

บทที่ 4

นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข

บทนำ

1. นโยบายสาธารณะเป็นกรอบการดำเนินงานอย่างกว้างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือสนองตอบความต้องการสาธารณะ โดยมีลักษณะเป็นการแถลงหรือเป็นข้อเขียน หรือเป็นมติของคณะรัฐมนตรี หรือการตัดสินใจของรัฐมนตรีแต่ละคน โดยทั่วไปเป็นคำแถลงของรัฐบาลต่อรัฐสภา เมื่อขอความไว้วางใจจากรัฐสภา หรือเมื่อเข้าดำรงตำแหน่ง ในระยะหลังนักรัฐประศาสนศาสตร์ให้ความสนใจศึกษาวิเคราะห์นโยบายสาธารณะมากขึ้น เพราะทำให้สามารถอธิบายสาเหตุและผลของการดำเนินกิจกรรมของรัฐบาลได้ ทำให้สามารถเข้าใจระบบบริหารจัดการของรัฐ ทั้งโดยทั่วไปและด้านต่างๆ ระบบการเมืองและระบบสังคม องค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะ กระบวนการนโยบายสาธารณะ ตลอดจนตัวนโยบายสาธารณะนั้น ๆ เอง

2. การศึกษานโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากนักวิชาการทั้งด้านรัฐประศาสนศาสตร์และด้านสาธารณสุขในช่วง 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยขอบเขตการศึกษากว้างขวางครอบคลุมการดำเนินงานที่กระทบต่อสถาบัน องค์การและการจัดการบุคลากร และงบประมาณของระบบการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีผลกระทบต่อผลประโยชน์สาธารณะในเชิงทฤษฎี กรอบการมองนโยบายสาธารณสุขมีอยู่หลายอย่าง คือ ด้านเศรษฐกิจให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพ (อุปสงค์ - อุปทาน) ด้านการเมืองเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการเมืองหรือการกำหนดนโยบาย (การปฏิรูป - เสถียรภาพ) ด้านสังคมเกี่ยวกับความเท่าเทียมกัน (การครอบงำ - การเป็นเบี้ยล่าง) และด้านระบาดวิทยาเกี่ยวข้องกับประสิทธิผล (อัตราการตาย - อัตราการป่วย) (Palmer and Short 1994) ในทางปฏิบัติการศึกษานโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขมักให้ความสนใจอยู่ 3 ระดับ (Ham and Hill 1993) ได้แก่ ระดับการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ตัดสินใจนโยบายและการเลือกทางเลือกต่างๆ ระดับกระบวนการนโยบายในภาครัฐบาล กลไกและการดำเนินงานเพื่อให้มีการกำหนดเป็นวาระนโยบาย (policy agenda) และการดำเนินตามนโยบายนั้นๆ ระดับสุดท้ายเกี่ยวข้องกับโครงสร้าง โดยมีการวิเคราะห์วิจารณ์และประเมินระบบการดูแลสุขภาพในสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาก

3. ในบทที่ 2 ได้กล่าวถึงระบบการสาธารณสุขของประเทศไทย และบทที่ 3 กล่าวถึงสถานะสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นผลจากนโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา ในบทนี้ จึงมุ่งศึกษานโยบายของรัฐบาล โดยทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยใช้แนวทาง “นโยบายสาธารณะทางเมือง”

ตามแนวทางของ Lynn (1987) ซึ่งให้ความสำคัญกับอิทธิพลหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อ การกำหนดนโยบายสาธารณะ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับระบบการเมือง ระบบสังคม (พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ขององค์การ และบุคคลในองค์การบริหาร) ซึ่งแตกต่างจากแนวทาง “การวิเคราะห์นโยบาย” มีลักษณะเป็นเทคนิคซับซ้อนกว่า

ลักษณะนโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข

4. ตารางที่ 4 - 1 สรุปนโยบายของรัฐบาลไทยตั้งแต่ พ.ศ.2485 ซึ่งเป็นปีที่สถาปนากระทรวงสาธารณสุข จนถึง พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นการแถลงนโยบายของรัฐบาล พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ มีประเด็นนโยบายสำคัญอยู่ 28 ข้อดังนี้

- (1) นโยบายการป้องกัน รักษาพยาบาล หรือจัดโรค ทั้งโรคทั่วไปและโรคระบาด
- (2) นโยบายเกี่ยวกับการสุขภาพ และการอนามัย
- (3) นโยบายเกี่ยวกับการสร้าง ขยาย ปรับปรุงสถานพยาบาลทั้งในระดับศูนย์ จังหวัด
- (4) อำเภอ และตำบล ตลอดจนการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่
- (5) นโยบายเกี่ยวกับการผลิต พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- (6) นโยบายเกี่ยวกับการขยายการผลิตยา และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้เพียงพอ และอาจขยายไปถึงการส่งออก
- (8) นโยบายการวิจัย ส่งเสริมและพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์แผนโบราณ
- (9) นโยบายการส่งเสริมการสอน อบรม เผยแพร่สุขศึกษาทั้งในและนอกโรงเรียน โดย
- (10) ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย
- (11) นโยบายการปรับปรุงระบบ วิธีการหรือกระบวนการการบริหารจัดการสาธารณสุข
- (12) เพื่อเพิ่มขีดสมรรถนะการให้บริการ
- (13) นโยบายการส่งเสริมพัฒนาสุขภาพแม่และเด็ก
- (14) นโยบายการประกันสุขภาพ
- (15) นโยบายการส่งเสริม วิจัยและพัฒนาการแพทย์ รวมถึงการตั้งสถาบันหรือสถาน
- (16) วิจัย
- (17) นโยบายพัฒนาการอนามัยโรงเรียน
- (18) นโยบายสร้างความเท่าเทียมกันในการรักษาพยาบาล
- (19) นโยบายขยายการให้บริการสู่ชนบท ภูมิภาคและท้องถิ่น
- (20) นโยบายการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการเสนอบริการ
- (21) สาธารณสุข
- (22) นโยบายสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าบริการ
- (23) นโยบายการเสนอบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน
- (24) นโยบายการกระจายอำนาจบริหารสู่ภูมิภาค
- (25) นโยบายการวางแผนครอบครัว

- (26) นโยบายเกี่ยวกับยาเสพติด
- (27) นโยบายการอนุรักษ์และทนุบำรุงสภาพแวดล้อม
- (28) นโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน
- (29) นโยบายด้านอาหารและโภชนาการ
- (30) นโยบายการคุ้มครองผู้บริโภค
- (31) นโยบายการปรับปรุงกฎหมายและระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ที่ล้าสมัย
- (32) นโยบายส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ
- (33) นโยบายเกี่ยวกับโรคเอดส์
- (34) นโยบายการส่งเสริมการพัฒนาศูนย์หรือสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน

มีข้อน่าสังเกตว่านโยบายข้อ 1 - 11 ได้ริเริ่มมาตั้งแต่สมัยที่จอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรีเมื่อ พ.ศ. 2485 ส่วนใหญ่ได้กลายเป็นนโยบายของรัฐบาลทุกคณะจนถึงปัจจุบัน มีเพียงนโยบายข้อ 12 - 13 ที่ริเริ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2491 - 2512 หลังจากศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ เป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ. 2516 - 2518) มีการกำหนดนโยบายใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นอีก 12 ข้อ นโยบายที่ริเริ่มใหม่ ๆ ในช่วงสองทศวรรษหลังมีน้อยมาก ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่านโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขของไทยมีลักษณะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป (incremental model) โดยมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขนโยบายเพิ่มเติมจากเดิมเพียงเล็กน้อย มีลักษณะเป็นงานประจำมากกว่านโยบายทางการเมืองที่มีผลกระทบต่อผลประโยชน์สาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเอาแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือแผนพัฒนาการสาธารณสุขมากำหนดเป็นนโยบาย ทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด แทบมิได้มีการริเริ่มทางการเมือง หรือนำนโยบายของพรรคการเมืองมาเป็นนโยบายสาธารณะ ยกเว้นกรณีการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในช่วงรัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

5. สำหรับแผนพัฒนาการสาธารณสุขมีลักษณะเป็นแผนสาขาของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ดังนั้นนโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ตลอดจนแผนงานโครงการของแผนนี้จึงสอดคล้องรองรับแผนระดับชาติ แต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขนับตั้งแต่ฉบับที่ 1 (2504 - 2509) จนถึงฉบับปัจจุบัน คือฉบับที่ 8 (2540 - 2544) ยังมีลักษณะเป็นงานประจำของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ฉบับที่ 4 - 6 อย่างไรก็ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับปัจจุบันเริ่มให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์หลักมากขึ้น โดยไม่ได้เน้นที่รายละเอียด ในตารางที่ 4 - 2 สรุปสาระสำคัญของแนวนโยบายของแผนพัฒนาการสาธารณสุขตั้งแต่ฉบับที่ 1 จนถึงฉบับปัจจุบัน

6. เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าสภาพแวดล้อมด้านสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาปัจจุบัน ก่อนเกิดสงครามโลกครั้งที่สอง ทั้งนักการเมืองและแพทย์ทั่วโลกให้ความสนใจอย่างมากเกี่ยวกับโรคติดต่อ แต่เมื่อสงครามโลกสงบลง ได้มีการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการวิเคราะห์และการรักษาโรค สามารถป้องกันและขจัดโรคติดต่อที่ร้ายแรงได้ ต่อมาในช่วงทศวรรษที่ 80 หรือเมื่อเกือบสิบปีมาแล้ว วงการสาธารณสุขได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นมาก มีการปฏิรูปงานสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพทั่วโลก ในปัจจุบันแนวโน้มการบริหารจัดการสาธารณสุขเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริหารและการบริการอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ความสำคัญเกี่ยวกับองค์ประกอบเงินทุนค่าใช้จ่ายเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขจะหมดไป การปฏิรูปงานสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเงินยังแพร่หลายทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย

7. พัฒนาการสาธารณสุขในประเทศไทยมีลักษณะคล้ายคลึงกับต่างประเทศ กล่าวคือ ก่อนที่รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงครามจะสถาปนากระทรวงสาธารณสุขขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2485 รัฐบาลได้ให้ความสนใจในด้านรัฐสวัสดิการ การรักษาพยาบาล และประชาสงเคราะห์ตลอดมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงเวลาดังกล่าวมักมีโรคติดต่อเป็นสาเหตุของการตายของประชากรจำนวนมากอยู่บ่อยครั้ง ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงมีการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขศาลาขึ้นหลายแห่ง ขณะเดียวกัน มีการริเริ่มจัดตั้งสุขาภิบาล เพื่อทำนุบำรุงท้องถิ่นให้มีความสะอาดเรียบร้อย มีสภาพแวดล้อมที่ดี ตลอดจนเริ่มงานอนามัยชุมชน โดยมีนายแพทย์ประจำเมืองหรือจังหวัด และแพทย์ประจำตำบล ซึ่งเป็นแพทย์แผนโบราณด้วย เมื่อสถาปนากระทรวงสาธารณสุขแล้วได้กำหนดนโยบายที่ชัดเจนในด้านการรักษาพยาบาลและขจัดโรคต่าง ๆ เมื่อสงครามสงบลงแล้วประเทศไทยยังประสบปัญหาโรคติดต่ออยู่มาก รัฐบาลคณะต่อ ๆ มา ยังคงกำหนดนโยบายเรื่องนี้ แม้เมื่อไม่นานมานี้ยังมีการระบุเกี่ยวกับโรคติดต่อที่คนงานต่างชาติหรือผู้ลี้ภัยสงครามได้นำเข้ามา กับมีโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรง

8. การพัฒนารูปแบบบริการตลอดจนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นนโยบายอีกประการหนึ่งที่ทุกรัฐบาลให้ความสนใจ ในระยะแรกเน้นการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งเมื่อแรกตั้งกระทรวงสาธารณสุขยังมีจำนวนน้อยมาก ต่อมาได้พัฒนาสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งระดับจังหวัดและ

อำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย โดยมีระบบส่งต่อคนไข้ จากการที่เน้นเพียงการรักษาพยาบาลในระยะแรก นโยบายรัฐบาลในระยะต่อมาได้ให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ สาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ

9. ขอให้สังเกตว่า แม้รัฐบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับแนวคิดรัฐสวัสดิการ แต่แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพโดยประชาชนมีส่วนร่วมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายมีมาตั้งแต่สมัยรัฐบาล พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ เมื่อ พ.ศ. 2490 แต่ไม่ได้มีการสานต่อถึงสี่สิบปีจนกระทั่งรัฐบาล พล.เอกเปรม ติณสูลานนท์ ใน พ.ศ. 2529 ได้มาระบุในนโยบายอีกครั้งหนึ่ง จนมีการตราพระราชบัญญัติประกันสังคมขึ้น เมื่อ พ.ศ. 2533 นับว่าเป็นทางเลือกที่สำคัญในการแสวงหาและพัฒนาทรัพยากรมาเพื่อใช้ในด้านสาธารณสุข ถึงแม้อัตราส่วนไม่มากเมื่อเทียบกับรัฐสวัสดิการต่าง ๆ เช่น การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายของผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ฯลฯ หรือบัตรสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบอยู่

10. ข้อแตกต่างที่ค่อนข้างชัดเจนระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศเกี่ยวกับการควบคุมค่าใช้จ่าย ได้แก่ ขณะที่มีความพยายามลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสาธารณสุขในภาครัฐบาลทั้งระดับรัฐและท้องถิ่นในต่างประเทศ แต่ปรากฏว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของคนไทยและงบประมาณด้านสาธารณสุขของทั้งกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัยและหน่วยงานอื่น ๆ ของไทยกลับสูงขึ้นมาก ดูเหมือนมีเพียงโรงพยาบาลเอกชนซึ่งในช่วงหลังมีบทบาทเพิ่มขึ้นในระบบดูแลสุขภาพของประเทศที่พยายามเพิ่มประสิทธิภาพแสวงหารายได้เพิ่มพร้อมกับลดค่าใช้จ่าย เพื่อความอยู่รอดในระยะยาว เนื่องจากมีการแข่งขันกันมาก

11. ในระยะหลังนโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขได้กล่าวถึง “ประสิทธิภาพ” “ประสิทธิผล” “ความสามารถในการเข้าถึง” และ “คุณภาพ” ในการบริหารจัดการและการบริการ แม้ว่าก่อนหน้านี้ได้มีความพยายามที่จะเพิ่มสมรรถนะบุคลากรด้วยมาตรการต่าง ๆ แต่นับตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) เป็นต้นมา ได้พัฒนาแนวความคิดการพัฒนาประสิทธิภาพโดยการสร้างระบบหรือรูปแบบที่เชื่อมประสานทั้งภายนอกและภายในในลักษณะเครือข่าย แสวงหาทางเลือกใหม่ ๆ เกี่ยวกับการระดม แสวงหาและพัฒนาทรัพยากร โดยให้ความสำคัญกับภาคเอกชนและท้องถิ่นมากขึ้น รวมทั้งการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพตนเองและชุมชน ซึ่งรวมถึงการเสียค่าประกันสุขภาพด้วย

12. ถ้านำนโยบายและแผนที่กล่าวมาแล้วมาจัดกลุ่มเป็นวาระนโยบาย (policy agenda) อาจแยกได้เป็น

- (1) นโยบายการสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่เพียงพอ สามารถเข้าถึง มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ
- (2) นโยบายการสร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาพฤติกรรมอนามัย เพื่อมุ่งป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ

- (3) นโยบายการพัฒนาทรัพยากรสาธารณสุข
- (4) นโยบายการปฏิรูปการบริหารจัดการสาธารณสุข

วาระนโยบายดังกล่าวได้มีการระบุเรื่อยมา แต่มักขาดช่วงไม่ต่อเนื่อง นโยบายบางประการขัดแย้งกันในรายละเอียด นโยบายบางอย่างไม่มีการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง ขาดการประเมินผลสำเร็จ เพื่อนำข้อขัดข้องไปปรับปรุงแก้ไข

นโยบายการสร้างระบบสาธารณสุขที่เพียงพอสามารถเข้าถึงได้ มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

13. หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 นโยบายที่สำคัญได้แก่การเร่งรัดสร้างโรงพยาบาลและสุศาลาเพื่อใช้ในการบำบัดโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อ ซึ่งในขณะนั้นมีโรงพยาบาลทั่วประเทศไม่กี่แห่ง การรักษาบำบัดโรคเป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำจังหวัดหรือแพทย์สุขภิบาล หรือเทศบาล ซึ่งประจำอยู่ที่สุศาลาเพียงคนเดียว กระทรวงมหาดไทยจึงสั่งการให้กรมสาธารณสุขสร้างโรงพยาบาลขึ้นทุกจังหวัด โดยในระยะแรกให้สร้างที่จังหวัดชายแดน คือ อุบลราชธานี หนองคายและนครพนม กับให้สร้างสุศาลาชั้น 2 โดยรัฐบาลอุดหนุนการก่อสร้างเพียงครึ่งเดียว ที่เหลือให้ท้องถิ่นจัดหาสมทบ เมื่อสร้างเสร็จแล้วรัฐบาลส่งผู้ช่วยแพทย์โดยเรียกผู้สมัครจากนายสิบและพลเสนารักษ์มาเข้ารับการศึกษาฝึกอบรม ในขณะเดียวกันมีการอบรมนางผดุงครรภ์ขึ้นสองด้วย ข้อที่ควรพิจารณาคือรัฐบาลยุคนั้นให้ความสำคัญกับการขยายบริการสู่ชนบทหรือหัวเมือง โดยเริ่มมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นโดยการจัดตั้งเทศบาลขึ้นทั่วประเทศ เทศบาลได้รับมอบหมายให้ดูแลด้านการรักษาพยาบาลด้วย ซึ่งหมายถึงท้องถิ่นต้องระดมทรัพยากรมาสมทบกับส่วนกลางเพื่อจัดตั้งสุศาลา หรือแม้แต่โรงพยาบาลของเทศบาล

14. เมื่อแรกสถาปนากระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2485 มีจังหวัดที่มีโรงพยาบาลอยู่เพียง 15 จังหวัด แพทย์พยาบาลตลอดจนยารักษาโรคก็ไม่เพียงพอ ดังนั้นนโยบายของรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม เมื่อ พ.ศ. 2485 จึงเน้นการป้องกัน และกำจัดโรคสำคัญซึ่งเป็นเหตุให้ประชากรตายมาก ปรับปรุงการสุขาภิบาล เผยแพร่สุขศึกษา จัดตั้งสถานพยาบาลทั้งโรงพยาบาลและสุศาลา ทั้งบำบัดโรคทั่วไปและโรคเฉพาะ เช่น โรคไข้จับสั่น กามโรค วัณโรค และโรคเรื้อน เป็นต้น ผลิตแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข ตลอดจนผลิตยา วัคซีน และเซรัมให้มีปริมาณเพียงพอ นโยบายเช่นนี้สืบต่อเนื่องมาหลายรัฐบาล แทบไม่มีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญใด ๆ จนมีการสร้างโรงพยาบาลจังหวัดครบทุกจังหวัด เมื่อ พ.ศ. 2499

15. การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกิดขึ้นในช่วงศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ เป็นนายกรัฐมนตรี เมื่อปี พ.ศ. 2517 ได้มีการระบุอย่างชัดเจนที่จะให้บริการสาธารณสุขทั้งด้านส่งเสริมป้องกันและรักษาพยาบาลกระจายถึงประชาชนในชนบท ซึ่งรัฐบาลต่อมาได้ใช้คำว่า “บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน” กระจายไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น ต่อมารัฐบาล ม.ร.ว.เสนีย์ ปราโมช (2519) และรัฐบาลนายธานินทร์ กรัยวิเชียร (2519) กล่าวถึงการปรับปรุงและการขยายบริการด้านการรักษาพยาบาลให้เพียงพอ โดยจัดสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอและสถานอนามัยตาม

ตำบลต่าง ๆ เพื่อบริการประชาชนในอำเภอ ตำบลและหมู่บ้านโดยทั่วถึง กับจัดส่งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้การรักษายาบาลและป้องกันโรคแก่ประชาชนในท้องถิ่นห่างไกลและกันดาร จัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคต่าง ๆ ให้มีแพทย์ผู้ชำนาญหลายสาขาประจำ เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดความสามารถของแพทย์ตามโรงพยาบาลทั่วไปของภาคนั้นๆ ต่อมาในสมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (พ.ศ. 2529) ได้กล่าวถึงการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลตำบล ประการสำคัญคือบทบาทของโรงพยาบาลทุกระดับมีทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และฟื้นฟู หรือการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก

16. รัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์สมัยที่หนึ่ง เมื่อ พ.ศ. 2520 ได้กล่าวถึงการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านเพื่อปฏิบัติ “งานสาธารณสุขเบื้องต้น” (ต่อมาเรียกว่า การสาธารณสุขมูลฐาน) เป็นการรองรับข้อผูกพันระหว่างประเทศที่ประเทศไทยในฐานะสมาชิกองค์การอนามัยโลก ที่ให้ดำเนินการเพื่อเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543” ซึ่งหมายความว่ารัฐบาลไทยยอมรับว่าสุขภาพอนามัยเป็นสิทธิขั้นมูลฐานประการหนึ่งของประชาชนทุกคน ดังนั้นรัฐจำเป็นต้องกำหนดรูปแบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งมาชัดเจนขึ้นในช่วงรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (พ.ศ. 2523 - 2531) และในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับดังกล่าวเน้นการปรับเปลี่ยนแนวทางหรือวิธีการการให้บริการสาธารณสุข โดยให้เริ่มจากการยอมรับความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน แล้วนำกลวิธีต่าง ๆ มาสร้างเป็นหลักปฏิบัติ เช่น การเปลี่ยนหรือดัดแปลงเทคโนโลยีเพื่อประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาและสภาพสังคม การพยายามลดการพึ่งพิงต่างประเทศ และการพัฒนาศักยภาพของตนเองมากขึ้น มีการเน้นบทบาทและหน้าที่ของประชาชนหรือองค์กรชุมชน โดยมุ่งให้พึ่งพาตนเองได้ มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมาย เช่น เขตพื้นที่ยากจนหนาแน่น เขตพื้นที่ชายแดนและแหล่งพำนักของชนบางกลุ่ม ตลอดจนกลุ่มอายุของประชากรผู้มีปัญหาหรือมีอัตราการเสี่ยงต่อโรคสูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น ทารกและเด็กก่อนวัยเรียน หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมลูก เป็นต้น ซึ่งรัฐบาลคณะต่อ ๆ มาได้ให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขมูลฐานมาโดยตลอด นอกจากการเริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานแล้ว รัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ สมัยที่สอง (พ.ศ. 2522) ยังกำหนดนโยบายให้ยกระดับสำนักงานผดุงครรภ์ทั่วประเทศเป็นสถานอนามัย เพื่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และความสะดวกของผู้ป่วย

17. การจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2485 มีวัตถุประสงค์ที่จะรวมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุขมาไว้ในกระทรวงเดียวกัน เป็นการผนึกกำลังเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน แต่หลังจากนั้น งานสาธารณสุขหลายประการได้ถูกโอนไปสังกัดกระทรวงทบวงอื่น กับมีหน่วยงานใหม่ ๆ เกิดขึ้นที่ทำหน้าที่ในด้านนี้ด้วย จึงทำให้เกิดปัญหาด้านเอกภาพในการปฏิบัติตามแผนและนโยบายสาธารณะ ตัวอย่างที่ชัดเจนมากปรากฏในนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ สมัยแรก (พ.ศ. 2523) ที่กล่าวว่า “...จะร่วมมือกับทบวงมหาวิทยาลัยในการเร่งรัดการผลิตแพทย์ พยาบาล เกษษกร นักสาธารณสุข เจ้าหน้าที่

ที่เทคนิค และเจ้าหน้าที่ธุรการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มากขึ้นโดยเร็ว...” ซึ่งประจวบกับว่านโยบายนี้เป็นเพียงของกระทรวงสาธารณสุขไม่ใช่ของรัฐบาลที่แถลงต่อรัฐสภา อย่างไรก็ตามรัฐบาลนี้ได้เน้นถึงการพัฒนาและปรับปรุงงานสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อให้สามารถประสานเป้าหมาย ประสานงานระหว่างหน่วยงานกลาโหม มหาดไทย เกษตร อุตสาหกรรม สิ่งแวดล้อม ศึกษา และธุรกิจเอกชน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขดีขึ้นในยามปกติ และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ในยามฉุกเฉินได้ นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงการผนึกวิธีการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านกับระบบการรักษาพยาบาลในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งขอให้สังเกตว่าแนวคิดเช่นเดียวกันนี้ได้รับริเริ่มขึ้นในรัฐบาล ศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ (พ.ศ.2517) ที่กล่าวถึงการเร่งรัดปรับปรุงระบบสาธารณสุขในส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกชนและประชาชนเพื่อผนึกกำลังกันแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในด้านความร่วมมือกับภาคเอกชนและประชาชนนั้นนโยบายของรัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ ได้ระบุถึงการระดมสรรพกำลังด้านสาธารณสุข ทั้งจากภาครัฐบาลและภาคเอกชน ให้เข้ามามีบทบาทในการรับใช้ประชาชนอย่างแท้จริง โดยชักนำ ส่งเสริม และสนับสนุนกิจกรรมสาธารณสุขภาคเอกชน รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนด้วยวิธีการต่างๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปได้เข้ามามีส่วนร่วมหรือริเริ่มงานสาธารณสุขของชุมชนให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น ซึ่งอันที่จริงคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้เริ่มอนุมัติบัตรส่งเสริมการลงทุนสร้างโรงพยาบาลเอกชนมาแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2515

18. อันที่จริงรัฐบาลทุกยุคทุกสมัยได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขในชนบท โดยถือว่าเป็นพื้นที่เป้าหมายนับตั้งแต่รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2485) แต่การขยายบริการเป็นไปอย่างล่าช้า ต้องใช้เวลากว่า 30 ปี จึงสามารถขยายลงไปถึงระดับหมู่บ้าน มีการนำสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนสำคัญ ความล่าช้าดังกล่าวอาจเป็นเพราะทรัพยากรสาธารณสุขของรัฐมีอยู่จำกัด และมีการรวมศูนย์ในกรุงเทพมหานคร กว่าประเทศไทยจะมีโรงพยาบาลประจำจังหวัดครบทุกจังหวัดต้องใช้เวลาถึง 15 ปี แต่หลังจากนั้นสามารถสร้างโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชน ขยายโรงพยาบาลประจำจังหวัด บางแห่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ กับจัดตั้งสถานีอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขชุมชนตามตำบล และชุมชนหนาแน่นได้จำนวนมากอย่างรวดเร็วในช่วง 20 ปีต่อมา ส่วนกลุ่มประชากรเป้าหมาย รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2485) ได้กล่าวถึงแต่เพียงคนทุพพลภาพ คนชรา และเด็กไร้ที่พึ่ง ต่อมารัฐบาล พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ (พ.ศ. 2490) ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมคือ แม่และเด็ก ซึ่งรัฐบาลต่อมาทั้งรัฐบาลนายควง อภัยวงศ์ (พ.ศ. 2490, 2491) และรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ.2492) ได้ระบุไว้เช่นเดียวกัน ในสมัยพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ เป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ.2522) กลุ่มเป้าหมายได้แก่กลุ่มประชาชนในชนบท และกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และผู้สูงอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ในช่วงหลัง กลุ่มเป้าหมายยังรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ สุขภาพจิต และยาเสพติดด้วย มีข้อน่าสังเกตคือ รัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช (พ.ศ.2518) มีนโยบายสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเป็นพิเศษ ในด้านสาธารณสุขได้กำหนดว่า “ให้

ประชาชนในเขตชนบทและเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ได้รับการสงเคราะห์ ด้านบริการรักษาความเจ็บป่วย โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” การริเริ่มเพื่อผลประโยชน์ทางการเมืองนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่าย ถึงกับมีการกำหนดในแนวนโยบายของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยหลายฉบับและกลายเป็นนโยบายในรัฐบาลชุดต่อมา โดยความเป็นจริง โรงพยาบาลของรัฐได้ให้บริการผู้ยากไร้โดยไม่ต้องเสียค่าบำรุงอยู่แล้ว การมีนโยบายเช่นนี้เป็นเพียง “การหาเสียง” และตอกย้ำการให้บริการแก่ประชาชนในรูปรัฐสวัสดิการ ซึ่งรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2492) ได้เคยระบุไว้แล้วว่า “จะพยายามให้ประชาชนทุกคนได้รับการปฏิบัติในการรักษาพยาบาล เท่าเทียม กัน” ไม่ว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมอย่างไร หรือพำนักอยู่ที่ใด ไม่ว่าในชนบทหรือในเมืองมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน

19. นอกเหนือจากการสร้าง โอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันแล้ว รัฐบาลแทบทุกคณะได้กล่าวถึง “ประสิทธิภาพ” “การเพิ่มขีดสมรรถนะ” “พัฒนาและปรับปรุงมาตรฐาน” “เป็นธรรมและประหยัด” ฯลฯ ในระยะหลังได้มีการระบุถึง “คุณภาพ” “อย่างจริงจัง” “ราคาที่เหมาะสม” “ความพึงพอใจ และ “หลักประกันสำหรับบริการสุขภาพ” ซึ่งเป็นแนวโน้มทั่วโลกที่มีการปรับตัวด้านสาธารณสุข ลดบทบาทภาครัฐโดยพยายามใช้กลไกการตลาดเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ผู้รับบริการพึงพอใจในราคาค่าบริการที่เหมาะสม ทางเลือกที่ประกาศเป็นนโยบายรัฐบาลได้แก่ การสร้างระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเคยมีการกล่าวถึงในนโยบายรัฐบาล พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ เมื่อห้าสิบปีที่แล้ว (พ.ศ.2490) โดยจะจัดให้มีการประกันสุขภาพหรือความเจ็บป่วยแก่ “บุคคลบางประเภท” ต่อมารัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (พ.ศ.2529) แถลงว่าจะสนับสนุนและส่งเสริมการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ รัฐบาลพลตรีชาติชาย ชุณหะวัณ (พ.ศ.2531) ระบุว่าปรับปรุงระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่แล้วให้เหมาะสม และรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ (พ.ศ.2534) กำหนดว่า รัฐบาลมีนโยบายเร่งปรับปรุงระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ส่วนรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน (พ.ศ.2534) กำหนดว่าจะเร่งสร้างหลักประกันสำหรับบริการสุขภาพ ซึ่งคล้ายคลึงกับนโยบายของรัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร แต่รัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร กำหนดกลุ่มเป้าหมายชัดเจน คือ ผู้มีรายได้น้อย บุคคลที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูลและผู้สูงอายุ ในรัฐบาลนายชวน หลีกภัย (พ.ศ.2535) กลุ่มเป้าหมายได้ขยายกว้างขวางยิ่งขึ้น โดยให้มีการปรับปรุงระบบการประกันสังคม ให้สามารถคุ้มครองลูกจ้างอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน ขึ้นไป ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนชาวไทยประมาณ 25 ล้านคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ได้มีการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงการสงเคราะห์ด้านรักษาพยาบาลแก่ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี และผู้พิการ โดยให้ได้รับ “บัตรสงเคราะห์” ในการรักษาพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นรัฐสวัสดิการ ส่วนรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538) และรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ.2539) ได้ให้การสนับสนุนการสร้างระบบการประกันสุขภาพเช่นเดียวกัน แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียด ไรก็ตามก็ตีในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) ได้กำหนดว่าให้มีการสร้างหลัก

ประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม ทั้งนี้หลักประกันนี้จะต้องครอบคลุมบริการหลักด้านสุขภาพ (core health services) ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถนะหรือการสาธารณสุขผสมผสาน

นโยบายการสร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค

และส่งเสริมสุขภาพอนามัย

20. สภาพแวดล้อมมีผลกระทบต่อการมีสุขภาพดี ความปลอดภัยในการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพและสันติภาพ การมีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพของประชากร ในทำนองเดียวกัน พฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็มีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายในลำดับสูง คือ โรคเอดส์ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ปัญหาสุขภาพจิต และอุบัติเหตุ ซึ่งนับตั้งแต่แรกสถาปนากระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ.2485 รัฐบาลเกือบทุกคณะได้ระบุเรื่องนี้ในนโยบายของรัฐบาล เริ่มจากรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2485) กล่าวถึงการปรับปรุงการสุขาภิบาลชนบทและในเขตเทศบาลให้มีสภาพดีขึ้นกับจะเร่งเผยแพร่การศึกษาแก่ประชาชนยิ่งขึ้น จัดการป้องกันและกำจัดโรคสำคัญ ซึ่งเป็นเหตุให้ประชาชนตายมาก ต่อมาในสมัยที่พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ (พ.ศ.2522) ได้กล่าวถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขปโภค การยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชน โดยให้ได้มีที่อยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ดีพอสมควร ป้องกัน และแก้ไขปัญหาแหล่งเสื่อมโทรมและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจ สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของประชาชน เข้มงวดกวดขันการรักษาความสะอาดถนนหนทางระบบการระบายน้ำเสีย ให้สวัสดิการในด้านสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้าง จัดให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐและค้นหาวิธีที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมงานด้านอาหารและโภชนาการ งานสุขาภิบาลทั่วไป งานจัดหาน้ำสะอาดสำหรับบริโภค และงานให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชน ส่งเสริมการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษาของประชาชนทั่วไป เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจและตื่นตัวในการป้องกันรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองและชุมชน ตลอดจนเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปได้เข้ามามีส่วนร่วมหรือริเริ่มงานสาธารณสุขของชุมชนเองให้ก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

21. นับตั้งแต่พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ. 2531) เป็นต้นมา มีการกล่าวถึงการสร้างพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมอนามัยที่ดี การยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สูงขึ้น การปรับปรุงการศึกษา และแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อมและการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต่อมาได้มีการตราหรือแก้ไขกฎหมายสาธารณสุข กฎหมายส่งเสริมและรักษาสุขภาพแวดล้อม ในพ.ศ.2535 กับมีการจัด

ตั้งหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมในระดับกระทรวง มีการร่วมมือกับหน่วยงานอื่นและภาคเอกชน รมณศรีให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการอนุรักษ์สภาพแวดล้อมยิ่งขึ้น นโยบายของรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ (พ.ศ.2534) ยังคงคล้ายคลึงกับนโยบายเดิม แต่ได้กล่าวถึงการปรับปรุงการศึกษาโดยใช้เทคโนโลยีทางสื่อสารมวลชน และการศึกษาทั้งในและนอกระบบ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งไม่ใช่ของใหม่ เพราะมีการระบุเช่นเดียวกันนี้ในนโยบายรัฐบาลชุดก่อน ๆ เมื่อ 10 - 20 ปีก่อน

22. ข้อน่าสังเกต คือ มีการกล่าวถึงวิธีการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพหลายประการ เช่น ในสมัยที่พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ.2523 - 2531) มีการกล่าวถึงการส่งเสริมการออกกำลังกายและเล่นกีฬา เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีแต่เยาว์วัย มีการพักผ่อนหย่อนใจที่ถูกต้อง ในสมัยนายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ.2535) กล่าวถึงการรณรงค์เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงเร่งรัดจัดหาน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคบริโภคอย่างทั่วถึง จัดให้มีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ และเร่งรัดเฝ้าระวังตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สิ่งปฏิภูลและขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล ทั้งการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเสพสารเสพติด ตลอดจนการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างทั่วถึง รัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538) และรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ.2539) มีนโยบายคล้ายคลึงกับรัฐบาลนายชวน หลีกภัย แต่ระบุชัดเจนให้มีการส่งเสริมประชาสัมพันธ์ความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแก่ประชาชน

23. นโยบายของรัฐบาลที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพอนามัยอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ ด้านอาหารและยา ตลอดจนผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ โดยมุ่งให้มีการกำกับดูแลของภาครัฐเพื่อให้ประชาชนบริโภคอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพดี ปลอดภัย ในราคาที่เหมาะสม กับใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานและอัตราค่าบริการที่เป็นธรรม ในช่วงสงครามโลกและหลังสงครามได้มีการกล่าวถึงความเพียงพอและราคาของยารักษาโรคและเวชภัณฑ์ต่างๆที่ขาดแคลนและมีราคาสูง ทำให้รัฐบาลต้องจัดตั้งโรงงานเภสัชกรรม ซึ่งต่อมายกฐานะเป็นองค์การเภสัชกรรม ต่อมาภาคเอกชนได้ตั้งโรงงานผลิตยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ มากมาย จนสามารถส่งออกได้ ทำให้รัฐต้องตั้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาขึ้นเมื่อ พ.ศ.2517 เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม นโยบายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคมา กำหนดชัดเจนในช่วงรัฐบาล พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (พ.ศ.2523) กำหนดว่าจะดำเนินการทุกอย่างเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการตรวจสอบ ป้องกัน ปราบปรามและลงโทษผู้กระทำผิดรวมทั้งส่งเสริมให้ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้องและเหมาะสมในการผลิต การจำหน่าย การโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร ยารักษาโรค และวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการเกษตรให้ได้รับความปลอดภัยเป็นธรรมและประหยัด ต่อมารัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร (พ.ศ.2535) กำหนดนโยบายเร่งรัดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ยา บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ได้สินค้าและบริการที่ดีมีคุณภาพ ส่วนรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538) กำหนดให้มีการกวาดขันมาตรฐานคุ้มครอง

ครองผู้บริโภคเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคอาหารและยาที่ไม่ได้มาตรฐาน ความปลอดภัย ซึ่งนโยบายของรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ.2539) ได้ระบุไว้เช่นเดียวกัน

24. แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับปัจจุบันได้กำหนดยุทธวิธีในเรื่องนี้คล้ายคลึงกับนโยบายของรัฐบาลที่กล่าวมาแล้ว กล่าวคือ กำหนดให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ได้ผลในการป้องกันและควบคุมโรค ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ที่มีอยู่เดิมและโรคที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาใหม่ การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี กับการส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ประกอบอาชีพ

นโยบายการพัฒนาทรัพยากรสาธารณสุข

25. ทรัพยากรสาธารณสุข ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข งบประมาณและเงินทุนต่าง ๆ ยารักษาโรค เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีการแพทย์ ตลอดจนสถานพยาบาลและอุปกรณ์ประกอบสถานพยาบาลนั้น ๆ ทรัพยากรดังกล่าวเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบบริการดูแลสุขภาพ ซึ่งในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรดังกล่าวที่มักมีไม่เพียงพอหรือมีอยู่จำกัด ดังปรากฏในนโยบายของรัฐบาลแทบทุกคณะที่กล่าวถึงการเร่งรัดพัฒนาทรัพยากรต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรมนุษย์ เริ่มจากนโยบายของรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2485) ซึ่งกล่าวถึงการสร้างสถานพยาบาล การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ศาสตร์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรมศาสตร์ และสัตวแพทยศาสตร์ ให้มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาตามมาตรฐานสากลมากขึ้น การอบรมบุคลากรทางแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนการผลิตยารักษาโรค วัคซีน และเซรัม ให้มากขึ้นและเพียงพอต่อความต้องการภายในประเทศ นโยบายดังกล่าวเป็นผลให้มีการจัดตั้งสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ เพิ่มขึ้นทั่วประเทศ มีการจัดตั้งมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และปรับปรุงโรงงานเภสัชกรรม

(ก) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

26. การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับปริญญาเป็นปัญหาเรื้อรังตลอดมา เพราะการผลิตบุคลากรเหล่านี้ต้องใช้เวลานาน ใช้งบประมาณมาก กับทั้งต้องมีการประกันคุณภาพอย่างจริงจังในด้านการเรียนการสอน ดังนั้น แม้มีการกำหนดนโยบายเร่งรัดการผลิตบุคลากรเหล่านี้ตลอดมา แม้ในช่วงที่นายชวน หลีกภัย (พ.ศ.2535) นายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538) และพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ.2539) เป็นนายกรัฐมนตรี ได้จัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชกรรมศาสตร์ และคณะสัตวแพทยศาสตร์ ขึ้นหลายแห่ง แต่ไม่อาจแก้ไขปัญหาการขาดแคลนนี้ได้ มิหนำซ้ำยังเกิดปัญหาสมองไหลจากภาครัฐบาล ทำให้ขาดแคลนบุคลากรเหล่านี้ในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนนับร้อยแห่ง เกิดปัญหาเกี่ยวกับการกระจายบุคลากร โดยบางภูมิภาคหรือบางจังหวัดมีอัตราบุคลากรเหล่านี้ต่อประชากรต่ำมาก ดังเช่น อัตราทันตแพทย์ต่อประชากร

ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือบางจังหวัด 1 : 120,000 เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพและคุณลักษณะของบุคลากรดังกล่าวที่ตรงกับงานที่ต้องปฏิบัติประจำวันและความต้องการของประเทศด้วย

27. ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับปัจจุบันได้กล่าวถึงยุทธวิธีพัฒนาการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพประการหนึ่งว่า “... ปรับและพัฒนาแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และสอดคล้องกับความต้องการด้านกำลังคนของประเทศ รวมทั้งพัฒนาระบบบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด...” แสดงถึงการให้ความสำคัญกับแผนกำลังคนหรือแผนทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ ซึ่งเท่าที่ผ่านมาพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการคาดการณ์กำลังคน เมื่อ พ.ศ.2530 กระทรวงสาธารณสุขและกองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแพทยสภา เคยคาดการณ์ว่าการผลิตแพทย์จะเพียงพอกับการใช้งาน และกระจายปริมาณไปสู่ภูมิภาคได้ภายใต้สภาพเศรษฐกิจและสังคมขณะนั้น ดังนั้นจึงเห็นว่าการเร่งเพิ่มปริมาณการผลิตบัณฑิตแพทย์เป็นเรื่องสำคัญรองลงมาจาก การมุ่งผลิตบัณฑิตแพทย์ให้มีคุณภาพตรงตามบทบาทที่จะต้องปฏิบัติงานเพื่อเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าและคุณภาพชีวิต (วิจารณ์ พานิช ณรงค์ นิตยาพร วิศิษฐ์ จิตต์แจ้ง 2531) ซึ่งดูเหมือนว่า ไม่ประสบความสำเร็จหรือบรรลุเป้าหมายทั้งสองประการ การคาดการณ์ที่ผิดพลาดเช่นนี้อาจเป็นเพราะสภาพแวดล้อมและความต้องการของประเทศเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว วิจารณ์ พานิช และคณะจึงเสนอว่า คงต้องอาศัยนโยบายของรัฐเข้ามาประกอบการพิจารณาคาดการณ์ความต้องการนโยบายดังกล่าวได้แก่

- (ก) นโยบายการให้บริการทางแพทย์และสาธารณสุขของรัฐที่จะขยายให้มีแพทย์ประจำทุกตำบลหรือไม่
- (ข) นโยบายขยายจำนวนแพทย์เฉพาะทาง ถ้ามีแพทย์เฉพาะทางมากก็จำเป็นต้องเพิ่มจำนวนแพทย์ เพราะหน้าที่ของแพทย์เปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับมีภาระงานมากขึ้น
- (ค) นโยบายของรัฐด้านเศรษฐกิจที่มุ่งพัฒนาประเทศเข้าสู่ความเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ และการพัฒนากำลังคนด้านอื่น ๆ
- (ง) นโยบายเพิ่มจำนวนผลิตบุคลากรบางประเภทเพื่อแบ่งเบาภาระงานของแพทย์ เช่น การใช้พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลสาธารณสุข หรือเภสัชกรคลินิก เป็นต้น

28. อันที่จริงนโยบายดังกล่าวทั้งสี่ประการเกี่ยวพันกับนโยบายการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพโดยตรง และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบในการคาดการณ์ความต้องการของประเทศในอนาคต อย่างไรก็ตาม ประเด็นสำคัญที่สุดในการกำหนดนโยบายและแผนกำลังคนด้านสุขภาพน่าจะเป็นการยอมรับสภาพที่แท้จริงว่าขณะนี้ประเทศไทยขาดแคลนบุคลากรดังกล่าวไม่ว่าแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลปริญญา ตลอดจนบุคลากรระดับรองลงมา และในอนาคตก็ยังคงสภาพนี้อยู่ หากไม่มีการระดมทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน

ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ที่กล่าวเช่นนี้ เพราะอัตราส่วนบุคลากรดังกล่าวต่อประชากรของประเทศไทยยังไม่อาจเทียบกับประเทศในภูมิภาคนี้หลายประเทศ ดังตัวอย่างอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรของญี่ปุ่น 1 : 156 มาเลเซีย 1 : 470 ของไทย 1 : 1,150 เป็นต้น ในการวางแผนผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ อาจมีการใช้อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรดังกล่าวต่อประชากรโดยใช้เปรียบเทียบกับประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกับประเทศไทย ขณะเดียวกันให้ใช้องค์ประกอบอื่น ๆ เข้ามาพิจารณาด้วย

29. การคำนวณอัตราส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรในระดับประเทศคงไม่เพียงพอ จำเป็นต้องพิจารณาการกระจายบุคลากรเหล่านี้ในภูมิภาคต่าง ๆ ด้วย ดังกรณีของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรน้อยกว่ากรุงเทพมหานครถึงกว่าสิบเท่า มีทันตแพทย์น้อยกว่าเกือบยี่สิบเท่า และมีเภสัชกรน้อยกว่าถึงเกือบสิบแปดเท่า ขณะเดียวกัน กรุงเทพมหานครกลับมีการกระจุกตัวของโรงเรียนแพทย์และสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข

30. เคยมีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนกระบวนการผลิตบุคลากรเหล่านี้ในสถาบันต่าง ๆ ที่จะพัฒนาคุณภาพ ความรู้ความสามารถและเจตคติของบัณฑิตด้านสุขภาพ โดยมุ่งให้สามารถแก้ไขปัญหายของชุมชน โดยให้มีความรู้ความสามารถในการค้นหาปัญหามากกว่าที่จะเรียนรู้เป็นเรื่อง ๆ กับมีความสามารถที่จะศึกษาหาความรู้ได้ด้วยตนเองในสภาพความเป็นจริง ความพยายามดังกล่าวยังไม่ประสบผลดังมุ่งหวัง

31. สำหรับบุคลากรในระดับรองลงมาคือ ระดับผู้ช่วย ทั้งพนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตแพทย์ ผู้ช่วยเภสัชกร เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ และเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ฯลฯ ก็ยังขาดแคลนอยู่เช่นกัน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขและสถาบันต่าง ๆ ได้เร่งรัดผลิตบุคลากรเหล่านี้อยู่แล้ว ในด้านคุณภาพและความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตรงกับความต้องการของท้องถิ่นและเพียงพอกับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ก็ยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันอยู่ บุคลากรเหล่านี้มีจำนวนมากที่ต้องการเปลี่ยนสายอาชีพเพราะเห็นว่าขาดโอกาสความก้าวหน้า ขาดขวัญกำลังใจ ถึงแม้มีโอกาสศึกษาต่อเนื่องสู่สายงานระดับปริญญาแต่มีอยู่น้อยที่ไปศึกษาต่อแขนงวิชาอื่น

32. มีข้อน่าสังเกตว่า นับตั้งแต่รัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ เป็นต้นมา รัฐบาลได้กำหนดนโยบายให้แสวงหาทรัพยากรบุคคลท้องถิ่นเข้ามาเป็นแนวร่วมในการสาธารณสุขมูลฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขได้กลายเป็นทรัพยากรอันมีค่าในการพัฒนาบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลตนเองและครอบครัวในด้านสุขภาพ ตลอดจนถึงการช่วยเหลือเพื่อนบ้านใกล้เคียงในด้านการส่งเสริมป้องกัน และรักษาพยาบาลเบื้องต้น นอกจากนี้รัฐบาลหลายคณะยังกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการระดมสรรพกำลังจากทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชนในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของชาติ ซึ่งทรัพยากรนอกภาครัฐเหล่านี้มีศักยภาพสูงสามารถพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชาติได้มาก เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า นอกเหนือจากบุคลากรทางแพทย์และสาธาณสุขดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีอาสาสมัครอื่น ๆ องค์การพัฒนา

เอกชน ตลอดจนบุคลากรในสายอาชีพอื่นอีกมากที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น พี่เลี้ยง ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์อบรมเด็กก่อนวัยเรียนในวัดหรือมัสยิด พี่เลี้ยงดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ดูแลศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ฯลฯ บุคลากรเหล่านี้ถ้ามีโอกาสได้พัฒนาตนเองหรือได้รับการศึกษาอบรมที่เหมาะสม จะกลายเป็นแนวร่วมที่สำคัญของหน่วยงานสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครของมูลนิธิการกุศลหรือเจ้าหน้าที่ดับเพลิง ถ้าได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ จุดเกิดเหตุทำนองหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์อุบัติเหตุ (para-medical) ก็อาจช่วยชีวิตผู้ป่วยได้เป็นจำนวนมาก

(ข) ยาและเวชภัณฑ์

33. การขาดแคลนยารักษาโรค วัคซีนและเซรัมในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง และเมื่อสงครามใหม่ ๆ เป็นสาเหตุให้รัฐบาลหลายคณะกำหนดนโยบายเร่งรัดการผลิตยารักษาโรคและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ แม้กระทั่งช่วงที่พลโทถนอม กิตติขจร เป็นนายกรัฐมนตรีสมัยแรก (พ.ศ. 2501) ยังมึนโยบายให้ส่งเสริมการผลิตยาและเวชภัณฑ์ แต่หลังจากที่รัฐบาลส่งเสริมการลงทุนของภาคเอกชนในพ.ศ. 2502 ได้มีโรงงานเภสัชกรรมเอกชนเกิดขึ้นหลายแห่ง ซึ่งนอกจากสามารถผลิตยารักษาโรค และเวชภัณฑ์สำหรับใช้ในประเทศแล้ว ยังเริ่มส่งออกไปจำหน่ายต่างประเทศ นโยบายของรัฐบาลจอมพลถนอม กิตติขจร (พ.ศ. 2512) จึงระบุให้ส่งเสริมการวิจัยทางแพทย์ และจะควบคุมการผลิตและจำหน่ายยา และเวชภัณฑ์อย่างใกล้ชิด ต่อมารัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภคมากขึ้น โดยกำหนดนโยบายว่า จะดำเนินการทุกอย่างเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการตรวจสอบป้องกัน ปราบปราม และลงโทษผู้กระทำผิด รวมทั้งส่งเสริมให้ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้องและเหมาะสมในการผลิต การจำหน่าย การโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร ยารักษาโรค และวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการเกษตร ให้ได้รับความปลอดภัย เป็นธรรม และประหยัด อย่างไรก็ตามรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ สมัยที่สอง (พ.ศ. 2526) ได้มาเน้นการส่งเสริมและเร่งรัดให้มีการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและธุรกิจเอกชน สามารถผลิตผลิตภัณฑ์เวชภัณฑ์ และวัสดุภัณฑ์ ที่ใช้ในการแพทย์และสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งผนึกวิธีการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านกับระบบการรักษาพยาบาลในโครงการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ทั้งนี้จะไม่ให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการโดยวิธีผูกขาด ซึ่งขอให้สังเกตว่าในขณะนั้นรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขมูลฐานและการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ สำหรับรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ สมัยที่สาม (พ.ศ. 2529) นโยบายยังไม่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ทั้งให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภคและการส่งเสริมการวิจัยพัฒนา ต่อมาในสมัยที่พลตรีชาติชาย ชุณหะวัณเป็นนายกรัฐมนตรีสมัยแรก (พ.ศ. 2531) นโยบายได้เปลี่ยนแปลงไป โดยให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูการแพทย์ไทยและการใช้สมุนไพรให้เป็นประโยชน์ ฟื้นฟูอุตสาหกรรมยาภายในประเทศให้มั่นคง พึ่งตนเองได้ โดยเน้นความปลอดภัย และประสิทธิภาพการบำบัดโรคในราคาที่เหมาะสมและกระจายไปสู่ผู้ใช้อย่างทั่วถึง ตลอดจนส่งเสริมอุตสาหกรรมอาหาร ยา และอื่น ๆ เพื่อการส่งออก นโยบายนี้ไม่เปลี่ยนแปลงในรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ

สมัยที่สอง (พ.ศ. 2534) ต่อมาสมัยรัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร (พ.ศ. 2538) ระบุแต่เพียงการคุ้มครองผู้บริโภค แต่ได้เพิ่มการคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับสินค้าและบริการที่ดีมีคุณภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคดังกล่าวยังปรากฏในนโยบายของรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538) และรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ. 2539) แต่ไม่ได้ระบุในนโยบายของรัฐบาลนายชวน หลีกภัย (พ.ศ.2535) ซึ่งกล่าวแต่เพียงการผสมผสานการแพทย์แผนโบราณและสมุนไพรเข้ากับระบบบริหารสาธารณสุขของชุมชน

(ค) งบประมาณและทรัพยากรการเงิน

34. เมื่อ พ.ศ. 2521 หรือประมาณยี่สิบปีที่แล้ว ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศ มีมูลค่าประมาณ 30,174.5 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 3.43 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ได้เพิ่มขึ้นเป็น 67,771.3 ล้านบาท หรือ ร้อยละ 5.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติใน พ.ศ. 2531 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 232,586.1 ล้านบาท หรือ ร้อยละ 8.05 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราของประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่สูงกว่าอัตราของประเทศที่กำลังพัฒนาในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกมาก เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าใช้จ่ายนี้เป็นค่าใช้จ่ายด้านภาระของครัวเรือนถึงร้อยละ 73 ในจำนวนนี้เป็นค่ารักษาพยาบาลสูงถึงร้อยละ 57

35. ถ้าย้อนหลังพิจารณาไปประมาณสามสิบปี งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราส่วนเพียงร้อยละ 2.76 ของงบประมาณแผ่นดิน เมื่อปี พ.ศ. 2511 ในปีงบประมาณ 2521 อัตราส่วนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.12 ซึ่งน่าสังเกตว่ารัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (พ.ศ. 2523) เป็นเพียงรัฐบาลเดียวที่กล่าวถึงงบประมาณ โดยได้ระบุให้มีการเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2530 อัตราส่วนได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 4.19 และในปีงบประมาณ 2539 ได้เพิ่มขึ้นอีกเป็นถึงร้อยละ 6.7 อย่างไรก็ตาม นอกจากงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีงบประมาณของกระทรวงทบวงกรมอื่น ๆ งบประมาณค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ งบประมาณของรัฐวิสาหกิจ และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเมื่อรวมแล้วมีมูลค่าเพียงประมาณร้อยละ 40 ของงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

36. ถึงแม้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก แต่แทบไม่มีการระดมมาตรการการแก้ไขปัญหานโยบายของรัฐบาลแต่อย่างใด การระดมทรัพยากรจากประชาชนในลักษณะการประกันสุขภาพ ทั้งกองทุนทดแทนแรงงาน การประกันสังคม การประกันภัยของเอกชนยังมีอัตราส่วนน้อยมาก เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายสุขภาพทั่วประเทศ ทั้ง ๆ ที่เคยมีการกล่าวถึงการประกันสุขภาพในนโยบายของรัฐบาลเมื่อห้าสิบปีที่แล้ว และปรากฏในนโยบายของรัฐบาลทุกคณะในช่วงทศวรรษหลังนี้ ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประชาชนแทบไม่ได้ผ่านการประกันสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่เป็นการรักษายาบาลโดยซื้อยารักษาโรคจากค่าใช้จ่ายในครัวเรือน มาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการได้แก่ การตราพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2522 กำหนดนโยบาย

แห่งชาติทางด้านยา กำหนดบัญชีหลัก จัดทำแผนจัดซื้อยา กำหนดราคากลาง ฯลฯ ซึ่งสามารถแก้ปัญหาได้ไม่มากนัก

37. เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐได้เพิ่มสูงขึ้นมาก จากเพียง 595.2 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2521 เพิ่มขึ้นเป็น 2,801.1 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2530 และได้เพิ่มขึ้นถึงกว่า 16,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2540 หรือเกือบหกเท่าตัวในช่วงสิบปีสุดท้าย ซึ่งทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในสังคม เพราะข้าราชการได้สิทธิพิเศษมากกว่าประชาชนผู้เสียภาษีทั่วไปจนไม่อาจเทียบกันได้ นอกจากนี้ยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างข้าราชการและลูกจ้างของรัฐด้วยกันเอง เพราะมีข้าราชการจำนวนไม่น้อยที่ไม่เคยขอรับสวัสดิการด้านนี้เลยเพราะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่แล้วไม่เจ็บป่วย

(ง) เทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข

38. นับตั้งแต่รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2585) เป็นต้นมา นโยบายของรัฐบาลได้กล่าวถึง การวิจัยและพัฒนา และการนำเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ ดังนั้นนโยบายของรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงครามดังกล่าวระบุการ “ตรวจค้นหาความรู้” ในเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพรและยาอื่น ๆ ภายในประเทศรัฐบาล พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ (พ.ศ.2490) กล่าวถึง การจัดให้มีสถานการวิจัยและชั้นสูตรทางแพทย์แห่งชาติ เพื่อความก้าวหน้าทางแพทยศาสตร์ รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2492) กล่าวถึง การส่งเสริมการศึกษาและการวิจัยในทางการแพทย์และการสาธารณสุข เช่นเดียวกันรัฐบาลจอมพลถนอม กิตติขจร (พ.ศ.2512) ในช่วงพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีสมัยแรก (พ.ศ. 2523) มีนโยบายส่งเสริมและเร่งรัดให้มีการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้สามารถผลิตครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการแพทย์และสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งฉันทวิธีรักษายาบาลแบบพื้นบ้านกับระบบการรักษายาบาลในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ นโยบายเช่นนี้ยังปรากฏในรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ สมัยที่สอง (พ.ศ. 2526) และสมัยที่สาม (พ.ศ.2529) สำหรับนโยบายของรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ทั้งสองสมัย (พ.ศ. 2531 และ 2534) ยังส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยและการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ ให้มั่นคงพึ่งตนเองได้ และเพื่อการส่งออก ส่วนนโยบายของรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ. 2539) ระบุให้มีการศึกษาวิจัยอย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อพัฒนาระบบ รูปแบบ และเทคโนโลยีการให้บริการ สาธารณสุข

39. สาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยสูงมาก คือ การใช้เทคโนโลยีเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูงอย่างไม่มีประสิทธิภาพและไม่เหมาะสม เมื่อ พ.ศ. 2537 เฉพาะกรุงเทพมหานครมีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ถึง 88 เครื่อง เครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า 15 เครื่อง เครื่องสลายนิว 14 เครื่อง เครื่องเลเซอร์ 75 เครื่อง และเครื่องอัลตราซาวด์ 197 เครื่อง ถ้าเทียบอัตราส่วนต่อจำนวนประชากรแล้ว

กรุงเทพมหานครมีอุปกรณ์ทันสมัยราคาแพงเหล่านี้มากกว่ามณฑลหลายแห่งในประเทศที่พัฒนาแล้วมาก อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีนโยบายและมาตรการของรัฐใด ๆ ที่กล่าวถึงเรื่องนี้

นโยบายการปฏิรูปการบริหารจัดการสาธารณสุข

40. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้กล่าวอย่างชัดเจนให้มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นยุทธศาสตร์ประการสำคัญให้สามารถดำเนินการบรรลุเป้าหมายแห่งการพัฒนาได้อย่างแท้จริง ยุทธวิธีในการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขประกอบด้วย

- 1.1 กระจายอำนาจในการบริหารจัดการ และทรัพยากรสาธารณสุขสู่ส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน และองค์กรเอกชน
- 1.2 ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการพัฒนาประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการจัดสรรและใช้ทรัพยากรสาธารณสุข
- 1.3 ลดขั้นตอนและระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนารวมทั้งผลักดันกฎหมายและระเบียบวิธีการบริหารงาน อาทิ พระราชบัญญัติยา พระราชบัญญัติสาธารณสุข ให้มีผลใช้บังคับอย่างมีประสิทธิภาพโดยเร็ว ตลอดจนการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ให้แพร่หลาย และพัฒนาระบบการบริหารงานแบบเอกชนในภาครัฐ
- 1.4 ส่งเสริมให้มีเครือข่ายในการทำงานร่วมกันทุกระดับ ทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน ภาคธุรกิจ นักวิชาการ องค์กรประชาชน และสื่อมวลชน

ยุทธวิธีดังกล่าวแทบไม่แตกต่างจากนโยบายและแผน ตลอดจนแนวปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการในช่วง 2 - 3 ทศวรรษหลังมานี้

(ก) การกระจายอำนาจ

41. มักมีความสับสนในทางปฏิบัติเกี่ยวกับ “การมอบอำนาจ” และ “การกระจายอำนาจ” รัฐบาลศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ (พ.ศ. 2517) กำหนดนโยบายให้มีการมอบอำนาจหน้าที่การบริหารงานสู่ส่วนภูมิภาค ซึ่งมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชาสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ ต่อมาในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2525 - 2529) ได้กล่าวถึงนโยบายการกระจายอำนาจได้ว่า “ส่งเสริมการกระจายอำนาจการบริหารสาธารณสุข โดยเพิ่มบทบาทการตัดสินใจ วิธีการแก้ไข ปัญหา การบริหารทรัพยากร” การกระจายอำนาจมาปรากฏอีกครั้งหนึ่งในนโยบายของรัฐบาล นายชวน หลีกภัย (พ.ศ. 2535) ว่าจะ กระจายอำนาจบริหารจากส่วนกลางไปสู่ภูมิภาค มากขึ้น โดยการจัดตั้ง สาธารณสุขเขตให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อรับผิดชอบการให้บริการ ด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหา สาธารณสุขของท้องถิ่น ซึ่งนโยบายเช่นนี้นอกจากสร้างความสับสนแล้วยังขัดแย้งกันเองอยู่ในตัว

วัตถุประสงค์ของการจัดราชการบริหารส่วนภูมิภาคตั้งแต่ครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ก็เพื่อ **แบ่งอำนาจ** หรือมอบอำนาจจากราชการบริหารส่วนกลางไปดำเนินงานในภูมิภาคหรือจังหวัดต่าง ๆ ราชการบริหารส่วนภูมิภาคยังขึ้นตรงต่อราชการบริหารส่วนกลาง ทั้งบุคลากร และงบประมาณ แตกต่างจากราชการบริหารส่วนท้องถิ่นซึ่งกระจายอำนาจออกไปทั้งอำนาจด้านนิติบัญญัติและการบริหารจัดการทรัพยากรของตนในท้องถิ่น การมอบอำนาจทั้งด้านการบริหารงานบุคคลและการบริหารการเงินงบประมาณให้กับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ อาจทำให้เกิดความคล่องตัวและเพิ่มประสิทธิภาพขึ้นได้ แต่ถ้าหากมีการกระจายอำนาจอย่างแท้จริงก็ต้องโอนสถานีอนามัยไปขึ้นกับสุขาภิบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล และโอนโรงพยาบาลชุมชนไปขึ้นกับเทศบาล สำหรับกรณีแนวคิดให้มีการจัดตั้งสาธารณสุขเขต เพื่อให้มีการกระจายอำนาจบริหารยังน่าสับสน เพราะทำให้สายการบังคับบัญชาเพิ่มมากขึ้น ยิ่งทำให้เกิดความล่าช้า

(ข) ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข

42. ในต่างประเทศ การเงินการคลังด้านสาธารณสุขเป็นประเด็นนโยบายของรัฐบาลที่สำคัญ เพราะเกี่ยวข้องกับนโยบายรัฐสวัสดิการที่รัฐจำเป็นต้องใช้จ่ายงบประมาณจำนวนมากเพื่อให้บริการสาธารณะด้านสาธารณสุขทั้งหมดหรือส่วนใหญ่จากภาษีอากรของประชาชน หรืออาจเป็นนโยบายที่ท้องถิ่นและประชาชนต้องมีส่วนร่วมออกค่าใช้จ่ายในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อประกันสุขภาพของตน ในประเทศไทยแนวทางรัฐสวัสดิการเป็นที่ยอมรับกันมาตลอด แต่มาเด่นชัดในช่วงที่ ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ที่ให้ผู้มีรายได้น้อยได้รับการสงเคราะห์การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่ารักษา ซึ่งรัฐบาลชุดต่อ ๆ มาได้ประกาศนโยบายนี้อย่างชัดเจน และมีการตราเป็นแนวนโยบายแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับหลัง ๆ อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังรัฐบาลเริ่มปัญหาด้านการเงิน ทำให้ต้องแสวงหาทางเลือกใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้มีการประกันสุขภาพให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการออกค่าใช้จ่าย ซึ่งรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ให้ความสนใจเป็นพิเศษ ต่อมาทุกรัฐบาลต่อจากนั้นจนถึงรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ ได้กล่าวถึงการส่งเสริมการสร้างระบบประกันภัยในนโยบายรัฐบาล ในทางปฏิบัติ แม้มีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพมากขึ้น แต่อัตรส่วนแหล่งเงินจากการนี้ ทั้งกองทุนทดแทนแรงงาน การประกันสังคมและการประกันภัยของภาคเอกชน ฯลฯ ยังน้อยอยู่มาก เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านภาระครวัเรือน ซึ่งสูงถึงร้อยละ 74 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งสิ้นของประเทศไทยโดยแหล่งเงินจากภาครัฐซึ่งรวมงบประมาณแผ่นดินของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ องค์การปกครองท้องถิ่น และค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างของรัฐมีเพียงประมาณร้อยละ 24

43. นอกจากนั้นนโยบายการใช้กลไกด้านการเงินการคลังเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทางด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และให้โอกาสประชาชนเข้าถึงระบบบริการ ยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจน เท่าที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านภาระครวัเรือนเกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่เป็นค่ารักษาพยาบาล แม้การจัดสรรงบประมาณแผ่นดินยังมุ่งไปที่การรักษาพยาบาล ตัวอย่างที่ชัดเจนได้แก่สวัสดิการค่า

รักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐที่นอกจากครอบคลุมตัวข้าราชการ คู่สมรส บุตร ธิดาเองแล้วยังรวมถึงบิดามารดา ซึ่งข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ สามารถเบิกได้ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นคนไข้ในและคนไข้นอก ทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและของเอกชน (เบิกได้บางส่วนในกรณีเป็นคนไข้ในของสถานพยาบาลเอกชน) ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมและไม่ส่งเสริมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพราะผู้ที่มีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วยเลยไม่ได้ผลประโยชน์ใด ๆ นโยบายที่เหมาะสม จึงน่าเป็นรูปแบบการกำหนดให้สวัสดิการในรูปบัญชีสุขภาพ (Medisave) ทำนองเดียวกับของสิงคโปร์

(ค) การลดขั้นตอนและระเบียบปฏิบัติที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา

44. เริ่มตั้งแต่รัฐบาล พล.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ (พ.ศ. 2489) ซึ่งกำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาการบริหารจัดการสาธารณสุข โดยกล่าวถึงการปรับปรุงวิธีการและเพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งรัฐบาลในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สองได้ดำเนินการต่อมาโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีสมรรถนะสูงขึ้น นโยบายรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (2492) กล่าวถึง “คุณภาพ” ของบุคลากรเป็นครั้งแรกควบคู่กับ “จำนวน” ซึ่งรัฐบาลนายธานินทร์ กรัยวิเชียร (2519) ได้กล่าวเช่นเดียวกัน แต่ได้กำหนดรายละเอียดโดยให้ปรับปรุงวิธีการและขยายการผลิต อบรมฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคลากร วางมาตรฐานการกระจายและใช้กำลังคนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น หรือมุ่งปรับปรุงกระบวนการพัฒนาทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ต่อมารัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ ทั้งสองสมัย (2521-2522) รัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ทั้งสามสมัย (2523-2526-2529) และรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (2539) ได้กำหนดนโยบายในทำนองเดียวกันนี้

45. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544) กล่าวถึง การลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การปรับปรุงระเบียบข้อบังคับ วิธีการปฏิบัติงาน ตลอดจนกฎหมายต่าง ๆ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ และการนำเอาระบบบริหารงานแบบเอกชนมาใช้ในการบริหารจัดการ ในทางปฏิบัติ การลดขั้นตอนและปรับปรุงระเบียบปฏิบัติเป็นงานประจำที่ต้องมีการศึกษาวิเคราะห์งาน แสวงหาเทคนิคการบริหารจัดการต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว เช่น เทคนิค 5 ส TQM (Total Quality Management) ฯลฯ หรือแม้การปรับรื้อระบบ (reengineering) เพียงแต่มีการดำเนินงานเฉพาะในบางส่วนของงาน ไม่ครอบคลุมทั้งองค์กรและไม่ต่อเนื่อง ปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับขั้นตอนการบริหารมักเกี่ยวข้องกับกระบวนการงบประมาณ การติดตามวัดและประเมินผล ซึ่งแม้กระทรวงสาธารณสุขพยายามกำหนดรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ แต่ในทางปฏิบัติกลับเป็นภาระกิจหน้าที่ที่ผู้บริหารระดับต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระดับโรงพยาบาล ต้องใช้เวลามากจนเกินไป ส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายระเบียบปฏิบัติโดยตรง เป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลและการเงิน ซึ่งผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าทำให้ไม่คล่องตัวในการบริหารจัดการ แต่กฎหมายและระเบียบปฏิบัติดังกล่าวใช้กับส่วนราชการทุกแห่งด้วย ซึ่งจำเป็นต้องมีการปฏิรูปกฎหมายและระเบียบบริหารนี้ในระดับชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตราหรือการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายสาธารณสุข มีเพียงนโยบายของรัฐบาลพลตรีชาติ

ชาย ชุณหะวัณ (2531) เพียงคนเดียวที่กล่าวถึงการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้อื้ออำนาจต่อการพัฒนาสาธารณสุข กฎหมายดังกล่าวประสบผลในช่วงรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน เมื่อพ.ศ. 2535

46. ขอให้สังเกตว่า ไม่มีนโยบายของรัฐบาลชุดใดที่กล่าวถึงการปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การสร้างความแข็งแกร่งให้องค์การปกครองท้องถิ่น และมอบหมายภารกิจการดูแลสุขภาพส่วนหนึ่งให้ดำเนินการเป็นการลดภาระของราชการบริหารส่วนกลาง หรือการแปรรูปให้ออกชนเข้ามาดำเนินการกิจกรรมบางอย่างที่รัฐไม่จำเป็นต้องดำเนินการเอง อันที่จริงนับตั้งแต่รัฐบาลศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ (2517) เป็นต้นมา นโยบายด้านสาธารณสุขได้กล่าวถึงการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขของชาติ ไม่เพียงแต่เฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข แต่รวมถึงในส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชนและประชาชน ทั้งนี้เป็นที่ทราบกันทั่วไปว่า การบริหารจัดการสาธารณสุขแห่งชาตินั้นยังขาดประสิทธิภาพ ขาดเอกภาพในการกำหนดนโยบายและปฏิบัติตามนโยบายและแผน ขาดการประสานงาน ฯลฯ จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบการบริหารจัดการทั้งระบบ โครงสร้างและกระบวนการ ซึ่งนโยบายของรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (2523) ระบุถึงการพัฒนาและปรับปรุงระบบงานสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อให้สามารถประสานเป้าหมาย ประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานฝ่ายกลาโหม มหาดไทย เกษตร อุตสาหกรรม สิ่งแวดล้อม ศึกษา และธุรกิจเอกชน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขดีขึ้นในยามปกติ และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ในยามฉุกเฉินได้ รัฐบาลพลตรีชาติชาย ชุณหะวัณ (2531) กำหนดนโยบายให้มีการปรับปรุงคุณภาพบริการสาธารณสุขของรัฐทุกประเภทและทุกระดับ โดยมุ่งเน้นเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุข ระบบข้อมูล องค์การหรือกลไกการประสานนโยบายและการพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการให้บริการทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ทั้งนี้จะคำนึงถึงเรื่องประสิทธิภาพและประหยัดเป็นหลัก รัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร (2535) กล่าวถึง “ระบบสาธารณสุขแห่งชาติ” เป็นครั้งแรกในนโยบายสาธารณสุข โดยรัฐบาลจะสนับสนุนดำเนินการให้มีระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติเป็นเครือข่ายทั่วประเทศ ที่ประกอบด้วย บริการสาธารณสุขภาครัฐทุกสังกัด กระทรวง ทบวงกรม รวมทั้งภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่ดี มีคุณภาพเหมาะสมโดยเท่าเทียมกัน มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพรองรับอย่างเหมาะสม ส่วนรัฐบาลนายชวน หลีกภัย (2535) ได้กำหนดนโยบายเช่นเดียวกันนี้ รัฐบาลปัจจุบันคือรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (2539) กล่าวว่า ให้มีการศึกษาวิจัยอย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน เพื่อพัฒนาระบบ รูปแบบ และเทคโนโลยีการให้บริการสาธารณสุข นโยบายดังกล่าวเริ่มมีการปฏิบัติบ้างแล้ว

(ง) การสร้างเครือข่ายเพื่อฉีกกำลังแก้ปัญหาสาธารณสุข

47. นโยบายการสร้างเครือข่ายเพื่อฉีกกำลังแก้ปัญหาสาธารณสุขทั้งส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชนและประชาชน เริ่มในรัฐบาลศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ (2517) รัฐบาลพลเอก

เกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ สมัยที่สอง (2522) กล่าวถึงการระดมสรรพกำลังด้านสาธารณสุข ทั้งจาก ภาครัฐบาลและภาคเอกชนให้เข้ามามีบทบาทร่วมกันในการรับใช้ประชาชนอย่างแท้จริง โดยชัก นำ ส่งเสริม และสนับสนุนกิจการสาธารณสุขภาคเอกชนรวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนด้วยวิธีการ ต่างๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปได้เข้ามามีส่วนร่วม หรือริเริ่มงานสาธารณสุขของชุมชน เอง ให้ก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น รัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ทั้งสามสมัย กล่าวถึงการประสาน เป้าหมายและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน ภาครัฐบาลด้วยกันเองและกับภาคเอกชน รัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณทั้งสองสมัย กล่าว ถึงการส่งเสริมหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจ กรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สูงขึ้น ในช่วงรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน กำหนดนโยบายให้องค์การสาธารณสุขประโยชน์มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินการที่เป็น ประโยชน์ต่อสาธารณสุขชน โดยปรับปรุงกฎระเบียบและภาษีอากรที่เกี่ยวข้อง อันเป็นผลให้เกิด คณะกรรมการร่วมภาครัฐและเอกชน ซึ่งรัฐบาลนายชวน หลีกภัย (2535) ก็ได้กำหนดนโยบาย นี้เช่นเดียวกัน ส่วนรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (2538) กลับเน้นส่งเสริมเฉพาะโครงการ ภาครัฐและภาคเอกชนที่มุ่งบำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

48. ขอให้สังเกตว่า การระดมสรรพกำลังภาคประชาชนอย่างจริงจังในรูปอาสาสมัครสาธารณสุข นั้นเริ่มต้นในช่วงรัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ ที่เริ่มการสาธารณสุขมูลฐานตามข้อผูกพัน กับองค์การอนามัยโลก อาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้เองได้กลายเป็นภาคประชาชนที่แข็งแกร่งใน การพัฒนาสุขภาพของประชาชนในระดับรากหญ้าในปัจจุบัน ส่วนนโยบายความร่วมมือระหว่าง ภาครัฐและภาคเอกชนได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนในสมัยรัฐบาลศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ ซึ่งในระบะนั้นได้มีการส่งเสริมการลงทุนจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ภาคเอกชนแข็งแกร่งขึ้น มากหลังจากที่มีการพัฒนาด้านยารักษาโรค เวชภัณฑ์ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์มาตั้ง แต่ พ.ศ. 2502 อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้นใน สมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ซึ่งห้วงเวลานั้นได้มีการพัฒนาองค์ กรพัฒนาเอกชนเป็นอย่างมากด้วย แต่การรับรองบทบาทองค์กรพัฒนาเอกชนหรือองค์กร สาธารณประโยชน์ โดยจัดสรรงบประมาณอุดหนุนมาเริ่มขึ้นใน พ.ศ. 2535 นี้เอง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

49. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขไว้ โดย กำหนดในมาตรา 52 ความว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้ มาตราฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่ง เสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

50. รัฐธรรมนูญยังกำหนดเงื่อนไขคุณภาพของการบริหารจัดการสาธารณสุขได้ตามมาตรา 82 ความว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

51. ข้อกำหนดตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 นี้ ถือเป็นข้อกำหนดใหม่ ซึ่งกำหนดสิทธิของประชาชนที่จะได้รับบริการคุณภาพด้านสาธารณสุข และขณะเดียวกันก็กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่รัฐบาล และหน่วยงานของรัฐในการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพด้วย

สรุป

52. การศึกษานโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขทำให้สามารถทราบและเข้าใจรูปแบบ ระบบ โครงสร้าง กระบวนการ และพฤติกรรมการบริหารจัดการสาธารณสุขในช่วงเวลาที่ผ่านมา และอาจคาดการณ์แนวโน้มในอนาคตได้ นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นผลของความพยายามแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของประชาชนภายใต้สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและเทคโนโลยีในห้วงเวลานั้น ๆ ในระยะสิบปีแรก ของสถาปนาระทรวงสาธารณสุข (2485-2494) นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับ การป้องกันและรักษาพยาบาลโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคระบาด ต่าง ๆ ในสภาวะที่ขาดแคลนทางบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ยารักษาโรค เวชภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ วิทยาการสมัยใหม่ ตลอดจนสถานพยาบาลในต่างจังหวัด จึงต้องเร่งรัด วางระบบบริการสาธารณสุข และจัดหาทรัพยากรสาธารณสุขต่าง ๆ ในทศวรรษที่ 2-3 ของ กระทรวงสาธารณสุข เป็นช่วงที่ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายมากนัก ยังคงยึดแนวนโยบายของ รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม (2492) แม้แต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ยังระบุนโยบายเกี่ยวกับการปรับปรุงสถานบริการ เครื่องมือเครื่องใช้ ส่งเสริมสุขภาพและการอนามัย เร่งรัดการผลิตบุคลากรและการศึกษาวิจัย และพัฒนาทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม การตรากฎหมายส่งเสริมการลงทุนใน พ.ศ. 2502 ได้ทำ ให้เกิดโรงงานผลิตยารักษาโรคที่ทันสมัยของเอกชนจำนวนมาก จนทำให้รัฐต้องปรับปรุงโรงงาน เกษีขกรรมโดยยกฐานะเป็นองค์การรัฐวิสาหกิจ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่านโยบายสาธารณะด้าน สาธารณสุขมีลักษณะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป (incremental model) กับมีลักษณะเป็นงาน ประจำที่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับงานด้านนี้ปฏิบัติอยู่ แล้ว ไม่ค่อยมีการริเริ่มแปลกใหม่หรือเป็นนโยบายทางการเมือง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดำรงตำแหน่ง รัฐมนตรีกระทรวงนี้ส่วนใหญ่เคยเป็นข้าราชการประจำมาก่อน ถ้าหากเป็นแพทย์ที่เคยสังกัด

กระทรวงสาธารณสุขก็มักยึดแนวทางระบาดวิทยา ซึ่งมีความรู้ความชำนาญมาก่อน แต่ถ้าเป็นบุคคลภายนอกก็ต้องยอมรับการริเริ่มของข้าราชการระดับสูงที่เป็นแพทย์

53. จุดหักเหสำคัญเกิดขึ้นตั้งแต่สมัยที่ศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีอย่างมาก นักการเมืองรุ่นใหม่มาจากภาคเอกชนและจากท้องถิ่น ทำให้นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขมุ่งเน้นการกระจายบริการสาธารณสุขสู่ชนบท มีกลุ่มเป้าหมายพิเศษที่เด่นชัดคือชาวชนบทที่อยู่ห่างไกลและผู้ยากไร้ทั้งในเมืองและชนบท มีความพยายามให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน ปรับปรุงประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ โดยระดมสรรพกำลังจากภาคราชการซึ่งมีอยู่หลายหน่วย ภาคเอกชนที่แข็งแกร่งขึ้น และภาคประชาชน ทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนหรือองค์กรสาธารณประโยชน์ อาสาสมัครและประชาชนทั่วไป จุดเด่นในทศวรรษที่สี่และห้าของกระทรวงสาธารณสุขคือ การสาธารณสุขมูลฐาน และการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ซึ่งแผ่ขยายไปจนถึงระดับตำบลหมู่บ้านครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก

54. นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขที่สำคัญในช่วงทศวรรษนี้ คือ การปฏิรูประบบบริหารจัดการและระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งต้องพัฒนารูปแบบ ระบบ โครงสร้างและกระบวนการ ที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล มีคุณภาพ สามารถให้ประชาชนเข้าถึง และมีหลักประกันที่จะได้รับการอย่างเท่าเทียมกัน ขณะเดียวกันต้องมีลักษณะเป็นเครือข่ายให้หน่วยงานของรัฐในด้านนี้ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ผนึกกำลังเพื่อแก้ไขปัญาและตอบสนองความต้องการของประชาชาติด้านสาธารณสุขได้ โดยมียุทธวิธีให้ท้องถิ่นและประชาชนสามารถริเริ่มและมีส่วนในการระดมทรัพยากร เพื่อการนี้ เป็นการแบ่งเบาภาระของราชการบริหารส่วนกลาง

บทที่ 5

สภาพการสาธารณสุขที่พึงประสงค์

บทนำ

1. ในอีก 1-2 ทศวรรษข้างหน้า ระบบการดูแลสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทยจะเปลี่ยนแปลงไปจากปัจจุบันอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยี ประเทศไทยจะกลายเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่หรือเกษตรอุตสาหกรรม ประชากรส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพอุตสาหกรรมหรือบริการ และอยู่ในเมืองหรือชุมชนขนาดใหญ่ แรงงานดังกล่าวเป็นแรงงานฝีมือหรือมีทักษะสูง ผลผลิตทางอุตสาหกรรมมีลักษณะที่เพิ่มมูลค่า (value added) ที่มีคุณภาพ เพราะต้องแข่งขันกับคู่แข่งกันอย่างมากระหว่างประเทศไทยอยู่ในวัยแรงงาน แต่อัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากการอนามัยและการแพทย์พัฒนาขึ้นมากทำให้โรคติดต่อหรือโรคพยาธิต่างๆ เป็นสาเหตุของการตายน้อยลง อย่างไรก็ตามสาเหตุการตายจากการดำรงชีวิตหรือวิถีชีวิตแบบใหม่ที่เป็นผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจก็ยังสูงอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุจากการจราจร แม้ว่าในอนาคตมีแนวโน้มที่จะวิจัยและพัฒนาวัคซีนป้องกันหรือการรักษาโรคบางอย่างที่ร้ายแรงในปัจจุบัน เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือโรคตับอักเสบ ได้

2. ขณะเดียวกัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจะเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ เมื่อเทียบกับรายได้มวลรวมประชาชาติ ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของประชาชนเอง งบประมาณแผ่นดินของรัฐบาล และขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ก่อให้เกิดปัญหาในการจัดสรรทรัพยากรของรัฐ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ประหยัด ความสามารถในการเข้าถึง และความเท่าเทียมกันในการรับบริการดูแลสุขภาพ ในภาครัฐบาลหรือการสาธารณสุข ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ต้องพิจารณาปรับบทบาท ของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพและแสวงหาความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคเอกชน ชุมชน และภาคประชาชน นอกเหนือจากส่วนงานต่าง ๆ ของรัฐ เนื่องจากรัฐมีทรัพยากรจำกัด ขณะเดียวกันจำเป็นต้องสร้างรูปแบบหรือระบบการดูแลสุขภาพและการสาธารณสุขอย่างใหม่ เพื่อให้ประชาชนหรือผู้ใช้บริการต้องมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพพลานามัย และรับภาระทางการเงินบางส่วน ทั้งในด้านภาษีอากร การประกันสุขภาพ และค่าบริการจากการใช้บริการของรัฐ ในด้านภารกิจโครงสร้างการจัดองค์กร กิจกรรม และการจัดงบประมาณ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขก็จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อรับกระแสการเปลี่ยนแปลงนี้

3. ในบทนี้เป็นการเสนอภาพรูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุข และการเสนอบริการดูแลสุขภาพ (delivery of health care) ที่พึงปรารถนา รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย

- (1) วัตถุประสงค์ของการบริหารจัดการ และการเสนอบริการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจกำหนดเป็นกรอบนโยบายได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็น “ปัจจัยนำออก” ของระบบ
- (2) ระบบการบริหารจัดการและการเสนอบริการดูแลสุขภาพ
- (3) การระดมและจัดสรรทรัพยากร

วัตถุประสงค์ของการบริหารจัดการสาธารณสุขและบริการดูแลสุขภาพ

4. การกำหนดวัตถุประสงค์และนโยบายสาธารณะมักเริ่มจากการพิจารณาปัญหาและความต้องการของประชาชาติในแง่ของปัญหา สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอผลการศึกษาดังนี้

- (1) โอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขไม่เท่ากันและไม่มีโอกาสเลือกรับบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและเกษตรกรที่ยากจน
- (2) คุณภาพของบริการยังไม่ได้มาตรฐานที่ดี ไม่เท่าเทียมกัน และไม่รับผิดชอบ
- (3) ค่าบริการแพงเกินควรและบางครั้งไม่มีเหตุผล เช่น ค่าเครื่องมือ อุปกรณ์ทางแพทย์ที่ไม่จำเป็น ค่าพักรักษาตัว ค่ายาพิเศษ ทั้งนี้ไม่รวมค่าธรรมเนียมของแพทย์ผู้ให้การตรวจรักษาในฐานะ professional แล้วไม่มีสิทธิรับค่าตอบแทน เช่น กำไร หรือแสวงหาผลกำไร
- (4) การใช้ทรัพยากรสาธารณสุขสิ้นเปลืองโดยไม่คุ้มค่าและไม่จำเป็น บางแห่งขาดแคลน ไม่สามารถจะให้บริการได้
- (5) มีการเลือกให้บริการแก่ประชาชนตามกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจหรือสถานะทางสังคม
- (6) ระบบการเงิน การคลังสาธารณะสุขไม่แน่นอน
- (7) บริการสาธารณสุขล่าช้า ไม่เป็นกันเอง และไม่เป็นที่พอใจของประชาชน

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมุ่งหวังให้การบริการจัดการส่วนรวมให้มีประสิทธิภาพ ใ้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการทางสาธารณสุขโดยเสมอหน้ากันมีสิทธิที่จะเลือกสถานบริการ หรือเลือกรับบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมในราคาที่ยุติธรรม หรือในราคาที่ผู้จ่ายสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ เพื่อให้การพัฒนาสาธารณสุขสอดคล้องกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา

และเพื่อให้บรรลุผลถึงสภาพที่พึงปรารถนาของคนไทยในอนาคต จึงได้มีการกำหนดแนวทางการผลิตคุณภาพของคนไทยที่พึงประสงค์ ดังนี้ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข 2540)

“คนไทยทุกคนไม่จำกัดในเรื่องเพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นคนที่มีความเป็นปกติสุขทั้งทางกายทางจิตใจและทางสังคมโดย

- (1) เกิด และเติบโตขึ้นในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น
- (2) ได้รับการพัฒนาทั้งทางกาย ทางใจ และสติปัญญาดีพอที่จะปรับตัวและอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภค และมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ
- (3) มีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม
- (4) อยู่ในชุมชนเข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ
- (5) ดำรงชีวิตและประกอบอาชีพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย
- (6) มีอายุ ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วย อย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์”

5. แนวทางดังกล่าวมีลักษณะตอบสนองความต้องการของประเทศและของประชาชนในทัศนะของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมาก ทั้งที่เกี่ยวกับความต้องการส่วนตัว (individual needs) และความต้องการส่วนรวม (population needs) ซึ่งในต่างประเทศมีการศึกษาเรื่องนี้มาก เพราะมีความสำคัญมากในการกำหนดนโยบายสาธารณะทางสาธารณสุข (ดู Chen 1979, Enthoven 1980, Goldsmith et al. 1975, Goodman and Craig 1982, Kohn 1981) แม้องค์การอนามัยโลกก็เคยสร้างดัชนีประเมินความต้องการ (WHO) ดังตารางที่ 5-1

6. เป็นที่แน่ชัดว่าการที่ประชาชนจะมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าหรือมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ไม่ได้อยู่กับปัจจัยนำออกของระบบการสาธารณสุขหรือบริการดูแลสุขภาพเพียงอย่างเดียว ยังมีองค์ประกอบอีกหลายอย่างที่เกี่ยวข้อด้วย ตามแผนภาพที่ 5-1 การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น นอกจากองค์ประกอบทางสาธารณสุขแล้ว ยังมีองค์ประกอบอื่นที่ไม่เกี่ยวกับสาธารณสุขด้วย และการมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าก็ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม รูปแบบหรือวิถีการดำรงชีวิต และองค์ประกอบทางชีวการแพทย์ นอกเหนือจากการบริหารจัดการสาธารณสุขและบริการดูแลสุขภาพ นอกจากนั้นปัจจัยนำออกยังเกี่ยวข้องกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การเข้าถึงและความเสมอภาค

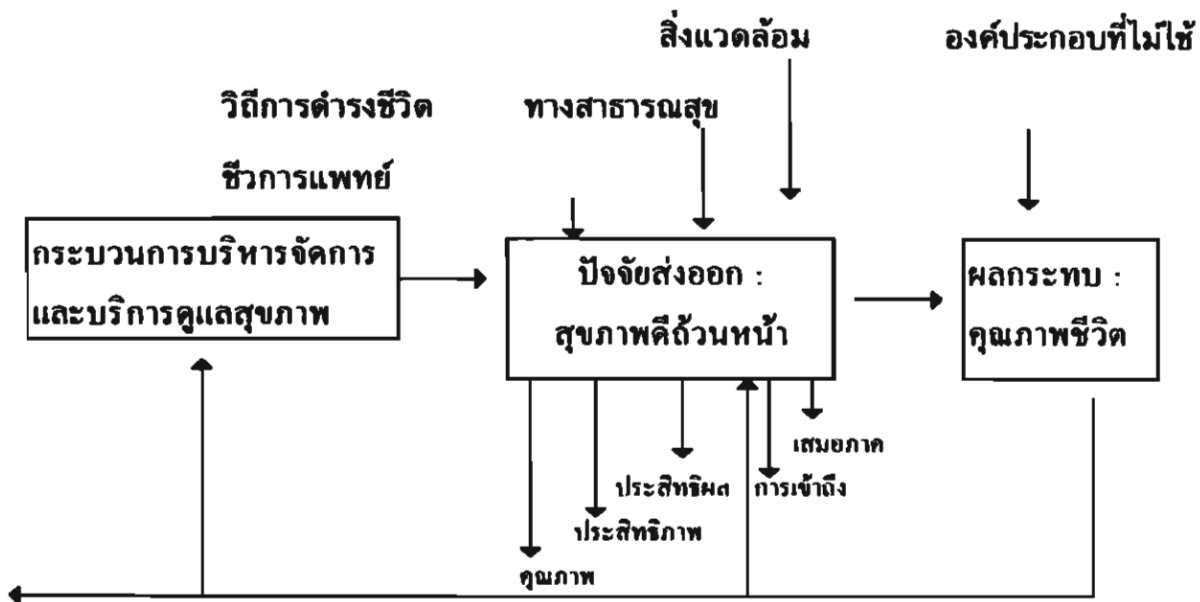
7. เท่าที่ผ่านมา นโยบายของรัฐบาลด้านสาธารณสุขมักไม่กล่าวถึงปัจจัยนำออกดังกล่าว ทั้งที่มีความสำคัญมาก คุณภาพเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการปรารถนาและคาดหวัง **ประสิทธิภาพ**เป็นการบริหารจัดการที่มีการใช้ประโยชน์ทรัพยากรอย่างเต็มที่ **ประสิทธิผล**เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบกับต้นทุน การเข้าถึงรวมถึงการเข้าถึงสถานบริการได้สะดวกทั้งเชิงภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจ ส่วนการ**เสมอภาค**เป็นโอกาสที่จะได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่นโยบายสาธารณสุขแห่งชาติในอนาคตต้องให้ความสำคัญในเรื่องนี้

ตารางที่ 5-1 ดัชนี ประเมินความต้องการของ WHO

แนวคิด	ข้อปีและระดับที่เสนอแนะ
ขจัดโรคบางอย่างที่กำหนดไว้	อัตราการเกิดโรคหัดเยอรมัน โปลิโอ บาดทะยักในทารกเกิดใหม่ โรคหัด โรคคอตีบ ชิฟิลิส และมาลาเรีย
อายุคาดเฉลี่ย	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดควรเป็น 75 ปี
อัตราการตายของทารก IMR	IMR ควรน้อยกว่า 20 ต่อ 1,000 ทารกที่รอดชีวิตเมื่อเกิด
อัตราน้ำหนักเมื่อเกิด LBW	LBW ควรอย่างน้อย 2,500 กรัม ขอมให้น้อยกว่าได้ร้อยละ 10
อัตราการตายของมารดา MMR	รวมทั้งการตายขณะตั้งครรภ์ หรือภายใน 42 วัน หลังคลอด MMR ควรน้อยกว่า 15 ต่อ 1,000 ของทารกที่รอดชีวิตเมื่อเกิด
สัดส่วนการตายจากโรคบางอย่างที่กำหนดไว้ PM	จำนวนการตายด้วยโรคบางอย่างที่ต้องเฝ้าระวังเป็นสัดส่วนต่อการตายด้วยสาเหตุอื่น
อัตราการเจ็บป่วยในเขตหนึ่ง	จำนวนการป่วยของบุคคลในระยะเวลาหนึ่ง กับจำนวนคนธรรมดาที่เสี่ยงกับการเจ็บป่วย
อัตราการเจ็บป่วยของคนในเขตนั้น	จำนวนผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนคนที่เสี่ยงกับการเจ็บป่วย
อัตราการเป็นทุพพลภาพระยะยาว	จำนวนผู้พิการหรือทุพพลภาพระยะยาวเมื่อเทียบกับประชากรทั้งสิ้น

ที่มา : WHO (1981)

แผนภาพที่ 5-1 ปัจจัยนำออกของระบบบริหารจัดการสาธารณสุข



● การพัฒนาคุณภาพ

8. Øvretveit (1992) เสนอว่าคุณภาพในการให้บริการสุขภาพคือความสามารถในการสนองความต้องการของผู้ที่ต้องการบริการนั้น ด้วยต้นทุนที่ต่ำที่สุดภายในขอบเขตและแนวทางที่กำหนดโดยผู้ที่มีอำนาจหน้าที่หรือผู้ที่ซื้อบริการนั้น (คือรัฐบาล หรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น) กล่าวอีกนัยหนึ่งคุณภาพเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของ “ลูกค้า” คุณภาพ คือความสามารถการตอบสนองความต้องการของลูกค้าตามที่คาดหวัง และอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังอยู่ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ จรรยาบรรณ มาตรฐานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน มีการตรวจสอบทางแพทย์ (medical audit) และการประกันคุณภาพ (quality assurance) ในสหรัฐอเมริกาถึงกับมีหน่วยงานรับรองคุณภาพ Commission on Accreditation of Health Care Organization) นอกจากนั้นมีองค์การประเมินผลวิชาชีพ (PRO-Professional) Review Organizations) ประเมินคุณภาพบริการคนไข้ และการจัดการโรงพยาบาลของรัฐที่รัฐให้งบประมาณส่วนภาคเอกชนอาจจ้างองค์การดังกล่าวหรือบริษัทเอกชนก็ได้ อย่างไรก็ตาม แพทย์มักวิจารณ์ว่าเข้าไปก้าวก่ายความเป็นอิสระทางวิชาชีพในการรักษาคนไข้ ดังนั้นสมาคมแพทย์อเมริกัน (AMA-American Medical Association) ได้จ้างบริษัทแรนด์ศึกษาและกำหนดเกณฑ์ความเหมาะสมในการวิเคราะห์โรคและรักษาผู้ป่วยโดยใช้คอมพิวเตอร์บางส่วนด้วย (Findlay 1989, Field and Gray 1989)

9. Øvretveit (1992) เสนอว่าคุณภาพของบริการสุขภาพมี 3 วิธี คือ

- คุณภาพที่ลูกค้าต้องการ ได้แก่สิ่งที่ลูกค้าต้องการจากบริการดังกล่าว ทั้งลูกค้าส่วนบุคคล (individual) และสังคมส่วนรวม (population) ซึ่งต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีความต้องการแตกต่างกัน อันมีผลต่อความแตกต่างในการให้บริการคุณภาพดังกล่าว เป็นสิ่งที่ลูกค้านึกคิดเกี่ยวกับบริการโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังหรือข้อสมมุติ ลูกค้าจะไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับถ้าหากว่าบริการดังกล่าวต่ำกว่าความคาดหวังหรือข้อสมมุติ ดังนั้น จำเป็นต้องปรับปรุงบริการเพื่อสร้างความพึงพอใจซึ่งมีวิธีการหลายอย่างในการศึกษาลักษณะสำคัญของบริการเกี่ยวข้องกับการสร้างความพึงพอใจของลูกค้าในสหรัฐอเมริกา Parasuraman et al. (1985) เสนอว่าควรประกอบด้วย

- ความไว้วางใจได้ (reliability)
- การตอบสนอง (responsiveness)
- สมรรถนะ (competence)
- อธิษาคย์ไมตรี (courtesy)
- การเข้าถึงบริการ (access)
- การติดต่อสื่อสาร (communication)
- ความน่าเชื่อถือ (credibility)
- ความมั่นคง (Security)
- ความเข้าใจ (Understanding)
- ลักษณะทางกายภาพ (Physical tangibles) ทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ บุคลิกท่าทางและภาพลักษณ์ของบุคลากรและลูกค้าอื่น

- คุณภาพเชิงวิชาชีพ พิจารณาว่าบริการดังกล่าวสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือไม่ และเทคนิคหรือกระบวนการที่ใช้ถูกต้องเหมาะสมในเชิงวิชาชีพหรือไม่เพียงใด ซึ่งโดยปกติมีการตรวจสอบทางวิชาชีพ (Professional audit) ทั้งแพทย์ พยาบาล หรือวิชาชีพอื่น

- คุณภาพเชิงการบริหารจัดการ ประเมินได้จากต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการบริหารจัดการที่ไร้คุณภาพ ทั้งด้านการผลิตสินค้าหรือบริการ การเสนอบริการ กระบวนการและความไม่สามารถหรือยากลำบากในการคำนวณต้นทุนและความสูญเสียต่าง ๆ

10. ในต่างประเทศได้มีการนำหลักการประกันคุณภาพหรือการพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการบริหารจัดการสุขภาพหรือบริการสุขภาพอย่างกว้างขวาง (Hugh 1987, Maxwell 1984, Wilson 1987 Pollitt 1987, Berwick 1989) งานที่เด่นมากได้แก่ผลงานของ Wilson (1987) ซึ่งกล่าวถึงการจัดการคุณภาพทั้งระบบ (TQM-Total Quality Management) ในการปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพในแคนาดาต่อมาได้ถูกนำมาใช้ในกระทรวงสาธารณสุขของสหราชอาณาจักร

TQM นั้นได้ใช้ในการปรับปรุงระบบการผลิตสินค้าและบริการทั้งในภาครัฐและเอกชนมานานแล้วทั้งในต่างประเทศและแม้ในประเทศไทยเอง TQM เป็นเทคนิคที่ทำให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดความได้เปรียบ เมื่อเทียบกับคู่แข่งชั้น หรือถ้าไม่มีคู่แข่งชั้นก็สามารถปรับปรุงบริการให้ผลงานที่เหนือระดับมาตรฐาน (benchmarking) ลักษณะสำคัญของ TQM ได้แก่ (Robbins and Couter 1996)

- (1) เน้น “ลูกค้า” หรือผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายนอกและภายในองค์การ
- (2) ยึด “การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง” โดยไม่พอใจกับผลงานที่เกิดขึ้น เพราะคุณภาพย่อมปรับปรุงให้ดีขึ้นได้เสมอ
- (3) ปรับปรุงคุณภาพทุกอย่าง ที่องค์การกระทำ TQM กำหนดขอบเขตของงานอย่างกว้างขวาง แม้แต่การที่พนักงานรับโทรศัพท์แต่ละครั้งต้องมีคุณภาพด้วย
- (4) มีการวัดประเมินที่เที่ยงตรง โดยมีดัชนีชี้วัด เพื่อให้ทราบปัญหาและพยายามแก้ปัญหาที่นั้น ๆ
- (5) เพิ่มพลังสมาชิกในองค์การโดยการทำงานเป็นทีม โดยพนักงานต้องมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ในการนำ TQM มาปฏิบัติต้องมีการปรับปรุงโครงสร้าง (การกระจายอำนาจ ลดขั้นตอนการบังคับบัญชา มีขบวนการควบคุมที่กว้างขวางขึ้น และการสร้างทีมงานจากฝ่ายต่าง ๆ) ใช้เทคโนโลยี (กระบวนการที่ยืดหยุ่นและการศึกษาและฝึกอบรม) บุคลากร (การศึกษาฝึกอบรมระบบการประเมินผลงาน และการให้ความดีความชอบที่เอื้ออำนวยกับการปรับปรุงคุณภาพ) และตัวนำการเปลี่ยนแปลง (ภาวะผู้นำที่ผูกพัน มุ่งมั่น และจริงใจ)

● ประสิทธิภาพ

11. Holland (1983) กล่าวว่าประสิทธิภาพของมาตรการทางสาธารณสุขคือการลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของประชากร หรือเกี่ยวข้องกับปัจจัยนำออกของการบริหารจัดการและการเสนอบริการสุขภาพ ซึ่งอาจพิจารณาได้ทั้งในเชิงจิตวิทยาและทางเทคนิค (Donabedian 1980) สำหรับ Bobson (1972) เสนอว่าองค์ประกอบของประสิทธิภาพดังกล่าว ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ คุณภาพให้บริการ และการผสมผสานหรือความเป็นเอกภาพของการให้บริการ อย่างไรก็ตาม ในสภาพความเป็นจริง ประสิทธิภาพมักเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน ซึ่งมีดัชนีหรือเครื่องชี้วัดสถานะสุขภาพ ซึ่งในทางปฏิบัติค่อนข้างยากเพราะการกำหนดวัตถุประสงค์ของระบบสาธารณสุขมักกว้างเกินไป หรือยากต่อการนำไปเปรียบเทียบกับผลของการปฏิบัติงาน ยิ่งกว่านั้นการปฏิบัติงานสาธารณสุขมักมีวัตถุประสงค์หลายอย่างในกิจกรรมอย่างเดียว หรือกิจกรรมหลายอย่างอาจมีวัตถุประสงค์อย่างเดียว เช่น โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีหลายวัตถุประสงค์ คือการพัฒนาสุขภาพให้มีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือมีน้อยที่สุดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการให้มีกิจกรรมทางสังคม ขณะเดียวกันยังมีวัตถุประสงค์ใน

การดูแลรักษาโรคต่างๆ ที่เกิดในวัยชรา การช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน สุขภาพจิต ที่อยู่อาศัยหรือการรับส่ง ฯลฯ การประเมินประสิทธิผลจึงทำได้ลำบาก วิธีการแก้ไขอาจกระทำได้โดยใช้มาตรการประสิทธิภาพแบบกลุ่มเจาะจง เปรียบเทียบผลลัพธ์จากการให้บริการกลุ่มนี้ กับกลุ่มที่ให้บริการแตกต่างกันหรือไม่ให้บริการเลย (attributable effectiveness) หรือจำนวนประชากรที่ได้รับผลประโยชน์ในจำนวนประชากรทั้งสิ้น (population-attributable effectiveness) ซึ่งอาจประเมินได้ในระยะยาวหรือพิจารณาผลกระทบส่วนรวมประกอบด้วย อีกวิธีหนึ่งได้แก่การวัดอัตราผลลัพธ์นำออกของผู้ที่ได้รับการเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการบริการ (relative effectiveness) (Ellenweig 1992) แต่การประเมินดังกล่าวยังทำได้ยากอยู่ดีเพราะยังมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลกระทบด้วย เช่น โรคภัยโรค ซึ่งเคยร้ายแรงในช่วงหนึ่งได้คลี่คลายลงมากในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ทั้งๆ ที่ไม่ได้ดำเนินมาตรการทางสาธารณสุขมากนัก (Mc Keown 1976)

12. ถึงแม้การประเมินประสิทธิผลมีความยุ่งยากซับซ้อนมาก มีผลงานเด่น ๆ ของนักวิชาการหลายคนในเรื่องนี้ เช่น Rutstein et al. (1976) เกี่ยวกับมาตรการในการประเมินสาเหตุการเจ็บป่วย การพิการหรือการตายที่อาจหลีกเลี่ยงได้ Charlton et al. (1983) ใช้วิธีการอย่างเดียวกันในการศึกษามาตรการทางแพทย์ ในเขตสาธารณสุข 98 เขต ในอังกฤษและเวลส์ Long (1985) และ Ellenweig (1992) เสนอประเด็นหลักที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลในเชิงคุณภาพ ดังนี้

(ก) วัตถุประสงค์ระยะยาวและการประเมินผลลัพธ์

- วัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
- การประเมินผลลัพธ์จากตัวชี้วัดเป็นเชิงปริมาณ เช่น อัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วย การพิการ ฯลฯ

(ข) บริการปัจจุบันและความต้องการ

- ระดับ ชนิด และขอบเขตของการบริการ
- ผู้รับบริการ
- ผู้ที่มีความต้องการ
- ช่องว่างหรือข้อจำกัด ทั้งด้านบุคลากร การเงิน เทคโนโลยี

(ค) เปรียบเทียบผลลัพธ์ในอุดมคติกับที่เกิดขึ้นจริง

- ผลกระทบของบริการกับวัตถุประสงค์
- มีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เกี่ยวกับสถานะสุขภาพจากการดำเนินงาน

(ง) สิ่งที่ต้องการปรับปรุงและดำเนินการ

- ทำอย่างไรจึงจะทำให้เกิดผลยิ่งขึ้น ประเด็นทางวิชาชีพ การเมือง สังคม

- ผู้ใดที่พยายามให้มีการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและจะดำเนินการอย่างไร

(จ) ต้นทุน/ค่าใช้จ่าย

- ค่าใช้จ่ายในการเสนอบริการปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับ การเปลี่ยนแปลง
- ค่าใช้จ่ายถ้าหากมีการเปลี่ยนแปลง
- ประเมินค่าใช้จ่ายในกิจกรรมแต่ละอย่างและมูลค่ารวม

13. ในทางการบริหารจัดการทั่วไปมักใช้เทคนิคการวิเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์ (cost effectiveness analysis) ในการประเมินโครงการที่ผลลัพธ์ของโครงการไม่สามารถตีค่าเป็นตัวเงินได้ ซึ่งเหมาะสำหรับโครงการทางสาธารณสุข ขั้นตอนการวิเคราะห์ดังกล่าวเริ่มจากการระบุวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายประเภทของต้นทุนและผลลัพธ์ การประเมินความเสี่ยง และการกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้มักได้แก่

(1) เกณฑ์ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด เกณฑ์นี้ยึดหลักว่าสิ่งแรกที่ต้องทำคือการกำหนดระดับของผลลัพธ์ที่ต้องการไว้ โครงการที่ไม่สามารถให้ผลลัพธ์ดังกล่าวได้ให้ถือว่าไม่มีประโยชน์และถูกตัดทิ้งไป โครงการที่ให้ผลตอบแทนอย่างน้อยที่สุดในระดับที่กำหนดไว้จะถูกนำมาประเมินโครงการที่ให้ผลตอบแทนเท่ากันที่เหลือน้อยจะได้รับการพิจารณา โดยการพิจารณาโครงการที่ใช้ต้นทุนน้อยที่สุด

(2) เกณฑ์ผลประโยชน์สูงสุด เกณฑ์นี้ยึดหลักว่าขั้นแรกที่ต้องทำคือการกำหนดระดับต้นทุนที่สามารถจ่ายได้ขึ้นมาก่อน โครงการใดที่ต้องใช้ทุนมากกว่าที่กำหนดไว้จะไม่ได้รับการพิจารณา โครงการที่สามารถทำได้ภายในวงเงินที่กำหนดไว้ หรือโครงการใดให้ผลประโยชน์สูงสุดโครงการนั้นจะได้รับการพิจารณา

● ประสิทธิภาพ

14. การประเมินประสิทธิภาพทำได้ง่ายกว่าประสิทธิผล เพราะเป็นเพียงหาอัตราส่วนผลของการดำเนินงานต่อค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานนั้น ๆ ซึ่งอาจพิจารณาได้ 4 ชั้น คือ ในเชิงจัดสรร (allocative) เชิงแจกจ่าย (distributive) เชิงพลวัต (dynamic) และเชิงการจัดการ (managerial)

(ก) ประสิทธิภาพเชิงจัดสรร เป็นมาตรการพิจารณาความเหมาะสมของระดับการลงทุนในการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจพิจารณาได้เป็นสองระดับคือ ระดับสังคมและภายในระบบการดูแลสุขภาพ ในระดับสังคมอาจพิจารณาว่า ถ้าหากจัดสรรทรัพยากรให้กับภาคหรือกิจกรรมอื่น เช่น ด้านการศึกษา คมนาคม ฯลฯ จะได้ประโยชน์กว่าการจัดสรรให้กับการดูแลสุขภาพหรือไม่อย่างไร ซึ่งส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับปรัชญา ศีลธรรม หรือเหตุผลอื่น ส่วนภายใน

ระบบการดูแลสุขภาพหรือการสาธารณสุขอาจพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ ภายในระบบหรือแม้แต่การกำหนดลำดับความสำคัญเร่งด่วน เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพเชิงจัดสรร ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและผลตอบแทน (cost-benefit analysis-CBA) ซึ่งเป็นเทคนิคที่สามารถเปรียบเทียบผลของโครงการต่าง ๆ ในรูปของตัวเงิน โดยเน้นการให้ค่าของค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ให้ไปในการดำเนินงานในรูปของตัว แทนเช่นเดียวกับการให้ค่าของผลประโยชน์หรือผลตอบแทนที่จะได้รับจากการดำเนินงาน เทคนิคนี้ได้รับแนวคิดมาจากปรัชญาสาขารรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism) ซึ่งเป็นการประเมินความสุขสูงสุดจากการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อมาเมื่ออิทธิพลต่อเศรษฐศาสตร์สวัสดิการที่เน้นการประเมินมูลค่าสวัสดิการรวมทั้งสังคมจะได้รับผลตอบแทนจากการลงทุนสาธารณะต่าง ๆ ผลงานที่เด่นได้แก่การประเมินประสิทธิภาพของหมอเท้าเปล่าในแคว้นต่าง ๆ ของจีน (Sorkin 1976) และการฉีดวัคซีนโรคหัดในแซมเบีย ซึ่งคุ้มค่าเฉพาะในเขตชุมชนเท่านั้น (Creese 1983)

(ข) ประสิทธิภาพเชิงแจกจ่าย หรือมิติที่เน้นอุปสงค์อุปทาน มิติที่เน้นอุปสงค์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคและความเท่าเทียม ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปภายหลัง ส่วนมิติที่เกี่ยวกับอุปทานเกี่ยวข้องกับองค์การบริหาร ในกรณีของระบบการดูแลสุขภาพเกี่ยวข้องกับการเกิดประโยชน์สูงสุดจากการดำเนินการแจกจ่ายสินค้าและบริการดูแลสุขภาพ เป็นเครื่องมือวัดความสำเร็จในการดำเนินงานของระบบ โดยเฉพาะในส่วนของปัจจัยนำเข้าของทรัพยากรและกระบวนการในการปรับปรุงสถานะสุขภาพ โดยพิจารณาว่าการมีประสิทธิภาพสูงขึ้นอยู่กับผลสำเร็จสูงสุดเมื่อเทียบกับความพยายามและการลงทุนในส่วนปัจจัยนำเข้า การประเมินประสิทธิภาพเชิงแจกจ่ายใช้การเปรียบเทียบในระยะยาวภายในระบบต่าง ๆ (longitudinal trends)

(ค) ประสิทธิภาพเชิงพลวัต หรือประสิทธิภาพเชิงเทคโนโลยีเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการดูแลสุขภาพ หรือด้านการเงิน จรรยาบรรณและทางวิทยาศาสตร์ เพราะการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก มีผลกระทบด้านจรรยาบรรณและด้านวิทยาศาสตร์ ซึ่งเรื่องนี้ได้รับการศึกษาอย่างมากจากนักวิชาการ เช่น Banta and Russell (1982) Anderson (1988) Russell and Sisk (1988) Stocking (1988) การประเมินประสิทธิภาพเชิงพลวัตพิจารณาการนี้และการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ ได้แก่ จำนวนบุคคลที่ใช้เครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น เครื่องสแกนเนอร์ (CT (Computerized Tomograph) หรือจำนวนเครื่องต่อจำนวนประชากร

(ง) ประสิทธิภาพเชิงการจัดการ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์ เช่นเดียวกับการประเมินประสิทธิผล แต่แทนที่จะพิจารณาในประเด็นผลตอบแทนที่ไม่ใช่ตัวเงินการประเมินประสิทธิภาพเชิงการจัดการประเมินการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ

● ความเท่าเทียม

15. ความเท่าเทียมกันและความเที่ยงธรรมทางการสาธารณสุขมีความหมายใกล้เคียงกัน แสดงถึงการได้รับบริการของบุคคลหรือกลุ่มในปริมาณและคุณภาพใกล้เคียงกันในสภาพที่คล้ายคลึงกัน แต่เป็นที่แน่นอนว่าลักษณะของความต้องการของแต่ละคนแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของแต่ละกลุ่มแต่ละบุคคล และองค์ประกอบทางเศรษฐกิจสังคมและพฤติกรรมทำให้ยากลำบากในการพิจารณาประเด็นนี้ อย่างไรก็ตามในแง่ความเที่ยงธรรมและความเป็นธรรม บุคคลและกลุ่มที่มีความต้องการและมีความจำเป็นเร่งด่วนมากกว่าก็ควรได้รับการมากกว่า การจัดตั้งองค์กรบริการสาธารณสุขแห่งชาติ ของสหราชอาณาจักร (NHS) หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ก็เพราะรัฐบาลในสมัยนั้นเชื่อว่าความยุติธรรมในสังคมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อสังคมส่วนรวมให้การสนับสนุนผู้ที่มีความต้องการและมีความจำเป็นเร่งด่วนกว่า (USDHEW 1976) ในทางปฏิบัติ การแบ่งทรัพยากรทั้งคน งบประมาณ เครื่องมืออุปกรณ์ ตลอดจนบริการเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันกระทำได้ยาก แต่ก็ต้องพยายามให้เกิดสภาพเช่นนั้น (Ellencweig 1985, Shuval 1987)

16. การพิจารณาสร้างความเท่าเทียมกันนั้น เกี่ยวข้องกับระบบบริการทั้งหมด ทั้งในส่วนปัจจัยนำเข้า กระบวนการและปัจจัยนำออก ในส่วนปัจจัยนำเข้านั้นเป็นการพิจารณาในแง่การกระจายทรัพยากรเข้าสู่พื้นที่หรือสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ งบประมาณ และทรัพยากรอย่างอื่น ซึ่งสามารถประเมินประสิทธิภาพในแง่การกระจายทรัพยากร กระบวนการสาธารณสุขหรือบริการการดูแลสุขภาพที่จะให้โอกาสอย่างเท่าเทียมกัน เช่น ระยะเวลาการรอแพทย์ตรวจรักษา ตลอดจนปัจจัยนำออกต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพ การให้บริการดังกล่าว หรือแม้แต่มลของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการบูรณะฟื้นฟูสุขภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ความเท่าเทียมกันนั้นพิจารณาได้ในสามลักษณะ คือ

- ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ
- ความเท่าเทียมกันในโอกาส
- ความเท่าเทียมกันที่จะได้รับผลจากบริการเหมือนกัน (results)

ในการพิจารณาความเท่าเทียมกันนั้นจำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่น เรื่องประสิทธิภาพและจรรยาบรรณ ดังกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะเพื่อรักษาชีวิตของคนไข้ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงมาก เมื่อเทียบกับบริการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเกิดประโยชน์กับคนจำนวนมาก ดังนั้นควรจะลดการดำเนินการดังกล่าวลงหรือไม่ (Mooney 1986)

17. ดัชนีประเมินความเท่าเทียมกันสร้างได้ยากลำบาก ดังนั้นส่วนใหญ่จึงมักประเมินในลักษณะการวิเคราะห์เจาะลึกหรือในเชิงอธิบาย ดัชนีส่วนใหญ่ที่ประเมินเชิงปริมาณมีลักษณะคล้าย ๆ เปรียบเทียบพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย หรือลักษณะอื่น ๆ เช่น

- ทรัพยากรมนุษย์ เช่น อัตราแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางแพทย์ต่อจำนวนประชากร
- เตียงในโรงพยาบาล
- บริการด้านสุขภาพ เช่น น้ำประปา การกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ฯลฯ
- การใช้ดัชนี Gini (ดัชนีทางเศรษฐกิจกับสังคมที่ใช้ประเมินความไม่เป็นธรรมในการกระจายรายได้ของประชากร

● **ความเข้าถึง**

18. สามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจตลอดมา เพราะมีอุปสรรคหลายประการที่ทำให้ผู้ที่มีความต้องการและความจำเป็นไม่อาจขอรับบริการดังกล่าวนั้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้งในประเทศไทยด้วยอุปสรรคดังกล่าวอาจพิจารณาได้ดังนี้

(ก) ด้านกายภาพ เช่น ระยะทาง เวลาเดินทาง เวลารอรับบริการ ฯลฯ

(ข) ด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าธรรมเนียมตรวจรักษาและอื่น ๆ ค่าประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ฯลฯ

(ค) ด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น การปฏิเสธที่จะให้หรือรับบริการ

19. ดัชนีแสดงความสามารถในการเข้าถึงบริการมีหลายประการดังนี้ (Ellencweig 1992)

(ก) การเข้าถึงทางกายภาพ

- อัตราทรัพยากรต่อประชากร เช่น จำนวนเตียงคนไข้ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน
- อัตราจำนวนคนไข้ที่ใช้บริการโรงพยาบาลในพื้นที่หนึ่ง (attraction rate)
- อัตราความต่อเนื่องของการใช้บริการ (continuity of care)

- ดัชนีที่อิงเงื่อนไขเวลา (time-based indicators) เช่น เวลารอแพทย์ หรือจำนวนคนไข้ที่รอรับบริการจากแพทย์

(ข) การเข้าถึงทางเศรษฐกิจ

- การครอบคลุมบริการประกันสุขภาพ
 - ความเสี่ยงในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล
 - การครอบคลุมการรักษาพยาบาลทั่วไป
 - การครอบคลุมค่ายาและเวชภัณฑ์
- ขอบเขตการให้บริการ
 - การรักษาพยาบาลทั่วไป
 - แพทย์ทั่วไป
 - แพทย์เฉพาะทาง
 - ทันตกรรม
 - สูตินรีเวช
 - บริการห้องทดลองและการวิเคราะห์อย่างอื่น
 - การครอบคลุมการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
 - การรักษาพยาบาลผู้ป่วยหนัก
 - สูตินรีเวช
 - การดูแลระยะยาว
 - ทันตกรรม
 - การครอบคลุมบริการพิเศษ
 - ยาสำหรับผู้ป่วยหนัก
 - ยาอื่น ๆ
 - เวชภัณฑ์
 - บริการอื่น ๆ เช่น พยาบาลพิเศษ
 - การขนส่ง เช่น รถพยาบาล
- การสมทบค่าใช้จ่ายหรือการให้ส่วนลด

(ค) การเข้าถึงทางสังคมวัฒนธรรม

- โครงสร้างอายุประชากร
- อัตราส่วน หญิงในช่วงอายุต่าง ๆ
- สถานะการศึกษา
- การใช้บริการที่ไม่เร่งด่วน
- การใช้บริการต่อเนื่อง

รูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุข

20. เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และการบริหารจัดการสาธารณสุข ตลอดจนบริการดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง โดยมีความเสมอภาคและเป็นธรรม ประเทศต่างๆ ได้ปฏิรูประบบการสาธารณสุขดังกล่าวแล้ว โดยมีลักษณะหรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการสาธารณสุขที่ปรากฏชัดเจน ดังนี้

- องค์กรบริการมีขนาดเล็กลง ยืดหยุ่น คล่องตัว มีลักษณะเป็นองค์กรที่ยืดแนวราบ มีขั้นตอนการบังคับบัญชาสั้นลง

- มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ให้ชุมชน ภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการระดมและจัดสรรทรัพยากรและมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณสุข มีการอบการตรวจสอบที่ชัดเจน

- มีการระดมทรัพยากรจากส่วนงานต่าง ๆ ของรัฐและภาคเอกชนเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชาติ มีการทบทวนภารกิจ บทบาทหน้าที่ และสร้างกลไกการประสานงานการบริหารจัดการเป็นไปในลักษณะเครือข่าย (networking)

ซึ่งยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้คือการกระจายอำนาจ ซึ่งหลายประเทศได้ประสบความสำเร็จมาแล้ว เช่น นิวซีแลนด์ เนเธอร์แลนด์ ศรีลังกา เม็กซิโก ซิลี ปาปัวนิวกินี เป็นต้น แม้ประเทศไทยก็มีความพยายามอย่างมากที่จะกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยในแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ได้ระบุอย่างชัดเจนให้มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขโดย “การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการและทรัพยากรสาธารณสุขสู่ส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน และ

องค์กรเอกชน” การกระจายอำนาจดังกล่าวมีผลต่อการทบทวนภารกิจ บทบาท หน้าที่ การจัดโครงสร้างและกระบวนการจัดการ ตลอดจนพฤติกรรมการบริหาร

การกระจายอำนาจ

21. คำจำกัดความของ “การกระจายอำนาจ” (decentralization) มีหลากหลาย แต่โดยทั่วไปหมายถึงการโอนอำนาจบังคับบัญชาจากระดับชาติสู่ระดับรองลงไป ทั้งด้านการวางแผนสาธารณะ การจัดการและการตัดสินใจ (Kondinelli 1981, 1983ก, 1983ข) การกระจายอำนาจและการรวมอำนาจเกี่ยวข้องกับนโยบายทางการเมืองของแต่ละรัฐบาล ตลอดจนองค์ประกอบต่าง ๆ อีกมาก เนื่องจากระบบการสาธารณสุขเป็นระบบรองของระบบการเมืองการบริหาร การกระจายอำนาจหรือรวมอำนาจเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับนโยบายสาธารณะ องค์ประกอบต่าง ๆ ทางสภาพแวดล้อม ตลอดจนการพัฒนากระบวนการเมืองการบริหารของประเทศด้วย อย่างไรก็ตาม เมื่อปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น และภาครัฐบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของประชาชนได้ การกระจายอำนาจได้กลายเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถแก้ปัญหาทางโครงสร้างทางกายภาพและทางการจัดการได้ส่วนหนึ่ง เช่น การให้ท้องถิ่นมีส่วนวางแผนจัดการและควบคุมทรัพยากรมากขึ้น ทำให้สามารถครอบคลุมความต้องการของท้องถิ่นให้มากขึ้น สามารถปรับปรุงจัดการทรัพยากรได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสร้างขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่น มีผลต่อเนื่องให้บริการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ประหยัดทรัพยากร เพราะท้องถิ่นสามารถพึ่งพิงตนเองได้กับทั้งทำให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารจัดการ เพราะเจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อประชากรในท้องถิ่น

22. การกระจายอำนาจอาจทำได้ 4 ลักษณะ ได้แก่ (Mills et al. 1990)

- (ก) การแบ่งอำนาจ (Deconcentration)
- (ข) การสร้างความแข็งแกร่งให้ระดับท้องถิ่น (devolution)
- (ค) การมอบอำนาจ (delegation)
- (ง) การแปรรูปให้เอกชนดำเนินการ (privatization)

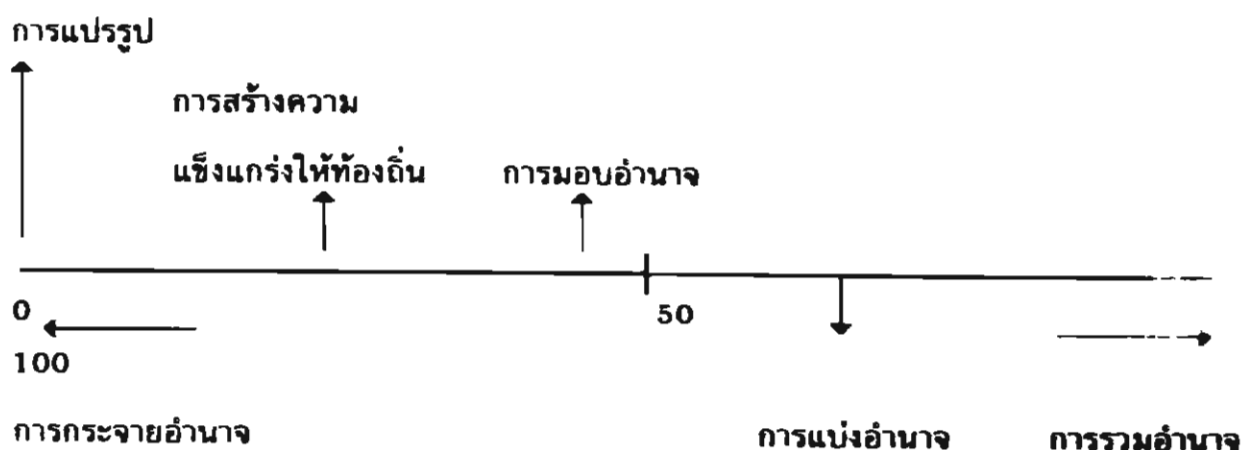
(ก) การแบ่งอำนาจ เป็นการมอบอำนาจบริหารจัดการให้แก่เจ้าหน้าที่ส่วนกลางที่ไปประจำในท้องถิ่น ซึ่งอาจขึ้นตรงต่อกระทรวงทบวงกรมในส่วนกลาง แต่มีคณะกรรมการประสานงานหรืออาจมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชา ประสานกิจกรรมต่าง ๆ กรณียของประเทศไทยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชาของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ขณะเดียวกันนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยังสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีของสหราชอาณาจักร

อาณาจักรได้มีการแบ่งเป็นเขตสาธารณสุข ซึ่งในช่วงนาชวัน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรีก็เคยมีนโยบายจัดตั้งสาธารณสุขเขตขึ้นมาเช่นกัน

(ข) การสร้างความแข็งแกร่งให้ท้องถิ่น โดยจัดตั้งหรือสร้างความแข็งแกร่งให้กับหน่วยบริหารท้องถิ่นซึ่งมีความเป็นอิสระจากส่วนกลาง โดยปกติมีการกำหนดภารกิจหน้าที่ที่ชัดเจน มีฐานะนิติบุคคล มีขอบเขตพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน และมีอำนาจที่จะจัดเก็บรายได้และใช้จ่ายงบประมาณ และมีอำนาจในการตรากฎหมายข้อบังคับ ซึ่งมีผลเฉพาะในท้องถิ่นนั้น ๆ

ในด้านสาธารณสุข ส่วนกลางได้มอบอำนาจและภารกิจหน้าที่ให้ท้องถิ่นทั้งหมดหรือบางส่วน แต่เนื่องจากท้องถิ่นมักมีรายได้ไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องขอรับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลส่วนกลาง ทำให้ท้องถิ่นต้องสูญเสียความเป็นอิสระไปมาก นอกจากนั้นท้องถิ่นยังขาดทรัพยากรบุคคล ซึ่งมีความรู้ความสามารถ และมีโครงสร้างการบริหารงานบุคคลที่ไม่อาจดึงดูด บุคลากรที่มีคุณสมบัติดังกล่าวมาทำงานได้ ส่วนกลางจึงอาจมอบหมายงานสาธารณสุขมูลฐานหรืองานสาธารณสุขขั้นต้นคือการรักษาพยาบาลทั่วไป งานอนามัยส่งเสริมสุขภาพและงานป้องกันโรคให้แต่งานระดับสูงขึ้นไปยังคงเป็นภารกิจของส่วนกลางหรือส่วนภูมิภาคซึ่งได้รับการแบ่งอำนาจมาจากส่วนกลาง ในนอร์เว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับเคาตีเป็นเจ้าหน้าที่ส่วนกลางมีหน้าที่ติดตามการดำเนินงานบริการสาธารณสุขของเคาตีและของชุมชนในนามส่วนกลาง โดยการสร้างโรงพยาบาลระดับภูมิภาคเป็นหน้าที่ของส่วนกลาง ส่วนในฟินแลนด์ ท้องถิ่นให้บริการสุขภาพ โดยส่วนกลางสนับสนุนด้านการเงินอย่างมาก ส่วนกลางจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ให้รวมทั้งบุคลากร ดังนั้นกำหนดแผนงานการให้เงินอุดหนุน ตลอดจนการควบคุมดูแลจึงเป็นภารกิจของส่วนกลาง แต่การควบคุมดูแลดังกล่าวเป็นไปเพียงหลักการ

แผนภาพที่ 5-2 ลักษณะการกระจายอำนาจ



(ค) การมอบอำนาจในการดำเนินการกิจ เป็นการโอนภารกิจจัดการให้แก่องค์กรบริหารกึ่งรัฐบาล (parastatal organization) ซึ่งอยู่นอกระบบราชการส่วนกลาง แต่ถูกกำกับควบคุมโดยรัฐบาลกลาง เพื่อแก้ปัญหาการขาดประสิทธิภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ มีความคล่องตัวและสามารถสนองตอบความต้องการได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ภารกิจดังกล่าวยังเป็นของรัฐบาลกลาง แต่ได้มอบหมายให้องค์กรนิติบุคคลนี้ดำเนินการแทน ในประเทศไทย รัฐวิสาหกิจหรือองค์การของรัฐจำแนกอยู่ในประเภทนี้ได้

ในด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลที่ใช้สอนวิชาชีพทางแพทย์ ในแทนชาเนียและแซมเบียเป็นองค์กรประเภทนี้ ในเม็กซิโก องค์กรประเภทนี้ดำเนินการกิจกรรมด้านสาธารณสุข การศึกษา และประกันสังคม

(ง) การแปรรูป เป็นการโอนภารกิจของรัฐบาลให้องค์กรพัฒนาเอกชนหรืออาสาสมัครและภาคเอกชนทั้งที่แสวงหากำไรหรือไม่แสวงหากำไร โดยรัฐบาลกำหนดกฎเกณฑ์ข้อบังคับที่ค่อนข้างเข้มงวด

องค์การอนามัยโลก (1986) เสนอว่าถ้าหากรัฐบาลไม่สามารถทุ่มทรัพยากรเพื่อขยายบริการสาธารณสุขหรือแม้แต่รักษาบริการที่มีอยู่แล้วได้ก็จำเป็นต้องแสวงหาทางเลือกซึ่งเป็นแหล่งทุน เช่น เก็บค่าธรรมเนียมบางอย่างให้สูงขึ้นจนคุ้มทุน แม้รัฐบาลยังอุดหนุนอยู่มาก หรืออาจต้องพึ่งพิงภาคเอกชนมากขึ้น ในทางปฏิบัติ ภาคเอกชนมักสามารถระดมทุนได้ดีกว่าภาครัฐบาลหรือแม้แต่เสนอบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า

นอกจากนี้ภาคเอกชนและภาคประชาชนยังอาจดำเนินการบางอย่างที่รัฐบาลเองอาจทำไม่ได้หรือไม่อยากทำเพราะเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ แพงเกินไป หรือแม้แต่งานบางอย่างเหมาะสมกับองค์กรพัฒนาเอกชนมากกว่า

อย่างไรก็ตาม การแปรรูปเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับอุดมการณ์ทางเศรษฐกิจและการเมือง เพราะกลไกการตลาดมีผลต่อการที่คนไข้จะต้องมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความเท่าเทียมกัน และความสามารถในการได้รับบริการ

การแปรรูปอาจกระทำได้หลายอย่าง เช่น การร่วมลงทุน การให้สัมปทาน การให้เช่า การให้เอกชนลงทุนก่อสร้าง จัดการ และโอนให้รัฐ (BOT-Build Operate and Transfer) การจ้างเหมา การจ้างจัดการ ฯลฯ แต่ไม่ว่าจะเป็นวิธีการใด ภาครัฐบาลกำหนดเงื่อนไขและติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดในด้านการเสนอบริการที่เพียงพอ และมีคุณภาพ ขณะเดียวกันกำหนดกลไกการประสานงานและการวางแผนร่วมกัน หรือแม้แต่การออกใบอนุญาต (licensing)

Mills (1990) เสนอว่า การกระจายอำนาจทั้งสี่ลักษณะมีความแตกต่างกันในระดับต่าง ๆ ในประเด็นที่เกี่ยวกับอำนาจนิติบัญญัติ การจัดเก็บภาษีท้องถิ่น การกำหนดนโยบาย การกำหนดกฎเกณฑ์ในการควบคุมการดำเนินงานขององค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐบาล การวางแผน

และการจัดสรรทรัพยากร การจัดการ การประสานงานด้านต่าง ๆ การประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ตลอดจนการฝึกอบรม ซึ่งรัฐบาลจะเลือกแบบใด มีระดับการกระจายอำนาจเพียงใด ขึ้นอยู่กับนโยบายและความจำเป็นของแต่ละประเทศที่แตกต่างกัน แต่ถ้าพิจารณาตารางที่ 5-1 ปรากฏแน่ชัดว่ารูปแบบการกระจายอำนาจแบบการสร้างความแข็งแกร่งให้ท้องถิ่นและการแปรรูปให้เอกชนเป็นรูปแบบที่น่าสนใจมากที่สุด

ตารางที่ 5-2 การกระจายอำนาจด้านต่าง ๆ ตามลักษณะ

ภารกิจ	การแบ่งอำนาจ	การมอบอำนาจ	การสร้างเสริมความแข็งแกร่ง	การแปรรูป
นิติบัญญัติ	-	* *	- (1)	-
การเก็บภาษีท้องถิ่น	*	* *	* *	* * *
การตัดสินใจนโยบาย	-	* *	* *	* *
การออกกฎหมายบังคับการจัดการ	-	* *	*	-
การวางแผนและการจัดสรรทรัพยากรการจัดการ	* *	* *	* * *	* * *
- บุคลากร	*	* *	* * *	* * *
- งบประมาณและค่าใช้จ่าย	* *	* *	* * *	* * *
- การจัดหาพัสดุ	*	* *	* * *	* * *
- การบำรุงรักษา	*	* *	* * *	* * *
การประสานงานด้านต่าง ๆ	*	* * *	* * *	* * *
การประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข	*	* *	* * *	* * *
การฝึกอบรม	*	* *	* * *	* * *

ที่มา : Mills (1990)

- * มีความรับผิดชอบจำกัด
- * * มีความรับผิดชอบบ้าง
- * * * มีความรับผิดชอบกว้างขวาง
- ไม่มีความรับผิดชอบ

(1) ในประเทศไทย องค์การบริหารท้องถิ่นมีอำนาจนิติบัญญัติในระดับหนึ่ง

23. ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการกระจายอำนาจสู่ระดับภูมิภาค และท้องถิ่นเป็นเวลานานแล้ว (สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ 2540) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแบ่งอำนาจให้ราชการบริหารส่วนภูมิภาคคือผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทั้งด้านการวางแผน การกำหนดและจัดสรรทรัพยากร และการบริหารงานบุคคล นอกจากนี้ ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้พยายามปฏิบัติตามนโยบายการกระจายอำนาจของรัฐบาลตลอดมา ซึ่งหลายอย่างเป็นพื้นฐานหรือเอื้ออำนวยต่อการดำเนินการกระจายอำนาจสู่ระดับล่างในระยะต่อไป ลักษณะเช่นนี้เด่นกว่ากระทรวงกรมอื่นมาก

- โครงสร้างการจตุตถการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขึ้นตรงต่อสำนักงานปลัดกระทรวง มีเอกภาพในการบังคับบัญชากิจกรรมการสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัด โดยมีกรมต่าง ๆ ทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนาเทคโนโลยีเป็นโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจ

- กระทรวงสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการจัดทำแผนงานโครงการ และแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวจะมีส่วนช่วยให้การกระจายอำนาจในด้านการกำหนดและจัดสรรทรัพยากรสะดวกยิ่งขึ้น แม้ว่าในปัจจุบัน ชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในกรอบของการวางแผนอย่างจริงจังก็ตาม

- นับตั้งแต่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขเพิ่มขึ้น โดยจัดตั้งและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนต่าง ๆ ให้มีความรู้ความเข้าใจที่จะดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว และเพื่อนบ้านให้สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคร้ายทั้งทางกาย ทางใจ และทุกพลภาพ มีศักยภาพในการผลิต และไม่เป็นภาระต่อสังคม ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นชุมชนจึงมีโอกาสมิมีส่วนร่วมในการพัฒนาการสาธารณสุข ทั้งด้านการวางแผน การดำเนินงาน การควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลในระดับหนึ่ง

- กระทรวงสาธารณสุข จัดสรรงบประมาณอุดหนุนให้มูลนิธิสมาคมและองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2535 ซึ่งสูงถึง 49.2 ล้านบาท และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นการสนับสนุนดำเนินงานขององค์การพัฒนาเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมแบ่งเบาภาระของกระทรวงสาธารณสุข

24. ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์นโยบายและพัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจการบริการสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นของสถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการและสถาบัน

วิจัยระบบสาธารณสุข มีผลการวิจัยที่น่าสนใจสรุปได้ดังนี้ (สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ 2540)

● กลุ่มงานสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขมี 18 กลุ่มงาน 144 พันธกิจ กลุ่มงานดังกล่าวได้แก่

- กลุ่มงานบริการทางการแพทย์
- กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์
- กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน
- กลุ่มงานผลิตและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร
- กลุ่มงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
- กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
- กลุ่มงานป้องกันและบำบัดยาเสพติด
- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
- กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
- กลุ่มงานโภชนาการ
- กลุ่มงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
- กลุ่มงานสุขภาพจิต
- กลุ่มงานอนามัยครอบครัว
- กลุ่มงานอาชีวอนามัย
- กลุ่มงานผลิตและจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์
- กลุ่มงานระบาดวิทยา

● บทบาทขององค์กรที่มีต่อพันธกิจต่างๆ ในแต่ละระดับการบริหาร (ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น) จะแตกต่างกันทั้งในเชิงการกำหนดนโยบายและแผนการ

สนับสนุนการนำนโยบายและแผนไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการควบคุมกำกับ นิเทศงาน และติดตามประเมินผล

● แม้ว่ามิแนวนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขพร้อมและต้องการกระจายอำนาจให้ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นดำเนินการ แต่ถ้าพิจารณาความต้องการของราชการบริหารส่วนท้องถิ่นแล้ว มีเพียงกลุ่มงานดังต่อไปนี้ที่ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นดำเนินการด้วยตนเองได้

- กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน
- กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
- กลุ่มงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
- กลุ่มงานโภชนาการ
- กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์
- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
- กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อ
- กลุ่มงานผลิตและจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์
- กลุ่มงานอนามัยครอบครัว

● แต่ถ้าพิจารณาศักยภาพและความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีเพียง 2 กลุ่มงานที่สามารถดำเนินการได้

- กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน
- กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

25. อันที่จริงการกระจายอำนาจสู่ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นไม่ว่ากรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนตำบล หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด ไม่ใช่สูตรสำเร็จที่จะพัฒนาระบบการสาธารณสุขให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า พันธกิจหลายอย่างยังต้องเป็นของราชการบริหารส่วนกลาง พันธกิจบางอย่างต้องมีการแบ่งอำนาจสู่ระดับภูมิภาค มีเพียงพันธกิจพื้นฐานที่อาจกระจายอำนาจให้เป็นความรับผิดชอบของราชการบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งแต่ละรูปแบบองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หรือแต่ละแห่งยังมีศักยภาพและความพร้อมแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นเช่นใด ระบบการสาธารณสุขจะต้องมีความเป็นเอกภาพ นโยบายสาธารณสุขแห่งชาติจะต้องครอบคลุมไม่ใช่เฉพาะงานของกระทรวงสาธารณสุข หากแต่เกี่ยวข้องกับงานด้านนี้หรือที่เกี่ยวข้องกันในหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ซึ่งในปัจจุบันมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดเอกภาพ ความซ้ำซ้อน สิ้นเปลือง และขาดประสิทธิภาพ

ดังนั้นภารกิจประการแรกในการปฏิรูปแบบการสาธารณสุข จึงนำได้แก่การกำหนดพันธกิจขององค์กรบริหารต่าง ๆ ในระดับต่าง ๆ โดยมุ่งสร้างเอกภาพและให้มีการกระจายอำนาจสู่ระดับล่าง ด้านศักยภาพและความพร้อม การดำเนินการกิจดังกล่าวต้องมีการศึกษาอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่ง

26. ในตารางที่ 5-2 เป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแบ่งพันธกิจต่าง ๆ ของการสาธารณสุข ซึ่งมีการเพิ่มพันธกิจบางอย่างเข้ามาด้วย เพื่อให้ครอบคลุมทั้งระบบ อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะเป็นเพียงสังเขปเพื่อสร้างแนวคิด เพราะยังมีองค์ประกอบและประเด็นต่าง ๆ ต้องพิจารณาอีกมาก เช่น

- ถ้ามีการกระจายอำนาจสู่ระดับท้องถิ่นอย่างแท้จริงต้องมีการโอนโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมาขึ้นกับกรุงเทพมหานคร เทศบาล และสุขาภิบาล ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่ารัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณอุดหนุนให้ และมีผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- โรงพยาบาลของรัฐวิสาหกิจ เช่น โรงพยาบาลยาสูบ หรือโรงพยาบาลรถไฟ ควรแปรรูปเป็นโรงพยาบาลเอกชนหรือไม่ และองค์การเภสัชกรรมควรแปรรูปเป็นบริษัทมหาชนหรือไม่
- การประกันคุณภาพในการผลิตแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรเป็นเช่นใดและยังคงให้หน่วยราชการ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนผลิตบุคลากรดังกล่าวต่อไปหรือไม่เพียงใด
- หน่วยงานในส่วนกลางที่ไปจัดตั้งเขตหรือศูนย์หรือหน่วยงานในจังหวัดต่าง ๆ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้ว่าราชการจังหวัด หรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ควรมีการมอบอำนาจการบังคับบัญชาหรือกลไกการประสานงานอย่างไร
- ความต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างนโยบายแผนระดับชาติ ระดับจังหวัด อำเภอ และระดับท้องถิ่นควรเป็นเช่นใด การระดมและจัดสรรทรัพยากร ตลอดจนการบริการประชาชนและเงิน ควรเป็นเช่นใด
- ความเป็นเอกภาพทางการสาธารณสุขควรมีลักษณะใด การประสานนโยบายและแผนและการประสานระหว่างหน่วยราชการต่าง ๆ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนควรเป็นเช่นใด

