

เอกสารวิชาการ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็น ในการประชุมวิชาการ
“พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

ภาคที่ 4

การบริหารระบบ (System administration)

บทที่ 1 ระบบการร้องเรียน

โดย : ศ.บพ.วิฑูรย์ อังประพันธ์

บทที่ 2 การประกันคุณภาพ

โดย : บพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
บพ.ประติษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล

บทที่ 3 การบริหารการลงทุน

โดย : บพ.ชูชัย ศรชำนิ

บทที่ 4 การบริหารทรัพยากรมนุษย์

โดย : บพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ

บทที่ 5 กลไกการติดตามประเมินผล

การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย : ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง
นายศรชัย เจริญมวรกุล

บทที่ 6 การบริหารระบบบริการภาครัฐระดับพื้นที่

โดย : บพ.เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์
พ.ศ.ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์

เกริ่นนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในประวัติศาสตร์ทางด้านการจัดบริการทางสุขภาพและการจัดการการเงินการคลังทางด้านสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแตกต่างไปจากกลวิธีทางการบริหารภาครัฐที่เคยใช้ดำเนินการมาในอดีตในระดับพัฒนาการทางด้านสาธารณสุขที่ค่อยๆ ปรับเปลี่ยนขยายตัวขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาเพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อตัวและขับเคลื่อนไปภายใต้เจตนารมณ์แห่งรัฐอันเป็นผลมาจากการปฏิรูปปรัชญา แนวคิด และโครงสร้างทางการเมืองและสังคมไทยภายใต้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 คู่ขนานไปกับการรื้อสร้างฐานคติของระบบสุขภาพของประชาคมไทยอย่างกว้างขวางในวาระการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งรัฐบาลได้สนับสนุนอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543

แม้ว่านักการสาธารณสุขไทยจะค่อย ๆ เรียนรู้กรอบกลวิธีในการจัดการให้เกิดหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนจากหลายประเทศและปรับใช้กับระบบและวิถีของคนไทยมาหลายทศวรรษแล้วก็ตามแต่กระบวนการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับแนวคิดที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคมไทยอย่างเนิ่นนานยังไม่เกิดขึ้นกว้างขวางนัก ดังจะเห็นได้จากความจำกัดในแวดวงนักวิชาการและนักวิจัยทางด้านนี้ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ หากยอมรับจากบทเรียนของนานาชาติว่ากระบวนการเปลี่ยนผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องสะสมความรู้จากบทเรียนอีกยาวนาน สังคมไทยต้องลงทุนสร้างฐานนักคิดนักวิจัยและนักวิชาการจากพื้นฐานทางวิชาการสหสาขาเข้ามาร่วมกันลงรากฐานทางความรู้อันจะช่วยให้การก่อวิวัฒนาการของปรัชญา แนวคิด เป้าหมาย นโยบาย และยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญสำหรับใช้กำหนดโครงสร้างและกฎเกณฑ์ในการบริหารจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทั้งในระดับชาติระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่นต่อไปอย่างยั่งยืนนาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดให้เกิดเครือข่ายของนักวิจัยทางสุขภาพเพื่อสร้างกระบวนการศึกษาเรียนรู้ร่วมกันให้เกิดขึ้นในสังคมไทยอย่างกว้างขวางอันจะช่วยให้สังคมไทยได้มีข่าวสารและความรู้ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนทิศทางการจัดการการเปลี่ยนผ่านหลักประกันสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนไทยทั้งปวง

เอกสารและบทความวิเคราะห์สถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพเล่มนี้เป็นผลจากความเพียรพยายามของนักวิชาการและนักวิจัยจำนวนหนึ่งที่ได้เริ่มทำการศึกษาสร้างความเข้าใจต่อแนวคิดและวิธีการที่นำมาใช้อย่างต่อเนื่อง บทความวิเคราะห์ทางวิชาการที่เกิดจากสติปัญญาของนักวิชาการเหล่านี้จะเป็นเอกสารส่วนหนึ่งที่น่าเข้าสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับนักวิชาการที่หลากหลายในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ในวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร เพื่อนำสู่การปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ บนพื้นฐานทางวิชาการและความคิดเห็น ข้อเสนอที่หลากหลาย อันจะนำสู่เอกสารวิชาการที่มีคุณค่าสำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารจะได้นำไปใช้ประกอบการพิจารณาปรับแก้ นโยบายและระเบียบวิธีปฏิบัติให้เกิดผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นก็คือ บทความจากนักวิชาการเหล่านี้จะช่วยเป็นเสมือนเครื่องบันทึกประวัติศาสตร์การเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของการจัดการระบบบริการสุขภาพในสังคมไทย และเป็นฐานทางความรู้ที่จะช่วยให้เกิดการขยายตัวของนักวิจัยสาขาต่างๆ ให้เกิดแรงกระตุ้นเตือนให้เข้ามาร่วมสานเครือข่ายแวดวงนักวิจัยในด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทยจนเกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องช่วยให้การปรับเปลี่ยนโครงสร้าง รูปแบบ และวิธีการต่างๆ ที่จำต้องนำมาใช้ในกลไกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับคนไทยได้อย่างแท้จริง

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

บทที่ 1

ระบบการร้องเรียน	7
1. การร้องเรียนภายใต้ระบบประกันสุขภาพ	9
• การร้องเรียนทั่วไป	9
• การร้องเรียนที่เป็นการโต้แย้งสิทธิ	9
• การร้องเรียนที่มีลักษณะเรียกร้องค่าเสียหาย	10
• การร้องเรียนทางอาญา	11
• การร้องเรียนผู้ประกอบการวิชาชีพ	12
เอกสารอ้างอิง	13

บทที่ 2

การประกันคุณภาพ	15
1. กรอบแนวคิด ความคิดรวบยอด และนโยบายที่สำคัญ	17
2. สถานการณ์ในปัจจุบันและพัฒนาการในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา	22
3. ทิศทางในอนาคต และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	33

บทที่ 3

การบริหารการลงทุน	35
1. กรอบแนวคิด ความคิดรวบยอด และนโยบายที่สำคัญ	37
2. พัฒนาการของการจัดการงบลงทุนก่อนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อนปีงบประมาณ 2545	40
3. การจัดการงบลงทุนเมื่อเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545	44
4. ผลการจัดสรรงบลงทุนปีงบประมาณ 2545	50
5. การเตรียมการสำหรับบริหารงบลงทุน ปีงบประมาณ 2547	54
6. แนวทางในการดำเนินนโยบายทางด้านการลงทุนภาคบริการสุขภาพในอนาคต	56
เอกสารอ้างอิง	61

บทที่ 4

การบริหารทรัพยากรมนุษย์	63
1. บทนำ	65
2. สถานการณ์การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพก่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	66
3. ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับกำลังคน และปัญหาที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต	70
4. ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์	76
5. ลักษณะระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข	79
6. ความพยายามในการแก้ไข/พัฒนาในอดีตและปัจจุบัน	82
7. ทางเลือกในการจัดการปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ	84
8. ข้อเสนอยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหา และพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน	89
เอกสารอ้างอิง	92

บทที่ 5

กลไกการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	93
1. กรอบใหญ่ในการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	95
2. การดำเนินงานที่ผ่านมา	96
3. ระบบข้อมูลในปัจจุบัน	97
4. สรุปลักษณะข้อเสนอแนะ	110
เชิงอรรถ	112
เอกสารอ้างอิง	113

บทที่ 6

การบริหารระบบบริการภาครัฐระดับพื้นที่	115
1. กรอบแนวคิดและนโยบาย	117
● การสิ้นนโยบาย	117
● โครงสร้างการบริหาร	120
● การจัดสรรงบประมาณ	121
● การจัดระบบบริการ	124
● การจัดการด้านบุคลากร	125
● ระบบการติดตามประเมินผล	132
● การมีส่วนร่วมของประชาชน	132
2. ข้อเสนอแนะ	133
● ด้านงบประมาณ	133
● ด้านบุคลากร	133
● ด้านระบบบริการ	134
● ด้านโครงสร้างการบริหาร	134
เอกสารอ้างอิง	135



บทที่ 1

ระบบการร้องเรียน

โดย :

ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

1. การร้องเรียน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

การร้องเรียน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพอาจจำแนกได้เป็น ระบบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การร้องเรียนทั่วไป

การร้องเรียนทั่วไป กรณีไม่ได้รับความสะดวกในการใช้บริการต่าง ๆ ตามกฎหมาย แยกเป็น (ก) การบริการของรัฐ เนื่องจากบริการของรัฐส่วนใหญ่อยู่ในระบบราชการ มีการบังคับบัญชาเป็นลำดับชั้น ถ้าผู้ใช้บริการไม่ได้รับความสะดวก หรือมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการในลักษณะต่าง ๆ ผู้รับบริการที่ถูกละเมิดสิทธิ ก็ต้องร้องเรียนต่อหน่วยเหนือ หรือกรณีร้องเรียนบุคลากร ก็ต้องร้องเรียนผู้บังคับบัญชาของผู้ที่กระทำละเมิดสิทธิ เพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยตามระบบราชการ

ถ้าผู้ละเมิดเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งต้องมีจริยธรรมหรือจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพกำกับ ก็อาจร้องเรียนต่อสภาวิชาชีพ หรือองค์การที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพของผู้นั้น อีกทางหนึ่งก็ได้

(ข) การบริการของสถานพยาบาลของเอกชน สถานพยาบาลเอกชน ต้องอยู่ใต้บังคับของ พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และหน้าที่อย่างหนึ่งของคณะกรรมการสถานพยาบาล ก็คือ การให้คำแนะนำแก่ผู้อนุญาต ในการพิจารณาเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการดำเนินการสถานพยาบาล

ปัจจุบัน คณะกรรมการสถานพยาบาล ได้ตั้งอนุกรรมการในการพิจารณาเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ เพื่อหาข้อเท็จจริง แล้วเสนอความเห็นต่อผู้อนุญาต เพื่อดำเนินการกับสถานพยาบาล ถ้าปรากฏว่าสถานพยาบาลนั้นกระทำผิดกฎหมาย กฎกระทรวง และประกาศต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขด้วย แต่ถ้าไม่ปรากฏความผิดชัดแจ้ง อนุกรรมการอาจทำหน้าที่เพียงไกล่เกลี่ยเท่านั้นก็ได้

ทำนองเดียวกันสถานพยาบาลของรัฐ ถ้าเป็นการร้องเรียนตัวบุคลากรที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ก็ต้องร้องไปยังสภาวิชาชีพ หรือองค์การวิชาชีพ ที่มีหน้าที่สอดส่องความประพฤติของบุคลากรนั้น ๆ

2. การร้องเรียนที่เป็นการโต้แย้งสิทธิ

ถ้าผู้รับบริการถูกริดรอนสิทธิตามที่กฎหมายกำหนด การโต้แย้งสิทธิก็จะกระทำได้ตามที่กฎหมายในเรื่องนั้น ๆ กำหนด ดังนี้

(ก) การโต้แย้งสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับต่าง ๆ กฎหมายมิได้บัญญัติเรื่องการร้องเรียนไว้ การพิจารณาการให้สิทธิหรือไม่ เป็นการวินิจฉัยของกระทรวงการคลัง ซึ่งอาจถือว่าเป็นคำสั่งทางการปกครองอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียอาจนำคดีสู่ศาลปกครองได้

(ข) ทำนองเดียวกันการใช้สิทธิโต้แย้งกฎระเบียบของทางราชการก็ต้องนำคดีไปยังศาลปกครอง

(ค) ตาม พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ. 2527 และ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2523 ไม่ระบุให้ผู้ที่ไม่พอใจบริการจะทำการร้องเรียนต่อผู้ใดได้ แต่ใน พ.ร.บ. เงินทดแทน เปิดโอกาสให้นายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิอุทธรณ์คำสั่ง คำวินิจฉัยของพนักงานเจ้าหน้าที่ ต่อคณะกรรมการได้ และ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ก็เปิดโอกาสให้นายจ้าง ผู้ประกันตน หรือบุคคลอื่น ที่ไม่พอใจในคำสั่งของเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม ให้สามารถยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ได้ และหากไม่พอใจผลของการอุทธรณ์ ก็ให้ทำคดีสู่ศาลแรงงานต่อไป

(ง) สำหรับ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 มิได้กำหนดกระบวนการร้องเรียนใดๆ ไว้ เพราะการบังคับให้รถทำประกันภัยต่อบุคคลที่ 3 ต่อบริษัทประกันภัยเอกชน การร้องเรียนของผู้ประสบภัยใดๆ ก็ต้องดำเนินไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ ซึ่งต้องฟ้องศาลเป็นคดีแพ่ง ส่วนการร้องเรียนบริษัทประกันก็อาจร้องเรียนไปที่กรมการประกันภัย ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมบริษัทประกันวินาศภัยได้โดยตรง แต่วิธีการ และกระบวนการมิได้มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย

(จ) การร้องเรียนตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

ผู้ที่ไม่ได้รับความสะดวกตามควร หรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการจากหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิ หรือเกินอัตราที่กำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ผู้นั้นสามารถจะร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวน โดยรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐาน เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา และเมื่อสอบสวนแล้วเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐาน และคณะกรรมการดังกล่าวพิจารณาออกคำสั่ง ถ้าปรากฏว่าหน่วยบริการกระทำไม่ถูกต้อง ดังนี้

(ก) ตักเตือนเป็นหนังสือ

(ข) คืนเงินส่วนเกินที่เรียกเก็บพร้อมดอกเบี้ย

(ค) กรณีเจตนากระทำผิด สั่งให้ชำระค่าปรับ

(ง) กรณีเป็นความผิดของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้แจ้งหน่วยงานที่ควบคุม จรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพนั้น ๆ พิจารณาโทษ

(จ) ถ้าเป็นการกระทำผิดซ้ำ ๆ หลายครั้ง สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

(ฉ) แจ้งรัฐมนตรี ผู้รักษาการตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาลสำหรับหน่วยบริการเอกชน

(ช) แจ้งรัฐมนตรีให้ดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหาร ในกรณีเป็นหน่วยบริการของรัฐ

ผู้ร้องเรียน หรือหน่วยบริการ ผู้มีสิทธิอุทธรณ์ คำสั่งของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐาน ต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ภายใน 30 วันนับแต่วันได้รับทราบคำสั่ง หากไม่พอใจ การวินิจฉัยอุทธรณ์ ก็สามารถฟ้องคดีต่อศาลปกครองได้

3. การร้องเรียนที่มีลักษณะเรียกร้องค่าเสียหาย อาจกระทำดังนี้

(ก) ถ้าเป็นสถานพยาบาลของรัฐ ตาม พ.ร.บ. ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ผู้เสียหายกระทำได้ 2 ทาง คือ

- (1) เรียกร้องโดยตรงต่อส่วนราชการต้นสังกัดที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล (กรม หรือเทียบเท่า กรม) หน่วยงานนั้นต้องให้คำตอบภายใน 180 วัน หากไม่พอใจคำตอบ สอนของส่วนราชการดังกล่าว ก็นำคดีสู่ศาลปกครอง
- (2) ฟ้องคดีแพ่งต่อศาลยุติธรรม โดยฟ้องหน่วยราชการเป็นจำเลยโดยตรง และไม่มีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นจำเลยด้วย

(ข) ถ้าเป็นสถานบริการของเอกชน ต้องฟ้องผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้ประกอบธุรกิจ เป็นจำเลย และจำเลยร่วมให้รับผิดชอบในการแพ่ง ต่อค่าเสียหายที่ผู้นั้นได้รับ

(ค) ถ้าเป็นหน่วยบริการ ตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ผู้เสียหาย ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการดังกล่าว อาจขอรับเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีหาตัวผู้กระทำผิดไม่ได้หรือหาได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายในเวลาอันควร (มาตรา 41)

ในกรณีรู้ตัวผู้กระทำผิด แต่ผู้เสียหายยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในเวลาอันควร เมื่อสำนักงาน จ่ายค่าเสียหายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้ (มาตรา 42 ซึ่งกำลังจะถูกยกเลิก)

ความจริงการที่สำนักงานจะจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นนี้ ในระหว่างที่กฎหมายกำลังถูกพิจารณา ในวุฒิสภากรรมาธิการ วุฒิสภาที่พิจารณาร่างกฎหมายนี้ได้เชิญผู้เขียนไปให้ความเห็น โดยที่ผู้เขียน ได้เสนอว่าน่าจะตัดคำว่าเบื้องต้นออกไป ถ้าไม่มีคำว่าเบื้องต้น การจ่ายเงินช่วยเหลือไปแล้ว อาจจะ กำหนดเงื่อนไขว่าให้ข้อพิพาทเป็นยุติทำคดีไปฟ้องต่อไม่ได้ ก็จะเป็นการลดคดีที่จะฟ้องผู้ประกอบ วิชาชีพลงไปได้มาก แต่เป็นที่น่าเสียดายว่า กรรมาธิการมุ่งจะตัดมาตรา (41) นี้ออกทั้งหมด และ ไม่มีผู้ใดฟังเหตุผลของผู้เขียน แต่กรรมาธิการก็ไม่สามารถตัดมาตรานี้ออกได้ เมื่อกฎหมายเข้าสู่การ พิจารณาวุฒิสภาในวันที่ 2 ค่าเสียหายเบื้องต้นยังคงอยู่ตามร่างเดิม

ในหลายประเทศ เช่น ประเทศสวีเดน และนิซแลนด์ ก็มีกฎหมายทำนองนี้ เรียกว่า กฎหมาย กำหนดให้รับผิดชอบโดยไม่ต้องพิสูจน์ (No fault liability law) ⁽¹⁾ ในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการฟ้องร้องกัน มากใน 15 มลรัฐก็ยังมีกองทุนสำหรับชดเชยผู้ป่วย (Patient Compensation Fund) ทำนอง เดียวกันมาตรา 41 ในพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ ⁽²⁾ ของเรา

4. การร้องเรียนทางอาญา

ผู้เสียหายที่ประสงค์จะดำเนินคดีอาญาแก่ผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายกับตนนั้น อาจทำได้ 2 ทาง

(ก) แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนกล่าวหาผู้กระทำผิดไม่ว่าจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตามพนักงานสอบสวนก็จะดำเนินการสืบสวน ถ้าหาตัวผู้กระทำผิดได้และมีพยานหลักฐานเพียงพอ ก็เสนอสำนวนให้อัยการ พร้อมทั้งนำตัวผู้กระทำผิดส่งอัยการเพื่อพิจารณาฟ้องศาลต่อไป

(ข) การฟ้องผู้กระทำผิดเองโดยเป็นโจทก์ยื่นฟ้อง การที่ผู้เสียหายจะฟ้องคดีเองต้องรู้ตัวผู้กระทำผิดแน่นอนและไม่สามารถจะฟ้องหน่วยงานได้ ก่อนศาลจะรับฟ้องศาลจะไต่สวนมูลฟ้อง ก่อน ถ้าคดีมีมูลศาลก็จะรับฟ้อง ถ้าศาลเห็นว่าไม่มีมูลพอก็ไม่รับฟ้อง

การฟ้องคดีอาญาผู้เสียหายประสงค์จะให้ผู้กระทำผิดได้รับโทษทางอาญาโดยไม่หวังค่าเสียหาย ที่จะได้รับการชดเชย แต่ในคำขอจะขอให้ศาลสั่งให้ชดเชยค่าเสียหายร่วมไปด้วยก็ได้ ผลของคดีอาญา จำเลยอาจได้รับโทษทางอาญา ซึ่งได้แก่จำคุก และปรับเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งโดยทั่วไปศาลมักรอการลงอาญา ไว้ก่อนเสมอ



5. การร้องเรียนผู้ประกอบการวิชาชีพ

ถ้าผู้เสียหายต้องการให้ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับโทษทางกฎหมายวิชาชีพ คือถูกพัก หรือเพิกถอนใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ก็ต้องร้องเรียนผู้ประกอบการวิชาชีพผู้นั้นต่อองค์การควบคุมการประกอบวิชาชีพของผู้นั้น เช่น จะร้องเรียนแพทย์ ต้องร้องเรียนต่อแพทยสภา ถ้าพยาบาลก็ต้องร้องเรียนต่อสภาพยาบาล เป็นต้น

กระบวนการทางวิชาชีพ จะมีอนุกรรมการดำเนินการหาข้อเท็จจริงต่าง ๆ แล้วเสนอสภาวิชาชีพ หรือคณะกรรมการวิชาชีพ ในกฎหมายการประกอบโรคศิลป์ แล้วแต่กรณีผู้พิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด

ผู้ที่ไม่พอใจการวินิจฉัยชี้ขาด ก็อาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองได้

เอกสารอ้างอิง

1. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ ;การศึกษาปัญหาการฟ้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย.สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, นนทบุรี : 2544 : 39 - 41
2. Giesen D.Arathftungrecht-Medical Malpractice Law. Bielefeld 1981 ; 194-195 quoted by Miller A.L. A proposal for a patient compensation plan : An ISRAELI Out look. Medicine and law 1985 ; 4: 205-222.



บทที่ 2 การประกันคุณภาพ

โดย :

บพ.อนุวัฒน์ ศุภะฤตกุล

บพ.ประติษฐ์ วงษ์ภาณารัตนกุล

1. กรอบแนวคิด ความคิดรวบยอด และนโยบายที่สำคัญ

1.1 คุณภาพคืออะไร

คุณภาพ หมายถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง (need & expectation) ของผู้รับผลงาน โดยปฏิบัติตามมาตรฐานหรือข้อกำหนดซึ่งเป็นที่ยอมรับ เมื่อนำมาใช้กับบริการสุขภาพ ความต้องการของผู้รับผลงานควรมุ่งไปที่ปัญหาสุขภาพ (health need) ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

มิติคุณภาพที่จำเป็นต้องพิจารณาสำหรับระบบบริการสุขภาพได้แก่ การเข้าถึง (accessibility) ความต่อเนื่อง (continuity) การยอมรับ (acceptability) ความสามารถของระบบ (competency) ความเหมาะสม (appropriateness) สัมฤทธิ์ผล (effectiveness) ประสิทธิภาพ (efficiency) ความปลอดภัย (safety)

1.2 กลไกที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา ได้สรุปไว้ว่า มาตรการที่ใช้ในการสร้างและรักษาคุณภาพนั้นมีอยู่หลายประเภท แต่ละประเภทมีที่ใช้และข้อจำกัดแตกต่างกัน จำเป็นต้องเลือกใช้ให้เหมาะสม ดังนี้

1. การอนุญาตหรือออกใบอนุญาต (licensing)
2. การควบคุมคุณภาพ (quality control)
3. การร้องทุกข์และกล่าวโทษ (litigation)
4. การพัฒนาคุณภาพภายใน (internal quality development)
5. การตรวจและรับรองคุณภาพจากภายนอก (external quality survey & accreditation)
6. การเปิดเผยข้อมูล (disclosure)

1. การอนุญาตหรือออกใบอนุญาต เช่น การขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาตโดยกองการประกอบโรคศิลป์ เป็นคุณภาพขั้นต่ำที่สุดที่พึงจะมี เป็นบันไดขั้นต้นของการรักษาคุณภาพ แต่ไม่เพียงพอที่จะได้คุณภาพตามที่ประสงค์ การอนุญาตเป็นการให้สิทธิจึงเป็นการคุ้มครองผู้ได้รับอนุญาตมากกว่าคุ้มครองผู้รับบริการ

2. การควบคุมคุณภาพ คือการกำกับดูแลว่าต้องมีคุณภาพ เช่น ก) Medicaid & Medicare เอาการควบคุมไปเชื่อมกับการจ่ายเงิน ถ้าไม่เป็นไปตามที่กำหนดจะไม่จ่าย ข) สวัสดิการข้าราชการ ใช้บัญชียาหลักเป็นตัวควบคุม ถ้าเกินจากบัญชีก็ไม่จ่าย โดยอาศัยโรงพยาบาลเป็นผู้กำกับกระบวนการควบคุมเช่น Medicaid & Medicare มีความสลับซับซ้อนมาก มีงานเอกสารมาก มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสูง และไม่สามารถรักษาคุณภาพบริการให้เป็นที่พึงพอใจได้

อย่างไรก็ตาม การควบคุมการเบิกจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีความจำเป็นเพื่อป้องกันไม่ให้ขาดทุน ต้องมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นการควบคุมล่วงหน้าด้วยการออกเกณฑ์หรือการส่งเรื่องเข้ามาเพื่อขอให้พิจารณาได้



3. การร้องทุกข์และกล่าวโทษ เป็นการแก้ปัญหา สร้างความถูกต้อง ยุติธรรม และความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการที่กระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ย่อมสมควรมีความรับผิดชอบและได้รับโทษตามสมควร แต่เป็นการกระทำเมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้ว สู้การป้องกันไม่ได้

มาตรการนี้ควรใช้ในบางกรณี ถ้าเอามาใช้อย่างกว้างขวางจะเกิดการประกันการทำผิด ทำให้ค่าใช้จ่ายแพงขึ้นอีกหลายเท่า เกิดการทำเวชปฏิบัติในลักษณะปกป้องตัวเอง (defensive medicine) ตรวจไว้ก่อน แก้วไว้ก่อน ผ่าไว้ก่อน เกิดสิ่งที่ไม่จำเป็นขึ้นมาอีกมาก

เมื่อเกิดกรณีขัดแย้ง คำตอบแรกสุดน่าจะเป็นการไกล่เกลี่ย การใช้กฎหมายไม่ใช่คำตอบ การลงโทษมีที่ใช้ แต่ควรใช้ในขอบเขตจำกัด

4. การพัฒนาคุณภาพภายใน คือหัวใจจริงๆ ของคุณภาพ เป็นวิธีที่สำคัญที่สุดในระบบบริการสุขภาพซึ่งมีความซับซ้อนและอาศัยความเอื้ออาทร คุณธรรม จริยธรรม สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความไว้วางใจ เป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ไม่สิ้นสุด

กระบวนการพัฒนาคุณภาพภายในองค์กรเป็นความรู้หรือเทคโนโลยีทางการบริหารจัดการที่ต้องมีการศึกษา ฝึกอบรม ตลอดจนการมีที่ปรึกษาช่วยในการพัฒนา

การใช้มาตรการพัฒนาคุณภาพภายในสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นต้องปรับแนวความคิดจากการใช้โรงพยาบาลเป็นหน่วยเป้าหมายในการวางระบบคุณภาพ ไปเป็นระบบบริการที่มีประชากรเป็นฐาน ซึ่งตัวชี้วัดคุณภาพจะต้องปรับเปลี่ยนไป

โดยที่การพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องยากที่ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างและต้องใช้เวลา จึงไม่ควรหวังผลเลิศที่จะให้มีการพัฒนาได้ทันทั่วทั้ง ทั้งไม่ควรสร้างความขัดแย้งโดยไม่จำเป็น หรือนำมาตรการเชิงกี่ยวในการเผชิญความขัดแย้ง ความอะลุ่มอล่วย เห็นใจกัน และเอื้ออาทรต่อกันน่าจะช่วยบรรเทาปัญหาหลงได้บ้าง

5. การตรวจและรับรองคุณภาพจากภายนอก เป็นวิธีการในการเสริมสร้างคุณภาพ มักใช้ได้ผลดีหากร่วมกับการพัฒนาคุณภาพภายใน

เมื่อหลายสิบปีก่อน การรับรองโรงพยาบาลด้วยองค์กรอิสระภายนอกเป็นกระบวนการหลักในการประกันคุณภาพในประเทศที่เจริญแล้ว แต่ในระยะหลังได้หันมาเน้นการพัฒนาคุณภาพภายใน ใช้การรับรองคุณภาพภายนอกเป็นแรงผลักดัน และสร้างความยั่งยืน อาศัยการประเมินตนเองจากภายในเป็นฐานในการตรวจสอบ

การประเมิน ตรวจสอบ และรับรองจากภายนอก มุ่งที่การให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพให้ดียิ่งขึ้น เป็นการแสดงว่าองค์กรมีคุณภาพและมีการจัดการกับความเสี่ยง

6. การเปิดเผยข้อมูล ผลการรักษาพยาบาลที่แท้จริงคือผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล โดยต้องไม่เสียชีวิต ไม่พิการ และไม่ทุกข์ทรมาน หากไม่จำเป็น ตามสภาพของโรคและความเจ็บป่วย ข้อมูลเฉพาะรายมักเป็นความลับของผู้ป่วย แต่ข้อมูลสถิติที่รวมจากหลายคน จะมีประโยชน์ในการบ่งชี้ถึงคุณภาพ

ข้อมูลสถิติเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลหรือระหว่างผู้ให้บริการแต่ละคนที่เปิดเผยต่อสาธารณะ จะมีส่วนช่วยในการที่ผู้ป่วยและญาติจะเลือกใช้สถานพยาบาลได้ ขณะเดียวกันจะเป็นแรงผลักดันให้มีการปรับปรุงคุณภาพ

บทสรุปของเรื่องมาตรการคุณภาพสำหรับบริการสุขภาพก็คือ มีหลายวิธีซึ่งมีประโยชน์และข้อจำกัดแตกต่างกัน น่าจะได้ใช้หลายวิธีประกอบการโดยผสมผสานให้เหมาะสม การดำเนินการด้านนี้ยังต้องมีการพัฒนาต่อไปอีกมาก

1.3 การประกันคุณภาพคืออะไร

การประกันคุณภาพคือการสร้างหลักประกันว่ามีการปฏิบัติงานที่เป็นไปตามมาตรฐาน/ข้อกำหนด และผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้อง

การประกันคุณภาพอาจจะเน้นที่การประกันว่ามี input ที่มีคุณภาพพอเพียง หรือมี process ที่เป็นไปตามข้อกำหนดที่ตกลงกัน หรือมี outcome ซึ่งยอมรับได้

การประกันคุณภาพมีทั้งการประกันคุณภาพภายใน ซึ่งองค์กรเป็นผู้ตรวจสอบและปรับปรุงให้ เป็นไปตามข้อกำหนด/ความคาดหวัง และการประกันคุณภาพภายนอก ซึ่งมีองค์กรภายนอกเป็นผู้มา ตรวจสอบ

การประกันคุณภาพที่มีขอบเขตกว้างขวางมากที่สุด คือการประกันว่าระบบที่ดำเนินการอยู่ ของประเทศเป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งก็คือการบริหารนโยบายและการติดตามกำกับให้เป็นไปตามนโยบายนั่นเอง

1.4 รูปแบบของการประกันคุณภาพ จุดเน้นร่วม

ไม่ว่าจะเป็นการประกันหรือพัฒนาคุณภาพภายใต้ชื่ออะไร เป้าหมายของการพัฒนาสถาน บริการสุขภาพคือคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ การทำความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานของระบบ ต่างๆ จะทำให้เห็นจุดร่วมและสามารถนำแนวคิดเหล่านั้นมาใช้ได้พร้อมๆ กัน

แนวคิดพื้นฐานของ QA (Quality Assurance) คือการตอบสนองข้อกำหนดและความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนที่เป็นกระบวนการและผลลัพธ์

แนวคิดพื้นฐานของ ISO คือการทำให้สอดคล้องกับข้อกำหนด/มาตรฐาน และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดพื้นฐานของ PSO คือการมุ่งผลสัมฤทธิ์และการยกระดับหรือ CQI

แนวคิดพื้นฐานของ TQM (Total Quality Management) คือการพัฒนาอย่างต่อเนื่องใน ทุกส่วนและทุกองค์ประกอบ เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร

แนวคิดพื้นฐานของ HPH (Health Promoting Hospital) คือการปรับระบบบริการให้มุ่ง เน้นการสร้างสุขภาพมากขึ้น

แนวคิดพื้นฐานของ HA (Hospital Accreditation) คือการประเมินเพื่อให้เกิดการปรับปรุง อย่างต่อเนื่องโดยใช้แนวคิด TQM เป็นหลักในการปรับปรุง

แนวคิดพื้นฐานของ TQA (Thailand Quality Award) คือการพัฒนาการดำเนินงานสู่ ความเป็นเลิศเพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน

1.5 แนวคิดหลักและแนวคิดที่เป็นกระแสมโนมในเรื่องคุณภาพ

1) Total Quality Management (TQM)

TQM เป็นการประสานแนวคิดของการบริหารจัดการกับการพัฒนาคุณภาพ ระดมทรัพยากรทั้งหมดขององค์กรมาร่วมกับปรับปรุงระบบหรือกรรมวิธีการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน โดยมีการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และมักจะใช้คู่กันกับ CQI เป็น TQM/CQI

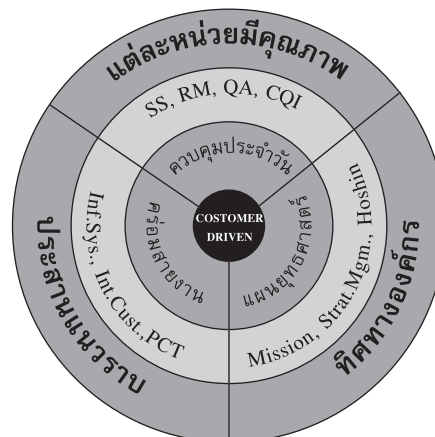
ใคร ทุกคนมีส่วน ทุกคนจะต้องมีความมุ่งมั่น และมาร่วมมือกันทำงานเป็นทีม.

ทำอะไร ทำงานปกติให้ดี และใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์หรือ PDCA cycle ร่วมกับความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานขององค์กร

เพื่ออะไร เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประโยชน์ต่อองค์กร ในส่วนขององค์กรนั้นคือการมุ่งไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) การให้บริการที่เป็นเลิศ (excellency) ซึ่งจะนำไปสู่ความอยู่รอดขององค์กรในระยะยาวอีกด้วย

ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร จะต้องมีความหมายร่วมกัน ผู้ปฏิบัติงานได้รับการเสริมพลัง (empower) ให้มีความรู้และอำนาจในการตัดสินใจแก้ปัญหาหรือปรับปรุงงานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ และองค์กรมีวัฒนธรรมของการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบสำคัญของ TQM สามารถแสดงได้ดังภาพข้างล่าง ซึ่งประกอบด้วย ก) customer driven/focus การขับเคลื่อนโดยผู้รับผลงานหรือการเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง ข) unit optimization การทำให้แต่ละหน่วยงานมีคุณภาพอย่างพอเหมาะ ค) horizontal integration การประสานแนวราบ ง) vertical alignment การมุ่งไปในทิศทางเดียวกันขององค์กร



2) Strategic Management

strategic management คือกระบวนการวางแผนซึ่งผู้บริหารระดับสูงใช้ในการกำหนดทิศทาง/แผนงานหลักขององค์กร, นำแผนไปปฏิบัติ, ติดตามและประเมิน performance ขององค์กรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำให้องค์กรมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน

แนวคิดเรื่อง balanced scorecard ทำให้มีการพิจารณาการวัด performance ที่สมดุลทั้งในมุมมองของผู้รับผลงาน การเรียนรู้และเติบโตของผู้ปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพภายในองค์กร และมุมมองด้านการเงิน รวมทั้งกระตุ้นการวัดให้สอดคล้องกันทั้งองค์กร

3) Knowledge Management

องค์กรชั้นนำต่างให้คุณค่ากับทรัพย์สินทางปัญญาซึ่งมีความสำคัญและมีมูลค่าไม่น้อยกว่าทรัพย์สินที่เป็นทุนด้านอื่นๆ มีความพยายามที่จะจัดการเพื่อรวบรวมความรู้ต่างๆ ที่มีอยู่ในองค์กรอย่างเป็นระบบส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนและใช้ความรู้ในการทำงานเพื่อให้สามารถก้าวไปได้เร็วกว่าองค์กรอื่น วิวัฒนาการของการจัดการความรู้เริ่มด้วยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้ต่างๆ และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารในยุคแรก ต่อมามุ่งเน้นการที่จะนำเอาความรู้ที่แฝงอยู่ในแต่ละบุคคลออกมาให้เป็น explicit knowledge และให้ internalize กลับเข้าไปในเจ้าหน้าที่ให้กว้างขวางขึ้นในยุคที่สอง ในยุคที่สามจะมองเรื่องการจัดการความรู้ที่ในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งมีการพัฒนาและมีความต่อเนื่อง ได้แก่ Chaos domain (มีความโกลาหลที่ต้องตอบสนองโดยเร่งด่วน), Complex domain (เกิดนวัตกรรมและทางเลือกที่หลากหลายจากเครือข่ายทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ, Know-able domain (เกิดความเป็นชุมชนที่มีเป้าหมายร่วมกัน สามารถแลกเปลี่ยนและช่วยเหลือกันในการแก้ปัญหา มีการวิเคราะห์เพื่อให้ได้คำตอบที่ดี), Known domain (มีความชัดเจนว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร สามารถกำหนดเป็นกฎระเบียบให้ทุกคนปฏิบัติตามได้)

4) Performance Excellence

จากการวิเคราะห์องค์กรที่มีผลการดำเนินงานเป็นเลิศ ทำให้ประเทศอเมริกาคำหนด Baldrige Criteria ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินและกระตุ้นให้องค์กรต่างๆ มุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งประเทศไทยจัดให้มีโปรแกรมรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award) เพื่อกระตุ้นความสามารถในการแข่งขันของประเทศ โดยได้นำ Baldrige Criteria มาประยุกต์ใช้ ความเป็นเลิศเกิดจากการออกแบบระบบงาน การนำไปปฏิบัติ และการทบทวนประเมินเพื่อปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีการนำค่านิยมหลัก และข้อกำหนดเกี่ยวกับองค์ประกอบที่จำเป็นเกี่ยวกับ performance management ไปสู่การปฏิบัติ

5) Patient Safety

แม้จะมีการพัฒนาคุณภาพกันมาอย่างต่อเนื่อง แต่ทุกประเทศก็ยังประสบปัญหาผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event) เนื่องมาจากการบริการสุขภาพ ประเทศต่างๆ จึงเร่งดำเนินการในเรื่อง Patient Safety Initiative ขึ้น สร้างระบบการรายงานเหตุการณ์และการวิเคราะห์ root cause อย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถแก้ไขปรับปรุงที่ปัจจัยเชิงระบบมากกว่าการลงโทษหรือตำหนิที่ตัวบุคคล

6) Six Sigma

เป็นความพยายามที่จะลด defect ของผลิตภัณฑ์หรือบริการให้เหลือน้อยที่สุด โดยการลด variation ของกระบวนการทำงาน โดยการวัด defect นี้จะเน้นความสัมพันธ์กับ customer specification

แนวคิดในศตวรรษที่ 20 ค่า customer specification จะอยู่ที่ 3σ แต่ในศตวรรษที่ 21 ด้วยแนวคิดที่ว่า การลด variability ทำให้กระบวนการดีขึ้น ค่า customer specification ขึ้นไปถึง 6σ นั่นคือ virtual zero defect

เครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือที่มีอยู่แล้วในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) และเครื่องมือทางสถิติต่างๆ



2. สถานการณ์ในปัจจุบัน และพัฒนาการในระยะ 2-3 ปี ที่ผ่านมา

2.1 นโยบายที่สำคัญ

นโยบายที่สำคัญเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพบริการสุขภาพในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา มีดังนี้

1) สำนักงานประกันสังคมมีระบบการทำสัญญาและการตรวจประเมินโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญา รวมทั้งมีนโยบายส่งเสริมให้โรงพยาบาลต่างๆ มีการพัฒนาคุณภาพเป็นลำดับ โดยเริ่มจากให้ความสำคัญในเรื่องความเสี่ยง เวชระเบียน การจัดการต่อคำร้องเรียน และต่อมาได้กำหนดให้มีแรงจูงใจทางบวก โดยการเพิ่มโควตาผู้ประกันตนให้แก่โรงพยาบาลอีกร้อยละ 10-30 ตามระดับคุณภาพการพัฒนาคุณภาพ

2) กระทรวงการคลังซึ่งดูแลระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นำนโยบายการตรวจสอบเวชระเบียนมาใช้เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของการดูแลผู้ป่วยและค่ารักษายาบาล

3) กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายใช้การจัดสรรงบประมาณตามหัวประชากรเป็นเครื่องมือในการกระจายทรัพยากรให้มีความเป็นธรรม ให้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในทุกพื้นที่ในลักษณะของบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” รวมทั้งให้มีการพัฒนาคุณภาพตามแนวทาง HA เป็นลำดับขั้น

4) เมื่อต้นปีงบประมาณ 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 15 ข้อ ได้แก่ บริหารงบผู้ป่วยในและผู้ป่วยส่งต่อที่ระดับจังหวัดเพื่อลดความกังวลของสถานพยาบาลที่จะส่งต่อ จัดรูปแบบบริการไม่ให้เกิดภาพลักษณ์เป็นบริการชั้นสอง เลือกสถานพยาบาลด้วยความสมัครใจในจังหวัดนำร่อง ปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามปัจจัยอายุภาวะโรคและพื้นที่เฉพาะ ปรับอัตราค่าการจ่ายผู้ป่วยในตามระดับสถานพยาบาล เร่งรัดการจ่ายด้วยระบบ IT ที่ทันสมัย เพิ่มช่องทางการไกล่เกลี่ยแทนการรับเรื่องร้องเรียนเพียงอย่างเดียว เร่งรัดทำความเข้าใจกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ให้ความมั่นใจบุคลากรในการได้รับเงินเดือนและสวัสดิการที่จำเป็นโดยตัดเงินเดือนที่ระดับจังหวัด จัดสรรงบส่งเสริมป้องกันในส่วนที่เป็นบริการในชุมชนไปให้สถานอนามัยโดยตรง จัดทำแผนจังหวัดในการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่แยกบทบาทหน่วยผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการให้ชัดเจน ปรับเปลี่ยนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรจบใหม่อื่นๆ ตามข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์ด้วยความสมัครใจ ส่งเสริมความร่วมมือของชุมชน สถานพยาบาล และสถานศึกษาในการผลิตบุคลากร “คืนสู่บ้านเกิด” เร่งรัดใช้ประโยชน์จากระเบียบเงินบำรุง

5) ตาม พ.ร.บ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีสิทธิที่จะร้องเรียนเมื่อไม่ได้รับความสะดวกหรือได้รับบริการไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด มีสิทธิที่จะได้รับเงินชดเชยเมื่อเกิดความเสียหายจากการให้บริการ และผู้ให้บริการมีโอกาสถูกไต่เบียดได้

2.2 สถานการณ์ในช่วง 1-2 ปีแรกของโครงการสามสิบบาท

1) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ในระยะเริ่มต้นของโครงการ ผู้เกี่ยวข้องต่างให้ความหวังสูงต่อการปฏิรูปที่จะเกิดขึ้น มีความพยายามที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแนวทางต่างๆ ที่ผู้กำหนดนโยบายมอบหมายให้ เช่น การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) การกระจายกำลังคนไปปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน มีความพยายามที่จะลดและป้องกันความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ มีการสำรวจและดูแลประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ

2) การปรับปรุงการใช้ทรัพยากร

โรงพยาบาลชุมชนได้รับงบประมาณเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ได้รับงบประมาณลดลง แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่เหล่านี้ยังดำเนินงานอยู่ได้ด้วยเงินสะสมที่มีอยู่ และรายได้จากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม โรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีรายได้ลดลงพยายามปรับปรุงประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร ด้วยความจำกัดของงบประมาณ สิ่งที่ได้รับผลกระทบเป็นเบื้องต้นคือการพัฒนาบุคลากรและการบำรุงรักษาเครื่องมือ/อาคารสถานที่

3) การกระจายกำลังคน

ความหวังที่จะให้เงินเป็นตัวดึงดูดกำลังคนให้กระจายไปเป็นส่วนส่วนกับประชากร ไม่บรรลุผล เนื่องจากจำนวนกำลังคนทั้งหมดที่มีอยู่ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการกระจาย อีกทั้งระบบแรงจูงใจและค่าตอบแทนก็ยังไม่มากพอที่จะดึงดูดทรัพยากรจากเมืองไปสู่ชนบท การเคลื่อนย้ายกำลังคนจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปสู่ชนบทเกิดขึ้นเฉพาะพื้นที่ภายในจังหวัด ไม่สามารถเคลื่อนย้ายไปสู่พื้นที่ขาดแคลนได้ มาตรการการกระจายที่ใช้ได้ผลยังคงเป็นการกระจายตามอำนาจของต้นสังกัด แม้ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับจังหวัดจะพยายามตอบสนองนโยบายของส่วนกลางในการกระจายกำลังคน แต่ภาระงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ยังเป็นปัญหาก็สร้างความลำบากใจให้แก่ผู้บริหารเหล่านี้ นอกจากนี้การที่แพทย์ใช้ทุนรุ่นหลังๆ ไม่ได้เป็นข้าราชการ ทำให้ประสบปัญหาขาดแคลนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือมีอัตราการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารค่อนข้างบ่อยในบางพื้นที่

4) การส่งต่อและการลงทุน

แรงจูงใจทางการเงินที่จ่ายเงินรายหัวให้แก่โรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ CUP (Contracting unit for primary care) มีผลกระทบให้โรงพยาบาลชุมชนพยายามดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น อาจจะทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการส่งต่อล่าช้ากว่าที่ควร และมีความเสี่ยงทางคลินิกเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลที่พยายามเพิ่มความสามารถในการทำหัตถการในขณะที่มิได้เตรียมความพร้อมของบุคลากรเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังมีความพยายามของโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่จะลงทุนด้านเครื่องมือและผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้บริการที่สูงขึ้น โดยมีได้มีการวางแผนในภาพรวมของพื้นที่และพิจารณาความคุ้มค่าของการลงทุน

5) ความตื่นตัวในการตอบสนองผู้รับบริการ

ผู้บริหารให้ความสนใจงานคุณภาพเพราะผู้รับบริการมีความคาดหวังและให้ความสนใจมากขึ้น การมีช่องทางร้องเรียนโดยตรงทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องตื่นตัวที่จะพัฒนาขณะเดียวกันก็เกิดความเครียดร่วมไปด้วย เนื่องจากเรื่องบางเรื่องเกิดจากความไม่เข้าใจ หรือความไม่ชัดเจนในเรื่องสิทธิประโยชน์

6) การพัฒนาคุณภาพ

ในช่วงปีแรกของโครงการ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต่างทุ่มเทอุทิศเวลา กำลังกาย กำลังสมองให้กับการออกแบบระบบใหม่ ทำให้เกิดการชะลอตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งในปี 2545 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้วางแนวทางบันไดสามขั้นสู่ HA เพื่อให้โรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาเท่าที่จำเป็นเพื่อป้องกันความเสี่ยงและความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้น และส่งที่ปรึกษาออกไปให้คำแนะนำแก่โรงพยาบาลต่างๆ ได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ความเข้าใจ ความร่วมมือขึ้นในระดับหนึ่ง ที่จะนำปัญหาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหลายมาวางแนวทางป้องกัน



2.3 สถานการณ์ในปัจจุบันและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1) ในมุมมองของประชาชน

ประชาชนที่ใช้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความพึงพอใจต่อโครงการนี้ในระดับที่ดีมาก กระแสความตื่นตัวเรื่องการสร้างสุขภาพก็มีมากขึ้น

2) ความตื่นตัวในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ในพื้นที่ที่มีความพร้อมและดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพได้ก้าวหน้าไปมาก ๆ ไม่มีปัญหาทางการเงิน จะมีโอกาสสร้างระบบที่สร้างขึ้นมามีได้มากกว่า และสามารถเดินหน้าปฏิรูประบบบริการสุขภาพต่อไป มีการให้จัดบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน นำการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ เข้ามาช่วยเพื่อลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มรายได้ ขณะที่โรงพยาบาลซึ่งได้รับผลกระทบในการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณอาจจะชะลอแผนงานริเริ่มต่างๆ ออกไป หรือปรับระบบงานเข้ามาสู่รูปแบบเดิม

3) การจัดสรรทรัพยากร

ด้วยความจำกัดของงบประมาณ สมมติฐานที่ใช้ ความพยายามปฏิรูป และความพยายามแก้ปัญหา ก่อให้เกิดความเห็นที่ไม่ตรงกันในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อความร่วมมือในการให้บริการ และทำให้ระบบบริการมีคุณภาพด้อยลง

4) กำลังคน

ด้วยภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจากการที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ความรู้สึกว่าสังคมและผู้รับบริการมิได้เห็นคุณค่าของงานที่ผู้ให้บริการได้ทุ่มเททำลงไป กลับมีการจับผิดและร้องเรียนมากขึ้น และที่สำคัญที่สุดก็คือ ความแตกต่างเรื่องค่าตอบแทนระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน ทำให้อัตราการลาออกของแพทย์ในภาครัฐเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ผู้ที่ลาออกจำนวนไม่น้อยเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางซึ่งเป็นเสาหลักขององค์กร

แพทย์เป็นกำลังคนที่มีความสำคัญยิ่งต่อคุณภาพและความสามารถของระบบบริการ เป็นที่น่ายินดีที่ที่มีการกล่าวถึงนโยบายเรื่องค่าตอบแทนแพทย์ของภาครัฐที่จะไม่ให้แตกต่างจากภาคเอกชนมากเกินไป เรื่องนี้จะต้องเป็นนโยบายระดับชาติที่ชัดเจน และจะต้องจัดให้อยู่ในลำดับความสำคัญให้เหมาะสมเพื่อป้องกันปัญหาความขัดแย้งระหว่างนโยบาย เพราะหากยังคงให้ค่าตอบแทนและเงินเดือนรวมอยู่ในงบประมาณของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และโรงพยาบาลไม่มีโอกาสมีรายได้จากผู้รับบริการแล้ว ย่อมไม่สามารถที่จะทำให้ค่าตอบแทนของแพทย์เพิ่มสูงในระดับที่ต้องการได้

นอกจากแพทย์แล้ว ความขาดแคลนกำลังคนอื่นๆ ก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งต้องรับผู้ป่วยในไว้ด้วยจำนวนที่มากกว่าจะให้บริการที่มีคุณภาพได้ และเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูงกว่าที่จะส่งกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

5) กลไกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานขึ้น ซึ่งหน้าที่หลักตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายคือการควบคุม/กำกับ/ส่งเสริม คุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการและเครือข่าย รับเรื่องร้องเรียน พิจารณาสอบสวน จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น พัฒนาระบบข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ ขณะนี้ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นการทำงานของคณะกรรมการ สิ่งที่น่าเป็นห่วงก็คือการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งมุ่งเน้นไปในการตรวจสอบและลงโทษ โดยมิได้ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์สาเหตุในเชิงระบบเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ละลักษณะนั้น อาจจะ

เป็นการปล่อยโอกาสที่ดีไปอย่างน่าเสียดาย และเสี่ยงที่จะเกิดความขัดแย้งตามมาเนื่องจากธรรมชาติของบริการสุขภาพมีสิ่งที่คุณคุมเครืออยู่มาก แต่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการให้มีคำตัดสินที่ชัดเจน

2.4 คุณภาพผ่านมุมมอง HA

1) คุณสมบัติและลักษณะของ HA

ก) HA เป็นแรงกระตุ้นที่มีพลังและต่อเนื่อง

การรับรองคุณภาพโดยองค์กรที่เป็นกลางและมีความน่าเชื่อถือ ใช้เกณฑ์การประเมินที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน นับว่าเป็นแรงกระตุ้นที่มีพลัง จากโรงพยาบาลที่ได้รับรอง HA จำนวน 4 แห่งในปีที่ 3 ของการดำเนินงาน มาเป็นกว่า 70 แห่งเมื่อสิ้นปีที่ 6 ของการดำเนินงาน และมีโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการพัฒนาอยู่อีกจำนวนมาก เป็นผลมาจากแรงจูงใจของการยอมรับจากภายนอก การมองเห็นความเป็นไปได้ในการพัฒนา และนโยบายที่ชี้ทางทิศทางในระดับที่พอเหมาะ

