



รายงานฉบับสมบูรณ์

การวิจัยและพัฒนาการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Research and Development of Locality Health System Management
in the Universal Coverage System

จัดทำโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เครือข่ายวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ได้รับการสนับสนุนจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

กันยายน 2554

รายงานฉบับสมบูรณ์

**การวิจัยและพัฒนาการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

Research and Development of Locality Health System Management
in the Universal Coverage System

จัดทำโดย

**สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เครือข่ายนักวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)**

ได้รับการสนับสนุนจาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

รายนามคณะนักวิจัย

ผศ.นพ.วินัย สีสวัสดิ์	โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
นางสาววรรณภา บำรุงเขต	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
นางสาวสุธีรดา จิมน้อย	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสุขภาพแยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกัน โดย พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งกำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รับผิดชอบเป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชนทุกคนภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการซื้อบริการ สปสช.จึงแต่งตั้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็น สปสช.สาขาจังหวัด และ สปสช.เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (กทม.) เป็นสำนักงานสาขาเขต กทม. ต่อมา สปสช.ขยายสำนักงานสาขาเขตเพิ่มอีก ๑๒ แห่งรวมเป็น ๑๓ แห่งให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ นอกจากนี้พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังกำหนดให้เปิดโอกาสแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับพื้นที่อันเป็นที่มาของการจัดตั้งกองทุนตำบล ความสำเร็จของการซื้อบริการเขตพื้นที่กทม.และกองทุนตำบลเป็นผลให้ สปสช. มองเห็นผลดีของการจัดการแบบเขตสุขภาพ จึงกำหนดนโยบายการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขระดับพื้นที่หรือที่เรียกว่าเขตสุขภาพขึ้นในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ โดยใช้เขตพื้นที่ สปสช.สาขานครราชสีมาหรือนครชัยบุรินทร์อันประกอบด้วยจังหวัด นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์และสุรินทร์เป็นพื้นที่ศึกษานำร่องควบคู่ไปกับพื้นที่ กทม. ซึ่งเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับบริบทประเทศไทย โดยกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะไว้ ๔ ประการ คือ (๑) เพื่อศึกษาแนวคิดและความเข้าใจเรื่องเขตสุขภาพที่ถูกต้อง (๒) หารูปแบบการอภิบาลระบบเขตสุขภาพที่เหมาะสมในประเด็น โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่คณะกรรมการเขตสุขภาพและเขตสุขภาพ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจขององค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง การกำกับติดตามประเมินผล ความเป็นอิสระในการดำเนินงาน และการจัดการที่ดีเพื่อนำไปสู่ธรรมาภิบาล (๓) ศึกษารูปแบบการจัดบริการในเขตสุขภาพ ระบบการส่งต่อ และการบูรณาการแบบมีส่วนร่วม และ (๔) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและล้มเหลวของการพัฒนาเขตสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาเขตสุขภาพประเทศไทย วิธีการศึกษาประกอบด้วย ๒ วิธีคือ การทบทวนวรรณกรรมทั้งต่างประเทศและในประเทศกรณีประสบการณ์การซื้อบริการของ สปสช.สาขากทม. และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การทบทวนวรรณกรรมศึกษาประสบการณ์จาก ๖ ประเทศประกอบด้วยอังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา นอร์เวย์และสวีเดน โดยใช้หลักเกณฑ์การเลือกประเทศดังกล่าวเพราะคุณลักษณะคล้ายระบบสุขภาพประเทศไทย ๔ ประการคือ มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นแบบรัฐสวัสดิการ แหล่งเงินสุขภาพมาจากภาษีประชาชน ใช้กลไกตลาดแยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกัน และมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การศึกษาใช้การสืบค้นจากฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ตและเอกสารวิชาการ จากนั้นนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content

analysis) และสังเคราะห์เพื่อวางกรอบการศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ทั้งสัมภาษณ์เดี่ยวและกลุ่มซึ่งกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้บริหาร สปสช. ทั้งส่วนกลางและเขตพื้นที่, เจ้าหน้าที่ สปสช., ผู้บริหารและบุคลากรระดับเขตกระทรวงสาธารณสุขและตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีส่วนร่วมในการจัดตั้งพัฒนาเขตสุขภาพ พื้นที่ศึกษาประกอบด้วยพื้นที่หลักคือ สปสช.เขตนครชัยบุรินทร์และ กทม.พื้นที่เสริม คือ สปสช.เขตอุดรธานี สงขลาและพิษณุโลก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม การบันทึกข้อมูลใช้การอัดเสียงและถอดเสียงวิเคราะห์เชิงเนื้อหา นำเสนอเชิงพรรณนาประกอบตารางและภาพที่เกี่ยวข้อง

ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเขตสุขภาพหมายถึงระบบสุขภาพระดับพื้นที่ที่มีขนาดประชากรและพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน มีบริการสุขภาพบูรณาการทั้งบริการบุคคล สาธารณสุขและสวัสดิการสังคมตามความต้องการประชาชน มีหน่วยบริการหลักชัดเจนและสามารถเข้าถึงบริการได้ดี เขตสุขภาพเริ่มจากประเทศอังกฤษและขยายแนวคิดไปสู่ประเทศเครือจักรภพคือนิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย และแคนาดา ต่อมาขยายไปประเทศต่างๆ เช่น นอร์เวย์และสวีเดน หรือแม้ประเทศระบบประกันสังคม เช่น เกาหลีใต้ โดยเขตสุขภาพมีคณะกรรมการอิสระเป็นผู้บริหารจัดการมีบทบาท ทั้งด้านการจัดบริการ และการคลังสุขภาพ คณะกรรมการเป็นตัวแทนภาคส่วนเกี่ยวข้องมีวาระชัดเจน การพัฒนาของคณะกรรมการเกิดขึ้นเป็นระยะๆ โดยเริ่มจากการมีส่วนร่วมเป็นที่ปรึกษา ร่วมบริหารงบประมาณ ซื่อบริการแทนประชาชน จนสามารถแยกเป็นอิสระ คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะทำงาน คณะกรรมการอยู่ในการกำกับของกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีมีอำนาจถอดถอนทั้งรายบุคคลหรือทั้งคณะ การกำกับติดตามการดำเนินงานใช้ระบบสัญญาและตัวชี้วัดเพื่อประเมินผล งบประมาณที่ได้แยกออกจัดระหว่างงบประมาณเพื่อการบริหารและการบริการ เขตสุขภาพมีบทบาทสำคัญ ๓ ประการ คือ จัดบริการ การคลังสุขภาพ และการอภิบาลระบบ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจนั้น รัฐบาลมีส่วนรับผิดชอบ ต้องเข้ามากำกับเพื่อสร้างความมั่นคงทางการคลังดูแลกลุ่มด้อยโอกาสที่ต้องเกื้อกูลสร้างการเข้าถึงบริการ ที่เท่าเทียมปรับเกลี่ยงบประมาณให้เกิดความเป็นธรรมทางทรัพยากรระหว่างเขตพื้นที่ควบคุมต้นทุน ค่าบริการ และกำหนดการจ่ายเงินตอบแทนที่สร้างแรงจูงใจแต่ควบคุมต้นทุน การอภิบาลระบบในเขตสุขภาพใช้ระบบสัญญาและการฟ้องร้องค่าเสียหายที่ไม่พิสูจน์ถูกผิด เขตสุขภาพมีทั้งข้อดีและเสียต่อระบบสุขภาพรวมซึ่งต้องระวังการดำเนินงาน เช่น เขตสุขภาพสร้างการบูรณาการของบริการแต่ต้องการผู้มีความรู้เชี่ยวชาญในคณะกรรมการเขตสุขภาพ เขตสุขภาพมีการสร้างการมีส่วนร่วมแต่เปิดโอกาสให้การเมืองท้องถิ่นเข้ามามีอิทธิพลสูง เป็นต้น การศึกษาจากประสบการณ์ต่างประเทศ พบว่าแนวคิดของเขตสุขภาพมี ๔ ประการคือ การอภิบาลระบบ การกระจายอำนาจ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการซื่อบริการในระดับพื้นที่ ปัจจัยการเมืองมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเขตสุขภาพเพราะเป็นปัจจัยหลักต้นสำคัญ การเปลี่ยนแปลงไปสู่เขตสุขภาพจะถูกต่อต้านจากกลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ การวิเคราะห์ข้อมูลที่ศึกษาทบทวนสามารถสรุปเป็นกรอบการพัฒนาเขตสุขภาพไทยเบื้องต้นว่าต้องดำเนินการทั้ง ๔ ระดับ

ตั้งแต่ระดับนโยบาย กลยุทธ์ องค์กรและปฏิบัติการ ซึ่งทำให้สามารถจำลองเขตสุขภาพประเทศไทยได้แต่ต้องพัฒนาให้เกิดรูปธรรม การพัฒนาเขตสุขภาพมีกลุ่มตัวแปรเชิงกระบวนการที่ใช้ติดตามประเมิน ๖ กลุ่ม ได้แก่ การแปลงนโยบาย การอภิบาลระบบ การจัดการภาครัฐแนวใหม่ ระบบบริการ ภาวะผู้นำ การเมืองท้องถิ่น การคลังสุขภาพและการติดตามประเมินผล

การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเดียว ๑๔ คน กลุ่ม ๑๓ คน รวมทั้งสิ้น ๒๗ คน ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพบว่า เขตสุขภาพสำหรับบริบทประเทศไทยที่เป็นรูปธรรมมี ๔ ความหมายคือ (๑) ระบบบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายเขตพื้นที่ (๒) กลวิธีการซื้อบริการเชิงกลยุทธ์ (strategic purchasing) ของสปสช.สาขาเขต (๓) การจัดระบบสุขภาพระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับการปกครอง และ (๔) การกระจายทรัพยากรสร้างความเป็นธรรมการพัฒนาเขตสุขภาพก่อให้เกิดการปฏิรูป ๓ ประการ คือ (๑) การสร้างระบบสุขภาพที่ประกอบด้วยการซื้อและจัดบริการเชิงกลยุทธ์ (๒) การมอบอำนาจซื้อบริการให้อยู่ใกล้กับพื้นที่มากขึ้น และ (๓) การจัดระบบบริการลักษณะโซ่ที่เชื่อมโยง (supply chain) ประเด็นการกระจายอำนาจเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้มีการวางแผนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเหตุผลที่สมควรดำเนินการแบบเขตสุขภาพเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของบริการสุขภาพที่ไม่สามารถแยกส่วนออกจากกันได้ ควรกระจายอำนาจแก่คณะกรรมการอิสระที่มีความยืดหยุ่นมากกว่า อปท. ซึ่งมีข้อดีที่ยืดหยุ่นกว่าทำให้สามารถแก้ปัญหาระเบียบที่ยุ่ยากการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขแก่อปท. ไม่กระทบต่อการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพราะ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนการกระจายอำนาจ โครงสร้างองค์กร สปสช. มีการกระจายอำนาจในการดำเนินงานอยู่ตั้งแต่เริ่มจัดตั้ง เช่น การมอบอำนาจให้จัดองค์กรภายใน สปสช. เขตพื้นที่ เป็นต้น กิจกรรมบางประการ เช่น ธุรกรรมการเงินไม่จำเป็นต้องกระจายสู่ระดับเขตเพราะสามารถใช้เทคโนโลยีช่วยและลดความสิ้นเปลือง การกระจายอำนาจทำให้องค์กร สปสช. มีความยืดหยุ่นเพราะต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลา อย่างไรก็ตามหากจะจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพต้องการการมอบอำนาจตัดสินใจและกำหนดนโยบายแก่สาขาเขตมากกว่าเดิมพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๔ กำหนดให้ อปท.มีส่วนร่วมบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังนั้นการกระจายอำนาจจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินงานและพัฒนาเขตสุขภาพ ในประเด็นการอภิบาลระบบพบว่าองค์กรสปสช.เขตพื้นที่มีการจัดแบ่งออกเป็น ๔ กลุ่มงาน คือ ๑) กลุ่มบริหารดำเนินงานด้านธุรการและการเงิน ๒) กลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและบริการประชาชน ๓) กลุ่มบริหารกองทุนซึ่งมีหลายกองทุน และ ๔) กลุ่มคุณภาพกำกับดูแลคุณภาพบริการและหน่วยบริการ ซึ่งโครงสร้างลักษณะนี้ไม่สามารถตอบสนองเขตสุขภาพได้เต็มที่เพราะไม่บูรณาการและขาดผู้รับผิดชอบบริหารสัญญา ประสพการณ์ซื้อบริการพบว่า สปสช.สาขา กทม.พบว่าโครงสร้างกรรมการเข้มแข็งแต่ อปท.มีแสดงบทบาทและมีส่วนร่วมด้านสุขภาพน้อยเกินกว่าที่คาดหวัง ข้อมูลการศึกษาพบว่าควรมีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพราะประเทศไทยมีพื้นที่กว้างเกินกว่าจะดูแลอย่างมี

ประสิทธิภาพ คณะกรรมการเขตสุขภาพควรพัฒนาจากองค์กรเดิมซึ่งระดับเขตจะมีคณะอนุกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต (อปสข.) ระดับจังหวัดมีคณะอนุกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขจังหวัด ควรสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อความโปร่งใсыังอื่น สมัชชาสุขภาพควรพัฒนาเพื่อช่วยชี้ทางดำเนินงานด้านสุขภาพตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน เขตสุขภาพควรมีประชาชนที่คัดเลือกจากบุคคลภายนอก ส่วนเลขานุการคณะกรรมการเขตควรเป็นตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการเขตสุขภาพควรมีสถานีงานถาวรรับผิดชอบดูแลกำกับ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างและจัดบริการอาจอยู่ต่างระดับโดยผู้ให้บริการอยู่ระดับเขต ส่วนผู้จัดบริการสามารถอยู่ระดับจังหวัดเพื่อให้สอดคล้องกับโครงสร้างการปกครองและการประสานงานของหน่วยงานจังหวัดอื่นๆ ประเด็นการจัดบริการพบว่ามีการแบบเขตสุขภาพเป็นตัวอย่างหลายกรณีในประเทศไทย ซึ่งผู้ริเริ่มอาจมาจากฝั่งผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการหรือ อปท. ซึ่งมีแนวคิดเหมือนกันคือแนวคิดของความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่และเป็นบริการแบบบูรณาการ ปัญหาการบริการที่พบได้คือความไม่เชื่อมโยงของบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ บริการปฐมภูมিরะหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ อปท. ไม่ชัดเจน มีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทั้งด้านจำนวนและศักยภาพควรมีการพัฒนาตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการแต่ต้องระวังความขัดแย้งระหว่างผู้ซื้อและจัดบริการการจัดบริการเขตต้องการระบบข้อมูลพื้นที่ที่ดีกว่าปัจจุบันประเด็นการซื้อบริการสปสช. ใช้กลวิธีความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน เพราะหน่วยบริการรัฐบางพื้นที่ขาดแคลน การจ่ายค่าตอบแทนกำหนดราคาที่เหมาะสมกับต้นทุน แต่ควบคุมราคาและสร้างแรงจูงใจ พบว่าระเบียบการจ่ายเงินที่ สปสช. ใช้เข้มงวด ซึ่งสามารถอาศัยบทบาทคณะกรรมการเขตสุขภาพปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้บางส่วน สิ่งที่ต้องพัฒนาปรับปรุงคือการทำและบริหารสัญญา ร่วมกับการประเมินคุณภาพบริการที่มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนข้อมูลบริการจะพบว่าการเคลื่อนไหวเพราะการสร้างแรงจูงใจค่าตอบแทนบริการและการกรอกข้อมูลที่ทำให้ผู้จัดบริการบิดเบือนข้อมูล ความรู้สึกเป็นเจ้าของเงินทำให้สร้างความขัดแย้ง เช่น กระทรวงสาธารณสุขเข้าใจว่าเป็นเจ้าของบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เป็นต้น สปสช. สาขาเขตมีปัญหาด้านภาระงานที่มากอัตรากำลังไม่เพียงพอประเด็นภาวะผู้นำที่มีผลต่อเขตสุขภาพพบว่าต้องพิจารณาทั้งผู้นำในและนอกกรอบที่สามารถสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมและสร้างองค์กรคณะกรรมการเขตสุขภาพ ภาวะผู้นำประกอบด้วยผู้นำระดับชาติ เขต และจังหวัด โดยเฉพาะผู้นำอปท. ซึ่งมีอิทธิพลของการเมืองระดับพื้นที่และมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพผู้นำนอกกรอบที่ต้องให้ความสำคัญคือผู้นำที่มาจากสายวิชาชีพเพราะจะมีวิสัยทัศน์และความเข้าใจเรื่องสุขภาพได้ดีกว่า การมีส่วนร่วมขององค์กรจะทำให้เกิดการสร้างพลังในการทำงานนำไปสู่ธรรมาภิบาล สร้างการตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ (responsiveness) มีพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชนมากกว่าระบบราชการเดิม (accountability) และมีความโปร่งใส (transparency) ปัญหาการมีส่วนร่วมที่ไม่ดีเกิดจากความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน พันธะกิจองค์กรที่แตกต่าง เช่น อปท. ต้องการสร้างและรักษาสถานเสียมองการลงทุนเชิงรูปธรรมที่จับต้องได้เป็นต้น หรือ

อาจมาจากพื้นที่ที่ไม่พอกับการประสานงานร่วมมือ เช่น พื้นที่เขต สปสช. ไม่สอดคล้องกับพื้นที่เขต
 กระทรวงสาธารณสุขเป็นต้น ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการจัดตั้งและพัฒนาเขต
 สุขภาพประกอบด้วย ๒ ปัจจัยคือ ปัจจัยภายในและนอกองค์กร สปสช. ปัจจัยภายใน สปสช.
 ประกอบด้วย โครงสร้างองค์กร, จำนวนบุคลากรต่อภาระงาน และสายบังคับบัญชาที่สับสนในการกำกับ
 ดูแล ปัจจัยภายนอก สปสช.เกี่ยวข้องกับข้อระเบียบราชการที่ไม่เหมาะสม, การมีส่วนร่วมของหน่วยงาน
 ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย, หน่วยบริการและบุคลากรวิชาชีพทั้งด้านจำนวนการกระจาย และศักยภาพ และ
 ค่านิยมทางสังคมที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ ๒ ประการคือ ประการแรกยุทธศาสตร์
 ที่เหมาะสมในการจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพ ๑ ประการ คือ ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมขององค์กร,
 การเมืองทั้งระดับชาติและท้องถิ่น และการกระจายอำนาจให้เกิดการตัดสินใจในพื้นที่มากขึ้น ประการที่
 สองคือการปรับเปลี่ยน ๔ ประการ เพื่อให้เกิดความพร้อมสำหรับเขตสุขภาพ คือ การสร้างความเข้าใจใน
 ความหมายเขตสุขภาพ, ระยะเวลาพัฒนาเขตสุขภาพที่เหมาะสมโดยใช้เขตสุขภาพเป็นกลวิธี, การเตรียม
 ความพร้อมทั้งด้านองค์กรศักยภาพบุคลากรและระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสม สุดท้ายคือการปรับระบบ
 ข้อมูลสารสนเทศให้มีและใช้ในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตามเขตสุขภาพประเทศไทยจำเป็นต้องมีการวิจัย
 พัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) การศึกษาที่สำเร็จลุล่วงล้วนเป็นความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการและทีมงานในสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ทุกท่าน ซึ่งคณะวิจัยขอขอบคุณอย่างยิ่ง และการศึกษาประสบความสำเร็จอย่างสูงด้วยความกรุณาของผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่นครชัยบุรินทร์ อุดรธานี สงขลา พิษณุโลก และกรุงเทพมหานคร นายกและรองปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู จึงขอขอบคุณที่ยอมเสียสละเวลาที่มีค่าให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่คณะผู้วิจัย จนทำให้ผลการศึกษาลุล่วงอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณทีมงานวิจัยที่ร่วมกันศึกษาและสร้างผลงานวิชาการเพื่อถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ที่ต้องการใช้ประโยชน์ต่อไป

สารบัญเรื่อง

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	(๑)
กิตติกรรมประกาศ	(๖)
สารบัญเรื่อง	(๓)
สารบัญตาราง	(๕)
สารบัญภาพ	(๑๐)
บทที่ ๑ บทนำ	
๑.๑ ความเป็นมา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์การศึกษา	๔
๑.๓ วิธีการศึกษา	๕
๑.๔ กลุ่มประชากรศึกษา	๖
๑.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล	๗
บทที่ ๒ ผลการทบทวนวรรณกรรม	
๒.๑ ความหมายของเขตสุขภาพ	๑๐
๒.๒ การจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพในต่างประเทศ	๑๐
๒.๓ องค์ประกอบและบทบาทหน้าที่คณะกรรมการเขตสุขภาพต่างประเทศ	๑๑
๒.๔ บทบาทเขตสุขภาพในต่างประเทศ	๑๒
๒.๕ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเขตสุขภาพกับรัฐบาล	๑๓
๒.๖ การอภิบาลระบบเขตสุขภาพ	๑๓
๒.๗ ข้อดีและข้อเสียของระบบเขตสุขภาพ	๑๔
๒.๘ คุณลักษณะเขตสุขภาพในประเทศต่างๆ	๑๖
๒.๙ แนวคิดการดำเนินงานเขตสุขภาพ	๒๑
๒.๑๐ การซื้อบริการระดับพื้นที่ (Locality Purchasing)	๒๖
๒.๑๑ ปัจจัยทางการเมืองกับเขตสุขภาพ	๒๘
๒.๑๒ การซื้อบริการระดับพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๒๕
๒.๑๓ กรอบความคิดการศึกษา	๒๕

บทที่ ๓ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

๓.๑ ความหมายของเขตสุขภาพในบริบทประเทศไทย	๓๓
๓.๒ การกระจายอำนาจ	๓๘
๓.๓ การอภิบาลระบบ	๔๑
๓.๔ การจัดบริการ	๔๕
๓.๕ การซื้อบริการในพื้นที่	๔๗
๓.๖ ภาวะผู้นำ (Leadership)	๕๐
๓.๗ การมีส่วนร่วมขององค์กร	๕๒
๓.๘ ปัจจัยความสำเร็จ, ล้มเหลวและปัญหาอุปสรรค	๕๓
๓.๙ ข้อเสนอสรุป	๕๖
๓.๑๐ ข้อเสนอแนะ	๕๘
เอกสารอ้างอิง	๖๑

สารบัญตาราง

ตารางที่ ๒.๑ เปรียบเทียบข้อดีข้อด้อยของระบบสุขภาพแบบเขตสุขภาพ	๑๖
ตารางที่ ๒.๒ เปรียบเทียบคุณลักษณะของเขตสุขภาพประเทศต่างๆ	๒๐
ตารางที่ ๒.๓ เปรียบเทียบช่องทางการอภิบาลระบบสุขภาพ	๒๓

สารบัญภาพ

ภาพที่ ๑.๑ ผังการศึกษาวิจัยพัฒนาเขตสุขภาพ	๘
ภาพที่ ๒.๑ กิจกรรมของกระบวนการซื้อบริการระดับพื้นที่	๒๓
ภาพที่ ๒.๒ กรอบความคิดการจัดตั้งและดำเนินการเขตสุขภาพ	๓๐
ภาพที่ ๒.๓ แบบจำลองเขตสุขภาพในบริบทประเทศไทย	๓๒
ภาพที่ ๒.๔ กลุ่มตัวแปรกระบวนการพัฒนาจัดตั้งและดำเนินการเขตสุขภาพประเทศไทย	๓๓

บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ ความเป็นมา

ระบบสาธารณสุขไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นหลายครั้งในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ที่นับว่าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพไทยอย่างชัดเจน ได้แก่ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขการจัดตั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้เกิดการปฏิรูปการจัดการระบบการคลังสาธารณสุขแบบใหม่ โดยก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นเพื่อทำหน้าที่บริหารกองทุนและจัดซื้อบริการแก่ประชาชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่บทบาทการจัดบริการยังคงอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขดั้งเดิม เกิดปฏิรูปเปลี่ยนแปลงการบริหารงบประมาณจากการคลังด้านอุปทาน “Supply side financing” มาเป็นการคลังด้านอุปสงค์ “Demand side financing” โดยจัดสรรเงินตามจำนวนหัวประชากรที่ลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปฏิรูปดังกล่าวกระทบต่อบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งอดีตทำหน้าที่เบ็ดเสร็จทั้งการจัดการด้านการคลังสุขภาพและการจัดบริการ ซึ่งทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจกำหนดทิศทางระบบสาธารณสุขอย่างผูกขาดเพียงผู้เดียว เมื่อแยกผู้จ่ายเงินออกจากผู้จัดบริการอำนาจด้านการเงินของกระทรวงสาธารณสุขจึงลดลงงบประมาณที่ได้รับลดลงทำให้บทบาทกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดทิศทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงและอ่อนแอ สปสช.มีอำนาจการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการแทนประชาชนรับผิดชอบอำนาจการซื้อบริการจึงเป็นบทบาทความรับผิดชอบของสปสช.เพียงผู้เดียวการซื้อบริการให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องมีการบริการที่จำเป็นไว้ให้ซื้อและต้องมีการแข่งขันกันเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสภาพความเป็นจริงพบว่าบางพื้นที่ไม่มีบริการที่จำเป็นสำหรับให้ซื้อ เช่น ไม่มีนักกายภาพบำบัดสำหรับจัดบริการในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ ไม่มีบริการเชิงรุกในชุมชนสำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ขณะเดียวกันก็มีการผูกขาดโดยธรรมชาติของการให้บริการในต่างจังหวัดและในชนบท เช่น ในอำเภอหนึ่งๆมีเพียงโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียวที่ให้บริการไม่สามารถเลือกผู้ให้บริการรายอื่นได้ ทำให้ สปสช.ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบ (system manager) มากกว่าเป็นผู้ซื้อบริการเพียงอย่างเดียวโดยการจัดการระบบแบบใช้กลไกด้านการคลังส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาการบริการใหม่ๆขึ้น เช่น พัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองและชนบท ฯลฯ เป็นต้น (SRITHAMRONGSAWAT, AUEASIRIWON and BOONKAEWSUK 2010) เพื่อการบริหารจัดการที่เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น สปสช.จึงจัดตั้งสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ขึ้นจำนวน ๑๓ แห่ง กระจายตามภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร และแต่งตั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นสำนักงานสาขาเขตพื้นที่จังหวัดทำหน้าที่ซื้อบริการตามที่สปสช.กลางมอบหมาย โดยนโยบายและทิศทางการพัฒนายังถูกกำหนดจากสำนักงานส่วนกลาง

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องดำเนินการตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๓ ระยะแรกของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ขึ้นมารองรับการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการถ่ายโอนในลักษณะเครือข่ายแต่การดำเนินงานในรูปแบบ กสพ. ต้องระงับไป เนื่องจากการปฏิรูประบบราชการตาม พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๔๕ กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำแผนถ่ายโอนภารกิจด้านการสาธารณสุข ๗ ภารกิจ แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ๕ กลุ่ม คือ แม่และเด็ก วัยเรียน เยาวชน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ซึ่งถ่ายโอนสำเร็จในปีพ.ศ.๒๕๔๗ ต่อมาปีพ.ศ.๒๕๔๘ กระทรวงสาธารณสุขถูกกำหนดให้ปรับปรุงแผนปฏิบัติการสำหรับขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ดังนั้นปีพ.ศ. ๒๕๕๐ กระทรวงสาธารณสุขจึงตัดสินใจทดลองถ่ายโอนสถานอนามัยจำนวน ๒๒ แห่ง แก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลตำบล และปีพ.ศ.๒๕๕๒ ถ่ายโอนเพิ่มเติมอีก ๖ แห่ง รวมเป็นทั้งสิ้น ๒๘ แห่ง จากการติดตามประเมินผลการถ่ายโอนสถานอนามัยทั้ง ๒๘ แห่งพบว่า ประสิทธิภาพการจัดบริการและความพึงพอใจของประชาชนดีขึ้นจากเดิมเล็กน้อย พบปัญหาอุปสรรคหลักในการดำเนินงานคือเรื่องระเบียบข้อปฏิบัติต่างๆ และการสื่อสารระหว่าง อปท. และกระทรวงสาธารณสุข (สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ ๒๕๕๒)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทยได้กำหนดบทบาทการมีส่วนร่วมของอปท.ไว้ชัดเจนใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ มาตรา ๔๗ ซึ่งกล่าวไว้ว่า “เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยให้คณะกรรมการ(หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๖) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติเมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘ ให้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นขึ้น เรียกชื่อว่า “กองทุนสุขภาพระดับตำบล” เพื่อเปิดโอกาสให้ อปท.และชุมชนได้มีส่วนร่วมบริหารจัดการระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่ ในรูปแบบคณะกรรมการบริหารกองทุนระดับตำบล หลักเกณฑ์การดำเนินงานนั้น สปสข.จัดสรรงบประมาณแก่กองทุนตามหัวประชากร ๓๗.๕๐บาท และอปท.ที่สมัครใจเข้าดำเนินการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมร่วมในกองทุน โดยกำหนดไว้ว่าองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ขนาดเล็กสมทบงบประมาณรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ๑๐ ของงบประมาณที่สปสข.จ่ายตามรายหัวประชากร อบต.ขนาดกลางไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ และ อบต.ขนาดใหญ่และเทศบาลไม่น้อยกว่า

ร้อยละ ๕๐ โดยแนวทางการดำเนินงานต้องเป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด เช่น จัดซื้อครุภัณฑ์ได้ไม่เกิดร้อยละ ๑๐ ของงบประมาณกองทุน เป็นต้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๔) ระยะแรกช่วงต่อระหว่างปีพ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐ มีอปท.เข้าร่วมจำนวน ๘๖๕ แห่ง ต่อมาจำนวนเพิ่มขึ้นปีพ.ศ. ๒๕๕๑ จำนวน ๒,๖๗๗ แห่ง ปีพ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวน ๓,๕๓๕ แห่ง และปีพ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๕,๕๒๐ แห่งตามลำดับ ปัจจุบันจำนวน อปท.ที่สมัครใจเข้าร่วมกองทุนตำบลคิดเป็นร้อยละ ๗๐ ของ อปท.ทั้งประเทศ จากการติดตามประเมินผลพบว่า กองทุนสุขภาพตำบลเป็นกลไกที่สามารถสร้างความตื่นตัวและสร้างแรงจูงใจให้อปท.ชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพมองเห็นความสำคัญเรื่องสุขภาพ ยังช่วยเสริมพลังแก่ อปท.และชุมชนในการวางแผน ดำเนินการและติดตามประเมินผลด้านสุขภาพ โดยมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนที่ดีขึ้นชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้นในการดำเนินการมีการระดมทุนจากชุมชนร่วมด้วย มีนวัตกรรมใหม่ๆในการจัดการปัญหาสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเดิมพบว่าปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินการคือ ความสัมพันธ์ระหว่าง อปท.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดีในการดำเนินงานภาวะผู้นำที่ดีของ อปท. ศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแสดงบทบาทสนับสนุนกองทุน ตลอดจนศักยภาพของชุมชนที่ร่วมดำเนินการอย่างเท่าเทียมกับ อปท.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละชุมชนและท้องถิ่นมากขึ้น (จิรยุทธ์ คงนุ่น, ประยุทธ์ คลังสิน, สมศักดิ์ ศิริวัฒนากุลและคณะ ๒๕๕๒; สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, สุณี วงศ์คงคาเทพ, ภูษิต ประครองสายและจรรยา กุลวงศ์ ๒๕๕๒; สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์สวัสดิ์ ๒๕๕๒) กองทุนสุขภาพตำบลเป็นรูปแบบระบบสุขภาพระดับพื้นที่ที่มีการอภิบาลร่วมกับการกระจายอำนาจให้อปท.เข้ามามีส่วนร่วมบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ นายก อบต.หรือนายกเทศมนตรีเป็นประธาน คณะกรรมการกองทุนมีประชาชนในชุมชนมาร่วมดำเนินการ จากผลสำเร็จที่เกิดขึ้นทำให้แนวคิดเรื่องการจัดการระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาเป็นนโยบายระดับชาติของ สปสช. แท้จริงแล้วการดำเนินการในลักษณะเขตสุขภาพดังกล่าวนี้มีเกิดขึ้นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครอยู่เดิม (วินัย ลิสมิทธิ์และสุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ๒๕๕๐) จากการพิจารณาถึงคุณประโยชน์ของระบบสุขภาพระดับพื้นที่ สปสช.จึงมีนโยบายนำร่องในพื้นที่ สปสช.เขต นครราชสีมา หรือเขต “นครชัยบุรีรินทร์” ซึ่งเริ่มโดยการวางแผนการจัดการระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกันระหว่างจังหวัดต่างๆในเขตนครชัยบุรีรินทร์ได้แก่จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ ชัยภูมิ และสุรินทร์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขต นครราชสีมา ๒๕๕๓) เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองการบริหารจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ สปสช.สาขานครราชสีมาได้ผลตามที่คาดหวัง สปสช.จึงได้ริเริ่มศึกษาเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาแบบการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ในเขตนำร่องของ สปสช.สาขานครราชสีมาและกรุงเทพมหานคร อันเป็นที่มาของการศึกษาครั้งนี้

เพื่อให้เกิดการสร้างและพัฒนาแบบจำลองเขตสุขภาพได้ชัดเจน จำเป็นต้องตอบคำถามเชิงปฏิบัติการต่างๆหลายประการดังต่อไปนี้คือ

๑. ความหมายและแนวคิดเรื่องเขตสุขภาพที่เหมาะสมในบริบทประเทศไทยควรเป็นอย่างไร?
๒. กรรมการเขตสุขภาพหรือบอร์ดที่รับผิดชอบจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ควรมีบทบาทในการอภิบาลเช่นไร?
๓. การจัดบริการระดับพื้นที่ให้เกิดการผสมผสานของบริการสุขภาพ สังคม และการสาธารณสุขอย่างบูรณาการควรมีการจัดการที่เหมาะสมอย่างไร?
๔. กลไกตลาดสำหรับการซื้อบริการระดับพื้นที่ที่เหมาะสมทั้งด้านผู้จัดบริการ (supply side) และด้านผู้ให้บริการ (demand side) แบบไหนที่จะเกิดความสมดุลและไม่มีปัญหาต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ?
๕. ปัจจัยสำคัญของการบรรลุความสำเร็จและล้มเหลวในการจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพประกอบด้วยอะไร?

