

ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์

ห้องสมุดป๋วย อึ๊งภากรณ์
PUEY UNGPHAKORN LIBRARY

FACULTY OF ECONOMICS
THAMMASAT UNIVERSITY
BANGKOK 10200
THAILAND

กฎพรอวระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์



เรียบเรียง

โดย

อภิชัย พันธเสน

พฤษภาคม 2541



เนื้อหาทั้งหมดใน OpenBase ถูกเผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต Creative Commons Attribution-Noncommercial-Share Alike 3.0 Unported License ท่านสามารถนำเนื้อหาทุกชิ้นไปใช้และเผยแพร่ต่อได้ โดยต้องอ้างอิงแหล่งที่มา ห้ามนำไปใช้เพื่อการค้า และต้องใช้สัญญาอนุญาตชนิดเดียวกันนี้เมื่อเผยแพร่งานที่ดัดแปลง เว้นแต่จะระบุเป็นอย่างอื่น

คำนำ

ข้อคิดที่ได้ในการนำมาเรียบเรียงเป็นเอกสารฉบับนี้ เป็นผลจากการสังเคราะห์ข้อเขียน
ของผู้ทรงคุณวุฒิ อันประกอบด้วย

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย	อธิการบดี มหาวิทยาลัยหัวเฉียว
นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.ดำรงค์ บุญยสิน	อธิบดีกรมอนามัย
ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์	คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ ม.มหิดล
นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
พญ.สุพัชรา ศรีวณิชชากร	โรงพยาบาลขอนแก่น
นพ.วิระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์	โรงพยาบาลขอนแก่น
นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์	ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข
	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ศ.ดร.อภิชัย พันธเสน	คณะเศรษฐศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
รศ.ดร. อีสระ สุวรรณกุล	สาขาวิชารัฐศาสตร์
	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช

รวมทั้งผลการจัดลำดับความสำคัญของระบบบริการสุขภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ รวบรวม
โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำเอกสาร
ฉบับนี้ ประกอบกับผลสรุปจากการสัมมนาระดมสมอง “ภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขที่
พึงประสงค์” จัดโดย สวรส. เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2541 ที่โรงแรมเรติสัน

อภิชัย พันธเสน

3 เมษายน 2541

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ในการจัดทำเอกสารฉบับนี้ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการปรับบริการสาธารณสุขทั้งหมด เพื่อสนองความจำเป็นในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวไทยทั้งประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านการมีสุขภาพที่ดี (good health) ในฐานะที่เป็นเครื่องนำทางหรือเข็มทิศ ในการที่จะช่วยกำหนดทิศทางในการวางแผนปฏิบัติ ให้บรรลุถึงเป้าประสงค์ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ในขณะที่เดียวกันก็เพื่อเป็นการสนองเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันที่กำหนดไว้ในมาตรา 52 อันว่าด้วย สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย โดยได้บัญญัติว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน โดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

อีกทั้งในมาตรา 82 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ซึ่งกำหนดไว้ให้เป็นหน้าที่ของรัฐจะต้องเป็น “ผู้จัดหา” หรือ “จัดให้มี” ซึ่งไม่จำเป็นจะต้องหมายถึง “จัดทำ” หรือ “จัดการผลิต” ในบริการที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการสาธารณสุข โดยได้บัญญัติว่า

“รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

รัฐธรรมนูญทั้งสองมาตรานี้ จึงเป็นเสมือนกรอบนำการจัดทำเอกสารฉบับนี้ อันเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามที่จะประกันให้มีการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศให้บรรลุตามเจตจำนงของรัฐธรรมนูญฉบับนี้ด้วย

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้วัตถุประสงค์ที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเป็นประเด็นสำคัญที่รายงานฉบับนี้ยึดเป็นแนวทางในการจัดทำ แต่ยังมีวัตถุประสงค์ในเบื้องต้นที่รายงานฉบับนี้ จะนำไปประยุกต์ใช้โดยตรง นั่นก็คือ ใช้เป็นกรอบในการทำงาน (working frame) ในการปรับการบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐให้มีประสิทธิภาพ (efficiency) ดีกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยต้องการที่จะช่วยให้ความพยายามในการปรับการบริหารจัดการดังกล่าว เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการปรับระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด ถึงแม้ว่าจะยังไม่สามารถเกิดขึ้นพร้อมกันในทุกด้าน ด้วยเงื่อนไขของปัจจัยต่างๆ แต่ก็เป็นการเตรียมการเพื่อให้เกิดผลที่สอดคล้องกันของระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม เพื่อรับใช้เป้าหมายขั้นสุดท้าย คือ การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนชาวไทยทั้งประเทศดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

ในการจัดทำรายงานฉบับนี้มีความเชื่อร่วมกันในบรรดาผู้ที่มีส่วนร่วมให้ข้อคิดเห็นเพื่อการจัดทำรายงานฉบับนี้ว่า ภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขที่จะนำเสนอต่อไป หรือในรายงานใดๆ ย่อมไม่อาจจะกล่าวอ้างได้ว่า เป็นภาพในอุดมคติที่ไม่ถูกจำกัดโดยเวลาในลักษณะที่เป็น อกาลิโก หรือแม้จะอ้างถึงความสมบูรณ์ของภาพดังกล่าวเพียงชั่วระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง ความพยายามทั้งหมดเป็นเพียงการปรับภาพ (fine tuning) ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น มีความสอดคล้องกับกาละสมัยขณะใดขณะหนึ่งให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เท่านั้น ทั้งนี้คงจำเป็นต้องมีกระบวนการที่จะปรับแต่งเพื่อให้เกิดความสอดคล้องภายในภาพรวมเอง (internal consistency) และเกิดความสอดคล้องของภาพรวมแต่ละกาละ (time consistency) อย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อกำหนดที่ตายตัวของความสอดคล้องกับเทศะ (space consistency) ที่แน่ชัด นั่นก็คือ ในบริบทของสังคมไทย และความเป็นไปได้ทางการเมืองและเศรษฐกิจที่เป็นจริงในระยะเวลาดังกล่าวเท่านั้น

ความหมาย

บริการสาธารณสุข คือบริการทุกชนิดที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจะต้องหมายรวมทั้งผู้ที่มีผู้ป่วยและผู้ที่ไม่ป่วย (ผู้ที่มีสุขภาพดี) ซึ่งมีผลต่อสภาพทั้งกายและจิตใจ เพื่อเป็นการบรรเทาพยาธิสภาพ และสร้างความสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้ประชาชนโดยทั่วไป ส่วนความพึงประสงค์นั้นก็คือ ความพยายามขจัดสภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่ยังคงดำรงอยู่ในขณะใดขณะหนึ่งให้หมดไปหรือลดน้อยลง

ในความพยายามที่จะกำหนดภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์นั้น มุ่งที่จะให้บรรลุภาพในอุดมคติที่ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขที่จัดบริการโดยส่วนต่างๆ ของสังคม ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรทางศาสนาและจริยธรรม องค์กรอาสาสมัครเอกชน องค์กรเอกชน ตลอดจนปัจเจกบุคคลอย่างรอบด้าน แต่ส่วนนโยบายที่จะมุ่งเน้นให้บังเกิดผลเป็นรูปธรรมอย่างเด่นชัดนั้น จะเน้นเฉพาะในกรณีที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในสัดส่วนที่สูงที่สุดในปัจจุบัน เช่น กระทรวงสาธารณสุข ในการที่จะดำเนินการหรือดเว้นการดำเนินการทั้งในทางตรงและทางอ้อม เพื่อจะให้บังเกิดผลตามภาพรวมที่พึงประสงค์ให้มากที่สุด เท่าที่จะสามารถใช้เครื่องมือทางนโยบายการเงินที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิผลให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยมุ่งเน้นประเด็นเครื่องมือทางการเงิน ในการกำหนดมาตรการเชิงนโยบายเป็นหลัก (financial instruments as policy measures) เสริมด้วยการมีมาตรการสร้างแรงจูงใจทั้งในทางบวกและทางลบด้วยวิธีการต่างๆ รวมทั้งการออกระเบียบข้อบังคับและกฎหมาย ถ้าหากการกระทำดังกล่าวจะเป็นวิธีการสร้างแรงจูงใจให้บังเกิดผลอย่างแท้จริง ทั้งนี้จะไม่มีมาตรการกวดขันหรือระเบียบปฏิบัติมาบังคับใช้ ในทางที่ก่อให้เกิดช่องว่างทางอำนาจและเกิดมีช่องทำงานการแสวงหาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจแก่ผู้ใช้อำนาจเป็นอันขาด ประกอบทั้งจะต้องมีมาตรการในการกระจายอำนาจในลักษณะต่างๆ ตามความ

เหมาะสมเพื่อเร่งให้เกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคคล หรือชุมชนที่อยู่ใกล้ชิดกับปัญหามากที่สุด เพื่อที่จะช่วยให้กระบวนการแก้ไขปัญหารับใช้ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างตรงประเด็น