เนื้อหาและขอบเขตการประเมินที่ตรงภารกิจและปัญหาของโรงพยาบาล ร่วมกับความต่อเนื่อง และความชัดเจนมากขึ้นเป็นลำดับของกระบวนการ HA สร้างความมั่นใจแก่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นว่ากระบวนการ HA เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับโรงพยาบาล

อาจจะมีผู้บริหารโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่มุ่งหวังใบรับรองมากเกินไปจนเกิดความกดดันแก่ผู้ปฏิบัติงานหรือการพัฒนาคุณภาพด้วยความไม่เข้าใจที่แท้จริง ซึ่งต้องใช้เวลาให้เกิดการเรียนรู้ว่าทำอย่างไรจึงจะประสบความสำเร็จอย่างสมดุล

ข) HA เป็นระบบที่เปิดกว้าง รองรับและตัวเชื่อมโยงแนวคิดที่หลากหลาย

มาตรฐาน HA เป็นมาตรฐานที่มีพื้นฐานจากปรัชญาคุณภาพ การบริหาร และบริการทางการแพทย์ที่เป็นสากล มุ่งเน้นการนำปรัชญาดังกล่าวซึ่งเป็นนามธรรมมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA จึงสามารถนำแนวคิดต่างๆ มาสู่การปฏิบัติควบคู่ไปได้ เช่น TQM/CQI, result-based management, balanced scorecard, evidence-based medicine, PSO, ISO9000, ISO14000, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งเป็นพื้นฐานสำหรับการต่อยอดไปสู่การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ เช่น Thailand Quality Award

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลจำนวนมากยังประสบปัญหาการประสานแนวคิดต่างๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในรายละเอียดทำให้ไม่ได้ใช้ประโยชน์จากความพยายามในการพัฒนาที่ได้ดำเนินการมาแล้วอย่างเต็มที่ และอาจเกิดความสับสนในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน การนำแนวคิดหลายๆ อย่างเข้ามาปฏิบัติพร้อมๆ กันจำเป็นที่ผู้รับผิดชอบต้องเข้าใจแนวคิดทั้งหลายอย่างลึกซึ้ง มิฉะนั้นอาจจะก่อให้เกิดความชะงักงันหรือแย่งทรัพยากรเวลาและบุคคลโดยไม่เกิดประโยชน์

ค) HA มีการปรับตัวตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพอย่างขนานใหญ่ ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง มีการพัฒนาบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ขณะเดียวกันก็มีความต้องการให้บริการดังกล่าวเป็นบริการที่มีคุณภาพด้วย

เพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าวอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ของโรงพยาบาลชุมชนในชนบท ซึ่งมีภาระงานค่อนข้างมาก และมีทรัพยากรที่จำกัดในหลายๆ ด้าน HA จึงมีการปรับรูปแบบการพัฒนาให้ง่ายและตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น โดยออกแบบระบบการพัฒนาคุณภาพเป็นบันได 3 ขั้นสู่ HA



เริ่มจากบันไดขั้นที่ 1 ที่นำปัญหาหรือความสูญเสียมาวิเคราะห์เพื่อป้องกันมิให้เกิดซ้ำ รวมทั้งการ ค้นหาและป้องกันความเสี่ยงทั้งในสิ่งแวดล้อมและกระบวนการทำงาน กิจกรรมเหล่านี้เป็นการลงทุน น้อย แต่ได้ผลมากในการป้องกันความเสียหายและข้อร้องเรียนที่จะเกิดขึ้น จากพื้นฐานในบันไดขั้นที่ 1 จะต่อเนื่องไปสู่การวิเคราะห์เพื่อสร้างระบบประกันและพัฒนาคุณภาพในบันไดขั้นที่ 2 การนำมาตรฐาน ที่เหลือของ HA มาสู่การปฏิบัติจนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพขึ้นในบันไดขั้นที่ 3

ผลการทบทวนปัญหาในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA ทำให้โรงพยาบาลที่ทำความเข้าใจ เกิด ความตระหนักในปัญหาที่เคยถูกละเลยมาก่อน เกิดความร่วมมือ มีเจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพดีขึ้น เริ่มมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสาเหตุและแนวทางการปรับปรุงหรือป้องกันซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับโรง พยาบาลอื่นๆ ในอนาคต

ง) HA มุ่งให้ความสำคัญที่คุณภาพและความปลอดภัย

จุดเน้นของ HA คือคุณภาพและความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องเน้น บทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถด้วยความระมัดระวัง มีการ วัดผลอย่างเหมาะสม มีการประเมินหรือทบทวนผลลัพธ์เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง มีการใช้หลักฐาน ทางวิทยาศาสตร์ประกอบกับประสบการณ์เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ ใช้แนวคิดการสร้างควมไว ้วางใจเพื่อให้สามารถเปิดใจพูดคุยในเรื่องผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์และนำไปสู่การป้องกันปัญหาในอนาคต

คุณภาพในลักษณะดังกล่าวเป็นเรื่องค่อนข้างยากกว่าการสร้างควมประทับใจในการให้บริการ ทั่วๆ ไป แต่ก็เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อลดความสูญเสียและป้องกันความขัดแย้ง สิ่งที่ยากกว่านั้นคือการ ทำความเข้าใจกับสังคมเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการปกป้องในการที่สืบค้นข้อผิดพลาด สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงระบบอันจะเป็นการป้องกันที่ได้ผลดีว่าการลงโทษตัว บุคคล แต่สังคมเคยชินกับการหาผู้รับผิดชอบเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น และปรารถนาที่ จะลงโทษให้เกิดความหยาบช้า โดยมีได้ตระหนักว่าวิธีการดังกล่าวนอกจากจะไม่ช่วยแก้ปัญหาแล้ว ยัง จะทำให้ทุกคนปกปิดข้อมูลที่แท้จริง และมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาต่อไป

2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจาก HA

ก) เกิดการเปลี่ยนแปลงในโรงพยาบาลทุกระดับ ทุกประเภท

การพัฒนาคุณภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีผลต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลผู้ ป่วยเกิดขึ้นในโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทั้งโรง พยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลแต่ละประเภทต่างมีจุดอ่อนในตัวเอง เมื่อมาใช้มาตรฐาน HA เดียวกัน ทำให้เกิดการปรับปรุงในจุดอ่อนเหล่านั้น โดยดูจากจุดแข็งของโรงพยาบาลประเภทอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลชุมชนมีจุดแข็งในเรื่องการทำงานกับชุมชน โรงพยาบาลเอกชนมีจุดแข็งในเรื่องความ สะดวกรวดเร็ว โรงเรียนแพทย์มีจุดแข็งในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เป็นต้น จุดอ่อนร่วมที่ พบในโรงพยาบาลส่วนมากคือการบริหารความเสี่ยง ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ การใช้กระบวนการ พยาบาล การบันทึกเวชระเบียน การใช้ scientific evidence การทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงเรียนแพทย์ ส่งผลต่อความตื่นตัวและ การขยายตัวไปสู่โรงพยาบาลอื่นๆ ค่อนข้างมาก

ข) ทักษะการเรียนรู้และการพัฒนาคุณภาพพื้นฐาน

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ได้มีการนำเครื่องมือและเทคนิคสำหรับการพัฒนาคุณภาพมาใช้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น ทั้งในส่วนที่จะทำให้การทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ และในส่วนของการวิเคราะห์ปัญหาหรือข้อมูลต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ทีมงานสามารถคิดเป็น ทำเป็น และเรียนรู้จากสิ่งที่ทำ

ในช่วงแรกของการพัฒนาซึ่งยังมีความเข้าใจไม่ลึกซึ้งพออาจจะทำให้ทีมงานเสียเวลามากขึ้นกับการประชุมและงานเอกสาร หรือยึดติดในขั้นตอนต่างๆ ไม่มีการประยุกต์ให้เหมาะสมกับขนาดและขอบเขตของสิ่งที่พัฒนาเมื่อมีประสบการณ์มากขึ้นทีมงานจะเกิดการเรียนรู้ว่าสิ่งใดที่เป็นประโยชน์และมีความจำเป็น สิ่งใดที่ได้ประโยชน์น้อยและไม่จำเป็น

หัวใจสำคัญที่จะทำให้การเรียนรู้ถึงความกล้าที่จะตั้งคำถามกับทีมงานเพื่อตรวจสอบว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นให้ผลตรงตามเป้าหมายที่ต้องการหรือไม่ ความกล้าที่จะตั้งคำถามนี้ยังเป็นทักษะที่ต้องมีการพัฒนาต่อไป

ค) นำหลักการและแนวคิดคุณภาพที่สำคัญมาสู่การปฏิบัติ

ในช่วงแรกของการดำเนินงาน HA ถูกมองว่าเป็นเรื่องนามธรรมซึ่งไม่สามารถสัมผัสได้อย่างชัดเจน แต่เมื่อเวลาผ่านไป ประสบการณ์จากที่ต่างๆ ทำให้เห็นรูปธรรมของการนำปรัชญาและแนวคิดที่เป็นนามธรรมมาสู่การปฏิบัติได้ชัดเจนขึ้น เช่น เรื่องการทำงานเป็นทีม การเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง การทบทวนและปรับปรุงผลงานของตนเอง

สิ่งที่ดูเหมือนยากและดูเหมือนคลุมเครือไม่ชัดเจนในตอนแรกเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา เนื่องจากได้กระตุ้นให้เกิดการทดลองความคิดต่างๆ ที่หลากหลาย ต้องตั้งคำถามกับตัวเองว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นใช่สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นหรือไม่ เมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งก็มีความชัดเจนมากพอที่จะถ่ายทอดแลกเปลี่ยนกันได้เพื่อเร่งเวลาของการพัฒนาให้สั้นลง แต่ก็ยังมีความจำเป็นที่แต่ละแห่งต้องนำไปปรับใช้หรือคิดค้นวิธีการด้วยตนเอง

ง) คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

แม้จะไม่สามารถวัดผลที่ชัดเจนเป็นตัวเลขได้ แต่การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือความร่วมมือระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและการปรับปรุงระบบการทำงาน การคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ การค้นหา/เฝ้าระวัง/ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่าย

จ) การขยายตัวสู่ระบบอื่นๆ

ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ HA ทำให้มีความสนใจที่จะนำกระบวนการในลักษณะนี้ไปใช้กับเรื่องอื่นๆ เช่น คุณภาพการศึกษา คุณภาพชีวิตของพนักงานในสถานประกอบการ คุณภาพอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องคุณภาพการศึกษา ได้มีการนำบทเรียนและประสบการณ์ของ HA ไปปรับใช้กับโรงเรียนภายใต้โครงการวิจัยและพัฒนาการเรียนรู้เพื่อคุณภาพการศึกษา

3) สิ่งที่ยังเป็นความท้าทายสำหรับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ

ก) การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้

ภาพในฝันคือการที่ระบบบริการสุขภาพมีการเรียนรู้และปรับตัวอย่างต่อเนื่อง มีความร่วมมือช่วยเหลือ ส่งเสริม และกระตุ้นกันและกันเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากความสำเร็จและความล้มเหลวต่างๆ มีบุคลากรจำนวนหนึ่งอาสาสมัครเป็น facilitator สำหรับการเรียนรู้ เป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่หมุนเวียนสับเปลี่ยนไปเยี่ยมโรงพยาบาลอื่นในฐานะ external peer ซึ่งนอกจากจะกระตุ้นโรงพยาบาลที่เข้าเยี่ยมแล้ว ยังจะได้ข้อคิดต่างๆ กลับมาปรับปรุงโรงพยาบาลของตนเองอีกด้วย

ความฝันนี้จะสำเร็จได้เมื่อมีความรู้ความเข้าใจเกิดขึ้นในระดับหนึ่งมีผู้เสียสละที่จะออกมาปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลของตน ด้วยความเข้าใจของเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา

ข) การใช้ QRT (Quality Review Team) ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง

ภาพในฝันคือมีการรวมตัวเป็นเครือข่ายในพื้นที่ระดับอำเภอและจังหวัด ทำหน้าที่เพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้อง รับทราบและกระตุ้นกันและกัน และค่อยๆ พัฒนามาทำบทบาทเป็นผู้ประเมินภายในเขตพื้นที่ อีกทั้งปรับลักษณะการนิเทศงานในระบบสาธารณสุขมาใช้กระบวนการโค้ชให้มากขึ้น

ความฝันนี้จะสำเร็จได้เมื่อผู้บริหารและผู้มีความเข้าใจเรื่องคุณภาพของแต่ละโรงพยาบาลเห็นประโยชน์ของการช่วยเหลือกันและกันคนที่เก่งที่สุดและคนที่มีบารมีที่สุดของแต่ละโรงพยาบาลออกมาทำบทบาทในการช่วยเหลือกัน ผู้ที่ทำหน้าที่ QRT ใช้ทักษะของการเป็นโค้ชและตระหนักว่ากำลังมีบทบาทอะไร หลีกเลี่ยงการทำหน้าที่ติดตามเร่งรัดงานในระหว่างการทำหน้าที่ QRT แต่ใช้วิธีกระตุ้นให้ทีมงานของโรงพยาบาลเห็นความจำเป็นและเห็นลำดับความสำคัญด้วยตนเอง

ค) การลดความยึดติดในรูปแบบ

ภาพในฝันคือการพัฒนาคุณภาพด้วยความเข้าใจในปรัชญาและหลักการ มีความยืดหยุ่นและพลิกแพลงให้เข้ากับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม มีรูปแบบเท่าที่จำเป็นเพื่อไม่ให้เกิดความหลากหลายและสับสน ขณะเดียวกันกล้าที่จะตั้งคำถามกับรูปแบบที่ใช้อยู่เพื่อพัฒนาให้มีความเรียบง่ายและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ความฝันนี้จะสำเร็จได้หากเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพอยู่ที่คุณภาพมากกว่าการได้รับการรับรองมุ่งทำทุกอย่างไปสู่ผลลัพธ์สุดท้ายคือคุณภาพที่ผู้รับบริการจะได้รับ เข้าใจหัวใจของคุณภาพและการประเมินพอที่จะตัดความกังวลในรูปแบบและรายละเอียดต่างๆ เรียนรู้รูปแบบต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในหลักการและทั้งรูปแบบที่ใช้เรียนรู้

ง) การประสานเชื่อมโยงแนวความคิดการพัฒนา

ภาพในฝันคือการที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ทำงานประจำให้ดี มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อทำหน้าที่ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้ดีที่สุดโดยประสานเชื่อมโยงแนวคิดต่างๆ เข้ามาเป็นเครื่องมือ สามารถประสานประโยชน์ใช้งานของเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้อย่างกลมกลืน ไม่เกิดความสับสนหรือขัดแย้งกัน สรุปรายๆ ก็คือ การพัฒนาคุณภาพและผลดำเนินงานอย่างเป็นตัวของตัวเอง สามารถบอกได้ว่าคุณภาพขององค์กรคืออะไร และสามารถรองรับการประเมินจากภายนอกที่หลากหลายได้

ความฝันนี้จะสำเร็จได้หากผู้เกี่ยวข้องพยายามศึกษาแนวคิดหลักของการพัฒนาในชื่อและรูปแบบต่าง ๆ หากจุดร่วมให้พบและนำมาดำเนินการเพื่อตอบสนองเป้าหมายขององค์กรหน่วยงานต้นสังกัดให้นโยบายที่เอื้อต่อการเชื่อมโยงแนวคิดทั้งหลายเข้าด้วยกัน

4) การปรับแนวทางการทำงานของ HA เพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แม้ว่าการรับรอง HA จะเป็นเป้าหมายที่ต้องการให้โรงพยาบาลทุกแห่งได้รับการรับรอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คุณภาพเป็นเรื่องที่ต้องทำด้วยความสมัครใจและความเข้าใจ ในภาวะที่มีปริมาณงานมากท่ามกลางทรัพยากรที่จำกัด HA จึงได้จัดแบ่งลำดับขั้นของการพัฒนาเป็นบันได 3 ขั้นสู่ HA โดยขั้นแรกเน้นการทำความเข้าใจแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ และส่งเสริมให้มีการทบทวนปัญหาหรือผลที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เพื่อนำมาวางระบบในการป้องกัน เป็นกิจกรรมที่จะใช้เวลาน้อยที่สุดและมีผลในการป้องกันปัญหา ความขัดแย้ง ข้อร้องเรียน ได้มากที่สุด ในขั้นที่สองเป็นการสร้างมาตรฐานการทำงาน ประกันคุณภาพกระบวนการทำงาน และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และในขั้นที่สามเป็นการแสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้น มีการประสานเชื่อมโยงในกิจกรรมต่างๆ เกิดวัฒนธรรมคุณภาพและการเรียนรู้

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการไปเยี่ยมเพื่อทำความเข้าใจและกระตุ้นให้โรงพยาบาลต่างๆ ได้นำแนวทางบันได 3 ขั้นสู่ HA ไปสู่การปฏิบัติทั้งในภาครัฐและเอกชน และในปี 2546-2547 ได้เริ่มประเมินเพื่อให้เกิดกิจกรรมประกาศตามบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA เพื่อสร้างความตื่นตัวอีกครั้งหนึ่ง และสร้างความมั่นใจว่าโรงพยาบาลได้รับประโยชน์จากการทบทวนดังกล่าว จากการติดตามประเมินทำให้เห็นปัญหาว่ายังมีการทำกิจกรรมด้วยความไม่เข้าใจการวิเคราะห์ที่ยังไม่ลึกถึงขั้นที่จะป้องกันปัญหาอย่างยั่งยืน การหมุนเวียนโยกย้ายของทีมงานและผู้บริหาร

นอกจากนั้นพรพ.ยังได้ร่วมมือกับกรมอนามัยในการกระตุ้นการนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพไปปฏิบัติในโรงพยาบาลด้วยการรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และแนวคิดที่จะส่งเสริมให้โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองแล้วไปสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพในเครือข่ายบริการของตน

2.5 การตรวจสอบเวชระเบียน

ปัจจุบันมีการตรวจสอบเวชระเบียนในระบบอยู่ 3 ระบบคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยที่ทั้งสามระบบมีเป้าหมายในการตรวจที่แตกต่างและเหมือนกันบางส่วนดังนี้คือ

1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ จะมุ่งเน้นไปที่การเบิกจ่ายไม่ตรงระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนด
2. ระบบประกันสังคมจะมุ่งเน้นไปที่การวินิจฉัยโรคผู้ป่วยในให้ตรงกับที่เบิกในส่วนที่จ่ายตามภาระโรคและส่วนที่เป็นคุณภาพของการรักษายาบาลผู้ป่วยนอกในโรคเรื้อรัง 8 กลุ่มโรค
3. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมุ่งเน้นที่การวินิจฉัยโรคและการให้รหัสโรคเพื่อประกอบการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยในและมีเพิ่มเติมขึ้นในส่วนของการเบิกจ่ายให้ตรงตามระเบียบที่กำหนดให้มีการจ่ายเพิ่มเติมในกลุ่มโรคที่ภาระค่าใช้จ่ายที่สูง

1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบที่มีการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลตามที่โรงพยาบาลขอเบิกมา ไม่ว่าจะเป็นโรคอะไรก็ตามจะพิจารณาจ่ายให้หมด มียกเว้นเพียงภาวะการเจริญพันธุ์บางเรื่องเท่านั้นที่ไม่สามารถขอเบิกได้ โดยที่ก่อน 1 เมษายน 2545 จะมีการตรวจสอบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และจะเป็นการตรวจสอบเมื่อหน่วยงานต้นสังกัดของข้าราชการปรึกษามาเท่านั้น เมื่อคณะรัฐมนตรีมีมติให้มีการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการขึ้นมาและให้ปรับปรุงระบบตรวจสอบด้วยจึงได้เริ่มมีการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของข้าราชการอย่างจริงจังขึ้นมาตั้งแต่ 1 เมษายน 2545 เป็นต้นมา

เนื่องจากระบบการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีผลสัมพันธ์ระหว่างการเบิกจ่ายตามที่จ่ายจริงร่วมกับการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาที่มีเพดานการเบิกและในอนาคตจะปรับปรุงการเบิกจ่ายให้เป็นเหมาจ่ายโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ดังนั้นประเด็นในการตรวจสอบก็จะแบ่งออกเป็นสามส่วนหลัก ดังนี้

ก) การตรวจสอบการวินิจฉัยโรค การทำหัตถการและการให้รหัสโรค

โดยการเลือกเวชระเบียนประมาณ 1000 แฟ้มจากข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยในรายบุคคลที่ได้จากสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพที่มี criteria ดังนี้: มีค่าใช้จ่ายตามที่รายงานไม่สอดคล้องกับค่า RW ของกลุ่มโรคนั้น มีค่าใช้จ่ายหรือค่า RW ไม่สอดคล้องกับศักยภาพโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายที่ไม่สอดคล้องกับวันนอนโรงพยาบาล มีค่า RW สูง

เมื่อได้รับรหัสโรงพยาบาลและหมายเลขประจำตัวโรงพยาบาล (hospital number) และรหัสผู้ป่วยในแล้วจะให้โรงพยาบาลสำเนาเวชระเบียนส่งมายังสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพนำไปทำเป็นเอกสาร digital ซึ่งจะจัดส่งให้ผู้ตรวจสอบซึ่งเป็นแพทย์ที่มีความสามารถในการสรุปการวินิจฉัยและให้รหัสโรคตามกฎหมายการให้รหัสของ WHO เป็นผู้ตรวจสอบพร้อมกับให้ความเห็นเรื่องคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนไปพร้อมกัน

ข) การตรวจสอบการเบิกจ่ายตามที่จ่ายจริง

โดยการเลือกข้อมูลที่มีความผิดปกติในเรื่องของ รหัสโรค รหัสหัตถการ ค่าใช้จ่ายในหมวดต่างๆ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหรือมีอัตราการเบิกในระบบสวัสดิการรักษายาบาลเป็นมูลค่าที่สูงมากๆ ประมาณ 30 แฟ้ม มาตรวจสอบและเปรียบเทียบในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล หลังจากนั้นได้ให้โรงพยาบาลที่เข้าข่ายที่จะต้องได้รับการตรวจสอบเตรียมเวชระเบียน เอกสารค่าใช้จ่ายโดยละเอียดและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องไว้เพื่อตรวจสอบ เมื่อเจ้าหน้าที่ที่ทำการตรวจสอบไปตรวจสอบ ณ โรงพยาบาล

การตรวจสอบทำโดยแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการตรวจสอบเวชระเบียนทำการตรวจสอบค่าใช้จ่ายในหมวดต่าง ปริมาณการใช้ยาราคาแพง ความซ้ำซ้อนในการเบิกในแต่ละประเภท และในแต่ละหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล

ค) การตรวจสอบการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนด

โดยที่ระเบียบกระทรวงการคลังกำหนดให้อุปกรณ์อวัยวะเทียมและเวชภัณฑ์ไม่ใช่ยาบางชนิดมีเพดานการเบิกที่มูลค่าหนึ่ง เช่น ค่าข้อเข่าเทียมกระทรวงการคลังตั้งราคาเบิกไว้ที่ชุดละ 50,000 บาท ถ้าโรงพยาบาลตั้งราคาเกินจากเพดานราคาที่กระทรวงการคลังอนุญาตให้เบิกได้โรงพยาบาลจะต้องเก็บ

เงินเพิ่มจากผู้ป่วย ดังนั้นการตรวจสอบจึงใช้วิธีเลือกข้อมูลที่มีการผ่าตัดในกลุ่มโรคหรือโรคที่ต้องใช้อุปกรณ์วิริยะเทียมที่มีราคาสูง เช่นมีการผ่าตัดกระดูกและข้อ การทำหัตถการด้านหัวใจ เป็นต้น

การตรวจสอบในเรื่องนี้จะทำคู่ไปกับการตรวจสอบที่โรงพยาบาล โดยยึดเอาระเบียบกระทรวงการคลังในเรื่องราคาที่เบิกได้พ.ศ. 2537 เป็นหลักและตรวจสอบเทียบกับหลักฐานที่โรงพยาบาลเก็บไว้ว่ามีความตรงกันหรือไม่

การตรวจสอบที่โรงพยาบาลจะเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลผู้เกี่ยวข้องชี้แจงเหตุผลในการเบิกจ่ายในแต่ละประเด็นที่สงสัย ถ้าชี้แจงไม่ได้หรือไม่มีหลักฐานประกอบจะให้โรงพยาบาลทำเรื่องเบิกเกินส่งคืนกับกระทรวงการคลังต่อไปในบางโรงพยาบาลที่มีการเบิกต่ำกว่าความเป็นจริงหรือเบิกขาดไปก็จะให้โรงพยาบาลทำเรื่องขอเบิกเพิ่มไป

การตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาลไม่ได้มุ่งเน้นมากนักในส่วนของการบริหารจัดการเนื่องจากยังไม่มีมาตรฐานการรักษากลางออกมามากพอที่จะรองรับในประเด็นที่ไปตรวจสอบแต่จะดูได้ในบางรายการการรักษาเบี่ยงเบนออกไปมากจนเห็นได้ชัด ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจะมีไม่มากนักประมาณ 0-2 แพ้มต่อโรงพยาบาล (ไปตรวจครั้งละประมาณ 30-40 แพ้ม)

ง) ผลการตรวจสอบ

ทุกโรงพยาบาลจะมีข้อผิดพลาดตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงผิดพลาดมากจนต้องแนะนำให้ปรับระบบการคิดค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลใหม่ โดยส่วนใหญ่จะเป็นข้อผิดพลาดในการประสานงานกันระหว่างแผนกบริการ ซึ่งมักจะเป็นระหว่างห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยและห้องจ่ายยา

มูลค่าของความผิดพลาดมีตั้งแต่ต้องขอเบิกเพิ่มจากกระทรวงการคลังประมาณหมื่นบาทไปจนถึงต้องคืนเงินเป็นมูลค่าประมาณล้านบาท

จากการตรวจสอบทำให้กระทรวงการคลังต้องออกระเบียบในเรื่องการนับวันในการเบิกค่าห้องและค่าอาหารใหม่ โดยมีลักษณะคล้ายกับของบริษัทประกันสุขภาพเอกชนมากขึ้นและสามารถประหยัดเงินให้กับระบบนี้ได้ประมาณ 300 ล้านบาทต่อปี

2) ระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคมเป็นระบบที่มีการจ่ายเหมารายหัวให้กับโรงพยาบาลเป็นการล่วงหน้าแล้วและมีจ่ายเพิ่มเติมในภาวะโรคให้กับโรงพยาบาลในสองส่วนคือ ส่วนแรกจ่ายเพิ่มให้กับกลุ่มผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังแยกกลุ่มโรค และจ่ายเพิ่มให้กับกลุ่มผู้ป่วยในตาม DRG ดังนั้นการตรวจสอบจะแบ่งเป็นสองวิธีหลักคือ

ก) กลุ่มผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังจะเป็นการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังแยกกลุ่มโรคจากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของประกันสังคมทั่วประเทศให้โรงพยาบาลส่งมายังสำนักงานประกันสังคม หลังจากนั้นได้สำเนาเป็นระบบ digital ส่งไปยังผู้ตรวจสอบให้ตรวจสอบในสองประเด็นคือการวินิจฉัยโรคตรงตามที่โรงพยาบาลส่งมาให้หรือไม่และการให้การรักษาที่ผู้ป่วยนอกนั้นได้คุณภาพตามที่ควรจะเป็นหรือไม่โดยสร้างแบบการตรวจด้านคุณภาพของแต่ละโรคขึ้นมาแล้วให้ผู้ตรวจสอบตรวจตามแนวทางดังกล่าว

ข) กลุ่มผู้ป่วยในให้โรงพยาบาลส่งเวชระเบียนที่ได้มีการสุ่มเลือกไว้ส่งมายังสำนักงานประกันสังคมและสำเนาเป็น digital ส่งให้ผู้ตรวจสอบตรวจดูว่าการหัตถการวินิจฉัยและการรักษาตรงตามที่



โรงพยาบาลแจ้งมาหรือไม่ (coding audit) เพื่อปรับลด RW ให้เป็นไปตามหลักฐานที่ปรากฏในเวชระเบียน

ทั้งสองวิธีนี้ได้ทำไปเพียงครั้งเดียวเท่านั้น แต่ลักษณะการตรวจและรูปแบบการตรวจของผู้ป่วยนอกนั้นได้ออกแบบไว้ให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์นำไปทำได้ ดังนั้นการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในปัจจุบันนี้อาจทำโดยสำนักงานประกันสังคมเองก็ได้

3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาท รักษาทุกโรค”

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาท รักษาทุกโรค” เป็นการจ่ายเหมาจ่ายหัวให้กับโรงพยาบาลร่วมกับการจ่ายเพิ่มเติมในกรณีที่บางกลุ่มโรคมียาที่ใช้จ่ายที่สูงมากจนอาจเป็นภาระต่อโรงพยาบาลจึงต้องมีการจ่ายเพิ่มเติมให้เป็นรายโรคหรือรายการของอุปกรณ์อวัยวะเทียมเมื่อโรงพยาบาลขอเบิกเพิ่มเข้ามา ดังนั้นระบบตรวจสอบจะมีสองรูปแบบปนกันคือ

ก) การตรวจสอบรหัสการวินิจฉัยและการรักษา (coding audit) ได้มีการดำเนินการอยู่ช่วงระยะหนึ่งทั้งในส่วนของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อใช้จัดกลุ่ม DRG และ RW ให้ตรงกับหลักฐานในเวชระเบียน แต่ไม่ได้มีการทำอย่างเป็นกิจจะลักษณะนัก เนื่องจากกำลังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านจากสำนักงานประกันสุขภาพไปเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข) การตรวจสอบการใช้จ่ายจริงตามภาระโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้มีการตรวจสอบในลักษณะการตรวจสอบเบื้องต้นว่ารายการโรคหรือสิ่งของที่ขอเบิกเพิ่มนั้นสมควรที่จะจ่ายให้หรือไม่หรือเกินอัตราที่กำหนดแล้วเท่านั้น

ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำลังเริ่มดำเนินการทำการตรวจสอบการให้รหัสโรคและรหัสเหตุการณ์ที่ตัวสำนักงานเอง คาดว่าการดำเนินการในระดับพื้นที่ (จังหวัด) คงเริ่มดำเนินการได้ในปีงบประมาณ 2547

4) ปัญหาและอุปสรรค

ทิศทางการประกันสุขภาพกำลังมีแนวโน้มที่จะเป็นเหมาจ่ายดังนั้นการตรวจสอบด้านคุณภาพจะต้องมีการพัฒนาขึ้นมาแต่การตรวจสอบด้านคุณภาพการรักษายาบาลยังไม่มีกลุ่มใดได้ทำอย่างจริงจังเนื่องจากขาด practice guideline ในเรื่องต่างๆที่แต่ละกลุ่มสนใจ

การเหมาจ่ายผู้ป่วยในกำลังเป็นไปในรูปแบบของการเหมาจ่ายรายกลุ่มโรค การตรวจสอบรหัสการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์จึงมีความจำเป็นมาก แต่ยังมีขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถด้านนี้ โดยเฉพาะแพทย์หรือพยาบาล

กลุ่มประกันต่างๆ มีความสนใจในการคุ้มครองผู้บริโภคที่แตกต่างกัน ดังนั้นเป้าหมายของการตรวจสอบจึงขึ้นกับเป้าหมายของแต่ละกลุ่มประกัน

3. ทิศทางในอนาคต และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

3.1 ข้อเสนอแนะจากการพิจารณามิติของคุณภาพ

1) การศึกษาและติดตามการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ ของคุณภาพอย่างเป็นระบบ เมื่อพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าสิ่งที่เกิดขึ้นคือการเข้าถึงดีขึ้นมาก การยอมรับอยู่ในระดับสูง ประสิทธิภาพดูเหมือนว่าจะดีขึ้นเนื่องจากลดค่าใช้จ่ายของทั้งระบบลงได้มาก แต่จะต้องประเมินคู่ไปกับมิติด้านสัมฤทธิ์ผล ซึ่งในเรื่องความเหมาะสม ความต่อเนื่อง ความสามารถของระบบ สัมฤทธิ์ผล และความปลอดภัย นั้นเป็นสิ่งที่น่าจะมีการศึกษาให้ชัดเจน

2) พัฒนาการใช้ดุลพินิจทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมและอยู่บนพื้นฐานข้อมูลวิชาการ แม้ว่าขณะนี้ได้เริ่มมีการทำอยู่บ้างในเรื่องแนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกแต่ยังไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างกว้างขวาง ควรมีการวิเคราะห์โอกาสที่จะลดค่าใช้จ่ายจากการให้การดูแลสุขภาพ (healthcare intervention) ที่ไม่จำเป็น จัดลำดับความสำคัญ ส่งเสริมและกระตุ้นให้สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ ผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้บริหารทุกระดับ ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ดุลพินิจทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร

3.2 ข้อเสนอแนะจากการพิจารณากลไกเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพ

1) พัฒนาระบบการควบคุมคุณภาพให้มีประสิทธิภาพ

ควรสร้างระบบการควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงการควบคุมที่ไม่จำเป็น ให้ผลตอบแทนน้อย หรือสร้างความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ประกอบวิชาชีพ

2) การร้องทุกข์และการกล่าวโทษ

ควรสร้างระบบที่จะให้เป็นธรรมแก่ผู้รับบริการที่ได้รับบริการต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น และ/หรือเกิดความสูญเสียหรือภาวะที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ทั้งนี้ควรดำเนินการควบคู่ไปกับการวิเคราะห์และสืบค้นปัจจัยที่เป็นสาเหตุเชิงระบบเพื่อให้มีการป้องกันที่ยั่งยืน สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจเพื่อเปิดโอกาสให้สามารถเจาะลึกถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา รวมทั้งสร้างระบบรักษาความลับของข้อมูลที่เกิดจากกระบวนการคุณภาพภายในของโรงพยาบาล

3) การพัฒนาคุณภาพจากภายในและการกระตุ้นจากภายนอก

ควรส่งเสริมให้ใช้กระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพจากภายนอกมากระตุ้นการพัฒนาคุณภาพภายในอย่างต่อเนื่องต่อไป ตามแนวทางที่ได้ดำเนินการมาแล้ว โดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ในเรื่องคุณภาพ ความปลอดภัย การดูแลอย่างเป็นองค์รวม สมดุลระหว่างการสร้างกับการซ่อม

4) การเปิดเผยข้อมูล

ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำข้อมูลผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ โดยใช้ระเบียบวิธีที่เหมาะสมในการปรับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพื่อให้เป็นข้อมูลที่เปรียบเทียบกันได้ และเปิดเผยต่อสาธารณะให้ผู้รับบริการสามารถนำไปพิจารณาเลือกสถานพยาบาล และเป็นแรงผลักดันให้มีการปรับปรุงคุณภาพ

3.3 ข้อเสนอแนะจากแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ

1) ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ควรสร้างความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยแก่สังคมและผู้ประกอบวิชาชีพเพื่อให้ตระหนักและให้ความร่วมมือในการนำแนวคิดการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกัน (system approach) มาสู่การปฏิบัติให้มากกว่าการมุ่งปรับปรุงแก้ไขที่ตัวบุคคล (human approach) ส่งเสริมให้มีการทบทวนปัญหาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สร้างระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์สาเหตุ (root cause) เพื่อการป้องกันปัญหาที่ยั่งยืน สร้างฐานข้อมูลแนวทางการป้องกันปัญหา ซึ่งเป็นผลจากการวิเคราะห์ root cause และส่งเสริมให้มีการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง

3.4 ข้อเสนอแนะจากสถานการณ์ในปัจจุบันและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1) การจัดสรรทรัพยากร

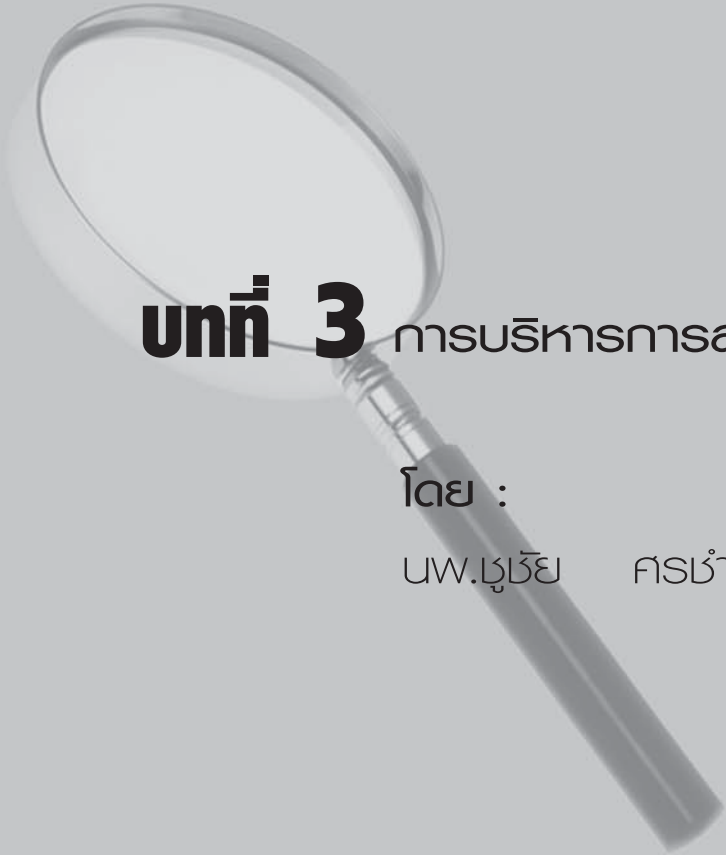
ควรศึกษาต้นทุนที่เป็นจริงของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ (โดยแยกส่วนที่เป็นต้นทุนคงที่ส่วนที่เป็นค่าแรง ต้นทุนคงที่อื่นๆ และต้นทุนแปรผัน) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของเงินคงเหลือของสถานบริการ เพื่อนำมาสู่การกำหนดงบประมาณและการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง อันจะป้องกันความขัดแย้งระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งทางเลือกที่น่าจะลดความขัดแย้งและส่งเสริมความอยู่รอดของทุกฝ่ายน่าจะได้แก่ ก) การแยกเงินเดือ้นออกจากงบประมาณของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นงบประมาณปกติของกระทรวงสาธารณสุข 2) การจัดสรรงบประมาณในส่วนที่เป็นต้นทุนคงที่ให้ตามขนาดและความรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ 3) การจัดสรรงบประมาณในส่วนที่เป็นต้นทุนแปรผันให้ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ

ควรพิจารณาทางออกในการที่จะให้ประชาชนมีส่วนรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพตามความสามารถในการจ่าย โดยควรพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำระบบออมทรัพย์เพื่อบริการสุขภาพ (medical saving) เข้ามาใช้

2) การรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพไว้ในระบบบริการภาครัฐ

ควรดำเนินงานต่ออย่างจริงจังเพื่อให้นโยบายค่าตอบแทนของบุคลากรในภาครัฐที่ไม่แตกต่างจากภาคเอกชนมากเกินไปมีผลในทางปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ควรส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการเปิดโอกาสให้บุคลากรในสาขาที่ขาดแคลนได้ทำงานรับใช้สังคมในภาครัฐควบคู่กับภาคเอกชน ควรสร้างมาตรการคุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพจากการฟ้องร้องในระดับที่เหมาะสมและเป็นธรรมกับทุกฝ่าย ควรวิเคราะห์ภาระงานที่เหมาะสมสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละสาขา รวมทั้งภาระงานสูงสุดที่จะให้บริการด้วยความมั่นใจในคุณภาพ

โดยสรุป ในการพัฒนาเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ จำต้องพิจารณาความเหมาะสมของทรัพยากร ความอยู่ตัวของระบบ ความสุขของผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกับการมีนโยบายที่ชัดเจนทิศทางการพัฒนาที่เหมาะสม และความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย หากขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไปก็ไม้อาจจะเกิดระบบบริการที่มีคุณภาพได้



บทที่ 3 การบริหารการลงทุน

โดย :

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

1. กรอบแนวคิด ความคิดรวบยอด และนโยบายที่สำคัญ

สุขภาพ นับเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการพัฒนาความสามารถประชาชนด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศที่สำคัญ การมีนโยบายการลงทุนด้านสุขภาพที่ดี ทั้งการลงทุนในระบบบริการ การลงทุนในด้านกำลังคน และการลงทุนเกี่ยวกับการก่อสร้างอาคารและลงทุนในเทคโนโลยีจะส่งเสริมให้ประเทศชาติและประชาชนมีผลผลิตภาพในการทำงานป้องกันการใช้จ่ายด้านสุขภาพอันเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายประเทศชาติโดยรวม⁸

ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน ในการได้รับบริการและการเข้าถึงบริการของรัฐ ดังนั้นการบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพที่คุ้มค่าโดยพิจารณาในภาพรวมทั้งภาครัฐ เอกชน การวางพื้นฐานการบริหารทรัพยากรทั้งระบบ ให้มีการกระจายอำนาจรับผิดชอบและการวางแผนอย่างชัดเจนภายใต้การกระจายทรัพยากรอย่างมีความเท่าเทียมกันและเอื้อต่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย ยึดปัญหาพื้นที่เป็นหลักและการมีส่วนร่วมในทุกองค์กร ให้เกิดธรรมาภิบาล

การศึกษาของ Piachaud (1979) ในประเทศกำลังพัฒนามากว่า 40 ประเทศ พบว่าการกระจายของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนามักกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ ทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและชนบท มีส่วนเสริมความแบ่งแยกในทางสังคม นอกจากนี้ยังสรุปไว้ว่าการกระจายของเทคโนโลยีทางการแพทย์จะเป็นไปอย่างรวดเร็วมากเมื่อเปรียบเทียบกับเทคโนโลยีประเภทอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยด้านการศึกษาวิชาแพทย์โดยเฉพาะที่ไปศึกษาต่อในประเทศพัฒนาแล้วจำนวนมาก การอพยพของแพทย์ ความช่วยเหลือจากต่างประเทศในรูปแบบต่างๆ และความพยายามของประเทศที่พัฒนาแล้วที่จะพัฒนาตนเองทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ดังนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ทั้งในภาครัฐและเอกชน การจัดการการกระจายและการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีทางการแพทย์จึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งในลำดับต่อไปนี้จะขอยกกล่าวถึง ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการจัดการการกระจายเทคโนโลยี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระจายเทคโนโลยี กลไกเชิงนโยบายและการควบคุมของรัฐในการจัดการการกระจายและการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี กลไกทางการเงินและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในการจัดการเทคโนโลยี แนวทางในการจัดการเทคโนโลยีระดับองค์กรและบทบาทของวิศวกรรมคลินิก และแนวทางสำหรับการเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ที่มีราคาแพง

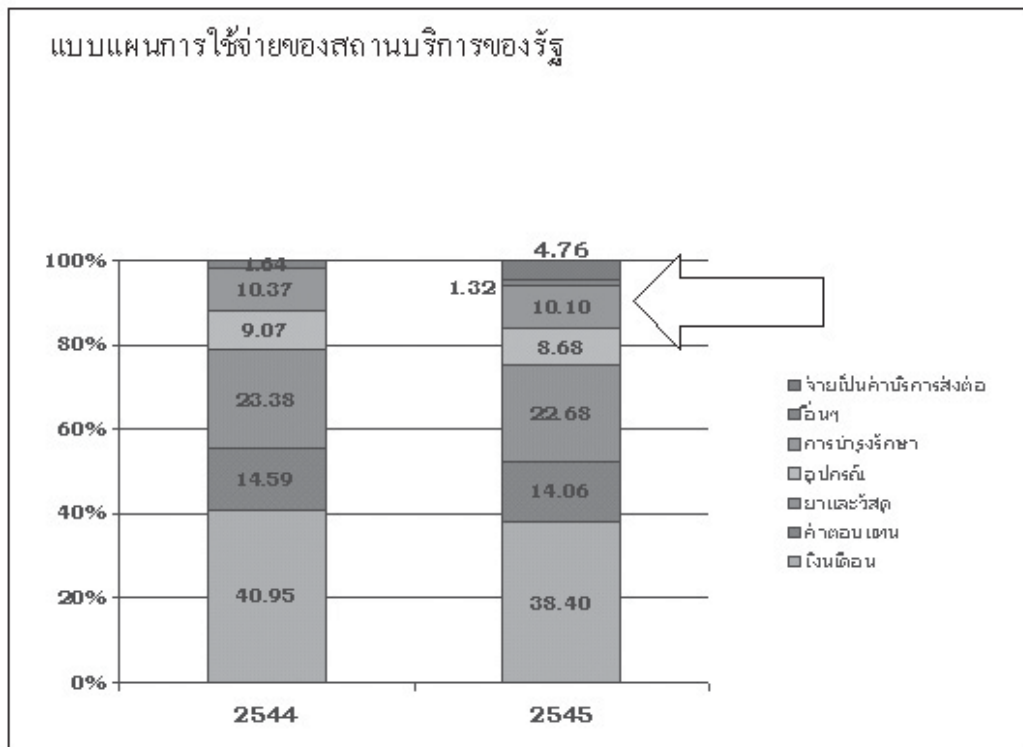
การจัดการงบลงทุนด้านสิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ จะเกี่ยวข้องกับทั้งผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบายทางด้านเทคโนโลยี ผู้กำหนดนโยบายด้านการเงินงบประมาณของประเทศ จากประสบการณ์ในต่างประเทศ และประสบการณ์การดำเนินการร่วมกับคณะกรรมการบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความคล้ายคลึงกันในแง่ที่จะหาบทสรุปได้ยากในการบริหารจัดการทั้งระบบ ทั้งนี้เนื่องจากมีความคิดเห็นที่หลากหลายเกี่ยวกับการจัดงบประมาณ โดยบางที่จะใช้ฐานรายได้ของบริการสาธารณสุขเป็นเกณฑ์ หรือบางที่ใช้นโยบายการลงทุนผสมผสานกับงบประมาณในอดีตที่เคยให้หรือบางที่ใช้สัดส่วนของรายจ่ายทั้งหมดมาพิจารณาาร่วมด้วยกับบัญชีสินทรัพย์ถาวรที่มีอยู่หรือบางทีพิจารณาประเด็นด้านค่าเสื่อม การบำรุงรักษาและการประเมินด้านเทคโนโลยีมาคิดจัดการงบลงทุน^{1,2,5}

การศึกษาของ Ramsey และคณะ (1997) พบว่า รูปแบบของการประกันสุขภาพ (Managed care vs. Medicare vs. Fee-for-service indemnity plan) มีผลต่ออัตราการใช้เทคโนโลยี 3 ชนิดที่นำมาศึกษา ได้แก่ Percutaneous transluminal coronary angioplasty, Kidney stone lithotripsy และ Bone Marrow Transplant ทั้งนี้เนื่องจากรีการชำระค่ารักษาแตกต่างกันไป โดยพบว่าอัตราการใช้บริการมักสูงสุดในแผนการประกันแบบ Indemnity plan ที่จ่ายแบบตามการใช้บริการ และ Medicare ที่มีการจ่ายตามกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) ที่กระตุ้นให้มีการใช้เทคโนโลยีแทนที่ แต่อัตราการใช้จะต่ำที่สุดใน Managed care ซึ่งผู้ให้บริการมักต้องรับความเสี่ยงทางการเงินจากการใช้บริการของผู้ป่วยด้วย

กลไกที่จะใช้ในการคำนวณตัวเลขที่เป็นมาตรฐานในการนำมาใช้กำหนดการกระจายของเทคโนโลยี และจำนวนของเทคโนโลยีในพื้นที่หนึ่งๆ อาจมีความผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนจากที่ควรจะเป็นได้ ดังนั้นกระบวนการนี้จะต้องทำอย่างรอบคอบ อาศัยข้อมูลรอบด้าน มีการศึกษาวิจัยความคุ้มค่าและประสิทธิภาพอย่างถี่ถ้วนด้วย เพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุด (Optimal result) เช่น มีการคำนวณองค์ประกอบของต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ที่ต่างกัน ในสถานการณ์สมมติที่มีเทคโนโลยีในจำนวนต่างๆ กันปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระจายของการลงทุนในเทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้แก่ คุณสมบัติของตัวเทคโนโลยี องค์กรผู้ให้บริการและผู้ตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง ระดับการยอมรับและการกระจายตัว การกระจายของข้อมูลข่าวสารและกิจกรรมการตลาด ลักษณะการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ ตลอดจนปัจจัยแวดล้อมของระบบบริการทางการแพทย์อื่นๆ ซึ่งประกอบด้วย บทบาทการกำกับและควบคุมของรัฐ ทรัพยากรทางการเงินและงบประมาณ ระบบประกันสุขภาพ และบทบาทขององค์กรทางวิชาการ การศึกษาและวิชาชีพ

ในปีงบประมาณ 2545 ด้วยความคาบเกี่ยวกับการจัดการงบประมาณแบบเดิม กับการจัดงบประมาณในประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นงบประมาณตามรายหัวประชากรที่ลงทะเบียนสิทธิ การจัดทำงบประมาณด้านลงทุนสำหรับการก่อสร้าง และจัดซื้อครุภัณฑ์ วัไรร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยการจัดงบลงทุนในสิ่งก่อสร้าง และการจัดหาเทคโนโลยีทั้งหมด (ทั้งที่ในเอกสารการคำนวณงบประมาณประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบุว่า ใช้เพื่อการบำรุงรักษา และอะไหล่ในการดำเนินการด้านการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิใช่เป็นการลงทุนทั้งหมด) ซึ่งทำให้ในระยะต่อมาทำให้ขาดงบประมาณในการลงทุนใหม่ และสำหรับบที่ใช้ในการบำรุงรักษา ซ่อมแซม ต่อเติม ปรับปรุงถูกลดสัดส่วนไปด้วย

แผนภูมิที่ 1 แสดงแบบแผนการใช้จ่ายของสถานบริการของรัฐ ภาพรวมและแนวโน้มในปีงบประมาณ 2544 - 2545



งบลงทุนที่ถูกละเลยมาใช้จ่ายทั้งหมดทั้งการบำรุงรักษา และการลงทุนใหม่ในประกันสุขภาพถ้วนหน้า (อันหมายรวมถึงการจัดสรรงบประมาณให้แก่งานบริการภาคเอกชน หน่วยบริการของรัฐอื่นที่มีได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) นี้ถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

- เพื่อการบริหารงบลงทุนทั่วไปร้อยละ 70
- และงบประมาณเฉพาะด้านไว้ร้อยละ 30 สำหรับการจัดการบริการตติยภูมิที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาการลงทุนด้านเทคโนโลยีในการจัดการบริการตติยภูมิศูนย์หัวใจ ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์โรคมะเร็ง



2. พัฒนาการของการจัดการงบประมาณก่อนเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อนปีงบประมาณ 2545

