



RETREAT (2)

ประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพ
การจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบ
การบริหารจัดการด้านสุขภาพ
ครั้งที่ 2

คณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูป
ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ
กองบรรณาธิการ

นพ.ชัยพร สุชาติสุนทร
ดร.วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย
ปาณิสรา ชังปาน
สุกัญญา ทะมั่งกลาง

สารบัญ

หน้า

	บทนำ	ก
1	ประธานเปิดการประชุม	1
2	สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพ การจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบการบริหารจัดการ ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 (28 - 30 มีนาคม 2562 ณ โรงแรมริเวอร์ไซด์ อ.สามพราน จ.นครปฐม)	10
3	การพัฒนาระบบบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข	13
	3.1 ข้อเสนอของคณะทำงานพัฒนาระบบบริหาร สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข	13
	3.2 ข้อเสนอของชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	17
4	อภิปรายข้อเสนอการบริหารหน่วยบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการบริหารจัดการ	21
5	สรุปข้อเสนอการบริหารหน่วยบริการสุขภาพรูปแบบใหม่	65
6	ประธานปิดการประชุม	69
	ภาคผนวก	71
	• คำสั่งคณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข	72
	สารบัญภาพ	
	• ภาพที่ 1 ผังเชื่อมโยงกลไกระบบบริหารจัดการและบริการสุขภาพ	5

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ผังเชื่อมโยงกลไกระบบบริหารจัดการและบริการสุขภาพ

5

บทนำ

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ครั้งที่ 2 จัดขึ้นระหว่างวันที่ 10 - 11 พฤษภาคม 2562 โรงแรมสามพรานริเวอร์ไซด์ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นการประชุมต่อเนื่องจากการประชุม ครั้งที่ 1 (28 - 30 มีนาคม 2562) การประชุมในครั้งนี้อย่างคงรูปแบบการประชุมในลักษณะของการหารือร่วมกันอย่างเป็นกันเอง (Retreat) และเปิดกว้างให้ผู้เข้าร่วมประชุมคณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ทั้งจากหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐ ได้มีเวทีสำหรับนำเสนอความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ซึ่งที่ผ่านมาการประชุม Retreat ครั้งที่ 1 คณะทำงานฯ ได้มีข้อเสนอทางออก/ทางเลือกการปฏิรูประบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพในประเด็น 1) การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board : NHPB) 2) การกระจายอำนาจโดยตั้งเขตสุขภาพและกลไกคณะกรรมการพหุภาคี สำหรับการจัดการประชุม Retreat ครั้งที่ 2 ได้กำหนดประเด็นหารือร่วมกันในเรื่องการบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อจัดทำข้อเสนอทางออก/ทางเลือกการปฏิรูประบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

การประชุม Retreat ครั้งที่ 2 คณะผู้ดำเนินการจัดการประชุม (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ได้เชิญ ผู้แทนจากคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้เข้าร่วมประชุมเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นจากมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น รวมทั้งได้กำหนดให้คณะทำงานฯ ร่วมกันค้นหาข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์และนำเสนอต่อที่ประชุมเรื่อง การพัฒนาระบบบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) ข้อเสนอของคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข 2) ข้อเสนอของชมรมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลดังกล่าวเป็น Input สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านได้นำไปใช้ในการระดมความคิดเห็นและอภิปรายเพื่อให้ได้ข้อเสนอทางออก/ทางเลือกการปฏิรูประบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ต่อไป

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รวบรวมเนื้อหาและสาระสำคัญของการประชุม เพื่อจัดทำเป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) โดยหนังสือฉบับนี้จะเป็นเอกสารหนึ่งที่บันทึกเหตุการณ์สำคัญของการจัดทำข้อเสนอทางออก/ทางเลือกการปฏิรูประบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และระบบสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทยและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลที่ถูกบันทึกไว้ในหนังสือเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสาธารณสุขในทุกกระดับ รวมถึงประชาชนทั่วไปในการทำความเข้าใจกับแนวทางการปฏิรูประบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพและการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



“ 1.ประธานเปิดการประชุม ”

นพ.พลเดช ปิ่นประทีป เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ประธานคณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ กล่าวเปิดการประชุมด้วยการทบทวนการประชุม Retreat ครั้งที่ผ่านมา การประชุม Retreat ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ตามแผนการดำเนินงานของคณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ

“ขอขอบคุณกรมควบคุมโรคที่เป็นเจ้าภาพหลัก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน ที่ช่วยจัดการประชุมครั้งนี้”

นพ.พลเดช ปิ่นประทีป ยังกล่าวต่ออีกว่า หลังจากมีการประชุม Retreat ครั้งที่ 1 (28 – 30 มีนาคม 2562) ทำให้คณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพได้ข้อสรุปจากที่ประชุมเพื่อรายงานต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้มีการกำหนดให้มีการประชุมร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2562 โดยมี นพ.เสรี ตู้จินดา และศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานร่วมกัน ที่ประชุมได้ให้นำเสนอความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของคณะทำงานฯ ผมจึงได้นำเสนอ ผลการประชุม Retreat ครั้งที่ 1 ดังนี้ กลไกการดำเนินงานมี 3 กลไก ได้แก่ 1) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็น National Health Authority ที่จะต้องดูแลระบบบริหารจัดการ และตัดสินใจว่าจะปรับเปลี่ยนหรือปฏิรูปอะไร มีขั้นตอนอย่างไร 2) คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งตั้งขึ้นมาตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการปฏิรูปประเทศ โดยมีอำนาจหน้าที่จัดทำแผนปฏิรูปประเทศและติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งรูปแบบการบริหารของ 2 ส่วนนี้ มีความเห็นที่แตกต่างกัน จึงทำให้เกิด 3) คณะทำงานร่วมฯ ขึ้นมา เป็นกลไกคณะที่ 3

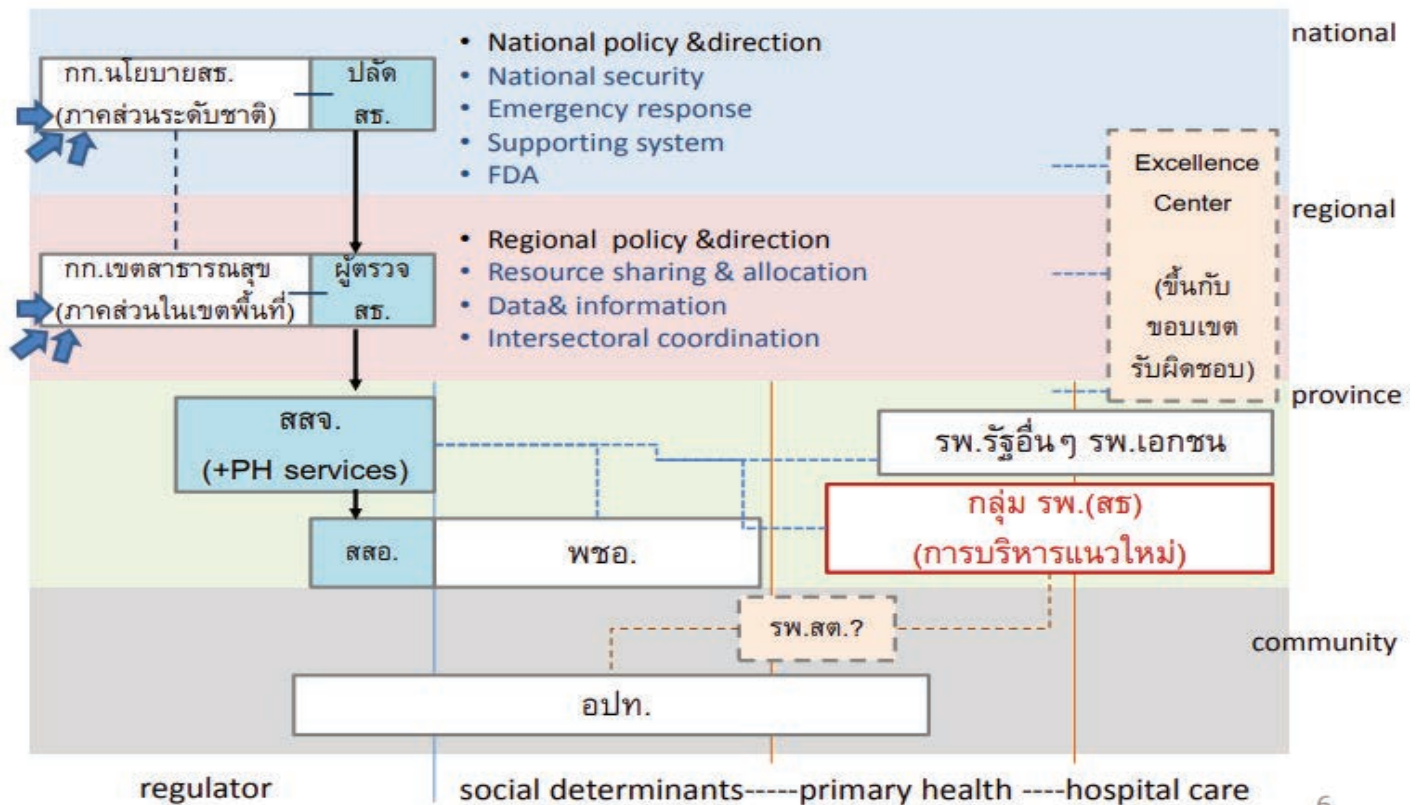


หลังจากที่ได้มีการประชุมปรึกษาหารือแล้ว 3 – 4 ครั้ง จึงเห็นว่าเราต้องหาทางออก เพราะใน 2 ส่วนนั้นมีความเห็นแตกต่างกัน โดยที่เรามีหน้าที่ในการหาทางออกหรือทางเลือกที่สามารถไปด้วยกันได้ ที่ประชุมได้ให้ทางกระทรวงสาธารณสุขนำเสนอการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับปฏิรูป โดยมี นพ.ชัยพร สุชาติสุนทร ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เป็นผู้นำเสนอว่าได้มีการดำเนินงานอะไรไปแล้วบ้าง โดยได้มีการนำเสนอการดำเนินงานที่สำคัญตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นการบริหารจัดการด้านสุขภาพ

ในครั้งที่แล้วได้ตกลงกันว่ากระทรวงสาธารณสุขควร Focus อยู่กับการสาธารณสุข และการแพทย์ ถ้าหากว่าเป็นเรื่อง Quality of Life ที่กว้างมากไปจะไปคาบเกี่ยวกับ กระทรวงอื่น เพราะฉะนั้นเราจึงบอกว่าถ้าเราโฟกัสที่สาธารณสุข (Public Health) แทนที่จะเป็น Health นี่ก็คือสิ่งที่เราได้คุยกัน โดยหลักการสำคัญจึงยึดเป้าหมายประชาชน มีสุขภาพดี ได้รับการสุขภาพที่มีคุณภาพ เข้าถึง เป็นธรรม วิธี approach ของเราพยายาม ไม่ใช่ enforcing พยายามทำเรื่องของ engaging และ enabling เป็นหลัก ความมุ่งหมาย ของนโยบายเราพูดถึงนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เป็นมิติกว้างนั้น เกี่ยวข้องกับเรื่องของ Health และ Social determinant ที่กว้างกว่า เช่น เรื่องฝุ่น เรื่องแร่ใยหิน เป็นต้น เรื่องของนโยบายให้บริการสาธารณสุขจะต้องมุ่งไปที่ประสิทธิภาพ ในการที่จะให้บริการ เรื่องของ six building blocks ทั้งเรื่องคน เรื่องเงิน เรื่องสถานพยาบาล และกลไกการดำเนินงานสำหรับกลไกการประสานด้านนโยบายสุขภาพนั้น ขณะนี้ที่เรา พูดถึงนั้นก็คือ คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดินคณะที่ 4 คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านสาธารณสุข (กขป.4) ที่มีรัฐบาลตั้งขึ้นมาและเป็น รูปแบบคล้ายกับ NHPB อยู่แล้ว หากแต่ถ้าไม่ต้องรอการออกกฎหมาย การทำเช่นนี้ก็สามารถ ทำได้ มาตรการ silo โดย policy ที่ลงมาเป็น silo นั้น ก็เป็นปัญหาหนึ่งที่ทำอย่างไรเราถึง จะบูรณาการที่จะก้าวข้ามตรงนี้ได้ ขอบเขตของเราครั้งที่ผ่านมามุ่งไปถึงโมเดล ของประเทศต่างๆมากมายและในที่สุดของประเทศไทยคงต้องเป็น mix model โดยเฉพาะ ในช่วงของ transition period ตรงนี้ นอกจากนี้ยังมีคำของอาจารย์กฤษดาที่พูดมาครั้งที่แล้ว กลายเป็นคำที่จดจำ คือ การใช้หลักการเรื่อง Policy ต้อง Centralized ส่วน Management นั้นต้อง Decentralized ซึ่งก็เป็นสิ่งที่ทุกคนยอมรับ บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ต้องสร้างเอกภาพทางนโยบาย เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็น National Health Policy แล้วก็เรื่องความชัดเจนของบทบาท Regulator กับ Provider เป็นขอบเขตที่อาจจะต้อง สร้างความชัดเจนและเราต้องให้ความสำคัญว่าจุดคานงัดในเรื่องของระบบบริการ ระบบการบริหารจัดการอยู่ที่กลไกระดับเขต



นพ.พลเดช กล่าวต่อว่า Function ของกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องเขตสุขภาพกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจะต้องมีทั้งส่วนที่เป็น Health และ Public Health ไม่ใช่แยกออกไป พื้นที่มีหน้าที่ของการประสานงานกับส่วนต่างๆ ที่เป็น สถาบันวิชาการในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลเอกชน , Excellence Center, โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดในพื้นที่นั้นด้วย นอกจากนี้ที่ได้กล่าวถึงรูปแบบของ โรงพยาบาลบ้านแพ้วนั้นว่ามีส่วนดี แต่การที่ stand alone แบบนั้นในยุคต่อไปน่าจะ ไม่เหมาะสม ซึ่งน่าจะเป็นลักษณะแบบเครือข่ายแล้วก็มีการให้ความสำคัญกับเรื่องการป้องกัน social determinant of health ในส่วนนี้บทบาทของท้องถิ่นกับคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) น่าจะเข้ามา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่วนนี้ต้องเข้ามารับภาระมากขึ้น เมื่อพูดถึงแผนการถ่ายโอน และการกระจายอำนาจอย่าง รพ.สต. แบบนี้ไม่ใช่การถ่ายโอนแบบตัดทิ้งไปเฉยๆ แต่ต้อง พูดยถึงเรื่องของการพัฒนาศักยภาพและกระบวนการในการที่จะสร้างแรงจูงใจ สร้างความพร้อมหรือความสมัครใจ รวมไปถึงการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆด้วย



ภาพที่ 1 ผังเชื่อมโยงกลไกระบบบริหารจัดการและบริการสุขภาพ

นพ.พลเดช กล่าวอีกว่า ในครั้งที่แล้วที่ได้หารือกันว่าตามแผนภาพที่อาจารย์ วีรศักดิ์และคณะได้ทำเอาไว้ นั่นคือด้านซ้ายเป็น Regulator ด้านขวาเป็นการดำเนินงาน ในระดับชาติ ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับชุมชน โดยสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ยังคงอยู่ แต่บทบาทความสำคัญ จุดเน้นจะถูกปรับไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งตรงกระทรวงฯ ด้านบนสุด กระทรวงสาธารณสุข มีปลัดกระทรวงอยู่แล้ว ส่วนเขตสาธารณสุขหรือเขตสุขภาพที่ดูแลพื้นที่นั้น ควรจะเป็น ผู้ตรวจกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ที่รับผิดชอบเต็มที่ แล้วต้องสร้างความเข้มแข็งของกลไก ของสำนักงานเขตสุขภาพ แต่เมื่อประเด็นนี้เข้าไปที่ประชุมคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขซึ่งมีกรรมการหลายคนก็จะยืนยันว่าไม่ใช่ ตรงเขตน่าจะต้องเป็น องค์ประกอบของผู้ทรงคุณวุฒิ ประชาชน ที่คิดในวงที่กว้างแต่ที่เราคุยในตรงนี้ ในส่วนนั้นก็มีกรรมการ แต่ใครที่จะเป็นคนที่มีความชำนาญในการบริหารจัดการโดยตรง ซึ่งก็น่าจะเป็นผู้ตรวจฯ ซึ่งตอนนี้ก็ยังไม่มีความชำนาญไม่สามารถหาจุดลงตัวได้ แต่เหมือนว่า คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขพูดแบบหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุข ก็พูดอีกแบบหนึ่งทางคณะทำงานร่วมๆ จะต้องหาทางออกตรงกลางและสามารถดำเนินการ ร่วมกันได้

นพ.พลเดช กล่าวถึงเป้าหมายการขับเคลื่อนว่า ควรให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อน และการสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วม และจัดทำ operational definition เพื่อสื่อสาร ให้มีความเข้าใจตรงกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง National Health Policy Board (NHPB) กับ Regional Health Board (RHB) นั้น ถ้าไม่จำเป็นที่จะต้องรอในเรื่องของ พ.ร.บ. ก็สามารถใช้กฎกระทรวงหรืออื่นใดที่เทียบเคียงรูปแบบของการประชุมคณะกรรมการ ขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ 4 (กขป.4) สำหรับการพัฒนารูปแบบของ Public services management ในส่วนนี้น่าจะทำในรูปแบบของ sand-box ที่มีพวงบริการทั้งระดับเขต พวงบริการระดับจังหวัด พวงบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน พวงบริการระดับอำเภอ ในส่วนของกรุงเทพมหานคร regulator-provider-purchaser ที่มีการแยกออกมา แล้วทำงานหนุนเสริมในเรื่อง การกำกับตรวจสอบ ซึ่งเป็นโมเดลที่ได้ผลจริง ดังนั้นควรช่วยกันพัฒนาโมเดลของกรุงเทพมหานครให้เห็นเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น ต้องลงไปปฏิบัติในพื้นที่จริง ทั้งนี้กรุงเทพมหานครก็พร้อมด้วย ส่วนเรื่องของการสื่อสาร เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรจะดำเนินการให้มากขึ้น เนื่องจากบุคลากรของเราที่ผ่านมา ความรับรู้เกี่ยวกับเรื่องของการปฏิรูปยังมีน้อยมาก

สรุปแนวทางการขับเคลื่อนที่ควรมีการดำเนินการต่อมีดังนี้

1. การสร้างเอกภาพทางนโยบาย การมี NHPB และ RHPB ยังมีความจำเป็นและจะเป็นกลไกในการสร้างเอกภาพทางนโยบาย โดยต้องนิยามให้แคบลง หาก Focus มาที่สุขภาพเหมือนที่หารือกันเมื่อครั้งที่ผ่านมา โดย Focus ที่สาธารณสุขในรูปแบบของคณะกรรมการ กขป.4 สามารถปรับประยุกต์ได้ในระดับเขต ที่มีผู้ตรวจราชการเป็นประธาน ซึ่งดูมาจากโมเดลของเขตกรุงเทพมหานคร สามารถที่จะมีผลในเรื่องของการขับเคลื่อนได้ดีกว่า สมมติว่ามีกรรมการเขตสุขภาพหรือเขตสาธารณสุขมีบอร์ด และการมีส่วนร่วมเช่นนี้แล้ว ซึ่งต้องเลือกประธานกันเองทำให้ลำบาก เพราะเกี่ยวข้องกับเรื่องของการบริหารจัดการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากว่าต้องดูแลเรื่องกองทุน เช่น กองทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ไปไว้เป็นกองทุนที่เขต โดยให้จัดทรัพยากรบูรณาการกันได้ตรงนั้น หากไม่มีอำนาจโดยตรงก็จะลำบากมาก เราจึงบอกว่าถ้ามีก็ควรจะมีผู้ตรวจเป็นประธาน แต่ประเด็นนี้ก็ยังไม่ได้หารืออย่างจริงจังอีกแบบหนึ่งคือ การบูรณาการ ซึ่งเขตมีกลไกอยู่แล้ว นั่นก็คือ เขตของ สปสช. แล้วก็เขต กขป. เขตสุขภาพเพื่อประชาชนในส่วนนี้จะต้องบูรณาการกันอย่างไร

