

บทที่ 6

ระบบสุขภาพของประเทศไทย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ.2491) ดังนี้ “สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น” พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก. ลงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550) ได้มีการกำหนดนิยามของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในความหมายที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต และสังคมมาตั้งแต่ต้น และมีการขับเคลื่อนอย่างกว้างขวาง เมื่อมีมติให้มวลสมาชิกมุ่งบรรลุสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อปี พ.ศ. 2543 ตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1970 แล้ว โดยมีการเปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม (All for Health) เพื่อสุขภาพของคนทั้งมวล (Health for All) และเป็นที่ยอมรับว่า การอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทางและกำกับดูแลให้ระบบสุขภาพเคลื่อนตัวไปตามทิศทางที่กำหนด

ระบบสุขภาพ (Health System) ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จึงมีความหมายครอบคลุมตั้งแต่สุขภาพเฉพาะบุคคล สุขภาพที่ดำเนินนอกตัวบุคคล กิจกรรมต่างๆที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ และกิจกรรมใดก็ตามที่ส่งผลต่อสุขภาพ กล่าวได้ว่าระบบสุขภาพอาจนิยามจากบทบาทหน้าที่หรือองค์ประกอบ รวมไปถึงการมีกลไกกระบวนการ ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ

ระบบสาธารณสุข (Public Health System) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ หมายถึง การจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สาธารณสุข)

สาธารณสุข, 2531) และระบบบริการสาธารณสุขมีความหมายว่าการบริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

6.1 ระบบสุขภาพแห่งชาติ

6.1.1 องค์ประกอบของระบบสุขภาพแห่งชาติ

จากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรกของประเทศไทย ได้เสนอภาพรวมของระบบสุขภาพที่มองยาวไปถึง ปี พ.ศ. 2563 และกำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพออกเป็น 10 ระบบย่อย ดังนี้

1) ระบบหลักประกันสุขภาพและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ

ต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย โดยไม่มีการแบ่งแยกตามฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม ลักษณะกายภาพ ความพิการ เพศ อายุ ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อและอุดมการณ์ทางการเมือง การสร้างหลักประกันและความคุ้มครองดังกล่าวให้มีการมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์ เกื้อกูล เอื้ออาทร จากทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ วิชาชีพและประชาสังคม

นอกจากนี้จะต้องครอบคลุมการจัดการกับปัจจัยทั้งหมดที่กระทบต่อสุขภาพ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งนโยบายสาธารณะต่างๆ

2) ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคม มุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย ความพิการและการตายที่ไม่สมควรและการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามแนวทาง“สร้างนำซ่อม” โดยมีการดำเนินงานในทุกระดับอย่างครบวงจร ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายคือ 1) มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นรูปธรรม 2) มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างหลากหลาย 3) มีการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม อย่างสมดุลและเชื่อมโยงกันตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพ 4) มีความครอบคลุมของชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 80 ของตำบลทั่วประเทศ

3) ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ต้องมีการพัฒนาอย่างมีมาตรฐานทันต่อเหตุการณ์ โดยที่รัฐเร่งส่งเสริมและพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังของรัฐและภาคส่วนต่างๆ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการป่วย การตาย ความพิการ และขจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันทุกระดับและจัดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงการประสานเชื่อมโยงกับสากล และโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านด้วย และจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

4) ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ โดยทั้งนี้การจัดระบบบริการสาธารณสุขต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพดีอย่าง

ถ้วนหน้า โดยรัฐต้องมียุทธศาสตร์ในการส่งเสริมบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และรัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข การใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม รวมทั้งกลไกอื่นที่มีความจำเป็น การจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุม ลดความเสี่ยงต่อการล้มละลายจากปัญหาสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

5) ระบบการส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ครอบงำบนพื้นฐานหลักการมีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อและศาสนา และนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โดยให้การส่งเสริมการแพทย์ทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ โดยให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่างๆ อย่างเท่าเทียม เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีความรู้เท่าทันและได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค โดยมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลาง และเข้าถึงได้

6) ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ต้องเป็นไปเพื่อให้ ผู้บริโภคได้รับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค โดยมุ่งเน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้บริโภค มีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและครบถ้วน เพื่อให้ผู้บริโภคตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน จัดให้มีกลไกในการเฝ้าระวัง ติดตามและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการในแต่ละระดับตลอดจนสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภคและเครือข่าย เพื่อให้ได้รับสินค้าและบริการที่มีมาตรฐาน คุณภาพปลอดภัย เป็นธรรม อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ตลอดจนมีระบบการชดเชยเยียวยาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เมื่อได้รับความเสียหาย ทั้งนี้ ต้องเป็นไปโดยปลอดจากการแทรกแซงจากอำนาจทางการเมือง ราชการ ธุรกิจ หรือการแทรกแซงอื่นใด

7) ระบบการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ รัฐมีหน้าที่สนับสนุนการสร้างความรู้บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง ทั้งนี้การดำเนินงานนโยบายสาธารณะต้องพัฒนามาจากฐานความรู้ที่รอบด้านเพียงพอ เชื่อถือได้ โดยสามารถเปิดเผยที่มาของแหล่งความรู้นั้น ในการสร้างการจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ต้องคำนึงถึงประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของประเทศ เพื่อมุ่งสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ โดยรัฐและภาคส่วนต่างๆ มีการลงทุนและมีบทบาทในการสร้าง การจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานความรู้ที่กว้างขวางและครอบคลุมในทุกระดับ

8) ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

เพื่อให้มีข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำมีความครอบคลุมเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์สังเคราะห์วางแผนในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและยังต้องสร้างช่องทางการสื่อสาร เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้สะดวกรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์

9) ระบบการสร้างและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสาธารณสุขหรือระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงเจ้าหน้าที่ของรัฐและเอกชน เท่านั้นยังรวมถึงผู้ที่มีบทบาทในการพัฒนาการสาธารณสุข เช่นอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานในองค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร โดยรัฐมีหน้าที่กำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การพัฒนา และการกระจายบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในลักษณะที่เป็นสหวิชาชีพ รวมทั้งการทำงานเชื่อมโยงสอดประสานอย่างใกล้ชิดกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพด้วย อีกทั้งรัฐควรสนับสนุนให้มีการพัฒนากลไกระดับพื้นที่เพื่อทำหน้าที่ประสานการวางแผนบุคลากรด้านสาธารณสุขและกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เกิดการกระจายและ

การใช้กำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

10. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตลอดจนการจัดการการเงินการคลัง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพทั้งในเชิงมาตรการทางภาษีที่ส่งเสริมให้มีการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว การส่งเสริมให้สถานประกอบการดูแลสุขภาพพนักงาน ลูกจ้าง การส่งเสริมให้มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การใช้มาตรการทางภาษีควบคุมการบริโภคยาสูบและสุรา เป็นต้น รวมไปถึงการจัดการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชนอย่างทั่วหน้า โดยยึดเป้าหมาย 4 ประการ (SAFE) คือ 1) มีความยั่งยืน (Sustainability) 2) มีความเพียงพอ (Adequacy) 3) ความเป็นธรรม (Fairness) และ 4) มีประสิทธิภาพ (Efficiency)

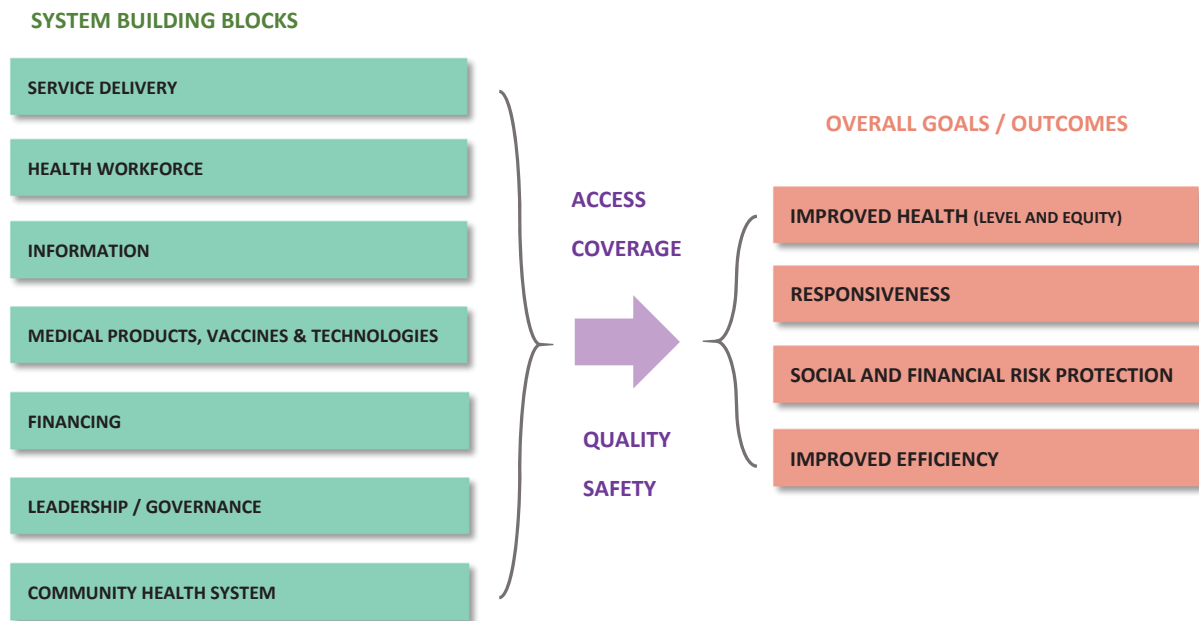
องค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2550) กำหนดว่าระบบสุขภาพจะต้องมีเป้าหมายวัตถุประสงค์พื้นฐาน 4 ประการคือ 1) ช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น (improved Health) 2) ตอบสนองความคาดหวังของประชาชน (responsiveness) 3) การปกป้องประชาชนจากปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วย (social and financial risk protection) และ 4) ความมีประสิทธิภาพ (improved efficiency) และองค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบระบบสุขภาพ มีองค์ประกอบหลัก 6 ส่วน หรือ Health system building blocks การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยก็ได้ใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลกในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และได้เพิ่มเติมองค์ประกอบที่ 7 คือระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) อีกด้วย มีดังนี้

1. ระบบบริการ (Service Delivery)
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information)
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines & Technologies)
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing)

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล
(Leadership / Governance)

7. ระบบสุขภาพชุมชน
(Community Health System)

ภาพที่ 6.1 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก



ที่มา: ดัดแปลงจาก World Health Organization (WHO)

และได้กำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพ และพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในภาพรวม คือประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ได้รับการบริการที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ด้วยความเป็นธรรม ได้รับการปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน ดังภาพที่ 6.1 และการทำงานที่ทำให้เกิดความชัดเจนต่อระบบสุขภาพและองค์ประกอบที่สำคัญ การสร้างกลไกที่จะทำให้เกิดระบบสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง เป็นเหตุที่มาของการกำหนดนิยามระบบสุขภาพที่กว้างขวางกว่าเดิม

6.1.2 จุดเปลี่ยนระบบสุขภาพไทย

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่สำคัญมาก 2 ประการ คือ

1) ผลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568

ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากข้อมูลพบว่าในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจำนวน 9.52 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.7 ของประชากรทั้งหมดของประเทศและคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.1 ในปี พ.ศ. 2573¹ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ภาวะพึ่งพิงและความต้องการบริการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อเตรียมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเฉพาะทางมากขึ้น และภาระรายจ่ายสุขภาพของภาครัฐที่เพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากแบบแผนการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมองเสื่อมและโรคมะเร็ง ทำให้รัฐต้องมีภาระงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

1. สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556

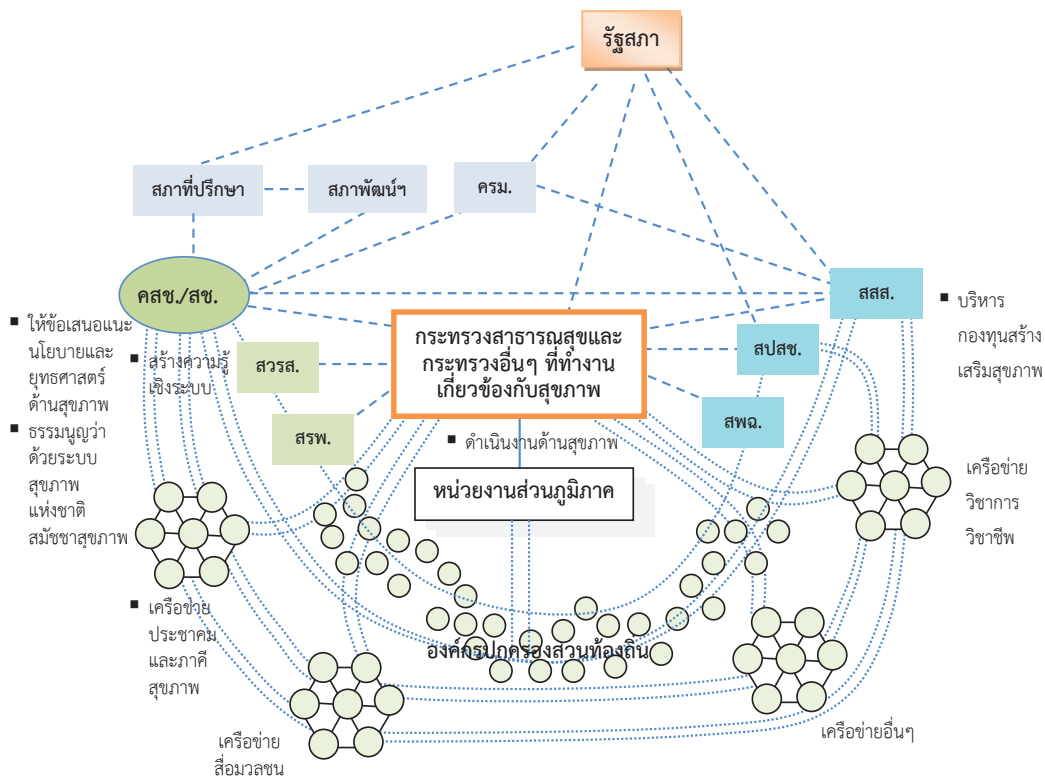
2) การเปลี่ยนแปลงทางภาวะโรคจากโรคติดเชื้อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ถึงร้อยละ 74.7 ในปี พ.ศ. 2554 แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตกว่า 300,000 คน พบมากที่สุดคือโรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือมะเร็ง โรคเบาหวาน มีการประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยมูลค่า 198,152 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของรายได้ประชาชาติ² โดยมีแนวโน้มการเพิ่มขนาดของปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศและภูมิภาค ระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่ดี เพื่อสามารถป้องกันและควบคุมโรค การพัฒนางานบริการสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรคและการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างเป็นรูปธรรม

6.1.3 กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติ

1) กลไกระดับชาติ

การเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 ที่เชื่อมโยงทุกประเทศและทุกระบบเข้าด้วยกัน ทำให้ประเทศต่างๆ จำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สำหรับประเทศไทยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ถือเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านภายในประเทศอย่างมากเช่นกัน การปฏิรูประบบสุขภาพโดยการจัดตั้งกลไกใหม่ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข องค์กรที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ อาทิ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตลอดจนกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภาควิชาการ ภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังแสดงในภาพที่ 6.2

ภาพที่ 6.2 ความเชื่อมโยงของกลไกต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

2. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2557

2) กลไกระดับพื้นที่

ในปี พ.ศ. 2555-2556 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนบทบาทภารกิจ มุ่งที่จะดำเนินการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในระดับพื้นที่ (Regional Public Health Service Provision) เป็นการบริการในรูปของเขตสุขภาพ เนื่องจากการบริหารจัดการในระดับจังหวัดมีข้อจำกัด เพราะขนาดของประชาชนแต่ละจังหวัดแตกต่างกันมากและไม่มีประสิทธิภาพต่อขนาด (economy of scale) ในบางจังหวัดขาดความรวดเร็วในการตอบสนองต่อปัญหา (speed) ตามหลักของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และยังเป็น การกระจายอำนาจออกจากส่วนกลางไปยังเขตพื้นที่อีกด้วย มีการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาปรับกระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทั้งบทบาทการให้บริการ

การรักษายาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟู เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม สามารถจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีความเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย แทนการขยายโรงพยาบาลเป็นแห่งๆ โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่สามารถเชื่อมโยงบริการ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ มีเครือข่ายบริการสุขภาพ 12 เครือข่าย มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเครือข่าย และเน้นการพัฒนา ศักยภาพของสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ การบริการที่ดีขึ้น (service outcome) ลดเวลารอคอย ลดคิวในการรับบริการ ขยายความครอบคลุมการบริการ ลดปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยและเกิดผลลัพธ์ (outcome) ต่อประชาชนโดยตรง ลดป่วย ลดตายในที่สุด ในเบื้องต้นเน้น สาขาหลัก ดังแสดงในภาพที่ 6.3

ภาพที่ 6.3 ความเชื่อมโยงของกลไกระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการในระดับพื้นที่



ที่มา: นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา เอกสารประกอบการบรรยายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (ปรับปรุง 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2559)

นอกจากนี้มีการสร้างกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่โดยคณะกรรมการเขตสุขภาพและผู้จัดการระดับเขต เป็นผู้บริหารจัดการ มอบอำนาจให้ระดับพื้นที่ดำเนินการเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน มีการจัดระบบบริการสุขภาพ กำหนดให้จัดระบบบริการและการส่งต่อ โดยกำหนดเขตพื้นที่ให้บริการปฐมภูมิ (Primary Care Service) เป็นบริการด่านแรกและส่งต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้และจำเป็นให้กับระบบบริการโรงพยาบาล (hospital service) ซึ่งการบริหารในรูปคณะกรรมการเขตสุขภาพ ในทุกปีมีการจัดทำแผนการจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพเสนอกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาอนุมัติงบประมาณในการจัดบริการปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การแพทย์เฉพาะทาง การฟื้นฟูสภาพ และการจัดการบริการตามแผนระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) 13 สาขาหลัก โดยเน้นการสร้างประสิทธิภาพการจัดการบริการทั้งเชิงเทคนิคบริการ ผ่านผู้ให้บริการ โดยเน้นผลลัพธ์ของการบริการสูงสุดและการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่เหมาะสมให้เกิดความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ การปรับระบบการทำงาน ดึงภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการในลักษณะงานบางอย่างที่เอกชนดำเนินการ ในบริการที่เป็นส่วนสนับสนุนบริการทางการแพทย์

6.1.4 หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

สำหรับประเทศไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ถือเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม การปฏิรูประบบราชการที่มุ่งสู่ความมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาประเทศเพื่อให้สามารถแข่งขันในภูมิภาคและประชาคมโลก การปฏิรูประบบสุขภาพโดยการจัดตั้งกลไกใหม่ ๆ

1. กระทรวงสาธารณสุขและโครงสร้างการบริหารงาน

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหนึ่งในกลไกที่สำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพมีการปฏิรูปโครงสร้างหลายครั้ง การเปลี่ยนแปลงครั้งล่าสุด ในปี พ.ศ. 2545 ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานเทียบเท่ากรมอยู่ในสังกัด 9 กรม และหน่วย

งานในกำกับอีกจำนวนหนึ่ง ต่อมาเพื่อให้สอดคล้องและทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงแบบพลวัตในระบบสุขภาพโลก การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การอพยพย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ปัญหาความเจ็บป่วยและภาวะภัยคุกคามทางด้านสุขภาพ ตลอดจนการเกิดโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น มีการแพร่ระบาดของโรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก โรคอีโบล่า โรคเมอร์ส ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนบทบาทภารกิจเพื่อรองรับต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ได้ประสานหน่วยราชการต่างๆ ให้ทำการทบทวนบทบาทภารกิจจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาหน่วยงาน โดยให้พิจารณาปรับบทบาทภารกิจให้สอดคล้องกับบริบทต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลง ตลอดจนสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) และการเตรียมตัวก้าวสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) รวมถึงทิศทางการปฏิรูปประเทศไทย เพื่อพัฒนาข้อเสนอการปรับบทบาทภารกิจกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาใช้ระบบเป็นตัวตั้ง (System approach) เพื่อช่วยให้มองเห็นภารกิจที่ควรทำมากกว่าภารกิจที่ดำเนินการอยู่ในขณะนั้นใน 4 ระบบย่อย ประกอบด้วย 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) ระบบสร้างเสริมสุขภาพ 3) ระบบควบคุมป้องกันโรค 4) ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ได้มีข้อสรุปข้อเสนอการกำหนดบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในฐานะ National Health Authority ใน 11 บทบาทดังนี้

1. การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ
2. การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารประชาสัมพันธ์
3. การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
4. การกำหนดและรับรองมาตรฐานบริการต่างๆ
5. การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
6. การพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน
7. การพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ

8. การกำกับดูแล ติดตามและประเมินผลของภาครัฐ
ท้องถิ่นและเอกชน

9. ให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ
ของประเทศ

10. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบ
เดียว มีคุณภาพ ใช้งานได้

11. กำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

1) โครงสร้างการบริหารงาน

กระทรวงสาธารณสุข แบ่งการบริหาร
ราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็น 2 ส่วนคือ
การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการ
ส่วนภูมิภาค

(1) การบริหารราชการส่วนกลาง (ภาพที่ 6.4)

มี 10 ส่วนราชการ ประกอบด้วย (1) สำนักงานรัฐมนตรี
(2) สำนักงานปลัดกระทรวง และ (3) กลุ่มภารกิจ ทั้งนี้ มี
การแบ่งภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ออกเป็น 3 กลุ่ม
ภารกิจ (Cluster) รวม 8 กรม ดังนี้

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มี
ภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพ โดยการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอด
องค์ความรู้และเทคโนโลยีการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพ ตลอดจนการจัดระบบความรู้และสร้าง
มาตรฐานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อ
นำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมี
สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผน
ไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข มี
ภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ
การควบคุมและป้องกันโรค โดยการศึกษา วิจัย พัฒนา
และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ
ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้ง
ร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 2 กรม คือ กรมควบคุม
โรค และกรมอนามัย

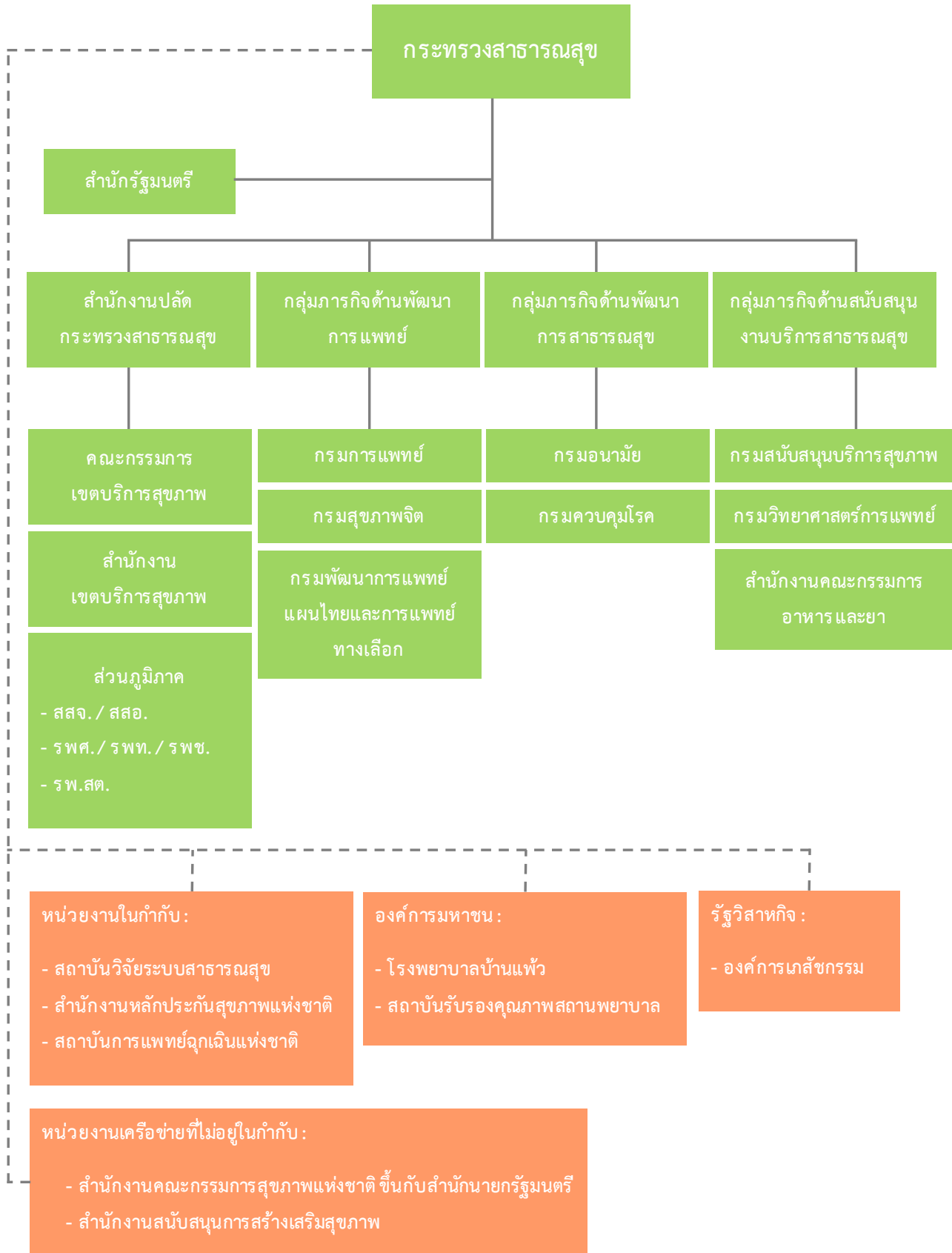
**กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการ
สุขภาพ** มีภารกิจเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงาน
ของหน่วยบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบและกลไกที่
เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพระบบสุขภาพของประชาชน
และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ และด้าน
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง
และได้รับบริการจากหน่วยบริการที่มีคุณภาพและได้
มาตรฐาน ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา

โดยมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เป็นหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่มีภารกิจ
เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพบริหาร
จัดการด้านแผนงาน คน และงบประมาณ กำกับดูแล
ประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ พัฒนาระบบการเงิน
การคลังด้านสุขภาพ ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
พัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ และพัฒนางานสาธารณสุข
ระหว่างประเทศ

หน่วยงานในกำกับของรัฐ ที่มีรัฐมนตรี
ว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำกับดูแล โดยมี
บทบาทเป็นประธานคณะกรรมการและมีปลัดกระทรวง
สาธารณสุขเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง มี 3 หน่วยงาน
คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

รัฐวิสาหกิจ มี 1 แห่ง คือ องค์การเภสัชกรรม
องค์การมหาชน มี 2 แห่ง คือสถาบัน
รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และ
สถานบริการสุขภาพ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
จังหวัดสมุทรสาคร

ภาพที่ 6.4 โครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน



(2) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค

หน่วยงานภายในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การบริหารราชการส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่มีสายบังคับ

บัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัด จึงเป็นหน่วยงานร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับพื้นที่ ในฐานะคณะผู้บริหารของจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณจาก กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 6.5 โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค



2) การทบทวนภารกิจและปรับปรุง

โครงสร้าง กระทรวงสาธารณสุข

ตามอำนาจหน้าที่ส่วนราชการของ กระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ประกาศ ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ถัดจาก วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยในส่วนของกระทรวง สาธารณสุข มีดังนี้

(1) มาตรา 42 กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพ ของประชาชน และราชการอื่นตามที่กฎหมายกำหนด ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือ ส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกำหนด วิสัยทัศน์เป็นองค์หลักในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มี คุณภาพ ประสิทธิภาพ และเสมอภาคโดยการมีส่วนร่วม ของประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วน เพื่อสร้างสังคม ที่มีจิตสำนึกด้านสุขภาพ ให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี สู่เป้าหมายสังคมอยู่เย็นเป็นสุข ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง

(2) ภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. กำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพของประเทศและระหว่างประเทศให้สอดคล้อง กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบ องค์กรวมที่มีประสิทธิภาพ เสมอภาค ทั้งในภาวะปกติและ ภาวะฉุกเฉิน โดยเน้นชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน บริการ เฉพาะทางและระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างระบบ ฝักระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยทางสุขภาพ

3. ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคม ในการมีส่วนร่วมสร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพ

4. พัฒนาระบบและกลไกการ บริหารจัดการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

5. กำหนดนโยบายทิศทางการวิจัย และการบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ในช่วง ปี พ.ศ. 2552 ได้มีการ ทบทวนบทบาทและโครงสร้างหน่วยงานกระทรวง สาธารณสุข มีการพิจารณาทั้งในส่วนสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานทุกกรมให้ สำนักการพยาบาลซึ่งอยู่ภายใต้สังกัดกรมการแพทย์ และสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพซึ่งอยู่ภายใต้สังกัด กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อมาเป็น สำนักบริหารการสาธารณสุข ให้มาอยู่ภายใต้สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและจัดทำข้อเสนอการปรับ แก่ไขกฎกระทรวงสาธารณสุขการแบ่งส่วนราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2553 จนถึง ปัจจุบันมีความพยายามที่จะปรับโครงสร้างให้เหมาะสม กับการเปลี่ยนแปลงในบริบทต่างๆ เพื่อให้กระทรวง สาธารณสุขมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนอง ต่อความต้องการของประชาชนให้มากที่สุดทั้งใน ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและถิ่นทุรกันดารเพื่อคุณภาพชีวิต ที่ดีและลดความเหลื่อมล้ำ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ซึ่งเป็น แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 ปี (พ.ศ. 2555 - 2559) เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในส่วน ภูมิภาคทั้งบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ระดับ ทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ให้สอดคล้องกันทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากรและคุณภาพบริการ เพื่อให้สถานบริการสุขภาพ ระดับต่างๆสามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เกิด การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพ รองรับ ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อน ในระดับพื้นที่ได้ มีการจัด “ขนาดโรงพยาบาลเพื่อรับ ผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital Cascade)” จัดเป็น 3 ประเภทดังนี้

1. กลุ่มโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ ระดับต้น (Fist-level Referral Hospital) ได้แก่

- โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)
- โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)
- โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)

2. กลุ่มโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับกลาง (Mid-level Referral Hospital) ได้แก่

- โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)
- โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2)

3. กลุ่มโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับสูง (High-level Referral Hospital) ได้แก่

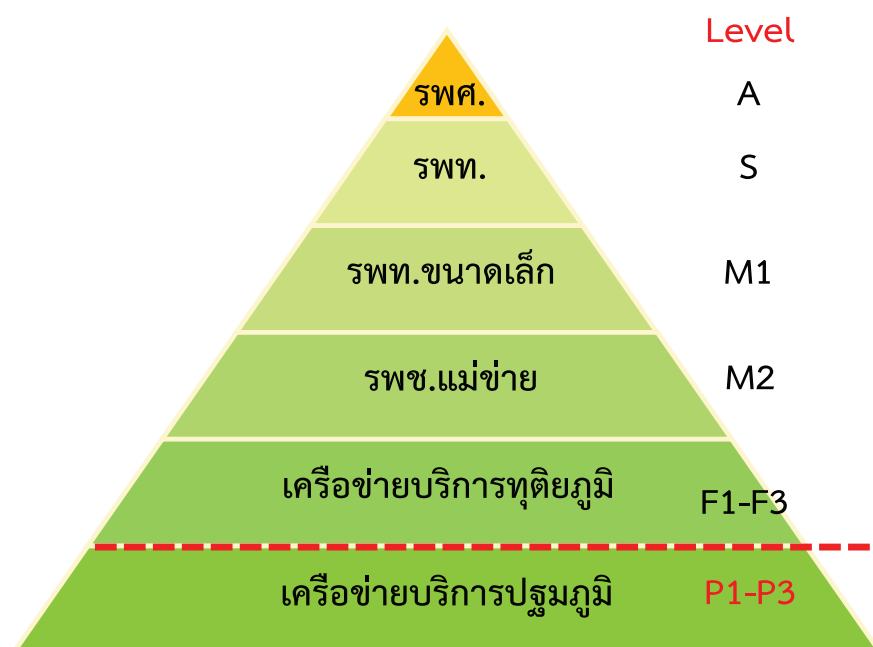
- โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (Standard-level Referral Hospital) (ระดับ S)

- โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A)

ทั้งนี้เครือข่ายบริการปฐมภูมิได้แบ่งระดับการพัฒนาออกเป็น 3 ระดับ ตามระดับของการพัฒนา ได้แก่ ระดับ P1-P3 ดังแสดงในภาพที่ 6.6

ภาพที่ 6.6 เครือข่ายบริการระดับต่างๆ ในจังหวัด

เครือข่ายบริการระดับจังหวัด (Provincial Health Service Network)



กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับการจัดการบริการด้านสุขภาพในรูปเครือข่ายบริการที่มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับ เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Net-work) ออกเป็น 12 เขต เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานและมี

การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยองค์ประกอบการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ประกอบด้วยการทำงาน 4 องค์ประกอบ ที่มีความคล้ายคลึงกับการทำงานของระบบสุขภาพของประเทศ คือ 1) กลไกในการบริหารเขตสุขภาพ 2) กลไกในการจัดบริการ 3) กลไกในการจ่ายเงินเพื่อบริการ 4) กลไกในการตรวจสอบกำกับดูแล

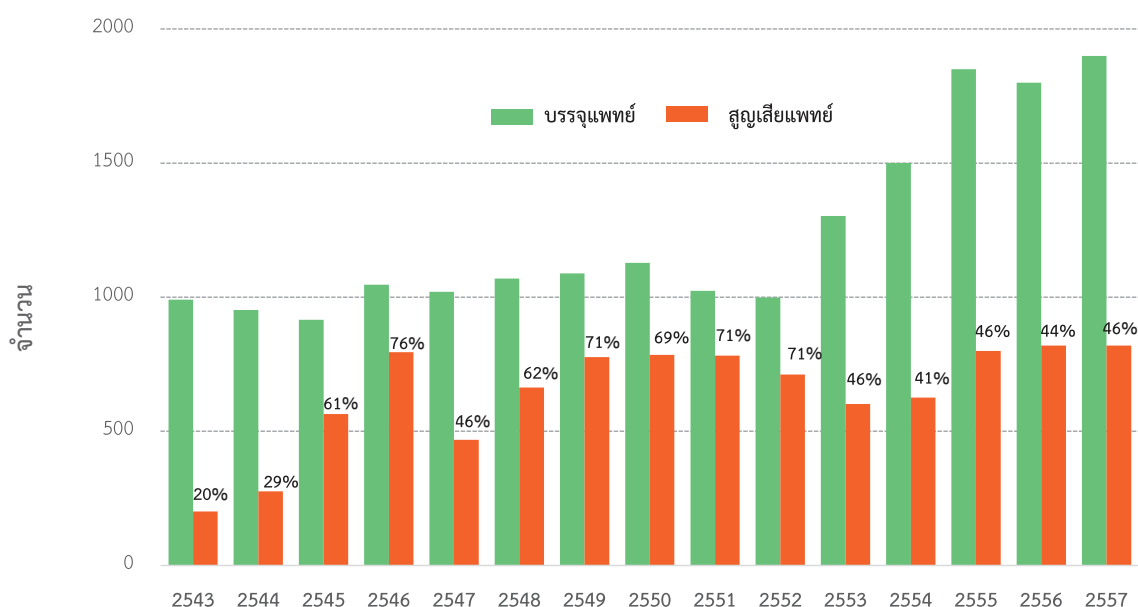
6.1.5 กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานบริการในสังกัดที่ตั้งอยู่ทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้านเป็นจำนวนมาก โดยหน่วยบริการจะแบ่งตามการจัดระดับหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 11,035 แห่ง และผลการสำรวจกำลังคนที่ให้บริการสุขภาพ ใน พ.ศ. 2552 พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีกำลังคนที่ให้บริการอยู่ 21 สายงาน โดยมีสัดส่วนภาระงานดูแลผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน อยู่ที่ร้อยละ 68.1 และ 75.3 ตามลำดับ ในขณะที่หน่วยงานภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข มีสัดส่วนของอัตราากำลังอยู่ร้อยละ 14.52 โดยมีสัดส่วนภาระงานดูแลผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน เพียงร้อยละ 9.3 และ 5.8 ตามลำดับ สำหรับหน่วยงานภาคเอกชนมีสัดส่วนของอัตราากำลังอยู่ร้อยละ 10.59 แต่มีสัดส่วนภาระงานดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อยู่ที่ร้อยละ 22.6 และ 18.9 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากพิจารณาในแง่มุมมองของการใช้กำลังคน บริการภาครัฐกระทรวงสาธารณสุขยังคงขาดแคลนกำลังคนมากกว่าภาครัฐอื่น ด้วยภาระงานในส่วนของการกระทรวงสาธารณสุขมีปริมาณที่

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเมื่อวิเคราะห์ภาระงานในปี พ.ศ. 2557 จากข้อมูลในพื้นที่ที่ให้บริการทั้ง 12 เขตสุขภาพ พบว่าภาระงานมีปริมาณเพิ่มขึ้นในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 12 เขตสุขภาพ มีปริมาณงานที่ต้องให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นจำนวนมากทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องประสบปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลัง อันเป็นผลจากนโยบายการจำกัดขนาดกำลังคนภาครัฐ ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขต้องจ้างบุคลากรเพิ่มเติมเป็นลูกจ้างชั่วคราว โดยใช้เงินบำรุงของหน่วยบริการเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการประชาชนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น จากนโยบายรัฐบาลที่ต้องการให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม การจ้างบุคลากรโดยเฉพาะบุคลากรสายวิชาชีพเป็นลูกจ้างชั่วคราวซึ่งขาดความมั่นคงในงาน ทำให้กระทรวงสาธารณสุขประสบปัญหาการสูญเสียบุคลากรเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ในแต่ละปี กระทรวงสาธารณสุขยังมีอัตราการสูญเสียบุคลากร ทั้งในกรณีเกษียณอายุ ลาออก โอนย้ายและตายอีกเป็นจำนวนมาก ดังข้อมูลในภาพที่ 6.7 ตารางที่ 6.1

ภาพที่ 6.7 การบรรจุและการสูญเสียของแพทย์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2543 - 2557



ที่มา: สำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช), พ.ศ. 2558

ตารางที่ 6.1 อัตราการสูญเสียบุคลากร ในปีงบประมาณ 2557 เฉพาะสายงานหลัก

ลำดับ	ตำแหน่ง	เกษียณอายุ	ตาย	ลาออก	โอน	รวม
1	นายแพทย์	86	2	731	37	856
2	ทันตแพทย์	14	2	251	21	288
3	เภสัชกร	9	4	42	6	61
4	พยาบาลวิชาชีพ	243	54	602	57	956
5	นักเทคนิคการแพทย์	3	1	10	1	15
6	นวก.สาธารณสุข	119	20	169	38	346
รวมทั้งหมด						2,522 คน

ที่มา: กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2557

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการศึกษาความต้องการกำลังคนโดยยึดภาระงานจากการใช้บริการสุขภาพของประชาชน และการให้บริการตาม Service plan เป็นตัวตั้ง (Need-based approach) เพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบอัตราากำลัง ที่จะเป็นการรองรับการจ้างงาน และวางแผนการผลิตและพัฒนาากำลังคนในอนาคตเพื่อให้มีการแก้ไขปัญหากำลังคน ปัญหาคือมีการจำกัดจำนวนข้าราชการ หลังการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ปริมาณการใช้บริการสูงขึ้น บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ประมาณ 120 -150 ล้านครั้ง/ปี (เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข) นโยบายจำกัดจำนวนของราชการ ทำให้ไม่มีตำแหน่งข้าราชการ โรงพยาบาลต้องจ้างบุคลากรเป็นลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทำให้ขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาล

ในประเด็นความต้องการด้านกำลังคน ในปี พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการศึกษาความต้องการกำลังคน ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2555 - 2560 พบว่า มีความต้องการอัตราากำลังเพิ่มเติม จำนวน 76,769 อัตรา และได้เสนอคณะรัฐมนตรี เพื่อขออนุมัติกำหนดอัตราข้าราชการเพิ่มเติม ซึ่งต่อมาสำนักงาน ก.พ. ได้ร่วมวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีความขาดแคลนกำลังคน และอัตราตำแหน่ง โดยมีข้อสรุปร่วมกันว่า จะเสนอแนวทางการแก้ปัญหาคาดแคลนอัตราตำแหน่งเป็นระยะสั้นและระยะยาวซึ่งในระยะสั้นจะเป็นการให้อัตราตำแหน่งเพิ่มเติมเพื่อลูกจ้างชั่วคราว 21 สายงานที่จ้างไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2555 ก่อน ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น

30,188 คน ที่จ้างไว้รองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึง ปี พ.ศ. 2555 (หลังจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) และกำหนดมาตรการการพัฒนา รูปแบบการจ้างงานแบบใหม่รองรับการเพิ่มของกำลังคนตามภาระงานที่จะเพิ่มในอนาคต ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2555 เห็นชอบข้อเสนอการจัดอัตราากำลังและการบริหารจัดการ ในภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตามมติ คปร. ให้จัดสรรอัตราข้าราชการเพิ่มเติมให้แก่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556 - 2558 จำนวน 22,641 อัตรา คิดเป็นร้อยละ 75 ของลูกจ้างชั่วคราวที่จ้างไว้ โดยให้มีการจัดสรรอัตราเพิ่มเติม ปีละ 7,547 อัตรา และให้ดำเนินการพัฒนาระบบการจ้างงานในรูปแบบอื่น ซึ่งกระทรวงฯ ได้ดำเนินการจ้างงานในรูปแบบพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) สำหรับบุคลากรวิชาชีพลูกจ้างชั่วคราว ที่เหลือ

