

การจัดการระบบบริการสุขภาพโดยเชื่อมต่อ ในทุกกระดับ : เงื่อนไขความสำเร็จของ 4 ประเทศตัวอย่าง

อรพินท์ มุกดาติลก

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การทบทวนบทเรียนจากประเทศที่เป็นแบบอย่างสำหรับไทยได้ เพื่อประมวลเงื่อนไขความสำเร็จของการจัดการระบบบริการสุขภาพโดยเชื่อมต่อในทุกกระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) พบปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ดังนี้ *ประการแรก* การจัดการปูรากฐานแนวคิดและวัฒนธรรมสุขภาพของประชาชนให้เข้ารับบริการสุขภาพแต่ละระดับด้วยค่านิยมที่เหมาะสม *ประการที่สอง* การจัดการโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิให้เกิดความเชื่อมต่อกับเครือข่ายงานบริการและเครือข่ายข้อมูลได้ในทุกระดับและครอบคลุมทุกพื้นที่ *ประการที่สาม* การจัดการให้เกิดบริการที่ผสมผสานกับทุนเดิมที่มีอยู่แล้วนอกกระบวนบริการทุติยภูมิและตติยภูมิได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน และ *ประการสุดท้าย* การจัดการปรับเปลี่ยนระบบบริหารให้สถานพยาบาลเฉพาะทางมีการดำเนินงานคล่องตัวเบ็ดเสร็จ โดยรัฐยังมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและบริการปฐมภูมิจัดโดยภาคเอกชนเป็นหลัก

คำสำคัญ:

ระบบบริการสุขภาพ, บริการปฐมภูมิ, บริการทุติยภูมิ, บริการตติยภูมิ, การวางแผนกำลังคน

บทนำ

การศึกษานี้ มุ่งสนใจในการจัดการระบบบริการสุขภาพโดยเชื่อมต่อในทุกระดับของต่างประเทศ ในส่วนที่สัมพันธ์กับการจัดกำลังคนแพทย์ เพื่อค้นหาเงื่อนไขความสำเร็จจากบทเรียนนั้น ทั้งนี้ ได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกประเทศที่คาดว่าจะมีการจัดการทรัพยากรนำเข้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนได้เป็น 4 ประเทศตัวอย่าง คือ มาเลเซีย ไต้หวัน เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ (เรียงตามลำดับจากประเทศที่มีความเป็นเมืองน้อยไปยังมาก) โดยดำเนินการตามลำดับดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประเทศที่จะเป็นแบบอย่างสำหรับไทยได้มาเพื่อการศึกษา การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกประเทศที่มีข้อบ่งชี้ว่ามีการจัดการระบบบริการสุขภาพได้อย่าง “มีประสิทธิภาพ” ในการศึกษาครั้งนี้ มีพื้นฐานมาจากผลการศึกษาหนึ่ง⁽¹⁾ ที่พิจารณาค่าสถิติด้านสุขภาพของ 193 ประเทศที่เป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลก คัดจนได้ 25 ประเทศ คือ ไทย ศรีลังกา เวียดนาม มาเลเซีย จีน สิงคโปร์ เกาหลีใต้ แคนาดา ญี่ปุ่น อังกฤษ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา สวีเดน เยอรมัน และฝรั่งเศส (เรียงลำดับประเทศตามจำนวนแพทย์ต่อ

ประชากรจากน้อยไปมาก) ตามผังภาพรวมข้างล่าง ดังนี้

การตีกรอบประเทศที่จะเลือกมาศึกษา ตั้งเป้าหมายสมมติขึ้นคือ “ในอนาคตประเทศไทยต้องการจะเคลื่อนตัวไปในทิศทางที่มีภาระโรคลดต่ำลง โดยจำนวนแพทย์และค่าใช้จ่ายสุขภาพที่จะเพิ่มขึ้นนั้น อยู่ในระดับที่เหมาะสมคือไม่สูงจนเกินไป” จะเห็นได้ว่าประเทศไทยต้องวางแผนพัฒนาให้ไปในทิศทางลงล่างและไปทางขวาของผังภาพรวม ประกอบกับข้อมูลเบื้องต้นของแต่ละประเทศ เช่น รูปแบบการจัดการระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยประกอบอื่น ๆ (เช่น มีเอกสารภาษาอังกฤษให้ศึกษา มีข้อมูลเกี่ยวกับการจัดกำลังคนแพทย์ของประเทศนั้น ๆ เป็นต้น) ทำให้คัดเลือกประเทศตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาได้ 4 ประเทศ คือ ประเทศมาเลเซีย ไต้หวัน เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ ด้วยเหตุผล 3 ประการคือ มีสภาพทางภูมิศาสตร์ใกล้เคียงไทยพอที่อาจจะประยุกต์ข้อมูลใช้กับประเทศไทย มีระดับภาระโรคอยู่ในเกณฑ์ต่ำโดยเปรียบเทียบสัมพันธ์ (ดัชนี DALYs ต่อประชากร ต่ำ) และใช้จำนวนแพทย์และค่าใช้จ่ายไม่สูงนักเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่มอื่น ๆ

วิธีการสืบค้นข้อมูล การเปลี่ยนแปลงเชิงสถานะสุขภาพของประชากร จะบังเกิดผลได้ จำเป็นต้องเตรียมการล่วงหน้าเป็นระยะเวลานาน ตัวอย่างเช่น หากต้องการเห็นการลดลงของอัตราการเกิดของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อาจต้องรอเวลาเกินกว่าทศวรรษ จึงอาจจะวัดผลสำเร็จจากการจัดการนั้นได้ ดังนั้นข้อมูลที่จะแสดงต่อไปจึงเป็นข้อมูลที่ได้การจับคู่เวลาให้สอดคล้องต้องกันตามสันนิษฐานดังกล่าวแล้ว กรอบการทบทวนข้อมูลพิจารณาใน 3 องค์ประกอบที่มีปฏิสัมพันธ์กัน⁽²⁾ คือ (1) *ปัจเจกบุคคล* (สถานะสุขภาพ พฤติกรรม วิถีชีวิต เป็นต้น) (2) *สภาพแวดล้อม* (เศรษฐกิจ การเมือง ศาสนา การศึกษา เทคโนโลยี องค์ความรู้ เป็นต้น) และ (3) *ระบบบริการสุขภาพ* (ความครอบคลุม ประเภท ระดับบริการ คุณภาพ ประสิทธิภาพ ผู้จัดบริการ ผู้จ่ายค่าบริการ เป็นต้น) ทั้งนี้ ประมวล