คำถามดังกล่าวนี้นำไปสู่วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาารูปแบบเขตสุขภาพดังนี้

๑.๒ วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักและวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้คือ

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อวิเคราะห์หารูปแบบเขตสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับบริบทประเทศไทยโดยมุ่งเน้นการซื้อบริการและการจัดการระบบโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

วัตถุประสงค์เฉพาะเป็นการพัฒนาจัดตั้งและการดำเนินการเขตสุขภาพที่ต้องการ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์สำคัญๆดังนี้

๑. เพื่อศึกษาแนวคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับเขตสุขภาพของผู้มีส่วนได้เสียโดยเฉพาะผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข

๒. เพื่อศึกษารูปแบบการอภิบาลระบบที่เหมาะสมของเขตสุขภาพ โดยเน้นการอภิบาลแบบคณะกรรมการเขตสุขภาพในประเด็นต่างๆ คือ โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจขององค์กรที่เกี่ยวข้อง การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน ความเป็นอิสระในบทบาทความรับผิดชอบซึ่งเกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ และอำนาจการจัดการที่ดีเพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลการบริหารเขตสุขภาพ

๓. เพื่อหารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตพื้นที่รวมถึงระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย ที่บูรณาการบริการสุขภาพส่วนบุคคล โรงพยาบาล สวัสดิการสังคมด้านสุขภาพ และการสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการทั้งภาครัฐเอกชนและสังกัดอื่นๆในพื้นที่

๔. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและล้มเหลวของการจัดตั้งเขตสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่นำร่องและพื้นที่อื่นที่มีการดำเนินการลักษณะรูปแบบระบบเขตสุขภาพ

๕. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพที่จะขยายพื้นที่ต่อไปในอนาคต

๑.๓ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ร่วมกับนักวิจัยในพื้นที่ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานของเขตนครชัยบุรินทร์ โดยเริ่มจากการพัฒนารอบแนวคิดการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ติดตามปรึกษาถกเถียงหาข้อยุติและความเห็นกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เขตนครชัยบุรินทร์ในประเด็นต่างๆสำหรับการออกแบบการอภิบาลและการจัดบริการสุขภาพที่บูรณาการของรูปแบบเขตสุขภาพ ขณะเดียวกันศึกษาประสบการณ์การซื้อบริการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครของสปสช.สาขากทม.และพื้นที่อื่นๆที่มีการดำเนินงานลักษณะเขตสุขภาพวิธีการศึกษาจึงประกอบด้วย ๒ วิธี ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม (literature review) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study)

การทบทวนวรรณกรรมเป็นการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ประสบการณ์ต่างประเทศศึกษาจาก ๖ ประเทศ ประกอบด้วยประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย นอร์เวย์ และสวีเดน หลักการเลือกประเทศทั้ง ๖ นี้พิจารณาเงื่อนไขสำคัญ ๔ ประการ คือ เป็นประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารูปแบบระบบสุขภาพแห่งชาติที่เป็นรัฐสวัสดิการ (public welfare universal system) แหล่งเงินสนับสนุนหลักประกันสุขภาพมาจากภาษีรัฐบาล (tax funding) ไม่ใช่ระบบประกันสังคม ใช้กลไกตลาดเทียม (quasi-market system) แยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกัน (purchaser-provider split) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการสุขภาพ และสุดท้ายมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (health care decentralization) สำหรับการจัดการที่เพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพ สำหรับประสบการณ์ในประเทศไทยใช้การทบทวนประสบการณ์การซื้อบริการของสปสช.สาขา กทม.ร่วมกับการทบทวนเอกสารนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์และแผนการพัฒนาของพื้นที่เขตนครชัยบุรินทร์และพื้นที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ใช้การสืบค้นข้อมูลครอบคลุมจากหนังสือ เอกสาร วรรณกรรม และแหล่งข้อมูลอินเทอร์เน็ต โดยคำสืบค้นภาษาไทยและอังกฤษ ประกอบด้วย “การซื้อบริการ, กรุงเทพมหานคร, หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การกระจายอำนาจ, สาธารณสุข, การอภิบาล, ธรรมนูญ, บริการระดับพื้นที่, Health care

system, Regional health, Purchasing health care, Commissioning, Locality purchasing, Locality provision, Universal coverage, Health authority, Local governance, Decentralization, UK, Norway, Sweden, Canada, Australia, New Zealand, Area health board, District health board, Good governance” ข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์องค์ความรู้ตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่กำหนด ผลการศึกษานำเสนอเชิงบรรยายประกอบภาพและตารางที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเชิงคุณภาพใช้การเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยการสัมภาษณ์เดี่ยวและการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group) ในประเด็นสำคัญๆ ๓ ส่วนคือ แนวคิด (concept) ของเขตสุขภาพ และการดำเนินการโครงสร้างและองค์กร (structure and organization) และความสัมพันธ์เชิงอำนาจขององค์กรต่างๆ ในเขตสุขภาพ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (functions and responsibility) ของคณะกรรมการเขตสุขภาพและการอภิบาลระบบ

แนวคิด (concept) เกี่ยวกับเขตสุขภาพประกอบด้วยแนวคำถาม

- ความหมายและความสำคัญเรื่อง “เขตสุขภาพ”
- ความต่างของเขตสุขภาพจากระบบสุขภาพเดิม
- เขตสุขภาพกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข
- เขตสุขภาพกับการอภิบาลระบบแบบระบบราชการ, กลไกตลาด และเครือข่ายบริการ
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับเขตสุขภาพ
- เขตสุขภาพกับการปฏิรูประบบสุขภาพและการจัดการภาครัฐแนวใหม่
- การซื้อและจัดบริการระดับพื้นที่
- กระบวนการซื้อบริการระดับพื้นที่กับวงจรวางแผนสาธารณสุข

โครงสร้างและองค์กร (structure and organization) ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องดังนี้

- คุณลักษณะของระบบสุขภาพ ๔ ประการได้แก่ : ค่านิยมทางสังคมที่ดำรงอยู่ในระบบสุขภาพ (social value for constitution of health care system) หน่วยบริการหลักของการจัดบริการสุขภาพ (main body of service provision) การคลังสุขภาพ (health care financing) การแทรกแซงและดูแลกำกับจากภาครัฐ (state intervention and regulation)
- ผู้มีส่วนได้เสียในระบบสุขภาพแบบ “เขตสุขภาพ” (stakeholders)
- องค์ประกอบของคณะกรรมการบอร์ดเขตสุขภาพ : ตัวแทนภาคส่วน, จำนวนที่มี, วิธีการที่ได้มา, ลัทธิฐานการแต่งตั้งกับเลือกตั้ง, วาระการดำรงตำแหน่ง
- คณะทำงานที่เหมาะสมสำหรับสนับสนุนการดำเนินงานเขตสุขภาพ
- จำนวนประชากรและพื้นที่รับผิดชอบ

- ปัญหาเขตพื้นที่ทับซ้อนและไม่ครบถ้วน
- โครงสร้างระบบบริการและการส่งต่อ
- ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและโครงสร้าง: สายบังคับบัญชา, สายบริการ, การประสานงาน
- ปฏิสัมพันธ์กับองค์กรอิสระ, องค์กรมหาชน, อปท., ภาครัฐอื่นๆ
- องค์กรหลักในการดำเนินงาน

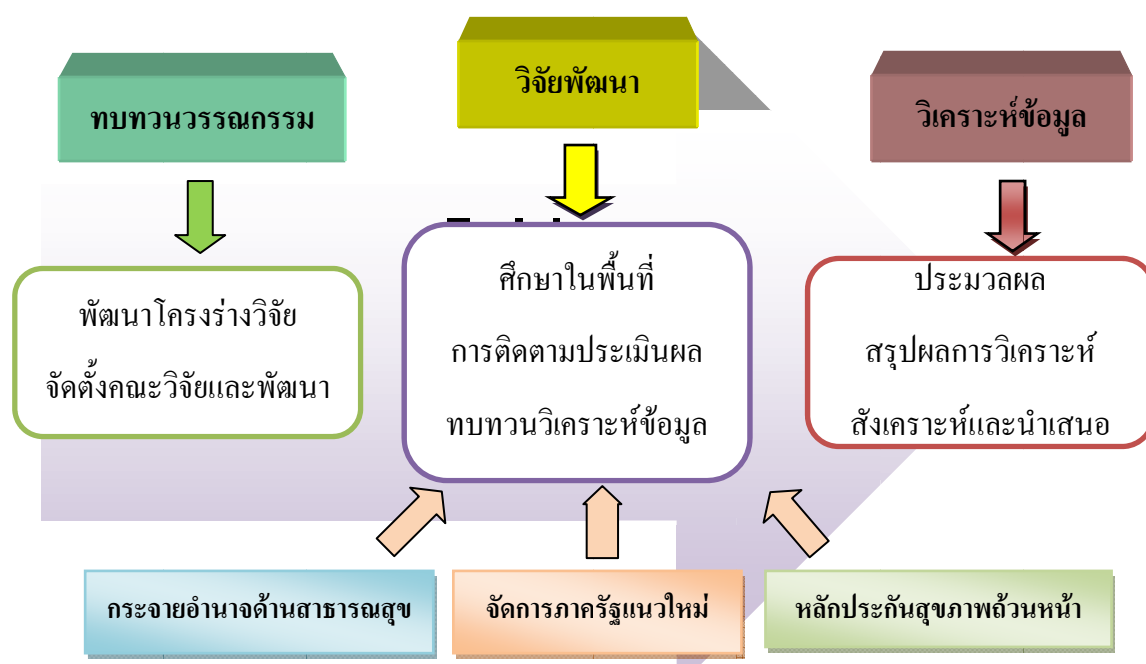
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (functions and responsibility) ของคณะกรรมการเขตสุขภาพและ
การอภิบาลระบบประกอบด้วยคำถามดังต่อไปนี้

- การจัดบริการ: การเข้าถึงบริการ, ประเภทบริการ, การจัดบริการแบบบูรณาการ, การควบคุมโรค
ระบาด, บทบาทด้านการสาธารณสุข, การส่งต่อ
- การจัดทำสัญญา, รูปแบบสัญญา, ระเบียบและข้อกำหนดที่มี ต้องการให้มี หรือต้องการ
เปลี่ยนแปลง
- กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ห่างไกล และชนกลุ่มน้อย
- การฟ้องร้องและการชดเชยความเสียหายทางการแพทย์
- การพัฒนาบุคลากรและการแก้ไขปัญหาขาดแคลนแพทย์

ผลที่คาดหวังว่าจะได้รับจากการศึกษาเชิงคุณภาพ คือ ความเข้าใจ ความคิดเห็น ปัญหา ความ
คาดหวัง ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบในการ
ดำเนินงานเขตบริการสุขภาพของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (authority, accountability, regulation)
การได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ การมีส่วน
ร่วมของภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการและการดำเนินงานในรูปแบบเขต
บริการสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์และผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นต่อประชาชนและชุมชนและ
เป้าประสงค์สุดท้ายของเขตสุขภาพที่คาดหวัง

การศึกษารูปเป็นผังการวิจัยดังภาพที่ ๑ ดังนี้

ภาพที่ ๑.๑ ผังการศึกษาวิจัยพัฒนาเขตสุขภาพ



ผังการศึกษาแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะแรกของการศึกษาเป็นการเตรียมทีมวิจัยและรอบการศึกษาซึ่งกระบวนการหลักเป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างวัตถุประสงค์การศึกษาวิธีการศึกษาที่เหมาะสม และกลุ่มเป้าหมายที่ต้องศึกษา ระยะที่ ๒ เป็นการเก็บข้อมูลและปฏิบัติการศึกษา ซึ่งกลวิธีหลักเป็นการวิจัยและพัฒนาโดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพตามกรอบการวิจัยที่ประกอบด้วยกรอบการกระจายอำนาจ การจัดการภาครัฐแนวใหม่ และการสร้างหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ระยะที่ ๓ เป็นระยะของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การจัดตั้งและพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพประเทศไทย

๑.๔ กลุ่มประชากรศึกษา

กลุ่มประชากรศึกษาได้แก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดตั้งและดำเนินงานเขตสุขภาพ โดยเฉพาะคณะกรรมการเขตสุขภาพ ผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการ ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, ผู้อำนวยการสปสข.เขตนครราชสีมา, เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานเขตสุขภาพสปสข.เขตพื้นที่, ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ตัวแทนภาคประชาชน, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน, หัวหน้างานประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตนครชัยบุรินทร์ กรุงเทพมหานคร และพื้นที่เขต

สปสข.ที่มีการดำเนินงานเขตสุขภาพอื่นสำหรับกลุ่มสปสข.เขตพื้นที่อื่นนอกเขตนครชัยบุรีรินทร์และกรุงเทพมหานครนั้น ต้องการศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลมาประกอบการสร้างแบบจำลองและฉกัทัศน์เขตสุขภาพไม่ได้มุ่งหวังจะศึกษาเปรียบเทียบกับเขตนครชัยบุรีรินทร์และกรุงเทพมหานคร

๑.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเชิงคุณภาพใช้วิธีเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยการบันทึกเสียงโดยการยินยอมของผู้ถูกสัมภาษณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถูกถอดเสียงคำต่อคำวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) กำหนดคำสำคัญที่ใช้วิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย เช่น การจัดบริการ ระดับพื้นที่ การอภิบาล เป็นต้น ผลการวิเคราะห์นำมาสังเคราะห์องค์ความรู้และนำเสนอเชิงพรรณนาประกอบคำสัมภาษณ์ ผลสรุปการสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและปฏิบัติเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพที่ต้องการ

รายงานการศึกษานี้ประกอบด้วย ๓ บทสำคัญ บทที่ ๑ คือบทปัจจุบันที่แสดงถึงความเป็นมาของหลักการเหตุผลและนโยบายเขตสุขภาพของ สปสข. แนวความคิดที่จะพัฒนาเขตสุขภาพ คำถามวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประสงค์การศึกษา วิธีการศึกษา ประชากรที่ใช้ศึกษา และการวิเคราะห์ข้อมูล บทที่ ๒ เป็นผลการศึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการและเอกสารต่างๆเพื่อวิเคราะห์ประสบการณ์เกี่ยวกับเขตสุขภาพในต่างประเทศและการซื้อบริการของ สปสข.สาขาทอม. ทฤษฎีต่างๆที่ใช้ดำเนินการเขตสุขภาพ ประกอบด้วย การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (health care decentralization) ทฤษฎีการอภิบาล (governance theory) การจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) การซื้อและจัดบริการระดับพื้นที่ (locality purchasing and provision) ผลการวิเคราะห์การทบทวนวรรณกรรมที่นำไปสู่กรอบความคิดการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative conceptual framework) รูปแบบจำลองของเขตสุขภาพในบริบทประเทศไทย และกลุ่มตัวแปรเพื่อการติดตามพัฒนาการจัดตั้งเขตสุขภาพในพื้นที่ศึกษานครชัยบุรีรินทร์ กรุงเทพมหานคร และพื้นที่สปสข.สาขาเขตอื่นๆที่เกี่ยวข้อง บทที่ ๓ เป็นผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่แสดงผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ในประเด็นสำคัญที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้างต้นข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่จะนำไปพัฒนาการจัดตั้งเขตสุขภาพในประเทศไทยต่อไป

บทที่ ๒ ผลการทบทวนวรรณกรรม

บทที่ ๒ เป็นผลการทบทวนวรรณกรรมที่ได้จากการสืบค้นข้อมูลเอกสารวิชาการ เอกสารนโยบาย ของ สปสช.และยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ สปสช.สาขาเขตนครราชสีมา และวรรณกรรมต่างๆ รวมทั้งผลการ สืบค้นทางอินเทอร์เน็ตทั้งในและต่างประเทศ ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสรุปผล การศึกษาได้ประเด็นสำคัญๆ ดังต่อไปนี้

๒.๑ ความหมายของเขตสุขภาพ

ประสบการณ์การจัดการสุขภาพระดับพื้นที่จากต่างประเทศทั้ง ๖ ประเทศ อันประกอบด้วย ประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา นอร์เวย์ และสวีเดน พบว่า คำแสดงถึงความหมายระบบ สุขภาพระดับพื้นที่หรือเขตสุขภาพใช้แตกต่างกันจนเกิดความสับสนเช่น area health แสดงถึงเขตสุขภาพเชิง ภูมิศาสตร์กว้างๆ regional health system และdistrict health system บ่งบอกการแบ่งเขตบริหารจัดการ สุขภาพที่เจาะจงขึ้นlocality แสดงความชัดเจนของขนาดพื้นที่ประชากร การซื้อและจัดบริการสุขภาพใน พื้นที่นั้นๆ อย่างชัดเจนมากที่สุด แต่ไม่แสดงถึงการประสานงาน (coordination) ดังนั้นระบบสุขภาพระดับ พื้นที่สมควรใช้คำรวมกลางๆทั่วไปว่าเขตสุขภาพ (area health) ที่มีความหมายว่าเป็น “ระบบสุขภาพระดับ พื้นที่ (locality level) ที่กำหนดพื้นที่และประชากรรับผิดชอบชัดเจน มีกิจกรรมการซื้อและจัดบริการสุขภาพ ที่ตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่ มีบริการที่เหมาะสมและผสมผสานทั้งด้าน บริการสุขภาพส่วนบุคคล การสาธารณสุขและบริการสังคม โดยมีหน่วยบริการหลักที่กำหนดชัดและเข้าถึง บริการได้ดี”(ØVRETVEIT1996, HUNTER and STOCKFORD 1997,EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 1999)

๒.๒ การจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพในต่างประเทศ

ความเป็นมาของเขตสุขภาพเริ่มขึ้น ค.ศ.๑๙๖๒ โดยประเทศอังกฤษจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อวางแผน พัฒนาระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) เพราะงบประมาณมีจำกัด ต่อมาค.ศ.๑๙๙๑ ประเทศอังกฤษจัดตั้งระบบสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ซึ่งแยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกัน เขตสุขภาพ รับบทบาทบริหารจัดการบริการและการคลังสุขภาพ เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ (health system reform) และจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) แนวคิดเขตสุขภาพแพร่ไปสู่ประเทศ นิวซีแลนด์ใน ค.ศ.๑๙๙๓ และประเทศแคนาดากับออสเตรเลียในค.ศ.๑๙๙๔ ซึ่งแนวคิดเขตสุขภาพ กำหนดให้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (area health board) ขึ้นเพื่อบริหารและอภิบาลระบบ (governance) โดยหวังว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพและสร้างความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ

ปัจจุบันอังกฤษได้ปรับเขตสุขภาพให้เกิดการบูรณาการมีบริการผสมผสานทั้งบริการส่วนบุคคล การสาธารณสุข และบริการสังคมให้ใกล้ชิดผู้รับบริการ มีการซื้อและจัดบริการระดับพื้นที่ (locality purchasing and provision) เรียกว่าเป็นการกำหนดให้ทำ (commissioning) โดยคณะกรรมการที่มีอิสระบริหารจัดการเขตสุขภาพ แนวคิดเขตสุขภาพยังแพร่กระจายไปสู่กลุ่มประเทศนอร์ดิก อันประกอบด้วย ประเทศนอร์เวย์ สวีเดน เดนมาร์ก ไอซ์แลนด์ และฟินแลนด์ ที่มีการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทด้านสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แนวคิดเขตสุขภาพได้ถูกนำไปพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศประเทศนอร์เวย์ชัดเจน โดยนอร์เวย์ปฏิรูประบบสุขภาพจากเดิมที่เป็นบทบาทสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมานานเปลี่ยนแปลงการกระจายอำนาจเดิมเป็นผู้การกระจายอำนาจให้กลุ่มคณะกรรมการอิสระในกำกับของรัฐแทน (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 2001, HEALY and HILLESS 2001, ARMSTRONG and ARMSTRONG 1999, JOHNSON 2006) ส่วนสวีเดนได้รวมเขตบริการของ อปท.มาเป็นจัดเขตสุขภาพ โดยอปท.หลายๆ แห่งมารวมกันในเขตสุขภาพเดียวกัน เห็นได้ชัดเจนว่าเขตสุขภาพมีการพัฒนาจากแนวคิดของการจัดระบบบริการสุขภาพที่บูรณาการแบบ Integrated Health Services (ØVRETVEIT 1996) ร่วมกับแนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (health care decentralization) (CONYERS 1983; COLLINS 1994; MILLS, VAUGHAN, SMITH and TABIBZADE 1990) และการอภิบาลระบบ (system governance) (KJÆR 2004) แนวคิดเขตสุขภาพยังแพร่กระจายไปสู่ประเทศระบบประกันสังคม อย่างเช่น ประเทศเกาหลีได้กำหนดให้จัดระบบบริการและการส่งต่อเป็นเขตพื้นที่การแพทย์ปฐมภูมิกับเขตพื้นที่การแพทย์ตติยภูมิ (GAULD, IKEGAMI and BARR ET AL 2006; PEABODY, LEE and BICKEL 1995; YU and ANDERSON 1992) เป็นต้น

๒.๓ องค์ประกอบและบทบาทหน้าที่คณะกรรมการเขตสุขภาพต่างประเทศ

บทเรียนจากต่างประเทศพบว่า คณะกรรมการเขตสุขภาพนั้นเป็นผู้รับผิดชอบบริหารจัดการ และการคลังสุขภาพของพื้นที่รับผิดชอบคณะกรรมการเขตสุขภาพประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและมีวาระดำรงตำแหน่งชัดเจน ตัวอย่างเช่น ประเทศนิวซีแลนด์คณะกรรมการมีสมาชิก ๑๑ คน วาระ ๓ ปี มาจากการเลือกตั้ง ๗ คน แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข ๔ คน ต้องมีตัวแทนชนพื้นเมือง Maori อย่างน้อย ๒ คนตามสัดส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ ระยะแรกประธานคณะกรรมการมาจากการแต่งตั้งและพัฒนาไปสู่การเลือกตั้ง (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 2001) บทบาทความรับผิดชอบของคณะกรรมการมีพัฒนาการในบทบาทที่รับผิดชอบตามลำดับ ดังตัวอย่างของประเทศอังกฤษโดยเริ่มจากการเป็นที่ปรึกษา พัฒนาต่อไปให้มีส่วนบริหารงบประมาณเพื่อซื้อบริการ จนสามารถซื้อบริการด้วยตนเองตามพันธะความรับผิดชอบ (accountability) และแยกตัวออกเป็นอิสระเต็มที่ (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 1999) คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อเป็นที่ปรึกษา เช่น คณะกรรมการเขตสุขภาพประเทศนิวซีแลนด์แต่งตั้งที่ปรึกษา ๓ คณะ

ได้แก่ Community and Public Health, Hospitals และ Disability Support เพื่อให้คำปรึกษาวางแผน ๑ ปี, แผนระยะยาว ๕ ปี และ ๑๐ ปี คณะกรรมการเขตสุขภาพแม้เป็นองค์กรอิสระ แต่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจลงโทษและถอดถอนสมาชิกรายคนหรือทั้งคณะ หากคณะกรรมการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามกำหนดได้อย่างถูกต้อง กระทรวงสาธารณสุขเองมีอำนาจกำหนดนโยบายและวางแผนเพื่อกำกับการดำเนินงานของคณะกรรมการ การกำกับติดตามคุณภาพอาจใช้เครื่องมือและมืองค์กรรับผิดชอบติดตามประเมินผลชัดเจนเป็นอิสระ การกำกับติดตามประเมินผลสามารถดำเนินการผ่านการกำหนดพันธะแบบทำสัญญา (contract) ที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันและกำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายที่วัดได้ชัดเจนเช่น Quality and Outcome Framework (QOF) ของอังกฤษ เป็นต้น งบประมาณที่คณะกรรมการได้รับแบ่งเป็น ๒ ส่วนแยกขาดจากกันเป็นงบบริหาร (departmental block) และงบบริการ (non-departmental block) สำหรับการบริหารจัดการและจัดบริการ (NHS INFORMATION CETRE2006)

๒.๔ บทบาทเขตสุขภาพในต่างประเทศ

บทบาทของเขตสุขภาพพบได้ ๓ ประการ ได้แก่ การจัดบริการ (service provision) การคลังสุขภาพ (health care financing) และการควบคุมกำกับระบบ (system governance) ดังนี้ เขตสุขภาพมีบทบาทรับผิดชอบจัดบริการสุขภาพให้เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิระดับสูง ให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการประชาชนที่แท้จริง เปลี่ยนจุดเน้นจากการรักษาพยาบาลและบริการในโรงพยาบาลไปสู่บริการในสังคมชุมชนและครัวเรือนมากขึ้น เขตสุขภาพมีบทบาทรับผิดชอบผสมผสานบริการทุกอย่างในพื้นที่เข้าด้วยกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ การสาธารณสุข และบริการสังคม การผสมผสานงานสาธารณสุขเพื่อแก้ไขจุดอ่อนที่ละเลยบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการควบคุมโรคระบาดที่รุนแรงและแพร่กระจายรวดเร็วที่ขาดแรงจูงใจทางการเงิน จนเกิดปัญหาการป้องกันและสกัดกั้นการระบาดของโรครุนแรงได้ไม่ทันทั่วถึง เช่น การระบาดของไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ เป็นต้น ระบบสุขภาพเกิดช่องว่างของบริการสาธารณสุขเพราะขาดหน่วยงานรับผิดชอบทำให้การประสานงานไม่ดี เขตสุขภาพมีเครือข่ายบริการดีประสานบริการได้อย่างบูรณาการจึงสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้เท่าเทียมทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะสามารถลดค่าดำเนินการทางการเงินในการเรียกเก็บค่าบริการระหว่างสถานบริการ ตัวอย่าง เช่น อังกฤษมีกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นเครือข่ายบริการแบบ primary care group หรือประเทศสวีเดน Counties หลาย Counties รวมกลุ่มเป็นเขตพื้นที่บริการที่ใหญ่และครอบคลุมทำให้สามารถลดค่าดำเนินการที่สิ้นเปลืองลง หรือกลุ่มกองทุนประเทศเกาหลีใต้ที่ได้รวมกองทุนเพื่อสร้างความมั่นคงแก่กองทุนและขยายเครือข่ายบริการที่ครอบคลุม เป็นต้น (GLENNGARD, HJALTE, SVENSSON, ANELL and BANKAUSKAITE 2005)

๒.๕ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเขตสุขภาพกับรัฐบาล

รัฐบาลโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจชัดเจน รัฐบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ดีและสร้าง ความมั่นคงทางการคลังสุขภาพ แหล่งเงินส่วนใหญ่ของเขตสุขภาพมาจากภาษีส่วนกลาง รัฐบาลมีหน้าที่ต้องเข้ามีส่วน ดำเนินการที่จะดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่รัฐต้องเกื้อกูล ให้เกิดการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมและการปรับเปลี่ยน ให้เกิดความเป็นธรรมทางทรัพยากรสุขภาพ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ยากจนห่างไกลในชนบทและในพื้นที่ เฉพาะของชนกลุ่มน้อยต่างๆ ขณะเดียวกันต้องคำนึงถึงการควบคุมต้นทุนค่าบริการและการจ่ายเงินตอบแทนที่สร้างแรงจูงใจ เพราะเขตสุขภาพมีกลไกตลาดภายใน (internal market) ที่มีผลต่อการคลังสุขภาพที่ แข่งขันแย่งชิงทางการเงินกันจนลืมนำมาคำนึงถึงคุณธรรม ขาดการร่วมมือพัฒนาการทำงานด้านสาธารณสุข การ มีจำนวนเขตพื้นที่สุขภาพที่มากเกินไปจนยอมสร้างค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการที่เพิ่มขึ้นไม่เกิดประหยัดต่อขนาด (economies of scale) แต่หากจำนวนเขตพื้นที่สุขภาพไม่มากพอที่จะสร้างการแข่งขันและสร้างทางเลือกแก่ ประชาชนจะเป็นปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพ หากเขตสุขภาพขนาดเล็กเกินไปก็เสี่ยงต่อความมั่นคง ทางการเงิน เพราะส่วนใหญ่การจัดสรรงบประมาณสู่พื้นที่ผูกติดกับจำนวนประชากรร่วมกับอุบัติการณ์ ระบาดวิทยา ปรับเปลี่ยนด้วยลักษณะประชากรทั้งอายุ เพศและการพึ่งพิงต่อสังคม การสร้างแรงจูงใจและการ สร้างคุณภาพของเขตสุขภาพที่มีกลไกทางการเงินและตลาดภายใน จึงต้องมีการควบคุมต้นทุนบริการ (cost containment) พร้อมกับใช้กลไกทางการเงินมาพัฒนาคุณภาพบริการ ดังเห็นได้ชัดเจนว่าประเทศต่างๆ นิยมจ่ายเงินตามลักษณะผลการดำเนินงานแบบปลายปิด เช่น เหม่าจ่ายรายหัว (capitation) และกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม (DRGs, Diagnosis Related Groups) แทนการจ่ายเงินแบบปลายเปิด เช่น จ่ายตามรายการ ของการบริการ (fee-for-service) ยกเว้นการจ่ายแก่เวชปฏิบัติครอบครัวที่ยังต้องใช้แรงจูงใจจากค่าบริการ ปลายเปิด ที่จ่ายตามรายการของการบริการ (fee-for-service) ร่วมด้วย การคลังสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่ สร้างบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เช่น การคลังสุขภาพของเขตสุขภาพในอังกฤษกำหนด งบประมาณลงสู่พื้นที่ให้สามารถซื้อบริการสำหรับประชาชนที่รับผิดชอบ และมุ่งเน้นบริการด้านส่งเสริม สุขภาพป้องกันโรคและชุมชนมากขึ้นและชัดเจนขึ้น (PALMER 2006, NORWEGIAN DIRECTORATE of HEALTH 2009)