● โครงสร้างองค์การบริหาร

27. ในการศึกษาบริหารจัดการระบบการสาธารณสุขของชาติ จำเป็นต้องพิจารณารูปแบบโครงสร้าง กระบวนการ และพฤติกรรมประกอบด้วย เมื่อรูปแบบการสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นลักษณะที่มีการจัดการปานกลาง (Moderately organized) ในระดับประเทศกำลังพัฒนา ตามการจำแนกของ Kohn and White (1976) กล่าวคือ ยังมีความแตกต่างกันในบริการสาธารณสุขระหว่างชุมชนเมืองกับชนบท ทรัพยากรส่วนใหญ่ได้มาจากภาษีอากร กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาเป็นอย่างดีและมีโครงการต่าง ๆ มากมายที่มุ่งสู่ชนบทมากขึ้น และในระดับภูมิภาคและท้องถิ่นมีบทบาทอย่างมากในการวางแผน อย่างไรก็ตาม โครงสร้างการบริหารจัดการระบบการสาธารณสุข ยังขาดเอกภาพ ขาดประสานความพยายามเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ต่างฝ่ายต่างทำและใช้ทรัพยากรอันจำกัดอย่างสิ้นเปลือง ภายในกระทรวงสาธารณสุขเองแม้มีการปรับโครงสร้างองค์การบริหารเมื่อ พ.ศ. 2517 แต่ก็ยังมีปัญหาอีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานปลัดกระทรวงมีโครงสร้างที่ใหญ่เกินไป มีปริมาณงานมากมายทั้งงานราชการบริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ยิ่งกว่านั้น ยังมีอาจคาดหวังได้ว่ากรมวิชาการต่าง ๆ จะสามารถสนับสนุนด้านวิชาการและเทคโนโลยีแก่หน่วยงานในสนาม คือราชการบริหารส่วนภูมิภาคและหน่วยงานอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดกลไกการประสานเชื่อมต่อระหว่างกัน แม้มีความพยายามแบ่งงานไปสู่ศูนย์หรือเขตในต่างจังหวัดแล้วก็ตาม สำหรับหน่วยงานในสนามคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ ยังขาดทรัพยากรหรือแม้แต่อำนาจบังคับบัญชาเพียงพอ ส่วนกระบวนการบริหารจัดการยังมีปัญหามาก โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายแผนงานโครงการระดับชาติ ระดับกระทรวง และระดับกรม นโยบายขาดความชัดเจนต่อเนื่อง และขาดการเชื่อมประสาน การบริหารงานบุคคลไม่คล่องตัว ลำช้า มีบุคลากรจำกัด และมีปัญหาเกี่ยวกับขวัญกำลังใจและโอกาสความก้าวหน้า สำหรับการบริหารการเงินการคลังและการงบประมาณก็มีปัญหาเช่นกัน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระเบียบกฎหมายข้อบังคับต่าง ๆ

28. การปรับโครงสร้างองค์การบริหาร (restructuring) จะต้องเป็นไปตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ
- การบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพและการสาธารณสุขจะต้องมีความเป็นเอกภาพ โดยใช้มาตรการทางนโยบายและแผนกำหนดมาตรฐานและดัชนีชี้วัดความสำเร็จ ตลอดจนการกำกับควบคุมติดตามประเมินผลโดยรัฐบาลใช้กลไกทางงบประมาณเป็นเครื่องมือ

- มุ่งกระจายอำนาจในการบริหารจัดการและทรัพยากรสาธารณสุขส่วนภูมิภาค
ท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชน
- ใช้การบริหารจัดการแบบเครือข่ายในการทำงานร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข (stakeholders)
- โครงสร้างองค์กรบริหารต้องกระชับ มีขนาดเหมาะสม ยืดหยุ่น มีสายการบังคับบัญชาสั้น มีการกำหนดภารกิจหลัก ภารกิจที่ชัดเจน โดยภารกิจที่ไม่จำเป็นอาจมอบหมายให้ชุมชน ภาคเอกชน หรือองค์กรพัฒนาเอกชนดำเนินการแทนได้

ในการดำเนินงานให้เป็นไปตามเกณฑ์ดังกล่าว มีประเด็นที่สมควรพิจารณาดังนี้

- ควรมีสภาสาธารณสุขแห่งชาติหรือไม่ การมีสภาสาธารณสุขแห่งชาติอาจช่วยให้เกิดเอกภาพในการดำเนินงานเพื่อ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ร่วมกัน โดยสภาดังกล่าวเป็นองค์กรกำหนดนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ กำหนดยุทธศาสตร์ แผนงานหลักและโครงการสำคัญ กำหนดมาตรฐานคุณภาพ และดัชนีชี้วัดความสำเร็จ ตลอดจนกำกับควบคุมดูแล ติดตามประเมินผล ทั้งนี้ให้ใช้งบประมาณประจำปีเป็นเครื่องมือทำนองเป็น “ผู้ซื้อบริการ” (purchaser) จากหน่วยงานของรัฐและเอกชน

- การกำหนดภารกิจหลัก ภารกิจรองของหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนบทบาทของชุมชน ภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน ควรมีมาตรการใดเพื่อให้เกิดผล ซึ่งจะมีผลให้เกิดความซ้ำซ้อน ซับซ้อน สิ้นเปลืองไร้ประสิทธิภาพ เช่น นอกเหนือจากโรงพยาบาลของกองทัพ กรมตำรวจ และกรมราชทัณฑ์ แล้ว ควรแปรรูปโรงพยาบาลของส่วนราชการอื่น (โรงพยาบาลชลประทาน) และรัฐวิสาหกิจ (โรงพยาบาลท่าเรือ โรงพยาบาลยาสูบ และโรงพยาบาลของการรถไฟแห่งประเทศไทย) ให้เป็นของเอกชน หรือโอนให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

- ถึงแม้โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2517 มีลักษณะที่เอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจสู่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นมาก แต่เริ่มล้าสมัยและในความเป็นจริงการดำเนินงานตามโครงสร้างดังกล่าวไม่ได้มีผลให้เกิดการกระจายอำนาจมากนัก

- สำนักงานปลัดกระทรวงมีขนาดใหญ่เกินไป จึงนำพิจารณารวมกองต่าง ๆ ขึ้นเป็นสำนักบริหาร มีฐานะเช่นเดียวกับสำนักนโยบายและแผน และสำนักผู้ตรวจราชการกระทรวง ส่วนสถาบันพระบรมราชชนกควรเป็นสถาบันอิสระ เช่นเดียวกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ส่วนกิจกรรมลักษณะอื่น ๆ อาจดำเนินการในลักษณะการบริหารโครงการ (matrix organization) หรือคณะทำงาน (task force) เมื่อภารกิจเสร็จสิ้นแล้ว ก็อาจยุบเลิกไปได้

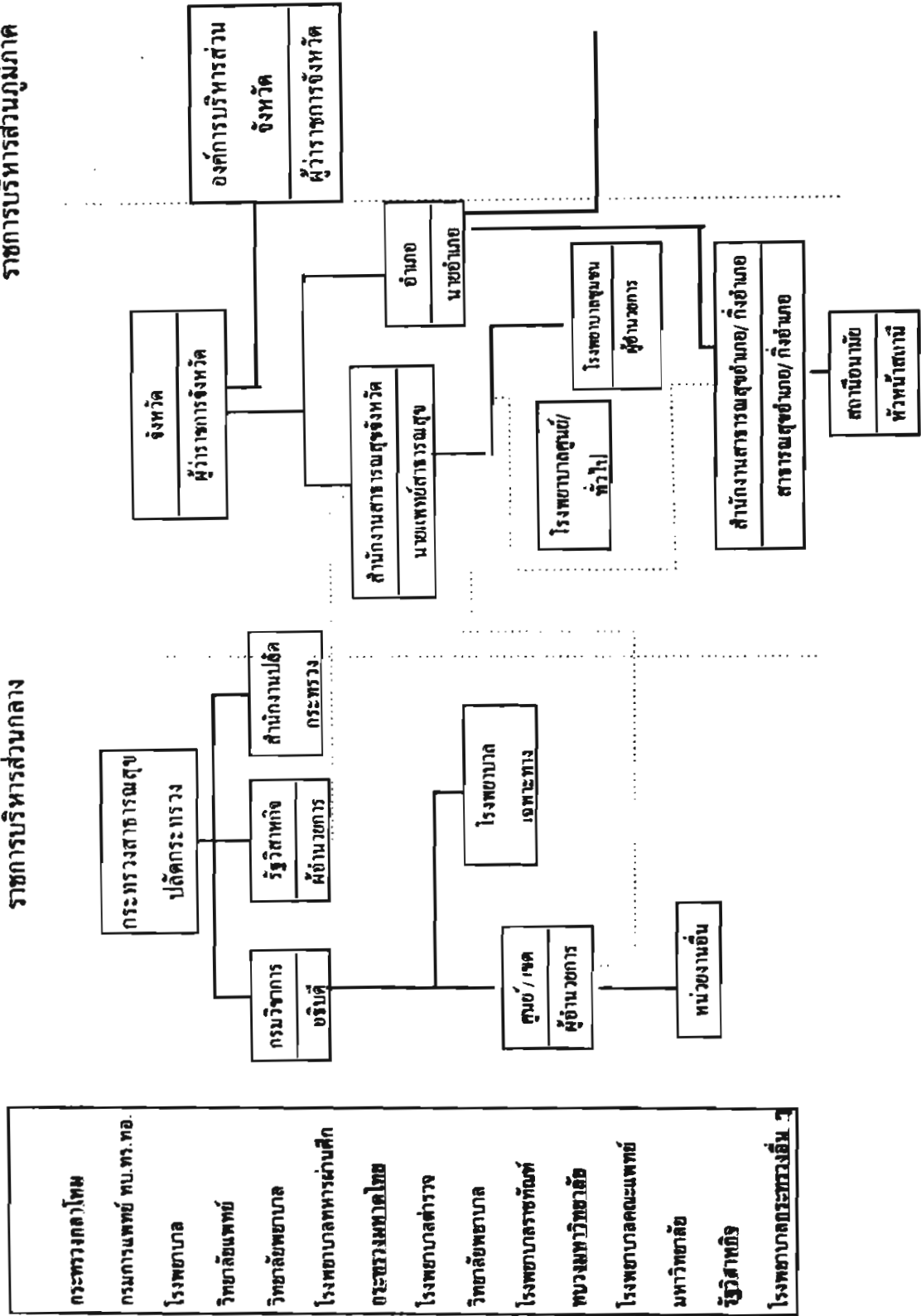
- กรมวิชาการนำมีลักษณะวิชาการอย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคติดต่อ และกรมสุขภาพจิต ซึ่งนำประกอบด้วยสถาบันวิจัยด้านต่าง ๆ แทนการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการแบบกรมกองโดยปกติ ซึ่งไม่เกื้อกูลการปฏิบัติงานวิชาการ และงานบริการดังกล่าวต้องสามารถเชื่อมต่อถึงหน่วยงานสนามเพื่อนำวิชาการเทคโนโลยี และผลการศึกษาวิจัยไปประยุกต์ใช้ ถึงแม้บางกรมมีศูนย์ เขต หรือหน่วยงานในต่างจังหวัด แต่ยังขาดการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อำเภอ และกิ่งอำเภอที่อยู่ภายในเขตความรับผิดชอบ

- หน่วยปฏิบัติในสนามยังขาดเอกภาพในการบังคับบัญชาอย่างแท้จริง ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ และสถานีอนามัย โดยเฉพาะในระดับล่าง ซึ่งอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของนายอำเภอ หน่วยปฏิบัติดังกล่าวขาดทั้งทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ยิ่งกว่านั้นยังขาดความสัมพันธ์กับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคเอกชนในท้องถิ่น ประเด็นที่น่าพิจารณาคือ

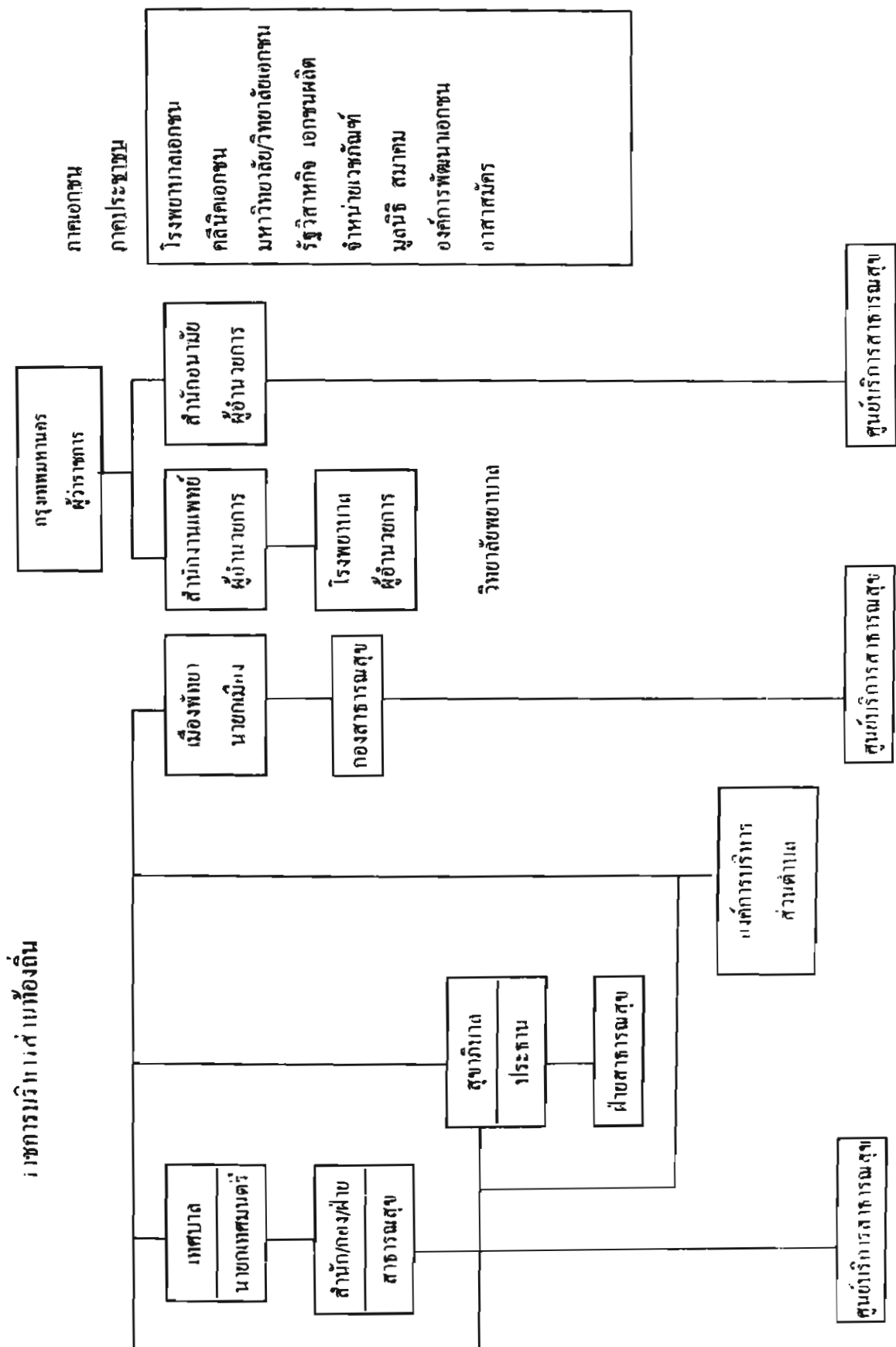
- ควรมีคณะกรรมการโรงพยาบาลและคณะกรรมการสาธารณสุขในระดับอำเภอหรือไม่ เพื่อให้ประชาชน ชุมชน และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การวางแผน การระดมและจัดสรรทรัพยากรหรือไม่เพียงใด

- ควรโอนงานสถานีอนามัยให้กับสุขาภิบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลหรือไม่เพียงใด ถ้าหากสุขาภิบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลยังขาดศักยภาพและความพร้อม กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องให้การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและงบประมาณ นอกจากนี้ยังสมควรพิจารณาการกระจายอำนาจพันธกิจต่อไปนี้ให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

แผนภาพที่ 5-3 โครงสร้างองค์การบริหารด้านสาธารณสุขปัจจุบัน



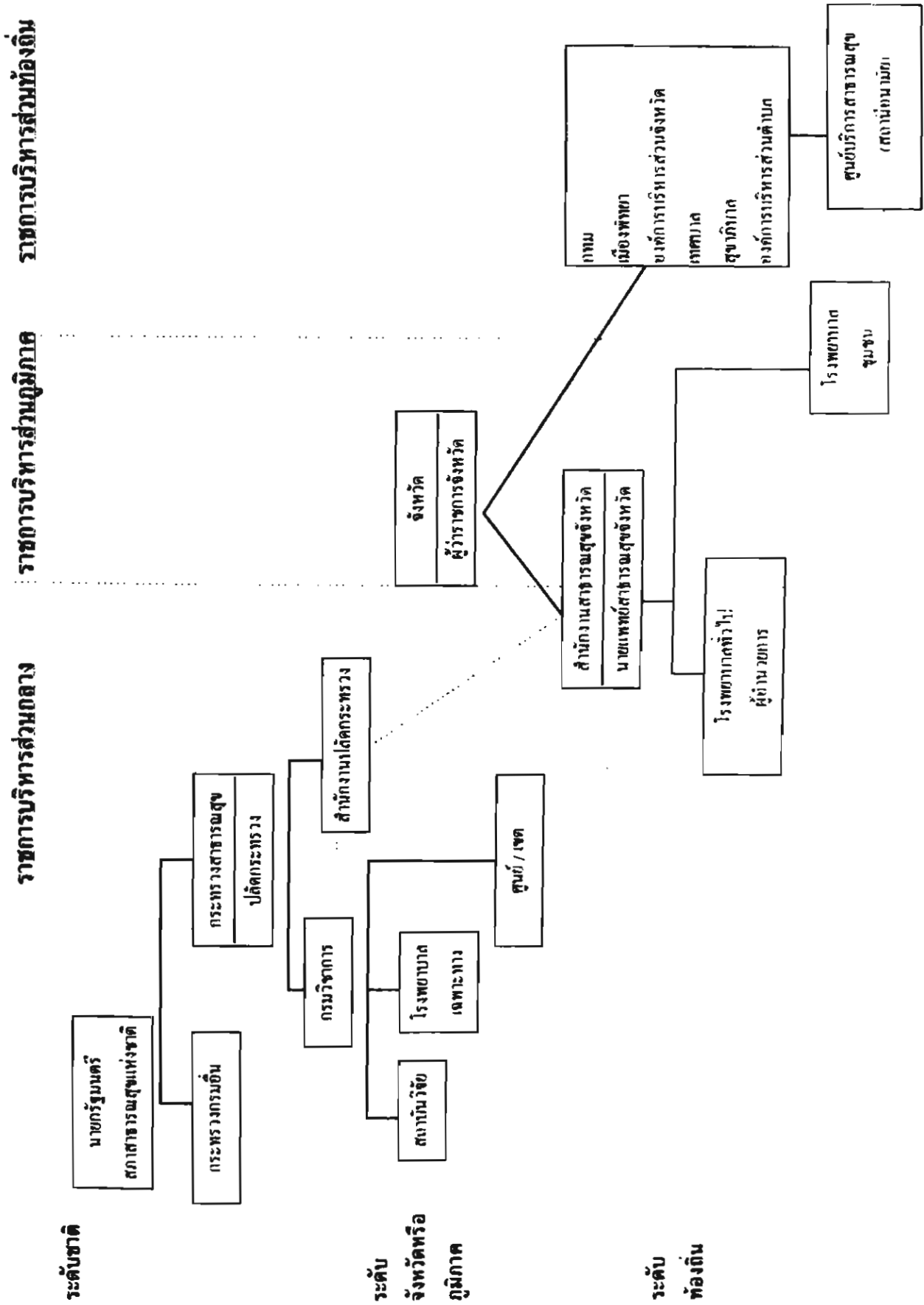
แผนภาพที่ 5-3 โครงสร้างองค์กรการบริหารด้านสาธารณสุขปัจจุบัน (ต่อ)



องค์การบริหารส่วนตำบล		● กลุ่มสาธารณสุขมูลฐาน ● กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ● กลุ่มงานอนามัยครอบครัวและผู้สูงอายุ ● กลุ่มงานโภชนาการ ● กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์ ● กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ● กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อ
สุขาภิบาล	เพิ่ม	● กลุ่มงานบริการทางแพทย์และสาธารณสุข (ระดับต้น)
เทศบาล		● ดำเนินการได้เลือกทุกกลุ่ม (ยกเว้นกลุ่มงานผลิตและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร กลุ่มทรัพยากรทางวิทยาศาสตร์และสาธารณสุข กลุ่มทางสุขภาพจิต กลุ่มงานอาชีวอนามัย และกลุ่มงานผลิตและจำหน่ายยาหรือเวชภัณฑ์) ซึ่งต้องพิจารณาระดับของเทศบาลประกอบด้วย

- ในอนาคตอาจยุบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและแต่งตั้งให้สาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขจังหวัด รับผิดชอบในเขตอำเภอหรือกิ่งอำเภอเดิม ยกฐานะสถานีอนามัยเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน กับโอนโรงพยาบาลชุมชนมาขึ้นกับเทศบาลหรือสุขาภิบาลขนาดใหญ่

แผนภาพที่ 5-4 โครงสร้างการบริหารจัดการสาธารณสุขที่เสนอแนะ



การเงินการคลังเพื่อสาธารณสุข

29. ในช่วง 1-2 ทศวรรษที่ผ่านมา ปรากฏการณ์ที่เหมือนกันทั่วโลก คือ การที่ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประชาชาติได้เพิ่มสูงขึ้นมากอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านงบประมาณแผ่นดินและค่าใช้จ่ายด้านนี้ในผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ขณะเดียวกันความต้องการและความคาดหวังของประชาชนก็เพิ่มสูงขึ้นด้วย ในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2521 ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศมีมูลค่า 30,174.5 ล้านบาท (มูลค่า พ.ศ. 2530) ได้เพิ่มเป็น 67,771.3 ล้านบาทในปี 2530 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 2.25 เท่าในมูลค่าจริง หากคิดเป็นอัตราส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ จะเพิ่มจากร้อยละ 3.43 มาเป็นร้อยละ 5.6 ในช่วงเวลาเดียวกัน ประมาณว่าในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.1 และค่าใช้จ่ายต่อประชากรจะสูงถึงประมาณ 3,718 บาท ซึ่งสูงกว่าเมื่อปี 2521 ถึงหกเท่าตัว โดยค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 230,000 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายต่อประชากรดังกล่าวสูงกว่าของประเทศกำลังพัฒนาในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเกือบทุกประเทศ

30. รัฐได้ลงทุนด้านสาธารณสุขเป็นจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีในอัตราที่สูงมาก ทั้งงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทบวงกรมอื่น เช่น ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย ฯลฯ ในพ.ศ. 2521 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณเพียง 5,994.2 ล้านบาทหรือประมาณร้อยละ 4.70 ของงบประมาณแผ่นดิน เพิ่มขึ้นเป็น 9,525.1 ล้านบาทในปี 2530 หรือประมาณร้อยละ 4.19 ของงบประมาณแผ่นดินทั้งสิ้น ในปี พ.ศ. 2535 ได้เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 5.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2539 ประมาณว่าในปีงบประมาณ 2543 งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขจะสูงถึง 171,722 ล้านบาท หรือประมาณเกือบ 30 เท่าตัวของเมื่อสิบปีก่อน

31. แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพดังกล่าว องค์การอนามัยโลก (WHO 1978) ระบุว่า ได้แก่

- งบประมาณหรือของแผ่นดิน (ทั้งของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นและโครงการประกันสุขภาพของรัฐ)
- นายจ้าง
- องค์กรอาสาสมัคร (การกุศลหรือการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ)
- ชุมชนท้องถิ่น
- การช่วยเหลือจากต่างประเทศ (ทั้งรัฐบาล เอกชน และองค์กรการกุศล)
- ค่าใช้จ่ายจากครัวเรือน
- อื่น ๆ รวมทั้งสลากกินแบ่ง และการบริจาค

อย่างไรก็ตาม แหล่งที่สำคัญน่าได้แก่งบประมาณของรัฐ ทั้งรัฐบาลกลางและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ค่าใช้จ่ายจากครัวเรือนหรือค่าใช้จ่ายของประชาชนเอง การประกันสังคม และการประกันสุขภาพ และรายรับอย่างอื่น เช่น ค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการให้บริการสุขภาพ สำหรับแหล่งที่มาของการเงินเพื่อสุขภาพ ในประเทศไทยมีดังนี้

● **แหล่งเงินจากภาครัฐ** ค่าใช้จ่ายสาธารณสุขภาครัฐส่วนใหญ่มาจากงบประมาณแผ่นดินของกระทรวงสาธารณสุขและของกระทรวงทบวงกรมอื่น ๆ ส่วนที่เป็นขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีน้อยมากจนแทบไม่ปรากฏในรายงานที่เคยจัดทำกันมา ซึ่งแตกต่างจากของประเทศอื่น ถึงแม้งบประมาณแผ่นดินด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นตามลำดับทั้งจำนวนและอัตราส่วนต่องบประมาณแผ่นดิน แต่เมื่อเทียบกับแหล่งที่มาของการเงินเพื่อสุขภาพทั้งหมดแล้ว กลับมีอัตราส่วนลดลงจากร้อยละ 27.9 ในปี 2527 เหลือเพียงร้อยละ 23.53 ในปี 2535 ในการศึกษาครั้งหลังสุดเหลือเพียงร้อยละ 22 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2540) ขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านภาระครัวเรือนซึ่งประชาชนใช้จ่ายเองสูงขึ้นตามลำดับ คือ ประมาณสามในสี่ของค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ซึ่งประเด็นนี้น่าสนใจเพราะขณะที่รัฐมีนโยบายว่าบริการสาธารณสุขเป็นรัฐสวัสดิการ แต่ประชาชนกลับต้องใช้จ่ายเพื่อการนี้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังปรากฏชัดเจนว่าโรงพยาบาลของรัฐมีรายได้จากค่าบริการประมาณร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น (ที่เหลือมาจากงบประมาณของรัฐ) ในจำนวนนี้หนึ่งในสามถึงครึ่งหนึ่งมาจากค่าบริการการตรวจรักษา (เกือบทั้งหมดมาจากค่ายา) ที่เหลือมาจากการประกันต่าง ๆ แสดงว่าแม้แต่โรงพยาบาลของรัฐยังแสวงหารายได้จากการขายยาราคาที่ค่อนข้างแพง จนมีรายได้เกือบครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น

● **สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานรัฐวิสาหกิจ**

ประมาณว่าข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวประมาณ 6.4 ล้านคน รับประโยชน์จากสวัสดิการดังกล่าว ซึ่งมาจากงบประมาณแผ่นดินและงบประมาณของรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่ง โดยผู้รับประโยชน์สามารถเข้ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนได้ตามที่ต้องการ แต่ต้องเสียเพิ่มถ้าเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รายจ่ายของรัฐในส่วนนี้เพิ่มขึ้นสูงมากประมาณร้อยละ 20 ต่อปี ในทศวรรษที่ผ่านมา ทั้ง ๆ ที่ผู้รับประโยชน์แทบไม่เพิ่มขึ้นเลย (Sanguan Nitayarumphong 1997) โดยในปี 2521 ค่าใช้จ่ายสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้างของรัฐมีมูลค่าเพียง 594.2 ล้านบาท เพิ่มเป็น 2,801.1 ล้านบาท ในปี 2530 ในปีงบประมาณ 2540 ประมาณว่า ค่าใช้จ่ายสวัสดิการทั้งในระบบราชการและรัฐวิสาหกิจรวมแล้วไม่ต่ำกว่า 12,000 ล้านบาท เฉลี่ยต่อข้าราชการหนึ่งคน (ในปี 2535) 916 บาท และพนักงานรัฐวิสาหกิจหนึ่งคน (ในปีเดียวกัน) 815 บาท

● **การประกันสังคมและการประกันสุขภาพ**

- กองทุนเงินทดแทน จัดตั้งขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2517 ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 โดยนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จะต้องขึ้นทะเบียนกับกองทุนเงินทดแทน จะต้องจ่ายเงินเข้าสมทบกองทุนนี้ทุกปี โดยมีอัตราแตกต่างกัน

ไปตามประเภทของธุรกิจและประวัติการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุของพนักงานในปีก่อน ๆ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เบิกได้จะเป็นไปตามอัตราที่กำหนด สูงสุดไม่เกิน 30,000 บาท นอกจากนี้ หากลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน เกิดการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานจะได้รับความคุ้มครองจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน โดยสำนักงานจะดำเนินการวินิจฉัยสั่งให้นายจ้างจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างด้วย ในปี 2538 กองทุนเงินทดแทนเรียกเก็บเงินสมทบได้ทั้งสิ้น 1,397 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2529 ซึ่งมีจำนวน 284 ล้านบาท ส่วนเงินทดแทน 1,370 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2529 ซึ่งมีจำนวน 218 ล้านบาท

- การประกันสังคม จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กองทุนประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป โดยนายจ้าง ผู้ประกันตนและรัฐบาลเป็นผู้ส่งเงินสมทบฝ่ายละ ร้อยละ 1.5 ของอัตราค่าจ้าง ในปี 2538 กองทุนประกันสังคม ให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ประกันตน 4 กรณีคือ

- (1) กรณีเจ็บป่วย (จากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน)
- (2) กรณีคลอดบุตร
- (3) กรณีทุพพลภาพ
- (4) กรณีตาย

(ตามกฎหมาย ยังมีการสงเคราะห์บุตรและกรณีการชราภาพให้ดำเนินการภายใน 6 ปี ส่วนกรณีว่างงานไม่ได้กำหนดระยะเวลา)

