

การเมืองด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน
POLITICAL HEALTH OF THE MINISTRY OF HEALTH TO SUPPORT THE ASEAN COMMUNITY

นิเวศน์ เขียววิชัย

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการเมืองการปกครอง รัฐศาสตร์

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Niwach Kheawichai

Doctor of Philosophy of Politics Program, Faculty of Political Science

Ramkhamhaeng University

e-mail: nivech0007@gmail.com

Abstract

The objectives of this research was aimed (1) to examine the politics of public health of the Ministry of Public Health (MOPH) to accommodate the ASEAN Community (AC) (2) to explore problems and difficulties in the public health development of the MOPH to accommodate the ASEAN Community and lastly, (3) to investigate the health developmental guidances of the MOPH to accommodate the ASEAN Community. This was a quantitative research of cross-sectional survey, together with the qualitative one which data collection were through the in-depth interviews. The results indicated that reforming performance system of the MOPH by regional health services had contributed to the surveillance of the health service units thoroughly, moving forward the policies quickly, and extending more access to quality health service. In public health development problems had been found, including; personnel, finance, fiscal unit, pharmaceuticals and medical equipment, information systems and management, and (3) the Ministry of Public Health should be aware of the access to public health services and the general public's health importantly, as well as development of manpower, resources, budget and the availability of services, technology and medical equipment. Besides, the development of the MOPH's existing health policies should be in accordance with the ASEAN cooperation in public health, which was mostly subject to the ASEAN Socio-Cultural Community establishment plan.

Keywords: Politics of Health, Improving health, Area Health

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการเมืองด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน (2) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคด้านการพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และ (3) ศึกษาแนวทางการพัฒนาด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบกับการวิจัยเชิงสำรวจ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง และมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ

สัมภาระแบบเชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า การปฏิรูประบบการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่แบ่งเป็นเขตบริการสุขภาพ เพราะจะสามารถช่วยดูแลหน่วยบริการในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ ทำได้อย่างรวดเร็ว ช่วยกระจายการเข้าถึงบริการให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงได้มากขึ้น (2) มีปัญหาการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านบุคลากร การเงิน การคลัง ยาและเวชภัณฑ์ ระบบข้อมูล และการบริหารจัดการ และ (3) กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยต้องตระหนักถึงการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ รวมถึงการพัฒนาในด้านกำลังคน ด้านทรัพยากร ด้านงบประมาณ และความพร้อมของสถานบริการ เทคโนโลยี เครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ในการพัฒนานโยบายสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดขึ้นนั้นต้องเป็นไปตามแนวทางความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ภายใต้แผนงานการจัดตั้งประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน

คำสำคัญ : การเมือง, สุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข, ประชาคมอาเซียน

บทนำ

“เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นแนวทางการทำงานรูปแบบใหม่ที่เป็นไปตามทิศทางการพัฒนาการของระบบสุขภาพในยุคปัจจุบัน ที่มีหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ หรือที่เรียกว่าพหุลักษณะ จึงต้องอาศัยการอภิบาลแบบเครือข่ายที่เอื้อให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน และวิชาการ เข้ามาทำงานร่วมกันแบบหุ้นส่วน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน และเน้นความต้องการของประชาชนในแต่ละเขตสุขภาพเป็นสำคัญ”

การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ.(...) เป็นไปตามมติที่ประชุมคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2557 โดยมีการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ทำหน้าที่จัดทำร่างรูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ไปพร้อมกับยกย่องระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ.(...) โดยผ่านเวทีรับฟังความเห็นจากภาคีภาคส่วนต่างๆ หลายครั้ง รวมถึงในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และผ่านการพิจารณาให้ความเห็นชอบจากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แล้ว หลังจากคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว จะได้

มอบให้คณะกรรมการตรวจสอบร่างกฎหมาย และร่างอนุบัญญัติที่เสนอคณะรัฐมนตรีตรวจพิจารณา ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีต่อไป ก่อนจะนำเข้าคณะรัฐมนตรีพิจารณาอีกครั้งเพื่อประกาศใช้