๒.๖ การอภิบาลระบบเขตสุขภาพ

การกำกับดูแลโดยระบบอภิบาล (governance) นับว่าเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้เขตสุขภาพนั้น สามารถสร้างประสิทธิภาพการจัดการ คุณภาพบริการ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ และสนองตอบความ ต้องการที่แท้จริงของประชาชน (accountability and responsiveness) มีกลไกสำคัญ ๒ ประการ ที่ถูก นำมาใช้เพื่อการกำกับดูแลและอภิบาลระบบ ได้แก่ การจัดทำสัญญาระหว่างผู้จ่ายค่าบริการกับผู้จัดบริการ (contract) ซึ่งมีหลายรูปแบบ และผ่านกระบวนการร้องเรียนหรือฟ้องร้องค่าเสียหายทางการแพทย์เมื่อเกิด

ความเสียหายจากบริการสุขภาพ (malpractice liability) อังกฤษเป็นตัวอย่างการจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานพยาบาลโดยทำสัญญา (contractual model) ซึ่งมี ๓ รูปแบบประกอบด้วย สัญญาซื้อขายรวม (block contract), สัญญาต้นทุนและปริมาณงาน (cost-and-volume contract) และ สัญญาต้นทุนต่อราย (cost-per-case contract) มีรายละเอียดดังนี้ สัญญาซื้อขายรวม (block contract) กำหนดการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบว่าจะได้รับบริการอะไรและได้ค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงินเท่าไรอย่างกว้างๆ ซึ่งจะระบุตัวชี้วัดผลงานการให้บริการ สัญญาประเภทนี้สร้างความมั่นใจแก่โรงพยาบาลว่าจะได้รับงบประมาณค่าตอบแทนที่ชัดเจนสำหรับการจัดบริการ สัญญาต้นทุนและปริมาณงาน (cost-and-volume contract) เป็นสัญญาที่ระบุชัดเจนลงไปว่าผู้จัดบริการจะต้องให้บริการประเภทใดบ้างด้วยจำนวนเท่าไรในราคาที่ตกลงกันไว้ บริการแบบนี้ต้องกำหนดคุณลักษณะที่ชัดเจนกว่าสัญญาซื้อขายรวมรูปแบบสัญญาต้นทุนและปริมาณงานนี้เน้นปริมาณบริการมากกว่าปัจจัยนำเข้า ส่วนสัญญาต้นทุนต่อราย (cost-per-case contract) จะกำหนดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ กิจกรรมการบริการถูกเชื่อมโยงกับค่าใช้จ่าย สัญญาแบบนี้มีค่าใช้จ่ายในการเรียกเก็บค่าบริการจึงไม่นิยมใช้ แต่จะนำมาใช้ประกอบการจ่ายค่าตอบแทนกรณีนอกเหนือสัญญาซื้อขายรวมและสัญญาต้นทุนและปริมาณงานเช่น กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ (extra contractual referrals) เป็นต้น ดังนั้นความนิยมในการทำสัญญาจึงเรียงลำดับจากสัญญาซื้อขายรวม, สัญญาต้นทุนและปริมาณงาน และสัญญาต้นทุนต่อรายตามลำดับ (HEALY, SHARMAN and LOKUGE 2006) การเรียกร้องค่าเสียหายเมื่อเกิดผลเสียจากบริการสุขภาพมีกระบวนการแตกต่างกันแต่ละประเทศ ซึ่งแบ่งออกเป็น ๒ ประเภทสำคัญๆ คือ การฟ้องร้องจ่ายค่าตอบแทนผ่านกระบวนการที่ไม่พิสูจน์ถูกผิด (no-fault liability) เช่น สวีเดนและนอร์เวย์ แต่บางประเทศใช้กระบวนการฟ้องร้องทางศาลและนำไปสู่การลงโทษที่รุนแรง เช่น แคนาดาได้หวั่น เป็นต้น (CHARLES and BADGLEY 1999, MARCHILDON 2005, GER 2009)

๒.๗ ข้อดีและข้อเสียของระบบเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพมีทั้งประโยชน์และโทษ จากประสบการณ์ต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า การกำหนดพื้นที่เขตสุขภาพต้องพิจารณาความเหมาะสมสำหรับขนาดประชากรเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรม ไม่เสี่ยงต่อล้มละลายทางการเงินและง่ายต่อระบบส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล เช่น อังกฤษและนิวซีแลนด์มีการเพิ่มลดจำนวนเขตสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดหลายครั้ง การส่งต่อที่ดีต้องไม่ให้เหตุผลของการตามจ่ายค่าบริการเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ การให้บริการที่ข้ามขั้นตอนนั้นแม้จะทำให้ประชาชนมีโอกาสและอิสระมากแต่ก็ขาดประสิทธิภาพ การกระจายทรัพยากรโดยเฉพาะสถานพยาบาลและแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่เจริญกับยากจนหรือพื้นที่เขตเมืองกับชนบท เป็นปัญหาการไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (BURKI, PERRY and DILLINGER 2002) เขตสุขภาพที่อิสระมากอาจกำหนดสิทธิประโยชน์บริการจนทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างเขตพื้นที่ บวกกับความร่ำรวยของพื้นที่จะทำให้เกิดการไม่เท่าเทียมของบริการอย่างมากจนไม่เป็นธรรมซึ่งพบได้ในประเทศแคนาดา (MARCHILDON 2005) เขตสุขภาพมุ่งหวัง

ให้เกิดบริการที่ตอบสนองประชาชนที่ต้องการอย่างแท้จริงขณะเดียวกันเกิดการร่วมกันใช้ทรัพยากรที่มีทั้งด้านเทคโนโลยีและวิชาการที่ไม่ลงทุนซ้ำซ้อนดังตัวอย่างที่พบในเขตสุขภาพประเทศนอร์เวย์และสวีเดน (JOHNSEN 2006; GLENNGARD, HJALTE and SVENSSO Net al 2005) ขณะที่เพิ่มประสิทธิภาพ การจัดการแบบแบ่งเขตสุขภาพที่มีจำนวนมากย่อมก่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ต้องการทั้งงบประมาณและบุคลากรที่จำเป็นสูงขึ้น การเรียกเก็บระหว่างเขตพื้นที่จำนวนมากย่อมไม่เกิดการประหยัดต่อขนาด ขณะเดียวกันหากเขตสุขภาพมีจำนวนน้อยแม้การบริหารจัดการจะลดลง แต่ก็สร้างปัญหาเป็นอุปสรรคกีดกันโอกาสทางเลือกประชาชนที่จะสร้างแรงจูงใจให้เขตสุขภาพแข่งขันคุณภาพบริการ ดังประสบการณ์ของการซื้อบริการของ สปสช.กทม. ที่ไม่สามารถสร้างการแข่งขันบริการ เพราะบางพื้นที่ไม่มีสถานบริการแม้แต่สถานบริการของเอกชนเพราะภาคเอกชนสามารถเลือกไม่เข้าร่วมเครือข่ายได้เขตสุขภาพอยู่ใกล้ประชาชนสามารถให้ข้อมูลปัญหาทางสุขภาพที่แท้จริง นำไปสู่การจัดการสนองตอบความต้องการของประชาชนที่แท้จริงได้ ประชาชนเองก็จะมีส่วนร่วมในการดูแลบริการเพื่อให้เกิดคุณภาพที่ต้องการอย่างแท้จริง (วินัย ลิสมิทธิและสุกสิทธิ์ พรธรรุ โนนัย ๒๕๕๐) แต่การมีส่วนร่วมของประชาชนยังมีน้อยเพราะผ่านนักการเมืองและตัวแทนบุคคลอื่น ยังไม่มีการศึกษาวิจัยใดที่สามารถจะบอกได้ชัดเจนว่า เมื่อจัดตั้งและบริหารจัดการแบบเขตสุขภาพแล้ว จะประกันว่าสามารถนำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนมากกว่าการบริหารจัดการแบบเดิม ซึ่งการที่คุณภาพบริการจะเกิดได้นั้นประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ไม่ได้เกิดจากการบริหารจัดการแบบเขตสุขภาพเพียงอย่างเดียว (BURKI, PERRY and DILLINGER 2002, KHALEGHIAN 2003, KHALEGHIAN and GUPTA 2004) ข้อดีและข้อด้อยของระบบบริการสุขภาพแบบเขตสุขภาพสามารถสรุปบทเรียนต่างประเทศได้ดังตารางที่ ๒.๑

ตารางที่ ๒.๑ แสดงให้เห็นข้อดีและจุดอ่อนของระบบเขตสุขภาพ ซึ่งจากการวิเคราะห์ประสบการณ์ที่พบในประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย นอร์เวย์ และสวีเดน พบว่า เขตสุขภาพที่จัดตั้งในประเทศดังกล่าวนี้ สามารถสร้างข้อดีแก่ระบบสุขภาพหลายประการคือ บริการสามารถจัดแก่ประชาชนได้ครอบคลุมทุกบริการแบบบูรณาการตั้งแต่บริการส่วนบุคคล เช่น การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น บริการโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและใน การสาธารณสุขโดยเฉพาะการป้องกันโรคระบาดและภัยพิบัติ รวมทั้งบริการสังคมที่สนับสนุนเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น การดูแลผู้พิการ ผู้ชรา เป็นต้น บริการที่จัดในเขตสุขภาพสามารถสะท้อนความต้องการประชาชนเพราะการจัดบริการใกล้ชิดประชาชนใช้ปัญหาในพื้นที่เป็นตัวตั้ง การจัดการที่มีในเขตสุขภาพจะทำให้ประชาชนเข้าใจและมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยเฉพาะการสร้างหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ที่ครอบคลุมทุกคน เขตสุขภาพที่มีคณะกรรมการดูแลจะสามารถวางแผนการบริการและการคลังได้จึงควบคุมค่าใช้จ่ายและต้นทุนบริการได้ดีขึ้น คณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนจากกลุ่มคนในพื้นที่ย่อมตอบสนองและมีพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชนในพื้นที่มากกว่าส่วนกลางเพราะมาจากการเลือกตั้ง คณะกรรมการเขตสุขภาพมีอิสระทำให้มีความยืดหยุ่นและการปรับตัวของการทำงานได้ดีกว่า เนื่องจากไม่

ต้องถูกกำกับอย่างเข้มงวดด้วยระเบียบราชการที่ขั้นตอนซับซ้อน การวางแผนในเขตพื้นที่ที่สามารถนำข้อมูลที่มีจริงมาดำเนินการและการร่วมมือจากฝ่ายต่างๆทำให้เกิดการนำข้อมูลมาประสานและตรวจทานความแม่นยำได้ดีขึ้น โดยเฉพาะไม่มีการนำข้อมูลไปแย้งชิงงบประมาณรายได้จึงไม่มีการกีดกันการเข้าถึงข้อมูล การจัดสรรงบประมาณในเขตสุขภาพลดการแย่งชิงทรัพยากรทำให้ลดความขัดแย้งทางการเงินได้มาก เนื่องจากระบบเขตสุขภาพเน้นกระบวนการจัดบริการที่มีผลลัพธ์ชัดเจน จึงสร้างกระบวนการติดตามกำกับประเมินผลที่ต้องมีตัวชี้วัดการทำงานและผลลัพธ์การบริการตามพันธะสัญญาที่ผู้จ่ายค่าบริการทำกับผู้จัดบริการ

ตารางที่ ๒.๑ เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของระบบสุขภาพแบบเขตสุขภาพ

ข้อดี	ข้อเสีย
• บริการสุขภาพบูรณาการทั้งบริการส่วนบุคคล โรงพยาบาล สาธารณสุข และสังคม • ตอบสนองความต้องการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ • เพิ่มการเข้าถึงบริการที่ดี • ควบคุมต้นทุนค่าบริการได้ดี • เพิ่มพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชน • สร้างการปรับตัวและยืดหยุ่นในการจัดการ • ระบบสารสนเทศมีการประสานงานมากขึ้น • เพิ่มการประสานงานระบบส่งต่อ • ระบบการคลังสุขภาพไม่แย่งชิงทรัพยากร • การวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพชัดเจนเพราะมีตัวชี้วัดที่กำหนดได้ชัด	• ต้องการผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญสูงหายากในพื้นที่ยากจนและห่างไกล • มีปัจจัยทางการเมืองท้องถิ่นมาเกี่ยวข้อง • เปิดโอกาสให้รวมศูนย์ในพื้นที่แบบผูกขาดการบริการ • ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่อ่อนแอลง • เกิดการกีดกันบริการระหว่างเขตสุขภาพ • สร้างความไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่ยากจนและร่ำรวย • ไม่ประหยัดต่อขนาดหากจำนวนเขตสุขภาพมากเกินไป • ต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายมากขึ้น • ต้องมีระบบกระจายทรัพยากรที่ดี • ต้องการระบบข้อมูลที่ดีมากในการติดตามประเมินผล

แหล่งข้อมูล : ARMSTRONG and ARMSTRONG 1999; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 1999; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 2001; HEALY and HILLESS 2001; GLENNGARD, HJALTE and SVENSSON et al 2005; HEALY, SHARMAN and LOKUGE 2006; JOHNSON 2006; MARCHILDON 2005; NORWEGIAN DIRECTORATE of HEALTH 2009.

ขณะเดียวกันระบบเขตสุขภาพก็มีจุดอ่อนหลายประการ การจัดการเขตสุขภาพต้องการความรู้ความเข้าใจและผู้มีความเชี่ยวชาญในการเป็นตัวแทนคณะกรรมการเขตสุขภาพ ซึ่งหาได้ยากในเขตพื้นที่ห่างไกลและยากจนในชนบท เขตสุขภาพเป็นการจัดการระดับพื้นที่ซึ่งมีการเมืองท้องถิ่นเข้ามาเกี่ยวข้องดังนั้นปัจจัยทางการเมืองระดับพื้นที่จึงมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานและพัฒนาสูงมาก อาจเป็นโอกาสให้การเมืองท้องถิ่นใช้เป็นฐานเสียงและเกิดการแทรกแซงได้ ระดับพื้นที่หากไม่มีการอภิบาลระบบที่ดีการจัดบริการในพื้นที่ที่ขาดแคลนทรัพยากรสุขภาพและสถานบริการที่จำกัด รวมทั้งการแทรกแซงด้วยผู้มีอิทธิพลท้องถิ่นอาจสร้าง

ระบบผูกขาดและการรวมศูนย์อำนาจในเขตสุขภาพ การที่เขตสุขภาพมีอิสระในการดำเนินงานและคณะกรรมการเป็นองค์อิสระจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางและเขตสุขภาพอ่อนแอลง สายบังคับบัญชาเปลี่ยนแปลงไปนโยบายที่กำหนดอาจไม่ได้รับการตอบสนองเช่นเดิม ซึ่งเป็นข้อกังวลของส่วนกลางที่จะกระจายอำนาจแก่เขตสุขภาพว่าเพียงไรจึงจะเหมาะสม เขตสุขภาพที่แยกการจัดการจะมีสภาพเหมือนการกระจายอำนาจแก่ อปท. ที่สร้างการกีดกันบริการข้ามเขตและรอยต่ออาจเกิดปัญหาบริการที่ไม่สะดวก เพราะเขตสุขภาพยังอิงการแบ่งตามภูมิศาสตร์ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับสภาพการเดินทางเพื่อรับบริการ เป็นปัญหาทางการบริการที่ไม่สามารถรับบริการใกล้ที่อาศัยได้ตามที่ควรจะเป็น หากพื้นที่มีความแตกต่างทางฐานะความร่ำรวย ย่อมสร้างความไม่เท่าเทียมทางการบริการแก่ประชาชนที่อยู่ใกล้เคียงหรือรอยต่อเขตสุขภาพที่ติดต่อกัน จำนวนเขตสุขภาพที่มากเกินไปอาจเป็นภาระการจัดการที่ไม่เกิดการประหยัดต่อขนาดยิ่งประชาชนรับผิดชอบจำนวนน้อยย่อมกระทบสภาพการคลังสุขภาพ เพราะงบประมาณที่ได้รับเป็นการจ่ายรายหัวประชาชนซึ่งจำนวนหากน้อยเกินไปย่อมสร้างปัญหางบประมาณที่ไม่เพียงพอ เขตสุขภาพประกอบด้วยภาครัฐเอกชนอปท. และประชาชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมกลุ่มต่างๆย่อมมีวิสัยทัศน์พันธกิจที่แตกต่างกันตามบริบทขององค์กรที่สังกัด การสร้างแนวร่วมและพันธมิตรในการดำเนินงานเขตสุขภาพต้องการความร่วมมือประสานงานที่สูงมากย่อมเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญหากเกิดความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้อง เขตสุขภาพภาพรวมต้องการเงื่อนไขการจัดสรรทรัพยากรที่กระจายอย่างเป็นธรรม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญเพราะการกระจายบุคลากรทางการแพทย์เขตชนบทย่อมขาดแคลนมากกว่าเขตเมือง หากการจัดตั้งเขตสุขภาพไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการจัดสรรงบประมาณและกระจายบุคลากรให้เกิดเท่าเทียมกันทั่วประเทศ เขตสุขภาพที่ขาดแคลนย่อมไม่สามารถประสบผลสำเร็จ เขตสุขภาพที่งบประมาณน้อยบุคลากรน้อยย่อมประสบปัญหาการบริการที่ไม่ครอบคลุมและคุณภาพไม่ดี เขตสุขภาพต้องการระบบข้อมูลสารสนเทศที่ดีแม่นยำและเป็นปัจจุบัน สำหรับวางแผน ดำเนินการและพัฒนา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะประเทศที่ระบบข้อมูลไม่ดี เพราะจะส่งผลให้การวางแผน ดำเนินงานและพัฒนาระบบสุขภาพล้มเหลว เช่น การควบคุมโรคระบาดและภัยพิบัติ เป็นต้น

๒.๘ คุณลักษณะเขตสุขภาพในประเทศต่างๆ

เขตสุขภาพที่จัดตั้งและดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ ทั้ง ๖ ประเทศ คือ อังกฤษ นิวซีแลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย นอร์เวย์และสวีเดน แม้จะมีแนวคิดคล้ายคลึงกันแต่การดำเนินงานย่อมมีความหลากหลาย หากนำมาสรุปให้เห็นภาพเปรียบเทียบดังตารางที่ ๒.๒ ซึ่งจะนำเอาบทเรียนจากการซื้อบริการของ สปสช.กทม. มาเปรียบเทียบกับ จะพบความแตกต่างในคุณลักษณะประเด็นสำคัญ ๕ ประการ คือ รูปแบบการกระจายอำนาจ องค์กรที่มีบทบาททอภิบาลระบบเขตสุขภาพ ผู้มีบทบาทซื้อบริการหลัก ผู้จัดบริการหลัก และปัญหาเชิงระบบที่เกิดขึ้นในแต่ละประเทศ โดยมีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบการกระจายอำนาจของเขตสุขภาพในประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ และประเทศไทยใช้การกระจายอำนาจแก่องค์กรอิสระในรูปแบบที่เรียกว่า Delegation (COLLINS 1994) โดยเรียกชื่อแตกต่างกัน ประเทศไทยสปช.สาขา กทม.เป็นหน่วยงานสังกัดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นองค์กรอิสระ (autonomous body) ส่วนประเทศอื่นๆได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา นอร์เวย์ และสวีเดน การกระจายอำนาจระบบสุขภาพอิงกับระบบการปกครองที่กระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่เรียกว่า Devolution แต่จัดตั้งเขตสุขภาพที่กระจายอำนาจรูปแบบ Delegation ซ้อนร่วมกับการปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็น Devolution เป็นสิ่งน่าสนใจว่าประเทศที่มีระบบการปกครองส่วนท้องถิ่นก็นำรูปแบบองค์กรอิสระเข้ามาร่วมดำเนินการในระบบเขตสุขภาพระดับพื้นที่

การอภิบาลระบบสุขภาพเป็นบทบาทขององค์กรอิสระที่แยกออกจากระบบการปกครองเดิมเหมือนกันทุกประเทศแต่เรียกชื่อแตกต่างกันอังกฤษเรียก Primary Care Trust (PCT) ซึ่งพัฒนามาจาก District Health Authority (DHA) นิวซีแลนด์เรียก District Health Board ซึ่งพัฒนามาจาก Regional Health Board ออสเตรเลียเรียก Area Health Board (AHB) แคนาดา นอร์เวย์ และสวีเดน เรียกเหมือนกันว่า Regional Health Authority (RHA) ประเทศไทยจัดตั้งสภ.สาขา กทม. เป็นสิ่งที่น่าสนใจว่าเกิดการปรับเปลี่ยนการอภิบาลจากเดิมที่เป็นระบบราชการส่วนกลางในประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ และไทย หรือจากระบบการปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศออสเตรเลีย นอร์เวย์ และสวีเดน มาใช้การอภิบาลแบบเครือข่ายพันธมิตรทางสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการอิสระเขตสุขภาพเพิ่มเติมและแทนที่ระบบเดิม

การซื้อและจัดบริการสุขภาพนั้นมีองค์กรหลักในการดำเนินงานแตกต่างกันแต่ละประเทศประเทศอังกฤษใช้ PCT เป็นองค์กรอิสระที่ซื้อและจัดบริการแบบบูรณาการที่ใกล้ประชาชนในชุมชนมากที่สุดในระดับเขตจึงจัดตั้งหน่วยงานวางแผนยุทธศาสตร์ชื่อ Strategic Health Authority (STA) ทำหน้าที่วางแผนยุทธศาสตร์แก่ PCT นิวซีแลนด์มี District Health Board (DHB) ทำหน้าที่ซื้อและจัดบริการในโครงสร้างองค์กรเดียวกัน ออสเตรเลียบางรัฐเท่านั้นที่มีการบริหารแบบเขตสุขภาพซึ่งจัดตั้ง Area Health Board (AHB) เป็นผู้ซื้อและจัดบริการในเขตสุขภาพ หากรัฐที่ไม่มีเขตสุขภาพ Department of Health ของรัฐบาล State ยังคงทำหน้าที่จัดบริการหลักแก่ประชาชน แคนาดามีการจัดเขตสุขภาพในจังหวัดโดยมี RHA เป็นองค์กรหลักในการซื้อและจัดบริการในเขตสุขภาพจังหวัดนั้นๆ ประเทศนอร์เวย์นั้นระดับเขตมี Regional Health Authority (RHA) เป็นผู้ดูแลซื้อบริการ ระดับพื้นที่ชุมชนมีหน่วยงานจัดบริการที่ชื่อ Enterprises ทำหน้าที่เหมือนหน่วยงานเอกชนที่จัดบริการแยกผู้จัดบริการออกจากผู้ซื้อบริการ สวีเดนเองมีการรวม County แล้วแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มเรียกว่า Regional Health Authority (RHA) และภายใต้ระบบเขตสุขภาพยังแบ่งเป็นเขตการแพทย์ ๖ เขต เรียกชื่อว่า Medical Regions เพื่อให้เกิดการจัดบริการที่ชัดเจน เห็นได้ชัดว่าประเทศที่กล่าวนี้มีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้ใกล้ประชาชนและชุมชนมากๆจะสร้างหน่วยงานที่อิสระและอยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด แต่ละประเทศแยกบทบาทของผู้ซื้อและจัดบริการสุขภาพออกจากกัน

(purchaser-provider split) เพื่อใช้กลไกตลาดที่แข่งขันและสร้างคุณภาพประสิทธิภาพบริการแต่บทบาททั้งสองอาจจะอยู่ในองค์กรเดียวกัน เช่น อังกฤษ นิวซีแลนด์ แคนาดา มีหน่วยงานที่ซื้อและจัดบริการประชาชนเป็นหน่วยงานเดียวกันแบบบูรณาการ ได้แก่ PCT, DHB และ RHA ตามลำดับ เห็นชัดว่าหลายๆ ประเทศเริ่มนำผู้ซื้อและจัดบริการให้รวมในหน่วยเดียวกันเพื่อการบูรณาการแบบ Commissioning ประเทศไทยผู้ซื้อบริการ ได้แก่ สปสช.สาขาทม.ซึ่งแยกออกชัดเจนจากผู้จัดบริการหลักคือกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการของกรุงเทพมหานคร สถานบริการรัฐและเอกชนอื่นๆ

แต่ละประเทศที่จัดระบบเขตสุขภาพมีปัญหาเชิงระบบแตกต่างกัน อังกฤษเกิดการแข่งขันจากกลไกตลาดจนเน้นแย่งชิงเงินและปกป้องเงินมากเพื่อไม่ให้ขาดทุนจนลืมนโยบายการดูแลผู้ป่วย และเกิดการทอดทิ้งงานบริการที่ไม่ก่อรายได้โดยเฉพาะบริการสาธารณสุขและการควบคุมโรคระบาดที่รุนแรง นิวซีแลนด์มีปัญหาขัดแย้งในบทบาทการเป็นผู้ซื้อและจัดบริการที่ไม่ชัดเจนแม้จะพยายามแยกองค์กรผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกัน นอกจากนี้คณะกรรมการเขตสุขภาพนิวซีแลนด์ยังไม่ได้มีอำนาจเด็ดขาดที่แท้จริง ออสเตรเลียมีปัญหาความแตกต่างระหว่างรัฐบาล (State) ที่บางรัฐมีคณะกรรมการเขตสุขภาพบางรัฐมีแต่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทำให้ระบบบริการที่ไม่มีเอกภาพสิทธิประโยชน์แตกต่างกัน แคนาดา เช่นกันการเป็นอิสระของจังหวัดทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างจังหวัดทั้งสิทธิประโยชน์ประชาชนและการจัดสรรงบประมาณ นอร์เวย์แม้จะแยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกันแต่ยังไม่เกิดการแข่งขันที่แท้จริง การจัดการยังเป็นแบบรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง สวีเดนมีปัญหาารวมศูนย์ที่ County ยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญทั้งผู้ซื้อและจัดบริการจึงยังเอนเอียงที่จะให้บริการซื้อกับสถานบริการที่สังกัด County ตนเองไม่เกิดการแข่งขัน สวีเดนมีการฟ้องร้องค่าเสียหายที่ไม่พิสูจน์ถูกผิดมาจนใช้งบประมาณที่สูงขึ้นเรื่อยๆอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยมีปัญหาเรื่องการผูกขาดสถานบริการที่ไม่มีทางเลือกไม่เกิดการแข่งขัน เกิดปัญหาความขัดแย้งเชิงนโยบายระหว่างองค์กรผู้ซื้อบริการและจัดบริการ อำนาจการซื้อบริการไม่สามารถนำไปกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพบริการได้เท่าที่ควร

ตารางที่ ๒.๒ เปรียบเทียบคุณลักษณะของเขตสุขภาพประเทศต่างๆ

คุณลักษณะ	อังกฤษ	นิวซีแลนด์	ออสเตรเลีย	แคนาดา	นอร์เวย์	สวีเดน	สปสช.สาขากทม.
รูปแบบกระจายอำนาจ	Autonomous body (delegation)	Autonomy body (delegation)	Devolution	Devolution	Devolution	Devolution	Autonomy Body (delegation)
องค์กรอภิบาลระบบเขตสุขภาพ	8 STA 100 PCT	21 DHB	AHB	RHA	4 RHA 35 Enterprises	2 RHA 6 Medical regions	BMA Branch
ผู้ซื้อบริการหลัก	PCT	DHB	AHB	RHA	RHA	RHA	NHSO-BMA Branch
ผู้จัดบริการหลัก	PCT	DHB	State Department of Health	RHA	Enterprises	Medical Region	MOPH and Public facilities
ปัญหาเชิงระบบ	-แข่งชิงค่าบริการ -ข้อมูลถูกปกปิด -การสาธารณสุข ขาดผู้รับผิดชอบ	-บทบาทผู้ซื้อและ จัดบริการไม่ชัด -บอร์ดขาดอำนาจที่ แท้จริง	-เขตสุขภาพมี บทบาทน้อย	-งบประมาณและ สิทธิประโยชน์ที่ แตกต่างกันระหว่าง จังหวัด	-ระบบรวมศูนย์การ แข่งขันบริการไม่ เกิดขึ้นจริง	-ผู้ซื้อและจัดบริการ แยกไม่ชัดเจน -มีการฟ้องร้อง ค่าเสียหายสูง	-ไม่มีการแข่งขัน -Policy conflict -อำนาจการซื้อจำกัด โดยเฉพาะกับเอกชน

แหล่งข้อมูล : ARMSTRONG and ARMSTRONG 1999; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTHCARE SYSTEM 1999; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 2001; HEALY and HILLESS 2001; GLENNGARD, HJALTE and SVENSSON et al 2005; HEALY, SHARMAN and LOKUGE 2006; JOHMSSEN 2006; MARCHILDON 2005; NORWEGIAN DIRECTORATE of HEALTH 2009.