เมื่อสิ้นเดือนธันวาคม พ.ศ. 2538 กองทุนประกันสังคมมีสถานประกอบการขึ้นทะเบียน 73,604 แห่ง มีผู้ประกันตน 5.18 ล้านราย มีเงินสมทบ 12,547 ล้านบาท เพิ่มจาก 4,178 ล้านบาทในปี 2534 ส่วนประโยชน์ทดแทนในปี 2538 มีมูลค่า 4,482 ล้านบาท ร้อยละ 65 เป็นกรณีเจ็บป่วย มีสถานพยาบาลหลักภายใต้โครงการประกันสังคมทั้งหมด 189 แห่ง เป็นของรัฐ 126 แห่ง และภาคเอกชน 63 แห่ง การใช้บริการด้านการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอก อัตราการใช้บริการ 1.25 ครั้ง ต่อคนต่อปี ส่วนอัตราการใช้บริการสำหรับผู้ป่วยใน 0.024 ครั้งต่อคนต่อปี

- การประกันสุขภาพของบริษัทเอกชน ทั้งการประกันสุขภาพโดยเฉพาะและการประกันสุขภาพแบบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิต ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้มีอัตราส่วนลดลงตามลำดับจากประมาณร้อยละ 0.7 ในปี 2827 เหลือเพียงร้อยละ 0.38 ในปี 2535

● ค่าใช้จ่ายของประชาชน ค่าใช้จ่ายของประชาชนนี้เป็นค่าใช้จ่ายทั้งจากผู้ที่ไม่อยู่ในข่ายครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพซึ่งมีอยู่ประมาณร้อยละ 24 ของประชากรทั้งสิ้น หรือที่อยู่ในกลุ่มอื่นที่ใช้จ่ายเพิ่มเติมจากรัฐสวัสดิการ สวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือการประกันต่าง ๆ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับดังกล่าวมาแล้ว

32. ใน พ.ศ. 2534 ประมาณว่ามีผู้ที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 32 ของประชากรทั้งสิ้น ภายใน 5 ปี ได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 76 ในปี 2539 โดยส่วนที่เพิ่มขึ้นเป็นรัฐสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี และผู้มีรายได้น้อยหรือผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการตามนโยบายรัฐบาลและผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการตามระเบียบกระทรวง สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 กับผู้มีสิทธิและมีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลที่ออกตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ประเด็นคำถามคือที่เหลืออีกร้อยละ 24 หรือประมาณ 14.4 ล้านคน นั่นคือใครอยู่ที่ไหน และประกอบอาชีพใด ซึ่งคำตอบน่าได้แก่กลุ่มเกษตรกร ผู้ที่อยู่ห่างไกลในชนบทหรือกลุ่มผู้มีรายได้น้อยในเมือง ตลอดจนครอบครัว และอาจรวมถึงผู้ประกอบอาชีพอิสระที่มีรายได้ไม่แน่นอน ซึ่งน่าเป็นกลุ่มที่มีความต้องการบริการสาธารณสุขมากกว่ากลุ่มอื่น แต่กลับเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ หรือได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียมมากที่สุด

ตารางที่ 5.3 แนวโน้มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2521-2543

ปี	% ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ	ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพต่อประชากร	% เพิ่มขึ้น
2521	3.4	680	
2526	4.8	993	8.7
2531	5.8	1,389	8.4
2534	6.3	1,774	8.6
2543	8.1	3,718	-

ที่มา : กองโครงการพัฒนาสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
หมายเหตุ พ.ศ. 2534, 2543 คาดการณ์

ตารางที่ 5.4 อัตราร้อยละของแหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2527-2535

แหล่งที่มา	2527	2530	2535
ค่าใช้จ่ายภาครัฐ	27.9	24.2	23.53
งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข	17.0	14.1	16.78
งบประมาณกระทรวงทวกรมอื่น	6.9	6.0	3.26
งบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	3.6	4.1	3.49
สวัสดิการรักษายาบาลรัฐวิสาหกิจ	0.8	0.8	0.44
กองทุนเงินทดแทน	0.5	0.4	0.4
การประกันสังคม	-	-	1.23
การประกันภัยเอกชน	0.7	NA	0.38
การช่วยเหลือจากต่างประเทศ	0.8	NA	0.73
ค่าใช้จ่ายครัวเรือน	71.2	73.0	73.68
รวมร้อยละ	100.0	100.0	100.0
รวม (ล้านบาท)	53,032.9	67,771.3	NA

ที่มา : Sanguan Nitayarnumphong (1997)

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540)

33. เคยมีการศึกษาผลกระทบของการประกันสังคมต่อระบบบริการสาธารณสุขในหลายประเทศ มีประเด็นที่น่าพิจารณาหลายประการ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ 2537)

- การเข้าถึงบริการของประชาชน ประชาชนที่ยากจนได้รับความคุ้มครองไม่มากนัก กลุ่มอาชีพอิสระตลอดจนเกษตรกรที่ต้องการได้รับการบริการมากกลับไม่ได้รับการครอบคลุม
- ค่าใช้จ่ายของบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และคุณภาพของการให้บริการยังไม่เป็นที่น่าพอใจ
- ความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับบริการ ดังตัวอย่างในประเทศลาตินอเมริกาที่มีแนวโน้มให้รัฐต้องเอางบประมาณสำหรับกลุ่มประชาชนที่ยากจนคือเกษตรกร มลอุตสาหกรรมผู้ใช้แรงงานในเมือง

34. ทางออกประการหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขได้แก่การจัดทำบัตรสุขภาพ ซึ่งในระยะแรกเป็นกองทุนที่เกิดจากความร่วมมือในชุมชน เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนผู้ซื้อบัตรดังกล่าวโดยสมัครใจ ในระยะแรกมุ่งเน้นการสาธารณสุขมูลฐาน แต่ต่อมาได้พัฒนารูปแบบเป็นระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อมีส่วนร่วมในการเสี่ยง (risk-sharing prepayment system) แต่ละจังหวัดเป็นผู้กำหนดอัตราค่าประกันและประโยชน์ทดแทน ซึ่งโดยเฉลี่ยบัตรสุขภาพมีราคา 300 บาท ครอบครัวสมาชิกครอบครัวสี่คน สามารถใช้บริการทางการแพทย์ได้ไม่เกิน 8 ครั้ง (โดยมีอัตราขั้นสูงไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง) ในหนึ่งปี ในระยะแรกมุ่งให้ผู้ถือบัตรใช้บริการสถานียานามัย แต่ปรากฏว่าส่วนใหญ่มาใช้บริการของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป โดยเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ถือบัตรสุขภาพ ต้องได้รับการอุดหนุนจากโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 30 อย่างไรก็ตาม เมื่อเร็ว ๆ นี้กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับค่าประกันเป็น 500 บาท ต่อครอบครัว โดยไม่จำกัดครั้งของการใช้บริการทางการแพทย์ ทั้งนี้รัฐบาลจะตั้งงบประมาณสมทบในอัตราเท่ากัน โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่า : มีผู้ที่อยู่ครอบคลุมตามโครงการนี้ 1 ล้านครัวเรือน (4.2 ล้านคน) รวมทั้งผู้ที่ไม่ครอบคลุมภายใต้ประกันสังคมของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งในที่สุด โครงการดังกล่าวน่าจะขยายขอบข่ายกว้างขึ้นครอบคลุมผู้ประกอบอาชีพอิสระและเกษตรกรผู้สมัครใจประกันตน ถึงแม้ไม่ครบทั้ง 14.4 ล้านคนดังกล่าว แต่ก็จะมีส่วนช่วยได้อย่างมาก

35. ประเด็นปัญหาที่ควรพิจารณาคือ

- ขณะที่ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในเวลาอย่างรวดเร็วมาก รัฐบาลแสวงหาค่าใช้จ่ายนี้จากแหล่งใด หรือมีกลวิธีอย่างไรเพื่อไม่ต้องแบกภาระมากเกินไป
- รูปแบบใดที่สามารถให้บริการเข้าถึงประชาชนผู้ที่ต้องการบริการมากที่สุดและทำอย่างไรจึงจะให้เกิดความเท่าเทียมกัน
- รูปแบบใดจึงมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับที่พอยอมรับได้ และได้รับบริการที่มีคุณภาพ คำนึงถึงค่าใช้จ่ายนั้น

Sangaun Nitayarniphong (1997) เสนอว่ามีทางเลือกในการปฏิรูป 4 ทางเลือกคือ

ทางเลือกที่ 1 : รัฐถอนตัวหรือลดการลงทุนจากการให้บริการ สนับสนุนเอกชนให้ลงทุนแทน

ทางเลือกที่ 2 : รักษาอัตราส่วนการให้บริการของภาครัฐบาลและสนับสนุนให้แข่งขันกับเอกชน

ทางเลือกที่ 3 : กำหนดราคา คุณภาพ และการใช้เทคโนโลยี

ทางเลือกที่ 4 : รัฐเป็นผู้ซื้อบริการหลัก

ทางเลือกที่ 5: ปฏิรูปทั้งด้านการเงินและด้านบริการ ซึ่งปฏิรูปอาจกระทำได้อย่างสองอย่าง คือ ปฏิรูปครั้งสำคัญให้มีการประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งหมด โดยมีสถาบันการเงิน

ประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมกองทุนประกันสุขภาพทั้งหมดด้วยกัน กับการปฏิรูปแบบไม่รุนแรง คือยังคงให้มีโครงการประกันสุขภาพกระจายเหมือนเดิม แต่มีสำนักงานประสานงาน

36. การปฏิรูปการบริหารจัดการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องมีการทบทวนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานอื่น รวมทั้งองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น การปรับโครงสร้างองค์การและระบบการบริหารจัดการ การตรากฎหมายกฎเกณฑ์ข้อบังคับเกี่ยวกับมาตรฐาน คุณภาพ การให้บริการ อัตราค่าบริการ ตลอดจนการประเมิน ตรวจสอบ วิชาชีพ ซึ่งจะได้กล่าวในบทต่อไป

ประเด็นที่ควรพิจารณาในบทนี้คือทำอย่างไรจึงจะให้ประชาชนส่วนใหญ่หรือทั้งหมดอยู่ภายใต้การคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงทางเศรษฐกิจ) ได้รับบริการโดยเท่าเทียมกันและบริการดังกล่าวเป็นบริการที่มีคุณภาพ และระบบประกันสุขภาพดังกล่าวควรมีรูปแบบใดจึงมีประสิทธิภาพสูงสุด และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

37. สภาพที่พึงประสงค์มีดังนี้

- ประสิทธิภาพ การปฏิบัติ : สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน บุคคลมีสิทธิได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการโดยไม่คิดมูลค่า
- ระบบการประกันสังคม/การประกันสุขภาพ : อาจมีหลากหลาย ดังนี้

ของรัฐ

- กองทุนเงินทดแทน
- กองทุนประกันสังคม
- กองทุนบัตรสุขภาพ นอกจากผู้ประกันตนแล้ว รัฐบาลควรออกบัตรสุขภาพ

ให้แก่

- ◆ ผู้มีสิทธิและมีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลที่ออกตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537
- ◆ ผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537
- ◆ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี
- ◆ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
- ◆ พระภิกษุ สามเณร นักพรต นักบวช
- ◆ บุคคลพิการหรือทุพพลภาพ

- ผู้กระทำความดีเป็นคุณแก่ชาติ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทหารผ่านศึก เป็นต้น

ทั้งนี้ให้ประชาชนทุกคนที่ไม่อยู่ใต้การคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ต้องทำบัตรสุขภาพ โดยมีเลขประจำตัวเช่นเดียวกับบัตรสวัสดิการสังคมของสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้รัฐบาลจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัติประกันสุขภาพขึ้นมาด้วย

- กองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยปรับระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลขณะนี้ให้มีลักษณะเป็นกองทุนทำนอง MEDISAVE ของสิงคโปร์ โดยรัฐบาลตั้งงบประมาณทดแทนการให้สวัสดิการนี้ เป็นก้อนเพียงครั้งเดียว ให้ข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีบัญชี MEDISAVE อยู่จำนวนหนึ่ง หลังจากนั้นทั้งข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานรัฐวิสาหกิจต้องส่งเงินเข้าบัญชีเป็นประจำร้อยละ 2 ของรายได้ทุกเดือน โดยรัฐบาลสมทบให้อัตราที่เท่ากัน ผู้ประกันตนดังกล่าวสามารถเบิกเงินค่าใช้จ่าย ค่าบริการโรงพยาบาลและค่าผ่าตัดได้จากบัญชี แต่ต้องดำรงยอดเงินในบัญชีไว้จำนวนหนึ่ง เช่น 100,000 บาท ทุกขณะ แต่เมื่ออายุ 55 ปี เบิกได้หมด ยกเว้นต้องดำรงไว้ยอดสุดท้าย (เช่น 60,000 บาท) สวัสดิการนี้ครอบคลุมเจ้าตัวและครอบครัว

ระบบการประกันสังคม/การประกันสุขภาพของรัฐ ดังกล่าวควรอยู่ภายใต้หน่วยงานเดียวกันทั้งหมด คือสำนักงานประกันสังคม แต่รูปแบบการบริหารจัดการสำนักงานนี้ไม่ควรเป็นลักษณะทบวงการเมืองอย่างปัจจุบัน โดยอาจเป็นองค์กรกึ่งรัฐบาล (QUANGO) Quasi Non Government Organization) ส่วนจะยังคงสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมหรือไม่ต้องพิจารณากันอย่างละเอียด

38. เมื่อโรงพยาบาลของรัฐมีรายได้จากค่าบำรุงหรือค่าบริการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่ายาถึงร้อยละ 40 ของรายจ่ายทั้งสิ้น แต่ขณะเดียวกันยังมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ซึ่ง Sawiguan Nitayarumphong (1997) ได้ระบุว่า เคยมีการศึกษาของสำนักงานประกันสังคม และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งต่ำกว่ามาตรฐาน ทั้งด้านปัจจัยนำเข้าทางโครงสร้างและกระบวนการเสนอบริการ นอกจากนี้ยังมีการร้องเรียนบ่อยครั้งว่า โรงพยาบาลของรัฐมีเจ้าหน้าที่ที่หยาบคายและไม่มีน้ำใจ ขณะที่โรงพยาบาลของเอกชนถูกร้องเรียนน้อยกว่าและการร้องเรียนมักเกี่ยวกับการเก็บค่าบริการสูง วิเคราะห์โรคผิด ๆ และไม่มีสมรรถนะ การยกระดับคุณภาพ การให้บริการกระทำได้อต่อเมื่อมีการประกันคุณภาพ การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ การรับรองคุณภาพ และการตรวจสอบวิชาชีพ (Professional audit) ซึ่งรัฐบาลจำเป็นต้องกำหนดมาตรการ มาตรฐานและเงื่อนไขต่าง ๆ ขณะเดียวกันอาจปล่อยให้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนมีการแข่งขันกัน โดยอาจมีการแปรรูปให้เป็นเอกชน หรือแม้แต่นำรูปแบบการบริหารแบบเอกชนมาใช้ในโรงพยาบาลของรัฐ

ตารางที่ 5.5 สรุปแหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ 2535

ระบบ	กลุ่มประชากรที่ครอบคลุม	ชนิดของแผนการ	ประโยชน์ทดแทนและโครงสร้างค่าใช้จ่าย	รายการค่าตอบแทน
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	ข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ คู่สมรส บุตรธิดา บิดามารดา 6.4 ล้านคน (11.3 %)	ข้าราชการและลูกจ้างของรัฐจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข	ค่าใช้จ่ายบริการคนไข้ นอกในโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน (แต่กำหนดขั้นสูงไว้)	916 บาท (ข้าราชการ) 815 บาท (พนักงานรัฐวิสาหกิจ)
ประกันสังคม	ลูกจ้าง ยกเว้นการคลอด 3.8 ล้าน บาท (6.8%)	บังคับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเกินกว่า 20 คน จัดการโดยกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม	บริการคนไข้นอก / คนไข้ใน โดยคิดเป็นรายร้อยละ 700 บาท	480 บาท
กองทุนเงินทดแทน	1.8 ล้านคน	เหมือนกับประกันสังคม	บริการการแพทย์ทุกอย่าง เลือกโรงพยาบาลได้ จ่ายเป็นค่าบริการแต่ละครั้ง แต่ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อครั้ง	248 บาท
บัตรสุขภาพ	3.0 ล้านคน (5.3%)	การประกันชุมชนโดยสมัครใจ ค่าประกัน 300 บาท ต่อครัวเรือน	คุ้มครองสมาชิกครอบครัวไม่เกิน 4 คน ไร้บริการการแพทย์ไม่เกิน 8 ครั้งต่อปี แต่ละครั้งไม่เกิน 2,000 บาท มีระบบส่งต่อ	65 บาท
ประกันเอกชน	0.6 ล้านคน (1.1%)	สมัครใจ	เลือกบริการได้ จ่ายค่าบริการแต่ละครั้งตามลักษณะบริการ	622 บาท
บริการโดยไม่คิดมูลค่า (สวัสดิการ)	ผู้สูงอายุผู้มีรายได้น้อย 11.7 ล้านคน (20.7%)	รัฐสวัสดิการจัดการโรงพยาบาล สาธารณสุข	เลือกบริการได้ รัฐจ่ายค่าบริการแต่ละครั้งตามลักษณะบริการ ต้องใช้สถานื่อนามัยก่อนแล้วมีบริการส่งต่อ	214 บาท (ผู้มีรายได้น้อย) 77 บาท (ผู้สูงอายุ)

ที่มา : Sanguan Nitayarumphong (1997)

39. ผลงานวิจัยของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2540) น่าสนใจมาก โดยในช่วงแปดปีที่ผ่านมา บริการด้านสุขภาพของภาครัฐมีการขยายตัวช้ากว่าเอกชน โดยจำนวนเตียงในภาครัฐเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 21 แต่ภาคเอกชนเพิ่มถึงร้อยละ 154 ในด้านบุคลากรระหว่าง พ.ศ. 2530-2536 แพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในภาครัฐเพิ่มเพียงร้อยละ 27 ขณะที่ภาคเอกชนเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 132 ส่วนหนึ่งเพราะรายได้แตกต่างกันถึงเกือบสิบเท่าตัว (4.6-9.8 เท่า) บริการของรัฐจึงไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทางออกของโรงพยาบาลของรัฐก็คือ

- นำรูปแบบเอกชนมาปรับใช้กับโรงพยาบาลของรัฐ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ
- การจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนมากขึ้น
- รูปแบบที่น่าสนใจ ได้แก่ การจ้างเหมาบริการ ทำตลาดภายใน โดยการซื้อขายบริการกันเองระหว่างหน่วยงานของรัฐ
- การปรับเก็บค่าบริการให้สะท้อนต้นทุนมากขึ้น เพื่อให้ผู้บริโภคได้ใช้บริการอย่างมีเหตุผลมากขึ้น แต่จะต้องมีกลไกที่มีประสิทธิภาพในการดูแลคนจนและผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถเข้าถึงบริการได้
- การร่วมทุนระหว่างรัฐกับเอกชน แล้วแบ่งผลกำไรระหว่างกัน เพื่อให้รัฐไม่ต้องลงทุนผลิตบริการเอง
- รัฐถอนตัวออกจากการให้บริการ โดยโรงพยาบาลของรัฐจะเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลที่ไม่หวังกำไร บทบาทของรัฐเป็นเพียงผู้กำกับดูแลและซื้อบริการเพื่อไปจัดระบบที่มีประสิทธิภาพแก่ประชาชน

40. ข้อเสนอดังกล่าวมีเหตุผลและมีทางเป็นไปได้มาก แต่จากประสบการณ์ในต่างประเทศ การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ทางด้านสาธารณสุขมักถูกต่อต้านจากกลุ่มผลประโยชน์ โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งเสียผลประโยชน์ การสร้างระบบให้มีการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลของรัฐด้วยกันเองและกับโรงพยาบาลเอกชน โดยการปรับรื้อกระบวนการบริการ (reengineering) และการปรับโครงสร้างเพื่อให้ยืดหยุ่นคล่องตัวยิ่งขึ้น ตลอดจนการให้โรงพยาบาลมีความเป็นอิสระยิ่งขึ้นทาง การบริหารงานบุคคล การบริหารการเงิน และการบริหารงานพัสดุ นำมีความเป็นไปได้มากกว่า การแปรรูปให้เป็นเอกชน หรือการให้รัฐถอนตัวจากการให้บริการ



41. สภาพการสาธารณสุขที่พึงประสงค์โดยสรุปมีดังนี้

- มีรูปแบบการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการทำให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าทั้งร่างกายและจิตใจ โดยได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล สามารถเข้าถึงและมีความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

- มีนโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขที่สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้
- โครงสร้างการบริหารจัดการเน้นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ให้ภาคเอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน การใช้ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล ทั้งนี้ให้มีการทบทวนภารกิจ บทบาท หน้าที่ ของราชการบริหารส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ตลอดจนการแปรรูปให้เอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น
- มีระบบการเงินการคลังเพื่อสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ เอื้ออำนวยต่อการให้ประชาชนทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและอย่างเท่าเทียมกัน ขณะเดียวกันสามารถลดภาระของรัฐ และเพิ่มสมรรถนะของระบบการดูแลสุขภาพโดยรวม

บทที่ 6**สรุป ข้อเสนอแนะ มาตรการ และแผนดำเนินงาน****เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณสุข****บทนำ**

1. ในบทนี้เป็นการสรุปสภาพข้อเท็จจริง ประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะ มาตรการเพื่อให้มีผลในการปฏิบัติแผนดำเนินการ ตลอดจนเงื่อนไขความสำเร็จ โดยมุ่งพิจารณานโยบายสาธารณสุขซึ่งได้วิเคราะห์แล้วในบทที่ 4 นำเสนอประเด็นนโยบายที่นำมากำหนดเป็นนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ ตลอดจนแนวทางการปฏิรูประบบบริหารจัดการสาธารณสุข นอกจากนี้ยังนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหเกี่ยวกับกฎหมายระเบียบข้อบังคับ โครงสร้างการจัดองค์การ ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรเงิน ยา วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการ

นโยบายสาธารณสุข : สรุปสภาพข้อเท็จจริง

2. นโยบายสาธารณสุขของรัฐบาลแต่ละคณะในช่วงเวลา 50 ปีที่ผ่านมา มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ ระบุกิจกรรมหรืองานประจำของกระทรวงสาธารณสุข ขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยง มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป (incremental) ไม่ได้มุ่งถึงความสำเร็จเป็นรูปลักษณ์ ขาดจุดเน้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเข้าถึงและความเท่าเทียมเป็นธรรม เช่น ได้กล่าวถึงความพยายามที่จะให้มีโรงพยาบาลประจำจังหวัดครบทุกจังหวัดมาตั้งแต่ พ.ศ. 2485 แต่เพิ่งมาประสบผลเมื่อ พ.ศ. 2497 ระบุถึงความพยายามแก้ปัญหาการขาดแคลนยา และเวชภัณฑ์มาตั้งแต่สมัยสงครามโลกครั้งที่สองจนถึงปัจจุบัน หรือมีนโยบายเร่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขมาทุกชุดจนถึงปัจจุบันก็ยังมีไม่เพียงพอ

3. ในการดำเนินงานตามนโยบาย (รวมทั้งแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) กระทรวงสาธารณสุขมีระบบและกระบวนการที่เด่นกว่ากระทรวงทบวงกรมอื่น สามารถเชื่อมต่อดังระดับปฏิบัติการในตำบลและหมู่บ้านได้เป็นอย่างดี แม้ยังมีปัญหาอยู่มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับรูปแบบของแผนพัฒนา ซึ่งเป็น รูปแบบที่ใช้กันทั่วไปทุกกระทรวงทบวงกรม ซึ่งนำไปปรับเปลี่ยนมาใช้รูปแบบ แผนวิสาหกิจ หรือแผนยุทธศาสตร์ (corporate/strategic planning) แต่ประเด็นปัญหาที่นำให้ความสนใจมากที่สุดน่าได้แก่ความเป็นเอกภาพของนโยบายและแผนกับการบริหารจัดการที่หลากหลาย

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
● ขาดเอกภาพในการกำหนดนโยบาย ติดตาม กำกับ ดูแล และประเมินผล	- จัดตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติ โดยให้สภาดังกล่าวทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนงานและโครงการหลัก กำหนดมาตรฐานคุณภาพ และ ดัชนีชี้ความสำเร็จ ควบคุม กำกับ ดูแล ติดตาม ประเมินผล และทำรายงานเสนอรัฐบาลและรัฐสภา สภาดังกล่าวมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานสภารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานสภา ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดทบวงมหาวิทยาลัยเป็นกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการและเลขาธิการ ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขเป็นกรรมการและ ผู้ช่วยเลขาธิการ มีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน โดยในจำนวนนี้ 4 คน มาจากภาคเอกชน - การจัดตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติจะทำให้ได้โดย การแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ● สภาการสาธารณสุขแห่งชาติ - การจัดตั้งองค์ประกอบ อำนาจหน้าที่ สำนักงานเลขาธิการ ● การกำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการ	- มีหน่วยงานหลายแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชนเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพ ต่างฝ่ายต่างทำ ขาดการร่วมมือประสานงานที่ดี ขาดเอกภาพในการกำหนดทิศทางและนโยบาย ขาดการปฏิบัติงานนโยบายและแผนพัฒนาสาธารณสุข อย่างจริงจัง ทำให้ขาดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ สูญเปล่าสิ้นเปลืองและมีการใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่า - ขาดหน่วยงานประสานนโยบายในระดับปฏิบัติการ จึงสมควรให้สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขเป็น สำนักงานเลขาธิการสภาการสาธารณสุข เพราะปฏิบัติงานในด้านนโยบาย แผน และเป็นศูนย์สารสนเทศ

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
นโยบายสาธารณสุขมีลักษณะเป็นนโยบายงานประจำ แบบค่อยเป็นค่อยไป (incremental) ไม่ครอบคลุมตั้งแต่เนิ่นๆ ไม่ทันต่อความต้องการและความคาดหวังของประชาชน และไม่ปรับตัวเปลี่ยนแปลงตามสภาพแวดล้อม	- จัดประชุม “สมัชชาสาธารณสุขไทย” ขึ้นอีกครั้งหนึ่ง เพื่อระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข เพื่อแสวงหาทิศทาง นโยบายและแนวทางการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพของชาติ ในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมอย่างมาก - การกำหนดนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติควรมีลักษณะเชิงรุก กำหนดลักษณะกิจกรรมหลักที่มีความสำคัญและต้องเร่งรัดให้บังเกิดผล (KRA-Key Result Areas) และกรอบการดำเนินงานให้บรรลุผลที่ต้องการ โดยมุ่งคุณภาพ ประสิทธิภาพ การเข้าถึงและความเท่าเทียมกันในการเสนอบริการดูแลสุขภาพ	การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 12-15 กันยายน พ.ศ. 2531 ซึ่งมีรัฐบาลไทยเป็นเจ้าภาพมีผู้เข้าร่วมประชุมถึงประมาณ 700 คน ได้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี โดยมีการแสดงเจตนารมณ์ร่วมกันที่จะพัฒนาการสาธารณสุขของชาติ เกิดความเข้าใจและร่วมมือระหว่างกัน - จำเป็นต้องมีการพิจารณากระบวนการจัดการสาธารณสุขอย่างเร่งด่วน เพราะ - มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้รัฐไม่สามารถเสนอบริการได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอ ทั้งถึง เสมอภาค และมีประสิทธิภาพ ขณะที่ประชาชนมีความต้องการและความคาดหวังสูงมาก - ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยสูงมาก และมีอัตราการเพิ่มที่สูงเมื่อเทียบกับอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ทำให้รัฐต้องมีการระดมเงินจำนวนมาก จำเป็นต้องแสวงหาแหล่งเงินทุนอื่นมาใช้ด้วย

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	ประเด็นนโยบายที่สนใจและสมควรกำหนดเป็นนโยบายสาธารณสุข ได้แก่ ● การทบทวนและปรับภารกิจของหน่วยงานต่าง ๆ ● การสร้างความแข็งแกร่งทางการบริหารจัดการ ● การมุ่งคุณภาพ ความสามารถในการเข้าถึงและความเท่าเทียมหรือความเป็นธรรมในการรับบริการ ● สถานการณ์สุขภาพสำหรับคนถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน และบริการการแพทย์ระดับต่าง ๆ แบบผสมผสาน ● สิ่งแวดล้อมกับการสาธารณสุข ● พฤติกรรมสุขภาพ ● อุบัติเหตุ ● แม่และเด็ก ● โรคทางเพศสัมพันธ์ ● ผู้สูงอายุ	

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	● โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง ● ทรัพยากรสาธารณสุข - ประเด็นสำคัญที่สุดน่าได้แก่การเพิ่มสมรรถนะของระบบการบริหารจัดการสาธารณสุข ซึ่งมีทางเลือกหลายประการดังนี้ ทางเลือกแรก ปฏิรูปแบบค่อยเป็นค่อยไป ได้แก่ การปรับโครงสร้างภายใน การปรับเปลี่ยนกระบวนการบริหารและการบริการ การพัฒนาองค์การ ฯลฯ	- เป็นวิธีการที่ง่ายที่สุด และได้รับการต่อต้านน้อยที่สุด แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง วิธีการนี้อาจทำให้หน่วยงานขยายขึ้นอีก แทนที่จะเล็กลง (downsizing) ตัวอย่างของการปรับโครงสร้างภายในได้แก่การรวมกองต่าง ๆ ในสำนักงานปลัดกระทรวงมาจัดตั้งเป็นสำนัก การเปลี่ยนสภาพโรงพยาบาลเฉพาะทางมาเป็นสถาบันวิจัย การปรับฐานะกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นสถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การแพทย์ส่วนการรื้อปรับกระบวนการบริหารจัดการมีการตัวอย่าง เช่น กระบวนการให้บริการในโรงพยาบาล (reengineering)

