

ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชนภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีการจัดบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร” ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูลจากหนังสือ บทความ ระเบียบและประกาศของกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 แนวคิดลัทธิสวัสดิการ

ลัทธิสวัสดิการเป็นแนวคิดสวัสดิการทางเศรษฐกิจ (Economic welfare) ที่มีข้อสมมติฐานว่า ระบบเสรีนิยมมีข้อบกพร่อง รัฐจะต้องแก้ไข โดยเข้าแทรกแซงมากขึ้นในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ข้อบกพร่องที่สำคัญคือความเหลื่อมล้ำในสวัสดิการทางเศรษฐกิจของคนในสังคม

นักเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ อาร์เธอร์ ซี พิกู (Arthur C. Pigou) ได้กล่าวในหนังสือเรื่อง The Economics of Welfare ว่า จุดหมายสำคัญของการศึกษาเศรษฐศาสตร์คือการทำให้อรรถประโยชน์ทางเศรษฐกิจ (economic welfare) ของสังคมเพิ่มขึ้น สวัสดิการทางเศรษฐกิจของสังคม คือสวัสดิการของสังคม (social welfare) ที่สามารถวัดเป็นเงินได้ พิกูเสนอว่าสวัสดิการเศรษฐกิจของสังคมส่วนรวมจะเพิ่มขึ้น เมื่อ

ก) ผลผลิตของสังคมเพิ่มขึ้น (โดยส่วนที่เป็นของคนจนไม่ลดลง) และ

ข) มีการโอนรายได้ของคนรวยไปให้คนจน (โดยที่ผลผลิตของสังคมไม่เปลี่ยนแปลง)

พิกูเสนอให้รัฐบาลเข้าแทรกแซงเศรษฐกิจโดยทางภาษี เงินช่วยเหลือ และออกกฎหมายจัดระเบียบต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงสภาวะการณ้ทั้งข้อ ก และ ข เป็นการเพิ่มสวัสดิการเศรษฐกิจของสังคมของส่วนรวม ทั้งนี้โดยยังรักษาระบบกรรมสิทธิ์ส่วนบุคคลในปัจจัยการผลิตไว้

พิกูสนับสนุนข้อเสนอให้โอนรายได้จากคนรวยให้คนจน โดยอ้าง “กฎการลดอรรถประโยชน์ของประโยชน์ (the law of diminishing utility)” การโอนรายได้ดังกล่าวทำให้สามารถสนองความต้องการที่เข้มข้น (intense wants) ได้ โดยการเสียสละการสนองความต้องการที่เข้มข้นน้อยกว่า จึงทำให้ความพอใจทั้งหมดเพิ่มขึ้น ดังนั้นการโอนรายได้ดังในข้อเสนอจึงเป็นการเพิ่มสวัสดิการเศรษฐกิจของทั้งสังคม ในแง่นี้ย่อมหมายความว่าพิกูถือว่าความพอนั้นสามารถเปรียบเทียบระหว่างบุคคลได้ ซึ่งพิกูหมายความว่า การโอนเงินจากผู้ร่ำรวยมาสู่ผู้ขัดสนควรทำให้สวัสดิการเศรษฐกิจของทั้งสังคมเพิ่มขึ้น โดยที่อรรถประโยชน์ที่ผู้ร่ำรวยสูญเสียไปนั้นน้อยกว่าอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มที่ได้จากการจัดสรรให้กับผู้ขัดสน

สำหรับข้อเสนอให้เพิ่มผลผลิตของสังคมนั้น พิภูเสนอว่าให้พิจารณาผลผลิตสุทธิหน่วยสุดท้ายของสังคม (marginal social net product) ว่าเพิ่มขึ้นหรือไม่เมื่อเพิ่มปัจจัยการผลิตหนึ่งหน่วย แทนที่จะพิจารณาผลผลิตสุทธิหน่วยสุดท้ายของเอกชน (marginal private net product) ผลผลิตสุทธิหน่วยสุดท้ายสองชนิดนี้ไม่จำเป็นต้องเท่ากันแม้ในตลาดแข่งขันเสรี ในการผลิตที่หน่วยการผลิตหนึ่ง ทำให้อีกหน่วยการผลิตหนึ่ง บุคคลอื่น หรือสังคมส่วนรวมอาจได้ประโยชน์โดยไม่ต้องจ่ายเงินค่าบริการ เป็นกรณีที่ผลผลิตหน่วยสุดท้ายของสังคมสูงกว่าผลผลิตหน่วยสุดท้ายของเอกชน รัฐบาลควรส่งเสริมกิจกรรมชนิดนี้ แต่ในกรณีที่ผลผลิตหน่วยสุดท้ายของเอกชนสูงกว่าผลผลิตสุทธิหน่วยสุดท้ายของสังคมทำให้สวัสดิการของสังคมลดลง รัฐบาลควรควบคุม วางกรอบ เก็บภาษี หรือห้ามการกระทำ เช่น การที่โรงงานปล่อยของเสียเป็นอันตรายต่อชีวิต การก่อสร้างที่ทำลายความสวยงามและสงบสุขของสภาวะแวดล้อม การใช้แรงงานจากบุคคลที่ไม่อยู่ในภาวะอันควร ฯลฯ¹

2.2 แนวคิดว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั้นเป็นหัวใจหลักข้อหนึ่งของแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ แต่สินค้าและบริการโดยทั่วไปในระบบทุนนิยมนั้นต่างจากสินค้าและบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขหลายประการ เพราะวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการผลิตบริการสาธารณสุขนั้นเป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์รวมสูงสุดแก่ผู้บริโภคนั้น ไม่ใช่เพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปของกำไรสูงสุด²

เนื่องจากการรักษาพยาบาลและจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น หลายๆ ประเทศในโลกจึงดำเนินการเปลี่ยนแปลงแก้ไขระบบสาธารณสุขของตนเอง เพื่อที่จะรองรับอุปสงค์ของความ ต้องการบริการสุขภาพ การจัดบริการสาธารณสุขนั้นจำเป็นต้องปรับให้สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ทั้งในด้านความเสมอภาค ประสิทธิภาพ และคุณภาพ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน

ดร. วิโรจน์ ณ ระนอง และ ศ.ดร. อัญชญา ณ ระนอง กล่าวถึงปรัชญาว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น “ภูมิปัญญาเก่าแก่” ที่มาจากซีกโลกตะวันตกโดยส่วนใหญ่ โดยอาจแบ่งปรัชญาซึ่งเป็นที่มาของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแนวต่างๆ ออกเป็น 4 แนวทางใหญ่ๆ ได้แก่

¹ ฉัตรทิพย์ นาถสุภา, ลัทธิเศรษฐกิจการเมือง, พิมพ์ครั้งที่ 5 (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546), หน้า 128.

² สมคิด แก้วสนธิและภิรมย์ กมลรัตนกุล, เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข: การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536), หน้า 1-6.

1. แนวทางสังคมนิยมแบบมาร์กซ์ (Marxian Socialism) ซึ่งเน้นบทบาทของรัฐในทุกด้าน รวมถึงการพยาบาล แต่แนวทางนี้มักไม่ใช่ต้นแบบของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ประเทศต่าง ๆ ใช้

2. แนวทางสังคมนิยมเสรี (Fabian Socialism) ซึ่งเป็นปรัชญาพื้นฐานของกลุ่มประเทศกลุ่มที่มีแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare State) เช่นประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวียในยุโรป แนวทางนี้ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมแต่ให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในการจัดบริการที่ถือเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน แนวทางนี้ใช้มาตรการด้านภาษีมากระจายรายได้ใหม่ โดยประเทศเหล่านี้มักเก็บภาษีเงินได้ในอัตราที่ก้าวหน้ามาก เป็นที่น่าสังเกตว่าถึงแม้ประเทศอื่นที่ไม่ได้ใช้แนวทางสังคมนิยมเสรีในการบริหารประเทศเช่น ประเทศอังกฤษและแคนาดา แต่ก็ได้นำแนวทางนี้มาใช้ในการจัดให้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. แนวทางการประกันสังคมแบบบังคับ (Social Security) ซึ่งเริ่มมาจากแนวคิดสายอนุรักษนิยมของ Bismarck ในเยอรมัน ให้ผู้ที่รับประโยชน์จากโครงการเช่น นายจ้าง ลูกจ้าง และอาจรวมรัฐบาลด้วย ร่วมกันส่งเงินสมทบประกันสังคมสำหรับ โครงการสวัสดิการด้านต่างๆรวมถึงการรักษาพยาบาล แนวทางนี้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในโลก ซึ่งรวมถึงโครงการประกันสังคมในประเทศไทย

4. แนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปแล้วเศรษฐศาสตร์กระแสหลักซึ่งพัฒนาขึ้นในระบบเศรษฐกิจทุนนิยม จะสนับสนุนกลไกตลาดและระบอบเศรษฐกิจแบบเสรี แต่เศรษฐศาสตร์กระแสหลักเองก็ตระหนักถึงความล้มเหลวของกลไกตลาดในบางสถานการณ์ เช่นในสถานการณ์ที่มีความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูล (Asymmetric Information) หรือในกรณีที่กิจกรรมบางอย่างมีผลกระทบต่อผู้อื่นหรือสังคม ตัวอย่างเช่น บริษัทประกันเอกชนมักคิดเบี้ยประกันในอัตราที่สูงเพื่อชดเชยความเสี่ยง ซึ่งเกิดจากการที่คาดว่าผู้ที่ซื้อประกันสุขภาพมักเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี (Adverse Selection) และอาจบังคับให้ผู้ซื้อประกันต้องตรวจสุขภาพก่อนด้วย ในขณะที่การประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทุกคนของภาครัฐ จะไม่ประสบปัญหาการถูกเลือกใช้โดยผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเหมือนกับโครงการของเอกชน แนวทางนี้จึงสนับสนุนให้ใช้ระบบประกันสุขภาพหรือประกันสังคมของรัฐแทน ในกรณีที่รัฐสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า

2.3 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

การขยายการครอบคลุมการประกันสุขภาพให้กับประชาชนแต่เดิมมาเป็นนโยบายที่การสาธารณสุขไทยได้พยายามจะแก้ไขปรับปรุงและมีการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรมากขึ้นมาโดยตลอด

การเจริญเติบโตของเศรษฐกิจประเทศที่ผ่านมาในช่วงหลายสิบปี นอกจากทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงและขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังทำให้ภาคการสาธารณสุขมีการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงห้าปีที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าฝ่ายต่างๆที่พยายามผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้มีความเห็นตรงกันในทุกๆด้าน แต่ก็มีจุดร่วมในประเด็นหลักๆ เช่น เป็นการให้บริการที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ไม่ใช่การสงเคราะห์ที่ขึ้นกับระดับความเอื้ออาทรที่ผู้ให้บริการเลือกหยิบยื่นให้ เป็นบริการด้านการรักษาและเสริมสร้างสุขภาพที่มีคุณภาพอันเป็นที่ต้องการของผู้มีสิทธิ ไม่ใช่บริการชั้นสองที่มีคุณภาพต่ำหรือมีมาตรการจำกัดคุณภาพสำหรับผู้มีสิทธิบางกลุ่ม มีความเสมอภาคในการเข้าถึง และได้รับบริการด้านการรักษาและเสริมสร้างสุขภาพที่ทัดเทียมสำหรับทุกคน ไม่ใช่ระบบที่มีการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือยหรือระบบที่ผู้ให้บริการสามารถส่งจ่ายยาได้อย่างไม่จำกัดโดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่าย

จากแนวคิดที่กล่าวมา เป็นเหตุให้เกิดการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพทั่วประเทศ ประกอบกับเนื่องจากที่ผ่านมาระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน การนำระบบการให้ความช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันใหม่ และทำให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมด้านสาธารณสุข มิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว เป็นพื้นฐานของการนำมาซึ่งการร่างและตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้เกิดการกระตุ้นการสาธารณสุขไทยให้ขยายการครอบคลุมประชากรที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เกิดเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพ “ถ้วนหน้า” ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2544 หรือที่นิยมเรียกว่า “30 บาท” ซึ่งมาจากการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน 30 บาทต่อครั้งการบริการ โดยคาดว่าก่อนที่จะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เคยมีผู้ที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพใดๆเลยรองรับถึงร้อยละ 30³ ของประชากรทั้งหมด

³สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547), หน้า 15.

ตาราง 2.1 ลักษณะของการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ในประเทศไทย
ปี พ.ศ. 2542

ระบบประกันสุขภาพ	จำนวน (ล้านคน)	ความครอบคลุม (ร้อยละ)
สวัสดิการรักษายาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อยและสังคมควร ช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) (Social Welfare)	23	37
บัตรประกันสุขภาพ (Health Card)	7-8	12
สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme)	7	11
ประกันสังคม (Social Welfare)	5.42	9
ประกันเอกชน (Private Insurance)	5.9	~10
ผู้ยังไม่มีหลักประกัน (Uninsured)	12	~20
ผู้ที่มีหลักประกันซ้ำซ้อน	NA	NA
ประชากร	61.46	100

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์สวัสดิ์ (พ.ศ. 2543)

2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public Private Partnership, PPP)

การบริการสุขภาพที่ผ่านมามีอุปสงค์ของบริการรักษายาพยาบาลและความคาดหวังของ
คุณภาพมากกว่าอุปทานที่รัฐจะให้ได้ การพัฒนาสุขภาพอนามัยจึงประสบปัญหาที่สำคัญหลาย
ประการ หนึ่งในข้อปัญหานั้นคือการขาดแคลนทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ รวมไปถึง
ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ยุทธศาสตร์รัฐร่วมเอกชน (public-
private mix) ถือเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมความขาดแคลนดังกล่าวที่มีอยู่
ในบริบทการบริหารจัดการด้านสุขภาพของภาครัฐหลายปีที่ผ่านมา จึงได้มีการตระหนักถึง
ความสำคัญของการขยายการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชน

การมีส่วนร่วม (partnership) คือลักษณะของการมีผลประโยชน์และความรับผิดชอบ
ร่วมกันโดยผู้ร่วมมือที่มีความเข้าใจกันในเรื่องของเป้าหมายและวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น การ
มีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชน คือการที่ภาครัฐและภาคเอกชนร่วมมือกันเพื่อให้บรรลุ
เป้าหมายทางสังคม มีพื้นฐานของหลักการทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองอยู่ที่การใช้ทรัพยากรที่

มีอยู่จำกัดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับสังคม การมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งสำหรับผู้สร้างนโยบายเพื่อที่จะส่งเสริมความเท่าเทียมกัน ประสิทธิภาพ และคุณภาพในการให้บริการสาธารณะ

การมีส่วนร่วมดังที่กล่าวมานี้ สามารถกระทำได้หลายรูปแบบและหลายระดับ เช่น เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นทางการ หรือไม่ใชทางการ เช่น ความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมอาจจะไม่ได้มีรูปแบบแค่สนับสนุนการมีบทบาทของภาคเอกชน แต่ยังรวมถึงการสร้างการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ และการสนับสนุนผู้ที่มีรายได้น้อยให้ใช้บริการในภาคเอกชน เพื่อซึ่งรัฐจะได้นำทรัพยากรไปใช้กับคนจนให้ดียิ่งขึ้นเป็นต้น ซึ่งความสัมพันธ์เช่นนี้ไม่ใช่แนวทางที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยต้องการ หากแต่เป็นระบบที่ต้องมีความร่วมมือกันระหว่างทั้งสองภาคในการให้บริการประชากร โดยเท่าเทียมกันทั้งในด้านของผู้ให้และผู้รับบริการเพื่อผลประโยชน์สูงสุดของส่วนรวมนั่นเอง

2.5 แนวคิดเรื่องความยั่งยืน

“ความยั่งยืน” หรือ Sustainability นั้น เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในหลายแขนง โดยสามารถครอบคลุมถึงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นศัพท์ที่ใช้กัน โดยมีความหมายที่หลากหลายตามการใช้งานเพื่อวัตถุประสงค์ที่ต่างกันไป

Merriam – Webster Dictionary ให้ความหมายของ Sustainability ว่า ความสามารถในการทำให้อยั่งยืน หรือการเก็บเกี่ยวและการใช้ทรัพยากร โดยไม่ทำให้ทรัพยากรนั้น ๆ ถูกทำลายไปโดยสิ้นเชิง หรืออาจหมายถึงวิธีการใช้ชีวิตอย่างยั่งยืน⁴

