

เคลื่อนความคิด “เขตสุขภาพ” : ปฏิรูประบบ ปฏิวัติปัญหาสุขภาพไทย”

คุณ คือ หนึ่งในคนกลุ่มนี้หรือไม่ ?

- “ผู้ใช้บริการ 30 บาทรักษาทุกโรค”
 - “ข้าราชการผู้ใช้สวัสดิการ”
 - “อีกคนหนึ่งที่มีประกันสังคมดูแลสุขภาพ
 - “แพทย์ พยาบาล บุคลากรด้านสาธารณสุขที่กำลังเผชิญกับปัญหาและการให้บริการด้านสุขภาพ
- หากใช่ : คุณคือ **ผู้ได้รับพล + กระบ** จากเรื่องนี้!

วิกฤตปัญหายุค 2000

ปัญหาภัยคุกคามสุขภาพ

“5 สาเหตุแรก-คร่าชีวิตคนไทยสูงสุด พลจากไลฟ์สไตล์ สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ควบทั้งทุกปัจจัยแวดล้อมฯ”

5 สาเหตุแรกของการเจ็บป่วยที่คร่าชีวิตคนไทยสูงสุด ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง การบาดเจ็บ โรคเอดส์ รวมทั้งโรคไม่ติดต่ออื่นๆ โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย เปรียบเทียบภาระโรคในปี 2542 และ ปี 2547 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงความดันโลหิตสูง การมีดัชนีมวลกายสูง การมีระดับโคเลสเตอรอลสูง และการบริโภคผักผลไม้ต่ำ ทำให้มีความสูญเสียด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวล้วนส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งสิ้น

ส่วนปัญหาสุขภาพเด็ก พบปัญหาพัฒนาการไม่สมวัย สุขภาพในช่องปาก ปัญหาวัยเจริญพันธุ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวมถึงการทำแท้ง สุขภาพวัยทำงานถูกคุกคามด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ไขมันในเลือดสูง อุบัติเหตุ ความพิการ และเอดส์ นอกจากนี้ภัยคุกคามจากมลพิษและสารปนเปื้อน ภาวะโลกร้อน มลภาวะทางอากาศ ฝุ่นละออง ภัยอันตรายจากสิ่งปฏิกูล สารเคมีจากอุตสาหกรรมส่งผลกระทบสุขภาพชัดเจน สำหรับสถานการณ์โรคติดต่อ แม้ว่าประเทศไทยจะมีปัญหาโรคติดต่อลดลงจากการป้องกันด้วยวัคซีน แต่ก็มีโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ไม่มียารักษา มีโรคติดต่อที่เชื่อดื้อยา และโรคที่เคยควบคุมได้ก็กลับมาเป็นปัญหาใหม่



ภัยคุกคามสุขภาพจากรูปแบบการบริโภคและการดำรงชีวิต ปัญหาสังคม ภัยคุกคามจากสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบสุขภาพชัดเจนโดยปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนและความรุนแรงของผลกระทบมากขึ้น กล่าวได้ว่า สาเหตุที่ทำให้สุขภาพไม่ดีเกิดได้จากหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันทั้งสิ้น ทั้งวิถีชีวิต สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง ฯลฯ ทำให้การแก้ไขต้องทำทั้งที่ระดับตัวบุคคล รวมทั้งระดับกลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ซึ่งเป็นกลไกเจ้าภาพที่มีภารกิจหลักด้านสุขภาพที่จะเชื่อมโยงบูรณาการปัญหาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมแก้ไข ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)

“ปี 2573 : 1 ใน 4 ของคนไทย คือ ผู้สูงอายุ – ส่อเสี่ยงการมีกองทุนประกันสังคมล้มละลาย”

คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 65.86 ปี ในปี 2545 เป็น 73.83 ปี ในปี 2555 สอดคล้องกับข้อมูลจากกองทุนสหประชาชาติเพื่อกิจการด้านประชากร (UNFPA) ระบุว่า สัดส่วนผู้สูงอายุไทยเพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2 เท่าในปี 2568 คิดเป็นร้อยละ 20 หรือมีจำนวนประมาณ 14.9 ล้านคน ในปี 2573 ซึ่งคนไทยเกือบ 1 ใน 4 จะเป็นผู้สูงอายุ ขณะที่อัตราการเจริญพันธุ์ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากอัตราทารกเกิด 1.86 คนต่อสตรีหนึ่งคนในปี 2545 เหลือ 1.66 คน ในปี 2555 ขณะที่มีการคาดการณ์แนวโน้มอัตราเพิ่มของประชากรจะลดลงเหลือร้อยละ 0.54 ในปี 2573

เรียกได้ว่า ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว ซึ่งผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังมีสุขภาพดีช่วยเหลือตนเองได้ แต่มากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรังประจำตัวและต้องได้รับบริการทางการแพทย์ แม้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์ แต่ต้องพึ่งพาหรือต้องการการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นอยู่ ขณะที่ประชากรที่เป็นวัยแรงงานและแข็งแรงจะค่อยๆ ลดลง ทั้งหมดนี้นำไปสู่ความเสี่ยงทางด้านงบประมาณในการจัดการดูแล รวมทั้งรับภาระทางการคลังในอนาคตที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว เช่น การล้มละลายของกองทุนประกันสังคม เป็นต้น

ปัญหาความยั่งยืนด้านการเงินเพื่อจัดบริการสาธารณสุข

“พรุ่งนี้ จะเกิดอะไรขึ้นกับสุขภาพคนไทย” หาก...

**งบ 30 บ. รักษาทุกโรค + สวัสดิการข้าราชการ + ประกันสังคม = ภาระหนักของรัฐที่เพิ่มสูงขึ้น
(ขณะที่ รายจ่ายรัฐสูงกว่ารายรับ)**

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่รู้จักกันในชื่อ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่สามารถเข้าถึงและดูแลสุขภาพคนไทยได้กว่า 48 ล้านคน นอกจากนั้นก็เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับข้าราชการ ระบบประกันสังคมของลูกจ้างเอกชน ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศของโลกที่สามารถสร้างความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนได้

อย่างทั่วถึง แต่ปัญหาที่ตามมาคือ ชุมชนที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้ ส่งผลต่อการขยายตัวของงบประมาณ โดยช่วงที่ผ่านมาอัตราการขยายตัวของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยสูงกว่าการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ซึ่งเป็นปัจจัยที่คุกคามต่อความยั่งยืนด้านการเงินการคลัง

นอกจากนั้น ปัญหาการชะลอหรือจำกัดการพัฒนาเทคโนโลยีและการลงทุนด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับมาตรฐานเทคโนโลยีหรือสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากงบประมาณลงทุนสำหรับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการได้ถูกนำไปรวมอยู่ในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการดำเนินการประกันสุขภาพ ทั้งหมดเป็นเหตุผลความจำเป็นในการทบทวนรูปแบบการดำเนินการที่ผ่านมาเพื่อทำให้เกิดความยั่งยืนด้านการเงินในการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพให้กับประชาชนได้ต่อไปในอนาคต

ปัญหาการเบิกการคลัง และการกระจายตัวของทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม

“รายได้ไม่พอกับรายจ่าย + งบอุดหนุน + บุคลากรไม่พอ = ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุข

การจัดงบประมาณด้านสาธารณสุขแบบ “อัตราเหมาจ่ายรายหัว” ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอ้างอิงตามจำนวนประชากรที่อยู่ภายใต้การดูแล แม้จะมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนย้ายทรัพยากรด้านสาธารณสุข ทั้งบุคลากร เติยง และวัสดุเครื่องมือต่าง ๆ ให้เกิดความเหมาะสมในการให้บริการตามความต้องการบริการสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ก็ตาม แต่ในขณะเดียวกันกลับพบว่า ความไม่สามารถในการปรับตัวของสถานพยาบาลรวมทั้งลักษณะเฉพาะของพื้นที่และประชากร เช่น สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่กันดารซึ่งมีประชากรอยู่น้อย ทำให้งบประมาณที่ได้รับน้อย แต่ขณะที่ต้นทุนในการดำเนินการขึ้นต่ำค่อนข้างสูง ฯลฯ ทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งเกิดปัญหาด้านการเงินการคลัง รายได้ของสถานพยาบาลไม่เพียงพอกับรายจ่ายที่เกิดขึ้น หรือการลดลงจนถึงขั้นติดลบของเงินบำรุงสถานพยาบาล นอกจากนี้ การกระจายทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่นั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาประสิทธิภาพในการให้บริการ และปัญหาด้านการเงินการคลังในสถานพยาบาลที่มีทรัพยากรน้อยและความจำกัดเฉพาะของพื้นที่ ทั้งนี้ยังเกิดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรสาธารณสุขในบางพื้นที่มากขึ้นด้วยจากความพยายามในการแก้ไขปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างเช่นที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

ปัญหาเหล่านี้นำมาสู่หลากหลายคำถามเกี่ยวกับรูปแบบในการจัดสรรและบริหารงบประมาณ ตลอดจนการจัดทรัพยากรสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้บริการได้อย่างเหมาะสม การบริหารกำลังคนที่ทำให้เกิดความเพียงพอในการให้บริการในแต่ละพื้นที่ บุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการวางแผนการลงทุนที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้เกิดการรักษาความสามารถในการให้บริการ การสร้างสมดุลด้านการเงินการคลังของสถานพยาบาล ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาด้านสุขภาพและการให้บริการด้านสาธารณสุขต่อไปในอนาคต ทั้งหมดล้วนเป็นประเด็นที่สำคัญที่ต้องพิจารณาเช่นเดียวกัน

ปัญหาจากบทบาทที่หายไปของกระทรวงสาธารณสุข

“กำหนดกฎ-บังคับเกณฑ์-เคร่งครัดกฎหมาย” : บทบาทที่หายไป-เพื่อสำคัญเคลือบระบบสุขภาพประเทศ

ภารกิจ วัตถุประสงค์ รวมทั้งกฎหมายกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่หลัก ประกอบด้วย การกำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข การบังคับใช้กฎหมาย และการจัดการบริการสาธารณสุขโดยหน่วยบริการในสังกัด แต่สิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา คือ บทบาทการเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ด้านสาธารณสุขของกระทรวงฯ ลดลงหรือน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลงานบริการ ซึ่งบทบาทที่หายไปนี้ส่งผลอย่างสำคัญต่อระบบสุขภาพในภาพรวม ทั้งการควบคุม ส่งเสริม กำกับให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขให้บริการหรือดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การเสริมสร้างและสนับสนุนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ให้มีความชัดเจนขึ้นนั้น จะช่วยทำให้การทำงานด้านสาธารณสุขในภาพรวมดีขึ้น โดยบทบาทดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในวงกว้าง โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้อย่างชัดเจน

“สวิทช์ปิดปัญหา” โดยใครและอะไร ที่จะหยุดวิกฤตปัญหาใหญ่นี้ ได้ดีที่สุด

จากแนวโน้มความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขในฐานะกลไกสำคัญของการแก้ไขปัญหาได้กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ให้เป็นระบบที่มั่นคงทั้งด้านการกำหนดนโยบาย การให้บริการ และความมั่นคงด้านการเงินการคลังของสถานพยาบาล ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่มีผลกระทบเชิงระบบในภาพรวมที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพให้ก้าวต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยเริ่มจาก...

