

สารบัญ

Contents

บรรณาธิการแถลง

สมชัย บวรกิตติ
จรวายพร ศรีศศลักษณ์

165

Editors' Note

*Somchai Bovornkitti
Jaruyaporn Srisasalux*

บทบรรณาธิการ

ลอจิสติกส์ - การส่งกำลังบำรุง

พรชัย สิทธิศรีณย์กุล
สมชัย บวรกิตติ

166

EDITORIAL

Logistics

*Pornchai Sithisarankul
Somchai Bovornkitti*

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์

จรวายพร ศรีศศลักษณ์
อรสา โหมวินทะ

168

Health Care Decentralization in the Philippines

*Jaruyaporn Srisasalux
Orasa Kovinta*

บทความพิเศษ

ธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ

จรวายพร ศรีศศลักษณ์
เอื้องฟ้า สิงห์ทิพย์พันธุ์

172

Good Governance in the Health Systems Management

*Jaruyaporn Srisasalux
Auengpha Singtippbun*

บททวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๐

ปรีดา แต่อารักษ์
นิภาพรรณ สุขศิริ
รำไพ แก้ววิเชียร
กิรณา แต่อารักษ์

179

Review of Decentralization in Public Health, 1999-2007

*Preeda Taearrak
Nipbapan Suksiri
Rampchai Kaewwichian
Kirana Tae-arruk*

บทปริทัศน์

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี
วิทูร์ย์ โล่ห์สุนทร

195

Diabetes Care in a Primary Care Unit

*Wiroj Jiamjarasrangsi
Vitool Loobsunthorn*

นิพนธ์ต้นฉบับ

**กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนระบบสุขภาพในประเทศไทย
บราซิล สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร: บทเรียน สำหรับการ
จัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์
หทัยชนก สุมาลี
ลลิตา เขตต์กู่
เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

206

ORIGINAL ARTICLES

National Health Statute and Overarching Framework for Health System Development in Brazil, United States of America, United Kingdom: Lessons for Thailand

*Siriwan Pitayarangarit
Hathaichanok Sumalee
Lalida Khetkudee
Yaowalak Jittakoat
Viroj Tangcharoensathien*

สารบัญ

Contents

<p>การสำรวจการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น</p>	<p>226</p>	<p>A Survey of Health Promotion of Local Adminis- trative Organizations</p>
<p>วิไลลักษณ์ ทมดมลทิน</p>		<p><i>Wilailuck Modmoltin</i></p>
<p>พรชัย สิทธิศรีณย์กุล</p>		<p><i>Pornchai Sithisarankul</i></p>
<p>อัตราการคงอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของศิษย์เก่า คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น</p>	<p>233</p>	<p>Retention Rate of Medical Graduates of Khon Kaen University in Northeastern Part</p>
<p>พิศาล ไผ่เรียง</p>		<p><i>Pisaln Mairieng</i></p>
<p>อนงค์ศรี งอสอน</p>		<p><i>Anongsri Ngoson</i></p>
<p>อภิดา รุณวาทย์</p>		<p><i>Apida Runvat</i></p>
<p>บุศยศรี ศรีบุญยกุล</p>		<p><i>Bussayasri Sribussayakul</i></p>
<p>ปราณี คำมา</p>		<p><i>Pranee Kumma</i></p>
<p>ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ที่หน่วยงานสาธารณสุข อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา</p>	<p>241</p>	<p>Satisfaction with Medical and Public Health Ser- vices of the Elderly Attending the Public Health Unit of Pakchong District, Nakhon Ratchasima Province, According to the 2003 Act on Thai Older Persons</p>
<p>รัตนา ยอดอานนท์</p>		<p><i>Ratana Yodanont</i></p>
<p>ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทย พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๖: ข้อเสนอ เชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน</p>	<p>248</p>	<p>Thai Private Hospital Business during 2000-2003: Policy Recommendation for Sustained Develop- ment</p>
<p>ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์</p>		<p><i>Tares Krassanairawiwong</i></p>
<p>เพ็ญแข ลากยัง</p>		<p><i>Pbenkhae Lapying</i></p>
<p>ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ</p>		<p><i>Sirikiat Liangkobkit</i></p>
<p>สมหญิง สายธนู</p>		<p><i>Somying Saitbanu</i></p>
<p>ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์</p>		<p><i>Siriwan Pitayarangarit</i></p>
<p>วีระศักดิ์ พุทธาศรี</p>		<p><i>Weerasak Putthasri</i></p>
<p>การมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน: กรณี ศึกษาโรงพยาบาลจะนะ กับศูนย์สวัสดิการสุขภาพชุมชน ตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา</p>	<p>263</p>	<p>Participation in Community Health Assurance: A Case Study of Chana Hospital, Chana District, Songkla Province</p>
<p>สุภัทรา ฮาสูวรรณกิจ</p>		<p><i>Supat Hasuwankit</i></p>
<p>มณฑา ธีระวุฒิ</p>		<p><i>Montha Thirawuthi</i></p>
<p>วิชัย ยานวิมุตติ</p>		<p><i>Wichai Yanwimut</i></p>
<p>การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์ รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) กรณีศึกษาโรงพยาบาลมayo จังหวัดปัตตานี</p>	<p>274</p>	<p>Evaluation of Hospital Quality Improvement in Mayo Public Hospital by Concept of the Thailand Quality Award</p>
<p>นิรันดร์ วิชเศรษฐสมิต</p>		<p><i>Nirund Wichasetsmith</i></p>



สารบัญ

Contents

<p>การพัฒนาระบบการจัดการบริการอาชีวอนามัย เพื่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรโรงพยาบาล</p> <p>ชาติวุฒิชัย จำจาด สุนทร เจริญภูมิการกิจ กัญญาภัค พาไธสง เกสร วงศ์สุริยศักดิ์ จันทร์ทิพย์ อินทวงศ์</p>	284	<p>Development of an Occupational Health System for Quality of Life among Hospital Personnel</p> <p>Charttiwut Chamchod Sunthorn Rheapumikankit Kanyapak Pathaisong Kesorn Wongsuriyasak Chanthip Intawong</p>
<p>ความแตกต่างของการตายในผู้สูงอายุไทยตามลักษณะประชากร เศรษฐกิจสังคม และสถานะสุขภาพ</p> <p>ปัทมา วาพัฒน์วงศ์ อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ ปราโมทย์ ประสาทกุล เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม วิชัย เอกพลากร</p>	293	<p>Demo-socioeconomic and Health Differential of Mortality among the Thai Elderly</p> <p>Pattama Vapattanawong Uthaithip Rakchanyaban Pramote Prasartkul Yawarat Porapakkhom Wichai Aekplakorn</p>
<p>บทความพื้นวิชา</p> <p>วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง</p> <p>จรุงไทย เดชเทวพร</p>	305	<p>REFRESHER COURSE</p> <p>Tuberculous Meningitis</p> <p>Jarungthai Dejthevaporn</p>
<p>ปกิณกะ</p> <p>ศิลปกรรมบำบัดในประเทศไทย : กำเนิดศูนย์สาธิตศิลปกรรมบำบัด และสัมมนา “ผู้เชี่ยวชาญด้านศิลปกรรมบำบัด ครั้งที่ ๓”</p> <p>สมจิตร์ ไกรศรี เลิศศิริร์ บวรกิตติ</p>	319	<p>MISCELLANEOUS</p> <p>A Synopsis of the Official Opening of an Art Therapy Demonstration Center and the Activities of the Third Art Therapy Specialist Seminar</p> <p>Somjit Kraisi Lertsiri Bovornkitti</p>
<p>จดหมายถึงบรรณาธิการ</p> <p>NGV เป็น แก๊ส หรือ รถ</p> <p>สาโรจน์ วรรณพฤกษ์</p> <p>“ประสิทธิ์-”</p> <p>สุรจิต สุนทรธรรม</p>	325	<p>LETTERS TO THE EDITOR</p> <p>Vehicle or Gas</p> <p>Saraj Wannapruet</p>
<p>จุดจบ</p> <p>วิชัย เตชะสาธิต</p>	327	<p>“Eff-”</p> <p>Surajit Sunthontham</p>
<p>ระบบประสาทส่วนรอบ/ส่วนปลาย</p> <p>นิพนธ์ พวงวรินทร์</p>	328	<p>The End</p> <p>Vichai Techasathit</p>
<p>ภาคผนวก</p> <p>พจนานุกรมศัพท์แพทย์ อักษร D</p> <p>คณะกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์แพทย์ ราชบัณฑิตยสถาน</p>	329	<p>Peripheral Neuropathy/polyneuropathy</p> <p>Niphon Pongvarin</p>
	330	<p>APPENDIX</p> <p>English-Thai Medical Dictionary, Letter D</p> <p>The Royal Institute’s Medical Dictionary Committee</p>





ทารกแรกเกิด หมายถึงมนุษย์ที่เกิดมีชีวิตในครรภ์มารดา ซึ่งจะเจริญต่อไปในครรภ์มารดาจนคลอด. แต่คำทารกหมายถึงเด็กที่คลอดออกจากครรภ์มารดาแล้ว. ดังนั้นในความหมายของมนุษย์แรกเกิดมีชีวิตในครรภ์มารดา จึงควรใช้ว่า “*มนุษย์แรกเกิด*” หรือ “*ตัวอ่อนแรกเกิด (newly born embryo)*”.

ทารกแรกคลอด หมายถึง เด็กที่เพิ่งคลอดออกจากครรภ์มารดา.

(ดัดแปลงจาก ทารกแรกเกิด/ ทารกแรกคลอด ในธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๔๘; ๖:๑๓๓)



บรรณาธิการกลอง

นับตั้งแต่เรา ๒ คนได้รับมอบหมายจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ให้จัดทำวารสารฉบับเสริม ๑ ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเมื่อปลายกรกฎาคม ๒๕๕๐, และต่อมาเพิ่มงานให้เราออกวารสารฉบับปรกติเริ่มจากฉบับ ๓-๔ ของปี ๒๕๕๐ และฉบับเสริม ๒-๖ ต่อเนื่องมาถึงจุดนี้ (ปลายเดือนเมษายน ๒๕๕๑). แม้จะสามารถปฏิบัติด้านปริมาณงานสำเร็จตามกำหนดเวลา แต่ได้คุณภาพไม่เป็นที่น่าพึงพอใจนัก. บรรณาธิการหลักมีงานล้นมือแต่เป็นคนไม่ปฏิเสธงาน และบรรณาธิการรองก็เช่นกัน.

งานวารสารต้องการความรักงานและการทุ่มเทเป็นพิเศษ และต้องการผู้ช่วยงานพอสมควร. เมื่อบรรณาธิการหลักได้ต้นฉบับจากบรรณาธิการรอง ซึ่งต้นฉบับร้อยละ ๕๐ อยู่ในสภาพชำระเรียบเรียงได้ราบรื่น ตกแต่งเล็กน้อยก็ส่งสำนักพิมพ์จัดงานศิลป์ได้, แต่อีกครึ่งหนึ่งแม้ได้ช่วยชำระอย่างเต็มที่ กำลังแล้ว ก็ยังเหลือส่วนที่ต้องแก้ไขเพิ่มเติมโดยบรรณาธิการหลักไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เพราะปัจจัยเวลาและอยู่ห่างแหล่งข้อมูล แต่หากมีผู้ช่วยอีกสักแรงทำหน้าที่ประสานติดต่อผู้พิมพ์และหรือไปค้นข้อมูลเพิ่มเติมให้ เช่นไปห้องสมุดหรือเปิดเว็บ งานก็จะพอบรรเทา. แต่เมื่อบรรณาธิการหลักส่งคืน

ฉบับที่ชำระเรียบเรียงแล้วครั้ง ๆ กลาง ๆ ให้บรรณาธิการรอง ก็ทำอะไรไม่ได้มาก, ทำได้เพียงส่งฉบับที่บรรณาธิการหลักชำระไปให้ผู้พิมพ์ ซึ่งส่วนน้อยได้รับกลับคืนมาอย่างฉับไวในสภาพเรียบร้อย แต่ที่ส่งคืนมาช้าและในรูปแบบที่ไม่สมบูรณ์ทำให้บรรณาธิการต้องลงแรงอีก แต่ก็เพียงทำได้เท่าไรก็เท่านั้น (ที่ว่านี้เป็นเรื่องงานของฉบับเสริม; ฉบับปรกติผู้พิมพ์มีระดับก็ไม่เหน็ดเหนื่อยนัก). ขอสารภาพด้วยว่าบรรณาธิการหลักต้องวิ่งรับส่งรัฐที่สำนักพิมพ์เองด้วยในยามวิกาล. เอาเถอะจะขอปฏิบัติงานจนครบตามสัญญาใจที่ตั้งไว้. ผู้อ่านจะได้เห็นฉบับเสริม ๓ ถึง ๖ ก่อนสิ้นเดือนมิถุนายน. ในปีนี้.

ดีใจที่มีผู้เขียนจดหมายถึงบรรณาธิการหลายฉบับ ชอบเพราะเป็น “การป้อนกลับ” ที่มีประโยชน์อย่างที่เคยปรารถนาในบทความบ่อย ๆ และขอยอมรับในสิ่งที่ทำผิดพลาด ซึ่งขอสัญญาเพียงว่าจะรอบคอบมากขึ้น แต่ไม่ถึงกับสู้ตาย. บรรณาธิการได้เกริ่นตอบจดหมาย ที่คะเนว่าบรรณาธิการหลักคงหมดน้ำยาแล้ว ก็อยากให้ท่าน ๆ มาปฏิบัติงานนี้แทน อาจจะทำให้คุณภาพผลงานดีขึ้น.

สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

จรววยพร ศรีศศลักษณ์ วท.ด.

งานประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย ในวันที่ ๒-๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ จัดที่ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ โดย สวรส. และภาคีเครือข่าย R2R วัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่นำไปสู่การทำงานวิจัย. หากท่านใดสนใจสมัครเข้าร่วมประชุมสามารถกรอกใบสมัครเข้าร่วมประชุมซึ่งแนบอยู่ในหน้าสุดท้ายของวารสารฯ เสนอ.

ลอจิสติกส์ - การส่งกำลังบำรุง

พรชัย สิริศรีธัญกุล*

สมชัย บวรภักดี†

คำ logistics มาจากภาษากรีกโบราณ **logos** (ΛΟΓΟΣ) แปลว่า สัดส่วน, คำ, การคำนวณ, เหตุผล, การปราศรัย, สุนทรพจน์. **ลอจิสติกส์** เป็นคำที่มีที่มาจากทางทหาร หมายถึง การส่งกำลังบำรุง. ในปัจจุบันมีผู้ให้นิยามว่า^(๑) เป็นศิลปะการจัดการห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) และศาสตร์ของการจัดการและควบคุมการขนส่งและเคลื่อนย้ายสินค้า, ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากร เช่นพลังงาน, รวมถึงกำลังพลจากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้ใช้, และกินความหมายกว้างรวมถึงบูรณาการข้อมูลข่าวสารการขนส่ง, การจัดทำรายการและบัญชีสิ่งของ, การจัดเก็บในคลัง, และการบรรจุภัณฑ์ โดยใช้ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ซึ่งมักดำเนินการโดยบริษัทที่มีความชำนาญเฉพาะ (ไม่ใช่ผู้ผลิตสินค้า และไม่ใช่ผู้บริโภคน).

ลอจิสติกส์ เป็นแนวคิดที่ต่อยอดมาจากการส่งกำลังบำรุงของทหาร รวมทั้งอาวุธยุทโธปกรณ์ จากฐานที่มั่นไปยังแนวรบ. ในยุคกรีก โรมันและไบแซนไทน์โบราณ มีนายทหารตำแหน่ง “Logistikos” รับผิดชอบการเงินและการส่งกำลังบำรุง. *logistikos* เป็นคำคุณศัพท์ภาษากรีกหมายถึงมีทักษะเชี่ยวชาญในการคำนวณ (skilled in calculating)^(๒).

Logistician เป็นนักวิชาชีพการส่งกำลังบำรุงและการขนส่ง ทั้งทางเรือ อากาศ ทางบกและทางราง. วุฒิของ *logisticians* ที่ใส่ท้ายชื่อ ได้แก่ FCILT/CMILT/MILT อนุมัติโดย

The Chartered Institute of Logistics & Transport (CILT); EJLog/ESLog/EMLog โดย European Logistics Association (ELA); PLog โดย Canadian Professional Logistics Institute; CML/CPL โดย International Society of Logistics (SOLE); JrLog/Log/SrLog โดย China Federation of Logistics & Purchasing (CFLP); FHKLA/MHKLA โดย Hong Kong Logistics Association (HKLA), PLS/CTL/DLP (โดย American Society of Transportation & Logistics) (AST&L); มหาวิทยาลัยบางแห่งมีหลักสูตรผลิตนักลอจิสติกส์ทั้งในระดับปริญญาและหลังปริญญา.

Military logistics การส่งกำลังบำรุงทางทหารมีความสำคัญ. การจัดการการส่งกำลังบำรุงของตนอย่างดี และการรวบรวมการส่งกำลังบำรุงของข้าศึก นับเป็นกลยุทธ์ทางทหารที่สำคัญอย่างหนึ่งมาแต่โบราณเนื่องจากกองทัพที่ขาดกำลังบำรุงอาหารและยุทธปัจจัย ย่อมต่อกรกับข้าศึกได้ยาก. ผู้นำทางทหารในอดีต อย่างเช่น Hannibal Barca, Alexander the Great และ Duke of Wellington นับได้ว่าเป็นอัจฉริยะในการส่งกำลังบำรุง.

แขนงย่อยหนึ่งของลอจิสติกส์ คือการส่งกำลังบำรุงทางเวชภัณฑ์และยา (*medical logistics*).

Logistics Management Software หมายถึงการพัฒนา Software เพื่อใช้ช่วยในการส่งกำลังบำรุงและการ

*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

†สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสถาน

จัดการแบบ automating.

ลอจิสติกส์เป็นธุรกิจตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๙๓ เป็นผลจากความซับซ้อนด้านอุปทานของธุรกิจแต่ละประเภท และความต้องการวัตถุดิบจากแหล่งต่าง ๆ ของโลก รวมไปถึงการขยายตลาดสินค้าที่ผลิตได้ไปทั่วโลก. ผู้เชี่ยวชาญในวงการอาจเรียกว่านักลอจิสติกส์โซ่อุปทาน (Supply chain logisticians) มีภารกิจจัดการให้มีของ/สินค้าที่ถูกต้อง, ปริมาณที่ถูกต้อง, ในเวลาที่ถูกต้อง, ณ สถานที่ที่ถูกต้อง, ในราคาที่ถูกต้อง (*having the right item in the right quantity at the right time at the right place for the right price*) และนับได้ว่าเป็นศาสตร์ของกระบวนการและการเชื่อมโยงภาคส่วนต่างๆ ของอุตสาหกรรมเข้าด้วยกัน. เป้าหมายของลอจิสติกส์ ยังต้องพึ่งพาการจัดการวงจรชีวิตของสินค้า (product life cycle), การคาดการณ์ความต้องการสินค้า อุปทานและบรรลุผลเหล่านี้ อย่างมีประสิทธิภาพ.

ลอจิสติกส์การผลิต (Production logistics) หมายถึงกระบวนการลอจิสติกส์ภายในอุตสาหกรรมหนึ่ง ๆ ซึ่งมุ่งหมายให้เครื่องจักรแต่ละเครื่อง และกระบวนการผลิตแต่ละจุด

ได้รับวัตถุดิบที่มีปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสม ณ จุดเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้กระบวนการผลิตดำเนินการอย่างต่อเนื่องไม่ขาดตอนและมีประสิทธิภาพสูงสุด ไม่มีของเหลือที่จะต้องเก็บ เช่น อย่างที่โตโยต้าใช้เรียกว่า JIT (just in time).

ลอจิสติกส์การทหาร (Military logistics) ในภาพรวมหมายถึงปฏิบัติการทางทหารที่รวมถึง

- การออกแบบ, การพัฒนา, การได้มา, การจัดเก็บ, การกระจาย, การบำรุงรักษา, การถอย และการอพยพ, และการกำจัดอาวุธยุทธภัณฑ์.
- การเคลื่อนย้ายอพยพ และการรักษาในสถานพยาบาลของกำลังพล.
- การได้มาหรือการก่อสร้าง, การบำรุงรักษา และการกำจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ.
- การได้มาหรือการเตรียมพร้อมของบริการ.

เอกสารอ้างอิงและใช้ในการเรียบเรียง

1. <http://en.wikipedia.org/wiki/Logistics>
2. http://en.wikipedia.org/wiki/Military_logistics

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์

จรวยพร ศรีศลักษณ์*

อรสา ไวยินท**

การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น ได้มีการดำเนินงานมานานในประเทศฟิลิปปินส์ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๕. ส่วนประเทศไทยได้ริเริ่มผลักดันการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๕ จนกระทั่งสามารถนำมาดำเนินการได้ใน พ.ศ. ๒๕๕๐. อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มรูปแบบเช่นประเทศฟิลิปปินส์.

ดังนั้นการศึกษาศึกษาการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นจากประสบการณ์ของประเทศฟิลิปปินส์ซึ่งดำเนินการมานานถึง ๑๗ ปี ที่มีผลกระทบต่อพัฒนาสุขภาพทั้งด้านบวกและลบ สามารถนำมาปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันของประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบของกระจายอำนาจ และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ.

Decentralization has fully materialized in the Philippines over a period spanning almost two decades. In Thailand, decentralization was initiated as early as 1932, but materialized only in 2007. However, decentralization process in the health sector has been delayed in the devolution of health service facilities from the central to local government levels.

Lessons learned from the Philippines, which has fully implemented decentralization for 17 years, will be very valuable lessons for learning about the positive and negative impacts arising from decentralization in order to provide policy options for Thailand so that it can avoid negative impacts and follow successful policy measures in support of the decentralization process of health services to the local government level.

ป ระเทศฟิลิปปินส์ ประกอบด้วยเกาะมากกว่า ๗,๐๐๐ เกาะ มีภาษาท้องถิ่นถึง ๒๕ ภาษา และ ๖๓ เชื้อชาติชนกลุ่มน้อย, มีประชากรประมาณ ๘๖ ล้านคน. ใน พ.ศ. ๒๐๐๖ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของฟิลิปปินส์ประมาณร้อยละ ๓.๒ ของ

รายได้ประชาชาติ. การกระจายอำนาจเกิดจากกฎหมายองค์กรท้องถิ่นชื่อ The Local Government Code โดยหวังว่าท้องถิ่นจะตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีกว่า และรวดเร็วกว่า. การกระจายอำนาจเกิดขึ้นใน ๕ หน่วยงาน ได้แก่

*สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

**สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การเกษตร, บริการสังคม, การบำรุงสิ่งสาธารณะและทางหลวง, การดูแลปกป้องสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพ. ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงถ่ายโอนภารกิจและทรัพยากรให้ท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ ๖๒ ของบุคลากร, ร้อยละ ๔๒ ของงบประมาณด้านสาธารณสุข และร้อยละ ๓๓ ของโรงพยาบาลรัฐ ถ่ายโอนให้ ๑๗ เขต, ๘๑ จังหวัด, ๑๑๗ เมือง, ๑,๔๙๔ เทศบาล และ ๔๑,๙๔๕ หมู่บ้าน. องค์กรท้องถิ่นมีอำนาจในการเก็บภาษีท้องถิ่น. การกระจายอำนาจในฟิลิปปินส์ได้รับการต่อต้านอย่างรุนแรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรเอกชน.^(๑) นอกจากนี้ยังมีข้อวิจารณ์ว่ารัฐบาลกระจายอำนาจเพราะต้องการลดต้นทุนของรัฐบาลกลางลง โดยให้ท้องถิ่นเป็นผู้จัดหารายได้เอง. หลังการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น ๔ ปี มีการประเมินพบว่า การกระจายอำนาจได้ก่อปัญหามากมาย เช่น เวชภัณฑ์รักษาพยาบาลขาดแคลน, เจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจ, การเข้าถึงบริการ, ประสิทธิภาพการบริการและคุณภาพบริการไม่ได้มีการปรับปรุง, ท้องถิ่นขาดแคลนงบประมาณทั้ง ๆ ที่งบประมาณที่ส่วนกลางจัดให้เพิ่มขึ้น. สาเหตุที่งบประมาณไม่เพียงพอ เพราะการจัดสรรงบประมาณไม่สัมพันธ์กับภารกิจที่ถ่ายโอนให้ท้องถิ่น. การจัดสรรใช้ตัวแปรจำนวนประชากรที่รับผิดชอบร้อยละ ๕๐, พื้นที่รับผิดชอบร้อยละ ๒๕, และสัดส่วนงบประมาณที่ท้องถิ่นสมทบร้อยละ ๒๕. งบประมาณจัดสรรให้ท้องถิ่นในรูปงบก้อนที่ไม่กำหนดเงื่อนไข จังหวัดรับผิดชอบเรื่องงบประมาณสูงเพราะต้องดูแลโรงพยาบาลขนาดใหญ่. นอกจากนั้นได้มีการจัดตั้งคณะทำงานในชื่อ The Local Government Assistance and Monitoring Services เพื่อดูแลการถ่ายโอนอำนาจให้เรียบริยและไม่เกิดขัดข้องในการดำเนินงานสุขภาพ.^(๒)

ภายหลังจากการกระจายอำนาจ ๑๗ ปี พบว่าในระดับองค์กรท้องถิ่นที่มีรายได้สูง, สามารถบริหารจัดการในด้านต่างๆ ได้ดี^(๓) ทำให้มีการพัฒนาสุขภาพและการเข้าถึงบริการดีขึ้น, ดังเช่นการพัฒนาในจังหวัดและเมืองที่ผู้เขียนมีโอกาสไปศึกษาดูงานที่จังหวัด Bulacan ที่ประสบความสำเร็จในการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น, และเมือง Marikina ที่ประสบความสำเร็จจากการกระจายอำนาจและเป็นเมืองที่เป็นตัวอย่างของ

นครสุขภาพ โดยมีดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพดีขึ้น, อย่างไรก็ตาม อัตราการเพิ่มประชากรของประเทศฟิลิปปินส์ยังคงสูง และครึ่งหนึ่งของประชากรมีอายุต่ำกว่า ๒๑ ปี และสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกคลอดเท่ากับ ๖๗ ปี ในผู้ชาย และ ๗๓ ปี ในผู้หญิง. สถานะสุขภาพในด้านต่าง ๆ มีแนวโน้มดีขึ้น เช่น อัตราการตายของทารกมีแนวโน้มลดลง, อัตราการตายของมารดามีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงสูงสุดในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. นอกจากนั้น สถานะทางสุขภาพค่อนข้างมีความหลากหลายในแต่ละเขตของประเทศ. ปัญหาด้านโรคติดเชื้อเป็นปัญหาสำคัญ โรคที่ป่วยมากที่สุดคือโรคติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง. ส่วนโรคไม่ติดเชื่อที่เป็นสาเหตุการตายหลักได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ. อย่างไรก็ตาม ประเทศฟิลิปปินส์ยังมีปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ เนื่องจากการลงทุนของรัฐในด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย, คิดเป็น ร้อยละ ๓.๒ ของรายได้ประชาชาติ ทำให้เกิดปัญหาด้านประสิทธิภาพและความเท่าเทียมในการใช้บริการ^(๔,๕).

สรุปบทเรียนจากฟิลิปปินส์

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์ประสบกับปัญหาทั้งด้านการบริหารจัดการ และการเงินการคลัง เนื่องจากการเตรียมความพร้อมที่ไม่ดีพอ ซึ่งเป็นบทเรียนที่ประเทศไทยควรตระหนักถึง. ผลกระทบในด้านบวกของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในชุมชนในการคิดแผนงานด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นการวางแผนที่เป็นความต้องการของท้องถิ่น, มีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นมาช่วยในงานด้านสุขภาพมากขึ้น. การดูแลสุขภาพประชาชนในบางพื้นที่ดีขึ้น, หากพื้นที่นั้นได้รับงบประมาณจากการเก็บภาษีเป็นจำนวนมาก, ทำงานตอบสนองระบบสุขภาพได้เท่าทันกับปัญหา. อีกทั้งประชาชนหรือตัวแทนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาสุขภาพและทำการเสนอแผนและจัดสรรงบประมาณแก้ปัญหาสุขภาพได้ตรงจุด สามารถของงบประมาณสร้างอาคารใหม่, ซื้อมาและเวชภัณฑ์ได้โดยใช้อำนาจการตัดสินใจของท้องถิ่น, ถือเป็น การลดขั้นตอน



มีอิสระไม่ต้องรอรับคำสั่งจากส่วนกลางในการบริหารจัดการระบบสุขภาพท้องถิ่น.

ส่วนผลกระทบในด้านลบจากการกระจายอำนาจมีหลายแง่มุม เช่น การกระจายอำนาจทำให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการแตกแยก, บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน. ในช่วงแรกของการกระจายอำนาจ มีการต่อต้านของบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมาก. เมื่อเกิดการกระจายอำนาจขึ้น สูญเสียสิทธิประโยชน์ ขาดโอกาสที่จะได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการได้เอง. บางครั้งถูกการเมืองระดับท้องถิ่นแทรกแซงการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขทำงานได้ค่อนข้างลำบาก. ปัญหาที่พบอื่นๆ เช่น เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ขาดแคลนในบางพื้นที่, การเข้าถึงบริการ ตลอดจนประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการไม่ได้มีการปรับปรุงจากเดิมที่ยังไม่ได้มีการกระจายอำนาจ, ขาดบูรณาการของระบบสุขภาพหลังการกระจายอำนาจ, งานรักษาพยาบาลซึ่งให้บริการโดยโรงพยาบาลที่อยู่กำกับของรัฐบาลท้องถิ่นระดับจังหวัด ถูกแยกบริหารจากงานบริการพื้นฐานอื่น ๆ ซึ่งให้บริการโดยศูนย์สาธารณสุขชุมชนประจำหมู่บ้าน (Baran-gay Health Station : BHS) และสถานีอนามัยเขตชนบท (Rural Health Unit : RHU) ที่ดูแลโดยท้องถิ่นระดับเทศบาล, มีการวางแผนการลงทุนด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในบางพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล, การลงทุนด้านสุขภาพเพื่อขยายโรงพยาบาลจังหวัดถือเป็นภาระของท้องถิ่นที่จะต้องรับผิดชอบซึ่งประชาชนอาจต้องรับภาระในการจ่ายค่าภาษีที่เพิ่มขึ้นหรือถูกเรียกเก็บค่าบริการในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นได้. ส่วนปัญหาอื่น ๆ เช่น การจัดสรรงบประมาณไม่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่. การจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลาง (Internal Revenue Allotment: IRA) ซึ่งเป็นแหล่งงบประมาณที่สำคัญที่สุดของรัฐบาลท้องถิ่นนั้นไม่สอดคล้องกับภารกิจและสถานบริการสุขภาพที่องค์กรท้องถิ่นต้องรับผิดชอบ.^(๖) จำนวนงบประมาณที่จัดสรรให้กับท้องถิ่นต่าง ๆ ไม่ได้คำนึงถึงจำนวนสถานบริการสุขภาพที่แต่ละท้องถิ่นได้รับการถ่ายโอนไป ทำให้บางท้องถิ่นมีสถานบริการสุขภาพจำนวนมากต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย. จากข้อมูลของรัฐมนตรีกว่าการ

กระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่าภาพรวมประเทศฟิลิปปินส์มีการใช้จ่ายด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย. ท้องถิ่นบางแห่งที่รับภาระค่าใช้จ่ายไม่ไหวจึงเริ่มขอถ่ายโอนโรงพยาบาลคืนให้กับกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๓๐ แห่ง. ส่วนใหญ่จะเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสูงที่สุดของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของท้องถิ่น. ท้องถิ่นขาดแคลนงบประมาณทั้ง ๆ ที่ส่วนกลางจัดให้เพิ่มขึ้น.

ปัจจัยเอื้อความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์ ได้แก่ ภาวะผู้นำ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้นำท้องถิ่น, และเช่นเดียวกันปัจจัยที่เอื้อความล้มเหลวคือการขาดวิสัยทัศน์ของผู้นำท้องถิ่น. ประเด็นอื่น ๆ เช่น หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายกับความสามารถของบุคคลไม่สอดคล้องกัน, การตั้งกติกาท้องถิ่นโดยขาดการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในท้องถิ่นแต่เป็นกติกาก่อนที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งให้, ความอ่อนแอของกฎหมาย และที่สำคัญที่สุดคือการฉ้อราษฎร์บังหลวงที่เกิดขึ้นมาอย่างยาวนาน, อีกทั้งการใช้ทรัพยากรที่มีคุณค่าอย่างไม่ระมัดระวัง โดยไม่คำนึงถึงทรัพยากรที่จะนำมาพัฒนาประเทศในอนาคต.

เปรียบเทียบประเทศฟิลิปปินส์ที่ดำเนินการตามกฎหมายการถ่ายโอนชัดเจน กับประเทศไทยที่กฎหมายหลายประการยังไม่พร้อม ต้องให้กระทรวงสาธารณสุขอำนวยความสะดวกให้การจัดการให้เรียบร้อย อาจดูรูปแบบของ Baraygay Health Worker Act 1995, Magna Carta of Public Health Workers ๑๙๙๒ (RA. 7307) ของประเทศฟิลิปปินส์ และนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย และที่สำคัญที่สุดเมื่อถ่ายโอนแล้วต้องสอบถามความคิดเห็นประชาชน, ผู้นำท้องถิ่น, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, สาธารณสุขอำเภอ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย, เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงแนวทางการสนับสนุนให้สอดคล้องกับหลักการนโยบายการกระจายอำนาจ และมีการหนุนเสริมการปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม. อีกทั้งพัฒนาวิสัยทัศน์, ความคิด ความรู้ไปพร้อมๆกับการปฏิบัติการของบุคลากรในพื้นที่ ทั้งในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน เพื่อให้การถ่ายโอนมีประสิทธิภาพ

ยิ่งขึ้น.

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการปรับโครงสร้างที่เหมาะสมกับภารกิจตามอัตรารอบกำลัง และความรับผิดชอบเพื่อรองรับการถ่ายโอน^(๗) โดยให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการถ่ายโอนน้อยที่สุด, ควรมีการสื่อสารถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นหลังจากมีการถ่ายโอนภารกิจสุขภาพไปอยู่กับท้องถิ่นให้กับกลุ่มประชาชนผู้รับบริการได้รับทราบเพื่อสร้างความเข้าใจและสะท้อนกลับข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงได้, รวมถึงสามารถนำไปสู่การปรับปรุงของผู้ปฏิบัติงานด้วยเช่นกัน เช่น หลังการกระจายอำนาจจะส่งผลดีในแง่ของสายการบังคับบัญชาเนื่องจากสายการบังคับบัญชาจะสั้นลง เอื้อให้เกิดการปฏิบัติงานแบบฉับไว ทันสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นได้.

ปัจจัยที่สำคัญของประเทศฟิลิปปินส์ที่ผลักดันให้บางพื้นที่ประสบความสำเร็จคือความตั้งใจด้านการเมือง และความเป็นผู้นำของผู้บริหารท้องถิ่นที่มาจากการเลือกตั้งที่ให้ความสำคัญกับด้านสุขภาพ. สำหรับบทบาทด้านสุขภาพขององค์กรท้องถิ่นในประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่าองค์กรบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาลขนาดใหญ่ควรมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและราคาแพง โดยดูแลด้านการคลังสาธารณสุข, ส่วนเทศบาลขนาดเล็กและองค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทยควรมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการ

ด้านสุขภาพรักษาพยาบาลพื้นฐาน, การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรค และให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของผู้นำท้องถิ่นให้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาสุขภาพโดยรวม.

เอกสารอ้างอิง

๑. Mar Wynn CB. Overview of the Philippines health systems and the framework for health reforms. Document prepared. Department of Health, Philippines; 2008.
๒. Juanito DT. Decentralization of health services in the Philippines. Document prepared. Department of Health, Philippines; 2008.
๓. Mario CV. Formula one for health handbook. 1st Ed. Manila: European Commission, Department of Health; 2008.
๔. Health Policy Development and Planning Bureau. Annual Report 2006. Manila: World Health Organization; 2008.
๕. Macky MM. Plaridel health profile 2007. Document prepared. Department of Health, Philippines; 2008.
๖. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, พินิจ ฟ้าอำนาจผล, วิทยา กุลสมบูรณ์. เเหลียวมองประสิทธิภาพการกระจายอำนาจที่ประเทศฟิลิปปินส์. เอกสารวิชาการชุดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ฉบับที่ ๓. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง; ๒๕๔๓.
๗. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒. ประกาศราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๔๖ก, วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๒.

ธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ

จรรยาพร ศรีศลักษณ์*

เอื้องฟ้า สิงห์ทิพย์พันธุ์**

บทคัดย่อ

ธรรมาภิบาลในระบบการบริหารจัดการสุขภาพ เป็นกระบวนการหรือระบบที่องค์กรหรือประชาคมใช้ดำเนินการเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดี โดยมีหลักการสำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วม, หลักนิติธรรม, ความโปร่งใส, การสนองตอบความต้องการ, หลักการมุ่งสู่ฉันทามติ, ความเป็นธรรมและความก้าวหน้า, ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ, พันธะความรับผิดชอบ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือประชาชนในสังคมได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพจากหน่วยงานรับผิดชอบไม่ว่าภาครัฐหรือเอกชน. ดังนั้นในการดำเนินงาน หากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความตระหนักต่อการจัดการระบบสุขภาพที่ดี นำหลักธรรมาภิบาลมาช่วยในการบริหารจัดการ จะทำให้บรรลุสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้.

คำสำคัญ: ธรรมาภิบาล, การจัดการระบบสุขภาพ

Abstract Good Governance in the Health System Management Jarauporn Srisasalux*, Auengpha Singtipphun**

*Health Systems Research Institute, **Health Technical Office, Ministry of Public Health

Good governance in the health system generally refers to the exercise of political authority and the use of institutional resources to manage health problems and affairs. There are eight dimension of governance: participation, rule of law, transparency, responsiveness, consensus orientation, equity and inclusiveness, effectiveness and efficiency, and accountability. The enhancement of stewardship functions and the improvement of management support systems of the government in terms of collective responsibility for overall performance of the health system are aspects of good governance. In addition, good governance is the responsibility of other stakeholders outside of the public sector. Therefore, the principles of good governance will be used by the National Health Organization to enhance accessibility to care, the quality to care, equity rights, and stakeholder participation.

Key words: good governance, health system management

วิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๐ ประเทศไทยได้รับบทเรียนอย่างมาก อาจถือได้ว่าเป็นบทเรียนสำคัญของการพัฒนาระบบที่ไม่สมดุล อาศัยการพึ่งพาจากภายนอกตามกระแสโลกาภิวัตน์แบบก้าวกระโดด โดยขาดความรู้เท่าทันต่อการ

เปลี่ยนแปลง, ขาดการประเมินความพร้อมของคนและระบบ, ขาดภูมิคุ้มกันที่ดี, ทำให้ผลพวงจากวิกฤติดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสังคมไทยเป็นอย่างมาก ทำให้ทุกภาคส่วน ทุกระดับต้องกลับมาทบทวนการบริหารจัดการ และการสร้างระบบที่ดีให้เกิดขึ้น

*สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, **สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ในสังคมไทย.

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔) นับเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างระบบบริหารจัดการที่ดีที่เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยมีแนวทางการพัฒนาหลักคือ การให้ความสำคัญกับการพัฒนาประสิทธิภาพของภาคราชการ, การสร้างความเข้มแข็งแก่ภาคประชาชน ตลอดจนจะมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ ส่งผลกระทบในวงกว้าง ทำให้ประชาชนตื่นตัวในเรื่องสิทธิเสรีภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากได้วางรากฐานของประชาธิปไตยที่มีธรรมาภิบาลในสังคมไทยไว้อย่างครบถ้วนทั้งในเชิงโครงสร้าง กลยุทธ์ และกระบวนการ, เปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่าง ๆ เข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการประเทศอย่างกว้างขวาง. การให้ความสำคัญต่อกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน, การพัฒนาท้องถิ่น, การกระจายอำนาจ, การเคารพสิทธิ, ภูมิปัญญา. ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดกระบวนการขับเคลื่อนธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการประเทศ, ความตื่นตัวการสร้างประชาธิปไตย และธรรมาภิบาลให้เกิดขึ้นโดยมีกระบวนการร่วมรับรู้ รับฟัง ร่วมคิดและร่วมรับผิดชอบ, ทำให้การกำหนดนโยบาย มาตรการต่าง ๆ ดำเนินไปด้วยความรอบรู้แบบเท่าทัน รอบคอบ และระมัดระวัง ป้องกันความผิดพลาด ล้มเหลว และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประเทศชาติและประชาชนโดยรวม.

ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙) ยังคงให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องกับการสร้างระบบบริหารจัดการที่ดี โดยได้มีการขยายกรอบการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนของสังคม ได้แก่ การสร้างระบบบริหารจัดการที่ดีในภาคธุรกิจ เอกชน, การส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของกลไกตรวจสอบสาธารณะ รวมทั้งการปลูกจิตสำนึกของประชาชนในเรื่องคุณธรรม จริยธรรม ความพอดี เพื่อเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างระบบบริหารจัดการที่ดีในสังคมไทย และ พ.ศ. ๒๕๔๙ รัฐบาลได้มีการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งเป็นเพียงการกำหนดเป้าหมายหลักที่จะต้องดำเนินการ แต่ยังคงขาดการกำหนดถึงวิธีการปฏิบัติ. ดังนั้น ต่อมาในพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลัก

เกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ จึงได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการปฏิบัติราชการ และการสั่งการให้ส่วนราชการและข้าราชการปฏิบัติให้ชัดเจนเป็นแนวเดียวกัน โดยไม่ก่อให้เกิดการใช้ดุลยพินิจในการเลือกปฏิบัติของแต่ละส่วนราชการ. ทั้งนี้เพื่อให้สามารถวัดผลการปฏิบัติงานได้ รวมทั้งเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน.

ต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔)^(๑) มีทิศทางทางการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้เกิดขึ้น โดยมีการพัฒนาแบบองค์รวมที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ที่เชื่อมโยงทุกมิติอย่างบูรณาการ. “ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการประเทศ” ถือเป็น ๑ ใน ๕ ยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๐ โดยการเสริมสร้างและพัฒนาวัฒนธรรมประชาธิปไตยและธรรมาภิบาลให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมไทย, เสริมสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนให้สามารถเข้าร่วมในการบริหารจัดการประเทศ, สร้างภาคราชการที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล. การกระจายอำนาจการบริหารจัดการประเทศสู่ภูมิภาค ท้องถิ่นและชุมชนเพิ่มขึ้น ให้เกิดความเข้มแข็ง สุจริต มีธรรมาภิบาล ปฏิรูปกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ เพื่อสร้างความสมดุลในการจัดสรรประโยชน์จากการพัฒนา รักษาและเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการประเทศสู่ดุลยภาพและความยั่งยืน^(๒,๓).

การพัฒนาระบบราชการในด้านสาธารณสุข

ทิศทางของการพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔)^(๔) ยังคงมีทิศทางสานต่อจากแผนที่ผ่านมา แต่ให้ความสำคัญในการต่อยอดความคิด สร้างจินตนาการสุขภาพใหม่และมุ่งสู่จุดหมายที่เป็นเอกภาพในการสร้างระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อการพัฒนาสุขภาพที่เป็นองค์รวม ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการรวมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพโดยยึดหลักการที่ว่า “สุขภาพดีเป็นผลมาจากสังคมดี” คือสุขภาพดีเกิดจากสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข. ทั้งนี้ได้มีการน้อมนำ



ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐^(๕) มาใช้เป็นฐานคิดและขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในการดำเนินชีวิต การบริหาร และการพัฒนาทางด้านสุขภาพในทุกมิติ ทุกระดับ และทุกภาคส่วน แล้วเชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนา โดยยึดหลักภูมิสังคมตามความหลากหลายของวัฒนธรรม ตามสภาพแวดล้อมของพื้นที่ วิถีชุมชนของสังคมนั้น ๆ ตลอดจนยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยพัฒนาไปอย่างเป็นลำดับขั้นตอน เริ่มต้นจากการพึ่งพาตนเองได้ก่อนแล้วจึงสร้างเครือข่ายการพัฒนาเชื่อมโยงสู่ภายนอก. ส่วนกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรม^(๖) เพื่อเป็นการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้มีความสอดคล้องตามนโยบายของรัฐบาล ซึ่งในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ได้กำหนดให้การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการพัฒนา โดยกระทรวงสาธารณสุขมุ่งที่จะสร้างระบบธรรมาภิบาลและสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดี ให้เกื้อกูลต่อการทำงานร่วมกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมได้ประโยชน์ และร่วมรับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ของประชาชนและประเทศชาติเป็นที่ตั้ง.

เมื่อมองระบบสุขภาพไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ด้วยเหตุปัจจัยหลายอย่างตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงในระดับสากล จนถึงการเปลี่ยนแปลงภายในสังคม ไม่ว่าจะเป็นการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อีกทั้งกรอบแนวคิดของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ส่งผลให้กลยุทธการบริหารจัดการของรัฐบาลในด้านสุขภาพจะต้องมีการปรับตัวให้เกิดความโปร่งใสมากขึ้น ชี้แจงให้ภาคประชาชนเข้าใจเหตุผลในการจัดสรรทรัพยากรในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกพื้นที่และทุกระดับให้เกิดความเท่าเทียม โดยมีการสร้างกระบวนการให้เกิดธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพเพื่อทำหน้าที่กำหนดและกำกับนโยบายการบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดการบริหารทรัพยากรสุขภาพอย่างถูก

ต้องและเป็นธรรม.

หลักธรรมาภิบาล

คำว่า ธรรมาภิบาล (good governance) เป็นหลักการบริหารจัดการที่ดี ซึ่งผู้คนต่างยอมรับว่าธรรมาภิบาลเป็นกระบวนการที่จะประกันการพัฒนาคนอย่างยั่งยืน^(๗) โดยการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส. ธรรมาภิบาลเป็นอุดมคติที่บรรลุได้ยาก แต่ควรต้องพยายามทำให้เกิดผลดีที่สุดถึงแม้จะทำได้ไม่ทั้งหมด. ระบบที่มีธรรมาภิบาลจะเป็นระบบที่มีกลไกเป็นเครื่องยืนยันการบริหารจัดการที่มั่นคง ซึ่งธรรมาภิบาลจะเกิดขึ้นได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางวัฒนธรรม การเมือง ค่านิยมในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่มีการพัฒนาคนอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ธรรมาภิบาลมีคุณลักษณะสำคัญ ๘ ประการ^(๘-๑๐) ได้แก่ การมีส่วนร่วม (participation) หลักนิติธรรม (rule of law) ความโปร่งใส (transparency) การสนองตอบความต้องการ (responsiveness) หลักการมุ่งสู่ฉันทามติ (consensus orientation) ความเป็นธรรมและความถ้วนหน้า (equity and inclusiveness) ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ (effectiveness and efficiency) พันธะความรับผิดชอบ (accountability) สามารถใช้หลักดังกล่าวในการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้ากระบวนการและผลลัพธ์ต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการที่สามารถบริหารจัดการงานด้านสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ. ส่วนแนวคิดของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ มีหลักการสำคัญอยู่ ๖ ประการได้แก่ หลักนิติธรรม คุณธรรม รับผิดชอบ คำนึงค่า การมีส่วนร่วม และโปร่งใส อาจนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพ เช่น

๑. หลักนิติธรรม หมายถึงการตรากฎหมายที่ถูกต้องเป็นธรรม, การบังคับให้เป็นไปตามข้อบังคับ และการปฏิบัติตามกฎหมายที่ตกลงกันไว้อย่างเคร่งครัด, มีการกำหนดขอบเขตหน้าที่ชัดเจน มีการสร้างกฎระเบียบที่เป็นไปตามที่ราชการกำหนด การใช้กฎระเบียบครอบคลุมความเสมอภาค ทั้งกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่และส่วนน้อย ทั้งภาครัฐและเอกชน

โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพ ซึ่งการสร้าง และใช้กฎระเบียบคำนึงถึงผลกระทบต่อประชาชนมากกว่าสิ่งอื่นใด.

๒. หลักคุณธรรม หมายถึงการยึดมั่นในความถูกต้องดีงาม, การส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานบริหารจัดการงานด้านสุขภาพ พัฒนาตนเองในการสร้างสำนักคุณธรรมและใช้หลักคุณธรรมในหน่วยงาน.

๓. หลักความโปร่งใส หมายถึงการสร้างควมไว้วางใจซึ่งกันและกันของคนในหน่วยงานบริหารจัดการงานด้านสุขภาพ โดยปรับปรุงกลวิธีการทำงานของหน่วยงานให้มีความโปร่งใส เช่น การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเวชระเบียน, ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในการบริหารจัดการงบประมาณ, ผลการดำเนินการของหน่วยงาน รวมถึงบัญชีการเงิน มีการจัดทำข้อมูลการบริหารจัดการระบบเพื่อเสนอต่อภาคประชาคม โดยนำเสนอข้อมูลการจัดการงบประมาณและการบริการที่สำคัญให้เข้าถึงได้สะดวก มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่ชัดเจน มีการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะและผู้ได้รับผลกระทบ.

๔. หลักความคุ้มค่า หมายถึงการบริหารจัดการงานในระบบสุขภาพ และใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวม.

๕. หลักการมีส่วนร่วม หมายถึงการสนับสนุนและพัฒนาการมีส่วนร่วมในระดับการให้ข้อมูล การรับฟังความคิดเห็นและปรึกษาหารือ, การมีส่วนร่วมในการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพ ในการวางแผนบริหารการเงินและการบริการ และมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการบริหารระบบสุขภาพ.

๖. หลักสำนึกรับผิดชอบ หมายถึงการสร้างความรู้สึกการเป็นเจ้าของร่วมกันในหน่วยงาน และมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการบริหารงานด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบต่อการบริหารจัดการโดยสนองตอบนโยบายในระบบสุขภาพ และแสดงความรับผิดชอบในการคุ้มครองสิทธิและการร้องเรียนของประชาชนและสถานบริการ^(๑๑).

สถานการณ์ทางระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล

การบริหารจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพ กระตุ้นให้มีการกระจายบุคลากรไปทำงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในระดับชุมชนมากขึ้น, รัฐบาลมีความพยายามในการแก้ไขปัญหากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง, แต่ปัจจุบันยังมีปัญหาเรื่องการกระจายแพทย์อยู่มาก โดยพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพมหานคร จังหวัดในภาคกลาง จังหวัดที่มีเศรษฐกิจดี และส่วนใหญ่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ขณะที่ประเทศมีความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากกว่า. เมื่อรัฐบาลเริ่มดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๕ มีความวิตกกังวลว่า ปัญหาการกระจายแพทย์อาจทำให้ประชาชนได้รับบริการอย่างไม่ทั่วถึง และพบว่าอัตราการใช้บริการของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพไม่สัมพันธ์กับอัตราแพทย์ต่อประชากรผู้มีสิทธิ. โดยสรุปคือประชาชนสามารถได้รับการบริการไม่แตกต่างกันแต่ในพื้นที่ที่มีแพทย์จำนวนน้อยจะมีภาระงานสูงกว่าพื้นที่ที่มีแพทย์จำนวนมากกว่า แพทย์ที่มีภาระงานมากอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ให้กับประชาชนได้ สถานการณ์นี้สอดคล้องกับหลักคุณธรรมของผู้ปฏิบัติงาน.

หลักความโปร่งใส มีสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น สถานการณ์ของระบบประกันสังคม เคยมีกระแสข่าวเรื่องคอมพิวเตอร์ที่สำนักงานประกันสังคม (สปส.) ดำเนินการผิดพลาด จนต้องมีการยกเลิก ซึ่งถูกตั้งคำถามในเรื่องความโปร่งใสในการบริหารกองทุนประกันสังคม การใช้เงินกองทุนประกันสังคมในการลงซื้อหุ้น ซึ่งมีรายงานว่าอาจมีข้อขัดข้องบางประการเกี่ยวกับระเบียบซึ่งหากกองทุนประกันสังคมจะซื้อหุ้นในบริษัทเอกชนเกินกึ่งหนึ่ง จะส่งผลให้บริษัทนั้นต้องกลายเป็นรัฐวิสาหกิจหรือไม่. ระบบประกันสังคมยังคงถูกตั้งคำถามเชิงธรรมาภิบาลการบริหารกองทุนประกันสังคมอย่างต่อเนื่อง และเกิดคำถามที่น่าสนใจว่า สิ่งที่สังคมตั้งคำถามนั้นมีส่วนจริงหรือไม่ มีความเป็นไปได้ในการการประเมินระดับธรรมาภิบาลของคณะกรรมการกองทุนประกันสังคมหรือไม่ ซึ่งมีทั้งคณะ



กรรมการส่วนกลางและระดับจังหวัด^(๑๒).

หลักความรับผิดชอบต่อ มีสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังคงเป็นการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชนทั้งในเรื่องของทำซีแอลยามะเร็งกับบริษัทเอกชนเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยามากขึ้นหรือการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน. นอกจากนี้ สปส. ยังมีการนำเสนอข่าวการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้กับผู้ประกันตน โดยครอบคลุมโรคที่เกิดจากการทำงาน ๓๒ โรค เป็น ๘๐ โรค เช่น โรคหูตึงจากเสียง เป็นต้น^(๑๒).

หลักความคุ้มค่า มีสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมีการประเมินประสิทธิผลในการให้บริการตามสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ เพื่อปรับแก้สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ แทนที่การเดินหน้าเพิ่มสิทธิประโยชน์อย่างเดียว โดยเฉพาะการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่บางแห่งยังมีการปฏิเสธผู้ป่วยด้วยข้ออ้างว่าไม่พร้อม ไม่มีศักยภาพพอ ความแออัดในโรงพยาบาลจึงยังคงเป็นอยู่. สิ่งทีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการคือเดินไปข้างหน้า เพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชนมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นข้อดี. แต่โครงการต่าง ๆ การดำเนินงานต่าง ๆ ที่รวดเร็วเกินไป อาจมีผลในเชิงปฏิบัติ หรือกระทบต่อประชาชนในแง่ที่ไม่เกิดผลดีนัก^(๑๒).

การบริหารจัดการด้านสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาล

จากที่กล่าวมาเบื้องต้น การบริหารจัดการด้านสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาลจำเป็นต้องคำนึงถึง กลวิธีและกติกากำหนด การจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาความมีสุขภาพดี^(๑๓) โดยมีส่วนประกอบ ได้แก่

๑. การปรับระบบบริหารจัดการภาครัฐ โดยเน้นการบริหารคน, บริหารทรัพยากร และบริหารนโยบาย โดยให้ความสำคัญต่อกฎระเบียบ เปิดเผย และสร้างการมีส่วนร่วม.
๒. การสร้างจิตสำนึกและวัฒนธรรม โดยได้รับการยกย่องคนดีในสังคม การแสดงความยินดีที่อยู่ขอบเขตของความเหมาะสม.
๓. การป้องกันไม่ให้เกิดทุจริตคอร์รัปชัน ด้วยการจัดทำ

เอกสารเผยแพร่ตัวอย่างกรณีศึกษาที่เบาะแส และเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นต้องจัดการอย่างไร รวดเร็ว ไม่มีลักษณะช่วยกันปกปิด และทำความเข้าใจกฎหมายตรวจสอบการทำงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับระบบราชการ ได้แก่

- ๓.๑ พรบ.ข้อมูลข่าวสารทางราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐.
- ๓.๒ พรบ.ประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต พ.ศ. ๒๕๔๒.
- ๓.๓ พรบ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. ๒๕๔๒.
- ๓.๔ พรบ.ว่าด้วยความผิดเกี่ยวกับการเสนอราคาต่อหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๔๒.
- ๓.๕ พรบ.ประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการตรวจเงินแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๔๒.
๔. การสร้างเสริมระบบข้อมูลข่าวสารให้รู้เท่าทัน โดยการเปิดเผยข้อมูลตามพรบ.ข้อมูลข่าวสารทางราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐, การเข้าถึงระบบการตรวจสอบและการใช้ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารงาน.
๕. การพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็ง กลวิธีตรวจสอบถ่วงดุลในสังคม, สรรสร้างบรรยากาศของการเกิดขึ้นของประชาคมต่าง ๆ และจัดเวทีสาธารณะในประเด็นต่าง ๆ เช่น การเร่งรัดป้องกันโรคระบาดบางโรค, การบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ, การป้องกันการฟ้องร้องแพทย์ ด้วยการสร้างกลวินัยให้เข้มแข็งในระบบ.

๖. การเชื่อมโยงภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาคเอกชนภาครัฐ และภาคประชาสังคม ให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมั่นคง เพื่อให้การบริหารจัดการด้านสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาล เป็นระบบสุขภาพที่ไม่ยึดกับผลประโยชน์ของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคลและชุมชนในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ โดยชุมชนในสังคมต้องมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ สามารถบริหารจัดการให้ระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพตอบสนองต่อการแก้ปัญหาของประชาชนอย่างเหมาะสม เช่น การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

โดยกระจายบุคลากร ภารกิจ และงบประมาณให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน.

ระบบสุขภาพจะมีธรรมาภิบาลได้นั้น ต้องมีกระบวนการที่สามารถนำเอาอำนาจที่กำหนดให้องค์กรหรือกลไกในระบบสุขภาพ มาบริหารจัดการทรัพยากรขององค์กร^(๑๔) หรือกลยุทธ์ มาเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ซึ่งในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐^(๑๕) ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพกว้างขึ้น จากเดิมที่เคยมองสุขภาพเป็นเรื่องของความไม่เจ็บไข้ได้ป่วย กลายเป็นสภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม. นอกจากนี้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งมีหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมดนี้จะทำให้กลวิธานของสังคมเปลี่ยนไปค่อนข้างมาก. หากสังคมขาดการเตรียมการในเรื่องของการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างกลวิธานที่เกิดขึ้นใหม่กับกลวิธานเดิมแล้ว อาจส่งผลต่อสภาวะของคนไทยโดยรวมได้ จึงจำเป็นที่ต้องมีการจัดการความรู้ เพื่อนำไปสู่การจัดการเชิงระบบให้มีกลวิธานที่ดีที่สุดและการจัดการให้ตรงไว้ซึ่งธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ เพราะระบบที่มีธรรมาภิบาลที่ดีจะทำให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเสมอภาคเท่าเทียมกัน หากขาดธรรมาภิบาลที่ดี จะทำให้เกิดปัญหาในเชิงการทำงานที่ไร้ประสิทธิภาพ, มีปัญหาเรื่องความไม่มั่นใจในการจัดการทรัพยากรอย่างเป็นธรรม ตลอดจนเกิดปัญหาการทุจริตต่าง ๆ ขึ้น. ดังนั้นการสร้างความรู้เรื่องธรรมาภิบาลจะช่วยแก้ปัญหาความยุ่งยากของระบบ และกลไกต่าง ๆ ที่ไม่ประสานกันได้.

สรุป

การจัดการระบบสุขภาพถือเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิตพื้นฐานในสังคม ที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรต่าง ๆ และคนในสังคมจะต้องช่วยกันสร้างและบริหารจัดการให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีให้เกิดขึ้น โดยอาศัยหลักธรรมาภิบาล เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป้าหมายสู่ประชาชนมีสุขภาพ ตามสิทธิขั้นพื้นฐาน ตามรัฐธรรมนูญที่ทุกคนพึงควรได้รับ ดังนั้นในการดำเนินงาน. หากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มี

ความตระหนักต่อการจัดการระบบสุขภาพที่ดี นำหลักธรรมาภิบาลมาช่วยในการบริหารจัดการ จะทำให้บรรลุสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ สังคมก็จะเกิดความสงบสุข ความสมานฉันท์และสันติวิธี ทุกคนในสังคมมีคุณภาพชีวิต ตัวอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กรณีความเสียหายและผู้ประสบภัยจากพายุไซโคลนนาร์กิส ที่บริเวณสามเหลี่ยมปากแม่น้ำอิรวดีที่ถูกเผยแพร่สู่สายตาชาวโลก ทำให้เกิดประเด็นคำถามว่า ความถูกต้อง มนุษยธรรม และความยุติธรรม ที่ประชาชนของประเทศเพื่อนบ้านได้รับ ถูกต้องหรือยังภายใต้ระบบการจัดการสุขภาพที่ยังไม่มีธรรมาภิบาล เพราะเหตุการณ์ภัยพิบัติดังกล่าว ยังจะนำมาซึ่งความเสียหายอีกใหญ่หลวง การเกิดโรคระบาดที่อันตราย ที่เกิดจากผลของภัยพิบัติจะทำให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจ สังคม และชีวิตของประชาชนในประเทศอย่างประเมินค่าไม่ได้ トラบใดที่ยังมีระบบจัดการสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ.

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี ๒๕๕๐, ๖ กรกฎาคม ๒๕๕๐ ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็คเมืองทองธานี. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; ๒๕๕๐.
๒. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การอยู่ร่วมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี ๒๕๕๐, ๖ กรกฎาคม ๒๕๕๐ ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็คเมืองทองธานี. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; ๒๕๕๐.
๓. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. หนทางสร้างสุขของคนในชุมชนและสังคมไทย. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี ๒๕๕๐, ๖ กรกฎาคม ๒๕๕๐ ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; ๒๕๕๐.
๔. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๕๐.
๕. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐, กรุงเทพมหานคร, ๒๕๕๐.



๖. คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณธรรมจริยธรรม กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร. ๒๕๕๐.
๗. วินัย ลิสมิทธิ และประภาพรณ อุ๋นอบ. การประเมินผลการบริหารงานหลักประกันสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด. [ออนไลน์]. ๒๕๕๐. [สืบค้นเมื่อ ๑๓ มีนาคม ๒๕๕๑] Available from: http://www.hisro.or.th/adminsystem/book/file/hisro_0014.pdf
๘. อรพินท์ สฟโซคชัย. สังคมเสถียรภาพและกลไกประชารัฐที่ดี. [ออนไลน์] รายงานที่ตีอาร์ไอ ฉบับที่ ๒๐ เดือนมกราคม ๒๕๔๑. [สืบค้นเมื่อ ๘ มีค. ๒๕๕๑] Available from <http://www.info.tdri.or.th/library/quarterly/white-pp>.
๙. UNESCAP.WHAT IS GOOD GOVERNACE. [Online]. ๒๐๐๖. [cited 2008 March 15] Available from: <http://www.unescap.org/pdd/index.asp>.
๑๐. Wikipedia. Governance. [Online]. 2006. [cited 2008 March 15] Available from: URL:<http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Governance>.
๑๑. USAID. Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options. [Online]. 2006. [cited 2008 March 29] Available from: URL:http://www.healthsystems2020.org/files/1914_file_Governance_Policy_Brief_FIN_2.pdf
๑๒. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. ข่าวสารประกันสุขภาพ. [ออนไลน์] ๒๕๕๐ [สืบค้นเมื่อ ๖ ธค. ๒๕๕๐] Available from: <http://www.hisro.or.th>
๑๓. สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. ธรรมชาติกับการจัดการด้านสุขภาพ. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๔๖.
๑๔. บัลลังก์ อุปพงษ์, วินัย ลิสมิทธิ. การอภิบาลบทบาทการซื้อบริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๐;๑:๒๘๕-๕๘.
๑๕. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ ๑๒๔. ตอนที่ ๑๖ก. ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร : ๑-๓๔.

บททวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๐

ปรีดา แต่อารักษ์*

นิภาพรรณ สุขศิริ*

ร่ำไพ แก้ววิเชียร†

กัธญา แต่อารักษ์‡

บทคัดย่อ

การทบทวนเรื่องนี้เพื่อศึกษาความเป็นมา สถานการณ์และบริบทต่าง ๆ ของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข รวมทั้งเสนอแนะการดำเนินการก่อนการทดลองถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยทบทวนจากเอกสารการดำเนินงาน ข่าวสาร งานวิจัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องย้อนหลังไปจนถึง พ.ศ. ๒๕๔๒ และสัมภาษณ์ผู้บริหาร/ผู้แทนกลุ่ม/องค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ปฏิบัติงาน ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๐ พบว่าการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจล่าช้า ขาดการเตรียมความพร้อมให้แก่อปท. ทั้งด้านโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุข และศักยภาพทางวิชาการ. ในขณะที่อปท. มีจุดแข็ง คือ ผู้บริหารมีความรู้ความสามารถ สนใจการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น, งบประมาณมีมากขึ้น, รู้ปัญหาของประชาชน, บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถโอนย้ายเข้าอปท.มากขึ้น, องค์กรไม่ซับซ้อนมีความคล่องตัว และจัดระบบการตรวจสอบได้ง่าย. จุดอ่อน คือ มีข้อสงสัยเรื่องความไม่โปร่งใส, บุคลากรที่มีอยู่ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่ยังไม่มีโครงสร้างงานสาธารณสุข. สำหรับโอกาสคือการเปลี่ยนแปลงระบบหลักประกันสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ, การปฏิรูประบบสุขภาพ เกื้อหนุนต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับพื้นที่, การตรวจสอบการทำงานของท้องถิ่นโดยองค์กรอื่นหรือภาคประชาชนทำได้ง่ายกว่าการบริหารโดยส่วนกลาง. ส่วนอุปสรรคคือรัฐบาลไม่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจอย่างจริงจัง, ผู้ว่าเบ็ดเสร็จ (CEO) เป็นโครงสร้างการปกครองที่อาจขัดแย้งกับการปกครองท้องถิ่นในระดับจังหวัดได้, ขาดความร่วมมือจากข้าราชการประจำในระดับต่างๆ, บุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจ.

ข้อเสนอ ต้องมีกรอบแนวคิดชัดเจน: ๑) การให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ท้องถิ่น, ๒) ประสิทธิภาพและเอกภาพเชิงระบบ, ๓) ความเป็นธรรมทางสุขภาพ, ๔) ธรรมภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้, ๕) การมีส่วนร่วมและการตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน, ๖) การจัดความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นกับรัฐบาล การกำหนดบทบาทองค์กรต่าง ๆ ให้ชัดเจน. กระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้กำหนดมาตรฐาน ผู้กำกับดูแล สนับสนุนและบริการทางวิชาการแก่อปท. ให้อปท. เป็นผู้จัดบริการสาธารณะแก่ประชาชนในพื้นที่โดยตรงอย่างสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การถ่ายโอนไปตามความพร้อมและประเมินผลควบคู่ไปด้วย ต้องพัฒนาศักยภาพและสร้างความพร้อมแก่อปท., พัฒนากุศลกรสาธารณสุขให้สามารถสนับสนุนอปท.ได้เป็นอย่างดี, ปรับปรุงระเบียบกฎหมายให้เหมาะสม ถ่ายโอนสถานบริการพร้อมประเมินผลควบคู่ไปด้วย. ในการกำกับติดตามและประเมินผล ต้องยึดเอาวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจ เรื่องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ มีธรรมาภิบาล, มีประสิทธิภาพ, มีคุณภาพมาตรฐาน และประชาชนมีความพึงพอใจ.

คำสำคัญ: กระจายอำนาจ, สาธารณสุข, การถ่ายโอนสถานีอนามัย

*สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

†สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

‡วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

**Abstract Review of Decentralization in Public Health, 1999-2007**

Preeda Taarak*, Niphapan Suksiri*, Ramphai Kaewwichian†, Kirana Taarak‡

*Office of Health Assurance, †Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, ‡Sirinthorn's College of Public Health, Khon Kaen Province

This is a report of a review of the situation of decentralization in health and to recommendations for further steps that need to be taken. Documents, news and information from 1999 to 2007 were reviewed. Key persons from the organization concerned were interviewed. The study revealed that the decentralization process was operated slowly and that the infrastructure among the local administrative organizations to support decentralization was not well prepared and well established. The analysis showed that decentralization still has **strengths** and **advantages** because of the higher local administrators' capability, the increase in budget and a transfer of some public health personnel to the local level. Moreover, monitoring and external audits could be easily conducted since the local authorities' structures and functions are less complex compared with that of the government structure. On the contrary, there are **some weaknesses** in decentralization. These weaknesses include questions of transparency and lack of skill in public health affairs among the existing staff. Also, the public health division has not yet been structured in most sub-district administrative organizations. To consider opportunities, a health security system and health promotion system from the Thai Health Promotion Foundation, as well as a health-care reform system that could be possibly established, all would increase the opportunities of the public to participate in health-care initiation at local levels. An internal audit of the system by the community and the general public was also counted as an opportunity. Nevertheless, there can also be some **obstacles**. Currently, the Thai government does not pay much attention to decentralization and does not really focus on decentralization management. Therefore, it is possible that the "CEO Governor" system could be a system that hinders and interferes with the local administration system. Moreover, there is a lack of cooperation among government officers, and currently many public health personnel still have no confidence in decentralization.

A clear conceptual framework is therefore needed. Recommendations are: (1) Decision-making should be done by the local administrative organizations; (2) the system needs to be efficient and autonomous; (3) equity in health is needed; (4) good governance, transparency and accountability are very important; (5) Public participation and responses to community needs should be focused; and (6) the relationship between local authorities and the government need to be well established. Additionally, it is recommended that the Ministry of Public Health be changed into a "standardization authority" with the roles and responsibilities of monitoring, advising, and providing technical support to local administrative organizations. At the same time, the local administrative organizations should be authorized with clear roles and responsibilities to provide suitable public health services directly and specifically for the population in their own areas. In addition, it is necessary to strengthen capacity-building among local administrative organizations and capability development of public health personnel to support a good public health system at the community level. Revision of laws and regulations also needs to be focused and carried out together with the decentralization process among well-prepared local organizations. For monitoring the outcomes, the ultimate goal of "health-care services with equity, good governance, efficiency, good quality, and satisfactory standards" should be used as indicators for the evaluation.

Key words: decentralization, public health, health center transfer

เมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนวทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหลักการที่ได้จากการประชุมระดมสมองภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) เห็นชอบและถือเป็นแนวทางปฏิบัติ. ในการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนี้ จำเป็นที่จะต้องทบทวนความ

เป็นมา, สถานการณ์ และบริบทต่าง ๆ ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในช่วงก่อนดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เห็นภาพรวม, การเปลี่ยนแปลง, พลวัต, รวมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นอยู่และเสนอแนะสิ่งที่ควรจะดำเนินการในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

ความสำคัญและความเป็นมา ของการกระจายอำนาจ

รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ หมวด ๕ แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา ๗๘ กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึง และเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น^(๑-๓)

พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งเป็นกฎหมายลูกได้กำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง, การจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ, โดยกำหนดให้มีการมอบอำนาจหรือถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๗). หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดยังไม่พร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจภายใน ๔ ปี ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๓), โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเตรียมความพร้อม และราชการส่วนกลางให้การสนับสนุนแนะนำด้านการบริหารและเทคนิควิชาการ. นอกจากนี้ พ.ร.บ. ได้กำหนดให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน พ.ศ. ๒๕๔๔ จะต้องมียาได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของรายได้ของรัฐบาล และสัดส่วนต้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ภายใน พ.ศ. ๒๕๔๙ จะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕, และกำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่จัดทำแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^(๔).

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พ.ศ. ๒๕๔๓ กำหนดช่วง ๔ ปีแรก คือ พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๗ จะเป็นช่วงของการปรับปรุงระบบการบริหารงานภายในของอปท., ราชการบริหารส่วนกลาง และราชการบริหารส่วนภูมิภาค, การพัฒนายุทธศาสตร์, การสร้างความพร้อมในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจ บุคลากร งบประมาณ และทรัพย์สิน รวมทั้งการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง, มีทั้งการถ่ายโอนภารกิจและบุคลากรจำนวนหนึ่งไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

หลังจากช่วง ๔ ปีแรกถึงปีที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๓) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน มีการปรับบทบาทของราชการบริหารส่วนกลาง, ราชการบริหารส่วนภูมิภาค, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนที่จะเรียนรู้ร่วมกันในการถ่ายโอนภารกิจ, มีการปรับดุลยภาพความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับราชการบริหารส่วนภูมิภาคอย่างกลมกลืน, รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่ทำให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินกิจการสาธารณะที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นดีขึ้น, และทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความโปร่งใส.

หลังจากปีที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นไป) ประชาชนในท้องถิ่นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม, ประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจ การกำกับดูแลและการตรวจสอบ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มที่. ในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีการพัฒนาศักยภาพทางด้านการบริหารจัดการและการคลังท้องถิ่นที่พึ่งตนเองและเป็นอิสระมากขึ้น. ราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะเปลี่ยนบทบาทจากฐานะผู้จัดทำบริการสาธารณะมาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ และกำกับดูแลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่จำเป็นภายใต้ขอบเขตที่ชัดเจน, และการปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นการปกครองตนเองของประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง.

กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง



ส่วนท้องถิ่น ยึดหลักการและสาระสำคัญ ๓ ด้านคือ ๑) ความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ, ๒) การบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น, ๓) ประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓ ลักษณะ คือ ภารกิจที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับรัฐ, และภารกิจที่รัฐยังคงดำเนินการอยู่แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจะดำเนินการได้.

ทั้งนี้จะต้องมีการกำกับดูแลและติดตามประเมินผล ประกอบด้วยผู้แทนส่วนราชการ, ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ, มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน, โดยมีกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการที่รวดเร็ว ให้มีการศึกษา พัฒนา และปรับปรุงกระบวนการ วิธีการ รูปแบบ และแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และทันเหตุการณ์.

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

อปท. มีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณสุข ให้เป็นไปอย่างทั่วถึง สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ มาตรา ๑๖-๒๒, โดยในระยะเริ่มต้นของการกระจายอำนาจ แนวคิดในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่อปท. นั้นอิงแนวคิดหลักการที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่หรือ กสพ.^๕ ขึ้นเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบบริหารระบบบริการสาธารณสุข, โดยหน่วยบริการจะมีการถ่ายโอนมาอยู่กับท้องถิ่นในลักษณะเป็นเครือข่ายบริการภายใต้ กสพ. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและ

ศักยภาพในการบริหารจัดการ, การควบคุมกำกับบริการสาธารณสุข ตลอดจนการวางแผน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในแต่ละท้องถิ่นอย่างครบวงจรมากที่สุด, โดย กสพ.เป็นคณะกรรมการร่วมระหว่างองค์กรท้องถิ่นภายในจังหวัด และมีผู้แทนจากรัฐบาล, ผู้ทรงคุณวุฒิ, ผู้แทนประชาคมด้านสุขภาพ หรือส่วนอื่น ๆ ที่เหมาะสมเข้าร่วมในลักษณะพหุภาคี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สำนักงานเลขานุการ. การถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุขจะถ่ายโอนไปยัง กสพ. รูปแบบดังกล่าว เริ่มนำร่องในบางจังหวัดแต่ยังไม่ได้มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง มีผลให้การกระจายอำนาจโดยรวมและด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างล่าช้าและไม่มีความชัดเจน.

วิสัยทัศน์และเป้าหมายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

การกระจายอำนาจมิใช่เป้าหมายสุดท้าย แต่เป็นเพียงเครื่องมือหรือเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การปกครองแบบประชาธิปไตยที่มีประสิทธิภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน. ทั้งนี้จะมีการกระจายอำนาจได้มากเพียงใดขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม, สถานการณ์และเงื่อนไขของแต่ละประเทศ โดยความรับผิดชอบของรัฐบาลไม่ลดลง ประชาชนต้องมีส่วนร่วม^(๕-๗). ข้อห่วงใยที่สำคัญในการกระจายอำนาจ คือ ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและความไม่โปร่งใส ซึ่งก็มีข้อโต้แย้งเช่นกันว่าการจัดการที่ส่วนกลางก็ไม่อาจปฏิเสธถึงความไม่โปร่งใส^(๘,๙), และอีกประการหนึ่งที่น่าห่วง คือ ท้องถิ่นเองอาจไม่ได้ให้ความสำคัญกับงานด้านสาธารณสุขเท่าที่ควรดังเช่นที่ปรากฏในงานวิจัยต่าง ๆ.

กล่าวโดยสรุปแล้วการดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับระบบสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขควรเป็นไปเพื่อเกิดผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน คือ การ

^๕ ในแผนการกระจายอำนาจ ๒๕๕๓ ระบุว่าภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางด้านต้องการความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะ และความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะเช่น การศึกษา การสาธารณสุข การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องจัดให้มีกรรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัด โดยมีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการบริการสาธารณสุขเรื่องนั้น ๆ ในเขตจังหวัด, การจัดสรรทรัพยากร, การกำกับดูแลและตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง.

บริการต้องมีคุณภาพมาตรฐานตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียม, ประชาชนมีความพึงพอใจ, การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้, ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดการ การสะท้อนข้อคิดเห็นต่าง ๆ, และบุคลากรด้านสาธารณสุขมีความสุขในการปฏิบัติงาน^(๑๐,๑๑).

การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๕๐

ในระยะแรก ๆ สามารถดำเนินการตามเป้าหมายได้ระดับหนึ่ง. ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้คัดเลือก ๑๐ จังหวัดที่มีความพร้อม คือ เชียงใหม่ แพร่ พะเยา นครราชสีมา มหาสารคาม อุดรธานี ชลบุรี สงขลา ภูเก็ต และปัตตานี เข้าร่วมโครงการนำร่องกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๕ ใช้แนวคิดการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในพื้นที่, ทดลองศึกษารูปแบบ บทบาทหน้าที่ และโครงสร้างคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่(กสพ.), แนวทางการพัฒนาบุคลากร, การปรับตัวและความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ในพื้นที่. เมื่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น (นพ.มงคล ณ สงขลา) เกษียณอายุราชการ เกิดข้อจำกัดที่สำคัญคือความไม่ชัดเจนในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข, อีกทั้งรัฐบาลใหม่ไม่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ เป็นการซ้ำเติมสถานการณ์ลงไปอีกทำให้ขาดการเตรียมความพร้อมให้แก่อปท.ในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจต่าง ๆ, หน่วยงานในพื้นที่เกิดความลังเล. นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ ไม่เห็นความชัดเจนในเรื่องความก้าวหน้าและความมั่นคง หากต้องโอนมาอยู่กับอปท. ทำให้ไม่ต้องการถ่ายโอนมาท้องถิ่น^(๑๒).

รัฐบาลกับการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๙

นโยบายการปกครองและการบริหารราชการส่วนภูมิภาค

เมื่อวันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ คณะรัฐมนตรีมีมติ

ให้ปรับเปลี่ยนบทบาทและอำนาจหน้าที่ของผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้บริหารหัวหน้าของจังหวัด (Chief Executive Officer : CEO) สามารถบังคับบัญชาสั่งการหัวหน้าส่วนราชการต่าง ๆ ภายในจังหวัดได้อย่างเบ็ดเสร็จโดยตรง. กรณีดังกล่าวนี้ได้ดำเนินการอย่างจริงจังเรื่อยมา ทำให้เกิดคำถามอย่างมาก เรื่องการทำงานคู่ขนานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือ อบจ. ที่มีหน้าที่ในการดูแลประชาชนในขอบเขตจังหวัด เช่นกัน และนโยบายการบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาลแถลงเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๔๘ ทั้ง ๙ ข้อล้วนเป็นการจัดบริการสาธารณะที่ดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง มุ่งตรงลงสู่ชุมชนในระดับรากหญ้า โดยมีได้ปรากฏถึงการส่งเสริมหรือสร้างความร่วมมือกับอปท. ให้เข้าจัดบริการสาธารณะเท่าใดนัก นอกจากการกำจัดขยะ. ส่วนเรื่องการกระจายอำนาจฯ ไม่มีในนโยบาย และมีรูปธรรมหลายอย่างที่สะท้อนถึงการไม่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้^(๑๓) รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้อปท. ยังห่างเป้าหมายมากโดย พ.ศ. ๒๕๔๙ เป้าหมายสัดส่วนรายได้ของท้องถิ่นต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕ ของรายได้รัฐบาล แต่ได้รับการจัดสรรเพียงเพียงร้อยละ ๒๔ เท่านั้น^(๑๔).

การปรับปรุงโครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การปรับปรุงโครงสร้างอปท. เพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างเชื่องช้าและไม่มีที่ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน และในส่วนของอปท. ก็มีได้เคลื่อนไหวในเรื่องดังกล่าวอย่างเป็นทางการ. ทั้งนี้ อบจ. ยังไม่มีโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขโดยตรง ขณะที่เทศบาลมีโครงสร้างกองอนามัยสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (และมีศูนย์บริการสาธารณสุขรองรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขได้). สำหรับ อบต. เฉพาะ อบต. ชั้น ๑ เท่านั้นที่มีส่วนสาธารณสุขรองรับ แม้ว่าปัจจุบันการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรในอปท. ได้มีความยืดหยุ่นมากขึ้นโดยอปท. สามารถจัดตั้งส่วนงานเพิ่มได้โดยขออนุมัติกรรมการระดับจังหวัดเท่านั้นก็ไม่เกิดผลเท่าที่ควร. ส่วนอบต. ขนาดเล็กแม้จะมีการปรับโครงสร้างให้มีส่วนสาธารณสุข แต่ก็ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการดำเนินการ.



การดำเนินงานของรัฐบาลปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่อปท. (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๙ ตราขึ้นเมื่อวันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ มีการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่อปท. พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๓๐ (๔), แก้ไขข้อบัญญัติที่กำหนดให้มีการจัดสรรงบประมาณให้อปท.เพิ่มขึ้น จนถึงร้อยละ ๓๕ ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็นต้นแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นต้นไป ให้อปท. มีรายได้คิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้สุทธิของรัฐบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ และมีจุดมุ่งหมายที่จะให้อปท.มีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้สุทธิของรัฐบาลในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕ โดยการจัดสรรสัดส่วนที่เป็นธรรมแก่อปท. และคำนึงถึงรายได้ของอปท. นั้นด้วย.

การเคลื่อนย้ายบุคลากรสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๔ - มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ มีบุคลากรสาธารณสุขที่ขอโอนย้ายไปยังอปท. โดยไม่ได้ผลประโยชน์และความก้าวหน้าตามหลักเกณฑ์ที่ถูกต้องกำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ ทั้งสิ้น ๖๙๓ ราย. ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของพนักงานสาธารณสุขชุมชนร้อยละ ๒๗.๕, รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ ๒๔.๗. ระดับที่ขอโอนมากที่สุดคือระดับ ๖ และระดับ ๕ ร้อยละ ๔๑.๙ และ ๓๑.๖ ตามลำดับ. ปีที่มีการโอนย้ายมากที่สุดคือ พ.ศ. ๒๕๔๙ ร้อยละ ๔๐ โดยร้อยละ ๔๖ เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานอนามัย และอปท. ที่ขอโอนไปมากที่สุดคือเทศบาลร้อยละ ๖๕.๔. จากข้อมูลไม่ปรากฏว่ามีบุคลากรจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปขอโอนไปอปท.เลย และในส่วนของ อปท. นั้น เทศบาลจะมีความพร้อมรับการถ่ายโอนมากที่สุด เพราะมีทั้งโครงสร้างหน่วยงานบริหารงานด้านสาธารณสุข (กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม) และศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานเช่นเดียวกับสถานอนามัยหรือศูนย์สาธารณสุขชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพ.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ กับ การกระจายอำนาจ^(๑๕)

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในส่วนที่เกี่ยวกับการปกครองท้องถิ่นนั้น เนื้อหาส่วนใหญ่มาจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ โดยมีสาระสำคัญที่กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ, และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและจัดบริการสาธารณสุข โดยยังคงเจตนารมณ์และแนวทางการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งได้กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมให้อปท.เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะ (หมายรวมถึงบริการด้านสาธารณสุขด้วย) และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ให้มีมาตรฐานกลางในการดำเนินงานเพื่อให้อปท.ปฏิบัติได้เอง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความแตกต่างในระดับการพัฒนาและประสิทธิภาพในการบริหารของอปท., จัดให้มีการตรวจสอบการดำเนินงานโดยประชาชนเป็นหลัก และอปท.ต้องรายงานการดำเนินงานต่อประชาชนในเรื่องการจัดทำงบประมาณ, การใช้จ่าย และผลการดำเนินงานในรอบปี เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและกำกับการบริหารจัดการของอปท.

ทั้งนี้ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้อปท. พ.ศ. ๒๕๕๒ ยังมีผลต่อไปตามบทบัญญัติมาตรา ๓๐๓.

การเคลื่อนไหวด้านสังคมและสุขภาพที่มีผลกระทบต่อ การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข^(๑๖)

การปฏิรูประบบสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติประกาศใช้แล้วเมื่อวันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมุ่งวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งมีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำ

ไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนสามารถดูแลแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง. ทั้งนี้หน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งอปท.ต้องปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ด้วยเช่นกัน^(๑๗).

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สสส. มีหน้าที่ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคม ในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อ และการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิต. กระบวนการเคลื่อนไหวได้รับความร่วมมือจากภาคีต่าง ๆ และได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างกว้างขวาง. ขณะเดียวกันก็มีแผนงานสร้างสุขภาพในระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของอปท.หลายพื้นที่ ซึ่งจะมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในท้องถิ่นอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต.

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เริ่มต้นโครงการในกลางปีงบประมาณ ๒๕๔๔ จนถึงปัจจุบัน มีการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่องจนปัจจุบันมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มีการพัฒนามาตรการต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงและเท่าเทียมมากขึ้น. ในการดำเนินงานนั้น อปท.มีส่วนเกี่ยวข้องข้อในด้านต่าง ๆ เช่น มีผู้แทนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ, คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด, คณะกรรมการควบคุมคุณภาพระดับจังหวัด, คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ มีส่วนในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านหลักประกันต่าง ๆ ในหลายพื้นที่ รวมทั้งดำเนินการเองหลายแห่ง, และนับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นต้นมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพร่วมกับอปท.กว่า ๘๐๐ แห่ง สมทบงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกันจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล, มีคณะกรรมการจากอปท. สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ประชาชน ร่วมกันบริหารกองทุน, มีโครงการดี ๆ เกิดขึ้นในหลายพื้นที่ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพสุขภาพของประชาชนในพื้นที่.

สถานการณ์ พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ และข้อเสนอเพื่อการดำเนินการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอ กกถ. มีมติเห็นชอบแผนการดำเนินการถ่ายโอนฯ เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙ โดยมีหลักการสำคัญคือ มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน, มีความยืดหยุ่นมีพลวัต และมีส่วนร่วม. รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจอาจมีได้หลายแบบ สามารถปรับตามความเหมาะสมของพื้นที่และสถานการณ์ เช่น ถ่ายโอนแบบแยกส่วน โดยถ่ายโอนสถานบริการให้แก่อปท. ในระดับต่าง ๆ เช่น โอนสถานีอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.), โอนโรงพยาบาลให้เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.), ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ (เป็นพวงบริการ หลายระดับ) โดยรวมสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นเครือข่าย แล้วถ่ายโอนทั้งเครือข่ายให้อปท. หรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งอปท.มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการจัดตั้งเป็นองค์การมหาชน โดยอปท.ร่วมในการบริหาร และอาจเป็นองค์การมหาชนเฉพาะสถานบริการหรือเฉพาะเครือข่ายบริการ หรือให้กสพ.เป็นองค์การมหาชนจัดตั้งหน่วยให้บริการรูปแบบพิเศษ (Service Delivery Unit: SDU).

เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๐ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการลงนามส่งมอบภารกิจสถานีอนามัยกลุ่มแรกจำนวน ๒๒ แห่ง ให้แก่อปท. และได้ออกสมุดปกขาวเพื่อชี้แจงข้อสงสัยในประเด็นต่าง ๆ ด้วย.

ความพร้อมของท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุข

ในภาพรวมอปท.มีพัฒนาการมาโดยลำดับแม้ว่าจะไม่เป็นไปอย่างรวดเร็วก็ตาม. โดยในช่วงก่อน พ.ศ. ๒๕๔๒ หรือก่อนมี พ.ร.บ.กำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ความไม่พร้อมในการถ่ายโอนภารกิจของอปท.จะมีมาก เนื่องจากสาเหตุสำคัญคือ ปัญหาด้านโครงสร้าง, การขาดความรู้ด้านการพัฒนา สุขภาพ และการขาดทักษะในด้านการวางแผนการบริหารจัดการโครงการ^(๑๘-๒๒). ในช่วงหลัง พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นต้นมา ข้อมูลจากการศึกษาต่าง ๆ ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพ



และความพร้อมของ อบต. พัฒนาด้านสาธารณสุข โดยพบว่า อบต. มีความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขในบางภารกิจ/พันธกิจเท่านั้น ทั้งนี้เพราะ อบต. ยังไม่มีความพร้อมด้านโครงสร้างองค์กร, งบประมาณ, ความรู้ และเทคโนโลยี พบว่า ผู้บริหารของ อบต. ยังขาดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม^(๒๓-๒๕). แต่มีปัจจัยเสริมที่ทำให้ อบต. มีความพร้อมในการพัฒนาด้านสุขภาพมากขึ้น คือ การมีประสบการณ์ด้านการพัฒนาด้านสุขภาพ อันได้แก่ เคยเป็น อสม. เคยได้รับการอบรม และเคยเป็นกรรมการหมู่บ้านด้านสาธารณสุขมาก่อน. นอกจากนี้ผลการศึกษายังได้แสดงให้เห็นถึงความพร้อมของ อบต. ที่แตกต่างกัน โดยพบว่าเทศบาลจะมีความพร้อมมากกว่า อบจ. และ อบต. และขนาด/ระดับของ อบต. มีผลต่อความพร้อมของการรับถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพด้วย.

ปัจจุบัน อบต. มีส่วนในการพัฒนาสุขภาพประชาชนมากขึ้น มีประสบการณ์ในการจัดบริการและร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพมากขึ้นเป็นลำดับ^(๒๖,๒๗), ถึงแม้ว่าจะมีเพียงบางแห่งหรือบางด้าน^(๒๘-๒๙), แต่นับเป็นสัญญาณที่ดีในการต่อยอดสู่การดูแลสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบต่อไปในอนาคต. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขคงต้องดำเนินการในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปตามสภาพความพร้อมของท้องถิ่นแต่ละแห่ง^(๓๐-๓๓).

การถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค, การคุ้มครองผู้บริโภคนั้น กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๓ แต่มิได้มีการถ่ายโอนงานด้านรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายโอนสถานบริการมายัง อบต. รวมทั้งการถ่ายโอนบุคลากร. อย่างไรก็ตามเนื่องจาก อบต. ทั่วประเทศมีลักษณะและความพร้อมต่อการรับถ่ายโอนภารกิจแตกต่างกัน. ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ดำเนินการถ่ายโอนสถานอนามัยให้อบต. ตามแผนการกระจายอำนาจที่ชะลอมานาน ก็ได้มีการตั้งคณะกรรมการในการจัดทำเกณฑ์ความพร้อม

ของอบต. ที่สามารถรับการถ่ายโอน, โดยหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อม ประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบหลัก (๘ ตัวชี้วัด) ดังนี้^(๓๔)

๑. ประสิทธิภาพของอบต. ในการจัดการหรือมีส่วนร่วมจัดการด้านสาธารณสุข มี ๔ ตัวชี้วัด คือ

- ระยะเวลาที่อบต. จัดหรือมีส่วนร่วม หรือส่งเสริมสนับสนุนการจัดการด้านสาธารณสุข จนถึงปัจจุบัน.
- ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข.
- ความร่วมมือของชุมชนกับอบต. ในการดำเนินการด้านสาธารณสุข เช่น ด้านทรัพย์สิน, วิชาการ, บริการ, กิจกรรม.
- อบต. ให้การส่งเสริมสนับสนุนสถานอนามัยก่อนขอรับโอน.

๒. มีแผนการเตรียมความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขหรือแผนพัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมในการจัดการด้านสาธารณสุข มี ๑ ตัวชี้วัด คือ

- การมีแผนลักษณะแผนกลยุทธ์หรือแผนงานโครงการ/กิจกรรมในการจัดการด้านสาธารณสุข และ/หรือการมีแผนพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยและมีแผนรองรับ ในภาวะวิกฤตและการติดต่อของโรคระบาดรุนแรง และ/หรือการมีแผนในการวางระบบควบคุม กำกับ ตรวจสอบนำไปสู่การสร้างเชื่อมั่นว่าจะจัดการด้านสาธารณสุขได้อย่างมีมาตรฐาน.

๓. วิธีการบริหารและการจัดการด้านสาธารณสุข มี ๑ ตัวชี้วัด คือ

- มีรูปแบบวิธีการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข.

๔. การจัดสรรรายได้เพื่อการสาธารณสุข มี ๑ ตัวชี้วัด คือ

- สัดส่วนการใช้รายได้ (รวมเงินอุดหนุนทั่วไปและเงินกู้ แต่ไม่รวมเงินอุดหนุนเฉพาะกิจจากรัฐ) เพื่อการสาธารณสุขเฉลี่ย ๓ ปีงบประมาณย้อนหลัง (ไม่รวมปีงบประมาณที่ประเมิน).

๕. ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความพร้อมในการจัดบริการด้านสาธารณสุขของอบต. มี ๑ ตัวชี้วัด คือ

● ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเขตบริการของ อบต. ต่อความพร้อมในการจัดบริการด้านสาธารณสุขของ อบต. ทั้งนี้ สิ่งที่ อบต. จะต้องดำเนินการหลังจากผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมและก่อนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย

๑. การกระจายอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สถานีนอมาลัย ในด้านต่อไปนี้

๑.๑ กำหนดระเบียบเงินบำรุงของหน่วยบริการสาธารณสุขในอบต.

๑.๒ กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุขในอบต.

๑.๓ กำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางมอบอำนาจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยบริการสาธารณสุขในอบต.

๑.๔ กำหนดแนวทางการใช้เงินงบประมาณตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในหน่วยบริการสาธารณสุขของอบต.

๒. การจัดโครงสร้างองค์กรภายในรองรับการบริหารจัดการสาธารณสุข ดังนี้

๒.๑ กำหนดโครงสร้างรองรับภารกิจด้านสาธารณสุขของอบต.ทั้งในด้านบริหารและหน่วยบริการสาธารณสุข.

๒.๒ การกำหนดกรอบอัตรากำลังในหน่วยบริการสาธารณสุขของอบต.

๓. การจัดระบบบริหารงานบุคคลเพื่อการสาธารณสุข โดยกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการบรรจุ แต่งตั้ง โยกย้าย เลื่อนระดับ และการประเมินเข้าสู่ตำแหน่งเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งทั่วไป วิชาชีพและวิชาชีพเฉพาะ.