2.5.1 ความยั่งยืนในเชิงการพัฒนา (Sustainable Development)

ในปีค.ศ. 1987 Brundtland Commission หรือในอีกชื่อหนึ่งว่า The World Commission on Environment and Development (WCED) ได้ให้ความหมายของความยั่งยืนในรายงานที่ชื่อ “Our Common Future” ของ Brundland Report ว่า

“การพัฒนาที่ตอบสนองความต้องการในยุคปัจจุบัน โดยที่ไม่ไปทำลายความสามารถในการตอบสนองความต้องการของคนรุ่นต่อ ๆ ไป”⁵

การนิยามนี้ภายต่อมาได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยมีได้จำกัดอยู่แต่ในเชิงนิเวศน์วิทยา และสิ่งแวดล้อมเท่านั้น

⁴ The New Merriam-Webster Dictionary, (Massachusetts: MERRIAM-WEBSTER, 1989), p. 723

⁵ แหล่งที่มา <http://alcor.concordia.ca/~raojw/crd/reference/referenc001377.html>. ณ วันที่ 18 มีนาคม

แนวคิดเรื่อง “Sustainable Development” ถูกนำมาใช้ใน Agenda 21 ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) ซึ่งเป็นแม่แบบการนำแนวคิดเรื่องความยั่งยืนไปปฏิบัติทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นในโครงการต่างๆของสหประชาชาติ ในปีค.ศ. 1995 The World Summit on Social Development ได้เพิ่มการตีความหมายว่า “แบบแผนของความพยายามที่จะสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคนให้ดีขึ้น” และในปีค.ศ. 2002 The World Summit on Sustainable Development ได้ขยายความโดยการระบุเป้าหมายหลัก 3 ประการของการพัฒนาที่ยั่งยืนว่ามีเพื่อ 1.การขจัดซึ่งความยากจน 2.การปกป้องทรัพยากรธรรมชาติ และ 3.เปลี่ยนรูปแบบการผลิตและบริโภคให้มีความยั่งยืน

2.5.2 ความยั่งยืนในเชิงการพัฒนาในประเทศไทย

ความสมเหตุสมผลของการพัฒนาที่ยั่งยืน สามารถสรุปโดยมองจากแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง⁶ (sufficiency economy) ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 เศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่ชี้ถึงแนวการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัวระดับชุมชนจนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริการประเทศให้ดำเนินไปใน “ทางสายกลาง” โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์

ความพอเพียงจะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 อย่างพร้อมกัน คือ

- ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดี ที่ไม่มากไม่น้อยเกินไป โดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เช่น การผลิตและการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ

- ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้น จะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆอย่างรอบคอบ

- การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่างๆที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล

ประเทศไทยในปัจจุบันได้มีการกล่าวถึงแนวคิดเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างกว้างขวางและมีการพัฒนาแนวคิดในรูปแบบเฉพาะตนมาอย่างต่อเนื่อง นายอานันท์ ปันยารชุน กล่าวว่า การพัฒนาที่ยั่งยืนคือการพัฒนาที่มีความพอดี ซึ่งความพอดีของแต่ละสังคมก็ไม่เหมือนกัน เช่นเดียวกับการพัฒนาที่ยั่งยืนของแต่ละกลุ่มคนหรือแต่ละประเทศ ก็ต้องมีวิถีและบริบทที่แตกต่างกันออกไป แต่สิ่งที่สำคัญคือ ความพอดีของการพัฒนาจะต้องอยู่บนพื้นฐานของทุนที่ตัวเองมี และไม่ได้

⁶ www.nesdb.go.th/sufficiency ณ วันที่ 15 มีนาคม 2549.

หมายถึงทุนที่เป็นตัวเงินเพียงอย่างเดียว แต่หมายถึงทุนทั้งทรัพยากรธรรมชาติและทรัพยากรบุคคล ทุนทางปัญญา ทุนทางวัฒนธรรมและจารีตประเพณี

การพัฒนาที่ไม่พอดีทำให้เกิดความมั่งคั่งโดยขาดความมั่นคง วิธีการพัฒนาที่พอดีจะต้อง สอดคล้องกับความเป็นธรรมชาติ ลักษณะของความเป็นธรรมชาตินี้ก็คือ ความเป็นปกติ ความเป็น ธรรมดา ความหลากหลาย ความเปลี่ยนแปลง และมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์และพึ่งพาอาศัยกัน ระหว่างสิ่งทั้งหลาย เพราะฉะนั้นในการพัฒนา หากให้ความสำคัญกับการพัฒนาเศรษฐกิจ ก็จะต้อง ให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจกับระบบนิเวศ ระบบวัฒนธรรม และ จริยธรรมของสังคมด้วย คือมีการคงความสมดุลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

2.5.3 ความยั่งยืนในเชิงการบริหารจัดการ

มีการนำแนวคิดของความยั่งยืนมาปรับใช้กับแนวคิดของการบริหารจัดการที่ดี (good governance) จากรายงานขององค์การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) สามารถสรุปลักษณะของ การบริหารจัดการที่ดี (good governance) ว่าต้องมี

1. การมีส่วนร่วมของสาธารณชน
2. ความสุจริตและโปร่งใส
3. พันธะความรับผิดชอบต่อสังคม
4. กลไกทางการเมืองที่ชอบธรรม
5. กฎเกณฑ์ที่ยุติธรรมและชัดเจน
6. ประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁷

สำหรับในบริบทการเมืองไทยนั้น มีแนวคิดเรื่องการบริหารจัดการที่ดีดังนี้:

- อานันท์ ปันยารชุน มองว่าการบริหารจัดการที่ดีนั้นหมายถึงผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรม ซึ่งบุคคลและสถาบันทั้งในภาครัฐและเอกชนมีผลประโยชน์ร่วมกันได้กระทำลงในหลายทาง มี ลักษณะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะนำไปสู่การผสมผสานผลประโยชน์ที่ หลากหลายและขัดแย้งกันได้ แต่โดยเนื้อหาแล้วก็คือ องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการจัดการอย่างมี ประสิทธิภาพ เพื่อให้แน่ใจว่านโยบายที่กำหนดไว้จะได้ผล⁸

⁷ อรพินธ์ สทโชคชัย, “สังคมเสถียรภาพและกลไกประชารัฐที่ดี (good governance)” เอกสารรายงาน TDR1, ฉบับที่ 20 (มกราคม 2540).

⁸ อานันท์ ปันยารชุน, ปาฐกถา “ธรรมรัฐกับอนาคตไทย,” มติชนรายวัน (25 มีนาคม 2541): หน้า 2.

- ชีรบุทท บุญมี อธิบายว่า การบริหารจัดการที่ดี คือกระบวนการความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐ ภาคสังคม และประชาชนทั่วไป ในการที่จะทำให้การบริหารราชการแผ่นดินดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณธรรม โปร่งใส ยุติธรรมและตรวจสอบได้⁹

- ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ อธิบายว่าการบริหารจัดการที่ดีหมายถึงการบริหารกิจการของบ้านเมืองด้วยความเป็นธรรม เคารพสิทธิของผู้อื่นผลเมืองด้วยความเสมอภาค มีระบบตัวแทนประชาชน รัฐบาลมีความเอื้ออาทรต่อผู้คนสามัญและมีอารยะพอที่จะแสดงความรับผิดชอบหากบริหารงานผิดพลาดหรือไร้ประสิทธิภาพ¹⁰

2.5.4 ความยั่งยืนในเชิงธุรกิจ

มุมมองของความยั่งยืนในเชิงธุรกิจเป็นแนวคิดที่จะทำให้เกิดความเจริญก้าวหน้าของธุรกิจในระยะยาว ธุรกิจสามารถพัฒนาการเพิ่มผลิตผล เพิ่มคุณภาพในการผลิตหรือให้บริการ โดยการลดหรือใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ที่สุด และลดผลกระทบที่มีต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของสินค้าและการบริการ ความสามารถในการแข่งขัน หรือการทำกำไร¹¹

ในแง่การทำธุรกิจที่มีความสัมพันธ์กับภาครัฐนั้น คำถามที่เกิดขึ้นคือ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการร่วมมือของธุรกิจกับภาครัฐนั้น จะสามารถทำให้เกิดประโยชน์หรือมีการพัฒนาต่อไป หลังจากความร่วมมือดังกล่าวถูกถอดถอนไปหรือไม่ หรือในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ความยั่งยืนอาจถูกกระทบถ้าผู้ใช้บริการที่ปลายทางของกิจกรรมนั้น มีการพึ่งพิงอย่างสูงกับการทดแทน การช่วยเหลือ หรือการอุดหนุนจากภาครัฐ จนทำให้เกิดผลกระทบต่อกิจกรรมนั้นๆเมื่อการช่วยเหลือทดแทนดังกล่าวหายไป¹²

2.5.5 ความยั่งยืนในกรอบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องมีองค์ประกอบทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ภาครัฐเป็นผู้กำหนดนโยบาย จัดหาบริการการส่งเสริมและรักษาโรคให้แก่ประชาชน

⁹ ชีรบุทท บุญมี, "3 ยุทธศาสตร์ 10 แนวทางสู่ธรรมรัฐ," มติชนรายวัน (26 มกราคม 2541): หน้า 17.