ลักษณะที่ไม่พึงปรารถนาของบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน

ลักษณะที่ไม่พึงปรารถนาของบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ 4 ประการคือ

1. การบริหารงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจจะประกอบไปด้วยประสิทธิภาพใน ความหมายทางเศรษฐศาสตร์ นั่นคือ เมื่อกำหนดผลผลิตของบริการสาธารณสุขต่อหน่วย ในระดับ คุณภาพที่กำหนดให้ ต้นทุนต่อหน่วยยังไม่ต่ำที่สุด หรือในระดับต้นทุนเท่ากันปริมาณและ คุณภาพของบริการยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงสุด สาเหตุของการด้อยประสิทธิภาพดังกล่าวอาจจะ เป็นผลสืบเนื่องมาจากเทคนิคในการบริหารจัดการ (technical efficiency) หรือขนาดของการ บริหารจัดการ (scale efficiency) ซึ่งทั้งหมดล้วนมีผลกระทบต่อปริมาณและคุณภาพของบริการ

2. คุณภาพของบริการหรือผลกระทบที่มีต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน (result oriented quality) เช่น อัตราการป่วยลดลง อัตราเสี่ยงต่อการสูญเสียสุขภาพลักษณะต่างๆ ลด ลง อัตราการครอบคลุมด้วยบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสูงขึ้น มีสภาวะโภชนาการที่เหมาะสม กับการมีสุขภาพดียิ่งขึ้น สภาพแวดล้อมได้รับการแก้ไข জনประชาชนมีแบบแผนการดำรงชีวิตที่ ดีเพิ่มขึ้น (healty lifestyle) ดัชนีที่สะท้อนคุณภาพเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ชี้ไปในทางที่เลวลง คุณภาพอีกส่วนหนึ่งนั่นคือ คุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการหรือระบบและวิธีการทำงาน (proces-oriented quality) เช่น ความก้าวหน้าในการปรับปรุงคุณภาพหรือการประกัน คุณภาพ การกระจายอำนาจ การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการและกรรมวิธีในการ ให้บริการมีฐานคติที่ดีขึ้น (evidence-based health services) ก็มีได้แสดงแนวโน้มไปในทางที่ ดีขึ้น อีกส่วนหนึ่งนั่นได้แก่ คุณภาพที่เกี่ยวกับโครงสร้างและระบบความสามารถในการผลิต (structure and system capacity -oriented quality) ที่จะช่วยให้การผลิตบริการมีคุณภาพดีขึ้น ก็ไม่มีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น ตรวจจับที่งานผลิตบริการจัดทำโดยหน่วยงานของรัฐเป็นหลัก โดยมีอำนาจตัดสินใจถูกรวบไว้ที่ส่วนกลางเพียงแห่งเดียว

3. ความไม่โปร่งใสในการปฏิบัติหน้าที่ ในองค์กรที่มีขนาดใหญ่มีกระบวนการตัดสินใจจากบนลงล่างในลักษณะแนวตั้ง รวบอำนาจในการตัดสินใจเข้าสู่ส่วนกลางแต่ทำหน้าที่ หลักในการผลิตบริการสาธารณสุข ย่อมเป็นที่มาของผลประโยชน์ที่แอบแฝงภายในระบบ มีผล ทำให้กระบวนการบริหารจัดการไม่มีความโปร่งใส และขาดความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบ ได้ (accountability) ทั้งจากด้านของเจ้าของที่แท้จริงคือผู้เสียภาษี และจากด้านผู้ใช้บริการ สาธารณสุข ลักษณะที่เช่นนี้ย่อมเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหาร จัดการ และการปรับปรุงคุณภาพของบริการ

4. ความเป็นธรรม (equality) และการเข้าถึงบริการ (accessibility) ในสังคมที่ไม่มี ช่องว่างทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมมากนัก ประเด็นของความเป็นธรรมและการเข้าถึง บริการของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ยกอยู่ในภาวะวิกฤติย่อมไม่เป็นปัญหา มาก แต่ในสังคมที่มี

ช่องว่างในลักษณะนี้ อย่างเช่นในกรณีของสังคมไทย บริการที่รัฐจำเป็นจะต้องจัดให้ประชาชน โดยไม่คิดมูลค่าหรือคิดค่าบริการต่ำกว่าต้นทุน ควรจะเป็นเครื่องมือสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยสร้างความเป็นธรรมและเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการให้เพิ่มมากขึ้น แต่จากการที่มีระบบการบริหารจัดการที่ไม่โปร่งใสและไม่มีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ ประเด็นของความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการของผู้ที่ด้อยโอกาสและผู้ตกอยู่ในภาวะวิกฤติจะมีแนวโน้มที่เลวลงตามลำดับ อันเป็นสภาพของความไม่พึงปรารถนาของระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน

ทั้งสี่ประเด็นที่นำมาพิจารณานี้คือ ปัจจัยสำคัญของความไม่พึงปรารถนาของระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในขณะนี้ในประเทศไทย ดังนั้นสภาพที่พึงปรารถนาก็คือ การค่อยๆ ลดสภาวะการณที่ไม่พึงปรารถนาเหล่านี้ได้น้อยลงไป และค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปสู่สภาวะการณที่พึงปรารถนาเพิ่มมากขึ้นตามลำดับในภายหลัง

ประสิทธิภาพคือหัวใจที่สำคัญที่สุดของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทั่วโลกในอนาคต ที่ภาคราชการทั่วโลกจะมีขนาดเล็กลง มีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจการเงิน การบริหารจัดการ บุคลากร ไปสู่จุดที่ใกล้ชิดกับปัญหามากที่สุด มีการใช้แรงจูงใจ ประกอบกับการแข่งขัน และระบบตลาดเน้นกระบวนการในการเสริมสร้างประสิทธิภาพให้เพิ่มมากขึ้น ภาคนอกรัฐบาลอันประกอบด้วย ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรอาสาสมัครที่ไม่แสวงหากำไร องค์กรประชาชน จะเข้ามา มีบทบาทในการผลิตสินค้าบริการทุกประเภท รวมทั้งบริการสาธารณสุขมากขึ้น แนวโน้มดังกล่าวทำให้เห็นได้ชัดว่า ประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่เป็นต้นเหตุของความไม่พึงปรารถนา ที่จะต้องได้รับการแก้ไขให้ลดลงไปให้มากที่สุดเป็นอันดับแรก แต่ในขณะเดียวกัน ความหมายของคำว่าประสิทธิภาพ (efficiency) จะต้องขยายให้มีความครอบคลุมมากกว่าจำกัดความที่ได้ให้ไว้ข้างต้น นั่นคือ นอกจากจะมีประสิทธิภาพตามนัยยะทางเศรษฐศาสตร์ตามปกติ ดังที่ได้กล่าวไปแล้วไม่ว่าจะพิจารณาจากด้านเทคนิคการจัดการหรือขนาด บริการสาธารณสุขดังกล่าวจะต้องตอบสนองความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายอย่างตรงประเด็นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญคือ กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้ตกอยู่ในภาวะวิกฤติ ซึ่งถ้าหากเป็นเช่นนี้ความหมายของประสิทธิภาพมีครอบคลุมความหมายของความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการพร้อมกันไปด้วย

ความหมายในทางปฏิบัติ ในกรณีนี้ก็คือ รัฐคงจะมีหน้าที่หลักในฐานะที่เป็นผู้จัดหา (provider) และผู้ซื้อ (purchaser) บริการรายใหญ่ของประเทศอย่างเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบันแต่ไม่จำเป็นจะต้องเป็นผู้ผลิต (producer) บริการสาธารณสุขรายใหญ่เองเหมือนเช่นที่เป็นอยู่ในขณะนี้ต่อไปในอนาคต หน่วยงานใดไม่ว่าจะเป็น หน่วยงานธุรกิจเอกชน องค์กรอาสาสมัคร เอกชน องค์กรประชาชนตลอดจนองค์กรทางศาสนาและจริยธรรมถ้าหากพิสูจน์ได้ว่าสามารถผลิตบริการดังกล่าวได้มีคุณภาพดีกว่าและสามารถตอบสนองความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายได้ตรงประเด็นมากกว่าหน่วยงานของรัฐ ก็ควรให้หน่วยงานนั้นๆ ทำหน้าที่ในการผลิตบริการดังกล่าวแทนหน่วยงานของรัฐ เช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน แต่ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงข้อเท็จจริงเป็นราย

กรณีประกอบด้วย กล่าวคือถ้าหากมีรูปแบบการบริหารงานในลักษณะที่หน่วยผลิตดังกล่าวยังเป็นหน่วยงานของรัฐ ในรูปแบบที่แตกต่างไปจากที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น ในรูปแบบองค์การบริหารพิเศษ (executive agency) หรือ องค์การมหาชน (public agency) หรือราชการส่วนท้องถิ่นบางพื้นที่ที่พิสูจน์ได้ว่าสามารถผลิตบริการได้มีประสิทธิภาพเหนือกว่าหน่วยงานนอกภาครัฐ ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ก็อาจจะมอบให้หน่วยงานของรัฐในรูปแบบใหม่นี้ยังคงทำหน้าที่ในการผลิต (producer) บริการสาธารณสุขต่อไป