๒.๕ แนวคิดการดำเนินงานเขตสุขภาพ

จากประสบการณ์ต่างประเทศพบได้ว่ามีแนวคิดพื้นฐานสำคัญ ๓ ประการที่ประกอบกันสำหรับการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่หรือที่เรียกว่าเขตสุขภาพ คือ การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (health care decentralization) การอภิบาลระบบ (system governance) และการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) ทั้ง ๓ แนวคิดอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีความหมายเข้าใจแตกต่างกัน เป็นทั้งเป้าหมาย (end) และกลวิธี (mechanism) การศึกษาเขตสุขภาพนี้มองการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นเสมือนกลไก (mechanism) ที่จะพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดบริการที่ดีกว่าเดิม เพื่อเข้าใจตรงกันการกระจายอำนาจในที่นี้มีความหมายว่า “เป็นการโอนอำนาจการวางแผน การตัดสินใจ และการจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมรัฐจากระดับชาติสู่องค์กรหรือหน่วยงานที่อยู่ระดับต่ำกว่ารวมถึงการโอนอำนาจจากข้าราชการรัฐสู่คณะกรรมการอิสระและยังหมายความว่า รัฐยอมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจนถึงกำกับดูแลเพื่อจะบรรลุสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า โดยมีส่วนในการตัดสินใจทางการเมืองและการจัดสรรทรัพยากรที่ดี” (CONYERS 1983, MILLS 1990, COLLINS 1994) ความหมายของการกระจายอำนาจมุ่งเน้นที่กระจายอำนาจด้านกระบวนการ (functional decentralization) มากกว่าการกระจายอำนาจเชิงภูมิศาสตร์แบบการปกครอง (areal decentralization) การกระจายอำนาจมีหลายรูปแบบ ที่พบได้ในการดำเนินงานเขตสุขภาพพบได้ ๒ รูปแบบสำคัญคือ การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เรียกว่า Devolution และการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรอิสระในกำกับของรัฐ (semi-autonomous body) รูปแบบคณะกรรมการเขตสุขภาพหรือบอร์ด ที่ชื่อว่า Delegation หรือเป็นระบบเขตสุขภาพเรียกชื่อเจาะจงว่า Regionalization

Devolution เป็นการกระจายอำนาจเชิงแนวดิ่ง (vertical decentralization) ออกนอกภาครัฐเดิมไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ Delegation หรือ Regionalization นั้นยังคงอยู่ในองค์กรเดิมแต่กระจายอำนาจเชิงระนาบ (horizontal decentralization) สายบังคับบัญชาจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นการประสานงานแทนการสั่งการแบบบังคับบัญชาสายตรง ต่างกับรูปแบบ Deconcentration เป็นการกระจายอำนาจแก่หน่วยงานในสังกัดตนเองเชิงแนวดิ่ง (vertical decentralization) กระทรวงสาธารณสุขเองที่มอบอำนาจให้แก่หน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล มากขึ้นกว่าเดิมยังคงเป็นการกระจายอำนาจรูปแบบ Deconcentration เพราะอำนาจการตัดสินใจยังคงดำรงในกระทรวงสาธารณสุข ส่วนรูปแบบ Privatization นั้นเป็นการขายโอนให้เอกชนดำเนินการ ซึ่งอังกฤษเป็นประเทศแรกที่ได้นำมาใช้กับหน่วยงานรัฐบาลบางหน่วยงานเพื่อลดภาระการดูแล แต่สำหรับระบบสุขภาพที่พบบ่อยได้แก่การจ้างเอกชนดำเนินการในบริการที่เป็นลักษณะสนับสนุน เช่น การจ้างทำอาหารและซักผ้าโดยภาคเอกชน หรือที่เรียกว่า contract out หรือ out-source ไม่สามารถนำมาใช้สำหรับบริการสุขภาพทางการแพทย์ทางคลินิกโดยตรงเพราะบริการทางการแพทย์เป็นวิชาชีพเฉพาะซึ่งจะเห็นข้อจำกัดของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนี้ชัดเจน (LEYS 1999) การกระจายอำนาจอาจผสมผสานหลายรูปแบบในคราวเดียวกัน ดังเช่น กระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วยังเกิดการ

กระจายอำนาจแก่คณะกรรมการเขตสุขภาพที่อิสระในการดำเนินงานเขตสุขภาพในประเทศสวีเดน (HJORTSBERG and GHATNEKAR 2001) ซึ่งพบว่ามีข้อเด่นในการปรับตัวของการทำงานที่ไม่ถูกมัดตรึงด้วยระเบียบทางราชการที่เข้มงวด เกิดความยืดหยุ่นและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นๆซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างระบบประชาธิปไตย สร้างประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม ขณะเดียวกันอาจสร้างความไม่เป็นธรรมระหว่างพื้นที่เมืองและชนบทโดยเฉพาะพื้นที่ร่ำรวยและยากจน เพราะรัฐบาลกลางจะไม่สามารถเข้าไปกำกับบังคับบัญชาได้อย่างเต็มที่ ระบบสุขภาพเกิดการตัดขาดแยกส่วน (COLLINS 1994, COLLINS and GREEN 1994) ความสัมพันธ์เชิงอำนาจเปลี่ยนแปลงไปมากซึ่งอาจกระทบการร่วมมือการทำงานระหว่างภาครัฐอื่นๆกับระบบสุขภาพแบบเขตสุขภาพ บางครั้งเกิดการรวมศูนย์อำนาจในระดับพื้นที่ (local centralization) มากขึ้นกว่าเดิมเพราะระบบการเมืองท้องถิ่นผูกขาดหากไม่มีการตกลงติดตามประเมินผลและสร้างระบบอภิปาลที่ดีพอ (CONYERS 1983; BURKI, PERRY and DILLINGER 2002)

การอภิปาลระบบหรือ System Governance เป็นคำที่ใช้และเข้าใจแตกต่างกันในแต่ละบริบททำให้มีความหมายหลากหลาย คำว่า การอภิปาล หรือ Governance ในที่นี้จะหมายถึง “การใช้อำนาจและทรัพยากรเพื่อจัดการและแก้ปัญหาในกิจการสาธารณะมุ่งหวังตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่” (WIKIPEDIA 2006) Stoker (1998) อธิบายลักษณะสำคัญของการอภิปาลไว้ ๕ ประการ คือ (๑) เป็นบทบาทของสถาบัน (institute) และผู้กระทำ (actor) ที่อยู่ทั้งภายในและนอกภาครัฐ (๒) มีการกำหนดขอบเขตของความรับผิดชอบที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ (๓) พึ่งพาอำนาจซึ่งกันและกันระหว่างสถาบันต่างๆเพื่อให้เกิดการกระทำร่วมกัน (๔) มีการสร้างเครือข่ายของผู้กระทำที่เป็นอิสระต่อกัน และ (๕) มีศักยภาพในการดำเนินงานโดยตนเองไม่ต้องอาศัยอำนาจรัฐที่จะสั่งการ ดังนั้นการอภิปาลต้องพิจารณาทั้งโครงสร้างและกระบวนการ ซึ่งเกิดขึ้นโดยผ่าน ๓ ช่องทางสำคัญ คือ (WIKIPEDIA 2006, SHEAFF 2005) (๑) อภิปาลตามสายบังคับบัญชาของระบบราชการจากบนสู่ล่าง (top-down method) หรือ (๒) ผ่านกลไกตลาด (market mechanism) ซึ่งเป็นการแข่งขันทางการตลาดสำหรับการกระจายทรัพยากรภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐ หรือ (๓) โดยการสร้างเครือข่ายของภาครัฐและเอกชน (public-private network) หรือการร่วมมือของชุมชนช่องทางการอภิปาลทั้ง๓แบบนี้สามารถสรุปเปรียบเทียบได้ดังตารางที่ ๒.๓ พบว่าการอภิปาลโดยอาศัยการบังคับบัญชานั้น มีความสัมพันธ์ของการอภิปาลแบบการจ้างงานที่ระดับต่ำกว่าขึ้นตรงกับสายบังคับบัญชาของผู้อยู่ระดับสูงกว่าคือเจ้านายหรือนายจ้าง การปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนใช้อำนาจการสั่งการ การแก้ปัญหาความขัดแย้งและการประสานงานใช้กฎระเบียบ เป็นวัฒนธรรมระบบชนชั้นเจ้าขุนมูลนาย ส่วนการอภิปาลที่ใช้ผ่านกลไกตลาดนั้น เคารพการสร้างพันธะสัญญาและสิทธิในทรัพย์สินที่เป็นเจ้าของ หน่วยต่างๆที่อยู่ในระบบเป็นอิสระไม่ขึ้นต่อกัน ใช้การแลกเปลี่ยนโดยระบบราคาที่เป็นกลไกตลาดเสรี การแก้ปัญหาความขัดแย้งและการประสานงานผ่านระบบต่อรองราคาและกระบวนการศาล ค่านิยมในการอภิปาลเป็นการแข่งขันซึ่งกันและกัน ช่องทางการอภิปาลสุดท้ายเป็นการ

สร้างเครือข่ายระหว่างภาครัฐกับเอกชนและสร้างความร่วมมือกับชุมชน ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากร แต่ละหน่วยองค์กรไม่เป็นอิสระแยกกันอยู่เด็ดขาดแต่อยู่แบบมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลไม่แยกจากกัน ใช้ความเชื่อใจซึ่งกันและกันในการดำเนินการแลกเปลี่ยน การแก้ไขความขัดแย้งใช้กระบวนการเจรจาทางการทูต วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันแบบถ้อยทีถ้อยอาศัยและแลกเปลี่ยนแบ่งปันซึ่งกันและกัน การอภิบาลโดยช่องทางทั้ง๓รูปแบบมีข้อเด่นและด้อยแตกต่างกันไม่ได้หมายความว่าแบบหนึ่งจะดีกว่าแบบอื่น แต่สามารถนำไปผสมผสานเพื่อสร้างจุดแข็งของการอภิบาลระบบสุขภาพ เช่น สายบังคับบัญชาสร้างการสั่งการเชิงนโยบายเข้มแข็ง แต่ขาดการมีส่วนร่วมของการอภิบาลที่ดี หากนำระบบเครือข่ายมาผสมจะสร้างการมีส่วนร่วมได้เพิ่มขึ้น เป็นต้น

ตารางที่ ๒.๓ เปรียบเทียบช่องทางการอภิบาลระบบสุขภาพ

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

ที่มา : KJÆR A M (2004) หน้า 42

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานระดับชาติของรัฐบาลประเทศนั้นๆ เป็นองค์กรที่มีอำนาจโดยขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบและการกำกับดูแลครอบคลุมทั้งระบบ ดูแลหน่วยงานราชการและกำกับองค์กรอิสระในระบบสุขภาพ และร่วมมือในการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกับอปท. องค์กรอิสระและภาคีประชาชน บางประเทศ เช่น อังกฤษเรียกว่า Department of Health แต่ดูแลทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้จ่ายค่าบริการเป็นระบบแห่งชาติที่เรียกว่า NHS (LEYS 1999, EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS 1999) นอร์เวย์เรียกชื่อว่า Ministry of Health and Care Service ทำหน้าที่ดูแลกำกับระบบสุขภาพทั้งหมด (JOHNSEN 2006) แคนาดา มี Ministry of Health ของรัฐบาลกลางที่ดูแลกำกับทำงานในรูปแบบคณะกรรมการร่วมกับ Ministries of Health ของรัฐบาลจังหวัด (MARCHILDON 2005) จะเห็นได้ว่าบทบาทความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขในการอภิบาลระบบจะครอบคลุมทั้งประเทศทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องและทุกภาคส่วน ประเทศไทยเองการอภิบาลระบบของกระทรวงสาธารณสุขอภิบาลด้วยช่องทางระบบราชการจากบนสู่ล่างนั้นเกิดตามระบบราชการช่องทางนี้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้อภิบาลหลักที่ใช้ช่องทางการบริหารสั่งการผ่านหน่วยงานตามลำดับ การอภิบาลแบบระบบราชการนี้มีความยืดหยุ่นน้อย

ซึ่งปัจจุบันได้เกิดการอภิบาลผ่านกลไกตลาด (market mechanism) โดยการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมาเป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน เพื่อสร้างการแข่งขันทางการตลาดกระจายทรัพยากรภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐบาลกลไกตลาดมาสร้างการแข่งขันแบบตลาดเทียม (pseudo-market competition) แยกผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการออกจากกัน (purchaser-provider split) (วินัย ลิสมิทธิ์และศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย ๒๕๕๐) ประเทศไทยใช้การอภิบาลระบบสุขภาพแบบกลไกตลาดเพื่อต้องการสร้างการแข่งขันแกระหว่างบริการ สร้างการเข้าถึงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพ แต่ความจริงการแข่งขันไม่เสรีเพราะหน่วยบริการส่วนใหญ่เป็นของภาครัฐคือกระทรวงสาธารณสุขเอกชนสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการทำให้เครือข่ายบริการถูกผูกขาด จำนวนไม่มากพอจะสร้างการแข่งขัน นอกจากนี้การอภิบาลระบบสุขภาพประเทศไทยเกิดปัญหาแยกส่วนชัดเจนระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. ก่อให้เกิดความขัดแย้งเชิงนโยบายและสร้างปัญหาปมติดขัดด้านนโยบาย (policy grid-lock)(TANGCHAROENSATHIAN and JONGUDOMSUK 2004,SHEAFF 2005) ปัญหาความคิดเห็นขัดแย้งและเกิดปมติดขัดการดำเนินงานเกิดขึ้นทั้งที่ระดับเขตและจังหวัดเกิดความยุ่งเหยิงของการนำเอานโยบายมาปฏิบัติโดยเฉพาะความสับสนในบทบาทของผู้จัดบริการและผู้ซื้อบริการในขณะเดียวกันลักษณะของการที่มีนโยบายการดำเนินงานไม่ประสานและเกิดความขัดแย้งด้านความคิด ย่อมเกิดความยุ่งเหยิงของนโยบายที่เรียกว่า Policy Mess ดังเช่นประสบการณ์ประเทศรัสเซียที่ประสบหลังการล่มสลายประเทศและเริ่มปฏิรูประบบสุขภาพ (SHEAFF 2005) ปัญหาความขัดแย้งที่มีจะซับซ้อนมากขึ้นเมื่อกลไกตลาดเกิดการแข่งขันสร้างรายได้จนเกิดผลเสียต่อระบบสุขภาพ ทำให้บริการสาธารณสุขการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ก่อรายได้ถูกละเลยทำให้การควบคุมโรคระบาดรุนแรงอย่างไข้หวัดนกหรือไข้หวัดใหญ่๒๐๐๙ไม่สามารถดำเนินการได้ทันทั่วทั้งบริการสาธารณสุขไม่มีผู้รับผิดชอบอ่อนแออย่างมากดังพบได้จากประเทศอังกฤษที่ต้องปรับเปลี่ยนระบบบริการและการอภิบาลระบบใหม่เป็นแบบ Commissioning ที่บูรณาการและรวมผู้จัดและผู้ซื้อบริการมาอยู่ในองค์กรเดียวกันและพัฒนาไปจนถึงระดับชุมชนในพื้นที่ โดยกระจายอำนาจไปสู่ระดับพื้นที่ให้เกิดการวางแผนและจัดบริการตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ (planning and commissioning) เป็นบทบาทขององค์กรใหม่ที่เรียกว่า Primary Care Trust (PCT) ดังกล่าวแล้ว ซึ่งทำให้เกิดการอภิบาลรูปแบบใหม่โดยผ่านเครือข่ายการประสานงานและการดำเนินการ ในรูปแบบคณะกรรมการเขตพื้นที่ การอภิบาลระบบโดยเครือข่ายพันธมิตรสุขภาพประยุกต์ใช้ทฤษฎีการอภิบาลนโยบาย (Policy Governance) ที่ Carver (2001) กล่าวไว้ว่า การเชื่อมโยงระหว่างนโยบายสาธารณะ(public policy) กับการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) อาศัยคณะกรรมการอิสระหรือบอร์ดเป็นตัวเชื่อมเพื่อพัฒนาไปสู่การอภิบาลที่ดีหรือธรรมาภิบาล (good governance)

การจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) เป็นการปฏิรูประบบราชการเดิมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบริการ ให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของปัจจัยสิ่งแวดล้อม ดันคิดเกิดในประเทศอังกฤษและแพร่ออกไปสู่ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาเช่น

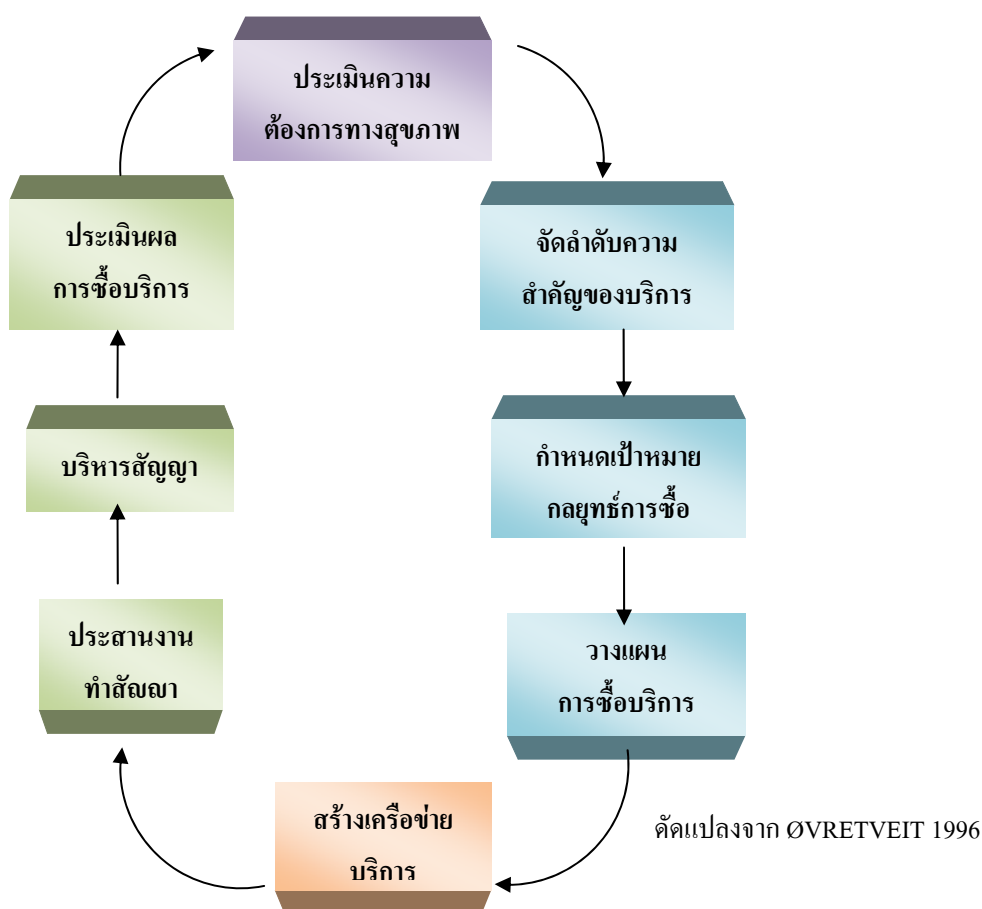
ประเทศไทยการจัดการภาครัฐแนวใหม่นี้มีพื้นฐานความคิดสำคัญ ๒ ประการ คือ ปฏิรูปเรื่องอะไร? และผลที่เกิดตามมาคืออะไร? การปฏิรูปที่เกิดขึ้นสามารถสรุปได้ตามลำดับดังนี้ คือ การนำหลักการจัดการภาคเอกชน (private sector management principle) มาดำเนินการในภาครัฐ โดยการบริหารแบบมืออาชีพที่วัดการทำงานเชิงผลลัพธ์เป็นรูปธรรม ซึ่งนิยมนำถึง ๓ Es ได้แก่ Economy, Efficiency และ Effectiveness โดยมองว่าภาครัฐมีสิ่งที่มีค่าสูงอย่างไม่สมควรมากเกินไป การจัดสรรงบประมาณไม่สนองความต้องการที่แท้จริง และการตอบแทนการทำงานควรสะท้อนผลงานที่ได้ทำจริง Privatization เป็นแนวคิดการขายโอนกิจการรัฐแก่เอกชนโดยมองว่าภาคเอกชนมีประสิทธิภาพและประหยัดต้นทุนได้ดีกว่าภาครัฐ ซึ่งแนวคิดนี้ได้เกิดการจ้างเอกชนมาจัดบริการสนับสนุนบริการสุขภาพที่เรียกว่า contract out รัฐวิสาหกิจถูกขายให้เอกชนดำเนินการแทนภาครัฐ รัฐเป็นผู้ซื้อบริการภาคเอกชนเป็นผู้จัดบริการ การปฏิรูปที่เกิดขึ้นเป็นการจัดตั้งหน่วยงานอิสระที่แยกออกจากภาครัฐเดิมเรียกว่า Agentification ซึ่งหน่วยงานอิสระนี้เป็นองค์กรที่หวังว่าจะมีความยืดหยุ่นการทำงานมากกว่าเดิมโดยเฉพาะไม่ถูกก้ำก่ายทางการเมือง จึงมีองค์กรอิสระในกำกับรัฐเกิดขึ้นบริหารจัดการด้วยคณะกรรมการที่คัดเลือกโดยแข่งขันสมัครเข้ามา การดำเนินงานมีแนวทางที่กำหนดตามพันธกิจและนโยบายที่ได้รับมา บริการของภาครัฐนั้นถูกมองว่าไม่มีการแข่งขันเหมือนภาคเอกชนจึงขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดสร้างการแข่งขันโดยกลไกตลาดเทียมในภาครัฐเรียกว่า Quasi-market system โดยหวังว่าการแข่งขันกันด้วยกลไกตลาดจะสามารถสร้างทางเลือกแก่ประชาชนและพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพบริการ ประชาชนถูกเปลี่ยนฐานะเป็นผู้รับบริการเปรียบเสมือนลูกค้าที่สามารถเลือกหาบริการที่ดีที่สุดได้ บริการกลายเป็นสินค้าที่สามารถเลือกหาได้ซึ่งบริการสุขภาพได้มีการวิจารณ์มากกว่า ไม่มีความเหมาะสมที่จะถูกค้าขายเช่นสินค้าอื่นๆ เพราะเป็นสินค้าคุณธรรมและเป็นบริการที่กลไกตลาดไม่สามารถนำมาใช้ได้ ผลกระทบของการนำกลไกตลาดมาใช้ในระบบสุขภาพทำให้เกิดการแข่งขันทางการเงินที่แยกส่วนการทำงาน ขาดการประสานงานที่ดีทั้งด้านข้อมูลและการให้บริการ Khaleghian and Gupta (2004) ได้ยกตัวอย่างประเทศที่ประสบผลเสียของการปฏิรูประบบสุขภาพโดยใช้กลไกตลาดไว้ เช่น ประเทศ Nicaragua ขาดงบประมาณรุนแรงในการจัดบริการจึงกำหนดให้เก็บค่าบริการแก่ผู้มาใช้บริการ (user charge) ทำให้การควบคุมไข้มาลาเรียล้มเหลวและเกิดโรคระบาดมากขึ้น ประเทศจีนนำกลไกตลาดมาสร้างการแข่งขันระหว่างผู้จัดบริการ บริการด้านรักษาพยาบาลได้รับการพัฒนาแต่การสาธารณสุขกลับเลวลงโดยเฉพาะการป้องกันโรค ขาดการประสานงานเชื่อมต่อข้อมูลเพราะข้อมูลเป็นความลับของการแข่งขัน การติดตามควบคุมโรคเลวลง ไม่มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง อัตราการฉีดวัคซีนลดลง เพราะไม่สร้างรายได้แก่ผู้ให้บริการ ไม่มีการสอบสวนโรคระบาดเพราะงบประมาณจำกัด การขาดแคลนงบประมาณและเน้นกลไกตลาดทำให้บริการด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพถูกละเลยการปฏิรูปที่สำคัญต่อการบริหารภาครัฐแนวใหม่คือการกระจายอำนาจ (decentralization) ที่สำคัญคือการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมองว่าการที่มอบให้รัฐบาลท้องถิ่นตัดสินใจสามารถเข้าใจความต้องการประชาชนได้ดีและจะตอบสนองความต้องการประชาชนมากกว่ารัฐบาลกลางที่อยู่ไกล

ประชาชนย่อมสามารถได้รับบริการที่มีคุณภาพดีกว่า อย่างไรก็ตามการกระจายอำนาจก็สร้างผลเสียหลายประการโดยเฉพาะการรวมศูนย์อำนาจในระดับพื้นที่สร้างความไม่เป็นธรรมระหว่างพื้นที่ร่ำรวยและยากจน (COLLINS and GREEN 1994) สุดท้ายการจัดการภาครัฐแนวใหม่มองว่าการให้อำนาจแก่ประชาชนในการมีส่วนร่วมย่อมสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพบริการได้ดีกว่า โดยเฉพาะการมองเห็นความสำคัญของข้าราชการที่ทำงานในพื้นที่ เป็นผู้ที่สามารถจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพที่ดีกว่า ดังนั้นหากข้าราชการระดับพื้นที่สามารถตอบสนองความต้องการประชาชนและมีพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชนย่อมสามารถทำให้บริการที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพและคุณภาพที่ดี และประชาชนก็มีส่วนร่วมในการจัดการ แนวคิดดังกล่าวนำไปสู่การดูแลประชาชนที่ชุมชนและครอบครัว เช่น การเยี่ยมบ้าน การควบคุมโรคในท้องถิ่น ตามทฤษฎี Street-level Bureaucrat ที่กล่าวว่านโยบายสามารถดำเนินการได้ประสบผลสำเร็จหากข้าราชการระดับพื้นที่เข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามที่กำหนด โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยเฉพาะการซื้อบริการในระดับพื้นที่ซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญของการจัดบริการสุขภาพระดับพื้นที่หรือเขตสุขภาพ(MAY and WINTER 2007)

๒.๑๐ การซื้อบริการระดับพื้นที่ (Locality Purchasing)

การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่นำกลไกตลาดมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการนำไปสู่การซื้อและจัดบริการที่ใกล้ชิดประชาชน โดยหวังว่าสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน Øvretveit (1996) ได้กล่าวถึงความหมายการซื้อบริการระดับพื้นที่ว่า “เป็นระบบการซื้อที่สร้างความมั่นใจว่าบริการนั้นตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริง โดยคณะกรรมการในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการเองหรือสะท้อนความต้องการของพื้นที่ให้ส่วนกลางรับรู้เพื่อนำไปซื้อบริการที่ประชาชนต้องการจริง” ส่วนการจัดบริการระดับพื้นที่จะหมายความว่า “บริการที่กำหนดขนาดประชากรที่รับผิดชอบชัดเจนประมาณ ๒๐,๐๐๐ ถึง ๖๐,๐๐๐ คน และสามารถปรับเปลี่ยนบริการได้ตามความต้องการที่แท้จริง โดยมีสถานบริการที่กำหนดรับผิดชอบและเข้าถึงบริการได้ง่าย”

ภาพที่ ๒.๑ กิจกรรมของกระบวนการซื้อบริการระดับพื้นที่



ภาพที่ ๒.๑ แสดงถึงวงจรการซื้อบริการในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วยภารกิจหลายขั้นตอนดังนี้คือ เริ่มจากการประเมินความต้องการทางสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน แล้วจึงนำมาจัดลำดับความสำคัญของบริการที่จะซื้อเพราะงบประมาณมีจำกัดไม่สามารถซื้อบริการทุกอย่างแม้จำเป็นในขณะเดียวกัน เมื่อได้ลำดับที่ชัดเจนจึงนำมากำหนดเป้าหมายกลยุทธ์ในการซื้อบริการเพื่อให้ได้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ กลยุทธ์ที่วางจะถูกแปลงเป็นแผนการซื้อและการสร้างเครือข่ายบริการให้เกิดการแข่งขันที่แท้จริงการประสานงานและการทำสัญญากับผู้จัดบริการเป็นการสร้างความเข้าใจ ร่วมมือพัฒนาและตกลงเงื่อนไขการบริการสำหรับตรวจสอบติดตามผลการบริการจากนั้นจึงเป็นบทบาทผู้ซื้อบริการที่ต้องบริหารสัญญา (contract management) เพื่อกำกับและตรวจสอบผู้จัดบริการว่าดำเนินการได้จริงตามที่ตกลงหรือไม่ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพการบริการ สุดท้ายจึงประเมินผลการซื้อบริการแล้วนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาการซื้อบริการต่อไป

Øvretveit (1996) ยังได้กล่าวไว้ว่าการซื้อบริการระดับพื้นที่นั้นมีกลไกการซื้อที่ทำให้สำเร็จหรือล้มเหลวหลายประการประกอบด้วย โครงสร้างองค์กรและบุคลากร (organization and staff) องค์กรที่มีโครงสร้างไม่ซับซ้อนและการจัดการที่ดี มีบุคลากรที่ทำงานประจำและมีศักยภาพย่อมประสบความสำเร็จมากกว่าองค์กรที่ขาดศักยภาพงบประมาณสำหรับซื้อบริการ (budget and resource for purchasing) ที่เพียงพอและมีการจัดการที่เกิดประสิทธิภาพย่อมสร้างอำนาจการซื้อบริการที่ดีกว่า อำนาจการตัดสินใจในการซื้อ (authority) ที่มีการกระจายอำนาจใกล้ประชาชนและสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองย่อมเกิดความสะดวกและปรับตัวได้ตามขนาดปัญหาสุขภาพที่มีจริงย่อมมีการซื้อบริการที่ประสบความสำเร็จมากกว่าขนาดประชากรที่ใช้กำหนดการซื้อบริการ (population size) เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการจัดสรรงบประมาณหากน้อยเกินไปทำให้งบประมาณไม่เพียงพอแต่ถ้าหากมากเกินไปไม่สามารถดูแลได้ครอบคลุม และระบาดวิทยา (epidemiology) ของโรคในพื้นที่เป็นตัวชี้วัดสาเหตุปัญหาสุขภาพ หากข้อมูลระบาดวิทยาที่ดีครบถ้วนและทันสถานการณ์ย่อมสามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพในพื้นที่และการซื้อบริการก็จะตอบสนองความต้องการที่แท้จริงเห็นได้ชัดเจนว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่ออำนาจการซื้อบริการ (purchasing power) ในพื้นที่อย่างยิ่ง

๒.๑๑ ปัจจัยทางการเมืองกับเขตสุขภาพ

ประสบการณ์จากต่างประเทศพบได้ว่า การบริหารจัดการเขตสุขภาพเป็นนโยบายที่ได้รับอิทธิพลมาจากทางการเมืองมากกว่าจะเป็นเรื่องของคุณภาพบริการและการคลังสุขภาพ แม้คุณภาพบริการและการคลังสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จูงจูงชวนให้เกิดแนวคิดเขตสุขภาพ แต่สุดท้ายการตัดสินใจมาจากการเมืองทั้งระดับชาติและท้องถิ่น ดังบทเรียนประเทศอังกฤษที่การจัดเขตสุขภาพและพัฒนาระบบสุขภาพโดยนำกลไกตลาดภายในมาสู่ภาครัฐก็เริ่มมาจากการเมืองระดับชาติที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดและนำไปสู่การปฏิบัติ (HUNTER and STOCKFORD 1997) หรือแม้แต่บทเรียนการปฏิรูประบบสุขภาพสวีเดนเอง การเมืองท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญที่ทรงอำนาจจนทำให้ระบบสุขภาพคงเป็นอำนาจของการเมืองท้องถิ่นต่อไป (GLENNGARD, HJALTE and SVENSSON et al 2005) ในขณะที่นอร์เวย์เองรัฐบาลกลางรวบอำนาจการจัดการด้านสุขภาพกลับไปจาก Counties และจัดตั้งเขตพื้นที่สุขภาพแบบ Regional Health System แทน (JOHNSEN 2006) นับว่าเป็นผลลัพธ์ทางการเมืองอย่างแท้จริง การจัดตั้งเขตสุขภาพระยะแรกประสบปัญหาต่อต้านของกลุ่มแพทย์และวิชาชีพที่ต้องการผลตอบแทนที่ดีและไม่เห็นด้วยกับระบบสุขภาพที่ทำให้กลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์เสียสถานะที่ดีในสังคม ตัวอย่างที่ชัดเจนในประเทศอังกฤษที่ปรับเปลี่ยนระบบบริหารโรงพยาบาลที่ผู้บริหารโรงพยาบาล (hospital manager) ไม่ใช่แพทย์แต่เป็นสาขาวิชาชีพอื่นๆที่มีประสบการณ์และมีความรู้เชิงการบริหาร โดยผ่านการฝึกอบรมผู้บริหารโรงพยาบาลมาก่อน ซึ่งได้รับการต่อต้านและแสดงถึงความเห็นว่าเป็นการทำลายความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

(HUNTER and STOCKFORD 1997) ปัจจัยทางการเมืองดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จและล้มเหลวในการปฏิรูประบบสุขภาพรวมทั้งการดำเนินงานเขตสุขภาพเช่นกัน

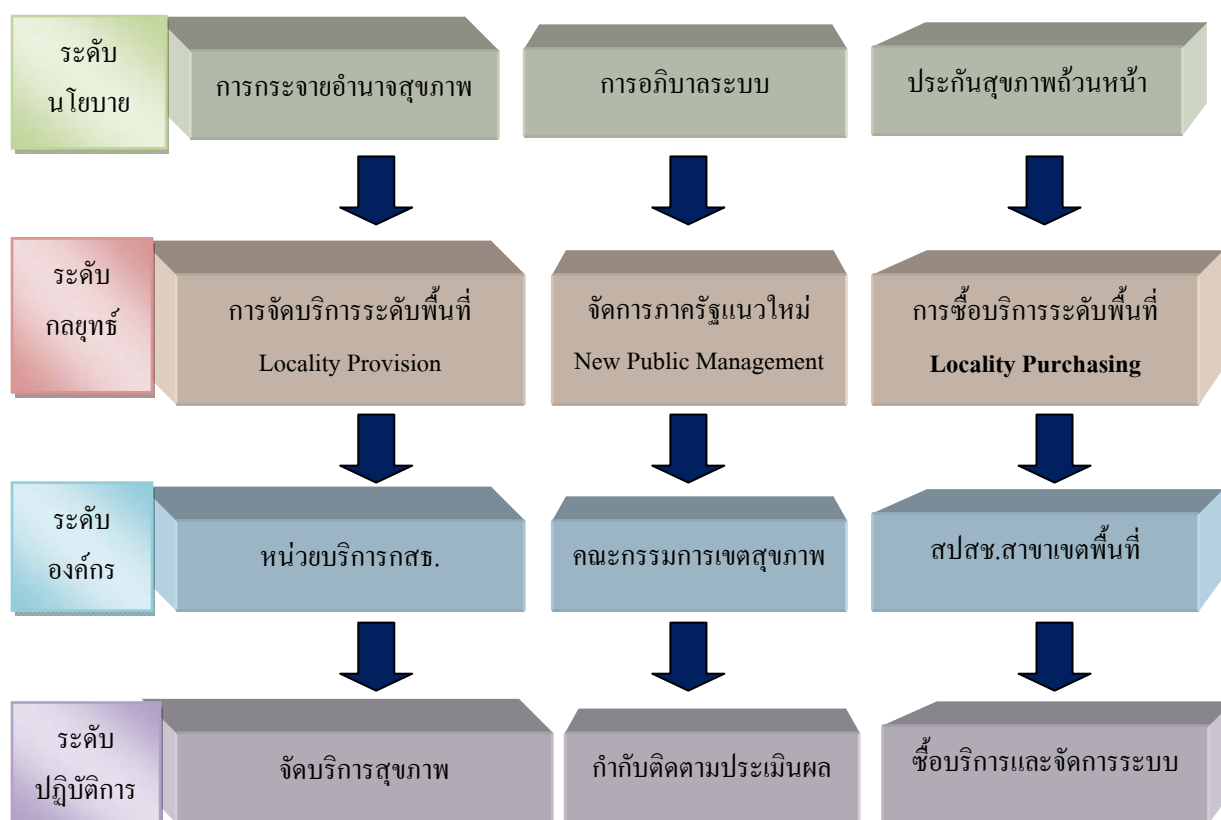
๒.๑๒ การซื้อบริการระดับพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศไทยมีประสบการณ์การซื้อบริการสุขภาพระดับพื้นที่น้อยมากที่พบได้ชัดเจนเป็นการซื้อบริการของสปสช.สาขากทม.ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการซื้อบริการในพื้นที่ (locality purchasing) ที่พบในต่างประเทศ พื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่เขตสุขภาพที่มี สปสช.สาขากทม.เป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชนในกทม.และสำนักงานสาขามีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแยกออกมาจากสปสช.ส่วนกลางชัดเจน สปสช.สาขากทม.มีคณะกรรมการที่จัดตั้งเข้ามาร่วมให้คำปรึกษาการดำเนินงานนับว่าเป็นจุดแข็งการซื้อบริการในพื้นที่กทม. เพราะสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นและสะท้อนปัญหาสุขภาพที่แท้จริง อย่างไรก็ตามคณะกรรมการส่วนใหญ่มาจากผู้จัดบริการการนำเรื่องสู่การประชุมแก้ปัญหาจึงเป็นปัญหาการบริการที่เกิดขึ้น ไม่ได้เป็นปัญหาของการซื้อบริการอย่างจริงจัง กทม.มีประชากรที่รับผิดชอบชัดเจนแต่จำนวนมากเกินกว่า สปสช.สาขากทม.จะดูแลได้อย่างทั่วถึงอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นจุดอ่อนของการซื้อบริการในพื้นที่ กทม. การซื้อบริการของสปสช.สาขากทม.ที่ผ่านมาไม่สามารถสร้างกลไกตลาดได้ดีเพราะขาดเครือข่ายบริการที่จำนวนมากพอสำหรับเข้ามาแข่งขันการจัดบริการ และภาคเอกชนก็ไม่มีแรงจูงใจที่จะให้เข้าร่วมจัดบริการเพราะค่าบริการต่อหัวประชากรไม่มากพอจะสร้างแรงจูงใจพื้นที่กทม.มีสถานบริการเอกชนที่ขนาดใหญ่หลายแห่ง ประชาชนมีจำนวนมากและไม่นิยมการเข้ารับบริการภาครัฐหากเลือกได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้ระดับกลางหรือสูง สถานบริการภาครัฐเองก็ไม่เพียงพอที่จะให้บริการเพราะผู้รับบริการแออัดอย่างมาก หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นของสำนักก่อนมัยกรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่และไม่ได้มีความสนใจหรือกระตือรือร้นที่จะเข้ามาสร้างการแข่งขันหรือมีแรงจูงใจให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นภาคเอกชนที่ไม่มีความต้องการที่จะมาร่วมแข่งขันบริการเพราะประชาชนพร้อมที่จะจ่ายค่าบริการด้วยตนเอง การเข้าถึงบริการที่ไม่สะดวกเพราะการเดินทางที่จราจรคับคั่งรถติดและการเข้ารับบริการที่แออัด เหล่านี้จึงทำให้เกิดปัญหาการบริการที่ไม่สนับสนุนกลไกการซื้อบริการของสปสช.สาขากทม.