¹⁰ จดหมายเปิดผนึกจากที่ประชุมคณาจารย์รัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 8 สิงหาคม 2540.

¹¹ David Smukowski, Center for Innovation and Entrepreneurship, University of Washington Business School, February 2006

¹² http://www.fao.org/sd/index_en.htm. ณ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2549

โดยส่วนหนึ่งผ่านทางภาคเอกชนซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาล สถานพยาบาล และโดยเฉพาะอย่างยิ่งคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นผู้รับแนวนโยบายและให้บริการประชาชน

ความยั่งยืนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องพิจารณาจากหลายด้านในมุมมองของภาครัฐและภาคเอกชนประกอบกัน ประเด็นความยั่งยืนของรัฐซึ่งสะท้อนได้จากนโยบายซึ่งทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนด สามารถมองได้จากแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในแง่ที่ว่า งบประมาณจากการจัดสรรมีจำกัด ทำให้ต้องมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ให้สอดคล้องกัน กำหนดแนวทางที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต ซึ่งจำเป็นต้องเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ

ส่วนภาคเอกชนมีหน้าที่ในการบริหารงบประมาณที่มีอย่างจำกัด โดยให้มีความสมดุลระหว่างผลประโยชน์เชิงธุรกิจ และการให้บริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกันโรค ที่มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่าที่สำนักงานกำหนด เพื่อให้เกิดประโยชน์กับทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยทั้งนี้ต้องไม่มุ่งแสวงหากำไรเกินควร มีความรับผิดชอบต่อสังคม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งความยั่งยืนยังต้องมาจากความพยายามที่จะให้ระบบสาธารณสุขเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากความร่วมมือในการศึกษาปัญหาและหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดความมั่นคง อันเป็นแรงผลักดันควบคู่กับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

2.6 วรรณกรรมปริทัศน์

Centre for Health Equity Monitoring (CHEM) ของมหาวิทยาลัยยอร์ค จัหวัดพินัง โลก ซึ่งเป็นสถาบันที่ได้รับความช่วยเหลือจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวสร.) ได้ทำงานวิจัยเรื่อง *Sustainable Universal Health Coverage: Household Met Need* สำเร็จในเดือนมีนาคม 2545 เป็นงานวิจัยที่วิเคราะห์ถึงขั้นตอนของนโยบายในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในช่วงปีการดำเนินการแรกของโครงการ และวัดถึงผลกระทบของนโยบายที่มีต่อประชาชน โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะแนะนำแนวทางในการทำให้ นโยบายมีความยั่งยืน พบว่าในช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลงนำระบบเข้ามาใช้ ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในกระทรวงสาธารณสุขนั้น กลัวที่จะเสียอำนาจไปในแง่ของการแบ่งทรัพยากรและความเป็นเจ้าของในโครงข่ายของผู้ให้บริการ จึงเป็นการยากที่จะทำให้ผู้ให้บริการเอกชนอยู่ร่วมในโครงการ ทำให้ นโยบายที่จะให้ผู้ให้บริการเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมไม่มีความยั่งยืน ซึ่งผลกระทบท้ายสุดแล้วก็คืออยู่ที่สังคมที่จะต้องเป็นผู้รับภาระหนักที่สุด

งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อสรุปและข้อเสนอแนะหลายข้อด้วยกัน แต่ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับ การศึกษาจะมุ่งที่ประเด็นของงบประมาณเป็นหลัก กล่าวคือ

- โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบปัญหางบประมาณระหว่าง

ปีพ.ศ. 2545 –2546 และถึงแม้ว่ามีการเสนอของบประมาณต่อรายประชากรเพิ่มจาก 1,202 บาทที่ใช้ในปีพ.ศ. 2545 ไปเป็น 1,414 บาท ในปีพ.ศ.2546 แต่ก็ไม่ผ่านการอนุมัติจากรัฐบาล ด้วยเหตุผลว่ารัฐบาลมีหนี้สาธารณะเยอะมาก (ราว 65% ของ GDP) ทำให้ไม่ควรมีการใช้จ่ายงบประมาณมากเกินไป ถึงแม้ว่าอัตราการให้บริการของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีผู้ยากไร้มาใช้บริการถึง 85% แต่รัฐก็ไม่สามารถจะใช้งบประมาณมากไปกว่านี้ ทำให้มีข้อคิดเห็นออกมาว่า หากรัฐบาลดำเนินนโยบายประหยัดงบประมาณมากเกินไป จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการ ความน่าเชื่อถือ และศรัทธาต่อการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ภาคเอกชน (คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน) ส่วนใหญ่แล้วไม่ได้ถูกรวมอยู่ในโครงการ ทำให้ ประชาชนเข้าถึงบริการได้น้อย จากการสอบถามความคิดเห็นของประชาชนพบว่า ประชาชนจำนวนถึง 88% เห็นด้วยเป็นอย่างมากต่อข้อเสนอที่จะสามารถเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชน และประชาชนจำนวนถึง 87% เห็นด้วยเป็นอย่างมากต่อข้อเสนอที่จะสามารถเลือกใช้บริการจากคลินิกเอกชนและต้องการที่จะให้มีการเข้าถึงผู้ให้บริการเอกชนได้มากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าทางเลือกทางนโยบายที่ดีทางหนึ่งก็คือการให้มีทางเลือกของผู้ให้บริการเอกชน การทำให้มีการเข้าถึงผู้ให้บริการสาธารณสุขเอกชนคาดว่าจะทำให้ความเท่าเทียมกันในการจ่ายออกจากกระเป๋า (out of pocket spending) มีมากขึ้นดังที่เห็นในโครงการประกันสังคม การที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการของภาคเอกชนได้มากขึ้นได้ทำให้โครงการประกันสุขภาพมีความยั่งยืน เนื่องจากเป็นการช่วยตอบสนองต่อเป้าหมายต่างๆของโครงการ ไม่ว่าจะเป็นความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ ความสะดวก ความพึงพอใจ แต่จากการวิจัยชิ้นนี้เองก็ระบุถึงปัญหาในเรื่องของงบประมาณ ซึ่งเป็นข้อสำคัญประการหนึ่งสำหรับภาพเอกชนที่ต้องประเมินถึงความคุ้มค่าในการเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการด้วย¹³

เอกสารประกอบการเรียนการสอน พ.วค.403 วิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics) เรื่อง *Introduction to Health Economics* ได้ให้ความหมายของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเอาไว้ว่า “Health Economics” (เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข) หมายถึง การประยุกต์ใช้ทฤษฎี แนวคิดและเทคนิคต่างๆ ทางเศรษฐกิจกับการสาธารณสุข ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับประเด็นด้านการจัดสรรทรัพยากรระหว่างกิจกรรมสาธารณสุขต่างๆ ปริมาณของทรัพยากรที่ใช้ในการบริการทางสาธารณสุข องค์กรและการสนับสนุนทางการเงินต่อสถาบันการบริการสาธารณสุข ประสิทธิภาพและผลกระทบของการป้องกันการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการบริการสาธารณสุข หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดระหว่างทางเลือกในการใช้ประโยชน์ต่างๆ สำหรับการดูแลรักษาความเจ็บป่วย การส่งเสริม ชำรง

¹³Supasit Pannarunothai, Direk Patmasiriwat and Sukalaya Kongsawatt, Sustainable Universal Health Coverage: Household Met Need, Centre for Health Equity Monitoring (CHEM), Naresuan University(Phitsanulok: 2002).