การก่อสร้างอาคารหรือจัดการเกี่ยวกับเทคโนโลยีจึงต้องพิจารณาในแง่การบริหารทรัพยากรด้านอุปสงค์ด้านสุขภาพความต้องการของประชาชน (demand side) ที่มีความเหมาะสมกับ อุปทานของผู้ให้บริการ (supply side) เพื่อการใช้ทรัพยากรที่มีคุณค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดในการให้บริการครอบคลุมกลุ่มต่างๆ

ก่อนปีงบประมาณ 2545 ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณงบลงทุน เกี่ยวกับครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง จะพบว่า ตามการเก็บข้อมูลการจัดสรรงบประมาณ ของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (ต่อมาเปลี่ยนเป็นสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุข ภูมิภาค) คือ การจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลที่สังกัดกรม กองต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย ที่อยู่ในภูมิภาค สถานบริการสุขภาพที่สังกัดรัฐ ไม่มีข้อมูลการลงทุนในภาคเอกชน เป็นการพิจารณาจัดสรรจากทางด้านอุปทานของผู้ให้บริการ (supply site) เป็นหลัก

ตารางที่ 1 แสดงงบประมาณภาครัฐ ปีงบประมาณ 2544 ก่อนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ชื่องาน/โครงการ	รวมทั้งหมด (3)=(1)+(2)	รวมลงทุน (6)=(4)+(5)	งบประจำ (7)=(3)-(6)
ด้านสาธารณสุข	61,551.188	5,068.526	56,482.662
นอกกสธ.	3,971.24	1,277.61	2,693.62
กระทรวงสาธารณสุข	57,579.951	3,790.913	53,789.038
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข	41,199.800	2,723.573	38,476.227
กรมการแพทย์	2,996.606	497.697	2,498.909
รวมกรมควบคุมโรคติดต่อ	4,258.288	185.659	4,072.629
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	736.876	155.193	581.683
รวมกรมสุขภาพจิต	1,367.334	116.795	1,250.539
รวมกรมอนามัย	2,225.869	109.804	2,116.065
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	420.587	2.039	418.548
รวมกระทรวงกลาโหม	533.207	106.165	427.042
รวมกระทรวงเกษตรฯ	97.738	0.186	97.552
รวมกระทรวงมหาดไทย	91.677	0.000	91.677
รวมทบวงมหาวิทยาลัย	2,793.259	1,148.910	1,644.349
รวมกองทุนและเงินทุนหมุนเวียน	4,335.767	0.153	4,335.614

สำหรับสัดส่วนการจัดสรรงบลงทุนจะมาก หรือ น้อย แตกต่างกันอันน่าจะเกี่ยวข้องกับนโยบายในแต่ละปี และสภาพการณ์ทางเศรษฐกิจ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 งบประมาณที่จัดสรรด้านการสาธารณสุขของประเทศไทย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2537 ถึง งบประมาณ 2544

งบประมาณด้านสาธารณสุข				
	งบลงทุน (ล้านบาท)	งบประจำ งบประจำ	รวมทั้งหมด (ล้านบาท)	% ลงทุน
ปี 2537	9,482.88	31,303.01	40,785.89	23.3%
ปี 2538	14,135.00	37,286.2	51,421.17	27.5%
ปี 2539	17,240.25	43,395.73	60,635.97	28.4%
ปี 2540	25,889.117	50,198.633	76,087.75	34.0%
ปี 2541	20,101.065	46,677.836	66,778.90	30.1%
ปี 2542	5,994.895	55,925.023	61,919.92	9.7%
ปี 2543	5,514.948	62,672.139	68,187.09	8.1%
ปี 2544	5,068.526	56,482.662	61,551.19	8.2%
ค่าเฉลี่ยร้อยละของการลงทุนต่อปีงบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมด				21.16%

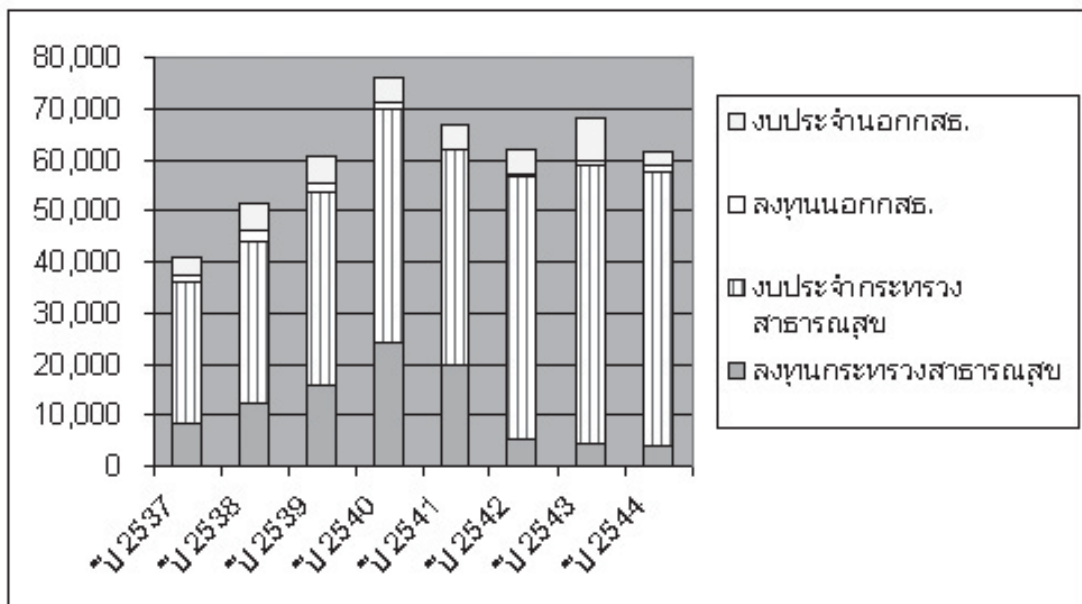
หมายเหตุ :

1. ที่มา สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. งบประมาณด้านสาธารณสุข หมายถึง งบประมาณที่จัดให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง ทบวง กรม ที่มีการจัดบริการด้านสุขภาพ
3. ข้อมูลนี้ไม่มีการใช้จ่ายในส่วนของภาคเอกชน และรัฐวิสาหกิจ
4. การจัดการงบลงทุนก่อนปีงบประมาณ 2545 งบลงทุนอาจจะเกี่ยวข้อง หรือไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการที่เหมาะสมกับพื้นที่ (over or under provision) ก็ได้

ตามข้อมูลการจัดสรรเพื่อการลงทุน (จ่ายจริง) พบว่า สัดส่วนการใช้จ่ายงบลงทุนเป็นของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ และจะพบการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนงบลงทุนไปตามปีงบประมาณอย่างมาก แต่สำหรับการเปลี่ยนแปลงของงบประจำ มีสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2

แสดงงบประมาณที่จัดสรรและมีการเบิกจ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขภาครัฐ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2537 - 2544 และ สัดส่วนของงบลงทุนกับงบประจำ



ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

การพิจารณางบประมาณการลงทุนของกระทรวงสาธารณสุข ใช้ระบบการเสนอคำขอของงบประมาณล่วงหน้า ผ่านสาธารณสุขจังหวัด สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองโรงพยาบาลภูมิภาค (ในส่วนที่เกี่ยวกับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป) กองสาธารณสุขภูมิภาค (ในส่วนโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย) แล้วกระทรวงสาธารณสุขตั้งคำขอของงบประมาณไปที่สำนักงบประมาณด้วยระบบการพิจารณาแผนงบประมาณตามรายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างที่ขอมา (line items)

สำหรับหน่วยบริการที่สังกัดหน่วยราชการอื่นขั้นตอนและวิธีการไม่แตกต่างจากระบบของกระทรวงสาธารณสุข แต่ได้มีการประมวลข้อมูลเข้าหากันในภาพรวม

การพิจารณาการลงทุนของหน่วยบริการภาคเอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยเป็นการประกอบการโดยเอกชน ดังนั้นการพิจารณาแผนการลงทุนทั้งด้านสิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์เป็นไปตามนโยบายทางการเงินและกลยุทธ์ด้านการเข้าหรือเข้าซื้อ กลยุทธ์การตลาดของแต่ละที่เป็นสำคัญ^๑

สำหรับข้อมูลเพื่อการบริหารสินทรัพย์เพื่อมาจัดทำแนวนโยบายการจัดสรรส่วนเพิ่มเติมลงทุนให้เกิดความเสมอภาค และมีการกระจายที่ดีนั้น เนื่องจากการบันทึกทางการเงินและบัญชีในช่วงก่อนเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นบัญชีรายการเงินสด บัญชีสินทรัพย์ และค่าเสื่อมมีได้เก็บรวบรวมในภาพรวมบัญชีเดียวกันกับการเก็บข้อมูลในเชิงมูลค่าของสินทรัพย์จึงไม่สามารถทำได้อย่างครบถ้วนอย่างไรก็ตาม

- ในปีงบประมาณ 2541 ด้วยงบประมาณช่วยเหลือในโครงการเงินกู้ มียาชาว่า ได้มีการจ้างบุคลากรให้ไปประจำอยู่ที่หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปฏิบัติงานด้านการ

เงินและบัญชี ซึ่งได้มีการมอบหมายภารกิจให้ทำการสำรวจข้อมูลค่าสินทรัพย์ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- และในเดือน กันยายน 2542 กระทรวงสาธารณสุข โดยกองโรงพยาบาลภูมิภาค ได้ลงนามบันทึกความเข้าใจกับสำนักงานงบประมาณ เพื่อจัดทำโครงการหน่วยงานนำร่องปฏิรูประบบงบประมาณเป็นแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (PBBS) ให้เริ่มในปีงบประมาณ 2543 อันทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ต้องดำเนินการ 7 ประการ คือ การวางแผนงบประมาณโดยใช้กลยุทธ์ การปรับเปลี่ยนระบบบัญชี การควบคุมทางการเงินและงบประมาณ การบริหารสินทรัพย์ การบริหารการจัดซื้อ การปรับเปลี่ยนระบบการรายงาน และการตรวจสอบภายใน⁷

ผลพวงจากการดำเนินการข้างต้น ทำให้มีข้อมูลของมูลค่าของสินทรัพย์ถาวรที่อยู่ ณ พื้นที่ ซึ่งนำมาใช้ในการบริหารได้บ้าง แม้ว่าจะมีความไม่ครบถ้วนและความไม่สมบูรณ์ของระบบอยู่บ้าง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 มูลค่าสินทรัพย์สถานบริการสุขภาพ

เขต	สิ่งก่อสร้าง			ครุภัณฑ์			รวมสินทรัพย์รายเขต	สินทรัพย์ต่อประชากร
	รพศ./รพท.	รพช.	สอ.	รพศ./รพท.	รพช.	สอ.		
1.	141,575,485	147,267,100	472,524,000	43,345,612	270,862,480	91,958,400	1,352,454,176	486.29
2	292,709,926	430,951,650	654,543,600	88,089,085	353,297,418	112,537,800	2,312,928,490	885.47
3	146,681,227	430,951,650	681,105,600	181,053,782	501,581,982	131,634,000	2,400,743,249	787.61
4	221,478,187	430,951,650	694,945,800	93,517,803	391,238,349	137,381,400	2,284,509,179	694.34
5	150,098,818	124,931,650	1,154,608,200	13,494,084	744,585,615	208,945,800	2,560,257,068	447.36
6	328,990,810	124,931,650	1,163,136,000	75,973,556	806,843,618	206,535,600	3,111,375,602	450.48
7	271,496,369	147,267,100	1,142,026,200	33,286,396	665,649,928	223,963,200	2,788,471,959	474.81
8	163,540,504	124,931,650	652,167,000	34,154,489	348,152,298	117,543,600	1,638,184,535	554.51
9	99,304,689	124,931,650	768,900,000	47,041,756	454,414,443	134,785,800	1,775,724,784	662.69
10	270,150,191	124,931,650	843,133,800	52,113,407	577,777,588	155,736,000	2,346,106,235	588.55
11	198,083,800	124,931,650	574,997,400	16,899,975	512,493,580	131,077,800	1,773,467,981	545.45
12	147,883,454	147,267,100	788,751,600	100,260,471	519,311,438	147,578,400	2,099,196,390	597.72

หมายเหตุ :

1. ที่มา ฝ่ายแผนงานและงบประมาณ กองโรงพยาบาลภูมิภาค กองสาธารณสุขภูมิภาค ปีงบประมาณ 2544
2. เป็นการคิดมูลค่ารวม โดยหักค่าเสื่อมราคาตามวิธีเส้นตรงแล้ว



3. การจัดการงบประมาณเมื่อเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2545

เนื่องจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มต้นขึ้นระหว่างปีงบประมาณ 2544 (เมษายน 2544 ใน 6 จังหวัดนำร่อง) ต่อเนื่องกับปีงบประมาณ 2545 ซึ่งการจัดทำงบลงทุนได้ดำเนินการไปเสร็จเรียบร้อยแล้ว ตามกระบวนการและรูปแบบการดำเนินการเดิม (การจัดทำค่าของงบลงทุนสำหรับหน่วยราชการจะทำล่วงหน้าประมาณ 18 เดือน)

นอกจากนั้น มีโครงการพิเศษสำหรับโครงการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็อยู่ในระหว่างการดำเนินการ

อีกทั้งปัญหาด้านการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรคหัวใจ และมะเร็ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ 3 อันดับแรกของประเทศที่จะต้องมีการลงทุนให้เพิ่มศักยภาพ การให้บริการในพื้นที่บริการต่างจังหวัดมีศักยภาพที่สูงขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการด้านการรับบริการสุขภาพของประชาชนให้ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพทางการแพทย์ที่ดี ไม่ต้องรอนานที่สถานบริการที่ส่วนกลาง เป็นการลดต้นทุนภาคประชาชนในการต้องเสียค่าใช้จ่ายการเดินทางและการเสียโอกาสการเข้ารับบริการที่ทันเวลาที่อันมีผลต่อการลุกลามของโรคที่ทำให้มีต้นทุนการให้บริการที่สูงขึ้น

มาตรการในด้านการเงินที่สำคัญคือการกำหนดวงเงินการลงทุนคำนึงถึงต้นทุนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากการบำรุงรักษาและการหาทดแทนเช่นเดียวกับวงเงินการลงทุนในการจัดซื้อการวางมาตรการในระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผลกระทบที่จะมีต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการ

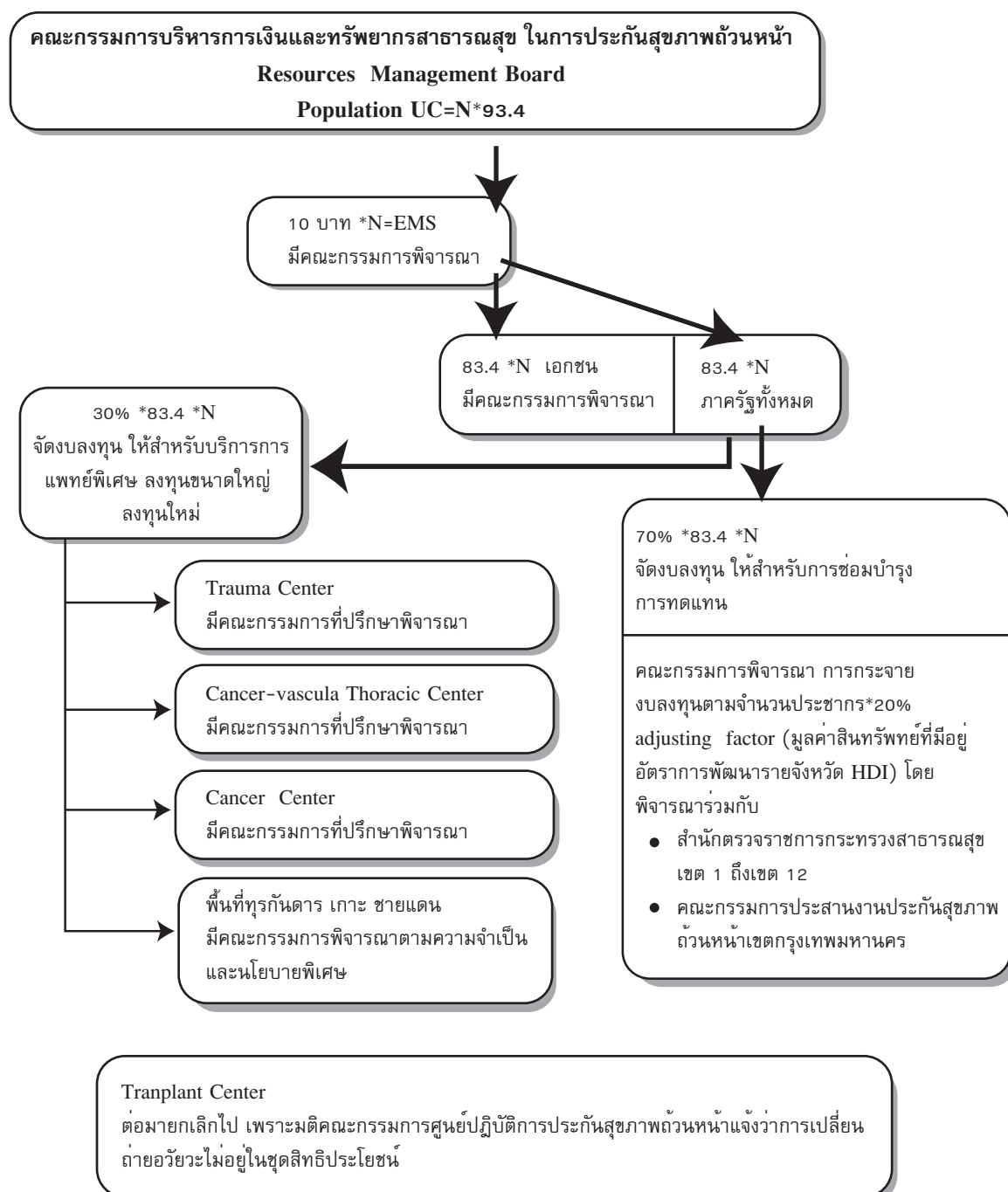
เกณฑ์ในการพิจารณาที่สำคัญที่สุดในการกำหนดความจำเป็นของกระบวนการในการกำกับควบคุมการกระจายเทคโนโลยี ซึ่งต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นไม่ได้จำกัดเฉพาะแต่ต้นทุนในการลงทุน (Capital cost)

เมื่องบลงทุนจะต้องปรับให้เข้ากับนโยบายการบริหารทรัพยากร และการจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงจากการพัฒนาระบบปฐมนุญ จนถึงระบบตติยภูมิ ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น จึงได้มีการปรับปรุงกระบวนการจัดการใหม่ ซึ่งเริ่มเมื่อเดือน พฤศจิกายน 2544 โดยมีสาระสำคัญคือ

- งบลงทุนนี้เป็นการลงทุนทั้งสิ้นของภาคบริการสาธารณสุข ที่อยู่ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - จัดให้ทั้งสถานบริการภาครัฐ และ เอกชน
 - จัดให้ทั้งการก่อสร้างใหม่หรือซื้อเทคโนโลยีใหม่และเพื่อการซ่อมบำรุงรักษาหรือทดแทน (เนื่องจากเดิมไม่มีการแยกบไว้ว่าสิ่งใดเพื่อการซ่อมบำรุง สิ่งใดเพื่อการสร้างหรือจัดซื้อใหม่) ทั้งที่ตามการคำนวณเพื่อตั้งค่าของงบประมาณรายหัวในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น งบลงทุนตั้งไว้ร้อยละ 10 ของค่ารักษาพยาบาล สำหรับการซ่อมบำรุง หรือทดแทนให้สามารถให้การรักษายาบาลได้เท่านั้น
- กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดการงบลงทุน โดยขยายภารกิจ จากการที่จัดการเฉพาะสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นการจัดการงบลงทุนที่อยู่ในภาคเอกชน และสถานบริการสุขภาพที่สังกัดกระทรวงอื่นด้วย

ดังนั้น ในเดือนมกราคม 2545 ได้มีคณะกรรมการบริหารทรัพยากรและการเงินขึ้น ประกอบด้วยบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารจากศูนย์ปฏิบัติการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สมาคมโรงพยาบาลเอกชน ทบวงมหาวิทยาลัย (ชื่อในขณะนั้น) คณะกรรมการชุดนี้ ได้มีการกำหนดแนวทางการบริหารงบลงทุนและให้มีกรรมการย่อยขึ้น ดังแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 แสดงโครงสร้างการบริหารงบลงทุนในประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545 ต่อเนื่องกับปีงบประมาณ 2546 เริ่มดำเนินการได้ เมื่อกรกฎาคม 2545 (และมีหลายรายการที่ต้องดำเนินการเข้ามาจนถึงปลายปีงบประมาณ 2546 จึงสามารถจัดสรรได้)



การดำเนินการในระหว่างปีงบประมาณ 2545 ต่อเนื่องกับงบประมาณ 2546 แม้ว่าเวลาจะล่วงเลยคาบเกี่ยวกัน ภายใต้ข้อจำกัดของระบบ ระเบียบ และข้อมูลที่มีอยู่ รวมทั้งต้องต่อเชื่อมความกลมกลืนทางความคิดในการจัดทำแผนการลงทุนกับภาคเอกชน หน่วยบริการที่มีได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และแม้แต่ในกระทรวงสาธารณสุขเอง ซึ่งมีความรู้สึกเกี่ยวกับงบประมาณโดยรวมที่ลดลง ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับงบที่คาบเกี่ยวมาก่อนหน้าปีงบประมาณ 2545 เช่น งบประมาณผูกพันต่อเนื่อง ค่า K ค่าปรับในสัญญาต่างๆ สำหรับการลงนามในสัญญาที่ล่าช้า หรือการบริหารการจัดซื้อจัดจ้างที่ไม่ทันเวลา ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายที่ข้ามมาสู่ปีงบประมาณ 2545 ฯลฯ แต่ก็ได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณการลงทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

การดำเนินการในปีงบประมาณ 2545 โดย กระทรวงสาธารณสุข ¹	การดำเนินการในปีงบประมาณ 2546 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หมายเหตุ
วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้การลงทุนพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งระดับต้น ระดับกลาง ระดับสูงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการกระจายอย่างเหมาะสม 2. เพื่อสร้างระบบและกลไกการจัดการงบประมาณลงทุนที่ทุกฝ่ายสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ	วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพระดับต้นมีความครอบคลุมทุกพื้นที่โดยมีโครงสร้างพื้นฐานอาคารที่สอดคล้องกับมาตรฐานการจัดบริการระดับปฐมภูมิสถานบริการระดับกลางทั้งภาครัฐและเอกชน มีการใช้สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ และมีการกระจายเทคโนโลยีที่เหมาะสมสถานบริการระดับสูงมีการกระจายเทคโนโลยีอย่างเหมาะสมและมีความร่วมมือกันในการจัดบริการระดับตติยภูมิ 2. สร้างระบบและกลไกการจัดการงบประมาณลงทุนที่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นที่มีสถานบริการสุขภาพ และเอกชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ	เปลี่ยนผู้พิจารณาจัดสรรงบลงทุนเป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังคงหลักการและแนวคิดในการดำเนินการเช่นเดิม ปีงบประมาณ 2545 เป็นช่วงบริหารการเปลี่ยนแปลง งบปีงบประมาณที่อยู่ระหว่างการดำเนินการต่อเนื่องหลายรายการ และยังไม่มีกลไกการบริหารงบลงทุนข้ามหน่วยงาน หรือระหว่างรัฐ กับ เอกชน มาก่อน จึงต้องกำหนดวัตถุประสงค์กว้างๆ ไว้
หลักดำเนินการ 1. ให้มีงบประมาณเพื่อการลงทุนในการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณค่าบริการรายหัวประชากร โดยเน้นที่การลงทุนขนาดใหญ่เพื่อให้สามารถกำหนดการพัฒนาและการกระจายทรัพยากรสุขภาพระดับชาติได้อย่างแท้จริงทั้งระยะปานกลางและระยะยาว	หลักดำเนินการ 1. งบประมาณเพื่อการลงทุนที่จำกัดการลงทุนขนาดใหญ่ ให้กำหนดแผนการพัฒนาและการกระจายทรัพยากรสุขภาพระดับชาติ พัฒนาทั้งบุคลากร อาคาร และเทคโนโลยี โดยจัดทำแผนแม่บทระยะปานกลางและระยะยาว 2. การลงทุนขนาดกลาง ให้ใช้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากคณะกรรมการหลัก	การบริหารงบประมาณในปีถัดไป น่าจะสามารถกำหนดวัตถุประสงค์ที่จำเพาะเจาะจงได้มากขึ้น



การดำเนินการในปีงบประมาณ 2545 โดย กระทรวงสาธารณสุข ¹	การดำเนินการในปีงบประมาณ 2546 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หมายเหตุ
2. การลงทุนขนาดกลางใช้รายได้ของ สถานพยาบาล โดยอาจเสริมด้วยงบ ประมาณที่ได้รับจัดสรรจากคณะ กรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้า แห่งชาติตามความจำเป็นของพื้นที่ใน แต่ละช่วงเวลา	ประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติตาม ความจำเป็นของพื้นที่ในแต่ละช่วงเวลา เพื่อการบำรุงรักษา และทดแทน	
3. การลงทุนขนาดเล็กใช้รายได้ของ สถานพยาบาล		
4. งบประมาณนี้เป็นส่วนหนึ่งของงบ ประมาณค่าบริการต่อหัวประชากร ของสถานพยาบาลทุกแห่ง	4. งบประมาณนี้เป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณ ค่าบริการต่อหัวประชากรของสถานพยาบาล ทุกแห่ง ดังนั้นสถานพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชนมีสิทธิได้รับการ สนับสนุนการลงทุนที่เท่าเทียมกัน	
5. เพื่อความชัดเจนและโปร่งใส จะทำการ แยกเงินลงทุนในส่วนที่เป็นของภาครัฐ และภาคเอกชนออกจากกัน แต่บริหาร ภายใต้กลไกและหลักเกณฑ์เงื่อนไข เดียวกัน	5. แยกเงินลงทุนในส่วนที่เป็นของภาครัฐ และภาคเอกชนออกจากกันโดยมีกลไกการ ตรวจสอบการใช้ประโยชน์หลังการจัดซื้อจ้าง หรือติดตั้งเรียบร้อยแล้ว	
6. บริหารจัดการในลักษณะรวมศูนย์ ใน ขณะเดียวกันมีแนวทางให้ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่นร่วมตัดสินใจด้วยตนเองใน ระดับหนึ่งได้	6. บริหารจัดการในลักษณะที่มีคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำกับดูแล สถานบริการทุกแห่งที่ขอรับการสนับสนุน งบลงทุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ทำบันทึกความเข้าใจการจัดสรร ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีสำนัก กฎหมายเป็นผู้ร่างบันทึกความเข้าใจ และ เป็นพยาน	
กลไกการจัดการ อนุกรรมการบริหารจัดการทรัพยากร สุขภาพ แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลัก ประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	กลไกการจัดการ คณะกรรมการสนับสนุนการบริหารจัดการ ทรัพยากรสุขภาพ	
● การพิจารณาจัดสรรงบลงทุนโดยคณะ กรรมการระดับชาติ ในกรณีที่สถานพยาบาลในระบบหลัก ประกันสุขภาพมีความประสงค์จะลงทุน ขนาดใหญ่เองโดยเงินของสถานพยาบาล เองหรือได้รับการสนับสนุนจากแหล่งอื่น ต้องได้รับอนุมัติก่อน ถ้าหลีกเลี่ยงจะหมก สิทธิได้รับการสนับสนุนงบลงทุน หรือถูก ตัดออกจากการเป็นสถานพยาบาลใน โครงการ	● การพิจารณาจัดสรรงบลงทุนโดยคณะ กรรมการ ในกรณีที่สถานพยาบาลในระบบหลัก ประกันสุขภาพมีความประสงค์จะลงทุนขนาด ใหญ่เองโดยเงินของสถานพยาบาลเองหรือได้ รับการสนับสนุนจากแหล่งอื่นต้องได้รับอนุมัติ จากหน่วยงานต้นสังกัดก่อน	กำหนดเงื่อนไขเพื่อให้ งบประมาณส่วนนี้สามารถ กำหนดโครงสร้างเครือ ข่ายระบบบริการสุขภาพ ระดับชาติได้



การดำเนินการในปีงบประมาณ 2545 โดย กระทรวงสาธารณสุข ¹	การดำเนินการในปีงบประมาณ 2546 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หมายเหตุ
● สถานพยาบาลที่ได้รับครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างจากงบลงทุน หากออกจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องชดเชยด้วยเงินจำนวนที่เหมาะสมตามเกณฑ์การคำนวณรอบปีที่คืนทุน (Pay back period) ● ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องได้รับความสำคัญระดับต้นในการใช้บริการในการลงทุนนั้นๆ	● สถานพยาบาลที่ได้รับงบลงทุน หากออกจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องชดเชยด้วยเงินตามเกณฑ์การคำนวณรอบปีที่คืนทุน (Pay back period) ● สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีการตรวจการใช้เครื่องมือ (Asset Utilization Review)	กำหนดเงื่อนไขสร้างความมั่นใจว่างบประมาณเมื่อลงทุนแล้วได้ประโยชน์แก่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
	● การลงทุนทดแทน คณะกรรมการสนับสนุนการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพระดับจังหวัด คณะกรรมการสาธารณสุขระดับเขตมีส่วนร่วมในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ แต่สำหรับการลงทุนใหม่ให้ขอบเพิ่มจากสำนักงานงบประมาณ โดยมีแผนแม่บท	
แผนการลงทุนขนาดใหญ่ ● สิ่งก่อสร้าง มากกว่า 20 ล้านบาท ● ครุภัณฑ์ มากกว่า 2 ล้านบาท ต้องทำ Technology assessment และ Certificate of Need ใช้คณะกรรมการระดับชาติพิจารณา	แผนการลงทุนขนาดใหญ่ หรือการก่อสร้างอาคารที่มีราคาสูง หรือใช้เทคโนโลยีใหม่ เทคโนโลยีราคาแพงหรือเป็นเทคโนโลยีที่ยังอยู่ในระหว่างการวิจัยและพัฒนา ให้หน่วยงานจัดทำ Technology assessment คณะกรรมการที่ปรึกษาการลงทุนซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอนแพทย์ พยาบาลและได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้พิจารณา โดยการพิจารณานี้จะกำหนดนโยบายตามความสอดคล้องกับ GIS Mapping ด้วย	การกำหนดวงเงินเพื่อการบริหารนั้นทำให้มีความยุ่งยากในการจัดสรรและควบคุมงบประมาณ และมีการตีความหมายที่อาจไม่ตรงกับการบันทึกสินทรัพย์ ตามมาตรฐานการบัญชีของกรมบัญชีกลางการบริหารสินทรัพย์ในปีงบประมาณ 2547 จึงกำหนดว่าจะลงรหัสสินทรัพย์ เป็นอิเล็กทรอนิกส์ และให้มีการประเมินผลเป็นฐานข้อมูลกลางพร้อมกับการออกคู่มือการบริหารสินทรัพย์เพื่อให้สถานบริการใช้ดำเนินการ
แผนการลงทุนขนาดกลาง ● สิ่งก่อสร้าง ระหว่าง 1 ล้านบาท ถึง 20 ล้านบาท ● ครุภัณฑ์ ระหว่าง 1 แสนบาทถึง 2 ล้านบาท ต้องทำ Certificate of Need คปสช. และ สป.น.จังหวัด พิจารณาความจำเป็น แผนการลงทุนขนาดเล็ก ● สิ่งก่อสร้าง น้อยกว่า 1 ล้านบาท ● ครุภัณฑ์ น้อยกว่า 1 แสนบาท ใช้รายได้สถานพยาบาล		

การดำเนินการในปีงบประมาณ 2545 โดย กระทรวงสาธารณสุข ¹	การดำเนินการในปีงบประมาณ 2546 โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	หมายเหตุ
การบริหารการเงินงบลงทุน ● โอนงบลงทุนให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำหรับหน่วยงานในภูมิภาค และโอนโดยตรงสำหรับหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร ● เมื่อทราบผลการจัดซื้อจัดจ้างในกรณีจัดซื้อจัดจ้างได้ในราคาต่ำกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ วงเงินที่เหลือใช้จัดซื้อจัดจ้าง ครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้างรายการอื่นได้ โดยต้องเป็นรายการที่อยู่ในลำดับถัดไปตามแผนการจัดหาที่ผ่านการประเมิน Technology Assessment และ Certificate of Need แล้ว โดยให้ Priority ของจังหวัดที่มีเงินเหลือก่อน	การบริหารการเงินงบลงทุน ● โอนงบลงทุนให้หน่วยงานต้นสังกัดโดยหน่วยงานจัดทำบัญชีรายการงบลงทุนแนบ ● เมื่อทราบผลการจัดซื้อจัดจ้างในกรณีจัดซื้อจัดจ้างได้ในราคาต่ำกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ วงเงินที่เหลือใช้จัดซื้อจัดจ้างครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้างรายการอื่นได้ โดยต้องเป็นรายการที่อยู่ในลำดับถัดไปตามแผนการจัดหาของหน่วยงานนั้น (เช่น สังกัดคณะแพทยศาสตร์ ก็ปรับปรุงรายการของคณะแพทยศาสตร์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็ปรับปรุงรายการของกระทรวงสาธารณสุขได้)	สร้างกลไกที่โปร่งใส มีส่วนร่วม และใช้ข้อมูลถูกต้องในการพิจารณา ด้วยการมีการศึกษา ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ กับนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ การบัญชี การเงิน และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง สร้างวิธีปฏิบัติที่เน้นประสิทธิภาพการเบิกจ่าย ที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ โดยไม่เน้นกระบวนการวิธีการในรายละเอียดที่แตกต่างกันในแต่ละส่วนงาน ในขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง
	ประเมินความคุ้มค่าหลังการจัดซื้อ ● ศูนย์บริการการแพทย์พิเศษ โรคหัวใจ มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ Excellent center ดำเนินการตรวจเยี่ยม และรายงานสถิติการใช้งานทุกแห่ง และทำรายงานประจำปี ● การลงทุนขนาดใหญ่ ทั้งครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง ดำเนินการสุ่มตรวจ 10% ของรายการ และทำรายงานประจำปี	



4. ผลการจัดสรรงบประมาณปีงบประมาณ 2545

การจัดสรรงบลงทุน ในปีงบประมาณ 2545 จะมีการต่อเนื่องกับปีงบประมาณ 2546 ด้วยเงื่อนไขด้านเวลาของการดำเนินการ การปรับแนวคิดที่จะต้องบูรณาการจากเดิมที่ต่างหน่วยงานต่างมีรูปแบบการดำเนินการด้านงบประมาณการลงทุนของตนเอง และหน่วยงานที่รับผิดชอบงบประมาณภาครัฐจะต้องทำความเข้าใจกับสถานบริการภาคเอกชนซึ่งสมาคมโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ประสานกับโรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลที่มีเจ้าของกิจการที่แตกต่างกัน

นอกจากนั้น เนื่องจากเป็นระยะแรกของการเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการเคลื่อนไหวของการลงทะเบียนของประชาชนกับสถานบริการอย่างมาก สถานบริการเอกชนบางสถานบริการสมัครเข้า และถอนตัวออกจากโครงการในระหว่างพิจารณาจัดสรรงบลงทุน และต้องมีการบริหารดุลการเงินค่าเหมาจ่ายรายหัวอยู่ตลอด ซึ่งทำให้จะต้องใช้เงินงบลงทุนมาใช้ในการจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัว

อย่างไรก็ตาม งบลงทุนปีงบประมาณ 2545 ได้มีการจัดสรรตามเกณฑ์ต่างๆ ตามแผนภูมิที่ 3 ได้ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2545 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 งบลงทุนปกติส่วนร้อยละ 70

	ครุภัณฑ์	สิ่งก่อสร้าง		รวมงบที่จัดสรร
		น้อยกว่า 6 ล้านบาท	เกิน 6 ล้านบาท	
กรุงเทพมหานคร	74,476,415.00		91,466,415.00	165,942,830.00
เขต 1	87,939,100.00	21,878,822.00	42,000,000.00	151,817,922.00
เขต 2	30,681,400.00	24,519,050	58,000,000	113,200,450.00
เขต 3	89,548,633.00	14,824,000	186,214,000	290,586,633.00
เขต 4	82,937,600	23,594,200	82,937,600	189,469,400.00
เขต 5	161,184,700	180,926,400	122,512,500	464,623,600.00
เขต 6	151,768,836	151,768,836	15,036,000	318,573,672.00
เขต 7	108,347,499	76,924,900	141,937,000	327,209,399.00
เขต 8	66,770,770	93,817,725	15,070,400	175,658,895.00
เขต 9	63,118,200	19,299,680	45,541,400	127,959,280.00
เขต 10	54,223,400	19,379,300	115,764,362	189,367,062.00
เขต 11	20,736,000	60,006,292	75,000,000	155,742,292.00
เขต 12	81,143,950	85,323,258	6,940,000	173,407,208.00
			รวมเงินจัดสรร	2,843,558,643

- หมายเหตุ : 1. ที่มา ส่วนข้อมูล สำนักพัฒนาระบบผู้ซื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณดำเนินการเข้ามาใช้ปีงบประมาณ 2546 ตามแผนการลงทุนของปี 2545 (วงเงิน 2,325,493,075 บาท) เนื่องจากงบลงทุนปีงบประมาณ 2545 ถูกใช้ในงบรายหัว และมีเวลาของการดำเนินการที่ล่วงเลยมาจนกระทั่งปีงบประมาณ 2546

ตารางที่ 6 รายการงบลงทุน Excellent Center โรคมะเร็ง โครงการ UC

จังหวัด	โรงพยาบาล	วงเงิน
กรุงเทพ	ราชวิถี	22,000,000.00
ชลบุรี	ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง	25,000,000.00
กรุงเทพฯ	รามธิบดี	15,000,000.00
ขอนแก่น	ศรีนครินทร์	8,500,000.00
เชียงใหม่	มหาราชนครเชียงใหม่	15,000,000.00
กรุงเทพ	พระมงกุฎเกล้า	22,000,000.00
สระบุรี	สระบุรี	6,000,000.00
ชลบุรี	ชลบุรี	3,000,000.00
จันทบุรี	พระปกเกล้า	6,000,000.00
นครราชสีมา	มหาราช	22,000,000.00
ขอนแก่น	ขอนแก่น	1,000,000.00
อุดรธานี	อุดรธานี	6,000,000.00
อุบลราชธานี	สรรพสิทธิประสงค์	6,000,000.00
ลำปาง	รพ.ลำปาง	3,000,000.00
	รวมเงิน	160,500,000.00

หมายเหตุ : 1. ที่มา ส่วนข้อมูล สำนักพัฒนาระบบผู้ซื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. ข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณดำเนินการเข้ามาใช้งบประมาณ 2546 ตามแผนการลงทุนของปี 2545 (วงเงิน 2,325,493,075 บาท) เนื่องจากงบลงทุนปีงบประมาณ 2545 ถูกใช้ในงบรายหัว และมีเวลาของการดำเนินการที่ล่วงเลยมาจนกระทั่งปีงบประมาณ 2546

ตารางที่ 7 รายการงบลงทุน Excellent Center โรคหัวใจ

จังหวัด	โรงพยาบาล	วงเงิน
เชียงใหม่	มหาราชนครเชียงใหม่	30,000,000
ชลบุรี	รพ.ชลบุรี	37,700,000
จันทบุรี	รพ.พระปกเกล้า	32,402,000
นครราชสีมา	รพ.มหาราชนครราชสีมา	750,000
อุบลราชธานี	รพ.สรรพสิทธิประสงค์	41,750,000
พิษณุโลก	รพ.พุทธชินราช	12,250,000
ยะลา	รพ.ยะลา	14,000,000
	รวมเงิน	168,852,000

หมายเหตุ : 1. ที่มา ส่วนข้อมูล สำนักพัฒนาระบบผู้ซื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. ข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณดำเนินการเข้ามาใช้งบประมาณ 2546 ตามแผนการลงทุนของปี 2545 (วงเงิน 2,325,493,075 บาท) เนื่องจากงบลงทุนปีงบประมาณ 2545 ถูกใช้ในงบรายหัว และมีเวลาของการดำเนินการที่ล่วงเลยมาจนกระทั่งปีงบประมาณ 2546


ตารางที่ 8 รายการงบประมาณ Excellent Center อุบัติเหตุ โครงการ UC

จังหวัด	โรงพยาบาล	วงเงิน
สระบุรี	รพ.สระบุรี	5,800,000
ชลบุรี	รพ.ชลบุรี	5,758,260
จันทบุรี	รพ.พระปกเกล้า	5,850,000
ราชบุรี	รพ.ราชบุรี	5,805,000
นครปฐม	รพ.นครปฐม	6,050,000
นครราชสีมา	รพ.มหาวิทยาลัยนครราชสีมา	5,820,000
	ราชวิทยาลัยศัลยกรรมแพทย์	5,000,000
ขอนแก่น	รพ.ขอนแก่น	5,800,000
อุดรธานี	รพ.อุดรธานี	5,895,000
อุบลราชธานี	รพ.สรรพสิทธิประสงค์	5,800,000
นครสวรรค์	รพ.สวรรค์ประชารักษ์	5,803,468
พิษณุโลก	รพ.พุทธชินราช	5,800,000
ลำปาง	รพ.ลำปาง	5,800,000
เชียงราย	รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์	6,000,000
นครศรีธรรมราช	รพ.มหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช	5,800,000
สุราษฎร์ธานี	รพ.สุราษฎร์ธานี	5,800,000
ยะลา	รพ.ยะลา	5,812,000
ตรัง	รพ.ตรัง	5,850,000
สงขลา	รพ.หาดใหญ่	5,801,000
	รวมเงิน	110,044,728

- หมายเหตุ : 1. ที่มา ส่วนข้อมูล สำนักพัฒนาระบบผู้ซื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณดำเนินการเข้ามาใช้งบประมาณ 2546 ตามแผนการลงทุนของปี 2545 (วงเงิน 2,325,493,075 บาท) เนื่องจากงบลงทุนปีงบประมาณ 2545 ถูกใช้ในงบรายหัว และมีเวลาของการดำเนินการที่ล่วงเลยมาจนกระทั่งปีงบประมาณ 2546

ตารางที่ 9 รายการงบประมาณบุคลากร ขาดแคลน เกาะ โครงการ UC ปี 2545

ประเภท	จำนวนรายการ	วงเงิน
อาคารที่มีราคาน้อยกว่า 20 ล้านบาท	117	210,868,550
อาคารที่มีราคามากกว่า 20 ล้านบาท	3	140,000,000.00
ครุภัณฑ์ที่มีราคาน้อยกว่า 2 ล้านบาท	202	99,222,780
ครุภัณฑ์ที่มีราคามากกว่า 2 ล้านบาท	5	28,166,360
	วงเงินทั้งสิ้น	478,257,690

- หมายเหตุ : 1. ที่มา ส่วนข้อมูล สำนักพัฒนาระบบผู้ซื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณดำเนินการเข้ามาใช้งบประมาณ 2546 ตามแผนการลงทุนของปี 2545 (วงเงิน 2,325,493,075 บาท) เนื่องจากงบลงทุนปีงบประมาณ 2545 ถูกใช้ในงบรายหัว และมีเวลาของการดำเนินการที่ล่วงเลยมาจนกระทั่งปีงบประมาณ 2546

ตารางที่ 10 รายการงบประมาณงบลงทุนเอกชน

	รายการ	วงเงิน
โรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร	254	100,861,052
โรงพยาบาลเอกชนเขต 1	70	21,403,492
โรงพยาบาลเอกชนเขต 2	28	4,823,700
โรงพยาบาลเอกชนเขต 3	7	2,085,000
โรงพยาบาลเอกชนเขต 4	9	4,091,730
โรงพยาบาลเอกชนเขต 5	46	1,559,166.23
โรงพยาบาลเอกชนเขต 6	13	2,579,345
โรงพยาบาลเอกชนเขต 7	9	6,655,507
โรงพยาบาลเอกชนเขต 8		0
โรงพยาบาลเอกชนเขต 9		0
โรงพยาบาลเอกชนเขต 10	61	21,085,126
โรงพยาบาลเอกชนเขต 11	1	340,000
โรงพยาบาลเอกชนเขต 12	3	2,100,000
	วงเงินทั้งสิ้น	167,584,118.23

หมายเหตุ : 1. งบลงทุนภาคเอกชนเป็นรายการเพื่อการซ่อมบำรุง ทั้งสิ้น ไม่มีการลงทุนขนาดใหญ่
 2. เนื่องจากการถอนตัวออกกลางคัน การจัดสรรงบลงทุนของเขตที่มีการถอนตัวออกจึงไม่มีการจัดสรร
 3. บางรายการเป็นรายการเช่า
 4. ข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณดำเนินการเข้ามาใช้งบประมาณ 2546 ตามแผนการลงทุนของปี 2545 (วงเงิน 2,325,493,075 บาท) เนื่องจากงบลงทุนปีงบประมาณ 2545 ถูกใช้ในงบรายหัวและมีเวลาของการดำเนินการที่ล่วงเลยมาจนกระทั่งปีงบประมาณ 2546

สำหรับงบลงทุนปีงบประมาณ 2546 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบในกรอบโครงสร้างของวงเงินงบลงทุนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของปี 2546 ในการประชุมเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2546 วงเงินรวมทั้งสิ้น 4,255,134,666 บาท และได้แยกเป็นกลุ่มรายการต่างๆ ดังนี้ คือ

- การลงทุนในผู้พิการและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วงเงิน 425,513,467 บาท
- การลงทุนภาคเอกชน วงเงิน 154,881,139 บาท
- ดำเนินการตามแผนการลงทุนของปี 2545 วงเงิน 2,325,493,075 บาท เนื่องจากงบลงทุนปีงบประมาณ 2545 ถูกใช้ในงบรายหัว และมีเวลาของการดำเนินการที่ล่วงเลยมาจนกระทั่งปีงบประมาณ 2546
- การลงทุนการแพทย์เฉพาะด้าน วงเงิน 186,795,686 บาท
- การลงทุนพื้นที่ทุรกันดาร ชายแดน และพื้นที่เฉพาะ 208,957,887 บาท

- งบลงทุนปกติของกระทรวงสาธารณสุข วงเงิน 844,373,217 บาท
- งบลงทุนปกติของหน่วยบริการรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข 79,051,790 บาท

5. การเตรียมการสำหรับบริหารงบลงทุนปีงบประมาณ 2547

ในปีงบประมาณ 2547 ซึ่งเป็นปีที่ 3 ของการดำเนินการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อมูลส่วนความต้องการการลงทุนโดยภาพรวมทั้งการลงทุนเพื่อการทดแทนและการลงทุนใหม่ยังจัดทำไม่เรียบร้อย เนื่องจากต้องมีการศึกษาความต้องการการลงทุนที่แท้จริงว่าในสถานการณ์ด้านโรคภัยกับทรัพยากรที่มีอยู่ผนวกกับแนวโน้มด้านเทคโนโลยี จะต้องใช้เงินเท่าใด

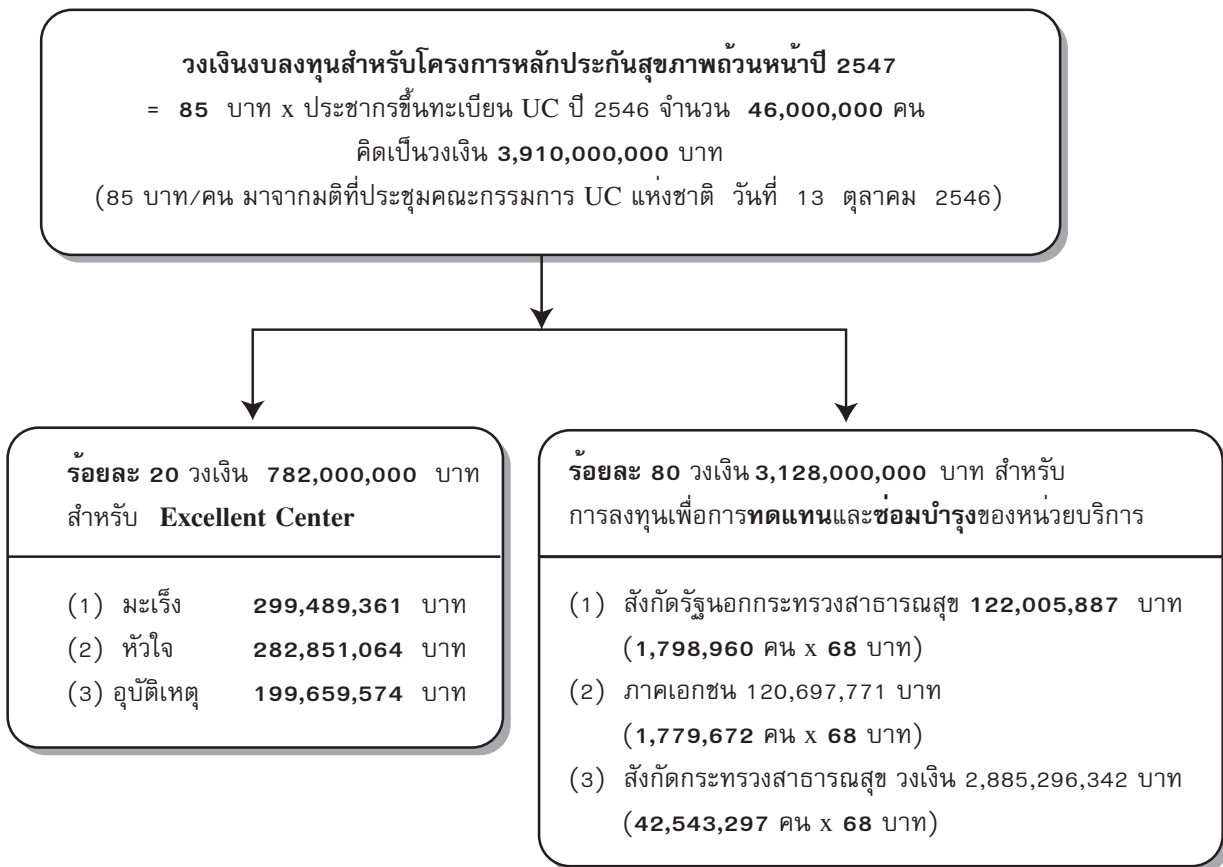
ประกอบกับยังไม่มีแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมมาจากแหล่งอื่น นอกเหนือจากงบรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นฐานตัวเลขงบประมาณงบลงทุนจึงยังคงต้องใช้ในการคำนวณจากรายหัวเป็นสำคัญ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 อัตราเหมาจ่ายรายหัว ปี 2547 ในอัตรา 1308.5 บาทต่อประชากร ที่ผ่านความเห็นของคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเข้า ครม. คณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเข้า ครม. คณะที่ 6 และให้บริหารโดยจัดสรรตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง ซึ่งมีนายไอศาร ไชยประวัติ เป็นประธาน เสนอดังนี้

1. ค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP)	488.2
2. ค่าบริการผู้ป่วยใน (IP)	418.3
3. ค่าบริการส่งเสริมป้องกัน (P&P)	206
4. ค่าบริการอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน (AE)	19.7
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	66.3
6. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	10
7. งบลงทุนเพื่อการทดแทน	85
8. งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร	10
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41	5
รวมงบเหมาจ่ายรายหัว	1,308.5

ที่มา : มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 6 (14/2546) วันที่ 13 ตุลาคม 2546

กรอบ วงเงินงบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2547
แนวคิด บริหารจัดการวงเงินในภาพรวมภาครัฐกับเอกชน