การแบ่งพื้นที่ทั่วประเทศเป็น 12 เขตรวมกับกรุงเทพมหานครอีก 1 เขตนั้น สอดคล้องกับการแบ่งพื้นที่การทำงานของภาคีหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจะหนุนเสริมกันไม่ทำงานซ้ำซ้อนกัน เนื่องจากเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขจะมุ่งเน้นด้านบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุขเสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีว่า ขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับเขตสุขภาพเพื่อประชาชนด้วย ขณะที่เขตสุขภาพของ สปสช. เน้นการจัดการด้านการเงินการคลังเป็นหลัก ส่วนเขตสุขภาพเพื่อประชาชนจะเป็นกลไกหนุนเสริมให้เกิดกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมให้ทุกภาคส่วนที่มีบทบาทในระบบสุขภาพมีความรับผิดชอบร่วมกัน

ดังนั้น เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปตามเป้าประสงค์การกำหนดนโยบายสำหรับเขตสุขภาพให้สอดคล้องและตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลที่กำหนดให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลระดับ

นานาชาติ และเพื่อเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่แท้จริงโดยเปลี่ยนจุดเน้นจากการรักษาพยาบาลและบริการในโรงพยาบาลไปสู่บริการในสังคมชุมชนและครัวเรือนมากขึ้นด้วยการผสมผสานบริการทุกอย่างในพื้นที่เข้าด้วยกัน ทั้งการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสภาพ การสาธารณสุขและบริการสังคม

การจัดการเขตสุขภาพเป็นเสมือนการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ในแต่ละเขตภูมิภาค แต่ในแง่ปฏิบัติ เขตสุขภาพหาใช้การกระจายอำนาจอย่างแท้จริงไม่ แต่เป็นการจัดการอำนาจแบบการมอบอำนาจเท่านั้น จากเดิมที่มอบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ก็มาเพิ่มขึ้นตอนอีกชั้นผ่านระดับเขตก่อนถึงกระทรวง ผู้ตรวจราชการทุกคนยังต้องรอสัญญาณการหันซ้ายหันขวาจากกรุงเทพฯ ยังต้องฟังเสียงและทำตามแนวทางหรือข้อตกลงที่สั่งการจากกรุงเทพฯ ไม่ใช่ฟังจากพื้นที่ การมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในพื้นที่ที่มาเป็นกรรมการก็เป็นเพียงผู้แบ่งเค้กภายใต้กรอบและกติกาที่ส่วนกลางกำหนดมาแล้ว ทำให้เห็นได้ว่า เป็นการกระชับอำนาจ จัดแถวข้าราชการ และเพิ่มขึ้นตอนการควบคุมไม่ได้ทำเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง ภาคส่วนประชาชนไม่มีที่ยืนในกรรมการระดับเขต หรือแม้แต่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ยังไม่ยืนยอก ไม่ได้มีส่วนร่วม ไม่มีหลักประกันว่า ผู้ใหญ่ในกระทรวงจะมีความเป็นกลางและเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร ไม่มีหลักประกันว่า การมีเขตสุขภาพที่ยึดอำนาจการจัดสรรงบประมาณมาจาก สปสช.จะไม่ละเลงงบด้วยระบบพรรคพวกและมีใครยาวสาวได้สาวเอา (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2556) (Suprat Hasuwannakit, 2013) ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางการแพทย์คนหนึ่งจึงมีความสนใจจะศึกษาในนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และกระบวนการทางการเมืองที่เกี่ยวข้องกับนโยบายเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข สามารถ

พัฒนา และสร้างประสิทธิภาพการจัดการคุณภาพบริการ เพื่อรองรับประชาคมอาเซียนและสนองตอบความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเมืองด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคด้านการพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน

การทบทวนวรรณกรรม

คำว่า “สุขภาพ” มาจากภาษาอังกฤษ “health” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า “Hoelth” มีความหมาย 3 ประการคือ ความปลอดภัย (safe) ไม่มีโรค (sound) หรือทั้งหมด (whole) ในพจนานุกรมออกซ์ฟอร์ด จึงให้ความหมายของ health ว่าความไม่มีโรคทั้งร่างกายและจิตใจ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2541 : 2) อย่างไรก็ตามในระยะต่อมานักวิชาการทั้งหลายรวมทั้งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพแตกต่างกันไป ซึ่งความหมายของสุขภาพที่แตกต่างกันนี้จะนำไปสู่เป้าหมายและวิธีการกระทำเพื่อสุขภาพแตกต่างกันได้ Smith (1983 ,p 31) จึงได้ทบทวนข้อเขียนทั้งหมดในช่วงเวลานั้น และวิเคราะห์แนวคิดของสุขภาพที่มีอยู่โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปรัชญาพบว่ามี 4 แนวคิดคือ

