

# เขตสุขภาพ: จากประสบการณ์ต่างประเทศสู่ การพัฒนารูปแบบในประเทศไทย

วินัย ลีสmith\*

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย\*\*

\*โรงพยาบาลคลองหลวง กำแพงเพชร

\*\*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก

## บทคัดย่อ

เขตสุขภาพเป็นสิ่งใหม่ในประเทศไทยขาดองค์ความรู้ เป็นเหตุผลสำคัญที่ต้องศึกษาจากประสบการณ์ต่างประเทศเพื่อให้เข้าใจถึงประเด็นสำคัญต่าง ๆ ได้แก่ หลักการและแนวคิดของเขตสุขภาพ โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง กลไกกำกับติดตาม และผลกระทบจากการจัดตั้งเขตสุขภาพ การศึกษาใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับประสบการณ์จาก 8 ประเทศและของสปสข.สาขากรม. ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่กรกฎาคม 2553 ถึงธันวาคม 2553 รวม 6 เดือน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและนำเสนอเชิงพรรณนา การศึกษาพบว่ามีคำใช้เรียกเขตสุขภาพแตกต่างกัน เขตสุขภาพประกอบด้วย 3 แนวคิด คือ ระบบบริการที่บูรณาการ การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข และการอภิบาลระบบ องค์กรแกนหลักของเขตสุขภาพคือคณะกรรมการที่มีอิสระ อย่างไรก็ตามส่วนกลางยังคงอำนาจกำกับดูแลไว้ คณะกรรมการมีความสัมพันธ์เชิงเครือข่ายกับประชาสังคม บทบาทเขตสุขภาพประกอบด้วย การคลังสุขภาพและการอภิบาลระบบ ช่องทางการกำกับของเขตสุขภาพใช้การจัดทำสัญญาและการฟ้องร้องกรณีเกิดความเสียหาย เขตสุขภาพมีทั้งข้อดีและข้อเสียกระทบต่อคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมทางสุขภาพ ประเทศไทยต้องพัฒนาปัจจัยที่ทำให้เขตสุขภาพประสบผลสำเร็จหลายประการ ได้แก่ ลดความขัดแย้งเชิงนโยบาย ขยายเครือข่ายบริการที่ครอบคลุม การเมืองท้องถิ่นที่เข้มแข็ง และความพร้อมของบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในพื้นที่

**คำสำคัญ:** พื้นที่, เขตสุขภาพ, โครงสร้างองค์กร, ซื่อบริการ, จัดบริการ, ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## บทนำ

เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับบทบาทเป็นหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เข้าถึงบริการได้รวดเร็วและเป็นธรรม สปสช.ได้จัดตั้งสำนักงานสาขากรุงเทพมหานคร (สาขากทม.) ขึ้นเพื่อให้บริการแทนประชาชนในกรุงเทพ-

มหานคร นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการซื่อบริการสุขภาพระดับพื้นที่ ต่อมาพ.ศ. 2547 สปสช.จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาพื้นที่เขต (สปสช.เขต) ขอนแก่น เพื่อดำเนินงานซื่อบริการเป็นแห่งแรกในภูมิภาคและขยายเพิ่มครบ 12 แห่งในพ.ศ. 2548 เมื่อรวมสปสช.เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครด้วยเป็น 13 แห่ง โดยหวังว่า สปสช.เขตพื้นที่ที่จะรับผิดชอบดูแลการดำเนินงานหลัก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้บรรลุผลตามที่ต้องการ สปสช.สาขาเขตพื้นที่รับผิดชอบ 3-5 จังหวัด ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบ (system manager) และผู้ซื้อบริการ (purchaser) ทำสัญญากับหน่วยบริการคู่สัญญา บริหารและจัดการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับพื้นที่เขต<sup>(1)</sup> ด้านการซื้อบริการสุขภาพนั้นพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร (กทม.) มีประสบการณ์การพัฒนารูปแบบการซื้อบริการในพื้นที่มาตั้งแต่เริ่มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากไม่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มาทำหน้าที่สำนักงานสาขาในพื้นที่ โดยมีการจัดตั้งสำนักงานสปสช.เขต กทม. ทำหน้าที่ในการซื้อบริการ โดยมีคณะกรรมการบริหารพื้นที่กทม. เป็นผู้กำกับการดำเนินงานดังกล่าว<sup>(2)</sup> ขณะเดียวกันแนวคิดเรื่องกำหนดให้สปสช.เขตเป็นหน่วยงานรับผิดชอบกำหนดยุทธศาสตร์การซื้อบริการสาธารณสุขในพื้นที่ได้ก่อตัวขึ้นเป็นลำดับ และในปีงบประมาณ 2553 สปสช.มีนโยบายทดลองรูปแบบนำร่องการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบของสปสช.เขตนครราชสีมา กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเรียกชื่อว่าเขตนครชัยบุรีรินทร์ กำหนดขอบเขตการทำงานของเขต การบริหารพันธะสัญญาและงานหลักประกันสุขภาพให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ที่กำหนด โดยในพื้นที่รับผิดชอบประชากรจำนวนหนึ่ง มีข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้วางแผนการจัดการ การดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพอย่างมีคุณภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ กำหนดแนวทางพัฒนาโครงสร้างการบริการสาธารณสุขทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิที่เหมาะสมและพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ พัฒนากลไกการคุ้มครองสิทธิทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ รวมถึงการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กลไกด้านการเงินการคลังเพื่อทำให้ประชาชนมั่นใจในระบบหลักประกันสุขภาพ<sup>(3)</sup> แต่พบว่าการจัดการระบบสุขภาพแบบเขตพื้นที่นี้ สปสช.ยังขาดประสบการณ์เนื่องจากเป็นระบบใหม่สำหรับประเทศไทย จึงต้องเรียนรู้จาก

ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในต่างประเทศและที่ดำเนินการมาในเขตสปสช.สาขากทม. เพื่อนำไปพัฒนาระบบเขตสุขภาพของสปสช.สาขาเขตทั่วประเทศให้เป็นเขตสุขภาพที่เหมาะสม การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อศึกษาประสบการณ์การบริหารจัดการระบบสุขภาพเขตพื้นที่ (area health system) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของต่างประเทศในประเด็นสำคัญต่างๆประกอบด้วย หลักการและแนวคิดการจัดระบบสุขภาพแบบเขตสุขภาพ โครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเขตสุขภาพ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กลไกการควบคุมกำกับติดตาม และผลกระทบเชิงผลลัพธ์จากการจัดระบบสุขภาพเขตพื้นที่ เพื่อนำไปกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเขตสุขภาพประเทศไทยต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัย documentary research เพื่อวิเคราะห์องค์ความรู้จากข้อมูลทุติยภูมิประสบการณ์การบริหารจัดการระบบสุขภาพเขตพื้นที่ (area health system) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในต่างประเทศ ครอบคลุมประเทศตัวแทนแถบอเมริกา (แคนาดา) ยุโรป-สแกนดิเนเวีย (อังกฤษ นอร์เวย์ สวีเดน) เอเชีย-แปซิฟิก (เกาหลีใต้ ไต้หวัน ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์) รวม 8 ประเทศ ร่วมกับประสบการณ์การซื้อบริการสุขภาพของเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครโดยสปสช.สาขากทม. ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่กรกฎาคม 2553 ถึงธันวาคม 2553 รวม 6 เดือน ใช้การสืบค้นข้อมูลครอบคลุมประสบการณ์ทั้งที่สำเร็จและล้มเหลว จากแหล่งวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ จากหนังสือ เอกสาร วรรณกรรม และอินเทอร์เน็ต โดยใช้คำสืบค้นภาษาไทยและอังกฤษ ดังนี้ “การซื้อบริการ กรุงเทพมหานคร หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Health care system, Regional health, Purchasing health care, Commissioning, Locality purchasing, Locality pro-

vision, Universal coverage, Health authority, Local governance” ข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์องค์ความรู้ตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่กำหนด ผลการศึกษานำเสนอเชิงบรรยาย

### ผลการศึกษา

การศึกษาสรุปได้ว่า คำแสดงความหมายเขตสุขภาพมีใช้แตกต่างกันจนเกิดสับสนเช่น area health แสดงถึงเขตสุขภาพเชิงภูมิศาสตร์กว้างๆ regional health system และ district health system บ่งบอกการแบ่งเขตบริหารจัดการสุขภาพที่เจาะจงขึ้น locality แสดงความชัดเจนของขนาดพื้นที่ ประชากร การซื้อและจัดบริการสุขภาพในพื้นที่นั้น ๆ อย่างชัดเจนมากที่สุด แต่ไม่แสดงถึงการประสานงาน (coordination) แท้จริงแล้วเขตสุขภาพต้องมีการบูรณาการ (integration) ดังนั้นจึงหมายถึง”ระบบสุขภาพระดับพื้นที่ (locality level) ซึ่งกำหนดพื้นที่และประชากรรับผิดชอบชัดเจน มีการซื้อและจัดบริการตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่ มีบริการที่เหมาะสมและผสมผสานทั้งด้านบริการสุขภาพส่วนบุคคล การสาธารณสุขและบริการสังคม“(4,5)

ความเป็นมาของเขตสุขภาพเริ่มขึ้นค.ศ. 1962 โดยประเทศอังกฤษจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) เพราะงบประมาณมีจำกัด ต่อมาค.ศ. 1973 ประเทศอังกฤษจัดตั้งระบบสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ซึ่งระบบ NHS แยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกัน เขตสุขภาพรับบทบาทบริหารจัดการระบบบริการและการคลังสุขภาพเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ (health sector reform) และจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) แนวคิดเขตสุขภาพแพร่ไปสู่ประเทศนิวซีแลนด์ในค.ศ.1983 และประเทศแคนาดา กับออสเตรเลีย ในค.ศ.1984 ซึ่งแนวคิดเขตสุขภาพกำหนดให้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (area health board)