ออกแบบโครงสร้างระบบ จากรากฐานปัญหา

โครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่ควรจะเป็น

โครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่เหมาะสมกับบริบทดังกล่าว ควรมีลักษณะและผู้เกี่ยวข้องดังนี้ (ภายใต้หลักการการแยกบทบาทระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ รวมทั้งการแยกบทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบายและการเป็นผู้ให้บริการออกจากกัน)

- 1) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการกำกับ ควบคุม ดูแลระบบและนโยบายสาธารณสุข (Regulatory Body หรือ National Health Authority) ได้แก่ กลไกซึ่งทำหน้าที่กลั่นกรองและกำหนดนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขตามขอบเขตภาระหน้าที่และความรับผิดชอบขององค์กร รวมทั้งกำหนดกฎระเบียบและมาตรฐานที่ใช้ในการดำเนินการเพื่อการสาธารณสุขและระบบสุขภาพของประเทศ ตลอดจนดำเนินการตามขอบเขตหน้าที่ และควบคุมการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎระเบียบและมาตรฐานเหล่านั้น

- 2) หน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย (System Manager หรือ Purchaser) หมายถึง หน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้บริโภค (ประชาชน) ในการทำให้เกิดบริการสุขภาพที่พึงปรารถนา ปัจจุบันมีอย่างน้อย 3 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม (สปส.) เป็นผู้บริหารและดำเนินการกองทุนประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้บริหารและดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลางเป็นผู้บริหารและดำเนินการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- 3) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการรักษายาบาล (Service Providers หรือ National Hospital System Authority) ได้แก่ โรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ ที่จะมีการแข่งขันในการให้บริการ และกำกับดูแลคุณภาพการให้บริการ โดยตัวชี้วัดต่าง ๆ เพื่อชักจูงให้มีการพัฒนาการให้บริการให้ดีขึ้น

4 การกิจการพัฒนา 11 บทบาทที่ต้องเปลี่ยนไป

บทบาทที่ควรจะเป็นขอ “กระทรวงสาธารณสุข”

บทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อเดือนกันยายน 2554 ซึ่งเป็นการระดมความเห็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ ได้ข้อสรุปว่า บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่ครอบคลุมตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 นั้น ประกอบด้วย บทบาท 4 ระบบย่อย อันได้แก่

- 1) บทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- 2) บทบาทในการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) บทบาทในการพัฒนาระบบควบคุมและป้องกันโรค
- 4) บทบาทในการพัฒนาระบบยาและการคุ้มครองผู้บริโภค

จากบทบาทที่ควรจะเป็น “หน่วยงานด้านสุขภาพของประเทศ (National Health Authority: NHA) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการปรับเปลี่ยนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่ครอบคลุมบทบาทย่อยทั้ง 4 บทบาท ดังนี้

- 1) การกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์กลางของประเทศบนข้อมูลและฐานความรู้
- 2) การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ
- 3) การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
- 4) การกำหนดและรับรองมาตรฐานบริการต่าง ๆ
- 5) การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
- 6) การพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพประชาชน
- 7) การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ

- 8) การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน
- 9) การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ
- 10) การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพ ใช้งานได้
- 11) การกำหนดนโยบาย และจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ส่วนกลาง – ส่วนภูมิภาค (กับแนวคิดเขตสุขภาพ)

โครงสร้างองค์ประกอบ “กระทรวงสาธารณสุข”

เพื่อให้เกิดการทำงานที่สอดคล้องกับบทบาทที่ควรจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวมาข้างต้น ร่วมกับแนวคิดระบบสุขภาพที่ควรจะเป็น กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดการทำงานที่ประกอบด้วยกลไก องค์ประกอบ ตลอดจนแนวคิดการทำงานต่างๆ ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข “ส่วนกลาง”

ประกอบด้วย

1. “สำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุข” หรือ Policy Office

ซึ่งเป็นชื่อเรียกในเบื้องต้นของกลไกกลางที่จะทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และเสนอแนะนโยบายสาธารณสุขเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและแผนการทำงานต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำหน้าที่กำกับดูแลระบบสาธารณสุขได้ โดยกลไกในการกำหนดนโยบายเหล่านี้จะอยู่ในรูปของคณะกรรมการ ซึ่งปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานและกลไกที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนการกำหนดนโยบายอยู่พอสมควร ทั้งที่มีลักษณะเป็นราชการ และองค์กรรูปแบบอื่นๆ ดังนั้น สิ่งที่ต้องดำเนินการ มีดังนี้