- 1.แนวคิดทางด้านคลินิก (Clinical model) ในแนวคิดนี้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการ และอาการแสดงของโรค หรือปราศจากความพิการต่าง ๆ ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึงการมีอาการ และอาการแสดงหรือมีความพิการเกิดขึ้น ความหมายของสุขภาพเช่นนี้ ถือว่าเป็นความหมายที่แคบที่สุดและเน้นการรักษา เสถียรภาพ (Stability)

ทางด้านสรีรภาพ ถ้าใช้ความหมายของสุขภาพดังกล่าว เป็นเป้าหมาย จะนำไปสู่การบริการสุขภาพเชิงรับ คือคอยให้ประชาชนเกิดอาการและอาการแสดง แล้วจึงมุ่งรักษาอาการและอาการแสดงของโรคและความพิการเท่านั้น ซึ่งทำให้การส่งเสริมและปกป้องสุขภาพเกิดได้น้อยมาก และไม่มีแนวทางในการปฏิบัติ แพทย์จะมีบทบาทเด่น ในระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ และประชาชนจะมีบทบาทน้อยมาก เพราะถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์ เรื่องของโรงพยาบาล

2. แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) ความหมายของสุขภาพในแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากนักสังคมวิทยาซึ่งสนใจเกี่ยวกับบทบาทของบุคคลในสังคมเป็นหลัก คำว่าสุขภาพจึงหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ครบถ้วน เช่น ความสามารถในการทำงาน เป็นต้น ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึงความล้มเหลวในการทำหน้าที่ตามบทบาท เมื่อเจ็บป่วยบุคคลสามารถหยุดกระทำในบทบาทต่าง ๆ ได้ เช่น หยุดงาน นอนพัก เป็นต้น

ความหมายของสุขภาพตามแนวคิดนี้ ได้เพิ่มมาตรฐานทางด้านจิตสังคม คือไม่เพียงแต่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรคเท่านั้นแต่ต้องสามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมด้วย และยังคงเน้นการรักษา เสถียรภาพ แต่เป็น เสถียรภาพทางสังคม ซึ่งยังถือว่าเป็นเป้าหมายทางด้านสุขภาพที่แคบ และนำไปสู่การบริการสาธารณสุขในเชิงรับเช่นกัน ตัวอย่างความหมายของสุขภาพ ในแนวคิดของการปฏิบัติตามบทบาท คือความหมายของสุขภาพในทฤษฎีทางการพยาบาลของ King (1990, p.123) ซึ่งกล่าวว่าภาวะสุขภาพหมายถึงการที่บุคคลสามารถแสดงบทบาทต่าง ๆ ตามที่ตนเองและสังคมคาดหวัง

3. แนวคิดทางด้านปรับตัว (Adaptational model) ความหมายของสุขภาพในแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจาก Dubos (1965, p.36) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลมีการ

ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจัง และต่อเมื่อต้องตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม สุขภาพที่ดีจึงหมายถึงความยืดหยุ่น ในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ส่วนการเกิดโรคหมายถึงความล้มเหลวในการปรับตัว เป็นการทำลายความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม

4. แนวคิดทางด้านยูโดโนมิสติก (Eudaimonistic model) คำว่า Eudaimonistic หมายถึง Spiritual well being หรือ happiness ความหมายของสุขภาพตามแนวคิดทางด้านยูโดโนมิสติกมีความลึกซึ้ง และเป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาดิน ซึ่งคนจะพัฒนาไปได้อย่างสูงที่สุดนั้นจำเป็นต้องพัฒนาตนเองในแต่ละระยะของการพัฒนาการตั้งแต่วัยทารกจนเข้าสู่วัยสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย เป็นเรื่องของทุกคน และเป็นความรับผิดชอบของสังคมและของประเทศชาติด้วย

สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก็เกิดความร่วมมือในทิศทางลักษณะเดียวกัน ซึ่งเริ่มจากการก่อตั้งสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (The Association of South East Asian Nations : ASEAN) ตามปฏิญญากรุงเทพฯ (Bangkok Declaration) เมื่อ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2510 โดยมีประเทศผู้ก่อตั้งแรกเริ่ม 5 ประเทศ คืออินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ และไทย ต่อมาในปี พ.ศ. 2527 บรูไน ได้เข้าเป็นสมาชิกตามด้วย พ.ศ. 2538 เวียดนาม เข้าร่วมเป็นสมาชิก ต่อมา พ.ศ. 2540 ลาวและพม่า เข้าร่วมเป็นสมาชิก และในปี พ.ศ. 2542 กัมพูชา ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกลำดับที่ 10 (องค์ความรู้ประชาคมอาเซียน. (2556) จากนั้นในการประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 9 ที่ประเทศอินโดนีเซีย เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ผู้นำประเทศสมาชิกอาเซียนได้ตกลงกันที่จะยกฐานะจากสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นประชาคมอาเซียน

(ASEAN Community) ซึ่งประกอบด้วย 3 เสาหลัก คือ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-Cultural Community: ASCC) และประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน (ASEAN Political and Security Community: APSC) โดยจะดำเนินการจัดตั้งประชาคมอาเซียนให้สำเร็จภายในวันที่ 31 ธันวาคม ปี พ.ศ. 2558 (กรมอาเซียน, 2556). (Department of ASEAN Affairs ,2013)

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้เลือกระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Qualitative Research) โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional Survey Studies) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลในลักษณะเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์แบบต่อหน้ากับผู้ให้สัมภาษณ์ (face-to-face interaction) ในรูปของการสนทนากระตุ้นให้เกิดการถกเถียงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ พร้อมทั้งสังเกตท่าทางของผู้ตอบและสภาพแวดล้อม รวมทั้งบรรยากาศของสถานที่สัมภาษณ์อีกด้วย

2. การเก็บข้อมูลแบบสอบถามเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขัง ทั้งหมด 400 ชุด ผู้วิจัยเก็บและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษา

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้อำนวยการเขตสุขภาพและคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ จากจำนวน 5 ภูมิภาค 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง จำนวนทั้งหมด 12 คนซึ่งเป็น

ผู้บริหารจากเขตสุขภาพทั้ง 12 เขตในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งมีประเด็นในการสัมภาษณ์เป็นประเด็นนโยบายที่กำหนด เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ และปัจจัยทางการเมือง ซึ่งจะทำให้เราทราบปัญหา อุปสรรคและผลกระทบต่าง ๆ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Information) โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interviews) **เชิงปริมาณ** ได้แก่แบบสอบถามเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังทั้งหมด 400 ชุด ผู้วิจัยเก็บและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การตีความหรือการแปลความจากบทสัมภาษณ์ และนำข้อมูลที่ได้ออกมาเป็นเชิงปริมาณ และทำการทดสอบสถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อตอบให้ตรงกับประเด็นคำถามการวิจัย แล้วจึงการนำเสนอผลการศึกษาผลสรุปที่ได้รับจากการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งสรุป และอภิปรายผลด้วยการพรรณนาความ

ผลการวิจัย

1. การเมืองด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน ผลการศึกษาพบว่าการปฏิรูประบบการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่แบ่งเป็นเขตบริการสุขภาพ เพราะจะสามารถช่วยลดหน่วยบริการในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายต่างๆทำได้อย่างรวดเร็ว ช่วยกระจายการเข้าถึงบริการ ให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงได้มากขึ้น และยังเห็นว่าจำเป็นต้องมี

โครงสร้างการทำงานของเขต (structure) ที่ชัดเจนมากขึ้น โดยมีกฎหมายและระเบียบต่างๆมารองรับ เพื่อสามารถรองรับการทำงานของกลุ่มงานต่างๆ จึงได้จัดทำนโยบาย “เขตสุขภาพ” เป็นนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคในรูปแบบเขตบริการสุขภาพซึ่งแบ่งออกได้เป็น 12 เขต แต่ละเขตครอบคลุม 4-8 จังหวัด (ประชากร 3-6 ล้านคน) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการ (access) ที่มีคุณภาพ (quality) 2) สร้างความเท่าเทียม (equity) ในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ 3) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (efficiency) 4) สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (social accountability)