หมายเหตุ :

(1) สถานบริการรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน หากมีโครงการลงทุนใหม่ขนาดใหญ่หรือลงทุนในศูนย์โรคหัวใจ โรคมะเร็งและอุบัติเหตุ ให้เสนอแผนคำขอในส่วนของงบ Excellent Center ภายใต้มติของคณะทำงานที่ปรึกษาการพิจารณาการลงทุน (ตามคำสั่งคณะกรรมการพิจารณาแผนการลงทุนที่ 314/2546 ลงวันที่ 21 พย.2546)

1.1 การลงทุนใหม่ หมายถึง การดำเนินการในสถานที่แห่งใหม่ เทคโนโลยีชนิดใหม่ อาคารใหม่ที่มีได้เกิดจากการซ่อมแซมอาคาร แต่เพื่อใช้ประโยชน์ใหม่

1.2 การลงทุนขนาดใหญ่ หมายถึง ครุภัณฑ์ที่มีราคามากกว่า 2 ล้านบาท และการก่อสร้างที่มีมูลค่ามากกว่า 20 ล้านบาท หรือที่คณะทำงานที่ปรึกษาการพิจารณาการลงทุนตติยภูมิฯ มีมติว่าเป็นเทคโนโลยีที่ต้องควบคุม หรือต้องมีการศึกษาด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของเทคโนโลยีนั้นก่อน (Technology Assessment)

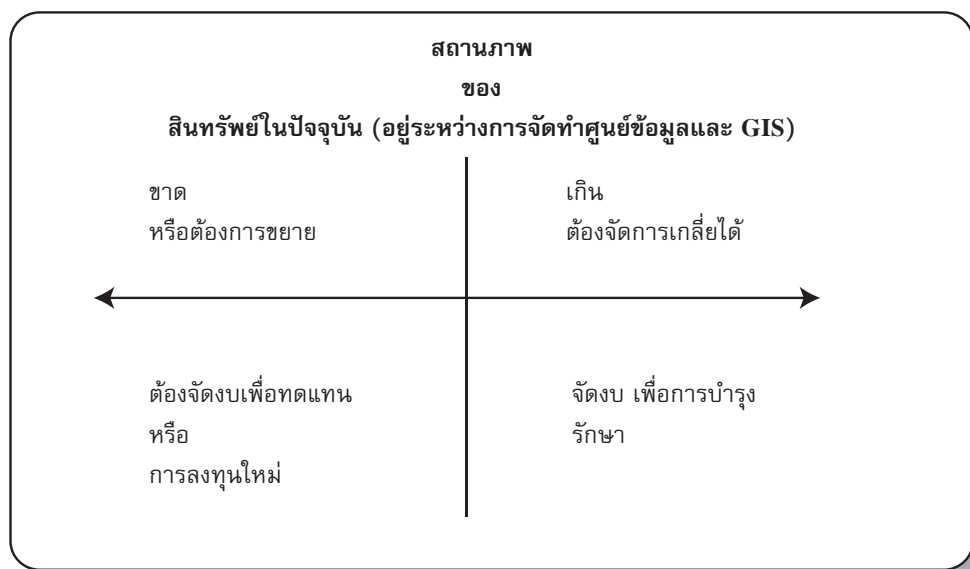
(2) หากใช้ประชากรขึ้นทะเบียน UC เดือนตุลาคม 2546 จำนวน 46,121,929 คน คิดเป็นวงเงิน 3,920,363,965 บาท สัดส่วนร้อยละ 20 สำหรับ Excellent Center วงเงิน 784,072,793 บาท แยกเป็นตติยภูมิละ 300,283,197- หัวใจ 283,600,798 - อุบัติเหตุ 200,188,798 บาท และสัดส่วนร้อยละ 80 วงเงิน 3,136,291,172 บาท สำหรับการลงทุนเพื่อการทดแทนและซ่อมบำรุงของหน่วยบริการ (1) สังกัดรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข 122,329,280 บาท (2) ภาคเอกชน 121,017,696 บาท (3) สังกัดกระทรวงสาธารณสุขวงเงิน 2,892,944,196 บาท หรือ 68 บาท/คน

6. แนวทางในการดำเนินนโยบายทางด้านการลงทุนภาคบริการสุขภาพในอนาคต

จากการศึกษาความพร้อมของระบบปัจจุบันและวิสัยทัศน์การลงทุนเพื่อจัดบริการสุขภาพทำให้สิ่งสำคัญในการดำเนินการในอนาคตคือจะต้องพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารสินทรัพย์ (Asset Management Information System) ต่อไปในอนาคต ข้อมูลที่สำคัญได้แก่

- ข้อมูลผลการประเมินความต้องการการใช้เทคโนโลยี หรือด้านโรคของพื้นที่
- ข้อมูลการประเมินความสามารถทางเทคโนโลยีที่มีอยู่
- อายุการใช้งาน ค่าเสื่อม การซ่อมบำรุงต่างๆ
- แผนกลยุทธ์ด้านการจัดบริการของแต่ละพื้นที่

ข้อมูลต่างๆ ข้างต้นควรจะได้มีการประมวลผลไว้เป็นภาพรวม จัดทำเป็นแผนแม่บทการลงทุนเพื่อที่จะสามารถบริหารให้เกิดความเสมอภาคและเป็นการกระจายทรัพยากรไปตามอุปสงค์ด้านสุขภาพและอุปทาน



อีกประการ การจัดการการลงทุนทั้งสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์นั้น ข้อควรพิจารณาก็คือ จะต้อง มีพัฒนาสินทรัพย์ให้สามารถให้บริการได้ดี (Asset Improvement) ควบคู่ไปกับการกำหนดการลงทุนใหม่เพื่อดำรงหรือกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมทางการแพทย์และการสาธารณสุข

งบลงทุนนี้หากดำเนินการในภาพรวมของการสาธารณสุขทั้งหมด กองทุนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านสุขภาพควรจะต้องมีส่วนร่วมในการลงทุนเพื่อพัฒนาความสามารถด้านบริการสุขภาพและการลงทุนใหม่ด้วยกัน แม้ว่าแต่ละกองทุนอาจจะมียุทธศาสตร์เกี่ยวกับการเงินการลงทุนและสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมแตกต่างกันบ้างก็ตาม แต่หลักๆ ในประเทศไทย ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ ผู้ที่มีสิทธิข้าราชการ ประกันสังคม และผู้ถือบัตร 30 บาท รักษาทุกโรค ต่างก็ต้องการการลงทุนเพื่อจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลชั้นทุติยภูมิ ตติยภูมิชั้นสูง แต่สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคอาจจะมีขอบเขตการลงทุนในบริการปฐมภูมิ ที่กว้างขวางกว่าเท่านั้น

ตารางที่ 9 นิยามความหมายของงบลงทุนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้อพิจารณาการบริหารการลงทุนภาคสุขภาพในอนาคต

	งบประมาณการลงทุนสำหรับประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ที่ครอบคลุมประชากรประมาณ 45 - 46 ล้านคน ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลโรคฉุกเฉินที่มีได้เกิด จากอุบัติเหตุการจราจร	งบประมาณการลงทุนที่กองทุน ประกันสุขภาพอื่นที่ต้องดูแลสุขภาพ ประชาชน โดยใช้เทคโนโลยี และการ ก่อสร้างเช่นเดียวกัน
งบลงทุน หมายความว่า ครอบคลุมการ Maintenance กับ Replacement	ให้ครอบคลุมอยู่ในงบประมาณรายหัวที่ กำหนดประมาณ ร้อยละ ๑๐ ของการใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล	ให้ครอบคลุมอยู่ในงบประมาณที่ กำหนดจากค่าใช้จ่ายในแต่ละกองทุน ประมาณ ร้อยละ ๑๐ ของการใช้จ่ายค่า รักษาพยาบาลของกองทุนนั้น
งบลงทุนในความหมายที่ เป็นการลงทุนใหม่ การ ลงทุนทางกลยุทธ์เพื่อ เป้าหมายด้านสุขภาพ เฉพาะ	กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานกลางที่ ดูแลภาคการสาธารณสุขของประเทศควรจะต้อง มีการทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดงบประมาณตามยุทธศาสตร์ ด้านสาธารณสุขของประเทศ * สำนักงานประมาณจะต้องตั้งวงเงินแยกไว้	กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงาน กลางที่ดูแลภาคการสาธารณสุขของประเทศ ควรจะต้องมีการทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดงบประมาณตามยุทธศาสตร์ด้าน สาธารณสุขของประเทศ * ควรมีการตั้งวงเงินไว้ต่างหากเพื่อการ ลงทุนนี้

* ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีหน่วยงานกลางคือ General Accounting Office, Subcommittee on Health, House of Representative เป็นผู้ดูแล



จากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณในภาคบริการสุขภาพที่ได้แสดงแล้วในตารางที่ 1 ทำให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณเพียงร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายดำเนินการทั้งหมด ที่มาจากรัฐบาลของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้นไม่น่าจะเพียงพอ นอกจากนั้นสัดส่วนงบประมาณจะเปลี่ยนแปลงได้เป็นไปตามนโยบายและราคาค่าก่อสร้างหรือราคาของเทคโนโลยีในแต่ละปีอีกด้วย

ซึ่งข้อมูลนี้ไม่แตกต่างจากผลการสืบค้นข้อมูลการจัดทำงบประมาณของประเทศต่างๆ ที่ได้มีการปฏิรูประบบการสาธารณสุขแล้ว^{2,3} งบประมาณทั้งสิ้น (คือทั้งการซ่อมบำรุง การทดแทนและการจัดหาใหม่ สร้างใหม่) จะอยู่ระหว่างร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายประจำ ขึ้นกับการที่จะเอางบเกี่ยวกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาผนวกไว้ด้วยหรือไม่ และขึ้นกับนโยบายเฉพาะหรือยุทธศาสตร์เฉพาะในแต่ละปี

ฉะนั้น ถ้าคิดโดยภาพรวมเฉลี่ยการลงทุนในระบบสาธารณสุขไทยที่ค่าเฉลี่ยร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายประจำ คือมีการลงทุนเพื่อการซ่อมบำรุง การทดแทนและการจัดหาใหม่ สร้างใหม่ ในสัดส่วนที่เท่ากัน ในแต่ละปีงบประมาณ จึงน่าที่จะต้องมีงบลงทุนสำหรับสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย คือ

งบลงทุนในภาคบริการสุขภาพทั้งสิ้น (บาท)

$$= > 2 * (4,255,134,666)_{\text{งบ 2546}} + \{ \text{contribution factors}_{\text{ราชการ ประกันสังคม พรบ.รณ}} (\text{population, risk}) \}$$

อย่างไรก็ดี การพิจารณาจัดสรรงบลงทุนที่ต้องการลงทุนขนาดใหญ่ ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในส่วนของ Excellent Center และการพิจารณาจัดสรรงบลงทุนพื้นที่ทุรกันดาร ชายแดน พื้นที่เฉพาะในประเทศไทยจะต้องมุ่งเน้นที่การแก้ปัญหาการกระจายทรัพยากรบุคคลที่ลงทุนแล้วคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ มีผลต่อสุขภาพประชาชน ยกระดับความสามารถของบริการการแพทย์ในระดับประเทศและระดับสากลสำหรับการลงทุนใน Excellent Center และสำหรับการลงทุนในพื้นที่จำเพาะกันดารก็ต้องคำนึงถึงทั้งการเข้าถึงและความเท่าเทียมกัน ที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมได้ ซึ่งประเด็นที่สำคัญ อยู่ที่ว่าจัดทำแผนแม่บทที่ระบุ

- จำนวนและชนิดของบุคลากร ที่เหมาะสม
- จำนวนและชนิดของเทคโนโลยี

การใช้ GIS (Geographic Information System) เข้ามาสนับสนุน และมีแผนแม่บทด้านการลงทุนของหน่วยบริการที่ขอรับการสนับสนุน นับเป็นปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะกำหนดการลงทุนที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และยกระดับการเข้าถึงเทคโนโลยี

มาตรการที่ควรดำเนินการ

ควรเป็นมาตรการที่เป็นการทำงานกับการใช้ โดยกลไกทางการเงิน ได้แก่

1. ยอดวงเงินงบประมาณ (Budget limits) กำหนดยอดวงเงินงบประมาณไว้สำหรับแต่ละพื้นที่ พร้อมแนวทางคร่าวๆ ในการจัดสรรงบประมาณ โดยไม่คำนึงถึงรายละเอียดของการตัดสินใจว่าจะใช้ในการลงทุนในเรื่องใดบ้าง

2. การกำหนดอัตราค่าบริการ และเงื่อนไขในการเบิกค่าบริการคืน (Fees and reimbursement) เป็นปัจจัยที่ทำให้มีการกระจายเทคโนโลยีช้าหรือเร็ว และยังส่งผลต่อการเกิดขึ้น และแทนที่การใช้เทคโนโลยีเดิมในรูปแบบ วิธีการหรือสถานที่ใหม่ๆ เช่น การทำ Home dialysis อย่างไรก็ดีตามกลไกที่นำมาใช้เพื่อจุดประสงค์ในการจำกัดการกระจายเทคโนโลยีอย่างเจาะจง มีใช้เป็นครั้งคราว
3. นโยบายกำลังคน (Manpower policy) เป็นกลไกในการจำกัดปัจจัยด้านอุปทาน เพื่อชะลอการกระจายของเทคโนโลยี มักเป็นกลไกทางกว้าง
4. การทบทวนการใช้บริการ (Utilization review) เป็นกลไกที่นำมาใช้เพื่อทบทวนดูความเหมาะสมของการรักษาพยาบาล รวมถึงการสั่งการรักษาและการใช้เทคโนโลยีต่างๆ
5. การประเมินผลเทคโนโลยีใหม่และเทคโนโลยีที่มีใช้อยู่เดิม (Technology assessment) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจใช้กลไกตามมาตรการข้ออื่นๆ และเพื่อเผยแพร่ข้อมูลสู่ผู้ให้บริการ องค์กรประกันสุขภาพและผู้บริโภคในลำดับต่อไป

แผนภาพที่ 4

ตัวอย่าง ของการใช้ GIS (Geographic Information System) เข้ามาสนับสนุนการลงทุนใน Excellent Center



Cardiac Center

Phase I

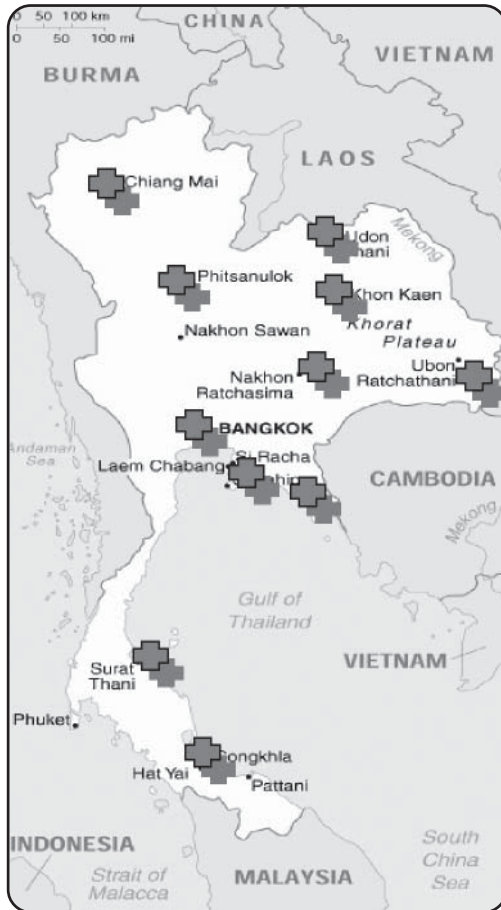
1. รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี
2. รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก

Phase II

1. รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อุบลฯ
2. รพ.ชลบุรี
3. รพ.ยะลา

Phase III

1. รพ.มหาราชเชียงใหม่
2. รพ.มหาราชนครราชสีมา



Comprehensive Cancer Center

Level-Excellence

- 1.ร.พ.ราชวิถี
- 2.ร.พ.รามธิบดี
- 3.ร.พ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 4.ร.พ.ศรีนครินทร์
- 5.ร.พ.พระมงกุฎเกล้า

Level-Advance

- ร.พ.สระบุรี ร.พ. มหานครราชสีมา
ร.พ. ชลบุรี ร.พ.ลำปาง ศูนย์มะเร็งฯ จ.ลำปาง

Level-General

- 1.ร.พ.พระปกเกล้า จันทบุรี
 - 2.ร.พ.สรรพสิทธิประสงค์
 - 3.ร.พ.อุดรธานี
 - 4.ร.พ.พุทธชินราช พิษณุโลก
 5. ร.พ.ขอนแก่น
 - 6.ร.พ.สุราษฎร์ธานี
 - 7.ศูนย์มะเร็งฯ จ.สุราษฎร์ธานี
- รวมทั้งหมด 17 แห่ง



Trauma Center

- 1.ร.พ.สระบุรี
- 2.ร.พ.ชลบุรี
- 3.ร.พ.พระปกเกล้า
- 4.ร.พ.ราชบุรี
- 5.ร.พ.นครปฐม
- 6.ร.พ.มหาวิทยาลัยราชฯ
- 7.ร.พ.สรรพสิทธิฯ
- 8.ร.พ.ขอนแก่น
- 9.ร.พ.อุดรธานี
- 10.ร.พ.พุทธชินราช
- 11.ร.พ.สรรพประชารักษ์
- 12.ร.พ.ลำปาง
- 13.ร.พ.เชียงราย
- 14.ร.พ.มหาวิทยาลัยศรีฯ
- 15.ร.พ.ตรัง
- 16.ร.พ.ยะลา
- 17.ร.พ.หาดใหญ่ สงขลา
- 18.ร.พ.สุราษฎร์ธานี
- 19.ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานพัฒนาความพร้อมด้านบริหารทรัพยากรของสถานพยาบาลของสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินและทรัพยากรสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข 2544.
2. Research on Health Care Costs, Quality and Outcomes (HCQO). From: Justification for Budget Estimates for Appropriations Committees, Fiscal Year 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/about/cj2002/hcqo02a.htm> ค้นหาเมื่อ 24 กันยายน 2546
3. Queensland Government State Budget 2001-02. www.treasury.qld.gov.au/budget2001-02 ค้นหาเมื่อ 24 กันยายน 2546
4. มติคณะอนุกรรมการจัดทำแผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากร ศูนย์ตติยภูมิโรคหัวใจ ธันวาคม 2546.
5. VA Health Care. Capital Asset Planning and Budgeting Need Improvement. GAO/T-HEHS-99-83. www.gao.gov ค้นหาเมื่อ 15 ธันวาคม 2546
6. สรุปรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการร่วมพิจารณาบงทฤษฎีภาคเอกชนในการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระหว่างผู้ทำงานของกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ ชูชัย ศรธานี และ นายแพทย์ ภูษิต ประครองสาย) กับ ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ผู้แทนผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. มีนาคม 2545. เอกสารอัดสำเนา
7. บันทึกความเข้าใจระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับ สำนักงานประมาณ ลงวันที่ 24 กันยายน 2542.
8. INVESTING IN HEALTH, THE NEW DIMENSION IN DEVELOPMENT POLICY: WHY AND HOW TO DO IT. www.who.int/inf/en/MA-2002-07.html.



บทที่ 4 การบริหารทรัพยากรมนุษย์

โดย :

บพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ

1. บทนำ

ทรัพยากรสุขภาพประกอบด้วย (1) กำลังคน (2) สถานบริการและเครื่องมือ (3) เวชภัณฑ์ (4) องค์ความรู้ โดยกำลังคนด้านสุขภาพนั้น เป็นทั้งผู้สร้างเทคโนโลยีและเป็นผู้นำเทคโนโลยีสุขภาพไปบริหารจัดการและจัดระบบบริการเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน และเป็นทรัพยากรที่มี **สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงที่สุด โดยทั่วไปจะสูงถึงร้อยละ 60-80 ของค่าใช้จ่ายด้านการดำเนินการ**⁽¹⁾ ตัวอย่างปีงบประมาณ 2546 งบประมาณเฉพาะในส่วนเงินเดือนและค่าจ้างประจำของข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานของรัฐในส่วนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขคิดเป็น 610 บาทต่อประชากรบัตรทอง (UC) หรือคิดเป็นร้อยละ 58 ของงบดำเนินการทั้งหมด (ไม่รวมค่าตอบแทนอื่นๆ อีกประมาณร้อยละ 20)

ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปีพุทธศักราช 2540 ได้กำหนดประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ว่าด้วยสิทธิของประชาชนและว่าด้วยหน้าที่ของรัฐบาล ที่จะให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่เสมอภาคทั่วถึง มีคุณภาพมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ⁽²⁾

จากข้อเท็จจริงปรากฏว่ากำลังคนด้านสุขภาพมีความไม่สมดุลทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพ ทั้งด้านลึกและด้านกว้าง ทั้งรูปแบบการผลิตและการกระจาย โดยปัญหาเหล่านี้ได้พอกพูนสะสมมาอย่างต่อเนื่องยาวนานซ้ำซาก จนเป็นหนึ่งในประเด็นที่มีการถกเถียงโต้แย้ง บาดหมางของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระดับต่างๆ และระหว่างภูมิภาคตลอดมา เนื่องจากในอดีตมีการจัดสรรอัตรากำลังและทรัพยากรต่างๆ ตามขนาดของหน่วยบริการ (supplieside) โดยไม่ได้คำนึงถึงด้านประชาชน (demand side)^(1,3,4,5,8)

เนื่องจากกำลังคนด้านสุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ รวมกับความไม่สมดุล ความไม่เสมอภาคในการกระจายทรัพยากร นำมาสู่ความต้อยประสิทธิภาพ รวมทั้งความต้อยคุณภาพในระบบสุขภาพในที่สุด

กำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นส่วนที่สำคัญของทั้งเหตุและผลลัพธ์ที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย รัฐบาลโดยการนำของพรรคไทยรักไทยจึงได้ใช้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเครื่องมือชิ้นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นในประเทศไทย จนนำมาสู่การตราเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545.เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545

ข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญที่สุดเรื่องหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ

2. สถานการณ์การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพก่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^(1,6)

ในที่นี้จะกล่าวถึงกำลังคนด้านสุขภาพ ที่สำคัญเพียง 5 ประเภทคือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ดังนี้

2.1 แพทย์

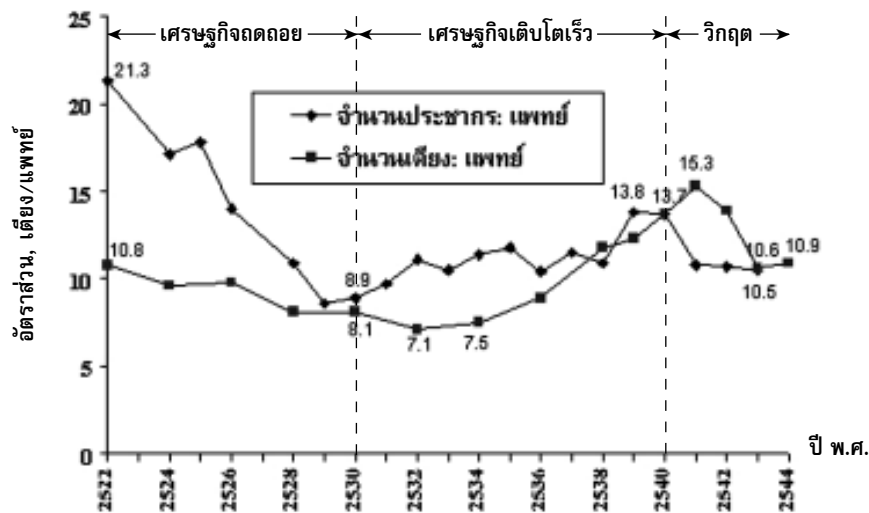
2.1.1 ด้านปริมาณ ในปีพ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงประมาณ 18,025 คน คิดเป็นอัตราส่วน แพทย์ 1 คนต่อประชากร 3,427 คน ซึ่งเมื่อเทียบกับประเทศในแถบภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (ประกอบด้วยประเทศบรูไน อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น มาเลเซีย ฟิlippินส์ สิงคโปร์ ไทยและเวียดนาม) พบว่าประเทศไทยยังขาดแคลนแพทย์มาก กล่าวคือประเทศไทยมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรมากกว่าเพียงประเทศเดียวเท่านั้นคือประเทศอินโดนีเซีย โดยมีการคาดประมาณว่ามีความต้องการแพทย์ทั้งหมดประมาณ 27,250 คน ดังนั้นจึงมีความขาดแคลนแพทย์ทั้งหมดประมาณ 9,225 คน

ปัจจุบันประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ได้ปีละประมาณ 1,000-1,400 คน และคาดว่าจะผลิตเพิ่มเป็นปีละ 1,745 คนในอีก 20 ปีข้างหน้า

การขาดแคลนแพทย์มีความรุนแรงมากในชนบท และมักจะดีขึ้นภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจ และพบว่าอีก 2 ทศวรรษการขาดแคลนแพทย์ในภาพรวมจะลดลง แต่หากขาดการจัดการที่ดีปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทก็ยังคงมีปัญหายอยู่

2.1.2 ด้านการกระจายตามภูมิศาสตร์ แพทย์ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลขนาดกลาง-ใหญ่ในภาคกลาง อย่างไรก็ตามช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานคร และชนบทมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2522 จนถึง พ.ศ. 2532 และหลังจากนั้น (พ.ศ. 2532-2540) ช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานครและชนบทมีแนวโน้มคงที่และเลวลง เนื่องมาจากการขยายตัวของสถานพยาบาลเอกชนในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ ภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจมีแนวโน้มการกระจายแพทย์ดีขึ้น แพทย์เอกชนมีสัดส่วนลดลง โดยแพทย์ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนและจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะชนบทในเขตเมือง(ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522-2543 และอัตราเตียง : แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2522-2544



ที่มา : การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543, กระทรวงสาธารณสุข

2.1.3 การกระจายตามสังกัด การกระจายแพทย์ตามสังกัดในช่วงปี พ.ศ. 2532-2538 ภาครัฐจะมีสัดส่วนแพทย์ลดลง (จากร้อยละ 93.3 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 76.3 ในปีพ.ศ. 2538) ในขณะที่ภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 6.7 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 23.7 ในปีพ.ศ. 2538)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจในพ.ศ. 2540 แพทย์ ร.พ.เอกชนลดลงเป็นร้อยละ 18.76-21.75 ในขณะที่ภาครัฐเพิ่มเป็นร้อยละ 78.25-81.24 แต่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และ ร.พ.ขนาดกลาง-ใหญ่ในภาคกลาง

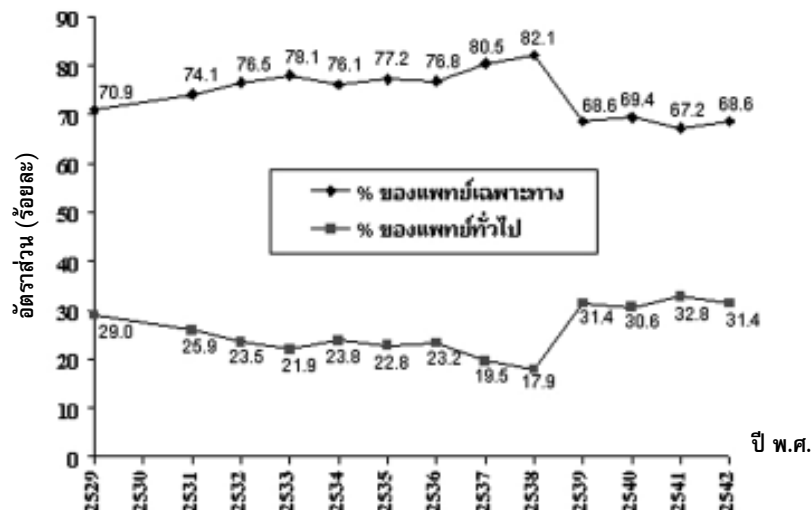
2.1.4 การกระจายตามสาขาเฉพาะทาง แพทย์ในประเทศไทยนิยมศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปีพ.ศ. 2541 มีแพทย์ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่างๆ รวมกันถึงร้อยละ 54.89 (12,476 คน) แต่ในกระทรวงสาธารณสุขพบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เฉพาะทางมีสูงถึงร้อยละ 69.4

ผลจากการที่แพทย์นิยมศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทางโดยขาดการควบคุมจำนวนและกำหนดความสมดุลของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทาง (ระบบปฐมภูมิกับระบบทุติยภูมิ-ตติยภูมิ) ในภาพรวม ประกอบกับแพทย์สภาเปิดโควตาศึกษาต่อจำนวนมากในจำนวนที่ใกล้เคียงกับจำนวนที่แพทย์จบมาในแต่ละปี ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขขาดการควบคุม เปิดโอกาสให้แพทย์ได้ศึกษาแพทย์เฉพาะทางได้อย่างค่อนข้างอิสระ จึงทำให้มีผู้ลาศึกษาต่อมากและทำให้มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสูญเสียจากโรงพยาบาลชุมชนในชนบทเกือบทั้งหมด

ผลจากการที่มีการสูญเสียแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนในรูปของการลาศึกษาต่อและเป็นโควตาของโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ รวมทั้งการใช้ทุนส่วนตัวลาศึกษาต่อ ในแต่ละปีจำนวนมาก ทำให้ในปี พ.ศ. 2545 มีแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 723 แห่ง ซึ่งดูแลประชากรกว่า 38 ล้านคน (ร้อยละ 74) เพียง 2,814 คน (ร้อยละ 31) คิดเป็นอัตราแพทย์ 1 คนต่อประชากร 13,668 คน

ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 92 แห่ง ซึ่งดูแลประชาชนประมาณ 13 ล้านคน (ร้อยละ 26) กลับมีแพทย์ถึง 6,036 คน (ร้อยละ 69) (ภาพที่ 2)

ภาพที่ 2 สัดส่วนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2526-2545 (นับตามจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง)



ที่มา : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

2.2 ทันตแพทย์

2.2.1 ปริมาณ ในปีพ.ศ. 2543 มีทันตแพทย์รวมทั้งสิ้นประมาณ 4,141 คน คิดเป็นอัตราส่วนทันตแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 14,917 คน ในขณะที่ผลิตทันตแพทย์ได้ปีละประมาณ 250-300 คน

เนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารัฐบาลได้ขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น เช่น การทำฟันปลอม เป็นต้น ความต้องการทันตแพทย์จึงมีมากกว่ากำลังผลิตมาก

2.2.2 การกระจายทันตแพทย์ตามภูมิศาสตร์ ทันตแพทย์ส่วนมากกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากที่สุด ช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะเดียวกับแพทย์

2.2.3 การกระจายทันตแพทย์ตามสังกัด ในช่วงตั้งแต่ปีพ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ภาครัฐจะมีสัดส่วนลดลง (ลดลงจากร้อยละ 96.2 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 74.6 ในปีพ.ศ. 2538) และภาคเอกชนจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น (เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 25.4 ในปีพ.ศ. 2538)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจในพ.ศ. 2543 ทันตแพทย์ภาครัฐเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.87 ขณะที่ภาคเอกชนลดลง เป็นร้อยละ 11.13

2.3 เภสัชกร

2.3.1 ปริมาณ ในปีพ.ศ. 2543 มีเภสัชกรรวมทั้งสิ้นประมาณ 6,384 คน คิดเป็นอัตราส่วนเภสัชกร 1 คน ต่อประชากร 9,676 คน ในขณะที่ผลิตเภสัชกรได้ปีละประมาณ 700 คน

ในอนาคตความต้องการเภสัชกรจะขึ้นกับทิศทางนโยบายของรัฐบาลที่มีต่อระบบบริการสุขภาพในด้านการใช้จ่าย เช่นการบังคับให้มีเภสัชกรในร้านขายยาและการกำหนดภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภค โดยหากภารกิจของเภสัชกรยังเป็นเช่นในปัจจุบัน อนาคตอันใกล้มีแนวโน้มที่จะมีเภสัชกรเกินความต้องการ

2.3.2 การกระจายเภสัชกรตามภูมิศาสตร์ เภสัชกรส่วนมากกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากที่สุด ช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะเดียวกับแพทย์และทันตแพทย์

2.3.3 การกระจายเภสัชกรตามสังกัด การกระจายเภสัชกรตามสังกัดในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าในปีพ.ศ. 2513-2529 เภสัชกรครึ่งหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 50) ปฏิบัติงานในภาคเอกชน โดยทำงานประจำโรงงานผลิตยา บริษัทนำเข้าและร้านขายยา เป็นส่วนมาก ขณะที่ภาครัฐมีเภสัชกรปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 43.0-50.9 เท่านั้น แต่เมื่อรัฐบาลบังคับให้มีการปฏิบัติงานชดเชยทุนของนักศึกษาเภสัชกร ทำให้เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเป็นร้อยละ 48.9 ในปีพ.ศ. 2538 และร้อยละ 78.48 ในปีพ.ศ. 2543 ขณะที่ภาคเอกชนมีเภสัชกรปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 32.2 ในปีพ.ศ. 2538 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 12.23 ในปีพ.ศ. 2543

2.4 พยาบาลวิชาชีพ

2.4.1 ปริมาณ ในภาพรวมเมื่อเปรียบเทียบกับภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ประเทศไทยมีพยาบาลวิชาชีพในสัดส่วนต่อประชากรมากกว่าประเทศอินโดนีเซีย เวียดนามและมาเลเซีย

ในปีพ.ศ. 2543 มีพยาบาลวิชาชีพรวมทั้งสิ้นประมาณ 70,978 คน คิดเป็นอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต่อประชากร 870 คน ในขณะที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพได้ปีละประมาณ 3,000 คน

จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่มขึ้นค่อนข้างเร็วในช่วงพ.ศ. 2530-2540 ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการจัดการศึกษาต่อเนื่องให้แก่พยาบาลเทคนิคที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก

2.4.2 การกระจายพยาบาลวิชาชีพตามภูมิศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพส่วนมากกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากที่สุด ช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะเดียวกับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร

2.4.3 การกระจายพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด ในช่วงตั้งแต่ปีพ.ศ. 2530 เป็นต้นมา พยาบาลวิชาชีพภาครัฐจะมีสัดส่วนลดลง (ลดลงจากร้อยละ 93.2 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 85.8 ในปีพ.ศ. 2538) และภาคเอกชนจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น (เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 14.2 ในปีพ.ศ. 2538)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจในปีพ.ศ. 2543 พยาบาลวิชาชีพภาครัฐเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.45 ขณะที่ภาคเอกชนลดลง เป็นร้อยละ 12.55

2.5 เจ้าหน้าที่สถานอนามัย

เจ้าหน้าที่สถานอนามัยซึ่งเกือบทั้งหมดได้รับการศึกษา 2 ปี ต่อจากมัธยมศึกษาตอนปลาย นับเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีความสำคัญในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างสถานบริการสาธารณสุขชุมชนถึงชุมชนและประชาชนโดยตรง

2.5.1 จำนวน ในปี พ.ศ. 2545 มีสถานื่อนามัยทั่วประเทศจำนวน 9,689 แห่ง มีเจ้าหน้าที่รวมทั้งสิ้น 30,978 คน เฉลี่ยสถานื่อนามัยละ 3.2 คน

ในขณะที่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีเป้าหมายในการพัฒนาสถานื่อนามัยให้เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ จำเป็นต้องมีบุคลากรชั้นต่ำในสัดส่วนเจ้าหน้าที่ 1 คนต่อประชากร 1,000-1,250 คน และในจำนวนดังกล่าวให้มีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อยในอัตรา 1 คนต่อประชากร 5,000 คน รวมทั้งบางแห่งจะมีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและบุคลากรอื่นๆ ไปอยู่ประจำด้วย ทำให้ในอนาคตยังมีความจำเป็นที่จะต้องกระจายบุคลากรลงในสถานื่อนามัยค่อนข้างมาก

2.5.2 สัดส่วน เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยต่อประชากรมีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยต่อประชากรเปลี่ยนจาก 1 ต่อ 2,421 คน ในพ.ศ. 2530 เป็น 1 ต่อ 1,282 คน ในปีพ.ศ. 2541 โดยเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยกระจุกตัวอยู่ในภาคกลางและภาคใต้มากที่สุด อย่างไรก็ตามช่องว่างระหว่างภาคต่างๆ มีแนวโน้มลดลง

3. ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับระบบกำลังคน (3,4,5,14) และปัญหาที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต

รัฐบาลได้ใช้ศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit, pcu) เป็นกลไกหลักในการจัดบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ซึ่งได้มีการกำหนดมาตรฐานไว้หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรฐานด้านกำลังคน เช่น

- (1) แพทย์ควรมีไม่ต่ำกว่า 1 คนต่อประชากร 10,000 คน และเน้นการเป็นแพทย์เวช-ศาสตร์ครอบครัว (family medicine)
- (2) พยาบาลควรมีไม่ต่ำกว่า 1 คนต่อประชากร 1,250 คน โดยในจำนวนดังกล่าวจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพไม่ต่ำกว่า 1:5,000
- (3) ทันตแพทย์ควรมีไม่ต่ำกว่า 1 คนต่อประชากร 20,000 คน เป็นต้น

นำมาสู่การปฏิรูประบบกำลังคนครั้งยิ่งใหญ่ในระบบบริการสุขภาพ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้จัดบริการรายใหญ่ มีการแก้ไขปรับปรุงระเบียบที่เกี่ยวข้องกับระบบกำลังคนและการบริหารจัดการซึ่งอาจส่งผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการบริหารจัดการบุคลากรที่มีแนวโน้มไปในทิศทางการปฏิรูป

อย่างไรก็ตามถึงแม้จะเป็นนโยบายที่ดี แต่เนื่องจากการจัดการระบบสุขภาพและระบบกำลังคนมีความละเอียดซับซ้อนมาก ผลลัพธ์จึงขึ้นกับการบริหารจัดการค่อนข้างมาก

เนื่องจากตลอด 3 ปีนับตั้งแต่รัฐบาลภายใต้การนำของพรรคไทยรักไทยนั้นมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขทุกปีและเปลี่ยนแปลงผู้ที่รับผิดชอบโครงการดังกล่าวทุกปี ผลลัพธ์และทิศทางจึงมีทิศทางเปลี่ยนแปลงไปตลอดทั้ง 3 ปี ดังนี้

3.1 ปีที่ 1 (6 ก.พ. 2544-30 ก.ย. 2544)

เป็นช่วงแรกที่มีการทดลองนำนโยบายดังกล่าวมาใช้กับ 6 จังหวัด ในเดือนเมษายน 2544 ต่อมามีการขยายผลเพิ่มอีก 15 จังหวัด ในเดือนมิถุนายน 2544 หลังจากนั้นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง

ระเบียบต่างๆ เพื่อรองรับต่อนโยบายมีการจัดสรรงบประมาณลงสู่จังหวัดต่างๆ ตามรายหัวประชากร (capitation)

การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนในป็นส่วนใหญ่เป็นการเตรียมการด้านการปรับปรุงแก้ไข ระเบียบและหลักเกณฑ์ที่ต้องใช้เวลา

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนโดยตรง เช่น การปรับสัดส่วนการจัดสรรแพทย์เฉพาะทางให้ เน้นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเพิ่มขึ้นจากเดิมมีผู้สมัครเพียงปีละ 8-30 คน ทำให้ปีดังกล่าวมีผู้ สมัครเรียนถึง 120 คน นอกจากนี้ยังมีการปรับลดจำนวนแพทย์เฉพาะทางในภาพรวมลงจากเดิมมี โควตาแพทย์เฉพาะทางรวมปีละประมาณ 700 โควตา เหลือเพียง 400 โควตาเศษเท่านั้น และเปลี่ยน สัดส่วนสังกัดโควตาแพทย์เฉพาะทางกระจายไปอยู่ในชนบทมากขึ้นเช่นจากเดิม รพช. ซึ่งเดิมเคยได้ เพียงปีละ 25-50 โควตา ได้รับการปรับเพิ่มเป็น 150 โควตา ในขณะที่ปรับลดโควตาแพทย์เฉพาะทาง ในเขตเมืองลง โดย รพท./รพศ. จากเดิมเคยได้รับถึงปีละ 600-700 โควตา ปรับลดเหลือเพียง 250 โควตา และเริ่มนำระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (geographic information system, GIS) มาใช้ ในการกำหนดจำนวนแพทย์เฉพาะทาง และการกระจายบุคลากร เพื่อเตรียมการแก้ปัญหาด้านการ กระจายทรัพยากรอื่นๆ ในอนาคต

และในระหว่างนี้ได้แก้ไขระเบียบหลักเกณฑ์ต่างๆ เช่น

1) ยกเลิกกรอบอัตรากำลังรอบที่ 3 ซึ่งเดิมกรอบนี้สร้างปัญหาให้กับหน่วยงานและผู้ปฏิบัติ งานเป็นจำนวนมาก เช่น รพช. บางแห่งมีประชากรในความรับผิดชอบมากแต่อัตรากำลังกลับมีน้อยมาก ไม่เพียงพอ และยังไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง รวมทั้งปัญหาอื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่ตรง ตามตำแหน่งก็ไม่สามารถเติบโตตามสายงานได้ ฯลฯ จึงได้มีการยกเลิกกรอบอัตรากำลังของสำนักงาน ก.พ. ดังกล่าว

ผลของการยกเลิกทำให้สามารถย้ายตำแหน่งให้ตรงตามผู้ปฏิบัติงาน ทำให้สามารถวิเคราะห์ งบประมาณด้านบุคลากรได้ชัดเจนขึ้น และรองรับต่อวิธีการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวที่รวม เงินเดือนไว้ด้วย และกรอบอัตรากำลังสามารถยืดหยุ่นได้ภายในกระทรวงสาธารณสุข และการที่กำหนด ไม่ให้มีการย้ายจากหน่วยบริการ (UC) ไปหน่วยบริหาร (NON-UC) ทำให้มีบุคลากรปฏิบัติงาน บริการในพื้นที่ชนบทมากขึ้น

2) แก้ไขระเบียบการจ้างลูกจ้างชั่วคราวกับกรมบัญชีกลาง จนสามารถจ้างบุคลากรจาก ภายนอก เพื่อทดแทนการจัดสรร/การกระจายที่ไม่มีคุณภาพ ไม่เพียงพอในอดีตได้สะดวก คล่องตัว ทันเวลามากขึ้นทำให้การดำเนินการจ้างบุคลากรลดขั้นตอนจากเดิมที่ทุกอัตราต้องขอผ่านกรมบัญชีกลาง ในปัจจุบันผู้บริหารหน่วยงานในพื้นที่สามารถอนุมัติการจ้างได้ทันที รวมทั้งการจ้างงานก็สอดคล้อง กับความจำเป็นในพื้นที่ไม่ติดกับกรอบอัตรากำลังที่ ก.พ. กำหนดไว้เดิม ทำให้สามารถขยายการจ้างงาน ได้หลากหลายวิชาชีพมากขึ้นเช่นหน่วยบริการสามารถจ้าง นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล ฯลฯ เพื่อมาดูแลประชาชนในพื้นที่ได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

ในขณะที่ในอดีตนอกจากไม่มีงบประมาณแล้ว ถึงมีงบประมาณการจ้างแต่ละครั้งแต่ละตำแหน่ง ยากมากเพราะต้องขอล่วงหน้าเป็นปี และบางครั้งกรมบัญชีกลางก็ไม่อนุมัติ เนื่องจากกรมบัญชีกลาง พิจารณาตามกรอบอัตรากำลังที่สำนักงาน ก.พ. กำหนด ซึ่งไม่เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของกระแส โลก และไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

3) การประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงการคลัง สำนักงานประมาณ กรมบัญชีกลาง สำนักงานรัฐมนตรี ฯลฯ เพื่อเปลี่ยนแปลงระเบียบเงินบำรุง และปรับปรุงระเบียบค่าตอบแทน และข้อบังคับว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนฯ จนสามารถลงนามได้ในเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน 2544 ในที่สุด โดยปรับระเบียบดังกล่าวให้ยืดหยุ่น คล่องตัว สอดรับกับความเป็นจริงมากขึ้น ทำให้พื้นที่ห่างไกล ทุกกันดารได้รับความเป็นธรรมและสามารถจ้างบุคลากรมาบริการประชาชน (มีอำนาจการซื้อสูงขึ้น) มากขึ้น

3.2 ปีที่ 2 (1 ต.ค. 2544-30 ก.ย. 2545)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากรในระดับจังหวัด (capitation ระดับจังหวัด) แต่งบประมาณจากจังหวัดลงสู่อำเภอ (contracting unit for primary care, cup) มีความหลากหลาย บางแห่งรวมเงินเดือนระดับอำเภอ (cup) บางแห่งรวมเงินเดือนระดับจังหวัด บางแห่งใช้แบบผสม (mix)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือในกรณีจังหวัดที่มีการรวมเงินเดือนระดับอำเภอ (cup) **ผู้บริหารทั้งหมด เริ่มมีจิตสำนึกด้านการกระจายบุคลากรมากขึ้น ทำให้หน่วยงานที่มีบุคลากรมากเริ่มคลาย บุคลากรออก และไม่รับบุคลากรที่จะย้ายเข้ามาใหม่** เช่นบางจังหวัดที่มีเห็นว่าตนมีบุคลากรเพียงพอ แล้วจึงยินยอมกระจายโควตานักเรียนทุนจบใหม่ให้กับจังหวัดอื่นที่ยังขาดแคลนบุคลากรอยู่ เช่น จังหวัดพังงา ราชบุรี อุทัยธานี และหลายจังหวัดในภาคกลาง เช่น สิงห์บุรี นครนายก อ่างทอง เป็นต้น

เพื่อให้การบริการมีคุณภาพ ตามมาตรฐานที่กำหนดหลายจังหวัดที่ขาดแคลนบุคลากรมาก เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้ไม่เพียงพอและไม่ทันการ เมื่อมีงบประมาณเพียงพอ ก็แสวงหาและรับบุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น จังหวัดศรีสะเกษ ส่งรถบัสไปรับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ถึงมหาวิทยาลัยขอนแก่นถึง 2 คัน จังหวัดนครราชสีมาใช้เงิน UC จ้างบุคลากรไปเรียนเพิ่มเติมจาก โควตาที่ได้รับจัดสรรปกติหลายสิบคน โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งจ้างพยาบาลและบุคลากรอื่น เช่น นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ มาทำงานเสริมจากข้าราชการและพนักงานของรัฐเป็นจำนวนมาก เพื่อให้เพียงพอต่อการรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชนในศูนย์สุขภาพชุมชน แต่เนื่องจากนโยบายยังเป็นไปอย่างกระท่อนกระแท่น ผู้บริหารบางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงยังไม่สามารถปรับตัวได้ทัน เช่นสถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) ยังจัดสรรโควตานักเรียนของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปในแบบเดิมคือไปตาม supply site โดยยังจัดทุนพยาบาลให้ภาคกลางที่มีบุคลากรมากแล้วเท่ากับภาคอีสานที่ขาดแคลนบุคลากรมาก

กรณีการจัดสรรแพทย์ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ได้ปรับให้สอดคล้องกับนโยบาย โดยจัดสรรตามจำนวนประชากร ทำให้หลายจังหวัดในอดีตที่ขาดแคลนแพทย์อย่างรุนแรงได้รับการจัดสรรให้มีความเสมอภาคกับจังหวัดอื่น เช่น จังหวัดหนองบัวลำภูได้รับการจัดสรรถึงกว่า 40 คน จังหวัดอุบลราชธานีได้รับการจัดสรรถึง 120 คน จังหวัดศรีสะเกษได้รับการจัดสรรถึง 100 คน ซึ่งหากยึดกรอบเดิม ซึ่งยึดตามขนาดโรงพยาบาล (supply site) จังหวัดเหล่านี้ก็จะแทบไม่ได้รับการจัดสรรแพทย์เลย

การที่สามารถปรับให้ รพช. ทั่วประเทศมีความเสมอภาคกันในด้านปริมาณงาน (เฉลี่ยความขาดแคลน) และชดเชยโอกาสจากระบบค่าตอบแทนทำให้แพทย์บางท่านยอมเปลี่ยนใจอาสาสมัคร ย้ายจากพื้นที่เจริญมาที่ห่างไกล เช่น แพทย์โควตาจังหวัดสุโขทัยขอย้ายมาปฏิบัติงานที่ รพ.กันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ รวมทั้งมีแพทย์หลายท่านยอมย้ายจาก รพท./รพศ. มาทำงานใน รพช. ไกลบ้าน รวม

ทั้งการจัดสรรแพทย์ประจำบ้านก็ได้มีการใช้ geographic information system (GIS) เป็นเครื่องมือและปรับสัดส่วนการจัดสรรแพทย์เฉพาะทางในภาพรวมลดลงเป็น 333 โควตา (จากเดิมเป็น 600-700 และ 400 อัตรา) และปรับสัดส่วนให้ รพท./รพศ. ลดลงจากเดิม 250-600-700 โควตาเหลือเพียง 133 โควตา และ รพช. จากเดิมมีโควตาเพียง 25-50-150 โควตา ได้รับเพิ่มเป็น 200 โควตา นับเป็นปีแรกที่ รพช. จะได้รับโควตาแพทย์ประจำบ้านมากกว่า รพท./รพศ. และเริ่มมีการเปิดทุนแพทย์เฉพาะทางสาขารอบบางสาขา เช่น จักษุแพทย์หูคอจมูก ให้ รพช. ขนาดใหญ่หลายๆ ด้วย เช่น รพ.ทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช รพ.ชุมแพ จ.ขอนแก่น รพ.เดชอุดม จ.อุบลราชธานี รพ.นางรอง จ.บุรีรัมย์ เป็นต้น

หลายหน่วยงานหลังจากที่ดำเนินงานไประดับหนึ่งเริ่มกระจายบุคลากรลงสู่สถานีนานามัยมากขึ้นและพยายามพัฒนาให้เป็นไปตามนโยบายที่ต้องการให้เกิดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ จึงนำแพทย์และบุคลากรลงไปบริการยังศูนย์สุขภาพชุมชน (pcu) บางแห่งสามารถกระจายพยาบาลไปอยู่สถานีนานามัยได้อย่างมากมายเกือบเต็มอัตรากำลัง รพช. หลายแห่งสามารถขยายบริการนอกเวลาราชการมากขึ้น ขยายทั้งแนวตั้งและแนวนอน เช่น ขยายบริการทั้งในวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ บางแห่งสามารถจ่ายแพทย์เฉพาะทางมาดูแลผู้ป่วยถึง รพช. โดยไม่ต้องส่งผู้ป่วยไป รพ. ขนาดใหญ่ไกลๆ เช่น เชื้อคลัยแพทย์ จักษุแพทย์มาผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมชน ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น หลายหน่วยงานได้เริ่มดำเนินงานเชิงรุกอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ สร้างสุขภาพ ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง ผู้ป่วยในลดลงอย่างมาก ค่าใช้จ่ายของประชาชนและรัฐบาลลดลงอย่างมาก ทำให้เกิดประสิทธิภาพกับระบบโดยรวม

3.3 ปีที่ 3 (1 ต.ค. 2545-30 ก.ย. 46)