ระยะสั้น : อาจเริ่มจากการปรับบทบาท และรูปแบบการทำงานของหน่วยงานเหล่านั้น รวมทั้งการจัดหาบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถจากหน่วยงานอื่น ๆ เพิ่มเติม

ระยะยาว : ควรมีการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรที่สอดคล้อง และพิจารณารูปแบบของกลไกที่เป็นทางการเพื่อสนับสนุนการทำงานของกลไกนี้ในระยะยาว เช่น ระบบการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัว เพื่อสามารถดึงดูดและรักษาบุคลากรที่มีศักยภาพเอาไว้ในระบบ เป็นต้น

2 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โดยปรับบทบาทการทำงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม เช่น การบริหารงานระหว่างประเทศ และงานด้านการบริหารกำลังคนในภาพรวม เป็นต้น เนื่องจากหากมีการแยกบทบาทผู้ให้บริการออกจากผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลระบบสาธารณสุข การให้สถานพยาบาลสังกัดกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็อาจไม่เหมาะสม และควรนำไปสู่การกำหนดองค์ประกอบที่สามารถกำกับดูแลการทำงานได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3. กรมวิชาการ

คงการทำงานตามภารกิจในส่วนกลางตามกฎหมาย ทั้งในส่วนการให้ความเห็น คำแนะนำ กลั่นกรอง และกำหนดนโยบาย รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นผู้บังคับใช้กฎหมายต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม บทบาทเหล่านี้จะมีการปรับการทำงานให้สอดคล้องตามบทบาทที่พึงประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขตามขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การทำงานในส่วนภูมิภาคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ กรมวิชาการสามารถจัดสรรบุคลากร และทรัพยากรไปปฏิบัติหน้าที่ในภูมิภาค โดยทำงานร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้การกำกับตัวชี้วัด และเป้าหมายการทำงานของหน่วยงานต้นสังกัดและของกระทรวงสาธารณสุข

4. กลไกเชื่อมโยงการทำงานและนโยบายของส่วนกลางไปสู่ภูมิภาค

เพื่อให้การเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นไปอย่างมีระบบ และเกิดการแยกบทบาทระหว่างกันเป็นผู้กำหนดนโยบาย และการกำกับดูแล นอกจากการเป็นผู้ให้บริการ กลไกที่จะสามารถประสานการทำงานระหว่างส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคได้อย่างรวดเร็ว คือ สำนักบริหารการสาธารณสุข (สปรส.) และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) โดยการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานทั้งสองเข้าด้วยกัน เพื่อทำหน้าที่ประสานและส่งต่อนโยบายสาธารณสุขที่ครอบคลุมบทบาทย่อยทั้ง 4 ของกระทรวงสาธารณสุขให้ไปดำเนินการภายในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดกรอบแนวทาง กติกาในการดำเนินงานภายในพื้นที่ที่เป็นมาตรฐาน ได้แก่

- กำหนดกรอบแผนงาน และยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานของพื้นที่
- กำหนดระเบียบหรือหลักเกณฑ์ในการบริหารงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพื่อดำเนินการภายในพื้นที่ซึ่งแตกต่างกันตามประเภทของงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร
- กำหนดกฎระเบียบมาตรฐานที่เกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลภายในพื้นที่
- กำหนดกรอบการประเมินผลการทำงานในพื้นที่และทำหน้าที่ในการประเมินผล โดยต้องกำหนดตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์เพื่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ให้บรรลุตามเป้าหมายนโยบายในระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข “ส่วนภูมิภาค”

ในการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทที่ควรจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า การทำงานในส่วนภูมิภาคควรมีโครงสร้างการบริหารแบบ “เขตสุขภาพ” (Area Health) หรือการจัดระบบสุขภาพระดับพื้นที่ (Locality Level) โดย

- มีการกำหนดพื้นที่และประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน
- มีกิจกรรมการซื้อและจัดบริการสุขภาพ ที่ตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นของประชากรในพื้นที่
- มีบริการที่เหมาะสมและผสมผสานทั้งด้านบริการสุขภาพส่วนบุคคล บริการในโรงพยาบาล และบริการสังคม