2. ปัญหาและอุปสรรคด้านการพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนานโยบายเขตสุขภาพ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในด้านบุคลากรมีปัญหาอยู่หลายประการ เช่น ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรบุคคล การพัฒนาบุคลากรของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาที่เกิดการขาดการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานของเขตสุขภาพ ในการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนานโยบายเขตสุขภาพในด้านการเงิน การคลัง ประกอบด้วย ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณที่เพียงพอการวางแผนการเงินและงบประมาณในการปฏิบัติงาน ขาดความชัดเจนในด้านการกลไกการเงินงบประมาณ ไม่มีการกระจายงบประมาณให้ทั่วถึงเพียงพอ ปัญหาการทุจริตในการจัดซื้อจัดจ้างที่ขาดการควบคุมการคลัง ซึ่งการดำเนินการต่างๆ เหล่านี้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติจำเป็นต้องมีทรัพยากรพร้อมเพียงซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่

รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีความสามารถในการดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบายนั้นได้มากน้อยเพียงใด

3. แนวทางการพัฒนาด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน

การพัฒนานโยบายสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงเป็นไปตามแนวทางความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ภายใต้แผนงานการจัดตั้งประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint 2009–2015) ใน 5 หัวข้อหลัก ประกอบด้วย (1) การส่งเสริมความมั่นคงและความปลอดภัยด้านอาหาร (2) การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์ (3) การเพิ่มศักยภาพในการควบคุมโรคติดต่อ (4) การรับประกันอาเซียนที่ปลอดภัยเสถียร (5) การสร้างรัฐที่พร้อมรับกับภัยพิบัติและประชาคมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น

การปรับปรุงพัฒนานโยบายสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีแนวทางในการพัฒนานโยบายสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพของอาเซียนในระดับภูมิภาค ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้เล็งเห็นถึงการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ

สรุปผลและประโยชน์

จากการศึกษาพบว่า แนวทางการพัฒนาด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนในเชิงนโยบายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การปรับปรุงพัฒนานโยบายสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีแนวทางในการพัฒนานโยบายสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพของอาเซียนในระดับภูมิภาค ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้เล็งเห็นถึงการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ ประกอบด้วย (1) การส่งเสริมความมั่นคงและความปลอดภัยด้านอาหารที่มีมาตรฐาน

เดียวกัน (2) การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์มีความเสมอภาคในการเข้าถึงและมีมาตรฐานสากล (3) การเพิ่มศักยภาพในการควบคุมโรคติดต่อที่เป็นไปตามเงื่อนไขขององค์กรอนามัยโรค(4) การรับประกันอาเซียนที่ปลอดภัยเสถียรที่เป็นภัยคุกคามที่กลุ่มอาเซียนต้องตระหนักและร่วมมือกันที่ไม่สามารถทำเพียงประเทศเดียวได้ (5) การสร้างรัฐที่พร้อมรับกับภัยพิบัติและประชาคมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น สร้างเครือข่ายการบูรณาการระดับชาติเพื่อป้องกันภัยพิบัติร่วมกันของประชาคมอาเซียน

อภิปรายผล

1. การเมืองด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน ผลการศึกษาพบว่าการปฏิรูประบบการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะบริการในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง การขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ ทำได้อย่างรวดเร็ว กระจายการเข้าถึงบริการ ให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงได้มากขึ้น (1) เพิ่มการเข้าถึงบริการ (access) ที่มีคุณภาพ (quality) (2) สร้างความเท่าเทียม (equity) ในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ (3) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (efficiency) (4) สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (social accountability) สอดคล้องกับ Denis Hew, 2005; Artsanthia J., Chaleoykitti S., 2016 ; Ju Lawong O. ,2014 ที่ระบุว่าประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพทำให้ประชาชนตามแนวชายแดนจากประเทศเพื่อนเข้ามาแสวงหาบริการตรวจรักษาโรคในประเทศไทย การเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติมีผลโดยตรงกับความสามารถในการรองรับของระบบบริการสุขภาพ อัตราการครองเตียงของแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมากภาระค่ารักษาพยาบาล และการสื่อสารที่มีปัญหา นอกจากนี้ยังมีปัญหาการติดตามการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง โรคบางชนิดจำเป็นต้องรักษาหรือ ติดตามการ