ในขณะเดียวกันเมื่อคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่า ภาครัฐในอนาคตจำเป็นจะต้องมีขนาดที่เล็กลง โดยผู้ที่รับบริการสาธารณสุขและมีความสามารถจ่ายได้เองควรมีส่วนร่วมในการร่วมรับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น ขณะเดียวกันบริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องตอบสนองความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายอย่างตรงประเด็น ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือ กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้ตกในภาวะวิกฤติ ทำให้เห็นได้ชัดว่าไม่มีความจำเป็นที่สัดส่วนของค่าใช้จ่ายในการจัดหาบริการสาธารณสุขโดยภาครัฐจะต้องเพิ่มขึ้นในทางตรงกันข้ามสัดส่วนดังกล่าวควรจะลดน้อยลง ดังนั้นผู้ที่มีความสามารถจะจ่ายค่าบริการสาธารณสุขได้เอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะมีผลประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการโดยตรง ในรูปของการมีส่วนร่วมใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง (co-payment) จะต้องมีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะสะท้อนถึงรูปแบบการจัดการบริหารทางการเงินเพื่อบริการสาธารณสุข (finance for health care) จำเป็นจะต้องเปลี่ยนไปในอนาคต ในลักษณะที่เสริมกับการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการดังกล่าว

เมื่อใช้ประเด็นในเรื่องประสิทธิภาพเป็นปัจจัยนำในการจัดบริการสาธารณสุขแล้ว ปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของการด้อยประสิทธิภาพไม่ว่าจะเป็นปัญหาการด้อยคุณภาพ ความไม่โปร่งใส และความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้จะต้องได้รับการแก้ไขพร้อมกันไปด้วย ส่วนความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการได้รับการแก้ไขไปแล้วโดยปริยาย โดยนิยามของคำว่า ประสิทธิภาพในความหมายที่กว้างขึ้น ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

ส่วนการดำเนินการ หรือกระบวนการที่จะช่วยให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพอย่างเป็นรูปธรรมไม่ว่าการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ เมื่อพิจารณาจากพื้นที่ (จากราชการจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น) หรือโดยหน้าที่ (function) จากหน่วยงานราชการตามปกติ (regular agency) ไปเป็นองค์การบริหารพิเศษ (executive agency) หรือองค์การมหาชน (public agency) ก็เป็นประเด็นรายละเอียดที่จะต้องมีการพิจารณาเพิ่มเติมในทางปฏิบัติ ทั้งนี้รวมทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพโดยรวมที่เน้นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน (health promotion and prevention) แทนบริการรักษาในสัดส่วนที่สูงขึ้น รวมทั้งการดูแลรักษาผู้รับบริการทั้งหมดอย่างเป็นองค์รวม (holistic care) โดยเสริมด้วยระบบคัดสรร (screening or gate keeper) และระบบส่งต่อ (referral system) อย่างมีประสิทธิภาพ ล้วนเป็นส่วนหนึ่งของประเด็นรายละเอียดที่จะต้องพิจารณาในภาคปฏิบัติที่เป็นจริงต่อไป ซึ่งอาจจะมีการพิจารณาเน้นการสร้างเครือข่ายของบริการในระบบ primary และ secondary care กับระบบส่งต่อเพื่อรับบริการ tertiary care เป็นต้น

ในบรรดาวิธีการดำเนินงานหรือกระบวนการที่จะช่วยให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพอย่างเป็นรูปธรรมนั้น มีรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณาเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ ในสองประเด็น ดังต่อไปนี้คือ

1. การสนองความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งหมายถึงการเน้นความต้องการของ ผู้ใช้บริการมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
2. การเพิ่มสัดส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน

ผู้ใช้บริการในฐานะที่เป็นผู้คัดสรรคุณภาพบริการ

ถ้าให้ผู้ใช้บริการมีอำนาจในการคัดสรรคุณภาพของบริการ หลักการที่สำคัญก็คือ รูปแบบของการป้องกันและรักษาควรมีหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบรรดาวิธีการที่มีสถิติของผลในการบำบัดรักษา ที่ผ่านกระบวนการทดสอบว่ามีผลเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการมีทางเลือกที่หลากหลาย แทนการบำบัดรักษาแบบการแพทย์แผนตะวันตกแต่เพียงรูปแบบเดียว ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการมีทางเลือกวิธีการบำบัดรักษาที่ผู้ต้องการใช้บริการเห็นว่า เป็นวิธีการที่ให้คุณค่าแก่ความเป็นมนุษย์ (humane) สำหรับเขามากที่สุด เหมาะสมกับตัวเขาเองมากที่สุดโดยที่อาจจะจำเป็นต้องมีสถาบันเป็นทางการ (formal institution and not necessarily government institution) ให้การรับรองโดยเน้นสัดส่วนของความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่พิจารณาจากผลของการบำบัดเป็นหลัก มากกว่าการอธิบายเหตุผลของความสำเร็จ ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดความลำเอียงไปในทางการใช้การแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาอธิบาย ที่สำคัญที่สุดก็คือ เมื่อการบำบัดรักษาทางเลือกเหล่านี้ได้รับการพิสูจน์ทางสถิติเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่งแล้ว ทางเลือกเหล่านี้ควรได้รับการปฏิบัติหรือส่งเสริมโดยเท่าเทียมกับการรักษาแนวแพทย์แผนตะวันตก โดยไม่มีความลำเอียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเงิน อันเกิดจากระบบการประกันสุขภาพ หรือระบบจูงใจอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการคุ้มครองสิทธิในการมีทางเลือกที่จะได้รับการดูแลรักษาจากการแพทย์ทางเลือกเหล่านี้อย่างเท่าเทียมกัน ภายหลังการแพทย์ทางเลือกนั้นได้รับการรับรองโดยสถาบันทางการที่มีหน้าที่ในการให้การรับรองแล้ว

ด้วยเหตุนี้ เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีอำนาจในการกำหนดทางเลือกในการใช้บริการที่เขาคิดว่าดีที่สุดสำหรับตัวเองด้วยตนเอง ระบบการประกันสุขภาพที่มีแหล่งที่มาของมาตรการทางการเงินในลักษณะใดก็ตาม ควรเปิดโอกาสทางเลือกให้ผู้ใช้บริการมีทางเลือกในการใช้บริการที่ได้รับการรับรองจากสถาบันที่เป็นทางการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ภายใต้ข้อจำกัดงบประมาณที่แต่ละคนจะใช้ได้ภายใต้เงื่อนไขเวลาที่กำหนด

การเพิ่มสัดส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในลักษณะของความเป็นสากลแห่งองค์ความรู้ว่าการส่งเสริมและการป้องกันรักษาสุขภาพนั้นมีต้นทุนในการบริหารจัดการต่ำกว่าการบำบัดรักษา มาก ทั้งนี้เพียงแต่เพิ่มความรู้ด้าน ความมีสุขภาพดี (wellness) แทนความรู้เดิมที่มีจากโรงเรียนแพทย์ที่เน้นความรู้ในด้านความเจ็บป่วย (illness) เป็นหลัก ทั้งนี้เพราะเพียงแต่การ

ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิต ให้สอดคล้องกับการมีสุขภาพที่ดี (wellness) ก็จะยอมช่วยให้พ้นจากภาวะความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุได้มาก ยกเว้นในกรณีที่เป็นเหตุสุดวิสัย

เนื่องจากในปัจจุบันการลงทุนเพื่อให้บริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็น การดำเนินการโดยภาครัฐ ส่วนใหญ่ดำเนินการในลักษณะที่เป็นการตั้งรับหรือเน้นการ บำบัดรักษาเป็นหลัก โดยที่ทรัพยากรทั้งหมดไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ถูกใช้ไปเพื่อการนี้ ดังนั้น การเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการสาธารณสุขในภาพรวมจึงสามารถทำได้ง่าย โดยการ เพิ่มสัดส่วนของการให้บริการด้านส่งเสริมและป้องกันให้มากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งจะช่วยให้ สามารถลดค่าใช้จ่ายหรือสัดส่วนของการให้การรักษายาบาลได้พร้อมกันไปด้วย

ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญ ของระบบบริการสุขภาพ

ในหัวข้อใหญ่ ๆ 6 หัวข้อ ได้ผลสรุปดังนี้

1.1 จุดอ่อนของระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุง มากที่สุด	(คะแนนเฉลี่ย)
- จัดระบบตรวจสอบ มาตรฐาน ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ	3.35
- การจัดบริการสุขภาพพื้นฐานให้แพร่หลาย	3.18
- จัดกลไกเผยแพร่ข้อมูล แนะนำ แก่ผู้บริโภครณรงค์ปรับ พฤติกรรมการใช้บริการ	3.18
- จัดระบบบริการที่สูงกว่าขั้นพื้นฐานให้มีประสิทธิภาพ	3.05
- จัดระบบบริการที่สูงกว่าขั้นพื้นฐานให้มีประสิทธิภาพ	3.03
2.1 กรณีใดที่ประชาชนส่วนมากพึงตัวเองได้น้อยที่สุดในการ เลือกใช้บริการสุขภาพ (เช่น ขาดข้อมูล ขาดอำนาจต่อรอง หรือเผชิญความเสี่ยงสูง)	
- รถชนบาดเจ็บสาหัส	3.7
- ปวดท้องรุนแรงเฉียบพลัน อย่างไม่เคยเป็นมาก่อน	3.10
2.2 กรณีใดที่ประชาชนจำเป็นต้องมี หลักประกันสุขภาพ (Health Security) มากเพื่อจะได้ไม่เดือดร้อนเนื่องจากเข้าไม่ถึงบริการ	
- รถชนบาดเจ็บสาหัส	3.95
- ปวดท้องรุนแรงเฉียบพลัน อย่างไม่เคยเป็นมาก่อน	3.3
- รู้สึกมีก้อนในท้องมานาน 6 เดือน	3.08
2.3 สภาพบริการประเภทใดมีศักยภาพมากที่สุด ที่จะขยาย บทบาทให้บริการระดับต้นที่สะดวก เป็นที่ยอมรับสำหรับ ประชาชน	
- โรงพยาบาล	3.45
- ศูนย์การแพทย์ (ระดับต้น) ของรัฐ เช่น กทม. เทศบาล	3.40

- สถานีอนามัย	3.20
3.1 รัฐมีหน้าที่ที่สำคัญที่สุดคือ	
- จัดระบบหลักประกัน (social security or safety net) ให้ประชาชนทุกคนไม่เดือดร้อนจนเกินไปเมื่อเจ็บป่วย	3.75
- จัดให้ผู้ด้อยโอกาสได้รับบริการขั้นพื้นฐาน	3.58
- ควบคุมมาตรฐาน ส่งเสริมคุณภาพบริการ	3.45
- จัดกลไกให้ประชาชนสามารถตัดสินใจใช้บริการได้อย่างสมเหตุสมผล	3.30
- จัดระบบเพื่อแก้ไขช่องโหว่ ลดจุดบกพร่องของกลไกตลาด เช่น ระบบต่อรอง ตรวจสอบ ควบคุม	3.15
3.2 ด้วยงบประมาณที่มีจำกัด รัฐควรอุดหนุนค่าใช้จ่ายแก่บริการประเภทใดมากที่สุด	
- บริการขั้นพื้นฐานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน คัดกรองโรค	3.55
- บริการสำหรับภาวะฉุกเฉินวิกฤติ เช่น บาดเจ็บสาหัสจากรถชน ไฟฟ้าช็อต ตกเลือด รับสารพิษ	3.45
บริการโรงพยาบาล โรงพยาบาลของรัฐ (เขตกรุงเทพมหานคร เขตชุมชนเมือง)	
4.1 โรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่-กลาง เขตเมือง ปัญหาสำคัญที่สุดคือ	
- แนน แออัด ล่าช้า ไม่สะดวก ไกลบ้าน	3.55
4.2 บทบาทหน้าที่ (Function) ที่โรงพยาบาลของรัฐประเภทนี้ควรทำมากที่สุดคือ	
- บริการรักษาภาวะฉุกเฉินวิกฤติ	3.65
- บริการรักษาระดับสูงกว่าพื้นฐาน	3.45
4.3 กิจกรรมที่สามารถโอน/จ้าง/ส่งเสริม ภาคเอกชน (โรงพยาบาล คลินิกสถานผดุงครรภ์ สถานพักฟื้น ฯลฯ มากที่สุดก็คือ	
- กิจกรรมโรงพยาบาลที่มีใช้การแพทย์ เช่น สวนหย่อม ทำความสะอาด ชักريد ห้องอาหาร	3.50
- ทำแผล ดัดไหม รักษาไข้หวัด ท้องเสีย	3.18
- ตรวจครรภ์ ฉีดวัคซีน ตรวจเบาหวาน	3.13
4.4 หากจะปรับปรุงโรงพยาบาลขนาดใหญ่-กลาง ให้ลดปัญหาและทำหน้าที่ได้ดีขึ้น สิ่งปรับปรุงแล้วจะเกิดผลมากที่สุดคือ	
- จัดระบบบริหารที่คล่องตัว โรงพยาบาลสามารถปรับระบบงาน	3.60

ระบบคน ปรับการใช้จ่าย การหารายได้	
- จัดระบบบริการบุคลากรที่จูงใจเพียงพอ สามารถคัดเลือก คัดออก จัดจ้างตามความสามารถ	3.38
- จัดระบบโอนถ่าย ส่งต่อ กับเครือข่าย สถาบันพยาบาลระดับต้น อย่างมีประสิทธิภาพ	3.33
- เน้นงานหลัก ลดงานรอง ถ่ายทรัพยากรที่ทุ่มไปกับงานรองมาให้ งานหลัก	3.30
4.5 หากจะปรับปรุงโรงพยาบาลชุมชน สิ่งปรับปรุงแล้วเกิด ผลดีมากที่สุดคือ	
- จัดระบบบริการที่คล่องตัว โรงพยาบาลสามารถปรับระบบงาน ปรับการใช้จ่าย-การหารายได้	3.43
- จัดระบบบริหารบุคลากรที่จูงใจเพียงพอ สามารถคัดเลือก คัด ออก จัดจ้าง ตามความสามารถ	3.40
- จัดระบบโอนถ่าย ส่งต่อ กับเครือข่ายสถานพยาบาลระดับสูงอย่าง มีประสิทธิภาพ	3.30
บริการขั้นพื้นฐาน (Basic/Primary Care Services)	
5.1 ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ	
- คุณภาพไม่ดีพอ บริการที่มีอยู่ไม่ครบวงจร	3.34
- ขาดตอนจากบริการขั้นสูงกว่า ไม่ส่งต่อกันดีพอ	3.08
5.2 องค์ประกอบใดเป็นปัญหามากที่สุด	
- การประสานของด้านป้องกัน ส่งเสริมกับด้านการรักษา	3.35
- การเชื่อมประสานระหว่าง บริการโรงพยาบาลกับบริการระดับต้น	3.26
5.3 บุคลากรประเภทใดสามารถให้บริการขั้นพื้นฐานได้บ้าง	
- แพทย์ พยาบาล ทั่วไป	3.53
- แพทย์เฉพาะทางสาขา “เวชปฏิบัติทั่วไป”	3.48
- พยาบาลทั่วไป	3.23
5.4 หากรัฐจะต้องอุดหนุนบริการขั้นพื้นฐานแล้ว รัฐควรอุดหนุน ส่วนใดมากที่สุด	
- บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน (ขาดอุปสงค์แต่มีประโยชน์)	3.63
- บริการพื้นฐานที่สถานบริการขนาดเล็ก	3.25
- ระบบส่งต่อ (referral) เทคโนโลยีสนับสนุนการส่งต่อ	3.18
6.1 หากประเทศไทยจำเป็นต้องมีกฎหมายหลักด้านระบบ บริการคุณภาพ วัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุดควรเป็นอย่างไร	
- สร้างระบบหลักประกัน (health security) มีให้ประชาชนต้อง	3.64

เดือร้อนจากการเข้าไม่ถึงบริการ	
- ควบคุม ตรวจสอบ ส่งเสริมคุณภาพบริการ	3.40
- จัดระบบสวัสดิการสำหรับผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส	3.28
- สร้างกลไก ประสาน โครงสร้างพื้นฐาน (เช่นระบบข้อมูล ระบบบัญชี) สำหรับจัดให้ระบบสวัสดิการทั้งหลายที่มีอยู่ให้สอดคล้องกัน	3.28
- จัดระบบประกันสุขภาพอย่างบังคับ (compulsory health insurance) ทั่วประเทศ	3.18

คำตอบโดยผู้เชี่ยวชาญที่นำมาเสนอในที่นี้ เป็นการยืนยันประเด็นต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่เกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ ที่เน้นความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นของผู้ที่ด้อยโอกาสและผู้ที่ยังตกอยู่ในภาวะวิกฤติ รวมทั้งการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันด้วย