ในปี 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบการพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการ ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการทุกระดับเข้าด้วยกัน ประกอบด้วยการทำงานในพื้นที่ 4-8 จังหวัด มีจำนวนประชากรเฉลี่ยในความดูแลประมาณ 5 ล้านคน รวมการจัดเป็นเครือข่ายบริการได้จำนวน 12 เครือข่าย (ไม่รวมพื้นที่กรุงเทพมหานคร) นำไปสู่การกำหนดเขตพื้นที่ตรวจราชการใหม่ ที่จำนวนประชากรเฉลี่ยของแต่ละพื้นที่มีขนาดที่ใกล้เคียงกันและเชื่อมโยงหลายจังหวัดเข้ามารวมกัน ทำให้ทรัพยากรมีการกระจายตัวที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งช่วยลดปัญหาการจัดสรรทรัพยากร และสามารถแก้ไขปัญหาด้านการเงินการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการจัดเขตบริการสุขภาพที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาในส่วนของผู้จัดบริการ (Service Provider) ร่วมด้วย

องค์ประกอบของเขตสุขภาพ

1) กลไกในการบริหารเขตสุขภาพ

ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย กำกับดูแล ติดตามและประเมินผลภายในเขตสุขภาพ โดยอาศัยอยู่ในรูปของ คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ ที่มีส่วนประกอบของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งนี้มีการสนับสนุนทางด้านวิชาการและนโยบายจากหน่วยงานวิชาการ และกระทรวงสาธารณสุข

2) กลไกในการจัดบริการ

กลไกการทำงานร่วมของหน่วยบริการทั้งหมดที่อยู่ภายในเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข และทางด้านการแพทย์ภายในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

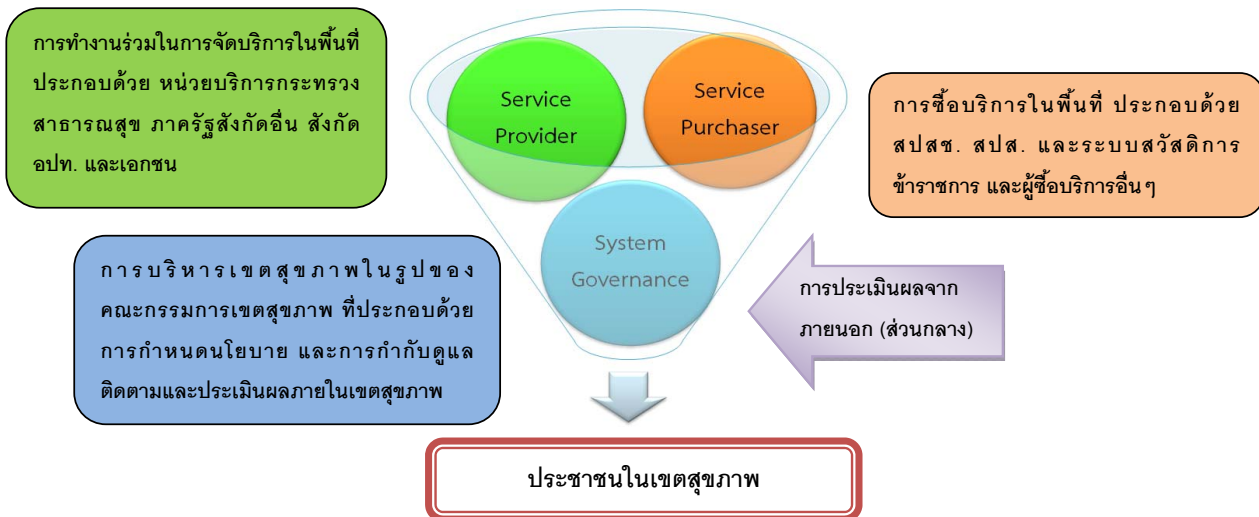
3) กลไกในการซื้อบริการ

กลไกการซื้อบริการสาธารณสุขโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนในการจัดหาบริการสาธารณสุขตามความต้องการของประชาชนในเขตสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบัน กลไกเหล่านี้ ประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และระบบความคุ้มครองทางด้านสุขภาพอื่น ๆ