2. Sand Boxing พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองและกระจายอำนาจให้หน่วยบริการ เรื่อง Sand Boxing มีโมเดลที่กล่าวถึงเรื่องของการให้หน่วยบริการมี Autonomy ในการจัดการแต่ stand alone เดี่ยวๆ ยังมีข้อจำกัด จึงนึกถึงโมเดลที่เป็นพวง คือ 1) พวงหนึ่งอำเภอ 2) พวงหลายอำเภอ 3) พวงหนึ่งจังหวัด 4) พวงหนึ่งเขต 5) พวง EEC อีกรูปแบบหนึ่งคือ โรงพยาบาลแบบโรงพยาบาลอุบลรัตน์ โรงพยาบาลน้ำพอง หรืออีกหลายแห่งที่ใช้หรือจะเรียกชื่อนี้หรือไม่ก็ตาม แต่มีลักษณะที่คล้ายๆกัน คือ เป็นโรงพยาบาลร่วมพัฒนา โดยโรงพยาบาลยังเป็นของรัฐ บริหารจัดการทุกอย่างในระบบของรัฐอยู่ แต่ภาคเอกชนเข้ามาเป็น Partner สนับสนุน ใช้งาน CSR ใช้งาน Social enterprise ใช้รูปแบบต่างๆเข้ามาสนับสนุน ซึ่งหลายโรงพยาบาลในระดับอำเภอพอใจที่เป็นแบบนี้ ซึ่งก็ควรส่งเสริมให้ทำอย่างจริงจังเพื่อเป็นตัวเลือกโมเดลอีกรูปแบบ คือการกระจายงาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม เช่น การโอน รพ.สต. ให้เทศบาลเมือง เทศบาลนคร ซึ่งมีฐานที่ใหญ่พอไปก่อน ส่วนที่จะโอน รพ.สต. ไปให้ท้องถิ่นเล็กๆ เช่น อบต. ก็มีข้อจำกัด แต่มีข้อเสนอเรื่องการโอนไปให้ อบจ. ทั้งพวง ทั้งนี้ อบจ. ก็เสนอเรื่องไปอยู่ที่กระทรวง ในส่วนนี้เหมือนจะแบ่งรับแบ่งสู้อยู่ว่าจะให้ดำเนินการแค่ไหน ซึ่งเข้าใจได้ว่าอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านหลังจากการจัดโครงสร้างอำนาจระดับประเทศเรียบร้อย หมายความว่า สภาพัฒนาราชฎร และวุฒิสภา รวมถึงมีรัฐบาลเรียบร้อยก็จะมีการเริ่มดำเนินการตามแผนปฏิรูป แผนยุทธศาสตร์ชาติ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติเชื่อว่าถัดจากนี้ไปอาจจะ 2 - 5 ปีต่อไปนี้อาจจะเป็นช่วงของการปฏิรูปภาคปฏิบัติ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เป็นช่วงของกระบวนการทำแผนและกลไกต่างๆ หากแต่ว่ายังไม่ได้ปฏิบัติมากนัก แต่จากนี้ไปน่าจะมีการปฏิบัติมากขึ้น หากกลไกแบบคณะทำงานร่วมๆ ของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขค่อยๆ ทำงานร่วมกัน หาฉันทามติในบางเรื่องแล้วก็ลงมือทำไปด้วยกัน ผลักดันด้วยกันเช่นนี้ ถ้าเทียบกับการปฏิรูปสังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง หรือปฏิรูปต่างๆ น่าจะอยู่ในจุดที่ก้าวไปข้างหน้ามากกว่าการปฏิรูปด้านอื่นๆพอสมควร ถ้าหากว่าเราแก้ปัญหาส่วนนี้ได้ อีกรูปแบบหนึ่งคือโมเดลของกรุงเทพมหานคร ดังที่กล่าวไปแล้ว โดยทั้งหมดนี้ควรทำเหมือนกับ R&D เป็น Action research และทำ R&D ไปเรื่อยๆ โดยต้องประกอบไปทุกเรื่อง

3. Roadmap ในช่วงที่ผ่านมาคือช่วงทำแผนแต่ Roadmap ในปี 2562 เป็นเรื่องการสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมให้มากที่สุด และในช่วงต่อไปเป็นช่วงของการทำ Sand Boxing สิ่งนี้ก็คือ ข้อเสนอที่ทางทีมวิชาการได้สรุปจากการประชุม Retreat ในครั้งที่ 1 แล้วไปนำเสนอ ซึ่งทางคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ส่วนหนึ่งที่เป็นำเสนอ นั้นยังไม่ผ่านคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แต่ก็ตั้งคำถามว่าแท้จริงแล้วต้องผ่านก่อนหรือไม่ เพราะคำสั่งแต่งตั้งคือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แต่งตั้ง และดูเหมือนว่าเป็น 3 เล้าอยู่ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และคณะทำงานร่วมๆ ทั้งนี้ เราได้หารือกันแล้วว่าจุดยืนคืออะไร แล้วมีบทบาทช่วยทำให้เกิดการนำไปสู่การปฏิรูปจริง เราจะดำเนินงานเรื่องของการมีส่วนร่วมและหาฉันทามติแล้วหาทางออก ทางเลือก ที่อาจจะอยู่ระหว่างกลาง ของ สปสช. แล้วก็เขต กขป. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน ในส่วนนี้ จะต้องบูรณาการกันอย่างไร



สรุปสาระสำคัญจากการประชุมเพื่อรับฟังผลการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนการปฏิรูปด้านสาธารณสุข (23 เม.ย. 2563)

1) Centralize policy นโยบายระดับชาติควรจะต้องเป็นเอกภาพ ซึ่งหากจะทำส่วนนี้ได้จำเป็นต้องมี NHPB แต่ NHPB นั้นจะเป็นนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติแบบที่เราเสนอหรือจะเป็นนโยบายสุขภาพแห่งชาติที่ตั้งต้น และมีการตีความที่ต่างกันก็ต้องไปหารือกันในอนาคต

2) Management ต้อง Decentralize ไม่ว่าจะที่เขตหรือท้องถิ่น โดยหลักการคือประชาชนต้องมีส่วนร่วม

3) ตั้ง Reform office ก็มีการทวงคำถามในที่ประชุมนั้นขึ้นมาโดยท่านปลัด กสธ. บอกว่าได้ให้นโยบายที่จะต้องตั้ง Reform office ไปแล้ว แต่ยังไม่มีการตั้งขึ้นมา ทั้งนี้ท่าน รมว.สธ บอกว่าใช้เวลา 1 เดือน ในการตั้ง Reform office ผมคิดว่าเราต้องไปช่วยติดตามและต้องมีกลไก Reform office ขึ้นมา แล้วคณะทำงานร่วมๆ จะต้องไปทำงานกับ Reform office ลำดับแรกคือ ต้องเป็นตัวกลางที่จะทำให้กระทรวงสาธารณสุขมาทำแผนปฏิรูปของกระทรวงที่สอดคล้องกับแผนปฏิรูปของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยต้องปรับเข้าหากัน ผมคิดว่าสิ่งที่เราได้หารือไปในครั้งที่ 1 และ 2 จะมีประโยชน์เพราะจะมีตัวเลือกให้ และในที่สุดเมื่อทั้ง 2 ฝ่าย (กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข) เข้ามาหารือกัน โดยมีคณะทำงานร่วมๆ ที่ช่วยประคับประครองหาทางออกที่ยอมรับได้ และในที่สุดแล้วจะสามารถขับเคลื่อนไปได้พร้อมกัน

“

2.สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพ การจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบการบริหารจัดการ ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 (28 - 30 มีนาคม 2562) ณ โรงแรมริเวอร์ไซด์ อ.สามพราน จ.นครปฐม ”

นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค คณะทำงานร่วมเพื่อ
การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ได้นำเสนอ สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ
เพิ่มประสิทธิภาพการจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ
ครั้งที่ 1 (28 - 30 มีนาคม 2562) ณ โรงแรมริเวอร์ไซด์ อ.สามพราน จ.นครปฐม



นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ กล่าวว่า ภาพรวมของการขับเคลื่อนงานปฏิรูปที่เราเห็นภาพใหญ่ๆ ในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีหลายระดับในจำนวน 10 ประเด็นที่เราเป็นคณะทำงานร่วมๆ อยู่ก็เป็นคณะทำงานร่วมด้านการบริหารจัดการชัดเจนว่าข้อเสนอส่วนใหญ่เป็นข้อเสนอที่จะให้ไปปรับในเชิงโครงสร้างกับเชิงอำนาจที่ผ่านมาระยะนี้มีการขับเคลื่อนไปได้ค่อนข้างน้อย ส่วนแผนปฏิรูปด้านไหนที่เป็น การปรับปรุงในเชิงระบบ สามารถอาศัยคำสั่งเล็กๆ ซึ่งก็สามารถดำเนินงานได้ระดับหนึ่ง ถ้างานที่เป็นในเชิงกิจกรรมจะดำเนินการไปได้ค่อนข้างดี จึงลองตั้งข้อสังเกตในประเด็นนี้ว่า เมื่อเราพูดถึงการดำเนินการปฏิรูป ก็จะเป็นเรื่องของการไปปรับเรื่องที่เป็นโครงสร้าง บางอย่าง ซึ่งอำนาจหน้าที่ของคณะทำงานร่วมๆ มี 3 ข้อ ได้แก่

1) ศึกษาแนวคิด วิเคราะห์ข้อมูล และรับฟังความเห็นอย่างรอบด้าน เพื่อสังเคราะห์ทางเลือกการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพของประเทศ โดยยึดเป้าหมายหลักของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

2) นำเสนอนโยบายทางเลือกต่างๆ ในการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขต่อคณะกรรมการบริหารนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติและการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (Ministerial Reform Policy Board : MRPB) และคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

3) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติและการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพ (MRC 1) มอบหมาย

นพ. ธนรักษ์ กล่าวว่า ที่เรายกกันว่าจะพยายามประชุมให้ถี่ขึ้น 2 – 3 เดือน ต่อ 1 ครั้ง โดยเราประชุมมาแล้ว 2 ครั้ง ซึ่งแผนเดิมคือจะประชุมรูปแบบ Retreat เช่นนี้ 2 ครั้ง แล้วก็สรุปความคิดเห็นเข้าสู่การประชุมรับฟังความคิดเห็นกลุ่มย่อยก่อนที่จะไป 4 ภาค 1 ครั้ง ซึ่งตามแผนเดิมกำหนดไว้ว่าเราจะประชุมรับฟังความคิดเห็น 1 ครั้งในสัปดาห์หน้า ส่วนการประชุมวันที่ 16 – 17 ที่อาจารย์พลเดชตั้งใจไว้ว่าจะเป็นรอบที่ใหญ่พอสมควร จากนั้นก็จะเดินสายรับฟังความคิดเห็นระดับภาคอีก 4 ครั้ง เพื่อให้ได้เข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วม

ประเด็นสำคัญที่อาจารย์พลเดชสรุปจะทบทวนให้ฟังอีกครั้งแล้วจะเริ่มพูดคุยกัน และพยายามเคลียร์ประเด็นเก่าๆ อีกนิดหน่อย เพื่อก้าวไปสู่โจทย์ใหม่ๆ

1) Centralize policy โดยหาแนวทางร่วมให้ชัดว่าคืออะไรและจะทำอย่างไร NHPB จะใช้คำตอบหรือไม่ ซึ่งเข้าใจว่าที่อาจารย์พลเดชพูดก็เหมือนสรุปแล้วว่าคงจะต้องขับเคลื่อนเรื่องนี้

2) Decentralize of Management ซึ่งขณะนี้ยังไม่ชัดเจน ก็อยากให้มีการหารือต่ออีกนิดหน่อยแล้วข้ามไปอีกเรื่องหนึ่ง

3) การปฏิรูปโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขควรเป็นอย่างไร ควรจะมีภารกิจที่สำคัญอะไรบ้าง และควรจะถ่ายโอนอะไรไปบ้างให้กับหน่วยงานอื่น รวมทั้งส่วนกลาง หน่วยงานส่วนท้องถิ่นด้วย และเรื่องการถ่ายโอน รพ.สต.ซึ่งในรอบนี้อยากจะคุยเรื่องนี้ให้เยอะขึ้น

นายแพทย์ธนรักษ์ กล่าวต่ออีกว่า แนวทางการขับเคลื่อนการปฏิรูปหลังจากที่มีรัฐบาลขึ้นแล้ว สิ่งหนึ่งที่จะเกิดขึ้นก็คือเมื่อมีสภาอำนาจในการติดตามแผนปฏิรูป จะอยู่ที่สภาหรืออยู่ที่วุฒิสภา ซึ่งตามอำนาจหน้าที่ก็คือทางหน่วยงานที่รับผิดชอบในการปฏิรูปจะต้องเข้าไปรายงานกับวุฒิสภาทุกไตรมาส คือปีละ 4 ครั้ง ซึ่งแท้จริงแล้วเป็นหน้าที่ของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็คือกระทรวงสาธารณสุข ต้องเข้าไปรายงานว่าหน่วยงานดำเนินงานไปถึงไหน วุฒิสภาก็มีอำนาจที่จะแจ้งกับหน่วยงานว่าได้ทำงานตามแผนปฏิรูปหรือไม่และสามารถส่งเรื่องของหน่วยงานที่ยังไม่ได้ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์หรือแผนปฏิรูปไปให้ประชาชนได้

“นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวสรุปผลการประชุม Retreat ครั้งที่ 1 ในภาพรวม”

“

3. การพัฒนาระบบบริหารสถานบริการ ของกระทรวงสาธารณสุข ”

3.1 การพัฒนาระบบบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข

นพ.พีระพงษ์ ภาวสุทธิไพศิฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ คณะทำงานร่วม
เพื่อการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ได้นำเสนอการพัฒนาระบบบริหารสถานบริการ
ของกระทรวงสาธารณสุข



นพ.พีระพงษ์ กล่าวว่า การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพมีอยู่ 4 ประเด็นหลัก ซึ่งเราได้ประชุม Retreat ในครั้งที่ 1 ไปแล้ว 2 ประเด็น คือ เรื่อง NHPB และเรื่องเขตสุขภาพ จริงๆ แล้วยังมีอีก 2 ประเด็น ที่เกี่ยวเนื่องกัน คือเรื่องการปฏิรูปหน่วยบริการสาธารณสุข การปฏิรูปโครงสร้าง และอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข คงต้องดูว่า NHPB กับเขตเป็นอย่างไร เราพูดถึงเรื่องการกระจายอำนาจไปให้เขต เพื่อให้ภาคประชาชนดูแลและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการว่าจะจัดบริการอย่างไร ให้ตรงกับ Health need ซึ่งแต่ละเขตก็ไม่เหมือนกัน ส่วนนโยบายในภาพใหญ่ของประเทศก็คงต้องเป็นนโยบายที่มีเอกภาพ เพื่อส่งต่อให้เขตสุขภาพแต่ละเขตพิจารณาดำเนินการให้สอดคล้องได้ด้วยเช่นกัน ในส่วนประเด็นเรื่องการปฏิรูประบบบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข key word อยู่ที่ว่า “ทำอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ” ในแผนปฏิรูปเขียนเรื่องนี้ไว้ ผมคิดว่าเราควรมาทำความเข้าใจกันก่อน ก่อนที่จะมีการอภิปรายเพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

3.1.1 เป้าหมายสำคัญของการปฏิรูประบบบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข

- 1) สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการจัดบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายเดียวกันในระดับเขตพื้นที่อย่างไร้รอยต่อจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพไม่ซ้ำซ้อนและส่งกลับที่มีประสิทธิภาพ
- 2) มีการบริหารเครือข่ายที่เป็นเอกภาพมีอิสระคล่องตัว ใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- 3) เปิดโอกาสให้ประชาชนในเขตสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเครือข่ายทั้งในระดับสถานบริการและระดับเขตโดยมุ่งสู่ประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพคุ้มค่าเหมาะสม

ทั้งนี้ เป้าหมายดังกล่าวเป็นเป้าหมายที่เขียนไว้ในแผนปฏิรูปจริงๆ แล้ว key word ก็ชัดเจน คือมีการจัดบริการร่วมเป็นเครือข่าย มีความเป็นเอกภาพ มีความเป็นอิสระ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดประโยชน์สูงสุด สู้ท้าทายเรื่องประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ซึ่งการปฏิรูปในเรื่องนี้ยังมีข้อก้ำกั้วระหว่างการให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการเองทั้งหมดกับการให้มีภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น เมื่อเราตั้งเขตเรียบร้อยแล้ว กรรมการเขตคือใคร ใครเป็นประธานคงต้องฝากคำถามนี้ให้ที่ประชุมร่วมพิจารณาต่อไป

3.1.2 ตัวชี้วัดสำคัญที่ควรกำหนดเพื่อให้เกิดการดำเนินงาน

- 1) ประสิทธิภาพบริการที่เพิ่มขึ้นของสถานบริการที่จัดบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายเดียวกันในระดับเขตพื้นที่อย่างไร้รอยต่อ
- 2) ประสิทธิภาพในการบริหารทรัพยากรที่เพิ่มขึ้นจากการบริหารเครือข่ายที่เป็นเอกภาพและมีอิสระ
- 3) การมีส่วนร่วมบริหารจัดการในเครือข่ายของประชาชนในเขตสุขภาพ
- 4) บุคลากรในเครือข่ายสุขภาพมีขวัญกำลังใจได้รับค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์สอดคล้องกับผลการปฏิรูปการบริหารสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข

3.1.3 รูปแบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข ซึ่งคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบเครือข่ายบริการที่เหมาะสม เสนอเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

- 1) รูปแบบปัจจุบันที่ยังเป็นการบริหารแบบหน่วยราชการ ถ้ายังคงใช้รูปแบบนี้ต้องมีปรับประสิทธิภาพ หากพูดถึงเรื่อง Blueprint of Service ที่ผ่านมาพูดถึงแต่เรื่องการขยาย จริงๆแล้วมีหน่วยบริการบางหน่วยที่ต้องควบรวมเพื่อการปรับประสิทธิภาพจริงๆ เช่น หน่วยบริการใน 1 อำเภอ มี 2 โรงพยาบาล จะปรับระบบอย่างไร เพราะทรัพยากรมีอย่างจำกัด ต้องมีแผนในเรื่องของการขยายและเรื่องปรับจริงๆ จึงจะสามารถใช้ทรัพยากรต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) เครือข่ายบริการในรูปแบบของ Service Delivery Unit : SDU ซึ่งเป็นเรื่องของการพัฒนาระบบราชการที่ ก.พ.ร. มีนโยบายเมื่อ 10 กว่าปีที่แล้ว ซึ่งเป็นรูปแบบกึ่งราชการ กึ่งองค์กรมหาชน ไม่เป็นนิติบุคคล ยังอยู่ในกำกับของรัฐ รูปแบบนี้มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการพอสมควร

3) เครือข่ายบริการในรูปแบบขององค์กรมหาชน ตามแผนปฏิรูปไม่ได้กล่าวถึงว่า ให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งออกเป็นโรงพยาบาลมหาชน แต่มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลรวมกันเป็นพวงบริการเป็นเครือข่ายบริการ (พวงบริการขนาดเล็ก พวงบริการขนาดใหญ่)

4) เครือข่ายในรูปแบบสหการที่ขึ้นอยู่กับท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับการถ่ายโอน รพ.สต. ไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ หากไปดูเรื่องการปฏิรูประบบราชการ เป้าหมายสุดท้ายของการปฏิรูปของระบบราชการคือทำให้ราชการเล็กๆ เรื่องไหนควรถ่ายโอนไปให้ท้องถิ่น กระจายอำนาจไปให้ท้องถิ่นทำได้ควรต้องทำสำหรับการถ่ายโอนโรงพยาบาลไปให้ท้องถิ่น คงต้องพิจารณาผลการศึกษารูปแบบของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปให้กับท้องถิ่นมาพิจารณาประกอบ ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันมีบางเทศบาลสร้างโรงพยาบาลเอง ด้วยความที่ทิศทางไม่ชัดเจน เมื่อสร้างขึ้นมาเอกภาพในการจัดการ การจัดการระบบสุขภาพของในพื้นที่เป็นอย่างไรไม่รู้ ต่างคนต่างทำ คงต้องกลับมาศึกษาว่างานปฐมภูมิ (รพ.สต.) ที่ไปอยู่กับท้องถิ่นเป็นอย่างไร โรงพยาบาล (ทุติยภูมิ) จะไปหรือไม่

จากข้อมูลที่น่าเสนอรูปแบบทั้ง 4 รูปแบบนี้ เป็นการวิเคราะห์ถึงรูปแบบที่ควรจะเป็นเพื่อเป็นทางเลือกในการปฏิรูประบบบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข แต่หากในที่ประชุมมีความเห็นว่ามีรูปแบบอื่นๆ ที่สามารถตอบวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของการปฏิรูปก็สามารถเสนอได้ และคิดว่าในรูปแบบทั้งหมดที่น่าเสนอในวันนี้คงต้องทำการศึกษา R&D จริงๆ ในที่ประชุมอนุกรรมการด้านการติดตามตรวจสอบ ประเมินผลและประสานการขับเคลื่อนการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ได้เสนอประเด็นดังกล่าวให้ทางสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส) ทำ R&D เพื่อเลือกรูปแบบระบบบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสมต่อไป



3.2 ข้อเสนอของชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

นพ.โมลี วณิชสุวรรณ ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กล่าวว่าชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ได้หารือกันพอสมควรในเรื่องนี้ วันนี้จึงขอนำเสนอสิ่งที่ได้วิเคราะห์มาเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นข้อมูลสำหรับการปฏิรูประบบบริหารสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

3.2.1 ปัจจุบันระบบราชการแบบเดิมไม่สามารถตอบโจทย์การให้บริการได้ มีแต่เพิ่มปัญหาขึ้นเรื่อยๆ ที่จริงแล้วในทุกวันนี้การบริหารงานของโรงพยาบาลเน้นความถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้บริหารทุกท่านบริหารเพื่อความปลอดภัยของตัวเอง ความคิดที่จะดำเนินการอะไรที่ดีก็อาจติดปัญหาเรื่องระเบียบการบริหารบุคลากร การเงิน พัสดุ โดยเฉพาะส่วนที่เปลี่ยนแปลงเร็วมาก ทุกคนจะกังวลและพยายามทำให้ตนเองปลอดภัยที่สุด เพราะบางคนไม่ได้ทุจริตเลยก็ถูกสอบสวน ซึ่งคิดว่าระบบส่วนนี้ถ้าไม่แก้ไข ประสิทธิภาพการทำงานจะลดลงเรื่อยๆ

