

ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุข

ที่พึงประสงค์

ในทัศนะผู้ทรงคุณวุฒิ

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย
นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
นพ.ดำรงค์ บุญยืน
ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์
นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
พญ.สุพัทธา ศรีวนิชชากร
นพ.วิระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์
ศ.ดร.อภิชัย พันธเสน

มีนาคม 2541
สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
(สงวนลิขสิทธิ์)

เอกสารประกอบการประชุม "ภาพรวมของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์"

จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) วันที่ 1 เมษายน 2541 โรงแรมเรดิสัน

ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุข ที่พึงประสงค์ ในทัศนะผู้ทรงคุณวุฒิ

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย	อธิการบดี มหาวิทยาลัยหัวเฉียว	1
นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	3
นพ.ดำรงค บัญเย็น	อธิบดีกรมอนามัย(จัดส่งภายหลัง).....	
ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์	คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	8
นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	14
นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์	ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข	16
พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	โรงพยาบาลขอนแก่น	72
นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์	โรงพยาบาลขอนแก่น	72
ศ.ดร.อภิชาติ พันธเสน	คณะเศรษฐศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์	83

มีนาคม 2541

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
(สงวนลิขสิทธิ์)

ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์

ในทัศนะของ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย

1. แนวคิดพื้นฐาน

ด้วยเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 และภาวะบีบคั้นจากการที่เศรษฐกิจไทยชะลอตัว และหดตัวในปีเดียวกันนี้ ทำให้มองอนาคตในระยะ 3-5 ปี ได้ว่า

- (1) คนไทยจะพุ่มเพื่อน้อยลง จะประหยัดและระมัดระวังในการใช้จ่ายมากขึ้น ระบบบริการทางการแพทย์ราคาแพงจะมีลูกค้าน้อยลง
- (2) การลงทุนขนาดใหญ่ เพื่อสร้างสถานพยาบาลเอกชนชะลอตัวลงอย่างมาก และที่มีอยู่บางแห่งอาจจะต้องปิดตัวลง
- (3) ประชาชนระดับกลางและระดับล่าง จะหันไปใช้บริการทางการแพทย์ที่มีราคาถูก เช่น บริการของรัฐ หรือบริการเอกชนในรูปองค์กรการกุศล หรือบริการเอกชนในรูปของระบบประกันสุขภาพ
- (4) รัฐบาลเก็บภาษีได้น้อยลงและมีหนี้สินที่จะต้องรับผิดชอบ ทำให้ไม่สามารถลงทุนหรือแบกภาระในการให้บริการทางสังคมได้เหมือนอย่างที่เคยเป็นมา รัฐจำเป็นต้องเลือกระหว่างสิ่งที่รัฐควรทำหรือต้องทำ กับสิ่งที่รัฐไม่ควรทำแต่ควรส่งเสริมให้เอกชนทำ หรือส่งเสริมให้ประชาชนรับผิดชอบเอง บริการดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่การศึกษา การบริการสาธารณสุข การดูแลสิ่งแวดล้อม และการให้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ
- (5) รัฐธรรมนูญใหม่มีแนวโน้มที่จะทำให้ระบบบริหารราชการกลางมีขนาดเล็กลง และระบบบริหารส่วนท้องถิ่นโดยประชาชนมีบทบาทสำคัญมากขึ้น

ระบบบริหารส่วนท้องถิ่นโดยประชาชนนี้ หากเข้มแข็งพอจะสามารถรองรับการบริการสังคมตามที่กล่าวถึงในข้อ (4)

- (6) ระบบการเมืองตามแนวทางของรัฐธรรมนูญใหม่ น่าจะเป็นระบบที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรงมากขึ้น และน่าจะได้รับการที่มองปัญหาประชาชนได้ถึงพื้นฐานมากกว่าที่ผ่านมา และจุดนี้น่าจะมีอิทธิพลในการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจการบริหารไปสู่ท้องถิ่น และจัดรูปแบบการบริหารให้ประชาชนรับผิดชอบวิถีชีวิตของตนเองมากขึ้น

2. ระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต

2.1 รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังนี้

- (1) กำหนดนโยบายการสาธารณสุขแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประกันการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และมีคุณภาพมาตรฐาน
- (2) ส่งเสริมให้ภาคเอกชนจัดระบบการประกันสุขภาพและการให้บริการสาธารณสุขอย่างยุติธรรม
- (3) สร้างความเข้มแข็งให้ส่วนท้องถิ่น ชุมชน องค์กรเอกชน ครัวเรือน และปัจเจกบุคคล สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้
- (4) ประสานกับองค์กรวิชาการและองค์กรบริหารอื่น ทั้งในและนอกประเทศในการพัฒนาความรู้และเทคโนโลยี เพื่อให้ประเทศได้รับประโยชน์สูงสุด

2.2 รัฐบาลควรมีกำหนดเวลาในการลดบทบาทการให้บริการในลักษณะโรงพยาบาลของรัฐลง โดยเริ่มต้นจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมืองก่อน ทั้งนี้ ในระยะยาวต่ออาจมอบให้ระบบราชการท้องถิ่นบางแห่งรับช่วงไปดำเนินการ เช่น กรุงเทพมหานคร เทศบาลนคร หรือเทศบาลเมืองบางแห่ง

หากดำเนินการดังกล่าวข้างต้นได้ จะเป็นการลดภาระด้านงบประมาณและทรัพยากรอื่นต่อกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณและทรัพยากรที่ประหยัดได้นี้ จะได้นำมาสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการส่วนท้องถิ่น ที่ระดับสุขภาพและองค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งการใช้ทรัพยากรไปในทางป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้น

2.3 สุขภาพและองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ยังไม่มีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะดูแลตนเอง ทั้งในด้านการบริการสาธารณสุขและการจัดการสิ่งแวดล้อม

รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ควรจะกำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากร รวมทั้งกำหนดระยะเวลาในการฝึกอบรม ให้ความรู้และเทคโนโลยีแก่เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และแก่ประชาชนในระดับชุมชน องค์กรเอกชน ครัวเรือน และปัจเจกบุคคล

ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ในทัศนะของ นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

(1) **ปรัชญาพื้นฐานที่สำคัญในการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์** จะต้องประกอบด้วยหลักการที่สำคัญต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. บริการสาธารณสุขจะต้องเป็นธรรม (Equity) จะต้องจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนตามความจำเป็นด้านสุขภาพอนามัย และเก็บเงินค่าใช้จ่ายในการจัดบริการด้านสุขภาพตามความสามารถในการจ่ายเงินของประชาชน
2. จะต้องให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงและใช้บริการสาธารณสุขได้อย่างทัดเทียมกัน โดยไม่มีอุปสรรคใดๆ มาขัดขวาง ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยในด้านสังคม เผ่าพันธุ์ ศาสนา ความเชื่อ หรือปัจจัยด้านการเงิน หรือความสามารถในการจ่ายเงิน
3. บริการสาธารณสุขจะต้องเป็นบริการที่ผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ และสามารถดูแลผู้ป่วยในแบบองค์รวมทั้งสุขภาพกายและจิต ไม่เน้นแต่เพียงด้านใดด้านหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียว
4. บริการสาธารณสุขจะต้องมีคุณภาพดี สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้
5. บริการสาธารณสุขจะต้องมีต้นทุนในการจัดบริการที่ต่ำ โดยเฉพาะต้นทุนด้านบริหารจัดการ จะต้องมีการควบคุมราคาในการจัดบริการมิให้มีราคาแพงอย่างไม่สมเหตุผล
6. บริการสาธารณสุขจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม มีการใช้ศาสตร์ทางเลือกอื่นเข้ามา นอกเหนือจากการแพทย์แผนตะวันตก
7. บริการสาธารณสุขจะต้องมีประสิทธิภาพ จะต้องมีการแข่งขันกันของผู้จัดบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีที่สุด ทั้งในด้านราคา และคุณภาพ
8. ผู้รับบริการจะต้องพึงพอใจในบริการสาธารณสุขที่ได้รับ มีกลไกในการสะท้อนความต้องการของผู้บริโภค เพื่อให้เกิดการจัดบริการที่สนองตอบต่อความต้องการ

การของประชาชนดังกล่าว อีกทั้งจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิในการ
เลือกรับบริการจากผู้จัดบริการสาธารณสุขที่ตนพอใจมากที่สุดได้

(2) ระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต จะไม่สามารถแยกออกจากโครงสร้างทางการเมืองที่กระจายอำนาจไปสู่การปกครองท้องถิ่นได้ ดังนั้น ระบบบริการสาธารณสุขในระยะ 10 ปีข้างหน้า จึงมีแนวโน้มที่จะอยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเป็นองค์กรอิสระภายใต้การกำกับดูแลของราชการบริหารส่วนท้องถิ่น มิใช่กำกับดูแลโดยราชการบริหารส่วนภูมิภาค หรือส่วนกลางดังในปัจจุบัน และจะต้องแบ่งหน้าที่ของหน่วยงานที่ชัดเจน ระหว่างหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริหารทางการเงิน หรือกองทุนย่อย หรือหน่วยที่ทำหน้าที่จัดซื้อบริการ (Purchaser) โดยอาจจะพัฒนามาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในปัจจุบันก็ได้ ทั้งนี้ หน่วยซื้อบริการจะต้องเป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไข และมาตรฐานต่างๆ ของการจัดบริการให้แก่สมาชิกของตน ตลอดจนจะต้องกำหนดกลไกในการพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคอีกด้วย ส่วนหน่วยงานอีกประเภทหนึ่งจะเป็นหน่วยงานที่เป็นผู้จัดบริการ และเป็นผู้ขายบริการ (provider) ให้แก่หน่วยงานผู้ซื้อบริการดังกล่าว หรืออาจจะขายบริการให้แก่หน่วยงานบริการอื่นในราคาถูกกว่าที่หน่วยบริการที่ส่งมานั้นจะจัดได้ เป็นต้น ดังนั้น จึงก่อให้เกิดการแข่งขันกันระหว่างผู้จัดบริการให้ได้บริการที่มีคุณภาพดีที่สุดในราคาที่ถูกที่สุดให้แก่ลูกค้าของตนได้ ดังนั้น หน่วยบริการ (provider) ดังกล่าว จะต้องมีความเป็นอิสระ คล่องตัว จากพันธนาการของกฎระเบียบทางราชการ หากเป็นโรงพยาบาลก็ควรจะสามารถในการปกครองตนเองได้ (self-governing hospital)

(3) หน่วยบริการของรัฐในปัจจุบันจะเป็นโรงพยาบาลที่ปกครองตนเอง มีลักษณะคล้ายบริษัทจำกัด (corporation) หากอยู่ในส่วนกลางก็อยู่ในความดูแลของกรุงเทพมหานคร หากเป็นโรงพยาบาลในระดับจังหวัดก็อยู่ในกำกับดูแลของเทศบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัด หากเป็นสถานีนอคมัยก็อยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบล อย่างไรก็ตาม บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางจะต้องปรับเปลี่ยนไปทำหน้าที่ติดตามกำหนดและพัฒนานโยบาย ให้การกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานบริการและการดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ให้การส่งเสริมสนับสนุนด้านวิชาการ การฝึกอบรม การวิจัย และพัฒนาระบบการสาธารณสุขในระดับประเทศ โดยใช้ข้อมูลจากท้องถิ่น ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นหน่วยงานสาธารณสุขระดับ

ประเทศ รวมทั้งงานสาธารณสุขต่างประเทศ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนา ศักยภาพด้านต่างๆ ให้ทัดเทียมกันได้ สำหรับบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด จะทำหน้าที่เป็นผู้แทนของกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนางานวิชาการให้แก่หน่วยงานบริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ที่องค์กรบริหาร ส่วนท้องถิ่นกำกับดูแลในการบริหาร

(4) บทบาทในด้านการสนับสนุนงบประมาณของภาครัฐให้แก่หน่วย บริการสาธารณสุข อันได้แก่ โรงพยาบาล และสถานอนามัย เป็นหลักนั้น จะดำเนินการอย่างเป็นขั้นเป็นตอน กล่าวคือ ในระยะแรก รัฐยังจะต้องให้การอุดหนุนงบประมาณ ในหมวดลงทุน ให้แก่หน่วยบริการดังกล่าว แต่งบดำเนินการเป็นสิ่งที่หน่วยบริการจะต้อง จัดเก็บและบริหารเอง เหตุผลที่รัฐยังจะต้องอุดหนุนลงทุนให้แก่หน่วยบริการต่างๆ เนื่องจากหากนำหมวดลงทุนเข้ามาคำนวณในการกำหนดอัตราค่าบริการพยาบาลและค่า บริการแล้ว จะก่อให้เกิดความแตกต่างของราคาค่าบริการ ระหว่างโรงพยาบาลเก่าและโรง พยาบาลใหม่มาก จึงไม่สามารถเปรียบเทียบหรือแข่งขันในการจัดบริการได้ นอกจากนี้ ข้อดีอีกประการหนึ่งของการที่รัฐให้การอุดหนุนหมวดลงทุน คือ รัฐบาลกลางจะทำ หน้าที่เป็นผู้กำหนดการวางแผนในด้านการลงทุนในรายการใหญ่ๆ เช่น การสร้างตึก การ ซื้อเครื่องมือที่มีราคาแพง เป็นต้น ทั้งนี้ รัฐบาลกลางจะต้องมีอำนาจและความสามารถในการ บริหารครุภัณฑ์จากสถานพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้แล้ว ไปยัง อีกแห่งหนึ่งได้ด้วย ทั้งนี้ รัฐบาลกลางจะต้องมีเครื่องมือในการกำกับงาน คือ มีระบบการ วางแผนและบริหารงบลงทุนที่มีประสิทธิภาพด้วย สำหรับในระยะที่สองนั้น รัฐจะต้อง พัฒนาศักยภาพ รวมทั้ง จัดระบบการเงินการคลัง เพื่อสนับสนุนให้สถานบริการต่างๆ สามารถบริหารงบประมาณได้เองอย่างเต็มรูปแบบต่อไป

(5) กลไกอื่นๆ ในสังคมที่สำคัญสำหรับระบบบริการสาธารณสุขใน อนาคต อันได้แก่ 1) องค์กรประชาชน องค์กรผู้บริโภค 2) องค์กรวิชาชีพ 3) องค์กร ตรวจจับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (สถานพยาบาล) จะต้องมียุทธศาสตร์ที่สูงขึ้นกว่าใน ปัจจุบัน เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบและถ่วงดุลย์อำนาจ (check and balance) กับหน่วยงาน ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดบริการ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค กล่าวคือ

5.1 องค์กรประชาชน และองค์กรผู้บริโภคจะต้องเข้ามาสะท้อนปัญหาและความ ต้องการของประชาชนให้ได้ดีขึ้นในรูปแบบต่างๆ เช่น การกำหนดให้ผู้แทน

ขององค์กรประชาชน และองค์กรผู้บริโภคเข้ามาเป็นกรรมการบริหารของโรงพยาบาล (สถานพยาบาล) เพื่อเป็นตัวแทนของประชาชนในการกำกับและบริหารโรงพยาบาลที่อยู่นอกระบบราชการ การรวมตัวกันเพื่อจัดตั้งเป็นชมรมกลุ่มสมาคมคุ้มครองผู้บริโภค การออกวารสาร สื่อ สิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่เป็นเสียงของผู้บริโภค เป็นต้น

5.2 องค์กรวิชาชีพ จะต้องเป็นผู้ที่กำหนดมาตรฐานในด้านการรักษาพยาบาลตามประเภทของวิชาชีพต่างๆ ในระดับชาติ รวมทั้ง การมีส่วนร่วมในการกำหนดราคาค่าบริการ และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ เนื่องจากประชาชนและผู้บริโภคไม่สามารถจะมีองค์ความรู้ในด้านการแพทย์ได้เท่ากับผู้จัดการ องค์กรวิชาชีพจึงต้องสามารถเป็นผู้แทนของผู้บริโภคให้ได้ โดยการกำหนดมาตรฐานในการรักษาพยาบาล ที่ได้กำหนดร่วมกัน ที่ยอมรับกันได้ในแวดวงวิชาชีพ เพื่อให้ประชาชนปลอดภัย และได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้มาตรฐานการรักษาพยาบาลของวิชาชีพในสาขาต่างๆ ในระดับชาติ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม และยอมรับในการนำมาใช้ร่วมกันของวิชาชีพ

5.3 องค์กรตรวจรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องมีความเป็นอิสระจากภาครัฐ และมีผลการดำเนินงานที่เชื่อถือได้ องค์กรนี้จะต้องส่งเสริม และกระตุ้นให้โรงพยาบาลระดับต่างๆ มีการรับรองคุณภาพมาตรฐานของการรักษาพยาบาล โดยการนำมาตรฐานการรักษาพยาบาลในระดับชาติที่องค์กรวิชาชีพกำหนดไว้ มาพิจารณาปรับใช้โดยกำหนดเป็นมาตรฐานของการรักษาพยาบาลในระดับภายในโรงพยาบาลของตนเอง โดยจะต้องสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยของพื้นที่ ทั้งนี้ จะต้องมีการรายงานผู้ป่วย และมีระบบการติดตามกำกับผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลต่างๆ เป็นระยะๆ อีกทั้งควรจะต้องนำข้อมูลมาตรฐานสถานพยาบาลมาใช้ประโยชน์ ในการสร้างแรงจูงใจในการจัดการบริการที่มีคุณภาพที่ดี ให้แก่ผู้จัดการ

(6) บทบาทของประชาชนในการใช้ประโยชน์จากระบบบริการ ตามสิทธิของประชาชนที่ได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญมาตรา 52 ที่ได้กำหนดไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ ...” โดยการที่ประชาชนจะได้รับการกำหนดสิทธิของผู้ป่วย (patient's rights) ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้เป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่จะพึงได้รับจากบริการสาธารณสุข รวมทั้ง

สิทธิในการเข้าถึงบริการ และสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญในการมารับบริการจากสถานพยาบาลระดับต่างๆ ของรัฐ กล่าวคือ ประชาชนจะเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากการเลือกใช้บริการที่มีคุณภาพดี ราคาเหมาะสมในสถานพยาบาลต่างๆ ที่มีกลไกการแข่งขันเสรี โดยระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์จะต้องกำหนดให้ประชาชนเลือกมารับบริการชั้นปฐมภูมิที่จุดเริ่มต้นเพียงจุดเดียว ซึ่งจะต้องมีกลไกที่ยืดหยุ่นที่เปิดโอกาสให้เลือกจุดปฐมภูมิได้อย่างอิสระ หลังจากนั้นไปแล้ว กองทุนหรือผู้ขายบริการจะเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือ ให้ข้อมูลต่อประชาชน เพื่อให้ช่วยในการตัดสินใจที่จะไปรับบริการยังสถานพยาบาลในระดับสูงกว่า ภายใต้กลไกการแข่งขันในด้านคุณภาพและราคา ประชาชนก็จะได้รับการคุ้มครองทั้งในด้านสิทธิในการเลือกรับบริการ และมีหลักประกันว่าจะได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ในราคาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม มีข้อควรระวังว่า หากจะผสมผสานในด้านการพิทักษ์สิทธิของประชาชนในการเลือกรับบริการแล้ว บางครั้งถ้าประชาชนจะเลือกไปรับบริการในสถานพยาบาลที่มีต้นทุนสูงกว่าที่ตนมีสิทธิจะรับบริการ อาจจะกำหนดให้มีการร่วมจ่าย (co-payment) จากประชาชนก็ได้ โดยมีข้อสังเกตว่า หากนำระบบการร่วมจ่ายดังกล่าวมาใช้ จะต้องคำนึงในเรื่องการไม่ยอมรับทางการเมือง และการต่อต้านจากประชาชนได้

(7) รัฐจะต้องจัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายของประชาชน (complaint unit) หรือหน่วยรับเรื่องราวร้องทุกข์ คอยตอบปัญหาในทางปฏิบัติในชีวิตประจำวันของประชาชน อันจะเป็นการสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพดี ที่ประชาชนพึงพอใจมากที่สุดให้ได้ หากมีระเบียบวิธีปฏิบัติ หรือขั้นตอน กลไกในการทำงานของรัฐที่กำหนดให้ประชาชนปฏิบัติแล้ว จะต้องกำหนดให้ง่าย ชัดเจน มีคู่มือ ให้แก่ประชาชน เพื่อให้ทราบสิทธิประโยชน์ ขั้นตอนในการดำเนินงานที่ชัดเจน เงื่อนไขการปฏิบัติตนที่ปฏิบัติได้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และไม่มีค่าบริหารจัดการที่มีราคาแพง อีกทั้ง ควรจะต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนคอยแนะนำ ตอบคำถาม และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้มารับบริการในทุกขั้นตอน เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับการพิทักษ์สิทธิในการรักษาพยาบาลได้อย่างแท้จริง

ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ในทัศนะของ ศ. ดร. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

1. ในการวาดภาพระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ จำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์เกี่ยวกับบทบาทอันเหมาะสมของรัฐบาล ในการบริหารประเทศโดยทั่วไป และโดยเฉพาะในการบริหารระบบสาธารณสุขของชาติ

ไม่ว่าในปัจจุบัน หรืออนาคต เราไม่อาจหยุดยั้งการเติบโตของภาคเอกชนในด้านการผลิตสินค้าและบริการ รวมทั้งบริการสาธารณสุข ภาคเอกชนยังคงฐานะผู้นำเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ วิกฤตการณ์เศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แม้จะเกี่ยวข้องกับความผิดพลาดของภาคเอกชนเป็นอันมาก แต่มูลเหตุพื้นฐานมาจากบทบาทที่ผิดพลาด ไม่เหมาะสมของรัฐบาล ที่ผ่านมารัฐบาลและกลไกรัฐเน้นหนักการทำงานบริการแบบเดิมๆ เป็นเจ้าของงบประมาณมากๆ ฯลฯ แต่อ่อนแอในด้านหนึ่ง. การพัฒนาและปฏิบัตินโยบายระดับมหภาค ที่จำเป็นต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมแบบใหม่ อันหลากหลายและซับซ้อน สอง. การกำกับ และ ควบคุม (monitor and regulate) การดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ทั้งเอกชน และ หน่วยงานรัฐ และสาม. ประสิทธิภาพ และความโปร่งใสในการตัดสินใจ และบริหารราชการแผ่นดิน ผลที่เกิดขึ้นก็คือ ภาคเอกชนไม่ถูกกำกับดูแล ภาคราชการไร้ประสิทธิภาพ และคอร์รัปชันสูง

โดยทั่วไปในสังคมทุนนิยมยุคโลกาภิวัตน์ รัฐบาลต้องปรับบทบาทตนเองเสียใหม่ ที่สำคัญคือลดบทบาทการจัดหาหรือผลิตบริการด้วยตนเอง กระจายบทบาทเรื่องนี้ให้เอกชน และองค์กรสาธารณะกุศล เป็นผู้จัดทำ รัฐบาลต้องหันไปทำงานด้านนโยบายมหภาคอย่างจริงจัง และกำกับดูแลการดำเนินงานของทั้งหน่วยงานเอกชน และหน่วยงานรัฐ ให้เกิดประโยชน์ต่อคนส่วนใหญ่ และสอดคล้องกับนโยบายรวมของชาติ รัฐบาลต้องเป็นผู้นำในการสร้างวัฒนธรรมการจัดการที่เน้นประสิทธิภาพ ผลการดำเนินงาน และความโปร่งใสในการทำงาน ทั้งหมดนี้หมายความว่าต้องปฏิรูประบบการเมือง และระบบราชการขนานใหญ่ โดยเฉพาะ ปรัชญาและระบบบริหารงบประมาณของรัฐ ต้องยกเครื่องกันใหม่

บทบาทรัฐบาลในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของชาติ ก็ควรต้องเป็นไปตามแนววิสัยทัศน์บทบาทรัฐบาลในภาพรวมข้างต้น ที่ควรเน้นเป็นพิเศษก็คือ กระทรวงสาธารณสุขต้องดูแลสาธารณสุขของทั้งชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานรัฐอื่นๆที่มีบทบาทจัดบริการสาธารณสุข ต้องเล็กลง กระทรวงสาธารณสุขต้องหันมาเน้นงานส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมโรค เน้นงานพัฒนานโยบาย การวางมาตรฐาน

กำกับดูแลการดำเนินงานของทั้งหน่วยบริการของเอกชน และหน่วยบริการของรัฐ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะกลไกรัฐบาล ต้องเน้นประสิทธิภาพ ไม่มัวแต่ไถ่ถามงบประมาณ เข้ากระทรวงฯโดยไม่สนใจประสิทธิภาพ ส่งเสริมค่านิยมผลการทำงาน (performance) มิใช่ระบบพรรคพวกและอำนาจ

ผู้เขียนมีความเห็นว่า ประสิทธิภาพของระบบราชการ จะเกิดขึ้นได้ก็เพราะสถานะการณ์เรียกร้อง ส่วนใหญ่มันก็คือภาวะวิกฤตนั่นเอง นอกจากนั้นรัฐบาลต้องเป็นหัวหอก จึงจะเกิดผล จะให้หน่วยงานต่างคนต่างทำ ย่อมไม่ได้ โดยนัยยะอย่างนี้ ความพยายามปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐให้มีประสิทธิภาพ ย่อมสำเร็จยาก หรือไม่มีทางสำเร็จได้เลย หากรัฐบาลไม่เอาด้วย หรือมิได้ตกอยู่ในภาวะวิกฤตการณ์ ที่เรียกร้องประสิทธิภาพด้วยเหมือนกัน

2. ระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต ควรมีลักษณะสำคัญต่อไปนี้

หนึ่ง. ต้องเน้นหลักการสำคัญสุดยอด คือ ประสิทธิภาพ และ ความยุติธรรมในการเข้าถึงบริการ ลำดับความสำคัญสูงสุดอยู่ที่ “ประสิทธิภาพ” ของการจัดบริการ ไม่ควรเอาวัตถุประสงค์รอง เช่น การครอบคลุมบริการ คุณภาพบริการ มาปราบปรามนมอลดความสำคัญของหลักการ “ประสิทธิภาพ” การขยายความครอบคลุมของบริการ โดยไม่คำนึงถึงประสิทธิภาพการจัดบริการของหน่วยย่อย และประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขทั้งระบบ เป็นเรื่องรับไม่ได้

สอง. ระบบบริการสาธารณสุข ถือเป็นปรัชญาจัดบริการที่สมบูรณ์แบบ (comprehensive) และมีบูรณาการ เช่น มีทั้งบริการรักษา และป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ มีทั้งบริการผู้ป่วยและที่ครอบคลุมถึงครอบครัวของผู้ป่วย มีทั้ง hospital care, home care, self-care เป็นต้น

สาม. ระบบบริการสาธารณสุข ส่งเสริมพหุลักษณะของบริการ มีระบบการแพทย์หลายระบบเป็นทางเลือกให้กับประชาชน (alternative medicine) เช่น มีสถานบริการการแพทย์แผนไทย อย่างมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่งเสริมการผลิตและใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น

3. เพื่อบรรลุหลักการสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ระบบบริการสาธารณสุข ควรมีการจัดระบบในเรื่องสำคัญ ดังนี้

หนึ่ง. เอกชนควรได้รับการส่งเสริมให้เข้ามาเป็นผู้จัดบริการสาธารณสุข บริการสาธารณสุขภาครัฐควรจำกัดบทบาท เฉพาะ basic health care ตลอดจน secondary care รูปแบบ คือ สถานเฝ้าระวัง โรงพยาบาลชุมชน ในระดับ tertiary care (โรง

พยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลพิเศษเฉพาะทาง) รัฐไม่ควรขยายอีกแล้ว แต่ต้องปรับปรุงการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพ สามารถแข่งขัน กับ ภาคเอกชนได้อย่างเท่าเทียม ไม่ได้เปรียบหรือเสียเปรียบในทางธุรกิจ

สอง. รัฐบาลควรขยาย collective financing ของบริการสาธารณสุขให้มากขึ้น ทั้งที่เป็นส่วนของรัฐและเอกชน เฉพาะในส่วนของรัฐนั้น หน่วยงานที่ดูแลด้าน financing ควรแยกจากเป็นอิสระจากหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดบริการ หากกระทรวงสาธารณสุขยังเป็นเจ้าของสถานบริการมากมายอย่างในปัจจุบัน ก็ไม่ควรเป็นผู้ดูแล financing เพราะมีส่วนได้ส่วนเสียมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องมากเกินไป

เป็นเรื่องสำคัญมากที่รัฐต้องกำหนดนโยบายและมาตรการด้าน financing เพื่อผลักดันให้หน่วยบริการทั้งของเอกชน และรัฐบาล ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายอื่นๆของระบบสาธารณสุข และระบบบริการสาธารณสุข

ข้อหนึ่งและข้อสอง สะท้อนการเคลื่อนไหวตัวของระบบ จากการลดบทบาทรัฐบาล ด้าน provision มาสู่การขยายบทบาทด้าน collective financing ของบริการสาธารณสุข อย่างระมัดระวัง

สาม. กระทรวงสาธารณสุข ต้องพัฒนานโยบายมหภาคเกี่ยวกับจำนวนและกระจายตัวของสถานบริการสาธารณสุข นโยบายการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ นโยบายการตั้งราคาค่าบริการ ฯลฯ เป็นแนวทางให้สถานบริการปฏิบัติ วางมาตรฐาน (standards) เกี่ยวกับกระบวนการและผลการดำเนินงานด้านต่างๆสถานบริการ เพื่อประโยชน์ในการกำกับและควบคุมสถานพยาบาล อย่างเหมาะสมและเป็นจริง ตามนโยบายสำคัญๆ พัฒนานโยบาย กฎหมายและระเบียบปฏิบัติ และ มาตรฐาน อื่นๆอันจำเป็นต่อ การชี้แนะและกำกับการดำเนินงานของสถานบริการไปสู่เป้าหมายประสิทธิภาพ และ ความยุติธรรมในการเข้าถึงบริการ

นโยบาย และมาตรการกับควบคุมการดำเนินงานของสถานบริการ ต้องใช้กับสถานบริการของรัฐและเอกชนอย่างเท่าเทียม โดยไม่มีการแยกปฏิบัติ

สี่. โครงสร้างหรือความสัมพันธ์ทางสังคมระดับพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข ต้องปฏิรูปใหม่ให้อื้ออำนวยต่อ ประสิทธิภาพและความโปร่งใสในการจัดบริการ ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาล และสถานพยาบาลอื่นๆ ไม่มีสิทธิขายยา ยกเว้นในกรณีการรักษาผู้ป่วยในเท่านั้น, การควบคุมการซื้อขายยาต้องเคร่งครัดมาก ยาที่ต้องมีใบสั่งแพทย์ห้ามขายโดยเสรีเป็นอันขาด ฯลฯ ความไร้ระเบียบของการกระจายยา ทำให้พฤติกรรมแบบมั่วๆไม่ตรงไปตรงมา เกิดขึ้นในสถานบริการได้ง่าย กลายเป็นอุปสรรคใหญ่ของประสิทธิภาพ

การปฏิรูปโครงสร้างทางสังคมของระบบบริการสาธารณสุข ต้องอาศัยความกล้าหาญและแน่วแน่ ทั้งในเจตนารมณ์และการบังคับใช้

ห้า. สถานบริการแพทย์แผนไทย และแผนอื่นๆ ตลอดจน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทางสุขภาพ ต่างๆ ที่ดำเนินการโดยทั้งเอกชนและรัฐ ควรได้รับการสนับสนุน ทั้งทาง วิชาการ และงบประมาณ ทั้งนี้ภายใต้กรอบการติดตามและกำกับของรัฐ

4. สถานบริการของรัฐในระดับต้นถึงกลาง คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป(จังหวัด) ยังดำเนินงานต่อไปในสถานะเดิม ดำเนินงานแบบเดิม ตามปรัชญาบริการสาธารณะแก่ประชาชน ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข แต่ทั้งนี้ อาจถูก เรียกร้องให้ปฏิบัติตามเกณฑ์ หรือมาตรฐานเพิ่มประสิทธิภาพใหม่ๆ

โรงพยาบาลระดับ tertiary ทั้งหมดของรัฐ ไม่ว่าในสังกัดใด โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลเฉพาะทาง ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ต้องปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการทั้งหมดอย่างมีขั้นตอน ให้เป็นแบบธุรกิจที่พึ่งตนเองได้ในที่สุด โดยอาศัยเงินอุดหนุนจากรัฐขั้นต่ำเท่าที่จำเป็นจริง

ประเด็นเรื่องเป็นหน่วยราชการ หรือเป็นหน่วยงานอิสระ ก็ได้ทั้งนั้น แต่ต้องมี หลักประกันให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการแบบธุรกิจ เพื่อบรรลุการจัดบริการอย่าง มีประสิทธิภาพ มีรายได้เลี้ยงตัวเองได้ หากทำอย่างนี้ได้โดยคงฐานะเป็นหน่วยราชการได้ ก็เป็นการดี แต่หากไม่ได้ หรือต้องรอคอยนานให้ปฏิรูประบบใหญ่เสียก่อน ก็สมควรออก กฎหมายให้โรงพยาบาลเหล่านี้เป็นหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับของรัฐเสียเลย

ในกรณีโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานอิสระ ควรตั้ง Public Hospital Authority ขึ้น มาเป็นการเฉพาะ ทำนองเป็นรัฐวิสาหกิจ เพื่อดูแล ประสานงาน กำกับ และ บริหาร โรง พยาบาลอิสระในสังกัดทั้งหมด

ไม่มีเหตุผลสมควรใดๆ ที่น่าจะเว้นให้โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย หรือ ในสังกัดกระทรวงกลาโหม ดำเนินงานไปอย่างไร้การตรวจสอบและการกำกับใดๆ ภายใต้กำแพงสถาบันอย่างเก่า แต่หากแนวโน้มการคัดค้านยังมีสูง แผนการโรงพยาบาล อิสระ ภายใต้ Public Hospital Authority อาจเริ่มต้นที่โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ก่อน และกำหนดให้โรงพยาบาลในสังกัดอื่นเข้าร่วมในภายหลัง ตามกำหนดระยะเวลาที่ แน่นนอน

แม้แต่ในกรณีโรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ เงื่อนไขอำนวย ในภายหลังก็ควรได้รับพิจารณานำเข้าสมทบในการดูแลของ Public Hospital Authority ด้วย

Public Hospital Authority ควรเป็นรัฐวิสาหกิจ หรือองค์การอิสระ ที่มีอำนาจใน การกำหนดระบบการบริหารจัดการ ให้โรงพยาบาลในสังกัดดำเนินงานไปได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ มีบริการและราคาที่แข่งขันกับสถานพยาบาลเอกชนได้ Public Hospital Authority ควรแยกเป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อเปิดให้กระทรวงสาธารณสุขปรับบทบาทเป็น National Health Authority ที่เน้นงานนโยบาย และการกำกับดูแลระบบบริการสาธารณสุขได้เต็มที่

Public Hospital Authority จะดูแลเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐบาลส่วนกลางเท่านั้น โรงพยาบาลของรัฐบาลท้องถิ่น ไม่ว่าจะที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรือที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ยังเป็นของรัฐบาลท้องถิ่น แต่ทั้งนี้ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะ national health authority

ในท้ายที่สุดบริการสาธารณสุขจึงประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก คือ สถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลในสังกัด หนึ่ง. กระทรวงสาธารณสุข สอง. Public Hospital Authority สาม. รัฐบาลท้องถิ่น และสี่. ภาคเอกชน

5. รัฐบาลพึงจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ สำหรับพัฒนาสถานบริการของรัฐ ในระดับตำบล และอำเภอ บริการสาธารณสุขในระดับนี้ควรจัดให้เปล่า หรืออย่างน้อยก็เพียงคิดค่าบริการขั้นต่ำเท่านั้น แต่สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด ควรให้พึ่งตัวเองในด้านงบประมาณมากขึ้น ทั้งนี้โดย จัดให้มีนโยบายราคาค่าบริการที่เหมาะสม อีกทั้งเสริมสร้างระบบการจัดการให้มีประสิทธิภาพ และประหยัดต้นทุน

ในกรณีโรงพยาบาลอิสระในสังกัด Public Hospital Authority รัฐบาลอาจจัดสรรเงินอุดหนุนให้เท่าที่จำเป็น หรือเพื่อเป็นเครื่องมือให้โรงพยาบาลจัดบริการให้กลุ่มประชากรพิเศษ แต่โดยทั่วไป โรงพยาบาลต้องจัดการให้บริการมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และราคาที่แข่งขันในทางธุรกิจได้

ในทางปฏิบัติ งบประมาณสนับสนุนโรงพยาบาลเหล่านี้ ควรลดน้อยลงกว่าที่เป็น ในระบบเก่ามาก รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการประกันสุขภาพ และ collective finance วิธีอื่นๆให้กว้างขวางครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งเท่ากับเป็นสร้างตลาดให้กับโรงพยาบาลอิสระ แต่ทั้งนี้ต้องเป็นไปอย่างยุติธรรมกับโรงพยาบาลเอกชนด้วย

กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะ national health authority ต้องพัฒนานโยบายระบบบริการสาธารณสุข ติดตามตรวจสอบรายจ่ายของระบบบริการสาธารณสุข กำหนด standards ต่างๆให้โรงพยาบาลของเอกชนและของรัฐปฏิบัติตามประสานงาน กำกับ และควบคุมการดำเนินงานของโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ และให้บริการในราคาที่ เป็นธรรมกับประชาชน

กระทรวงสาธารณสุข ต้องมีบทบาทโดยตรงในการตรวจรับรอง และจัดลำดับคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล ทั้งของรัฐและเอกชน

6. การปรับให้โรงพยาบาล tertiary care ในสังกัดของรัฐ บริหารกิจการแบบธุรกิจ ควรส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพขึ้น แต่ทั้งนี้ในระดับราคาที่สูงขึ้นด้วยเช่นกัน หากรัฐบาลจัดให้มีการประกันสุขภาพที่เพียงพอ และหรือมีเกณฑ์การจัดเงินอุดหนุนที่เหมาะสม ปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการของคนจนก็น่าจะมีไม่มาก ในขณะเดียวกัน ราคาบริการที่สูงขึ้น หมายความว่ารัฐไม่ต้องอุดหนุนคนรวย และผู้มีฐานะที่จะจ่ายค่าบริการได้ เหมือนอย่างที่เคย ทั้งหมดทำให้ระบบบริการบริการสาธารณสุขมีความยุติธรรมมากขึ้น

โดยสรุปแล้ว ผู้เขียนเห็นว่า การปรับปรุงโรงพยาบาลภาครัฐนั้น ต้องทำไปในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และระบบสาธารณสุขของชาติ ซึ่งโยงใยไปถึง การเปลี่ยนแปลงปรัชญาและบทบาทของรัฐบาลด้วย

ความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ต้องคิดทั้งระบบ แต่การปฏิบัติ อาจลงมือเป็นส่วนๆ ตามความเหมาะสมและภาวะวิสัยขณะนั้น

ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ในทัศนะของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร¹

เราอยากเห็นระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขไทยในลักษณะอย่างไร ในบริบทที่กว้างนอกเหนือการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1. ระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีบริการปฐมภูมิ (primary medical care services) ชัดเจน อยู่ใกล้ชุมชน (community based) สามารถเข้าถึงสะดวก ไม่ใช่บริการปฐมภูมิที่จัดโดยโรงพยาบาล (hospital based ambulatory services) สามารถให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานการรักษายาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกัน มีประสิทธิภาพซึ่งวัดโดยผลตอบแทนสุขภาพสูงในระดับต้นทุนที่เหมาะสม เป็นบริการที่มีคุณภาพดีทั้งด้านเทคนิค (technical quality) และผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ แพทย์ใช้เวลาในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย บำบัดรักษา ให้คำปรึกษาผู้ป่วย และติดตามผลอย่างเหมาะสม