รักษาและเสริมสร้างสุขภาพ

คำกล่าวที่ว่า ความต้องการที่ไม่จำกัดในขณะที่ทรัพยากรมีจำนวนจำกัดทำให้สภาพความขาดแคลน (scarcity) เกิดขึ้นอย่างในปัจจุบัน ดังนั้นทุกๆ สังคมจึงต้องเผชิญหน้ากับปัญหาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการผลิตและจัดสรรผลิตภัณฑ์หรือบริการ ประชาชนและองค์กรต่างๆ รวมทั้งระบบการเมืองมักแตกต่างกันจากสังคมสู่สังคม สังคมใดที่มีการตัดสินใจเลือกทางเลือกใด แล้วประสบความสำเร็จก็ไม่ได้หมายความว่าสังคมอื่นจะใช้ทางเลือกนั้นๆ แล้วจะประสบความสำเร็จไปด้วย เช่นเดียวกับหน่วยที่ให้บริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลเมื่อโรงพยาบาลหนึ่งมีการตัดสินใจเลือกแนวทางหนึ่งในการให้บริการว่าจะให้บริการอะไร เท่าไร และอย่างไร แล้วปรากฏว่าเป็นทางเลือกที่เหมาะสมก็ไม่ได้หมายความว่าโรงพยาบาลอื่นๆ จะใช้แนวทางเดียวกันได้เสมอไป เพราะต้องขึ้นกับองค์ประกอบอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร รวมทั้งสภาพตลาดและสังคมที่ตั้งอยู่ด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ เอกสารเล่มนี้ยังได้ให้แนวคิดและคำนิยามของคำว่า การประเมินผลในเรื่องของการบริการสาธารณสุข คือคำว่า การประเมินผล (evaluation) นั้นเป็นคำที่รวมการวัด (measurement) และการประเมินค่า (assessment) ของสิ่งที่วัดนั้นด้วย การประเมินผลในเรื่องของการบริการสาธารณสุขนั้น เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าของบริการสาธารณสุขที่มีต่อบุคคลและสังคม ผู้ประเมินจะพยายามวัดและประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสามตัว คือ 1. จุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายของบริการ (objective) 2. สิ่งที่ใช้หรือปัจจัยการผลิตที่ต้องใช้ (inputs) เพื่อการจัดบริการ และ 3. ผลได้หรือสิ่งที่ได้ออกมา (outcome) จากกระบวนการหรือบริการนั้น ซึ่งความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสามนี้ สามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการวิเคราะห์และประเมินผลได้หลายรูปแบบ

เอกสารเล่มนี้ยังได้ให้เหตุผลของการวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุขไว้หลายประการ ได้แก่

1. ความจำเป็นความต้องการของบุคคลและสังคมสำหรับบริการสาธารณสุขต่าง ๆ มีมากเกินกว่าที่จะสามารถจัดบริการบำบัดความต้องการได้ทั้งหมด ภายใต้ทรัพยากรที่กำหนด เพราะฉะนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจึงต้องเลือกที่จะดำเนินการและไม่ดำเนินการสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่ง ในการเลือกจำเป็นที่จะต้องวิเคราะห์และประเมินผลบริการต่างๆ ที่จัดในอดีต หรือกำลังจัดอยู่หรือบริการที่กำลังจะจัดเพื่อเปรียบเทียบและตัดสินใจว่าบริการใดควรยกเลิกไป หรือดำเนินต่อไป หรือเพิ่มขึ้น

2. นอกจากการประเมินเพื่อตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ แล้ว การวิเคราะห์ด้านเศรษฐศาสตร์ยังมีความจำเป็นสำหรับการพัฒนางานที่กำลังปฏิบัติอยู่อย่างค่อนเนื่อง เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพของงาน

3. แม้การวิเคราะห์และประเมินผลบริการในเชิงเศรษฐศาสตร์จะมีความสำคัญ แต่ในทางปฏิบัติบางครั้งและบ่อยครั้ง ปัจจัยทางสังคมและการเมืองจะมีผลเหนือกว่า ทำให้การตัดสินใจเลือก

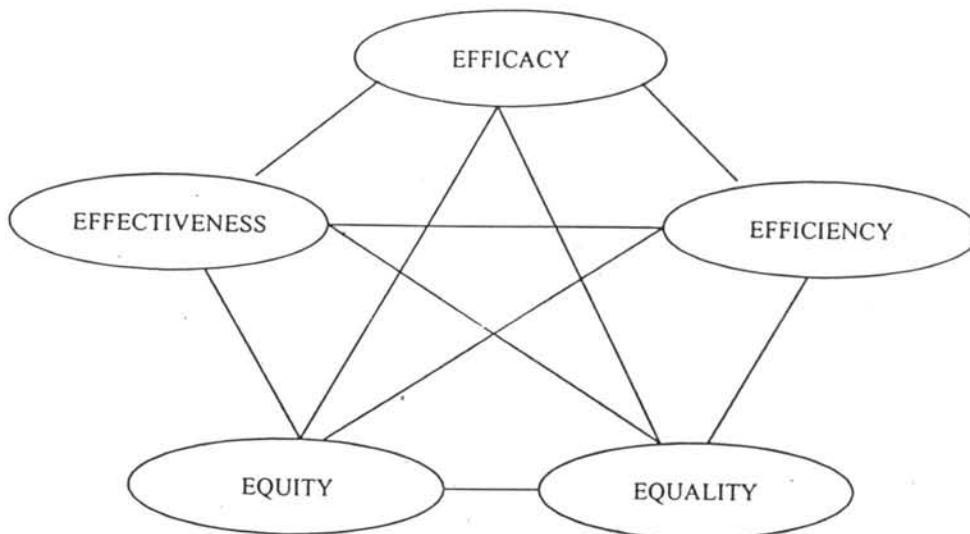
ทางเลือกไม่เป็นไปตามหลักการทางด้านเศรษฐศาสตร์ อย่างไรก็ตามหากได้มีการวิเคราะห์และประเมินผลทางด้านเศรษฐศาสตร์อย่างกว้างขวางขึ้น ก็เชื่อว่าข้อมูลทางด้านเศรษฐศาสตร์จะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกทางเลือกด้านการสาธารณสุขมากขึ้น นำไปสู่การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ให้เกิดประโยชน์มากขึ้นและทั่วถึงขึ้น

ในทางการแพทย์และการสาธารณสุขมักมีคำถาม 3 ข้อ เพื่อการตัดสินใจในการให้การรักษาและจัดบริการสาธารณสุข เช่น ในการจัดบริการหรือโครงการ คำถามแรกคือบริการนั้น คีจริงหรือไม่? การวัดว่าคีจริงหรือไม่คือวัดประสิทธิภาพของการบริการต้องควบคุมให้สภาพการณ์ต่างๆ เป็นสภาพในอุดมคติเพราะหากสภาพการณ์ต่างๆ ไม่เป็นไปตามอุดมคติกีจะบอกว่าบริการคีจริงหรือไม่ยังไม่ได้ คำถามต่อมาในทางการแพทย์และสาธารณสุข คือ บริการหรือโครงการ นั้นใช้ได้ทางปฏิบัติหรือไม่ (มีประสิทธิภาพหรือไม่) ซึ่งการประเมินความใช้ได้ทางปฏิบัตินั้นเป็นการประเมินภายใต้สภาพการณ์ที่เป็นจริงในชีวิตประจำวัน ไม่ใช่สภาพอุดมคติ การวัดผลที่เกิดขึ้น (Outcome) ในการรักษาทางการแพทย์จึงนิยามวัดออกมาเป็นความสัมฤทธิ์ผล (Effectiveness) ของบริการ เมื่อการบริการการของโครงการนั้น สามารถผ่านการประเมินว่า “คี” และผ่านการประเมินว่า “ใช้ได้” แล้วการประเมินในขั้นต่อไป คือ ประเมินว่าคุ้มค่าหรือไม่ (Break Even) โดยการวัดต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์ ความสัมฤทธิ์ผล (Effectiveness) หมายถึงการวัดสิ่งที่ได้ออกมาเทียบกับเป้าหมาย (Outcome/Target) ดังนั้นการเปรียบเทียบระดับความสัมฤทธิ์จะต้องคำนึงถึงเงื่อนไขประกอบต่างๆ เช่น ระดับของเป้าหมาย สภาพแวดล้อม ฯลฯ ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึงการวัดสิ่งที่ได้ออกมาเทียบกับสิ่งที่ใช้ไป (outcome/input) นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึง ความเป็นธรรม (Equity) ซึ่งหมายถึง ความเป็นธรรมในการได้รับบริการเทียบกับความจำเป็นที่จะต้องได้รับบริการ และความเท่าเทียมกัน (Equality) ในการเข้าถึงบริการ ดังนั้นทั้ง 5 ประเด็นต้องมีความสัมพันธ์และมีความสมดุลซึ่งกันและกันดังรูปข้างล่าง¹⁴