ขึ้นเพื่อบริหารและอภิบาลระบบ (governance) โดยหวังว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพและสร้างความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ ปัจจุบันอังกฤษได้ปรับเขตสุขภาพให้เกิดการบูรณาการมีบริการผสมผสานทั้งบริการส่วนบุคคล การสาธารณสุขและบริการสังคมให้ใกล้ชิดผู้รับบริการ มีการซื้อและจัดบริการระดับพื้นที่ (locality purchasing and provision) เรียกว่าการกำหนดให้ทำ (commissioning) โดยคณะกรรมการที่มีอิสระบริหารจัดการเขตสุขภาพ ประเทศนอร์เวย์ก็ได้ปฏิรูประบบสุขภาพจากเดิมเป็นบทบาทสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มานาน ไปสู่บทบาทคณะกรรมการอิสระซึ่งเป็นการกระจายอำนาจให้กลุ่มคณะกรรมการอิสระนอกภาครัฐ<sup>(6-9)</sup> เห็นได้ชัดเลยว่าเขตสุขภาพที่วิวัฒนาการมาตลอดประกอบด้วยแนวคิดของการจัดระบบบริการสุขภาพที่บูรณาการ (integrated health services)<sup>(10)</sup> การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (health care decentralization)<sup>(11-13)</sup> และการอภิบาลระบบ (system governance)<sup>(14)</sup> แนวคิดเขตสุขภาพแพร่กระจายไปสู่ประเทศระบบประกันสังคม เช่น ประเทศเกาหลีได้กำหนดให้จัดระบบบริการและการส่งต่อเป็นเขตพื้นที่การแพทย์ปฐมภูมิกับเขตพื้นที่การแพทย์ตติยภูมิ<sup>(15-17)</sup> เป็นต้น

คณะกรรมการเขตสุขภาพรับผิดชอบบริหารจัดการทั้งการจัดบริการและการคลังสุขภาพของเขตสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีวาระชัดเจน เช่น ประเทศนิวซีแลนด์คณะกรรมการมีสมาชิก 11 คน วาระ 3 ปี มาจากการเลือกตั้ง 7 คน แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข 4 คน ต้องมีตัวแทนชนพื้นเมือง Maori อย่างน้อย 2 คนตามสัดส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ ระยะแรกประธานคณะกรรมการมาจากการแต่งตั้งและพัฒนาไปสู่การเลือกตั้ง บทบาทความรับผิดชอบมีพัฒนาการดังตัวอย่างจากประเทศอังกฤษโดยเริ่มจากการเป็นที่ปรึกษา พัฒนาต่อไปให้มีส่วนบริหารงบประมาณเพื่อซื้อบริการ จนสามารถซื้อบริการด้วยตนเองตามพันธะความรับผิดชอบ (account-

ability) และแยกออกเป็นอิสระเต็มตัว คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อเป็นที่ปรึกษา เช่น คณะกรรมการเขตสุขภาพประเทศนิวซีแลนด์แต่งตั้งที่ปรึกษา 3 คณะ ได้แก่ Community and Public Health, Hospitals และ Disability Support เพื่อให้คำปรึกษาวางแผน 1 ปี แผนระยะยาว 5 ปี และ 10 ปี คณะกรรมการเขตสุขภาพแม้เป็นองค์กรอิสระ แต่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจลงโทษและถอดถอนสมาชิกรายคนหรือทั้งคณะ หากคณะกรรมการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามกำหนดได้อย่างถูกต้อง กระทรวงสาธารณสุขเองมีอำนาจกำหนดนโยบายและวางแผนเพื่อกำกับการดำเนินงานของคณะกรรมการ การกำกับติดตามคุณภาพอาจใช้เครื่องมือและมือกรับผิดชอบติดตามประเมินผลชัดเจนเป็นอิสระ การกำกับติดตามประเมินผลสามารถดำเนินการผ่านการกำหนดพันธะแบบทำสัญญา (contract) ที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันและกำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายที่วัดได้ชัดเจน เช่น Quality and Outcome Framework (QOF) ของอังกฤษ เป็นต้น งบประมาณที่คณะกรรมการได้รับแบ่งเป็น 2 ส่วนแยกขาดจากกัน เป็นงบบริหาร (departmental block) และงบบริการ (non-departmental block) สำหรับการบริหารจัดการและจัดบริการ<sup>(18)</sup>

บทบาทของเขตสุขภาพพบได้ 3 ประการ ได้แก่ การจัดบริการ (service provision) การคลังสุขภาพ (health care financing) และการควบคุมกำกับระบบ (system governance) ดังนี้ เขตสุขภาพมีบทบาทรับผิดชอบจัดบริการสุขภาพให้เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิตั้งแต่ระดับสูง ให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการประชาชนที่แท้จริง เปลี่ยนจุดเน้นจากการรักษาพยาบาลและบริการในโรงพยาบาลไปสู่บริการในสังคมชุมชนและครัวเรือนมากขึ้น เขตสุขภาพมีบทบาทรับผิดชอบผสมผสานบริการทุกอย่างในพื้นที่เข้าด้วยกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสภาพ การสาธารณสุข และบริการสังคม การผสมผสานงานสาธารณสุขเพื่อแก้ไขจุดอ่อนที่ละเลย

บริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการควบคุมโรคระบาดที่รุนแรงและแพร่กระจายรวดเร็วที่ขาดแรงจูงใจทางการเงิน จนเกิดปัญหาการป้องกันและสกัดกั้นการระบาดของโรครุนแรงได้ไม่ทันเวลาที่ เช่น การระบาดของไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ 2009 เป็นต้น ระบบสุขภาพเกิดช่องว่างของบริการสาธารณสุขเพราะขาดหน่วยงานรับผิดชอบทำให้การประสานงานไม่ดี เขตสุขภาพมีเครือข่ายบริการดีประสานบริการได้อย่างบูรณาการจึงสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้เท่าเทียมทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะสามารถลดค่าดำเนินการทางการเงินในการเรียกเก็บค่าบริการระหว่างสถานบริการตัวอย่าง เช่น อังกฤษมีกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นเครือข่ายบริการแบบ primary care group หรือประเทศสวีเดน Counties หลาย Counties รวมกลุ่มเป็นเขตพื้นที่บริการที่ใหญ่และครอบคลุมทำให้สามารถลดค่าดำเนินการที่สิ้นเปลืองลง หรือกลุ่มกองทุนประเทศเกาหลีใต้ที่รวบรวมกองทุนเพื่อสร้างความมั่นคงแก่กองทุนและขยายเครือข่ายบริการที่ครอบคลุม เป็นต้น<sup>(19)</sup>

รัฐบาลโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจชัดเจน รัฐมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ดีและสร้างความมั่นคงทางการคลังสุขภาพ แหล่งเงินส่วนใหญ่ของเขตสุขภาพมาจากภาษีส่วนกลาง รัฐมีหน้าที่ต้องเข้ามีส่วนดำเนินการที่จะดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่รัฐต้องเกื้อกูล ให้เกิดการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมและการปรับเปลี่ยนให้เกิดความเป็นธรรมทางทรัพยากรสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ยากจนห่างไกลในชนบทและในพื้นที่เฉพาะของชนกลุ่มน้อยต่าง ๆ ขณะเดียวกันต้องคำนึงถึงการควบคุมต้นทุนค่าบริการและการจ่ายเงินตอบแทนที่สร้างแรงจูงใจ เพราะเขตสุขภาพมีกลไกตลาดภายใน (internal market) ที่มีผลต่อการคลังสุขภาพที่แข่งขันแย่งชิงทางการเงินกันจนล้นค่านึงถึงคุณธรรม ขาดการร่วมมือพัฒนาการทำงานด้านสาธารณสุข การมีจำนวนเขตพื้นที่สุขภาพที่มากเกินไปย่อมสร้างค่าใช้จ่ายการบริหาร

จัดการที่เพิ่มขึ้นไม่เกิดประหยัดต่อขนาด (economies of scale) แต่หากจำนวนเขตพื้นที่สุขภาพไม่มากพอที่จะสร้างการแข่งขันและสร้างทางเลือกแก่ประชาชนจะเป็นปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพ หากเขตสุขภาพขนาดเล็กเกินไปก็เสี่ยงต่อความมั่นคงทางการเงิน เพราะส่วนใหญ่การจัดสรรงบประมาณสู่พื้นที่ผูกติดกับจำนวนประชากรร่วมกับอุบัติการณ์โรคระบาดวิทยา ปรับเปลี่ยนด้วยลักษณะประชากรทั้งอายุ เพศและการพึ่งพิงต่อสังคม การสร้างแรงจูงใจและการสร้างคุณภาพของเขตสุขภาพที่มีกลไกทางการเงินและตลาดภายใน จึงต้องควบคุมต้นทุนบริการ (cost containment) พร้อมกับใช้กลไกทางการเงินมาพัฒนาคุณภาพบริการ ดังเห็นได้ชัดเจนว่าประเทศต่าง ๆ นิยมจ่ายเงินตามลักษณะผลการดำเนินงานแบบปลายปิด เช่น เหมจ่ายรายหัว (capitation) และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs, Diagnosis Related Group) แทนการจ่ายเงินแบบปลายเปิด เช่น จ่ายตามรายการของการบริการ (fee-for-service) ยกเว้นการจ่ายแก่เวชปฏิบัติครอบครัวที่ยังต้องใช้แรงจูงใจจากค่าบริการปลายเปิด ที่จ่ายตามรายการของการบริการ (fee-for-service) ร่วมด้วย การคลังสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่สร้างบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เช่น การคลังสุขภาพของเขตสุขภาพในอังกฤษกำหนดงบประมาณลงสู่พื้นที่ให้สามารถซื้อบริการสำหรับประชาชนที่รับผิดชอบ และมุ่งเน้นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและชุมชนมากขึ้นและชัดเจนขึ้น

การกำกับดูแลเป็นการอภิบาลระบบ (system governance) นับว่าเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้เขตสุขภาพนั้นสามารถสร้างประสิทธิภาพการจัดการคุณภาพบริการ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ และสนองตอบความต้องการที่แท้จริงของประชาชน (accountability and responsiveness) มีกลไกสำคัญ 2 ประการ ที่ถูกนำมาใช้เพื่อการกำกับดูแลและอภิบาลระบบ ได้แก่ การจัดทำสัญญาระหว่างผู้จ่ายค่าบริการกับผู้จัดบริการ (contract) ซึ่งมีหลายรูปแบบ และผ่านกระบวนการร้องเรียนหรือฟ้องร้องค่าเสียหายทางการแพทย์เมื่อเกิดความเสียหาย

