

## รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการทบทวนสถานการณ์ระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ  
ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

Situation Analysis of Thailand's Health Services System  
and Its Quality Control According to the Statute on  
National Health System B.E. 2552 (2009)

(สัญญาเลขที่ สวรส. 55-043)

โดย

บวรศม ลีระพันธ์

อักรินทร์ นิมมานนิตย์

ดาริน จตุรภัทรพร

มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับทุนสนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

กุมภาพันธ์ 2556

# สารบัญ

|                                                                                                                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| รายการตาราง.....                                                                                                                                                                                 | ii  |
| รายการรูปภาพ.....                                                                                                                                                                                | iii |
| บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary).....                                                                                                                                                   | iv  |
| 1. ที่มาของการทบทวนสถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพตาม<br>ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (Background) .....                                                         | 1   |
| 2. การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ สาธารณสุขและการควบคุม<br>คุณภาพ (Changes in Health System).....                                                                          | 4   |
| 3. การวิเคราะห์ธรรมนูญว่าด้วยระบบบริการสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2552 ในฐานะกลไกในการ<br>สร้างแนวทางการควบคุมคุณภาพบริการสาธารณสุข (Mechanisms for Quality Control of<br>Health Services Systems) ..... | 20  |
| 4. การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคามของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ<br>ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุม คุณภาพ (SWOT Analysis).....                               | 36  |
| 5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendations).....                                                                                                                                            | 47  |
| 6. บรรณานุกรม (Bibliography) .....                                                                                                                                                               | 54  |

## รายการตาราง

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| ตาราง 1: ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยตามสังกัดของหน่วยงาน .....           | 6  |
| ตาราง 2: ตัวอย่างตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ..... | 31 |

## รายการรูปภาพ

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| รูปภาพ 1: ความขาดแคลนของบุคลากรสุขภาพในกลุ่มประเทศอาเซียน.....                                                         | 11 |
| รูปภาพ 2: กราฟแท่งเปรียบเทียบจำนวนประชากรของประเทศไทยที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและ<br>นอกเขตเทศบาล .....               | 15 |
| รูปภาพ 3: กราฟแท่งแสดงสัดส่วนประชากรอยู่อาศัยอยู่ใต้เส้นความยากจนในประเทศไทย .....                                     | 15 |
| รูปภาพ 4: แนวคิดเชิงระบบแสดงผลลัพธ์ของระบบบริการสาธารณสุขและระบบสุขภาพ .....                                           | 24 |
| รูปภาพ 5: ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพกับผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ<br>ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก..... | 25 |

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

### (Executive Summary)

#### บทนำ:

ประเทศไทยมีการใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เป็นพันธะสัญญาและแผนที่ร่วมกันของสังคมเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์มาเป็นระยะเวลาพอสมควร แต่เนื่องจากระบบสุขภาพของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา ทำให้หลักการ เป้าหมาย และมาตรการใน หมวด 6 ของธรรมนูญฯ ซึ่งเน้นการใช้กลไกภาครัฐ สนับสนุน ส่งเสริม และควบคุม กำกับ ดูแลคุณภาพบริการสาธารณสุข อาจเป็นกลไกที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอสำหรับการสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ในสถานการณ์ปัจจุบัน

รายงานการศึกษานี้ เป็นการนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมด้านระบบสุขภาพ และการสังเคราะห์บทเรียนจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพในระยะเวลาประมาณ 5-10 ปีที่ผ่านมา โดยเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพของประเทศไทยซึ่งอาจส่งผลถึงระบบบริการสาธารณสุข และการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับปัจจุบัน เพื่อชี้ให้เห็นถึงประเด็นด้านการควบคุมคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขที่ควรได้รับแก้ไขหรือเพิ่มเติม และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อใช้ในการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไป

### การประเมินสถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ:

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยและข้อจำกัดที่ทำให้ธรรมนูญฯ ฉบับปัจจุบันอาจเป็นกลไกที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอสำหรับการสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ในสถานการณ์ปัจจุบัน ส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก คือ การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งได้แก่: 1) การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรและสังคม เช่น การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ อุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตแบบคนเมืองเพิ่มมากขึ้น มีความต้องการบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อวิถีชีวิตคนเมืองมากขึ้น; 2) การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพ เช่น อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่มากขึ้น; 3) การเปลี่ยนแปลงด้านอุปทานของระบบบริการสาธารณสุข เช่น มีการขยายตัวของบริการสุขภาพในภาคเอกชนอย่างรวดเร็ว; 4) การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและแนวคิดทางการเมืองการปกครองไปเป็นสังคมของ “พลเมือง” ที่มีพลังและมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพมากขึ้น

ส่วนปัจจัยภายใน คือ ข้อจำกัดที่ธรรมนูญฯ ฉบับปัจจุบันอาจไม่สามารถใช้เป็นกลไกที่เหมาะสมหรือเพียงพอในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ในสถานการณ์ปัจจุบันได้แก่: 1) ธรรมนูญฯ มี “หลักการ” บางอย่างที่ขัดแย้งกันเอง เช่น มีการกำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และราคาไม่แพง แต่บริการสาธารณสุขที่มีราคาไม่แพงอาจไม่มีประสิทธิภาพหรือประสิทธิภาพก็ได้; 2) มีการตั้ง “เป้าหมาย” ที่ไม่ได้ยึดโยงอยู่กับแนวคิดเชิงระบบ และมีหลายเป้าหมายซึ่งสามารถวัดการบรรลุผลได้ยาก เช่น ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้รับการยอมรับ ชุมชนและท้องถิ่นสามารถสร้างเสริมสุขภาพและพึ่งตนเองหรือระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ในทุกระดับ; และ 3) มี “มาตรการ”

ที่มุ่งเน้นการใช้กลไกภาครัฐในการควบคุม กำกับ ดูแล คุณภาพบริการสาธารณสุข ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยอย่างรวดเร็ว

ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์เพราะ:

- 1) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอาจไม่สามารถนำหลักการและมาตรการในธรรมนูญฯ

ไปจัดการกับปัญหาด้านคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันอย่างได้ผล

เนื่องจากการกลไกการควบคุมคุณภาพบริการสาธารณสุขโดยภาครัฐอาจมีข้อจำกัด

- 2) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอาจไม่สามารถหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะวัดการบรรลุ

เป้าหมายในหมวด 6 ของธรรมนูญฯ ได้ หรือหากวัดได้ก็อาจไม่สามารถอธิบายคุณลักษณะที่

พึงประสงค์ของระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างครบทุกมิติ หรืออาจเป็นการวัดที่ไม่ยืดหยุ่น

เพียงพอสำหรับการวัดคุณภาพของการบริการสาธารณสุขแก่ทุกกลุ่มประชากร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย:

คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ โดยใช้การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และ ภาวะคุกคาม (SWOT analysis) ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณากลยุทธ์เชิงรุกที่ตั้งอยู่บนจุดแข็งและโอกาสของระบบสุขภาพ (SO strategy) และกลยุทธ์เชิงพัฒนาที่ตั้งอยู่บนจุดอ่อนและโอกาสของระบบสุขภาพ (WO strategy) พบว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไป ควรได้รับการปรับปรุงในประเด็นดังต่อไปนี้:

- 1) ปรับเป้าหมายเฉพาะของการสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ให้มีความจำเพาะขึ้น

ครอบคลุม 3 เป้าหมายหลัก คือ การพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น การป้องกัน

ความเสี่ยงทางการเงินและทางสังคมของประชาชน และการทำให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียในระบบบริการสาธารณสุขมีความพึงพอใจ

- 2) ปรับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบบริการสาธารณสุขให้ครบทุกมิติทางคุณภาพของการ

จัดบริการสาธารณสุข ไม่มุ่งเน้นเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับธรรมาภิบาลแต่เพียงอย่างเดียว

และใช้มิติทางคุณภาพเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

- 3) ปรับคุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ให้ไม่มีความหมายขัดแย้งกันเอง

เช่น ไม่ควรกำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มี “ราคาไม่แพง” ซึ่งอาจขัด

แย้งกับคุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขที่มี “ประสิทธิผล” และ “ประสิทธิภาพ”

จากการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ โดยเฉพาะกลยุทธ์เชิงรับซึ่งตั้งอยู่บนจุดแข็งและภาวะคุกคามใน

ระบบสุขภาพ (ST strategy) พบว่าธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไปควรมีการ

เพิ่มเติมในประเด็นดังต่อไปนี้:

- 1) ส่งเสริมการสร้างกลไกอื่นๆ ของภาครัฐเพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข

นอกจาก “การควบคุมคุณภาพ” เช่น ให้รัฐส่งเสริมการเรียนรู้มาตรฐานคุณภาพระดับสากล

เพื่อนำมาปรับและประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบคุณภาพที่ตอบสนองต่อสังคมไทย

ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการถ่ายทอด

เทคโนโลยีดังกล่าวไปยังระบบบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการจัดการ

การแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขให้มีความเป็นธรรม สนับสนุนองค์กรธุรกิจเพื่อ

สังคมซึ่งจัดบริการให้กับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคมหรือจัดบริการที่มีความสำคัญซึ่งภาครัฐ

อาจไม่สามารถจัดเองได้ เป็นต้น

- 2) ส่งเสริมบทบาทของภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม นอกจากภาครัฐให้การมีส่วนร่วมพัฒนา

คุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมให้สื่อมวลชนทำหน้าที่สร้างชื่อเสียง

ให้แก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและสร้างมาตรฐานทางสังคมเรื่องคุณภาพบริการ

สาธารณสุข การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ภายในระบบสุขภาพ การส่งเสริมการเรียนรู้ของ

ประชาชนในเรื่องคุณภาพของบริการสุขภาพ การทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของ

บริการสุขภาพและรายงานคุณภาพของการบริการสุขภาพต่อสาธารณะ เป็นต้น

## 1. ที่มาของการทบทวนสถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขและ

### การควบคุมคุณภาพตามธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

#### พ.ศ. 2552 (Background)

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องหลายทศวรรษ และประสบความสำเร็จในการจัดบริการสาธารณสุขโดยใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage Policy) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 โดยการขยายผลต่อยอดจากกองทุนสุขภาพเดิมที่มีอยู่ คือ กองทุนสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ (Civil Services Beneficiary Scheme or CSMBS) และกองทุนประกันสังคม (Social Security Scheme or SSS) โดยผู้กำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลือกใช้การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care services) เป็นกลยุทธ์หลักเพื่อที่จะสามารถจัดบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยถ้วนหน้า และเพื่อที่จะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพซึ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เช่น หน่วยคู่สัญญาบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contract Unit of Primary Care or CUP) และ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit or PCU) เป็นต้น

ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยในยุคปัจจุบันนี้มุ่งเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพตามแนวคิด “ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” (1) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และการเชื่อมโยงภาคประชาสังคมเข้ากับภาควิชาการและภาครัฐ มีการเพิ่มช่องทางตามกฎหมายให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพมากขึ้น โดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ต้องจัดทำธรรมเนียมว่าด้วย

ระบบสุขภาพแห่งชาติ (“ธรรมนูญ”) เพื่อใช้กำหนดทิศทางในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายในทุกๆ มิติของสุขภาพ และกำหนดให้มีการทบทวนธรรมนูญอย่างน้อยทุกๆ 5 ปี โดยมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เป็นธรรมนูญฉบับแรกของประเทศไทย ซึ่งมีเนื้อหาส่วนหนึ่งครอบคลุมการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 47 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ทั้งนี้ ประเทศไทยได้ใช้ธรรมนูญฉบับนี้เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและควบคุมคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขมาแล้วระยะหนึ่ง ซึ่งตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้มีการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อยทุก 5 ปี เพื่อปรับปรุงแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของระบบสุขภาพของประเทศไทย

ดังนั้น เพื่อพัฒนาแนวทางการทำงานพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขผ่านการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไป คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด (concepts) ทฤษฎี (theories) หลักการ (principles) กลยุทธ์ (strategies) เป้าหมาย (goals) รูปแบบหรือโครงสร้างการจัดบริการสาธารณสุข (structure) การวัดคุณภาพ (quality measurement) และนโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข (public policy) เพื่อเปรียบเทียบกับเนื้อหาทั้งหมดในธรรมนูญฯ จากนั้นคณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบเนื้อหาที่มีอยู่ในธรรมนูญฯ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพของประเทศไทยกับองค์ความรู้ในด้านระบบสุขภาพและคุณภาพของการบริการสุขภาพที่มีอยู่

ในปัจจุบัน และได้สังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendations)

เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศ

และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติต่อไป

ในบทต่อไปของรายงานวิจัยฉบับนี้ คณะผู้วิจัยจะได้นำเสนอการทบทวนวรรณกรรมในเรื่อง  
การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุขและการ  
ควบคุมคุณภาพ (changes in health system) การวิเคราะห์ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ  
แห่งชาติในฐานะกลไกในการสร้างแนวทางการควบคุมคุณภาพบริการสาธารณสุข (mechanisms of  
changes in health services systems) การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์โดยใช้การวิเคราะห์จุดแข็ง  
จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคามของระบบสุขภาพ (SWOT analysis) และการนำเสนอข้อเสนอแนะ  
เชิงนโยบาย (policy recommendations) ตามลำดับ

## 2. การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ

### สาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ (Changes in Health System)

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพในรอบ 5-10 ปีที่ผ่านมา เพื่อทำการประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภัยคุกคามและความท้าทายอื่นๆ ในระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพที่อาจส่งผลถึงระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข ทั้งการเปลี่ยนแปลงในด้านอุปทานในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย (change of supplies in health services system) และการเปลี่ยนแปลงด้านอุปสงค์ในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย (change of demands in health services system) ดังต่อไปนี้