3.2.2 ผู้บริหารไม่มีอำนาจในการบริหารงานบุคคล หากทุจริตไม่มาทำงานสามารถจัดการได้ แต่หากหย่อนประสิทธิภาพในการทำงานเราไม่สามารถจัดการได้ อย่างมากก็คือการให้เปอร์เซ็นต์ ซึ่งบุคลากรวิชาชีพไม่ได้สนใจเพราะปริมาณเงินน้อยมาก คิดว่าตรงนี้เป็นสิ่งสำคัญถ้าไม่สามารถบริหารบุคลากรได้ จะหวังให้หมอคนหนึ่งไปผ่าตัดอีกโรงพยาบาลยากมาก ในขณะที่หมอโรงพยาบาลเอกชนไปได้ เพราะสามารถนั่งเครื่องบินไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งได้ แต่สำหรับภาครัฐไม่สามารถทำได้เลย ซึ่งเป็นเพราะว่าผู้บริหารไม่มีอำนาจ บุคลากรไม่มีแรงจูงใจพอที่จะไป

3.2.3 การจ่ายค่าตอบแทนในทุกวันนี้ข้าราชการเงินเดือนเป็นไปตามอายุราชการ กับใบประกอบวิชาชีพ ซึ่งแพทย์ก็จะได้เงินเดือนเยอะขึ้นมาน้อย แต่ไม่ได้เป็นไปตามการทำงานที่แท้จริง เพราะฉะนั้นคนอายุมากงานยิ่งน้อยลง ซึ่งไม่ควรจะเป็นเช่นนั้น ถ้าเราสามารถเปลี่ยนระบบให้มีแรงจูงใจให้บุคลากรที่จบใหม่ ทำงานเยอะได้เงินเดือนเยอะ เชื่อว่าระบบนี้จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายและลดการจ้างงานบุคลากรลงได้เยอะพอสมควร

3.2.4 ระบบ Centralize ทำให้ขาดความคล่องตัวในการบริหารและไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้ เนื่องจากใช้คำสั่งเดียวทั่วประเทศ เช่น คำสั่งระบุว่าเงินเดือนลูกจ้างทุกคนแค่นี้เท่ากันหมด โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เดิมเคยจ้าง 6,200 บาท/เดือน อีกหนึ่งโรงพยาบาลจ้าง 9,000 บาท พอออกกฎใหม่บอกให้จ้าง 7,500 บาท หมดทุกโรงพยาบาล ทำให้บางโรงพยาบาลลำบากในการที่จะหาเงินมาเพิ่ม อีกโรงพยาบาลที่เคยจ้าง 9,000 บาท ก็จะทำให้บุคลากรลาออก เพราะเงินเดือนลดลง ทำให้เกิดปัญหาในองค์กร นี่แหละคือระบบ Centralize

นอกจากนี้การไม่ทราบสภาพปัญหาในพื้นที่ ทำให้เกิดการขาดความคล่องตัว และมีส่วนในการใช้ทรัพยากรของพื้นที่ จึงคิดว่าในส่วนนี้ถ้า Decentralize ไปได้ จะทำให้เกิดความคล่องตัวมากขึ้น เพื่อความมั่นคงทางด้านการรักษาพยาบาล ทุก 1 อำเภอ ต้องมี 1 โรงพยาบาล ไม่ว่าโรงพยาบาลจะเล็ก หรือประชากร 1 - 2 หมื่น ต้องมี 1 โรงพยาบาล แต่ผลจากการมี 1 โรงพยาบาลทำให้โรงพยาบาลบางแห่ง ไม่สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง เลยคิดว่าผลที่เกิดขึ้นมาโดยประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริการจะเกิดความลำบาก เนื่องจากไม่มีอำนาจในการจัดการด้านการเงินของบุคลากร และบุคลากรสวิชาชีพ ขาดแรงจูงใจ การขาดสภาพคล่องของโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะสะสมขึ้น เนื่องจากการใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่า เกิดการว่างงานแฝง ยกตัวอย่างโรงพยาบาลแห่งหนึ่งมีหมอ อายุรกรรม 17 คน เป็นข้าราชการ และมีหมออายุรกรรมที่จ้างมาอีก 2 คน ซึ่งตรวจ คนไข้ประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ อีก 17 คน ตรวจ 70 เปอร์เซ็นต์ นี่คือประสิทธิภาพ ของระบบราชการกับระบบเอกชนโดยจ้างมาอยู่โรงพยาบาลเดียวกัน แต่ 17 คน ได้เป็นเงินเดือน ส่วนอีก 2 คน ได้เป็นเปอร์เซ็นต์จากจำนวน Case ประสิทธิภาพมันต่างกัน หากเป็นเช่นนี้เรื่อยๆ การสะสมของการว่างงานจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

3.2.5 ประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไข ได้แก่ 1) ทำอย่างไรให้โรงพยาบาลบริการ ให้ตอบสนองต่อสภาพปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ทำอย่างไรให้ผู้บริหาร มีศักยภาพในการบริหารจัดการด้านบุคลากร การเงิน พัสดุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ทำอย่างไรจึงจะสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรสายวิชาชีพทำงานที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) การแก้ปัญหาสภาพคล่องในโรงพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม

นพ.โมลี ได้กล่าวเพิ่มเติมอีกว่า ในส่วนของชมรมฯ คิดว่ารูปแบบการบริหาร สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสมควรจะเป็นแบบพวงบริการที่มีอำนาจ เบ็ดเสร็จ ไม่ใช่แค่เครือข่าย ถ้าหากเป็นพวงบริการที่มีอำนาจเด็ดขาดเหมือนบอร์ด คล้ายโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ทั้งนี้ที่ต้องทำเป็นพวงบริการเพราะว่าหาก Stand alone โรงพยาบาลศูนย์สามารถอยู่รอดได้แน่นอน แต่โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถอยู่รอดได้

เพราะฉะนั้นหากเป็นพวงบริการจะช่วยให้ทุกโรงพยาบาลอยู่รอดได้ ซึ่งใน 1 พวงบริการ จะมีผู้เชี่ยวชาญสาขาย่อยเยอะ อาจจะมีโรงพยาบาล 6 - 7 แห่ง ที่รวมกันแล้วบุคลากรสามารถไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่นได้ทั้งเดือน ซึ่งคิดว่าน่าจะรวมเป็นพวงบริการเดียวกัน ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โดยเป็นพื้นที่ที่ติดต่อกัน และห้ามบริการเฉพาะคนในพื้นที่อย่างเดียวเท่านั้น เพราะจะทำให้เกิดการแย่งทรัพยากร ต้องทำทั้งประเทศ อีกประเด็นหนึ่งคือถ้าออกนอกระบบทั้งพวงบริการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องผ่านการคัดเลือก หากในหนึ่งเขตมีประชากรประมาณ 5 ล้านคน ในเขต อาจจะมี 4 พวงบริการ ทั้งนี้ 1 พวงบริการ ควรมี 1 - 2 ล้านคน เพราะจะทำให้สามารถใช้ทรัพยากรได้คุ้มค่าที่สุด ใหญ่กว่านั้นจะบริหารลำบาก เพราะฉะนั้นคิดว่าน่าจะออกทั้งพวงบริการ แล้วก็ให้หลุดจากระเบียบบริหารบุคลากรของระบบราชการแบบเดิม มีสิทธิที่จะเขียนระเบียบบุคลากร และระเบียบการเงินขึ้นมาเอง ส่วนระเบียบพัสดุ ยังต้องใช้ของราชการอยู่ บริหารโดยคณะกรรมการพวงบริการที่ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคประชาชน ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่างๆ ตัวแทนของเขตสุขภาพ หรือตัวแทนของกระทรวงเข้ามามีส่วนร่วม ชมรมฯ จึงขอเสนอรูปแบบนี้ คณะกรรมการบริหารพวงบริการ ควรจะเป็นผู้บริหารองค์กรทั้งหมด เป็นผู้อนุมัติงบประมาณ แผนงาน เป็นลักษณะนิติบุคคล บริหารแผนงานเอง ไม่ต้องผ่านกระทรวง ไม่ต้องผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด สุดท้ายคือการสนับสนุนจากรัฐ คิดว่ารัฐอาจไม่ต้องสนับสนุนงบบุคลากร ในส่วนนี้ คิดว่าเรื่องงบบุคลากรสำคัญมาก ปัจจุบันมีคนว่างงานแฝง เพราะโรงพยาบาลรู้สึกว่าจะไม่ต้องจ่ายจึงขอคนเต็มที แพทย์มีเงินเดือนตามอายุราชการ คนยิ่งเยอะก็ยิ่งสบาย แต่หากเมื่อไรพวงบริการต้องรับผิดชอบในเรื่องเงินเดือน เขาจะจ้างบุคลากรตามความจำเป็น และถ้าหากหลุดจากระเบียบราชการเมื่อใด จะสามารถจ้างบุคลากรได้เต็มที่ และจ้างด้วยเงินเดือนเต็มที่ เป็น P4P และ work load ที่แท้จริง ทุก Case ที่ตรวจรักษา และให้บริการคือได้เงิน เชื่อว่าจะสามารถทำให้บุคลากรทำงานได้ทุกจุดของหน่วยบริการ เพราะทุกครั้งที่ทำก็จะได้เงินคืนกลับมา หากเป็นระบบแบบนี้ทุกคนจะไปด้วยความเต็มใจ และไม่ยากขอคนเยอะด้วยวิธีนี้จะแก้ไขปัญหาในเรื่องของสภาพคล่องได้เป็นอย่างดี

“

4. อภิปรายข้อเสนอการบริหารหน่วยบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการบริหารจัดการ ”



ผู้อภิปรายลำดับที่ 1

ในช่วงเวลาต่อจากนี้ จะขอลงรายละเอียดเพื่อที่จะทำบางประเด็นให้มีความชัดเจนในการขับเคลื่อนได้ต่อไป **ประเด็นที่ 1** ลองถามและทำความเข้าใจกัน หากยังจำข้อเสนอของอาจารย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ เกี่ยวกับเรื่องของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ที่เสนอให้ Empower และมอบอำนาจให้เขตสุขภาพมีอำนาจในการบริหารจัดการ คน เงิน ของ ทั้งหมด แต่เมื่อมาถึงตรงนี้ เรื่องที่เราได้พูดคุยกัน ในความรู้สึกของผมคิดว่าระบบบริหารจัดการจะคล้ายๆ กันกับภายในพวงบริการที่เราพูดถึง คือจะเบ็ดเสร็จจบในพวงบริการ โดยที่ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องส่งเรื่องขึ้นไปให้เขตสุขภาพพิจารณา และความเป็นจริงก็คือ ถ้าตาม Proposal ที่เสนอมา ไม่ต้องส่งไปให้เขตพิจารณาแล้วจะต้องจบที่พวงบริการ กล่าวง่ายๆ คือ เขตไม่สามารถย้ายบุคลากรข้ามพวงได้ ทุกอย่างจบภายในพวงบริการ นี่คือการเข้าใจของผม ส่วนนี้อยากให้ลองอธิบายเพิ่มเติมว่า หากสภาพเป็นแบบนี้อำนาจหน้าที่ของเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาลเกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพ บริการทางด้านสาธารณสุข และอำนาจในการบริหาร จะเหลืออะไรบ้าง **ประเด็นที่ 2** เรื่องที่ยังไม่ชัดเจนคือ เรื่องการ Split อำนาจด้านการเป็น Regulate กับด้านการเป็น Provider เข้าใจว่าหากตัด Provider ออกไปทั้งหมด พวงบริการแทบจะไม่มีที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพเลย นอกจากมี Accountability ที่จะต้องมีต่อเขต และเหมือนกับว่า Accountable จริงๆ แล้วที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะมีก็เพียงมีแต่บอร์ดของพวงบริการ ซึ่งบอร์ดของพวงบริการมีอำนาจเด็ดขาดในการบริหารผู้บริหารโรงพยาบาล ทั้งนี้ บอร์ดของเขตสุขภาพกับบอร์ดของพวงบริการมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจกันประมาณไหน และเขตจะเหลืออำนาจอะไรบ้าง คิดว่าส่วนนี้คงเปิดอิสระให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็น จึงขอเรียนเชิญผู้เข้าร่วมประชุมทุกๆ ท่าน ร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็นครับ

ผู้อภิปรายลำดับที่ 2

จริงๆ แล้วเรื่องนี้ทางชมรมฯ ยังไม่ได้มีการหารือกันอย่างชัดเจน จากที่ฟังท่านประธานการประชุมก็ค่อนข้างชัดว่า เขตจะเป็นส่วนสำคัญที่ควบคุมพวงบริการในเรื่องนโยบาย การแบ่งพื้นที่ การควบคุม กำกับ การสนับสนุน และเรื่องงบประมาณบางอย่าง เช่น งบลงทุนหรืองบดำเนินการ น่าจะเป็นอำนาจของเขต เขตจะต้องเป็นผู้ดูแลเรื่องนี้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและแก้ปัญหาของเขตได้ ส่วนเรื่องการบริหารบุคคลภายในพวงบริการก็เป็นเรื่องของพวงบริการไป แต่เรื่องของการกำหนดนโยบายว่าแต่ละพวงบริการต้องทำอะไรบ้าง และควบคุมกำกับให้เป็นไปตามนโยบาย การแบ่งพื้นที่ การแก้ปัญหาระหว่างพวงบริการเป็นเรื่องของเขตที่เขตอาจจะกำหนดให้พวงบริการแต่ละพวงต้องทำหน้าที่อะไรบ้าง ซึ่งเขตจะต้องมีตัวแทนเป็นบอร์ดอยู่ในพวงบริการด้วย เพื่อให้รู้ว่าการดำเนินการเป็นอย่างไร คือเขตยังมีอำนาจอยู่ เพราะมีความรับผิดชอบทั้งเขต แต่ว่าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องบุคลากรไม่ได้แค่นั้นเอง แต่เรื่องของการสนับสนุนเงินและของยังต้องมี และเรื่องที่ต้องมีการพิจารณาระหว่างพวงบริการก็ต้องให้เขตเป็นผู้จัดการ เพราะจะไม่มีคนมาจัดการหรือแก้ปัญหาเรื่องเหล่านี้

ผู้อภิปรายลำดับที่ 3

ถ้าหากเราใช้หลักการ Provider Regulator Split น่าจะชัดเจนว่าเขตเป็น Regulator ร่วมกับ สสจ. ส่วน Provider ก็ต้องให้ Provider จัดการ ทั้งนี้ เขตก็ให้นโยบายเรื่อง Service แค่นั้นเอง ส่วนเรื่องการจัดการภายในพวงบริการ ซึ่งพวงบริการก็ต้องตอบโจทย์เรื่องประสิทธิภาพ เขตก็ดูแลเรื่องการให้นโยบายและจัดสรรทรัพยากร ใช้หลักการ Provider Regulator Split ให้ชัดเจน

ผู้อภิปรายลำดับที่ 4

เขตสุขภาพน่าจะมี Power มากที่สุด เพราะต้องดูแลทั้งเขต ซึ่งเขตสุขภาพควรจะมีบอร์ดโดยบอร์ดก็จะมาจากหน่วยงานต่างๆ และมาจากพวงบริการ เขตสุขภาพดูแลพวงบริการ ส่วนพวงบริการทำงานเป็น Provider ทำงานตามที่เขตกำหนดนโยบาย ส่วนเรื่องการโยกย้าย เขตควรมีอำนาจในการโยกย้ายผู้บริหารพวงบริการที่อยู่ภายในเขตได้ เพราะฉะนั้นบอร์ดของเขตก็สามารถโยกย้ายผู้บริหารข้ามพวงบริการภายในเขตของตนเองได้เช่นเดียวกัน



ผู้อภิปรายลำดับที่ 5

ความก้าวหน้าของ CEO ก็คือมีสิทธิที่จะไปสมัครพวงบริการอื่นที่ใหญ่กว่าทั้งในหรือนอกเขตสุขภาพก็ยังได้ใช่หรือไม่ ส่วนบทบาทของเขตน่าจะดูแลในเรื่องของการกำหนดนโยบายและเรื่องของกองทุนบริหารที่มีอยู่ และประเมินการจ่ายเงินด้วยผลงานหรืออื่นๆ ส่วนเขตดูแลเรื่องการลงทุนขนาดใหญ่ที่แต่ละพวงบริการอาจจะไม่เท่ากัน จะมีพวงบริการใหญ่ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ พวงบริการเล็กที่เป็นโรงพยาบาลจังหวัด เขตต้องดูแลเรื่องการลงทุน และ Defend งบประมาณ คิดว่าบทบาทของเขตสุขภาพน่าจะเป็นประมาณนี้

ผู้อภิปรายลำดับที่ 6

ขณะนี้บทบาทเขตสุขภาพเองไม่ได้เบ็ดเสร็จเต็มรูปแบบทั้งหมด ยกตัวอย่างเรื่องการโยกย้ายจะได้แค่ระดับชำนาญการพิเศษ และเชี่ยวชาญ ซึ่งเมื่อเป็นตำแหน่งทางด้านการบริหาร อำนาจการสูง เขตจะไม่มีสิทธิโยกย้ายอยู่แล้ว ดังนั้น ผู้อำนวยการที่อยู่ในพวงบริการ เขตไม่สามารถโยกย้ายได้อยู่แล้ว บอร์ดของพวงบริการต่างหากที่จะเป็นผู้โยกย้ายภายในพวงบริการได้ เมื่อช่วงเช้าที่ได้กล่าวว่าบางทีผู้บริหารที่ใหญ่ที่สุดของพวงบริการนั้นที่เป็น Manager บางทีอาจจะไม่ใช่ผู้อำนวยการจากในพวงบริการก็ได้ อาจจะเป็นคนนอกหรือจากภาคส่วนอื่นที่มาสมัคร ยกตัวอย่างเช่น ผู้บริหารพวงบริการหนึ่ง อาจจะเล็กกว่าอีกพวงบริการหนึ่ง แต่ถ้ามีฝีมือดีก็สามารถที่จะไปสมัครในพวงบริการที่ใหญ่กว่าได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบอร์ดของพวงบริการนั้น

คู่มือปราชญ์ลำดับที่ 7

สิ่งที่น่าสนใจในการประชุมรอบนี้ข้อเสนอความคิดเห็นแบ่งเป็น 4 ประการ ได้แก่

- 1) ขอบเขตของคำว่า “เขตสุขภาพ” มีอำนาจแค่ไหน คำว่า Authority กับ Regulator ต้องขีดเส้นให้ชัด เพราะขณะนี้ จริงๆ แล้วเขตมีอำนาจค่อนข้างมากไม่ใช่แค่เฉพาะ พวงบริการระหว่างพวงบริการ ไม่ใช่ย้ายเฉพาะ คน เงิน ของ แต่มีระบบการให้บริการ เช่น การ Refer ข้ามเขตที่สามารถเจรจาออกเขตได้ คิดว่าเป็นสิ่งที่ต้องเคลียร์ระหว่าง Authority กับ Regulator
- 2) ถ้าตัด Function ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรืออื่นๆ ออกให้เป็น Regulator งานที่เคยเป็นภารกิจจะต้องมีคนรับต่อ หากจะตัดออก Function ต้องเคลียร์ทั้งหมด ทั้งสายที่มีอยู่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเหล่านี้ต้องย้ายไปด้วย
- 3) การจัดสรรรูปแบบของบริการ เข้าใจว่าหน่วยบริการมีความถนัดมากในด้านของการ ให้การรักษาบริการ พื้นฟู OP, IP ส่วน P&P การเข้าถึงบริการน้อยมาก โดยเฉพาะ ทางพื้นที่กรุงเทพมหานคร อัตราการเข้าถึงบริการจะต่ำกว่าข้างนอก ทางออกของ P&P ขอเสนอว่าจริงๆ เรามีวิธีอื่น มีคณะกรรมการอื่น เช่น พชอ. ถ้าบริหารเงินเข้าไปแล้วให้ ทาง พชอ. เป็นหน่วยงานขับเคลื่อนเข้าไป Subcontract กับใครก็ได้ หาหน่วยงาน ที่ฉันทัดดีกว่าโรงพยาบาลก็ได้ หากคิดว่าโรงพยาบาลทำได้ดีอยู่แล้วก็ให้โรงพยาบาล ทำต่อ ยกตัวอย่างเช่น ที่สงขลาเอาคลินิกเอกชนเข้ามาทำ EPI ซึ่งประสบความสำเร็จ กว่าโรงพยาบาลทำเอง จึงคิดว่าการตัด P&P ออกไป อาจจะเป็นทางเลือกที่ดี แต่ไม่ได้ หมายความว่าตัดออกจากกระทรวงสาธารณสุข เพราะที่เคยตัดออกไปไม่ดีก็เยอะ เพราะฉะนั้นการ Regulate ก็ยังจำเป็นต้องมี และการ Regulate ในภาคของ Cup ควรจะเป็นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพราะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็ไม่สามารถ Regulate ได้หมด เนื่องจากขอบเขตงานกว้างมาก
- 4) บทบาทของคำว่า “Regulator” ต้องเขียนให้ชัดจริงๆ ว่า Regulate จะจำกัดความแค่ไหน และจะติดตามตัวชี้วัดหรือไม่