¹⁴ ศศ.นพ. รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ, เอกสารประกอบการเรียนการสอน พ.วศ.403 เรื่อง Introduction to Health Economics, (เชียงใหม่: ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

แผนภาพที่ 2.1 ปัจจัยการประเมินผลบริการทางสาธารณสุข

ปัจจัยการประเมินผลสาธารณสุข



ในการศึกษาเรื่อง “Potential of Private Practitioners to deliver public health services in Peru” นั้น ทำให้รู้ว่าปัจจัยบางประการที่ต้องได้รับการพิจารณาเพื่อที่จะให้มีการร่วมมือกันในระบบการให้บริการ ประเทศเปรูมีระบบสุขภาพที่คล้ายกับประเทศไทยในอดีตในการแบ่งภาคการให้บริการเป็นสามภาคนั้นคือ 1. ระบบสาธารณสุขพุ่งเป้าไปที่คนจน 2. ระบบประกันสังคมสำหรับผู้ทำงานอย่างเป็นทางการ และ 3. โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน แต่อย่างไรก็ตามภาคเอกชนก็มีส่วนแบ่งในการให้บริการประชาชนถึง 25% ในปีค.ศ. 1995

แต่โดยเดิมนั้น ภาครัฐเป็นผู้ให้บริการหลักในการให้บริการทางด้านสุขภาพ แต่ในปี ค.ศ. 1995 นั้นทางกระทรวงสาธารณสุขเปรูก็ตัดออกแนวทางใหม่ในการให้บริการสุขภาพใหม่ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยมีพื้นฐานมาจากการที่ต้องการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากขึ้น ซึ่งมีข้อเสนอ เช่น

- การตกลงแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านสุขภาพระหว่างกัน ซึ่งจะเป็นตัวช่วยชี้ว่า แผนแนวทางใหม่ของการให้บริการนั้นครอบคลุมประชาชนได้มากน้อยขนาดไหน

- รัฐบาลอาจจะให้การสนับสนุนในการโฆษณาการบริการภาคเอกชน โดยแลกเปลี่ยนกลับข้อมูลต่างๆจากภาคเอกชน

- รัฐบาลอาจจะให้มีกองทุนในการทดลองระบบวิธีการให้บริการใหม่ๆ

อย่างไรก็ตามการ จากการศึกษาในเปรู จึงทำให้รู้ว่าความพยายามในการให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสาธารณสุขดังกล่าวก็ไม่ได้ถูกให้การใส่ใจมากนัก และยังไม่ประสบความสำเร็จในการเสนอถึงความเป็นไปได้ในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและเอกชนใน

รูปแบบการทำสัญญา นอกจากนั้นยังมีข้อโต้แย้งกันว่าการให้บริการเอกชนนั้นมีประสิทธิภาพจริงหรือไม่¹⁵

การศึกษาในปี 1994 เรื่อง *Cost – benefit analysis of contracting out primary medical care to private clinics under social security scheme* โดย Sanga Intajak ได้ทำการศึกษาถึงระบบเครือข่ายของโรงพยาบาลสมัครนึ่ง ซึ่งในขณะนั้นการทำสัญญาว่าจ้างคลินิกเอกชนเป็นเครือข่ายในการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐนั้นเป็นสิ่งที่ใหม่ จากการศึกษาพบว่ามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในหลายๆด้าน คือ 1. ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยขั้นรุนแรงและช่วยให้มีการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่เร็วขึ้น 2. มีประสิทธิภาพทางการเงิน 3. มีประสิทธิภาพทางด้านเทคนิค คือคลินิกสามารถให้บริการได้ด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าตัวโรงพยาบาลเอง และนอกจากนั้นยังพบว่า 4. มีการตระหนักถึงค่าการบริการจัดการที่เพิ่มขึ้น 5. มีความเท่าเทียมกันของผู้ที่มีสิทธิในการเข้ารับบริการที่มากขึ้น 6. มีอัตราการเข้าใช้บริการที่เพิ่มขึ้นถึง 50% จากการศึกษาที่สรุปได้ว่าเป็นไปได้ในการที่โรงพยาบาลหลักอื่นๆทำสัญญากับคลินิกเอกชนในการให้บริการขั้นเบื้องต้น แต่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม เพราะความสำเร็จของการเป็นเครือข่ายนั้นมีปัจจัยหลายประการ เช่น จำนวน การแข่งขัน และนโยบายของโรงพยาบาลหลัก¹⁶

รายงานการวิจัยเรื่อง *การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อการประเมินผลการดำเนินงาน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี* ของศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อศึกษาถึงนโยบายไปสู่การปฏิบัติของภูมิภาคว่ามีประสิทธิผลอย่างไร ตลอดจนมีปัญหาและอุปสรรคใดๆต่อระบบการบริการประชาชน พื้นที่ที่ศึกษาคือจังหวัด สมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี ซึ่งเริ่มดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในสองระยะคือ 1 เมษายน และมิถุนายน พ.ศ. 2544 ได้อธิบายองค์ประกอบของนโยบายและการแปลงไปสู่การปฏิบัติที่ส่วนกลาง การแปลงไปสู่การปฏิบัติและการบริหารจัดการที่ระดับจังหวัด ได้กล่าวไว้ว่า องค์ประกอบสำคัญของนโยบายโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจมี 4 ประการด้วยกัน คือ 1) การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนชาวไทย (providing health insurance) 2) การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการคลังบริการสุขภาพ : การจัดสรรทรัพยากรและซื้อบริการ (resource allocation and purchasing arrangement) 3) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เน้นบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว (primary care and family medicine) และ 4) การสร้างเสริมสุขภาพ

¹⁵ Pedro Mendoza-Arana, "Potential of private practitioners to deliver public health services in Peru," in *The new public/private mix in health: exploring the changing landscape*, Alliance for Health Policy and Systems Research (Malta: 2003).

¹⁶ Sanga Intajak, "*Cost and benefit analysis of contracting out primary medical care to private clinics under social security scheme*," Master's thesis, Department of Economics, Chulalongkorn University, 1996).

(health promotion) ส่วนการเปลี่ยนแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในส่วนกลาง แท้จริงแล้วคือโครงการที่ประกอบด้วยทั้งการปฏิรูประบบการคลังและระบบบริการ รวมไปถึงโครงสร้างและระบบข้อมูลการประกันสุขภาพ ดังนั้นจึงก่อให้เกิดความสับสนในการนำนโยบายไปปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ การถ่ายทอดนโยบายในช่วงแรกจึงอาศัยเทคโนโลยีการสื่อสารและสื่อสารมวลชนเพราะสะดวก รวดเร็ว แต่สามารถเข้าถึงได้แค่กลุ่มคนบางกลุ่มเท่านั้น ดังนั้นด้วยระยะเวลาอันจำกัดจึงทำให้มีการเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงานมากมายหลายครั้งในลักษณะลองผิดลองถูก ส่งผลให้เกิดปัญหาพ่วงมาในการนำนโยบายไปปฏิบัติจริง

งานวิจัยฉบับดังกล่าวได้กล่าวไว้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแผนนโยบายและเป้าหมาย แต่ไม่มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้ยังขาดการบริหารจัดการของภูมิภาคหายไประยะเวลาในการ โอนเงินในระยะแรกของโครงการ ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในส่วนจังหวัดมีปัญหาเป็นอย่างมาก