ข้อมูลที่ได้ในส่วนที่สัมพันธ์กับการจัดกำลังคนแพทย์ในแต่ละประเทศ

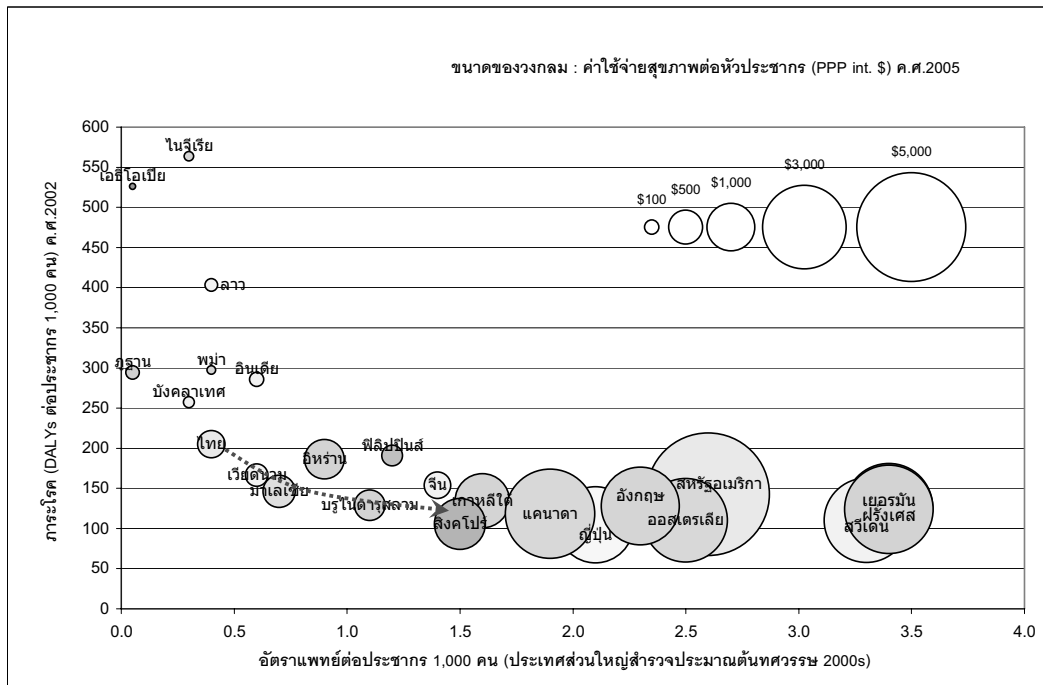
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพของประเทศ ตัวอย่าง

ข้อมูลที่จะนำเสนอต่อไปนี้ มาจากการทบทวนผลงานในอดีต ของนักวิจัย 4 คน⁽³⁻⁶⁾ ที่ได้ดำเนินการศึกษาให้แก่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในประเด็นการปฏิรูประบบสุขภาพของแต่ละประเทศ คัดเลือกส่วนที่ตรงตามเกณฑ์ของการศึกษานี้ โดยจัดเป็น 2 หมวดหมู่เพื่อแสดงผล ดังต่อไปนี้คือ (1) ผลลัพธ์แง่สถานะสุขภาพของประชากร แทนด้วยค่าภาระโรค (DALYs ต่อประชากร 1,000 คน) ดังแสดงในรูปที่ 1 และ (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพของประเทศตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. การจัดบริการสุขภาพ “มาเลเซีย”⁽³⁾

สภาพแวดล้อม มาเลเซียได้รับเอกราชเมื่อ ค.ศ. 1957 ประชากรประมาณ 21.7 ล้านคนใน ค.ศ. 1997 มีสังคมแบบพหุลักษณะ ประกอบด้วย มาเลย์ ร้อยละ 60 จีน ร้อยละ 30 และอินเดีย ร้อยละ 10 การปกครองโดยระบอบประชาธิปไตยที่มีเสถียรภาพเพราะมีนายกรัฐมนตรีคนเดียวนาน มีลักษณะเฉพาะอาจเรียกว่า เผด็จการประชาธิปไตยเนื่องจากพรรครัฐบาลมีความมั่นคงต่อเนื่อง ระบบเศรษฐกิจเป็นแบบเสรีบนพื้นฐานของการเกษตรและมุ่งสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมหนักและเทคโนโลยีขั้นสูง เศรษฐกิจอยู่ในสภาพที่มั่นคงมาก การวางแผนพัฒนาของประเทศใช้แผนหลักในการพัฒนาประเทศเป็นแผน 5 ปี และใน ค.ศ. 1983 มีการประกาศนโยบายการแปรรูป ซึ่งมีการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน

ระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มาเลเซียเป็นประเทศที่ได้รับการยอมรับว่ามีบริการสาธารณสุขที่ดีมากเมื่อเทียบกับประเทศในภูมิภาคเดียวกัน โดยคนจนหรือผู้ด้อยโอกาสจะได้รับการบริการฟรี ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานบริการด้านสุข-



ที่มา : อรพินท์ มุกดาคลิก 2552⁽¹⁾

รูปที่ 1 ผังภาพรวมค่าสถิติสุขภาพของนานาชาติโดยการเชื่อมโยงทรัพยากรนำเข้าของระบบบริการสุขภาพและประเทศ (อัตราแพทย์ต่อประชากรและค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร) กับข้อมูลแง่สถานะสุขภาพคือ (ดัชนีวัดภาระโรคต่อประชากร)