วิเคราะห์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

จุดแข็ง

ผู้บริหารอบต.มีความรู้ความสามารถมากขึ้นกว่าในอดีต, งบประมาณของอบต.มีมากขึ้น, มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการทำให้การดำเนินโครงการต่าง ๆ รวดเร็ว เพราะสามารถตัดสินใจเบ็ดเสร็จได้เอง, รัฐบาลของประชาชนอย่างดี. หน่วย

งานสาธารณสุขมากขึ้นกับอบต.หน่วยบริการก็ต้องทำงานตอบสนองต่อประชาชนให้ดีที่สุด, ประชาชนสามารถสะท้อนปัญหาการบริการกับผู้บริหารอบต.ได้โดยตรง, บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ โอนย้ายเข้าอบต.มากขึ้น, ขนาดองค์กรไม่ใหญ่ การจัดการองค์กรและระบบไม่ซับซ้อนทำให้สามารถจัดระบบการตรวจสอบได้ง่าย.

จุดอ่อน

ข้อสงสัยเรื่องการความไม่โปร่งใสยังเป็นข้อโต้แย้งที่สำคัญสำหรับฝ่ายที่เห็นว่าการกระจายอำนาจไม่เกิดผลดีแต่จะเป็นการกระจายการฉ้อราษฎร์บังหลวงมากกว่า. ศักยภาพของบุคลากรที่มีอยู่เดิมยังมีข้อจำกัด ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข. ผู้บริหารท้องถิ่นอาจมีการใช้อำนาจไปในทางมิชอบ เอื้อประโยชน์ให้กับตนเองและพวกพ้อง, อาจใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ทางการเมืองโดยที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อประชาชนจริงจัง เช่น การมุ่งออกหน่วยเคลื่อนที่รักษาพยาบาลเป็นหลัก โดยไม่สนใจการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่าที่ควร, องค์กรบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ยังไม่มีส่วนงานสาธารณสุขซึ่งจะเป็นหน่วยสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเมื่อรับการถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุขมาจากกระทรวงสาธารณสุข.

โอกาส

รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐ ยังคงให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ในการบริหารงานของอบต. ประกอบกับประชาชนตื่นตัวและรู้จักบทบาทหน้าที่ของอบต.มากขึ้น ทำให้มีโอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วม. ผู้บริหาร อบต.ต้องทำงานตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนเพื่อให้ได้รับเลือกตั้ง. การเปลี่ยนแปลงระบบหลักประกันสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ (โดย สสส.) การเกิดขึ้นของการปฏิรูประบบสุขภาพโดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ ล้วนเกื้อหนุนต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับพื้นที่ทั้งสิ้น. งบประมาณยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นโอกาสสำคัญในการใช้ทรัพยากร หรืองบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาใช้ในการแก้



ปัญหาสุขภาพของประชาชน. ผู้บริหารอปท.ในปัจจุบันหันมาสนใจการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น อาจเนื่องมาจากการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ถนน ไฟฟ้า ฯลฯ เริ่มพอเพียงแล้ว. การตรวจสอบการทำงานของท้องถิ่นโดยองค์กรอื่นหรือภาคประชาชนทำได้ง่ายกว่าการบริหารโดยส่วนกลางซึ่งตรวจสอบได้ยาก.

อุปสรรค

รัฐบาลไม่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจอย่างจริงจัง ไม่มีการส่งสัญญาณที่ชัดเจนในการเร่งรัดให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจ ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ไม่ใส่ใจ ส่งผลให้ออปท.ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร. ผู้ว่าราชการบูรณาการหรือผู้ว่า CEO จะเป็นโครงสร้างการปกครองที่ขัดแย้งกับการปกครองท้องถิ่นในระดับจังหวัดได้ หากจัดการเรื่องอำนาจหน้าที่และความสัมพันธ์ไม่ดี, อาจขาดความร่วมมือจากข้าราชการประจำในระดับต่าง ๆ และ บุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจความก้าวหน้า และเกรงว่าอาจไม่ได้รับความเป็นธรรม.

ข้อเสนอสำหรับก้าวต่อไปของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

กรอบแนวคิดต้องชัดเจน

ต้องตอบคำถามให้ชัดเจนว่า ทำไมต้องกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (ด้านสุขภาพ), ได้ประโยชน์อะไร, ดีกว่าไม่กระจายอย่างไร, หากต้องกระจาย จะกระจายอะไร ให้ท้องถิ่นใด, จะกระจายอย่างไร และต้องระวังอะไรบ้าง.

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ต้องดำเนินการอย่างรอบคอบโดยยึดแนวคิด

- ๑) ให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ท้องถิ่นในระดับที่เหมาะสม.
- ๒) การบริหารจัดการต้องมีประสิทธิภาพ และเกิดเอกภาพเชิงระบบ.
- ๓) ต้องมีความเป็นธรรมทางสุขภาพ.
- ๔) มีธรรมาภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้.
- ๕) การมีส่วนร่วมและการตอบสนองต่อความต้องการ

การของชุมชน.

๖) การจัดความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างท้องถิ่นกับรัฐบาล. กระทรวงสาธารณสุข จะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้กำหนดมาตรฐาน, ผู้กำกับดูแลและเสนอแนะ รวมทั้งให้การสนับสนุนและบริการทางวิชาการแก่อปท. ในขณะที่อปท.จะเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณะแก่ประชาชนในพื้นที่โดยตรง^(๓,๕-๗,๑๐,๑๓,๑๖,๓๕).

ต้องกำหนดรูปแบบระบบบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ต้องมีการกำหนดแนวทางในการดำเนินการในกรณีต่างๆ ให้ชัดเจน เช่น ระบบการส่งต่อผู้ป่วย, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ระบบการเฝ้าระวังโรค, ระบบการควบคุมโรค, การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข, ระบบข้อมูลข่าวสาร, ระบบรายงานต่าง ๆ.

ต้องกำหนดบทบาทองค์กรต่างๆ ภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้ชัดเจน

บทบาทขององค์กรต่าง ๆ ควรเป็นดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข

มีบทบาทในการกำหนดนโยบายกำกับดูแลระบบสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในแง่สถานะสุขภาพของประชาชนในระหว่างพื้นที่, รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ, เพื่อให้การจัดสรรและกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม. นอกจากนี้ยังเป็นผู้ดูแลในด้านมาตรฐานการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้งการปฏิบัติตามเงื่อนไขต่าง ๆ ในกฎหมาย เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน, เป็นองค์กรพี่เลี้ยง, คัดคว้าด้านวิชาการและการพัฒนารูปแบบแนวทางในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ, การกำหนดบทบาทในการดำเนินการ และการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น, อีกทั้งบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อให้เกิดการดำเนินงานในการแก้ปัญหาสุขภาพ เช่น การกำจัดกวางด่างโรคติดต่อบางชนิด, การเฝ้าระวังโรค และการแก้ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่สำคัญของประเทศ. นอกจากนี้ยังต้องกำหนดระบบข้อมูลและรายงานด้านสาธารณสุขที่จำเป็นด้วย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ไปเป็นผู้กำกับดูแล ตรวจสอบ และให้การสนับสนุนทางวิชาการ, รวมทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจและความเข้มแข็งแก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพ และมีบทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งในการสร้าง กำกับ และตรวจสอบการบริหารจัดการของปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ว่าได้คุณภาพมาตรฐานหรือไม่, รวมทั้งประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรต่าง ๆ และเปิดเผยให้ประชาชนได้รับทราบ.

กรมและหน่วยงานด้านวิชาการ

ยังคงมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนวิชาการแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด (หากมีการจัดตั้ง) ต่อไป, แต่อาจต้องมีการปรับปรุงโครงสร้าง และการบริหารจัดการเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป, โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่อปท.ให้สามารถดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ.

หน่วยงานด้านการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานจัดการศึกษา เช่น วิทยาลัยพยาบาล, วิทยาลัยสาธารณสุข ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขนั้นยังมีความจำเป็นที่จะต้องผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ และจัดการศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรสุขภาพสาขาต่างๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ที่มีความเหมาะสมกับการทำงานด้านสุขภาพแบบองค์รวมในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)

ทำหน้าที่บริหารงานหลักประกันสุขภาพต่อไปในฐานะผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพ (Health Security System Manager) และมีบทบาทในการซื้อบริการสุขภาพให้กับประชาชนโดยการกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็น. ทั้งนี้จะต้องมีกลยุทธ์การบริหารงานหลักประกันสุขภาพในระดับชาติ ระดับเขตพื้นที่ ระดับจังหวัด และมีกลยุทธ์การ

ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับตำบลด้วย เป็นสิ่งที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.)

เป็นองค์กรใหม่ที่ได้รับผิดชอบในการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีขอบข่ายการทำงานด้านสุขภาพในมิติที่กว้างขวางกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขและสปสช. ดำเนินการอยู่. ทั้งนี้ต้องมีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีหรือสนับสนุนให้มีการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม, การประเมินผลระบบสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ. บทบาทหลักน่าจะเป็นการเชื่อมประสานหน่วยงาน รวมทั้งภาคประชาชนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์มากกว่าการลงมือทำเอง ซึ่งจะต้องแบ่งบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบไม่ให้ทับซ้อนกับกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

บทบาทของหน่วยบริการที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงกลาโหม ยังคงให้สังกัดกระทรวงกลาโหมต่อไป เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการทหาร และความมั่นคงของประเทศ. หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ยังคงให้อยู่กับมหาวิทยาลัยต่อไป เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนและการวิจัย. หน่วยบริการสาธารณสุขอื่น ๆ เช่น องค์กรเอกชน, ภาคเอกชน อปท.อาจทำความเข้าใจหน่วยงานเหล่านั้นจัดบริการที่นอกเหนือไปจากการบริการขั้นพื้นฐานที่หน่วยงานของรัฐหรืออปท.สามารถทำได้ หรือเป็นส่วนหนึ่งในเครือข่ายการจัดบริการที่มีเงื่อนไขและระบบย่อยที่กำหนดไว้ชัดเจน.

ทางเลือกในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ลักษณะกิจกรรมหรือภารกิจที่อปท.ต้องเกี่ยวข้อง แบ่งเป็น

๑) ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการบริการส่วนบุคคล

เป็นการให้บริการแก่บุคคลโดยตรง ทั้งในสถานบริการหรือในชุมชน เช่น การรักษาพยาบาล, การส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคล, การให้วัคซีนป้องกันโรค, การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน



เหล่านี้ต้องมอบให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ.

๒) ภารกิจที่ดำเนินการในบริบทของชุมชน ภารกิจนี้เป็นการทำกิจกรรมด้านสุขภาพทั่วไปที่มีได้ให้แก่บุคคลโดยตรง ตัวอย่างเช่น การสาธารณสุขมูลฐาน, การควบคุมป้องกันโรคในชุมชน ต่าง ๆ, การอนามัยสิ่งแวดล้อม, การส่งเสริมสุขภาพในประชาชนทั่วไป. กิจกรรมเหล่านี้ยังคงต้องอาศัยเทคนิควิชาการเช่นกัน แต่ความสลับซับซ้อนจะน้อยกว่าภารกิจในข้อที่ ๑. ส่วนใหญ่อปท.สามารถดำเนินการได้เองโดยไม่ต้องมีสถานบริการของตนเอง.

หากพิจารณาตามระดับความรับผิดชอบในการจัดบริการของ อปท. จะเห็นว่า อปท.สามารถดำเนินการได้ในหลายระดับ เช่น ๑) การสนับสนุนการจัดบริการ โดยการสมทบงบประมาณในการดำเนินการ, การสนับสนุนอาคารสถานที่ และการพัฒนากำลังคน, ๒) การจัดระบบบริการเองโดยมีหน่วยบริการเป็นของตนเอง ดังเช่น กรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่และศูนย์บริการสาธารณสุข, เทศบาลนครเชียงใหม่ และเทศบาลนครศรีธรรมราชมีโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง, เทศบาลหลายแห่งมีศูนย์บริการสาธารณสุขให้บริการแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบมายาวนาน. กองทุนชุมชนและอบต.บางแห่งเริ่มมีแนวคิดในการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนและจ้างแพทย์หรือพยาบาลไปให้บริการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกชุมชน, หรือ ๓) การซื้อบริการจากหน่วยบริการ กองทุนชุมชนบางแห่งจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกโดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากกองทุนได้ เช่นกลุ่มออมทรัพย์ที่อำเภอจะนะ. กองทุนชุมชนและอบต.บางแห่งแสดงความจำนงในการใช้งบประมาณของตนเองสมทบกับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเพื่อให้มีการจัดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ.

ความเป็นไปได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

มิติที่ ๑ ด้านองค์กร ขึ้นกับ ๑)ระดับของอปท. คือ อบจ. เทศบาล อบต. มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และความพร้อมที่แตกต่างกัน และขึ้นกับความสมัครใจในการดำเนินงาน

ของอปท.แต่ละแห่ง, และ ๒) ความเข้มแข็งของภาคประชาชน องค์กรภาคประชาชนที่มีบทบาทในพื้นที่ มีมากน้อยเพียงใด, เน้นกิจกรรมลักษณะใด และความพร้อมหรือความสมัครใจในการดำเนินงาน หรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือการตรวจสอบการทำงานของอปท.และหน่วยบริการ.

มิติที่ ๒ ด้านรูปแบบในการดำเนินงาน มีทางเลือก เช่น การสนับสนุนทรัพยากร, การจัดบริการ, การวางแผนการบริหารจัดการ. ทางเลือกในการจัดการในภาพรวมของประเทศ อาจเป็นรูปแบบเดียว หรือหลายรูปแบบ, อาจทำพร้อมกันทั้งประเทศ หรือตามความพร้อมของอปท.เป็นแห่ง ๆ ไป.

ในภาพรวม อบจ.อาจรับผิดชอบการคลังด้านสุขภาพในระดับจังหวัด, เทศบาลและ อบต.รับผิดชอบการคลังสุขภาพบางส่วนเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ แม้ว่า อบจ. ถูกมองว่ายังขาดความพร้อมในการรองรับภารกิจด้านสุขภาพก็น่าจะมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพได้. ภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคนั้น อปท.มีการดำเนินการอยู่แล้ว แต่ประเภทและขอบข่ายภารกิจอาจยังไม่ครอบคลุม. การถ่ายโอนภารกิจจะทำให้อปท.มีการดำเนินการที่กว้างขวาง ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น. ส่วนงานรักษาพยาบาลนั้น เทศบาลส่วนใหญ่มีการดำเนินการอยู่แล้ว.

การบริหารระบบสาธารณสุขในจังหวัดภายใต้การกระจายอำนาจ

จัดตั้งกลุ่การบริหารระบบสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมจากพหุภาคี

พิจารณากรอบแนวคิด ที่เน้นอำนาจการตัดสินใจในระดับท้องถิ่นโดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน แล้ว น่าจะมีการสร้างกลุ่ที่ให้ทุกภาคส่วนสามารถทำงานร่วมกันได้ซึ่งในแผนการกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้เสนอรูปแบบ “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่(กสพ)” เพื่อเป็นเวทีในการบริหารระบบสุขภาพภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วม แต่แผนการกระจายอำนาจฯ ที่กำลังมีการปรับปรุงใหม่ไม่ได้กล่าวถึงเรื่องดังกล่าว.

การบริหารระบบสุขภาพภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมนี้ ได้มีการดำเนินการมาแล้วภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้มีคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพระดับเขต ระดับจังหวัด. คณะกรรมการดังกล่าวประกอบด้วยส่วนราชการ อปท. หน่วยบริการ และภาคประชาชน. ประสบการณ์การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ที่มีคณะกรรมการบริหารกองทุนฯโดยนายกอบต.เป็นประธาน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนเป็นกรรมการ ซึ่งน่าจะเป็นต้นแบบของการสร้างกลยุทธิการบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวมได้ ซึ่งอาจจัดตั้งใหม่ หรือขยายบทบาทของคณะกรรมการที่มีอยู่แล้วก็ได้ โดยให้อปท.มีบทบาทหลักในการบริหารจัดการ แทนที่จะเป็นภาคสาธารณสุขดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบันน่าจะช่วยให้สอดคล้องกับทิศทางการกระจายอำนาจ และเกิดความเป็นเอกภาพในระบบสุขภาพในภาพรวมต่อไป. การจัดตั้งคณะกรรมการในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและให้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายทิศทางการสอดคล้อง กับนโยบายระดับชาติ จะทำให้เกิดความรับผิดชอบในระดับพื้นที่มากขึ้น. บางพื้นที่หากจะดำเนินการให้มีกลยุทธิในระดับหมู่บ้านก็สามารถทำได้ในพื้นที่ที่มีความพร้อมสูง.

การเตรียมความพร้อมและการดำเนินการในการถ่ายโอนภารกิจ

การพัฒนาศักยภาพและสร้างความพร้อมแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีการพัฒนาโครงสร้างและศักยภาพของท้องถิ่นต่างๆ ให้มีความพร้อมที่จะรับการถ่ายโอนภารกิจได้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ, มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของงานด้านสุขภาพ. หลักสูตรระยะสั้นที่ควรจัดเพื่อพัฒนาศักยภาพอปท. คืองานสาธารณสุขมูลฐาน, งานอนามัยสิ่งแวดล้อม, กฎหมายที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุขที่อปท.ต้องรู้, การวางแผนโครงการและการประเมินผล และการจัดหางบประมาณและเรื่องหลักประกันสุขภาพ^(๓๖).

การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี

กระทรวงสาธารณสุขต้องสร้างความตระหนักแก่บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารในพื้นที่ เช่น สาธารณสุขจังหวัด, สาธารณสุขอำเภอ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ให้สามารถเป็นผู้สนับสนุนที่ดี ให้คำปรึกษา นิเทศ ติดตามประเมินผลการดำเนินการของอปท.ได้อย่างมีประสิทธิภาพ.

การปรับปรุงระเบียบกฎหมายที่เป็นอุปสรรคในการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ต้องมีการปรับปรุงระเบียบกฎหมายต่าง ๆ ที่ล้าสมัย ไม่สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และยังยึดโยงกับอำนาจของส่วนราชการเป็นหลัก โดยเพิ่มอำนาจและหน้าที่ให้แก่อปท.สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ. ประเด็นสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความสนใจและเร่งดำเนินการให้เกิดความชัดเจนโดยเร็วคือ ขอบเขตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเรื่องการรักษาผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันจำเป็นต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยปฏิบัติงานภายใต้ความรับผิดชอบของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด. แต่หากต้องโอนไปขึ้นกับอปท.โดยเฉพาะอบต.นั้นไม่มีแพทย์กำกับดูแล จะทำให้เป็นประเด็นทางกฎหมายตามมาได้.

การถ่ายโอนสถานบริการ

การที่กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนสถานีอนามัยกลุ่มแรกจำนวน ๒๒ แห่ง ให้แก่อปท. นับเป็นจังหวะก้าวที่สำคัญที่จะนำไปสู่ก้าวต่อไป. การดำเนินการต้องไม่ทำในรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ และถ่ายโอนตามความพร้อมของทั้งฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายอปท. ทั้งนี้จะต้องมีการจัดระบบบริหารบริการ วิชาการ ให้สามารถสนับสนุน เชื่อมโยงกันได้ตลอดเวลาทั้งการเฝ้าระวังโรค, ป้องกันควบคุมโรค, การส่งเสริมสุขภาพ, การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ, ต้องมีการเก็บข้อมูล ศักยภาพประเมินผลควบคู่ไปด้วยเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในระยะต่อไป และควรเตรียมการในส่วนของการถ่ายโอนโรงพยาบาลด้วยว่าจะมีหรือไม่ หากจะมีจะต้องดำเนินการควรเตรียมการเสียแต่เนิ่น ๆ.

**การกำกับติดตามและประเมินผล^(๓๗-๓๙)**

กรอบแนวคิดในการกำกับติดตามและประเมินผล ต้องยึดเอาวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจเป็นที่ตั้ง ที่ต้องการให้เกิดความเป็นธรรมในระบบสุขภาพของประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น, การบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพของอปท., การบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และประชาชนมีความพึงพอใจ.

ข้อมูลและตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามและประเมินผล ครอบคลุมหลักธรรมาภิบาลและหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี^(๔๐,๔๑), เป้าหมายของระบบสุขภาพ, ระบบบริการสุขภาพ, ระบบหลักประกันสุขภาพ^(๔๒,๔๓) ซึ่งมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงเท่าเทียม, และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ขณะที่ผู้ให้บริการมีความสุขด้วย^(๑๑,๓๘,๓๙). ทั้งนี้จะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา โดยอาจต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่งกว่าที่ระบบข้อมูลข่าวสารจะเชื่อถือได้.

การประเมินผลอย่างน้อยควรคำนึงถึงองค์ประกอบต่อไปนี้

๑. การประเมินบริบท และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และประเมินองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม. บทบาทขององค์กรต่าง ๆ เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด, กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสาธารณสุขในสังกัดอื่น ๆ ในพื้นที่, หน่วยราชการและองค์กรเอกชนต่างๆ ในพื้นที่. ทั้งนี้ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อผลลัพธ์การดำเนินงานของอปท.ทั้งสิ้น.

๒. ปัจจัยนำเข้าและทรัพยากรต่าง ๆ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์, จำนวนโครงการหรืองบประมาณด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น กระบวนการในการดำเนินงานต่าง ๆ ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร, ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร, ธรรมาภิบาล, ความโปร่งใส ตรวจสอบได้, การมีส่วนร่วมของภาคีและประชาชน.

๓. ผลผลิต ผลงาน หรือการใช้บริการของประชาชน.

ผลการบริการต่าง ๆ เช่น บริการผู้ป่วยนอก, ผลงานการให้วัคซีน, ความครอบคลุมการดูแลหญิงมีครรภ์, อัตราการติดเชื้จากการบริการ. การตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียม เช่น อัตราการใช้บริการของประชาชนสิทธิต่าง ๆ, การเข้าถึงการบริการของผู้ด้อยโอกาส. ความพึงพอใจของประชาชน ตัวชี้วัด เช่น อัตราการร้องเรียน, อัตราความพึงพอใจของประชาชน ในประเด็นการบริการของสถานบริการหรือการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพของอปท.

๔. ผลลัพธ์ ผลกระทบทางสุขภาพ เช่น อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญ, อัตราตายของมารดาและทารก. การวัดผลลัพธ์นี้อาจต้องใช้เวลาที่มากกว่า ๑ ปีขึ้นไปจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงหรือมีข้อสรุปที่ชัดเจนได้.

๕. การประเมินในมิติอื่น เช่น ต้นทุนและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการขององค์กร, ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวมภายใต้การจัดการของอปท., การทบทวนและประเมินรูปแบบการกระจายอำนาจหรือระบบสุขภาพท้องถิ่นที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยและบริบทแต่ละพื้นที่.

๖. ระดับของตัวชี้วัด และกรอบระยะเวลาในการประเมิน ตัวชี้วัดในระยะแรก ๆ เช่น ๑ ปี ประเมิน ปัจจัยนำเข้า ทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร กระบวนการทำงาน กิจกรรมต่าง ๆ ผลผลิต เป็นหลัก. ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น อัตราการเกิดโรค. การลดลงหรือเพิ่มขึ้นของโรคที่สำคัญ ในท้องถิ่นนั้นอาจไม่เห็นชัดเจน การพิจารณาตัวชี้วัดผลลัพธ์ จึงควรเน้นหนักในปีที่ ๒-๓ เป็นต้นไป. ส่วนการวัดผลกระทบทางด้านสุขภาพของประชาชน เช่น อัตราตายทารก นั้นต้องใช้เวลานานขึ้น เช่น ๕-๑๐ ปี จึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนได้.

สรุป

แม้ว่ากระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่คืบหน้าเท่าที่ควร ไม่ต่อเนื่องขึ้นกับนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละยุคสมัยโดยไม่ให้ความสำคัญกับการดำเนินการตามกฎหมาย แต่หากได้ตระหนักถึงการเติบโตของ

ท้องถิ่นและเตรียมความพร้อมให้แก่อปท.อย่างจริงจังก็น่าจะดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ประชาชนในเขตพื้นที่ต่างๆ ได้รับประโยชน์จากการกระจายอำนาจดังเจตนารมณ์ภายใต้หลักความรับผิดชอบร่วมกันโดยมีอปท.เป็นแกนนำที่สำคัญ.

เอกสารอ้างอิง

๑. มุลินธิสังเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. รวมกฎหมายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: มุลินธิสังเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น; ๒๕๔๕.
๒. นันทวัฒน์ บรมานันท์. การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน; ๒๕๔๕.
๓. ชูชัย สุภวงค์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, พินิจ ฟ้าอำนวยผล, ปรีดา เต๋ออารักษ์, นิภาพรรณ สุขศิริ. ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า (๒๕๔๔-๒๕๕๓). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ; ๒๕๔๔.
๔. สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. คู่มือการปฏิบัติงานด้านการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น; ๒๕๔๕.
๕. ปรีดา เต๋ออารักษ์, นิภาพรรณ สุขศิริ, ธราดล สุขศิริ (บรรณาธิการ). การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น. นนทบุรี: สำนักงานสนับสนุนและกระจายอำนาจด้านสุขภาพ(สพท.); ๒๕๔๕.
๖. โครงการส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดี โดยการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น สำนักงานก.พ. บทความและแนวคิดการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ก.พ.; ๒๕๔๑.
๗. จรัส สุวรรณมาลา. รัฐบาล-ท้องถิ่น: ใครควรจัดบริการสาธารณะ?, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานของประชาชนกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); ๒๕๔๒.
๘. ลีนเป็นพิษอบต.เค็ดหนักได้รัฐมากกว่าทำมาหากิน. ๒๑ ตุลาคม ๒๕๔๕ [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ก.ย. ๒๕๕๐] : แหล่งข้อมูล : URL; http://www.thaipost.net/index.asp?bk=thaipost&post_date=23/Oct/2545&news_id=61565&cat_id=501
๙. ประกอบ คุปรัตน์. การคอร์รัปชันอย่างซื่อสัตย์. ๖ กันยายน ๒๕๔๖ [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ก.ย. ๒๕๕๐] : แหล่งข้อมูล : URL; <http://www.itie.org/old/colTopicView.php?brd=9&top=19>.
๑๐. บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. การกระจายอำนาจกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. ปาฐกถา พีร์ คำทอน เอกสารการประชุมวิชาการโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ, ๒๐ กันยายน ๒๕๔๓. ณ โรงแรมรามารการ์เด็น กรุงเทพมหานคร. มปท.; ๒๕๔๓: ๑๘-๒๑
๑๑. จิรัลย์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.; ๒๕๔๓.
๑๒. สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ๑ ปี การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ: กรณีศึกษา ๑๐ จังหวัด. นนทบุรี: ยุทธวิธีบริหารการพิมพ์; ๒๕๔๕.
๑๓. วีระศักดิ์ เครือเทพ. ทิศทางการปกครองท้องถิ่นไทย. [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ก.ย. ๒๕๕๐] : แหล่งข้อมูล : URL;http://www.trf.or.th/tips/x.asp?Art_ID=93
๑๔. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๕. [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ก.ย. ๒๕๕๐] : แหล่งข้อมูล : URL; <http://203.170.239.216/dlocT/rule/index.aspx>
๑๕. คณะกรรมาธิการยกร่างรัฐธรรมนูญ สภาร่างรัฐธรรมนูญ. ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช....ฉบับรับฟังความคิดเห็น. [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ก.ย. ๒๕๕๐] : แหล่งข้อมูล: URL; http://www.nccc.go.th/constitution/Document/constitution_draft.pdf
๑๖. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ระบบสุขภาพในท้องถิ่น: อนาคตระบบสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๕.
๑๗. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(สปรส). ธรรมนูญสุขภาพพลคนไทย ของคนไทย โดยคนไทย เพื่อคนไทย. ฉบับปรับปรุง ๒๔ กันยายน ๒๕๔๕. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๕.
๑๘. ส่วนแผนงานและทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสถานีอนามัย (สอ.) ในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๓๕.
๑๙. ประยงค์ เต็มชวลา. การกระจายอำนาจด้านบริหารงานสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง ๒๕๓๕: ๔-๑๔.
๒๐. เมธี จันทจำจรุณ, เพียงพร กัณหาภิ. การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากิจการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง ๒๕๔๑.
๒๑. ประยงค์ เต็มชวลา. การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสาธารณสุขไทย. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากิจการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง; ๒๕๔๐.
๒๒. กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ. บทบาทองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ต่อการพัฒนาสาธารณสุขระดับตำบล ตำบลท้ายตลาด อำเภอเมืองจังหวัดลพบุรี. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง ๒๕๔๐;๕:๓๐-๓๑.



๒๓. วณิดา วิระกุล, ถวิล เลิกชัยภูมิ. สถานการณ์การบริหารจัดการงานสาธารณสุขของ อบต. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร : คลังนานาวิทยา; ๒๕๔๓.
๒๔. สุดเขตต์ เข้มไพบ. อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการดำเนินงานภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์ และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๐.
๒๕. สำนักงานคณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น. ผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารส่วนท้องถิ่น (ที่มาจากการเลือกตั้ง) สมาชิกสภาท้องถิ่น ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น และประชาชนผู้รับบริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการปฏิบัติงานของข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น. [สืบค้นเมื่อ ๒๒ ก.ย. ๒๕๕๐]. แหล่งข้อมูล : <http://www.local.moi.go.th/webst/menu52a.htm>
๒๖. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.สสส.ชู “เพื่อนช่วยเพื่อน” ดึง อบต. ร่วมดูแลคนพิการ[สืบค้นเมื่อ ๒๒ ก.ย. ๒๕๕๐]. แหล่งข้อมูล <http://www.thaihealth.or.th/cms/detail.php?id=4310>
๒๗. วีระศักดิ์ เกรือเทพ. นวัตกรรมสร้างสรรค์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; ๒๕๔๘.
๒๘. ลือชา วนรัตน์. บทบาทหน้าที่ของ อบต. ในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. นนทบุรี : สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย. ๒๕๔๐.
๒๙. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน.กระบวนการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคอีสาน ๒๕๔๔; ๑๖:๓๘-๔๖.
๓๐. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. (เอกสารอัดสำเนา). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; ๒๕๔๕.
๓๑. วิวัฒน์ เชาธรรมทรศน์, แพรวพรรณ ตันสกุล, สิริวรรณ เดียวสุนทร. รูปแบบการร่วมมือกันจัดบริการสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรส่วนท้องถิ่นในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่และ เทศบาลตำบลบ้านพรุก่อนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๓๒. วณิดา วิระกุล. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ. (เอกสารรอกการตีพิมพ์) ๒๕๕๐.
๓๓. สุภสิทธิ์ พรธรรมาโรทัย, วินัย ลีสมิตร. ทรัพยากรสาธารณสุขกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โอกาสในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๓; ๗:๑๕-๒๕.
๓๔. คณะกรรมการกำหนดกติกา กระบวนการ หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ. คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๓๕. พรพันธุ์ บุญญรัตน์. การปฏิรูประบบสุขภาพ : ผลกระทบและทิศทางการพัฒนาสุขภาพบุคลากรและงานสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมในการประชุมวิชาการสาธารณสุขแห่งชาติเรื่อง การกระจายอำนาจ : ผลกระทบและทิศทางการพัฒนาสุขภาพ; ๒๕๔๔.
๓๖. เนาวรัตน์ สุวรรณผ่อง. การประชุมระดมความคิดเห็นเรื่องการเตรียมความพร้อมขององค์กรสาธารณสุขทุกระดับ : สมรรถนะของบุคลากรในโครงสร้างการกระจายอำนาจ; ๒๕๔๔. หน้า ๕๕-๘.
๓๗. จรัส สุวรรณมาลา, ชาญฉวี ไซรักษา. การกำหนดตัวชี้วัดระดับและประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกระจายอำนาจ. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า; ๒๕๔๗.
๓๘. บุญศรี พรหมมาพันธุ์, สมคิด พรหมจ้อย, เสน่ห์ จุ้ยโต, จันทร์พร พรหมมาศ. การพัฒนาเรื่องชี้วัดสำหรับการประเมินการบริหารบุคคลส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา; ๒๕๔๗.
๓๙. สำนักงานก.พ. เครื่องมือวัดความโปร่งใสและการตรวจสอบได้ของหน่วยงาน (เบื้องต้น) สำหรับผู้ประเมิน. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง ดัชนีชี้วัดธรรมาภิบาล จัดโดยสถาบันวิจัยสาธารณสุข วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๐ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๒ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
๔๐. ต่อตระกูล ยมนา. ใครมีธรรมาภิบาลดีแค่ไหน รู้ได้ วัดได้แล้ว. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง “ดัชนีชี้วัดธรรมาภิบาล” วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๐, ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๒ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
๔๑. สถาบันพระปกเกล้า. โครงการขยายผลเพื่อนำตัวชี้วัดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีระดับองค์กรไปสู่การปฏิบัติ. นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า; ๒๕๔๘.
๔๒. ปรีดา เต๋ออารักษ์. ตัวชี้วัดเพื่อประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกคน). นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๔๓. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐. นนทบุรี. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๐.

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี*

วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร*

บทคัดย่อ

หน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นสถานบริการหลักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สถานบริการประเภทนี้จึงมีความสำคัญยิ่ง บทปริทัศน์นี้เป็นการนำเสนอประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ อันประกอบด้วยเป้าหมายและการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน, การจัดองค์กรหน่วยบริการ การศึกษา การฝึกอบรมและทักษะของคณะบุคลากรแพทย์. จากนั้นเป็นการกล่าวถึงสถานการณ์การจัดการดูแลโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ, ปัจจัยทำนายคุณภาพการดูแลและอุปสรรคในการดูแลโรคเบาหวาน รวมทั้งตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินและกลยุทธ์การเพิ่มคุณภาพการดูแลโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ.

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, การดูแลรักษา, หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

Diabetes Care in a Primary Care Unit

Wiroj Jiamjarasrangsri*, Vitool Loohsunthorn*

*Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok

Primary care providers have the pivotal role in the care of people with diabetes; therefore, improving care in this setting is an imperative. This review illustrated issues concerning diabetes management in primary care including the following: aim and provision of diabetes care; organization of care; and education, training and skill of the health-care team. The situation of diabetes management in primary care, both in Thailand and other countries, predictors of high-quality care, and barriers to control of diabetes were described. Suggested indicators for auditing the quality of diabetes care and the strategies utilized for improving diabetes management in primary care were also described.

Key words: diabetes mellitus, diabetes care, primary care unit

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย และมีแนวโน้มที่จะมีขนาดปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต. ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยประมาณ ๓.๔-๔.๓ ล้านราย หรือร้อยละ ๕.๔-

๖.๙ ของประชากร และประมาณการว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น ๔.๙-๖.๒ ล้านรายในปีพุทธศักราช ๒๕๕๒^(๑). ทั้งนี้เนื่องจากประชากรของประเทศมีอายุยืนขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต โดยมีการบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาลและพลังงานสูง ร่วมกับการมีการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง.

*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร



ในต่างประเทศ หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ถือเป็นสถานบริการหลักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. ผู้ป่วยกว่าร้อยละ ๘๐ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชปฏิบัติในสถานบริการประเภทนี้ มีเพียงไม่ถึงร้อยละ ๒๐ ที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง^(๒-๔). ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สถานบริการประเภทนี้จึงมีความสำคัญยิ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและเป็นผลดีต่อสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วย.

ขอบเขตการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดขอบเขตการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน. ในบทความนี้จึงนำเสนอข้อมูลจากเอกสาร "ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ" ของประเทศอังกฤษ^(๓) ดังนี้

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีเป้าหมายทั่วไป คือ ทำให้นุคคลเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตและอายุขัยใกล้เคียงกับประชากรทั่วไปของประเทศ โดยมีเป้าหมายเฉพาะดังนี้

- ประชากรของประเทศทุกคนจะต้องมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน รวมทั้งกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ เช่น ผู้ยากไร้, ชนกลุ่มน้อย, ผู้อยู่ในสถานที่จำกัดต่าง ๆ.

- กลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดโอกาสหรือชะลอระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวาน. ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย, การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สามารถลดความเสี่ยงหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้.

- ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาแต่แรกเริ่มของโรค. ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการเช่นนี้จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาวได้.

- ผู้เป็นโรคเบาหวานควรได้รับการรักษาที่มีคุณภาพเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงกับภาวะปรกติให้มากที่สุดเพื่อ (๑) ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดเล็ก (micro-vascular complication) เช่น โรคจอตาเหตุเบาหวาน, โรคไตเหตุเบาหวาน, ภาวะเส้นประสาทเสื่อมเหตุเบาหวาน, (๒) ลดอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน, (๓) หลีกเลี่ยงภาวะฉุกเฉินทางเมแทบอลิซึม (ภาวะเลือดพองน้ำตาล และคีโตนเอคิโดสิส).

รวมทั้งมีการเฝ้าระวังและลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (หากมี) โดยการแนะนำให้เลิกบุหรี่, ควบคุมน้ำหนักตัว และออกกำลังกาย.

- ผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยการจัดการสุขภาพและการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งคำนึงถึงวิถีชีวิต, วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย. นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการเสริมพลังในการแสวงหาประโยชน์อย่างสูงสุดจากบริการสุขภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่.

- ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและได้รับการรักษาที่เหมาะสมแต่แรกเริ่ม โดยการตรวจตา, การทำงานของไต, ระบบประสาทส่วนรอบ, และทำอย่างสม่ำเสมอ และได้รับการปฏิบัติรักษาอย่างทันท่วงที.

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ. อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ได้แก่

- ผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่น
- ผู้ป่วยสตรีที่วางแผนการตั้งครรภ์หรือกำลังมีครรภ์
- ผู้ป่วยที่ต้องได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาล, การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน.

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชซับซ้อน.

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

การดูแลรักษาโรคเบาหวานต้องให้รูปแบบที่ผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลางและมุ่งเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง. บุคลากรแพทย์ควร (๑) สนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการโรคเบาหวานของตนเองได้และสนับสนุนให้มีหรือดำรงไว้ซึ่งวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ, และ (๒) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือก แสดงความคิดเห็น และสามารถควบคุมความเป็นไปในแต่ละขั้นตอนของการดูแลรักษา. นอกจากนี้บิดามารดา/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้อย่างเต็มที่.

(ก) เพื่อเป็นการสนับสนุนและกระตุ้นให้มีการดูแลและจัดการตนเอง บุคลากรแพทย์ควร

- ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยความให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย.
- ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อที่มบุคลากรแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและหากเป็นไปได้ควรมีบุคลากรผู้หนึ่งเป็นบุคคลหลักที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้.
- ให้การดูแลรักษาที่มีคุณภาพสูงและทบทวนความต้องการด้านเวชกรรมและด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ.
- ตอบคำถามทุกคำถามเกี่ยวกับคุณภาพของบริการ.
- ให้ข้อมูลและจัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการดูแลโรคเบาหวานและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในท้องถิ่น.
- ติดตามสภาพปัจจุบันของโรคและการดูแลรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยทราบสภาพในปัจจุบันของตน.
- เอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถแสวงหาความเห็นจากแพทย์ผู้อื่น (หากผู้ป่วยต้องการ).

(ข) หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยเบาหวาน

- ควบคุมโรคเบาหวานของตนเองให้มากที่สุดแบบวันต่อวัน.
- เรียนรู้และปฏิบัติกรดูแลตนเอง โดยการจัดการด้านอาหาร, การออกกำลังกาย และการใช้ยา. การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหรือในปัสสาวะ และการตัดสินใจด้านการดูแลตนเองควรเป็นไปตามทางเลือกที่ได้รับการแนะนำ.
- ตรวจสอบตัวเองเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอหรือให้ผู้

อื่นตรวจให้.

- ทราบวิธีการจัดการกับโรคเบาหวานและทราบว่าเมื่อใดควรแสวงหาความช่วยเหลือ เช่น เมื่อมีการติดเชื้อทางหายใจ, เป็นหวัด, อุจจาระร่วงหรืออาเจียน.
- นำคำแนะนำที่ได้รับจากคณะผู้ดูแลรักษามาใช้ในชีวิตประจำวันของตน.
- ติดต่อสื่อสารกับคณะผู้ดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ.
- ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ในระหว่างการพบแพทย์หรือคณะผู้ดูแลสุขภาพอื่น ๆ.
- มาตรฐานนัดและแจ้งเลื่อนนัดหากไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้.

การจัดองค์กร

ขั้นตอนแรกในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ การค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในการดูแลทั้งหมด รวมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้สูง. ทะเบียนผู้ป่วยนี้ควรอยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งสะดวกและมีประโยชน์ในการติดต่อหรือเรียกดู.

- ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน เช่น ผู้ที่มีภาวะดื้ออินซูลิน เพื่อที่จะสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงโรคเบาหวาน.
- ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เพื่อการติดตามทบทวนอย่างสม่ำเสมอ.
- ผู้ป่วยที่มีได้มาตรฐานนัด.

ขั้นตอนต่อมาหน่วยบริการควรจัดทำหรือนำคู่มือแนวทางปฏิบัติรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีอยู่แล้วมาเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานของตน. ประเด็นที่ควรบรรจุในคู่มือแนวทางปฏิบัติควรประกอบด้วย

- การป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีระบบในการค้นหาผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน และให้คำแนะนำในการลดความเสี่ยงโรคด้วยการควบคุมอาหาร, น้ำหนักตัว และการออกกำลังกาย.
- การค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคนี้.



• การประเมินและการดูแลขั้นต้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน.

- การให้ความรู้ขั้นต้นและในระยะต่อไปอย่างต่อเนื่อง.
- การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ.
- การดูแลรักษาในระยะยาว.

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายบุคคลควรประกอบด้วย

- แผนการดูแลรักษาที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความจำเพาะเป็นรายบุคคล และผู้ป่วยเห็นชอบด้วย.
- ชื่อบุคลากรแพทย์ที่เป็นบุคคลหลักสำหรับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและญาติจะต้องทราบว่าติดต่อสอบถาม ขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำได้จากผู้ใด.

การศึกษา ฝึกอบรม และทักษะของบุคลากรแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คณะผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิควรได้รับการอบรม

• ทักษะด้านการสื่อสาร รวมทั้งทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเพื่อทำความเข้าใจหรือต่อรองการกำหนดเป้าหมายการปรับพฤติกรรม.

• การจัดการสุขศึกษา, การให้ข้อมูล และการสนับสนุน รวมถึงความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้, แรงบันดาลใจ และทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยรับผิดชอบการดูแลรักษาตนเอง.

• การตรวจและวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

- การดูแลรักษาทางเวชกรรม ประกอบด้วย
 - การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า เป็นโรคเบาหวาน
 - การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ ๑
 - การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ ๒
 - การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน
 - การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย การ

ควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย, การช้ำยาเกิน, การใช้อินซูลิน และการดูแลรักษาโรคเบาหวานในช่วงที่มีการเจ็บป่วยอื่น ๆ ร่วมด้วย.

- การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะเลือดพร่องน้ำตาล และคีโตนแอคิโดสิส.

- การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น โรคจอตาเหตุเบาหวาน.

- ภาวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด, การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ.

• การบันทึกและจัดการข้อมูล, การบำรุงรักษาข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล, ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน, ระบบการติดต่อผู้ป่วยและเรียกดูข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน.

ควรมีการจัดสรรเวลาและงบประมาณอย่างเพียงพอให้บุคลากรทุกคนในหน่วยบริการปฐมภูมิศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ.

แนวทางการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะต้องมีการตรวจประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินความก้าวหน้าทั้งระยะสั้นและระยะยาวเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของประเทศในด้านเหล่านี้ คือ

- ความชุกของโรคเบาหวาน
- กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ความชุกของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อนระยะหลังอื่นๆของโรคเบาหวาน.
- ผลลัพธ์ระยะฉับพลันและระยะสั้นของการดูแลรักษา.
- ผลลัพธ์ระยะยาวของการดูแลรักษา.

ตัวชี้วัดที่เสนอแนะให้นำมาใช้ประกอบการประเมินคุณภาพมีดังตารางที่ ๑

นอกจากนี้ ยังมีตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ ๑ ตัวชี้วัดคุณภาพกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลรักษา

<p>(ก) ตัวชี้วัดคุณภาพกระบวนการดูแลรักษา ระดับความครอบคลุมของการค้นหาและวินิจฉัยโรค</p>	<p>ความชุกของโรคเบาหวานที่วินิจฉัยแล้วเปรียบเทียบกับความชุกที่คาดหมายหรือประมาณการ (โดยคำนึงถึงโครงสร้างอายุและเชื้อชาติของประชากรในการดูแลของหน่วยบริการแล้ว)</p>
<p>ความครอบคลุมของการตรวจประจำปี</p>	<p>ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินต่อไปในรอบปีที่ผ่านมา</p> <ul style="list-style-type: none"> • คัดชนีมวลกาย • การจัดการด้านโภชนาการ • การสูบบุหรี่ • การตรวจปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ • การตรวจปริมาณแอลบูมินขนาดจิ๋วในปัสสาวะ • ความดันโลหิต • ระดับ HbA1c • ระดับครีเอทีนินในเลือด • ระดับไขมันในเลือด • การตรวจภาวะจอตาเสื่อม • การตรวจเท้า
<p>ความพึงพอใจของผู้ป่วย</p>	<p>การวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยด้านการดูแลรักษา โดยการสำรวจด้วยแบบสอบถาม</p>
<p>(ข) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลรักษา คุณภาพชีวิตและความผาสุก</p>	<p>การวัดความผาสุกด้านจิตใจและร่างกาย ระดับความรู้ด้านโรคเบาหวานและความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้แบบสำรวจ/แบบสอบถาม</p>
<p>การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c ในช่วงที่ยอมรับได้ (<๗.๕%) • ร้อยละของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย > ๒๕ กก./ตร.ม. • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีแรงดันเลือดสูง (๑๕๐/๘๐ มม.ปรอท) • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง (๒๐๐ มก./ค.ล.) • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับโคเลสเตอรอลความแน่นต่ำสูง (๑๐๐ มก./ค.ล.) • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง (๑๕๐ มก./ค.ล.)
<p>ตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ร้อยละของผู้ป่วยภาวะปัสสาวะมีโปรตีน/มีไมโครแอลบูมิน • ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจอตาเสื่อมด้วยแสงเลเซอร์ • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภูมิหลังและสายตาเสื่อมเหตุจอตา • ร้อยละของผู้ป่วยใช้ชีวิตจริงเท้า • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรู้สึกสั่นเสทือนลดลง • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรู้สึกเข็มแทงลดลง • ร้อยละของผู้ป่วยที่เท้ามีแผล
<p>ผลลัพธ์ระยะกลาง</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหัวใจ • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะ claudication • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นประสาทเสื่อม • ร้อยละของผู้ป่วยชายที่มีภาวะลึงค์ไม่แข็งตัว
<p>ผลลัพธ์ระยะยาว</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมอง • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาศีรษะ • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาศีรษะรุนแรง • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไตล้มเหลวระยะสุดท้าย • ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการตัดขาต่ำกว่าหรือสูงกว่าข้อเท้า



ที่เสนอโดยประเทศและหน่วยงานต่าง ๆ เช่น Diabetes Quality Improvement Project (DQIP) ของประเทศสหรัฐอเมริกา^(๔) และตัวชี้วัดของประเทศต่าง ๆ ในทวีปยุโรป^(๕).

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการสำรวจคุณภาพบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศอังกฤษ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งโรคเบาหวาน คือ ระยะเวลาการพบแพทย์/บุคลากรแพทย์, ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ, สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ตั้งหน่วยบริการ และความกลมเกลียวของคณะบุคลากรแพทย์^(๖).

โดยพบว่าการมีเวลาพบและหารือแพทย์/บุคลากรแพทย์นาน ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงขึ้น.

สำหรับขนาดของหน่วยบริการนั้นพบว่าหน่วยบริการขนาดเล็กผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่า แต่สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นหน่วยบริการขนาดใหญ่มีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าหน่วยบริการขนาดเล็ก. ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความซับซ้อนและต้องดูแลโดยคณะบุคลากรแพทย์หลากหลายสาขา.

ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการนั้น พบว่าย่านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำนั้นจะมีการมาใช้บริการด้านการป้องกันโรคน้อยกว่าย่านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า. อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าที่ตั้งหน่วยบริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในด้านอื่น ๆ.

ส่วนความกลมเกลียวของคณะบุคลากรแพทย์นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งกับคุณภาพบริการ, การเข้าถึงบริการ, ความต่อเนื่องของบริการ และความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วย, ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดคุณภาพบริการทุกด้าน.

นอกจากนี้ ผลการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกายังพบว่าการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการจัดการระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูงขึ้นเช่นกัน.

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน

สถานการณ์ในต่างประเทศ

การสำรวจศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ๕๕ แห่งในภาคตะวันตกกลางของประเทศสหรัฐอเมริกาใน พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๗๐ ได้รับการตรวจ HbA1c ประจำปี, ร้อยละ ๒๖ ได้รับการตรวจตาประจำปี, ร้อยละ ๖๖ ได้รับคำแนะนำ/มาตรการด้านอาหาร, และร้อยละ ๕๑ ได้รับการตรวจเท้า. ค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1c เท่ากับร้อยละ ๘.๖. กล่าวโดยสรุป คือ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดโดยสมาคมเบาหวานอเมริกัน. การนำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ^(๗).

การสำรวจแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิ ๘๕ คน ใน พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕ ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่เฉลี่ย ๓๒.๖ รายต่อเดือน โดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย^(๘) พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ คือ ในระหว่างผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมาประมาณ ๔ ปีโดยเฉลี่ยร้อยละ ๔๗.๕ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างน้อย ๑ อย่าง, ค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับร้อยละ ๗.๖ ± ๑.๗๓ และร้อยละ ๔๐.๕ มีระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ ๗, มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๓๕.๓ ที่ควบคุมแรงดันเลือดได้ดี (<๑๓๐/๘๕ มม.ปรอท) และร้อยละ ๔๓.๗ มีระดับไขมันเลว (คอเลสเตอรอล) ความแน่นต่ำต่ำกว่า ๑๐๐ มก./ดล. โดยมีเพียงร้อยละ ๗.๐ ที่สามารถควบคุมเป้าหมายการรักษาทั้ง ๓ ด้านอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วยเชื้อชาติของผู้ป่วย, ประเภทหน่วยบริการ (อยู่ในการดูแลของสถาบันการศึกษา/โรงเรียนแพทย์), การดูแลโดยแพทย์ผู้เดียวหรือกลุ่มแพทย์หลากหลายสาขา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดโดยการใช้ยา. คณะผู้สำรวจให้ความเห็นว่าต้องมีการปฏิรูประบบการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเพิ่มคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน.

การสำรวจคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน ๖๐ แห่งทั่วประเทศอังกฤษเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อน พ.ศ. ๒๕๔๑ และหลัง พ.ศ. ๒๕๔๘. การมีมาตรการแรงจูงใจทางการเงินเพื่อกระตุ้นให้มีการยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^(๙) สำรวจโดยการทบทวนข้อมูลเวชระเบียน พบว่าช่วงก่อนมีมาตรการกระตุ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๑ พบว่าในช่วง ๑๕ เดือนที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ HbA1c ตรวจตาและตรวจเท้าเท่ากับร้อยละ ๘๗.๑, ร้อยละ ๖๙.๔ และร้อยละ ๕๗.๔ ตามลำดับ, ได้รับสุขศึกษาร้อยละ ๘๔.๘. จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ ๗.๔ เท่ากับร้อยละ ๓๗.๘, ควบคุมแรงดันเลือดต่ำกว่า ๑๔๐/๘๕ มม.ปรอทเท่ากับร้อยละ ๒๑.๘, ควบคุมระดับไขมันเลวต่ำกว่า ๑๙๐ มก./ดล. เท่ากับร้อยละ ๒๑.๘. ผลการสำรวจซ้ำใน พ.ศ. ๒๕๔๘ หลังจากมีมาตรการกระตุ้นการยกระดับคุณภาพบริการพบว่าตัวชี้วัดคุณภาพดังกล่าวข้างต้นดีขึ้นทั้งหมดทุกตัวชี้วัด คือ ในช่วง ๑๕ เดือนที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ HbA1c ตรวจตาและตรวจเท้าเพิ่มเป็นร้อยละ ๙๙.๔ ร้อยละ ๘๒.๗ และร้อยละ ๘๘.๐ ตามลำดับ, ได้รับสุขศึกษาร้อยละ ๑๐๐, จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ ๗.๔ เท่ากับร้อยละ ๕๐.๖, ควบคุมแรงดันเลือดต่ำกว่า ๑๔๐/๘๕ มม.ปรอทเท่ากับร้อยละ ๔๙, ควบคุมระดับไขมันเลวต่ำกว่า ๑๙๐ มก./ดล. เท่ากับร้อยละ ๗๒.๕.

การสำรวจคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒๕๐ แห่งในประเทศออสเตรเลียใน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๕ โดยการทบทวนเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๔๗.๙ มีระดับ HbA1c > ร้อยละ ๗, ร้อยละ ๘๗.๖ มีระดับไขมันเลว > ๔.๐ มิลลิโมล/ลิตร, และร้อยละ ๗๓.๘ มีแรงดันเลือด > ๑๓๐/๘๕ มม.ปรอท และมีเพียงร้อยละ ๒๓ ได้รับการตรวจตา^(๑๐).

การสำรวจคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ๑๒ แห่งที่ดูแลคนพื้นเมืองในเขต Northern Territory ประเทศออสเตรเลียไม่ระบุปีที่สำรวจ^(๑๑)

ผลการประเมินตนเองด้วยแบบประเมินการปรับโรคเรื้อรัง (ACIC) พบว่าพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของรูปแบบจำลองการปรับโรคเรื้อรัง (Organisational influence, Community linkage, Self-management support, Clinical decision support, Delivery system design, Clinical information system, และ Component integration) อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง. ผลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1c เท่ากับร้อยละ ๙.๓, จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c < ร้อยละ ๘ เท่ากับร้อยละ ๒๖. ผู้ป่วยที่มีระดับแรงดันเลือด < ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทเท่ากับร้อยละ ๕๔, และจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับไขมันเลวรวม < ๕.๕ มิลลิโมล/ลิตร เท่ากับร้อยละ ๔๑ โดยพบว่าระดับคะแนนผลการประเมินตาม ACIC ด้าน (Organisational influence, Community linkage และ Clinical information system) ที่เพิ่มขึ้น ๑ คะแนนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยร้อยละ ๔.๓, ร้อยละ ๓.๘ และร้อยละ ๔.๕ ตามลำดับ, และระดับการพัฒนาด้าน Organisational influence, Delivery system design และระบบสารสนเทศเวชกรรมมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมระดับ HbA1c, แรงดันเลือด และระดับไขมันเลวในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.

สถานการณ์ในประเทศไทย

ผลการสำรวจคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน ๓๗ แห่งทั่วประเทศเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการทบทวนเวชระเบียน^(๑๒) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจประเมินสุขภาพรายการที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและครบถ้วน รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากโรคเบาหวานค่อนข้างสูง โดยพบว่าผู้ป่วย ๒ ใน ๓ เคยได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานตั้งแต่ ๕ วันขึ้นไปในรอบปีที่ผ่านมา. การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่ใช้การตรวจเลือดหลังดอาหารเช้า. สัดส่วนผู้ที่ได้รับการตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี, ไขมันเลวรวม, ไตรกลีเซอไรด์, ไขมันเลวความหนาแน่นสูง, คีโระทีนในซีรัม, โปรตีนและไมโครแอลบูมินในปีสภาวะ เท่ากับร้อยละ ๐.๗,



๑๗.๔, ๑๑.๗, ๖.๙, ๓๘.๒, ๓๓.๐ และ ๐.๙ ตามลำดับ. ผู้ที่เคยได้รับการตรวจตาและเท้าประจำปีมีร้อยละ ๒๑.๕ และร้อยละ ๔๕ ตามลำดับ. ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากโรคเบาหวาน อันประกอบด้วยภาวะจอตาลเสื่อม ร้อยละ ๑๓.๖, ปัสสาวะมีโปรตีนร้อยละ ๑๗.๐, ภาวะไตล้มเหลวระยะท้ายร้อยละ ๐.๑, ภาวะเส้นประสาทส่วนรอบเสื่อม ร้อยละ ๓๔.๐, เท้าเป็นแผลเปื่อยและเน่าเหตุขาดเลือดร้อยละ ๑.๒, แผลที่เท้าหายแล้วร้อยละ ๖.๙, โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๑.๙, และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ ๐.๗.

ผลการประเมินระบบการดูแลผู้เป็นเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นผลรวมของการบริการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และสถานีนอมาัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน ในพื้นที่ศึกษารวมทั้งหมด ๔๔ หน่วย ๑๘ เครือข่าย ๔ ภูมิภาคทั่วประเทศ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๘^(๑๓) โดยประเมินทั้งส่วนที่เป็นระบบงาน, กระบวนการบริการ และผลลัพธ์สุขภาพด้านเวชกรรม, ผลลัพธ์ที่เป็นศักยภาพของผู้เป็นเบาหวานในด้านความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิต พบว่าระดับคุณภาพของระบบงานในการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่ความแตกต่างกันสูง และส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงไม่มาก. ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังจัดการไม่ต่อเนื่อง. หน่วยบริการปฐมภูมียังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ความสามารถไม่เต็มที่, ส่วนใหญ่มีบทบาทในด้านการคัดกรอง และการติดตามผู้ป่วย. ส่วนผลลัพธ์สุขภาพของผู้เป็นเบาหวานพบว่าผู้คุมระดับน้ำตาลได้ดีโดยพิจารณาจากระดับ HbA1c < ๗ มก./ดล. มีร้อยละ ๓๘, มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ ๑๐-๑๙ หญิงสูงกว่าชาย, เริ่มมีความผิดปกติของไต (ไมโครแอลบูมิน >๓๐), ร้อยละ ๓๑-๕๐ มีค่าครีเอตินินสูงร้อยละ ๒-๓๐. ผลความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวของผู้เป็นเบาหวานมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่. การปฏิบัติตัวในด้านการรักษา และการดูแลสุขภาพทั่วไปส่วนใหญ่ดี การปฏิบัติด้านการบริโภคมีระดับดีน้อยกว่าด้านอื่น. การดูแลเท้า และการดูแลกรณีพิเศษต่าง ๆ เป็นหมวดที่ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้ และการปฏิบัติในระดับที่เหมาะสมน้อย. ด้านคุณภาพชีวิตพบว่าด้านจิตใจมีสภาพที่ปานกลาง มีค่า

คะแนนต่ำกว่าด้านร่างกาย. กลุ่มที่เป็นน้อย และมากกว่า ๕ ปี แตกต่างกันเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านกาย และความเป็นอิสระ. แต่ในด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ, มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างกันไม่มาก. ในพื้นที่ที่มีระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัวดี ก็มีแนวโน้มค่าคุณภาพชีวิตที่ดีในทิศทางเดียวกัน ไม่พบความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง และชนบทที่ชัดเจน.

อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพ^(๑๔)

(๑) ธรรมชาติของโรคเบาหวาน

ความบกพร่องของอินสุลิน (ความไวและการหลั่ง) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน. สถานภาพของอินสุลินนี้จะเสื่อมลงเรื่อยๆตามระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และจะเป็นสาเหตุของความล้มเหลวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะหลัง ๆ ของโรค. ปัจจุบันยังไม่มียาการรักษาที่จะชะลอความเสื่อมของภาวะนี้ได้ ทั้งยังพบว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากตั้งแต่ระยะแรกของการเป็นโรคจะมีการเสื่อมลงของภาวะทั้ง ๒ อย่างนี้อย่างรวดเร็ว. นอกจากนี้ภาวะพิษกลูโคสที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังยังสามารถเร่งภาวะเสื่อมนี้ด้วย. อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยอินสุลินสามารถเอาชนะผลของภาวะพิษกลูโคสได้โดยการช่วยฟื้นฟูประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.

(๒) ปัจจัยด้านผู้ป่วย

สภาพปัญหาสุขภาพอันซับซ้อนของผู้ป่วยจะเป็นอุปสรรคในการควบคุมโรคเบาหวาน เช่น การมีปัญหาสุขภาพเฉียบพลันซ้ำเติม, ความจำเป็นในการต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต, การต้องมีกิจกรรมประจำวันบางอย่างเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลตนเองจะเป็นสิ่งท้าทายการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างมาก. นอกจากนี้ การที่ไม่มีอาการใดในระยะแรกของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญที่จะต้องดูแลรักษาโรค ทั้งภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเฉียบพลัน ประกอบกับการไม่ได้รับความรู้เพียงพอยังเป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษาตนเองขึ้นไปอีก. โดยผลการสำรวจผู้ป่วย

โรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยกว่าร้อยละ ๗๐ ไม่ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวาน และมีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองมากกว่าบุคคลทั่วไปและโรค ๒ โรคนี้เป็นสาเหตุลำดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน.

(๓) ปัจจัยด้านการรักษาด้วยฮอโมนอินซูลิน

การให้อินซูลินด้วยการฉีดทำให้เกิดความกลัวว่าจะทำให้เจ็บและวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของความผิดพลาดจากการใช้ฮอโมนอินซูลิน. นอกจากนี้ยังมีความเชื่อในระหว่างผู้ป่วยว่าเมื่อใดก็ตามที่ต้องมีการใช้ฮอโมนอินซูลินนั้น หมายความว่าดูแลรักษาตนเองล้มเหลว, เป็นโรคระยะรุนแรง และกำลังจะถึงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิตแล้ว. ดังนั้นผู้ป่วยมักไม่เต็มใจรักษาด้วยฮอโมนอินซูลินแต่เนิ่น ๆ กว่าที่จะยอมรับการรักษาด้วยฮอโมนอินซูลินก็ต่อเมื่อรู้สึกว่าจะตนเองเป็นโรครุนแรงแล้ว.

(๔) ปัจจัยด้านผู้บริการดูแลรักษา

หน่วยบริการปฐมภูมิเผชิญอุปสรรคหลายประการในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นงานที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาและแรงงานมาก, ธรรมชาติของโรคและวิธีการรักษามีความสลับซับซ้อน และความไม่ยุติเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสม. นอกจากนี้โครงสร้างองค์กรในหน่วยบริการปฐมภูมิอาจเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีบริการสนับสนุนด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอ รวมถึงความเชื่อของแพทย์เกี่ยวกับการรักษาด้วยฮอโมนอินซูลินอาจคล้ายคลึงกับความเชื่อของผู้ป่วย และไม่ยอมรับการรักษาผู้ป่วยด้วยฮอโมนอินซูลินตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของโรคแต่จะชะลอการใช้ฮอโมนอินซูลินให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สิ่งนี้เกิดขึ้นแม้ในคลินิกโรคเบาหวาน.

กลยุทธ์/แนวทางเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

มาตรการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การจัดการกับปัญหาอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น ในส่วนของข้อจำกัดของฮอโมนอินซูลินชนิดฉีดนั้น ปัจจุบันกำลังมีการคิดค้น

ฮอโมนอินซูลินชนิดพ่นเข้าทางหายใจ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะใช้สะดวกและให้ผลดีกว่าฮอโมนอินซูลินชนิดฉีด^(๑๕).

อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญบางท่านมีความเห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยทางเลือกการรักษาเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยไม่ต้องรอการพัฒนาวิธีการรักษาชนิดใหม่ เพียงแต่จัดรูปแบบการดูแลให้เหมาะสม คือ การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ หรือการใช้คณะผู้ดูแลรักษาและเน้นการรักษาอย่างเข้มข้น เช่น การนัดตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ, การแจกแจงแนวทางและเป้าหมายการรักษาอย่างละเอียด, การปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน, การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาโดยบุคลากรที่มีใช้แพทย์, การฝึกอบรมผู้ป่วยและผู้ให้บริการ^(๑๖-๑๗) (ตารางที่ ๒).

ตัวอย่างการขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ โครงการ Chronic Illness Breakthrough Series ในประเทศสหรัฐอเมริกา^(๑๘) และโครงการ Pay-for-performance contract for family practitioners ในกลุ่ม

ตารางที่ ๒ องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยคณะผู้รักษาที่มุ่งเน้นการรักษาอย่างเข้มข้น

- การดูแลผู้ป่วยเป็นคณะที่ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักโภชนาการ และผู้ช่วยแพทย์
- การแจกแจงรายละเอียดเกี่ยวกับการนัดตรวจติดตาม เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาล การตรวจคัดกรอง และการใช้ยา
 - มีการใช้ยาชนิดกินหลายชนิดร่วมกันหรือใช้ฮอโมนอินซูลินร่วมด้วยบ่อยขึ้น
 - สำหรับผู้ที่ใช้ฮอโมนอินซูลินอยู่แล้ว เพิ่มความถี่ของการใช้เป็น ๓ ครั้งขึ้นไปต่อวัน
 - การให้สุขศึกษาด้านอาหารและการปรับพฤติกรรม
- การฝึกอบรมผู้ให้บริการ
- การเปิดโอกาสติดต่อผู้ให้บริการโดยตรงทางโทรศัพท์
- การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วมด้วยอย่างเข้มข้นขึ้น
- การใช้ระบบฐานข้อมูลในการตรวจติดตามกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย



ประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย^(๑๙,๒๐).

โครงการ Chronic Illness Breakthrough Series เป็นการร่วมดำเนินการระหว่าง The Institute for Healthcare Improvement (IHI) และคณะทำงานของ Improving Chronic Illness Care แห่งนครซีแอตเทิล ซึ่งจะมีการกล่าวถึงโครงการนี้โดยละเอียดในบทความอีกฉบับเป็นการต่างหาก.

สำหรับโครงการ Pay-for-performance contract for family practitioners ในประเทศอังกฤษเริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๗ รัฐบาลประเทศอังกฤษโดย National Health Service (NHS) ได้เสนอให้เงินตอบแทนจำนวน ๑.๘ พันล้านปอนด์เพื่อเป็นแรงจูงใจให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิทำการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคหืด และโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวแต่ละคนจะได้แต้มสูงสุดถึง ๑,๐๐๐ แต้ม โดยการใช้ตัวชี้วัดคุณภาพชุดหนึ่งในการประเมินผลการดูแลรักษาในแต่ละปีของแพทย์แต่ละคน. ตัวชี้วัดนี้ประกอบด้วย ๓ ด้าน คือ ด้านการดูแลทางเวชกรรม ด้านการจัดองค์กรหน่วยปฐมภูมิ และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย. แต้มรวมจากการประเมินทั้ง ๓ ด้านจะถูกแปลงเป็นจำนวนเงินปอนด์ที่แพทย์จะได้รับในแต่ละปี โดยการคำนวณแต้มนี้อาจใช้สมการที่ค่อนข้างซับซ้อนที่คำนึงถึงถึงขนาดของหน่วยบริการและความชุกของโรคในกลุ่มประชากรที่หน่วยบริการนั้นดูแลอยู่.

ผลการประเมินประสิทธิผลของโครงการนี้ ในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้น ผลการประเมินหลังจากมีโครงการนี้พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่อาจเป็นผลจากมีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนหรือในฐานข้อมูลครบถ้วนขึ้นโดยที่คุณภาพการบริการอาจไม่ดีขึ้นมากตามที่ประเมินพบก็ได้. นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่จะต้องคำนึง คืออาจนำมาซึ่งการทุจริตโดยการลงบันทึกผลการดูแลรักษาแตกต่างจากสิ่งที่เป็นจริง ซึ่ง National Health Service (NHS) ได้มีมาตรการป้องกันปัญหานี้โดยกำหนดบทลงโทษอย่างหนักไว้.

ข้อเสนอแนะการทบทวนข้อมูล

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นปัญหาของเกือบทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เนื่องจากความซับซ้อนทั้งของโรคและวิธีการปฏิบัติรักษา. อย่างไรก็ตามมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่า มาตรการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้วทำให้กระบวนการดูแลรักษาผลลัพธ์การรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นจริง. ดังนั้นจึงควรมีการเรียนรู้รูปแบบวิธีดำเนินการดังกล่าวมาปรับใช้กับสภาพในประเทศไทย ซึ่งมีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีการตั้งเป้าหมายการยกระดับคุณภาพเป็นขั้นๆ ในแต่ละระยะของการพัฒนา. ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องอาศัยงบประมาณ ทรัพยากร และโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ค่อนข้างมาก.

เอกสารอ้างอิง

๑. วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร, วิโรจน์ เข็มจรัสรัมย์. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยง และการตรวจคัดกรองในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๐.
๒. Hiss RG. Barriers to care in non-insulin-dependent diabetes mellitus. The Michigan experience. *Ann Intern Med* 1996;124:146-8.
๓. Diabetes UK. Recommendations for the provision of services in primary care for people with diabetes. London: Diabetes UK; 2005.
๔. Fleming BB, Greenfield S, Engelgau MM, Pogach LM, Clauser SB, Parrott MA. The Diabetes Quality Improvement Project: moving science into health policy to gain an edge on the diabetes epidemic. *Diabetes Care* 2001;24:1815-20.
๕. Wens J, Dirven K, Mathieu C, Paulus D, van Royen P. Quality indicators for type 2-diabetes care in practice guidelines: an example from 6 European countries. *Primary Care Diabetes* 2007;1:17-23.
๖. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A,

- et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *Br Med J* 2001;323(7316):784-7.
๑. Chin MH, Auerbach SB, Cook S, Harrison JF, Koppert J, Jin L, et al. Quality of diabetes care in community health centers. *Am J Public Health* 2000;90:431-4.
๒. Spann SJ, Nutting PA, Galliher JM, Peterson KA, Pavlik VN, Dickinson LM, et al. Management of type 2 diabetes in the primary care setting: a practice-based research network study. *Ann Fam Med* 2006;4:23-31.
๓. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med* 2007;357:181-90.
๔. Wan Q, Harris MF, Jayasinghe UW, Flack J, Georgiou A, Penn DL, et al. Quality of diabetes care and coronary heart disease absolute risk in patients with type 2 diabetes mellitus in Australian general practice. *Qual Saf Health Care* 2006;15:131-5.
๕. Si D, Bailie R, Connors C, Dowden M, Stewart A, Robinson G, et al. Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. *BMC Health Serv Res* 2005;5:56.
๖. วรณิ นิธิยานันท์, ธัญญา เชษฐากุล, เพ็ญศิริวรรณ แสงอากาศ, ชัยพร ธีระเกียรติกำจร, เขมรัตน์ ขุนศึกเม็งราย, จิง ปิง เขียว. A survey study on diabetes management and complication status in primary care setting in Thailand. *จพศท* ๒๕๔๐;๕๐:๖๕-๗๑.
๗. สุพัตรา ศรีวนิชชากร. สถานการณ์ระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (http://www.moph.go.th/ops/hcrp/download/DM/DM_cup.pdf เข้าถึงเมื่อ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๐)
๘. Peterson KA. Diabetes management in the primary care setting: summary. *Am J Med* 2002;113 (Suppl 6A):36S-40S.
๙. Cefalu WT, Skyler JS, Kourides IA, Landschulz WH, Balagtas CC, Cheng S, et al. Inhaled Insulin Study Group. Inhaled human insulin treatment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2001;134:203-7.
๑๐. Miller CD, Phillips LS, Tate MK, Porwoll JM, Rossman SD, Cronmiller N, et al. Meeting American Diabetes Association guidelines in endocrinologist practice. *Diabetes Care* 2000;23:444-8.
๑๑. Peters AL, Davidson MB. Application of a diabetes managed care program. The feasibility of using nurses and a computer system to provide effective care. *Diabetes Care* 1998;21:1037-43.
๑๒. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27:63-80.
๑๓. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United kingdom. *N Engl J Med* 2004;351:1448-54.
๑๔. Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Qual Health Care* 2001; 10:152-8.

กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ในประเทศบราซิล สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร: บทเรียนสำหรับการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ

ศิริวรรณ พัทธรังษุภย์*

หทัยชนก สุมาลี*

ลลิตา เขตต์กัญญ์**

เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร**

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ มุ่งหวังเพื่อให้เป็นเครื่องมือของทุกฝ่ายในสังคมใช้ร่วมกัน โดยวางยุทธศาสตร์เพื่อเปิดทางให้ทุกฝ่ายในสังคมเป็นเจ้าของ ดูแลรับผิดชอบร่วมกัน และกำหนดให้ตราธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่ายใช้อ้างอิง, ใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนสังคม และให้ปรับปรุงธรรมนูญทุก ๕ ปี. การศึกษานี้เป็นการทบทวนเอกสาร เพื่อถอดบทเรียนจากประเทศบราซิล สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ ที่เกี่ยวกับการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ, วิวัฒนาการและบริบท, กระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ โดยมุ่งวิเคราะห์ตัวอย่างของเอกสารที่อาจเทียบเคียงได้กับธรรมนูญสุขภาพ ในประเด็นขอบเขตและสาระสำคัญของเนื้อหาในเอกสาร, กระบวนการจัดทำเอกสาร และบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง. การศึกษาพบดังนี้

- วิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศบราซิล และอังกฤษ เริ่มมาตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่ ๒, โดยมีแนวคิดการสร้างหลักประกันทางสังคมให้กับคนทำงานก่อน ต่อมาจึงเปลี่ยนเป็นการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีฐานคิดในเรื่อง “สุขภาพเป็นสิทธิ”, ในขณะที่ประเทศสหรัฐยังได้เพียงในแนวคิดนี้. ในปัจจุบัน กรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพของบราซิลยังจำกัดอยู่ในเรื่องการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพและระบบสาธารณสุขพื้นฐาน ในขณะที่ประเทศไทยมุ่งไปถึงการจัดการปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพแล้ว. ส่วนสหรัฐก็ได้ปฏิรูปในส่วนของกรจัดการวางระบบสาธารณสุขเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพให้กับคนในชาติด้วยการจัดการที่ระดับมลรัฐและท้องถิ่น. ส่วนประเทศอังกฤษพัฒนาให้มีกองทุนหุ้นส่วนบริการปฐมภูมิ (Primary care trusts) ดูแลงานสุขภาพแบบบูรณาการในท้องถิ่น โดยดูแลทั้งบริการสุขภาพส่วนบุคคล และงานสาธารณสุขทั่วไป, และมองการแก้ปัญหาเชื่อมโยงกับงานด้านที่อยู่อาศัย, การจ้างงาน และการศึกษาด้วย.

- ประสบการณ์ของต่างประเทศ อาทิ ประเทศบราซิลใช้รัฐธรรมนูญเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดระบบสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๑ และมีกลไกใส่เนื้อหาของกรปฏิรูปที่ต้องการให้มีผลบังคับใช้ในรัฐธรรมนูญที่ปรับปรุงใหม่ทุกครั้ง. ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกาก็ได้กระจายอำนาจให้กับมลรัฐดูแลงานสาธารณสุข, ไม่พบกรอบธรรมนูญแห่งชาติ (national overarching framework). ความคิดริเริ่มในการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ระดับมลรัฐในโครงการ “จุดเปลี่ยน” ได้กระตุ้นให้หลายมลรัฐทำแผนสุขภาพของมลรัฐ ที่เป็นกรอบธรรมนูญสาธารณสุข และทำกฎหมายแม่บทด้านการสาธารณสุขระดับมลรัฐ ที่ทันสมัยด้วย. ส่วนประเทศอังกฤษมีกฎหมายสาธารณสุข ฉบับแรกตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๑๘ กำหนดให้ท้องถิ่นมีบทบาทด้านการสาธารณสุขตั้งแต่นั้นมา ซึ่งพุดถึงการควบคุมความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมด้วย

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, ปทุมธานี

และมีการปรับปรุงกฎหมายได้พัฒนาเป็นเรื่อง ๆ ไป เช่นพบว่ามีเรื่องการควบคุมการสูบบุหรี่อยู่ในกฎหมายสุขภาพฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๕ แม้ไม่มีกรอบรัฐธรรมนูญ (overarching statutory framework) แต่รัฐบาลอังกฤษ ในสมัยของมาร์กาเรต แธตเชอร์ จัดทำแผนสุขภาพที่บูรณาการเพื่อลดโรค (พ.ศ. ๒๕๓๕) เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และพัฒนาเรื่อยมา จนเป็นแผนที่ ๓ เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน ที่เรียกว่า “Our Health, Our Care, Our Say” ใน พ.ศ. ๒๕๔๕.

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพ, ประเทศบราซิล, ประเทศสหรัฐอเมริกา, ประเทศสหราชอาณาจักร, ธรรมนูญสุขภาพ
แห่งชาติ

Abstract **National Health Statute and Overarching Framework for Health System Development in Brazil, United States of America, and United Kingdom: Lessons for Thailand**
Siriwan Pitayangsarit*, Hathaichanok Sumalee*, Lalida Khetkudee[†], Yaowalak Jittakoat[†], Viroj Tangcharoensathien*

*International Health Policy Program, Ministry of Public Health, [†]Faculty of Nursing, Eastern Asia University

In the contemporary development of the Thai national framework for health system development, this report has drawn the experience of Brazil, the United States of America, and the United Kingdom for lessons to be learned for Thailand. The study was conducted using document analysis carried out during August to December 2007, by searching available information from the Internet. Data sources were from published literature, the media and the websites of several organizations.

The study found that histories, political changes and reform initiatives have influenced the route of health system development of different countries in different ways. Brazil, which had been under military dictatorship for a long time during the period 1964-1985, has established a supporting mechanism for people's participation in health reform agenda-setting and health policy formulation. Widened participation successfully pushed the concept of human rights in health care to be adopted in the 1988 Thai Constitution. Since then universal access to health care has been established and financed with taxes. Every new reform direction which has been adopted in the national health conference was incorporated to revisions of the 1988 Constitution. The USA case presents a model of decentralization in health system development. The federal government supported states in extending the coverage of health-care access. A collaborative project involving academics and state governments called "Turning Point Initiative" formulated a model of the overarching public health framework and formulated the "Model State Public Health Act" which provides initiative ideas for the states to develop their own laws and development plans with a collaboration from for all stakeholders in the state. The UK case presents long experience with centralized management for controlling universal access, achieved since after the World War II. Several reforms were introduced to tackle with the cost escalation and system irresponsiveness (long queues for elective surgery, for example). Current issues include a balance of the centralized policy and decentralized management.

Thailand passed the National Health Act in January 2007 with the aim of establishing national health governance which promotes the role of individuals and civil societies in participating in health policy development and system monitoring and evaluation. Brazil's experience in the supporting mechanism for people's participation is useful for Thailand for comparison with the Thai national health assembly and for gaining knowledge for strengthening the role of civil societies in health policy development. The experience of the USA in collaborative work among academics, state officials, and the private sector would seem to be fruitful in the promotion of the deliberative policy process of health system development. An experiment in a different context, such as in Thailand, should be practical. The UK's experience shows the transitions from the state's responsibilities in people's health to the community's and individual's choices in health care. This reflects the direction of sharing responsibilities in society which Thailand has pursued in this era of health system reform. This study suggested that, in the Asian context, Thailand could adapt, but not adopt, some good concepts and procedures in health system development from these three countries in order to establish a reform mechanism and an overarching health system framework with a particular characteristic based on the wisdom of Thai.

Key words: National Health Statute, overarching framework, health system development



ภูมิหลังและเหตุผล

“พรบ.สุขภาพแห่งชาติ” เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ มุ่งหวังเพื่อให้เป็นเครื่องมือของทุกฝ่ายในสังคมใช้ร่วมกัน, โดยวางกลยุทธ์เพื่อเปิดทางให้ทุกฝ่ายในสังคมเป็นเจ้าของ ดูแลรับผิดชอบร่วมกัน, โดยให้ฝ่ายการเมือง, ราชการทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น, ฝ่ายวิชาการและวิชาชีพต่าง ๆ และฝ่ายประชาชน เข้ามาทำงานสร้าง เสนอแนะ และผลักดัน นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพร่วมกัน และกำหนดให้ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่าย ใช้อ้างอิง, ใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนสังคม และให้ปรับปรุง ธรรมนูญทุก ๕ ปี.

ดังนั้นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติจึงอาจ เทียบเคียงได้กับนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนระบบ สุขภาพไปในทิศทางที่พึงประสงค์ จึงน่าจะได้มีการทบทวนบท เรียนจากต่างประเทศเพื่อนำมาประกอบในการกำหนดรูปแบบ และกลวิธีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของไทย.

การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศนี้ได้กำหนดที่จะ ทบทวนประสบการณ์ของ ๓ ประเทศ คือ ประเทศบราซิล, สหรัฐอเมริกา และ อังกฤษ ซึ่งมีเหตุผลสนับสนุนการเลือก ศึกษาแบบเจาะจงดังนี้

- ประเทศบราซิลมีการจัดการประชุมสุขภาพ อนามัยมานานแล้วตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๑ และในรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. ๒๕๓๑ ก็ได้บรรจุเนื้อหาที่เป็นผลมาจากการประชุม สุขภาพด้วย จึงมีความน่าสนใจในวิวัฒนาการของการประชุม สุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อนโยบายสุขภาพ ระดับชาติ.
- ประเทศสหรัฐอเมริกามีโครงการจุดเปลี่ยนริเริ่ม (Turning Point Initiative) โดยวัตถุประสงค์เพื่อปฏิรูป และพัฒนาระบบสาธารณสุขในประเทศสหรัฐฯให้เข้มแข็ง ด้วยการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางและเน้นการสร้างความร่วมมือ, จึงมีความน่าสนใจเนื้อหาของแนวนโยบาย และกระบวนการ ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบด้วยการเปลี่ยนแนวคิดตามนิยาม ใหม่ของระบบสาธารณสุข.
- ประเทศอังกฤษมีการจัดทำแนวนโยบายสุขภาพแห่ง

ชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ชื่อว่า”สุขภาพแห่งชาติ” (“Health of the Nation”) พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๐ และมีวิวัฒนาการการ เปลี่ยนแผนแล้วถึง ๒ ครั้ง จนถึงปัจจุบันเป็น “Our Health, Our Care, Our Say: White Paper 2005” ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและการให้บริการทางสังคม, จึงมีความ น่าสนใจในเนื้อหาของแนวนโยบายและวิวัฒนาการ.

ระเบียบวิธีศึกษา

การทบทวนเอกสาร เพื่อถอดบทเรียนจากต่างประเทศ ใช้ กรอบการศึกษา ดังนี้

๑. ค้นหาเอกสารที่ว่าด้วยแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ.
 ๒. วิเคราะห์ขอบเขต และสาระสำคัญของเนื้อหาใน เอกสาร แล้วจัดกลุ่มเนื้อหาเป็นประเด็น.
 ๓. ค้นคว้าเพิ่มเติมเพื่ออธิบายกระบวนการจัดทำเอกสาร วิวัฒนาการ บริบท บทบาทและหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง.
- การวิเคราะห์ข้อเสนอเป็นการสังเคราะห์จากการทบทวน สาระของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ, ร่างพรบ.ฉบับประชาชน, รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐, บทเรียนต่างประเทศ, และ ความคิดเห็นเบื้องต้นของภาคการเมือง, ภาควิชาการ และภาค ประชาชน แล้วสรุปเป็นข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ เพื่อประกอบการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ. การศึกษานี้ใช้เวลา ๔ เดือน ดำเนินการในช่วงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ถึง ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๐.

ผลการศึกษา

- การนำเสนอจะแบ่งเป็น ๓ ตอน คือ
- ตอนที่ ๑ วิวัฒนาการและแนวคิดของการปฏิรูปของระบบ สุขภาพในภาพรวมในแต่ละประเทศ เพื่อแสดงให้เห็นความ เชื่อมโยงของแนวคิดการปฏิรูปกับการเปลี่ยนแปลงทางการ เมืองและสังคมในแต่ละประเทศ และเปรียบเทียบกับแนวคิด การปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศกับประเทศไทย.
 - ตอนที่ ๒ เนื้อหาและกระบวนการจัดทำกรอบแนวทาง สุขภาพ เพื่อนำเสนอเจาะจงกระบวนการจัดทำและเนื้อหาของ

กรอบแนวนโยบายสุขภาพ เฉพาะกรณีนี้ที่เลือกมาศึกษาเป็นตัวอย่าง ที่จะนำไปสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติของไทย.

ตอนที่ ๓ สรุปบทเรียนจากต่างประเทศ.

ตอนที่ ๑ วิวัฒนาการและแนวคิด

วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพกับบริบทการเมืองการปกครองและสังคม

ตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่ ๒ แนวคิดการสร้างหลักประกันทางสังคมให้กับคนทำงาน ที่มีต้นแบบมาจากประเทศเยอรมนี ที่เรียกว่ารูปแบบบิสมาร์ค (Bismarck Model) อันมีแหล่งการคลังจากเงินสมทบจากรายได้จากการทำงาน ซึ่งแพร่หลายไปในหลายประเทศ รวมทั้งอังกฤษ สหรัฐอเมริกา และบราซิล ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพ. แต่รูปแบบและพัฒนาการอาจแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมและชั้นอำนาจของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม. ประเทศอังกฤษ และบราซิลได้ขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) โดยใช้รูปแบบแหล่งการคลังจากเงินภาษี (Beveridge Model) และมีการปฏิรูประบบให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สหรัฐยังได้เถียงในแนวคิดอยู่. แม้ว่าแนวทางรัฐสวัสดิการอย่างเช่นอังกฤษ จะเป็นทิศทางที่ประชาชนในแต่ละประเทศพึงประสงค์ แต่การจัดระบบของแต่ละประเทศยังต้องคำนึงถึงการจัดการกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น, คิวรอคอยที่ยาวนาน, การได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ และจัดความพอดีในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และท้ายที่สุดต้องกลับมามุ่งเน้นให้ประชาชนดูแลตนเอง.

วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศบราซิล

ประเทศบราซิลมีกฎหมายประกันสังคมเกิดขึ้นครั้งแรกใน พ.ศ. ๒๔๖๖ ในยุคแรกของการปกครองแบบสาธารณรัฐเก่า (Old Republic) ที่มีประธานาธิบดีสืบทอดอำนาจในกลุ่มที่มาจากมลรัฐเดิม ๆ แบบระบบอุปถัมภ์. กฎหมายดังกล่าวทำให้เกิดการเจริญเติบโตของสถานพยาบาลเอกชนอย่างมาก และคุ้มครองเฉพาะคนในภาคการจ้างงานที่สามารถจ่ายเบี้ยสมทบ

ได้. ความแตกต่างเหลื่อมล้ำของความเจริญตามภูมิศาสตร์ และความแตกต่างในความคุ้มครองด้านการเข้าถึงสถานพยาบาล หยั่งรากลึกเป็นเวลานานกว่าครึ่งศตวรรษ. การปฏิรูประบบสุขภาพที่เริ่มขับเคลื่อนตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๘ และมาสำเร็จใน พ.ศ. ๒๕๓๓ นั้น มีฐานแนวคิดแบบ “ลัทธิถ้วนหน้า” (Universalism) เพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำ เป็นแนวคิดที่ให้ทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้าด้วยเงินอุดหนุนจากภาษี (Beveridge Model) เริ่มต้นในประเทศอังกฤษ ตั้งแต่ช่วงท้ายๆของสงครามโลกครั้งที่ ๒ ร่วมกับแนวคิดสุขภาพถ้วนหน้า (Health For All) ที่เสนอในที่ประชุม Alma Ata พ.ศ. ๒๕๒๑^(๑) มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) และการป้องกันเป็นอันดับต้น ๆ.

แต่การออกแบบระบบประกันสุขภาพระบบเดียว (Unified Health System; SUS) ของบราซิลไม่ได้ใช้ประโยชน์จากสถานพยาบาลเอกชนที่เติบโตอย่างมาก ปล่อยให้สถานพยาบาลเอกชนจัดบริการแพทย์เสริมในระบบประกันที่จัดให้โดยนายจ้าง (Complementary Medical Care System; SSAM) เกิดภาคการบริการสุขภาพแยกส่วนอย่างชัดเจน. การคลังก็มีความเสี่ยงในช่วงแรกเมื่อประกันสังคมไม่ส่งเงินสมทบเข้า SUS ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๖. รัฐบาลแก้ปัญหาโดยหาแหล่งการคลังทางเลือกใหม่ (Financial transaction tax) ใช้ใน พ.ศ. ๒๕๓๙-๒๕๔๔ ในที่สุดต้องมีการแก้ไขรัฐธรรมนูญผูกพันให้รัฐบาลกลางจัดงบประมาณให้ SUS ทุกปี ไม่น้อยกว่าเดิม และปรับขึ้นด้วยค่าเงินเพื่อให้ทุกปี และผูกพันให้มลรัฐและเทศบาลต้องจัดงบประมาณสมทบเพิ่มขึ้นทุกปี จนถึงเกณฑ์ที่กำหนด.

SUS บริหารเงินทั้งการบริการสุขภาพส่วนบุคคลและการสาธารณสุขพื้นฐาน กระจายอำนาจให้กับกองทุนท้องถิ่นในการจัดการเครือข่ายสถานพยาบาลของรัฐและเริ่มเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลเอกชนแบบทั้งแข่งขันและเป็นส่วนเพิ่ม. การปฏิรูปใน พ.ศ. ๒๕๓๙ จัดวงเงินให้ท้องถิ่นเป็นอัตรารายหัว โดยแยกการจัดสรรเงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลในระบบตามจำนวนบริการของแต่ละแห่งภายใต้เพดานงบประมาณรักษาพยาบาลของท้องถิ่นนั้น ๆ และ



จัดสรรเงินให้กับกองทุนท้องถิ่นแบบรายหัวสำหรับบริการสาธารณสุขพื้นฐานและกิจกรรมวิทยาการระบาด. ท้องถิ่นบริหารจัดการแบบประสานงานและมีส่วนร่วมจากชุมชนทำให้เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนได้เป็นอย่างดี.

บราซิลยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำของบริการสาธารณสุขในประเทศ^(๒) เพราะโครงสร้างการกระจายของแพทย์ไม่ดี เป็นไปตามอำนาจเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่. นอกจากนี้เทศบาลยังมีรายได้ที่แตกต่างกัน, ผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชนแยกตัวออกจากระบบใหญ่ และจัดบริการเฉพาะที่มีกำไร, ประกันเอกชน SSAM ไม่ยอมให้ SUS เบิกเงินคืนกรณีผู้เอาประกันไปใช้ในบริการระบบประกันสุขภาพระบบเดียว (SUS)^(๓).

วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา

ตั้งแต่ออกสงครามโลกครั้งที่ ๒ ในยุคที่แนวคิดประกันสังคมแพร่มาจากเยอรมนี นักปฏิรูปหัวก้าวหน้าในสหรัฐอเมริกาเคยเสนอการประกันสุขภาพภาคบังคับให้สำหรับคนงานเพื่อแก้ปัญหาการขาดรายได้และขาดการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๔๕๘ แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมโดยเฉพาะสหพันธ์ผู้ใช้แรงงาน เพราะไม่มีการปรึกษากันมาก่อน. นอกจากนี้กลุ่มวิชาชีพแพทย์ที่ถูกชักชวนอย่างหนักก็ไม่เห็นด้วย และต่อต้านเพราะกลัวว่าจะสูญเสียรายได้และขาดความเป็นอิสระ.

เมื่อเศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกาเริ่มตกต่ำใน พ.ศ. ๒๔๗๑ จึงมีการรวมตัวกันเดินขบวนเรียกร้องการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจให้กับคนงานและผู้สูงอายุ. กฎหมายประกันสังคมผ่านสภา พ.ศ. ๒๔๗๘ แต่ไม่มีเรื่องประกันสุขภาพ. คณะกรรมการที่พิจารณา เสนอให้รัฐบาลกลางสนับสนุนให้มลรัฐเป็นผู้จัดระบบประกันสุขภาพแทนที่จะออกกฎหมายจัดระบบที่ระดับชาติ.

การปฏิรูประบบสุขภาพในสหรัฐฯ ในช่วงต่อมาจึงเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นส่วน ๆ. การประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานกลายเป็นข้อตกลงในระดับนายจ้างผ่านบริษัทประกันเอกชน. โครงการประกันสุขภาพผู้สูงอายุระดับชาติ (Medicare) ในระบบประกันสังคม เกิดขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๐๘. ส่วนโครงการประกันสุขภาพแก่ผู้มีรายได้น้อย เด็ก ผู้สูงอายุ

และผู้พิการ (Medicaid) ทายอยเกิดขึ้นในระดับมลรัฐตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๘. ความครอบคลุมประกันสุขภาพทั้งประเทศสหรัฐอเมริกาจนถึง พ.ศ. ๒๕๔๙ มีแค่ร้อยละ ๘๔^(๔) แบ่งเป็นผู้ประกันโดยนายจ้างร้อยละ ๕๔, Medicare ร้อยละ ๑๒, Medicaid ร้อยละ ๑๓, และประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคลร้อยละ ๕.

แนวคิดเรื่องประกันสุขภาพถูกผลักดันหลายครั้ง แต่การผลักดันมักไม่ค่อยประสบความสำเร็จ เพราะเป็นการผลักดันมาจากนักวิชาการและคนวงใน, ไม่มีแรงสนับสนุนจากภาคประชาชน, ไม่ได้พยายามผลักดันการขับเคลื่อนจากรากหญ้าและคนงานระดับล่าง^(๕) (ซึ่งต่างกับครั้งที่มีการขับเคลื่อนเรื่อง Medicare) รวมถึงรายละเอียดในแผนปฏิรูปในบางรัฐบาล (เช่นคลินตัน) ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของคนรากหญ้าเนื่องจากแผนไปสนับสนุน "health alliances" ที่เอื้อประโยชน์ปกป้องทั้งนายจ้างและอุตสาหกรรมธุรกิจประกันภัย, ในขณะที่แผนที่นักปฏิรูปอื่น ๆ เสนอขึ้นมา เช่นการจัดระบบผู้จ่ายเดียว (Single payer) ใช้เงินจากภาษี ทำให้เสียงสนับสนุนไม่เป็นเสียงเดียวกัน, ประกอบกับรายละเอียดในข้อเสนอคลินตัน มีถึง ๑,๓๔๒ หน้า มีรายละเอียดซับซ้อนและสับสนเกินกว่าที่จะจุดประกายความนิยมให้กับการขับเคลื่อนภาคประชาชน. นักเคลื่อนไหวส่วนใหญ่จึงไม่สามารถรณรงค์สนับสนุนข้อเสนอในครั้งนั้นได้ ทำให้คลินตันถอนร่างกฎหมายฉบับนั้นไปในที่สุด.

ในระยะหลังจึงมีการเคลื่อนไหวการปฏิรูปในระดับมลรัฐที่สามารถทำให้คนรากหญ้าร่วมทำงานด้วยมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะสำเร็จ เช่นในการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรัฐเมน อนุมัติแผนตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ และคาดว่าจะสำเร็จใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นต้น. ส่วนการปฏิรูปเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสาธารณสุขเริ่มเป็นประเด็นในการพัฒนาในระดับมลรัฐ เช่นโครงการ "จุดเปลี่ยน" ในพ.ศ. ๒๕๔๐ บนหลักแนวคิดของความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพราะการสร้างความร่วมมือที่ระดับพื้นที่สามารถทำได้จริง.

แนวคิดการปฏิรูปของสหรัฐฯ ยังมีการถกเถียงต่อเนื่อง ใน พ.ศ. ๒๕๕๐. ประเด็นข้อเสนอนี้ในการหาเสียงเพื่อเลือกประธานาธิบดีสหรัฐฯ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๑ ยังคง

เป็นเรื่องประกันสุขภาพ เนื่องจากร้อยละ ๑๕.๓ ของประชากร ยังไม่มีประกันสุขภาพ รายละเอียดของนโยบายมีความแตกต่างกันในแต่ละพรรค.

นางฮิลลารี คลินตัน พรรคประชาธิปไตยสหรัฐฯ เสนอนโยบายเพื่อให้ทุกคนสามารถจ่ายประกันสุขภาพได้ ด้วยกลยุทธ์ด้านการเงินการคลังคือลดหย่อนภาษี และสร้างทางเลือกการประกันใหม่ที่จัดโดยภาครัฐที่คล้ายโครงการประกันสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรัฐอุดหนุนเบี้ยประกันในส่วนที่เกินสัดส่วนเพดานที่กำหนดต่อรายได้ คาดว่าจะใช้เงินในแผนนี้ ๑๑๐ พันล้านเหรียญสหรัฐ^(๖) พยายามทำให้ทุกคนที่มีและไม่มีประกันมาก่อนรู้สึกได้ว่าจะได้ประโยชน์กันถ้วนหน้า และพยายามเพิ่มคุณภาพของบริการ^(๗) ในขณะที่ผู้แข่งขันจากพรรคประชาธิปไตยคนอื่น ๆ เช่น จอห์น เอ็ดเวิร์ด และบารัค โอบามา มีแผนขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพแบบหลายระบบเช่นกัน ส่วน Dennis Kucinich สนับสนุนระบบผู้จ่ายเดียว ในขณะที่พรรครีพับลิกันสัญญาว่าจะขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพโดยระบบตลาด เพิ่มการแข่งขันของระบบประกันสุขภาพเอกชน เพื่อลดอัตราเบี้ยประกันที่ประชาชนต้องจ่าย และคืนภาษี ๗,๕๐๐ เหรียญสหรัฐต่อคน และ ๑๕,๐๐๐ เหรียญสหรัฐต่อครอบครัว เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปจ่ายเบี้ยประกันได้^(๘).

โดยสรุป รูปแบบของระบบสุขภาพในสหรัฐอเมริกาอิงระบบตลาดมากที่สุด เป็นประเทศพัฒนาแล้วที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บริษัทประกันสุขภาพเอกชนมีบทบาทสูง, แพทย์มีความเป็นอิสระสูงจนคำปรึกษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการผลักดันระบบประกันสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน พ.ศ. ๒๕๐๘ ด้วย. ในขณะที่สหรัฐยังคงระบบตลาด, โครงการประกันสุขภาพของรัฐ เช่นโครงการประกันสุขภาพผู้มีรายได้น้อย ก็หาทางควบคุมค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยวิธีการ "Managed care หรือ Managed competition" โดยการซื้อบริการกับองค์กรซ่อมบำรุงสุขภาพ (Health Maintenance Organization; HMO) อาจเป็นบริษัทประกันก็ได้ ซึ่งผู้ป่วยต้องขึ้นทะเบียนกับแพทย์ภายใต้สัญญาของ HMO แล้ว Medicaid จ่ายเบี้ยประกันให้ HMO

เป็นรายเดือน.

วิวัฒนาการและแนวความคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นต้นแบบของรูปแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยแหล่งเงินจากภาษีรูปแบบบีเวอร์ริดจ์. แต่ก่อนหน้านั้น ช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่ ๒ อังกฤษได้อิทธิพลแนวคิดเรื่องประกันสังคมมาจากเยอรมนี (Bismarck Model) เช่นกัน ที่ใช้แหล่งเงินจากเงินสมทบของประชาชนที่มีรายได้มาจากการทำงาน. ใน พ.ศ. ๒๔๕๔ รัฐบาลพรรคเสรีนิยมออกกฎหมายการประกันสุขภาพให้กับคนงานในประเทศ อังกฤษโดยคนงานขึ้นทะเบียนกับแพทย์โดยตรง และกองทุนจ่ายในอัตรารายหัวให้กับแพทย์. การออกแบบระบบโดยวิธีการขึ้นทะเบียนตรงกับแพทย์และจ่ายในอัตรารายหัว เป็นแนวคิดสำคัญที่เป็นรากฐานของระบบสุขภาพของอังกฤษจนถึงทุกวันนี้.

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพภาครัฐถูกพัฒนาขึ้นอย่างมากทั่วประเทศ ในช่วงท้ายของสงครามโลกครั้งที่ ๒ อันเนื่องมาจากประชาชนจำนวนมากได้รับบาดเจ็บจากกองทัพเยอรมัน จึงเกิดการจัดตั้งบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) เชื่อมโยงระบบทั่วประเทศ ทั้งเครือข่ายโรงพยาบาล, เครือข่ายห้องปฏิบัติการ, ระบบคลังเลือด, ระบบจัดบริการ ผ่าตัด, ประสาทวิทยา, จิตวิทยา และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นประวัติศาสตร์รากฐานตอบคำถามว่าทำไมระบบบริการสุขภาพภาครัฐในอังกฤษจึงเข้มแข็งกว่าภาคเอกชนมากนัก.

การเปลี่ยนแปลงระบบการประกันสุขภาพจากรูปแบบบิสมาร์คมาเป็นรูปแบบที่ใช้ภาษีจัดประกันสุขภาพให้กับทุกคนใน พ.ศ. ๒๔๙๑ จึงเกิดขึ้นได้บนความพร้อมของโครงสร้างบริการสุขภาพภาครัฐ, แนวคิดของแผนฟื้นฟูสังคมบูรณาการของ Sir William Beveridge ที่มีแนวคิดที่จะลดความแตกต่างของมาตรการช่วยเหลือของรัฐที่ปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมาย, ประกอบกับความสามารถของผู้นำ (รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข Aneurin Bevan) ที่สามารถสร้างแรงสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพทั่วประเทศโดยการส่งข้อเสนอไปที่ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งชวนให้เห็นว่าการใช้ภาษีของระดับ



ประเทศในโครงการสุขภาพจะช่วยแก้ปัญหาความสามารถที่แตกต่างกันของท้องถิ่นในการหารายได้, และใช้ความได้เปรียบของรัฐบาลพรรคแรงงานในรัฐสภาผ่านกฎหมายได้ในที่สุด. การปฏิรูปครั้งนั้นให้สิทธิพิเศษมากมายกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดแรงต้าน และเกิดโครงสร้างระบบย่อยไตรภาคี (Tripartite structure) คือ ๑) ระบบโรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญภายใต้การจัดการของคณะกรรมการภูมิภาค ๑๔ คณะ, ๒) เวชปฏิบัติทั่วไป ภายใต้สัญญาที่บริหารโดยระดับประเทศ, และ ๓) บริการสุขภาพชุมชน เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน, ผดุงครรภ์, งานอนามัยแม่และเด็ก, การป้องกันโรค อยู่ภายใต้การจัดการของรัฐบาลท้องถิ่น. ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๑๗ บริการของโรงพยาบาลและของท้องถิ่นถูกรวมไปจัดการภายใต้ฝ่ายเจ้าหน้าที่สุขภาพภูมิภาค (Regional Health Authorities).

บริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ยุคแรกนี้เป็นยุคที่ให้ความสำคัญกับระบบโรงพยาบาล (hospital-dominated system) ประชาชนต้องเลือกขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. การรักษาแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาลจะได้รับการรักษาทันที ในขณะที่บริการเฉพาะทางอื่น (elective specialty care) ต้องรอคิวนาน (เฉลี่ย ๔๖ วัน) จึงมีผู้ซื้อประกันเอกชนอยู่ส่วนหนึ่งประมาณร้อยละ ๑๑.๕ ของประชากร.

จากปัญหาเศรษฐกิจถดถอยมายาวนานในช่วง พ.ศ. ๒๕๐๕-๒๕๒๒ รัฐบาลเปลี่ยนไปมาในการเลือกตั้งแต่ละครั้ง (ครั้งละ ๔ ปี) ระหว่างพรรคอนุรักษนิยมกับพรรคแรงงาน จนกระทั่งกรณีพิพาทรุนแรงระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างที่เกิดขึ้นในภาคอุตสาหกรรม ในช่วงรัฐบาลพรรคแรงงาน (พ.ศ. ๒๕๒๑) ทำให้พรรคอนุรักษนิยมใช้จุดอ่อนของพรรคแรงงานในการเอาชนะการเลือกตั้งที่มีขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๒๒ มีผลให้นางมาร์กาเรต แทตเชอร์ เป็นนายกรัฐมนตรียาวนานถึง ๓ สมัย (ค.ศ. ๑๙๗๙-๑๙๙๐). มาตรการต่าง ๆ ด้านเศรษฐกิจ ถูกนำมาใช้เพื่อลดรายจ่ายภาครัฐ และเพิ่มการแข่งขัน.

รัฐบาลแทตเชอร์ได้นำมาตรการการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาประสิทธิภาพมาใช้กับ NHS เริ่มตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๒๖ แนวคิดเรื่องตลาดภายใน เริ่มใน พ.ศ. ๒๕๓๒ และผ่าน

กฎหมายบริการสุขภาพแห่งชาติและบริการรักษุชุมชน (National Health Service & Community Care Act พ.ศ. ๒๕๓๓) ที่เปลี่ยนบทบาท NHS จากการบริหารโรงพยาบาลเองมาเป็นผู้ซื้อบริการจากโรงพยาบาลของตนเองและโรงพยาบาลในสังกัดอื่น. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกลายเป็นผู้ถือเงิน ที่สามารถซื้อบริการต่อจากผู้จัดบริการอื่นให้กับผู้ป่วยที่ลงทะเบียนไว้กับตน. ส่วนผู้ให้บริการกลายเป็นกองทุนหรือหุ้นส่วนอิสระ (Independent trusts) ที่บริหารโดยคณะกรรมการ ๕ ชุดคือ กองทุนการบริหารปฐมภูมิ, กองทุนโรงพยาบาล, กองทุนบริการรถพยาบาล, กองทุนการบริหารรักษา, และกองทุนบริการสุขภาพจิต เรียกว่าเป็นยุคปฏิรูปเพื่อสนับสนุนการถือเงินของแพทย์เวชปฏิบัติ (GP fundholding).

แนวคิดเรื่องลดคนเจ็บ และลดอัตราการตาย เพื่อลดรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประเทศ ปรากฏอยู่ในแผนสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕- ๒๕๔๐ จัดทำโดยกรมอนามัย เป็นแผนแม่บทด้านสุขภาพแผนแรกที่จัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพสูงสุด ๕ อันดับ และกำหนดเป้าหมายการทำงานที่จะลดโรค และเสริมสร้างสถานะสุขภาพของประชาชนโดยรวมอย่างชัดเจน, มีการทำงานประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย, แต่ผลการทำงานไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากไม่มีแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนกับรัฐ.

ต่อมาพรรคแรงงานได้เป็นรัฐบาลตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๐ นโยบายเปลี่ยนจากการแข่งขันการจัดการ (Managed competition) เป็นความร่วมมือการจัดการ (Managed cooperation) สร้างความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนมากขึ้น, พัฒนาให้มีกองทุนการบริหารมูลฐาน ที่รวมเอางานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเข้าไว้กับงานบริการชุมชนและเชื่อมกับประเด็นนโยบายด้านสาธารณสุข, พัฒนาโครงการประสานความเชื่อมโยงด้านที่อยู่อาศัย, การจ้างงาน และการศึกษา, กระจายงบประมาณส่วนกลางไปให้กองทุนการบริหารมูลฐาน ให้มากที่สุด และสนับสนุนให้กองทุนสร้างความเชื่อมโยงกับแพทย์เฉพาะทางกับโรงพยาบาล, สร้างความเข้มแข็งให้ตลาดสุขภาพมากขึ้น เช่น สนับสนุนให้รับช่วงบริการ (outsourcing of medical ser-

vices) หรือสร้างโรงพยาบาลโดยเอกชน.

แผนสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๒ ที่จัดทำโดยกรมอนามัยในยุคนายโทนี แบลร์ "Saving lives: Our Healthier Nation" เสนอยุทธศาสตร์ใหม่ที่มีบทบาทร่วมกันทั้งของบุคคล ชุมชน และรัฐ เปลี่ยนมุมมองจากการที่เน้นแก้ปัญหาโรค มาเป็นการมองสุขภาพที่ดีและที่ดีกว่า, มียุทธศาสตร์ในเรื่องทักษะด้านสุขภาพ.

แผนสุขภาพล่าสุด Our Health, Our Care, Our Say พ.ศ. ๒๕๔๙ มุ่งไปที่กระจายอำนาจอย่างไร จึงเหมาะสม เพราะมีความขัดแย้งของการรวมอำนาจและกระจายอำนาจ, ท้องถิ่นไม่มีอิสระ. นอกจากนี้ยังมีความขัดแย้งระหว่าง NHS กับแพทย์ โดยเฉพาะการบริหารมูลฐาน.

อังกฤษเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว และรัฐมุ่งเน้นรัฐสวัสดิการ. รัฐมีรายได้จากภาษีเป็นอัตราที่สูง และรัฐเป็นผู้ริเริ่มในการจัดบริการและรับประกันสิทธิในการเข้าถึงบริการ. วิวัฒนาการจวบจนทุกวันนี้มีการขยายขอบเขตการบริการไปสู่บริการในชุมชนและบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ. แต่ระหว่างทางจะต้องจัดการกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น, การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง, คิวรอคอยที่ยาวนาน, การได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ^(๓) และจัดความพอดีในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และท้ายที่สุดต้องกลับมามุ่งเน้นให้ประชาชนดูแลตนเอง. มีข้อสังเกตว่ามีการใช้วิชาการเป็นฐานในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก แต่กลับไม่พบการเคลื่อนไหวของกลุ่มประชาชนเพื่อผลักดันในเรื่องนโยบายสุขภาพนอกสภา เพราะถือว่าประชาชนใช้สิทธิโดยการเลือกผู้แทนไปทำหน้าที่ในสภาผู้แทนและสามารถแสดงบทบาทได้เต็มที่ในองค์กรผู้บริโภครู้จัก ที่เรียกว่า สมาคมสุขภาพชุมชน.

มีประเด็นสำคัญ ๓ ประเด็น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของประชาชน คือ

๑. ประชาชนมีส่วนในการตัดสินใจในการรักษาของตน โดยสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับกองทุนการบริหารมูลฐานใดก็ได้.

๒. ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา ติดตาม และตรวจสอบการให้บริการในสภาสุขภาพชุมชน.

๓. การมีส่วนร่วมของสาธารณะชนโดยทั่วไป เช่น

- การจัดตั้งองค์กรทางสุขภาพ เช่น สมาคมสุขภาพชุมชน.
- การแสดงความคิดเห็นของประชาชน โดยการร้องเรียนกับ NHS หรือสื่อ.
- การตรวจสอบคุณภาพ.
- กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และกลุ่มรณรงค์.

นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่รับเรื่องราวร้องเรียนด้านสุขภาพ (Health Ombudsman) ซึ่งจะทำหน้าที่สืบสวนเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ จากประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการของ NHS แต่เจ้าหน้าที่ที่ไม่สามารถดำเนินการสอบสวนกรณีต่าง ๆ ซึ่งอยู่ในกระบวนการของศาลได้. กระบวนการศาลจะเป็นกระบวนการสุดท้ายที่ประชาชนสามารถไปฟ้องร้องโดยอิสระ. กลยุทธ์ที่สำคัญของเจ้าหน้าที่คือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ทำให้เป็นข่าว ซึ่งจะพิมพ์ในเอกสารปีละ ๒ ครั้ง อย่างกว้างขวางในสื่อมวลชนต่าง ๆ. รายงานของเจ้าหน้าที่รับเรื่องเรียน จะได้รับการตรวจสอบโดยคณะกรรมการสิทธิการของรัฐบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ. คณะกรรมการนี้ทำให้เกิดการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นกรเพิ่มอำนาจของเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนในทางอ้อม. คณะกรรมการสิทธิการของรัฐบาลสามารถเรียกผู้มีอำนาจจัดการด้านสุขภาพ (Health Authorities) หรือผู้ที่เกี่ยวข้องและซักถามผู้บริหารถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นและปฏิกิริยาของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการร้องเรียนนั้น ๆ เกิดแรงกดดันทางจิตใจมากกว่าแรงกดดันทางกฎหมาย ส่งผลให้มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการร้องเรียนตามมา.

วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพเปรียบเทียบประเทศไทยกับต่างประเทศ

ตารางที่ ๑ แสดงเหตุการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศบราซิล สหรัฐฯ อังกฤษและไทย ตามช่วงเวลาในประเทศสหรัฐฯและอังกฤษอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว. ประเทศไทยกับบราซิลอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา แต่บราซิลมีรายได้ประชาชาติต่อหัวสูงกว่าของไทย (ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ของบราซิลและไทยเป็น ๓,๔๖๐ และ ๒,๙๕๐ เหรียญสหรัฐฯ ตามลำดับ). ประเทศสหรัฐฯ และบราซิลมีการปกครองแบบ



ตารางที่ ๑ วิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศบราซิล, สหรัฐอเมริกา, อังกฤษ และไทย

ช่วงเวลา	บราซิล	สหรัฐอเมริกา	อังกฤษ	ไทย
ก่อนสงครามโลกครั้งที่ ๒	พ.ศ. ๒๔๖๖ เริ่มมีกฎหมายประกันสังคมครอบคลุมประกันสุขภาพ เฉพาะคนงานในเขตเมือง และกลุ่มวิชาชีพ	พ.ศ. ๒๔๗๘ มีกฎหมายประกันสังคมแต่ไม่ครอบคลุมสุขภาพ	พ.ศ. ๒๔๕๔ ประกันสุขภาพสำหรับคนทำงานครอบคลุมบริการสุขภาพปฐมภูมิ	-
สงครามโลกครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๔๘๒- ๒๔๘๘	-	-	บริการแพทย์ฉุกเฉิน	-
หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒	-	พ.ศ. ๒๕๐๘ ประกันสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๐๘ ประกันสุขภาพผู้มีรายได้น้อย จัดโดยมลรัฐแบบสมัครใจ	พ.ศ. ๒๔๙๑ บริการสุขภาพแห่งชาติยุกระบบโรงพยาบาลครอบครัว	พ.ศ. ๒๔๙๕ ตั้งกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๔๙๗ ออกพรบ.ประกันสังคมแต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ พ.ศ. ๒๔๙๘ สวัสดิการทดแทนการขาดเงินจากการทำงาน สำหรับข้าราชการ
สุขภาพถ้วนหน้า / การแข่งขันการจัดการถึงปัจจุบัน	พ.ศ. ๒๕๑๘ มีการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพบนหลักการถ้วนหน้า ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนประชาธิปไตย พ.ศ. ๒๕๑๑ ร่างนโยบายสุขภาพ ที่จัดตั้งระบบสุขภาพรวมเป็นหนึ่งในรัฐธรรมนูญ ประกาศใช้ พ.ศ. ๒๕๓๓ พ.ศ. ๒๕๓๓ เกิด SUS ครอบคลุมประชากรทุกคน ๑๗๔.๖ ล้านคน จัดบริการโดยสถานพยาบาลภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ควบคู่ไปกับ Complementary Medical Care System (SSAM) ที่เป็นประกันสุขภาพเอกชนผูกกับการจ้างงาน ครอบคลุมประชากร ๓๓ ล้านคน (๑๙%) พ.ศ. ๒๕๓๘ รัฐบาลพยายามแก้กฎหมายให้ SSAM จ่ายค่ารักษาของผู้มีประกันสุขภาพเอกชนให้โรงพยาบาลใน SUS แต่ไม่สำเร็จ พ.ศ. ๒๕๓๙ SUS จ่ายบรายหัวให้ท้องถิ่น	จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ไม่สำเร็จ พ.ศ. ๒๕๔๐-๔๖ ปฏิรูประบบการสาธารณสุขในระดับมลรัฐ “จุดเปลี่ยน” พ.ศ. ๒๕๕๐ ประเด็นการขยายหลักประกันสุขภาพเป็นอีกหนึ่งในการหาเสียงเลือกตั้งประธานาธิบดีปี ๒๕๕๑	พ.ศ. ๒๕๒๕ รัฐบาลริชาร์ดเซออร์ ใช้กลยุทธ์ปฏิรูปการจัดการทั่วไปใน NHS พ.ศ. ๒๕๓๓ ออกกฎหมายปฏิรูป NHS จากการจัดการรวมศูนย์ไปเป็นการแข่งขันการจัดการ - ตลาดภายใน ยุคการถือเงินของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๓๕ ออกแผนสุขภาพแห่งชาติ (๒๕๓๕-๒๕๔๐) เพื่อลดรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๓๙ รัฐบาล Tony Blair มีนโยบายปฏิรูปจากการแข่งขันเป็น “หุ้นส่วน” และ “ความร่วมมือ” พ.ศ. ๒๕๔๐ ปรับโครงสร้าง NHS มี Primary health care Trusts พ.ศ. ๒๕๔๒ ออกแผนสุขภาพ Saving lives: Our Healthier Nation. พ.ศ. ๒๕๔๕ ออกแผนสุขภาพ: Our Health, Our Care, Our Say.	พ.ศ. ๒๕๑๖ กองทุนทดแทนแรงงาน พ.ศ. ๒๕๑๘ สงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย พ.ศ. ๒๕๒๒ สาธารณสุขมูลฐาน พ.ศ. ๒๕๒๓ สวัสดิการรักษายาพยาบาลสำหรับข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๒๙ บัตรสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๓ กฎหมายประกันสังคมมีผลบังคับใช้ เกิดระบบประกันสุขภาพให้กับคนทำงาน พ.ศ. ๒๕๔๔ โครงการ ๓๐ บาทที่มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ พรบ.สร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๕ พรบ.หลักประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๕-๔๙ แผน ๙ นั่น All for Health.

ประชาธิปไตยแบบสหพันธรัฐ มีประธานาธิบดีบริหารประเทศ และรัฐบาลกลาง. ส่วนอังกฤษและไทยมีการปกครองแบบประชาธิปไตย ที่มีนายกรัฐมนตรีบริหารรัฐบาลของประเทศ.

การวางรากฐานระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐของไทย เชื่อมโยงกับสถาบันพระมหากษัตริย์ ทำให้เกิดการจัดตั้งการพัฒนากำลังคนและโรงพยาบาลด้านการแพทย์แผนตะวันตกขึ้น และขยายเป็นโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งได้ถูกพัฒนาเป็นลำดับหลังมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๕ ตามพรบ.ปรับปรุงกระทรวงทบวงกรม พ.ศ. ๒๔๙๕ จนถึงช่วง พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๓๐ มีโรงพยาบาลประจำอำเภอ และสถานีอนามัย ครอบคลุมอำเภอและตำบล และพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานอย่างกว้างขวาง. แม้ว่าการแพทย์แผนไทย จะเคยถูกรบรจู่ไว้ในการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ของไทยตั้งแต่เมื่อตั้งโรงเรียนแพทย์แห่งแรก พ.ศ. ๒๔๓๒ แต่ก็ถูกยกเลิกการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยไปใน พ.ศ. ๒๔๕๙ เนื่องจากลักษณะการสอนไม่เข้ากับการแพทย์แผนตะวันตก และหาครูแพทย์ไทยที่มีความรู้ดีและเต็มใจถ่ายทอดวิชาไม่ได้^(๑๐). ประวัติศาสตร์ดังกล่าวทำให้ไทยมีโครงสร้างระบบบริการในภาครัฐเป็นการแพทย์แบบตะวันตก และภาครัฐใหญ่กว่าภาคเอกชน คล้าย ๆ กับอังกฤษ ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนเพิ่งเริ่มโตหลังระบบประกันสังคมประกาศใช้ใน พ.ศ. ๒๕๓๓ และเศรษฐกิจเฟื่องฟูเป็นลำดับ.

แนวคิดการพัฒนาคนถูกผนวกในนโยบายด้านสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ ๔ เป็นครั้งแรก เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ. ๒๕๔๓” ซึ่งปรากฏการณ์นั้นนับว่า เป็นจุดเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ เน้นส่งเสริมสุขภาพในเชิงป้องกันการเกิดโรค มากกว่าการรักษา โดยประชาชนควรได้รับการสนับสนุนให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและครอบครัว. นับเป็นการเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนการพัฒนาสังคมจากการกระจายบริการสังคมไปสู่ประชาชน ไปสู่การพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสังคมมากยิ่งขึ้น^(๑๑) ซึ่งเป็นประเด็นที่ประเทศอังกฤษกลับมาให้ความสำคัญในขณะนี้.

ในด้านหลักประกันด้านค่ารักษาพยาบาล ประเทศไทย

เคยมีกฎหมายประกันสังคมมาแล้วครั้งหนึ่งถูกประกาศใช้ใน พ.ศ. ๒๔๙๗ แต่กฎหมายนั้นไม่สามารถประกาศใช้เพราะมีแรงต้านจากบริษัทประกันภัยเอกชนและวิสาหกิจ รวมทั้งรัฐวิสาหกิจ^(๑๒). ภายหลังมีการขับเคลื่อนของหลายภาคส่วนในสมัยรัฐบาลที่ “พณฯท่าน พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี และผลักดันให้มีกฎหมายประกันสังคมประกาศใช้ใน พ.ศ. ๒๕๓๓ ที่ใช้มาจนถึงทุกวันนี้ ระบบเป็นรูปแบบบิสมาร์ค (จ่ายเงินสมทบ ๓ ฝ่าย จากลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐ) คล้ายประกันสังคมของบราซิลในยุคแรกๆ ที่ให้โรงพยาบาลเอกชนมาจัดบริการให้กับผู้ประกันตน. แต่สำหรับประเทศไทยให้โรงพยาบาลรัฐร่วมในโครงการด้วย และจ่ายเงินให้โรงพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวเหมือนการบริหารแบบจัดการ (managed care). ในช่วงก่อนที่กฎหมายประกันสังคมจะใช้งานได้จริง มีสวัสดิการทดแทนการขาดรายได้จากการทำงานสำหรับข้าราชการเกิดขึ้นใน พ.ศ. ๒๔๙๘ ที่พัฒนาจนขยายความคุ้มครองการเจ็บป่วยทั่วไป ไปเป็นสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการตามมติคณะรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๒๓, และยังมีกองทุนเงินทดแทนการขาดรายได้จากการทำงานสำหรับคนทำงานภาคเอกชนเกิดขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๓๑ ก่อนกฎหมายประกันสังคมประกาศใช้.

ส่วนการช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนทั่วไป มีแนวคิดที่เริ่มจากการสงเคราะห์คนจน พัฒนาไปเป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยถือว่าสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๘ รัฐบาลได้เริ่มให้สวัสดิการกับคนจนก่อนด้วยงบประมาณ แล้วขยายความคลุมไปยังกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ. สำหรับแรงงานนอกภาคการจ้างงานในชนบทมีโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ใน พ.ศ. ๒๕๒๙ (ร่วมจ่ายระหว่างเอาผู้ประกันและรัฐ) แต่เมื่อรวมทุกโครงการแล้วไม่สามารถขยายความครอบคลุมการประกันสุขภาพได้มากกว่าร้อยละ ๖๙ ของประชากรทั้งประเทศ (พ.ศ. ๒๕๔๓). ในที่สุดพรรคการเมืองพรรคไทยรักไทยนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปหาเสียง และชนะการเลือกตั้งในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ทำให้ระบบประกันสุขภาพของรัฐมี ๓ ระบบหลักคือการประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การ



ประกันสังคม, และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งมีรายละเอียดของรายจ่ายและวิธีจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่ต่างกันอยู่บ้าง. การที่ไทยยังคงระบบประกันสังคมไว้ ได้ช่วยให้การเปลี่ยนผ่านของไทยไม่ประสบกับปัญหาการขาดแคลนงบประมาณมากเกินไป ซึ่งต่างจากบราซิลที่ล้มเลิกระบบประกันสุขภาพในประกันสังคมทันที. บทเรียนจากบราซิลชี้ให้เห็นว่า แม้จะมีการเปลี่ยนให้ทั้งระบบเป็นแบบระบบเดียว (สร้างความเท่าเทียม) แต่ไม่ได้วางแผนการคลังรองรับไว้ ทำให้ระบบประสบปัญหางบประมาณ และโรงพยาบาลเอกชนแยกตัวออกจากการประกันสุขภาพภาครัฐไปเป็นส่วนเสริมเท่านั้น ซึ่งทำให้ระบบมีประสิทธิผลลดลง.

ในขณะที่พรรคการเมืองให้ความสนใจกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นก่อนหน้านั้นด้วย ที่เห็นชัดเจนใน ๒ เรื่อง คือ

๑) การออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๔๓ และพัฒนาจนมาเป็นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีพร.รับรองตั้งแต่วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๔. การผลักดันให้มี สสส.มาจากแนวคิดเรื่องของการสนับสนุนให้สังคมขับเคลื่อนเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อ และการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิต และจัดระบบการคลังให้มั่นคงโดยผูกกับรายได้จากภาษีสุราและบุหรี่^(๑๓). สสส.เป็นนวัตกรรมที่ก่อให้เกิดการทำงานนอกกระทรวงสาธารณสุข มีจุดเน้นทั้งในแง่การส่งเสริมสุขภาพ และในแง่การขับเคลื่อนสังคม.

๒) การจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปร.) ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๒ มีแนวคิดที่จะวางยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนสังคม ให้ทุกภาคส่วนมาร่วมกันดูแลสุขภาพของตนและคนในสังคม บนแนวคิดทุกอย่างเพื่อสุขภาพ, มุ่งสู่สุขภาพถ้วนหน้า (All for health, toward Health for All) ซึ่งแนวคิดนี้ถูกบรรจุในแผนพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ ๙ ด้วย และมองระบบสุขภาพในนิยามที่กว้างกว่าเดิม ซึ่งผลของการขับ

เคลื่อนได้มาซึ่งพร.สุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดโครงสร้างยุทธศาสตร์ของรัฐที่ยั่งยืนในการสนับสนุนกระบวนการทำงานร่วมกันของรัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ.

ซึ่งยุทธศาสตร์ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติของไทย น่าจะเทียบได้กับ Secretariat for Participatory Management ของบราซิล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเสนอกฎยุทธ์และกลวิธีในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการ SUS แบบประชาธิปไตย โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของสภาสุขภาพในระดับมลรัฐและระดับเทศบาล.
- จัดทำกลวิธีประเมินผลงานของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง.
- นำเสนอกฎยุทธ์ในการพัฒนาและส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมในการเข้าร่วมการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ, สภาสุขภาพ และเครือข่ายสภาสุขภาพแห่งชาติ.
- จัดอบรม สมาชิกสภาสุขภาพ.
- ประสานงานระหว่างระดับบริหารของ SUS.
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เป็นตัวแทนด้านสิทธิของประชาชน.

แต่อย่างไรก็ตาม กรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพของบราซิลยังจำกัดอยู่ในเรื่องการพัฒนากระบวนการสุขภาพและระบบสาธารณสุขพื้นฐาน ในขณะที่ประเทศไทยมองไปถึงการจัดการปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มากระทบต่อสุขภาพแล้ว. ส่วนสหรัฐก็ได้ปฏิรูปในส่วนของการจัดวางระบบสาธารณสุขเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพให้กับคนในชาติด้วยการจัดการที่ระดับมลรัฐและท้องถิ่นที่มีกลยุทธ์ของสภาสุขภาพเป็นหลักที่ให้เกิดธรรมาภิบาลในระบบ. ส่วนประเทศอังกฤษพัฒนาให้มีกองทุนบริบาลมูลฐาน ดูแลงานสุขภาพแบบบูรณาการในท้องถิ่น โดยดูทั้งบริการสุขภาพส่วนบุคคลและงานสาธารณสุขทั่วไป และมองการแก้ปัญหาเชื่อมโยงกับงานด้านที่อยู่อาศัย การจ้างงาน และการศึกษาด้วย.

จากความรู้ข้างต้น จึงมีข้อคิดเห็นสำหรับแนวทางการปฏิรูปในประเทศไทย คือ “จัดรัฐสวัสดิการแต่พอประมาณให้

ระวางรายจ่ายที่ควบคุมไม่ได้ เสริมหนุนประชาชนให้ดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชนดูแลสิ่งแวดล้อม ออกแบบกระจายอำนาจให้พอดี”.

ตอนที่ ๒ เนื้อหาและกระบวนการ

เนื้อหาและกระบวนการจัดทำกรอบแนวทางสุขภาพ

จากการค้นคว้าประสบการณ์ของต่างประเทศ ธรรมนูญสุขภาพของไทย (พรบ.สุขภาพฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐) น่าจะเปรียบได้กับ Overarching statute - ‘umbrella legislation’ ซึ่งเป็นกรอบกฎหมายที่เป็นร่มใหญ่ ที่ระบุหลักการและค่านิยมเพื่อใช้เป็นกรอบปฏิบัติทางสาธารณสุข (a statement of the values and principles which we agree as a framework for public health practice). จากการค้นคว้าพบว่าประเทศบราซิลใช้รัฐธรรมนูญเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดระบบสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๑ และมีการใส่เนื้อหาของการปฏิรูปที่ต้องการให้มีผลบังคับใช้ในรัฐธรรมนูญที่ปรับปรุงใหม่ทุกครั้งด้วย.

ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกากระจายอำนาจให้กับมลรัฐดูแลงานสาธารณสุข โดยรัฐบาลกลาง U.S. Department of Health and Human Services ดูแลภาพรวมแต่มีกรมต่าง ๆ รับผิดชอบงานแยกส่วนกัน เช่นมีศูนย์ควบคุมโรค ดูแลงานควบคุมโรค, สำนักป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยต่างก็มีแผนระยะยาวของตนเอง จึงไม่พบกรอบธรรมนูญแห่งชาติ แต่ความคิดริเริ่มในการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ระดับมลรัฐในโครงการจุดเปลี่ยนได้กระตุ้นให้หลายมลรัฐได้ทำแผนสุขภาพของมลรัฐที่เป็นกรอบธรรมนูญสาธารณสุขและทำกฎหมายแม่แบบด้านการสาธารณสุขระดับมลรัฐ ที่ทันสมัยด้วย.

ส่วนประเทศอังกฤษมีกฎหมายสาธารณสุขฉบับแรกตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๑๘ และกำหนดให้ท้องถิ่นมีบทบาทด้านการสาธารณสุขตั้งแต่นั้นมา ซึ่งพูดถึงการควบคุมความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมด้วย แต่การปรับปรุงกฎหมายได้พัฒนาเป็นเรื่อง ๆ ไป เช่น พบว่ามีเรื่องการควบคุมการสูบบุหรี่อยู่ในกฎหมายสุขภาพ ๒๐๐๖ แต่ไม่พบว่ามี overarching

statutory framework^(๑๔). รัฐบาลอังกฤษ ตั้งแต่สมัยของมาร์กาเรต แธตเชอร์จัดทำแผนสุขภาพที่บูรณาการเพื่อลดโรค (พ.ศ. ๒๕๓๕) เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และพัฒนาเรื่อยมา จนเป็นแผนที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน “Our Health, Our Care, Our Say” จัดทำขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๙.

ส่วนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของไทย น่าจะถอดบทเรียนจากองค์ประกอบในกรอบธรรมนูญเหล่านี้ มาช่วยกำหนดองค์ประกอบของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ที่เป็นรายละเอียดเชื่อมโยงจากพรบ.สุขภาพแห่งชาติ. การทบทวนบทเรียนในตอนนี้นำไปที่กระบวนการจัดทำและเนื้อหาของระบบสุขภาพในรัฐธรรมนูญของประเทศบราซิล, แผนสุขภาพระดับมลรัฐในสหรัฐฯ, และแผนสุขภาพ “Our Health, Our Care, Our Say” ของประเทศอังกฤษ.

กรอบและกระบวนการจัดทำแนวทางสุขภาพของประเทศบราซิล

กรอบแนวทางระบบสุขภาพของบราซิล อยู่ในเนื้อหาของรัฐธรรมนูญ. เนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพถูกจัดไว้ในหมวดสังคม จากทั้งหมด ๙ หมวด จัดทำจากการประชุมของคณะกรรมการสุขภาพใน ๓ ระดับ คือ ระดับประเทศ ระดับมลรัฐ และระดับเทศบาล และได้มีการนำผลสรุปจากการประชุมไปเป็นวาระการประชุมสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๒๙ โดยมีประเด็นที่สำคัญ คือ สุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของรัฐ และเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในเรื่องสุขภาพจะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพโดยเน้นเรื่องการเข้าถึงและครอบคลุมของบริการสุขภาพ การบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ, การกระจายอำนาจการบริหารสู่ระดับท้องถิ่น และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยประเด็นดังกล่าวได้ถูกผลักดันให้ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๓๑.

กระบวนการจัดทำได้รับอิทธิพลมาจากการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนของรัฐบาลใหม่ที่มาจากการเลือกตั้ง หลังจากการปกครองของรัฐบาลทหารได้สิ้นสุดลงใน พ.ศ. ๑๙๘๕ และรัฐบาลใหม่ที่มาจากการเลือกตั้งได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของประชาธิปไตยเป็นอย่างมาก จึงได้ดำเนินการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้มีมากขึ้น



ภายใต้แนวคิดที่สำคัญคือ “ทุกอย่างเพื่อสังคมประชาชน” (All for social people). ขณะเดียวกันนี้การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพก็มีความชัดเจนมากขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน.

การประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๒๙ มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นครั้งแรกที่ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยบุคคลจากหลายภาคส่วนของสังคม คือ ประธานาธิบดี, รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพ และผู้เข้าร่วมประชุมจากภาคส่วนต่างๆรวมทั้งสิ้นกว่า ๕,๐๐๐ คน ดังนี้

- เจ้าหน้าที่จากกระทรวงสุขภาพ
- ตัวแทนจากกระทรวงศึกษาธิการ, มหาดไทย, สวัสดิการและประกันสังคม, พัฒนาชุมชนเมือง, วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และจากหน่วยวางแผนด้านสุขภาพ.
- ตัวแทนจากสภานิติบัญญัติ
- ตัวแทนจากสหภาพแรงงาน
- รัฐและสมาคมวิชาชีพ
- ตัวแทนจากหน่วยงานด้านสุขภาพในระดับรัฐและท้องถิ่น.
- ตัวแทนจากผู้ให้บริการสุขภาพ
- ผู้สังเกตการณ์จากองค์กรต่างประเทศ.
- ตัวแทนจากองค์กรภาครัฐ.
- ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆที่ได้รับเชิญจากกระทรวงสุขภาพ.

ผลจากการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘ ได้นำไปสู่การดำเนินการโดยมีการเผยแพร่ผลการประชุมและมีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐ, สภานิติบัญญัติ, องค์กรภาคประชาชนต่าง ๆ เพื่อร่วมกันพัฒนาร่างกฎหมายที่จะใช้บังคับในระบบสุขภาพใหม่ ซึ่งสาระหลักในโครงร่างจะประกอบไปด้วยแนวคิดเรื่องสุขภาพลิขิ้นพื้นฐานด้านสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยประเด็นหลักของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนประกอบไปด้วย.

- การบริหารงานเครือข่ายสุขภาพแห่งชาติต้องเกิดมาจากการมีส่วนร่วมของรัฐบาล, ผู้ใช้บริการ, ผู้ให้บริการและตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ.

- การตัดสินใจ, การวางแผนการบริหารจัดการ, การควบคุมและประเมินผลของบริการที่จัดขึ้นโดยเครือข่ายสุขภาพแห่งชาติต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพของทุกภาคส่วน.

- สภาสุขภาพแห่งชาติซึ่งทำหน้าที่ในการประสานงานกับกระทรวงสุขภาพ ในการจัดทำและควบคุมการดำเนินงานด้านนโยบายสุขภาพระดับประเทศ. ในระดับท้องถิ่นต้องมีสภาสุขภาพในแต่ละระดับเช่นเดียวกัน.

- การบริหารในระบบสุขภาพต้องมีสภาสุขภาพเป็นกรรมการในการบริหารซึ่งต้องประกอบไปด้วยผู้บริหาร, ผู้ปฏิบัติงานและต้องมีส่วนของผู้ใช้บริการร่วมด้วยเสมอ.

- งบประมาณในระดับประเทศ รัฐและท้องถิ่นอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสุขภาพ แต่ในระดับท้องถิ่นต้องมีการออกเสียงของกรรมการบริหารและอยู่ภายใต้การดูแลของสภาสุขภาพด้วย.

ประเด็นต่าง ๆ ได้ถูกนำไปเสนอไว้ในกฎบัตรธรรมนูญบราซิล ๒๕๓๑ (Brazilian Constitutional Charter 1988) และยังผลให้เกิดการจัดตั้งสภาสุขภาพขึ้น และมีการประชุมวิชาการสุขภาพทุก ๔ ปี โดยสภาสุขภาพระดับชาติและระดับท้องถิ่นจะเป็นแกนนำในการจัดการประชุมว่าด้วยการจัดทำนโยบายสุขภาพในแต่ละระดับสมาชิกของสภาสุขภาพ. ร้อยละ ๕๐ มาจากผู้ใช้บริการ, ตัวแทนรัฐบาลจาก ๒๖ มลรัฐและ ๕,๔๕๑ เทศบาล, ตัวแทนจากองค์กรต่าง ๆ ในสังคม, ผู้ให้บริการ และบุคลากรทางการแพทย์.

การดำเนินการของสภาสุขภาพในแต่ละระดับอาจมีความแตกต่างกันบ้าง แต่ต้องมีการประสานงานในแต่ละระดับ. นอกจากนี้สภาสุขภาพยังต้องประสานงานกับฝ่ายบริหารของรัฐบาล ซึ่งบางครั้งอาจเกิดปัญหาบ้างเนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน.

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า สภาสุขภาพและการประชุมวิชาการสุขภาพเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศบราซิล. นอกจากการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘ ได้ส่งผลให้เกิดสภาสุขภาพแล้วยังนำไปสู่การออกกฎหมายองค์การอนามัย (Law 8080/90) และ

Law 8142/90 ซึ่งกฎหมายทั้ง ๒ ฉบับประกอบไปด้วยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันและรักษาโรค, อำนาจหน้าที่และทรัพยากรในแต่ละระดับของรัฐบาล, กลวิธีการบริหารจัดการระบบ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ตลอดจนสุขภาพ และ การประชุมวิชาการสุขภาพ โดยกฎหมายที่มีความสำคัญกับระบบสุขภาพต้องผ่านการพิจารณาจากสภานิติบัญญัติ.

แม้เนื้อหาในรัฐธรรมนูญของบราซิลจะพูดถึงระบบสุขภาพ ในมุมมองของการจัดบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ แต่มีความน่าสนใจที่ได้กำหนดกลวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้อย่างชัดเจน.

กรอบและกระบวนการจัดทำแนวทางสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา

ในการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา รัฐบาลกลางสหรัฐฯ ให้ความสนใจไปในทางการขยายหลักประกันสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล. ความพยายามในช่วงกลางทศวรรษ ๑๙๖๐ เป็นการขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย ซึ่งประสบความสำเร็จ แต่ความพยายามในช่วงต้นทศวรรษ ๑๙๙๐ ที่พยายามจะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพร้อมกับการควบคุมค่าใช้จ่ายประสบความสำเร็จล้มเหลว.

ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๔๐ มีการรวมตัวกันของนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐจำนวนหนึ่ง จัดตั้งโครงการชื่อ “ความคิดริเริ่มจุดเปลี่ยน (Turning Point Initiative)” มุ่งเน้นไปที่การปฏิรูประบบในระดับมลรัฐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปฏิรูปและพัฒนาระบบสาธารณสุขในประเทศสหรัฐฯ ให้เข้มแข็งด้วยการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง และเน้นการสร้างความร่วมมือ โดยมุ่งประเด็นไปที่การปรับปรุงระบบต่างๆ ที่มีอยู่ให้เอื้อต่อการเข้ามาร่วมรับผิดชอบและปฏิบัติ.

โครงการนี้ให้ความสำคัญต่อศักยภาพของระบบสาธารณสุขในการรับมือกับสิ่งท้าทายที่เกิดขึ้นใหม่ในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะศักยภาพของระบบในการทำงานร่วมกับประชาชนจากหลายภาคส่วนในการเสริมสร้างสถานะสุขภาพของประชาชนในชุมชน.

โครงการจุดเปลี่ยน ได้สร้างเครือข่ายหนึ่งซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากส่วนกลางและตัวแทนจาก ๒๓ มลรัฐจากทั่วประเทศ ที่รวมทั้งผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชน, ภาคการศึกษา, ภาคตุลาการ, ภาคการศาสนา, ภาคธุรกิจ และอื่น ๆ ร่วมกับการสร้างกลุ่มความร่วมมือระดับชาติเพื่อการปฏิรูป ๕ ด้าน เป็นการทำงานทั้งในแนวราบและเชิงลึกทางวิชาการ โดยระบบบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของเครือข่ายที่ต้องทำงานร่วมกันทั้งหมด, ภาคารดับมลรัฐ, ภาคารดับท้องถิ่น และกลุ่มความร่วมมือระดับชาติ ๕ คณะ ตัวอย่างเช่น เครือข่ายมีหน้าที่กำหนดปัญหา, ประเมินสุขภาพ, จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับทุกคน. ภาคารดับท้องถิ่นมีหน้าที่เก็บข้อมูลเพื่อบอกสถานะสุขภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่, ระบุปัญหาที่สำคัญที่อยู่ในความสนใจของชุมชน, รวบรวมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ ในระดับท้องถิ่นเพื่อจัดทำแผนกิจกรรมตามการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสื่อสารความต้องการของท้องถิ่น, ปัญหาที่สำคัญ และวิธีการจัดลำดับความสำคัญให้กับตัวแทนภาคการเมืองและหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้ช่วยพัฒนานโยบายสุขภาพที่มีประสิทธิภาพแก้ปัญหาได้ตรงจุด. ภาคารดับมลรัฐมีหน้าที่กำหนดนโยบายสาธารณสุขที่ดี, ขยายเทคโนโลยีสารสนเทศให้ชุมชนในท้องถิ่นสามารถใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นได้, และกระตุ้นให้หน่วยงานภาครัฐพัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพร่วม ที่มีเนื้อหาครอบคลุมปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพในนิยามใหม่.

กลุ่มความร่วมมือระดับชาติ ๕ คณะ มีหน้าที่ทำงานเพื่อปฏิรูประบบในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- การปรับปรุงกฎ ระเบียบด้านสาธารณสุขให้ทันสมัย.
- การสร้างระบบที่สามารถตรวจสอบได้เพื่อวัดผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานด้านสุขภาพ.
- การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อกำหนดสถานะปัญหาสุขภาพ และบอกสถานะด้านทรัพยากร.
- การลงทุนในด้านการตลาดเพื่อสังคมเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ.



- การพัฒนาผู้นำในการสร้างความร่วมมือ.

แผนบูรณาการสาธารณสุขระดับมลรัฐมีขึ้นตามที่กฎบัญญัติของแต่ละมลรัฐได้บัญญัติไว้ ตัวอย่างเช่น ที่รัฐวิสคอนซินที่มีคนจากทุกภาคส่วนมาร่วมกันจัดทำ ใช้เวลาประมาณ ๒ ปี จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบและแนวทางนโยบายให้ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกันใน ๑๐ ปีข้างหน้าเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของทุกคน โดยมีคณะทำงานจัดวางกระบวนการให้นโยบาย ข้อมูล ภาควิชา และการวัดผลไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชาชน และเพิ่มศักยภาพของระบบสาธารณสุข โดยทั้งหมดมุ่งเน้นไปที่กระบวนการเพื่อการเปลี่ยนแปลง ดังประโยคที่ว่า “The Turning Point Initiative is Wisconsin’s statewide policy process for change”.

ในแผนนี้มีการระบุคำจำกัดความของคำว่า “การสาธารณสุข-Public health” และกำหนดบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และจัดลำดับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ๑๑ เรื่อง และระบบที่สำคัญ ๕ ระบบ เพื่อการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า.

ระบบที่สำคัญลำดับต้น ๆ ๕ ระบบ ซึ่งกำหนดโดยเงื่อนไขที่จะต้องเป็นระบบที่จะสามารถสนับสนุนศักยภาพของภาคีให้ทำงานแก้ไขปัญหาที่สำคัญเร่งด่วนและจัดสภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดี อันได้แก่

- ระบบข้อมูลข่าวสารที่ผสมผสานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์.
- แผนและกระบวนการพัฒนาสุขภาพของชุมชน.
- การประสานงานระหว่างรัฐและภาคีในระบบสาธารณสุขระดับท้องถิ่น.
- กำลังคนที่เพียงพอและมีศักยภาพ.
- การเงินการคลังที่เป็นธรรม พอเพียง และยั่งยืน.

เนื้อหาประกอบด้วย ๘ บทคือ

๑. หลักการและเหตุผลในการปฏิรูป
๒. กรอบแนวคิดของระบบสาธารณสุขแนวใหม่
 - คำจำกัดความของระบบสาธารณสุข
 - ภาควิชาของระบบสาธารณสุข

- หน้าที่ของระบบสาธารณสุข
 - ๑๒ บริการพื้นฐานด้านสาธารณสุข
๓. วิสัยทัศน์
- เป้าหมายของระบบสุขภาพ
๔. หลักการพื้นฐานและค่านิยมร่วมกัน
 ๕. ระบบโครงสร้างที่สำคัญ ๕ ระบบ
 ๖. ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ๑๑ เรื่อง
 ๗. วิธีการจัดลำดับสำคัญของปัญหา
 ๘. ประเด็นเฉพาะอื่น ๆ.

โดยสรุป แผนบูรณาการสาธารณสุขระดับมลรัฐของสหรัฐ มีการให้หลักการและความหมายของระบบสุขภาพที่กว้างกว่าการจัดบริการสุขภาพ และให้คุณค่ากับระบบข้อมูลข่าวสาร และการประสานงาน ที่จะเพิ่มการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพได้ดี.

**กรอบและกระบวนการจัดทำแนวทางสุขภาพของประเทศ
อังกฤษ**

เครื่องมือที่รัฐบาลอังกฤษใช้ในการปฏิรูปให้เกิดขึ้น คือการประกาศแผนนโยบาย และตามด้วยการออกกฎหมาย ในทุก ๆ ครั้งของการปฏิรูปจะเริ่มต้นโดยการที่รัฐบาลตั้งคณะทำงาน และในที่สุดคณะทำงานนั้น ๆ จะเสนอเป็นแผนนโยบายที่เรียกว่า White Paper เป็นแผนแม่บท. หลังจากนั้นรัฐบาลใช้เครื่องมือผ่านทางรัฐสภาโดยการออกกฎหมายที่ระบุถึงรายละเอียดและกลวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม และให้มีผลบังคับใช้ต่อไป.

แผนแม่บท (ฉบับขาว) “Our Health, Our Care, Our Say” จัดทำขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๙ พัฒนามาจากแผนสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก “The Health of the Nation” (๒๕๓๕-๒๕๔๐) และ “Saving lives: Our Healthier Nation” (๒๕๔๒ - ๒๕๔๘) โดยแผน พ.ศ. ๒๕๔๒ เพิ่มความตระหนักในการเป็นเจ้าของร่วมกันกับชุมชนและรัฐ และแผนสุดท้าย พ.ศ. ๒๕๔๙ เน้นการบริการชุมชนแบบเชิงรุก.

แผนแม่บทฉบับนี้ เป็นการรับรองเอกสารฉบับเขียว (Green Paper) ที่มีเนื้อหาจากการพิจารณาหารือแผนงานครั้งใหญ่ที่สุดที่จัดโดยกรมสุขภาพ เมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๔๘

ซึ่งเป็นกระบวนการในการปรึกษาหารือร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มผู้ให้บริการ, ผู้รับบริการ, สมาชิกและอาสาสมัครจากหน่วยงานพันธมิตรด้านสุขภาพ, การเคหะชุมชน, องค์กรสุขภาพอื่น ๆ รวมถึงตัวแทนของภาคเอกชน เพื่อหาข้อเสนอและตอบสนองกับแผนงานแห่งชาติ ซึ่งเน้นเรื่องการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยจัดให้มีการบริการที่ยืดหยุ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยทำให้ต่อเนื่องจากที่เคยปฏิบัติมา, พยายามเน้นบริการให้เข้าถึงประชาชนมากกว่าที่จะให้ประชาชนเป็นฝ่ายเข้ามาใช้บริการ เน้นการทำงานในเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก ๔ ข้อคือ

๑. การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อความ เป็นอยู่ที่ดีขึ้น.

๒. เสนอทางเลือกที่ดีกับประชาชนและควบคุมดูแล การรักษาที่ประชาชนควรจะได้รับ.

๓. จัดบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สะดวกสบาย รวดเร็ว ใกล้เคียงบ้าน รวมทั้งดูแลผลกระทบเรื่องค่าใช้จ่าย.

๔. ให้การสนับสนุนดูแลประชาชนแบบระยะยาว.

ขอบเขตของเนื้อหาในเอกสารประกอบด้วย ๕ ส่วน คือ

๑. การเข้าถึงชุมชน

๒. สิทธิทางสุขภาพ เสรีภาพและความเป็นอยู่ที่ดี.

๓. การได้รับสิทธิในการรักษาขั้นพื้นฐานที่ดีขึ้น.

๔. การเข้าถึงบริการชุมชนที่ดีขึ้น.

๕. สนับสนุนความต้องการของประชาชนในระยะยาว.

๖. การดูแลสุขภาพในครัวเรือน.

๗. การจัดให้มีการปฏิรูปเพื่อให้ประชาชนอยู่ภายใต้ การปกป้องของระบบ.

๘. การปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลง.

๙. ตารางเวลาสำหรับการปฏิบัติ.

แนวคิดที่ได้จากการทบทวนบทเรียนของประเทศอังกฤษ คือ แนวคิดการจัดบริการเชิงรุก ที่รวมอยู่ในบริการสุขภาพ แห่งชาติ. นอกจากนี้ อังกฤษยังได้ริเริ่ม ระบบบริการสุขภาพ แห่งชาติแนวทางใหม่ "Life Check" เป็นการประเมินชีวิต ความเป็นอยู่ตามวิถีชีวิตของประชาชน เพื่อเป็นทางเลือกที่ดี ต่อสุขภาพ.

ตอนที่ ๓ สรุปบทเรียนจากต่างประเทศ

๑. แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพในเรื่องการต่อสู้ให้ ได้มาซึ่งสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม เป็น ประเด็นปฏิรูปเบื้องต้นของทุกประเทศที่จะแก้ปัญหาความ ทุกข์ร้อนเบื้องต้นของประชาชน. สำหรับประเทศที่ก้าวผ่านมา ในระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว แนวคิดการปฏิรูปจะ เปลี่ยนไปตามยุคสมัยของสังคมการเมือง เช่น การเพิ่ม ประสิทธิภาพของระบบ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดูแลตนเองและชุมชน ไปจนถึงการจัดการปัจจัยสิ่งแวดล้อมและโครงการด้านสังคมเพื่อแก้ปัญหาความไม่เท่า เทียมกันด้านสุขภาพ. ส่วนในประเทศที่มีนักวิชาการทำงาน ร่วมกับท้องถิ่นได้ดีอาจจะสามารถมองการปฏิรูปแบบบูรณา การในระดับพื้นที่ได้ดี (ปรับปรุงโครงสร้างและกลยุทธ์ของ ระบบในพื้นที่ให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ) โดยการสร้างความ ร่วมมือ และค่านิยมร่วมกันของทุกภาคส่วนในพื้นที่ อันจะนำไปสู่เป้าหมายที่เป็นรูปธรรมใหญ่คือ การขจัดความไม่เท่าเทียมกัน ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพถ้วนหน้า.

๒. กรอบแนวทางของระบบสุขภาพ ควรมีการระบุความ หมายและหน้าที่ของระบบสุขภาพให้ชัดเจน. การระบุระบบที่ สำคัญต่อสุขภาพทำให้การทำแผนกิจกรรมไปในทิศทางเดียวกัน โดยควรระบุวาระระบบดังกล่าวสำคัญอย่างไร, ประเมินสถานะ ปัจจุบัน, วางทิศทางของการพัฒนา, กำหนดส่วนขาดว่ามีอะไร ที่ต้องแก้ไขหรือพัฒนา.

๓. การสร้างค่านิยมร่วมกันในการจัดลำดับสำคัญของ ปัญหา โดยนำไปสู่การระบุปัจจัยเสี่ยง จะช่วยให้ชุมชนแก้ ปัญหาของตนเองได้เอง โดยนักวิชาการควรช่วยทำเครื่องมือให้ ง่ายต่อการใช้งาน.

๔. การระบุบทบาทหน้าที่ของความร่วมมือของฝ่าย ต่าง ๆ ให้ชัดเจน เช่น เครือข่ายมีหน้าที่อะไร, กระทรวง สาธารณสุขระดับส่วนกลางมีหน้าที่อะไร, สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และหน่วยงานระดับภูมิภาคมีหน้าที่อะไร, แล้วท้องถิ่นมีหน้าที่อะไร จะช่วยให้แต่ละฝ่ายรู้และสามารถแสดงบทบาท ของตนเองได้เต็มที่.



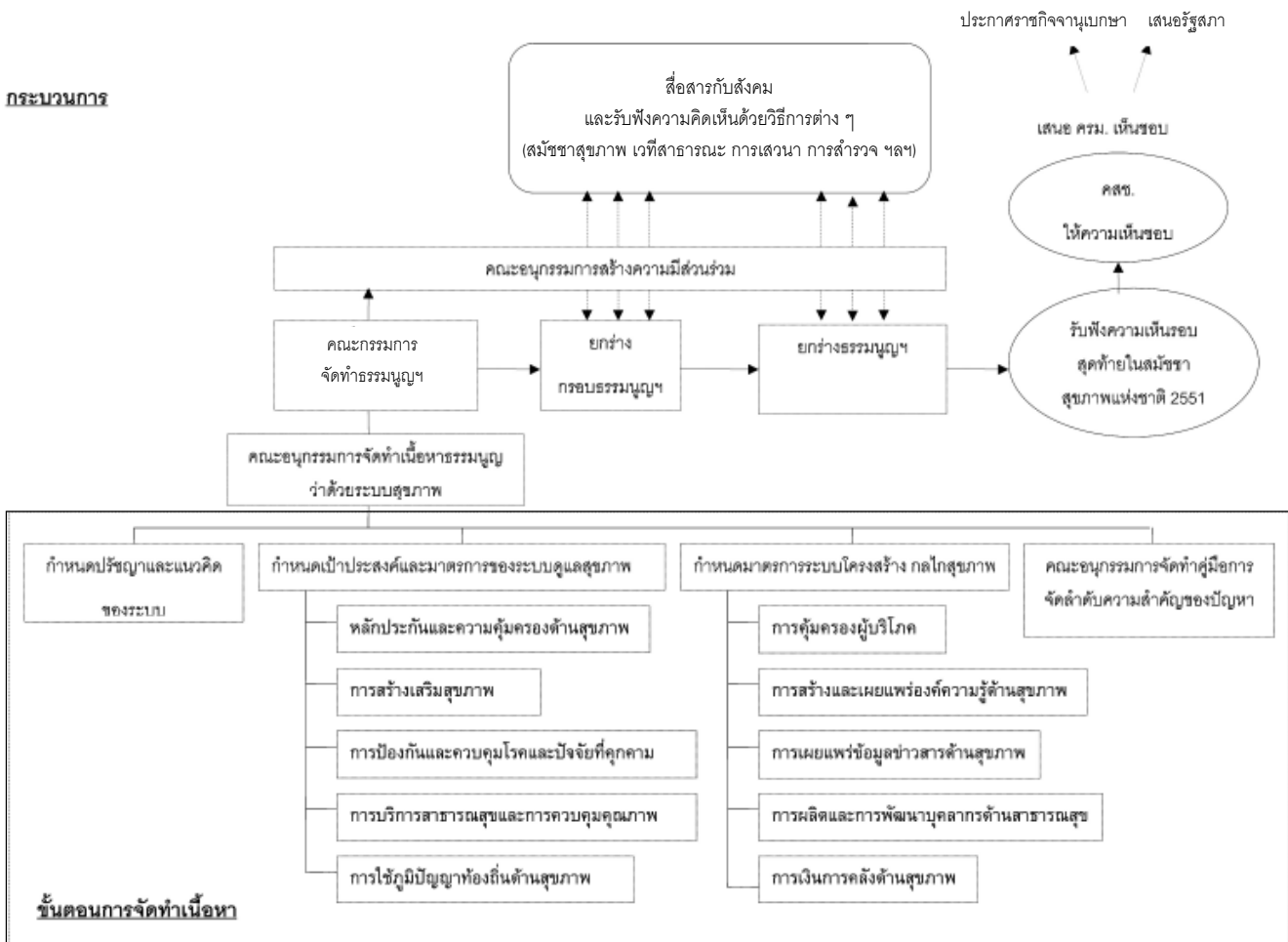
ข้อเสนอแนะต่อองค์ประกอบของเนื้อหาในธรรมนูญ ด้วยระบบสุขภาพ

มาตรา ๔๖ ในพรบ.สุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า “ให้ คณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการ กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพ ของประเทศ”.

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ (มีคำขวัญว่า “พรบ.สร้างนำ ช่อม”) เมื่อ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ เปรียบได้เป็น”ธรรมนูญ

สุขภาพของคนไทย” เป็นเหมือนร่มคันใหญ่ที่เป็นกรอบหลักการ และทิศทางของระบบสุขภาพของประเทศ. แต่ที่ยังขาดอยู่ คือ ทิศทาง, หลักการและมาตรการสำคัญของระบบย่อยที่เป็น ส่วนประกอบของระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเดิมมีอยู่ในร่าง พรบ.ฉบับประชาชน และถูกตัดออกให้ไปเขียนในธรรมนูญว่า ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ. ดังนั้นน่าจะตีความได้ว่า ธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพ หมายถึงกรอบหลักการ ทิศทางและ มาตรการสำคัญของระบบทั้งมวล และระบบย่อยของระบบ สุขภาพ.

กระบวนการ



แผนภูมิที่ ๑ ข้อเสนอขั้นตอนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ

องค์ประกอบของเนื้อหา

มาตรา ๔๖ ในพรบ.สุขภาพแห่งชาติกำหนด “ให้คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ” และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

- (๑) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
 - (๒) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
 - (๓) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
 - (๔) การสร้างเสริมสุขภาพ
 - (๕) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
 - (๖) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
 - (๗) การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ, การแพทย์แผนไทย, การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ.
 - (๘) การคุ้มครองผู้บริโภค
 - (๙) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
 - (๑๐) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
 - (๑๑) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
 - (๑๒) การเงินการคลังด้านสุขภาพ
- ซึ่งทั้ง ๑๒ ข้อ สามารถจัดเป็นกลุ่มได้ ๓ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ แนวคิดและหลักการของระบบสุขภาพโดยรวม ซึ่งประกอบไปด้วย ๒ ข้อ คือ ข้อ ๑ ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ และข้อ ๒ คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ.

กลุ่มที่ ๒ ระบบดูแลสุขภาพและความเสี่ยง (Health care and health risk protection systems) ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อ ๓ ถึงข้อ ๗ คือ การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ, การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ, และการส่งเสริมสนับสนุน, การใช้และ

การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ, การแพทย์แผนไทย, การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ.

กลุ่มที่ ๓ ระบบโครงสร้างและระบบสนับสนุนประกอบไปด้วย ข้อ ๘ ถึง ข้อ ๑๒ คือ การคุ้มครองผู้บริโภค, การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ, การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, การผลิตและการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข, และการเงินการคลังด้านสุขภาพ.

ดังนั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพควรมีอย่างน้อย ๓ หมวด คือ **หมวดที่ ๑ ความมุ่งหมายและหลักการ, หมวดที่ ๒ เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบดูแลสุขภาพ, และ หมวดที่ ๓ เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบโครงสร้างและกลยุทธการสนับสนุน.** นอกจากนี้ควรมีหมวดที่ ๔ ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญด้วย รายละเอียดแต่ละหมวดมีดังนี้

หมวดที่ ๑ ความมุ่งหมายและหลักการ มี ๒ ส่วนคือ

ส่วนที่ ๑ ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นการกล่าวถึงแนวคิดของระบบสุขภาพในนิยามใหม่, หลักการพื้นฐานและค่านิยมร่วมกัน, และให้คำจำกัดความของระบบสุขภาพ, ภาวคิของระบบสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานรัฐ กับภาคีต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ, และหน้าที่ของระบบสุขภาพ.

ส่วนที่ ๒ คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ เป็นการกล่าวถึงวิสัยทัศน์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ.

หมวดที่ ๒ เป้าประสงค์และมาตรการของระบบดูแลสุขภาพ มีอย่างน้อย ๕ ส่วน ประกอบด้วย หลักประกันและความคุ้มครองด้านสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ, การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ, และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ.

ในแต่ละส่วนจะประกอบด้วยเป้าประสงค์ของระบบย่อย ซึ่งต้องสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบสุขภาพด้วย และแนวทางและมาตรการของระบบย่อยนั้น ๆ (เช่นเดียวกับร่างฉบับประชาชน) อาจเพิ่มการประเมินสถานะปัจจุบัน (แสดงตัว



ชีวิตที่สำคัญบางตัว) และระบุว่าเมื่อไรที่ต้องแก้ไขหรือพัฒนา เพื่อช่วยให้การประเมินผลในอีก ๓-๔ ปีข้างหน้าทำได้เป็นรูปธรรมมากขึ้น.

หมวดที่ ๓ เป้าประสงค์และมาตรการของระบบโครงสร้าง และกลวิธีสนับสนุน เป็นระบบที่สำคัญที่จะช่วยเอื้อให้ทุกฝ่ายทำงานร่วมกันได้ ซึ่งควรจะมีอย่างน้อย ๕ ส่วน ประกอบด้วย การคุ้มครองผู้บริโภค, การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้าน สุขภาพ, การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข, และการเงินการคลังด้าน สุขภาพ.

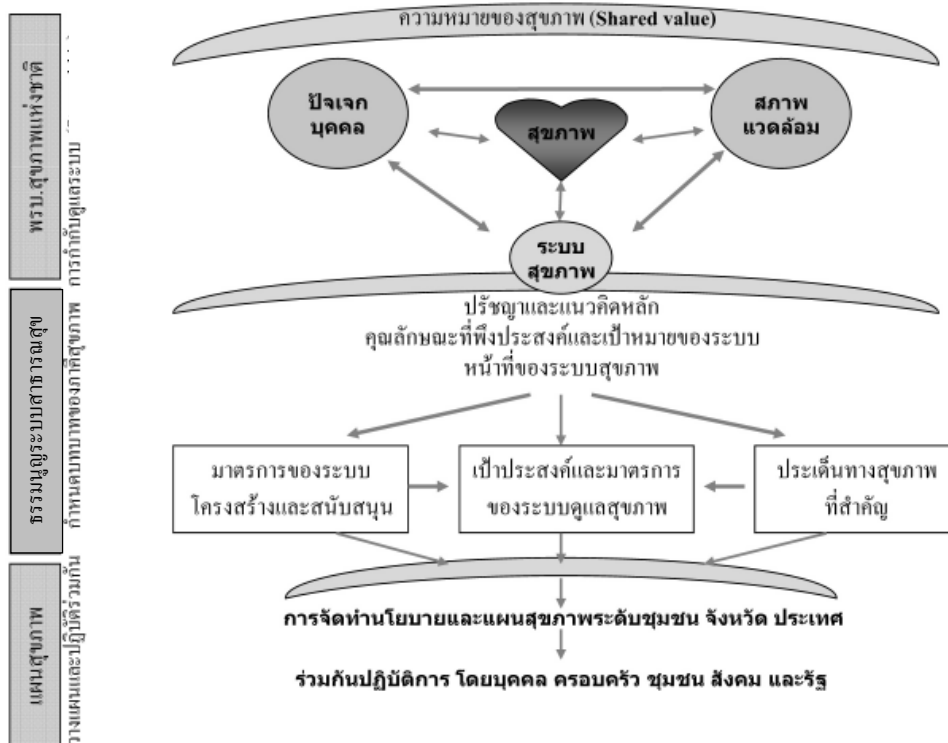
นอกจากนี้ควรเพิ่มอีก ๔ ระบบ ที่เป็นวิถีทางในการ เพิ่มความมีส่วนร่วมของประชาชน ตามเจตนารมณ์ของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติด้วย คือ ๑) ระบบการกำกับดูแลการขับ

เคลื่อนระบบสุขภาพ (stewardship) ที่มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอำนวยการตามพรบ.สุขภาพแห่งชาติ, ๒) ระบบการประสานงานระหว่างภาครัฐและภาคีในระบบ สุขภาพที่ระดับท้องถิ่น, ๓) ระบบการจัดทำนโยบายสาธารณะ ด้านสุขภาพ, และ ๔) ระบบการจัดทำแผนและกระบวนการ พัฒนาสุขภาพของจังหวัด/ชุมชน.

หมวดที่ ๔ ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย ประเด็นที่คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญว่าเป็นปัญหาสุขภาพ ในลำดับต้น ๆ ๑๐-๑๒ อันดับ ซึ่งเน้นที่การระบุประเด็น ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการ และใช้ระเบียบวิธีการจัดลำดับความสำคัญอย่างง่าย ที่คน ส่วนใหญ่เข้าใจได้ มาเป็นเครื่องมือ.

เหตุผลที่ให้มีการจัดลำดับความสำคัญประเด็นทาง

ความเชื่อมโยงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ



แผนภูมิที่ ๒ สรุปความเชื่อมโยงของธรรมนูญสุขภาพกับ พรบ.สุขภาพแห่งชาติและแผนสุขภาพ

สุขภาพ เพราะธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพจะมีการปรับเปลี่ยนทุก ๕ ปี ในการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพจึงควรมีการจัดลำดับประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ที่เป็นจุดเน้นไว้ด้วย ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการจัดลำดับความสำคัญดังกล่าวขึ้นด้วย.

แผนภาพแสดงความเชื่อมโยงของธรรมนูญสุขภาพกับ พรบ.สุขภาพแห่งชาติและแผนสุขภาพ (ดูแผนภูมิที่ ๒). พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดการกำกับดูแลระบบสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอำนาจการกำกับระบบ และได้มองสุขภาพของบุคคล และสังคมเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม. ระบบสุขภาพกำหนดให้มีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ซึ่งจะช่วยกำหนดบทบาทของภาคีสุขภาพ และทิศทางระบบสุขภาพที่พึงประสงค์. รายละเอียดมาตรการของระบบสุขภาพจะเป็นแนวทางให้ภาคส่วนจัดทำแผนสุขภาพไปสู่เป้าหมายร่วมกัน.

เอกสารอ้างอิง

๑. Behague DP, Goncalves H, Dias Da Costa DJ. Making medicine for the poor: primary health care interpretation in Pelotas, Brazil. *Health Policy & Planning* 2002;17:131-43.
๒. Eduardo P, Cohn A. Health reform in Brazil: lessons to consider. *Am J Pub Hlth* 2003;93:44-8.
๓. Farias Pedro CL. Social Security in Brazil: problems and trends. Report. George Washington University, Institute of Brazilian Issues, The Minerva Program. Fall; 1998.
๔. <http://www.statehealthfacts.org/comparebar.jsp?ind=125&cat=3>
๕. Hoffman B. Health care reform and social movements in the United States. *Am J Pub Hlth* 2003;93:75-85.
๖. Burger K. 2008 Presidential Election Promises Change for Health Insurance Industry. *FinanceTech*. <http://www.financetech.com/featured/showArticle.jhtml?articleID=202805135>
๗. New York Times Newspaper, Unveiling Health Care 2.0, Again. 16 September 2007, <http://www.nytimes.com/2007/09/16/weekinreview/16toner.html?ref=views>
๘. NewYork Times <http://politics.nytimes.com/election-guide/2008/issues/healthcare/index.html>
๙. Light D. Universal health care: Lessons from the British experience. *Am J Pub Hlth* 2003;93:25-30.
๑๐. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๔- ๒๕๔๗. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๘.
๑๑. หนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ คอลัมน์แพลนนิ่ง ประสพการณ์จากการเรียนรู้ ประชาชาติธุรกิจ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๔๖ ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๓๔๕๐ (๒๖๕๐) คอลัมน์ แพลนนิ่ง ประสพการณ์จากการเรียนรู้. ประชาชาติธุรกิจ. วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๔๖ ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๓๔๕๐ (2690) หน้า 6 <http://www.nidambe11.net/ekonomiz/2003q2/article2003june23p4.htm>
๑๒. นิคม จันทรวิฑูร. การประกันสังคม ๓๐ ปีที่รอคอย. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง; ๒๕๒๘.
๑๓. ปาริชาติ ศิวะรักษ์. กำเนิดกองทุน สสส. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; ๒๕๔๒.
๑๔. Coker R, Martin R. Introduction: the importance of law for public health policy and practice. *J Roy Int Pub Health* 2006-07; 5:1-6.

การสำรวจการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิลัยลักษณ์ มอดมอลทิน*

พรชัย สิทธิศรีรัญกุล**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง ธันวาคม ๒๕๕๐. กลุ่มตัวอย่างคือผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๙๕๐ ตัวอย่าง ที่สุ่มเลือกได้โดยวิธีลำดับชั้น และการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย. อัตราตอบกลับร้อยละ ๕๖.๐ (๕๓๒ ราย). ผลการศึกษาแสดงว่าส่วนใหญ่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ ๕๔.๕, ไม่มีโครงสร้างกอง/ส่วนสาธารณสุขในองค์กรร้อยละ ๖๒.๘, มีนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ ๕๑.๑ โดยนโยบายที่ระบุมานั้นพบว่าเป็นนโยบายที่แท้จริงเพียงร้อยละ ๑.๕. ร้อยละ ๕๕.๑ มีการจัดทำแผนงาน/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ, และร้อยละ ๘๕.๕ มีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ฯลฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้หน่วยงานอื่น. การประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและนำมาปรับปรุงแก้ไขมีเพียงร้อยละ ๑๘.๕. ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณร้อยละ ๑๘.๐ และ ๖๑.๑ ตามลำดับ, แต่เคยได้รับการสนับสนุนด้านสื่อและองค์ความรู้ร้อยละ ๗๐.๑ และ ๖๕.๔ ตามลำดับ. ส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร้อยละ ๕๑.๕ โดยต้องการการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ ๕๔.๐, ๕๑.๐ และ ๘๕.๕ ตามลำดับ. ปัญหา/อุปสรรคที่พบคือการไม่มีบุคลากรในองค์กรที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขโดยตรง การขาดงบประมาณและการขาดองค์ความรู้.

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประสานเชิงนโยบายในระดับกระทรวง, วางหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการประเมินผลผ่านคณะกรรมการสุขภาพในพื้นที่ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล. ในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดให้มีโครงสร้างกอง/ส่วนสาธารณสุข และจัดทำข้อบัญญัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ, สนับสนุนงบประมาณและบุคลากรให้เพียงพอ, จัดอบรมเพื่อเพิ่มวิสัยทัศน์ให้แก่ผู้บริหาร. ส่วนหน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น, ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับท้องถิ่นอย่างเข้มแข็งจริงจัง.

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Abstract

A Survey of Health Promotion of Local Administrative Organizations

Wilailuck Modmoltin*, Pornchai Sithisarankul**

*Lopburi Provincial Public Health Office, **Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

The purpose of this descriptive study was to explore health promotion processes of Local Administrative Organizations (LAOs). Data were collected by using mail questionnaires from May to December 2007. The subjects were 950 executives of LAOs obtained by stratification and simple random sampling.

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

**ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Five hundred and thirty-two LAOs responded to the questionnaires (56.0 %). The results showed that the scores of LAOs' health promotion processes were at a moderate level (54.5 %). The majority of LAOs did not have a division of public health in their organization's structure (62.8 %), had a health promotion policy (51.7 %) but the specified policy constituted a real policy for only 7.5 percent of them, had health promotion plans/projects (95.7%), and supported budgets and materials for other institutes for health promotion processes (89.5%). However, health promotion processes were evaluated and used for improvement in only 38.9 percent of the LAOs. The majority of LAOs did not receive materials and budgets from other institutes in 78.0 and 61.7 percent, respectively, but did receive mass media and knowledge in 70.3 and 65.4 percent of them, respectively. The LAOs needed support from the Thai Health Promotion Foundation, National Health Security Office and Provincial Public Health Offices in 94.0, 91.0, and 89.5 percent, respectively. Major problems in the health promotion processes of LAOs were a lack of public health personnel, budget and knowledge of health promotion.

The recommendations from this research are to integrate policies at the ministerial level, and to set the standards of health processes and evaluation in the same direction for all provinces, districts and subdistrict. The LAOs should establish a division of public health in their structure, enact local legislation concerning health promotion, support budget and health personnel, and train the leaders of LAOs about the vision of health promotion. Moreover, public health organizations should promote self-care, give advice and vigorously act as advisor of the LAOs in terms of health promotion.

Key words: health promotion, Local Administrative Organization

ภูมิหลังและเหตุผล

การมีสุขภาพดีมิได้ขึ้นอยู่กับพันธุกรรมและพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลเท่านั้น หากยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆมากมาย ที่เรียกรวมกันว่า ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (health determinants)^(๑). ดังนั้นการดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจึงไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียวจำเป็นต้องให้ประชาชนมีความรู้, มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพที่จะทำให้มีสุขภาพะ ซึ่งในการประชุมที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๙ ได้ออกกฎบัตร Ottawa Charter for Health Promotion ถือเป็นที่มาของนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพของหลายประเทศ^(๒) โดยกำหนดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ไว้ ๕ ประการ ได้แก่ ๑.การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ, ๒.การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, ๓.การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง, ๔.การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล, ๕.การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ^(๒-๔). สำหรับประเทศไทย แผนพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาสุขภาพจากการรักษาพยาบาล

เป็นการสร้างเสริมสุขภาพในทุกส่วนของสังคมและทุกระดับ^(๕). ทั้งนี้ รัฐธรรมนูญแห่งพระราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นตาม พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒^(๖) โดยถ่ายโอนภารกิจในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งครอบคลุมบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน. ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.), เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ, เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, และเพื่อศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญห.

ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยงานวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารของ



องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, หาขนาดตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตร Finite population^(๗), ทำการสุ่มเลือกโดยวิธีลำดับชั้น และการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้ ๔๕๐ ตัวอย่าง, เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จาก Healthy workplace indicators in Thailand^(๘-๙) แบ่งเป็น ๔ ส่วน คือ ๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม, ๒. ข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร, ๓. ข้อมูลการสนับสนุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ, และ ๔. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบาคในส่วนที่ ๒, ๓, ๔ มีค่าเท่ากับ ๐.๙๓, ๐.๗๘ และ ๐.๘๗ ตามลำดับ, วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน.

ผลการศึกษา

ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ ๕๓๒ ราย (ร้อยละ ๕๖.๐). กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๖๐ เป็นชาย, อายุ ๓๑-๕๐ ปี เฉลี่ย ๓๙.๑๓ ปี, การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ ๖๔.๗, มีรายได้ระหว่าง ๑๐,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือนร้อยละ ๔๒.๕, ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันเป็นระยะเวลาต่ำกว่า ๕ ปีร้อยละ ๗๔.๔, ไม่เคยดำรงตำแหน่งบุคลากรด้านสาธารณสุขมาก่อน ร้อยละ ๗๔.๔, เคยได้รับการอบรมด้านสาธารณสุขร้อยละ ๕๘.๖ ในเรื่องพรบ.สาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ ๒๕.๓, เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ ๙๗.๒, ในเรื่องการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ ๙๒.๕, โดยได้รับจากแผ่นพับ/เอกสารวิชาการร้อยละ ๘๗.๒, องค์กรส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตชนบทร้อยละ ๖๙.๗, ไม่มีกอง/ส่วนสาธารณสุขในองค์กรร้อยละ ๖๒.๘. ในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ร้อยละ ๔๕.๗ มีรายจ่ายในการจัดทำแผนงาน/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ และร้อยละ ๘๙.๕ มีรายจ่ายในการสนับสนุนให้หน่วยงานอื่น สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพพบมีการดำเนินงานสร้างบรรยากาศด้านสุขภาพในองค์กรมากที่สุดร้อยละ ๘๑.๙ ส่วนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของอปท. มีการดำเนินงาน

น้อยที่สุดร้อยละ ๔๐.๑ โดยนโยบายด้านสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรที่ระบุมาเป็นนโยบายที่แท้จริงเพียงร้อยละ ๗.๕ เท่านั้น และยังพบว่าประเด็นด้านการจัดให้มีบริการด้านสุขภาพอนามัยและการพัฒนาวิถีชีวิตและทักษะด้านสุขภาพของบุคลากรมีการดำเนินงานค่อนข้างต่ำ ในขณะที่ประเด็นด้านสภาพแวดล้อมและการจัดการผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร มีการดำเนินงานสูงกว่าร้อยละ ๗๐ (ตารางที่ ๑).

เมื่อนำคะแนนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (คะแนนเต็ม ๔๕ คะแนน) มาจัดเป็น ๓ ระดับ โดยใช้หลักความกว้างของอันตรภาคชั้น^(๑๐) (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น) พบว่า อปท.ร้อยละ ๕๔.๕ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น เทศบาลนคร และอบต.ขนาดใหญ่ที่การดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ ๒).

ด้านปัจจัยสนับสนุนพบว่า อปท.ร้อยละ ๗๘ ไม่เคยได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์, ไม่เคยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณร้อยละ ๖๑.๗, แต่เคยได้รับการสนับสนุนด้านสื่อต่าง ๆ ร้อยละ ๗๐.๓, และด้านองค์ความรู้ร้อยละ ๖๕.๔ ส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๗.๙ ต้องการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยต้องการสนับสนุนจาก ๓ หน่วยงานแรก คือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ร้อยละ ๙๔.๐, ๙๑.๐, และ ๘๙.๕ ตามลำดับ โดยต้องการรับการสนับสนุนด้านงบประมาณจาก สสส.และสปสช.มากที่สุด และต้องการรับการสนับสนุนด้านองค์ความรู้จากสสจ. สสอ. โรงพยาบาล สถานีอนามัยและโรงเรียน มากที่สุด (ตารางที่ ๓). เมื่อจำแนกตามประเภทองค์กรพบว่าอปท.ส่วนใหญ่ต้องการด้านองค์ความรู้มากที่สุด ยกเว้นอบต.ขนาดเล็กที่ต้องการด้านงบประมาณ.

ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานที่พบมาก ๓ อันดับแรก ได้แก่ ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานสาธารณสุขโดยตรงในองค์กร ขาดงบประมาณและขาดองค์ความรู้ (ตารางที่ ๔) โดยอบจ. เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และอบต.ขนาดใหญ่พบปัญหาขาดบุคลากร, ส่วนอบต.ขนาดกลางและเล็ก

ตารางที่ ๑ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามประเภทองค์กร

ประเด็นการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพ	ประเภทองค์กร							ภาพรวม
	อบจ. นคร (ทน.)	เทศบาล เมือง (ทม.)	เทศบาล ตำบล (ทต.)	อบต. ใหญ่	อบต. กลาง	อบต. เล็ก		
๑. นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ	๓๖.๗	๗๑.๔	๖๑.๕	๕๑.๘	๕๑.๑	๔๐.๕	๓๕.๔	๔๐.๑
๒. บรรยากาศด้านสุขภาพในองค์กร	๗๖.๓	๘๗.๕	๘๘.๔	๘๔.๕	๘๑.๗	๘๖.๓	๘๐.๗	๘๑.๕
๓. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ	๗๔.๘	๗๘.๖	๗๗.๗	๗๑.๐	๗๑.๓	๘๑.๘	๗๕.๕	๗๖.๑
๔. วิธีการดำเนินชีวิตและทักษะด้านสุขภาพของบุคลากร	๔๐.๔	๕๐.๐	๔๓.๕	๓๕.๔	๔๒.๔	๔๗.๑	๔๐.๕	๔๘.๓
๕. บริการด้านสุขภาพอนามัย	๔๕.๖	๗๔.๖	๖๑.๑	๔๒.๔	๕๐.๔	๔๕.๔	๓๔.๘	๔๐.๓
๖. ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก	๖๕.๓	๑๐๐.๐	๘๒.๑	๗๒.๗	๘๐.๐	๘๑.๕	๗๓.๕	๗๔.๕

ตารางที่ ๒ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามระดับคะแนนและประเภทองค์กร

ระดับการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพ (คะแนน)	ประเภทองค์กร							
	อบจ.	ทน.	ทม.	ทต.	อบต.ใหญ่	อบต.กลาง	อบต.เล็ก	รวม
	(๕๕ คน) จน.(ร้อยละ)	(๗ คน) จน.(ร้อยละ)	(๑๔ คน) จน.(ร้อยละ)	(๖๖ คน) จน.(ร้อยละ)	(๑๕ คน) จน.(ร้อยละ)	(๘๔ คน) จน.(ร้อยละ)	(๒๘๗ คน) จน.(ร้อยละ)	(๕๓๒ คน) จน.(ร้อยละ)
สูง (๓๒-๔๕)	๑๕ (๓๒.๒)	๔ (๕๗.๑)	๖ (๔๒.๕)	๑๗ (๒๕.๘)	๗ (๔๖.๗)	๒๗ (๓๒.๑)	๖๐ (๒๐.๕)	๑๔๐ (๒๖.๓)
ปานกลาง (๑๘-๓๑)	๒๖ (๔๔.๑)	๒ (๒๘.๖)	๘ (๕๗.๑)	๓๖ (๕๔.๕)	๕ (๓๓.๓)	๔๘ (๕๗.๑)	๑๖๕ (๕๗.๕)	๒๕๐ (๕๔.๕)
ต่ำ (๔-๑๗)	๑๔ (๒๗.๗)	๑ (๑๔.๓)	๐ (๐)	๑๓ (๑๙.๗)	๓ (๒๐.๐)	๕ (๖.๐)	๖๒ (๒๑.๖)	๑๐๒ (๑๙.๒)

ขาดงบประมาณมากที่สุด. ปัญหาอื่น ๆ ที่พบมากที่สุด คือ ประชาชนไม่สนใจเรื่องสุขภาพร้อยละ ๒๗.๖ ซึ่งอปท.ได้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาได้แก่ จัดให้มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพิ่มร้อยละ ๒๑.๐, ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและผู้นำชุมชนร้อยละ ๒๐. หน่วยงานหลักควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมร้อยละ ๑๗.๑, ฝึกอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ของท้องถิ่นร้อยละ ๑๕.๒ และกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกันให้ชัดเจนโดยมีการประสานงานและร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร้อยละ ๑๔.๓.

วิจารณ์

เนื่องจากโครงสร้างขององค์กร ทำให้อปท.ส่วนใหญ่ไม่มี กอง/ส่วนสาธารณสุข ยกเว้นเทศบาลนครและเทศบาลเมือง.

อปท.ส่วนใหญ่มีส่วนราชการหลัก ๓ ส่วน ได้แก่ สำนักงานปลัด, กอง/ส่วนการคลัง, และกอง/ส่วนโยธา. ภารกิจงานส่วนใหญ่ จึงเป็นภารกิจงานของโครงสร้างหลัก การดำเนินงานตามภารกิจที่รับถ่ายโอนด้านสุขภาพยังมีข้อจำกัดหลายด้าน ทั้งในด้านนโยบายหลัก, บุคลากรที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขโดยตรงในองค์กร, งบประมาณ, องค์กรความรู้ รวมทั้งความไม่ชัดเจนในแนวทางการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพของทั้งหน่วยงานหลัก, ผู้ถ่ายโอน และอปท.ผู้รับถ่ายโอน. จากผลการศึกษาแสดงว่า อปท.มีความตื่นตัวต่อภารกิจด้านสุขภาพที่ได้รับถ่ายโอน เห็นได้ชัดจากในปีงบประมาณที่ผ่านมา อปท.ส่วนใหญ่มีรายจ่ายในการจัดทำแผนงาน/โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรเอง และมีรายจ่ายในการสนับสนุนงบประมาณ/วัสดุอุปกรณ์ ฯลฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้



ตารางที่ ๓ ความต้องการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำแนกตามประเด็นที่ต้องการการสนับสนุน

หน่วยงาน	ประเด็นที่อปท.ต้องการการสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า ๑ ประเด็น) (ค่าร้อยละ)					
	งบประมาณ	วัสดุอุปกรณ์	องค์ความรู้	สื่อต่าง ๆ	ด้านอื่น ๆ	ภาพรวม
สสส.	๘๑.๒	๕๕.๒	๕๖.๒	๕๔.๐	๔.๐	๕๔.๐
สปสช.	๗๕.๘	๓๘.๒	๔๘.๑	๓๕.๕	๒.๕	๕๑.๐
สสจ.	๖๐.๑	๓๕.๑	๖๑.๓	๔๖.๐	๖.๕	๘๕.๕
สสอ.	๕๑.๖	๓๔.๒	๕๖.๗	๔๐.๘	๑๖.๑	๗๖.๕
โรงพยาบาล	๓๓.๐	๒๕.๖	๕๘.๘	๓๗.๔	๒๗.๘	๗๒.๕
สถานีอนามัย	๐.๐	๓๓.๔	๕๕.๓	๓๖.๕	๒๕.๔	๕๕.๑
โรงเรียน	๐.๐	๓๑.๕	๕๐.๐	๓๔.๑	๓๔.๖	๓๔.๒

ตารางที่ ๔ ระดับความสำคัญของปัญหา/อุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพของอปท.

ปัญหา	คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละของระดับความสำคัญ			
			น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
๑. กระบวนการในการออกข้อบัญญัติ / เทศบัญญัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๑๖๕	๒.๑๕	๒๕.๒	๔๑.๗	๒๒.๐	๑๑.๑
๒. บุคลากรในองค์กรที่รับผิดชอบการดำเนินงานสาธารณสุขโดยตรง	๑๓๗๐	๒.๕๘	๒๒.๒	๒๗.๑	๒๑.๘	๒๘.๕
๓. งบประมาณในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	๑๓๓๘	๒.๕๒	๑๓.๕	๓๗.๒	๓๒.๓	๑๖.๕
๔. องค์ความรู้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ	๑๓๓๖	๒.๕๑	๕.๘	๔๒.๑	๓๕.๓	๑๒.๘
๕. การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสร้างเสริมสุขภาพ	๑๒๔๕	๒.๓๔	๑๓.๐	๔๗.๐	๓๓.๑	๗.๐
๖. การฝึกอบรมเกี่ยวกับงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ	๑๒๘๐	๒.๔๑	๑๕.๒	๔๐.๒	๓๓.๓	๑๑.๓
๗. สื่อด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๒๔๘	๒.๓๕	๑๓.๒	๔๖.๒	๓๓.๕	๗.๑
๘. ความร่วมมือจากบุคลากรในองค์กร	๑๑๒๖	๒.๑๒	๒๖.๕	๔๐.๘	๒๖.๑	๖.๒
๙. ความร่วมมือจากกลุ่ม อสม.	๑๑๑๖	๒.๑๐	๒๖.๕	๔๓.๘	๒๒.๐	๗.๓
๑๐. ความร่วมมือจากประชาชน	๑๑๘๕	๒.๒๓	๒๐.๓	๔๔.๕	๒๗.๓	๗.๕
๑๑. ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	๑๑๐๕	๒.๐๘	๓๒.๕	๓๕.๕	๒๒.๕	๕.๐
๑๒. ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ	๑๑๔๓	๒.๑๕	๒๓.๕	๔๔.๒	๒๖.๓	๖.๐
๑๓. ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด	๑๑๕๕	๒.๑๘	๒๑.๖	๔๕.๑	๒๗.๑	๖.๒
๑๔. ความร่วมมือจากโรงเรียน	๑๐๕๕	๒.๐๗	๒๕.๓	๔๑.๗	๒๒.๐	๗.๐

หน่วยงานอื่นเป็นอย่างมาก, แต่การประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและนำมาปรับปรุงแก้ไขยังมีน้อยเพียงร้อยละ ๓๘.๙, การกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรมีเพียงร้อยละ ๔๐.๑, และยังพบว่าข้อความ/สาระสำคัญของนโยบายที่ระบุมาหั้นเป็นนโยบายจริงเพียงร้อยละ ๗.๕

ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จึงอาจส่งผลให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของประสิทธิ์สิทธิ์พันธ์ และคณะ^(๑๑) ที่กล่าวว่า การมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรเป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดทิศทางและสร้างเงื่อนไขให้สามารถทำงานได้. จากข้อจำกัดดังกล่าวจึงพบว่า

อปท.ส่วนใหญ่การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพยังอยู่ในระดับปานกลาง และมุ่งเน้นดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ด้านการให้บริการสาธารณสุขในชุมชนมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในองค์กรอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งหากอปท.เพิ่มการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพของบุคลากรในองค์กรตามยุทธศาสตร์ของกฎบัตรออกตาวา^(๒-๔) ควบคู่ไปด้วย จะนำไปสู่การเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งและเป็นตัวอย่างด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนในพื้นที่เสริมสุขภาพของบุคลากรในองค์กรอย่างเห็นได้ชัดซึ่งหากอปท.ด้านปัจจัยสนับสนุน อปท.ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านงบประมาณ อาจเนื่องจากการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น รัฐอุดหนุนงบประมาณเพื่อดำเนินงานทุกด้านตามอำนาจหน้าที่โดยมิได้ระบุเฉพาะเป็นงบด้านสุขภาพ เป็นการให้อิสระกับท้องถิ่นในการบริหารงบประมาณที่ได้รับภายใต้กรอบกฎหมาย นำไปบริหารจัดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งภารกิจด้านสุขภาพที่รับถ่ายโอนอปท.เองยังขาดองค์ความรู้จำเป็นต้องให้หน่วยงานหลักเป็นที่เลี้ยงด้านองค์ความรู้ ผลการศึกษาจึงพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่เคยได้รับการสนับสนุนด้านองค์ความรู้และสื่อต่าง ๆ นอกจากนี้ อปท.ยังต้องการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ถึงร้อยละ ๙๗.๙ แสดงให้เห็นว่าอปท.ส่วนใหญ่ยังขาดความพร้อมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน. สำหรับการสนับสนุนในด้านอื่น ๆ ส่วนใหญ่ต้องการความร่วมมือและการประสานงานมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพที่ผ่านมา การประสานงานยังไม่ดีเท่าที่ควร. การศึกษาของทงศ์ศักดิ์ มณีรัตน์^(๑๒) ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ พบว่าระดับของการประสานงานด้านสาธารณสุขของสถานีนอนมัยกับองค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับปานกลาง แม้จะมีแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ แล้วก็ตาม.

ปัญหา/อุปสรรค ได้แก่การไม่มีบุคลากรในองค์กรที่รับผิดชอบการดำเนินงานสาธารณสุขโดยตรง และการขาดองค์ความรู้สอดคล้องกับโครงสร้างของอปท.ที่ส่วนใหญ่ไม่มีโครงสร้างกอง/ส่วนสาธารณสุข จึงเป็นข้อจำกัดหลักที่ส่งผล

ให้องค์กรขาดนโยบายหรือมีนโยบายด้านสุขภาพที่ไม่ชัดเจนเพียงพอที่นำไปสู่การปฏิบัติ. ส่วนปัญหาการขาดงบประมาณในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่อบต.ขนาดเล็กมีงบประมาณน้อยเนื่องจากประชาน้อย จัดเก็บรายได้ได้น้อยมาก รวมทั้งสัดส่วนของอบต.ขนาดเล็กมีมากที่สุด. สำหรับปัญหาอื่นที่พบมากที่สุด คือ ประชาชนไม่สนใจเรื่องสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญประภาศิริโรจน์ และพิบูล นันทชัยพันธ์^(๑๓) ที่พบว่า ประชาชนยังเข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นการป้องกันไม่ให้ตนเองเป็นโรคและเป็นเรื่องของหมอหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะเห็นได้จากกิจกรรมการดูแลสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ จะขึ้นอยู่กับ การดำเนินการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนมาก.

แนวทางแก้ไขปัญหาที่อปท.เสนอมาพบว่าเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาของทั้ง ๓ องค์กรประกอบหลัก ได้แก่ ในส่วนของอปท.เอง, ในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุข และในส่วนของประชาชน ซึ่งถือเป็นไตรภาคีด้านสุขภาพ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของประสิทธิ์ ลีระพันธ์และรุจิราถ อรรถลิขิต^(๑๔) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือการใช้ไตรภาคีเป็นโครงสร้างหลักของคณะ กรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในทุกระดับ (จังหวัด อำเภอ และตำบล) ในการร่วมตัดสินใจและปฏิบัติการด้วยการกำหนดรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการเรียนรู้และพัฒนา ที่สอดคล้องกับสภาพและเงื่อนไขของแต่ละพื้นที่.

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการประสานเชิงนโยบายในระดับกระทรวง, วางหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการประเมินผลผ่านคณะกรรมการสุขภาพในพื้นที่ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล จัดทำนโยบายสร้างจิตสำนึกผ่านสื่อสารมวลชนให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ว่าสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของทุกคน. ในส่วนของอปท. ควรกำหนดให้มีโครงสร้างกอง/ส่วนสาธารณสุขและจัดทำข้อบัญญัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรให้เพียงพอ, จัดอบรมเพื่อเพิ่มวิสัยทัศน์ผู้บริหารให้เห็นความสำคัญด้านการสร้าง



เสริมสุขภาพ, สร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน, จัดทำเวทีประชาคมเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ. ส่วนหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขของอปท. ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาให้กับท้องถิ่นอย่างเข้มแข็งจริงจัง รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น.

การศึกษาครั้งนี้มีจุดอ่อนที่ไม่ได้ชี้ชัดว่าแต่ละองค์กรต้องมีประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพมากน้อยเพียงใด จึงจะถือว่าเป็นองค์กรที่มีการสร้างเสริมสุขภาพ. อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้อาจเป็นประโยชน์ในการใช้ประกอบการวางแผนสนับสนุน พัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น และการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อหาข้อมูลในแนวกว้างไม่เจาะลึก จึงควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเปรียบเทียบการดำเนินงานของอปท.แต่ละประเภท รวมทั้งศึกษาถึงบทบาทที่เป็นจริงและบทบาทที่คาดหวังในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในมุมมองของประชาชน.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ตอบแบบสอบถาม ได้กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้ทุนสนับสนุนการวิจัย (เลขที่ ๕๐-๐๐-๐๕๖๕).

เอกสารอ้างอิง

- วิพุธ พูลเจริญ. ร่างข้อเสนอระบบและกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในสังคมไทย. เอกสารประกอบการนำเสนอในเวทีขับเคลื่อนและร่วมเรียนรู้กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ วันที่ ๑-๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๐.
- กระทรวงสาธารณสุข, กองสุขภาพศึกษา. การส่งเสริมสุขภาพ [ออนไลน์]. ๒๕๕๐. [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๕๐] แหล่งที่มา : <http://www.thaihd.com/html/show.php?SID=115>
- สุรเกียรติ์ อชานานภาพ. วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพพระศดับนานาชาติ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, นวลอนันต์ ตันติเกตุ และคณะ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๑.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๕. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๘. นโยบายและแผนสาธารณสุข. ๔(๑-๒):๔๕-๖๐.
- สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๖, ตอนที่ ๑๔๔ ก. : พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒. (ลงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๒). ๒๕๔๒.
- Lemeshow S, Hosmer WD, Jr., Klar J, Lawanga Ks. Adequacy of sample size in health studies. Geneva: World Health Organization, 1990: 41-86.
- Sithisarankul P, Pungpeng T, Boonchoo S, Baikrai U. Healthy workplace indicators in Thailand. Asian - Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety. 2002; 9(3): 59-61.
- Sithisarankul P, Pungpeng T, Boonchoo S, Baikrai U. Healthy workplace indicators in Thailand : Phase 2 (A pilot study). จพสท ๒๕๔๖; ๘๖:๒๗๑-๘๓.
- อวยพร เรืองตระกูล. สถิติการศึกษาชั้นนำวิชา ๒๗๐๒๑๐๓ (เอกสารประกอบการสอน): ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๐. net/tambol/manage3.asp
- ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, เพ็ญประภา ศิริโรจน์, ลักขณา เดิมศิริกุลชัย, ทวีวรรณ ลีระพันธ์, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์. วิเคราะห์องค์การส่งเสริมสุขภาพดีเด่น : บทเรียนเพื่อการพัฒนา [ออนไลน์]. ๒๕๕๐. [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๕๐] แหล่งที่มา : <http://library.hsri.or.th/th/index.php>
- ทองศักดิ์ มณีรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการประสานงานด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยกับองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๔๕.
- เพ็ญประภา ศิริโรจน์, พิฑูรย์ นันทชัยพันธ์. กลไกสุขภาพภาคประชาชนกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในภาคเหนือ [ออนไลน์]. ๒๕๕๐. [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๐] แหล่งที่มา : <http://library.hsri.or.th/abs/res/hs1163t.doc>
- ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, รุจิณา อรรถสิษฐ์. สถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น : กรณีศึกษาจากการพัฒนานำร่องรูปแบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ต [ออนไลน์]. ๒๕๕๐. [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๕๐] แหล่งที่มา : <http://library.hsri.or.th/abs/res/hs1253t.doc>

อัตราการคงอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของศิษย์เก่า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พิศาล ไม่เรียง*

อนงค์ศรี ขอสอน*

อภิธา รุณวาทย์*

บุศยศรี ศรีบุศยกุล*

ปราณี คำมา*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอัตราการคงอยู่ของศิษย์เก่าแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภายหลังการخذใช้ทุน. ประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นศิษย์เก่าที่จบการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ ๑-๒๒. การสำรวจรวบรวมข้อมูลรายชื่อศิษย์เก่าได้จากสมาคมศิษย์เก่าและงานบริการการศึกษา. การตรวจสอบรายชื่อและสถานปฏิบัติงานได้จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข. การค้นหาที่อยู่ศิษย์เก่าที่ไม่ทราบสังกัดเพิ่มเติมโดยนำรายชื่อไปค้นหาเบอร์โทรศัพท์ แล้วจึงสอบถามที่อยู่ศิษย์เก่า. นอกจากนี้ยังได้ค้นเพิ่มเติมจากการสอบถามตัวแทนศิษย์เก่าแต่ละรุ่นและคณาจารย์ที่ไปเยี่ยมศิษย์เก่า ณ สถานที่ปฏิบัติงานได้ช่วยตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม จนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ.

ผลการศึกษา พบว่า

๑. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีศิษย์เก่าคงอยู่ในพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ ๑๐ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายร้อยละ ๑๐ จากระบบรับตรงเข้าศึกษา ร้อยละ ๖๐.

๒. แพทย์ศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยขอนแก่นกระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ ๑๐, รองลงมาเป็นกรุงเทพมหานครร้อยละ ๑๑.๖๕. เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๕ พบว่าอัตราการคงอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดลงร้อยละ ๑, ขณะที่จำนวนที่เข้าไปอยู่ในกรุงเทพมหานคร เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๘๕.

๓. ศิษย์เก่าไปอยู่ในสังกัดโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มากกว่าที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน.

๔. ศิษย์เก่าที่ปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสังกัดโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ ๒๖.๘๘, รองลงมาสังกัดโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ ๒๕.๔๘, และสังกัดโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ ๑.๔๖.

๕. โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบททุกรุ่นสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ถึงร้อยละ ๒๘.๖๖ และร้อยละ ๒๑.๖๓.

๖. แนวโน้มการคงอยู่ของศิษย์เก่าในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉลี่ยร้อยละ ๑๐ สูงกว่าเป้าหมายร้อยละ ๖๐, มีทั้งหมด ๑๘ รุ่นจากทั้งหมด ๒๒ รุ่น. รุ่นที่มีการคงอยู่มากที่สุดคือรุ่นที่ ๒๐ ร้อยละ ๘๒.๔๕, รองลงมาคือรุ่นที่ ๑๖ ร้อยละ ๘๐, รุ่นที่ ๒๑ ร้อยละ ๘๘.๖๖ ตามลำดับ. มีเพียง ๓ รุ่นที่มีการคงอยู่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ คือ รุ่นที่ ๒ ร้อยละ ๕๔.๕๕, รุ่นที่ ๕ ร้อยละ ๕๑.๑๖, และรุ่นที่ ๖ ร้อยละ ๔๘.๑๘.

จากผลการศึกษาดังกล่าว ศิษย์เก่าแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นยังคงดำรงชีวิตอยู่ในชนบทเพื่อชาวชนบทได้ตามเจตนารมณ์และปรัชญาของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตทั้ง ๓ หลักสูตรที่เริ่มเปิดสอนมา. การปรับปรุงหลักสูตรทุกหลักสูตรยังคงเน้นการผลิตแพทย์ที่สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน, มีเจตคติที่ดีในการให้บริการและปฏิบัติงานทางการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชน, ซึ่งทั้งหมดนี้สอดคล้องกับปณิธานของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ตั้งไว้แต่ต้น และได้สนองตอบความต้องการของสังคมได้เป็นอย่างดี.

คำสำคัญ: การกระจายแพทย์, การคงอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ผลผลิต โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น



Abstract Retention Rate of Medical Graduates of Khon Kaen University in Northeastern Part
Pisaln Mairieng*, Anongsri Ngoson*, Apida Runvat*, Bussayasri Sribussayakul*, Pranee Kumma*
**Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen Province, Thailand*

The survey research was aimed at determining the retention rate of medical graduates of Khon Kaen University in Northeastern Part, after their compulsory three-year bonded period. The population under study were physicians who graduated from Khon Kaen medical school during the period 1979-2000. The list of alumni was collected from the Alumni Association and Medical Education section. The list of alumni and their workplaces was investigated from Provincial Health Offices and the GIS of the Ministry of Public Health. The incomplete list of alumni and their workplaces was investigated by searching telephone numbers and asking questions of the alumni deputy. The list of alumni was verified by teachers who had to visit the alumni at their workplaces. The data were analyzed using percentages. The research findings were as follows:

1. The medical graduates remaining in the Northeast (70%) was higher than the quota rate (60%) by 10 percent.
2. The distribution of alumni was as follows: in the Northeast 70 percent and in Bangkok 11.65 percent. Compared with findings in 1992, the distribution in the Northeast decreased by 3 percent whereas in Bangkok it increased by 1.85 percent.
3. The alumni were stationed in large hospital (51%) more than community hospitals (49%).
4. The alumni in the Northeast worked at community hospitals 26.88 percent, regional hospitals 25.48 percent and private hospital 3.46 percent.
5. The production of the Collaborative Project to increase the production of rural doctors (CPIRD) was higher than the target by 29.66 percent for 1999 graduates and by 21.63 percent for 2000 graduates.
6. The retention rate in the Northeast (70%) was higher than the target (60%); 19 years out of 22 years had higher than quota rate. The three highest retention rates were 1998 graduates (92.45%), 1994 graduates (92.45%), and 1999 graduates (92.45%) respectively. The three lower rates were 1983 graduates (48.78%), 1982 graduates (51.16%), and 1979 graduates (54.55%) respectively.

Medical graduates from Khon Kaen University were retained in the community. The retention rate was in line with the intention and philosophy of three medical curricula, which emphasize that medical doctors should improve the public health of the community, have a positive attitude toward serving and working with others in the health team. The research findings confirmed the objective of the Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

Key words: *distribution of physicians, retention rate in the Northeast, production of CPIRD*

ภูมิหลังและเหตุผล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๕ จากปัญหาขาดแคลนแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, เริ่มเปิดรับนักศึกษาใน พ.ศ. ๒๕๑๖ ผลิตบัณฑิตแพทย์จนถึงปัจจุบัน ๒๙ รุ่น จำนวน ๒,๘๑๒ คน. อัตราการรับนักเรียนเข้าศึกษาตามแผนการผลิตแพทย์ในแผนพัฒนาประเทศเป็นระยะ. ในช่วง ๑๐ ปีแรก รับนักเรียนจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือเฉลี่ยปีละ ๓๕ คน, รับจากส่วนกลางเฉลี่ยปีละ ๒๓ คน. ช่วง ๑๐ ปีที่ ๒ อัตราการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้น รับนักเรียนจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เฉลี่ยปีละ ๕๘ คน, รับจากส่วนกลาง เฉลี่ยปีละ ๓๘ คน, และช่วง ๖ ปีถัดมา คณะฯได้ผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นอีกตามโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทของกระทรวงสาธารณสุข โดยรับนักเรียนจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ ๑๑๒ คน, รับจากส่วนกลาง เฉลี่ยปีละ ๓๘ คนเท่าเดิม. จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๘ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำสุด ๑:๗,๔๖๖ คน ในขณะที่ในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงสุด คือ แพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๘๗๙ คน, ผู้วิจัยจึงสนใจทำการสำรวจการกระจายแพทย์ตามแผนพัฒนาประเทศ และการ

บรรลุปเป้าหมายในการผลิตแพทย์ ตามปณิธานของคณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นเชิงสำรวจ ประชากรเป็นศิษย์เก่าแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รุ่นที่ ๑-๒๒ (พ.ศ. ๒๕๑๖-๒๕๓๗) มี จำนวนศิษย์เก่าทั้งหมด ๑,๗๖๑ คน. ระยะเวลาที่ศึกษา มีถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๐- มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๑.

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำรวจรายชื่อศิษย์เก่าจาก สมาคมศิษย์เก่าและงานบริการการศึกษา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ตรวจสอบรายชื่อและสถานปฏิบัติงาน จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและจากฐานข้อมูล ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) กระทรวงสาธารณสุข.^(๒) และ ค้นหาที่อยู่ศิษย์เก่าที่ไม่ทราบสังกัดเพิ่มเติมโดยนำรายชื่อไป ค้นหาเบอร์โทรศัพท์ แล้วจึงสอบถามที่อยู่ศิษย์เก่า. นอกจากนี้ ยังได้ค้นหาเพิ่มเติมจากการสอบถามตัวแทนศิษย์เก่าแต่ละรุ่น และคณาจารย์ที่ไปเยี่ยมศิษย์เก่า ณ สถานที่ปฏิบัติงานได้ช่วย ตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม จนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด.

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการแจกแจงความถี่ และหาค่า ร้อยละ.

ตารางที่ ๑ จำนวนศิษย์เก่า จำแนกตามเพศ

รุ่น	ปีที่รับเข้า	ชาย		หญิง		รวม
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	
๑	๒๕๑๖	๘	๕๐.๐๐	๘	๕๐.๐๐	๑๖
๒	๒๕๑๗	๓๑	๗๕.๕๕	๘	๒๐.๕๑	๓๙
๓	๒๕๑๘	๒๕	๖๒.๕๐	๑๕	๓๗.๕๐	๔๐
๔	๒๕๑๙	๓๕	๘๖.๓๐	๕	๑๒.๕๐	๔๐
๕	๒๕๒๐	๓๓	๘๒.๕๐	๗	๑๗.๕๐	๔๐
๖	๒๕๒๑	๓๔	๘๕.๐๐	๖	๑๕.๐๐	๔๐
๗	๒๕๒๒	๔๔	๖๖.๖๖	๒๒	๓๓.๓๓	๖๖
๘	๒๕๒๓	๕๔	๖๗.๕๐	๒๖	๓๒.๕๐	๘๐
๙	๒๕๒๔	๔๘	๖๐.๐๐	๓๒	๔๐.๐๐	๘๐
๑๐	๒๕๒๕	๕๘	๖๕.๘๘	๓๑	๓๘.๖๖	๘๙
๑๑	๒๕๒๖	๖๒	๖๔.๕๘	๓๔	๓๕.๔๒	๙๖
๑๒	๒๕๒๗	๖๒	๖๘.๘๙	๒๘	๓๑.๑๑	๙๐
๑๓	๒๕๒๘	๖๔	๖๔.๖๕	๓๕	๓๕.๓๕	๙๙
๑๔	๒๕๒๙	๕๐	๕๕.๕๕	๓๙	๔๒.๕๕	๘๙
๑๕	๒๕๓๐	๗๒	๗๐.๕๙	๓๐	๒๙.๔๑	๑๐๒
๑๖	๒๕๓๑	๖๑	๖๐.๔๐	๔๐	๓๙.๖๐	๑๐๑
๑๗	๒๕๓๒	๕๕	๕๓.๙๒	๔๗	๔๖.๐๘	๑๐๒
๑๘	๒๕๓๓	๔๖	๔๕.๔๖	๕๓	๕๑.๕๔	๙๙
๑๙	๒๕๓๔	๔๔	๔๕.๓๖	๕๓	๕๔.๖๔	๙๗
๒๐	๒๕๓๕	๔๖	๔๔.๖๖	๕๗	๕๕.๓๓	๑๐๓
๒๑	๒๕๓๖	๔๔	๓๓.๐๘	๘๕	๖๖.๙๒	๑๒๙
๒๒	๒๕๓๗	๓๗	๓๓.๕๔	๗๒	๖๖.๔๖	๑๐๙
	รวม	๑,๐๑๗	๕๗.๗๕	๗๔๔	๔๒.๒๕	๑,๗๖๑



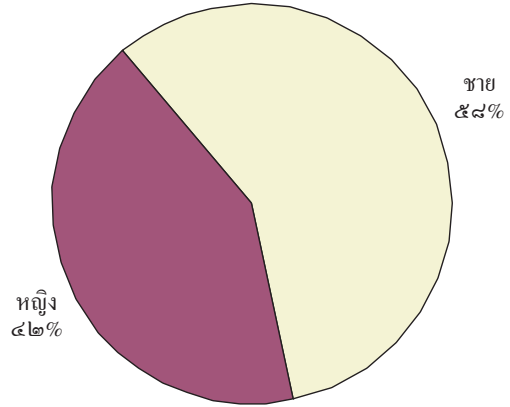
ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของศิษย์เก่า

ศิษย์เก่าที่มีจำนวนทั้งหมด ๑,๗๖๑ คน เป็นชายร้อยละ ๕๗.๗๕ และเป็นหญิงร้อยละ ๔๒.๒๕ (ตารางที่ ๑ และรูปที่ ๑).

การกระจายตัวของของศิษย์เก่าในภูมิภาคต่าง ๆ

ศิษย์เก่าแพทย์ รุ่นที่ ๑ - ๒๒ เข้าศึกษา พ.ศ. ๒๕๑๖-๒๕๓๗ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑,๗๖๑ คน, สามารถติดตามทราบสังกัดและที่อยู่แน่นอน ๑,๑๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๓๗,



รูปที่ ๑ สัดส่วนของศิษย์เก่าจำแนกตามเพศ

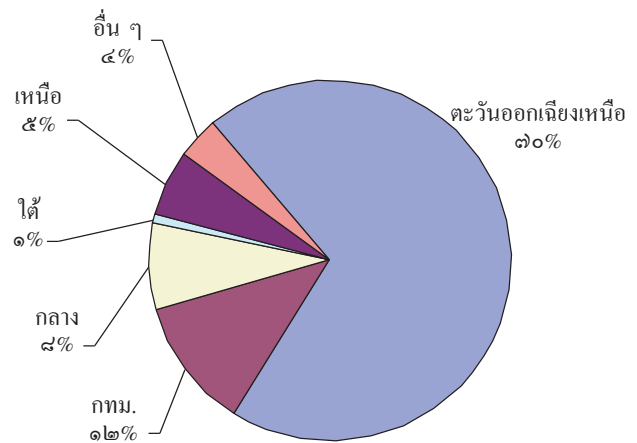
ตารางที่ ๒ จำนวนศิษย์เก่าที่ปฏิบัติงานในภูมิภาคต่าง ๆ

รุ่น	ปีที่รับเข้า	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กทม.	ภูมิภาคอื่น ๆ					รวม
				กลาง	ใต้	เหนือ	อื่น ๆ	รวม	
๑	๒๕๑๖	๑๑	๒	๑	๐	๐	๐	๑	๑๔
๒	๒๕๑๗	๑๘	๖	๖	๒	๑	๐	๕	๓๓
๓	๒๕๑๘	๒๑	๗	๐	๑	๑	๓	๕	๓๓
๔	๒๕๑๙	๒๕	๖	๑	๐	๒	๓	๖	๓๗
๕	๒๕๒๐	๒๒	๕	๘	๒	๔	๒	๑๖	๔๓
๖	๒๕๒๑	๒๐	๗	๖	๑	๔	๓	๑๔	๔๑
๗	๒๕๒๒	๒๖	๕	๒	๐	๓	๑	๖	๔๑
๘	๒๕๒๓	๒๙	๖	๔	๑	๔	๓	๑๒	๔๗
๙	๒๕๒๔	๓๒	๕	๓	๐	๓	๓	๙	๔๖
๑๐	๒๕๒๕	๓๙	๗	๔	๑	๑	๒	๘	๕๔
๑๑	๒๕๒๖	๔๖	๑๐	๖	๑	๔	๑	๑๒	๖๘
๑๒	๒๕๒๗	๔๙	๑๑	๕	๐	๓	๑	๙	๖๙
๑๓	๒๕๒๘	๖๒	๑๑	๙	๐	๔	๕	๑๘	๙๑
๑๔	๒๕๒๙	๓๕	๗	๕	๑	๒	๓	๑๑	๕๓
๑๕	๒๕๓๐	๕๔	๙	๖	๐	๖	๕	๑๗	๘๐
๑๖	๒๕๓๑	๔๕	๒	๓	๐	๐	๐	๓	๕๐
๑๗	๒๕๓๒	๔๑	๙	๒	๐	๕	๓	๑๐	๖๐
๑๘	๒๕๓๓	๓๔	๖	๗	๐	๔	๒	๑๓	๕๓
๑๙	๒๕๓๔	๓๑	๔	๓	๐	๔	๑	๘	๔๓
๒๐	๒๕๓๕	๔๙	๑	๑	๐	๑	๑	๓	๕๓
๒๑	๒๕๓๖	๕๒	๐	๓	๐	๓	๐	๖	๕๘
๒๒	๒๕๓๗	๔๐	๐	๓	๐	๔	๒	๙	๔๙
รวม		๗๘๑	๑๓๐	๘๘	๑๐	๖๓	๔๔	๒๐๕	๑,๑๑๖
ร้อยละ		๖๙.๙๘	๑๑.๖๕	๗.๘๙	๐.๙๐	๕.๖๕	๓.๙๔	๑๘.๓๗	๑๐๐

โดยมีศิษย์เก่าที่ทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ ๗๐, กรุงเทพมหานครร้อยละ ๑๑.๖๕, ภาคกลางร้อยละ ๗.๘๙, ภาคใต้ ร้อยละ ๐.๙๐, ภาคเหนือร้อยละ ๕.๖๕, และภาคอื่นๆ ร้อยละ ๓.๙๔ (ตารางที่ ๒ และรูปที่ ๒).

อัตราการคงอยู่ของศิษย์เก่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

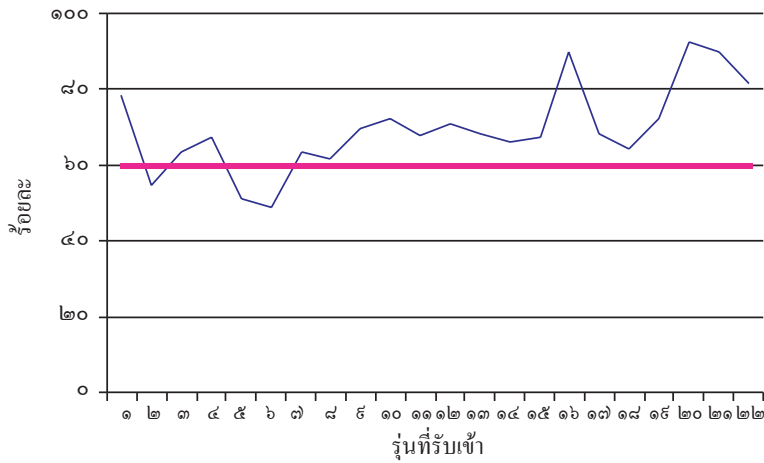
ศิษย์เก่าที่ยังคงอยู่ปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ มีทั้งหมด ๑๙ รุ่นจากทั้งหมด ๒๒ รุ่น. รุ่นที่คงอยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดคือรุ่นที่ ๒๐ ร้อยละ ๙๒.๔๕, รองลงมาคือ รุ่นที่ ๑๖ ร้อยละ ๙๐, รุ่นที่ ๒๑ ร้อยละ ๘๙.๖๖ ตามลำดับ. รุ่นที่มีการคงอยู่ต่ำกว่า



รูปที่ ๒ สัดส่วนศิษย์เก่าที่ปฏิบัติงานในภูมิภาคต่าง ๆ

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบการคงอยู่ของศิษย์เก่าในภูมิภาคและนอกภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รุ่น	ปีที่รับเข้า	จำนวนศิษย์เก่า ที่ทราบสังกัด	การคงอยู่ในภาค		การคงอยู่นอกภาค	
			คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
๑	๒๕๑๖	๑๔	๑๑	๗๘.๕๗	๓	๒๑.๔๓
๒	๒๕๑๗	๓๓	๑๘	๕๔.๕๕	๑๕	๔๕.๔๕
๓	๒๕๑๘	๓๓	๒๑	๖๓.๖๔	๑๒	๓๖.๓๖
๔	๒๕๑๙	๓๗	๒๕	๖๗.๕๗	๑๒	๓๒.๔๓
๕	๒๕๒๐	๔๓	๒๒	๕๑.๑๖	๒๑	๔๘.๘๔
๖	๒๕๒๑	๔๑	๒๐	๔๘.๗๘	๒๑	๕๑.๒๒
๗	๒๕๒๒	๔๑	๒๖	๖๓.๔๑	๑๕	๓๖.๕๙
๘	๒๕๒๓	๔๗	๒๙	๖๑.๗๐	๑๘	๓๘.๓๐
๙	๒๕๒๔	๔๖	๓๒	๖๙.๕๗	๑๔	๓๐.๔๓
๑๐	๒๕๒๕	๕๔	๓๙	๗๒.๒๒	๑๕	๒๗.๗๘
๑๑	๒๕๒๖	๖๘	๔๖	๖๗.๖๕	๒๒	๓๒.๓๕
๑๒	๒๕๒๗	๖๙	๔๙	๗๑.๐๑	๒๐	๒๘.๙๙
๑๓	๒๕๒๘	๙๑	๖๒	๖๘.๑๓	๒๙	๓๑.๘๗
๑๔	๒๕๒๙	๕๓	๓๕	๖๖.๐๔	๑๘	๓๓.๙๖
๑๕	๒๕๓๐	๘๐	๕๔	๖๗.๕๐	๒๖	๓๒.๕๐
๑๖	๒๕๓๑	๕๐	๔๕	๙๐.๐๐	๕	๑๐.๐๐
๑๗	๒๕๓๒	๖๐	๔๑	๖๘.๓๓	๑๙	๓๑.๖๗
๑๘	๒๕๓๓	๕๓	๓๔	๖๔.๑๕	๑๙	๓๕.๘๕
๑๙	๒๕๓๔	๔๓	๓๑	๗๒.๐๙	๑๒	๒๗.๙๑
๒๐	๒๕๓๕	๕๓	๔๙	๙๒.๔๕	๔	๗.๕๕
๒๑	๒๕๓๖	๕๘	๕๒	๘๙.๖๖	๖	๑๐.๓๔
๒๒	๒๕๓๗	๔๙	๔๐	๘๑.๖๓	๙	๑๘.๓๗
รวม		๑,๑๑๖	๗๘๑	๗๐.๐	๓๓๕	๓๐.๐๖



รูปที่ ๓ สัดส่วนของศิษย์เก่าที่ปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ ๔ ประเภทสถานที่ปฏิบัติงานของศิษย์เก่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รุ่น	ปีที่รับเข้า	รพม.	รพศ.	รพ./สถานพยาบาลที่อยู่ในชุมชน				รพ.เอกชน	ส่วนตัว	อื่น ๆ	รวม
				รพช.	รพท.	รพร.	รวม				
๑	๒๕๑๖	๖	๒	๒	๐	๐	๒	๐	๐	๑	๑๑
๒	๒๕๑๗	๕	๒	๓	๔	๑	๘	๑	๐	๒	๑๘
๓	๒๕๑๘	๘	๓	๕	๒	๐	๑๖	๒	๐	๑	๒๑
๔	๒๕๑๙	๘	๔	๖	๓	๑	๑๐	๐	๑	๒	๒๕
๕	๒๕๒๐	๖	๕	๕	๒	๐	๑๖	๓	๐	๑	๒๒
๖	๒๕๒๑	๙	๔	๒	๒	๐	๔	๐	๑	๒	๒๐
๗	๒๕๒๒	๕	๖	๑	๑๐	๑	๑๖	๑	๐	๒	๒๖
๘	๒๕๒๓	๑	๖	๘	๙	๑	๑๘	๑	๐	๒	๒๙
๙	๒๕๒๔	๓	๑๒	๖	๘	๑	๑๕	๐	๑	๑	๓๒
๑๐	๒๕๒๕	๙	๑๐	๖	๖	๑	๑๓	๕	๐	๒	๓๙
๑๑	๒๕๒๖	๑๔	๙	๘	๖	๑	๑๖	๕	๑	๑	๔๖
๑๒	๒๕๒๗	๑๕	๑๖	๔	๑๐	๐	๑๔	๑	๐	๒	๔๙
๑๓	๒๕๒๘	๑๔	๒๙	๑๑	๓	๐	๑๘	๒	๐	๓	๖๒
๑๔	๒๕๒๙	๙	๘	๕	๑๐	๐	๑๕	๐	๑	๒	๓๕
๑๕	๒๕๓๐	๙	๑๐	๑๑	๑๓	๓	๒๖	๕	๑	๒	๕๔
๑๖	๒๕๓๑	๑๐	๑๐	๑๕	๘	๑	๒๔	๐	๐	๑	๔๕
๑๗	๒๕๓๒	๕	๑๑	๑๙	๓	๒	๒๔	๐	๐	๑	๔๑
๑๘	๒๕๓๓	๓	๘	๑๖	๔	๑	๒๒	๐	๑	๐	๓๔
๑๙	๒๕๓๔	๔	๖	๖	๑๒	๑	๒๐	๐	๐	๐	๓๑
๒๐	๒๕๓๕	๘	๑๒	๑๕	๑๐	๑	๒๖	๐	๑	๒	๔๙
๒๑	๒๕๓๖	๖	๑๓	๒๔	๘	๑	๓๓	๐	๐	๐	๕๒
๒๒	๒๕๓๗	๑๐	๑๐	๑๒	๖	๑	๓๐	๑	๐	๐	๔๐
รวม		๑๖๗	๑๙๙	๑๙๒	๑๔๐	๑๘	๓๕๐	๒๗	๘	๓๐	๗๘๑
ร้อยละ		๒๑.๓๘	๒๕.๔๘	๒๔.๕๘	๑๗.๙๓	๒.๓๐	๔๔.๘๑	๓.๔๖	๑.๐๒	๓.๘๔	๑๐๐

รพม. หมายถึง โรงพยาบาลที่สังกัดมหาวิทยาลัย
 รพท. หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป

รพศ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์
 รพร. หมายถึง โรงพยาบาลพระยุพราช

รพช. หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน

ร้อยละ ๖๐ คือ รุ่นที่ ๒ ร้อยละ ๕๔.๕๕, รุ่นที่ ๕ ร้อยละ ๕๑.๑๖, และรุ่นที่ ๖ ร้อยละ ๔๘.๗๘ (ดังตารางที่ ๓ และรูปที่ ๓).

สถานที่ปฏิบัติงานของศิษย์เก่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ศิษย์เก่าที่ยังคงอยู่ปฏิบัติงานในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ ๒๑.๓๘, สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ ๒๕.๔๘, สังกัดโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ ๒๔.๕๘, สังกัดโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๑๗.๙๓, สังกัดโรงพยาบาลพระยุพราชร้อยละ ๒.๓๐, สังกัดโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ ๓.๔๖, ประกอบอาชีพส่วนตัวร้อยละ ๑.๐๒, และอื่น ๆ อีกร้อยละ ๓.๘๔ (ดังตารางที่ ๔ และรูป

ที่ ๔).

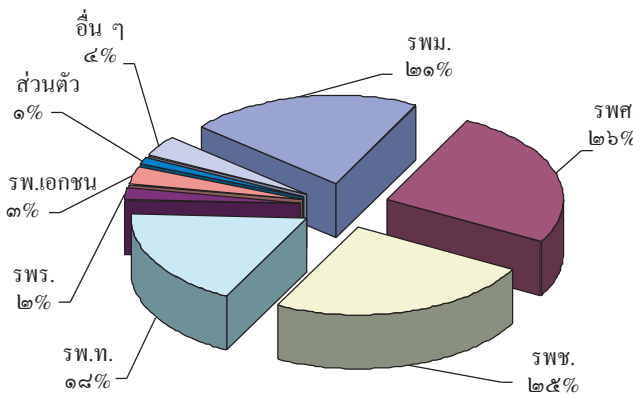
จากตารางที่ ๔ ศิษย์เก่าที่สังกัดโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์) คิดเป็นร้อยละ ๓๒ และโรงพยาบาลที่อยู่ในชุมชน (โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลพระยุพราช และศูนย์อนามัย) คิดเป็นร้อยละ ๖๘. เมื่อเปรียบเทียบขนาดโรงพยาบาลที่ศิษย์เก่าสังกัดพบว่าใกล้เคียงกัน ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ คือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ ๕๑ กับโรงพยาบาลที่อยู่ในชุมชน คือโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป, สถานพยาบาลอื่น ๆ ร้อยละ ๔๙ (รูปที่ ๕)

วิจารณ์

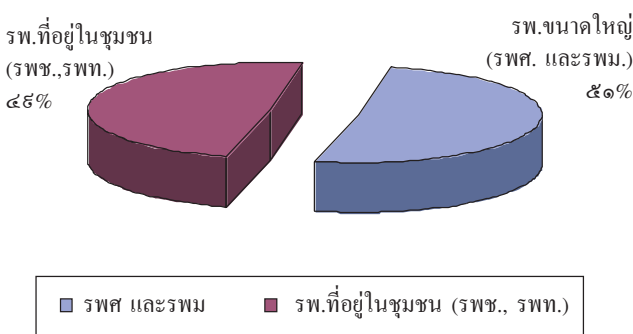
ผลผลิตของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วง ๒๒ ปีตั้งแต่ก่อตั้งเป็นไปตามปณิธานของคณะฯ “ผลิตบัณฑิตสาขาแพทยศาสตร์ โดยเน้นด้านเวชปฏิบัติทั่วไปและสุขภาพชุมชน เพื่อแก้ปัญหาคาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นศูนย์กลางความร่วมมือในการค้นคว้า วิจัยปัญหาด้านสุขภาพ” และสอดคล้องกับปรัชญาของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตทั้ง ๓ หลักสูตรที่เริ่มเปิดสอนตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๖ เป็นต้นมา, ซึ่งทุกหลักสูตรเน้นการผลิตแพทย์เพื่อออกไปทำงานในชุมชนและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชนเป็นหลัก.

การรับนักเรียนจากภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือเข้าศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในระบบรับตรง (โควตา) ร้อยละ ๖๐ และคาดการณ์ว่าจะมีศิษย์เก่าไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ยังคงอยู่ปฏิบัติงานเพื่อชาวชนบท. จากการศึกษาพบว่ากลยุทธ์ดังกล่าวมีผลโดยตรงทำให้ศิษย์เก่าส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๗๐ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐.

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการคงอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของศิษย์เก่าแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงเวลา ๑๕ ปี มีอัตราการคงอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดลงร้อยละ ๓ ขณะที่อัตราการคงอยู่ในกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ



รูปที่ ๔ สัดส่วนของศิษย์เก่าที่ปฏิบัติงานตามสถานพยาบาลที่สังกัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



รูปที่ ๕ สัดส่วนของศิษย์เก่าที่สังกัดรพ.กระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบระหว่างรพ.ขนาดใหญ่กับรพ.ที่อยู่ในชุมชน



๑.๘๕.

ผลผลิตแพทย์โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เกินเป้าหมายที่วางไว้ร้อยละ ๒๙.๖๖ และร้อยละ ๒๑.๖๓.

อย่างไรก็ตาม การสำรวจข้อมูลในครั้งนี้ มีข้อจำกัดด้านการย้ายที่อยู่ของศิษย์เก่าทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะศิษย์ที่ทราบสังกัดเท่านั้น และควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องต่อไป รวมถึงข้อมูลเปรียบเทียบอัตราการคงอยู่ของศิษย์เก่าที่เป็นคนในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ที่ได้รับทุน) กับศิษย์เก่าที่เป็นคนภาคอื่น.

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการสำรวจการคงอยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือของศิษย์เก่าที่จบการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และปรับฐานข้อมูล ทุกระยะของแผนพัฒนาคณะฯ ๓-๕ ปี.

๒. ควรมีการติดตามศิษย์เก่าที่ไม่ทราบสังกัดหรือย้ายที่อยู่ เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล.

๓. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ศิษย์เก่าแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นยังคงอยู่ปฏิบัติงานในชุมชน.

๔. ควรสนับสนุนและจัดตั้งหน่วยงานทำหน้าที่ประสานงานระหว่างศิษย์เก่ากับคณะฯ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาคณะฯต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โครงการวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษา

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๐. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๑๙ จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, สมาคมศิษย์เก่า, และงานบริการการศึกษาของคณะฯ ได้ให้ข้อมูลทำให้งานบรรลุผลสำเร็จเป็นอย่างดี.

เอกสารอ้างอิง

๑. กัญญา จิระรัตน์โพธิ์ชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายบัณฑิตแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๓๕.
๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า. นนทบุรี : ๒๕๔๐.
๓. อัมพล จินดาวัฒนะ. ผลกระทบของวิกฤติเศรษฐกิจต่อการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ. นนทบุรี : สถาบันพระบรมราชชนก; ๒๕๔๒.
๔. แผนแม่บท โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๓; ๒๕๔๒.
๕. กฤษดา แสงดี. การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ. วารสารสำนักการพยาบาล ๒๕๕๐; ๓๑: มก. - เมย. ๔๗ [Online] ๒๐๐๗ [Cite ๒๐๐๗ August ๒๕]; [๑ หน้า]. URL: http://www.dms.moph.go.th/nurse/issue4_knowledge2.html
๖. ชมรมแพทย์ชนบท. ความเป็นธรรม ความแตกต่างบนพื้นแผ่นดินไทย. กรุงเทพฯ; ๒๕๔๖.
๗. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การจัดทำข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการวาง GIS ระบบบริการและการจัดทำแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับจังหวัด. ในการประชุม “การจัดทำแผนกำลังคนสาธารณสุข”, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; ๒๕๔๖. หน้า ๑-๑๑.
๘. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. จำแนกระดับบริการของสถานบริการสุขภาพ. [Online] 2007 [สืบค้นเมื่อ ๒๕ สก. ๒๕๔๐]; [1 หน้า]. URL <http://www.phdb.moph.go.th/ebook/show.asp?DpId=&Ebid=126>

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ที่หน่วยงานสาธารณสุข อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

รัตนา ยอดานนท์*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพุทธศักราช ๒๕๔๖ ที่หน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา, ด้านการควบคุมป้องกันโรค และด้านการบริการและการรักษา, โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ๒๐๐ คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างเชิงกลุ่ม และการสุ่มแบบง่ายจากผู้สูงอายุเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน ๑๔,๑๓๕ คน, วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุและความพึงพอใจของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ อาชีพ และที่อยู่อาศัย โดยใช้การทดสอบที.

จากการศึกษาพบว่าความพึงพอใจของผู้สูงอายุโดยรวมและความพึงพอใจด้านการป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก (๓.๕๑ - ๔.๕๐, ค่าที = ๐.๐๕), ด้านการบริการและการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง (๒.๕๑-๓.๕๐, ค่าที = ๐.๐๕). เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจตามเพศ อาชีพ และที่อยู่อาศัย พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมไม่แตกต่างกัน. เนื่องจากความพึงพอใจด้านบริการและการรักษายังอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานควรพัฒนาและส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมด้านบริการและการรักษา ในเรื่องการตรวจสุขภาพฟันทุกปี, การตรวจสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่อง, การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ, การจัดช่องทางพิเศษสำหรับให้บริการตรวจรักษาผู้สูงอายุ และจัดสถานที่หอผู้ป่วยที่เหมาะสมและปลอดภัยในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ. ทั้งนี้เพื่อให้เข้าถึงเจตจำนงของการให้บริการสาธารณสุขของรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมต่อไป.

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

Abstract

Satisfaction with Medical and Public Health Services of the Elderly Attending the Public Health Unit of Pakchong District, Nakhon Ratchasima Province, according to the 2003 Act on Thai Older Persons

Ratana Yodanont*

*Pakchongnana Hospitat, Nakhon Ratchasima Province

According to the 1997 Constitution of the Kingdom of Thailand, all Thai people's rights are protected. Particularly, older adults have the right to access health-care services equally as other populations. Therefore, the Thai Government passed the 2003 Act on Thai Older Persons as law. The purpose of this study was to describe the satisfaction of older persons with medical and health-care services, according to the 2003 Act on Thai Older Persons, as those services relate to the Public Health Unit of Pakchong District, Nakhon Ratchasima Province regarding disease prevention, medical services, and medical treatment. The study sample consisted of 200 older persons recruited by cluster random sampling and simple random sampling from a total of 14,135 older adults in Pakchong District, Nakhon Ratchasima Province. A struc-

*โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา



tured interview was used to collect the data, which were analyzed with descriptive statistics and t-test.

The results revealed that the majority of the sample had a high level of satisfaction with overall services and with services on disease prevention (3.51-4.50, $p = 0.05$), while they had a moderate level of satisfaction with medical services and medical treatment (2.51-3.50, $p = 0.05$). In addition, non-significant differences in overall satisfaction with medical and health-care services between males and females, occupation (government officer/non-government officer), and dwelling location (municipal/non-municipal) were found.

The results of this study are expected to provide useful information for health-care providers in improving medical/health-care services for older persons, such as annual dental care service, annual physical examination, elderly club activities, special-track services, and environmental safety. These services should be established to serve the needs of older persons fairly according to the goal of the 2003 Act on Thai Older Persons.

Key words: older persons, 2003 Act on Thai Older Persons, medical and public health service

ภูมิหลังและเหตุผล

ประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วนประชากรซึ่งเป็นผลจากวิทยาการทางการแพทย์ที่ดีขึ้นทำให้อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทำให้สัดส่วนประชากรกลางปีของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น. ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุร้อยละ ๘.๖ และจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๕.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๖๓^(๑).

ผู้สูงอายุเป็นคนที่ในช่วงวัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่แตกต่างไปจากวัยอื่น เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายมีการถดถอยและเสื่อมลงเป็นผลให้เกิดโรคภัยต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจ^(๒). ดังนั้นจากจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้ปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มตามมาเช่นกัน. การที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี จำเป็นต้องมีการส่งเสริมทั้งทางด้านสุขภาพและการป้องกันโรคโดยต้องอาศัยความร่วมมือกันทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชนทั่วไป รวมทั้งผู้สูงอายุเองด้วย^(๓).

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ มีเจตจำนงให้ประชาชนทุกเพศทุกวัย มีสิทธิได้รับการทางด้านสาธารณสุขของรัฐอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งผู้สูงอายุต้องได้รับสิทธิและการคุ้มครองในด้านต่าง ๆ และรัฐต้องบัญญัติเป็นกฎหมาย ตามที่ได้กำหนดไว้ในมาตรา ๕๒ และมาตรา ๕๔^(๔). ต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพุทธศักราช ๒๕๔๖ ขึ้น โดยสาระสำคัญกำหนดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง, การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ, โดยเฉพาะมาตรา ๑๑^(๕) กำหนดการให้การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ต้องให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ คือ จัดให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้รับการยกเว้นค่าบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม, จัดให้มีมาตรฐานการให้บริการและการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ ในแต่ละระดับสถานบริการอย่างครบวงจร ต่อเนื่องจนถึงครอบครัวและชุมชน, จัดให้มีการประชาสัมพันธ์และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยผู้สูงอายุ^(๕).

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยได้สรุปผลไว้ว่าการที่จะดำเนินงานผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จต้องประกอบด้วยรูปแบบการดำเนินงานและการพัฒนาควรเป็นไปตามสภาพพื้นที่และความต้องการของผู้สูงอายุ, ควรเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุให้คิดและตัดสินใจ และพบว่าสภาพปัญหาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่การเน้นให้การช่วยเหลือทางด้านวัตถุมากกว่าการบริการเพื่อการพัฒนา ทำให้ผู้สูงอายุไม่

ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างทั่วถึง และผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ผิดต่อตนเอง^(๖). จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมคิดและตัดสินใจในการดำเนินงานผู้สูงอายุนั้นมีความสำคัญมาก แต่ที่ผ่านมาหลังจากมีการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพุทธศักราช ๒๕๔๖ ขึ้นบังคับใช้ ยังไม่เคยมีการศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานดังกล่าวของภาครัฐมาก่อน.

หน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพุทธศักราช ๒๕๔๖ โดยดำเนินการตามมาตรา ๑๑^(๑) ครอบคลุมในด้านการควบคุมป้องกันโรคและด้านบริการและรักษา, ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบต่องานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ที่หน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ได้จัดขึ้นเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสู่การพัฒนาและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ให้ตอบสนองความต้องการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนและเพื่อให้การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพุทธศักราช ๒๕๔๖ บรรลุตามวัตถุประสงค์มากที่สุด.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่องานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้สูงอายุในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา พุทธศักราช ๒๕๕๐ จำนวน ๑๔,๑๓๕ คน จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองปากช่อง ๒๓ ชุมชน ๑,๓๔๔ คน, นอกเขตเทศบาลเมืองปากช่อง ๑๒ ชุมชน ๑๒,๗๙๑ คน. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน ๒๐๐ คนได้มาจากการสุ่มตัวอย่างเชิงกลุ่มบริเวณได้ชุมชนบ้านน้อยทุ่งสว่างเป็นตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองปากช่อง ๓๐ คน และตำบลหนองสาหร่ายเป็นตัวแทนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ๑,๗๖๔ คน. จากนั้นทำการสุ่มแบบง่ายเลือกได้

กลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ๒ ชุมชนดังกล่าว ๒๐๐ คนเป็นกลุ่มตัวอย่างจากในเขตเทศบาล ๒๐ คน นอกเขต ๑๘๐ คน.

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น ๒ ตอน. ตอนที่ ๒ แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ. ตอนที่ ๒ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่องานบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ๒ ด้าน คือ ๑) ด้านการควบคุมและป้องกันโรค ๒) ด้านการบริการและการรักษา เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้รับการตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ ท่าน. จากนั้นนำไปทดสอบเพื่อหาค่าช่วงความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมด ได้ค่าความเชื่อมั่น (สัมประสิทธิ์แอลฟา) เท่ากับ ๐.๘๒.

การเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามเอง. แต่ถ้าผู้สูงอายุคนใดมีปัญหาในด้านการมองเห็นหรือการเขียน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุฟังและกรอกข้อมูลตามคำตอบของผู้สูงอายุ. จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows แจกแจงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นความถี่และค่าร้อยละ. ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่องานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ นำมารวบรวมเป็นรายด้าน ใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน. การแปลความหมายค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์การพิจารณา ๕ ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย ๔.๕๑-๕.๐๐ หมายถึงมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด, ค่าเฉลี่ย ๓.๕๑-๔.๕๐ หมายถึงมีความพึงพอใจระดับมาก, ค่าเฉลี่ย ๒.๕๑-๓.๕๐ หมายถึงมีความพึงพอใจระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย ๑.๕๑-๒.๕๐ หมายถึงมีความพึงพอใจระดับน้อย, ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๑.๐๐-๑.๕๐ หมายถึงมีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่องานบริการทางการแพทย์



และการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ โดยเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจ และเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ, อาชีพ (ข้าราชการบำนาญ/พ่อค้าประชาชนทั่วไป) และที่อยู่อาศัย (ในเขตเทศบาล/นอกเขตเทศบาล) โดยใช้การทดสอบที.

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงร้อยละ ๘๖.๕ (๑๗๓ คน) มีอาชีพค้าขาย และประชาชนทั่วไปร้อยละ ๘๔ (๑๖๘ คน), อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ ๙๐ (๑๘๐ คน) (ตารางที่ ๑).

๑. ข้อมูลความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่องานบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย ๓.๕๑. เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้านการควบคุมและป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย ๓.๕๓, ด้านการบริการและการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ๓.๔๙ ตามลำดับ โดยความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้านการควบคุมและป้องกันโรคค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ข้อได้รับการคำแนะนำในการปฏิบัติ กิจกรรมการออกกำลังกายอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ย ๓.๗๕, รองลงมาได้แก่ ข้อได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการมีสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในด้านหลักประกันสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ย ๓.๗๓ ตามลำดับ, และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด ได้แก่ ข้อได้รับการตรวจสุขภาพฟันทุกปีมีค่าเฉลี่ย ๓.๑๔, ข้อได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี มีค่าเฉลี่ย ๓.๓๓, และข้อได้รับการคำแนะนำและการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ย ๓.๖๒ ตามลำดับ. ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้านการบริการและการรักษาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ข้อได้รับการบริการและการรักษาโดยไม่คิดมูลค่า หรือโดยให้ส่วนลดเป็นกรณีพิเศษ มีค่าเฉลี่ย ๓.๘๙, รองลงมา ได้แก่ ข้อได้รับการต้อนรับ และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในการมาติดต่อขอรับบริการทุกครั้งเป็นอย่างดี, และข้อสถานบริการมีแผนผังแสดงเขตพื้นที่บริการ, มีป้ายบอกทาง

และมีป้ายให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้บริการต่างๆ อย่างชัดเจน มีค่าเฉลี่ย ๓.๗๙. ส่วนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด ได้แก่ ข้อสถานบริการจัดให้มีช่องทางพิเศษสำหรับการให้บริการ และการตรวจรักษาแก่ผู้สูงอายุเพื่ออำนวยความสะดวก โดยแยกต่างหากจากผู้ป่วยทั่วไป มีค่าเฉลี่ย ๒.๖๔. ข้อสถานบริการจัดให้มีสถานที่ หรือห้องผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาล และมีเตียงผู้ป่วยที่ปลอดภัยเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ย ๒.๙๘ (ตารางที่ ๒).

๒. ผลเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่องานบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

๒.๑ ระดับความพึงพอใจ พบว่าความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่องานบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมาโดยรวม และความพึงพอใจด้านการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก (๓.๕๑-๔.๕๐, ค่าที = ๐.๐๕), ส่วนด้านการบริการและการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง (๒.๕๑-๓.๕๐, ค่าที = ๐.๐๕).

ตารางที่ ๑ ผู้ตอบแบบสอบถาม ๒๐๐ คน จำแนกตามเพศ อาชีพ และที่อยู่อาศัย

ข้อมูลทั่วไป	คน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๒๖	๑๓.๕๐
หญิง	๑๗๓	๘๖.๕๐
อาชีพ		
ข้าราชการบำนาญ	๓๒	๑๖.๐๐
พ่อค้าประชาชนทั่วไป	๑๖๘	๘๔.๐๐
ที่อยู่อาศัย		
อยู่ในเขตเทศบาล	๒๐	๑๐.๐๐
อยู่นอกเขตเทศบาล	๑๘๐	๙๐.๐๐

ตารางที่ ๒ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ๒๐๐ คน

งานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนฯ	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการควบคุมและป้องกันโรค	๓.๕๓	.๕๑	มาก
๑. ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทุก ๑ ปี	๓.๓๓	๑.๔๒	ปานกลาง
๒. ได้รับการตรวจสุขภาพฟันทุก ๑ ปี	๓.๑๔	๑.๔๘	ปานกลาง
๓. ได้รับคำแนะนำ และการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ	๓.๖๒	๑.๑๐	มาก
๔. ได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมการพบปะ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน	๓.๖๔	๑.๐๐	มาก
๕. ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายอยู่เสมอ	๓.๖๕	.๕๗	มาก
๖. ได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการมีสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในด้านหลักประกันสุขภาพจากเจ้าหน้าที่	๓.๖๓	๑.๐๑	มาก
๗. ได้รับการและการรักษาโดยไม่คิดมูลค่า หรือ โดยให้ส่วนลดเป็นกรณีพิเศษ	๓.๘๕	.๕๑	มาก
ด้านบริการและการรักษา	๓.๔๕	.๖๘	ปานกลาง
๘. ได้รับการต้อนรับ และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในการมาติดต่อขอรับบริการทุกครั้ง เป็นอย่างดี	๓.๖๕	๑.๐๔	มาก
๙. ได้รับการบริการตามลำดับก่อนหลังอย่างเสมอภาคทุกคน	๓.๖๔	.๕๑	มาก
๑๐. ได้รับการบริการ และการรักษาอย่างมีระบบ มีขั้นตอนที่สะดวก และรวดเร็ว	๓.๓๑	๑.๒๑	ปานกลาง
๑๑. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความสุภาพ ให้การช่วยเหลือและเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุที่มาใช้บริการเสมอ	๓.๒๘	๑.๐๖	ปานกลาง
๑๒. ได้รับคำปรึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับการให้บริการ และการรักษาจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ	๓.๖๐	.๕๑	มาก
๑๓. ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา และการดูแลตนเองขณะใช้ยาเพื่อการรักษาอย่างเพียงพอ และชัดเจน	๓.๖๒	.๕๕	มาก
๑๔. ได้รับการนัดหมายเพื่อการตรวจซ้ำ และการรักษาที่ต่อเนื่องอย่างชัดเจน	๓.๖๖	.๕๘	มาก
๑๕. สถานบริการมีแผนผังแสดงเขตพื้นที่บริการ มีป้ายบอกทาง และมีป้ายให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้บริการต่าง ๆ อย่างชัดเจน	๓.๖๕	๑.๐๘	มาก
๑๖. สถานบริการจัดให้มีสถานที่นั่งรอ และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และเพียงพอ เช่น น้ำดื่ม มุมหนังสือ ห้องน้ำห้องส้วม	๓.๔๕	๑.๓๔	ปานกลาง
๑๗. สถานบริการมีตู้หรือกล่องรับความคิดเห็นสำหรับผู้สูงอายุวางไว้ในที่ที่เหมาะสม และเห็นได้ชัดเจน	๓.๕๕	.๕๒	มาก
๑๘. สถานบริการจัดให้มีช่องทางพิเศษสำหรับการให้บริการ และการตรวจรักษาแก่ผู้สูงอายุเพื่ออำนวยความสะดวก โดยแยกต่างหากจากผู้ป่วยทั่วไป	๒.๖๔	๑.๒๓	ปานกลาง
๑๙. สถานบริการจัดให้มีสถานที่ หรือห้องผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาล และมีเตียงคนไข้ที่ปลอดภัย และเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	๒.๕๘	๑.๐๑	ปานกลาง
๒๐. สถานบริการจัดให้มีทางเดินภายในอาคารที่ปลอดภัย และสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ	๓.๓๖	.๕๖	ปานกลาง
รวมเฉลี่ย	๓.๕๑	.๖๓	มาก



๒.๒ เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่องานบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยรวม จำแนกตามเพศ อาชีพ ที่อยู่อาศัย พบว่าไม่แตกต่างกัน.

วิจารณ์

จากผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่องานบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีประเด็นสำคัญที่น่ามาอภิปรายคือ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่องานบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยรวมอยู่ในระดับมาก. เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้านการควบคุมและป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ด้านการบริการและการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง.

ด้านการควบคุมและป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก และพบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ข้อได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายอยู่เสมอ. รองลงมา ได้แก่ ข้อได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการมีสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในด้านหลักประกันสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ และข้อได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมการพบปะและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร เกษธนัง^(๗) ที่ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุได้รับปัจจัยเสริมและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และด้านปัจจัยทำนายที่สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรม ได้แก่ สิทธิประโยชน์ในการเป็นสมาชิก อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการมีสิทธิประโยชน์ในด้านหลักประกันสุขภาพจากเจ้าหน้าที่มาก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี

ความตระหนักในการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งส่งผลมาจากการมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ และเกี่ยวข้องกับ การกำหนดนโยบายของรัฐ.

ด้านการบริการและการรักษาซึ่งผลการวิจัยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ข้อได้รับการบริการและการรักษาโดยไม่คิดมูลค่า หรือโดยให้ส่วนลดเป็นกรณีพิเศษ. รองลงมาได้แก่ข้อได้รับการต้อนรับและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในการมาติดต่อขอรับบริการทุกครั้งเป็นอย่างดี และข้อสถานบริการมีแผนผังแสดงเขตพื้นที่บริการ มีป้ายบอกทาง และมีป้ายให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้บริการต่าง ๆ อย่างชัดเจน และข้อได้รับการนัดหมายเพื่อการตรวจซ้ำ และการรักษาที่ต่อเนื่องอย่างชัดเจนตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นพดล แสงเพชร^(๘) ที่ศึกษาเรื่อง การศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่มีต่อศูนย์สุขภาพชุมชน กรณีศึกษา: ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองสาหร่าย พบว่าผู้มารับบริการมีความพึงพอใจในด้านการให้คำแนะนำมากที่สุด. รองลงมา คือ ด้านการรักษาพยาบาลและด้านการต้อนรับตามลำดับ อาจเป็นเพราะว่าระยะเวลาหลังจากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ มีผลบังคับใช้ หน่วยงานสาธารณสุขได้มีการพัฒนามาตรฐานด้านการบริการและการรักษาสูงขึ้น. ส่วนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด ได้แก่ ข้อสถานบริการ จัดให้มีช่องทางพิเศษสำหรับการให้บริการ และการตรวจรักษาแก่ผู้สูงอายุเพื่ออำนวยความสะดวก โดยแยกต่างหากจากผู้ป่วยทั่วไป, ข้อสถานบริการจัดให้มีสถานที่หรือห้องผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาล และมีเตียงผู้ป่วยที่ปลอดภัยและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ, และข้อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความสุภาพให้การช่วยเหลือและเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุที่มารับบริการเสมอ ตามลำดับ.

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่องานบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ ของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามเพศ ได้แก่ เพศชายกับเพศหญิง, อาชีพ ได้แก่ ข้าราชการบำนาญกับพ่อค้าประชาชนทั่วไป, ที่อยู่อาศัย ได้แก่ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลกับที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล โดยรวมไม่แตกต่างกัน

และเมื่อพิจารณารายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะว่าในสังคมและโลกปัจจุบันที่ผู้สูงอายุกำลังได้รับความสนใจเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมนั้นได้รับการดูแลมากขึ้น การให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ โดยเน้นความเสมอภาค ความเท่าเทียมกันทุกเพศ ทุกอาชีพ และทุกถิ่นที่อยู่อาศัยมีประสิทธิภาพมากขึ้น.

ข้อเสนอแนะ

๑. จากผลการวิจัยเพื่อนำไปใช้

๑.๑ ด้านการควบคุมและการป้องกันโรค สถานบริการควรดำเนินการ ดังนี้

๑.๑.๑ ควรส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพฟันทุก ๑ ปี และได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทุก ๑ ปีอย่างต่อเนื่อง.

๑.๑.๒ ควรส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาท มีส่วนร่วมและให้ได้รับคำแนะนำ ได้รับการบริการและการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ.

๑.๒ ด้านการบริการและการรักษา สถานบริการควรจัดให้มีช่องทางพิเศษสำหรับการให้บริการ และการตรวจรักษาแก่ผู้สูงอายุเพื่ออำนวยความสะดวก โดยแยกต่างหากจากผู้ป่วยทั่วไป. นอกจากนี้ควรจัดให้มีสถานที่ หรือห้องผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาล และมีเตียงผู้ป่วยที่ปลอดภัย และเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ.

๒. สำหรับการวิจัย

๒.๑ ควรศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ.

๒.๒ ควรศึกษารูปแบบการให้บริการและการจัดบริการและรักษาในสถานพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น รูปแบบการจัดคลินิกผู้สูงอายุในสถานพยาบาลแต่ละระดับ.

กิตติกรรมประกาศ

ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองปากซ่อง ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากซ่อง นานา และเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหนองสาหร่าย ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล. แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาค้นคว้าเอกสารและข้อมูลต่าง ๆ. อาจารย์ประสาธ ยอดอานนท์ ได้ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งต่องานวิจัย. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของบทความภาษาอังกฤษให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น.

เอกสารอ้างอิง

๑. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๔๓:๕:๑.
๒. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แนวทางการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและเฝ้าระวังการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์, ๒๕๔๘.
๓. บรรลุ ศิริพานิช. สุขภาพผู้สูงอายุ. คลินิก; ๒๕๓๗;๖:๔๓๒-๖.
๔. จรัส กาญจนขจิต. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานทนายความกาญจนขจิต; ๒๕๔๐.
๕. กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช ๒๕๔๖ มาตรา ๑๑(๑). คู่มือแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรมการแพทย์; ๒๕๔๘.
๖. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรมการแพทย์; ๒๕๔๘.
๗. ศิริพร เกษธนัง. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๕.
๘. นพดล แสงเพชร. การศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่มีต่อศูนย์สุขภาพชุมชนหนองสาหร่ายเทศบาลตำบลปากซ่อง อําเภอปากซ่อง จังหวัดนครราชสีมา. การศึกษาอิสระทางสาธารณสุข สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; ๒๕๔๘.

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทย พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖ : ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

รศ. กรัณนิษฐ์วิวงศ์*

เพ็ญแข ลากยั้ง†

ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ‡

สมหญิง สายบุญ§

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์#

วิระศักดิ์ พุทธาศรี#

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการเติบโตที่ยั่งยืนของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทย โดยมีผลกระทบทางลบที่น้อยที่สุดต่อสาธารณสุขของประเทศ. การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ๒ ระยะ. ระยะที่ ๑ โดย ๑) การทบทวนวรรณกรรมด้านพัฒนาการธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนและผลกระทบ, นโยบายรัฐบาลและการกำกับของหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ ; ๒) เก็บข้อมูลทรัพยากรและการบริการของโรงพยาบาลเอกชน โดยส่งแบบสอบถามถึงโรงพยาบาลเอกชนกลุ่มตัวอย่างในทุกภาค (แบ่งตามจำนวนเตียงเป็น ๓ ระดับ คือ น้อยกว่า ๕๐, ๕๐-๑๐๐ และมากกว่า ๑๐๐ เตียง) ที่มีข้อมูลบริการในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖ ซึ่งได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์ ๕๖ แห่งจากที่ส่งไป ๖๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๓; ๓) วิเคราะห์ข้อมูลการเงินของโรงพยาบาลเอกชนที่ตอบกลับ โดยใช้ข้อมูลจากกระทรวงพาณิชย์ ร่วมกับข้อมูลจากตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. ระยะที่ ๒ การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ และจัดประชุมระดมสมอง ๒ ครั้ง เมื่อเดือนตุลาคม ๒๕๔๘ ในประเด็นทิศทางและแนวโน้มของโรงพยาบาลเอกชน ผลกระทบ และมาตรการนโยบายที่เป็นไปได้. ข้อค้นพบสำคัญจากการศึกษาสรุปได้ดังนี้: การเติบโตอย่างรวดเร็วของธุรกิจนี้เกิดขึ้นใน ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา โดยสัมพันธ์ในทางเดียวกับภาวะเศรษฐกิจประเทศเกิดจากนโยบายรัฐที่ส่งเสริมการลงทุนของเอกชน. ผลประกอบการในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖ พบว่ารายได้ของโรงพยาบาลในภูมิภาคมีแนวโน้มสูงขึ้น, โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของรายได้สูงกว่าขนาดเล็ก, โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครมีอัตราการเพิ่มขึ้นของรายได้มากกว่าโรงพยาบาลขนาดเดียวกันในภูมิภาค. ดังนั้น ควรมีมาตรการในการกำกับ ๓ มิติ คือ ค่าบริการ, ปริมาณและการกระจายของบริการ และคุณภาพบริการ. การพัฒนาโครงสร้างของระบบกำกับดูแลควรเป็นการผนวกบทบาทในส่วนที่ทำงานร่วมกันได้ของคณะกรรมการต่างๆ ซึ่งมีโครงสร้างคณะกรรมการระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่หลายชุด ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานประกันสังคม และอื่นๆ. แทนการพัฒนาโครงสร้างใหม่. การพัฒนาระบบกำกับควรค่อยเป็นค่อยไปโดยภาครัฐอาจเป็นผู้เริ่มแสวงหาความร่วมมือประสานกับองค์กรอื่นๆ. ที่สำคัญควรเน้นความสำคัญที่การสื่อสารสาธารณะเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจของประชาชน ซึ่งจะเป็นผู้กระตุ้นโรงพยาบาลเอกชน ที่สำคัญกว่าการบังคับใช้กฎหมายใดๆ.

คำสำคัญ: โรงพยาบาลเอกชนไทย, การพัฒนา, ข้อเสนอเชิงนโยบาย

*กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, †กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, ‡สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, เอสเอ็มทาวเวอร์, เขตพญาไท กรุงเทพฯ, §สถาบันวิจัยโภชนาการ, มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา นครปฐม, #สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

Abstract Thai Private Hospital Business during 2000-2003 : Policy Recommendation for Sustained Development

Tares Krassanairawiwong*, Phengkhae Lapying†, Sirikiat Liangkobkit‡, Somying Saithanu§, Siriwan Pitayarangsarit#, Weerasak Putthasri#

*Medical Registration Division, Department of Health Services Support, Ministry of Public Health, Nonthaburi,

†Dental Health Division, Department of Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi, ‡Thai Health Promotion Foundation, SM Tower, Bangkok, §Institute of Nutrition, Mahidol University, Nakhon Pathom Province, #International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi

This study was carried out with the intention of obtaining and providing knowledge in developing policy to promote the growth of private hospitals with least negative effect on government health care. By studying the literature about private hospital segments and the impact of government policy together with questionnaires sent to most private hospitals in Thailand about their resources and services back to five years previously, the financial resources of the hospitals were analyzed using the data from the Ministry of Commerce and the Stock Exchange of Thailand. Quantitative data obtained by interviews were also analyzed. From these processes, we found that the rapid growth of private hospitals during the past three decades has a strong relationship with the economic status of the country. The Government's investment promotion policy has had both negative and positive impacts on the income of hospitals. Large-scale hospitals earn more income than small-scale hospitals. Hospitals in Bangkok earn more income than hospitals in rural areas. Three factors, namely price, quantity and quality, together with quality assurance by the Ministry of Public Health, the National Health Security Office and the Social Security Office synergized the working process to reform the health infrastructure of Thailand.

Key words: private hospital, developing sustained policy

ภูมิหลังและเหตุผล

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีมาเป็น ๑๐๐ ปี แต่เติบโตอย่างรวดเร็วในระยะ ๓ ทศวรรษที่ผ่านมาไป. ใน พ.ศ. ๒๕๑๕ มีเพียง ๒๘ แห่ง และเพิ่มเป็น ๔๗๓ แห่งใน พ.ศ. ๒๕๔๑ จำนวนเพียงรวมเพิ่มจาก ๒,๒๘๑ เป็น ๒๙,๓๖๑ แห่ง^(๑). การเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนอย่างไม่มีการวางแผนนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการเติบโตทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นนโยบายหลักของรัฐบาลในการพัฒนาประเทศ. โรงพยาบาลเอกชนในขณะนั้นเน้นสถานที่โอโง่งสะอาดสะดวกสบายและการต้อนรับสุภาพ สร้างความประทับใจได้ตั้งแต่วินาทีแรกที่บริการโรงพยาบาลภาครัฐสร้างความประทับใจในทางตรงกันข้าม ทั้งที่การรักษาและอุปกรณ์ได้มาตรฐานแต่ความสะดวกสบายและการต้อนรับด้อยกว่า ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่ำ^(๒-๔) กว่าความพึงพอใจโรงพยาบาลเอกชน^(๕,๖). การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเริ่มปรากฏเป็นรูปธรรมในสมัยรัฐมนตรี ดร.อาทิตย์

อุไรรัตน์ ในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๖ - ๒๕๓๘ ที่เน้นการพัฒนาโครงสร้างบริการและการบริการในภาพลักษณ์บริการที่มีความสะดวกสบายและต้อนรับอบอุ่น.

การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วใน พ.ศ. ๒๕๓๑ - ๒๕๔๐ ประกอบกับนโยบายรัฐบาลที่สนับสนุนบทบาทภาคเอกชน และแปรรูปกิจกรรมสาธารณสุขของรัฐให้เป็นกิจกรรมของเอกชนมากขึ้น, รวมทั้งการส่งเสริมของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน เป็นผลให้โรงพยาบาลเอกชนผุดขึ้นเป็นดอกเห็ดในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลซึ่งเป็นเขตเมือง ใน พ.ศ. ๒๕๓๖ - ๒๕๔๐. โรงพยาบาลเอกชนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางการเงินช่วงวิกฤตเศรษฐกิจพ.ศ. ๒๕๔๐ เพราะปริมาณผู้ป่วยลดลงทันที. โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลเป็นกลุ่มที่เดือดร้อนมากที่สุดจากวิกฤตนี้. เพื่อให้รอดพ้นจากสถานการณ์วิกฤตนี้มีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ^(๗) เช่น ลดรายจ่าย, เข้าร่วมโครงการประกันสังคม, เสนอชุดบริการเฉพาะ เช่น การตรวจไขมันในเลือด, การคลอด, และการเปิดแผนก



เฉพาะสำหรับชาวต่างชาติ. ในช่วงนี้เกิดภาวะสมองไหลย้อนกลับไปที่ภาครัฐตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๐. ช่วง พ.ศ. ๒๕๔๑-๒๕๔๖ โรงพยาบาลเอกชนลดจำนวนเตียงลง ๔๓ แห่งและเลิกกิจการหรือเปลี่ยนเป็นคลินิก ๑๗๙ แห่ง^(๘) เพราะประสบปัญหาจากภาวะเศรษฐกิจ. ส่วนการเปลี่ยนแปลงใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นผลจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๔๖^(๙).

รัฐบาลปัจจุบันประกาศนโยบายต้องการให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์แห่งเอเชีย (Medical Hub of Asia) โดยส่งเสริมทั้งการแพทย์ตะวันตกและการแพทย์พื้นบ้านเพื่อดึงดูดเงินตราต่างประเทศและกระตุ้นเศรษฐกิจประเทศหลังวิกฤตเศรษฐกิจ. กลุ่มเป้าหมายตามนโยบายนี้ คือ ชาวต่างชาติรายได้สูงที่สามารถจ่ายค่าบริการที่ต้องการได้อย่างเต็มที่. ในขณะที่เดียวกันประเทศพัฒนาบางแห่งก็ต้องการบริการการแพทย์ในต่างประเทศเพื่อขยายความครอบคลุมของระบบประกัน^(๑๐) จึงเป็นไปได้ว่าอุปสงค์ต่อบริการโรงพยาบาลเอกชนจะเพิ่มขึ้น และภาวะสมองไหลก็จะเกิดขึ้นอีกครั้ง ก่อให้เกิดผลกระทบกับภาครัฐและค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมระดับประเทศดังที่เคยเกิดขึ้นมาแล้ว และอาจจะรุนแรงกว่าเดิม เพราะโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีการลงทุนตั้งต่อก่อนวิกฤตใน พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งในปัจจุบันยังใช้งานไม่เต็มที่ จึงสามารถนำทรัพยากรพื้นฐานส่วนเกินมาใช้ในการผลิตบริการเพิ่มได้โดยเสียเวลาไม่มาก.

โดยอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ๒๕๔๑ มาตรา ๑๘ (...เพื่อประโยชน์แห่งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุข รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนดจำนวนสถานพยาบาลที่จะอนุญาตให้ตั้ง หรือมีบริการทางการแพทย์บางประเภทในสถานพยาบาลในท้องที่ใดท้องที่หนึ่งได้^(๑๑). กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีข้อมูลสถานการณ์ภาคเอกชนที่เป็นปัจจุบันเพื่อติดตามภาวะคุกคามที่อาจเกิดกับภาคเอกชนเองและภาครัฐ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเติบโตที่ยั่งยืนของภาคเอกชนในระยะยาว โดยไม่กระทบภาวะเศรษฐกิจและระบบ

สาธารณสุขของประเทศ. การศึกษาที่จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายที่เหมาะสมเพื่อการเติบโตที่ยั่งยืนของโรงพยาบาลเอกชนโดยมีผลกระทบต่อสาธารณสุขภาครัฐน้อยที่สุด และวิเคราะห์สถานการณ์การเงินธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๖.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา, วิเคราะห์ และศึกษากระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ.

ระยะที่ ๑ : การวิจัยแบบพรรณนา

(๑) ทบทวนวรรณกรรมในประเด็นการพัฒนาการและการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน และผลกระทบต่อกำลังคนสาธารณสุขภาครัฐ, นโยบายและการกำกับของรัฐบาลและผลที่เกิดกับโรงพยาบาลเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ เช่น กรีซ สิงคโปร์ เดนมาร์ก อินเดีย ซิลี เม็กซิโก.

(๒) เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามประกอบด้วย

- ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล
- จำนวนบุคลากรทางการแพทย์
- จำนวนเตียงและห้องพิเศษ
- เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ
- ปริมาณการบริการ
- นโยบายและการพัฒนาศักยภาพในการขยายบริการ.

แบบสอบถามได้รับการทดสอบและปรับแก้ก่อนส่งไปยังโรงพยาบาลเอกชนเก็บข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี ในทุกภาค และจำแนกกลุ่มตามจำนวนเตียง (๑ - ๕๐, ๕๐ - ๑๐๐, > ๑๐๐ เตียง) รวม ๖๐ แห่ง ได้รับตอบกลับและมีข้อมูลสมบูรณ์พอ ๕๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๓.

(๓) วิเคราะห์การลงทุนและการเงินจากข้อมูลรายงานทางการเงิน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๖ ของโรงพยาบาลเอกชนกลุ่มตัวอย่างจากกระทรวงพาณิชย์.

(๔) วิเคราะห์การลงทุนและการเงินจากข้อมูล

รายงานทางการเงิน พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๖ ของโรงพยาบาลที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.

ระยะที่ ๒ : การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

(๑) สัมภาษณ์ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขด้านระบบบริการ, ผู้บริหารกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ, นักการธนาคาร, นักเศรษฐศาสตร์, ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน และตัวแทนวิชาชีพแพทย์ รวม ๑๒ คน ในประเด็นแนวโน้มการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, ผลกระทบ และกรอบนโยบายที่เป็นไปได้.

(๒) จัดประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการ และตัวแทนบริหารโรงพยาบาลเอกชน ในประเด็นทิศทางและแนวโน้มของโรงพยาบาลเอกชน, ผลกระทบและมาตรการนโยบายที่เป็นไปได้.

(๓) จัดประชุมระดมสมองระดับผู้บริหารด้านระบบบริการ, กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ และนักวิชาการ เพื่อวิจารณ์ผลการศึกษาและต่อยอดข้อเสนอเชิงนโยบายและปรับปรุงรายงานให้สมบูรณ์.

ระยะเวลาดำเนินการ สิงหาคม ๒๕๕๗ - ธันวาคม ๒๕๕๘.

สถิติที่ใช้

- เชิงปริมาณ : ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต.
- เชิงคุณภาพ : จัดกลุ่ม และวิเคราะห์เนื้อหา.

ผลการศึกษา

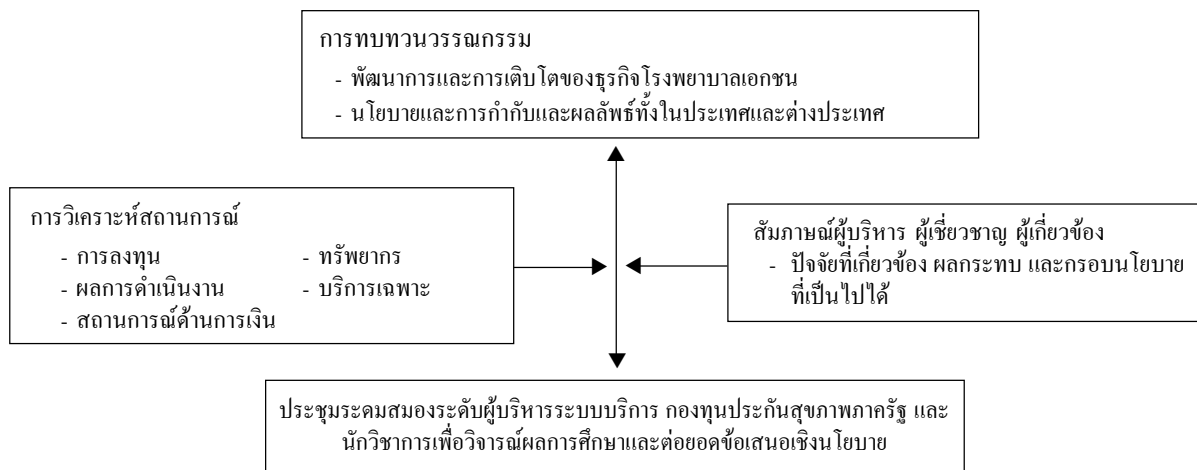
สาระสำคัญของผลการศึกษานูรณาการแบ่งเป็น ๔ ประเด็น ได้แก่ พัฒนาการและการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน, โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย, ผลกระทบ, และการดูแลกำกับ.

พัฒนาการและการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งภาครัฐไม่สามารถตอบสนองได้ด้วยสาเหตุหลัก คือ รัฐบาลมักขาดแคลนงบประมาณ^(๑๒-๑๔), ขาดธรรมาภิบาล, และขาดทักษะในการบริหารจัดการเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ ๆ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนไปได้^(๑๒). ประการสุดท้ายคือ รัฐบาลมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนภาคเอกชนด้วยวิธีทางต่าง ๆ กัน เช่น กลยุทธ์กฎหมาย, กลยุทธ์ภาษี ให้เข้าร่วมบริการในโครงการประกันสุขภาพภาครัฐหรือบริการป้องกันโรค, สนับสนุนวิชาชีพหรือบริการภาคเอกชน^(๑๕-๑๘).

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลเอกชนที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้มีฐานะก็มีข้อดี รัฐบาลสามารถนำทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดไปให้บริการคนจนหรือผู้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม^(๑๙). สิงคโปร์เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจ

กรอบแนวคิดในการศึกษาและองค์ประกอบ สรุปแสดงได้ดังผังนี้





เพราะมีมาตรฐานบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ขณะเดียวกันก็ประสบความสำเร็จในการเคลื่อนย้ายภาระที่หนักอึ้งของภาครัฐไปยังภาคเอกชน. ค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐลดลงจากร้อยละ ๕๐ ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. ๒๕๐๘ เป็นร้อยละ ๒๕ ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ บนหลักการของความรับผิดชอบส่วนบุคคล และการจ่ายร่วม. ผู้มีงานทำต้องรับผิดชอบค่ารักษาส่วนของเขาโดยออมในธนาคารไว้ก่อน แต่สามารถเพิ่มเงินสำหรับบริการระดับสูงขึ้นไปด้วยการซื้อประกันเอกชน. กองทุน Medifund รับผิดชอบในการรักษาคนจน และกองทุน Medishield ช่วยเหลือประชาชนไม่ให้ล้มละลายจากการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง. ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ Medisave ใช้จ่ายร้อยละ ๘ ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั่วประเทศ ขณะที่ Medishield และ Medifund ไม่ถึงร้อยละ ๒. ค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือมาจากสวัสดิการที่นายจ้างมีให้ร้อยละ ๓๕, การอุดหนุนจากรัฐบาลร้อยละ ๒๕, ประชาชนจ่ายเองอีกต่างหากร้อยละ ๒๕ ประกันเอกชนร้อยละ ๕. อย่างไรก็ตาม ต้องระลึกว่าสิงคโปร์ เป็นประเทศเล็กทำให้จัดการได้ง่าย, รายได้ต่อประชากรสูง, ประชาชนไว้วางใจรัฐบาล และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเมืองและชนบท เหล่านี้เป็นบริบทเฉพาะทำให้แตกต่างจากประเทศอื่น ๆ^(๒๐).

โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยไม่อาจละเลยบทบาทของภาคเอกชนได้เช่นเดียวกับประเทศเสรีอื่น ๆ. การ

จัดกลุ่มการคลังและการบริการดังตารางที่ ๑^(๑๘) มักนำมาใช้ในอธิบายระบบผสมรัฐเอกชนให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น. ในประเทศไทยสวัสดิการข้าราชการเพื่อการรักษาพยาบาล (Civil Servant Medical Benefit Scheme : CSMBs) ใช้งบประมาณจากภาครัฐและให้บริการโดยภาครัฐเช่นกัน. ทั้งภาครัฐและเอกชนให้บริการตามสิทธิประโยชน์การแพทย์ในโครงการประกันสังคม (Social Security Scheme : SSS) แต่การคลังมาจากภาครัฐ (แม้ว่าผู้ประกันและนายจ้างจะร่วมจ่ายเงินสมทบกองทุน แต่ก็ เป็นไปตามกฎหมายซึ่งนับเป็นภาษีรูปแบบหนึ่ง). ส่วนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme : UCS) ก็เป็นไปในทำนองเดียวกัน เพียงแต่การบริการส่วนใหญ่เป็นบริการภาครัฐ มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการไม่มาก. การคลังจากภาคเอกชนอาจเป็นการทำประกันสุขภาพเอกชนหรือผู้ใช้บริการจ่ายเงินเอง ซึ่งมักใช้บริการจากภาคเอกชน. การคลังจากภาคเอกชนและใช้บริการจากภาครัฐเกิดขึ้นได้ในเขตชนบทที่ไม่มีบริการภาคเอกชนหรือในเขตเมืองที่มีโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียง.

ก. การเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วง ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา สัมพันธ์กับภาวะการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ. ในช่วงเวลานี้ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ๓ ครั้ง คือ พ.ศ. ๒๕๑๖, ๒๕๒๒-๒๕๒๓ และ ๒๕๔๐-๒๕๔๑. โดย ๒ ครั้งแรกเป็นวิกฤตการณ์น้ำมัน แต่

ตารางที่ ๑ กรอบแนวคิดของระบบผสมรัฐและเอกชนในประเทศไทย

การจัดบริการ	การคลัง	
	สถานพยาบาลภาครัฐ	สถานพยาบาลภาคเอกชน
ภาครัฐ	รัฐอุดหนุนงบประมาณและให้บริการฟรี: CSMBs, SSS, UCS	รัฐอุดหนุนงบประมาณและเปิดโอกาสให้เอกชนร่วมบริการ: SSS, UCS
ภาคเอกชน	รัฐบริการและเก็บค่าบริการจากบริษัทประกันเอกชนหรือเก็บจากผู้ให้บริการโดยตรง	เอกชนบริการและเก็บค่าบริการจากบริษัทประกันเอกชนหรือเก็บจากผู้ให้บริการโดยตรง

ที่มา : ปรับจาก Cocoyoc H.^(๑๘)

เฉพาะวิกฤต พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่รู้จักกันไปทั่วโลกว่า โรคต้มยำกุ้ง ที่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลเอกชนอย่างรุนแรง. โรงพยาบาลเอกชนทยอยปิดตัวลง ๒ ระยะ คือใน พ.ศ. ๒๕๔๑ และ พ.ศ. ๒๕๔๖. ใน พ.ศ. ๒๕๔๒ ผลจากการกู้เงินต่างประเทศในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๓๙ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งไม่สามารถชำระหนี้ได้และหยุดกิจการ. โรงพยาบาลเอกชนยังคงลดลงและเหลืออยู่น้อยที่สุดใน พ.ศ. ๒๕๔๖ อันเป็นผลจากการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขรองรับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑. ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้นมา มีการจำแนกสถานพยาบาลภาคเอกชนตามโครงสร้างและศักยภาพบริการที่แท้จริง เช่น โรงพยาบาลเล็ก ๆ ที่ไม่มีผู้ป่วยในเลยต้องแจ้งยกเลิกและขออนุญาตเปิดใหม่เป็นคลินิก. เป็นที่น่าสังเกตว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น, โรงพยาบาลที่มีขนาด ๑-๓๐ เตียง ลดลงจากร้อยละ ๓๗ ของโรงพยาบาลทั้งหมดใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เหลือร้อยละ ๒๙ ในพ.ศ. ๒๕๔๖ ทำนองเดียวกับกลุ่ม ๓๑-๑๐๐ เตียง ขณะที่โรงพยาบาลขนาด ๑๐๐ เตียงขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ ๑๘ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นร้อยละ ๒๙ ใน พ.ศ. ๒๕๔๖.

ข. ปัจจัยสัมพันธ์กับการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงคุณภาพมาจากการประชุมระดมสมองผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนและรัฐบาล นักวิชาการ และผู้บริหารหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางในวันที่ ๗ และ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๔๘ ณ กองการประกอบโรคศิลปะ ได้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนจำแนกเป็น ปัจจัยเชิงบวกและลบ.

ปัจจัยเชิงบวก

๑. นโยบายรัฐบาลที่เน้นการเติบโตและเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ประกอบกับแนวนโยบายที่เน้นบทบาทภาคเอกชนและจำกัดการขยายตัวภาครัฐ.

๒. ก่อน พ.ศ. ๒๕๔๑ ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ รวมถึงบุคลากรสมรสและบุตร สามารถเบิกค่ารักษาจากโรงพยาบาลเอกชนได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง

จากสวัสดิการรักษายาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน.

๓. ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ โครงการประกันสังคมเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลขนาด ๑๐๐ เตียงขึ้นไป เป็นสถานพยาบาลหลักในการดูแลผู้ป่วยประกันตน โรงพยาบาลที่ต้องการเข้าร่วมโครงการจึงต้องพัฒนาศักยภาพด้านการแพทย์. ในพ.ศ. ๒๕๓๔ โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการเพียง ๑๘ แห่งเพิ่มเป็น ๒๗ แห่ง ในปีถัดมา จนเป็น ๑๓๒ แห่ง ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ สะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนต่างพอใจกับรายได้จูงใจส่วนตัวเข้าร่วมในโครงการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว.

๔. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลรัฐมีภาระงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างมากทันที เพราะฐานประชากรในความดูแลเพิ่มขึ้นทันที (ซึ่งใน พ.ศ. ๒๕๔๖ คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๗ ของประชากรประเทศและจัดอุปสรรคด้านการเงินทำให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการค่าใช้จ่ายสูง) ขณะที่ไม่มีบริการรับโครงการสร้างบริหาร, บริการและบุคลากรให้สอดคล้องรองรับภาระงาน. ข้าราชการและผู้จ่ายเงินเองที่ใช้บริการโรงพยาบาลรัฐบาลเป็นประจำ และรู้สึกถึงความไม่สะดวกในการใช้บริการซึ่งหนาแน่นขึ้น จึงเปลี่ยนไปใช้บริการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน หรือโรงพยาบาลเอกชน.

๕. การเติบโตทางเศรษฐกิจส่งผลให้ประชาชนมีกำลังจ่ายสำหรับบริการที่สะดวกสบายขึ้น แม้แต่กลุ่มสิทธิข้าราชการเองก็ใช้บริการผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นจากร้อยละ ๑๓.๖ ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น ๑๖.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๔๖^(๒) โดยอาจจ่ายเงินเองหรือใช้สิทธิประกันสุขภาพเอกชน เพราะไม่สามารถเบิกค่าบริการเอกชนจากสวัสดิการข้าราชการเพื่อการรักษาพยาบาลได้.

๖. จากวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. ๒๕๔๐ โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าชาวต่างประเทศที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและในประเทศเพื่อนบ้าน เป็นกลุ่มลูกค้าเป้าหมายใหม่ที่สามารถทดแทนคนไทยชนชั้นกลางได้เป็นอย่างดี. โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการทำตลาดใหม่นี้. กลุ่มผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้เกิดความต้องการบริการเฉพาะทางมากขึ้น เป็น



โอกาสให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่พัฒนาทักษะความสามารถ เพื่อความเป็นเลิศในการรักษามากขึ้น.

ปัจจัยเชิงลบ

๑. วิกฤตเศรษฐกิจโดยเฉพาะเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๐ ภาวะตกงานทำให้ความสามารถในการจ่ายของชนชั้นกลางลดลง. คนกลุ่มนี้เคยเป็นลูกค้าหลักของโรงพยาบาลเอกชน.

๒. ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๑ ผู้มีสิทธิข้าราชการไม่สามารถเบิกค่าบริการแบบผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลเอกชนได้อีกต่อไป ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ.

๓. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการในระยะที่ประเทศไทยยังไม่ฟื้นตัวจากวิกฤตเศรษฐกิจ มีผลให้ผู้ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนลดลงชัดเจน. แม้ว่าในปีถัดมาจะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งกลับไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าโครงการนี้สามารถตอบสนองผู้มีสิทธิได้ในระดับหนึ่ง มีผู้ได้รับประโยชน์จากโครงการนี้ โดยเฉพาะเมื่อมีรายได้ไม่แน่นอนหรือลดลง.

ค. การดำเนินงานโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ข้อมูลในการวิเคราะห์ส่วนนี้ได้จากโรงพยาบาลเอกชนที่ตอบกลับแบบสอบถาม ๕๖ แห่งจากที่ส่งไปทั้งหมด ๖๐ แห่งในทุกภาคซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๓. ในจำนวนที่ตอบกลับนี้จำแนกเป็น กลุ่มเล็ก กลาง และใหญ่ ตามจำนวนเตียง ได้แก่ กลุ่ม ๑-๕๐, ๕๑-๑๐๐ และมากกว่า ๑๐๐ เตียง ตามลำดับ.

ในภาพรวม อัตราการครองเตียงตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๓ มีทิศทางเพิ่มขึ้น และลดลงเล็กน้อยใน พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗. ในกลุ่มขนาดเดียวกัน โรงพยาบาลนอกกรุงเทพมหานคร มีอัตราการครองเตียงมากกว่าในกรุงเทพมหานคร ยกเว้นกลุ่มขนาด ๑-๕๐ เตียง อัตราของโรงพยาบาลขนาดเล็กนอกกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ ๓๐. อัตราการครองเตียงระดับต่ำสะท้อนถึงความด้อยประสิทธิภาพของการลงทุนในแผนกผู้ป่วยใน (จำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าจำนวนเตียงมาก). โดยทั่วไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีประสิทธิภาพมากกว่าขนาดกลางและเล็ก ยกเว้นกลุ่มขนาดกลางนอก

กรุงเทพมหานครที่มีอัตราการครองเตียงสูงที่สุดระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๖ และลดลงใน พ.ศ. ๒๕๔๗. อัตราการครองเตียงที่ลดลงใน พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗ ไม่ใช่ผลจากราคาน้ำมันซึ่งเริ่มสูงขึ้นปลาย พ.ศ. ๒๕๔๗ ดังตารางที่ ๒.

ง. การเงินของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ข้อมูลการเงินของโรงพยาบาลเอกชน ๕๖ แห่งใน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๖ ได้จากกระทรวงพาณิชย์ และวิเคราะห์ใน ๔ ด้านคือ ผลประกอบการ (รายได้, กำไรขั้นต้น และการจ่ายดอกเบี้ย), สภาพคล่อง, ความสามารถในการทำกำไร, และสภาพหนี้สิน.

- ผลประกอบการ

รายได้จากบริการของโรงพยาบาลเอกชนแต่ละกลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเพิ่มอย่างชัดเจนใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เช่นเดียวกับกำไรขั้นต้น (= รายได้จากบริการ-ต้นทุนบริการ) แม้ว่าโรงพยาบาลหลายแห่งขาดทุนใน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๕ (เพราะอัตราดอกเบี้ยเงินกู้สูง) แต่ก็กลับมามีผลประกอบการเป็นบวกใน พ.ศ. ๒๕๔๖. เป็นที่น่าสังเกตว่า ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ โรงพยาบาลขนาดกลางมีกำไรขั้นต้นมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่อันเป็นผลเนื่องจากการปรับโครงสร้างหนี้แล้วเสร็จ ทำให้สถานะการเงินดีขึ้นทันที.

- สภาพคล่อง

ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ โรงพยาบาลขนาดเล็กในภาคเหนือและกลางและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในภาคใต้ยังคงมีสภาพคล่องคือเงินทุนหมุนเวียนสุทธิเฉลี่ยเป็นบวก และอัตราส่วนทุนหมุนเวียนเฉลี่ยมากกว่า ๑. โรงพยาบาลขนาด ๕๑-๑๐๐ เตียงในภาคเหนือ มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนเฉลี่ยสูงมากเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีหนี้สินหมุนเวียนน้อยมาก (๓,๐๐๐ บาท) เมื่อเทียบกับทรัพย์สินหมุนเวียน (๑๕ ล้านบาท) ส่งผลให้อัตราส่วนแสดงสภาพคล่องอยู่ในเกณฑ์สูง.

ในภาพรวม โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเงินทุนหมุนเวียนสุทธิเฉลี่ยเป็นผลลบ แสดงถึงความต้องการเงินทุนหมุนเวียนเข้ามาเสริมสภาพคล่องของการดำเนินการ และมีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนเฉลี่ยต่ำกว่า ๑ เท่าแสดงว่ามีสินทรัพย์

ตารางที่ ๒ อัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๗

โรงพยาบาล		๒๕๔๓	๒๕๔๔	๒๕๔๕	๒๕๔๖	๒๕๔๗
๑-๕๐ เตียง	- กทม.	NA	๒๘.๕๑	๓๒.๗๔	๓๗.๒๗	๓๖.๓๕
	- นอก กทม.	๒๖.๑๓	๒๖.๐๐	๒๘.๕๒	๒๘.๕๔	๒๕.๔๗
๕๑-๑๐๐ เตียง	- กทม.	NA	NA	๒๖.๗๓	๓๒.๖๕	๓๑.๓๕
	- นอก กทม.	NA	๔๐.๓๒	๔๑.๗๖	๔๑.๑๘	๓๗.๑๕
>๑๐๐ เตียง	- กทม.	๓๖.๓๑	๓๗.๖๗	๓๘.๕๘	๔๒.๘๔	๔๐.๗๘
	- นอก กทม.	๓๗.๐๐	๓๕.๐๕	๓๕.๕๑	๔๓.๒๓	๔๒.๑๕

หมายเหตุ : NA = Not available

หมุ่เงินน้อยกว่าหนี้สินหมุ่เงิน และอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการชำระหนี้ระยะสั้นได้.

มีข้อสังเกตว่าโรงพยาบาลขนาดมากกว่า ๑๐๐ เตียง ในกรุงเทพมหานคร แม้ว่าจะมีอัตราส่วนแสดงสภาพคล่องติดลบในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๕ ก็ตาม แต่กิจการกลับมามีสภาพคล่องที่ดีขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๖ คือมีเงินทุนหมุ่เงินสุทธิเป็นบวกและอัตราส่วนเงินทุนหมุ่เงินมากกว่า ๑ เท่า.

- ความสามารถในการทำกำไร

ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในทุกพื้นที่มีกำไรสุทธิเพิ่มขึ้นชัดเจนเมื่อเทียบกับ ๒ ปีแรก และลดลงใน พ.ศ. ๒๕๔๖ ยกเว้นในกรุงเทพมหานครและภาคเหนือซึ่งมีอัตราส่วนกำไรสุทธิที่สุทธ้อยู่ ๑๓.๘๗. ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ โรงพยาบาลขนาดกลางในกรุงเทพมหานครแสดงผลกำไรสูงสุด คือ ๓๕.๗๐ บาท จากค่าบริการ ๑๐๐ บาท.

- สภาพหนี้สิน

โรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ และขนาดเล็กในภาคใต้มีอัตราส่วนหนี้สินต่อทุน (debt to equity ratio หรือ D:E) เป็นลบเพราะทุนหรือส่วนของผู้ถือหุ้นมีค่าเป็นลบ. ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ อัตราส่วนเป็นบวกแต่ค่ายังคงสูง (มากกว่า ๑) เนื่องจากสภาพหนี้สินส่วนจากการกู้ยืมสูง ต่างจากโรงพยาบาลในภาคเหนือที่อัตราส่วนนี้ต่ำกว่า ๑ แสดงถึงการประกอบกิจการมีการกู้ยืมต่ำ.

ผลกระทบ

สาระส่วนใหญ่เป็นผลจากการประชุมระดมสมองใน

วันที่ ๗ และ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๔๘. ผลกระทบจากการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนที่สำคัญคือผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐโดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ และค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวม.

- ต่อบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ

แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ จากโรงพยาบาลอำเภอและจังหวัด (ปัจจุบันคือ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป) ถูกดึงดูดเข้าไปสู่โรงพยาบาลเอกชนซึ่งผุดขึ้นเป็นดอกเห็ดในเขตเมืองโดยเฉพาะอย่างยิ่งกรุงเทพมหานคร. จำนวนโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น ประมาณ ๓.๓ เท่าภายในเวลา ๑๐ ปี. จำนวนแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลาออกเทียบเท่ากับจำนวนแพทย์ที่เข้ารับราชการใหม่ในแต่ละปีเพิ่มจากร้อยละ ๘ ใน พ.ศ. ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๓๐ ในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๐. ก่อนฟองสบู่แตกสถานการณ์ขาดแคลนแพทย์รุนแรงมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชน ๒๑ แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำ. อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจาก ๗.๑ ต่อ ๑ ใน พ.ศ. ๒๕๓๒ เป็น ๑๕.๓ ต่อ ๑ ใน พ.ศ. ๒๕๔๑. ภาระการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่เพิ่มอย่างมากขึ้นเป็นปัจจัยผลสำคัญที่ซ้ำเติมให้แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลชุมชน.

- ต่อรายจ่ายสุขภาพและการลงทุน

มีการแข่งขันกันในเรื่องการลงทุนด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง เครื่องมือและยาใหม่ ๆ และอาจเกิดภาวะส่งเสริมให้มีการใช้เครื่องมือให้มากเพื่อการคืนทุนโดยเร็วและกำไรสูงสุด เช่นเดียวกับที่เคยเกิดกับเครื่องมือราคาแพงก่อนหน้านี้ เช่น



ตารางที่ ๓ กลยุทธ์การดูแลกำกับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศต่าง ๆ*

มิติ	กลยุทธ์	ประเทศ
ควบคุมราคา	● กำหนดค่าบริการภาคเอกชน	อิหร่าน: กระทรวงสาธารณสุขกำหนดค่าบริการและการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ฮังการี: ระบบประกันจ่ายให้สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนราคาเดียวกัน แทนซาเนีย: มีแผนจัดทำอัตราค่าบริการ
	● ต่อรองอัตราเงินเดือน	ซิมบับเว: เงินเดือนพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนถูกกำหนดโดยรัฐบาลและสภาวิชาชีพ
ควบคุมปริมาณและการกระจาย	● ผ่านกลยุทธ์การจ่ายเงิน	ไนจีเรีย: กลยุทธ์การจ่ายเงินของโครงการประกันสุขภาพเป็นเหมาจ่ายและจ่ายร่วม โดยผู้ให้บริการ เพื่อลดแรงจูงใจในการบริการมากเกินไป ฮังการี: กลยุทธ์การจ่ายเงินของประกันสุขภาพโครงการใหม่เป็นเหมาจ่าย ร่วมกับการจ่ายพิเศษ
	● พื้นที่ตั้งสถานพยาบาลเอกชน	แทนซาเนีย: จะตั้งสถานพยาบาลเอกชนใหม่ต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขโดยพื้นที่ที่ตั้ง เป็นเงื่อนไขสำคัญในการพิจารณาออกใบอนุญาต มาเลเซีย: กำลังพิจารณาออกกฎหมายพิจารณาที่ตั้ง อิหร่าน: มีเกณฑ์ในการอนุญาตตั้งสถานพยาบาลเอกชนและที่ตั้ง
	● การสั่งยา	ซิมบับเว: มีกฎหมายจำกัดการจ่ายยาโดยแพทย์เอกชน
	● การลงทุน	มาเลเซีย: กำลังพิจารณากฎหมายควบคุมการลงทุนเครื่องมือและอาคาร
	● จำนวนการรักษา	อิหร่าน: กำลังพิจารณาการกำกับจำนวนการรักษาใน ๑ วัน
● จำนวนแพทย์	อิหร่าน: ทำสัญญาขั้นแรกกับแพทย์เป็นระยะ ๕ ปี	
คุณภาพ	● การตรวจสอบและออกใบอนุญาต	หลายประเทศเห็นด้วยกับการต่อใบอนุญาตและการมีอำนาจตรวจสอบสถานพยาบาลเอกชน (ชิลี มาเลเซีย ไนจีเรีย โมแซมบิก ซิมบับเว และแทนซาเนีย) แทนซาเนีย: ใช้ขนาดโรงพยาบาลและประเภทบุคลากรที่ต้องมี เป็นแนวทาง
	● การติดตามคุณภาพ	ไนจีเรีย: ติดตามคุณภาพโดยองค์กรวิชาชีพ ซิมบับเว: ทบทวนการรักษา (ไม่ระบุชื่อหมอ) ร่วมกันโดยสภาวิชาชีพ ศรีลังกา: ติดตามคุณภาพโดยแพทย์สภาและคณะกรรมการพิจารณา อิหร่าน: คณะกรรมการพิจารณา มาเลเซีย: กำลังพิจารณาการตรวจสอบคุณภาพการรักษา
	● ข้อร้องเรียน	ซิมบับเว: ข้อร้องเรียนการรักษาเป็นเรื่องสาธารณะ มีหน่วยงานเอาผิดการรักษาที่ผิดพลาด ไนจีเรีย: ประกาศข้อร้องเรียนการรักษาและการรักษาที่ผิดพลาดมีโอกาสถูกฟ้องร้อง
	● การเข้าถึงบริการ	อิหร่าน: โรงพยาบาลเอกชนต้องสำรองเตียงให้ผู้ป่วยยากจนร้อยละ ๓ อินโดนีเซีย: โรงพยาบาลเอกชนต้องสำรองเตียงให้ผู้ป่วยยากจนร้อยละ ๒.๕ เม็กซิโก: ทุกโรงพยาบาลต้องรับผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่คำนึงถึงฐานะการเงินของผู้ป่วย
	● ยา	ไนจีเรีย: อนุญาตเฉพาะยาที่จำเป็นเพื่อควบคุมการนำเข้า มีการติดตามคุณภาพยา ซิมบับเว: ติดตามคุณภาพยา
	● การฝึกอบรม	รัฐบาลหลายประเทศควบคุมหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชน มาเลเซีย: กำลังต่องให้ภาคเอกชนรับผิดชอบการฝึกอบรมและหลักสูตร

*ที่มา : ปรับจาก Cocoyoc H. (๒๐)

ตารางที่ ๔ ข้อเสนอแนะในส่วนผลกระทบและการดูแลกำกับโรงพยาบาลเอกชนจากที่ประชุมและการทบทวนวรรณกรรม*

มิติ	กลยุทธ์	มาตรการปัจจุบัน	มาตรการที่เสนอในการศึกษานี้
ค่าบริการ	■ เปิดประกาศค่าบริการ	กำหนดให้สถานพยาบาลติดประกาศค่าบริการและการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ	• ควรจัดกลุ่มอัตราค่าบริการตามระดับโรงพยาบาล (เล็ก กลาง ใหญ่) และจัดทำเป็นข้อมูลสาธารณะเพื่อช่วยประชาชนในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ
	■ กำหนดอัตราค่าไ้		• กำหนดอัตราค่าไ้ที่เหมาะสมทั้งในภาครัฐและเอกชน เช่น ให้มีค่ายาในอัตราค่าไ้ไม่เกินร้อยละ X
	■ ควบคุมตัวเอง		• จัดทำดัชนีราคาบริการการแพทย์
ปริมาณและการกระจาย	■ ผ่านกลยุทธ์การจ่ายเงิน	โครงการประกันสังคมใช้การจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่าย ร่วมกับการให้โบนัสตามปริมาณบริการ เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการ	• โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควร ใช้การจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่าย ร่วมกับการให้โบนัสตามปริมาณบริการ เพื่อจูงใจให้โรงพยาบาลบริการ เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ
	■ การลงทุนใหม่		• ประเมินต้นทุนประสิทธิผลเทคโนโลยีใหม่ๆ (การรักษา เครื่องมือ ยา) ก่อนอนุญาตให้ใช้ทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการลงทุนของประเทศ • ภาครัฐและเอกชนใช้เครื่องมือราคาแพงและทรัพยากรอื่นๆ (ห้องผ่าตัด เตียง บุคลากร) ร่วมกัน โดยคิดราคาที่เหมาะสม
	■ จำนวนวิชาชีพ	แพทย์และทันตแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยภาครัฐต้องทำงานในภาครัฐ ๓ ปี	• การรับบุคลากร สาธารณสุขในภาครัฐต้องสัมพันธ์กับภาระงานและ โครงสร้างพื้นฐานในการบริการต้องสัมพันธ์กับประเภทและจำนวนบุคลากร • โรงพยาบาลเอกชนควรรับภาระในการลงทุนฝึกฝนแพทย์เฉพาะทางและทีมงาน
คุณภาพ	■ การตรวจและออกใบอนุญาต	กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้สถานพยาบาลเอกชนต่อใบอนุญาตทุกปี และมีการตรวจสถานพยาบาลโดยกระทรวงฯ และกองทุนประกันสังคม	• สื่อสารให้สังคมและประชาชนทราบเกี่ยวกับมาตรฐานสถานพยาบาลและข้อกำหนดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง • สร้างกลยุทธ์ให้ประชาชนสะท้อนข้อเสนอแนะหรือข้อร้องเรียน สถานพยาบาลได้ในทุกระดับ
	■ ติดตามคุณภาพ	สภาวิชาชีพติดตามดูแลคุณภาพบริการกองทุนประกันตรวจสอบข้อมูลการรักษา	• มีกลยุทธ์ให้วิชาชีพพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น การต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
	■ ประกันคุณภาพ	การประกันคุณภาพบริการโรงพยาบาลและไอเอสโอ (ISO)	• การประกันคุณภาพระบบต่าง ๆ ควรบูรณาการหรือหาจุดร่วมในการประเมินสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และยังเป็นภาระรองรับการประกันคุณภาพระดับนานาชาติด้วย
	■ การร้องเรียน	ร้องเรียนปัญหาจากการรักษาได้ที่กองทุนประกัน สภาวิชาชีพ หรือศาล	• ขึ้นกับกลยุทธ์ของแต่ละกองทุนประกันสังคม • สร้างกลยุทธ์แก้ปัญหาจากบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับผู้ไม่มีสิทธิหรือไม่ใช้สิทธิประกันใดๆ
	■ ยา	สถานพยาบาลภาครัฐใช้บัญชียาหลักเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบยา	• สนับสนุนให้โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนใช้ยาตามบัญชียาหลักเพื่อประสิทธิภาพของระบบยาประเทศ ยาราคาแพงต้องผ่านการรับรองก่อน
	■ การฝึกอบรม	กระทรวงการศึกษาควบคุมหลักสูตรการฝึกอบรมทั้งภาครัฐและเอกชน	• โรงพยาบาลเอกชนควรร่วมรับภาระการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางและทีมบุคลากรเพื่อลดภาระภาครัฐ

*ที่มา : กรอบมาตรการ ปรับจาก Cocoyoc H. (๒๐๐)



เครื่องสลายนิว, เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์.

การดูแลกำกับ

การดูแลกำกับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศต่าง ๆ มีความหลากหลาย จากตารางที่ ๓ เป็นการสรุปประสบการณ์ของต่างประเทศ ได้แก่ ซิลี เม็กซิโก ไนจีเรีย โมแซมบิก ซิมบับเว แทนซาเนีย อิหร่าน ฮังการี อินโดนีเซีย ศรีลังกา และมาเลเซีย มีกลยุทธ์การกำกับ ๓ มิติ คือ ราคา, ปริมาณ, และคุณภาพ ซึ่งสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด. รัฐบาลส่วนใหญ่สนับสนุนภาคเอกชนมากกว่าจะควบคุม. หัวใจของการกำกับมักเป็นการออกใบอนุญาตและตรวจสอบ ขณะที่วิชาชีพและผู้บริโภคเน้นในมิติคุณภาพ ดังตารางที่ ๓.

สำหรับประเทศไทยมาตรการในการกำกับมีทั้งในมิติของค่าบริการ ปริมาณการกระจาย และคุณภาพ มีกลวิธีที่หลากหลาย และมีมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๔๘) รวมทั้งมีข้อเสนอมาตรการเพิ่มเติมจากการศึกษาในครั้งนี้เพิ่มขึ้นในหลายประเด็น เช่น มิติค่าบริการ, เสนอจัดทำดัชนีราคาบริการทางการแพทย์, มิติปริมาณและการกระจาย ควรมีหน่วยงาน หรือโครงสร้างระดับประเทศ ประเมินเทคโนโลยีใหม่ ๆ. ในส่วนการประกันคุณภาพระบบต่าง ๆ ควรบูรณาการหรือหาจุดร่วมในการประเมินสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และยังเป็นภาระรองรับการประกันคุณภาพระดับนานาชาติ รายละเอียดตามตารางที่ ๔.

วิจารณ์

การเติบโตอย่างรวดเร็วของธุรกิจนี้เกิดขึ้นใน ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา โดยสัมพันธ์ในทางเดียวกับภาวะเศรษฐกิจประเทศ. ใน พ.ศ. ๒๕๔๑ บางแห่งปิดตัวลงเพราะล้มละลายจากการมีหนี้ต่างประเทศ (พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๓๙) และการลดค่าเงินบาทในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. ๒๕๔๐ และหลายแห่งแม้ว่าไม่มีหนี้ต่างประเทศแต่ได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ. ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ บางแห่งปิดตัวลงสืบเนื่องจากผลของกฎกระทรวงสาธารณสุขของรับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ที่สถานพยาบาลต้องดำเนินการในชื่อที่ตรงตาม

โครงสร้างและศักยภาพบริการตามความเป็นจริง.

ปัจจัยที่ช่วยให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเติบโตและมีผลตอบแทนที่ดีในอดีต ได้แก่ นโยบายรัฐบาลที่สนับสนุนภาคเอกชนและสนับสนุนการลงทุน, อัตราดอกเบี้ยที่ต่ำ, โครงการประกันสังคม, ความคับคั่งที่โรงพยาบาลภาครัฐจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการชาวต่างชาติ และการขยายตัวของเศรษฐกิจของประเทศ สะท้อนว่าบริการเอกชนสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มหนึ่งได้อย่างดี และคนกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามกาลเวลา. อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนบ้าง ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจที่ชะงักงันหรือถดถอย, การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ตอบสนองต่อผู้มีสิทธิมากขึ้น ทั้งในด้านความครอบคลุมเชิงปริมาณและการขยายสิทธิประโยชน์.

ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖ ผลประกอบการโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มดี อันเป็นผลมาจากการปรับโครงสร้างหนี้แล้วเสร็จทำให้สถานะเงินดีขึ้นทันที. รายได้ของโรงพยาบาลในภูมิภาคมีแนวโน้มสูงขึ้น, โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีรายได้สูงกว่าขนาดเล็ก, โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครมีรายได้มากกว่าโรงพยาบาลขนาดเดียวกันในภูมิภาค, รองลงมาคือโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ต้นทุนขายและค่าใช้จ่ายมีทิศทางเดียวกับรายได้. ผลการดำเนินงานดีขึ้นมีกำไรเพิ่มขึ้นหรือขาดทุนสุทธิลดลง, หลายโรงพยาบาลเริ่มกลับมามีผลกำไร ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งในกรุงเทพมหานครและภูมิภาคมีผลประกอบการกำไรสุทธิทิศทางดอกเบี้ยจ่ายและหนี้สินลดลงเช่นเดียวกับโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์. ด้านสภาพคล่องส่วนใหญ่ยังต้องการเงินทุนหมุนเวียนเข้ามาเสริมสภาพคล่องอยู่. ในกลุ่มโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน, โรงพยาบาลนอกกรุงเทพมหานครมีประสิทธิภาพการลงทุนแผนกผู้ป่วยในมากกว่า ในกรุงเทพมหานคร ยกเว้นกลุ่ม ๑-๕๐ เตียง. จากอัตราการครองเตียงและการให้ผลตอบแทนแก่ผู้ลงทุน โรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มดีกว่าขนาดกลางและเล็ก แต่โรงพยาบาลขนาดเล็กในกรุงเทพมหานครใช้ประโยชน์จาก

สินทรัพย์เพื่อก่อให้เกิดรายได้และกำไรได้ดีที่สุด.

สำหรับโรงพยาบาลที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖ ทั้งรายได้และกำไรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น, อัตรากำไรสุทธิร้อยละ ๗-๑๓, กิจการส่วนใหญ่มีความสามารถในการจ่ายดอกเบี้ยซึ่งดอกเบี้ยจ่ายมีแนวโน้มลดลงตลอด เนื่องจากในระยะเวลาที่ศึกษาอัตราดอกเบี้ยมีทิศทางลดลงและกิจการส่วนใหญ่มีหนี้สินลดลงซึ่งบางแห่งเป็นเพราะปรับโครงสร้างหนี้กับสถาบันการเงินเสร็จแล้ว. ด้านสภาพคล่องของโรงพยาบาลกลุ่มนี้อยู่ในเกณฑ์ดีพอใช้มีสินทรัพย์หมุนเวียนเพียงพอชำระหนี้ระยะสั้น.

ในประเด็นผลกระทบต่ออนุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ แม้ว่าโรงพยาบาลเอกชนจะดำเนินงานโดยคำนึงถึงต้นทุนและปรับตัวได้อย่างรวดเร็วในสถานการณ์ต่าง ๆ แต่มุมมองในด้านการทำกำไรไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสังคม ส่งผลให้เกิดภาวะสมองไหลจากภาครัฐไปสู่เอกชนในภาวะเศรษฐกิจเฟื่องฟู. เพื่อลดปัญหาสมองไหลดังกล่าวมีข้อเสนอให้ภาคเอกชนมีส่วนรับภาระในเรื่องการพัฒนาบุคลากร อาจเป็นการจ่ายคืนให้หน่วยงานต้นสังกัด หรือจัดตั้งเป็นกองทุนเฉพาะ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการพัฒนาการบริหารจัดการและการงบประมาณภาครัฐทั้งในด้านความพอเพียงและการจัดสรรที่เป็นธรรมระหว่างหน่วยงานและกลุ่มวิชาชีพ. รายจ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศอาจไม่ใช่สาระสำคัญและไม่เป็นปัญหา แต่อาจมีผลตามมาอย่างอื่นเช่น การนำเข้าเทคโนโลยีจากประเทศอื่น ๆ. บริการมีหลายมาตรฐานหรือหลายราคา ซึ่งอาจกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศในด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ หรือมาตรฐาน.

ข้อมูลจากการศึกษาแสดงว่าการลงทุนในภาคเอกชนมี ปัญหาประสิทธิภาพเช่นกัน ดังนี้

๑. ประสิทธิภาพของเอกชนเป็นจริงในด้านรายได้และกำไร แต่ในแง่การใช้ทรัพยากรอาจไม่แตกต่างจากภาครัฐ. ค่าบริการที่สูงกว่าทำให้คืนทุนได้เร็วและอัตรากำไรที่สูงไม่ใช่เพราะต้นทุนต่ำ.

๒. แนวคิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันหรือระบบรัฐผสม

เอกชน มักเกิดขึ้นในเวลาต้องการความช่วยเหลือเป็นรูปธรรมจากรัฐบาลเพื่อรักษาระดับรายได้ไม่ให้ลดลง. แต่การลงทุนเพิ่มมักเกิดขึ้นในภาวะที่มองเห็นโอกาสทางธุรกิจ และไม่ต้องการให้ภาครัฐเข้ามาควบคุม.

๓. แนวคิด “ภาครัฐและเอกชนควรอยู่ภายใต้กฎหมายเดียวกันและใช้มาตรฐานเดียวกันในการกำกับตรวจสอบ” (พระราชบัญญัติสถานพยาบาลบังคับใช้กับภาคเอกชนเท่านั้น) เป็นที่ยอมรับในมิติคุณภาพ. แต่เนื่องจากภาครัฐและเอกชนมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานแตกต่างกัน จึงควรได้รับการสอดส่องดูแลเน้นหนักแตกต่างกัน เช่น ภาครัฐส่วนใหญ่มีปัญหาการบริหารจัดการองค์กร, ระบบบริการ และงบประมาณดำเนินงานที่ด้อยประสิทธิภาพ จึงควรได้รับการสนับสนุนติดตามกำกับเพิ่มเติมในประเด็นนี้. ขณะที่ภาคเอกชนมีกำไรมากขึ้น การกำกับจึงควรมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างค่าบริการ, ความจำเป็นในการบริการ และคุณภาพบริการเชิงผลลัพธ์ แทนการตรวจเฉพาะโครงสร้างบริการเพียงอย่างเดียว เพื่อขยายขอบเขตการคุ้มครองผู้บริโภคและป้องกันไม่ให้เกิดค่าบริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (การแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้ทำให้ค่าบริการลดลง).

เพื่อให้มีการลงทุนที่มีประสิทธิภาพ ควรมีหน่วยงานหรือโครงสร้างระดับประเทศประเมินเทคโนโลยีใหม่ ๆ โดยพิจารณาต้นทุนประสิทธิผลทั้งด้านการรักษา, เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ และยา แล้วจึงอนุญาตให้ใช้ได้แพร่หลาย.

จากการทบทวนวรรณกรรม และการประชุมระดมสมอง มีข้อเสนอให้มีระบบกำกับ เพื่อให้การพัฒนาไม่เกิดผลกระทบทางลบน้อยที่สุดต่อระบบบริการสุขภาพภาครัฐและประเทศ ดังนี้

โครงสร้างของระบบกำกับดูแลสถานพยาบาล

๑. คณะกรรมการระดับชาติ ประกอบด้วยตัวแทนทั้งภาครัฐและเอกชน วิชาชีพ ประชาชน ท้องถิ่น และนักวิชาการ โดยมีบทบาทกำกับดูแลสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และสร้างระบบการมีส่วนร่วมของภาครัฐและเอกชน.



๒. คณะกรรมการระดับจังหวัด องค์ประกอบทำนองเดียวกับระดับชาติแต่เป็นตัวแทนจังหวัดและท้องถิ่น โดยมีบทบาท

- กำกับดูแลสถานพยาบาลและการจัดบริการทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัด.

- จัดให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์และคาดการณ์อย่างน้อยใน ๓ ด้าน คือ

(๑) ปริมาณบริการแบบผู้ป่วยนอกและใน และศักยภาพที่แท้จริงของสถานพยาบาล.

(๒) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเป็นโรคและเจ็บป่วย.

(๓) แนวโน้มของวิถีชีวิตและพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ.

- จัดทำแผนสุขภาพระดับจังหวัดภายใต้แผนจังหวัด.

- จัดทำเกณฑ์ในการขยายโรงพยาบาลและการสร้าง

โรงพยาบาลใหม่ และเปิดบริการด้วยเทคโนโลยีใหม่ให้สอดคล้องกับความจำเป็นและประสิทธิภาพ.

- สนับสนุนให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่าง

ภาครัฐและเอกชนในจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียงอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด.

๓. กลุ่มวิชาการ มีบทบาทในการวิเคราะห์สถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของการบริการภาครัฐและเอกชนเป็นระยะเพื่อจัดทำข้อมูลในการสะท้อนปัญหาและเสนอแนวทางแก้ปัญหาแก่องค์กรระดับนโยบายและองค์กรที่เกี่ยวข้อง.

มาตรการในการกำกับ

ประกอบด้วย ค่าบริการ, ปริมาณและการกระจายของบริการและสถานพยาบาล และคุณภาพบริการ.

ค่าบริการ

- ให้โรงพยาบาลเอกชนจัดทำอัตราค่าบริการจำแนกตามกลุ่มระดับโรงพยาบาลเพื่อให้และจัดทำเป็นข้อมูลสาธารณะเพื่อให้ประชาชนพิจารณาเปรียบเทียบได้ชัดเจนขึ้น ก่อนการตัดสินใจใช้บริการ.

- กำหนดอัตรากำไรจากบริการและยา ทั้งในภาครัฐและเอกชน.

ปริมาณและการกระจาย

- ปรับกลยุทธการจ่ายเงิน โดยใช้การจ่ายโบนัสร่วมกับเหมาจ่ายจูงใจให้สถานพยาบาลบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ.

- ประเมินต้นทุนประสิทธิผลของเทคโนโลยีใหม่ ๆ ให้ชัดเจนก่อน จึงอนุญาตให้นำไปใช้.

- ใช้อุปกรณ์หรือทรัพยากรอื่น ๆ ร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในราคาที่เหมาะสม.

- การรับบุคลากรสาธารณสุขเข้าทำงานในภาครัฐต้องสัมพันธ์กับภาระงานและโครงสร้างพื้นฐานในการบริการต้องสัมพันธ์กับประเภทและจำนวนบุคลากร.

- โรงพยาบาลเอกชนควรรับภาระในการลงทุนฝึกฝนแพทย์เฉพาะทางและทีมงาน โดยอาจส่งบุคลากรฝึกอบรมเอง หรือจ่ายชดเชยให้หน่วยงานต้นสังกัดตามต้นทุนการผลิต รวมค่าเสียโอกาส.

คุณภาพ

ตรวจและออกใบอนุญาต

- เผยแพร่และสื่อสารให้ประชาชนและสังคมทราบมาตรฐานและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน โดยสามารถสอบถามหรือค้นหาได้เมื่อต้องการ.

- สร้างระบบให้ประชาชนสะท้อนข้อเสนอนะหรือร้องเรียนเกี่ยวกับสถานพยาบาลได้ทั้งในระดับท้องถิ่นและส่วนกลาง.

ติดตาม มีกลวิธีให้วิชาชีพพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น การต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.

การประกันคุณภาพ การประกันคุณภาพระบบต่างๆ ควรบูรณาการหรือหาจุดร่วมในด้านมาตรฐาน, ข้อกำหนด, การพัฒนา และการประเมินสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนและยังเป็นการรองรับการประกันคุณภาพระดับนานาชาติด้วย.

การจัดการข้อร้องเรียน

- แต่ละกองทุนประกันสุขภาพควรมีช่องทางให้สมาชิกร้องเรียนสถานพยาบาลและมีกลยุทธจัดการข้อร้องเรียนให้ยุติโดยยึดหลักความเป็นธรรม, เยียวยาผู้เสียหายและป้องกันการเกิดซ้ำทั้งในระดับจังหวัดและส่วนกลาง.

- พัฒนากลยุทธ์แก้ปัญหาจากบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับผู้ไม่มีสิทธิประกันใด ๆ.

- ใช้ข้อร้องเรียนเป็นบทเรียนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาล.

ระบบยา มีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลรัฐและเอกชนใช้ยาตามบัญชียาหลัก เพื่อประสิทธิภาพของระบบยาระดับประเทศ. ยาราคาแพงชนิดใหม่ต้องผ่านกระบวนการประเมินและรับรองก่อน.

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. การพัฒนาโครงสร้างของระบบกำกับดูแลควรเป็นการผนวกบทบาทในส่วนที่ทำงานร่วมกันได้ของคณะกรรมการต่าง ๆ ซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานประกันสังคม และอื่น ๆ แทนการพัฒนาโครงสร้างใหม่ โดยมีบทบาทกำกับดูแลสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน สร้างระบบการมีส่วนร่วมของภาครัฐและเอกชน.

๒. การพัฒนาระบบกำกับในมิติค่าบริการ, ปริมาณและการกระจายของบริการและสถานพยาบาล และคุณภาพบริการแบบค่อยเป็นค่อยไป อาจเริ่มในด้านที่เป็นผลประโยชน์ร่วมหรือมีความขัดแย้งน้อยที่สุด เช่น การพัฒนาระบบประกันคุณภาพ โดยภาครัฐอาจเป็นผู้เริ่มแสวงหาความร่วมมือประสานกับองค์กรอื่น ๆ. ที่สำคัญควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารสาธารณะเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจของประชาชนซึ่งเป็นผู้กระตุ้นโรงพยาบาลเอกชนที่สำคัญกว่าการบังคับใช้กฎหมายใด ๆ สร้างและพัฒนากลวิธีให้ประชาชนสะท้อนข้อเสนอนะหรือร้องเรียนเกี่ยวกับสถานพยาบาลได้ทั้งในระดับท้องถิ่นและส่วนกลาง, สนับสนุนให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียงอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด.

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข ๒๕๔๒-๒๕๔๓. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: องค์การ

สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๔๕. หน้า ๒๗๕.

๒. ปิยวรรณ ประคุณคงชัย. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๓.

๓. ศุภชัย คุณารัตนพุกภัย, ดวงสมร บุญผดุง. การศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป. รายงานการวิจัย; ๒๕๓๒.

๔. วิภา อรุณศิริพิศมภ์กุล. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามารัตน์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขการแพทย์และสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๒๕.

๕. วันดี เขียมจิตรศิริพงษ์. ปัจจัยทางสังคมวิทยาของผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเชิงธุรกิจในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขการแพทย์และสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๒๘.

๖. สุมนา ตั้งคณะสิงห์, วไลพร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิภาดา อังสุมาลิน. การศึกษาและวิเคราะห์การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย. รายงานการวิจัย คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๒๖.

๗. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, สมหญิง สายธนู, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. บทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤต เศรษฐกิจ (พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๔). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๖.

๘. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, Pachanee CA, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์, เหมพิสุทธิ P. International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand. Hum Resour Health 2004; 2:10. download from <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/10> access on 15 September 2005.

๙. กองการประกอบโรคศิลปะ. ข้อมูลการต่อทะเบียนโรงพยาบาลเอกชน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; ๒๕๔๖.

๑๐. Personnel Division, Office of the Permanent Secretary, MOPH. Referred by สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, เพ็ญไพบุลย์ P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors. in Thailand: four decades of experience (table 2). Human Resources for Health 2003.

๑๑. กองการประกอบโรคศิลปะ. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ พร้อมด้วย กฎกระทรวง ประกาศกฎกระทรวง และระเบียบกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑. นนทบุรี: ไทภูมิ; ๒๕๔๑.

๑๒. Figueras J, Mckee M, Cain J, Lessof S. Overview in Health systems in transition: learning from experience. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

๑๓. Kutty V R. Historical analysis of the development of health care facilities in Kerala State, India. Health Policy and planning 2000;15:103-9.



๑๔. Rocha JS, Simoes BJ. Study on public and private hospitals care on a population basis, 1989-1996. *Rev Saude Publica* 1999;33:44-54.
๑๕. Tamez S, Bodek C, Eibenschutz C. Public and private : insurance companies and medical care in Mexico. *Cad Saude Publica* 1995; 11:579-87. Epub 2003 Sep.
๑๖. Brown L, Barnett JR. Is the corporate transformation of hospitals creating a new hybrid health care space? A case study of the impact of co-location of public and private hospitals in Australia. *Soc Sci Med* 2004;58:427-44.
๑๗. Barraclough S. The growth of corporate private hospitals in Malaysia: policy contradictions in health system pluralism. *Int J Health Serv* 1997;27:643-59.
๑๘. Cocoyoc H. Interregional meeting on the public/private mix in national health systems and the role of ministry of public health 22-26 July 1991. World Health Organization, Geneva.
๑๙. World Health Organization. Public/private sector partnerships for health: role of governments. Reports of a regional consultation Jakarta, Indonesia; 17-19 December 1997; New Delhi: 1998.
๒๐. Lim Meng-Kin. Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore. *Health Policy* 2003;69:83-92.
๒๑. จิตปราณี วาศวิท, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กัญจนา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, นวรัตน์ โอปนพันธ์. อนามัยและสวัสดิการคนไทย หลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ ๑ เรื่องการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* ๒๕๔๗;๑๑:๔๒๘-๓๕.

การมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลจะนะ กับศูนย์สวัสดิการสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

สุภัทกร ฮาสุวรรณกิจ*

มณฑา ทิระวุฒิ*

วิชัย ยานวิมุติ*

บทคัดย่อ

การสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นหัวใจของการขับเคลื่อนสุขภาวะในชุมชน. จากหลักการดังกล่าวร่วมกับบริบทของตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ที่มีองค์กรชุมชนที่เข้มแข็ง จึงเหมาะสมในการพัฒนาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพในรูปแบบ “กองทุนสุขภาพชุมชนระดับตำบล”. วิธีการศึกษามี ๒ ระยะ. ระยะที่ ๑ เป็นการสร้างตัวแบบโดยเก็บข้อมูล เพื่อทราบทุนทางสังคม, สถานภาพขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชน และสร้างตัวแบบโดยกระบวนการสนทนากลุ่ม. ระยะที่ ๒ เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการจริงให้เกิด “กองทุนสุขภาพชุมชน” และมีการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ.

ผลการศึกษาแสดงว่าทุกภาคส่วนเห็นด้วยกับแนวความคิดในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลน้ำขาว โดยการร่วมระดมทุนจากทั้ง ๓ ภาคส่วน คือ องค์กรการเงินและกลุ่มต่างๆของชุมชน เช่น กลุ่มสัจจะออมทรัพย์, ภาคส่วนสาธารณสุข และภาคส่วนองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น. เงินสมทบจากองค์กรการเงินชุมชนนั้นเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของกองทุนที่สำคัญยิ่ง. คณะกรรมการของกองทุนฯประกอบด้วยบุคคลจากทุกภาคส่วนเป็นกรรมการ มีการใช้กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์ในการจัดสรรงบประมาณของกองทุนฯ ซึ่งทำให้แผนงานของกองทุนฯมีมิติการสร้างเสริมสุขภาวะที่กว้างกว่ามิติสาธารณสุข.

ในขั้นตอนของการดำเนินการจริงตามตัวแบบที่ได้มา ได้มีตั้งกองทุนขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนงบประมาณให้ ๓๗.๕ บาทต่อรายหัวประชากร เป็นเงิน ๑๔๐,๒๘๗ บาท, องค์กรบริหารส่วนตำบลน้ำขาวได้สมทบเงินปีละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท, กลุ่มสัจจะออมทรัพย์สนับสนุน ๑๔,๐๐๐ บาท และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจะนะ (CUP จะนะ) จะโอนเงินสมทบอีก ๑๐๐,๐๐๐ บาท. ขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างการทำแผนสุขภาพตำบลน้ำขาว เพื่อรองรับการจัดสรรเงินกองทุนในการสร้างสุขภาพในตำบลน้ำขาว.

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ, กองทุนสุขภาพชุมชน, แผนสุขภาพระดับตำบล

Abstract

Participation in Community Health Assurance: A Case Study of Chana Hospital, Chana District, Songkla Province

Supat Hasuwankit*, Montha Thirawuthi*, Wichai Yanwimut*

*Chana Hospital, Songkla Province

Community participation is an essential strategy for improving community health in the context of Namkao Subdistrict, which has strong community organizations was considered suitable as a model for the development of a participatory community health fund at the subdistrict level.

The study was divided into two periods: the first for formulating a model by collecting data about the existing social fund and the situation of organizations in the community, and the second for assessing

*โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา



the real operations of the Namkao community health fund and evaluating the administration processes designed.

The results showed that all three sectors (community sector including groups of community savings organizations, health-care sector and subdistrict administrative organizations) agreed with establishing the fund. The contribution from the community sector is the key to community ownership of the fund. The community health fund board consisted of people from every sector. Approval for budgets of any projects is considered by its linkage to the Namkao health plan in that it would have a wider perspective of health than a bio-medical model.

For the second step, the Namkao community health fund was established in 2007; a contribution was provided by the National Health Security Office, which funded 37.5 baht per capita every year (about 140,287 baht in 2007), while the local government provided 100,000 baht, the community sector 14,000 baht and the health-care sector 100,000 baht. Currently, the community is developing a community health-plan for allocating budget to health-promoting projects.

The participatory process is the core concept in establishing community health. A community health fund at the subdistrict level is an important participative strategy that can support real operations. This innovation promoted the concept of good health, which should not be limited to health organization staff only but a task shared by everyone.

Key words: participation in health security system, community health fund, community health plan

ภูมิหลังและเหตุผล

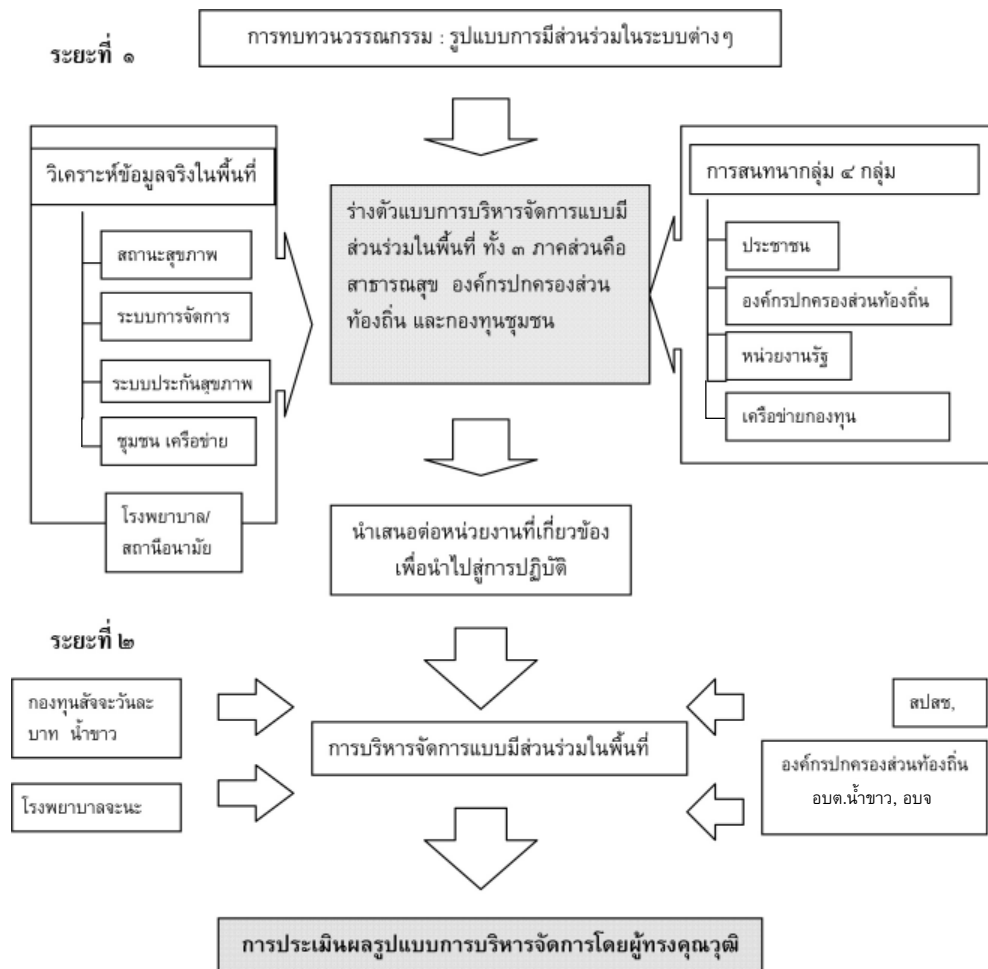
กระบวนการค้นเรื่องสุขภาพ ไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องสาธารณสุข แต่การดำเนินงานเพื่อนำไปสู่สุขภาพะ จึงเป็นบทบาทของทุกคน ทุกภาคี ทุกหน่วยงาน ในการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งระดับของการมีส่วนร่วมนั้นมีตั้งแต่ระดับเบื้องต้นคือการรับรู้ไปจนถึงระดับการร่วมคิดร่วมทำและมีความเป็นเจ้าของ^(๑).

ทุนทางสังคมที่มีในชุมชน ไม่ว่าจะทุนด้านทรัพยากรบุคคล เช่น ผู้นำธรรมชาติ, ปราชญ์ชาวบ้าน, ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, พระ หรือข้าราชการในพื้นที่ ร่วมกับทุนด้านระบบการจัดการในชุมชน เช่น กลุ่มออมทรัพย์กลุ่มแม่บ้าน, กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ, กลุ่มอาชีพต่างๆ และทุนด้านทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ลำคลอง ป่า พื้นที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน เป็นทุนที่สำคัญในการสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่^(๒).

สำหรับตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลานั้น เป็นตำบลหนึ่งที่มีทุนทางสังคมในพื้นที่อยู่ในระดับสูง, มีความตื่นตัวต่อการดูแลสร้างสุขภาพะในชุมชนสูง^(๓) ประกอบกับทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนการสร้างรูปแบบจำลองของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพะในชุมชนผ่านรูปแบบ “กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว” ให้เกิดเป็นรูปธรรมการมีส่วนร่วมรูปแบบหนึ่งที่สามารถผลักดันเป็นนวัตกรรมในระบบสุขภาพชุมชนได้.

จากทุนทางสังคมที่มีในตำบลน้ำขาว ที่ภาคชุมชนพร้อมเป็นผู้นำในการก่อตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนขึ้นมา โดยการสมทบเงินทุนในการตั้งกองทุนจากทั้ง ๔ ภาคส่วนคือ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, องค์กรบริหารส่วนตำบลน้ำขาว, กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ และเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) อำเภอจะนะ. เมื่อเกิดการตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาวที่ทุกฝ่ายเป็นเจ้าของร่วมกันแล้ว ก็จะสร้างกลยุทธการบริหารจัดการกองทุนอย่างมีส่วนร่วมให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป^(๓). จากพื้นฐานดังกล่าวจึงนำมาสู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างตัวแบบของการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลกับภาคประชาชน และหน่วยบริการในพื้นที่ แล้วนำผลการศึกษาไปขยายผลในระดับกว้าง และให้กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาวได้ดำเนินการได้จริงในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ เป็นต้นไป.



รูปที่ ๑ กรอบแนวคิดการศึกษา

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ๒ ระยะ (รูปที่ ๑) ดังนี้

ระยะที่ ๑ การรวบรวมข้อมูลเพื่อการสร้างตัวแบบ

๑. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการมีส่วนร่วมในระบบต่าง ๆ ของหลักประกันสุขภาพ.
๒. ศึกษาและเก็บข้อมูลจริงในพื้นที่ ในส่วนของทุนทางสังคม, สถานภาพขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชนตำบลน้ำชา.
๓. การสนทนากลุ่มกับองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ วิเคราะห์ข้อมูลและพัฒนาเป็นร่างตัวแบบการมีส่วนร่วมในระดับตำบล.
๔. จัดประชุมเพื่อขอความคิดเห็นร่วมกับองค์กรใน

พื้นที่ และผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อปรับตัวแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ และนำเสนอตัวแบบต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

ระยะที่ ๒ ขั้นตอนการปฏิบัติการจริง

๑. จัดให้มีการสมทบงบประมาณจากภาคส่วนต่างๆ ตั้งเป็นกองทุนสุขภาพชุมชน.
๒. การประเมินรูปแบบการบริหารจัดการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ.

ผลการศึกษาและวิจารณ์

ระยะที่ ๑ การสร้างตัวแบบกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำชา



● ข้อมูลทั่วไป

ตำบลน้ำขาวอยู่ทางทิศใต้ของอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ห่างออกไปจากตัวอำเภอเป็นระยะทางประมาณ ๒๐ กิโลเมตร มี ๑๑ หมู่บ้าน ประชากรทั้งสิ้น ๓,๕๐๔ คน ร้อยละ ๙๐.๒ นับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม.

มีสถานอนามัย ๒ แห่ง ดังแสดงในตารางข้างล่างนี้

	หมู่บ้านที่ รับผิดชอบ	จำนวน ประชากร	จำนวน เจ้าหน้าที่	สัดส่วนเจ้าหน้าที่ ต่อประชากร
สอ.น้ำขาว	๑,๓,๕,๖,๘,๑๐	๑,๕๓๔	๒	๑ : ๗๖๗
สอ.คลองแงะ	๒,๔,๗,๙,๑๑	๑,๙๗๐	๒	๑ : ๙๘๕
รวม	๑๑ หมู่บ้าน	๓,๕๐๔	๔	๑ : ๘๗๖

จะเห็นได้ว่า อัตราส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ยังไม่มีความเพียงพอในสถานอนามัยทั้ง ๒ แห่ง.

● ทูทางสังคมในตำบลน้ำขาว

ในพื้นที่ตำบลน้ำขาวมีทูทางสังคมที่สำคัญในทุกภาคส่วน กล่าวคือ

๑. องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว ได้ให้เงินสนับสนุนสถานอนามัยทั้ง ๒ แห่ง ดังแสดงในตารางข้างล่างนี้

พ.ศ.	จำนวนเงิน (บาท)
๒๕๔๖	๒๗,๕๐๐
๒๕๔๗	๑๐๒,๐๐๐
๒๕๔๘	๒๕,๐๐๐
๒๕๔๙	๓๐,๐๐๐
รวม ๔ ปี	๑๘๔,๕๐๐

๒. ภาคประชาชนที่เป็นองค์การการเงินในชุมชนของตำบลน้ำขาวนั้น มี ๓ กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ ครูชบ ยอดแก้ว ได้ริเริ่มตั้งกลุ่มออมทรัพย์ขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๒๕ และได้ขยายตัวจนมีกลุ่มย่อย ๒๑ กลุ่มในปัจจุบัน และได้กลายเป็นวัฒนธรรมชุมชนที่

สำคัญของตำบลน้ำขาว^(๔). นอกจากจะเน้นการออมเพื่อการกู้ยืมแล้วบางกลุ่มยังมีการจัดสวัสดิการให้กับสมาชิกด้วย เช่น ค่ารักษาพยาบาล, ค่าฌาปนกิจ, ทูทางการศึกษา^(๕) แต่ยังไม่ปรากฏรูปธรรมที่ชัดเจนในการสร้างสุขภาพแก่สมาชิก.

กลุ่มสัจจะวันละบาท เป็นกลุ่มที่มีฐานสมาชิกระดับตำบล เริ่มดำเนินการในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๗ มีสมาชิกในครั้งแรก ๕๙๔ คน ปัจจุบันมีสมาชิกร้อยละ ๖๐ ของประชาชนตำบลน้ำขาว มีการจัดสวัสดิการ ๙ เรื่องได้แก่ สวัสดิการการเกิด, สวัสดิการบำนาญ, สวัสดิการคนเจ็บป่วย, สวัสดิการคนตาย, ทูทางการศึกษา, สวัสดิการของกรรมการ, สวัสดิการเงินกู้, สวัสดิการเงินฝาก และสวัสดิการสำหรับผู้ที่ไม่มียาได้^(๖). แกนนำของกลุ่มนี้เป็นกำลังสำคัญในการผลักดันกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว

กลุ่มกองทุนหมู่บ้าน รัฐบาลได้ตั้งงบประมาณไว้ให้หมู่บ้านละ ๑ ล้านบาท เพื่อจัดสรรให้กับผู้ที่มาขอกู้เงินเพื่อนำไปประกอบวิสาหกิจต่าง ๆ และต้องจ่ายเงินต้นพร้อมดอกเบี้ย โดยนำส่วนของผลกำไรไปจัดสรรสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน. ในตำบลน้ำขาวมีทั้งสิ้น ๑๑ กองทุน.

๓. ภาคประชาชนที่มีการรวมตัวเป็นกลุ่มหรือชมรม ในตำบลน้ำขาวมีองค์กรภาคประชาชนที่มีการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการ ๒ กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มผู้สูงอายุตำบลน้ำขาว มีจำนวนสมาชิก ๑๘๐ คน.

กลุ่ม อสม. มีสมาชิก ๗๐ คน.

๔. ภาคส่วนสาธารณสุข ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ และ ๒๕๔๙ ได้รับการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมป้องกันหัวละ ๔๘ และ ๖๖ บาทต่อคนต่อปีตามลำดับ ดังแสดงในตารางข้างล่างนี้

สถานอนามัย	จำนวนบัตร	งบส่งเสริมสุขภาพ (PP) ที่จัดสรร (บาท)	
		พ.ศ. ๒๕๔๘	พ.ศ. ๒๕๔๙
น้ำขาว	๑,๕๕๒	๕๓,๔๐๐	๕๑,๕๔๒
คลองแงะ	๑,๘๗๕	๘๖,๗๖๐	๑๑๗,๘๗๖
รวม	๓,๔๒๗	๑๔๐,๑๖๐	๑๖๙,๔๑๘

สำหรับรายรับและรายจ่ายของสถานื่อนามัยทั้ง ๒ แห่งในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ ได้แก่

สอ.น้ำขาว		สอ.คลองแวง		รวม	
รายรับ (บาท)	รายจ่าย (บาท)	รายรับ (บาท)	รายจ่าย (บาท)	รายรับ (บาท)	รายจ่าย (บาท)
๑๑๕,๓๓๘	๑๕๓,๕๐๑	๒๔๕,๓๖๑	๘๕,๓๑๖	๓๖๐,๕๙๙	๒๓๘,๘๑๗

เมื่อรวมรายรับรายจ่ายของสถานื่อนามัยทั้ง ๒ แห่งใน พ.ศ. ๒๕๔๘ จะเห็นว่ารายรับ ๓๖๐,๕๙๙ บาท สูงกว่ารายจ่าย ๒๓๘,๘๑๗ บาท แต่เนื่องจากสถานื่อนามัยน้ำขาวนำเงินไปใช้ซื้อที่ดิน ๑๔๐,๐๐๐ บาท. ดังนั้นหากไม่ซื้อที่ดิน จะมีรายรับสูงกว่ารายจ่าย ๒๒๒,๕๙๙ บาท คิดเป็นร้อยละ ๖๐ ของรายรับทั้งหมด. จากตัวเลขดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าภาคสาธารณสุขสามารถสมทบเงินเข้ากองทุนได้จำนวนหนึ่งโดยไม่กระทบต่องานประจำ.

๑. ข้อสรุปเชิงการจัดการในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว

กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาวได้รับความเห็นชอบในการก่อตั้งจากทั้ง ๓ ภาคส่วน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ภาคประชาสังคม คือ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ และกลุ่มสัจจะวันละบาท กองทุนหมู่บ้าน, และภาคสาธารณสุข. รวมทั้งกลุ่มองค์กรต่าง ๆ เช่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ต่างก็เห็นด้วยกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

๑. หลักปรัชญาพื้นฐานของกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว

กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาวเป็นกองทุนสำหรับการดูแลเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบลน้ำขาวทุกคน แม้ว่าในส่วนงบประมาณที่ร่วมจัดตั้งกองทุนในส่วนของสาธารณสุขนั้นเป็นงบประมาณเฉพาะส่วนของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น, หรือในส่วนขององค์กรการเงินชุมชนจะมีสมาชิกไม่ครบถ้วนทุกคนในชุมชนก็ตาม, ประชาชนทุกคนในตำบลน้ำขาวได้รับการดูแลอย่าง

เสมอภาค เท่าเทียม เป็นหัวใจของการสร้างความเป็นชุมชนให้เข้มแข็ง เป็นพันธกิจที่สำคัญที่สุดของกองทุนนี้ในระยะยาว.

๒. แนวทางการมีส่วนร่วมในการสมทบงบประมาณ

ทุกภาคส่วนยินดีที่จะช่วยสมทบเงินงบประมาณเพื่อตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว. ต่างมีความเห็นตรงกันว่าจำนวนเงินมากน้อยไม่สำคัญ สำคัญอยู่ที่การมีส่วนร่วมและการจัดการเงินก้อนนี้ได้อย่างเป็นระบบ. ในปีแรกมีการสมทบเงินเข้ากองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาวดังนี้

● ภาคสาธารณสุขสมทบงบประมาณหลักประกัน

สุขภาพในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ (งบ PP) ของตำบลน้ำขาวร้อยละ ๕๐ (เป็นเงินประมาณปีละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท) ส่วนร้อยละ ๕๐ ที่เหลือนั้นจัดสรรตรงให้กับสถานื่อนามัยและกันงบบางส่วนไว้สำหรับงานนโยบายของ CUP ดังนี้

	พ.ศ. ๒๕๔๕	พ.ศ. ๒๕๕๐
แบ่งให้สถานื่อนามัย (%)	๒๐	ลงขัน ในกองทุน ๕๐
จ่ายตามผลงานงานบริการ (%)	๔๐	๒๕
งบกองกลางของ CUP (%)	๔๐	๒๕

● องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว โดยนายก

องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว นายอำนาจ เทพรัตน์ ได้บรรจุเป็นข้อบัญญัติงบประมาณในแผน ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒) เพื่อสนับสนุนเป็นงบอุดหนุนแก่กองทุนปีละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท.

● ภาคประชาชนอัน ได้แก่ กลุ่มออมทรัพย์, กลุ่ม

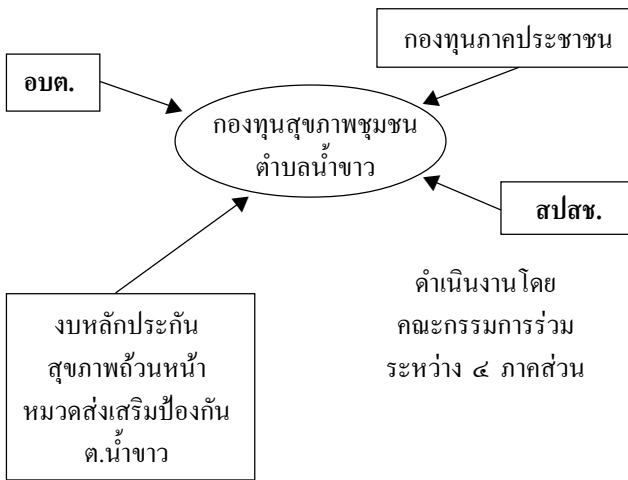
สัจจะวันละบาท และกลุ่มกองทุนหมู่บ้านยินดีร่วมสมทบตามกำลัง แต่ไม่น้อยกว่าองค์กรละ ๑,๐๐๐ บาท.

● สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ได้สนับสนุนนวัตกรรมการมีส่วนร่วมในครั้งนี้ด้วยโดยสมทบ ๓๗.๕ บาท/บัตร.

● กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาวเริ่มดำเนินการ

ตามเจตนารมณ์ได้ในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ โดยมีเงินกองทุนในปีแรกประมาณ ๓๕๐,๐๐๐ บาท.



แผนภูมิที่ ๑ แสดงรูปแบบการดำเนินงานแนวคิดการมีส่วนร่วมของกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว

● ใช้ระบบบัญชีอย่างง่าย เช่นเดียวกับของระบบสหกรณ์หรือกองทุนหมู่บ้าน เพื่อไม่ให้เป็นการระแคะระคายกรรมการ.

๓. เจตนารมณ์ของกองทุนสุขภาพชุมชน ตำบลน้ำขาว ที่ตั้งขึ้นมา นั้น จะมุ่งเน้นการสนับสนุนการสร้างสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตในระดับที่กว้างคือ เสริมสุขภาพทั้งทางมิติด้านสังคม, จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม.

โดยพันธกิจของกองทุนสุขภาพตำบลน้ำขาวนั้น มี ๓ พันธกิจหลักคือ

๑. การซื้อบริการด้านการส่งเสริมป้องกันจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจะนะ (CUP จะนะ) สิทธิประโยชน์ในการรับบริการจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(๗).

๒. การสนับสนุนการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพขององค์กรต่าง ๆ ทุกภาคส่วน โดยจะเป็นเสมือนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. ตำบลน้ำขาว ส่งเสริมให้ทุกกลุ่มทุกองค์กรสามารถมีส่วนร่วมในการทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ หรือสร้างนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ.

๓. การซื้อบริการจากองค์กรหรือบุคคลผู้ที่มีความ

ชำนาญ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่ชุมชนไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง.

๔. สัดส่วนของคณะกรรมการสุขภาพตำบลน้ำขาวนั้น ให้มีตัวแทนแต่ละภาคส่วนเข้ามาเป็นคณะกรรมการสุขภาพตำบลน้ำขาว โดยเมืองค์ประกอบดังนี้

ในภาคส่วนองค์กรบริหารส่วนตำบลน้ำขาวประกอบด้วย ๓ คน คือ

- นายกองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว
- ประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว
- ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

ในภาคส่วนออมทรัพย์ประกอบด้วย ๓ คนคือ

- ผู้แทนจากกลุ่มัจจะออมทรัพย์
- ผู้แทนจากกลุ่มัจจะวันละบาท
- ผู้แทนจากกลุ่มกองทุนหมู่บ้าน

ในภาคส่วนราชการสาธารณสุขประกอบด้วย ๔ คนคือ

- หัวหน้าสถานีอนามัย ๒ แห่ง
- ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- ตัวแทนจากโรงพยาบาลจะนะ

ในภาคส่วนผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ประกอบด้วย ๓ คนคือ

- กำนันตำบลน้ำขาว
- ประธานชมรม อสม. ตำบลน้ำขาว
- ตัวแทนจากกลุ่มผู้สูงอายุหรือชมรมสุขภาพ

ต่าง ๆ

โดยกรรมการทั้ง ๑๓ คน เป็นผู้คัดเลือกประธาน และมอบให้สถานีอนามัยทั้ง ๒ แห่ง เป็นเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการตามลำดับ.

๕. กระบวนการจัดสรรงบประมาณให้กับโครงการต่าง ๆ

ใช้รูปแบบของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กล่าวคือ จะเปิดรับโครงการทั่วไปเป็นรายงวด ทางคณะกรรมการฯจะพิจารณาโครงการที่ส่งมาในงวดนั้น ๆ. หากยังมีข้อควรปรับปรุงก็ให้นำไปปรับแก้. หากมีเงินกองทุนเหลือก็จะเก็บไว้จัดสรรในครั้งต่อ ๆ ไป โดยไม่จำเป็นต้องจัดสรรให้หมด เพื่อให้เกิดการใช้อย่างประหยัด เหมาะสม

และเกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง.

๖. การหนุนเสริมเพิ่มศักยภาพและติดตามประเมินผล

โครงการ คณะกรรมการสุขภาพตำบลน้ำขาวต้องหนุนเสริมกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในการดำเนินโครงการอย่างน้อย ๒ ภารกิจคือ

- การสนับสนุนทางวิชาการและการเก็บหลักฐานทางการเงิน, การช่วยการจัดทำการสรุปผลการดำเนินโครงการและการประเมินผลการดำเนินโครงการ.

- การหนุนเสริมเพิ่มศักยภาพแก่องค์กรหรือบุคคลผู้ขอรับทุน ให้มีศักยภาพในการคิดการมองและการดำเนินโครงการมากขึ้น.

๗. ที่ตั้งของสำนักงานกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว

ทุกองค์กรมีความเห็นร่วมกันว่าควรตั้งที่สถานีอนามัย เพราะนอกจากจะสามารถใช้สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสำนักงานที่มีอยู่แล้วได้ สถานีอนามัยมีความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพมากที่สุดของตำบล ประชาชนสามารถรับคำปรึกษา ขอรับความช่วยเหลือในการทำโครงการได้สะดวกกว่าที่สำนักงานขององค์การบริหารส่วนตำบล.

๘. รูปแบบการโอนเงินจากหน่วยงานต่าง ๆ

งบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมวดส่งเสริมป้องกัน ซึ่งอยู่ในบัญชีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจะนะจะโอนลงมาสมทบกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาวโดยตรง ตามข้อตกลงจากการลงนามในบันทึกความร่วมมือที่ลงนามร่วมระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจะนะ, องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาวและตัวแทนภาคประชาชน

ชุมชนน้ำขาว.

ส่วนของงบประมาณอุดหนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาวและเงินสมทบจากองค์การบริหารการเงินชุมชน ให้มีการโอนเงินเข้าบัญชีกองทุนปีละ ๑ ครั้ง.

ระยะที่ ๒ ขั้นตอนการปฏิบัติการจริง

จากการสร้างตัวแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนเกิดเป็น “กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว” ขึ้นในหลักการ ได้มีการสานต่อให้เกิดการปฏิบัติการจริงในพื้นที่ จนสามารถดำเนินการจริงได้ใน พ.ศ. ๒๕๕๐.

สำหรับในภาคการปฏิบัติการจริงได้มีการจัดตั้งกองทุนขึ้น โดยมีการสมทบเงินเข้ากองทุนฯ ดังแสดงในตารางที่ ๑.

สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจะนะ (CUP จะนะ) ซึ่งต้องสมทบงบประมาณหลักประกันสุขภาพส่วนหน้า ในส่วนของงบสร้างเสริมสุขภาพ (งบ PP) ร้อยละ ๕๐ ของงบประมาณของตำบลน้ำขาวหรือเท่ากับ ๑๐๐,๐๐๐ บาทนั้น ยังไม่ได้มีการสมทบ. อย่างไรก็ตามทางเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพได้ยืนยันกับชุมชนตำบลน้ำขาวไปแล้วว่า จะจัดสรรงบประมาณสมทบจำนวน ๑๐๐,๐๐๐ บาทตามข้อตกลง เมื่อกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบลน้ำขาวเสร็จ ซึ่งคาดว่าจะเสร็จในช่วงประมาณเดือน เมษายน ๒๕๕๑.

ในส่วนของการดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ นี้ สปสช.สนับสนุนงบประมาณให้ ๓๗.๕ บาทต่อรายหัวประชากร โดยใช้สัดส่วนงบส่งเสริมป้องกันตามฐานชุมชน มาจัดสรรให้

ตารางที่ ๑ ช่วงเวลาและจำนวนเงินในการสมทบเงินเข้ากองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว

องค์กร	วันที่นำเงิน เข้าสมทบ	จำนวนเงินที่สมทบ (บาท)	รวมของกองทุน (บาท)	หมายเหตุ
สปสช. งบ ๒๕๔๘	๑๓ กย. ๔๘	๑๔๐,๒๘๓	๑๔๐,๒๘๓	๓๗.๕ บาท/ประชากร
อบต. น้ำขาว	๕ พค. ๕๐	๑๐๐,๐๐๐	๒๔๐,๒๘๓	ข้อบัญญัติ อบต. แผน ๓ ปี (๒๕๔๘-๒๕๕๑)
กลุ่มออมทรัพย์	๑๕ พค. ๕๐	๑๔,๐๐๐	๒๕๔,๒๘๓	สมทบทุกปี
สปสช. งบ ๒๕๕๐	๒๘ มก. ๕๑	๑๔๓,๖๒๕	๓๙๗,๙๐๘	๓๗.๕ บาท/ประชากร



ตารางที่ ๒ แสดงการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนในการสมทบเพื่อก่อตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบลในจังหวัดสงขลาในปีงบประมาณ ๒๕๔๙-๒๕๕๐

อำเภอ	อบต.	ประชากร	งบขั้นต่ำที่อบต. ต้องสมทบ	งบประมาณสมทบ จาก อบต.	งบประมาณ จาก สปสช.	เงินสมทบจากชุมชน/ กลุ่มออมทรัพย์
จะนะ	น้ำขาว	๓,๖๘๔	๑๔,๐๒๕	๑๐๐,๐๐๐	๑๔๐,๒๘๗	๑๔,๐๐๐
นาทวี	ฉาง	๔,๖๑๖	๑๕,๒๒๕	๕๐,๐๐๐	๑๕๒,๒๘๗	-
เมือง	ทุ่งหวัง	๑๐,๒๕๐	๓๗,๕๕๗	๓๗,๖๐๐	๓๘๗,๖๘๗	-
รัตภูมิ	คูหาใต้	๑๑,๕๖๓	๔๓,๘๖๔	๔๓,๘๖๔	๔๓๘,๖๓๗	-
หาดใหญ่	ท่าข้าม	๗,๘๐๓	๒๕,๒๒๐	๒๕,๒๒๐	๒๕๒,๒๐๐	-
หาดใหญ่	น้ำน้อย	๑๒,๓๘๑	๕๕,๐๑๗	๕๕,๐๑๗	๔๗๕,๐๘๗	-
หาดใหญ่	ทุ่งใหญ่	๔,๔๒๗	๑๖,๘๓๗	๑๖,๘๓๗	๑๖๘,๖๓๗	-

เป็นกองทุนสุขภาพระดับตำบล เป็นเงิน ๑๔๐,๒๘๗ บาท.

สำหรับหลักเกณฑ์การสมทบงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีข้อตกลงดังนี้

- อบต.ขนาดใหญ่สมทบงบประมาณขั้นต่ำร้อยละ ๕๐ ของที่ สปสช.โอนให้.

- อบต.ขนาดกลางสมทบงบประมาณขั้นต่ำร้อยละ ๒๐ ของที่ สปสช.โอนให้.

- อบต.ขนาดเล็กสมทบงบประมาณขั้นต่ำร้อยละ ๑๐ ของที่ สปสช.โอนให้.

ซึ่งในส่วน อบต.น้ำขาวนั้น เป็น อบต.ขนาดเล็ก ต้องสมทบงบประมาณขั้นต่ำร้อยละ ๑๐ เป็นเงิน ๑๔,๐๒๕ บาท. แต่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาวได้สมทบเงินถึงปีละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท.

หากเปรียบเทียบกับกองทุนสุขภาพระดับตำบลที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ผลักดันร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เกิดขึ้นในจังหวัดสงขลา ในปีงบประมาณ ๒๕๔๙-๒๕๕๐ จำนวน ๗ กองทุนนั้น จะเห็นว่า กองทุนสุขภาพตำบลน้ำขาวนั้น เป็นกองทุนที่มีสัดส่วนการสมทบงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากที่สุด และเป็นกองทุนเดียวที่มีการสมทบจากองค์กรการเงินภาคประชาชนคือกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ ทำให้กองทุนสุขภาพตำบล

น้ำขาวมีมติความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชนที่สูง.

สำหรับกระบวนการในชุมชนในขณะนี้ อยู่ระหว่างการจัดทำแผนสุขภาพระดับตำบล ซึ่งมีทั้งส่วนของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย, ภาคประชาสังคม, กำนันผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมทำแผนสุขภาพ ซึ่งคาดว่าแผนสุขภาพจะแล้วเสร็จในเดือนเมษายน ๒๕๕๑ โดยนอกจากจะเน้นที่งานสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขแล้วยังจะเน้นที่การรณรงค์ปลูกพืชผักปลอดสารพิษในครัวเรือนตามคำขวัญที่ว่า “กินทุกอย่างที่ปลูก ปลูกทุกอย่างที่กิน” และเน้นเรื่องการจัดการขยะด้วยการลดขยะ, แยกขยะ และการแปรขยะไปใช้ใหม่ เป็นต้น.

การประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาวโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จากกระบวนการสานเสวนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ๒ เวที และเวทีการนำเสนอความคืบหน้าการดำเนินการพัฒนากองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาวหลายครั้งในหลายโอกาส มีผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมให้ความเห็นดังต่อไปนี้

๑. ลุงลัทธิ หนูประดิษฐ์ ปราชญ์ชาวบ้าน
๒. ครูชบ ยอดแก้ว ปราชญ์ชาวบ้าน
๓. ลุงอัมพร ดั่งปาน ปราชญ์ชาวบ้าน

๔. ลุงเคล้า แก้วเพชร ประชาญ์ชาวบ้าน
๕. นายอรัญ จิตตะเสโน ปัญญาชนอาวุโสของจังหวัดสงขลา
๖. นายสมพร ใช้บางยาง อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลาในขณะ นั้น)
๗. อาจารย์สุภาภรณ์ อินทองคง อดีตอาจารย์มหาวิทยาลัยทักษิณ
๘. อาจารย์จางงัก แรกพิณิจ สถาบันทักษิณคดีศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พงศ์เทพ สุธีรัฐภูมิ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุกัญญา โลงนาภิวัดณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๑๑. นายแพทย์อมร รอดคล้าย ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่สงขลา.

ข้อเสนอแนะที่สำคัญและน่าสนใจ

๑. การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนต้องสอดคล้องกับแผนสุขภาพตำบลน้ำขาว

การมีกองทุนสุขภาพชุมชนนั้นเป็นเรื่องที่ดี คือการจะจัดการอย่างไรให้กองทุนสุขภาพชุมชนที่มีอยู่นั้นสามารถเกิดประโยชน์ในการสร้างสุขภาพในชุมชนให้มากที่สุด ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนเห็นตรงกันว่า “การมีเงินกองทุนหากปล่อยให้ใช้วิธีการใครเขียนโครงการมาขอจะไปกันใหญ่ เพราะเป็นธรรมชาติของชาวบ้านที่ถ้าหมู่บ้าน ๑ ขอได้ หมู่ ๒ ก็ต้องขอบ้าง หมู่ ๓ ก็ขอด้วย. การขอแบบนี้เป็นลักษณะเบี้ยหัวแตก โครงการหลากหลายใช้เงินหมดไปแต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นตัวเป็นตน”.

ดังนั้นข้อเสนอสำคัญจึงอยู่ที่การจัดกระบวนการของชุมชนในตำบลน้ำขาวก่อนที่จะมีการเขียนโครงการมาของบประมาณ โดยอาจจะจัดเป็นในลักษณะของเวทีแผนแม่บทสุขภาพชุมชนหรือโรงเรียนสุขภาพชุมชนให้กับผู้นำ แกนนำ หรือผู้คนหลายภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นพระ ครู อสม. ชาวบ้าน หรือผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิต่าง ๆ มาร่วม เพื่อปรับเปลี่ยน

กระบวนการทัศน์, แล้วร่วมคิดว่าอยากจะนำพาชุมชนไปสู่สุขภาพในทิศทางใด แล้วจะทำอย่างไร. หลังจากนั้นเขียนเป็นแผนสุขภาพชุมชน บรรจุโครงการที่จะขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพชุมชนไว้ ซึ่งจะทำให้การขับเคลื่อนเรื่องการสร้างสุขภาพนั้นมีทิศทางมากขึ้น.

๒. ควรเพิ่มกรรมการจากผู้ทรงคุณวุฒินอกชุมชน

ในส่วนของข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องของการกรรมการของกองทุนสุขภาพชุมชนนั้น สิ่งที่น่าเสนอจากงานวิจัยจะเห็นว่ากรรมการจะเป็นคนในพื้นที่เกือบทั้งหมด ซึ่งที่ประชุมมีความเห็นว่าอาจจะมีคนภายนอกพื้นที่ที่ได้รับการยอมรับจากคนในพื้นที่เข้ามาร่วมเป็นกรรมการด้วยน่าจะเป็นสิ่งที่ดี ซึ่งนอกจากจะเข้ามาร่วมคิดร่วมให้มุมมองที่แตกต่างแล้วอาจยังสามารถทำหน้าที่เป็นกันชน หรือเป็นช่วยประคับประคองไกล่เกลี่ยกรณีมีปัญหาความขัดแย้งได้ และอาจจะมีส่วนในการขับเคลื่อนให้เกิดการแลกเปลี่ยนและเกิดการฉีกวิพากษ์วิจารณ์พัฒนาโครงการให้ดีที่สุด เนื่องจากคนในชุมชนอาจจะต้องมีความเกรงใจในการให้ความเห็นต่อโครงการและการติดตามประเมินผล.

๓. ทีมเลขานุการไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าของที่สาธารณสุข ควรเป็นผู้ที่มีจิตอาสาในชุมชน

ในส่วนของทีมเลขานุการซึ่งจะเป็นตัวจักรสำคัญในการผลักดันกระบวนการให้ขับเคลื่อนดังกล่าว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นตัวจักรหลักยังมีความน่าเป็นห่วง เนื่องจากวิถีชีวิตวิธีการทำงานอย่างใหม่จะเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทของเจ้าหน้าที่ไปอย่างมาก จากการเป็นผู้คิดเองทำเองมาเป็นผู้สนับสนุนเอื้ออำนวยให้ภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพแทน ต้องสามารถสร้างสมดุลของความ ต้องการ ไกล่เกลี่ยความขัดแย้ง ประสานพลังของหลายภาคส่วนให้เข้ามาร่วมในขบวนได้ ซึ่งทักษะเหล่านี้ยังเป็นทักษะที่ใหม่สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. ดังนั้นกองเลขานุการทีมนี้ อาจจะไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าของที่สาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและพร้อมด้วยจิตอาสาที่จะเข้ามาทำงานนี้ เช่น อาจจะเป็นครู อสม.ก็ได้ แต่แน่นอนว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองก็ต้องเป็นกำลังสำคัญในทีมนี้.



๔. สุขภาพคือองค์รวม ไม่อาจทำแต่เรื่องสร้างเสริมสุขภาพโดยละเลยงานรักษาฟื้นฟู

หัวใจสำคัญของการตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนคือ การสร้างหุ้นส่วนด้านสุขภาพหรือการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพระดับพื้นที่ขึ้นมาให้ได้ ซึ่งจะมีความสำคัญมากกว่าการทำตามสิทธิประโยชน์ของการรับบริการด้านส่งเสริมป้องกันตามเกณฑ์ของ สปสช. นอกจากนี้มีมติการมองการใช้ประโยชน์จากกองทุนก็มีความคลุมเครือในบางด้าน เช่น อาจจะมีมิติของด้านการฟื้นฟูสุขภาพเข้ามาด้วย, มิติด้านการรักษาบางอย่างด้วย เช่น การดูแลทันตสุขภาพในช่องปากของเด็กนักเรียนในโรงเรียนซึ่งคลุมเครือว่าเป็นเรื่องของการสร้างสุขภาพหรือเรื่องของการรักษาโรค. สิ่งเหล่านี้เป็นธรรมชาติของชุมชน จึงไม่จำเป็นต้องไปจำกัดความหมายของการสร้างสุขภาพเฉพาะมิติด้านส่งเสริมป้องกันอย่างเคร่งครัดเท่านั้น.

๕. ในระยะยาว สปสช.ควรโอนงบส่งเสริมป้องกันในชุมชนมาที่กองทุนสุขภาพตำบล

จากหลักคิดเดิมของการวางรูปแบบกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาวที่จัดสรรงบส่งเสริมป้องกันจากงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ของพื้นที่ตำบลน้ำขาวเพียงร้อยละ ๕๐ ให้กับกองทุนสุขภาพชุมชนและอีกร้อยละ ๕๐ คงไว้ที่สถานีอนามัยเพื่อให้สถานีอนามัยได้มีงบประมาณในการใช้จ่ายในงบสร้างสุขภาพในงบดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นกิจกรรมในสถานบริการของสถานีอนามัยเองหรืออื่น ๆ ตามสมควรนั้น.

สำหรับพัฒนาการในเรื่องนี้ในระยะยาว อาจเป็นไปได้ที่จะโอนงบส่งเสริมป้องกันทั้งหมดมาให้กับกองทุนสุขภาพชุมชน แล้วทางสถานีอนามัยต้องเขียนโครงการหรือประสานมาเพื่อขอใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพชุมชนในการทำงานทุกกิจกรรมของสถานีอนามัย ซึ่งจะทำให้เกิดการควบคุมกำกับการผลักดันเรื่องการสร้างสุขภาพที่เป็นจริงมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน.

๖. ควรสร้างกระบวนการเรียนรู้เรื่องสุขภาพในชุมชนด้วยเวทีสุขภาพประจำปี

หัวใจสำคัญของกองทุนสุขภาพชุมชน นอกจากจะมี

เพื่อสร้างสุขภาพคนในชุมชนแล้วการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของคนในชุมชนต่อเรื่องสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ และจะมีความยั่งยืนสูงสุดในการทำให้ชุมชนดังกล่าวเป็นตำบลสุขภาพที่ดี. ดังนั้นควรมีการจัดเวทีการพูดคุย รายงานผลการดำเนินงานของกองทุนปีละ ๑ ครั้ง โดยมีทั้งรายงานสถานะสุขภาพของพื้นที่, รายงานผลการทำงานของกองทุน, รายงานผลการสนับสนุนการทำงานด้านสุขภาพของแต่ละภาคส่วนที่ไม่ผ่านกองทุน รวมทั้งการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพหรือการยกตัวอย่างดี ๆ ของบทเรียนการสร้างสุขภาพจากพื้นที่อื่นๆ ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ เพื่อจะเห็นภาพรวมในพื้นที่ และจะได้คิดกันต่อไปว่าในปีหน้าควรจะทำอะไรต่อไป.

๗. สองอนามัยหนึ่งการจัดการ

มีข้อเสนอที่น่าสนใจให้มีการปฏิรูประบบงานสาธารณสุขสำหรับกรณีตำบลน้ำขาว ซึ่งมี ๒ สถานีอนามัย โดยมีข้อเสนอให้รวมภารกิจสถานีอนามัยทั้งสองแห่ง ให้เป็นลักษณะการบริหารจัดการร่วมกันเสมือนมีเพียงสถานีอนามัยเดียวบวกกับอีก ๑ สถานีอนามัยสาขา เพื่อลดภาระที่มีสองรายงาน สองการบริหารจัดการ สองคนต้องไปเข้าประชุมให้เหลือเพียงการบริหารจัดการเดียวให้มีความมาทำเรื่องในการสร้างสุขภาพแบบใหม่มากขึ้น.

สรุป

กระบวนการค้นเรื่องสุขภาพในมิติเดิม เป็นเรื่องของการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และเป็นเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์. แต่กระบวนการค้นใหม่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสร้างสุขภาพในชุมชน ซึ่งรูปแบบกองทุนสุขภาพระดับตำบล เป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมได้ในระดับที่สูง.

“กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว” เป็นรูปธรรมการมีส่วนร่วมรูปแบบหนึ่งที่ภาคประชาชนโดยผ่านองค์กรการเงินในชุมชน เช่น กลุ่มออมทรัพย์ ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคสาธารณสุข ร่วมลงขันตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนขึ้นมาเพื่อภารกิจในการสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ซึ่ง

จะเริ่มต้นในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ นี้.

การจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในการลงขันของหลายภาคส่วนนั้นเป็นหัวใจของการขับเคลื่อนกองทุน. การมีโครงสร้างของกองทุนสุขภาพชุมชนที่ดีและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้นเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในสิ่งที่ต้องพึงระวังคือการมีโครงสร้างใหม่ ก็อาจหลงติดกับดักติดกรอบของโครงสร้างใหม่ได้. กองทุนสุขภาพชุมชนนั้น ไม่ว่าจะรายละเอียดจะแตกต่างกันอย่างไรว่าใครเป็นกรรมการ ใครถือเงินกองทุนหรือรายละเอียดอื่น ๆ. แต่ทั้งหมดนี้สิ่งสำคัญที่สุดคือ เนื้อหาภายในของการขับเคลื่อนของทุกภาคส่วนในชุมชนสู่การมีสุขภาพที่ดี.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). นายกองค้การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว (นายอำพนว เทพรัตน์) ภาคประชาสังคมในตำบลน้ำขาวโดยเฉพาะกลุ่ม ออมทรัพย์ต่าง ๆ และกลุ่มสัจจะวันละหนึ่งบาท, เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในตำบลน้ำขาวทั้ง ๒ แห่ง สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลจะนะ ที่ได้สร้างนวัตกรรมรูปแบบการมีส่วนร่วมในชุมชนผ่านรูปแบบจำลอง, กองทุนสุขภาพชุมชน และผลักดันจนตัวแบบที่ได้เกิดผลจริงในการสร้างสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา.

เอกสารอ้างอิง

๑. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, มิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์, วิไลลักษณ์ วิชาสะ, ศรีสุดา เจริญดี. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. ชุดบทเรียนปฏิรูประบบบริการสุขภาพต่างประเทศ เล่มที่ ๒. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.นนทบุรี; ๒๕๔๕.
๒. อัมพร แก้วหนู. ๔๔ บทเรียนการทำงานเรื่องการส่งเสริมกลุ่มออมทรัพย์ขององค์กรพัฒนาชุมชนภาคใต้. แลได้; ๒๕๓๕. หน้า ๓๓,๑๗-๒๕.
๓. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, มณฑา อินอุทัย. โครงการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่จังหวัดสงขลา กรณีศึกษา ตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๗.
๔. กัลยานี ปฎิมาพรเทพ. ครูชบ ยอดแก้ว ครูภูมิปัญญาไทย : นักเศรษฐศาสตร์ชุมชน. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี, กรุงเทพมหานคร; ๒๕๔๓.
๕. สุกัญญา โลจนากวีวัฒน์, สว่างพงศ์ หมวดเพชร. ดร.ครูชบ ยอดแก้ว นักคิด นักจัดการ นักบริหารกองทุนสวัสดิการชุมชน กลุ่มสัจจะออมทรัพย์แบบพัฒนาครอบครัวชีวิต. กองทุนชุมชน; ๒๕๔๕.
๖. สัจจะลดรายจ่ายวันละบาท. มูลนิธิ ดร. ครูชบ ปราณี ยอดแก้ว. ๒๕๔๕. (ออนไลน์) Available from:<http://onebaht.net/2006> Accessed July 31, 2549.
๗. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันแห่งความเสมอภาคและคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๔๗. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี; ๒๕๔๗.

การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) กรณีศึกษาโรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

นิรันดร์ วิเศษฐสมิต*

บทคัดย่อ

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เป็นเรื่องสำคัญที่หน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญ. สถานบริการและโรงพยาบาลทุกแห่งต้องมีการพัฒนาด้านบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐานตามเกณฑ์กำหนดเพื่อบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน. โรงพยาบาลมายอเป็นหน่วยหนึ่งที่มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ TQM/CQI ตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH), และนำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติมาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณค่าผลลัพธ์การพัฒนา. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อศึกษาแนวทางและผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลมายอที่ผ่านมาตรฐานกรอบแนวคิดของเกณฑ์ TQA ทั้ง ๖ องค์ประกอบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์สถานการณ์และบรรยากาศการทำงานในองค์กรในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ๑๐๐ คน. นอกจากนี้ยังใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มทีมผู้บริหารที่พัฒนาโรงพยาบาลจำนวน ๗ คน ตามแนวคำถามที่ได้สร้างขึ้นเพื่อศึกษามุมมองแนวคิดการสนับสนุนการพัฒนา, ปัจจัยความสำเร็จและบทเรียนที่สำคัญ, ความมุ่งมั่นในการสนับสนุนคุณภาพองค์กร, และการวิเคราะห์เอกสารจากแบบประเมินตนเอง. ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าสถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย. ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา.

การศึกษาพบว่าการนำองค์กร, การมุ่งเน้นผู้ป่วยและลูกค้าอยู่ในเกณฑ์ดี ขณะที่การกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์องค์กร, การบริหารคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี, การจัดการระบบสารสนเทศ การบริหารและพัฒนากำลังคนอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง. จุดแข็งของโรงพยาบาลมายอ คือทีมบริหารมีความเข้าใจเป็นอย่างดีในการพัฒนาคุณภาพ ขณะที่บุคลากรอื่นมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายขององค์กร. อีกทั้งการให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยและลูกค้า, การประสานความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานสามารถทำได้ดี. แต่อย่างไรก็ตามยังมีสิ่งต้องพัฒนาปรับปรุงอีกหลายด้าน ได้แก่ ระบบสารสนเทศ, การนำพันธกิจไปสู่การปฏิบัติ, การพัฒนาแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในทุกหน่วยงาน, การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กร.

คำสำคัญ: การประเมินผลลัพธ์, การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, การวิเคราะห์บรรยากาศองค์กร, เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ

Abstract

Evaluation of Hospital Quality Improvement in Mayo Public Hospital by Concept of the Thailand Quality Award

Nirund Wichasetsmith

Mayo Public Hospital, Pattani Province

In order to achieve the standard and effectiveness of care and finally to enhance the quality of life of people, strategies to improve the quality of services is an important approach for both public and private health sectors. Mayo Hospital is one of many hospitals that has implemented the TQM/CQI, as recommended by the Hospital Accreditation (HA) standard for a health promotion Hospital. In addition, Mayo

*โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

Hospital has applied the criteria for the TQA award in order to evaluate the outcome of implementation. The purposes of this study were to describe the strategies and outcomes related to the implementation of quality improvement of services at Mayo Hospital based on the six aspects of the TQA criteria. Both qualitative and quantitative methods were used in this study. A questionnaire was sent to health personnel asked about the working atmosphere and organizational environment. In addition, in order to gain better understanding about the organization's vision, facilitating and inhibiting factors and lessons learned, in-dept interviews were held with seven administrative staff and document analysis of a self-assessment form was conducted. Content analysis was applied for assessing the qualitative data, while quantitative data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation.

The results of this study revealed that, based on six aspects of TQA, leaderships and patient-customer focused aspects were at the level of improving, while strategic planning and internal process were at the level of awareness to improving. In addition, the MIS and human resource, development and administration were at the level of "awareness".

The strengths of Mayo Hospital were that the administrative team had good understanding about quality development while the health personnel were involved in determining the directions and goals of the organization. In addition, patient and customer centered care is their priority of the services. The coordination among departments was well developed. However, there were areas that needed improvement, including dissemination of the organizational mission so that it could be transformed into practice, the information system, the development of practice guidelines or standards of patient-centered care in all departments, human resources developments, and collaboration and coordination across departments.

Key words: quality outcome, evaluation hospital quality improvement, environmental analysis, Thailand Quality Award

ภูมิหลังและเหตุผล

การพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญซึ่งหน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนต้องตระหนักและให้ความสำคัญ. โรงพยาบาลทุกแห่งต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้มีคุณภาพและมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด และบรรลุต่อเป้าหมายดำเนินการให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี. การดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้ประสบความสำเร็จจะต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เกิดจากการมีเป้าหมายร่วมกัน, การพัฒนาคน, การวิเคราะห์งานทั้งหมด. การนำกิจกรรมคุณภาพที่เหมาะสมเข้ามาปฏิบัติ เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับ. หัวใจสำคัญของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพคือการเรียนรู้ที่พบได้ในช่วงระหว่างการประเมินและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล^(๑) ซึ่งการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน ถือเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพของสังคมไทย เพราะเป็นองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม, กระจายตัวอยู่ในชนบททั่วประเทศและยังทำหน้าที่เป็นแกน

หลักในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน, รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนร่วมกันพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนได้ผลอย่างเป็นรูปธรรม. สิ่งเหล่านี้ถือเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก^(๒).

การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนมีปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญที่เอื้อและกีดกันต่อการพัฒนาหลายประการคือข้อบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบันว่าด้วยเรื่องการให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. ๒๕๕๐, พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจฯ, พระราชบัญญัติว่าด้วยหลักเกณฑ์การบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี ตลอดจนการเปลี่ยนโครงสร้างของผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการจ่ายด้วยตนเองมาเป็นกองทุนต่างๆ. กระแสโลกาภิวัตน์ และการไหลบ่าของเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร, การแข่งขันกับภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลเอกชน, ผู้รับบริการและประชาชนมีการศึกษาที่สูงขึ้น, ความคาดหวังมากขึ้น, การฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้น, ค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยและมาตรฐานวิชาชีพที่เข้มงวดมากขึ้น, สภาวะสุขภาพ



และความเจ็บป่วยของประชาชนมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป, มีโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้น. ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งจำเป็นต้องมีกระบวนการพัฒนาตนเองและการปรับตัวที่เหมาะสม. ความแตกต่างและความหลากหลายในรูปแบบการพัฒนาขึ้นอยู่กับศักยภาพผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลนั้น ๆ.

โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี มีการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิด TQM/COI และการพัฒนามาสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมถึงส่งเสริมการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด และมีการใช้เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติมาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณค่าผลลัพธ์การพัฒนา. การนำเกณฑ์มาตรฐาน TOA เป็นเครื่องมือประเมินเนื่องจากผู้วิจัยเห็นความสำคัญของเกณฑ์ดังกล่าว และสมบัติที่สำคัญของเกณฑ์นี้คือการสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับปัจจัยที่แตกต่างกันในแต่ละองค์กร, สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการและกลยุทธ์ที่ผันแปรไป. นอกจากนี้ยังช่วยในการปรับปรุงวิธีการดำเนินการ, ความสามารถและผลการดำเนินการที่สำคัญขององค์กร, กระตุ้นให้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล และวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศที่สำคัญระหว่างองค์กรต่าง ๆ. เกณฑ์ TOA นี้ สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้บรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์เพื่อเพิ่มผลผลิตของประเทศ, เสริมสร้างและพัฒนาขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการขององค์กรภาครัฐและภาคเอกชน, ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ ที่ทำให้องค์กรมีวิธีการปฏิบัติและผลการดำเนินการก้าวสู่ระดับมาตรฐานสากลได้ในอนาคต. ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญและต้องการศึกษาวิธีการประยุกต์ใช้เกณฑ์มาตรฐาน TOA เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินผลการดำเนินการขององค์กรที่มีความเหมาะสม ทันสมัยและเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างคุณค่าและยกระดับขีดความสามารถขององค์กรให้ดีขึ้นต่อไป. การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลมายอ ตามแนวคิด TOA ทั้ง ๖ องค์กรประกอบที่นำมาประยุกต์เพื่อใช้ในการยกระดับขีดความสามารถในการพัฒนา

องค์กร.

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยวิธีเก็บข้อมูล ๓ ส่วนดังนี้

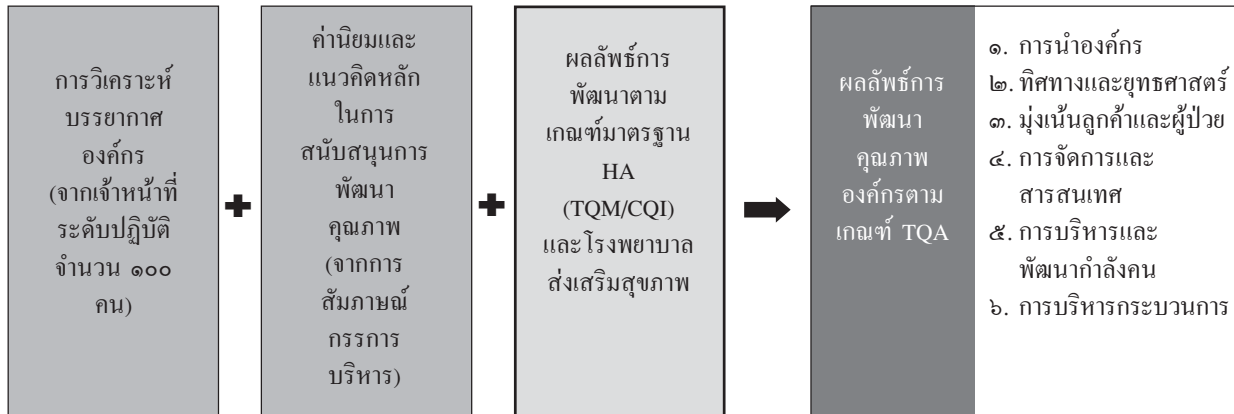
ส่วนที่ ๑ ใช้แบบสอบถามประเมินวิเคราะห์สถานการณ์และบรรยากาศการทำงานในองค์กร ตามแบบการวิเคราะห์บรรยากาศองค์กรของอนันต์ คุภชุตินกุล^(๒) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพรวมทั้งสิ้น ๔๖ ข้อ ใน ๙ ประเด็นคือ ๑) ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน, ๒) การทำงานเป็นทีม, ๓) การใช้ความคิดสร้างสรรค์, ๔) การให้ความหมายของคุณภาพ, ๕) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า, ๖) ความสัมพันธ์ของลูกค้าภายใน, ๗) การปรับปรุงระบบงาน, ๘) เป้าหมาย/อุดมการณ์ร่วม, ๙) ความพึงพอใจ. ทำการวิเคราะห์คัดเลือกประเด็นที่น่าสนใจและเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลในภาพรวม จากผู้ปฏิบัติ ๑๐๐ คน.

ส่วนที่ ๒ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มผู้บริหารและทีมงานจำนวน ๗ คน ตามแนวคำถามที่ได้สร้างไว้ เพื่อศึกษามุมมองแนวคิดการสนับสนุนการพัฒนา, ปัจจัยความสำเร็จและบทเรียนที่สำคัญ, และการแสดงออกถึงความพร้อมและความมุ่งมั่นในการสนับสนุนคุณภาพในองค์กร.

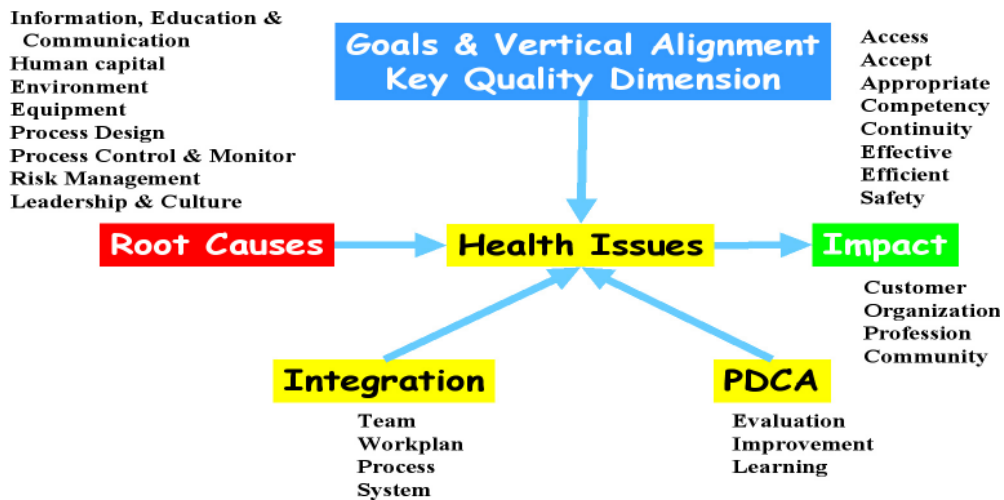
ส่วนที่ ๓ ศึกษาทบทวนและวิเคราะห์เอกสาร ได้แก่ ข้อมูลจากแบบประเมินตนเองตามกรอบ HA และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. รายงานผลการดำเนินงาน, รายงานผลการประชุม, และแผนพัฒนาคุณภาพจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพว่าเป็นอย่างไร.

กรอบการใช้ข้อมูลทั้ง ๓ ส่วน สามารถสรุป ได้ดังนี้

ทำการประเมินผลลัพธ์และคุณค่าการพัฒนางานองค์กรโดยทำการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนขององค์กรประกอบต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ของเกณฑ์ TOA ทั้ง ๖ หมวด โดยให้ระดับค่า



กรอบแนวคิดการเชื่อมโยงองค์ประกอบต่าง ๆ



การวัดและประเมินคุณค่าแบ่งเป็น ๔ ระดับ คือ พอใช้, ปานกลาง, ดี, และดีมาก (จากเกณฑ์ประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ ดัดแปลงจาก Malcolm Baldrige Award โดย องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ)^(๓) เพื่อนำเสนอให้ผู้บริหารได้ทราบจุดแข็ง (จุดเด่น) และจุดอ่อน (สิ่งที่ควรปรับปรุง) ขององค์กรและนำไปใช้ในการสื่อสารและยกระดับขีดความสามารถในการพัฒนาองค์กรต่อไป.

ผลการศึกษา

โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง เปิดให้บริการตั้งแต่ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๒๗

จนถึงปัจจุบัน, ให้บริการด้านสุขภาพแบบองค์รวมผสมผสานทั้ง ๔ มิติ คือ การส่งเสริม, การป้องกัน, การรักษา, และการฟื้นฟู, โดยรับผิดชอบประชาชนในเขตอำเภอมายอ ๕๑,๘๒๑ คน ครอบคลุม ๑๓ ตำบล ๕๘ หมู่บ้าน, โดยมีเจ้าหน้าที่และลูกจ้างที่ปฏิบัติงานทั้งหมด ๑๑๓ คน แบ่งเป็นระดับบริหาร (หัวหน้าฝ่าย/งาน) ๑๒ คน, ระดับผู้ปฏิบัติ ๕๙ คน, และลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว ๔๒ คน.

การกำหนดทิศทางขององค์กรโดยผู้นำระดับสูง

ผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงขององค์กร มีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่มาตรฐาน HA



ตารางที่ ๑ ความคิดเห็นผู้ตอบแบบสอบถาม (ค่าร้อยละ)

หัวข้อสำรวจ	ไม่เห็นด้วย	กำลัง	เห็นด้วย
ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน			
หัวหน้าของท่านสนับสนุนให้ปรับระบบงานเพื่อตอบสนองหน่วยงาน/ วิชาชีพอื่น	๔	๒๒	๗๔
หัวหน้าของท่านเข้าใจปัญหาและความต้องการของท่านดี	๑๓	๒๘	๕๙
หัวหน้าของท่านสนับสนุนให้ท่านไปทำงานแก้ปัญหาพร้อมกับหน่วยงาน/ วิชาชีพอื่น	๑๖	๒๖	๕๘
ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงระบบงานรอบตัวได้	๗	๔๑	๕๒
การทำงานเป็นทีม			
หัวหน้าของท่านยอมรับผลการตัดสินใจของกลุ่ม	๖	๑๗	๗๗
มีการแสดงความเห็นและความรู้สึกอย่างอิสระในกลุ่ม	๔	๒๙	๖๗
ทีมงานของท่านหาข้อสรุปอย่างมีเหตุผลได้ไม่ยาก	๖	๓๒	๖๒
ได้รับความร่วมมือจากผู้อื่นในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น	๔	๓๕	๖๑
การใช้ความคิดสร้างสรรค์			
ท่านมักตั้งคำถามต่องานที่ว่าควรทำหรือไม่ มีวิธีอื่นที่ดีกว่าหรือไม่	๕	๔๖	๔๙
ผู้นำของท่านกระตุ้นให้ท่านมีความคิดริเริ่มตลอดเวลา	๑๐	๓๘	๕๒
ท่านได้รับการสนับสนุนให้ทดลองวิธีการทำงานใหม่ ๆ โดยไม่ต้องกลัวผิด	๗	๕๖	๓๗
ความหมายของคุณภาพ คือ			
การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ	๔	๑๒	๘๔
การปฏิบัติตามมาตรฐานที่ รพ. กำหนด	๒	๒๓	๗๕
การทำให้ผู้ป่วยและลูกค้ำพึงพอใจ	๓	๕	๙๒
การแก้ปัญหาของผู้ป่วยและลูกค้ำ	๑	๒๓	๗๔
การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยและลูกค้ำ	๔	๒๓	๗๓
การตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้ำ	๔	๒๑	๗๓
การทำให้เกินกว่าความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้ำ	๖	๓๐	๖๔
การตอบสนองความต้องการของลูกค้ำภายในมีความสำคัญต่อคุณภาพ	๑	๑๗	๘๒
การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้ำ			
เพื่อนร่วมงานของท่านพยายามทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้ป่วย	๓	๒๙	๖๘
เพื่อนร่วมงานของท่านพยายามตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	๒	๓๑	๖๗
ผู้ป่วยได้รับโอกาสมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	๗	๓๗	๕๖
มาตรฐานด้านเทคนิคบริการของ รพ.อยู่ในระดับที่ดี	๕	๔๐	๕๕
พฤติกรรมบริการของผู้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ดี	๔	๔๔	๕๒
ความสัมพันธ์ของลูกค้ำภายใน			
ท่านสามารถบอกความต้องการของท่านให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างสะดวกใจ	๗	๔๕	๔๘
หน่วยงาน / บุคคลที่ส่งมอบงานให้ท่านเข้าใจว่าท่านต้องการอะไร	๖	๖๑	๓๓
หน่วยงาน / บุคคลที่ส่งมอบงานให้ท่านพยายามตอบสนองความต้องการของท่าน	๕	๕๔	๔๑
การปรับปรุงระบบงาน			
บรรยากาศรอบ ๆ ที่ทำงานเต็มไปด้วยความหวาดกลัวและความหวาดระแวง	๑๒	๓๗	๕๑
เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นในมือของท่าน ท่านมีโอกาสถูกตำหนิหรือถูกลงโทษสูง	๑๕	๕๐	๓๕
มีความพยายามที่จะใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจ	๖	๓๙	๕๕
งานที่ทำอยู่ไม่สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นกว่านี้ได้	๑๒	๒๒	๖๖
เป้าหมาย / อุดมการณ์ร่วมกัน			
ท่านพยายามวาดภาพ รพ. ในฝันที่อยากให้เป็น	๕	๒๗	๖๘
ภาพ รพ. ในฝันของท่านเหมือนกับของคนอื่น	๖	๕๒	๔๒
ได้รับข่าวสารจากผู้บริหารอย่างชัดเจนสม่ำเสมอ	๑๕	๕๓	๕๒
ความพึงพอใจ			
ผลงานที่เป็นอยู่	๖	๔๔	๔๙
บรรยากาศการทำงานที่เป็นอยู่	๘	๔๑	๕๑

และ HPH และสอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการค้นหา ตัวแทนขององค์กรที่มีความกระตือรือร้นในการพัฒนาคุณภาพ มีความมุ่งมั่น ทุ่มเทและพร้อมที่จะทำงานหนักเพื่อองค์กร จำนวนหนึ่ง เพื่อมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ และติดตามปัญหา อุปสรรคในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกเดือน และ คณะกรรมการประสานงานคุณภาพทำการรวบรวมองค์ความรู้ ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ เช่น HA/TQM, ความรู้พื้นฐานด้านคุณภาพต่าง ๆ เพื่อนำสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม, อบรมให้ความรู้เรื่องจิตสำนึกเรื่องคุณภาพ, การประกันคุณภาพ, การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA, HPH และ COI, ทักษะการทำงานเป็นทีม, เครื่องมือคุณภาพ, มาตรฐานวิชาชีพ, การบริหารความเสี่ยงและความรู้อื่นที่จำเป็นแก่บุคลากรระดับต่าง ๆ ในโรงพยาบาล มีทีมพี่เลี้ยงที่มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพเพียงพอสำหรับกระตุ้นและสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ และทำการวิเคราะห์ห้องกรงโดยเปรียบเทียบกับข้อกำหนดของมาตรฐาน เพื่อทราบจุดอ่อน จุดแข็งของโรงพยาบาล. นอกจากนี้ คณะกรรมการประสานงานคุณภาพทำการวางแผนงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้บรรลุตามเจตนารมณ์ของกระบวนการ HA และ HPH และ สอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพ นำเสนอผู้นำองค์กรในรูปแบบของยุทธศาสตร์เพื่อให้คณะผู้บริหารพิจารณาอนุมัติและให้การสนับสนุนทรัพยากร, ทั้งงบประมาณ บุคลากรและโอกาสอย่างเพียงพอ. โดยที่ผู้นำองค์กร คณะผู้บริหาร และ/หรือ คณะกรรมการประสานงานคุณภาพกำหนดโครงสร้างของทีมพัฒนาคุณภาพอื่น ๆ ตามปรัชญาการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาเพื่อให้บรรลุต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายองค์กรต่อไป.

ผลการวิเคราะห์บรรยากาศองค์กรในภาพรวม

จากตารางที่ ๑ การประเมินบรรยากาศองค์กรในประเด็นความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานพบว่า หัวหน้างานในโรงพยาบาล สนับสนุนการแก้ไขปัญหาของผู้ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติงานร่วมกัน พบว่าร้อยละ ๗๔ เห็นด้วยกับการที่หัวหน้างานสนับสนุนให้ปรับระบบงานเพื่อตอบสนอง

หน่วยงาน และร้อยละ ๕๕ เห็นด้วยว่าหัวหน้ามีความเข้าใจ ปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติ. ผู้นำควรมีบทบาทในการลงมาช่วยจัดการกับปัญหาที่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถแก้ไขด้วยตนเอง สะท้อนถึงผู้บริหารหรือผู้นำมีแนวคิดต่อการพัฒนาองค์กรสู่คุณภาพ ใช้มุมมองเชิงระบบในการแก้ปัญหาและใช้นโยบายยืดหยุ่นเพื่อให้ระบบปรับตัว และยึดหลักการให้คุณค่าต่อผู้ปฏิบัติและการทำงานเป็นทีม พบว่าหัวหน้างานมีการยอมรับผลการตัดสินใจของทีมงานอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งจากผลการศึกษาในประเด็นของการทำงานเป็นทีมพบว่าร้อยละ ๗๗ เห็นด้วยที่หัวหน้ายอมรับผลการตัดสินใจของกลุ่ม และร้อยละ ๖๗ เห็นด้วยในการทำงานเป็นทีมมีการแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกอย่างอิสระในกลุ่ม.

ประเด็นของการใช้ความคิดสร้างสรรค์ในองค์กรพบว่า หัวหน้างานมีการยอมรับผลการตัดสินใจของทีมงานอยู่ในเกณฑ์ดี พบว่าร้อยละ ๕๒ เห็นด้วยที่ผู้นำมีการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติมีความคิดริเริ่มตลอดเวลา และร้อยละ ๔๕ เห็นด้วย. ผู้ปฏิบัติมักตั้งคำถามต่องานว่าควรทำหรือไม่ มีวิธีอื่นที่ดีกว่าหรือไม่. ผู้ปฏิบัติเองต้องได้รับการสนับสนุนให้ปรับปรุงวิธีการทำงานใหม่ๆโดยไม่ต้องกลัวผิด แสดงถึงผู้บริหารหรือทีมนำมีกลยุทธ์กระตุ้นให้สมาชิกในทีมมีความมุ่งมั่นและมีการตอบสนองต่อมาตรฐานวิชาชีพ และเห็นความสำคัญของการพัฒนาที่มีการกระตุ้นให้มีความคิดสร้างสรรค์ ความคิดริเริ่มและมีกระบวนการตัดสินใจ ที่ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์และคุณค่าในประเด็นความหมายของคุณภาพ. ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรนี้ส่วนมากมีการให้ความหมายของคุณภาพว่าเป็นประโยชน์และเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพในทุกมุมมอง แนวคิดโดยเฉพาะการให้ความหมายถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและลูกค้า และการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และส่วนใหญ่ยังเห็นด้วยกับการตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายในว่ามีความสำคัญต่อคุณภาพ. จากการศึกษาพบว่าร้อยละ ๗๒ เห็นด้วยกับความหมายของคุณภาพว่าคุณภาพคือการทำให้ผู้ป่วยและลูกค้าพึงพอใจ, รองลงมาร้อยละ ๘๔ เห็นด้วยว่าความหมายของคุณภาพคือการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ, และร้อยละ ๘๒ เห็นด้วยว่าคุณภาพหมายถึงการตอบสนองความต้องการของลูกค้า



แสดงถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กร คือคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยและลูกค้ำจะได้รับตามมาตรฐาน และมีความพึงพอใจ. ทั้งนี้ต้องมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วยและลูกค้ำเป็นศูนย์กลาง ดังผลการศึกษาในหมวดการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้ำ พบว่าร้อยละ ๖๘ เห็นด้วยผู้ปฏิบัติและเพื่อนร่วมงานพยายามตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย, และร้อยละ ๕๖ เห็นด้วยที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

ในหมวดความสัมพันธ์ของลูกค้ำภายใน ร้อยละ ๔๑ เห็นด้วยที่ผู้ปฏิบัติสามารถบอกความต้องการให้หน่วยงานได้อย่างสะดวกใจ, และในส่วนของ การปรับปรุงระบบงาน ร้อยละ ๘๑ ของผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกว่ารพยาภาครอบสถานที่ทำงานเต็มไปด้วยความหวาดกลัวและไม่ปลอดภัย, และร้อยละ ๕๕ ผู้ปฏิบัติมีความพยายามใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ, และในการสร้างเป้าหมายและอุดมการณ์ร่วมกันร้อยละ ๖๘ เห็นด้วย พยายามวาดภาพโรงพยาบาลในฝันที่อยากให้เป็น. ส่วนในหมวดความพึงพอใจ ร้อยละ ๕๑ พึงพอใจในบรรยากาศการทำงานที่เป็นอยู่ และร้อยละ ๔๙ พึงพอใจผลงานที่เป็นอยู่.

การประเมินผลการพัฒนาโรงพยาบาลตามกรอบแนวคิดของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ

การประเมินผลการพัฒนาโดยการวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง ทั้ง ๖ องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

หมวด ๑ การนำองค์กร อยู่ในเกณฑ์ดี

จุดแข็ง ผู้นำเข้าใจแนวคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดีและสามารถถ่ายทอดผู้อื่นได้ และผู้ปฏิบัติงานเริ่มมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางเป้าหมายขององค์กร ซึ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้ำ โดยมีการประสานงานระหว่างระดับและระหว่างหน่วยงาน และตระหนักว่ากระบวนการในการปฏิบัติงานเป็นสาเหตุของความหลากหลาย. ส่วนใหญ่ มีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความภาคภูมิใจในผลงานตนเองและผู้นำเข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพ.

สิ่งที่ควรปรับปรุง ความต่อเนื่องในการนำค่านิยม

คุณภาพ มาปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและการให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางเป้าหมายมากขึ้น โดยเฉพาะวิชาชีพ และควรเพิ่มการเปิดรับความคิด เช่น การแลกเปลี่ยนแนวความคิด, การพัฒนาคุณภาพระหว่างองค์กร โดยผู้นำควรมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันและส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น ตลอดจนผู้นำควรลงมาช่วยในการแก้ปัญหาเมื่อผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถแก้ไขได้.

หมวด ๒ การกำหนดทิศทางองค์กร อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี

จุดแข็ง การมีแผนพัฒนาคุณภาพกับแผนเป้าหมายภารกิจองค์กรเป็นแผนเดียวกัน โดยมีแผนเป้าหมายด้านคุณภาพซึ่งมุ่งเน้นผู้ป่วยและลูกค้ำ ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และมีการประสานแผนระหว่างหน่วยงานเกิดขึ้น.

สิ่งที่ควรปรับปรุง แผนยุทธศาสตร์ใหม่ที่จัดทำขึ้นอยู่ในช่วงเริ่มต้น ยังไม่สามารถดำเนินการสู่แผนปฏิบัติการได้ชัดเจนทุกหน่วยงาน และมีแผนงานโครงการรองรับชัดเจนในทุกพื้นที่ที่สำคัญมากกว่านี้, ตลอดจนผลลัพธ์ของเป้าหมายที่สำคัญ ๆ ในอดีตยังไม่ได้มีการนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์และปรับปรุงสู่ยุทธศาสตร์หรือเป้าหมายใหม่ของทั้งระดับองค์กรและหน่วยงาน. สิ่งที่ควรมีการปรับปรุง คือ การประสานแผนระหว่างหน่วยงานให้มากขึ้นจนเกิดผลลัพธ์ได้ตามเป้าหมายองค์กรดังกล่าว.

หมวด ๓ การมุ่งเน้นผู้ป่วยและลูกค้ำ อยู่ในเกณฑ์ดี

จุดแข็ง มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและลูกค้ำและการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้ำทั้งภายนอกและภายใน โดยการปฏิบัติงานเน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้ำเพื่อให้ผู้ป่วยและลูกค้ำมีความพึงพอใจมากขึ้น และมีการสำรวจและศึกษาความต้องการด้วยวิธีเชิงรุกมากขึ้น และสร้างระบบการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้ำรวดเร็ว ตลอดจนมีการออกแบบระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยและลูกค้ำ.

สิ่งที่ควรปรับปรุง ควรกำหนดให้มีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่เน้นผู้ป่วยลูกค้ำให้ครบทุกหน่วยงานและปฏิบัติ

ให้ได้ตามข้อกำหนด.

หมวด ๔ ระบบสารสนเทศและการจัดการ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

จุดแข็ง สร้างระบบฐานข้อมูลที่มีการพัฒนาและกำหนดให้มีข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพในทุกหน่วยงานหลัก ตลอดจนมีการวิเคราะห์สาเหตุจากรากเหง้าโดยใช้ข้อมูลเพื่อการป้องกันเกิดซ้ำในบางกรณีโดยเฉพาะในการบริหารความเสี่ยงในองค์กร.

สิ่งที่ควรปรับปรุง ควรให้มีข้อมูลเครื่องชี้วัดในการทำงานและมีระบบการติดตามจนบอกแนวโน้มคุณภาพได้ ตลอดจนการวิเคราะห์สาเหตุจากรากเหง้าโดยใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำในทุกกรณี, สร้างการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และมีความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศและให้ทุกคนเข้าถึงสารสนเทศที่จำเป็นได้. ในส่วนของการจัดการข้อมูลสารสนเทศควรมีการจัดการเพื่อให้เกิดองค์ความรู้และวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ และมีการนำเสนอที่ง่ายต่อผู้ใช้ โดยมีการใช้ข้อมูลเปรียบเทียบกับองค์กรที่ทำได้ดีที่สุดเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ.

หมวด ๕ ด้านการบริหารและพัฒนากำลังคน อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

จุดแข็ง มีการฝึกอบรมขนาดใหญ่แก่ผู้ปฏิบัติงานเน้นให้เกิดความสำนึกองค์กร, พฤติกรรมบริการ, และการทำงานร่วมกัน. ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในทีมเพื่อแก้ปัญหาและมีกล่องรับและกิจกรรมข้อเสนอแนะ ตลอดจนมีการศึกษาความต้องการและประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและมีการจัดสวัสดิการและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้ได้รับความสะดวกสบายและปลอดภัย.

สิ่งที่ควรปรับปรุง การจัดการฝึกอบรมควรเหมาะสมกับเวลาที่ต้องการ โดยเน้นการคิดอย่างเป็นระบบมีการใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงกระบวนการ, ควรมีการสร้างวิทยากรภายในของโรงพยาบาลเอง และผู้ปฏิบัติงานควรเข้าร่วมในทีมพัฒนาคุณภาพ โดยสร้างกลวิธีให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง. ผู้บริหารควรมีการกระตุ้น

เสริมพลังศักยภาพให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้พลังนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ปฏิบัติควรมีความตื่นตัวที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองและมีความพึงพอใจ.

หมวด ๖ การบริหารกระบวนการ อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี

จุดแข็ง มีการจัดกิจกรรมในลักษณะของการป้องกันและปรับปรุงกระบวนการหลักและกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพด้วยตนเองโดยเน้นจุดสุดท้าย และมีทีมคร่อมสายงานและได้รับความสำคัญ.

สิ่งที่ควรปรับปรุง ควรเน้นกิจกรรมออกแบบระบบงานใหม่และระบุและปรับปรุงกระบวนการทั้งหมดและทีมคร่อมสายงานได้รับความสำเร็จ.

วิจารณ์

การประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งประเทศไทย กรณีศึกษาโรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี พบว่าผู้นำมีความเข้าใจแนวคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดีและสามารถถ่ายทอดผู้อื่นได้ และผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางเป้าหมายขององค์กร ซึ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า โดยมีการประสานงานระหว่างระดับและระหว่างหน่วยงาน และมีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความภาคภูมิใจในผลงานตนเองและผู้นำเข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพบรรลุต่อเป้าหมายที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวมาศ เกื่อนนาดี^(๔) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าถ้าผู้นำขาดความรู้ ประสบการณ์ วิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ขาดความร่วมมือ และการสนับสนุน และขาดความสามารถในการทำงานเป็นทีม จะทำให้การพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรไม่สามารถเกิดการพัฒนาได้. อันเป็นสิ่งที่ผู้บริหารหรือทีมนำโรงพยาบาลต้องมีแนวคิดหลัก ซึ่งในการพัฒนาองค์กรสู่คุณภาพ, การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน, การทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างวิสัยทัศน์หรือภาพอนาคตขององค์กรที่ทุกคนจะทุ่มเทพินึกแรงกาย แรงใจ. การทำให้เกิดขึ้นขององค์กร



สมัยใหม่ ถ้าไม่มีวิสัยทัศน์ร่วมกันแล้วจะไม่สามารถเดินไปในทิศทางเดียวกันได้. สิ่งสำคัญ คือ การสร้างทัศนคติต่อวิสัยทัศน์ในระดับพันธะมากที่สุด เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมที่สนับสนุนและทำให้วิสัยทัศน์ร่วมกันไปสู่จุดมุ่งหมายที่เห็นได้ชัดเจนและจับต้องได้.

การเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิก โดยอาศัยความรู้ ความคิดของสมาชิกในกลุ่มมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของทีมนำให้เกิดขึ้น, การสร้างสรรค์ความคิดสิ่งใหม่ภายใต้การประสานงานร่วมกัน โดยมีการสนทนาและอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และนำวิสัยทัศน์ของแต่ละคนมาแลกเปลี่ยนกัน เพื่อหาข้อสรุปมาเป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาขององอาจ วิพุธศิริและคณะ^(๓) ที่สรุปว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยความมุ่งมั่นของผู้นำ, การทำงานเป็นทีมมากและร่วมกันในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้นำควรมีการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติมีความคิดริเริ่มและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีการปรับปรุงวิธีการทำงานใหม่ๆอย่างต่อเนื่อง และเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรคือผู้ป่วยและลูกค้า เกิดความพึงพอใจได้รับบริการที่มีมาตรฐานวิชาชีพ และผู้บริหารควรเห็นความสำคัญความพร้อมเพื่อการพัฒนาด้านเป้าหมายและกระบวนการพัฒนาคุณภาพและด้านการสร้างความมั่นใจ และความเชื่อถือให้แก่ผู้รับบริการทุกราย. ผู้บริหารควรมีการเตรียมความพร้อมและมีเป้าหมายและนโยบายที่ชัดเจน รวมถึงมีการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติกระตือรือร้น, มีพฤติกรรมและมีหัวใจการบริการอย่างแท้จริง จึงจะประสบความสำเร็จ. โดยหลักการพัฒนาคุณภาพการบริการอยู่ที่ผู้ให้บริการควรเห็นความสำคัญการตอบสนองความต้องการการบริการและด้านการสร้างความมั่นใจและความเชื่อถือให้แก่ผู้รับบริการมากที่สุด.

ในบทบาทของผู้บริหารในการให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ พบว่าควรมีการสนับสนุนด้านทรัพยากร และกระตุ้นให้ทุกหน่วยงานมีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาระบบงาน และผู้บริหารควรสนับสนุนให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช หลอมประโคน^(๕)

พบว่าสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญและมีส่วนส่งเสริมมากที่สุดในการพัฒนาคุณภาพคือการสนับสนุนของผู้บริหารสูงสุด ซึ่งต้องมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้คำปรึกษาแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น, และสอดคล้องกับการศึกษาของพรนพ พุกกะพันธ์^(๖) ที่พบว่า การสนับสนุนและแรงจูงใจเป็นการมุ่งมั่น สร้างสัมพันธที่ดี เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจ เพื่อให้ผู้ร่วมงานมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน.

ในส่วนของการระบบสารสนเทศและการจัดการอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีการสร้างระบบฐานข้อมูลที่มีการพัฒนาและกำหนดให้มีข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพในทุกหน่วยงานหลัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณา แก้ววิชิต^(๗) พบว่าการพัฒนาด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง. การพัฒนาคุณภาพต้องมีระบบการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร และการบันทึก, มีช่องทางการสื่อสารหลายช่องทางและชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกษณี เอกสุวรรณ^(๘) ถ้าการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนไม่ต่อเนื่อง จะเป็นปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล และในด้านการจัดการฝึกอบรม. กลุ่มตัวอย่างยังต้องการการพัฒนาและถ่ายทอดความรู้อย่างสม่ำเสมอและต้องการคำแนะนำจากที่ปรึกษาด้านคุณภาพ.

ในด้านการบริหารและพัฒนากำลังคนอยู่ในเกณฑ์ปานกลางและมีการฝึกอบรมขนาดใหญ่แก่ผู้ปฏิบัติงาน เน้นให้เกิดความสำนึกรักองค์กร, พฤติกรรมบริการ, และการทำงานร่วมกัน เป็นการให้ความสำคัญต่อการบริหารและพัฒนากำลังคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์^(๙) ที่พบว่าการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ผ่านมา โรงพยาบาลที่มีบุคลากรได้รับการอบรมในเรื่องการพัฒนาคุณภาพในสัดส่วนที่มากกว่าจะมีความก้าวหน้าในการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาใช้มากกว่าโรงพยาบาลที่บุคลากรได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการพัฒนาคุณภาพน้อยกว่า ซึ่งผู้บริหารจะต้องให้การส่งเสริมและสนับสนุนอย่างจริงจังสอดคล้องกับการศึกษาขององอาจ วิพุธศิริ, จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์, มยุรี จิรวินิชย์ และคณะ^(๓) ที่ได้ประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TOM พบว่าคณะผู้รับผิดชอบโครงการได้ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดย

การให้การฝึกอบรมและวางโครงสร้างเพื่อให้มีการสนับสนุน การพัฒนาภายในโรงพยาบาล. โรงพยาบาลในโครงการมีระดับ ความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างดังกล่าว ได้แก่ความมุ่งมั่น และความต่อเนื่องของผู้นำทั้งระดับสูงและระดับกลางและ ปัจจัยที่สำคัญที่สุด ๓ ประการ ที่สามารถส่งผลให้เกิดความ สำเร็จหรือล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพด้วย TOM ได้แก่ การเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน, การมีผู้บริหารที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจังและ การฝึกอบรม.

จากผลการศึกษานี้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าเกณฑ์ รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เป็นกรอบการประเมินองค์กรที่มี ขนาดใหญ่. ความน่าเชื่อถืออยู่ที่เกณฑ์นี้สามารถนำมาประยุกต์ ใช้เป็นกรอบในการวัดและประเมินผลการพัฒนาองค์กรเพื่อ นำไปสู่การเรียนรู้และการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติในการพัฒนา และยกระดับขีดความสามารถขององค์กรได้ เป็นการสร้าง คุณค่าในการประเมินผลลัพธ์ ควรที่จะมีการพัฒนาต่อยอด การนำมาใช้จริงต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กรรมการบริหาร, ทีมนำ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมายทุกคนได้ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการให้ สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต และดร.เอื้องฟ้า สิงห์ทิพย์พันธุ์ ที่ได้ให้ แนวคิดและคำปรึกษาผู้วิจัยมาโดยตลอด. คุณอามีเนาะ ยูโซะ และคุณจันทร์หอม สมคำ ที่มีส่วนช่วยผู้วิจัยพิมพ์งานครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.กรุงเทพมหานคร. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๓.
๒. อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล. ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; ๒๕๔๒.
๓. งามอาจ วิบุรศิริ, จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์, มยุรี จิรวิศิษฎ์. โครงการ นำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM. รายงานการวิจัยภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์; ๒๕๔๐.
๔. เสาวมาศ เกื่อนนาดี. การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๔๕.
๕. นงนุช หลอมประโคน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตามการดำเนินงานกิจกรรมพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญา ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๖.
๖. พรนพ พุกกะพันธ์. ภาวะผู้นำและการจูงใจ. กรุงเทพมหานคร: จาม จูรีโปรดักส์; ๒๕๔๔.
๗. วรรณา แก้ววิชิต. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและ พักฟื้น โรงพยาบาลมหาราชนิคมเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, ๒๕๔๔.
๘. เกษณี เอกสุวรรณ. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๕.
๙. จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์. เส้นทางสู่ HA ประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการ เดินทางและเป้าหมาย. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติเรื่อง การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ ๑ : ๒๔-๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๔๑. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; ๒๕๔๑.

การพัฒนากระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัย เพื่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรโรงพยาบาล

ชาตวุฒิ จำจด*

กัญญากัญ พาริสง*

จันทร์ทิพย์ อินทวงศ์*

สุนทร เจริญบุญมีการกิจ*

เกษร วงศ์สุริยศักดิ์*

บทคัดย่อ

บุคลากรโรงพยาบาลต้องเผชิญสิ่งคุกคามสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามลักษณะการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน แต่การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลภาครัฐของประเทศไทยอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และในทางปฏิบัติพบว่าไม่มีมาตรฐานแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ที่ค่อนข้างหลากหลาย คณะผู้วิจัยจึงทำการพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลระยอง โดยบูรณาการแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานแนวทางปฏิบัติต่างๆเข้าด้วยกัน โดยดำเนินการเป็น ๒ ขั้นตอน: (๑) ทบทวนรูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยตามแนวทางของ The National Institute for Occupational Safety and Health องค์การอนามัยโลก, แนวทางมาตรฐานของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และกรมอนามัย; (๒) เชื่อมโยงระบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยสู่แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล. จากการดำเนินงานทำให้มีระบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลที่ชัดเจน เชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ประกอบด้วยการดำเนินงาน ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหาร, ด้านเครือข่ายการดำเนินงาน, และด้านวิชาการ.

คำสำคัญ: การจัดการบริการอาชีวอนามัย, บุคลากรโรงพยาบาล, คุณภาพชีวิต

Abstract

Development of an Occupational Health System for Quality of Life among Hospital Personnel
Charttiwut Chamchod*, Sunthorn Rheapumikankit*, Kanyapak Pathaisong*, Kesorn Wongsuriyasak*,
Chanthip Intawong*

**Occupational Medicine Department, Rayong Hospital, Rayong 21000*

Hospital health-care workers are vulnerable to occupational hazards from dangerous workplaces; however, there has been little concern about this issue in the Thai governmental hospitals. The purpose of this health service system research was to develop the occupational health system in Rayong Hospital in two steps: first, reviewing the generally accepted standard guidelines instituted by the National Institute for Occupational Safety and Health, and the World Health Organization, in tandem with those advocated by the Thai Bureau of Occupational and Environmental Health, the Hospital Accreditation System and the Health Promoting Hospital Program; second, implementing those guidelines into the hospital's strategy. The result was the successful establishment of the occupational health system into policy, network and knowledge in the hospital.

Key words: occupational health, health-care workers, quality of life

*กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลระยอง

ภูมิหลังและเหตุผล

โรงพยาบาลเป็นสถานประกอบการประเภทหนึ่ง มีหน้าที่ในการส่งเสริม ดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย, มีลักษณะการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่หลากหลาย, ซึ่งบุคลากรต้องเผชิญสิ่งคุกคามสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะสิ่งคุกคามด้านชีวภาพและกายภาพจากสารเคมี, การยศาสตร์, จิตสังคม และอุบัติเหตุในการทำงาน^(๑-๓). แต่การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล และระดับความพร้อมในการจัดการบริการอาชีวอนามัยด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการจัดองค์กร ด้านบุคลากร ด้านนโยบายและด้านทรัพยากร มากกว่าร้อยละ ๖๐ ของโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำ^(๔).

การพัฒนากระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลระยอง เป็นการเชื่อมโยงบูรณาการจากแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ, มาตรฐานแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นตามมาตรฐานของต่างประเทศ The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), องค์กรอนามัยโลก หรือมาตรฐานในประเทศไทย ได้แก่ การดำเนินงานประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, และโครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่ของกรมอนามัย เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลระยองสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนทั่วไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยระบบบริการสาธารณสุข แบ่งเป็น ๒ ขั้นตอน: (๑) การทบทวนรูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัย, และ (๒) การเชื่อมโยงระบบบริการอาชีวอนามัยสู่แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล.

การทบทวนรูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัย

งานอาชีวอนามัย หมายถึง งานที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพทั้งหมด โดยใช้หลักการป้องกัน, การส่งเสริมสุขภาพ, รวมถึงการดำรงไว้ซึ่งสภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ของผู้ประกอบอาชีพทุกอาชีพ. โดยมีแนวคิดว่าเมื่อคนทำงานมีสุขภาพที่ดีงานที่ทำก็จะได้ผลผลิตออกมาดี, แต่ถ้างานที่ทำไม่ดี ไม่ว่าจะ เป็นเนื่องงาน วัตถุอันตรายหรือวิธีการ ก็จะทำให้สุขภาพของคนงานไม่ดีด้วย. นั่นคืองานเป็นปฏิภาคโดยตรงกับสุขภาพ^(๑).

๑. NIOSH และองค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาแนวทางในการจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล โดยได้กำหนดกิจกรรมขั้นต่ำในการดำเนินงานให้มีการตรวจสอบสุขภาพก่อนบรรจุเข้าทำงาน, การตรวจสอบสุขภาพประจำปี, การให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย, การให้ภูมิคุ้มกันและการป้องกันการติดเชื้อ, การดูแลรักษาการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงาน, การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ, การเฝ้าระวังควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อม, ระบบการบันทึกข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย, การประสานการวางแผนการจัดการบริการอาชีวอนามัยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ รวมไปถึงการประเมินทบทวนผลการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในการทำงานและสุขภาพ^(๓,๕,๖).

๒. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรคได้จัดทำคู่มือเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล^(๗) ซึ่งมี ๓ องค์ประกอบดังนี้

ก. การบริหารจัดการ มีนโยบายด้านสุขภาพความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน, มีคณะกรรมการรับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย, มีแผนงานโครงการการดำเนินงาน, มีการจัดทำข้อเสนอแนะ มาตรการปรับปรุงแก้ไขความเสี่ยงที่ตรวจพบเสนอแก่ผู้บริหาร, มีเกณฑ์การคัดเลือกบุคคลให้สามารถทำงานในตำแหน่งที่เหมาะสมกับภาวะเสี่ยงและสภาวะสุขภาพ.



ข. การดำเนินการประเมินและควบคุมความเสี่ยง มีการดำเนินการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน, มีการตรวจสุขภาพประจำปี, มีการจัดระบบการเฝ้าระวังสุขภาพบุคลากร, จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน และปฏิบัติงานตามขั้นตอนที่จัดทำไว้, มีการอบรมหรือวิธีการอื่น ๆ ที่ให้ความรู้การปฏิบัติตนเพื่อสุขอนามัยที่ดี สม่่าเสมอเป็นระยะ ๆ.

ค. การติดตามประเมินผล มีการติดตามประเมินผล การดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานโครงการ, สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาปรับปรุงแผนงานโครงการอย่างต่อเนื่อง.

๓. **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ** เอกสารฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี ของสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล^(๖) ได้กำหนดหัวข้อที่เกี่ยวกับการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลแทรกอยู่ในระบบงานสำคัญด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการบริหารความเสี่ยง, ความปลอดภัยและคุณภาพ, สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาล เช่นเดียวกับผู้รับบริการอื่น ๆ.

๔. **การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ** เป็นกระบวนการพัฒนาที่นำข้อเสนอของกฎบัตรออกตรวจ มาประยุกต์เป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงาน: (๑) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ, (๒) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, (๓) การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน, (๔) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล, (๕) การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ และมีการดำเนินงานที่ครอบคลุม ๗ องค์ประกอบ ดังนี้ (๑) การนำองค์กร และการบริหาร, (๒) การจัดสรรทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล, (๓) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, (๔) การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล, (๕) การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้รับบริการและครอบครัวที่มารับบริการในโรงพยาบาล, (๖) การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน, (๗) ผลลัพธ์ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ^(๗) ซึ่งปัจจุบันมีการ

เชื่อมโยงประสานระหว่างมาตรฐาน HPH และ HA เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ชัดเจน โดยมองว่า HA เป็นการประเมินให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง, ส่วน HPH เป็นการทำให้โรงพยาบาลมีเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้นในการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง^(๑๐).

๕. **โครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่** **น่าทำงาน** ของกรมอนามัย^(๑๑) เป็นโครงการซึ่งมีแนวคิดว่าการทำงานในสภาพแวดล้อมที่ “สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี มีชีวิตชีวา” เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี, มีความปลอดภัยในการทำงาน, สามารถดำเนินชีวิตโดยทั่วไปได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแนวคิดสรุปได้ดังนี้ (๑) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมให้คนทำงานทุกคนมีสุขภาพที่ดี, มีความปลอดภัยในการทำงาน และไม่ก่อเหตุเดือดร้อนรำคาญต่อชุมชน, (๒) การส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจของคนทำงาน เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี มีผลโดยตรงต่อผลผลิตและภาพเศรษฐกิจโดยรวม, (๓) สุขภาพของคนทำงานมีผลกระทบโดยตรงต่อครอบครัว ชุมชนและสิ่งแวดล้อม.

การเชื่อมโยงระบบบริการอาชีวอนามัยสู่แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๐ โรงพยาบาลระยองมีการทบทวนกลยุทธ์เป้าหมายของโรงพยาบาล ซึ่งผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล ได้เข้าร่วมในการประชุมจัดทำเพื่อเชื่อมโยงระบบบริการอาชีวอนามัยสู่แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลระยอง มีขั้นตอนดังนี้

๑. **ทบทวนนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ตัวชี้วัด** ด้านสุขภาพความปลอดภัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานและการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยพิจารณาจากบริบทของโรงพยาบาลระยอง.

๒. **ทบทวน เชื่อมโยง บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ** ที่รับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัย การส่งเสริมสุขภาพ ตามระบบงานที่มีอยู่เดิม ได้แก่คณะกรรมการโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย, คณะทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

เสริมสุขภาพ, คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง, คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล รวมไปถึงทีมบริบาลผู้ป่วย (PCT) และได้ถ่ายทอดศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งประกอบด้วยกำหนดยุทธศาสตร์, การสร้างเครือข่ายในการทำงาน และการสร้างองค์ความรู้ และนำหลักการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) มาประยุกต์ใช้ในการทำแผนกลยุทธ์การจัดบริการอาชีวอนามัย.

ผลการศึกษา

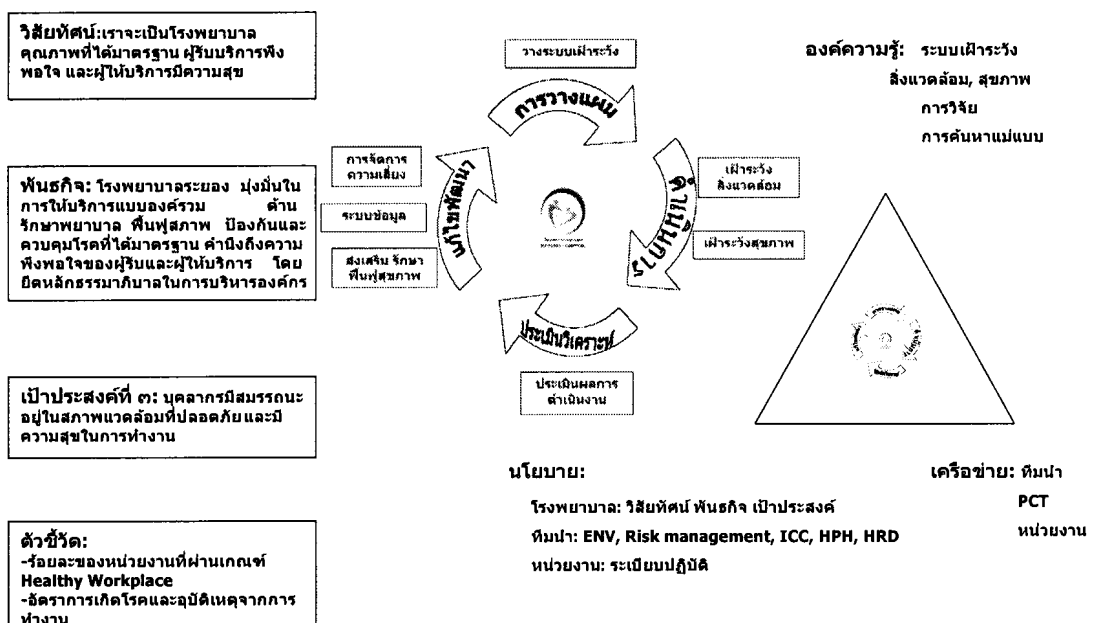
แผนกลยุทธ์การจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรโรงพยาบาล (รูปที่ ๑) โดยคุณภาพชีวิตของบุคลากรโรงพยาบาลระยะยง เป็นเป้าหมายหลักในการดำเนินงานอาชีวอนามัย, มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอน: (๑) การวางแผน, (๒) การดำเนินการ, (๓) การประเมินวิเคราะห์, (๔) การแก้ไขพัฒนาเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์, พันธกิจ, เป้าประสงค์ และตัวชี้วัดขององค์กร.

๑. ด้านนโยบาย

ระดับโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลระยะยงที่ระบุว่า “เราจะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ และผู้ให้บริการมีความสุข” และตอบสนองต่อเป้าประสงค์ที่ ๓ ของโรงพยาบาลที่ระบุว่า “บุคลากรมีสมรรถนะ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และมีมีความสุขในการทำงาน” จึงมีการทบทวนนโยบายความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม กำหนดตัวชี้วัดในระดับโรงพยาบาล ได้แก่ (๑) ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ Healthy Workplace และ (๒) อัตราการเกิดโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน.

ระดับทีมนำ กำหนดให้ทีมนำที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดทำตัวชี้วัดด้านการป้องกันเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุและโรคจากการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพในบุคลากร. นอกจากนี้ในส่วนทีมบริบาลผู้ป่วย (PCT) ทุกสาขาได้มีตัวแทนจากกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมเป็นกรรมการ เพื่อที่จะได้ประสานเชื่อมโยงการจัดบริการอาชีวอนามัย.

ระดับหน่วยงาน กำหนดให้มีการประเมินความเสี่ยงในการทำงานทุกหน่วยงาน ให้มีการเฝ้าระวังสุขภาพ, เฝ้าระวัง



รูปที่ ๑ แผนกลยุทธ์การจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรโรงพยาบาล



ด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงการจัดทำคู่มือระเบียบปฏิบัติในการทำงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน.

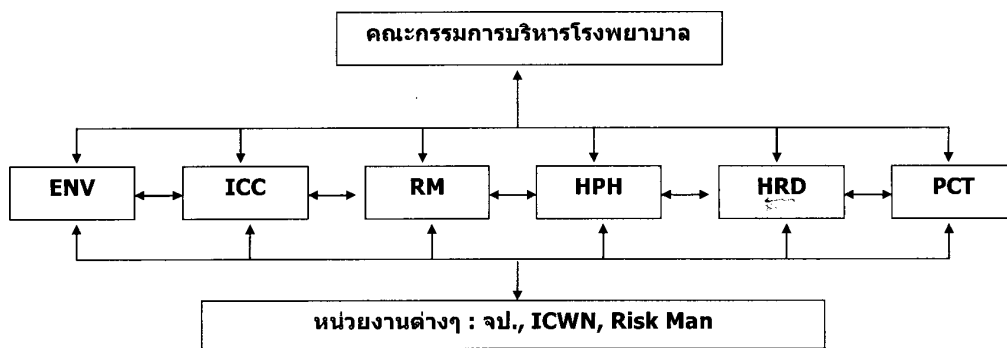
๒. ด้านเครือข่ายการดำเนินงาน (รูปที่ ๒)

ระดับที่มุ่งนำ คณะกรรมการโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) เป็นทีมหลักในการจัดบริการอาชีวอนามัยในบุคลากร, มีหน้าที่รับนโยบายจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มากำหนดแนวทางจัดทำแผนงานโครงการ, ระเบียบปฏิบัติต่างๆ ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล, มีคณะทำงานที่ครอบคลุมงานโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยดังนี้ (๑) คณะทำงานสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก ความปลอดภัยและจราจร, (๒) คณะทำงานด้านประสิทธิภาพการกำจัดขยะมูลฝอยและบำบัดน้ำเสีย, (๓) คณะทำงานอัคคีภัย, และ (๔) คณะทำงานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Safety Health and Environment Committee: SHE).

คณะทำงาน SHE มีตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และการเฝ้าระวังสุขภาพเข้ามาร่วมบูรณาการเป็นคณะทำงาน ได้แก่ หัวหน้างานอาชีวอนามัยกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม, ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านการบริการ, กรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาล, หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล

ชุมชนกลุ่มงานเวชกรรมสังคม, หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา, หัวหน้าฝ่ายการเจ้าหน้าที่, หัวหน้างานธุรการทั่วไป, หัวหน้างานบำรุงรักษา, หัวหน้างานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ และทีมศูนย์ประสานงานคุณภาพ. ที่ปรึกษาของคณะทำงาน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง, รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ด้านบริหาร, รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร, และประธานคณะทำงานโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม โดยมีบทบาทหน้าที่หลัก ๆ คือ (๑) สนับสนุนและดำเนินงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลระยอง, (๒) จัดทำแผนงานโครงการหรือกิจกรรมด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน, (๓) ควบคุมกำกับให้มีการดำเนินงานตามแผน, (๔) จัดเก็บ, บันทึก, วิเคราะห์ข้อมูล และสื่อสารความเสี่ยงด้านการเฝ้าระวังสุขภาพและการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม, (๕) ประเมินผลการดำเนินงาน, (๖) สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคเสนอต่อผู้บริหารเพื่อพัฒนาปรับปรุงแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง.

มีการประสานข้อมูล แผนงานการจัดบริการอาชีวอนามัยต่างๆ ระหว่างคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล, คณะกรรมการโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย, คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, คณะ



- HRD : Human Resource Development Committee
- PCT : Patient Care Team
- ENV : Environment and Safety Committee
- ICC : Infectious Control Committee
- RM : Risk Management Committee
- HPH : Health Promotion Hospital Committee
- ICWN: Infectious Control Ward Nurse
- จป : เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำหน่วยงาน

รูปที่ ๒ เครือข่ายการดำเนินงาน อาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลระยอง

กรรมการบริหารความเสี่ยง, คณะทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล และทีมบริหารผู้ป่วย.

ระดับหน่วยงาน แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำหน่วยงาน (จป.) เพื่อสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงาน ค้นหาความเสี่ยง, ตรวจสอบสภาพการทำงานให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย, สอนวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้องแก่บุคลากรในหน่วยงาน, กำกับดูแลการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล, จัดทำรายงานความเสี่ยง. การประเมินอันตรายและการเจ็บป่วยในการทำงาน แต่งตั้งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย (Infectious Control Ward Nurse; ICWN) เพื่อทำการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยและบุคลากร, แต่งตั้ง Risk Man ประจำหน่วยงาน เพื่อทำการเฝ้าระวังป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งในผู้ป่วยและบุคลากร ซึ่งบุคลากรระดับปฏิบัติการในแต่ละหน่วยงาน จะทำงานประสานกันทั้งในระดับหน่วยงานของตนเอง และระดับที่มนำ มีหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์รายงานข้อมูลการเฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อม, จัดทำแผนงาน ระเบียบ ข้อปฏิบัติในระดับหน่วยงาน.

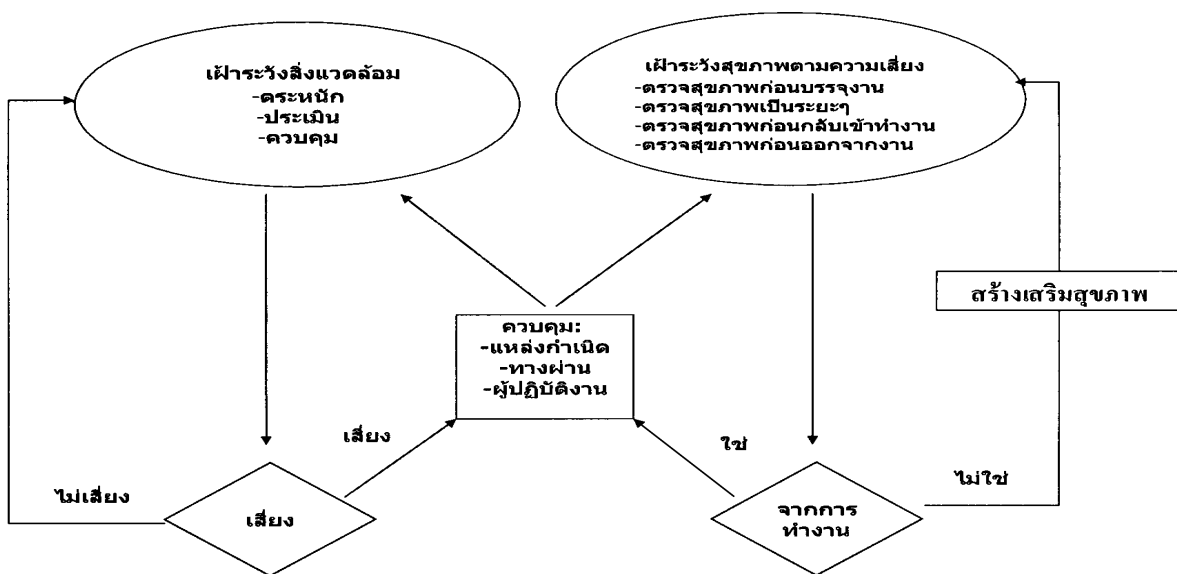
๓. ด้านองค์ความรู้

มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่มี

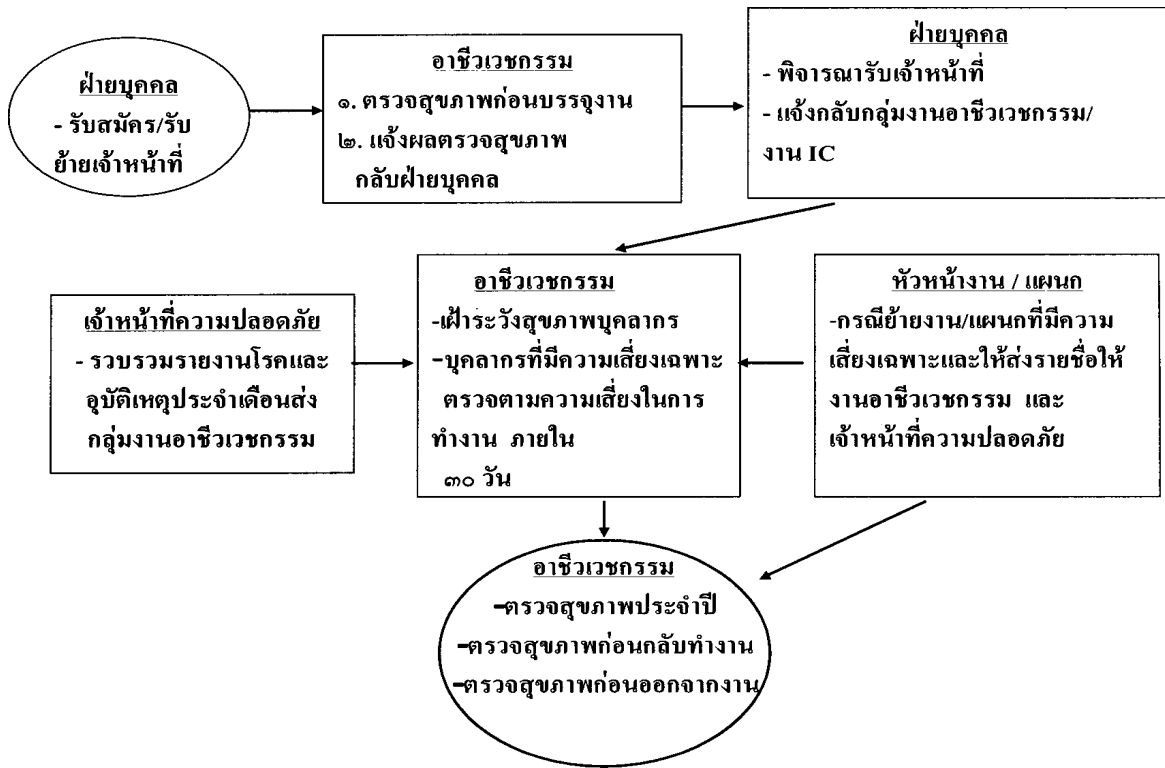
ความเชื่อมโยง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย และค้นหาแม่แบบ.

ระบบเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม (รูปที่ ๓) มีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมโดยใช้หลักการทางสุขศาสตร์อุตสาหกรรมได้แก่ การตระหนักถึงความเสี่ยงในการทำงาน, การประเมินความเสี่ยงในการทำงาน และการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อควบคุมความเสี่ยงในการทำงาน โดยมีการควบคุมที่แหล่งกำเนิด, ทางผ่าน และผู้ปฏิบัติงาน ตามความเหมาะสม และเชื่อมโยงระบบเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมเข้ากับระบบเฝ้าระวังสุขภาพอย่างชัดเจน โดยเมื่อมีความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน จะต้องมีการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงนั้น ๆ ให้กับบุคลากร หรือเมื่อพบว่าบุคลากรในแผนกใดเกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน จะต้องมีการปรับปรุงควบคุมสิ่งแวดล้อมหรือลักษณะการทำงานให้ปลอดภัยมากที่สุด.

คณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อม และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำหน่วยงาน ได้มีการประเมินความเสี่ยงในการทำงานร่วมกันอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง, มีการสำรวจยืนยันด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ไม่ว่าจะการตรวจวัดระดับความร้อน แสงสว่าง เสียง รวมไปถึงสารเคมีตกค้างในบรรยากาศการ



รูปที่ ๓ ระบบเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ



รูปที่ ๔ ขั้นตอนการเฝ้าระวังสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลระยอง

ทำงานซึ่งพบความเสี่ยงสำคัญทางด้านอาชีวอนามัย ๕ ลำดับแรกดังนี้ (๑) การติดเชื้อในบุคลากร, (๒) การระบายอากาศ, (๓) การสัมผัสสารเคมี, (๔) การสัมผัสเสียงดัง, (๕) การสัมผัสรังสี.

ระบบเฝ้าระวังสุขภาพ (รูปที่ ๓, ๔)

การตรวจสุขภาพ: ได้กำหนดให้มีรายการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติมจากการตรวจสุขภาพตามเพศและอายุ เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรค โดยมีขั้นตอนคือ (๑) การตรวจสุขภาพก่อนบรรจุงานหรือก่อนย้ายแผนกงาน เพื่อประเมินความเหมาะสมกับการทำงานในตำแหน่งนั้น สุขภาพของผู้ปฏิบัติงานเป็นข้อจำกัดหรือข้อห้ามในการทำงานหรือไม่หรืองานนั้นจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานหรือไม่, (๒) การตรวจสุขภาพเป็นระยะ ๆ ซึ่งมักเป็นการตรวจประจำปี. ในการตรวจจะประกอบด้วย การตรวจสุขภาพทั่วไป กับการตรวจตามความเสี่ยงในการทำงาน, (๓) การตรวจสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน เพื่อเป็นการประเมินความเหมาะสมในการทำงานของบุคลากร หลังเกิดการบาดเจ็บหรือ

เจ็บป่วยที่รุนแรง ต้องหยุดงานไปเป็นเวลานานและต้องทำงานที่มีความเสี่ยงสูง, (๔) การตรวจสุขภาพก่อนออกจากงาน เพื่อเป็นการประเมินว่าบุคลากรเกิดการเจ็บป่วยจากงานที่มีระยะพักตัวนานหรือไม่ โดยรวมเข้าไปในการตรวจประจำปีของปีก่อนที่บุคลากรลาออกหรือเกษียณ.

การสร้างเสริมสุขภาพ: จัดทำโครงการตามปัญหาสุขภาพของบุคลากรในองค์กร เน้นการป้องกันปฐมภูมิ เช่น โครงการไร้พุง, ไร้โรค, โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพข้าราชการโรงพยาบาลระยอง, โครงการแพทย์และสหวิชาชีพต้นแบบรักษ์สุขภาพ, โครงการพัฒนาบุคลิกภาพ, โครงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาล, โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีและไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง.

การป้องกันและควบคุมโรค: โครงการสถานที่ทำงาน น่าอยู่ น่าทำงาน, โครงการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล, โครงการอนุรักษ์การได้ยินในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง,

โครงการเฝ้าระวังการเป็นวัณโรคในบุคลากร.

ระบบการรายงานโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน โดย มีระบบรายงานที่เชื่อมโยงจากทั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ประจำหน่วยงาน, Risk Man และ ICWN. ทั้งนี้ได้กำหนด กลุ่มโรคที่ต้องทำการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ดังนี้ อุบัติการณ์การ เกิดวัณโรคจากการทำงาน, ความชุกของโรคหุเลื้อมจากการ ทำงานในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง, อุบัติการณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับ อันตรายจากสารเคมีขณะให้บริการ, อุบัติการณ์การเกิดโรค ทางกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ และอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุ จากการการทำงาน

การวิจัย ได้นำแนวทางการทำงานประจำให้เป็นงาน วิจัยมาดำเนินการ, มีการสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการ เฝ้าระวังความเสี่ยงทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ, ตี พิมพ์เผยแพร่ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับประเทศ.

การค้นหาแม่แบบ มีการดำเนินงานพัฒนาหน่วยงาน ต้นแบบในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย โดยกำหนดให้มี ความหลากหลายของหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นงานบริการดูแลผู้ ป่วย งานบริหาร รวมไปถึงหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้อง ได้รับการปรับปรุงแก้ไข เช่นงานห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก, หอผู้ป่วยอายุรกรรม, หอผู้ป่วยศัลยกรรม. มีการประกวดการ ประดิษฐ์นวัตกรรมความปลอดภัยในการทำงานภายในองค์กร.

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ด้านการบริหาร

(๑) ต่อยอดจากระบบงาน/โครงสร้างทีมที่มีอยู่เดิม ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานนั้น มีการกำหนดหน้าที่, โครงสร้างการบริหารจัดการงานทางด้าน อาชีวอนามัยในโรงพยาบาลที่ค่อนข้างชัดเจน ทำให้การดำเนินงานนั้นได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงค่อนข้างมาก ไม่ว่าจะเป็นนโยบาย ทรัพยากรต่าง ๆ.

(๒) มีหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลที่ชัดเจน เนื่องจากโรงพยาบาลมีความซับซ้อนในเรื่อง ของลักษณะการทำงาน, ความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม และ ต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงจำเป็นอย่างยิ่ง

ที่จะต้องมีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน โดยเฉพาะในองค์กร ขนาดใหญ่ อย่างน้อยต้องมีพยาบาลอาชีวอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบหลัก.

ด้านการจัดบริการ

(๑) ร่วมเรียนรู้ ร่วมทำงาน ร่วมปรับปรุงพัฒนา ทั้ง ในระดับทีมนำ หน่วยงานต่าง ๆ รวมไปถึงภายในหน่วยงาน เดียวกันซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบแตกต่างกันไป.

(๒) บูรณาการความรู้ แนวทางการดำเนินงานที่หลากหลายให้ครอบคลุม มีการปรับปรุงวิเคราะห์งานอย่าง สม่าเสมอ พัฒนาระบบการดำเนินงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง.

(๓) เชื่อมโยงการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ การเชื่อมโยงจะทำให้ผู้บริหารตลอดจนบุคลากรทุกคนในองค์กร ได้เห็นถึงความสำคัญในเรื่องการบริหารความเสี่ยงในการ ทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น เกิดความร่วมมือในการทำให้หน่วยงาน เป็นที่ทำงานที่น่าอยู่ น่าทำงาน.

(๔) ร่วมสร้างแนวคิดในการสร้างสุขภาพแก่ บุคลากรทุกระดับ.

วิจารณ์

การพัฒนาการจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของ บุคลากร ทั้งนี้เนื่องจากคนเราใช้เวลา ๑ ใน ๓ ของชีวิตหรือ มากกว่าอยู่ในที่ทำงาน. การจัดบริการอาชีวอนามัยที่ดีนั้น จำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมทุกด้านอย่างเป็นระบบ, มีนโยบายที่ชัดเจนทำให้บุคลากรทุกคนเห็นเป้าหมายเดียวกัน, มีเครือข่ายในการดำเนินงานที่มีทักษะการทำงานเป็นทีม เปิด ใจร่วมเรียนรู้ร่วมทำงาน, มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสถิติ ต่าง ๆ ที่มีการจัดเก็บและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่ การพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง.

ผลการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงการทำงานของ บุคลากร พ.ศ. ๒๕๕๐ จากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นการประเมินการจัด บริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล, โรงพยาบาลระยองเป็นโรง



พยาบาล ๑ ใน ๓ แห่งที่ได้รับการประเมินอยู่ในระดับดีเลิศในทุกกิจกรรมสำคัญ ซึ่งเป็นระดับสูงสุด, เป็นผลจากความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรทุกฝ่ายทุกงานก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและจะเป็นพลังที่จะสานต่อภารกิจให้ต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรทุกคนมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล.

กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนากระบวนการจัดการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลระยะยง จะเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่ได้รับความสนับสนุนจากคณะผู้บริหารโรงพยาบาล, ความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม, คณะทำงาน SHE, คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม, เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำหน่วยงาน และที่สำคัญคือบุคลากรในองค์กรที่มีความตระหนักในการทำงานอย่างปลอดภัยทุกคน.

เอกสารอ้างอิง

๑. อดุลย์ บัณชกุล. คู่มืออาชีวเวชศาสตร์ ๒๐๐๐. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: ส.ส.ท.; ๒๕๔๔. หน้า ๒๕๗.
๒. โยธิน เบญจวงษ์. งานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล. ใน: สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวงษ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). ตำราอาชีวเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: เจ เอส เติ การพิมพ์; ๒๕๔๒. หน้า ๓๕-๔๖.
๓. National Institute of Occupational Safety and Health. Guideline for Protecting The Safety and Health of Health Care Worker. [online]. 1998 [cited 2007 Jun 21]; Available from: URL: <http://www.cdc.gov/niosh/hcwold1.html>
๔. วรณา จงจิตรไพศาล. การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: ๒๕๔๘.
๕. World Health Organization. Occupational Health A Manual for Primary Health Care Workers. [online]. 2001[cited 2007 Jun 21]; Available from: URL: http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index.html
๖. American College of Occupational and Environmental Medicine. Guidelines for Employee Health Services in Health Care Facilities. [online]. 1998 Apr [cited 2007 June 21] Available from: URL: <http://www.acoem.org/guidelines.aspx?id=866>
๗. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. คู่มือเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน ประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนการเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๕๐. หน้า ๕๘.
๘. สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี. [online]. ธันวาคม ๒๕๔๕ [สืบค้นเมื่อ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๐] แหล่งข้อมูล: <http://www.ha.or.th/DATAUPDOWN/HAHPHStandardF8.pdf>
๙. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. [online]. มิถุนายน ๒๕๔๖ [สืบค้นเมื่อ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๐] แหล่งข้อมูล: URL: <http://advisor.anamai.moph.go.th/hph/hphosp/handbook1.html>
๑๐. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. ผสานสร้างกับซ่อม ในแนวคิดมุมมองเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. [online]. สิงหาคม ๒๕๔๖ [สืบค้นเมื่อ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๐] แหล่งข้อมูล: URL:<http://advisor.anamai.moph.go.th/hph/hphosp/ghph2.html>
๑๑. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. คู่มือโครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงานสำหรับสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานที่มีผู้ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า ๑๐ คน. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก; ๒๕๔๖. หน้า ๕๘.

ความแตกต่างของการตายในผู้สูงอายุไทยตามลักษณะประชากร เศรษฐกิจสังคม และสถานะสุขภาพ

ปัทมา วาพัฒน์วงศ์*

อุทัยทิพย์ รักรรณบรรณ†

ปราโมทย์ ประสาทกุล*

เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม‡

วิชัย เอกพลากร§

บทคัดย่อ

การศึกษาดูความแตกต่างของการตายของผู้สูงอายุไทยอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ตามลักษณะประชากร, เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๕ จากข้อมูล ๒ แหล่งที่เชื่อมโยงกันได้แก่ ข้อมูลผลการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗ ซึ่งเชื่อมโยงกับข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๕. ตัวชี้วัดสถานะทางประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่ใช้ คือ เขตที่อยู่อาศัย, ภาคของประเทศ, สถานภาพสมรส, การศึกษา, รายได้ของครัวเรือน, ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน, ภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน และปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด, และเปรียบเทียบความแตกต่างของการตายตามตัวชี้วัดต่าง ๆ ด้วย “อัตราส่วนการตายปรับฐาน” แยกระหว่างชายกับหญิง.

ผลการศึกษาแสดงความแตกต่างของการตายตามตัวชี้วัดสถานะทางประชากร, เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ, ยกเว้นเขตที่อยู่อาศัย. ผู้สูงอายุชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง ในขณะที่ผู้ที่อยู่ในภาคใต้และกรุงเทพฯ มีการตายต่ำกว่า, ยกเว้นผู้สูงอายุหญิงที่อยู่ในกรุงเทพฯ มีการตายสูงกว่าผู้ที่อยู่ในภาคกลาง. นอกจากนี้ การตายของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ หม้าย หย่า แยก สูงกว่าผู้ที่อยู่เป็นโสด. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา หรือมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการตายที่สูงกว่าผู้ที่ไม่มีความพึ่งพา และไม่มีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ. ความแตกต่างของการตายที่พบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ายังมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในประเทศไทย.

Abstract

Demo-socioeconomic and Health Differential of Mortality among the Thai Elderly
Pattama Vapattanawong*, Uthaithip Rakchanyaban†, Pramote Prasartkul*, Yawarat Porapakkham‡, Wichai Aekplakorn§

*Institute for Population and Social Research, Mahidol University, †Department of Education, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, ‡Setting Priorities Using Information on Cost-effectiveness Project, §Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

This study was aimed at assessing the mortality differential according to demographic, socio-economic and health status among the Thai elderly (aged 60 years and older) during the period 2004 and 2006. The data used were from the National Health Examination Survey III, 2004 (NHES III) and death registry between 2004 and 2006. Area of residence, geographical area, marital status, education, house-

*สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

†ภาควิชาประชากรศึกษา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

‡โครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรค กระทรวงสาธารณสุข

§สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



hold income, dependence on daily activities of living and cardiovascular risk factors were selected as demo-socioeconomic and health status indicators. The standardized mortality ratio (SMR) was used to measure old-age mortality according to these indicators, disaggregated by sex.

It was found that mortality differences existed in almost all demo-socioeconomic and health status indicators of the Thai elderly, except area of residence. Male and female elderly people who lived in northeastern and northern Thailand had higher mortality, while those who lived in the southern part of the country and Bangkok had lower mortality than those who lived in the central region. Furthermore, the elderly who had always been married, widowed, divorced or separated had higher mortality than those who had always been single. The dependent elderly or those with cardiovascular (CV) risk factors had higher mortality than those who were not dependent or who did not have CV risk factors. These mortality differences could reflect health inequality among different groups of the Thai population.

Key words: mortality differential, demo-socioeconomic status, health status, Thai elderly

ภูมิหลังและเหตุผล

เป็นที่ประจักษ์ชัดว่า ภาวะการตายในแต่ละประเทศมีแนวโน้มลดลง ส่งผลให้ประชากรของประเทศนั้นมีอายุที่ยืนยาวขึ้น. ปัจจุบันนี้ อายุคาดเฉลี่ยของประชากรในประเทศที่พัฒนาแล้ว ๘๐ ปีเศษ ในขณะที่อายุคาดเฉลี่ยของประชากรในประเทศกำลังพัฒนาค่อยๆ เพิ่มขึ้นเช่นกัน^(๑). สำหรับประเทศไทย พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของประชากรได้เพิ่มจาก ๔๐ ปีใน พ.ศ. ๒๔๘๐ เป็น ๗๐ ปีเศษในปัจจุบัน^(๒). จากการศึกษาของปราโมทย์ และอุทัยทิพย์^(๓) แสดงว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยในอดีตที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากการลดลงของการตายในทารกและเด็กเป็นสำคัญ แต่ในอนาคต การลดลงของการตายในผู้ใหญ่โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้อายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น. ดังนั้น การศึกษาภาวะการตายในผู้สูงอายุจึงเพิ่มความสำคัญขึ้นเป็นลำดับ.

การศึกษาภาวะการตายของผู้สูงอายุในต่างประเทศส่วนใหญ่เน้นไปที่ความแตกต่างของการตายตามลักษณะหรือปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม รวมทั้งสถานะสุขภาพ ดังเช่น การศึกษาของ อิตเลอร์ และแองเจิล^(๔), โรเจอร์ส^(๕), อิตเลอร์ และเบนยามิน^(๖) และการศึกษาอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกันต่างให้ผลตรงกันว่ามีความแตกต่างของการตายตามลักษณะดังกล่าวจริง เป็นการสะท้อนให้เห็นว่ามีความไม่เท่าเทียมกันของประชากรในแต่ละสังคม.

สำหรับประเทศไทยนั้น ใน ๑-๒ ทศวรรษที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุบ่อยขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้านลักษณะการอยู่อาศัย, การทำงาน, งานและรายได้, การดูแลและเกื้อหนุนทางสังคม, สวัสดิการ, ภาวะพึ่งพา และสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ^(๗-๑๐). สำหรับการศึกษาภาวะการตายในผู้สูงอายุไทยนั้นมีเพียงส่วนน้อย และการศึกษาลักษณะของผู้สูงอายุที่นำมาเพื่อศึกษาความแตกต่างของการตายก็อยู่ในวงจำกัด เช่น ศึกษาความแตกต่างของการตายระหว่างเพศ, อายุ, เขตที่อยู่อาศัย หรือ ภาค เท่านั้น^(๑๑-๑๔) ยังไม่เคยมีการศึกษาความแตกต่างของการตายตามสถานภาพเศรษฐกิจสังคมหรือสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุเลย ซึ่งความแตกต่างด้านเศรษฐกิจและสังคมหรือสถานะสุขภาพนับเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของภาวะการตายที่แตกต่างกัน จึงทำให้องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการตายในผู้สูงอายุไทยมีอยู่น้อยเมื่อเทียบกับองค์ความรู้ที่ศึกษาในประเทศแถบยุโรป อเมริกา หรือแม้กระทั่งออสเตรเลีย และญี่ปุ่น. สำหรับตัวแปรที่แสดงถึงระดับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมนั้น งานวิจัยจำนวนมากที่ยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ กับการตาย. งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง อาชีพที่ใช้ทักษะสูง และรายได้สูงจะมีการตายต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า หรือประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานสูง หรือ มีรายได้ต่ำ^(๑๕-๑๗).

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงดำเนินการเพื่อหาคำตอบว่า การตายระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงคนไทยที่จำแนกตาม ลักษณะประชากรศาสตร์, เศรษฐกิจสังคม และสถานะสุขภาพ จะเป็นเช่นไร และมีความแตกต่างของการตายตามลักษณะดังกล่าวหรือไม่ ในทิศทางใด.

ระเบียบวิธีศึกษา

ข้อมูลที่ใช้

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๗ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๓๙,๒๙๐ คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น แบบชั้นภูมิสามขั้น (Three-stage stratified probability sampling) นับเป็นการสำรวจที่มีขนาดตัวอย่างครอบคลุมทั้งระดับประเทศและภาค. จากข้อมูลชุดนี้ คณะผู้วิจัยได้เลือกประชากรศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น (ผู้สูงอายุคือ “ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป”) ซึ่งมีทั้งสิ้น ๑๙,๓๗๒ ราย. นำข้อมูลผู้สูงอายุเหล่านี้ไปเชื่อมโยงกับข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๔๘ และ ๒๕๔๙ ด้วยการ ใช้เลขประจำตัวประชาชนเป็นหลักในการเชื่อมโยง เพื่อทราบจำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิตภายหลังการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๔๙ ได้พบว่า มีข้อมูลเพียง ๑๗,๓๘๗ ราย ที่มีเลขประจำตัวประชาชนสมบูรณ์ (ครบทั้ง ๑๓ หลัก) สามารถนำไปเชื่อมโยงกับข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎรได้. เมื่อแบ่งเป็นข้อมูลชายและหญิงสูงอายุ ๘,๔๖๙ และ ๘,๙๑๘ รายตามลำดับ, พบว่าในช่วงเวลา ๓ ปีนับจากการสำรวจสภาวะสุขภาพมีผู้สูงอายุชายเสียชีวิต ๗๗๐ ราย และหญิงเสียชีวิต ๕๒๙ ราย.

การเชื่อมโยงข้อมูลจากการสำรวจและทะเบียนราษฎร เข้าด้วยกันในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ. ประการแรก มีข้อมูลจำนวนหนึ่งซึ่งไม่สามารถนำไปเชื่อมโยงได้ กล่าวคือ ข้อมูลผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยฯ ทั้งหมด ๑๙,๓๗๒ ราย มีข้อมูลที่มี

มีเลขประจำตัวประชาชนสมบูรณ์ที่สามารถนำไปเชื่อมโยงกับ ข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎรเพียง ๑๗,๓๘๗ ราย หรือ ร้อยละ ๘๙.๖ เท่านั้น. สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุที่เหลืออีก ๑,๙๘๕ ราย ไม่ได้นำมาร่วมวิเคราะห์ด้วย ซึ่งในจำนวนนี้ อาจมีผู้สูงอายุบางรายเสียชีวิตในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาก็เป็นได้ (แต่ไม่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการเชื่อมโยง). ข้อจำกัดประการที่ ๒ คือ การศึกษาครั้งนี้ตั้งอยู่ภายใต้สมมุติฐานที่ว่าข้อมูลที่เชื่อมโยงได้นั้นมีความครบถ้วน ทั้ง ๆ ที่ในความเป็นจริง มีการตายจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้จดทะเบียนตาย. จากข้อจำกัดทั้งสอง ประการอาจทำให้จำนวนตายต่ำกว่าความจริง.

ตัวแปรทางประชากรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย และภาคของประเทศ. อายุถูกแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ ๖๐ - ๗๔, ๗๕ - ๘๔ และ ๘๕ ปีขึ้นไป แบ่งเป็นชายและหญิง. สถานภาพสมรสแบ่งเป็น โสด สมรส หม้าย/หย่า/แยก. สำหรับเขตที่อยู่อาศัยนั้นแบ่งเป็นในเขตและนอกเขตเทศบาล. ส่วนภาคแบ่งเป็นกลาง, เหนือ, ตะวันออกเฉียงเหนือ, ใต้ และกรุงเทพมหานคร.

การศึกษานี้ใช้การศึกษาและรายได้ของครัวเรือนเป็นตัวชี้วัดสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ. สาเหตุที่ไม่นำอาชีพของผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการศึกษา เพราะจะมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่เคยทำงานแต่ปัจจุบันไม่ได้ทำเนื่องจากเกษียณอายุซึ่งจะทำให้จำแนกผิดกลุ่มอาชีพได้.

การศึกษานี้ยังศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างของการตายตามสถานะสุขภาพ ๓ ด้าน คือ ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน, ภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน และจำนวนปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด.

ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันแบ่งเป็น ๓ ระดับตามคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ อาบน้ำ แต่งตัว กินอาหาร นั่งหรือลุกจากเตียงหรือเก้าอี้ เข้าห้องน้ำ เคลื่อนที่ภายในบ้าน, โดยกำหนดคะแนน ๐ = ทำไม่ได้เลย, ๑ = ทำได้แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย, และ ๒ = ทำได้เอง, และแบ่งเป็น ๔ ระดับ ตามคะแนนความสามารถในการกลืนปัสสาวะ และกลืนอุจจาระ โดยคะแนน ๐ = กลืนไม่ได้เป็นประจำ, ๑ =



กลั่นไม่ได้เฉพาะตอนกลางคืน, ๒ = กลั่นไม่ได้อย่างน้อย ๑ ครั้ง ใน ๒๔ ชั่วโมง, และ ๓ = กลั่นได้. คะแนนทั้งหมดถูกนำมา รวมกัน ผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า ๑๐ (ร้อยละ ๖๐) นับว่าเป็น ผู้ต้องฟั่งพา.

ภาวะฟั่งพาในการทำกิจกรรมในบ้านแบ่งเป็น ๔ ระดับ ตามคะแนนความสามารถในการเตรียมอาหาร ซั้อของ ใช้เงิน/ ทอนเงิน ใช้โทรศัพท์ ทำงานบ้านที่หนัก และทำงานบ้านที่เบา โดยคะแนน ๐ = ไม่สามารถทำได้เลย, ๑ = มีความยาก ลำบากมาก, ๒ = มีความยากลำบากบ้าง, และ ๓ = ไม่มี ความยากลำบากเลย. คะแนนทั้งหมดถูกนำมารวมกัน. ผู้ที่ได้ คะแนนรวมต่ำกว่า ๑๐ (ร้อยละ ๖๐) นับว่าเป็นผู้ต้องฟั่งพา เช่นกัน.

สำหรับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มี ๕ ปัจจัยด้วยกัน คือ การสูบบุหรี่, ภาวะความดันโลหิตสูง, เลือด มีไขมันมาก, เบาหวาน และดัชนีมวลกาย > ๒๕ กก./ตร.ม. โดยกำหนดให้ผู้ที่สูบบุหรี่คือผู้ที่ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยสูบบุหรี่มากกว่า ๑๐๐ มวนและปัจจุบันยังสูบอยู่, ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีแรงดันซิสโตลิกตั้งแต่ ๑๔๐ มม.ปรอท และแรงดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ ๙๐ มม.ปรอท หรือกำลังได้รับการรักษาเกินความดันโลหิต. ส่วนผู้ที่เลือดมีไขมันมากเกินคือ มีระดับไลโปโปรตีน ๒๔๐ มก./ดล. (๕.๗ มิลลิโมล/ลิตร) ขึ้นไป หรือกำลังกินยาลดไขมันในเลือด. สำหรับผู้ที่เป็น เบาหวาน คือ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ ๑๒๖ มก./ดล. ขึ้นไป หรือ กำลังกินยาลดน้ำตาลในเลือดหรือฉีดอินสุลิน. ผู้สูงอายุแต่ละคนจะถูกนับว่ามีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ที่ปัจจัยด้วยกัน.

การวิเคราะห์

การวัดความแตกต่างของการตายตามตัวแปรต่าง ๆ จะ วิเคราะห์ด้วยอัตราตาย, อัตราตายรายอายุ และอัตราส่วนการ ตายปรับฐาน (Standardized mortality ratio: SMR) แยก ระหว่างชายกับหญิง. อัตราตายเท่ากับจำนวนตายทั้งหมดหาร ด้วยจำนวนปี-คน. อัตราตายที่ใช้เป็นอัตราเฉลี่ยต่อปีสำหรับการ ตายที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙. ส่วนอัตราตายราย อายุเป็นอัตราตายจำแนกตามกลุ่มอายุ ๖๐-๗๔, ๗๕-๘๔ และ

๘๕ ปีขึ้นไป. สำหรับอัตราส่วนการตายปรับฐานนั้นเป็นการ เปรียบเทียบการตายเมื่อขจัดอิทธิพลของโครงสร้างอายุแล้ว เท่ากับจำนวนตายที่เกิดขึ้นจริงในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มต่อ จำนวนตายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มนั้น ๆ มีอัตรา ตายรายอายุเหมือนกับอัตราตายรายอายุของกลุ่มอ้างอิง เช่น เมื่อต้องการวัดความแตกต่างของการตายตามเขตที่อยู่อาศัย หากใช้พื้นที่ในเขตเทศบาลเป็นกลุ่มอ้างอิง จำนวนตายที่คาด ว่าจะเกิดขึ้นของผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะเท่ากับ Σ (จำนวนปี- คนรายอายุของผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล x อัตราตายรายอายุของ ในเขตเทศบาล). เมื่อนำจำนวนตายนอกเขตเทศบาลที่เกิดขึ้น จริงหารด้วยจำนวนตายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจะได้เป็นอัตราส่วน การตายปรับฐาน. ค่าที่ได้นี้แสดงเป็นร้อยละด้วยการคูณด้วย ๑๐๐. ค่าที่สูงกว่า ๑๐๐ หมายถึงเมื่อขจัดอิทธิพลของโครงสร้าง อายุแล้ว การตายของประชากรกลุ่มนั้นสูงกว่ากลุ่มอ้างอิง. ใน ทางกลับกัน ค่าที่ต่ำกว่า ๑๐๐ แสดงว่าเมื่อขจัดอิทธิพลของ โครงสร้างอายุแล้ว การตายของประชากรกลุ่มนั้นต่ำกว่ากลุ่ม อ้างอิง. การศึกษาครั้งนี้นำเสนออัตราส่วนการตายปรับฐานใน รูปของกราฟ.

ผลการศึกษา

ตารางที่ ๑ แสดงอัตราตายของผู้สูงอายุชายเท่ากับ ๓๒ ต่อ ๑,๐๐๐ ปี-คน และของผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ ๒๐.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ปี-คน. เมื่อพิจารณาอัตราตายรายอายุจำแนกตาม ตัวแปรต่าง ๆ พบว่าแนวโน้มของอัตราตายรายอายุเพิ่มขึ้น เมื่ออายุสูงขึ้นเหมือนกันในทุกลักษณะของตัวชี้วัด ไม่ว่าจะเป็น ตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจและสังคม หรือ สถานะสุขภาพ. อัตราตายในกลุ่มอายุ ๗๕-๘๔ ปีสูงขึ้นประมาณ ๒ เท่าของอัตราตายในกลุ่มอายุ ๖๐-๗๔ ปี และอัตราตายใน กลุ่มอายุ ๘๕ ปีขึ้นไปสูงขึ้นประมาณ ๒ เท่าของอัตราตายใน กลุ่มอายุ ๗๕-๘๔ ปีเช่นกัน. อัตราตายที่เพิ่มขึ้นเช่นนี้พบทั้ง ในผู้สูงอายุชายและหญิงไม่ว่าจะจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย, ภาค, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน, ภาวะฟั่งพาในกิจวัตรประจำวัน, ภาวะฟั่งพาในการทำกิจกรรม

ตารางที่ ๑ อัตราตายของผู้สูงอายุ จำแนกเพศและอายุ ตามตัวชี้วัดด้านประชากรศาสตร์, เศรษฐกิจและสังคม และสถานะสุขภาพ

ตัวชี้วัด	อัตราต่อพันปี-คน: ชาย*				อัตราต่อพันปี-คน: หญิง*			
	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+
รวม	๓๒.๐	๒๓.๒	๕๑.๐	๑๒๓.๓	๒๐.๖	๑๔.๑	๓๖.๐	๗๗.๑
เขตที่อยู่อาศัย								
ในเขตเทศบาล	๓๒.๗	๒๔.๐	๕๑.๖	๑๒๒.๗	๒๐.๒	๑๔.๓	๓๓.๕	๗๕.๖
นอกเขตเทศบาล	๓๑.๔	๒๒.๔	๕๐.๔	๑๒๔.๖	๒๑.๐	๑๓.๕	๓๗.๑	๗๘.๖
ภาค								
กลาง	๒๕.๓	๒๑.๔	๔๔.๕	๑๕๕.๓	๑๗.๗	๑๓.๗	๓๒.๗	๕๓.๗
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๓๗.๕	๒๗.๖	๕๕.๐	๑๕๖.๗	๒๓.๔	๑๕.๐	๔๔.๓	๗๖.๒
เหนือ	๓๔.๔	๒๔.๑	๖๐.๐	๕๔.๑	๒๑.๕	๑๔.๑	๓๖.๔	๑๐๔.๖
ใต้	๓๐.๑	๒๑.๗	๔๗.๓	๗๗.๕	๑๗.๔	๑๔.๓	๒๖.๖	๖๖.๕
กรุงเทพฯ	๑๕.๗	๑๗.๖	๓๑.๔	Na.	๒๓.๕	๑๓.๖	๖๐.๐	๑๑๔.๗
สถานภาพสมรส								
โสด	๒๖.๕	๒๖.๖	๒๕.๔	Na.	๑๖.๒	๑๐.๖	๓๗.๕	๕๗.๗
สมรส	๒๗.๗	๒๑.๕	๔๗.๓	๑๒๗.๕	๑๗.๑	๑๓.๓	๓๗.๑	๓๖.๑
หม้าย/หย่า/แยก	๔๕.๑	๓๑.๖	๖๓.๐	๑๒๐.๓	๒๔.๔	๑๕.๖	๓๔.๗	๗๕.๔
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้ศึกษา	๔๕.๖	๓๒.๓	๕๖.๒	๑๑๖.๑	๒๗.๓	๑๔.๒	๔๖.๖	๗๐.๐
ประถมศึกษา	๓๒.๐	๒๓.๔	๕๒.๑	๑๓๐.๓	๑๗.๗	๑๔.๖	๓๑.๗	๗๒.๐
มัธยมศึกษาและสูงกว่า	๒๓.๒	๑๗.๓	๓๕.๗	๑๐๓.๕	๑๒.๖	๗.๕	๒๖.๗	๗๒.๓
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน (บาท)								
ต่ำกว่า ๑,๐๐๐	๔๓.๔	๒๗.๓	๕๕.๔	๑๕๕.๖	๒๔.๑	๑๔.๔	๔๒.๓	๖๐.๕
๑,๐๐๐ - ๔,๕๕๕	๓๓.๐	๒๔.๓	๕๒.๕	๑๒๑.๗	๒๑.๗	๑๕.๐	๓๗.๓	๕๔.๐
๕,๐๐๐ - ๕,๕๕๕	๓๐.๕	๒๓.๓	๔๕.๓	๑๓๓.๗	๑๗.๕	๑๓.๒	๓๑.๕	๖๐.๖
๑๐,๐๐๐-๒๔,๕๕๕	๒๗.๔	๒๑.๐	๔๔.๗	๑๓๗.๖	๑๗.๒	๑๓.๖	๒๗.๓	๑๐๕.๕
๒๕,๐๐๐ ขึ้นไป	๒๐.๐	๑๕.๕	๓๒.๑	๗๔.๑	๑๖.๗	๑๒.๐	๒๗.๐	๖๒.๖
ไม่ทราบ	๔๒.๗	๒๗.๒	๖๒.๑	๑๐๑.๕	๒๓.๖	๑๔.๕	๔๒.๐	๕๖.๖
ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน								
ไม่พึ่งพา	๓๑.๓	๒๒.๕	๔๕.๗	๑๑๕.๔	๑๕.๕	๑๔.๐	๓๔.๖	๖๕.๖
พึ่งพา	๑๑๓.๓	๕๕.๗	๑๖๓.๓	๔๖๔.๕	๗๗.๕	๓๑.๗	๑๒๗.๔	๒๗๕.๐
ภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน								
ไม่พึ่งพา	๒๗.๐	๒๒.๑	๔๔.๕	๗๖.๔	๑๖.๕	๑๒.๗	๒๗.๕	๔๕.๔
พึ่งพา	๕๕.๗	๕๐.๗	๑๐๔.๖	๒๒๒.๗	๕๗.๕	๓๖.๐	๖๕.๐	๑๐๕.๔
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด								
ไม่มี	๒๗.๑	๑๗.๗	๔๗.๗	๑๐๓.๐	๑๗.๑	๑๒.๓	๓๓.๖	๔๗.๗
๑ - ๓ ปัจจัย	๓๑.๒	๒๓.๓	๔๗.๓	๑๒๓.๑	๑๕.๓	๑๓.๓	๓๓.๗	๗๐.๕
๔ - ๕ ปัจจัย	๒๕.๒	๒๓.๗	๗๐.๔	Na.	๓๕.๐	๓๑.๗	๔๖.๖	๑๓๒.๔
ไม่ทราบ	๕๑.๗	๓๕.๒	๗๕.๗	๑๖๖.๖	๓๕.๒	๒๐.๓	๕๕.๑	๑๑๐.๐

หมายเหตุ: * การกระจายร้อยละของปี-คนและจำนวนการตายตามตัวแปรต่าง ๆ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุได้แสดงไว้ในตารางผนวก ๑



ในบ้าน และจำนวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด.

ความแตกต่างของการตายตามลักษณะประชากรศาสตร์

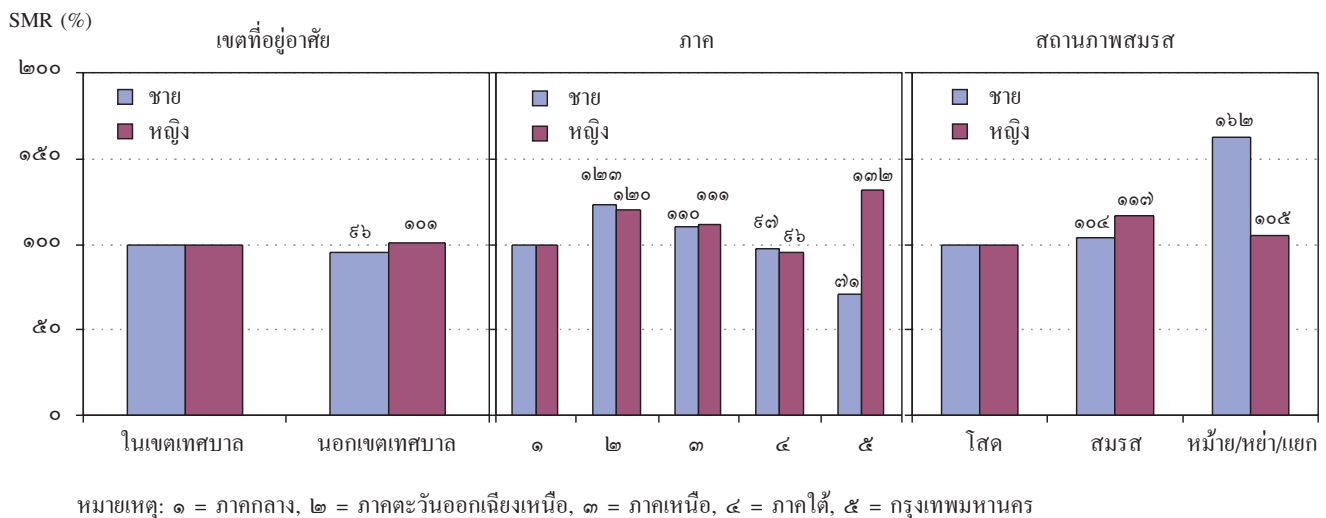
รูปที่ ๑ แสดงการเปรียบเทียบอัตราตายของผู้สูงอายุตามเขตที่อยู่อาศัย, ภาคของประเทศ, และสถานภาพสมรส โดยแยกตามเพศ พบว่าเมื่อใช้อัตราตายของในเขตเทศบาลเป็นมาตรฐาน อัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุชายที่อยู่นอกเขตเทศบาลต่ำกว่าในเขตเทศบาลประมาณร้อยละ ๔, ในขณะที่อัตราตายปรับฐานของเพศหญิงที่อยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเพียงร้อยละ ๑ (รูป ๑ ซ้าย). เมื่อเปลี่ยนมาใช้อัตราตายของภาคกลางเป็นมาตรฐาน อัตราตายปรับฐานในเพศชายของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือสูงกว่าอัตราตายปรับฐานของภาคกลางร้อยละ ๒๓ และ ๑๐ ตามลำดับ, ในขณะที่อัตราตายปรับฐานของภาคใต้ต่ำกว่าภาคกลางร้อยละ ๓ และกรุงเทพฯต่ำกว่าภาคกลางถึงร้อยละ ๒๙. สำหรับเพศหญิง พบว่า อัตราตายปรับฐานของภาคใต้เท่านั้นที่ต่ำกว่าภาคกลาง. อัตราตายปรับฐานของภาคใต้เท่ากับร้อยละ ๙๖ เมื่อเทียบกับอัตราตายปรับฐานของภาคกลาง. นอกนั้นอัตราตายปรับฐานของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และกรุงเทพฯ

สูงกว่าอัตราตายปรับฐานของภาคกลางทั้งสิ้น โดยกรุงเทพฯ เป็นภาคที่อัตราตายปรับฐานสูงกว่าภาคกลางมากที่สุด คือ สูงกว่าถึงร้อยละ ๓๒ (รูปที่ ๑ กลาง).

นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาความแตกต่างของการตายตามสถานภาพสมรส โดยใช้อัตราตายปรับฐานของสถานภาพโสดเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า สำหรับเพศชาย อัตราตายปรับฐานของผู้ที่สมรสสูงกว่าอัตราของคนโสดเพียงร้อยละ ๔ ในขณะที่อัตราตายปรับฐานของผู้ที่เป็นหม้าย หย่า แยก สูงกว่าอัตราของคนโสดมากถึงร้อยละ ๖๒. ส่วนเพศหญิง ความแตกต่างนี้ต่างกับเพศชาย กล่าวคือ อัตราตายปรับฐานของสตรีสมรสสูงกว่าสตรีโสดอยู่ร้อยละ ๑๗ แต่อัตราของสตรีหม้าย หย่า แยก สูงกว่าอัตราของสตรีโสดเพียงร้อยละ ๕ เท่านั้น (รูปที่ ๑ ขวา).

ความแตกต่างของการตายตามสถานภาพเศรษฐกิจสังคม

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตาย. จากรูปที่ ๒ แสดงว่า เมื่อใช้อัตราตายของผู้ที่ไม่มีการศึกษาเป็นมาตรฐาน อัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงลดต่ำลงเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น. กล่าวคือ สำหรับเพศชาย อัตราตายตายปรับฐานของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาและสูงกว่า เท่ากับ



รูปที่ ๑ อัตราส่วนการตายปรับฐาน (SMR) ตามเขตที่อยู่อาศัย, ภาค และสถานภาพสมรสจำแนกตามเพศ

ร้อยละ ๘๒ และ ๕๙ ของอัตราตายปรับฐานของผู้ไม่มีการศึกษาตามลำดับ. ส่วนเพศหญิง อัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษาและสูงกว่า เท่ากับร้อยละ ๙๕ และ ๗๓ ของอัตราตายปรับฐานของผู้ไม่มีการศึกษาตามลำดับ (รูปที่ ๒ ซ้าย).

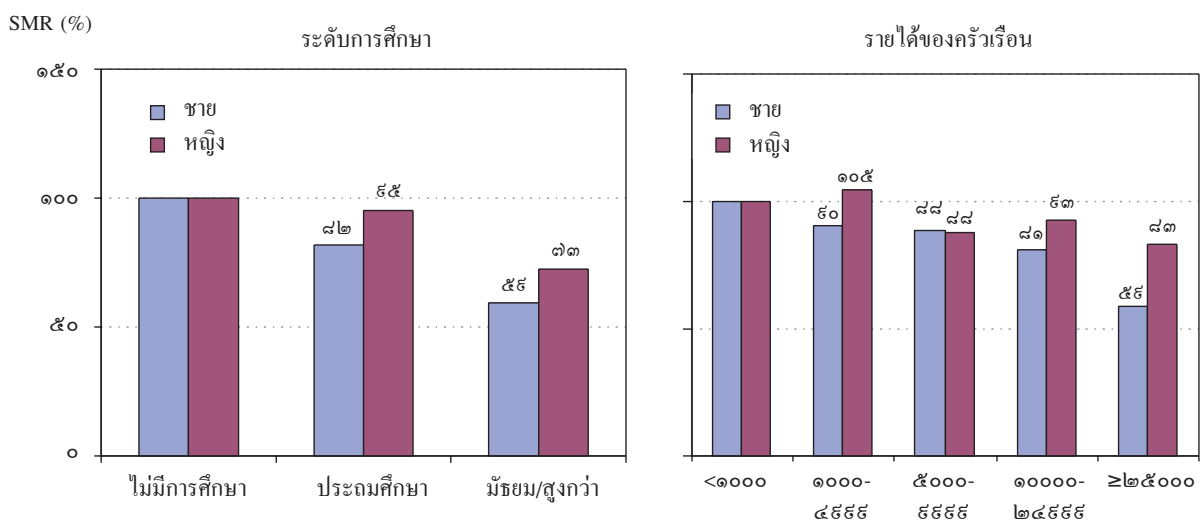
เมื่อนำอัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุที่รายได้ครัวเรือนระดับต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกับอัตราของผู้ที่รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน โดยจำแนกตามเพศ พบว่าสำหรับเพศชายนั้น อัตราตายปรับฐานได้ลดลงเมื่อรายได้ครัวเรือนสูงขึ้น อัตราตายปรับฐานของผู้ที่รายได้ครัวเรือน ๑,๐๐๐ - ๔,๙๙๙ บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ ๙๐ อัตราของผู้ที่รายได้ครัวเรือน ๕,๐๐๐ - ๙,๙๙๙ บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ ๘๘ อัตราของผู้ที่รายได้ครัวเรือน ๑๐,๐๐๐ - ๒๔,๙๙๙ บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ ๘๑ และอัตราของผู้ที่รายได้ครัวเรือน ๒๕,๐๐๐ บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ ๕๙ ของผู้ที่รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือนตามลำดับ. สำหรับเพศหญิง อัตราตายปรับฐานก็ลดลงเมื่อรายได้ครัวเรือนสูงขึ้นเช่นกัน ยกเว้นในกลุ่มที่รายได้ครัวเรือน ๑,๐๐๐ - ๔,๙๙๙ บาทต่อเดือน อัตราตายปรับฐานของกลุ่มนี้กลับสูงกว่าอัตราของผู้ที่รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือนอยู่ร้อยละ ๕ (รูปที่ ๒

ขวา).

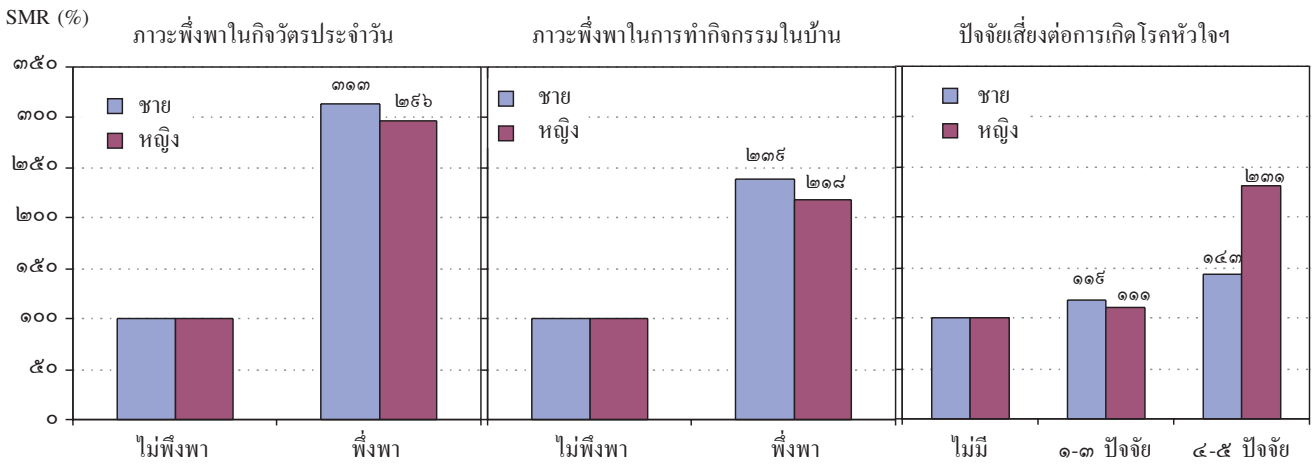
ความแตกต่างของการตายตามสถานะสุขภาพ

ตัวแปรด้านสถานะสุขภาพ ๓ ตัวแปร ได้แก่ ภาวะพึ่งพา ในกิจวัตรประจำวัน, ภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน และจำนวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. ตัวแปรเหล่านี้แม้ไม่ได้วัดสถานะสุขภาพโดยตรงแต่สามารถสะท้อนระดับสถานะสุขภาพได้เป็นอย่างดี. ผู้ที่ต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน พึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน หรือมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายปัจจัย ย่อมมีสถานะสุขภาพที่ด้อยกว่าผู้ที่ไม่ต้องพึ่งพา หรือมีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าหรือไม่มีเลย.

ในศึกษานี้ได้เปรียบเทียบการตายเฉพาะกลุ่มที่ทราบปัจจัยเสี่ยง. สำหรับกลุ่มที่ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง ซึ่งในที่นี้หมายถึงผู้ที่ไม่ได้ตอบคำถามเรื่องการสูบบุหรี่ ไม่ได้ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่ได้วัดแรงดันเลือด, ไม่ได้เจาะเลือด อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทุกอย่าง ทำให้ไม่สามารถจำแนกได้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงหรือไม่ หรือมีกี่ปัจจัยเสี่ยง จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วย. ผลการศึกษาพบว่าอัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุชายและหญิงที่ต้องมีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันสูงกว่าอัตราของผู้ที่ไม่



รูปที่ ๒ อัตราส่วนการตายปรับฐาน (SMR) ตามระดับการศึกษา และรายได้ของครัวเรือนจำแนกตามเพศ



รูปที่ ๓ อัตราส่วนการตายปรับฐาน (SMR) ตามภาวะพึ่งพาในชีวิตประจำวัน, ภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน และปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจำแนกตามเพศ

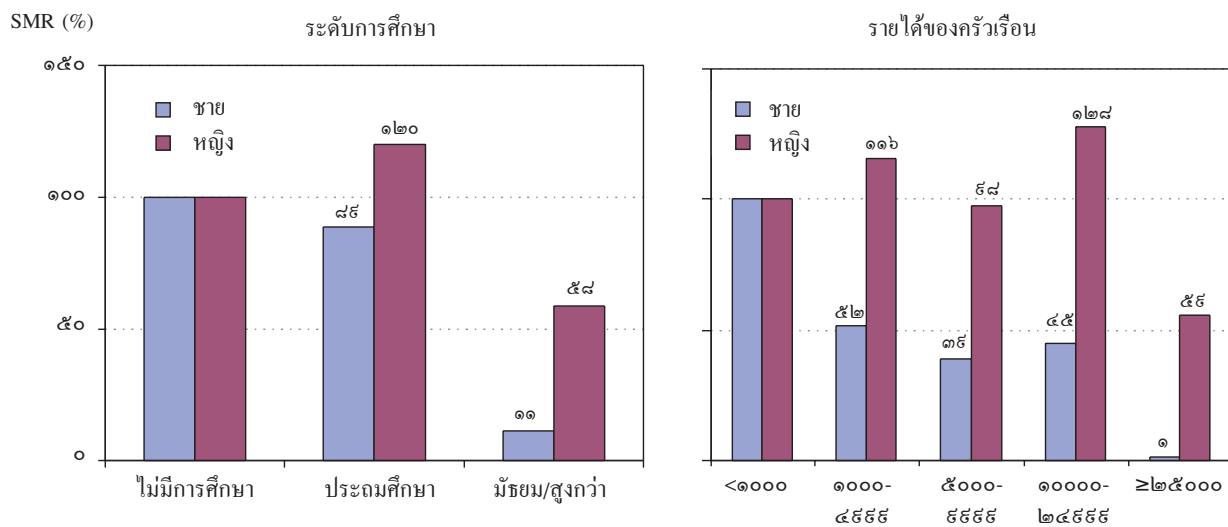
ต้องพึ่งพาถึง ๓.๑ และ ๓.๐ เท่าตามลำดับ (รูปที่ ๓ ซ้าย) และอัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้านสูงกว่าอัตราของผู้ที่ไม่ต้องพึ่งพา ๒.๔ และ ๒.๒ เท่าตามลำดับ (รูปที่ ๒ กลาง) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดกับผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง พบว่า ในชายสูงอายุ อัตราตายปรับฐานของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ๑-๓ ปัจจัยสูงกว่าผู้ที่ไม่มี ๑.๒ เท่า และเพิ่มขึ้นเป็น ๑.๔ เท่า เมื่อมีปัจจัยเสี่ยง ๔-๕ ปัจจัย. สำหรับหญิงสูงอายุ อัตราตายปรับฐานของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ๑-๓ ปัจจัยสูงกว่าผู้ที่ไม่มี ๑.๑ เท่า แต่อัตรานี้จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๒.๓ เท่า เมื่อสตรีสูงอายุมีปัจจัยเสี่ยง ๔-๕ ปัจจัย (รูปที่ ๓ ขวา).

เมื่อพิจารณาการตายเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา หรือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายปรับฐานของเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้านเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนเช่นกัน. สาเหตุที่ไม่ทำการเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายปรับฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชีวิตประจำวันเมื่อจำแนกตามสถานภาพเศรษฐกิจสังคมเนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีน้อยกว่าผู้ที่มีภาวะพึ่งพาใน

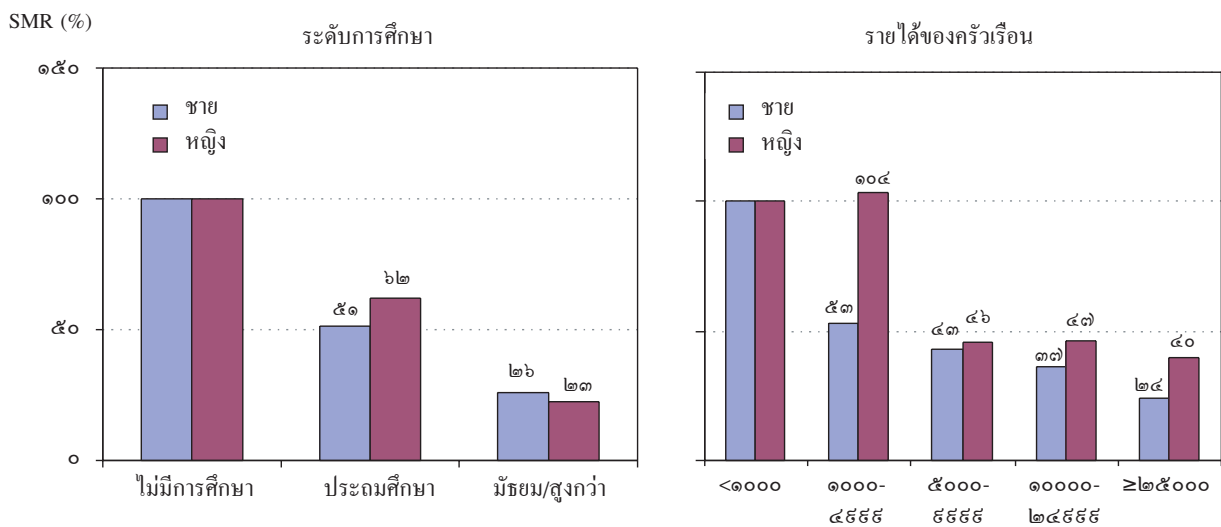
การทำกิจกรรมในบ้านมาก อาจทำให้ผลของการเปรียบเทียบด้วยอัตราส่วนการตายปรับฐานไม่ชัดเจน.

รูปที่ ๔ แสดงการเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายปรับฐานของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้านเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา (ซ้าย) และรายได้ของครัวเรือน (ขวา) พบว่าสำหรับผู้สูงอายุชายนั้น ยิ่งการศึกษาของผู้สูงอายุสูงขึ้น อัตราส่วนการตายปรับฐานเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีการศึกษายิ่งลดลง และอัตราส่วนการตายปรับฐานเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท/เดือน ยิ่งลดลงเมื่อรายได้ครัวเรือนของผู้สูงอายุสูงขึ้น. แต่สำหรับผู้สูงอายุหญิง ไม่พบว่าอัตราส่วนการตายปรับฐานเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา หรือรายได้ของครัวเรือน มีทิศทางเช่นเดียวกับที่พบในผู้สูงอายุชาย.

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายปรับฐานของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยจำแนกตามระดับการศึกษา (รูปที่ ๕ ซ้าย) และรายได้ของครัวเรือน (รูปที่ ๕ ขวา) พบว่าการตายทั้งในผู้สูงอายุชายและหญิงมีความแตกต่างกันในทิศทางที่เหมือนกัน กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบตามระดับการศึกษาและใช้ผู้ที่ไม่มีการศึกษาเป็นกลุ่มอ้างอิง อัตราตายปรับฐานมีแนวโน้มที่ลดลงเมื่อการศึกษาของผู้สูงอายุสูงขึ้น และเมื่อเปรียบ



รูปที่ ๔ อัตราส่วนการตายปรับฐาน (SMR) ตามระดับการศึกษา และรายได้ของครัวเรือน จำแนกตามเพศ เฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน



รูปที่ ๕ อัตราส่วนการตายปรับฐาน (SMR) ตามระดับการศึกษา และรายได้ของครัวเรือนจำแนกตามเพศ เฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

เทียบตามรายได้ของครัวเรือน โดยใช้ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท/เดือน เป็นกลุ่มอ้างอิง. อัตราตายปรับฐานก็มีแนวโน้มที่ลดลงเมื่อรายได้ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิงเช่นกัน.

วิจารณ์

การศึกษาชิ้นนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ซึ่งแสดงว่าการ

ตายของผู้สูงอายุแตกต่างกันตามลักษณะต่าง ๆ. ความแตกต่างของการตายในด้านประชากรศาสตร์ ปรากฏชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบตามภาคและสถานภาพสมรส. การตายของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือจะสูงกว่า. การตายของผู้ที่อยู่ในภาคใต้และกรุงเทพฯจะต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในภาคกลาง ยกเว้นการตายของผู้สูงอายุหญิงใน



กรุงเทพฯ ที่สูงกว่าผู้ที่อยู่ในภาคกลาง แสดงว่าอาจมีปัจจัยบางอย่างแตกต่างกันระหว่างภาค ที่ทำให้คนในภาคต่าง ๆ มีการตายที่แตกต่างกัน. ปัจจัยที่สำคัญคือความยากจน. คนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยากจนที่สุด, รองลงมาคือภาคเหนือ^(๒๐). นอกจากความยากจนแล้ว ประชาชนในภาคนี้ยังอาจเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขเมื่อยามเจ็บป่วยได้น้อยกว่าประชาชนที่อยู่ในกรุงเทพฯ หรือภาคกลาง. เหตุผลสนับสนุนที่สำคัญคืออัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาลต่อประชากร และอัตราส่วนจำนวนสถานบริการต่อประชากรสูงกว่าภาคอื่น ๆ มาก^(๒๑,๒๒). เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่อยู่ในและนอกเขตเทศบาล พบว่ามีความแตกต่างของการตายน้อยมาก แสดงว่าคนที่อาศัยอยู่ในหรือนอกเขตเทศบาลมีลักษณะที่เหมือน ๆ กัน หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงที่คล้ายคลึงกัน จึงทำให้พบความแตกต่างในสองพื้นที่นี้น้อยมาก.

สำหรับปัจจัยด้านสถานภาพสมรสนั้น การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าชายสูงอายุชีวิตสมรสคู่มิมีการตายไม่แตกต่างจากผู้ที่เป็นโสดนัก แต่เมื่อเป็นหม้าย/หย่า/แยก การตายจะเพิ่มสูงขึ้นมาก อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุชายเหล่านี้เมื่อเป็นหม้าย/หย่า/แยก จะขาดผู้ที่คอยให้การดูแลเอาใจใส่ โอกาสเสียชีวิตจึงเพิ่มสูงขึ้น. ในขณะที่สตรีสูงอายุที่สมรสมีการตายสูงกว่าสตรีที่เป็นโสด แต่สตรีสูงอายุหม้าย/หย่า/แยก กลับมีอัตราตายพอ ๆ กับสตรีโสด ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าสตรีสูงอายุที่สมรสต้องมีภาระดูแลรับผิดชอบทั้งตนเองและสามี จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่โสด, แต่เมื่อเป็นหม้าย/หย่า/แยก ภาระต่าง ๆ ลดลง การตายของสตรีสูงอายุกลุ่มนี้จึงไม่ค่อยแตกต่างต่างจากสตรีสูงอายุที่เป็นโสดเท่าใดนัก.

ความแตกต่างของการตายยังพบชัดเจนระหว่างผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน. ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีการตายต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และผู้ที่มีรายได้สูงจะมีการตายต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำทั้งสองเพศ. ข้อมูลที่พบในครั้งนี้น่าสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(๑๗-๒๑). ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมรู้หรือเข้าใจถึงวิธีการป้องกันการเกิดโรค

หรือหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมที่เสี่ยง และผู้ที่มีการศึกษาสูงมักสัมพันธ์กับการทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และบุคคลเหล่านี้เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถเข้ารับบริการในสถานบริการได้หลากหลายกว่าหรือเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่านั่นเอง.

ปัจจัยด้านสุขภาพนับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตายอย่างชัดเจน. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน หรือพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจัดเป็นผู้ที่มีสถานะสุขภาพที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงดังกล่าว. เมื่อผู้สูงอายุมีทั้งสถานะสุขภาพไม่ดีและสถานภาพเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำ การตายจึงสูงมากขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูล แสดงว่าสถานภาพเศรษฐกิจสังคมมีผลต่อความแตกต่างของการตายจริงทั้งในกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย.

อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปความแตกต่างของอัตราตายนี้ได้ชัดเจนนัก เนื่องจากโครงสร้างของผู้สูงอายุในแต่ละลักษณะมีความแตกต่างกัน.

ผลการศึกษานี้อาจยังมีจุดอ่อนในการอธิบายผล เพราะเป็นเพียงการศึกษาเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแตกต่างของการตายตามคุณลักษณะต่าง ๆ ทำที่ละตัวแปรโดยไม่มี การควบคุมตัวแปรอื่น ดังนั้นผลการศึกษาก็สามารถอธิบายความแตกต่างของการตายเมื่อจำแนกที่ละตัวแปรเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือ ชัดเจนขึ้น ควรจะมีการนำข้อมูลชุดนี้ไปวิเคราะห์ต่อด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงพหุคูณ ซึ่งจะทำให้การอธิบายว่าปัจจัยใดมีผลต่อการตายในผู้สูงอายุนั้นถูกต้องยิ่งขึ้น.

ผลของความแตกต่างของการตายที่พบจากการศึกษานี้ สรุปว่าได้แสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันของการตายในกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีสถานภาพเศรษฐกิจสังคมและสถานภาพสุขภาพที่แตกต่างกัน. ดังนั้น หากต้องการให้ประชากรเหล่านี้มีความยืนยาวของชีวิตเท่า ๆ กันแล้ว จะต้องจัดให้มีมาตรการต่าง ๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งเน้นการให้บริการไปถึงกลุ่มที่มีสถานะสุขภาพที่ต่ำกว่า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ, ผู้สูงอายุที่อยู่

ในครัวเรือนที่ยากจน และผู้สูงอายุที่การศึกษาชั้นน้อย.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบจาก “คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข”. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข อนุญาตให้นำข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพอนามัยและการตาย มาใช้สำหรับการศึกษานี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. Population Reference Bureau. 2007 World Population Data Sheet. [Online]. 2007 [cited 2007 Aug 19]; Available from: URL:<http://www.prb.org>
๒. ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. ใน: กฤตยา อาชวนิจกุล, วรชัย ทองไทย (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม ๒๕๔๕: ภาวะการตายที่สะท้อนความมั่นคงของประชากร. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม; ๒๕๔๕. หน้า ๒๒-๓๓.
๓. ปราโมทย์ ประสาทกุล, อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ. ผลของการเปลี่ยนแปลงการตายรายอายุต่อการเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทย. ใน: สมาคมนักประชากรไทย. เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ ๒๕๔๖ เมื่อ ๒๐-๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๖, กรุงเทพมหานคร; ๒๕๔๖. หน้า ๔๗-๖๒.
๔. Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. Am J Pub Health 1990;80:446-52.
๕. Rogers RG. Sociodemographic characteristics of long-lived and healthy individuals. Population & Development Rev 1995;21:33-58.
๖. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Hlth Soc Behavior 1997;38:21-37.
๗. Kanchanakijisakul M, Prasartkul P, Thongthai V, De Jong GF, Hayward MD, Prachuabmoh V. Consequences of demographic transition on Thai elderly living arrangements. J Population & Soc Studies 2003;12:69-92.
๘. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๕.
๙. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
๑๐. ยาวรัตน์ ปรีกษ์งาม, สุพัตรา อติโพธิ. สภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
๑๑. Vapattanawong P, Prasartkul P, Thongthai V, Guest P. Survival differentials among the Thai elderly, 1964 - 1996. J Population & Soc Studies 2002;11:51-70.
๑๒. ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. Survival differentials among the Thai elderly, 1964 - 2000 [PhD thesis]. Nakhonpathom: Mahidol University; 2002.
๑๓. Rakchanyaban U, Prasartkul P, Hayward MD, Thongthai V, Punpuing P, Gray R. The impact of chronic diseases on disability-free life expectancy among the Thai elderly population. J Population & Soc Studies 2005;13: 91-119.
๑๔. Petcharoen N, Prasartkul P, Gray R, Vapattanawong P. Adult mortality of cardiovascular disease by socioeconomic status in Thailand. J Pub Hlth & Development 2006;4:61-72.
๑๕. Martelin T. Mortality by indicators of socioeconomic status among the Finnish elderly. Soc Sci Med 1994;38:1257-78.
๑๖. Hummer RA, Rogers RG, Eberstein IW. Sociodemographic differentials in adult mortality: a review of analytic approaches. Population & Development Rev 1998;24:553-78.
๑๗. Avlund K, Holstein BE, Osler M, Damsgaard MT, Holm-Pedersen P, Rasmussen NK. Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. Scand J Pub Hlth 2003;31:126-36.
๑๘. McDonough P, Duncan GJ, Williams D, House J. Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. Am J Pub Hlth 1997;87:1476-83.
๑๙. Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan J-K, Borrell C, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. J Epidemiol Commun Health 2004;58:468-75.
๒๐. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สถิติผลิตภัณฑ์ภาคและจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๘. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; ๒๕๕๐.
๒๑. Noree T, Chokchaichan H, Mongkolporn V. Abundant for the few, shortage for the majority: the inequitable distribution of doctors in Thailand. Thailand's country paper. International Health Policy Program, Thailand.
๒๒. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Human Resources for Health 2003;1. Available from: URL: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/12>



ตารางผนวก ๑ การกระจายร้อยละของปี-คนที่มีชีวิตอยู่ และจำนวนตายตามตัวชี้วัดด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม และสถานะสุขภาพ จำแนกตามเพศและอายุของผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด	ชาย								หญิง							
	ปี-คน (ร้อยละ)				จำนวนตาย				ปี-คน (ร้อยละ)				จำนวนตาย			
	อายุ		อายุ		อายุ		อายุ		อายุ		อายุ		อายุ			
	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+
รวม	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๗๗๐	๔๒๐	๒๗๑	๗๕	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๕๒๕	๒๗๕	๑๕๕	๕๕
เขตที่อยู่อาศัย																
ในเขตเทศบาล	๕๑	๕๑	๕๑	๕๐	๓๕๗	๒๒๐	๑๓๕	๓๕	๕๒	๕๒	๕๑	๔๕	๒๗๐	๑๔๖	๕๖	๒๗
นอกเขตเทศบาล	๔๙	๔๙	๔๙	๕๐	๓๗๒	๒๐๐	๑๓๖	๔๐	๔๘	๔๘	๔๙	๕๑	๒๕๕	๑๒๙	๑๐๓	๒๘
ภาค																
กลาง	๓๕	๓๖	๓๔	๒๕	๒๔๕	๑๓๕	๘๑	๒๕	๓๔	๓๔	๓๒	๓๗	๑๖๕	๕๒	๕๕	๑๔
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๒๑	๒๑	๒๐	๒๔	๑๗๖	๑๐๓	๕๕	๒๔	๒๐	๒๐	๒๐	๒๔	๑๒๒	๕๕	๔๗	๑๕
เหนือ	๒๕	๒๕	๒๖	๒๗	๒๐๖	๑๐๗	๘๒	๑๗	๒๕	๒๔	๒๖	๒๓	๑๓๗	๖๗	๕๓	๑๗
ใต้	๑๕	๑๕	๑๗	๑๖	๑๑๑	๕๗	๔๔	๕	๑๖	๑๕	๑๗	๑๓	๗๕	๔๓	๒๖	๖
กรุงเทพฯ	๔	๔	๓	๓	๑๗	๑๓	๕	๐	๕	๕	๔	๔	๓๐	๑๔	๑๓	๓
สถานภาพสมรส																
โสด	๒	๒	๑	๐	๑๑	๕	๒	๐	๕	๕	๔	๒	๑๕	๑๐	๗	๑
สมรส	๗๒	๗๖	๗๔	๕๓	๕๖๗	๓๓๕	๑๗๕	๔๓	๔๗	๕๒	๓๒	๑๖	๒๐๖	๑๓๕	๖๗	๔
หม้าย/หย่า/แยก	๑๖	๑๓	๒๕	๔๗	๑๕๒	๗๒	๗๔	๓๖	๔๕	๔๓	๖๔	๗๒	๓๐๔	๑๓๐	๑๒๔	๕๐
ระดับการศึกษา																
ไม่ได้ศึกษา	๑๐	๕	๑๓	๓๐	๑๑๐	๕๐	๓๗	๒๒	๒๓	๑๕	๓๐	๖๑	๑๖๕	๕๓	๗๗	๓๕
ประถมศึกษา	๗๕	๗๖	๗๔	๖๑	๕๗๗	๓๒๒	๒๐๕	๕๑	๗๑	๗๔	๖๕	๓๗	๓๔๕	๒๑๑	๑๑๕	๑๕
มัธยมศึกษาและสูงกว่า	๑๕	๑๕	๑๓	๕	๗๒	๔๗	๒๗	๖	๖	๖	๕	๒	๑๕	๑๑	๗	๑
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน (บาท)																
ต่ำกว่า ๑,๐๐๐	๖	๕	๕	๑๑	๖๔	๒๖	๒๗	๑๑	๗	๗	๑๐	๑๒	๔๕	๒๐	๒๔	๕
๑,๐๐๐ - ๔,๕๕๕	๓๕	๓๕	๓๔	๓๕	๒๗๗	๑๕๕	๕๕	๒๗	๓๖	๓๖	๓๓	๓๔	๑๕๗	๑๐๖	๖๕	๒๓
๕,๐๐๐ - ๕,๕๕๕	๒๑	๒๑	๑๕	๑๖	๑๕๓	๕๐	๔๕	๑๔	๑๕	๒๐	๑๗	๑๖	๗๕	๕๑	๓๑	๗
๑๐,๐๐๐-๒๔,๕๕๕	๑๕	๒๑	๑๖	๑๔	๑๒๗	๗๕	๓๗	๑๒	๑๖	๑๗	๑๔	๑๑	๗๖	๔๕	๒๒	๕
๒๕,๐๐๐ ขึ้นไป	๗	๕	๗	๔	๔๐	๒๕	๑๓	๒	๖	๖	๕	๗	๒๕	๑๔	๗	๓
ไม่ทราบ	๑๑	๕	๑๕	๒๐	๑๐๗	๔๕	๕๐	๑๓	๑๕	๑๔	๑๕	๒๐	๕๒	๓๕	๔๕	๗
ภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน																
ไม่พึ่งพิง	๕๕	๕๕	๕๕	๕๗	๗๔๕	๔๑๑	๒๖๒	๗๒	๕๕	๕๕	๕๕	๕๗	๕๐๖	๒๖๕	๑๗๕	๔๗
พึ่งพิง	๑	๑	๑	๒	๒๕	๕	๕	๗	๑	๑	๑	๓	๒๓	๖	๑๐	๗
ภาวะพึ่งพิงในการทำกิจกรรมในบ้าน																
ไม่พึ่งพิง	๕๔	๕๖	๕๐	๖๗	๖๓๒	๓๗๕	๒๑๔	๓๓	๕๐	๕๔	๗๑	๕๔	๓๗๑	๒๓๓	๑๒๕	๑๕
พึ่งพิง	๖	๔	๑๐	๓	๑๓๗	๓๕	๕๗	๔๖	๑๐	๖	๑๕	๔๖	๑๔๗	๔๒	๗๐	๓๖
จำนวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด																
ไม่มี	๑๕	๑๔	๑๖	๒๐	๑๐๑	๔๖	๔๒	๑๓	๑๕	๑๕	๑๕	๒๓	๕๐	๔๖	๓๖	๗
๑ - ๓ ปัจจัย	๗๕	๗๖	๗๕	๖๕	๕๖๔	๓๑๗	๑๕๒	๕๔	๗๑	๗๒	๗๑	๖๔	๓๕๔	๑๗๕	๑๓๒	๓๗
๔ - ๕ ปัจจัย	๓	๓	๒	๐	๒๑	๑๕	๖	๐	๓	๔	๒	๑	๒๕	๒๒	๖	๑
ไม่ทราบ	๗	๖	๗	๑๑	๗๔	๔๑	๓๑	๑๒	๖	๖	๗	๑๑	๕๖	๒๒	๒๕	๑

วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง

จรุงไทย เดชเทวพร*

บทคัดย่อ

วัณโรคเยื่อหุ้มสมองมีอัตราตายและอัตราความพิการสูงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที. การวินิจฉัยอาศัยลักษณะเวชกรรม, การตรวจสมองทางรังสีด้วยซีที หรือเอ็มอาร์ไอ และการตรวจสารน้ำหล่อไขสันหลังเป็นสิ่งสำคัญ. การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคและการเสริมการรักษาด้วยคอร์ติโคสเตียรอยด์ ร่วมกับการผ่าตัดในรายที่เหมาะสม จะเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและช่วยลดความพิการทางระบบประสาทให้กับผู้ป่วย.

คำสำคัญ: วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง

Abstract

Tuberculous Meningitis Jarungthai Dejthevaporn*

*Division of Neurology, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Tuberculous meningitis (TM) is associated with high morbidity and mortality. The early diagnosis and treatment of tuberculous meningitis saves lives. Diagnosis is based on clinical features, cerebrospinal fluid changes, and imaging characteristics. The clinical features of TB meningitis sometimes are initially non-specific, although clinical meningitis with cranial neuropathies, cerebral arteritis, hydrocephalus and spinal arachnoiditis are well recognized by most physicians. Bacteriological confirmation, such as microscopy for acid-alcohol-fast bacilli, polymerase chain reaction and culture, is not possible in all cases as those tests do not have sufficient sensitivity; however, this depends on the volume of CSF examined. Brain imaging should be performed if the patient deteriorates. The complications of hydrocephalus, infarction, and tuberculoma are common complications of tuberculous meningitis and a neurosurgical opinion should be sought in those who are failing medical therapy. Early treatment with four drugs (isoniacid, rifampicin, pirazinamide and etambutol) prevents death or disability. Adjunctive treatment with corticosteroids improves survival but probably does not prevent severe disability.

Key word: tuberculous meningitis

ปัจจุบันวัณโรคเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ที่พบมากขึ้นเรื่อย ๆ. ตั้งแต่มีการระบาดของโรคเชไอวี. ความชุกของวัณโรคระบบประสาทส่วนกลางพบได้ร้อยละ ๕-๑๐ ของวัณโรคนอกปอด^(๑). ผู้ป่วยวัณโรคระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะวัณโรคเยื่อหุ้มสมองมีอัตราตายและอัตราความ

พิการสูงถึงร้อยละ ๕๐^(๒). เนื่องจากพบภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรคเองได้บ่อย และปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยาที่กำลังทวีความรุนแรงมากขึ้น. ผู้ป่วยร้อยละ ๒๑.๕ ที่รอดชีวิตจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะความผิดปกติในระบบนำคำสั่ง ความจำและสติปัญญา และ

*หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



เส้นประสาทสมอง^(๓). ในบทความนี้จะกล่าวถึงเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรค เนื่องจากเป็นปัญหาทางระบบประสาทของวัณโรคที่พบได้บ่อย.

กำเนิดพยาธิ

Mycobacterium tuberculosis เป็นแบคทีเรียทรงแท่ง ฟังอากาศ. ผนังเซลล์มีส่วนประกอบของไขมันกรดทุเบอร์คิวโลสที่ติดในปริมาณมาก ทำให้เชื้อนี้มีสมบัติไม่ชอบน้ำ ฮัยโดรโฟบิก และยอมไม่ติดสีแกรม, แต่ผนังเซลล์สามารถดูดซับสารพวกคาร์บอนฟูลคิน และไม่ถูกชะล้างด้วยแอลกอฮอล์กรด จึงเป็นที่มาของการย้อมเชื้อวัณโรคโดยวิธีทนกรด (acid fast staining) ด้วยสี Ziehl - Neelsen.

เชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ทางหายใจเข้าสู่ปอด และถูกแมโครเฟจดูดจับกิน ก่อรอยโรคติดเชื้อปฐมภูมิ ซึ่งผู้ติดเชื้อร้อยละ ๘๐ ไม่มีอาการ. หลังจากนั้นอีกหลายสัปดาห์เชื้อวัณโรคจะลุกลามเข้าสู่หลอดเลือด แล้วกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง และเข้าสู่กระแสเลือด และกระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ทั่วร่างกาย. ปรากฏการณ์นี้จะเกิดภายใน ๓ สัปดาห์แรกของการติดเชื้อ. เชื้อวัณโรคที่แพร่ไปที่เนื้อสมองและเยื่อหุ้มสมองหลังจากที่เกิดการติดเชื้อปฐมภูมิไปประมาณ ๓ ถึง ๘ สัปดาห์ ซึ่งจะมีการตอบสนองโดยภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อวัณโรคโดยทีลิมโฟไซต์ที่มีไว (sensitized T lymphocyte) และเซลล์ยักษ์กลางฮาน. เชื้อวัณโรคส่วนใหญ่จะถูกทำลาย โดยกระบวนการภูมิคุ้มกันเหล่านี้ และเหลือเชื้อส่วนน้อยอยู่ในระยะสงบภายในรอยโรคเล็ก ๆ ที่บริเวณ subpial หรือ subependymal และ sylvian fissure ที่เรียกว่า Rich foci^(๔). เมื่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลง เช่น ได้รับความกดภูมิคุ้มกัน, ชราภาพ, หรือเป็นโรคภูมิคุ้มกันต้านตัวเอง เช่น โรค lupus, อีริย์ธมาโทซิส เชื้อวัณโรคที่สงบอยู่ก็จะฟื้นคืนขึ้นมีการแบ่งตัวและกระตุ้นให้รอยโรคริซซายใหญ่ขึ้น จนกระทั่งแตกกระจายเข้าสู่ช่องใต้เยื่อแรคนอยด์ ก่อปฏิกิริยาอักเสบแก่เยื่อหุ้มสมองที่สัมผัสสารทุเบอร์คิวโลโปรตีนของเชื้อวัณโรคเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินแบบล่า^(๔-๘) และเกิดการอักเสบแบบแกรนูโลมาเนื้อไข (caseating granulomatous inflam-

mation)^(๕). ปฏิกิริยาอักเสบในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมองจะทำให้เกิดหนอง ซึ่งประกอบด้วยเซลล์เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์, พลาสมาเซลล์, แมโครเฟจ และเส้นใย. หนองเหล่านี้จะตกตะกอนลงตามแรงโน้มถ่วงไปสู่สมองที่ช่องเยื่อหุ้มสมองส่วนล่างทำให้เกิดการอุดตันทางเดินสารน้ำหล่อสมอง-ไขสันหลังในบริเวณฐาน subarachnoid cistern และ sylvian fissure เกิดภาวะโพรงน้ำสมองโต (communicating hydrocephalus) เนื่องจากสารน้ำไม่สามารถผ่านไป superior sagittal sinus เพื่อดูดซึมกลับ. ถ้าการอุดตันของสารน้ำหล่อไขสันหลังอยู่ตรงตำแหน่ง foramen of Luschka และ Magendie บริเวณสมองน้อยก็จะทำให้เกิดภาวะโพรงน้ำสมองโตชนิดอุดตัน (obstructive hydrocephalus). นอกจากนี้ภาวะติดเชื้อที่อยูรอบ ๆ interpedicular fossa จะไปรัดเส้นประสาทที่ออกจากก้านสมอง โดยเฉพาะเส้นประสาทสมองคู่ที่ ๒, ๓ และ ๖ และทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดแดงแคโรติดในและส่วนต้นของหลอดเลือดคิโรวัลกลาง และหลอดเลือดเพอร์ฟอเรเตอร์ที่ไปเลี้ยงเบสัลแกงเกลีย ทำให้หลอดเลือดแดงในสมองอุดตันเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (cerebral thrombosis). นอกจากนี้การอักเสบของหลอดเลือดแดงทำให้เกิด mycotic aneurysm เกิดการแตกเลือดในสมองได้. กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมอง (stroke syndrome) ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพ. นอกจากนี้การเกิดกระบวนการอักเสบที่บริเวณฐานสมองอาจลามไปที่เนื้อสมองทำให้สมองอักเสบได้.

ลักษณะเวชกรรม

วัณโรคเยื่อหุ้มสมองเป็นแบบเยื่อหุ้มสมองอักเสบกึ่งฉับพลันหรือเรื้อรัง แบ่งออกได้เป็น ๓ ระยะ^(๙-๑๑) ดังนี้

ระยะที่ ๑ ระยะก่อนอาการทางประสาท (prodromal stage) กินเวลา ๒ ถึง ๓ สัปดาห์ อาจมีอาการทั่ว ๆ ไปที่ไม่จำเพาะเจาะจง เช่น ไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย.

ระยะที่ ๒ ระยะการระคายเคืองเยื่อหุ้มสมอง ผู้ป่วยจะปวดศีรษะ คอแข็ง คลื่นไส้อาเจียน ตาลู่แสงไม่ได้ และผู้ป่วยประมาณร้อยละ ๔๐ ตรวจพบจานประสาทตาบวม. ในผู้

สูงอายุอาจไม่มีอาการระคายเคืองเยื่อหุ้มสมองได้.

ระยะที่ ๓ มีอาการทางระบบประสาทแบบกระจายทั่วไป หรือแบบบกพร่องเฉพาะแห่ง (diffuse or focal neurological deficit) ซึ่งได้แก่

๑. *อัมพาตประสาทสมอง* พบได้ถึงร้อยละ ๒๕ โดยมักพบรอยโรคที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ ๒, ๓, ๔, ๖, ๗ และ ๘. บางครั้งอาจเกิดเยื่อแรคนอยด์อักเสบที่บริเวณไขว้ประสาทตา ทำให้ผู้ป่วยมีลานสายตาผิดปกติแบบอดครั้งชีกนอก. ผู้ป่วยบางรายมาด้วยตาบอด ๒ ข้างจากเส้นประสาทตาทั้ง ๒ ข้างอักเสบ.

๒. *กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมอง* เกิดจากจากหลอดเลือดแดงในสมองอักเสบอุดตัน มีอัมพาตครึ่งซีกพบร้อยละ ๒๐-๓๐ เนื่องจากหลอดเลือดแดงแคบติดในและหลอดเลือดแดงสมองใหญ่หลอดเลือดกลางส่วนต้นอุดตัน ทำให้เกิดเนื้อตายเหตุขาดเลือดที่อินเทอร์นัลแคปซูล และเบสัลแกงเกลีย. ผู้ป่วยบางรายอาจมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ ซึ่งพบอาการสั้นได้บ่อยที่สุด. ส่วนการเคลื่อนไหวแบบกระตุก (ขอเรีย), การเคลื่อนไหวแบบพาดแขนขารุนแรง (บัลลิสมัส), การชักกระตุกของกล้ามเนื้อ (มายโอโคลนัส) และอาการแสดงนอกพียร์รามิดัลแบบอื่นก็พบได้.

๓. *ความผิดปกติของรากประสาทและไขสันหลัง*^(๑๒) พบในรายที่เชื้อวัณโรคกระจายไปที่เยื่อหุ้มไขสันหลังเกิดเยื่อแรคนอยด์หุ้มไขสันหลังอักเสบทำให้ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง พบได้ร้อยละ ๘-๑๐^(๑๓) ร่วมกับอาการปวดรากประสาท, อาการชาตามระดับ และการขับถ่ายผิดปกติ. ผู้ป่วยบางรายมาด้วยขาทั้งสองข้างอ่อนแรงไม่สมมาตรและกล้ามเนื้อลีบจากพยาธิสภาพที่รากประสาท ระดับเอวและสะโพก (lumbosacral radiculopathy) ที่เรียกว่ากลุ่มอาการคอคดาอีไควนา. ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะไขสันหลังกลวง (สัยริงโกมายอีเลีย) พุติยภูมิจากเยื่อแรคนอยด์หุ้มไขสันหลังอักเสบทำให้แขนขาทั้ง ๔ ข้างอ่อนแรง (quadriplegia) และกล้ามเนื้อลีบและชาลิบร่วมด้วย. วัณโรคกระดูกสันหลัง (Pott's disease) พบได้ประมาณ ๑ ใน ๔ ของผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรคที่มีอาการทางไขสันหลัง จากฝีข้างกระดูกสันหลังกด

เบียดไขสันหลัง ซึ่งบางครั้งถ้าเป็นในระดับคอที่สูง เช่น ระดับ C1-2 ก็จะทำให้เกิดอาการแขนขาอ่อนแรงทั้ง ๒ ข้างได้เช่นเดียวกับ high cervical myelopathy. นอกจากนี้อาจมีก้อนทูเบอร์คิวโลมาที่เนื้อไขสันหลังก็เป็นสาเหตุของอาการขาอ่อนแรงได้ประมาณร้อยละ ๖๐^(๑๔). ความผิดปกติของรากประสาทและไขสันหลังอาจนำมาก่อนหรือตามหลังอาการระคายเคืองเยื่อหุ้มสมองก็ได้. อย่างไรก็ตามการอักเสบของรากประสาทและไขสันหลังจากเชื้อวัณโรคพบน้อยมากที่จะมาพร้อมกับเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรค^(๑๒).

๔. *อาการทางสมองในระยะท้ายของโรค* ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะซึมจนกระทั่งไม่รู้สึกตัว มีอาการเกร็งแข็งแบบไขว้สมองหรือไร้เนื้อสมอง จนกระทั่งมีอาการสมองเลื่อนจากภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูงและเกิดภาวะโพรงน้ำสมองโตเนื่องจากเยื่อแรคนอยด์อักเสบมีหนองบริเวณฐานสมอง ซึ่งทำให้เกิดการอุดตันทางไหลเวียนของสารน้ำหล่อไขสันหลัง. ในบางครั้งผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางสมองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ ชัก และซึ่มลงอย่างรวดเร็วเป็นลักษณะของ tuberculous meningo-encephalitis หรือ tuberculous encephalopathy พบในผู้ป่วยเด็กบางรายที่มีวัณโรคแพร่กระจายอยู่เดิม. ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการอาการชักซึ่งมักพบในผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ. อาการชักอาจเกิดจากภาวะสมองบวมจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง, ภาวะโพรงน้ำสมองโต, โรคหลอดเลือดสมอง, ทูเบอร์คิวโลมา, ฝีวัณโรค หรือภาวะเลือดพร่องโซเดียมจากกลุ่มอาการฮอร์โมนต้านการขับปัสสาวะไม่เพียงพอ (syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) หรือกลุ่มอาการเสียเกลือเหตุสมอง (cerebral salt wasting). ในบางครั้งอาการวัณโรคสมองมาแบบรอยโรคกระจายในสมองหลายแห่ง โดยไม่มีอาการแสดงเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้. ผู้นิพนธ์เคยพบผู้ป่วยสูงอายุที่มาด้วยอาการปวดศีรษะและเดินเซที่ค่อย ๆ เป็นมากขึ้นเนื่องจากมีทูเบอร์คิวโลมาหลายแห่งในสมอง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดว่าเป็นเนื้อร้ายสมองพุติยภูมิ.

ลักษณะเวชกรรมของวัณโรคเยื่อหุ้มสมองในผู้ป่วยโรค



เอชไอวีไม่ต่างจากวัณโรคในคนปกติ แต่มักจะมีโรคนอกเยื่อหุ้มสมองร่วมด้วย ซึ่งพบได้ร้อยละ ๖๕-๗๗^(๑๕-๑๗) และมีโรคก่อนในกะโหลกศีรษะได้บ่อย. สิ่งที่ต้องตรวจในผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมองคือตรวจหุ เนื่องจากร้อยละ ๕ ของผู้ป่วยจะมีภูมิต้านทานในอีกเสบจากเชื้อวัณโรคร่วมอยู่ด้วย. การย้อมหนองด้วยสีทึบกรดจะช่วยในการวินิจฉัยได้มาก. การตรวจพันดัสอาจพบไมโครออสซิล ทูเบอร์เคิล ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยแต่พบได้น้อย. การตรวจอวัยวะอื่น ๆ ที่อาจจะเป็นแหล่งของการกระจายได้แก่ ต่อมท่อน้ำเหลืองในช่องอกและช่องท้อง, ต่อมหมวกไต, กระดูก, ทางเดินปัสสาวะและไขกระดูก.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจนับเลือดครบ (complete blood count) อาจได้ผลปกติหรือมีเม็ดเลือดขาวสูงขึ้นเล็กน้อย, อาจพบภาวะเลือดจาง. ผู้ป่วยร้อยละ ๕๐ มีภาวะเลือดพร่องโซเดียม, ภาพรังสีทรวงอกอาจแสดงเงาผิดปกติได้มากกว่าร้อยละ ๕๐ และพบวัณโรคปอดร้อยละ ๒๐ ถึง ๓๐, และร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยพบภาวะปัสสาวะเป็นหนองรั้เชื้อจากวัณโรคไต.

การตรวจสารน้ำหล่อสมอง-ไขสันหลัง จำเป็นที่สุดในการวินิจฉัยวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง. ผู้ป่วยร้อยละ ๘๐ มีแรงดันสารน้ำหล่อไขสันหลังสูง, จำนวนเซลล์ในสารน้ำน้อยกว่า ๑,๐๐๐ ตัว/มล. (๑๐-๕๐๐ ตัว/มล.) และส่วนใหญ่เป็นลิมโฟไซต์ แต่อาจพบนิวโทรฟิลสูงได้ในช่วง ๑๐ วันแรกของโรค^(๑๘). ในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเอชไอวีอาจตรวจไม่พบเซลล์ในสารน้ำหล่อไขสันหลัง, ผู้ป่วยร้อยละ ๗๐-๘๐ มีระดับกลูโคสในสารน้ำหล่อไขสันหลังต่ำ และมักต่ำกว่า ๔๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร. ส่วนระดับโปรตีนในสารน้ำหล่อไขสันหลังจะสูง ๑๐๐-๕๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรืออาจสูงเป็นกรัม/เดซิลิตรได้. โดยทั่วไปถ้าระดับโปรตีนในน้ำไขสันหลังสูงมากกว่า ๓๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควรนึกถึงภาวะทางสารน้ำอุดตันจากเยื่ออะแรคนอยด์หุ้มไขสันหลังอักเสบร่วมด้วย. การทำ Queckenstedt's test จะพบว่าแรงดันสารน้ำหล่อไขสันหลังไม่สูง แต่สารน้ำหล่อไขสันหลังเมื่อตั้งทิ้งไว้จะกลายเป็นก้อนวุ้นอย่างรวดเร็ว (cobweb coagulum) ซึ่งช่วยให้นึกถึง

วัณโรคเยื่อหุ้มสมองค่อนข้างมาก. สำหรับจำนวนนิวโทรฟิลที่เพิ่มขึ้นในสารน้ำหล่อไขสันหลังจะลดลงใน ๑-๒ วันโดยที่ไม่ได้รับการรักษาเชื่อว่าเกิดจากทูเบอร์เคิลขนาดจิ๋วที่เยื่อหุ้มสมอง-ไขสันหลังแตกเข้าไปในช่องใต้เยื่อหุ้ม.

การย้อมเชื้อวัณโรคในสารน้ำหล่อไขสันหลังด้วยสี Ziehl-Neelsen เพื่อหาบาซิลลัสทึบกรดพบได้ร้อยละ ๕ ถึง ๓๐. การที่จะให้ผลบวกหรือไม่ขึ้นกับปริมาณสารน้ำที่ส่งตรวจ, จำนวนเชื้อในสารน้ำและความชำนาญของผู้อ่านตัวอย่าง. ปริมาณสารน้ำหล่อไขสันหลังที่ส่งตรวจอย่างน้อยควรไม่น้อยกว่า ๑๐ ถึง ๒๐ มิลลิลิตรจึงจะมีความไวมากพอในการให้ผลบวกจากย้อม. โดยทั่วไปควรนำสารน้ำมาปั่นให้ตกตะกอนด้วยความเร็วสูง ประมาณ ๓,๐๐๐ รอบ/นาทีเป็นเวลา ๓๐ นาทีจะช่วยให้อ้อมพบเชื้อได้ง่ายขึ้นโดยเพิ่มความไวได้ถึงร้อยละ ๗๐^(๑๙,๒๐). การนำสารน้ำไขสันหลังปริมาณครั้งละ ๑๐ ถึง ๓๐ ลูกบาศก์มิลลิเมตร เพื่อส่งเพาะเชื้อวัณโรคประมาณ ๓ ครั้ง จะเพิ่มผลบวกของการเพาะเชื้อได้ถึงร้อยละ ๗๕. การได้ยาด้านวัณโรค ๒-๓ วันก่อนหน้านั้นจะไม่มีผลต่อการเพาะเชื้อวัณโรคในสารน้ำหล่อไขสันหลัง โดยปกติการเพาะเชื้อวัณโรคโดยทั่วไปจะใช้เวลา ๔-๖ สัปดาห์ แต่ถ้าใช้ระบบ BACTEC จะใช้เวลา ๑-๓ สัปดาห์^(๒๑).

ในปัจจุบันการตรวจสารน้ำหล่อไขสันหลังวิธีปฏิบัติกรากุโธพอลิเมอร์เชน (polymerase chain reaction; PCR) เพื่อหาชิ้นส่วนดีเอ็นเอของเชื้อวัณโรค จะมีความไวร้อยละ ๒๕ ถึง ๙๐ และความจำเพาะร้อยละ ๘๐-๑๐๐^(๒๒-๒๖). การตรวจ PCR สามารถให้ผลบวกได้จนถึง ๖ สัปดาห์หลังการให้ยาด้านวัณโรค. การส่งตรวจ PCR จะต้องใช้สารน้ำอย่างน้อย ๑๐ มิลลิลิตร เนื่องจากการส่งตรวจสารน้ำในปริมาณน้อยจะไม่สามารถตรวจพบดีเอ็นเอไมโครแบคทีเรียที่มีปริมาณน้อย ๆ ได้^(๒๗).

การตรวจสารน้ำหล่อสมอง-ไขสันหลังโดยวิธีอื่น

๑. การหากรดทูเบอร์คิวโลสทีริกในสารน้ำหล่อสมอง-ไขสันหลังโดยวิธี frequency pulsed electron capture gas liquid chromatography ให้ความไวร้อยละ ๘๑ และความจำเพาะร้อยละ ๙๕^(๖,๒๘-๓๑).

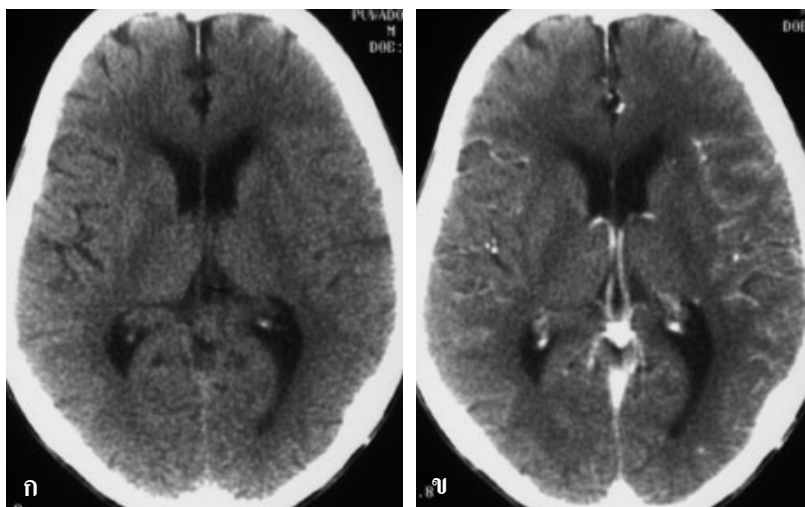
๒. การหาแอนติบอดีในซีรัม (ADA) ในสารน้ำหล่อ

ไซสัณหลังจะให้ความไวและความจำเพาะร้อยละ ๔๔-๑๐๐ และ ๗๑-๙๙ ตามลำดับ^(๓๒). แอดิโนสีนดีแอมิเนสเป็นแอนซัยม์ที่สร้างจากลีสัมโฟคัยต์ซีดี๔+ และโมโนคัยต์. ระดับ ADA แตกต่างกันได้มากในแต่ละการศึกษาโดยอยู่ในช่วง ๔-๑๐ หน่วยนานาชาติ/มล. และพบว่าระดับ ADA ในสารน้ำหล่อไซสัณหลังสูงขึ้นได้ถึง ๓ สัปดาห์หลังจากได้ยาด้านวัณโรค. อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าระดับ ADA ในสารน้ำหล่อไซสัณหลังสูงขึ้นได้ในผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นหนองจากเชื้อแบคทีเรีย ถึงร้อยละ ๓๐.

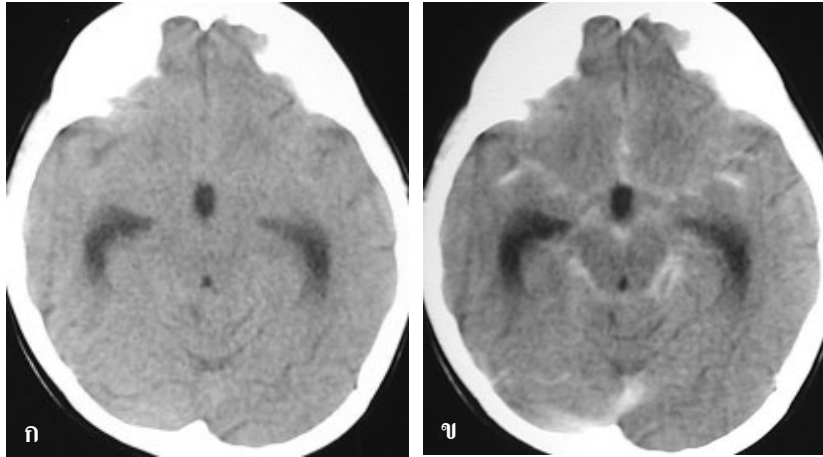
การตรวจทางรังสีวิทยา

การตรวจสมองด้วย CT scan จะพบ basal enhancement ของ leptomeninges รอบ ๆ ก้านสมอง^(๑,๒,๑๙,๒๙) โดยเฉพาะบริเวณแอ่งเพอริมีเซนเศฟาลิก และร่องลีสัยเวียนหลังจากฉีดสารทึบ โดยพบการหนาของเยื่อหุ้มสมองอ่อน (leptomeninges) และมีการขยายตัวของช่องใต้เยื่อหุ้มสมอง. ส่วนการตรวจสมองด้วยภาพกำธรสนามแม่เหล็ก (MRI) จะเห็นความหนาของเยื่อหุ้มสมองรวมทั้งห้องสมองอักเสบ (ventriculitis) ได้ดีกว่าการถ่ายภาพสแกนคอมพิวเตอร์ (ซีทีสแกน)

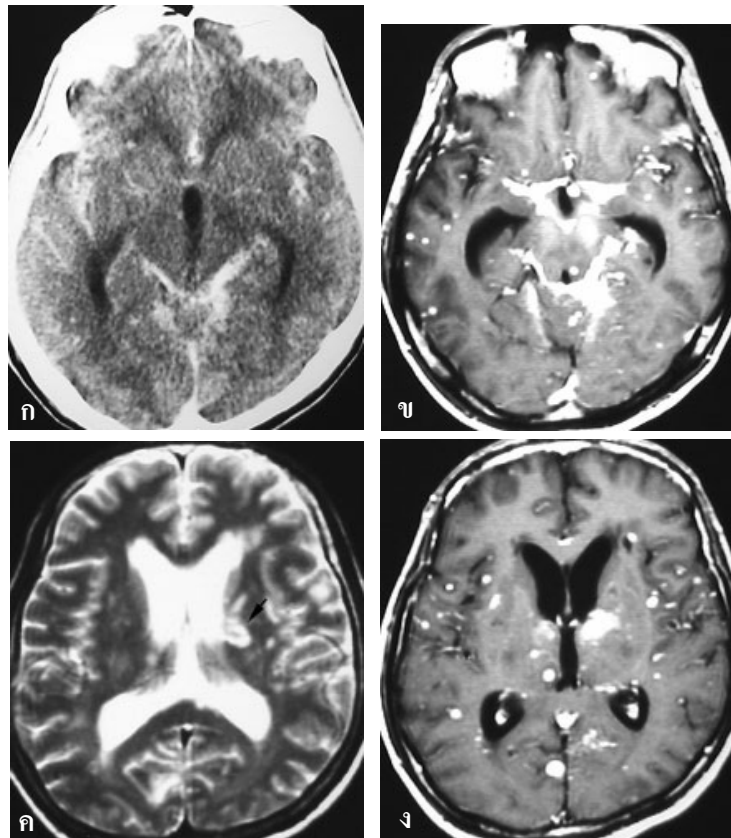
ซึ่งห้องสมองอักเสบจะมีลักษณะ linear enhancement ของ ependymal surface ของห้องสมอง หลังจากฉีดสารทึบทาลิเนียม. นอกจากนี้บริเวณเนื้อสมองตายเหตุขาดเลือดในเอ็มอาร์ไอจะเห็นสัญญาณอ่อนใน T1 weight image. การตรวจเอ็มอาร์ไอสมอง ยังแสดงให้เห็นลักษณะรอยโรคมีลิอาร์ียในสมอง ซึ่งประกอบด้วยแกรนูโลมาขนาดเล็กจำนวนมากในเนื้อสมองและลักษณะบวมน้ำรอบรอยโรคที่เทียบเข้มขึ้น (contrast enhanced perilesional edema)^(๓๓). ในรายที่ทูเบอร์คูลอมาขนาดใหญ่ ในช่วงแรก ๆ อาจจะไม่มีการเทียบเข้ม (contrast enhancement) ได้ แต่ต่อมากจะมี การเทียบเข้ม. ในกรณีฝีวัณโรคจะเห็นเป็นลักษณะแกรนูโลมาที่มีเงาของเหลวอยู่ตรงกลาง และมักเป็นห้อง ๆ หลายห้อง และมีลักษณะบวมอยู่รอบ ๆ^(๓๔). ลักษณะอื่น ๆ ที่พบได้จากการตรวจด้วยซีที หรือเอ็มอาร์ไอ ได้แก่ ฮัยโดรเศฟาลัส พบได้ร้อยละ ๕๐-๘๐ และมักพบในสัปดาห์ที่ ๖ หลังเกิดโรค. ส่วนเนื้อสมองตายเหตุขาดเลือดสมองตีบพบได้ร้อยละ ๒๕-๓๐ โดยเฉพาะมักเกิดในบริเวณที่เลี้ยงโดยแขนงของหลอดเลือดแดงซีรีบรัลกลาง ซึ่งได้แก่เบสัลแกงเกลีย. นอกจากนี้ยังพบภาวะบวมน้ำรอบห้องสมองได้.



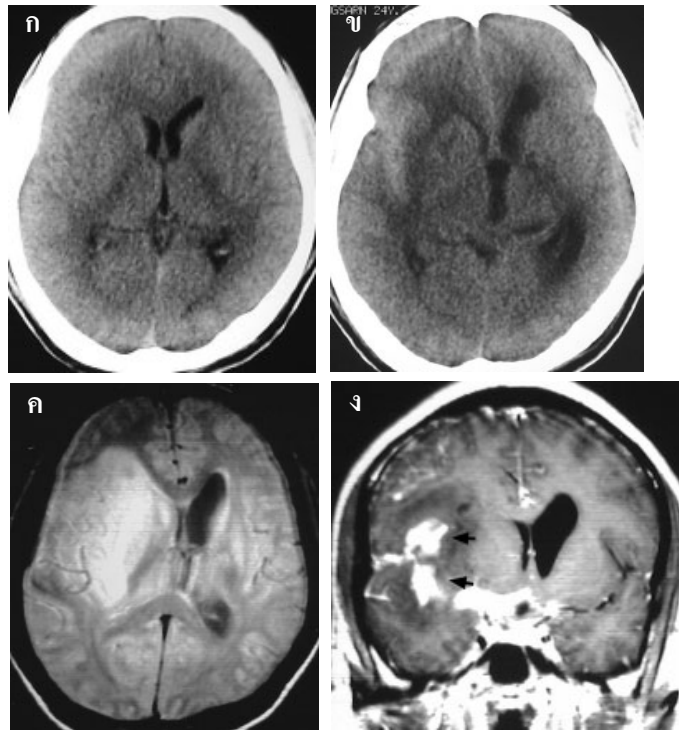
รูปที่ ๑ ภาพซีทีเยื่อหุ้มสมองอักเสบวัณโรค (ก) ก่อนฉีด และ (ข) หลังฉีดสารทึบแสดงลักษณะ enhancement ของเยื่อหุ้มสมองบริเวณร่องสมองลีสัยเวียนด้านซ้าย สังเกตว่าสมองซีกซ้ายที่ติดกันมีลักษณะดำกว่าปกติและแยกสมองเทาและสมองขาวไม่ได้ ซึ่งลักษณะนี้บ่งบอกถึงการบวมของเนื้อสมอง.



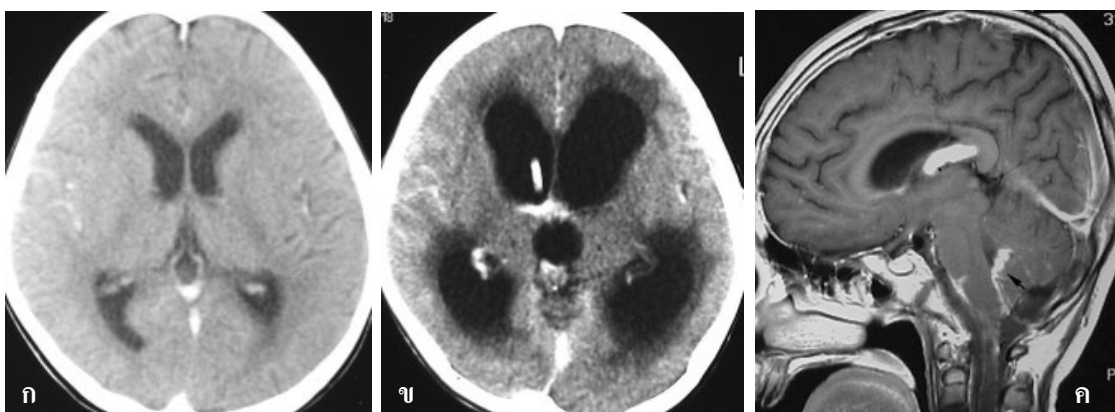
รูปที่ ๒ ภาพซีทีเอชเอ็กซเรย์สมองอักเสบไวรัส โรค (ก) ก่อนฉีด และ (ข) หลังฉีดสารทึบแสดงลักษณะ enhancement ของเยื่อหุ้มสมองบริเวณแอ่งฐาน โดยบริเวณรอบ ๆ ก้านสมองที่บวมมากขึ้น.



รูปที่ ๓ ภาพรังสีคลื่น โรคเยื่อหุ้มสมองและเนื้อสมอง : (ก) ภาพหลังฉีดสารทึบแสดงเยื่อหุ้มสมองบริเวณรอบ ๆ ก้านสมองมีความที่บวมสีผิดปกติ, (ข) ภาพเอ็มอาร์ไอหลังฉีดสารทึบแสดงความผิดปกติในบริเวณเดียวกันชัดเจนขึ้น และจะเห็นลักษณะที่บวมเป็นปื้นหนา. นอกจากนี้ยังเห็นก้อนทูเบอร์คิวโลมาในเนื้อสมองด้วย, (ค) T2wi, (ง) Gd-T1wi แสดงลักษณะทูเบอร์คิวโลมาตรงกลางก่อนมีสัญญาณภาพต่ำใน T2wi และ enhancement ใน Gd-T1wi. นอกจากนี้จะเห็นว่าเนื้อสมองโดยรอบไม่ค่อยบวม.



รูปที่ ๔ วัณโรคเยื่อหุ้มสมองเรื้อรังผู้ป่วยมีประวัติเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรคเมื่อ ๖ เดือนก่อนและไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กลับมาอีกครั้งด้วยปวดศีรษะมาก. (ก) ภาพซีทีแสดงลักษณะบวมของสมองซีกขวาและมีการเบียดคั้นสมอง แต่ไม่ชัดเจน, (ข) ภาพซีที ๒ เดือนต่อมา พบว่าสมองซีกขวาบวมและถูกคั้นไปทางซ้ายมากขึ้น มีรอยเนื้อสมองตายบริเวณเบสแกงเกลียนข้างขวาด้อย, (ค) PDwi แสดงส่วนของกลีบอินสุลาร์ขวาบวมชัดเจน, (ง) Gd-T1wi แสดงเยื่อหุ้มสมองที่คลุมกลีบอินสุลาร์ข้างขวามีเงาที่ทึบที่หนาและไม่สม่ำเสมอ (ลูกศร). เนื้อสมองเองไม่มีเงาที่ทึบ. เยื่อหุ้มสมองบริเวณฐานสมองมีลักษณะทึบที่หนาเช่นเดียวกัน.

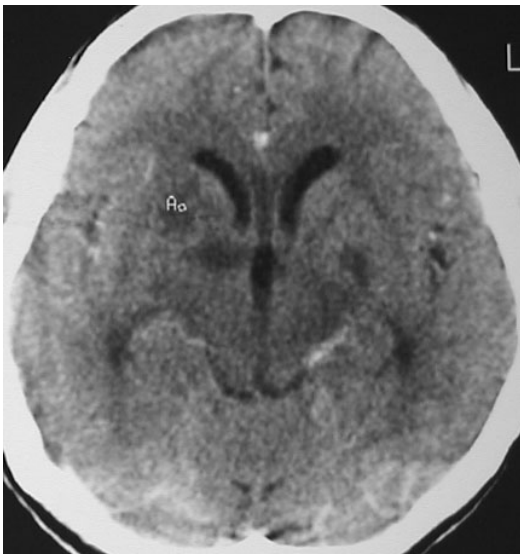


รูปที่ ๕ ภาพซีทีของเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรค (ก) ระยะแรกของการติดเชื้อแสดงลักษณะห้องสมองห้องข้างโตขึ้นเล็กน้อย, (ข) หลังจากรักษาได้ ๒ เดือนห้องสมองห้องข้างโตขึ้นอย่างมาก, (ค) ภาพเอ็มอาร์ไอหลังใส่ท่อน้ำไขสันหลัง จะเห็นบริเวณทางออกของห้องสมองห้องที่ ๔ มีเนื้อเยื่ออักเสบอยู่ (ลูกศร).

ในกรณีเยื่อหุ้มไขสันหลังอะแรคนอยด์อักเสบ การทำเอ็มอาร์ไอกระดูกสันหลัง จะพบลักษณะขรุขระของ thecal sac, มี clumping, nodularity และการหนาตัวของรากประสาท ซึ่งบางครั้งดูคล้ายลักษณะเนื้อแทรกจากมะเร็งได้ และมีการเคลื่อนของช่องใต้อะแรคนอยด์ไขสันหลัง. ลักษณะอื่นที่พบได้ ได้แก่ เนื้อตายของไขสันหลัง, ไขสันหลังอักเสบ, intraspinal

และ extraspinal tuberculous spondylitis และไขสันหลังกลวงเหตุเยื่อหุ้มอะแรคนอยด์อักเสบ.

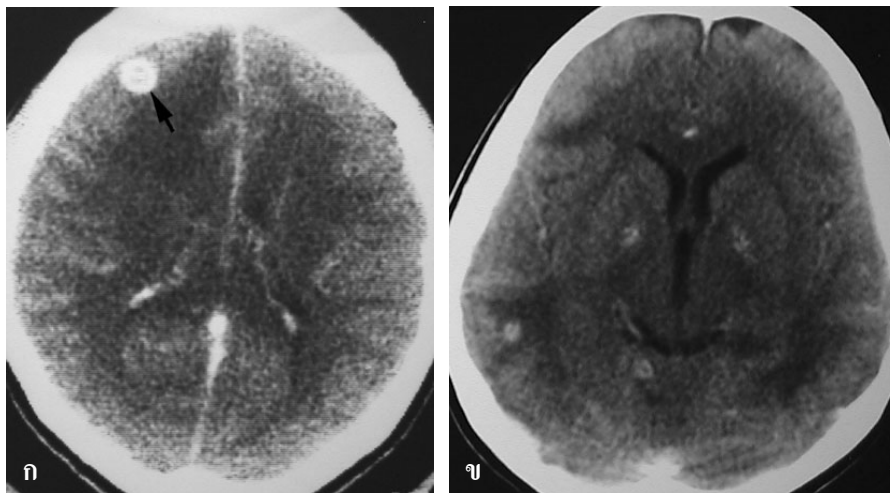
การถ่ายภาพทำกรรมแม่เหล็กหลอดเลือดแดง (MRA) สมองหรือการถ่ายภาพหลอดเลือดสมองหลังฉีดสารทึบรังสี จะพบลักษณะขรุขระของผนังหลอดเลือดในส่วนสุปราโคเลนอยด์ของหลอดเลือดแดงแครอดิตีเน และส่วนต้นของหลอดเลือดแดง คีรีบริลหน้าและกลาง รวมทั้งพบลักษณะของภาพ Moya Moya like และหลอดเลือดโป่งพองได้.



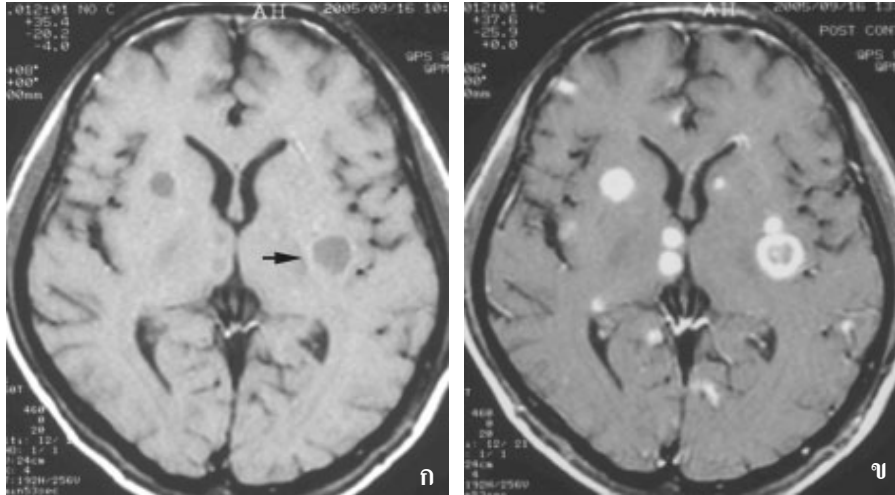
รูปที่ ๖ ภาพซีทีแสดงรอยเนื้อสมองตายเป็นหย่อมเล็ก ๆ บริเวณเบสแกงเกลียทั้งสองข้าง และทาลามัส.

การวินิจฉัยโรค

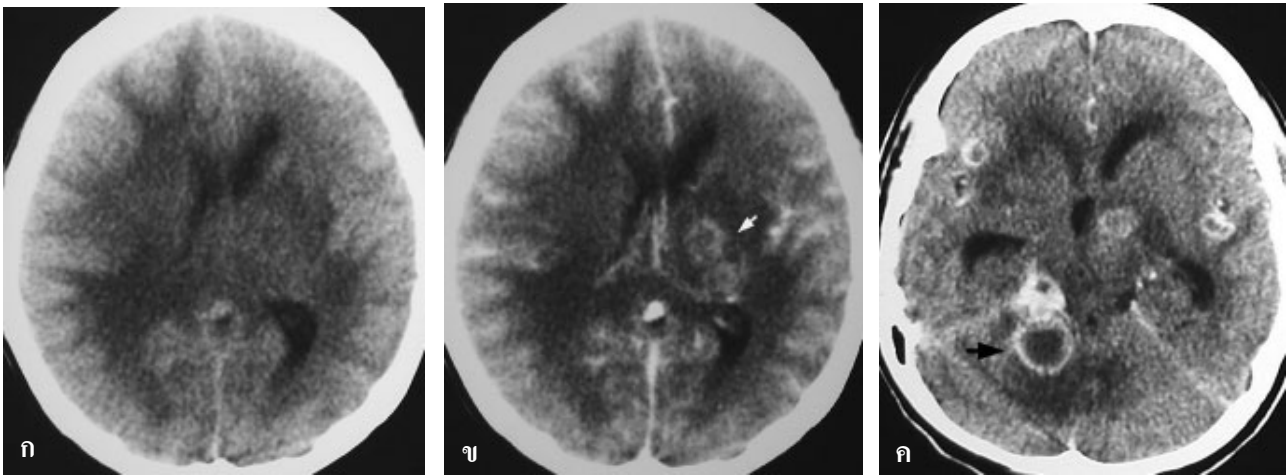
การวินิจฉัยวัณโรคเยื่อหุ้มสมองขึ้นอยู่กับลักษณะเวชกรรมร่วมกับลักษณะจำเพาะของสารน้ำหล่อสมอง-ไขสันหลังที่เข้าได้กับวัณโรค. ในผู้ป่วยเด็กจะมีประวัติสัมผัสโรคร้อยละ ๗๐ ถึง ๙๐. มีการศึกษาถึงการใช้ข้อมูลทางเวชกรรมในการบอกความน่าจะเป็นของวัณโรคของเยื่อหุ้มสมอง ได้แก่ อายุ, ระยะเวลาการเป็นโรค, จำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือด, จำนวนเม็ดเลือดขาวในสารน้ำหล่อไขสันหลัง และค่าร้อยละของนิวโทรฟิลในสารน้ำหล่อไขสันหลัง (ตารางที่ ๑) โดยถ้าคะแนนเวชกรรมน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔ จะทำให้นึกถึงวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง แต่ถ้าคะแนนเวชกรรมมากกว่า ๔ ให้ตัดการวินิจฉัยวัณโรคเยื่อหุ้มสมองออกไปได้^(๓๕).



รูปที่ ๗ ภาพซีทีหลังฉีดสารทึบเข้มแสดงลักษณะทูเบอร์คิวโลมาหลายจุด. บางจุดมีลักษณะเข้มวงแหวน. บางจุดมีลักษณะที่เรียก target sign (ลูกศรในภาพ ก).



รูปที่ ๘ ภาพเอ็มอาร์ไอของทุเบอร์คูโลมา : (ก) T1wi แสดงลักษณะก้อนที่สมองซีกซ้าย มีวงขาวที่มีสัญญาณสูงล้อมรอบรอยโรคดำที่มีสัญญาณต่ำตรงกลาง (ลูกศร), (ข) Gd-T1wi วงขาวในภาพ (ก) มีลักษณะเข้มขาวขึ้นชัดเจน. นอกจากนี้ยังเห็นรอยโรคที่สมองซีกขวาและธารละมัสอีกหลายก้อน.



รูปที่ ๙ ภาพซีที (ก) ก่อนฉีด และ (ข) หลังฉีดสารทึบในผู้ป่วยที่มีฝีวนโรคจะเห็นรอยโรคหลายจุดในสมองทั้งสองข้าง มีลักษณะเป็นวงแหวนเข้ม และมีการบวมของเนื้อสมองโดยรอบอย่างมากจนกดเบียดห้องสมองห้องข้าง และทางเดินของสารน้ำหล่อสมอง-ไขสันหลังทำให้ห้องสมองโตเตุมน้ำ.

การบำบัด

การบำบัดทางยา

หลักทั่วไปการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมองจะต้องใช้ยาต้านจุลชีพหลายขนานซึ่งยาต้านจุลชีพนั้นต้องผ่านแนวกันเลือด-

สารน้ำหล่อสมอง-ไขสันหลังได้ดีและต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและนานพอที่จะกำจัดเชื้อในเนื้อประสาทส่วนกลาง. โดยทั่วไปจะให้ยาหลักอย่างน้อย ๔ ตัวใน ๒ เดือนแรกคือไอโซไนอะซิด (INH), ไรแฟมพิคิน (RFM), พียราซิनाไมด์ (PZA) และสเตริบโทมายคิน หรืออีแรมบูทอล (ETB), แล้วต่อด้วย INH



ตารางที่ ๑ ข้อมูลเวชกรรมและคะแนนที่บ่งชี้ความน่าจะเป็น
วันโรคเชื้อหุ้มสมอง*

ข้อมูล	คะแนน
อายุ (ปี)	
≥ ๓๖	+๒
< ๓๖	๐
เม็ดเลือดขาวในเลือด (ตัว/มล.)	
≥ ๑๕,๐๐๐	+๔
< ๑๕,๐๐๐	๐
ระยะเวลาเป็นโรค (วัน)	
≥ ๖	-๕
< ๖	๐
เม็ดเลือดขาวในสารถน้ำหล่อไขสันหลัง (ตัว/มล.)	
≥ ๕๐๐	+๓
< ๕๐๐	๐
นิวโทรฟิลในสารถน้ำหล่อไขสันหลัง (%)	
≥ ๗๕	+๔
< ๗๕	๐

*ดัดแปลงจากเอกสารหมายเลข ๓๒

และ RFM อีกอย่างน้อย ๗-๑๐ เดือน^(๒๙,๓๖,๓๗). ขนาดให้ยา
ต้านวัณโรคและผลข้างเคียงของยาแสดงไว้ในตารางที่ ๒. โดย
ทั่วไประยะเวลาในการรักษาจะนานออกไปแค่ไหนขึ้นอยู่กับ
ความรุนแรงโรคในผู้ป่วยในแต่ละราย ส่วนใหญ่จะให้ยาต้าน
วัณโรคนานประมาณ ๙-๑๒ เดือน ควรให้วิตามินบี ๖ (พียริ
ด็อกซีน) ในขนาด ๕๐ มิลลิกรัม/วันร่วมด้วยเพื่อป้องกัน neu-
ropathy วางยาไอเอนเอ็ช. ระหว่างการให้ยาต้านวัณโรค
ควรเฝ้าระวังการทำงานของตับ ไต ระดับกรดยูริก และตรวจ
นับเม็ดเลือดเป็นระยะ. ถ้าผู้ป่วยมีอาการตอบสนองการรักษา
ไม่ดีเท่าที่ควรหรือมีปัญหาเชื้อดื้อยาจะให้ยานาน ๑๘-๒๔ เดือน.
สำหรับทุเบอร์คิวโลมาอาจพบมาก่อนโตขึ้นได้ในขณะที่ให้ยา
ต้านวัณโรคอยู่และยังไม่มีข้อมูลว่าจะต้องให้ยาไปนานเท่าใด.
ผู้เชี่ยวชาญบางท่านแนะนำให้ทานถึง ๑๘-๒๔ เดือนหรือจน
กระทั่งก่อนยุบหรือหายไป. ในรายที่เป็นวัณโรคติดต่อยา
หลายขนานก็ต้องใช้ยาต้านวัณโรคกลุ่มที่ ๒ คือ ofloxacin,
ciprofloxacin, amikacin, capreomycin, kanamycin,
cycloserine, clofazimine, rifabutin และ ethionamide.

ตารางที่ ๒ ขนาดของยาต้านวัณโรคที่ใช้ในการบำบัดวัณโรคเชื้อหุ้มสมอง

ยา	ขนาด	พิษของยา	การติดตามเฝ้าระวัง
ไอโซไนอะซิด	กิน ๕-๑๐ มก./กก./วัน (ไม่เกิน ๓๐๐ มก.)	ตับอักเสบ (๑-๒%), ชัก neuropathy (๕%)	Alanine aminotransferase (ALT) ทุกสัปดาห์หรือทุกเดือนถ้าจำเป็น
ไรแฟมพิซิน	เด็กกิน ๑๐ มก./กก./วัน ผู้ใหญ่ ๔๕๐ มก./วัน (นน. < ๕๐ กก.) ๖๐๐ มก./วัน (นน. > ๕๐ กก.)	ตับอักเสบ (๑-๒%), ผื่น ปฏิกิริยาภูมิไวเกิน	Alanine aminotransferase (ALT) ทุกสัปดาห์หรือเดือนถ้าจำเป็น
พียราซิनाไมค์	เด็กกิน ๓๕ มก./กก./วัน (ไม่เกิน ๒.๕ กรัม) ผู้ใหญ่ ๑.๕ กรัม/วัน (นน. < ๕๐ กก.) ๒ กรัม/วัน (นน. > ๕๐ กก.)	ปวดข้อ (๕%), ผื่น ระดับกรดยูริก, เก๊าต์, ตับอักเสบ (๑%)	ระดับกรดยูริก
สเตอริปโทมัยซิน	เด็กฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ๑๕ มก./กก./วัน ผู้ใหญ่ ๑๕ มก./กก./วัน (ไม่เกิน ๑ กรัม)	สูญเสียการได้ยิน และ vestibular imbalance (๑-๕%)	ตรวจการได้ยิน และ tandem walk ทุกสัปดาห์หรือทุกเดือนถ้าจำเป็น
อีแซมบูทอล	กิน ๑๕ มก./กก./วัน (ไม่เกิน ๑ กรัม)	ประสาทตาอักเสบ (๓%) neuropathy (๑-๒%), ผื่น	ตรวจการเห็นชัดและการเห็นสี ทุกเดือน

การให้คอร์ติโคสเตียรอยด์รักษาผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง

มีรายงานครั้งแรกของการใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมองตั้งแต่ต้น พ.ศ. ๒๔๕๓ ว่าช่วยทำให้อาการของโรคหายเร็วขึ้นและทำให้พยากรณ์ของโรคดีขึ้น^(๓๘,๓๙). หลังจากนั้นมีการศึกษาแบบวางแผน โดย open label ในผู้ป่วยเด็กที่เป็นวัณโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ๒๐๘ รายพบว่าในกลุ่มที่ได้เดกซาเมธาโซน ร่วมกับจะลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้มากกว่ารายที่ไม่ได้^(๔๐). นอกจากนี้ก็มีการศึกษาแบบวางแผนสุ่มควบคุม ในผู้ป่วยเด็กวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง ๑๔๑ ราย ที่แสดงถึงประโยชน์ของการให้เพรดนิโซโลนร่วมด้วย ทำให้อัตราการอยู่รอดเพิ่มขึ้น รวมทั้งผลทางด้านสติปัญญาของเด็กดีขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการหายไปของหนองที่ส่วนฐานสมองและทูเบอร์คิวโลมาที่เห็นในซีทีสแกน^(๔๑). เมื่อไม่นานมานี้มีการศึกษาแบบสุ่มควบคุม double-blind randomized controlled trial ในผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง ๕๔๕ ราย พบว่าการให้เดกซาเมธาโซนร่วมด้วยตั้งแต่แรกจะลดอัตราการเสียชีวิตลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและลดการเกิดผลแทรกซ้อนโดยเฉพาะตับอักเสบจากยาต้านวัณโรคแต่ไม่ลดความพิการที่รุนแรง เช่น การอ่อนแรงของแขนขา^(๔๒). นอกจากนี้การศึกษาผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันจำนวน ๔๓ ราย พบว่าการให้เดกซาเมธาโซนอาจช่วยลดการเกิดภาวะโพรงน้ำสมองโต และการเกิดเยื่อสมองตายเหตุขาดเลือด^(๔๓). อย่างไรก็ตามการศึกษาแบบปริทัศน์เป็นระบบในผู้ป่วยที่เป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรค ๕๕๕ รายพบว่าการให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ร่วมด้วยจะลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตและความพิการ^(๔๔). กลวิธานการออกฤทธิ์ของคอร์ติโคสเตียรอยด์ในการลดอัตราการตายในวัณโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจเป็นผลจากการลดภาวะเป็นพิษต่อตับจากยาต้านวัณโรคก็ได้^(๔๕). ถึงแม้จะมีหลักฐานว่าเดกซาเมธาโซนจะลดการสร้างสารที่ก่อให้เกิดกระบวนการอักเสบโดยไมโครเกลียที่สัมผัสกับเชื้อวัณโรคในเซลล์เพาะเลี้ยง^(๔๖) แต่ก็ไม่พบผลของเดกซาเมธาโซนต่อระดับคัยโทไคน์, ระดับน้ำตาล, จำนวนเม็ดเลือดขาว และระดับแรงดันสารน้ำ

หล่อสมองไขสันหลัง^(๔๖).

ในความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ควรให้คอร์ติโคสเตียรอยด์แก่ผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมองทุกรายจะช่วยลดอัตราการตายและความพิการทางระบบประสาทลงได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือมี neurological deficit เช่น เยื่อสมองตายเหตุหลอดเลือดแดงอักเสบ, การเห็นลัมเพลว, มีแรงดันในกะโหลกสูง หรือห้องสารน้ำสมองโต, จะเกิดภาวะทางเดินสารน้ำไขสันหลังใกล้อุดตัน (impending spinal block) จากเยื่ออะแรคนอยด์หุ้มไขสันหลังอักเสบ โดยในรายที่มีคะแนนหมตติกลาสโกว์น้อยกว่า ๑๕ หรือมีความพิการทางระบบประสาทเฉพาะที่ควรได้รับเดกซาเมธาโซนทางหลอดเลือดดำ ๔ สัปดาห์ (โดยในสัปดาห์ที่ ๑ ให้ฉีดขนาดวันละ ๐.๔ มก.ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม, ในสัปดาห์ที่ ๒ ให้ฉีดขนาดวันละ ๐.๓ มก.ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม, ในสัปดาห์ที่ ๓ ให้ฉีดขนาดวันละ ๐.๒ มก.ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม, และในสัปดาห์ที่ ๔ ให้ฉีดขนาดวันละ ๐.๑ มก.ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม) แล้วตามด้วยกินเดกซาเมธาโซนอีก ๔ สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่ ๑ ให้กินวันละ ๔ มก., ในสัปดาห์ที่ ๒ ให้กินวันละ ๓ มก., ในสัปดาห์ที่ ๓ ให้กินขนาดวันละ ๒ มก. และในสัปดาห์ที่ ๔ ให้กินขนาดวันละ ๑ มก.). ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวและการรับรู้เป็นปรกติและไม่มีความพิการทางระบบประสาทเฉพาะที่ควรได้รับเดกซาเมธาโซนทางหลอดเลือดดำนาน ๒ สัปดาห์ (โดยในสัปดาห์ที่ ๑ ให้ฉีดในขนาดวันละ ๐.๒ มก.ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม, ในสัปดาห์ที่ ๒ ให้ฉีดในขนาดวันละ ๐.๑ มก.ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม) แล้วกินเดกซาเมธาโซนอีก ๔ สัปดาห์ โดยแบ่งให้ตามแบบเดียวกับที่กล่าวไว้ข้างต้น^(๔๗). ยังไม่มีหลักฐานว่าคอร์ติโคสเตียรอยด์จะลดการผ่านของยาต้านวัณโรคเข้าสู่สารน้ำหล่อสมองไขสันหลัง ซึ่งเป็นผลจากการลดการอักเสบของเยื่อหุ้มสมอง. มีการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างสัดส่วนระดับยาต้านวัณโรคกลุ่ม INH, RFM, PZA และสเตรปโทมัยซิน ในเลือดกับในสารน้ำหล่อไขสันหลังในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมองที่ได้และไม่ได้คอร์ติโคสเตียรอยด์^(๔๘).



การบำบัดภาวะแทรกซ้อนจากวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง

๑. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เกิดเนื่องจากภาวะโพรงน้ำสมองโต และการอุดตันของหลอดเลือดดำและไซนัส (thrombosis of draining vein and sinus) หรือจากภาวะสมองบวม. การรักษาภาวะความดันในกะโหลกสูง ได้แก่ การเจาะสารน้ำหล่อไขสันหลังบ่อย ๆ เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ หรือการใส่ท่อเชื่อมต่อห้องสมองกับช่องท้อง (ventriculoperitoneal shunt)^(๔๙,๕๐) ตั้งแต่แรกเพื่อระบายสารน้ำหล่อไขสันหลังโดยเฉพาะถ้ามีภาวะโพรงน้ำสมองโต หรือมีแรงดันในกะโหลกศีรษะสูงซึ่งต้องได้รับการเจาะสารน้ำหล่อไขสันหลังทุกวัน เพื่อลดอัตราการตายและความพิการจากแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง. ในบางครั้งภาวะความดันในกะโหลกสูงอาจตอบสนองต่อการกินแอสไพริน ๓๐ มก.ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัมต่อวันแบ่งให้ ๓ เวลาเพื่อลดการสร้างสารน้ำหล่อไขสันหลัง.

๒. อาการชักพบได้ร้อยละ ๕๐. การให้กินยากันชักเช่นเฟนิอีโทอินวันละ ๓๐๐ มก.มักเพียงพอในการคุมอาการชัก. การหยุดยากันชักหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่ามีรอยโรคที่ผิวสมองที่จะทำให้เกิดการชักซ้ำครั้งต่อไปได้ง่ายหรือไม่.

๓. ทูเบอร์คิวโลมา พบร้อยละ ๑๐-๒๐ ของผู้ป่วย มักพบหลายก้อนและเป็นตำแหน่งโตของสมองก็ได้^(๑๑). ก้อนทูเบอร์คิวโลมาอาจโตขึ้นได้ขณะได้รับยาต้านวัณโรค ควรต้องให้ยาต้านวัณโรคนานพอสมควร. บางครั้งจำเป็นต้องทำไบออปสีย์สมองเพื่อวินิจฉัยหรือทำผ่าตัดเพื่อลดผลกระทบของการมีก้อน.

๔. ฝีวัณโรค พบได้ร้อยละ ๔-๗.๕ ของผู้ป่วยวัณโรคในระบบประสาทส่วนกลาง^(๓๑). ลักษณะมักเป็นก้อนเดี่ยวขนาดใหญ่และโตเร็วกว่าทูเบอร์คิวโลมา. มักพบที่ส่วนสุปราเทนทอเรียลของสมอง. การตรวจทางพยาธิวิทยาจะพบลักษณะโพรงหนองที่ย้อมพบเชื้อวัณโรค^(๓๔) ซึ่งควรต้องได้รับการทำผ่าตัดระบายโพรงหนอง.

การเปลี่ยนแปลงของสารน้ำหล่อสมอง-ไขสันหลังหลังการรักษา

โดยทั่วไปหลังการรักษาในช่วง ๑ เดือนแรกจำนวนเซลล์

ในสารน้ำหล่อไขสันหลังจะลดลงร้อยละ ๕๐ แต่อาจจะยังผิดปกติได้จนถึง ๑ ปี. ระดับน้ำตาลในสารน้ำหล่อสมอง-ไขสันหลังจะปกติใน ๑-๒ เดือนหลังได้รับการรักษา. ส่วนระดับโปรตีนในสารน้ำหล่อสมอง-ไขสันหลังจะปกติได้ที่ระยะเวลา ๑ ปีหรือนานกว่านั้น. การเพาะเชื้อจากสารน้ำหล่อไขสันหลังควรจะไม่มีขึ้นใน ๑ เดือนแรก แต่ PCR อาจให้ผลบวกได้ในระยะ ๑ เดือนแรกหลังการรักษา. โดยทั่วไปถ้าลักษณะเวชกรรมไม่ดีขึ้นหลังให้การรักษาต้องนึกถึงภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะโพรงน้ำในสมองโตชนิดอุดกั้น ซึ่งจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบด้วยเอ็มอาร์ไอ หรือซีที ก่อนที่จะทำการเจาะสารน้ำหล่อไขสันหลัง.

การพยากรณ์โรค

โดยทั่วไปผลการรักษาเมื่ออัตราการตายได้ร้อยละ ๕๐, มีความพิการทางระบบประสาทได้ร้อยละ ๑๕, และหายเป็นปกติหรือมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อยร้อยละ ๓๕. ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการทางระบบประสาทตามมาได้แก่ อัมพาตแขนขา, พูดไม่ได้, ตาบอด, อัมพาตเส้นประสาทสมอง, ความผิดปกติของต่อมใต้สมองและฮัยโปทาลามัส, พัฒนาการช้าในเด็ก และสมองเสื่อม^(๕๑,๕๒). ปัจจัยที่บอกถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ได้แก่ วัณโรคมิลิอารี, มีความรุนแรงของโรคตั้งแต่แรกเริ่ม, มีความล่าช้าในการรักษา, ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ, มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และความผิดปกติของสารน้ำหล่อสมอง-ไขสันหลังมาก เช่น มีระดับโปรตีนสูงมากหรือมีระดับน้ำตาลต่ำมาก. นอกจากนี้ลักษณะภาพรังสีที่แสดงหนองที่บริเวณฐานสมอง, ห้องสมองอักเสบ และภาวะโพรงน้ำสมองโต มักบ่งบอกถึงพยากรณ์โรคที่ไม่ดี.

เอกสารอ้างอิง

- Warrell DA, Farrar JJ, Crook DWM. Bacterial meningitis. In: Warrell DA, Cox TM, Firth JD, Benz EJ Jr, eds. Oxford Textbook of Medicine. 4th ed. Oxford: Oxford Univ Press; 2003. p. 1115-

- 29.
୧୦. Thwaites GE, Hien TT. Tuberculous meningitis: many questions, too few answers. *Lancet Neurol* 2005;4:160-70.
୧୧. Kalita J. Predictors of long term neurological sequelae of tuberculous meningitis : a multivariate analysis. *Eur J Neurol* 2007;14:33-7.
୧୨. Rich AR, MCCordock HA. The pathogenesis of tuberculous meningitis. *Bull John Hopkins Hosp* 1933;52:5-37.
୧୩. Dastur DK, Manghani DK, Udani PM. Pathology and pathogenetic mechanisms in neurotuberculosis. *Rad Clin N Am* 1995;33:733-52.
୧୪. Davis LE. Tuberculous meningitis. In: Davis LE., Kennedy PGE., editors. *Infection of the central nervous system*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2000. p. 481-98.
୧୫. Harris JE, Fernandez-Vilaseca M, Elkington PTG, Horncastle DE, Graeber MB, Friedland JS. IFN γ synergizes with IL-1 β to up-regulate MMP-9 secretion in a cellular model of central nervous system tuberculosis. 2007. p. 356-65.
୧୬. Simmons CP, Thwaites GE, Quyen NTH, Torok E, Hoang DM, Chau TTH, et al. Pretreatment Intracerebral and Peripheral Blood Immune Responses in Vietnamese Adults with Tuberculous Meningitis: Diagnostic Value and Relationship to Disease Severity and Outcome. 2006;2007-14.
୧୭. Roo KL. Mycobacterium tuberculosis meningitis and other etiologies of the aseptic meningitis syndrome. *Semin Neurol* 2000;20:329-35.
୧୧୦. Thwaites G, Chau TTH, Mai NTH. Neurological aspects of tropical disease: Tuberculous meningitis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;68:289-99.
୧୧୧. Garcia-Monco JC. CNS tuberculosis and mycobacteriosis. In: Roo KL, editor. *Principles of Neurologic Infectious Diseases*: McGraw-Hill; 2005. p.195-213.
୧୧୨. Hernandez-Albujar S, Arribas JR RA, Gonzalez-Garcia JJ, Pena JM, Vazquez JJ. Tuberculous radiculomyelitis complicating tuberculous meningitis: case report and review. *Clin Infect Dis* 2000;30:915-21.
୧୧୩. Thwaites GE, Bang ND, Dung NH, Quy HT, Oanh DTT, Thoa NTC, et al. Dexamethasone for the Treatment of Tuberculous Meningitis in Adolescents and Adults. *N Engl J Med* 2004;1741-51.
୧୧୪. Dastur DK. Neurosurgically relevant aspects of pathology and pathogenesis of intracranial and intraspinal tuberculosis *Neurosurg Rev* 1983;6:103-10.
୧୧୫. Karstaedt AS, Valtchanova S, Barriere R, Crewe-Brown HH. Tuberculous meningitis in South African urban adults. *Quart J Med* 1998;91:743-47.
୧୧୬. Katrak SM, Shembalkar PK, Bijwe SR, Bhandarkar LD. The clinical, radiological and pathological profile of tuberculous meningitis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. *J Neurol Sci* 2000;181:118-26.
୧୧୭. Berenger J, Moreno S, Languna F. Tuberculous meningitis in patients infected with the human immunodeficiency virus.. *N Engl J Med* 1992;327:668-72.
୧୧୮. Jeren T, Beus I. Characteristics of cerebrospinal fluid in tuberculous meningitis. *Acta Cytol* 1982;26(26):678-80.
୧୧୯. Thwaites GE. The Diagnosis and Management of Tuberculous Meningitis. *Pract Neurol* 2002;2:250-61.
୧୧୦. Thwaites GE, Chau TT, Farrar JJ. Improving the bacteriological diagnosis of tuberculous meningitis *J Clin Microbiol* 2004;42:378-79.
୧୧୧. Watterson SA, Drobniewski FA. Modern laboratory diagnosis of mycobacterium infections. *J Clin Pathol* 2000;53:70.
୧୧୨. Darnell RB. The polymerase chain reaction: application to nervous system disease. *Ann Neurol* 1993;34:513-23.
୧୧୩. Kox LF, Kuijper S, Kolk AH. Early diagnosis of tuberculous meningitis by polymerase chain reaction.. *Neurology* 1995;45:2228-32.
୧୧୪. Lin JJ, Harn HJ, Hsu YD, Tsao WL, Lee HS, Lee WH. Rapid diagnosis of tuberculous meningitis by polymerase chain reaction assay of cerebrospinal fluid. *J Neurol* 1995;242:147-52.
୧୧୫. Scarpellini P, Racca S, Cinque P, et al. Nested polymerase chain reaction for diagnosis and monitoring treatment response in AIDS patients with tuberculous meningitis. *Aids* 1995;9:895-900.
୧୧୬. Shankar P, et al. Rapid diagnosis of tuberculous meningitis by polymerase chain reaction. *Lancet* 1991;337:5-7.
୧୧୭. Thwaites GE, Caws M, Chau TTH, Dung NT, Campbell JI, Phu NH, et al. Comparison of Conventional Bacteriology with Nucleic Acid Amplification (Amplified Mycobacterium Direct Test) for Diagnosis of Tuberculous Meningitis before and after Inception of Antituberculosis Chemotherapy 2004:996-1002.
୧୧୮. Leonard JM, Des Prez RM. Tuberculosis of the central nervous system. In: Aminoff MJ, editor. *Neurology and general medicine*. 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2001. p. 697-708.
୧୧୯. Davis LE, Reed WP. Infection of the central nervous system. In: Rosenberg RN., Pleasure DE., editors. *Comprehensive Neurology*. 2nd ed: John Wiley & Sons; 1998. p. 281-353.
୧୧୦. Anderson M. Meningitis. In: Donaghy M., editor. *Brain's diseases of the Nervous System*. 11 ed. Oxford: Oxford Univ Press; 2001. p. 1097-116.
୧୧୧. Garg RK. Classic diseases revisited: Tuberculosis of the central nervous system. *Postgrad Med J* 1999;75(881):133-40.
୧୧୨. Donald PR, Malan C, Schoeman JF. Adenosine deaminase activity



- as a diagnostic aid in tuberculous meningitis [letter]. *J Infect Dis* 1987;156:1040-2.
๓๓. Thwaites GE, Farrar JJ. Miliary tuberculosis with meningitis. 2002. P. 230-1.
๓๔. Farrar DJ, Flanagan TP, Gordon NM, Gold RL, Rich JD. Tuberculous brain abscess in patient with HIV infection: case report and review. *Am J Med* 1997;102:297-301.
๓๕. Thwaites GE, Chau TTH, Stepniewska K, Phu NH, Chuong LV, Sinh DX, et al. Diagnosis of adult tuberculous meningitis by use of clinical and laboratory features. *Lancet*. 2002;360(9342):1287-92.
๓๖. Davis LE. Tuberculous meningitis. In: Johnson RT, Griffin JW, McArthur JC, editors. *Current therapy in Neurological disease*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2002. p.144-6.
๓๗. ปรีดา พัวประดิษฐ์, อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. Treatment of tuberculous meningitis : role of short-course chemotherapy *Quart J Med* 1987;62:249-58.
๓๘. Shane SJ, Riley C. Tuberculous meningitis: combined therapy with cortisone and antimicrobial agents. *N Engl J Med* 1953;249:829-34.
๓๙. Ashby M, Grant H. Tuberculous meningitis treated with cortisone. *Lancet* 1955;268:65-6.
๔๐. Girgis NI, et al. Dexamethasone adjunctive treatment for tuberculous meningitis. *Pediatr Infect Dis J* 1991;10:179-83.
๔๑. Schoneman JF. Effect of corticosteroids on intracranial pressure, computer tomographic findings, and clinical outcome in young children with tuberculous meningitis. *Paediatrics* 1997;99:226-31.
๔๒. Thwaites GE, Macmullen-Price J, Chau TTH, Phuong Mai P, Dung NT, Simmons CP, et al. Serial MRI to determine the effect of dexamethasone on the cerebral pathology of tuberculous meningitis: an observational study. *Lancet Neurol* 2007;6:230-6.
๔๓. Prasad K, et al. Steroids for treating tuberculous meningitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006.
๔๔. van de Beek D. Brain teasing effect of dexamethasone. *Lancet Neurol* 2007;6:203-4.
๔๕. Rock RB, et al. Mycobacterium tuberculosis induced cytokine and chemokine expression by human microglia and astrocytes: effects of dexamethasone. *J Infect Dis* 2005;192:2054-8.
๔๖. Simmons CP, Thwaites GE, Quyen NTH, Chau TTH, Mai PP, Dung NT, et al. The Clinical Benefit of Adjunctive Dexamethasone in Tuberculous Meningitis Is Not Associated with Measurable Attenuation of Peripheral or Local Immune Responses. *J Immunol* 2005 July 1, 2005;175(1):579-90.
๔๗. Fitch MT, van de Beek D. Drug insight : steroid in CNS infectious diseases - new indications for an old therapy. *Nat Clin Pract Neurol* 2008;4:97-104.
๔๘. Kaojarern S, et al. Effect of steroids on cerebrospinal fluid penetration of antituberculosis drugs in tuberculous meningitis. *Clin Pharmacol Therap* 1991;49:6-12.
๔๙. Mathew JM, Rajshekhar V, Chandy MJ. Shunt surgery in poor grade patients with tuberculous meningitis and hydrocephalus. effects of response to external ventricular drainage and other variables on long term outcome. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1998;65:115-8.
๕๐. Palur R, Rajshekhar V, Chandy MJ, et al. Shunt surgery for hydrocephalus in tuberculous meningitis: a long-term follow-up study. *J Neurosurg* 1991;74:64-9.
๕๑. Misra UK, Kalita J, Roy AK. Role of clinical, radiological, and neurophysiological changes in predicting the outcome of tuberculous meningitis: a multivariable analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 2000;68:300-3.
๕๒. Thwaites GE, Simmons CP, Than Ha Quyen N, et al. Pathophysiology and prognosis in Vietnamese adults with tuberculous meningitis. *J Infect Dis* 2003;188:1105-15.

ศิลปกรรมบำบัดในประเทศไทย : กำเนิดศูนย์สาธิต ศิลปกรรมบำบัด และสัมมนา “ผู้เชี่ยวชาญ ด้านศิลปกรรมบำบัด ครั้งที่ ๓”

สมจิต ไกรศรี*

เลิศศิริ บวรภักดิ์**

บทคัดย่อ

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเปิดศูนย์สาธิตศิลปกรรมบำบัดเป็นทางการในวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๑ เพื่อเป็นสถานที่ให้การศึกษา ค้นคว้า และวิจัย หลังจากที่แผนกศิลปกรรมบำบัดของสถาบันฯ ได้ให้บริการในการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญาและบุคคลออทิสติกอย่างสม่ำเสมอมากกว่า ๒๐ ปี, โดยทำงานร่วมกันระหว่างจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักศิลปกรรมบำบัด. พร้อมกันนั้นได้จัดสัมมนาวิชาการผู้เชี่ยวชาญศิลปกรรมบำบัดครั้งที่ ๓ ขึ้นในหัวข้อ “ทิศทางศิลปกรรมบำบัดในประเทศไทย” โดยวิทยากรในประเทศและจากต่างประเทศซึ่งได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ชัดเจนขึ้นอีกระดับหนึ่งจากสาระและประเด็นต่างๆ ที่นักศิลปกรรมบำบัดควรสนใจและนำไปประยุกต์. สัมมนาครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ที่สนใจนำศิลปกรรมไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ทำงานด้านสุขภาพจิต. ผู้เข้าประชุมสัมมนาจำนวน ๑๒๐ คน ประกอบด้วยนักสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และครูในโครงการศิลปกรรมบำบัด และศิลปินจำนวนหนึ่ง.

คำสำคัญ: ศิลปกรรมบำบัดในประเทศไทย, สถาบันราชานุกูล, สัมมนาผู้เชี่ยวชาญศิลปกรรมบำบัดครั้งที่ ๓, ศูนย์สาธิตศิลปกรรมบำบัด

Abstract

A Synopsis of the Official Opening of an Art Therapy Demonstration Center and the Activities of the Third Art Therapy Specialist Seminar
Somjit Kraisri*, Lertsiri Bovornkitti**

**Rajanukul Institute of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Bangkok, **Faculty of Fine and Applied Arts, Burapha University, Chonburi Province*

After almost 20 years of effort, the Art Therapy Demonstration Center was established under the Rajanukul Institute, a 48-year-old mental health hospital and academy of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The date was April 3, 2008 and the occasion was presided over by General Wanchai Ruengtrakul, President of the Rajanukul Foundation, and Dr. Wachira Pengchan, Deputy Director General of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The co-chairpersons announced the official opening of the “Art Therapy Demonstration Center.” The opening event was followed by the Art Therapy Specialist Seminar on “Art Therapy Roadmap in Thailand”, which was attended by 120 mental health personnel, some art therapists, professional artists and art educators, among others.

The seminar comprised two sessions: “Art Therapy in Thailand” and “Art Therapy in the West.” The first speaker, Dr. Udom Petchsangharn, the former director of the Institute, spoke of the value and status

*สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

**คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



of art therapy in Thailand based on the concept of “adjunct therapy” or “essential adjunct therapy,” and the role of “art” in human sociology, and its power in the treatment of the mind. The second speaker, Prof. Punya Vijinthanasarn, an outstanding artist and Dean of the Faculty of Painting, Sculpture and Graphic Arts of Silpakorn University, spoke on the historical development of fine art in association with inner-subconscious expression by using extensive examples of Western art works. Prof. Saman Supprasri, Dean of the Faculty of Fine and Applied Arts, Burapha University, gave notes on the role of art education and aesthetical values in relation to the therapeutic approach. Dr. Lertsiri Bovornkitti concluded the session by addressing the role of art therapy and its value, and the characteristics and knowledge that art therapists should formulate, i.e., the two types of art therapy in the West: “Art as Psychotherapy” and “Art as Therapy,” and then summarized a roadmap for art therapy in Thailand.

He acted as moderator for two invited speakers, Mr. Jordan Potash from the United States and Ms. Debra Kalmanowitz from England, who spoke on “Art Therapy in the West.” An example of historical practices associated with traditional and indigenous art therapy was Navajo sand-painting. They also provided background knowledge of art therapy in the West based on the two concepts, art as therapy and art psychotherapy, explicating the three knowledge roots of art therapy, i.e., art, psychology and therapy; and theoretical notions on “witness/witnessing.” The presentation was followed by a question-and-answer session related to the practice of art therapy. The presentations of the two international art therapists provided support for the future development of art therapy in Thailand.

For further improvement of the knowledge of Thai art therapy, the authors suggest that a series of art therapy workshops be organized by qualified international art therapists and educators for the Thai art therapy practitioners and those who are interested in this newly developing field.

Key words: Thai art therapy, Rajanukul Institute, Third Art Therapist Seminar, Art Therapy Demonstration Center

ในประเทศไทยมีผู้สนใจงานศิลปกรรมบำบัดมากขึ้นหลังจากการประชุม “แนะนำศิลปกรรมบำบัด” ที่มหาวิทยาลัยศิลปากรเมื่อ ๒ ปีที่แล้ว^(๑) และต่อมามีการประชุมย่อยๆ ติดตามมาอีกหลายครั้ง และล่าสุดได้มีงานวิจัยร่วมกับจิตแพทย์.^(๒) เมื่อวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๑ เป็นวโรกาสศุภฤกษ์ได้มีการเปิดตัวเป็นทางการของศูนย์สาธิตศิลปกรรมบำบัดของสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสัมมนาวิชาการ “ผู้เชี่ยวชาญด้านศิลปกรรมบำบัด ครั้งที่ ๓” ซึ่งผู้เขียน (ดร.เลิศศิริ บวรกิตติ) ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมสัมมนาครั้งนี้ในฐานะวิทยากรรับเชิญ. บทความนี้เป็นเพียงรายงานสรุปเหตุการณ์และเนื้อหาของสัมมนาเพื่อบันทึกไว้เป็นประวัติความเป็นมาในด้านพัฒนาการศาสตร์ศิลปกรรมบำบัด.

สถาบันราชานุกูลได้ดำเนินงานศิลปกรรมบำบัดแบบการบำบัดทางเลือกร่วมจิตเวชมาเป็นระยะเวลาจนถึง ๒๐ ปีแล้ว แม้จะเป็นที่ทราบกันในวงจำกัด แต่ก็ยังเป็นหน่วยงานของรัฐแห่งแรกที่มีบริการศิลปกรรมบำบัดสำหรับบุคคลออทิสติก, ผู้

บกพร่องทางสติปัญญา และผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ, อารมณ์ และพัฒนาการพฤติกรรม โดยการทำงานร่วมกันระหว่างจิตแพทย์, พยาบาล, นักจิตวิทยา และผู้สนใจด้านศิลปกรรมบำบัด.

จวบวาระเข้าสู่ปีที่ ๒๐ ของแผนกศิลปกรรมบำบัด สถาบันราชานุกูลที่มีผลปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตลอดมาโดยการส่งเสริมสนับสนุนอย่างแข็งขันจากกรมสุขภาพจิตและอดีตผู้บริหารสถาบันฯ และแพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล ผู้อำนวยการสถาบันฯ คนปัจจุบัน รวมถึงผู้ร่วมงานทุกท่านในสถาบัน และมูลนิธิเพื่อสถาบันราชานุกูลซึ่งมีผลออกวันชัยเรื่องตระกูล เป็นประธาน ได้นำพาให้บรรลุจุดมุ่งหมายตามปณิธานของผู้ปฏิบัติที่มีอุดมการณ์และความเข้มแข็งอดทน โดยเฉพาะอดีตผู้อำนวยการสถาบัน นายแพทย์อุดม เพชรสังหาร, แพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล ผู้อำนวยการสถาบันฯ คนปัจจุบัน, นายแพทย์ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา จิตแพทย์เยาวชน และผู้เขียน (สมจิตร ไกรศรี) ที่ได้ร่วมแรงร่วมใจจัด

ตั้งศูนย์สาธิตศิลปกรรมบำบัดขึ้น และเปิดเป็นทางการโดย ท่านประธานมูลนิธิ พลเอกวันชัย เรืองตระกูล และนายแพทย์ วชิระ เพ็งจันทร์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ซึ่งได้จุดประกาย ให้มีการขับเคลื่อนศิลปกรรมบำบัดอย่างจริงจังและก้าวหน้า ต่อไปอีกระดับหนึ่ง (รูปที่ ๑-๒ พิธีเปิดศูนย์สาธิตศิลปกรรม บำบัด). (รูปที่ ๓-๔ บรรยากาศเปิดศูนย์สาธิตศิลปกรรมบำบัด).

สัมมนาวิชาการครั้งนี้มีความสำคัญ เพราะนอกจาก เป็นเวทีวิชาการให้แก่ศูนย์สาธิตศิลปกรรมบำบัด สถาบัน ราชานุกูลแล้ว สัมมนาวิชาการยังได้สร้างมิติการเรียนรู้งาน ศิลปกรรมบำบัดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้จริงใน การพัฒนาการศาสตร์นี้ต่อไป. ในช่วงแรกของสัมมนาครั้งนี้ เป็นภาคบรรยายในหัวข้อ “ทิศทางศิลปกรรมบำบัดประเทศไทย” ประกอบด้วยวิทยากร นายแพทย์อุดม เพชรสังหาร อดีตผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล กรรมการผู้จัดการปัจจุบันของ บริษัทรักลูก ฮิวแมน แอน โซเชียล อินโนเวชั่น จำกัด, อาจารย์ ปัญญา วิจินธนสาร คณบดีคณะจิตรกรรมประติมากรรม และ ภาพพิมพ์ มหาวิทยาลัยศิลปากร, อาจารย์สมาน สรรพศรี คณบดีคณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, และ ดร.เลิศศิริร์ บวรกิตติ รองประธานโครงการศูนย์ศิลปกรรม บำบัด-เอเชียแปซิฟิก มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีคุณพนิดา



รูปที่ ๑ แพทย์หญิงพรณพิมล หล่อตระกูล ผู้อำนวยการสถาบัน ราชานุกูล กล่าวรายงานในพิธีเปิดศูนย์สาธิตศิลปกรรม บำบัด



รูปที่ ๒ พลเอกวันชัย เรืองตระกูล ประธานมูลนิธิสถาบันราชานุกูล และนายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานเปิดศูนย์สาธิต ศิลปกรรมบำบัด สถาบันราชานุกูล เป็นทางการ



รูปที่ ๓ ครูสมจิตร ไกรศรี หัวหน้าศูนย์สาธิตศิลปกรรมบำบัด สถาบันราชานุกูล นำประธานพิธีเปิดและแขกสำคัญชม การสร้างสรรค์ศิลปกรรมของเด็กออทิสติกภายในศูนย์ สาธิตศิลปกรรมบำบัด

รัตนไพโรจน์ พยาบาลวิชาชีพ ๗ เป็นพิธีกรดำเนินรายการ (รูปที่ ๕). นายแพทย์อุดม เพชรสังหาร ได้กล่าวถึงคุณค่าของ สถานภาพของศิลปกรรมบำบัดในวงวิชาชีพและสังคมไทย และการมองศิลปกรรมบำบัดเป็นแบบ “adjunct therapy” (treatment of choice) หรือ “essential adjunct therapy”



รูปที่ ๔ บรรยากาศภายในวันเปิดศูนย์สาธิตศิลปกรรมบำบัด สถาบันราชานุกูล

ซึ่งมีบทบาทสำคัญด้าน “ศิลปะ” และ “ศิลปนิยม” ต่อมนุษยชาติ และการเป็นศาสตร์ที่เชื่อมโยงบูรณาการด้านบำบัดรักษาเข้ากับวิทยาศาสตร์ และกับการทำงานของสมองสองซีกในทัศนะของ “neuro-science” ร่วมไปกับมุมมองเชิงธุรกิจการจัดการศิลปกรรมบำบัดในการที่จะทำให้เกิดคุณค่าเป็นที่ประจักษ์ทางเวชปฏิบัติต่อสังคม. โดยรวมวิทยากรท่านนี้ได้ให้ความรู้เชิงตรรกะวิเคราะห์และแนวคิดด้านองค์ความรู้อย่างกว้างขวาง. ท่านให้แนวคิดว่าศิลปะมีพลังในการพัฒนาจิตใจมนุษย์และทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจหรือ “empathy”.

อาจารย์ปัญญา วิจินธนสาร ศิลปินแนวหน้าของประเทศและคณบดีคณะจิตรกรรมประติมากรรมและภาพพิมพ์ มหาวิทยาลัยศิลปากร บรรยายพร้อมฉายภาพประกอบเป็นผลงานศิลปะชั้นเอกของโลกตั้งแต่ประวัติศาสตร์ศิลปะยุคก่อนคลาสสิก จนถึงยุคร่วมสมัย เช่น ผลงานภาพเขียนของ ลีโอนาโด ดา วินชี, วินเซนต์ แวนโก๊ะ, ซัลวาดอร์ ดาลี, และ ฟรานซิส เบคอน ท่านได้บรรยายถึงวิวัฒนาการทางศิลปะประเภททัศนศิลป์ ที่มีจินตนาการและส่วนร่วมของจิตใต้สำนึกของศิลปินสื่อโดยการวาดและการระบายสี. ต่อมาอาจารย์สมาน สรรพศรี คณบดีคณะศิลปกรรมศาสตร์ นักพูดแห่งมหาวิทยาลัยบูรพา บรรยายในแบบสนุกสนานครั้งเคร่งแจกแจงสาระการศึกษาศาสตร์ศิลปะว่าประกอบด้วยปรัชญาศิลปะ, ประวัติศาสตร์



รูปที่ ๕ วิทยากรกำลังบรรยายในภาคเช้าของสัมมนาวิชาการผู้เชี่ยวชาญศิลปกรรมบำบัดครั้งที่ ๑ ณ ศูนย์สาธิตศิลปกรรมบำบัด สถาบันราชานุกูล

ศิลป์, ศิลปนิยม และสุนทรียศาสตร์ ที่สร้างความเข้าใจทางศิลปะที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้. ผู้เขียน (ดร.เลิศศิริ บวรกิตติ) บรรยายสาระศาสตร์ด้านศิลปกรรมบำบัดว่าคืออะไร, มีบทบาทข้อดีอย่างไร โดยในฐานะศิลปกรรมบำบัดใช้ได้กับทุกคนเชื้อชาติทุกวัฒนธรรมและทุกเพศทุกวัย จะปฏิบัติโดยลำพังหรือร่วมกับฝ่ายจิตบำบัดก็ได้. ที่สำคัญคือศิลปกรรมบำบัดเป็นมิตรกับสภาพแวดล้อมและมีความปลอดภัยสูง. แม้อาจารย์ไม่ได้เต็มร้อยในบางกรณีก็ยังคงได้ผลในการผ่อนคลายอารมณ์ยกระดับจิตใจและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจ และสร้างสัมพันธภาพที่ดี. นอกจากนั้นผู้บรรยายได้กล่าวถึงความรู้และคุณสมบัติของนักศิลปกรรมบำบัดที่ผสมผสานระหว่างศิลปกรรมกับจิตวิทยาและจิตบำบัด และอ้างอิงความคิดที่แตกต่างระหว่างนักศิลปกรรมบำบัดในต่างประเทศที่แบ่งศิลปกรรมบำบัดเป็น ๒ แนว คือ “art as psychotherapy” กับ “art as therapy” สุดท้ายได้ให้แนวทางในการขับเคลื่อนงานศิลปกรรมบำบัดสำหรับอนาคต ซึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายความร่วมมือระหว่างนักปฏิบัติและนักวิชาการในทางวิชาการ และการมุ่งเน้นการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพการรักษา^(๓-๕). ท้ายรายการเป็นการถามตอบระหว่างวิทยากรกับผู้ร่วมสัมมนา.

ช่วงที่ ๒ หลังอาหารกลางวัน ผู้เขียน (ดร.เลิศศิริ บวร

กิตติ) เป็นผู้ดำเนินรายการให้กับภาคการบรรยาย “ศิลปะกรรมบำบัดตะวันตก: สังเกตทฤษฎีและปฏิบัติ” โดยวิทยากรต่างประเทศ Mr. Jordan Potash นักศิลปะกรรมบำบัดชาวอเมริกัน และ Ms. Debra Kalmanowitz นักศิลปะกรรมบำบัดชาวอังกฤษ (รูปที่ ๖). วิทยากรทั้ง ๒ ท่านได้บรรยายเกี่ยวกับศิลปะกรรมในการแพทย์สมัยโบราณ, ศิลปะพื้นเมืองของชาวอินเดียนแดงเผ่า Navajo ที่ใช้การวาดบนพื้นทราย (sand painting) ในการรักษาบาดแผลจากคมหอกคมธนู และประวัติความเป็นมาของศิลปะกรรมบำบัดตะวันตกโดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ ซึ่งได้อ้างถึงศิลปะกรรมบำบัด ๒ แนว ที่ผู้เขียน (ดร.เลิศศิริ บวรกิตติ) บรรยายในช่วงเช้า. เนื้อหาลำดับนอกจากนั้นเกี่ยวกับรากฐานความรู้ทางศิลปะกรรมบำบัดที่มีอยู่ด้วยกัน ๓ รากฐาน คือ art, psychology และ therapy ซึ่งจะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้ และ



รูปที่ ๖ ภาพการบรรยายภาคบ่าย เรื่อง Art Therapy in the West โดย Mr. Jordan Potash นักศิลปะกรรมบำบัดชาวอเมริกัน และ Ms. Debra Kalmanowitz นักศิลปะกรรมบำบัดชาวอังกฤษ

วิทยากรก็ได้ยกข้อความอ้างอิงเกี่ยวกับทฤษฎีของการเป็นพยาน (witness/witnessing) ในศิลปะกรรมบำบัดที่นักศิลปะกรรมบำบัดต้องเป็นผู้ฟังและยอมรับความคิดเห็นของผู้ถูกบำบัด โดยไม่เอาความรู้สึกของตัวเองเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆในอดีตของผู้ถูกบำบัด คล้ายๆกับการวางตัวเป็นกลางเพื่อประสิทธิผลจากการดูแลผู้รับการบำบัด. จากนั้นได้มีการซักถามจากผู้เข้าร่วมสัมมนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเฉพาะในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างศิลปะกรรมกับการบำบัดผู้มีปัญหาทางจิตและอารมณ์รุนแรง, การประเมินติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการบำบัด, รูปแบบและวิธีบำบัด, และการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินศักยภาพศิลปะกรรมบำบัด.

โดยสรุปสัมมนาวิชาการศิลปะกรรมบำบัดครั้งนี้ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จากสาระและประเด็นต่างๆ ที่นักศิลปะกรรมบำบัดควรสนใจได้เรียนรู้และนำไปประยุกต์ โดยที่ศิลปะกรรมบำบัดในประเทศไทยที่ยังอยู่ในสถานะการณ์ที่มีผู้ไม่รู้จักจริงและชัดเจนถึงระดับ Art Therapy Registry (ATR)^(๖) แต่จากสัมมนาก็แสดงให้เห็นว่ามีผู้ที่ได้ใช้ศิลปะกรรมในการบำบัดและผู้ที่มีใจนำศิลปะกรรมบำบัดไปใช้อยู่มากโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพจิต. ผู้เข้าประชุมสัมมนามีจำนวน ๑๒๐ คน ประกอบด้วยนักสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และครูในโครงการศิลปะกรรมบำบัดและศิลปะบำบัดบางส่วน. จากการประชุมครั้งนี้ผู้เขียนเชื่อว่าผู้ที่สนใจงานศิลปะกรรมบำบัดจะร่วมกันสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนประสบการณ์องค์ความรู้ต่อไปและจะจัดสัมมนาวิชาการเป็นประจำเพื่อพัฒนางานศิลปะกรรมบำบัดประเทศไทยให้ก้าวหน้าต่อไปในอนาคต. ผู้เขียนขอชื่นชมที่ในที่สุดสถาบันราชานุกูลได้สามารถให้กำเนิดศูนย์สาธิตศิลปะกรรมบำบัดอันเป็นปรากฏการณ์สำคัญขึ้นในวงการศิลปะกรรมบำบัดของประเทศไทย.



เอกสารประกอบการเรียบเรียง

๑. ปัญญา วิจินธนสาร, เทพศักดิ์ ทองนพคุณ, เลิศศิริร์ บวรกิตติ. นุรพาทับการจัฒประชุมวิชาการ “แนะนำศิลปกรรมบำบัด”. ธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๔๕;๖:๓๕๐-๔๐๑.
๒. เลิศศิริร์ บวรกิตติ, ประภา โสฬสจินดา-นันทวรศิลป์, สมัย สิริทองถาวร. ศิลปกรรมบำบัดเด็กเหยื่อน้ำหลาก ดินถล่มที่อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐;๓:๓๒๕-๓๓๒.
๓. เลิศศิริร์ บวรกิตติ, เทพศักดิ์ ทองนพคุณ, วรรณะ อุณาภูล, เจมส์ อลันดองโก, แม็กซเตอร์ เจ. การ์เซีย, ฮอลลี่ ทัปเปอร์. ศิลปกรรมบำบัด: ความสังเขป. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๘;๑๔:๑๐๕๑-๔.
๔. อัมไพพนิชฐ สมานวงศ์ไทย, เลิศศิริร์ บวรกิตติ. ศิลปกรรมบำบัด. ธรรมศาสตร์เวชสาร ๒๕๔๕;๖:๒๔๓-๗.
๕. เลิศศิริร์ บวรกิตติ. ศิลปกรรมบำบัดคืออะไร. วารสารศิลปกรรมนุรพา ๒๕๔๕;๖:๒๔๓-๗.
๖. เลิศศิริร์ บวรกิตติ, สมจิตร ไกรศรี. ศิลปกรรมบำบัดในประเทศไทย. หนังสือศูนย์สาธิตศิลปกรรมบำบัด สถาบันราชานุกูล. ๒๕๕๑. หน้า ๑๕.

NGV เป็น แก๊ส หรือ รถ

เรียนบรรณาธิการวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

ผมเคยและก็ยังข้องใจเรื่อง NGV เป็นแก๊สหรือรถใช้แก๊ส และได้เขียนจดหมายถึงบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา ฉบับปี ๒๕๔๙ หน้า ๙๑-๙๒ แต่ก็ยังไม่ได้รับความกระจ่าง แม้ท่านบรรณาธิการจะเขียนไขความในบทปกิณกะในธรรมศาสตร์เวชสารฉบับปี ๒๕๕๐ หน้า ๑๐๒ ผมก็ยังไม่กระจ่างอยู่ดี. เมื่อเร็ว ๆ นี้ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๑ ผมได้อ่านหนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์ฉบับวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๑ มีบทความและภาพเกี่ยวกับถังแก๊สในรถระเบิด (NGV tanks cause of truck blast) ซึ่งมีเนื้อความเกี่ยวกับ NGV เป็นแก๊สหรือเป็นรถ จึงส่งมาขอความเห็นอีกครั้ง โปรดอ่านพิจารณาด้วยวิจารณญาณ.

ศ. นพ. สาโรจน์ วรรณพฤกษ์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตอบศาสตราจารย์สาโรจน์ วรรณพฤกษ์

ผมอ่านบทความในหนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์ที่คุณหมอส่งมาให้อ่านแล้ว ก็ยังเห็นว่า NGV เป็นแก๊สอยู่แน่นอน เช่นเดียวกับกับภาพที่คุณหมอตัดให้อ่านเมื่อ พ.ศ.๒๕๔๙ และผมนำลงพิมพ์ไว้ในวารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งก็ได้ตีความว่า NGV เป็นแก๊ส. ผมทราบว่าคุณหมอพยายามให้ NGV เป็นอักษรย่อของ natural gas vehicle ตามพจนานุกรมฝรั่ง เช่น Wikipedia. ถึงจุดนี้ผมขอเรียนว่าเมื่อกรมธุรกิจพลังงาน กระทรวงพลังงานไทยใช้ NGV เป็นอักษรย่อของ natural gas for vehicles ก็ไม่เห็นผิดอะไร เพราะก็ใช้อักษรย่อถูกต้อง เชื่อว่าคงไม่มีใครแม้แต่ฝรั่งใช้อักษรย่อ NGV. ดังนั้นควรถือว่าต่างคนต่างตั้งคำก็แล้วกัน ไม่เห็นจะต้องไปเดินตามรอยเท้าฝรั่งอยู่เรื่อยไป. คุณหมอลงเห็นว่าปัจจุบันนี้คนไทยเราทำตามฝรั่งจนแทบไม่เหลือวัฒนธรรมชาติไทยแล้ว หากเป็นเช่นนี้ต่อไปไม่ช้าประเทศไทยคงกลายเป็นเมืองขึ้นของฝรั่งโดยปริยาย เพราะคนไทยจะไม่เหลือเอกลักษณ์ไทยให้สามารถระบุออกมาเป็นคนไทยหรือประเทศไทยอีกแล้ว ไม่ว่าจะแต่งเนื้อแต่งตัว ภาษาพูดภาษาเขียน ลองไปดูชื่อรายการโทรทัศน์ไทย แม้ชื่อสถานีโทรทัศน์หลายแห่งก็เปลี่ยนเป็นภาษาที่คนไทยมากกว่าครึ่งประเทศอ่านไม่ออกแปลไม่ได้แล้ว.

บรรณาธิการ



TUESDAY, APRIL 1, 2008 + 25 BAHT

NGV tanks cause of truck blast

Motorists must use PTT 'safety card' on refilling

POST REPORTS

The Energy Ministry and PTT Plc verified yesterday that Sunday's explosion of compressed natural gas (CNG) cylinders on a truck at a PTT petrol station on Bang Na-Trat highway was caused by an illegally installed gas fuel system.

Now, all motorists seeking to refill with CNG, which is sold locally as natural gas for vehicles (NGV) by the only supplier PTT, will have to show PTT cards certifying the safety of their fuel systems.

The blast occurred around midnight on Sunday as the Isuzu 10-wheeler was parked and being refilled with natural gas. The vehicle was registered in Chon Buri.

Its windshield and all its windows were blown out and its roof was warped by the blast. Its eight gas cylinders were scattered across the station and parts of two cylinders fell onto the highway which is about 100 metres away.

The explosion injured eight people and caused extensive damage to property. It was the first NGV explosion in Thailand and PTT officials attributed it to sub-standard cylinders.

Currently, 66,000 NGV-powered vehicles are registered nationwide, mostly taxi fleets operating in Bangkok. PTT expects the number of NGV-powered vehicles to rise to 100,000 by year-end.

To ensure safety, PTT will tighten monitoring standards at all stations nationwide, said PTT senior executive vice-president Chitrapongse Kwangsukstith. He said motorists seeking to refill NGV



Officials inspect a 10-wheel truck wrecked when cylinders of NGV exploded as they were being refilled at a PTT station on the Bang Na-Trat highway early yesterday morning. PATTANAPONG HIRUNARD

cylinders will have to show PTT cards certifying their gas fuel system's safety. Around 21 authorised garages have been given licences by PTT and the Land Transport Department to modify and install NGV equipment for vehicles. All motorists whose vehicles were properly modified for using the natural gas would receive PTT cards. Energy Business Department director-

general Metta Buntermsuk said the gas cylinders on the truck that exploded had been imported by a recycling plant as scrap metal.

But instead of being recycled, the cylinders were patched up and resold as part of an NGV kit, despite not meeting official safety standards.

The cylinders were sold for just 7,000-8,000 baht a tank, a huge discount versus

the 30,000 baht typically charged for a new, officially certified NGV cylinder.

An inspection by the Energy Business Department and PTT found that all eight cylinders installed in the truck were in poor condition. The cylinder walls were found to be thinner than specifications, with less capacity to handle the high pressures used for NGV systems. Fibreglass coverings typically used with NGV

tanks to boost durability were also ripped and in bad condition.

"There is a kind of standard cylinder that uses slightly thinner metal but is shielded with fibreglass. But in this case, it was clear that the recycling plant ripped the shield away to make more money," Mr Metta said.

Authorities noted that the damaged truck had not received an NGV certificate from the Land Transport Department as required under the law. Vehicles with engine modifications to use NGV must be certified and approved by the department.

Mr Metta said the Energy Business Department would ask the Commerce Ministry to cooperate in requiring imported used gas cylinders to be used for scrap only.

Land Transport Department director-general Silpachai Charukasemrat said his agency would intensify inspections and take strict action against garages and standards-certifying agents that were lenient with modification standards, he said.

Confederation of Thai Truckers secretary-general Thongyu Yongkhan admitted that some truckers use sub-standard equipment to save costs. But only 20,000 of 740,000 trucks nationwide under its membership were fuelled with NGV, he added, citing last year's figures.

He said it costs 280,000-1.2 million baht to convert a diesel-driven truck to use NGV as fuel, depending on the size and engine.

Given the associated costs, many truckers had turned to illegal garages that charged tens of thousands of baht less for the modification, Mr Thongyu said.

‘Eff-’ / ‘ประสิทธิ-’

เรียนบรรณาธิการวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

ผมได้อ่านวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ มค.-มี.ค. (ฉบับเสริม ๓) ๒๕๕๑ เห็นการใช้คำ ‘Eff’ = ‘ประสิทธิ’ ต่าง ๆ อย่างสับสน เช่น บทความหน้า ๕๕๗, ๕๗๑, ๖๐๘, ๗๗๑ ผมจึงส่งสำเนาเอกสารการบัญญัติศัพท์ดังกล่าวมาให้ตามเอกสารแนบเพื่อให้ใช้อย่างถูกต้อง ซึ่งจำเป็นต้องดูวิธีการวิจัยด้วยว่าจะใช้ศัพท์ใด เช่น บทความหน้า ๗๗๑ ใช้ภาษาไทยว่า ‘ประสิทธิผล’ นั้นถูกต้อง แต่ดูจากกระบวนการวิจัยแล้วใช้ภาษาอังกฤษคำว่า ‘efficacy’ นั้นไม่ถูกต้อง เพราะไม่ใช่สถานการณ์อุดมคติ แต่เป็นสถานการณ์จริง จึงต้องใช้คำว่า ‘effectiveness’ จึงจะถูกต้อง. ทั้งนี้อาจนำสำเนาเอกสารที่แนบมาด้วยนี้ลงในวารสารฉบับถัดไปด้วยก็ดีครับ.

นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม

จากสำเนาบันทึกรับข้อความลงวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ จากฝ่ายวิชาการ ๑ กองวิทยาศาสตร์ ถึงประธานคณะกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์แพทยศาสตร์:

กรรมการบัญญัติศัพท์วิทยาศาสตร์ได้พิจารณาเมื่อการประชุมครั้งที่ ๑๓ (พท๑๖๐)/๒๕๕๕ แล้วมีมติให้บัญญัติศัพท์ดังนี้

efficacy	๑. ประสิทธิผล [มีความหมายเหมือนกับ effectiveness]
	๒. ประสิทธิศัถย์ [ใช้ในวิทยาศาสตร์การแพทย์]
effectiveness	ประสิทธิผล [มีความหมายเหมือน efficacy ๑]
efficiency	ประสิทธิภาพ

คณะกรรมการพิจารณาบทวนเมื่อการประชุมครั้งที่ ๒๑ (พท๑๖๘)/๒๕๕๕ และ ๒๒ (พท๑๖๙)/๒๕๕๕ แล้วมีมติบัญญัติศัพท์ทั้ง ๓ คำดังนี้

effectiveness	ประสิทธิผล
efficacy	ประสิทธิศัถย์
efficiency	ประสิทธิภาพ

ตอบ พันโท นพ. สุรจิต สุนทรธรรม

ยินดีมากที่คุณหมอบริเริ่มศึกษาค้นคว้าอีก ทำท่าจะเข้ารูปรอยความเป็นนักวิชาการแบบสมัยก่อน ระยะเวลาหลังๆผมรู้สึกเสียดายอัจฉริยภาพของคุณหมอบริเริ่ม ยังจำได้สมัยคุณหมอบริเริ่มเป็นนักเรียน และเมื่อพบกันอีกเมื่อคุณหมอบริเริ่มหมอนักวิชาการ ทำให้เราได้ร่วมงานทำอะไรต่อมิอะไรได้หลายอย่าง. ต้องย้ำอีกว่าถ้าคุณหมอบริเริ่มกลับมาเป็นนักวิชาการเหมือนเดิมอีก แวดวงวิชาการแพทย์จะได้ประโยชน์จากคุณหมอบริเริ่มมาก.



จดหมายคุณหมอตักท้วงด้านภาษาเรื่อง 'eff' / 'ประสิทธิ-' เป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านมาก เหมือนที่เราเคยร่วมกันในสมัยหนึ่ง แต่หลัง ๆ นี้เลิกไปเพราะเห็นคุณหมอชักช้า ๆ ลง. สำหรับข้อผิดพลาดในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขฉบับที่คุณหมอท้วงติงมา ผมขอรับผิดชอบในฐานะบรรณาธิการที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้รอบคอบสมบูรณ์ เนื่องจากเวลาจำกัดมาก. และเชื่อว่าถ้าให้คุณหมอทำหน้าที่บรรณาธิการแทนผม งานวารสารฉบับนี้จะสมบูรณ์กว่านี้มาก แต่กว่าวารสารจะคลอดออกมาได้แต่ละฉบับคงค้างหลายปี.

บรรณาธิการ

จุดจบ

เรียนบรรณาธิการวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

ผมรู้สึกที่ท่านบรรณาธิการ ศ. นพ.สมชัย บวรกิตติ คงหมดฝีมือแล้ว เพราะผลงานระยะหลังๆ นี้ผิดพลาดมากเกินอภัย. จริง ๆ แล้วมีมาก ๆ แต่ขอยกตัวอย่าง: ๑. วารสาร สวรส ฉบับเสริม ๓ หน้าก่อน ๕๓๕ ในกรอบ HIV/AIDS บรรทัดที่ ๕ มีคำว่า T lymphocyte; ๒. วารสารโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ฉบับ มค.- ธค. ๒๕๕๐ (เพิ่งออกในเดือน เมย. ๒๕๕๑) ที่ท่านบรรณาธิการไปเป็นร่างทรงให้ก็ผิดเยอะ เช่น ข้อ ๔๐ ในหน้า ๗๙ บรรทัดที่ ๕ มีคำ yollution และบรรทัดที่ ๖ มีคำ hpring, ที่ด้านในปกหลังในกรอบตัวแบบถดถอยลอลจิสติก บรรทัดที่ ๒ คำปลายบรรทัดเป็นระหว่า และบรรทัดที่ ๖ ต่อ ๗ odds ratio กลายเป็น odd ration ไป. ผมไม่เคยเห็นความผิดพลาดมากขนาดนี้มาก่อนในผลงานของท่าน. ผมขอรับรองว่าเมื่อทำดีไม่ได้แล้ว ก็สมควรมอบให้คนที่ทำได้มาทำไม่ดีกว่าหรือ.

วิชัย เตชะสาธิต

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตอบ คุณหมอวิชัย เตชะสาธิต

ผมไม่ขอพูดแก้ตัวเพราะหาเหตุผลไม่ได้. ผมไปตรวจต้นฉบับในคอมพิวเตอร์ของผมที่ส่งไปให้สำนักพิมพ์ทางไปรษณีย์อีเลคทรอนิกส์ ก็ถูกต้อง และปฏิรูปสุดท้ายก่อนส่งพิมพ์ก็ถูกต้อง. ผมมีความบกพร่องสถานเดียวที่ไม่ได้ตรวจปฏิรูปเพลตก่อนให้โรงพิมพ์ เพราะเชื่อใจกัน. ฉะนั้นผมคงต้องโทษตัวเองที่หมดความรอบคอบ เพราะแม้แต่สำนักพิมพ์เอาชื่อคณะบรรณาธิการเล่มเก่าไปใส่แทนรุ่นปรับปรุง ผมก็ไปรู้ต่อเมื่อวารสารพิมพ์ออกมาแล้ว. ผมยินดีอย่างยิ่งถ้าคุณหมอจะแนะนำผู้ใด หรือตัวคุณหมอเองให้มารับหน้าที่บรรณาธิการแทนผม.

สมชัย บวรกิตติ

ระบบประสาทส่วนรอบ/ส่วนปลาย

เรียนบรรณาธิการวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

ขอกระตู่ถามท่านบรรณาธิการ ในฐานะที่ท่านรอบรู้เป็นประธานจัดทำพจนานุกรมศัพท์แพทยศาสตร์ของราชบัณฑิตยสถานว่าเหตุใดท่านจึงปล่อยให้ศัพท์ “ภาวะเส้นประสาทรับความรู้สึกส่วนปลายผิดปกติ” หลุดออกมาปรากฏในวารสารที่ท่านบรรณาธิการได้ (วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๑ ฉบับเสริม ๓ หน้า ๗๔๗) เพราะศัพท์ที่ถูกต้องน่าจะเป็น “ภาวะเส้นประสาทรับความรู้สึกส่วนรอบผิดปกติ”. หนังสือศัพท์แพทยศาสตร์อังกฤษ - ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พิมพ์ครั้งที่ ๓ (แก้ไขเพิ่มเติม) พ.ศ. ๒๕๔๗ หน้า ๓๗๐ ให้ polyneuropathy ตรงกับ peripheral neuropathy.

ศาสตราจารย์ นพ. นิพนธ์ พวงวรินทร์

สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตอบศาสตราจารย์นิพนธ์ พวงวรินทร์

ขอบคุณที่ถามเรื่อง “ประสาทความรู้สึกส่วนปลาย” หรือ “ประสาทความรู้สึกส่วนรอบ”. คนทั่วไปส่วนใหญ่ยังแปลศัพท์ peripheral nervous system ว่าระบบประสาทส่วนปลาย ซึ่งไม่ถูกต้อง เพราะ “peripheral ตรงกับ “ส่วนรอบ” (คู่กับ central ที่แปลว่า ส่วนกลาง). ในบทความนั้น ผู้นิพนธ์ใช้ distal sensory polyneuropathy ซึ่งตรงกับ “ประสาทความรู้สึกส่วนปลายเสื่อม” เพราะ “distal” แปลว่า “ส่วนปลาย” (คู่กับ proximal ที่แปลว่า ส่วนต้น).

บรรณาธิการ

พจนานุกรมศัพท์แพทยอักษร D

*คณะกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์แพทยศาสตร์ ราชบัณฑิตยสถาน

daboisia งูแมวเซา น. งูพิษชนิด *Daboia russelli* อยู่ในวงศ์ Viperidae ชื่อสามัญ Russel Viper เป็นชนิดที่พบในประเทศไทย

dacarbazine (DTIC) ดาคารบาซีน (ดีทีไอซี) น. สารชีวพิษต่อเซลล์ ใช้บำบัดโรคมะเร็งบางชนิด เช่น เมลาโนมาชนิดร้าย, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และโรคมะเร็งเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

daclizumab ดาคลิซุมแมบ น. สารก่อกำเนิดภูมิคุ้มกัน ใช้ป้องกันการปฏิเสธอวัยวะถ่ายปลูก

dacry(o)- คำอุปสรรคหมายถึง น้ำตา

dacryadenalgia อาการปวดต่อมน้ำตา น. คมม. *dacryadenalgia*

dacrycystalgia อาการปวดถุงน้ำตา น. คมม. *dacrycystalgia*

dacrycystitis ถุงน้ำตาอักเสบ น. คมม. *dacrycystitis*

dacryelcosis ถุงน้ำตาหรือต่อมน้ำตาเป็นแผล น. คมม. *dacryohelcosis*

dacryadenalgia อาการปวดต่อมน้ำตา น. คมม. *dacryadenalgia*

dacryoadenectomy การตัดต่อมน้ำตา น.

dacryoadenitis ต่อมน้ำตาอักเสบ น.

dacryoblennorrhoea ภาวะท่อน้ำตามีมูกย่อย น. ภาวะน้ำตาเป็นมูก เช่น ที่พบในผู้ป่วยถุงน้ำตาอักเสบเรื้อรัง

dacryocanalculitis ท่อน้ำตาอักเสบ น.

dacryocele ถุงน้ำตาย้อย น. คมม. *dacryocystocele*

dacryocyst ถุงน้ำตา น. คมม. *dacryocystis*

dacryocystalgia อาการปวดถุงน้ำตา น. คมม. *dacrycystalgia*

dacryocystectasia ภาวะถุงน้ำตาพอง น.

dacryocystectomy การตัดผนังถุงน้ำตา น.

dacryocystis ถุงน้ำตา น. คมม. *dacryocyst*

dacryocystitis ถุงน้ำตาอักเสบ น. คมม. *dacrycystitis*

dacryocystitome อุปกรณ์ตัดส่วนท่อน้ำตาตีสบ น.

dacryocystoblennorrhoea ภาวะถุงน้ำตามีมูกย่อย น. ภาวะที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของถุงน้ำตา ร่วมกับการตีบของท่อน้ำตา

dacryocystocele ถุงน้ำตาย้อย น. คมม. *dacryocele*

dacryocystoptosis ถุงน้ำตาย้อยในโผล่หรือย้อย น.

dacryocystorhinostenosis ภาวะท่อน้ำตาตีบ น. ภาวะที่เกิดจากการตีบแคบของท่อจากถุงน้ำตาสู่โพรงจมูก

dacryocystorhinostomy การต่อถุงน้ำตาเข้ากับโพรงจมูก น. การผ่าตัดต่อถุงน้ำตาเข้ากับโพรงจมูก คมม. *dacryorhinocystotomy* และ *Toti's operation*

eration

dacryocystorhinotomy การแยงท่อน้ำตา น. การสอดแท่งแยงท่อน้ำตาไปยังโพรงจมูก

dacryocystostenosis ภาวะถุงน้ำตาตีบ น. ภาวะที่เกิดจากการตีบแคบของถุงน้ำตา

dacryocystostomy การผ่าเปิดถุงน้ำตา น. การผ่าตัดเปิดรูใหม่ที่ถุงน้ำตา

dacryocystotome มีดผ่าถุงน้ำตา น. คมม. *dacryocystitome*

dacryocystotomy การผ่าถุงน้ำตา น. การผ่าที่ถุงน้ำตา คมม. *Ammon's operation* ความหมายที่ ๒

dacryocyte เม็ดเลือดรูปหยดน้ำตา น. เม็ดเลือดแดงผิดปกติรูปเหมือนหยดน้ำตา พบในภาวะไขกระดูกพังผืด และในโรคไขกระดูกออกเจริญเกิน คมม. *teardrop cell*

dacryogenic -เรียกน้ำตา ว. เสริมการหลั่งน้ำตา

dacryohelcosis แผลถุงน้ำตา น. แผลที่ถุงหรือท่อน้ำตา

dacryohemorrhoea การหลั่งน้ำตาปนเลือด น. การหลั่งน้ำตาที่มีเลือดปน

dacryolith นิ้วน้ำตา น. ก้อนตะกอนแข็งในถุงหรือท่อน้ำตา คมม. *lacrimal calculus*

dacryolithiasis ภาวะนิ้วน้ำตา น. โรคนิ้วในถุงหรือท่อน้ำตา

dacryoma ก้อนถุงน้ำตา น. ก้อนคล้ายเนื้อออกจากการบวมเหตุการอุดตันที่ท่อน้ำตา

dacryon จุดแฉ่งถุงน้ำตา น. ตำแหน่งในกะโหลกที่กระดูกแฉ่งถุงน้ำตา และกระดูกหน้าผาก ร่วมกับขากรรไกรบนบรรจบกัน

dacryops ตาแฉะ น. (๑) ภาวะตาเยิ้ม; (๒) การคั่งสารน้ำในท่อน้ำตา

dacryopyorrhoea การหลั่งน้ำตาหนอง น. การหลั่งน้ำตาที่มีหนองปน

dacryopyosis ภาวะน้ำตาเป็นหนอง น. ภาวะที่เกิดจากการอักเสบเป็นหนองที่ถุงและท่อน้ำตา

dacryorhinocystotomy คมม. *dacryocystorhinostomy*

dacryorrhoea ภาวะน้ำตาไหลพราก น. ภาวะที่เกิดจากการไหลท่วมทันของน้ำตา

dacryoscintigraphy การตรวจท่อน้ำตาด้วยสารกัมมันตรังสี น. การถ่ายภาพท่อน้ำตาด้วยกล้องตรวจกัมมันตรังสีหลังให้สารกัมมันตรังสี

dacryosinusitis ภาวะท่อน้ำตาและโพรงอากาศข้างจมูกอักเสบ น. ภาวะที่เกิดจากการอักเสบของท่อน้ำตาและโพรงอากาศเอทมอยด์

dacryosolenitis ภาวะท่อน้ำตาอักเสบ น. ภาวะที่เกิดจากการอักเสบที่ท่อ

*ศ. นพ. อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ที่ปรึกษา, ศ. ดร. นพ. สมชัย บวรภักดี ประธานกรรมการ, ศ. นพ. เกษม ลิ้มวงศ์ กรรมการ, ศ. พญ. จวีร์วรรณ บุณนาค กรรมการ, นพ.ทองดี ชัยพานิช กรรมการ, รศ. พญ. คุณไชวดี คุณจินดา, ศ. นพ. นิพนธ์ พวงรินทร์ กรรมการ, ศ. ดร. นพ. ปณต มิละเสน กรรมการ, พญ. ประทีน วิริยะวิทย์ กรรมการ, ศ. นพ. ประเสริฐ ทองเจริญ กรรมการ, ศ. นพ. ดร. เรือน สมณะ กรรมการ, ศ. นพ. สมพล พงศ์ไทย กรรมการ, ศ. นพ. สาโรจน์ วรรณพฤษย์ กรรมการ, นส. สวัสดิ์ แสนสว่าง กรรมการ, ศ. ทพ. สิทธิ ส. ศรีโสภาค กรรมการ, นพ. เทอดศักดิ์ เดชคง กรรมการ, พอ. นพ. สุรจิต สุนทรธรรม กรรมการ, นส. สมทรง ศกุนตนา กรรมการและเลขานุการ, นส. ถักขณาพรรณ อนันต์วิชัย กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

น้ำตา

dacryostenosis ภาวะท่อน้ำตาตีบ น. ภาวะที่เกิดจากการตีบตันของท่อน้ำตา

dacryosyrinx ๑. หลอดน้ำตาฝอย น. หลอดฝอยสู่ถุงน้ำตา

๒. ทางทะเลถุงน้ำตา น.

๓. กระบอกฉีดล้างท่อน้ำตา น.

dactyl นิ้ว น. นิ้วมือหรือนิ้วเท้า

Dactylaria *เด็กทีลาเรีย* น. ชื่อสกุลรา Fungi Imperfecti วงศ์ Dematiaceae; *D. gallopa'va* เป็นชนิดพันธุ์ที่ก่อโรคสมองอักเสบในไก่และไก่งวง อาจเกิดระบาดได้ และเคยพบติดต่อกันแบบการติดเชื้อฉวยโอกาส

dactylate -ยื่นคล้ายนิ้ว ว. มีส่วนยื่นคล้ายนิ้วมือ

dactyledema อาการนิ้วบวม น. อาการบวมหรือบวมหน้าที่นิ้วมือหรือนิ้วเท้า

dactylitis นิ้วอักเสบ น. การอักเสบที่นิ้วมือหรือนิ้วเท้า

dactylocampsodynia นิ้วงอปวด น. นิ้วงอที่มีอาการปวด

dactylogram ลายพิมพ์นิ้วมือ น. ลายพิมพ์นิ้วมือสำหรับตรวจสอบเอกลักษณ์บุคคล

dactylography ศาสตร์ลายพิมพ์นิ้วมือ น. การศึกษาลายพิมพ์นิ้วมือ

dactylogryposis นิ้วโก่ง น. ลักษณะโก่งงอถาวรของนิ้วมือ

Dactylogyrus *เด็กทีโรจิริส* น. ชื่อสกุลพยาธิตัวแบนก่อโรคที่หนังและเหงือกปลาที่เลี้ยงในถังหรือบ่อ ทำให้ปลาตื่นตัวเกิน มีปัญหาการหายใจ อาจถึงตายได้

dactylology วิทยาภาษามือ น. วิชาการใช้รหัสมือสื่อความระหว่างกัน โดยเฉพาะในคนใบ้ที่สื่อสารด้วยมือและนิ้ว

dactylolysis นิ้วขาด น. สภาพการสูญเสียหรือถูกตัดนิ้วมือหรือนิ้วเท้าออก

dactylomegaly นิ้วโตเกิน น. นิ้วมือหรือนิ้วเท้าโตผิดปกติ

dactyloscopy การส่องตรวจลายพิมพ์นิ้วมือ น. การตรวจลายพิมพ์นิ้วมือด้วยกล้องเพื่อพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล

Dactylosoma *เด็กทีโลโซมา* น. ชื่อสกุลของสัตว์เซลล์เดียว ในอันดับ Piroplasmida ชั้นย่อย Piroplasmia พบในเลือดสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม สัตว์สะเทินน้ำสะเทินบก และปลา

dactylospasm ภาวะนิ้วเกร็ง น. ภาวะเกร็งหรือเป็นตะคริวของนิ้วมือหรือนิ้วเท้า

dactylus คมม. *dactyl*

dakryon คมม. *dacryon*

dalfopristin ดาลโฟพริสทิน น. สารกึ่งสังเคราะห์ฤทธิ์ต้านแบคทีเรียแกรมบวกหลายชนิด

dalton ดอลตัน น. หน่วยของมวล ขนาด ของมวลคาร์บอน-๑๒ ซึ่งเท่ากับ ๑.๖๕๙ x ๑๐^{-๒๔} กรัม

daltonism ดอลตันนิซึม น. คำที่หมายถึงความผิดปกติในการรับรู้สีแดงและเขียว

dam แผ่นกัน น. (๑) แผ่นกันน้ำหรือสารน้ำอื่น (๒) แผ่นยางบาง ๆ ใช้กันเนื้อเยื่อหรือส่วนอวัยวะในระหว่างผ่าตัด; (๓) แผ่นยางเจาะรูใช้สวมตัวฟันเพื่อแยกบริเวณปฏิบัติการออกจากส่วนที่เหลือของช่องปาก

damiana ดาไมอานา น. ใบพืชเม็กซิกัน *Turnera aphrodisiaca* (*T. diffusa*) และ *Haplopappus discoideus*, เชื่อว่าเป็นยาบำรุง ยาปลุกสมอง ยาขับปัสสาวะ ยาเร้ากำหนัด

dammar แดมมาร์ น. น้ำมันยางใสจากต้นไม้เขตร้อน ใช้เป็นสารเคลือบเงา, ตัวตึงตัวอย่างตรวจทางจุลทรรศน์ และสารถนอมสิ่งส่งตรวจของสัตว์และพืช

danaparoid sodium ดาเนพารอยด์โซเดียม น. ยาต้านการเป็นลิ่มเลือด ใช้ป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดและในหลอดเลือดดำแขนงเล็ก

danazol ดานาซอล น. สารฤทธิ์ยับยั้งฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองส่วนหน้า ใช้บำบัดเย็บมดลูกผิดปกติ, โรคเต้านมถุงรังไข่, โรคเต้านมโตในชาย, ใช้กินป้องกันอาการบวมเหตุหลอดเลือดทางกรรมพันธุ์

dandelion ดานเดลิออน น. วัชพืชสมุนไพรยูเรเชีย *Taraxacum officinale*, พบทั่วไปตามธรรมชาติแถบอเมริกาเหนือ ลักษณะใบหยักลึก ดอกสีเหลืองสด ใช้บำบัดธาตุพิการ เมื่ออาหาร ทางเดินปัสสาวะติดขัดหรืออาการโรคตับและถุงน้ำดี

dander เศษเกล็ดขน น. เกล็ดเศษร่วงจากขนสัตว์ อาจเป็นสาเหตุภูมิแพ้ในคน

dandruff รังแค น. (๑) เกล็ดแห้งหลุดจากหนังศีรษะ หมายถึงสิ่งที่ร่วงหลุดจากผิวหนังศีรษะ พบตามปกติ หรือในภาวะโรค เช่น ต่อมไขมันในผิวหนังอักเสบ (๒) คมม. *pityriasis sicca*

dansyl chloride เดนซิลคลอไรด์ น. สารเคมีเรืองแสงสีเขียว ใช้ในการตรวจทางอิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์ และการศึกษาการเกิดแอมิโน

dantrolene sodium เดนโทรลีนโซเดียม น. สารฤทธิ์คลายกล้ามเนื้อลาย ใช้กินบำบัดอาการเกร็งในภาวะต่าง ๆ ทางสมอง และใช้กินหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันภาวะไข้สูงเกินร้ายแรง

Daphne ดัฟเฟน น. ชื่อสกุลพืชในวงศ์ *Thymelaeaceae* ชนิดพันธุ์ *D. gnidium* และ *D. mezereum* L. เป็นไม้พุ่ม มีสารดีฟนิน และเมอเซอเรอีน ทำให้ผิวหนังเกิดตุ่มพอง, กินปริมาณน้อยเป็นยาระบาย, ปริมาณมากเป็นพิษระคายทางเดินอาหารถึงตายได้

Daphnia ดัฟเนีย น. ชื่อสกุลสัตว์พวกกุ้งกิ้งกุ้งน้ำจืด ใช้เป็นสัตว์ทดลองในงานวิจัยทางชีววิทยา

daphnism ดัฟนิซึม น. อาการพิษในคนหรือสัตว์จากกินพืชสกุลดัฟเฟน ทำให้ลำไส้อักเสบท้องเสียรุนแรง

dapiprazole hydrochloride ดาปิพราโซลไฮโดรคลอไรด์ น. สารสกัดตัวรับกล้ามเนื้อขยายม่านตา ใช้หยอดตาเพื่อปรับคืนภาวะม่านตาขยายจากฤทธิ์ยาขยายม่านตา

dapsone ดับโซน น. สารต้านแบคทีเรียต้านต้อยากุ่มซัลโฟนาชนิดคล้ายซัลโฟนาไมด์ ตัวยาและอนุพันธ์มีฤทธิ์ยับยั้งแบคทีเรียทั้งแกรมบวกและแกรมลบ เป็นยากินบำบัดโรคเรื้อรัง และป้องกันโรคมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม

daptomycin ดับโตไมซิน น. ยาปฏิชีวนะได้จากกรหมัก *Streptomyces roseosporus* มีฤทธิ์ต้านเชื้อแกรมบวก ใช้หยดเข้าหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ บำบัดโรคผิวหนังและการติดเชื้อที่ผิวหนัง

dartos กล้ามเนื้อดาร์ตอส น. (๑) เยื่อกล้ามเนื้อเรียบของชั้นลึกของชั้นดาร์ตอส ประกอบเป็นผนังถุงอัณฑะ; (๒) ชั้นดาร์ตอสประกอบด้วยเยื่อกล้ามเนื้อ อยู่ใต้หนังถุงอัณฑะ

darwinism ทฤษฎีดาร์วิน น. ทฤษฎีวิวัฒนาการการเปลี่ยนแปลงชนิดพันธุ์สิ่งมีชีวิตตามกาลเวลาอันเป็นส่วนหนึ่งของการเลือกสรรตามธรรมชาติ ที่ช่วยให้ชนิดพันธุ์สิ่งมีชีวิตปรับตัวได้ตามการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม

dassie ดาซซี น. ไฮแรกซ์ภูเขา เป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่อาจเป็นแหล่งรวมเชื้อ *Leishmania aethiopica*

data ข้อมูล น. สารสนเทศ หรือข้อเท็จจริงที่เป็นพื้นฐานการอภิปรายหรืออนุมาน

Datura ดาตุรา น. ชื่อสกุลพืชในวงศ์ *Solanaceae* ที่หลายชนิดพันธุ์มีสารแอลคาลอยด์ต้านโคลิเนอร์จิก ไฮออสโซซีน และไฮออสยามีน



daturine สารชีวพิษลำโพง น. สารแอลคาลอยด์ต้านโคลิเนอร์จิก ได้จาก *Hyoscyamus niger*, *Atropa belladonna*, และพืชในวงศ์ Solanaceae มีฤทธิ์แรงเป็น ๒ เท่าของอะโทรปีน กินแก้ทางเดินอาหารและทางเดินปัสสาวะเกร็ง คมม. *hyoscyamine*

daturism ภาวะพิษลำโพง น. อาการพิษในคนและสัตว์จากกรกินพืชสกุล *Datura* ซึ่งมีแอลคาลอยด์ อะโทรปีน, ไฮออสไซอะมิน, และ สโกโพลามีน

Daucus ดอกคัส น. ชื่อสกุลพืชสมุนไพรวงศ์ Umbelliferae มีตามธรรมชาติในยุโรปและเอเชีย เช่น *D. carota* คือ แครอต

daunorubicin ดอนโรบิซิน น. ยาปฏิชีวนะกลุ่มแอนทราไซคลิน ได้จากเชื้อรา *Streptomyces coeruleorubidus* หรือ *S. peucetius* ใช้ต้านมะเร็ง

Davainea ดาไวเนีย น. ชื่อสกุลพยาธิตัวตืด วงศ์ Davaineidae *D. proglottina* เป็นสาเหตุลำไส้อักเสบรุนแรงในสัตว์ปีก

Davaineidae ดาไวเนอิดี น. ชื่อวงศ์พยาธิตัวตืดเล็ก อันดับ Cyclophylidae, ชั้นย่อย Cestoda, เป็นปรสิตในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมและสัตว์ปีก

deacidification การลดกรด น. การลดความเป็นกรด หรือทำให้กรดเปลี่ยนเป็นกลาง

deactivation การขจัดฤทธิ์ น. การทำให้ไร้ฤทธิ์ หรือหมดฤทธิ์ เช่น การทำให้สิ้นกัมมันตภาพรังสี

deacylase ดีเอไซเลส น. เอนไซม์ชั้นไฮโดรเลส ตัวเร่งปฏิกิริยาแยกหมู่เคมีเอซิล

dead ตาย ว. (๑) สิ้นชีวิต (๒) สิ้นความรู้สึกลึก

deaf หูหนวก ว. ไม่ได้ยินเสียง หรือสูญเสียการได้ยิน

deafferentation การยับยั้งกระแสประสาทเข้า น. การกำจัดหรือตัดกระแสประสาทนำเข้า โดยการทำลายวิถีประสาทนำเข้า

deaf-mutism ไข้หูหนวก น. สภาพทั้งไม่ได้ยินและพูดไม่เป็น

deafness ภาวะหูหนวก น. สภาพสูญเสียการได้ยิน

acoustic trauma d. ภาวะหูหนวกเหตุอันตรายจากเสียง น. ภาวะสูญเสียการได้ยินเหตุเสียงดัง

Alexander's d. ภาวะหูหนวกเอกซันเดอร์ น. ภาวะไม่ได้ยินเสียงแต่กำเนิดเหตุหูชั้นในรูปหอยโข่งไม่เจริญ ทำให้ไม่ได้ยินเสียงสูง

bass d. ภาวะหูหนวกเสียงทุ้ม น. ภาวะไม่ได้ยินเสียงทุ้มต่ำ

central d. ภาวะหูหนวกเหตุประสาทกลาง น. ภาวะไม่ได้ยินเสียงเหตุมีการทำลายวิถีประสาทรับเสียงหรือบริเวณรับเสียงในสมอง

cortical d. ภาวะหูหนวกเหตุเนื้อสมองส่วนนอก น. ภาวะไม่ได้ยินเสียงเหตุมีรอยโรคในวิถีประสาทใต้บริเวณสมองส่วนรับเสียง หรือด้านกำกับการพูด หรือบริเวณรับเสียง

labyrinthine d. ภาวะหูหนวกเหตุห้องหูชั้นใน น. ภาวะไม่ได้ยินเสียงเหตุโรคของห้องหูชั้นใน

Michel's d. ภาวะหูหนวกมิเชล น. ภาวะไม่ได้ยินเสียงแต่กำเนิดเหตุหูชั้นในไม่เจริญ

nerve d., neural d. ภาวะหูหนวกเหตุเส้นประสาท น. ภาวะไม่ได้ยินเสียงเหตุมีรอยโรคที่ประสาทสมองคู่ที่ ๘ หรือที่วิถีประสาทกลาง

pagetoid d. ภาวะหูหนวกโรคพาเจ็ต น. ภาวะหูหนวกในโรคพาเจ็ตกะโหลก

toxic d. ภาวะหูหนวกเหตุพิษ น. ภาวะสูญเสียการได้ยินเหตุสารพิษทำลายประสาทรับเสียง

vascular d. ภาวะหูหนวกเหตุหลอดเลือด น. ภาวะสูญเสียการได้ยินเหตุหูชั้นในขาดเลือด

dealbation การฟอกสี น. การกำจัดสี

dealcoholization การขจัดแอลกอฮอล์ น. การกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากสสาร

deallergization การขจัดภูมิแพ้ น. การลดปฏิกิริยาภูมิแพ้ต่อสารเฉพาะอย่าง

deamidization การขจัดกลุ่มแอมิโด น. การแยกกลุ่มแอมิโดออกจากโมเลกุล

deamination การขจัดกลุ่มแอมิโน น. การแยกกลุ่มแอมิโนออกจากสารประกอบ คมม. *deaminization*

deaminization การขจัดกลุ่มแอมิโน น. คมม. *deamination*

dearterialization การตัดกระแสเลือดแดง น. การอุดหรือตัดกระแสเลือดแดงไปสู่ส่วนของอวัยวะทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง อาจทำชั่วคราวเพื่อบำบัดโรคความดันสูง

dearticulation ภาวะข้อเคลื่อน น. โรคเหตุส่วนประกอบข้อเลื่อนออกจากกัน

death การตาย น. การสิ้นสุดของชีวิต การสิ้นสุดหน้าที่ร่างกายทุกส่วนอย่างถาวร

brain d. สมองตาย น. สมองเสียหน้าที่ถาวร ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า กล้ามเนื้อร่างกายไม่เคลื่อนไหว ไม่หายใจ ภาพคลื่นไฟฟ้าสมองเรียบเสมอเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๓๐ นาที; อาการทั้งหมดนี้ต้องไม่ใช่เกิดจากภาวะตัวเย็นเกินหรือภาวะพิษกดระบบประสาทกลาง คมม. *cerebral d.*

cerebral d. คมม. *brain d.*

fetal d. ลูกตายในครรภ์ น. คมม. *stillbirth*

debanding การถอดแถบรัด น. การถอดแถบรัดอุปกรณ์จัดฟันชนิดติดแน่น

debility หมดสภาพ น. สภาพร่างกายหมดแรง อ่อนแอ

débouchement ช่องเปิด น. ช่องเปิดออกภายนอก

débride ล้างเล็มแผล ก. ทำการล้างสิ่งสกปรกออกและเล็มแผลให้สะอาด

debridement การล้างเล็มแผล น. การล้างสิ่งสกปรกออกจากแผลและเล็มเนื้อเยื่อที่ตายหรือสกปรกออกให้หมด

debris เศษเนื้อตาย น. เศษเนื้อเยื่อที่สกปรกแก่ตาย

debulking การตัดลดขนาด น. การตัดลดขนาดส่วนรอยโรคที่ใหญ่ เช่น การตัดก้อนเนื้อส่วนใหญ่ออกเพื่อประโยชน์ในการบำบัดต่อไป

decalcification การขจัดแคลเซียม น. (๑) การสูญเสียเกลือแคลเซียมจากกระดูกหรือฟัน (๒) กระบวนการขจัดหินปูน

decalcify ขจัดแคลเซียม ก. ทำให้ลดหรือไร้เกลือแคลเซียม

decannulation การถอดท่อ น. การเอาท่อที่ใส่ไว้ออก โดยมากหมายถึงท่อคาเจาะหลอดลมคอ

decantation การริน น. การเทสารเหลวออกจากตะกอน

decapitation การตัดหัว น. การตัดส่วนที่เป็นหัว (เช่น หัวสัตว์ หัวลูกในครรภ์ หัวกระดูก) ออกจากลำตัว

decapitator อุปกรณ์ตัดหัว น. เครื่องมือใช้ตัดหัวลูกในครรภ์เพื่อแก้ไขสภาพคลอดติดที่ดำเนินต่อไปไม่ได้

Decapoda ดีแคพโตะดา น. ชื่ออันดับของสัตว์สิบขาที่รวมถึงพวกปู กุ้ง ที่มีขา ๕ คู่ในบริเวณทรงวง

decapsulation การผ่าถุงหุ้ม น. การผ่าถุงหุ้ม โดยเฉพาะถุงหุ้มข้อ หรือถุงหุ้มแก้วตา

decarboxylase ดีคาร์บอกซีเลส น. เอนไซม์ที่ขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากกรดคาร์บอกซิลิก

decarboxylation การขจัดกลุ่มคาร์บอกซิล น. การขับกลุ่มคาร์บอกซิลออก

จากโมเลกุล

decay ๑. การเน่าสลายของซากอินทรีย์ น.

๒. กษัยการ น. กระบวนการเสื่อมตามเวลา เช่น การเปลี่ยนตามอายุขัย

decadent ผู้เพ็งตาย น. ผู้ที่ตายไม่นาน**deceleration** ความหน่วง น. การลดความเร็วหรืออัตรา**decenter** เบนศูนย์กลาง น. การออกแบบหรือท่าเลนส์แว่นตาที่แกนสายตาไม่ผ่านกึ่งกลางเลนส์**decentration** การออกจากศูนย์กลาง น. การทำให้ออกจากศูนย์กลาง**deceration** การขจัดพาราฟิน น. การละลายพาราฟินออกจากชิ้นเนื้อที่เตรียมเพื่อตรวจทางกล้องจุลทรรศน์**decerebellation** การตัดสมองน้อย น. การตัดสมองน้อยออก หรือการทำสมองน้อยให้หมดหน้าที่**decerebrate** -ตัดสมองใหญ่ ว. (๑) เกี่ยวกับหน้าที่สมองใหญ่ถูกทำลาย; (๒) ผลที่เกิดในคนที่สมองใหญ่ถูกทำลายและมีอาการสมองใหญ่ถูกทำลาย**decerebration** การตัดสมองใหญ่ น. การทำลายหน้าที่สมองใหญ่**dechloridation** การกำจัดคลอไรด์ น. การขจัดสารคลอไรด์หรือเกลือคลอไรด์**decholesterolization** การกำจัดคอเลสเตอรอล น. การสกัดคอเลสเตอรอลออกจากเลือด**decibel** เดซิเบล น. หน่วยความเข้มเสียงเท่ากับ ๑/๑๐ เบล ระดับเสียงจะแสดงในหน่วยเดซิเบล เสียงระดับ ๐ เดซิเบลเป็นเสียงค่อยสุดพอรับได้ไม่ยาวจนสุขภาพปรกติ**decidua** เดซิด้ว น. ส่วนของเยื่อมดลูกมีครมที่ถูขับออก**decidual** -เดซิด้ว ว. เกี่ยวกับเดซิด้ว**deciduate** เดซิดูเอต ก. ลักษณะการลอกหลุด**deciduitis** เดซิด้วอักเสบน. การติดเชื้อที่เดซิด้ว**deciduoma** ก้อนเดซิด้ว น. ก้อนเซลล์เดซิด้วภายในมดลูก**d. malignum** คมม. *choriocarcinoma***deciduomatosis** เดซิด้วมะเร็ง น. ภาวะมีเนื้อเยื่อเดซิด้วในคนไม่มีครม**deciduosis** เดซิดูโอซิส น. ภาวะมีเดซิด้วหรือเนื้อคล้ายเดซิด้วไปอยู่ผิดที่**deciduous** -หลุด ว. เกี่ยวกับการหลุดร่วง เช่น พืชที่ผลตามระยะถึงกำหนด**decile** ส่วนของสิบ น. สิบส่วนเท่า ๆ กัน**deciliter** เดซิลิตร (ดล.) น. หนึ่งในสิบของลิตร หรือ ๑๐๐ มิลลิลิตร**decipara** หญิงครรภ์สิบ น. หญิงที่เคยมีครมและคลอดเด็กมีชีวิต ๑๐ ครั้ง**decitabine** เดซิทาบิน น. สารต้านมะเร็ง ใช้หยดเข้าหลอดเลือดดำบำบัดโรคมะเร็งเม็ดเลือดเฉียบพลัน**declination** การเบี่ยงเบน น. การเบนออกจากแนวตั้ง**declinator** อุปกรณ์หัดได้ น. อุปกรณ์ที่หัดกลับได้ในระหว่างการใช้งาน**decline** ๑. การทุเลา น. ช่วงหรือระยะโรคหรืออาการได้บรรเทา

๒. กษัย น. สภาพซบพอมทรุดโทรมช้า ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ

declive ดีโคลฟ น. ชื่อจำเพาะของส่วนสมองน้อย**declivis** ดีโคลวิส น. คมม. *declive***decoagulant** การลดสารก่อลิ่มเลือด น. (๑) การลดปริมาณสารก่อลิ่มเลือดหรือสารก่อลิ่มเลือด; (๒) สารลดหรือขัดขวางการก่อลิ่มเลือด**decoction** การต้มเดือด น. (๑) กระบวนการต้มให้เดือด; (๒) ยาหรือสารเตรียมจากการต้มเดือด เช่น ยาหม้อ**decollation** การตัดคอ น. การตัดศีรษะออก มักทำกับเด็กในครมที่ตายแล้ว คมม. *decapitation***decoloration** การกำจัดสี น. (๑) การล้างสีหรือฟอกสี; (๒) การไร้หรือหมดสี**decolorize** กำจัดสี ก. ทำให้ปราศจากสี; ฟอกสี**decompensated** -สิ้นสภาพชดเชย ว. มีลักษณะหมดสภาพชดเชย**decompensation** การสิ้นสภาพชดเชย น. (๑) การชดเชยไม่ได้; (๒) ทางจิตวิทยาหมายถึง การไม่สู้ชีวิต สูญเสียบุคลิกภาพ**decomposition** การแยกสลาย น. การแยกองค์ประกอบด้วยกระบวนการสลายใด ๆ**anaerobic decomposition** การแยกสลายไม่พึ่งอากาศ น. การแยกสลายสารอินทรีย์โดยไม่ใช้ออกซิเจน; ไนสัต์ว ได้แก่ การสลายกลูโคสในพืชและจุลินทรีย์ ได้แก่ การหมัก**decomposition of movement** การเคลื่อนไหวไร้ประสาน น. ลักษณะกล้ามเนื้อเคลื่อนไหวไม่ประสานกัน มีข้องอ ๆ เขยียด ๆ ในขณะเคลื่อนไหวแขนขา**decompression** การลดแรงกดดัน น. (๑) การขจัดแรงดันกด; (๒) การลดแรงดันบรรยากาศ; (๓) กลวิธีควบคุมแรงดัน; (๔) การผ่าตัดลดแรงดันในช่องโพรงร่างกาย**abdominal decompression** การลดแรงดันช่องท้อง น. การขจัดแรงดันช่องท้องในระยะแรกของการคลอด**cardiac decompression** การลดแรงบีบรัดหัวใจ น. การเปิดถุงหุ้มหัวใจระบายเลือดหรือสารเหลวเพื่อลดการบีบรัดหัวใจ คมม. *decompression of pericardium***cerebral decompression** การลดแรงกดสมอง น. การผ่าเปิดกะโหลกศีรษะและกรีดผ่านเยื่อหุ้มเพื่อลดแรงกดสมอง**explosive decompression** การลดแรงดันอย่างระเบิด น. การลดแรงดันที่เพิ่มเร็วเกินอัตราการลดปรกติเมื่อทะยานขึ้นเกินกว่า ๕,๐๐๐ ฟุตต่อนาที**decompression of heart** การลดแรงบีบรัดหัวใจ น. คมม. *cardiac decompression***decompression of pericardium** การลดแรงดันถุงหุ้มหัวใจ น. การระบายถุงหุ้มหัวใจเพื่อลดการบีบรัดหัวใจ คมม. *cardiac decompression***decompression of spinal cord** การลดแรงกดไขสันหลัง น. การผ่าตัดลดแรงกดไขสันหลัง**microvascular** ลดแรงกดจากหลอดเลือดฝอย น. หัตถการผ่าตัดจุลภาคร่วมกับการสอดแผ่นรองซับเพื่อลดการกดของหลอดเลือดฝอยต่อเส้นประสาท**nerve decompression** การลดแรงกดรัดเส้นประสาท น. การผ่าตัดคลายพังผืดหรือเนื้อเยื่อกระดูกที่กดรัดเส้นประสาท**suboccipital decompression** การลดแรงกดสมองใต้ท้ายทอย น. การลดแรงกดสมองใหญ่ด้วยการผ่ากะโหลกที่ท้ายทอยทำช่องเปิดผ่านเยื่อหุ้ม**subtemporal decompression** การลดแรงกดสมองใต้ขมับ น. การลดแรงกดสมองใหญ่ด้วยการตัดกระดูกขมับส่วนหนึ่งและทำช่องเปิดผ่านเยื่อหุ้ม**deconditioning** การปรับภาวะ น. การปรับเปลี่ยนในระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังอยู่ในสภาพไร้น้ำหนักติดต่อกันเป็นเวลานาน**decongestant** ๑. -บรรเทาการคั่ง ว. ส่อนัยลดการคั่งหรือบวม คมม.



decongestive

๒. สารลดการคั่ง น.

decongestive -ลดการคั่ง ว. คมม. *decongestant* ความหมายที่ ๑

decontamination การชำระล้างปนเปื้อน น. การล้างสิ่งปนเปื้อนออก เช่น แก๊สพิษ สารกัมมันตรังสี

deconvolution การขจัดความพัว น. การลดความพัวมัวเพื่อให้ภาพชัดขึ้น

decorticate -ตัดขาดจากสมองใหญ่ ว. สมองใหญ่ส่วนนอกถูกทำลายทำให้เสียหน้าที่

decortication ๑. การลอกเปลือก น. การลอกเปลือกหรือกาบออกจากต้นไม้, เมล็ด หรือรากไม้ (เภสัชกรรม)

๒. การทำลายเนื้อส่วนนอก น. การตัดเนื้อส่วนนอกของโครงสร้างหรืออวัยวะที่ เช่น สมอง ไต หรือ ปอด

chemical decortication การลอกเปลือกด้วยสารเคมี น. การใช้สารเคมีตัดส่วนนอกโครงสร้างหรืออวัยวะที่

enzymatic decortication การลอกเปลือกด้วยเอนไซม์ น. การใช้เอนไซม์ตัดส่วนนอกโครงสร้างหรืออวัยวะที่

decortication of lung การลอกเยื่อหุ้มตัวปอด น. การลอกเยื่อหุ้มที่บีบรัดปอดเพื่อให้ปอดขยายได้

decrement ๑. การลด น. การหักลบออก หรือ การลดค่าหรือปริมาณ

๒. ระยะทุเลา น. ระยะที่โรคบรรเทา

decrudescence การทุเลา น. การบรรเทาหรือการขจัดอาการหรืออาการแสดง

decrustation การลอกสะเก็ด น. การที่สะเก็ดหลุดลอกเองหรือถูกลอก

decubital -ท่านอน ว. เกี่ยวกับการนอนกดทับ หรือแผลนอนกดทับ

decubitus ท่านอน น. (๑) การนอนราบ (๒) ท่านอนราบ (๓) แผลกดทับ

decumbin ดีคัมบีน น. สารชีวพิษจาก *Penicillium decumbens* ทำให้หายใจลำบากและมีเลือดออกในทางหายใจ

decurrent การย้อย น. การยื่น หรือหล่นลง

decussate กากบาท (๑) ก. ไขว้กันเป็นรูป + หรือ x (๒) น. การไขว้กันเป็นรูป + หรือ x

dedentition ฟันหลุด น. การหลุดหรือสูญเสียฟัน

dedifferentiation การเปลี่ยนสภาพแบบถดถอย น. คมม. *anaplasia*

dedolation การแล่หนัง น. การตัดเฉียงขึ้นผิวหนัง

deep -ลึก ว. อยู่ไกลใต้พื้นผิว

de-epicardialization การลอกเยื่อหุ้มหัวใจ น. วิธีผ่าตัดสมัยก่อนเพื่อบำบัดอาการปวดแสบหัวใจโดยใช้ฟีนอลหรือสารกัดกร่อนไปทำลายเยื่อหุ้มหัวใจหวังให้มีหลอดเลือดใหม่ไปเลี้ยง

defatigation ความเมื่อย น. ความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อและประสาท

defatted -ไร้ไขมัน ว. ไม่มีไขมัน ใช้กับอาหาร

defaunate กำจัดปรสิต ก. กำจัดหรือทำลายล้างปรสิต เช่น กำจัดพยาธิปากขอในลำไส้ หรือกำจัดเห็บเหา

defecation การขับถ่าย น. (๑) การขจัดสิ่งเจือปน (๒) การขับถ่ายสิ่งปฏิกูล เช่น การถ่ายอุจจาระ

defecography ภาพบันทึกการขับถ่าย น. ภาพรังสีบันทึกการถ่ายอุจจาระที่มีแบเรียมสวนเก็บในทวาร เพื่อประเมินปัญหาการถ่ายอุจจาระ

defect ความบกพร่อง น. ความไม่สมบูรณ์ ล้มเหลว หรือขาดหาย

acquired defect ความบกพร่องเกิดภายหลัง น. ความไม่สมบูรณ์ที่เกิดขึ้นหลังคลอดและไม่ใช่พันธุกรรม

aortic septal defect ช่องโหว่ผนังกันแออร์ตา น. ความบกพร่องแต่กำเนิดมีทางติดต่อระหว่างแออร์ตาส่วนต้นกับหลอดเลือดแดงพัลโมนารี คมม. aorticopulmonary fenestration, aorticopulmonary septal defect และ aorticopulmonary window

aorticopulmonary septal defect คมม. aortic septal defect

atrial septal defects; atrioseptal defects ช่องโหว่ผนังกันหัวใจห้องบน น. ช่องติดต่อกันระหว่างหัวใจห้องบนเพราะผนังกันผลานกันไม่สำเร็จแต่กำเนิด

birth defect ความบกพร่องแต่เกิด น. ความบกพร่องพบหลังคลอด, ความผิดปกติทางสรีระ หรือทางเมแทบอลิซึมพบหลังคลอด

congenital defect ความบกพร่องแต่กำเนิด น. คมม. *birth defect*

congenital ectodermal defect ความบกพร่องของเอ็กโทเดิร์มแต่กำเนิด น. คมม. *anhidrotic ectodermal dysplasia*

cortical defect ความบกพร่องกระดูกทึบ น. ภาวะโปร่งบางของกระดูกทึบพบในภาพรังสี ไม่มีอาการและไม่ร้ายแรง

endocardial cushion defects ความบกพร่องเยื่อหัวใจ น. เยื่อผนังกันหัวใจมีช่องเปิดจนถึงเป็นท่อเนื่องจากไม่ผลานกัน

fibrous cortical defect กระดูกทึบบกพร่องมีเส้นใย น. กระดูกทึบมีรอยสลายขนาดเล็กจากการเกิดเส้นใย พบบริเวณปลายก้านกระดูกยาวในเด็ก ไม่มีอาการ คมม. *metaphyseal fibrous defect, nonossifying fibroma*

filling defect เงาแห่งภาพรังสี น. เงาแห่งที่พบในภาพรังสีที่บางส่วนของกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น หรือลำไส้ เกิดจากมีรอยโรคยื่นเข้าไปภายในหรือมีวัตถุอยู่ในช่องอวัยวะ

genetic defect ความบกพร่องเหตุพันธุกรรม น. ความบกพร่องจากกลวิธานทางพันธุกรรม

metaphyseal fibrous defect คมม. *fibrous cortical defect, nonossifying fibroma*

neural tube defect ความบกพร่องท่อประสาท น. ความบกพร่องท่อประสาทเกิดในช่วงพัฒนาการทำให้ไม่ปิด เป็นผลให้เกิดภาวะต่าง ๆ เช่น *cranium bifidum, encephalocele, spina bifida, myelomeningocele*

retention defect ความบกพร่องความจำ น. ความบกพร่องในการรำลึก หรือ จำชื่อ จำตัวเลข หรือจำเหตุการณ์

septal defect ช่องโหว่ผนังกันห้องหัวใจ น. ความไม่สมบูรณ์ของผนังกันห้องหัวใจทำให้มีทางติดต่อระหว่างห้องหัวใจ คมม. *atrial septal defect* และ *ventricular septal defect*

ventricular septal defect ช่องโหว่ผนังกันห้องหัวใจห้องล่าง น. ความไม่สมบูรณ์ของผนังกันห้องหัวใจห้องล่างแต่กำเนิด ทำให้ยังมีทางติดต่อระหว่างห้องหัวใจห้องล่าง

defeminization การเสียลักษณะหญิง น. การเสียลักษณะเพศหญิงของหญิง

defense การปกป้องตนเอง น. การปฏิบัติหรือมาตรการปกป้องตนเอง

character defense การปกป้องด้วยบุคลิก น. บุคลิกภาพในการปกป้องตนเอง เช่น จริตนิยม ทศนคติ หรือการเสแสร้ง

(ยังมีต่อฉบับหน้า)