รักษาเป็นระยะเวลาานาน จึงจะบอกได้ว่าหายขาด เช่น วัณโรค ที่ต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน หรือมาลาเรีย ต้องมาตรวจเลือดหลายครั้ง จึงจะทราบว่าหายขาดแน่ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถมารับการรักษาตัวหรือติดตามการรักษาจะทำให้รักษาไม่หายขาด หรือเกิดเชื้อดื้อยาตามมาได้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ

2. ปัญหาและอุปสรรคด้านการพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนานโยบายเขตสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในด้านบุคลากรมีปัญหายุ่งหลายประการ เช่น ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรบุคคล การพัฒนาบุคลากรของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาที่เกิดการขาดการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานของเขตสุขภาพ ในการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนานโยบายเขตสุขภาพในด้านการเงิน การคลัง ปัญหาการทุจริตในการจัดซื้อจัดจ้างที่ขาดการควบคุมการคลัง สอดคล้องกับ Carolyn L. Gates, Mya Than.(2001) ที่กล่าวถึงประชาคมอาเซียนกับระบบสุขภาพไทย จะเกิดโดยระบุว่าปัญหาบุคลากรด้านสาธารณสุขไม่พอรับผู้ป่วยประเทศเพื่อนบ้านกระทบบริการคนไทยดังภาพที่เห็นในโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาครเป็นต้นจะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อระบบการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยอย่างมาก โดยเฉพาะในด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการเนื่องจากจะมีผู้ใช้บริการจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามายังประเทศไทยจำนวนมาก ทรัพยากรการแพทย์จะเคลื่อนไหวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของไทย ในการเกิดสมองไหลรวมถึงการให้บริการทางอิเล็กทรอนิกส์ข้ามชาติที่จะมีบทบาทสำคัญต่อธุรกิจการแพทย์ในอนาคตขณะที่ธุรกิจให้บริการผ่านเทคโนโลยีข้ามชาติเริ่มเด่นชัดและทำ

รายได้ดีดังเช่น ธุรกิจบริการทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นอย่างชัดเจน การบริการให้คำปรึกษาสุขภาพทางไกล เช่น การให้คำปรึกษาผ่านระบบเทเลคอนเฟอเรนซ์ (Tele-consultant), การรับส่งภาพเอ็กซเรย์ทางไกล (Tele-radiologist), การใช้หุ่นยนต์ผ่าตัดคนไข้ (Robotic Surgery or Practice) การรับบริการสุขภาพข้ามพรมแดน จากการศึกษาประเทศไทยจะเป็นศูนย์กลางให้บริการสุขภาพ (Medical Hub) แก่ นักท่องเที่ยว หรือการผ่าตัดแปลงเพศการข้ามไปลงทุนบริการสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้านของโรงพยาบาลเอกชน

3. แนวทางการพัฒนาด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน

จากการศึกษาได้สรุปจากข้อค้นพบในการพัฒนานโยบายสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามแนวทางความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข ในการบูรณาการร่วมกันสรุปได้ 5 หัวข้อหลัก ประกอบด้วย (1) การส่งเสริมความมั่นคงและความปลอดภัยด้านอาหาร (2) การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์ (3) การเพิ่มศักยภาพในการควบคุมโรคติดต่อ (4) การรับประกันอาเซียนที่ปลอดภัยเสถียร (5) การสร้างรัฐที่พร้อมรับกับภัยพิบัติและประชาคมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. หลายพื้นที่ที่มีการทำงานในระดับเขตที่เข้มแข็ง ตั้งแต่ก่อนที่จะมีนโยบายเขตสุขภาพเมื่อมีนโยบายเขตสุขภาพขณะทำงานก็สามารถเสนอโครงการและวางแผนเพื่อพัฒนาการบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น เสี่ยงสะท้อนกลับมาส่วนใหญ่เป็นในแง่บวก

2. ระบบการส่งต่อภายในเขต ซึ่งเป็นประเด็นที่ service plan พยายามพัฒนาให้เข้มแข็งและลดการส่งต่อนอกเขตพบว่าขึ้นกับความเข้มแข็งของ รพ.แม่ข่าย

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรต่างระดับ และการจัดระบบภายในเขต

3. หลังจากมีนโยบายเขตสุขภาพ มีการพัฒนามาตรฐานในการดูแลรักษาสดริตั้งครรรค์เพื่อให้บรรลุตัวชี้วัด ซึ่งมีความชัดเจนมากกว่าเดิม แต่งานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบทบาทของกรมวิชาการต่างๆ รวมทั้งสาธารณสุขจังหวัดกลับลดลงตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ไม่ได้สัดส่วนกับขนาดและพลวัตของปัญหาสุขภาพสตรีมีครรภ์