ประเด็นที่ควรจะต้องเป็นข้อสังเกตเพิ่มเติมในกรณีนี้ก็คือน ในหลายกรณีอาจจะสามารถแบ่งการรักษากับการป้องกันและส่งเสริมออกจากกันได้โดยเด็ดขาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการส่งเสริมกับการบริการรักษา เพราะเป็นเรื่องของความแตกต่างระหว่างการมีสุขภาพดี (wellness) กับความเจ็บป่วย (illness) อย่างชัดเจน แต่ในการป้องกันนั้นมีการป้องกันหลายระดับตั้งแต่การป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วย เป็นการป้องกันในระดับหนึ่ง การดูแลรักษาตัวเองประกอบกับการรับบำบัดรักษา เพื่อให้สามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้นซึ่งถือได้ว่าเป็นการป้องกันในระดับสอง และการป้องกันในระดับสามคือ การที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่ไม่มีหนทางรักษาได้เด็ดขาดสามารถดูแลรักษาตัวเองและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขตามอัตภาพได้ในระดับหนึ่ง ลักษณะเหล่านี้สถานพยาบาลสามารถให้บริการ การป้องกันพร้อมกับการดูแลบำบัดรักษาได้ เป็นต้นว่าโรงพยาบาลชุมชน อาจจะให้บริการการบำบัดรักษาในระดับ 1 และระดับ 2 พร้อมกับการให้บริการการป้องกันทั้งสองระดับได้ รวมทั้งสร้างเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกันไปในตัวได้ด้วย ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด และโรงเรียนแพทย์ที่เน้นการบริการบำบัดรักษา ในระดับ 2 และ 3 ก็อาจจะจะให้บริการป้องกันในระดับ 2 และ 3 ได้ด้วย

ถึงแม้การให้บริการ และการส่งเสริมป้องกันของสถานบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ เริ่มจากสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ควรจะมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ทั้งในด้านบริการบำบัดรักษาและบริการป้องกัน โดยมีการเชื่อมต่อกันโดยระบบส่งต่อ แต่ในทางปฏิบัติควรจะยอมให้มีความสัมพันธ์กันบ้าง เพื่อเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของสถานบริการสาธารณสุขที่มีจุดเน้นการให้บริการที่ต่างกัน เพื่อให้การเชื่อมต่อไม่มีอุปสรรคอันเกิดจากการไม่มีความรู้หรือความดีพของสถานบริการที่เกี่ยวข้องที่จะเชื่อมต่อกัน อันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการให้บริการในภาพรวมในที่สุดด้วย

เนื่องจากบริการส่งเสริมและป้องกันในหลายกรณีมีลักษณะเป็นสินค้าสาธารณะ (public goods) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นบริการด้านข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพของทุกคนหรือ

การส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตเพื่อการมีสุขภาพที่ดีเป็นต้น โดยที่บริการเหล่านั้น นอกจากจะมีผลดีต่อปัจเจกชนโดยส่วนตัวแล้วยังมีผลกระทบต่อภายนอกในทางบวก (external economy) แก่สังคมโดยรวม โดยหลักการจึงมักมีความเห็นว่าการจัดซื้อบริการเหล่านี้ควรจะเป็นหน้าที่ของรัฐ แต่ในสภาพความเป็นจริง เห็นได้ชัดว่าบริการส่งเสริมและป้องกันในหลายกรณีไม่สามารถแยกออกจากกันอย่างเด็ดขาดได้เมื่อพิจารณาจากแง่มุมของผู้ผลิตบริการ (service producer) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานจัดบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ตั้งแต่สถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ หรือแม้กระทั่งในสถานพยาบาล เน้นความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคเฉพาะทางหรือเน้นความเชี่ยวชาญในด้านวิจัยและพัฒนาเป็นหลัก ดังนั้นในการคำนวณการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการส่งเสริมและป้องกัน ออกจากการบำบัดรักษาอย่างเด็ดขาด เพื่อกำหนดสัดส่วนของบริการส่งเสริมและป้องกันให้มีมากขึ้นจึงเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่่ง่ายนัก

ดังนั้นจึงอาจจำเป็นที่จะต้องใช้มาตรการทางการเงินในการสร้างแรงจูงใจให้สถานจัดบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ที่ยึดพื้นที่เป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน มีแรงจูงใจที่จะช่วยดูแลประชาชนในพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอเป็นส่วนใหญ่ โดยได้รับงบประมาณจัดซื้อบริการในรูปจ่ายเหมาค่าบริการต่อหัวของจำนวนประชาชนที่ต้องรับผิดชอบในพื้นที่ (capitation) เพื่อที่จะก่อแรงจูงใจให้สถานบริการทั้งสองระดับเน้นการดูแลให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาพดีอยู่เสมอ ไม่จำเป็นต้องมาขอรับใช้บริการบำบัดรักษาโดยไม่มี ความจำเป็น ในขณะที่เดียวกันก็อาจจะมีการในทางลบกำกับไว้ ถ้าหากพบว่ามีความจำเป็นต้องใช้บริการบำบัดรักษา ในชั้นที่ 2 และชั้นที่ 3 มากกว่าที่ควรจะเป็น จึงจะเป็นการสร้างแรงจูงใจทั้งทางบวกและทางลบ เพื่อที่จะทำให้สถานจัดบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่สนใจด้านการส่งเสริมป้องกันและการบำบัดรักษาในเบื้องต้นเป็นหลักอย่างแท้จริง ซึ่งจะมีส่วนสำคัญในการช่วยลดการบำบัดรักษาในสถานบริการสาธารณสุขที่เน้นการให้บริการบำบัดรักษาในระดับ 2 และระดับ 3

การบริหารจัดการทางการเงิน

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ในการปรับเปลี่ยนการให้บริการสาธารณสุข จำเป็นจะต้องมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพเป็นหลัก ส่วนมาตรการที่จะช่วยเร่งให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่ไม่ยาวนานจนเกินไป จำเป็นจะต้องใช้มาตรการทางการเงินเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ ดังจะเห็นได้จากกรณีตัวอย่างของการเพิ่มอำนาจในทางเลือกใช้บริการสาธารณสุขให้แก่ผู้ใช้บริการ หรือกรณีการเพิ่มบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันให้แก่ สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

เนื่องจากรูปแบบของการบริหารจัดการทางการเงินนั้นย่อมจะมีความหลากหลายขึ้นกับสถานะการณ์ที่เป็นจริงและความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นการพิจารณาในประเด็นนี้จึงควรจะเริ่มจากการพิจารณาตามหลักการประกอบกับข้อเท็จจริงในบริบทของสังคมไทย หลักการที่สำคัญที่ควรนำมาพิจารณาก็คือ

1. บริการสาธารณสุขใดที่มีลักษณะเป็นสินค้าสาธารณะและมีผลกระทบในทางบวกต่อสังคม รัฐจำเป็นต้องเป็นผู้จ่ายหรือผู้ซื้อบริการเหล่านั้นเอง
2. บริการใดที่เป็นผลดีแก่ปัจเจกชนโดยตรงไม่ว่าจะเป็นบริการส่งเสริมและป้องกันตลอดจนบริการบำบัดรักษาและปัจเจกชนมีความสามารถจ่ายได้เอง ควรจะให้เป็นที่ของปัจเจกชนผู้นั้นเป็นผู้จ่าย
3. เพื่อให้เป็นไปตามหลักการของรัฐธรรมณูฉบับปัจจุบัน ผู้ที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายอันได้แก่ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ยากจนในภาวะวิกฤติ ซึ่งโดยปกติจะไม่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวจะต้องได้รับการดูแลและบำบัดรักษา โดยมีผู้ออกค่าใช้จ่ายให้แทนซึ่งอาจจะเป็นรัฐหรือกองทุน หรือแม้แต่องค์การกุศลหรือองค์การศาสนาก็แล้วแต่กรณี
4. การใช้จ่ายเงินเพื่อซื้อบริการจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการมีทางเลือกในการใช้บริการทางแพทย์ โดยทางเลือกเหล่านั้นได้รับการรับรองประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา จากสถาบันที่เป็นทางการแล้วอย่างเท่าเทียมกัน
5. ระบบการใช้จ่ายเงินเพื่อซื้อบริการจะต้องไม่ลำเอียงไปในลักษณะเป็นการสนับสนุนให้มีการใช้บริการบำบัดรักษามากเกินไปจนเกินความจำเป็น และถ้าหากจะมีความลำเอียงควรจะไปในทางส่งเสริมสุขภาพและป้องกันมากกว่า เนื่องจากเป็นที่ทราบดีว่า การใช้จ่ายทางด้านนี้ในปัจจุบันยังมีสัดส่วนต่ำกว่าที่ควรจะเป็น
6. วิธีการบริหารจัดการการใช้จ่ายเงินจะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และมีโอกาสรั่วไหลออกจากระบบได้น้อยที่สุด