#### 2.1 การเปลี่ยนแปลงของอุปทานในระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

การเปลี่ยนแปลงของอุปทานในระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ประกอบไปด้วย การเปลี่ยนแปลงของของระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ (public sector) ภาคเอกชน (private sector) และภาคประชาสังคม (third sector or civil society sector)

##### 2.1.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ:

ระบบบริการสาธารณสุข หรือระบบบริการสุขภาพ (healthcare or health services system) ของประเทศไทยในหลายทศวรรษที่ผ่านมาเป็นการจัดบริการสุขภาพผ่านหน่วยบริการภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าปัจจุบันมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วของระบบสุขภาพภาคเอกชน แต่สถานพยาบาลทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท เนื่องจากสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในเขตเมืองใหญ่ โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร (2)

ระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ (state healthcare system) ส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมการให้บริการสาธารณสุขประมาณร้อยละ 60 สำหรับผู้ป่วยนอก และประมาณร้อยละ 80 สำหรับผู้ป่วยใน ดังแสดงในตารางที่ 1 (3) โดยการเปลี่ยนแปลงของระบบการจัดบริการสาธารณสุขภาครัฐในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เป็นการเปลี่ยนแปลงโดยใช้กลไกภายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลัก การจัดบริการสาธารณสุขภาครัฐให้แก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและการจัดบริการสาธารณสุขให้ผู้ใช้สิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีโครงสร้างและรูปแบบที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่อย่างไรก็ตาม ในช่วง 2-3 ที่ผ่านมามีการปรับตัวในการจัดบริการของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ภาครัฐ เช่น การสร้างทางเลือกให้ผู้รับบริการสาธารณสุขที่ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือการจัดบริการพิเศษที่มีลักษณะคล้ายโรงพยาบาลเอกชนให้กับผู้รับบริการสาธารณสุขที่ต้องการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง เป็นต้น

ตาราง 1: ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยตามสังกัดของหน่วยงาน

| ประเภทสังกัด              | จำนวนแห่ง | จำนวนเตียง | จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก | จำนวนผู้ป่วยใน | จำนวนวันผู้ป่วยใน | อัตราการครองเตียง |
|---------------------------|-----------|------------|----------------------|----------------|-------------------|-------------------|
| รวม                       | 1,286     | 134,105    | 171,729,565          | 9,345,297      | 39,238,752        | 80                |
| เอกชน                     | 261       | 24,658     | 36,916,177           | 1,905,160      | 5,509,948         | 61                |
| กระทรวงสาธารณสุข          | 888       | 91,351     | 109,500,821          | 6,764,898      | 28,313,967        | 85                |
| กระทรวงกลาโหม             | 58        | 5,119      | 4,756,631            | 144,901        | 1,871,536         | 100               |
| กระทรวงการคลัง            | 1         | 120        | 131,753              | 1,544          | 14,148            | 32                |
| กระทรวงมหาดไทย            | 1         | 46         | 73,201               | 3,211          | 12,468            | 74                |
| กระทรวงยุติธรรม           | 41        | 1,234      | 475,960              | 11,161         | 280,080           | 62                |
| กระทรวงศึกษาธิการ         | 17        | 7,586      | 8,821,253            | 331,077        | 2,133,054         | 77                |
| กรุงเทพมหานคร             | 7         | 2,373      | 8,876,026            | 119,012        | 740,370           | 85                |
| รัฐวิสาหกิจ               | 2         | 170        | 164,267              | 2,150          | 24,058            | 39                |
| สำนักนายกรัฐมนตรี         | 2         | 609        | 535,838              | 16,859         | 125,030           | 56                |
| สำนักพระราชวัง            | 1         | 23         | 22,967               | 142            | 1,249             | 15                |
| หน่วยราชการอิสระ          | 3         | 472        | 827,841              | 25,172         | 120,579           | 70                |
| องค์กรมหาชน               | 1         | 300        | 556,587              | 18,782         | 85,118            | 78                |
| องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น | 3         | 44         | 70,243               | 1,228          | 7,147             | 45                |

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข (2553) (3)

การจัดระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดการจัดระบบบริการสาธารณสุข คือการเปลี่ยนแปลงจากแนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขเป็นสวัสดิการประชาชนผู้ด้อยโอกาสมาเป็นการใช้กลไกการตลาดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการสาธารณสุข โดยการจัดความสัมพันธ์กับหน่วยบริการเป็นลักษณะของข้อตกลง (contractual relationship) เช่น ความสัมพันธ์ในลักษณะข้อตกลงระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และมีการเปิดโอกาสให้หน่วยงานทุกหน่วยนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทเกี่ยวข้องในการให้บริการแก่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการผสมผสานทุกประเภท หรือหน่วยบริการที่ร่วมให้บริการจำเพาะบางอย่าง (2) ดังนั้น นโยบายทางการคลังสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีอิทธิพลอย่างสูงต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพของบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะระบบบริการสาธารณสุขในภาครัฐ

จากรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553 (4) พบว่าหลังมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้น แต่ยังมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ในด้านการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของประชาชน โดยเฉพาะความแตกต่างระหว่างภูมิภาค ตัวอย่างเช่น การกระจายตัวของแพทย์และการกระจายตัวของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ในระบบบริการสาธารณสุข พบว่ามีอัตราการครองเตียงไม่เท่ากันในแต่ละภูมิภาคซึ่งแสดงถึงการกระจายตัวของทรัพยากรทางการแพทย์ที่ยังคงไม่เท่าเทียมกันในแต่ละภูมิภาค (5) นอกจากนี้ในการจัดบริการสาธารณสุขภาครัฐ ยังคงพบว่ามีอุปสรรคในการจัดงบประมาณ

สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขในแต่ละกลุ่มประชากร ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2551

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้งบประมาณ 11,000 บาท/คน ในขณะที่ระบบประกัน

สังคมใช้งบประมาณเฉพาะด้าน 1,994 บาท/คน และประกันสุขภาพแห่งชาติใช้งบประมาณเป็น

อัตราเหมาจ่าย 2,100 บาท/คน (2)

นอกจากนั้น ความไม่แน่นอนทางการเมืองที่ค่อนข้างสูงในทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งความ  
ไม่แน่นอนทางการเมืองจากการรัฐประหารในเดือนกันยายน พ.ศ. 2549 ทำให้มีการยกเลิก  
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และการเปลี่ยนรัฐบาลบ่อยครั้งหลังจาก  
การรัฐประหารครั้งดังกล่าว ทำให้แต่ละรัฐบาลมีเวลาการทำงานไม่มาก ซึ่งส่งผลต่อการแสดง  
บทบาทภาครัฐในการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีความไม่แน่นอนตามไปด้วย ตัวอย่างเช่น  
เกิดความไม่ชัดเจนเรื่องนโยบายการร่วมจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการ (copayment)  
ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เงินร่วมจ่าย 30 บาท) เนื่องจากการยกเลิกนโยบายการจัด  
เก็บเงินดังกล่าวภายหลังเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลหลังการทำรัฐประหาร และมีการเปลี่ยนนโยบาย  
กลับมาเปลี่ยนมาจัดเก็บเงินดังกล่าวอีกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล ซึ่งความไม่แน่นอนของ  
นโยบายดังกล่าวอาจทำให้เกิดความสับสนในทิศทางของการจัดระบบบริการสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็น  
เรื่องแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ความเป็นเจ้าของร่วม การจัดรัฐสวัสดิการ  
หรือแนวทางการคลังสุขภาพที่มีความยั่งยืน เป็นต้น

#### 2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพภาคเอกชน:

นอกจากระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ ประเทศไทยยังมีทรัพยากรสุขภาพจำนวนมาก อยู่ในระบบบริการสาธารณสุขในภาคเอกชน เช่น โรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งหน่วยบริการสาธารณสุข รูปแบบต่างๆ ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน เช่น ร้านขายยา คลินิกแพทย์ คลินิกทันตแพทย์ คลินิกเสริมความงาม (cosmetic clinic) คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (complimentary and alternative medicine clinic) จากรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553 พบว่าประเทศไทยมีคลินิก เวชกรรมเอกชนอยู่ทั้งหมดถึง 17,187 คลินิก และร้านขายยาทั้งหมด 17,671 แห่ง และจากข้อมูล ของตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย พบว่ามีกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเป็นบริษัทมหาชนจำกัด (บมจ.) ทำการระดมทุนอยู่ในตลาดหลักทรัพย์ทั้งหมดรวม 14 บริษัท (6)

เนื่องจากการเติบโตของทรัพยากรสุขภาพภาคเอกชน จึงพยายามในการใช้กลไกการตลาด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการสาธารณสุข โดยการจัดระบบบริการสาธารณสุขไทยภายใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านการจัดความสัมพันธ์กับหน่วยบริการเป็นลักษณะของข้อตกลง ระหว่างผู้ซื้อบริการกับหน่วยบริการสาธารณสุขภาคเอกชน เปิดโอกาสให้หน่วยงานภาคเอกชนเข้ามา มีบทบาทเกี่ยวข้องในการให้บริการแก่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบ ประกันสังคมเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่า ถึงแม้ว่าจำนวนคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการ คู่สัญญาและเครือข่ายบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีจำนวนมากขึ้น ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แต่จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาและ เครือข่ายบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับมีจำนวนลดลง (3)

การแข่งขันที่สูงขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขภาคเอกชน ทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน มีการปรับตัวเพื่อบริหารต้นทุนและเพิ่มรายได้มากขึ้น มีแนวโน้มการสร้างเครือข่ายโดยการรวมกลุ่ม

และการควบรวมกิจการ การขยายตลาดไปยังหัวเมืองมากขึ้น โดยเฉพาะเมืองใหญ่ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเติบโตมากขึ้นจากการค้าขายตามแนวชายแดน นอกจากนี้ ระบบบริการสาธารณสุขภาคเอกชนมีการมุ่งสร้างจุดเด่นเพื่อขยายตลาดให้กว้างกว่าเฉพาะกลุ่มผู้อาศัยในพื้นที่ใกล้เคียง เช่น การประชาสัมพันธ์และทำการตลาดในผู้ป่วยต่างชาติ นักเดินทางข้ามชาติ (international traveler) และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (medical tourist) นอกจากนี้ กระแสสังคมด้านอื่นๆ ยังส่งผลให้บริการของโรงพยาบาลที่จะมุ่งตอบสนองความต้องการดูแลสุขภาพที่มากกว่าแค่การรักษาโรค เช่น ธุรกิจสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเสริมความงาม คลินิกโรคผิวหนังและศัลยกรรมตกแต่ง เกิดการเชื่อมโยงระหว่างธุรกิจต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งน่าจะมีความสำคัญมากขึ้น

ในอนาคต (4)

อย่างไรก็ตาม การขยายตัวของบริการสาธารณสุขภาคเอกชน ทำให้มีแนวโน้มปัญหาสมองไหลจากการที่บุคลากรด้านสุขภาพจำนวนมากย้ายจากสถานพยาบาลภาครัฐไปทำงานในระบบบริการสาธารณสุขภาคเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งปัญหาสมองไหลจากการย้ายของบุคลากรด้านสุขภาพที่เคยทำงานอยู่ในเขตชนบทย้ายมาทำงานในเขตเมือง และการย้ายการย้ายของบุคลากรด้านสุขภาพที่เคยทำงานในระดับปฐมภูมิไปทำงานในโรงพยาบาล ปัญหาทั้งหมดดังกล่าวนี้ ทำให้การบริหารจัดการหน่วยบริการสาธารณสุขรัฐ โดยเฉพาะการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพเป็นไปได้ยากมากขึ้น

นอกจากนี้ ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสุขภาพในหลายประเทศในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ดังแสดงในรูป 1 ทำให้มีการคาดการณ์ว่าปัญหาสมองไหลดังกล่าวอาจมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามการขยายตัวของภาคเศรษฐกิจบริการระหว่างประเทศ รวมทั้งการขยายตัวของธุรกิจสุขภาพข้ามชาติ และการเปิดเสรีของภาคบริการสุขภาพในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Society: AEC) ซึ่งอาจทำให้เกิดแนวโน้มการแข่งขันที่เพิ่มขึ้นเพื่อแย่งชิงอุปทานของระบบสุขภาพระหว่างความต้องการของประชาชนในประเทศและความต้องการของชาวต่างประเทศ และการแข่งขันที่เพิ่มขึ้นเพื่อแย่งชิงอุปทานและระหว่างความต้องการของผู้รับบริการภาครัฐและผู้รับบริการในภาคเอกชน (7)

รูปภาพ 1: ความขาดแคลนของบุคลากรสุขภาพในกลุ่มประเทศอาเซียน



ที่มา: การวิเคราะห์ของ SCB EIC โดยใช้ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (2010) (7)

### 2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสาธารณสุขภาคประชาสังคม:

ในส่วนของภาคประชาสังคม พบว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น และมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปในสังคมอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ปัจจัยส่งเสริมคือ การขยายตัวอย่างรวดเร็วของการใช้งานของเทคโนโลยีสารสนเทศในสังคมไทย (7) การใช้อุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (mobile communication) มีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง อุปกรณ์รุ่นใหม่ ๆ ที่ราคาถูกลง และอุปกรณ์ต่างๆ สามารถเชื่อมโยงกับอินเทอร์เน็ตทุกที่ตลอดเวลา ประชาชนส่วนหนึ่งจึงเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ (social network media) รวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศอื่นๆ ได้มากขึ้น