จากบริการสุขภาพ (malpractice liability) อังกฤษเป็นตัวอย่างการจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานพยาบาลโดยทำสัญญา (contractual model) ซึ่งมี 3 รูปแบบ ประกอบด้วย สัญญาโดยรวม (block contract) สัญญาต้นทุนและปริมาณงาน (cost-and-volume contract) และสัญญาต้นทุนต่อราย (cost-per-case contract) มีรายละเอียดดังนี้ สัญญาโดยรวมกำหนดการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบว่าจะได้รับบริการอะไรและได้ค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงินเท่าไรอย่างกว้าง ๆ ซึ่งจะระบุตัวชี้วัดผลงานการให้บริการ สัญญาประเภทนี้สร้างความมั่นใจแก่โรงพยาบาลว่า จะได้รับงบประมาณค่าตอบแทนที่ชัดเจนสำหรับการจัดบริการ สัญญาต้นทุนและปริมาณงานเป็นสัญญาที่ระบุชัดเจนลงไปว่าผู้จัดบริการจะต้องให้บริการประเภทใดบ้างด้วยจำนวนเท่าไรในราคาที่ตกลงกันได้ บริการแบบนี้ต้องกำหนดคุณลักษณะที่ชัดเจนกว่าสัญญาโดยรวม รูปแบบสัญญาต้นทุนและปริมาณงานนี้เน้นปริมาณบริการมากกว่าปัจจัยนำเข้า ส่วนสัญญาต้นทุนต่อรายจะกำหนดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ กิจกรรมการบริการถูกเชื่อมโยงกับค่าใช้จ่าย สัญญาแบบนี้มีค่าใช้จ่ายในการเรียกเก็บค่าบริการจึงไม่นิยมใช้ แต่จะนำมาใช้ประกอบการจ่ายค่าตอบแทนกรณีนอกเหนือสัญญาโดยรวม และสัญญาต้นทุนและปริมาณงาน เช่น กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ (extra contractual referrals) เป็นต้น ดังนั้นความนิยมในการทำสัญญาจึงเรียงลำดับจากสัญญาโดยรวม สัญญาต้นทุนและปริมาณงาน และสัญญาต้นทุนต่อรายตามลำดับ<sup>(20)</sup> การเรียกร้องค่าเสียหายเมื่อเกิดผลเสียจากบริการสุขภาพมีกระบวนการแตกต่างกันแต่ละประเทศ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทสำคัญ ๆ คือ การฟ้องร้องจ่ายค่าตอบแทนผ่านกระบวนการที่ไม่พิสูจน์ถูกผิด (no-fault liability) เช่น สวีเดนและนอร์เวย์ แต่บางประเทศใช้กระบวนการฟ้องร้องทางศาลและนำไปสู่การลงโทษที่รุนแรง เช่น แคนาดาได้หวั่น เป็นต้น<sup>(21,22,23)</sup>

เขตสุขภาพมีทั้งประโยชน์และโทษ ประสพการณ์

ต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า การกำหนดพื้นที่เขตสุขภาพต้องพิจารณาความเหมาะสมสำหรับขนาดประชากร เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรม ไม่เสี่ยงต่อล้มละลายทางการเงิน และจ่ายต่อระบบส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล เช่น อังกฤษและนิวซีแลนด์มีการเพิ่มลดจำนวนเขตสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดหลายครั้ง การส่งต่อที่ดีต้องไม่ให้เกิดผลของการตามจ่ายค่าบริการเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ การใช้บริการที่ข้ามขั้นตอน แม้จะประชาชนจะมีโอกาสและอิสระมากแต่ก็ขาดประสิทธิภาพ ดังที่พบได้ในประเทศเกาหลีใต้และไต้หวัน การกระจายทรัพยากรโดยเฉพาะสถานพยาบาลและแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่เจริญกับยากจนหรือพื้นที่เขตเมืองกับชนบท เป็นปัญหาการไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่อิสระมาก ๆ อาจกำหนดสิทธิประโยชน์บริการ จนทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างเขตพื้นที่ บวกกับความร่ำรวยของพื้นที่จะทำให้เกิดการไม่เท่าเทียมของบริการอย่างมากจนไม่เป็นธรรมซึ่งพบได้ในประเทศแคนาดา เขตสุขภาพมุ่งหวังให้เกิดบริการที่ตอบสนองประชาชนที่ต้องการอย่างแท้จริงขณะเดียวกันเกิดการร่วมกันใช้ทรัพยากรที่มีทั้งด้านเทคโนโลยีและวิชาการที่ไม่ลงทุนซ้ำซ้อนดังตัวอย่างที่พบในเขตสุขภาพประเทศนอร์เวย์และสวีเดน ขณะที่เพิ่มประสิทธิภาพ การจัดการแบบแบ่งเขตสุขภาพที่มีจำนวนมากย่อมก่อให้เกิดค่าบริหารจัดการที่ต้องการทั้งงบประมาณและบุคลากรที่จำเป็นสูงขึ้น การเรียกเก็บระหว่างเขตพื้นที่จำนวนมากย่อมไม่เกิดการประหยัดต่อขนาด ขณะเดียวกันหากเขตสุขภาพมีจำนวนน้อยแม้ค่าบริหารจัดการจะลดลง แต่ก็สร้างปัญหาเป็นอุปสรรคที่กันโอกาสทางเลือกประชาชนที่จะสร้างแรงจูงใจให้เขตสุขภาพแข่งขันคุณภาพบริการดังประสบการณ์ของการซื้อบริการของสปสช.ท.ท.ที่ไม่สามารถสร้างการแข่งขันบริการ เพราะบางพื้นที่ไม่มีสถานบริการแม้แต่สถานบริการของเอกชนเพราะภาคเอกชนสามารถเลือกไม่เข้าร่วมเครือข่ายได้ เขตสุขภาพอยู่ใกล้ประชาชนสามารถให้ข้อมูลปัญหาทางสุขภาพ

ที่แท้จริง นำไปสู่การจัดบริการสนองตอบความต้องการของประชาชนที่แท้จริงได้ ประชาชนเองก็จะมีส่วนร่วมในการดูแลบริการเพื่อให้เกิดคุณภาพที่ต้องการอย่างแท้จริง แต่การมีส่วนร่วมของประชาชนยังมีน้อยเพราะผ่านนักการเมืองและตัวแทนบุคคลอื่น ยังไม่มีการศึกษาวิจัยใดที่สามารถจะบอกได้ชัดเจนว่า เมื่อจัดตั้งและบริหารจัดการแบบเขตสุขภาพแล้ว จะประกันว่าสามารถนำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนมากกว่าการบริหารจัดการแบบเดิม ซึ่งการที่คุณภาพบริการจะเกิดได้นั้นประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ไม่ได้เกิดจากการบริหารจัดการแบบเขตสุขภาพเพียงอย่างเดียว<sup>(24)</sup>

## วิจารณ์

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นชัดว่า เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) ผ่านองค์ประกอบสำคัญ 3 ปัจจัย คือ ประการแรกการจัดบริการแบบบูรณาการที่ประกอบด้วยมิติของบริการสุขภาพ การสาธารณสุขและบริการสังคม ประการที่สองคือการกระจายอำนาจออกจากภาครัฐไปสู่เครือข่ายสังคมที่เป็นคณะกรรมการอิสระ ซึ่งมีความยืดหยุ่นและการปรับตัวมากขึ้นต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของความต้องการทางสุขภาพ แสดงถึงความเป็นประชาธิปไตย และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาสังคม และประการสุดท้ายเกิดการอภิบาลระบบที่มีแนวคิดของการสร้างธรรมาภิบาลตอบสนอง (responsiveness) ต่อความต้องการ ด้านสุขภาพในพื้นที่ มีพันธะความรับผิดชอบ (accountability) ต่อประชาชนมากขึ้น ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่มองถึงผลตอบแทนจากผู้จ่ายเงินและต้นสังกัดที่มีอำนาจกำหนดการวางแผน จัดงบประมาณ และกำหนดความดีความชอบของการจัดบริการได้ การบริหารภาครัฐแนวใหม่ (NPM) นี้ จะสร้างคุณภาพบริการ ประสิทธิภาพการจัดการ และสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพมากขึ้น<sup>(25,26)</sup>

เขตสุขภาพมีจุดแข็งที่สามารถแก้ไขจุดอ่อนของระบบสุขภาพที่แยกผู้ซื้อและผู้จัดบริการออกจาก

กัน(purchaser-provider split) ประสบการณ์ของ ประเทศอังกฤษและประเทศอื่น ๆ พบว่า ผู้ซื้อบริการมี อำนาจทางการเงินจะมุ่งเน้นบริการส่วนบุคคลและบริการ โรงพยาบาลที่วัดผลบริการได้ชัดเจนมากกว่าบริการ สาธารณสุข ผู้จัดบริการมองผลตอบแทนทางการเงิน โดยไม่ได้คำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพโดยเฉพาะ บริการที่ไม่มีแรงจูงใจทางการเงินด้านสาธารณสุข หรือ การควบคุมโรคที่ไม่สามารถกำหนดค่าตอบแทนได้ ชัดเจนเหมือนบริการส่วนบุคคลและการให้บริการทาง การแพทย์ในโรงพยาบาลที่กล่าวแล้ว ทำให้บริการ สาธารณสุขขาดผู้รับผิดชอบ การแข่งขันจากกลไก ตลาดทำให้ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและไม่ยอมเปิดเผย จนขาดข้อมูลด้านสุขภาพที่ครบถ้วนและถูกต้องในการ วางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ การสาธารณสุขอ่อนแอ โดยเฉพาะการควบคุมโรคระบาด จนไม่สามารถควบคุม สถานการณ์โรคระบาดที่รุนแรงได้ทันเหตุการณ์ ซึ่งหาก จัดบริการแบบเขตสุขภาพจะประสานบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเข้ามาร่วมกับการบริการด้านการแพทย์ ทำให้เกิดการวางแผนและกำหนดผู้รับผิดชอบด้าน สาธารณสุขและสังคมอุดช่องว่างของบริการที่เกิดขึ้น จากกลไกตลาดเดิม<sup>(27,28)</sup>

หากประเทศไทยต้องการสร้างเขตสุขภาพ พบว่า มีอุปสรรคหลายประการที่ต้องแก้ไขพัฒนาเพื่อให้ สามารถดำเนินการได้ดังแนวคิดต้นแบบที่ดี ประสบ- การณ์ของสปสช.สาขาทม.เป็นบทเรียนที่ดีสำหรับ ประเทศไทย จากการทบทวนพบว่าสปสช.สาขาทม.ไม่ สามารถซื้อบริการในพื้นที่ทม.ได้เต็มอำนาจการซื้อที่ ได้รับเพราะทม.มีพื้นที่กว้างจำนวนประชากรมากโดย เฉพาะประชากรเคลื่อนย้าย มีระบบสุขภาพซับซ้อน กว่าจังหวัดอื่น ๆ ประกอบด้วยภาครัฐและเอกชนหลาก หลาย แม้จะมีสถานบริการจำนวนมากแต่เครือข่าย บริการกลับไม่ครอบคลุมเพราะส่วนใหญ่ภาคเอกชนที่มี บริการทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถเลือกไม่เข้าร่วมใน ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและพื้นที่นั้น ๆ ไม่มี สถานบริการรัฐตั้งอยู่ในพื้นที่ ประชาชนต้องเลือก

หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกลออกไป จึงเกิด ปัญหาไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เพราะการเดินทางที่ ไม่สะดวก การส่งต่อของระบบสุขภาพในทม.ขาดการ ประสานงานที่ดี ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบแบบศูนย์กลาง การส่งต่อ ทำให้บริการปฐมภูมิไม่สามารถเชื่อมต่อได้ถึง ตติยภูมิ เกิดปัญหาเตียงผู้ป่วยในที่ไม่เพียงพอโดย เฉพาะผู้ป่วยเด็กแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดและ ต้องการการบริบาลที่ใช้เวลานาน ในต่างจังหวัดเกิด ปัญหาเนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและ พยาบาล ระดับประเทศเกิดปัญหาสำคัญจากความขัด แย้งเชิงนโยบายระหว่างสปสช.กับกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพ จนเกิดปัญหาการ ดำเนินงานของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขตลอด มา(29) ด้านการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น(อปท.)ประสบการณ์ทม.เป็นบทเรียนต่อการ สร้างเขตสุขภาพ เพราะกรุงเทพมหานครเป็นอปท.ขนาดใหญ่และมีอิสระที่จัดบริการสุขภาพด้วยตนเอง ทั้ง บริการการแพทย์ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มี บริการสาธารณสุขและบริการสวัสดิการสังคม ที่แสดง ถึงการเป็นเขตสุขภาพซึ่งสามารถเสนอแนวคิดเขต สุขภาพให้เกิดได้อย่างสอดคล้อง แต่กรุงเทพมหานคร เป็นการกระจายอำนาจรูปแบบพิเศษที่มีอปท.อิสระ มี การดำเนินงานบริการสุขภาพมานานและเป็นบทบาท ความรับผิดชอบโดยตรงนักรการเมืองท้องถิ่นซึ่งคง ต้องการความเป็นตัวตนอิสระเหมือนเดิม หากความ เป็นตัวตนและอิสระลดลงกระทบฐานเสียงการเมือง ท้องถิ่นย่อมเป็นอุปสรรคต่อการสร้างเขตสุขภาพ ดังนั้น ปัจจัยการเมืองท้องถิ่นจึงเป็นปัจจัยตัวแปรที่สำคัญของ ประเทศไทย ปัญหาการสร้างคณะกรรมการเขตสุขภาพ เกิดขึ้นชัดเจนทั้งทม.และต่างจังหวัด นอกจากปัญหา การเมืองท้องถิ่นแล้วยังเกิดปัญหาสรรหากรรมการที่จะ มาร่วมดำเนินการตามต้องการยาก คณะกรรมการแม้ จะได้รับการแต่งตั้งเข้ามายังมีปัญหาด้านประสบการณ์ จึงไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้เต็มที่ เพราะการบริหาร

จัดการเขตสุขภาพต้องการประสบการณ์ด้านสุขภาพอย่างมากและยิ่งขาดความรู้ลึกว่ามีส่วนเป็นเจ้าของยิ่งทำให้คณะกรรมการเป็นเพียงตรายางรองรับมติที่ประชุม ดังนั้นเขตสุขภาพประเทศไทยตามที่คาดหวังอาจต้องการเวลาพัฒนาทั้งระบบบริการสุขภาพ การกระจายอำนาจ และการอภิบาลระบบ<sup>(30,31)</sup>

### ข้อยุติ

การศึกษานี้ได้ข้อสรุปสำหรับการสร้างเขตสุขภาพประเทศไทยดังนี้

1. เขตสุขภาพต้องการความร่วมมือทั้งสปสข. กระทรวงสาธารณสุข อปท.และภาคประชาสังคมแบบเครือข่ายมากกว่าการบังคับบัญชา (network partnership)
2. เครือข่ายบริการต้องคำนึงถึงพันธมิตรทางสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน (public private partnership)
3. ปัจจัยสำคัญที่สร้างความสำเร็จประกอบด้วย ปัจจัยทางการเมืองสุขภาพและสังคมโดยเฉพาะการเมืองท้องถิ่น (local politic) ระบบบริการที่ครอบคลุม และผู้มีความรู้ความสามารถในพื้นที่ (local expertise) ที่เข้ามาร่วมดำเนินการ (implement) จัดการ (management) และอภิบาลระบบ (system governance)

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสข.) ผู้วิจัยขอขอบคุณอย่างยิ่ง ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างมากจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและคณะเจ้าหน้าที่ของสำนักงานทุกท่าน จึงขอขอบคุณที่ยอมเสียสละเวลาที่มีค่าให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัย จนทำให้ผลการศึกษสำเร็จลุล่วงอย่างดียิ่งและสร้างผลงานวิชาการเพื่อถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ที่ต้องการใช้ประโยชน์ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2551.
2. วินัย ลิสมิทธิ, ศุภสิทธิ์ พรธนาโรดมัย. การซื้อบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550;2:201-12.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตนครราชสีมา. ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพนครชัยบุรินทร์. นครราชสีมา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตนครราชสีมา; 2553.
4. Hunter DJ, Stockford D. Health care reform in the United Kingdom. In: Nitayarumphong S, editor. Health care reform at the frontier of research and policy decision. Nonthaburi: Office of Health Care Reform; 1997. p. 77-100.
5. European Observatory on Health Care System. Health care system in transition: United Kingdom. [serial on line] 1999 [cited 2009 July 13]; Available from: URL: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
6. European Observatory on Health Care System. Health care system in transition: New Zealand. [serial on line] 2001 [cited 2009 July 21]; Available from: URL: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
7. Healy J, Hilless M. Health care in transition: Australia. [serial online] 2001 [cited 2009 July 21]; Available from: URL:<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
8. Armstrong P, Armstrong H. Decentralised health care in Canada. BMJ [serial online] 1999 [cited 2009 Dec 21]; 318: 1201-4. Available from: URL: <http://www.bmj.com>.
9. Johnsen JR. Health systems in transition: Norway [serial on line] 2006 [cited 2009 July 21]; Available from: URL:<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
10. Ovreteit J. Purchasing for health. Buckingham:Open University Press; 1996.
11. Conyers D. Decentralization: the latest fashion in development administration?. Public Administration and Development 1983; 3:97-109.
12. Collins C. Management and organization of developing health systems. Oxford: Oxford University Press; 1994.
13. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzade H. Health system decentralization: concepts, issues and country experience. Geneva: WHO; 1990.
14. Kjaer M. Governance. Cambridge: Polity Press; 2004.
15. Gauld R, Ikegami N, Barr MD, Chaing T-L, Gould D, Kwon S. Advanced Asia's health systems in com-