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขที่มีอำนาจตามบทเฉพาะกาลอีก 3 ปี ได้เปลี่ยนแปลงแนวคิดและหลักการการจัดสรรงบประมาณตลอดเวลา ทำให้ในระดับพื้นที่สับสนเป็นอย่างมากและไม่สามารถวางแผนการจัดการในระยะยาวได้ ปลายปีงบประมาณจึงเกิดความชัดเจนว่ากลับไปจัดสรรงบประมาณรูปแบบเดียวกับก่อนมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค

ทำให้จังหวัดหนองบัวลำภูที่ได้รับน้อยที่สุดในประเทศอีกครั้งคือได้รับเพียง 752 บาทต่อหัวประชากร (รวมเงินเดือนแล้ว) ขณะที่บางจังหวัดกลับได้รับกว่า 2,000 บาทต่อหัวประชากร ทำให้หลายหน่วยงานที่มีไฟในการพัฒนาเกิดความท้อถอย หดท้อกำลังใจ ไม่มั่นใจในแนวทาง และทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทำให้หน่วยบริการเกือบทั้งประเทศดำเนินการแบบกลับหลังหัน คือ ถอยและดึงแพทย์ พยาบาลและบุคลากร ที่ไปดูแลประชาชนแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (pcu) หรือสถานีนานามัย กลับโรงพยาบาลเกือบหมดสิ้น เนื่องจากขาดงบประมาณในการดำเนินการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเนื่องจากต้องมีหนี้สินล้นพ้นตัว

ผลของการจัดสรรงบประมาณและทิศทางที่ไม่ชัดเจนดังกล่าว ร่วมกับการกระจายแพทย์อย่างขาดความเป็นธรรมของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ปีนี้แพทย์ลาออกจาก รพช. มากกว่า 600 คนอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน เนื่องจากขาดแรงจูงใจในรพช. ในชนบท ทำให้ 22 จังหวัดทั่วประเทศมีแพทย์ลดลง เช่น จังหวัดภูเก็ตแพทย์ใน รพช. ลดลงไปร้อยละ 50 จังหวัดชุมพรแพทย์ลดลงร้อยละ 30 ในขณะที่ในภาคกลางกระทรวงสาธารณสุขกลับจัดสรรแพทย์ไปให้เพิ่มขึ้นอย่างมาก เช่น จังหวัดปทุมธานี นอกจากรับแพทย์ที่โยกย้ายมาแล้วยังได้รับจัดสรรแพทย์ปีที่ 1 อีก 10 คน เป็นต้น

นอกจากนี้ รพช. ที่ห่างไกล ทุรกันดารนอกจากจะไม่มั่งบประมาณในการดำเนินงานและการจ้างบุคลากรแล้ว แพทย์ที่ปฏิบัติงานยังมีโอกาสน้อยในการย้ายกลับภูมิลำเนา เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขให้แพทย์รุ่นน้องไปอยู่ก่อนแล้ว และหากให้ไปอีก แพทย์ที่เหลืออยู่ใน รพช. ไกลๆ จะยังมีแพทย์ลดลง แพทย์ในชนบทแต่ละคนก็จะทำงานหนักมากขึ้นและยังขาดแรงจูงใจก็จะยิ่งลาออกมากขึ้น ในชนบทก็จะยิ่งขาดแคลนมากจนเป็นวงจรอุบาทว์ในที่สุด ทำให้คาดการณ์ได้ระหว่างปีนี้และปีหน้า แพทย์จะยิ่งลาออกมากขึ้นหากยังมีการจัดการไปในทิศทางเช่นนี้

ส่วนการกระจายโควตาพยาบาลที่จบใหม่ หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขส่งสัญญาณด้านงบประมาณว่าไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายด้านกำลังคน เนื่องจากรวมเงินเดือนระดับประเทศ ทำให้โควตาพยาบาลที่จบในเดือน เม.ย. 46 กว่า 1,269 คน ซึ่งเกือบร้อยละ 100 เป็นของ รพท./รพศ. (รพท./รพศ. 1,234 โควตา รพช. 35 โควตา) จัดสรรให้ รพช. เพียง 260 คนคิดเป็นร้อยละ 20 เท่านั้น (3,4,5,15)

3.4 ปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต ⁽¹⁴⁾

พัฒนาการของระบบเศรษฐกิจและปัญหาสุขภาพใหม่ๆ เช่น โรคเอดส์ ปัญหาสุขภาพจากผู้สูงอายุ และโรคไม่ติดต่อต่างๆ นโยบายหลักประกันสุขภาพ การปฏิรูประบบราชการ และการกระจายอำนาจ รวมทั้งการเปิดการค้าเสรีด้านบริการสาธารณสุข ทำให้เกิดความผันผวนของความต้องการระบบบริหารจัดการ และการกระจายกำลังด้านสาธารณสุขเป็นอย่างสูง เช่น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2544-2545 ทำให้เกิดความต้องการบริการสาธารณสุขสูงขึ้น ทำให้เกิดภาระงานเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 5 โดยเฉพาะในภาครัฐ ทำให้มีความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นกว่า 1,000 คน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการต้องการกำลังคนที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานภายใต้ศูนย์สุขภาพชุมชน

นโยบายการขยายการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ อาจส่งผลให้ต้องจ่ายยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยถึงกว่า 2.5 แสนรายใน 5 ปีข้างหน้า ซึ่งเพิ่มภาระงาน เทียบเท่ากับความต้องการแพทย์เพิ่มอาจถึง 1,000 คน

การฟื้นตัวของเศรษฐกิจไทยในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ทำให้โรงพยาบาลเอกชนเริ่มฟื้นตัว และมีการไหลของแพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชน

นโยบายการส่งเสริมให้คนต่างชาติ มารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อหวังผลด้านเศรษฐกิจ ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูง และอาจทำให้มีความต้องการแพทย์ในภาคเอกชนเขตเมืองเพิ่มขึ้นถึง 5,000 คน ในอีก 5 ปีข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 16 ของแพทย์ทั่วประเทศ

ปัญหาการบริหารสถานบริการสาธารณสุข ที่เกิดจากนโยบายการจำกัดกำลังคนภาครัฐ อันนำไปสู่การบรรจุนักเรียนทุนในฐานะพนักงานของรัฐ ซึ่งเกิดมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน ก็ยังไม่ได้รับการแก้ไข และอาจเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุของสมองไหล

ทั้งหมดนี้ ทำให้ปัญหาและความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งเขตเมืองและชนบทเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากเขตเมืองมีแรงจูงใจสูงกว่า จึงเริ่มที่จะเห็นปัญหาสมองไหลจากชนบทและภาครัฐ ไปสู่เขตเมืองและภาคเอกชนมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2545 แพทย์ในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขลาออกรวมกันถึง 316 คน คิดเป็นอัตราการสูญเสียแพทย์ในชนบทถึงร้อยละ 32 ของแพทย์ที่รับเข้าใหม่ทั้งหมด นับเป็นอัตราการสูญเสียที่สูงที่สุดในรอบ 20 ปี (ตารางที่ 1, ภาพที่ 3)

จากแนวโน้มดังกล่าว ทำให้ภาระงานของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสูงขึ้นมาก ร่วมกับความด้อยประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขอาจมีการลาออกเพิ่มมากขึ้น จนอาจถึงขั้นเหตุการณ์ไม่มีแพทย์ประจำในบางโรงพยาบาลชุมชน เช่นเดียวกับปี พ.ศ. 2540 ได้

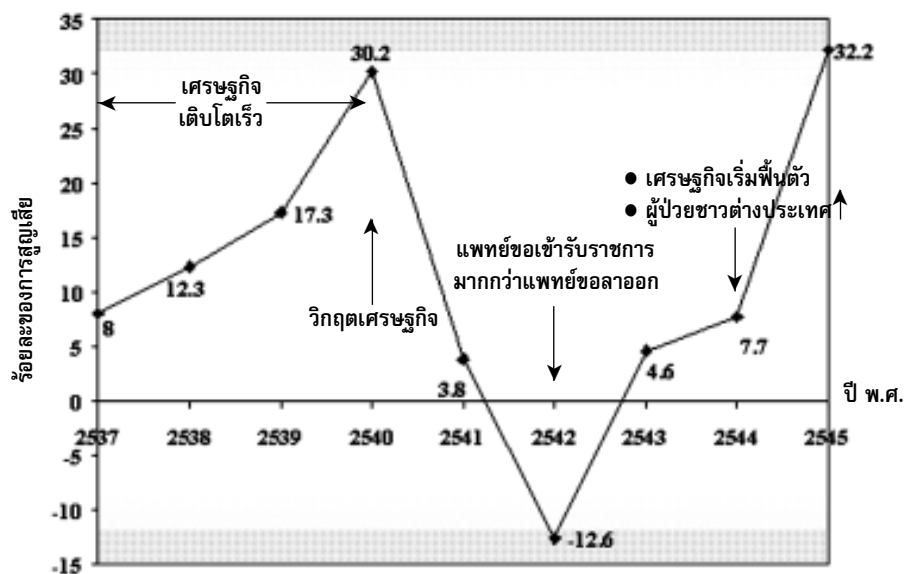
ปัญหาหลักๆ ทั้ง 5 ประการดังกล่าวมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และจะต้องได้รับการพิจารณาแก้ไขไปพร้อมๆ กัน

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเพื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537-2545

ปี พ.ศ.	จำนวนแพทย์				สูญเสียสุทธิ (ร้อยละ)
	แพทย์จบใหม่	กลับเข้ารับ ราชการใหม่	ลาออก	จำนวน สูญเสีย	
2537	526	-	42	42	8.0
2538	576	-	71	71	12.3
2539	568	-	98	98	17.3
2540	579	30	205	175	30.2
2541	618	93	117	24	3.8
2542	830	168	63	-105	-12.6
2543	893	92	133	41	4.6
2544	883	67	135	68	7.7
2545	913	22	316	294	32.2

ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 3 อัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเพื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537-2545



ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4. ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์ (7,8,9,10,11,12,13)

4.1 ระดับบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

เดิมการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทยแปรตามเขตการปกครองตามกระทรวงมหาดไทย การจัดสรรทรัพยากรก็แปรตามขนาดของสถานบริการ (Supply site) ไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากร และไม่สามารถสนองต่อความจำเป็นของประชากรโดยรวมโดยเฉพาะผู้ยากไร้ ได้ก่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม ไม่เสมอภาค ด้อยคุณภาพและไม่มีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾

ชมรมแพทย์ชนบทจึงได้เสนอรูปแบบของระดับบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ไว้ตั้งแต่ปี 2544-2545 ในหนังสือ “ความเป็นธรรม ความแตกต่างบนผืนแผ่นดินไทย” เพื่อสะท้อนให้เห็นภาพบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ เป็นมาตรฐานที่สอดคล้องกับจำนวนแพทย์ที่มีอยู่และกำลังการผลิตในปัจจุบัน ภายใต้การบริหารจัดการ บนพื้นฐานของความจริงใจที่จะให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และเกิดความเสมอภาคกับประชาชนชาวไทยทั่วประเทศ

โดยแบ่งเป็น 3 ระดับหลักๆ และนับเป็นจุดเริ่มต้นของการนำแนวคิดการจัดทำแผนที่ภูมิศาสตร์ (Geographic Information System, GIS) มาใช้ในการจัดระดับบริการสุขภาพ โดยมีหัวใจสำคัญอยู่ที่การมองคนเป็นจุดศูนย์กลาง (Customer focus, Demand site) และให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการ (Access to service) โดยใช้ระยะทางการเข้าถึงหน่วยบริการที่มีอยู่หรือหน่วยบริการที่ควรมีเพิ่มขึ้น ร่วมกับสภาพภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนด เพื่อนำไปสู่การกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ดังนี้

- 1) **บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ-ทุติยภูมิระดับต้นเป็นระดับการบริการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน** ที่การรักษาพยาบาลไม่ซับซ้อนมากนัก มีการดูแลแบบองค์รวม คือผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาสุขภาพและป้องกันโรคด้วย ซึ่งบริการดังกล่าวจะมีคุณภาพนั้นต้องมีสถานบริการที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ไม่ไกลบ้านจนเกินไป เพื่อที่เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน เจ็บป่วยทั่วไป จะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพได้ทันทั่วถึง โดยปกติควรเดินทางไม่เกิน 22.5 ก.ม. (ใช้เวลาไม่เกิน 45 นาทีหากใช้ความเร็วไม่เกิน 30 ก.ม./ช.ม.) มีเตียงนอนที่พอเพียง (โดยมีขนาดโรงพยาบาล 7.5 เตียงต่อประชากร 10,000 คน) และมีประเภทแพทย์ที่เหมาะสมคือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (FAMILY MEDICINE) ในจำนวนที่เพียงพอคือ แพทย์ 1 คน ต่อประชากร 10,000 คน
- 2) **บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิระดับสูงเป็นระดับการรักษายาบาลระดับกลาง** โดยปกติมักจะได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการตามข้อ 1) และควรเดินทางไม่เกิน 67.5 ก.ม. (ใช้เวลาไม่เกิน 135 นาที หากใช้ความเร็วไม่เกิน 30 ก.ม./ช.ม.) มีเตียงนอนที่พอเพียง (โดยมีขนาดโรงพยาบาล 5 เตียงต่อประชากร 10,000 คน) และมีประเภทแพทย์ที่เหมาะสมคือแพทย์เฉพาะทางที่เรียกว่าสาขาหลักและสาขาย่อย (MAJOR+MINOR) เช่น สาขาอายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ฯลฯ ในจำนวนที่เพียงพอคือ แพทย์เฉพาะทางกลุ่มนี้รวม 1 คน ต่อประชากร 12,500 คน

- 3) บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เป็นระดับการรักษาพยาบาลระดับสูงสุด ซึ่งควรเป็นระดับ **ปลายสุดที่ประชาชนจะได้รับบริการ** โดยปกติมักจะได้รับการส่งต่อจากบริการตามข้อ 1) และ/หรือ ข้อ 2) และควรเดินทางไม่เกิน 202.5 กม. (ใช้เวลาไม่เกิน 405 นาที หากใช้ความเร็วไม่เกิน 30 กม./ชม.) มีเตียงนอนที่พอเพียง (โดยมีขนาดโรงพยาบาล 2.5 เตียงต่อประชากร 10,000 คน) และมีประเภทแพทย์ที่เหมาะสม คือแพทย์เฉพาะทาง ที่ศึกษาจนถึงระดับอวัยวะบางอวัยวะเป็นการเฉพาะ ที่เรียกว่าสาขาย่อย (SUB-SPECIALTY) เช่น สาขาอายุรศาสตร์หัวใจ ศัลยศาสตร์ทรวงอก ฯลฯ ในจำนวนที่เพียงพอคือ แพทย์เฉพาะทางกลุ่มนี้รวม 1 คน ต่อประชากร 50,000 คน

โดยหน่วยบริการบางแห่งสามารถรับผิดชอบบริการได้หลายระดับ ซึ่งจะต้องมีบุคลากรในแต่ละระดับ ครบถ้วน ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพในทุกภารกิจที่รับผิดชอบด้วย

จากข้อกำหนดดังกล่าวกำหนดให้มีแพทย์ GP/FM ต่อ แพทย์เฉพาะทางที่เหลือนี้อีก (50:50) โดยมีรายละเอียดดังนี้

GP/FM (1:10,000) : MAJOR/MINOR(1:12,500) : SUB-SPECIALTY (1:50,000) = 50:40:10

ซึ่งจะทำให้มีแพทย์ทั้งหมดเชื่อมโยงครบทุกระดับในสัดส่วนแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 5,000 คน

โดยคาดว่าข้อเสนอดังกล่าวจะทำให้ประชาชนคนไทยทั่วประเทศไม่ว่าจะอยู่ในภูมิภาคใดของประเทศ ก็จะได้รับบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงครบทุกระดับ ตามความจำเป็น ความเหมาะสม รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน เกิดความเสมอภาค มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ ตามความต้องการของสังคมและตามภาวะเศรษฐกิจของประเทศอย่างแท้จริง ทำให้ลดการสูญเสีย ความเสียหายต่อร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินได้อย่างมากมาย⁽⁸⁾

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดนี้ไปปรับปรุงขยายผลในปี 2546 แบ่งย่อยเป็น 6 ระดับ ตามเอกสารสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “การจัดทำข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการวาง GIS ระบบบริการและการจัดทำแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด” โดยจัดให้มีการจัดทำ GIS โดยใช้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วประเทศ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ร่วมกับการตัดสินใจในเชิงนโยบายจากผู้บริหารระดับสูง ซึ่งจำเป็นต้องมีพื้นฐานแนวคิดเรื่องการจัดบริการที่เป็นธรรม เสมอภาค และประสิทธิภาพ และเข้าใจระบบสุขภาพในภาพรวม แต่เหตุการณ์ก็ไม่เป็นดังที่คาดหวังไว้ทำให้ระบบ GIS ที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำไม่อาจสนองแนวคิดเดิมได้ เช่น เปลี่ยนสัดส่วนแพทย์ปฐมภูมิ:แพทย์ตติยภูมิ+ตติยภูมิ จาก 50:50 เป็น 40:60 และผู้บริหารระดับสูงที่มีอำนาจการตัดสินใจแต่ละคนมีระดับมาตรฐานแตกต่างกันมาก และมีแนวคิดเอียงไปที่ระบบราชการมากไป ทำให้มักไม่ค่อยนำหน่วยงานภาครัฐอื่น หรือภาคเอกชนมาร่วมแบ่งเบาการให้บริการในพื้นที่นั้นๆ เพราะหากทำได้ จะทำให้ความจำเป็นในการจัดสรรทรัพยากรในเขตเมืองบางพื้นที่ลดลงไป งบประมาณและทรัพยากรก็จะเหลือไปยังพื้นที่ที่ขาดแคลนในชนบทเพิ่มขึ้น^(9,10)

ดังนั้นหากต้องการจัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างแท้จริง ควรจะต้องมีการจัดทำ GIS ที่มียอดประกอบจากทุกภาคส่วน ทุกภาคี มีใช้การจัดทำ GIS จากคณะทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

4.2 ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์ ^(11,12,13)

ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ใช้ยุทธศาสตร์ด้านงบประมาณเป็นเครื่องมือ ได้กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) เป็นเครื่องมือ/กลไกหลักที่สำคัญที่จะทำให้นโยบายนี้ประสบความสำเร็จ มีคุณภาพตามที่รัฐบาลคาดหวัง โดยคาดหวังว่าจะสามารถทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เกิดความเสมอภาค และมีประสิทธิภาพในท้ายที่สุด

ภายใต้การจัดการของ หน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care, CUP) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ถูกกำหนดให้เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะใช้ไปสู่ความสำเร็จในการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพจนนำไปสู่ภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้า (health for all) โดยกำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ต้องมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

1. เป็นบริการด้านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย/สะดวก (Front-line care) ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ สังคม จิตวิทยาและด้านเศรษฐกิจ
2. เป็นบริการผสมผสาน-องค์รวม (Comprehensive care, holistic care) ในทุกด้านของผู้ป่วย (ทั้งด้านร่างกาย-จิตใจ-สังคมและจิตวิญญาณ) ทุกรูปแบบของการดูแลสุขภาพ (ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ-รักษาโรค-ฟื้นฟูสภาพและป้องกันโรค) ทุกระดับของเวชปฏิบัติ (ทั้งด้านปัจเจกบุคคล-ครอบครัวและชุมชน) รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน (ความเชื่อ-ศาสนา-วัฒนธรรม-เศรษฐกิจ-สังคมและสิ่งแวดล้อม) เป็นต้น
3. เป็นบริการที่ร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง (ongoing/longitudinal care, continuing) ตั้งแต่เกิดจนตาย หรือก่อนป่วย ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ
4. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุก แบบใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
5. เป็นบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อ (refer) และประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์และสังคมที่จำเป็น ที่เกินขีดความสามารถของหน่วยบริการระดับต้น เช่น สถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเฉพาะด้านต่างๆ หน่วยสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น

5. ลักษณะระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข ^(11,12)

5.1 การคัดเลือกบุคลากรด้านสาธารณสุข (recruitment)

ในอดีตและปัจจุบันการได้มาซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขได้มาจาก 2 แนวทางหลักๆ ดังนี้

5.1.1) **ได้จากการบังคับใช้ทุนจากรัฐบาลผ่านสำนักงาน ก.พ. ซึ่งเรียกว่า นักเรียนทุนคู่สัญญา** ปัจจุบันประกอบด้วยวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร โดยต้องผ่านการสอบแข่งขันเข้ามหาวิทยาลัย (entrance) ตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยหรือแหล่งผลิตกำหนด ซึ่งแหล่งผลิตมักกำหนดเกณฑ์ตามคะแนนสอบซึ่งพิจารณาจากความสามารถ (ความเก่ง) ของผู้เรียนเป็นหลักซึ่งคุณสมบัติเช่นนี้ (ความเก่งในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย (entrance)) มักมีอยู่ในนักเรียนที่มีเศรษฐฐานะที่ดีและอยู่ในถิ่นที่มีโอกาสและมีความเจริญสูง เช่น ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลหรือในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่

วิธีการคัดเลือกคนโดยอาศัยคะแนนสอบ (entrance) เป็นหลัก จึงเสมือนหนึ่งเป็นการตัดสิทธิ์นักเรียนจากท้องถิ่นทุรกันดารจริงๆ (ระดับอำเภอ/ตำบล) ไปโดยปริยาย ทั้งที่พื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรอย่างมากและเข้าชามาโดยตลอดนั่นก็คือพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารในชนบท (ระดับอำเภอ/ตำบล) ทำให้บุคลากรซึ่งมีภูมิลำเนาจากพื้นที่ที่เจริญในเขตเมืองเมื่อชดใช้ทุนหมด (2-3 ปี) ก็จะลาออกหรือเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงานใหม่ เพื่อกลับไปยังภูมิลำเนาที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในเขตเมืองเท่านั้น

ทำให้ถือเสมือนหนึ่งว่าในอดีตและปัจจุบันรัฐบาลผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เขตเมือง โดยให้ไปฝึกงานในชนบท การชดใช้ทุนในช่วง 2-3 ปีแรก จึงเป็นเพียงทางผ่านของแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรชดใช้ทุนหรือเป็นเพียงการฝึกงานในชนบทเท่านั้น

ดังจะเห็นได้จากปัจจุบันรัฐบาลผลิตและบังคับแพทย์ใช้ทุนมาแล้วถึง 32 รุ่น ๆ ละประมาณ 500-1,400 คน รวมผลิตมาแล้วถึง 19,568 คน (ไม่รวมแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1-3) กลับคงเหลือแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตัวแทนพื้นที่ชนบทเพียงประมาณ 1,200 คนเท่านั้น (ไม่ถึงร้อยละ 10) วิชาชีพทันตแพทย์และเภสัชกรก็นับได้ว่ามีชะตากรรมไปในทิศทางเดียวกับแพทย์

5.1.2) **ส่วนราชการต่าง ๆ ผลิตบางสาขาวิชาชีพนอกจากสาขาแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร** ซึ่งส่วนใหญ่เป็นระดับอนุปริญญาและพยาบาลวิชาชีพเพื่อสนับสนุนหน่วยงานภายในของส่วนราชการตนเอง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร (กทม.) ภาคเอกชน (รวมสภาวิชาชีพ) เป็นต้น ซึ่งสามารถแก้ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขด้านเหล่านี้ภายในส่วนราชการได้ในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากกระบวนการคัดเลือกก็ยังนับว่าไม่แตกต่างจากกรณี 5.1.1) มากนัก (ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะเริ่มมีแนวคิดที่จะคัดเลือกคนจากท้องถิ่นในชนบทมากขึ้นแล้วก็ตาม) เนื่องจากโควตาที่กำหนดเป็นโควตาระดับจังหวัด ไม่ใช่โควตาระดับตำบลหรืออำเภอ (สาขาวิชาชีพระดับนี้ควรต้องกระจายลงไปถึงระดับตำบล/อำเภอ)

กล่าวคือกระบวนการและวิธีการคัดเลือกก็ยังเน้นหนักเรื่องความเก่งเช่นกัน **วิธีนี้จึงมักจะได้บุคลากรที่มาจากเขตเมืองหรืออำเภอที่มีความเจริญสูง** ทำให้กระทรวงสาธารณสุข (รวมส่วนราชการอื่น) ประสบปัญหาในการกระจายบุคลากรเหล่านี้ไปในเขตชนบทในระดับตำบลที่กันดารและห่างไกล เช่น สถานีอนามัย เนื่องจากระบบดังกล่าวทำให้ผู้ที่มีภูมิลำเนาในอำเภอ/ตำบลที่ขาดแคลน ซึ่งมักจะมี

ความสามารถ/โอกาสในการแข่งขันน้อยกว่าผู้ที่มิถุนีลำนานาในเขตเมืองไม่สามารถผ่านเข้ามาในกระบวนการคัดเลือกนี้ได้อย่างเพียงพอกับความต้องการ

จึงไม่น่าแปลกใจเลยว่าทำไมเราจึงยังประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ชนบทอย่างรุนแรงและซ้ำซากมาโดยตลอด เหตุผลหลักๆ น่าจะเห็นได้ชัดเจนว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการคัดเลือกคน (recruit) ไม่เหมาะกับงาน (คนในเขตเมืองมีเศรษฐฐานะดีมาทำงานในชนบทห่างไกลแร้นแค้น ยากลำบาก เช่น ในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนอนามัย)

ทางออกเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการกระจายบุคลากรจึงน่าจะเปลี่ยนกระบวนการคัดเลือกบุคลากร (recruitment) เพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่มาจากชุมชนจริง ๆ โดยให้มีการคัดเลือกนักเรียนทุนจากชุมชนจริง ๆ (เช่น วิทยาลัยได้จากระดับตำบลที่ขาดแคลน แพทย์ ทันตแพทย์ ได้จากระดับอำเภอที่ขาดแคลน) โดยใช้หลักเกณฑ์ของชุมชนเองร่วมกับหน่วยงานภายนอก (จากกลุ่มวิชาชีพและภาคีรัฐเช่นกระทรวงสาธารณสุขหรือทบวงมหาวิทยาลัย) ^(18,19) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลสมดังเจตนารมณ์ของ (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่บัญญัติตามมาตรา 84(3) ไว้ว่า “ส่งเสริมสนับสนุนระบบการผลิตที่ให้บุคลากรจากชุมชนท้องถิ่นต่าง ๆ มีโอกาสเข้าศึกษาและพัฒนาเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อไปทำงานในท้องถิ่นของตนเอง”

5.2 การผลิต

ปัจจุบันมีการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเกือบทั้งหมดจากมหาวิทยาลัย วิทยาลัยต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งวิธีคิดและหลักสูตรเดิมมักอิงด้านการศึกษาเป็นหลัก (academic-based) ที่เน้นด้านการรักษาพยาบาลและบริการระดับสูง (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ) ค่อนข้างมาก

ในขณะที่องค์ความรู้และศาสตร์ด้านปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนท้องถิ่น ในอนาคตจึงควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการผลิตด้วย เช่นที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังพยายามแต่ก็ยังไม่มากพอ เช่น เริ่มให้มีการผลิตแพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ แต่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตึกศิลาด้านการบริการปฐมภูมิหรือด้านเวชศาสตร์ครอบครัวกลับไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตเลย

องค์ประกอบที่สำคัญในการผลักดันนโยบาย (policy driven) ก็คืองบประมาณ (ทุน) สนับสนุนในการผลิตบุคลากร โดยแหล่งทุนที่สนับสนุนการผลิต ได้มาจากรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ตามแผนการผลิตของแต่ละมหาวิทยาลัย และเป็นงบประมาณที่แตกต่างหากจากงบบริการสาธารณสุข กล่าวคือในอดีตและปัจจุบันงบประมาณด้านการผลิตรัฐบาลจัดสรรให้กับสถาบันที่มีหน้าที่ผลิตโดยตรง การผลิตจึงมักกำหนดจากเงื่อนไขของผู้ผลิต (supply driven) เป็นสำคัญ ดังนั้นหากรัฐบาลใช้นโยบายเชิงงบประมาณ เพื่อจูงใจแหล่งผลิตให้ผลิตตามผู้ใช้บริการ (demand driven) ก็จะทำให้ได้บุคลากรที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไปในอนาคต ทั้งนี้อาจมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการจัดทำพันธะสัญญากับนักเรียนทุนให้เหมาะสมต่อไปในขณะเดียวกัน หากไม่เปลี่ยนวิธีคิดและเปลี่ยนวิธีการสนับสนุนงบประมาณให้ลงไปสู่ผู้ใช้ (demand site) โดยตรง ก็ยากที่จะสามารถเปลี่ยนเงื่อนไขวิธีการคัดเลือกบุคลากร (recruitment) ให้ได้มาจากชุมชนจริง ๆ ได้

ในอนาคตภายหลังจากการบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช 2542 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น รัฐบาลก็อาจเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณในการผลิตจากสถานศึกษาไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน/หน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรงเลยก็เป็นได้ จากนั้นท้องถิ่น/

ชุมชน/หน่วยบริการปฐมภูมิจึงส่งบุคลากรไปเรียนที่สถาบันการศึกษาพร้อมทั้งงบประมาณสนับสนุนต่อไป หรือบางท้องถิ่นก็อาจมีงบประมาณของตนเองมากพอที่จะนำมาผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเองก็ได้ หรืออาจได้จากชุมชน เป็นผู้ส่งเรียนเอง รวมทั้งปัจเจกบุคคลด้วย

5.3 การบริหารจัดการ (การใช้) และการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

ในอดีตและปัจจุบันสถานะ (status) ของบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือการจ้างงาน ส่วนใหญ่เป็นในรูป

- 1) เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลาง เช่น เป็นข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว หรืออาจเป็นการจ้างแบบอื่นที่ไม่ใช่ราชการ เช่น ภาคเอกชน มูลนิธิ หรือองค์กรต่างๆ
ซึ่งในอนาคตสถานะและการจ้างงานอาจเป็นในรูปอื่นๆ ที่หลากหลายมากขึ้น เช่น
- 2) เป็นเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขีดความสามารถที่เหมาะสม เช่น ข้าราชการท้องถิ่น หรือการจ้างงานรูปแบบอื่น
- 3) เป็นบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น ที่จ้างงานโดยชุมชนในท้องถิ่นนั้นๆ
- 4) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ประกอบอาชีพอิสระ
- 5) เจ้าหน้าที่ในองค์กรมหาชน

หรืออาจเป็นแบบผสมของทั้ง 5 แบบข้างต้นโดยขึ้นกับสาขาวิชาชีพและลักษณะการทำงาน โดยอาจแบ่งเป็น

- ลักษณะวิชาชีพหรืองานที่เป็น**ประโยชน์ต่อสาธารณะสูง** ก็อาจจำเป็นที่จะต้องให้มีความมั่นคงในวิชาชีพมาก (รัฐบาลต้องส่งเสริมสนับสนุนอัมชูเป็นพิเศษ) เช่น บุคลากรที่ทำงานในระดับรากหญ้าเช่นที่สถานีอนามัย หรือในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร หรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น
- ลักษณะวิชาชีพหรืองานที่เป็น**ประโยชน์ต่อบุคคลสูง** ก็ควรปล่อยให้เป็นอิสระ ให้ชุมชนท้องถิ่นสนับสนุนอัมชูเอง

ทั้งนี้ระบบการจ้างงาน **เงินเดือน ค่าตอบแทน** ส่วนใหญ่ได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดให้ตามภาระงานที่รับผิดชอบต่อประชาชนส่วน**สวัสดิการและประโยชน์ตอบแทนอื่น ๆ** ก็อาจได้มาจากรัฐบาลกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือจากชุมชนโดยตรง

โดยสรุปลักษณะระบบกำลังคนดังกล่าว ทั้งด้านระบบที่มาและการคัดเลือก (recruitment) ร่วมกับการผลิต รวมทั้งกระแส/ทิศทางระบบบริการสุขภาพในอดีตและปัจจุบัน และระบบการบริหารจัดการและพัฒนากำลังคนซึ่งเน้นภาคการผลิต (supply site) ดังกล่าวทำให้ไม่สามารถรั้ง (ดูด) อารักขาให้บุคลากรคงอยู่ (retain) ได้ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบกำลังคนด้านสุขภาพในหลายรูปแบบ เช่น

- ความไม่สมดุลด้านจำนวนต่อประชากรหรือภาระงานในภาพรวม
- ความไม่สมดุลด้านพื้นที่ระหว่างภูมิภาคระหว่างชนบทกับเขตเมือง ระหว่างเขตป่าเขากับพื้นที่ราบ

- ความไม่สมดุลระหว่างสถานบริการในจังหวัด อำเภอบ้านดง
- ความไม่สมดุลด้านสาขาวิชาชีพ บางสาขามีมาก บางสาขาขาดแคลน สัดส่วนในทีมสุขภาพเสียไป
- ความไม่สมดุลด้านบทบาทหน้าที่ ระหว่างผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางกับวิชาชีพทั่วไป

6. ความพยายามในการแก้ไข/พัฒนา ในอดีตและปัจจุบัน ⁽¹⁴⁾

ประเทศไทยได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาความไม่สมดุลและความผันผวนดังกล่าวมาโดยตลอด และประสบความสำเร็จระดับหนึ่ง เช่น สามารถขยายบริการสาธารณสุข ไปอย่างทั่วถึงทุกตำบล/หมู่บ้าน สามารถกระจายกำลังคนในระดับต่างๆ ไปยังสถานบริการสาธารณสุขได้พอสมควร โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน เภสัชกร พยาบาล และทันตแพทย์ บริการมีคุณภาพดีระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีปัญหาจากความผันผวนดังกล่าวแล้ว

มาตรการต่างๆ ที่ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหการกระจายกำลังคน อาจแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

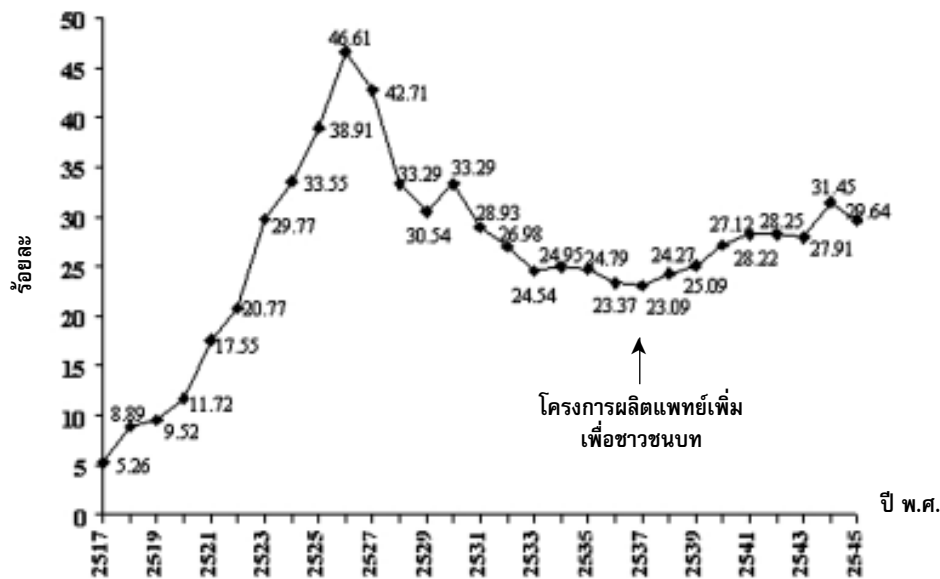
6.1 มาตรการด้านการศึกษา เช่น การรับนักศึกษาจากชนบท การปฏิรูปหลักสูตรและการเรียน/การสอน การกระจายสถานศึกษา การเพิ่มการผลิตกำลังคนเพื่อชนบท และการจัดการฝึกอบรมพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

6.2 มาตรการทางการเงิน เช่น การทำสัญญาปฏิบัติงานชดเชยทุนหรือการเสียค่าปรับหากผิดสัญญา การสร้างแรงจูงใจด้านการเงิน (เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในชนบท เงินค่าตอบแทนในการอยู่เวรนอกเวลา การจัดบริการนอกเวลาราชการ และเงินเพิ่มพิเศษวิชาชีพ เป็นต้น) การจัดสรรงบประมาณไปสู่ชนบท เพื่อการพัฒนาโครงสร้างระบบบริการในชนบท การปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมเงินเดือนตามจำนวนประชากร เป็นต้น

6.3 มาตรการด้านสังคม เช่น การสร้างความยอมรับและตระหนักในคุณค่าของการบริการสาธารณสุขแก่คนด้อยโอกาส การมอบรางวัลแก่บุคลากรสาธารณสุขในด้านต่างๆ การดำเนินการป้องปรามการกระทำผิดทางจริยธรรม เป็นต้น

มาตรการต่างๆ เหล่านี้ส่วนมากมีการกำหนดขึ้นมาในลักษณะที่ตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะหน้าเฉพาะคราว มีลักษณะการจัดกระจาย ขาดการบูรณาการ และความต่อเนื่อง เช่น การรับนักศึกษาแพทย์จากชนบท (ภาพที่ 4) และการปฏิรูประบบงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมเงินเดือน เป็นต้น

ภาพที่ 4 สัดส่วนการรับนักศึกษาแพทย์จากพื้นที่ชนบท



ที่มา : คณะแพทยศาสตร์ทุกคณะ

ที่สำคัญคือ การขาดกลไกในระดับชาติที่มีภาวะการนำสูง และมีข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทันสมัย ในการติดตามประเมินและพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

ในช่วงปี พ.ศ. 2524-2537 ได้มีมติคณะรัฐมนตรี ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุขขึ้นโดยเป็นความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสาธารณสุข และมี “ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” เป็นเลขานุการกิจ กลไกดังกล่าวมีส่วนอย่างมากในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และมาตรการแก้ไขปัญหาต่างๆ แต่ปัจจุบันคณะกรรมการดังกล่าวได้ยกเลิกไป

7. ทางเลือกในการจัดการปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ ^(11,12,16,17)

เพื่อเป็นการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ขาดแคลนแบบยั่งยืนกว่าวิธีเดิม และเป็นการสร้างสิทธิชุมชน นำไปสู่ความเสมอภาค เท่าเทียม และความเป็นธรรมในสังคม โดยมีข้อเสนอหลักการและแนวทางในการดำเนินการดังนี้

7.1 ปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข

7.1.1 โดยการเปลี่ยนทิศทางการสนับสนุนงบประมาณการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขของรัฐบาลจากเดิมที่จัดสรรไปที่สถาบันการผลิตโดยตรง (production site) เป็นการจัดสรรไปยังชุมชนหรือท้องถิ่นที่ขาดแคลนบุคลากรในแต่ละสาขา/วิชาชีพโดยตรง (community site)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่กระทบกับสุขภาพ จะเห็นได้ว่ารัฐบาลปัจจุบันได้ตระหนักถึงความสำคัญของกระแสการเปลี่ยนแปลงด้านสิทธิชุมชน ความเป็นธรรมของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รัฐบาลจึงได้ใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) เป็นเครื่องมือในการปฏิรูปการให้บริการสาธารณสุข โดยใช้นโยบายเชิงงบประมาณเป็นเครื่องมือ เพื่อให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียม เกิดความเป็นธรรม มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหลักการสำคัญของนโยบายดังกล่าวก็คือการปฏิรูประบบงบประมาณ โดยเปลี่ยนทิศทางการสนับสนุนงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุข จากเดิมที่เคยจัดสรรงบประมาณตามหน่วยบริการ (supply site) มาเป็นการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร (demand site, people site)

(ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 83 บัญญัติว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพ รวมทั้ง มาตรา 84 ได้กำหนดแนวทางและมาตรการเพื่อการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ทั้งในด้านจำนวนงบประมาณที่ต้องมีอย่างเพียงพอและกำหนดให้สนับสนุนบุคคลจากท้องถิ่นได้มีโอกาสศึกษาด้านสาธารณสุขและกลับมาพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง ประกอบกับลักษณะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์ ซึ่งรองรับต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลนั้น ได้มุ่งเน้นระบบสุขภาพแบบสร้างนำซ่อมและเน้นการดูแลระดับปฐมภูมิ ดังนั้นนอกจากจำเป็นต้องได้บุคลากรที่มีความรู้คุณธรรมแล้ว คุณสมบัติของบุคลากรที่จะปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิจะต้องสามารถดูแลคนแบบองค์รวม เข้าใจมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแล้วยังต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการได้มาซึ่งบุคลากรที่มีคุณสมบัติดังกล่าวนี้แล้วยังยืนยันจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้บุคลากรที่มาจากชุมชนหรือท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งนอกจากจะทำให้ได้บุคคลที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมแล้ว ยังเป็นการกระจายโอกาสทางการศึกษา และได้รับหลักประกันด้านการคงอยู่ของบุคลากรในชนบทอย่างยั่งยืนด้วย เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้จะมีพันธะสัญญาทางใจที่จะได้กลับมาพัฒนาท้องถิ่นของตนเองเมื่อจบการศึกษากลับมา

ผลจากวิธีการคัดเลือกบุคลากรด้านสาธารณสุข (recruitment) เพื่อมาทำงานในภาครัฐ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่มีพื้นฐานด้านแนวคิดวิธีการคัดเลือกที่กำหนดให้สถาบันการผลิตเป็นผู้คัดเลือกบุคลากรให้ไปทำงานในชุมชน โดยชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการจัดการดังกล่าวเลย ทั้งนี้เนื่องจากงบประมาณด้านการผลิตบุคลากรสาธารณสุขรัฐบาลได้จัดสรรไปยังสถาบันการผลิตโดยตรง สถาบันการผลิตเองก็มีแนวคิดและปรัชญาในการคัดเลือกคนโดยมุ่งเน้นความเป็นเลิศในทางวิชาการ และ

กำหนดวิธีการคัดเลือกบุคลากรที่มีความสามารถ (ความเก่ง) เป็นหลัก เมื่อผนวกกับความไม่เสมอภาคเหลื่อมล้ำทางการจัดการการศึกษาของประเทศ จึงทำให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่กันดารห่างไกลขาดโอกาสทางการศึกษา ไม่สามารถสอบแข่งขันเพื่อเข้าศึกษาด้านสาธารณสุขได้ทัดเทียมกับประชาชนที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและเขตเมือง ผลของการกำหนดวิธีการคัดเลือกดังกล่าวทำให้รัฐบาลผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีภูมิลำเนาจากเขตเมืองไปทำงานต่างถิ่น ในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลเช่นภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานครหรือปริมณฑล และเขตเมือง แต่ต้องไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ห่างไกลภูมิลำเนา ทั้งในด้านระยะทางและความเจริญหรือสิ่งอำนวยความสะดวก ทำให้อัตราการดำรงอยู่ในพื้นที่กันดารห่างไกลต่ำมาก ไม่สอดคล้องกับคุณลักษณะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อชุมชนที่พึงประสงค์ข้างต้น ทำให้ชุมชนท้องถิ่นขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุข ขาดความเข้าใจในวิถีชุมชน และขาดความสุขในการทำงาน ปัญหาการกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ซ้ำซากและยาวนาน ทั้งที่รัฐบาลได้มีความพยายามปรับแก้ปัญหามาไม่น้อยกว่า 30 ปีแล้วก็ตาม ปัญหาพื้นฐานเดิมๆ จึงยังคงอยู่ เช่น โรงพยาบาลชุมชนในชนบทยังคงมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์และทันตแพทย์ (อัตราการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าร้อยละ 10) สถานื่อนามัยขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ เป็นต้น

เพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่มีคุณสมบัติที่พึงประสงค์ดังกล่าวข้างต้นอย่างยั่งยืน จึงควรที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนทิศทางการผลิตบุคลากร โดยใช้นโยบายเชิงงบประมาณเช่นเดียวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือสนับสนุนงบประมาณการผลิตบุคลากรจำนวนเท่าเดิม (หรือมากขึ้น หากรัฐบาลมีนโยบายต้องการเพิ่มการผลิตบุคลากร) แต่เปลี่ยนทิศทางการจัดสรรงบประมาณการผลิต จากเดิมที่จัดสรรไปยังสถาบันการผลิตโดยตรงเป็นการจัดสรรงบประมาณไปยังชุมชนท้องถิ่นโดยตรง (โดยต้องระบุในการจัดสรรงบประมาณให้ชัดเจน ว่าเป็นงบประมาณเพื่อสนับสนุนการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข) หรือผ่านชุมชนท้องถิ่นก่อนที่จะจัดสรรงบประมาณไปยังสถาบันการศึกษาอีกต่อหนึ่ง ดังนั้นงบประมาณการผลิตโดยรวมจะไม่ลดลงจากการเปลี่ยนทิศทางการจัดสรรงบประมาณดังกล่าว เนื่องจากหลักการนี้ต้องการนำระบบงบประมาณมาผลักดันให้เปลี่ยนวิธีการคัดเลือก (recruitment) โดยให้อำนาจกับชุมชนท้องถิ่นเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ท้องถิ่นควรพิจารณาเลือกสถาบันการผลิตที่ใกล้เคียงหรือมีลักษณะด้านสังคม ภูมิศาสตร์ ฯลฯ ใกล้เคียงกับชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ เพื่อให้รูปแบบการผลิตใกล้เคียงกับลักษณะรูปแบบสุขภาพของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ

7.1.2 ในช่วงที่ยังไม่ได้กำหนดทิศทางการกระจายอำนาจที่ชัดเจน **นิยามคำว่า “ชุมชนท้องถิ่น”** น่าจะกำหนดไว้กว้างๆ ว่า หมายถึงพื้นที่ ซึ่งอาจอยู่ในระดับ อำเภอ ตำบล หรือเครือข่าย หรืออาจหมายถึงหน่วยงาน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือเทศบาล หรืออาจหมายถึงหน่วยบริการเช่นโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานื่อนามัย เครือข่ายบริการ หรือหน่วยงานใดๆ ที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนชุมชนท้องถิ่น เป็นต้น

หรืออาจไม่จำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณการผลิตไปที่ชุมชนท้องถิ่นโดยตรงก็ได้ แต่ต้องมี **การกำหนดหรือระบุในการจัดสรรงบประมาณให้ชัดเจนว่างบประมาณการผลิตดังกล่าวเป็นทุน (โควตา) ของชุมชนท้องถิ่นใด** และชุมชนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าของทุน (โควตา) มีศักดิ์และสิทธิในการคัดเลือกบุคลากรตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

7.1.3 เพื่อให้ได้บุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพสอดคล้องกับแต่ละสาขาวิชาชีพ รวมทั้งมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ดังกล่าวข้างต้น จึงควรให้**มีองค์ประกอบของคณะกรรมการที่มีหน้าที่ในการคัดเลือก** ซึ่งนอกจากมาจาก**ชุมชนท้องถิ่นแล้วควรมาจากหน่วยงาน/วิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการผลิตและการใช้/การจ้างงานด้วย** เช่น มาจากสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษาที่ผลิตหน่วยงานที่ใช้/จ้างงานบุคลากรเมื่อจบมาเช่นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

โดยในเบื้องต้นองค์ประกอบดังกล่าวอาจเรียกว่า **“คณะกรรมการชุมชน”** ก่อนก็ได้ ทั้งนี้รายละเอียดด้านองค์ประกอบ สัดส่วนของคณะกรรมการฯ หากตกลงในหลักการได้ จึงค่อยมาพิจารณารายละเอียดภายหลังก็ได้ และเมื่อได้องค์ประกอบของ **“คณะกรรมการชุมชน”** ครบถ้วนแล้วจึงพิจารณารายละเอียดหลักเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อให้ได้บุคลากรที่พึงประสงค์ต่อไปในภายหลัง

7.1.4 **การคัดเลือกบุคลากรให้คัดเลือกจากชุมชนท้องถิ่นนั้น ๆ ก่อน** ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการชุมชนตามข้อ 7.1.3 ร่วมกันกำหนด โดยหลักเกณฑ์ดังกล่าวควรเอื้อต่อบุคลากรที่มาจากท้องถิ่นนั้นๆ มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ควรเป็นบุคลากรที่มีใจรักในท้องถิ่นและพื้นที่และหากไม่สามารถคัดเลือกบุคลากรในชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ ได้เนื่องจากคุณสมบัติไม่เหมาะสม ก็ให้สามารถคัดเลือกบุคลากรจากชุมชนท้องถิ่นใกล้เคียงที่มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ภูมิประเทศ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ประเพณี ฯลฯ ที่ใกล้เคียงกับชุมชนท้องถิ่นเจ้าของทุน (โควตา) ดังกล่าวได้ โดยต้องระบุให้ชัดเจนว่าบุคลากรที่ไปศึกษานั้นได้รับทุน (โควตา) จากชุมชนท้องถิ่นใด และต้องกลับไปใช้ทุนที่ชุมชนท้องถิ่นนั้นตั้งแต่ออกไปศึกษา

โดยอาจมีการทำสัญญาชดใช้ทุนเป็นเอกสารหรือเอกสารทางใจก็ได้และ**หากผิดสัญญาจะต้องชดใช้ทุนให้ใช้ทุนที่เจ้าของทุน (โควตา)** เพื่อที่ชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ จะได้นำไปเป็นทุน (โควตา) เพื่อผลิตบุคลากรอื่นมาทดแทนต่อไป (ในอดีตหากนักเรียนทุนหมดสัญญาสถาบันการศึกษาเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์จากการชดใช้ทุน)

7.1.5 **สัดส่วนของทุน (โควตา) ที่จัดสรรโดยตรงที่ชุมชนท้องถิ่นควรมีสัดส่วนมากกว่าทุน (โควตา) จากสัดส่วนในระบบปกติ** เพื่อสร้างความเป็นธรรมและไม่ทำให้บุคลากรที่คัดเลือกจากชุมชน เป็นบุคลากรชั้นสอง ส่วนรายละเอียดว่าต้องเป็นสัดส่วนเท่าใดนั้นให้มีการพิจารณารายละเอียดในภายหลังได้

7.1.6 **แผนการผลิตหรือการกำหนดทุน (โควตา) หรือการจัดสรรงบประมาณการผลิตบุคลากรให้ชุมชนท้องถิ่นใด ให้พิจารณาตามความขาดแคลนตามกรอบมาตรฐานบุคลากรที่พิจารณาตามความต้องการของชุมชน (demand site) ที่ต้องคำนึงถึงความเป็นธรรม ความเสมอภาค คุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยพื้นที่ใดที่มีสัดส่วนบุคลากรเพียงพอแล้วก็ไม่ต้องจัดสรรทุน (โควตา) ให้อีก และต้องมีการพิจารณาเป็นรายสาขาวิชาชีพ และรายพื้นที่และควรมีการจัดทำแผนความต้องการกำลังคนและแผนการผลิตที่ชัดเจนและปรับได้ตามสถานการณ์ และสอดคล้องกับลักษณะการจ้างงานในอนาคต (เมื่อจบกลับมาแล้วต้องมีตำแหน่งหน้าที่การงานรองรับที่แน่นอน)**

เนื่องจากระดับความขาดแคลน ความจำเป็นและความต้องการของแต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกันในระดับพื้นที่ การจัดสรรทุน (โควตา) ในแต่ละสาขาวิชาชีพในแต่ละระดับพื้นที่จึงมีความแตกต่างกัน เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ ยังคงขาดแคลนในระดับโรงพยาบาลชุมชน (อำเภอ) ในขณะที่