4) กลไกในการติดตามและประเมินผล

เพื่อให้การทำงานของเขตสุขภาพสอดคล้องกับการทำงานตามเป้าหมายนโยบายสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศด้วย จึงควรมีกลไกจากภายนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการติดตามประเมินผลความสามารถในการจัดการเขตสุขภาพจากภายนอก โดยกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง

แนวคิดเขตสุขภาพ



ที่มา : มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

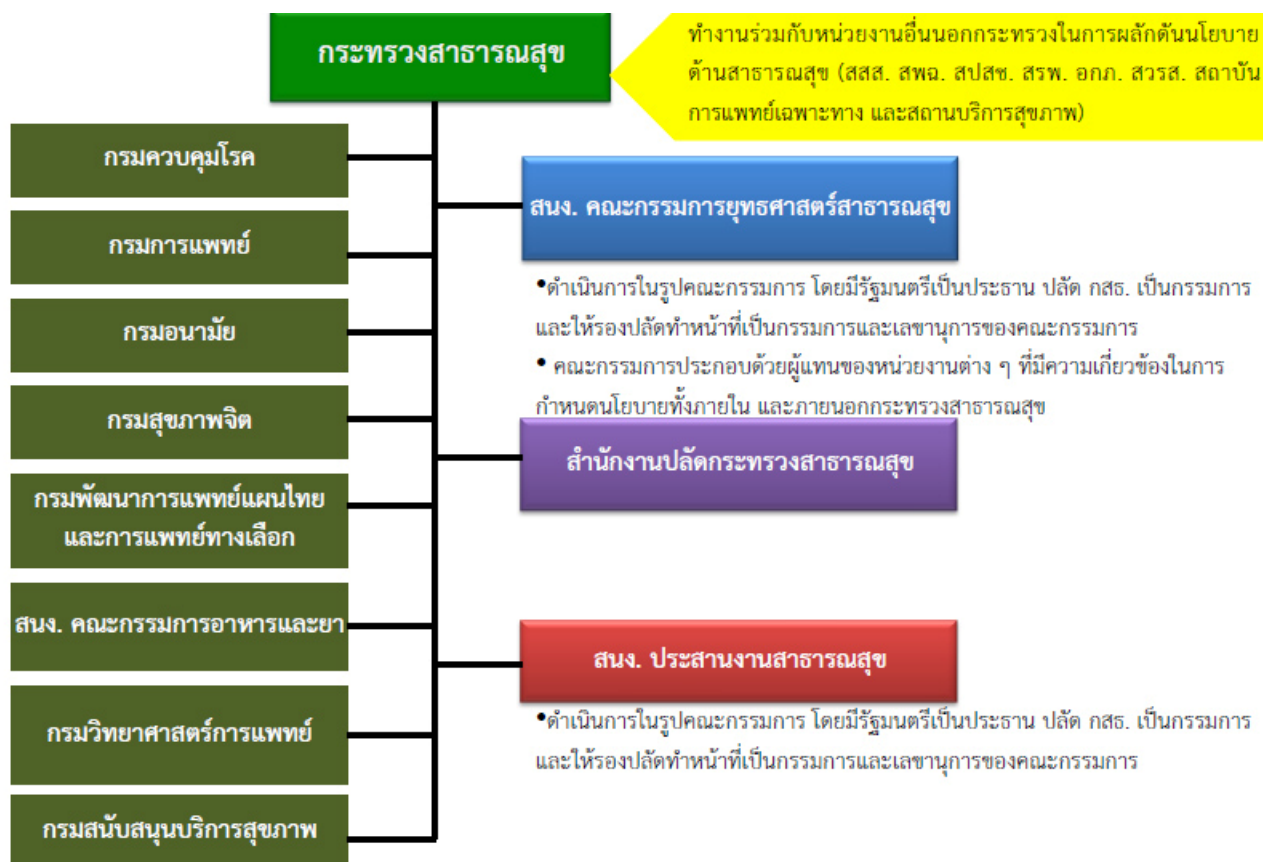
บทบาทของเขตสุขภาพ

บทบาทในระยะสั้น ควรมีการทำงานใน 2 บทบาท ดังต่อไปนี้

- 1) **การพัฒนากลไกในการบริหารเขตสุขภาพ** หรือการเป็นผู้กำหนดนโยบายและดูแลของเขต โดยควรมีการปรับการทำงานของคณะกรรมการประสานงานพัฒนางานสาธารณสุขระดับเขต:คปสข. (ภายใต้คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 209/2555 เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555) ที่เป็นกลไกบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพ ให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ดังนี้
 - การกำหนดแผนดำเนินงานด้านสาธารณสุขของเขตสุขภาพ ซึ่งอ้างอิงกับนโยบาย และเป้าหมายในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศและกระทรวงสาธารณสุข โดยถ่ายทอดเป้าหมายตัวชี้วัดจากส่วนกลางสู่การแปลงเป็นแผนดำเนินงานของเขตสุขภาพ ภายใต้การมีส่วนร่วมจากฝ่ายต่างๆ โดยแผนมีความครอบคลุมบทบาทย่อยทั้งสี่ที่พึงประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชากรในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - การกำหนดแผนการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมทั้งบุคลากรและทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอื่นๆ ที่เกิดความเหมาะสม ในการจัดบริการและการทำงานด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - การแก้ไขปัญหาการเงินการคลังภายในเขตสุขภาพ

- การกำกับดูแล และประเมินผลภายใน เพื่อให้การทำงานในเขตสุขภาพสามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาในภาพรวม
- 2) การทำงานในส่วนของการเป็นผู้ให้บริการ จากกลไกดังกล่าวข้างต้น เป็นการเริ่มพัฒนาการจัดบริการในพื้นที่ ซึ่งมีความครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ โดยในระยะยาวต้องขยายความครอบคลุมออกไปสู่หน่วยบริการอื่น ๆ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดเครือข่ายการให้บริการอย่างแท้จริงต่อไป
- นอกจากนี้ ในอนาคต เมื่อมีการขยายความครอบคลุมของเครือข่ายการให้บริการภายในเขตสุขภาพให้มีความครอบคลุมผู้ให้บริการทั้งหมด และเกิดประสิทธิภาพในการทำงานที่น่าพึงพอใจแล้ว กลไก (ในส่วนคปสข.) นี้ควรแยกออกไปทำงานอย่างอิสระ เพื่อให้เกิดการแยกส่วนการทำงานระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้ให้บริการที่ชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอเบื้องต้นการปรับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข



บทบาท สวรส. กับเรื่องเขตสุขภาพ

หัวใจสำคัญของการปฏิรูปบทบาทกระทรวงสาธารณสุขครั้งนี้ ภายใต้แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพ คือ การเปลี่ยนแปลงบนฐานความรู้ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของ สวรส. ในอันที่จะสนับสนุนและจัดการความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการขึ้นนำที่ก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างมีทิศทาง และส่งผลให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพที่มั่นคงและยั่งยืนต่อไป

เป้าหมาย..ประชาชนได้อะไร ??

เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง ย่อมไม่มีสิ่งใดสำคัญไปกว่า “ประโยชน์ของประชาชน” ไม่ว่าจะเป็น การได้รับบริการที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ที่จะทำให้ประชาชนสุขภาพดี ไม่มีโรค ประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ หรือในกรณีที่เจ็บป่วย หากต้องมาโรงพยาบาลก็จะได้รับการบริการที่ดี ทั้งหมดดี ยาดี เครื่องมือดี รวมถึงถ้าป่วยหนัก โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ไม่สามารถรักษาได้ ก็จะถูกส่งต่อเพื่อการรักษาที่ดีที่สุด พร้อมมีความสะดวกและคล่องตัวมากขึ้น เป็นต้น