เทคโนโลยีสารสนเทศดังกล่าวมีศักยภาพในการนำมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารของกลุ่มผู้ป่วย เพื่อดูแลกันเองในกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนเดียวกัน หรือการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือกันในกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะร่วมกัน (self-help group) ในลักษณะชุมชนเสมือนจริง (virtual community) รวมทั้งมีศักยภาพในการใช้งานเพื่อเสริมการจัดบริการสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะการติดต่อสื่อสารทางไกล เช่น การติดต่อสื่อสารทางไกลระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพ และการติดต่อระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพด้วยกัน (telemedicine) การส่งข้อมูลด้านสุขภาพทางไกลผ่านทางอินเทอร์เน็ต การรับปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งในประเทศไทยได้มีการพัฒนาโปรแกรมบนโทรศัพท์มือถือให้ผู้ป่วยและประชาชนบางส่วนเริ่มใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศในลักษณะดังกล่าวแล้ว (8)

### 2.2 การเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์ในระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สถานการณ์ในระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์ในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในทศวรรษที่ผ่านมา ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร (demographic change) โดยเฉพาะการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุของสังคมไทย; 2) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic change) โดยเฉพาะการพัฒนาประเทศให้มีความเป็นเมืองมากขึ้น (urbanization) ซึ่งทำให้มีอุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตแบบคนเมืองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีความต้องการบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อวิถีชีวิตคนเมืองมากขึ้น; และ 3) การเปลี่ยนแปลงของแนวคิดทางการเมืองการปกครองไปเป็นสังคมของ “พลเมือง” (citizen) ที่มีพลังและมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพมากขึ้น

#### 2.2.1 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร:

ในช่วงเวลาประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร (demographic change) โดยเฉพาะการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) โดยการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากการศึกษาของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมด แต่มีการคาดการณ์ว่าในพ.ศ. 2573 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุถึงประมาณ 1 ใน 4 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (9)

การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุของสังคมไทย จะทำให้มีประเทศไทยมีสัดส่วนของบุคคลที่ไม่อยู่ในตลาดแรงงานต่อผู้ที่อยู่ในตลาดแรงงาน (dependency ration) สูงขึ้น

เกิดการะในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ

(non-communicable chronic diseases) มีความต้องการการลงทุนเพื่อสร้างและพัฒนา

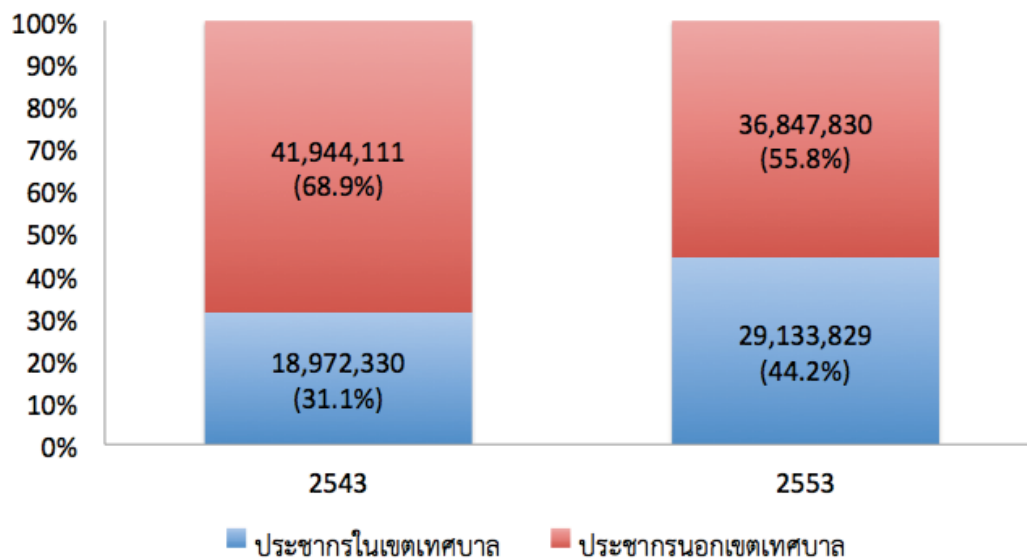
ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรสุขภาพด้านอื่นๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

### 2.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม:

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมจากการพัฒนาประเทศในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้พื้นที่ชนบททั่วประเทศไทยพัฒนาไปสู่ความเป็นเมืองมากขึ้น (urbanization) ซึ่งแนวโน้มการกลายเป็นเมืองนี้ตรงกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่พบเหมือนกันทุกประเทศทั่วโลก ยกเว้นเพียงแค่บางประเทศในทวีปแอฟริกาเท่านั้น (10) สำหรับประเทศไทย สำนะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติมีการรายงานสัดส่วนของประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่นอกเทศบาลเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 โดยมีประชากรในเขตเทศบาลร้อยละ 31.1 และประชากรนอกเขตเทศบาลร้อยละ 68.9 แต่สำมะโนประชากรและเคหะปี พ.ศ. 2553 พบว่าประเทศไทยมีประชากรในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.2 และประชากรนอกเขตเทศบาลลดลงเหลือเพียงร้อยละ 55.8 (11) ดังนั้น จึงมีการคาดการณ์ว่าในทศวรรษถัดไป ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะอาศัยอยู่ในเมืองหรือเขตเทศบาลมากกว่าเขตชนบทอย่างที่เคยเป็นมา

รูปภาพ 2: กราฟแท่งเปรียบเทียบจำนวนประชากรของประเทศไทยที่พักอาศัยอยู่ใน

เขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล



ที่มา: ดัดแปลงจากสำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2555)

รูปภาพ 3: กราฟแท่งแสดงสัดส่วนประชากรอยู่อาศัยได้เส้นความยากจนในประเทศไทย



ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2555)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร การขยายตัวของเมือง และการย้ายถิ่น  
เข้าเมืองแล้ว การลดจำนวนของคนจนในประเทศหรือและการเพิ่มจำนวนของชนชั้นกลางใน  
สังคมดังที่พิจารณาได้จากจำนวนที่ลดลงของประชากรที่อาศัยอยู่ใต้เส้นความยากจน (people living  
below the poverty line) (11) ทำให้ประชาชนมีโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตแบบคนเมืองและวิถีชีวิต  
แบบตะวันตกเพิ่มมากขึ้น ประชากรจำนวนมากขึ้นที่มีแนวโน้มความต้องการบริการสุขภาพที่สามารถ  
ตอบสนองต่อวิถีชีวิตแบบคนเมือง (urban lifestyle) เช่น ความต้องการเข้าถึงการรับบริการ  
สาธารณสุขจากแพทย์เฉพาะทางได้ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น นอกจากนั้น ความหลากหลายของ  
ประชากรในเขตเมือง เช่น การเพิ่มขึ้นของประชากรแฝงที่อยู่ในเขตชนบทแต่มาทำงานในเขตเมือง  
หรือการเพิ่มขึ้นนักเดินทางข้ามชาติในรูปแบบต่างๆ ยังทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขต้องตอบสนอง  
ต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละกลุ่มประชากร ต้องตอบสนองกับการเพิ่มขึ้นของ  
อุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตแบบคนเมืองในรูปแบบที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตคนเมืองมากขึ้น  
และอาจเกิดเป็นภาระงานมากขึ้นสำหรับผู้ให้บริการสาธารณสุขเนื่องจากความต้องการดังกล่าวอาจ  
ทำให้ผู้ให้บริการไม่สามารถลดการจัดบริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการ (เช่น การจัดบริการในเวลา  
เช้า เย็น กลางคืน หรือวันหยุด) ได้เหมือนการจัดบริการสาธารณสุขให้ผู้บริการในชนบท

ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมเหล่านี้ยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง  
ของปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น ความเสี่ยงของการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ รวมทั้งมีอุบัติการณ์  
ของความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขซึ่งพบบ่อยมากขึ้นและแต่ละครั้งมีความรุนแรงมากขึ้น  
ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีความเสี่ยงมากขึ้นต่อปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรงจาก  
ภัยธรรมชาติและโรคระบาด ซึ่งหากควบคุมปัญหาเหล่านี้ไม่ได้ดีพอ อาจส่งผลกระทบต่อความ

สามารถในการจัดระบบบริการสาธารณสุขในช่วงเวลาปกติได้ (system shocks) เช่น

อาจทำให้ความต้องการด้านสุขภาพที่เกิดจากปัญหาภัยธรรมชาติและโรคระบาดขยายตัวไปจน

เกินความสามารถที่ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันจะสามารถรองรับได้

### 2.2.2 การเปลี่ยนแปลงของแนวคิดทางการเมืองการปกครองไปเป็นสังคมของพลเมือง:

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเพียงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

ที่มีการสำรวจความพึงพอใจต่อระบบบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่พบที่มีการสำรวจความพึงพอใจของระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวม

ของประเทศ โดยจากการสำรวจดังกล่าวพบว่าประชาชนที่รับบริการสาธารณสุขโดยใช้สิทธิหลัก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความพึงพอใจค่อนข้างสูง ในการสำรวจปี พ.ศ. 2555 พบว่าประชาชน

ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้คะแนนความพึงพอใจ

เฉลี่ย 8.29 คะแนน (จาก 1-10 คะแนน) โดยคนที่เคยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรอบ 6

เดือนที่ผ่านมาจะมีความพึงพอใจสูงมากกว่าประชาชนทั่วไปและมีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย

8.63 คะแนน (12)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการจะมีความพึงพอใจต่อระบบหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติค่อนข้างสูง แต่ก็ยังคงพบข้อร้องเรียนเรื่องคุณภาพบริการสาธารณสุขผ่าน

ทางสื่อมวลชนแขนงต่างๆ อย่างต่อเนื่องเช่นกัน ทั้งการขอความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย

การฟ้องร้องเรื่องคุณภาพของการรักษาพยาบาลซึ่งไม่ควรเกิดขึ้นในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การร้องเรียนเรื่องความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ และการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจาก  
การรับบริการสุขภาพ เป็นต้น

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรกลุ่มใหญ่ในสังคมไทย  
ดังที่ได้อภิปรายข้างต้น เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทยซึ่งเปลี่ยนแปลงไป  
เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น (democratization) เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและแนวความคิดทาง  
การเมืองการปกครองไปเป็นสังคมของ “พลเมือง (citizen)” หรือประชาชนเป็นสมาชิกของ  
“ประชาสังคม (civil society)” ที่มีความตระหนักในสิทธิและหน้าที่ของตนในการมีส่วนร่วมทาง  
การเมืองมากขึ้น (13) เปลี่ยนแปลงมาเป็นสังคมที่สมาชิกในสังคมมีพลัง และมีส่วนร่วมในการกำหนด  
ทิศทางของระบบสุขภาพรวมทั้งนโยบายสาธารณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น  
แตกต่างจากในอดีตซึ่งประชาชนจำนวนมากใช้บริการสุขภาพที่จัดให้จากภาครัฐในรูปแบบสังคม  
สงเคราะห์

การขยายตัวของชนชั้นกลางทำให้มีความต้องการและมุมมองการบริการสาธารณสุข  
โดยที่ระบบบริการสาธารณสุขที่จัดโดยภาครัฐถูกมองว่าเป็นสิทธิของประชาชนมากขึ้น แนวคิดหรือ  
มุมมองนี้ อาจมีส่วนทำให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ มีแนวโน้มที่จะออกมาเรียกร้องเรื่องคุณภาพของ  
ระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ต้องการระบบการตรวจสอบ ความโปร่งใส และความรับผิดชอบ  
ต่อผลงานของบริการสุขภาพ (transparency and accountability system) มากขึ้น รวมทั้งมี  
แนวโน้มที่จะมีการฟ้องร้องต่อกระบวนการยุติธรรมมากขึ้นหากมีกรณีเกิดความผิดพลาดทาง  
การแพทย์ (medical errors) ขึ้น เป็นต้น

นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงแนวคิดเรื่องบริการสาธารณสุขที่ประชาชนในสังคมไทย  
จำนวนมากขึ้นไม่ได้มองบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องสังคมสงเคราะห์อีกต่อไป ยังทำให้เกิดการ  
เปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่ส่งผลต่ออุปสงค์ของระบบบริการสาธารณสุขได้ด้วย เช่น เกิดความต้องการซื้อ  
บริการสุขภาพด้านต่างๆ ด้วยตนเองนอกเหนือไปจากการใช้สิทธิที่รัฐจัดให้ ทำให้เกิดการขยายตัวของ  
บริการสุขภาพในภาคเอกชน ทำให้เกิดการส่งเสริมบริการสุขภาพเฉพาะด้านในภาคเอกชน รวมทั้ง  
ทำให้เกิดแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น การที่ประชาชนคุ้นเคยกับการรับข้อมูล  
ข่าวสารเกี่ยวกับการซื้อขายบริการสุขภาพเฉพาะด้านและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้นนี้  
อาจเป็นตัวกำหนด “รสนิยมหรือความพอใจ (taste)” ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้เกิดอุปสงค์  
ของการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นด้วย (14)

### 3. การวิเคราะห์ธรรมนูญว่าด้วยระบบบริการสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2552 ในฐานะกลไกในการ สร้างแนวทางการควบคุมคุณภาพบริการสาธารณสุข (Mechanisms for Quality Control of Health Services Systems)