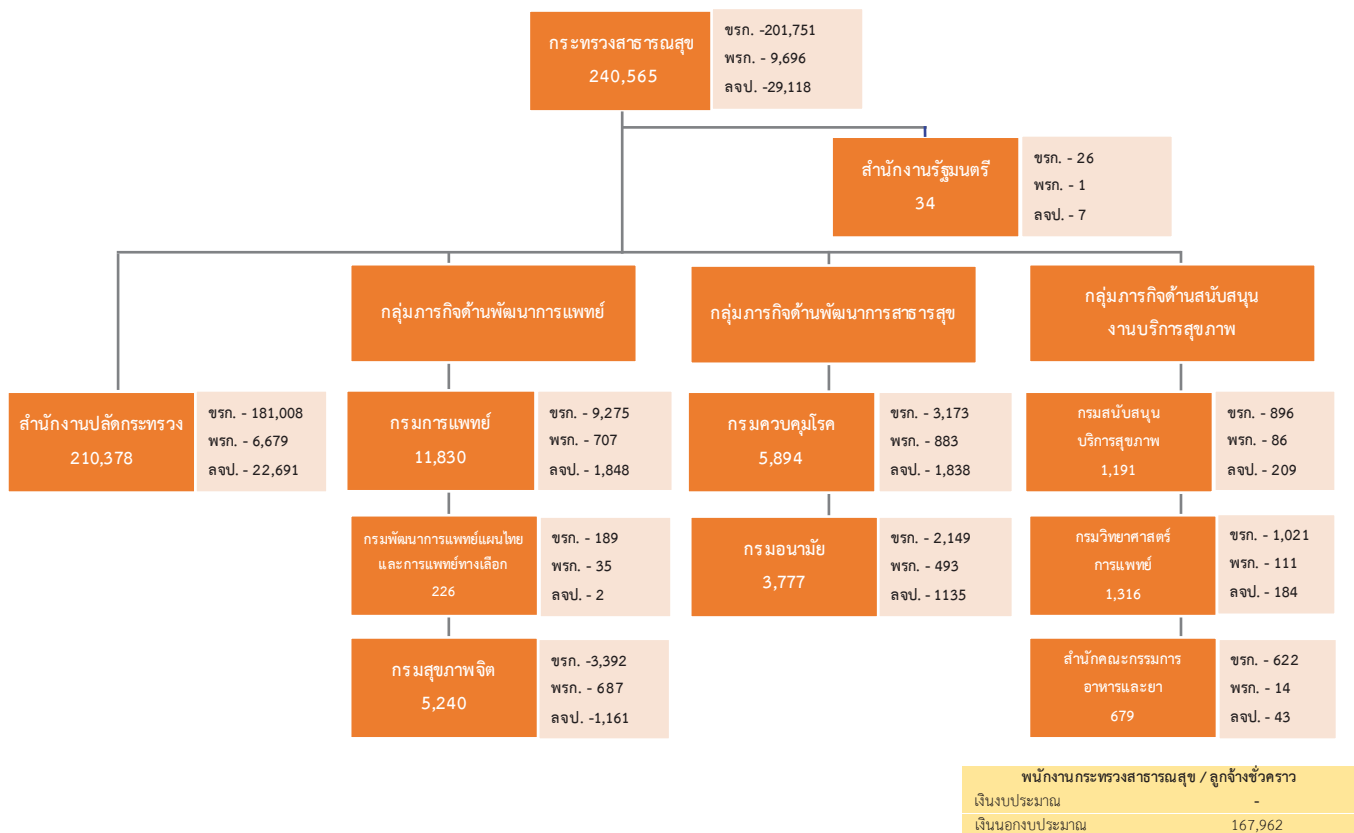
การจัดสรรตำแหน่งข้าราชการที่ได้รับเพื่อจัดสรร ให้กับสายวิชาชีพต่างๆ การดำเนินการจะเน้นการกระจายตำแหน่งรายวิชาชีพให้กับเขตบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการกระจายที่เหมาะสม และคำนึงถึงสัดส่วนการได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ และให้เขตบริการสุขภาพจัดสรรตำแหน่งให้กับจังหวัดและหน่วยบริการต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นให้มีการวางตำแหน่งข้าราชการเพื่อให้เกิดการกระจายเพื่อรองรับการบริการที่เหมาะสม ซึ่งได้กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการกระจายอัตราากำลัง ดังนี้

1. ให้ตรวจสอบข้อมูลจำนวนอัตรากำลังที่มีอยู่จริงของหน่วยบริการสุขภาพแต่ละแห่ง
2. จัดสรรและกระจายกำลังคนตามแบบฟอร์มที่กำหนดโดยพิจารณาตามภาระงานและความขาดแคลนกำลังคนของสถานบริการสุขภาพ ดังนี้
 - 2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน
 - 2.2 โรงพยาบาลทั่วไปในถิ่นทุรกันดาร
 - 2.3 โรงพยาบาลชุมชนเปิดใหม่
 - 2.4 โรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง
 - 2.5 โรงพยาบาลทั่วไปที่มีภาระงานหนัก
 - 2.6 หน่วยงานที่มีภารกิจพิเศษ เช่น การบริการเกี่ยวกับสุขภาพเด็ก การเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบต่างๆ รวมถึงเรื่องยาเสพติด
3. การกระจายตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ให้กระจายตามภาระงาน เวชกิจฉุกเฉิน
4. การกระจายตำแหน่งแพทย์แผนไทย ให้กระจายไปในสถานเอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ เป็นลำดับแรก

5. ให้ตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคลในบางสายงานที่ได้รับการจัดสรร

ข้อมูล ณ วันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุข มีบุคลากร รวม 408,527 คน เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานของรัฐ 240,565 คน ที่เหลือ 167,962 คน มีฐานะเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (ภาพที่ 6.8) และในภาพรวมเมื่อจำแนกกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ตามส่วนราชการระดับกรมดังตารางที่ 6.2 พบว่าโดยร้อยละ 89.12 อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีหน่วยบริการสาธารณสุขที่ต้องรับภาระการให้บริการสุขภาพมากที่สุด และมีความจำเป็นต้องรองรับภารกิจทั้งด้านนโยบาย และการปฏิบัติการในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันควบคุมโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการส่งต่อการรักษาพยาบาล

ภาพที่ 6.8 แผนภาพโครงสร้างและอัตรากำลัง กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557



ที่มา: กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2557

ตารางที่ 6.2 กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ประเภทต่างๆ จำแนกตามโครงสร้างกรมวิชาการ

ลำดับ ที่	ส่วนราชการ (ระดับกรม)	รวม	ข้าราชการ (ตำแหน่ง)	ลูกจ้างประจำ (อัตรา)	พนักงาน ราชการ (อัตรา)	พนักงาน กสธ. (อัตรา)	ลูกจ้างชั่วคราว (อัตรา)	
							เงินงบประมาณ	เงินนอก งบประมาณ
1	สำนักงานรัฐมนตรี	34	26	7	1	-	-	-
2	สำนักงานปลัดกระทรวงฯ	364,088	181,008	22,691	6,679	115,868	-	37,842
3	กรมการแพทย์	21,489	9,275	1,848	707	9,659	-	-
4	กรมควบคุมโรค	6,824	3,173	1,838	883	930	-	-
5	กรมพัฒนาการแพทย์ แผนไทยฯ	263	189	2	35	37	-	-
6	กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์	2,162	1,021	184	111	664	-	182
7	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ	1,191	896	209	86	-	-	-
8	กรมสุขภาพจิต	7,442	3,392	1,161	687	2,076	-	126
9	กรมอนามัย	4,355	2,149	1,135	493	578	-	-
10	สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	679	622	43	14	-	-	-
	รวม	408,527	201,751	29,118	9,696	129,812	-	38,150

ที่มา: กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2557 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557)

การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน

การแก้ปัญหากำลังคนอย่างบูรณาการในระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 - 2559 ขึ้น เพื่อเป็นกรอบกำหนดทิศทางการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องนโยบายและทิศทางของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป และเพื่อให้มีหลักประกันว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีอัตราากำลังที่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพแก่ประชาชน และมีค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนอย่างเหมาะสมรวมทั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารอัตราากำลังคน

จึงได้กำหนดให้มี ยุทธศาสตร์การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคน ให้มีปริมาณและทักษะเพียงพอ สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ

การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน มีการดำเนินการทั้งในสถาบันการศึกษา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักคือผลิตตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุขและผลิตในมหาวิทยาลัยสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และภาคเอกชน ปัจจุบันสถาบันต่างๆ มีกำลังการผลิต ดังตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3 กำลังการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขในประเทศไทย

ลำดับ	หลักสูตร	จำนวนผลิต คน/ปี (56 - 60)		รวม 5 ปี (คน)
		สถาบันใน กสธ	นอก กสธ	
1	แพทย์	1,466	1,186-1,190	14,108
2	ทันตแพทย์		843	4,216
3	เภสัชกร		2,015	10,078
4	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	3,600	5,860	46,295
5	นักเทคนิคการแพทย์		1,365	6,825
6	นักกายภาพบำบัด		800-1,000	4,565
7	นักรังสีการแพทย์		120	600
8	นักจิตวิทยาคลินิก		100	500
9	นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย		40	200
10	นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก		30	150
11	นักกายอุปกรณ์		20	100
12	นักกิจกรรมบำบัด		30	150
13	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต/วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สาธารณสุขชุมชน)	400	5,000	27,000
14	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(ทันตสาธารณสุข)	300	-	1,500
15	แพทย์แผนไทยบัณฑิต	350	998	6,740
16	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาเวชระเบียน	50	-	250
17	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์(เทคนิคเภสัชกรรม)	300	-	1,500
18	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชกิจฉุกเฉิน	200		1,000
19	เวชกิจฉุกเฉิน ปริญญาตรี		80	400
20	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน	120		600
21	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์	50		300
รวม				127,077

ที่มา: กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

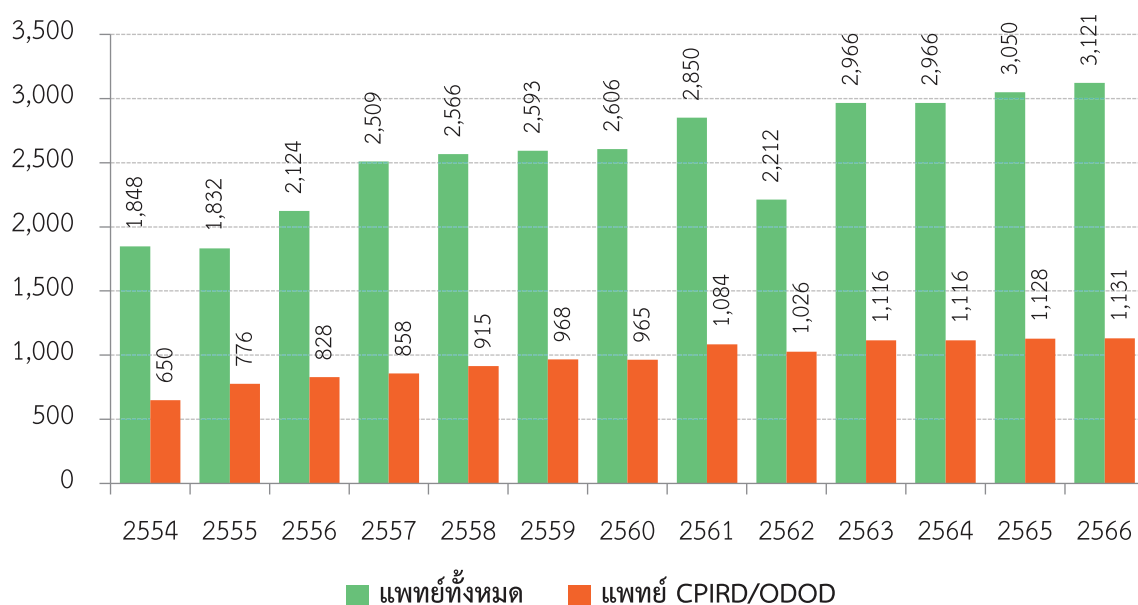
อัตราการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขสาขาต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นตามศักยภาพการผลิต ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข เป็นทั้งผู้ผลิตและผู้ใช้รายใหญ่ ที่จำเป็นต้องมีการวางแผนสรรหากำลังคนเหล่านี้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการวิเคราะห์ภาระงานและการจัดทำกรอบ

อัตรากำลัง ดังที่กล่าวมาแล้ว จึงเป็นจุดตั้งต้นสำคัญ ในการคาดประมาณความต้องการกำลังคนในอนาคต และนำไปสู่การวางแผนการจ้างงาน และการสะท้อนกลับข้อมูล (feedback) ความต้องการจากผู้ใช้ (demand side) ไปยังฝ่ายผลิต (supply side) และมีความร่วมมือระหว่างผู้ใช้กับผู้ผลิตอย่างใกล้ชิด

จากปัญหาแพทย์ไม่เพียงพอต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) และกระทรวงศึกษาธิการ ดำเนินงานผลิตแพทย์ภายใต้โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทตามมติคณะรัฐมนตรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 มีมติเห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับทบวงมหาวิทยาลัยจัดทำโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (The Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor - CPIRD) เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนและปัญหาด้านการกระจายตัวของแพทย์ต่อประชากรตามพื้นที่ต่างๆ ของประเทศมีลักษณะที่แตกต่างกัน ในแต่ละภูมิภาคเป็นความร่วมมือระหว่างกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่ง

ประเทศไทย (กสพท.) ซึ่งประกอบด้วยสถาบันผลิตแพทย์ 19 สถาบัน ได้ประชุมร่วมกับสำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.) กระทรวงสาธารณสุข และต่อมาเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2548 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (One District One Doctor) และให้เสนอโครงการผลิตแพทย์เพิ่ม พ.ศ. 2556 -2560 ภายใต้ความร่วมมือของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโครงการที่จะช่วยดำเนินการเพิ่มการผลิตแพทย์ของประเทศได้ในระดับหนึ่ง อันเป็นการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และเพิ่มจำนวนแพทย์ต่อประชากรเพื่อให้ได้อัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากรตามมาตรฐาน ดังภาพที่ 6.9

ภาพที่ 6.9 เปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนแพทย์ทุกระบบกับจำนวนแพทย์ในโครงการ CPIRD /ODOD ของกระทรวงสาธารณสุข ที่จบการศึกษา ปี 2554 - 2556 และคาดว่าจะจบการศึกษา ปี 2557 - 2566



ที่มา: สำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.), พ.ศ. 2558

ตารางที่ 6.4 ภาพรวมเป้าหมายการรับนักศึกษาแพทย์เพิ่มในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 - 2560

โครงการ	2556	2557	2558	2559	2560	รวม
แผนการรับปกติ	956	956	956	956	956	4,780
ผลิตแพทย์เพิ่ม (กระทรวงศึกษาธิการ)	230	894	914	966	1,034	4,038
ผลิตแพทย์ชนบทเพิ่ม (กสช.)	510	1,116	1,116	1,128	1,131	5,001
รวม	1,676	2,966	2,966	3,050	3,121	13,819

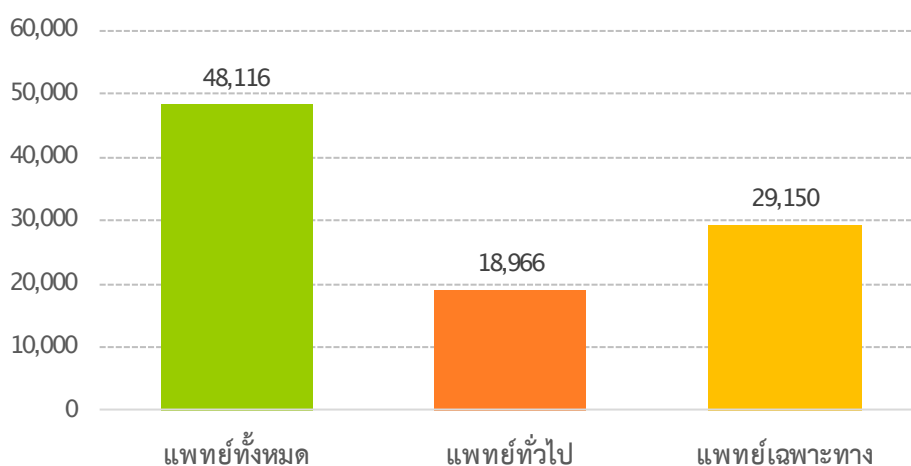
ที่มา: สำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.), พ.ศ. 2558

จากการวิเคราะห์ภาระงานและจัดทำกรอบอัตรากำลัง เปรียบเทียบกับกำลังคนรองรับที่มีและการสูญเสียกำลังคน สามารถนำมากำหนดแผนการสรรหาและจ้างงาน เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในระยะสั้น 5 ปี ได้ อย่างไรก็ตามแผนการผลิตในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข อาจมีการทบทวนลดการผลิตในบางสายงาน ในปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป และบางสายงานที่มีความจำเป็น แต่มีการผลิตได้น้อย อาจต้องวางแผนร่วมกับสถาบันการศึกษาในการจัดสรรทุนการศึกษาเพื่อผูกพันให้เข้าทำงานใช้ทุนเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือข้าราชการ แล้วแต่กรณี

ส่วนการวางแผนพัฒนาบุคลากรนั้น มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มสมรรถนะ และขีดความสามารถของกำลังคน ทุกสายงานให้สามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพ ตอบสนองการพัฒนาระบบบริการตาม Service plan ทั้ง 13 สาขา โดยมีการสำรวจความต้องการการพัฒนาจากพื้นที่ โดยผ่านกลไกการบริหารจัดการกำลังคนในแต่ละเขต และสำรวจหลักสูตรการฝึกอบรม เพิ่มพูนทักษะ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับความต้องการการพัฒนา และสนับสนุนการวางแผนพัฒนากำลังคนระดับเขตต่อไป

ภาพที่ 6.10 ข้อมูลทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางทุกระบบ ภาพรวมทั้งประเทศ

สัดส่วนแพทย์ทั่วไป: แพทย์เฉพาะทาง 1:(1.54)



ที่มา: สำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.), 2558

ตารางที่ 6.5 ภาพรวมแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

เขตสุขภาพ	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง	ผลรวมทั้งหมด
1	719	744	1,463
2	436	457	893
3	394	306	700
4	466	618	1,084
5	606	768	1,374
6	682	739	1,421
7	537	494	1,031
8	610	451	1,061
9	640	700	1,340
10	503	421	924
11	538	542	1,080
12	629	550	1,179
รวม	6,760	6,790	13,550

ที่มา: สำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาชนบท (สบพช.), 2558

6.1.6 งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

1) ด้านสาธารณสุข

โครงสร้างงบประมาณ ปีงบประมาณ 2557 - 2558 ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ รายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 แผนงาน การพัฒนาสาธารณสุขและแผนงานพัฒนาระบบประกัน สุขภาพอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์การศึกษา สาธารณสุข คุณธรรม จริยธรรมและคุณภาพชีวิต โดยมีสาระสำคัญของยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสาธารณสุขให้ประชาชน ได้รับบริการสุขภาพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มี คุณภาพอย่างทั่วถึง พัฒนาระบบประกันสุขภาพให้ได้ มาตรฐาน เท่าเทียมกันทุกระบบ ดูแลผู้สูงอายุ เด็ก สตรี คนพิการและผู้ด้อยโอกาส และยกระดับคุณภาพชีวิตของ ประชาชนตลอดทุกช่วงวัยให้ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการ ทางสังคมอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยมีแผนงานดังนี้

(1) แผนงานการพัฒนาสาธารณสุข จำนวน 53,276.3 ล้านบาท หรือร้อยละ 2.07 ของ งบประมาณรายจ่ายเพื่อการสาธารณสุขทั้งหมดของ ประเทศ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์

และสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเสมอภาค โดย ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับการให้บริการ สนับสนุนการปฏิบัติงาน เชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการ เสริมสร้างการป้องกันโรค แก้ไขปัญหาสุขภาพและพัฒนา สาธารณสุขพื้นฐาน ควบคุมกำกับ และส่งเสริมการพัฒนา คุณภาพสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ให้มี มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดและยกระดับคุณภาพ บริการสู่สากล พัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการด้าน จิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนคุ้มครอง พัฒนาและ ถ่ายทอดองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร

(2) แผนงานพัฒนาระบบประกันสุขภาพ จำนวน 267,396.1 ล้านบาท หรือร้อยละ 10.38 ของ งบประมาณรายจ่ายเพื่อการสาธารณสุขทั้งหมดของ ประเทศ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันทุกระบบ

ทั้งระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานของรัฐและระบบสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่นและลูกจ้าง พร้อมทั้งยกระดับคุณภาพชีวิตเครือข่ายบริการสุขภาพให้สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัย ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างสุขภาพให้เหมาะสมตามกลุ่มวัย ส่งเสริมการป้องกันโรคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็ง

จากตารางที่ 6.6 แสดงให้เห็นถึงรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 จำนวน 2,575,000 ล้านบาท