2. ในอนาคต บริการปฐมภูมิอาจจะพัฒนาไปสู่หน่วยงานที่ไม่ใช่เป็นของรัฐ มีความเป็นอิสระในการจัดระบบบริการ (autonomous organization) ความเป็นอิสระจะทำให้การบริหารมีประสิทธิภาพ และสามารถสนองตอบความต้องการของชุมชนโดยตรง บริการปฐมภูมิได้รับการอุดหนุนโดยตรงจากรัฐ หรือภาครัฐทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ (purchaser) โดยไม่เป็นเจ้าของ หรือเป็นผู้จัดบริการเสียเอง

3. โรงพยาบาลไม่มีหน้าที่จัดบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เพราะต้นทุนสูง และประสิทธิภาพต่ำ ใช้ทรัพยากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคไม่คุ้มค่า โรงพยาบาลมีหน้าที่รับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้คัดกรองโรคและภาวะความเจ็บป่วยที่มีความต้องการใช้บริการโรงพยาบาลจริงๆ อย่างสมเหตุสมผลและมีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเข้าถึงอย่างอิสระ (free access) ต่อบริการโรงพยาบาลซึ่งมีต้นทุนสูง นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังให้บริการเฉพาะโรค การตรวจวินิจฉัยพิเศษโดยผู้เชี่ยวชาญ

¹ ภาพลักษณ์ระบบบริการสาธารณสุขที่พึงปรารถนา การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ : ทางเลือกเชิงนโยบาย โดย นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบริการปฐมภูมิกับบริการโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพทั้งการส่งต่อขึ้นและลง

4. ผู้ป่วยมีเสรีภาพในการเลือกผู้ให้บริการ (consumer choices) เสรีภาพจะต้องพิจารณาควบคู่กับประสิทธิภาพด้วย สิทธิในการเลือก อาจกระตุ้นให้มีการแข่งขันด้านคุณภาพ อย่างไรก็ตาม อาจจะมีปัญหาไม่มีบริการปฐมภูมิมากเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะเลือกได้ (การผูกขาดโดยธรรมชาติ -national monopoly) ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเลือกและการแข่งขัน

5. มีกลไกในการให้ข้อมูลแก่ประชาชนในการเลือกผู้ให้บริการ (ดูประสบการณ์การเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม กรณีศึกษา นนทบุรี โดยปรียา ผาติชล 2538)

การเลือกโดยไม่มีเงื่อนไข จะมีค่าบริหารจัดการสูง เช่น สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ การประกันสุขภาพเอกชน แม้จะมีความพึงพอใจของผู้ป่วยสูง แต่ก็มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรต่ำ ถ้าจะคงลักษณะการเลือกโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ อย่างในระบบปัจจุบัน จะต้องพัฒนาระบบการจ่ายร่วม (copayment) โดยผู้ป่วย ทั้งนี้ เพราะระบบการจ่ายร่วมจะเป็นเครื่องกลั่นกรองความสมเหตุสมผลในการใช้บริการในส่วนของผู้ป่วยเองโดยอัตโนมัติ

การเลือกที่มีข้อจำกัด เช่น การเลือกลงทะเบียนกับโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง และลงทะเบียนได้หนึ่งแห่ง เป็นต้น จะมีต้นทุนค่าบริหารจัดการค่อนข้างต่ำ เช่น การประกันสังคม

Bennette et al (1995) ได้สำรวจการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลของชนชั้นกลางในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,500 ตัวอย่าง พบว่า บริการที่เข้าถึงง่ายและสะดวก ความรวดเร็วในการให้บริการ การมีเครื่องมือครบครัน การมีแพทย์ที่มีชื่อเสียง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย งานวิจัยนี้สรุปว่าพฤติกรรมของการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของชนชั้นกลางในกรุงเทพมหานคร มีลักษณะค่อนข้างเป็นการเลือกที่มีข้อจำกัดระดับหนึ่ง กล่าวคือ ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ใดที่หนึ่งค่อนข้างเป็น

การประจำอยู่แล้ว ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อสนองต่อการเลือกที่มีข้อจำกัด จึงมีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับธรรมชาติในการเลือกใช้บริการ

การเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนได้ปีละ 1 ครั้ง จะกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพและรักษาสวนแบ่งการตลาดไว้

6. จะต้องพัฒนาความสัมพันธ์โดยตรง ระหว่างผู้ซื้อบริการ (financing agency) เช่น สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง บริษัทประกันภัยเอกชน เป็นต้น กับผู้ให้บริการทั้งที่เป็นบริการปฐมภูมิ และบริการโรงพยาบาล โดยผู้ซื้อบริการเป็นผู้ซื้อบริการโดยตรง (ดูรายละเอียดใน OECD 1992 และ OECD 1994 เกี่ยวกับ contract reimbursement and integrated models)

7. ความสัมพันธ์ทางอ้อมระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ โดยผ่านตัวกลางคือผู้ป่วย ในรูปแบบของการเบิกจ่ายหลัง (reimbursement model) ซึ่งมักเป็นแบบการจ่ายตามรายการ เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ การประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น จะมีปัญหาประสิทธิภาพของระบบต่ำ และมีแนวโน้มที่ค่ารักษายาบาลจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว กระทั่งไม่สามารถควบคุมค่ารักษายาบาลได้

8. ความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างผู้ซื้อบริการกับผู้ให้บริการ ภายใต้รูปแบบสัญญาซื้อขาย จะเป็นรากฐานเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ เช่น

- การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี (capitation) สำหรับบริการปฐมภูมิ
- การจ่ายแบบงบประมาณก้อน (global budgeting) หรืออาศัยการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group - DRG) สำหรับบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล
- การจ่ายตามรายการ (fee for services) สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพ บริการตรวจคัดกรองโรค (screening) บริการป้องกันโรคที่จัดโดยสถานบริการปฐมภูมิ เพื่อจูงใจให้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพมากๆ บริการเหล่านี้มีต้นทุนต่ำและมีประสิทธิภาพสูง

วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการจึงเป็นมาตรการที่สำคัญในการกำกับพฤติกรรมของผู้ให้บริการ พฤติกรรมการสั่งจ่าย การสั่งใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง

9. รูปแบบสัญญาซื้อขาย (contract model) มีประสิทธิภาพเชิงระบบมากกว่าแบบการเบิกย้อนหลัง (reimbursement model) นอกจากมีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการต่ำกว่าแล้ว จะสามารถควบคุมต้นทุน (cost containment) ดีกว่าด้วย เนื่องจากเป็นผู้ซื้อบริการรายใหญ่ จึงมีอำนาจการซื้อ (monopsonistic purchasing power) ค่อนข้างสูง เพราะการซื้อบริการแทนสมาชิกทุกคนจำนวนมาก สามารถกำหนดราคา ปริมาณ และคุณภาพที่เหมาะสมได้

10. ในระยะยาวแล้ว จะต้องพิจารณาใช้มาตรการการจ่ายร่วมโดยผู้ให้บริการ เพื่อกำกับหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้บริการอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมจ่ายในค่ารักษาพยาบาลทุกครั้ง จะช่วยกระตุ้นให้การใช้บริการสมเหตุสมผลและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในฝ่ายของผู้รับ

ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ในทัศนะของ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

บทที่ 1

กระแสใหญ่ในการเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็ว ประเทศที่เคยอิสระต่อกันแม้จะมีผลกระทบถึงกันและกันบ้างแต่ก็ไม่มากมายเท่าในปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงนี้เห็นได้ชัดเจนทั้งในเรื่องเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีโดยเฉพาะทางด้านข้อมูลข่าวสาร หรือแม้แต่ระบบบริการสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นไปอย่างรุนแรงและรวดเร็ว และมีผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนจำนวนมาก ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดความจำเป็นที่ประเทศ ระบบหรือองค์กรต่าง ๆ จะต้องมีการปรับตัวขนานใหญ่เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงนี้เพราะถ้าหากปรับตัวเปลี่ยนแปลงไม่ทันกาลกับกระแสใหญ่ที่เปลี่ยนแปลงไปก็จะถูกทอดทิ้งอยู่ข้างหลังและกลายเป็นประเทศหรือระบบหรือองค์กรที่ล้าหลังไปในที่สุด การปรับตัวใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นที่ชัดเจนที่เราจะได้พบเห็นจากการเปลี่ยนแปลงของประเทศระบบและองค์กรต่าง ๆ อาจจะพอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้

๑. การรื้อปรับระบบ (re-engineering) การปรับตัวเปลี่ยนแปลงนี้เห็นได้ชัดเจนในภาคของธุรกิจเอกชน บริษัทใหญ่ ๆ ในโลกรวมทั้งในประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงระบบจัดการภายในบริษัทขนานใหญ่เพื่อให้สอดคล้องกับกระแสใหญ่การเปลี่ยนแปลงของโลกที่เกิดขึ้น เป็นการรื้อปรับระบบที่เริ่มต้นตั้งแต่การปรับแนวคิด (re-think) ที่ใช้ในการวางฐานของการจัดการและการทำงานขององค์กรของตนเอง ไปจนถึงการจัดวางระบบการทำงานใหม่ (re-design) การปรับเครื่องมือเครื่องมือใหม่ (re-tool) ในองค์กร ตลอดจนอาจจะต้องมีการพัฒนาบุคลากรแบบใหม่ (re-train) เมื่อมีความจำเป็น ทั้งนี้โดยมีลูกค้าซึ่งมีการรับรู้ใหม่ ๆ มีความต้องการใหม่ๆ ที่ต่างจากเดิมเป็นเป้าหมายสำคัญของการรื้อปรับระบบ โดยต้องการให้ลูกค้ามีความพึงพอใจและใช้บริการของตนเองต่อไป นอกจากนั้นยังมีจุดมุ่งหมายปรับประสิทธิภาพของตนเองให้ดีขึ้น มีการใช้ทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณหรือวัสดุให้น้อยลง แต่ได้ผลการปฏิบัติงานดีขึ้นทำนอง “จืดแต่แจ่ว” ตัวอย่างการรื้อปรับระบบขององค์กรมีให้เห็น

มากมายในองค์กรระดับโลกภาคธุรกิจไม่ว่าจะเป็นบริษัทคอมพิวเตอร์ไอบีเอ็ม บริษัทน้ำมันคาลเท็กซ์ หรือในประเทศไทย เช่นธนาคารกสิกรไทย เป็นต้น ทำให้บริษัทเหล่านี้แม้บางบริษัทจะประสบปัญหาในการทำงานระดับหนึ่งจากกระแสใหญ่ของการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เกิดขึ้น แต่ในที่สุดก็สามารถอยู่รอดและดำเนินกิจการของตนเองต่อไปได้อย่างมั่นคง

เมื่อมาพิจารณาการรื้อปรับระบบบริการสุขภาพ เราจะพบว่า การปรับแนวคิดอันเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการรื้อปรับระบบ ไม่ได้มีความสำคัญเฉพาะในภาคธุรกิจ แต่ยังมีความสำคัญที่ให้เห็นได้ในระบบบริการสุขภาพไทย ตัวอย่างที่พอจะยกให้เห็นได้ชัดเจนน่าจะได้แก่ ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ผ่าตัดสมองอย่างรุนแรงในบางภาคของประเทศ วิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามแนวคิดแบบเดิมในอดีตที่เคยมีอยู่ ก็คือเมื่อเกิดอุบัติเหตุที่ศีรษะขึ้น จะสามารถลดอัตราการตายได้โดยการผ่าตัด การผ่าตัดทางสมองต้องการแพทย์ผ่าตัดทางด้านสมองที่มีความชำนาญและที่สำคัญจะต้องมีจำนวนแพทย์เหล่านี้น้อยอย่างเพียงพอ แต่การขาดแคลนแพทย์ผ่าตัดทางสมองโดยเฉพาะในภาครัฐในบางภาคดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาขึ้นวิธีแก้ไขตามแนวคิดแบบเดิมก็คือเพิ่มการผลิตแพทย์เหล่านี้ให้มีความเพียงพอมากขึ้น โดยคิดว่าเมื่อผลิตแพทย์ได้มากขึ้นปัญหาการขาดแคลนก็จะน้อยลง และสามารถทำให้มีการผ่าตัดเพิ่มขึ้นได้ แต่ก็พบปัญหาดังกล่าวอีกก็คือแพทย์ผ่าตัดสมองที่ได้ผลิตใหม่โดยส่วนใหญ่ แทนที่จะอยู่ในภาครัฐในพื้นที่ที่มีความต้องการสูง ก็กลับย้ายไปอยู่ภาคเอกชนในเมืองที่มีแพทย์ผ่าตัดสมองเหล่านี้อยู่แล้ว เนื่องจากมีผลตอบแทน มีเครื่องมือเครื่องมือ และมีสภาพแวดล้อมอื่น ๆ เช่น สังคมเพื่อน โรงเรียนสำหรับลูก ฯลฯ ที่ดีกว่า เมื่อแพทย์ผ่าตัดสมอง “ไหล” ออกจากภาครัฐมากวิธีแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามแนวคิดแบบเดิม ๆ เท่าที่ทำได้อีกก็คือการสร้างแรงจูงใจโดยการเพิ่มค่าตอบแทนในภาครัฐ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ต้องการให้แพทย์ไปอยู่ แต่ผลที่ได้ก็ไม่สามารถชักจูงให้แพทย์ไปอยู่ในพื้นที่ที่มีความจำเป็นอยู่ดี เนื่องจากไม่สามารถสร้างสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ที่เหมาะสมและค่าตอบแทนก็ยังไม่เท่าภาคเอกชนอยู่นั่นเอง สุดท้ายก็เลยแก้ไขปัญหาไม่ได้ ทำให้การแก้ปัญหาวนเวียนไปมาแต่แก้ปัญหาไม่สำเร็จซักที เพราะการใช้แนวคิดแบบเดิม ๆ ที่เคยชิน ดังนั้นจะต้องหาแนวคิดแบบใหม่มาแก้ไข แนวคิดใหม่นี้แตกต่างโดยสิ้นเชิงจากแนวคิดแบบเก่า แทนที่จะคิดถึงการผลิตแพทย์เพิ่ม การหาวิธีจูงใจให้แพทย์ไปอยู่ที่ ๆ มีความต้องการสูง ก็เปลี่ยนแนวคิดเป็นทำอย่างไรจึงจะลดความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะได้เมื่อเกิดอุบัติเหตุรถยนต์มอเตอร์ไซด์ โดยการบังคับให้มีการใช้หมวกกันน็อค เมื่อใช้แนวคิดแบบใหม่ (re-think) ก็ต้องวางระบบการทำงานใหม่ (re-design) คือใช้การ

รณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญ การบังคับใช้โดยกฎหมายเพื่อให้ประชาชนต้องทำตาม การปรับเครื่องมือเครื่องมือ (re-tool) แทนที่จะต้องการเครื่องมือเครื่องมือทางการแพทย์ก็ต้องการการผลิตหมวกกันน็อคที่ถูกหลักปลอดภัยและมีจำหน่ายอย่างแพร่หลาย แทนที่จะฝึกอบรมแพทย์ผ่าตัดสมองเพิ่มก็มีการพัฒนาบุคลากรใหม่ (re-train) โดยให้แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดรวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ มีความตื่นตัวในการแนะนำ การรณรงค์และการบังคับใช้กฎหมายที่ถูกต้อง ผลของการบังคับใช้หมวกกันน็อคที่ผ่านมาทำให้ความต้องการแพทย์ผ่าตัดสมองลดลงเนื่องจากพบว่ามิมีผู้ป่วยอุบัติเหตุรุนแรงทางสมองที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดน้อยลงอย่างชัดเจน การปรับแนวคิดใหม่นี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ได้มากขึ้นแต่ใช้ทรัพยากรน้อยลง การรื้อปรับระบบจึงไม่ใช่ความคิดใหม่ที่จะใช้ได้เฉพาะกับการปรับเปลี่ยนทางธุรกิจแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะใช้ได้กับการรื้อปรับระบบอื่น ๆ เช่น บริการสุขภาพ การศึกษาได้อีกด้วย

๒. การสร้างระบบราชการขึ้นมาใหม่ (reinventing government)

ในขณะที่ในภาคธุรกิจมีการรื้อปรับระบบเพื่อปรับปรุงการจัดการของตนเองขนานใหญ่ ในภาครัฐซึ่งมีระบบราชการที่ใหญ่โตมโหฬารก็มีการปรับตัวขนานใหญ่เช่นกัน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ระบบราชการในประเทศนิวซีแลนด์ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฯลฯ มีการสร้างระบบราชการขึ้นมาใหม่ที่ไม่อู้วาย อ่อนแอ หรือมีประสิทธิภาพต่ำ สู้การจัดการของภาคธุรกิจเอกชนไม่ได้ แต่ทำให้เกิดมีความกระตือรือร้น มีความกระฉับกระเฉง มีความสามารถสูงพร้อมที่จะแข่งขันกับองค์กรอื่นๆ การสร้างระบบราชการขึ้นมาใหม่ในนิวซีแลนด์ได้ลดจำนวนข้าราชการลงจาก ๘๘,๐๐๐ คนในปี ๒๕๒๗ เหลือ ๓๕,๐๐๐ คนในปี ๒๕๓๘ ขณะที่ในอังกฤษมีการเปลี่ยนหน่วยงานราชการที่เคยเป็นของรัฐใช้ระเบียบและวิธีการทำงานที่รัฐกำหนด กลายเป็นหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ (Executive Agency) ที่สามารถกำหนดระเบียบและวิธีการทำงานของตนเองได้เป็นผลสำเร็จเกือบจะทุกหน่วยงาน การทำงานในลักษณะที่เป็นระบบราชการใหม่นี้ เริ่มต้นตั้งแต่การปรับแนวคิดใหม่ในการทำงานทั้งหมด ไม่วนเวียนอยู่กับความเคยชินเก่าๆ เช่น แทนที่ระบบราชการจะทำเองทั้งหมดก็เปลี่ยนบทบาทมาเป็นชี้นำทิศทางและกำกับนโยบายให้องค์การพหุภาคีต่างๆ ในสังคม เช่นภาคเอกชนทำงานให้แทน โดยมุ่งการนำมาซึ่ง “ผล” ที่จะตอบสนองต่อผลประโยชน์ของประชาชนให้มากขึ้น ไม่สนใจว่าผู้ที่จะทำให้ “ผล” นั้นเกิดขึ้นจะเป็นผู้ใด ตัวอย่างได้แก่ บริการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบริการโทรคมนาคม บริการไปรษณีย์ บริการสุขภาพ ฯลฯ ระบบราชการจะชี้นำทิศทาง และกำกับนโยบาย

อย่างใดให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพที่สุด มีความพึงพอใจมากที่สุด โดยประเทศชาติโดยรวมใช้งบประมาณน้อยที่สุด ผู้ที่ทำให้ “ผล” เกิดขึ้นอาจจะเป็นภาคเอกชน ไม่จำเป็นต้องเป็นกรมไปรษณีย์โทรเลข, กรมการแพทย์ ฯลฯ ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ การเปลี่ยนแนวคิดเช่นนี้มีผลทำให้หน่วยราชการเดิมที่ไม่เคยชินกับการแข่งขัน เพราะมักจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีคู่แข่ง (monopoly) ต้องเริ่มปรับตัวเข้าสู่ระบบตลาด (market) ที่มีการแข่งขันและการร่วมมือกัน เพื่อให้เกิดเป้าหมายสูงสุดโดยการลงทุนที่น้อยที่สุด แต่เป้าหมายสูงสุดที่ต้องการต่างจากภาครัฐกิจคือประชาชนได้รับบริการที่ครอบคลุมกว้างขวางที่สุด มีคุณภาพและเกิดความพึงพอใจมากที่สุด แต่ใช้งบประมาณของประเทศน้อยลง ในขณะที่ภาครัฐกิจนั้น เป้าหมายสูงสุดคือผลกำไรที่ตนเองจะได้รับการที่จะทำเช่นนั้นได้ระบบราชการต้องปรับระบบการจัดการโดยให้มีการผ่อนคลายการใช้ระเบียบ (deregulate) ไม่ยึดติดอยู่กับการที่หน่วยงานราชการจะทำอะไรก็มีระเบียบกลางเพียงระเบียบเดียวเป็นตัวกำกับทำให้ขาดความคล่องตัว ไม่สามารถมีความคิดริเริ่มใหม่ๆ และแข่งขันกับภาคเอกชนไม่ได้ ต้องปรับระบบการทำงานให้เน้นการเกิดผล (performance-oriented) จากการทำงานของตน มากกว่าการตรวจสอบทุกขั้นตอน (process-oriented) แต่ละเลยการตรวจผลของการทำงานซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง อันเป็นสิ่งที่พบอยู่ในการทำงานของระบบราชการโดยทั่วไปในปัจจุบัน

แนวคิดการสร้างระบบราชการขึ้นมาแบบใหม่นี้ มีความสำคัญกับระบบบริการสุขภาพเช่นเดียวกัน โดยสามารถยกตัวอย่างให้เห็นได้ชัดจากการประกันสุขภาพภายใต้การประกันสังคม หากกระทรวงมหาดไทยซึ่งรับผิดชอบอยู่เดิม ใช้แนวคิดแบบเก่าๆ ความเคยชินแบบเก่าๆ เมื่อถูกมอบหมายให้รับผิดชอบในเรื่องนี้ ก็มีความพยายามในการที่จะสร้างโรงพยาบาลของตนเอง เพื่อดูแลผู้ประกันตนภายใต้โครงการประกันสังคมที่ตนรับผิดชอบอยู่และดำเนินการให้บริการในระบบเดียวกับสวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการเพราะเป็นระบบที่เคยทำกันอยู่ เคยชินกันอยู่ แนวคิดแบบนี้ถูกเสนอโดยผู้บริหารบางท่านในตอนเริ่มดำเนินโครงการ หากมีการดำเนินการเช่นนั้นจริง งบประมาณจำนวนมหาศาลจะต้องถูกใช้ไปแน่นอนกับการสร้างสถานพยาบาลใหม่ๆ ทั่วประเทศแบบที่เกิดขึ้นในประเทศอเมริกาใต้หรือละตินอเมริกาหลายประเทศ การจัดหาแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการการแพทย์อื่นๆ รวมทั้งเครื่องมือเครื่องมือทางการแพทย์ก็จะเป็นปัญหาที่จะตามมา ขณะเดียวกันหากมีการให้บริการในระบบเดียวกันกับสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ งบประมาณค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้จ่ายไปจะต้องเพิ่มขึ้นในอัตราที่ไม่ต่ำกว่า ๒๐% ทุกปี ปัญหาต่าง ๆ ที่จะตามมาอาจจะทำให้การ

ประกันสุขภาพภายใต้การประกันสังคมเกิดความล้มเหลวเช่นที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ในลาตินอเมริกา ในประเทศเหล่านี้ เมื่อเริ่มโครงการการประกันสังคม นอกจากค่าใช้จ่ายของโครงการจะสูงขึ้นอย่างมากจนเป็นปัญหาแล้ว โครงการดังกล่าวยังมีการดึงดูดแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ให้มีภาวะสมองไหลไปอยู่ในเขตอุตสาหกรรม และทำให้เขตชนบทที่ยากจนขาดแคลนบุคลากรเหล่านี้อย่างรุนแรงปรากฏเป็นปัญหากับประเทศโดยรวม แต่การใช้แนวคิดใหม่แทนความเคยชินเก่า ๆ แทนที่จะทำเองก็เปลี่ยนเป็นเน้นการขึ้นนำทิศทาง และกำกับนโยบายโดยที่ตนเองไม่จำเป็นต้องทำ ไม่ต้องสร้างโรงพยาบาลของตนเอง แต่ใช้สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนภายในประเทศ ที่มีอยู่อย่างมากมาย ศึกษาวิธีการใช้จ่ายงบประมาณที่ล้มเหลวและเป็นปัญหาในประเทศลาตินอเมริกาหรือโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกำหนดการจัดการที่แตกต่างออกไป เป็นผลทำให้กองทุนประกันสังคมในปัจจุบันไม่เผชิญกับปัญหาเหมือนกับประเทศอื่น ๆ ที่เกือบจะอยู่ในสภาพล้มละลาย

๓. การปฏิรูป (reform) ว่ากันตามจริงทั้งการรื้อปรับระบบและการสร้างระบบขึ้นมาใหม่เป็นส่วนที่คล้าย ๆ กันกับการปฏิรูป บางครั้งจึงเป็นคำที่ใช้ต่างกัน แต่เป็นความพยายามของการเปลี่ยนแปลงที่เหมือน ๆ กันนั่นเอง การปฏิรูปที่เกิดขึ้นในโลกปัจจุบันครอบคลุมอย่างกว้างขวางทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีต่าง ๆ รวมทั้งการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เช่น การปฏิรูปการเมืองในประเทศญี่ปุ่น การปฏิรูปเศรษฐกิจในกลุ่มประเทศยุโรปตะวันออก ฯลฯ การปฏิรูปเป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่มีอยู่ให้ดีขึ้นกว่าในปัจจุบัน โดยมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องโครงสร้างและนโยบาย ไม่ใช่เพียงแต่การปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างให้ดีขึ้นเฉยๆ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างหรือนโยบายอะไรที่จริงจังเลย การปฏิรูปดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ก็เช่นเดียวกับการรื้อปรับระบบและการสร้างระบบราชการขึ้นมาใหม่ จะต้องเริ่มต้นด้วยการปรับกรอบแนวคิดที่เคยชินอยู่ ปรับให้เป็นกรอบคิดใหม่ (new paradigm) มีแนวคิดใหม่ ระบบการจัดการใหม่จึงจะเกิดการปฏิรูป มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและผลของการปฏิบัติอย่างแท้จริง

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพก็เป็นอีกกระแสใหญ่หนึ่งที่เกิดขึ้นในโลกเช่นกันโดยเป็นกระแสใหญ่ขนาดที่ประธานาธิบดีคลินตันของสหรัฐอเมริกาจะต้องชูประเด็นการปฏิรูปการบริการสุขภาพ (Health Care Reform) เป็นประเด็นใหญ่ในการหาเสียงและให้ความสำคัญสูงกว่าประเด็นการต่างประเทศซึ่งสหรัฐเสมือนเป็นผู้นำโลกจะ

ต้องให้ความสำคัญ ก่อนที่จะได้รับชัยชนะและได้รับเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดี ขณะเดียวกันกระแสนี้ก็ได้เกิดขึ้นเฉพาะในสหรัฐอเมริกา แต่เกิดขึ้นในประเทศอื่นๆ อีกหลายประเทศในโลก ทั้งที่พัฒนาแล้ว กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาหรือด้อยพัฒนา เช่น สวีเดน อังกฤษ นิวซีแลนด์ เกาหลีใต้ สิงคโปร์ ไต้หวัน ชิลี โคลัมเบีย ฟิลิปปินส์ แชมเบีย กาน่า ฯลฯ เป็นกระแสใหญ่ที่เกิดขึ้นและทำให้ระบบบริการสุขภาพในประเทศต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ เพื่อให้ตอบสนองต่อการสร้างระบบบริการสุขภาพให้กับประชาชนที่ดีขึ้น เช่น การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศอังกฤษและนิวซีแลนด์ ทำให้การจัดการในสถานพยาบาลส่วนใหญ่ซึ่งเป็นของรัฐบาลถูกปรับบทบาทให้สามารถแข่งขันกับสถานพยาบาลอื่นๆ ได้มากขึ้นโดยให้มีลักษณะการจัดการที่เป็นอิสระและพึ่งตนเองได้มากขึ้น (autonomous) สามารถมีการกำหนดระเบียบและวิธีการทำงานของตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาระเบียบราชการที่ไม่คล่องตัวแต่เพียงอย่างเดียว ในสหรัฐอเมริกามีการลงทุนงบประมาณในด้านการบริการสุขภาพให้เพิ่มมากขึ้น และมีการปรับการจัดการกำกับให้สถานพยาบาลภาคเอกชนซึ่งเดิมเคยแข่งขันกันอย่างอิสระโดยไร้ขอบเขต ไม่มีทิศทางที่แน่นอน ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้น ไม่ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐ มาเป็นการแข่งขันในสิ่งที่ประธานาธิบดีคลินตันเรียกว่า การแข่งขันภายใต้การจัดการ (managed-competition) เพื่อให้สถานพยาบาลต่าง ๆ ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐในการครอบคลุมบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่กว้างขวางขึ้น ส่งเสริมการใช้บริการของแพทย์ครอบครัว (family doctor) และกำกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ให้เหมาะสม เพื่อให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในประเทศไต้หวัน ประธานาธิบดี ลี เต็งฮุย ปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันทางด้านสุขภาพ โดยกำหนดให้มีการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขในด้านสุขภาพ ประชาชนทุกคนจะมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเข้ารวมเป็นกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บริการสุขภาพแก่คนทั้งประเทศ ประธานาธิบดีรามอสแห่งฟิลิปปินส์ก็เพิ่งจะปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยวางเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทุกคนในระยะอันใกล้นี้ ฯลฯ ทั้งหมดนี้เป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขอบข่ายทั่วโลกในปัจจุบัน

กระแสใหญ่ที่กล่าวถึงทั้งหลายนี้ เป็นกระแสใหญ่ที่กำลังเกิดขึ้นท่ามกลางการผันแปรที่รวดเร็วของระบบเศรษฐกิจ การเมืองและสังคมของโลก และมีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโดยตรง จึงมีความจำเป็นที่ระบบบริการสุขภาพไทยจะต้องเรียนรู้

เพื่อให้เกิดความแจ่มชัดในผลกระทบที่ประเทศไทยจะต้องประสบ รวมทั้งเตรียมการปรับตัวเปลี่ยนแปลงระบบที่เป็นอยู่ เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้า และสามารถปฏิบัติการกิจในการสร้างความผาสุกทางด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นกับประชาชนไทย อันเป็นจุดประสงค์ของการมีระบบบริการสุขภาพที่แท้จริง

บทที่ 2

แนวคิดสองกระแสในระบบบริการสุขภาพไทย

ในท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและเทคโนโลยีในประเทศไทย ได้มีการสำรวจอย่างง่าย ๆ ถึงความรู้สึกของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพไทยในหลายๆ พื้นที่ พบข้อสรุปเหมือนกันที่น่าสนใจ คือ

๑. ความรู้สึกของประชาชนต่อสถานพยาบาลของรัฐ ประชาชนจะมีความรู้สึกว่าการไม่ประทับใจ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขพูดจาไม่ไพเราะ สภาพการบริการจะมีผู้ป่วยแออัดเป็นจำนวนมากต้องรอเป็นเวลานานกว่าจะได้รับบริการ แต่ก็มีข้อดีที่ค่าบริการไม่แพงและคนจนแม้จะไม่มีเงินก็จะได้รับการรักษาพยาบาล

๒. ความรู้สึกต่อสถานพยาบาลของเอกชน ประชาชนจะมีความรู้สึกว่าการบริการดี บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการมีอัธยาศัยดียิ้มแย้มแจ่มใส มีผู้ป่วยไม่มากจนเกินไปนัก แต่ราคาแพง บางครั้งรู้สึกว่าซูดริดและถูกเอารัดเอาเปรียบ คนยากจนจะถูกปฏิเสธให้การรักษาพยาบาล

ข้อสรุปทั้ง ๒ ข้อนี้นำแปลกใจที่เป็นความรู้สึกร่วมของประชาชนที่มีความคล่องจองกัน ในหลาย ๆ พื้นที่

สาเหตุดังกล่าวเกิดขึ้นเพราะอะไร?

ก่อนที่จะพิจารณาถึงสาเหตุว่าเกิดเพราะอะไร ลองมาพิจารณาดูถึงแนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพของไทยว่าเป็นอย่างไร มีความเหมือนหรือแตกต่างกับ

ประเทศอื่น ๆ ในโลกอย่างใด เพราะ “แนวคิด” ที่มาของการจัดระบบบริการสุขภาพที่ต่างกันของภาครัฐและเอกชนอาจจะสามารถที่จะให้คำตอบถึงสาเหตุดังกล่าวข้างต้นได้ดังได้กล่าวมาแล้วว่า “แนวคิด” มีความสำคัญอย่างมากต่อการจัดระบบและผลที่จะตามมา ระบบจะถูกจัดอย่างใดขึ้นกับแนวคิดที่เป็นจุดเริ่มต้นของระบบนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบการเมือง การศึกษา อุตสาหกรรม รวมทั้งบริการสุขภาพ ซึ่งจะพัฒนาไปอย่างใดขึ้นกับปรัชญาหรือแนวคิดพื้นฐานอันเป็นที่มาของระบบนั้น ๆ

โดยทั่วไปแนวคิดพื้นฐานอันเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างและพัฒนาระบบบริการสุขภาพอาจจะสามารถแบ่งแยกเป็น ๒ แนวคิดใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ

๑. **แนวคิดแบบเสรีนิยม** ซึ่งถือว่าประชาชนทุกคนมีเสรีภาพในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้เอง รวมทั้งในเรื่องบริการสุขภาพ หากประชาชนสามารถมีข้อมูลว่าบริการใดเป็นบริการที่ดี และค่าใช้จ่ายอยู่ในสภาพที่เหมาะสม ประชาชนก็จะตัดสินใจไปใช้บริการนั้น ๆ เอง แนวคิดนี้เชื่อในกลไกตลาดจะทำให้สถานพยาบาลมีการแข่งขันกัน ทำให้ประชาชนได้บริการที่ดีที่สุด รัฐไม่จำเป็นต้องเข้ามาจัดการบทบาทของรัฐเป็นเพียงการช่วยเหลือเฉพาะประชาชนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ฯลฯ เท่านั้น แนวคิดนี้ปรากฏในประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจแบบเสรีเต็มที่ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ฮองกง แอฟริกาใต้ ฯลฯ

๒. **แนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ** ซึ่งถือว่าบริการสุขภาพเป็นบริการที่จำเป็นที่ประชาชนทุกคนจะต้องได้รับ นอกจากนั้นยังเป็นบริการที่มีความเฉพาะและซับซ้อนเกินกว่าที่ประชาชนจะมีข้อมูลหรือความรู้ที่เพียงพอในการตัดสินใจใช้บริการ การที่จะปล่อยให้กลไกตลาดเป็นตัวกำกับนอกจากจะทำให้ประชาชนที่ไม่มีกำลังในการซื้อบริการเข้าไม่ถึงบริการแล้ว ยังอาจจะทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ไม่จำเป็นหรือมีค่าใช้จ่ายแพงจนเกินไป เนื่องจากมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการตัดสินใจรับบริการ ดังนั้น รัฐจึงควรที่จะเข้าแทรกแซงเป็นผู้จัดการเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันว่าจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นแม้จะมีความสามารถไม่เพียงพอในการจ่ายค่าบริการก็ตาม แนวคิดนี้ปรากฏในประเทศที่แม้จะมีระบบเศรษฐกิจแบบเสรีแต่เชื่อในเรื่องสวัสดิการสังคม เช่น อังกฤษ สวีเดน แคนาดา ฯลฯ

ระบบบริการสุขภาพจะมีการพัฒนาแตกต่างกันไป หากยึดแนวคิดที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวงการแพทย์แผนตะวันตก ได้สะท้อนถึงผลสืบเนื่องจากการที่มีแนวคิดพื้นฐานทั้งสองที่แตกต่างกันได้เป็นอย่างดีโดย

๑. แนวคิดแบบเสรีนิยม เนื่องจากเน้นในหลักการของกลไกตลาด ต้องทำให้เกิดการแข่งขันของสถานพยาบาล ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน ดังนั้นสถานพยาบาลจึงพยายามเน้นการเอาใจลูกค้า ส่วนรัฐบาลก็พยายามเน้นการรับรู้ข่าวสารของประชาชนทำให้เกิดข้อดี คือ ประชาชนผู้รับบริการได้บริการที่มีการเอาใจเอาใจ แต่ขณะเดียวกันเมื่ออยู่ในกลไกตลาดที่แพทย์หรือโรงพยาบาลหากว่าให้บริการแก่คนไข้มาก ก็จะได้รับค่าตอบแทนมาก ทำให้แพทย์และสถานพยาบาลจะพยายามให้บริการแก่คนไข้ให้มากที่สุด ซึ่งบริการบางอย่างก็เกินความจำเป็น ทั้งนี้ประชาชนแม้จะได้รับข้อมูลข่าวสารพอสมควร ก็จะไม่ทราบว่าการที่ตนเองได้รับเกินจำเป็นหรือไม่ เพราะถ้าเป็นบริการธรรมดาทั่วไป เช่น การต้อนรับขับสู้ที่ดี การมีสภาพแวดล้อมที่ดี เช่น โรงพยาบาลสวย สะอาด การมีสิ่งอำนวยความสะดวก ไม่ว่าจะเป็นบันไดเลื่อน โทรทัศน์ ฯลฯ ทั้งหมดนี้เป็นบริการที่ประชาชนโดยทั่วไปจะเข้าใจได้ง่าย สามารถตัดสินใจได้โดยง่ายว่าบริการที่ได้ดีหรือไม่ดีอย่างไร และการให้บริการเหล่านี้แม้เกินความจำเป็นก็ไม่มีผลเสียแต่อย่างใด แต่ถ้าเป็นบริการทางการแพทย์ เช่น การผ่าตัด การใช้เครื่องมือทางการแพทย์วินิจฉัย ฯลฯ ประชาชนจะไม่สามารถมีข้อมูลได้เพียงพอแก่การตัดสินใจว่า การผ่าตัดที่จะต้องทำหรือการใช้เครื่องมือแพทย์วินิจฉัย มีความจำเป็นมากน้อยจริง ๆ เพียงใด หากได้รับบริการเหล่านี้บางอย่างที่เกินความจำเป็น จะมีผลเสียหรือไม่อย่างไร เนื่องจากเป็นข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ซับซ้อนเกินกว่าที่ประชาชนจะเข้าใจได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ จะพบว่ามีบริการที่เกินความจำเป็นโดยเฉพาะเทคโนโลยีทางการแพทย์บางอย่าง ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศสูงขึ้น ขณะเดียวกันก็จะมีอาการฟ้องร้องแพทย์กับสถานพยาบาลกันมาก เนื่องจากประชาชนไม่มั่นใจว่าบริการที่ตนเองได้รับ โดยเฉพาะบริการทางการแพทย์ดีหรือไม่ดี จำเป็นหรือไม่อย่างไร นอกจากนี้ การใช้ระบบกลไกตลาดยังทำให้ประชาชนคนยากจนซึ่งไม่มีกำลังซื้อ และรัฐบาลให้การช่วยเหลือดูแลไม่ถึงไม่ได้รับการบริการ ปัญหาทั้งหมดนี้พบได้ชัดเจนในสหรัฐอเมริกาที่มีค่าใช้จ่ายในภาพรวมทางด้านสุขภาพสูงถึง ๑๓% GNP ของประเทศ แต่ขณะเดียวกัน มีประชาชนโดยเฉพาะคนยากจนไม่ได้รับการดูแลถึง ๓๒ ล้านคน (ประเทศสหรัฐอเมริกามีประชากร ๒๖๓ ล้านคน) จนกระทั่งประธานาธิบดีคลินตันต้องประกาศนโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) ในตอนหา