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

ผมมีความรู้สึกอีกๆ เท่าที่ฟังมากับคำถามที่ว่าบทบาทหน้าที่ของเขตสุขภาพคืออะไร คำตอบนั้นผมคิดว่าท่านประธานการประชุม ได้บอกให้เราพยายามคิดว่าอะไรเป็นความเห็นที่ไปในทางเดียวกัน ผมมีความรู้สึกว่าคุณเห็นร่วมเรื่องแรกคือความพยายามที่จะ Split ระหว่างเขตสุขภาพกับพวงบริการ เพราะฉะนั้นเขตก็ไม่ต้องที่จะมาบริหารจัดการหลายๆ เรื่องที่เป็นหน้าที่ของฝ่ายบริการ เขตก็ควรจะมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเขตใหม่ ซึ่งเขตในที่นี่ไม่ได้กล่าวถึงเขตตรวจราชการแบบเดิมแต่เป็นเขตสุขภาพ ส่วนโครงสร้างจะเป็นรูปแบบไหนก็ค่อยหารือกันอีกที และก็จะเป็น Regulate ร่วมกับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อาจจะมีประเด็นที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้จากที่ฟังเมื่อช่วงเช้าเรื่อง P&P ว่าควรจะไปอยู่ที่พวงบริการด้วยหรือไม่ ดูเหมือนว่า P&P ก็ควรจะไปเป็นภารกิจของพวงบริการ แต่งานคุ้มครองผู้บริโภคที่ส่วนใหญ่ไม่ใช่งานบริการแต่เป็นงานในส่วนของ Regulate ซึ่งไม่ควรจะไป และคิดว่าเรื่องนี้ยังหารือกันต่อได้ เรื่อง P&P ในตอนนี้เท่าที่ผมเข้าใจ เป็นระบบที่ถูกฉีกและมอบภารกิจออกไปเยอะมากแล้ว ไปอยู่ที่ PCC ซึ่ง PCC ก็มีเงินของตัวเองด้วย จึงเหมือนกับเป็นระบบที่กำลังทำให้ถูกต้องด้วยกฎหมายและถูกแยกเป็นส่วนๆ และเข้าใจว่าทางพวงบริการคงไม่สามารถไปดึงกลับเข้ามาได้ ไม่รู้จะมีระบบอะไรที่จะไปดึง PCC เข้ามาทำงานด้วยกันได้มากนักแค่นั้น หากจะถามคำถามต่อเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพวงบริการกับ PCC ว่าที่ประชุมมีความเห็นอย่างไร

ผู้อภิปรายลำดับที่ 8

ถ้าพวงบริการเป็นนิติบุคคลแสดงว่าพวงบริการก็สามารถจัดการตัวเองได้ทั้งหมด ส่วนเขตสุขภาพที่จะดู Regulator เช่น กำหนด Policy หรืองานที่ถ่ายทอดจากนโยบาย public health ลงมา สิ่งนี้ก็จะเป็นส่วนหนึ่งซึ่ง 2 กลุ่มนี้ คนละหน่วยงานกัน พวงบริการมีความเป็นนิติบุคคลจัดการได้ทุกอย่างทั้งเรื่องคน เงิน ของ หากเป็นแบบนี้ จะมีความชัดเจนว่าความเป็นนิติบุคคลคือ พวงบริการไม่ใช่เขต ถ้าพวงบริการและเขตสุขภาพเป็นนิติบุคคลก็จะเป็นอีกเรื่องหนึ่ง แต่ที่เราเห็นคือมีพวงบริการที่อยู่ในเขต เอาให้ชัดว่าจริงๆ แล้ว คือไม่ได้อยากเป็นแบบโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งโรงพยาบาลบ้านแพ้วนั้นมีความเป็นนิติบุคคล เราอยากได้พวงบริการโรงพยาบาลที่เป็นลักษณะแบบไหน ส่วนเรื่อง PCC ถ้าไม่ยึดตาม พ.ร.บ. ก็เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลในการดำเนินงาน เพียงแต่ว่าจะจัดระบบบริการอย่างไร ถ้ามี PCC อยู่แบบนั้นคิดว่าไปด้วยกันได้ แต่ต้องตีโจทย์ให้ออกก่อนว่าคำว่านิติบุคคลที่เราต้องการคืออะไร ความทุกข์ยากของระบบอยู่ตรงไหน หากเราบอกว่าอยากให้เขตร่วมทุกข์ร่วมสุข ผมคิดว่าไม่ใช่ เช่น จะแชร์ทรัพยากรระหว่างจังหวัดในเขตเดียวกัน คำตอบที่เราออกแบบเช่นนี้ไม่ใช่ เพราะว่าเราออกแบบเฉพาะ Regulator ที่เป็นเขตแค่ออกนโยบาย ไม่สามารถที่จะโยกย้ายอะไรหลายๆ อย่างได้

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 2

งานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเรื่องของกฎหมาย ควรต้องอยู่ในภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนงานควบคุมโรคบางครั้งไม่ได้อยู่ในพื้นที่หรือข้ามจังหวัด จริงๆ แล้วหน้าที่นี้น่าจะเป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับเขตสุขภาพ และควรเป็นหน้าที่ของพวงบริการ ส่วนเรื่องของการควบคุมโรค ถ้าสมมติว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นคนจัดการแล้วเห็นว่าพวงบริการนี้ควบคุมโรคได้ดี มีความเข้มแข็ง ก็อาจจะจ้างให้ทำเป็นเฉพาะกรณี แต่ว่าบทบาทหน้าที่ควรจะเป็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นผู้ดำเนินงานเรื่องนี้ เพราะเป็นเรื่องที่ต้องทำอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการระบาดของโรค และในบางครั้งก็มีการระบาดของโรคแบบนอกพวงบริการ หากอยู่ที่พวงจะเกิดปัญหา ผมคิดว่าน่าจะอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ หรือให้โรงพยาบาลทำส่วนไหนก็ให้เป็นบทบาทเขาไป

ส่วนอีกเรื่องหนึ่งคือเรื่อง Primary health care กับ Primary medical care ซึ่งมองว่าหากนำภารกิจเรื่องการควบคุมโรคไปก็น่าจะนำ Primary health care ไปด้วย ส่วน Primary medical care เดิมเป็นบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเป็นบทบาทบางส่วนของโรงพยาบาล ในส่วนนี้ต้องมาตัดสินใจว่าจะทำอย่างไร หากยก Primary health care ให้เป็นบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ต้องไม่มีการตรวจรักษา จะมีบริการเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ หากยก Primary health care ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำ ก็ต้องนำเงินรายหัวบางส่วนไปให้ด้วย ถ้าไปโรงพยาบาลก็ต้องจ่ายเงินให้กับพวงบริการ เพราะทุกส่วนเชื่อมกันหมด ถ้าเราจะตัด เช่น ส่งเสริมสุขภาพเชื่อมกับ Primary health care ส่วน Primary health care เชื่อมกับ Primary medical care และ Primary medical care เชื่อมกับ Secondary care ตลอดจน Secondary care เชื่อมกับ Tertiary care รวมทั้ง Tertiary care เชื่อมกับ excellent center ที่ยกตัวอย่างมาทั้งหมดนี้มีการเชื่อมโยงกันหมด ในความคิดของผมมองว่า Primary medical care น่าจะให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแล เพราะฉะนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะมี Power เยอะพอสมควร

ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็เอาภารกิจไปด้วย แต่บทบาทหน้าที่ในการจัดการส่วนนี้จะเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วน PCC ต้องมาหาหรือว่ามีความจำเป็นหรือไม่ โดยต้องหาหรืออีกรอบไม่ยากให้อ้างว่าต้องมีการกำหนดไว้ แล้วถ้าเราจะปฏิรูปก็ต้องปฏิรูปทุกอย่าง สิ่งไหนไม่จำเป็นก็ต้องเอาออก ทั้งนี้ PCC มาจากประเทศอังกฤษ ผมรู้ว่าไม่สามารถตอบสนองปัจจุบันที่เป็นยุค AI ไปแล้ว ข้อมูลทุกอย่างประชาชนทราบหมด PCC ตั้งขึ้นมาโดยวัตถุประสงค์หนึ่งคือ เพื่อจะลดค่าใช้จ่าย จึงต้องมี PCC แต่คิดว่า PCC จะดี ต้องมีหมอเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีหัวใจเป็นองค์รวมจริงๆ มีเพียงไม่กี่คนทั้งประเทศ และต้องใช้ทรัพยากรคนเยอะมาก จะไปหาผู้เชี่ยวชาญหรือหมอเวชศาสตร์ครอบครัวได้อย่างไร เพราะฉะนั้น PCC จะเกิดได้หมอเวชศาสตร์ครอบครัวต้องเก่งมากๆ รู้ทุกโรคไม่ผิดพลาด วินิจฉัยแม่นยำ ซึ่งทุกวันนี้ไม่ใช่ ยังเป็นแค่โครงสร้าง ต้องถามว่าในทุกวันนี้มี PCC กี่แห่งที่เป็น PCC ที่แท้จริง ไม่ใช่แค่โครงสร้าง ถ้าทุก 1 - 3 หมื่นคนต้องมี PCC ใหญ่ และ PCC ย่อยลงไป จะใช้ทรัพยากรมหาศาล คิดว่าถ้าจะปฏิรูปต้องมาทบทวนเรื่อง PCC ว่ามีความจำเป็นหรือไม่

ผู้อภิปรายลำดับที่ 9

เขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังต้องคงความรับผิดชอบเอาไว้ เพราะฉะนั้นจะต้องมีส่วนหนึ่งที่จะต้องให้อำนาจไว้ในการที่จะไปทำการควบคุมดูแลได้ ไม่ใช่ Regulate แต่เป็น Control คือต้องไปบริหารจัดการได้ เพราะไม่อย่างนั้นเมื่อมีโรคระบาดข้ามเขตเยอะหรือปัญหาใหญ่กว่าที่พวงบริการจะรับได้ จะทำให้เกิดปัญหาการระบาดในวงกว้าง จึงจำเป็นต้องมีคนรับผิดชอบ เช่น รับผิดชอบในการประสานสนับสนุนทรัพยากรหรืออื่นๆ ผมนึกภาพอย่างเช่น ถ้ามีผู้ป่วยวัณโรคมารับบริการที่โรงพยาบาลเยอะ พวงบริการจะรับไม่ไหวต้องมีหน่วยงานที่ใหญ่กว่านี้ขึ้นไปเพื่อดูในภาพรวมของจังหวัดและเขตที่รับผิดชอบ

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 4

มองภาพรวมเรื่อง PCC กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดว่ามองได้หลายมุมมอง หากมองว่า PCC ถ้าทำไปแล้วเป็นเรื่องของปฐมภูมิชาวบ้านได้ประโยชน์ ถ้าทำจริงๆ คิดว่า PCC มีประโยชน์เยอะ ในฐานะที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน หากคนไข้ไปอยู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่กันเยอะ วิธีการแก้ปัญหาโดยไปเพิ่มสถานบริการก็ไม่ไหว คิดว่าสถานบริการใกล้บ้านก็คือ PCC ยังน่าทำอยู่ ผมเพียงคิดว่าเราจะทำในรูปแบบไหน จะทำทุกอำเภอ ทำทุกแห่งหรือไม่ ถ้าตั้งขึ้นมาเป็นเขตสุขภาพแล้วก็มีพวงบริการ และคิดว่า PCC ควรจะขึ้นกับพวงบริการ โดยให้พวงบริการเป็นผู้กำหนดว่าที่ใดที่ควร จะตั้ง PCC ขึ้นมาอยู่ในพวงบริการ ซึ่งพวงบริการต้องมีหมอเวชศาสตร์ครอบครัวไปดูแล ที่ PCC หาก PCC เกินขีดความสามารถก็ส่งมาโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ได้ ที่เราหวังว่าจะเป็นแบบไร้รอยต่อถ้าเรามี PCC แล้วทำได้ดี คิดว่าการให้บริการจะดีขึ้น ซึ่งมองในแง่ของประชาชนและแง่ของคนทำงาน ในโรงพยาบาลชุมชนคิดว่า PCC มีประโยชน์แต่ต้องพัฒนาให้ได้ประโยชน์จริงๆ ที่ตน อยากจะมองอีกเรื่องคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลว่าควรจะไปขึ้นอยู่กับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรืออีกรูปแบบหนึ่งคือขึ้นอยู่กับ พวงบริการ ทั้งนี้ต้องคงต้องดูว่าไปอยู่ที่ไหนแล้วได้ประโยชน์ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จริงๆ คิดว่าเป็นหน่วยปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนในแต่ละตำบล ถ้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปขึ้นอยู่กับเทศบาลและขึ้นกับองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด และมีแต่การให้บริการการควบคุมโรค คิดว่าเราต้องมาวิเคราะห์ว่าคุ้มค่า หรือไม่ เทศบาลบางแห่งมีศักยภาพก็สามารถให้บริการได้ดี แต่บางแห่งมีศักยภาพไม่พอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่ด้วยก็อาจจะไม่ได้ประโยชน์เยอะ เพราะฉะนั้น ต้องลองดูว่าถ้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาขึ้นอยู่กับพวงบริการ คือระบบ ให้บริการทั้งหมดอยู่กับพวงบริการดีหรือไม่ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCC รวมถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในพวงบริการเดียวกัน ทั้งหมด และดูเรื่องการควบคุมโรค การส่งเสริม ป้องกัน หรือเรื่องอื่นๆ ด้วย แบบนี้ดีกว่า หรือไม่ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็น Regulator

ผมเห็นด้วยเรื่องดูแลการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่การควบคุมโรคสำคัญมากเวลาเกิดโรคระบาดขึ้นมา อันดับแรกคิดว่าพวงบริการ คงต้องลงไปควบคุมโรคก่อน ถ้าเกินศักยภาพก็ต้องดูว่าขั้นตอนต่อไปจะอยู่ในอำนาจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ของเขตสุขภาพ หรือว่ามาถึงระดับกรม ซึ่งยังไงเราก็ต้องให้ความสำคัญกับเรื่องของการควบคุมโรคระบาดต่างๆ ผมจึงมองอีกมุมหนึ่งว่าโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หากเราจะปฏิรูปแล้วนั้นควรจะไปอยู่กับพวงบริการโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็น Regulator ถ้าวินิจฉัยว่าโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลก็จะเป็นหน่วยงานที่ให้บริการอยู่เป็น Provider อยู่กับพวงบริการ

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 5

ผมมองอีกมุมหนึ่งคือเรื่องควบคุมโรค ส่วนเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค คิดว่าชัดเจนแล้ว เรื่องควบคุมโรคดูเหมือนจะไปเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล แต่ถ้ามองจริงๆ เป็นแค่ส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล งานควบคุมโรคกับงานส่งเสริมสุขภาพ ในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนก็ตาม ซึ่งจริงๆ แล้วก็ทำงานคล้ายๆ กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ที่ว่าหลักๆ เราจะ Split primary care ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคออกไป จากการรักษาหรือไม่ ปัจจุบันเท่าที่ผมอยู่มาตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนจนถึงโรงพยาบาลจังหวัด งานควบคุมโรค ก็มีเจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคของโรงพยาบาลประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ถ้าจะตัดจริงๆ ที่หารื้อกันเมื่อครั้งที่แล้วหากจะแยกส่วนก็คือแยกงานส่วนนี้ ส่วนของโรงพยาบาลออกไปด้วย จะอยู่กับท้องถิ่นหรืออยู่กับจังหวัดก็ได้ การทำงานด้าน Primary care ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค จะได้เกิดประโยชน์กับประชาชน ได้อย่างชัดเจน

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

คำถามที่ถามเมื่อสักครู่นี้เข้าใจว่าเป็นคำถามที่สรุปได้ 2 ความคิด คือ 1) PCC อยู่กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและน่าจะรวมอยู่ในพวงบริการ 2) PCC อาจจะต้องพบทวนใหม่และจะจัดระบบส่วนนี้อย่างไร รวมไปถึงงานควบคุมโรค ส่งเสริมสุขภาพ จะตัดออกไปหรือคงไว้ที่โรงพยาบาล ทั้งนี้คิดว่าระหว่าง 2 ความคิดเห็นคงจะต้องหาทางออกที่มีอะไรอยู่ตรงกลาง

ผู้อภิปรายลำดับที่ 10

1) ต้องให้คำจำกัดความให้ชัดว่าพวงบริการประกอบไปด้วยโรงพยาบาลแบบไหนบ้าง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ลงไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือไม่ 2) Reflex ของผู้อภิปรายลำดับที่ 5 ที่กล่าวถึงเรื่องบทบาทภารกิจของโรงพยาบาล มีเรื่องของส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรค ถ้าเป็นโรงพยาบาลใหญ่ส่วนนี้อาจจะอยู่ในสัดส่วนน้อย เพราะโรงพยาบาลใหญ่จะไปเน้นเรื่อง Acute care เรื่องของการรักษาพยาบาล แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลชุมชน ปัจจุบันภารกิจจะไม่เหมือนโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งในส่วนส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค อาจจะเป็นครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลก็ได้ เพราะฉะนั้นในตอนนี้อาจมีอยู่ 2 ประเด็น คือ 1) พวงบริการที่กล่าวถึง ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลแบบไหนบ้าง 2) หากลงลึกลงไป ถึงภารกิจของโรงพยาบาล ภารกิจอะไรบ้างที่คิดว่าจะต้องเป็นนิติบุคคล ภารกิจอะไรที่เป็นไม่ได้ จากการประชุมในครั้งที่ผ่านมาก็กล่าวถึงเรื่องของ Centralize policy เรื่องการควบคุมโรคเป็นหนึ่งในนั้นที่ว่าจะจะเป็นนิติบุคคล อย่างไรก็ตามต้องมีพันธะสัญญาที่จะต้อง Function เรื่องนี้ ในการที่จะเป็นความมั่นคงปลอดภัยของประชาชน



เพราะฉะนั้นจึงอยากให้คำจำกัดความของพวงบริการ หรือเรื่องเขตสุขภาพที่ดูเหมือนยังไม่ค่อยชัด เพราะอยู่บนโครงสร้างเก่าที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภออยู่ตรงไหน ถ้าเราบอกว่าเขตอยู่เหนือพวงบริการเพราะภายใต้มันมีเรื่องของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอด้วย

ผู้อภิปรายลำดับที่ 11

จากที่ฟังในที่ประชุมและได้คุยกับผู้อภิปรายลำดับที่ 5 ว่าพวงบริการควรรวมแค่ Secondary กับ Tertiary น่าจะเป็นแบบนี้และตัด Primary ออกไปเพราะ Primary มีแนวโน้มสูงที่จะไปอยู่กับท้องถิ่น หากดูสถานการณ์จริงในปัจจุบัน เมื่อเราพูดถึง District health system คือ Primary ถ้าอยู่เดี่ยวๆ จะอยู่ลำบากมาก ในที่นี้หมายถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะต้องใช้ทั้งคน ใช้ทั้งวิชาการที่สนับสนุนจากระดับโรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างเยอะ เลยไม่แน่ใจว่าการที่เรา Split Primary care ออกไปคือคล่องตัวในระดับพวงบริการที่เป็น Secondary กับ Tertiary แต่ไม่แน่ใจว่าไปเพิ่มต้นทุนให้กับ Primary ซึ่งไม่รู้จะไปอยู่ในความรับผิดชอบของใครหรือไม่ หากเราพยายามมองที่ผ่านมานงาน Primary ที่ถูกพัฒนาได้ไม่เยอะ ไม่ได้พูดถึงใน Setting ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพูดถึง Primary care คือการดูแลการเจ็บป่วยที่ง่าย ถ้าไม่ได้อยู่ในพวงบริการเราก็สามารถจัดทั้ง Primary, Secondary และ Tertiary ตั้งแต่การดูแลเจ็บป่วยที่ง่ายๆ ที่ไม่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง ไม่จำเป็นต้องมีการ Admit ตลอดจนมาถึงการดูแลการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญด้วยแพทย์ชั้นสูงให้อยู่ในพวงเดียวกัน ผมเข้าใจว่าการจัดระบบเช่นนี้ ก็น่าจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ส่วนประเด็นที่เป็น Public health ที่เป็น Population health ที่ชัดคือเรื่องควบคุม ป้องกันโรค และที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 3 พูดถึงเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค ผมเข้าใจว่างานเช่นนี้ อาจจะ Split ให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งดูแล

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 2

ขอเสนอเพิ่มเติม ในเรื่องนี้มีจุดแบ่งอยู่นิดเดียวก็คือ Primary health care กับ Primary medical care ซึ่ง Primary medical care เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ซึ่งอาจจะยกให้พวงบริการดูแล หากแบ่งแบบนี้จริงๆ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็จะทำเฉพาะ Primary health care อย่างเดียว หากเป็นการรักษาต้องเป็นพวงบริการ เรื่องของความรู้ Know how ทางการแพทย์อยู่ที่พวงบริการทั้งหมด แต่ต้องยอมรับบทบาทว่าเขาจะถูกลดงาน Primary medical care ลงไป ถ้าแบบนี้ก็จะชัดเจน แบ่งโซนการทำงานให้ชัดเจน