ได้กำหนดเป้าหมายนำไปใช้จ่ายตามลักษณะงานการสาธารณสุข จำนวน 261,367.5 ล้านบาท หรือร้อยละ 10.2 ของงบประมาณรายจ่ายทั้งสิ้น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งการวางแผนการบริหาร การดำเนินงานโรงพยาบาล สถานพยาบาลต่างๆ การวิจัยเพื่อการพัฒนาด้านการสาธารณสุข และการให้ความรู้และบริการด้านสุขภาพอนามัย เป็นที่น่าสังเกตว่างบประมาณทุกหมวดในปีงบประมาณ 2558 เพิ่มสูงมากขึ้นกว่างบประมาณในปี 2557 ยกเว้นงานวิจัยสาธารณสุขซึ่งได้รับงบประมาณในปี 2558 ลดลง

ตารางที่ 6.6 งบประมาณรายจ่ายจำแนกตามลักษณะงานด้านการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557 - 2558

หน่วย: ล้านบาท

การสาธารณสุข	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558
1.งานโรงพยาบาล	106,413.7	110,879.82
2.งานบริการสาธารณสุข	3,625.6	4,071.4
3.งานวิจัยสาธารณสุข	6,607.3	2,486.9
4.งานสาธารณสุขอื่น	136,349.7	143,929.4
รวมการสาธารณสุข	252,996.3	261,367.5
งบประมาณรายจ่ายประจำปี (ทั้งหมด)	2,525,000	2,575,000
ร้อยละของงบรายจ่ายประจำปี	10.0	10.2

ที่มา: สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี, พ.ศ. 2558

2) งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในกำกับ

เมื่อพิจารณาอัตราส่วนที่ได้รับจัดสรรตามกรมต่างๆ แล้วพบว่า ในปี พ.ศ. 2555 - 2558 หน่วยงานที่ได้รับงบประมาณมากที่สุด คือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมกองทุนหมุนเวียนหลัก

ประกันสุขภาพ) รองลงมาเป็น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รวมเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้างซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย) ดังตารางที่ 6.7

ตารางที่ 6.7 งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2557 จำแนกตามหน่วยงานและหมวด
รายจ่าย

หน่วยงาน	งบบุคลากร	งบดำเนินงาน	งบลงทุน	งบอุดหนุน	รายจ่ายอื่นๆ	รวม
	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ
สนง.ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	66,0187.588	7,962.433	9,646.993	3,891.043	48.913	87,727.970
กรมการแพทย์	3,293.195	874.827	770.438	133.109	79.006	5,150.575
กรมควบคุมโรค	1,703.808	1,340.874	159.204	260.804	37.447	3,502.136
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	69.802	104.420	9.660	54.232	21.931	260.046
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	435.432	462.470	175.306	1.563	35.690	1,110.460
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	388.270	476.785	222.531	8.000	16.369	1,111.954
กรมสุขภาพจิต	1,586.728	788.188	376.430	23.973	13.022	2,788.341
กรมอนามัย	1,149.013	576.736	44.276	22.474	39.072	1,831.571
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	253.658	457.928	74.351		29.085	815.022
รวมกระทรวงสาธารณสุข	75,058.494	13,044.661	11,479.189	4,395.198	320.535	104,298.075
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				1,442.185		1,442.185
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข				94.164		94.164
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				177.541		177.541
สถาบันรับรองคุณภาพสถาน พยาบาล(องค์การมหาชน)				78.476		78.476
สถาบันวัคซีนแห่งชาติ				63.663		63.663
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว				39.997		39.997
รวมหน่วยงานในกำกับฯ				1,896.026		1,896.026
รวมทั้งหมด	75,058.494	13,044.661	11,479.189	6,291.224	320.535	106,194.104

ที่มา: ฐานข้อมูล GFMS (Government Fiscal Management Information System)

หมายเหตุ: งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย งบประมาณของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุข

6.1.7 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ในหมวดที่ 10 ว่าด้วยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีการกำหนดเป้าหมายว่าให้มีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ดีมีเครือข่ายครอบคลุมทั้งประเทศและเชื่อมโยงกับนานาชาติได้ โดยให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำหนดทิศทางและนโยบาย การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ บริหารนโยบาย ติดตามดูแลและประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนสร้างเครือข่ายองค์กร ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ นอกจากนี้ยังให้รัฐพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและกลไกการนำข้อมูลด้านสุขภาพ ไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้คำจำกัดความระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หมายถึง ระบบการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งข้อมูลในระบบทะเบียนรายงาน หรือการสำรวจที่ครอบคลุมประเด็น สถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยกระทบต่อสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อม สวัสดิการ สังคม ทรัพยากรสุขภาพและบริการสุขภาพ รวมทั้งระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดความต้องการข้อมูล การจัดการ มาตรฐาน การควบคุมคุณภาพ การวิเคราะห์สังเคราะห์ การสื่อสารเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ การใช้ประโยชน์ จากข้อมูล และกลไกสนับสนุนระบบข้อมูล ได้แก่ นโยบาย ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ กฎหมาย ข้อตกลง กลไกประสานงาน กลไกเชิงสถาบัน ฯลฯ

ที่ผ่านมาการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะช่วงก่อนแผนพัฒนา ฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขมีการรวบรวมข้อมูลรายงานและสถิติต่างๆ ในงานสาธารณสุขไว้เป็นอันมาก พบว่า มีปัญหาการกระจัดกระจายของข้อมูลตามหน่วยงานยากต่อการรวบรวมนำมาใช้และการจัดทำข้อมูลยังไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อคุณภาพและความถูกต้องที่เชื่อถือได้ของข้อมูล ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการพัฒนาการวางแผนการบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร

สาธารณสุข พร้อมทั้งนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วย พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และขยายขีดความสามารถ โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์และสร้างโครงข่ายคอมพิวเตอร์ (Network Operating System) ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคทุกระดับ รวมทั้งจัดให้มีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหาร (Management Information System) และระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร (Decision Support System)

ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 7 - 8 กระทรวงสาธารณสุขได้ลดระบบรายงานกิจกรรมที่ไม่จำเป็นลง โดยสนับสนุนระบบข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ (Provincial Health Survey และ National Health Examinations Survey) และใน ปี พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพทั้งหมดของประเทศไทยเป็นรายงานทุก 2 ปี เรียกชื่อว่า “รายงานการสาธารณสุขไทย”

ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 - 10 (พ.ศ. 2545 - 2554) ได้มีการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขโดยกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขแนวใหม่เพื่อการบริหารจัดการ (MIS Reform) ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นฐานข้อมูลรายบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Individual Cards) เพื่อให้มีโครงสร้างเป็นมาตรฐานเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้งระบบ และตอบสนองต่อดัชนีวัดความสำเร็จต่างๆ ได้แก่ KPI, E-inspection และ MOC (Ministry Operation Center) และมีการพัฒนาระบบงานสำหรับแลกเปลี่ยนข้อมูลอาทิ รายงานโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน ระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขระดับจังหวัด (PROVIS) ระบบตรวจสอบสิทธิสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต่อมาในปีงบประมาณ 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพภาครัฐเพื่อรองรับบริการบัตรเดียวรับบริการได้ทุกที่ภายในจังหวัด สำคัญของโครงการนี้เพื่อพัฒนาระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Data Center) โดยการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ สถานบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

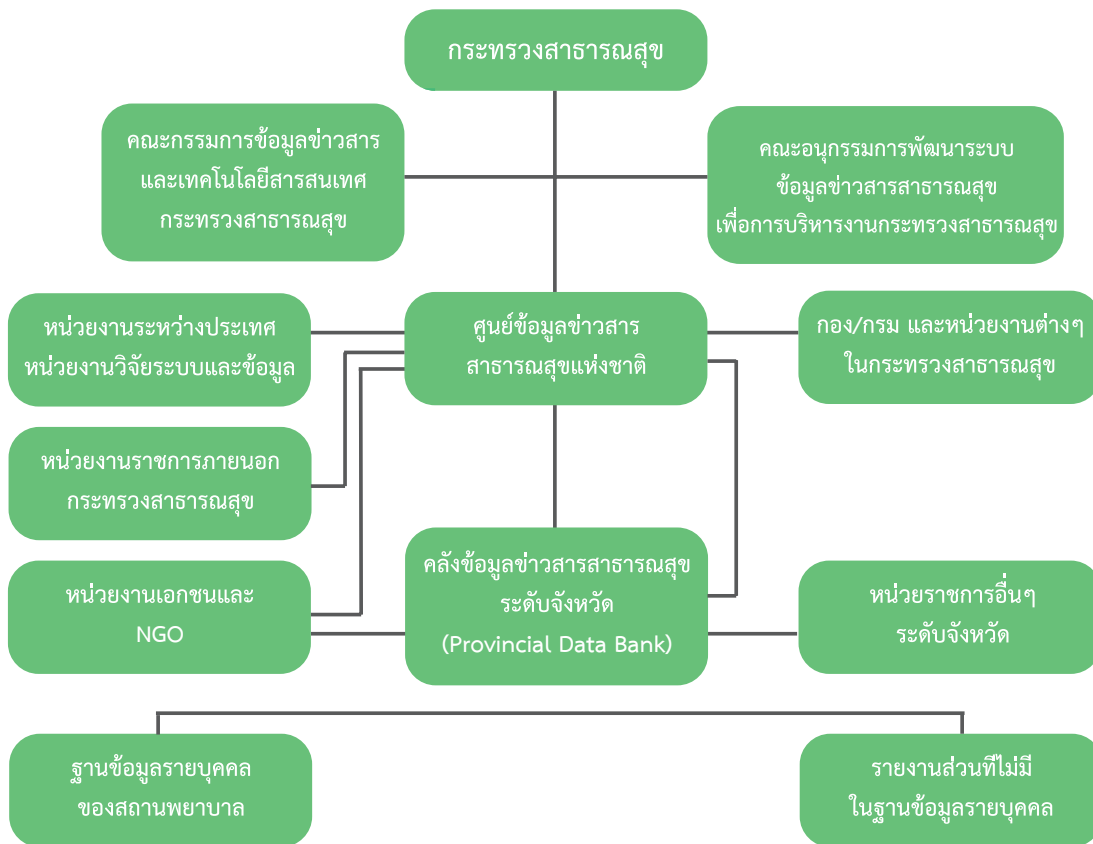
มายังส่วนกลางเพื่อให้หน่วยงานระดับปฏิบัติการ ระดับจังหวัดและระดับกลางมีข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพที่สำคัญตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และข้อมูลเพื่อการส่งต่อ 43 แฟ้ม และ 17 แฟ้ม และผู้รับบริการสามารถไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขใดๆ ก็ได้ภายในจังหวัดนั้น โดยมีข้อมูลประวัติผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยโครงการนี้ดำเนินงานนำร่องใน 5 จังหวัดเพื่อเป็นต้นแบบและมีการขยายผลครอบคลุมทั้ง 76 จังหวัดภายในปี พ.ศ. 2557

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ปี พ.ศ. 2556 - 2565 และได้มีการจัดทำร่าง กรอบนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 - 2565 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในการให้บริการเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่ม รวมทั้งผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยมียุทธศาสตร์ 6 ยุทธศาสตร์คือ 1) ยุทธศาสตร์พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ 2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 3) ยุทธศาสตร์การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารเพื่อการบริการ

สุขภาพ 4) ยุทธศาสตร์สร้างเสริมนวัตกรรมบริการและการวิจัยระบบเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพ 5) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการจัดการความรู้ด้านการแพทย์และสุขภาพสำหรับประชาชน 6) ยุทธศาสตร์พัฒนาบุคลากรด้าน ICT

ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการพัฒนาและบูรณาการข้อมูลที่เหมาะสมตอบสนองต่อผู้ใช้ มีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลภายใต้มาตรฐานและความปลอดภัย สามารถนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการบริหารจัดการและให้บริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป้าหมายยุทธศาสตร์คือ 1) มีมาตรฐานข้อมูล ด้านโครงสร้างของข้อมูล ด้านการจำแนกประเภทและรหัส ด้านการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านความปลอดภัยของข้อมูล 2) มีระบบฐานข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ในสถานบริการสาธารณสุขที่ครบถ้วนถูกต้องและมีมาตรฐานสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ 3) มีระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ 4) มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS) ผ่านช่องทางต่างๆ

ภาพที่ 6.11 การเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข



6.1.8 ระบบการติดตามประเมินผล

รัฐบาลกำหนดให้มีการปรับรูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) เน้นการรับผิดชอบต่อการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาและปรับรูปแบบระบบการติดตามประเมินผลเพื่อให้มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ โดยกำหนดตัวชี้วัดหลัก (key Performance Indicator: KPI) สำหรับการติดตามประเมินผล จะพิจารณาผลสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมายในภาพรวมระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเป็นหลักเท่านั้น โดยทั้งนี้ระบบการติดตามประเมินผลต้องการกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผล (Evaluation Objectives) และมีการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลที่เป็นที่ยอมรับและมีความถูกต้อง

จากกรอบแนวทาง/เครื่องมือในการติดตามประเมินผล โดยการบูรณาการงานติดตามประเมินผลในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ หน่วยงานระดับกรม สำนักในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การติดตามประเมินผลในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขสามารถสะท้อนถึงผลสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมายในภาพรวมระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ มีการนำเทคโนโลยีในการบริหารจัดการข้อมูลด้านการติดตามประเมินผล และจัดทำรายงานการติดตามความก้าวหน้าและผลสำเร็จของการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อนำเสนอข้อมูลสำคัญต่อผู้บริหารระดับกระทรวงและหน่วยงานติดตามประเมินผลระดับชาติ เพื่อใช้ประโยชน์ในกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์และประกอบการตัดสินใจระดับ

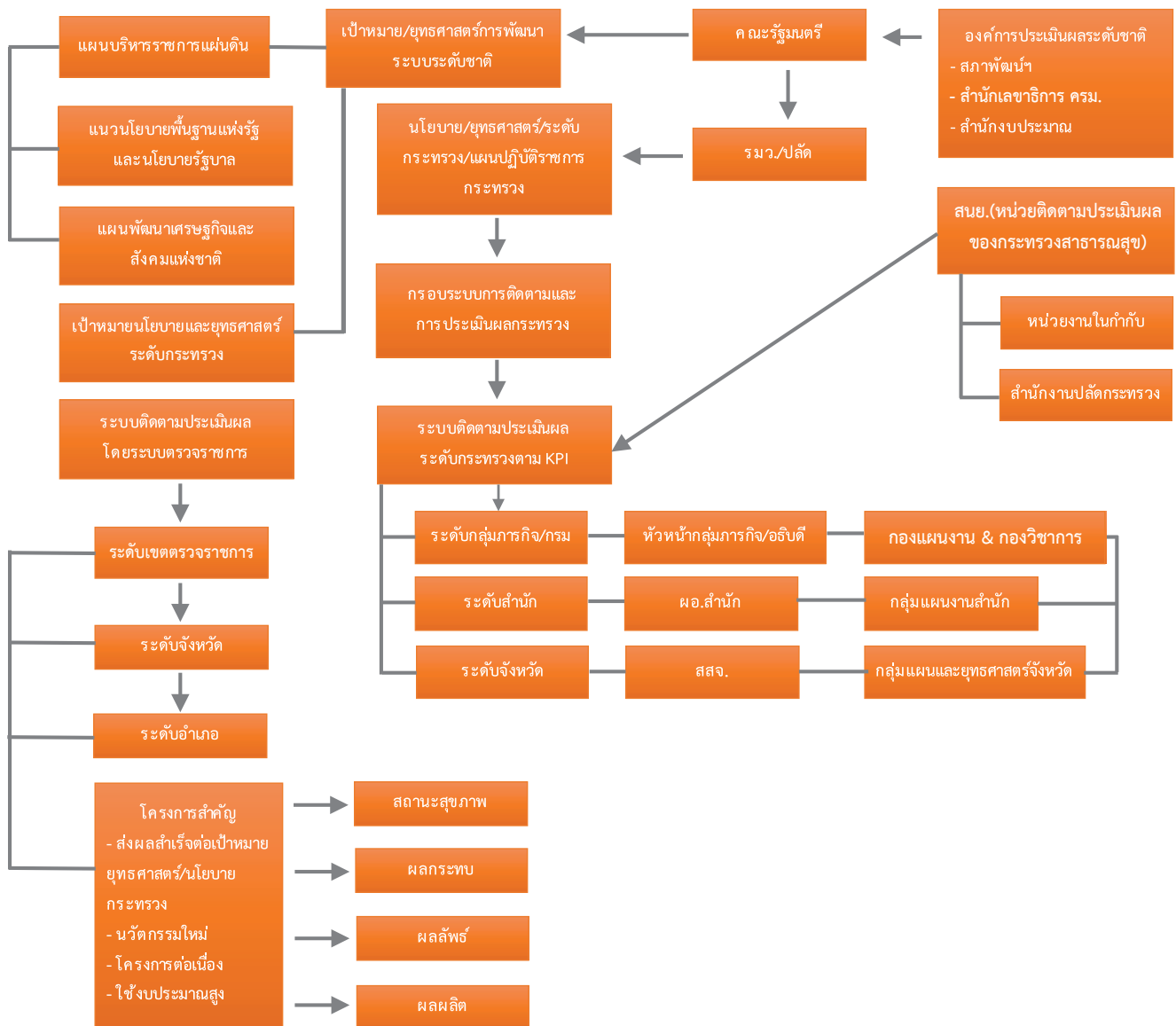
นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและการบริหารจัดการงบประมาณในภาพรวมระดับประเทศดังภาพที่ 6.12

สามารถสรุประบบติดตามประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุขได้เป็น 2 ระบบคือ

1) ระดับกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2) ระบบตรวจราชการ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 6.12 ระบบการติดตามประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข



6.2 การปฏิรูปด้านสุขภาพ

6.2.1 เหตุผลสำคัญที่ประเทศไทยต้องปฏิรูประบบสุขภาพ

การนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของ ผู้คนโดยมีระบบบริการที่พึงประสงค์ต้องสร้างระบบ บริการที่มีความปลอดภัย มีคุณภาพ มีความเป็นธรรม ตอบสนองความต้องการของประชาชน มีความมั่นคง ทางการเงินและมีประสิทธิภาพคือความคุ้มค่า ในการจะ ทำให้ระบบบริการไปสู่เป้าหมายดังกล่าวต้องมีระบบอื่นๆ เป็นองค์ประกอบร่วมที่สำคัญ คือ ระบบกำลังคน ระบบ ข้อมูล ระบบยา วัคซีนและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบ การเงินการคลัง การอภิบาลระบบ (Governance) ตลอด จนระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) ที่เป็นที่ยึดมั่นในกรอบแนวคิด Six Building Blocks Plus หรือ 6+1 ในระบบสุขภาพ และระบบสุขภาพต้อง เชื่อมโยงไปถึงสิ่งที่เรียกว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants)

แม้ระบบสุขภาพของไทยที่พัฒนามา ยาวนาน หากนับหนึ่งทีแผนพัฒนาการสาธารณสุข แห่งชาติฉบับแรกที่เกิดขึ้นคู่ขนานกับแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่หนึ่ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2504 เป็นเวลากว่าครึ่งศตวรรษ ผลลัพธ์ของ การพัฒนาทำให้การสาธารณสุขของไทยก้าวหน้าไป อย่างมาก มีโครงสร้างพื้นฐานที่ครอบคลุม มีการเพิ่ม ทั้งจำนวนและขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการกระจายไปยังสถาน บริการทั่วประเทศ และมีผลลัพธ์ที่ทำให้ประชากรใน ประเทศมีสุขภาพที่ดี และยังสามารถรับมือกับภัยสุขภาพ ได้ดีตามสมควร อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาและช่องว่าง สำคัญ ที่ต้องการการพัฒนาหรือแม้กระทั่งการปฏิรูประบบ เพื่อแก้ไขจุดอ่อนที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และรองรับภาวะคุกคามที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงใน อนาคต ดังนี้

1) สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ และการเมือง

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ประเทศที่มีรายได้ ปานกลางระดับสูง (Upper-middle Income Country) ด้วยรายได้ที่เป็นผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวต่อปีเท่ากับ 6,041 เหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2557 อัตราความ ยากจนลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 10.9 และมีคนว่างงาน

ต่ำกว่าร้อยละ 1 แต่อย่างไรก็ตามการจะก้าวไปเป็นประเทศ รายได้สูง (High Income Country) ประเทศไทยต้อง รักษาอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจให้ได้ร้อยละ 4 - 5 ติดต่อกันอีก 15 ปี ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำหาย ความได้เปรียบ ในการแข่งขันกำลังจะหมดไปหากต้นทุนด้านการบริหาร จัดการรวมถึงด้านลอจิสติกส์ยังคงสูงเกินไป การเมืองใน ประเทศที่มีความขัดแย้ง แยกแยะสูง จนต้องเว้นวรรค การปกครองระบอบประชาธิปไตยตามหลักสากล ทำให้ มีปัญหาในสายตาประชาคมโลก การที่รายงานการค้า มนุษย์ (Trafficking in Person Report: Tip Report) ลดระดับประเทศลงไปอยู่ที่ระดับต่ำสุด (Tier 3) ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2557 - 2558 แล้วต่อมารัฐบาลได้มีมาตรการที่ เข้มแข็งและกำหนดนโยบายแก้ไขปัญหา จากรายงาน สถานการณ์การค้ามนุษย์ประจำปี 2559 ได้ปรับระดับ ของประเทศไทยเป็น Tier 2 ในเดือนมิถุนายน 2559 สำหรับปัญหาคอร์รัปชันที่ยังอยู่ในระดับที่น่ากังวลแมตซ์นิ คอร์รัปชัน (Corruption Perception Index: CPI) จะ ดีขึ้นบ้างเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2558