๒.๑๓ กรอบความคิดการศึกษา

จากการทบทวนประสบการณ์การดำเนินงานเขตสุขภาพของประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย นอร์เวย์ สวีเดน และสปสช.สาขากทม.สามารถนำแนวคิดการจัดตั้งเขตสุขภาพมาสังเคราะห์กรอบความคิดการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับนโยบายเกี่ยวกับเขตสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่นาร่องเขตนครชัยบุรินทร์ ของสปสช.สาขานครราชสีมาและพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้ดังภาพที่ ๒.๒

ภาพที่ ๒.๒ กรอบความคิดการจัดตั้งและดำเนินการเขตสุขภาพ



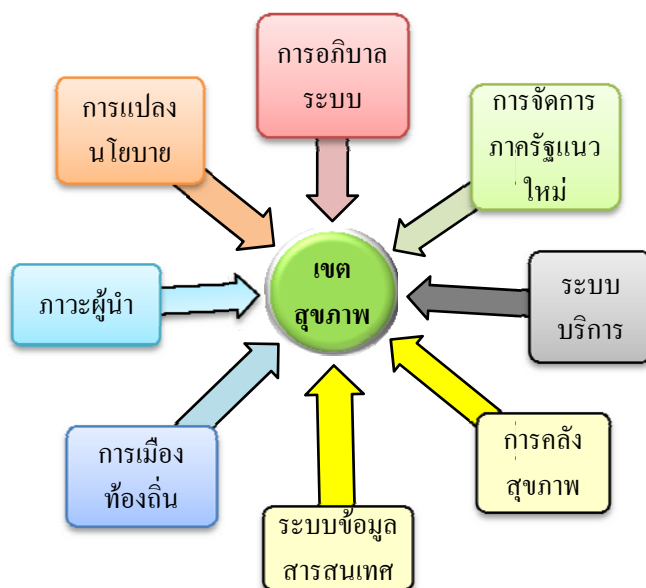
ภาพที่ ๒.๒ แสดงกรอบความคิดของการพัฒนาเขตสุขภาพซึ่งประกอบด้วย ๓ มิติสำคัญและจัดแบ่งระดับตามชั้นการดำเนินงานได้ ๔ ระดับ คือ มิติที่ ๑ เป็นมิติของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มิติที่ ๒ เป็นมิติของการอภิบาลระบบ และมิติที่ ๓ เป็นมิติของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้ง ๓ มิติสามารถแบ่งการพัฒนาและดำเนินงานเขตสุขภาพตามระดับ ๔ ระดับ คือ ระดับนโยบายประกอบด้วยแนวคิดการกระจายอำนาจ (health care decentralization) การอภิบาลระบบ (governance) และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage) เมื่อแปลงนโยบายสู่กลยุทธ์การพัฒนาเขตสุขภาพนำกลไกการตลาดที่แยกผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการออกจากกัน (purchaser-provider split) ตามที่ สปสช. กำหนดมาใช้ดำเนินการ ผู้จัดบริการระดับพื้นที่ต้องอาศัยการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบของสถานบริการภาครัฐซึ่งหมายถึงหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขในระดับองค์กร เป็นผู้จัดบริการแบบบูรณาการแก่ประชาชนในพื้นที่ระดับปฏิบัติการ การอภิบาลระบบสามารถนำการจัดการภาครัฐแนวใหม่ หรือ NPM มาใช้พัฒนาโดยอ้างอิงทฤษฎีการอภิบาลนโยบายที่ชื่อ Policy Governance (CARVER and CARVER 1966) ทฤษฎีนี้จะกล่าวถึงบทบาทและความสำคัญของการคณะกรรมการหรือบอร์ดในการบริหารจัดการบริการสาธารณะรวมทั้งบริการสุขภาพ ตามแนวทางที่เชื่อมต่อระหว่างนโยบายและการปฏิบัติเพื่ออภิบาลระบบได้

อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการซื้อบริการเป็นบทบาทสำคัญของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ซื้อรายใหญ่ที่สุดในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทย ในระดับพื้นที่ สปสช. สาขาเขตพื้นที่เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการซื้อบริการและจัดการระบบตามภาระหน้าที่ที่ได้รับมอบมาจากส่วนกลาง โดยมองถึงความต้องการที่แท้จริงของประชาชนรับผิชอบ จากกรอบความคิดสามารถนำไปสร้างรูปแบบจำลองของระบบสุขภาพในแบบเขตสุขภาพที่คาดหวังได้ดังภาพที่ ๒.๓

ภาพที่ ๒.๓ แสดงรูปแบบจำลองระบบสุขภาพของเขตสุขภาพในบริบทประเทศไทย อธิบายได้ดังนี้ คือ กรอบหกเหลี่ยมแทนอาณาเขตของเขตสุขภาพที่ประกอบด้วย หน่วยบริการหลักสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีรูปแบบสามเหลี่ยมของระบบบริการ จากระดับล่างคือสถานีอนามัย (สต.) ในการกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ให้บริการปฐมภูมิในพื้นที่และส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน(รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) จนส่งต่อไประดับตติยภูมิศูนย์การแพทย์เฉพาะทางตามลำดับ ระบบส่งต่อมีทั้งการส่งไปและส่งกลับแบบสองทาง ภายในเขตสุขภาพมีหน่วยบริการที่ถ่ายโอนและสังกัดอปท. และหน่วยบริการแบบองค์อิสระในกำกับรัฐ เช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ร่วมจัดบริการในบางพื้นที่ ซึ่งในที่นี้หมายความว่ารวมถึงหน่วยบริการเอกชนที่สามารถร่วมในเครือข่ายเขตสุขภาพได้เช่นกัน เขตสุขภาพอภิบาลระบบ บริหารจัดการ กำกับติดตามประเมินผลด้วยคณะกรรมการเขตสุขภาพหรือบอร์ดที่ประกอบด้วยตัวแทนภาคส่วนที่มีส่วนได้เสียหลักๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อปท. และประชาชนในพื้นที่ ร่วมกันเป็นคณะกรรมการเขตสุขภาพระดับที่สูงเกินจากเขตสุขภาพมีหน่วยงานสนับสนุนด้านวิชาการของศูนย์วิชาการเขต สำนักตรวจราชการเขตกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลกำกับด้านนโยบาย และ สปสช. ในฐานะผู้ซื้อบริการแทนประชาชน ร่วมกันอภิบาลระบบเขตสุขภาพเชิงนโยบายภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ขณะเดียวกันมีหน่วยงานอื่นๆ ที่จ่ายเงินซื้อบริการแทนผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลในระบบข้าราชการและประกันสังคม คือ กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคม หรือแม้แต่อปท. ที่สามารถใช้บริการของหน่วยบริการเขตสุขภาพตามที่ต้องการ ภาพจำลองนี้เป็นการสร้างฉาบทันทีที่คาดหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ซื้อ ผู้จัดบริการ ผู้รับบริการ และผู้สนับสนุนทั้งด้านวิชาการและการจัดการ จะเห็นได้ว่าการที่จะบรรลุความคาดหวังเหล่านี้จำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมและประสานความร่วมมือเป็นสำคัญ การที่ สปสช. กำหนดนโยบายเขตสุขภาพจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม สปสช. มีอำนาจการซื้อบริการที่สามารถชักจูงให้หน่วยบริการมาร่วมมือสร้างระบบสุขภาพแบบเขตสุขภาพได้ ซึ่งจะประสบผลสำเร็จอย่างไรเป็นสิ่งท้าทายที่การศึกษานี้ต้องการพัฒนา การศึกษานี้มุ่งเน้นบทบาทการซื้อบริการของ สปสช. ในการพัฒนาเขตสุขภาพซึ่งคาดหวังว่าสามารถสร้างรูปแบบที่เป็นจริงให้เกิดขึ้นได้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทย

การศึกษาพัฒนาเขตสุขภาพตามนโยบายของ สปสช. นอกจากอาศัยกรอบความคิดและรูปแบบจำลองดังกล่าวแล้ว การศึกษาในพื้นที่จำเป็นต้องอาศัยการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติที่ต้องใช้ตัวแปรชี้วัดที่ชัดเจนในการติดตามพัฒนาและประเมินผล ซึ่งกรอบตัวแปรดังกล่าวจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นสามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์กรอบเชิงกระบวนการการจัดตั้งเขตสุขภาพสำคัญๆ ได้ทั้งสิ้น ๘ กลุ่มตัวแปร ดังภาพที่ ๒.๔

ภาพที่ ๒.๔ กลุ่มตัวแปรกระบวนการการพัฒนาจัดตั้งและดำเนินการเขตสุขภาพประเทศไทย



ภาพที่ ๒.๔ แสดงกลุ่มตัวแปรเชิงกระบวนการของการจัดตั้งและดำเนินการเขตสุขภาพ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ ๘ ประการที่สามารถนำมาเป็นตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินผลการพัฒนาเขตสุขภาพในพื้นที่นำร่องเขตนครชัยบุรินทร์ กรุงเทพมหานคร และเขตสปสช. พื้นที่อื่นที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวแปรประกอบด้วย ปัจจัยการเมืองท้องถิ่นซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการจัดตั้งเขตสุขภาพสำเร็จหรือล้มเหลว โดยเฉพาะการสร้างพันธมิตรด้านสุขภาพต้องอาศัยปัจจัยทางการเมืองทั้งในส่วนสาธารณสุขและนอกส่วนสาธารณสุขพร้อมๆ กัน ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญในการชักจูงผู้มีส่วนได้เสียให้มีความเข้าใจยอมรับและร่วมดำเนินงานจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพการที่จะจัดตั้งเขตสุขภาพตามที่สปสช. กำหนดต้องการภาวะผู้นำที่เข้มแข็งในการชักจูงให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องยอมรับและพร้อมใจ กระบวนการแปลงนโยบายเขตสุขภาพสู่การปฏิบัติเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงแนวคิดเชิงนามธรรมไปสู่รูปธรรมที่จะพัฒนาเขตสุขภาพให้สามารถดำเนินการได้อย่างแท้จริงจนสามารถตอบคำถามว่าประชาชนได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจากเขตสุขภาพหรือทำให้สถานการณ์แย่ลง การที่จะแปลงนโยบายที่กำหนดไปสู่การดำเนินงานในพื้นที่เป็นสิ่งที่นักวิจัยทั้งส่วนกลางและพื้นที่ต้องร่วมกันสร้างกรอบและพัฒนา เพราะเขตสุขภาพเป็นสิ่งใหม่สำหรับประเทศไทยการอภิบาลระบบเป็นปัจจัยสำคัญที่แสดงถึงบทบาทความรับผิดชอบของทั้งคณะกรรมการและผู้มีส่วนได้เสียในระบบ

เขตสุขภาพซึ่งนำไปสู่การอภิบาลที่ดีหรือธรรมาภิบาล การกำหนดแนวทางอภิบาลระบบที่ต้องการเป็นการพิจารณาหาตัวชี้วัดที่เหมาะสมและสามารถชี้วัดผลลัพธ์ที่ต้องการได้จริง โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน (responsiveness) และการแสดงถึงพันธะความรับผิดชอบที่มีต่อประชาชนในพื้นที่ (accountability) การจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการเขตสุขภาพที่สร้างประสิทธิภาพและคุณภาพ โดยเน้นการนำกลไกตลาดและอำนาจการซื้อบริการมาสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพบริการที่แท้จริงในพื้นที่เขตสุขภาพ การจัดการภาครัฐแนวใหม่ยังรวมถึงการกระจายอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่ สปสข.หรือกระทรวงสาธารณสุขมอบแก่อนุวยงานระดับพื้นที่ โดยเฉพาะ สปสข.สาขาเขตในการซื้อบริการและจัดการระบบ การออกแบบระบบบริการระดับพื้นที่ที่สามารถตอบสนองความต้องการประชาชนที่แท้จริง รวมทั้งการออกแบบระบบส่งต่อและการติดตามประเมินผลด้านคุณภาพบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่การศึกษาเขตสุขภาพนี้ให้ความสนใจ เพราะเป็นปัจจัยที่กระทบประชาชนโดยตรงตั้งแต่การเข้าถึงบริการ ความเท่าเทียมของบริการที่จัดตั้ง และคุณภาพบริการที่ได้รับหลังการเกิดเขตสุขภาพ ซึ่งการติดตามประเมินผลอาจต้องอาศัยระบบข้อมูลที่ดัดแปลงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในลำดับต่อไป ปัจจัยระบบการคลังสุขภาพและการติดตามประเมินผล โดยเฉพาะการพัฒนาแบบข้อมูลสารสนเทศเป็นอีก ๒ ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพ ซึ่งการศึกษานี้จะไม่นำเสนออย่างละเอียดเพราะเป็นการศึกษาที่แยกออกไปอีกส่วนหนึ่ง โดยเฉพาะ แต่จะกล่าวถึงกรณีที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆที่กล่าวแล้วข้างต้น

ผลการศึกษาที่นำเสนอในบทนี้เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ที่ประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย นอร์เวย์ และสวีเดน ได้พบและผ่านไปแล้ว รวมทั้งประสบการณ์การซื้อบริการของ สปสข.สาขาทม.ที่เกิดขึ้นในเวลาที่ไม่ยาวนานนัก บทเรียนดังกล่าวเป็นพื้นฐานองค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การศึกษาในบทที่ ๓ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลจากการศึกษาในบทที่ ๒ นี้จะเป็นบทเรียนให้สามารถทำการศึกษาและพัฒนาเขตสุขภาพได้ถูกทางหลีกเลี่ยงผลเสียที่อาจจะเกิด และเป็นสิ่งช่วยให้สามารถเข้าใจการพัฒนารวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาเขตสุขภาพต่อไป

บทที่ ๓ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

บทที่ ๓ นี้เป็นผลการศึกษาเชิงคุณภาพของการพัฒนาเขตสุขภาพนำร่อง สปสช. สาขาเขต นครราชสีมาหรือนครชัยบุรินทร์และเขตพื้นที่ สปสช. สาขา กทม. ขณะเดียวกันยังรวมถึงผลการวิเคราะห์ ข้อมูลจากการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่ สปสช. สาขาเขตอุดรธานี เขตสงขลา และเขตพิษณุโลก พื้นที่เป้าหมายหลักของการศึกษานี้ได้แก่เขตสุขภาพนำร่องพื้นที่นครชัยบุรินทร์และกรุงเทพมหานคร แต่เนื่องจาก สปสช. สาขาเขตพื้นที่อุดรธานี เขตสงขลาและเขตพิษณุโลก มีข้อมูลว่าได้ดำเนินกิจกรรมการซื้อและจัดบริการที่เป็นรูปแบบเขตสุขภาพกล่าวคือ พื้นที่ของ สปสช. สาขาเขตอุดรธานีมีการจัดตั้งกองทุนผู้พิการระดับจังหวัด หนองบัวลำภูโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด พื้นที่ สปสช. สาขาเขตสงขลาเริ่มกิจกรรมการซื้อบริการโดยใช้การจ่ายเงินในกลุ่มผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันกึ่งเรื้อรัง (Sub-Acute and Non-Acute Patient หรือ SNAP) ในรูปแบบคณะกรรมการเขต และพื้นที่ สปสช. สาขาพิษณุโลกเริ่มดำเนินโครงการซึ่งเป็นกิจกรรมรูปแบบเขตสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในรูปแบบคณะกรรมการระดับตำบลแบบมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆและชุมชน ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาพื้นที่ดังกล่าวแบบเจาะจง เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพสำหรับเป็นข้อมูลประกอบการศึกษาการพัฒนา รูปแบบเขตสุขภาพของเขตนครชัยบุรินทร์ และ สปสช. สาขา กทม.

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งแบบสัมภาษณ์เดี่ยว (individual in-depth interview) และกลุ่ม (focus group in-depth interview) โดยมีผู้ให้ข้อมูลแบบสัมภาษณ์เดี่ยวจำนวนทั้งสิ้น ๑๔ คน ผู้สัมภาษณ์กลุ่มจำนวน ๑๑ คน เมื่อรวมผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทั้งเดี่ยวและกลุ่มได้ทั้งสิ้น ๒๕ คน

ผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เดี่ยว (individual in-depth interview) ประกอบด้วย

- รองเลขาธิการ สปสช. ผู้รับผิดชอบนโยบายเขตสุขภาพ จำนวน ๑ คน
- รองเลขาธิการ สปสช. อดีตผู้อำนวยการ สปสช. สาขา กทม. จำนวน ๑ คน
- ผู้ตรวจราชการเขตกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๔ นครราชสีมาจำนวน ๑ คน
- ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน ๑ คน
- ผู้อำนวยการ สปสช. สาขาเขตพื้นที่นครราชสีมาหรือนครชัยบุรินทร์ อุดรธานี สงขลา พิษณุโลก และกรุงเทพมหานครพื้นที่ละ ๑ คน รวมจำนวน ๕ คน
- รองผู้อำนวยการ สปสช. สาขาเขตพื้นที่สงขลา จำนวน ๑ คน
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สปสช. เขตพื้นที่สงขลา จำนวน ๑ คน
- นายแพทย์กายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาลจังหวัดเขตพื้นที่สงขลา จำนวน ๑ คน

- นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู ๑ คน
- รองปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู ๑ คน

สำหรับการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group interview) ดำเนินการ ๓ พื้นที่ ได้แก่ เขตพื้นที่นครชัยบุรินทร์อุดรธานีและพิษณุโลก ซึ่งจำนวนผู้ได้รับการสัมภาษณ์กลุ่มแบ่งตามพื้นที่ดังนี้

เขตพื้นที่นครชัยบุรินทร์ ประกอบด้วย

- ผู้ช่วย ผอ.สพช.สาขานครราชสีมา จำนวน ๑ คน
- เจ้าหน้าที่ สพช.สาขานครราชสีมาผู้ดูแลโครงการพัฒนาเขตสุขภาพนครชัยบุรินทร์ จำนวน ๒ คน
- แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน ๑ คน
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวผู้ดูแลโครงการ CUP Split ลดความแออัดของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและหัวหน้าCUP จำนวน ๒ คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหัวหน้า CUP จำนวน ๑ คน
- พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน ๑ คน

เขตพื้นที่สพช.สาขาอุดรธานีประกอบด้วย

- เจ้าหน้าที่สพช.เขตพื้นที่อุดรธานีผู้ดูแลกองทุนผู้พิการจำนวน ๒ คน

เขตพื้นที่สพช.สาขาพิษณุโลกประกอบด้วย

- เจ้าหน้าที่สพช.เขตพื้นที่สาขาพิษณุโลกจำนวน ๒ คนซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบกองทุนส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ (PP area based)และโครงการตำบลสุขภาวะ

ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ใช้การบันทึกเสียงโดยการยินยอมของผู้ให้สัมภาษณ์ ถูกนำมาถอดเสียงบันทึกและนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจำแนกประเด็นการศึกษาที่สำคัญดังต่อไปนี้ (๑) ความหมายของเขตสุขภาพสำหรับบริบทประเทศไทย (๒) การกระจายอำนาจและความเป็นอิสระในการดำเนินงานของสพช.เขตพื้นที่ รวมทั้งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๓) การอภิบาลระบบเขตสุขภาพในการปรับองค์กร บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และการติดตามกำกับของสพช.เขตพื้นที่ (๔) รูปแบบการจัดระบบบริการในบริบทเขตสุขภาพ ความเชื่อมโยงของบริการ และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (๕) บทบาทการซื้อบริการเชิงกลยุทธ์ของ

สปสข.เขตพื้นที่ และ (๖) ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จและล้มเหลวรวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่เกิดขึ้นในบริบทประเทศไทย ซึ่งประเด็นการศึกษาเหล่านี้จะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาเขตสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

๓.๑ ความหมายของเขตสุขภาพในบริบทประเทศไทย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความหมายเขตสุขภาพสำหรับประเทศไทยมีเข้าใจแตกต่างกัน จึงนำไปใช้กล่าวถึงต่างกันไปจากการสัมภาษณ์พบความเข้าใจที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้บริหารและบุคลากรของสปสข.กระทรวงสาธารณสุขและอปท.พอสรุปได้ว่าการกล่าวถึงความหมายเขตสุขภาพที่เป็นรูปธรรม ๔ แบบ คือ

(๑) เขตสุขภาพคือระบบบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายเขตพื้นที่ โดยมีศูนย์กลางเครือข่ายเริ่มจากศูนย์บริการการแพทย์ตติยภูมิระดับสูง (super-tertiary care) แบ่งเขตรับผิดชอบเชื่อมโยงไปสู่บริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) ทติยภูมิ (secondary care) จนถึงปฐมภูมิ (primary care) ในบริบทนี้จะมองบริการทางการแพทย์ บริการโรงพยาบาลและการรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นหลัก

(๒) เขตสุขภาพเป็นกลวิธีการซื้อบริการเชิงกลยุทธ์ (strategic purchasing) ของ สปสข.สาขาเขตพื้นที่โดยมองว่า สปสข.เขตพื้นที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้ซื้อบริการเชิงกลยุทธ์ที่เรียกว่า Strategic purchasers ตามนโยบายที่สปสข.กลางกำหนด

(๓) เขตสุขภาพเป็นการมีส่วนร่วมและการกระจายอำนาจ เขตสุขภาพรูปแบบนี้จะหมายถึงการจัดระบบสุขภาพระดับจังหวัดเพื่อให้สอดคล้องกับการปกครองที่มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ที่มีตัวแทนองค์กรที่เกี่ยวข้องมาร่วมประสานงานในการจัดการระบบ

(๔) เขตสุขภาพเป็นเรื่องของการกระจายทรัพยากรที่สร้างความเป็นธรรม โดยมองว่าเขตสุขภาพมีการจัดระบบบริการที่มีการจัดสรรทรัพยากร (resource allocation) คือทรัพยากรเพื่อบริการปฐมภูมิ (primary care) และบริการโรงพยาบาล (hospital care) สำหรับตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยบูรณาการกับการจัดบริการด้านสังคมและสวัสดิการ

ความหมายของเขตสุขภาพทั้ง ๔ แบบจึงถูกนำไปใช้แตกต่างกัน เช่น รูปแบบที่๑เป็นการมองระดับนโยบายของบริการทางการแพทย์ รูปแบบที่๒มองการแสดงบทบาทของผู้ซื้อบริการ รูปแบบที่๓มองในแง่ของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ ส่วนรูปแบบที่๔มองในด้านความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งหากนำความหมายที่ ๔ รูปแบบมารวมกันก็就会有ความหมายที่สมบูรณ์ที่สุดเขตสุขภาพทั้ง ๔ ความหมายมีมุมมองที่สอดคล้องกันว่าเป็นกลวิธี (means) ในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพมากกว่าการเป็นจุดประสงค์ (end) ซึ่งการมองว่าเป็นจุดประสงค์จะหมายความว่าเพียงการสร้างเขตสุขภาพแบบโครงสร้างเชิงภูมิศาสตร์ การมองเชิงกลวิธีจะมองในรูปแบบการดำเนินงาน (function) มากกว่าการสร้างโครงสร้างเชิงองค์กร (organizational structure) มุมมองที่มีความเห็นตรงกันมากที่สุดคือการเกิดระบบสุขภาพที่เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกันแม้การบริการที่ต่างๆก็ต้องทำให้เกิดแต่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการเองทำให้เกิดความเชื่อมโยง

ไปสู่การซื้อบริการที่มียุทธศาสตร์กำหนดชัดเจนการบริการนั้นเกิดการบูรณาการเข้ามาด้วยกันและกลุ่มค่าที่ประชาชนจะได้รับแต่ปัญหาสำคัญคือจะทำให้เกิดรูปธรรมอย่างไรที่เหมาะสมที่สุดยังไม่สามารถตอบได้ชัดเจน

ผู้ให้สัมภาษณ์ยังเสนอว่าเขตสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้ง ๔ รูปแบบนี้ จะนำไปสู่การปฏิรูป ๓ บริบทได้แก่ (๑) การสร้างระบบสุขภาพที่ประกอบด้วยการซื้อขายและจัดบริการเชิงกลยุทธ์ (๒) การมอบอำนาจซื้อบริการให้อยู่ใกล้กับพื้นที่มากขึ้น และ (๓) การจัดระบบบริการลักษณะโซ่ที่มองตั้งแต่บริการปฐมภูมิระดับพื้นที่ไล่ไปจนถึงระดับตติยภูมิแต่ไม่ได้หมายความว่าประชาชนทุกคนจะต้องได้รับการบริการทุกอย่างเหมือนกัน เพียงต้องได้รับการและการดูแลตามความต้องการที่จำเป็น โดยพื้นที่เป็นผู้ตัดสินใจในรูปของการหารือกัน อาจจะใช้ข้อมูลอย่างไรก็ได้แล้วแต่ เช่น ใช้ข้อมูลที่ผ่านมาจากระดับบนหรือข้อมูลระดับพื้นที่ และมีการพูดคุยกันระหว่างผู้ซื้อและผู้จัดบริการทำการตกลงกัน

จากการสัมภาษณ์ยังมีความเข้าใจเรื่องเขตสุขภาพระหว่างผู้ซื้อบริการคือ สปสช. และผู้จัดบริการคือ กลุ่มกระทรวงสาธารณสุขไม่ตรงกัน ส่วนใหญ่ สปสช. จะมีความเข้าใจและให้ความสนใจเนื่องจากเป็นนโยบายของ สปสช. ส่วนกระทรวงสาธารณสุขยังมองเรื่องเขตตรวจราชการเป็นหลัก

“... ผมไม่ได้พูดถึงเรื่อง Definition ของเขตสุขภาพใดๆทั้งสิ้นกับผู้ตรวจ...” (ผอ.สปสช.เขต)

“...เขต (ตรวจราชการสาธารณสุข) อยู่ในเรื่องของการทำงานกำลังคน ... ในเชิงของแนวคิด แต่ยังไม่ได้มาคุยเป็นจริงเป็นจังว่า คำว่า เขตสุขภาพ หมายถึงอะไร ” (ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข)

๓.๒ การกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจเป็นบริบทสำคัญที่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ สปสช. สาขาเขตพื้นที่เรียกกร้องให้ สปสช. ส่วนกลางมอบอำนาจการซื้อบริการให้มากขึ้นกว่าปัจจุบัน เพื่อรองรับบทบาทหน้าที่ของ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ในระบบเขตสุขภาพดังกล่าวแล้วข้างต้น ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้หลายประการ คือ การกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สปสช. การกระจายอำนาจในองค์กรของ สปสช. และบทบาท สปสช. ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ผู้บริหาร สปสช. ให้ข้อมูลว่าการกระจายอำนาจนั้นเกิดก่อนที่กระทรวงสาธารณสุขจะได้รับมอบหมายให้ดำเนินการตาม พ.ร.บ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจพ.ศ. ๒๕๕๒ ดังตัวอย่างโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่ออกนอกกรอบก่อนมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ดำเนินการจริงจังเท่าที่ควร นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขเองไม่ได้มีการวางแผนในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้จัดตั้งต่อมาภายหลัง

“มัน (การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ) มีไม่จริง กระทรวงสาธารณสุขยังไม่เคยทำเรื่องการกระจายอำนาจ กระทรวง(สาธารณสุข) ปล่อย รพ.บ้านแพ้วให้เป็น มหาชน แล้วก็หยุด ” (ผู้บริหารสปสช.)

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหาร สปสช. เห็นตรงกันว่า การกระจายอำนาจแบบแยก ส่วนของหน่วยบริการแก่อปท. นั้นไม่สามารถทำได้ เพราะการจัดบริการสุขภาพนั้นซับซ้อนและเชื่อมโยง กัน รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจึงสมควรดำเนินการแบบเขตสุขภาพเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง ผู้บริหาร สปสช. ยืนยันว่า สปสช. เองก็มีแนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเช่นเดียวกับกระทรวง สาธารณสุข เพียงแต่การกระจายอำนาจนั้นใช้รูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกัน กล่าวคือ กระทรวง สาธารณสุขกระจายอำนาจตามรูปแบบของ devolution โดยกระจายอำนาจสู่อปท. แต่ สปสช. ได้ใช้รูปแบบ ของ delegation ที่กระจายอำนาจสู่คณะกรรมการอิสระ ซึ่งอปท. ก็สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการใน รูปแบบคณะกรรมการอิสระ ที่มีความยืดหยุ่นมากกว่ารูปแบบที่กระจายอำนาจสู่อปท. และแก้ปัญหาระเบียบ ที่ยุ่งยากต่อการดำเนินงานจากการปกครองภาครัฐเดิมๆ

“กระทรวงสาธารณสุขไม่กล้าแบ่ง(การบริการสุขภาพ)เป็นชั้นๆ เป็น *Primary care, Hospital care, Tertiary care* เหมือนกับการศึกษา เพราะการศึกษามีการเลื่อนเป็นชั้น ไม่มีการส่งกลับ และ *health indentify* เป็น *course curriculum* เหมือนการศึกษาไม่ได้ เพราะลักษณะงานไม่เหมือนกัน ไม่ได้แบ่งเป็นชั้นๆ แบ่งได้ เป็น *area* อย่าง *area health board* ได้” (ผู้บริหาร สปสช.)

“จุดหลักที่มองต่างกันก็คือวิธีคิดกับการกระจายอำนาจ ระหว่าง สปสช. (กับกระทรวงสาธารณสุข) เหมือนจะคิดคล้ายกัน แต่ *Speed* และยุทธศาสตร์แตกต่างกัน” (ผู้บริหาร สปสช.)