ในรายงานบทนี้ ผู้วิจัยจะได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และนำเสนอการสังเคราะห์  
กรอบแนวคิดในเรื่องคุณภาพของการบริการสาธารณสุข (healthcare quality) และการพัฒนา  
คุณภาพของการบริการสาธารณสุข (healthcare quality improvement) และเปรียบเทียบกรอบ  
แนวคิดดังกล่าวกับเป้าหมาย หลักการ และมาตรการ ที่ปรากฏอยู่ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ  
แห่งชาติ พ.ศ. 2552

#### 3.1 นิยามของคุณภาพ (Definitions of Quality)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการจัดการคุณภาพ ไม่พบว่ามีคำนิยาม  
คำว่า “คุณภาพ (quality)” ซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปหรือสามารถใช้ได้ครอบคลุมในทุกบริบท (15)  
โดยแนวคิดเรื่อง “คุณภาพ” ครอบคลุมความหมายที่หลากหลาย ตั้งแต่การนิยามให้คุณภาพหมายถึง  
“การทำให้กระบวนการภายในระบบหรือองค์กรซึ่งมีมาตรฐานเดียวกัน (the standardization of  
organizational process)” (16) หรือ “ความเหมาะสมพอดีกับการใช้งานของผลิตภัณฑ์หรือบริการ  
(the fitness for use of products or services)” (17) ซึ่งพบในวรรณกรรมด้านการจัดการ  
คุณภาพ (quality management literature) ไปจนการให้ความหมายว่า คุณภาพหมายถึง  
“คุณลักษณะที่แตกต่างหรือโดดเด่นของผลิตภัณฑ์หรือบริการ (features or differentiation of  
products or services)” ในวรรณกรรมด้านเศรษฐศาสตร์ (economics literature) และ

วรรณกรรมด้านการจัดการเชิงกลยุทธ์ (strategic management literature) (18, 19)

ซึ่งความหมายที่แตกต่างกันไปของแนวคิดเรื่องคุณภาพนี้น่าเกิดจากการใช้องค์ความรู้คนละชุด

หรือบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละอุตสาหกรรมที่ต้องมีการประยุกต์ใช้องค์ความรู้เหล่านั้น

หรือแม้แต่ประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกันในการพัฒนาองค์ความรู้ของแต่ละสาขาวิชา

ใน 1-2 ทศวรรษที่ผ่านมา วรรณกรรมด้านการจัดการคุณภาพได้ประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการจัดการเชิงกลยุทธ์เพิ่มมากขึ้น แนวคิดเรื่องการจัดการคุณภาพได้ขยายกว้างออกไป จากเดิมที่จำกัดอยู่ในเรื่อง “การควบคุมคุณภาพ (quality control)” ในภาคอุตสาหกรรมการผลิต ขยายออกไปสู่แนวคิดด้านการสร้างสมรรถภาพที่เป็นเลิศของระบบหรือองค์กร (performance excellence) ตัวอย่างเช่น เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินรางวัลองค์กรคุณภาพระดับชาติ เช่น Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) หรือ European Quality Award ใช้เกณฑ์ที่เน้นการวัดความเป็นเลิศขององค์กรในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการนำองค์กร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การดูแลลูกค้าและการตลาด ทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ และผลทางธุรกิจ (20) ดังนั้น แนวคิดเรื่องคุณภาพจึงเป็นเรื่องของทั้งองค์กรหรือเป็นคุณสมบัติของระบบ ไม่ใช่เป็นเพียงหน้าที่ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในองค์กร เช่น ฝ่ายควบคุมหรือพัฒนาคุณภาพ เท่านั้น

### 3.2 นิยามของคุณภาพของบริการสาธารณสุข (Definitions of Healthcare Quality)

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ให้นิยามของคุณภาพบริการสาธารณสุขว่าหมายถึง “คุณลักษณะของบริการสาธารณสุข ที่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ ทั้งด้านมนุษย์ สังคม

วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนและสังคมได้อย่างเหมาะสม” (21)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะ ไม่พบว่ามีนิยามของ “คุณภาพ” ที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในด้านการจัดบริการสาธารณสุข (22-25) อย่างไรก็ตาม Donabedian (1966) ได้เสนอแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางไว้ตั้งแต่หลายทศวรรษก่อน โดยกรอบแนวคิดเรื่องคุณภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian’s framework of quality) พิจารณาระบบบริการสาธารณสุขว่าประกอบด้วย โครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้า (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcomes) ดังนั้นคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขจึงประกอบด้วยคุณภาพใน 3 มิติดังกล่าว (26, 27) ดังนั้น อาจพิจารณาได้ว่าคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขควรยึดโยงอยู่กับแนวคิดเชิงระบบ (system-based framework) นั่นเอง

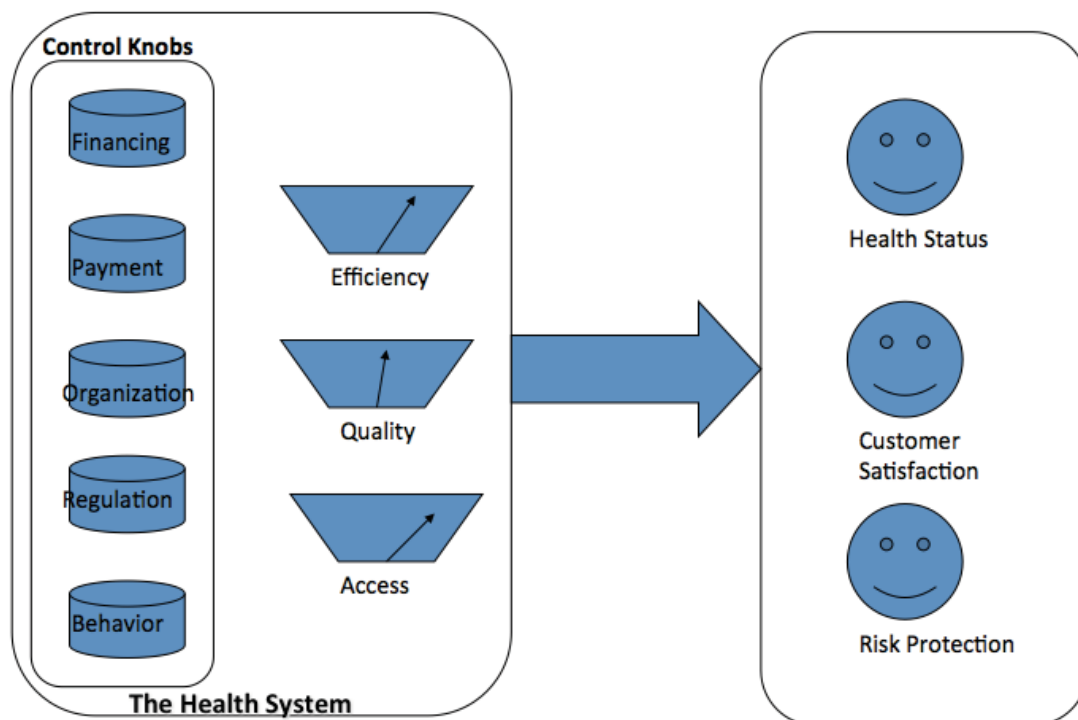
สถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้นิยามคุณภาพของบริการสาธารณสุขไว้ว่า คุณภาพ หมายถึง “ระดับของการจัดบริการสาธารณสุขสามารถทำให้ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มประชากรมีแนวโน้มที่จะได้รับผลลัพธ์ที่สุขภาพที่พึงประสงค์ และระดับของการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความรู้ทางวิชาชีพที่มีอยู่ในปัจจุบัน (the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge)” (28) ดังนั้น อาจพิจารณาได้ว่าคุณภาพของบริการสาธารณสุขยังเป็นผลจากการให้บริการที่เหมาะสม และการให้บริการที่มีความสอดคล้องกับความรู้ทางวิชาชีพที่มีอยู่ในปัจจุบัน (the appropriateness of care framework)

นิยามของคุณภาพบริการสาธารณสุขที่มีความหมายครอบคลุม จึงควรใช้ประยุกต์ใช้ทั้งแนวคิดเชิงระบบและแนวคิดเรื่องความเหมาะสม คุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขจึงควรมีความหมายครอบคลุมถึงคุณภาพของสิ่งแวดล้อมของการจัดบริการสาธารณสุข เช่น เครื่องมือทางการแพทย์ อาคารสถานที่ จำนวนและคุณภาพของผู้ให้บริการสุขภาพที่รับการศึกษาอบรมที่เหมาะสม รวมไปถึงระบบการปฏิบัติงานและทรัพยากรทางการเงินขององค์กรที่จะจัดระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและควบคุมคุณภาพบริการสาธารณสุข (regulatory and accreditation agencies) มักจะใช้มุมมองด้านโครงสร้างของคุณภาพบริการสาธารณสุขเหล่านี้มาสร้างเป็นเกณฑ์ในการให้ใบอนุญาต (licensure or certification) หรือเกณฑ์ในการรับรองคุณภาพ (accreditation programs) แต่คุณภาพของกระบวนการในระบบบริการสาธารณสุขควรมีมุมมองด้านความเหมาะสมร่วมด้วยซึ่งอาจพิจารณาจากวิธีการใช้ทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุข คุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขจึงอาจสามารถถูกประเมินได้โดยการวัดการใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการใช้ทรัพยากรมากเกินไปโดยไม่มีประโยชน์ (the overuse of services) การใช้ทรัพยากรน้อยเกินไป (the underuse of the services) และการใช้ทรัพยากรที่ไม่ถูกต้องกับบริบท (the misuse of the services)

เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ดังนั้น คุณภาพของผลลัพธ์ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขจึงอาจพิจารณาได้ว่าเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการจัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์อันเป็นเป้าหมายสุดท้ายของระบบสุขภาพ ซึ่งได้แก่ 1) การทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น (improving health status) เช่น ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพต่างๆ ของประชาชนดีขึ้น 2) การป้องกันความเสี่ยงทางการเงินและทางสังคมของประชาชน (financial

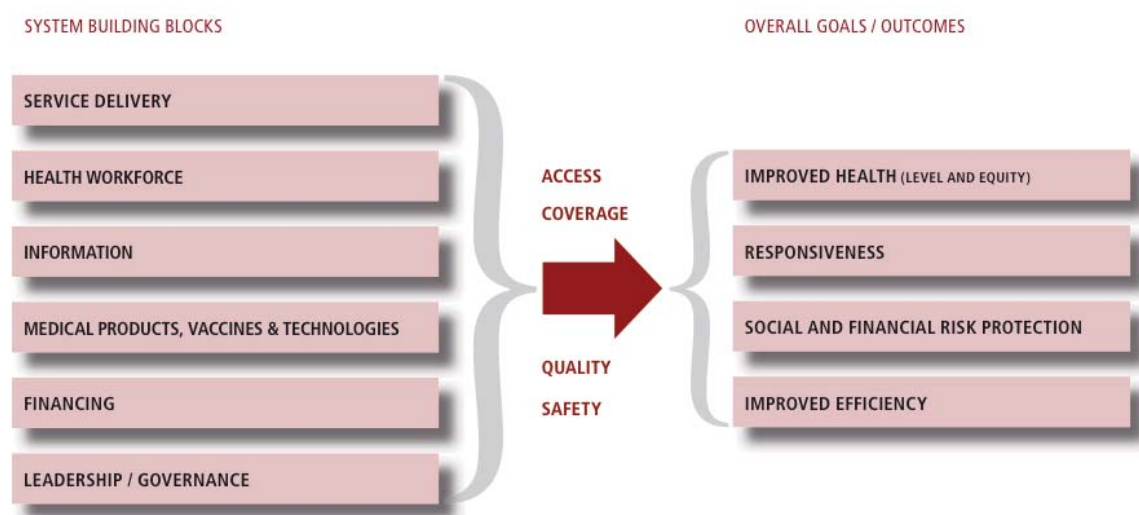
and social risk protection) เช่น ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เกิดภาวะล้มละลายทางการเงิน  
 จากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อร้ายแรงอย่าง  
 เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกรังเกียจจากสังคม และ 3) การทำให้ประชาชน รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  
 กลุ่มต่างๆ มีความพึงพอใจจากการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในแต่ละบริบทที่เหมาะสม  
 (satisfaction) แนวคิดดังกล่าวแสดงในรูปภาพ 4 (29)

รูปภาพ 4: แนวคิดเชิงระบบแสดงผลลัพธ์ของระบบบริการสาธารณสุขและระบบสุขภาพ



ที่มา: ดัดแปลงจาก Roberts et al. (2004) (29)

รูปภาพ 5: ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพกับผลลัพธ์ของระบบสุขภาพตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก



ที่มา: WHO (2006)

แม้ว่าแนวคิดเชิงระบบจะถูกนำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่นักวิชาการหลายท่านยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าคุณภาพของบริการสาธารณสุขควรจะครอบคลุมมิติ (dimensions) อื่นๆ นอกเหนือไปจากเรื่องคุณภาพของการจัดบริการ ตัวอย่างเช่น Campbell และคณะ (2000) ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงระบบในการพิจารณาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข แต่ได้เสนอเพิ่มเติมว่าคุณภาพควรได้รับการพิจารณาเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) คุณภาพของบริการสาธารณสุขระดับบุคคล (individual level) ซึ่งมีได้ 2 มิติคือ การเข้าถึงบริการ (access) และ ประสิทธิภาพ (effectiveness) ซึ่งรวมถึง ประสิทธิภาพทางคลินิก (clinical effectiveness) และประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล (inter-personal effectiveness) และ 2) คุณภาพของบริการสาธารณสุขในระดับกลุ่มประชากร (population level) ซึ่งมี 2 มิติ ได้แก่ ประสิทธิภาพ (efficiency) และความเป็นธรรม (equity) (22)

ในรายงานฉบับสำคัญของสถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine)