2) สถานการณ์สุขภาพและแนวโน้ม การเปลี่ยนแปลงประเทศไทยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านที่ สำคัญคือ

1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าที่คาดไว้โดยในปี พ.ศ 2556 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.7 ของประชากรทั้งหมด และ ในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุ (มากกว่าอายุ 60 ปี ขึ้นไป) ประมาณหนึ่งในสามของประชากร อัตราการเจริญ พันธุ์เหลือ 1.4 ทำให้เด็กเกิดลดลง และยังมีปัญหาคุณภาพ ทั้งเรื่องพัฒนาการไม่สมวัย และระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ย ที่ต่ำกว่า 100 วัยรุ่นตั้งครรรภ์มีอัตราและแนวโน้มสูงขึ้น 1.4 เท่าในระยะเวลาเพียง 15 ปี

2. การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อไปเป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 1,682,281 ราย ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 3,099,685 ราย ในปี พ.ศ. 2555 อีกทั้งยังมีปัญหาสุขภาพจาก อุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น

3. ผลกระทบจากนโยบายสาธารณสุขด้านอื่นๆ ที่มีต่อระบบสุขภาพ แม้ว่าพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จะให้ความสำคัญกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment) และมีกลไกส่งเสริมให้การทำนโยบายสาธารณสุขทุกนโยบายต้องคำนึงถึงสุขภาพ แต่ยังไม่มีความหนักแน่นมากพอ

4. โลกาภิวัตน์ และความรวดเร็วของการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนรวมถึงพฤติกรรมในการให้บริการสุขภาพ การขาดการประเมินความคุ้มค่าเทคโนโลยีสุขภาพ (Health Technology Assessment) อย่างเพียงพอ จะทำให้ประเทศไม่สามารถเลือกลงทุนใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดได้อย่างคุ้มค่า

3) ระบบบริการและระบบสนับสนุนมีปัญหา ได้แก่

1. ในการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ในปี พ.ศ.2558 พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครามีเพียงร้อยละ 9 ที่เหลือเป็นการใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล ทั้งๆ ที่มีแนวคิดเรื่อง “ป้องกันดีกว่ารักษา” มานานมาก บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญเพียงในระดับหลักการหรือนโยบาย แต่ไม่เป็นจริงในระดับการปฏิบัติและการสนับสนุน

2. ระบบบริการสุขภาพถือเป็น บริการที่ต้องใช้บุคลากรและมีความเป็นวิชาชีพสูง (Labor Intensive and Highly Professional) การจัดการกำลังคนยังไม่ตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการ เกิดวิกฤตขาดแคลนผู้นำและนักวิชาการที่มีคุณภาพระดับสูง กระทรวงสาธารณสุขมีบุคลากรกว่า 3 แสนคน แต่ขาดหน่วยงานด้านทรัพยากรบุคคลที่มีสมรรถนะเพียงพอและไม่เป็นเอกภาพ

3. แม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อหัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องราว 3 เท่า จากจุดเริ่มต้นที่ 1,202.40 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 แต่ระบบการเงินการคลังยังไม่ลงตัวในเชิงบริหารจัดการ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่งมีปัญหาวิกฤตทางการเงินและมีความคิดเห็นที่

แตกต่างกัน ชัดแจ้ง มีความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ

4. ระบบการวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ แม้จะมีหน่วยงานเฉพาะอย่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ แม้จะมียุทธศาสตร์การพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพ แต่ผลลัพธ์ พบว่ายังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากงานวิจัยและข้อมูลที่มีได้อย่างเพียงพอในการบริหารงานของรัฐและการเข้าถึงของประชาชนในลักษณะประโยชน์สาธารณะ

4) โครงสร้างและกลไกการอภิบาลระบบมีปัญหา ได้แก่

1. ผู้ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพทั้งที่มีอยู่เดิม แต่ต่างหน่วยงานกัน และที่เกิดขึ้นตามกฎหมายในระยะหลัง ด้วยเจตคติและวิธีทำงานที่แตกต่างกัน ทำให้ขาดเอกภาพเนื่องจากขาดกลไกบูรณาการระหว่างหน่วยงานในระดับชาติและทุกระดับ ทำให้ไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพในการเอาชนะปัญหา ตลอดจนลูกถามมีความขัดแย้ง แบ่งฝักฝ่ายอย่างที่ปรากฏเป็นข่าวครึกโครมเป็นระยะๆ

2. ธรรมชาติของหน่วยงาน การแต่งตั้งโยกย้ายที่ไม่ได้ทำให้ คนดี คนเก่งมีโอกาสก้าวไปสู่ตำแหน่งสำคัญ การจัดซื้อจัดจ้างที่ถูกแทรกแซง แม้ว่าโดยข้อเท็จจริงอาจจะน้อยกว่าในระบบอื่นแต่ก็เป็นปัญหาที่ถูกสังคมตั้งคำถาม ขาดกลไกการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ ถ่วงดุลและตัดทอนเมื่อมีสิ่งไม่ถูกต้อง

3. โครงสร้างที่ใหญ่โตเทอะทะและมีกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรค (bureaucracy) ไม่สามารถทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ รวมถึงการรวมศูนย์อำนาจสั่งการล่าช้า ไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

5) นโยบายและกฎหมายมีปัญหา ได้แก่

1. นโยบายขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารบ่อย ประเทศไม่มียุทธศาสตร์ชาติระยะยาว มีเพียงแผนระยะกลาง และส่วนมากเป็นการทำนโยบายตามสถานการณ์เฉพาะหน้าที่มีผลในทางปฏิบัติไม่มาก ไม่ได้ใช้เป็นกรอบในการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

2. กฎหมายหลายฉบับเกา่ก่อนข้างล้ำสมัยไม่รองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผล รวมถึงการบังคับใช้ที่ยืดเยื้อยาวนาน

3. หน่วยตรวจสอบของประเทศ คือ สำนักการตรวจเงินแผ่นดิน มีทัศนคติที่ล้ำหลัง และเป็นอุปสรรคต่อการที่หน่วยงานจะทำงานได้ตามหลักเกณฑ์การบริหารจัดการพลเมืองที่ดี

6) ความเข้มแข็งของชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนมีปัญหา ได้แก่

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง เห็นได้จากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องและขาดการออกกำลังกาย

2. แม้มีความพยายามในการพัฒนา (สร้างความเข้มแข็ง) และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรชุมชน แต่ชุมชนจำนวนมากยังพึ่งตนเองไม่ได้

ข้อเสนอการปฏิรูปด้านสุขภาพ มีข้อเสนอสำคัญสรุปได้ดังนี้

1. สมัชชาปฏิรูปแห่งชาติ

คณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) มีการจัดสมัชชาปฏิรูปขึ้น 3 ครั้งจนถึงปีพ.ศ. 2558 โดยใช้กระบวนการคล้ายกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีข้อเสนอออกมาทั้งหมด 21 มติ

2. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 (มิถุนายน พ.ศ. 2557)

มีมติเห็นชอบหลักการแนวทางสำคัญในการปฏิรูป ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 (มีการเลื่อนจากปี พ.ศ. 2556 เนื่องจากเหตุการณ์ไม่สงบทางการเมืองช่วงปลายปี พ.ศ. 2556) ใน 5 ระบบสำคัญคือ

(1) ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยให้มีการคำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบาย (Health in all Policy) ให้มีการคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม

ที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinant of Health) และการทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment) อย่างจริงจัง

(2) ระบบบริการสุขภาพ สนับสนุนการจัดการเบ็ดเสร็จในระดับพื้นที่ พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) การจัดการเขตบริการสุขภาพ มีแผนบริการสุขภาพ (Service Plan) การให้บริการระยะยาว (Long term care) ทบพวณนโยบาย ศูนย์สุขภาพแห่งเอเชีย สนับสนุนการแพทย์แผนไทย และพัฒนาระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบบริการ

(3) ระบบกำลังคน ให้ปฏิรูปโดยดูทั้งระบบทั้งการผลิต สรรหา การกระจาย ชำรงไว้และการพัฒนาสมรรถนะ

(4) ระบบการเงินการคลังและการสร้างหลักประกันสุขภาพ ให้มีการลงทุน การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเพิ่ม การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ ให้เพิ่มการมีส่วนร่วมมากขึ้น ขยายความครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ปรับปรุง พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

(5) ระบบอภិบาลและการทำนโยบายสาธารณะ สร้างกลไกบูรณาการ เร่งการถ่ายโอนสถานบริการปรับหน่วยบริการเป็นองค์การมหาชน

3. ข้อเสนอการปฏิรูปของกระทรวงสาธารณสุข (คสร.) ต่อ คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมี สวรส. เป็นหน่วยงานหลัก ในการจัดเวทีการแสวงหาข้อเสนอ บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 และมีการทำกระบวนการต่อมาเป็นข้อเสนอการปฏิรูป 4 ระบบ (ระบบบริการ ระบบส่งเสริมสุขภาพ ระบบป้องกันควบคุมโรคและ ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ) และ 11 บทบาทที่พึงประสงค์ในฐานะหน่วยงานแห่งชาติด้านสุขภาพ (National Health Authority) ต่อมาเมื่อมีการยึดอำนาจการปกครองโดย คสช. ได้มีการจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาตามแผนที่ทางเดิน (Road Map) ระยะสั้น กลาง ยาว รวมถึงข้อเสนอการปฏิรูป 4 ด้านหลัก ได้แก่

(1) การมีกลไกนโยบายระดับชาติ (National Health Policy Board) เพื่อสร้างเอกภาพในทางนโยบาย และบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เป็นผู้เล่นด้านสุขภาพ ทั้งที่อยู่ในกระทรวงต่างๆ และองค์กรที่เกิดขึ้นใหม่ในระบบ สุขภาพ

(2) การจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพให้มีการกระจายอำนาจไปเขตโดยการมอบอำนาจจาก ปลัดกระทรวง เพิ่มประสิทธิภาพ มีการร่วมใช้ทรัพยากร พัฒนาศักยภาพให้เพิ่มขึ้นในเขตเพื่อลดการส่งต่อ และ มีการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ (Seamless Referral System)

(3) การเงินการคลัง โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อ สนับสนุนนโยบาย ให้มีการจัดสรรงบประมาณในระดับ เขตโดยส่งเงินไปที่สถานบริการตามเดิม

(4) ระบบธรรมาภิบาล โดยการกำหนดแนวทาง จัดซื้อจัดจ้าง ร่วมมือกับองค์กรต่อต้านคอร์รัปชัน การกำหนดระบบคุณธรรมในการแต่งตั้งโยกย้าย และ การจัดตั้งประชาคมสาธารณสุขเพื่อสร้างระบบตรวจสอบ ถ่วงดุล (Watch and Voice)

4. ข้อเสนอสถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) และ สถาปนาขับเคลื่อนการปฏิรูป (สปท.)

ก่อนที่สถาปนาปฏิรูปจะหมดวาระลงไปได้มี กระบวนการศึกษาและจัดทำข้อเสนอการปฏิรูปด้าน สุขภาพ เป็นวาระปฏิรูป 3 วาระและวาระพิเศษ 1 วาระคือ

(1) วาระปฏิรูปที่ 22: การปฏิรูประบบบริการ สุขภาพ

(2) วาระปฏิรูปที่ 23: การปฏิรูปการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

(3) วาระปฏิรูปที่ 24: การปฏิรูประบบบริหาร จัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ

(4) วาระปฏิรูปพิเศษที่ 13: แนวทางการปฏิรูป ระบบประกันสุขภาพ

เมื่อสถาปนาปฏิรูปหมดวาระไป รัฐบาลได้ตั้งสภา ขับเคลื่อนการปฏิรูปซึ่งได้วางแนวทางการขับเคลื่อน การปฏิรูปเป็น 4 ประเด็นใหญ่คือ 1) การปฏิรูประบบ บริการสุขภาพ 2) การอภิบาลระบบสุขภาพทั้งใน

ระดับประเทศและระดับพื้นที่ 3) การเงินการคลังด้าน สุขภาพ 4) การทบทวนและแก้ไขกฎหมายที่สนับสนุน การขับเคลื่อนการปฏิรูป มีการตั้งคณะทำงานร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ ทำแผนปฏิบัติการต่อไป

5. ร่างรัฐธรรมนูญ ฉบับปี 2559

การปฏิรูปเป็นสาเหตุหนึ่งของการทำรัฐประหาร เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 จึงได้มีกลไกการ จัดตั้งสภาปฏิรูปแห่งชาติ ซึ่งได้จัดทำข้อเสนอวาระปฏิรูป 3 วาระ และวาระพิเศษ 1 วาระ และคณะกรรมการ ยกร่างรัฐธรรมนูญ ได้บรรจุไว้ในร่างรัฐธรรมนูญ โดย ฉบับแรก (พ.ศ. 2558) โดยกำหนดไว้ในส่วนที่ 2 การ ปฏิรูปด้านต่างๆ ตั้งแต่ มาตรา 281 โดยการปฏิรูปด้าน สาธารณสุขถูกกำหนดไว้ในมาตรา 294 โดยกำหนด ไว้เป็น 5 ข้อ คือ 1) ให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ 2) การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ 3) การควบคุมค่าใช้จ่ายโดยให้ประชาชนดูแลสุขภาพ ตนเอง 4) พัฒนากลไกกำกับดูแลในระบบเศรษฐกิจ แบบตลาดที่เป็นธรรม 5) การผลิตและกระจายแพทย์ไป ชนบท ซึ่งรัฐธรรมนูญนี้ตกไป เนื่องจากไม่ผ่านการออก เสียงรับรองจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ดังนั้น คณะรักษา ความสงบแห่งชาติจึงตั้งคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญชุด ใหม่และเสนอร่างรัฐธรรมนูญที่มีการปฏิรูปอยู่ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ ตั้งแต่มาตรา 257 โดยมาตรา 258 ให้มี การปฏิรูปประเทศด้านต่างๆ ให้เกิดผล เช่น ด้านการเมือง ด้านบริหารราชการแผ่นดิน ด้านกฎหมาย ด้านกระบวนการ ยุติธรรม ด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ และด้านอื่นๆ ซึ่ง รวมถึงด้านสาธารณสุขด้วย จากการทำประชามติว่า จะรับหรือไม่รับร่างรัฐธรรมนูญฉบับนี้ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 พบว่ามีประชาชนไทยมาใช้สิทธิจำนวน 29,740,677 คน คิดเป็นร้อยละของผู้มีสิทธิ 59.40% ประชาชนที่รับร่างจำนวน 16,820,420 คน (61.31%) และไม่รับร่างจำนวน 10,598,037 คน (38.65%)

6. ความเห็นสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เสนอต่อคณะรัฐมนตรี

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ทำข้อเสนอเข้าคณะรัฐมนตรีเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 ในประเด็นการปฏิรูปโดยแบ่งเป็นส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการได้เลยและส่วนที่เป็นข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปในระยะต่อไป

กลุ่มข้อเสนอที่ทำได้เลย ได้แก่ 1) จัดทำมาตรฐานข้อมูลกลาง และการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุนประกันสุขภาพ 2) พัฒนาสถานบริการที่เป็นมาตรฐานความเป็นเลิศทางแพทย์ (Excellent Center) 3) การจัดการแบบเขตสุขภาพ 4) การจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 5) การกำหนดบทบาทผู้ซื้อผู้ให้บริการให้มีความชัดเจน 6) การสร้างระบบเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ชายแดนและประเทศเพื่อนบ้าน

กลุ่มข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป ได้แก่ 1) การร่วมจ่าย (cost sharing) 2) การปรับปรุง พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ 3) การถ่ายโอนงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

วิเคราะห์ข้อเสนอปฏิรูปที่มีในปัจจุบัน

ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปมีมาจากหลายภาคส่วน แม้จะมีกลไกหลักที่ออกแบบมา ภายใต้รัฐบาลที่มาจากคสช.คือสภาปฏิรูปแห่งชาติ แต่ไม่สามารถขับเคลื่อนได้เนื่องจากผู้แสดงบทบาททุกส่วนมีพลัง มีอำนาจหน้าที่ มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนอย่างหลากหลายจึงไม่อาจสรุปได้ว่า พินิจพิจารณาปฏิรูปที่จะใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนจริงเป็นอย่างไร เพียงแต่สามารถศึกษาและวิเคราะห์ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ดังนี้

1. ประเด็นที่มีความเห็นร่วมหรือมีข้อแตกต่างน้อยสรุปข้อเสนอได้ ดังนี้

- (1) การมุ่งเน้นให้ความสำคัญที่บริการระดับปฐมภูมิ เพิ่มการลงทุนเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- (2) การพัฒนาระบบบริการโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน มีการบริหารจัดการในแต่ละเขตพื้นที่ (เขตสุขภาพ) สร้าง

กลไกพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ให้มีความเข้มแข็ง ใช้แผนบริการสุขภาพ (Service plan) เป็นเครื่องมือในการออกแบบบริการและการจัดสรรทรัพยากร

(3) เพิ่มมาตรฐาน คุณภาพ ความปลอดภัย และความคุ้มค่าของระบบบริการ

(4) วางแผนกำลังคนครบวงจร ให้มีจำนวนเพียงพอ กระจายอย่างเหมาะสม มีสมรรถนะ มีระบบแรงจูงใจที่เป็นธรรม

(5) สร้างมาตรฐานและระบบข้อมูลกลาง การลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุนประกันสุขภาพ และความครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มรวมถึงผู้ที่ยังมีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ

(6) ปรับ พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถให้เหมาะสมเป็นธรรม และเพื่อประโยชน์ของประชาชนส่วนรวมให้มากขึ้น

(7) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองและการมีส่วนร่วม

2. ประเด็นที่มีความเห็นร่วมในหลักการ แต่อาจแตกต่างในรายละเอียด สรุปข้อเสนอได้ ดังนี้

(1) กลไกบูรณาการในระดับชาติ ที่มีการเสนอรูปแบบโครงสร้างที่ใช้กลไกอำนาจ (Authority) มีคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board) หรือกลไกการประสานงานกันในแนวราบ (Networking)

(2) การสร้างความพอเพียงและยั่งยืนด้านการเงินการคลังสุขภาพเพื่อสนับสนุนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีคณะทำงานกำหนดเป้าประสงค์ (Goal) ของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพเป็น 4 ด้าน คือ ความยั่งยืน ความเพียงพอ ความเป็นธรรมและความมีประสิทธิภาพ (SAFE: Sustainable, Adequate, Fairness, Efficient)

(3) ธรรมชาติที่เห็นเป้าหมายเดียวกัน แต่วิธีทำยังต่างกันเช่น กลไกประชาคมสาธารณสุขในการตรวจสอบถ่วงดุล

(4) รูปแบบการกระจายอำนาจ การกระจายอำนาจแบบยกพวกบริการไปเป็นเขตสุขภาพ หรือการถ่ายโอนสถานบริการไป อปท. หรือการปรับสถานบริการไปเป็นองค์กรมหาชน

(5) การแยกบทบาท Regulator - Purchaser – Provider ออกจากกัน

3. ประเด็นที่ยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก

(1) การจัดการการเงินการคลังสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นการร่วมจ่าย (cost sharing)

(2) การปรับบทบาทและโครงสร้างองค์กร รวมถึงกลไกการทำงานกับหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นตามกฎหมาย

(3) ศูนย์สุขภาพแห่งเอเชีย (Medical Hub of Asia) ที่ยังมีความห่วงกังวลเรื่องผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพของคนไทย

กลไกและกระบวนการปฏิรูปด้านสุขภาพ

การจัดการเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพจะต้องมีกลไกที่ทำหน้าที่อย่างน้อย 3 ประการคือ (1) มีการทำงานวิชาการรวมถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยการสนับสนุนของหน่วยงานที่มีพันธกิจ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สนับสนุนการจัดเวทีการมีส่วนร่วมกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) เสนอการปรับแก้กฎหมาย เพื่อให้มีข้อเสนอที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด ซึ่งอาจเป็นข้อเสนอทางเลือกพร้อมข้อมูลสนับสนุน (2) มีองค์กรที่จะชี้ว่าจะกำหนดทิศทางการปฏิรูปเป็นแบบใด และ (3) เมื่อได้ทางเลือกก็ให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนการปฏิรูปนำไปดำเนินการ โดยเฉพาะประเด็นที่สามารถทำให้สำเร็จได้ในระยะเวลาไม่นาน (Quick Win) กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความเห็นชอบในการจัดตั้งกลไกดังกล่าวขึ้นเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่เป้าหมายด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป

6.3 การอภิบาลระบบสุขภาพ

1) ความหมายของสุขภาพ องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความเรื่องสุขภาพไว้ดังนี้ “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” ซึ่งแปลความได้ว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่มีความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น คำจำกัดความนี้

เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปของนานาชาติ ที่แสดงให้เห็นว่าเรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องของการไม่เจ็บป่วยเท่านั้น

สำหรับประเทศไทยได้กำหนดความหมายของสุขภาพไว้ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ดังนี้⁽¹⁾ “สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”

ระบบสุขภาพในความหมายเดิมซึ่งมักจะหมายถึง ระบบทางการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อมีการปรับขยายความหมายสุขภาพตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ระบบสุขภาพจึงหมายถึง “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ”

2) ความหมายของการอภิบาล⁽²⁾ การอภิบาลหรือ “Governance” มีความหมายมาจากที่ต่างๆ กัน ได้แก่ ความหมายในพจนานุกรม การอภิบาล หมายถึง “การปกครองที่เต็มไปด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน โดยเล็งเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เป็นการปกครองที่มุ่งหวังให้ทุกคนทั้งผู้ปกครองและผู้ถูกปกครองได้รับประโยชน์สูงสุดและมีความสุข”⁽³⁾

นัยนี้ ความหมายของคำว่าอภิบาลยังผูกโยงอยู่กับการปกครองโดยรัฐ มองว่ารัฐเป็นผู้ปกครอง ประชาชนเป็นผู้ถูกปกครอง คำจำกัดความนี้เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งรัฐไทยเป็นแบบนี้มานานกว่าร้อยปีแล้ว เปรียบเทียบคล้ายกับอังกฤษปกครองเมืองขึ้น รัฐไทยมีราชการบริหารส่วนกลางเป็นใหญ่ ทำหน้าที่ปกครองจังหวัด และพื้นที่ต่างๆ ในฐานะคล้ายเมืองขึ้น เรียกว่าส่วนภูมิภาค โดยส่งผู้ว่าราชการจังหวัดไปครองเมือง ปัจจุบันเปลี่ยนแนวคิดเป็นส่งผู้ว่าราชการจังหวัดไปดูแลประชาชน แต่การบริหารจัดการยังเป็นแนวคิด บนลงล่าง คล้ายๆ เดิม

ในระดับสากลมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดเรื่อง การอภิบาลไปมากมีการให้ความหมายที่เพิ่มขึ้นหลากหลายแต่ที่เห็นว่าคุณจะเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยปัจจุบัน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ว่า

การอภิบาล หมายถึง “ปฏิสัมพันธ์กันของรัฐ องค์กรสาธารณะต่างๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา ความท้าทายต่างๆ ในสังคม และสร้างสรรค์โอกาสใหม่”²

ความหมายนี้วางอยู่บนแนวคิดที่ก้าวหน้ามากขึ้น มีนัยของความเท่าเทียม และการมีส่วนร่วมชัดเจนมากขึ้น เป็นฐานความคิดของ “การอภิบาลระบบโดยเครือข่าย” (governance by network) คือให้ความสำคัญกับภาค รัฐ และองค์กรทุกภาคส่วนให้เข้ามาบริหารจัดการสังคม ร่วมกัน แก้ไขปัญหาสาธารณะ ความท้าทายต่าง ๆ และ สร้างสรรค์โอกาสใหม่ๆ ให้สังคม ไม่ได้มองว่ารัฐเป็นผู้ ปกครอง หรือรัฐเป็นผู้ดูแลบริหารจัดการอย่างเบ็ดเสร็จ เด็ดขาดเพียงผู้เดียวอีกต่อไป

3) การอภิบาลระบบสุขภาพ การอภิบาลระบบ สุขภาพในที่นี้จึงขอสรุปว่า หมายถึง “การบริหาร การ จัดการ การดูแล การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างภาครัฐ องค์กร สาธารณะต่างๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม ที่มีความ เกี่ยวข้องกับสุขภาพประชาชนในการกำหนดทิศทางระบบ สุขภาพโดยรวม การพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การกำกับดูแล การแก้ไขปัญหาความท้าทายต่างๆ และ สร้างสรรค์โอกาส หรือทางเลือกใหม่ในการพัฒนาระบบ สุขภาพ โดยคาดหวังว่าทุกๆ คนจะได้รับประโยชน์สูงสุด และมีความสุข”

4) หน้าที่ของการอภิบาลระบบสุขภาพ⁽⁴⁾

หน้าที่สำคัญของการอภิบาลระบบมีอย่างน้อย 6 ประการ คือ (1) การกำหนดนโยบาย (policy guidance) (2) การสังเคราะห์และการใช้ความรู้และการมองภาพรวม (intelligence and oversight) (3) การประสานงาน

และสร้างความร่วมมือ (collaboration and coalition building) (4) การกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎระเบียบ (regulation) (5) การออกแบบระบบ (system design) (6) การมีความรับผิดชอบ (accountability)

การอภิบาลระบบสุขภาพเป็นความพยายามของ รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยที่จะทำให้ประชาชน ชุมชน และ สังคมไทย เกิดการมีสุขภาพที่ดี และสังคมเกิดสุขภาวะ แต่เนื่องจากสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น มีขนาดใหญ่ขึ้น มีความเป็นพลวัตสูง การอภิบาลระบบสุขภาพแบบเดิม ที่เน้นไปในลักษณะสั่งการจากบนลงล่างจึงมีอาจจะตบ สอนต่อการเปลี่ยนแปลงได้ ควรมีรูปแบบการอภิบาล ระบบแบบอื่นเข้ามาเสริม กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็น องค์กรหลักในการทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ จึงมี ความจำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ใหม่ โดยการขยายขอบเขตไปให้กว้างกว่าการทำหน้าที่ ในระบบสาธารณสุขเดิมเท่านั้น โดยการแสวงหารูปแบบ การอภิบาลระบบสุขภาพแบบใหม่ๆ มาเป็นเครื่องมือใน การสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีต่างๆ ให้มากขึ้น

6.3.1 รูปแบบของการอภิบาลระบบสุขภาพ

รูปแบบของการอภิบาลระบบ อาจจำแนก เป็น 3 ประเภท ตาม “ต้นแบบอุดมคติ” (Ideal type) ดังแสดงในตารางที่ 6.8 แต่ในความเป็นจริงอาจจะไม่ สามารถแบ่งแยกโดยเด็ดขาด อาจจะมีทับซ้อนกัน ของแต่ละรูปแบบได้⁽⁵⁾

ตารางที่ 6.8 ต้นแบบอุดมคติของการอภิบาล 3 รูปแบบ⁽⁵⁾

คุณลักษณะ ของอุดมคติ	รูปแบบ	รัฐ	ตลาด	เครือข่าย
1. รูปแบบของการใช้อำนาจ	การบังคับบัญชา		การแลกเปลี่ยน	การสานเสวนา
2. รากฐานของเหตุผล	ความเป็นทางการและ กระบวนการ		มุ่งเน้นผลลัพธ์	มุ่งเน้นกระบวนการและสะท้อน ความคิด
3. เกณฑ์วัดความสำเร็จ	การจัดสรรทรัพยากรอย่างมี ประสิทธิภาพ		การบรรลุเป้าหมายอย่างมี ประสิทธิภาพ	ความยินยอมจากการเจรจาต่อรอง
4. เกณฑ์วัดความล้มเหลว	ความไร้ประสิทธิภาพ ความล่าช้า		ความไร้ประสิทธิภาพทาง เศรษฐศาสตร์	การได้กเถียงโดยไม่ได้ข้อสรุป

ตารางที่ 6.8 ต้นแบบอุดมคติของการอภิบาล 3 รูปแบบ⁽⁵⁾ (ต่อ)

คุณลักษณะของอุดมคติ	รูปแบบ	รัฐ	ตลาด	เครือข่าย
5. ขอบเขตเชิงพื้นที่	พรมแดนประเทศ		ระบบทุนนิยมโลก	พยายามปรับขอบเขตแต่ขึ้นอยู่กับเส้นทางในอดีต
6. มุมมองต่อมนุษย์	ชอบอยู่ในระบบและระเบียบที่ชัดเจนตายตัว		เห็นแก่ผลประโยชน์และมุ่งหวังประโยชน์สูงสุด	ชอบถกเถียงมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ
7. แนวคิดต่อยอดจากต้นแบบอุดมการณ์	การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ธรรมาภิบาล		อภิบาลอภิบาล การอภิบาลของการอภิบาล	การอภิบาลเครือข่ายแบบประชาธิปไตย

จากตารางที่ 6.8 สามารถสรุปลักษณะเด่นของการอภิบาลแต่ละรูปแบบ ไว้ดังนี้

1) การอภิบาลโดยรัฐ (Hierarchical governance หรือ Governance by Government) เป็นรูปแบบการอภิบาลแบบพื้นฐานมีการใช้อำนาจสั่งการจากผู้บังคับบัญชา มีระบบและโครงสร้างชัดเจน มีความไว้วางใจ ความเข้าอกเข้าใจ และการเห็นคุณค่ากันและกันน้อย เกิดนวัตกรรมยาก การอภิบาลโดยรัฐไม่ได้อยู่แต่ในราชการเท่านั้น อยู่ในองค์กรอะไรก็ได้ องค์กรธุรกิจก็เป็นได้ เป็นลักษณะการทำงานแบบสั่งการจากบนลงล่าง

2) การอภิบาลโดยตลาด เป็นการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการยินดีที่จะจ่ายในบริการที่ตนเองพอใจ ซึ่งเป็นการบริหารจัดการแบบธุรกิจ ทำให้สามารถเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ของงานที่ทำได้ในภาครัฐก็อาจจะมีเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงาน (Pay for Performance) และการร่วมจ่ายในการรับบริการนอกเวลาราชการ เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการบริการสุขภาพที่จัดโดยภาคเอกชน

ตารางที่ 6.9 เปรียบเทียบคุณลักษณะเชิงกระบวนการอภิบาล 3 รูปแบบ

คุณลักษณะของกระบวนการ	รูปแบบ	การอภิบาลโดยรัฐ	การอภิบาลโดยตลาด	การอภิบาลโดยเครือข่าย
1. ความคิดริเริ่ม		ทำแบบคุณพ่อรู้ดี ประชาชนไม่ต้อง ฉันทำให้เธอ (I will do it for you)	คิดเอง ทำเอง ประชาชนทำเอง (Do it yourself)	เรามาคิดด้วยกัน ทำด้วยกัน (Think together Do together, happy together)
2. การใช้อำนาจในการจัดการ ฉันทามติ หาข้อสรุปที่ยอมรับร่วมกัน		ใช้กฎ กติกา ระเบียบคู่มือเป็นหลัก มีการบังคับ กำกับตรวจสอบ	เน้นบริการผลิตภัณฑ์ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ กับค่าใช้จ่ายที่ใช่ไป ใช้การทำสัญญา และข้อตกลง	ปรึกษาหารือเพื่อหาข้อสรุปที่ยอมรับร่วมกัน
3. การดำเนินการสู่เป้าหมาย		บังคับเส้นทางตายตัว วถวน ยืดยาวหลายขั้นตอน	มีทางเลือกหลายทาง	นำทุกอย่างเข้ามาคิด คำนึงถึงการเคารพคุณค่าทุกเรื่อง

3) การอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by network) เน้นความเป็นหุ้นส่วนหรือเจ้าของร่วมกัน (partnership) มีความเคารพกัน ไว้วางใจกัน (trust) เข้าอกเข้าใจกัน (empathy) ต้องหา “ฉันทมติ” ร่วมกัน คือความไว้วางใจ และเชื่อมโยงกันหมด เป็นการบริหารจัดการแบบแนวราบให้เกิดการทำงานที่มาจากจิตสำนึกขององค์กรและผู้ปฏิบัติงานมากกว่าที่มาจากคำสั่งการ

6.3.2 การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดีควรเป็นอย่างไร

การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดีจะต้องสามารถสนับสนุนให้ระบบสุขภาพมีลักษณะที่สำคัญอย่างน้อย 4 ประการ คือ

1) มีความเป็นธรรม (equity) หมายความว่า เรื่องของสุขภาพจะต้องทำให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าจะรวยหรือจน การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชนทุกคนจะมีโอกาสเท่าเทียมกัน

2) มีคุณภาพ (quality) หมายความว่า การบริการที่เกิดจากรัฐ หรือองค์กรต่างๆ ในภาคเอกชนจะต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามหลักวิชาการ ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี นอกจากนี้ คุณภาพยังหมายถึง คุณภาพเชิงสังคมที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทุกคนรวมถึงการมีส่วนร่วมด้วย

3) มีประสิทธิภาพ (efficiency) เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัด การอภิบาลระบบสุขภาพจึงต้องส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า แต่ไม่ทำให้ความเป็นธรรม และควมมีคุณภาพลดน้อยไป การใช้ทรัพยากรบุคคลให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ การสร้างเครือข่ายต่างๆ เพื่อร่วมบูรณาการทรัพยากรและงานให้ไปด้วยกันเพื่อให้เกิดความสำเร็จจึงเป็นความคาดหวังจากการอภิบาลระบบสุขภาพ อีกทั้งการคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ก็เป็นส่วนหนึ่งของการเพิ่มประสิทธิภาพด้วย

4) มีความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) การรับผิดชอบต่อสังคม คือ การส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้เกิดสมดุลในการใช้มาตรการ หรือนโยบายต่างๆ ในสังคม เช่น สิทธิเสรีภาพในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ที่มีผลต่อสุขภาพ การมีส่วนร่วมให้คำแนะนำแก่ภาครัฐจากภาคประชาชน มีการตรวจสอบแบบโปร่งใส

การอภิบาลด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง อาจจะเหมาะสมกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การจัดการเรื่องอุบัติเหตุ โรคระบาด โรคอุบัติใหม่ ถ้าใช้การอภิบาลแบบรัฐน่าจะมีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีการอื่น แต่ถ้าเป็นเรื่องแก้ปัญหาเชิงสังคมที่ซับซ้อนอาจจะต้องใช้วิธีการอภิบาลแบบเครือข่าย เป็นต้น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6.10

ตารางที่ 6.10 เปรียบเทียบการอภิบาลระบบสุขภาพ 3 รูปแบบต่อการตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ 4 ด้าน

รูปแบบการอภิบาล ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์	รัฐ	ตลาด	เครือข่าย
1. ความเป็นธรรม	+++	+	+++
2. คุณภาพ	++	+++	++
3. ประสิทธิภาพ			
- สำคัญ / ต่วน	+++	+++	+
- สำคัญ / ไม่ต่วน	++	+++	++
4. ความรับผิดชอบต่อสังคม	++	++	+++

จากตารางที่ 6.10 มีจุดประสงค์เพียงเพื่อแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นให้พิจารณาถึงจุดเด่น จุดด้อย ของการอภิบาลแต่ละรูปแบบซึ่งสรุปได้ว่า การอภิบาลโดยรัฐมีจุดเด่นเรื่องการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพและการแก้ปัญหาสำคัญเร่งด่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อาจด้อยในเรื่องประสิทธิภาพในเรื่องที่ไม่เร่งด่วน

การอภิบาลโดยตลาดมีจุดเด่นในด้านการสร้างคุณภาพและประสิทธิภาพ แต่ด้อยในเรื่องความเป็นธรรม

การอภิบาลโดยเครือข่ายมีจุดเด่นในเรื่องการสร้างความเป็นธรรม และความรับผิดชอบต่อสังคม แต่ด้อยประสิทธิภาพในงานสำคัญที่เร่งด่วน

6.3.3 วิวัฒนาการของการอภิบาลระบบสุขภาพในประเทศไทย

1) ก่อนที่จะมีกระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทยเน้นในการรักษาโรคระบาดโดยการตั้งเป็นสถานบำบัดชั่วคราว จนถึงสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระประสงค์จัดตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกขึ้นโดยพระราชทานพระนามว่า “โรงศิริราชพยาบาล” ให้การรักษาโรคแก่ราษฎรทั่วไป เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 และทรงตั้ง “กรมพยาบาล” ขึ้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2431 สังกัดกระทรวงธรรมการ และเปลี่ยนเป็น “กรมสาธารณสุข” สังกัดกระทรวงมหาดไทยเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461⁽⁶⁾ โดยในยุคนั้นเน้นเรื่องการรักษาโรคภัยไข้เจ็บเป็นหลัก จึงมีโรงพยาบาลเกิดขึ้นในจังหวัดต่างๆ

2) ต่อมา มีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีศูนย์รวมการบริหารจัดการที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในการดูแลระบบสุขภาพให้กว้างขวางมากขึ้นกว่าการรักษาโรคและให้มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2485 ประกอบด้วยสำนักเลขาธิการรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมประชาสงเคราะห์ กรมมหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสาธารณสุข โดยในยุคนั้นได้ขยายผลการดำเนินงานสาธารณสุขให้ครอบคลุม ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มากขึ้น ซึ่งเป็นการอภิบาลโดยรัฐทั้งหมด

3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เริ่มใช้เมื่อ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2504 มองเห็นว่าการทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ย่อมทำให้ประสิทธิภาพในการพัฒนาประเทศมากขึ้น จึงมีการขยายงานสาธารณสุขครอบคลุมในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ที่มีผลต่อคุณภาพมากขึ้น การสาธารณสุขยุคนี้จึงมีการเติบโตอย่างรวดเร็วไปยังภูมิภาคครอบคลุมถึงระดับตำบล ระบบเศรษฐกิจขยายตัวมากขึ้น

เมื่อแนวคิดการอภิบาลระบบสาธารณสุขโดยตลาดเริ่มเกิดขึ้น มีคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนเริ่มเกิดขึ้น ขณะเดียวกัน สังคมเริ่มมีความซับซ้อนมากขึ้น จึงเริ่มมีแนวคิดการอภิบาลระบบสาธารณสุขโดยเครือข่ายโดยสมาคมต่าง ๆ เช่น โครงการวางแผนครอบครัวที่ดำเนินการโดยสมาคม ตั้งแต่วันที่ 14 เมษายน พ.ศ. 2513 ซึ่งรัฐบาลเริ่มนโยบาย “วางแผนครอบครัวโดยสมัครใจ” ทำให้ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการวางแผนครอบครัว ภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 ประชากรมีความตื่นตัวในการขับเคลื่อนสังคมมากขึ้น จึงมีองค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสาธารณสุขมากขึ้น เมื่อมีมติเรื่องสุขภาพตีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 ขององค์การอนามัยโลก ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ณ เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซีย เมื่อ พ.ศ. 2521 จึงกระตุ้นให้เกิดระบบอภิบาลการสาธารณสุขโดยเครือข่ายมาจัดการมากขึ้น เช่น การอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การทำงานร่วมกันของ 4 กระทรวงหลัก (มหาดไทย-สาธารณสุข-เกษตร-ศึกษา) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนที่มีผลกระทบจากปัจจัยทางสังคม เช่น ความยากจน การขาดความรู้ การเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ ซึ่งต่อมาพัฒนาจากเกณฑ์ “ความจำเป็นพื้นฐานขั้นต่ำ” (Basic Minimum Needs: BMN) มาเป็นข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นตัวชี้วัดให้ประชาชนสามารถพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจึงได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอ.ส.) ในปี พ.ศ. 2526 เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมมากขึ้น ทำให้ อสม. มูลนิธิและองค์กรเอกชนด้านสุขภาพที่ไม่แสวงกำไร มีการพัฒนามากขึ้น และมาสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมากขึ้นตามลำดับ จึงกล่าวได้ว่าพื้นฐานของการอภีบาลระบบสาธารณสุขโดยเครือข่าย ซึ่งต่อมาเรียกว่า การอภีบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย เริ่มต้นที่กระทรวงสาธารณสุขในยุค ที่มีการนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาใช้

4) ยุคปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงแนวคิดจากระบบสาธารณสุข (Public Health System) ไปสู่แนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health System) จึงทำให้เกิดแนวคิดการอภีบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่ายมากขึ้น เริ่มต้นจากการเกิดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นในปี พ.ศ. 2535 โดยมีการออกแบบให้มีลักษณะ “องค์กรอิสระในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข” ตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีการบริหารที่มีความยืดหยุ่นและมีความต่อเนื่อง ลักษณะการทำงานเป็นลักษณะภาคีเครือข่าย การดำเนินงาน สวรส. เป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดองค์กรในลักษณะนี้ตามมา ได้แก่ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ในปี พ.ศ. 2543 และต่อมาปรับเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ภายหลังมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี พ.ศ. 2544 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ. 2545 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ในปี 2551 และ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ในปี พ.ศ. 2552

ทั้งหมดนี้เป็นวิวัฒนาการที่มีการนำเอารูปแบบการอภีบาลแบบเครือข่าย เข้ามาเสริมการอภีบาลโดยรัฐ โดยหวังว่า จะทำให้เกิดความเป็นธรรม คุณภาพ ประสิทธิภาพ มีนวัตกรรมในการอภีบาลระบบสุขภาพ และมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น

บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ยังคงใช้รูปแบบอภีบาลโดย รัฐ เป็นหลัก เป็นลักษณะการสั่งการจากส่วนกลางลงสู่ภูมิภาค แม้ว่าจะมีความพยายามในการกระจายอำนาจ