4. แต่ละพื้นที่ไม่สามารถบูรณาการงานหรือบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดความสับสนต่อผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะเมื่อมีโครงการหรือนโยบายใหม่ ซึ่งขาดความชัดเจน เช่นเดียวกับนโยบายเขตสุขภาพ ซึ่งผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่เข้าใจหลักการหรือจุดประสงค์หลักของนโยบายนี้เท่าที่ควร

5. นโยบายต้องมีความชัดเจน ไม่เปลี่ยนแปลง และมีแผนปฏิบัติการที่ดี

6. การวางโครงสร้างระบบและตำแหน่งต่างๆ ในเขต ต้องชัดเจน

7. โครงสร้าง และกลไกการทำงานปัจจุบันทำให้เกิดปัญหาหลายด้าน ยกตัวอย่างเช่น CEO และคณะซึ่งทำหน้าที่บริหารจัดการงบประมาณของเขตนั้น มักติดกลับข้อเสนอของผู้ปฏิบัติ ทำให้เกิดภาระงานที่ไม่สิ้นสุด ในขณะที่กลไกอื่นๆ ในระดับเขตมีการประชุมบ่อย แต่ไม่ได้ข้อสรุป

8. กฎกติกายังไม่ชัดเจน ทั้งเรื่องระบบการทำงาน กระบวนการโยกย้าย รวมถึงเรื่องแรงจูงใจ

9. การทำงานระดับเขตนั้นไม่มีกลไกสร้างแรงจูงใจ ไม่ได้ค่าตอบแทนเพิ่ม และยังไม่มีความสัมพันธ์เรื่องไม่มีตัวบทกฎหมายรองรับ

10. ควรสร้างความชัดเจนในนโยบาย โดยเฉพาะเรื่องบทบาทหน้าที่ อำนาจในการดำเนินการแต่ละเรื่อง อาทิเช่น งานบริการ ขอบเขตของ service plan สำหรับแต่ละระดับ

เอกสารอ้างอิง

กรมอาเซียน. (2556). ASEAN Mini Book. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ
สุภัทธร สาสุวรรณกิจ.(2556, 8 ตุลาคม).เขตสุขภาพ:กระจายหรือกระชับอำนาจ. [ออนไลน์] สืบค้น 20 กันยายน
2560 จาก <https://mgronline.com/qol/detail/9560000126054>

References

- Artsanthia J., Chaleoykitti S.(2016) .**Transculturalnursing in ASEAN Community**. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016; 17 (1): 10–16
- Carolyn L. Gates, Mya Than.(2001). **ASEAN Enlargement: impacts and implications**. Institute of Southeast Asian Studies. ISBN 9812300813. 2001.
- Department of ASEAN Affairs.(2013).**ASEAN Mini Book**. (4th edition). Bangkok: Department of ASEAN Affairs, Ministry of Foreign Affairs
- Denis Hew.(2005). **Roadmap to an Asean Economic Community**. Institute of Southeast Asian Studies. ISBN 981230–347–2.2005.
- Dubois, Dion Joseh. (1965). **The Relationship Between Selected Student Team Learning Strategies and Student Achievement and Attitude In Middle School Mathematic Cooperative Learning Strategies**. Dissertation Abstracts International. 52: 408 – A.
- Ju Lawong O.(2014). **Transcultural Care and AEC Exa**.Journalof The Royal Thai Army Nurses. 2014;15 (1):1–6
- King, M.I. (1990). **Extraordinary leadership in Education : Transformational and Transactional Leadership as Predictors of Effectiveness. Satisfaction and Organizational Climate in K–12 and Higher Education**. Dissertation Abstracts International, 75(3).
- Smith, C. A., Organ, D. W., & Near, J. P. (1983). **Organization Citizenship Behavior: It’s Nature. and antecedents**. Journal of Applied Psychology, 68(4), 653–663.
- Suprat Hasuwannakit, (2013, October 8). **Area Health : Spread or tighten power** [online]. search on 2017, September 20, from [https://mgronline.com/qol/detail/9560000126054,](https://mgronline.com/qol/detail/9560000126054))