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

ถึงแม้ว่าเราจะมีประเด็นเพิ่มเติมแต่เป็นประเด็นความเห็นในเชิงวิชาการ เสริมเข้ามา ทางเลือกก็ยังมี 2 ทางเหมือนเดิม คืองานของ Primary care จะคงสภาพอยู่อย่างไร ระหว่างจะอยู่กับพวงบริการหรือตัดออกไป แล้วจะให้ใครเข้ามามีส่วนในการดูแล ส่วนนี้ ในงานบางอย่างเข้าใจว่าเป็นทางเลือกที่ 3 ก็คือ Split งาน Primary care ออกเป็น Primary health care และ Primary medical care ซึ่งใครจะรับทำหน้าที่อะไร

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 3

หากพูดถึงงานส่งเสริมสุขภาพ เราพูดถึงสภาพปัญหาว่าเราส่งเสริมสุขภาพน้อยเกินไป จุดอ่อนของระบบสุขภาพคือเรื่องส่งเสริมสุขภาพ หากดูสภาพปัจจุบันถามว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำงานส่งเสริมสุขภาพแค่ไหน จริงๆ ต้องเป็นภารกิจหลักแต่ภายหลังกลายเป็นเราเองงาน Primary medical care ไปให้เขาเยอะมาก เช่น งานโรคเรื้อรัง งานข้อมูล เป็นต้น หากจะปรับจริงๆ เรื่อง Primary health care เป็นเรื่องถนัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะบุคลากรเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ไม่ได้ถูกฝึกมาเพื่อทำงาน Primary medical care แล้ว Primary medical care ไม่จำเป็นต้องไปเปิดเต็มพื้นที่ เราปักหมุดในจุดที่จะเปิดเป็นหน่วยบริการที่หลักๆ เช่น PCC ถ้าไปอยู่กับพวงบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิก็สามารถเชื่อมโยงกันได้ ส่วนงานส่งเสริมสุขภาพทางท้องถิ่นที่คิดว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะไปอยู่ด้วย ก็ต้องรับดูแลไป กองทุน P&P ที่พยายามจะแยกและรวบรวมเงินที่กระจัดกระจายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพทุกอย่างมาลงที่พื้นที่ ถ้าจะปรับส่วนนี้ หากปรับได้คิดว่างานส่งเสริมจะชัดเจนขึ้นและจะมีคนทำงานด้านนี้มากขึ้น ส่วนประเด็นเรื่อง Health Literacy ใครจะเป็นคนทำ ซึ่งเป็นประเด็นปฏิรูปด้วย ขณะนี้ยังมองไม่ออกว่าใครจะเป็นคนจัดการส่วนนี้ หากคิดว่างาน PP ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับส่วนนี้ก็จะทำได้เต็มที่

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 4

ผมมองว่าถ้าพวงบริการประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ PCC ก็จะทำให้ภาพชัดขึ้น สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำงานเรื่องของ P&P และควบคุมโรคด้วย ในกรณีที่เกิดโรคระบาดก็ต้องมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือกรมมาร่วม ซึ่งก็จะแบ่งงานและกำหนดขอบเขตงานให้ชัดเจนขึ้น เห็นด้วยที่พวงบริการควรมีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ PCC ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็แยกไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 2

งาน P&P ในโรงพยาบาล เช่น การฉีดวัคซีนเด็กและดูแลเรื่องพัฒนาการเด็กจริงๆ ส่วนนี้เป็นเรื่องของ Primary ทั้งนี้ จะเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเคลียร์ให้ชัด สำหรับตนมองว่าถ้าเป็นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคลอดถ้าเอาคนไข้เป็นศูนย์กลางควรต้องผสมผสานกัน หากคนไข้มาโรงพยาบาลก็ต้องให้บริการ ในเรื่องนี้ก็มีบางส่วนของโรงพยาบาลยังคงต้องทำอยู่แต่งบประมาณ P&P บางส่วนก็ต้องมาที่โรงพยาบาลด้วยเช่นกัน

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

ถ้าเราสรุปเป็นทางเลือกก็ยังรู้สึกว่าเราพอมี 3 ทางเลือก แต่ฟังดูแล้วนั้น ในที่ประชุมมีแนวโน้มไปในทางเลือกที่จะรวมเรื่อง Primary medical care เข้ามาอยู่ในงานพวงบริการ รู้สึกว่าทางเลือกนี้เป็นทางเลือกอันดับแรก ทางเลือกที่สองคือ รวมเอาบริการทั้งหมดเข้ามา และทางเลือกที่สาม ไม่รับงาน Primary care ในพวงบริการ นอกจากนี้มีอีกประเด็นที่เมื่อช่วงเช้าที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 11 ตั้งประเด็นไว้ก็คือ ขนาด หรือ Scale ของพวงบริการ ซึ่งผู้อภิปรายลำดับที่ 2 เสนอว่ามีประชากรประมาณ 1 - 2 ล้านคน ซึ่งประเทศเราก็จะมีประมาณ 35 - 45 พวงบริการ หรือตามที่คุณอภิปรายลำดับที่ 8 พูดว่ามีประมาณ 35 - 45 นิติบุคคล เป็นทางเลือกที่ 1 เมื่อช่วงเช้าเท่าที่ฟังคือมีบางท่านเสนอเป็นทางเลือกที่ 2 คือ 1 เขต 1 พวง แสดงว่ามี 12 นิติบุคคล ทางเลือกที่ 3 คือ 1 จังหวัด 1 พวง ซึ่งเข้าใจว่าทางเลือกนี้ไม่ค่อยเป็นที่ยอมรับมากนัก และทางเลือกที่ 4 คือที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 9 บอกก็คือ น่าจะพิจารณาตามบริบทไม่ได้ดูแค่กรอบตัวเลขอย่างเดียว

ผู้อภิปรายลำดับที่ 12

หากย้อนกลับไปประเด็นที่พูดถึง 1) เรื่องของการทำ Primary ในโรงพยาบาล ผมคิดว่าเราควรจะดูว่างาน Primary health care และงาน Primary medical care เกี่ยวข้องกับอะไรบ้างก่อน ไม่ใช่คนนี้ต้องทำแบบนี้ เวลาทำเราบูรณาการหรือไม่ บางเรื่องเราอาจต้องให้เขาช่วยเราทำถึงแม้ว่าเราจะเป็นผู้รับผิดชอบ เช่น เราออกแบบว่างาน Primary โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องทำ แต่เมื่อเป็นงาน Primary ในโรงพยาบาลถือว่าเป็นงานของเขาแต่เราต้องไปช่วยทำเพราะอยากเห็นการบูรณาการ ในส่วนนี้ 2) เรื่องพวงบริการ ได้ทำ Model ไว้หลายพวงบริการ ซึ่งมีหลายแนวคิด โดยทำเป็นโมเดลเพื่อที่จะให้ลงมาถึงการตกผลึกในลักษณะที่ชัดเจน ได้แก่

แนวคิดที่ 1 พวงบริการนครชัยศรี มี 3 โรงพยาบาลในหนึ่งอำเภอ

แนวคิดที่ 2 พวงบริการที่ลพบุรีมี 4 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลท่าม่วง โรงพยาบาลลำสนธิ โรงพยาบาลพัฒนานิคม และโรงพยาบาลชัยบาดาล ซึ่งโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งนี้ เป็นโรงพยาบาลที่สถานะการเงินค่อนข้างไม่ดี เราก็จะทำพวงบริการเป็นลักษณะพวงอำเภอพวงเล็กในแนวคิดนี้ก็คิดว่าถ้าประเทศเป็นเช่นนี้เราก็จะทำพวงบริการเป็นพวงเล็กก่อน ทั้งนี้ในจังหวัดอาจจะมี 3 - 5 พวงบริการ แล้วแต่จำนวนโรงพยาบาล โดยแนวคิดของพวงบริการ คือ โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องห่างกันไม่เกิน 1 ชั่วโมงในการเดินทาง เพราะต้องมีการส่งต่อคนไข้ซึ่งกันและกัน แนวคิดของพวงบริการคือการพัฒนาศักยภาพเตียง โดยทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีคุณภาพ

แนวคิดที่ 3 ทำที่จังหวัดเพชรบูรณ์เป็นพวงบริการในระดับจังหวัดคือ 1 จังหวัดมี 1 พวงบริการ เพราะจังหวัดเพชรบูรณ์ไม่สามารถส่งคนไข้ไปที่ไหนได้เลย โดยแนวคิดครั้งแรกที่จะทำเป็นโรงพยาบาลศูนย์ หากทำเป็นโรงพยาบาลศูนย์จะขาดทุน เพราะฉะนั้นก็ทำเป็น one province one hospital คือจะดูแลคนในเพชรบูรณ์ พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดให้ดูแลคนในเพชรบูรณ์ได้หมด โดยที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีศักยภาพแตกต่างกัน

แนวคิดที่ 4 คือโรงพยาบาลในเขต ยกตัวอย่างที่กำลังทำอยู่ คือ โรงพยาบาลสามพี่น้อง โดยโรงพยาบาลจังหวัด 3 แห่ง จะมาทำให้เกิดพวงบริการ จะเห็นว่าพวงบริการมีลักษณะหลายอย่างมาก ซึ่งต้องค่อยๆ ทำและขยายขึ้นไปจนกระทั่งพวงบริการในเขตแนวคิดคือการส่งคนไข้นั้นเอง การ Refer คนไข้ไปที่เขตอื่นจะพยายามไม่ทำ แต่หากสุดท้ายติดขัดจริงๆ ต้องทำก็คือต้องทำ

ในอนาคตอาจจะไม่มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน มีแต่ชื่อโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งจะมีศักยภาพที่เท่าเทียมกับที่อื่น โดยที่อื่นต้องส่งคนไข้มาให้ นี่เป็นแนวคิดของผม เพียงแค่กำลังจะขยายแนวคิดนี้เท่านั้นเอง หากจะคิดยังไงต่อก็เป็นเรื่องที่ดี นอกจากนี้ยังต้องคิดถึงเรื่องการเงินด้วย ที่นครชัยศรีโมเดลมีการบริหารการเงินเป็น internal marketing ดูแลกันเอง



ในขณะนั้นครชัยศรีกำลังขยายพวงบริการไปที่สามพราน หากเราทำโมเดลลักษณะนี้จะมีคนเข้ามาร่วมเอง แต่ที่อินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ที่ผมกำลังไปทำอยู่ จะทำเป็นโรงพยาบาลแฝด คือ โรงพยาบาล 2 แห่ง ต้องมาหารือกันว่าใครจะทำอะไร เอาแค่โรงพยาบาล 2 แห่ง นี่คือนโยบายแนวคิดของการทำพวงบริการ พอไปทำนครชัยศรี โมเดลได้ผลดีโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ของนครชัยศรีสามารถอยู่ได้ดีขึ้น มีคนไข้ที่มีคุณภาพขึ้น เพราะฉะนั้นจึงคิดที่จะขยายต่อไปทำต่างอำเภอดีหรือไม่ก็ฝากคิดในส่วนนี้

ผู้อภิปรายลำดับที่ 13

ตามที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 12 กล่าวว่า พวงบริการขึ้นอยู่กับคนในองค์กร และความที่เขาอยากเปลี่ยน ซึ่งจุดประสงค์เริ่มต้นของการตั้งพวงบริการต้องชัดเจน เช่น มีพวงบริการแล้วต้องลดรายจ่ายบางด้าน ต้องเสนอสิ่งที่ทำแล้วขาดทุนน้อย และบริหารจัดการแล้วอยู่รอด

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

ต่อไปจะขอกล่าวถึงประเด็นของผู้อภิปรายลำดับที่ 11 ให้ข้อเสนอไว้เรื่อง Governance เมื่อช่วงเช้าเราหารือกันว่าพวงบริการ สิ่งที่เราอยากได้คือ ความเป็นอิสระคล่องตัวในการบริหารจัดการคล้ายๆกับหลักการในเรื่องของ Decentralize management แต่มีสิ่งที่ทุกคนพูดตรงกันคือ ก็ยังเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับหรือกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขก็ยังมีโอกาสที่จะต้องชี้ทิศทางการทำงานได้ ซึ่งส่วนนี้ผมอยากให้ช่วยกันคิดประเด็นนี้ว่ากลไกที่จะทำให้กระทรวงสาธารณสุข ยังสามารถกำหนดนโยบายให้กับพวงบริการได้ รูปแบบจะเป็นอย่างไร เพราะเราบอกแล้วว่าบริหารจัดการในรูปแบบของบอร์ดมีประธานบอร์ด มี CEO ของพวงบริการ โดยส่วนนี้กระทรวงสาธารณสุขจะเข้ามามีส่วนในการกำหนดนโยบายได้อย่างไร มีท่านใดจะเสนอเรื่องของ Governance เรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างพวงบริการกับกระทรวงสาธารณสุข ขอเรียนเชิญครับ

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 7

ผมคิดว่าการ Governance ระดับเขตที่สำคัญก็คือการมี Steering เพราะฉะนั้น Steering ไม่ควรจะอยู่ในบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว หากเป็นไปได้ Partner ที่สำคัญคือส่วนที่ให้บริการสาธารณสุขเช่นเดียวกัน แต่ไม่ได้อยู่ในกระทรวงสาธารณสุข เช่น ภาคเอกชน หน่วยบริการที่มารับ Contact กับ Provider หรือ Purchaser ควรจะอยู่ที่เขต แต่การ Steering ไปในทางที่เหมาะสมและการ Gear up ที่เป็นปัญหาของเขตนั่นคือการ governance ที่ดี ในขณะเดียวกันการถ่วงอำนาจอื่นๆนั้น ตนคิดว่าหน่วยงานที่เป็น regulator เช่น กระทรวงสาธารณสุขควรจะทำหน้าที่ regulate เขตด้วยเช่นเดียวกันตามตัวชี้วัดที่เป็นภาพของประเทศ เช่น หากต้องการลดอุบัติเหตุ แต่เขตอยากทำเรื่องอื่นบางครั้งก็ต้องการบังคับในภาพรวมของประเทศเช่นเดียวกัน คิดว่าทั้งหมดเป็นการนำเสนอการ governance ระดับเขต

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

เรื่องนี้ตั้งโจทย์ขึ้นมาตามคำแนะนำของผู้อภิปรายลำดับที่ 11 และผมขอลองฉายภาพให้ดูว่าเรื่องนี้จะซับซ้อนเพียงไหน จะได้เข้าใจตรงกันและจะได้พยายามตอบคำถามนี้ เราคิดว่าหน่วยบริการทางด้านสาธารณสุขอยากจะออกไปอยู่นอกกรอบออกไปเป็นหน่วยงานที่อิสระ เมื่อช่วงเช้าเราใช้คำว่าภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่วนนี้ผมคิดว่ายังไม่ชัดเจนว่าภายใต้การกำกับหมายความว่าอะไร กำกับได้มากน้อยแค่ไหน แต่เราบอกว่าอยากให้พวงบริการเป็นอิสระมีบอร์ดของตัวเอง ซึ่งบอร์ดก็จะเป็นผู้ไปกำกับพวงบริการมีอำนาจในการแต่งตั้ง CEO ของพวงบริการแล้ว CEO ก็ไปบริหารจัดการของตนเอง สมมุติว่ากระทรวงสาธารณสุขมีสถานภาพแบบนี้

โดยส่งคนไปเป็นกรรมการบอร์ดได้แค่ 1 หรือ 2 คน ซึ่งคะแนนเสียงอาจจะไม่ถึงครึ่งหนึ่งในบอร์ดของพวงบริการ ทั้งนี้จะมีการชี้แจงหรือกำหนดทิศทางได้อย่างไร ยกตัวอย่างเช่น กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าไว้ว่าเรื่องของ Stroke ต้องลดอัตราการตายลงให้ได้ตามกำหนด ส่วนนี้หากมีพวงบริการได้ไม่ได้ Respond ต่อนโยบายหรือทิศทางของนโยบายนี้กระทรวงสาธารณสุขจะสามารถเข้าไปทำอะไรเพื่อให้พวงบริการพวงนี้กลับเข้ามาอยู่ในทิศเดียวกันได้หรือไม่ เพราะจะต้องไม่ลืมว่าเราตกลงกันในเรื่องเอกภาพเชิงนโยบายด้วย เมื่อมีนโยบายที่เป็นเอกภาพแล้วแสดงว่าทุกพวงบริการต้อง Respond ต่อนโยบายเหล่านี้ด้วย ระบบ Accountability หรือเรื่องของ Governance ภายในจะอย่างไรให้เหมือนกับพวงบริการยังสามารถ Respond ต่อ centralize policy ของเราได้

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 8

ประเทศออสเตรเลียให้แต่ละรัฐเป็นเจ้าของโรงพยาบาล แต่การที่จะ Respond ต่อกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง โรงพยาบาลต้องมี Body ผมนึกตัวอย่างว่า ถ้าเราให้พวงบริการที่อยู่ในเขตนั้น สมมติว่า 1 เขต มี 5 พวงบริการ เขาก็มีอิสระในแต่ละพวงบริการ แต่ผู้ที่จะ Monitor ได้ชัดๆ ก็คือ กลไกที่เป็นแขนขาของกระทรวงสาธารณสุข ในที่นี้หมายถึง กลไกเขตสุขภาพ ซึ่งเขตกับกระทรวงสาธารณสุขเป็นคนเชื่อมต่อซึ่งกันและกัน และคนกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มเดียวกันแต่ทำงานคนละสาขา และคนกลุ่มนี้จะ Monitor พวงบริการที่อยู่ในเขตที่รับผิดชอบ เขาสามารถ Monitor ด้วยข้อมูลหรือการสนับสนุนต่างๆ ซึ่งจะมีความใกล้ชิดกว่าที่จะให้กระทรวงฯ เข้าไปดูแต่ละพวงบริการ ซึ่งผิดหลักการที่ว่าเราอยากให้พวงบริการมีอิสระในการบริหารจัดการ ซึ่งไม่ควรจะก้าวล่วงไปถึงตรงนั้น คนที่เป็นแขนขาของกระทรวงฯ ก็คือการ Monitor

เราก็จะเห็นบทบาทของเขตสุขภาพที่ชัดเจนว่ามีบทบาททำอะไรกับพวงบริการ แทนที่จะให้กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง ไปบริหารจัดการกับแต่ละพวงบริการเอง เมื่อกระทรวงฯ มีนโยบายก็ไม่ต้องลงไปให้พวงบริการให้ลงไปเขตสุขภาพ แล้วเขตก็จะจัดการต่อ ซึ่งก็จะเป็นบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็จะทำงานในลักษณะเครือข่ายของเขต เช่น เขตนั้นมี 5 จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 คน ก็ทำงานในลักษณะของพวงบริการเป็นเขตอยู่ ซึ่งก็จะทำงาน Public health งานควบคุมโรคหรืองานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นหลัก ซึ่งผมคิดว่าน่าจะเป็นประมาณนี้ และขอเพิ่มเติม 2 เรื่อง เรื่องที่ 1 คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะให้ไปอยู่ในส่วนไหน จะให้เป็น PP อย่างเดียว เป็น Health care หรือเป็น Medical care แบบที่เราหารือกันจริงๆ แล้วหากเราคิดอีกแบบหนึ่งคือเรา Decentralize เรื่องของ Health care ให้ท้องถิ่น งานบางอย่างให้ท้องถิ่นทำ แต่ไม่ได้หมายความว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้หน่วยงานใด เนื่องจากบทบาทไปอยู่ใน PCC ด้วย ซึ่งผมคิดว่าระบบนี้พอเป็นไปได้ เรื่องที่ 2 พวงบริการแบบ Dynamic เนื่องจากเราอาจจะต้องยอมรับสถานการณ์บางอย่าง เช่น บางจังหวัดหรือบางพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งต้องการที่จะสร้างโรงพยาบาลเป็นของตนเอง พวงบริการเราก็ต้อง Dynamic ที่จะดึงเขามาช่วยกัน หรือทำอะไรร่วมกัน หากถามว่าทำอย่างไรถึงจะทำได้แบบนั้นคือเราต้องมี Know how บางอย่าง หากอยู่ในเครือข่ายเราจะทำง่ายเรื่องโลจิสติกส์ มีการจัดการให้หมด ซึ่งก็เป็นการจูงใจแบบหนึ่ง ถ้าบางจังหวัดมีความพร้อมและมีศักยภาพในการสร้างโรงพยาบาลเป็นของตนเอง หากจะสร้างก็ได้แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงก็จะทำงานง่าย เป็นต้น ผมคิดว่าภาพแบบนี้ก็อาจจะเกิดขึ้น

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 11

ขอทำความเข้าใจในประเด็นของผู้อภิปรายลำดับที่ 8 หมายถึงว่าเขตกับกระทรวง เหมือนเป็นหน่วยงานเดียวกัน เข้าใจว่าเราพยายามจะกระจายอำนาจของกระทรวง มาไว้ที่เขตสุขภาพ ฟังดูแล้วความหมายเหมือนกับเขตเป็นนิติบุคคล คือมีอำนาจเต็ม ในบางเรื่อง แต่พอมาวันนี้เราจะตัดอำนาจลงไปถึงพวงบริการ ซึ่งก็หมายความว่าเขต กับกระทรวงฯ ส่วนกลางกลายเป็นหน่วยงานเดียวกัน



ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

ที่หารือกันไปว่าเราจะยกอำนาจหลายอย่างให้เขตสุขภาพแต่ตอนนี้เหมือนกับเรายกอำนาจลงไปให้พวกบริการบริหารจัดการกันเอง โดยเป็นนิติบุคคล ซึ่งนิติบุคคลจะไม่อยู่ที่เขต จากที่ประชุมหารือกันในวันนี้เป็นแบบนี้แต่อนาคตไม่ทราบ เท่าที่ตนจับใจความได้คือ เป็นแบบที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 11 เข้าใจถูกแล้ว พอเป็นแบบนี้แล้ว เรื่องของการจัดโครงสร้างเชิงอำนาจของกระทรวงส่วนกลางกับเขต ในตอนนี้ยังไม่ได้มีการคุยว่าตกลงเราจะมอบอำนาจอะไรของส่วนกลางให้เขตเพิ่มหรือไม่ และข้อเสนอของผู้อภิปรายลำดับที่ 8 ที่บอกว่าเรื่องของการกำกับหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับของกระทรวงฯ น่าจะยกให้กับเขตในการที่จะกำกับนโยบายบางเรื่อง เพื่อให้พวกบริการสามารถเดินไปในทิศทางเดียวกันได้โดยอาศัยกลไกบางอย่างที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 8 เสนอเมื่อสักครู่

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 5

ที่บอกว่าเอาเงินไปลงที่พวกบริการ จริงๆ แล้วนั้นเราหารือกันว่าเงินจะไปลงที่เขต เป็นกองทุนเขตไม่ใช่ลงพวกบริการ ไม่อย่างนั้นแล้วเขตจะไม่มีอะไรอยู่ในมือในการบริหารจัดการ เขตไม่ใช่เขตกระทรวงเพราะว่าต้องดูแลสังกัดอื่นๆ ด้วย เขตยังคงเป็นบอร์ดเขตที่เราคุยกันเมื่อช่วงเช้าเพียงแต่ว่าอำนาจบริหารจัดการลงไปให้พวกบริการให้เยอะมากที่สุด จะเป็นนิติบุคคลเหมือนที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 8 กล่าวหรือไม่ เป็นอีกเรื่องหนึ่งเพิ่มความคล่องตัวในการบริหารจัดการระดับเครือข่ายบริการ เขตยังต้องคุมงบประมาณและดูแลนโยบายที่เชื่อมต่อมาจาก NHPB ผมว่าสิ่งนั้นเป็นเรื่องสำคัญ Regulator เป็นหน้าที่ของกระทรวง ซึ่งคิดว่าเรื่องนี้ต้องชัดเจน หากปนกันแล้วต้องย้อนกลับไปใหม่

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 4

เข้าใจว่าเขตเป็น Provider บอร์ด ส่วนกระทรวงเป็น Regulator ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็น Regulator หากเราคัดประมาณนี้ก็น่าจะชัดเป็น Provider บอร์ด เพราะฉะนั้นเงินลงที่บอร์ดแล้วจัดสรรให้พวงบริการ ลักษณะของพวงบริการ คือมีอำนาจอิสระในการบริหารจัดการ แต่นโยบายต้องมาจากกระทรวงแน่นอน ถ้าดูว่าเป็น Provider, Purchaser, Regulator, Split ก็ใช้โมเดลนี้แล้วก็จับที่ละจุด

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 2

ผมค่อนข้างเห็นด้วยนิดหน่อยสำหรับความคิดเห็นเรื่อง เงิน UC น่าจะลงที่พวงบริการเพราะเป็นนิติบุคคลแต่เงินสนับสนุนอย่างอื่น เช่น งบลงทุน งบดำเนินการ บางส่วนก็คงลงที่เขตสุขภาพและเขตมีหน้าที่จัดสรรไปให้ หากเขตได้งบประมาณลงทุนมาจะจัดสรรให้พวงบริการไหนบ้าง ก็เป็นเรื่องของเขตสุขภาพที่จะจัดสรรลงไปได้ แต่ถ้าเงิน UC ที่เป็นรายหัวควรลงไปที่พวงบริการเลย

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

หากเป็นอย่างที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 2 เสนอ แบบนี้ก็จะมีเงินหลายก้อนและกลไกอย่างหนึ่ง ถ้าตีความง่ายๆ คือกลไกที่เขตสุขภาพจะทำหน้าที่ในการกำกับพวงบริการ ส่วนหนึ่ง ก็คือยังคงมีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณบางส่วน เช่น ในเรื่องของงบลงทุนที่จะให้กับพวงบริการ

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 4

ขออนุญาตมองต่างมุมผมมองว่าถ้าคลุมนโยบายของประเทศก็เป็น NHPB โดยกระทรวงเป็น Regulator ควบคุม และกระจายอำนาจมาให้เขตสุขภาพ ซึ่งเป็น Provider Board เงินก็ยังมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานที่จัดสรรเงินเป็น Purchaser อาจจะมีกรมบัญชีกลาง หรือประกันสังคม แล้วแต่ว่าประกันสังคมจะรวมด้วยหรือไม่แต่หลักๆ คือจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจากเขตสุขภาพจะจัดสรรเงินให้กับแต่ละพวงบริการ หากเงินลงไปที่ พวงบริการ แล้วพวงบริการมีอำนาจในตัวเองเขตก็จะทำอะไรไม่ได้เลย เพราะฉะนั้นเขต ต้องเป็นผู้จัดสรรเงินให้แต่ละพวงบริการ ว่าในเขตเดียวกันบางพวงบริการอาจจะต้อง ให้เงินเยอะ ซึ่งในบางพวงบริการอาจจะทำเรื่องโรคหัวใจ บางพวงบริการอาจจะทำเรื่อง มะเร็ง บางพวงบริการอาจจะทำเรื่อง trauma เพราะฉะนั้นเขตจะต้องเป็นผู้จัดสรรเงิน หากพวงไหนจะลงทุนทำอะไรก็ต้องมาให้เขตตัดสินใจทั้งหมด ถ้าให้พวงบริการตัดสินใจ ก็จะเหมือนสภาพปัจจุบัน เขตจะต้องมีอำนาจในเขตนั่น อย่างไรก็ตามเงินควรจะต้องลง ที่เขต แล้วเขตเป็นผู้จัดสรรเงินให้กับพวงบริการ

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

ผมเข้าใจว่ามีหลายทางเลือกซึ่งทางเลือก Extremes 2 เรื่อง คือ 1) เงินทั้งหมด อยู่ที่เขต 2) เขตไม่มีอำนาจจัดสรรงบประมาณ สิ่งที่อยู่ตรงกลางคือ เขตสามารถใช้ Financial power ในการที่จะ Steer พวงบริการได้บ้างนิดหน่อย งบประมาณที่เขต จะถือไว้เท่าใด ผมคิดว่าส่วนนี้สามารถตกลงกันได้และก็จะเหมือนกับตัวเลือกที่อยู่ ตรงกลาง ซึ่งผมเข้าใจว่าคงต้องลองไปทดลองกันดูว่าจะเอาแบบไหนหรือจะเสนออย่างไร

ทั้งนี้ผมไม่อยากจะปิดตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเลยเปิดแทบทุกเรื่องที่ไม่มีข้อสรุปให้เป็นทางเลือกอยู่ สมมติว่าเราเลือกทำ เช่น บางเขตสุขภาพ จะเลือกทำก็ไปตกลงกันเองว่าจะจัดสรรกันอย่างไรที่ถูกต้องมากที่สุดแล้วก็สรุปบทเรียนมา นอกเหนือจากเรื่องของเงินจากที่คุยกันจะต้องมีความสามารถในการที่จะสร้าง Accountability และจะต้องมีความสามารถที่จะมีกลไกขับเคลื่อนการบริหารจัดการได้ด้วย นอกจากนี้ยังมีอีก 1 คำถาม ว่าที่เขตจะเป็นนิติบุคคลด้วยหรือไม่

เท่าที่เราคุยกันเขตในที่นี้หมายถึงเขตสุขภาพ ผมเข้าใจว่าตอนนี้เราได้ข้อสรุปที่เหมือนกับตรงกันแล้ว คือจะมีคนภายนอกเข้ามาบริหารจัดการและมีกลไกอะไรบ้างอย่างที่จะควบคุมทั้งงานของสาธารณสุขและของสถานพยาบาลจริงๆ ก็ไม่ชัดเท่าที่ควรว่าเขาจะสามารถมีกลไกอะไร ทั้งนี้ได้มีกลไกทางการเงินแล้ว แต่กลไกในเชิงอำนาจถ้าผมเข้าใจไม่ผิดก็คือเหมือนกับตัดขาด เพราะว่าเรื่องของอำนาจในการแต่งตั้งโยกย้ายของเขตแทบจะไม่มี ซึ่งอยู่ที่พวงบริการทั้งหมดใช่หรือไม่ จากที่หารือเมื่อช่วงเช้าโดย CEO ก็ไปบริหารจัดการเรื่องคนเรื่องเงินภายในพวงบริการของตนเองที่ได้รับการจัดสรรมาเรียบร้อยในเรื่องการตั้งเงินเดือนหรือเรื่องกำลังคนให้ CEO เขต เป็นผู้จัดการเรื่องนี้ โดย CEO จะต้อง Accountable กับบอร์ดและเขต แต่จะไป Accountable กับเขตอย่างไรนั้นยังเห็นภาพไม่ชัด พุดง่าย ๆ ก็คือถ้าเขารู้สึกว่าไม่พอใจในการทำงานของ CEO คนนี้สามารถปลดได้หรือไม่ หากบอร์ดไม่เห็นด้วยแต่เขตเห็นว่าเรื่องนี้ไม่สนองนโยบายของรัฐบาลก็คือ ตัว Central policy ของเรา ถ้าเขตมีความรู้สึกที่ CEO คนนี้ไม่สนองนโยบายสามารถปลดเลยได้หรือไม่ มีสิทธิในส่วนนี้หรือไม่ เพราะว่าตอนนี้เขาไม่มีอำนาจในการบริหารจัดการคนใช่หรือไม่ ซึ่งเราบอกว่าไปอยู่ที่บอร์ดเพื่อสร้าง Balancing ของ Power

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 13

เริ่มต้นต้องถามก่อนหรือไม่ว่าเขตที่เราพูดถึงต่อจากนี้ไปเป็นเขตอะไร เพราะปัจจุบันเขตที่เราพูดถึง คือ 1) เขตตรวจราชการโดยมีผู้ตรวจราชการ เป็นประธาน ซึ่งมีแต่คนภายในกระทรวงฯ 2) เขตที่เป็นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชิญคนภายนอกเข้ามาแล้วก็มาร่วมบริหารจัดการคือ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) 3) เขตประชาชนที่จัดตั้ง โดย สช. 4) เขตใหม่ที่เรา กำลังจะพูดถึงหรือเป็น RHB ที่อาจจะมีการทำขึ้นใหม่ เราถึงจะไปต่อได้ว่าเป็นนิติบุคคลหรือไม่ หรือให้คิดเป็นภาพลอยๆ ก่อนว่าเขตนั้นมีอำนาจหน้าที่อะไรบ้าง และคนในนั้น มาจากไหน ซึ่งในปัจจุบันมี 3 เขต คือ 1) เขตตรวจราชการโดยมีผู้ตรวจฯ เป็นประธาน 2) เขตที่เป็นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (อปสข.) และ 3) เขตสุขภาพ เพื่อประชาชน



ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

คำถามของผมคือภายใต้ระบบใหม่ ที่มีพวงบริการเกิดขึ้น ที่บอกว่าเราอยากให้ตัวพวงบริการเป็นนิติบุคคลด้วย ซึ่งเขตสุขภาพนั้นจะมีสถานะภาพเป็นอย่างไร ตอนนี้กำลังคิดโจทย์ของผู้อภิปรายลำดับที่ 8 เรื่อง Governance เพื่อจะขับเคลื่อน Policy ตัวเขตต้องมี Draft ซึ่งหากไม่มี Draft จะไปชี้นำตัวพวงบริการไม่ได้ อาจจะเป็นอำนาจทางการเงิน ซึ่งฟังดูแล้วพอมีความเป็นไปได้กับอีกเรื่องหนึ่งคือ อำนาจทางด้านการบริหารจัดการ ผู้บริหารสูงสุดคือ CEO ของเขต โจทย์ก็คือ สถานะภาพจะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ ถ้าเป็นนิติบุคคลจะมีอำนาจอะไรบางอย่างที่ถูกถ่ายมาจากกระทรวงสาธารณสุข และมีอำนาจในการบริหารจัดการภายในได้ระดับหนึ่ง สมมติว่าพวงบริการนี้จะต้อง Accountable ต่อเขตสุขภาพจะได้จัดโครงสร้างให้สัมพันธ์ตามกัน ในวันนี้อาจจะให้มีการเสนอความคิดมาก่อน แล้วผมจะสรุปจึงค่อยไปคิดต่อ ซึ่งยังพอมีเวลารับฟังความคิดเห็น โดยอาจยังไม่มีข้อสรุปแต่เราเหมือนกับมีโจทย์แล้วไปฟังความคิดเห็นต่อ แล้วไปนำเสนอว่าขณะนี้เราคิดได้ประมาณนี้ และยังไม่ได้ข้อสรุป เพราะฉะนั้นต้องช่วยกันคิดแล้วเราจะเอา Idea นี้ไปทดลองใช้

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 3

ยังไม่เข้าใจว่าทำไมเขตสุขภาพต้องเป็นนิติบุคคลคิดว่าไม่จำเป็น ส่วนเรื่องเขตจะมีอำนาจในการบังคับบัญชาเรื่องพวงบริการอย่างไร ผมว่าจริงๆ คนที่เป็น CEO พวงบริการต้องถูกประเมินทุก 6 เดือนอยู่แล้วตามสัญญาจ้าง ในเชิงนโยบายสัญญาต้องออกมาจาก TOR หากทำไม่ได้ก็ต้องเปลี่ยนคนอยู่แล้วเปลี่ยนโดยบอร์ด ซึ่งเขตไม่มีอำนาจไปเปลี่ยน เพราะ TOR สัญญาจ้างได้กำหนดไว้ว่าจะทำอะไร

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 4

สมมติว่า ผอ.พวงบริการทำไม่ได้ตามที่เขตกำหนด ผมว่าบอร์ดเขตน่าจะมีอำนาจในการชะลอการปฏิบัติหน้าที่และให้บอร์ดของพวงบริการพิจารณา ถ้าบอร์ดพิจารณาว่าทำงานดีก็ต้องยืนยันกลับไปให้บอร์ดของเขต หากครั้งที่ 2 ตัดสินว่าคนนี้ทำงานไม่ดีตัวชี้วัดไม่ผ่านบอร์ดของพวงบริการต้องหาคนใหม่ ถ้าเขตยืนยัน 2 ครั้ง เพราะบอร์ดเขตก็ต้องมี power ในการดูแลควบคุมกำกับของทุกพวงบริการ ซึ่งเหล่านี้ก็เป็นตุ๊กตาและเป็นอีกมุมมองหนึ่ง

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 6

scale อาจจะไม่ใช่พวงบริการในระดับของจังหวัดหรือ 2 - 3 จังหวัด อาจจะเป็น Scale ระดับเขตก็ได้ เพราะฉะนั้นคำว่าพวงบริการได้หลาย scale ใน 1 เขตอาจจะมี 2 - 3 พวงบริการหรือมากกว่านั้นหรือใน 1 เขต คือ 1 พวงนั่นคือ พวงเขต ถ้าหากเราคิดว่าพวงบริการในเขตนี้ เช่น เขต 5 เป็น Scale ระดับเขต ซึ่งเขตนั้นต้องเป็นนิติบุคคล สมมติว่าใน 1 เขต มี 3 พวงบริการ ตรงระดับพวงบริการก็เป็นนิติบุคคล แต่ระดับเขตไม่จำเป็นว่าต้องเป็นนิติบุคคล คือได้หลากหลายโมเดล ขึ้นอยู่กับว่าเราคิดที่จะเลือกทำ Pilot ก็โมเดล หากจะต้องการโมเดลเดียวกันก็ต้องมาคุยกันถึงข้อดีข้อเสียของแต่ละแบบคืออะไร ซึ่งแนวคิดเป็นไปได้ทั้ง 2 อย่าง เพราะสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ Autonomy ที่ในระดับของพวงต้องบริหารจัดการได้เต็มที่ เพราะถ้าอย่างนั้นจะไม่มีแรงจูงใจและก็จะเกิดการไหลออกของไปอยู่ที่อื่นๆ หมด

ผู้อภิปรายลำดับที่ 14

ผมมีความรู้สึกอย่างหนึ่งว่าการที่มากลางกันเช่นนี้ ผมตั้งคำถามว่าส่วนกลางของกระทรวงเคยทำหรือไม่ เพราะที่กำลังทำตอนนี้ล้วนเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่หน้างาน ซึ่งก็จะเป็นมุมมองของคนที่อยู่หน้างาน คำถามคือ มุมมองของคนวิชาชีพที่มองเรื่องเหล่านี้อย่างไร เหตุการณ์นี้ที่เราคุยเรื่องการพยายามจะ Reform เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนหน้านี้ คุยกันมาตั้งแต่ พ.ศ. 2553 แต่ยังไม่มีการคุยแบบจริงจังในระดับกระทรวงโดยผู้บริหารระดับสูง ผมไม่ได้มองว่ากระทรวงฯ เป็นส่วนใหญ่ของทั้งหมด แต่เป็นส่วนหนึ่งที่ดูแลประมาณ 60 - 70 เปอร์เซ็นต์ คำถามคือ ที่กำลังมองภาพ 60 - 70 เปอร์เซ็นต์ มองในเรื่องนี้อย่างไร เคยคุยกันตั้งแต่เมื่อผมรับราชการ ผมคิดว่ารูปธรรมอย่างหนึ่งที่เราเคยเสนอแล้วมีการนำไปปรับคือเป็นเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพราะฉะนั้นผมคิดว่าร่องรอยต่างๆ สำหรับการทำงานเรื่องนี้มีมากพอสมควร ผมคิดว่าองค์กรที่ทำเรื่องนี้หลักจริงๆ ในสมัยที่ผมรับราชการ คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งมีการริเริ่มเรื่องนี้อยู่มากพอสมควร การริเริ่มข้อดีข้อเสียของประเทศต่างๆ คงมีรายละเอียดที่แตกต่างกันพอสมควร แต่ประเด็นหลักที่มีการคุยกัน คือ มันควรจะไม่ Centralize แบบประเทศไทย ขณะนี้มีองค์กร Centralize อยู่มากมายหากกล่าวถึงกระทรวงก็คือกระทรวง หากกล่าวถึงการเงินก็คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถึงเป็นที่มาของประเด็นที่ว่า Decentralize of management แต่ประเด็นที่เห็นต่างคือต้องมีส่วนร่วม และมีทุกภาคเข้ามาออกแบบและบริหารระบบ ซึ่งเพิ่งคุยกันไประหว่างกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับกระทรวงไปเมื่ออาทิตย์ที่แล้วเป็นครั้งแรกที่เห็นตรงกันหรือไม่ก็ไม่แน่ใจ แต่ต้องบันทึกเอาไว้ เพราะเป็นสิ่งที่พูดคุยกันก็คือ Decentralize of management เรื่องนี้คุยกันมาเยอะว่าจะ Decentralize ไปถึงจังหวัดหรือไม่ เพราะมีจังหวัดอยู่

ผมคิดว่าเรื่องนี้มีการคุยกันมาพอสมควร เราพูดกันเรื่อง Reform ครั้งแรกเมื่อประมาณปี 2551 - 2552 ว่าถ้าหากจะกระจายอำนาจจริงๆ ควรจะเป็นระดับไหน ระดับจังหวัดหรือไม่เพราะมีผู้ว่าราชการจังหวัด มีระเบียบบริหารราชการแผ่นดินสุดท้ายโดยข้อสรุปเหมือนว่าไม่ได้เนื่องจากหลากหลายและแตกต่างกันในเชิงปริมาณ เพราะฉะนั้นจึงมองว่าระดับเขตสุขภาพน่าจะเป็นพื้นที่ที่ Optimal size เป็น Economy of scale ทั้งในเรื่องของทรัพยากรและความเสมอภาคในการที่จะไม่ให้เหลื่อมล้ำในเรื่องการจัดบริการในทรัพยากรแบบนี้ และไม่สามารถทำให้ไม่เหลื่อมล้ำทุกจังหวัดได้ ก็ควรจะเป็นระดับหนึ่ง ซึ่งเขตน่าจะเป็นตัวเลขที่เหมาะสม เรื่องนี้ สวรส. มีการคุยกันเยอะพอสมควรในสมัยก่อน หากถามตอนนี้ ผมคิดว่าประเด็นหลักคือ Decentralize of management ไว้ที่เขต โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคี ตนคิดว่าเรื่องนี้เห็นตรงกันแล้ว เพราะฉะนั้นเมื่อกล่าวแบบนี้ผมคิดว่าอยากให้เห็นอย่างหนึ่งคือ กรุงเทพมหานคร และในขณะที่หารือกันผมได้คิดตามว่าถ้ามีกลไกนโยบาย คือ **คณะกรรมการปฏิรูปเสนอไว้ 3 กลไก** ได้แก่