เสียง ดังกล่าวข้างต้น โดยมีการเข้ามาจัดการระบบกลไกตลาดให้เกิดความพอเหมาะที่จะไม่เป็นผลเสียกับประชาชน เน้นการรวมกลุ่มเป็นสหกรณ์ของประชาชนผู้ให้บริการ ฯลฯ แต่ก็ทำไม่สำเร็จ ไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้เพราะมีผู้เสียผลประโยชน์มากมายหลายกลุ่ม

๒. แนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ เนื่องจากเน้นไปในเรื่องบริการสุขภาพว่าเป็นสวัสดิการที่ประชาชนควรจะได้รับ ดังนั้น รัฐบาลจึงจัดให้มีบริการนี้อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ สถานพยาบาลส่วนใหญ่จึงเป็นของรัฐ มีสถานพยาบาลของเอกชนน้อยมาก ทำให้เกิดข้อดีก็คือ ประชาชนไม่ว่าจะเป็นคนยากคนจน หรือคนมีฐานะก็สามารถได้รับบริการเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่เนื่องจากเป็นบริการของรัฐ แพทย์และสถานพยาบาลแม้จะให้บริการมากหรือน้อยเพียงใด ก็จะได้รับค่าตอบแทนเท่าเดิม ทำให้แพทย์และสถานพยาบาลไม่กระตือรือร้นในการให้บริการแก่ประชาชน ไม่เกิดการแข่งขันในการเอาอกเอาใจประชาชนผู้รับบริการ แม้มีผู้มารับบริการที่สถานพยาบาลเป็นจำนวนมาก แต่พยาบาลและแพทย์ก็ไม่ได้ขยันขันแข็งในการให้บริการ หน้าตาไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส และให้คนไข้รอเป็นเวลานานกว่าจะได้รับการบริการ ไม่มีการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ตนเองจะได้รับ เนื่องจาก ถือว่าเป็นบริการของรัฐที่อย่างใดก็ให้บริการฟรีอยู่แล้ว ปัญหาทั้งหมดนี้พบได้ชัดเจนในประเทศอังกฤษ สวีเดน ซึ่งการนัดหมายจากแพทย์เมื่อคนไข้จะต้องได้รับการผ่าตัดในโรคที่ไม่เร่งด่วนฉุกเฉิน เช่นการผ่าตัดไส้เลื่อน การผ่าตัดต่อกระเจก ฯลฯ มีการนัดหมายนานเป็นเดือน ๆ กว่าที่จะได้รับการผ่าตัด จนเกิดความไม่พอใจในหมู่ประชาชน นอกจากนี้ แม้ค่าใช้จ่ายในภาพรวมทางด้านสุขภาพจะไม่สูงมากเท่าในสหรัฐอเมริกา คือเพียงประมาณ ๖-๘% GNP ของประเทศ แต่ปัญหาความไม่พึงพอใจของประชาชนก็ทำให้รัฐบาลอังกฤษ สวีเดน ต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพขนานใหญ่เช่นเดียวกัน แต่ในลักษณะที่ตรงกันข้ามกับในประเทศสหรัฐอเมริกา คือใช้วิธีการของกลไกตลาดมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันกันของสถานพยาบาล โดยสถานพยาบาลที่ทำงานมากให้บริการแก่ประชาชนมากก็จะได้รับค่าตอบแทนมากขึ้น และให้สถานพยาบาลเอกชนเข้ามาแข่งขันกับสถานพยาบาลของรัฐด้วย ฯลฯ

ผลสืบเนื่องที่อาจจะสรุปได้เป็นบทเรียนที่เกิดมาตามจากแนวคิดพื้นฐานทั้งสองสามารถแสดงได้ดังในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบผลสืบเนื่องของระบบบริการสาธารณสุขจากแนวคิดเสรีนิยม
กับรัฐสวัสดิการ

แนวคิด	ข้อดี	ข้อเสีย
เสรีนิยม	1. เกิดการแข่งขันกันระหว่างสถานพยาบาลทำให้ประชาชน (ลูกค้า) ได้รับบริการที่ดี ขณะเดียวกันการพัฒนาเทคโนโลยีก็มีมากขึ้น 2. ประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ตนเองได้รับ และ อาจจะหักทวงเมื่อไม่มั่นใจในบริการที่ได้รับ	1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศสูงอย่างมาก 2. ประชาชนยากจนซึ่งรัฐให้การช่วยเหลือไม่ถึง ขาดการได้รับการดูแล 3. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ให้บริการกับคนไข้ไม่ดี มีการฟ้องร้องกันมาก 4. มีการใช้เทคโนโลยีที่เกินความจำเป็น
รัฐสวัสดิการ	1. ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น 2. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมไม่สูงมากมาย	1. สถานพยาบาลไม่มีการแข่งขันกัน แพทย์ พยาบาล ผู้ให้บริการไม่กระตือรือร้นทำให้ประชาชนผู้รับบริการไม่ได้รับบริการที่ดี 2. ประชาชนจะมีโอกาสในการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ตนเองได้รับน้อย และมีทางเลือกในการใช้สถานพยาบาลที่ตนเองพอใจน้อย

เมื่อพิจารณาจากข้อดี ข้อเสียที่เป็นผลสืบเนื่องจากแนวคิดทั้งสองแบบ จะเห็นว่า การปฏิรูปแบบประเทศสหรัฐอเมริกาตระหนักดีถึงการที่คนจนขาดการเอาใจใส่ และไม่ได้รับบริการ ราคาค่าใช้จ่ายก็ค่อนข้างแพง จึงมีการเข้ามาจัดการการแข่งขัน (managed competition) ของตลาดให้เกิดในลักษณะที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากขึ้น โดยรัฐบาลเข้ามามีบทบาทในการจัดการมากขึ้น ในขณะที่การปฏิรูปแบบประเทศอังกฤษ และสวีเดน สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของเอกชน มีการส่งเสริมระบบของกลไกตลาดให้มีการแข่งขันมากขึ้น พยายามให้รัฐบาลลดการเข้ามาจัดการการให้บริการและมีบทบาทให้น้อยลง

การปฏิรูปของทั้งสองกลุ่ม เป็นการปฏิรูปที่พยายามนำข้อดีของแนวคิดอีกฝ่ายหนึ่งมาใช้ และลดข้อเสียของตนเอง เป็นการเลือกทางเดินที่เป็น “ทางสายกลาง” ไม่สุดโต่งไปทางใดทางหนึ่ง ปรากฏการณ์จากการเปลี่ยนแปลงของแนวคิดสองกระแสนี้ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจจนเป็นบทเรียนให้กับประเทศอื่นๆ ในโลกไม่ว่าจะเป็นในประเทศแถบเอเชียหรือละตินอเมริกา เช่น ไต้หวัน เกาหลีใต้ ชิลี โคลัมเบีย ฯลฯ มีการปฏิรูปหลายส่วนที่คล้ายคลึงกับประเทศในกลุ่มทั้งสองดังที่กล่าวมาคือ เน้นให้ประชาชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น และมีการส่งเสริมคุณภาพบริการโดยให้เกิดมีการแข่งขันกันในการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลต่าง ๆ มากขึ้น

ภาพสะท้อนของแนวคิดทั้งสอง เมื่อมองกลับมาในสังคมไทยจะทำให้สามารถหาคำอธิบายได้อย่างดีถึงความแตกต่างที่สัมผัสได้ของประชาชนดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นระบบบริการสุขภาพโดยส่วนใหญ่ของไทยมีอาจจะปฏิเสธได้ว่าพัฒนาจากอิทธิพลของตะวันตก แต่เราจะเห็นได้ว่าสังคมไทยไม่ได้ยึดถือแนวคิดพื้นฐานแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งอย่างชัดเจน เนื่องจากเราจะพบการดำรงอยู่ของผลสืบเนื่องจากแนวคิดพื้นฐานทั้งสองในสังคมไทยได้อย่างชัดเจนโดย

๑. แนวคิดแบบเสรีนิยม เกิดขึ้นในบริการของสถานพยาบาลเอกชนโดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจะมีการให้บริการแบบเอาอกเอาใจประชาชนผู้มารับบริการ แต่ราคามักจะแพง บางครั้งมีแนวโน้มที่อาจจะให้บริการที่เกินความจำเป็น และมีการฟ้องร้องกันสูง

๒. แนวคิดแบบสวัสดิการสังคม เกิดขึ้นในบริการของสถานพยาบาลของรัฐบาล ซึ่งประชาชนทุกคนแม้จะยากจน ก็สามารถเข้ารับบริการได้ แต่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการจะมีเป็นจำนวนมาก แพทย์และพยาบาลขาดความกระตือรือร้นที่จะให้บริการคนไข้ ทำให้มีแนวโน้มที่จะต้องรอเป็นเวลานานกว่าจะได้รับบริการ นอกจากนั้นก็อาจจะหน้าตาไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส เมื่อมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก

ปรากฏการณ์จากแนวคิดสองกระแสนี้ ปรากฏในสังคมไทย หากจะไปใช้บริการที่สถานพยาบาลเอกชนก็จะเจอข้อดีแบบหนึ่ง ข้อเสียแบบหนึ่ง หากจะไปใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐก็จะเจอข้อดีแบบหนึ่ง ข้อเสียอีกแบบหนึ่งเช่นกัน

ทำอย่างไรเราจะทำให้ข้อดีทั้งสองแนวคิดนี้มาประสานเข้าด้วยกัน และป้องกันไม่ให้ข้อเสียของทั้งสองแนวคิดเกิดขึ้น บทเรียนจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ได้ดำเนินการในประเทศอื่น ๆ ที่มีการดำเนินงานตามแนวคิดที่แตกต่างกัน สรุปได้ว่าต่างก็กำลังปฏิรูปโดยเดินเข้าไปอยู่ใน “ทางสายกลาง” การเดินในทางสายกลางที่จริงเป็นหลักธรรมของพุทธศาสนาซึ่งเป็นหลักธรรมที่คนไทยโดยส่วนใหญ่ได้ยึดถืออยู่แล้ว เราจะช่วยทำให้เกิดทางสายกลางในระบบบริการสุขภาพของไทยได้อย่างไร และจะปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยวิธีใดจึงจะเหมาะสมและเป็นการเดินในทางสายกลางสำหรับสังคมไทยที่ดีที่สุด

บทที่ 3

ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย แม้โดยส่วนใหญ่จะมีพัฒนาการมาจากการแพทย์แผนตะวันตกโดยที่ไม่ได้ยึดถือเอาแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งเป็นแกนหลัก ทำให้ระบบมีพัฒนาการในแบบที่เป็นลักษณะสองกระแสดังได้กล่าวมาแล้ว การที่จะวาดภาพฝันในอุดมคติถึง “ทางสายกลาง” ของระบบบริการสุขภาพที่ต้องการคงไม่ใช่สิ่งที่จะทำให้ใครได้ย่ายายนัก อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาความต้องการของประชาชนเป็นพื้นฐาน ก็อาจจะสามารถกำหนดถึงระบบบริการสุขภาพในอุดมคติที่ควรจะเป็น ยึดทางสายกลาง

โดยนำเอาข้อดีจากแนวคิดทั้งสองมาดำเนินการ และพยายามหาวิธีการป้องกันข้อเสียให้หมดไป การที่จะดำเนินการเช่นนั้นได้จะต้องมีการกำกับไม่ปล่อยให้การพัฒนาการของแนวคิดสองกระแสดังกล่าวปรากฏอยู่ในสังคมไทยโดยปราศจากการจัดการที่เหมาะสม เช่นที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน การกำหนดระบบบริการสุขภาพในอุดมคติก็คือการกำหนดทิศทางที่ควรจะเป็น และสร้าง “ระบบการจัดการใหม่” จาก “แนวคิดใหม่” (re-think) ที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่ในทิศทางดังกล่าว

ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติที่เดินทางสายกลาง นำข้อดีข้อเสียของแนวคิดสองกระแสมาประยุกต์บนพื้นฐานของความต้องการของประชาชนไทยควรมีลักษณะ ๔ ประการ (นวลักษณ์) ดังต่อไปนี้

๑. ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง การที่ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงเป็นหลักการพื้นฐานที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน การที่จะให้ได้รับบริการมาตรฐานอย่างทั่วถึงจะต้องกำหนดมาตรฐานให้เป็นไปได้อย่างเป็นจริงนั้น ไม่ใช่คาดหวังมาตรฐานที่สูงส่งมากจนทำให้การปฏิบัติเป็นไปได้ยาก โดยการกำหนดมาตรฐานที่เหมาะสมนั้นน่าจะเป็นมาตรฐานกลุ่มบริการหลักที่จำเป็น (basic essential package หรือ core health services) ที่ประชาชนทุกคนจะสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงเมื่อเกิดความจำเป็น

กลุ่มบริการหลักเหล่านี้ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ เช่น การได้รับการดูแลก่อนคลอดของมารดา การได้รับการรักษาทางยาเมื่อเกิดโรคปอดบวม การได้รับการผ่าตัดสมองเมื่อประสบอุบัติเหตุทางสมอง การได้รับกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันความพิการภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น เป็นบริการจำเป็นที่ประชาชนทุกคนจะต้องได้รับเมื่อเกิดความต้องการ บริการหลักเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องรวมห้องพิเศษ เตียงพิเศษ หรือแพทย์ที่ประชาชนเองจะจ้างโดยเฉพาะ ฯลฯ ซึ่งบริการเหล่านี้เป็นบริการที่ประชาชนบางคนอาจจะต้องการและพอใจที่จะได้รับ แต่อาจจะเป็นมาตรฐานที่ไม่สามารถให้ได้อย่างทั่วถึง เพราะหากมีการเรียกร้องบริการประเภทหลังนี้มาก ๆ สังคมไทยอาจจะไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จะตามมาได้ ดังนั้นทางสายกลางจึงควรจะเป็นการยึดถือเฉพาะบริการหลักที่จำเป็น ซึ่งสามารถจะหาได้สำหรับประชาชนทุกคน เพื่อให้ประชาชนมีหลัก ประกันที่มั่นใจทุกคนว่าจะได้รับบริการเหล่านี้อย่างแน่นอน หากเป็นบริการที่เกินกลุ่มบริการหลักเป็นสิ่งที่แต่ละคนจะต้องไปชวนชวนเอาเองโดยรัฐไม่ถือเป็นภาระที่จะต้องแทรกแซงจัดหามาให้ เช่น บริการผ่าตัดเสริมสวย ผ่าตัดแปลงเพศ การรักษาการมีบุตรยาก บริการเหล่านี้ไม่ได้เป็นบริการที่ป้องกันเกิดอันตรายแก่ชีวิตหรือ

ความพิการ ฯลฯ สำหรับบริการหลักที่จำเป็นที่รัฐจะแทรกแซงเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถได้อย่างทั่วถึงนั้น ควรจะเป็นบริการที่ประชาชนทุกคนได้รับ โดยคุณภาพที่เท่าเทียมกัน มิใช่ว่าหากเป็นคนจนก็จะได้รับบริการคุณภาพหนึ่งซึ่งแตกต่างจากคนทั่วไปโดยรวม ๆ ไปถึงการเอาใจใส่ การดูแล การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจและพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพอย่างแท้จริง

๒. เป็นระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ประเทศและสังคมไทยสามารถที่จะจัดให้มีขึ้นได้กับประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึง ประสบการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ ฯลฯ ล้วนแล้วแต่ให้บริการที่พยายามเน้นความพอใจในการได้รับบริการของประชาชน แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาก็คือพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศภาพรวมสูงจนเกินไป ประชาชนบางกลุ่มก็ยังเข้าไม่ถึงบริการที่จำเป็น ในประเทศสวีเดน นิวซีแลนด์ ไต้หวัน แม้ประชาชนจะสามารถได้รับบริการทุกคนอย่างทั่วถึง ก็เกิดปัญหาทางค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในภาพรวมว่าสูงจนเกินไปเช่นกัน ดังนั้นระบบบริการสุขภาพที่ดีควรจะเป็นระบบที่ไม่จ่ายมากจนเกินไป แต่ประชาชนยังคงจะได้รับบริการที่จำเป็นอย่างทั่วถึง เป็นระบบที่ได้รับการพัฒนาให้มีความยั่งยืน สามารถดำเนินการได้ระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบที่จะทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นได้สูงสุดบนทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ดีนั้นจะต้องมีค่าใช้จ่าย หากระบบทำให้เกิดค่าใช้จ่ายมากจนเกินความสามารถของประเทศที่จะรับได้ ระบบดังกล่าวก็อาจจะถูกบิดเบือนโดยข้อจำกัดของทรัพยากร ทำให้ตอบสนองแต่เฉพาะกลุ่มคนที่มีฐานะดีกว่าในสังคมและละเลยคนด้อยโอกาส การกำหนดบริการหลักที่จำเป็น (basic essential package) เป็นมาตรการหนึ่งที่กำหนดให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี (good health) โดยวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การทานอาหารที่มีคุณค่าพอเหมาะ การลดเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ ฯลฯ หรือการกำกับให้มีการใช้เทคโนโลยีซึ่งรวมทั้งยาที่เหมาะสมไม่เกินความจำเป็นจนเกินไป การส่งเสริมระบบบริการขั้นต้น (primary care) ที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุดเช่น สถานีอนามัยรวมทั้งศูนย์แพทย์ชุมชนที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อลดการไปใช้บริการที่โรงพยาบาล และ การใช้ระบบการจัดการทางด้านการเงินการคลังที่เหมาะสมที่ไม่จูงใจให้เกิดการให้บริการที่ไม่จำเป็น ฯลฯ การปรับการจัดการระบบบริการสุขภาพที่ประกอบด้วยมาตรการต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้สังคมไทย ซึ่งแม้มิได้เป็นสังคมที่มีฐานะร่ำรวยก็สามารถที่จะจัดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพที่ประชาชนทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้ เพราะไม่เช่นนั้นแล้ว แม้ประเทศ

จะร่ำรวยมากขึ้นในอนาคตแต่การใช้ทรัพยากรยังไม่มีประสิทธิภาพเหมือนเดิม ความร่ำรวยก็อาจจะไม่สามารถก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพของประชาชนดีขึ้น แม้แต่ประเทศสิงคโปร์ที่ร่ำรวยกว่าสังคมไทย ยังปรากฏนโยบายส่งเสริมเฉพาะระบบบริการสุขภาพที่จะหาซื้อได้ (affordable) กำกับการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ ปรากฏเป็นเป้าหมายของประเทศอย่างชัดเจน

๓. ดูแล “คน” ไม่ใช่เพียงแต่ดูแล “ไข้” ระบบบริการสุขภาพที่ดีควรจะเป็นระบบที่ดูแล “คน” ทุกคนให้มีสุขภาพดีโดยรวม (holistic) อย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่การดูแลแก้ไข “ไข้” หรือ “ภาวะเจ็บป่วย” เป็นคราว ๆ ไปแต่เพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้ให้ความสำคัญอย่างแท้จริงถึงการมีสุขภาพดีโดยรวมอย่างต่อเนื่องของประชาชน ในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่จะได้พบบุคลากรทางด้านการแพทย์ หรือสถานพยาบาลก็ต่อเมื่อเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยสถานพยาบาลหรือแพทย์จะทำหน้าที่เจ้าของ “ไข้” ที่จะทำให้การดูแลประชาชนจนหายจากอาการนั้น ๆ แล้วจากนั้นก็พบกันอีกน้อยมาก เมื่อเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นใหม่ ประชาชนก็อาจจะไปพบแพทย์คนใหม่ หรือสถานพยาบาลแห่งใหม่ และมีเจ้าของ “ไข้” คนใหม่ที่จะให้การดูแลอีก ไม่มีแพทย์ สถานพยาบาลที่เป็นเจ้าของ “คนไข้” อย่างแท้จริงที่จะดูแล “คน” ทุกคนให้มีสุขภาพดี โดยรู้ว่าเมื่อใดประชาชนมีโอกาสจะเกิดปัญหาสุขภาพและให้การป้องกันเอาไว้ก่อน เช่น รู้ว่ามีมารดาตั้งท้องเกิดขึ้น จะต้องมีการให้บริการดูแลก่อนคลอดเพื่อให้สุขภาพของมารดาและลูกดีและสมบูรณ์ รอให้คนไข้เกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นก่อนแล้วจึงมาหา หรือรู้ว่คนไข้เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแล้วจะต้องมีการจัดระบบติดตามให้การดูแลที่พึงได้ต่อเนื่องหลังกลับจากโรงพยาบาลแล้ว เช่น เป็นโรคอัมพาตเมื่อออกจากโรงพยาบาลหลังจากได้รับการรักษาแล้ว ก็มีแพทย์หรือพยาบาลที่จะรองรับดูแลต่อให้หลังจากกลับบ้าน เป็นต้น ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพไทยยังไม่เป็นเช่นนั้นอย่างสมบูรณ์ ส่วนใหญ่จะเป็นการที่คนไข้ได้รับการรักษาดูแลเป็นครั้ง ๆ ไปเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย ระบบบริการสุขภาพในบางประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ แคนาดา จะมีการจัดระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนทุกคนมีหมอประจำตัวหรือประจำครอบครัวที่จะเป็นผู้ให้การดูแลเป็นเจ้าของ “คนไข้” ที่จะดูแล “คนไข้” โดยรวม อย่างต่อเนื่อง ไม่ได้เป็นเจ้าของ “ไข้” และดูแลเฉพาะเมื่อประชาชนเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในแต่ละครั้ง หมอประจำครอบครัวนี้จะต้องรู้ว่าเมื่อใดประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบอยู่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการดูแล เช่นรู้ว่มารดาตั้งครรภ์ขึ้นมามีต้องได้รับการดูแลก่อนคลอดก็จะไปให้การบริการให้ หรือเมื่อประชาชนเกิดเจ็บไข้ได้ป่วยก็จะไปรับการรักษากับหมอประจำครอบครัวของตน หมอดังกล่าวจะให้การดูแลรักษา หากประชาชนเป็นโรคที่ซับซ้อน

และยากเกินกว่าความสามารถของหมอประจำครอบครัวที่จะดูแลรักษา ก็จะส่งต่อให้หมอคนอื่นที่มีความชำนาญลึกซึ้งกว่ารับผิดชอบเป็นเจ้าของ “คนไข้” ของตนเองชั่วคราว ช่วยดูแลรักษาพยาบาลโรคหรือการเจ็บป่วยในครั้งนั้น ๆ จนหาย จากนั้นหมอผู้มีความชำนาญ ลึกซึ้งนั้นก็จะส่งประชาชนที่เจ็บป่วยกลับคืนมาให้หมอประจำครอบครัวดูแลต่อ ประชาชนก็จะรู้สึกถึงการได้รับการดูแลครบถ้วนโดยรวมอย่างแท้จริง มิใช่ได้รับการดูแลเป็นคราว ๆ ไปเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยเท่านั้น ในสหรัฐอเมริกาเองก็มีความพยายามเช่นนั้น แต่แทนที่จะให้ประชาชนมีหมอประจำตัวหรือประจำครอบครัวก็จะให้ประชาชนไปขึ้นทะเบียนกับองค์กรดูแลสุขภาพ (Health Maintenance Organisation) ซึ่งเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพที่ประกอบด้วยคลินิกและโรงพยาบาลรวมทั้งสถานพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ องค์กรนี้จะเป็นเจ้าของ “คนไข้” และจะดูแลให้บริการสุขภาพโดยรวมอย่างต่อเนื่องให้กับประชาชนที่ตนเองต้องรับผิดชอบ เมื่อต้องการการดูแลเพียงเล็กน้อยก็จะได้รับการดูแลโดยหมอในเครือข่าย เมื่อต้องการการดูแลมาก เช่นถึงขั้นต้องได้รับการผ่าตัด ก็จะได้การดูแลโดยส่งต่อไปให้โรงพยาบาลในเครือข่ายองค์กรดูแลสุขภาพทำการผ่าตัดให้ ประชาชน ผู้เป็นสมาชิกองค์กรก็จะมีความรู้สึกถึงการได้รับการดูแลครบถ้วน การจัดระบบบริการสุขภาพแบบดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแลเฉพาะ “ไข้” เช่นนี้ จะเป็นการจัดระบบบริการสุขภาพที่สามารถสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนว่าจะสามารถมีที่พึ่งทางสุขภาพที่ตนเองสามารถจะพึ่งได้อย่างแท้จริง

๔. มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการสถานพยาบาล และผู้ให้บริการนี้รวมถึงแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางด้านการแพทย์อื่น ๆ ควรจะมีแรงจูงใจที่จะให้บริการที่ดีแก่ประชาชน โลกสมัยใหม่เป็นโลกของการแข่งขันและร่วมมือ การปฏิรูประบบราชการทำให้ขอบเขตของรัฐและเอกชนจางหายไป รัฐสามารถให้เอกชนทำงานให้ในสิ่งที่รัฐต้องการ ในขณะที่เอกชนก็ได้ค่าตอบแทนจากการดำเนินการให้รัฐ ประชาชนในฐานะผู้รับบริการที่เป็นเป้าหมายก็ได้ผลประโยชน์จากการร่วมมือของรัฐเอกชน เป็นสถานการณ์ที่ทุกฝ่ายได้รับผลที่ดีขึ้นหมดไม่มีใครเสียผลประโยชน์อะไร (win-win situation) ในขณะเดียวกันการปฏิรูประบบราชการในหลายประเทศส่งเสริมให้หน่วยงานของรัฐเองมีการแข่งขันกันเองและแข่งขันกับเอกชน โดยมีเป้าหมายคือประชาชนจะต้องได้รับบริการที่ดีที่สุด ดังนั้นระบบบริการสุขภาพในอนาคตควรจะเป็นระบบที่สามารถปรับทันกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะแวดล้อมปัจจุบัน ส่งเสริมการแข่งขันกันและการร่วมมือกันด้วยจุดมุ่งหมายก็คือประชาชนได้รับบริการที่ดีที่สุด การแข่งขันและร่วมมืออาจจะเป็นการแข่งขันและร่วมมือของสถานพยาบาลรัฐกับ

เอกชน หรือการใช้บุคลากรแพทย์และสาธารณสุขหรือเทคโนโลยีราคาแพงร่วมกัน รวมไปถึงการที่รัฐถอนตัวจากการให้บริการบางอย่าง และส่งเสริมให้เอกชนทำแทน เช่น การผ่าตัดที่ไม่มีควมจำเป็นกับสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็น การผ่าตัดแปลงเพศ หรือการทำศัลยกรรมตกแต่งเพื่อความสวยงาม เป็นต้น การจะทำเช่นนั้นได้จะต้องส่งเสริมให้เกิดการสร้างแรงจูงใจในการแข่งขันและร่วมมือของบุคลากร โดยมีการให้รางวัลเพิ่มงบประมาณให้ หากดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้ผลดีกว่าโดยใช้ทรัพยากรที่ไม่เพิ่มขึ้น หรือมีการมอบอำนาจให้มีอำนาจในการจัดการมากขึ้น เป็นต้น จะทำให้สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการคือแพทย์ และบุคลากรทางด้านการแพทย์อื่น ๆ มีแรงจูงใจในการพัฒนาประสิทธิภาพงานของตนให้ดีขึ้นกว่าเดิม ขณะเดียวกันมีการทำโทษโดยลดงบประมาณหรือให้ค่าตอบแทนที่น้อยกว่าหากทำงานได้ไม่ดี ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร การสร้างกลไกให้เกิดการแข่งขันเช่นนี้ จะทำให้ผลของการปฏิบัติงานนั้นมีผลกำกับพฤติกรรมของสถานพยาบาลต่าง ๆ

การแข่งขันและร่วมมือเพื่อให้บริการดีขึ้นนี้จะพบในภาคเอกชนมากกว่า ในภาครัฐเพราะธรรมชาติของเอกชนจะต้องดำเนินการให้ดีที่สุดเพื่อไม่ให้ “ลูกค้า” ของตนเสียไป รักษาธุรกิจของตนให้อยู่รอด แต่ในภาครัฐไม่ว่าจะบริการดีหรือไม่อย่างไร สถานพยาบาลเกือบทั้งหมดไม่มีความจำเป็นต้องรักษาธุรกิจให้ตนให้อยู่รอดจะได้รับงบประมาณมากกว่าเดิมหรืออย่างน้อยเท่าเดิมทุกปี เพราะระบบงบประมาณของรัฐเป็นระบบแบบให้เพิ่มขึ้นทีละน้อย (incremental) ไม่มีลักษณะที่หากทำงานได้ไม่ดี มีผู้ร้องเรียนมาก มีผู้รับบริการเลือกใช้บริการของตนเองน้อย ก็ควรจะได้รับการลดงบประมาณ หากทำงานดีมีผู้มารับบริการของตนเองมาก ก็ควรจะได้รับการเพิ่มงบประมาณเพิ่มขึ้น อันเป็นกลไกที่ส่งเสริมให้ผลของการทำงานได้รับความเอาใจใส่อย่างเต็มที่จริง ๆ

๕. มีความหลากหลาย การดูแลสุขภาพของประชาชนต้องการความหลากหลายของระบบบริการสุขภาพ ความหลากหลายนี้จะทำให้ประชาชนสามารถมั่นใจว่าตนเองมีทางเลือกที่ตนเองจะเลือกได้อย่างเหมาะสมไม่ว่าจะเป็นบริการสุขภาพของภาครัฐหรือเอกชน หรือ บริการสุขภาพทั้งแผนตะวันตกและแผนไทยที่ได้รับการตรวจสอบแล้ว การมีความหลากหลายนี้ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพียงแต่ทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจถึงความครบถ้วนสมบูรณ์ของบริการที่ได้รับแต่ยังทำให้ประชาชนได้มีโอกาสและทางเลือกมากขึ้นในการเลือกบริการสุขภาพที่ตนเองพอใจมากที่สุด นอกจากนี้ความหลากหลายนี้ยังจะสร้างบรรยากาศให้เกิดการร่วมมือและแข่งขันเพื่อให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นระหว่างสถานพยาบาลอีกด้วย ความหลากหลายของบริการสุขภาพนั้นไม่ได้เป็นที่แปลกใหม่สำหรับประชาชนผู้รับบริการเพราะเป็นสิ่งที่พบเห็นโดยปกติใน

สังคมโดยทั่วไปอยู่แล้ว แต่การให้บริการที่ผ่านมาของบริการสุขภาพที่หลากหลายเหล่านี้ เป็นไปอย่างกระจุกกระจายไม่มีการจัดการให้เกิดการร่วมมือกันในการเสริมจุดอ่อนและ จุดแข็งของกันและกันเพื่อให้บริการเกิดประโยชน์กับประชาชนผู้รับบริการให้มากที่สุด เพิ่งจะมีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือเสริมจุดอ่อนและจุดแข็งกันอย่างจริงจังในบาง ประเทศในหลายปีที่ผ่านมา เช่น ประเทศจีน มีการให้บริการสุขภาพที่ให้เป็นบริการที่ ผสมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (private-public mix) ประเทศไทยเริ่มส่งเสริมการ ใช้แพทย์แผนไทย เป็นต้น

๖. ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม ระบบบริการที่ดี นอกจากควรจะทำให้มีความหลากหลาย และกระจายอย่างทั่วถึงและ มีคุณภาพที่ เพียงพอดังกล่าว ยังควรจะทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม เช่น ประชาชนอาจจะเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยเช่นการนวดในการรักษาพยาบาลโรค ปวดศีรษะหรือปวดหลัง มากกว่าการเลือกใช้แบบแผนตะวันตกโดยการฉายา หรืออาจ จะเลือกใช้โรงพยาบาลใกล้บ้านของตนเองที่อยู่ต่างอำเภอแทนที่จะไปใช้โรงพยาบาลที่อยู่ ไกลออกแต่บังคับอยู่ในเขตอำเภอเดียวกัน การเลือกในลักษณะนี้ กฎหมายและ ระเบียบที่มีอยู่ในภาคราชการควรจะสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ใน การจัดการเพื่อให้เกิดการเลือกบริการที่เหมาะสมนั้นไม่ใช่การเลือกแบบอิสระไม่มีขอบ เขต เนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ที่มีเครื่องมือเครื่องมือทางการแพทย์และเทคโนโลยีสูง ๆ จะเป็นที่ต้องการและถูกเลือกจากประชาชนที่จะไปใช้บริการมากกว่า สถานีนอามัย เล็ก ๆ ที่แม้จะอยู่ใกล้บ้านของประชาชนแต่ไม่มีเครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีที่จะดึงดูด ให้ประชาชนหลงเชื่อใจ ก็อาจจะไม่ถูกเลือกเลยเพราะความเข้าใจของประชาชนส่วนหนึ่ง ยังคิดว่าการมีเทคโนโลยีดี ๆ จะทำให้ตนได้รับบริการที่ดีกว่าทั้ง ๆ ที่ปัญหาสุขภาพของ ตนเองไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีเหล่านั้นในการแก้ไขเลย (Technology illusion) ดังนั้นทางเลือกในที่นี้จึงควรจะเป็นทางเลือกที่ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกในขอบเขตที่ เหมาะสมที่คนในสังคมไทยได้ร่วมกันตกลงไว้อย่างเหมาะสม

๗. มีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ ดังได้กล่าวแล้วว่าระบบ บริการสุขภาพที่ดีควรจะเป็นระบบที่ตอบสนองต่อประชาชนและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การที่จะมีการกำหนดความรับผิดชอบที่สามารถจะถูกตรวจสอบถึงคุณภาพของบริการที่ ให้กับประชาชน และถูกตรวจสอบถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรและการให้บริการ ว่าสามารถดำเนินงานมีคุณภาพและได้ผลคุ้มค่าหรือไม่จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทั้งนี้ เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพดังกล่าวได้มีการปรับปรุงแก้ไขให้สามารถดำเนินการภารกิจต่าง ๆ ได้อย่างสมบูรณ์ที่สุด การที่สามารถตรวจสอบได้นั้นควรจะมีการดำเนินการอย่างเป็น

ระบบ เช่น มีการประเมินคุณภาพของสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการเป็นระยะ ๆ (accredit) มีการตรวจสอบการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลว่ามีความเหมาะสมเพียงใด (utilization review) การดำเนินงานก่อให้เกิดผลภายใต้งบประมาณที่ใช้ไปอย่างจำกัดอย่างไร (cost-effectiveness) รวมทั้งประชาชนมีความพึงพอใจแค่ไหน ฯลฯ

๘. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น เป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพก็คือประชาชน ดังนั้นประชาชนจึงควรจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาในฐานะเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง โดยเฉพาะในโลกสมัยใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กระแสประชาสังคม (civil society) ที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สังคมให้ดีขึ้น เกิดมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีการสื่อสาร ทำให้ประชาชนมีความตื่นตัวในด้านสิทธิและศักยภาพของตนเอง อยากมีส่วนร่วมในการทำให้สิทธิของตนเองได้รับการประกัน รัฐบาลเองในหลายประเทศก็ต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางเพราะทำให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาที่ถาวรกว่า ดังนั้นการสร้างระบบบริการสุขภาพที่ดีจึงควรจะมีการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีบทบาทในการร่วมพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ดีขึ้น โดยเฉพาะการที่ประเทศไทยในฐานะที่เป็นเมืองพุทธ ประชาชนมีความโอบอ้อมอารี มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มชนสูง มีลักษณะพื้นฐานที่สอดคล้องกับกระแสประชาสังคมนี้อยู่แล้ว การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจจะมีส่วนร่วมได้ตั้งแต่การที่ประชาชนเป็นเจ้าของสถานพยาบาลร่วมกัน หรือบริหารกองทุนที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพร่วมกัน หรือกำกับการปฏิบัติงานของบุคลากรรวมทั้งส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจให้กับสถานพยาบาล ไปจนถึงการมีส่วนร่วมในระดมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพทั้งระบบเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ประชาชนต้องการอย่างแท้จริง

๙. มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา การจะสามารถดำเนินการจัดระบบบริการสุขภาพที่ดีในปัจจุบัน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ให้บริการโดยตรงอย่างแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางด้านสาธารณสุขอื่น ๆ จะต้องมียุคความรู้ที่ทันกาล สามารถพัฒนาองค์กรและใช้วิทยาการที่ทันสมัยในการให้บริการที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดให้กับประชาชนผู้รับบริการได้ตลอดเวลา ระบบทั้งระบบควรจะดำเนินการไปได้ด้วยพื้นฐานองค์ความรู้ (knowledge-based system) ที่ถูกต้องตลอดเวลา และองค์ความรู้ที่ว่านี้มีใช้องค์ความรู้

เฉพาะทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียวแต่รวมถึงองค์ความรู้ทางด้านการจัดการสามารถปรับเปลี่ยนระบบให้ทันกาลกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม มีองค์ความรู้ทางด้านเศรษฐศาสตร์สามารถเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมที่ให้ประสิทธิภาพสูงสุดโดยใช้งบประมาณน้อยที่สุด มีองค์ความรู้ทางด้านสังคมศาสตร์ที่ทำให้การบริการเกิดความพึงพอใจกับประชาชนอย่างเหมาะสม ฯลฯ นอกจากนี้ ยังควรจะเป็นระบบที่มีการเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง มีการวิจัยและพัฒนา (research and development) ตลอดเวลา สามารถเสริมสร้าง ความคิดริเริ่มใหม่ ๆ (innovation) ของการบริการหรือการบริหารอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อสามารถทำให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพที่สุด กว้างขวางที่สุดบนทรัพยากรของประเทศที่อยู่อย่างจำกัด

ลักษณะทั้ง ๔ ประการ หรือ นวลักษณ์ นี้ควรจะเป็นส่วนที่ประกอบกันขึ้นเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพในอุดมคติที่สามารถจะเป็นที่พึงอย่างแท้จริงของประชาชน

บทที่ 4

สภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทย

ระบบบริการสุขภาพไทยที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นระบบที่ได้อิทธิพลจากการแพทย์และสาธารณสุขของตะวันตก สภาพปัญหาหลายอย่างที่พบจึงอาจจะคล้ายคลึงหรือแตกต่างตามแต่ลักษณะพื้นฐานที่ดำรงอยู่ในสังคมไทย แต่อาจจะกล่าวได้ว่าระบบบริการสุขภาพไทยกำลังประสบปัญหาต่าง ๆ ที่พอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้

๑. ความต้องการของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วจากประเทศเกษตรกรรมไปสู่ประเทศกึ่งอุตสาหกรรม จากการมีพื้นที่ส่วนใหญ่ที่เป็นเขตชนบท กลายเป็นพื้นที่ที่มีเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น จากสังคมที่การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างกลุ่มคนต่าง ๆ ในสังคม กลายเป็นสังคมที่ข้อมูลข่าวสารมีการกระจายไปอย่างกว้างขวางจากพัฒนาการของสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ความต้องการของ

ประชาชนเปลี่ยนแปลงไปซึ่งมีผลต่อความคาดหวังในระบบบริการสุขภาพของประชาชน
เปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงที่พอจะเห็นได้อย่างเด่นชัดได้แก่

ก. ความต้องการคุณภาพของบริการสุขภาพ การรับรู้ข้อมูล
ข่าวสารอย่างกว้างขวางที่เกิดขึ้นในสังคมทำให้ประชาชนมีความต้องการบริการสุขภาพที่
มีคุณภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจเป็นตัวเสริมให้ความต้องการ
การคุณภาพเด่นชัดขึ้น สาเหตุจากการที่ประชาชนมีกำลังในการใช้จ่ายบริการสุขภาพที่มี
คุณภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะบริการสุขภาพจากภาคเอกชน ทำให้บริการของภาคเอกชน
จำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพของสถาน
พยาบาลต่าง ๆ ที่เป็นอยู่ ไม่ทันกาลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
ของประชาชน ทำให้เกิดความไม่พอใจในบริการสุขภาพที่ตนได้รับ เกิดการฟ้องร้อง
สถานพยาบาลรวมทั้งเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสถานพยาบาลกับประชาชนผู้รับ
บริการ