พยาบาลวิชาชีพ/หมออนามัยขาดแคลนในระดับสถานีนามัย (ตำบล) การจัดสรรจึงควรคำนึงถึงหลักเกณฑ์การกระจายการจัดสรรโดยใช้ข้อมูลข่าวสารด้านกำลังคนในระดับพื้นที่และระดับชาติ (geographic information system) ที่พิจารณาครอบคลุมการเข้าถึงบริการและนำสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งประเทศ มาพิจารณาประกอบด้วย

7.1.7 การคัดเลือกบุคลากรอาจได้จากบุคลากรด้านสาธารณสุขเดิมทั้งในสายงานเดียวกันและต่างสายงาน ที่ผ่านหลักเกณฑ์การคัดเลือกตามที่คณะกรรมการชุมชนกำหนด หรืออาจได้จากนักศึกษาใหม่ก็ได้ โดยเป็นไปตามสัดส่วนตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด

7.1.8 จากนั้นชุมชนก็ส่งนักเรียนไปศึกษาในหลักสูตรต่างๆ โดยมีพันธะสัญญาซึ่งอาจเป็นในรูปแบบเอกสารหรือเป็นพันธะสัญญาทางด้านจิตใจก็ได้ โดยอาจมีผู้สนับสนุนงบประมาณประกอบด้วย

- รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณการผลิตบุคลากรให้ชุมชนท้องถิ่น
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชนท้องถิ่นที่ขาดแคลนบุคลากรและเห็นความจำเป็น อาจสนับสนุนงบประมาณเพื่อผลิตบุคลากรในชุมชนท้องถิ่นเพิ่มเติมได้ หากมีงบประมาณเพียงพอ

7.1.9 เจ้าของทุนหรือหรือชุมชนท้องถิ่น โอนงบประมาณการผลิตเป็นเงินต่อหัวไปให้สถาบันการผลิตที่เหมาะสมซึ่งพร้อมรับการผลิตบุคลากร โดยมีข้อตกลงร่วมระหว่างผู้เรียน เจ้าของทุน และสถาบันการศึกษาที่ชัดเจน

7.1.10 ระบบงบประมาณการผลิตบุคลากรในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ก็ควรต้องเปลี่ยนจากการสนับสนุนผ่านสถาบันการผลิต มาเป็นการสนับสนุนผ่านเครือข่ายในชุมชนท้องถิ่น โดยทั้งหมดนี้ต้องมีการนำเอาระบบ GIS (geographic information system) มาใช้ เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบการกระจายกำลังคน เพื่อนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรภาครัฐอย่างเป็นธรรมและเหมาะสม

7.1.11 เมื่อนักเรียนทุนสำเร็จการศึกษาก็กลับมาปฏิบัติงานในชุมชนท้องถิ่นหรือเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการที่ชุมชนท้องถิ่นกำหนดไว้ตั้งแต่ก่อนไปศึกษา

7.2 ปฏิรูปการผลิต

การผลิตในอดีตและปัจจุบันมีการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเกือบทั้งหมดจากมหาวิทยาลัยวิทยาลัยต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งวิธีคิดและหลักสูตรเดิมมักอิงตามสถาบันการศึกษาเป็นหลัก ที่เน้นด้านการรักษาพยาบาลและบริการระดับสูง (ระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ) ค่อนข้างมาก ในขณะที่องค์ความรู้และศาสตร์ด้านสุขภาวะ และวิถีชีวิตจริง ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นทั้งสิ้น

ระบบการผลิตจึงควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการผลิต โดยสถาบันการผลิตเดิมทั้งมหาวิทยาลัย/วิทยาลัย ควรจัดทำหลักสูตรที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนในท้องถิ่น และประสานกับชุมชนท้องถิ่นอย่างใกล้ชิด โดยให้มีหลักสูตรของชุมชนท้องถิ่นที่เชื่อมโยงกับมิติต่างๆ ผลิตคนที่มีทักษะที่หลากหลายเหมาะแก่การปฏิบัติงานปฐมภูมิที่เน้นความเป็นองค์รวม (holistic care) ผลิตบุคลากรที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต สุขภาวะของคนในชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ

รวมทั้งควรมีการพัฒนาท้องถิ่นและลงทุนจัดการศึกษา วิจัย สังเคราะห์องค์ความรู้ที่มีอยู่ในท้องถิ่นให้เป็นแหล่งเรียนรู้จากของจริงในชุมชนรวมทั้งท้องถิ่นอาจสามารถผลิตบุคลากรบางสาขาได้เอง และระบบการผลิตควรมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่นในการผลิตหลักสูตรและผลิตบุคลากร

และระบบการผลิตดังกล่าวควรมีการประกันคุณภาพโดยผู้ที่จบหลักสูตรจะต้องมีการสอบใบประกอบวิชาชีพในสาขานั้นๆหรือตามที่มาตรฐานกำหนดด้วย

7.3 การปฏิรูปการจัดการ

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม ระบบการสื่อสาร วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและรวดเร็ว รวมทั้งลักษณะของชุมชนท้องถิ่นมีความหลากหลายมาก การบริหารจัดการของหน่วยบริการในอนาคตจำเป็นต้องเป็นระบบที่มีการเรียนรู้ (learning organization) อย่างต่อเนื่อง ไม่ตายตัว มีความยืดหยุ่น (flexible) และเป็นอิสระสูง จึงควรมีรูปแบบทางเลือกการบริหารจัดการและการจ้างงานของหน่วยบริการปทุมมูมิอย่างหลากหลาย ไม่ผูกติดกับระบบ ก.พ. แบบเดียวเท่านั้น โดยองค์กรอาจเป็นในรูปแบบองค์กรมหาชน หรือองค์กรอิสระ ภายใต้การกำกับของรัฐ เพื่อให้หน่วยบริการมีความเป็นอิสระและคล่องตัวในการบริหารจัดการมากขึ้น โดยมี

7.3.1 รูปแบบการจ้างงานและสถานะ (status) ของบุคลากรอาจเป็นในหลายรูปแบบที่หลากหลาย เช่น

- 1) เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลาง เช่น เป็นข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว หรืออาจเป็นการจ้างแบบอื่นที่ไม่ใช่ราชการ เช่น ภาคเอกชน มูลนิธิ หรือองค์กรต่างๆ
- 2) เป็นเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขีดความสามารถที่เหมาะสม เช่น ข้าราชการท้องถิ่น หรือการจ้างงานรูปแบบอื่น
- 3) เป็นบุคลากรของชุมชนท้องถิ่นดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น ที่จ้างงานโดยชุมชนในท้องถิ่นนั้นๆ
- 4) เป็นเจ้าหน้าที่ในองค์กรมหาชน
- 5) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ประกอบอาชีพอิสระ

ทั้งนี้อาจเป็นแบบผสมของทั้ง 5 แบบข้างต้น โดยขึ้นกับสาขาวิชาชีพและลักษณะการทำงานก็ได้ รวมทั้งอาจมีการใช้กำลังคนร่วมกันในระหว่างเครือข่ายสถานบริการได้

7.3.2 แหล่งสนับสนุนงบประมาณหลักๆ ดังนี้

- 1) งบประมาณเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลัก (งบประมาณการจัดบริการสุขภาพได้รวมเงินเดือนไว้ด้วยแล้ว จึงถือเสมือนว่าเงินเดือนของข้าราชการก็ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย) และควรมีการปรับค่าตอบแทนตามผลงาน
- 2) สวัสดิการ และขวัญกำลังใจต่างๆ ได้จากรัฐบาลกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

7.3.3 ความก้าวหน้าในวิชาชีพ มีการพัฒนารูปแบบความก้าวหน้าในวิชาชีพและแรงจูงใจให้บุคลากรทำงานในพื้นที่มากขึ้น และชัดเจน

- 1) ควรให้มีระบบความก้าวหน้าในวิชาชีพในพื้นที่โดยไม่จำเป็นต้องไปแสวงหาความก้าวหน้าในหน่วยบริการอื่นๆ ไม่ควรมีความเหลื่อมล้ำในระหว่างวิชาชีพ หรือตามลักษณะการปฏิบัติงาน เช่น ระหว่างผู้บริหารกับผู้ให้บริการ รวมทั้งความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ เช่น ระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท เป็นต้น

- 2) บุคลากรสามารถโยกย้ายเปลี่ยนถ่ายไปทำงานในระดับที่สูงขึ้น เช่น ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ได้หรืออาจย้ายสถานที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพที่มีระบบ และเป็นธรรมต่อไป
- 3) สนับสนุนให้มีการศึกษาต่อเนื่อง

7.3.4 มีระบบการพัฒนาระหว่างประจำการที่ดี (on the job training) ในหลายรูปแบบ รวมทั้งในรูปแบบการพัฒนาการศึกษาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาทางไกล ฯลฯ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพกำลังคน เพื่อการบริการที่มีคุณภาพ

7.4 ข้อเสนออื่น ๆ

7.4.1 เพื่อลดความต้องการกำลังคนในภาครัฐ โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับมีบุคลากรที่อยู่ในภาคเอกชนและภาครัฐอื่นเป็นจำนวนมาก จึงควรเปิดโอกาสให้หน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ ร่วมรับผิดชอบบริการประชาชนในพื้นที่ด้วย โดยไม่ควรผูกขาดให้บริการเฉพาะหน่วยงานภาครัฐ หรือสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น เช่น ภาคเอกชนหรือโรงเรียนแพทย์ หรือหน่วยงานของรัฐอื่นๆ สามารถให้บริการทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิได้ จะทำให้รัฐบาลลดภาระการผลิตได้ยิ่งขึ้น

7.4.2 ควรปฏิรูประบบงบประมาณให้กระจายไปยังหน่วยงานในภาคชนบทเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ ไม่ควรกระจุกตัวอยู่ในหน่วยงานส่วนกลางและเขตเมืองเท่านั้น

8. ข้อเสนอยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน ⁽¹⁴⁾

ปัญหาเกี่ยวกับกำลังด้านสาธารณสุขเกิดขึ้นเช่นเดียวกันในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ด้วยลักษณะและขนาดของปัญหาที่แตกต่างกัน และในระยะหลังมานี้ปัญหาเหล่านี้มีพลวัตที่ค่อนข้างรวดเร็ว มาตรการต่างๆ ที่ใช้มักจะมีผลในระยะปานกลาง หรือระยะยาว ซึ่งไม่ทันกับพลวัตของปัญหา

การที่จะแก้ไขปัญหา/พัฒนา เรื่องกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืนและสามารถตอบสนองต่อพลวัตของปัญหาได้นั้น จะต้องดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์อย่างน้อย 3 ประการคือ

8.1 ยุทธศาสตร์ทางปัญญา

การพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการต่างๆ ที่ได้ผลจำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุนด้วยนักวิชาการที่มีศักยภาพ โดยอาศัยข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย ถูกต้อง และมีความต่อเนื่อง ระบบข้อมูลในปัจจุบันยังกระจุกกระจาย ไม่ทันสมัย และขาดงานวิจัยที่สนับสนุนการตัดสินใจที่เพียงพอ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ควรจะมอบให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้พัฒนาชุดโครงการวิจัยด้านกำลังคนสาธารณสุขขึ้น โดยเป็นโครงการวิจัยซึ่งเชื่อมโยงกับสถาบันวิชาการในข้อ 8.2 หรือ อาจมอบหมายให้สถาบันวิชาการในข้อ 8.2 เป็นกลไกการจัดการชุดโครงการวิจัยดังกล่าวก็ได้

ชุดโครงการวิจัยดังกล่าว ควรจะมีทั้งส่วนของการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อติดตามสถานการณ์ โครงการการวิจัยเพื่อประเมินสถานการณ์และพัฒนามาตรการใหม่ๆ รวมทั้งการพัฒนา

ศักยภาพของนักวิชาการในด้านกำลังคนสาธารณสุขด้วย

ชุดโครงการวิจัยดังกล่าว จะต้องสามารถให้คำตอบและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา **ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว** โดยจะต้องนำไปสู่การวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพลวัตของระบบเศรษฐกิจ และสังคม ในลักษณะที่ “วางแผนระยะยาว ดำเนินการระยะสั้น และปรับเปลี่ยนสม่ำเสมอ”

8.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกระยะยาว

ปัจจุบันกลไกการวางแผนพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เป็นเพียงกลุ่มงานเล็กๆ ภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการเพียง 2-3 คน ที่ยังมีประสบการณ์ความรู้ไม่เพียงพอ ที่จะทำหน้าที่ติดตาม เฝ้าระวัง วิจัย และพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหากำลังคนในระดับชาติได้ ส่วนมากจึงเป็นการดำเนินการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าภายในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก โครงสร้างดังกล่าว นอกจากไม่เพียงพอเพราะไม่สามารถแก้ไขปัญหาในภาพรวมได้แล้ว ยังขาดภาวะการนำที่เข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมจากภาคีต่างๆ ด้วย

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ควรจัดสร้างกลไกระยะยาวในการทำงานด้านการพัฒนากำลังคนในระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง **โดยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นคณะกรรมการประจำ และมีสถาบันวิชาการที่เป็นอิสระ** ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเลขานุการกิจ โดยมีการพัฒนานักวิจัย/นักวิชาการ อิสระที่ทำงานเต็มเวลาอย่างต่อเนื่องในเรื่องนี้

คณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข จะเป็นกลไกที่มีหน้าที่ติดตามประเมินและคาดการณ์สถานการณ์เกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข และพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์ มาตรการ ที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาด้านกำลังคน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและรัฐบาลในการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไป

กลไกดังกล่าวจะต้อง **มีอิสระ มีความคล่องตัว ประสิทธิภาพสูง** สามารถตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะหน้าและระยะยาวได้ และมีความเชื่อมโยงกับองค์กรหลักต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย อย่างใกล้ชิด

เมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กลไกดังกล่าวควรเป็นกลไกประจำภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสถาบันวิชาการที่เป็นเลขานุการกิจอยู่ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหรือภายใต้กลไกวิจัยสุขภาพแห่งชาติ

8.3 ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม

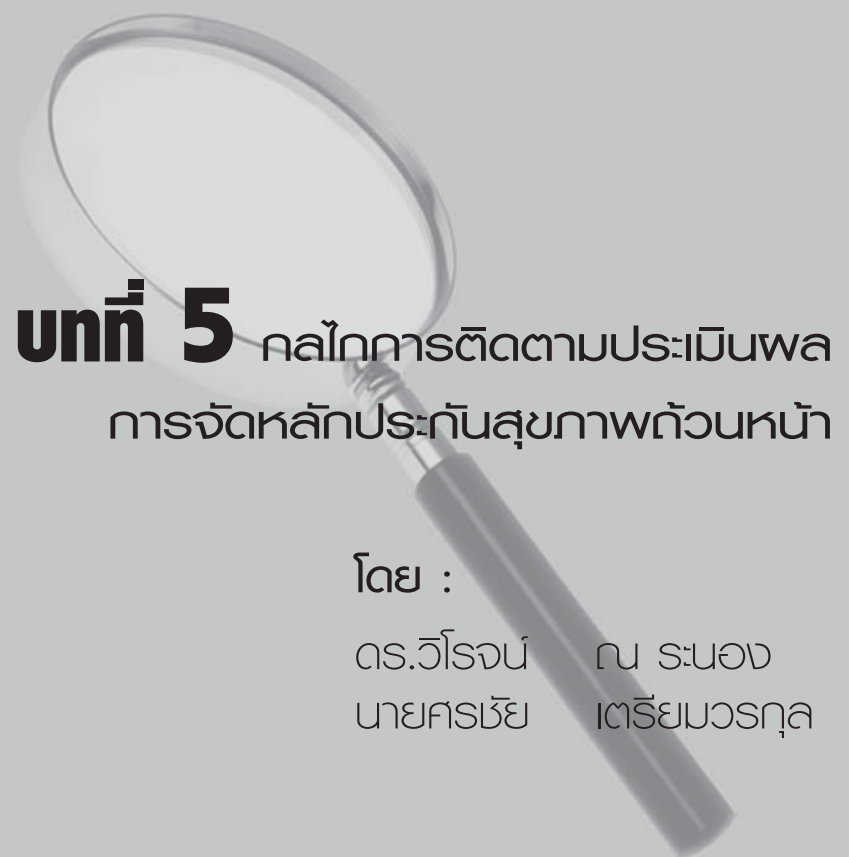
ปัญหาเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุข จะแก้ไขได้อย่างยั่งยืน จะต้องทำให้เป็นปัญหาของทุกภาคส่วนในสังคมไทย และมีการระดมสติปัญญาและทรัพยากรจากทุกภาคส่วน มาร่วมกันแก้ไข ภาควิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีทั้งส่วนของผู้ผลิต เช่น สถาบันการศึกษาต่างๆ ผู้ใช้เช่น กระทรวงสาธารณสุข สถานบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ภาควิชาเหล่านี้ ควรจะมีส่วนร่วมทั้งในยุทธศาสตร์ข้อ 8.1 และยุทธศาสตร์ข้อ 8.2

ดังนั้น จึงควรจะมีกลไก/เวที ที่ให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา เสนอมาตรการแก้ไขปัญหา และร่วมกันลงมือปฏิบัติ ตลอดจนติดตามประเมินผล ซึ่งนอกจากจะสร้าง

การมีส่วนร่วมในข้อ 8.1 และ 8.2 แล้ว ควรให้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (หรือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เป็นการประจำ โดยอาจเป็นส่วนหนึ่งของสมัชชาสุขภาพประจำปี หรือจัดแยกประเด็นเป็นการเฉพาะ เป็นครั้งคราวตามสถานการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. กระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ ; 2545
2. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร พ.ศ. 2540. เล่ม 114 ตอนที่ 55 ก ราชกิจจานุเบกษา 11 ตุลาคม 2540.
3. ชมรมแพทย์ชนบท. (2546). ผลกระทบของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค กับ ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ. อัดสำเนา, 9
4. ฝ่ายวิชาการชมรมแพทย์ชนบท (2546). "ผ่า 30 บาทรักษาทุกโรคภายใต้ 3 ปีไทยรักไทย" หนังสือพิมพ์โพสท์ TODAY 25-26 มิถุนายน 2546
5. ชมรมแพทย์ชนบท. (2546). ผลกระทบการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขปีที่ 3 ต่อนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค. อัดสำเนา, 15
6. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (2546). สถานการณ์การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ, อัดสำเนา, 7
7. อารักษ์ วงศ์วรชาติ (2546). โรงพยาบาลชุมชนกับการปฏิรูประบบราชการเพื่อประสิทธิภาพ, วารสารโรงพยาบาลชุมชน, 2546, ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กันยายน-ตุลาคม 2546 : 40-42
8. ชมรมแพทย์ชนบท. (2545). ความเป็นธรรม ความแตกต่างบนผืนแผ่นดินไทย. อัดสำเนา, 25
9. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การจัดทำข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการวาง GIS ระบบบริการและการจัดทำแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด เอกสารประกอบการประชุม "การจัดทำแผนกำลังคนสาธารณสุข" วันที่ 9-11 มีนาคม 2546, 11
10. คณะกรรมการจัดทำแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข, 16
11. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (2546). กรอบแนวคิดและข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณา ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน, 18
12. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (2546). ข้อเสนอการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น วันที่ 24 กรกฎาคม 2546, 13
13. สุพัตรา ศรีวิชัยกร, สุรศักดิ์ อธิคมาพันธ์, บำรุง ชลเดช, et.al. เอกสารวิชาการลำดับที่ 1 ในชุดเอกสารเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ บริการสุขภาพใกล้ใจ-ใกล้บ้าน. นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ; 2545
14. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2546). ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 15 มกราคม 2546, 15
15. กอง บ.ก. (2546). การกระจายพยาบาลปี 2546 เครื่องบ่งชี้แห่งการถอยหลังเข้าคลองของกระทรวงสาธารณสุข, วารสารโรงพยาบาลชุมชน, 2546, ปีที่ 4 ฉบับที่ 6 พฤษภาคม-มิถุนายน 2546 : 9-13
16. คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพ ปี 2546 ของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.). สมัชชาสุขภาพระดับภาค/เฉพาะประเด็น ร่วมคิดร่วมสร้าง เส้นทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัท สามดี พรีนติ้ง อีคริปเม้นท์ จำกัด ; 2546
17. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ 2546. "ปัญหาแพทย์ลาออกไม่ยากอย่างที่คิด ถ้า....อยู่ในมือ" ทักษิณ ชินวัตร", หนังสือพิมพ์มติชน 17 กันยายน 2546



บทที่ 5 กลไกการติดตามประเมินผล การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย :

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง
นายศรชัย เจริญมวรกุล

การเกิดขึ้นของโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” ในระยะประมาณสองปีเศษที่ผ่านมา โดยโยงเข้ากับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ชื่อ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค” เป็นเรื่องที่ได้ได้รับความสนใจจากหลายฝ่ายว่าจะมีผลกระทบอะไรบ้าง ซึ่งมีตั้งแต่ผลกระทบในระยะสั้นที่มีต่อฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไปจนถึงผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของประชาชนคนไทยและเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว

ในด้านการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น นักวิจัยจากหลายหน่วยงานได้ทำการประเมินผลโครงการ 30 บาท โดยส่วนใหญ่เป็นนักวิจัยจากภายนอก แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช.) ก็มีการรวบรวมข้อมูลและในบางช่วงได้กำหนดให้มีทีมประเมินผลภายใน (internal evaluator) ด้วย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้มองภาพที่กว้างกว่าโครงการ 30 บาท

เนื้อหาในบทนี้แบ่งออกเป็นสี่ตอน ตอนแรกเป็นการนำเสนอกรอบใหญ่ในการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่สองจะกล่าวถึงการดำเนินการที่ผ่านมา รวมทั้งจุดเด่นและปัญหาของการดำเนินการ ตอนที่สามกล่าวถึงระบบข้อมูลและระบบการรายงานข้อมูลของโครงการหลักประกันสุขภาพใหญ่ๆ ทั้งสามโครงการ (โครงการ 30 บาทฯ ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ) และตอนสุดท้ายจะเป็นสรุปและข้อเสนอแนะ

1. กรอบใหญ่ในการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการติดตามและประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มีกรอบใหญ่ที่ควรได้รับความสนใจอย่างน้อยสี่ประการ² คือ

ก. ความครอบคลุมและความเชื่อมโยงของโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

การที่รัฐบาลเลือกดำเนินโครงการ 30 บาทฯ แยกจากโครงการอื่นๆ (ยกเว้นโครงการของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการ สปร. และบัตรสุขภาพ 500 บาท ซึ่งถูกยุบรวมเข้ากับโครงการ 30 บาท) ทำให้การติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องให้ความสนใจกับโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย ด้วยสาเหตุที่สำคัญอย่างน้อย 4 ประการคือ

- ในสถานการณ์ที่การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการผ่านสามโครงการหลักที่มีชุดสิทธิประโยชน์ กลไก/กติกาการจ่ายเงิน และค่าใช้จ่ายต่อคนที่แตกต่างกันค่อนข้างมากนั้น ย่อมมีผลต่อทั้งแรงจูงใจและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (ซึ่งส่วนใหญ่จะให้บริการผู้มีสิทธิมากกว่าหนึ่งโครงการ) และผู้รับบริการ (ซึ่งในบางกรณีมีโอกาสที่จะได้สิทธิจากมากกว่าหนึ่งโครงการ) รวมไปถึงความเสมอภาคในการเข้าถึงและคุณภาพของบริการ และโอกาสที่จะเกิดปัญหาสิทธิซ้อนทับ (ที่ประชาชนบางกลุ่มมีหลายสิทธิ) หรือช่องว่าง (ที่ประชาชนบางกลุ่มไม่ได้รับความคุ้มครองจากโครงการใดเลย) อีกด้วย
- ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละโครงการก็มักมีความเกี่ยวพันกับโครงการอื่นๆ หรือเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวของโครงการอื่นด้วย ตัวอย่างเช่น การปฏิรูประบบสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งเป็นมติคณะรัฐมนตรีมาตั้งแต่ปี 2543 ก็ได้รับผลกระทบจากโครงการ

30 บาท (ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาใกล้เคียงกับที่มีข้อเสนอของคณะทำงานของ สวรส. (2544) ให้รวมสวัสดิการข้าราชการเข้ากับกองทุนประกันสังคม) หรือการปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ของกองทุนทดแทนและกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถก็มีขึ้นหลังจากที่ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าสู่สภาและประกาศใช้เป็นกฎหมาย หรือแม้กระทั่งการขยายความครอบคลุมของโครงการประกันสังคมออกไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างหนึ่งคนขึ้นไปในปี 2545 (และความพยายามที่จะขยายโครงการออกไปสู่แรงงานนอกระบบ) ก็อาจจะมีแรงกระตุ้นจากการเกิดขึ้นของโครงการ 30 บาท

- ค่าใช้จ่ายต่อคนที่รัฐบาลจ่ายให้โครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการประกันสังคมอยู่ในระดับที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายของของโครงการ 30 บาทมากนั้น แม้ว่าจะมีส่วนที่เกิดจากการมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน (และในบางกรณีอาจจะสะท้อนคุณภาพบริการที่ต่างกันด้วย) แต่ก็มีส่วนที่เกิดจากกลไกการจ่ายเงินและการจัดการด้วย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีของสวัสดิการข้าราชการ) จึงทำให้มีปัญหาความเหลื่อมล้ำและประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน และมีโอกาสที่จะปรับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศโดยการรวมการบริหารจัดการของกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน (หรือมีการร่วมมือหรือประสานงานกันมากขึ้น) หรือปรับกลไกการจ่ายเงินและระดับของเงินที่จ่ายให้แก่แต่ละโครงการเพื่อให้เกิดความเสมอภาคในด้านการได้รับการบริการมากขึ้น ในแง่หนึ่งนั้น ถ้าไม่สามารถปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินของโครงการสวัสดิการข้าราชการ ก็จะเป็นการยากที่จะปรับคุณภาพของโครงการ 30 บาทได้ด้วยเหตุผลอย่างน้อยสองประการคือ นอกจากรัฐบาลจะลังเลที่จะเติมเงินไปให้โครงการอื่นเนื่องจากมีภาระหนักที่ต้องถมเงินลงไปให้โครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจปีละกว่า 25,000 ล้านบาทแล้ว สถานพยาบาลเองก็จะขาดแรงจูงใจในการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มอื่น เนื่องจากยังสามารถหารายได้ที่เป็นกอบเป็นกำจากโครงการสวัสดิการข้าราชการ
- สำหรับโครงการ 30 บาท นั้น ในปีงบประมาณ 2546 และ 2547 โครงการนี้ได้งบประมาณที่แท้จริงซึ่งแทบจะไม่เพิ่มขึ้นเลย³ แต่การที่ค่าใช้จ่ายต่อหัวของโครงการนี้ถูกควบคุมเอาไว้ในระดับต่ำนั้น อาจจะได้เป็นสัญญาณที่ดีสำหรับประชาชนผู้เสียภาษีเสมอไป เพราะในกรณีทิ้งบที่จัดสรรให้ไม่เพียงพอ สถานพยาบาลจำนวนหนึ่งที่พยายามให้บริการที่มีคุณภาพต้องประสบปัญหาด้านการเงินไปเรื่อยๆ ก็อาจต้องหาทางปรับตัวซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงและคุณภาพของบริการ นอกจากนี้ การที่โครงการนี้ได้งบประมาณค่อนข้างน้อยในปี 2546 ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขต้องเปลี่ยนแปลงวิธีจัดสรรงบภายในกระทรวงสาธารณสุขใหม่ในปีงบประมาณ 2546 ซึ่งโดยเนื้อหาแล้วเกือบจะเท่ากับการยกเลิกแนวทางการปฏิรูปการเงินคลังที่กำหนดให้ “เงินไปตามผู้มีสิทธิ” ที่กลุ่มผู้ผลักดันโครงการ 30 บาทนำมาใช้ในปีงบประมาณ 2545⁴

ข. ความเป็นกลาง

การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เกี่ยวข้องกับหลายโครงการ (เช่น โครงการสวัสดิการข้าราชการ โครงการประกันสังคม และโครงการ 30 บาท) และในบางโครงการก็ยังมีผู้ที่เกี่ยวข้อง (นอกเหนือจากประชาชนผู้รับบริการ) หลายฝ่าย เช่น โครงการ 30 บาท มีคณะกรรมการ

■ กลไกการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น และแม้กระทั่งในกระทรวงสาธารณสุขเอง ก็ยังมีหน่วยงานในหลายระดับและในหลายภูมิภาค ซึ่งมีสภาพและปัญหาที่แตกต่างกันออกไป หรือในโครงการประกันสังคม (และกองทุนเงินทดแทน) ก็มีคณะกรรมการที่มาจากฝ่ายลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล สำนักงานประกันสังคม ซึ่งทำหน้าที่ซื้อบริการจากทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน เป็นต้น ในบางกรณี หน่วยงานต่างๆ เหล่านี้ถูกตั้งขึ้นมาเพื่อคานอำนาจกัน และอาจมีเป้าหมายที่แตกต่างกันด้วย และเมื่อปัญหาเกิดขึ้นก็อาจจะมีการ “โยนกลอง” กันระหว่างหน่วยงาน และบางครั้งหน่วยงานหรือฝ่ายต่างๆ ก็อาจจะคำนึงปัญหาของตนเองมากกว่าปัญหาของส่วนอื่นๆ ของโครงการ (หรือโครงการอื่น) ดังนั้นการติดตามประเมินผลจึงจำเป็นต้องมีส่วนที่ดำเนินการโดยหน่วยงานที่เป็นกลางและไม่มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงกับฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ค. ความต่อเนื่อง

นอกจากในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะประกอบด้วยหลายโครงการแล้ว ในแต่ละโครงการยังมักมีไถ่ถามด้านที่มีความสลับซับซ้อน และมีพลวัตของการเปลี่ยนแปลงที่สูง ซึ่งในกรณีเหล่านี้ไม่เพียงแต่โครงการ 30 บาทเท่านั้น แต่รวมไปถึงโครงการอื่นๆ ที่มีการปรับตัวหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท (เช่น การปฏิรูประบบสวัสดิการข้าราชการ การปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ของกองทุนทดแทน และกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ และการขยายความครอบคลุมของกองทุนประกันสังคม เป็นต้น) การที่จะเข้าใจภาพความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเหล่านี้ มีความจำเป็นที่มีการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความต่อเนื่องเช่นกัน

ง. ระบบฐานข้อมูลที่ตรวจสอบได้

ไม่ว่าผู้ทำหน้าที่ประเมินผลเป็นใครหรือหน่วยงานใด การประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของแต่ละโครงการมีความจำเป็นต้องพึ่งข้อมูลรายงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาล ความน่าเชื่อถือของรายงานหลักๆ ที่หน่วยงานต่างๆ ต้องรายงาน (เช่น รายงาน 0110 ร.5 ของสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน) จึงมีความสำคัญมาก ซึ่งในปัจจุบันนอกจากจะยังมีคำถามในเรื่องความถูกต้องหรือความน่าเชื่อถือของรายงานเหล่านี้แล้ว ในบางกรณียังมีรายงานว่าหน่วยงานเหล่านี้ยังไม่ได้ครอบคลุมข้อมูลที่สำคัญบางด้าน (เช่น มีข้อมูลเจ้าหน้าที่แต่ไม่มีข้อมูลลูกหนี้) หรือใช้วิธีบันทึกข้อมูลที่ขาดความคงเส้นคงวา (เช่น มีการรับรู้รายได้โดยใช้เกณฑ์เงินสด) หรือคลุมเครือ (เช่น จำนวนผู้มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานเอนกนาค) ทำให้ในบางครั้งการตีความจากรายงานเหล่านี้และการเปรียบเทียบรายงานเหล่านี้ข้ามเวลาหรือข้ามสถานพยาบาลอาจได้ข้อสรุปที่คลาดเคลื่อนไปจากที่เป็นจริง ซึ่งการที่จะทำให้การติดตามประเมินผลมีข้อมูลพื้นฐานที่น่าเชื่อถือและมีความชัดเจนนั้น จำเป็นต้องมีการปรับปรุงระบบรายงานให้มีความชัดเจน ความคงเส้นคงวา และเป็นระบบที่สามารถตรวจสอบได้ง่าย (ในลักษณะ cross check กับฐานข้อมูลอื่นได้) และตกแต่งหรือบิดเบือนได้ยาก



2. การดำเนินการที่ผ่านมา

สำหรับนักวิจัยและหน่วยงานวิจัยภายนอก (ซึ่งไม่ได้อยู่ในสังกัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง) นั้น แม้ว่าจะมีงานวิจัยส่วนหนึ่งที่ดำเนินการและเสาะหาแหล่งทุนสนับสนุนโดยตัวนักวิจัยหรือหน่วยงานวิจัยเอง แต่ในระหว่างปี 2544-46 นั้น งานวิจัยส่วนใหญ่เกิดจากการริเริ่มหรือสนับสนุนโดยหน่วยงานสนับสนุนการวิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นอกจากนี้ก็มีหน่วยงานอื่น เช่น สภาวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคม

ในบรรดาหน่วยงานที่สนับสนุนการวิจัยนั้น ที่ผ่านมาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีบทบาทในด้านการสนับสนุนงานวิจัยด้านนี้ที่เด่นชัดที่สุดโดยในระยะประมาณสองปีเศษที่ผ่านมาได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยอย่างต่อเนื่องกับคณะผู้วิจัยจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) สถาบันพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยระดับพื้นที่ (หรือ Area Based Research Network ซึ่งประกอบด้วยนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอนแก่น จุฬาลงกรณ์ และสงขลานครินทร์) ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (มหาวิทยาลัยนเรศวร) และศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (จุฬาฯ) โดยในปีงบประมาณ 2546 นั้น โครงการของ สวรส. ได้รับทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ด้วย

สำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นหน่วยงานภายนอกหน่วยงานหนึ่งที่ไม่ได้ทำการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยตรง แต่ดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health and Welfare Survey) ซึ่งสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการของประชาชน⁵ และมีแผนที่จะเพิ่มความถี่ของการสำรวจเป็นทุกสองปีหรือทุกปี และในปี 2545 และ 2546 สำนักงานสถิติแห่งชาติก็ได้สำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโครงการ 30 บาท นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานภายนอกอื่นๆ เช่น เอแบคโพล ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโครงการ 30 บาทด้วย

สำหรับในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการต่างๆ โดยตรงนั้น ในระยะแรกนั้น หน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการทำวิจัยเพื่อนำผลไปใช้สำหรับโครงการ 30 บาทโดยตรง คือ สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นโดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขและ สวรส. IHPP มีบทบาทสำคัญในด้านการคำนวณอัตราเหมาจ่ายของโครงการ 30 บาท และมีชุดโครงการวิจัยเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในปี 2546 ได้ร่วมมือกับสำนักงานสถิติแห่งชาติในการทำการสำรวจ post-enumeration survey เพื่อตรวจสอบผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health and Welfare Survey) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2546 อีกด้วย ในด้านองค์การวิชาชีพในฝั่งผู้ให้บริการนั้น แพทยสภาได้ศึกษาผลกระทบของโครงการ 30 บาทโดยส่งแบบสอบถามไปยังสมาชิกแพทยสภาทุกคนในปี 2545⁶

สำหรับโครงการประกันสังคมนั้นสำนักงานประกันสังคมก็สนับสนุนโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการประกันสังคมดังเช่นที่เคยทำมาตามปกติ ส่วนโครงการสวัสดิการข้าราชการนั้น กรมบัญชีกลางได้จ้างสถาบันราชภัฏสวนดุสิตจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ แต่ยังไม่ได้นำผลงานที่ใช้การได้

⁵ กลไกการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จุดเด่นและปัญหาในการดำเนินการ

การติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงสองปีเศษที่ผ่านมา มีจุดเด่นอย่างน้อยสองประการ อันได้แก่

- เริ่มดำเนินการเร็ว ตั้งแต่โครงการ 30 บาท ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศ
- มีนักวิจัยหลายคณะจากหลายหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนในการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จุดเด่นทั้งสองประการนี้มีส่วนสำคัญที่เกิดจากการริเริ่มของ สวรส. ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุนนักวิจัยหลายคณะผ่านชุดโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงแม้ว่านอกจาก สวรส. แล้ว จะมีหน่วยงานอื่นที่สนับสนุนงานวิจัยอื่นๆ ด้วยก็ตาม

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการติดตามประเมินผลของคณะวิจัยต่างๆ มีปัญหาหรือจุดอ่อนหลายประการคือ

- โครงการติดตามประเมินผลเกือบทั้งหมดที่ดำเนินการในระยะสองปีเศษที่ผ่านมา เป็นการติดตามประเมินผลที่เน้นที่โครงการ 30 บาท ซึ่งแม้ว่าในแง่หนึ่งจะมีความสมเหตุสมผล เพราะโครงการนี้เป็นโครงการใหม่ที่มีขนาดใหญ่และคาดว่าจะมีผลกระทบมากในหลายด้าน แต่การที่ภาพรวมและโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้รับความสนใจมากนัก อาจทำให้ภาพที่ได้จากการติดตามประเมินผลคลาดเคลื่อนไปจากภาพรวมที่ควรจะเป็น
- ความขาดแคลนนักวิจัย ถึงแม้ว่าจะมีการติดตามประเมินผลโดยผู้วิจัยหลายคณะจากหลายหน่วยงาน แต่คณะผู้วิจัยหลายคณะก็มีงานวิจัยที่ทำอยู่เป็นจำนวนมาก และหน่วยงานวิจัยหลายหน่วยงานก็มีนักวิจัยที่เป็นหลักเพียงคนเดียว โดยหลายแห่งมีปัญหาการหานักวิจัยที่มีคุณภาพหรือศักยภาพสูงมาร่วมงานในระยะยาวด้วย
- แม้ว่าจะมีหน่วยงานเช่น สวรส. ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยในด้านการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวม แต่เงินทุนสนับสนุนส่วนใหญ่มาจากแต่ละหน่วยงาน (เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง) ซึ่งปกติแล้วจะสนใจเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการของตัวเอง

3. ระบบข้อมูลในปัจจุบัน

ในการติดตามประเมินผลนั้น ข้อมูลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ซึ่งโครงการต่างๆ จะมีระบบรายงานข้อมูลภายในและการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะที่ต่างกัน และในระยะหลัง หลายหน่วยงานมีการเผยแพร่ข้อมูลทาง web site ของตนมากขึ้น ในตอนนี้จะได้กล่าวถึงระบบข้อมูลของโครงการต่างๆ และข้อมูลที่เผยแพร่ออกสู่สาธารณะ และระบบรายงานข้อมูลของแต่ละโครงการโดยสังเขปดังต่อไปนี้



3.1 ระบบข้อมูลของโครงการต่าง ๆ และข้อมูลที่เผยแพร่สู่สาธารณะ

ก. โครงการ 30 บาทฯ

โครงการ 30 บาทฯ เป็นโครงการที่เริ่มดำเนินการมาได้ประมาณสองปีเศษ และเป็นโครงการที่ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์เป็นอย่างมากในเรื่องความเร่งรีบและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา รวมทั้งการออกแบบระบบรายงานข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้การเปรียบเทียบข้อมูลข้ามเวลาทำได้ยากในหลายกรณี

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการในปีงบประมาณ 2546 ซึ่งได้มีการแยกสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ออกจากกระทรวงสาธารณสุขด้วยนั้น ทั้ง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบข้อมูลออนไลน์ และมีการนำเสนอข้อมูลพื้นฐานทางอินเทอร์เน็ตที่ค่อนข้างจะละเอียดกว่าโครงการอื่นค่อนข้างมาก แม้ว่าในหลายกรณีข้อมูลที่น่าสนใจจะมีความล่าช้าอยู่บ้าง (ตัวอย่างเช่น ข้อมูลประชากรผู้มีสิทธิที่เสนอใน website ของ สปสช. จะล่าช้าไปประมาณสองเดือน และข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลต่างๆ ใน website ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งรวบรวมจากข้อมูลที่สถานพยาบาลรายงานเข้ามาจะมีความครบถ้วนหรือความล่าช้าในระดับที่แตกต่างกันไปในแต่ละเดือน เป็นต้น)

ข. โครงการประกันสังคม

โครงการประกันสังคมเป็นโครงการที่ดำเนินการมาได้ประมาณสิบสองปี และมีการสร้างและพัฒนาระบบฐานข้อมูลมาเป็นเวลานาน และเป็นที่เชื่อกันอย่างกว้างขวางว่าเป็นระบบฐานข้อมูลที่ที่สุดในบรรดาโครงการด้านประกันสุขภาพที่มีอยู่ อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ของทีมนักวิจัยของผู้เขียนที่ได้ศึกษาการดำเนินการของโครงการประกันสังคม (อัญชนาและศรัชัย 2545) พบว่าระบบข้อมูลของสำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้เป็นระบบที่เป็น real time ดังเช่นที่หลายฝ่ายเข้าใจ และในหลายกรณีข้อมูลมีความล่าช้า (lag time) 1-2 เดือน และบางครั้งข้อมูลในส่วนงานต่างๆ ในสำนักงานประกันสังคมใช้อ้างอิงก็ยังเป็นตัวเลขคนละตัวกัน

สำนักงานประกันสังคมมีการเผยแพร่ข้อมูลพื้นฐานผ่าน web site เช่นกัน แต่ข้อมูลที่เผยแพร่ไม่ค่อยมีรายละเอียดและในบางกรณีไม่ได้บอกนิยามหรือวิธีการคำนวณ

ค. โครงการสวัสดิการข้าราชการ

โครงการสวัสดิการข้าราชการเป็นโครงการที่มีอายุยาวนานกว่าห้าสิบปี แต่การที่เป็นโครงการที่เริ่มมานานแล้ว จึงมีการออกแบบระบบข้อมูลไว้แบบง่ายๆ เพื่อการเบิกจ่ายเงินเท่านั้น โครงการนี้จึงขาดข้อมูลพื้นฐาน ตั้งแต่ไม่ทราบว่ามีจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการนี้ (ซึ่งรวมครอบครัวของข้าราชการ) ที่กี่คน หรือข้อมูลการเจ็บป่วยต่างๆ ของผู้มีสิทธิในโครงการ

การปฏิรูปโครงการสวัสดิการข้าราชการ ตามมติคณะรัฐมนตรีที่ออกมาในปี 2543 ที่มาเริ่มดำเนินการในปี 2544 ได้พยายามปรับปรุงระบบฐานข้อมูลของโครงการนี้ในหลายด้าน โดยเริ่มจากการพยายามสร้างฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ (ซึ่งจนถึงขณะนี้ก็ยังไม่เรียบร้อย)⁷ และได้จัดตั้งสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) มาทำหน้าที่ประมวลผลข้อมูลการเบิกจ่าย โดยเริ่มจากผู้ป่วยในซึ่งสถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยและกลุ่มโรค (Diagnostic-related Group หรือ

■ กลไกการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

DRG) มาเพื่อการเบิกจ่าย ทำให้โครงการนี้กำลังจะกลายเป็นโครงการที่มีข้อมูลผู้ป่วยในที่ค่อนข้างสมบูรณ์กว่าโครงการอื่น (โครงการ 30 บาทฯ เองก็กำลังทำข้อตกลงให้ สกส. เข้าไปทำหน้าที่นี้ให้กับโครงการด้วย) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่อยู่ใน website ของ สกส. ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการส่งข้อมูลและเบิกจ่ายเงิน แต่แทบจะไม่มีการสรุปข้อมูลพื้นฐานและการเงินของโครงการสวัสดิการข้าราชการเลย และใน website ของกรมบัญชีกลางก็ไม่ได้มีการสรุปข้อมูลพื้นฐานและแยกข้อมูลการเงินที่เกี่ยวกับสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจออกมาจากข้อมูลทั่วไปของกระทรวงและกรมต่างๆ แต่อย่างใด

3.2 ระบบรายงานข้อมูลภายในโครงการประกันสุขภาพของรัฐ

ระบบรายงานข้อมูลภายในโครงการประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามโครงการสรุปเอาไว้โดยย่อในตารางที่ 1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การจัดระบบข้อมูลและการรายงานของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ของรัฐ

ประเภท ข้อมูล/ รายงาน	โครงการสวัสดิการข้าราชการ		โครงการประกันสังคม		โครงการ 30 บาทฯ	
	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล
ระบบการขึ้นทะเบียนและการบริหารฐานข้อมูลประชากรที่เป็นสมาชิกของโครงการ						
1. ข้อมูลผู้ขึ้นทะเบียน และการจ่ายเงินสมทบ	1.1 ข้อมูลจำนวนข้าราชการ ลูกจ้าง รวมถึงผู้รับบำนาญและเบี้ยหวัด นำมาจากบัญชีเงินเดือนและค่าจ้าง นำมาจาก กพ. ข้อมูลจำนวนพนักงานรัฐวิสาหกิจ รวบรวมจากรายงานรายเดือนที่หน่วยงานรัฐวิสาหกิจส่งให้ กนร. • ตัวเลขอ้างอิงจากทั้ง 2 หน่วยงานข้างต้นเป็นข้อมูลของปี 2545 แต่ไม่มีข้อมูลจำนวนบุคคลในครอบครัวที่ได้รับสวัสดิการฯ ที่ชัดเจน • ในส่วนของข้อมูลข้าราชการและครอบครัว ทางกรมบัญชีกลางกำลังทำการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน	กรมบัญชีกลาง (กบก.) และสำนักงานนโยบายรัฐวิสาหกิจ (กนร.)	1.1 จำนวนสถานประกอบการ (สปก.) และลูกจ้าง (ผปต.) รวบรวมจากกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมทะเบียนการค้า การสืบหาโดยเจ้าหน้าที่ของ สปส. รวมถึงการขอขึ้นทะเบียนของสถานประกอบการเอง และการสมัครของผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (ม.39 และ 40) ข้อมูลจะถูกจัดทำเป็นทะเบียนข้อมูล สปก. และ ผปต. ในฐานกลางในระบบ On-Line มีการปรับปรุง เพิ่ม/ลด ตามการแจ้งของ สปก. ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง 1.2 ข้อมูลการจ่ายเงินสมทบจะถูกจัดเก็บในฐานข้อมูลกลาง ซึ่งจะถูกนำไปใช้ประมวลผลผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนฯ	สำนักงานประกันสังคม หรือ สปส. (กองเงินสมทบ และ กองทะเบียนและประมวลผล บันทึกเป็นข้อมูล On-Line) สปส. (กองเงินสมทบ และ กองทะเบียนและประมวลผล บันทึกเป็นข้อมูล On-Line)	1.1 จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนตามสิทธิประมวลจาก • (ช่วงเริ่มต้น) ใช้ข้อมูลบัตรสปร.เดิม บวกบัตรสุขภาพ 500 บ. และฐาน ปชก.ทะเบียนราษฎร์ • มีการปรับปรุงโดยระบบ On-line (ระบบ E-Register) กับสถานพยาบาลเมื่อมีผู้ขอรับสิทธิ เพิกถอน และเปลี่ยนแปลงสถานะ • รับข้อมูล ผปต.จาก สปส. เดือนละ 2 ครั้ง • ข้อมูล ชรก/รสก. จากทำเนียบรัฐบาลและสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กรมบัญชีกลาง สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา กบช. และสถานพยาบาล • ข้อมูลการเกิด-ตาย ปรับปรุงโดยขอข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. (สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน)

ประเภท ข้อมูล/ รายงาน	โครงการสวัสดิการข้าราชการ		โครงการประกันสังคม		โครงการ 30 บาท	
	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล
			(สปก.เป็นผู้นำส่งส่วนของตน และ ลูกจ้าง สำหรับส่วนของรัฐจะคำนวณเป็นสัดส่วนของเงินสมทบที่ สปก./ผปต.จ่าย ในอัตราที่กำหนด)		อื่นๆ (เช่น กรมราชทัณฑ์ สถานพินิจ สถานสงเคราะห์ และกรมการกงสุล)	
หมายเหตุ : - ทั้งสามโครงการยังไม่มีเชื่อมโยงข้อมูลการขึ้นทะเบียนสมาชิกของโครงการในระบบ On-line แต่มีการประสานงานกันโดย สปสช.ขอความร่วมมือให้ สปส.จัดส่งข้อมูลผู้ประกันตนให้เดือนละ 2 ครั้ง ส่วนการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง สปสช. และกรมบัญชีกลางยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ - สปส. มีสำนักงานเขตพื้นที่ 1-8 (ใน กทม.) และ สำนักงานประกันสังคมสาขาในแต่ละจังหวัดเป็นช่องทางในการรับขึ้นทะเบียน รับชำระเงินสมทบ จ่ายผลประโยชน์ทดแทน และงานบริการอื่นแทนสำนักงานใหญ่ - สปสช. ใช้สถานพยาบาลและ สสจ. เป็นช่องทางรับขึ้นทะเบียนและส่งข้อมูลเพื่อตรวจสอบสิทธิของการเป็นสมาชิกของโครงการฯ โดยผ่านระบบ On-line (E-Register) - กรมบัญชีกลาง ใช้หน่วยงานต้นสังกัดของผู้มีสิทธิเป็นช่องทางในการออกเอกสารส่งตัวไปยื่นกับ รพ. เพื่อขอรับการรักษา และขอเบิกค่ารักษากรณีสำรองจ่ายไปก่อน และมีคลังจังหวัดเป็นสำนักงานตัวแทนในแต่ละจังหวัดเพื่อรับฎีกาและจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลหรือผู้ขอเบิกผ่านหน่วยงานต้นสังกัด - โครงการประกันสังคมเป็นโครงการเดียวที่มีการจัดเก็บเงินสมทบจากสมาชิก						
ระบบการขึ้นทะเบียนของผู้มีสิทธิในการรักษาทางการแพทย์และข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาล						
1.การขึ้นทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิในการรักษา	1.1 ไม่มีการขึ้นทะเบียนเพื่อรับสิทธิการรักษาผู้มีสิทธิสามารถรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐแห่งใดก็ได้ (การใช้บริการใน รพ.เอกชน ต้องเป็นกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน เท่านั้น) (ในช่วงเดือน พ.ย.-ธ.ค.46 กรมบัญชีกลางเปิดให้ผู้มีสิทธิจากสวัสดิการฯขึ้นทะเบียนกับรพ.นาร่อง		1.1 ผปต.ที่ขึ้นทะเบียนกับ รพ.คู่สัญญาจะถูกบันทึกและรวบรวมในฐานข้อมูลกลาง โดย ผปต.สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ปีละครั้ง (แจ้งผ่าน สปก. หรือที่ สปส.โดยตรง) และมีการกำหนดโควตาที่สถานพยาบาลจะสามารถรับขึ้นทะเบียน ผปต. ได้ตามศักยภาพและผลการประเมิน	สปส. (กองประสานการแพทย์ โดยข้อมูลนำมาจากฐานข้อมูลกลางเป็นข้อมูล On-Line)	1.1 ใช้ฐานข้อมูลผู้ขึ้นทะเบียนกับ รพ. ประมวลผลโดย สปสช. ภายใต้ระบบ E-Register เชื่อมโยงเป็นระบบ On-Line กับ รพ. และผ่าน Website ของ สปสช. โดย รพ.สามารถตรวจสอบ แจ้งการเปลี่ยนแปลงเพื่อบันทึกและปรับปรุงข้อมูลเข้าสู่ระบบฯ โดยมีการตรวจสอบ ตอบรับและ	สปสช. (สำนักบริหารสารสนเทศและการประกัน)