“.....งบบริการไปอยู่กองทุนหมดเลย ให้กองทุนเป็นผู้จัดการมีความคล่องตัวกว่า” (ผอ. สปสช. เขต)

ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ สปสช. ให้ข้อมูลว่า การกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขเองไม่ได้ สร้างผลกระทบต่อการทำงานหลักประกันสุขภาพเพราะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอง ดำเนินการตามแนวทางที่ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดซึ่งมีบทบัญญัติที่เปิดโอกาสให้อปท. เข้ามามีส่วนร่วมจัดการสร้างหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่

โครงสร้างองค์กร สปสช. เองมีการกระจายอำนาจในการดำเนินงานมาตั้งแต่เริ่มจัดตั้ง ผู้บริหาร สปสช. สาขาเขตเห็นตรงกันว่าองค์กร สปสช. เองมีความยืดหยุ่นในการดำเนินงานโดยใช้หลักการมอบ อำนาจแก่สำนักงานสาขาเขต ซึ่งผู้บริหารทั้งส่วนกลางและสาขาเขตมองเห็นผลดีของการกระจายอำนาจที่ สามารถสร้างประสิทธิภาพการทำงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดีขึ้น การที่สำนักงานสาขาเขตมี อำนาจการตัดสินใจโดยอาศัยรูปแบบคณะทำงานที่จัดตั้ง ทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อ สร้างโอกาสการเข้าถึงบริการและการแข่งขันการจัดบริการได้ดีขึ้น เช่น การจัดตั้งกองทุน การปรับค่าบริการ ที่จ่ายตามผลงานแก่ผู้จัดบริการ เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ยอมรับว่า การกระจายอำนาจ ที่ได้รับมานั้นไม่ได้รับประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพเพราะมีองค์ประกอบหลายประการ นอกจากนี้การอภิบาลระบบยังเป็นบทบาทสำคัญของ สปสช. ส่วนกลาง ผู้บริหาร สปสช. เขตมีความเห็นว่า การดำเนินงานบางประการ เช่น ธุรกรรมทางการเงินเอง ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ เป็นต้น ไม่จำเป็นต้อง กระจายสู่ระดับเขต เพราะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถดำเนินการจากส่วนกลางได้และ ประหยัดค่าใช้จ่าย การกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นในองค์กร สปสช. เป็นผลให้สำนักงานสาขาเขตต่างๆ

ต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลา อย่างไรก็ตามบางเขตพื้นที่สปสข.สาขาเขตยังเห็นว่าไม่มีอำนาจงานนโยบายมากนัก ส่วนใหญ่เน้นนโยบายถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง ซึ่งหากต้องการดำเนินงานเขตสุขภาพอาจต้องปรับเปลี่ยนการมอบอำนาจตัดสินใจและกำหนดนโยบายแก่สาขาเขตมากกว่าเดิม เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินงาน แต่การมอบอำนาจนั้นควรมีขั้นตอนและดำเนินการเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง

“ส่วนกลางให้สิทธิ์เขต...มีสิทธิ์เต็มที่ตรงนี้ส่วนกลางไม่ได้มา involve” (ผอ.สปสข.เขต)

“(งบประมาณ) ส่วนที่ ๑ เป็นส่วนที่เขตสามารถจัดการได้เอง แต่ในส่วนที่๒ถูกกำหนดมาด้วยภาพรวมนโยบายระดับประเทศ และ (ส่วนที่ ๓) มีการกำหนดแนวทางมาให้ แต่จะมีการมาแตกไปตามแนวคิดของเขตไปอีก” (ผอ.สปสข.เขต)

“การบริหารกองทุน กทม. เป็นผู้บริหารเองตั้งแต่ต้น เป็นคนวางฎีกา มี CEO ของตัวเอง CFO ก็จะทำหน้าที่เป็นคนดูแลผลประโยชน์ขององค์กรและภาพรวม” (ผอ.สปสข.สาขาเขตกทม.)

“หลักการคือเรื่องของ Autonomy เหมือนกับเขตสุขภาพ คือเชื่อว่ากลไกการกระจายอำนาจจะเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล แต่ไม่ได้บอกว่าเมื่อมีแล้วชาวบ้านจะได้ผลที่ดีขึ้น” (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)

“step ขั้นตอนในการที่จะ release authority และ responsibility อย่างถูกต้องจะทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการ” (ผอ.สปสข.เขต)

“การกระจายอาจเป็นวิธีการที่จะเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรแต่การอภิบาลระบบเป็นอำนาจของผู้บริหารส่วนกลางที่ต้องรับผิดชอบในการกระจายอำนาจที่เหมาะสม เขตคงไม่ใช่อภิบาลระบบ เขตคงจะทำตามที่ส่วนกลางว่า” (ผอ.สปสข.เขต)

“...ระบบ IT ที่โตเร็ว เพราะฉะนั้น autonomy บางอย่างเช่น เรื่องกระบวนการจ่ายเงิน transaction เข้า bank เงินออกจากตรงกลางกดปุ่มเดียวก็ไปที่สาขาทั่วประเทศไทย เรื่อง transaction เรื่องเงินไม่ต้อง decentralized” (ผอ.สปสข.เขต)

“เขตไม่มีโอกาสที่จะวาง policy มากนักในแง่ของการตัดสินใจ อาจจะเสนอได้แต่ใคร(สำนักของสปสข.ส่วนกลาง) จะซื้อไม่ซื้อเป็นเรื่องของ authority ... แต่ถ้าตั้งความหวัง (จัดตั้งเขตสุขภาพ) อีกแบบหนึ่งแต่ใช้วิธีแบบนั้น (ไม่มีอำนาจตัดสินใจ) ผมว่ามันไปไม่ถึง” (รองผอ.สปสข.เขต)

สำหรับประเด็นการที่อปท.เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับพื้นที่นั้น พบว่า เป็นการกำหนดด้วยตัว พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ที่จัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลขึ้น แต่อีกส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่ อปท.เองมีแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตรับผิดชอบจึงได้เกิดการจัดตั้งกองทุนและคณะกรรมการระดับพื้นที่บริหารจัดการกองทุนที่จัดตั้งขึ้น โดยไม่ได้มองประเด็นการกระจายอำนาจตามที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ อปท.มองประเด็นการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมของประชาชนมากกว่า

“เป็นมุมมองของผู้ร่างกฎหมายว่าทิศทางเหล่านี้ที่ท้องถิ่นต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่ co-finance และการจัดระบบบริการ แต่ก็มีข้อกำหนดค่อนข้างหลวม รูปธรรมที่เกิดขึ้นก็จะมีกองทุนตำบลที่เกิดขึ้น” (ผอ.สปสข.เขต)

“การบริหารจัดการแบบไหนนี้ ก็ให้เขาคุยกันภายในกองทุน... ถามว่าตรงนี้ถ้าเป็นระบบปกติ ทำยากพอเป็นเงินเข้ากองทุน เขาก็สามารถไปออกระเบียบต่างๆเพิ่มเติมได้” (นายก อบจ.และ รองปลัด อบจ.)

“เรื่องการกระจายอำนาจมองได้ ๒ แบบ เช่น การโอน สอ. และการตั้งกองทุนตำบล อย่างเรื่องการโอน สอ. ยังแย่งกันไปแย่งกันมา ขณะที่หลายๆส่วนที่พยายามจะทำการ สปสข. แยกออกมาไปตั้งกองทุนตำบล ก็มีการกระจายออกไป.... ไม่ได้สนใจว่าเป็นการกระจายอำนาจแบบไหน แต่ดูที่งานว่าเราทำได้มีความร่วมมือ แต่การเข้าถึงอาจจะคนละอย่าง” (นายกอบจ.)

๓.๓ การอภิบาลระบบ

การอภิบาลระบบเป็นประเด็นสำคัญของการพัฒนาเขตสุขภาพ เพราะเกี่ยวข้องกับการจัดองค์กรภายในของสปสข.สาขาเขตพื้นที่และคณะกรรมการเขตสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เกิดขึ้นและบทบาทความรับผิดชอบของคณะกรรมการเขตสุขภาพดังกล่าว จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบการปรับเปลี่ยนองค์กรภายในสปสข.สาขาเขตพื้นที่และการพัฒนาคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อรองรับนโยบายเขตสุขภาพที่ สปสข.กลางกำหนดชัดเจน

โดยรวมแล้ว สปสข.สาขาเขตพื้นที่จะมีโครงสร้างองค์กรภายในตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ประกอบด้วย ๑) กลุ่มงานบริหารสำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน ๒) กลุ่มภาคีที่สร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชน ๓) กลุ่มบริหารกองทุนที่สปสข.มีหลากหลาย และสุดท้าย ๔) กลุ่มงานคุณภาพที่ดูแลพัฒนาคุณภาพบริการและหน่วยบริการ โครงสร้างดังกล่าวถูกมองว่าไม่สามารถตอบสนองการดำเนินงานเขตสุขภาพได้เต็มที่เพราะ ผู้รับผิดชอบงานไม่ได้บูรณาการงานเข้าด้วยกัน เจ้าหน้าที่แต่ละตำแหน่งจะทำหน้าที่ทุกอย่างทั้งด้านงานธุรการและจัดการภาระงานตนเอง ซึ่งทำให้ไม่สามารถมีเวลาสร้างแนวคิดที่จะพัฒนางานให้ก้าวหน้าเพราะเวลาถูกงานประจำดึงไป การซื้อบริการเชิงกลยุทธ์ไม่เกิดขึ้น ไม่มีผู้รับผิดชอบด้านบริหารจัดการตรงๆและขาดผู้รับผิดชอบในการจัดทำสัญญาและบริหารสัญญา การดำเนินงานไม่สามารถเรียนรู้แลกเปลี่ยนหรือทำหน้าที่แทนกันได้ จึงได้เกิดความพยายามที่จัดองค์กรภายในใหม่ที่สะท้อนความต้องการในการดำเนินงานและพัฒนาระบบเขตสุขภาพ

“วิธี admin ทำให้เขา(เจ้าของงานหนักเพราะทำที่ละชิ้น ไม่ได้บูรณาการเพื่อปิด gap...” (ผอ.สปสข.เขต)

“... โครงสร้างคือมี ผอ. รอง ผอ. มี ๔ กลุ่มงาน กระบวนการทำงานการบริหารจัดการโครงสร้างภายใน ผอ.ก็จะมอบหมายให้ PM (Project Manager) แต่ละกลุ่มงานรับผิดชอบเป็นหลัก เป็นผู้ integrate และ monitorงาน ผอ.จะเป็น Adviserการทำงานจะเป็นแนวราบงานมี ๔ กลุ่มแต่ก็แบ่งไม่ชัดเจน” (ผอ.สปสข.เขต)

“ส่วนแรกคือส่วนของประชาชน ส่วนที่สองคือส่วนของหน่วยบริการ ส่วนที่สามคืองานพัฒนาระบบ payment ส่วนงาน PP (promotion and prevention) แยกออกมาเป็นระบบงานบริการ เพราะงาน PP มีกิจกรรม

เยอะ งาน Support เช่น งาน IT, งานการเงิน, แผน, พัสดุ งาน audit ซึ่งงาน audit จะคอยเช็คคุณภาพของการเบิกจ่ายเงินเป็นหลัก” (ผอ.สปสช.เขต)

โครงสร้างสปสช.สาขากทม. แตกต่างกับสปสช.สาขาเขตพื้นที่อื่นๆ เพราะถูกกำหนดเขตเนื่องจากบริบทที่ไม่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเช่นจังหวัดอื่นๆ จึงจำเป็นต้องจัดตั้งสาขาเขตพื้นที่ นอกจากนี้เขตพื้นที่กทม.มีระบบสุขภาพที่ซับซ้อนเพราะประกอบด้วยหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นศูนย์กลางวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ และการศึกษา ที่พัฒนารวดเร็ว การซื้อบริการและการอภิบาลระบบจึงต้องอาศัยคณะกรรมการที่ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน เขตพื้นที่กทม.จึงบริหารระบบด้วยคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพกทม. สำนักงานสาขาเขตพื้นที่กทม.ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานประจำเสมือนสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการและจัดการงานธุรการ อย่างไรก็ตามโครงสร้างสำนักงานก็ไม่สามารถอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะการซื้อบริการเชิงกลยุทธ์ จึงได้จัดตั้งคณะทำงานขึ้นหลายคณะ เช่น คณะทำงานพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นต้น เพื่อให้สามารถบริหารจัดการและซื้อบริการตามภารกิจที่ได้รับมอบ คณะกรรมการบอร์ดที่บริหารเขตพื้นที่กทม.เองประกอบด้วยตัวแทนผู้จัดบริการเป็นส่วนใหญ่จึงทำให้การประชุมเป็นเรื่องแก้ปัญหการจัดบริการมากกว่า กรุงเทพมหานครเป็นอปท.ที่มีศักยภาพสูงเพราะเป็นเมืองหลวงประเทศไทย แต่ก็ไม่ได้เข้าร่วมดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการบอร์ดอย่างชัดเจนและจริงจัง จึงขาดการบูรณาการในด้านองค์กรและบทบาทการทำงานของเขตสุขภาพที่แท้จริง

“กทม. เป็น อปท.ขนาดพิเศษทั้งใหญ่และครอบคลุมเยอะ ถามว่าดีไหม ในเชิง health คิดว่าไม่ดี เพราะว่าใหญ่เกิน ในภาคที่สนใจคือภาคที่ชาวบ้านจับต้องได้ เช่น ทางด่วน อุโมงค์ รถไฟฟ้า เรื่องที่กระทบกับชีวิตประจำวัน แต่ภาค health ใหญ่ทำให้บัง” (ผอ.สปสช.กทม.)

“โครงสร้างการบริหารงานภาพใหญ่มีคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพ เป็น บอร์ดชุดใหญ่สุดที่เหลือก็จะเป็นคณะทำงาน (คณะทำงานงาน PP, คณะทำงาน CFO, คณะทำงานเรื่องการประสานการแพทย์, การทำงานการขึ้นทะเบียนเพื่อประชาชน, การขึ้นทะเบียนหน่วย และ การประเมินรับส่งต่อผู้ป่วยนอก OP-refer, AE, ไควาย) ทั้งหมดครอบคลุมทุกคณะหรือยัง จริงๆ ก็ยังไม่ครอบคลุมหมด ยังมีคณะย่อยอีกเยอะ” (ผอ.สปสช.กทม.)

“กทม. มีโครงสร้างไม่เหมือนกับต่างจังหวัด กทม.ไม่มี สสจ. เป็นแหล่ง Buffer เรื่องเงิน เราก็ใช้กระบวนการเดิมคือ จ่ายเงินตรงไปหน่วยบริการ กรณีที่เป็นผู้ให้บริการ และจ่ายตามการให้บริการที่เกิดขึ้น ถามว่าเราอยากซื้อตรงรายย่อยหรือซื้อแบบขายส่ง อยากซื้อรายใหญ่ตกลงกับสสจ.(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)มากกว่า” (ผอ.สปสช.กทม.)

การอภิบาลระบบเขตสุขภาพโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพนั้น ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นสอดคล้องกันว่า คณะกรรมการเขตสุขภาพต้องประกอบด้วยภาคส่วนที่มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อความโปร่งใสและยั่งยืน โดยเฉพาะประชาชนควรได้มีส่วนร่วม องค์กรที่จะพัฒนาให้เป็นคณะกรรมการเขตสุขภาพนั้นสามารถ

พัฒนาได้จากองค์กรเดิมที่มีอยู่ ระดับเขตก็มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขเขต(อปสข.)ที่ประกอบด้วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, ผอ.สปสข.และมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธานสามารถพัฒนาให้เป็นคณะกรรมการเขตสุขภาพได้ นอกจากนี้สามารถพัฒนาสมัชชาสุขภาพให้เข้าร่วมดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพเขตได้เช่นกัน แต่เมื่อมองการบริหารจัดการตามระบบการปกครองระดับจังหวัดจะมีการบูรณาการที่เหมาะสมเพราะมีโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข การศึกษา การพัฒนาสังคมและอปท. ที่ใหญ่เพียงพอและพร้อมที่จะพัฒนาในรูปแบบคณะกรรมการ หากระดับเล็กลงไปก็จะไม่สามารถดำเนินการได้และขนาดจะย่อเล็กเป็นปัญหาความขาดประสิทธิภาพ

“ในพื้นที่ระดับเขตก็มี อปสข. อยู่แล้ว”(ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและผอ.สปสข.)

“เหตุผลที่เสนอตั้ง (คณะกรรมการเขตสุขภาพ) ที่จังหวัดคือมีโครงสร้างการพัฒนาประเทศ จากส่วนกลางลงมาที่จังหวัดแยกเป็นภูมิภาค โครงสร้างไม่ได้ลงที่ เขต สปสข. แต่โครงสร้างใหญ่ลงที่ อบจ. กระทรวงสาธารณสุขก็ สสจ. การศึกษาพิเศษล้วนแล้วมุ่งไปที่จังหวัด แต่ถ้าไปที่ อบต. ก็จะเป็นเบี้ยหัวแตกประสานไม่ได้” (นายกอบจ.และผอ.สปสข.)

“...เราก็ต้องปักธงให้ชัดเจนและต่อไปต้องมีการร่วมของภาคประชาชนมากขึ้น เพราะถ้ามองเรื่องการอภิบาลระบบก็ต้องมีตัวแทนจากภาคประชาชนมากขึ้นที่เข้ามาคอยฟัง คอยดู คอยติดตาม”(นายกอบจ.)

สำหรับโครงสร้างคณะกรรมการเขตสุขภาพนั้น มีข้อเสนอโดยฝ่ายอปท.และผู้บริหารสปสข.เขตพื้นที่ว่า สมควรกำหนดเป็นโครงสร้างถาวรที่มีสำนักงานที่ชัดเจน มีบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ และการพัฒนาควรมองศักยภาพของเจ้าหน้าที่ การอภิบาลระบบโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพนั้นจะประกอบด้วยผู้ให้บริการและผู้จัดบริการร่วมกับภาคส่วนประชาชนและอปท.เป็นหลัก ประเทศไทยมีขนาดใหญ่ที่ไม่สามารถดูแลการบริการสุขภาพได้ทั่วถึง การมีคณะกรรมการเขตสุขภาพจะสามารถจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาคณะกรรมการเขตสุขภาพต้องมีระยะเวลาในการดำเนินการ แต่ควรประกอบด้วยแนวทางสำคัญ คือ ควรเป็นการเริ่มจากระดับพื้นที่แทนระบบเดิมที่เริ่มจากระดับชาติและสั่งการลงมา การพัฒนาทั้งระบบเขตสุขภาพและคณะกรรมการเขตสุขภาพควรมองการดำเนินงานในบทบาทหน้าที่มากกว่าระบบการปกครองหรือการจัดการด้านคนและเงิน และต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้และประเมินผลที่ต่อเนื่องซึ่งสปสข.สาขาเขตพื้นที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนา

“แต่เดิมคือตั้งกรรมการระดับชาติก่อน แล้วเวลาลงไปมันไม่ถึง ปัญหาก็เกิดเพราะพอถึงระดับจังหวัดมันหาย หรือไม่คนก็มองไปที่กระทรวงว่าคุมตัวเองหมด สุดท้ายการร่วมมือระดับจังหวัดก็กลายเป็นว่าป็นงานรอง” (นายกอบจ.)

“...ประเทศไทยใหญ่เกินกว่าที่จะ Guarantee การเข้าถึงบริการ”(ผู้บริหารสปสข.)

“ตอนนี้ Governance (โคราช)ก็ยังไม่ได้ขยับไปไหน แต่ว่าขยับในเรื่องของการจัด service provision ในพื้นที่กับภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน...ประเด็นคือตอนนี้ทำเรื่อง functional เรียนรู้ออกไป ถ้าไปเล่นเรื่องความสูงกอม อย่างอื่นจะเสีย” (ผอ.สปสข.)

“...เพราะฉะนั้นกระบวนการสร้างคนก็เป็นกระบวนการต้อง *balance* ระหว่าง *output* ที่อยากได้ในระยะเวลาอันสั้น กับ *output* ระยะยาว อันนี้ก็เป็นทักษะที่สำคัญสำหรับผู้อำนวยการเขต เพราะส่วนกลางไม่มีทางที่จะ *support* ได้” (ผอ.สปสช.เขต)

“...หัวใจ (คณะกรรมการ) อยู่ที่สำนักงานเพราะฉะนั้นจะต้องมองที่คนของตัวเองไม่ใช่มาแปะไว้ที่สสจ. หรือที่อื่นๆ ก็มีฝ่ายธุรการ.....จะต้องมีบุคลากรเพิ่ม 4-5 คนในการที่จะมาอภิบาลระบบด้วย ไม่ใช่ว่าเป็นสิ่งหนึ่งของหน่วยงานใด หน่วยงานหนึ่ง....ควรจะตั้งเป็นองค์กรแยก” (นายกอบจ.)

“ถ้ามอง (*governance*) ที่ *level* เขต มีคำถามสำคัญคือจะทำอย่างไรให้สมาชิกหรือกลุ่มที่ดูแลเรื่องสุขภาพในพื้นที่ที่มันสูงขึ้นมาจากระดับตำบลเข้มแข็งขึ้น... และใช้ตัวนี้เป็นตัวชี้ทิศ(การพัฒนาระบบสุขภาพเขต)” (ผอ.สปสช.เขต)

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของคณะกรรมการเขตสุขภาพและบทบาทหน้าที่นั้น จากความเห็นผู้ให้สัมภาษณ์ พบว่า ต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างระดับชาติ เขต และจังหวัด และไม่ขัดแย้งกับความสัมพันธ์ของระบบแยกผู้ซื้อและจัดบริการ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ซื้อและจัดบริการนั้นสามารถแยกส่วนคนละระดับคือ สปสช.สาขาเขตพื้นที่เป็นผู้ซื้อบริการดูแลกำกับระดับเขต แต่ผู้จัดบริการสามารถกำหนดในระดับจังหวัดการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพใช้การเจรจาตกลงเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ในฐานะผู้ซื้อและจัดบริการเมื่อจัดตั้งเขตสุขภาพความสัมพันธ์ระหว่าง สปสช.เขตพื้นที่และ สปสช.กลางจะต้องปรับเปลี่ยนไปสู่การดูแลแบบเขตพื้นที่แทนการดูแลแบบเดิม โดยให้การสนับสนุนด้านการพัฒนาและวิชาการมากขึ้นภายในองค์กรคณะกรรมการเขตสุขภาพเองก็เกิดความสัมพันธ์ตามโครงสร้างการจัดการ โดยมีบอร์ดบริหารและการจัดการที่มีคณะทำงานชุดต่างๆที่เหมาะสมในการดำเนินงาน กลุ่มผู้บริหารสปสช.สาขาเขตมีความเห็นว่าโครงสร้างคณะกรรมการเขตสุขภาพนั้นสามารถกำหนดให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการของคณะกรรมการเขตสุขภาพได้ เพราะกระทรวงสาธารณสุขต้องดูแลนโยบายสุขภาพ ส่วนประธานควรจะเป็นตัวแทนจากองค์กรภายนอกโดยพิจารณาคัดเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิ

“*Purchasers* อยู่ที่ระดับเขต *Providers* อยู่ที่จังหวัดก็ได้....” (ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและผอ.สปสช.สาขาเขต)

“นี่คือบอร์ดบริหาร (คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้พิการ) ในบอร์ดมี *Worker* อยู่ ๔ กลุ่ม เป็นอนุกรรมการ ด้านบริหารจัดการ...ด้านการแพทย์...เรื่องคุณภาพชีวิต.... และอนุกรรมการเรื่องการเงินการบัญชี....ทุกเรื่องต้องผ่านอนุกรรมการทั้ง ๔ กลุ่ม” (รองปลัด อบจ.)

“ฝ่ายสาธารณสุขจังหวัดอยู่ตรงไหนก็จะเป็นเลขायอยู่ เป็น *indirect* (โดยตำแหน่ง) โดยเป็นกรรมการและเลขานุการ” (นายก อบจ.)

๓.๔ การจัดบริการ

การจัดบริการเป็นประเด็นสำคัญของการพัฒนาเขตสุขภาพ เพราะบทบาทหน้าที่เขตสุขภาพคือให้เกิดบริการที่บูรณาการทั้งด้านการแพทย์และสวัสดิการสังคม ที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในพื้นที่จากบทเรียนของการศึกษาในพื้นที่พบว่า ผู้ริเริ่มบริการแบบเขตสุขภาพเกิดจากหลายฝ่าย โดยริเริ่มจากฝั่งผู้จัดบริการเอง เช่น กรณี Cup Split ของพื้นที่สปสข.เขตนครชัยบุรินทร์ หรือเริ่มจากผู้นำอปท.กรณีกองทุนผู้พิการจังหวัดหนองบัวลำภู สปสข.เขตพื้นที่อุดรธานี หรือจากผู้ซื้อบริการคือสปสข. อย่างเช่นกรณีตำบลสุขภาวะในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของสปสข.เขตพื้นที่พิษณุโลก หรือ กรณีการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและเรื้อรัง ที่เรียกว่า Sub- Acute and Non-Acute Patient (SNAP) ของสปสข.เขตพื้นที่สงขลา การจัดบริการดังกล่าวตรงกับแนวคิดเขตสุขภาพที่ เพราะการจัดบริการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการบริหารอิสระประกอบด้วยภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ซื้อบริการคือสปสข. กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้จัดบริการ อปท. และประชาชนในพื้นที่ มีกลุ่มเป้าหมายที่จัดบริการและขอบเขตพื้นที่ดำเนินการชัดเจน การจัดบริการมีความเชื่อมโยงของระบบดูแลในพื้นที่และการส่งต่อบูรณาการทั้งการแพทย์และสังคม แม้จะไม่สมบูรณ์ทุกบริบท สิ่งสำคัญคือเป็นการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ที่บริการนั้นๆ ไม่เพียงพอหรือขาดหายไป (health need and social care) การจัดบริการที่เกิดขึ้นเกิดจากการวิเคราะห์หาส่วนขาดที่ต้องการพัฒนาภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัดเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ การจัดบริการเน้นการร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐและท้องถิ่น โดยเฉพาะอปท. อย่างไรก็ตามก็ยังมีปัญหาการจัดบริการที่ความเชื่อมโยงระหว่างบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิไม่ต่อเนื่องบางกรณีบริการระดับปฐมภูมิมีการร่วมมือของอปท.กับภาครัฐไม่ชัดเจน ปัญหาสำคัญของการจัดบริการ คือการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ครอบคลุมเท่าเทียมแต่ละพื้นที่ และขาดองค์ความรู้ที่ต้องการพัฒนาโดยเฉพาะการเพิ่มศักยภาพของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ เช่น พยาบาล ที่ต้องการเพื่อทดแทนการขาดแคลนของแพทย์

“แนวคิดมาจากที่ท่านนายก (อบจ.) มีแนวคิดว่าจะแต่ละปี ทางสปสข. มึงบให้รายหัวมาให้ที่จังหวัด การให้บริการแล้วแต่แต่ละพื้นที่จะคีย์ข้อมูลได้ ก็มีเงินให้”(รองปลัดอบจ.)

“แต่ในการจัดบริการจริงๆ ได้ขยายงานออกไป ไม่ใช่แค่การดูแลผู้พิการแต่ขยายไปถึงการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง เพราะจริงๆ ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวังก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดการพิการซึ่งต้องมีการดำเนินการเชิงรุกที่จะเข้าไปดูแล ในส่วนของผู้สูงอายุก็ต้องเป็นไปในเชิงรุก” (เจ้าหน้าที่สปสข.เขต)

“...เรื่องของการแพทย์เป็นการพัฒนาด้านคุณภาพชีวิต ต้องพัฒนาคู่กับหลายเรื่อง เรื่องแรกที่ต้องพัฒนาคือเรื่องของการศึกษา เรื่องที่๒คือเรื่องของความสามารถ เพราะถ้าไม่มีความสามารถก็ต้องพึ่งพิงผู้อื่นที่น้อง ก็ต้องให้ความช่วยเหลือ.... เพราะผู้พิการหลายคนไม่ต้องการเป็นภาระ ต้องการประกอบอาชีพที่เป็นอิสระ” (รองปลัด อบจ.)

“...Board (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ)จบไปโรงพยาบาลจังหวัด ปีละ๔๐๐-๕๐๐คน แต่ไม่มีการรองรับสร้าง ward (เตียงผู้ป่วยใน) เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลแออัดเพราะว่าปากทางนั้นจำกัด... ประชาชนเห็นโรงพยาบาลแออัด

ก็คิดว่าหมอเหนื่อย ซึ่งก็เป็นอย่างนั้นจริงๆ ในบางแผนก แต่บางแผนกก็มีภาระว่างงานแฝงอยู่” (ผู้บริหาร สปสช.)

“คนเหล่านี้ (แรงงานต่างชาติ) ก็มาใช้ทรัพยากร health ในไทย ถ้าจัดการดีก็จะเป็นการเพิ่ม resource (ของโรงพยาบาลเพราะได้งบประมาณรายหัวเพิ่ม) ถ้าจัดการไม่ได้ก็จะเป็นภาระสงเคราะห์... ตรงนี้ยังไม่มียุทธศาสตร์ระดับชาติจัดการ แสดงว่าถ้าเราดูแลฝั่ง demand ได้ไม่ครบ supply ที่จะส่งให้ health service plan ก็จะ ไม่ครบด้วยซึ่งก็ต้องคิดในส่วนนี้ด้วย” (ผู้บริหาร สปสช.)

“การร่วมมือกันในระดับที่เป็น basic services อย่าง primary care กับ hospital care ร่วมกับท้องถิ่นยังไม่ชัด” (ผอ.สปสช.เขต)

“ตัวนำร่องที่มาจับ คือ heart center กับ cancer center ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะว่าเป็นกลุ่ม top death” (ผู้บริหาร สปสช.)