เมื่อสามารถกำหนดหลักเกณฑ์ ในการบริหารจัดการทางการเงินได้ในระดับหนึ่งแล้วจะต้องพิจารณาประกอบกับบริบทของสังคมไทย และจะต้องพยายามใช้มาตรการทางการเงินเพื่อลดปัญหาที่เกิดจากบริบทดังกล่าวให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยมีประเด็นที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. สังคมไทยยังมีประชากรมากกว่าร้อยละ 60 ของประเทศอยู่ในภาคชนบทและประมาณร้อยละ 50 ของประชากรมีชีวิตจากการพึ่งพิงผลผลิตทางการเกษตร และมีสัดส่วนกว่าร้อยละ 70 ของผู้ที่ประกอบอาชีพบริการนั้นอยู่ในภาคนอกทางการ (informal sector) ทั้งหมดมีความหมายว่า ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีฐานะยากจนในทางเศรษฐกิจ และมีได้ आयรายได้ที่เป็นเงินเดือน ซึ่งจะมีผลต่อการจัดเก็บภาษีรายได้หรือการจัดระบบการประกันสุขภาพที่อยู่บนฐานรายได้ประจำที่เป็นทางการ
2. ประเทศไทยยังมีปัญหาความไม่เท่าเทียมกันของการมีอำนาจทางเมืองและเศรษฐกิจ สร้างปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจค่อนข้างจะสูง ซึ่งมีความหมายว่ามีสัดส่วนของผู้ที่จำเป็นจะต้องได้รับบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ โดยที่รัฐจะต้องเป็นผู้จัดหา (provider) และผู้จัดซื้อ (purchaser) เป็นส่วนใหญ่
3. ระบบภาษีอากรที่มีการจัดเก็บในประเทศไทย ถึงแม้จะเริ่มมีส่วนในการช่วยสร้างความเป็นธรรมในสังคมให้เพิ่มมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นอยู่ในอดีต เนื่องจากมีสัดส่วนของการเก็บรายได้

จากภาษีทางตรง ไม่ว่าจะเป็นภาษีรายได้บุคคลธรรมดา หรือนิติบุคคลในสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่ในความเป็นจริงก็ยังไม่สามารถลดภาวะความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมได้มากเท่าที่ควร ซึ่งมีความหมายว่า การจัดบริการทางสาธารณสุขนั้นควรจะเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือทางนโยบาย (policy instrument) ในการที่จะช่วยสร้างความเป็นธรรมทางสังคมให้เพิ่มมากขึ้น

4. ประเทศไทยมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนในท้องถิ่นในฐานะที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการแก้ปัญหา ที่มีผลจากความเหลื่อมล้ำจากโครงสร้างทางการเมือง (อำนาจ) เศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้น การจัดการทางการเงินและการจัดบริการสาธารณสุขจะต้องเป็นไปในลักษณะส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนแทนการทำลาย ซึ่งมีความหมายว่า ชุมชนควรได้รับการเสริมศักยภาพให้มีส่วนร่วมในการดูแลและบริหารจัดการบริการสาธารณสุขของตนเอง เช่น ในกรณีของกลุ่มออมทรัพย์ หรือเครดิตยูเนียนในภาคใต้เป็นจำนวนมาก ที่มีขีดความสามารถในการจัดการกับปัญหาในประเด็นนี้ด้วยตัวเอง หน้าที่ของรัฐต้องเข้าไปเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรเหล่านี้เพิ่มขึ้น

ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้จึงเป็นหลักการบริหารจัดการทางการเงิน และเงื่อนไขโดยย่อในบริบทของสังคมไทยที่จำเป็น เพื่อช่วยให้มีการออกแบบการบริหารจัดการเงินเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นการแก้ไขปัญหาความด้อยประสิทธิภาพในการใช้เงินสร้างความเป็นธรรม และความสามารถในการเข้าถึงบริการของผู้ที่ด้อยโอกาสและผู้ที่ยังอยู่ในภาวะวิกฤติพร้อมกันไป รูปแบบที่มีการกล่าวถึงมากที่สุดรูปแบบหนึ่ง คือระบบประกันสุขภาพอย่างบังคับทั่วประเทศ (compulsory health insurance) แต่จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำมาพิจารณาข้างต้น ระบบดังกล่าวยังมีความสำคัญน้อยกว่า การสร้างระบบหลักประกัน (health security) มิให้ประชาชนต้องเดือดร้อนจากการเข้าไม่ถึงบริการ และถ้าจะให้บรรลุภาวะในอุดมคติโดยไม่กำหนดวิธีการก็คือ จะต้องทำให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีโดยมีความจำเป็นที่จะต้องใช้บริการบำบัดรักษาให้น้อยที่สุด ประเด็นเหล่านี้ควรจะมีการบริหารจัดการทางการเงินอย่างไร จึงจะช่วยให้บรรลุหรือสามารถเคลื่อนตัวเข้าไปใกล้เป้าหมายดังกล่าวได้มากขึ้น

โดยสภาพความเป็นจริงของบริการรักษาสุขภาพตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน จนถึงการบำบัดรักษานั้นมีลักษณะของความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างจะสลับซับซ้อนจากที่ผู้ซื้อบริการที่เป็นปัจเจกชนจะสามารถใช้วิจารณ์ญาณของตนเอง ในการวินิจฉัยยกเว้นการเลือกซื้อบริการต่างๆ เพื่อที่ตนเองจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากงบประมาณที่มีจำกัด อีกทั้งผู้ซื้อที่เป็นปัจเจกชนยังต้องเผชิญกับผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายบริการที่มีความรู้ ความสามารถในการวินิจฉัยความต้องการตลอดจนถึงความสามารถในการหาผลประโยชน์จากผู้ใช้บริการจนเกินขอบเขตได้ง่าย ประกอบกับผู้ซื้อบริการเองในหลายกรณี ถึงแม้มีความจำเป็นจะต้องได้รับบริการก็มีอำนาจซื้อเพียงพอ ดังนั้นแนวความคิดในการร่วมกันเพื่อจัดซื้อบริการอันมีผลทำให้สามารถเพิ่มอำนาจการต่อรองกับผู้ขายบริการ ขณะเดียวกันก็มีกระบวนการเลือกสรรและให้ข้อมูลแก่ผู้ต้องการรับบริการให้ง่าย ในระดับที่ผู้ต้องการใช้บริการสามารถวินิจฉัยทางเลือกต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง ขณะ

เดียวกันหน่วยงานที่ร่วมในการซื้อบริการและเลือกสรรบริการ เพื่อช่วยให้ง่ายในการตัดสินใจ ก็ควรจะช่วยเหลือให้ผู้ที่ไม่มีความสามารถทางการเงินแต่จำเป็นต้องใช้บริการ สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ด้วย เหตุผลดังกล่าวจึงนำมาซึ่งความคิดในการจัดตั้งกองทุนผู้ซื้อบริการสาธารณสุขโดยมีพื้นที่ในขอบเขตความรับผิดชอบเป็นตัวกำหนด หรือที่เรียกว่า องค์กรจัดการสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ (Area Health Board) แต่ในขณะเดียวกัน เพื่อที่จะเป็นการป้องกันมิให้เกิดมีการครอบงำ และเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่เพิ่มขีดความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพของเขาด้วยตนเอง องค์กรจัดการสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่นี้ ต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในกรณีของไทยตามที่กล่าวมาแล้ว ในการเสริมสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ได้แก่ การดูแลด้านสุขภาพของสมาชิกของกลุ่มออมทรัพย์ หรือ เครดิตยูเนียน ในพื้นที่ภาคใต้หลายท้องที่ หน่วยงานเหล่านี้ควรได้รับการขยายบทบาทให้ทำหน้าที่ คลอบคลุมทั้งหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ ในที่สุด โดยอีกด้านหนึ่งควรจะได้รับการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจากภายนอกที่จะเข้ามาให้คำแนะนำเพื่อช่วยให้การบริหารจัดการแก่องค์กรเหล่านี้ทำหน้าที่ให้บริการต่อสมาชิกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม

ส่วนประเด็นว่าองค์กรจัดการสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่นี้ จะได้เงินมาจากแหล่งใดบ้าง เป็นต้นว่าส่วนหนึ่งมาจากภาษีอากรของรัฐ ส่วนหนึ่งมาจากการออกเงินสมทบโดยสมาชิก อีกส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการ การประกันตนเองเฉพาะกรณีของสมาชิก ในสัดส่วนที่ต่างกันก็มีความเป็นไปได้ แต่ที่สำคัญก็คือ แหล่งที่มาของเงินทุนตลอดจนการจัดสรรใช้เงินจะต้องก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในความหมายที่กล่าวมาแล้วข้างต้น คือ ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง ซึ่งรวมความหมายของความเป็นธรรมและความสามารถเข้าถึงบริการของผู้ที่จำเป็นต้องใช้บริการเข้าไว้ด้วยแล้ว

ในอีกด้านหนึ่งของการจัดซื้อบริการของสถานบริการรักษาพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง ซึ่งมีรายละเอียดและเทคนิคที่จะต้องนำมาประกอบการพิจารณาในการซื้อที่ต้องอาศัยหลักวิชาการ การวิเคราะห์และการคำนวณที่ลึกซึ้ง อาจมีความจำเป็นที่จะต้องมีหน่วยงานพิเศษที่จะทำหน้าที่ในการทำสัญญาจัดซื้อจัดจ้าง บริการสาธารณสุขจากผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลเหล่านั้นผลิตบริการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด รูปแบบดังกล่าวได้แก่ องค์กรจัดซื้อบริการโรงพยาบาล (Hospital Authority) หรืออาจจะจำกัดให้แคบลงในลักษณะที่เป็นองค์กรจัดซื้อบริการโรงพยาบาลของรัฐ (Public Hospital Authority) ทั้งนี้เนื่องจากจุดหมายในการดำเนินกิจการในโรงพยาบาลของรัฐย่อมแตกต่างไปจากโรงพยาบาลของเอกชนซึ่งเน้นการแสวงหากำไรจากการขายบริการต้อนรับและบริการรักษาด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย เน้นความพอใจของลูกค้าเป็นหลัก ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐจะต้องเน้นความสามารถในการเข้าถึง การครอบคลุมของบริการ และมาตรฐานในการให้บริการบำบัดรักษา แต่ประเด็นที่เป็นปัจจัยหลักร่วมกันก็คือประสิทธิภาพของการให้