ข. ความต้องการบริการสุขภาพลักษณะใหม่ที่สอดคล้องกับโรคของ
ประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป โรคต่าง ๆ ที่ประชาชนคนไทยเคยเป็นอยู่ในอดีตได้เปลี่ยน
แปลงไปตามสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โรคคร่าชีวิตที่มีอัตราการตายสูงในระยะหลายปีที่
ผ่านมานี้กลายเป็นโรคที่เรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ฯลฯ หากเป็นโรคเฉียบ
พลันที่จะทำให้ถึงแก่ชีวิตทันทีก็มักจะเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมใหม่ที่เกิดขึ้น
เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ การฆ่ากันตาย เป็นต้น การตายจากโรคเฉียบพลันที่เป็นผลจาก
การติดเชื้อที่เคยมีปัญหาในอดีต เช่น โรคท้องร่วง โรคมาเลเรีย ฯลฯ พบว่าเกิดน้อย
ลงอย่างมาก นอกจากนั้นยังมีโรคใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น โรคเอดส์หรือกลุ่มโรคเรื้อรังที่
ไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งก็มีเพิ่มขึ้น โรคที่เกิดในยุคสมัยใหม่
เหล่านี้ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการกินอยู่ การออกกำลังกาย
ความเครียดหรือพฤติกรรมทางเพศ โรคเหล่านี้ไม่สามารถทำให้หายขาดไปได้โดยการใช้
ยารักษาโรคเพียงชั่วคราวเช่นเดียวกับการรักษาโรคติดเชื้อ เช่น โรคท้องเดิน
โรควัณโรคอย่างในอดีต แต่ต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมและ
การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ จึงจะสามารถห่างจากการเจ็บไข้ได้ป่วยอันเกิดจากโรค
เหล่านี้ได้ ระบบบริการสุขภาพที่ต้องการจึงควรจะเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีความทัน
สมัยในความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มโรคในปัจจุบัน มีความใกล้ชิดกับประชาชน สามารถเป็น
ที่พึ่งที่ให้คำปรึกษาและการดูแลประชาชนได้ตลอดเวลา ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา
เน้นการดูแลโดยการรักษาพยาบาลโดยการใช้ยาในสถานพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลซึ่งมี

ความใกล้ชิดกับประชาชนน้อย ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาของประชาชนได้อย่างรอบด้านและต่อเนื่อง (ตารางที่ ๒)

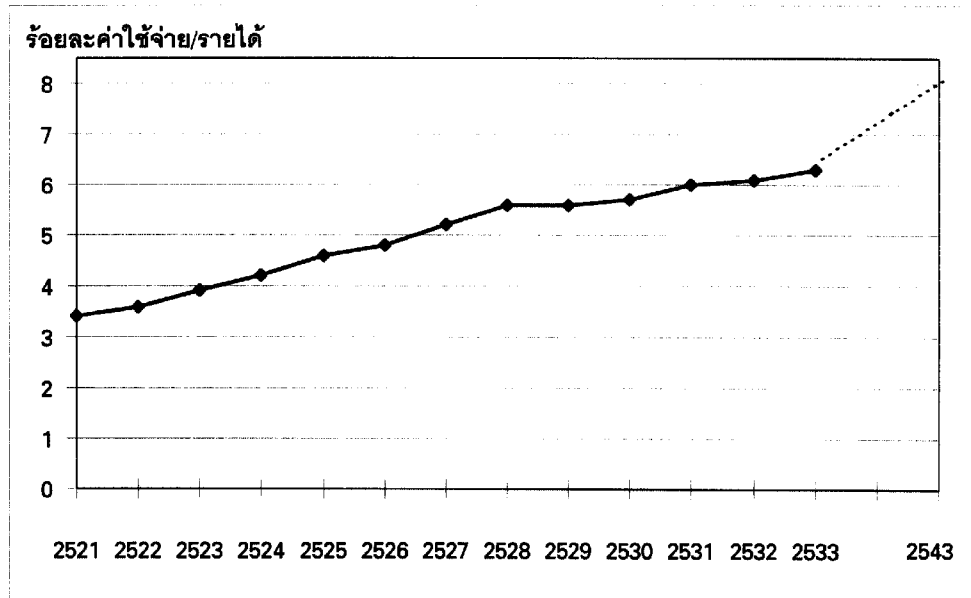
ตารางที่ ๒ สาเหตุการตายที่สำคัญ ๓ อันดับแรก

ปี		๒๕๕๓	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕
อันดับ	สาเหตุการตาย	มาเลเรีย	อุบัติเหตุ	โรคหัวใจ	โรกระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ
๑	อัตราการตายต่อแสน	๑๕.๕	๒๗.๒	๓๖.๕	๕๒.๕
อันดับ	สาเหตุการตาย	วัณโรค	วัณโรค	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุอื่น ๆ รวมถึงผลระยะยาว
๒	อัตราการตายต่อแสน	๖๕.๕	๒๐.๘	๒๘.๕	๒๕.๘
อันดับ	สาเหตุการตาย	ลำไส้อักเสบ	โรคท้องร่วง	โรคมะเร็ง	เนื้องอกและมะเร็ง
๓	อัตราการตายต่อแสน	๖๖.๑	๑๗.๖	๒๗	๒๑.๕

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

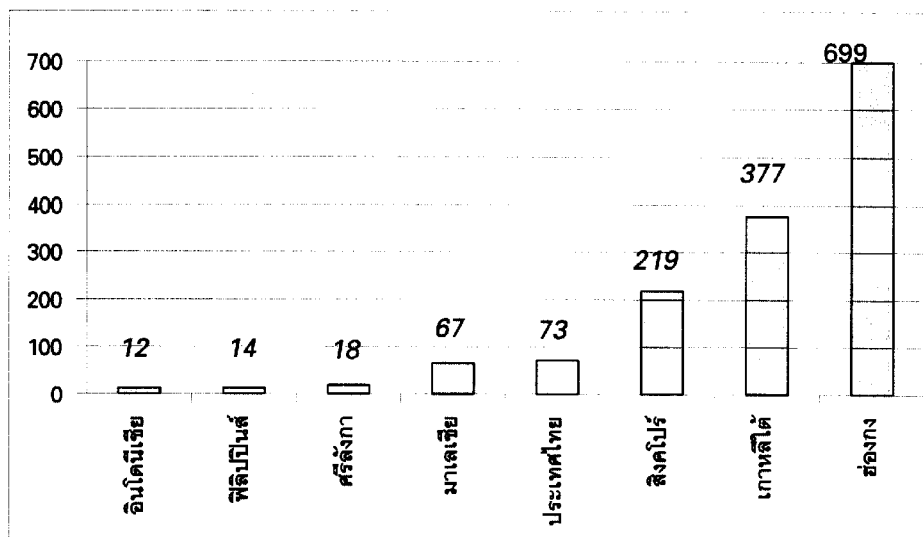
๒. ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมีราคาแพง ดังที่ได้กล่าวข้างต้นแล้วว่าประชาชนโดยทั่วไปเมื่อไปรับการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะยังสถานพยาบาลเอกชนมักจะมีคำร้องเรียนถึงค่าใช้จ่ายของบริการว่าค่อนข้างจะมีราคาแพง แต่ค่าใช้จ่ายที่มีราคาแพงดังกล่าวไม่ได้กระทบเฉพาะประชาชนเป็นรายบุคคล เพราะเมื่อพิจารณาจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศแล้วเราจะพบว่ามียัตราค่อนข้างเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในแต่ละปี จากตัวเลขของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประมาณกันว่าการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในปี ๒๕๓๓ จะตกประมาณ ๖% ของรายได้ประชาชาติและประมาณกันว่าจะเพิ่มเป็น ๘.๑% ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ (แผนภูมิที่ ๑) ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงมากและจะกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมในอนาคต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนี้เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีฐานะเศรษฐกิจใกล้เคียง เช่น มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ จะพบว่าสูงกว่าอย่างเห็นได้ชัดเจน (แผนภูมิที่ ๒)

แผนภูมิ ๑ แสดงสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ประชาชาติ ปี ๒๕๒๑ - ๒๕๓๓



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2533

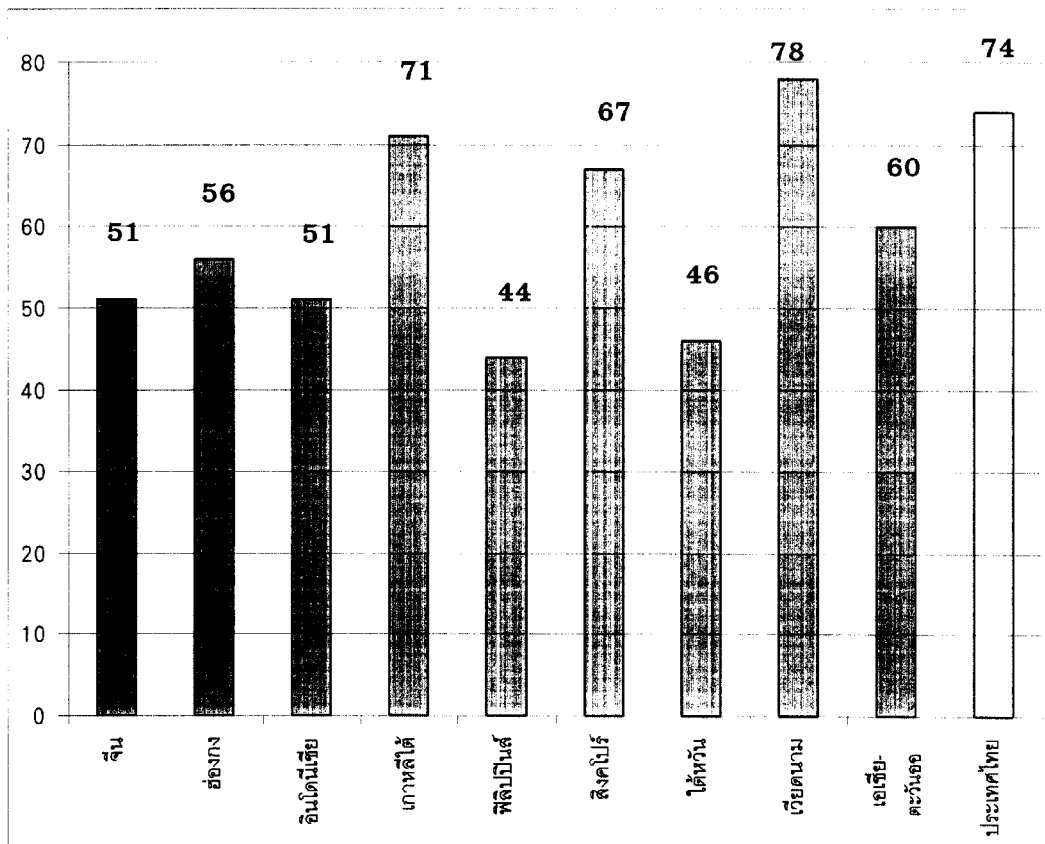
แผนภูมิ ๒ แสดงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่างๆ ในเอเชีย



ที่มา : ธนาคารโลก, ๒๕๓๘

๓ . รัฐจ่ายน้อยประชาชนจ่ายมาก ในขณะที่ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศ ในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วนั้น มิได้หมายความว่าภาระของค่าใช้จ่ายจะเกิดกับรัฐบาลโดยส่วนใหญ่เท่านั้น ในอดีตที่ผ่านมาแม้รัฐบาลจะถือว่าการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นภาระหน้าที่อันหนึ่งของรัฐบาล แต่การจัดสรรงบประมาณมาเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นนั้นเป็นไปได้อย่างจำกัด ทั้งนี้เนื่องจากรัฐบาลเองมีข้อจำกัดในแง่การใช้จ่ายงบประมาณ แต่ในขณะที่ความต้องการของประชาชนเพิ่มมากขึ้น มีการใช้จ่ายใช้สอยทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น แม้รัฐได้ให้การสนับสนุนการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนเพิ่มมากขึ้นแต่พบว่าอัตราส่วนการใช้จ่ายของประชาชนที่ต้องจ่ายไปเพื่อสุขภาพกลับเพิ่มมากกว่า ดังจะเห็นได้จากตัวเลขของธนาคารโลก พบว่าสัดส่วนของเงินที่ประชาชนได้ใช้จ่ายไปเป็นค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพใน ปี พ.ศ. ๒๕๓๖ ถึง ๗๔% ในขณะที่รัฐบาลเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเพียง ๒๖% และเมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการใช้จ่ายนี้กับประเทศต่าง ๆ ที่ใกล้เคียงในภูมิภาคเดียวกัน จะเห็นได้ว่าประชาชนไทยจะแบกรับภาระในการออกค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมากกว่ารัฐบาลแล้ว เมื่อเทียบกับประเทศในภูมิภาคเดียวกัน โดยประเทศสิงคโปร์รัฐบาลจะออกค่าใช้จ่าย ๖๗% ฟิลิปปินส์ ๔๔% และอินโดนีเซีย ๕๑% ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าในด้านงบประมาณเพื่อใช้จ่ายสำหรับสุขภาพของประเทศ ในขณะนี้รัฐบาลจ่ายน้อยในขณะที่ประชาชนจ่ายมากกว่า (แผนภูมิที่ ๓)

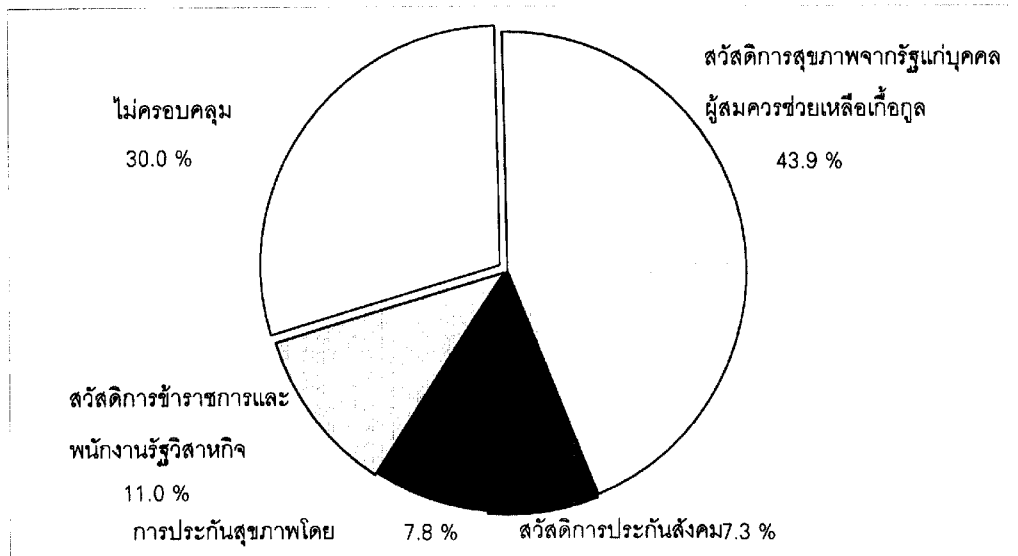
แผนภูมิ ๓ แสดงร้อยละของค่าใช้จ่ายสุขภาพที่จ่ายจากประชาชนในประเทศต่างๆ



ที่มา : ธนาคารโลก , ๒๕๓๘

๔. ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงทุกคน แม้รัฐบาลจะมีความพยายามในการที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังจะเห็นได้จากการมีโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้สูงอายุ เด็กอายุ ๐-๑๒ ปี และผู้พิการ โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โครงการบัตรสุขภาพ หรือโครงการประกันสังคม แต่จำนวนผู้ที่ถูกรอบคลุมโดยการมีที่พึ่งพิงทางด้านสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยยังมีอยู่ไม่มากกว่า ๔๕ ล้านคนจากจำนวนประชากรของประเทศ ๖๐ ล้านคน อย่างน้อยยังมีประชาชนอีกไม่น้อยกว่า ๑๕ ล้านที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น (แผนภูมิที่ ๔)

แผนภูมิ ๔ แสดงความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ ปี ๒๕๓๘



นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากกลุ่มที่รัฐบาลได้ให้การฟังฟังแล้วจะพบว่า คนจนผู้มีรายได้น้อยและประชาชนที่มีความจำเป็นมากกว่ากลับได้รับการดูแลที่น้อยกว่า ทั้งนี้คนจนผู้มีรายได้น้อย และประชาชนบางกลุ่มได้แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ชลช. โดยทั่วไปจะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเจ็บไข้ได้ป่วยสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนหนุ่มคนสาวที่อยู่ในวัยทำงาน ดังนั้น กลุ่มคนเหล่านี้ควรจะได้รับ การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพมากกว่ากลุ่มคนอื่น ๆ แต่เมื่อดูลงไป ในรายละเอียดจะพบว่า นอกจากรัฐบาลจะจ่ายน้อยกว่าในด้านงบประมาณสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนแล้ว ในงบประมาณที่จ่ายไปในปัจจุบันก็ยังไปสู่ในกลุ่มคนหนุ่มคนสาวที่อยู่ในวัยทำงานมากกว่าคนจนผู้มีรายได้น้อยหรือประชาชนที่มีความจำเป็นในการได้รับบริการสุขภาพ ทั้งนี้โดยข้าราชการหรือลูกจ้างในโครงการประกันสังคมซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานจะได้รับการสนับสนุนในการดูแลงบประมาณ ๑,๗๗๗ บาทต่อคนต่อปี ลูกจ้างภายใต้โครงการประกันสังคมจะได้รับงบประมาณ ๘๐๐ บาทต่อคนต่อปี (ในจำนวนนี้รัฐบาลสนับสนุนหนึ่งในสาม ลูกจ้างและนายจ้างสนับสนุนงบประมาณอีกฝ่ายละหนึ่งในสาม) ในขณะที่คนจนผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ คนพิการจะได้รับงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพเพียงประมาณ ๒๗๘ บาทต่อคนต่อปีเท่านั้น (ตารางที่ ๓)

ตารางที่ ๓ แสดงค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวในหลักประกันสุขภาพแบบต่างๆ

1. สวัสดิการข้าราชการและ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	11.0	2,000
2. โครงการประกันสังคม	7.3	800
3. บัตรประกันสุขภาพ	7.8	118
4. รัฐสวัสดิการ (ผู้มีรายได้ น้อย , ผู้สูงอายุ , ผู้พิการ)	43.9	231

ที่มา : สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข , ๒๕๓๘

๕. การขาดคุณภาพของบริการ ดังได้กล่าวแล้วว่า ประชาชนจะมีข้อร้องเรียนเป็นอันมากในคุณภาพของบริการสุขภาพโดยเฉพาะจากสถานพยาบาลของรัฐ แต่คุณภาพที่ประชาชนรู้สึกมักจะเป็นคุณภาพเชิงสังคม (social quality) ที่ประชาชนสัมผัสได้เอง เช่น การเอาอกเอาใจใส่ ความรวดเร็วในการบริการ เป็นต้น เมื่อพิจารณาจากข้อมูลบางอย่างในด้านคุณภาพทางด้านการแพทย์ ก็พบปัญหาที่น่าสนใจเช่นกัน เช่น จากการศึกษาวิจัยชิ้นหนึ่งพบว่า การคลอดลูกโดยการผ่าตัดหน้าท้องในโรงพยาบาลเอกชน หรือห้องพิเศษในโรงพยาบาลรัฐสูงใกล้เคียงกันถึง ๕๑.๕% อัตรานี้เป็นอัตราที่สูงมากในเชิงวิชาการ ทำให้เกิดสงสัยอย่างชัดเจนถึงข้อบ่งชี้ทางวิชาการถึงความจำเป็นของการผ่าตัดดังกล่าว เพราะการคลอดโดยการผ่าตัดจะมีอันตรายโดยเฉลี่ยสูงกว่าการคลอดโดยวิธีปกติตามธรรมชาติ การตรวจสอบการให้บริการทางการแพทย์ (medical audit) อันเป็นกระบวนการที่ทำมากในต่างประเทศเพื่อกำกับควบคุมคุณภาพของบริการให้เป็นไปตามหลักวิชาการที่ดี ก็เป็นกระบวนการที่เพิ่งจะเกิดขึ้นในประเทศไทย การขาดซึ่งกลไกการกำกับคุณภาพต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้การพัฒนาคุณภาพในระบบปัจจุบันยังเป็นปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังตลอดมา

๖. ดูแลรักษา “ไข้” มากกว่ารักษา “คน” ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันโดยส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อประชาชนก็ต่อเมื่อประชาชนเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นคราวๆ ไป ผู้ให้บริการคือสถานพยาบาลหรือแพทย์จะเป็นเจ้าของ “ไข้” เป็นคราว

ๆ ไปเมื่อประชาชนเกิดการเจ็บป่วย บางครั้งประชาชนก็จะเปลี่ยนจากการรักษากับแพทย์คนหนึ่งไปรักษากับแพทย์อีกคนหนึ่ง โดยที่แพทย์คนใหม่อาจจะไม่รู้ประวัติการรักษาเก่าของประชาชนนั้น ๆ เลย ไม่มีสถานพยาบาลใด หรือแพทย์คนใดเป็นเจ้าของ “คนไข้” อย่างแท้จริง ต่างกับในประเทศที่เจริญแล้วบางประเทศที่ได้กล่าวมาแล้ว เช่น อังกฤษ แคนาดา จะมีระบบแพทย์ครอบครัว หรือในสหรัฐอเมริกาที่มีองค์การดูแลสุขภาพ ที่จะเป็นเจ้าของ “คนไข้” ที่ให้การดูแลสุขภาพ ดูแลให้การป้องกันโรคตั้งแต่ก่อนเจ็บไข้ได้ป่วย เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็ทำการรักษาพยาบาลให้ เมื่อรักษาไม่หายต้องการผู้เชี่ยวชาญก็มีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเครือข่าย (network) รักษาจนหาย ให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อรับคนไข้กลับจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว เป็น “เจ้าของคนไข้” อย่างแท้จริง ไม่ใช่ดูแลเฉพาะเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นคราว ๆ ไป การขาดระบบการเป็นเจ้าของคนไข้ ที่จะเป็นที่พึ่งพิงและดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ประชาชนไปแสวงหาบริการยังสถานพยาบาลอย่างไม่เป็นระบบ ซึ่งส่วนใหญ่จะไปพึ่งโรงพยาบาลใหญ่แม้ว่าจะเป็นโรคง่าย ๆ ที่ไม่ต้องการการดูแลจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีการวิจัยชิ้นหนึ่งพบว่าคนไข้ ๑๐๐ คนที่มาใช้บริการที่ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใหญ่แห่งหนึ่งในภาคกลางมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลใหญ่เพียง ๕ คน เพราะส่วนใหญ่จะป่วยด้านโรคง่าย ๆ ที่รักษาได้ตามคลินิก สถานีนอมนายนอกโรงพยาบาลได้ ปรากฏการณ์เช่นนี้ทำให้โรงพยาบาลใหญ่ ๆ แออัดไปด้วยคนไข้ที่มาใช้บริการเป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลเหล่านี้จะมีความสามารถอย่างมากเพียงแต่จะให้การดูแลรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง โดยใช้เวลานั้น ๆ เช่น ๑๐-๑๕ นาที การที่จะดูแลปัญหาของคนไข้ที่เป็นผลจากอุบัติเหตุและสาเหตุอื่น ๆ กรรมแทบจะเป็นไปไม่ได้เลย ทำให้ปัญหาต่าง ๆ ไม่ได้ถูกแก้ไขไปอย่างแท้จริง นอกจากนั้นแล้ว การแออัดที่โรงพยาบาลใหญ่ด้วยโรคง่าย ๆ ยังทำให้คนไข้ต่างก็ได้รับบริการที่ไม่ประทับใจ ผู้ให้บริการคือแพทย์หรือพยาบาลไม่สามารถที่จะยิ้มแย้มพูดจากไเพราะอยู่ตลอดเวลา เพราะคนไข้มีมากจนเกินไป ปรากฏการณ์เช่นนี้ยังทำให้ค่าใช้จ่ายการดูแลคนไข้ต่อรายสูง เพราะผู้เชี่ยวชาญไม่ได้ถูกใช้ไปสมกับความสามารถ ส่งผลให้ภาพรวมค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศสูงขึ้นด้วย

๗. การขาดประสิทธิภาพของระบบ ในขณะที่ประเทศใช้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงถึงกว่า ๖% ของรายได้ประชาชาติต่อปี แต่ประชาชนยังไม่ได้รับบริการอย่างทั่วถึงเท่าที่ควร เนื่องจากการขาดประสิทธิภาพของระบบปัจจุบันซึ่งเกิดขึ้นจากสาเหตุหลาย ๆ ประการ เช่น

ก. ความไม่เป็นเอกภาพในการดำเนินงานของโครงการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโครงการประกันสังคม โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้สูงอายุ โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ฯลฯ โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ดำเนินการโดยนโยบายของรัฐบาลต่างยุคต่างสมัยโดยไม่ได้มีการจัดระบบที่ดี ทำให้การดำเนินโครงการเป็นไปอย่างกระจัดกระจายไม่ประสานเป็นเอกภาพเท่าที่ควร เช่น ประชาชนผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ หรือบิดามารดาของข้าราชการ จะมีสองสิทธิซ้ำซ้อนกันเพราะมีคุณสมบัติสามารถได้รับบริการดูแลสุขภาพจากทั้งโครงการผู้สูงอายุและโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรณีเช่นเดียวกันนี้เกิดขึ้นกับเด็กอายุ ๐-๑๒ ปี และผู้พิการ ฯลฯ ความไม่เป็นเอกภาพอันนี้ทำให้การดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ข. ขาดการใช้และการกระจายเทคโนโลยีที่เหมาะสม การขาดการกำกับที่ดีในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ โดยเฉพาะเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในโลกที่มีเครื่องมือแพทย์แพงๆ เป็นจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศไทยมีเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ต่อล้านประชากรสูงเกือบเท่าประเทศที่ร่ำรวยกว่าอย่างประเทศอังกฤษ ประเทศฝรั่งเศส (ตารางที่ ๔) และเมื่อพิจารณาถึงการกระจายของเทคโนโลยีเหล่านี้จะพบว่า มีอัตราการกระจายสูงมากในกรุงเทพมหานครเมื่อเทียบกับในภาคอื่น ๆ ของประเทศ นอกจากเทคโนโลยีทางการแพทย์แล้ว เทคโนโลยีทางด้านอื่น ๆ เช่น การใช้ยา ประเทศไทยก็มีแนวโน้มการใช้ยาค่อนข้างสูง

ตารางที่ ๔ แสดงจำนวน CT scan ต่อประชากรหนึ่งล้านคนในประเทศต่างๆ ปี

๒๕๓๑

ประเทศ	จำนวน CT scan ต่อหนึ่งล้านประชากร
ญี่ปุ่น	29.2
สหรัฐอเมริกา	14.7
ออสเตรเลีย	8.6
เยอรมันตะวันตก	7.3
สวิสเซอร์แลนด์	6.2
สวีเดน	5.6
ออสเตรีย	4.0

เมืองไทย	จำนวน CT scan ต่อหนึ่งล้าน ประชากร
เนเธอร์แลนด์	3.1
ฝรั่งเศส	2.8
สหราชอาณาจักร	2.3
ประเทศไทย (2532)	2.0
กรุงเทพ (2532)	10.0

ที่มา : คัดแปลงจาก National Health Technology Advisory Panel , Australia, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

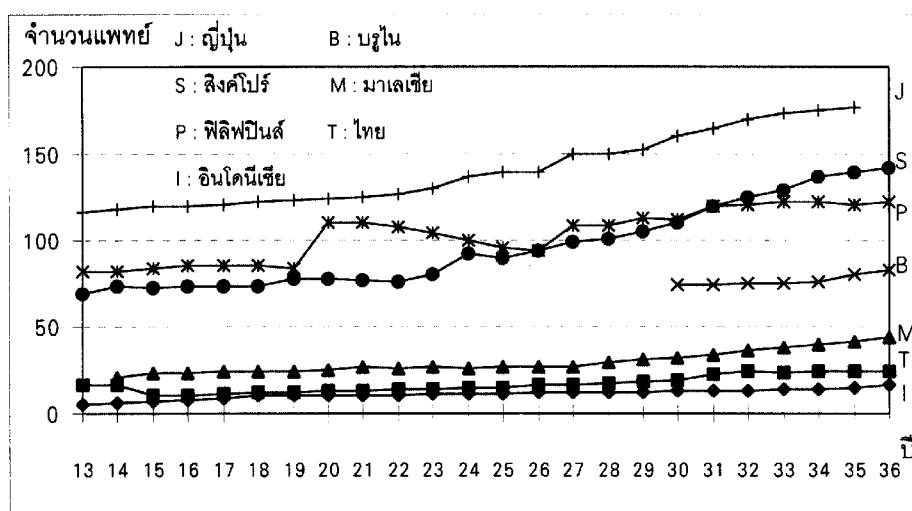
๘. ขาดแคลนกำลังคนที่เหมาะสม ระบบบริการสุขภาพจะไม่สามารถดำเนินการได้ดี หากขาดกำลังคนที่เหมาะสมในการให้บริการแก่ประชาชน ระบบบริการสุขภาพของไทยในระยะหลายปีที่ผ่านมา ต้องประสบกับปัญหาทางด้านกำลังคนอย่างน้อย ๒ ประการ

๘.๑ ขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในชนบทอย่างรุนแรง ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ปัญหาระดับชาติที่ต้องการการแก้ไขจากหลาย ๆ ฝ่าย เพื่อพิจารณาถึงจำนวนแพทย์ในประเทศไทยในภาพรวม ประเทศไทยจะมีแพทย์น้อยกว่าในประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเดียวกับไทย และในภาวะที่แพทย์ขาดแคลนนี้ ความขาดแคลนยิ่งเป็นไปอย่างรุนแรงในชนบท เพราะโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งในอำเภอที่ห่างไกลไม่มีแพทย์ไปปฏิบัติงานในอำเภอนั้น ๆ เลย การขาดแคลนกำลังคนทางด้านการแพทย์นี้จะเป็นอุปสรรคใหญ่ในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้ดีขึ้นหากพิจารณาการดำเนินการของแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว เพราะอย่างน้อยต้องใช้เวลาไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปีจึงจะมีแพทย์จำนวนที่พอเพียงต่อการบริการสุขภาพในชนบทได้ แต่โดยทางกลับกันหากไม่มีการปฏิรูปใด ๆ เลยที่ส่งผลต่อการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ที่จบใหม่มีความต้องการไปอยู่ในอำเภอชนบท แม้จะมีการเพิ่มการผลิตแพทย์มากมายขึ้นเพียงใดก็ตาม จะไม่สามารถแก้ไขปัญหการขาดแคลนแพทย์ในชนบท

๘.๒ การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรระดับสถานีอนามัยยังไม่ทันการกับการเปลี่ยนแปลง การเปิดกว้างขึ้นของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทำให้ความต้องการคุณภาพของบริการสุขภาพสูงขึ้นดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ความต้องการคุณภาพบริการที่ดีขึ้น ทำให้ประชาชนจะข้ามขั้นตอน (bypass) ไม่นิยมที่ไปรับบริการยังสถานีอนามัย แต่จะตรงไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้ง ๆ ที่บางครั้งไม่ได้เป็นโรคร้ายแรงที่จะต้องพึ่งพา

การดูแลของแพทย์จากโรงพยาบาล เนื่องจากคิดว่าโรงพยาบาลมีคุณภาพการบริการที่สูงกว่า ปัจจุบันกำลังคนในสถานอนามัยจะมีเฉลี่ยประมาณ คนต่อสถานอนามัย ๑ แห่ง ส่วนใหญ่ของกำลังคนเหล่านี้จะมีระดับต่ำกว่าปริญญาตรี แม้จะมีความพยายามในการยกระดับคุณภาพสถานอนามัยโดยการเพิ่มบุคลากรปริญญา เช่น พยาบาล หรือ ความพยายามในการยกระดับคุณภาพของสถานอนามัยให้สูงขึ้นโดยการจัดทำเครือข่าย (network) ระหว่างสถานอนามัยกับโรงพยาบาล เช่นที่ดำเนินการในจังหวัดยโสธร สงขลา พระนครศรีอยุธยา เพื่อให้คุณภาพของสถานอนามัยได้รับการเกื้อหนุนจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ทำให้เสมือนหนึ่งสถานอนามัยเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจจากประชาชนมากยิ่งขึ้น แต่ความพยายามดังกล่าวยังทำอยู่ในขอบเขตที่ขยายไม่เพียงพอไม่ทันกาลกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก

แผนภูมิ ๕ แนวโน้มจำนวนแพทย์ประเทศไทยเทียบกับประเทศอื่นๆ
(ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน)



๕. การฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมา มีข้อสมมติฐานในทางการแพทย์และสาธารณสุขว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนเกินกว่าจะเข้าใจได้โดยประชาชน ทำให้ขาดกระบวนการที่ส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบและกำกับบริการสุขภาพให้ดำเนินไปด้วยดีอย่างสมเหตุสมผล แต่การเปลี่ยน

แปลงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของสังคมปัจจุบัน ทำให้ประชาชนบางส่วนเกิดความสับสนและไม่มั่นใจในคุณภาพของบริการสุขภาพที่ตนเองได้รับ จึงมีการร้องเรียนและฟ้องร้องแพทย์ พยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ดูแลตนเองมากขึ้น จากสถิติแพทยสภาที่แสดงถึงการร้องเรียนแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระยะหลายปีที่ผ่านมา ตามหน้าหนังสือพิมพ์ก็จะมีเรื่องฟ้องร้องแพทย์พบถี่มากขึ้นเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต แม้สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทย จะยังเลวร้ายไม่เท่ากับในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่หากไม่ได้มีวิธีการแก้ไขไม่ว่าจะโดยการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำกับคุณภาพการบริการ การพัฒนาระบบการรับรอง (accredit) คุณภาพสถานพยาบาล ฯลฯ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในบริการสุขภาพที่ได้รับให้กับประชาชน สถานการณ์การร้องเรียนต่าง ๆ เหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นและคงไม่เกิดขึ้นแต่เฉพาะกับแพทย์แต่เพียงวิชาชีพเดียวแต่จะรวมถึงพยาบาลและบุคลากรทางด้านการแพทย์อีกด้วย

๑๐. **ขาดการประสานที่ีระหว่างสถานพยาบาลรัฐและเอกชน** แผนตะวันออกกับแผนตะวันตก แม้สังคมไทยจะเป็นสังคมที่มีระบบบริการสุขภาพที่ค่อนข้างจะหลากหลาย เนื่องจากมีสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน แผนตะวันออก และแผนตะวันตก ทำให้ประชาชนมีทางเลือกพอสมควรในการใช้สถานพยาบาลต่าง ๆ ยกเว้นประชาชนคนยากจนที่ไม่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี จะต้องใช้บริการในสถานพยาบาลที่รัฐกำหนด อย่างไรก็ตามสถานพยาบาลที่มีหลากหลายนี้ไม่ได้มีการประสานงานได้ดีเท่าที่ควร การให้บริการค่อนข้างจะแยกออกจากกันอย่างเด็ดขาด มีการให้บริการในลักษณะที่แยกเป็นรัฐ-เอกชน แผนตะวันออก-แผนตะวันตกที่ชัดเจน ขาดการใช้ศักยภาพ (potential) ของแต่ละส่วนไม่ว่าจะเป็นของรัฐ-เอกชน แผนตะวันออก-แผนตะวันตก ซึ่งต่างก็มีจุดแข็งของตนเองให้มาเสริมซึ่งกันและกันอย่างน่าเสียดาย ทำให้ประชาชนไม่ได้รับบริการในคุณภาพที่สูงสุด นอกจากนี้ ปัญหาการประสานเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพแก่ประชาชนด้วยคุณภาพที่สูงสุด ยังเกิดขึ้นกับสถานพยาบาลต่างระดับ การส่งต่อไม่ว่าจะเป็นการส่งไปหรือส่งกลับระหว่างสถานพยาบาลระดับต้น (primary care) ได้แก่ สถานีอนามัย คลินิกแพทย์กับสถานพยาบาลระดับสูงขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดเล็ก และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพและคุณภาพเท่าที่ควร ตัวอย่างที่ได้ยินเป็นข่าวอยู่บ่อย ๆ จะได้แก่ การที่ผู้ป่วยต้องตระเวนหาโรงพยาบาลหลายแห่งกว่าจะได้รับการผ่าตัดหรือรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้ง ๆ ที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการรักษาโดยเร่งด่วน เมื่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้รับไว้รักษาตัวจนเสร็จจั้นแล้วก็ไม่ได้มีการส่งต่อกลับอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยาก

ลำบากในการได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว จากการศึกษาชิ้นหนึ่งในโรงพยาบาลจังหวัดหนึ่ง พบว่า เฉพาะการส่งข้อมูลตอบกลับไปให้สถานพยาบาลระดับต้น ที่ส่งต่อผู้ป่วยมาให้โรงพยาบาลนั้นดูแล กว่าสถานพยาบาลระดับต้นจะทราบข้อมูลคนไข้ที่ส่งต่อกลับมาให้ตนเองต้องใช้เวลาจนถึง ๒๗ วัน ปัญหาของการประสานเพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับการดูแลด้วยคุณภาพที่สูงสุด เป็นปัญหาใหญ่ปัญหาหนึ่งในการจัดการเพื่อให้บริการสุขภาพเป็นประโยชน์กับประชาชนมากที่สุด

สภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทยทั้ง ๑๐ ประการดังกล่าวเมื่อเข้ามาอยู่ในยุคที่การเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างรวดเร็ว ปัญหาบางอย่างได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นปัญหาข้อขัดแย้งระหว่างสถานพยาบาลและผู้รับบริการซึ่งปรากฏถี่และเป็นข่าวมากขึ้นเรื่อย ๆ บนหน้าหนังสือพิมพ์ ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนมีแนวโน้มจะเป็นปัญหากับประเทศในระยะยาว ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรแพทย์และพยาบาลในภาครัฐเนื่องจากภาวะสมองไหล ฯลฯ หากไม่มีการปฏิรูปหรือปรับระบบทั้งระบบใหม่ตั้งแต่ปัจจุบันคาดว่าสภาพปัญหาต่าง ๆ จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

บทที่ 5

ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย

เมื่อพิจารณาจากระบบบริการสุขภาพในอุดมคติเทียบกับสภาพปัญหา ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่ายังมีสิ่งที่จะต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอีกมากมายเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพในอนาคตใกล้เคียงกับอุดมคติมากที่สุด การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงควรจะดำเนินการอย่างจริงจังในลักษณะของการปฏิรูป คือ การเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ดีขึ้นกว่าปัจจุบันโดยมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและนโยบาย ไม่ใช่เพียงการปรับปรุงเพียงเล็ก ๆ น้อย ๆ เพราะไม่เช่นนั้นแล้วภาพของระบบบริการสุขภาพในอุดมคติคงจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้