ภาพมีดังต่อไปนี้ (1) นโยบายของรัฐบาล โดยนายกรัฐมนตรีได้กำหนดนโยบายที่เรียกว่า Vision 2020 ที่มียุทธศาสตร์ที่จะทำให้อุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพบรรลุตามเป้าหมายการให้ความสำคัญอิสระและการแปรรูป รวมทั้งการให้โอกาสภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น (2) ความต่อเนื่องของแผนพัฒนาประเทศ โดยริเริ่มชัดเจนตั้งแต่ แผนฉบับที่ 4 ถึงฉบับที่ 7 โดยทำการศึกษางานบริการที่ไม่ใช่การรักษาแล้วกำหนดหัวข้อการแปรรูปเอาไว้ในแผนการบริการสุขภาพต่าง ๆ และ (3) แหล่งที่มาของการเงินเป็นแบบผสม มีทั้งสิ้น 4 แหล่งคือ direct taxation, social insurance, private health insurance และ out-of-pocket payments ระบบบริการปฐมภูมิมีรูปแบบ เช่น การบริการปฐมภูมิในเขตชนบท บริการปฐมภูมิในเขตเมือง เป็นต้น ขณะที่ระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ มีการแปรรูปสถานบริการสุขภาพ 2 แบบ คือ (1) การแปรรูปแบบ corporatization เช่น การแปรรูปสถาบันหัวใจแห่งชาติ

สำหรับการบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น มีรูปแบบการจัดการโดย Ministry Of Finance Inc. เป็นบริษัทของรัฐบาลเพื่อบริหารกิจการที่แปรรูป รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขจะมีสิทธิ์เสียงผ่านตัวแทนซึ่งเป็นสมาชิกของคณะกรรมการบริหาร และ (2) การแปรรูปแบบ privatization หมายถึงการมอบความรับผิดชอบหลักไม่ว่าจะเป็นการคลังสาธารณสุข การจัดหาสินค้าและบริการ ให้แก่บริษัทหรือตัวแทนภาคเอกชน จึงเป็นการลดภาระด้านการจัดการของรัฐบาล

ระบบการเชื่อมโยงส่งต่อ ถึงแม้ว่าโดยทฤษฎีแล้ว ผู้ป่วยจะต้องขอรับบริการตามขั้นตอนของระบบการส่งต่อ แต่โดยทางปฏิบัติแล้ว ไม่มีการปฏิเสธเมื่อผู้ป่วยไปถึงสถานบริการแล้ว และไม่มีการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยเกิดการข้ามขั้นตอนบริการปฐมภูมิไปยังบริการจากแพทย์เฉพาะทาง ทั้งนี้ในระดับบริการปฐมภูมินั้นไม่มีการกำหนดกลุ่มประชากรและตัวแพทย์ผู้รับผิดชอบ

การจัดกำลังคนแพทย์ มีประเด็นดังต่อไปนี้

(1) กลุ่มแพทย์และผู้ให้บริการปฐมภูมิ แม้ในภาคเอกชนงานเวชปฏิบัติทั่วไปเปิดกว้างสำหรับแพทย์ที่ใช้ทุนให้รัฐบาลเป็นเวลา 3 ปีแล้ว โดยอาจฝึกอบรมเพิ่มเติมจาก Academy of Family Physicians ซึ่งจัดการฝึกอบรม Family Physician Vocational Training Program และฝึกอบรมเพิ่มทักษะให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งจัดระบบ Mentor system สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ต้องการเพิ่มคุณวุฒิเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (2) การสร้างข้อเสนอจากแพทยสมาคมแห่งมาเลเซีย คือควรทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งในภาครัฐและเอกชน สามารถทำงานผสมผสานอยู่ในระบบเดียวกันได้ (3) การแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ โดยจัดตั้งโรงเรียนแพทย์เพิ่มขึ้นในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ รวมทั้งให้มีหลักสูตรที่ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ (Twinning programs) และ (4) แนวทางใหม่ในการผลิตแพทย์เฉพาะทาง โดยผลิตแพทย์เฉพาะทางแบบระบบเปิดขึ้นใน ค.ศ. 1995 โดยผู้เข้ารับการฝึกอบรมไปฝึกที่โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการคัดเลือกแบบเต็มเวลาหรือบางเวลาตามกำหนดเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน โดยรับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เสมือนว่าไม่เป็นการลาเรียน ระบบเปิดนี้ถือได้ว่าประสบความสำเร็จช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางบางสาขาของประเทศ

2. การจัดบริการสุขภาพ “ไต้หวัน”⁽⁴⁾

สภาพแวดล้อม ประเทศไต้หวันมีพื้นที่เป็นหมู่เกาะใหญ่น้อยประมาณ 80 เกาะ โดยมีเกาะไต้หวันเป็นเกาะที่ใหญ่ที่สุด มากกว่าครึ่งหนึ่งของเกาะเป็นเทือกเขาสูง ประชากรประมาณ 22 ล้านคน เกือบทั้งหมดเป็นชาวจีนฮกเกี้ยนและจีนแคะ ปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตยที่มีประธานาธิบดีเป็นผู้นำสูงสุด พรรคก๊กมินตั๋งเป็นพรรคที่ครองเสียงข้างมากและเป็นรัฐบาลที่มีความมั่นคงมากกว่า 50 ปี ประเทศประสบความสำเร็จอย่างสูงทางเศรษฐกิจ สินค้าหลักที่ส่งออก

คืออุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ผลจากการพัฒนาประเทศไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ทำให้วิถีชีวิตของชาวไต้หวันเปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพใหม่ ๆ ตามมา ในแต่ละปีชาวไต้หวันจะไปใช้บริการทางการแพทย์บ่อยกว่าคนชาติอื่น ๆ ด้วยลักษณะทางวัฒนธรรมหนึ่ง คือนิยมเปลี่ยนแพทย์ที่ให้การรักษาไปเรื่อย ๆ รวมทั้งต้องการไปพบแพทย์บ่อย ๆ เพราะรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ ในขณะที่เดียวกันก็มีระบบการแพทย์พื้นบ้านคือการแพทย์จีนที่ตนเองเชื่อถืออยู่ใช้ร่วมไปด้วยพร้อม ๆ กัน

ระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

หลังการปฏิรูประบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใหญ่ 4 ด้านหลัก คือ (1) การปรับปรุงระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ เริ่มโดยจัดทำเป็นโครงการ 15 ปี เพื่อจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ใหม่ให้กระจายในพื้นที่สมดุลขึ้น โครงการนี้ช่วยลดปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงสถานบริการเนื่องมาจากปัญหาด้านภูมิศาสตร์ลงไปได้มาก เครื่องมือที่ใช้คือ ระบบการบริหารจัดการภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง ร่วมกับระบบบริหารจัดการปกครองท้องถิ่นตั้งแต่ระดับมณฑลลงไป โดยการกระจายอำนาจให้ดูแลและร่วมรับผิดชอบเรื่องสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเบ็ดเสร็จมากขึ้น (2) การสร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ เป็นระบบแบบบังคับใช้กับทุกคน อัตราการจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มรัฐจะให้เงินสมทบในอัตราที่แตกต่างกัน การบริหารการเงินจะรวมไว้เป็นระบบที่มีผู้ซื้อรายเดียว ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายค่าบริการทุกครั้ง (การไปพบแพทย์แต่ละครั้ง แม้ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายเงินตนเอง แต่กระนั้นยังคงพบว่าชาวไต้หวันนิยมไปพบแพทย์บ่อย โดยเฉลี่ย 10-15 ครั้งต่อปี) (3) โครงการสร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสถานบริการเพื่อจัดระบบบริการสุขภาพของสถานบริการระดับต่าง ๆ ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น และ (4) โครงการผลิตแพทย์ประจำ

ครอบครัว (family practice) รัฐบาลได้หันมาสามารถดำเนินการได้อย่างประสบผลสำเร็จ เนื่องจากความมั่นคงของระบบการเมือง รัฐบาล และฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ

ระบบการเชื่อมโยงส่งต่อ โครงการสร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสำหรับสถานบริการ ถือเป็นโครงการที่พยายามจัดระบบบริการสุขภาพของสถานบริการระดับต่าง ๆ ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ใน ค.ศ. 1988 กระทรวงสุขภาพได้มอบหมายให้สถาบันอุตสาหกรรมข้อมูลข่าวสารจัดทำระบบเครือข่ายฐานข้อมูล เพื่อให้สถานบริการในพื้นที่ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน โครงการนี้แบ่งพื้นที่ได้หันออกเป็น 6 ส่วน โดยใช้เงินลงทุนกว่า 123 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ในแต่ละส่วนจะมีศูนย์กลางของการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ 1 แห่ง โครงการนี้จะช่วยให้สถานบริการในพื้นที่ห่างไกล รวมทั้งเกาะต่าง ๆ ของไต้หวัน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลคนไข้ เกี่ยวกับประวัติการรักษา ประวัติการประกันสุขภาพที่ใช้ ประวัติของบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัย ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบเครือข่ายนี้ใช้งานได้อย่างเต็มระบบก่อนสิ้นค.ศ.1997 ช่วยให้หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการประกันสุขภาพของคนไข้ได้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะเมื่อนำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีความซับซ้อนมาใช้ ทำให้ระบบข้อมูลข่าวสารนี้ได้รับความสำคัญมากขึ้น

การจัดกำลังคนแพทย์ โครงการผลิตแพทย์ประจำครอบครัว (family practice) เป็นโครงการส่งเสริมการผลิตแพทย์ประจำครอบครัวขึ้นอย่างเร่งด่วน ตั้งแต่การจัดเตรียมความพร้อมของคณาจารย์ การจัดวางหลักสูตรทั้งในระดับปริญญาตรี หลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง และการฝึกแพทย์ประจำบ้าน โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาแพทย์ให้มีความรู้ทั้งด้านวิทยาศาสตร์และการพัฒนาสังคม ให้คุ้นเคยกับแนวปฏิบัติที่กำหนดในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ การสอนได้ให้ความ

สำคัญงานในชุมชนและการให้บริการฉุกเฉิน และประชาสัมพันธ์บทบาทของแพทย์ประจำครอบครัวให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบ

3. การจัดบริการสุขภาพ “เกาหลีใต้”⁽⁵⁾

สภาพแวดล้อม เกาหลีใต้ตั้งอยู่บนคาบสมุทรเกาหลี ร้อยละ 70 ของพื้นที่เป็นภูเขา ประชากรใน ค.ศ. 1997 เท่ากับ 46 ล้านคน เศรษฐกิจของประเทศขึ้นกับอุตสาหกรรมหนัก เช่น อุตสาหกรรมโลหะ การต่อเรือ อุตสาหกรรมเคมี รถยนต์ และเทคโนโลยีก้าวหน้าอื่น ๆ ที่ต้องอาศัยทักษะ รวมทั้งอุตสาหกรรมบริการ เป็นประเทศหนึ่งในเอเชียที่มีระดับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสูง และสามารถให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนได้อย่างทั่วหน้า

ระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การบริการสุขภาพนั้นอิงกับปรัชญาและแนวคิดของกลไกตลาดเสรี และให้อยู่ในความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลและครัวเรือนเป็นหลัก ซึ่งสะท้อนออกมาในรูปของบทบาทที่สูงของภาคเอกชนทั้งในระบบการจัดบริการและระบบการคลังสาธารณสุขของประเทศ ลักษณะเด่นของระบบบริการสาธารณสุขของเกาหลีใต้ประกอบด้วย (1) ภาคเอกชนเป็นเจ้าของทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ (2) ระบบบริการประกอบด้วยบริการแผนตะวันตกและแผนตะวันออก (Western and Oriental Medicine) (3) มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในเขตเมืองและชนบท จนภาครัฐจำเป็นต้องเข้าแทรกแซงโดยเข้าไปจัดบริการเองในชนบทและส่งเสริมการลงทุนด้านบริการสุขภาพของภาคเอกชนในภูมิภาค และ (4) สถานพยาบาล จัดโดยรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น โรงเรียนแพทย์ และส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลของเอกชน ทั้งนี้ประเภทของสถานพยาบาลจะแบ่งตามขนาด แยกการแพทย์แผนตะวันออกจากการแพทย์แผนตะวันตกออกชัดเจน ทั้งนี้ ลักษณะที่มีผลกับการจัดบริการสุขภาพของประเทศ ได้แก่ (1) *รายจ่ายด้านสุขภาพที่มาจากค่าใช้จ่ายจากครัวเรือนโดยตรงเมื่อ*