บริการในความหมายที่แคบกว่า คือ บริการที่มีคุณภาพของผลผลิตในระดับที่กำหนด ด้วยต้นทุนที่ต่ำสุด โดยที่โรงพยาบาลเอกชนนั้นจะเป็นเรื่องของความสมัครใจของผู้ใช้บริการเป็นผู้ตัดสินราคาและคุณภาพบริการเอง ความจำเป็นในการที่มี Hospital Authority ซึ่งจำเป็นจำต้องมีเป้าหมายที่หลากหลายกว่า และลดความเข้มข้นของการจัดการเพื่อสามารถนำเอาโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาร่วมพิจารณาได้ด้วย จึงอาจมีผลประโยชน์น้อยกว่า Public Hospital Authority

ส่วนประเด็นต่อไปที่จะต้องนำมาประกอบการพิจารณาก็คือ Public Hospital Authority จะได้รับการอุดหนุนจากเงินแหล่งใดบ้าง ซึ่งส่วนหนึ่งและอาจจะเป็นสัดส่วนที่สูง น่าจะมาจากเงินภาษีอากรของรัฐ เพื่อจัดซื้อบริการในส่วนที่รัฐต้องการรักษามาตรฐานขั้นต่ำและเปิดโอกาสให้ประชาชนที่มีความจำเป็นในการมีใช้บริการเข้าถึงบริการดังกล่าว และอีกส่วนหนึ่งอาจจะมาจากเงินประกันสังคม หรือจากปัจเจกชนผู้หวังจะประกันตนเองเพื่อให้ได้รับหลักประกันในการที่จะได้รับบริการพิเศษ ก็เป็นประเด็นปลีกย่อยที่จะต้องมีการพิจารณาภายหลัง ซึ่งต้องอยู่ภายในส่วนของการที่ให้ผู้มีความสามารถจ่ายได้เป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเอง ผู้ที่ไม่สามารถจะต้องมีโอกาเข้าถึงบริการ ระบบจะต้องก่อให้เกิดการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ก่อให้เกิดการใช้บริการบำบัดรักษาฟุ่มเฟือยจนเกินความจำเป็น ประเด็นเหล่านี้เน้นรายละเอียดเฉพาะกรณี ในแต่ละเรื่องและแต่ละพื้นที่

จะเห็นได้ว่าแนวคิดในเรื่ององค์การจัดการสุขภาพชุมชนในระดับพื้นที่ (Area Health Board) และองค์การจัดซื้อบริการโรงพยาบาลของรัฐ (Public Hospital Authority) ล้วนแล้วแต่เป็นแนวความคิดที่มีประโยชน์ และอาจนำมาใช้ได้ในประเทศไทยโดยไม่จำเป็นต้องมีความซ้ำซ้อนกัน โดยให้ Area Health Board ดูแลพื้นที่ในระดับอำเภอ ซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลชุมชนด้วย เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นมาก ส่วน Public Hospital Authority นั้นควรเน้นการดูแลโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง เน้นเทคนิคในการเสนอแนะและตรวจสอบ ต้องการบริการของผู้เชี่ยวชาญในสัดส่วนค่อนข้างสูง เน้นการมีส่วนร่วมจากประชาชนในวงกว้างค่อนข้างน้อย แต่จะต้องมีการดำเนินการทางการเงินที่โปร่งใสและมีประสิทธิภาพ สามารถตรวจสอบได้ง่าย โดยสาธารณชน

ประเด็นทั้งหมดที่ได้พิจารณามานี้ควรจะครอบคลุมหลักการและวิธีการบริหารจัดการทางการเงินเพื่อผลิตหรือจัดซื้อบริการสาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพพอสมควร ซึ่งมีฐานะเป็นหัวใจของกระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้มีการจัดการบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพในความหมายที่กว้าง ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ส่วนในประเด็นรายละเอียดนั้นควรจะต้องพิจารณาภายใต้กรอบของหลักการบริหารจัดการทางการเงินและบริบทของสังคมไทยที่เกี่ยวข้องดังตัวอย่างที่ได้ยกมาประกอบแล้ว

การบริหารจัดการโรงพยาบาลในบริบทของภาพรวมบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์

ประเด็นนี้เป็นวัตถุประสงค์สำคัญในการเสนอภาพรวมของบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ เพื่อให้การบริหารจัดการโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ยังคงอยู่ภายใต้กรอบของภาพรวมดังกล่าว การพิจารณาในหัวข้อนี้ได้มีกล่าวถึงแล้วในเกือบทุกหัวข้อที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนี้ได้มีการกล่าวใช้เกือบทุกเรื่องการพิจารณาในส่วนนี้จึงเป็นแต่เพียงนำภาพรวมของหลักการและแนวคิดที่เกี่ยวกับเรื่องนี้ที่มีอยู่อย่างกระจายให้มาอยู่ที่เดียวกันอย่างเป็นระบบมากขึ้นเท่านั้น

โดยจะแบ่งประเด็นพิจารณา เป็นสามส่วนที่สำคัญนั้น ก็คือ หน้าที่ (function) การบริหารจัดการภายใน (internal management) และการบริหารจัดการการเงิน (financial management) โดยภาพรวมในส่วนที่เกี่ยวข้อง

หน้าที่ เป็นที่ยอมรับกันว่าหน้าที่หลักของโรงพยาบาลก็คือ การตั้งรับเพื่อการบำบัดรักษามากกว่าการส่งเสริมป้องกัน ดังนั้นหน้าที่หลักของโรงพยาบาลก็คือการให้การรักษา แต่ที่สำคัญและได้กล่าวไปแล้วว่า จากนี้เป็นต้นไปโรงพยาบาลเองจะต้องเพิ่มบทบาทในการส่งเสริมป้องกันให้เพิ่มมากขึ้นโดยผ่านตัวคนไข้และญาติของผู้ป่วยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหรือรับบริการจากโรงพยาบาล นอกจากนั้นโรงพยาบาลเองยังมีการให้บริการหลายระดับชั้น โดยมีจุดเน้นที่ต่างกัน เป็นต้นว่าโรงพยาบาลชุมชนจะเน้นการรักษาเบื้องต้น และบริการรักษาพยาบาลระดับ 2 เท่าที่จำเป็น เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ หรือต้องได้รับการผ่าตัดในลักษณะปัจจุบันทันด่วน ขณะเดียวกันก็ต้องเชื่อมโยงไปสู่การให้บริการส่งเสริมและป้องกันให้ครอบคลุมพื้นที่ด้วย พร้อมกันนั้นจะต้องให้บริการส่งต่อ การบำบัดรักษาในระดับ 2 และระดับ 3 อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดจะเน้นบริการบำบัดรักษา ระดับ 2 และระดับ 3 เป็นหลัก ขณะเดียวกันก็ต้องเน้นบริการป้องกันระดับ 2 และ 3 ควบคู่กันไปด้วย ในขณะที่โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ควรเน้นการให้บริการบำบัดรักษาในระดับ 3 เป็นหลัก พร้อมกับบริการป้องกันระดับเดียวกันด้วย ประเด็นสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพโดยรวม ก็คือจะต้องมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและเชื่อมต่อกันได้ทั้งระบบอย่างแท้จริง ซึ่งถ้าหากจะให้บังเกิดผลเช่นนี้ ความเหลื่อมล้ำในการให้บริการของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ควรจะมีได้บ้างเพื่อส่งเสริมให้เกิดมีกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้บริการเชื่อมต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เพราะการแบ่งหน้าที่อย่างชัดเจนจะสร้างปัญหาของการขาดประสานกันที่เกิดจากการเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน เป็นผลทำให้เกิดกรณีการเชื่อมต่อกันไม่ติด แต่ขณะเดียวกันก็ต้องมีการป้องกันมิให้ความเหลื่อมล้ำของการให้บริการเพื่อวัตถุประสงค์ในฐานะเป็นกระบวนการสร้างความเข้าใจและกระบวนการเรียนรู้กลายเป็นความซ้ำซ้อนและสูญเปล่า การแสวงหาจุดที่เน้นความพอดีในประเด็นนี้จึงมีความสำคัญมาก

การบริหารจัดการภายใน ในแต่ละโรงพยาบาลควรจะมีคล่องตัวในการบริหารจัดการภายใน ไม่ว่าในด้าน การเงิน บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ ดังนั้นรูปแบบที่ก่อให้เกิดความคล่องตัวของการบริหารจัดการในขณะนี้ที่มีเสนอกันอยู่ในปัจจุบันก็คือรูปแบบขององค์การบริหารพิเศษ (executive agency) หรือองค์กรมหาชน (public agency) ซึ่งคาดว่าจะมีการออกกฎหมายร่วมมารองรับ เพื่อเปิดทางให้มีการออกพระราชกฤษฎีกาสำหรับแต่ละโรงพยาบาลเอง

ในภายหลัง ภายในเดือนกรกฎาคม ศกนี้ แต่ประเด็นนี้ในร่างพระราชบัญญัติที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อาจจะมีอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงอันได้แก่ ข้อกำหนดที่ให้ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด จะต้องไม่มีสถานภาพเป็นข้าราชการ นอกจากนี้ยังมีข้อกังวลใจในเรื่องการเงินว่าจะได้รับน้อยลงหรือไม่ ทำให้มีปฏิกิริยาต่อต้านจากภายในมากพอสมควร ทางออกในเรื่องนี้ก็คือ จำเป็นจะต้องเปิดช่องให้ผู้อำนวยการ ยังมีโอกาสเลือกแนวทางประกอบอาชีพในฐานะที่เป็นข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขได้ ข้าราชการทุกคนที่เคยทำหน้าที่อยู่เดิมสามารถเลือกที่จะคงสถานะภาพต่อไปโดยได้รับเงินเดือนและสวัสดิการคงเดิม ส่วนผู้ที่เข้ามาใหม่และผู้ต้องการเปลี่ยนสถานะภาพจะเข้าสู่ระบบใหม่ที่มีผลตอบแทนสูงชันกว่าเดิม ซึ่งหมายความว่าผู้บริหารโรงพยาบาลจะต้องได้รับหลักประกันว่าจะได้งบประมาณไม่น้อยกว่าเดิม ในคุณภาพและปริมาณงานที่เคยผลิตได้ และเมื่อสามารถประหยัดได้จากประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการบริหารงาน ก็สามารถนำมาใช้ตอบแทนเจ้าหน้าที่ในระบบใหม่ให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อดึงดูดให้ผู้ที่ยังลังเลใจสามารถตัดสินใจเลือกระบบใหม่ได้

ท้ายที่สุดก็คือภายหลังที่เกิดโครงการนำร่องจนมีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งได้รับผลสำเร็จจากการทดลองในรูปแบบใหม่นี้แล้วจำนวนหนึ่ง ควรจะมีมาตรการในการค่อยๆ ผลักดันโรงพยาบาลในระบบเก่าให้ค่อยๆ ปรับปรุงประสิทธิภาพให้สูงขึ้นโดยลดอัตราค่าจ้างคน เมื่อมีผู้เกษียณอายุราชการ ลาออก หรือเสียชีวิต และมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนการทำงานไปสู่ระบบใหม่มากขึ้น

การบริหารเงินในภาพรวม ได้มีข้อเสนอเกี่ยวกับการบริหารทางการเงินไปแล้วในระดับอำเภอลงไป ในรูปขององค์การจัดการสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งจะต้องรวมโรงพยาบาลชุมชนเข้าไปด้วย เน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยรวมทั้งระบบ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง ในขณะนี้ยังไม่ชัดเจนว่าควรจะมีองค์การจัดซื้อบริการโรงพยาบาลของรัฐ (Public Hospital Authority) ทำหน้าที่จัดซื้อหรือไม่ ซึ่งถ้ามีองค์การดังกล่าวก็ไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดให้โรงพยาบาลต้องแปรรูปเป็นองค์การมหาชน เพราะองค์การจัดซื้อบริการโรงพยาบาลของรัฐจะมีส่วนสำคัญในการผลักดันให้โรงพยาบาลของรัฐจะต้องปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการให้สูงขึ้นเอง เพราะมีฉะนั้นจะมีงบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อการผลิตบริการที่มีต้นทุนในการผลิตสูงในรูปแบบเดิม ควรจะมีการทดลองทำความเข้าใจโดยการจัดให้มีองค์การจัดซื้อบริการโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดขนาดใหญ่ที่อาจจะมีรูปแบบต่างๆ มีจำนวนมากพอแต่ก็ต้องไม่มากเกินไป เช่นประมาณ 2-3 โรง เพื่อให้องค์การจัดซื้อบริการโรงพยาบาลของรัฐทดลองทำหน้าที่ของตนอย่างมีประสิทธิภาพก่อน เพื่อเป็นบทเรียนสำหรับแผนการขยายงานต่อไป

จุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง

เมื่อมีภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ในลักษณะที่ค่อนข้างจะชัดเจนแล้ว การเปลี่ยนแปลงย่อมสามารถทำได้ทุกจุดที่มีเงื่อนไขและความพร้อมเกิดขึ้นก่อน เพราะ

ทราบแน่ชัดว่าประเด็นของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นนั้นอยู่ ณ จุดใดของภาพรวมทั้งหมด และควรที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด

สำหรับกรณีที่จะทดลองให้เกิดผลอย่างจริงจังในขณะนี้ เนื่องจากได้มีการเคลื่อนตัวของความคิดและการผลักดันในระดับต่างๆ ไปมากแล้ว ก็คือ การทดลองทำโรงพยาบาลของรัฐจำนวนหนึ่ง (3-5 แห่ง) ให้เป็นองค์การมหาชน พร้อมทั้งสมควรที่จะเริ่มนำความคิด องค์การจัดการสุขภาพในระดับพื้นที่ (Area Health Authority) มาทดลองจัดทำในพื้นที่บางอำเภอที่มีความพร้อมสูงก่อน ขณะเดียวกันก็ควรที่จะทดลองนำความคิดองค์การจัดซื้อบริการโรงพยาบาลของรัฐ (Public Health Authority) มาดำเนินการในพื้นที่ 2-3 โรง ทั้งหมดนี้น่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ควรจะต้องมีรูปแบบทดลองการบริหารจัดการทางการเงินที่หลากหลาย เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในแต่ละพื้นที่ และในแต่ละเรื่องภายใต้หลักการ และบริษัทที่ได้กล่าวมาแล้ว

ขั้นตอนต่อไปก็คือ ทำภาพในรายงานฉบับนี้ให้มีความชัดเจนมากขึ้นและเป็นที่ยอมรับในหมู่ประชาชนมากขึ้น เพื่อใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการผลักดันให้เกิดแรงขับเคลื่อนในทางสังคมอันจะนำไปสู่การแก้ไขเปลี่ยนแปลงที่ถาวรสืบต่อไป

ป้ายบอกทาง

เนื่องจากความพยายามในการทำภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์นี้ มีวัตถุประสงค์หลักให้ทำหน้าที่เป็นป้ายบอกทาง (sign post) ที่จะช่วยให้การปรับเปลี่ยนในแต่ละเรื่องมีความสอดคล้องกัน โดยที่วัตถุประสงค์หลักของการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีสนใจในประเด็นนี้ก็เพื่อจะใช้มาปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐให้มีความสอดคล้องกับระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ของประเทศโดยรวม เพื่อให้การปรับเปลี่ยนที่จะเกิดขึ้นไม่เป็นไปในทิศทางที่ไม่พึงประสงค์

ด้วยเหตุนี้ในตอนสรุปของรายงานนี้จึงจะทำเป็นป้ายบอกทางว่าการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นน่าจะดำเนินไปในทิศทางใด

กรอบความคิดหลัก

รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันมาตรา 52 และ 82 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง
ของสังคมไทย และบริการสาธารณสุขในบริบทของสังคมโลก

ภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์

ระบบคุณลักษณะของบริการสาธารณสุขในปัจจุบันที่ไม่พึงประสงค์

- ไม่มีประสิทธิภาพ
- ไม่มีคุณภาพ
- ขาดความโปร่งใส
- ไม่มีความเป็นธรรม และไม่สามารถเข้าถึง

วัตถุประสงค์ของการปรับเปลี่ยน

ลดคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์

ลักษณะที่สำคัญที่สุดคือ ความด้อยประสิทธิภาพ

ต้องแก้ไขด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพเป็นหลัก
ในความหมายที่กว้าง ซึ่งครอบคลุม
ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการ

- ผู้ใช้บริการมีอำนาจในการคัดสรรบริการ
- เน้นการส่งเสริมและป้องกันมากขึ้นกว่าเดิม

มาตรการที่สำคัญในการแก้ไข คือ การบริหารจัดการในทางการเงิน

- หลักการในการบริหารจัดการทางการเงิน
- บริบทของสังคมไทย

ตัวอย่างของรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐในบริบทของภาพรวม

- องค์การมหาชน
- องค์การจััดการสุขภาพในระดับพื้นที่
- องค์การจััดการซื้อบริการโรงพยาบาลของรัฐ

ปรับภาพรวมของบริการสาธารณสุขที่พึงปรารถนาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น