ผู้อำนวยการสปสช.สาขาเขตพื้นที่ทั้งหมดเห็นว่า การจัดบริการนั้นเขตสุขภาพต้องพัฒนาการสร้างตัวชี้วัดที่ชัดเจนสามารถวัดได้และสามารถนำไปกำหนดในเงื่อนไขของสัญญา ซึ่งเป็นข้อขัดข้องที่ยังไม่สามารถพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมและหากไม่สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่จะนำไปสู่ความชัดเจนของระบบในความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินผลคุณภาพบริการนั้น ยังต้องการพัฒนาอีกมาก และควรดำเนินการแบบต่อเนื่องเป็นจังหวะเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างผู้ซื้อบริการคือสปสช.กับผู้จัดบริการหลักคือกระทรวงสาธารณสุข การจัดบริการนั้นต้องการข้อมูลที่ถูกต้องต้องแม่นยำ ซึ่งพบว่าส่วนกลางไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นที่ได้เพราะข้อมูลที่มีรายละเอียดไม่มากพอ การจัดบริการในพื้นที่จึงมีจุดแข็งที่สามารถทราบรายละเอียดในพื้นที่แท้จริง อย่างไรก็ตามข้อมูลในพื้นที่ก็ยังมีปัญหาว่าข้อมูลจากแหล่งต่างกันก็ไม่ตรงกันและบางครั้งข้อมูลก็ไม่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง เช่น จำนวนผู้พิการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) กับสำนักงานพัฒนาสังคมและทรัพยากรมนุษย์ (พม.) ไม่ตรงกัน และบางครั้งมีรายชื่อไม่มีตัวผู้พิการในพื้นที่ เป็นต้น การจัดบริการนั้นยังมีผู้ให้ความเห็นว่าไม่ได้เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ซื้อบริการคือ สปสช. สมควรให้เป็นบทบาทของผู้จัดบริการหลักคือกระทรวงสาธารณสุข แต่ความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์คิดว่าเป็นบทบาทของเขตสุขภาพที่ต้องร่วมมือกันคิดและกระตุ้นให้เกิดบริการตามที่ประชาชนต้องการ การจัดบริการแต่เดิมนั้นไม่ได้ตอบสนองพื้นที่โดยตรง พิจารณาได้จากโครงการต่างๆ เป็นการสั่งการเชิงนโยบายจากเบื้องบนซึ่งไม่เหมาะกับทุกพื้นที่ การพัฒนาเขตสุขภาพจะสามารถสร้างแนวคิดการจัดบริการระดับพื้นที่ได้ดีขึ้น พบตัวอย่างบทเรียนที่การแก้ไขปัญหของระดับท้องถิ่นไม่สามารถตอบสนองกลุ่มผู้รับบริการได้ครอบคลุมโดยเฉพาะเขตเมืองขนาดใหญ่ เช่น กทม. เกิดปัญหาของบริการปฐมภูมิไม่สามารถบริการประชาชนทุกคนได้ กลุ่มผู้ได้รับบริการจึงเป็นเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เป็นประเด็นนำไปสู่การพิจารณาว่าขนาดประชากรและเขตพื้นที่ที่เหมาะสมสำหรับการจัดตั้งเขตสุขภาพสมควรจะเป็นขนาดเท่าไร เพื่อสามารถให้การดำเนินงานเขตสุขภาพบรรลุเป้าหมายการจัดบริการที่ครอบคลุมและบูรณาการได้แท้จริง

“...เนื่องจากสถานการณ์รุดหน้าไปเร็ว achievement ของแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากัน ไม่สามารถทำตามที่ส่วนกลางสั่งได้ทุกเรื่อง ต้องเกิดการบูรณาการในพื้นที่ โดยเฉพาะการสร้างระบบบริการในพื้นที่เพราะมันเป็น need อย่างเช่น เรื่องของ hospital care เรื่องกองทุนตำบล” (ผอ.สปสช.เขต)

...เรื่องของการทำ contract ให้มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนขึ้น ว่าเงินลงไปแล้ว ต้องเกิดผลงาน...กำลังทำกันอยู่ ... ซึ่งตอนนี้ยังไม่ถึงจังหวะที่ต้องอะไรบางอย่างเพราะว่ายังไม่ตกผลึก แล้วจะทำให้เกิด conflict เปลา่ๆ” (ผอ.สปสช.เขต)

“อะไรบางอย่างที่ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ เราต้องเก็บตัวเลขแล้วเอามากระตุ้น เช่น ผู้พิการไม่ได้รับเครื่องช่วยดูแลผู้พิการ ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่ได้รับการผ่าตัดตามสิทธิที่ควรได้รับ เราต้องรู้...นี่คือหน้าที่เรา เพราะฉะนั้น benefic package ออกแบบ payment อะไรที่เป็นเรื่อง IT หลักๆ ให้ส่วนกลางทำไป แต่เรามาถึงพื้นที่ ตัวเลขหน่วยบริการ และตัวเลขการเข้าถึงบริการเราต้องรู้” (ผอ.สปสช.เขต)

“โรงพยาบาล สสจ.(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ต้องยอมรับว่า คุณไม่สามารถตอบสนองความต้องการบริการได้ เพราะฉะนั้นถ้าไม่ได้ เราลองมาทำตรงนี้จะดีไหม มาจัดตั้งเป็นกองทุนแล้วมาพัฒนาด้วยกัน หาเจ้าหน้าที่ช่วยกัน อบรมพยาบาล ให้พยาบาลทำกายภาพบำบัดได้ด้วย ทุกคนช่วยกัน ร่วมมือกัน เห็นว่าระบบความร่วมมือน่าจะเป็นตัวหนึ่งที่น่าไปสู่ความสำเร็จ เพราะถ้าต่างคนต่างอยู่มันเกิดไม่ได้” (นายก อบจ.)

“ยิ่งในเรื่องของฐานข้อมูลยังมีปัญหา สสจ. มีข้อมูล ๑๒,๐๐๐ คน พม. บอกรู้ ๑๓,๐๐๐คน และพอไปหาตัวผู้พิการจริงๆกลับไม่มี ส่วนการศึกษาพิเศษก็พยายามหาตัวผู้พิการ...” (รองปลัด อบจ.)

“ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยจะเป็นคนเขียนโครงการเองเกือบทั้งหมด หมายความว่าจังหวัดเป็นคน raise ประเด็นปัญหาขึ้นมาแล้วก็จัดสรรให้ใครไปจัดกิจกรรม ซึ่งก็เป็น top-down เหมือนเดิม ก็ไม่ใช่ area based จริงๆ เสียงร้องจากชาวบ้านก็ยังไม่เข้มแข็งพอ...” (เจ้าหน้าที่สปสช.)

“Primary care คู่มือเหมือนเรามี Function แต่พอทำไประดับหนึ่ง มันตอบสนองได้เฉพาะกลุ่ม ซึ่งเด่นชัดว่าเขาตอบสนองเฉพาะกลุ่ม กลุ่มชุมชนจัดตั้ง กลุ่มค้อยโกลาส เลยทำให้ภาพ....serve คนยากจน แทนที่จะ serve คนทุกคนที่เสียภาษี” (ผอ.สปสช.)

๓.๕ การซื้อบริการในพื้นที่

การซื้อบริการสุขภาพเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของเขตสุขภาพ โดยเฉพาะบทบาทผู้ซื้อบริการหลักคือ สปสช. การซื้อบริการเชิงกลยุทธ์เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาให้เขตสุขภาพสามารถดำเนินการและแสดงบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเป็นภารกิจสำคัญของ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ที่ต้องรับผิดชอบเชิงนโยบายและปฏิบัติ จากการวิเคราะห์การซื้อบริการระดับพื้นที่ จะพบจุดแข็งและค้อยในสถานะปัจจุบันหลายประการ

บทเรียนจากเขตพื้นที่กทม.พบว่ากลยุทธ์สำคัญของการซื้อบริการคือความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน (public-private partnership) เพราะเขตกทม.มีหน่วยบริการภาครัฐไม่ครอบคลุม หน่วยบริการ

ภาคเอกชนมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งด้านการบริการและการรับส่งต่อ กลยุทธ์สำคัญที่กทม.ต้องใช้เพื่อสร้างแรงจูงใจคือการจ่ายค่าบริการที่สมราคาต้นทุนให้ผู้จัดบริการรับได้และยอมเข้าร่วมจัดบริการ ซึ่งแนวทางสำคัญต้องปรับเปลี่ยนการจ่ายค่าตอบแทนทั้งวิธีการและราคา ดังนั้นการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการเขตสุขภาพเป็นความยืดหยุ่นที่ดีและช่วยผ่อนปรนข้อจำกัดของการดำเนินงาน แต่ขณะเดียวกันสร้างปัญหาความไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันหรือทำให้เกิดสภาวะสองมาตรฐานกับพื้นที่เขตสปสข.ต่างจังหวัด โดยเฉพาะเขตรอบๆปริมณฑลใกล้กทม. จากการสัมภาษณ์หน่วยซื้อบริการหลักคือสปสข.เขตพื้นที่ พบว่ากระบวนการซื้อบริการมีนโยบายที่กำกับโดยสปสข.ส่วนกลางและมีเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนค่าบริการชัดเจน แต่เข้มงวดทำให้เกิดปัญหาการดำเนินงานที่ต้องริเริ่มใหม่ต้องกลับไปแก้ไขระเบียบ การดำเนินงานในรูปแบบเขตสุขภาพโดยคณะกรรมการสามารถช่วยยืดหยุ่นข้อจำกัดได้บางส่วนแต่ก็เสี่ยงต่อกระทำผิดระเบียบราชการ การซื้อบริการของเขตพื้นที่กทม.เน้นความต้องการในพื้นที่ชัดเจนโดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ การซื้อบริการมีการติดตามประเมินผลค่อนข้างชัดเจนตามตัวชี้วัดแต่การประเมินคุณภาพบริการยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรที่จะติดตามประเมินผลที่ละเอียด ดังนั้นการติดตามประเมินผลจึงอาศัยผู้ประเมินภายนอก เช่น สถาบันการศึกษา และใช้การสำรวจแทนการรายงานปกติที่ดำเนินการอยู่ ปัญหาของการซื้อบริการเกิดจากการขาดผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำสัญญาและบริหารสัญญา ดังนั้นจึงแยกทำและบริหารสัญญาตามโครงการที่ผู้รับผิดชอบต้องดำเนินการ

“กลยุทธ์ที่ใช้ในการซื้อบริการยังใช้ *strategy* เดิม คือ *public-private partnership* เนื่องจากเรารู้ว่าพื้นที่ของ กทม. มีการขยายตัวของหน่วยงานบริการภาครัฐเกิดขึ้นได้ยาก” (ผอ.สปสข.เขตกทม.)

“เริ่มมีการซื้อตามยุทธศาสตร์มากขึ้น เช่น มีการเชื่อมโยงงบกองทุนกับระบบบริการ จุดไหนมีความสำคัญก็ลงงบจุดนั้นมากขึ้น ตามทรัพยากรที่มีอยู่...ซึ่งก็คือเรื่องของการบริหารการซื้อ” (ผอ.สปสข.เขต)

“ก็ถือว่าสถานการณ์จริงๆ ห่างจากตรงนี้แค่นี้ ไหน ยังขาดอะไรบ้าง... เป็นข้อมูลของเราเอง เพราะว่าลงพื้นที่บ่อยทำให้มองออกกว่าเป็นอย่างไร....ทั้งทีมให้ข้อมูลและทีมประสานงาน และทีมศึกษาข้อมูลแลกเปลี่ยนกันในตัว”(เจ้าหน้าที่สปสข.เขต)

“(ให้บริการตาม) *Benefit package* เป็นหลักแต่ราคาอาจจะต่าง เช่น กิจกรรมของ PP...เพราะว่าของเรามีภาคเอกชนเยอะจึงจำเป็นที่จะต้องปรับราคาให้เหมาะสม” (ผอ.สปสข.เขตกทม.)

“ค่าตอบแทนกิจกรรมเชิงรุกไม่จูงใจเพราะจ่ายถูกสำนักอนามัยมีงบประมาณสนับสนุนจาก กทม. อยู่ ก็เลยยังยึดได้อยู่” (ผอ.สปสข.สาขาเขตกทม.)

“...เวลาที่ลงศึกษาแล้ว....ยังมีอีกมิติหนึ่งที่ประชาชนต้องการและขาดมากก็คือเรื่องสวัสดิการ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่เขาต้องการและจำเป็น” (เจ้าหน้าที่สปสข.เขต)

ผู้บริหารสปสข.เขตพื้นที่ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าสมควรต้องปรับเปลี่ยนโครงสร้างการจัดการซื้อบริการที่สร้างกลยุทธ์ที่ดี โดยเฉพาะการจัดตั้งกลุ่มงานที่บริหารสัญญาเป็นหลัก ปัญหาที่พบในการซื้อบริการของ สปสข.ส่วนใหญ่คือระบบข้อมูลที่ต้องการไม่ครบถ้วนและคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะข้อมูลที่มี

คำตอบแทนในการกรอกข้อมูลอาจได้ข้อมูลเกินความจริงขณะเดียวกันข้อมูลที่ไม่มีคำตอบแทนจะไม่ได้ได้รับความสนใจ การพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการเป็นบทบาทที่ สปสข.ให้ความสำคัญ ได้พยายามพัฒนาหน่วยบริการโดยใช้อำนาจการซื้อบริการซึ่งมีผลไม่มากนักในเขตพื้นที่ร่ำรวย เช่น กทม. ที่หน่วยบริการมีแหล่งเงินที่เพียงพอและการจ่ายค่าตอบแทนของ สปสข. ไม่สร้างแรงจูงใจและไม่คุ้มต้นทุนที่หน่วยบริการนั้นกำหนด ลักษณะเช่นนี้เป็นสิ่งผู้บริหารสปสข.ระดับสูงได้เห็นว่าจะพบได้ในเขตเมืองต่างจังหวัดที่คล้าย กทม. โดยเฉพาะเขตเมืองที่ออปท.มีความเข้มแข็งและร่ำรวย สิ่งที่สปสข.ในฐานะผู้ซื้อบริการหลักมีความกังวลมากในความรู้ที่กระทรวงสาธารณสุขมองว่าเงินด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพเป็นงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการ ดังนั้นการพัฒนาการรับรู้และการดำเนินงานด้วยอำนาจการซื้อบริการจึงมีข้อจำกัด ซึ่งในต่างจังหวัดเองรวมทั้งกทม.ก็มีข้อจำกัดในความครอบคลุมของสถานบริการที่ไม่เพียงพอและไม่สามารถเลือกซื้อบริการได้ตามที่คาดหวัง กลไกการซื้อบริการจึงไม่ประสบผล ต้องการการเข้าไปกำกับดูแลร่วมกับการใช้กลไกตลาดกระตุ้น การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลบริการนั้นสปสข.เขตพื้นที่พยายามสร้างตัวชี้วัดที่ติดตามประเมินผล โดยอิงกับการลงทะเบียนผู้รับบริการและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่สามารถสะท้อนผลลัพธ์เชิงปริมาณและคุณภาพกลยุทธ์การซื้อบริการที่สำคัญคือแนบไว้ในการจัดทำข้อตกลงหรือ MOU ที่สปสข.เขตพื้นที่ทำกับหน่วยบริการต่างๆ อย่างไรก็ตามสปสข.เขตพื้นที่ทั้งหลายก็ยอมรับว่าไม่สามารถติดตามดูได้ใกล้ชิดด้วยอัตรากำลังคนที่ไม่เพียงพอและมีการดำเนินงานแบบงานประจำที่มากอยู่ตลอดเวลา จึงเป็นคำถามว่าภาระงานและอัตรากำลังที่เหมาะสมควรจะเป็นอย่างไร โดยเฉพาะหากกำหนดเป็นเขตสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นภาระงานที่เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่และอัตรากำลังที่จำเป็น

“ตอนนี้เราทำแค่ดูแลกองทุน พอ PM ทำสัญญาเสร็จแล้วก็ส่งให้หน่วยบริการก็จบ....ก็เลยออกแบบโครงสร้างใหม่... คือ ๑) มีบริหารเหมือนเดิม ๒) หน่วยที่ทำสัญญาแบ่งเป็นกองทุนไหนที่เกี่ยวกับปฐมภูมิเอามาอยู่ด้วยกัน อันไหนที่ไม่ใช่ปฐมภูมิก็ไปอยู่ด้วยกัน.... ตอนนี้จึงแก้ปัญหาคือ ทุกคนต้องรู้เรื่องงาน” (ผอ.สปสข.เขต)

“ประเด็นที่ ๑ เป็นการ grouping ตามระดับหน่วยบริการ และทำให้กลุ่มนี้ต้องเรียนรู้ด้วยกัน แต่ก่อนหัวหน้าต้องเรียนรู้งานลูกน้อง ๒) มีการทำ profile folder คนที่ทำ contract ของแต่ละหน่วย รพ. ในทุกเรื่อง เช่น กองทุน พื้นที่ทำสัญญากับหน่วยบริการไหนบ้าง ใครเป็น contract person และหน่วยบริการรับเรื่องเงินไปที่บาท ตอนนี้ยังไม่มี profile folder ๓) มีการก่อตั้งหน่วย MIS เป็นกลุ่มงาน management information system แล้วเดิมคนเข้าไปอีก ๒ คน เพื่อที่จะคอยสนับสนุนเป็น back office ทั้งหมด และเป็นคนที่จะ feed back ข้อมูลทั้งหมดให้เจ้าจัดการ ๔) มีการก่อตั้งกลุ่มงานที่จัดตั้งเพื่อทำสัญญาอย่างเดียว อยู่ใต้กลุ่มงานที่ดูแล CUP แต่จะรับทำสัญญา หมายความว่า PM ไม่ต้องมานั่งทำสัญญาเองคุณควรจะไปดูข้อมูลของหน่วยบริการและประชาชนว่าหน่วยบริการไหนที่ควรจะให้บริการแล้วไม่ได้ให้ หน่วยบริการไหนที่โกงเรา หรือคีย์ข้อมูลเวอร์แล้วมาเอาเงินจากเราไป ก็ไปวิเคราะห์ข้อมูลที่สามารถกระตุ้นหรือตรวจสอบหน่วยบริการ” (ผอ.สปสข.)

“จริงๆ วางไว้แล้วแต่ค่อนข้างยาก และไม่ค่อยมีแรงที่จะไปกำกับดูแลให้มันเป็นจริงเป็นจัง ตัวอย่างเช่น อัตราการลงทะเบียนน่าจะครอบคลุมไม่ว่าจะไปสำรวจด้วยวิธีใดแล้วยังว่างอยู่ แสดงว่ามีปัญหาแล้ว ...จริงๆ มี Indicator อยู่...” (ผอ.สปสช.เขต)

“ตรงนี้เราต้องวางตัว indicators จะวัดความสำเร็จอย่างไร ต้องเอา indicators มาแปะ ในตัวข้อตกลง MOU ในแต่ละปี” (ผอ.สปสช.เขต)

“ช่วงต้นปีเมื่อแต่ละคนได้รับงานก็ต้องวิเคราะห์งาน...มีตัววัดใดบ้างในการทำงาน ก็จะทำเป็นแผนประจำปี ผู้บริหารก็จะมีการตามงาน การประเมินครึ่งปี ประเมินเดือน การประเมินบางส่วนเป็นราย individual ตรงต่อผู้บริหารที่รับผิดชอบแต่ละสาย” (ผอ.สปสช.เขต)

“...เนื่องจากว่า ตัวชี้วัด P&P มีค่อนข้างเยอะ การติดตามตัวชี้วัดอาจจะยังไม่เข้มข้นมาก ในส่วนของ process ยังคงวัดยาก และต้องนำมาเป็นการพัฒนาต่อไป”(ผอ.สปสช.เขต)

“...ความคิดของ commissioner ใหญ่ หรือ กระทรวง (สาธารณสุข) ยังคิดว่าเงิน PP คือเงินที่จะต้องจัดสรรให้กระทรวงอย่างเดียว...ไม่ได้ลงไปท้องถิ่นหรือหน่วยอิสระที่เขามีมือที่จะทำเรื่องของ PP ได้ แต่เขายังไม่ได้รับโอกาสทางการเงินนั้น ซึ่งในพื้นที่มีกลุ่มที่ active อยู่พอสมควร” (ผอ.สปสช.เขต)

“...เรามีเป็นสารสนเทศเป็นของเราเอง...คือว่า เมื่อใช้ software เดียวกัน ในการที่จะประมวลผลหรือทำ centralized data ก็จะง่ายขึ้น” (ผอ.สปสช.เขต และผู้ช่วย สปสช.เขต)

“โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เขารับเงินจากเราแต่ไม่เท่าไร เพราะฉะนั้นเขาคงไม่ค่อยสนใจ” (ผอ.สปสช.เขต)

“...โรงพยาบาลยิ่งใหญ่อิ่งโต ยิ่งเจริญ ยิ่งมีเงินบริจาค แล้วจะเอาบุญภูมิมาจากไหน ถ้าจะให้บุญภูมิเด่น secondary, tertiary, super-tertiary ก็ต้องลดบทบาทของตัวเองลง ซึ่งก็ยังเป็น ไปไม่ได้”(ผอ.สปสช.เขต)

“ทุกวันนี้พยายาม integrate ภูมิ OP and PP เข้าด้วยกัน เราอยากเห็นแบบนี้แต่ในความเป็นจริงแล้วหน่วยบริการภูมิของเราเน้นแต่ OP เป็นเรื่องของ curative มากกว่า preventive นี่คือข้อเท็จจริง” (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)

๓.๖ ภาวะผู้นำ (Leadership)

ภาวะผู้นำหรือ Leadership เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญสำหรับการพัฒนาเขตสุขภาพ เพราะการนำองค์กรโดยเฉพาะคณะกรรมการเขตสุขภาพต้องอาศัยภาวะผู้นำที่ชักนำให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมดำเนินการ ผู้นำในที่นี้ไม่ได้หมายถึงผู้นำทางการปกครองเพียงมิติเดียว แต่ยังหมายรวมถึงผู้นำนอกกรอบที่สามารถชักชวนให้เกิดการมีส่วนร่วมและการสร้างองค์กรให้สามารถบรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจที่วางไว้

ภาวะผู้นำที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเขตสุขภาพผู้ให้สัมภาษณ์ยืนยันว่า ต้องเริ่มจากผู้นำระดับชาติ ที่จะสร้างวิสัยทัศน์ให้เกิดการกำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณให้เกิดการพัฒนาเป็นรูปธรรม กรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบอร์ด สปสช.และเลขาธิการสปสช.เป็นผู้มี

อิทธิพลในการแสดงภาวะผู้นำที่สำคัญ ระดับเขตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำที่จะชักนำให้เกิดการพัฒนาเขตสุขภาพแม้กระทรวงสาธารณสุขเองจะยังมองประเด็นเขตสุขภาพไม่เป็นนโยบายสำคัญแต่ระดับพื้นที่เขตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขสามารถสร้างวิสัยทัศน์ที่จะเกิดการพัฒนาได้อย่างเป็นรูปธรรม สปสช.เขตพื้นที่เองมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นผู้ประสานงานที่จะนำนโยบายเขตสุขภาพให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการสร้างภาพลักษณ์ที่ตอบสนองวิสัยทัศน์และนโยบาย สปสช.กลาง ผอ.สปสช.เขตสุขภาพต้องมีภาวะผู้นำที่สามารถนำพาองค์กรตนเองโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่และองค์กรที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมภาคีเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นภาระที่หนักและยากเพราะไม่สามารถอาศัยเพียงอำนาจการซื้อบริการที่มี แต่ต้องอาศัยสัมพันธ์ภาพที่มีความเข้าใจและปฏิสัมพันธ์ที่ดีไม่มีความขัดแย้ง สิ่งสำคัญอีกประการคือภาวะผู้นำของอปท.ที่เป็นนักการเมืองระดับพื้นที่ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเขตสุขภาพอย่างยิ่ง หากสามารถชักนำให้ผู้นำท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาเขตสุขภาพจะประสบผลสำเร็จที่ดี ดังตัวอย่างของการจัดตั้งกองทุนผู้พิการระดับจังหวัดเป็นต้น ซึ่งผู้นำท้องถิ่นเองมีภาวะผู้นำที่สามารถสร้างแนวร่วมการทำงานที่สนับสนุนด้านสุขภาพอันเป็นภารกิจพัฒนาคุณภาพชีวิตของท้องถิ่นโดยตรง ผู้บริหารสปสช.สาขาเขตทุกคนเห็นตรงกันว่าอปท.เองมีทรัพยากรที่สามารถมาร่วมกับองค์ความรู้ที่ สปสช.และหน่วยบริการมี จะนำพาคณะกรรมการเขตสุขภาพให้สามารถพัฒนาระบบสุขภาพที่ดีได้ตามที่ประชาชนต้องการ ภาวะผู้นำด้านวิชาชีพเป็นอีกมิติที่สำคัญในการพัฒนาเขตสุขภาพดังตัวอย่างของกองทุนผู้พิการจังหวัดหนองบัวลำภูที่นายกอบจ.มาจากสายวิชาชีพแพทย์ มุมมองด้านสุขภาพและการสร้างองค์กรพัฒนาเขตสุขภาพจึงสามารถเข้าใจได้ดีและนำไปพัฒนาให้เกิดรูปธรรมการประสานงานทั้งด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างเกิดประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามสิ่งนี้ต้องระวังเพราะการเมืองท้องถิ่นที่สร้างผลดีต่อการพัฒนาเขตสุขภาพก็สามารถเป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานและพัฒนาเช่นกัน

“Leadership ของบอร์ดของเลขาธิการที่แบ่งเงินออกมาเป็น part ที่มาพัฒนาให้เกิด heart center, cancer center เพราะถ้าไม่มีเงิน part นี้ออกมาสถานการณ์ก็จะยิ่งแย่กว่านี้... ทางกระทรวง(สาธารณสุข) ไม่มีแผนหลักเสนอ”(ผู้บริหารสปสช.)

“บางจังหวัดที่มี อบจ. เป็นแพทย์ก็จะมองเห็นประเด็น health need ก็จะทำ matching fund กับ สปสช.”
(ผอ.สปสช.เขต)

“ขึ้นอยู่กับผู้ตรวจ (ราชการกระทรวงสาธารณสุข) ผู้ตรวจบางคนก็ active ก็สนใจขึ้นอยู่กับผู้ตรวจและที่มา ถ้าผู้ตรวจที่มาจากโรงพยาบาลจังหวัด เขาก็จะมองเห็นประเด็น network public health system คนที่มาจาก primary care ก็จะ promote แต่เรื่อง primary care, home care จะไม่ได้มองเรื่อง network services”(ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและผอ.สปสช.)

“คือ (ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) บอกเอาด้วย แต่ว่าเอาด้วยนี้ต่างกัน คือสนใจที่ primary care ซึ่งก็ดี เราก็ให้น้ำหนักที่ primary care แต่ละเลยในเรื่องของการวาง care plan โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่อง service plan”(ผอ.สปสช.เขต)

“...ทาง สสจ.มีข้อมูลเรื่องคนพิการอยู่ ทาง อบจ. มีข้อมูลเรื่องกองทุนให้กู้ยืม ให้เบี้ยยังชีพ ต่างคนต่างอยู่ในกรอบของตัวเอง ทำให้ไม่ถึงไม่ทำให้ข้อมูลดี มีมาตรฐานเป็นของตัวเองซึ่งเก็บข้อมูลจากทุกด้าน ก็นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ร่วมกัน” (รองปลัด อบจ.)

“...การรวมกันก็เป็นตัวหนึ่งทำให้ทำงานง่าย เมื่อไม่มีอะไรจะเสีย ทุกคน win-win หมาด ก็ไม่น่าเสียหายอะไรถ้าจะทำงานร่วมกัน และที่สำคัญมีทรัพยากรที่เพิ่มขึ้น... อบจ. ไม่ได้สั่ง ถึงแม้ว่าจะนั่งหัวโต๊ะ ก็ให้ความสำคัญทุกคนเท่าเทียมกัน” (นายก อบจ.)

๓.๗ การมีส่วนร่วมขององค์กร

การสร้างการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาเขตสุขภาพ การมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะทำให้สามารถประสานการทำงานได้อย่างดีซึ่งเป็นแนวคิดของระบบเขตสุขภาพ การมีระบบแยกผู้ซื้อบริการและจัดบริการออกจากกันยังสร้างปัญหาแยกหน่วยบริการออกจากผู้จ่ายค่าบริการ จนบางครั้งไม่สามารถร่วมการดำเนินงานและส่งผลให้การพัฒนาเขตสุขภาพร่วมกันทำได้ยากขึ้น การมีส่วนร่วมในการพัฒนาเขตสุขภาพยังรวมถึง การที่ประชาชนสามารถเข้ามาแสดงความต้องการด้านสุขภาพ หรือสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้อง

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนเห็นตรงกันว่า การมีส่วนร่วมนอกจากสร้างพลังการดำเนินงานและยังเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างธรรมาภิบาลในระบบเขตสุขภาพ โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนและการแสดงพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการติดตามตรวจสอบให้เกิดความโปร่งใสของการดำเนินงานในระบบ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในสถานการณ์จริงมีอุปสรรคของการสร้างการมีส่วนร่วม เพราะอาจไม่สามารถสร้างความเข้าใจให้สอดคล้องตรงกัน ด้วยพันธกิจแตกต่างกัน เช่น อปท.เองก็มีพันธกิจที่จะสร้างเสริมคุณภาพชีวิตพร้อมกับสร้างฐานเสียงทางการเมือง ระบบสุขภาพอาจไม่สามารถแสดงรูปธรรมที่จับต้องได้จึงเกิดต่างคนต่างทำหรือบางครั้งการทำงานอาจเกิดปัญหาพื้นที่ที่ไม่สอดคล้องจนกระทบกระทั่งกันระหว่างองค์กรในพื้นที่ทับซ้อนหรือไม่ประสานกัน เช่น พื้นที่เขตสปสข.อาจมีครอบคลุมเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขถึง๒เขตหรือไม่ครบเขตพื้นที่ทั้งหมดเป็นเพียงบางจังหวัดในเขตตรวจราชการเท่านั้น ซึ่งเป็นอุปสรรคในการประสานงานและการมีส่วนร่วมผู้ให้ข้อมูลทุกคนโดยเฉพาะผู้นำอปท.ยืนยันว่าการมีส่วนร่วมนั้นนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องสร้างให้เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเขตสุขภาพหรือไม่ ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้หากมองเห็นปัญหาร่วมกัน เปิดใจให้สามารถมาคุยปรึกษาและลดขอบเขตอาณาจักรที่จะเป็นกำแพงกั้นการร่วมมือในการทำงานลง

“เราพยายามทำงานร่วมกับท้องถิ่น แต่ *paradigm* ของอปท.ไม่ใช่ *basic services*(อปท.เน้นการแพทย์เฉพาะทาง)... คือเหมือนต่างคนต่างทำ ทางฝั่งสปสข.ก็อี๊ดอ๊ด...ถ้า *structure* ยังไม่มีแผนร่วมกัน ต่อให้ *finance* มีแผนร่วมกันมันก็ยุ่ง” (ผู้บริหารสปสข.)

“ตอนนี้ยังไม่มี การเคลื่อนไหว (ให้อปท.มาร่วมบริหารจัดการ) ตอนนี้ประเด็นของทางการเคลื่อนแบบ functional ... มันจะมีการกระทบกระเทือนเรื่องของอำนาจ” (ผอ.สปสช.เขต)

“ปีแรกเราจะ support เรื่องของงบประมาณ แต่ถ้าหากปีหน้ายังอยู่ได้ก็ให้รับไปต่อเราเป็นที่ปรึกษา และทำเครือข่าย” (ผอ.สปสช.เขต)

“เราหวังอยู่ ๒ เรื่อง คือ ๑) มี resource เข้ามา เมื่อ resource เข้ามาเจอกันก็จะตามมาด้วย agenda ... วัตถุประสงค์ของเงินแต่ละอัน เมื่อมาเจอกันก็ลด boundary ของตัวเองลง แล้วมาคุยกันว่าจะเชื่อมอย่างไรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ๒) มอง focus อยู่ที่ว่าประชาชนให้ได้รับบริการที่มากขึ้น เพราะว่ามันมีการ share resource เข้ามาแล้ว” (นายกอบจ.)

“จะต้องมี MOU คือการยอมรับความเสียหายที่เกิดขึ้น” (ผอ.สปสช.เขต)

“การประสานงานมีความจำเป็น เพราะแต่ละคนต่างมีแนวคิด ต่างนั่งอยู่อาณาจักรของตัวเอง และจะมานั่งในส่วนรวม ...” (นายกอบจ.)