1) กลไกที่เป็นเชิงนโยบายที่จะต้องมีเอกภาพที่ระดับประเทศ กลไกนี้ต้องออกแบบว่าควรจะเป็นอย่างไร โจทย์ที่ให้คณะกรรมการชุดนี้ก็คือ กลไกที่จะทำให้เกิดเอกภาพทางนโยบายควรจะเป็นอะไร มีข้อเสนอเรื่อง NHPB โดยสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศและสภานิติบัญญัติแห่งชาติกร่างกฎหมายไว้แล้วซึ่งเป็นผลงานชิ้นสำคัญของสภานิติบัญญัติแห่งชาติก็คือ การยกร่าง พ.ร.บ.กรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงเขตอยู่ในนั้นด้วย ผมคิดว่าเรื่องนั้นประเด็นหลักคือกลไกที่จะทำให้เกิดเอกภาพทางนโยบาย มีทางเลือกอะไรบ้างในประเทศไทย 1) NHPB ซึ่งกระทรวงออกแบบอีกแบบหนึ่งก็ถูกตีตก เพราะฉะนั้นขณะนี้สิ่งที่ได้ทำไว้นั้นก็คือ ร่าง พ.ร.บ. NHPB ที่ออกโดยสภานิติบัญญัติแห่งชาติกับสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศนั้นคือรูปแบบที่ 1 มีรูปแบบอื่นหรือไม่ที่จะเป็นกลไกที่ทำให้เกิดเอกภาพทางนโยบายจริงๆ เพื่อจะตอบปัญหาของความไม่เป็นเอกภาพทางนโยบายในเชิงนโยบายของทุกกระทรวงที่กำลังดำเนินการในทุกวันนี้ ตัวอย่างที่เราพูดกันเสมอก็คือแต่ละกระทรวงก็มี พ.ร.บ. งบประมาณ



มีโรงพยาบาลคณะแพทย์เยอะแยะที่สร้างแล้วไม่มีบุคลากรเข้าไปอยู่และกำลังสร้างขึ้นมาอีก คำถามคือเหตุการณ์แบบนี้กลไกนโยบายแบบไหนที่จะมาตอบและจะทำให้ไม่เกิดการสูญเสียทรัพยากรแบบไม่มีประสิทธิภาพ ผมคิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่คณะทำงานฯ ชุดนี้ที่เราคาดหวังไว้ว่า ควรจะต้องเสนอทางเลือกว่านอกจาก NHPB ที่มีการยกร่างไว้แล้ว มีอะไรอีกหรือไม่ที่จะทำให้มีเอกภาพจริงๆ ซึ่งผมไม่แน่ใจว่าใครคิดอยู่ นี่คือกลไกที่ 1 ที่จะต้องหาคำตอบว่าจะเป็นอย่างไรมาก่อน และกระทรวงศึกษาธิการจะยอมหรือไม่

ผมคิดว่าผู้อภิปรายลำดับที่ 10 และ 11 ทราบอยู่แล้วในประเด็นเรื่องกำลังคน ซึ่งมีแผนแม่บทเรื่องกำลังคนมา 1 ทศวรรษแล้ว แต่ไม่สามารถเอามา Implement ได้ในทางปฏิบัติ ขณะที่เข้าสู่ทศวรรษที่ 2 มีคณะกรรมการกำลังคนแห่งชาติภายใต้ สช. แต่ไม่สามารถจะมีผลบังคับใช้กับใครได้เลยจนถึงทุกวันนี้ใครอยากเปลี่ยนอะไรก็เปลี่ยน ใครอยากทำอะไรก็ทำ แต่มีแผนแม่บท มีกรรมการนโยบายกำลังคนแห่งชาติ สิ่งนี้ก็คือ ความไม่เป็นเอกภาพและความที่ไม่มีทิศทางทางนโยบายที่ชัดเจนพร้อมทั้งอำนาจอื่นๆ หากจะลงไปอีกก็คือเรื่องเทคโนโลยี เรามี ICT ทั่วประเทศ คำถามคือใครจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าไม่ให้มีหรือไม่มีในแต่ละที่ เพราะเป็นเรื่องของแต่ละคนที่อยากจะทำหรือแม้กระทั่ง งานวิจัยและเรื่องการเงินการคลัง ทั้ง Six building blocks ที่บอกว่าเป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินงานระบบสุขภาพ คำถามคือเมื่อไม่มีเอกภาพถึงเป็นแบบทุกวันนี้ เพราะฉะนั้นกลไกที่จะทำให้เป็นเอกภาพทางนโยบายควรเป็นอะไร มีกฎหมาย มี พ.ร.บ.สช. ใช่หรือไม่ กรรมการสุขภาพแห่งชาติที่มีนายกฯ เป็นประธานใช่หรือไม่ ที่บอกว่าเป็น Consultative board ไม่ใช่ Administrative board เพราะฉะนั้น คำถามคือ เราต้องการเอกภาพทางนโยบายจริงหรือไม่ กองทุนทั้ง 3 กองทุน ก็ต่าง ดำเนินการกันไป ซึ่งเราต้องการความเป็นเอกภาพในเรื่องของหลักประกันสุขภาพให้กับ ประชาชนแบบเท่าเทียม ผมคิดว่าเป็นโจทย์ที่ 1 ที่ต้องออกแบบกลไกระดับชาติที่สร้าง เอกภาพจริงๆ ซึ่งขณะนี้ผมไม่แน่ใจว่าคณะทำงานนี้กำลังดำเนินการไปถึงไหน

2) กลไกที่เสนอไว้คือการกระจายอำนาจไปไว้ที่เขต ที่คิดในเชิง Conceptual ก็คือ ทั้ง Six building blocks สามารถออกแบบระบบบริการภายในเขตได้หรือไม่ ที่ไม่ใช่ ของกระทรวงสาธารณสุข ออกแบบระบบบริการเพื่อประชาชนให้เท่าเทียมกันทุกเขต รวมทั้งกรุงเทพมหานครด้วย ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลจังหวัดมี Cardiac Catheterization ทุกแห่งใน 1 เขต มีหมออายุรกรรมสาขาโรคหัวใจเต็มไปหมด และมี Intervention แต่นอกเวลาราชการไม่เปิด หากเป็นเช่นนี้ใครจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าเรื่องแบบนี้ ต้องไม่เกิด เพราะประชาชนไม่ได้รับประโยชน์ ผมคิดว่ากลไกที่ 2 ที่ออกแบบเอาไว้ก็คือ ให้กลไกหนึ่งสามารถที่จะมอง Six building block ครบถ้วนภายในเขตได้หรือไม่

ระบบบริการคงไม่มีอำนาจ Intervene กับงบประมาณของกระทรวงกลาโหม หากว่าจะสร้างโรงพยาบาล 500 เตียง แต่จะต้องมีแบบไหนที่จะทำให้มี Hard power ที่จะทำให้รัฐบาลกลางไม่เสียทรัพยากรไป โดยการผ่านเขตหรือไม่ ผมคิดว่าเป็น Power หรือว่าการที่จะออกแบบระบบบริการที่เขตทั้ง Six building block เลยหรือไม่ หากพูดถึงเรื่องกำลังคนสามารถที่จะออกแบบเรื่องกำลังคนที่เขตได้หรือไม่ ว่าเขตนี้ ควรจะมีสาขาวิชาชีพเท่าไร อย่างไร กำลังคนควรจะมีผลิตแค่ไหน และถ้าเชื่อมโยง กับฝ่ายผลิตและฝ่าย Supply ภายในเขตตัวเอง จะออกแบบการผลิตกำลังคนได้หรือไม่ รวมไปถึงค่าตอบแทน จะออกแบบได้หรือไม่ เบี้ยเลี้ยงเหมาะสมที่เป็น One fit for all แล้วไม่เกิดประโยชน์ จะออกแบบอย่างไร ให้เอาการเงินมาขับเคลื่อนคนให้อยู่ในเขต ผมคิดว่าเรื่องเหล่านี้คือกลไกเรื่องที่ 2 ที่คิดว่างานวิจัยหลายงานบอกว่าควร Decentralize ให้กับเขตหรือให้กับพื้นที่หรือไม่ คำถามคือ กลไกนี้รูปแบบเป็นอย่างไร

จากที่ได้ฟังเรื่องการเป็นนิติบุคคลหรือไม่เป็นนิติบุคคลผมคิดว่าเร็วไปหรือไม่ ที่จะคิดถึงเรื่องนั้น ในประเด็นของผมคิดว่าถ้ากลไกนี้สามารถบริหารจัดการให้เบ็ดเสร็จ ภายในเขต การเงินการคลังที่มีจะสามารถใช้กลไกการเงินการคลังนี้มาทำให้ขับเคลื่อน ระบบบริการภายในเขตให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีที่สุดได้หรือไม่ เนื่องจากทุกวันนี้ กลไกการเงินการคลังถูกออกแบบโดยส่วนกลางใช่หรือไม่ RW ก็คิดจากส่วนกลาง หรือจะให้ไปคิดกันเองในเขตได้หรือไม่ ยกตัวอย่างที่ผมเคยไปคุยกับโรงพยาบาลท่าวังผา ที่พยายามบอกว่าโรงพยาบาลจำเป็นจะต้อง Admit COPD เพราะว่าจะได้เงิน หากทำเป็น Ambulatory care จะไม่ได้เงินแบบนี้ เป็นต้น เพราะฉะนั้นกลไกแบบนี้จะออกแบบเป็น Micro management ที่ระดับเขตได้หรือไม่ โดยเอาเงินไปวางไว้ตรงนั้น ผมคิดว่า หากเรามองเรื่องเหล่านี้ที่เขต กลไกที่เขตควรจะมีกลไกหนึ่งที่สามารถออกแบบ Six building blocks ทั้งหมดและบริหารระบบด้วยตนคิดว่านี่คือ 2 กลไกที่พยายาม Purpose

3) หากจะเป็นแบบนี้จริงกลไกที่จะกำกับติดตามประเมินผลจะเป็นอย่างไร

ตัวอย่างของกรุงเทพมหานครชัดเจนว่าไม่ได้อยู่ภายใต้ของกระทรวงสาธารณสุข เพราะฉะนั้นนโยบายที่เกี่ยวกับกรุงเทพมหานคร คำถามคือ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายควบคุมโรคอย่างไรที่ชัดเจนที่กรุงเทพมหานครต้องทำ จะประเมินอย่างไร และใครเป็นผู้ประเมิน ไม่มีการไปตรวจราชการแต่เป็นกลไกติดตามกำกับ ประเมินผล ตนคิดว่าเราพยายามจะหาคำตอบสำหรับ 3 กลไกที่ควรจะเป็นกลไกหลัก เป็น Backbone ของระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ ซึ่งจะมีแค่ 3 กลไกที่เราออกแบบ

ทั้งนี้ผมอยากจะลองแลกเปลี่ยนว่า 1) กลไกหลัก 3 กลไกเห็นตรงกันหรือไม่ ซึ่งเราเห็นตรงกัน 2 กลไก คือ **กลไกที่ 1 Centralize for policy** ที่บอกว่า one health policy กลไกนี้เป็นอย่างไร ต้องเชิญกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม มาหารือหรือไม่ เพื่อขับเคลื่อนให้เป็น Policy ที่เป็นเอกภาพจริงๆ **กลไกที่ 2 เขต Decentralize of management** ซึ่งไม่ใช่เขตของกระทรวงฯ หากจะทำก็เป็นเรื่องภายใน ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ขณะนี้คณะกรรมการปฏิรูปอยากเห็นเขต ที่เป็นเขตดูแลประชาชนอย่างแท้จริง คำถามคือใช้เขตสุขภาพประชาชนหรือไม่และเขต ที่มีอยู่ทั้ง Provider board และ Purchaser board ส่วนนี้จะจัดอย่างไร ที่จะเป็น Commission board ผมคิดว่าเหล่านี้ คือ การออกแบบการมีข้อเสนอ **กลไกที่ 3 กลไกเชื่อมโยง คือ กลไกสนับสนุน** ซึ่งก็จะกลับมาถามบทบาทของกองตรวจราชการ บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หากเป็นแบบนี้จริงก็ต้องจัดโครงสร้างใหม่และปฏิรูปโครงสร้างการทำงานใหม่ เรื่องนี้แผนปฏิรูปเขียนไว้ว่าปี พ.ศ.2564 ซึ่งผมไม่แน่ใจว่าคณะทำงานฯ หรือแม้กระทั่ง กระทรวงเคยเห็นแผนนี้หรือไม่ ถ้าไม่ใช่แล้วจะปรับ ผมก็คิดว่าหากปรับ Conceptual ก็ต้องคุยกันหรือหากปรับเวลากว่ากันไปตนคิดว่าเรื่องนี้ตรงไปตรงมา และก็คงเป็นทั้งหมด ที่มีอยู่ในกรรมการปฏิรูป ส่วนที่ออกมาพูดกันก็ไม่แน่ใจว่าตรงกันหรือไม่ แต่ผมคิดว่า เรื่องนี้มีเอกสารอยู่ในแผนปฏิรูปของประเทศซึ่งก็จะถูกกำกับทุก 3 เดือน

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 11

ครั้งที่ผ่านมาก็มีการประชุมได้ key words 3 คำ คือ Centralize policy , Decentralize of management , Reform office ในครั้งนี้อยากเห็น key words จากทั้ง 3 คำนี้ว่าจะออกมาอย่างไร อยากจะเห็นทั้งหมดนี้สั้นๆ

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

ในครั้งนี้อะไรเริ่มจากข้างล่างโดยเริ่มจากเรื่องของ Medical service และ Health service โครงสร้างรูปแบบการให้บริการเป็นอย่างไร และกำลังจะ Work our way up ก็คือตอนนี้เรามองภาพระดับบริการได้แล้วว่า เราอยากได้ระบบบริการที่ Independent และในตอนนี้เรากำลังมองย้อนกลับไปว่าส่วนที่เป็นสถานพยาบาลหรือสถานบริการจะไปเชื่อมกับตัว Policy ระบบ Governance ของสถานพยาบาลแล้วจะเป็นอย่างไร และจะมีความเชื่อมโยงกับเขตหรือกับกระทรวงมากน้อยแค่ไหนและอย่างไร ซึ่งความเป็นจริงก็มี Extreme มากมาย สมมุติว่า Extreme แบบแรกก็คือ Totally Independent กับกระทรวงสาธารณสุข ออกไปแล้วอาจไม่ต้องเกี่ยวข้องกับเขต ซึ่งก็เป็น Extreme แบบข้างหนึ่ง ส่วนอีกข้างหนึ่งก็คือบอร์ดของพวงบริการยังเป็นคนของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งก็เป็น Totally Independent ระดับหนึ่ง และก็กำลัง Work ของเรากลับขึ้นมา ทั้งนี้ที่เราคุยกันว่าแล้วระบบกลไกเชื่อมโยงเรื่องของ Governance ระหว่างเขตกับพวงบริการจะเป็นอย่างไร ก็พอจะได้แนวคิดที่ยังไม่ถึงกับสรุปลงตัว

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 8

ครั้งที่แล้ว National Health Policy Board เราคุยกันค่อนข้างเยอะ เพราะฉะนั้นวันนี้จึงไม่ได้แตะส่วนนั้นมาก ในวันนี้ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่มาจากพื้นที่ ภาพที่อาจารย์พลเดชได้เสนอไว้ให้ก็คือ One policy for health เราพูดถึงเรื่องเหล่านี้อยู่ หากพูดถึงวันนี้ที่เป็นความเห็นนั้นเป็นเรื่องของ National Health authority เป็นของกระทรวงฯ บทบาท และหน้าตาเป็นอย่างไรที่เป็นของกระทรวง ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะโยงมาถึง National Health Policy Board อยู่แล้ว ในเขตของกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่แล้วพูดถึงเขตสุขภาพ ซึ่งเราอาจจะมองไม่เหมือนกัน เช่น เขตสุขภาพที่เป็นเขตสาธารณสุข เนื่องจากเรามองว่าสิ่งที่สามารถทำได้เลยคือเราพูดถึงสาธารณสุขไว้ก่อนแล้วแยกทำ Public health **ข้อที่ 1 ก็คืองาน Public health** เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แม้กระทั่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งงานนี้จะต้องเชื่อมอย่างน้อยในเชิง Policy **ข้อที่ 2** พูดถึง Regional health policy ในส่วนนี้ยังไม่ชัดและก็ยังหารู้กันว่าต้องเป็นนิติบุคคลหรือไม่ หรือจะเป็น Holding company จากแต่ละพวงบริการ ซึ่งในส่วนนี้ก็ยังไม่ชัดเจน แต่ในช่วงบ่ายที่เราพูดถึงพวงบริการว่าไม่จำเป็นต้องเป็นแบบพวงบริการเดียว อาจจะมีพวงบริการ 1 - 3 พวงบริการ ขึ้นอยู่กับพื้นที่

ขณะนี้เราคิดว่าเปิดประเด็นไว้ตรงนี้ว่าพวงบริการนี้อาจจะมีความต่างกันได้ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างพวงบริการกับเขตยังไม่ลงตัวว่าจะเป็นอย่างไร หากพูดถึงพวงบริการ ที่ผมฟังไม่ผิดก็คือ ขณะเราพูดถึงพวงบริการเป็นหลักก่อน เช่น พูดถึง Medical care ทั้งหมดก็จะรวมกันเป็นพวงบริการแต่ยังไม่ได้พูดถึง ตามที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 14 บอกว่าโรงพยาบาลของกรม โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลทหาร และโรงพยาบาลเอกชนอยู่ในส่วนนี้หรือไม่ ซึ่งก็ยังไม่ได้พูดถึงและยังไม่มีคำตอบ อีกส่วนหนึ่งคือเรื่องของ Purchaser ซึ่งถ้าวางแบบนี้ (ตามสไลด์) จริงๆ ควรจะมีการเชื่อมระหว่างที่อาจารย์พูดถึงว่าเขตหากมีตัวโครงสร้างเขตก็จะเป็นหน่วยงานที่ประสานกับ Purchaser

โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แทนที่จะลงไปที่กระทรวงสาธารณสุข ให้ลงไปตามแต่ละเขตแล้วให้เขตไปหาหรือกันเองดีกว่าหรือไม่ เพื่อให้เขตบริหารจัดการกันเอง ในเขตนั่นและการจัดการก็เป็น Decentralize ซึ่ง Purchaser ไม่ใช่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใหญ่อยู่หน่วยงานเดียว ยังมีสำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง หากเขตสามารถประสานและคุยกันได้ ซึ่งถ้ามองจากตรงนี้ ผู้ทำงานในลักษณะของบอร์ดเขตก็จะมีคนกลุ่มนี้ด้วย อีกสายหนึ่งที่ยังไม่ได้พูดถึงในวันนี้มากก็คือเรื่องของพัฒนากำลังคน ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่เขตก็อาจจะเข้ามา มีบทบาท จริงๆ เรามีทั้งมหาวิทยาลัยและแม้กระทั่งสถาบันพระบรมราชชนกที่ยกระดับขึ้นมาเป็นมหาวิทยาลัย หรือวิทยาลัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้อง



ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

ขอเพิ่มเติมอีกนิดว่าวันนี้เราคุยกันในส่วนของหน่วยงานบริการมากขึ้น และตอนนี้ก็มาติดอยู่ที่เขต เพื่อที่จะบอกว่างานไหนหน่วยงานใดที่จะรับไปทำและระบบ Governance จะเป็นอย่างไร ซึ่งส่วนนี้สุดท้ายที่ได้คุยกันก็จะไปมีผลกระทบกับโครงสร้างของหน่วยงานในระดับภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมื่อข้ามจากหน่วยงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขไป ก็จะมีผลกระทบกับเรื่องของการจัดโครงสร้างของหน่วยงานของกรม ศูนย์วิชาการของแต่ละกรม จะมีผลกระทบอย่างไร เมื่อพูดถึงบริการก็ยังมีโรงพยาบาล อีกชุดที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 14 พูดถึงก็คือ โรงพยาบาลจิตเวชของกรมสุขภาพจิต จะเป็นอย่างไร หากเราเริ่มแบบใจเย็นๆตามที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 12 บอกก็คือ เริ่มจาก Cluster ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขค่อยๆเป็นไป ซึ่งก็พอมีทางที่เป็นไปได้ ความรู้สึกของผมก็อาจจะเป็นอย่างนั้น ทั้งนี้เราก็คุยกันในเรื่องของ Scale บทบาท ความรับผิดชอบ เรื่องการบริหารจัดการการเงิน คน และ Governance ของหน่วยบริการ และเรื่องของความสัมพันธ์ของ Governance กับ เขตไปบ้างแล้ว นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่ไม่สามารถหาข้อสรุปได้ ซึ่งก็เปิดเป็นทางเลือกไว้หลายประเด็น เพราะหากเราลงไปทำรายละเอียดในเรื่องเหล่านี้ เวลาที่จะ Implement จริงๆ จึงมีเรื่องที่จะต้องคิดอีกเยอะมาก

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

ผมยังกังวลเรื่องการควบคุมโรคว่าในบางพื้นที่อาจจะทำไม่สำเร็จ เพราะหากตัดโครงสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกหมด รวมทั้งงานส่งเสริมสุขภาพบางอย่าง หากพื้นที่ไม่ทำ Health promotion และการควบคุมโรค แล้วปล่อยให้ระบาดไปทั่ว เราก็รับมือไม่ไหว จึงอยากฝากในประเด็นนี้

ความคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้อภิปรายลำดับที่ 1

ผมเข้าใจประเด็นที่ผู้อภิปรายลำดับที่ 2 กล่าวถึง และที่ท่านประธานเขียนก็คือ ส่วนที่เป็นหน่วยบริการที่จะดูทั้ง Primary medical care ซึ่งตอนที่สรุปก็มีหลายรูปแบบ และไม่ได้ทิ้งว่าจะไปกันรูปแบบนี้ แต่เรายังมีอีก 2 ทางเลือกอยู่ ทั้งนี้ผมมีความรู้สึกว่า สุดท้ายแล้วก็เหมือนจะ Convers เข้าหากัน ซึ่งจะมีอยู่ระบบหนึ่งที่อเมริกาเรียกว่า Health maintenance organization โดยเป็นบริษัทเอกชนที่รับจ้างที่รับประกัน ทั้งนี้เขาก็ถูกยกย่องว่าเป็นหน่วยงานที่ Efficient และทำให้คนตายน้อย ใช้เงินน้อย แต่ผลตอบแทนสุขภาพค่อนข้างดี องค์กรนี้โดดเด่นมากในการ Prevention อย่างหนัก เพราะเขาไม่ต้องการจ่ายเงินเรื่องการรักษา สุดท้ายแล้วผมคิดว่าระบบนี้จะ Convers เข้าหากันระดับหนึ่ง เพราะสุดท้ายมีเงินมากเท่าไร หากไม่ทำเรื่องป้องกันก็จะยาก ความเป็นจริงเราก็รู้กันอยู่ว่าสิ่งที่เราอยู่รอดด้วยเรื่องของเงินเป็นเพราะอะไร ตอนนี้เหมือนกับว่าคนที่ทำเรื่อง Care จะไม่นึกถึงเรื่อง Investment ของ Prevention ผมเข้าใจด้วยหลายเหตุผล หากเรามีหน่วยงานบริหารด้านการเงินที่ดี ผมคิดว่าคนที่ทำเรื่อง Care จะไม่ละเลยเรื่อง Prevention

“

5. สรุปข้อเสนอการบริหารหน่วยบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ ”

นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค คณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ได้นำเสนอสรุปข้อเสนอการบริหารหน่วยบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ สาระสำคัญ ดังนี้



ประเด็นที่เราคุยกันมีอยู่ 2 - 3 ประเด็น ที่มีความเห็นร่วมกันและก็มีประเด็นเปิดอยู่อีกจำนวนหนึ่ง ผมจึงขอสรุปประเด็นที่มีความเห็นตรงกัน ได้แก่ **เรื่องที่ 1** เป็นเรื่องที่ยกมาจากครั้งที่แล้ว คือ **One Policy for Health** และ**เรื่องที่ 2 Decentralize of Management** การหารือในครั้งนี้มีความชัดเจนขึ้นในเรื่องของประเด็นที่เรามี Freeway split เราคุยกันในหลักการซึ่งเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขควรจะ split ออกจากการเป็น Service provider เรื่องของการให้บริการก็จะเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไป ทั้งนี้ สรุปการอภิปรายและข้อเสนอต่างๆ สำหรับเมื่อวานนี้ในเรื่องการบริหารหน่วยบริการสุขภาพรูปแบบใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ สรุปได้ว่า

“หน่วยบริการสุขภาพ ควรเป็นหน่วยงานที่มีอิสระ แต่ก็ยังอยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เพราะฉะนั้นกระทรวงสาธารณสุขจะมีหน่วยงานที่เป็น Regulator หรือเป็น National authority และมีหน่วยบริการที่เป็น Service provider แต่ข้อสรุปเชิงลึกที่ได้มีการพูดคุยกัน เข้าใจว่าเราวางกรอบไว้แค่ Medical service เป็นหลัก โดยจะขอตั้งชื่อเทียบเคียงแบบของประเทศอังกฤษที่มี NHS : National health service จึงขอเสนอตั้งชื่อของประเทศไทยให้เป็น “NMS : National medical service”

ทั้งนี้ เรื่องที่ 3 ในประเด็นของ Service provider ผมเข้าใจว่าเรื่องนี้ยังเป็นเรื่องที่จะต้องมีการพูดคุยหารือและจะต้องทำความเข้าใจกันอีกพอสมควร ตั้งแต่เรื่อง National medical service ซึ่งเราก็คงอยากให้มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการลงไปในระดับเขต เขตจึงเป็นเขตของ National medical service ไม่ใช่เป็นเขตที่ร่วมกับเขตของสาธารณสุข กล่าวง่ายๆ คือ น่าจะแยกออกจากกันแล้วเพราะเรา Split ออกมาชัดเจน และบอร์ดของเขตก็คือผู้ที่จะบริหารจัดการ เป็นผู้แต่งตั้ง CEO ของพวงบริการ ซึ่งพวงบริการก็จะเป็นเขตย่อยอยู่ในเขต ส่วนวิธีการแบ่งมีความเห็นว่าจะสามารถแบ่งได้หลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่พิจารณาตามภูมิศาสตร์หรือตามสภาพบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ ประเด็นที่ต้องมีการหารือกันต่อคือ เรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะดำเนินการอย่างไร จะรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยหรือไม่ หรือบางพวงบริการอาจรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปด้วย ส่วนเรื่องบริการผมเข้าใจว่าเราชัดเจนใน 2 ส่วนแล้ว คือ Secondary care และ Tertiary care ส่วน Primary medical care ต้องมีการดำเนินงานต่อเนื่อง แต่ในส่วนของ Primary health care หลายท่านก็ยังคงต้องอภิปรายกันต่อ เรื่องเหล่านี้ก็คือเรื่องที่เราได้คุยกันหลักๆ เมื่อวาน

นอกจากนี้อาจารย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ได้ตั้งคำถามที่เรายังไม่ได้คุยกัน โดยท่านอยากเห็นการพิจารณาให้ครบทุกองค์ประกอบของ Six building block ซึ่งหากมองที่ระบบใหญ่ ส่วนนี้เราได้ร่วมกันพิจารณาเกือบจะครบแล้ว ซึ่งประกอบด้วย 1) Service delivery 2) Financing 3) Work force 4) Technology 5) Information 6) Governance ซึ่งระบบ Governance ในส่วนนี้เราได้คุยกันแล้ว ผมคิดว่าเรื่องนี้ยังงังก็ยังเป็นการบริหารหน่วยบริการอยู่ภายในระบบราชการ ทั้งนี้ Financing และ Governance ของเดิมปัจจุบันเรามีการดำเนินงานอยู่แล้ว หากแต่ว่าจะประสาน 3 หน่วย (Regulator Purchaser Provider) นี้อย่างไร ผมเข้าใจว่าเรายังไม่ได้คุยลงในรายละเอียดแต่หลายส่วนก็เหมือนกับมีระบบภายในอยู่แล้ว ส่วนเรื่อง Work force กับเรื่อง Technology ส่วนนี้ผมเข้าใจว่าเมื่อวานเราไม่ได้คุยกัน แต่ก็คิดว่าต่างคนก็ต่างมี Work force planning อยู่แล้ว ฝ่าย Regulator ก็ต้องวางแผนของตนเอง ส่วนฝั่งของ Service provider เมื่อวานคุยกันชัดเจนว่า Service provider ขอที่จะบริหารจัดการกำลังคนกับเงินเอง เพราะฉะนั้นก็คือ Independent หลุดไป

ผมเข้าใจว่าทั้ง 3 ส่วนนี้ ต้องมีระบบสำคัญที่ต้องเชื่อมประสานกันเป็นระบบเดียว นั่นก็คือ ระบบ Information แล้วเชื่อมโยงไปจนถึง National health policy board ซึ่งก็จะต้องมี Office บางอย่างเข้ามาบริหารจัดการ ที่อาจารย์ณรงค์ ใช้คำว่า High performance office แต่ส่วนหนึ่งคงต้องมาบริหารจัดการเรื่อง Information และภาพรวมทั้งหมด ทั้งนี้ National health policy board ความเป็นจริง ก็ต้องเชื่อมออกไปนอกกรอบของกระทรวงสาธารณสุขด้วย และต้องเชื่อมไป กระทรวงอื่นด้วย เพื่อที่จะให้เป็น One policy จริงๆ เมื่อวานที่เราได้ปรึกษาหารือ และอภิปรายร่วมกัน สรุปสาระสำคัญและได้เนื้อหาประมาณนี้ครับ



“ 6. ประธานปิดการประชุม ”

นพ.พลเดช ปิ่นประทีป กล่าวขอบคุณคณะทำงานร่วมๆ ผู้เกี่ยวข้องและทีมงานผู้จัดการประชุม “ ผมคิดว่าการประชุม Retreat ครั้งนี้ รวมถึงครั้งที่ 1 (28 - 30 มีนาคม 2562) เราได้ข้อสรุปสาระสำคัญและข้อเสนอ แบบนี้ก่อนซึ่งเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ของเรา (คณะทำงานร่วมๆ) หลังจากนั้นคงต้องส่งมอบข้อสรุปและข้อเสนอจากการ Retreat ทั้ง 2 ครั้ง ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วางแผนและวางกลไกการดำเนินงานต่อภายใต้การดำเนินงานของ Reform Office เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูปการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้ชัดเจน ซึ่ง Reform Office ต้องเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่นี้แบบเต็มเวลา และเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญ เชื่อมกับกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข รวมไปถึงการปฏิรูปองค์กร ส.ทั้งหลายด้วย ต้องเป็นกลไกที่เรียกว่าหมุนรอบตัวได้พอสมควร และทำงานเต็มที่” เพราะฉะนั้นต้องหาคนที่มีศักยภาพมานั่งประจำตรงนี้ จำนวนเท่าไร คงต้องมอบให้คุณหมอธงชน (ผอ.ปยป. ประจำกระทรวงสาธารณสุข) ไปดำเนินการต่อ ทั้งนี้ จากการประชุมร่วมของกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการปฏิรูปฯ (23 เมษายน 62) ที่ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข(นพ.ปิยะสกล) และปลัดกระทรวงฯ บอกไว้ว่า ภายใน 1 เดือน ให้เกิด Reform Office นั้น เท่าที่ทราบปัจจุบันมีสถานที่รองรับแล้ว แต่ยังไม่มีคน จึงควรสรรหาและต้องระบุรายชื่อคนที่จะมาทำงานนี้ โดยมอบหมายภารกิจให้มาทำข้อเสนอต่างๆ และวางแผนขับเคลื่อนทำให้เป็นรูปร่างและมีผลที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เสร็จแล้วเราคงต้องมา Reorientation คนกลุ่มนี้ โดยการสร้างทีมที่จะทำงาน คงต้องจัดระบบพอสมควร และ 1 ในเรื่องนั้นคือ การบ้านของเรา ซึ่งจะต้องมอบไปให้ Reform Office ช่วยดำเนินการ ต่อกระทรวงสาธารณสุขคงจะต้องตั้งงบประมาณของ Reform Office ให้ชัดเจน คนต้องมา เงินต้องมา และมีอำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายที่ชัดเจน ผมคิดว่าทางคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข กับกระทรวงสาธารณสุข รอการจัดตั้งและขับเคลื่อนการดำเนินงานของ Reform Office อยู่

สุดท้ายนี้ ผมคิดว่าเรายังมีการบ้านที่ต้องดำเนินการร่วมกันต่อ หลังจากสรุปข้อมูลและข้อเสนอจากการประชุม Retreat ทั้ง 2 ครั้ง เพื่อให้ Reform Office ดำเนินการต่อ แต่ในระยะแรกเราคงต้องช่วยให้เกิด Reform Office ก่อน ทั้งนี้ “ในช่วงแรกขอฝากอาจารย์ธนรักษ์ (รองอธิบดีกรมควบคุมโรค) รวบรวมและสรุปข้อเสนอต่างๆ ไว้ก่อน อาจารย์ธนรักษ์ อาจจะเขียนภาพใหญ่ของข้อเสนอการขับเคลื่อนแต่นำโมเดลเล็กๆ ต่างๆ เอามาประกอบกัน เสร็จแล้วเราจะได้ส่งให้ท่านรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแล เพื่อประสานและดำเนินการต่อไป และเราคงต้องติดตามเรื่องของ Reform Office อย่างเป็นระยะ เพราะน่าจะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดผลสำเร็จ” สุดท้ายนี้ ต้องขอขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน และขอปิดการประชุมในครั้งนี้ ขอขอบคุณครับ

ภาคผนวก

สำเนา

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๑๘๑ / ๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ตามที่ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดทำร่างแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาเมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๑ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบร่างแผนการปฏิรูปประเทศ และสภานิติบัญญัติแห่งชาติได้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๑ รับทราบแผนการปฏิรูปประเทศเรียบร้อยแล้ว จึงได้มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี ลงวันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๑ เรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบและวางแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศ นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงแต่งตั้งคณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. คณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

๑.๑	นายพลเดช ปิ่นประทีป	ประธาน
๑.๒	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร)	รองประธาน
๑.๓	นายฤกษ์ ลีทองอิน	คณะทำงาน
๑.๔	นางกฤษดา แสงวงศ์	คณะทำงาน
๑.๕	นายจเร วิชชาไทย	คณะทำงาน
๑.๖	นางณัฐกร ประกอบ	คณะทำงาน
๑.๗	นายทินกร โนรี	คณะทำงาน
๑.๘	นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์	คณะทำงาน
๑.๙	นายธนรักษ์ ผลิพัฒน์	คณะทำงาน
๑.๑๐	นายธนวัฒน์ วงศ์พันธ์	คณะทำงาน
๑.๑๑	นายธนาธิบดิ์ สิวราภรณ์สกุล	คณะทำงาน
๑.๑๒	นายณรินทร์รัชต์ พิษณุคามินทร์	คณะทำงาน
๑.๑๓	นายบัญชา คำทอง	คณะทำงาน
๑.๑๔	นายปพน ดีไชยเศรษฐ์	คณะทำงาน
๑.๑๕	นายพีระพงษ์ ภาวสุทธิไพศิฐ	คณะทำงาน
๑.๑๖	นางภาวิณี เอี่ยมจันทร์	คณะทำงาน
๑.๑๗	นายภูษิต ประครองสาย	คณะทำงาน

๑.๑๘ นายวรวิทย์...

๑.๑๘ นายวรวิทย์ ตันติวัฒนทรัพย์	คณะทำงาน
๑.๑๙ นางวันทนี วัฒนะ	คณะทำงาน
๑.๒๐ นายวิชัย อัสวภาคย์	คณะทำงาน
๑.๒๑ นายวินัย สีสมีทธิ์	คณะทำงาน
๑.๒๒ นายวิศิษฐ์ วามวาณิชย์	คณะทำงาน
๑.๒๓ นายวีระศักดิ์ เครือเทพ	คณะทำงาน
๑.๒๔ นายวีระศักดิ์ พุทธาศรี	คณะทำงาน
๑.๒๕ นายศักดิ์ อธิภาชน์	คณะทำงาน
๑.๒๖ นายสมชาย พิระปรกรณ์	คณะทำงาน
๑.๒๗ นายสมบัติ อารังธัญวงศ์	คณะทำงาน
๑.๒๘ นายสมฤกษ์ จิงสมาน	คณะทำงาน
๑.๒๙ นายสุรโชค ต่างวิวัฒน์	คณะทำงาน
๑.๓๐ นายสุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ	คณะทำงาน
๑.๓๑ นายสุริยะ คุหะรัตน์	คณะทำงาน
๑.๓๒ นายอนันต์ชัย อัสวเมธิน	คณะทำงาน
๑.๓๓ นายอนุกุล ไทยถนอม	คณะทำงาน
๑.๓๔ นางอังสนา บุญธรรม	คณะทำงาน
๑.๓๕ พลตรี ต่างแดน พิศาลพงศ์	คณะทำงาน
๑.๓๖ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๑.๓๗ รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	คณะทำงาน และเลขานุการ
๑.๓๘ นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๙ นางปราณี สมานโสสถิตวงศ์	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑) ศึกษาแนวคิด วิเคราะห์ข้อมูล และรับฟังความเห็นอย่างรอบด้าน เพื่อสังเคราะห์
ทางเลือกการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพของประเทศ โดยยึดเป้าหมายหลักของการปฏิรูปประเทศ
ด้านสาธารณสุข

๒) นำเสนอนโยบายทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
ที่สอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ต่อคณะกรรมการบริหารนโยบายเพื่อการขับเคลื่อน
ยุทธศาสตร์ชาติและการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (Ministerial Reform Policy Board : MRPB) และ
คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติและการปฏิรูปประเทศ
ด้านสาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพ (MRC 1) มอบหมาย

๒. คณะทำงาน...

๒. คณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

๒.๑	นายพานิชย์ เจริญแผ้ว	ประธาน
๒.๒	นายธีระวัฒน์ เหมะจุฑา	ประธานร่วม
๒.๓	นางจรรุภา จ้างนงค์ดี	คณะทำงาน
๒.๔	นายชัยยุทธ มังศรี	คณะทำงาน
๒.๕	นายदनัย หงส์พันธุ์	คณะทำงาน
๒.๖	นายทรงพล ขวาลตันพิพัทธ์	คณะทำงาน
๒.๗	นางสาวทศพร เวศนนานนท์	คณะทำงาน
๒.๘	นายธงชัย กิริติหัตถยากร	คณะทำงาน
๒.๙	นายธงธน เพ็ญบศศรี	คณะทำงาน
๒.๑๐	นายณรินทร์รัชต์ พิษณุคามินทร์	คณะทำงาน
๒.๑๑	นางสาวนัยดา เกียรติยิ่งอังสุลี	คณะทำงาน
๒.๑๒	นายบรรจง บุญรัตน์	คณะทำงาน
๒.๑๓	นายประพนธ์ อางตระกูล	คณะทำงาน
๒.๑๔	นายพูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์	คณะทำงาน
๒.๑๕	นายวรารุณ เสริมสินสิริ	คณะทำงาน
๒.๑๖	นายยศ ตีระพัฒนานนท์	คณะทำงาน
๒.๑๗	นายสงวน ลือเกียรติบัณฑิต	คณะทำงาน
๒.๑๘	นางสาวสมบัติ ชูติมานุกุล	คณะทำงาน
๒.๑๙	นายสุรโชค ต่างวิวัฒน์	คณะทำงาน
๒.๒๐	นายสุรเดช วลีอิทธิกุล	คณะทำงาน
๒.๒๑	นายอนันต์ชัย อัครเมฆิน	คณะทำงาน
๒.๒๒	นายกิตติ กรรภิรมย์	คณะทำงาน
		และเลขานุการ
๒.๒๓	นางเกวณีน ชื่นเจริญสุข	คณะทำงาน
		และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๒๔	นางสาววรรณัดดา ศรีสุพรรณ	คณะทำงาน
		และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๒๕	นางนุชน้อย ประภาโส	คณะทำงาน
		และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๒๖	นางสาวไพเราะ บุญญะฤทธิ์	คณะทำงาน
		และผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑) ศึกษาแนวคิด วิเคราะห์ข้อมูล และรับฟังความเห็นอย่างรอบด้าน เพื่อสังเคราะห์
ทางเลือกการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของประเทศด้านสาธารณสุข โดยยึดเป้าหมายหลักของ
การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

๒) นำเสนอ...

๒) นำเสนอนโยบายทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขต่อคณะกรรมการบริหารนโยบายเพื่อการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ชาติและการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (Ministerial Reform Policy Board : MRPB) และ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติและการปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุข ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (MRC 7) มอบหมาย

๓. คณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูประบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ ประกอบด้วย

๓.๑	นายโสภณ เมฆธน	ประธาน
๓.๒	นายปิยะ หาญวรงค์ชัย	ประธานร่วม
๓.๓	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	คณะทำงาน
๓.๔	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๓.๕	นายคณวัฒน์ จันทรลาวัณย์	คณะทำงาน
๓.๖	นายถาวร สกุกพณิชย์	คณะทำงาน
๓.๗	นายนวนรรน ธีระอัมพรพันธุ์	คณะทำงาน
๓.๘	นายบุญชัย กิจสนาโยธิน	คณะทำงาน
๓.๙	นายพลวรรธน์ วิฑูรกลชิต	คณะทำงาน
๓.๑๐	นายไพฑูรย์ อ่อนเกตุ	คณะทำงาน
๓.๑๑	นายสามารถ ธีระศักดิ์	คณะทำงาน
๓.๑๒	นายสุทธิพงษ์ กนกการ	คณะทำงาน
๓.๑๓	นายสุรค์เมธ มหาศิริมงคล	คณะทำงาน
๓.๑๔	นายอนันต์ กนกศิลป์	คณะทำงาน
๓.๑๕	นางสาวอุษณิษา คุณเอกอนันต์	คณะทำงาน
๓.๑๖	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน และเลขานุการ
๓.๑๗	ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะทำงานร่วมเพื่อการปฏิรูประบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑) ศึกษาแนวคิด วิเคราะห์ข้อมูล และรับฟังความเห็นอย่างรอบด้าน เพื่อสังเคราะห์ ทางเลือกการปฏิรูประบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพของประเทศ โดยยึดเป้าหมายหลักของการปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุข

๒) นำเสนอนโยบายทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิรูประบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ ที่สอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขต่อคณะกรรมการบริหารนโยบายเพื่อการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ชาติและการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (Ministerial Reform Policy Board : MRPB) และ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

๓) ปฏิบัติหน้าที่...

๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติและการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (MRC 6) มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

(ลงชื่อ) ปิยะสกล สกลสัตยาทร

(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง



(นางวิไลลักษณ์ เรืองรัตนดริย)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข