

..... ในเล่ม

หน้า 3

ทุนสนับสนุนโครงการ
เครือข่ายส่งเสริมเวชปฏิบัติ

หน้า 4

กระแสวิจัย:

การมีส่วนร่วมของคณาจารย์ใน
การพัฒนาคุณภาพบริการใน
โครงการประกันสังคม

หน้า 5-7

กระแสความคิด:

การแยกอำนาจผู้ซื้อ ผู้ขาย

บริการ : บทเรียนต่างประเทศ
จะใช้กับไทยได้หรือ

สวรส. ร่วมกับรัฐศาสตร์ จุฬาฯ ศึกษาแนวทางปรับระบบบริหาร และโครงสร้างเพื่อพัฒนารพ.รัฐ

ภายหลังจากที่มีการศึกษาและพบว่าคนไทยที่เจ็บป่วยกว่า 30% จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ และต้องประสบกับสภาพความแออัดและความหย่อนประสิทธิภาพของการให้บริการ ซึ่งทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกไม่พอใจต่อสภาพแวดล้อมและคุณภาพของบริการที่ได้รับ จนมีผลให้รัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงระเบียบกฎเกณฑ์ของการบริหารให้มีความคล่องตัวในระดับหนึ่ง อาทิ การเพิ่มค่าตอบแทนแก่บุคลากร การลงทุนจัดหาเครื่องมือต่างๆ เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันนี้สภาพความแออัดของผู้ป่วย ลักษณะงานบริการที่ขาดคุณภาพ รวมถึงปัญหาต่างๆอันมีสาเหตุมาจากโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ รวมถึงข้อจำกัดด้านการบริหารก็ยังดำรงอยู่ นอกจากนี้จากการเติบโตของภาคเอกชนตั้งแต่ปีพ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ก็ได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาลภาครัฐอีกทางหนึ่ง โดยได้ดึงเอาแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขออกไปจากโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้จำนวนแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐมีจำนวนน้อยลง ในขณะที่ต้องรับภาระให้บริการผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นตามลำดับ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้ร่วมกับคณะนักวิชาการจากคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย ศ.ดร.สุจิต บุญบงการ คณบดี อาจารย์วันชัย มีชาติ และ อาจารย์อร่าม ศิริพันธ์ พัฒนาชุดโครงการวิจัย "โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ และประสิทธิภาพโรงพยาบาลของรัฐ" โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อวิเคราะห์และเสนอแนวทางปรับเปลี่ยนโครงสร้างและบทบาทหน้าที่รวมถึงระบบบริหารเพื่อนำไปสู่ประสิทธิภาพในการทำงาน นอกจากนี้ยังเป็นการค้นหาจุดบกพร่องของระบบบริหารโรงพยาบาล รวมถึงวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ ประโยชน์ และเงื่อนไขของการนำการบริหารนอกระบบราชการมาใช้กับการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ



โรงพยาบาลรัฐ-ถึงเวลาต้องปรับระบบบริหาร?

อ่านต่อหน้า 2

การมีส่วนร่วมของคณาจารย์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในโครงการประกันสังคม

จากสภาพปัญหาในการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ซึ่งผู้ประกันตนโดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงานประสบอยู่ ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพบริการ ความไม่สะดวก ความไม่เท่าเทียม คุณภาพบริการ ปัญหาการสื่อสารกับผู้ใช้บริการ ฯลฯ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจึงได้จัดให้มีการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อวางแผนโครงการวิจัยเรื่อง “การมีส่วนร่วมของคณาจารย์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในโครงการประกันสังคม” เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2539 ณ

โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และระดมความคิดเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนากลไกให้ผู้ใช้แรงงานเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ ในสถานพยาบาลของกองทุนประกันสังคม โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลผู้แทนแรงงาน ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน และนักวิชาการ รวม 25 คน

สาระโดยสรุปจากการประชุมแบ่งได้เป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. การวิเคราะห์ปัญหาคุณภาพ

ภาพบริการของสถานพยาบาลในกองทุนประกันสังคม

พบว่า สถานพยาบาลในกองทุนประกันสังคมไม่มีคุณภาพเพียงพอ อันเนื่องมาจากการให้บริการขาดมาตรฐาน เช่น ขาดการให้บริการส่งเสริมและป้องกัน บริการช้า ไม่สะดวกและไม่เท่าเทียม รวมถึงพฤติกรรมของผู้ให้บริการไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังพบว่าสาเหตุที่แรงงานไม่สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการได้ ก็คือ ขาดอำนาจต่อรอง ขาดโอกาสและความรู้ อีกทั้งองค์กรแรงงานไม่เข้มแข็ง

2. การวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา

กลไกที่ต้องการให้แรงงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ

มีข้อเสนอหลัก 3 ประการที่จะช่วยให้แรงงานสามารถเข้าไปควบคุมและตรวจสอบคุณภาพการบริการได้นั้นคือ แรงงานต้องรู้และสามารถใช้สิทธิของตนเองได้ ต้องมีระบบสื่อสารเพื่อใช้เรียกร้องสิทธิอย่างมีประสิทธิภาพ และองค์กรแรงงานจะต้องมีศักยภาพมากขึ้นด้วย

หลังจากที่รวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเหล่านี้เพื่อกำหนดเป็นคำถามสำหรับการวิจัยแล้ว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจะเชิญชวนผู้แทนแรงงาน ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ และองค์กรเอกชนมาร่วมหารือพิจารณาชุดคำถามการวิจัยดังกล่าว เพื่อดำเนินการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาโครงการวิจัยอันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในโครงการประกันสังคมต่อไป

การศึกษาปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดเสร็จกลางปีนี้

การวิจัยเรื่อง “โครงการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อหามาตรการทางเลือกป้องกันแก้ไข” ซึ่งดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยสังคม สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งได้เริ่มมาตั้งแต่ปลายปี 2538 คาดว่าการศึกษาในระยะที่ 1 ในพื้นที่จังหวัดลพบุรีจะเสร็จสมบูรณ์ประมาณกลางปี 2540 โดยสามารถบรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ประการคือ

1. มีข้อมูลด้านอุปทานและอุปสงค์ รวมทั้งผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีระบบ
2. มีระบบการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เหมาะสมกับทรัพยากร

บุคคลและอุปกรณ์สนับสนุนในภูมิภาค ทั้งได้ข้อสนเทศที่สะดวกในการนำไปใช้แก้ปัญหาได้ตรงเป้าหมาย

3. มีรูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างส่วนราชการเพื่อแก้ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด

อนึ่ง การที่โครงการฯ เลือกจังหวัดลพบุรีเป็นพื้นที่เป้าหมายในการศึกษาขั้นต้น เนื่องจากลพบุรีเป็นจังหวัดที่มีการพัฒนาเศรษฐกิจในหลายระดับที่แตกต่างกัน คือ มีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมในหลายอำเภอ ขณะที่บางพื้นที่ยังมีลักษณะเป็นสังคมชนบทในวัฒนธรรมเก่า จึงถือว่าเป็นตัวแทนพื้นที่ที่มีความหลากหลายของปัจจัยการพัฒนาทางเศรษฐกิจและโครงสร้างสังคม ซึ่งจะสามารถสะท้อนปัญหาและให้ข้อมูลลักษณะต่างๆได้เป็นอย่างดี ▲

การแยกอำนาจผู้ซื้อ-ผู้ขายบริการสาธารณสุข : บทเรียนต่างประเทศฯ ไขกับไทยได้หรือ*

การปล่อยให้กลไกตลาดทำหน้าที่โดยปราศจากการแทรกแซงจากรัฐ ในระบบบริการสาธารณสุข เช่นเดียวกับตลาดสินค้าและบริการอื่นๆ ในระบบเศรษฐกิจเสรี เป็นประเด็นที่ยังมีข้อถกเถียงกันอยู่ ประเด็นโต้แย้งที่สำคัญก็คือ สมมติฐานที่กลไกตลาดจะทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์นั้น ไม่อาจเกิดขึ้นได้ในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันทางข้อมูลความรู้ระหว่างผู้ซื้อบริการกับผู้ขายบริการ ซึ่งสามารถกล่าวได้ว่า โดยทั่วไปแล้ว ผู้ขายหรือผู้ให้บริการสามารถกำหนดอุปสงค์ของผู้ซื้อหรือผู้รับบริการได้ อันเนื่องมาจากความได้เปรียบด้านข้อมูลความรู้ดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม การจัดบริการสาธารณสุขโดยที่ไม่สนใจกลไกตลาดเลย ก็มีผลให้การบริการขาดประสิทธิภาพ และไม่อาจตอบสนองความต้องการของประชาชนได้เต็มที่

การนำกลไกตลาดมาใช้ในระบบบริการสาธารณสุขของอังกฤษ

ในปี 2532 ประเทศอังกฤษซึ่งเป็นแม่แบบแห่งการจัดสวัสดิการโดยรัฐให้แก่ประชาชนนับตั้งแต่อยู่ในครม. มารดาจนถึงสิ้นอายุขัย ได้พยายามปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของตนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยยังคงแนวคิดหลักในเรื่องการจัดบริการ

สาธารณสุขที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้เมื่อจำเป็น โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงินหรือสถานะทางสังคมกีดกัน (universal coverage and comprehensive health care) แต่ได้เพิ่มกลไกตลาดเข้าไปในการจัดบริการสาธารณสุข โดยมีการแยกอำนาจและบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายบริการ (purchaser-provider split) แทนที่รัฐจะเป็นทั้งเจ้าของโรงพยาบาลซึ่งอยู่ในฐานะผู้ให้หรือผู้ผลิตบริการรายใหญ่ของประเทศ และในขณะเดียวกันก็เป็นแหล่งการเงินการคลังที่สำคัญในระบบสาธารณสุข ในฐานะของผู้จัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ก็ได้แยกบทบาทหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ซื้อบริการและหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการออกจากกันอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังสร้าง “ตลาดภายใน” (internal market) ขึ้นมา โดยให้หน่วยบริการมีการแข่งขันในการเสนอขายบริการ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันทางคุณภาพบริการและการบริหารจัดการโดยคำนึงถึงต้นทุน-ประสิทธิภาพ ระหว่างองค์กร/หน่วยงานที่ให้บริการได้เป็นอย่างดี และยังมีผลต่อมาคือ ทำให้หน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงในการให้บริการแต่ละด้านกลายเป็นผู้ขายบริการนั้นให้กับหน่วยงานบริการอื่นซึ่งจะยกเลิกการให้บริการในด้านนั้นๆ ไป หากว่าตนเองไม่สามารถให้บริการได้ในคุณภาพและประสิทธิภาพที่ทัดเทียม

ได้ ทำให้เกิดการประหยัดในขนาด (economy of scale) อีกทางหนึ่งด้วย

ไม่เฉพาะแต่ในอังกฤษ รูปแบบการแยกอำนาจของผู้ซื้อและผู้ขายบริการได้แพร่ขยายต่อไปยังประเทศต่างๆ ที่รัฐเป็นผู้จัดบริการด้านสาธารณสุขให้แก่ประชาชน ไม่ว่าจะเป็นสวีเดน ออสเตรเลีย หรือนิวซีแลนด์ ซึ่งมีผลให้บริการด้านสาธารณสุขของรัฐเกิดความตื่นตัวที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการ มีการบริหารจัดการที่คำนึงถึงต้นทุน ผลลัพธ์ และคุณภาพของบริการ ซึ่งนำไปสู่การให้บริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และได้ผลลัพธ์คุ้มค่า

แนวคิดการแยกอำนาจผู้ซื้อ-ผู้ขายบริการสาธารณสุข

แนวคิดหลักของการแยกอำนาจระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายบริการสาธารณสุขในประเทศที่ภาครัฐเป็นทั้งผู้รับผิดชอบหลักทางการเงินการคลัง (major sources of health care financing) และเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ (major health care providers) ก็คือ การปรับความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรในระบบสาธารณสุขเสียใหม่ โดยองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการเงินการคลังแสดงบทบาทผู้ซื้อบริการ องค์กรผู้ให้บริการแสดงบทบาทเป็นผู้ขายบริการ ซึ่งสามารถสรุปลักษณะของความสัมพันธ์แบบใหม่ได้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ของผู้ซื้อและผู้

*บทความนี้เรียบเรียงจากเอกสารความคิด (concept paper) ของนายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย ซึ่งทำการค้นคว้าเรียบเรียงขึ้นจากเอกสารต่างประเทศที่ว่าด้วยระบบการจัดการสาธารณสุขแบบแยกอำนาจผู้ซื้อและผู้ขายบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนโครงการวิจัยโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ และประสิทธิภาพโรงพยาบาลของรัฐ

ขายบริการอยู่ภายใต้สัญญาที่ทำระหว่างกัน ไม่ใช่ตามสายการบังคับบัญชาเหมือนรูปแบบความสัมพันธ์เดิม

2. ผู้ขายบริการมีรายได้จากเงินอุดหนุนซึ่งผู้รับผิดชอบทางการเงินของเขตที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอาศัยอยู่เป็นผู้จ่ายให้ (แทนผู้รับบริการ) ซึ่งรายได้จะขึ้นอยู่กับปริมาณผู้ป่วยและปริมาณบริการ ไม่ใช่จากงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้

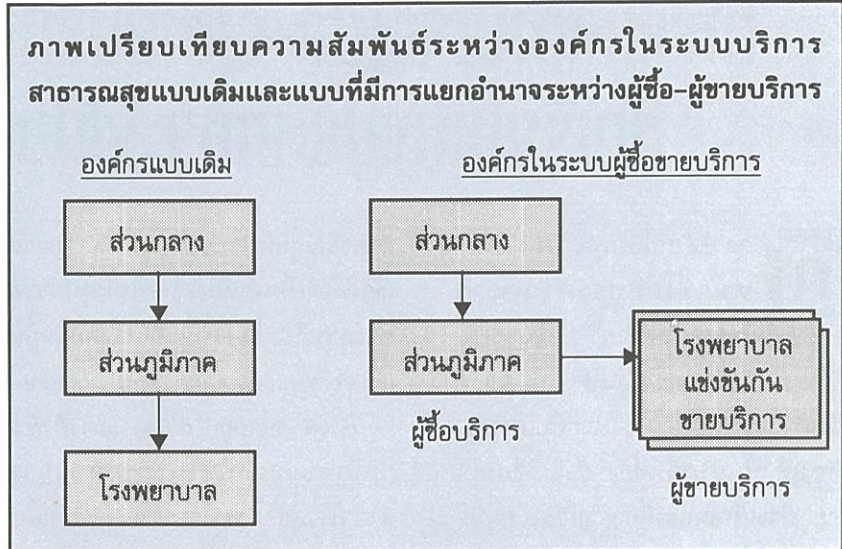
ในสมุดปกขาว (The White Paper, Working for Patients) ซึ่งเป็นต้นฉบับแนวความคิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขในอังกฤษได้ระบุไว้ว่า

“ประการแรก เพื่อให้บริการสาธารณสุขตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น จะต้องกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปยังหน่วยงานในส่วนภูมิภาคให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

...รัฐบาลจะมอบอำนาจและความเป็นอิสระแก่โรงพยาบาลที่อยู่ในระบบ National Health Service Hospital Trusts อย่างที่ไม่สามารถให้แก่หน่วยบริหารงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคได้ เนื่องจากเมื่อโรงพยาบาลเป็นอิสระมากขึ้น ก็จะกระตุ้นให้เกิดความเป็นวิสาหกิจที่มีความมุ่งมั่นมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการพัฒนาบริการเพื่อผู้ป่วย โรงพยาบาลที่เป็นอิสระจะเป็นองค์กรที่มีคุณค่า เคียงคู่กับหน่วยบริหารงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน โดยจัดบริการที่ให้ทางเลือกมากขึ้นแก่ผู้ป่วยและแก่แพทย์ประจำครอบครัว”

แนวทางปฏิบัติในการซื้อ-ขายบริการสาธารณสุข

การแยกอำนาจผู้ซื้อและผู้ขายบริการสาธารณสุข จำเป็นต้องมีผู้ที่ทำหน้าที่ซื้อบริการแทนประชาชน ในอังกฤษ ผู้ที่รับหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการได้แก่



หน่วยงานบริหารสาธารณสุขของเขตต่างๆ และกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner-GP) ซึ่งทำหน้าที่ดูแลการให้บริการระดับต้นแก่ประชาชนกลุ่มที่ตนรับผิดชอบ และเป็นผู้ที่ถืองบประมาณการรักษาพยาบาล (GP fundholder) สำหรับกลุ่มประชากรนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นส่วนที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปให้การบริการเอง เบื้องต้น หรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อต้องส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่จำเป็นในระดับที่สูงขึ้นจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสาธารณสุขชุมชน (community health services) ซึ่งจะให้บริการดูแลที่บ้านผู้ทำหน้าที่ซื้อบริการและผู้ให้บริการจะมีพันธะต่อกันโดยสัญญาที่ทำขึ้น

การซื้อ-ขายบริการ จะเริ่มจากการจัดทำแผนการซื้อ (purchasing plan) ว่าผู้ซื้อสนใจจะซื้อบริการอะไร เป็นบริการตามรายโรค (disease) หรือบริการตามแผนก (specialty) ส่วนข้อมูลที่ใช้ในการร่างแผนการซื้อ คือ ข้อมูลระบาดวิทยาของโรค การเปรียบเทียบวิธีการรักษาและทัศนคติของหน่วยงานที่เป็นผู้ขายบริการ ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของหน่วยบริหารสาธารณสุขเขตนั้นๆ และข้อมูลพื้นฐานของบริการที่ผู้ให้บริการดำเนินการอยู่หรือสัญญาเดิม

คำถามที่สำคัญในแผนการซื้อคือ เป้าหมายในการซื้อคืออะไร คำตอบที่ได้จะต้องอาศัยการทบทวนข้อมูลต่างๆ อย่างรอบด้าน และปรับลักษณะของบริการที่ต้องการซื้อให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการ แล้วจัดทำเป็นข้อกำหนดของบริการที่จะทำสัญญา (service specification) หลังจากทำสัญญาแล้ว ผู้ซื้อจะต้องติดตามประเมินผลว่า ผู้ขายได้ให้บริการตามข้อกำหนดที่วางไว้หรือไม่ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การติดตามประเมินคุณภาพของงานจะทำให้เกิดกิจกรรมประกันคุณภาพ (quality assurance) หรือการตรวจสอบทางคลินิก (clinic audit) ซึ่งจะได้กล่าวถึงในหัวข้อ “ผลกระทบ”

อย่างไรก็ตาม แนวทางที่กล่าวนี้ไม่ใช่สิ่งที่สามารถกำหนดได้โดยง่าย ประเด็นปัญหาที่สำคัญของการทำสัญญาซื้อ-ขายบริการทางสาธารณสุขก็คือ ธรรมชาติของบริการทางการแพทย์ที่มีทางเลือกหลากหลาย และมีผลกระทบต่อคุณภาพและต้นทุนของบริการ ดังนั้น ข้อมูลที่มีคุณภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดสัญญาซื้อ-ขายบริการที่เหมาะสม

โดยทั่วไป การทำสัญญาซื้อ-ขายบริการมักแยกทำเป็นรายโรคและระบุกิจกรรมที่ชัดเจนว่าเป็นการรักษา ผ่าตัด

ป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งหากเป็นสัญญาณการผ่าตัดที่วางแผนล่วงหน้าได้ (cold surgery) เช่น ผ่าตัดต่อกระดูก ต่อหมอกหมาก จะเป็นสัญญาณที่สามารถกำหนดและตกลงได้ง่ายกว่า สัญญาบริการรักษาพยาบาลโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย เพราะเป็นสาเหตุของการตายถึงร้อยละ 12 ของการตายทั้งหมด อีกทั้งผู้รอดชีวิตก็มีความพิการที่ค่อนข้างรุนแรงจากการทำ Disease MAP (measurement of activities and prices) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าจะต้องให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปคนละ 4 ครั้ง ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยคนละ 33 วัน (นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลในระยะยาว) ทางเลือกในการซื้อบริการ มีทั้งการซื้อบริการป้องกันโรค (preventive programme) เช่น การป้องกันชั้นปฐมภูมิ คือการรักษาโรคความดันเลือดสูง ซึ่งมีประสิทธิผลในการป้องกันสูงและต้นทุนไม่สูงนัก หรือ ชั้นทุติยภูมิ คือการใช้ยาแอสไพริน หรือการผ่าตัดเส้นเลือด carotid อย่างไรก็ตาม แต่ปัญหาที่สำคัญของการทำสัญญา preventive programme ก็คือ การตอบคำถามที่ว่า กลุ่มเป้าหมายคือใครและจะค้นหาได้อย่างไร เพื่อจะได้นำมากำหนดการซื้อบริการที่สอดคล้องได้

ในกรณีที่เป็นการทำสัญญาซื้อขายบริการรักษาพยาบาลโรคเดียวกันนี้ ยังมีทางเลือกกว่าจะซื้อบริการจากแผนกโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke unit) ที่เป็นบริการเฉพาะทาง หรือซื้อบริการผสมผสานจากตึกผู้ป่วยทั่วไป แม้การวิเคราะห์แบบ meta-analysis จะระบุว่า การให้บริการเฉพาะทางช่วยลดอัตราการตายและเพิ่มผลลัพธ์ต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยได้ดีกว่าการให้บริการผสมผสาน ทั้งยังมีผลต่อการใช้

ทรัพยากรที่ลดลงและระยะเวลาอนพักในโรงพยาบาลก็สั้นลงด้วย กระนั้น ก็ยังมีปัญหาของการซื้อบริการ ก็คือ จะทราบได้อย่างไรว่าหน่วยไหนให้บริการได้ดีที่สุด และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องก็มักจะมีจำนวนไม่เพียงพอต่อผู้ป่วย

ผลกระทบจากการ แยกอำนาจผู้ซื้อ-ผู้ขายบริการ

ผลกระทบที่ชัดเจนประการหนึ่งจากการแยกอำนาจผู้ซื้อและผู้ขายบริการในระบบบริการสาธารณสุข คือ การแข่งขันเชิงคุณภาพ และส่งผลให้เกิดกิจกรรมการประกันคุณภาพอย่างรวดเร็ว ในอังกฤษมีระเบียบให้ผนวกการตรวจสอบทางคลินิก (clinical audit) เข้าไว้ในการทำสัญญาให้บริการด้วย เนื่องจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ซื้อและผู้ขายบริการ พบว่า ทั้งสองฝ่ายเห็นพ้องกันว่า การตรวจสอบทางคลินิก มีผลดีต่อการทำสัญญาและพัฒนาคุณภาพของบริการ แม้จะยังมีความเห็นที่แตกต่างอยู่บ้างในระดับของการตรวจสอบ เช่น ฝ่ายผู้ซื้อบริการเห็นว่าเงื่อนไขการตรวจสอบทางคลินิกมีส่วนกำหนดในการคัดเลือกผู้ขายบริการ เนื่องจากผู้ซื้อบริการจะไม่ทำสัญญากับผู้ขายบริการที่ไม่ให้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วย และในอนาคต หัวข้อในการทำ clinical audit จะต้องพัฒนาไปให้สามารถสะท้อนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขในแต่ละชุมชน โดยผู้ซื้อบริการจะมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ แต่ในมุมมองของผู้ขายบริการนั้น แพทย์ที่ปรึกษาขององค์กรผู้ขายบริการแห่งหนึ่งสะท้อนว่า ไม่เห็นด้วยกับการตรวจสอบถึงระดับ clinical และ medical การเลือกซื้อบริการโดยพิจารณาซื้อบริการที่มีคุณภาพ โดยมีราคาเป็นปัจจัยแข่งขันก็น่าจะเพียงพอแล้ว

อย่างไรก็ตาม นอกจากกิจกรรมการประกันคุณภาพดังกล่าวแล้ว ยัง

เป็นการยากที่จะประเมินผลกระทบที่เป็นรูปธรรมชัดเจนจากการแยกอำนาจผู้ซื้อและผู้ขายบริการ ที่มีต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับประเทศที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะยากที่จะแยกผลกระทบของการแยกอำนาจผู้ซื้อและผู้ขายออกจากผลกระทบโดยรวมของระบบสาธารณสุขในประเทศนั้นๆ ก็เป็นไปได้

การนำระบบผู้ซื้อ-ผู้ขายบริการ มาใช้ในประเทศไทย

แนวคิดการแยกอำนาจผู้ซื้อและผู้ขาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐเป็นผู้ซื้อและผู้ให้บริการรายใหญ่ แต่การดำเนินการในอังกฤษและประเทศอื่นๆ ก็เกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างจากระบบของประเทศไทย ที่ยังมีเงื่อนไขของระบบการปกครอง การกระจายอำนาจทางการเมืองและการสาธารณสุขแตกต่างกัน การนำมาใช้จึงต้องพิจารณาถึงวัตถุประสงค์ที่เหมาะสมกับบริบทของระบบสาธารณสุขไทย และความพร้อมขององค์กรที่จะรับผิดชอบ

อย่างไรก็ตาม การแยกอำนาจผู้ซื้อและผู้ขายบริการยังสามารถนำมาทดลองใช้ในระดับที่เล็กกว่า คือการสร้างตลาดภายในโรงพยาบาล ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและกองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดสาธารณสุข มีแผนที่จะทดลองรูปแบบการสร้างตลาดภายในโรงพยาบาลเพื่อที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของโรงพยาบาลรัฐ และพิสูจน์สมมติฐานว่าโรงพยาบาลที่บริหารงานอย่างอิสระ คล่องตัว และนำแนวคิดผู้ซื้อและผู้ขายบริการมาใช้ จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการบริการให้สูงขึ้นได้



ปลายกระแส

ใคร่อย่คำว่า “ขอยกย” สำหรับฉบับประจำเดือนธันวาคม 2539 ที่ออกไปบ้าง ทว่า “จับกระแส” ก็ยังคงรักษาพันธกิจหลัก คือการรายงานความเคลื่อนไหวในการดำเนินงานของสถาบันฯ พร้อมไปกับการนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านที่สนใจความเคลื่อนไหวในระบบสาธารณสุขของบ้านเราเหมือนเช่นเดิม

หากยังไม่ลืมไปเสียก่อน สำหรับเนื้อหาจุดประกายความคิดจาก นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เรื่องความพยายามที่จะแปรสภาพโรงพยาบาลของรัฐให้เป็นเอกชนหรืออีกนัยหนึ่งก็คือ แนวคิดในการแปรสภาพกิจกรรมของรัฐให้เป็นกิจกรรมของเอกชนซึ่งได้เผยแพร่ลงในฉบับที่ผ่านมา คราวนี้ขอขานรับด้วยชุดโครงการวิจัย “โครงสร้างบทบาทหน้าที่และประสิทธิภาพโรงพยาบาลของรัฐ” ที่กำลังทำการศึกษารับระบบบริหารโรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่การบริหารและการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยรับที่จะร่วมดำเนินงานกับสถาบันฯ นอกจากนี้ ยังมีเอกสารความคิดเกี่ยวกับการให้บริการด้านสาธารณสุขของ นพ.ศุภสิทธิ์ พรหมารุณทัย ที่ได้นำเสนอแนวคิดการแยกอำนาจผู้ซื้อและขายบริการในระบบบริการรักษาพยาบาลไว้อย่างน่าสนใจ

แม้แนวคิดต่างๆ อาจยังเป็นเพียงจุดเริ่มต้นในกระบวนการของความพยายามเพื่อรังสรรค์สิ่งที่ดีกว่า แต่การได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุดย่อมต้องอาศัยทั้งการศึกษาวิจัยที่รอบด้านและมุมมองที่หลากหลาย ซึ่ง “จับกระแส” ยินดีจะเป็นเวทีทางความคิดและข้อมูลข่าวสารสำหรับทุกท่าน

บรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

ศ. นพ.วิฑูร แสงสิงแก้ว

ศ. นพ.ประเวศ วะสี

ศ. นพ.วิจารณ์ พานิช

ผู้อำนวยการ

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

บรรณาธิการ

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์

นายปณิธาน หล่อเลิศวิทย์

ผู้จัดการ

นส.ดวงพร เสงบุญพันธ์

คณะบรรณาธิการ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม

นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

นพ.สุภกร บัวสาย

นส.นวลอนันต์ ดันดีเกตุ

นางงามจิตต์ จันทร์สาธิต

นส.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข

นางเพ็ญศรี สงวนสิงห์

นส.วรภากรณ์ พันธุ์พงศ์



“จับกระแส” เป็นจดหมายข่าวรายเดือน จัดทำโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยระบบสาธารณสุข และการดำเนินงานของสถาบันฯ

“จับกระแส” ยินดีที่จะเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ขององค์กร หน่วยงานต่างๆ ที่มีเนื้อหาสอดคล้อง เกี่ยวเนื่องกับระบบสาธารณสุข โดยสามารถส่งข่าวสารต่างๆ ได้ที่ บรรณาธิการ

การขอรับเป็นสมาชิก และการติดต่อขอรับข้อมูล บทความที่ตีพิมพ์ไปเผยแพร่ต่อ กรุณาติดต่อ ผู้จัดการ

จดหมายข่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จับกระแส

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน

ใบอนุญาตที่ 4/2537

ปทผ. ตลาดขวัญ

นางสาวดวงพร เสงบุญพันธ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000

เหตุขัดข้องนำจ่ายผู้รับไม่ได้
เจ้าหน้าที่ไม่ชัดเจน
ไม่มีเลขที่บ้านตามเจ้าหน้าที่
ไม่ยอมรับ
ไม่มีผู้รับตามเจ้าหน้าที่
ไม่มารับภายในกำหนด
ตาย
เลิกกิจการ
ย้ายไม่ทราบที่อยู่ใหม่
เลขที่บมไม่ถึง
บ้านรื้อถอน
เลขที่ขาดหายไป
อื่นๆ
ลงชื่อ