การปฏิรูปดังกล่าวจะต้องเป็นการปฏิรูปที่อยู่บนพื้นฐานของการเรียนรู้ อย่างรอบด้านโดยเรียนรู้ประสบการณ์ที่ได้จากการเปลี่ยนแปลงในประเทศต่าง ๆ รวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงของโครงการต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการมาแล้วในประเทศไทย เพื่อให้ การปฏิรูปเกิดผลสูงสุด หลีกเลี่ยงความล้มเหลวที่เคยเกิดขึ้นในประเทศอื่น ๆ และพัฒนา จากพื้นฐานความเป็นจริงของสังคมไทย เป็นการปฏิรูปที่มั่นใจว่าจะได้ผลอย่างแน่นอน ผลของการปฏิรูปจะต้องตอบสนองต่อการแก้ไขสภาพปัญหาทั้ง 10 ประการที่ได้กล่าวมา แล้วอย่างครบถ้วน

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ยุทธศาสตร์การปฏิรูปคืออะไร และวิธีการ ปฏิรูปน่าจะเป็นอย่างไร จึงมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (มรรค 5)

1. การปฏิรูปการจัดการและระบบการเงินการคลัง

การเปลี่ยนแปลงของโลกในสมัยใหม่ “การจัดการ” เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้สิ่งที่เป็นไปได้เป็นไปไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงในการรื้อระบบของภาคธุรกิจก็ ตาม การเปลี่ยนแปลงในการสร้างระบบราชการขึ้นมาใหม่ก็ตาม ล้วนแล้วแต่พึ่งการ จัดการเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ระบบการเงินการคลัง เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการ แต่ที่มีความสำคัญจะต้องมีการเน้นหนักโดยเฉพาะ เนื่อง จากการปรับเปลี่ยนระบบการเงินการคลังจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งของผู้ให้ บริการ คือ สถานพยาบาล บุคลากรทางด้านแพทย์และสาธารณสุข และผู้รับบริการคือ ประชาชน การปฏิรูปการจัดการและระบบการเงินการคลังจะทำได้โดย

1.1 **การจัดระบบการเงินการคลังสุขภาพรวมหมู่ (Collective financing)** เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศโดยส่วนใหญ่เกิด

ขึ้นจากประชาชนดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ค่าใช้จ่ายดังกล่าวจ่ายไปในลักษณะที่เป็นไปอย่างกระจัดกระจาย ไม่มีทิศทางการกำกับจากประเทศโดยรวมเพื่อให้ไปสู่ในทิศทางที่มีประสิทธิภาพและสามารถสร้างผลสะท้อนให้เกิดกับประชาชนสูงสุด การใช้ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ก็คือการที่ประชาชนทุกคนร่วมกันเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขแทนที่จะไปจ่ายเองตามสถานพยาบาลต่าง ๆ ก็กลับมาจ่ายค่าใช้จ่ายตามเศรษฐกิจฐานะของตนเพื่อรวมเป็นกองทุนขนาดใหญ่ พลังที่เกิดจากกองทุนขนาดใหญ่จะสามารถกำกับให้ทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นไปในทางที่เหมาะสมได้มากขึ้น การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกาเป็นตัวอย่างที่ดีถึงความพยายามที่จะให้ประชาชนผู้บริโภครวมตัวกันมีระบบการเงินการคลังรวมหมู่เป็นสหกรณ์ดูแลสุขภาพของตนเอง การรวมตัวกันของผู้บริโภคทำให้เกิดพลังต่อรองกับสถานพยาบาลและสามารถกำกับคุณภาพของบริการที่ผู้บริโภคต้องการได้มากยิ่งขึ้น

การร่วมกันเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขจ่ายค่าใช้จ่ายตามเศรษฐกิจฐานะของตนเองเพื่อรวมเป็นกองทุนใหญ่ ไม่ได้เป็นของใหม่สำหรับประเทศไทย เพราะเกิดขึ้นมาแล้วจากการหักส่วนเล็กน้อยจากเงินเดือนของผู้มีเงินเดือนประจำรวมเป็นกองทุนใหญ่ในโครงการประกันสังคมโดยมีจุดประสงค์หนึ่งคือการประกันสุขภาพของประชาชนผู้ร่วมโครงการทุกคน เป็นระบบการเงินการคลังรวมหมู่ตัวอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้น ในโครงการนี้มีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลในแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และให้ประชาชนผู้เลือกสถานพยาบาลสามารถไปรับบริการยังสถานพยาบาลที่ได้รับงบประมาณจากการเหมาจ่ายไปแล้ว การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นระบบการจ่ายสถานพยาบาลแบบใหม่ที่ไม่เคยดำเนินการมาก่อนในประเทศไทย ผลของการดำเนินงานพบว่ามีประสิทธิภาพที่ดีระดับหนึ่ง การใช้จ่ายเงินอย่างกระจัดกระจายของประชาชนโดยไม่มีผู้มาช่วยจัดการให้ระบบทั้งระบบให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ในท้ายที่สุดจะทำให้ประชาชนเองต้องประสบกับการต้องเสียค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพงเกินไปหรือได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพที่ดีเท่าที่ควร

วิธีดำเนินการที่จะทำให้เกิดระบบการเงินการคลังรวมหมู่ทางด้านสุขภาพในขอบข่ายทั่วประเทศ สามารถทำให้เกิดขึ้นได้โดยการออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพซึ่งมีลักษณะการประกันสุขภาพแบบบังคับ (compulsory insurance) โดยให้ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามเศรษฐกิจฐานะที่เหมาะสมของตนเองยกเว้นคนยากไร้และผู้ที่มีรัฐควรช่วยเหลือเกื้อกูล กองทุนนี้จะมีจุดมุ่งหมายให้การดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลเมื่อประชาชนไม่ว่าจะเป็นผู้ใดเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วย จะทำให้การใช้จ่ายของประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นแทนที่จะให้ประชาชนมีการใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยอย่างกระจัดกระจาย การทำให้มีกองทุนขนาดใหญ่นี้อาจจะพิจารณา

กองทุนอีกหลายกองทุนที่ดำเนินการอย่างไม่เป็นเอกภาพร่วมกันในปัจจุบัน เช่น กองทุนบัตรสุขภาพ กองทุนสวัสดิการข้าราชการด้านการรักษาพยาบาล กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลของผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล กองทุนประกันสังคมให้รวมเป็นกองทุนที่ใหญ่ขึ้น เพื่อการกำกับทิศทางพัฒนาสาธารณสุขจะเป็นไปในทิศทางที่มีพลังมากขึ้น

1.2 การปรับระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพของรัฐทุกระบบให้มี

ความเป็นเอกภาพ แม้ในประเทศไทยจะมีโครงการสวัสดิการและประกันสุขภาพหลายโครงการ แต่ก็ไม่ได้มีการประสานงานกันอย่างจริงจัง ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของผู้ได้รับสิทธิ ประชาชนบางคนมีหลายสิทธิในขณะที่ประชาชนบางคนไม่มีสิทธิอะไรเลย ในด้านการบริหารจัดการอื่น ๆ เช่น การบริหารข้อมูลข่าวสาร ก็มีการดำเนินการในลักษณะที่ต่างคนต่างทำ วิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลสิทธิประโยชน์ก็มีความแตกต่างกัน ฯลฯ ปัญหาเดียวกันนี้พบในพัฒนาการของระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น เนเธอร์แลนด์ และเยอรมันนี จนในที่สุดในประเทศญี่ปุ่นมีการทำให้ระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดูแล ในประเทศอื่น ๆ ก็เช่นเดียวกัน

การปรับปรุงให้เกิดความเป็นเอกภาพมากขึ้นจะต้องเริ่มตั้งแต่การขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในขอบข่ายทั่วประเทศ โดยมีจุดมุ่งหมายว่า ประชาชนไทยที่เกิดมาในประเทศทุกคนจะต้องมีบัตรประจำตัวที่แสดงสิทธิด้านบริการสุขภาพของตนเอง เป็นบัตรที่เพิ่มขึ้นอีกหนึ่งใบจากที่เคยมีเพียงบัตรประชาชน การขึ้นทะเบียนจะทำให้ลดความซ้ำซ้อนและสามารถสร้างความเป็นไปได้ของการพัฒนาข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชนแต่ละคน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในหลาย ๆ ด้าน เช่น จะทำให้การจัดสรรงบประมาณเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การดูแลสุขภาพของประชาชนโดยสถานพยาบาลจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นจากระบบข้อมูลข่าวสารพื้นฐานที่สามารถเชื่อมต่อกันและกัน หรือการปรับการจ่ายค่าใช้จ่ายแก่สถานพยาบาลให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน ฯลฯ ซึ่งนอกจากจะทำให้สามารถลดค่าบริหารจัดการในภาพรวมแล้วยังเป็นประโยชน์กับประชาชนผู้รับบริการโดยตรง เนื่องจากการไหลเวียนของข้อมูลจะถึงกันและกัน นอกจากนี้จะต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติเพื่อประสานการดำเนินการโครงการต่าง ๆ ที่กระจัดกระจายเหล่านี้ให้มีเอกภาพมากขึ้น เช่น จัดวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล สิทธิประโยชน์ที่เป็นบริการหลัก (core package of health service) ที่จำเป็นเพื่อทำให้ทุกโครงการสามารถประกันถึงการให้บริการหลักที่จำเป็นเบื้องต้น และไม่ให้มีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลเหลื่อมล้ำกันมากเกินไป สถานพยาบาลจะไม่เกิดแรงจูงใจต่างกันมากนักจนเกิดการให้บริการแก่ประชาชนด้วยมาตรฐานที่ไม่เหมือนกัน

การปรับความเป็นเอกภาพนี้จะทำให้ประสิทธิภาพ ความเสมอภาคและคุณภาพในภาพรวมของระบบบริการสุขภาพดีขึ้น

1.3 การปรับระบบการจัดการทางด้านเงินการคลังให้อยู่ภายใต้ระบบที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (managed care) ประสบการณ์จากการดำเนินการจัดระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา ประเทศในกลุ่มทวีปอเมริกาใต้ ประเทศเอเชียบางประเทศ เช่น เกาหลีใต้ ได้ให้บทเรียนปัญหาของการจัดการทางการเงินการคลังว่า หากมีระบบการจัดการที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดปัญหาประชาชนไม่ได้รับบริการและระบบบริการจัดการที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดปัญหาประชาชนไม่ได้รับบริการและระบบบริการสุขภาพจะไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างยั่งยืน การจ่ายสถานพยาบาลในลักษณะตามรายการที่ได้ให้บริการ (fee-for-service) เป็นข้อผิดพลาดที่ได้ดำเนินการในประเทศต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ค่าใช้จ่ายในประเทศสูงจนอยู่ในระดับที่ต้องมีการปฏิรูปเปลี่ยนแปลงลักษณะการจ่ายสถานพยาบาลตามรายการมีข้ออ่อนในแง่ของการกระตุ้นแรงจูงใจให้สถานพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการมีแนวโน้มให้บริการบางอย่างเกินความจำเป็น

การบริการสุขภาพภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการในประเทศไทยก็พบปัญหาในลักษณะเดียวกัน โดยค่าใช้จ่ายในด้านนี้สูงขึ้นทุกปีจากประมาณ 6,500 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2535 เป็นประมาณ 15,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2540 หรือเพิ่มกว่า 20% เกือบทุกปี

การใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ในระบบของประเทศอังกฤษทำให้การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นไปได้ดีขึ้น โดยประเทศอังกฤษสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศให้อยู่ในระดับ 6-7% GNP ของประเทศและประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ ในขณะที่สหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงถึง 13% GNP ของประเทศแต่ประชาชนเกือบ 32 ล้านคนยังเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพดังได้กล่าวมาแล้ว การดำเนินโครงการประกันสุขภาพภายใต้การประกันสังคมในประเทศก็ให้ตัวอย่างในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้เช่นกัน ประเทศแคนาดา เยอรมันนี้ ได้พยายามปรับระบบการเงินการคลังให้อยู่ภายใต้ระบบที่ควบคุมได้ภายหลังจากประสบปัญหาค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้นโดยใช้ระบบเหมาจ่ายรวม (global budget) หรือคุมเพดานการจ่ายตามรายการให้อยู่ในขีดจำกัด (fee-for-service with capping)

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืน และมีความเป็นไปได้ทางด้านการเงินในการดำเนินการระยะยาว จึงต้องมีการปรับใช้ระบบการเงินการคลังให้เหมาะสมโดยเฉพาะการจ่ายสถานพยาบาลและบุคลากรแพทย์ผู้ให้บริการ โดยผู้จ่ายค่า

บริการหลักในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นกระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข บริษัท ประกันสุขภาพเอกชน ควรจะกำหนดทิศทางการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลให้เป็นแนวทางในลักษณะที่ใกล้เคียงแบบนี้ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว หรือการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม แต่ระบบการจัดการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายเหล่านี้จะมีข้ออ่อนตรงที่มีแนวโน้มที่คุณภาพบริการอาจจะไม่ดีเท่าที่ควรหากไม่มีระบบกำกับคุณภาพที่ดีเพียงพอ ดังนั้นการปรับใช้ระบบที่กำกับค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพได้นี้จะต้องดำเนินการไปพร้อมกับการกำกับทางด้านคุณภาพของบริการอย่างเข้มแข็ง จึงจะทำให้เกิดการปฏิรูปที่ดีขึ้นอย่างแท้จริง

1.4 การปรับระบบการเงินการคลังโดยเน้นนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นมาแล้ว นอกจากจะเป็นการแก้ไขที่ช้าเกินไปเพราะประชาชนเกิดความทุกข์ทรมานขึ้นแล้วยังทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น เพราะไม่ว่าจะเป็นโรคติดเชื้อที่เคยพบมากในอดีต เช่น วัณโรค คอตีบ หรือโรคที่พบมากในปัจจุบัน ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ โรคจากอุบัติเหตุรถยนต์ โรคเบาหวาน ฯลฯ โรคต่าง ๆ เหล่านี้สามารถทำให้ลดลงได้หรือลดความรุนแรงลงได้โดยการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ปีหนึ่ง ๆ สามารถทำให้ลดภาระการใช้งบประมาณซึ่งมากกว่า 7,000 ล้านบาทลงได้มากมาย ดังนั้นการปรับระบบการเงินการคลังควรจะเน้นไปสู่การสนับสนุนทางด้านนี้ให้มากขึ้น

นอกจากนี้ กระบวนการจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ควรจะปรับเปลี่ยนใหม่ โดยการส่งเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงานที่สามารถปฏิบัติงานด้านนี้ได้ดี เช่น อาจจะมีการให้โบนัสหากมีการฉีดวัคซีนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเกินกว่า 95% หรือจ้างเหมา (contract out) ให้คลินิกเอกชนดำเนินการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ

วิธีการจัดการแบบใหม่นี้จะทำให้การทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งปกติได้ผลกำไรต่ำได้รับการตอบสนองที่ดีขึ้นจากสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน นโยบายนี้ควรจะดำเนินการอย่างจริงจังโดยผสมผสานเข้าไปในการปฏิรูปโครงการปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นโครงการประกันสังคม โครงการสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ โครงการผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล ฯลฯ เพื่อที่จะก่อให้เกิดกระแสการปรับเปลี่ยนการจัดการให้เป็นไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคได้ในที่สุด

1.5 การสร้างความรับผิดชอบให้เกิดขึ้นกับประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในหลายประเทศไม่ว่าจะเป็นนิวซีแลนด์ เยอรมันนี แคนาดา เมื่อรัฐบาลได้พยายามดำเนินการปรับปรุงด้านสถานพยาบาลและบุคลากรทางด้านการแพทย์ผู้ให้บริการดีขึ้นแล้ว มีการจัดการด้านอุปทาน (supply side) ก็ยังไม่สามารถลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศโดยรวมได้ รัฐบาลของประเทศเหล่านี้จึงหันมาปรับปรุงทางด้านอุปสงค์ (demand side) ของประชาชน โดยริเริ่มการที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (co-payment) เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักมากขึ้นถึงความสำคัญของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ แต่การเก็บค่าบริการสุขภาพนี้จะจัดเก็บแต่เพียงเล็กน้อยโดยมีจุดมุ่งหมายเพียงเพื่อให้ประชาชนแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อจำเป็นเท่านั้น ไม่ใช่เป็นการเก็บค่าบริการจำนวนมากจนทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้ การริเริ่มให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายนี้ มีสมมติฐานว่าหากประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เลย ก็จะใช้บริการอย่างพร่ำเพรื่อ เมื่อเกิดการใช้บริการที่พร่ำเพรื่อมาก ๆ ก็จะมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้น ในประเทศสิงคโปร์ หลักการที่ประชาชนจะต้องมีความรับผิดชอบเป็นหลักการสำคัญมากที่สุดหลักการหนึ่งในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศ

สำหรับในประเทศไทย ประชาชนผู้มีสิทธิต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสิทธิประกันสังคม สิทธิด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิของผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ประชาชนผู้มีสิทธิต่าง ๆ เหล่านี้แม้ตัวเลขของการใช้บริการจะยังไม่ปรากฏว่ามีแนวโน้มที่ชัดเจนว่าจะมีการใช้บริการที่พร่ำเพรื่อจนเกินความจำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการใช้บริการผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน แต่แนวโน้มในอนาคตก็มีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดปรากฏการณ์เช่นนี้ขึ้นจากตัวเลขการใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี การริเริ่มการสร้างความรับผิดชอบให้กับประชาชนผู้รับบริการโดยการร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อยจะมีผลป้องกันไม่ให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นได้ในอนาคต

1.6 การเพิ่มการลงทุนของรัฐบาลในด้านสุขภาพให้มากขึ้น การลงทุนของรัฐบาลในด้านสุขภาพถือว่าเป็นการสร้างทรัพยากรที่มีคุณค่าซึ่งจะยังผลให้เศรษฐกิจดีขึ้นในระยะยาว ธนาคารโลกได้มีความพยายามผลักดันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกให้มีการลงทุนในด้านสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สำหรับประเทศไทยดังได้กล่าวมาแล้วว่ายังมีการลงทุนจากภาครัฐในด้านนี้ในสัดส่วนที่น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอีกหลายประเทศในภูมิภาคเดียวกัน ดังนั้นการที่จะให้การปฏิรูปประสบผลสำเร็จ รัฐบาลต้องมีการลงทุนทางด้านสุขภาพให้มากขึ้น การแทรกแซงโดยการลงทุนที่เพิ่มขึ้น

ของรัฐบาลคาดหวังว่าจะทำให้เกิดการปรับสมดุลของการกระจายบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ให้มีความเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น การเพิ่มการลงทุนนี้หากมีการกำกับประสิทธิภาพการใช้จ่ายที่ได้อย่างต่อเนื่องควบคู่กันไป รัฐบาลจะเพียงแต่มีการลงทุนเพิ่มขึ้นในช่วงระยะแรก แต่จะสามารถกำกับทำให้ค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศลดลงได้ในระยะยาว ทั้งนี้เนื่องจากส่วนแบ่งการลงทุนที่ใหญ่ขึ้นจะทำให้กำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น สำหรับกลุ่มประชาชนที่รัฐบาลควรจะให้ความสนใจเป็นพิเศษในการเพิ่มการลงทุนนั้นจะได้แก่ผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลและผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันทางด้านสุขภาพ เช่น การเพิ่มงบประมาณในโครงการผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลมากขึ้น

1.7 การผ่อนคลายระเบียบและสร้างความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นให้กับผู้ให้บริการ ดังได้กล่าวแล้วว่าในปัจจุบัน สถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ให้บริการในภาครัฐ มีลักษณะทำงานอยู่ภายใต้ระบบราชการที่มีระเบียบชัดเจนจนบางครั้งขาดความยืดหยุ่น งบประมาณที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะได้รับเป็นงบประมาณที่มีลักษณะเพิ่มขึ้นทีละน้อย (incremental change) ทุกปี ไม่ได้มีการสะท้อนถึงผลงานที่ชัดเจนว่า หากมีผลงานดีงบประมาณก็จะได้เพิ่ม หากผลงานแย่ลงก็ควรจะได้อัตราส่วนลดลง ทำให้การดำเนินงานเป็นไปแบบเรื่อย ๆ บุคลากรผู้ให้บริการไม่จำเป็นต้องกระตือรือร้นเพราะผลงานไม่ได้เป็นเครื่องมือบ่งชี้ถึงโอกาสที่จะได้งบประมาณเพื่อปรับปรุงและขยายงานให้มากขึ้น แม้ผู้บริหารสถานพยาบาลจะมีความสามารถสูงมากไม่พึ่งงบประมาณราชการเป็นหลัก แต่สามารถระดมงบประมาณจากภายนอกในระบบราชการเช่นภาคเอกชนมาช่วยในการพัฒนางานที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ การใช้งบประมาณก็ยังไม่คล่องตัวอยู่ดี เพราะติดระเบียบราชการที่ไม่ยืดหยุ่น นาน ๆ เข้าความรู้สึกของความกระตือรือร้นที่ตนเองมีอยู่ ก็จะมีระดับลดลงเรื่อย ๆ เพราะแม้ไม่ได้รับผิดชอบอะไรที่เพิ่มก็ไม่ได้เดือดร้อนอะไร หากต้องการขยายงานมาก ๆ เพิ่มความรับผิดชอบของตนเองก็ต้องพบกับกฎระเบียบที่ไม่ยืดหยุ่น มีความยุ่งยาก

การที่จะปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะในภาครัฐให้เกิดได้ จะต้องมีการแก้ไขระบบการทำงานนี้ให้ดีขึ้น มีการส่งเสริมการเพิ่มความรับผิดชอบของสถานพยาบาล เช่น การให้สถานพยาบาลได้รับงบประมาณตามผลงานที่ได้ทำ (result-oriented budgetting) หรือการที่จะต้องรับผิดชอบต่อประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับตน หรือเครือข่ายของตนจนถึงที่สุด ทั้งในขณะที่รักษาเองหรือส่งต่อไปรักษาที่อื่น การส่งต่อผู้ป่วยให้กันและกันในระหว่างสถานพยาบาลทั้งหลายนั้นเป็นปัญหาที่ประชาชนผู้ป่วยพบและเป็นข่าวอยู่บ่อย ๆ ว่าผู้ป่วยไม่สามารถจะเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลใด ๆ เลย

เพราะได้รับแจ้งจากสถานพยาบาลทุกแห่งว่า เต็มเต็ม การเพิ่มความรับผิดชอบนี้จะต้องเป็นไปพร้อม ๆ กับการผ่อนคลายระเบียบ (deregulation) ให้สถานพยาบาลมีลักษณะที่มีอิสระมากขึ้น รูปแบบที่สถานพยาบาลที่มีอิสระมากขึ้นจะสามารถทำให้สถานพยาบาลริเริ่มสิ่งใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นได้ ดังแบบอย่างที่เราพบอย่างชัดเจนจากประเทศสิงคโปร์ มาเลเซีย ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายให้โรงพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ สามารถริเริ่มการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม บริหารกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่ได้ผูกติดอยู่ภายใต้ระเบียบราชการ

ในประเทศไทยเอง ก็มีความพยายามที่จะดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ในสถานพยาบาลหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งก็พบว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีระดับหนึ่งแม้จะดำเนินการภายใต้ระบบราชการปัจจุบันที่ยังไม่มีความคล่องตัวเท่าที่ควร การทบทวนระเบียบราชการขนาดใหญ่ที่มีผลต่อการบริหารงบประมาณ บริหารบุคคล ควรจะมีการดำเนินการเพื่อผ่อนคลายระเบียบที่ไม่จำเป็น และส่งเสริมสถานพยาบาลให้มีความเป็นอิสระมากขึ้นจะทำให้เกิดมิติใหม่ของการจัดการสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

2. การปฏิรูประบบกำลังคนด้านบริการสุขภาพ

ดังได้กล่าวแล้วว่าปัญหาการขาดแคลนกำลังคนที่มีคุณภาพจะเป็นปัจจัยที่ทำให้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากไม่มีกำลังคนที่เหมาะสมที่จะมาผลักดันและรองรับให้มาตรการต่าง ๆ ทางด้านการปฏิรูปให้มีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม ดังนั้นการปฏิรูปทางด้านนี้จึงมีความจำเป็นโดยสามารถดำเนินการในหลายวิธีด้วยกันคือ

2.1 การเพิ่มจำนวนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ให้เพียงพอ
นโยบายนี้ที่จริงได้มีการดำเนินการอยู่แล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 โดยบุคลากรที่ผลิตขึ้นใหม่จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้แผนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเป็นไปได้ ถ้าสามารถจัดการบุคลากรที่จะจบใหม่เหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างการเพิ่มของบุคลากรเหล่านี้ที่เด่นชัดได้แก่ในปี พ.ศ. 2545 ที่จะถึงนี้จะมีแพทย์ต่อประชากรเพิ่มเป็น 1:2,821 จาก 1:4,189 ในปี พ.ศ. 2538 และพยาบาลต่อประชากรเพิ่มเป็น 1:508 จาก 1:1,095 ในปีเดียวกัน การเพิ่มของจำนวนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ จะทำให้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในภาพรวมดีขึ้น แต่ถ้าไม่มีการปฏิรูปในด้านอื่น ๆ รวมด้วยไปพร้อม ๆ กัน ก็อาจจะไม่สามารถแก้ไขปัญหากำลังคนที่ขาดแคลนโดยเฉพาะในชนบทได้

มาตรการต่าง ๆ โดยเฉพาะมาตรการทางการเงินการคลังและการจัดการควรจะมีการเตรียมการตั้งแต่ในปัจจุบันและดำเนินการให้แล้วเสร็จระดับหนึ่ง เพื่อให้มีฐานรองรับอย่างเพียงพอสำหรับบุคลากรเหล่านี้ที่กำลังจะทยอยกันจบออกมา เพื่อให้เข้าสู่ระบบใหม่ที่ดีกว่า เช่น การจัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัวที่จะทำให้อุปการะที่จบใหม่มีความภาคภูมิใจที่จะอยู่ เพราะได้เป็นเจ้าของ “คนไข้” ที่แท้จริง การมีแรงจูงใจที่เพียงพอที่ผูกพันกับผลของการปฏิบัติงาน การผ่อนคลายระเบียบให้อิสระมากขึ้นในการริเริ่มสิ่งใหม่ ๆ การส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ฯลฯ หากการดำเนินการเหล่านี้เสร็จสิ้น ก็จะเป็นฐานรองรับที่ดีเพียงพอที่จะทำให้บุคลากรเหล่านี้มีความมั่นคงและมั่นใจในการจะอยู่ในระบบใหม่ที่มีการจัดการแบบใหม่ ทำให้การที่จะให้บุคลากรเหล่านี้ไปปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความจำเป็นมีความเป็นไปได้มากขึ้น

2.2 การพัฒนาบุคลากรประเภทเวชปฏิบัติครอบครัวให้มากขึ้น ได้แก่ การเน้นให้แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ มีความเข้าใจแจ่มชัดในหลักการของการเป็นเจ้าของ “คนไข้” มากกว่าการดูแล “ไข้” เป็นคราวๆ ไป นอกจากนั้นก็ต้องมีการพัฒนาความสามารถทางด้านนี้ให้เพิ่มมากขึ้น โดยการส่งเสริมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและยกฐานะของพนักงานอนามัยที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยให้มีความสามารถในการดูแลครอบครัวมากขึ้น การพัฒนาบุคลากรในลักษณะนี้ควรจะทำในระหว่างปฏิบัติการ (on-the-job-training) ให้มากที่สุดเพื่อไม่ทำให้พื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรเหล่านี้เกิดปัญหา คณะแพทย์ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ รวมทั้งสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ควรจะร่วมมือกันอย่างจริงจังในการพัฒนาบุคลากรเหล่านี้และยกระดับตำแหน่งบุคลากรเหล่านี้ให้ดีขึ้น เช่น การยกระดับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนให้มีศักดิ์ศรีทางวิชาการและมีความก้าวหน้าทางราชการมากขึ้น การยกระดับพนักงานอนามัยหรือพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยให้เป็นบุคลากรระดับปริญญาตรีโดยเน้นทางด้านเวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลครอบครัวและเป็นเจ้าของ “คนไข้” อย่างแท้จริง การพัฒนาในด้านนี้จะต้องรวมถึงการพัฒนาบุคลากรในสถานพยาบาลเอกชน เช่นคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนด้วย

นอกจากการส่งเสริมเวชปฏิบัติครอบครัวแล้ว ควรมีการกำกับสัดส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของประเทศให้มีอัตราส่วนอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการสมดุล ไม่เกิดการมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมากจนเกินไป เพราะจะทำให้การบริการสุขภาพเน้นหนักไปในทางที่ใช้เทคโนโลยี แม้แต่ประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเดียวกันแต่ร่ำรวยกว่าประเทศไทย เช่น

ประเทศสิงคโปร์ก็มีนโยบายการกำหนดสัดส่วนแพทย์ไม่ให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมากกว่าครึ่งของแพทย์ทั้งหมด แต่ประเทศไทยยังไม่ได้มีการกำหนดในเรื่องนี้เป็นนโยบายที่ชัดเจน

2.3 การส่งเสริมบุคลากรให้มีแรงจูงใจในการผลักดันการเปลี่ยนแปลง
การทำให้เห็นถึงวิสัยทัศน์การเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าในอนาคต รวมทั้งการสร้างระบบแรงจูงใจที่เหมาะสมในการสนับสนุนบุคลากรที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังจากผู้บริหารระดับสูง เพื่อให้บุคลากรในระดับล่างเกิดแรงบันดาลใจและเกิดแรงจูงใจในการที่จะผลักดันเปลี่ยนแปลงระบบอย่างแท้จริง

ระบบราชการในปัจจุบันเป็นระบบที่นอกจากจะอยู่ภายใต้เพราะติดกับระเบียบที่ไม่ยืดหยุ่น ยังมีความอ่อนแอเพราะมีภาวะผู้นำที่จะมาสร้างความท้าทายและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เพียงพอ ทำให้ระบบยังนิ่งอยู่กับที่ การจะสร้างแรงจูงใจที่ดีให้เกิดขึ้น ผู้บริหารระดับสูงจะต้องปรับเปลี่ยนระบบการจัดการในเรื่องการส่งเสริมแรงจูงใจขนาดใหญ่ที่จะสนับสนุนให้ผู้บริหารระดับล่างเกิดความปรารถนาที่อยากจะเปลี่ยนแปลง มีความกล้าและมีโอกาสที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นอกจากการผ่อนคลายระเบียบเพื่อให้สถานพยาบาลมีอิสระมากขึ้นและการจัดสรรงบประมาณตามผลงานที่ได้กล่าวไปแล้ว จะต้องมีการสร้างสภาวะแวดล้อมอื่น ๆ ที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้บุคลากรในระบบมีความมุ่งมั่นที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอีก เช่น การส่งเสริมการพัฒนาองค์กรแบบใหม่ (transforming organisation) การฝึกอบรมแนวคิดใหม่ การจัดระบบการตรวจสอบแบบใหม่ ฯลฯ การลงทุนหรือปรับระบบรวมทั้งการพัฒนาบุคลากรจะต้องมีการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง โดยพัฒนาในระยะแรกของการปฏิรูป เตรียมบุคลากรให้เกิดความพร้อมขึ้นจริง ๆ เพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน

3. การปฏิรูปการให้บริการสุขภาพ

การปฏิรูปการให้บริการโดยเน้นประชาชนผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเป้าหมายในการปฏิรูป บริการสุขภาพที่จะต้องหาได้โดยประชาชนอยู่ตลอดเวลา นอกจากนั้นควรมีคุณภาพถูกต้องตามหลักวิชาการและสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ทั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านการจัดการเงินการคลังและด้านบุคลากรให้เกิดมีการดำเนินการขึ้นอย่างเป็นจริง การปฏิรูปในด้านนี้น่าจะได้แก่

3.1 การส่งเสริมสถานพยาบาลประจำครอบครัว โดยการสนับสนุนศูนย์แพทย์ชุมชน สถานีอนามัยในต่างจังหวัด ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร และเขตเทศบาล หรือคลินิกเอกชนที่มีศักยภาพและคุณภาพเพียงพอให้มารับผิดชอบการจัดการดูแลบริการสุขภาพให้ประชาชนได้รับบริการหลักที่จำเป็นอย่างครบถ้วน เป็น

“สถานพยาบาลประจำครอบครัว” ที่จะดูแลทั้งการให้บริการด้วยตนเอง การประสานกับเครือข่ายเพื่อให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพที่ถูกกำหนดเป็นบริการหลักให้กับประชาชนได้อย่างครบถ้วน เป็นเจ้าของ “คนไข้” ที่แท้จริง รูปแบบการสร้างสถานพยาบาลประจำครอบครัวมีให้เห็นอยู่แล้วในศูนย์แพทย์ชุมชนหลายแห่งที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา นครราชสีมา ขอนแก่น ฯลฯ

สถานีนอนามัย คลินิกเอกชน รวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งของกรุงเทพมหานคร และเทศบาล รวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งของกรุงเทพมหานคร และเทศบาล ควรจะมีการสนับสนุนให้หน่วยงานเหล่านี้มีรูปแบบของการเป็นเจ้าของ “คนไข้” อย่างแท้จริง การเปลี่ยนแปลงนี้จะต้องไปรวมกันกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านการจัดการและการเงินการคลัง รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร จึงจะสามารถทำให้เกิดสถานพยาบาลประจำครอบครัวให้เกิดขึ้นในขอบข่ายทั่วประเทศ และสามารถดำเนินการได้อย่างแท้จริง

3.2 การปรับระบบบริการให้มีการแข่งขันและร่วมมือกันของสถานพยาบาลรัฐ และเอกชน การส่งเสริมให้สถานพยาบาลเอกชน ทั้งโรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการโครงการสำคัญ ๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น โครงการบัตรสุขภาพ โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งเดิมสามารถไปรับบริการได้เฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ จะทำให้ภาครัฐมีความตื่นตัวที่จะปรับปรุงคุณภาพของตนเอง

ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดในการแข่งขันของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน คือการแข่งขันกันเป็นคู่สัญญาหลัก (main contractor) รับผิดชอบบริการสุขภาพภายใต้โครงการประกันสังคม โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนมีการแข่งขันกันถึงขนาดที่ต่างก็พยายามทำการตลาด เพื่อให้ผู้ประกันตนเลือกโรงพยาบาลของตนเองให้มากขึ้น

หากโครงการอื่น ๆ ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน จะทำให้เกิดภาวะการบริการที่มีรัฐและเอกชนเข้ามาแข่งขัน “ทำความดี” บริการให้ประชาชนมีสุขภาพดี และพอใจในบริการที่ได้รับ เป็นการให้ประชาชนมีสุขภาพดี และพอใจในบริการที่ได้รับ เป็นการผสมระหว่างรัฐและเอกชน (private-public mix) ได้เป็นอย่างดี การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของสถานพยาบาลของรัฐกับคลินิกเอกชนโดยการนำชายคลินิกเอกชนมาเป็นเครือข่ายของรัฐเป็นตัวอย่างที่ดีอีกอันหนึ่ง ทั้งนี้มีรูปแบบที่ดำเนินการได้แล้ว เช่น เครือข่ายคลินิกเอกชนของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสมุทรสาคร ฯลฯ ลักษณะของเครือข่ายคลินิกเอกชนนี้ควรขยายให้กว้างขวางขึ้น นอกจากการบริการ ความร่วมมืออาจจะเลยไปถึงการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีราคา

แพ่งร่วมกัน เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องฉายภาพแบบใช้กระแสแม่เหล็ก (magnetic resonance imaging MRI) เครื่องสลายนิว เป็นต้น

3.3 การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) และการประเมินสถานพยาบาล (accreditation) เป็นกระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในภาคธุรกิจบริการและอุตสาหกรรมทำกำไร เป็นกระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจาก “สำนึก” ของผู้ประกอบการว่า หากสินค้าอุตสาหกรรมหรือบริการที่ตนผลิตอยู่มี “คุณภาพ” สำหรับประชาชนผู้บริโภคไม่เพียงพอ ธุรกิจที่ตนดำเนินการอยู่จะไม่สามารถยืนอยู่ได้ในตลาด ดังนั้นกระบวนการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาแบบคิวซี (quality control = QC) แบบพัฒนาทั้งระบบ (total quality management = TQM) ระบบไอเอสโอ (ISO) ฯลฯ ล้วนเป็นกระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสินค้าที่ผลิตอยู่มีคุณภาพที่เหมาะสม ถ้าแม้แต่ในธุรกิจทำกำไร (profit-making) อย่างสินค้าอุตสาหกรรมหรือธุรกิจบริการอื่น ๆ ดังกล่าวยังคำนึงถึงการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพซึ่งโดยธรรมชาติควรจะเป็นบริการที่น่าจะคิดถึงการทำกำไรน้อย (non-profit) เนื่องจากเกี่ยวพันถึงความอยู่รอดของชีวิต จึงควรจะต้องมีความห่วงใยในสุขภาพของผู้รับบริการมากกว่า การสร้าง “สำนึก” ทางด้านนี้ควรจะมีเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา และเพื่อให้มั่นใจว่าการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจะเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังกล่าว การประเมินสถานพยาบาลเป็นกระบวนการที่จะเสริมให้การพัฒนาอย่างต่อเนื่องดำเนินไปอย่างเป็นจริง เพราะมีผู้ทำการประเมินการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา การประเมินสามารถดำเนินได้ทั้งด้วยตนเอง หรือด้วยบุคคลภายนอกอยู่เป็นระยะ ๆ ว่ามีคุณภาพบรรลุถึงมาตรฐานที่ควรจะเป็นหรือไม่ กระบวนการนี้อาจจะเป็นแบบสมัครใจโดยมีการพัฒนาบุคลากรในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับที่มีความ “สำนึก” ดังกล่าวอย่างจริงจัง หรือจะเป็นแบบบังคับโดยสถานพยาบาลใดหากไม่ผ่านการประเมินจะไม่ได้รับอนุญาตให้เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาที่จะให้บริการสุขภาพได้ เช่นในประเทศแคนาดา ซึ่งเป็นแบบสมัครใจ สถานพยาบาลที่มีการดำเนินการกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี ได้รับการประเมินแล้วถือว่าได้มาตรฐาน ก็จะได้รับบัตรประกาศรับรองมาตรฐานเพื่อเชิดชู แต่ในสหรัฐอเมริกา การประเมินสถานพยาบาลเป็นแบบบังคับโดยหากในการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพพบว่าไม่ดีและไม่ได้มาตรฐาน สถานพยาบาลที่ไม่ผ่านการประเมินดังกล่าวจะเบิกค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลหรือบริษัทประกันสุขภาพเอกชนไม่ได้เลยแม้จะให้บริการประชาชนผู้รับบริการไปมากเพียงใดก็ตาม เป็นการบังคับให้สถานพยาบาลจากรัฐบาลหรือบริษัทประกันสุขภาพเอกชนไม่ได้เลยแม้จะให้บริการประชาชนผู้รับบริการไปมากเพียงใดก็ตาม เป็นการ

บังคับให้สถานพยาบาลมีการดำเนินการพัฒนาตนเองให้ถึงมาตรฐาน โดยใช้กลไกทางด้านการเงินการคลัง

ในประเทศไทย กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพิ่งจะเริ่มเกิดขึ้นมานานในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในลักษณะของโครงการวิจัย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปัจจุบันนี้มีการพัฒนาโครงการวิจัยนี้ให้ใหญ่ขึ้น ควบคู่ไปกับการพัฒนาการประเมินโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการนี้มีอย่างน้อย 35 แห่งและจะค่อย ๆ ขยายเพิ่มมากขึ้นไปในขอบข่ายทั่วประเทศในอนาคต มีการจัดตั้ง “ภาคีความร่วมมือเพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” ซึ่งเกิดขึ้นจากความร่วมมือของหลาย ๆ ฝ่ายมาร่วมดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

นอกจากโครงการวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแล้ว สำนักงานประกันสังคมก็เป็นอีกหน่วยงานที่มีการประเมินสถานพยาบาลในลักษณะคล้าย ๆ กับสหรัฐอเมริกา คือ เป็นแบบบังคับโดยโรงพยาบาลที่ไม่ถึงระดับมาตรฐานจากการประเมินสถานพยาบาล จะไม่สามารถเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคมได้ โครงการอื่นๆ ทุกโครงการทั้งของรัฐและเอกชนไม่ว่าจะเป็นโครงการสวัสดิการข้าราชการ ด้านการรักษาพยาบาล โครงการสวัสดิการผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล โครงการประกันสุขภาพของบริษัทเอกชน ฯลฯ ควรจะร่วมในการกำกับให้เกิดทิศทางการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยการประเมินสถานพยาบาลนี้ จะด้วยวิธีการให้สถานพยาบาลที่ร่วมโครงการของตนเองดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างสมัครใจ หรือบังคับก็แล้วแต่

นอกจากนั้น การพัฒนาคุณภาพไม่ควรจะจำกัดของเขตอยู่ในเฉพาะโรงพยาบาลอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ควรจะมีการจัดระบบพัฒนาและประเมินสถานพยาบาลระดับต้น เช่น คลินิกเอกชน สถานิอนามัย โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข ควบคู่กันด้วย เพื่อให้มีการตื่นตัวยกระดับคุณภาพทุกระดับให้ดีขึ้นทั้งหมด

3.4 การพัฒนาแนวทางการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม การมีแนวทาง (guideline) ทางวิชาการที่ถูกต้องและมีความเหมาะสมกับประเทศในเชิงการใช้เทคโนโลยีอย่างสมคุณค่า สำหรับสถานพยาบาลและบุคลากรเพื่อให้การดูแลประชาชนได้ดีขึ้น จะเป็นวิธีการส่งเสริมให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปได้อย่างจริงจัง แนวทางการให้บริการดูแลคนไข้วาดหลัง (back-pain) ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยในคนไข้วาดหลัง เกี่ยวข้องกับแพทย์หลายสาขาไม่ว่าจะเป็นแพทย์ทางกายภาพ การผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการป้องกัน ได้มีการพัฒนาแนวทางการให้บริการว่าควรจะมีวิธีการดูแลตามลำดับขั้น

อย่างไร ให้การป้องกันและพยาบาลรักษาอย่างใด ฯลฯ หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด (pre-operative procedure) ว่าควรจะให้การดูแลอย่างไร มีการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะหรือการวินิจฉัยใดที่จำเป็นบ้าง ฯลฯ

แนวทางทั้งสองนอกจากจะทำให้เกิดมาตรฐานการดูแลมาตรฐานที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพถูกต้องตามหลักวิชาการแล้ว ยังสามารถลดค่าใช้จ่าย และลดความเจ็บปวดของคนไข้ได้เป็นจำนวนมากโดยเฉพาะจากการให้ยาฉีดในผู้ป่วยปวดหลัง หรือการตรวจวินิจฉัยที่ไม่จำเป็นก่อนการผ่าตัด ซึ่งเดิมมักจะคิดว่าเป็นการให้บริการแก้ไขอาการปวด (symptomatic treatment) หรือการตรวจประจำ (routine) ที่จำเป็นทั้ง ๆ ที่มีแนวทางการดูแลที่ดีกว่าและประหยัดกว่า

ในประเทศไทย ความพยายามในการพัฒนาแนวทางการให้บริการนี้พบ อยู่ค่อนข้างน้อย มีบางองค์กรที่มีความพยายามในการดำเนินการด้านนี้อยู่บ้าง เช่น แพทยสภา โดยมีการดำเนินการอยู่เป็นระยะ ๆ สมาคมวิชาชีพหรือมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ยังดำเนินการในเรื่องนี้น้อยมาก การพัฒนาแนวทางการดูแลในระดับสถานือนามัยมีการ ดำเนินการอยู่บ้างเช่นกัน โดยอาจารย์แพทย์จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แต่ก็ยังไม่มากอย่างเพียงพอ ในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนี้ จึงต้องมีการสนับสนุน ให้เกิดการพัฒนาด้านนี้อย่างจริงจังจึงจะทำให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปได้มากขึ้น

4. การปฏิรูประบบสิทธิของประชาชนผู้บริโภคและการส่งเสริมประชาสังคมในด้านบริการ สุขภาพ

สิทธิของประชาชนทางด้านสุขภาพในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้มีการ ระบุอย่างชัดเจนถึงการมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมีการรวมกลุ่มกันเพื่อกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องถึง ผลประโยชน์ของตนเอง ด้วยหลักการดังกล่าว การปฏิรูปทางด้านนี้จึงมีความสำคัญเพื่อ เป็นการประกันถึงการที่ประชาชนจะได้รับสิทธิทางด้านบริการสุขภาพที่ดีที่สุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 สิทธิที่ประชาชนจะได้เลือกบริการที่ตนเองพอใจ ในระบบของบาง ประเทศเช่น ประเทศอังกฤษ หรือเดนมาร์ก แม้ประชาชนทุกคนจะมี “หมอครอบครัว” ที่คอยดูแล สุขภาพของตนเอง หมอครอบครัวมักจะเป็นหมอกคนเดียว หรือเป็น กลุ่มหมอไม่กี่คนที่ทำงานในสถานพยาบาลเดียวกัน เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นมา ประชาชน จะต้องไปรับบริการกับหมอหรือกลุ่มหมอของตนเองเหล่านี้ ไม่สามารถไปหาหมอหรือ กลุ่มหมออื่นได้ แต่รัฐบาลได้ให้โอกาสประชาชนในการเลือกหมอหรือกลุ่มหมอรอบ

ครัวที่ตนเองพอใจโดยรัฐไม่ได้เป็นผู้จัดการเลือกให้เสียเอง การมีโอกาสเลือกนี้ทำให้ประชาชนได้สถานพยาบาลที่ตนเองถูกใจและพอใจ

สำหรับในประเทศไทยภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ประชาชนไม่ได้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลของตนเอง เจ้าหน้าที่ของรัฐจะเป็นผู้กำหนดสถานื่อนามัย หรือโรงพยาบาลที่ประชาชนอยู่ใกล้เพื่อให้ประชาชนไปรับบริการยังสถานพยาบาลดังกล่าว บางครั้งก่อให้เกิดปัญหาว่า สถานพยาบาลที่เจ้าหน้าที่ของรัฐเลือกให้ไม่ใช่สถานพยาบาลที่สะดวกสำหรับประชาชนผู้รับบริการหรือเป็นสถานที่ที่แม้จะมีความสะดวกแต่ประชาชนก็ไม่มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ สิทธิของประชาชนในด้านนี้จึงไม่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นจะต้องมีการปรับปรุงโดยให้ประชาชนเป็นผู้เลือกเองโดยรัฐไม่เข้ามาจัดการให้

อย่างไรก็ตามการเลือกสถานพยาบาลควรจะมีขอบเขตที่จะให้สิทธิในการเลือก เพราะในขณะที่มาตรฐานการดูแลบริการสุขภาพของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ยังไม่ได้ถูกปรับให้มีความใกล้เคียงกัน ประชาชนจะมีแนวโน้มไปเลือกรับบริการเฉพาะในสถานพยาบาลที่มีขนาดใหญ่หรือในโรงเรียนแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูง ปัญหาที่จะเกิดขึ้นและตามมาคือผู้ป่วยจะไปแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่อย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ดังนั้น สิทธิในการเลือกนี้หมายถึง สิทธิในการเลือกสถานพยาบาลที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ หรือใกล้สถานที่ทำงานของประชาชน ไม่ใช่การเลือกอย่างอิสระเสรีที่ไม่มีขอบเขต นอกจากนี้จะต้องมีมาตรการปรับมาตรฐานบริการสุขภาพของสถานพยาบาลต่าง ๆ ควบคู่กันไป ให้เป็นไปอย่างกว้างขวาง ส่งเสริมความเข้าใจของประชาชนในการเลือกใช้สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ อย่างถูกต้อง สร้างเครือข่ายของสถานพยาบาลให้มีความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิเลือกไม่ใช่เฉพาะสถานพยาบาลประจำครอบครัวเพียงแห่งเดียว แต่มีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลประจำครอบครัวที่มีเครือข่าย (network) ซึ่งอยู่ในภูมิลำเนาหรือในสถานที่ที่ประชาชนไปทำงานอยู่

การเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเองของประชาชน นอกจากจะทำให้สิทธิของประชาชน นอกจากจะทำให้สิทธิของประชาชนสมบูรณ์ขึ้นแล้วยังจะลดข้อขัดแย้งของผู้ป่วยกับสถานพยาบาลได้มากกว่าการที่เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลให้ประชาชนอีกด้วย

4.2 สิทธิที่ประชาชนจะได้รับข้อมูลข่าวสาร ในอดีตบริการสุขภาพที่ประชาชนจะได้รับจะมีลักษณะมีความลึกลับเพราะเป็นบริการที่ประชาชนผู้รับบริการไม่

สามารถจะสอบถามเพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงรายละเอียดต่าง ๆ ของบริการที่ตนจะได้รับว่า
ได้บริการอะไร ทำไมจึงต้องให้บริการนั้น ๆ ประชาชนน้อยคนที่จะทราบซื้อขายที่ตัวเองได้
รับ และเมื่อสอบถามจากแพทย์ผู้ให้บริการก็มักจะได้รับการปฏิเสธ แพทย์หรือพยาบาล
ผู้ให้บริการมักจะไม่ให้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ประชาชนผู้รับบริการทราบอย่างกระจ่างชัดถึง
บริการที่ตนจะได้รับว่าจะก่อให้เกิดผลอะไร จะมีผลข้างเคียงอย่างไรหรือไม่ สิทธิในด้าน
นี้ความจริงควรจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนจะได้รับเว้นแต่การรับทราบข้อมูลข่าว
สารนั้นจะทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยเอง เช่น เป็นโรคที่อาจถึงแก่ความตาย การรับ
ทราบข้อมูลอาจทำให้ผู้ป่วยสุขภาพจิตแย่ลง การกำหนดให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็น
บริการหนึ่งในกลุ่มบริการหลักที่จำเป็น (package of core health service) จะเป็นการ
ช่วยให้ประชาชนผู้รับบริการสามารถได้รับการรับรองสิทธิได้อย่างชัดเจน

**4.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบเป็นประชาสังคมเข้ามาบริหาร
การบริการสุขภาพ** การส่งเสริมให้ชุมชนมีกระบวนการประชาสังคม สามารถมีส่วนร่วม
ในการบริหารการบริการสุขภาพ พบเป็นแบบอย่างอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่ว
โลก

ในประเทศแคนาดาและสวีเดน องค์กรชุมชนจะเป็นเจ้าของสถานพยาบาล
ผู้บริหารสถานพยาบาลไม่ได้ถูกแต่งตั้งโดยส่วนกลาง แต่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการของ
องค์กรชุมชน ทำให้ผู้บริหารนั้น ๆ จะขึ้นต่อและถูกตรวจสอบ (accountable) จากคณะ
กรรมการชุมชน ดังนั้นการปฏิบัติงานทั้งหมดจะทุ่มเทให้กับชุมชนอย่างแนบแน่น

ในประเทศแคนาดา และสวีเดน องค์กรชุมชนจะเป็นเจ้าของสถาน
พยาบาล ผู้บริหารสถานพยาบาลไม่ได้ถูกแต่งตั้งโดยส่วนกลาง แต่แต่งตั้งโดยคณะ
กรรมการขององค์กรชุมชน ดังนั้นการปฏิบัติงานทั้งหมดจะทุ่มเทให้กับชุมชนอย่างแน
บแน่น

ในประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน องค์กรชุมชนที่เป็นหมู่บ้านก็ตาม เทศบาลก็
ตาม หรือเป็นองค์กรของผู้ที่มีอาชีพเดียวกัน เช่น สมาคมประมง สมาคมแท็กซี่ ฯลฯ
องค์กรชุมชนเหล่านี้จะเป็นผู้เก็บเงินสมทบการประกันสุขภาพให้กับรัฐเพื่อนำเป็นกองทุน
รวมสำหรับสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่สมาชิกของชุมชนทุกคน

ในประเทศฟิลิปปินส์มีกองทุนประกันสุขภาพที่เกิดจากการจ่ายเงินสมทบ
จากประชาชน องค์กรชุมชน และรัฐบาล โดยองค์กรชุมชนเป็นคนดูแลในการบริหาร
เป็นต้น

รูปแบบต่าง ๆ เหล่านี้เป็นแบบอย่างของประชาสังคมที่ได้ร่วมตัวและมี
บทบาทที่เห็นได้ชัดเจน

ประเทศไทย กระบวนการประชาสังคมความจริงได้มีการส่งเสริมในลักษณะของรูปแบบต่าง ๆ มานานพอสมควรไม่ว่าจะเป็นรูปแบบอาสาสมัครของประชาชน กองทุน ฯลฯ พบว่าประสบความสำเร็จในบางพื้นที่

ปัจจุบันได้มีองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นองค์กรชุมชนทางการที่ตั้งขึ้นมาใหม่และมีขอบข่ายครอบคลุมทั่วประเทศ เป็นองค์กรที่น่าจะส่งเสริมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างกระบวนการประชาสังคมเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลการบริการสุขภาพได้เป็นอย่างดี

นอกจากองค์กรชุมชนที่เป็นทางการ องค์กรชุมชนที่ไม่เป็นทางการหลายแห่งก็มีศักยภาพสามารถจะดำเนินการในเรื่องนี้ได้ ตัวอย่างเช่น กองทุนคลองเปื่อย อำเภोजังหวัดสงขลา เป็นกองทุนที่เกิดจากการระดมทุนของสมาชิกในชุมชน จุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือกันเองในชุมชน ได้ดำเนินการมากกว่า 17 ปี ทำให้กองทุนมีขนาดใหญ่ถึงกว่า 40 ล้านบาท ดอกเบี้ยที่เกิดจากการหมุนเวียนของกองทุนนั้นได้มีการใช้เป็นสวัสดิการชุมชนทางด้านการศึกษาและสุขภาพ สมาชิกที่เจ็บไข้ได้ป่วยเมื่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐใดก็ตามสามารถที่จะเบิกค่าใช้จ่ายคืนจากกองทุนได้ไม่น้อยกว่า 50% ทำให้สมาชิกในชุมชนมีหลักประกันว่าเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็มีกองทุนชุมชนที่ให้การแบ่งเบาภาระ ไม่เกิดเป็นปัญหาใหญ่ที่ต้องกังวลมาก

ลักษณะการช่วยเหลือซึ่งกันและกันนี้ยังปรากฏให้เห็นในกองทุนชุมชนอีกหลายแห่ง เช่น กองทุนชุมชนศรีวิ้ง จัหวัดนครศรีธรรมราช กองทุนทุ่งหวัง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ฯลฯ เป็นประชาสังคมที่ชุมชนช่วยเหลือซึ่งกันและกันและปรากฏอยู่ในชุมชนในปัจจุบัน

ลักษณะขององค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการนี้ หากรัฐบาลเข้าส่งเสริมสนับสนุนอย่างจริงจัง เช่น การส่งเสริมให้มีกองทุนชุมชนบริหารการดูแลสุขภาพของตนเองลักษณะเดียวกับกองทุนสุขภาพในชุมชน การริเริ่มนโยบายให้สถานีนอ้ามัยอยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบล ฯลฯ จะทำให้ชุมชนมีความเป็นเจ้าของและมีส่วนในการรับผิดชอบการบริการสุขภาพได้ดีขึ้น ทำให้ระบบบริการสุขภาพตอบสนองต่อประชาชนได้มากยิ่งขึ้น และมีความยั่งยืนในการดำเนินงานได้ดีขึ้น

5. การสร้างความยั่งยืนของการปฏิรูป

การปฏิรูปต่าง ๆ หากไม่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ผลของการปฏิรูปจะไม่สามารถที่จะบรรลุได้อย่างแท้จริง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายของผู้บริหารหรือผู้ผลักดันนโยบาย ดังนั้นจะต้องมีการสร้างความยั่งยืนของการปฏิรูปดังที่ได้กล่าวมาแล้วทั้งหมดโดย

5.1 การออกกฎหมายเพื่อสร้างความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง การจัดทำมีสถานพยาบาลประจำครอบครัวและเครือข่ายก็ดี การส่งเสริมให้มีการแข่งขันและร่วมมือกันของสถานพยาบาลรัฐและเอกชนก็ดี การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการหลักที่จำเป็นก็ดี การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการหลักที่จำเป็นก็ดี ฯลฯ ทั้งหมดนี้ล้วนต้องการมีกฎหมายมารองรับเพื่อให้มีกิจกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ยุทธศาสตร์และกิจกรรมเพื่อสนองยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการปฏิรูปที่สามารถจะพัฒนาเป็นกฎหมายได้ ควรจะมีการดำเนินการให้เกิดขึ้น

5.2 การสร้างความรับรู้ในเรื่องการปฏิรูปให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในสังคม ผ่านสื่อและการมีส่วนร่วมของทุก ๆ ฝ่าย จะทำให้การปฏิรูปเกิดเป็นจริงขึ้นเนื่องจากการปฏิรูปต้องการการรวมพลังจากทุก ๆ ฝ่าย ในอันที่จะผลักดันร่วมกันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น การที่สังคมทุกฝ่ายเกิดความตระหนักและมีการเตรียมฐานรองรับการเปลี่ยนแปลง บางครั้งอาจจะให้ผลดีกว่าการออกกฎหมายหรือระเบียบต่าง ๆ เพราะแม้จะมีกฎหมายแต่หากประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ไม่เข้าใจ ก็อาจจะไม่เกิดผลบังคับใช้ในทางปฏิบัติ ถ้าหากไม่มีกฎหมาย แต่สังคมทุกฝ่ายมีความตื่นตัวอย่างจริงจัง ความร่วมมือร่วมใจในการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ

5.3 การส่งเสริมระบบบริการสุขภาพให้เป็นระบบที่มีองค์ความรู้ยุคตลอดเวลา

หากยุทธศาสตร์ปฏิรูปทั้ง 5 ประการ หรือ มรรค 5 ดังกล่าวข้างต้นได้มีการดำเนินการโดยใช้วิธีต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาแล้ว การปฏิรูประบบบริการสุขภาพคงจะสามารถเกิดขึ้นอย่างเป็นจริง และทำให้ปัญหา 10 ประการดังได้กล่าวมาแล้วเบาบางหายไป อย่างไรก็ตาม โลกปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมาก ดังนั้น ยุทธศาสตร์การปฏิรูปจะต้องมีการตรวจสอบปรับเปลี่ยนไปพร้อม ๆ กันอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้การแก้ไขปัญหา มีความทันกาล และสามารถตอบรับกับการเปลี่ยนแปลงของระบบอื่น ๆ ที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นในที่สุด

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. “ร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพและมาตรฐาน การให้บริการสาธารณสุข พ.ศ.....”. กรุงเทพฯ : 2538
- ประเวศ วะสี. “การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ”. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2539.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูต. “สัจพยากรณ์ : งานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้า”. สถาบันพัฒนาการ สาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : 2540.
- ภาคีความร่วมมือเพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. “โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล 2540-2542”. สำนักงานกองทุนวิจัย. 2540
- มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, คณะผู้วิจัย. “ปฏิรูปภาคราชการเพื่ออนาคตของ ไทย”. รายงานสรุปผลการสัมมนาวิชาการประจำปี 2539. กรุงเทพฯ : 14-15 ธันวาคม 2539.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, และคณะ “การกระจายเครื่องมือแพทย์ ในประเทศไทยปี 2537”. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.
- ศุภสิทธิ์ พรธรรมาธัย “กลุ่มวิจัยโรคร่วมสาม : ความสำเร็จของ 54 โรงพยาบาล”. การสัมมนา การขยายผล DRG สู่วิทยาลัยศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลอื่นๆ โรงแรม เชียงใหม่พลาซ่า. 23-25 เมษายน 2540.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ “ปฐมบทระบบประกันสุขภาพภายใต้พระราช บัญญัติประกันสังคม : ข้อเสนอและที่มา” สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. มีนาคม 2537.

สุชาติ ตั้งทางธรรม “อุตสาหกรรมยาสูบ และข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในประเทศไทย”. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข ฉบับที่ 3 กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540

สภาร่างรัฐธรรมนูญ, คณะกรรมาธิการยกร่างรัฐธรรมนูญ “ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.เพื่อการทำประชามติ”. กรุงเทพฯ : 2 พฤษภาคม 2540.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, และคณะ “อนาคตสถานีนอนมัยไทย” การศึกษาวิจัยประเมินผล โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนมัย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์ การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.

East Asian Ministerial Meeting on Caring Societies, The Japanese Experience in Social Security, December 5, 1996

International Medical Foundation of Japan, SEAMIC Health Statistics, SEAMIC Public cation No, 74, 1994.

Nitayarumphong S.(editor), Health Care Reform : At The Frontier of Research and Policy Decision.;proceeding of the internation workshop, Thailand 1997. (published book)

Nitayarumphong S. and Suphannaphong M., Health Transition and Health Care Reform in Thailand, Thailand. MOPH, 1997.

The World Bank, World Development Report 1997, Oxford University Press, 1997.

ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์

ในทัศนะของ พญ.สุพัทธา ศรีวณิชชากร

นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์

เป้าหมายสุขภาพของคนไทยที่พึงประสงค์ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8

(พ.ศ.2540-2544)

” คนไทยทุกคน ไม่จำกัดเรื่องเพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจเป็นคนที่มีความปกติสุขทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม โดย

1. เกิด และเติบโตในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น
2. ได้รับการพัฒนาทั้งทางกาย ทางใจ และสติปัญญาดีพอที่จะปรับตัว และอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ
3. มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และเป็นธรรม
4. อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ
5. ดำรงชีวิต และประกอบอาชีพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และปลอดภัย
6. มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์”

ภาพลักษณ์ที่เป็นเป้าหมายสุขภาพของคนไทยนั้นจะบรรลุผลได้ ย่อมต้องมีระบบบริการสาธารณสุขที่ดีที่สอดคล้องและเอื้ออำนวย ซึ่งหมายถึงระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์จะต้องมีส่วนช่วยผลักดันให้เกิดภาพลักษณ์ของเป้าหมายสุขภาพของคนไทยที่พึงประสงค์ได้

ความเห็นต่อระบบบริการสุขภาพที่ต้องการในมุมมองของผู้เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม ในด้าน
ผลลัพธ์ของระบบบริการ

1. กลุ่มประชาชนผู้ใช้บริการ

ต้องการบริการที่รวดเร็ว สะดวก ไว (สุพัตราและคณะ 2540, อรพินธ์ บุญนาค
2540) ได้มาตรฐานแก่คนทุกระดับไม่ว่ารวย หรือจน

มีความมั่นใจ เชื่อใจได้ในการมาใช้บริการแต่ละครั้ง

หลังจากใช้บริการ ผู้รับบริการสามารถได้ข้อมูลกลับไปว่าตนเองเป็นอะไร มีปัญหา
ขนาดไหน ต้องดูแลตนเองอย่างไร ต้องการการรักษาดูแลนานเท่าไร จะหายหรือไม่ ยาที่
ให้รักษาอะไร อย่างไร

บริการต้องไม่มีราคาแพงเกินไป ราคาเป็นธรรม (สุพัตราและคณะ 2540)

ผู้ให้บริการควรจะมีจิตดี ยิ้มแย้มแจ่มใส กระตือรือร้นในการให้บริการ

กรณีที่ป่วยหนัก หรือฉุกเฉินก็ได้รับบริการที่เหมาะสมได้มาตรฐาน ไม่ว่ารวย หรือ
จน

ให้ข้อมูลได้ว่าจะดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างไร จะไปหาใครได้เมื่อมีปัญหา

2. กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์

บริการนั้นควรได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ

ระบบบริการควรมีเครื่องมือ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และบุคลากรที่พอเพียง

ระบบบริการต้องเอื้อให้ผู้ให้บริการมีความสุขในการให้บริการที่ดีได้

3. กลุ่มนักวิชาการด้านระบบบริการ

ระบบบริการต้องมีกระจายทั่วถึง ประชาชนทุกระดับต้องสามารถเข้าถึงบริการที่ได้
มาตรฐานอย่างเท่าเทียม (Equity)

บริการมีคุณภาพทั้งในด้านเทคนิคบริการ และทางด้านสังคม-จิตวิทยา (Quality)

บริการนั้นต้องมีประโยชน์คุ้มค่า มี cost-effectiveness สูง ต่อสุขภาพ

มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ควบคู่กับ
การรักษาพยาบาล (Integration)

ระบบบริการควรตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของประชาชน เป็นระบบที่
ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ และสามารถร่วมตรวจสอบได้ (Social
Accountability and relevancy)

4. กลุ่มผู้บริหาร

ระบบบริการนั้นต้องใช้จ่ายงบประมาณได้ตามเป้าหมายงบประมาณที่มีจำกัด ประชาชนมีความพอใจต่อบริการที่ได้รับ ระบบการจัดการต้องไม่ยุ่งยากเกินไป

จากทั้ง 4 กลุ่ม ผู้เขียนเห็นว่า ระบบบริการที่พึงประสงค์ ต้องสามารถประสานความต้องการของทั้ง 4 กลุ่มได้ ซึ่งควรมีลักษณะ ดังนี้

ลักษณะของระบบบริการที่พึงประสงค์

1. ต้องตอบสนองปัญหา และความต้องการของประชาชนในประเทศไทย สามารถทำให้ผู้ใช้บริการเข้าใจความหมายของสุขภาพ และ ปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมทั้ง มีบทบาทร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้
2. มีมาตรฐานบริการที่ดี และมีระบบการตรวจสอบสม่ำเสมอ แต่ต้องอยู่ในขอบเขตการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสภาพสุขภาพในพื้นที่
3. มีคุณภาพบริการทั้งด้านเทคนิค และทางด้านสังคม-จิตวิทยา เป็นระบบที่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกระดับเศรษฐกิจสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม
4. เป็นระบบบริการที่ครอบคลุมการบริการทั้งการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างสมดุลย์

ความเห็นต่อกลไกของระบบบริการสาธารณสุข

ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการที่ตนเองต้องการได้ในขอบเขตที่เหมาะสม (ทั้ง เพื่อความเป็นอิสระ และประชาชนสามารถควบคุมระดับ กำกับในระดับย่อยได้ใกล้ชิดกว่า แต่ก็มิชอบเขตเพื่อให้เงื่อนไขการจัดบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น)

มีผู้ดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องแก่ประชาชนแต่ละครอบครัว มีผู้ให้คำปรึกษาได้ (เพื่อเป็นเงื่อนไขหนึ่งในการให้บริการที่ต่อเนื่อง และเป็นข้อผูกพันต่อการร่วมดูแลสุขภาพได้ต่อเนื่อง สามารถมีที่ปรึกษาที่แน่นอน แต่ในขณะเดียวกันถ้าไม่พอใจก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้)

มีการแบ่งระบบบริการเป็นระดับต้น และระดับที่มีความซับซ้อนเพื่อการใช้และพัฒนาทรัพยากรที่เหมาะสมกับความจำเป็นและความต้องการในแต่ละระดับ (เพื่อให้เกิดบริการในแต่ละระดับที่มีคุณภาพ และเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ ตรงจุด และพัฒนาความสามารถให้สอดคล้องได้)

มีระบบการส่งต่อรักษาพยาบาล หรือให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ (ทั้งนี้เพราะระบบบริการที่จุดใดจุดหนึ่งไม่สามารถให้บริการที่ครบถ้วนสมบูรณ์ได้)

ไม่ต้องกังวลในด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพที่จำเป็น (เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ด้อยโอกาสที่มีปัญหา)

องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

1. ผู้ให้บริการ (Service providers)

มีทั้งระดับที่เป็นผู้ดูแลเบื้องต้นอย่างผสมผสานเป็นบริการระดับปฐมภูมิที่ให้บริการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ให้บริการที่ต่อเนื่อง ผสมผสานการรักษาพยาบาล กับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ บริการระดับนี้เป็นบริการที่ควรห้อมล้อมครอบคลุมประชาชนทุกคน มีการดูแลให้บริการอย่างผสมผสานเป็นครอบครัว เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน มีระบบข้อมูลข่าวสาร และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการที่ดี แบบเป็นองค์รวมได้อย่างเป็นจริง

มีบริการในโรงพยาบาลและสถานด้านสุขภาพที่ดูแลการรักษาพยาบาล และการบริการสุขภาพอื่นๆ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น มีจำนวนและกระจายตามขนาดของปัญหา และลักษณะของปัญหาในแต่ละภูมิภาค ไม่ควรมีบทบาทที่ซ้ำซ้อนในการให้บริการเช่นเดียวกับบริการปฐมภูมิ แต่ควรเป็นการให้บริการที่ต่อเนื่องกับบริการปฐมภูมิ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยพร้อมข้อมูลทั้งไปและกลับอย่างไม่มีช่องว่างเพื่อให้เกิดผลดีที่สอดคล้องต่อประชาชนที่รับบริการ และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบบริการทั้งสองระดับ เปิดโอกาสให้บริการได้ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน เป็นลักษณะที่เป็นเครือข่ายระหว่างบริการระดับปฐมภูมิกับระบบบริการที่ซับซ้อนในระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ มีเครือข่ายระหว่างบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนตามความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่

บริการนี้หมายรวมทั้งบริการที่เป็นบริการแผนตะวันตก หรือบริการสุขภาพแผนไทย หรือบริการทางเลือกอื่นๆ ที่ได้รับการตรวจสอบประสิทธิผลของบริการในระดับหนึ่ง

การจัดบริการนี้ควรเป็นบริการที่ประสานการดูแลสุขภาพของประชาชนที่เป็นเจ้าของสุขภาพนั่นเอง ร่วมกับการบริการโดยผู้ให้บริการในวิชาชีพต่างๆ และเป็นการประสานประโยชน์หรือจุดดีของบริการสุขภาพในทางเลือกต่างๆ เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือรับรู้ข้อมูลที่จำเป็นได้

2. องค์กรซื้อและกำกับบริการ (Institutional purchasers)

มีองค์กรที่ทำหน้าที่ศึกษาถึงสภาพความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และทำหน้าที่วางแผน จัดลำดับความสำคัญ ในการจัดบริการ และซื้อบริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล และบริการอื่นที่เกี่ยวข้องให้แก่ประชากรกลุ่มต่างๆ (ทั้งภาครัฐ และเอกชน) อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาของท้องถิ่น และทรัพยากรของประเทศ โดยใช้กลไกการบริหาร กลไกด้านวิชาการ และกลไกทางการเงินการคลังประเภทต่างๆ

เป็นองค์กรที่มีกลไกในการควบคุม กำกับคุณภาพของบริการ และมีการตอบสนองต่อระบบบริการในกรณีที่บริการไม่เป็นไปตามเป้าหมายหรือตามวัตถุประสงค์

มีการกำหนดในการเงินการคลังที่เอื้อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง กล่าวคือ มีการซื้อบริการระดับปฐมภูมิในลักษณะที่เป็นรวมรายหัว (capitation) เพื่อให้เกิดการให้บริการแบบผสมผสาน มีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคควบคู่กับการรักษาพยาบาล และเป็นวิธีที่กำหนดให้ผู้ให้บริการต้องดูแลสุขภาพของประชาชนคนนั้นอย่างต่อเนื่อง แต่ต้องมีกลไกที่ช่วยให้ผู้ดูแลไม่ส่งต่อไปใช้บริการที่โรงพยาบาลมากเกินไปจนจำเป็น ในส่วนของการซื้อบริการของโรงพยาบาลควรใช้วิธีการซื้อบริการในลักษณะรวมเป็นชุดในการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องจากบริการปฐมภูมิ และไม่เอื้อต่อการให้บริการที่ซ้ำซ้อน

การจัดบริการนี้ควรเป็นบริการที่ประสานการดูแลสุขภาพของประชาชนที่เป็นเจ้าของสุขภาพนั่นเอง ร่วมกับการบริการโดยผู้ให้บริการในวิชาชีพต่างๆ และเป็นการประสานประโยชน์หรือจุดดีของบริการสุขภาพในทางเลือกต่างๆ เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือรับรู้ข้อมูลที่จำเป็นได้

หน่วยที่ทำหน้าที่นี้ควรมีความคล่องตัว มีอำนาจในการจัดการในระดับพื้นที่จังหวัดได้ โดยมีต้องขึ้นกับส่วนกลาง ในอนาคตควรเป็นหน่วยที่ประสานกับรัฐบาลท้องถิ่น

3. สถาบันพัฒนาทรัพยากร และกำลังคน (Resource Institution)

มีการผลิตและพัฒนาากำลังคนที่สอดคล้องกับระบบบริการที่ต้องการ คิดเป็น มีความคิดริเริ่มในการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของแต่ละท้องถิ่นได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาระบบบริการในอนาคต

มีบทบาทช่วยให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นสามารถวางแผนกำลังคนในระยะยาวได้อย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ของท้องถิ่นนั้น และแนวโน้มในอนาคต

สถาบันพัฒนาทรัพยากร และกำลังคน นั้น ควรมีทั้งในระดับที่เป็นระดับชาติที่ร่วมกำหนดนโยบาย และวางแผนกลวิธีหลักในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข และ

ควรมีหน่วยงานในระดับจังหวัด หรือภาคที่สามารถวางแผนย่อยในระดับท้องถิ่นได้

4. องค์กรอื่นๆ (Other sectoral agencies)

มีการประสานการจัดบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น องค์กรทางด้านสังคมสงเคราะห์ การจัดที่อยู่อาศัย การจัดการศึกษา การจ้างงาน การสื่อสาร และการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่ดี แข็งแรง เอื้อต่อการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทในการประสานและสร้างความเข้าใจกับหน่วยงานอื่นๆ ในด้านสุขภาพมากขึ้น และมีบทบาทในการร่วมกับหน่วยงานอื่นในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและป้องกันสุขภาพมากขึ้น

5. ประชาชน (Populations)

ประชาชนแต่ละคน หรือแต่ละครอบครัว ต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะพื้นฐานในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องควบคู่กับแพทย์ หรือผู้ให้บริการในสาขาวิชาชีพต่างๆ มีความเข้าใจในการเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ประหยัด มีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีความตระหนักต่อการตรวจสอบบริการที่ได้รับ

มีการรวมตัวในกลุ่มผู้บริโภคเพื่อมีส่วนร่วมในการคิด วางแผนจัดบริการ หรือมีส่วนร่วมในการให้บริการเอง มีบทบาทร่วมตรวจสอบประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการสุขภาพประเภทต่างๆ

รายละเอียดของกลไกของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ

ควรเป็นหน่วยบริการที่มีขนาดกะทัดรัด แต่สอดคล้องกับการใช้ทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ วัสดุต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ และมีขนาดของงานมากพอที่บุคลากรจะสามารถดำรงความสามารถหรือความเชี่ยวชาญในการให้บริการนั้นๆ ได้ มีผู้ให้บริการที่มีความสามารถหลากหลายพอที่จะสามารถให้บริการพื้นฐานแก่ประชาชนได้อย่างผสมผสานที่หน่วยบริการระดับนี้ มีความรับผิดชอบต่อประชากรจำนวนหนึ่งที่ขนาดพอเหมาะกับจำนวนบุคลากร และการเดินทางที่สะดวก

บริการที่หน่วยนี้ควรเป็นบริการที่มีคุณภาพทั้งทางด้านเทคนิคบริการทางการแพทย์ และมีคุณภาพการบริการทางด้านสังคม-จิตวิทยา มีความเข้าใจ “ความเป็นคนของผู้รับบริการ” มิใช่ดูแลแค่ “โรค” ฉะนั้นความรู้ ความสามารถและทักษะของการให้

บริการของบุคลากรที่หน่วยนี้ นอกจากจะต้องมีความรู้ทางการแพทย์โดยตรงแล้ว ยังต้องมีพื้นฐานความเข้าใจทางด้านสังคมศาสตร์ ด้านจิตวิทยา การให้คำปรึกษาในด้านต่างๆ เบื้องต้น มีทักษะในการสื่อสารที่ดีกับผู้รับบริการ มีทักษะในการทำงานชุมชนที่สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของประชาชนที่รับผิดชอบได้ เพื่อให้บริการเองได้อย่างเหมาะสม และบางส่วนต้องส่งต่อไปยังหน่วยวิชาการหรือหน่วยบริหารในระดับที่เหนือขึ้นไปในการวางแผนการจัดบริการให้เหมาะสม

มีระบบข้อมูลที่เอื้อต่อการให้บริการที่ต่อเนื่องแก่ประชาชนแต่ละคน และเอื้อต่อการเชื่อมโยงบริการด้านต่างๆ และเอื้อต่อการให้บริการเป็นครอบครัว มีข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจพื้นฐานของครอบครัวเอื้อต่อการให้บริการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม

มีการบริหารจัดการ และการงบประมาณที่คล่องตัว สามารถปรับการจัดบริการที่รับผิดชอบต่อสอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพของประชาชนที่รับผิดชอบ และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นได้

ขอบเขตของบริการที่มีในหน่วยบริการระดับนี้ ต้องสามารถให้บริการรักษาพยาบาลปัญหาที่พบบ่อยในท้องถิ่นนั้น มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนย่อย ที่เป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพประชากรทุกกลุ่มอายุ แต่รายละเอียดความสามารถนั้นควรมีการพิจารณามาตรฐานขั้นต่ำที่เป็นพื้นฐานร่วมกันในระดับชาติ และบางส่วนควรกำหนดเป็นทางเลือกขึ้นกับระดับความสามารถของบุคลากรที่ให้บริการและเครื่องมือ อุปกรณ์ในหน่วยบริการนั้น และขึ้นกับความสามารถของหน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง และขึ้นกับระยะห่างของหน่วยบริการระดับปฐมภูมินี้กับเครือข่ายบริการอื่นๆในระดับที่เหนือขึ้นไป

รูปธรรมของบริการระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

ในพื้นที่ชนบท

ทางเลือกที่ 1

ต้องพัฒนาสถานีอนามัยให้มีความสามารถในการให้บริการที่ผสมผสานในระดับคุณภาพที่มากขึ้นในทุกประเภทของการบริการ รวมทั้งมีความสามารถในการทำงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถประเมินสถานการณ์สุขภาพของประชากร และสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดสู่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การจะพัฒนาดังกล่าวได้ บุคลากรที่ระดับนี้จะต้องมีความสามารถมากขึ้น มีความสามารถในการขึ้นประยุกต์ความรู้พื้นฐานได้ ซึ่งมีทางเลือกทั้งโดยการพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่เดิมอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง จริงจัง หรือจะโดยการคัดเลือก

บุคลากรกลุ่มใหม่ลงไปปฏิบัติงานเพิ่ม

ขอบเขตของประชากรที่รับผิดชอบของสถานีนามัยควรมีการทบทวนขนาด และการกระจายให้สอดคล้องกับความสะดวกของประชากรในการมาใช้บริการ และขนาดเหมาะสมกับจำนวนบุคลากร ไม่ควรยึดติดกับขอบเขตการบริหารเป็นรายตำบลหากไม่สอดคล้อง