ไปใช้บริการก็ยังคงมีส่วนสูง โดยรายจ่ายจากครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการร้อยละ 55 ในค.ศ.1996 การมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนมีบทบาทค่อนข้างมากในระบบการคลังสาธารณสุขของประเทศ (2) การปฏิรูประบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการผลักดันก็คือปัจจัยด้านการเมือง รัฐบาลทหารในขณะนั้นต้องการสร้างการยอมรับจากประชาชน จึงได้ผลักดันให้ประชาชนทุกคนได้รับหลักประกันด้านสุขภาพ โดยเริ่มด้วย ค.ศ. 1994 มี “การปฏิรูประบบประกันสุขภาพ” ต่อมาใน ค.ศ. 1997 จึงเริ่มมี “การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ” ตามมาโดยเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการและเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ จากนั้นมีการปฏิรูปใหญ่คือมีการประสานกองทุนกลุ่มประชาชนไม่มีรายได้ประจำและกองทุนสำหรับกลุ่มข้าราชการและครูเข้าด้วยกันให้อยู่ภายใต้ The Korea Health Insurance Corporation และ (3) ปัจจัยด้านการแพทย์แผนตะวันออก เป็นบริการที่เป็นจุดเด่นของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเกาหลีใต้ โดยใน ค.ศ. 1946 มีการจัดตั้งสถาบันเพื่อการเรียนการสอน คือ Institute for Oriental Medicine ทำให้สามารถเพิ่มจำนวนแพทย์ด้านนี้อย่างรวดเร็ว มีการพัฒนาและอนุมัติรับรองจากกระทรวงศึกษาธิการ หลักสูตรขยายเป็น 6 ปี เหมือนแพทย์สมัยใหม่ มีมหาวิทยาลัยชื่อว่า Oriental Medical University และจัดตั้งสำนักการแพทย์ตะวันออกขึ้นภายในกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการเพื่อทำการพัฒนาและศึกษาวิจัยในด้านองค์ความรู้ต่าง ๆ ของแผนตะวันออก

ระบบการเชื่อมโยงส่งต่อ แม้มีความเข้มงวดกับการที่ต้องมีใบส่งต่อจากสถานพยาบาลระดับล่างก่อนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ แต่เนื่องจากการบริการทางการแพทย์เป็นภาคเอกชนแบบแสวงหากำไรเป็นหลัก บริการของสถานพยาบาลในแต่ละระดับจึงมีความซ้ำซ้อนกัน ประกอบกับวิธีการจ่ายเงินตามปริมาณบริการ ทำให้ระบบการส่งต่อยังไม่มีประสิทธิผลนัก

การจัดกำลังคนแพทย์ มีประเด็นดังต่อไปนี้ (1) **สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด** โดยใน ค.ศ. 1996 ร้อยละ 58 ของแพทย์เป็นแพทย์เฉพาะทาง ในเกาหลีใต้แพทย์ที่ระบุอยู่ในกฎหมายและได้รับใบอนุญาตให้ปฏิบัติงานได้นั้นหมายรวมทั้งแพทย์แผนตะวันตก (แพทย์แผนปัจจุบัน) และแพทย์แผนตะวันออก (Oriental Medicine หรือ OM) โดยมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างคู่ขนานกันมาโดยตลอด (2) **ปัญหาการกระจุกตัวของกำลังคนด้านสุขภาพในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท** การที่รัฐปล่อยให้กระจายกำลังคนด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ภายใต้กลไกของตลาด แพทย์ส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะให้บริการในเขตเมือง (3) **กรณีศึกษา “การพัฒนาด้านกำลังคนแพทย์ Oriental Medicine”** ประชาชนเกาหลีใต้ให้ความนิยมและภูมิใจกับการแพทย์ดั้งเดิมของตนมาก แพทย์ OM มีบทบาทสูงต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ มีประวัติศาสตร์พัฒนาการยาวนาน โดยมีการรวมตัวกันจัดตั้งสมาคมของตัวเองขึ้น ในพื้นที่ห่างไกลที่ไม่มีแพทย์แผนปัจจุบันให้บริการ แพทย์ OM เป็นที่พึ่งส่วนใหญ่ของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้การคุ้มครองงานบริการนี้รวมทั้งระบบจ่ายยังเป็นแบบ fee-for-service ทำให้อัตราการเติบโตของการแพทย์ OM เพิ่มขึ้นโดยตลอด ทั้งยังมีหน่วยงานประเมินเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนตะวันออกและการควบคุมมาตรฐานงานบริการและผลิตภัณฑ์ ใน ค.ศ. 1995 จำนวนสถานบริการ OM ซึ่งมีทั้งคลินิกและโรงพยาบาลมีมากกว่าสถานบริการการแพทย์ปัจจุบัน ซึ่งไม่มีประเทศไหนในโลกที่การแพทย์ดั้งเดิมของประเทศจะสามารถเติบโตได้สูงขนาดนี้ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของเกาหลีใต้ยังเป็นสองระบบอย่างชัดเจนระหว่างแพทย์สมัยใหม่กับแพทย์ OM

4. การจัดบริการสุขภาพ “สิงคโปร์”⁽⁶⁾

สภาพแวดล้อม สิงคโปร์ใน ค.ศ. 1998 ประชากรทั้งหมด 3.16 ล้านคน เชื้อสายจีน ร้อยละ 76.4 เชื้อสายมาเลย์ ร้อยละ 14.9 และเชื้อสายอินเดีย

ร้อยละ 6.4 นับถือศาสนาหลากหลายได้แก่ ศาสนาพุทธ อิสลาม คริสต์ ฮินดู ซิกข์ และเต๋า ระบบเศรษฐกิจเป็นแบบตลาดการค้าเสรี ฐานเศรษฐกิจส่วนใหญ่เป็นธุรกิจบริการ อุตสาหกรรม และการค้าระหว่างประเทศ อัตราการเติบโตของเงินออมของประเทศค่อนข้างสูง ตั้งแต่ ค.ศ. 1959 ได้รับอนุญาตจากอังกฤษให้ปกครองตนเองได้เต็มที่ มีการเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตย โดยมีนายลี กวน ยิว เป็นนายกรัฐมนตรีมาตลอดจนถึง ค.ศ. 1990 และยังคงมีอิทธิพลต่อ ๆ มา

ระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

โครงสร้างของระบบสาธารณสุขอยู่ภายใต้การดูแลของ 3 กระทรวง คือ กระทรวงสุขภาพ กระทรวงสิ่งแวดล้อม และกระทรวงแรงงาน โดยระบบบริการสุขภาพเป็นระบบผสมระหว่างรัฐกับเอกชน ส่วนที่เป็นบริการปฐมภูมิให้บริการโดยคลินิกเอกชนและโพลีคลินิกรัฐบาล ขณะที่บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ให้บริการโดยโรงพยาบาลรัฐและเอกชน “หากเป็นระบบรัฐ” การบริการปฐมภูมิต่อการบริการที่โรงพยาบาลเป็นร้อยละ 20 ต่อ 80 ขณะที่ “หากเป็นระบบเอกชน” การบริการปฐมภูมิต่อการบริการที่โรงพยาบาลเป็นร้อยละ 80 ต่อ 20 มุมมองเชิงการปฏิรูประบบนั้นรัฐบาลจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติใน ค.ศ. 1983 โดยเริ่มจาก (1) *การปฏิรูประบบการเงิน การคลังของประเทศ* ลักษณะเด่นมาจากรากฐานปรัชญาที่สำคัญ คือ ประชาชนแต่ละคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีบทบาทร่วมจ่ายด้วย และชุมชนมีส่วนร่วมสนับสนุนผ่านเงินอุดหนุนของรัฐบาลและการบริจาคเงิน ทั้งนี้ “การเงินการคลังที่เกี่ยวกับรายบุคคล” นั้น รัฐจัดแบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ (ก) Medisave เป็นการออมเงินรายครอบครัวเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเมื่อต้องนอนพักในโรงพยาบาลและใช้จ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพ (เงินที่หักเก็บต่อเดือนจะถูกเก็บไว้ในบัญชีส่วนบุคคลแต่ละคนจะไม่ถูกเอาไปรวมใช้ร่วมกับบุคคลอื่น และสามารถใช้จ่ายได้เพื่อการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของสมาชิกที่เป็นผู้เก็บเงินโดยตรง และสมาชิกในครอบครัวสายตรง)

จึงเป็นระบบการออมทรัพย์ มิใช่เป็นการจ่ายเงินรวมเพื่อรวมความเสี่ยงเหมือนระบบประกัน (ข) Medishield เป็นระบบประกันสุขภาพตามความสมัครใจที่เพิ่มตามมาใน ค.ศ. 1990 เพื่อรองรับการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสียค่าใช้จ่ายสูงที่ระบบเงินออมรับภาระไม่พอ และ (ค) Medifund เป็นระบบการคุ้มครองช่วยเหลือผู้ยากจนในด้านการดูแลสุขภาพเริ่มต้นใน ค.ศ. 1993 เป็นส่วนของการมีกองทุนประเดิมจากรัฐและจะได้เงินสมทบทุกปี ส่วนที่เป็นดอกผลของกองทุนจะถูกนำมาใช้สงเคราะห์ ผู้ที่ยากจนและผู้ที่ไม่มีความสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้ (2) *แผนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค* ได้รับการมุ่งเน้นโดยรัฐบาล โดยการดำเนินงานผ่านสื่อสารมวลชนระดับกว้าง และประสานร่วมมือกับหน่วยงานรัฐ เอกชนที่เกี่ยวข้อง และมีการจัดการบริการผ่านเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ และ (3) *การปฏิรูประบบบริหารโรงพยาบาลรัฐ* ให้มีการบริหารแบบใหม่ที่เป็นลักษณะมีอิสระ ดำเนินการได้เองอย่างเบ็ดเสร็จมากขึ้นแต่รัฐบาลยังเป็นเจ้าของ ระบบบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยหน่วยบริการของทั้งรัฐและเอกชน มีราคาประหยัดและประชาชนส่วนใหญ่เลือกใช้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวของตนเอง ขณะที่ระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ มีโรงพยาบาลสำหรับการรักษาโรคแบบเฉียบพลันทั่วไป สถาบันการรักษาเฉพาะทาง และการรักษาที่มีความซับซ้อนระดับตติยภูมิต่าง ๆ จะรวมศูนย์อยู่ที่โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ 2 แห่ง คือ Singapore General Hospital และ The National University Hospital ทั้งนี้ตั้งแต่ ค.ศ. 1985 รัฐบาลได้ปรับโครงสร้างของโรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง และสถาบันเฉพาะทาง 6 แห่ง โดยให้อยู่ในความดูแลของบริษัทเอกชนแต่รัฐเป็นเจ้าของทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อให้ “โรงพยาบาลในกำกับ” (corporatised hospitals) มีการบริหารจัดการที่เป็นอิสระและคล่องตัวกว่าระบบราชการเดิม โดยในส่วน “โรงพยาบาลเอกชน” นั้น รัฐได้ส่งเสริมการเติบโต แต่ให้เงินอุดหนุนเฉพาะกับระบบบริการของรัฐ เพื่อควบคุมให้เอกชนมีคู่แข่ง ทำให้ต้องปรับลด

ราคาสูงและเพิ่มคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้รัฐได้ระงับการกระตุ้นอุปสงค์ โดยได้เพิ่มมาตรการในการกำกับเพดานรายได้ของโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้คิดโครงการหากำไรมากเกินไปโดยไม่ได้พิจารณาถึงความคุ้มของประสิทธิผล

ระบบการเชื่อมโยงส่งต่อ รัฐมีแนวทางที่จะพัฒนาสถาบันชั้น 4 กลุ่มที่เชื่อมโยงกันได้ คือ สถาบันระดับตติยภูมิจึงถึงศูนย์เฉพาะโรคแห่งชาติโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน

การจัดกำลังคนแพทย์ มีประเด็นดังต่อไปนี้

(1) **มาตรการควบคุมอุปทานของแพทย์และโรงพยาบาลผ่านแผนสุขภาพแห่งชาติ** มีหลักการคือ “รัฐบาลจะควบคุมจำนวนแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ จำนวนเตียงจำนวนโรงพยาบาล และสัดส่วนของโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลภายใต้การอุดหนุนของรัฐ” และ (2) **มาตรการควบคุมจำนวนแพทย์เฉพาะทางผ่านมหาวิทยาลัยผลิตแพทย์และผ่านการควบคุมการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในแต่ละโรงพยาบาล** ตัวอย่างเช่นใน ค.ศ. 1991 มีข้อกำหนดชัดเจน คือ คุมให้แพทย์เฉพาะทางไม่สูงกว่าร้อยละ 40 ของแพทย์ทั้งหมด และมีการคุมการใช้เทคโนโลยีราคาแพง