เรื่อง *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*

ได้นำเสนอนิยามของมิติคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขไว้ทั้งหมด 6 มิติ (30) ได้แก่

1) ความปลอดภัย (*safety*): หมายถึง ระบบบริการสาธารณสุขควรมีการออกแบบให้

ผู้ให้บริการสาธารณสุขสามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการได้รับการรักษาสุขภาพ (iatrogenic injuries)

2) ความทันเวลา (*timeliness*): หมายถึง การลดการรอคอยและการเสียเวลาของทั้ง

ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพ ซึ่งบางครั้งการรอคอยที่ไม่จำเป็นอาจนำไปสู่การเกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการสุขภาพได้

3) ความเป็นธรรม (*equity*): หมายถึง ระบบบริการสาธารณสุขที่ให้โอกาสประชาชนทุกกลุ่ม

เช่น ทุกเพศ ทุกเชื้อชาติศาสนา ทุกกลุ่มที่อยู่อาศัยทางภูมิศาสตร์ และทุกกลุ่มสถานะทาง

เศรษฐกิจและสังคม มีโอกาสที่เท่าเทียมเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ (equality of

opportunity) ตรงตามความต้องการด้านสุขภาพ (equal services for equal needs, and

unequal services for unequal needs) ไม่ว่าจะเป็นบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความเป็นธรรมทางสุขภาพอาจวัดได้คร่าวๆ

จากความสามารถของระบบบริการสุขภาพที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมได้

(accessibility) ซึ่งรวมทั้งการเข้าถึงทางกายภาพ (physical accessibility) ทางจิตใจ

(psychological accessibility) ทางการเงิน (financial accessibility) และทางข้อมูลข่าวสาร

(information accessibility) ทั้งนี้มีข้อควรพิจารณาว่า ระบบบริการสาธารณสุขที่มีความเป็นธรรม (equitable) ไม่ได้หมายถึงการทำให้ประชาชนทุกคนต้องได้รับบริการสุขภาพแบบเดียวกันหรือต้องมี สุขภาวะที่เท่าเทียมกันทั้งหมด (equality)

4) *ประสิทธิผล (effectiveness)*: หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขบนพื้นฐานของความรู้ ทางวิทยาศาสตร์ให้กับประชาชนทุกคนที่จะสามารถได้ประโยชน์จากบริการสุขภาพนั้นๆ หลีกเลียง “underuse” และหลีกเลียงการให้บริการสุขภาพที่มีแนวโน้มไม่ก่อประโยชน์ หลีกเลียง “overuse” และ “misuse”

5) *ประสิทธิภาพ (efficiency)*: หมายถึง การจัดระบบบริการสาธารณสุขโดยการใช้ ทรัพยากรสุขภาพ(health resources) เช่น ยา บุคลากรทางการแพทย์ หรือ งบประมาณที่มีอยู่ อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์คุ้มค่า (cost-effectiveness) หรือได้ผลอรรถประโยชน์สูงสุด (utility maximization) และมีการสูญเสียของทรัพยากรน้อยที่สุด (waste reduction) ทั้งนี้ การใช้ทรัพยากรจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อผลได้เท่าเดิมแต่ใช้จ่ายต่ำลง หรือใช้จ่ายเท่าเดิมแต่ ได้ผลมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านปริมาณและคุณภาพบริการ ซึ่งการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ บริการสาธารณสุขสามารถทำได้สองวิธี คือ 1) การเพิ่มประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (technical efficiency) ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพโดยการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานหรือวิธีการผลิต ผลงาน และ 2) การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocate efficiency) ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพโดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานหรือวิธีการผลิตผลงาน แต่จัดสรร ทรัพยากรที่เหมาะสมไปยังหน่วยงานย่อยในระบบบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำ งานเรื่องนั้นๆ ทำให้ประสิทธิภาพของระบบโดยรวมดีขึ้น

6) การมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดบริการ (patient-centeredness): หมายถึง

การจัดบริการสาธารณสุขที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วย ตอบสนองต่อความต้องการ ความเชื่อ และการให้คุณค่าในเรื่องสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องการรับบริการสุขภาพต่างๆ ของตนเอง ไม่ยึดการรักษาตัวโรคเป็นศูนย์กลาง (disease-centeredness) ไม่ยึดผู้ให้บริการสุขภาพเป็นศูนย์กลาง (provider-centeredness)

3.3 การวัดคุณภาพของบริการสาธารณสุข (Measurement of Healthcare Quality)

ในการทบทวนวรรณกรรมด้านการวิจัยระบบบริการสุขภาพ (health services research literature) พบว่างานศึกษาวิจัยจำนวนมากมุ่งเน้นการประเมินประสิทธิผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของกิจกรรมซึ่งองค์กรที่จัดบริการสาธารณสุขจัดให้บริการ โดยการศึกษาคุณภาพของบริการสาธารณสุขในลักษณะนี้อาจถูกเรียกว่า “การศึกษาวิจัยผลลัพธ์ (outcome research)” (31) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเพื่อประเมินผลของคุณภาพของของโครงสร้าง ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการต่างๆ ในระบบบริการสาธารณสุข นักวิชาการบางท่านเสนอว่าไม่ควรใช้ตัวชี้วัดของปัจจัยนำเข้าหรือปัจจัยโครงสร้าง (input or structural indicators) เป็นตัววัดคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข เพราะมีการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ปัจจัยนำเข้าหรือปัจจัยโครงสร้างของการจัดบริการจะเป็นสิ่งจำเป็นแต่ก็ไม่เพียงพอที่เชื่อมโยงกับคุณภาพของผลลัพธ์ของระบบบริการสาธารณสุขได้ (22, 32)

อย่างไรก็ตาม การวัดคุณภาพระบบบริการสาธารณสุขโดยการวัดผลลัพธ์ของระบบบริการสาธารณสุขแต่เพียงอย่างเดียวก็มีข้อจำกัด จากมุมมองของการพัฒนาคุณภาพบริการนั้น การวัด

เฉพาะผลลัพธ์เป็นการวัดที่ไม่ทันเวลา ตัวอย่างเช่น ต้องใช้เวลาหลายปีในการสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของอัตราการตาย (mortality rate) หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการทำงานต่างๆ ในระบบบริการสาธารณสุข ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการวัดผลลัพธ์สุดท้ายอาจไม่ช่วยในการปรับเปลี่ยนการทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างทันที่ นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นๆ ในระบบสุขภาพอีกจำนวนมาก ซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุมของการจัดระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งอาจส่งผลถึงอัตราตายได้เช่นกัน (33) เช่น ผู้ป่วยอาจมีโรคประจำตัวหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อผลการรักษาทางคลินิก ดังนั้นการใช้ผลลัพธ์ทางคลินิกในการวัดประสิทธิผลของกระบวนการในระบบบริการสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการปรับค่าความเสี่ยง (risk adjustment) ก่อนที่จะสามารถเปรียบเทียบคุณภาพของกระบวนการในระบบบริการสาธารณสุขในแต่ละหน่วยหรือเปรียบเทียบคุณภาพบริการสาธารณสุขข้ามองค์กรได้อย่างแม่นยำ (34-36)

ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (process indicators) เช่น ร้อยละของการจัดบริการที่เหมาะสม (percentage of appropriate care) สามารถใช้ในการประเมินการสร้างมาตรฐานของกระบวนการภายในระบบบริการสาธารณสุขได้ และสามารถใช้เปรียบเทียบคุณภาพของผู้ให้บริการกลุ่มต่างๆ หรือองค์กรต่างๆ ที่จัดบริการสาธารณสุขได้ ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการจะเป็นตัวแทนที่ดีของการวัดคุณภาพบริการสาธารณสุขถ้าหากมีการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของกระบวนการและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์อยู่แล้ว ในกรณีเช่นนี้ ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการจะเป็นตัวชี้วัดที่มีความเหมาะสมมากที่สุดจากมุมมองของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุข

ในการวัดคุณภาพของบริการสาธารณสุขเฉพาะด้าน หรือบริการสาธารณสุขบางระดับอาจมีความจำเป็นในการสร้างตัวชี้วัดที่มีความจำเพาะต่อบริการชนิดนั้นๆ หรือระดับนั้น ตัวอย่างเช่น

ในการวัดคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (quality of primary care services) จำเป็นต้องคำนึงหน้าที่หลัก 4 ประการของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งพิจารณาองค์ประกอบหลัก 6 ประการของระบบบริการสุขภาพ จึงจะสร้างตัวชี้วัดที่สามารถประเมินผลคุณภาพของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในแต่ละประเทศได้ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป (WHO European Region or WHO/Europe) ได้เสนอแนะเครื่องมือในการประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไว้ เรียกว่า “Primary Care Evaluation Tool (PCET)” (37) ดังตัวอย่างตัวชี้วัดที่ได้แสดงไว้ในตาราง 1

จากการทบทวนวรรณกรรมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ไม่พบว่าวรรณกรรมมีเนื้อหาที่แสดงให้เห็นว่ามีการใช้แนวคิดคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดคุณภาพของบริการสาธารณสุขที่ยึดโยงอยู่กับแนวคิดเชิงระบบ (the system-based framework) นอกจากนั้น แม้ว่าวรรณกรรมฯ จะได้ให้นิยามของคุณภาพบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพอันเป็นผลมาจากการให้บริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความรู้วิชาชีพที่มีอยู่ในปัจจุบัน (the appropriateness of care framework) แต่วรรณกรรมฯ ก็ไม่ได้ระบุกลไกที่ชัดเจนของการวัดคุณภาพตามแนวคิดดังกล่าวไว้

ตาราง 2: ตัวอย่างตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

| หน้าที่ของบริการสุขภาพปฐมภูมิ (functions)                    | มิติของบริการสุขภาพปฐมภูมิ (dimensions)                                                                                                                             | ตัวชี้วัดของบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Selected items or Proxies)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. การเข้าถึงบริการสุขภาพ (access to services)               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Financial access for patients</li> <li>Geographical access</li> <li>Organizational access</li> <li>Responsiveness</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cost sharing/co-payment for PC</li> <li>Distance to PC practice</li> <li>Distribution of PC physicians</li> <li>List size</li> <li>PC provider workload</li> <li>PC outside office hours</li> <li>Home visits in PC</li> <li>Electronic access</li> <li>Planning of non-acute consultations</li> <li>Timeliness of care</li> <li>Clinics for specific patient groups</li> </ul> |
| 2. ความต่อเนื่องของการบริการสุขภาพ (continuity)              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Informational continuity</li> <li>Longitudinal continuity</li> <li>Interpersonal continuity</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Computerization of the practice</li> <li>Medical records</li> <li>Patient lists Patient habits with first contact visits/referrals</li> <li>Endurance of patient-provider relationship</li> </ul>                                                                                                                                                                               |
| 3. ความเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพระดับอื่นๆ (coordination) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cohesion within PC</li> <li>Coordination with other care levels</li> </ul>                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>PC practice management</li> <li>Collaboration among general practitioners/family doctors</li> <li>Collaboration of PC physician with other primary care workers</li> <li>Referral system/gate-keeping</li> <li>Shared care arrangements</li> </ul>                                                                                                                              |
| 4. ความครอบคลุมของการให้บริการสุขภาพ (comprehensiveness)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Practice conditions</li> <li>Service delivery</li> <li>Community orientation</li> <li>Professional skills</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Premises, equipment Medical procedures</li> <li>Preventive, rehabilitative, educational activities</li> <li>Disease management</li> <li>Practice policy</li> <li>Community links Technical skills</li> </ul>                                                                                                                                                                    |

ที่มา: ดัดแปลงจาก WHO/Europe's Primary Care Evaluation Tool (PCET) (37)

### 3.3 กลไกในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุข

ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุข มีอยู่ 2 ด้านใหญ่ๆ ได้แก่

- 1) ปัจจัยขององค์กรหรือปัจจัยเชิงระบบที่กระตุ้นแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ (motivation for quality) และ 2) ปัจจัยขององค์กรหรือปัจจัยเชิงระบบที่กำหนดความสามารถในการพัฒนาคุณภาพ (ability to improve quality)

#### *3.3.1 แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ (Motivation for Quality Improvement):*

นักวิชาการบางท่านเสนอว่ากระแสการพัฒนาคุณภาพของบริการสาธารณสุขทั่วโลกในขณะนี้ ส่วนหนึ่งมาจากแรงจูงใจภายในของความเป็นมืออาชีพของบุคลากรด้านสุขภาพ (the intrinsic motivation of professionalism) (38) ตัวอย่างเช่น วิชาชีพแพทย์มีหน้าที่ในการดูแลภายในวิชาชีพ กันเองเพื่อรักษาคุณภาพและมาตรฐานของเวชปฏิบัติ และทำหน้าที่แก้ไขหรือลงโทษผู้ให้บริการ ที่ไม่ได้มาตรฐานมาตั้งแต่ก่อนมีกฎหมายใดๆ คอยควบคุม (39) แรงจูงใจของวิชาชีพอีกส่วนหนึ่งอาจ เกิดจากความเข้าใจว่าการจัดบริการที่มีคุณภาพสามารถช่วยลดต้นทุนในการจัดบริการสุขภาพได้ (40) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการจัดบริการที่ไม่มีคุณภาพอาจนำไปสู่ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นได้ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นผลจากการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มากเกินไป หรือการใช้ทรัพยากร ที่ไม่จำเป็นตามมาตรฐานวิชาชีพ (41)

อย่างไรก็ตาม ความเป็นมืออาชีพของแต่ละวิชาชีพและความต้องการในการควบคุมต้นทุน ในการจัดบริการสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการอธิบายว่าทำไมผู้ให้บริการสาธารณสุข จำนวนมากซึ่งต้องการให้บริการที่มีคุณภาพแต่ล้มเหลวในการให้บริการที่มีคุณภาพ