ประเภท ข้อมูล/ รายงาน	โครงการสวัสดิการข้าราชการ		โครงการประกันสังคม		โครงการ 30 บาท	
	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล
	กรณีความเจ็บป่วยเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค เพื่อสิทธิการเข้ารับตรวจรักษาโดยไม่ต้องมีใบส่งตัวหรือสำรองจ่ายล่วงหน้า)		มาตรฐานและคุณภาพการบริการของ รพ.		ยืนยันกลับจาก สปสช.เดือนละ 2 ครั้ง ในช่วงต้น การขึ้นทะเบียนกับ รพ.ใดจะพิจารณาจากที่อยู่ตามทะเบียนเป็นหลัก แต่ในต้นปีงบประมาณ 47 เริ่มให้ผู้มีสิทธิเลือกรพ.ที่ใกล้บ้านได้ในบางพื้นที่	
2. รายงานข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาล	2.1 ข้าราชการส่งเอกสารขอเบิก (กรณีสำรองจ่ายเอง) หรือ รพ.รัฐ ที่รับรักษาส่งใบฎีกาการเบิกจ่ายกับกรมบัญชีกลาง หรือคลังจังหวัด (กรณีผู้ป่วยใน) ซึ่งจะมีข้อมูลกิจกรรมการให้บริการแก่ชรก.หรือญาติที่มีสิทธิ ตั้งแต่ เม.ย.45 สกส. เข้ามาเป็นตัวกลางในการวางระบบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในโดยใช้ DRG ทำให้ รพ.ต้องส่งข้อมูลการขอเบิกค่ารักษา (เฉพาะกรณีผู้ป่วยใน) ให้ สกส. ด้วยและ สกส.จะส่งสรุปรายงานการเบิกค่ารักษาพยาบาล ผลการคำนวณค่า RW ตาม DRG ให้ กบก. เป็นรายเดือน	กรมบัญชีกลางและสกส. (เฉพาะกรณีผู้ป่วยใน)	2.1 รพ.คู่สัญญาต้องรวบรวมข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ทั้งของตนเอง และสถานพยาบาลคู่สัญญารอง รวมถึงข้อมูลการส่งต่อไปรักษากับสถานพยาบาลระดับสูง ให้กองประสานการแพทย์ เดือนละครั้งภายในวันทำการสุดท้ายของเดือนถัดไป 2.2 ทะเบียนผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง โดย รพ.ที่ให้การรักษาแก่ ผปด. ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 8 กลุ่มโรค จะต้องนำส่งข้อมูลส่วนนี้เพื่อประกอบการคำนวณเงินจ่ายเพิ่มพิเศษตามภาระเสี่ยง	สปส.(กองประสานการแพทย์) สปส. (กองประสานการแพทย์)	2.1 รพ.ส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยตามชุดข้อมูลมาตรฐาน 12 แฟ้ม ผ่านระบบ On-line ตั้งแต่ปีงบประมาณ 47 สปสช.ได้ประสานกับ สกส.ให้จัดทำข้อมูลผู้ป่วยในของโครงการฯ โดยให้รพ.ส่งข้อมูลผู้ป่วยใน (ทั้งกรณีทั่วไป อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน และค่าใช้จ่ายสูง) มาให้ สกส. เพื่อคำนวณค่า RW ตาม DRG (ปัจจุบันใช้ Version 3 เช่นเดียวกับสวัสดิการข้าราชการ แต่กำลังจะเปลี่ยนเป็น Version 4) ผลการคำนวณจะส่งไป สปสช. และ รพ.	สปสช. (สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน)

ประเภท ข้อมูล/ รายงาน	โครงการสวัสดิการข้าราชการ		โครงการประกันสังคม		โครงการ 30 บาทฯ	
	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล
	2.2 ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย สกส. จะเรียกให้ รพ.ส่งข้อมูลเหล่านี้ เพื่อตรวจสอบความผิดปกติของการเบิกจ่าย คุณภาพการให้บริการ และความถูกต้องของการให้รหัสโรค รหัสการทำหัตถการ	สกส.				
หมายเหตุ : - สรส.มีการรวบรวมสรุปรายงานกิจกรรมการให้บริการและรายงานรายรับ-รายจ่าย (0110 รง.5) จากสถานพยาบาลในสังกัด ก.สธ. และขอความร่วมมือจากรพ.ที่เข้าร่วมโครงการ 30 บาทฯ แต่ในทางปฏิบัติ รพ.รัฐ นอกสังกัด ก.สธ. และ รพ.เอกชน มักจะไม่ส่งรายงาน หรือส่งแต่ไม่ครบขาดความต่อเนื่อง ขณะที่ รพ.ในเขต กทม. ไม่มีการส่งรายงาน และไม่มีหน่วยงานที่เป็นตัวกลางในการรวบรวมข้อมูล - กลุ่มพัฒนาข้อมูลสถานพยาบาล สนย. ก.สธ. มีการรวบรวมข้อมูลจาก สสจ. จัดทำเป็น รง.504 แยกเป็นผู้ป่วยนอก 21 กลุ่มโรค และผู้ป่วยใน 75 กลุ่มโรค รายงานนี้ไม่สามารถยืนยันได้ว่าข้อมูลที่ สสจ. รวบรวมมามีความครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ - ในเดือน ธ.ค. 46 กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักปลัด ก.สธ. แจ้งให้ รพ.ทุกแห่งในสังกัดรวบรวมข้อมูลจัดทำเป็นรายงานรายรับ-รายจ่ายปีงบฯ 46 และประมาณการปีงบฯ 47 รวมถึงแผนการทำคำของบลงทุน แผนการสร้างสุขภาพ และจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแบ่งตามภาระงานนำเสนอให้แก่ส่วนกลาง ทั้งนี้ในช่วงกลางปีงบฯ 45 (ปลายปี 44-ต้นปี 45) สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สังกัดสำนักปลัดฯ ในขณะนั้น) ได้ให้ สสจ.รวบรวมข้อมูลรายรับรายจ่าย ข้อมูลบุคลากร ฐานประชากรที่รับผิดชอบ และภาระงานจัดทำเป็นรายงาน 10 ตารางส่งให้เพื่อนำมาประเมินสถานการณ์ทางการเงิน - กบก.และ สกส.ได้ร่วมวางแผนทางในส่งข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลการวินิจฉัย (ICD-10) การผ่าตัดและหัตถการ (ICD9-CM) กรณีผู้ป่วยใน โดยมีการปรับลดเงินส่วนที่จัดสรรคืนตาม DRG (ส่วนที่กันไว้สำหรับค่ารักษาพยาบาลส่วนอื่นๆ ร้อยละ 20) หาก รพ.ส่งข้อมูลล่าช้า แต่ที่ผ่านมายังไม่สามารถจัดสรรตาม DRG เนื่องจากติดปัญหาการตีความกฎหมายของกฤษฎีกาเกี่ยวกับการรื้อถอนสิทธิของข้าราชการ - สปส. ได้กำหนดเงินเพิ่มพิเศษเป็นค่าบริหารจัดการข้อมูลและส่งเสริมปริมาณการให้บริการให้แก่สถานพยาบาลที่ส่งข้อมูลได้ครบถ้วนหรือไม่น้อยกว่า 7 เดือน ใน 12 เดือน - สปสช. ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการจูงใจหรือลงโทษ เพื่อให้สถานพยาบาลจัดส่งข้อมูลให้						

ประเภท ข้อมูล/ รายงาน	โครงการสวัสดิการข้าราชการ		โครงการประกันสังคม		โครงการ 30 บาท	
	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล
ระบบการจ่ายเงิน						
	1.1 ค่ารักษาพยาบาลจ่ายตามจริง แบ่งเป็นกรณีผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในจาก รพ.เอกชน จะมีรายงานการเบิกจ่ายตามที่มีการส่งเรื่องขอเบิก (ผ่านหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เบิก) กรณีผู้ป่วยใน รพ.รัฐ รพ.ที่ให้การรักษาส่งฎีกาขอเบิกจาก กบก. หรือคลังจังหวัด ขณะเดียวกันจะส่งรายการและเอกสารค่ารักษาให้ สกส.เพื่อคำนวณค่า RW ตาม DRG และ สกส.จะส่งผลการคำนวณและการตรวจสอบให้สถานพยาบาลทราบ และส่งผลสรุปรายเดือนให้ กบก.ด้วย (สำหรับค่าห้อง/ค่าอาหาร และค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์จะจ่ายให้ตามปกติ (100%) พร้อมกับค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ 80% ที่เหลืออีก 20% จะจ่ายให้ภายหลังจากที่ สกส. ส่งผลการคำนวณค่า RW ตาม DRG และผลการตรวจสอบให้ กบก.)	กรมบัญชีกลาง กรมบัญชีกลาง และ สกส.	1.1 เงินเหมาจ่ายรายหัว กองประสานการแพทย์ดึงข้อมูลผด. ที่ขึ้นทะเบียนกับ รพ.คู่สัญญาจากฐานข้อมูลกลางมาคำนวณ	สปส. (กองประสานการแพทย์ หรือ กองการเงินฯ)	1.1 เงินเหมาจ่ายรายหัว ฝ่ายบริหารการเงินใช้ข้อมูลจำนวนปชก.ที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่ประมวลโดยสำนักบริหารสารสนเทศฯ โดยต้นปีงบประมาณ 47 คำนวณจ่ายให้สำหรับเดือนปัจจุบันบวกจ่ายล่วงหน้าอีก 2 เดือน (ใช้ข้อมูล ปชก. ของเดือนปัจจุบัน) เงินเหมาจ่ายสำหรับ รพ.รัฐนอก ก.สธ. และ รพ.เอกชนจะถูกโอนไปยังเขตพื้นที่แม่โขง (กทม)/สสจ.ที่รพ.นั้นตั้งอยู่ จนถึงปีงบประมาณ 2548 เงินจัดสรรสำหรับ รพ.ในสังกัด ก.สธ.จะถูกโอนไปที่ สป. ก่อนถูกโอนไปยัง สสจ.แต่ละจังหวัด	สปสช. (สำนักบริหารการเงิน) กองคลัง สป. ก.สธ.

ประเภท ข้อมูล/ รายงาน	โครงการสวัสดิการข้าราชการ		โครงการประกันสังคม		โครงการ 30 บาท	
	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล
			1.2 เงินค่าบริหารจัดการข้อมูล และค่าบริการทางการแพทย์ตาม อัตราค่าบริการ ใช้ข้อมูลการ ให้บริการทางการแพทย์ที่ รพ. ส่ง ให้มาคำนวณเป็นค่าเปอร์เซ็นต์ใน ตามจำนวน visit (OP) และ จำนวนวันนอน (IP) โดยจ่ายให้ ภายในเดือน เม.ย.ของปีถัดจาก ปีที่ให้บริการ ทั้งนี้ รพ.ต้องส่ง ข้อมูลไม่น้อยกว่า 7 ใน 12 เดือน	สปส. (กองประสาน การแพทย์ และ กองการเงินฯ)	1.2 การตามจ่ายจากการส่งต่อ สำหรับการเจ็บป่วยทั่วไป กรณีผู้ ป่วยนอก สถานพยาบาลจะตาม จ่ายกันเอง (ไม่มีรายงานมาที่ ส่วนกลาง) ส่วนกรณีผู้ป่วยใน ตั้ง แต่ปีงบฯ 47 รพ.ที่รับรักษาจะส่ง ข้อมูลให้ สกส.เพื่อนำมาคำนวณ ค่า RW ตาม DRG โดย สกส. จะแจ้งผลการคำนวณและผลการ ตรวจสอบกลับ เพื่อนำไปใช้ในการ จัดสรรงบผู้ป่วยในภายในจังหวัด	สกส.
			1.3 เงินค่าบริการทางการแพทย์ ตามภาระเสี่ยง คำนวณจากข้อมูล การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ ป่วยในและทะเบียนผู้ป่วยนอกที่ เป็นโรคเรื้อรัง 8 กลุ่มโรค ที่ รพ.ส่ง ให้ โดยอ้างอิงตาม DRG with Global Budget แบ่งจ่ายเป็น งวดครึ่งปีแรก ก.ย. และงวดครึ่ง ปีหลัง เม.ย.ของปีถัดจากปีที่ให้ บริการ	สปส. (กอง ประสานการ แพทย์ และ กองการเงินฯ)	1.3 การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการ ทางแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน (เฉพาะ 72 ชั่วโมงแรก)สถานพยาบาลที่รับ รักษาจะส่งเอกสารขอเบิก (Paper Claim) มาที่ฝ่ายชดเชยฯ สปสช. หรือผ่านระบบ On-line ในระบบ E-Claim เพื่อรอตรวจสอบก่อน อนุมัติการจ่าย ยึดตาม DRG โดยข้อมูลผู้ป่วยนอก ฝ่ายชดเชยฯ จะเป็นผู้ตรวจสอบ ขณะที่ข้อมูลผู้ ป่วยในจะถูกส่งให้ สกส.คำนวณ ค่า RW	สปสช. (ฝ่าย บริหารการชดเชย ค่าบริการ และ ฝ่ายบริหารการ เงิน), สกส.

ประเภท ข้อมูล/ รายงาน	โครงการสวัสดิการข้าราชการ		โครงการประกันสังคม		โครงการ 30 บาทย	
	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล
					(การชดเชยผ่านระบบ E-Claim ยังอยู่ในช่วงทดลองระยะ 1-2 และคาดว่าจะขยายไปยังรพ.อื่นๆ ในกทม. และทั่วประเทศในระยะ ต่อไป)	
			1.4 การจ่ายกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน รพ.ที่รักษา (ไม่ใช่ รพ.ที่ ผปต. ขึ้นทะเบียนไว้) ส่งเอกสารขอเบิก สำหรับค่ารักษาภายใน 72 ชั่วโมง แรก (หรือ ผปต.ทำเรื่องขอเบิก กรณีสำรองจ่ายไปก่อน) โดยเบิก จากกองประโยชน์ทดแทน หรือ สนง.พื้นที่/จังหวัด	สปส. (กอง ประโยชน์ทด แทน)	1.4 การจ่ายงบ CF (เฉพาะรพ. ในสังกัด ก.สธ.) ในปี 45 รพ. ขอรับความช่วยเหลือจะต้องส่ง งบรายรับ-รายจ่ายที่เกิดจริงและ คาดการณ์ให้แก่คณะกรรมการ พิจารณาการจัดสรรงบประมาณ มั่นคง เพื่อประกอบการพิจารณา จัดสรร (ปี 46 ยังไม่ได้ข้อสรุป หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรร)	สำนักปลัด กระทรวง สาธารณสุข
			1.5 การจ่ายกรณีการให้บริการ ทางการแพทย์นอกเหนือเหมาจ่าย สถานพยาบาลที่ ผปต.ขึ้นทะเบียน จะเป็นผู้ส่งเอกสารการเบิก (แม้ว่าจะไม่ได้เป็นผู้รักษาโดย มีการส่งต่อ) จากกองประโยชน์ ทดแทน หรือสนง.พื้นที่/จังหวัด	สปส. (กอง ประโยชน์ทด แทน)	1.5 รายงานการจัดสรรงบลงทุน ในปี 46 ยังไม่มีข้อสรุปหลักเกณฑ์ และวิธีการจัดสรร (เฉพาะรพ.ใน สังกัด ก.สธ.)	

ประเภท ข้อมูล/ รายงาน	โครงการสวัสดิการข้าราชการ		โครงการประกันสังคม		โครงการ 30 บาท	
	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล
			1.6 การจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง ผปต.ยื่นขอรับสิทธิพร้อมการประเมินความจำเป็นจากแพทย์ผ่าน รพ.ที่ ผปต. ขึ้นทะเบียน เมื่อได้รับอนุมัติ ผปต.จะได้รับหนังสือรับรองเพื่อขอใช้บริการจากสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษา โดยสถานพยาบาลที่รับรักษาจะเป็นผู้นำส่งเอกสารขอเบิกจาก สปส. 1.7 ประโยชน์ทดแทนที่ ผปต. เบิกได้โดยตรง (ทันตกรรม, ค่าคลอดบุตร, ค่ารักษากรณีทุพพลภาพ) ผปต.สามารถยื่นขอเบิกได้โดยตรง (หรือผ่าน สปก.) กับ สปส.	สปส. (กองประสานการแพทย์ และ กองการเงินฯ) สปส. (กองการเงินฯ)		
หมายเหตุ : - ข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 30 บาทฯ ในกรุงเทพฯ อยู่ในช่วงการวางระบบการจัดส่งข้อมูลและการรายงาน ทั้งนี้ คาดว่าในเบื้องต้นจะมีเฉพาะการรายงานกิจกรรมการให้บริการ โดยไม่รวมการรายงานทางการเงิน						

ประเภท ข้อมูล/ รายงาน	โครงการสวัสดิการข้าราชการฯ		โครงการประกันสังคม		โครงการ 30 บาทฯ	
	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล
ระบบการตรวจสอบและประเมินผล						
	1.1 กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ตรวจสอบสิทธิและใบฎีกาการขอเบิกค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบการขอเบิก สกส. จะตรวจสอบใบคำขอเบิกที่ รพ.ส่งให้ เป็นการตรวจย้อนหลัง (post audit) โดยตรวจสอบความผิดปกติในการเบิกจ่าย ดูคุณภาพการบริการ ความถูกต้องในการให้รหัสโรค/หัตถการ ทั้งนี้จะมีการเรียกเวชระเบียนผู้ป่วยทุกราย ถ้าค่ารักษาเกินห้าหมื่นบาท หรือค่า RW มากกว่า 3 หรือผู้ป่วยเสียชีวิต และจะสุ่มเรียกถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคเป็น 8 กลุ่มโรคเรื้อรังหรือสุ่มตรวจโดยทั่วไป หรือแนวโน้มการเบิกจ่ายมีความผิดปกติผลการตรวจสอบจะถูกส่งให้กับก.ทราต่อไป	สกส. และ กรมบัญชีกลาง	1.1 รายงานการตรวจสอบและประเมินผล รพ.คู่สัญญา โดยกองประสานการแพทย์ จะมีทีมตรวจสอบและประเมิน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ในฐานะที่ปรึกษา ร่วมกับ จนท.ของกองประสานฯ ทำการตรวจสอบและประเมิน รพ. (ไม่รวมสถานพยาบาลคู่สัญญารอง) รวมถึงเวชระเบียนผู้ป่วยโดยผลการประเมินจะถูกจัดชั้นเป็นระดับ A-D ซึ่งจะถูกนำไปใช้ในการกำหนดโควต้า ผปต.ที่ รพ. (ใช้กับ รพ.เอกชน เท่านั้น) จะรับขึ้นทะเบียนได้	สปส. (กองประสานการแพทย์ฯ)	1.1 สปสช. มีสำนักพัฒนาบริการมาทำหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพการบริการและลงโทษสถานพยาบาล โดยมีทีมงาน (แพทย์ พยาบาล และ จนท.ของสนง.ฯ) ลงไปทำการตรวจสอบและประเมินผล องค์กรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีเผยแพร่รายงานการตรวจสอบและการประเมินผลอย่างเป็นทางการ รายงานผลการตรวจราชการโดยสำนักตรวจและประเมินผล สำนักปลัด ก.สธ. จะมีหัวหน้าผู้ตรวจราชการทั้ง 12 เขต นำเสนอรายงานเป็นไตรมาส และผลสรุปทั้งปี ซึ่งจะมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพฯ (จำนวนหน่วยบริการคู่สัญญา, ปชก.ที่ขึ้นทะเบียน, PCU, จำนวนเรื่องร้องเรียน, ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ฯลฯ) การพัฒนาระบบบริหารจัดการ การบริหารเงินงบประมาณ การบริหารพัสดุ ฯลฯ	สำนักตรวจและประเมินผล สำนักปลัด ก.สธ. สำนักตรวจและประเมินผล สำนักปลัด ก.สธ.

ประเภท ข้อมูล/ รายงาน	โครงการสวัสดิการข้าราชการ		โครงการประกันสังคม		โครงการ 30 บาท	
	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล	ที่มาและรายละเอียดข้อมูล	ผู้รับข้อมูล
			1.2 ขอร้องเรียน/สถิติการลงโทษ สปส.จะมีระบบการรับเรื่องร้องเรียน (โทร.1506) และผ่านทาง การเสนอข่าวของสื่อมวลชนและการประเมินโดยทีมของกอง ประสานฯ เอง การร้องเรียนและผลการ ตัดสินจะถูกรวบรวมเป็นสถิติ จำแนกในภาพรวม (ไม่ระบุชื่อ รพ.ที่ถูกลงโทษ) แบ่งเป็นกรณี ฝ่าย รพ.ผิด และฝ่ายผปต.เข้าใจผิด	สปส. (กอง ประสานการ แพทย์ฯ)	รายงานผลการจัดจ้างและผล การตรวจสอบการใช้งบลงทุน ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง โดยกลุ่ม ประสานและสนับสนุนติดตาม รายงานการจัดซื้อจัดจ้าง 1.2 รายงานขอร้องเรียน/สถิติ การลงโทษ จะมีสำนักพัฒนา คุณภาพการบริการเป็นหน่วย งานกลางในการรับเรื่องร้องเรียน ทางโทรศัพท์ (โทร. 1330) หรือ ทาง e-mail หรือหนังสือร้อง เรียง รวมถึงทางการเสนอข่าว ของสื่อมวลชน และการประเมิน โดยทีมของ สนง.เอง แต่ใน ปัจจุบันยังไม่มีผลแพร่ อย่างเป็นทางการ	สำนักตรวจและ ประเมินผลสำนัก ปลัด ก.สธ. สปสช. (สำนัก พัฒนาคุณภาพ บริการ)
หมายเหตุ : สปส. = สำนักงานประกันสังคม, ผปต. = ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม, สปก. = สถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนในโครงการประกันสังคม, สปสช. = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สรส. = สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, สนย.ก.สธ.= สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กบก. = กรมบัญชีกลาง, กนร. = สำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ						

ในภาพรวมแล้ว ระบบรายงานของโครงการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการขึ้นทะเบียนประชากรผู้มีสิทธิ (ซึ่งแต่ละโครงการนำมารวบรวมมาสร้างเป็นฐานข้อมูลผู้มีสิทธิของโครงการนั้นๆ) การรายงานข้อมูลการให้บริการและการเงิน ตลอดจนระบบการตรวจสอบภายใน (internal audit) ของแต่ละโครงการได้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วในระยะสองปีเศษที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ระบบรายงานของโครงการต่างๆ ยังแยกออกจากกัน ถึงแม้ว่าจะมีการประสานงานกันบ้าง (เช่น สำนักงานประกันสังคมจะส่งข้อมูลรายชื่อผู้ประกันตนในโครงการให้แก่ สปสช.) แต่ก็ยังค่อนข้างน้อย และในปัจจุบัน สถานพยาบาลต่างๆ ต้องส่งรายงานการให้บริการและการเรียกเก็บเงินจากแต่ละโครงการแยกจากกัน โดยแต่ละโครงการจะเรียกข้อมูลที่ต่างกันจากสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม การที่ สปสช. กำลังหันมาใช้บริการสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ซึ่งปัจจุบันรับผิดชอบงานประมวลผลข้อมูลการเบิกจ่ายเงินสำหรับโครงการสวัสดิการข้าราชการ) มาทำหน้าที่ประมวลผลข้อมูลการเบิกจ่ายสำหรับผู้ป่วยในของโครงการ 30 บาทด้วยนั้น น่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การสร้างระบบรายงานข้อมูลการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานของประเทศขึ้นมาได้ในอนาคต และลดภาระความยุ่งยากของสถานพยาบาลและบุคลากรในการบันทึกข้อมูลและจัดทำรายงานหลายๆ รูปแบบลงด้วย

4. สรุปและข้อเสนอแนะ

การเกิดขึ้นของโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” โดยผูกเข้ากับวลี “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ทำให้แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับความสนใจจากฝ่ายต่างๆ เป็นอย่างมาก และที่ผ่านมาก็มีโครงการติดตามและประเมินผลโครงการ 30 บาท ภายใต้อำนาจของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าออกมาหลายโครงการ อย่างไรก็ตาม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความหมายที่กว้างกว่าโครงการ 30 บาท ซึ่งมีส่วนในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการเติมช่องว่างที่เหลือจากโครงการสวัสดิการข้าราชการ โครงการประกันสังคม และโครงการของกระทรวงสาธารณสุขอันได้แก่ โครงการสปร. และบัตรสุขภาพ (ซึ่งสองโครงการหลังถูกยุบรวมเข้ากับโครงการ 30 บาท)

การที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยยังคงประกอบด้วยโครงการใหญ่สามโครงการที่มีหลักการ กลไก ค่าใช้จ่ายและสิทธิประโยชน์ที่ยังคงแตกต่างกัน ทำให้ การติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยมีความจำเป็นต้องครอบคลุมทุกโครงการที่เกี่ยวข้องและให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงและปฏิสัมพันธ์ของโครงการเหล่านี้ และดำเนินการโดยนักวิจัยและหน่วยงานที่สนับสนุนการวิจัยที่เป็นกลางและไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการเหล่านี้โดยตรง นอกจากนี้ การที่แต่ละโครงการมีกลไกบางด้านที่มีความสลับซับซ้อน และมีพลวัตของการเปลี่ยนแปลงที่สูง การที่จะเข้าใจภาพความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีความจำเป็นที่มีการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความต่อเนื่องทั้งในด้านตัวนักวิจัยและหน่วยงานที่สนับสนุนการวิจัยเช่นกัน ซึ่งที่ผ่านมาแล้ว แม้ว่าจะมีหลายหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการ 30 บาท และมีนักวิจัยจำนวนไม่น้อยที่ทำการติดตามประเมินผลโครงการนี้แต่การติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวมยังมีค่อนข้างน้อยรวมทั้งในด้านเงินทุนสนับสนุนการวิจัยซึ่งส่วนใหญ่มาจากแต่ละโครงการที่แยกจากกัน และถึงแม้ว่าจะมีนักวิจัยหลายคณะที่มีโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โดยเฉพาะ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงการ 30 บาท) แต่ในภาพรวมแล้ว ก็กล่าวได้ว่า ยังมีปัญหาการขาดแคลนนักวิจัยที่มีศักยภาพที่สามารถทุ่มเทเวลามาทำงานด้านนี้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในหลายหน่วยงานมีนักวิจัยที่เป็นกำลังหลักอยู่น้อยมาก และนักวิจัยเหล่านี้มักจะมียานวิจัยหลายโครงการในหลายด้านในขณะเดียวกัน

ในการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโครงการต่างๆ นั้น ข้อมูลเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของแต่ละโครงการซึ่งมีความจำเป็นต้องพึ่งข้อมูลรายงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสร้างและปรับปรุงฐานข้อมูลให้ครอบคลุมข้อมูลที่สำคัญอย่างครบถ้วน และปรับปรุงระบบรายงานให้มีความชัดเจน ความคงเส้นคงวา และเป็นระบบที่สามารถตรวจสอบได้ง่าย (cross check กับฐานข้อมูลอื่นได้) จึงมีความสำคัญ ซึ่งในระยะหลัง หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก็ได้มีการปรับปรุงระบบรายงานข้อมูลภายในและมีการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งทาง website) มากขึ้น และมีแนวโน้มว่าระบบข้อมูลและระบบการรายงานของหน่วยงานต่างๆ จะพัฒนาดีขึ้นและประสานกันมากขึ้น และมีโอกาสที่จะนำไปสู่การสร้างระบบรายงานการให้บริการที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกโครงการประกันสุขภาพในอนาคต

อย่างไรก็ตามการพัฒนาระบบข้อมูลและระบบการรายงานจะเป็นประโยชน์อย่างเต็มที่ก็ต่อเมื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการเหล่านี้มีระบบการจัดการความรู้ (knowledge management) ที่มีการนำข้อมูลที่ได้จากระบบรายงานมาประมวลผลอย่างเป็นระบบและนำมาสร้างเป็นดัชนีชี้วัดสัมฤทธิ์ผลในด้านต่างๆ ของการดำเนินโครงการ (ซึ่งจะต้องมีการออกแบบขึ้นมา) ซึ่งระบบนี้จะทำให้ข้อมูลและดัชนีเหล่านี้มีบทบาทเป็นกลไกป้อนกลับ (feedback mechanism) สำหรับโครงการประกันสุขภาพต่างๆ และจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยชักนำให้ฝ่ายการเมืองและผู้บริหารโครงการต่างๆ หันมาใช้ข้อมูลและดัชนีชี้วัดที่สำคัญๆ ในการตัดสินใจมากขึ้น ซึ่งการพัฒนาในส่วนนี้เป็นงานวิจัยในด้านการติดตามประเมินผลที่ควรได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างจริงจังในอนาคตอันใกล้



เชิงอรรถ

- ** ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และหัวหน้าโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) 565 ซอยเทพลีลา ถนนรามคำแหง แขวง/เขตวังทองหลาง กทม. 10310 โทรศัพท์ 02-718-5460 ต่อ 338 โทรสาร 02-718-5461
E-mail: virojtdri@yahoo.com หรือ naranong@econ.yale.edu
- ** นักวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) E-mail: sornchai@tdri.or.th
- 1 และในระยะหลัง ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ต่างก็มีการนำเสนอข้อมูลด้านการลงทะเบียนและด้านการเงินใน internet มากขึ้น
 - 2 สำหรับกรอบแนวคิดในการติดตามประเมินผลนั้น ผู้เขียนได้นำเสนอกรอบที่ใช้ในโครงการการติดตามประเมินผลของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยไว้ใน วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง (2545)
 - 3 วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และศรัชัย เตรียมวรกุล (2546)
 - 4 ดูการอภิปรายเรื่องนี้ใน วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และศรัชัย เตรียมวรกุล (2546)
 - 5 ข้อมูลอัตราการใช้บริการที่ได้จากการสำรวจในปี 2539 และ 2544 ได้ถูกนำมาใช้ในการคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวของโครงการ 30 บาทโดยวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2544) และภูษิตและคณะ (2545) (ซึ่งเป็นคณะผู้วิจัยชุดเดียวกัน)
 - 6 คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค (2545)
 - 7 สปสช. แก้ปัญหานี้โดยใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งมาสร้างฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เช่น ทำเนียบรัฐบาลและสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กรมบัญชีกลาง สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา ข้อมูลจากกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) ประกอบข้อมูลที่ได้จากสถานพยาบาล ซึ่งตัวเลขที่ได้อาจจะต่ำกว่าที่เป็นจริง เพราะอาจมีผู้มีสิทธิที่เป็นครอบครัวของข้าราชการที่ยังไม่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลนี้

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค แพทยสภา. 2545. “สรุปผลการสำรวจ การศึกษาภาพรวมและผลกระทบทางด้านจริยธรรมเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค.” (เอกสารอัดสำเนา)

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

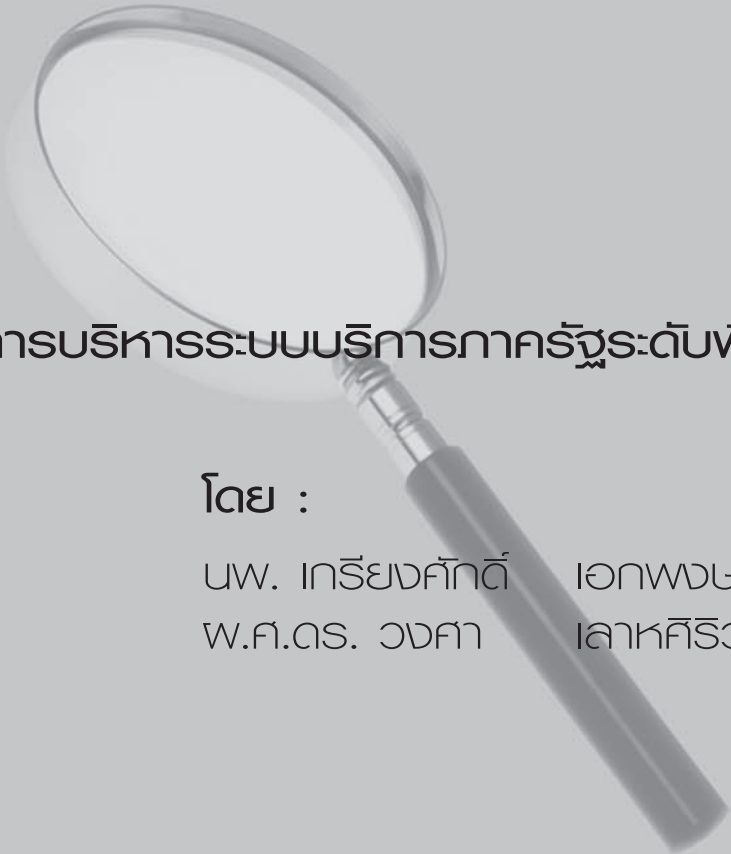
ภูษิต ประคองสาย และคณะ. 2545. “อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546” วารสารวิชาการสาธารณสุข 11:5 599-613.

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และศรัชย์ เตரியมวรกุล. 2546. หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

วิโรจน์ และ อัญชนา ณ ระนอง. 2545. “รายงานการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง 2545-45” (รายงานหลัก) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ 2544. “งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน” วารสารวิชาการสาธารณสุข 10:3 381-390.

อัญชนา ณ ระนอง และศรัชย์ เตரியมวรกุล. 2545. “การดำเนินการและการปรับตัวของโครงการประกันสังคม” รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่หนึ่ง (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.



บทที่ 6 การบริหารระบบบริการภาครัฐระดับพื้นที่

โดย :

บพ. เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์

พ.ศ.ดร. วงศา เลิศศิริวงศ์

1. กรอบแนวคิดและนโยบาย

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้ขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกจังหวัดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 เพื่อประชาชนไทยร้อยละ 30 หรือประมาณ 18 ล้านคนที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพใดๆ ได้รับสิทธินั้นตามกฎหมาย นับว่าเป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยเน้นหลักความเสมอภาค (Equity) เกิดความเป็นธรรมในการกระจายค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพ และเกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency) โดยเน้นการบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care network) ให้ความสำคัญในการสร้างสุขภาพส่วนบุคคล (Personal healthcare) นอกเหนือการซ่อมสุขภาพของประชาชน รวมทั้งประชาชนควรมีสิทธิเลือกสถานบริการ (Choice) ที่หลากหลาย^{1,2}

ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับต้องปรับตัวเพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว โดยต้องจัดบริการเครือข่ายบริการให้เชื่อมโยงกัน ตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และบริการอื่นๆ³

เนื่องจากนโยบายในการจัดเครือข่ายบริการดังกล่าว เป็นหลักการกว้างๆ และค่อนข้างเป็นวิชาการ ให้อิสระแก่แต่ละจังหวัดในการบริหารจัดการ ไม่มีข้อกำหนดหรือข้อบังคับที่ชัดเจน ดังนั้นเมื่อมองนโยบายลงไปหน่วยงานระดับจังหวัด จึงมีการนำไปแปลงเป็นแผนปฏิบัติในระดับที่แตกต่างกัน สำหรับพื้นที่ 7 จังหวัดในเขตสาธารณสุข 6 ซึ่งได้แก่ จังหวัด อุตรดิตถ์ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ หนองคาย สกลนคร เลย และหนองบัวลำภู มีรูปแบบการบริหารจัดการหน่วยบริการแตกต่างกัน

รายงานนี้จะนำเสนอการบริหารงานในระดับพื้นที่ ในด้านการสื่อนโยบาย การจัดสรรงบประมาณ การปรับโครงสร้างองค์กร การจัดการด้านบุคลากร การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ การประเมินผล การมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อให้เกิดเครือข่ายบริการและสามารถให้บริการให้บรรลุเป้าหมายตามที่กระทรวงกำหนด โดยจะนำเสนอทั้งแนวคิดที่สำคัญ สถานการณ์ปัจจุบันและพัฒนาการในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา ผลของการเปลี่ยนแปลง ประเด็นที่อาจเป็นปัญหา และข้อเสนอแนะ

1. การสื่อนโยบาย

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เน้นความสำคัญของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) มากขึ้น มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดหน่วยปฐมภูมิ ทั้งขนาดประชากรที่ต้องรับผิดชอบ คือประมาณ 10,000 คน ต่อหน่วยปฐมภูมิ 1 แห่ง กำหนดทีมบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิ ในอัตรา 1 คน ต่อประชากร 1,250 คน และต้องมีบุคลากรสายวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ออกไปร่วมปฏิบัติงานด้วย อีกทั้งยังกำหนด ภาระงานที่ต้องมีในหน่วยปฐมภูมิ คือ งานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานทันตกรรม และงานเชิงรุก เป็นต้น^{4,5}

การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานระดับจังหวัดที่สำคัญคือ

1. **ต้องทำให้เกิด หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU)** ขึ้นอย่างน้อย 2 หน่วยในปีแรก คือในโรงพยาบาล 1 จุด และนอกโรงพยาบาล อีก 1 จุด ซึ่งในช่วงแรกมีปัญหาในการตั้งศูนย์สุขภาพชนชนจากข้อกำหนดและข้อจำกัดในเรื่องอัตรากำลัง ทำให้ดำเนินการได้ล่าช้า ต่อมาได้มีการผ่อนผัน เช่น ให้จัดเป็นทีมแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลหมุนเวียนไปทำงาน รวมทั้งการทำงานนอกเวลา (Part time) และในประเด็นของจำนวนประชากรในความรับผิดชอบ 10,000 คน ส่ง

ผลให้บางศูนย์สุขภาพชุมชนเกิดจากรวมกันของสถานีนามัย 2-3 แห่ง เพื่อให้ตรงตามข้อกำหนดของการเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน

2. ต้องมีนโยบายและการให้บริการสร้างสุขภาพ ซึ่งในแต่ละจังหวัด อาจมีความเข้าใจที่แตกต่างกันในแนวคิดหลักของการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าแต่ละจังหวัดมีจุดเน้นที่แตกต่างกันไป เช่น

จังหวัดอุดรธานี เน้นเมืองส่งเสริมสุขภาพต้นแบบ ผู้บริหารมีนโยบายในการสร้างสุขภาพ และมีความคิดในการปรับแนวคิดเจ้าหน้าที่จากการ “ส่งเสริมสุขภาพ” เป็นการ “สร้างสุขภาพ” ซึ่งจะสื่อความหมายในมิติทางสังคมศาสตร์ ผู้บริหารมีนโยบายให้เน้นที่ครอบครัว บ้าน วัด โรงเรียน และเชื่อมประสานกับองค์กรท้องถิ่น มีการประกาศนโยบาย “เมืองส่งเสริมสุขภาพต้นแบบอุดรธานี 2545” และเผยแพร่คำประกาศนี้ไปยังหน่วยงานทุกแห่ง

จังหวัดสกลนคร มุ่งเน้นงานเวชปฏิบัติครอบครัว ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ให้สำรวจแฟ้มประวัติครอบครัว (Family Folder) ให้ครบ 100% เพื่อนำข้อมูลจริงมาวางแผน

จังหวัดหนองคาย เน้นชุดสิทธิประโยชน์ (Core Package) และการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ แผนปฏิบัติของจังหวัดจึงแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แผนงานประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยึดชุดสิทธิประโยชน์ เป็นหลัก และแผนอื่นๆ ซึ่งระบุกิจกรรมจากกรม/กองต่างๆ ซึ่งสามารถบูรณาการเข้ากับชุดสิทธิประโยชน์ได้

จังหวัดขอนแก่น ยึดนโยบายกระทรวง คือ “สร้างนำซ่อม” แต่ยังให้ความสำคัญของการงานรักษาพยาบาลคือต้องทำให้ดีเหมือนเดิม งานสร้างสุขภาพให้ทำงานเชิงรุกมากขึ้นโดยให้หน่วยคู่สัญญาแนะนำนโยบายไปปฏิบัติตามบริบทของตนเอง

จังหวัดหนองบัวลำภู เน้นงานเวชปฏิบัติครอบครัว โดยปรับแนวคิดให้ทำงานแบบใกล้ตัวใกล้ใจมากขึ้น งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังยึดชุดสิทธิประโยชน์เป็นหลัก ปรับวิธีการทำงานแบบแยกส่วนให้เป็นการทำงานแบบองค์รวม

ส่วนจังหวัดอื่นๆ นอกจากนี้ไม่ได้ระบุจุดเน้นของงานชัดเจน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 นโยบายเน้นหนักในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของจังหวัดในเขต 6
ปีงบประมาณ 2545

จังหวัด	นโยบาย	กิจกรรม
อุดรธานี	- เมืองส่งเสริมสุขภาพต้นแบบอุดรธานี 2545 - เวชปฏิบัติครอบครัว	- เมืองน่าอยู่ - อนามัยแม่และเด็ก / วางแผนครอบครัว - โภชนาการ / สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค - สุขภาพจิต / ทันตสุขภาพ - ออกกำลังกาย / อาหารสะอาด - สำรวจแฟ้มประวัติครอบครัว
สกลนคร	เวชปฏิบัติครอบครัว	- สำรวจแฟ้มประวัติครอบครัว - งานเชิงรุก / เยี่ยมบ้าน
เลย	นโยบายกระทรวง	งานเชิงรุก / เยี่ยมบ้าน

จังหวัด	นโยบาย	กิจกรรม
	นโยบายกระทรวง	ควบคุมโรคติดต่อ
กาฬสินธุ์	ชุดสิทธิประโยชน์	- ออกกำลังกาย - ควบคุมไข้เลือดออก
หนองคาย	- ปัญหาพื้นที่ - สร้างนำซ่อม เน้นงานเชิงรุกมากขึ้นแต่ยังให้ความสำคัญต่องานรักษา	- เยี่ยมบ้าน - ควบคุมโรคติดต่อ
ขอนแก่น	เวชปฏิบัติครอบครัว	- สำรวจแฟ้มประวัติครอบครัว - เยี่ยมบ้าน - ควบคุมโรคติดต่อ - ออกกำลังกาย
หนองบัวลำภู	ชุดสิทธิประโยชน์	- งานเชิงรุก / เยี่ยมบ้าน - สำรวจแฟ้มประวัติครอบครัว

งานเวชปฏิบัติครอบครัว (Family medicine)

จะเห็นได้ว่าในปีงบประมาณ 2545 มีเพียงบางจังหวัดที่เน้นงานเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ เกือบทุกจังหวัด มีกิจกรรมสำรวจแฟ้มประวัติครอบครัว และการเยี่ยมบ้าน แต่การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์และการดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมยังมีน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อาจยังไม่เข้าใจชัดเจนในแนวคิดหลักของการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิ

นโยบาย “สร้างนำซ่อม”: ทราบแต่ไม่เข้าใจในวิธีการดำเนินงาน

สำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพนั้น ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่รับทราบนโยบาย “สร้างนำซ่อม” แต่ยังไม่เข้าใจว่า “สร้างสุขภาพ” ต้องทำอย่างไรบ้าง บางคนกล่าวว่างานสาธารณสุขทุกงานเป็นงานสร้างสุขภาพอยู่แล้ว คำว่า “สร้างสุขภาพ” เป็นคำใหม่ที่ทำให้เกิดความสับสน อย่างไรก็ตามผู้ปฏิบัติก็พยายามทำตามนโยบาย เจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งมีความเข้าใจว่างานสร้างสุขภาพก็คืองานส่งเสริมสุขภาพเดิมที่เคยทำอยู่ เช่น การดูแลเด็ก 0-6 ปี วัยทำงาน งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และอื่นๆ นำมาประกอบกับแนวคิดที่ใหม่ คือ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ถ้านำแนวคิดเรื่องสุขภาพแบบองค์รวมมาทำให้เป็นรูปธรรมก็เป็นงานสร้างสุขภาพนั่นเอง บางแห่งเพิ่มงานทันตสาธารณสุข และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เข้าไปในงานสร้างสุขภาพ บางแห่งให้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของหน่วยงานโดยให้ระบุคำว่า “งานสร้างสุขภาพ” ไว้ใน วิสัยทัศน์ และ พันธกิจ ด้วย

งานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนที่สุดคือ งานออกกำลังกาย จึงทำให้เจ้าหน้าที่บางส่วนมองเห็นเพียงคำว่า “สร้างสุขภาพ” เป็นเพียง “การออกกำลังกาย” กิจกรรมอื่นๆ นอกจากนั้นยังมองไม่ชัด ผู้ปฏิบัติบางคนตั้งข้อสังเกตว่า ส่วนใหญ่จะลืมนงานพื้นฐานเดิมที่เคยทำ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ฯลฯ ซึ่งในช่วงหลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ค่อยมีใครพูดถึงทำให้งานเหล่านี้ได้รับความสนใจน้อยลงไป

ในปี 2546 มีการดำเนินการคล้าย ปี 2545 แต่เมื่อได้รับงบประมาณลดลงทำให้การดำเนินการไม่เข้มข้นเหมือนเดิม จากการขาดงบประมาณโดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าตอบแทนบุคลากร

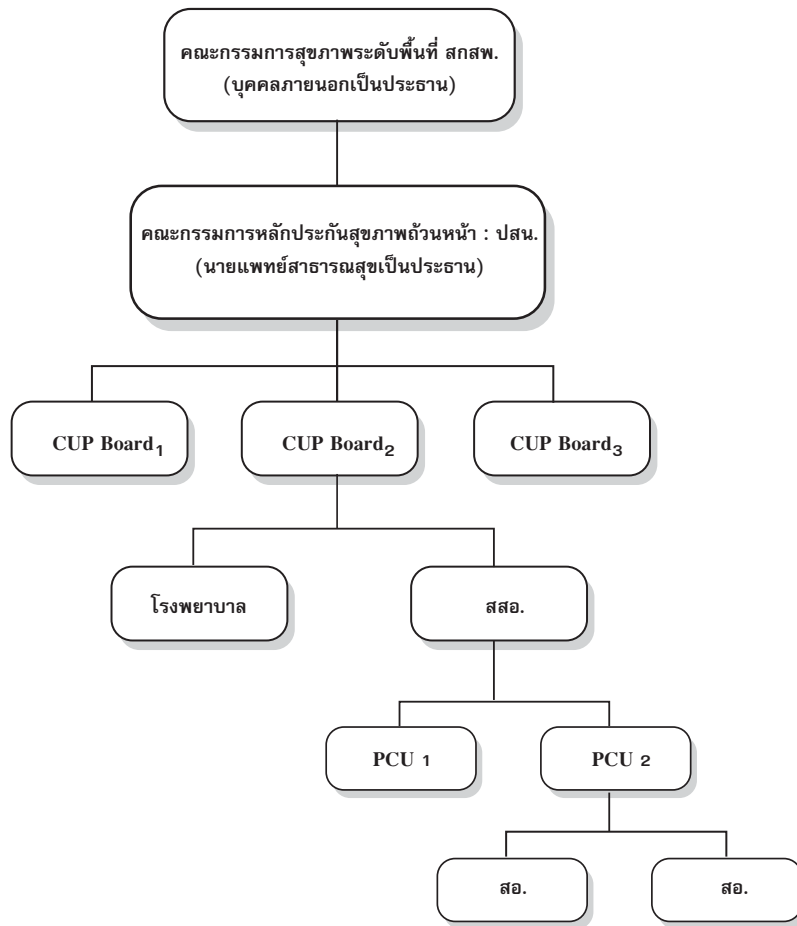
2. โครงสร้างการบริหาร

โครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีนโยบายให้ประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ในรูปของคณะกรรมการสาธารณสุขระดับพื้นที่ (กสพ.) องค์ประกอบของ กสพ. ประกอบด้วยตัวแทนฝ่ายท้องถิ่น ตัวแทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตัวแทนสถานบริการ ตัวแทนภาคประชาชน โดยมีนายกองค์กรส่วนท้องถิ่นเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ แต่เนื่องจากเป็นเพียงรูปแบบทดลอง จึงไม่มีอำนาจที่แท้จริง องค์กรที่ทำหน้าที่บริหารได้จริงคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปสน.) ซึ่งมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน มีบุคลากรนอกจากองค์กรส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิร่วมเป็นกรรมการด้วย บทบาทหลักของคณะกรรมการ ปสน. คือการจัดสรรงบประมาณภายในจังหวัด และกำหนดรูปแบบการจัดระบบบริการ ดังนั้นคณะกรรมการ กสพ. จึงถูกยกเลิกไปในปีงบประมาณ 2546 ในระดับจังหวัด จึงมีคณะกรรมการ ปสน. จังหวัดทำหน้าที่บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ซึ่งเป็นโครงสร้างเดิม ทำหน้าที่ในการรับมติจากคณะกรรมการ ปสน. ไปบริหารจัดการต่อไป

ในระดับอำเภอ มีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP Board) ทำหน้าที่บริหารจัดการ โดยในปีงบประมาณ 2545 ให้บริหารงบประมาณร่วมกัน คือ โอนงบประมาณทั้งหมดลงที่โรงพยาบาล ให้คณะกรรมการซึ่งมาจากโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สถานีอนามัย บริหารจัดการร่วมกัน ข้อดีของการบริหารแบบนี้ คือ ทำให้หน่วยงานระดับอำเภอมีความเป็นเอกภาพมากขึ้น และทำให้โรงพยาบาลให้ความสนใจงานสาธารณสุขในภาพรวมของอำเภอมากขึ้น แต่ก็มีปัญหาเนื่องจากไม่มีระเบียบบริหารราชการรองรับ โรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอ มีสายการบังคับบัญชาแตกต่างกัน และมีวัฒนธรรมองค์กรแตกต่างกัน จึงทำให้เกิดข้อขัดแย้งกัน โดยเฉพาะในกรณีที่เกิดกลไกหลักในการจัดสรรงบประมาณไม่ได้เป็นที่พอใจของทั้ง 2 ฝ่าย ต่อมาปีงบประมาณ 2546 ส่วนกลางกำหนดให้แยกงบประมาณเป็น 2 ส่วน คือ งบประมาณสำหรับรักษาพยาบาล ยังคงให้โรงพยาบาลบริหารจัดการ ส่วนงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โอนให้ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยโดยตรง จึงทำให้คลายข้อขัดแย้งลงไปได้ ขณะเดียวกันคณะกรรมการในระดับอำเภอ ก็เปลี่ยนกลับไปเป็นรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งเป็นโครงสร้างเดิมก่อนมีโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คณะกรรมการชุดนี้ ทำหน้าที่ในการประสานระหว่างสำนักงานสาธารณสุขและโรงพยาบาล จึงทำหน้าที่เพียงการ “ประสานงาน” ไม่ได้พยายามบริหารจัดการเพื่อรวมเป็นหนึ่งเดียว ดังเช่นเจตนารมณ์ของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย (CUP Board)

ในระดับตำบล การจัดหน่วยบริการปฐมภูมิตามหลักเกณฑ์ของโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้หน่วยบริการปฐมภูมิดูแลประชากร ประมาณ 10,000 คน เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์นี้ บางแห่งต้องรวมเอาสถานีอนามัย 2 -3 แห่ง เข้าด้วยกัน และตั้งคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU Board) เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และรับผิดชอบพื้นที่ร่วมกัน เป็นการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและการทำงานแบบเครือข่าย แต่ส่วนใหญ่ก็ยังเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ เพราะงบประมาณโอนเป็นรายสถานีอนามัยอยู่แล้ว มีน้อยแห่งที่สามารถรวมทีมกันเป็นการทำงานแบบเครือข่ายได้ ส่วนใหญ่จะยังต้องการให้มีระเบียบรองรับและมีอำนาจหน้าที่ชัดเจน จึงจะจัดระบบบริหารจัดการได้