ทางเลือกที่ 2

มีการพัฒนาคลินิกเอกชนที่มีแพทย์ให้บริการ ให้สามารถดูแลรับผิดชอบประชากรจำนวนหนึ่งอย่างผสมผสานและต่อเนื่อง โดยที่รัฐช่วยสนับสนุนในการจัดบริการนั้นโดยการสนับสนุนงบประมาณเพื่อช่วยเหลือประชากรที่ยากจน หรือรัฐช่วยในการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ประสานกับการจัดบริการรักษาพยาบาลของคลินิก

ทางเลือกที่ 3

ในพื้นที่ที่โรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบ ควรแยกการรับผิดชอบประชากรส่วนน้อยอย่างชัดเจนเพื่อให้เกิดการให้บริการอย่างผสมผสานจริงๆ โดยใช้บุคลากรเดิมของโรงพยาบาลทั้งในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขภาพและการป้องกันโรค ฝ่ายการพยาบาล แต่มีการบริหารจัดการให้เป็นทีมบริการที่เป็นเอกภาพในการให้บริการที่ผสมผสานมากขึ้น ใช้บุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในพื้นที่เขตเมือง

ทางเลือกที่ 1

สร้างและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชน หรือศูนย์บริการสาธารณสุขของรัฐ (โดยโรงพยาบาลรัฐ หรือเทศบาล) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพตามแนวคิดข้างต้น โดยการจัดให้มีบุคลากรที่ดูแลรับผิดชอบเป็นการประจำจำนวนหนึ่ง ที่มีองค์ประกอบทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ระดับอื่นตามขอบเขตบริการ หากขาดแคลนแพทย์ก็เน้นพัฒนาให้พยาบาลเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง และมีแพทย์มาเสริมการให้บริการในช่วงเย็น แต่เป็นแพทย์ที่มาอย่างต่อเนื่องจำนวนหนึ่ง มีไข้เวียนเปลี่ยนหน้าตลอด

มีการให้บริการทั้งในสถานพยาบาล ให้บริการที่บ้าน และชุมชนอย่างต่อเนื่องผสมผสาน

การที่ต้องมีหน่วยบริการนี้ที่เป็นบริการของรัฐ ไม่จำเป็นต้องมีจนครอบคลุมประชากรทั้งหมดในพื้นที่เขตเมือง แต่มีจำนวนหนึ่งเพื่อเป็นการจัดบริการที่ได้มาตรฐานที่ดี เป็นการร่วมควบคุมมาตรฐานกับภาคเอกชน เพื่อให้บุคลากร

ในภาครัฐที่เป็นผู้ดูแลหน่วยบริการได้มีพื้นที่บริการจริงในการพัฒนา และศึกษาวิจัย เพื่อใช้ในการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการระดับนี้อย่างต่อเนื่อง

ทางเลือกที่ 2

พัฒนาให้คลินิกเอกชนที่มีจำนวนมากในพื้นที่เขตเมือง มีความรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมในการให้บริการแก่ประชาชนจำนวนหนึ่งอย่างต่อเนื่อง โดยการปรับเรื่องกลไกทางการเงินการคลังเพื่อผลักดันให้คลินิกมีบทบาทมากขึ้น ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล และการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในระดับบุคคลและครอบครัว และอาจมีการประสานให้หน่วยบริการของรัฐช่วยเสริมในบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพที่ต้องลงทุนสูงที่ยากต่อการลงทุนโดยเอกชน

2. โรงพยาบาล ที่เป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ

มีบทบาทหลัก คือ 1) เป็นหน่วยที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้บริการในส่วนที่ต้องการเครื่องมือที่มีความซับซ้อนทางด้านการแพทย์มากขึ้น ผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดมากขึ้น และ 2) มีบทบาทร่วมในการพัฒนาวิชาการด้านเทคโนโลยีให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ

โรงพยาบาลไม่ควรให้บริการที่ซ้ำซ้อนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพราะเป็นการแข่งขันการให้บริการซึ่งโรงพยาบาลย่อมได้เปรียบกว่า ดังดูกว่าบริการปฐมภูมิ มีแนวโน้มทำให้ประชาชนข้ามขั้นตอนมาใช้บริการแทนที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เกิดความแออัดในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลในขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีผู้ใช้บริการลดลง เป็นการใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่า และเสียค่าใช้จ่ายสูงโดยไม่จำเป็น อีกทั้งโครงสร้างของโรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการปฐมภูมิที่มีความต่อเนื่องผสมผสานได้ดีพอ แต่โรงพยาบาลควรเน้นเสริม พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมากขึ้น และสนับสนุนให้ประชาชนเชื่อมั่นในการไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาใช้บริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีการส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่หน่วยปฐมภูมิเมื่อหมดภาวะวิกฤติ หรือไม่มีความซับซ้อนมากนักในการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการติดต่อสื่อสารกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

ขนาดและความสามารถของโรงพยาบาลในการดูแลรักษาพยาบาลนั้นขึ้นกับสถานการณ์แต่ละแห่ง เช่น สภาพการเดินทาง ระยะห่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ เครื่องมืออุปกรณ์ ความสามารถของแพทย์ที่ให้บริการ

3. หน่วยซื้อบริการ และหน่วยกำกับระบบบริการ

ระดับจังหวัด

ทำหน้าที่ประเมินสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในจังหวัด เพื่อพิจารณาถึงความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ร่วมกับการแปลงนโยบายด้านสุขภาพระดับชาติให้เป็นระดับกลวิธี และนำไปสู่แผนระดับปฏิบัติการในการจัดบริการ หรือซื้อบริการที่ระดับต่างๆ

ทำหน้าที่ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมด้านสุขภาพ และการให้บริการด้านต่างๆ ทั้งในด้านกระบวนการให้บริการ และด้านผลลัพธ์ต่อสุขภาพ

หน่วยนี้ควรมีความคล่องตัว และมีอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรภายในจังหวัด ให้สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ มีการดำเนินงานร่วมกับรัฐบาลท้องถิ่น และองค์กรชุมชนในจังหวัด หรือในระยะยาว (10 -20 ปีข้างหน้า หน่วยนี้ควรเป็นหน่วยที่รัฐบาลท้องถิ่นระดับจังหวัดเป็นผู้ดูแลแทนกระทรวงสาธารณสุข)

ระดับอำเภอ

ทำหน้าที่วางแผนประเมินปัญหาในระดับอำเภอ ร่วมกับประชาชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการจัดบริการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ

ทำหน้าที่ ร่วมกับหน่วยบริหารระดับจังหวัดในการจัดซื้อบริการด้านสุขภาพ และการจัดงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพแก่หน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการทั้งภาครัฐ และเอกชน

ทำหน้าที่ติดตาม กำกับ ประเมินผลคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดบริการ และการดูแลสุขภาพของประชาชน

หน่วยนี้ควรมีความคล่องตัวในการดำเนินงานภายในขอบเขตของอำเภอ ภายใต้การติดตามดูแลของหน่วยงานระดับจังหวัด

4. ระบบการเงินการคลัง

4.1 การจัดสรรเงิน

หลักการ คือ การจัดสรรเงิน ควร

- เอื้อให้เกิดความคล่องตัวแก่หน่วยงานพื้นที่ในการใช้ทรัพยากรสอดคล้องตามปัญหาของท้องถิ่นได้
- ควรเอื้อให้เกิดความยุติธรรม และเท่าเทียมแก่ประชากรทุกกลุ่ม
- ควรเอื้อและผลักดันให้มีการบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- เอื้อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถซื้อบริการได้จากทั้ง

ภาครัฐ และภาคเอกชน

แนวทาง

- การจัดสรรเงินให้แก่จังหวัด ควรเป็นการจัดสรรงบประมาณเป็นก้อนที่หน่วยงานจัดซื้อบริการและหน่วยบริหารระดับจังหวัด เพื่อให้มีความคล่องตัว และจัดการได้ภายในจังหวัด ในอนาคตระยะยาวควรให้องค์กรท้องถิ่นมีบทบาทเป็นผู้จัดการด้านนี้แทนกระทรวงสาธารณสุข โดยที่กระทรวงปรับบทบาทเป็นผู้กำกับติดตามประเมินผลงาน และดูแลคุณภาพบริการ และการจัดการแทน

4.2 การจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากร

หลักการ คือ เอื้อให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการที่ดีขึ้น เอื้อให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่อง ผสมผสาน ดูแลประชากรทั้งครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

- เอื้อให้มีแรงจูงใจทำงานในท้องถิ่นทุรกันดาร

แนวทาง คือ

การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรเป็นการจัดสรรตามรายหัวของประชากรที่รับผิดชอบ และมีการจัดให้เพิ่มเติมกรณีปฏิบัติงานในพื้นที่ยากลำบากหรือทุรกันดาร ส่วนการจ่ายให้บุคลากรในโรงพยาบาลเป็นการจ่ายเป็นเงินเดือนแต่มีการประเมินผลงานเป็นระยะและมีการให้เพิ่มเติมพิเศษกรณีที่มีการปฏิบัติงานดี

การมีส่วนร่วมรับผิดชอบของประชาชน

หลักการ คือ เอื้อมิให้ประชากรใช้บริการเกินจำเป็น มีส่วนร่วมรับผิดชอบในสุขภาพ แต่ต้องไม่ทำให้ประชากรที่ด้อยโอกาสได้รับผลกระทบในการเข้าถึงบริการ

แนวทาง คือ ให้ประชาชนร่วมจ่ายค่าบริการทุกครั้ง ตามระดับของสภาพปัญหา แต่หากประชากรที่มีปัญหาในการจ่ายให้รัฐช่วยสนับสนุน

5..หน่วยวิชาการที่ทำหน้าที่วิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีในระบบบริการ

ควรมีหน่วยงานที่มีบทบาทใน 3 ประเด็นหลัก คือ

การคิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปอย่างต่อเนื่อง

การคิดค้นในระดับกลยุทธ์ กลวิธีการพัฒนาระบบบริการมากกว่าระดับการปฏิบัติการ

การพัฒนาบุคลากรในระดับต่างๆ ให้สามารถประยุกต์เทคโนโลยีได้เหมาะสม สามารถคิดแก้ปัญหาในระดับปฏิบัติการได้อย่างเหมาะสม

ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์

ในทัศนะของ ศ.ดร.อภิชัย พันธเสน

ความคาดหวังของบุคคลทั่วไปต่อประเด็นในเรื่องสุขภาพ

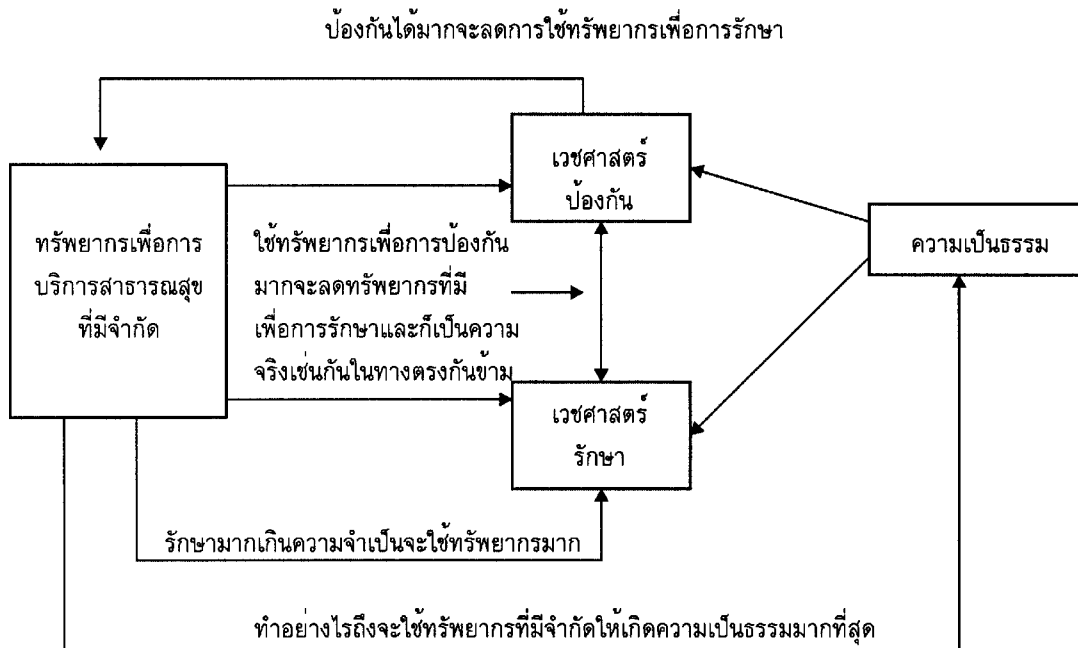
โดยปกติทันทีที่มีการปฏิสนธิ สิ่งที่มีมนุษย์ทุกคนต้องเผชิญร่วมกันไปก็คือ ความแก่ ความเจ็บ และความตาย ปัจจัยที่สองคือ ความแก่นั่นคือคลานเข้ามาทุกวินาทีที่ผ่านไปหลังจากปฏิสนธิ ความเจ็บนั้นอาจจะหลีกเลี่ยงได้หรือหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ที่แน่นอนก็คือความเจ็บนั้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่จะนำไปสู่จุดจบของความสัมพันธ์ (Terminating system) นั่นก็คือความตาย ถึงแม้จะมีการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีด้วยความระมัดระวังเพียงใด ความเจ็บจะต้องเป็นผลตามมาจากการเสื่อมโทรมขององค์ประกอบของร่างกายอันเป็นผลจากความ "แก่" อย่างไรก็ตามในเมื่อสัญญาตามของมนุษย์โดยปกติทุกคนคือเพียงหลีกเลี่ยงความตายหรือชะลอความตายให้มาถึงให้ช้าที่สุด และในขณะที่มีชีวิตอยู่ถึงแม้จะมีความเสื่อมของร่างกายเกิดขึ้นทุกขณะเนื่องจากความแก่ ก็ต้องการจะมีสุขภาพที่ดีที่สุดไม่ต้องเผชิญอาการเจ็บไข้ได้ป่วย หรือถ้าหากจะต้องเผชิญการเจ็บไข้ได้ป่วยก็ต้องการจะเผชิญให้น้อยที่สุด ทั้งนี้เพราะความเจ็บป่วยเป็นความทุกข์ทรมาน ดังพุทธภาษิตที่ว่า อโรคยา ปรมาลาภา (หรือความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ)

ดังนั้น จากมุมมองของปวงชนธรรมดาทั่วไป การหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคภัยไข้เจ็บโดยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพให้ได้อยู่เสมอด้วยตนเอง จึงเป็นความปรารถนาสูงสุดประการหนึ่งของมนุษย์ทุกคน ความไม่สามารถในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอเนื่องจากขาดองค์ความรู้เพียงพอหรือได้รับการบอกเล่าจากความเชื่อหรือองค์ความรู้ที่ผิดตลอดจนสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยภายนอกในแต่ละจังหวัดของช่วงชีวิต รวมทั้งความประมาท ซึ่งเป็นปกติวิสัยของมนุษย์เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มนุษย์ตกอยู่ในสภาพที่ป่วยไข้จนไม่สามารถที่จะดูแลรักษาตัวเองได้ ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า บุคคลผู้นั้นตกอยู่ใน "ภาวะวิกฤติ" ถึงจุดนี้บริการทางการแพทย์เพื่อการรักษาให้บุคคลผู้นั้นพ้นจากการคุกคามของโรคภัยไข้เจ็บจึงเป็นความต้องการที่จำเป็นที่ไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้ และเมื่อบุคคลตกอยู่ใน "ภาวะ

วิกฤติ" แล้ว ในสังคมอุดมคติที่มีการประเมินคุณค่ามนุษย์เท่าเทียมกันโดยไม่ถูกจำกัดโดยสถานะภาพทางเศรษฐกิจและสังคม บุคคลทุกๆ คนที่ตกอยู่ในสภาวะการแบบนั้นสมควรที่จะได้รับบริการในการรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุดเท่าที่สังคมจะจัดหาให้ได้เท่าเทียมกันกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่ตกอยู่ในสถานะภาพเดียวกัน ซึ่งอาจจะเรียกได้ว่า หลัก "ความเป็นธรรม" (fairness)

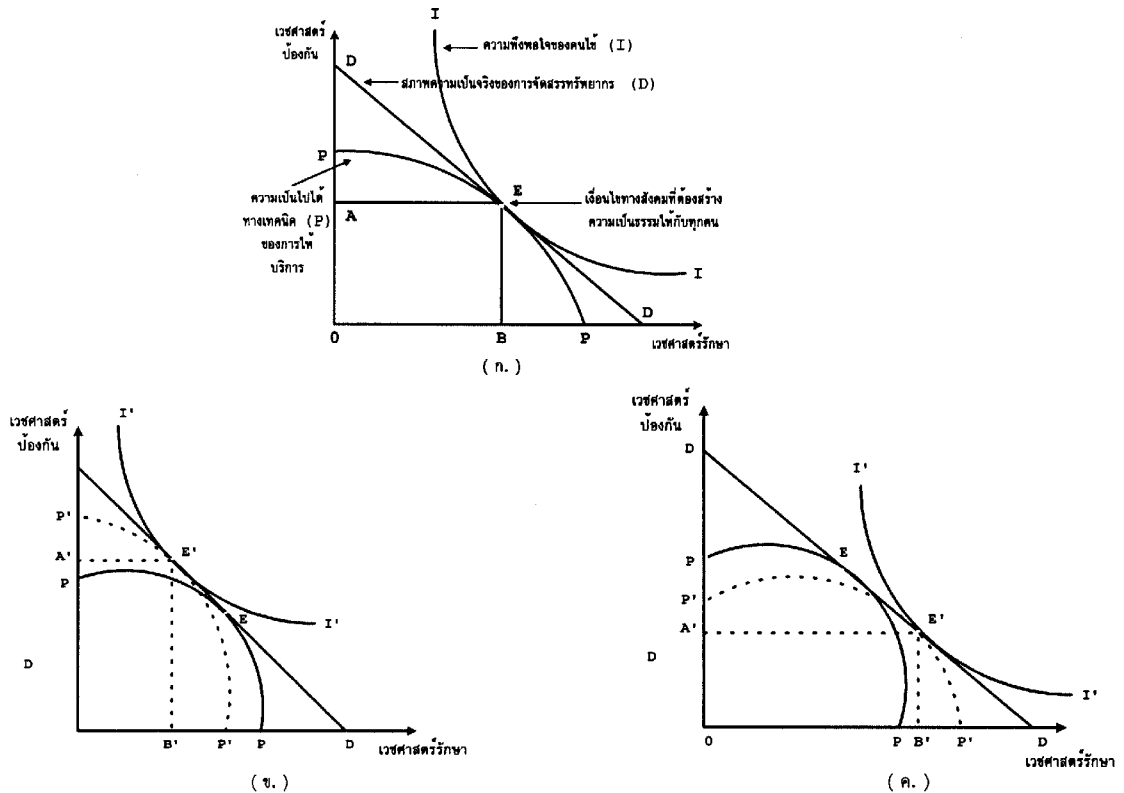
ปัญหาที่เกิดขึ้นในโลกแห่งความเป็นจริงก็คือ สังคมถึงแม้จะมีขีดความสามารถที่จะทำเช่นนั้นได้ แต่ก็เผชิญกับความจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่ เนื่องจากความต้องการของสังคมนั้นมีมากมายหลายรูปแบบ และต้องการที่จะได้รับการสนองความต้องการโดยมีลำดับความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนที่ไม่อาจจะเปรียบเทียบกันอย่างตรงไปตรงมาได้มากนัก ประเด็นในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดให้ได้ประโยชน์สูงสุด (rationality) ในขณะที่จะต้องสร้าง "ความเป็นธรรม" ไปพร้อมกันด้วย จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายความสามารถในการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดให้สามารถบรรลุผลที่พึงปรารถนา นั่นคือจะต้องช่วยให้ทุกคนที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤติ "เข้าถึง" บริการในการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพดีเท่าเทียมกันหมด ในขณะเดียวกันถ้าสามารถใช้ทรัพยากรส่วนหนึ่งและอาจจะเป็นส่วนมากในการ "ป้องกัน" มิให้บุคคลโดยทั่วไปตกอยู่ในสภาวะวิกฤติเป็นจำนวนมากพร้อมๆ กัน ก็อาจจะมีส่วนในการช่วยลดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดไปได้ ซึ่งอาจจะแสดงเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะแผนภูมิดังต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 1
ความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกันและรักษา
กับความจำกัดของทรัพยากรและความเป็นธรรมในสังคม



จากแผนภูมิดังกล่าวจะเห็นว่า เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์เพื่อการรักษาล้วนมีส่วนในการแย่งชิงทรัพยากรที่มีจำกัด แต่มีประเด็นที่น่าสนใจก็คือ ถ้าป้องกันได้มากจะลดทรัพยากรเพื่อการรักษาลงได้ และจะมีโอกาสสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการรักษาได้มากกว่า แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเน้นเวชศาสตร์ป้องกันมากเกินไปจนคุณภาพของเวชศาสตร์การรักษาลดลงต่ำกว่าระดับหนึ่งจะเกิดปัญหาความไม่เป็นธรรม เนื่องจากมีบริการรักษาไม่เพียงพอสำหรับทุกๆ คนที่ต้องการบริการเช่นนั้น ปัญหาก็คือจะสร้างความพอดีหรือ "ทางสายกลาง" หรือจุดดุลยภาพได้อย่างไร คำตอบในเรื่องนี้เป็นประเด็นในทางเทคนิค แต่สามารถแสดงวิธีคิดในลักษณะที่แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2
สภาพดุลยภาพ หรือ "ทางสายกลาง"
ที่เป็นประเด็นทางเทคนิค



ในกรณี (ก) เป็นกรณีอุดมคติที่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (II) สอดคล้องกับเงื่อนไขทางสังคมที่สร้างความเป็นธรรมให้กับทุกคน สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของการจัดสรรทรัพยากร (DD) และสอดคล้องกับความเป็นไปได้ทางเทคนิคของการให้บริการ (PP) จุดที่เหมาะสมหรือจุดดุลยภาพคือ E ซึ่งได้คำตอบว่า ควรผลิตเวทศาสตร์ป้องกัน OA และเวทศาสตร์รักษา OB

แต่ในกรณี (ข) นั้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในเวทศาสตร์ป้องกันมากกว่าหน้าที่ของผู้ให้บริการจึงจะต้องปรับเทคนิคในการผลิตมาเป็นการผลิต OA' สำหรับเวทศาสตร์ป้องกันและผลิต

OB' สำหรับเวชศาสตร์รักษา

ในกรณี (ค) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในเวชศาสตร์รักษามากกว่า (ซึ่งอาจจะขัดความเป็นจริงอยู่บ้าง) ก็อาจจะจำเป็นที่จะปรับเทคนิคในการผลิตเวชศาสตร์ป้องกันมาเป็น OA' และเวชศาสตร์รักษามาเป็น OB'

จะเห็นได้ว่า ในกรณี (ข) และ (ค) นั้นเป็นการเน้นการให้ความสำคัญของความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยมีการปรับเทคนิคในการให้บริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ มีข้อสังเกตว่าในกรณี (ข) ก็อาจจะเกิดมีปัญหานี้ เนื่องจากทรัพยากรที่มีเหลือเพื่อการรักษาอาจจะไม่น้อยเกินไป ทำให้อาจจะเกิดมีปัญหาระบบในการเข้าถึงบริการรักษาสำหรับทุกคน ซึ่งอาจจะสร้างแรงกดดันให้ผู้รับบริการต้องปรับความพึงพอใจใหม่จาก E' มาเป็น E ส่วนในกรณี (ค) นั้น บริการรักษามีมากเกินไป ในสภาพความเป็นจริงก็อาจจะเกิดความไม่เป็นธรรม เนื่องจากมีคนเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษามากเกินไป เพราะบริการเวชศาสตร์ป้องกันมีน้อยเกินไป ซึ่งก็จะผลักดันให้ผู้รับบริการอาจจะต้องปรับความพอใจจาก E' กลับมาที่ E แต่ในความเป็นจริงเทคนิคของการให้บริการแทนที่จะเป็นเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจจะเป็นผู้กำหนดเสียเอง โดยไม่สนใจว่าผู้รับบริการจะพึงพอใจหรือไม่ เนื่องจากไม่มีทางเลือก ซึ่งก็เป็นส่วนหนึ่งของปัญหาในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม ในสภาพที่เป็นอุดมคติ ทั้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะช่วยปรับเข้าหากัน โดยผู้รับบริการปรับความพึงพอใจ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปรับเทคโนโลยีในการให้บริการ โดยทั้งสองฝ่ายต้องมีข้อมูลที่จะช่วยให้สามารถตัดสินใจได้ชุดเดียวกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ จะต้องใช้ทรัพยากรสาธารณสุขให้น้อยที่สุด และสร้างความเป็นธรรมให้แก่ทุกคนพร้อมกันไปด้วย ซึ่งจะเป็นระบบที่สมเหตุสมผล (rationality) มากที่สุด

คุณลักษณะที่สำคัญและผลที่เกิดขึ้นตามมา

ดังนั้นคุณลักษณะที่สำคัญของภาพรวมของบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ก็คือ ดุลยภาพหรือทางสายกลาง ระหว่างเวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ในการรักษา โดยเน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความเป็นไปได้ในทางเทคนิคของการให้บริการ โดยที่ทั้ง

สองฝ่ายจะต้องปรับเข้าหากันโดยมีข้อมูลที่เป็นในการสร้างความเข้าใจร่วมกัน ซึ่งจะเน้นความเป็นธรรมของบริการโดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด

ถ้าหากบริการสาธารณสุขเน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหลัก สิ่งที่จะเป็นผลตามมาก็คือ ประชาชนในฐานะที่เป็นผู้รับบริการจะได้รับบริการสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์และพึงประสงค์มากที่สุด ส่วนประชาชนจะเสียอะไรบ้างเป็นการตอบแทนนั้นขึ้นกับสิ่งที่สำคัญสองประการ ประการแรกเป็นส่วนที่เกี่ยวกับนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ส่วนที่สองคือ ความต้องการคุณภาพของบริการโดยประชาชน

ในส่วนที่ 1 ที่ว่าด้วยนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 80 ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันระบุว่า **"รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้"** ในวรรคสุดท้ายของมาตรานี้เน้นให้รัฐต้องสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ยกอยู่ในภาวะวิกฤติเป็นพิเศษ ดังนั้นในแง่ของบริการสาธารณสุข ถ้าบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถจัดหาบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาพยาบาลด้วยตนเองได้ จะต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดหาบริการให้ มาตรา 82 **"รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง"** ซึ่งเป็นการระบุหลักการในการจัดบริการสาธารณสุขสามประการคือ บริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ อย่างทั่วถึงในความหมายนี้ก็คืออย่างเป็นธรรม ในมาตรานี้ไม่ได้ระบุภาระในการจัดบริการที่ชัดเจน แต่ถ้าหากตีความว่า **รัฐต้องจัดการ**ดังกล่าวจึงจะต้องตกอยู่กับรัฐ แต่ประเด็นปัญหาอยู่ที่ว่าในความเป็นจริงรัฐคงจะมีทรัพยากรจำกัดเพียงจำนวนหนึ่ง ที่จะสามารถจัดให้ให้กับทุกคนโดยไม่จำกัดฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และต้องมีพันธกรณีตาม มาตรา 80 ที่จะต้องสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ยกอยู่ในภาวะวิกฤติ ดังนั้นสำหรับคุณภาพที่สูงกว่ามาตรฐานเบื้องต้น ประชาชนผู้รับบริการและมีความสามารถจ่ายได้จะต้องเป็นผู้รับภาระเอง มิฉะนั้นเชื่อแน่ว่ารัฐคงจะไม่มีทรัพยากรที่พอที่จะให้บริการที่มีคุณภาพที่ดีแก่ทุกคนโดยไม่มีข้อยกเว้น

ในส่วนที่สองที่เป็นหน้าที่ของประชาชนนั้นคงจะเป็นประเด็นของคุณภาพในการรักษาพยาบาล ในส่วนแรกที่เป็นบริการมาตรฐานขั้นพื้นฐานนั้น ควรจะเน้นบริการป้องกันเป็นหลัก เพราะเป็นบริการที่ไม่สามารถระบุผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ได้แน่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าหากเป็นบริการข้อมูล ความรู้ หรือในส่วนที่มีผู้รับประโยชน์แน่นอน เช่น บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนั้น รัฐก็มีผลประโยชน์ทางอ้อมในการลดค่าใช้จ่ายที่จะต้องรักษา หรือการจัดการกับการแพร่กระจายของโรค รัฐก็ควรจะรับภาระบริหารจัดการน้ำดื่มที่สะอาด บริการจัดให้มีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ บริการเหล่านี้ควรจะต้องคำนึงถึงผู้ได้รับบริการเป็นสำคัญ เช่นเดียวกับบริการการรักษาพยาบาลในเบื้องต้นเพื่อลดโอกาสที่จะต้องทำการรักษาโดยมีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งอาจจะถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของเวชศาสตร์ป้องกัน ซึ่งคงจะต้องขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะจ่ายของผู้รับบริการ บริการเผื่อระวังสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายของโรค บริการเหล่านี้ควรจะเป็นหน้าที่ของรัฐอย่างชัดเจน รวมทั้งบริการคุ้มครองผู้บริโภคไม่ให้ได้รับอาหารและยาที่เป็นพิษเป็นภัย ก็ควรจะเป็นส่วนที่เป็นหน้าที่ของรัฐ ส่วนการรับการรักษาพยาบาล รัฐคงจะต้องจัดให้มี มาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลทุกคน โดยไม่คำนึงสถานะภาพทางเศรษฐกิจ เพื่อสร้างความเป็นธรรมเบื้องต้นในระดับหนึ่งแต่หลังจากนั้นแล้ว ผู้มีความสามารถจะต้องเป็นผู้จ่าย ชื้อบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้น เป็นส่วนหนึ่งของหลักความเป็นธรรม ในกรณีที่เป็นผู้ที่ด้อยโอกาสหรือผู้ที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤติ ย่อมเป็นหน้าที่ของรัฐจะต้องเพิ่มบริการพิเศษเหล่านั้นด้วยความจำเป็น

ในแง่ของรัฐเมื่อเป็นหน้าที่ที่รัฐจะต้องให้บริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง รัฐจึงพึงให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการสาธารณสุขไว้ในอันดับที่สำคัญ เพื่อให้เป็นไปตามพันธกรณีดังที่ได้ระบุไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญ แต่ทั้งนี้จำเป็นจะต้องมีเงื่อนไขที่สำคัญคือ จะต้องบริหารจัดการให้มีการให้บริการดังกล่าวตกไปถึงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด นั่นก็คือจะต้องไม่มีการรั่วไหลระหว่างทาง เพื่อให้ผู้รับบริการจะได้ผลตามที่พึงประสงค์ ในขณะที่ทรัพยากรที่นำมาใช้จะต้องไม่สูงจนเกินไป จนเกิดปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการที่ จำเป็นอื่นๆ เช่น บริการการศึกษา ป้องกันประเทศ และบริการรักษาความสงบภายในประเทศ เป็นต้น

ระหว่างรัฐกับประชาชนนั้น จะต้องมีการทำหน้าที่ในการผลิตบริการ ซึ่งแตกต่างจากหน้าที่ จัดหาบริการซึ่งเป็นหน้าที่ของรัฐ การผลิตบริการนั้นในทางทฤษฎีใครจะเป็นผู้ผลิตก็ได้ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าผู้ผลิตบริการจะต้องดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ และจะต้องทำให้ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ ถ้าสามารถทำหน้าที่ได้ดังนี้ ผู้ผลิตบริการอาจจะเป็นหน่วยงานของรัฐเอง หรือหน่วยงานในสังกัดภาคราชการ แต่ให้มีความคล่องตัวในการบริหารงาน หรืออาจจะเป็นหน่วยงานของธุรกิจเอกชน มูลนิธิ ที่มีวัตถุประสงค์โดยเฉพาะ หน่วยงานอาสาสมัคร หรือแม่แต่องค์กรประชาชน ถ้าสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวได้ ซึ่งแน่นอนว่าหน่วยงานที่มีลักษณะแตกต่างกันไปจะมีวัตถุประสงค์หลักที่แตกต่างกันไป เป็นต้นว่า ถ้าเป็นหน่วยงานของรัฐคงจะต้องเน้นการจัดบริการโดยไม่มุ่งหวังกำไร แต่อย่างน้อยจะต้องเน้นประเด็นประสิทธิภาพและผู้ปฏิบัติงานมีความสุขและความภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้วย แต่จะต้องไม่ละเลยความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วยพร้อมกันไป แต่ถ้าหากเป็นหน่วยงานของภาคธุรกิจเอกชน อาจจะต้องเน้นประสิทธิภาพและกำไรพร้อมกันไป ส่วนเรื่องความพึงพอใจของลูกค้าไม่น่าจำเป็นที่จะต้องกล่าวถึงเพราะภาคธุรกิจเอกชนจะสามารถให้บริการได้ก็ต่อเมื่อได้รับการอุดหนุนจากลูกค้า ดังนั้นคุณภาพของบริการจึงค่อนข้างจะเป็นหัวใจสำคัญของภาคธุรกิจเอกชนอยู่แล้ว ส่วนกรณีของมูลนิธิหรือองค์กรอาสาสมัคร และองค์กรประชาชนมักจะดำเนินการโดยมีขอบเขตของวัตถุประสงค์ที่จำกัด หรือมีเจตนาที่จะเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง

ดังนั้นการที่จะพิจารณาว่าหน่วยงานใดควรจะเป็นผู้ผลิตบริการอย่างใดนั้น คงจะต้องพิจารณาตามความเหมาะสมเป็นแต่ละกรณีไป แต่ไม่ว่าผู้ใดจะเป็นผู้ผลิตบริการ คงจำเป็นจะต้องคำนึงถึงความพอใจของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการผลิตและให้บริการ ตลอดจนความพอใจและความภาคภูมิใจของผู้ที่ให้บริการเป็นหลักด้วย

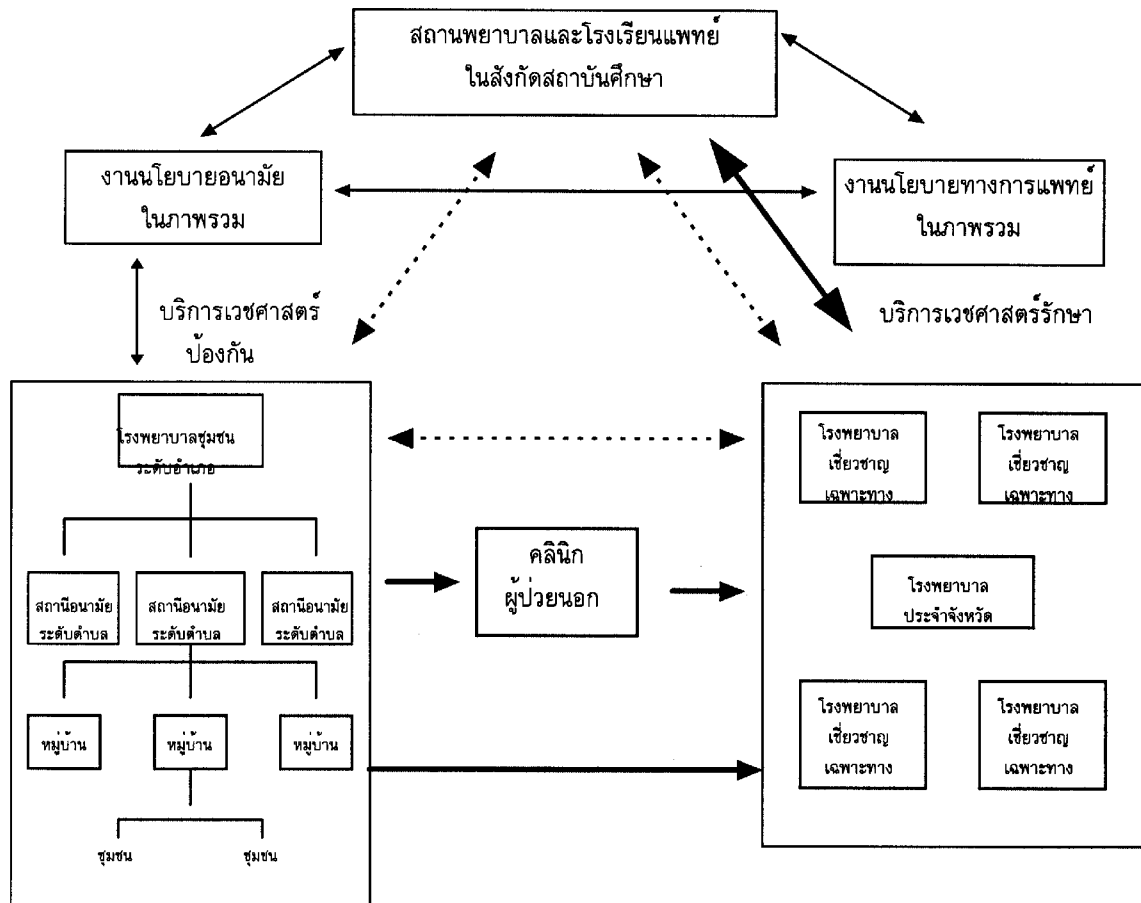
โครงสร้างของระบบบริการ

เนื่องจากบริการสาธารณสุขเบื้องต้นคือบริการป้องกัน รวมทั้งการบำบัดดูแลในเบื้องต้นก็เป็นส่วนหนึ่งของบริการป้องกัน อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างบริการรักษาและบริการป้องกันก็คือ ถ้าหากมีการป้องกันหรือสามารถตรวจพบสาเหตุของความผิดปกติทางด้านสุขภาพได้ตั้งแต่เนิ่นๆ ก็จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาไปได้ ดังนั้น หัวใจสำคัญของบริการสาธารณสุขคือบริการป้องกัน แต่ในขณะเดียวกันไม่ว่าจะมีระบบการป้องกันที่ดีเพียงใด การรักษาก็เป็นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมี ใน

กรณีของอุบัติเหตุ การได้รับเชื้อโรคหรือสิ่งที่เป็นพิษเข้าสู่ร่างกาย หรือกรณีที่บุคคลมีภูมิคุ้มกันต่ำลง รวมทั้งการเจ็บป่วยอันเนื่องจากต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยหรืออยู่ในสภาพวิกฤติ เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากรเพื่อการสาธารณสุขเช่นเดียวกับทรัพยากรเพื่อการอื่นๆ ทั้งหลาย การแบ่งสัดส่วนทรัพยากรสาธารณสุขเพื่อใช้ระหว่างเวชศาสตร์ป้องกันกับเวชศาสตร์ในการบำบัดรักษาในสัดส่วนที่ก่อให้เกิดผลรวมกับสุขภาพโดยรวมของประชาชนสูงสุดนั้นเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา

ในการแบ่งขอบเขตของการให้บริการคงจะมีรายละเอียดในด้านที่เป็นหลักการมากมาย แต่ถ้าหากจะยึดพื้นที่และโครงสร้างของบริการที่มีอยู่ปัจจุบันในประเทศไทย ควรที่จะยึดเอาโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอลงไปสู่สถานีอนามัยระดับตำบล ลงไปสู่หมู่บ้าน ตลอดไปถึงชุมชนในขนาดเล็กกว่าหมู่บ้านให้อยู่ในระบบบริการเวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลในระดับจังหวัด ตลอดจนโรงพยาบาลที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลหญิง โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก โรงพยาบาลประสาท เป็นต้น เป็นหน่วยบริการเวชศาสตร์บำบัด ส่วนโรงพยาบาลในสังกัดสถาบันศึกษาต่างๆ นั้น ควรจะทำหน้าที่ทั้งในด้านบำบัดรักษาและศึกษาวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ถ้าหากแบ่งระบบบริการสาธารณสุขได้ในลักษณะนี้ ก็อาจจะแสดงความสัมพันธ์ของโครงสร้างบริการได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 3
ความสัมพันธ์ของบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ
บริการ ศึกษา วิจัย พัฒนา และบำบัดรักษา