และหลายครั้งทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้รับบริการจำนวนมาก (42) กลไกในการสร้างแรงจูงใจอื่นๆ ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข ตัวอย่างเช่น แรงจูงใจในภายนอก (the extrinsic motivations) ซึ่งรวมทั้งการควบคุมขององค์กรภาครัฐและการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพในตลาดสุขภาพ (43) ดังนั้น ภาครัฐจึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันอย่างเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุข เช่น การประเมินและออกใบอนุญาตแก่ผู้ให้บริการสุขภาพ (licensing) การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation) การรายงานคุณภาพของบริการสุขภาพต่อสาธารณะ (public reporting and ranking of organization's quality performance) (44, 45) เป็นต้น

สำหรับการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 (ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “สถานรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)” หรือ “สรพ.”) เป็นองค์กรภาครัฐซึ่งทำหน้าที่ส่งเสริม พัฒนาและรับรองระบบคุณภาพในสถานพยาบาลทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน สรพ.ทำหน้าที่ดังกล่าวมาตั้งแต่ก่อนที่ประเทศไทยจะมีพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ไม่ได้เกิดจากกลไกตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สรพ.ได้สร้างภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และได้สร้างมาตรฐานของระบบบริการสาธารณสุข (“มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี”) ในปีพ.ศ. 2549 (46) รวมทั้งปรับปรุงมาตรฐานดังกล่าวให้ได้มาตรฐานในระดับสากลในปีพ.ศ. 2553 โดยได้รับการรับรองจาก The International Society for Quality in Health Care (ISQua) ซึ่งเป็นองค์กรระดับนานาชาติซึ่งทำหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ

สาธารณสุข (47) การประเมินและรับรองระบบคุณภาพของสพร.มุ่งเน้นที่กระบวนการ ไม่เน้นที่  
การวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการให้บริการสาธารณสุข และเป็นกระบวนการที่เกิดจากการมี  
ส่วนร่วมของผู้ให้บริการสาธารณสุขแบบสมัครใจ ไม่ใช่กลไกภาคบังคับ

### 3.3.2 ความสามารถในการพัฒนาคุณภาพ (Ability to Improve Quality):

แม้ในกรณีที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขมีแรงจูงใจ ทั้งแรงจูงใจภายในและภายนอกดังที่อธิบาย  
ข้างต้น แต่คุณภาพบริการสาธารณสุขก็อาจมีความแตกต่างกันได้อย่างมาก ทั้งนี้ ความแตกต่างของ  
คุณภาพบริการสาธารณสุขที่พบบนนั้นอาจไม่ได้เกิดจากแรงจูงใจแต่เพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดจาก  
ความแตกต่างของความสามารถในการพัฒนาคุณภาพที่แตกต่างกันของผู้ให้บริการสาธารณสุข  
หรือองค์กรผู้ให้บริการสาธารณสุข (ability to improve quality)

ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของความสามารถในการพัฒนาคุณภาพที่แตกต่างกัน  
ของผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือองค์กรผู้ให้บริการสาธารณสุข ได้แก่ ความสามารถของผู้ให้บริการ  
สาธารณสุขหรือองค์กรในระบบบริการสาธารณสุขในการระบุปัญหาเพื่อนำไปพัฒนาต่อไป ซึ่งความ  
สามารถดังกล่าวขึ้นปัจจัยในองค์กรหลายๆ ปัจจัย เช่น โครงสร้างองค์กร (institutional resources)  
ทรัพยากรในองค์กร (organizational resources) ภาวะผู้นำในองค์กร (leadership) วัฒนธรรม  
องค์กร (organizational culture) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในองค์กร  
(employee involvement) บรรยากาศภายในองค์กร (organization climate) ที่เอื้อต่อการ  
กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ เช่น ความปลอดภัยทางจิตวิทยาในที่ทำงาน (psychological safety)  
(48, 49) ความสามารถขององค์กรในระบบบริการสาธารณสุขในการเรียนรู้และระบุปัญหาที่ต้องแก้ไข

(“learn what”) และความสามารถขององค์กรในการเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาปัญหาเหล่านั้น  
 (“learn how”) ทั้งนี้ มีการศึกษาพบว่า การแก้ไขปัญหาคุณภาพในหลายกรณีซึ่งยังไม่มี  
 “แนวทางการทำงานที่เป็นเลิศ (best practices)” อยู่ก่อน การเรียนรู้การแก้ไขปัญหของ  
 บุคลากรที่หน้างาน (frontline worker) เท่านั้นที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ  
 บริการสาธารณะได้ (50)

จากการทบทวนวรรณกรรมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ไม่พบว่าวรรณกรรม  
 มีเนื้อหาที่แสดงให้เห็นว่ามีการใช้กลไกใดในการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ  
 สาธารณสุขอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นกลไกในการสร้างแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation)  
 แรงจูงใจในภายนอก (extrinsic motivation) หรือกลไกในการสร้างความสามารถของผู้ให้บริการ  
 สาธารณสุขหรือองค์กรในระบบบริการสาธารณสุขพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (ability to  
 improve quality)

#### 4. การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคามของธรรมนูญว่าด้วย

ระบบสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุม

#### คุณภาพ (SWOT Analysis)

ในรายงานฉบับนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ โดยใช้การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม (SWOT analysis) ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพเพื่อสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขในธรรมนูญว่าด้วยระบบบริการสุขภาพฉบับต่อไป

##### 4.1 จุดแข็งของธรรมนูญฯ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มีจุดแข็ง (strengths) หรือข้อดีในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพระบบบริการสาธารณสุขตามกฎหมายที่กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ดังต่อไปนี้

- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มีแนวคิดที่จะออกแบบ “เชิงระบบ” ให้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ผ่านการกำหนด “หลักการ เป้าหมาย มาตรการ” เพื่อจัดระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพระบบบริการสาธารณสุข ดังปรากฏในหมวด 6 (ระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ)

- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มีแนวคิดเชื่อมโยงหลักการ เป้าหมาย มาตรการในการจัดระบบบริการสาธารณสุขเข้ากับหลักการ เป้าหมาย มาตรการของการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังที่เห็นได้จากการกำหนดในข้อ 43 ของธรรมนูญฯ ให้ “การบริการสาธารณสุขต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์”
- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มีแนวคิดในจัดระบบบริการสาธารณสุข และการควบคุมคุณภาพตามหลักธรรมาภิบาล (good governance) ดังจะเห็นได้จาก หลักการที่กำหนดไว้ใน ข้อ 43 ของธรรมนูญฯ กำหนดได้การบริการสาธารณสุขต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และข้อ 13 ของธรรมนูญฯ ที่กำหนดให้ “การจัดการระบบสุขภาพจะต้องยึดหลักธรรมาภิบาล”
- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มีแนวคิดในจัดระบบบริการสาธารณสุข ผ่านมาตรการต่างๆ ของภาครัฐ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเชื่อมโยงภาคประชาสังคม เข้ากับภาควิชาการและภาครัฐตาม “ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ดังเห็นได้จาก มาตรการที่กำหนดไว้ในทุกมาตรการในหมวด 6 ของธรรมนูญฯ เป็นมาตรการที่เน้นการทำงานผ่านกลไกของภาครัฐ และมาตรการที่ให้รัฐและทุกภาคส่วนร่วมกันพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มีแนวคิดในจัดระบบบริการสาธารณสุข ผ่านมาตรการต่างๆ ของภาครัฐ โดยมีทั้งมาตรการด้านบวก (positive measures) ได้แก่ “ให้รัฐส่งเสริม” “ให้รัฐสนับสนุน” “ให้รัฐและทุกภาคส่วนร่วมกันพัฒนา” และ “ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติ” ดังเห็นได้จากข้อ 46, 47, 48, 49, 50, 52 ของธรรมนูญฯ และมาตรการ

ด้านลบ (negative measures) ได้แก่ การกำหนดให้ “รัฐไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษ” ดังเห็นได้ในข้อ 51 ของธรรมนูญฯ

#### 4.2 จุดอ่อนของธรรมนูญฯ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มีจุดอ่อน (weaknesses) หรือข้อด้อยในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพระบบบริการสาธารณสุขตามกลไกที่กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ดังต่อไปนี้

- จากการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และเปรียบเทียบแนวคิดที่ปรากฏในธรรมนูญฯ กับแนวคิดการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในวรรณกรรมด้านระบบสุขภาพ (health systems literature) พบว่าธรรมนูญฯ ยังไม่มีแนวคิดเชิงระบบ (systems thinking) ที่ชัดเจนมากพอ โดยเฉพาะยังขาดแนวคิดเรื่องคุณลักษณะพื้นฐานของระบบและความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบย่อยต่างๆ ในระบบบริการสาธารณสุข (underlying characteristics and relationships of systems) เนื่องจากไม่ปรากฏชัดเจนว่ามีกลไกเชิงระบบอะไรบ้างในธรรมนูญฯ ที่สามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ จึงเป็นการยากที่จะประเมินได้ว่ากลไกที่มีอยู่ตามธรรมนูญฯ สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปของระบบสุขภาพได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 จะกำหนดไว้ในข้อ 43 ให้ “การบริการสาธารณสุขต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์”

ซึ่งอาจสื่อความหมายโดยนัยได้ว่าระบบบริการสาธารณสุขเป็น “ระบบย่อย”

หรือเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ แต่กลับไม่ปรากฏอย่างชัดเจนว่าธรรมนูญฯ

ได้กำหนดเป้าหมายของระบบบริการสาธารณสุขและเป้าหมายของระบบสุขภาพเป็น

เป้าหมายเดียวกัน โดยเป้าหมายของระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพตาม

ที่กำหนดไว้ในธรรมนูญฯ ข้อ 44 และ 45 เป็นเพียงเป้าหมายเล็กหรือเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่

1) การพัฒนาให้การยอมรับของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ และ 2) การมีระบบบริการ  
สาธารณสุขที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ยังขาดมุมมองเชิงระบบซึ่งการกำหนด  
“เป้าหมาย” ของการจัดระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของ  
การทำงานตามเป้าหมายใหญ่ของระบบสุขภาพ ดังนั้น ธรรมนูญฯ ยังขาดการกำหนดให้  
การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขต้องมีเป้าหมายอย่างน้อย 3 ประการ ที่จะเกื้อหนุนให้เกิด  
สุขภาวะในระบบสุขภาพ ได้แก่ 1) การทำให้สุขภาวะของประชาชนดีขึ้น (improving  
health status) เช่น ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพต่างๆ ดีขึ้น 2) การป้องกันความเสี่ยงทาง  
การเงินและทางสังคมของประชาชน (financial and social risk protection) เช่น  
ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เกิดภาวะล้มละลายทางการเงินจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา  
พยาบาล หรือการทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกรังเกียจจากสังคม และ 3) การทำให้ประชาชนรวมทั้ง  
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ มีความพึงพอใจจากการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ  
ในแต่ละบริบทได้เหมาะสม (satisfaction)

- แม้ว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ได้กำหนดให้คุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพ แต่คุณลักษณะที่กำหนดไว้นั้นยังไม่มี ความจำเพาะต่อการพัฒนาคุณภาพของบริการสุขภาพ เพราะคุณลักษณะที่กำหนดไว้ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับเรื่องธรรมาภิบาล (good governance) ได้แก่ การกำหนดให้ระบบสุขภาพต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมาภิบาล ความรู้ ปัญญา วิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน การพัฒนาอย่างยั่งยืน เศรษฐกิจพอเพียง สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพตามกฎหมาย
- บางคุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ในหมวด 6 ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เป็นคุณลักษณะที่มีความจำเพาะต่อการจัดบริการสุขภาพ บางระดับมากกว่าการออกแบบคุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม เช่น ธรรมนูญฯ กำหนดเป้าหมายให้ “ระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้รับการยอมรับ มีศักดิ์ศรี ได้รับความไว้วางใจ และเป็นที่พึ่งหลักของประชาชน” ซึ่งแม้ว่าคุณลักษณะดังกล่าวจะมีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ แต่ยังไม่เชื่อมโยงกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สามารถบรรลุเป้าหมาย ทั้ง 3 ประการ ดังที่ได้อภิปรายไว้ข้างต้น จึงไม่อาจสามารถใช้เป้าหมายของระบบบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดไว้ในหมวด 6 ของธรรมนูญฯ เป็นตัวชี้วัดระยะกลาง (process indicators or intermediate outcomes) ของความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

- คุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ซึ่งถูกกำหนดไว้ในธรรมนูญฯ อาจใช้เป็นแนวทางการประเมินผลพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขได้ค่อนข้างลำบาก เช่น ขาดการกำหนดคุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขซึ่งสามารถวัดได้ (measurable) หรือขาดคุณลักษณะที่สามารถตรวจสอบได้ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันได้รับการวางแผนและมีการดำเนินงานตรงตามแนวทางที่วางไว้ในธรรมนูญฯ หรือไม่อย่างไร
- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2552 ขาดการกำหนดคุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถวัดได้อย่างมีความจำเพาะ (specificity) ต่อประเด็นในการพัฒนาบริการสาธารณสุข และมีความยืดหยุ่น (flexibility) ต่อวิธีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้น และขาดการกำหนดคุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขตามที่มีหลักฐานวิชาการสนับสนุนว่าคุณลักษณะเหล่านั้นสามารถนำไปสู่เป้าหมายสุดท้าย (ultimate goals) ของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ได้
- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2552 ไม่ได้ระบุกลไกระดับชาติที่ชัดเจนที่จะสามารถนำมาใช้ดูแล กำกับ ควบคุมและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข นอกจากนั้น การควบคุมคุณภาพ (quality control) ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมคุณภาพของแต่ละวิชาชีพ เช่น การออกใบอนุญาต (licensing) หรือการควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการในองค์กร ภายในระบบบริการสาธารณสุข ตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดที่ล้าสมัย เนื่องจากมีหลักฐานว่า การควบคุมคุณภาพใช้ไม่ได้ผลในระบบบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นระบบที่ซับซ้อนและมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา (complex adaptive systems)