สู่ท้องถิ่น แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างกว้างขวาง และจริงจัง หลังปี พ.ศ. 2535 เมื่อมีการนำรูปแบบอภีบาลโดยเครือข่ายมาใช้มากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องทำหน้าที่เป็นองค์กรหลักในการประสานการทำงานร่วมกันอย่างสมดุลงมากขึ้น

รูปแบบการอภีบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่ายที่เป็นทางการอย่างชัดเจน คือ การทำงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งมีเครื่องมือต่างๆ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นกลไกให้ทุกภาคส่วนมาร่วมทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กรรมการสุขภาพแห่งชาติมาจากสามภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคสังคม ร่วมกันสานพลังขับเคลื่อนให้เกิดสังคมสุขภาพ

ส่วนการอภีบาลโดยตลาดนั้น มีการเติบโตต่อเนื่อง ได้แก่ มีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน และธุรกิจสุขภาพต่าง ๆ ตลอดเวลา นโยบายการเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาล (Medical Hub) การนำแนวคิดจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน (pay for performance) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร มาใช้ในระบบบริการสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งของการอภีบาลโดยตลาดเช่นกัน

กล่าวโดยสรุป การอภีบาลระบบสุขภาพในประเทศไทย มีหลายรูปแบบผสมผสานกัน ในสถานะที่มีความสมดุลจะมีความราบรื่นผสมกลมกลืนกันไป แต่เมื่อไรก็ตามที่ไม่อยู่ในสถานะสมดุลก็อาจเกิดความขัดแย้งไม่ลงรอยกันซึ่งต้องมีการปรับตัวกันอยู่ตลอดเวลา

6.3.4 ความพยายามในการนำการอภีบาลแบบเครือข่ายมาใช้ในภาครัฐ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ การดำเนินการต่างๆ ในระบบสุขภาพมิได้จำกัดอยู่เฉพาะเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่รวมถึงปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติได้กลายเป็นระบบพหุลักษณะ มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมรับผิดชอบและขับเคลื่อนเป็นจำนวนมาก และหลากหลายเชื่อมโยงกัน

กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกหลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่บูรณาการนโยบายยุทธศาสตร์งาน และทรัพยากรกับหน่วยงานองค์กรอื่นๆ แต่ด้วยภารกิจที่มีมากต้องบริหารจัดการ ระบบบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระดับชาติถึงระดับตำบลหมู่บ้าน ทำให้ไม่สามารถใช้ระบบสั่งการแบบบนลงล่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีแนวคิดสนับสนุนให้เกิดระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ตั้งแต่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2556 โดยหวังจะให้หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ระดับอำเภอมาร่วมกันดำเนินการในการดูแลประชาชนตามกลุ่มวัยให้ทั่วถึงและครอบคลุมทั้งงานบริการสุขภาพและการแก้ปัญหาทางสังคมที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ระบบสุขภาพอำเภอจึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการอภิบาลระบบโดยเครือข่าย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางมุ่งหวังให้ภาคีทั้ง 3 ส่วน คือ รัฐ สังคม และวิชาชีพ ร่วมกันทำงานด้วยการอภิบาลแบบเครือข่ายให้เป็นรูปธรรมได้

ในระดับเขตหรือกลุ่มจังหวัดมีความพยายามจัดตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพขึ้น โดยหวังว่าการทำงานแบบเครือข่าย ระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ จะช่วยทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้เหมาะสมขึ้น เป็นการกระจายอำนาจการจัดการด้านบริการสุขภาพไปยังเขต 12 เขต ของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แผนบริการสาธารณสุขระดับเขตที่เรียกว่า Service Plan เป็นตัวขับเคลื่อน

ทั้งรูปแบบของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และเขตบริการสุขภาพถือว่าการนำเอาแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพแบบเครือข่ายมาใช้ ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ต้องมีการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่องให้เกิดผลดีต่อประชาชน

นอกจากนี้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 ได้มีมติที่ 8 เรื่อง “การปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย” โดยให้น้ำหนักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญ ไปดำเนินการตามประเด็นต่อไปนี้⁽⁷⁾

(1) การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพ

(2) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

(3) การปฏิรูประบบผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

(4) การปฏิรูประบบการเงินการคลัง และระบบหลักประกันสุขภาพ

(5) การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ

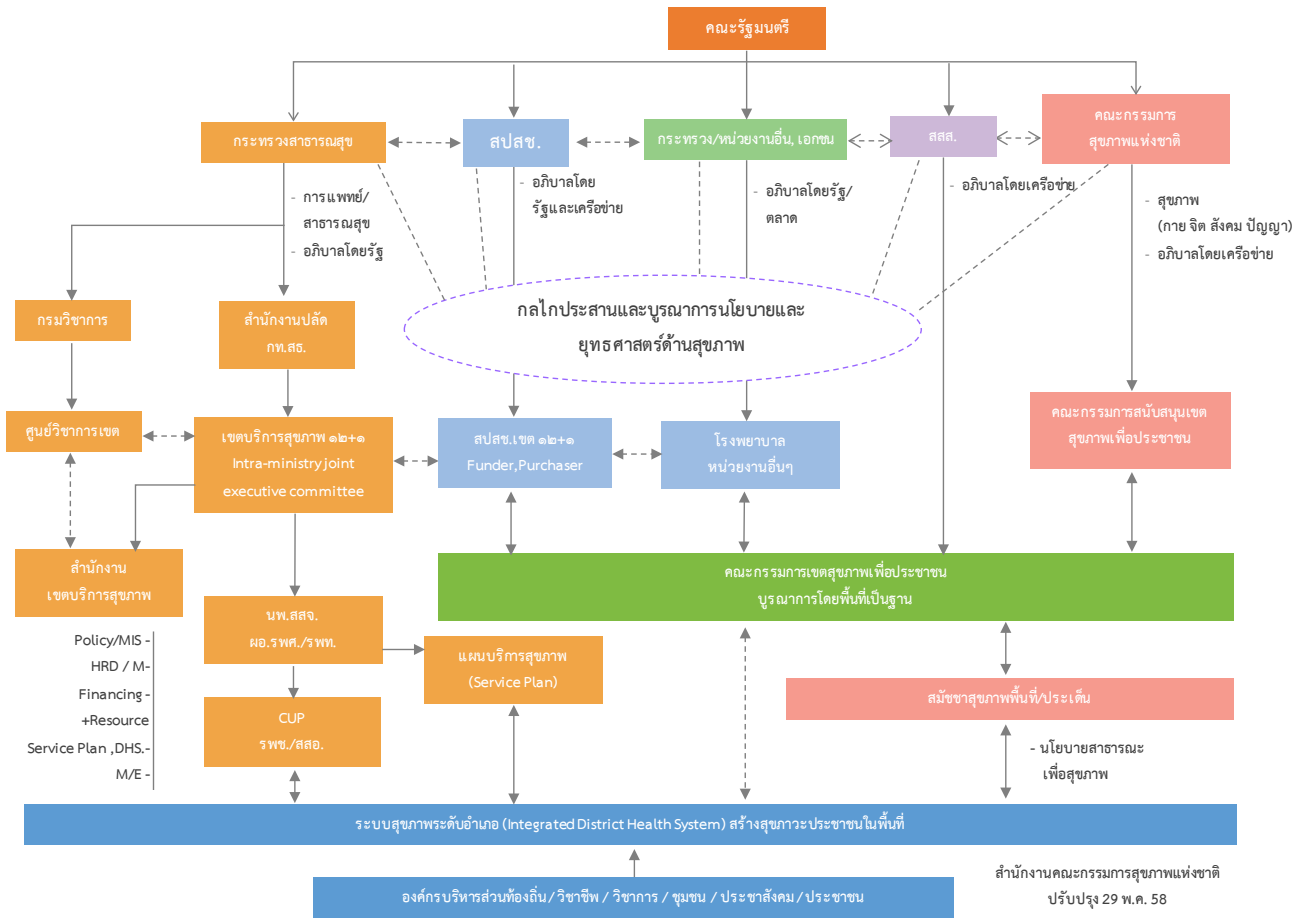
ในประเด็นที่ (5) ระบุว่าให้ความสำคัญกับการอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย (Governance by Network) ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ พ.ร.บ.อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการอภิบาลโดยรัฐ (Governance by State) และเชื่อมกับการอภิบาลระบบโดยตลาด (Governance by Market) เช่น กลไกและกฎระเบียบทางการค้า การลงทุน ในทิศทางสร้างนำซ่อมและการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ภายหลังที่มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล ในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2557 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้คณะรักษาความสงบแห่งชาติ เห็นชอบประเด็นที่เกี่ยวข้องการปฏิรูปสุขภาพระยะเร่งด่วน และระยะยาว ดังนี้

(1) การปฏิรูประบบสุขภาพในระยะยาว ให้นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 6.8 ที่กล่าวข้างต้นเสนอต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องพิจารณา ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป ซึ่งคณะกรรมการสาธารณสุข ของสภาปฏิรูปได้นำมตินี้ไปดำเนินการอย่างจริงจัง

(2) ในระยะเร่งด่วนได้เสนอการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ และบูรณาการกับองค์กรต่าง ๆ ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกันโดยใช้พื้นที่เป็นฐานเพื่อให้เกิดการอภิบาลระบบโดยเครือข่าย ระดับเขต ให้กว้างขวางขึ้น ครอบคลุมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไม่เฉพาะภายในกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น ต่อมามีการตั้งคณะทำงานศึกษารูปแบบการจัดตั้ง “เขตสุขภาพเพื่อประชาชน” เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2557 ทั้งนี้ มีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของหน่วยงาน องค์กร และกลไกสำคัญต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ดังแสดงในภาพที่ 6.13

ภาพที่ 6.13 ความสัมพันธ์ของหน่วยงาน องค์กร และกลไกสำคัญต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ



จากภาพการอภิบาลระบบสุขภาพหลักเป็นการ อภิบาลโดยรัฐ ใช้อำนาจจากบนลงล่าง กระทรวงต่างๆ มี ระบบสั่งการแนวดิ่งลงสู่ระดับปฏิบัติ แต่เมื่อระบบสุขภาพ ขนาดใหญ่และซับซ้อนขึ้น จำเป็นต้องปรับเสริมด้วยการ อภิบาลโดยเครือข่ายในแต่ละระดับ ดังนี้

1) ระดับส่วนกลาง

ในอนาคตควรมีกลไกในการบูรณาการนโยบาย ในระดับส่วนกลาง โดยให้การอภิบาลโดยเครือข่ายซึ่ง จะสามารถบูรณาการของกระทรวง หน่วยงาน และ องค์กรต่างๆ เข้ามาช่วยกันทำงานแก้ปัญหาที่มีความ ยุ่งยากซับซ้อนในระบบสุขภาพได้ดีขึ้น กลไกนี้ควรเป็นที่ บูรณาการแบบใช้อำนาจแข็ง (hard power) เข้ากับการ ใช้อำนาจอ่อน (soft power) เพื่อให้ทิศทางนโยบายและ ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่าง เป็นเอกภาพ

2) ระดับเขต

โดยปกติการนำนโยบายจากส่วนกลางสู่ระดับ ปฏิบัติ ผ่านตรงไปที่จังหวัด ทำให้ส่วนกลางต้องกำกับ ดูแลจังหวัดต่างๆ ให้ดำเนินการนโยบายตามส่วนกลางมี ภาระมาก ต่อมามีความพยายามหากละดับเขตเพื่อทำ หน้าที่แทนส่วนกลางในการกำกับนโยบาย และการบูรณา การแก้ปัญหาที่ระดับจังหวัดไม่สามารถทำได้ กระทรวง สาธารณสุข ได้พัฒนาเขตบริการสุขภาพเป็น 12 เขต เน้นเรื่องการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และระบบส่งต่อผู้ป่วย ภายในเขตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี การบริหารงานเป็นเขต 12 เขต และเขตกทม. เช่นเดียวกับ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการบูรณาการใน เรื่องการให้บริการสาธารณสุข และการจัดสรรงบประมาณ ลงสู่พื้นที่เป็นหลัก นอกจากนี้เพื่อให้เกิดการบูรณาการ

กับองค์กรต่างๆ ภายในเขตให้มากขึ้นนอกเหนือจากงานบริการสุขภาพ จึงมีแนวคิดมีการจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อให้ทำหน้าที่บูรณาการการทำงานของแต่ละภาคส่วนได้ดียิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็สามารถกำหนดทิศทางและระดมทรัพยากรและสรรพกำลังช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพภายในเขตได้ดีขึ้น

โครงสร้างเขตสุขภาพเพื่อประชาชนประกอบด้วยคณะกรรมการเขตสุขภาพที่มาจาก 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐและท้องถิ่น 16 คน ภาควิชาการและวิชาชีพ 11 คน ภาคประชาสังคม 16 คน รวมเป็น 43 คน มีทีมเลขานุการที่มาจากหน่วยงานต่างๆ อย่างน้อย 4 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแบบเครือข่าย ที่จะเป็น

เครื่องมือขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นฐานในระยะต่อไปซึ่งมีหลักการสำคัญ 4 ประการ คือ

- 1) เน้นการสร้างสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- 2) เน้นทิศทางของการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย ตามมติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 คือ การปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ การปฏิรูปการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ
- 3) เป็นกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน
- 4) เน้นการประสานพลังปัญญา พลังสังคม และพลังรัฐ ซึ่งเป็นการใช้อำนาจอ่อน (soft power) เชื่อมโยงกับอำนาจแข็ง (hard power) กรอบแนวคิดของการจัดทำเขตสุขภาพได้แสดงไว้ในภาพที่ 16.14

ภาพที่ 6.14 กรอบแนวคิดของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน



3) ระดับอำเภอ

ปีพ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขนำแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) มาเป็นนโยบายขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Care) ที่เน้นการดูแลประชาชนในรูปแบบสังคมจิตวิทยาทางการแพทย์ (Bio-psycho-social model) ซึ่งถือเป็นรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย เพราะเป็นการทำงานที่บูรณาการจากทุกภาคีสุขภาพในระดับอำเภอและตำบล สร้างสุขภาพให้กับประชาชน ทั้งด้านบริการสุขภาพ และด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ ลักษณะเช่นนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ต่างกันในบทบาทหลักตรงที่เขตสุขภาพเพื่อประชาชนเน้นการบูรณาการนโยบายและความร่วมมือกันทำงานที่ระดับเขต ในขณะที่ระบบสุขภาพระดับอำเภอเน้นการปฏิบัติตามที่ประชาชนมีความต้องการและเป็นสิ่งจำเป็นโดยใช้พื้นที่ระดับอำเภอเป็นพื้นที่ปฏิบัติการ

6.3.5 สรุป

สังคมที่เปลี่ยนไปโดยเฉพาะสังคมที่ประชาชนมีความรู้มากขึ้น สังคมที่มีขนาดใหญ่ขึ้นมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น การอภิบาลระบบสุขภาพไม่สามารถจำกัดอยู่เฉพาะการอภิบาลโดยรัฐเท่านั้น ประชาชนที่รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ธุรกิจที่มีคุณธรรม องค์กรอิสระต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการต่างๆ ล้วนเข้ามามีบทบาทในการอภิบาลมากขึ้น ซึ่งอาจหมายถึง 3 ภาคส่วนใหญ่ๆ คือ

1) ภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานในกำกับของรัฐ องค์กรมหาชน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กระทรวงอื่นๆ เช่น มหาดไทย ศึกษาธิการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เกษตรและสหกรณ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

2) ภาควิชาการ ได้แก่ สถาบันการศึกษา วิชาชีพและสภาวิชาชีพด้านสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ต่างๆ

3) ภาคสังคม ได้แก่ ชุมชน ประชาสังคม ชมรมต่างๆ เอกชน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขรวมไปถึงองค์กรภาคเอกชนด้วย

กระทรวงสาธารณสุขควรทำหน้าที่สานพลังองค์กรต่างๆ ใน 3 ภาคส่วน ให้เป็นพลังขับเคลื่อนระบบสุขภาพอย่างกลมกลืน ขณะเดียวกันต้องประสานการนำอภิบาลระบบสุขภาพทั้ง 3 แบบ มาใช้ร่วมกันอย่างสมดุล ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเชื่อมการอภิบาลทั้ง 3 รูปแบบให้มาเสริมกันอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ทั้งในด้านการบริการสุขภาพ การจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และการพัฒนาสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยเติบโตไปในลักษณะวิถีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พ.ศ. 2550 ถึงปัจจุบัน การอภิบาลระบบโดยเครือข่ายเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ร่วมกับการอภิบาลโดยรัฐ เพื่อให้การอภิบาลระบบสุขภาพมีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น

เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขควรเป็นการอภิบาลแบบรัฐและเครือข่ายผสมกัน เพื่อสร้างเสริมให้ระบบบริการสาธารณสุขมีความเข้มแข็งขึ้น ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อประชาชนได้ระบบบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น เข้าถึงบริการที่จำเป็นมากขึ้น

เขตบริหารงานของ สปสช. เป็นการอภิบาลโดยเครือข่ายดูแลการใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ให้สอดคล้องกับแผนบริการสุขภาพที่ทุกฝ่ายร่วมกันพัฒนาขึ้นโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนประสานหลัก

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือทุกภาคส่วน ใช้แนวคิดการอภิบาลโดยเครือข่าย ทำให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในการแก้ปัญหาเชิงสังคมที่มีผลต่อสุขภาพมากขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือที่มีอยู่ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ธรรมนูญสุขภาพเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ เป็นการสร้างวัฒนธรรมให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ร่วมกำหนดวิถีสุขภาพของตนเอง

นอกจากนี้ยังมีองค์การด้านสุขภาพอีกมากมายที่จะเข้ามามีส่วนร่วมอภิบาลระบบสุขภาพ เช่น สถาบันรับรองคุณภาพและสถานพยาบาล (สรพ.) มีบทบาทขับเคลื่อนเรื่องคุณภาพบริการสาธารณสุข ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ขับเคลื่อนความเป็นเครือข่ายผู้นำสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ทำหน้าที่บริหารกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี เป็นต้น

การอภิบาลระบบสุขภาพ จึงจำเป็นต้องใช้ทั้ง 3 รูปแบบผสมผสานเข้าด้วยกัน การสร้างการมีส่วนร่วมจากองค์กรต่างๆ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข และนอกกระทรวงสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นในการอภิบาลระบบสุขภาพ และต้องมีการปรับปรุง พัฒนา เปลี่ยนแปลงให้เท่าทันและเหมาะสมกับบริบทของสังคมอยู่ตลอดเวลา

6.4 การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระบบสุขภาพไทย

1. แนวคิดของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การกระจายอำนาจ (Decentralization) เป็นระบบการบริหารประเทศที่เปิดโอกาสให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจในการจัดการดูแลกิจการหลายๆ ด้านด้วยตนเอง โดยรัฐบาลอาจกระจายอำนาจในหลายรูปแบบ ครอบคลุมตั้งแต่หน้าที่ความรับผิดชอบ อำนาจการตัดสินใจ อำนาจการบริหารจัดการทรัพยากร การเงิน การคลังและบุคลากรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึงตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง สามารถพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และระบบสาธารณสุขปึกและสาธารณสุขการ ตลอดจนทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึง และลดความเหลื่อมล้ำระหว่างจังหวัด โดยรัฐบาลควรสร้างความพร้อมและส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปรับบทบาทของราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553

กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยึดหลักการและสาระสำคัญ 3 ด้านคือ

1) หลักความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารจัดการ การบริหารงานบุคคล และการเงินการคลังของตนเอง ตลอดจนการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมืองการปกครองท้องถิ่นภายใต้ระบบประชาธิปไตย

2) หลักการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึงตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเองได้มากขึ้น โดยปรับบทบาทและภารกิจของราชการบริหารส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาค และเพิ่มบทบาทให้ท้องถิ่นเข้าดำเนินการแทน เพื่อให้ราชการบริหารส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาครับผิดชอบในภารกิจมหภาค และภารกิจที่เกินความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการได้ โดยกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านนโยบายและด้านกฎหมายเท่าที่จำเป็น ให้การสนับสนุนส่งเสริมด้านเทคนิควิชาการ

3) หลักประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณะที่ดีขึ้นและไม่ต่ำกว่าเดิม มีคุณภาพมาตรฐานการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพและรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการให้มากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชน ภาคประชาสังคมและชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมดำเนินการและตรวจสอบรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 ลักษณะ คือ ก) ภารกิจที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง ข) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับรัฐ และ ค) ภารกิจที่รัฐยังคงดำเนินการอยู่แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจะดำเนินการได้

2. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระบบสุขภาพ

ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 – 22 โดยภารกิจ กิจกรรมที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทโดยตรงนั้น การดำเนินงานมีลักษณะภารกิจ กิจกรรมที่ไม่ต้องใช้วิชาการ ความรู้ระดับวิชาชีพขั้นสูงหรือวิชาชีพเฉพาะ