เงื่อนไขความสำเร็จของ 4 ประเทศตัวอย่าง

การประมวลจากบทเรียนข้างต้น พบว่า การจัดการระบบบริการสุขภาพโดยเชื่อมต่อในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิ) ของประเทศที่เป็นแบบอย่างสำหรับไทยได้ มี 4 ประการ คือ **ประการแรก** การจัดการบูรณาการแนวคิดและวัฒนธรรมสุขภาพของประชาชนให้เข้ารับบริการสุขภาพแต่ละระดับด้วยค่านิยมที่เหมาะสม **ประการที่สอง** การจัดการโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการตติยภูมิและตติยภูมิให้เกิดความเชื่อมต่อกับเครือข่ายงานบริการฯและเครือข่ายข้อมูลได้ในทุกระดับและครอบคลุมทุกพื้นที่ **ประการที่สาม** การจัดการให้เกิดบริการที่ผสมผสานกับทุนเดิมที่มีอยู่แล้วนอกกระบบบริการตติยภูมิและตติยภูมิได้อย่างมี

คุณภาพมาตรฐาน และ **ประการสุดท้าย** การจัดการปรับเปลี่ยนระบบบริหารให้สถานพยาบาลเฉพาะทางมีการดำเนินงานแบบคล่องตัวเบ็ดเสร็จโดยรัฐยังเป็นเจ้าของ และบริการปฐมภูมิจัดโดยภาคเอกชนเป็นหลัก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การจัดการบูรณาการแนวคิดและวัฒนธรรมสุขภาพของประชาชน ให้เข้ารับบริการสุขภาพแต่ละระดับ ด้วยค่านิยมที่เหมาะสม

ตัวอย่างคือประเทศสิงคโปร์^(6,7) ซึ่งปลูกฝังวัฒนธรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพส่วนบุคคล อย่างสัมพันธ์กับการมาใช้บริการจากระบบดังต่อไปนี้ เริ่มต้นสร้างแนวคิดผ่านสมุดปกขาวเมื่อสามทศวรรษก่อน โดยกระตุ้นให้เกิดค่านิยมว่าประชาชนแต่ละคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีบทบาทร่วมจ่ายด้วยเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ทั้งนี้รางวัลจะเกิดในคนที่ดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ผ่านกลไกให้ทุกคนมีเงินออมด้านสุขภาพเป็นของตนเอง (หากผู้นั้นป่วยน้อย เงินออมนี้ก็จะเหลือมาก อันจะเป็นผลดีต่อเจ้าของเงินออมและครอบครัวเอง) การสร้างรากฐานแนวคิดนี้ รัฐดำเนินการจัดการผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการยอมรับอย่างกว้างขวาง ก่อนการนำแผนมาตรการทางการเงินการคลังมาสู่การปฏิบัติ (โครงการออมเงินเพื่อสุขภาพ โครงการประกันค่าใช้จ่ายสูงด้านสุขภาพ และโครงการประกันคุ้มครองผู้ยากจน) ผลที่ได้คือประชาชนยินดีออมเงินเพื่อสุขภาพ, ประชาชนเข้าหากระบวนการตติยภูมิและตติยภูมิในระดับที่เหมาะสม (ไม่เกิดปัญหาการใช้บริการเกินจำเป็นตามมา) และประชาชนให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิ เพราะรัฐเสริมแรงให้เกิดค่านิยมนี้ด้วยการเอื้ออำนวยทุกประการ ให้ประชาชนยินดีมาใช้บริการปฐมภูมิ เช่น จัดการให้เกิดความสะดวก (ไม่ว่าจะเป็นบริการด้วยโพลีคลินิกของรัฐหรือเอกชนล้วนมีอยู่อย่างทั่วถึง) มีราคาถูก และมีชุดบริการสร้างเสริมป้องกันโรคเป็นพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกคน ดังนั้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสิงคโปร์นั้น จึงเป็นการประกันถ้วนหน้าเชิงการ

สร้างค่านิยมและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อการส่งเสริมป้องกันโรคได้เป็นหลัก (เพราะเมื่อรักษาต้องมีส่วนร่วมจ่าย) รากฐานนี้สำคัญต่อการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละระดับของประชาชน

2. การจัดการโครงสร้างพื้นฐาน ของระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ให้เกิดความเชื่อมต่อกับเครือข่ายงานบริการฯ และเครือข่ายข้อมูลได้ในทุกระดับ และครอบคลุมทุกพื้นที่ ตัวอย่างคือประเทศไต้หวัน⁽⁴⁾ ซึ่งดำเนินการเชื่อมต่อทั้งระบบได้สำเร็จ ผ่าน 3 แนวทางคือ แนวทางแรก การปรับปรุงระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ (โดยให้ท้องถิ่นมีระบบบริหารจัดการในการจัดบริการฯได้อย่างเบ็ดเสร็จและส่วนกลางคอยควบคุมความสมดุล) แนวทางที่สอง การสร้างระบบเครือข่ายฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์เพื่อให้สถานบริการทุกระดับเชื่อมต่อข้อมูลกันได้ (โดยมีการลงทุนในระบบนี้สูง เพื่อนำระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีความซับซ้อนมาใช้ได้อย่างคล่องตัวและมีคุณภาพ แม้ในพื้นที่ห่างไกล) และแนวทางสุดท้าย การจัดการเชิงทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการให้เข้ากันได้กับระบบ (โดยโครงการผลิตแพทย์ประจำครอบครัวนั้น จะสร้างแพทย์รุ่นใหม่ให้พร้อมและคุ้นเคยกับแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพและอื่น ๆ จึงสามารถทำงานในระบบบริการได้อย่างสอดรับกัน)