โครงสร้างการบริหารจัดการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล มีรายละเอียดดังแผนภูมิต่อไปนี้



3. การจัดสรรงบประมาณ

ระยะก่อนโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ใช้ผลงานด้านรักษาพยาบาลเป็นหลักเกณฑ์สำคัญในการพิจารณาจัดสรร เช่น โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง จะได้รับงบประมาณมากกว่าโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง หรือโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในมากกว่าจะได้รับงบประมาณมากกว่า ส่วนงบประมาณสำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นได้รับจากกรม/กองต่างๆ ซึ่งจะระบุกิจกรรมและเป้าหมายไว้ด้วย ส่วนใหญ่จะดำเนินงานตามกิจกรรมและงบประมาณที่ได้รับเท่านั้น อาจกล่าวได้ว่าเป็นการจัดสรรงบประมาณแบบสงเคราะห์ คือ มีมาก-ให้มาก มีน้อย-ให้น้อย ซึ่งทำให้หน่วยบริการจัดบริการตามกำลังงบประมาณและไม่มีการกำหนดเงื่อนไข ผลงานขึ้นชื่อว่าประชาชนต้องได้รับบริการอย่างไร

ในช่วงปลายปีงบประมาณ 2544 มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดน่าน มีผลให้จังหวัดต่างๆ เหล่านั้นได้รับงบประมาณเพิ่มเติม ซึ่งเป็นการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากร แต่ยังไม่มีการกำหนดเงื่อนไขของบริการเต็มรูปแบบ เพียงแต่เน้นการเข้าถึงบริการ คือ ให้ประชาชนได้รับบัตรทองให้มากที่สุดเท่าที่

พอถึงปีงบประมาณ 2545 การจัดสรรงบประมาณเป็นไปตามหลักของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ จัดสรรตามรายหัวประชากร (Per Capita) โดยตัดเงินเดือนไว้ในระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสมกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งกำหนดเงื่อนไขสำคัญๆ

ในการจัดบริการ เช่น กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งเป็นบริการพื้นฐานขั้นต่ำที่ประชาชนต้องได้รับ กำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการที่จะเข้าร่วมโครงการ กำหนดให้จัดหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเน้นหลัก การของเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้ต้องจัดบริการให้เข้าถึงประชาชนมากที่สุด โดยต้องค้นหาหรือ ติดตามประชาชนในพื้นที่ให้มาขึ้นทะเบียนให้ครบถ้วน การบริหารจัดการงบประมาณมีการกำหนด สัดส่วนการใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาล และด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งถือว่าเป็นมิติใหม่ ที่ เพิ่มความสำคัญให้งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากขึ้น

ในระดับจังหวัด มีการบริหารจัดการแตกต่างกัน เช่นบางจังหวัดตัดเงินเดือนระดับอำเภอ ส่วนบริการผู้ป่วยในใช้ระบบตามจ่าย (Inclusive) บางจังหวัดตัดเงินเดือนระดับจังหวัด และตั้งกองทุน ผู้ป่วยในไว้ระดับจังหวัด (Exclusive) ส่วนงบประมาณ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น จังหวัดต่างๆ ในเขต 6 จัดสรรให้สถานเอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือประมาณ 14-20% ของงบประมาณรายหัว หรือบางจังหวัดประมาณ 70-80 บาท/บัตร

ปีงบประมาณ 2546 เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพงบประมาณอีก เพื่อให้สถานบริการในทุกภูมิภาค สามารถดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องได้ จึงต้องปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์การจัดสรรโดยทดลองวิธีการ จัดสรรแบบต่างๆ ทำให้สถานบริการไม่ทราบล่วงหน้าว่าจะได้รับงบประมาณสนับสนุนเท่าไร จนกระทั่ง ปลายปีงบประมาณ จึงแจ้งให้ทราบว่าจะใช้หลักเกณฑ์ตัดเงินเดือนระดับประเทศและจัดงบประมาณ ดำเนินการต่อหัวประชากร ในอัตราเท่ากันทุกพื้นที่ ซึ่งมีผลให้จังหวัดในเขต 6 ได้รับงบประมาณลดลง เหลือประมาณ 60-70% ของงบประมาณที่ได้รับในปี 2545 โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งต้องปรับตัวอย่าง มาก โดยเฉพาะอำเภอที่วางแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลไว้ มากแล้ว อันเป็นผลสืบเนื่องจากนโยบายและการจัดสรรงบประมาณแบบปี 2545 ซึ่งต้องเพิ่มปัจจัย นำเข้า เช่น บุคลากร วัสดุ/อุปกรณ์ต่างๆ มากขึ้น ค่าใช้จ่ายย่อมเพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อส่วนกลางเปลี่ยนวิธี การจัดสรรงบประมาณในทันทีจึงทำให้มีปัญหาในการบริหารจัดการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น อันเป็นผลจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545

นโยบาย	กิจกรรม	ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย
1. พัฒนาโรงพยาบาลให้ได้ มาตรฐาน	- ซื้อวัสดุ/อุปกรณ์/เครื่องมือ ต่างๆ - จ้างบุคลากรเพิ่ม	- ค่าใช้จ่ายหมวดค่าครุภัณฑ์เพิ่มขึ้น - ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวเพิ่มขึ้น
2. พัฒนาสถานเอนามัยให้เป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน	- ปรับปรุงอาคาร/สถานที่ - ซื้อรถยนต์/รถจักรยานยนต์ - ซื้อวัสดุ/ครุภัณฑ์	ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
3. การกระจายบุคลากร ลงสู่ ศูนย์สุขภาพชุมชน	- จัดทีมแพทย์/พยาบาล/ เภสัชกร ออกช่วยปฏิบัติงาน - จัดสรรพยาบาลวิชาชีพและ บุคลากรที่บรรจุใหม่ให้ ปฏิบัติงานประจำในศูนย์ สุขภาพชุมชน	- บุคลากรในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ ต้องจ่ายค่าตอบแทนนอก เวลาเพิ่มขึ้น - จัดค่าตอบแทนเพื่อจูงใจให้เจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานเวชปฏิบัติ ครอบครัว

นโยบาย	กิจกรรม	ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย
4. งานสร้างสุขภาพ	• อบรมคัดกรองกำลังกาย • อบรมคัดกรองคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง • อบรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านม • ฯลฯ	• ค่าใช้จ่ายในการเตรียมบุคลากร • ค่าใช้จ่ายในการจัดหาวัสดุ/อุปกรณ์ • ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ในการออกปฏิบัติงาน • ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง/อื่นๆ
5. การเข้าถึงบริการ	• ประชาชนมีบัตรทอง จึงมาใช้บริการมากขึ้น	• ค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้น
6. ระเบียบค่าตอบแทนใหม่	• ใช้อัตราค่าตอบแทน ตามระเบียบใหม่	• ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

นอกจากประเด็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อดำเนินการให้ตอบสนองนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณ 2545 แล้ว ปัญหาอีกประการหนึ่งในการบริหารจัดการงบประมาณ คือ เรื่องระเบียบการเบิกจ่าย ในช่วงแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปลายปีงบประมาณ 2544 - ต้นปีงบประมาณ 2545) ระเบียบการเบิกจ่ายยังไม่ชัดเจนการเบิกจ่ายค่าตอบแทนจึงมีความสับสนในบางจังหวัดมีผลให้การเริ่มงานในศูนย์สุขภาพชุมชนล่าช้าไปด้วยความไม่แน่ใจในระเบียบการเงิน ปัญหาในการเบิกจ่ายงบประมาณ มี 3 ประการคือ

1) การตีความระเบียบไม่ตรงกัน และไม่มีใครตัดสินชี้ขาด ทำให้เกิดความลักลั่นในทางปฏิบัติ เช่น หน่วยคู่สัญญาบางแห่งให้เจ้าหน้าที่เบิกค่าตอบแทนมากเกินไป บางแห่งน้อยเกินไป บางแห่งไม่กล้าเบิกเลย บางแห่งถูกตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) กรณีเบิกค่าตอบแทนในการออกไปทำแฟ้มประวัติครอบครัว ซึ่งถูกตีความว่า เป็นเพียงการออกไปเก็บข้อมูล ยังไม่ได้ทำให้เกิดงานเลย จึงเบิกไม่ได้ แต่ผู้ปฏิบัติเห็นว่า การออกไปทำแฟ้มประวัติครอบครัวนั้นทำไปพร้อมกับการเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำดูแลสุขภาพทุกอย่างในครอบครัวไปพร้อมกันเป็นต้น ถึงแม้ว่าในช่วงปีงบประมาณ 2545 ระเบียบค่าตอบแทนจะชัดเจนมากขึ้น แต่การตีความก็ยังไม่เหมือนกัน หน่วยคู่สัญญาบางแห่งไม่กล้าให้เบิกค่าตอบแทน เตรียมหลักฐานทุกอย่างไว้ปลายปีถ้าเบิกได้ค่อยเบิก ถ้าเบิกไม่ได้ก็ไม่เบิก เรื่องนี้มีผลต่อขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานมากจากคำกล่าว “งานก็ยังทำเหมือนเดิมแต่ความรู้สึกมันไม่ดี”

2) นโยบายของจังหวัดและผู้บริหารเครือข่ายบริการบางจังหวัด มีการกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกค่าตอบแทน เช่น

กาฬสินธุ์กำหนดให้เบิกค่าตอบแทนนอกเวลาได้ 7 ครั้ง/คน/เดือน

สกลนครเบิกค่าตอบแทนเวชปฏิบัติครอบครัวได้คนละ 3 ครั้ง/คน/เดือน/หมู่บ้าน

หนองคายกำหนดให้เบิกค่าตอบแทนไม่เกิน 25 บาท/บัตร

ขอนแก่นกำหนดให้เครือข่ายบริการเบิกค่าตอบแทนในการให้บริการในหมู่บ้าน 1 ครั้ง/เดือน/หมู่บ้าน

ส่วนจังหวัดอื่นๆ ไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ระดับจังหวัด ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้บริหารเครือข่าย จึงเกิดความแตกต่างกันมากในแต่ละเครือข่าย ผู้บริหารเครือข่ายบริการมักจะตัดสินใจตาม

การตีความในระเบียบและวงเงินงบประมาณที่ได้รับ ทั้งนี้ศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลเบิกค่าตอบแทนได้น้อยกว่าศูนย์สุขภาพชุมชนนอกโรงพยาบาลในทุกจังหวัด

4) ข้อจำกัดของระเบียบการจ่ายค่าตอบแทน การที่ไม่ให้จ่ายค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ที่ออกไปช่วยงานศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้การช่วยเหลือกันในเครือข่ายบริการลดลง และการมีคนลงไปช่วยทำงานซ่อมสุขภาพก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ประจำมีเวลามากขึ้นสำหรับการออกไปทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกในชุมชน

4. การจัดระบบบริการ

ในปีที่เริ่มต้นโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือปีงบประมาณ 2544 รูปแบบการจัดบริการยังคงเหมือนเดิมคือในระดับตำบลมีสถานอนามัยรับผิดชอบประชาชนในพื้นที่ดูแลทั้งการรักษาพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค แต่โดยทั่วไปจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบตั้งรับ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนนั้นจะเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลตั้งรับ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยสนใจงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ถึงแม้จะมีพื้นที่ที่ต้องรับผิดชอบ คือ พื้นที่ที่ตั้งโรงพยาบาลเท่านั้น บริการที่จัดให้ประชาชนเป็นบริการแบบสงเคราะห์ คือมีทรัพยากรเท่าไรก็จัดให้บริการเท่านั้น ไม่ได้คำนึงถึงคุณภาพและความครอบคลุม เมื่อเข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 รูปแบบการจัดบริการยังไม่เปลี่ยนแปลง เพียงแต่เพิ่มความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายประชากรให้เข้าถึงบริการให้ได้ 100% เท่านั้น

ปีงบประมาณ 2545 สถานบริการทุกแห่งต้องปรับรูปแบบบริการตามหลักการของโครงการฯ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้หลักประกันสุขภาพ คือ ประกันว่าทุกคนต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพเข้าถึงง่าย ต้องคำนึงถึงความเสมอภาคและควมมีประสิทธิภาพในการจัดบริการ มีการกำหนดบริการพื้นฐานหรือชุดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนต้องได้รับ กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดระบบบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ โดยเน้นการพัฒนาบริการปฐมภูมิ (สถานอนามัยเดิม) ให้สามารถดูแลทั้งการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ กล่าวคือ ดูแลคนดีไม่ให้ป่วย ดูแลคนป่วยไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อน ถือเป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งใหญ่ ที่ให้ความสำคัญกับ “การสร้างสุขภาพดี” ไปพร้อมกับ “การซ่อมสุขภาพเสีย”

จากนโยบายดังกล่าวข้างต้น ทำให้สถานอนามัยต้องพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนดมาจากส่วนกลาง โรงพยาบาลชุมชนต้องรับผิดชอบดูแลการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนด้วย ในขณะเดียวกันก็ต้องพัฒนาโรงพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อให้ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ (Hospital Accreditation)^๖ ด้วยผลของการพัฒนาทั้งด้านการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนมีบัตรทองมากขึ้น และพัฒนาคุณภาพบริการดีขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นประมาณ 30% ในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง รวมถึงศูนย์สุขภาพชุมชนด้วย ในขณะเดียวกันผู้ป่วยในคลินิกเอกชนก็ไม่ลดลง ปรากฏการณ์นี้อาจอธิบายได้ว่าในอดีตนั้นผู้รับบริการส่วนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐ หรืออีกมุมมองหนึ่ง อาจเป็นได้ว่าส่วนหนึ่งเป็นการใช้บริการที่เกินความจำเป็นของประชาชน

พอถึงปีงบประมาณ 2546 มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบบริการที่สำคัญๆ 2 ประการ คือ ประการแรกการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณ ดังที่กล่าวไปแล้วว่า เมื่องบประมาณลดลงทำให้โรงพยาบาลในเขต 6 ต้องเข้าสู่มาตรการประหยัด เช่นเดียวกับเมื่อภาวะเศรษฐกิจ

๖ การบริหารระบบบริการภาครัฐระดับพื้นที่

ตกต่ำในช่วงปี 2541-2542 แผนพัฒนาระบบบริการที่เริ่มดำเนินการไว้ในปี 2545 ต้องหยุดชะงักและปรับตัวถอยหลังมาตั้งรับอย่างเต็มที่ การบริหารจัดการเป็นไปเพื่อให้โรงพยาบาลอยู่ได้เท่านั้น ไม่ต้องกล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพใดๆ ที่ต้องเพิ่มค่าใช้จ่าย และไม่อาจปฏิเสธได้ว่ามาตรการประหยัดค่าใช้จ่าย จะไม่กระทบต่อคุณภาพบริการที่ให้กับประชาชน เช่น การลดจำนวนเจ้าหน้าที่หรือตัดรายการวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการจัดบริการ คือ ในปีงบประมาณ 2546 ไม่มีการกล่าวถึงการพัฒนาบริการปฐมภูมิให้ต่อเนื่องจากปี 2545 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการสร้างสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกาย ซึ่งทำให้สถานบริการระดับต้นมุ่งไปที่การออกกำลังกาย นโยบายเหล่านี้มากเกินไปจนละเลยการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และการดูแลแบบองค์รวมตามแนวทางที่เริ่มไว้ในปี 2545 อย่างไรก็ตามการโอนงบประมาณตรงให้สถานอนามัย เป็นจุดแข็งที่น่าจะนำไปสู่การพัฒนาให้บริการระดับปฐมภูมิมียุคภาพเพิ่มขึ้น ถ้ามีแนวทางในการพัฒนาที่ชัดเจนมากกว่านี้

5. การจัดการด้านบุคลากร

5.1 การกระจายบุคลากร

นโยบายกระจายบุคลากรไปยังศูนย์สุขภาพชุมชน

เดิมการกระจายบุคลากรในจังหวัดต่างๆ มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ ไม่มีการกำหนดกรอบหรือวางแผนไว้ล่วงหน้า บุคลากรส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในหน่วยงานระดับจังหวัด เช่น โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง แต่พอเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้บริหารทุกจังหวัดมีนโยบายในการกระจายบุคลากรลงปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพที่บรรจุใหม่ ส่วนใหญ่จะกระจายลงศูนย์สุขภาพชุมชนเกือบทั้งหมด บางจังหวัด เช่น อุดรธานี สกลนคร หนองบัวลำภู บางจังหวัดมีนโยบายกระจายทันตภิบาลลงในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานอนามัยให้มากขึ้นด้วย นอกจากการกระจายบุคลากรใหม่แล้ว บางจังหวัดมีการเกลี้ยบุคลากรจากหน่วยงานระดับจังหวัด เช่น จังหวัดอุดรธานี เดิมมีอัตรากำลังประมาณ 200 คน ได้มีการเกลี้ยอัตราออกไปทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณครึ่งต่อครึ่ง ทั้งนี้เพราะเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งไม่ได้มีตำแหน่งตาม จ.18 อยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงเกิดความรู้สึกไม่มีความมั่นคงในกระแสการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างใหม่ ดังนั้นจึงเลือกออกไปปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นจำนวนมาก จึงทำให้เกิดการกระจายกำลังคนลงสู่หน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดคนหนึ่งบอกว่า “สสจ. มี 200 คน ก็ลดลงเกือบครึ่ง....เร่งให้เขาออกไปเพราะกระทรวงบอกว่าต้องเร่งกระจายคนลงไปไม่มีที่กอบอยู่ไม่มีที่อยู่ใน สสจ. งานก็ชะงักทำได้เท่าที่ทำเหมือนบุรุษไปรษณีย์”

ในระดับหน่วยคู่สัญญา (CUP) ระยะแรกทุกแห่งพยายามจัดอัตรากำลังตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ต้องจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตโรงพยาบาล 1 แห่ง นอกเขตโรงพยาบาล 1 แห่ง โดยจัดทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ หรือทันตภิบาลออกให้บริการตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตโรงพยาบาลนั้นใช้บุคลากรฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพบาลเดิมรวมกัน และจัดเจ้าหน้าที่จากฝ่ายการพยาบาลมาเสริมให้ในบางแห่งทำให้อัตรากำลังประมาณ 7-10 คน

สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนนอกเขตโรงพยาบาลนั้น มีการจัดพยาบาลวิชาชีพออกไปประจำให้ได้มากที่สุดสอดคล้องกับนโยบายของจังหวัดมีภาพชัดเจนใน 4 จังหวัด คือ อุดรธานี หนองบัวลำภู หนองคาย และสกลนคร ส่วนอีก 3 จังหวัด คือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ เลย ส่วนใหญ่ยังเป็นการจัดพยาบาลออกไปช่วยเป็นบางเวลา (Part Time) เช่น 2 วัน/สัปดาห์ บางแห่ง 4 วัน/สัปดาห์ ลักษณะการกระจายบุคลากรมีรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะการกระจายอัตรากำลังตามหน่วยงานระดับต่างๆ ก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ก่อนโครงการ	หลังโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า		
	ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ	ระดับตำบล
1. บุคลากรส่วนใหญ่จะไหลเข้าหน่วยงานระดับจังหวัด เช่น โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง	1. เคลื่อนบุคลากรออกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นจำนวนมากและจำกัดจำนวนรับย้ายเข้าในบางพื้นที่	1. จัดพยาบาลวิชาชีพออกไปประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชน	1. มีบุคลากรปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวนเพิ่มขึ้น
2. ไม่มีการวางแผนอัตรากำลัง	2. มีการวางแผนอัตรากำลัง(ทั้งระยะสั้นและระยะยาว)	2. กรณีที่จัดให้ปฏิบัติงานประจำไม่ได้จะจัดให้ไป 2-3 วัน/สัปดาห์	2. มีบุคลากรระดับวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ออกไปร่วมให้บริการ
	3. กำหนดนโยบายให้พยาบาลวิชาชีพที่บรรจุใหม่ลงไปปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน	3. จัดทีมแพทย์ เภสัชกร ไปช่วยให้บริการ 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือ 1 ครั้ง/เดือนในบางแห่ง	3. มีการจ้างลูกจ้างชั่วคราวช่วยงานเพิ่มขึ้น
		4. จัดทีมทันตบุคลากรออกช่วยให้บริการ 1 ครั้ง/สัปดาห์หรือ 1 ครั้ง/เดือนในบางแห่ง	
		5. จัดทันตภิบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชนให้มากขึ้น	
		6. มีการรวมทีมบุคลากรฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรคบางแห่งจัดเจ้าหน้าที่จากฝ่ายการพยาบาลมาช่วยงานเพิ่มขึ้น	

หมายเหตุ : การปรับโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายอัตรากำลังออกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ประเด็นที่อาจเป็นปัญหาในด้านบุคลากร

1) **เจ้าหน้าที่คิดว่างานหนักขึ้น** สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากการรวมทีมบุคลากรฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรคและมีเจ้าหน้าที่จากฝ่ายการพยาบาลมาช่วยงานเพิ่ม ทำให้มีบุคลากรประมาณ 7-10 คน ซึ่งน่าจะเพียงพอที่จะรับผิดชอบประชากรในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ต้องรับภาระงานจากตำบลอื่นๆ นอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลด้วย และบางคนยังต้องเป็นเลขานุการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หรือรับผิดชอบงานระดับเครือข่ายบริการด้วย จึงไม่สามารถดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้เต็มที่นัก ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้จะเห็นว่างานหนักกว่าเดิมมาก

2) **เจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถทำงานเป็นทีมอย่างแท้จริง** การจัดพยาบาลวิชาชีพออกไปปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นบางเวลาเช่น 2-3 วัน/สัปดาห์นั้นมีความแตกต่างจากการมอบหมายให้ไปปฏิบัติงานประจำในทีมของศูนย์สุขภาพชุมชนมาก คือการไปปฏิบัติงานเป็นบางเวลาจะทำให้งานขาดความต่อเนื่อง ที่สำคัญคือขาดความรู้สึกร่วมกันเป็นทีมเดียวกัน ความรับผิดชอบต่อผลงานจะต่างกัน มีความสับสนของสายการบังคับบัญชา ซึ่งไม่น่าจะเกิดผลดีต่องาน แต่ในบางจังหวัด หน่วยคู่สัญญาไม่สามารถจัดพยาบาลวิชาชีพที่มีความสนใจและเข้ากับชุมชนได้ดีไปปฏิบัติงานได้ เจ้าหน้าที่บางคนไม่สามารถปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมการทำงานในสถานีนอคมัยได้ บางคนเห็นว่าค่าตอบแทนน้อยลงมากเมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานในโรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อจัดพยาบาลออกไปประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จึงมีปัญหาหลายประการดังกล่าวข้างต้น มีเพียงบางหน่วยคู่สัญญาที่สามารถดำเนินการได้ทุกศูนย์สุขภาพชุมชน คือ กุฉินารายณ์ (กาฬสินธุ์) หนองกุงศรี (กาฬสินธุ์) และด่านซ้าย (เลย)

3) **การลดกำลังคนเพื่อความเหมาะสมกับงานและงบประมาณ** บุคลากรสายวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ นั้นในช่วงแรก ๆ ทุกเครือข่ายบริการพยายามจัดให้ออกไปศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเคร่งครัด บางแห่งถ้าไม่สามารถจัดแพทย์ให้ได้ก็จะไม่เปิดศูนย์สุขภาพชุมชน ในระยะหลัง ๆ (ช่วงปลายปี 2545) ผู้บริหารเครือข่ายบริการหลายคนเริ่มเห็นว่าไม่จำเป็นต้องให้แพทย์ออกไป “ความจริงเอายาบาลวิชาชีพออกไปคุ้มค่ามากกว่า” บางแห่งมีปัญหาแพทย์ไม่เพียงพอในโรงพยาบาลอยู่แล้ว เมื่อต้องจัดออกศูนย์สุขภาพชุมชนด้วยก็ทำให้เกิดความตึงเครียดมากขึ้นในระยะหลังปัญหานี้เริ่มคลี่คลายลงไป ประกอบกับเมื่อระเบียบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนซึ่งไม่ให้เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่ออกไปช่วยศูนย์สุขภาพชุมชนเบิกจ่ายค่าตอบแทน ทำให้การไปช่วยเหลือกันด้านกำลังคนลดลง ร่วมกับปีงบประมาณ 2546 ที่มีการตัดเงินเดือนระดับประเทศ และจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้งบประมาณลดลง ทำให้มีการลดกำลังคนลงด้วยปัญหาทางงบประมาณ

4) **การเกลี้ยอัตรากำลังในภาพรวมของจังหวัดก็เป็นไปได้ยาก** นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่ที่รับเข้าใหม่แล้วแทบจะไม่มีช่องทางอื่นเลย ผู้บริหารเครือข่ายบริการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า “การกระจายคนลงศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นไปไม่ได้ยาก เพราะบุคลากรมีจำกัดอยู่แล้ว.....จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อประชากรยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานมี 4-5 คนเท่านั้นในศูนย์สุขภาพชุมชน”

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การจัดอัตรากำลังให้ได้ 1:1,250 เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยากมากโดยเฉพาะอำเภอเล็กๆ ที่กันดารและห่างไกล สำหรับอำเภอเมืองอาจเป็นไปได้เพราะมีคนย้ายเข้ามา แต่อำเภอเล็กๆ บางแห่งศูนย์สุขภาพชุมชนมีเจ้าหน้าที่ 2-3 คน จะจัดจากโรงพยาบาลไปช่วยทางโรงพยาบาลก็ขาดแคลนเช่นกัน

เป็นที่น่าสังเกตว่าในระยะแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกล่าวถึงการให้หน่วยคู่สัญญารับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนของเงินเดือนและค่าตอบแทนทำให้มีการเตรียมการโดยเฉลี่ยอัตราค่าจ้างที่มากเกินไปนอกเหนือจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และหน่วยงานบริหารเพราะถ้ามีบุคลากรมาก ก็จะทำให้การกระจายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุคลากร (Labour Cost) สูงมาก จะเหลืองบประมาณดำเนินการน้อยลง แต่ในระยะหลังมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านงบประมาณซึ่งมีผลทำให้การกระจายบุคลากรทำได้น้อยลง

5.2 การพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรมุ่งเน้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น บริการปฐมภูมิ เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหลัก

เดิมก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งมีกิจกรรมพัฒนาบุคลากรที่มีเนื้อหาหลากหลาย บางจังหวัดมีการจัดกลุ่มของการพัฒนาออกเป็น 3 กลุ่มคือ

- 1) ความรู้ทั่วไป เช่น คอมพิวเตอร์ ความรู้ด้านบริหารจัดการ
- 2) ความรู้เฉพาะงานตามงานที่รับผิดชอบ
- 3) ความก้าวหน้าตามสายวิชาชีพ เป็นความรู้เพื่อความก้าวหน้าตามสายวิชาชีพ

เมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบการพัฒนาบุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงในทุกจังหวัดโดยมุ่งให้บุคลากรทุกระดับมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลักสูตรอบรม/สัมมนาเกิดขึ้นมากมายทั้งหลักสูตรสำหรับผู้บริหารและปฏิบัติตั้งรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 หลักสูตรอบรม/ประชุมสัมมนาที่เกิดขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรรองรับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร			หลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติ		
ที่	หลักสูตร	ระยะเวลา	ที่	หลักสูตร	ระยะเวลา
1.	การปฏิรูประบบบริหารสถานพยาบาล	1 วัน	1.	บริการปฐมภูมิ	3 วัน
			2.	บริการใกล้ตัวใกล้ใจ	5 วัน
2.	สัมมนาทีมสนับสนุนและติดตามประเมินผล	2 วัน	3.	พัฒนาทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชน	4 วัน
					1 วัน
3.	อบรมผู้นำเทศบาลระดับกลางพัฒนาระบบบริหารจัดการ	3 วัน	4.	แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว	1 วัน
4.	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1 วัน	5.	เวชปฏิบัติครอบครัว	2 วัน
			6.	โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2 วัน
5.	พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับการปฏิรูประบบราชการ	2 วัน	7.	ระบบคุณภาพมาตรฐานในศูนย์สุขภาพชุมชน	1 วัน x 6 ครั้ง
			8.	พัฒนาระบบข้อมูลการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)	1 วัน

หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร			หลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติ		
ที่	หลักสูตร	ระยะเวลา	ที่	หลักสูตร	ระยะเวลา
			9.	การคิดต้นทุนต่อหน่วยบริการ	1 วัน x 2 ครั้ง
			10.	การพยาบาลครอบครัวหรือเวชปฏิบัติครอบครัว	4-6 เดือน

หมายเหตุ : จังหวัดที่จัดหลักสูตรอบรมคล้ายคลึงกันดังตารางข้างต้น คือ อุตรดิตถ์ นนทบุรี และหนองบัวลำภู ส่วนจังหวัดอื่นๆ มีการจัดอบรมเป็นบางหลักสูตร

ในจังหวัดที่จัดอบรม/ประชุมสัมมนาค่อนข้างมากผู้บริหารระดับจังหวัดท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า “สิ่งที่ต้องพัฒนามีเรื่องการปรับแนวคิดเท่านั้น ส่วนความรู้ด้านวิชาการอื่นเจ้าหน้าที่มีเพียงพออยู่แล้วขอให้เข้าใจแนวคิด (บริการปฐมภูมิ) ก็พอ ที่สำคัญตอนนี้ผู้อำนวยการบางแห่งยังไม่เข้าใจ...เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดเองก็ยังไม่เข้าใจ”

ผู้บริหารเครือข่ายบริการบางคนมีความเห็นว่า การจัดอบรมวิชาการต่างๆ มีมากเกินไปด้วยซ้ำ “บางทีก็เป็นเรื่องซ้ำๆ เดิมทำให้เสียเวลาการทำงานน่าจะใช้เวลาไปให้บริการประชาชนจะดีกว่า”

ส่วนผู้บริหารเครือข่ายบริการอีกท่านหนึ่งเน้นที่การอบรมจริยธรรม โดยได้จัดส่งเจ้าหน้าที่ทั้งหมด คือ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ไปฝึกปฏิบัติธรรม 5-7 วัน โดยให้ความเห็นว่า “เป็นการเพิ่มจริยธรรม เน้นการปรับความเชื่อ ผลการอบรมดีมากเขาสงบลง เข้าใจชีวิตมากขึ้น...คนเราเมื่อมีความเชื่อที่ดี เขาจะมีพฤติกรรมที่ดีด้วย”

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการพัฒนาบุคลากร

1) เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานบริหาร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ) ได้รับการพัฒนาค่อนข้างน้อยในเกือบทุกจังหวัด ซึ่งปัญหานี้อาจมีผลต่อการสนับสนุนต่อการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติทั้งหลาย เช่น เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบริหารส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจในแนวคิดและหลักการของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขาดทักษะด้านการนิเทศและประเมินผล และขาดองค์ความรู้ในด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับหน่วยสนับสนุน ทำให้จังหวัดไม่สามารถกำหนดหรือชี้แนะแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติได้

2) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยยังขาดแนวคิดและทักษะในการทำงานในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ชุมชน (Community Diagnosis) เพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงแล้วเริ่มทำงานจากปัญหาชุมชน และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้น

5.3 ผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายประการ โดยเฉพาะเรื่องการจัดการงบประมาณ และการจัดอัตรากำลังใหม่ทั้งระบบ จึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ บางกลุ่มมีขวัญกำลังใจดีขึ้น บางกลุ่มมีขวัญกำลังใจต่ำลง ดังนี้

1. กลุ่มที่มีขวัญกำลังใจดีขึ้น คือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารเครือข่ายบริการส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญ มีการจัดการเรื่องค่าตอบแทน ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมระหว่างโรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเครือข่ายบริการ มีการจัดสวัสดิการ เช่น กีฬา การศึกษาดูงานร่วมกันในเครือข่ายที่มีสถานการณการเงินดี ผู้บริหารจะมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่มีความสุข เงินคล่อง มีเครื่องอำนวยความสะดวก สถานที่ทำงานน่าอยู่ “เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยมีขวัญกำลังใจดีขึ้นมาก” ผู้บริหารอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า “เจ้าหน้าที่ที่มีความสุขมาก เพราะมีค่าตอบแทนดีเป็นที่น่าพอใจและมีความภาคภูมิใจ” เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติเองให้ความเห็นว่า ขวัญกำลังใจด้านการเงินดีมาก ไม่มีปัญหาแต่เรื่องที่ยังเป็นปัญหาคือเรื่องความปลอดภัยในสถานีอนามัยที่อยู่ห่างไกล อย่างไรก็ตามพบว่าในเครือข่ายที่มีประชาชนน้อยฐานะการเงินไม่ค่อยดี ก็ไม่สามารถตอบสนองเรื่องขวัญกำลังใจต่อเจ้าหน้าที่มากเท่ากับเครือข่ายใหญ่ๆ ที่มีความพร้อมด้านงบประมาณ เจ้าหน้าที่ที่มาจากอำเภอเล็กๆ กล่าวว่า “ขวัญกำลังใจก็เกินไปตามกระเป๋าเงิน เรากระเป๋าเงินก็ไม่ได้เท่าที่อื่น”

2. กลุ่มที่มีขวัญกำลังใจต่ำลง

มีเจ้าหน้าที่หลายกลุ่มที่มีขวัญกำลังใจลดลง คือ

1) เจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับผลกระทบอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงทั้งระบบงบประมาณ ระบบอัตราค่าจ้าง การปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของหน่วยงาน มีการลดอัตราค่าจ้าง ทำให้ไม่มีขวัญกำลังใจ เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในตำแหน่งหน้าที่ งบประมาณสนับสนุนงานระดับจังหวัดมีน้อยลง ลักษณะงานก็เปลี่ยนไป เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดท่านหนึ่งบอกว่า “ไม่มีกำลังใจเลย ไม่มีเงินออกไปทำงาน จังหวัดจะออกประเมินก็ไม่มีค่าใช้จ่าย มีสวัสดิการเป็นค่าอาหารกลางวันให้คนละ 20 บาท”

2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นผู้บริหารเครือข่ายบริการที่มีประชากรขึ้นทะเบียนน้อย (ประมาณ 30,000 คน) ทำให้ได้รับงบประมาณน้อยเกินไป ขาดความคล่องตัวในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2546 ส่วนกลางมีนโยบายลดงบประมาณสนับสนุนลงอีก ทำให้ผู้บริหารเครือข่ายบริการส่วนใหญ่ (รวมทั้งเครือข่ายที่มีประชากรมาก) เดือดร้อนมากขึ้น เกิดความไม่มั่นใจในการวางแผนงาน ซึ่งในวงเงินงบประมาณที่ได้รับอาจไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเหมือนช่วงปี 2545 แน่นนอน ลำพังงานรักษาพยาบาล ก็อาจจะเอาตัวไม่รอด

ผู้บริหารเครือข่ายบริการที่มีฐานะการเงินไม่ค่อยดีท่านหนึ่งกล่าวว่า “เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยขวัญกำลังใจดีค่าตอบแทนเยอะแต่ทางโรงพยาบาลเหมือนเดิม เครือข่ายเล็กอาจออกสิ้นขวัญแขวนกลัวเงินไม่พอใช้ผ่านปี 1 ปี เอาตัวรอดได้แบบกระเบียดกระเสียรก็还好”

เจ้าหน้าที่ระดับเครือข่ายบริการคนหนึ่งซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการงบประมาณบอกว่า “อำเภอเล็กๆ อย่างหนองแสง พิบูลรักษ์ ทุ่งฝน กำลังจะล้มละลาย” ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารเครือข่ายบริการเองขวัญกำลังใจไม่ดีที่ต้องบริหารจัดการภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ

3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงครึ่งหลังของปีงบประมาณ 2546 ที่มีการตัดเงินเดือนที่ส่วนกลางและได้รับการสนับสนุนงบประมาณลดลง ทำให้โรงพยาบาลจำนวนมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปัญหารายจ่ายสูงกว่ารายรับ ทำให้มีปัญหาในการดำเนินงานอย่างมาก

4) เจ้าหน้าที่ที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องทำงานหนักมากขึ้น มีความเครียดสูง ทั้งการรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล และรับภาระผู้รับบริการ

งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากตำบลอื่น อีกทั้งยังต้องรับหน้าที่เป็นกรรมการต่างๆ ในเครือข่ายบริการอีกด้วย ส่วนใหญ่ได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนนอกเขตโรงพยาบาล และน้อยกว่าหลายเท่าเปรียบเทียบกับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านการรักษาพยาบาล

5) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนกลุ่มนี้ได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยแต่เดิมเมื่อทำงานอยู่ในฝ่ายการพยาบาลได้รับค่าตอบแทนในการขึ้นเวรประมาณเดือนละ 7,000-8,000 บาท มีบางโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตโรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนประมาณ 10,000 บาท/ปี บางแห่งค่าตอบแทนต่างกัน 3-4 เท่า จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพในบางจังหวัด ขอลกลับไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประมาณ 80%

6) ความก้าวหน้าในวิชาชีพ นอกจากเรื่องค่าตอบแทนแล้วสิ่งที่เป็นปัญหาอุปสรรคอีกประการหนึ่งคือเรื่องความก้าวหน้าในวิชาชีพ เนื่องจากไม่มีกรอบอัตรากำลังในสถานื่อนามัย พยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้ต้องฝากตำแหน่งตามจ.18 ไว้ที่โรงพยาบาลและจะเกิดปัญหาเมื่อต้องทำผลงานเพื่อเลื่อนตำแหน่ง (ระดับ 6-7) เพราะต้องย้ายเข้าโรงพยาบาลจึงจะเลื่อนระดับได้ ในระยะแรกอาจจะยังไม่มีปัญหา แต่ภายในระยะ 3-5 ปี ข้างหน้าปัญหาจะชัดเจนมากขึ้น เมื่อพยาบาลวิชาชีพที่บรรจุใหม่ในขณะนี้อายุไล่ขึ้นและมีความจำเป็นต้องย้ายเข้าโรงพยาบาล ขณะนี้บางคนก็เริ่มมีความสุขกับการทำงานในชุมชนแต่เกิดความไม่มั่นคงในตำแหน่งหน้าที่ในอนาคต ทำให้ไม่สามารถทุ่มเทเต็มที่กับการทำงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

7) ปัญหาแพทย์ใช้ทุนลาออกจากราชการ ในระยะหลังปรากฏว่าแพทย์ใช้ทุนลาออกมากขึ้นและลาออกในขณะที่ใช้ทุนได้เพียง 1-2 ปี เท่านั้น นอกจากลาออกแล้วกลุ่มหนึ่งก็ย้ายกลับภูมิลำเนาซึ่งเป็นเขตกรุงเทพและปริมณฑล เป็นส่วนใหญ่ สาเหตุที่สำคัญได้แก่

7.1 แพทย์ต้องการเรียนต่อเฉพาะทาง เพราะแพทย์ทุกคนมีเป้าหมายในการเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาใดสาขาหนึ่งอยู่แล้ว บางคนจึงลาออกเพื่อไปเรียนเฉพาะทางก่อนที่จะใช้ทุนครบตามสัญญา

7.2 การปรับตัวเข้ากับสภาพพื้นที่ โดยเฉพาะแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพ/ภาคกลาง หรือจบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาในส่วนกลาง มักจะมีปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมของพื้นที่ ทำให้ไม่มีความสุขในการทำงาน

7.3 ค่าตอบแทนน้อยกว่าภาคเอกชนมาก ในขณะที่ต้องทำงานหนักมากกว่า แพทย์ส่วนใหญ่จึงเลือกไปทำงานกับภาคเอกชน

7.4 ประชาชนเรียกร้องสิทธิและเรียกร้องบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น อาจเนื่องมาจากรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันที่ให้สิทธิกับประชาชนมากขึ้น และโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เปิดโอกาสให้ร้องทุกข์เกี่ยวกับคุณภาพบริการได้เต็มที่ ให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์ เป็นช่องทางสำหรับให้ประชาชน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในสังคม ทำให้ผู้ให้บริการต้องปรับตัวในด้านคุณภาพบริการ และรับฟังเสียงประชาชนมากขึ้น แพทย์บางคนอาจไม่พร้อมที่จะปรับตัวกับสถานที่ จึงเลือกที่จะลาออก

7.5 การปรับตัวกับข้อจำกัดเรื่องงบประมาณในการบริหารโรงพยาบาล ทำให้แพทย์เกิดความอึดอัด ไม่สะดวกในการทำงาน จึงลาออกเพิ่มขึ้น

6. ระบบการติดตามประเมินผล

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีได้หวังแค่ให้ประชาชนมีหลักประกันในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่มุ่งหวังให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบ มีการเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณและการจัดอัตรากำลัง มุ่งที่จะให้เกิดประสิทธิผลของงานคุ้มกับเงินที่จ่ายไป จึงต้องมีการประเมินผลเพื่อเป็นกลไกในการควบคุมงบประมาณและวัดศักยภาพของเครือข่ายบริการต่างๆ แต่เนื่องจากไม่ได้มีการออกแบบระบบประเมินผลไว้ล่วงหน้าในระยะเริ่มต้นจึงทำให้เกิดปัญหา เมื่อถึงเวลาที่จะต้องดำเนินการและใช้ผลของการประเมินอย่างจริงจัง

แต่ละจังหวัดมีการดำเนินการประเมินและดัชนีชี้วัดที่แตกต่างกัน จังหวัดที่มีการจัดการระบบประเมินผลชัดเจนและดำเนินการประเมินอย่างจริงจัง ตลอดจนนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์มีเพียงจังหวัดเดียว คือ จังหวัดหนองคาย มีการกำหนดตัวชี้วัดจากชุดสิทธิประโยชน์หลักของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า นำมาแตกเป็นตัวชี้วัดจำนวน 213 ตัวชี้วัด กำหนดให้มีการประเมินจากที่มระดับจังหวัด ปีละ 2 ครั้ง (ทุก 6 เดือน) และให้ที่มประเมินระดับเครือข่ายบริการดำเนินการทุก 3 เดือน ผลการประเมินสถานบริการทุกแห่งจะต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่า 80% จึงจะสามารถเบิกงบประมาณส่วนที่จัดไว้จ่ายตามผลงาน (60% ของ 25 บาท/บัตร) จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยคู่สัญญาและผู้ปฏิบัติงานบางส่วนยังไม่ค่อยพอใจระบบประเมินของจังหวัด เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติในการกำหนดตัวชี้วัดและตัวชี้วัดส่วนใหญ่เป็นการวัดกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งกล่าวว่า “วัดที่กระต่ายและทะเบียนในสถานบริการมากกว่าวัดที่ผลที่เกิดกับประชาชน”

นอกจากจังหวัดหนองคายแล้วมีอีก 2 จังหวัดที่มีการเตรียมการประเมินไว้แต่ไม่ได้ดำเนินการคือ อุดรธานีและหนองบัวลำภู มีการกำหนดตัวชี้วัดตามกรอบของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 และชุดสิทธิประโยชน์ โดยคณะกรรมการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นแกนประสานร่วมกับคณะกรรมการประเมินผล ทั้งนี้คณะกรรมการงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมีความตั้งใจว่าจะนำผลการประเมินมาใช้ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนที่ต้องจ่ายตามผลงาน (จังหวัดอุดรธานี กำหนดไว้ 25%) แต่อย่างไรก็ตามที่มประเมินผลก็ไม่สามารถออกดำเนินการตามแผนที่วางไว้ได้ เนื่องจากเหตุผลหลายประการ เช่น การเปลี่ยนผู้บริหารทำให้นโยบายเปลี่ยนไป การขาดงบประมาณสนับสนุน และขาดความพร้อมทางด้านวิชาการ

7. การมีส่วนร่วมของประชาชน

ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนมีส่วนร่วมในหลายลักษณะและหลายระดับคือ

7.1 ประชาชนส่วนใหญ่มีความตื่นตัวมากขึ้น รู้สิทธิมากขึ้นและมีการร้องเรียนมากขึ้นในเรื่องการรักษาพยาบาล

7.2 การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็น กิจกรรมที่ชัดเจน คือ การออกกำลังกาย ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติส่วนใหญ่จะกล่าวถึงการตื่นตัวของประชาชนในกิจกรรมการออกกำลังกาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการออกกำลังกายมีการรณรงค์สร้างกระแสจากส่วนกลาง และมีการกำหนดนโยบายให้สถานบริการทุกแห่งมีชมรมสร้างสุขภาพ

จำนวน 1 ชมรม ซึ่งการมีส่วนร่วมในเรื่องนี้เป็นเพียงการมีส่วนร่วมในระดับการรับรู้และให้ความร่วมมือเป็นครั้งคราวเท่านั้น

ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์อันเป็นเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่รับรู้ อาจเป็นเพราะว่าเจ้าหน้าที่ยังไม่ได้ออกกล่าวหรือประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้สิทธิ

7.3 ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการน้อย ประชาชนไม่ค่อยมีส่วนร่วมในฐานะกรรมการ ที่จะมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นหรือกำหนดนโยบายมากนัก ซึ่งน่าจะต้องปรับปรุงผู้บริหารเครือข่ายบริการท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า “เอาเรื่องออกกำลังกายนำไปก่อน แล้วจึงต่อไปเรื่องอื่นๆ ทำตามกระแสก่อนแล้วจึงค่อยต่อยอดมีแนวโน้มว่าจะดีขึ้น”

ผู้บริหารระดับจังหวัดท่านหนึ่งบอกว่า “ต้องกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่รู้ว่ามีส่วนที่สร้างโอกาสให้ประชาชนสร้างสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกายต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ให้เอื้อต่อการออกกำลังกาย ไม่ใช่แค่ไปเกณฑ์คนมาออกกำลังกาย การเยี่ยมบ้านและการวินิจฉัยชุมชนน่าจะเป็นช่องทางที่ทำให้ประชาชนเข้าใจและมีส่วนร่วมมากขึ้น”

7.4 ควรเพิ่มบทบาทขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีผู้บริหารหลายท่านให้ความเห็นว่า ควรเพิ่มศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นซึ่งขณะนี้ยังมีส่วนร่วมน้อย ถ้าจะทำงานสร้างสุขภาพได้ดีควรนำโดยองค์กรท้องถิ่นตามด้วยประชาชน โดยเฉพาะการจัดตั้งชมรมต่างๆ ควรเป็นบทบาทของอบต. และประชาชนมากขึ้น “ขณะนี้หน่วยงานราชการต่างๆ ลงไปจัดตั้งมากเกินไป มันไม่ยั่งยืน”

รวมทั้งการสนับสนุนด้านงบประมาณถ้าองค์กรส่วนท้องถิ่นเห็นความสำคัญ ความยั่งยืนของการดำเนินการจะเป็นไปได้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะ

1. ด้านงบประมาณ

การลดงบประมาณต่อหัวลงเป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญมาก ทำให้การพัฒนางานหยุดชะงัก การบริหารจัดการมีปัญหาทั้งในส่วนของโรงพยาบาล ด้านงานซ่อมสุขภาพ และมีผลสืบเนื่องถึงงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย การกระจายงบประมาณจึงควรพัฒนาให้เกิดความเป็นธรรมต่อประชาชนผู้รับบริการ นอกจากนี้ควรปรับปรุงระเบียบเกี่ยวกับค่าตอบแทนเพื่อเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้รับค่าตอบแทนใกล้เคียงกับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลด้วย

2. ด้านบุคลากร

การเพิ่มจำนวนบุคลากรให้ได้สัดส่วนกับประชากร (1 : 1,250) มีข้อจำกัดค่อนข้างมาก ทั้งกำลังการผลิตของสถาบันการผลิตสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังผลิตได้ไม่เพียงพอ และการจ้างงานในบางสาขา ยังเป็นปัญหา เช่นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรอนุปริญญา ไม่สามารถบรรจุเป็นพนักงานของรัฐ ต้องเป็นลูกจ้างชั่วคราว ทั้งที่บุคลากรกลุ่มนี้เป็นกำลังหลักในการดูแลประชาชนในพื้นที่ หรือการกำหนดกรอบอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในสถานื่อนามัย สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคในการเพิ่ม

จำนวนบุคลากร ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ และต้องมีแผนอัตรากำลังที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประชากรที่รับผิดชอบ รวมทั้งการได้งบประมาณลดลง ทำให้การจ้างพนักงานเพิ่มหรือการทำงานนอกเวลาเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น

การพัฒนาบุคลากร ยังมีความจำเป็นมากในระดับผู้ปฏิบัติควรให้มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของระบบบริการปฐมภูมิ มีความสามารถในการวิเคราะห์ชุมชน และจัดทำแผนงานโครงการ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ตอบสนองปัญหาพื้นที่ โดยประสานองค์กรส่วนท้องถิ่นและประชาชนให้มากขึ้น ส่วนเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด ควรได้รับการเพิ่มทักษะด้านการนิเทศ และประเมินผล

3. ด้านระบบบริการ

จำเป็นต้องพัฒนาบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง สามารถเป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจและเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้นกระตุ้นให้ประชาชนเข้าใจสิทธิประโยชน์ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ควรสื่อสารข้อมูลสุขภาพให้ประชาชนรับรู้ และทำให้เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชน เพิ่มการประสานงานกับองค์กรส่วนท้องถิ่น และองค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมมากขึ้นในด้านนโยบายและการสนับสนุนงบประมาณ

พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการพยายามเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ควรสนับสนุนให้หน่วยบริการทุติยภูมิได้พัฒนาศักยภาพของตนเองให้มากขึ้น มีความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพบริการและสื่อสารกับชุมชนให้มากขึ้น

4. ด้านโครงสร้างการบริหาร

ถ้าจะพัฒนาโครงสร้างการบริหารจัดการระดับอำเภอ/ตำบลให้ได้ผล ควรมีระเบียบราชการที่กำหนดบทบาทและอำนาจหน้าที่ เพื่อให้เกิดการรวมเป็นองค์กรบริหารที่มีความเป็นเอกภาพในระดับอำเภอและให้มีบทบาทดูแลงานสร้างสุขภาพทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พิษณุในพื้นที่ทั้งอำเภอโดยที่เครือข่ายระดับปฐมภูมิก็อาจต้องออกกระเปาะรองรับเช่นเดียวกัน หรือถ้าไม่สามารถรวมหน่วยงานในระดับอำเภอให้เป็นหนึ่งเดียวได้ อาจต้องให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ (Provider) ที่จะรับทำสัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สถานบริการทุกแห่งเป็นเครือข่าย เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปด้วยความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนการจัดการเป็นประเด็นปัญหาหลัก การกำหนดนโยบายและขั้นตอนการดำเนินงานที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลรอบด้านจากการวิจัยและประเมินผลอย่างรอบคอบเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการนำไปสู่ความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สวรรส. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: บริษัทดีไซร์จำกัด. 2544.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. โครงการ 30 บาท : แนวทางกาดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน, <http://www.nhso.go.th/Index/index30Bcontent.htm>. 2546.
3. วิพุธ พูลเจริญและคณะ. คู่มือการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซร์จำกัด. 2543.
4. สำเริง แหะงกระโทก รุจิรา มังคละศิริ. ศูนย์สุขภาพชุมชน หนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์. นครราชสีมา: แสงโชคมารเกิดตั้ง. 2545.
5. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. บริการปฐมภูมิ บริการใกล้บ้าน-ใกล้ใจ.
\\HCRP_MOPH\center data\user-files\surasak\primaryc(6).doc
6. สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการงานประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. นนทบุรี. 2544.