“เป็นข้อเสนอจากพื้นที่ร่วมกัน...ลงไปที่ก็พยายามที่จะสนับสนุนหรือแนะนำเครื่องมือที่จะนำไปใช้ ...ทำให้ประชาชนเริ่มคิด มองแบบวงล้อ เริ่มมองเห็นปัญหาของตัวเอง ใช้ข้อมูลปัญหาและนำมากำหนดยุทธศาสตร์ภายใน” (เจ้าหน้าที่ สปสช.เขต)

๓.๘ ปัจจัยความสำเร็จ, ล้มเหลวและปัญหาอุปสรรค

การพัฒนาเขตสุขภาพจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวย่อมเกิดจากปัจจัยหลายประการ ทั้งที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานและพัฒนา ปัจจัยเหล่านี้สามารถแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มสำคัญ คือ ปัจจัยภายในองค์กรสปสช.และปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อม การแบ่งออกเป็นเพียง ๒ กลุ่มเพื่อให้สามารถเข้าใจได้ง่ายต่อการอธิบายไม่ได้หมายความว่ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจะสำคัญกว่ากัน และทั้ง ๒ กลุ่มอาจส่งผลกระทบในทางเดียวกันหรือตรงข้ามกันในเวลานั้นๆ

ปัจจัยภายในองค์กรสปสช.ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและดำเนินการเขตสุขภาพมีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลสัมภาษณ์พบว่า ในมุมมองของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สปสช.เขตพื้นที่มีความคิดเห็นว่า โครงสร้างองค์กรภายใน สปสช.มีความคล่องตัวยืดหยุ่นในการปรับตัวหากต้องรับบทบาทในการจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพ เพราะได้รับมอบอำนาจในการปรับเปลี่ยนและจัดองค์กรภายในของสปสช. สาขาเขตได้ตามภารกิจที่มี เป็นแนวคิดการกระจายอำนาจที่สปสช.มีตั้งแต่เริ่มจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่อย่างไรก็ตามองค์กร สปสช.สาขาเขตพื้นที่ปัจจุบันยังขาดความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงระบบแบบเขตสุขภาพ เพราะยังไม่มีแนวทางที่จะดำเนินงานเขตสุขภาพที่เป็นรูปธรรม และยังขาดความเข้าใจในแนวคิดเขตสุขภาพที่แท้จริง การดำเนินงานที่ผ่านมาสปสช.เขตสุขภาพมีการคัดเลือกบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำงาน แต่ยังประสบปัญหาจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ด้านการซื้อบริการสปสช.สาขาเขตสามารถบริหารจัดการได้ผลสำเร็จ แต่ยังคงขาดศักยภาพเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิภาพการจัดบริการที่รับผิดชอบอันเนื่องมาจากบุคลากรที่ขาดแคลนและต้องการองค์

ความรู้ที่ดี สายบังคับของสปสข.เป็นการกำกับแนวระนาบและสั้นเป็นผลให้มีการประสานงานแบบ
เครือข่ายง่ายและเพิ่มประสิทธิภาพเพราะลดเวลาการสั่งการและการสั่งงาน แต่ยังมีปัญหาความสัมพันธ์เชิง
อำนาจระหว่าง สปสข.สาขาเขตพื้นที่กับสปสข.ส่วนกลาง เพราะมีความสับสนของสายบังคับบัญชาจาก
ผู้บริหารที่ดูแลกำกับพื้นที่เขตสปสข.กับผู้บริหารที่ดูแลกำกับการดำเนินงาน โครงการและกองทุนเป็นคนละ
คน การที่จะปรึกษาหารือทำให้เกิดความลำบากที่จะตัดสินใจในบางกรณีว่าควรปรึกษากับผู้บริหารคนใด
จึงเหมาะสม

ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลให้การดำเนินงานเขตสุขภาพประสบความสำเร็จคือการเปิดโอกาสให้มีส่วน
ร่วมขององค์กรอื่นๆ จึงเป็นโอกาสให้เกิดความคิดริเริ่มและกล้าดำเนินงาน แม้จะมีข้อจำกัดในเรื่องระเบียบ
ของทางราชการแต่การที่ สปสข.มีคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นบอร์ดจึง
สามารถยืดหยุ่นการดำเนินงานได้ค่อนข้างดี การที่ สปสข.มีอำนาจการซื้อบริการเป็นปัจจัยสนับสนุนที่
สำคัญ ที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดการดำเนินงานตามนโยบายกำหนด แต่มีข้อจำกัดเพราะจะไม่สามารถจูงใจ
ได้ในเขตเมืองและในเขตชนบทหรือเขตพื้นที่ที่ขาดแคลนสถานบริการและบุคลากร ดังนั้นจึงเป็นอุปสรรค
สำคัญที่ สปสข.ต้องเร่งสร้างเครือข่ายบริการพร้อมๆ กับการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการที่มีอยู่เดิม
การเมืองท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ต้องการสร้างพันธมิตรด้านสุขภาพที่ให้
เกิดความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านงบประมาณและการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่สำคัญอีก
ประการคือการสร้างความเข้าใจกับหน่วยบริการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและลดปัญหาความ
ขัดแย้งเชิงความคิดกับผู้จัดบริการ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข

การสร้างการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญให้การดำเนินงานของเขตสุขภาพ เพราะมีผลต่อการจัดตั้ง
และดำเนินการ โดยเฉพาะความยั่งยืน ปัจจัยทุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญอีกประการที่ทำให้การดำเนินงาน
ของระบบสุขภาพพื้นที่ประสบผลสำเร็จ หากพื้นที่ใดมีค่านิยมในการจัดบริการที่สนองตอบความต้องการ
ของชุมชนการจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพย่อมสามารถประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็ว ดังตัวอย่างการสร้าง
ตำบลสุขภาวะของสปสข.เขตพื้นที่พิษณุโลกที่ชุมชนมีค่านิยมวัฒนธรรมที่ต้องการสุขภาพที่ดีและมีส่วน
ร่วมในการดำเนินงาน การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการจึงสามารถดำเนินการได้ทันทีและมีความ
กระตือรือร้นที่จะสร้างการมีส่วนร่วม ปัจจัยสำคัญที่เป็นทั้งปัจจัยสนับสนุนและขัดขวางความสำเร็จของเขต
สุขภาพโดยเฉพาะเขตชนบทคือการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอเหมาะสม เพราะความขาด
แคลนบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศไทยมานาน การที่เขตสุขภาพจะพัฒนาได้
จำเป็นต้องมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอและมีศักยภาพ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่สปสข.เขตพื้นที่
ได้พยายามแก้ไขแต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากส่วนอื่นๆ ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันที่ผลิต
กำลังคนวิชาชีพประเภทต่างๆ เป็นต้น เพราะการสร้างแรงจูงใจด้วยค่าตอบแทนไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้
ในระยะยาว อุปสรรคสำคัญของการดำเนินงานในระบบเขตสุขภาพนั้นเป็นผลจากระเบียบราชการที่
บางครั้งไม่ทันสถานการณ์ที่ต้องพัฒนาและเป็นการริเริ่มการดำเนินงานแบบใหม่ ซึ่งไม่สามารถนำระเบียบ

ที่มีอยู่มารองรับการทำงานได้ ดังนั้นหากต้องการพัฒนาเขตสุขภาพจำเป็นต้องวิเคราะห์ข้อกฎหมายและระเบียบทางราชการที่ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นจริง

“ส่วนที่มองว่าเป็นจุดอ่อนของ สปสช.เป็นการเค้นเอาประสิทธิภาพ(บริการ)ออกมายังไม่คุ้มค่าที่ควร” (ผอ.สปสช.เขต)

“...เช่น ผมสนใจจะทำเรื่องกองทุน โรคเรื้อรัง (เลขาธิการ สปสช.)คนหนึ่งดูแลกำกับ แต่เขตผมเป็นรอง (เลขาธิการ สปสช.) อีกคนดูแลกำกับ บางที่เราก็นึกใจบางที่เราไป consult รองอื่น

“...การทำงานอย่างบูรณาการในพื้นที่อย่างเช่นคนพิการต้องการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แล้วอาจจะต้องการฟื้นฟูศักยภาพด้านการผลิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของอาชีพหรือสังคมแบบนี้อุปสรรค ก็ค่อยๆคลี่คลายแม้ว่าระเบียบต่างๆไม่เอื้ออำนวย”(รองปลัด อบจ.)

“...ระเบียบที่ประกาศรองรับโดยสปสช. เพราะไม่รู้จะเอาระเบียบอะไรมารองรับ ก็ต้องใช้ตัวนี้ไปก่อน เมื่อระเบียบออกมาก็ต้องมีปรับองค์ประกอบคณะกรรมการใหม่”(นายก อบจ.)

“ปัญหาแรกในการก่อตั้งเลยคือเรื่องของระเบียบ เิงินโยบาย ...สปสช.และอบจ.ตกผลึกในเชิงความคิดแล้ว แต่การนำไปสู่การปฏิบัติก็ต้องดูรายละเอียดระเบียบว่าจะลงเงินได้แบบไหน”(รองปลัดอบจ.)

“...ก็มี backbone (ทุนสังคม) เดิมของคนทำงานคนพิการในพื้นที่ ...ดู potentialว่าถ้าตรงนั้นจะทำได้”(ผอ.สปสช.เขต)

“...ปฏิเสธไม่ได้ว่าเรื่องที่สำคัญที่สุดก็คือเรื่องของกำลังคน การเติมกำลังคนลงไปมีอยู่ ๒ อย่างคือ๑.ตัวคนจริงๆต้องหาซึ่งผลิตไม่ทัน การกระจายก็หนีไม่พ้น ๒.ต้องดูคน ซึ่งหมายถึงต้องใช้เงิน ฉะนั้นสิ่งที่ต้องเสนอส่วนกลางก็คือ ต้องเริ่มที่ allocation ของเงินก่อน”(ผอ.สปสช.เขต)

“... แล้วถ้าจะจูงใจให้คนมาจะจูงใจอย่างไร มีเงินก็จริงแต่เงินก็ไม่ได้ handle ได้ทุกอย่าง”(ผอ.สปสช.เขต)

“เรื่องคนจะต้องจับมือกับ production side มหาวิทยาลัยหรือเอกชน เป็นต้น ซึ่งขณะนี้กำลังด้าน health servicesยังคงไม่พอ... เรื่องคนคือ production ส่วนหนึ่ง ส่วนที่สองคือ capacity ใหม่”(ผอ.สปสช.เขต)

“งบประมาณเป็นตัวล่อที่ดึงดูดคนมารวม ส่วนปัจจัยภายนอก คือเรื่องของการมีผู้ใหญ่มากๆ ทำให้มีการตื่นตัว ต่อมาก็มีแรงสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก เช่น สสส.”(นายก อบจ.)

“ผู้ว่าราชการจังหวัดก็มีการทำMOU กับเรา.. ตรงนี้เป็นปัจจัยเสริม ถ้ามว่าเป็นปัจจัยคุกคามใหม่ คิดว่าถ้าไม่ไปกระทบงานของเขาก็ไม่น่าจะมีปัญหาอะไร” (ผอ.สปสช.เขต)

“... โดยเฉพาะเรื่องการเมืองเราระวังและให้ความสำคัญมาก เพราะถ้ามีเรื่องของอำนาจจากภายนอกเพื่อที่จะมาเอาประโยชน์ตรงนี้เราจะเสียความเชื่อมั่น และศรัทธา...”(รองปลัด อบจ.)

“ส่วนหนึ่งที่เราลง(ทุน) ไปก็คือเรื่องของ capacity building เพราะว่าตอนนี้ทางฝั่งของกระทรวงสาธารณสุขเองก็ยังไม่ได้ช่วยทำบทบาทนี้เต็มที่”(ผอ.สปสช.เขต)

“ปัญหาภาวะฉุกเฉินหาเตียงยาก... เรามีเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาช่วยแต่ตอนนี้ก็เริ่มออกไปหมดแล้ว เหลือเพียงบาง โรงพยาบาล...เขาก็ไม่ค่อย happy กับเรา (คำตอบแทนที่ง่าย) เท่าไหร่”(ผอ.สปสช.กทม.)

“เงินเราไม่สามารถไปจ่ายที่ตัวบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานได้ เงินต้องไปลงที่หน่วยบริการก็เกิดอุปสรรคว่า เมื่อเงินไปถึงหน่วยบริการแล้วก็ขึ้นอยู่กับความใจถึงของผู้บริหารว่าจะกล้าจ่ายหรือไม่ ถ้ากล้าจ่ายก็แล้วไป ไม่กล้าจ่ายเงินก็จะกองไว้อยู่ในหน่วย งานก็ได้บ้าง ไม่ได้บ้าง”(ผอ.สปสช.กทม.)

๓.๕ ข้อเสนอสรุป

จากการศึกษาพบว่าการจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพในบริบทประเทศไทยของ สปสช.เขตพื้นที่นั้น มีประเด็นสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

แนวคิดและความเข้าใจเรื่องเขตสุขภาพสปสช.เขตพื้นที่และส่วนกลางมีความเข้าใจตรงกัน ความหมายของเขตสุขภาพถูกนำไปใช้เป็นกลวิธีพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากขึ้น สปสช.เขตพื้นที่จำแนกความหมายเขตสุขภาพในเชิงกระบวนการได้ชัดเจน แตกต่างจากเขตสุขภาพเดิมที่เป็นเขตการปกครองและการบังคับบัญชา เพียงแต่การดำเนินการเชิงรูปธรรมยังไม่ชัดเจนในบริบทประเทศไทย ซึ่งต้องการการศึกษาวิจัยพัฒนาต่อไปอย่างไรก็ตามมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าเกิดการนำแนวคิดเขตสุขภาพไปสร้างระบบสุขภาพในระดับชาติ เช่น การจัดตั้งเครือข่ายศูนย์โรคหัวใจ และมะเร็ง เป็นต้น ในระดับเขตและจังหวัด เช่น กองทุนผู้พิการ หรือ กองทุนดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันกึ่งเรื้อรัง เป็นต้น ระดับพื้นที่ตำบล เช่น กองทุนตำบลสุขภาพะ เป็นต้น แนวคิดริเริ่มการจัดระบบบริการแบบเขตสุขภาพจากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า เกิดจากฝั่งผู้จัดบริการ เช่น โครงการ Cup Split เป็นต้น จากฝั่งผู้ซื้อบริการคือสปสช. เช่น ระบบพัฒนาบริการรูปแบบคณะกรรมการเขตสุขภาพนครชัยบุรีนทร์ กองทุนผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันกึ่งเรื้อรัง กองทุนตำบลสุขภาพะ เป็นต้น หรือจากฝั่งอปท.เช่นกองทุนผู้พิการระดับจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นต้น ที่สำคัญคือทุกรูปแบบการจัดตั้งระบบสุขภาพเขต เน้นตอบสนองความต้องการประชาชนในพื้นที่และมีการบูรณาการของบริการทางสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน จัดการและอภิบาลระบบด้วยคณะกรรมการที่มาจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

การกระจายอำนาจที่พบจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีการผสมผสานทั้งรูปแบบการกระจายอำนาจแบบDevolutionที่ถ่ายโอนแก่อปท. Delegationที่เป็นองค์อิสระในรูปแบบการบริหารงานของสปสช.และคณะกรรมการกองทุนต่างๆที่ประกอบด้วยตัวแทนภาคส่วนมาร่วมมือบริหารจัดการ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนสปสช. กระทรวงสาธารณสุข อปท.และประชาชน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการกระจายอำนาจสามารถนำมาประสานการทำงานได้โดยยึดกระบวนการทำงานที่ตอบสนองประชาชนมากกว่ามุ่งรูปแบบการปกครองบังคับบัญชา ซึ่งระบบเขตสุขภาพสามารถเอื้อให้เกิดขึ้นได้เพียงแค่จะกระจายอำนาจแต่ละรูปแบบและนำมาผสมผสานอย่างไรให้เหมาะสม

การอภิบาลระบบที่เกิดขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันชัดเจนว่า มีการปรับเปลี่ยนจากระบบ บังคับบัญชาแบบราชการจากบนไปสู่ระดับล่าง มาสู่การสร้างเครือข่ายพันธมิตรด้านสุขภาพในรูปแบบ คณะกรรมการเขตสุขภาพ เช่น คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพทวม, คณะกรรมการบริหาร หลักประกันสุขภาพเขตนครชัยบุรินทร์ คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้พิการระดับจังหวัดหนองบัวลำภู คณะกรรมการกองทุนตำบลสุขภาพะ เป็นต้น การปรับเปลี่ยนการอภิบาลระบบเครือข่ายเขตสุขภาพไม่ กระทบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ซื้อและจัดบริการที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทย และไม่กระทบความสัมพันธ์เชิงอำนาจในองค์กรเดิมทั้งของสปสช., กระทรวงสาธารณสุข และอปท.

การจัดบริการที่เกิดขึ้นในรูปแบบเขตสุขภาพมีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงความเชื่อมโยงและ บูรณาการของบริการสุขภาพและสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่น่าสนใจเป็นการ สะท้อนตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ มีการนำข้อมูลในพื้นที่มาวิเคราะห์ และเป็นการ เคลื่อนย้ายทรัพยากรที่มีมาร่วมกันสร้างความเข้มแข็งในการให้บริการ มองด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น กว่าการศึกษาพยาบาล มองประเด็นมิติทางสังคมควบคู่ไปกับมิติสุขภาพ มองการร่วมมือของเครือข่าย บริการมากกว่าการแบ่งเขตกีดกันการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นการนำแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ มาปฏิบัติ

การซื้อบริการของสปสช.มีจุดมุ่งเชิงกลยุทธ์มากขึ้น การซื้อบริการไม่เพียงใช้อำนาจการซื้อเพียงมิติ เดียว แต่มองถึงกลยุทธ์ที่จำเป็น ดังประสพการณ์ของสปสช.สาขาเขตทวม.ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชนในการแก้ปัญหาเครือข่ายหน่วยบริการที่ขาดแคลนและไม่มีเตียงสำรองผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น มีการ วิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการชัดเจนขึ้น การกำหนดเป้าหมายทั้งผู้รับบริการ ประเภทบริการ และ ค่าบริการชัดเจนตามบริบทพื้นที่ เช่น การจ่ายค่าบริการที่สร้างแรงจูงใจ มีความพยายามที่ขยายทั้งเครือ ข่ายบริการและวิชาชีพผู้ให้บริการที่ขาดแคลนโดยเฉพาะแพทย์ แต่ยังขาดการจัดการและบริหารสัญญาที่ สปสช.ต้องรับผิดชอบร่วมกับผู้จัดบริการ การประเมินติดตามผลการซื้อบริการยังไม่ครอบคลุมและละเอียด เพียงพอด้วยข้อจำกัดเรื่องภาระงานและการติดตาม

ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญของการจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพ หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็น ชัดเจนว่าผู้นำทั้งในและนอกระบบมีอิทธิพลต่อการนำพาให้เกิดการระบบเขตสุขภาพ โดยเฉพาะผู้นำใน วิชาชีพแพทย์ นายกอบจ.ที่มาจากสายวิชาชีพแพทย์มองเห็นและเข้าใจบริบททั้งด้านสุขภาพและสังคมอย่าง ผสมผสาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำเร็จที่สำคัญของเขตสุขภาพ ขณะเดียวกันการมองแยกส่วนของผู้นำจะสร้างความ ขัดแย้งทางความคิดความเข้าใจและผลประโยชน์ เช่น ปัญหางบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่ กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.มองแตกต่างกัน เป็นต้น หรืออปท.มองเฉพาะการพัฒนาทางการแพทย์ มากกว่าจะพัฒนาบริการพื้นฐานที่บูรณาการกับบริการสังคมในพื้นที่ซึ่งเกิดการขัดแย้งในระดับปฏิบัติการ

การมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆที่มีส่วนได้เสียในระบบสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดตั้งและ พัฒนาเขตสุขภาพ หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงชัดเจนว่า การร่วมมือประสานการทำงานสามารถสร้าง ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคม การร่วมมือของกลุ่มผู้จัดบริการในระดับปฐมภูมิ

ทุติยภูมิและตติยภูมิ สร้างความเชื่อมต่อของระบบบริการและการส่งต่อ เช่น ประสิทธิภาพสปสข.สาขาเขตพื้นที่กทม. การจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการแบบ Service Nodes ของเขตพื้นที่ สปสข.นครชัยบุรินทร์ การจัดตั้งห้องปฏิบัติการกลางของเขตบริการสปสข.นครชัยบุรินทร์ในเขตเมืองโคราช เป็นต้น หรือแม้แต่การจัดตั้งกองทุนผู้พิการระดับจังหวัดและตำบลสุขภาวะที่กำลังดำเนินการอยู่

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและล้มเหลวในการจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพมีทั้งปัจจัยภายในองค์กรสปสข.เองและปัจจัยภายนอกที่เป็นบริบทสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยภายในมาจากการจัดการองค์กรและบุคลากรที่ต้องพิจารณาความเหมาะสมต่อความพร้อมที่จะดำเนินงานเขตสุขภาพ ปัจจัยภายนอกที่สำคัญเป็นเรื่องของการประสานงาน การเมืองทั้งระดับชาติและท้องถิ่น ปัญหาความเพียงพอของหน่วยบริการและผู้ให้บริการ และที่สำคัญคือระเบียบปฏิบัติของระบบราชการ เหล่านี้ต้องการรายละเอียดและการศึกษาวิจัยพัฒนาอย่างต่อเนื่องชัดเจนต่อไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นของการพัฒนาเขตสุขภาพ ซึ่งการดำเนินงานในพื้นที่ศึกษาเป้าหมายยังเริ่มต้นไม่นานผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่มาก จึงไม่ใช่เป็นการประเมินความสำเร็จหรือล้มเหลวของทั้งเขตพื้นที่ สปสข.นครชัยบุรินทร์และ กทม. เพียงแต่เป็นการนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นของการพยายามจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพ แต่ก็แสดงให้เห็นเชิงประจักษ์ว่าได้เกิดการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติและเกิดการเรียนรู้ การนำพื้นที่สปสข.อื่นๆเข้ามาศึกษาเพิ่มเติมเพียงเพื่อแสดงถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เกิดความเชื่อมั่นของข้อมูลการวิเคราะห์ แต่ไม่สามารถเป็นตัวแทนทั้งประเทศเนื่องจากยังมีพื้นที่สปสข.อื่นๆอีกเป็นจำนวนมากที่มีการดำเนินการและมีประสบการณ์ของระบบเขตสุขภาพเกิดขึ้น ด้วยข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาของการศึกษาและเป็นการเลือกพื้นที่เจาะจงตามข้อมูลที่มีจึงไม่ได้หมายความว่า สปสข.สาขาพื้นที่อื่นๆไม่เกิดระบบเขตสุขภาพหรือไม่มีผลงานที่ดีพอ ซึ่งจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมในระยะต่อไป

๓.๑๐ ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้สามารถสรุปข้อเสนอแนะได้แบ่งออกเป็น ๒ ประเด็น คือ ยุทธศาสตร์ที่น่าจะนำไปสู่การพัฒนาเขตสุขภาพได้ประสบผลสำเร็จ ๓ ประการ ประเด็นที่ต้องปรับเปลี่ยนเพื่อรองรับการดำเนินงานเขตสุขภาพ ๔ ประการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์ที่คิดว่าจะนำไปมุ่งให้เกิดรูปธรรมเพื่อให้เกิดเขตสุขภาพตามวัตถุประสงค์ที่ สปสข.

มีนโยบายกำหนด คือ

- ยุทธศาสตร์การสร้างการมีส่วนร่วม เพราะการมีส่วนร่วมจะเอื้อต่อการจัดตั้งเขตสุขภาพ ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การสร้างคณะกรรมการเขตสุขภาพ การลงทุนด้านทรัพยากร และงบประมาณ การอภิบาลระบบ และความยั่งยืนของระบบ โดยเฉพาะลดปัญหาความขัดแย้ง

- ยุทธศาสตร์ด้านการเมืองทั้งระดับชาติและท้องถิ่น เนื่องจากเขตสุขภาพจะเกี่ยวพันกับหลายภาคส่วนที่มีส่วนได้เสีย การเมืองเป็นแรงผลักดันที่สำคัญให้สำเร็จหรือล้มเหลว การกำหนดยุทธศาสตร์การเมืองทั้งระดับชาติและท้องถิ่นเป็นสิ่งสำคัญ
 - ยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจที่สอดคล้องกับรูปแบบอื่นๆที่เกิดขึ้น ซึ่งการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นบริบทสำคัญทางการเมืองและสังคมที่ต้องวางแนวทางให้ชัดเจนและประสานการทำงานได้กับอปท.และภาคส่วนองค์กรอิสระและระบบราชการเดิม ซึ่งการกระจายอำนาจสำหรับสปสช.คงหมายถึงการมอบอำนาจและบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมในองค์กรสปสช.เองเพื่อให้สามารถพร้อมรับการดำเนินงานของเขตสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพ
๒. เป็นการปรับเปลี่ยนเพื่อเตรียมพร้อมและให้เหมาะสมกับการดำเนินงานและพัฒนาเขตสุขภาพ ซึ่งมีประเด็นสำคัญ ๔ ประการคือ
- ต้องปรับและสร้างความเข้าใจในความหมายของเขตสุขภาพที่เหมาะสมถูกต้องกับบริบทประเทศไทย ให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้รับรู้เพื่อสามารถเข้ามาสู่กรอบความคิดและพัฒนาเขตสุขภาพให้เกิดรูปธรรมชัดเจน
 - กำหนดขั้นตอนและระยะก้าวเดินของการพัฒนาเขตสุขภาพให้ชัดเจน แต่อย่ากีดกันการพัฒนาต่อเนื่องหากได้เกิดการดำเนินงานอยู่เดิม เพียงกำหนดกรอบการพัฒนาที่เหมาะสมตามวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมาย โดยเน้นการนำเขตสุขภาพมาเป็นเครื่องมือพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่าเป็นเป้าหมายเพียงสร้างองค์กรและพื้นที่เขตบริการ
 - การเตรียมความพร้อมของการจัดตั้งเขตสุขภาพและพัฒนาให้ประสบผลสำเร็จต้องประกอบด้วย การเตรียมด้านองค์กร สปสช. จำนวนและศักยภาพบุคลากร และระเบียบข้อปฏิบัติทางราชการ ที่จะยึดตรงการดำเนินงานและสร้างปัญหาข้อขัดแย้งในระยะต่างๆ ที่กำหนด
 - การเพิ่มศักยภาพของระบบข้อมูลสารสนเทศที่จะนำไปใช้ในพื้นที่เขตสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นข้อมูลจากส่วนกลางหรือข้อมูลพื้นที่ สิ่งสำคัญคือการทำให้นำข้อมูลไปเพื่อสร้างการให้บริการที่เหมาะสม การสร้างตัวชี้วัดเพื่อการกำกับติดตามประเมินผลลัพธ์ที่ประชาชนได้รับจากเขตสุขภาพ

การพัฒนาเขตสุขภาพต้องการข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมากซึ่งประเทศไทยยังขาดประสบการณ์ ดังนั้น การศึกษาวิจัยพัฒนาเป็นสิ่งสำคัญที่ สปสช.ต้องลงทุนและระดมผู้มีความรู้ในสาขาที่เกี่ยวข้องมาร่วมกัน ศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ การศึกษาระยะที่สองควรเน้นพื้นที่นำร่องโดยการวิจัยเชิงพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research and Development) การศึกษาเป็นการประเมินคุณภาพของการพัฒนาของเขตสุขภาพนครชัย บุรินทร์ และพื้นที่กทม. ดังนั้นต้องมุ่งการประเมินกระบวนการพัฒนาเป็นสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

๑. จิรยุทธ์ กงนุ่น, ประยุทธ์ คลังสิน, สมศักดิ์ ศิริวัฒนากุลและคณะ (๒๕๕๒) การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (ตำบล) ของจังหวัดพิจิตร ปี๒๕๕๑ พิจิตร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.
๒. วินัย ลิสมิทธิ์และสุกสิทธิ์ พรธรรมา โนทัย (๒๕๕๐) การซื้อบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๐ ๑๖ หน้า ๒๐๑-๑๒.
๓. วินัย ลิสมิทธิ์และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (๒๕๕๓) บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
๔. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๒๕๔๖) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
๕. สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตนครราชสีมา (๒๕๕๓) ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพนครชัยบุรินทร์ นครราชสีมา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขต นครราชสีมา.
๖. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๒๕๕๔) คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๓ [http://tobt.nhso.go.th/download/book\[1\].pdf](http://tobt.nhso.go.th/download/book[1].pdf).
๗. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (๒๕๕๒) บทสังเคราะห์การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
๘. สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ (๒๕๕๒) โครงการศึกษา สรุปบทเรียน และติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีนอนมัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
๙. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, สุณี วงศ์คงคาเทพ, ภูษิตี ประครองสายและ จรรยากุลวงศ์ (๒๕๕๒) โครงการประเมินผลเพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพกองทุนสุขภาพระดับตำบลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
๑๐. ARMSTRONG P and ARMSTRONG H (1999) Decentralised health care in Canada BMJ 318 pp 1201-1204 <http://www.bmj.com>.
๑๑. BURKI SJ, PERRY GE and DILLINGER WR (2002) Beyond the center: decentralizing the state Washington D.C.: the World Bank.

၁၆. CARVER J and CARVER MM (1996) Basic Principles of Policy Governance San Francisco: John Wiley & Son.
၁၇. CARVER J (1998) Is Policy Governance the One Best Way? Board LeadershipNo.37, May-June pp25-34.
၁၈. CARVER J (2001) A theory of Governing the Public's Business: Redesigning the Jobs of Boards, Councils, and Commissions Public Management ReviewVol.3 Issue 1, Mar pp3-24.
၁၉. CHARLES CA and BADGLEY R (1999)Canadian National Health Insurance: Evolution and unsolved policy issues. In: Powell FD, Wessen AF, editors. Health care system in transition: an international perspective London: SAGEpp115-150.
၂၀. COLLINS C (1994) Management and organization of developing health systems Oxford: Oxford University Press.
၂၁. COLLINS C and GREEN A (1994) DECENTRALIZATION AND PRIMARY HEALTH CARE: SOME NEGATIVE IMPLICATIONS IN DEVELOPING COUNTRIES International Journal of Health Services4 (3): pp459-475.
၂၂. CONYERS D (1983) Decentralization: the latest fashion in development administration?.Public Administration and Development3 pp 97-109.
၂၃. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM (1999) Health care system in transition: United Kingdom<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
၂၄. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM (2001) Health care system in transition: New Zealand<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
၂၅. GAULD R, IKEGAMI N and BARR MD et al (2006)Advanced Asia's health systems in comparisonHealth Policy79pp325-36.
၂၆. GER J (2009)Why can Taiwan utilize criminal law to discipline physicians?Legal Medicine11s135-s137 <http://www.elsevier.com/locate/legalmed>.
၂၇. GLENNGARDAH, HJALTE F and SVENSSON M et al (2005) Health systems in transition: Sweden<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
၂၈. HEALY J and HILLESS M (2001) Health care in transition: Australia<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.

၁၃၂. HEALY J, SHARMAN E and LOKUGE B (2006). Australia: health system review. In: Healy J, editor. Health systems in transition<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
၁၃၃. HJORTSBERG C and GHATNEKAR O (2001) Sweden 2001. In: Rico A, Wisbaum W and Cetani T editors. Health Care System in Transition. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
၁၃၄. HUNTER DJ and STOCKFORD D (1997) Health care reform in the United Kingdom. In: Nitayarumphong S, editor. Health care reform at the frontier of research and policy decision. Nonthaburi: Office of Health Care Reform; pp77-100.
၁၃၅. JOHNSEN JR (2006) Health systems in transition: Norway<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
၁၃၆. KHALEGHIAN P (2003) Decentralization and public services: the case of immunization Washington D.C.: World Bank.
၁၃၇. KHALEGHIAN P and GUPTA MD (2004) Public management and the essential public health functions Washington D.C.: World Bank.
၁၃၈. KJÆRA M (2004) Governance. Cambridge: Polity Press.
၁၃၉. LEYS C (1999) The NHS after devolution BMJ Vol.318 1 May pp 1155-1156.
၁၄၀. MARCHILDON GP (2005) Health systems in transition: Canada<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
၁၄၁. MAY P and WINTER S C (2007) Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation Journal of Public Administration Research and Theory Advance Access October 25 pp1-24.
၁၄၂. MILLS A, VAUGHAN JP, SMITH DL and TABIBZADE H (1990) Health system decentralization: Concepts, issues and country experience Geneva:WHO.
၁၄၃. NHS Information Centre (2009) Quality and outcomes framework achievement data 2008/2009<http://www.ic.nhs.uk>.
၁၄၄. NORWEGIAN DIRECTORATE of HEALTH (2009) Norway and Health: An introduction Oslo: Norwegian Directorate of Health.
၁၄၅. ØVRETVEIT J (1996) Purchasing for health Buckingham: Open University Press.

၈၉. PALMER K (2006) NHS reform: getting back on track London: King's fund.
၉၀. PEABODYJW, LEE SW and BICKEL SR (1995) Health for all in the Republic of Korea: one country's experience with implementing universal health care Health Policy 31 pp29-42.
၉၁. BOYLE S (2011) United Kingdom(England):Health System Review.http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf
၉၂. SHEAFF R (2005) Governance in gridlock in the Russian health system; the case of Sverdlovsk oblast. Social Science & Medicine 60 pp2359-2369.
၉၃. SRITHAMRONGSAWATS, AUEASIRIWON B and BOONKAEWSUK U (2010) Institutional capacity of the three public health insurance funds in Thailand Nonthaburi: NHSO.
၉၄. STOKER G (1998) "Governance as Theory: Five Propositions." International Social Science journal 50 No.1 pp17-28.
၉၅. TANGCHAROENSATHIAN V and JONGUDOMSUK P (2004) Future challenges in Tangcharoensathian V and Jongudimsuk P (eds): From Policy to Implementation: Historical Events During 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand, Bangkok: S.R.C. Envelope; pp 153-167.
၉၆. WIKIPEDIA (2006) Governance<http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Governance>.
၉၇. YU SH and ANDRSON GF(1992) Achieving universal health insurance in Korea: A model for other developing countries? Health Policy 1992 20 pp289-299.