สำหรับค่าบริการเสริมสร้างสุขภาพส่วนใหญ่จัดสรรในลักษณะเหมาจ่ายต่อรายประชากรที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งกรณีนี้รูปแบบการจัดสรรเงินให้ตามผลงานบริการน่าจะเหมาะสมกว่าเพราะการจ่ายค่าบริการด้วยวิธีเหมาจ่ายต่อรายประชากรที่ขึ้นทะเบียน มักจะมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประสบปัญหาทางการเงินที่เครือข่ายของตนเอง ยิ่งไปกว่านั้นการเหมาจ่ายต่อรายประชากรสำหรับบริการเสริมสุขภาพนั้น ไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการบริการ ในขณะที่เดียวกันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ไม่สามารถกำกับและตรวจสอบได้อย่างสะดวก

นอกจากนั้นการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายต่อรายประชากรรวมเงินเดือนให้จังหวัด โดยมีได้นำปัจจัยด้านอุปสงค์และอุปทานอื่นมาร่วมกันพิจารณาอาจไม่เป็นธรรมพอและก่อให้เกิดปัญหาทั้งจังหวัดที่มีทรัพยากรเดิมมากเมื่อเทียบกับประชากร ส่วนรูปแบบการจัดสรรเงินให้เครือข่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมเงินเดือนมีผลกระทบด้านลบกับการเข้าถึงบริการและอาจขาดความเหมาะสมเนื่องจากเครือข่ายต่างๆ ไม่สามารถให้บริการประชาชนได้จนถึงสิ้นสุดบริการ โดยที่การจัดแบบนี้มีผลกระทบต่อ การส่งต่อ ซึ่งมาตรฐานด้านการเงินอย่างเดียวไม่สามารถเกลี้ย/กระจายบุคลากรได้

การจัดสรรเงินในเครือข่ายที่มีรูปแบบต่างกันภายในจังหวัดก่อให้เกิดความสับสนและความไม่มั่นใจแก่สถานีอนามัยและมักมีปัญหาว่าจังหวัดไม่สามารถกำกับและให้ความคุ้มครองแก่สถานีอนามัยได้

ส่วนด้านการจัดระบบเครือข่ายการบริการปฐมภูมิ ก็ขาดความพร้อมด้านบุคลากรทั้งในด้านปริมาณ ความเข้าใจ และทักษะ เป็นประเด็นปัญหาหลักที่ทำให้การจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถเป็นได้เพียงคลินิกสาขา (Extended OPD) และมุ่งเน้นด้านรักษาพยาบาลเป็นหลัก

ประกอบกับ โครงสร้างการบริหารจัดการระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนามัยเป็นอีกประเด็นที่ไม่ราบรื่นและเกิดความขัดแย้งกันระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนามัย

ประการสุดท้ายเป็นองค์ประกอบทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในการขาดความรู้แนวทาง และทักษะการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยพบว่ารูปธรรมของการดำเนินงานนอกเหนือจากงานปกติมีน้อยมาก ทั้งยังขาดการกำกับจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจ่ายเงิน¹⁷

รายงานการวิจัยฉบับนี้ต่างจากงานวิทยานิพนธ์ของผู้เขียนในประเด็นการศึกษาการประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทำพื้นที่ศึกษาที่ต่างจังหวัด โดยศึกษานโยบายของรัฐบาลในภาพรวม ไม่ได้เจาะจงไปในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นแค่การสรุปการปฏิบัติงานของภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นงานวิจัยที่มาจากการสำรวจ ของกลุ่มจังหวัดนอกกรุงเทพมหานคร ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับคลินิกชุมชนอบอุ่น แต่สามารถเป็นแนวทางการปฏิบัติภาพกว้างได้ อย่างไรก็ตามข้อเสนอแนะจากงานวิจัยชิ้นนี้สามารถเป็นตัวอย่างที่ดีที่คลินิกเอกชนจะนำไปประยุกต์ เพื่อปรับปรุง พัฒนา และเตรียมตัววางแผนงานด้านบริหารทรัพยากรการเงินและทรัพยากรบุคคลากรให้พร้อมรับมือ นโยบายของภาครัฐอยู่เสมอ

จากหนังสือเรื่อง *คิดนอกกรอบ* ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหนังสือที่รวบรวม โครงการที่ได้รางวัลนวัตกรรมหลักสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับรางวัลหน่วยนวัตกรรมด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดีเด่นประเภทบริหารจัดการ ระดับ GOLD มี 2 รางวัล คือ โรงพยาบาลพิสัยเวชการ จังหวัดหนองคาย : โครงการเอกชนร่วมรัฐจัดบริการสุขภาพ และโรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย : โครงการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ แบบใกล้บ้าน-ใกล้ใจ

สำหรับโครงการแรกของโรงพยาบาลพิสัยเวชการ จังหวัดหนองคาย ชื่อโครงการ “เอกชนร่วมรัฐจัดบริการสุขภาพ” เนื่องจากว่า โรงพยาบาลพิสัยเวชการเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แล้วจึงได้ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การทำงาน มุ่งเน้นเชิงรุก ตั้งทีมสุขภาพเข้าไปดูแลให้บริการประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จัดว่าเป็นนวัตกรรมใหม่รูปแบบใหม่ของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (private-public mixed for health) ขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากในกิ่งอำเภอยังไม่มีโรงพยาบาลมีแต่สถานีนามัยของรัฐบาล ทำให้โรงพยาบาลพิสัยเวชการและเจ้าหน้าที่สถานีนามัยร่วมมือกับผู้นำชุมชน และผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจของประชาชนในชุมชนเป็นอย่างมาก จึงเกิดเป็น “หน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ CUP” และจากการจัดทีมคุณภาพ “ร่วมมือประสานใจ” ทั้งภาคเอกชน ภาครัฐและภาคประชาชน ให้บริการด้านสุขภาพแก่ชุมชน อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ในทุกๆด้าน โดยเอาจุดเด่นของเอกชนใน

¹⁷ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และเพ็ญแข ลากอ้ง, การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อการประเมินผล การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี (ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีนาคม 2545).

ด้านเชิงรับ การให้คำปรึกษา แล้วนำความรู้มาถ่ายทอดให้กับสถานีอนามัย และเมื่อนำจุดเด่นของเอกชนและหน่วยงานรัฐบาลมารวมกัน ส่งผลให้เป็นการบริหารจัดการที่ดี สร้างทีมสุขภาพเป็นทีมเดียวกันสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องรวดเร็ว ถือว่าเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

โครงการ “บริหารจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบใกล้บ้าน-ใกล้ใจ” ของโรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย ริเริ่มมาจากสาเหตุที่ว่า โรงพยาบาลมีความห่างไกลจากชุมชนมาก จึงเกิด “โครงการบริการใกล้บ้านหน่วยปฐมภูมิหลักแห่งที่สอง” ขึ้น และจากแนวความคิดปฏิรูปสุขภาพของ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การริเริ่ม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลภูกระดึงจังหวัดเลย ปรับการบริหารจัดการเป็นแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” โดยจัดบริการรักษาพยาบาลให้เตรียมพร้อมตลอดเวลาบวกกับเครื่องมือทางการแพทย์ที่ครบครัน นอกจากนั้นยังมีการบริหารจัดการโดยใช้ประชาชนเป็นฐาน มีการกำหนดวันที่และจำนวนบุคลากรที่แน่นอนในการจัดบริการ ทำให้เกิดความมั่นใจในการให้บริการจากประชาชนว่าจะมีแพทย์ให้การดูแลอย่างแน่นอนและทั่วถึง ส่วนด้านการบริหารจัดการด้านการเงิน จัดสรรให้เพียงพอตามค่าใช้จ่ายจริง จัดค่าตอบแทนมุ่งผลด้านสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งผลของนวัตกรรมจากโรงพยาบาลภูกระดึง จ.เลย สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยิ่งไปกว่านั้นยังลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนได้ทั้งในทางตรงและทางอ้อม¹⁸

จากหนังสือเรื่องคิดนอกกรอบนี้ ผู้ศึกษาเห็นว่า การบริหารจัดการของโรงพยาบาลที่ได้รับรางวัลแห่งแรกที่จังหวัดหนองคาย มีการผสมผสานการบริหารจัดการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ได้เป็นอย่างดีลงตัว ไม่ว่าจะเป็นการจัดทีมดูแลสุขภาพของประชาชน ร่วมมือกับสถานีอนามัยที่จัดว่าเป็นสถานพยาบาลรัฐบาลประจำชุมชน โดยนำจุดเด่นและความถนัดของแต่ละฝ่ายมาประยุกต์รวมกัน ไม่ว่าจะเป็นการทำงานเชิงรุกของเอกชนผสมผสานกับการเข้าถึงประชาชนของสถานีอนามัยของรัฐ ทำให้เกิดการดำเนินงานรูปแบบใหม่ของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน (private-Public mixed for health) ผู้เขียนเชื่อว่า จะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำรงอยู่ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างยาวนานอีกด้วย