- ➡ ความสัมพันธ์ในระบบส่งต่อ (referral system)
- ➡ ความสัมพันธ์ในเชิงนโยบาย
- ➡ ความสัมพันธ์ในเชิงศึกษาวิจัย

ในแผนภูมิที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ เริ่มจากบริการเวชศาสตร์ป้องกัน ซึ่งมีหน้าที่หลักในการช่วยเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนในพื้นที่

เป็นหลัก ซึ่งประกอบด้วยบริการแนะนำเพื่อดูแลรักษาสุขภาพ บริการสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรค ตลอดจนบริการให้การรักษายาบาลในเบื้องต้น เมื่อเกินขีดความสามารถในการดูแลรักษาแล้ว จึงจะใช้บริการส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษาโดยตรงเป็นหลัก ซึ่งเป็นบริการของโรงพยาบาลในระดับจังหวัดและโรงพยาบาลที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง จุดเชื่อมต่อระหว่างบริการเวชศาสตร์ป้องกัน และบริการเวชศาสตร์รักษาอาจจะมีจุดเชื่อมคือ คลินิกผู้ป่วยนอก ซึ่งอาจจะแยกออกมาจากทั้งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลในระดับจังหวัด ทำหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก ขณะเดียวกันก็ทำหน้าที่ในการคัดเลือผู้ป่วยที่มีอาการมากออกจากผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก เป็นการลดภาระของโรงพยาบาลตามปกติ และช่วยเสริมบริการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น บริการเวชศาสตร์ป้องกันในระดับจังหวัดและโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ถ้าไม่สามารถรักษาได้ก็อาจจะส่งต่อไปยังสถานพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ในสังกัดสถาบันศึกษาซึ่งเน้นการวิจัยเป็นหลัก

ในขณะเดียวกัน นอกจากความสัมพันธ์ในระบบส่งต่อแล้ว ยังมีความสัมพันธ์ในด้านนโยบาย โดยที่จะต้องมีการแบ่งและประสานงานตลอดจนมีการจัดสรรทรัพยากรในสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างนโยบายอนามัยกับนโยบายทางการแพทย์ในภาพรวม นอกจากนั้นยังมีความสัมพันธ์ในเชิงการศึกษาและวิจัย ซึ่งแสดงในภาพของความสัมพันธ์ (<--->) เช่นกัน ความสัมพันธ์ทั้งหมดของโครงสร้างในภาพที่ 3 นั้น ถ้าจะให้มีความสัมพันธ์ในอุดมคติ จะต้องเป็นความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดระบบให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งหมายถึงการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขในแต่ละจุดน้อยที่สุด และให้ผลในด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนมากที่สุด

ประเด็นปัญหาในข้อนี้ก็คือ โครงสร้างดังกล่าวนั้น ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถยอมรับได้หรือไม่ ถ้าหากโครงสร้างนี้ยังไม่ดีพอ จะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร หรือจะมีโครงสร้างใหม่ที่เหมาะสมกว่านี้หรือไม่ ขณะเดียวกัน การไหลเวียนของทรัพยากรและบุคลากรทางสาธารณสุขในส่วนต่างๆ นั้นเป็นอย่างไร เป็นสัดส่วนที่ดีที่สุดแล้วหรือไม่ ภายในระบบแต่ละระบบมีปัญหาอะไรบ้าง ระบบการส่งต่อในทางปฏิบัติได้ผลจริงหรือไม่ ปัญหาอยู่ที่จุดใด การประสานนโยบายทั้งหมดทำได้ดีเพียงใด เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาที่เป็นข้อเท็จจริงที่จะต้องมีการศึกษาในประเด็นเหล่านี้อย่างจริงจังด้วย

ความสัมพันธ์ภายในระบบเวชศาสตร์ป้องกัน ในบริบทของสังคมไทย

ในสังคมไทยที่ยังมีภาคชนบทขนาดใหญ่ ร้อยละ 70 ของประชากรของประเทศยังอาศัยอยู่ในชนบท ในขณะที่ประชาชนยังขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เวชศาสตร์ป้องกันน่าจะได้รับการสนับสนุนให้เป็นยุทธศาสตร์หลักของบริการสาธารณสุขของประเทศ อย่างน้อยก็ควรจะเน้นในส่วนที่เป็นบริการสาธารณสุขที่จัดทำโดยภาครัฐ ซึ่งคงจะต้องเน้นจากระดับชุมชนและหมู่บ้านขึ้นมาถึงระดับตำบลและอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยบริการดูแลรักษาสุขภาพ บริการสร้างภูมิคุ้มกันโรค และการตรวจรักษาพยาบาลในเบื้องต้น ซึ่งน่าจะประกอบด้วยบริการดังต่อไปนี้

ระดับชุมชนและหมู่บ้าน

1. บริการดูแลรักษาสุขภาพนั้น เป็นบริการจัดหาให้มีน้ำดื่มที่สะอาดถูกสุขอนามัย ให้ได้อยู่อาศัยในที่ที่มีอากาศปลอดโปร่ง มีส่วนที่มีสุขลักษณะอนามัย ไม่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ และดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี ซึ่งจะต้องประกอบด้วยบริการเสริมสร้างความรู้ ให้คำแนะนำ ตลอดจนการสร้างตัวอย่างและจัดหาอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็น เป็นกิจกรรมที่ต้องเริ่มในระดับชุมชนและหมู่บ้าน
2. บริการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันการแพร่เชื้อของโรคระบาด ซึ่งอาจจะทำได้ผลดีและรวดเร็ว โดยการจัดหาวัคซีนป้องกันโรค ซึ่งจะต้องเป็นกิจกรรมที่เริ่มในระดับสถานีอนามัย โดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลชุมชน และนโยบายในระดับที่สูงกว่าอีกทอดหนึ่ง
3. บริการเฝ้าระวังและรักษาโรคในเบื้องต้น ซึ่งควรจะเน้นบริการแพทย์แผนไทย ซึ่งประกอบด้วยบริการนวด อบสมุนไพร และการรักษาด้วยยาสมุนไพร รวมทั้งยาสามัญประจำบ้านในเบื้องต้น ซึ่งควรจะเป็นหน้าที่ของหมอ หรือแพทย์ประจำหมู่บ้าน ซึ่งควรจะเป็นบุคลากรที่สามารถดำรงชีพอยู่ได้จากการจำหน่ายยา และให้การรักษาพยาบาลในเบื้องต้นเป็นหลัก โดยถ้าหากจะมีอาชีพอื่นก็ควรจะเป็นอาชีพเสริมมากกว่าเป็นอาชีพหลัก อีกทั้งไม่ควรมีลักษณะเป็นอาสาสมัคร เพราะจะเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ที่สำคัญในการเฝ้าระวังและส่งต่อ ดังนั้นบุคคลผู้นี้จึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการของโรคดีพอในระดับหนึ่ง ถ้าหากจะ

เปรียบเทียบกับพื้นที่เมืองที่เจริญแล้ว หรือประเทศพัฒนาแล้ว บุคคลผู้นี้จะต้องเป็นแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งมีพื้นที่ในความรับผิดชอบระดับหนึ่ง (G.P.)

ระดับสถานีนอามัย

สถานีนอามัยประจำตำบล นอกจากจะมีหน้าที่เข้าไปจัดบริการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคแล้ว ควรจะทำหน้าที่ในการสนับสนุนที่จะให้คำปรึกษาและจัดบริการส่งแพทย์ประจำหมู่บ้านไปรับการอบรมเพิ่มเติมเป็นระยะ รวมทั้งช่วยจัดหาเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในเบื้องต้น ไม่ว่าจะเป็นยาสามัญประจำบ้านและสมุนไพรไทย คอยดูแลเพื่อให้แพทย์ประจำหมู่บ้านรักษาผู้รับบริการเกินขีดความรู้และความสามารถของเขาหรือป้องกันมิให้เกิดมีการรักษาด้วยวิธีการไม่ถูกต้อง เช่น โดยการฉีดยา หรือให้อันตรายที่มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

ระดับโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ ทำหน้าที่ให้การรักษาโรคที่ได้รับการส่งต่อมาจากแพทย์ประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคที่อาจจะต้องการรักษาโดยใช้อุปกรณ์การแพทย์แผนตะวันตกที่ไม่ยุ่งยากสลับซับซ้อนนักที่ไม่มีในพื้นที่ โรคที่อาจจะต้องบำบัดด้วยยาอันตราย ตลอดจนการผ่าตัดที่ง่ายไม่สลับซับซ้อน โดยทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่าที่โรงพยาบาลจะให้การรักษายาบาลได้ไปยังสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการรักษาโรคโดยเฉพาะ นอกจากนั้น โรงพยาบาลชุมชนจะต้องมีหน้าที่ในการป้องกันการระบาดของโรคในพื้นที่ โดยปัจจุบันนอกจากจะเป็นกรณีของโรคระบาดตามปกติ ซึ่งมักเป็นกรณีที่ไม่มากนัก โรคระบาดอันมีพื้นฐานมาจากปัญหาสังคม เช่น โรคเอดส์ และการระบาดของยาเสพติด ก็ควรจะเป็นความรับผิดชอบในการป้องกัน ตลอดจนดูแลรักษาเท่าที่จะทำได้ โดยมีโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางที่จะจัดการกับปัญหานี้ในพื้นที่ โดยหลักการโรงพยาบาลชุมชนนั้นควรจะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับแพทย์ประจำหมู่บ้าน โดยมีสถานีนอามัยประจำตำบลเป็นหน่วยงานกลางที่จะเชื่อมต่อภาระหน้าที่และบุคลากรทั้งสองระดับเข้าด้วยกัน

ถ้าหากในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ความสัมพันธ์ยังมิได้เป็นอยู่ในลักษณะเช่นว่านี้ จะต้องศึกษาต่อไปว่า มีอุปสรรคและปัญหาอยู่ที่จุดใด ที่จำเป็นจะต้องได้รับการแก้ไข หรือถ้าหากมีรูปแบบของความสัมพันธ์ภายในของระบบเวชศาสตร์ป้องกันที่ดีกว่านี้ ก็น่าที่จะมีการนำมาพิจารณาเพื่อให้ได้ตัวแบบของบริการเวชศาสตร์ป้องกันที่ดีที่สุด ในกรณีของคลินิกผู้ป่วยนอก ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของเวชศาสตร์ป้องกันในระดับอำเภอ อาจจะทำได้ในรูปแบบของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปตามหมู่บ้านต่างๆ ซึ่งจะต้องทำโดยได้รับความร่วมมือจากแพทย์ประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะเป็นอีกทางหนึ่งในการเสริมสมรรถภาพและประสบการณ์ให้แก่แพทย์ประจำหมู่บ้าน และเป็นการช่วยกระตุ้นให้แพทย์ประจำหมู่บ้านมีความตื่นตัวอยู่เสมอด้วย

ระบบการคลังของบริการสาธารณสุข

นอกเหนือไปจากคุณภาพของบริการสาธารณสุข และการจัดการที่ดีแล้ว ระบบการคลังจะเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่จะมีส่วนสำคัญทำให้การให้บริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกันก็สามารถสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน (และอาจจะมีคุณภาพดี) พร้อมกันไปด้วย ก่อนที่จะได้มีการพิจารณาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบการคลัง (system of finance) จำเป็นจะต้องทำความเข้าใจเบื้องต้นบางประการ ถึงความแตกต่างระหว่างความหมายของคำว่า เป็น "ผู้จัดหา" บริการ (service provider) กับการเป็น "ผู้จัดทำ" หรือ "ผู้ผลิต" บริการ (production of services) ในเรื่องของบริการสาธารณสุข รัฐธรรมนูญในมาตรา 82 ได้ระบุให้รัฐเป็น "ผู้จัด" บริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ความหมายที่แท้จริงในกรณีนี้ก็คือ "จัดหา" มิใช่เป็นผู้ "จัดทำ" ทั้งนี้เพราะเป็นความจริงทั่วโลก ที่มีภาคราชการที่มีขนาดใหญ่ การดำเนินการโดยรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐ มักจะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากจะติดปัญหาที่เกี่ยวกับกฎระเบียบ และมาตรฐานกลาง ทำให้เกิดความไม่คล่องตัว และเปิดโอกาสให้มีการหาผลประโยชน์จากช่องโหว่ของกฎระเบียบ นั่นก็คือสามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบได้อย่างถูกต้อง แต่ไม่ต้องถูกประเมินผลงาน ทำให้สามารถหาผลประโยชน์จากการส่งมอบผลงานที่มีคุณภาพต่ำได้

ดังนั้น โดยทั่วไปเพื่อที่จะให้เกิดมีประสิทธิภาพสูงสุดในแง่ของผลงานและคุณภาพของบริการ หน่วยงานที่มีความคล่องตัวสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้ได้ผลสูงสุดได้

โดยไม่จำเป็นจะต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่กำหนดไว้ตายตัวอย่างเคร่งครัด ย่อมมีโอกาสที่จะ "จัดทำ" บริการได้มีคุณภาพมากกว่าและมีประสิทธิภาพมากกว่า ดังนั้น เพื่อให้เป็นการสอดคล้องตามเจตนารมณ์ของมาตรา 82 คำว่า "จัด" จึงควรจะต้องตีความว่า "จัดหา" มิใช่เป็นการ "จัดทำ" การ "จัดหา" จึงมีความหมายเพียง "จัดหา" ทรัพยากรให้เพียงพอเพื่อที่จะให้เกิดผลดังกล่าว แต่การ "จัดทำ" นั้น ใครก็ได้ที่จะทำหน้าที่ได้มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้นั้นควรจะเป็น "ผู้จัดทำ" โดยรัฐจะทำหน้าที่ในการมอบทรัพยากรดังกล่าวให้เป็นเครื่องตอบแทน

สาเหตุของความด้อยประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณสุขส่วนหนึ่งของไทยนั้น มีผลมาจากรัฐ นอกจากจะ "จัดหา" แล้ว ยังทำหน้าที่ในการ "จัดทำ" บริการเสียเอง จากสภาพความจำกัดของระบบราชการประกอบกับขาดระบบแข่งขันที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ต้นทุนในการ "จัดทำ" บริการของรัฐอาจจะสูงเกินไป ในขณะที่เดียวกันก็สร้างความ "ไม่เป็นธรรม" ในการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานกับทุกคน ผู้ที่มีทรัพยากรส่วนตัวมากกว่า ย่อมสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพสูงกว่า แต่อาจจะมียาแพงกว่าพร้อมกันไปด้วย

ในปัจจุบันรัฐได้จัดสรร (จัดหา) ทรัพยากรด้านสาธารณสุขมูลค่าปีละ 80,000 ล้านบาท สู่ประชาชนโดยผ่านโครงสร้างภาครัฐ เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่าได้มีการแบ่งสรรงบประมาณทั้งสองประเภทนี้ในลักษณะอย่างไร ถ้าหากจะประมาณว่าร้อยละ 30 ถูกจัดไปเพื่อเวชศาสตร์ป้องกัน และร้อยละ 70 ถูกจัดไปเพื่อเวชศาสตร์ในการรักษา หมายความว่าประมาณ 56,000 ล้านบาท จะถูกใช้ไปเพื่อการดำเนินกิจการในโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด เงินจำนวนนี้ถ้าหากเพียงแต่นำมาจัดสรรเสียใหม่ โดยแทนที่จะนำไปให้โรงพยาบาลของรัฐโดยตรง แต่มีข้อสมมติฐานว่าโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นของเอกชน แล้วรัฐนำเงินมาให้กับประชาชนโดยตรงเพื่อใช้เป็นค่ารักษาพยาบาล สมมติว่าประชากรของประเทศมีจำนวน 60 ล้านคน แต่ละคนจะได้รับส่วนแบ่งเท่ากันจากเงินจำนวนนี้ประมาณคนละ 933 บาทต่อปี เมื่อเงินตกอยู่ที่มือประชาชน แทนที่จะอยู่ที่โรงพยาบาล ประชาชนย่อมมีทางเลือกได้ว่าจะใช้บริการของโรงพยาบาลใด ซึ่งโดยปกติประชาชนก็จะเลือกใช้โรงพยาบาลที่เขาเชื่อว่าจะให้บริการในการรักษาและบริการต้อนรับดี ที่สุด โรงพยาบาลย่อมจำเป็นจะต้องแข่งขันกันให้บริการเพื่อที่จะได้ลูกค้าหรือผู้รับบริการ เพราะยังมีผู้รับบริการมากก็หมาย

ความว่าโรงพยาบาลมีกิจการดี ซึ่งเป็นลักษณะการดำเนินธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนโดยทั่วไป

ทั้งหมดนี้เป็นเพียงหลักการเบื้องต้นที่ง่าย เพื่อให้เห็นภาพของความแตกต่างที่จะเกิดขึ้นระหว่างการนำเงินไปมอบให้กับโรงพยาบาลกับการนำเงินไปมอบให้ประชาชนจัดหาซื้อบริการทางการแพทย์ด้วยตัวเอง ซึ่งผลในหลักการก็จะทำให้โรงพยาบาลจะแข่งขันกันให้บริการ ประชาชนมีทางเลือกที่จะรับบริการที่ดีกว่าได้ และแม้แต่มีทางเลือกที่จะไม่ไปโรงพยาบาล แต่ใช้บริการทางเลือกอื่นๆ ที่นำไปสู่วัตถุประสงค์อย่างเดียวกันคือสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยได้ หรืออาจจะเน้นการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อที่จะไม่ต้องใช้เงินเพื่อการรักษาก็จะทำให้มีเงินมากขึ้น ก็เป็นทางเลือกที่เป็นไปได้สำหรับประชาชน

อย่างไรก็ตาม สำหรับข้อเสนอนี้ถ้าหากจะให้ผลในการปฏิบัติจำเป็นจะต้องมีรายละเอียดมากกว่านี้ กล่าวคือ ปัจจุบันรายได้จากโรงพยาบาลของรัฐในสัดส่วนที่สูง (คาดว่ามากกว่าร้อยละ 80) มาจากงบประมาณดังกล่าว การที่จะตัดทอนงบประมาณนี้ทั้งหมดโดยสิ้นเชิงย่อมเป็นไปได้ไม่ได้ เพราะโรงพยาบาลจะไม่สามารถดำเนินการได้ทันทีทันใด ดังนั้นอาจจะค่อยๆ ลดสัดส่วนลง การให้งบประมาณแก่โรงพยาบาลของรัฐโดยตรง เป็นต้นว่าลดร้อยละ 10 ของยอดเงินที่โรงพยาบาลเคยได้รับของทุกปี ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลมีเวลานานพอที่จะปรับ ตัวได้ (เพราะจะได้รับเงินอุดหนุนค่อยๆ ลดลงไปทีละน้อย แต่ไม่มีที่สิ้นสุด หรือกว่าจะสิ้นสุดอาจจะใช้เวลาหลายสิบปี) ซึ่งถ้าหากดำเนินการในลักษณะเช่นนี้ เงินที่นำมาจ่ายให้ประชาชนโดยตรงจะไม่มากในระยะเริ่มต้น แต่ละคนจะเหลือส่วนแบ่งลดลง เป็นต้นว่าแทนที่จะเป็น 933 บาทต่อปี ในปีแรกจะเหลือเพียง 93.3 บาทต่อปี เงินจำนวนดังกล่าวจะไม่ตกถึงมือประชาชนโดยตรง แต่จะตกอยู่ที่กองทุนรักษาพยาบาลประชาชน โดยที่ทุกคนจะมีบัญชีเปิดไปกับกองทุนนี้โดยอัตโนมัติ ประชาชนจะไม่สามารถไปถอนเงินออกมาใช้ได้เอง แต่จะถูกสถานพยาบาลที่ประชาชนไปขอรับการรักษาเรียกเก็บจากประชาชนจากยอดบัญชีดังกล่าว โดยก่อนเข้าทำการรักษาผู้ป่วยจะต้องแสดงหนังสือรับรองว่ามีเงินในกองทุนเท่าใด ถ้าหากไม่ได้ใช้เงินดังกล่าว เงินก็จะสะสมอยู่ในบัญชีต่อไป และจะมีดอกเบี้ยเพิ่มขึ้นให้ด้วย จึงเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้มียอดเงินสูงพอเพื่อใช้จ่ายในคราวที่มีความจำเป็นจริงๆ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการรักษาพยาบาล ภาย

หลังจากเจ้าของบัญชีเสียชีวิตเงินดังกล่าวจะโอนไปให้ทายาทหรือให้กับผู้ที่ได้มีการระบุ
พินัยกรรมจากผู้เสียชีวิตมอบให้ มิฉะนั้นจะตกเป็นของกองทุน ซึ่งจะนำกลับมา กระจายให้
กับทุกบัญชีเพิ่มขึ้น ลักษณะดังกล่าวจะช่วยให้การใช้เงินเป็นไปอย่างประหยัดและในกรณีที่มี
ความจำเป็นจริงๆ

ประการต่อไป การกระจายเงินไปสู่บัญชีต่างๆ นั้น ไม่ควรเอาจำนวนประชากร
หารอย่างตรงไปตรงมา อาจจะเริ่มต้นโดยการหารด้วยจำนวนประชากร จากนั้นอาจจะ
กระจายตามอายุ โดยพิจารณาถึงความจำเป็นในการใช้บริการแพทย์ เช่น อายุตั้งแต่ 1 วัน
ถึง 5 ปี อาจจะมีค่าจำเป็นสูง จะมีน้ำหนักมาก อายุ 5 ถึง 10 ปี ค่าจำเป็นจะค่อยๆ ลด
ลง 10 ปี กับ 30 ปี อาจจะมีค่าจำเป็นน้อยที่สุด หลังจากนั้นค่าจำเป็นจะมากยิ่งขึ้น
ตามลำดับ แต่ที่สำคัญจะต้องให้ประชาชนเข้าใจว่า ถ้ายังสะสมเงินให้มากก็จะมีเงินเพื่อเป็น
หลักประกันในการรักษาพยาบาลตนเองได้เพิ่มมากขึ้น

ผลพลอยได้ที่ตามอีกประการหนึ่งคือประเทศจะมีกองทุนขนาดใหญ่เพิ่มขึ้นอีกหนึ่ง
กองทุนที่จะนำไปลงทุนเพื่อการพัฒนาประเทศในด้านใดก็ได้ ถ้าหากมีการจัดการบริหารกอง
ทุนอย่างมีประสิทธิภาพมากพอสมควร

สิ่งที่ควรเข้าใจร่วมกันก็คือ กองทุนนี้มีได้เข้าไปทดแทนระบบประกันสุขภาพอื่นๆ แต่
เข้าไปช่วยเสริม เพราะเป็นเพียงการโอนเงินที่ควรจะให้โรงพยาบาลของรัฐโดยตรงไปให้
ประชาชนเลือกซื้อบริการแทนเท่านั้น ประชาชนไม่ต้องเสียเบี้ยประกันสุขภาพหรือเงินสมทบ
ใดๆ เพิ่มขึ้น เป็นการให้หลักประกันตามมาตรฐานขั้นต่ำที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญมาตรา 82
แต่แทนที่รัฐจะจ่ายผ่านโรงพยาบาล รัฐจะจ่ายผ่านประชาชนให้เลือกซื้อบริการให้มีคุณภาพดี
ที่สุดเท่านั้นเอง

ในการเริ่มต้นความคิดดังกล่าวควรเริ่มทดลองตั้งสำนักงานกองทุนดังกล่าวในพื้นที่
บริการของโรงพยาบาลของรัฐ โดยคิดยอดเงินอุดหนุนจากรัฐสำหรับโรงพยาบาลของรัฐทุก
ปีมาให้กองทุนบริหารแทน เมื่อมีประสบการณ์มากพอแล้วก็จะสามารถค่อยๆ ขยายบริการ
ให้เต็มพื้นที่ทั้งประเทศได้

สำหรับความคิดในเรื่องนี้ คงจะต้องมีการวิจัยให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องแน่ชัดกว่านี้ รวมทั้งมีข้อเสนอเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างชัดเจน สำหรับข้อเสนอในขั้นนี้มีวัตถุประสงค์เพียงจะแปรเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนุญให้มีผลในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง และเป็น การช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณสุขทั้งระบบในระยะยาวอย่างแท้จริงด้วย

การบริหารจัดการสถานพยาบาลของรัฐ

เป็นที่ทราบกันดีว่าการบริหารสถานพยาบาลในฐานะที่เป็นหน่วยงานของราชการมี ปัญหาความด้อยประสิทธิภาพเป็นอันมาก เนื่องจากความไม่คล่องตัวอันเนื่องจากกฎระเบียบ ตลอดจนแบบแผนของการปฏิบัติราชการ อุปสรรคที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนรูปแบบให้มีความคล่องตัว นอกจากสถานภาพของการเป็นข้าราชการ ซึ่งมีความมั่นคงในการปฏิบัติงาน เป็นผลตามมา ประกอบกับผลตอบแทนทางอ้อมอื่นๆ เช่น ระบบบำเหน็จบำนาญ รวมทั้งยศ ตำแหน่งในราชการ และเหรียญตราและสายสะพายที่มาพร้อมกับตำแหน่งทางราชการ ถึงแม้ทั้งหมดถ้าหากจะประเมินค่าเป็นตัวเงินแล้วจะมีผลทำให้ผู้ปฏิบัติงานในภาคราชการมีรายได้ น้อยกว่าภาคเอกชนมาก แต่แรงจูงใจในเรื่องความมั่นคง ยศตำแหน่ง เหรียญตรา และสาย สะพายก็เป็นสิ่งจูงใจให้เกิดแรงเฉื่อยที่ก่อให้เกิดไม่คิดเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน แต่จะมีการ แก้ปัญหาโดยการหารายได้พิเศษจากภาคเอกชนให้มากขึ้น อุทิศเวลาทำงานให้แก่หน่วยงาน ของราชการและเวลาในการแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยงานน้อยลง เป็นการแก้ปัญหาส่วนตัว ของผู้ปฏิบัติงานได้เป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง แต่ไม่มีผลดีต่อการบริหารงานขององค์กรแต่ อย่างใด และมีผลกระทบในทางลบอย่างรุนแรงต่อผู้มาใช้บริการของสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งก็คือผู้มารับบริการ หรือ "คนไข้" นั้นเอง ในขณะที่ผู้รับบริการเองก็ไม่มีทางเลือกอย่างอื่น มากนัก เพราะโรงพยาบาลได้รับการอุดหนุนจากรัฐโดยตรง แทนที่จะเปลี่ยนเป็นการให้การ อุดหนุนกับประชาชนแทนดังที่ได้กล่าวแล้วในหัวข้อก่อน

ในการปรับแก้ปัญหาดังกล่าว นอกจากความเฉื่อยของผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในหน่วย ราชการ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ปัญหาที่เป็นประเด็นในเรื่องหลักการก็คือ ความสามารถในการ สร้างดัชนีวัดผลงาน (performance indicator) ทั้งนี้ เพราะอาจจะมีรูปแบบที่จะช่วยให้หน่วย งานของรัฐมีความคล่องตัวในการปฏิบัติงานอยู่หลายรูปแบบ และรูปแบบหนึ่งก็คือ องค์การ บริหารพิเศษ (executive agency) โดยที่งานบริการรักษาพยาบาลจะเหมาะสมกับรูปแบบนี้

มากที่สุด แต่ไม่ว่าจะใช้รูปแบบใด งบประมาณที่โรงพยาบาลของรัฐยังจำเป็นต้องอาศัยเงินอุดหนุน เป็นส่วนใหญ่จากรัฐ และไม่ต้องการเงื่อนไขในการตรวจสอบทางการเงินอย่างละเอียด จะต้องสามารถวัดผลงานออกให้ได้ชัดเจน โดยรัฐจะเป็นผู้จ่ายเงินเพื่อซื้อผลงานแทน ซึ่งสามารถวัดออกมาได้ เป็นต้นว่ามีการระบุว่าจะมีการรักษาผู้ป่วยนอกด้วยโรคอะไรบ้าง จำนวนเท่าไร ผู้ป่วยในด้วยโรคอะไรบ้าง จำนวนเท่าใด แต่ละคนและแต่ละโรคจะคิดค่ารักษาพยาบาลอย่างไร ซึ่งก็จะสามารถคำนวณออกมาได้ว่าต้องการจะได้รับเงินอุดหนุนเท่าใด ซึ่งถ้าหากโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามข้อตกลงก็จะหมดปัญหา แต่ถ้าเกินเป้าก็ควรจะได้รับการพิจารณาสนับสนุนเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษในปีต่อไป ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากทำได้ต่ำกว่าเป้าก็ต้องถูกลดยอดลงมา และในกรณีที่รัฐเริ่มมีโครงการให้ประชาชนเป็นผู้จ่ายค่าบริการโดยตรง งบประมาณของโรงพยาบาลส่วนหนึ่งก็จะถูกจ่ายไปให้ประชาชนโดยตรง และเมื่อใดที่โรงพยาบาลไม่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลเลย แต่ประชาชนเป็นผู้รับไปทั้งหมด ความจำเป็นที่จะต้องตกลงกับรัฐบาลในการจัดทำดัชนีวัดผลงานก็หมดไป แต่ก็ยังคงเป็นการดีที่โรงพยาบาลจะต้องทำต่อไป เพื่อใช้เป็นข้อมูลภายใน ในการปรับปรุงการบริหารงานของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอทั้งหมดที่กล่าวมานี้ จำเป็นจะต้องมีการศึกษาวิจัยในลักษณะที่จะต้องมีการทดลองลงมือปฏิบัติพร้อมกันไป โดยโรงพยาบาลที่ประสงค์จะทำหน้าที่เช่นนี้พร้อมกับหน่วยงานปฏิบัติที่เกี่ยวข้องจะต้องร่วมกันทำการวิจัยเชิงปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างจริงจังต่อไป

สถานะภาพในปัจจุบันเปรียบเทียบกับสภาพที่พึงประสงค์

ประเด็นที่ควรพิจารณาอย่างจริงจังก็คือ โครงสร้างของระบบบริการ ว่าข้อเสนอตามแผนภูมิที่ (3) นั้น เป็นข้อเสนอที่ถูกต้องดีพอหรือไม่ มีประเด็นอะไรที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข หรือมีรูปแบบของโครงสร้างบริการในรูปแบบใดที่จะสอดคล้องกับข้อเท็จจริงในปัจจุบันมากกว่า ตามโครงสร้างที่เสนอแนะไว้ในแผนภูมิที่ (3) และถ้าหากมีการตกลงในประเด็นของแผนภูมิที่ (3) แล้วจะต้องศึกษาต่อไปว่าสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีความใกล้เคียงที่จะปรับไปสู่ตัวแบบในแผนภูมิที่ (3) ได้บ้างหรือไม่ เป็นต้นว่าในปัจจุบันระบบบริการเวชศาสตร์ป้องกันมีลักษณะใกล้เคียงกับที่แสดงไว้ในแผนภูมิหรือไม่ ถ้าหากยังไม่ใกล้เคียง

ปัญหาอยู่ที่จุดใด และสามารถแก้ไขได้หรือไม่ และในโครงสร้างดังกล่าวน่าจะมีความสัมพันธ์กับราชการส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันและที่จะเปลี่ยนไปในอนาคตในลักษณะใดบ้าง

ความคิดในกรณีคลินิกของผู้ป่วยนอกในฐานะเป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญของระบบส่งต่อมีความเป็นไปได้มากเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอยู่ที่จุดใดบ้าง มีความเป็นไปได้ในการปรับโครงสร้างการบริหารจากโรงพยาบาลของรัฐในรูปแบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไปสู่รูปแบบองค์การบริหารพิเศษ มีความเป็นไปได้ในความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด

การจัดการทางการเงินที่จะช่วยให้ประชาชนได้รับงบประมาณเพื่อบริการสาธารณสุขโดยตรง แทนที่จะรับบริการผ่านหน่วยงานของรัฐ มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้จริงมากน้อยเพียงใด

และท้ายที่สุด กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงจะมีบทบาทที่สำคัญต่อการเป็นผู้นำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ว่านี้ได้หรือไม่ มีปัญหาหรืออุปสรรคภายในอะไรบ้าง วัฒนธรรมองค์กรที่เป็นมาในอดีตของกระทรวงสาธารณสุขมีส่วนเกื้อหนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงนี้อย่างไรบ้าง ถ้าหากมีอุปสรรคจะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขที่จุดใด ด้วยวิธีการใดบ้าง

เหล่านี้ล้วนแต่เป็นคำถามหลักเพียงบางส่วนที่อาจจะไม่ครอบคลุมทั้งหมดที่จะต้องหาคำตอบออกมาให้ได้ชัดเจนพอสมควร

ถ้าหากมีการเปลี่ยนแปลงควรจะมีการเริ่มต้นที่จุดใด

หัวข้อข้างบนนี้เป็นคำถามที่มีความสำคัญและมักถูกตั้งเป็นประเด็นถามอยู่เสมอ แต่คำตอบในเรื่องนี้จะอยู่ที่ภาพรวมของระบบสาธารณสุขที่พึงปรารถนาและความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนไปสู่ภาพรวมดังกล่าว เพราะถ้าหากสามารถมีข้อยุติได้ว่าภาพรวมควรจะเป็นเช่นใด ตลอดจนมีความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยน การเริ่มต้นสามารถทำได้ในทุกจุดที่มีความพร้อมที่จะมีการปรับเปลี่ยน ดังนั้นประเด็นสำคัญจึงอยู่ที่ความสามารถในการเอาผู้ที่มีส่วนได้เสีย (stakeholders) เข้ามาร่วมคิดเพื่อช่วยผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้จริง ซึ่งควรเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินการ โดยที่ทุกๆ ภาครีที่เข้ามาทำงานร่วมกันจะต้องมี

ภาพรวมที่เหมือนกัน โดยดำเนินไปในแต่ละจุดเท่าที่สามารถทำได้ง่ายก่อน แล้วให้เกิดผลในการเปลี่ยนแปลงทยอยตามมา แต่ถ้าหากจะใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพร้อมกันทั้งระบบครั้งเดียวจากประสบการณ์ของงานปฏิรูปส่วนใหญ่จะไม่ประสบความสำเร็จเพราะแรงต้านทาน อันเกิดจากแรงเฉื่อยภายในระบบจะมีมากเกินไป

บทสรุป

หลักการที่สำคัญในการจัดบริการสาธารณสุข คงจะเป็นหลักการเดียวกันกับที่ได้กล่าวมาแล้วในรัฐธรรมนูญมาตรา 82 คือ "รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง" ซึ่งก็คือหลักเดียวกันกับเรื่องประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม โดยมีมาตรฐานเป็นตัวกำหนดและทรัพยากรที่จำกัดเพื่อการสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่กำหนดมาตรฐานอีกต่อหนึ่ง โดย "ความเป็นธรรม" หมายถึงการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานขั้นต่ำระดับหนึ่งอย่างเท่าเทียมกัน ส่วนประเด็นในการจัดการเพื่อให้เกิดมีประสิทธิภาพนั้น ควรมีระบบการเงินที่กระจายบริการไปสู่ผู้รับบริการในรูปของตัวเงิน เพื่อให้ผู้รับเงินสามารถเลือกซื้อบริการที่ดีที่สุดสำหรับเขาเองได้ โดยบริการดังกล่าวเป็นเพียงทรัพยากรที่เสริมขึ้นมาจากระบบประกันสุขภาพตามปกติ และระบบที่ผู้ซื้อบริการเป็นผู้จ่ายเองส่วนหนึ่งอยู่แล้ว

การดำเนินการในลักษณะดังกล่าวจะช่วยกระตุ้นให้สถานบริการที่ทำหน้าที่ในการให้บริการจะต้องแข่งขันกันเพื่อปรับปรุงคุณภาพในการให้บริการของตน ในขณะที่เดียวกันผู้ซื้อบริการก็มีสิทธิในการที่จะซื้อหรือไม่ซื้อบริการ โดยเน้นการรักษาสุขภาพของตนเองแทนเพื่อสะสมเงินเอาไว้ไปใช้จ่ายเมื่อเกิดมีความจำเป็นจริงๆ ซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้เงิน และเกิดมีกองทุนเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศในด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้น เป็นการช่วยให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความเป็นธรรมพร้อมกันไป

ประเด็นนี้จะนำไปสู่การพิจารณาต่อไปคือ ทำอย่างไรถึงจะทำให้สถานพยาบาลมีความคล่องตัวในการให้บริการเพื่อที่จะสามารถผลิตบริการที่มีคุณภาพขึ้นได้ ซึ่งจะต้องลดกฎระเบียบต่างๆ ลงมาให้สถานพยาบาลสามารถดำเนินการในลักษณะใกล้เคียงกับธุรกิจเอกชนมากขึ้น ซึ่งก็จะนำไปสู่เงื่อนไขที่สำคัญก็คือ สถานพยาบาลจำเป็นจะต้องสามารถ

กำหนดดัชนีวัดความสำเร็จ (performance indicator) ออกมาให้ได้ เพื่อใช้เป็นหลักในการที่รัฐจะเป็นผู้ซื้อบริการของโรงพยาบาลที่วัดได้จากดัชนีวัดความสำเร็จดังกล่าวแทนการควบคุมทางการเงิน ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ดังเช่นประสบการณ์ของหน่วยราชการโดยทั่วไป ดังนั้นการจัดทำดัชนีวัดความสำเร็จของสถานพยาบาลจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการให้เงินอุดหนุนแก่ทางสถานพยาบาลได้

อย่างไรก็ตามเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณสุขทั้งหมด จะต้องเน้นถึงความสัมพันธ์ระหว่างเวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์บริการ ซึ่งปกติจะมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ผกผัน แต่ถ้าหากสังคมจะได้รับบริการสาธารณสุขที่ดีที่สุด จำเป็นจะต้องมีการจัดให้มีบริการทั้งสองส่วนในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งอาจจะต้องมีการสนับสนุนด้วยผลงานวิจัย และเมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของบริการทั้งสองจะต้องพิจารณาต่อไปถึงโครงสร้างของการให้บริการทั้งหมดว่าโครงสร้างที่เป็นอุดมคติควรจะเป็นอย่างไร และในแต่ละส่วนมีปัญหาอย่างไร ซึ่งเป็นข้อเสนอของตัวแบบในแผนภูมิที่ (3)

และในที่สุดจะต้องตั้งคำถามว่ากระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงจะมีบทบาทที่จะสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างไรบ้าง ถ้าหากมีปัญหาหรืออุปสรรค จะระบุได้หรือไม่ว่าปัญหาหรืออุปสรรคดังกล่าวอยู่ที่จุดใด และจะสามารถปรับปรุงแก้ไขได้หรือไม่

ทั้งหมดนี้เป็นข้อเสนอเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบสาธารณสุขจากที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไปสู่ภาพที่พึงประสงค์ พิจารณาจากมุมมองของผู้ใช้บริการ ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการปรับแก้ไขจากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์และทำงานในระบบทั้งในฐานะ "ผู้จัดหา" และ "ผู้ผลิต" บริการ