- ส่วนการรับรองคุณภาพ (quality accreditation) ซึ่งวางอยู่บนแนวคิดการประกันคุณภาพ (quality assurance) นั้นอาจเป็นกลไกที่ได้ผลดีในการควบคุมและตรวจสอบปัจจัยนำเข้า (input) และกระบวนการ (process) บางอย่าง แต่ยังมีข้อจำกัดในการควบคุมและตรวจสอบ ผลลัพธ์ (outcomes) ของระบบบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม การทำงานของสถาน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ซึ่งเป็นองค์กรภาครัฐซึ่งทำหน้าที่ ส่งเสริมพัฒนาและรับรองระบบคุณภาพในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มาตั้งแต่ ก่อนที่ประเทศไทยจะมีพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ไม่ได้เกิดจากกลไกตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และยังคงมุ่งเน้นที่การ ประเมินและรับรองกระบวนการ ไม่เน้นการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการให้บริการ และการเข้าร่วมกระบวนการเป็นไปแบบสมัครใจ ไม่ใช่กลไกภาคบังคับ
- ไม่พบว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2552 มีแนวคิดที่ส่งเสริมการใช้กลไก เพื่อพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โดยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เช่น การส่งเสริม การแข่งขันอย่างเป็นธรรมระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ การสร้างระบบข้อมูลคุณภาพ ของบริการสุขภาพ และการรายงานข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้ให้บริการสุขภาพต่อสาธารณะ (public reporting of healthcare quality data) เป็นต้น

#### 4.3 โอกาสในการพัฒนาและควบคุมคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข

จากการประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่ามีโอกาส (opportunity) หรือปัจจัยภายนอก ของระบบสุขภาพที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

- การเปลี่ยนแปลงในสังคมไทยซึ่งเปลี่ยนแปลงไปเป็นประชาธิปไตย (democratization) และแนวคิดทางการเมืองการปกครอง “ความเป็นพลเมือง (citizenship)” หรือ “ประชาสังคม (civil society)” ทำให้ประชาชนมีความตระหนักในสิทธิและหน้าที่ของตน ในการมีส่วนร่วมทางการเมืองมากขึ้น เอื้อต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งการกำหนดนโยบายสาธารณสุขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น เช่น การสร้างมาตรฐานทางสังคม (social norms) การสร้างความชอบธรรม (legitimacy) หรือการสร้างชื่อเสียง (reputation) ของ ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพผ่านกลไกการกำกับดูแลโดยภาคเอกชน (private sector) และภาคประชาสังคม (third sector or civil society)
- ความก้าวหน้าในด้านวิชาการด้านแนวคิดเชิงระบบ (systems thinking) การจัดการคุณภาพ (quality management) การจัดการความรู้ (knowledge management) ที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว เอื้อต่อการใช้นำเครื่องมือด้านการพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) ภายในระบบสุขภาพ
- การขยายตัวของชนชั้นกลางทำให้มีความต้องการและมุมมองการบริการสุขภาพเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขที่จัดโดยภาครัฐถูกมองว่าเป็นสิทธิของประชาชนมากขึ้น รวมทั้งแนวโน้มที่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ออกมาเรียกร้องเรื่องคุณภาพของระบบบริการสุขภาพมากขึ้น และมีความต้องการระบบการตรวจสอบ ความโปร่งใส และความรับผิดชอบ ต่อผลงานของบริการสุขภาพ (transparency and accountability system) มากขึ้น

เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข ผ่านกลไกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ  
คุณภาพบริการสุขภาพโดยการรายงานข้อมูลเชิงประจักษ์ของคุณภาพการบริการสุขภาพต่อ  
สาธารณะ (public reporting of healthcare quality)

- การขยายตัวของเมือง การย้ายถิ่นเข้าเมืองของประชาชน การลดจำนวนของคนจนหรือ  
การเพิ่มจำนวนของชนชั้นกลางในสังคม ความต้องการบริการสาธารณสุขที่สามารถ  
ตอบสนองต่อวิถีชีวิตคนเมือง และการเติบโตอย่างรวดเร็วของธุรกิจสุขภาพภาคเอกชน  
เอื้อต่อการนำทรัพยากรสุขภาพในภาคเอกชนมาร่วมพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ  
สาธารณสุข โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาแต่ระบบบริการสุขภาพภาครัฐเหมือนในอดีต
- การขยายตัวอย่างรวดเร็วของการทำงานของเทคโนโลยีสารสนเทศในสังคมไทย การเติบโต  
อย่างต่อเนื่องของการใช้อุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (mobile communication) การเติบโต  
ของสื่อสังคมออนไลน์ (social network media) เอื้อต่อการใช้สื่อดังกล่าวเป็นช่องทาง  
รับรู้ข้อมูลข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศดังกล่าวมากขึ้น สามารถ  
เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปในสังคมอย่างรวดเร็วมากขึ้น และเอื้อต่อการนำ  
เทคโนโลยีสารสนเทศดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารของกลุ่มผู้ป่วยเพื่อดูแลตนเอง  
ในกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนเดียวกัน หรือสื่อสารเพื่อช่วยเหลือกันในกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันหรือ  
กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะร่วมกัน (self-help group) ในลักษณะชุมชนเสมือนจริง (virtual  
community) รวมทั้งการใช้งานเพื่อเสริมการจัดบริการสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ  
โดยเฉพาะการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการสุขภาพ และการ  
ติดต่อระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ (telemedicine)

#### 4.4 ภาวะคุกคามต่อการพัฒนาและควบคุมคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข

จากการประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่ามีภาวะคุกคาม (threats) หรือปัจจัยภายนอกของระบบสุขภาพที่เป็นอุปสรรค หรือไม่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขดังต่อไปนี้

- ความไม่แน่นอนทางการเมืองที่ค่อนข้างสูงในทศวรรษที่ผ่านมาส่งผลให้บทบาทภาครัฐที่มีต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เกิดความไม่แน่นอนตามไปด้วย
- ความแตกต่างในด้านการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะความแตกต่างระหว่างภูมิภาค เช่น การกระจายตัวของแพทย์ และการกระจายตัวของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ในระบบบริการสาธารณสุข ยังคงเป็นปัญหาของระบบบริการสาธารณสุข และความแตกต่างนี้อาจเป็นปัญหาที่รุนแรงมากขึ้นอีก หากไม่สามารถจัดการกับปัญหามองไกลจากการที่บุคลากรด้านสุขภาพย้ายจากสถานพยาบาลภาครัฐไปทำงานในระบบบริการสาธารณสุขภาคเอกชน การย้ายของบุคลากรด้านสุขภาพที่เคยทำงานอยู่ในเขตชนบทย้ายมาทำงานในเขตเมือง และการย้ายของบุคลากรด้านสุขภาพที่เคยทำงานในระดับปฐมภูมิไปทำงานในโรงพยาบาล
- ความเสี่ยงด้านการคลังสุขภาพในระยะยาวเพราะความต้องการบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นของประชากรจากการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุของสังคมไทย ซึ่งจะทำให้มีประเทศไทย ทำให้มีสัดส่วนของบุคคลที่ไม่อยู่ในตลาดแรงงานต่อผู้ที่อยู่ใน

ตลาดแรงงาน (dependency ration) สูงขึ้น เกิดเป็นภาระในการดูแลสุขภาพของ

ผู้สูงอายุมากขึ้น มีต้องการทรัพยากรสุขภาพเพื่อดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

- การขยายตัวของชนชั้นกลางอาจทำให้มีความต้องการระบบการตรวจสอบ ความโปร่งใส และความรับผิดชอบต่อผลงานของบริการสุขภาพ (transparency and accountability system) อาจทำให้มีแนวโน้มการฟ้องร้องต่อกระบวนการยุติธรรม เพิ่มมากขึ้นหากมีกรณีเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical errors)
- การเติบโตของธุรกิจบริการสุขภาพอย่างรวดเร็วทำให้เกิดการส่งเสริมบริการสุขภาพ เฉพาะด้าน และทำให้เกิดแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งรสนิยมหรือความพอใจ (taste) ในการรับบริการสุขภาพเฉพาะทางบางอย่าง เช่น การแพทย์เพื่อความงาม และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เหล่านี้จะเป็นตัวกำหนด อุปสงค์ของการบริการสุขภาพที่มากขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงมากขึ้น อย่างรวดเร็วภายในระบบสุขภาพได้

## 5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendations)

คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ โดยใช้การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และ ภาวะคุกคาม (SWOT analysis) ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ พบว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไป ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมในประเด็นรวมทั้งหมด 5 ประการ ดังต่อไปนี้

เมื่อพิจารณากลยุทธ์เชิงรุกที่ตั้งอยู่บนจุดแข็งและโอกาสของระบบสุขภาพ (SO strategy) และกลยุทธ์เชิงพัฒนาที่ตั้งอยู่บนจุดอ่อนและโอกาสของระบบสุขภาพ (WO strategy) พบว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไปควรมีการเพิ่มเติมในประเด็นดังต่อไปนี้:

- 1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติควรปรับเป้าหมายเฉพาะของการสร้างระบบบริการ

สาธารณสุขที่พึงประสงค์ให้จำเพาะขึ้น:

เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขเป็นระบบย่อย หรือเป็นเพียงส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ดังนั้น เป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขควรเป็นเป้าหมายเดียวกันกับเป้าหมายของระบบสุขภาพ ซึ่งได้แก่ 1) การทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น (improving health status) เช่น ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพต่างๆ ของประชาชนดีขึ้น 2)การป้องกันความเสี่ยงทางการเงินและทางสังคมของประชาชน (financial and social risk protection) และ 3) การทำให้ประชาชนรวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ มีความพึงพอใจจากการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในแต่ละบริบทได้เหมาะสม (satisfaction)

2) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติควรส่งเสริมการพัฒนาให้ครบทุกมิติทางคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข ไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับธรรมาภิบาลแต่เพียงอย่างเดียว และสามารถใช้มิติทางคุณภาพเหล่านั้นเป็นตัวชี้วัดระยะกลางของความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์:

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติควรกำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบบริการสาธารณสุขด้วยมิติทางคุณภาพของการจัดบริการ (services delivery) ไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับธรรมาภิบาลแต่เพียงอย่างเดียว ระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ขึ้นอยู่กับการจัดบริการสุขภาพให้มีคุณภาพใน 6 มิติ (quality dimensions) ได้แก่ ความปลอดภัย (safety) ความทันเวลา (timeliness) ความเป็นธรรม (equity) ประสิทธิภาพ (effectiveness) ประสิทธิภาพ (efficiency) และการมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดบริการ (patient-centeredness) เนื่องจากคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขใน 6 มิตินี้มีความชัดเจน วัดได้ เป็นรูปธรรม และยืดหยุ่นมากพอที่จะสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดระยะกลาง (process indicators or intermediate outcomes) ของความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

เนื่องจากการจัดบริการสุขภาพเป็นเพียงหนึ่งในหกองค์ประกอบของระบบสุขภาพเท่านั้น (six building blocks of health systems) ดังนั้นความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีปัจจัยเอื้อจากองค์ประกอบอื่นๆ ของระบบสุขภาพด้วย ซึ่งได้แก่ ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ (health workforce) ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีทางสุขภาพ (medical product and technology) สารสนเทศสุขภาพ (health information) การคลังสุขภาพ (health financing) และภาวะการนำและการอภิบาลระบบสุขภาพ (leadership and governance)

ซึ่งรวมถึงการพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมจัดบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนซึ่งได้กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ควรกำหนดประเด็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขผ่านกลไกธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์อาจไม่สามารถทำให้เกิดคุณภาพได้สูงสุดในทุกๆ มิติพร้อมๆ กัน เนื่องจากในบางครั้งอาจเกิดภาวะได้อย่างเสียอย่าง (trade-off) ระหว่างมิติของคุณภาพ (เช่น ประสิทธิภาพ ลดลงแต่ความเป็นธรรมเพิ่มขึ้น หรือประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นแต่ประสิทธิผลลดลง เป็นต้น) ดังนั้นการอภิบาลระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องสร้างความสมดุลระหว่างมิติทางคุณภาพ หรือการอภิบาลระบบสุขภาพอาจมุ่งเน้นในมิติคุณภาพด้านใดด้านหนึ่งเป็นพิเศษผ่านการสร้างเจตจำนงค์ทางการเมืองร่วมกัน (political will) เช่น หากสังคมไทยมุ่งเน้นมิติทางคุณภาพด้านความเป็นธรรมมากที่สุด ก็อาจยอมรับการจัดบริการสาธารณสุขที่ไม่เน้นการมีประสิทธิภาพสูงสุด เพราะสังคมยอมรับการเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรบางกลุ่มได้ เป็นต้น

3) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติควรปรับปรุงคุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ให้แต่ละคุณลักษณะให้ไม่มีความหมายขัดแย้งกันเอง เช่น ไม่ควรกำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มี "ความเท่าเทียม" ซึ่งอาจขัดแย้งกับ "ความเป็นธรรม" หรือไม่ควรกำหนด "ราคาไม่แพง" ซึ่งอาจขัดแย้งกับ "ประสิทธิผล" และ "ประสิทธิภาพ":