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	ทางเลือกที่สอง การปฏิรูปภายในขอบเขตระบอบราชการ ได้แก่ การลดภาระของราชการบริหารส่วนกลาง แบ่งอำนาจให้ราชการบริหารส่วนภูมิภาคมากขึ้น และกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พร้อมกันให้ชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาทมากขึ้น	นอกเหนือจากการดำเนินงานตามทางเลือกแรกแล้ว การปฏิรูปภายในขอบเขตระบอบราชการมุ่งลดบทบาทราชการบริหารส่วนกลาง ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีอำนาจหน้าที่มากยิ่งขึ้น กำกับดูแลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการภายในยิ่งขึ้น แต่มีการจัดตั้งคณะกรรมการโรงพยาบาลให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย โรงพยาบาลบางแห่งอาจมอบหมายให้เทศบาลเข้าไปดำเนินการแทนส่วนในระดับอำเภออาจยุบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอ โดยโอนงานไปขึ้นอยู่กับจังหวัด สุขาภิบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นดูแลสถานีนอนมัย และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ถ้าหากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นยังขาดสมรรถนะและศักยภาพ ให้เป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนทรัพยากรเป็นหน้าที่ของรัฐบาลต้องเข้าไปอุดหนุน

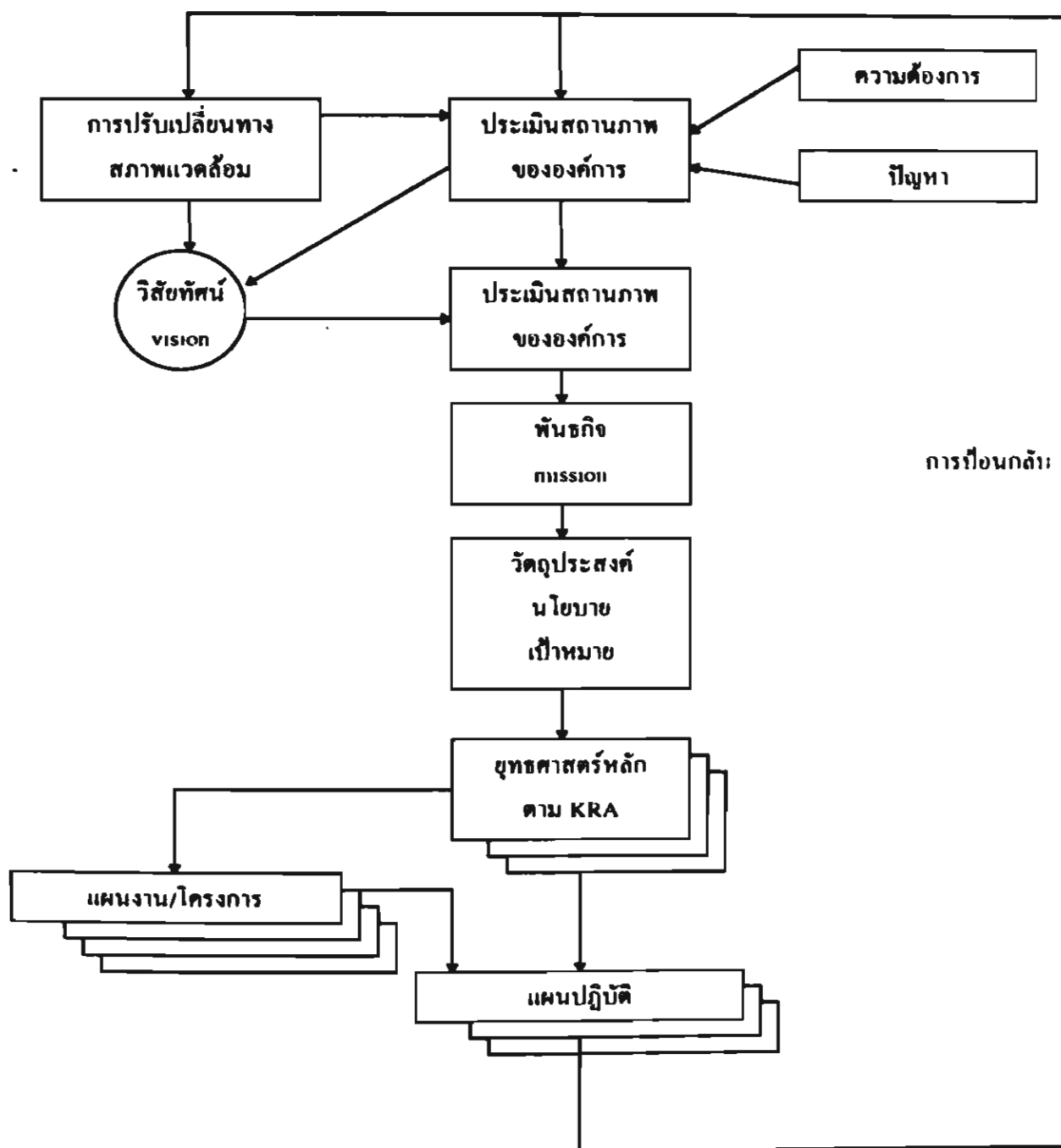
ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	ทางเลือกที่สาม การปฏิรูปทั้งระบบบริหารจัดการดูแลสุขภาพของชาติ ได้แก่ ● ให้มีการประกันสังคมและประกันสุขภาพภาคบังคับ ● ปรับบทบาทภาครัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุข - ให้กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นที่มีภารกิจด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ยกเว้น การผลิต บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของทบวงมหาวิทยาลัย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ กระทรวงกลาโหม(โรงพยาบาลของเหล่าทัพและทหารผ่านศึก) โดยการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวข้องกับกำหนดยโยบาย การควบคุมมาตรฐานให้บริการ การออกกฎหมาย กฎเกณฑ์ ข้อบังคับ การอนุญาต ระบบสารสนเทศ การวิจัยและพัฒนาการแพทย์ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา สุขภาพจิต สาธารณสุขมูลฐานและสิ่งแวดล้อมสาธารณสุข การควบคุมติดตามประเมินผลและรายงาน	- นอกจากการดำเนินงานตามแนวทางที่หนึ่งและที่สองแล้ว การปฏิบัติตามแนวทางที่สามเป็นแนวทางที่มีลักษณะในทาง “ปฏิวัติ” มากกว่า “ปฏิรูป” ซึ่งนำเกิดผลดีต่อการเพิ่มสมรรถนะการให้บริการ แต่มีผลกระทบกระเทือนต่อข้าราชการและผู้ประกอบการวิชาชีพอย่างมาก และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมี การต่อต้านอย่างรุนแรงจากผู้เสียประโยชน์ในต่างประเทศ แต่หลังจากการปฏิรูปแล้วมักได้รับการยอมรับจากสาธารณชน ● การประกันสังคมและการประกันสุขภาพควรเป็นภาคบังคับ โดยรัฐควรเจือจุนผู้ไร้โอกาส ผู้ยากไร้ เด็ก และคนชรา ให้ได้รับการบริการโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งบริการสาธารณสุขมูลฐาน บริการการแพทย์ขั้นต้น ขั้นที่สอง และขั้นสูง ลักษณะนี้จึงแตกต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือในกลุ่มเอเชียแปซิฟิก การประกันสุขภาพที่เสนอแนะเป็นการใช้บัตรสุขภาพครอบคลุมทั้งประเทศ

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	ให้กระทรวงสาธารณสุขดูแลด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ในลักษณะ “ผู้ให้บริการ” (purchaser) โดยโรงพยาบาลของรัฐ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และเอกชนมีลักษณะเป็น “ผู้ให้บริการ” (providers) แหล่งที่มาของการเงินการคลังสาธารณสุขมาจากงบประมาณแผ่นดิน และค่าประกันสุขภาพ - ทางเลือกที่มีความเหมาะสมและนำไปได้มากที่สุดคือทางเลือกที่สามแต่ต้องใช้เวลาพอสมควร ดังนั้น อาจกำหนดให้ปฏิบัติตามทางเลือกแรกภายใน 1 ปี ทางเลือกที่สองภายใน 3 ปี และทางเลือกที่สามภายใน 5-10 ปี ซึ่งอาจทำให้แรงต่อต้านลดลง	นอกจากนี้ยังสมควรปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เปลี่ยนมาเป็นระบบออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ (MEDISAVE) คล้ายคลึงกับของสิงคโปร์การประกันสังคม การประกันสุขภาพ (บัตรสุขภาพ) และระบบออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ ควรอยู่ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมเพียงแห่งเดียวแต่สมควรปรับปรุงแบบการบริหารเป็นองค์กรกึ่งรัฐบาล (QUANGO) เพื่อความคล่องตัวในการบริหาร แต่จะให้สังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม หรือกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงอื่นใด ต้องพิจารณาอย่างละเอียด การปรับเปลี่ยนและลดภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขและของภาครัฐ มุ่งที่จะลดภาระของรัฐบาลในด้านสาธารณสุข ให้ชุมชนและประชาชนมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนรับภาระทางการเงินยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันให้ภาคเอกชนมีบทบาทเพิ่มมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขมีบท

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
นโยบายสาธารณสุขขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงกับส่วนอื่นของระบบเศรษฐกิจ สังคม ขาดความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายรัฐบาล แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสาธารณสุขชาติ	สมควรนำหลักการวางแผนยุทธศาสตร์ (strategic planning) มาใช้เป็นการดำเนินการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข และให้เชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการในระดับล่าง	บาทในด้านนโยบาย การดูแลให้มีการปฏิบัติตามนโยบาย การดูแลให้มีการปฏิบัติตามนโยบายกฎหมายข้อบังคับและมาตรฐานที่กำหนด (regulatory agency) - หน่วยงานที่อาจมีโรงพยาบาลของตนได้คือกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย (กรมราชทัณฑ์และกรมตำรวจ) นอกนั้นให้ปรับปรุงเป็นของเอกชนหรือโอนให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ได้แก่ - โรงพยาบาลท่าเรือ - โรงพยาบาลรถไฟ - โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง - โรงพยาบาลสุบ - โรงพยาบาลชลประทาน - แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแบบพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2508) เป็นต้นมา มีลักษณะเป็นการแก้ปัญหาสาธารณสุขแต่ละด้าน ซึ่งไม่ประสบผลสำเร็จในแผนพัฒนาที่ผ่านมา แม้มีโครงการใหม่ ๆ บางแผนดังกล่าวไม่มีลักษณะ เป็นแผนที่คาดหวังที่จะนำการ

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
ตลอดจนการนำไปปฏิบัติในระดับล่างไม่สามารถบรรลุผลตามที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ		ปรับตัวสู่อนาคต โดยพิจารณาศักยภาพขององค์กร จุดเด่น จุดด้อย โอกาสและข้อจำกัด กำหนดวิสัยทัศน์ (vision) พันธกิจ (mission) กำหนดเน้นกิจกรรมที่ต้องระดมความพยายามและทรัพยากรเพื่อให้เกิดผลสำเร็จอันจะมีผลต่อองค์กรส่วนรวม (KRA) โดยจัดความสำคัญเร่งด่วน และกำหนดยุทธศาสตร์หลัก ในต่างประเทศ หน่วยงานของรัฐและเอกชน นิยมนำแผนยุทธศาสตร์มาใช้มาก รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขของหลายประเทศ

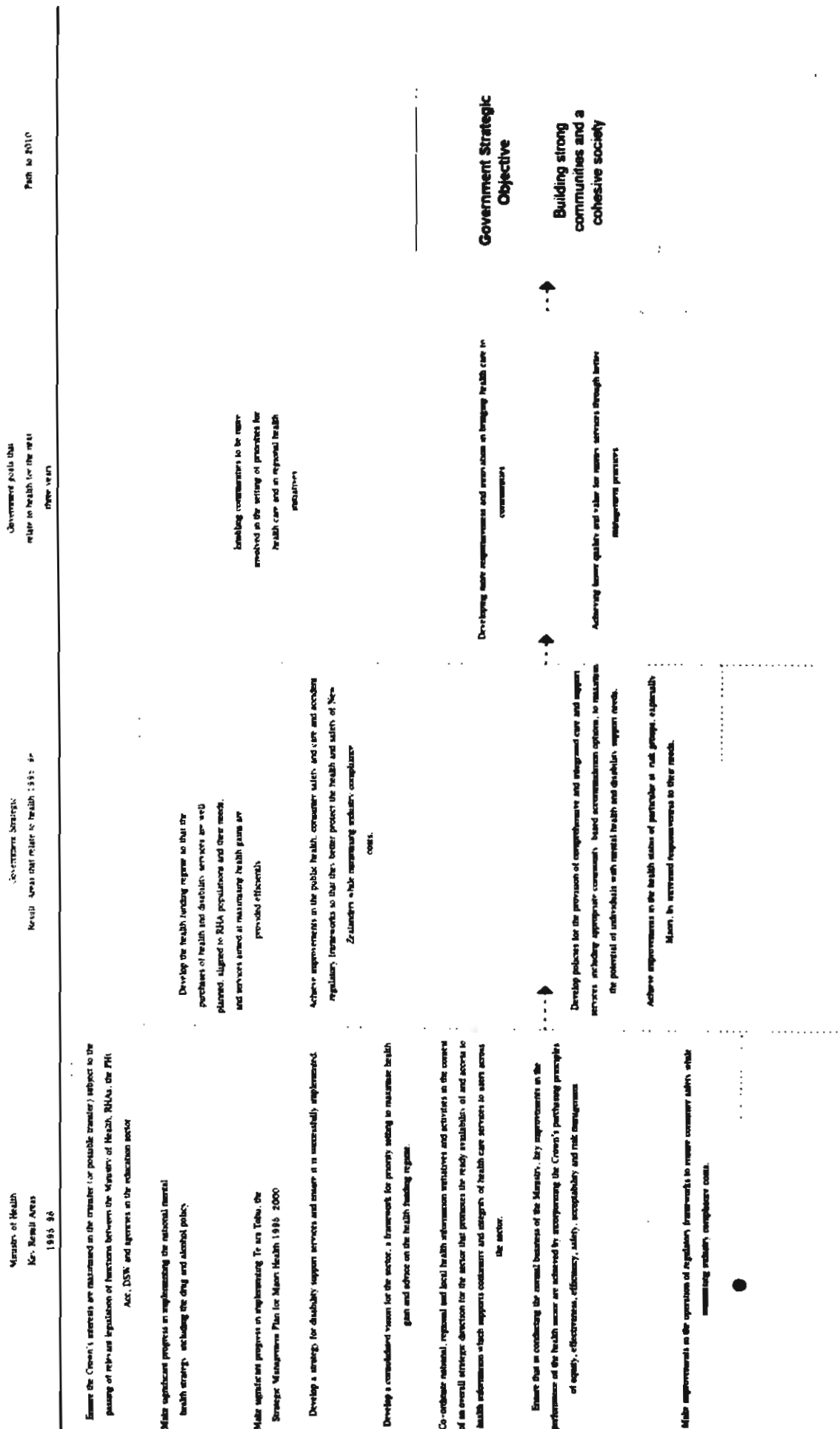
แผนภาพที่ 6-1 กระบวนการแผนยุทธศาสตร์



KRA = Key Result Areas

แผนภาพที่ 6-2 ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขวิสัยทัศน์

STRATEGIC GOALS FOR THE MINISTRY OF HEALTH AND THEIR CONTRIBUTION TO GOVERNMENT OBJECTIVES



กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ

สรุปสภาพข้อเท็จจริง

4. กฎหมายสาธารณสุขมีอยู่หลากหลาย แต่ไม่ครอบคลุมกิจกรรมทางสาธารณสุขที่พึงปรารถนา หลายฉบับล้าสมัย เช่น กฎหมายสถานพยาบาล ซึ่งตราไว้เมื่อสี่สิบปีก่อนตั้งแต่สถานพยาบาลมีลักษณะเป็นคลินิก หรือสถานผดุงครรภ์ ซึ่งไม่อาจนำมาใช้กับโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียงมากมาย กฎหมายหลายฉบับไม่เกี่ยวกับกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง แต่มีผลต่ออัตราการตายและเจ็บป่วยจำนวนมาก เช่น กฎหมายรถยนต์ และการจราจรทางบก เกี่ยวกับการขับขี่ยานยนต์ขณะมีเมามาย การใช้หมวกนิรภัย หรือเข็มขัดนิรภัย ซึ่งมีช่องโหว่ของกฎหมาย กับทั้งยังมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติหรือบังคับใช้กฎหมาย
5. กฎหมายที่น่าหยิบยกมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงโดยด่วนน่าได้แก่กฎหมายสาธารณสุข ซึ่งน่าใช้เป็นกฎหมายแม่บทการบริหารจัดการสาธารณสุขได้ กับกฎหมายประกันสังคม ซึ่งถ้าหากไม่เพียงพออาจนำเสนอร่างกฎหมายการประกันสุขภาพและการควบคุมมาตรฐานบริการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันเพิ่มขึ้น
6. ในการปฏิบัติงานประจำวันของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจะต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินสารบัญชี และการพัสดุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานงบประมาณ กรมบัญชีกลาง และสำนักงาน ก.พ. กฎหมายระเบียบข้อบังคับเหล่านี้มักมีปัญหาในทางปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไข โดยการประสานงานกับหน่วยงานดังกล่าวอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขหลากหลาย แต่ไม่ครอบคลุม ลำดัวยมีช่องว่างของกฎหมาย และมีปัญหาในการตีความ	- ปรับปรุงพระราชบัญญัติ และกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาสาธารณสุข - พระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ. 2535 ให้แก้ไขเพิ่มเติมให้เป็นกฎหมายแม่บททางสาธารณสุข - การยกร่างพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพ	
กฎระเบียบของทางราชการที่ใช้ในการปฏิบัติราชการเป็นอุปสรรคต่อการเพิ่มประสิทธิภาพและการพัฒนาสาธารณสุข	- ปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขไม่แตกต่างจากของกระทรวงอื่น ๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการแก้ไขกฎระเบียบของทางราชการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานบุคคล การบริหารงานคลัง การบริหารงานงบประมาณ และการบริหารงานพัสดุ - สำหรับระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขเองที่ควรพิจารณาทบทวนแก้ไขคือระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงโดยให้ครอบคลุมการใช้จ่ายในกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล การบริหารทั่วไป และการบริหารสาธารณสุขในชุมชน อำนาจการก่องหนด้วยเงินบำรุงซึ่งควรมอบอำนาจให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แทนผู้ว่าราชการจังหวัด การฝากและถอนเงินบำรุงเกิน 1 ล้านบาท ฯลฯ	กฎระเบียบของทางราชการดังกล่าวไม่เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ขาดความยืดหยุ่น ทำให้เกิดความล่าช้า บางอย่างไร้เหตุผล มุ่งรักษาอำนาจของตน มีลักษณะรวมอำนาจมากกว่ากระจายอำนาจ ฯลฯ

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	- กรณีอื่น ๆ เกี่ยวข้องกับการมอบอำนาจ ซึ่งเป็นอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัดในฐานะหัวหน้าส่วนราชการ เช่น อำนาจการก่อหนี้ผูกพันตามระเบียบฯ พัสดุ ซึ่งนำมามอบอำนาจให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	

โครงสร้างการจัดองค์กร

สรุปสภาพข้อเท็จจริง

7. อันที่จริง โครงสร้างการจัดองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ตั้งแต่เมื่อครั้งสถาปนากระทรวงนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2485 เพิ่งมาเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ โดยรวมกรมการแพทย์กับกรมอนามัยเข้าด้วยกัน เมื่อ พ.ศ. 2515 แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ต่อมาในปี 2517 จึงนำหลักการแบ่งองค์กรเป็นหน่วยวิชาการกับหน่วยปฏิบัติการกับหน่วยงานสู่ระดับจังหวัดมากขึ้น ปัจจุบันนี้ โครงสร้างดังกล่าว กล่าวกันว่าเอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจ แต่ในทางปฏิบัติมีลักษณะเป็นการแบ่งอำนาจมากกว่า
8. เมื่อแรกสถาปนากระทรวงสาธารณสุข การบริหารจัดการมีเอกภาพ เพราะทั้งการผลิต บุคลากร การให้บริการแพทย์ และการอนามัย อยู่ในหน่วยงานเดียวหมด แม้มีความพยายามให้เทศบาลรับผิดชอบด้านบริการการแพทย์และสาธารณสุขด้วย แต่ต่อมางานสาธารณสุขได้กระจายอยู่ทั่วไป และภาคเอกชนมีความแข็งแกร่งยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันกับรัฐอยู่ในภาวะที่ขาดแคลนทรัพยากร ไม่สามารถสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนได้ ขณะนี้จึงอยู่บนทางสามแพร่งที่จะต้องมีการปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข และภาครัฐโดยส่วนรวม ซึ่งมีผลต่อรูปแบบการให้บริการ และโครงสร้างการจัดองค์กรด้วย

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
● ขาดเอกภาพในการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องกับงานด้านนี้ และกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับอำนาจในการประสานความพยายามเพื่อให้เกิดเอกภาพ	- ดำเนินการจัดตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติ จำแนกภารกิจหลัก ภารกิจรอง ตลอดจนการปฏิรูปตามแนวทางต่าง ๆ ที่เสนอแล้วในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย	
● โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขมีขนาดใหญ่เกินไป	- กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคติดต่อ และกรมสุขภาพจิต ควรยกฐานะโรงพยาบาลบางแห่งเป็นสถาบันวิจัยเฉพาะโรค/เฉพาะทาง แทนที่จะแบ่งเป็นกองต่าง ๆ และโรงพยาบาล - กรมการแพทย์ ควรโอนโรงพยาบาลทั่วไปให้กับกรุงเทพมหานคร (เฉพาะที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร) ถ้าไม่สามารถยกฐานะโรงพยาบาลทั่วไปเหล่านั้นเป็นสถาบันวิจัยได้ เช่น โรงพยาบาลราชวิถีเป็นสถาบันวิจัยโรคหัวใจ โรงพยาบาลเด็กเป็นสถาบันวิจัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลสงฆ์คงเดิม เป็นต้น	- กระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วยสำนักงานเลขานุการรัฐมนตรีสำนักงานปลัดกระทรวงกรมวิชาการ ซึ่งมุ่งหวังให้เป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการและเทคโนโลยี คือกรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ และกรมสุขภาพจิต ปรากฏว่าหน่วยงานเหล่านี้ดำเนินการกิจทางวิชาการและการรักษาพยาบาล และจัดรูปแบบการบริหารแบบราชการมากกว่าทางวิชาการ กรมการแพทย์เองมีทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเฉพาะทางใน กรุงเทพมหานคร ทั้ง ๆ ที่ไม่มีเหตุผลที่จะมีโรงพยาบาลทั่วไปในเขตนี้

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
● สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีโครงสร้างที่ใหญ่มาก มีจำนวนกองมาก ขณะเดียวกันมีหน่วยงานอิสระ และหน่วยงานระดับเหนือกองแต่ต่ำกว่ากรมอยู่ด้วย จึงมีสภาพไม่สมดุล มีการบังคับบัญชาสับสน	- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปรับฐานะเป็นสถาบันวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์ โดยเพิ่มบทบาทและหน้าที่มากขึ้น	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นำพัฒนาเป็นสถาบันวิจัยพัฒนาทางแพทยมากกว่าการจัดส่วนงานเป็นกรม ซึ่งไม่ดึงดูดบุคลากรที่มีความสามารถด้านนี้มาร่วมงานได้ สำหรับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ยังคงสภาพเดิม แต่ต้องประสานใกล้ชิดกับสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานกฤษฎีกา มนตรียิ่งขึ้น
● สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีโครงสร้างที่ใหญ่มาก มีจำนวนกองมาก ขณะเดียวกันมีหน่วยงานอิสระ และหน่วยงานระดับเหนือกองแต่ต่ำกว่ากรมอยู่ด้วย จึงมีสภาพไม่สมดุล มีการบังคับบัญชาสับสน	- ปรับโครงสร้างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นสำนักต่าง ๆ ดังนี้ ● สำนักบริหาร ประกอบด้วยกองต่าง ๆ ที่มีกิจกรรมทางการบริหารทั่วไป ● สำนักกิจกรรมพิเศษ ● สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข เหมือนเดิม ● สำนักประสานกิจการภูมิภาค ซึ่งปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดูแลกิจการภูมิภาคอยู่ 2 กอง ● สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ● สถาบันพระบรมราชชนก	

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	องค์การเภสัชกรรมควรปรับปรุงเป็นบริษัท จำกัดมหาชน โดยให้พนักงานองค์การเภสัชกรรม และข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขเสนอขึ้นประมาณร้อยละ 15 กระทรวงการคลังร้อยละ 10 ธนาคารกรุงไทย จำกัด ร้อยละ 15 ที่เหลือนำเข้าตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย	เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการปรับปรุงรัฐวิสาหกิจของรัฐบาล กับเป็นการพัฒนาศักยภาพขององค์กรนี้ ตลอดจนอุตสาหกรรมของประเทศ
การบริหารจัดการราชการบริหารส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะรวมอำนาจมากกว่าการแบ่งอำนาจและไม่เอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและชุมชน	ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบอำนาจงบประมาณการเงิน พัสดุ และการบริหารงานบุคคลให้แพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพียงพลัดการปฏิบัติบางอย่างมีประสิทธิภาพ	การบริหารราชการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีนายแพทย์สาธารณสุขเป็นผู้บังคับบัญชาอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งถือว่าเป็นหัวหน้าส่วนราชการของจังหวัด ในระดับอำเภอ มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขกิ่งอำเภอ มีสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอเป็นผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ค่อยๆ ได้การบังคับบัญชาของนายอำเภอ
	สมควรจัดตั้งคณะกรรมการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดต่าง ๆ ทุกแห่ง โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานกรรมการ มีกรรมการประกอบด้วยผู้แทนชุมชน และข้าราชการ จำนวนไม่เกิน 9 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและความควบคุมดูแลกิจการโดยทั่วไป	- กิ่งอำเภอ มีสาธารณสุขอำเภอและกิ่งอำเภอเป็นผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ค่อยๆ ได้การบังคับบัญชาของนายอำเภอ - เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารและสร้างความสำเร็จให้กับโรงพยาบาล โดยเฉพาะด้านการหาทุน

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะ	หลักการและเหตุผล
	ลดลงจนเป็นที่ปรึกษาผู้อำนวยการโรงพยาบาล ควบคุมโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน บางแห่ง ให้เป็นการของเทศบาลและสุขภิบาล ชนบทใหญ่ และควรมอบสถานอนามัยและศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้แก่องค์การบริหารส่วน ตำบลและสุขภิบาล - ยุบเลิกตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ โดยให้ผู้ดำรง ตำแหน่งเดิมขึ้นเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขจังหวัด	เพื่อลดภาระรัฐบาล สนับสนุนนโยบายการกระจาย อำนาจสู่ท้องถิ่น และให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับภาระ และรับผิดชอบงานสาธารณสุข - นำเป็นงานของราชการบริหารส่วนท้องถิ่นมากกว่า

ทรัพยากรมนุษย์**สรุปภาพข้อเท็จจริง**

9. ถึงแม้มีความพยายามมาโดยตลอดที่จะเร่งรัดผลิตแพทย์และบุคลากรวิชาชีพทางแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ตลอดจนบุคลากรระดับผู้ช่วย แต่ยังไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ อัตราส่วนแพทย์และบุคลากรวิชาชีพอื่นต่อประชากร เมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาในระดับเดียวกับประเทศไทย ยังอยู่ห่างไกลกันมาก นอกจากนั้นยังมีปัญหาการกระจายทรัพยากรดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาการบริการทั้งด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล บางจังหวัดมีทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากรกว่าหนึ่งแสนคน ซึ่งไม่น่าเป็นเช่นนั้น
10. การเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมมีผลต่อการบริหารงานทรัพยากรมนุษย์ของกระทรวงสาธารณสุขมาก ทั้งด้านความก้าวหน้า ขวัญกำลังใจ ศักดิ์ศรี การพัฒนาตนเอง ตลอดจนค่าตอบแทน ถ้าหากยังคงใช้ระบบการบริหารงานที่ไม่แตกต่างจากระบบราชการโดยทั่วไปแล้ว น่าจะเกิดปัญหาร้ายแรงเกี่ยวกับบุคลากรด้านนี้ขึ้นตามลำดับ จึงจำเป็นต้องเร่งแก้ไขโดยด่วน