3. การจัดการ ให้เกิดบริการที่ผสมผสานกับทุนเดิมที่มีอยู่แล้ว นอกกระบวนบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ตัวอย่างคือ เกาหลีใต้⁽⁵⁾ ซึ่งมีแนวทางระดับชาติ ในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแพนตะวันออกอย่างต่อเนื่องยาวนานเกินกว่าหกทศวรรษอย่างเสริมสร้างให้กลืนไปกับระบบปกติและเป็นปัจจุบัน เช่น มีการตั้งมหาวิทยาลัยที่มีหลักสูตรเหมือนแพทย์สมัยใหม่ มีการพัฒนาสถาบันรับรองคุณภาพของศาสตร์นี้ มีการศึกษาวิจัยในองค์ความรู้เชิงลึกเป็นต้น จึงเป็นการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (นอกกระบวนบริการแพนปัจจุบัน) เหล่านี้ ให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องตามหลักสากล และคู่

ขนานไปกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมตะวันออกดั้งเดิมของประเทศ ประชาชนเกาหลีใต้จึงเห็นคุณค่า และนิยมใช้บริการส่วนนี้ ในระดับที่เท่าเทียมกับบริการทางการแพทย์แพนตะวันตก จึงเป็นการลดภาระของระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ และเป็นการเติมเต็มส่วนที่ขาดของระบบได้เป็นอย่างดี

4. การจัดการปรับเปลี่ยน ‘ระบบบริหาร’ ให้สถานพยาบาลเฉพาะทางมีการดำเนินงานคล่องตัวเบ็ดเสร็จ โดยรัฐยังมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และบริการปฐมภูมิจัดโดยภาคเอกชนเป็นหลัก ตัวอย่างคือ มาเลเซีย⁽³⁾ และสิงคโปร์⁽⁶⁾ เนื่องจากบริบททางการเมืองของประเทศทั้งสอง ล้วนมั่นคงและให้การสนับสนุนแผนสุขภาพระดับประเทศอย่างยาวนานเกินกว่าสามถึงห้าทศวรรษ จึงทำให้การผลักดันนโยบายที่เอื้อให้เกิดการจัดบริการเกิดขึ้นได้โดยภาคเอกชนในราคาที่เหมาะสม เป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง พบว่า ในงานบริการทุติยภูมิและตติยภูมิได้เกิดการแปรรูปโรงพยาบาลรัฐ (มาเลเซียใช้วิธี corporatization ขณะที่สิงคโปร์ใช้วิธี restructuring หรือปรับโครงสร้างการบริหารให้มีการดำเนินงานเบ็ดเสร็จแบบเอกชนแต่ยังมีรัฐเป็นเจ้าของร้อยละ 100) เพื่อเพิ่มความคล่องตัวของการบริหารและก่อบรรยากาศการแข่งขันสำหรับเพิ่มคุณภาพงานบริการ ทั้งนี้ รัฐยังสามารถแทรกแซงกลไกตลาดได้ในประเด็นสำคัญ ตัวอย่างเช่น ทางกรสิงคโปร์ควบคุมไม่ให้เกิดการกระตุ้นอุปสงค์ด้วยมาตรการกำกับเพดานรายได้ของโรงพยาบาล จึงทำให้ไม่เกิดการหากำไรแบบเอกชนมากเกินไปจนเกินความคุ้มของประสิทธิผล เป็นต้น ในขณะที่ส่วนงานบริการปฐมภูมิจัดโดยภาคเอกชนเป็นหลัก (มาเลเซียมีคลินิกเอกชนมากกว่ารัฐสามเท่า และสิงคโปร์ร้อยละ 80 บริการปฐมภูมิจัดโดยคลินิกเอกชน) กล่าวได้ว่าทัศนนโยบายในระดับประเทศนั้น มุ่งให้ความสำคัญต่อรูปแบบการบริหารองค์กรแบบเอกชนเบ็ดเสร็จเป็นหลัก จึงเป็นทัศนนโยบายที่เสริมสร้างให้ องค์กรปฏิบัติการมีระบบการตัดสินใจที่มีอำนาจเต็ม ขณะที่ยังประสานเชื่อมโยงกับส่วนกลางได้อย่างเป็นเอกภาพ

ข้อยุติ

เงื่อนไขความสำเร็จในประเทศหนึ่งนั้น มิได้
ประกันความสำเร็จในประเทศไทยได้แต่อย่างใด จำเป็น
ต้องศึกษาและวิจัยระบบโครงสร้างและปัญหาของไทย
ก่อนการประยุกต์ใช้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ศาสตราจารย์
ดร.นายแพทย์สมอาจ วงษ์ขมทอง ที่กรุณาให้ความ
เห็นต่อต้นฉบับ อาจารย์นิตยา จันทร์เรือง มหาพล ที่ให้คำ
แนะนำเรื่องรูปแบบ และคุณจิรศรี จิตรัตน์เสนีย์ ที่กรุณา
เรื่องข้อมูลภาษาอังกฤษ

เอกสารอ้างอิง

1. อรพินท์ มุกดาดีลก. จำนวนแพทย์ไทยที่เหมาะสม. วารสาร
วิชาการสาธารณสุข 2552; 18(3):313-21.
2. สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550.
กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
3. อาทร รั้วไพบูลย์. การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษา
ประเทศมาเลเซีย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;
2543.
4. วิจิต เปานิล. การปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศ
ไต้หวัน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2543.
5. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษา
ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข; 2543.
6. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษา
ประเทศสิงคโปร์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การปฏิรูประบบการดูแล
สุขภาพในสิงคโปร์ แปลจาก Affordable health care สมุด
ปกขาวซึ่งจัดทำตามคำสั่งนายกรัฐมนตรี สาธารณรัฐสิงคโปร์
เพื่อเสนอต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2526, พิมพ์
ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2539.

Abstract A Seamless Healthcare System Management: Keys to Success in 4 Countries Orapin Mookdadilok

Health Promotion Center, Bangkok Hospital Medical Center, Bangkok
Journal of Health Science 2010; 19:13-22.

A correlation of the experiences of Thailand and other countries revealed four key factors to a successful healthcare system that is seamlessly interconnected at every level, be it primary, secondary, or tertiary. *First*, the introduction of a mindset and culture in which the population seeks appropriate health care at each level. *Second*, the creation of a basic infrastructure at the secondary- and tertiary-care levels which seamlessly integrates the healthcare and information networks at every level and in every area. *Third*, the provision of quality services that make use of existing resources outside of the second- and tertiary-care settings. *And lastly*, the overhaul of the management of specialized hospitals so they can function smoothly, with the state retaining ownership and the private sector providing primary health care.

Key words: health care system, primary care, secondary care, tertiary care, manpower planning