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติในหมวดระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพควรกำหนดคุณลักษณะ (characteristics) ของระบบบริการสาธารณสุขที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในระบบสุขภาพสามารถเข้าใจความหมายได้ตรงกัน และไม่กำหนดคุณลักษณะที่มีความหมายขัดแย้งกันเอง เช่น ไม่ควรกำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มี “ความเท่าเทียม (equality)” เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขที่เท่าเทียมกันอาจเป็นระบบที่มี “ความไม่เป็นธรรม (inequity)” โดยเฉพาะไม่เป็นธรรมต่อกลุ่มผู้ด้อยโอกาสบางกลุ่มในสังคม หรือไม่เป็นธรรมต่อกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการทางสุขภาพ (unequal health needs) มากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไม่ควรกำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องมี “ราคาไม่แพง” เพราะอาจไม่สอดคล้องกับการที่ธรรมนูญฯ กำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องมี “ประสิทธิผล” และ “ประสิทธิภาพ” ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขที่มีราคาไม่แพงนั้น อาจเป็นระบบที่ไม่มีประสิทธิผลหรือไม่มีประสิทธิภาพก็ได้ หรือหากเป้าหมายของธรรมนูญฯ คือการลดภาระค่าใช้จ่ายของบริการสาธารณสุข (ไม่ว่าจะเป็นภาระทางการเงินของผู้รับบริการสาธารณสุขหรือภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของภาครัฐ) ธรรมนูญฯ ก็ควรระบุให้ชัดเจนว่า การกำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขมีราคาไม่แพงนั้น เป็นราคาที่ไม่มีแพงในมุมมอง (perspectives) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มใด

จากการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ โดยเฉพาะกลยุทธ์เชิงรับซึ่งตั้งอยู่บนจุดแข็งและภาวะคุกคามในระบบสุขภาพ (ST strategy) พบว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไปควรมีการเพิ่มเติมอีก 2 ประเด็นดังต่อไปนี้:

- 4) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติควรส่งเสริมการสร้างกลไกอื่นๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข นอกจาก “การควบคุม” คุณภาพผ่านกลไกภาครัฐ:

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพในมิติต่างๆ ดังนั้นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติจึงไม่ควรเน้นเฉพาะการควบคุมคุณภาพ ธรรมนูญฯ ควรส่งเสริมกลไกต่างๆ ของภาครัฐเพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้บริการสุขภาพ (healthcare providers) ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กรสามารถจัดการคุณภาพได้ (quality management) หรือพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ (continuous quality improvement) เช่น การส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากรในหน่วยงานประจำ (frontline worker) การส่งเสริมการเรียนรู้มาตรฐานคุณภาพระดับสากล เพื่อนำมาปรับและประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบคุณภาพที่ตอบสนองต่อสังคมไทย รวมทั้งการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการถ่ายทอดเทคโนโลยีดังกล่าวไปยังระบบบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

ในขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพในมิติต่างๆ ระบบบริการสาธารณสุขที่จัดโดยองค์กรภาคเอกชนบางแห่งได้รับการรับรองคุณภาพระดับนานาชาติ ดังนั้น นอกจากกลไกต่างๆ ของภาครัฐที่จะส่งเสริมการจัดการหรือการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องแล้ว ธรรมนูญฯ ควรส่งเสริมการอภิบาลระบบสุขภาพเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขผ่านทางกลไกอื่นๆ ของภาครัฐ ตัวอย่างเช่น ปรับบทบาทภาครัฐเป็นผู้นำกำกับติดตาม (regulator) คุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมของการจัดบริการสาธารณสุขของผู้ให้บริการทั้งในภาครัฐและเอกชน ผ่านทางทั้งกลไกทางการเงิน เช่น การซื้อบริการของกองทุนสุขภาพต่างๆ ของภาครัฐ (purchasers) และกลไกที่ไม่ใช่การเงินการคลัง เช่น กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ส่งเสริมการแข่งขันอย่างเป็นธรรม (fair competition) ในการจัดบริการสาธารณสุขในภาคส่วนอื่นๆ ผ่านมาตรการทางภาษีทั้งทางบวกและทางลบ เพื่อส่งเสริมความเป็นพันธมิตรในการ

จัดบริการสาธารณสุขระหว่างภาครัฐและเอกชน (public-private partnership) เช่น ไม่ให้รัฐส่งเสริมบริการสุขภาพที่เป็นธุรกิจแสวงหากำไรผ่านกลไกภาษี แต่อาจให้รัฐส่งเสริมความสามารถในการแข่งขันขององค์กรที่ไม่แสวงหากำไร (non-profit organizations) หรือองค์กรธุรกิจเพื่อสังคม (social enterprise) ซึ่งจัดบริการให้กับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคมหรือจัดบริการสุขภาพที่มีความสำคัญซึ่งภาครัฐไม่สามารถจัดเองได้ โดยการให้สนับสนุนผ่านกลไกสนับสนุนด้านภาษี เป็นต้น

การส่งเสริมการแข่งขันเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพเป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขบนแนวคิดพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งจะได้ผลดีหากผู้กำกับดูแลการแข่งขัน (regulator) เช่น ภาครัฐ มีกลไกในการส่งเสริมผู้ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีกลไกในการจัดการกับข้อจำกัดของการแข่งขัน ได้แก่ ภาวะตลาดล้มเหลว (market failure) หรือภาวะการแข่งขันของตลาดที่ไม่สมบูรณ์ (imperfect competition) ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในตลาดการบริการสุขภาพ เนื่องจากมีข้อมูลอสมมาตร (asymmetric information) การผูกขาดของผู้ให้บริการสุขภาพ (monopoly) หรือการผูกขาดในตลาดแรงงานในบางพื้นที่ (monopsony) เช่น ในเขตชนบท นอกจากนี้ยังต้องระมัดระวังในการใช้กลไกการสร้างแรงจูงใจทางการเงิน เช่น การจ่ายเงินค่าตอบแทนตามสมรรถภาพงาน (pay for performance: P4P) ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ เช่น การที่ผู้ให้บริการทำงานมีคุณภาพเฉพาะรายการที่มีการวัดผล (“teaching to the test”) เป็นต้น

5) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติควรส่งเสริมบทบาทของภาคส่วนอื่นๆ ในสังคมนอกจาก

ภาครัฐ ให้การมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข:

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติควรส่งเสริมบทบาทของภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม  
ให้มีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการสร้างมาตรฐานทางสังคม  
(social norms) การสร้างความชอบธรรม (legitimacy) หรือการสร้างชื่อเสียง (reputation) ของ  
ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพผ่านกลไกการกำกับดูแลโดยภาคเอกชน (private sector) และ  
ภาคประชาสังคม (third sector or civil society)

เนื่องจากการสร้างมาตรฐานทางสังคม (social norms) เป็นบทบาทของสถาบันทางสังคม  
(social institution) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติจึงควรส่งเสริมให้องค์กรต่างๆ ในภาครัฐ  
ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม พัฒนาเป็นสถาบันทางสังคมที่สามารถทำหน้าที่ร่วมพัฒนาระบบ  
บริการสาธารณสุขผ่านกลไกการกำหนดทิศทาง กฎเกณฑ์ มาตรฐาน และเป้าหมายของการพัฒนา  
การสร้างระบบข้อมูลเพื่อควบคุมกำกับดูแลผู้ให้บริการสุขภาพ การส่งเสริมการสร้างองค์กรแห่ง  
การเรียนรู้ (learning organization) ภายในระบบสุขภาพ การส่งเสริมการเรียนรู้ของประชาชนใน  
เรื่องคุณภาพของบริการสุขภาพ และการร่วมพัฒนาคุณภาพของบริการสุขภาพผ่านกลไกทางการเงิน  
และกลไกอื่นๆ เช่น การสร้างชื่อเสียงของผู้ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ  
คุณภาพบริการสุขภาพโดยการรายงานข้อมูลเชิงประจักษ์ของคุณภาพการบริการสุขภาพต่อสาธารณะ  
(public reporting of healthcare quality) เป็นต้น

## 6. บรรณานุกรม (Bibliography)

1. Wasi P. Triangle That Moves The Mountain and Health Systems Reform Movement in Thailand. Human Resources for Health Development Journal 2002;4(2).
2. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในประเทศไทย. In: สุรจิต สุนทรธรรม และคณะ, editor. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555. p. 174-211.
3. รายงานทรัพยากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553. ที่มา: <http://hrm.moph.go.th/res53/>.
4. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2554.
5. คณะทำงานสุขภาพคนไทย. รายงานสุขภาพคนไทย 2554. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2554.
6. รายชื่อบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ [database on the Internet]. 2555. ที่มา: <http://www.set.or.th/en/company/companylist.html>.
7. SCB Economic Intelligence Center. Moving forward with the AEC. SCB Economic Intelligence Center, 2011 February Report.
8. PLC S. Samitivej Mobile Health. Samitivej Application 2011.
9. สมศักดิ์ ชุณหะวัณ และคณะ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553.
10. World Population Prospects, the 2012 Revision [database on the Internet]. 2012. Available from: [http://esa.un.org/wpp/wpp2012/wpp2012\\_1.htm](http://esa.un.org/wpp/wpp2012/wpp2012_1.htm).
11. สำนักทะเบียนและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2012. ที่มา: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/servstat.html>.
12. ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. ความคิดเห็นของประชาชน และผู้ให้บริการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. 2555). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556.

13. กิตติศักดิ์ ปกติ. เอกสารประกอบการอภิปราย: ความสำคัญของพลเมืองต่อการพัฒนาประชาธิปไตยไทย. สถาบันพระปกเกล้า, 2555.
14. Santerre RE, Neun SP. Health Economics: Theory, Insights, and Industry Studies: South-Western College Pub; 2009.
15. Reeves CA, Bednar DA. Defining Quality: Alternatives and Implications. The Academy of Management Review. 1994;19(3):419-45.
16. Deming WE. Out of the Crisis. Cambridge, MA: MIT Press; 1986.
17. Juran JM, Godfrey AB. Juran's quality handbook. 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1998.
18. Garvin DA. Competing on the eight dimensions of quality. Harvard Business Review. 1987;65(6):101-9.
19. Porter ME. Competitive Advantage. New York: Free Press; 1985.
20. Evans JR, Lindsay WM. Managing for Quality and Performance Excellence. 7th ed. Mason, OH: South-Western College Pub; 2007.
21. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (2552).
22. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000;51(11):1611-25. Epub 2000/11/10.
23. McCance TV, McKenna HP, Boore RP. Caring: dealing with a concept. Int J Nurs Stud. 1997;34:241-8.
24. Webb C. Caring, curing, coping: Towards an integrated model. J Adv Nurs. 1996;23:960-8.
25. Heyman B. Researching user perspectives on community health care. London: Chapman & Hall; 1995.
26. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. . Milbank Q. 1966;44(166-203).
27. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? . JAMA. 1988;260:1743-8.

28. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance (Vol. I). Washington, D.C.: National Academy Press; 1990.
29. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. New York, USA: Oxford University Press; 2004.
30. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century. America CoQoHCi, editor. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
31. Kane RL. Understanding Health Care Outcomes Research. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Pub; 2005.
32. Brook RH. Managed care is not the problem, quality is. JAMA. 1997;278(1612-1614).
33. Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. Br Med J. 1999;319:94-8.
34. Werner RM, Asch DA. The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2005;293(10):1239-44.
35. Fiscella K, Franks P. Influence of patient education on profiles of physician practices. Ann Intern Med. 1999;131:745-51.
36. van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. Soc Sci Med. 2000;50:813-28.
37. Primary Care Evaluation Tool 2010 [database on the Internet]. 2010. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf).
38. Bodenheimer T. The Movement for Improved Quality in Health Care. New England Journal of Medicine. 1999;340(6):488-92.

39. Varkey P. Basics of quality improvement. In: Varkey P, editor. Medical quality management: theory and practice / American College of Medical Quality 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
40. Galvin RS, McGlynn EA. Using Performance Measurement to Drive Improvement: A Road Map for Change. Medical Care. 2003;41(1):148-160.
41. Chassin MR. Is health care ready for Six Sigma Quality? Milbank Quarterly. 1998;76(4):565.
42. Chassin MR, Galvin RW. The Urgent Need to Improve Health Care Quality: National Roundtable on Health Care Quality. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1998;280(11):1000-5.
43. Wachter RM. The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After To Err Is Human. Health Affairs. 2004.
44. Lansky D. Improving quality through public disclosure of performance information. Health Aff (Millwood). 2002;21(4):52-62. Epub 2002/07/16.
45. McGlynn EA. Introduction and Overview of the Conceptual Framework for a National Quality Measurement and Reporting System. Medical Care. 2003;41(1):11-17.
46. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2549.
47. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). การปรับปรุงมาตรฐานของสถาบันตามข้อเสนอแนะของ ISQua 2009; ที่มา: <http://www.ha.or.th/ha2010/th/process/?key=processBasic&GroupID=77>.
48. Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Schwartz M, et al. Transformational change in health care systems: An organizational model. Health care Management Review. 2007;32(4):309-20 10.1097/01.HMR.0000296785.29718.5d.
49. McFadden KL, Henagan SC, Gowen lii CR. The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. Journal of Operations Management. 2009;27(5):390-404.

50. Tucker AL, Nembhard IM, Edmondson AC. Implementing New Practices: An Empirical Study of Organizational Learning in Hospital Intensive Care Units. *Management Science*. 2007;53(6):894-907.