ส่วนในกรณีของโรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย ถือว่าเป็นต้นแบบการบริหารงานของคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ดี ด้วยแนวคิดหลักที่ว่า “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพราะไม่ว่าจะอยู่ที่ไหน ประชาชนก็สามารถเดินทางไปรับบริการทางการแพทย์ได้ไม่ไกลนัก พร้อมทั้งมั่นใจได้ว่าจะมีแพทย์ประจำรักษาดตนเองอยู่ตลอดเวลา การดำเนินงานของโรงพยาบาลภูกระดึงจัดว่าเป็นแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด และยังเหมาะสมสำหรับคลินิกเอกชนที่คิดจะเข้าร่วม โครงการ

¹⁸ ณาตยา แววีร์คุปต์, วันเพ็ญ แววีร์คุปต์, ฐิตินิบ โกมลนินิ, จุริรัตน์ ผลดี และคนอื่นๆ, คิดนอกกรอบ, พิมพ์ครั้งแรก (กรุงเทพฯ:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548), หน้า81.

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งสามารถนำแนวทางตามโรงพยาบาลถูกระดิ่งไปปฏิบัติ เนื่องจากว่าแนวการปฏิบัตินี้สามารถทำได้จริง และคุ้มค่าทรัพยากรบุคคล รวมไปถึงประหยัดค่าใช้จ่ายทางการเงินของประชาชนอีกด้วย อาจกล่าวได้ว่าถ้าคลินิกเอกชนใดๆสามารถนำแนวทางของทั้งสองโรงพยาบาลที่กล่าวมาข้างต้น มาประยุกต์แนวทางการบริหารจัดการ ประกอบกับแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับองค์กรของตนเอง ขอมส่งผลให้เกิดความยั่งยืนแก่คลินิกเอกชนที่ต้องการความเข้าร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไปอย่างแน่นอน

หนังสือเรื่อง “บริการสุขภาพ ใกล้ใจ-ใกล้บ้าน” ของสำนักงาน โครงการปฏิรูประบบระบบบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจของบริการปฐมภูมิ ได้ให้คำจำกัดความที่สมบูรณ์ของบริการปฐมภูมิว่าจากนี้ไปควรจะต้องหมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพเป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วยแนวคิดแบบองค์รวมประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป นอกจากนี้หนังสือเล่มนี้ยังได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ ในที่นี้ขอสรุปลักษณะสำคัญออกมาอย่างสั้นๆคือ

1. เป็นหน่วยงานที่บริการด้านสุขภาพอย่าง “ผสมผสาน” และพิจารณาอย่าง “องค์รวม”
2. เป็นบริการ “ด่านแรก” ที่ “เข้าถึงได้ง่าย”
3. เน้นบทบาทให้บริการสุขภาพ “ในเชิงรุก”
4. ร่วมดูแลสุขภาพประชาชน “อย่างต่อเนื่อง”
5. ทำหน้าที่ “ประสานกับหน่วยบริการอื่น” ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการที่ต่อเนื่อง

จากนโยบายของรัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย โดยเริ่มจากโครงการ 30 บาท ที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญกับการใช้ “หน่วยบริการปฐมภูมิ” เป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรก ทั้งยังสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิประสานงานกับหน่วยบริการระดับต้นของสถานพยาบาลระดับอื่นในลักษณะเครือข่ายหรือระหว่างภาครัฐกับเอกชนได้ด้วย

หน่วยบริการปฐมภูมิที่กล่าวมาอาจจัดบริการ โดยสถานพยาบาลหน่วยเดียวหรืออาจจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ในกรณีที่จัดบริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน (ดูรายละเอียดที่ภาคผนวก ก) ซึ่งสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้โดยตรง จะเรียกบริการนี้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก ส่วนหน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ทุกประเภท หรือไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด จะเรียกว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิรองใน

เครือข่ายบริการปฐมภูมิ” ซึ่งจะไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาได้ เว้นแต่จะรวมตัวกันเป็นเครือข่ายที่สามารถจัดบริการ ได้ครบและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์¹⁹

หนังสือเรื่องบริการสุขภาพใกล้ใจ-ใกล้บ้าน จัดว่าเป็นคู่มือที่เหมาะสมมากสำหรับคลินิกเอกชน ในการนำแนวทางนโยบายมาปฏิบัติ เพื่อให้คลินิกของตนเองได้รับความไว้วางใจและได้รับความเชื่อมั่นทั้งจากประชาชนเองและหน่วยงานภาครัฐ เพราะจากที่ได้สรุปเนื้อหาและแนวทางทั้งหมดของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากคำร่าเล่มนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่า ได้กล่าวถึงแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ที่สามารถปฏิบัติได้จริง อีกทั้งยังเอื้อประโยชน์ต่อสถานพยาบาลเอกชนนั้นๆ ให้เข้าใจมากขึ้นถึงแผนงานของรัฐบาล และอีกส่วนหนึ่งก็ช่วยให้การให้บริการผู้ป่วยในโครงการ 30 บาท ถูกต้อง ถูกใจ และมีประสิทธิภาพเป็นที่น่าพอใจมากขึ้น ดังนั้น ที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยต้องการที่จะเชื่อมโยงให้เห็นว่า หนังสือเรื่องบริการสุขภาพ ใกล้ใจใกล้บ้าน เป็นคู่มือที่มีความสำคัญฉบับหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิ และแนวทางการจัดสรรและพัฒนาคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อความยั่งยืนของคลินิกเอกชนนั้นๆ และยังส่งผลให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับความเชื่อมั่นจากประชาชนต่อไป โดยที่ยังคงยึดหลักโครงการเพื่อเป็นสวัสดิการของประชาชนได้ต่อไป

หนังสือเรื่อง *คลินิกชุมชนอบอุ่น ใกล้บ้านใกล้ใจ* ได้กล่าวไว้ว่า คลินิกชุมชนอบอุ่นคือหน่วยบริการประจำที่ให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เพื่อแก้ปัญหาของประชาชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ คลินิกชุมชนอบอุ่นจึงเป็นหน่วยบริการประจำคู่สัญญาหลักของโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดำเนินการ โดยภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การดำเนินการคลินิกชุมชนอบอุ่นตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในด้านการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ โดยใช้ยุทธศาสตร์รัฐและเอกชน (private-public mix) ที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสูงขึ้น โดยสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน หน่วยงานภาครัฐมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้หลักการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคนำการรักษาพยาบาล และให้ความสำคัญกับการให้บริการระดับปฐมภูมิ และสนับสนุนให้ประชาชนไปใช้บริการในคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ใกล้บ้าน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขยายการดำเนินงานคลินิกชุมชนอบอุ่นเพิ่มเติม โดยสนับสนุนให้หน่วยเอกชนเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการประจำของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปแบบ “คลินิก

¹⁹ สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์ และคนอื่นๆ, *บริการสุขภาพใกล้ใจ-ใกล้บ้าน*, พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545), หน้า 42.

ชุมชนอบอุ่น” ซึ่งเป็นการช่วยแก้ไขปัญหาคาดแคลนทรัพยากรบุคคลและงบประมาณของประเทศอีกทางหนึ่ง²⁰

หนังสือเล่มนี้ระบุถึงรายละเอียดมาตรฐานและเงื่อนไขของการเข้าร่วมเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นอย่างละเอียด คลินิกเอกชนสามารถนำไปศึกษาเป็นแนวทางเพื่อปรับปรุงและเพิ่มศักยภาพการให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชน ยิ่งไปกว่านั้นถ้าคลินิกเอกชนมีมาตรฐานการรักษาที่สร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชนได้ตามที่รัฐบาลกำหนดมาแล้ว ความยั่งยืนของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะดำเนินการต่อไปได้ควบคู่ไปกับการดำรงอยู่ต่อไปอย่างมั่นคงของคลินิกชุมชนอบอุ่น

²⁰ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, คลินิกชุมชนอบอุ่น ใกล้บ้านใกล้ใจ (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ), หน้า7.