- parison. *Health Policy* [serial online] 2006 [cited 2010 Aug 20]; 79: 325-36. Available from: URL: <http://www.sciencedirect.com>.
16. Peabody JW, Lee SW, Bickel SR. Health for all in the Republic of Korea: one country's experience with implementing universal health care. *Health Policy* 1995; 31:29-42.
  17. Yu SH, Anderson GF. Achieving universal health insurance in Korea: a model for other developing countries?. *Health Policy* 1992; 20:289-99.
  18. NHS Information Centre. Quality and outcomes framework achievement data 2008/2009. [serial online] 2009 [cited 2010 Dec 20]. Available from: URL: <http://www.ic.nhs.uk>.
  19. Glenngard AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health systems in transition: Sweden. [serial online] 2005 [cited 2009 July 21]; Available from: URL: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
  20. Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: Health system review. In: Healy J, editor. *Health systems in transition*. [serial online] 2006 [cited 2009 July 21]; Available from: URL: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
  21. Charles CA, Badgley R. Canadian national health insurance: Evolution and unsolved policy issues. In: Powell FD, Wessen AF, editors. *Health care system in transition: an international perspective*. London: SAGE; 1999. p. 115-50.
  22. Marchildon GP. Health systems in transition: Canada [serial online] 2005 [cited 2009 July 21]; Available from: URL: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
  23. Ger J. Why can Taiwan utilize criminal law to discipline physicians?. *Legal Medicine* [serial online] 2009 [cited 2010 Jan 12]; 11: s135-s137. Available from: URL: <http://www.elsevier.com/locate/legalmed>.
  24. Burki SJ, Perry GE, Dillinger WR. *Beyond the center: decentralizing the state*. Washington D.C.: the World Bank; 2002.
  25. Carver J. A theory of governing the public's business: redesigning the jobs of boards, councils and commissions. *Public Management Review* 2001; 3:3-24.
  26. Khaleghian P. *Decentralization and public services: the case of immunization*. Washington D.C.: World Bank; 2003.
  27. Khaleghian P, Gupta MD. *Public management and the essential public health functions*. Washington D.C.: World Bank; 2004.
  28. Sheaff R. Governance in gridlock in the Russian health system; the case of Sverdlovskoblast. *Social Science & Medicine* [serial online] 2005 [cited 2009 Dec 21]; 60: 2359-69. Available from: URL: <http://www.elsevier.com/locate/socscimed>.
  29. Tangcharoensathian V, Jongudomsuk P. Future challenges. In: Tangcharoensathian V, Jongudomsuk P, editors. *From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand*. Bangkok: S.R.C. Envelope; 2004. p. 153-67.
  30. Putnam RD. *Making democracy work: civic transitions in modern Italy*. New Jersey: Princeton University Press; 1993.
  31. Kristian S, Santosa P. Surviving decentralization?. Impacts of regional autonomy on health service provision in Indonesia. *Health Policy* 2006; 77:247-59.

**Abstract**    **Area Health: From International Experience to Model Development in Thailand**  
**Vinai Leesmidt\* Supasit Pannarunothai\*\***

\*Khlung Khlung Hospital, Kamphaeng Phet Province, \*\*Faculty of Medicine, Naresuan University, Phitsanulok Province.

*Journal of Health Science* 2012; 21:214-23.

Area health is so new that Thailand has little experience about it. These critical lessons should be learned from international experiences to understand about several important issues including concept of area health, organizational structure, roles and responsibility, power relations among relevant organizations, control and monitoring mechanism and impacts of implementation of the area health. The study was a documentary research about experiences of 8 countries and the NHSO-BMA branch during July 2010 - December 2010. The collected data was analyzed by content analysis and presented descriptively. The study result pointed out that there were several different words to name area health. The area health was composed of 3 concepts including integrated health service system, health care decentralization and system governance. The core organization of area health was area health board that had autonomy. The central agency remained control power. The board had network relationship with social society. Area health had 3 important functions including health care service provision, health care financing and system governance. The governance mechanisms of area health were conducted through contract and malpractice liability. Area health consisted of both advantages and disadvantages which affected health care quality, efficiency and equity. Thailand needed to improve several factors to succeed in area health implementation including policy conflict, coverage of health care network, local politics and readiness of local expertise.

**Key words:**    **locality, area health, organizational structure, purchasing, provision, Universal Coverage**