ในด้านระบบสุขภาพ ปัจจุบันประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและใช้บริการได้มากขึ้น หากแต่การบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ดังนั้น ทิศทางของระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องเพิ่มความหลากหลาย เน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยตระหนักในสุขภาพของตนเอง ลดปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ สร้างเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเฉพาะการมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค มีการบูรณาการทำงานของภาคส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดเอกภาพ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยบริการในการรองรับสภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง และสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน กระจายอำนาจการจัดบริการสาธารณสุขให้ชุมชนท้องถิ่นทำหน้าที่จัดระบบสุขภาพด้วยตนเอง ให้ความสำคัญกับการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ โดยต้องให้ความสำคัญของสุขภาพมีมิติที่กว้างกว่าการบริการสุขภาพ มุ่งเน้นระบบสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” มิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ โดยเชื่อมโยงเรื่องระบบสุขภาพในการบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน ทั้งระบบสุขภาพชุมชนในระดับตำบล และระบบบริการสุขภาพผสมผสานในระดับอำเภอ (District Health System) การเชื่อมโยงบริการไร้รอยต่อ Health Service Plan มีการแบ่งปันทำงานร่วมกันและบูรณาการภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น เข้าด้วยกัน มุ่งเน้นสร้างเสริม ป้องกัน ขจัดภัยคุกคาม เน้นการมีส่วนร่วมการบริหารกองทุน ครอบคลุมทุกคนบนแผ่นดินไทย

และการวางแผนกำลังคนสุขภาพแห่งชาติ พัฒนาคุณธรรมจริยธรรมวิชาชีพ ขวัญกำลังใจ สร้างความสัมพันธ์ผู้รับบริการ คู่ครองสิทธิ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรกลุ่มเฉพาะ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสร้างหลักประกันสุขภาพใน 3 รูปแบบ ดังนี้

2.1 ชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลตนเองและชุมชน จัดเป็นโครงสร้างหนึ่งของ

ความสำเร็จในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยประชาชนสามารถจัดทำแผนสุขภาพชุมชน เพื่อชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาพ วางระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะยาว ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ในระบบการเงินการคลังนั้นยังช่วยสร้างความเป็นธรรม เน้นกระจายอำนาจ ทูบ ทรัพยากร สถานพยาบาล ควบคู่ไปกับการวางแผนเรื่องกำลังคนที่มีอัตราการผลิต เพื่อพัฒนาคนทั้งประเทศ เน้นคุณภาพและสามารถกระจายได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะเป็นทางออกลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ

2.2 กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 เป็นต้นมา การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยผ่าน 2 กองทุน ได้แก่

1. กองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นรูปแบบการทำงานร่วมกันเพื่อกิจกรรมรณรงค์ด้านสาธารณสุข และพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค

2. กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

จากการดำเนินงานของทั้งสองกองทุนพบว่า มีการทำงานร่วมกันเป็นอย่างดีในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับรู้บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ จัดบริการที่มีคุณภาพ ตอบสนองปัญหาในระดับตำบล เพื่อจะดูแลสุขภาพของประชาชน และสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ดำเนิน

การตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยสรุปสำคัญ ดังนี้

1. รายได้ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำหรับปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรเป็นเงิน 45 บาทต่อประชาชนในพื้นที่หนึ่งคน ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบเข้าระบบหลักประกันสุขภาพตามขนาดขององค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ดังนี้

- เทศบาลเมือง/เทศบาลนคร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
- องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่/เทศบาลตำบล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
- องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
- องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. มีคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีหน้าที่บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษา และการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมาย และหน่วยบริการต่างๆที่เกี่ยวข้อง จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เมื่อสิ้นปีงบประมาณเพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลในเดือนธันวาคมของทุกปี

3. วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น รวมทั้งสถานบริการทางเลือกในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ ที่จำเป็นต่อสุขภาพ

และการดำรงชีวิต เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนในพื้นที่ จัดทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ และเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริการหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ

4. การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีการจัดทำแผนงานเพื่อการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนประจำปี เป็นงานที่จะต้องอยู่ภายใต้กรอบงานการเสริมสร้างสุขภาพ งานการป้องกันโรค งานการฟื้นฟูสมรรถภาพ และงานการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

2.3 การจัดบริการสุขภาพของท้องถิ่น

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ถึงแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2549 หมวด 2 การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ มาตรา 16 ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กำหนดให้ท้องถิ่นสามารถออกข้อบังคับของท้องถิ่นได้ เพื่อควบคุมการปฏิบัติที่จะเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในด้านการอนามัยและสุขภาพ

ทั้งนี้ การออกข้อกำหนดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพทั้งระบบอย่างมีบูรณาการเชื่อมโยงในทุกกระดับ อย่างมีประสิทธิภาพ จัดให้มีมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราป่วยตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีบูรณาการและครบวงจร พัฒนาขีด

ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนให้เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน ขยายความครอบคลุมไปถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาส พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยบรรลุนิติภาวะ วัยชรา และผู้พิการ สนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพของเด็ก และให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ฝึกอบรม ผู้ปฏิบัติงานศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สนับสนุนโครงการพัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสตรีเพื่อดูแลสุขภาพของสตรี และเด็กอย่างบูรณาการทั่วประเทศ การเผยแพร่ให้ความรู้ และดูแลป้องกันและการตั้งครกในวัยรุ่น และการตั้งครกที่ไม่พึงประสงค์ และลดความรุนแรงต่อเด็กและสตรี สนับสนุนโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการเพื่อดูแลผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพ และเป็นธรรม รวมทั้งให้มีระบบการฟื้นฟูในชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนทุกระดับมีโอกาสออกกำลังกาย และเล่นกีฬาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และพลาสมาที่ดี สร้างนิสัย ความมั่นใจ เป็นนักกีฬาและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงการหมกมุ่นมั่วสุมกับอบายมุขและยาเสพติด

การจัดบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งนี้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดระบบสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข เพื่อเกิดผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน เช่น การจัดระบบบริการต้องมีคุณภาพมาตรฐาน ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียม ประชาชนมีความพึงพอใจ การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดการ การสะท้อนข้อคิดเห็นต่างๆ

แนวทางการจัดการบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. รัฐบาลต้องกระจายอำนาจการคลังสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป้าหมายเพื่อถ่ายโอนอำนาจการคลังและทรัพยากรสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถจัดบริการสาธารณะเพราะใกล้ชิดกับประชาชน เกิดประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสาธารณะ และเกิดนวัตกรรมบริการสาธารณะใหม่ๆ โดยรัฐบาลอาจมอบหมายหรือร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการ

จัดบริการสาธารณะในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากรัฐไม่สามารถจัดสรรเงินอุดหนุนให้เพียงพอ

2. การจัดทำยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจสู่ชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพ และความสามารถในการจัดบริการสุขภาพ

3. การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นไทย สภาพปัญหาเกิดจากส่วนราชการไม่เข้าใจ กระบวนการกระจายอำนาจ หน่วยงานรับผิดชอบด้านการกระจายอำนาจมีสถานะ โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ไม่เหมาะสมกับภารกิจ มีข้อเสนอแนะให้รัฐบาลสนับสนุนให้การกระจายอำนาจเป็นวาระสำคัญ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาประชาธิปไตยของประเทศ และให้หน่วยงานของรัฐกำกับดูแลท้องถิ่น

4. การปรับเปลี่ยนบทบาทของหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ให้ทำภารกิจที่เป็นบทบาทของรัฐเท่านั้น ให้ อปท. จัดบริการสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองประชาชนในพื้นที่

3. การจัดบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ในรูปแบบต่างๆ เช่น รพ.อบจ.ภูเก็ต เมืองพัทยา เทศบาล)

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 ได้กำหนดหน้าที่ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบล มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชน ในท้องถิ่นของตนเอง นอกจากนี้ มาตรา 17 และ 18 กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด และกรุงเทพมหานคร มีอำนาจและหน้าที่จัดระบบบริการสาธารณะ ด้านสาธารณสุขและการบริการทางสังคม และสังคมสงเคราะห์ หลายประการ เช่น การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง การสาธารณสุข การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล การจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เป็นต้น เพื่อรองรับการเพิ่มของประชากรที่อาศัยอยู่ในเมืองและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพมีดังนี้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการสาธารณสุข/โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	รวม
กรุงเทพมหานคร	11	71	82
พัทยา	1	1	2
องค์การบริหารส่วนจังหวัด	1	0	1
เทศบาล	2	309	311
องค์การบริหารส่วนตำบล	0	26	26
รวม	15	407	422

กรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครมีประชากรที่รับผิดชอบมากกว่า 10 ล้านคน มีโครงสร้างการบริหารที่ประกอบด้วยฝ่ายบริหาร (ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้นำ มีสภากรุงเทพมหานครและสภาเขตสำหรับทำหน้าที่ดูแลอำนาจและคานอำนาจกับฝ่ายบริหาร) มีสำนักงานแพทย์ที่ดูแลโรงพยาบาลขนาดใหญ่สำหรับให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลวชิระพยาบาล และมีขนาด 200 เตียงอีก 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ มีหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพประชาชน ได้แก่ สำนักงานการแพทย์ สำนักงานมัย มีบทบาทและพันธกิจ ดังนี้

- 1) สร้างเสริมภาวะแวดล้อมทางสาธารณสุขด้วยการจัดบริการสาธารณสุขที่ดีอย่างทั่วถึง ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพของคนกรุงเทพฯ ทุกเพศ ทุกวัย ในด้านต่าง ๆ ดังนี้
- 2) การป้องกันโรคด้วยการดูแลเรื่องอาหารปลอดภัย จัดพื้นที่ให้ประชาชนมีโอกาสได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี จัดหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ให้บริการตรวจสุขภาพฟรีทุกครัวเรือน พร้อมสร้างเครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชนเพื่อการแก้ไขอย่างทันท่วงที
- 3) การรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพด้วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจรทั้ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 71 ศูนย์บริการสาธารณสุขมาตรฐาน HCA (Health Center Accreditation) 11 โรงพยาบาลมาตรฐาน

HA (Hospital Accreditation) ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เอราวัณ) สายด่วน 1646

4) การฟื้นฟูสภาพ หลังการรักษาด้วยบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

5) การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร เนื่องจากแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จะเพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรจึงเป็นเป้าหมายการดำเนินงานที่กรุงเทพมหานคร ได้ให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ ได้จัดสวัสดิการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองด้วยการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพ ขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจำนวนเพิ่มขึ้น จัดตั้งศูนย์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน โดยนำร่องที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 เขตหนองแขม เป็นศูนย์การเรียนรู้และเป็นต้นแบบในการจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน

บทบาทด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครนั้นจะดูแลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยสำนักงานการแพทย์จะดูแลบริการด้านรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ (ร้อยละ 80) ส่วนบริการด้านป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพนั้น กรุงเทพมหานครจะมีบทบาทประมาณร้อยละ 20 สำหรับงบประมาณสนับสนุนบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครนั้นมีแหล่งที่มาจากกรุงเทพมหานครจัดหารายได้เองร้อยละ 60 จากรัฐบาลจัดสรร ร้อยละ 40 นอกจากนี้อาจจะได้จากงบประมาณพิเศษที่รัฐบาลอุดหนุนในบางโครงการ เช่น โครงการป้องกันยาเสพติด เป็นต้น

องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เกิดขึ้นภายใต้การผลักดันของนายไพบูลย์ อุปัติศฤงค์ นายกองการบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต การบริการภายใต้คำขวัญ “ดูแลด้วยหัวใจ ห่วงใยถึงครอบครัว” โรงพยาบาลแห่งนี้ มีจุดเด่น คือ “ราคารัฐบาล บริการแบบเอกชน” เปิดรับผู้ป่วยทั่วไป ทั้งผู้ป่วยประกันสังคม และบัตรทอง ดูแลเรื่องสุขภาพครบวงจร เช่น การจัดสวนสาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย เดินแอโรบิก เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีโครงการภูเก็ตแคร์ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นโครงการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการโดยประสานความร่วมมือกับหลายภาคส่วน รวมถึงการมอบอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ดำเนินการร่วมกับกรมสุขภาพจิต สถาบันเด็กราชพฤกษ์ มูลนิธิพัฒนาการเด็กราชพฤกษ์ ตรวจคัดกรองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย สำหรับผู้พิการยังมีการดำเนินการร่วมกับสโมสรโรตารีดูแลผู้ป่วย มอบรถ wheel chair อุปกรณ์สำหรับผู้พิการ ในพระนามาภิไธย สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้พิการช่วยเหลือตัวเองและใช้ชีวิตร่วมกับคนปกติ

เป้าหมายการดำเนินงานของนายก อบจ.ภูเก็ต ต้องการทำให้เป็นโรงพยาบาลจิตอาสา ไม่ต้องใช้เงินรัฐบาล ใช้เงินบริจาค ทำเหมือนมูลนิธิจี้ ต้องมีจิตอาสา เช่น ในโรงเรียนไม่ต้องมีคนล้างห้องน้ำ นักเรียนช่วยกันทำความสะอาด เพราะเชื่อว่าห้องน้ำโรงเรียนสะอาด บ้านสะอาด จิตใจจึงจะสะอาด

ปัจจัยความสำเร็จ 1. ความร่วมมือของทีมงานที่จะช่วยกันผลักดันและพัฒนางาน 2. ความรับผิดชอบต่อสังคม ดูแลคนภูเก็ตให้ทั่วถึงทุกระดับ

วิสัยทัศน์ (Vision) ของโรงพยาบาล “โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลของประชาชนที่ให้บริการคุณภาพเป็นเลิศระดับประเทศและสร้างความประทับใจทุกครั้งแก่ผู้มารับบริการ” พันธกิจ (Mission) 1) เป็นโรงพยาบาลท้องถิ่นที่ให้บริการทางการแพทย์เป็นเลิศ 2) ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี 3) บริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล 4) สร้างความพึงพอใจแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

การบริหารจัดการ เป็นการ Outsource ทีมแพทย์พยาบาลจากโรงพยาบาลธนบุรี โดย ทำสัญญาเป็นปีต่อปี เริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2554 มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักได้แก่ เวชกรรมทั่วไป อายุรกรรม สูติ-นรีเวช ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวช ไตเทียม ทันตกรรมบุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ 13 อัตรา พยาบาลวิชาชีพ 40 อัตรา เภสัชกร 5 อัตรา ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 80 อัตรา และพนักงานอื่นๆ 148 อัตรา

เทศบาล

โครงสร้างทางกฎหมายของเทศบาลในปัจจุบันแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ เทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล มีการดำเนินการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเทศบาล โดยการจัดให้มีสถานบริการสาธารณสุข แต่เดิมมานั้นโรงพยาบาลเทศบาลมีเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยที่จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ดำเนินการจากงบประมาณได้รับภาษีที่เทศบาลจัดเก็บ เงินรายได้จากการบริการด้านบริการสุขภาพ การปฏิบัติงานของแพทย์ เมื่อเทียบกับกระทรวงสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน แต่มีสภาพการทำงานที่อิสระและคล่องตัวกว่า ระบบอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทน คล้ายกับกระทรวงสาธารณสุข เพราะอ้างอิงระเบียบกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเทศบาลอยู่ในการดูแลของกองการแพทย์ของเทศบาล มีบทบาทรักษาพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขที่ขึ้นกับกองการสาธารณสุขรับผิดชอบการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช

เป็นโรงพยาบาลสังกัดเทศบาลนครนครศรีธรรมราช มีการขยายบริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะนี้มีศูนย์บริการเพิ่ม 4 จุด เพื่อลดความแออัด โดยวางแผนให้มีแพทย์ประจำทุกศูนย์เพื่อดูแลประชาชน ด้านสาธารณสุขมีการบริหารจัดการ ร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหาการให้บริการประชาชนที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ภารกิจของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค ฯลฯ และทำ Primary care ส่วน Secondary และ Tertiary care ส่งต่อที่โรงพยาบาลมหาราช

อัตรากำลัง มีแพทย์ที่บรรจุเป็นข้าราชการท้องถิ่น 6 คน เป็นลูกจ้าง 6 คน รวม 12 คน พยาบาลวิชาชีพ 63 คน ข้าราชการและลูกจ้างอื่นๆ ประมาณ 500 คน การจัดระบบบริการมีคุณภาพบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดนโยบายของผู้บริหารมีความตั้งใจจะจัดบริการของโรงพยาบาลให้เหมือนกับเอกชน คือ บริการดี รวดเร็ว ยาและเวชภัณฑ์มีคุณภาพดี สำหรับโรงพยาบาลมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย ขณะนี้ประมาณ 40 เตียง เตียงที่บ้าน 30,000 เตียง ครอบครัวละ 1 เตียง ประชากร 120,000 คนเศษ ประชากร UC ประมาณ 8,200 คน สำหรับผู้ประกันตน ทางโรงพยาบาลรับเป็น Sub Contract จากโรงพยาบาลสิชล โรงพยาบาลของเทศบาล สังกัดกระทรวงมหาดไทย มีข้อดี คือ การแก้ปัญหาต่างๆ รวดเร็ว จากการที่สายการบังคับบัญชาที่สั้น สำหรับเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย (ระบบ Refer) ไม่มีปัญหา เพราะเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลมาหาอยู่แล้ว สามารถประสานงานในระบบสาธารณสุขได้ดี

โรงพยาบาลเมืองพญา

โรงพยาบาลเมืองพญา ได้จัดสร้างขึ้นบริเวณศูนย์บริการสาธารณสุข เมืองพญา โดยใช้พื้นที่ด้านข้างของบริเวณดังกล่าว บนเนื้อที่ในการก่อสร้างทั้งหมด 6,788 ตารางเมตร แบบก่อสร้างในลักษณะตึก 5 ชั้น โดยชั้น 1 และชั้น 2 ประกอบด้วยแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และห้องตรวจต่างๆ รวมถึงห้องผ่าตัด ในส่วนของชั้น 3 เป็นห้องพักผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง และชั้น 4 เป็นห้องผู้ป่วยพิเศษ ซึ่งรวมแล้วจะสามารถรองรับผู้ป่วยได้เบื้องต้น 110 เตียง โดยในส่วนของชั้น 5 จะเป็นห้องประชุม และสำนักงานบริการของโรงพยาบาล

ทั้งนี้เพื่อศักยภาพในการให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึงและครอบคลุมในการดูแลสุขภาพของประชาชน และนักท่องเที่ยว ทางโรงพยาบาลเมืองพญาได้มีการเปิดแผนกต่างๆ เพื่อรองรับการรักษาจำนวนทั้งสิ้น 14 แผนก ดังนี้ 1) แผนกเวชระเบียน 2) ศูนย์สิทธิประโยชน์ 3) แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน 4) แผนกผู้ป่วยนอก 5) แผนกผู้ป่วยใน 6) แผนกห้องผู้ป่วยพิเศษ 7) แผนกผู้ป่วยชั้นวิกฤต 8) แผนกอายุรกรรม 9) แผนกกุมารเวชกรรม 10) แผนก

สูติ-นรีเวชกรรม 11) แผนกศัลยกรรมทั่วไป 12) แผนกทันตกรรม 13) แผนกกายภาพบำบัด 14) แผนกกระดูกและข้อ โดยทั้ง 14 แผนกข้างต้นได้จัดเตรียมเครื่องมือที่ทันสมัย พร้อมทั้งบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง เพื่อเตรียมพร้อมในการบริการแก่ประชาชนรวมถึงนักท่องเที่ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่

วิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลเมืองพญา รักษาอย่างห่วงใย ใส่ใจบริการ โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ครบครัน เทคโนโลยีทันสมัย คำนึงค่าารัฐ”

ปรัชญาของโรงพยาบาลเมืองพญา “คุณภาพมาตรฐาน eคุณธรรม จริยธรรม”

พันธกิจ “มุ่งมั่นในการบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้บริการ โดยทีมบุคลากรที่มีคุณธรรมและความรับผิดชอบต่อสังคม ควบคู่กับความเป็นเลิศทางวิชาการ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง”

บทสรุป

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทและความรับผิดชอบต่อตามกฎหมาย (legal accountability) ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ใกล้ชิดกับปัญหาของชุมชนมากที่สุด ซึ่งปัญหาเหล่านั้นสนองต่อความต้องการของประชาชนเอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งมีความเข้าใจถึงวิธีการแก้ไขปัญหาคือที่สุด โดยใช้ประโยชน์จากทุนสังคมในพื้นที่ สามารถสร้างความหลากหลายในการทำงาน (diversity) โดยการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวมตามบริบทของพื้นที่ ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และรองรับการเพิ่มของประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในเขตเมือง เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเป็นเอกภาพในการตัดสินใจ มีความพร้อมในการใช้งบประมาณสนับสนุนอย่างอิสระ สิ่งที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญ ได้แก่ มาตรการทางสังคมเพื่อการบูรณาการและการสร้างความเข้มแข็งของกลไกทางสังคม และกลไกภาคประชาสังคม เพื่อแสดงบทบาทของผู้ให้บริการที่ดีในการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม