

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน
: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ธานี ขามชัย

คุณฉันทิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชายุทธศาสตร์และความมั่นคง
คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
พฤศจิกายน 2560
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

อาจารย์ผู้ควบคุมคุณวุฒิบัตรและคณะกรรมการสอบคุณวุฒิบัตร ได้พิจารณา
คุณวุฒิบัตรของ ธานี ขามชัย ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรรัฐศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์และความมั่นคง
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

อาจารย์ผู้ควบคุมคุณวุฒิบัตร

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ทนตแพทย์หญิง ร้อยเอก ดร.สุพัตรา วรรณสืบเชื้อ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์)

..... กรรมการ
(ดร.อนุรัตน์ อนันทนารชร)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิระ ประทีป)

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ อนุมัติให้รับคุณวุฒิบัตรฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรรัฐศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์และความมั่นคง ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)
วันที่...29... เดือน.....พฤศจิกายน..... พ.ศ.2560.....

ประกาศคุณูปการ

จากจุดเริ่มต้นของเส้นทางการศึกษาระดับปริญญาเอก ที่ผ่านปัญหาและอุปสรรคมากมาย จนเกินจะอธิบาย และแล้ววันนี้การวิจัยเรื่อง “การพัฒนากระบวนการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐ เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” ซึ่งเป็นผลงานยืนยันความสำเร็จก็สามารถสำเร็จลงได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จากท่านอาจารย์ รองศาสตราจารย์ ทพญ.รศ.ดร.สุพัตรา วรรณสืบเชื้อ ประธานควบคุมการวิจัย ผู้เปี่ยมด้วยองค์ความรู้และความเป็นครู

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ท่านอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์ อาจารย์ ที่ปรึกษาหลัก ผู้ก่อตั้งหลักสูตรและนำส่งสู่เส้นทางแห่งความสำเร็จ ท่านอาจารย์ ดร.อนรรตน์ อนันทนาธร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้คอยให้คำแนะนำและสร้างขวัญกำลังใจจนสามารถก้าวผ่าน ความยากลำบาก ท่านอาจารย์ รองศาสตราจารย์ ดร.จิระ ประทีป อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้คอยให้ คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาสำคัญ ท่านอาจารย์ พลตรี ดร.พร ภิเสก ผู้เป็นแบบอย่างด้านยุทธศาสตร์ และความมั่นคง ผู้วิจัยรู้สึกร่วมซึ่งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณ ไว้ ณ ที่นี้

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ทองพูล คุณพ่อสุขสันต์ ขามชัย ผู้ให้ชีวิต จริยธรรม ปัญญาและส่งเสริมสนับสนุนให้มีชีวิตที่ดีได้จนถึงทุกวันนี้ ขอขอบคุณ คุณจิราพรรณ เวศานนทเวช อติตรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าผู้ให้โอกาสทางการศึกษา และที่สำคัญขอขอบคุณ ร้อยเอกหญิง พัชร์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ ผู้ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การดูแล ช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณสำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีและ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 12 แห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์ข้อมูลสำคัญ ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาเอก เจ้าหน้าที่ คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตลอดจนทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ซึ่งมีได้กล่าวนาม ผู้ทำวิจัยขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ธานี ขามชัย

55820017: สาขาวิชา: ยุทธศาสตร์และความมั่นคง; ร.ค. (ยุทธศาสตร์และความมั่นคง)

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพ/ ความมั่นคงทางสุขภาพ

ธานี ขามชัย: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี (THE DEVELOPMENT OF GOVERNMENT HOSPITAL HEALTH SERVICE SYSTEM FOR PEOPLE'S HEALTH SECURITY: A CASE STUDY OF CHONBURI PROVINCIAL HEALTH SERVICE NETWORK). กรรมการควบคุมคุชณินิพนธ์: สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์, Ph.D., 411 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ ศึกษาปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ และเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้บริหารของสำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการและตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 12 แห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี รวมทั้งหมดจำนวน 43 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวิเคราะห์เอกสารและแบบสัมภาษณ์ ทั้งที่เป็นแบบไม่มีโครงสร้าง และแบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาข้อสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1. ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐเป็นการบริการทางการแพทย์ที่มีกระบวนการสำคัญ 4 มิติ ได้แก่ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาและด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งเน้นการปฏิบัติงานเชิงรุกแบบมีส่วนร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างไม่เป็นอุปสรรคและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

2. ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ได้แก่ การให้การศึกษาศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างครอบคลุมทุกกลุ่มวัย การทำงานเป็นทีมด้านการป้องกันโรคร่วมกับทุกภาคส่วน การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อการส่งต่อด้านการรักษาและเครื่องมือหรือเครื่องจักรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่เพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน ได้แก่ การกำหนดแนวทางการให้การศึกษาศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับทุกกลุ่มวัย แนวทางการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อการส่งต่อด้านการรักษา และแนวทางการจัดการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน การจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเชิงรุก โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน นอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีควรเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มการสนับสนุนเงินทุน แยกค่าบริการสุขภาพและเงินเดือนข้าราชการ และปรับปรุงสิทธิสุขภาพให้เป็นแบบร่วมจ่าย

ผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมร่วมกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการจัดทำกลยุทธ์ร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน

55820017: MAJOR: STRATEGY AND SECURITY; D.Pol.Sc. (STRATEGY AND SECURITY)

KEYWORDS: HEALTH SERVICE SYSTEM/ HEALTH SECURITY

THANEE KHAMCHAI: THE DEVELOPMENT OF GOVERNMENT HOSPITAL HEALTH SERVICE SYSTEM FOR PEOPLE'S HEALTH SECURITY: A CASE STUDY OF CHONBURI PROVINCIAL HEALTH SERVICE NETWORK. ADVISORY COMMITTEE: SAMRIT YOSSOMSAKDI, Ph.D., 411 P., 2017.

The purpose of this research aims to analyze the government hospital health service system for people, study the problems and limitations of the government hospital health service system for the people and propose a way to develop the government hospital health service system for people's health security. In terms of a qualitative research the key informants are the administrators of the office of the permanent secretary of public health and the provincial public health office which consists of the director, deputy director, and the representatives from the 12 central hospitals consists, general hospitals, and community hospitals in Chonburi health service network. The sample total is taken from 43 persons. The research instruments were interviewed and content analysis was based on the research objectives.

1. The government hospital health service system for the people is a four-step medical service approach. Which includes health promotion, disease prevention, treatment and rehabilitation. Focus on proactive operation and participates with the government, the private sector and the people. It also allows unobstructed access to the services and covers all age groups.

2. The problems and limitations of the government hospital health service system for people in Chonburi provincial health service network include; education, training on health promotion covering all age groups, team work on disease prevention with all sectors, effective communication for treatment transitions, and insufficient rehabilitation equipment or machinery for home care.

3. The way to develop the government hospital health service system for people's health security is as follows. Setting guidelines for education and training on health promotion for all age groups, effective communication for treatment transitions, continuing rehabilitation management at home, proactive prevention strategies for communicable disease, non-communicable disease, participation with and from the government, private sector and the people. In addition, Chonburi provincial health office should be proposed to the ministry of public health to increase financial support, the separation of health services and government salaries, and improve the right to health care as co-pay.

The leaders or top managers of the government hospital in Chonburi provincial health service network play a key role in the teamwork with the district public health coordination committee, effective communication and strategic planning with public sector, private sector and people.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของการศึกษา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2 ทบทวนวรรณกรรม	11
แนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงของชาติ.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ	18
แนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงทางสุขภาพ	38
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการและการพัฒนาองค์กร	55
กรณีศึกษาระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศ.....	65
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี.....	96
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	100
กรอบแนวทางการวิจัย	130
3 วิธีดำเนินการวิจัย	132
วิธีการศึกษาและสถานที่เก็บข้อมูล	132
การได้มาของข้อมูลสำคัญ.....	133
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	137
การเก็บรวบรวมข้อมูล	138
การตรวจสอบข้อมูล	139

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	139
4 ผลการวิจัย.....	141
การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ.....	141
ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพประชาชนของ โรงพยาบาลรัฐ	209
แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคง ทางสุขภาพของประชาชน	242
5 สรุปผลการวิจัยการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	275
สรุปผลการวิจัย	275
อภิปรายผลการวิจัย	286
ข้อเสนอแนะ	370
ข้อค้นพบจากการวิจัย.....	372
บรรณานุกรม	373
ภาคผนวก	383
ภาคผนวก ก.....	384
ภาคผนวก ข.....	396
ประวัติย่อของผู้วิจัย	411

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1-1 ปัญหาสุขภาพของจังหวัดชลบุรี	5
2-1 ข้อเสนอกรอบมาตรฐานดัชนีและตัวชี้วัดความมั่นคงด้านสุขภาพ	46
2-2 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศ	88
2-3 ปัญหาสุขภาพของจังหวัดชลบุรี	98
2-4 ผลการสังเคราะห์และประมวลผลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	108
3-1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	134
4-1 กฎหมายและสิทธิเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ	142
4-2 กฎหมายและการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ	143
4-3 กฎหมายและความหมายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ	145
4-4 นโยบายของรัฐบาลกับระบบบริการสุขภาพ	146
4-5 แผนบริหารราชการแผ่นดินกับระบบบริการสุขภาพ	149
4-6 กรอบยุทธศาสตร์ชาติกับระบบบริการสุขภาพ	152
4-7 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับระบบบริการสุขภาพ	153
4-8 ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขกับระบบบริการสุขภาพ	156
4-9 แผนพัฒนาสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ	157
4-10 แผนพัฒนาสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ	162
4-11 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดชลบุรีกับระบบบริการสุขภาพ	164
4-12 หน่วยงานและอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ	166
4-13 โครงสร้างราชการส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	168
4-14 โครงสร้างราชการส่วนภูมิภาคสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	169
4-15 ระดับสถานบริการและการบริการสุขภาพ	170

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2-1 กรอบแนวทางการวิจัย.....	131
4-1 โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข	167
4-2 ภาพรวมระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐ	173
4-3 ระบบบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	181
4-4 ระบบบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	188
4-5 ระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	198
4-6 ระบบบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	205
4-7 ภาพรวมระบบบริหารของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	208
4-8 ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	219
4-9 ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	222
4-10 ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	234
4-11 ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	238
4-12 ภาพรวมปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	242
4-13 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	251
4-14 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	260

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
4-15 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่าย บริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	268
4-16 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลรัฐ ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี	271
4-17 ภาพรวมแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการ สุขภาพจังหวัดชลบุรี	274
5-1 สรุปแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการ สุขภาพจังหวัดชลบุรีที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน	369

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของการศึกษา

การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเป็นการดำเนินการเพื่อนำไปสู่สถานะที่ประเทศปลอดภัยจากสิ่งที่คุกคามต่อเอกราชอธิปไตย บูรณภาพแห่งอาณาเขต สถาบันศาสนา สถาบันพระมหากษัตริย์ ความปลอดภัยของประชาชน การดำรงชีวิตโดยปกติสุขของประชาชน รวมทั้งสิ่งที่กระทบต่อผลประโยชน์แห่งชาติหรือการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข สามารถสร้างความพร้อมของประเทศที่จะเผชิญต่อสถานการณ์อันเกิดจากภัยคุกคามทุกรูปแบบ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและนโยบายต่างประเทศ, 2559, หน้า 1)

แนวความคิดด้านความมั่นคงจากการศึกษาของนักวิชาการ ประเภทแรกคือ ความมั่นคงระหว่างประเทศ ประกอบด้วย ความมั่นคงร่วม (Collective security) เกิดขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง เพื่อผลักดันให้มีกฎเกณฑ์การป้องกันและลงโทษประเทศที่ก่อสงคราม ความมั่นคงสมบูรณ์แบบ (Comprehensive security) มุ่งเน้นการพัฒนาพลังอำนาจของชาติทุกด้านอย่างได้คู่ไปพร้อมกัน และเท่าเทียมกัน ความมั่นคงสามัญ (Common security) มีวัตถุประสงค์ที่จะป้องกันความขัดแย้งกันด้วยอาวุธนิวเคลียร์ ความมั่นคงร่วมมือ (Cooperative security) เกิดจากการผสมผสานความมั่นคงแบบสามัญและความมั่นคงร่วมมือเข้าด้วยกัน

ประเภทที่สองคือ ความมั่นคงทั่วไป ประกอบด้วย ความมั่นคงของชาติ (National security) มุ่งก่อให้เกิดความมั่นคงโดยอาศัยพลังอำนาจของชาติ ความมั่นคงภายใน (Internal security) มุ่งเน้นการสร้าง ความมั่นคงภายในประเทศสู่ความมั่นคงของชาติ ความมั่นคงภูมิภาค (Regional security) ให้ความสำคัญกับการรวมตัวหลายประเทศจนเป็นภูมิภาค ความมั่นคงโลก (International security) เหมือนกับความมั่นคงภูมิภาค แต่มุ่งเน้นการรวมตัวเป็นกลุ่มขนาดใหญ่ ความมั่นคงสถานะแวดล้อม (Environmental security) จะรักษาสถานะแวดล้อมให้มนุษย์อยู่ร่วมกับธรรมชาติได้ ความมั่นคงของบุคคล (Human security) เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน คุณภาพชีวิต การศึกษา ฐานะทางการเงินและอนามัยชุมชน (วิชัย ชูเชิด, 2547, หน้า 21)

เมื่อพิจารณารายละเอียดเกี่ยวกับความมั่นคงของบุคคล จะเห็นได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนและมีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากในคริสต์ศตวรรษที่ 1940 รัฐบาลหลายประเทศในโลกตะวันตกต่างให้ความสำคัญต่อการพัฒนานโยบายการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชน เพราะประเทศเหล่านั้นเห็นว่า คุณภาพชีวิตของคนมีความสำคัญและ

ครอบคลุมทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นมิติทางด้านสุขภาพ มิติทางการเมือง มิติทางการทำงาน รวมทั้งรายได้ ความรัก การดำเนินชีวิตประจำวัน มิตรภาพ จินตนาการ ดนตรี วรรณกรรม ศาสตร์การสังคมและด้านศาสนา

ต่อมาจึงได้ถูกเสนอให้เป็นระเบียบวาระโลกในรายงานการพัฒนามนุษย์ของแผนพัฒนาองค์การสหประชาชาติ (United Nation Development Program: UNDP) ซึ่งให้ความสำคัญต่อความมั่นคงของมนุษย์ในมิติด้านความปลอดภัยจากภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น ความหวาดโหด โรคร้ายไข้เจ็บ การกดขี่ปราบปราม มิติด้านการได้รับการปกป้องคุ้มครองจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นต่อการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน การทำงานหรือในสังคม มีขอบเขตประกอบด้วย ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงทางอาหาร ความมั่นคงทางสุขภาพ ความมั่นคงทางสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงของปัจเจกบุคคล ความมั่นคงของชุมชนและความมั่นคงทางการเมือง (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2552, หน้า 2)

นอกจากนี้เกี่ยวกับมิติด้านสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทและให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพเป็นภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและการดำรงชีวิตในสังคมด้วยดี สุขภาพกาย (Physical health) มีความแข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ สุขภาพจิต (Mental health) ควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส ปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สุขภาพสังคม (Social health) มีสภาวะทางกายและจิตใจสุขสมบูรณ์ สภาพความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตปกติสุข สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual health) มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน เข้าใจความ มีประโยชน์ ความมีโทษ มีจิตใจดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น

จึงเสนอข้อคิดเห็นว่าสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนควรมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม มีความครอบคลุมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพและประเด็นอื่นที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เช่น การมีน้ำดื่มสะอาด การมีบ้าน การมีสุขภาพิบาลที่เหมาะสมและมีสิทธิที่จะไม่รับการรักษาทางการแพทย์หากไม่ยินยอม เช่น การทดลองการวิจัย การรักษาที่ทารุณก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือทำให้เกิดความอับอาย เพื่อสิทธิประโยชน์ด้านการป้องกันโรค การรักษา การควบคุมโรค การเข้าถึงยาที่จำเป็นและการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนการเข้าถึงสิทธิประโยชน์อื่น ๆ (องค์การอนามัยโลก, 2556, หน้า 1)

ปัจจุบันประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านความมั่นคงซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางสุขภาพภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีความเสมอภาคในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองเท่าเทียมกัน ไม่สามารถ

เลือกปฏิบัติเพราะความแตกต่างในถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกาย หรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง ในด้านสุขภาพได้กำหนดให้ว่าประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการทางสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติและได้รับการป้องกันโรคติดต่ออันตรายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ทั้งยังกำหนดให้สภาความมั่นคงแห่งชาติเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการริเริ่ม กำหนดแนวทางด้านความมั่นคง มีคณะทำงานประกอบไปด้วยนายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมและ ผู้บัญชาการทหารสูงสุด ร่วมจัดทำนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติเสนอ คณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาและให้ความเห็นในการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติในมิติด้านความมั่นคง หรือประเด็นเกี่ยวกับความมั่นคงแห่งชาติ

กระบวนการกำหนดนโยบายและแผนระดับชาติจะรับฟังความคิดเห็นของหน่วยงาน ภาครัฐและประชาชน ประกาศพระบรมราชโองการและประกาศในราชกิจจานุเบกษา นโยบายและ แผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติที่ครอบคลุมถึงนโยบายภายในประเทศและต่างประเทศ นโยบายการทหารและการเศรษฐกิจ เพื่อให้กิจการหน่วยงานรัฐสามารถประสานกันอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้จะต้องกำหนดแนวทางการดำเนินการรักษาความมั่นคงแห่งชาติในเรื่องนโยบายและ แผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ เพื่อชี้แจงไว้ซึ่งความมั่นคงแห่งชาติ (สำนักงาน คณะกรรมการกฤษฎีกา, 2560, หน้า 4-17)

ที่ผ่านมาการบริหารประเทศของรัฐบาลตั้งแต่สมัยนายกรัฐมนตรี ทักษิณ ชินวัตร (พ.ศ. 2548-2551) จนถึงรัฐบาลสมัยนายกรัฐมนตรียิ่งลักษณ์ ชินวัตร(พ.ศ. 2555-2558) ยังไม่มีการกำหนดแนวทางการบริหารประเทศในลักษณะยุทธศาสตร์ชาติ จึงดำเนินงานเกี่ยวกับความ มั่นคงทางสุขภาพตามแผนบริหารราชการแผ่นดิน ในภาพรวมจะให้ความสำคัญต่อการปฏิรูประบบ บริการสุขภาพ การพัฒนาหลักประกันสุขภาพการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาให้มี คุณภาพมาตรฐานและเชื่อมโยงกันทุกระดับ จนถึงรัฐบาลสมัยปัจจุบัน นายกรัฐมนตรีพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา ยังคงให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำของสังคม จึงได้ กำหนดนโยบายให้ดำเนินการเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการสุขภาพของประชาชน

มุ่งเน้นการวางรากฐานการพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งการบริการสุขภาพประชาชนให้ ทัวถึงและมีคุณภาพ พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันโรค

มากกว่ารอให้ป่วยแล้วมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตสุขภาพแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมกับท้องถิ่น ส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งส่งเสริมการลงทุนและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน (สำนักวิชาการสภาพปฏิรูปแห่งชาติ, 2558, หน้า 4)

นำมาสู่การกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2569 เป็นฉบับแรกเพื่อนำพาให้ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง บรรลุผลประโยชน์แห่งชาติที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต พร้อมกับกำหนดกรอบแนวทางเกี่ยวกับสาธารณสุข ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน มุ่งเน้นการสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ (คณะอนุกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป, 2558, หน้า 8-20)

ระบบบริหารงานสาธารณสุขจะมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักของภาครัฐ มีอำนาจหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชน กำหนดให้หน่วยงานส่วนกลางพัฒนานโยบาย กำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน ส่วนภูมิภาคบริหารจัดการหน่วยบริการและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ มุ่งเน้นยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ การบริการเป็นเลิศ บุคลากรเป็นเลิศ และการบริหารจัดการเป็นเลิศ เพื่อเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่ร่วมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559, หน้า 35-36)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการส่วนภูมิภาคออกเป็นเขตบริการสุขภาพ (Regional service provider) รวมทั้งหมด 12 เขตทั่วประเทศ เพื่อให้มีการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการระดับอำเภอหรือระดับเขต สนับสนุนการปฏิบัติงานให้เป็นอย่างดีมีประสิทธิภาพ แต่ละเขตจะประกอบไปด้วย 4-8 จังหวัด ครอบคลุมประชากร 4-6 ล้านคน เป็นขนาดที่สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึงและมีความคุ้มค่าด้านงบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของแต่ละเครือข่าย รวมทั้งสามารถให้บริการโรคที่มีความซับซ้อนหรือต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557, หน้า 3-4)

จากสรุปผลการเปลี่ยนแปลงในช่วง 50 ปี ของการพัฒนาประเทศเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยทำให้ทราบว่า ปัจจุบันคนไทยมีสุขอนามัยดีขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น แต่กำลังจะนำไปสู่สังคมผู้สูงอายุที่ต้องเตรียมการบริการทางสังคม ประชาชนดำเนินชีวิตแบบสังคม

เมืองมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตพื้นที่เศรษฐกิจชายทะเลภาคตะวันออก เมืองท่องเที่ยวหลักจะเกิด ปัญหาความแออัด บริการสาธารณสุขไปไกล สาธารณูปโภค สาธารณูปการพัฒนาไปไม่ทัน ลักษณะการพัฒนา ไม่กระจายอย่างสมดุล ปัญหาสำคัญในสังคมที่จะต้องดูแลต่อเนื่องคือ การให้โอกาสประชาชน เข้าถึงทรัพยากรและบริการของรัฐ ประเด็นท้าทายต่อการพัฒนาประเทศสู่ความยั่งยืนจึงต้องพัฒนา คนให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี (สรรเสริญ วงศ์ชะอุ่ม, 2554, หน้า 53-58)

เมื่อทำการศึกษาถึงข้อมูลสุขภาพของจังหวัดชลบุรีซึ่งเป็นหนึ่งในพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญ ในภาคตะวันออกและศูนย์กลางเขตสุขภาพที่ 6 ทั้งยังมีความสำคัญในฐานะเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจ พิเศษตามโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor Development: EEC) จะมีการพัฒนาและลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน อาทิ โครงการรถไฟฟ้า ความเร็วสูง โครงการพัฒนาท่าอากาศยานอู่ตะเภา โครงการพัฒนาท่าเรือแหลมฉบัง กำลังประสบ กับปัญหาสุขภาพจากการพัฒนาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชน ทั้งจากการขยายตัวทาง เศรษฐกิจและภาคอุตสาหกรรม การเป็นสังคมเมืองอย่างรวดเร็วประชาชนมีความเสี่ยงที่จะได้รับ ผลกระทบจากโรงงานอุตสาหกรรมและโรคระบาดจากนักท่องเที่ยว

นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนกำลังประสบกับปัญหาสุขภาพจากการฝากครรภ์ไม่ทั่วถึง เด็กอ้วน วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและโรคเรื้อรัง ความไม่ทั่วถึงในการดูแล ผู้พิการและผู้สูงอายุ ความปลอดภัยในอาหารและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งความพิการจากโรคหัวใจและ สมอ ดังสามารถนำเสนอได้นี้ (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี, 2559, หน้า 1-3)

ตารางที่ 1-1 ปัญหาสุขภาพของจังหวัดชลบุรี

กลุ่มวัย	ปัญหาสุขภาพ
1. กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5ปี) / สตรี	ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60 (50.86%)
2. กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี)	เด็กอ้วน น้ำหนักเพิ่ม 72.6%
3. กลุ่มเด็กวัยรุ่น/ นักศึกษา (15-21 ปี)	ตั้งครรภ์ไม่พร้อม (อายุ 15-19 ปี) ไม่เกิน 50 ต่อพันประชากร หญิง อายุ 15-19 ปี (23.28%)
4. กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)	อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 16 ต่อประชากร แสนคน (26.95%) ควบคุม DM ร้อยละ 40 (31.01%) HT ร้อยละ 50 (17%)

ตารางที่ 1-1 (ต่อ)

กลุ่มวัย	ปัญหาสุขภาพ
5. กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	การปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการผู้สูงอายุ
6. ด้านการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	DHF, TB, Food poisoning, HFM, Rabies, ความเสี่ยงโรคอุบัติใหม่ อู่บัติน้ำ MERS-CoV, Ebola Virus Disease, Zika Virus Disease ไข้กาฬหลังแอ่น Diphtheria
7. ด้านคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานบริการด้านสุขภาพ	- พบสารปนเปื้อนในอาหาร ยาฆ่าแมลง ฟอรัมาลินและสารเร่งเนื้อแดง - สถานพยาบาล/ สถานประกอบการที่กระทำความผิดกฎหมายได้รับการดำเนินการตามกฎหมาย
8. ด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	- ข้อมูลจากสภาพปัญหา สถานการณ์ เหตุร้ายเรียน อุบัติภัยจากสิ่งแวดล้อม - ขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล/ การจัดบริการอาชีวอนามัยและอาชีวเวชศาสตร์ในสถานพยาบาลไม่ครอบคลุม
9. ระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และระบบส่งต่อ	HA, ความแออัดของผู้รับบริการ คุณภาพการรักษาผู้ป่วย Stemi, Stroke, CA, NCD, ไต, CVA, Risk, ระบบส่งต่อและรับกลับ Thai Refer

ที่มา: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (2559, หน้า 3)

จากความสำคัญของข้อมูลและปัญหาที่ได้กล่าวมาในเบื้องต้นที่แสดงให้เห็นว่า ความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง รัฐบาลจึงต้องจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติและกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่สะท้อนให้เห็นถึงความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนและสามารถลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะค้นหาคำตอบว่า “แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนควรจะเป็นอย่างไร” โดยคำตอบที่ได้จะนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอันจะนำไปสู่ความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ
2. เพื่อศึกษาปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ
3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาของการวิจัย
ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านเนื้อหาของการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนไว้ดังนี้

- 1.1 ศึกษาและวิเคราะห์ระบบการบริการสุขภาพโดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่
 1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 2. ด้านการป้องกันโรค 3. ด้านการรักษา และ 4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - 1.2 ศึกษาการบริหารโดยแบ่งออกเป็น 13 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านเงินทุน 2. ด้านเครื่องมือหรือเครื่องจักร 3. ด้านการจัดการ 4. ด้านผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูง 5. ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม 6. ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 7. ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ 8. ด้านการทำงานเป็นทีม 9. ด้านกลยุทธ์ 10. ด้านโครงสร้าง 11. ด้านระบบการทำงาน 12. ด้านบุคลากร และ 13. ด้านทักษะ

2. ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 จนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์จนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559

3. ขอบเขตด้านการรวบรวมข้อมูล

ศึกษาในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี เนื่องจากพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญของประเทศไทยในฐานะเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษตามโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก ทั้งยังถูกกำหนดให้เป็นศูนย์กลางการรับส่งต่อผู้ป่วยจากเขตสุขภาพที่ 6 รวมทั้งหมด 8 จังหวัด ซึ่งมีความแตกต่างในด้านภูมิศาสตร์ทั้งที่เป็นภูเขา ทะเล เกาะ และที่สำคัญคือประชาชนกำลังประสบกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากพฤติกรรมสุขภาพ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปัญหาขยะ ปัญหาตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อมและได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนเป็นเขตสังคมเมืองอย่างรวดเร็ว มีความเสี่ยงที่จะได้รับสารพิษจากเขตโรงงานอุตสาหกรรม เสี่ยงต่อการเกิด

โรคระบาดในเขตท้องเกี่ยว โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยมาจาก 2 แหล่งหลัก ได้แก่

แหล่งแรกรวบรวมข้อมูลจากตำรา วารสาร เอกสารวิชาการ บทความ รายงานการวิจัย เอกสารทางราชการ ข้อบัญญัติและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของ โรงพยาบาลรัฐ

แหล่งที่สองเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ 2 ลักษณะ คือ แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-structured interview) และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Standardized or structured interview) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น
2. ประชาชนได้รับการตอบสนองด้านความมั่นคงทางสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง กระบวนการบริการที่ให้โดยตรงต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาและด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความหมายดังนี้

1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การควบคุมสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ มุ่งเน้นการสร้างเสริมทักษะของบุคคลและการปรับเปลี่ยนบริบทเพื่อบรรเทาผลกระทบต่อสุขภาพ
2. ด้านการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคและการป้องกันไม่ให้เกิดกลับเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว
3. ด้านการรักษา หมายถึง การรักษาทางการแพทย์หลังจากการตรวจ เพื่อรักษาปัญหาสุขภาพและความบกพร่องหรือจำกัดผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่บุคคล
4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การทำให้รักษาความสามารถสูงสุดได้ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องทั้งบุคคลที่มีความพิการแต่กำเนิดและพิการภายหลัง

ระบบบริหาร หมายถึง กระบวนการดำเนินงานและการนำปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จมาใช้ในระบบบริการสุขภาพของประชาชน ซึ่งประกอบด้วย

1. ด้านเงินทุน หมายถึง สิ่งที่มีความสำคัญในการจัดหาทรัพยากร ตลอดจนถึงอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่จะเอื้อให้ทุกกิจกรรมดำเนินไปได้สำเร็จลุล่วง
2. ด้านเครื่องมือหรือเครื่องจักร หมายถึง เทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ที่นำมาใช้ในระบบบริการเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด
3. ด้านการจัดการ หมายถึง กระบวนการในการใช้ความคิดและทักษะการวางแผนเพื่อผสมผสานทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งหมดภายใต้เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การ
4. ด้านผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูง หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้มีความคิดริเริ่มและสามารถสร้างแรงจูงใจ สามารถผลักดันให้สมาชิกทุกคนในองค์การร่วมใจมุ่งมั่นสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
5. ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม หมายถึง การพัฒนาทุกคนในองค์การให้มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน มีทัศนคติในการทำงานร่วมกันอย่างเป็นหมู่คณะ
6. ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การถ่ายทอดวัตถุประสงค์และเป้าหมายจากผู้บริหารไปยังสมาชิกทุกคนอย่างถูกต้องชัดเจน ทำให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกันทั้งองค์การ
7. ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ หมายถึง การวัดระดับความสำเร็จเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการจ่ายค่าตอบแทนหรือการวัดระดับความพึงพอใจของลูกค้าเพื่อนำมาพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพ
8. ด้านการทำงานเป็นทีม หมายถึง การทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้องค์การประสบความสำเร็จโดยไม่ทำให้เกิดการแข่งขันชิงดีชิงเด่นกันเป็นการส่วนตัว
9. ด้านกลยุทธ์ หมายถึง การกำหนดแนวทางขององค์การเพื่อเตรียมการตอบโต้หรือรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับสภาพแวดล้อมภายนอก
10. ด้านโครงสร้าง หมายถึง การจัดรูปแบบขององค์การที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบ เพื่อลดความซ้ำซ้อน มีความสะดวกในการติดต่อประสานงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
11. ด้านระบบการทำงาน หมายถึง กระบวนการและลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ ต่อเนื่อง สอดคล้องและประสานกัน

12. ด้านบุคลากร หมายถึง การจัดการทรัพยากรมนุษย์ การคัดเลือกบุคลากร การกำหนดจำนวนบุคลากรตามคุณสมบัติ ความสามารถ รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

13. ด้านทักษะ หมายถึง จิตความสามารถพิเศษของบุคลากรในองค์การ ความชำนาญ ความโดดเด่นหรือความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งส่งผลให้มีความเจริญก้าวหน้า ที่การงาน

เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและอยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ทั้ง 12 แห่ง ที่สามารถให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้ง ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาและด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลบ่อทอง โรงพยาบาลหนองใหญ่ โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โรงพยาบาลเกาะสีชัง โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลแหลมฉบัง โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม และโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

ประชาชน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการบริการจากระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ความมั่นคงทางสุขภาพ หมายถึง การที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษา และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเอกสาร ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถนำเสนอรายละเอียดตามลำดับได้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงของชาติ
2. แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงทางสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการและการพัฒนาองค์กร
5. กรณีศึกษาระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศ
6. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงของชาติ

วิชัยชูเชิด (2547, หน้า 15-21) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงของชาติไว้ในเอกสารประกอบการศึกษาวิชาความมั่นคงศึกษา (Security studies) โรงเรียนเสนาธิการทหารบก ดังนี้

ความมั่นคงของชาติ หมายถึง สภาวะการณ์หรือสภาพที่รัฐชาติภายใต้การนำของรัฐบาลที่มีอำนาจอธิปไตยในการปกครองดินแดนดังกล่าวด้วยตนเองสามารถดำรงอยู่ด้วยความปลอดภัยจากภัยอันตรายทั้งปวงไม่ว่าจะเป็นเกณฑ์การเสี่ยงใด ๆ ความเกรงกลัว ความกังวลและความสงสัย มีความเจริญก้าวหน้ามีเสรีต่อความกดดันต่าง ๆ ซึ่งจะประกันให้เกิดอำนาจหน้าที่ของแต่ละส่วนภายในชาติดำเนินไปได้อย่างอิสระมีความแน่นแฟ้นเป็นปึกแผ่น มีความแน่นอนไม่เปลี่ยนแปลงไปโดยง่ายมีความอดทนต่อแรงกดดันต่าง ๆ ที่มากระทบในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านเอกราชอธิปไตย ด้านบูรณภาพแห่งดินแดน ด้านสวัสดิภาพความปลอดภัยและความผาสุกของประชาชนด้านการปกครองของประเทศและวิถีการดำเนินชีวิตอีกทั้งจะต้องมีขีดความสามารถที่จะพร้อมเผชิญต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นความมั่นคงของชาติสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. แนวความคิดความมั่นคงระหว่างประเทศ มีแนวคิดที่พิจารณา 4 ประการ คือ

1.1 ความมั่นคงร่วม (Collective security) เกิดขึ้นหลังจากสงครามโลกครั้งที่ 1 หลายชาติบอบช้ำจากสงครามจึงพยายามให้โลกมีความสงบสุข มีสันติภาพด้วยการผลักดันให้มีกฎเกณฑ์เพื่อป้องกันและลงโทษประเทศที่ก่อสงคราม แนวความคิดนี้ทำให้หลายประเทศร่วมกันจัดตั้งองค์การสันนิบาตชาติ (League of nations) เพื่อดำเนินการ ในการจัดการระบียบดังกล่าว อย่างไรก็ตามองค์การสันนิบาตชาติก็ประสบความล้มเหลวในที่สุด แนวคิดของความมั่นคงร่วมส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญด้านสงครามและการทหารเป็นหลักมากกว่าความสำคัญด้านอื่น ๆ

1.2 ความมั่นคงสมบูรณ์แบบ (Comprehensive security) เกิดขึ้นต่อมาจากความมั่นคงร่วมซึ่งเป็นแนวความคิดที่ไม่ค่อยประสบความสำเร็จมากนัก มุ่งเน้นพัฒนาพลังอำนาจของชาติทุกด้านอย่างได้ดุลคือ พัฒนาพลังอำนาจของชาติทุกด้าน ไปพร้อมกันและเท่าเทียมกันเพราะถ้ามุ่งเน้นไปในด้านใดด้านหนึ่งอย่าง เช่น ด้านการทหารเพียงด้านเดียวนอกเหนือพลังอำนาจของชาติทางด้านอื่น เช่น เศรษฐกิจอาจส่งผลกระทบต่อประเทศขาดความพร้อมในการป้องกันประเทศนำไปสู่การสูญเสียเอกราชในที่สุด

1.3 ความมั่นคงสามัญ (Common security) เกิดขึ้นครั้งแรกในยุโรปหลังจากการประชุม “การลดอาวุธและความมั่นคง (Independent Commission on Disarmament and Security Issues)” มีวัตถุประสงค์ที่จะป้องกันความขัดแย้งด้วยอาวุธนิวเคลียร์ในปี พ.ศ. 2525 การประชุมครั้งนี้มีรายงานเรื่อง “Common security: A blueprint for survival” ของอดีตนายกรัฐมนตรีสวีเดน กล่าวถึงหลักการ 6 ประการของความมั่นคงสามัญ

1.4 ความมั่นคงร่วมมือ (Cooperative security) เป็นแนวความคิดใหม่ผสมผสานแนวความคิดของความมั่นคงแบบสามัญและความมั่นคงสมบูรณ์แบบเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2533 โดยนายโจคตากรัสมันตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีของแคนาดา กล่าวถึง ความมั่นคงร่วมมือ โดยเน้นไปที่ความมั่นคงในภูมิภาคแปซิฟิกเหนือเป็นหลักและได้มีการประกาศออกมาอย่างเป็นทางการโดยเลขาธิการทั่วไปของสหประชาชาติในเวลาต่อมาความมั่นคงแบบนี้จะมีลักษณะคล้ายกับความมั่นคงแบบสามัญมากแต่จะแตกต่างที่จะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปมีการพัฒนาการร่วมมือขึ้นในรูปแบบเป็นพหุภาคี นอกจากนี้ยังมีความอ่อนตัวและประนีประนอมกว่าความมั่นคงสามัญ

2. แนวความคิดความมั่นคงทั่วไป มีแนวคิดย่อย 6 ประการคือ

2.1 ความมั่นคงของชาติ (National security) เป็นแนวความคิดที่มุ่งเน้นในการดำเนินการที่ก่อให้เกิดความมั่นคงโดยอาศัยพลังอำนาจของชาติ (National power) เพราะพลังอำนาจของชาติเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพิทักษ์รักษาสิ่งสำคัญเปรียบเสมือนหัวใจของชาตินั้นก็คือความมุ่งประสงค์ของชาติ (National purpose) และผลประโยชน์ของชาติ (National interests) ดังนั้นการดำเนินการที่จะมุ่งไปสู่ความมั่นคงประเภทนี้มีความแตกต่างกันไปตามความมุ่งประสงค์ของ

แต่ละชาติและผลประโยชน์ของแต่ละชาติ

2.2 ความมั่นคงภายใน (Internal security) เป็นแนวความคิดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความมั่นคงของชาติโดยมุ่งเน้นเรื่องของความมั่นคงภายในประเทศที่จะนำไปสู่ความมั่นคงของชาติในที่สุด

2.3 ความมั่นคงของภูมิภาค (Regional security) ให้ความสำคัญกับประเทศใกล้เคียงกันหลาย ๆ ประเทศที่รวมตัวกันเป็นภูมิภาคย่อยความมั่นคงในภูมิภาคนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อประเทศแต่ละประเทศมีความมั่นคงทั้งภายในและความมั่นคงของชาติ

2.4 ความมั่นคงของโลก (International security) มีลักษณะเหมือนกับความมั่นคงของภูมิภาคแต่จะแตกต่างกันที่การรวมตัวกันเป็นกลุ่มที่ใหญ่ขึ้นคือทุกประเทศในโลกนี้จะรวมความมั่นคงภายในแต่ละชาติและความมั่นคงของชาติแต่ละชาติ

2.5 ความมั่นคงของสภาวะแวดล้อม (Environmental security) เป็นแนวความคิดที่พยายามรักษาภาวะเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมภายใน โลกเพื่อให้สังคมมนุษย์ยังคงอยู่ต่อไปภายในโลกนี้ร่วมกับธรรมชาติได้การพิจารณาแนวความคิดนี้จะมองไปในอนาคตโดยใช้หลักวิชาการทางวิทยาศาสตร์สำหรับประเด็นสำคัญของความมั่นคงประเภทนี้คือ ประเทศที่ก่อให้เกิดการทำลายสิ่งแวดล้อมมากมักจะเป็นประเทศมหาอำนาจหรือประเทศที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจสูงดังนั้นความรับผิดชอบในการออกค่าใช้จ่ายในการรักษาสิ่งแวดล้อมต้องเป็นสัดส่วนที่แตกต่างกันอย่างไร

2.6 ความมั่นคงของบุคคล (Human security) เป็นแนวความคิดที่หลายประเทศได้เฟื่องฟูและให้ความสนใจเป็นอย่างสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นของสิทธิมนุษยชน โดยการดำเนินการเพื่อให้เกิดความมั่นคงของมนุษย์จะต้องใช้พลังอำนาจของชาติในด้านต่าง ๆ มาเป็นเครื่องมือจำนวนมากเพราะแต่ละบุคคลจะมีความมั่นคงได้จะมีองค์ประกอบที่ต้องพิจารณาหลายประการ เช่น สิทธิมนุษยชนคุณภาพชีวิตการศึกษาฐานะทางการเงิน อนามัยชุมชน ฯลฯ

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงของชาติของ วิชัย ชูเชิดสามารถสรุปได้ว่าความมั่นคงของชาติมีความครอบคลุมถึงสวัสดิภาพความปลอดภัยความสุขของประชาชนและเป็นหน้าที่ของรัฐบาลจะต้องดำเนินการครอบคลุมถึงความมั่นคงของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของประชาชน

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (2553, หน้า 1-8) กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงของชาติไว้ในคู่มือเรื่อง ความมั่นคงแห่งชาติดังนี้

1. ความหมายความมั่นคงแห่งชาติ (National security)

1.1 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชดำรัสในการอธิบายความหมายของความมั่นคงแห่งชาติไว้อย่างชัดเจนในพิธีถวายสัตย์ปฏิญาณตนและสวนสนามของทหารรักษาพระองค์ เมื่อ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2544 ณ ลานพระบรมรูปทรงม้า พระราชวังดุสิตกรุงเทพมหานคร ความว่า “ประเทศชาตินั้น ประกอบด้วยผืนแผ่นดินกับประชาชนและผืนแผ่นดินนั้นเป็นที่เกิดที่อาศัยที่อำนวยประโยชน์สุข ความมั่นคงร่มเย็นแก่ประชาชนให้สามารถรวมกันอยู่เป็นปึกแผ่นเป็นชาติได้ความมั่นคงปลอดภัยของประเทศจึงมิได้อยู่ที่การปกป้องรักษาผืนแผ่นดินไว้ด้วยแสนยานุภาพแต่เพียงอย่างเดียว หากจำเป็นที่ประชาชนจะต้องมีความวัฒนาผาสุกปราศจากทุกข์ยากเจ็บป่วยด้วย”

1.2 พลตรีหลวงวิจิตรวาทการ ให้คำนิยามไว้ว่า “ความมั่นคงแห่งชาติ” คือ การทรงตัวอยู่อย่างแน่นหนาถาวร ดำรงเอกราช มีเสรีภาพแห่งชาติ มีความสงบสุขภายในประเทศ มีความแน่นอนในชีวิตและเศรษฐกิจของพลเมืองคาดหมายรายได้ของรัฐได้ถูกต้องใกล้เคียงกับความเป็นจริง ค่าของเงินตรามีเสถียรภาพ รัฐไม่ต้องประสบความยุ่งยากกระส่ำระสายไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ได้ง่าย ประชาชนพลเมืองรู้สึกมีความปลอดภัยมีความหวังและความไว้วางใจในอนาคตและยังไว้วางใจต่อไปอีกว่าถึงแม้ความผันผวนหรือเหตุร้ายอันใดจะเกิดขึ้นมารัฐสามารถจะต่อสู้หรือป้องกันได้และได้จำแนกความมั่นคงแห่งชาติออกเป็น 4 ด้าน ตามลักษณะของภารกิจที่ชาติจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของชาติคือ ความมั่นคงแห่งชาติด้านการเมือง ความมั่นคงแห่งชาติด้านเศรษฐกิจ ความมั่นคงแห่งชาติด้านสังคมจิตวิทยา และความมั่นคงแห่งชาติ ด้านทหาร

1.3 ความมั่นคงแห่งชาติของประเทศในลักษณะของรูปธรรมประกอบด้วย ชาติ (Nation) เป็นศัพท์ที่เน้นถึงคนที่มีวัฒนธรรมร่วมกันมีเชื้อสายเดียวกันมีความรู้สึกร่วมกันในสายเลือดและมีประวัติศาสตร์ร่วมกันอยู่ในรัฐเดียวกันภายใต้ประมุขของรัฐคนเดียวกันรัฐ (State) คือ ชาติที่มีการจัดเป็นรูปองค์กรอิสระขึ้นเป็นประเทศ (Country) เป็นศัพท์ที่เน้นทางภูมิศาสตร์ หมายถึง การมีดินแดนอันเป็นที่รวมของชนชาติของรัฐหรือเป็นที่รวมของสังคมขนาดใหญ่ สังคม (Society) เป็นศัพท์ที่เน้นถึงสภาพความเป็นอยู่ของหมู่คนที่คบค้าสมาคมอยู่ ดังนั้นเมื่อกล่าวถึงความมั่นคงแห่งชาติจึงอาจกล่าวว่าเป็นความมั่นคงของสังคมก็ได้ ดังนั้นองค์ประกอบของชาติใน ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคง ได้แก่ ดินแดน ประชากร รัฐบาล ความมีเอกราชและการรับรองของสังคมนานาชาติ

1.4 ความคิดของนักวิชาการอื่น ๆ กล่าวว่า ความมั่นคงของชาติคือ ความมั่นคงของแก่นทั้งสามซึ่ง ได้แก่ ชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ อันเป็นรากแก้วหรือแก่นแท้ของประเทศชาติ ประสานกันอยู่ในลักษณะของรูปสามเหลี่ยมปิรามิด

1.5 ความมั่นคงแห่งชาติในความหมายใหม่ตามแนวคิดของนักวิชาการและนักบริหารยุคปัจจุบันมองว่าเป็นความมั่นคงในลักษณะองค์รวมที่มีความหมายกว้างขึ้นครอบคลุมถึงปัจจัยทุก ๆ ด้านมากขึ้น โดยไม่มองเฉพาะในความหมายเพียงความอยู่รอด ความปลอดภัยของรัฐหรือความเข้มแข็งของชาติของชุมชนและของประชาสังคมในทุกด้าน แต่จะหมายรวมไปถึงนอกประเทศด้วยคือ ความมั่นคงของประเทศเพื่อนบ้านด้วยเหตุผลว่าประเทศไม่สามารถมั่นคงได้ด้วยตนเองโดยลำพังหากเพื่อนบ้านยังไม่มั่นคง แนวคิดในลักษณะองค์รวมนี้เรียกว่า ความมั่นคงสมบูรณ์แบบหรือความมั่นคงเบ็ดเสร็จสมบูรณ์ (Comprehensive national security)

1.6 ความมั่นคงแห่งชาติ หมายถึง การป้องกันชาติให้พ้นจากอันตรายทั้งปวงอัน ได้แก่ การรุกรานจากภายนอก การจารกรรม การลาดตระเวนของข้าศึก การก่อวินาศกรรม การบ่อนทำลาย การรบกวนและอิทธิพลอื่น ๆ ซึ่งจะเป็นอันตรายอย่างร้ายแรงแห่งชาติ

2. องค์ประกอบของความมั่นคงแห่งชาติ

2.1 ในการปกครองแต่โบราณประเทศไทยมีความมั่นคงปลอดภัยเพราะเหตุ 2 ประการคือ

2.1.1 เพราะประเทศไทยมีกำลังทหารมาก

2.1.2 เพราะอุปนิสัยประจำชาติของคนไทยอัน ได้แก่ ความรักอิสระความไม่เบียดเบียนผู้อื่นและความฉลาดในการประสานประโยชน์ของคนไทย

2.2 การศึกษาในเรื่อง ความมั่นคงแห่งชาติวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักรปี พ.ศ. 2548 แบ่งความมั่นคงออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการเมือง ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมจิตวิทยาด้านการป้องกันประเทศและด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีการพลังงานและสิ่งแวดล้อม

2.3 วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักรปี พ.ศ. 2551 ได้พิจารณาองค์ประกอบของความมั่นคงแห่งชาติไว้เป็นการเฉพาะ โดยมีจุดมุ่งหมายให้สอดคล้องกับเรื่องยุทธศาสตร์ของการศึกษา 8 ด้านคือ ด้านการเมือง (ภายในและระหว่างประเทศ) ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมจิตวิทยา ด้านการป้องกันประเทศ ด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ด้านการพลังงาน ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและด้านการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารสาธารณะ

2.4 จากเอกสารทางประวัติศาสตร์ พอกกล่าวประมวลจุดมุ่งหมายหรือทิศทางของประวัติศาสตร์ออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

2.4.1 ช่วงแรกในระยะเริ่มต้นประวัติศาสตร์หรือสมัยโบราณให้ความสำคัญแก่วงศ์ตระกูลผู้นำ เป็นประวัติศาสตร์แบบพงศาวดาร ความมั่นคงของสังคมอยู่ที่ความมั่นคงของผู้นำสูงสุด ประชาชนราษฎรจะเป็นสุขต่อเมื่อกษัตริย์อันเป็นสมมุติเทพเป็นสุข

2.4.2 ช่วงที่สองเป็นประวัติศาสตร์สมัยใหม่ให้ความสำคัญแก่ประวัติพัฒนาการและความสัมพันธ์ของรัชชาติความมั่นคงของสังคมอยู่ที่ความมั่นคงของรัชชาติซึ่งมัก ประกอบด้วยดินแดนที่แน่นอน อำนาจอธิปไตยและผลประโยชน์ของประชาชาติ โดยช่วงที่สองนี้ยาวมาจนถึงปัจจุบัน

2.4.3 ช่วงที่สามเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อในสมัยหลังสมัยใหม่หรือโลกาภิวัตน์จากปัจจุบันสู่ออนาคต มีการเสนอแนวคิด เช่น องค์กรเหนือรัฐและอีกด้านหนึ่งเสนอเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ผลจะออกมาอย่างไรไม่ชัดเจน แต่มีการพูดกันมากขึ้นถึงเรื่องที่ว่าประวัติศาสตร์จะคลี่คลายไปพร้อมกับการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์จนถึงที่สุด

3. กำลังอำนาจแห่งชาติ (Nation power)

3.1 กำลังอำนาจแห่งชาติหมายถึง

3.1.1 ความสามารถของรัฐประเทศในอันที่จะก่อให้เกิดอิทธิพลแก่รัฐ/ ประเทศอื่น ๆ

3.1.2 ความสามารถของชาติหนึ่งที่สามารถชักจูงใจทำให้ชาติอื่นกระทำการใด ๆ ตามที่ตนปรารถนาหรือเป็นผลให้เกิดความกดดันจนบรรล่วัตถุประสงค์ทางการเมืองของชาติได้

3.1.3 จิตความสามารถในการใช้อิทธิพลเหนือจิตใจผู้อื่น

3.1.4 ความเข้มแข็งที่ชาติมีอยู่เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของตน

3.1.5 ความสามารถในการทำลายสิ่งต่าง ๆ ทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต

3.1.6 กำลังทั้งสิ้น/ จิตความสามารถของชาติในการทำให้ผลประโยชน์ของชาติ

บรรลุผล

3.1.7 จิตความสามารถทั้งหมดของรัฐที่จะทำให้บรรลุความมุ่งหมายที่มีต่อรัฐอื่น

3.2 คุณลักษณะของกำลังอำนาจแห่งชาติ

3.2.1 ทุกประเทศต้องการพิทักษ์รักษาผลประโยชน์ของชาติไว้ จึงต้องมีกำลังอำนาจที่เข้มแข็งและพยายามเสริมสร้างกำลังอำนาจให้เหนือกว่าประเทศศัตรูหรือที่มีผลประโยชน์ของชาติขัดกัน

3.2.2 ประเทศที่มีกำลังอำนาจแห่งชาติมากกว่าย่อมจะได้เปรียบหรือมีอิทธิพลเหนือกว่าสามารถป้องปรามหรือบังคับประเทศที่ด้อยกว่าให้ปฏิบัติตามที่ปรารถนา

3.2.3 ลักษณะสำคัญของกำลังอำนาจอยู่ที่ความไม่แน่นอนในตัวเองและสามารถเปลี่ยนแปลงได้

3.2.4 ถ้าประเทศหนึ่งมีกำลังความสามารถเพิ่มขึ้น แต่อีกประเทศหนึ่งมีกำลังความสามารถคงที่ กำลังอำนาจของประเทศหลังย่อมลดน้อยลงโดยการเปรียบเทียบ

3.2.5 กำลังอำนาจของประเทศที่มีอยู่แล้วสามารถจะระดมและสร้างเพิ่มเติมจากภายในประเทศและแสวงหาจากภายนอกประเทศเพิ่มขึ้นได้ด้วย

3.2.6 กำลังอำนาจมีทั้งแบบมีตัวตนและไม่มีตัวตน ทั้งรูปธรรมและนามธรรม

3.2.7 สิ่งมองเห็นและจับต้องได้มิได้เป็นเครื่องชี้ว่าเหนือกว่าหรือต่ำกว่าชาติอื่น เพราะสิ่งที่เป็นนามธรรมก็สามารถทำให้เหนือชาติอื่นได้

3.2.8 ไม่มีประเทศใดมั่นใจกำลังอำนาจที่มีอยู่แล้วนั้นเพียงพอ

3.2.9 ประเทศที่แพ้สงครามมาจากคาดคะเนพลังอำนาจของประเทศปรปักษ์ผิดพลาด

3.2.10 ต้องศึกษาให้รู้วิถีวิเคราะห์ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำลังอำนาจแห่งชาติ

3.2.11 รู้จักประเมินค่าศักยภาพพลังอำนาจของชาติและชาติอื่น

3.3 องค์ประกอบของกำลังอำนาจแห่งชาติ

3.3.1 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างรัฐต่าง ๆ

3.3.2 กฎหมายระหว่างประเทศถือว่ารัฐทุกรัฐมีความเท่าเทียมกันหมดไม่ว่ามีขนาดใด มีขีดความสามารถทางเศรษฐกิจและทางทหารเป็นอย่างไร

3.2.3 ทุกรัฐมีสิทธิที่จะออกเสียงได้เพียง 1 ในสหประชาชาติ

3.2.4 ขีดความสามารถของรัฐเป็นคุณสมบัติที่แสดงให้เห็นฐานะที่แท้จริงของรัฐนั้นในเวทีระหว่างประเทศ

3.2.5 คุณสมบัติของรัฐจึงเป็นเสมือน “รากฐานของอำนาจแห่งรัฐ”

3.2.6 รัฐจะเป็นเครื่องมือในการสร้างอำนาจ (Power inventory) ที่มีศักยภาพ (Power potential) ในการดำเนินนโยบายของประเทศ

3.4 เครื่องมือกำลังอำนาจแห่งชาติประกอบด้วยเครื่องมือทางการเมืองเครื่องมือทางเศรษฐกิจเครื่องมือทางสังคมจิตวิทยาเครื่องมือทางการทหารเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีการพลังงานและสิ่งแวดล้อม

4. ปัจจัยกำลังอำนาจ

4.1 กำลังอำนาจแห่งชาติด้านต่าง ๆ อาจมีปัจจัยร่วมกันอยู่หลายประการ นอกเหนือจากปัจจัยเฉพาะของพลังอำนาจแต่ละด้าน ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ต้องอาศัยการวิเคราะห์ที่แน่ชัดว่ามีคุณสมบัติที่ก่อเกิดความมั่นคงแห่งชาติด้านใดได้อย่างไรหรือจะเป็นความล่อแหลมต่อความมั่นคงได้อย่างไร

4.2 ปัจจัยกำลังอำนาจที่ศึกษาในวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักรมี 13 ประการ ได้แก่

1. ภูมิศาสตร์หรือสภาพทางภูมิศาสตร์ของประเทศ
2. อุดมการณ์ของชาติและภาวะผู้นำของชาติ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศและการทูต
4. การเศรษฐกิจ
5. ลักษณะประจำชาติ
6. ความเชื่อ ศาสนา จริยธรรมและความจงรักภักดี
7. ประชากร
8. การศึกษา
9. กำลังทหาร
10. ความสามารถทางวิชาการ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
11. ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
12. การพลังงาน
13. การบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารสาธารณะ

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงของชาติของวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักรสามารถสรุปได้ว่าความมั่นคงแห่งชาติมีความหมายรวมถึงการที่ประชาชนมีความมั่นคงร่วมเย็นสามารถอยู่รวมกันอย่างเป็นปึกแผ่นรู้สึกมีความปลอดภัยมีความหวังและความไว้วางใจในอนาคต อันจะนำไปสู่พลังแห่งการเสริมสร้างความมั่นคงปลอดภัยของประเทศชาติต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2558) กล่าวว่า ระบบสุขภาพมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดีผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคฟื้นฟูการทำงาน ของร่างกายและกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยพิบัติ

นอกเหนือการตอบสนองความคาดหวังของประชาชนดังกล่าวข้างต้น ระบบสุขภาพที่ดีควรเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของทุกคน ยึดมั่นในหลักศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรมในการดำเนินการและให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์แก่ชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม หากมองจากความมุ่งหวังข้างต้นระบบสุขภาพที่สมบูรณ์จึงมีประชาชนเป็นศูนย์กลางแวดล้อม ด้วยกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริม ฟื้นฟูและธำรงสุขภาพของประชาชน กิจกรรมเหล่านี้ประกอบกันขึ้นเป็นระบบสุขภาพ ซึ่งจำแนกแยกย่อยได้เป็น 6 ระบบ ดังนี้

1. ระบบบริการ หมายถึง บริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัยได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป

2. ระบบผู้ให้บริการ หมายถึง กำลังคนที่เพียงพอ มีความรู้ มีสัดส่วนของความชำนาญที่เหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม

3. ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ หมายถึง เวชภัณฑ์ วัคซีน อุปกรณ์การวินิจฉัย และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานคุณภาพความปลอดภัย มีระบบการขนส่งที่ดี มีข้อบ่งชี้ในการใช้

4. ระบบการเงินการคลัง หมายถึง ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม ลดภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐและส่วนบุคคล ผ่านการระดมเงินทุน จัดสรรและบริหารงบประมาณที่เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ

5. ระบบสารสนเทศ หมายถึง ความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาแนวโน้มนัยความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทัวถึงและเป็นธรรม

6. ระบบอภินิหาร หมายถึง การกำกับดูแลให้องค์กรสุขภาพดำเนินการกิจอย่างเป็นธรรม โปร่งใสตรวจสอบได้ เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการที่มุ่งแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันและคาดการณ์ปัญหาในอนาคตทุกกิจกรรมหรือ “องค์ประกอบ” ไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว

แต่มีปฏิสัมพันธ์แต่ละองค์ประกอบเปรียบเสมือนระบบย่อยที่ประกอบกันขึ้นเป็นระบบสุขภาพใหญ่ แต่ละระบบย่อยยังมีระบบที่แยกย่อยลงไปอีก อาทิ ภายในระบบสุขภาพมีระบบบริการภายในระบบบริการมีระบบสถานบริการ ภายในระบบสถานบริการมีระบบห้องปฏิบัติการ ทุกระบบทำงานเชื่อมประสานทั้งภายในระบบและระหว่างระบบ โดยมีคนเป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อน ระบบจะเดินหน้าหรือถอยหลังจึงขึ้นอยู่กับคน ซึ่งหมายรวมทุกรูปแบบทั้งแบบเดี่ยวและหมู่คณะ กล่าวคือ ปัจเจกบุคคล ประชาชน สมาคม องค์กร ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร สถานพยาบาล ผู้กำหนดนโยบาย

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สามารถสรุปได้ว่าระบบบริการสุขภาพ คือ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพปลอดภัยได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงพร้อมต่อการรับมือโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ

จริยาวัตร คมพักษณ์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2554, หน้า 10-74) กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับระบบสุขภาพและโครงสร้างระบบบริการสุขภาพดังนี้

1. ระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์และสอดคล้องกับสุขภาพรวมทั้งพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นผลจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ในส่วนของระบบบริการสุขภาพนั้นกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักของประเทศโดยแยกจากส่วนของกรุงเทพมหานคร เมืองพัทยาและเทศบาล ทั้งนี้ในแผนการจัดบริการสุขภาพของ

กระทรวงสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติและนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาลแต่ละยุคสมัย

2. ระบบบริการสุขภาพ (Health service system) เป็นระบบบริการต่าง ๆ ที่จัดให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมความเจ็บป่วย ให้การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งแบบผสมผสานหรือเฉพาะด้านระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ต้องมีความเสมอภาคในการเข้าถึง การได้รับและการจ่ายมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและคุ้มครองผู้บริโภค โปร่งใส ตรวจสอบได้และพึ่งพาตนเองได้ การดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพไทยอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาล มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่ละช่วงเวลา กระทรวงสาธารณสุขในฐานะองค์กรหลักด้านสุขภาพของประเทศจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อจัดบริการภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน แบ่งเป็นการสาธารณสุขมูลฐาน การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและการบริการเฉพาะโรค เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) และจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นนโยบายหนึ่งของรัฐบาลไทยที่ระดมศักยภาพของทุกภาคส่วนให้ร่วมใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อเป้าหมายให้คนไทยมีความแข็งแรงในทุกสภาวะ

2.1 ระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ หรือระบบบริการสาธารณสุข หมายถึงระบบบริการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการควบคุมคุ้มครองโรคหรือความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นแบบผสมผสานหรือแบบเฉพาะด้านเฉพาะเรื่องอาจแบ่งเป็น

2.1.1 การบริการเฉพาะบุคคลและการบริการภายนอกบุคคล เช่น การควบคุมโรคในชุมชน การอนามัยครอบครัว การคุ้มครองผู้บริโภค

2.1.2 กิจกรรมอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ เช่น การกำจัดขยะ น้ำสะอาด ตลาดสดน่าซื้อ

2.1.3 กิจกรรมทั้งหมดที่กระทบสุขภาพ เช่น การศึกษา การเกษตร การท่องเที่ยว การยุติธรรม

นั่นคือ ระบบบริการสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับระบบสุขภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 และ 82 บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขของรัฐโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติและการบริหารทางสาธารณสุขของรัฐที่จัดและส่งเสริมต้องเป็นไปอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” ดังนั้นระบบบริการสุขภาพไทยจึงต้องยึดหลัก ดังนี้

1. มีความเสมอภาค (Equity) ในการเข้าถึง การได้รับบริการและการจ่ายค่าบริการ
2. มีคุณภาพและสนองตอบประชาชน (Quality/ Responsiveness)
3. มีประสิทธิภาพ (Efficiency) ในเชิงรุก ใช้เทคโนโลยีเหมาะสมและมีความต่อเนื่อง
4. สามารถพึ่งตนเองได้ (Self-reliance)
5. มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ (Transparency/ Accountability)
6. สามารถคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer protection)

การบริการสุขภาพแบ่งได้เป็น 4 มิติ ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมความเจ็บป่วย (โรค อุบัติเหตุ ความพิการ) การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพ/ สมรรถภาพ (การฟื้นฟูความเสียหายจากการเจ็บป่วยให้สู่สภาวะปกติ การปรับตัวให้เข้ากับ ความเสียหายจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ ดังนั้นเมื่อนำมิติการบริการสุขภาพมาเชื่อมโยงกับ สุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะสามารถระบุกิจกรรมบริการสุขภาพให้กับ ประชาชนได้ชัดเจน นอกจากนี้ยังอธิบายถึงรายละเอียดของการบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ ไว้ดังนี้

1. การจัดการบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ รัฐจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน ครอบคลุมการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การโภชนาการ การอนามัยสิ่งแวดล้อม การทันตสาธารณสุข และการส่งเสริมสุขภาพจิต

2. การจัดการบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเพื่อให้ง่ายต่อการดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรค จึงจัดการบริการป้องกันและควบคุมโรคตามกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่มีลักษณะทางวิทยาการ ระบาดคล้ายคลึงกันออกเป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มโรคที่เกิดจากน้ำและอาหารเป็นพาหะ กลุ่มโรคที่เกิด จากแมลงเป็นพาหะ กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้จากการใช้วัคซีน กลุ่มโรคที่มีความสำคัญด้าน การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และกลุ่มโรคที่ติดต่อระหว่างสัตว์และคน

3. การจัดการบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นการจัดการบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาความเจ็บป่วย เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยนี้มีหลายลักษณะ บางชนิดเป็นระยะสั้นเกิดขึ้นทันทีทันใด บางชนิดเป็นเรื้อรัง บางชนิดเมื่อหายแล้วกลับเป็นซ้ำได้อีก บางชนิดมีความรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต และบางชนิดสามารถแพร่กระจายจนเกิดการระบาดขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุและขนาดของ ความเจ็บป่วย เช่น ติดเชื้อโรค อุบัติเหตุ ดังนั้นการจัดการบริการการรักษาพยาบาลจึงมี หลายระดับ และแต่ละระดับมีขีดความสามารถในการให้บริการต่างกัน ประกอบด้วย การสาธารณสุขมูลฐาน ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

4. การจัดบริการเพื่อฟื้นฟูสภาพเป็นการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือประชาชนกลับคืนสู่สภาพเดิมหรือภาวะสุขภาพปกติเร็วที่สุดภายหลังการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ครอบคลุมการสอนสุขภาพ การให้คำปรึกษา การบริการทางกายภาพบำบัด (Physical therapy) ในรูปแบบต่าง ๆ และการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพภายหลังการเจ็บป่วย เช่น เมื่อได้รับอุบัติเหตุไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ หน่วยงานบริการสุขภาพจะจัดอบรมอาชีพใหม่รวมทั้งมีการประสานหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อการฟื้นฟูสภาพให้ด้วยการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเกือบทั้งหมดจัดในสถานพยาบาล คือ โรงพยาบาลทุกระดับและรัฐได้ลงทุนจัดตั้งแหล่งบริการและบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลเพื่อกิจการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) โดยมีเป้าหมาย คือ ให้ครอบคลุมการจัดบริการแก่ประชาชนทุกพื้นที่ด้วยเช่นกัน

3. ระบบและโครงสร้างบริการสุขภาพ

การบริการสุขภาพแก่ประชาชนดำเนินการภายใต้ระบบและโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุข สำหรับประเทศไทยเป็นระบบบริหารจัดการที่มีรัฐเป็นหลักภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีแนวคิดตั้งแต่การจัดตั้งกรมสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2461 เพื่อต้องการให้มีการบริหารงานสาธารณสุขและกิจการที่เกี่ยวข้องเป็นเอกภาพของหน่วยงานเดียว ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวงกรม พ.ศ. 2545 มาตรา 42 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคร้าย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนและราชการอื่น ๆ ตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข”

4. ระบบบริหารงานสาธารณสุขของประเทศไทยจึงเป็นการบริหารที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางและประสานงานทั้งในส่วนของการกำหนดนโยบายการสาธารณสุขของประเทศ การวางแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ การวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข/สุขภาพของประเทศ การจัดสรรงบประมาณ กำลังคนและการควบคุมกำกับงานสาธารณสุขของประเทศ ดังนี้

4.1 การกำกับการนโยบายสาธารณสุขของประเทศ รัฐบาลในแต่ละยุคแต่ละสมัยจะเป็นผู้กำหนดและแถลงนโยบายในการบริหารประเทศ โดยที่นโยบายการสาธารณสุขของประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบและประสานงานกับกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องให้สามารถดำเนินการตามนโยบายที่กำหนด ทั้งนี้นอกจากนโยบายของรัฐบาลแล้วปัจจุบันมี

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นแผนที่มีการกำหนดทิศทางของการพัฒนาการสาธารณสุขไว้แผนละ 5 ปี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการดำเนินการจัดทำร่วมกับสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและหน่วยงานวิชาชีพทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและบุคลากรหลายวิชาชีพ ซึ่งการกำหนดนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศจะผนวกในขั้นตอนการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

4.2 การกำหนดแผนงานพัฒนาสาธารณสุขของประเทศจะกำหนดแผนเป็นช่วงเวลา 5 ปี การดำเนินการจัดทำแผนนั้นกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นแกนกลางในการดำเนินการ โดยการร่วมมือของบุคลากรหลายวิชาชีพและหลายหน่วยงานมาร่วมกันจัดทำ มีการจัดตั้งเป็นกรรมการชุดต่าง ๆ และเมื่อได้ร่างแผนแล้ว มีการระดมสมองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลุ่มประชาชนร่วมการพิจารณาก่อนการนำเสนอความเห็นชอบต่อสำนักงานงบประมาณและคณะรัฐมนตรี

4.3 การจัดสรรงบประมาณด้านการสาธารณสุขของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นกระทรวงที่มีสถานบริการที่ให้บริการประชาชนมากที่สุด ในส่วนการของงบประมาณดำเนินงานในสถานบริการนั้นกระทรวงใดมีหน่วยงานบริการจะขอตั้งงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลกันเอง แต่ในส่วนงบประมาณตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ดำเนินการของงบประมาณและจัดสรรให้กับหน่วยบริการในสังกัดอื่น ๆ ตามจำนวนประชาชนที่มาใช้บริการ โดยคิดเฉลี่ยเป็นรายคนต่อปี

4.4 กำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีบุคลากรทางการสาธารณสุขที่จะไปปฏิบัติงานตามสถานบริการต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยต้องผ่านความเห็นชอบจากสำนักงานข้าราชการพลเรือนซึ่งเป็นหน่วยงานที่กำหนดตำแหน่งและสายงานหน้าที่ความรับผิดชอบและค่าจ้าง กระทรวงสาธารณสุขจะมีบุคลากรที่ไปปฏิบัติงานในสถานบริการต่าง ๆ ทั้งในหน่วยงานระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและส่วนกลางหลายสายงาน อาทิ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการสุขาภิบาล พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่งานด้านทันตสาธารณสุข ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งในหน่วยบริการของกระทรวงอื่น ๆ ที่มีได้อยู่ในความดูแลการบริหารงานบุคคลโดยสำนักงาน ก.พ. จะมีการกำหนดสายงานของบุคลากรด้านบริการด้านการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุขซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างกันไปแล้วแต่หน่วยงาน

4.5 การควบคุมกำกับงานด้านสาธารณสุขของประเทศกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นแกนกลางในการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข เพื่อการควบคุมการปฏิบัติงานของหน่วยบริการ การส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้หน่วยงานนั้นปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยสำหรับประชาชน นอกจากนี้ยังกำหนดระบบการติดตามกำกับงาน โดยเฉพาะรายด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยประสานในการรายงานข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้มาซึ่งภาพรวมข้อมูลสาธารณสุขทั้งประเทศ

การบริหารงานสาธารณสุขนั้นพระราชบัญญัติการบริหารงานของประเทศ จะแบ่งการปกครองเป็นราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาคและการปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นการบริหารงานสาธารณสุขของประเทศจึงกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการบริหารงานสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและหน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขในส่วนที่รับผิดชอบในท้องที่กำหนด

3. การแบ่งส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข

การแบ่งส่วนราชการและหน้าที่

ตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 119 ตอนที่ 99 ก หน้า 27 (วันที่ 2 ตุลาคม 2545) มาตรา 42 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุมและรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนและราชการอื่นตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข”

กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนราชการ ตามมาตรา 43 ประกอบด้วย สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัยและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ พ.ศ. 2545 (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 19 ตอนที่ 103 ก หน้า 173 (วันที่ 9 ตุลาคม 2545 ข้อ 20) กระทรวงสาธารณสุขมีกลุ่มภารกิจ 3 กลุ่มภารกิจ (Cluster) ดังนี้

ก. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ประกอบด้วย กรมการแพทย์การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและกรมสุขภาพจิต

ข. กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุขประกอบด้วย กรมควบคุมโรคและกรมอนามัย

ค. กลุ่มภารกิจด้านการสนับสนุนบริการสุขภาพประกอบด้วย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยเฉพาะ ได้แก่

1. หน่วยงานที่ปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน 4 หน่วยงาน ได้แก่
 - 1.1 สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย)
 - 1.2 สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง (อยู่ระหว่างออก พรฎ.)
 - 1.3 สำนักงานจัดระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน (อยู่ระหว่างออก พรฎ.)
 - 1.4 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (อยู่ระหว่างออก พรฎ.)
2. หน่วยงานในกำกับ 5 หน่วยงาน ได้แก่
 - 2.1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (มี พรฎ. แล้ว)
 - 2.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (มี พรฎ. แล้ว)
 - 2.3 สถาบันพระบรมราชชนก (อยู่ระหว่างจัดทำ พ.ร.บ.)
 - 2.4 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (อยู่ระหว่างจัดทำ พ.ร.บ.)
 - 2.5 สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รับโอนจากสำนักนายกรัฐมนตรี (มี พรฎ. แล้ว)
3. รัฐวิสาหกิจ คือ องค์การเภสัชกรรม

ภารกิจสำคัญของหน่วยงานสำคัญ

 1. สำนักงานรัฐมนตรี มีภารกิจเกี่ยวกับราชการการเมือง เพื่อสนับสนุนภารกิจของรัฐมนตรี ประสานนโยบายระหว่างกระทรวง แบ่งส่วนราชการออกเป็น งานบริหารทั่วไป กลุ่มงานประสานการเมืองและกลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ
 2. สำนักงานปลัดกระทรวงแบ่งส่วนราชการออกเป็น
 - 2.1 ราชการบริหารส่วนกลาง ประกอบด้วย สำนักบริหารกลาง ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สถาบันพระบรมราชชนกสำนักตรวจและประเมินผลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์นอกจากนี้สำนักงานปลัดกระทรวงมีการแบ่งส่วนราชการเพิ่มเติม ประกอบด้วย กลุ่มตรวจสอบในระดับกระทรวง กลุ่มตรวจสอบภายใน กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริหารสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท สำนักโครงการส่งเสริมการอนุรักษ์พลังงาน สำนักงานประสานความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาเพื่อการวิจัยเกี่ยวกับ

สารแอมเฟตามีนในทุกละห่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญาสิริวัฒนาพรรณวดี สำนักงานระบบ
บริการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์ร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข

2.2 ราชการบริหารส่วนภูมิภาค เป็นการบริหารงานสาธารณสุขโดยกำหนดให้มี
หน่วยงานสาธารณสุขที่ขึ้นตรงต่อการบังคับบัญชาของผู้ว่าราชการจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การกำกับ
การให้การสนับสนุนทรัพยากรจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสนับสนุนด้าน
วิชาการจากกรมต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขแบ่งส่วนราชการเป็น สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2.2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นส่วนราชการบริหารซึ่งเป็นตัวแทนของ
กระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัดมีหน้าที่ในด้านการบริหารและนิติกร งานวางแผนและ
พัฒนาระบบงานสาธารณสุข งานด้านวิชาการงานนิเทศและสนับสนุนหน่วยงานที่รับผิดชอบ
งานจัดบริการสาธารณสุขและงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กิจการของสุขภาพและกระทรวง
สาธารณสุข

2.2.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ กิ่งอำเภอ เป็นหน่วยงานบริหารสาธารณสุข
ซึ่งเป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขในระดับอำเภอ มีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อนายอำเภอ
ปลัดอำเภอ ผู้ทำหน้าที่หัวหน้ากิ่งอำเภอ มีสาธารณสุขอำเภอ/ กิ่งอำเภอ เป็นหัวหน้าส่วนราชการ
มีหน้าที่ทางด้านการบริหารส่งเสริมสนับสนุน ควบคุม กำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน
ของสถานอนามัยและสถานบริการสาธารณสุขชุมชนในอำเภอ

2.2.3 โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นหน่วยงานบริการในระดับตติย
ภูมิและตติยภูมิ มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 150-1,000 เตียง โดยโรงพยาบาลศูนย์มีขนาด 501-1,000 เตียง
โรงพยาบาลทั่วไปมีขนาด 150-1,000 เตียง มีหน้าที่ในการให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค บริการ
ส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการชั้นสูตรสาธารณสุขทั้งภายในหน่วยงานและนอกหน่วยงานและหน่วย
บริการต่าง ๆ ในจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียง การศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อให้เกิดการพัฒนาทางวิชาการ
แพทย์สาธารณสุขและเทคนิคต่าง ๆ ให้การสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการตามระบบ
บริการส่งต่อผู้ป่วยและดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง

2.2.4 โรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ มีขนาดตั้งแต่
10-120 เตียง มีหน้าที่ในการให้บริการด้านการบริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิและเป็น
การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู
สภาพและการให้บริการตามระบบรับ-ส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ ให้การนิเทศงานกับสถานอนามัยและ
ดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชนบท

2.1.5 สถานีอนามัย/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานบริการ สาธารณสุขระดับตำบล มีหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ฝึกรอบรม นิเทศงาน แนะนำการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครอื่น ๆ และเป็นพี่เลี้ยงให้กับประชาชนในการพัฒนาการสาธารณสุขชุมชน มีหัวหน้าสถานีอนามัยเป็น หัวหน้าหน่วยงานขึ้นตรงต่อสาธารณสุขอำเภอซึ่งในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการปรับเปลี่ยน โครงสร้าง ของสถานีอนามัยเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”

4. ระดับการให้บริการสุขภาพ (Level of care)

การจัดบริการทั้งภาครัฐและเอกชน โดยแต่ละหน่วยงานบริการจะมีความสามารถในการให้บริการที่แตกต่างกัน ตามระดับของการบริการและทรัพยากรของแต่ละหน่วยงาน รวมทั้งงบประมาณค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการของประชาชนที่แตกต่างกันด้วย ระดับการให้บริการ ในอดีตเน้นที่การบริการโดยหน่วยงานของรัฐและเน้นการรักษาในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตเปลี่ยนจากเน้นที่การรักษาพยาบาล “การซ่อมสุขภาพ” เป็นการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น และให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในการดูแลสุขภาพ การบริการสุขภาพจำแนกเป็น 5 ระดับ โดยรวมการดูแลตนเองระดับครอบครัวไว้ด้วย

4.1 การดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว (Self care level) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วยหรือเมื่อมีสภาพความพิการเกิดขึ้นการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนนับเป็นมาตรการเสริมจากการจัดการสาธารณสุขมูลฐาน ในลักษณะจัดให้มีแกนนำครอบครัวในการดูแลสุขภาพแต่ละครอบครัว โดยรัฐสนับสนุนส่งเสริมความรู้ในการพัฒนาสุขภาพครอบครัวผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพประชาชนในชุมชนในด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากขึ้น

4.2 การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผลงาน ด้วยการผสมผสานให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมภายใต้การสนับสนุนของรัฐและการเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ของรัฐ การบริการระดับนี้ผู้ให้บริการ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาจดำเนินการในบ้านของตนเองหรือศูนย์สุขภาพชุมชน หรืออาคารอเนกประสงค์ของชุมชน

4.3 การบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care level) หมายถึง การจัดบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการให้บริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน ตั้งแต่หมู่บ้าน ตำบลและชุมชนลักษณะอื่น ๆ สถานบริการที่ให้บริการ คือ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หน่วยงานปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) และเครือข่าย

4.4 การจัดบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care level) หมายถึง การจัดบริการที่ดำเนินการให้บริการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ และเป็นสถานที่รับผู้ป่วยตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ในเขตใกล้เคียง สถานบริการระดับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงขึ้นไป โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์

4.5 การจัดบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care level) หมายถึง การจัดบริการดำเนินการให้การรักษาพยาบาลในโรคที่ซับซ้อน ต้องการการรักษาพยาบาลด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษในสาขาต่าง ๆ สถานบริการในระดับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลของทบวงมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

สาระสำคัญโดยสรุประบบบริการสุขภาพเป็นระบบบริการต่าง ๆ ที่จัดให้บุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมความเจ็บป่วย ให้การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งแบบผสมผสานและเฉพาะด้านระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ต้องมีความเสมอภาคในการเข้าถึงการได้รับและการจ่ายมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและคุ้มครองผู้บริโภค โปร่งใส ตรวจสอบได้และพึงตนเองได้ การดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพไทยอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาล มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่ละช่วงเวลา กระทรวงสาธารณสุขในฐานะองค์กรหลักด้านสุขภาพของประเทศจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อจัดบริการภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน แบ่งเป็นการสาธารณสุขมูลฐาน การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและการบริการเฉพาะโรค เมืองไทยแข็งแรง และจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นนโยบายหนึ่งของรัฐบาลไทยที่ระดมศักยภาพของทุกภาคส่วนให้ร่วมใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อเป้าหมายให้คนไทยมีความแข็งแรงในทุกสภาวะ

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของ จริยาวัตร คมพักษณ์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย สามารถสรุปได้ว่า ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์จะต้องเป็นไปตาม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ แผนบริหารราชการแผ่นดิน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติและนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาลแต่ละยุคสมัยมีความครอบคลุมการบริการใน 4 มิติหลัก คือ 1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การโภชนาการ การอนามัยสิ่งแวดล้อม การทันตสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพจิต 2. ด้านการป้องกันโรค เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรค ตามกลุ่มโรคที่เกิดจากน้ำและอาหารเป็นพาหะ กลุ่มโรคที่เกิดจากแมลงเป็นพาหะ กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้จากการใช้วัคซีน กลุ่มโรคที่มีความสำคัญด้านการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและกลุ่มโรคที่ติดต่อระหว่างสัตว์และคน 3. ด้านการรักษา เมื่อมีปัญหาคความเจ็บป่วยเกิดขึ้นทั้งระยะสั้น เรื้อรัง การกลับเป็นซ้ำ 4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อช่วยเหลือให้ประชาชนกลับคืนสู่สภาพเดิมหรือภาวะสุขภาพปกติเร็วที่สุดภายหลังการเจ็บป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

สุรจิต สุนทรธรรม และพงพิสุทธิ จิงอุดมสุข (2555, หน้า 279-285) กล่าวถึง ความหมายของ “ระบบบริการสาธารณสุข” ว่ามีหลายลักษณะตามประเด็นที่เห็นว่าสำคัญหรือประเด็นพิจารณาที่เป็นองค์ประกอบย่อยแตกต่างกันดังนี้

ระบบบริการสาธารณสุข เป็นการจัดการองค์กรและทรัพยากรเพื่อก่อให้เกิดการป้องกันและการพัฒนาที่มุ่งให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ คือ การให้บริการการบริหารจัดการ การผลิตทรัพยากร การเงิน การกำกับดูแลและการชี้นำทิศทางระบบบริการในภาพรวมเพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์

การบริการสาธารณสุข หมายถึง บริการทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งที่เป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มประชากร รวมทั้งการดำเนินการกับปัจจัยอื่นที่มีผลต่อสุขภาพ ทั้งที่สถานพยาบาล ที่บ้าน ที่สถานประกอบการและในชุมชน

ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติ “บริการสาธารณสุข” ไว้หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ระบบบริการสาธารณสุขมีเป้าหมายในการจัดให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ขึ้นกับทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละประเทศหรือแต่ละพื้นที่ การจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่ดีนั้นขึ้นกับการมีทรัพยากรหลักที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและความตั้งใจ เครื่องมือ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสารงบประมาณ รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอการทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายความครอบคลุมและเท่าเทียมขึ้นอยู่กับกลยุทธ์การจัดการทรัพยากรการบริหารจัดการบริการและการทำให้มีแรงจูงใจหรือผลตอบแทนที่เหมาะสมทั้งกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้ใช้บริการ

การจัดการระบบบริการสาธารณสุข หมายถึง กระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การนำและการควบคุมการใช้ทรัพยากรการบริหารต่าง ๆ ได้แก่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เงินทุน ตลอดจนการใช้สารสนเทศที่เกี่ยวข้องในองค์การอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

โดยระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยมีการจัดการบริการหลักเป็น 3 ระดับ ร่วมกับหน่วยบริการเฉพาะทางและระบบส่งต่อ ดังนี้

1. บริการปฐมภูมิ เป็นระบบบริการแรกที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพพื้นฐานทั้งหมดของประชาชน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน โดยไม่มีบริการผู้ป่วยใน สถานพยาบาลระดับนี้ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกเอกชน ส่วนใหญ่จะกระจายอยู่ในระดับตำบลอย่างน้อยตำบลละ 1 แห่งทั่วประเทศ โดยมีการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขอันเป็นกลไกดำเนินการในระดับชุมชนทั่วทุกหมู่บ้าน มีบทบาทเป็นผู้สื่อข่าวข่าวสารสุขภาพและร่วมทำงานประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนแต่ละหมู่บ้าน

2. บริการทุติยภูมิ เป็นสถานพยาบาลที่ดูแลสุขภาพที่มีความซับซ้อนทางการแพทย์เพิ่มขึ้นกว่าบริการปฐมภูมิ รวมทั้งมีการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล แต่ก็ยังเน้นบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ไม่เน้นการแพทย์เฉพาะทาง สถานพยาบาลระดับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งกระจายอยู่ทุกอำเภอทั่วประเทศ

3. บริการตติยภูมิ เป็นสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการแพทย์ซับซ้อนเพิ่มขึ้น และเน้นบริการเฉพาะทางสาขาหลักต่าง ๆ ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และสูติรีเวชกรรม รวมทั้งบริการอนุสาขาของสาขาหลักต่าง ๆ ดังกล่าวด้วย

สถานพยาบาลระดับนี้ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ โรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ ส่วนใหญ่กระจายอยู่ในระดับจังหวัดอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

4. หน่วยบริการแพทย์เฉพาะทาง เป็นสถานพยาบาลที่เน้นการดูแลปัญหาการเจ็บป่วยเฉพาะด้าน เช่น อายุรกรรมโรคหัวใจ ศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมการบาดเจ็บ รวมทั้งอาจมีการเรียนการสอน การฝึกอบรมและการวิจัยในโรงเรียนแพทย์และสถาบันวิชาการต่าง ๆ

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดระบบบริการสุขภาพของ สุรจิต สุนทรธรรม และ พงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข สามารถสรุปได้ว่า ระบบบริการสาธารณสุขหรือระบบบริการสุขภาพเป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อบุคคลทั้งที่บ้าน สถานประกอบการ ชุมชนและสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิจนถึงตติยภูมิ

ทัศนา บุญทอง (2542, หน้า 22-33) กล่าวถึง ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ว่า จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบันส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีความจำเป็นต้องหาแนววิธีในการปรับเปลี่ยนระบบที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมโดยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโลกที่เกิดขึ้น ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ โดยการจัดให้มีสถานบริการหลายระดับ ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้แต่ละระดับสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่าย โดยระบบส่งต่อ (Referral system) ตามลำดับดังนี้

1.1 สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครเป็นสถานบริการสุขภาพที่กำหนดให้เป็นสถานบริการด่านแรก (Firstcontact) ทำหน้าที่ในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ไม่รุนแรงและไม่ต้องรับไว้รักษาในสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งการจัดการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ลักษณะงานเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังต่อบริการดูแลรักษาเบื้องต้นในสัดส่วน 75:25 บุคลากรประจำสถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร จะต้องมีความรู้ความสามารถในการบูรณาการการดูแลทั้งหมดดังกล่าวเข้าด้วยกัน ซึ่งได้แก่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2 โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการที่มีทั้งผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้ดูแลในโรงพยาบาลทำหน้าที่ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและ

ป้องกันโรค การจัดการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนและการรักษาพยาบาลในสัดส่วนที่เท่า ๆ กัน นอกจากนี้ยังรับปรึกษาและบริการผู้ป่วยที่สถานีอนามัยหรือคลินิกเอกชนที่เครือข่ายส่งต่อมา การบริการเริ่มมีความเป็นเฉพาะทาง เช่น การบริการด้านทันตกรรม เกษัชชุมชน บุคลากรประจำโรงพยาบาลชุมชนมีความเป็นสหสาขามากขึ้น จึงควรมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล เวชปฏิบัติและพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น

1.3 โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นสถานบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ซึ่งต้องการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำและมีความต้องการดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เป็นแหล่งวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ลักษณะงานบริการจะเป็นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูต่อการรักษาพยาบาลในสัดส่วน 25:75 บุคลากรประจำโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พยาบาล ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ เกษษกรและบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

การจัดให้มีสถานบริการเป็นลักษณะเครือข่ายเช่นนี้ จะช่วยให้มีการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม ลดความแออัดในโรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ดีและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปใช้บริการในโรงพยาบาลที่ให้บริการระดับคิยภูมิโดยไม่จำเป็น

2. เป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัวสถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ซึ่งทำหน้าที่เป็นสถานบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีพยาบาลประจำครอบครัวจะต้องได้รับมอบหมายโดยการกำหนดพื้นที่บริการ จำนวนครัวเรือนและประชากรที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน กิจกรรมการบริการสุขภาพครอบคลุมทั้งผู้ที่สุขภาพดีและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อาทิ

2.1 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด

2.2 กิจกรรมการป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน การคัดกรองโรคเบื้องต้น

2.3 กิจกรรมการดูแลมารดาและเด็กก่อน ตลอดจนสตรีมีครรภ์

2.4 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง การมาพบตามนัด การเยี่ยมบ้านและการส่งต่อในกรณีจำเป็น

2.5 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ การจัดให้มีสถานบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีพยาบาลประจำครอบครัว ในชุมชนที่มีครอบครัวตั้งอยู่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

3. ระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม

สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสุขซึ่งครอบคลุม มิติกาย จิตและสังคม การมีสุขภาพดีจึงหมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ทรมานทรมายวุ่นวาย มีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีพอในครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนต้องถือว่าการมีสุขภาพดีเป็นเรื่องปกติที่ต้องร่วมกันทำให้เกิดขึ้น การเจ็บป่วยเป็นเรื่องผิดปกติที่ทุกคนต้องร่วมกันป้องกันจะเห็นว่าความหมายของสุขภาพแบบองค์รวมนั้น เป็นบูรณาการของกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้นเป็นเรื่องของทั้งส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม

4. เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและมีความต่อเนื่องเป็นกระบวนการจัดบริการที่มุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประชาชนได้รับบริการหลักที่จำเป็นด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic essential package health care service) โดยเสมอภาค (Equity) ระบบบริการสุขภาพควรเป็นระบบที่สามารถปรับให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมปัจจุบัน ส่งเสริมการแข่งขันและร่วมมือกันระหว่างรัฐและเอกชนด้วยจุดมุ่งหมายที่ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดีที่สุด ซึ่งการนำกลไกตลาดมาใช้ในระบบบริการสุขภาพก็เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้เกิดการแข่งขัน ผู้ให้บริการมุ่งเน้นพัฒนามาตรฐานบริการและผู้รับบริการมีโอกาสเลือกใช้บริการที่มีคุณภาพโดยเสียค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

ในด้านการบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่อง เนื่องจากในปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปทำให้มีผู้ป่วยเรื้อรังและโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพจำนวนมากต้องการเวลาในการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ประกอบกับจำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด ทำให้การบริการเพื่อสนองความต้องการได้ไม่ทั่วถึง จำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น ดังนั้นเพื่อให้การบริการสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จึงสมควรส่งเสริมระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิให้มีประสิทธิภาพและเครือข่ายที่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

5. เป็นระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสมการจัดบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม คำนึงกับการลงทุนไว้ ควรเป็นการรับบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะต้น ทำให้ประชาชนไม่เกิดปัญหาการเจ็บป่วยที่รุนแรงซับซ้อน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคไม่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการลงทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต่ำและ

คุ้มค่า ถ้าจัดให้มีบริการดังกล่าว การลงทุนในการเตรียมบุคลากรที่สามารถรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลเบื้องต้น มีราคาต่ำกว่าการเตรียมบุคลากรการแพทย์เฉพาะสาขา สำหรับกลไกในการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีระบบกำหนดค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพแต่ละประเภทอย่างมีมาตรฐานและเป็นธรรม สามารถควบคุมได้ มีการควบคุมมาตรฐานการให้บริการที่เหมาะสมกับค่าใช้จ่าย

6. เป็นระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในการกระจายอำนาจการให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการบริการสุขภาพเช่นนี้จะทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นการร่วมตรวจสอบการจัดบริการสุขภาพด้วย นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชนในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน เป็นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการพึ่งตนเองของชุมชน

7. เป็นระบบที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ต้องให้ประชาชนเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของตนเอง สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีความรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง การสนับสนุนให้ประชาชนเกิดวัฒนธรรมใหม่ทางด้านสุขภาพโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาพยาบาลคือหลักการสำคัญสำหรับบริการสุขภาพในอนาคต

การสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการหนึ่งที่จะส่งเสริมประชาชนให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ประชาชนที่ได้รับการเสริมให้มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างประชาชนและผู้ให้บริการ จะทำให้ประชาชนเกิดความไว้วางใจสามารถสร้างและพัฒนาแรงจูงใจในการดูแลตนเองของประชาชนที่จะตัดสินใจและกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพและสวัสดิภาพของตน

8. เป็นระบบบริการแบบบูรณาการจะต้องปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมในลักษณะสหวิทยาการที่มีการประสานงานในแนวราบมากกว่าแนวตั้ง บุคลากรแต่ละวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานอย่างมีอิสระ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพเป็นพื้นฐาน

9. เป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุกการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันเจ็บป่วยเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง และไม่ใช่ว่า

การตั้งรับผู้รับบริการอยู่แต่เพียงภายในสถานบริการและการส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นภายในสถานบริการดังที่เคยปฏิบัติในอดีตไม่ประสบความสำเร็จด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ การมีนโยบายเชิงรุกโดยเข้าไปให้บริการประชาชนในชุมชนโดยบุคลากรสุขภาพ ให้บริการอย่างผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ เป็นการเข้าถึงผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

10. เป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องระบบบริการสุขภาพที่ดีจะต้องอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและสามารถนำความรู้นั้นมาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม

ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้าน มีผลต่อสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น การแสวงหาแนวคิดหรือการค้นหาคำถามองค์ความรู้ใหม่โดยอาศัยการค้นคว้าวิจัย เพื่อนำมาแก้ปัญหา การสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการบริการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญที่สุดคือช่วยให้เกิดความคิดริเริ่มในการปรับปรุงคุณภาพของงานบริการและการบริหารอย่างมีคุณภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของ ทศนา บุญทอง สามารถสรุปได้ว่าระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์จะต้องเป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ สามารถให้การบริการสุขภาพเชิงรุกมีค่าใช้จ่ายเหมาะสมส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุกมีการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

องค์กรอนามัยโลก (2556, หน้า 3-39) กล่าวถึงความหมายของ สุขภาพและระบบบริการสุขภาพในเอกสาร Community Based Rehabilitation (CBR) ไว้ดังนี้

สุขภาพ หมายถึง การปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย หรือหมายถึง ภาวะที่สุขภาพของร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้ง ไม่มีความเจ็บป่วยหรืออ่อนแอทางสุขภาพ สุขภาพเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าที่ทำให้บุคคลดำรงชีวิตอย่างสมบูรณ์ทั้งด้านส่วนบุคคล สังคมและเศรษฐกิจ มีอิสระในการประกอบอาชีพ เรียนรู้และมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชน

โครงการ CBR ให้ความสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมประเด็นหลักของการดูแลสุขภาพ ได้กล่าวถึงระบบบริการสุขภาพดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการควบคุมสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพกลยุทธ์และวิธีการต่าง ๆ ที่มีอยู่มุ่งเน้น โดยตรงที่การสร้างเสริมทักษะของบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริบททางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมเพื่อบรรเทาผลกระทบต่อสุขภาพ

2. การป้องกันโรค มีการเชื่อมโยงกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างใกล้ชิด การป้องกันปัญหาสุขภาพ เช่น โรค ความผิดปกติ การบาดเจ็บเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (การหลีกเลี่ยง) การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างรวดเร็ว) และการป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (การฟื้นฟูสมรรถภาพ)

3. การรักษาทางการแพทย์เป็นการตรวจพบตั้งแต่แรกเริ่มการประเมินและการรักษาปัญหาสุขภาพและความบกพร่องที่ตามมา โดยมีจุดประสงค์เพื่อรักษาหรือจำกัดผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่บุคคล ซึ่งการรักษาทางการแพทย์นี้อาจทำได้ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิหรือตติยภูมิ

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นชุดของมาตรฐานที่ทำให้คนพิการสามารถบรรลุและรักษาความสามารถสูงสุดภายใต้สิ่งแวดล้อมของพวกเขาซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับทั้งบุคคลที่มีความพิการแต่กำเนิดและพิการภายหลัง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพมีตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปจนถึงระดับเฉพาะทางและมีการดำเนินการในหลายแหล่งแตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาล บ้านและชุมชน การฟื้นฟูสมรรถภาพมักเริ่มโดยหน่วยงานด้านสุขภาพแต่ต้องการความร่วมมือทุกภาคส่วน

นอกจากนี้ยังได้อธิบายให้เห็นถึงแนวคิดหลักเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการการส่งเสริมสุขภาพมักถูกมองเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการป้องกันปัญหาสุขภาพในคนที่ไม่ป่วยและไม่พิการ จึงไม่เกี่ยวกับคนพิการเนื่องจากความพิการถูกมองว่าเป็นผลที่ตามมาจากการขาดการส่งเสริมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น คนพิการอัมพาตครึ่งท่อนจากการบาดเจ็บไขสันหลัง อาจไม่ได้รับการพิจารณาการส่งเสริมสุขภาพเพราะสุขภาพของเขาได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บแล้ว คนพิการจำนวนมากมีความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกันหรืออาจจะมากกว่าประชากรทั่วไป คนพิการมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพเช่น คนทั่วไป แต่พวกเขาอาจมีสุขภาพอื่นเพิ่มอีกอันเป็นผลจากสภาวะสุขภาพที่อ่อนแอ อาจสัมพันธ์กับความพิการหรือไม่ก็ได้ คนพิการและครอบครัวมักมีความตระหนักถึงการมีสุขภาพที่ดีและการรักษาสุขภาพน้อยมาก

2. การป้องกันโรคจุดเน้นหลักของการป้องกันโรค คือ การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพ (การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ) อย่างไรก็ตามการป้องกันโรคยังครอบคลุมถึงการค้นหา

โรคตั้งแต่แรกเริ่มและการรักษาเพื่อหยุดการพัฒนาของปัญหาสุขภาพ (การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ) และการจัดการเพื่อลดผลจากปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ (การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ) ในการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิอาจรวมถึงการดูแลสุขภาพเบื้องต้น การดูแลก่อนและหลังคลอด การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ มาตรการในการควบคุมโรคที่เกิดเฉพาะถิ่น กฎหมายด้านความปลอดภัย โครงการป้องกันอุบัติเหตุในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้แก่ การปรับสถานที่ทำงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานและการป้องกันความพิการที่เกิดจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อมหรือการต่อสู้ด้วยอาวุธ มีการประมาณการว่าหากมีการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าปัจจุบัน จะสามารถลดการเกิดโรคในทั่วโลกได้ถึง 70% แม้จะมีข้อมูลดังกล่าวแต่ยังมีความเชื่อโดยทั่วไปว่า การป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีบทบาทเพียงเล็กน้อยในการดูแลสุขภาพคนพิการ

3. การรักษาทางการแพทย์ หมายถึง การบ่งชี้ การประเมิน และการรักษาปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องต่าง ๆ การรักษาทางการแพทย์ทำให้หายจากโรค (เช่น การรักษาโรคเรื้อนหรือมาลาเรีย) ลดผลกระทบ (เช่น การรักษาโรคลมชัก) และป้องกันภาวะความบกพร่องที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (เช่น การรักษาโรคเบาหวานเพื่อป้องกันตาบอด) การเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์ที่มีคุณภาพได้บ่อยเท่าที่จำเป็น เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้มีสุขภาพที่ดีและสามารถคงระดับความสามารถได้ โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการซึ่งอาจมีสุขภาพไม่ค่อยดี

ประเภทของการรักษาทางการแพทย์ของประเทศที่มีรายได้ต่ำจำนวนมากแบ่งการรักษาทางการแพทย์ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยแต่ละระดับเชื่อมโยงด้วยระบบส่งต่อ เช่น เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิจะส่งต่อผู้ป่วยไปที่หน่วยบริการทุติยภูมิเมื่อจำเป็น ในขณะที่บริการบางส่วนอาจทับซ้อน

1. การรักษาทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ หมายถึง บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับชุมชนซึ่งดำเนินการโดยศูนย์บริการสุขภาพหรือคลินิกและเป็นหน่วยบริการแรกของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้ามาติดต่อ บริการทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การรักษาง่าย ๆ สำหรับการเจ็บป่วยฉับพลัน (เช่น การติดเชื้อ) และการดูแลทั่วไปสำหรับปัญหาเรื้อรัง (เช่น โรคเรื้อน ลมชัก วัณโรค เบาหวาน)

2. การรักษาทางการแพทย์ระดับทุติยภูมิ หมายถึง บริการทางการแพทย์ที่เฉพาะทางมากขึ้นซึ่งดำเนินการโดยโรงพยาบาลหรือคลินิกขนาดใหญ่ซึ่งปกติอยู่ในระดับอำเภอการดูแลระดับปฐมภูมิมีการเชื่อมต่อสำคัญกับระดับทุติยภูมิผ่านกลไกการส่งต่อ

3. การรักษาทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ หมายถึง บริการทางการแพทย์ที่มีความเฉพาะทางสูง ดำเนินการโดยแพทย์เฉพาะทางร่วมกับพยาบาลและทีมสหวิชาชีพและรวมถึงการใช้

เครื่องมือเฉพาะทาง บริการเหล่านี้ดำเนินการโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งตั้งอยู่ในเมืองหลัก ๆ ของประเทศหรือภูมิภาคนั้น ๆ บริการทางการแพทย์ในระดับตติยภูมินี้อาจรวมถึงการผ่าตัดสมอง การรักษามะเร็งการผ่าตัดทางกระดูก

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความพิการอันเกิดจากสภาวะสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการได้ให้ความหมายสำหรับอ้างอิงถึงการเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการส่งเสริมสมรรถภาพมีเป้าประสงค์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพิการแต่กำเนิดหรือในวัยเด็กเล็กและยังไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ทักษะด้านต่าง ๆ การฟื้นฟูสมรรถภาพมีเป้าประสงค์ในการช่วยผู้สูญเสียความสามารถและทักษะที่เคยมีอันเนื่องมาจากโรคหรือการบาดเจ็บและจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้ใหม่ในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูทักษะความสามารถที่เคยมีให้มากที่สุด การส่งเสริมสมรรถภาพเป็นศัพท์ที่บัญญัติขึ้นมาใหม่และไม่ได้มีการใช้กันทั่วไปในประเทศที่มีรายได้ต่ำ

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของ องค์การอนามัยโลก สามารถสรุปได้ว่าระบบบริการสุขภาพสำคัญ ได้แก่ 1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มการควบคุมสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพมุ่งเน้นที่การสร้างเสริมทักษะของบุคคลและการปรับเปลี่ยนบริบท เพื่อบรรเทาผลกระทบต่อสุขภาพ 2. ด้านการป้องกันโรค เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจากโรค ความผิดปกติ การบาดเจ็บ มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ 3. ด้านการรักษา เป็นการประเมินและการรักษาทางการแพทย์หลังจากการตรวจ เพื่อรักษาปัญหาสุขภาพและความบกพร่องหรือจำกัดผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่บุคคล 4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นมาตรฐานที่ทำให้คนพิการสามารถบรรลุและรักษาความสามารถสูงสุดภายใต้สิ่งแวดล้อมของพวกเขาซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีความพิการแต่กำเนิดและพิการภายหลัง รวมทั้งบริการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปจนถึงระดับเฉพาะทาง

แนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงทางสุขภาพ

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (2553, หน้า 18-23) กล่าวถึงความมั่นคงแห่งชาติด้านสังคมจิตวิทยาซึ่งมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางสุขภาพไว้ใน ดังนี้

1. ความหมาย

ความมั่นคงแห่งชาติด้านสังคมจิตวิทยา หมายถึง สภาพทางด้านสังคมที่ทำให้ประชากรสามารถครองชีวิตอยู่ได้ด้วยความปลอดภัย มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินได้รับความเป็นธรรมจากกระบวนการยุติธรรมและความเป็นธรรมในการดำเนินชีวิต มีความเสมอภาคและภราดรภาพ

มีความรู้ความสามารถ มีวัฒนธรรม จริยธรรมและศีลธรรมมีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของพลเมืองและต่อสังคม มีจิตสำนึกและภาคภูมิใจในความเป็นชาติและเกียรติภูมิของบรรพบุรุษ รวมทั้งยึดมั่นในอุดมการณ์ของชาติ

สังคมจิตวิทยา หมายถึง การนำความรู้เกี่ยวกับสังคม สังคมวิทยา จิตวิทยาและจิตวิทยา สังคมมาประยุกต์ใช้ทั้งในส่วนของบุคคล กลุ่มคน รัฐบาลเพื่อพัฒนาสังคมประเทศชาติให้มีความเจริญตลอดจนเพื่อความมั่นคงของชาติในที่สุด

2. องค์ประกอบ

2.1 องค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่ พื้นฐานสังคมไทย ลักษณะของสังคมไทย สถาบันทางสังคม การจัดระเบียบทางสังคม โครงสร้างสังคม โดยโครงสร้างทางสังคมประกอบด้วย บรรทัดฐานทางสังคม (Norms) สถานภาพ (State) และบทบาท (Roles) เป็นต้น กำหนดให้บุคคลอยู่ในระเบียบแบบแผน ข้อบังคับ ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม มีการจัดระเบียบทางสังคม ซึ่งเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมปรากฏการณ์สังคมและมีกฎเกณฑ์ข้อบังคับต่าง ๆ หลายอย่าง เช่น การจัดช่วงชั้นทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งหมายถึงระเบียบแบบแผน พฤติกรรมที่เป็นที่คาดหวังของสังคม โดยมีกฎเกณฑ์อื่น ๆ ที่สนับสนุนหลายอย่างเช่น ระบบค่านิยม ความเชื่ออุดมการณ์และสถาบันทางสังคม ซึ่งสังคมไทยมีสถาบันพื้นฐาน 5 สถาบัน คือ สถาบันครอบครัวสถาบันการเมืองการปกครอง สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการศึกษาและสถาบันศาสนา สถาบันจะดำรงและสืบทอดลักษณะของความเป็นสังคมไทยได้นั้นย่อมต้องมาจากการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ซึ่งเป็นกระบวนการทั้งทางตรงและทางอ้อมของมนุษย์ในสังคมตั้งแต่เกิดจนตาย การขัดเกลาทางสังคมถือเป็นการถ่ายทอดวัฒนธรรมของสังคมจากยุคหนึ่งไปยังสังคมอีกยุคหนึ่ง

2.2 กำลังอำนาจด้านสังคมจิตวิทยา มีขอบเขตกว้างขวางเกี่ยวกับคนและพฤติกรรมของคน สังคมตั้งแต่ครอบครัวจนกระทั่งถึงระดับชาติมีปัจจัยมากมายหลายด้านเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ประชากร การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ลักษณะประจำชาติ สถาบันพระมหากษัตริย์ ความจงรักภักดี เป็นต้น และยังต้องศึกษาเครื่องมือหรือกลไกต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกำลังอำนาจด้านสังคมจิตวิทยา เช่น สื่อมวลชน การมีส่วนร่วมของประชาชนประวัติศาสตร์ เพื่อสร้างจิตสำนึกต่อความรักชาติคุณธรรม จริยธรรมฯ ทั้งนี้ การศึกษาปัจจัยและเครื่องมือกำลังอำนาจแห่งชาติด้านสังคมจิตวิทยาให้ได้เข้าใจถ่องแท้ต้องเข้าใจโครงสร้างพื้นฐานทางสังคม สภาพสังคมไทยและปัญหาสังคมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้ละเอียดรอบคอบ

2.3 การแบ่งลักษณะวิชาด้านสังคมจิตวิทยา (Social-psychology) หมายถึงรวมถึงเรื่องเกี่ยวกับ การศึกษา ศาสนา จริยธรรม จรรยาบรรณ ประวัติศาสตร์ พิพิธภัณฑสถาน ขนบธรรมเนียม

ประเพณี ศิลปวัฒนธรรม กีฬา โบราณคดีทัศนคติค่านิยม ความเชื่อ แรงจูงใจขวัญกำลังใจ ผู้นำ
ภาวะผู้นำ ความพึงพอใจ ปัญหาสตรีเยาวชน เด็กพิการ การค้ามนุษย์ปัญหาแรงงานไทย ประชากร
ทรัพยากรมนุษย์ การประชาสงเคราะห์ การแพทย์ สาธารณสุข สุขภาพอนามัย สุขากิจบาล
การพัฒนาชนบท เมือง ชุมชนแออัดความยากจน การวางผังเมือง ที่ดิน ที่อยู่อาศัยการสร้างชุมชน
เข้มแข็ง ภูมิปัญญาท้องถิ่นสื่อมวลชน การประชาสัมพันธ์การสร้างภาพลักษณ์ อุบัติภัย สาธารณภัย
อุบัติเหตุ อุทกภัย วาตภัย ยาเสพติด อาชญากรรม การสืบสวนสอบสวน การบังคับใช้กฎหมาย
การทุจริต การฟอกเงิน การพนัน การจัดระเบียบสังคม

2.4 แนวความคิดและสภาพแวดล้อมด้านสังคมจิตวิทยาปัจจุบันประชากรเป็น
ทรัพยากรที่สำคัญยิ่งกลุ่มหนึ่งของชาติเป็นเครื่องมือวัดศักยภาพของพลังอำนาจต่าง ๆ ซึ่งรัฐ
มีแนวคิดในการลดอัตราเพิ่มของประชากรจนถึงระดับที่อยู่ในวิสัยสามารถของรัฐที่จะปรับปรุง
คุณภาพชีวิตของประชากรให้ดีขึ้น ถูกถ่ายทอดลงในแผนพัฒนาประเทศตั้งแต่แผนระยะที่ 1
(2504-2509) จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) และตั้งแต่
แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมาได้ปรับขอบเขตของนโยบายพัฒนาประชากรและคุณภาพชีวิต
ให้มีการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มี “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” อย่างจริงจัง เพื่อให้
เกิดการพัฒนาประเทศที่สมดุลเป็นธรรมและยั่งยืนในที่สุดประเทศไทยเป็นสังคมที่ประชากร
ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก มีความยึดมั่นในสถาบันชาติศาสนา พระมหากษัตริย์
ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ มีฐานะทาง
เศรษฐกิจที่แตกต่างกันมากระหว่างคนรวยและคนจน

2.5 ลักษณะประจำชาติของไทย มีผู้ศึกษาไว้หลายคนพอที่จะสรุปได้ ดังนี้

2.5.1 มีเมตตากรุณา ใจกว้างขวาง เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

2.5.2 ชอบสนุก ชอบความสะอาดสบาย จนบางครั้งขาดความเป็นระเบียบ

2.5.3 รักความเป็นไทย รักเสรีภาพ อิสระภาพ เป็นตัวของตัวเอง

2.5.4 รักสันโดษ ไม่กระตือรือร้นมาก และมักเกรงใจผู้อื่น ไม่ประสงค์ที่จะ

รบกวนผู้อื่น

2.5.5 มีขันติอดทน อดกลั้น

2.5.6 รู้จักประสานประโยชน์ รู้จักประนีประนอม โอนอ่อนผ่อนตามตามโอกาส

อันควร

2.5.7 สุขภาพอ่อนโยน ยิ้มง่าย มีไมตรีและให้เกียรติแก่ชาวต่างประเทศ

2.5.8 ชอบโอ้อ่า ใจนักเลง กล้าได้กล้าเสีย ชอบพนัน

2.5.9 เคารพผู้อาวุโส กตัญญูรู้คุณ รักพวกรักพ้อง

2.5.10 นิยมบุคคลมากกว่าอุดมการณ์และยกย่องอำนาจ

2.6 ปัญหาสังคมจากแนวคิดแบบสังคมจิตวิทยา จำแนกเป็น 4 ลักษณะ คือ

2.6.1 ประเภทที่เป็นความบกพร่องของสถาบันทางสังคม ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางการเมืองการปกครอง ปัญหาทางการศึกษา ปัญหาครอบครัว ปัญหาทางด้านศาสนาศีลธรรม

2.6.2 ประเภทที่เป็นความเหลื่อมล้ำทางสังคม ได้แก่ ปัญหาความยากจน ปัญหาชนกลุ่มน้อย ปัญหาคนเจ็บป่วย ปัญหาคนชรา ปัญหาเรื่องเพศ

2.6.3 ประเภทที่เป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบน ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมทางเพศ ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหายาเสพติด ปัญหาอาชญากรรมและปัญหาความก้าวร้าวรุนแรง

2.6.4 ประเภทปัญหาของโลกปัจจุบัน ซึ่งอยู่ในระยะที่กำลังเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ปัญหาสงคราม กรณีพิพาทระหว่างประเทศ ปัญหาการกลายเป็นสังคมเมือง ปัญหาประชากร

2.7 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม วัฒนธรรมของทุกชาติทุกภาษาย่อมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามแนวความคิดและความต้องการของมนุษย์ เพื่อให้ได้สิ่งใหม่และดีกว่ามาแทนของเก่า การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมเกิดขึ้นได้ด้วยสาเหตุ ดังนี้

2.7.1 การเปลี่ยนแปลงโดยธรรมชาติ ได้แก่ ดินฟ้าอากาศ สิ่งแวดล้อม ย่อมกระตุ้นให้มนุษย์ชาติคิดค้นสิ่งใหม่มาทดแทนของเก่า

2.7.2 การเปลี่ยนแปลงในความต้องการของมนุษย์โดยการคิดค้นสิ่งใหม่ ๆ มาเพื่ออำนวยความสะดวกสบายและความปลอดภัยทำให้เกิดมีเทคโนโลยีสมัยใหม่ขึ้น

2.7.3 การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การเพิ่มจำนวนประชากร มีการแข่งขันในการประกอบอาชีพ การขัดแย้งระหว่างชนชั้นจึงต้องจัดระเบียบสังคมใหม่ให้เหมาะสม

2.7.4 การแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม ปัจจุบันการคมนาคม การสื่อสารสะดวกมากขึ้นมนุษย์ได้พบสิ่งแปลกใหม่จากสังคมอื่นได้นำเอาวัฒนธรรมของสังคมอื่นมาใช้มากขึ้น ซึ่งบางครั้งก็เหมาะสมกับสังคมของตน บางอย่างก็ไม่เหมาะสมกับสังคมตน

2.8 การศึกษา เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคนให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของประเทศชาติตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นต้นมา ได้เน้นเรื่องการพัฒนาคน โดยเชื่อว่าหากคนได้รับการพัฒนาได้รับการศึกษาที่ดีที่สุด คนจะสามารถพัฒนาประเทศชาติไปสู่ความก้าวหน้า ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองได้ต่อไป พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ได้กำหนดความมุ่งหมายของการจัดการศึกษาไว้ว่าต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้คุณธรรม

จริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

2.9 สาธารณสุข เป็นกระบวนการสำคัญยิ่งในการพิทักษ์และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ให้มีความสมบูรณ์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและทางสังคม ประชากรที่มีอนามัยสมบูรณ์เป็นกำลังที่สำคัญของประเทศในการผลิต การสร้างสรรค์และการพัฒนา รวมทั้งการป้องกันประเทศ ดังนั้นรัฐจึงต้องบริหารจัดการด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชากรทุกเพศและวัยเป็นประชากรที่มีคุณภาพ มีพละอนามัยสมบูรณ์มีสุขภาพจิตดีและดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไร้มลพิษ เป็นกำลังสำคัญในการสร้างเสริมความมั่นคงแห่งชาติต่อไป สำหรับปัญหาสาธารณสุข อันเกิดจากสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศยังมีอยู่อีกหลายประการ เช่น ปัญหาจากโรคที่เกิดขึ้นใหม่ปัญหาการเจ็บป่วยอันเกิดจากภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษและการประกอบอาชีพ การเจ็บป่วยที่เกิดจากการโยกย้ายถิ่นฐานของครอบครัวและการเจ็บป่วยอันเกิดจากการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมและค่านิยมทางวัตถุ เป็นต้นนอกจากนี้ยังมีปัญหาอันเกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่เพิ่มสูงขึ้นมากปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข ความขาดแคลนอุปกรณ์การแพทย์

2.10 เครื่องมือทางด้านสังคมจิตวิทยา เครื่องมือนี้มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากความก้าวหน้าทางการสื่อสารและประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมทางการเมืองระดับชาติมากขึ้น ด้วยเหตุนี้รัฐจึงตั้งใจวางโครงการและนโยบายในด้านการโฆษณาชวนเชื่อ งานสารนิเทศ และการแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรมเพื่อสร้างอิทธิพลในด้านความคิดเห็นและพฤติกรรมของประชาชนในประเทศอื่น ๆ หรือต่อกลุ่มเชื้อชาติเศรษฐกิจ ภาษา ศาสนาในพลเมืองนั้น ๆ

2.11 ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับกำลังอำนาจของชาติด้านอื่น ๆ

2.11.1 กำลังอำนาจด้านสังคมจิตวิทยาเกี่ยวกับประชากรเป็นเครื่องมือในการวัดศักยภาพกำลังอำนาจด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคมจิตวิทยาการทหารของประเทศ เป็นเครื่องมือของชาติให้เป็นมหาอำนาจได้

2.11.2 สถาบันทางสังคม นอกจากสถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา สถาบันการศึกษา สถาบันการปกครอง สถาบันทางเศรษฐกิจ สถาบันทางวิทยาศาสตร์และสถาบันนันทนาการก็เป็นหนึ่งในสถาบันพื้นฐานที่สำคัญของชาติ

2.11.3 การศึกษามีได้เป็นเพียงปัจจัยกำลังอำนาจด้านสังคมจิตวิทยาเท่านั้น แต่การศึกษายังเป็นปัจจัยกำลังอำนาจในทุกด้านทั้งด้านการเมือง ด้านเศรษฐกิจและการทหาร

2.11.4 การสาธารณสุขเป็นกระบวนการสำคัญยิ่งในการพิทักษ์และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ประชากรที่มีอนามัยสมบูรณ์เป็นกำลังที่สำคัญของประเทศในการผลิต การสร้างสรรค์และการพัฒนา รวมทั้งการป้องกันประเทศ

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดความมั่นคงแห่งชาติด้านสังคมจิตวิทยา สามารถสรุปได้ว่า การสร้างความมั่นคงทางสังคมมีองค์ประกอบสำคัญ อาทิ ระบบค่านิยม ความเชื่อ อุดมการณ์และสถาบันทางสังคม อาทิ สถาบันครอบครัวสถาบันการเมืองการปกครอง สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการศึกษาและสถาบันศาสนา รวมทั้งพลังอำนาจสำคัญเกี่ยวกับ ประชากร การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ลักษณะประจำรวมทั้งด้านสาธารณสุขเพื่อประชาชนสามารถครองชีวิตอยู่ได้ด้วยความปกติสุข มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอันจะนำไปสู่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีความสมบูรณ์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและมีสุขอนามัยสมบูรณ์สามารถเติบโตเป็นกำลังสำคัญในการสร้างเสริมความมั่นคงของชาติ

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558, หน้า 99-104) กล่าวถึง ความมั่นคงด้านสุขภาพในรายงานการศึกษาและพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงของมนุษย์ว่า องค์ประกอบเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ มีประเด็นควรพิจารณาอย่างน้อย 4 ประเด็นด้วยกันดังนี้

1. ระบบของสุขภาพ

หากพิจารณาถึงระบบองค์รวมแล้วจะพบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้ล้วนมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์และส่งผลต่อสุขภาพของมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีรวมทั้งปัจจัยด้านระบบสาธารณสุขและบริการด้านสาธารณสุข กล่าวโดยสรุประบบสุขภาพหมายถึง ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ ดังกล่าวที่มีผลต่อสุขภาพ สามารถจำแนกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1.1 ระดับบริการสาธารณสุขเฉพาะบุคคล เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพของบุคคล

1.2 ระดับบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการนอกตัวบุคคล เช่น การอนามัยครอบครัว และการอนามัยชุมชน

1.3 ระดับกิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การจัดหาสำอาดความปลอดภัยบนท้องถนน

1.4 ระดับกิจกรรมทั้งระบบที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ

2. องค์ประกอบด้านสุขภาพสามารถจำแนกได้เป็น 2 ด้านด้วยกันคือ ด้านปัจจัยหลัก และด้านปัจจัยสนับสนุน ดังนี้

2.1 ปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ทรัพยากรสุขภาพ โครงสร้างองค์การการให้บริการ และบริการสุขภาพ ในปัจจัยหลักนี้ที่สำคัญที่สุดคือ ทรัพยากรสุขภาพ ซึ่งหมายถึงตัวบุคคลที่ต้องกระทำการเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพ

2.2 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ระบบบริหารจัดการและระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

3. ความครอบคลุมของสุขภาพความมั่นคงด้านสุขภาพนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของความมั่นคงของมนุษย์และมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงและครอบคลุมกับเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ความมั่นคงทางสังคม หมายถึง การที่ประชาชนดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสงบสุข มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันโดยไม่มีภารกิจกันแบ่งแยกคนในสังคม

3.2 ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ หมายถึง การที่ประชาชนมีอาชีพมั่นคง มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต มีปัจจัยพื้นฐานที่เพียงพอในการพึ่งตนเองลดช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจน

3.3 ความมั่นคงทางโครงสร้างพื้นฐาน หมายถึง การมีระบบการศึกษา ระบบบริการด้านสุขภาพ ระบบการคมนาคมขนส่งระบบสาธารณสุขไปทั่ว ระบบสื่อสารโทรคมนาคม เพื่อมวลชนระบบผังเมืองระบบพลังงานและอื่น ๆ ที่เหมาะสม

3.4 ความมั่นคงทางทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การอนุรักษ์พัฒนาคู่มือการบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกันอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน

3.5 ความมั่นคงในการเข้าถึงและการได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

3.6 ความมั่นคงทางการเมือง หมายถึง การใช้อำนาจรัฐ การกำหนดนโยบายการบริหารประเทศที่มีความชอบธรรม สุจริต โปร่งใสและตรวจสอบได้โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

3.7 ความมั่นคงเกี่ยวกับความยุติธรรม หมายถึง การมีระบบยุติธรรมที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็วเพื่อสร้างความเป็นธรรมโดยเสมอกัน

3.8 ความมั่นคงเกี่ยวกับการวิจัยและประยุกต์ใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพหมายถึงการดำเนินการที่ไม่เกิดผลลบต่อสุขภาพของประชาชน ชุมชนและสังคม มีจริยธรรมและเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ

3.9 ความมั่นคงเกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรม หมายถึง การเคารพในความแตกต่างด้านสิทธิเสรีภาพของบุคคลและชุมชนท้องถิ่นในเรื่องที่เกี่ยวกับความเชื่อและการประพฤติปฏิบัติตามหลักศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรมต่าง ๆ

4. สิทธิด้านสุขภาพของบุคคลหมายถึงสิทธิส่วนบุคคลที่พึงได้รับจากระบบสุขภาพ ซึ่งควรเป็น ดังนี้

4.1 บุคคลควรไม่เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นถ้าเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ ก็ต้องได้รับการป้องกันและการป้องกันนั้นควรได้ผล

4.2 บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาตามความจำเป็น โดยผู้เจ็บป่วยต้องสามารถเข้าถึงบริการการรักษาได้โดยไม่มีข้อจำกัดในเชิงเศรษฐฐานะค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ท้องที่ ข้ออคติหรือความเสียเปรียบต่าง ๆ และเป็นบริการการรักษาที่ได้ผลตามที่พึงจะได้ด้วยความรู้ความสามารถที่มีอยู่ในขณะนั้น ๆ ซึ่งในเรื่องนี้ยังคงมีปัญหาว่าสิ่งใดคือสิ่งที่จำเป็นและใครเป็นผู้บอกหรือกำหนดว่าจำเป็นตลอดจนระดับความเป็นไปได้ที่จะสนองความจำเป็นนั้น ๆ

4.3 บุคคลควรไม่พิการโดยไม่จำเป็นเพราะความพิการเป็นสาเหตุของการเสื่อมสุขภาพ และการถดถอยของคุณภาพชีวิต ถ้าเหตุของความพิการเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ก็ต้องได้รับการป้องกันไม่ว่าสาเหตุนั้นจะเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ในการทำงานหรือในการผจญกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ก็ตาม

4.4 หากเกิดการพิการขึ้นความพิการนั้นต้องเกิดน้อยที่สุด เมื่อเกิดความเจ็บป่วยที่จะนำไปสู่ความพิการก็ต้องได้รับการวินิจฉัยโดยเร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันที่ท่วงที จนไม่เกิดความพิการหรือเกิดน้อยที่สุด

4.5 เมื่อเกิดการพิการขึ้นจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพดีที่สุดและการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นช่วยให้สามารถมีชีวิตใกล้เคียงกับสภาพปกติมากที่สุด

ขณะเดียวกันการปรับสภาวะแวดล้อมในสังคมก็จะช่วยให้ผู้พิการสามารถมีชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติด้วยบุคคลควรไม่เสียชีวิตโดยไม่จำเป็นเมื่อเกิดเป็นมนุษย์ความตายย่อมเป็นสิ่งธรรมดาที่ทุกคนต้องประสบ แต่บุคคลอาจมีชีวิตยืนยาวได้หากสาเหตุของความตายได้รับการป้องกันและขจัดปิดเป่าให้กลับเป็นปกติได้ สาเหตุของการเสียชีวิตนี้อาจเป็นสาเหตุระดับบุคคลหรือสาเหตุ โดยส่วนรวมที่กำกับอายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์แต่ละชนชาติอยู่ที่ได้

ผลการศึกษาได้เสนอกรอบมาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ (Human security in health aspect) ว่าหมายถึง การที่มนุษย์มีสุขภาพะทั้งทางร่างกาย (Physical) จิตใจ (Mental) และจิตวิญญาณ (Spiritual) โดยพิจารณาจากการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งด้าน

การป้องกัน ส่งเสริม รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ดัชนี 10 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตารางที่ 2-1 ข้อเสนอกรอบมาตรฐานดัชนีและตัวชี้วัดความมั่นคงด้านสุขภาพ

ดัชนี	ตัวชี้วัด	มาตรฐานไม่เกิน
1. คนไทยมีนิสัยสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม	1. อัตราผู้ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ	ร้อยละ 5
	2. อัตราผู้ขาดการฝึกจิตใจให้สะอาดผ่องแผ้วเป็นนิจ	ร้อยละ 20
2. คนไทยมีนิสัยป้องกันการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้	3. อัตราผู้ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่ป้องกันได้	ร้อยละ 5
	4. อัตราผู้ติดเชื้อเอดส์ (HIV) และโรคติดต่อร้ายแรง	3 หมื่นราย
3. คนไทยได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยและฟื้นฟูเมื่อหายป่วยถ้าจำเป็น	5. อัตราผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานภายใน 40 นาที	ร้อยละ 5
	6. อัตราผู้ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ	ร้อยละ 5
4. คนไทยปลอดจากการคุกคามด้านสุขภาพ	7. อัตราผู้สูบบุหรี่	ชายร้อยละ 20 หญิงร้อยละ 3
	8. อัตราผู้ติดสุราเรื้อรัง	ชายร้อยละ 3 หญิงร้อยละ 1
	9. อัตราผู้ติดสารเสพติด	ชายร้อยละ 2 หญิงร้อยละ 1
	10. อัตราผู้พยายามฆ่าตัวตาย	5 แสน

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558, หน้า 5-2)

1. ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราผู้ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ

1.1 ความสำคัญของการออกกำลังกายเป็นประจำถือเป็นสิ่งบ่งชี้ความแข็งแรงหรืออ่อนแอของสิ่งมีชีวิตทุกชนิดรวมถึงมนุษย์ตราบใดที่มนุษย์ยังคงออกกำลังกายอย่างถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมจะนำมาซึ่งความแข็งแรงและปราศจากคุกคามของโรคร้ายหลายชนิด ในทางกลับกันหากมนุษย์ไม่ได้ออกกำลังกายเลยจะนำสู่ความไม่มั่นคงทางสุขภาพ เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการมีโรคร้ายหลายชนิดคุกคาม เช่น โรคอ้วน โรคไขมันในเส้นเลือดอุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจไม่แข็งแรง

1.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 82 ระบุว่า “รัฐจะต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่ พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตรที่แถลงต่อรัฐสภา วันจันทร์ที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544 หมวดที่ 10 นโยบายเสริมสร้างสังคมเข้มแข็ง ระบุว่า “รัฐบาลจะพัฒนาคนให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจและสติปัญญา รวมทั้งเสริมสร้างสังคมให้เข้มแข็งและยั่งยืน เพื่อให้ประเทศไทยเป็นสังคมคุณภาพ สังคมคุณธรรมและสังคมที่สมดุล”

2. ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราผู้ขาดการฝึกจิตใจให้สะอาดผ่องแผ้วเป็นนิจ

2.1 ความสำคัญของการทำจิตใจให้สะอาดผ่องแผ้วอยู่เสมอถือเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตที่ดีเมื่อสุขภาพจิตดีย่อมทำให้สุขภาพกายดีตามไปด้วยในทางกลับกันหากมนุษย์มีจิตใจขุ่นมัวจะก่อให้เกิดความไม่มั่นคงด้านสุขภาพหลายประการเช่น เกิดภาวะความเครียดเกิดโรคนอนไม่หลับทำให้ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอหรือหากแสดงอาการ โกรธที่รุนแรงมากขึ้นอาจนำไปสู่การทำร้ายร่างกายผู้อื่นซึ่งถือว่าเป็นคดีอาญาที่ไม่อาจยอมความกันได้

2.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 82 และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในหมวดที่ 10

3. ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราผู้ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่ป้องกันได้

3.1 ความสำคัญ การได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่ป้องกันได้ถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบป้องกัน ในปัจจุบันมีการฉีดวัคซีนหลายชนิดให้เด็กทารกเช่น โปลิโอ วัคซีนไข้ทรพิษ ฝัดดาษ อีสุกอีใส ในกรณีที่ขาดการฉีดวัคซีนย่อมทำให้เด็กขาดความมั่นคงด้านสุขภาพเนื่องจากอยู่ในสถานะที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อหรือเป็นโรคดังกล่าว

3.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 82 และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในหมวดที่ 10.1 ระบุว่า “จัดระบบการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย การป้องกันอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ การควบคุมการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์และดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างเหมาะสม พร้อมกับสนับสนุนการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ เร่งรัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การกีฬา และสนับสนุนให้เกิดองค์กรเครือข่ายควบคุมป้องกันโรคในทุกระดับ”

4. ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราผู้ติดเชื้อเอดส์ (HIV) และ โรคติดต่อร้ายแรง

4.1 ความสำคัญของการติดเชื้อเอดส์ละ โรคติดต่อร้ายแรง เป็นเรื่องของการทำให้ตนเองไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อติดต่อเช่น ทุกครั้งที่มิเพศสัมพันธ์ที่ไม่มั่นใจในคู่ของตนมีการป้องกันตัวโดยการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์เป็นต้น ในทางกลับกันหาก

ไม่มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อจนเป็นนิสัย ย่อมก่อให้เกิดความไม่มั่นคงด้านสุขภาพ เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอดส์เพียงครั้งเดียวย่อมติดเชื้อและไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้

4.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 82 และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในหมวดที่ 10.1

5. ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานภายใน 40 นาที

5.1 ความสำคัญของการมีสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานและสามารถเข้าถึงบริการได้ภายในเวลาที่กำหนดถือเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือผู้ประสบอุบัติเหตุ ในกรณีที่ผู้ประสบอันตรายไม่สามารถไปยังสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานในเวลาอันเร็วพอควร ย่อมขาดความมั่นคงต่อสุขภาพ เช่น อาจพิการ สูญเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลไม่สามารถช่วยชีวิตได้

5.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 82 และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในหมวดที่ 10.1 ระบุว่า “ส่งเสริมการผลิต พัฒนาและกระจายกำลังคนและสถานบริการด้านสุขภาพให้มีจำนวน และคุณภาพเพียงพอกับความต้องการของประเทศ รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาระบบความรู้ และสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ และสมุนไพร เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย”

6. ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราผู้ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ

6.1 ความสำคัญการมีระบบประกันสุขภาพ คือ การมีผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ในกรณีที่บุคคลไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพย่อมทำให้เกิดความไม่มั่นคงด้านสุขภาพ เช่น ขาดการรักษาด้วยเทคนิคการแพทย์ที่ดีหรือยาที่มีประสิทธิภาพ

6.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 82 และนโยบายของรัฐบาลในหมวดที่ 10.1(1) ระบุว่า “จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติโดยการตรากฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณของรัฐด้านสุขภาพและลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ”

7. ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราผู้สูบบุหรี่

7.1 ความสำคัญของการไม่สูบบุหรี่ เป็นเรื่องของการไม่เบียดเบียนตนเองด้วยการเสพสิ่งที่ทำลายสุขภาพ ในทางกลับกันหากสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้ไม่มีความมั่นคงด้านสุขภาพ เนื่องจากเสี่ยงต่อโรคร้ายหลายชนิด เช่น มะเร็งปอด ถุงลมอักเสบ

7.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 82 และ นโยบายของรัฐบาลในหมวดที่ 10.3 ระบุว่า “รัฐบาลจะเร่งรัดดำเนินการเพื่อให้การป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภายใต้กรอบนโยบายระยะเร่งด่วน โดยหลักการป้องกันนำหน้าการปราบปรามผู้เสพต้องได้รับการรักษา ผู้ค้าต้องได้รับการลงโทษโดยเด็ดขาด” และในหมวดที่ 10.3 ระบุว่า “แก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เสพยาเสพติด โดยให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสภาพได้ทันทีโดยไม่มีผลทางกฎหมาย พร้อมกันนี้รัฐบาลจะจัดให้มีระบบการบริการบำบัดและฟื้นฟู การฝึกอบรมด้านอาชีพและการปรับสภาพแวดล้อมให้แก่ผู้เสพยาเสพติดอย่างทั่วถึงเพื่อให้ผู้เสพยาสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างปกติสุข”

8. ตัวชี้วัดที่ 8 อัตราผู้ติดสุราเรื้อรัง

8.1 ความสำคัญของการติดสุราเรื้อรัง เป็นเรื่องของ การไม่เบียดเบียนตนเองด้วยการเสพสิ่งที่ทำลายสุขภาพ ทำให้ไม่มีความมั่นคงด้านสุขภาพเนื่องจากเสี่ยงต่อโรคตับแข็งและเกิดอุบัติเหตุอันเนื่องจากการเมาสุรา

8.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 82 และ นโยบายของรัฐบาลในหมวดที่ 10.3 และในหมวดที่ 10.3

9. ตัวชี้วัดที่ 9 อัตราผู้ติดสารเสพติด

9.1 ความสำคัญของการติดสารเสพติดนอกจากเป็นการทำลายสุขภาพตนเองและยังไม่สามารถเลิกได้ง่ายยังต้องขวนขวายหาเงินมาซื้อสารเสพติด

9.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 82 และ นโยบายของรัฐบาลในหมวดที่ 10.3 และในหมวดที่ 10.3(4)

10. ตัวชี้วัดที่ 10 อัตราผู้พยายามฆ่าตัวตาย

10.1 ความสำคัญของภาวะความเครียดในชีวิตประจำวันทำให้เกิดความพยายามฆ่าตัวตายในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งถ้าช่วยไม่สำเร็จย่อมหมายถึงเป็นผู้เสียชีวิตและคนที่พยายามฆ่าตัวตายแล้วมักมีความพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีกนอกจากนี้ยังนำไปสู่ความไม่มั่นคงด้านสุขภาพ อาทิ เช่น การขาดสมาธิในการทำงาน การเกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

10.2 ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 82 และนโยบายของรัฐบาลในหมวดที่ 10

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดความมั่นคงของมนุษย์ของ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สามารถสรุปได้ว่า ความมั่นคงทางสุขภาพ เป็นดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขสภาวะทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้ง การดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสงบสุข มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยไม่มีการกีดกันแบ่งแยกคนในสังคม สามารถพิจารณาจากการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้ง ด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ

อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542, หน้า 3-11) กล่าวถึง “แนวคิดในการพัฒนารูปแบบ ระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในอนาคต” ว่า ความพยายามที่จะนำเสนอระบบ บริการสุขภาพในอนาคตมีการดำเนินการในหลายแนวทางด้วยวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันทั้งนี้อา งแบ่งได้คร่าว ๆ ดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นการพยากรณ์ (Forecast) โดย พิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลหรือส่งผลต่อการกำหนดรูปแบบของระบบบริการ สุขภาพในอนาคต โอกาสเป็นไปได้ของปัจจัยต่าง ๆ ทำให้รูปแบบของระบบบริการสุขภาพใน อนาคตอาจมีมากกว่า 1 รูปแบบ รูปแบบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับปัญหาสุขภาพและเงื่อนไขของ สังคมในขณะนั้นอาจกล่าวได้ว่าเป็น รูปแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคม (Relevant health care system) ซึ่งรูปแบบดังกล่าวอาจยังไม่ใช่รูปแบบในอุดมคติเนื่องจากเงื่อนไขปัจจัย ต่าง ๆ ยังไม่เอื้ออำนวยแต่เป็นระบบบริการสุขภาพที่ดีที่สุดสำหรับเงื่อนไขของสังคมใน ขณะนั้น

2. ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติหรือระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ (Ideal or desirable health care system) เป็นการกล่าวถึงระบบบริการสุขภาพในความคาดหวัง โดยให้ ความสำคัญกับความคาดหวังของสังคม (Social expectation) มากกว่าความคาดหวังของแต่ละ ปัจเจกบุคคล (Individual) ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติอาจจะเป็นเป้าหมายที่สามารถบรรลุถึง (Achievable goal) ได้หรือไม่ก็ได้ ปัจจุบันมีความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่ พึงประสงค์ขึ้นหลายครั้ง แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึง “ความคาดหวังของสังคมจากระบบบริการสุขภาพ” ซึ่งสรุป เป็นสาระสำคัญดังนี้

1. มาตรา 52 ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้แสดงเจตนารมณ์ไว้อย่างชัดเจนว่า การได้รับ บริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานเป็น “สิทธิ” ของประชาชนที่ควรจะได้รับเสมอกันและ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

นอกจากนี้ยังได้เพิ่มเติมอีกว่าการบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์

โดยเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญจึงให้ความสำคัญกับ ความเสมอภาค (Equity) ในการได้รับบริการสาธารณสุข โดยมีเงื่อนไขว่าบริการดังกล่าวจะต้องมี คุณภาพ (Good quality) และมีประสิทธิภาพ (Efficiency) ด้วย นอกจากนี้บริการดังกล่าวจะต้องจัดให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายกรณีที่เป็นการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายหรือบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ยากไร้ การส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเป็นไปในแนวทางเดียวกับทิศทางการกระจายอำนาจและการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรวมตัวกันทุกรูปแบบ

2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ได้เสนอแนวคิดเรื่องความเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพจึงอยู่ที่การพัฒนาศักยภาพของคนให้เป็นคนที่มีความปรกติสุขทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจและทางสังคม อยู่ในสภาพแวดล้อม ชุมชนและสังคมที่เหมาะสม ในส่วนของระบบบริการสุขภาพเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3. ความเสมอภาคในการได้รับบริการสุขภาพนี้ หมายถึง การที่ประชาชนได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น (Need) ด้านสุขภาพอนามัย โดยเสียค่าใช้จ่ายตามความสามารถที่จ่าย (Ability to pay) โดยไม่มีปัจจัยอื่น ๆ มาเป็นอุปสรรค เช่น ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์และปัจจัยทางด้านสังคม ความเชื่อ การที่จะให้ความเสมอภาคเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจำเป็นต้องกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของบริการสุขภาพที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับเรียกว่า “บริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน (Basic essential package or core health service)” การกำหนดบริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐานยังเป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพของบริการสุขภาพโดยรวมอีกด้วยเนื่องจากครอบคลุมเฉพาะบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนสูง (Cost-effective)

4. ความเสมอภาคในการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแนวโน้มในอนาคตการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลศักยภาพของตนเองและสามารถเลือกใช้บริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ยังเป็นการทำให้ประชาชนสามารถตรวจสอบระบบบริการสุขภาพว่า ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้หรือไม่ (Accountable health care system)

5. บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ มิใช่หมายถึงบริการสาธารณสุขที่สามารถป้องกันประชาชนจากการเจ็บป่วยหรือหายจากการเจ็บป่วยได้เท่านั้น (Technical quality) แต่ยังคงต้องเป็น

บริการที่คำนึงถึงมิติทางด้านสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนด้วย (Social dimension quality) คือ เป็นบริการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)

6. ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ (Efficiency of health care system) แม้ว่ารัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 จะระบุไว้ค่อนข้างชัดเจนว่า บริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ แต่ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากการสำรวจกลับให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า ไม่ใช่เฉพาะบริการสาธารณสุขของรัฐเท่านั้นที่จะต้องมีประสิทธิภาพ แต่หมายถึงระบบบริการสุขภาพโดยรวมต้องมีประสิทธิภาพด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency)

7. ความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ของระบบบริการสุขภาพ (Transparent and accountable health care system) ได้กลายเป็นประเด็นที่ทุกคนให้ความสำคัญเนื่องจากจะเป็นหลักประกันว่า ระบบบริการสุขภาพจะสามารถตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดในการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในอนาคตของอารี วัลยะเสวี และคณะ (2542) สามารถสรุปได้ว่าระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในอนาคตจะต้องเป็นระบบบริการสุขภาพที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง มีความเสมอภาค มีประสิทธิภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการได้ตามความจำเป็น โดยไม่มีอุปสรรค เสียค่าใช้จ่ายตามความสามารถที่จ่ายและเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

ไพโรจน์ ภัทธรรากุล และทัศนัย ชันตยาภรณ์ (2549, หน้า 46-49) กล่าวถึง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ว่า การปฏิรูประบบสุขภาพมีการตื่นตัวอย่างมากในปัจจุบันและส่งผลสะท้อนต่อกรอบนิยามสุขภาพที่มีความหมายครอบคลุมเรื่องการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพและมีเข็มมุ่งไปที่การสร้างพลังความเคลื่อนไหวเพื่อขับเคลื่อนสังคมไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพในระดับชาติตามแนวคิดของ ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประเวศ วะศรี ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพะ (Well-being) มองสุขภาพเป็นมงคลชีวิต เป็นสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจและสังคม ซึ่งรวมถึงสุขภาพะทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) และสุขภาพะทางปัญญาด้วย (Intellectual well-being)

การปฏิรูประบบสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญหลายด้าน นอกเหนือจากการมีจินตนาการใหม่เกี่ยวกับสุขภาพการสร้างคุณค่าและจิตสำนึกและการจัดองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพแล้วจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนมหภาคคือ การมีนโยบายสาธารณะที่ดี (Healthy public policies) การยึดในหลักธรรมาภิบาล (Good governance) โดยเฉพาะธรรมาภิบาลสุขภาพ

(Health governance) มีการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการเสริมสร้างบทบาทและศักยภาพของปัจเจกบุคคลส่วนศาสตราจารย์ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา ได้เสนอมุมมองใหม่ทางสุขภาพที่สำคัญ คือ มองสุขภาพในฐานะมนุษย์ชน มุ่งองค์ความรู้เป็นฐานและเกี่ยวข้องกับมาตรฐาน พร้อมทั้งเสนอยุทธศาสตร์ชาติเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่สำคัญหลายประการคือ

1. สร้างความเข้าใจความหมายของสุขภาพไทยแก่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
2. สร้างสัมมาทิวหรือเกณฑ์สุขภาพที่พอเพียง
3. ปรับบทบาทของรัฐที่เหมาะสม
4. ปรับการบริหารจัดการและโครงสร้างรวมทั้งการพัฒนาระบบราชการของ

สถานบริการและหน่วยงานของรัฐ

5. สร้างและส่งเสริมองค์กรมหาชนและองค์กรสังคมเข้ามามีบทบาทช่วยในการกำกับดูแลระบบบริการสุขภาพ

6. ปรับระบบบริการการเงินการคลังเพื่อสุขภาพให้มีมากแหล่งและเหมาะสมตามสภาพสังคม

7. ปรับระบบกำลังคนด้านบริการสุขภาพทั้งด้านการให้การศึกษา การศึกษาต่อเนื่องและการปฏิบัติที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมีคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ

ในภาพรวมการปฏิรูปสาธารณสุขทั้ง 3 กระแส มีทิศทางร่วมกันที่เด่นชัด คือ เป้าหมายสุดท้ายของการปฏิรูปอยู่ที่การมีสุขภาพที่ดี เส้นทางปฏิรูปจำเป็นต้องทำความเข้าใจร่วมกันในความหมายของสุขภาพแก่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย การปรับเปลี่ยนวิธีคิดให้เป็น “เชิงระบบ” โดยมองในลักษณะองค์รวม เน้นการปฏิรูปวิธีคิดและมอง “คน” เป็นตัวตั้ง ประเด็นหลักคือ ทำอย่างไรให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมภายใต้ระบบการจัดการที่มีเอกภาพและส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

การบรรลุเป้าหมายสุดท้ายข้างต้น โดยพื้นฐานแล้วเป็นประเด็นหลักด้านการจัดการซึ่งจำเป็นต้องมีกรอบแนวคิดใหม่ มีการปฏิรูประบบโครงสร้างโดยกรอบมุมมองใหม่ คือ ระบบสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ หนทางสู่การปฏิรูปการจัดการมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบหลายด้านทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองและสิ่งแวดล้อม

สัมฤทธิ์ผลของการปฏิรูปขึ้นอยู่กับการจัดองค์ประกอบในระบบการจัดการที่สอดคล้องประสานกันอย่างมีเอกภาพ เริ่มจากการตระหนักมีคุณค่าและจิตสาธารณะ การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การมีนโยบายสาธารณะที่ดี การยึดหลักธรรมาภิบาลที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพซึ่งมี

ความเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนจนถึงระดับชาติ การปฏิรูปบทบาทภารกิจภาครัฐเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลัก (Grand strategies) ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกที่มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายสุดท้ายคือการมีสุขภาวะที่ดี

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไฟโรจน์ กัทธรนาคกุล และทักษ์ชัย ชันตยาภรณ์ (2549) สามารถสรุปได้ว่าระบบบริการสุขภาพจะต้องมีนโยบายสาธารณะที่ดี (Healthy public policies) ยึดหลักธรรมาภิบาลสุขภาพ (Health governance) มุ่งเน้นการปฏิรูประบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพและมิติที่เกี่ยวข้องด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองและสิ่งแวดล้อม

สุรจิต สุนทรธรรม และพงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2555, หน้า 19) กล่าวถึง ภารกิจของระบบสาธารณสุขในการสร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพของปวงชนว่า ก่อนการมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 ประชาชนที่ได้รับความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลมีเพียงข้าราชการ/เจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐและครอบครัว ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์อีกจำนวนหนึ่ง หากแต่ยังมีประชาชนอีกจำนวนมาก (อย่างน้อย 18 ล้านคน) ยังไม่มีความคุ้มครองใด ๆ และผู้ที่มีส่วนใหญ่อีกก็มีความคุ้มครองเพียงค่ารักษาพยาบาล แต่ยังไม่มีการประกันสุขภาพอย่างบริบูรณ์ตามหลักการที่กล่าวไว้ในเบื้องต้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงได้รับการตราเป็นกฎหมายและประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป โดยมีเหตุในการประกาศใช้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (2540) มาตรา 52 ซึ่งได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิ เสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติและการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตร 82 ซึ่งบัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง แม้อต่อมาได้มีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ก็ยังบัญญัติความในทำนองเดียวกันไว้ในมาตรา 80 (2) ซึ่งได้บัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบาย สังคม การสาธารณสุขการศึกษาและวัฒนธรรม

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดการภารกิจของระบบสาธารณสุขในการสร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพของสุรจิต สุนทรธรรม สามารถสรุปได้ว่าระบบบริการสุขภาพที่สร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน จะต้องเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเสมอ มีมาตรฐาน ผู้ยากไร้

มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามที่กฎหมายบัญญัติ ให้บริการอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้ห้องการปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วม

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการและการพัฒนาองค์การ

มุกมณี มีโชคชุตกุล (2555, หน้า 35-38) กล่าวถึง ความหมายของการบริหารหรือการจัดการว่า การบริหาร (Administration) หมายถึง การบริหารราชการ ซึ่งความจริงการบริหารราชการนั้นคณะกรรมการบัญญัติศัพท์ได้กำหนดขึ้น คือ รัฐประศาสนศาสตร์ (Administration) นอกจากนี้ยังมีอีกคำหนึ่งที่พบเห็นเสมอ คือ Management นิยมใช้ในการบริหารธุรกิจ ถึงอย่างไรก็ดี สองคำนี้สามารถใช้แทนกันได้ เพราะหมายถึง การบริหารเหมือนกัน

กล่าวได้ว่าการจัดการ คือ กระบวนการในการใช้ความคิดเพื่อวางแผนในการปฏิบัติการในด้านต่าง ๆ ภายในองค์การ ผสมผสานกับทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ ขณะเดียวกันก็เกิดความพึงพอใจได้รับการยอมรับจากพนักงาน ผู้รับบริการและสังคม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการจัดการ คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในหรือทรัพยากรในการจัดการ 4M's ได้แก่

1. คน (Man) คือ ทรัพยากรบุคคลทุกคนที่อยู่ในองค์การ ถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสูงสุดที่จะผลักดันองค์การให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้
2. เงินทุน (Money) เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการจัดหาทรัพยากร ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่จะเอื้อให้ทุกกิจกรรมดำเนินไปได้สำเร็จลุล่วง
3. เครื่องจักร (Machine) คือ เครื่องจักรที่ใช้ในการผลิตสินค้าหรือบริการ มีอายุการใช้งานนานจึงมีราคาสูง จึงต้องใช้อย่างคุ้มค่าและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์การ
4. การจัดการ (Management) คือ กระบวนการในการใช้ความคิดและทักษะในการวางแผนด้านการบริหารจัดการเพื่อผสมผสานทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งหมดภายใต้เป้าหมายและวัตถุประสงค์การก่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุดโดยรวมขององค์การ

ปัจจัยภายนอกเป็นสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ องค์การ เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์การ จำเป็นที่หน่วยงานจะต้องศึกษาเรียนรู้เพื่อทราบและปรับตัวให้สามารถประคองตัวอยู่ได้ในภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้การดำเนินงานราบรื่นและเพื่อความอยู่รอดขององค์การ ปัจจัยแวดล้อมภายนอก ได้แก่

1. ปัจจัยทางการเมืองและกฎหมาย (Political and legal factors) เช่น การกำหนดนโยบายของรัฐบาล บทบัญญัติของกฎหมายและข้อห้ามต่าง ๆ บรรยากาศทางการเมือง ซึ่งองค์กรต้องรับทราบ ศึกษาและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดบนพื้นฐานของความถูกต้อง

2. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ (Economic factors) เช่น อำนาจการใช้จ่ายของผู้บริโภค สภาพคล่องทางการเงิน ภาวะเงินเฟ้อ รายได้บุคคล รายได้ประชาชาติ การให้เครดิต การให้สินเชื่อรูปแบบต่าง ๆ

3. ปัจจัยด้านการแข่งขัน (Competitive factors) ประเทศที่มีการปกครองในระบอบประชาธิปไตย ระบบการค้าเสรีก็เป็นที่นิยม จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีคู่แข่งทางธุรกิจเป็นจำนวนมาก จึงต้องทำการศึกษาข้อมูลคู่แข่งทางธุรกิจอยู่ตลอดเวลาเพื่อกำหนดกลยุทธ์ขององค์กรให้เตรียมพร้อมเผชิญกับการแข่งขันให้ได้ในทุกสภาวะ

4. ปัจจัยแวดล้อมทางด้านเทคโนโลยี (Technological factors) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและเป็นการปรับตัวอย่างรวดเร็วเป็นไปตามสภาวะปัจจัยภายนอก ซึ่งมีการแข่งขันกันสูงในการดำเนินธุรกิจยุคปัจจุบัน ทำให้การดำรงชีวิตของผู้บริโภคมีความง่ายและสะดวกมากขึ้น ทั้งการติดต่อดำเนินธุรกิจภายในประเทศและต่างประเทศ เช่น การติดต่อสื่อสารกันสะดวกในระหว่างทุกฝ่ายโดยอาศัยเทคโนโลยีด้านการสื่อสารมีการใช้สื่อเข้ามาช่วยงานธุรกิจในด้านต่าง ๆ ทั้งการบันทึก เก็บรวบรวมข้อมูล จึงเป็นเครื่องมือสำคัญของผู้บริหารที่ช่วยในการตัดสินใจด้านต่าง ๆ ได้ถูกต้องและแม่นยำ

5. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and cultural factors) เช่น บรรทัดฐานทัศนคติ ความเชื่อ ความศรัทธา ค่านิยม การประเพณีปฏิบัติของกลุ่ม การใช้เวลาว่าง แฟชั่น จริยธรรม ศิลธรรมจรรยาและศาสนา ซึ่งจะเป็นตัวที่บอกถึงแนวโน้มในการดำรงชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล อันจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อองค์การในการดำเนินธุรกิจให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภค

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการจัดการ ได้แก่

1. วิธีการจัดการ (Management) เป็นหน้าที่หลักของผู้บริหาร โดยตรง ถือเป็นกลไกและตัวประสานที่สำคัญที่สุดในการรวบรวม กำกับและผลักดันให้ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นทรัพยากรในการจัดการให้ผสมผสานดำเนินได้อย่างราบรื่น

2. วิธีการปฏิบัติงาน (Method) เป็นการบอกถึงกรรมวิธีรายละเอียดทุกขั้นตอนของวิธีการปฏิบัติงานว่าจะต้องทำอะไรก่อนหรือหลังเพื่อความคล่องตัวและสะดวกรวดเร็วในการดำเนินงาน อีกทั้งยังลดและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้

3. การจูงใจ (Motivate) เป็นการบริหารบุคคลในองค์กรที่ผู้บริหารจะต้องใช้ความสามารถและศิลปะเฉพาะตัวในการโน้มน้าวจูงใจให้บุคลากรเต็มใจปฏิบัติงานอย่างเต็มที่เต็มกำลังความสามารถเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานตามที่ได้รับมอบหมาย

4. ตลาด (Market) คือ ความต้องการรวมของผู้ซื้อที่มีความต้องการและมีอำนาจซื้อสินค้าและบริการ ซึ่งองค์กรจะต้องมุ่งนำเสนอขายสินค้าหรือบริการที่ผลิตได้ ขณะเดียวกันองค์กรก็ต้องมุ่งผลิตสินค้าหรือบริการให้ตรงกับความต้องการและสามารถสร้างความพึงพอใจครองใจลูกค้าให้ได้ เพื่อความสำเร็จและความมั่นคงขององค์กรสืบต่อไป

5. บริการ (Service) มีวิธีการผลิตที่เป็นมาตรฐาน เครื่องมือ เครื่องจักร สายการผลิต ต้องมีสมรรถนะ มีการตรวจสอบควบคุมคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนต้องมีวิสัยทัศน์และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด อันจะทำให้ความพึงพอใจของลูกค้าต่อสินค้าหรือบริการเป็นไปด้วยดี ก่อเกิดความมั่นใจในองค์กรตลอดไป

6. จุดอ่อน-จุดแข็ง (SWOT) การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกขององค์กรที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้น เป็นการประเมินจุดเด่นจุดด้อย ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนหาโอกาสและช่องทางที่จะดำเนินธุรกิจต่อไปได้อย่างราบรื่นภายใต้การประสมประสานทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจขององค์กร

7. บุคลากร (Man) ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะขับเคลื่อนองค์กรมุ่งสู่ความสำเร็จในด้านต่าง ๆ โดยใช้ความสามารถ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ปฏิบัติงานตามกำลังและใช้ทักษะอย่างเต็มที่ มีความซื่อสัตย์จงรักภักดีต่อองค์กร มีความสัมพันธ์ที่ดีและมีความสามัคคีต่อกันอันจะลดความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานตามกำลังและใช้ทักษะอย่างเต็มที่ ทั้งนี้ผู้บริหารต้องสร้างขวัญและกำลังใจตลอดจนความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีจูงใจที่เหมาะสมตามบุคลิกภาพและลักษณะของแต่ละคน

สมคิด บางโม (2546, หน้า 60) ได้ให้ความหมายว่า การจัดการ หมายถึง ศิลปะในการใช้คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ขององค์กรทั้งในและนอกองค์กรเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจัยในการบริหารที่สำคัญมีดังนี้

1. คนหรือบุคคล (Man) เป็นปัจจัยสำคัญของการบริหารงาน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ จำเป็นต้องมีคนที่ปฏิบัติงาน ผลงานที่ดีจะออกมาได้ต้องประกอบด้วยบุคคลที่มีคุณภาพและมีความรับผิดชอบต่อองค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ

2. เงิน (Money) หน่วยงานจำเป็นต้องมีงบประมาณเพื่อการบริหารงาน หากขาดงบประมาณ การบริหารงานของหน่วยงานก็ยากที่จะบรรลุเป้าหมาย

3. ทรัพยากรหรือวัสดุ (Material) การบริหารงานจำเป็นที่จะต้องมีวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพยากรในการบริหาร หากหน่วยงานขาดวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพยากรในการบริหารแล้วก็ย่อมจะเป็นอุปสรรคหรือก่อให้เกิดปัญหาในการบริหารงาน

4. การบริหารจัดการ (Management) เป็นภารกิจของผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชาโดยตรง คือ เป็นกลไกและตัวประสานที่ดีที่สุดในการประมวล ผลักดันและกำกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้ง 3 ประการ ให้สามารถดำเนินไปได้โดยมีประสิทธิภาพจนบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานตามที่ต้องการ

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดการจัดการของ มุกมณี มีโชคชูสกุล และสมคิด บางโม สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการจัดการ ได้แก่

1. ทรัพยากรบุคคลทุกคนที่อยู่ในองค์กร ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสูงสุด 2. เงินทุน เป็นปัจจัยที่สำคัญในการจัดหาทรัพยากร ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ 3. เครื่องจักร ใช้ในการผลิตสินค้าหรือบริการ และ 4. การจัดการ เป็นการใช้ความคิดและทักษะ เพื่อผสมผสานทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด

นอกจากนี้ พรณี สวนเพลง (2555, หน้า 185-187) กล่าวถึง การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในหลังจากที่ได้วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร ทำให้องค์กรสามารถระบุโอกาสและอุปสรรคซึ่งทั้งโอกาสและอุปสรรคยังไม่เพียงพอในการสร้างกลยุทธ์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร นั่นคือการหาจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กร โดยการประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กรด้วยวิธีการวิเคราะห์โครงสร้างองค์กรแบบ 7'S ของ Mckinsey ที่สัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องถึงกันและกัน ดังนี้

1. โครงสร้าง (Structure) เป็นแผนภูมิองค์กรพร้อมกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ว่าใครจะต้องรายงานขึ้นตรงกับใครมีสายการบังคับบัญชาอย่างไรรวมทั้งแสดงให้เห็นว่าสายงานต่าง ๆ มีการจัดแบ่งและรวมกันอย่างไร

2. กลยุทธ์ (Strategy) คือ แนวทางการปฏิบัติการ โดยมีความมุ่งหวังเพื่อสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันที่ยั่งยืน

3. ระบบ (Systems) เป็นกระบวนการและทิศทางไหลของงานที่แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานขององค์กรดำเนินไปอย่างไรเช่นระบบข้อมูลระบบการจัดทำงบประมาณระบบการควบคุมคุณภาพและระบบการวัดผลการดำเนินงาน

4. รูปแบบการบริหาร (Style) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ผู้บริหารองค์กรแสดงออกมาในรูปแบบของการใช้เวลาการใช้ความสนใจและพฤติกรรมการบริหารงานที่เป็นแบบของเขา โดยเฉพาะรูปแบบการบริหารแสดงให้เห็นว่าฝ่ายผู้บริหารมีพฤติกรรมการบริหารงานอย่างไร

5. พนักงาน (Staff) คือ สมาชิกทั้งหมดในองค์กรอันประกอบด้วยบุคลากรทุกระดับในองค์กร

6. ทักษะ (Skills) คือ ความรู้และความสามารถที่เป็นจุดเด่นขององค์กรที่จะสามารถดำเนินกลยุทธ์ให้ประสบความสำเร็จได้

7. ค่านิยมร่วม (Shared values) คือ ค่านิยมที่คนส่วนมากในองค์กรยึดถือเป็นแนวปฏิบัติปกติจะเขียนเป็นข้อความแสดงถึงเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่องค์กรยึดถือร่วมกันเป็นข้อความที่เขียนเข้าใจได้ง่ายชัดเจน ครอบคลุมถึงทุกคนทั่วทั้งองค์กรและใช้เป็นหลักยึดถือได้ตลอดไป

ปัจจัย 3 ตัวแรก คือ กลยุทธ์โครงสร้างและระบบเปรียบได้กับส่วนที่เรียกว่า ฮาร์ด (Hard) เป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยากมีรูปแบบเป็นทางการส่วนที่เป็นซอฟต์ (Soft) คือ ส่วนที่มีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้ง่ายซึ่งทั้ง 2 ส่วนจะต้องประกอบร่วมกันจึงจะทำให้การดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ประสบความสำเร็จโดยแนวคิดเรื่องโครงสร้างของ Mckinsey ช่วยทำให้การค้นหาคจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กรสะดวกขึ้นนอกจากนี้ยังได้ข้อคิดที่สำคัญอันมีประโยชน์ต่อผู้บริหาร 4 ประการคือ

1. ความสามารถขององค์กรเกิดจากปัจจัยที่มีอิทธิพลหลายปัจจัยนอกจากปัจจัยของโครงสร้างและกลยุทธ์แล้วยังประกอบด้วยอีก 5 ตัวที่เหลืออีกด้วย

2. ปัจจัยตัวแปรทั้ง 7 ตัวมีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกันดังนั้นหากต้องการบริหารงานให้เกิดสัมฤทธิ์ควรให้ความสำคัญกับตัวแปรทั้งฮาร์ดและซอฟต์ไปพร้อม ๆ กัน

3. แผนกลยุทธ์ที่ได้รับการออกแบบอย่างรอบคอบเป็นจำนวนมากต้องประสบกับความล้มเหลวอันเนื่องมาจากขาดความสนใจในปัจจัยตัวแปรอื่น ๆ ของผู้บริหารทำนองเดียวกันกับแผนกลยุทธ์ของกองทัพในสมรภูมิที่ได้รับการวางแผนอย่างดีเลิศต้องถูกทำลายลงเนื่องจากขาดการส่งกำลังบำรุงทหารการจัดระบบบริหารงานที่ไม่เหมาะสมหรือการขาดพนักงานที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดีก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้แผนกลยุทธ์ได้วางไว้อย่างดีไม่ประสบความสำเร็จได้

ปัจจัยตัวแปรทั้ง 7 ตัวไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดสำคัญที่สุดในการเปลี่ยนแปลงองค์กร ณ เวลานั้นบางครั้งปัจจัยตัวที่สำคัญที่สุดอาจเป็นกลยุทธ์แต่บางครั้งปัจจัยที่สำคัญที่สุดอาจเป็นระบบหรือโครงสร้างก็ได้

วงศา เลาคีริวงส์ (2548, หน้า 152-154) กล่าวว่า ในปัจจุบันมีหลายรูปแบบตามเป้าหมายที่แตกต่างกัน The 7's Mckinsey Model เป็นแนวคิดพื้นฐานสำคัญในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลดังนี้

The 7's Mckinsey Model เป็นกรอบแนวคิดในการวินิจฉัยองค์การ อธิบายถึงความสำคัญของประสิทธิภาพของทีมงานในองค์การ (Organization's effectiveness team) กล่าวว่า องค์การจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยปัจจัยสำคัญ 7 ประการ โดยแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์ และเป็นไปในทิศทางเดียวกับปัจจัยอื่น ๆ

1. กลยุทธ์ (Strategy) เป็นการกำหนดแนวทางขององค์การเพื่อเตรียมการตอบโต้หรือรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับสภาพแวดล้อมภายนอก
2. โครงสร้าง (Tructure) เป็นการจัดรูปแบบการประสานงานที่เอื้อต่อกลยุทธ์ขององค์การ
3. ระบบ (System) เป็นกระบวนการทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่สนับสนุนกลยุทธ์และโครงสร้าง
4. รูปแบบหรือวัฒนธรรม (Style/ culture) ประกอบด้วยวัฒนธรรมองค์การและรูปแบบการจัดการ
5. บุคลากร (Staff) กระบวนการจัดการทรัพยากรมนุษย์ขององค์การ ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร การสร้างบรรยากาศการทำงาน การสร้างคุณค่าพื้นฐาน การจ้างงานและการพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถ
6. ทักษะ (Skill) เป็นขีดความสามารถพิเศษของบุคลากรในองค์การ ซึ่งองค์การจะต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นแก่บุคลากร
7. คุณค่าหรือเป้าหมายที่สำคัญขององค์การ (Shared values/ Super-ordinate goals) เป็นการทำให้สมาชิกมีความเข้าใจในเป้าหมาย รวมทั้งความคิดพื้นฐานและการให้คุณค่าขององค์การ ซึ่งเป็นเป้าหมายหรือเป็นสิ่งที่องค์การจะต้องดำเนินการเพื่อสร้างพื้นฐานความรู้และความเข้าใจที่ตรงกัน

นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงการบริหารคุณภาพทั้งองค์การหรือ TQM (Total Quality Management) ซึ่งเป็นเทคนิคการพัฒนาองค์การระดับองค์การและโครงสร้าง โดยในการที่จะทำให้องค์การสามารถดำรงอยู่หรือพัฒนาในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากมีการวินิจฉัยองค์การแล้วต้องมีการใช้เทคนิควิธีการในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างเหมาะสมกับบริบทขององค์การและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การบริหารคุณภาพทั้งองค์การ TQM

T = Total หมายถึง ทุกคนที่เกี่ยวข้องในองค์การ อาจรวมถึงลูกค้าและผู้ส่งมอบด้วย

Q = Quality หมายถึง คุณภาพ การทำให้ตรงความต้องการของลูกค้าอย่างแท้จริง

M = Management หมายถึง ผู้บริหารระดับสูงยึดมั่นผูกพันอย่างแท้จริง

ความสามารถในการแข่งขันขององค์กรมักขึ้นอยู่กับคุณภาพและต้นทุน เป็นสำคัญ TQM จึงเป็นหนึ่งในวิธีการจัดการสมัยใหม่ที่มีประสิทธิภาพ เป็นทั้งปรัชญาและวิธีปฏิบัติในการบริหารจัดการ

วัตถุประสงค์ทั่วไป ได้แก่

1. เพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก
2. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องทุกกิจกรรม
3. เพื่อความอยู่รอดขององค์กรและความเจริญเติบโตอย่างไม่หยุดยั้งภายใต้สภาวะการ

แข่งขันที่รุนแรง

4. เพื่อกระตุ้นคุณภาพชีวิตของพนักงานทุกคน
5. เพื่อรักษาผลประโยชน์ของผู้ถือหุ้น
6. เพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุด คือ

การพัฒนาบุคคลให้ใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ด้วยการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพสินค้าหรือบริการที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของพนักงานทุกคนดีขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญยิ่งกว่าคือ การที่จะทำให้ลูกค้ามีความพึงพอใจโดยการเปลี่ยนแปลงสินค้าหรือบริการให้ดีขึ้นนั้นอาจทำได้โดยการเปลี่ยนแปลงนวัตกรรม การบำรุงรักษาหรือแม้แต่กระบวนการทำงานของพนักงานทุกระดับ ทุกคนในองค์กรจึงมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยมีหลักการที่สำคัญ 3 ประการดังนี้

1. การมุ่งเน้นที่ลูกค้า (Customer focus) หรือการมุ่งเน้นที่คุณภาพ (Quality-oriented) คือ ความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการหรือข้อกำหนดของลูกค้า นำไปสู่การออกแบบสินค้าเพื่อให้ได้สินค้าและบริการที่มีมาตรฐานสูงเป็นเลิศ ต้องมีการป้องกันมิให้มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นกับสินค้าหรือบริการเพื่อเป็นการประกันความพึงพอใจให้กับลูกค้า

2. การปรับปรุงกระบวนการ (Process improvement) กิจกรรมทุกอย่างในองค์กรจะต้องสามารถนำมาแบ่งแยกให้เป็นพนักงานและกระบวนการผลิตขั้นพื้นฐาน ซึ่งแต่ละงานจะต้องเชื่อมโยงกันด้วยคุณภาพ อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานทุกคนจะต้องตระหนักเสมอว่าผู้ปฏิบัติงานในลำดับต่อไปจากตัวเขา คือ ลูกค้า ลูกค้าของเขา ซึ่งต้องให้ความสำคัญและต้องผลิตงานที่ดีมีคุณภาพเสมอ ก่อนที่จะส่งต่อไปขั้นตอนอื่น ซึ่งการมุ่งเน้นกระบวนการนั้นจะทำให้เกิดสภาพลูกค้าภายในขึ้น นั่นคือพนักงานทุกคนจะเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ขายในตัว ทำให้คุณภาพของงานที่แต่ละคนทำในกระบวนการผลิตจะส่งต่อไปยังลูกค้าภายนอกด้วย ดังนั้นในการทำงานให้ถูกต้อง จึงต้องมีพนักงานที่มีคุณภาพและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

3. ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วม (Total involvement) การให้ทุกคนในองค์กรทุกระดับมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ทุกคนจะมีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่ององค์กรก็จะพัฒนาไปเป็นองค์กรแห่งคุณภาพ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งในการที่จะให้ทุกคนมีส่วนร่วมและทำให้เกิดความผูกพันและความรักในองค์กร

ผลที่จะได้รับจาก TQM คือ ผลการดำเนินการขององค์กรดีขึ้น (Improve the performances) โดยสินค้าหรือบริการมีคุณภาพสูงขึ้น (Better quality) ของเสียเป็นศูนย์ (Zero Defect: ZD) มีการกำจัดของเสีย (Eliminate waste) สามารถออกแบบผลิตภัณฑ์ได้น่าสนใจมากขึ้น (Enhancing product design) จัดบริการหรือส่งของได้เร็วขึ้น (Speeding service delivery) สามารถลดต้นทุนด้านการผลิตและทำให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วม

ในการนำไปปฏิบัติมีสิ่งที่จะต้องคำนึงดังนี้

1. TQM มีคำจำกัดความหรือมีความหมายหลากหลายตามความคิดเห็นและประสบการณ์ของแต่ละคน
2. ไม่มีคำจำกัดความที่ดีที่สุดเพียงคำจำกัดความเดียว
3. ไม่มีวิธีการที่ดีที่สุดเพียงวิธีเดียวในวิธีการหรือวิธีปฏิบัติ
4. ถึงแม้คำจำกัดความและวิธีการจะแตกต่างกันแต่มีแนวคิดหลักการสำคัญและวิธี

ปฏิบัติคล้ายกันมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายเหมือนกันและให้ประโยชน์ใกล้เคียงกัน

5. ต้องไม่สับสนในการที่จะเลือกนำไปปฏิบัติ

ขั้นตอนการปฏิบัติประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนดำเนินการ ผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่นในเรื่องคุณภาพ โดยต้องกำหนดเป็นนโยบาย เป้าหมายและวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยให้ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมองค์กร เป็นการจัดองค์กรเพื่อเตรียมความพร้อมในการสร้างระบบคุณภาพทั่วทั้งองค์กร อาจเริ่มจากการนำเอาระบบคุณภาพที่ง่ายต่อการปฏิบัติใช้เป็นแนวทางก่อน เช่น กิจกรรม 5 ส กิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ (Quality Control Circle: QCC) เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 เริ่มดำเนินการทำ TQM ทั่วทั้งองค์กร เมื่อองค์กรมีความคุ้นเคยกับระบบคุณภาพแล้วก็ถึงเวลาที่จะเริ่มทำ TQM โดยพร้อมเพรียงกันทั่วทั้งองค์กร

ขั้นตอนที่ 4 การควบคุมการดำเนินการ ในการผลิตสินค้าหรือบริการ จะต้องมีการควบคุมดูแลเพื่อให้สินค้าหรือบริการมีคุณภาพตรงตามวัตถุประสงค์ขององค์กร องค์กรจึงต้องหาวิธีการควบคุมคุณภาพ ซึ่งอาจจะใช้ QCC ในการควบคุมคุณภาพก็ได้

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลและติดตามความก้าวหน้า เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ และต้องประเมินผลความก้าวหน้าเป็นระยะเพื่อทำการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานและรายงานต่อผู้บริหาร

ขั้นตอนที่ 6 การทบทวนผลลัพธ์ หลังจากผู้บริหารได้ทราบผลการประเมินแล้วพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 การส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การที่องค์กรจะเป็นองค์กร TQM ได้นั้น เกิดจากการที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะต้องใช้ระยะเวลาในความสำเร็จ ดังนั้นผู้บริหารองค์กรจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

การนำไปใช้ให้ประสบผลสำเร็จในทั้งภาครัฐและเอกชนต้องอาศัยความมุ่งมั่นตั้งใจ และได้รับความร่วมมืออย่างจริงจังจากสมาชิกทุกคนในองค์กร ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยที่สำคัญดังนี้

ปัจจัยที่ 1 ผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงต้องมีความมุ่งมั่นและยืนหยัดในคุณภาพและ TQM โดยผู้บริหารต้องเป็นผู้นำของการเปลี่ยนแปลงที่ริเริ่มและสร้างแรงจูงใจและสามารถผลักดันให้สมาชิกทุกคนในองค์กรร่วมใจกันมุ่งมั่นสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จะต้องมุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบถึงแม้ว่าผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานจะไม่ได้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

ปัจจัยที่ 2 การให้การศึกษาและฝึกอบรมแก่สมาชิกทุกคนในองค์กรเพื่อเป็นยกระดับและพัฒนาจิตสำนึกแห่งคุณภาพทั่วทั้งองค์กรให้ทุกคนมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน มีทัศนคติในการทำงานร่วมกันเป็นทีมและหมู่คณะ โดยยึดความรับผิดชอบในคุณภาพของงานเป็นหลัก

ปัจจัยที่ 3 การปรับเปลี่ยนโครงสร้างขององค์กรให้มีความยืดหยุ่น เพื่อเกื้อหนุนให้สมาชิกในองค์กรให้สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้า (Client's satisfaction) ได้อย่างถูกต้องตามความต้องการและต้องปรับเปลี่ยนโครงสร้างให้ทันและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยที่ 4 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective communication) และอย่างทั่วถึง ทั้งนโยบาย วัตถุประสงค์และเป้าหมายจะต้องถูกถ่ายทอดจากผู้บริหารระดับสูงไปยังสมาชิกทุกคนได้อย่างถูกต้องชัดเจน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกันทั้งองค์กร

ปัจจัยที่ 5 การให้รางวัลและการยอมรับผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานและส่งเสริม TQM ให้เป็นผลสำเร็จ ถึงแม้ว่าการให้รางวัลและให้การยอมรับจะกระทำด้วยการยกย่อง ชมเชย หรือการประกาศเกียรติคุณ แต่ก็มีผลสำคัญยิ่งใหญ่อต่ขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่ 6 การวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ การวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จต้องมีการวัดเป็นระยะ ๆ และมีความเหมาะสม การจ่ายค่าแรง ค่าตอบแทนต้องมีความยุติธรรม โดยให้สมาชิกทุกคนรับทราบ รวมถึงการวัดระดับความพึงพอใจของลูกค้า (Customer satisfaction index) เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ปัจจัยที่ 7 การทำงานเป็นทีม การทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นการส่งเสริมให้องค์กรประสบความสำเร็จต้องไม่ให้เกิดการแข่งขันซึ่งดีชิงเด่นกันเป็นการส่วนตัว (วงศา เลาศิริวงศ์, 2548, หน้า 219-226)

จากการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดของ วงศา เลาศิริวงศ์ (2548) และ พรณี สนวนเพลง (2555) สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้องค์กรประสบความสำเร็จในการพัฒนาได้ ประกอบด้วย 1. โครงสร้าง ที่แสดงให้เห็นถึงสายงานต่าง ๆ 2. กลยุทธ์ เป็นแนวทางการปฏิบัติการเพื่อสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน 3. ระบบที่แสดงให้เห็นการดำเนินงานขององค์กร 4. รูปแบบการบริหารที่ผู้บริหารองค์กรแสดงออกมา 5. พนักงานประกอบด้วยบุคลากรทุกระดับในองค์กร 6. ทักษะความรู้และความสามารถที่จะดำเนินกลยุทธ์ให้ประสบความสำเร็จได้และ 7. ค่านิยมร่วม ที่คนส่วนมากในองค์กรยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ รวมทั้งปัจจัยเกี่ยวกับผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงการให้การศึกษาและฝึกอบรมการปรับเปลี่ยนโครงสร้างขององค์กรการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การให้รางวัลและการยอมรับ การวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ และการทำงานเป็นทีมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์กรให้ประสบความสำเร็จ

กรณีศึกษาระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศ

จากการศึกษารวมบทความและวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศ พบว่ามีแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดังนี้

1. ระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

Global Health Council (2017, pp. 1-2) ได้กล่าวถึงการพัฒนาบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาในลักษณะความมั่นคงทางสุขภาพโลกดังนี้

1. ความหมายของความมั่นคงทางสุขภาพโลกคือ การมีระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งและระบบการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินอยู่ทั่วโลก เพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคข้ามพรมแดน ป้องกันและตอบสนองต่อภัยคุกคามทางชีวภาพ ในโลกที่มีการเชื่อมต่อกันมากขึ้น

การระบาดของโรคไม่มีขอบเขต ความมั่นคงทางสุขภาพระดับโลกจึงมีความสำคัญต่อการปกป้องสุขภาพทั่วโลกและภาวะสุขภาพของชาวอเมริกัน

ความมั่นคงด้านสุขภาพโลกต้องเริ่มต้นจากที่บ้าน เพื่อให้แน่ใจได้ว่ามีเครื่องมือที่สามารถดำเนินการป้องกัน ตรวจจับ ตอบสนองต่อโรคติดเชื้อและภัยคุกคามทางชีวภาพได้ หน่วยงานภาครัฐบาลของประเทศใดประเทศหนึ่งไม่สามารถดำเนินการได้ ต้องมีการร่วมมือกัน ตอบสนองอย่างครอบคลุมและเหนียวแน่น ทั้งนี้กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR) ที่ได้จัดทำขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และได้รับการรับรองในปี ค.ศ. 2007 มีกรอบการประสานงานและการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขว่า ควรจะสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพระดับโลก สร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ให้การสนับสนุนการสร้าง ความมั่นคงด้านสุขภาพระดับโลกอย่างต่อเนื่องจนสามารถบรรลุเป้าหมายตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ วิจัยและพัฒนาวัคซีน ตัวยา การวินิจฉัยโรค รวมทั้งเครื่องมือสำคัญเกี่ยวกับความมั่นคงด้านสุขภาพโลก ตอบสนองต่อการกลับมาเป็นซ้ำและการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน ส่งเสริมความร่วมมือและประสานการปฏิบัติงานร่วมกันกับศิลปิน ดารา นักแสดงเพื่อเข้ามา มีบทบาทเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านสุขภาพทั่วโลก

2. ความสำคัญของการลงทุนเนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อและภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นบ่อยและรุนแรง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น โลกาภิวัตน์ การเป็นสังคมเมือง การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และการเดินทางการเดินทางที่สะดวกสายล่วนแต่สร้างอันตรายและง่ายต่อการแพร่กระจายเชื้อไปทั่วโลก ดังจะเห็นได้จากการระบาดของโรค Ebola และ Zika ซึ่งการติดเชื้อสามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพของชาวอเมริกันระบบสุขภาพที่เข้มแข็งทั้งในประเทศที่มีรายได้สูง รายได้ปานกลาง และรายได้ต่ำ มีความสำคัญต่อการตรวจจับ ป้องกันและตอบสนองต่อภัยคุกคามทางธรรมชาติที่มนุษย์สร้างขึ้น ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของทั่วโลกและชาวอเมริกา ภัยคุกคามด้านสุขภาพโลกไม่เพียงกระทบต่อสุขภาพแต่กระทบถึงการเติบโตของเศรษฐกิจ ช่วยให้มั่นใจถึงความก้าวหน้าเกี่ยวกับสุขภาพโลกและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ รวมทั้งอเมริกาและการลงทุนต่างประเทศ

ความมั่นคงด้านสุขภาพโลกที่ริเริ่มจาก 55 ประเทศ เป็นก้าวแรกในการร่วมมือระดับประเทศก่อนจะกำหนดมีบทบาทความมั่นคงด้านสุขภาพโลก เตรียมแนวทางสร้างความเข้มแข็งของประเทศเพื่อการป้องกัน ตรวจจับและตอบสนองต่อภัยคุกคามสุขภาพ ประเทศสมาชิกมีแนวทางการคัดกรองนำไปสู่การสนับสนุนทางการเมืองเกี่ยวกับความมั่นคงด้านสุขภาพ ประเทศสมาชิกรับแนวทางไปสู่การปฏิบัติ มุ่งเน้นเกี่ยวกับยาต้านจุลชีพ โรคจากสัตว์ ความปลอดภัยทางชีวภาพและ

ความมั่นคงทางชีวภาพ วัคซีนระบบภูมิคุ้มกัน ระบบห้องปฏิบัติการ การค้นหาแบบเรียลไทม์ การรายงาน การพัฒนาผู้ปฏิบัติงาน ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินการเชื่อมโยงระหว่างระบบสาธารณสุข กฎหมายและระบบบริการสุขภาพ ระบบกฎหมายและการตอบสนองอย่างรวดเร็วจากหลายภาคส่วน การปฏิบัติการทางการแพทย์และการใช้บุคลากร แต่ละประเทศอาจจะใช้อาสาสมัครร่วมประเมิน ช่องว่างเกี่ยวกับความมั่นคงด้านสุขภาพ

การลงทุนเกี่ยวกับความมั่นคงสุขภาพระดับโลกและวาระความปลอดภัยทางสุขภาพโลก ได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน บริษัทเอกชนมีความพยายามที่จะสนับสนุนให้มีความมั่นคงทางสุขภาพ การระบาดและเชื้อโรคสายพันธุ์ใหม่ยังคงเกิดขึ้นอยู่เสมอและภัยคุกคามเกี่ยวกับยาต้านจุลชีพก็เพิ่มมากขึ้น ระบบสุขภาพที่อ่อนแอจะเป็นเสมือนประตูที่เปิดรับความเสี่ยงและอันตราย ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งมีการตรวจจับ การตอบสนองและป้องกัน รวมทั้งการวิจัยและพัฒนาอย่างยั่งยืนเกี่ยวกับตัวยาใหม่ ๆ วัคซีนและการวินิจฉัย มีความสำคัญต่อการป้องกันและบรรเทาภาวะวิกฤตด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้สังคมเข้มแข็งและเจริญรุ่งเรือง

2. ระบบบริการสุขภาพของประเทศสิงคโปร์

Yu, Chaoran, Xiaoteng and Feifei (2112, pp. 1-6) ได้ศึกษาบริการสุขภาพของประเทศสิงคโปร์และกล่าวถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดังนี้

1. ข้อมูลเบื้องต้นประเทศสิงคโปร์เป็นเกาะที่มีประชากรประมาณ 5.2 ล้านคนเป็นประเทศที่มีระบบการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ระบบการดูแลสุขภาพของสิงคโปร์หลังการได้รับอิสรภาพเมื่อ ปี ค.ศ. 1965 เริ่มมีการให้วัคซีนป้องกันโรคระบาดเขตร้อน สนับสนุนการเข้าถึงการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกรัฐบาลได้ขยายเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อการรักษา รวมทั้งโรงพยาบาลทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกสุขภาพมารดาและทารก

เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตรัฐบาลได้จัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ ในปี ค.ศ. 1983 เพื่อเตรียมแผนโครงสร้างพื้นฐานในอีก 20 ปีข้างหน้าด้วยแนวคิด Medisave ในปี ค.ศ. 1985 เริ่มมีการปรับโครงสร้างโรงพยาบาลของรัฐร่วมกับธุรกิจและการเงินสู่ระบบบริการสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมพร้อมระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูงและระบบการเงินที่มีประสิทธิภาพ ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-1990 ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประเทศอยู่ในระดับ 3% ของ GDP ซึ่งค่าเงินดอลลาร์ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957-1995 ดังนั้นในปี ค.ศ. 2002 รัฐบาลจึงได้มีการประกาศใช้โครงการ ElderShield เพื่อช่วยผู้สูงอายุและคนพิการ

2. ระบบบริการสุขภาพสิงคโปร์มีปรัชญาการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ประการ ประการแรก คือ ประเทศมีวัตถุประสงค์ที่จะยกระดับสุขภาพของประชาชนด้วยการป้องกัน

สุขภาพและส่งเสริมวิถีสุขภาพดีประการที่สอง มุ่งเน้นสร้างความรับผิดชอบส่วนบุคคลต่อการมีสุขภาพดีผ่านระบบ "3M" คือ Medisave Medishield และ Medifund และรัฐบาลต้องการที่จะลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยการควบคุมความต้องการบริการทางสุขภาพและเตรียมเงินทุนสำหรับสนับสนุนสถาบันสุขภาพของรัฐ

หน่วยงานหลักด้านสุขภาพของสิงคโปร์ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health: MOH) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central Provident Fund: CPF) และธนาคารกลางสิงคโปร์ (Monetary Authority of Singapore: MAS) กระทรวงสาธารณสุขจะดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับระเบียบการบริการสุขภาพ การส่งเสริมการศึกษาด้านสุขภาพการตรวจสอบการเข้าถึงและคุณภาพการบริการสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การจัดสรรทรัพยากรรวมทั้งการออกใบอนุญาตแก่สถานประกอบการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (CPF) ดูแลแผนการออมเพื่อความมั่นคงทางสังคมช่วยให้มั่นใจว่าผู้ที่ทำงานและผู้ที่อาศัยอยู่อย่างถาวรในสิงคโปร์ (Singaporeans and permanent residents: PRs) จะได้รับความช่วยเหลือในวัยชรา กองทุนสำรองเลี้ยงชีพมีวัตถุประสงค์ที่จะตอบสนองความต้องการสำหรับผู้เกษียณ ผู้ที่ต้องการบ้านการดูแลครอบครัว การเพิ่มพูนรายได้และการดูแลสุขภาพ ทั้งผู้ที่ทำงานและลูกจ้างจะต้องฝากเงินเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพธนาคารกลางสิงคโปร์จะทำหน้าที่คอยควบคุมด้านการเงินของการประกัน สำนักงานประกันของธนาคารกลางสิงคโปร์จะเป็นผู้บริหารจัดการปกป้องสิทธิประโยชน์ของผู้เอาประกัน ควบคุมกำกับการลงทะเบียนและออกใบอนุญาตตามแนวทางการปฏิบัติสำหรับการควบคุมกิจกรรมประกัน

3. ระบบการส่งต่อระบบส่งต่อของสิงคโปร์มีการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานและการดูแลต่อเนื่อง สิงคโปร์มีเครือข่ายผู้ป่วยนอกและผู้ประกอบการคลินิกสำหรับการรักษาระดับปฐมภูมิ การป้องกันสุขภาพและการให้ความรู้ ร้อยละ 80 ของระบบการบริการระดับปฐมภูมิเป็นแพทย์เอกชนจาก 2,000 คลินิก ที่เหลือจะส่งไปคลินิกของรัฐบาลทั้ง 18 แห่ง โรงพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยทั้งแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลของรัฐจะให้การดูแล 80% โดยมีโรงพยาบาลอยู่ใน 5 ภูมิภาค ได้แก่ Alexandra Health Pte Ltd (AHPL), Jurong Health Services (JHS), National Health Health System (NUHS), National Healthcare Group (NHG) และระบบบริการสุขภาพของสิงคโปร์ (SHS) ส่วนผู้ให้บริการเอกชนรายใหญ่มี 2 ราย คือ Raffles Medical Group และ Parkway Health

ในปี ค.ศ. 1990 โรงพยาบาลทั้งหมดมีจำนวน 11,509 เตียงนอน ส่วนอีกจำนวน 8,881 เตียงนอน เป็นของภาครัฐ และ 2,628 เตียงนอน เป็นของภาคเอกชนจำนวนแพทย์ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ

และพยาบาลในสถาบันของรัฐมีจำนวน 8,819 คน และ 12,994 คน ตามลำดับ ในขณะที่ภาคเอกชน มีแพทย์ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาล 3,292 คน และ 5,140 คน ตามลำดับ

4. กองทุนทางสุขภาพระบบเงินทุนหลักของภาครัฐเพื่อระบบสุขภาพจาก "3 M" คือ Medisave, MediShield และ Medifund ร่วมกับ ElderShield ที่กำลังได้รับการเสนอ Medisave เป็นการประกันทางการแพทย์ที่สมาชิกจะออมเงินไว้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เป็นค่ารักษาพยาบาล และการบริการแผนกผู้ป่วยนอก ทั้งยังเป็นค่ารักษาสำหรับสมาชิกสายตรงในครอบครัวนอกจากนี้ Medisave ยังสามารถใช้จ่ายร่วมกับ MediShield premium และการประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private Medical Insurance Scheme: PMIS) ได้ด้วยการจ่ายเงินเข้า Medisave สำหรับสมาชิก กองทุนสำรองเลี้ยงชีพจะพิจารณาจากอายุ เริ่มจาก 7-9% ของเงินเดือน จนถึงสูงสุด 41,000 ดอลลาร์ สิงคโปร์ต่อปี สมาชิกสามารถใช้เป็นค่าบริการผู้ป่วยในและค่าผ่าตัด รวมทั้งสามารถใช้ในการ บริการผู้ป่วยนอกได้ตามวงเงินที่กำหนด

MediShield เป็นแผนการประกันเสริมจาก Medisave เป็นการประกันภัยที่ช่วยให้ สมาชิกมีค่าใช้จ่ายกรณีที่ต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน การรักษาแผนกผู้ป่วยนอกและกรณีโรค ร้ายแรงจากสถาบันการแพทย์ที่เข้าร่วม ประชาชนของสิงคโปร์ผู้ที่ทำงานและอยู่อาศัยถาวรใน สิงคโปร์สามารถเข้าร่วมโครงการได้ โดยชำระเพิ่มเบี้ยประกันรายปี 33 ดอลลาร์สิงคโปร์สำหรับ ผู้ที่อายุต่ำกว่า 30 ปี จนถึง 1,123 ดอลลาร์สิงคโปร์ สำหรับผู้ที่อายุระหว่าง 84-85 ปี แต่ MediShield จะ ไม่สามารถคุ้มครองผู้ที่อายุ 85 ปีขึ้นไป สมาชิกของ MediShield มีมากถึง 3.39 ล้านคนประมาณ 2.67 ล้านคนลงทะเบียนกับการประกันสุขภาพภาคเอกชนส่วน ElderShield เป็นการประกัน สุขภาพที่ไม่แพง จะให้ความช่วยเหลือทางการเงินผู้ที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามเปอร์เซ็นต์ของ GDP ลดลง 2.9% หลังการระบาดของโรคซาร์ส เมื่อปี ค.ศ. 2003 และเพิ่มขึ้นเป็น 3.9% ในปี ค.ศ. 2006 อัตราส่วน ของค่าใช้จ่ายภาครัฐและภาคเอกชนมีความคงที่โดยเอกชนมีส่วนที่สูงขึ้น มีหลายปัจจัยที่ส่งผล ต่อแนวโน้มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและอัตราเงินเฟ้อก็เป็นปัจจัยที่มีผลสำคัญต่อเงินทุนทางสุขภาพ

6. ปัญหาระบบการดูแลสุขภาพของสิงคโปร์แม้ว่าสิงคโปร์จะมีระบบการดูแลสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าที่อื่น ๆ ยังคงประสบกับปัญหาเกี่ยวกับการตอบรับกองทุนสำรองเลี้ยง ชีพยังไม่ครอบคลุมเพียงพอสำหรับประชาชนหลังการเกษียณ สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 85 ปี MediShield ยังไม่มีการคุ้มครอง สมาชิกส่วนใหญ่ที่มีความต้องการดูแลสุขภาพมีเงินทุนน้อย รูปแบบระบบบริการสุขภาพของสิงคโปร์สร้างขึ้นโดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงเล็กน้อยทางสังคม หรือไม่มีเลยให้มีประสิทธิภาพและเกิดความเท่าเทียม ขาดการถ่ายโอนทรัพยากรอาจส่งผลให้เกิด การจัดสรรน้อยลง ไม่มีประสิทธิภาพทางเงินทุนและเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาระสังคมเพิ่มขึ้น

สรุปในภาพรวมระบบการส่งต่อทางสุขภาพของสิงคโปร์ประสบความสำเร็จอย่างมาก มีความเป็นเลิศ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นผลจากการร่วมมือระหว่างรัฐบาลและนายจ้าง รัฐบาลสิงคโปร์มีความพยายามอย่างมากต่อการปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมความต้องการและค่าบริการด้านสุขภาพแบบจำลองของสิงคโปร์มีความสมบูรณ์แบบพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาในอนาคต แต่มีความยากต่อการนำไปใช้ในประเทศอื่นๆ เพราะเป็นระบบที่มีความเป็นเอกลักษณ์

นอกจากนี้ ปรีดา เต๋ออาร์กซ์ (2555, หน้า 111-127) ได้ศึกษาศึกษาระบบบริการสุขภาพของประเทศสิงคโปร์และกล่าวถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพประเทศสิงคโปร์

1.1 ปรัชญาในการจัดบริการสุขภาพของประเทศสิงคโปร์ จะให้ประชาชนที่พึ่งตนเองก่อนเป็นหลักและรัฐจะดูแลในส่วนที่เกินกว่าความสามารถของบุคคลที่จะรับผิดชอบได้ โดยมีแนวคิดหลักดังนี้

1.1.1 การเริ่มต้นให้มีสุขภาพดีโดยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

1.1.2 ส่งเสริมให้ประชาชนรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยงการพึ่งพิงระบบรัฐสวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพที่มากเกินไป

1.1.3 จัดให้มีบริการแพทย์พื้นฐานที่ดีในราคาที่เหมาะสมให้กับประชาชนทุกคน

1.1.4 ใช้การแข่งขันและกลไกตลาดเพื่อปรับปรุงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพ

1.2 ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสิงคโปร์เป็นระบบผสมผสาน ดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชน ประชาชนมีอิสระที่จะเลือกใช้บริการได้ทั้งภาครัฐและเอกชน ระบบบริการสุขภาพที่จัดให้โดยภาครัฐจะดำเนินการผ่าน 3 กระทรวง คือ

1.2.1 กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) รับผิดชอบจัดบริการทั้งป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยการวางนโยบายที่มีการประสานทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าด้วยกันและออกระเบียบ กฎหมายต่าง ๆ มาควบคุมมาตรฐาน

1.2.2 กระทรวงสิ่งแวดล้อม (Ministry of Environment) ดูแลรับผิดชอบโรคระบาด อากาศ น้ำ อาหาร ระบบสิ่งปฏิกูล

1.2.3 กระทรวงแรงงาน (Ministry of Labor) รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพของแรงงานและลูกจ้าง

1.3 ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) การให้บริการ 80% เป็นของภาคเอกชน โดยเป็นการบริการผ่านคลินิกเอกชนจำนวน 2,000 แห่ง และอีก 20% เป็นของภาครัฐบริการโดยโพลีคลินิกของภาครัฐจำนวน 18 แห่งรัฐจัดให้มีระบบบริการพื้นฐานแก่ครอบครัวรวมทั้งการคัด

กรองปัญหาสุขภาพและการจัดบริการทางด้านป้องกันโรคสำหรับเด็กนักเรียน การพยาบาลที่บ้าน และการฟื้นฟูสุขภาพคนชราการให้สุศึกษาและการส่งเสริมป้องกันโรคประชาชนบริการทั้งหมดนี้ผ่านโพลีคลินิกภาครัฐโดยเป็นบริการเบ็ดเสร็จที่จุดเดียวซึ่งมีกระจายทั่วทั้งประเทศโดยเฉพาะที่มีประชาชนอยู่หนาแน่นในแต่ละโพลีคลินิกมีทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก การให้วัคซีนการคัดกรองและการให้สุศึกษารวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการจ่ายยา ค่าบริการที่โพลีคลินิกรัฐบาลเป็นราคาประกันประหยัดเฉลี่ยประมาณ 8 ดอลลาร์สิงคโปร์ โดยคนชราอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และเด็กนักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี จะมีส่วนลดค่าบริการถึง 75% สำหรับคนสิงคโปร์อื่น ๆ ได้รับส่วนลด 50%

1.4 ระบบบริการที่โรงพยาบาล (Hospital care) ระบบบริการที่โรงพยาบาลเป็นการบริการระดับตติยภูมิและตติยภูมิ เป็นการบริการของโรงพยาบาลภาครัฐ 80% และโรงพยาบาลเอกชน 20% ชาวสิงคโปร์มีอิสระในการเลือกใช้บริการทั้งในภาครัฐและเอกชน ปี ค.ศ. 2006 สิงคโปร์มีโรงพยาบาลทั้งหมด 29 แห่ง 11,545 เตียง คิดเป็นสัดส่วน 2.6 เตียงต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเตียงที่อยู่ในภาครัฐ 72% โรงพยาบาลของรัฐมีขนาดตั้งแต่ 185 เตียง ถึง 2,064 เตียง ส่วนโรงพยาบาลเอกชน มีจำนวน 16 แห่ง ส่วนใหญ่มีขนาดเล็กกว่า คือประมาณ 20 ถึง 505 เตียง

โรงพยาบาลรัฐมีการกำหนดมาตรฐานการบริการและค่าบริการสูงสุด (เพดานค่าบริการ) เป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแบบเฉียบพลันทั่วไป (Acute general hospital) มีจำนวน 5 แห่ง ซึ่งจะให้การรักษาผู้ป่วยในหลายสาขาและให้บริการผู้ป่วยนอกเฉพาะสาขาเฉพาะทาง รวมทั้งให้บริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีสถานการศึกษาเฉพาะทางจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ สูติ-นรีเวช จิตเวชและโรคจิตเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง โรคหัวใจ โรคตา และโรคผิวหนัง

สำหรับการรักษาที่มีความเฉพาะทางซับซ้อนระดับตติยภูมิ ได้แก่ การดูแลทางด้านหัวใจและหลอดเลือด ระบบไต โลหิตวิทยา ประสาท มะเร็งวิทยา รังสีรักษา การผ่าตัดแก้ไข ตกแต่ง การผ่าตัดเด็ก การผ่าตัดระบบประสาท ระบบทรวงอกและหัวใจ และการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ จะรวมศูนย์อยู่ที่โรงพยาบาล 2 แห่ง คือ Singapore General Hospital และ The National University Hospital

โรงพยาบาลเอกชนมีบริการเฉพาะทางที่คล้ายกันและใกล้เคียงกับโรงพยาบาลรัฐ นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลระดับชุมชนที่มีราคาต้นทุนต่ำกว่า สำหรับการให้บริการระดับปานกลางและเพื่อการพักฟื้นของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าโรงพยาบาลทั่วไป

การจ่ายเงินค่าบริการ (Provider payment)

1. ให้ผู้บริการปฐมภูมิจ่ายแบบ Free for service
2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิจ่ายแบบ Free for service เช่นกัน โดยรัฐกำหนด

อัตราค่าบริการ ซึ่งต่างกันในแต่ละระดับและรัฐจะมีเงินอุดหนุนในกรณีรายรับของโรงพยาบาลต่ำกว่าที่ตั้งไว้ โดยการชดเชยตามรายการ (Subvention piece rate) และอุดหนุนให้ถึงเพดาน (Revenue cap)

2. การปฏิรูประบบบริหารของโรงพยาบาลรัฐ

2.1 วิวัฒนาการและความเป็นมาเมื่อพฤษภาคม ค.ศ. 1984 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศแผนการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐให้มีความคล่องตัวและเบ็ดเสร็จมากขึ้นในการดำเนินงานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพ ยกมาตรฐานบริการและเกิดการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลรัฐ โดยอยู่ในพื้นฐานของความคล่องตัวและเบ็ดเสร็จ (Autonomy) ในการบริหารจัดการให้มีความยืดหยุ่นในการริเริ่มสร้างสรรค์ เกิดแรงจูงใจ อันนำไปสู่การเพิ่มผลผลิตงาน บรรยากาศการทำงานที่ดีและการบริการที่เป็นกันเองกับผู้ป่วยมากขึ้น โดยเรียกว่า “Restructuring hospital”

ปี ค.ศ. 1985 เริ่มปรับโครงการบริหารโรงพยาบาลรัฐแห่งแรกที่โรงพยาบาล Kent Ridge ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย (National University Hospital) และมีการประกาศว่าหากการดำเนินงานก้าวหน้าและพัฒนาไปได้ดี จะขยายต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปสิงคโปร์ (Singapore General Hospital) และโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

2.2 Health Coporation of Singapore (HCS) การปรับโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลเกิดขึ้นควบคู่กับการก่อตั้งบริษัทสาขาที่รัฐเป็นเจ้าของ ซึ่งอยู่ภายใต้ร่มบริษัท Temasak Holding เพื่อทำหน้าที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแบบใหม่ (New University Hospital: NUH) ที่เป็นโครงการทดลองให้มีการบริหารอย่างเบ็ดเสร็จ (Autonomous management) บริษัทนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ มิถุนายน ค.ศ. 1985 เป็นต้นมา ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนเป็นอยู่ภายใต้โครงการสร้างใหม่ที่รัฐเป็นเจ้าของ คือ The Health Corporation of Singapore (HCS) และเดือนเมษายน ค.ศ. 1987 มีการประกาศใช้ HCS นี้ เป็นกลไกในการดำเนินการปรับโครงสร้างโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งเริ่มจากปี ค.ศ. 1988 ดำเนินการใน National Skin center Health และปี ค.ศ. 1989 ขยายไปที่ Singapore General Hospital ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดของสิงคโปร์ดำเนินการต่อไปเรื่อย ในทุกโรงพยาบาล จนปี ค.ศ. 2000 ดำเนินการครบทุกโรงพยาบาล

2.3 Health Care Clusters เพื่อให้การบริหารระบบบริการอย่างมีระบบ สามารถเชื่อมโยงเครือข่ายทุกระดับตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิไปจนถึงตติยภูมิ ตลอดจนถึงการ

ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของการให้บริการและการพัฒนาคุณภาพบริการ จึงได้แบ่งเป็นการบริหารเป็นเครือข่าย เรียกว่า “Health Care Cluster” แบ่งออกเป็น 2 cluster คือ Western Cluster หรือ National Healthcare Group (NHG) และ Eastern Cluster หรือ Singapore Health Services (SingHealth) โดยมีหน่วยบริการทุกระดับอยู่ในเครือข่าย

2.4 ระบบบริการโรงพยาบาลรัฐในระบบบริการโรงพยาบาลรัฐประชาชนสิงคโปร์ มีทางเลือกในการใช้บริการห้องพักรักษาผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาได้หลายแบบโดยส่วนใหญ่ของเตียง 80% ของเตียงผู้ป่วยเป็นแบบที่รัฐจ่ายค่าชดเชยให้ (คลาส B2 และ C) โดยชดเชยให้ 80% ของค่าใช้จ่ายและอีก 20% เป็นค่าเตียงห้องพิเศษแบบเตียงเดี่ยว (Class A) “ไม่ได้รับการชดเชยและ 4 เตียง (Class B1) จะได้รับการชดเชยเพียง 20% ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการมากขึ้น ถ้าต้องการใช้บริการที่มีความสะดวกสบายทางกายภาพกว่าแต่การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกันสำหรับการบริการทุกประเภทระยะเวลาการนอนพักในโรงพยาบาลทั่วไปเฉลี่ย 4.7 วันและอัตราการของเตียง (Occupancy rate) ประมาณ 75% ซึ่งเป็นการใช้เตียงในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

3. ระบบประกันสุขภาพในประเทศสิงคโปร์มีระบบประกันสุขภาพระบบเดียวทั้งประเทศโดยรัฐบาลจะจัดระบบให้ประชาชนออมเงินเพื่อสุขภาพโดยการจ่ายสะสมเข้ากองทุนและมีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central Provident Fund: CPF) โดยมีสมาชิก 3.33 ล้านคน มีงบประมาณในกองทุน 1.66 ล้านเหรียญมีเจ้าหน้าที่ 1,500 คน สรุปแนวทางดำเนินการได้ดังนี้

3.1 ปรัชญาของระบบประกันสุขภาพสิงคโปร์มุ่งให้บุคคลครอบครัวและชุมชนต้องมีส่วนรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองรัฐเป็นผู้นำระบบต่าง ๆ มาใช้เพื่อเป็นทางเลือกบนพื้นฐานของความไว้วางใจ โดยมีปรัชญาดังนี้

3.1.1 Self Help คือ CPF and Personal Saving

3.1.2 Family Help คือ CPF saving, intra-family support and resistance

3.1.3 Community Help คือ Welfare organization and Charities

3.1.4 Government Help คือ Public Assistance

3.2 บทบาทหน้าที่สำคัญของ CPF ได้แก่

3.1.1 การบริหารจัดการเงินออมสำหรับผู้เกษียณอายุ

3.1.2 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

3.1.3 การบริหารจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย

3.1.4 การดูแลสวัสดิการสำหรับคนทำงาน

4. CPF Contribution พบว่า จำนวนเงินที่สะสมเข้ากองทุนสะสมมาจาก 2 ส่วน คือ จากนายจ้าง 15% และลูกจ้าง 20% รวมเป็น 35% ซึ่งเป็นเงินที่จะเข้าในบัญชีสะสมสมาชิกลูกจ้าง แต่ละคนโดยจะสะสมอยู่ในบัญชีกองทุน 3 ประเภท ได้แก่ Ordinary account, Medisave account และ Special account ซึ่งเงินในแต่ละประเภทบัญชีจะมีข้อกำหนด/เงื่อนไขในการนำไปใช้ต่างกัน และสมาชิกจะได้รับดอกเบี้ยจากบัญชีทุกประเภทของ CPF นอกจากนี้ยังมีบัญชีกองทุนสะสมสำหรับผู้เกษียณอายุ (สมาชิกที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป)

5. การออมเงินสำหรับดูแลสุขภาพใช้กรอบของ “3 M” Framework โดยจะมีการออมเงินในสามรูปแบบได้แก่

5.1 Medisave เป็นแผนการออมเงินแบบภาคบังคับโดยหักจากรายได้ต่อเดือนเพื่อเก็บไว้ใช้เป็นค่าใช้จ่ายในกรณีต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของสมาชิกที่เป็นผู้ออมเงินและสมาชิกในครอบครัวสายตรงเท่านั้น โดยเงินส่วนนี้จะถูกเก็บไว้ในบัญชีส่วนบุคคลของแต่ละคน อัตราการสะสมเงินเข้าบัญชีไม่ Medisave จะอยู่ระหว่าง 6.5 ถึง 9% ขึ้นอยู่กับอายุของบุคคลนั้น โดยจะหักจากรายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละเท่า ๆ กันค่าใช้จ่ายที่เป็นเงินสะสมนี้ จะได้รับการยกเว้นภาษีและเงินที่สะสมจะได้รับอัตราดอกเบี้ยในอัตราเดียวกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเงินสะสมที่เก็บไว้สูงสุด (Medisave Contribution Ceiling: MMC) ปัจจุบันกำหนดไว้ที่ 39,500 ดอลลาร์สิงคโปร์ เงินส่วนเกินจะถูกโอนเข้าไปในบัญชีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central provident fund) โดยอัตโนมัติ โดยกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 55 ปี จะโอนไปไว้ในบัญชีเฉพาะ (Special account) สำหรับกลุ่มที่อายุมากกว่า 55 ปี จะโอนไปไว้ในบัญชีออมเพื่อการบำนาญ (Retirement Account: RA) เงินออมที่เก็บไว้นี้สามารถมอบให้เป็นมรดกของผู้หนึ่งผู้ใดเมื่อเจ้าของบัญชีเสียชีวิตไปแล้ว

หลักการของ Medisave ต้องการให้คนทุกคนช่วยเหลือตนเองและมีความรับผิดชอบต่อตัวเองและครอบครัวระบบจึงถูกออกแบบเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนรักษาสุขภาพอนามัยและป้องกันการใช้บริการทางการแพทย์มากเกินไปเป็นวิถีในการลดการพึ่งพิงภาครัฐในยามเจ็บป่วยโดยรัฐจะอุดหนุนให้ถึงร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่าย เมื่อผู้ป่วยเข้านอนในหอผู้ป่วยสามัญของโรงพยาบาลและรัฐจะงดอุดหนุนลงในกรณีที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ

5.2 Medishield แผนการคุ้มครองสุขภาพเป็นการประกันสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยที่รุนแรงและต้องมีค่าใช้จ่ายมากซึ่งจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน (Catastrophic illness) การจ่ายจากระบบ Medishield จะเริ่มจ่ายเมื่อผู้ป่วยได้ใช้เงินเป็นค่ารักษาพยาบาลจากการที่เบิกเกินเพดานที่ Medisave กำหนดไว้ (Deductible) ไปแล้ว โดยเงิน Medishield นี้จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายในกรณีพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและกรณีการรักษาที่เป็นผู้ป่วยนอกที่มีราคาแพง

5.3 Medifund แผนกองทุนเพื่อสุขภาพเป็นกองทุนที่รัฐให้เงินประเดิมและนำดอกผลมาเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อคุ้มครองช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยในการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันว่าชาวสิงคโปร์ทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้ไม่ว่าจะมีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมเป็นอย่างไรผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถจ่ายค่ารักษาให้กับโรงพยาบาลได้ มีสิทธิ์ที่จะยื่นคำขอต่อคณะกรรมการ Medifund ของโรงพยาบาลผ่านนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

6. บทเรียนที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศไทย

6.1 ประเทศสิงคโปร์มีความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบคุ้มครองสิทธิอย่างมากให้ความสำคัญกับการรับเรื่องร้องเรียนและให้เกิดความสะดวกแก่ประชาชนในการร้องเรียนปัญหาบริการต่าง ๆ การพัฒนาระบบการร้องเรียนของประชาชนด้าน Call Center และการพัฒนา/เพิ่มช่องทางเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลและได้ร้องทุกข์ในด้านหลักประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม

6.2 การบริการประชาชนในระดับปฐมภูมิมีระบบที่ทันสมัยใช้เทคโนโลยีแบบใหม่ให้ความสะดวกแก่ประชาชนมากขึ้นและการสร้างความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมมากขึ้น ด้านการพัฒนาระบบ CPU ตลอดจนการดูแลเอาใจใส่ประชาชน

6.3 ประเทศสิงคโปร์มีความเจริญทันสมัยมีความเป็นระเบียบสะอาดมีการบังคับใช้กฎหมายที่เคร่งครัดมีการพัฒนา/เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อดึงดูดให้คนต่างชาติเข้ามาท่องเที่ยว นอกจากนี้ยังมีการปลูกฝังค่านิยมให้ประชาชนมีระเบียบวินัยเคารพกฎหมายซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดี

6.4 ประเทศสิงคโปร์เน้นมากการสร้างจิตสำนึกมีวินัยมีความรับผิดชอบต่อตนเอง เป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างคนสร้างชาติพัฒนาประเทศ

6.5 ความสะอาดร่มรื่นสิ่งแวดล้อมดี

3. ระบบบริการสุขภาพของประเทศมาเลเซีย

Susan, LooSee and Rusl (2011, pp. 93-96) ได้ศึกษาระบบบริการสุขภาพของประเทศมาเลเซียและกล่าวถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดังนี้

ปี ค.ศ. 1957 ประเทศมาเลเซียมีการปรับโครงสร้างการบริการสุขภาพซึ่งเป็นที่ การเปลี่ยนแปลงความท้าทายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพและกระบวนการจัดการสุขภาพรวมทั้ง การสร้างความเท่าเทียมและการจัดหาเงินทุน กระทรวงสาธารณสุขมาเลเซียเป็นผู้ให้บริการหลัก ด้านสุขภาพต้องบริหารจัดการและสร้างกลไกสู่การบริการสุขภาพที่ดีประสานความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐและเอกชนด้วยการแพทย์แผนโบราณและการแพทย์ตะวันตกในการรักษาและดูแล สุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง

โครงการทุนมนุษย์และการพัฒนาสุขภาพมีความสำคัญต่อความยั่งยืนและการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ ประเทศมาเลเซียเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพจากการเชี่ยวชาญเป็นการมุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของประชาชนตั้งแต่ได้รับมีอิสรภาพในปี ค.ศ. 1957 ได้ทำการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและเร่งดำเนินการตามปฏิญญา Alma Ata ในปี ค.ศ. 1978 กระทรวงสาธารณสุข (MOH) เป็นผู้ให้บริการหลักด้านการดูแลสุขภาพ โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขมี 3 ระดับ คือ ระดับรัฐบาลกลาง ระดับรัฐและระดับตำบลมีการกระจายอำนาจเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ กำหนดอำนาจตามความรับผิดชอบและการกำกับดูแล ที่ครอบคลุมทั้งการป้องกันการส่งเสริมการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีวัตถุประสงค์หลักคือการสร้างเครือข่ายจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางสุขภาพในขณะเดียวกันได้มีการก่อตั้งศูนย์ส่งต่อเพื่อให้การดูแลเฉพาะและเพิ่มการดูแลขั้นพื้นฐานในคลินิก

ระดับของโรงพยาบาลมีความแตกต่างของการให้บริการ โรงพยาบาลขนาดเล็กให้การดูแลทั่วไปทั้งทางการแพทย์และการพยาบาลแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้มารับบริการ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้บริการเฉพาะทางสำหรับประชาชนที่เดินทางมารับบริการและมาด้วยการส่งต่อ กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้ประชาชนเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพและเข้าถึงการบริการน้ำสะอาดอาหารที่ปลอดภัยและได้รับยาที่มีคุณภาพ ระบบการดูแลสุขภาพของมาเลเซียมุ่งเน้นการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) อย่างเท่าเทียมและจัดสรรเงินทุนแก่ประชาชน 20% ที่มีความยากจนในปี 1956 มาเลเซียมีสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพียง 42 แห่งทั่วประเทศหลังได้รับอิสรภาพจึงได้มีการพัฒนากระบวนการและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลสุขภาพแก่ชุมชนทั้งระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทั่วประเทศ

หน่วยงานของรัฐมีบทบาทสำคัญต่อกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพประชาชน เช่น กระทรวงทรัพยากรมนุษย์ที่ดูแลความปลอดภัยและระเบียบด้านสุขภาพของพนักงาน กระทรวงศึกษาธิการรับผิดชอบเกี่ยวกับการสอนและการฝึกอบรมปฏิบัติด้านสุขภาพแก่บุคลากรในประเทศ กระทรวงกลาโหมให้บริการด้านสุขภาพในเขตรับผิดชอบกระทรวงการพัฒนาชนบทรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของชาวพื้นเมืองกระทรวงการเคหะและรัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบการออกและการบังคับใช้ใบอนุญาต

มาตรฐานสุขภาพของมาเลเซียใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว จากข้อมูลรายงานสุขภาพโลกในปี ค.ศ. 1999 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพของชาวมาเลเซียดีขึ้นมากเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียน เช่น อัตราการตายในทารก (IMR) ของประเทศมาเลเซียคือ 11 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ ขณะที่อินโดนีเซียมีอัตราเสียชีวิต 48 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ ประเทศไทยมีอัตรา

การเสียชีวิต 29 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ แต่ยังคงสูงเมื่อเทียบกับอัตราการตายในทารกของสิงคโปร์ ที่คิดเป็น 5 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ สหราชอาณาจักร 7 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ และอเมริกา 7 ต่อ 1000 การเกิด มีชีพ

การเปลี่ยนแปลงและความท้าทายทางสุขภาพของมาเลเซีย ได้แก่ ความเท่าเทียมทางสุขภาพซึ่งเป็นการประเมินถึงความเป็นธรรม ประเทศมาเลเซียยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับความเสมอภาคและความสามารถเข้าถึง โดยเฉพาะในกลุ่มชนพื้นเมืองประชาชนในชนบทและผู้ยากไร้ ดังจะเห็นได้จากคุณภาพการบริการ อัตราค่าจ้าง สภาพภูมิศาสตร์และค่าบริการ วิกฤติเศรษฐกิจในปี ค.ศ. 1998 ได้เพิ่มระดับความยากจนขึ้น 50% คนยากจนและชนชั้นกลางไม่สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพรัฐบาลมีความพยายามที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในชนบท โดยการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกและการบริการสุขภาพทั้งการบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจนถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ความต้องการและความท้าทายด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา วิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพและระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าและยังไม่เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับระบบการรักษาทางการแพทย์ ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเป็นภูมิภาคที่มีสุขภาพที่แตกต่างกันมากที่สุดในโลก เพราะเต็มไปด้วยเมืองและมีประชากรมากที่สุดในโลกมีประเทศที่กำลังเผชิญกับ โรคอ้วนและโรคระบาดรวมถึงมาเลเซียที่มีประชากรประมาณ 8.3% ที่มีอายุมากกว่า 30 ปีเป็นโรคเบาหวานและ 29.9% เป็นความดันโลหิตสูง ประเทศด้อยพัฒนาในภูมิภาคสุขภาพสตรีต้องทนทุกข์ทรมานจากภาวะทุพโภชนาการ มีอาการป่วยหนักและเสียชีวิต โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้เผยแพร่ประมาณการการเปลี่ยนแปลงประชากรในช่วง 50 ปีข้างหน้า ซึ่งประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีของมาเลเซียจะมีเพิ่มขึ้นจาก 5.7% ในปี 1996 เป็น 11% ภายในปี ค.ศ. 2020

องค์การอนามัยโลก (WHO) และประเทศต่าง ๆ ควบคุมความก้าวหน้าด้วยระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน แม้ว่าระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่ก็ไม่สามารถปฏิเสธการเข้ารับบริการ ความเท่าเทียมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานและความเสมอภาคได้ โดยเฉพาะประชาชนที่มีความต้องการมากที่สุดคือชาวพื้นเมือง คนยากจน ผู้ด้อยโอกาสและคนพิการ กลุ่มคนเหล่านี้เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพน้อยที่สุด การดูแลสุขภาพมีแนวโน้มที่จะเป็นไปตามกลไกตลาดการตอบสนองความต้องการของประชาชนจึงเป็นสิ่งที่ทำหายนามาก เพราะทุกคนมีสิทธิด้านการดูแลสุขภาพและเป็นหน้าที่หลักของรัฐบาลในการให้การบริการ

การจัดการเงินทุนเพื่อการดูแลสุขภาพถือเป็นปัญหาสำคัญซึ่งในทุกวันนี้มาจากภาษี การประกันสุขภาพและการชำระค่าบริการ รัฐบาลมาเลเซียได้รับเงินสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ จากกระทรวงการคลังซึ่งมีแหล่งที่มาจากภาคเอกชนและผู้บริโภคนักงานของรัฐและครอบครัว จะได้รับผลประโยชน์หลังการเกษียณจากประกันสังคมและกองทุนสำรองเลี้ยงชีพทั้งนี้การจัดการ เงินทุนสุขภาพถือเป็นความท้าทายในหลายประเทศและการคำนึงถึงความปลอดภัยแก่คนยากจน ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้เงินประมาณ 14% ของ GNP ประเทศในเอเชียที่ใช้เงินประมาณ 4-8% ของ GNP ในการดูแลสุขภาพ ส่วนหนึ่งเป็นการเพิ่มทุนจากการใช้เทคโนโลยี การเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกและพัฒนาความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ ในปี ค.ศ. 2001 กระทรวงสาธารณสุข จัดให้ ในการให้บริการด้านการแพทย์และทันตกรรมคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของงบประมาณทั้งหมด การแปรรูปในประเทศมาเลเซียนำหน้าของต้นทุนในการดูแลอยู่ในสัดส่วนที่มาก สำหรับประชาชนที่สามารถจ่ายค่าบริการได้น้อย เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลทางการแพทย์จากระบบบริการสุขภาพแห่งชาติในสหราชอาณาจักรที่มุ่งเน้นความเท่าเทียมในการรักษาและ ความต้องการในขณะที่การจัดการเงินทุนเพื่อการดูแลสุขภาพของออสเตรเลียถือว่าเป็นลักษณะ เสรีนิยมแบบที่รัฐบาลจะต้องดำเนินการส่วนมาเลเซียและประเทศไทยจะเตรียมพร้อมความ ปลอดภัยสำหรับการดูแลระดับปฐมภูมิและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

ข้อสรุปจากการสังเกตจะเห็นว่าสาขาวิชาชีพต่าง ๆ จำเป็นต้องมีส่วนสนับสนุนการจัดการ เงินทุนด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคในประเทศมาเลเซียภาครัฐและเอกชน ควรจะประสานความร่วมมือเพื่อระดมทรัพยากรและลดความซ้ำซ้อนการให้บริการสุขภาพเพื่อ สร้างความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ จากนั้นสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลตนเองการ วางแผนการจัดองค์กรและการบริหารเพื่อนำไปสู่ความพอเพียงด้านสุขภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้อง สื่อสารผ่านสื่อทางสังคมออนไลน์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ อีกวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการ ปรับปรุงการขาดแคลนและการกระจายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทที่มีการปฏิบัติในประเทศ จีนคือการพึ่งพาและฝึกอบรมชาวบ้านให้เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์

อีกทางเลือกหนึ่งที่ WHO เสนอคือ การสร้างทางเลือกด้วยยุทธศาสตร์ 3 ประการ คือ การให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ การออกแบบแนวทางการฝึกอบรมที่ เหมาะสมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหมู่บ้าน อาทิ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ การออกแบบแนวทางการประเมิน โครงการและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ข้อเสนอของ NHFA คือ สร้างทางเลือกทางการเงินทุนเพื่อการดูแลสุขภาพในประเทศมาเลเซียด้วยการบริการที่เป็นธรรม และมีคุณภาพทั้งในภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีการกระตุ้นจากสภาผู้บริโภคนักงานมาเลเซีย (FOMCA) เพื่อให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในการดำเนินโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHFS)

หนึ่งนั้นเป็นการกำหนดค่าธรรมเนียมจากโรงพยาบาลเอกชนและแสวงหาการสร้างทางเลือกที่จะรักษาในโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนของประเทศมาเลเซีย

ถึงแม้ว่าการแพทย์ทางเลือกจะได้รับการยอมรับตามพระราชบัญญัติการแพทย์ 1971 (พระราชบัญญัติ 50) แต่ความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการใช้ยาต้องได้รับการรับรองตามกฎหมายและการศึกษาทางสุขภาพเป้าหมายหลักทางแพทย์มุ่งช่วยเหลือประชาชนในการปรับปรุงสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์จะต้องประสานการทำงานร่วมกับแพทย์แผนโบราณที่ได้รับการยอมรับและผ่านการฝึกอบรมและทีมร่วมทำงาน ปัจจุบันเริ่มมีแนวทางและนำยาแผนโบราณไปสู่การศึกษาทางการแพทย์หลายสาขาในมาเลเซีย

รัฐบาลมาเลเซียสนับสนุน โรงพยาบาลเอกชนให้มีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น ทั้งภายในประเทศและภาคเอกชน ในช่วงสองสามปีที่ผ่านมาได้มีการปรับปรุงระบบเพื่อที่จะดึงดูดแรงงานต่างชาติเพิ่มมากขึ้น ด้วยแผนแม่บทฉบับที่ 10 ของมาเลเซียซึ่งมีความหวังว่ากลไกที่รัฐบาลกำหนดจะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น

นอกจากนี้ วิรัตน์ เอื้องพลสวัสดิ์ (2555, หน้า 65-73) ศึกษาประสบการณ์ของประเทศมาเลเซียและกล่าวถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดังนี้

1. สภาวะสุขภาพผลพวงจากการพัฒนาการทางสังคมและเศรษฐกิจที่ยาวนานต่อเนื่องของประเทศทำให้เกิดพัฒนาการด้านการศึกษาการสาธารณสุขการสุขภาพจากระบบผังเมืองรวมไปถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตผู้คนอันเกิดจากการเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานและอยู่อาศัยในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้นจากข้อมูลปี ค.ศ. 2009 พบว่า มีประชากรในเขตเมืองถึง 71% ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสุขภาพและสุขภาพของประชาชนอันจะเห็นได้จากภาวะคุกคามต่อสุขภาพจากโรคติดต่อที่ลดลงมากไม่ว่า จะเป็นโรกระบบทางเดินหายใจระบบทางเดินอาหารมาลาเรีย ขณะเดียวกันมีระบบการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เหมาะสมและต่อเนื่องมีการณรงค์ให้คลอดกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสมได้สำเร็จในอัตรา 100% เป็นผลให้อัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดในปี ค.ศ. 2009 ลดลงเหลือเพียง 31 ต่อการเกิดทารก 100,000 รายและอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เหลือเพียง 6.0 ต่อ 1000 รายเท่านั้น อายุขัยเฉลี่ยของประชากรทั้งหญิงและชายยืนยาวขึ้น 76 และ 71 ตามลำดับ

2. ระบบสุขภาพของประเทศเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพของประเทศมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ โดยต้องตอบสนองต่อความความคาดหวังของประชาชนรวมทั้งต้องทำให้เกิดความเป็นธรรมทางการเงินการคลังทางสุขภาพด้วยระบบบริการสุขภาพ ยึดหลักการการเข้าถึงบริการได้ตามความสามารถในการจ่าย (Ability To Pay: ATP) และเมื่อยามเจ็บป่วย ประชาชนจะต้องไม่มีอุปสรรคใด ๆ ต่อการเข้าถึงบริการ ระบบบริการสุขภาพ

ภาครัฐมีบทบาทสูงในการจัดบริการที่ผ่านมา รัฐบาลมีการลงทุนเรื่องอาคาร สถานที่ เครื่องมือทางการแพทย์มากมายรวมทั้งนำร่องมีการทดลองนำร่องการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพประชาชนในเขตชนบท (Telehealth) และมีการออกระเบียบคล้ายประเทศไทยให้แพทย์ที่จบแล้วต้องไปใช้ทุนกับรัฐบาลเป็นเวลา 3 ปี เพื่อให้มีจำนวนภาพกระจายอยู่เพียงพอในระบบราชการแต่เนื่องจากมีกฎหมายห้ามแพทย์ในภาครัฐไปประกอบวิชาชีพนอกเวลาราชการในสถานพยาบาลเอกชนซึ่งมีผลตอบแทนสูงกว่ามากจึงเป็นเหตุให้มีการไหลออกของแพทย์สู่ภาคเอกชนเป็นจำนวนมากนอกจากนี้จากสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศที่ดีขึ้นจึงมีแนวโน้มที่คนรวยจะใช้บริการภาคเอกชนมากกว่า การลงทุนภาคเอกชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลเอกชนจึงมีมากขึ้นแต่ส่วนใหญ่ยังกระจุกตัวในเมืองใหญ่ ๆ เท่านั้น นอกจากนี้ยังมีการลงทุนจากต่างประเทศเพิ่มมากขึ้นอันเนื่องมาจากนโยบายรัฐบาลที่ต้องการพัฒนาให้ประเทศมาเลเซียเป็น Medical Hub ในภูมิภาคและมีความต้องการแพทย์เฉพาะทางจากต่างประเทศมาปฏิบัติงานในภาคเอกชน

ระบบบริการภาครัฐมีกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) เป็นองค์กรที่ออกแบบระบบและจัดบริการผ่านสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับประถมภูมิซึ่งเป็นคลินิกในชุมชนระดับทุติยภูมิโดยโรงพยาบาลระดับอำเภอและระดับตติยภูมิโดยโรงพยาบาลทั่วไปการบริการครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการรักษาทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในรวมไปถึงการฟื้นฟู โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกแต่ละครั้งจะร่วมจ่ายเพียง 1 ริงกิตหรือประมาณ 10 บาทเท่านั้น กรณีที่พบแพทย์เฉพาะทางต้องจ่าย 5 ริงกิตต่อครั้งจากข้อมูลปี ค.ศ. 2004 พบว่ากระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดเก็บค่าบริการจากประชาชนจากกรณีนี้ได้คิดเป็นเพียง 2% ของค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขทั้งหมด

จากการปรับตัวของสถานพยาบาลภาคเอกชนมากขึ้นตามลำดับรัฐบาลจึงต้องมีมาตรการในการรักษาและควบคุมมาตรการของสถานพยาบาลเหล่านี้อย่างจริงจังในปี ค.ศ. 1998 จึงมีการออกกฎหมายในการประกันคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชนและการบริการที่สอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพการบริการสุขภาพแห่งชาติอีกด้วยซึ่งกำกับติดตามระบบบริการภาครัฐอยู่แล้ว

จากรายงานการวิจัยโดย YU พบว่า ประเทศมาเลเซียมีความเป็นธรรมทางการเงินการคลังสูง สุขภาพในระดับยอมรับได้ระดับหนึ่งทั้งนี้เนื่องจากในภาครัฐมีการจัดสรรงบประมาณจากภาษีทางตรงเป็นส่วนใหญ่และระบบการจัดเก็บภาษีเป็นแบบก้าวหน้าจึงสะท้อนความเป็นธรรมทางการเงินการคลังได้ระดับหนึ่งอย่างไรก็ตามระบบภาษีทางอ้อมยังไม่สามารถเอื้อต่อการสร้างความเป็นธรรมเท่าใดนัก

3. ระบบการเงินการคลังทางสุขภาพของประเทศประเทศมาเลเซียมีระบบภาษีเป็นหลักในการบริหารการเงินการคลังของทางสุขภาพของประเทศมุ่งหวังให้ประชาชนชาวมาเลเซียทุกคนไปใช้บริการของรัฐได้โดยไม่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจครอบคลุมทั้งประชาชนทั่วไปข้าราชการรับและผู้ประกันตนอย่างไรก็ตามประชาชนยังสามารถทำประกันสุขภาพเอกชนเพื่อความสะดวกคล่องตัวในการไปใช้บริการภาคเอกชนหรือประสงค์ใช้บริการภาครัฐในเงื่อนไขพิเศษที่ต้องจ่ายเงินเพิ่มได้จากข้อมูลปี ค.ศ. 2003 สัดส่วนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพระดับประเทศในภาครัฐต่อเอกชนคิดเป็น 58.2% : 41.8% ทั้งนี้ในภาครัฐมีการร่วมลงงบประมาณจากประกันสังคมเพียง 0.8% ในด้านค่าใช้จ่ายภาคเอกชนพบว่า อัตราการจ่ายตรงจากผู้ป่วยคิดเป็น 73.8% และจากการประกันสุขภาพเอกชนเพียง 13.7% เท่านั้น

งบประมาณหลักประกันสุขภาพภาครัฐได้มาจากภาษีเป็นหลักนั้นก็มีที่มา 2 ทางคือ

1. ภาษีทางตรงได้แก่ภาษีเงินได้ส่วนบุคคลภาษีนิติบุคคลและภาษีจากมูลค่าที่เพิ่มขึ้นของอสังหาริมทรัพย์ 2. ภาษีทางอ้อมได้แก่ ภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีบริการ ภาษีสุດการ นอกจากนี้การบริการสุขภาพภาครัฐยังได้รับการสนับสนุนการเงินการคลังผ่านระบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพของลูกจ้างภาคเอกชนมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเป็นเงินทุนสำรองเลี้ยงชีพมีอัตราคงที่ที่ 23% โดยมาจาก 11% ของเงินเดือนลูกจ้างและนายจ้างร่วมจ่ายอีก 12% ในกองทุนนี้ยังมีการกันเงินออกเป็น 3 กองย่อยตามวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันไปได้แก่ Account 1 มีสัดส่วน 60% เพื่อหลังเกษียณอายุ Account 2 สัดส่วน 30% เพื่อที่อยู่อาศัยและการศึกษาระดับอุดมศึกษา และ 10% ที่เหลือเพื่อค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอย่างไรก็ตามหลังจากปี ค.ศ. 2007 หากสมาชิก มีความจำเป็นต้องการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพเพิ่มเติมสามารถขอเบิกใช้จ่ายจาก Account 2 ได้อีกไม่เกิน 30% ของยอดเงินออมรวมนอกจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพแล้วยังมีระบบประกันสังคมมารองรับผู้มีรายได้น้อยกว่า 3,000 ริงกิต ต่อเดือนเป็นการร่วมใจทั้งจากนายจ้างและลูกจ้างเช่นกันแต่กำหนดเป็นอัตราที่ตายตัวตามเพดานของรายได้ต่อเดือนซึ่งมีสวัสดิการดูแลความเจ็บป่วยกรณีอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการทำงานด้วย

4. การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศสืบเนื่องจากการทบทวนระบบสุขภาพของประเทศในปี ค.ศ. 2002 และมีการหารือในระดับกระทรวงสาธารณสุขถึงการพัฒนาระบบสุขภาพให้มุ่งบรรลุการมีสุขภาพดีของประชาชนที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของอดีตนายกรัฐมนตรี มหาธีร์ ที่มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 มุ่งหวังว่าในปี ค.ศ. 2020 ประเทศมาเลเซียจะเป็นสังคมในการดูแลซึ่งกันและกันประชาชนมีสุขภาพดีทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและสังคมด้วยการมีระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมเข้าถึงได้ประหยัดและมีการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมซึ่งยังคงใช้มาจนถึงทุกวันนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงปรึกษาผู้เชี่ยวชาญองค์กรอนามัยโลกเพื่อวิเคราะห์ประเมิน

สถานการณ์และหาข้อสรุปในการมองอนาคตแบบระบบสุขภาพของประเทศที่ควรจะเป็นแม้ว่าในภาพรวมประเทศมาเลเซียจึงอยู่ในระดับดีสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไปค่อนข้างมีความใกล้เคียงกัน โดยมีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพค่อนข้างต่ำ

ในปี ค.ศ. 2003 ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในภาพรวมคิดเป็น 3.8% ของ GDP แต่ยังคงเป็นรูปแบบจ่ายล่วงหน้า (Prepayment) ไม่สูงซึ่งองค์กรอนามัยโลกแนะนำให้ประเทศต่าง ๆ ออกแบบกลไกการเงินการคลังสุขภาพด้วยรูปแบบนี้และควรต้องทำให้ประชาชนจ่ายเงินเอง (Out-of-pocket) ให้น้อยลงรัฐบาลมาเลเซียมีความหวังใยการใช้จ่ายทางสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยทั่วไปซึ่งประเทศมาเลเซียคงต้องประสบเช่นกันและหากไม่มีแนวทางการปรับปรุงให้เกิดกลไกการเงินการคลังทางสุขภาพในรูปแบบจ่ายล่วงหน้าแล้วทั้งรัฐบาลและประชาชนอาจเผชิญความเสี่ยงทางการเงินสูงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 8 ปี ค.ศ. 2001-2005 จึงมีการระบุแผนการพัฒนาระบบการเงินการคลังทางสุขภาพขึ้นอีกระบบหนึ่งเพื่อเพิ่มการระดมงบประมาณเข้ามาจัดบริการแก่ประชาชนอีกทางหนึ่งนอกเหนือจากงบประมาณภาครัฐที่มาจากกระทรวงการคลังแต่มุ่งเน้นการจัดการให้เกิดความเป็นธรรมทางสังคมสุขภาพในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนยากจนและด้อยโอกาสที่มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีไม่ต่างจากคนมีฐานะ

ระบบใหม่นี้เป็นการจัดเก็บเงินสมทบเพิ่มเติมอีกระบบหนึ่งเน้นผู้ทำงานเท่านั้น แต่สิทธิครอบคลุมถึงสมาชิกสายตรงในครอบครัวด้วยซึ่งยังคงมีการถกเถียงถึงแนวทางการจัดเก็บว่าควรเป็นระบบก้าวหน้าตามรายได้ (Progressive) หรือเป็นอัตราเดียว (Flat rate) เนื่องจากมีแนวโน้มว่าการจัดเก็บในอัตราเดียวอาจส่งผลถึงความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพได้ เนื่องจากมีแนวโน้มที่คนจนจะต้องเข้าร่วมจ่ายในระบบในสัดส่วนรายได้ที่สูงกว่า ทั้งนี้รัฐบาลมาเลเซียมีความตั้งใจในการพัฒนาระบบนี้ เพื่อเป็นการเสริมแหล่งเงินเพิ่มเติมจากการใช้ภาษีซึ่งยังคงเป็นหลักอยู่ในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักการร่วมจ่าย ณ สถานบริการก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่กำลังมีการพิจารณาว่าสมควรนำมาเป็นเครื่องมือในการสร้างความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนเองและป้องกันสภาวะการใช้บริการอย่างไม่สมเหตุสมผลหรือไม่อย่างไรก็ตามยังคงมีความกังวลว่าคนจนและด้อยโอกาสอาจได้รับผลกระทบจากการต้องร่วมใจนี้และอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการได้ในกรณีนี้จึงมีแนวโน้มว่าอาจมีนโยบายยกเว้นการร่วมจ่ายในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

จากความร่วมมือระหว่างนักวิชาการทั้งภายในประเทศภายในประเทศและนักบริหารงานสาธารณสุขระดับสูงคาดหวังว่าการออกแบบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคตน่าจะนำไปสู่ความเป็นธรรมทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริงและลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจากประชาชนเองลงได้ขณะเดียวกันก็ไม่เป็นภาระเงินเกินไปของภาครัฐในการดูแล เกิดเป็นความสมดุลทางการเงินการคลังทางสุขภาพของประเทศในระยะยาว

ระบบสุขภาพของประเทศเกาหลีใต้

Song (2009, pp. 206-209) ศึกษากระบวนการสุขภาพของประเทศเกาหลีใต้และกล่าวถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดังนี้

1. การเพิ่มคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวเกาหลีใต้ดีขึ้นจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ อายุเฉลี่ยเพศชายเพิ่มขึ้นจาก 51.1 ในปี ค.ศ. 1960 เป็น 75.7 ในปี ค.ศ. 2000 อายุเฉลี่ยเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 53.7 ในปี ค.ศ. 1960 เป็น 82.4 ในปี ค.ศ. 2000 อัตราการเกิดอยู่ที่ 10.1 อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 5.0 อัตรา การเสียชีวิตแรกเกิดจาก 61.0 ต่อ 1,000 คน ในปี ค.ศ. 1960 ลดลงเหลือ 5.3 ต่อ 1,000 คน ในปี ค.ศ. 2005 และอัตรารายเจริญพันธุ์ลดลงจาก 1.67 ในปี ค.ศ. 1985 เป็น 1.13 ในปี ค.ศ. 2006 นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นส่วนอัตราการเกิดลดลง ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ โครงสร้างครอบครัวประชากรที่เป็นผู้สูงอายุจะเป็นภาระทางสังคมจากค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น

2. บุคลากรทางสุขภาพเกาหลีใต้มีการควบคุมวิชาชีพด้านระบบบริการสุขภาพ กำหนดให้แพทย์ ทันตแพทย์พยาบาลแพทย์แผนจีนและผดุงครรภ์จะต้องได้รับใบอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขสวัสดิการและครอบครัว (MIHWAF) จึงจะสามารถให้บริการสุขภาพได้ปี ค.ศ. 2007 เกาหลีใต้มีแพทย์ 9,1400 คน ทันตแพทย์ 23,114 คน แพทย์ศาสตร์ตะวันตก 57,176 คน เภสัชกร 8,587 คน พยาบาลและผดุงครรภ์ 235,687 คน แต่ปัญหาสำคัญเป็นเรื่องของทรัพยากรทางสุขภาพที่ยังมีความแตกต่างของระบบบริการทางการแพทย์ในแต่ละพื้นที่ สถานบริการสุขภาพเอกชนส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง แพทย์กว่า 90% อยู่ในเขตเมืองและประชาชนกว่า 80% อาศัยอยู่ในเขตเมือง

3. ระบบส่งต่อผู้ป่วยชาวเกาหลีใต้สามารถไปพบแพทย์ในสถาบันสุขภาพหรือโรงพยาบาลก็ได้ตามต้องการ ส่วนระบบการส่งต่อผู้ป่วยจะแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกผู้ป่วยสามารถไปพบแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปที่ได้ก็ได้ตามต้องการ แต่ถ้าผู้ป่วยต้องการไปรักษาต่อในโรงพยาบาลต่อไปก็สามารถนำเอกสารการส่งตัวที่ออกโดยแพทย์ที่วินิจฉัยครั้งแรกไปยื่นได้ทันที เว้นแต่กรณีคลอดบุตร การเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน พบทันตแพทย์ ภายภาพบำบัด เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ป่วยโรคเลือดสามารถไปพบแพทย์ได้โดยไม่ต้องมีเอกสารส่งต่อ

4. ความมั่นคงทางสุขภาพ

4.1 โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1.1 ความคุ้มครองสุขภาพของประชาชนกฎหมายการประกันสุขภาพของเกาหลีใต้ตั้งแต่เดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 1963 ลูกจ้างจากบริษัทต่าง ๆ กว่า 500 ราย เรียกร้องให้มีการประกันสุขภาพและจัดตั้งสมาคมสุขภาพ ในปี ค.ศ. 1977 จากเดือนมิถุนายน ปี ค.ศ. 1979 ลูกจ้าง

กว่า 500 คนจากทุกบริษัท เรียกร้องให้มีการประกันสุขภาพและประกันสังคม ในเดือนมกราคม ปี ค.ศ. 1988 การประกันสุขภาพคุ้มครองในทุกรัฐและขยายไปสู่กลุ่มลูกจ้าง ข้าราชการและลูกจ้างโรงเรียนเอกชนกว่า 300 คน ในเดือนมกราคม ปี ค.ศ. 1989 ผู้ประกอบการในเขตชนบทเข้ามาอยู่ในระบบทั้งหมด ต่อมาในเดือนกรกฎาคม ระบบประกันสุขภาพในเขตเมืองได้ขยายไปสู่ผู้ประกันตน ใช้เวลากว่า 12 ปี ระบบประกันสุขภาพจึงสามารถคุ้มครองได้อย่างครอบคลุมถึงประชากรทั้งหมด 10 ปี ต่อมาในปี ค.ศ. 2000 ระบบประกันสุขภาพได้ถูกบูรณาการเข้าสู่โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1.2 โครงสร้างและการทำงานโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1. MIHWAF เป็นผู้รับผิดชอบการกำหนดเชิงนโยบาย ดูแลการทำงานของโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติและนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ 2. โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHIC) รับผิดชอบในการบริหารงานของโครงการหลักประกันสุขภาพ ลงทะเบียนผู้ประกันตน และกำหนดค่ารักษาพยาบาล 3. หน่วยงานตรวจสอบการประกันสุขภาพ (HIRA) รับผิดชอบในการตรวจสอบค่ารักษาและประเมินผลหลังการบริการ ผู้ป่วยสามารถยื่นคำร้องต่อ HIRA เพื่อตรวจสอบค่าใช้จ่ายและ NHC จะทำการจ่ายคืนรักษาพยาบาล 4. สถาบันการแพทย์ จะได้รับการคัดเลือกและกำกับดูแลจาก MIHWAF

4.1.3 การคุ้มครองและการสนับสนุนชาวเกาหลีใต้จะได้รับความคุ้มครองจากโปรแกรมประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี ค.ศ. 2006 ประชาชนที่ได้รับความคุ้มครองทั้งหมดมากกว่า 47 ล้านคน หรือมากกว่า 96.3% ของประชากรทั้งหมด การประกันแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ลูกจ้างและผู้ประกันตน ผู้ประกันตนจะรวมทั้งคู่สมรสพี่น้องและลูกหลาน ลูกจ้างจะต้องจ่ายเงินสนับสนุน 5.08% ของเงินเดือน ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ผู้ประกันตนจ่ายเงินสนับสนุนตามรายได้ คุณสมบัติมาตรฐานการดำรงชีพและการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจส่วนที่เหลืออีก 3.7% จะได้รับการสนับสนุน โดยโครงการช่วยเหลือทางการแพทย์ ผู้ที่อาศัยอยู่ในเกาหลีใต้อย่างน้อย 3 เดือน สามารถใช้โครงการประกันสุขภาพเกาหลีใต้ได้

4.1.4 ระบบการร่วมจ่ายผู้เอาประกันจะต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพบางส่วน การร่วมจ่ายมีความแตกต่างตามระดับและประเภทของสถาบันการแพทย์เมื่อผู้เอาประกันมีการจ่ายมากกว่าเพดานต้องร่วมจ่าย (3 ล้านวอน หรือ 2,400 USD, 1USD-1,250 วอน) ภายในระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกันจะได้รับการยกเว้นการร่วมจ่ายเพิ่มเติม

4.1.5 แหล่งเงินทุน โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติมีแหล่งเงินทุน 3 แห่ง คือ เงินสนับสนุน เงินสมทบจากรัฐบาลและเงินอุดหนุนจากค่าบุหรี แหล่งเงินทุนแรกคือ เงินสนับสนุนจากผู้เอาประกัน ลูกจ้างจ่าย 5.08% ของเงินเดือน นายจ้างและลูกจ้างจ่ายเงิน 50% ของทั้งหมด

การจ่ายของผู้เอาประกันก็จะขึ้นอยู่กับรายได้ ทรัพย์สิน พาหนะ อายุ และเพศ ผู้เอาประกันภัยที่อาศัยอยู่บนเกาะหรือชนบทก็จะมีส่วนลดลงต่างกัน แหล่งเงินทุนที่สองมาจากรัฐบาล รัฐบาลแห่งชาติจ่ายให้ 14% ของรายได้ต่อปี จากเงินสนับสนุนของผู้เอาประกันโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ แหล่งเงินทุนที่สามเป็นเงินจากบุหรี่ยึดเป็น 6% ต่อปี

4.2 โครงการช่วยเหลือทางการแพทย์ ประมาณ 3.7% ของประชากรทั้งหมดได้รับการคุ้มครองจากโครงการช่วยเหลือทางการแพทย์ ปี ค.ศ. 2006 ผู้เข้ารับการรักษาในโครงการจำนวน 1,828,627 (3.7%) จากประชากรทั้งหมด 49,238,227 คน จำนวนผู้ลงทะเบียนโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ 28,445,033 (57.7%) ลูกจ้างและผู้ประกอบอาชีพอิสระ 18,964,567 (38.6%) การช่วยเหลือทางการแพทย์จัดตั้งเมื่อ ปี ค.ศ. 1979 สำหรับครอบครัวที่มีรายได้น้อยหลังการประกาศให้ความช่วยเหลือปี ค.ศ. 1977 รัฐบาลจ่ายค่ารักษาโครงการนี้ทั้งหมดหลังจากปี ค.ศ. 2004 โครงการช่วยเหลือทางการแพทย์ถูกขยายสู่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี โครงการช่วยเหลือทางการแพทย์ร่วมกับรัฐบาลส่วนกลางภูมิภาค MIHWFA กำหนดเกณฑ์สำหรับผู้รับประโยชน์ส่วนท้องถิ่นเลือกผู้รับประโยชน์ตามที่กระทรวงกำหนดเมื่อเร็ว ๆ รัฐบาลนี้ได้เผชิญกับอุปสรรคทางการเงินสำหรับคนที่มีรายได้น้อยและปรับเปลี่ยนระบบการให้โครงการประกันสุขภาพสนับสนุนเงินทุนแก่โครงการช่วยเหลือทางการแพทย์

4.3 โครงการประกันเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาชาวเกาหลีใต้มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระสำคัญของครอบครัว รัฐบาลได้นำโปรแกรมการประกันเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปใช้ในหลายพื้นที่ทั่วประเทศเพื่อเป็นการศึกษานำร่อง ปัจจุบันคุ้มครอง 3.8% ของผู้สูงอายุในเกาหลี ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เช่น ผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไปหรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี สามารถจะสมัครเข้าโปรแกรมได้ แต่ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการได้ จะได้รับบริการรักษาพยาบาล การบริการซักรีด โครงการประกันเพื่อดูแลต่อเนื่องได้รับเงินสนับสนุนจากการประกันสุขภาพ เงินสนับสนุนจากรัฐบาลและระบบร่วมจ่าย ผู้ใช้บริการจ่าย 15% (จากการบริการที่บ้าน) 20% (จากสถานบริการ) รัฐบาลตั้งความหวังว่าจะขยายโครงการให้สามารถคุ้มครองผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน

4.4 ความท้าทายของระบบสุขภาพ

4.4.1 การเข้าถึงและคุ้มครอง

ระดับภูมิภาคยังไม่มีความเท่าเทียมในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ควรแก้ไขเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ทางการแพทย์ สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองและแพทย์ 92.1% จำนวนเตียงนอนกว่า 90.8% ประชาชน 79.7% อยู่ในเขตเมือง

4.4.2 การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและการขาดดุลงบประมาณด้านสุขภาพ เกาหลีใต้กำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นและเป็นภาระสังคมระยะยาวรัฐบาลเกาหลีใต้จึงเริ่มดำเนินการเพื่อลดภาระทางค่าใช้จ่ายของประชากรที่มีอายุน้อย ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ MIHWAF ดำเนินมาตรการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกและแนะนำโครงการประกันเพื่อดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพของประเทศบรูไน

วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ (2555, หน้า 13-21) ศึกษาสถานะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศบรูไนและกล่าวถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามลักษณะทางภูมิศาสตร์ของประเทศเป็นข้อได้เปรียบ ปัญหาเรื่อง พายุ ใต้ฝุ่น น้ำท่วม แผ่นดินไหวเกิดขึ้นน้อยมาก อย่างไรก็ตามโลกที่โลกร้อนที่ส่งผลกระทบทั่วโลกก็ส่งผลกระทบต่อบรูไนด้วยเช่นกัน ระยะเวลาหลังเกิดสภาวะฝนตกหนักต่อเนื่องไม่ขาดสายในฤดูฝน ทำให้เกิดน้ำท่วมในพื้นที่ลุ่มและดินถล่มเชิงเขา นอกจากนี้ยังมีปัญหาควันไฟจากประเทศเพื่อนบ้านใกล้เคียงอย่างอินโดนีเซียในฤดูเผาป่า

2. สถานะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ บรูไนมักจะประกาศอยู่เสมอว่าประเทศมีระบบบริการสุขภาพสภาพดีมากเป็นอันดับต้นของโลก สุลต่านองค์ปัจจุบันทรงให้ความสำคัญกับการสนับสนุนสวัสดิการสังคม ทั้งในเรื่องสุขภาพ การศึกษาและระบบสวัสดิการอื่น ๆ อย่างดีเยี่ยม แผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศฉบับปัจจุบันถือเป็นฉบับที่ 9 (The national development plan) จะสิ้นสุดในปี ค.ศ. 2012 รัฐบาลถึงกับลงทุนทำแผนพัฒนาประเทศระยะยาวที่เรียกว่า Wawasan Brunei 2035 (Brunei's vision 2035) ถือว่าเป็นความคิดที่ก้าวไกลและล้ำหน้ามาก

สภาพถนนหนทางในบรูไนดีมากและมีอย่างทั่วถึงทั้งประเทศรัฐบาลลงทุนสร้างบ้านให้ประชาชนผ่อนชำระในราคาที่ถูกลงแม้กระทั่งหมู่บ้านน้ำ (Water village) ซึ่งเดิมมีอยู่แล้วกระจายอยู่ทั่วไปริมฝั่งแม่น้ำบรูไน จนกลายเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญของประเทศ ได้รับการบูรณะปรับปรุงอย่างดีหมู่บ้านน้ำแห่งใหม่ที่เปรียบเหมือนหมู่บ้านจัดสรรกลางน้ำเป็นโครงการที่เสนอขึ้นมาจากเงินมูลนิธิของสุลต่าน ระบบประปา ไฟฟ้าและการจัดการขยะถือว่าทำได้ดีมาก บ้านเมืองสะอาดและเป็นระเบียบ

ในเรื่องปัญหาสุขภาพและระบบบริการ แม้บรูไนจะร่ำรวยมีเงินทองมหาศาล ประชาชนมีความกินดีอยู่ดี มีโรงพยาบาลและบุคลากรเพียงพอที่จะดูแลประชาชนได้เป็นอย่างดี โดยความร่วมมือสนับสนุนร่วมกับสิงคโปร์ ออสเตรเลียและอังกฤษ แต่ปัญหาพื้นฐานที่รัฐบาลกำลังประสบอยู่ในขณะนี้ คือ

1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น
2. การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต (Life style) ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการเจ็บป่วยของประชาชน

3. การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรศาสตร์

4. ความก้าวหน้าและการพัฒนาของเทคโนโลยีใหม่ ๆ ด้านการแพทย์

5. ความหวังของประชาชนที่สูงขึ้นในการได้รับบริการด้านสาธารณสุข

ดังนั้นแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข (Strategic health plan) ฉบับที่ 1 ของประเทศ ซึ่งเริ่มในปี ค.ศ. 2000-2010 จึงได้วางระบบไว้สำหรับการรับมือกับปัญหาดังกล่าวทั้ง 5 เรื่องข้างต้น ขณะนี้แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ฉบับที่ 2 ของประเทศก็ได้วางกรอบไว้โดยผนวกการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนทัศน์อื่น ๆ (Paradigm shift) เช่น เพิ่มงานสร้างเสริมสุขภาพและสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปให้มีน้ำหนักมากขึ้น

ด้านการรักษาพยาบาลบรูไนไม่ว่าจะเป็น โรคอะไรไปใช้บริการที่ไหนก็ได้รัฐบาลให้บริการฟรีโดยเสียเงินสมทบครั้งละ 1 ดอลลาร์บรูไนหรือประมาณ 25 บาท ปัจจุบันบรูไนมีประชากรประมาณ 400,000 คนอาศัยอยู่ในพื้นที่ 4 เขต (District) มีสถานบริการของโรงพยาบาลให้บริการดังนี้ 1. โรงพยาบาลรัฐ 4 แห่ง จำนวนเตียงรวมกันประมาณ 1,500 เตียง 2. โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง 3. 15 Health Centers 4. 10 Health Clinics 5. 15 Maternal and Child Clinics 6. 13 Traveling Health Clinic และ 7. ระบบ Flying Medical Service สำหรับพื้นที่ห่างไกล (Remote area)

สำหรับบริการด้านทันตกรรมก็จะมีบริการเฉพาะอยู่ในศูนย์สุขภาพ (Health center) และคลินิกแยกต่างหาก แม้กระทั่งบริการบางอย่างที่ในประเทศอาจจะมีศักยภาพดูแลแต่ไม่ได้จำเป็นต้องส่งไปรักษาต่างประเทศ เช่น ลิงคโปร์ รัฐบาลก็ออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด

บรูไนมีมหาวิทยาลัยในประเทศเพียง 1 แห่ง ตั้งอยู่ในเมืองหลวงและมีคณะแพทยศาสตร์ 1 แห่ง ซึ่งยังขาดแคลนอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษในสาขาเฉพาะด้าน บางสาขาทางการแพทย์บรูไนต้องอาศัยความร่วมมือการเรียนการสอนร่วมกับมาเลเซีย ลิงคโปร์ และอังกฤษ สาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของบรูไน คล้ายคลึงกับประเทศอื่น ๆ ในอาเซียนได้แก่ 1. โรคมะเร็ง 8.4% ของการตายทั้งหมด มะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งหลอดอาหารและปอด 2. โรคหัวใจวายเนื่องจากหลอดเลือดตีบตัน 15.8% ของการตาย 3. โรคเบาหวาน 8.5% 4. โรคหลอดเลือดสมอง 5. โรคติดเชื้อกระแสเลือด

รัฐบาลบรูไนตระหนักดีว่าแม้ขณะนี้จะยังไม่มีปัญหางบประมาณในการจัดการ โครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพของประชาชนแต่ปัญหาที่รุมเร้าเข้ามาทำให้

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นในอัตราที่เร็วมากเพื่อตอบสนองในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยก่อนวัยอันควรจึงได้ตั้งคณะกรรมการขึ้นมาจากสาขาวิชาชีพ มีชื่อว่า The National Committee on Health Promotion คณะกรรมการชุดดังกล่าวได้กำหนดแผนงานที่สำคัญ 7 ด้านในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ 1. การโภชนาการ 2. งานความปลอดภัยด้านอาหาร 3. งานควบคุมการบริโภคยาสูบ 4. งานสุขภาพจิต 5. งานออกกำลังกาย 6. งานอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 7. งานสุขภาพสตรี

รูปธรรมที่สำคัญของแผนงานดังกล่าวคือ การกำหนดมาตรการใหม่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการสร้างนโยบายสถานะเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องหลัก เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย รวมทั้งการจัดกิจกรรมพิเศษตามโอกาสหรือวาระต่าง ๆ

3. ระบบงบประมาณด้านการเงินการคลังสุขภาพ (Health financing) ของบรูไนมาจากสำนักงานประมาณทั้งหมดเช่นเดียวกับประเทศไทย งบประมาณดังกล่าวถูกจัดสรรผ่านมาที่กระทรวงสาธารณสุขโดยตรง ประชาชนร่วมใจในระบบบริการน้อยมากเพียงแค่ครั้งละ 1 ดอลลาร์ บรูไนหรือประมาณ 25 บาทต่อครั้ง ที่รับบริการประชาชนนิยมเข้าไปใช้บริการในสถานบริการของรัฐเนื่องจากใหญ่โตสะอาดมีมาตรฐานและไม่แออัด สำหรับในภาคเอกชนยังมีบทบาทน้อยเนื่องจากตลาดมีจำกัดคนต่างชาติที่เข้ามาทำงานอยู่ในประเทศปกติจะซื้อประกันสุขภาพกับเอกชนสำหรับพนักงานบริษัทลูกจ้างของบริษัทน้ำมันบางแห่งได้ประกันสุขภาพของเอกชนโดยบริษัทเป็นคนออกให้ซึ่งถือเป็นสวัสดิการของบริษัทงบประมาณของรัฐบาลที่จัดสรรให้ต่อปีเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนจำนวน 300 กว่าล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (ประมาณ 10,000 ล้านบาท) ซึ่งถือว่าสูงมากสำหรับประเทศที่มีประชากรเพียง 400,000 คน นอกจากนี้รัฐบาลยังมีการสนับสนุนงบประมาณลงทุนและพัฒนาระบบใหม่ ๆ ให้อีกประมาณ 500,000,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี

จากการศึกษาและวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศพบว่า มีแนวทางที่สามารถนำมาพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้ดังนี้

ตารางที่ 2-2 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศ

กรณีศึกษา	แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ระบบบริการสุขภาพ ของประเทศ สหรัฐอเมริกา	<p>1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>1.1 สร้างความร่วมมือกับศิลปิน ดารา นักแสดง เพื่อเข้ามามีบทบาทเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยด้านสุขภาพ</p> <p>1.2 พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการทางการแพทย์และการใช้บุคลากร รวมทั้งอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมประเมินระบบความมั่นคงทางสุขภาพ</p> <p>2. ด้านการป้องกัน</p> <p>2.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พร้อมตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน หยุดยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคข้ามพรมแดน</p> <p>2.2 พัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐภายในประเทศและหน่วยงานภาครัฐระหว่างประเทศเพื่อร่วมตอบสนองต่อการป้องกันโรคระบาด</p> <p>2.3 ให้ความสำคัญต่อการพัฒนากระบวนการตรวจจับภัยคุกคามทั้งทางธรรมชาติโรคจากสัตว์ และภัยคุกคามที่มนุษย์สร้างขึ้นเพื่อความปลอดภัยทางชีวภาพและความมั่นคงทางชีวภาพ</p> <p>2.4 พัฒนาระบบการค้นหาแหล่งระบาดของโรคและคุณภาพการส่งต่อข้อมูลเพื่อการรายงานแบบเรียลไทม์</p> <p>2.5 พัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินและการเชื่อมโยงระหว่างระบบสาธารณสุข</p> <p>2.6 กำหนดกฎหมายและระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นให้เกิดการตอบสนองอย่างรวดเร็วจากหลายภาคส่วน</p> <p>3. ด้านการรักษา</p> <p>3.1 สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีนและยา เพื่อการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>3.2 สนับสนุนให้มีเครื่องมือที่ทันสมัยเพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค รวมทั้งเครื่องมือสำคัญที่สนับสนุนความมั่นคงด้านสุขภาพ</p> <p>3.3 ให้ความสำคัญต่อการพัฒนามาตรฐานและระบบการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ</p>

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

กรณีศึกษา	แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
<p>ระบบบริการสุขภาพ ของประเทศประเทศ สิงคโปร์</p>	<p>1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>1.1 กำหนดแนวทาง วัตถุประสงค์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการยกระดับสุขภาพของประชาชนด้วยการสร้างเสริมวิถีสุขภาพดี การสร้างจิตสำนึก ความมีวินัย ความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง การเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>1.2 พัฒนาแนวทางการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและควบคุมความต้องการบริการทางสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>1.3 พัฒนาสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้ประกอบการคลินิก เพื่อสนับสนุนการให้ข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>1.4 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและหลีกเลี่ยงการพึ่งพิงระบบบริการ สวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพที่มากเกินไป</p> <p>1.5 ประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวง อาทิจ กระทรวง สาธารณสุข รับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพและกำหนดออกระเบียบหรือควบคุมมาตรฐาน กระทรวงสิ่งแวดล้อม ร่วมรับผิดชอบการป้องกันโรคระบาดและกระทรวง แรงงานร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของแรงงานและลูกจ้าง</p> <p>1.6 นำระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชนในระดับปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ประชาชน</p>
	<p>2. ด้านการป้องกัน</p> <p>2.1 กำหนดวัตถุประสงค์ระดับประเทศมุ่งเน้นการยกระดับสุขภาพของประชาชนด้วยการป้องกันสุขภาพ</p> <p>2.2 สร้างเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิด้านการดูแลป้องกันโรคระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและผู้ประกอบการคลินิก เพื่อให้บริการพื้นฐานแก่ครอบครัว การคัดกรองปัญหาสุขภาพและการจัดบริการทางด้านป้องกันโรค สำหรับเด็กนักเรียน การให้สุขศึกษาและ</p>

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

กรณีศึกษา	แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
	<p>การส่งเสริมป้องกันโรคประชาชนกระจายทั่วทั้งประเทศ โดยเฉพาะที่ที่มีประชาชนอยู่นานแน่น</p> <p>2.3 กำหนดและบังคับใช้กฎหมายที่เคร่งครัด เพื่อดูแลสิ่งแวดล้อม ความสะอาด โดยเฉพาะในเขตท่องเที่ยว รวมทั้งปลูกฝังค่านิยมให้ประชาชนมีระเบียบวินัย และเคารพกฎหมาย</p>
	<p>3. ด้านการรักษา</p> <p>3.1 สร้างความรับผิดชอบส่วนบุคคลต่อการมีสุขภาพดีผ่านระบบกองทุนประกันสุขภาพที่ประชาชนสามารถออมเงินไว้เป็นค่าใช้จ่ายด้านการรักษา</p> <p>3.2 พัฒนาความร่วมมือด้านการสนับสนุนเงินทุนเพื่อการรักษา ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กองทุนต่าง ๆ และสถาบันทางการเงิน</p> <p>3.3 สร้างเครือข่ายการรักษาผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้ประกอบการคลินิก เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพระดับปฐมภูมิ มีบริการด้านการแพทย์พื้นฐานที่ดีในราคาที่เหมาะสมให้กับประชาชน</p> <p>3.4 พัฒนาระบบบริการรักษาของโรงพยาบาล ทั้งระดับทุติยภูมิและตติยภูมิให้ ประชาชนมีอิสระในการเลือกใช้บริการทั้งในภาครัฐและเอกชน</p> <p>3.5 กำหนดมาตรฐานการบริการและค่าบริการสูงสุด (เพดานค่าบริการ) อาทิ ในระดับปฐมภูมิแบบ free for service และระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ แบบ free for service โดยรัฐกำหนดอัตราค่าบริการ ซึ่งต่างกันในแต่ละระดับและมีเงินอุดหนุนในกรณีรายรับของโรงพยาบาลต่ำกว่าที่ตั้งไว้ โดยการชดเชยตามรายการ และอุดหนุนให้ถึงเพดาน</p> <p>3.6 พัฒนาระบบประกันสุขภาพ โดยรัฐบาลจัดระบบให้ประชาชนมีการออมเงินเพื่อสุขภาพ ประกอบกับเงินสะสมจะได้รับการยกเว้นภาษี และได้รับอัตราดอกเบี้ยในอัตราที่เหมาะสม</p>

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

กรณีศึกษา	แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
	<p>3.7 กรณีที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลรัฐควรจะให้เงินอุดหนุนตามความเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยเข้านอนในหอผู้ป่วยสามัญและงคอดหนุนกรณีทีนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ</p> <p>3.8 พัฒนาช่องทางกรรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลกรแก้ไขปัญหาและได้ร้องทุกข์ในด้านการรักษา นำมาสู่การปรับปรุงให้เกิดความสะดวกแก่ประชาชนมากขึ้น</p>
	<p>4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <p>4.1 พัฒนากองทุนที่สามารถสนับสนุนความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับประชาชนวัยเกษียณ</p> <p>4.2 พัฒนาระบบการออมเงินให้สามารถตอบสนองต่อการดูแลบุคลากรในครอบครัว การส่งต่อผลประโยชน์เป็นมรดกตกทอดและสามารถเพิ่มพูนรายได้</p> <p>4.3 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับ หน่วยงานภาคเอกชนและคลินิก เพื่อให้การพยาบาลที่บ้านและการฟื้นฟูสุขภาพคนชรา กระจายทั่วทั้งประเทศ โดยเฉพาะที่ที่มีประชาชนอยู่หนาแน่น</p> <p>4.4 พัฒนาโรงพยาบาลระดับชุมชนที่มีราคาต้นทุนต่ำกว่า สำหรับการให้บริการเพื่อการพักฟื้นของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป</p> <p>4.5 พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายทุกระดับตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ไปจนถึงตติยภูมิ</p>
ระบบบริการสุขภาพของประเทศประเทศมาเลเซีย	<p>1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>1.1 พัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและการกำกับดูแลที่ครอบคลุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของประชาชน</p> <p>1.2 พัฒนาคือร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงทรัพยากรมนุษย์ที่ดูแลความปลอดภัยด้านสุขภาพของพนักงานกระทรวงศึกษาธิการรับผิดชอบเกี่ยวกับการฝึกอบรมด้านสุขภาพแก่บุคลากร กระทรวงกลาโหมให้บริการด้านสุขภาพในเขตรับผิดชอบ</p>

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

กรณีศึกษา	แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
	<p>และกระทรวงอื่น ๆ</p> <p>1.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในเขตชนบท โดยการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกและการบริการสุขภาพใหม่ ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>1.4 เพิ่มเงินทุนสนับสนุนการใช้เทคโนโลยี เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการสื่อสารและการให้ความรู้ประชาชน</p> <p>1.5 สื่อสารข้อมูลความรู้ผ่านสื่อทางสังคมออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างความตระหนักรู้ การแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบท</p> <p>1.6 สนับสนุนการฝึกอบรมชาวบ้านให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์หรือด้านการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>1.7 พัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นสังคมในการดูแลซึ่งกันและกัน ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งในระดับปัจเจกบุคคลครัวเรือน ครอบครัวและสังคม มีระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมเข้าถึงได้ ประหยัดและมีการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม</p> <p>2. ด้านการป้องกัน</p> <p>2.1 พัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจกำหนดหน้าที่รับผิดชอบและการกำกับดูแลที่ครอบคลุมด้านการป้องกัน มุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของประชาชน</p> <p>2.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในเขตชนบท โดยการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกและการบริการสุขภาพใหม่ ๆ ในการป้องกันโรค</p> <p>2.3 สร้างการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและการจัดหาเงินทุนด้านการป้องกันโรคแก่ประชาชน</p> <p>2.4 สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมวางแผนเพื่อนำไปสู่ความพอเพียงด้านการป้องกันโรค</p>

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

กรณีศึกษา	แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
	<p>3. ด้านการรักษา</p> <p>3.1 พัฒนาแนวทางการสนับสนุนเงินทุนทั้งจากงบประมาณหลักประกันสุขภาพภาษีทางตรง ภาษีทางอ้อมและการสนับสนุนการเงินการคลังผ่านระบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เพื่อจัดสรรสนับสนุนการบริการสุขภาพและกระบวนการจัดการสุขภาพให้มีความเท่าเทียมด้านการรักษา</p> <p>3.2 ประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพกับเอกชนในการพัฒนาและประยุกต์ใช้การแพทย์แผนโบราณและการแพทย์ตะวันตกในการรักษาและดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>3.3 พัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจกำหนดหน้าที่รับผิดชอบและการกำกับดูแลที่ครอบคลุมด้านการรักษามุ่งเน้นมาตรฐานการตอบสนองความต้องการของประชาชน</p> <p>3.4 ก่อตั้งและพัฒนามาตรฐานศูนย์ส่งต่อเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการดูแลเฉพาะทางและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลขั้นพื้นฐานระดับคลินิก</p> <p>3.5 พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลขนาดเล็ก เพื่อให้การดูแลทั่วไปทั้งทางการแพทย์และการพยาบาลแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้มารับบริการ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้บริการเฉพาะทางสำหรับประชาชนที่เดินทางมารับบริการและมาด้วยการส่งต่อ</p> <p>3.6 เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในเขตชนบท โดยการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกและการบริการสุขภาพใหม่ ๆ ในการบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก</p> <p>3.7 จัดหาแหล่งเงินทุนเพื่อสนับสนุนด้านการรักษา ทั้งที่มาจากภาษีเก็บภาษี การประกันสุขภาพและการร่วมชำระค่าบริการบางส่วนตามความเหมาะสม</p>

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

กรณีศึกษา	แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
	<p>3.8 เพิ่มเงินทุนสนับสนุนการใช้เทคโนโลยี เพื่ออำนวยความสะดวกต่อประชาชน การการรักษาที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการรักษาของแพทย์</p> <p>3.9 จัดหาแหล่งเงินทุนเพื่อสนับสนุนด้านการรักษา ทั้งที่มาจาก การเก็บภาษี การประกันสุขภาพและการร่วมชำระค่าบริการบางส่วนตามความเหมาะสม</p> <p>3.10 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน รวมทั้งเกิดความเป็นธรรมทางการเงินการคลังทางสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยจะต้องไม่มีอุปสรรคใด ๆ ต่อการเข้าถึงบริการรักษาสุขภาพ</p> <p>3.11 กำหนดมาตรการในการรักษาและควบคุมมาตรฐานสถานพยาบาลออกกฎหมายในการประกันคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชนและการบริการที่สอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพ การบริการสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>3.12 มุ่งเน้นการจัดการให้เกิดความเป็นธรรมทางสังคมสุขภาพในการเข้าถึงการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนยากจนและด้อยโอกาส ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีไม่ต่างจากคนมีฐานะ</p>
	<p>4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <p>4.1 พัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจกำหนดหน้าที่รับผิดชอบและการกำกับดูแลที่ครอบคลุมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของประชาชน</p> <p>4.2 สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <p>4.3 ประสานความร่วมมือเพื่อระดมทรัพยากร การใช้ทรัพยากรร่วมกันและลดความซ้ำซ้อนการให้บริการสุขภาพ เพื่อสร้างความเท่าเทียมกันด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ</p>

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

กรณีศึกษา	แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
	4.4 ประสานการทำงานร่วมกับแพทย์แผนโบราณที่ได้รับการยอมรับและผ่านการฝึกอบรมร่วมปฏิบัติงานเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ระบบบริการสุขภาพ ของประเทศประเทศ เกาหลีใต้	<p>1. ด้านการรักษา</p> <p>1.1 คุณภาพชีวิตของประชาชนชาวเกาหลีใต้ดีขึ้นจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์</p> <p>1.2 พัฒนาระบบส่งต่อให้ผู้ป่วยที่สามารถพบแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปที่ใดก็ได้ตามต้องการ ถ้าต้องการไปรักษาต่อในโรงพยาบาลต่อไปสามารถนำเอกสารการส่งตัวที่ออกโดยแพทย์ที่วินิจฉัยครั้งแรกไปยื่นได้ที่ กรณีคลอดบุตรการเข้ารับการรักษาฉุกเฉินพบทันตแพทย์กายภาพบำบัดเวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ป่วยโรคเลือดสามารถไปพบแพทย์ได้โดยไม่ต้องมีเอกสารส่งต่อ</p> <p>1.3 พัฒนาระบบการร่วมจ่าย ผู้เอาประกันจ่ายค่าบริการสุขภาพบางส่วน การร่วมจ่ายมีความแตกต่างตามระดับและประเภทของสถานบริการแพทย์ กำหนดเพดานต้องร่วมจ่ายระยะเวลาการจ่ายที่ควรจะได้รับยกเว้นการร่วมจ่ายเพิ่มเติม</p> <p>1.4 พัฒนาโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติและแหล่งเงินทุนสนับสนุน รวมทั้งการจัดเก็บเงินสมทบจากรัฐบาลเงินอุดหนุนจากค่าบุหรี่ยุติเงินสนับสนุนจากผู้เอาประกัน ทั้งจากนายจ้างและลูกจ้าง</p>
ระบบบริการสุขภาพ ของประเทศประเทศ บรูไน	<p>1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>1.1 กำหนดแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาว</p> <p>1.2 เพิ่มภาระงานมุ่งเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพและสาธารณสุขมูลฐานให้มีน้ำหนักมากขึ้น</p> <p>1.3 จัดตั้งคณะกรรมการขึ้นที่มาจากสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อาทิ งานโภชนาการงานสุขภาพจิต งานออกกำลังกาย รวมถึงงานอนามัยและสิ่งแวดล้อม</p>

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

กรณีศึกษา	แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
	<p>1.4 กำหนดมาตรการใหม่ ๆ ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการสำราญนโยบายสถานะเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการจัดกิจกรรมพิเศษตาม โอกาสหรือวาระต่าง ๆ</p>
	<p>2. ด้านการป้องกัน</p>
	<p>2.1 จัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาจากสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค อาทิ งานความปลอดภัยด้านอาหาร งานควบคุมการบริโภคยาสูบ</p>
	<p>3. ด้านการรักษา</p>
	<p>3.1 พัฒนาแนวทางการเข้าถึงการรักษาโดยสนับสนุนให้ประชาชนไม่ว่าจะเป็นโรคอะไรก็สามารถไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ รัฐบาลให้บริการฟรี มีค่าใช้จ่ายหรือมีการร่วมจ่ายสมทบเพียงบางส่วนตามความเหมาะสม</p>
	<p>3.2 พัฒนาระบบ Flying Medical Service สำหรับพื้นที่ห่างไกล (Remote area) ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ</p>
	<p>3.3 ประสานความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญพิเศษในการรักษาโรคสาขาเฉพาะทั้งในประเทศและต่างประเทศ</p>

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อ 22 มิถุนายน 2560

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปและบริบทปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อระบบบริการสุขภาพของจังหวัดชลบุรี สามารถนำเสนอได้ดังนี้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี 2559, หน้า 1-3) ได้ดำเนินงานพัฒนาด้านสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2560 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุขตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ไทยแลนด์ 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมืองและสังคมผู้สูงอายุสูงขึ้น ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการพัฒนา คือ “ประชาชน

สุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพที่ยั่งยืน” จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขและตามสภาพปัญหาในพื้นที่จังหวัดชลบุรี มีเป้าประสงค์สูงสุดเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดีมีอายุยืนยาวอายุค่าเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 80 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 72 ปี หน่วยงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์องค์กรที่มีความสุข ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพชุมชนสามารถจัดการสุขภาพและเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน โดยมีที่มาจากปัจจัยสภาพแวดล้อมดังนี้

1. ที่ตั้งอาณาเขต จังหวัดชลบุรีตั้งอยู่ในภาคตะวันออกของประเทศไทย ห่างจากกรุงเทพมหานคร 81 กิโลเมตร ติดทะเลอ่าวไทยความยาว 160 กิโลเมตร เป็นพื้นที่เศรษฐกิจสำคัญของประเทศไทยทั้งด้านอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยว มีชายทะเลที่มีชื่อเสียงระดับโลก คือ พัทยาและบางแสน มีเกาะมากถึง 45 เกาะ ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญ คือ เกาะสีชังและเกาะล้าน จังหวัดชลบุรีมีเนื้อที่ 4,363 ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองออกเป็น 11 อำเภอ 92 ตำบล 656 หมู่บ้าน 340 ชุมชน เทศบาลนคร 2 แห่ง เทศบาลเมือง 10 แห่ง เทศบาลตำบล 35 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 50 แห่ง มีรูปแบบการปกครองแบบพิเศษ 1 แห่ง คือ เมืองพัทยา

2. จำนวนประชากร จำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 1,455,039 คน แยกเป็นเพศชาย 712,875 คน เพศหญิง 742,164 คน จำนวนหลังคาเรือน 908,250 หลังคาเรือน ความหนาแน่น 333 คน ต่อตารางกิโลเมตร

3. การจัดระบบบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีโรงพยาบาล 12 แห่ง แบ่งเป็นระดับ A จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ระดับ S จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลทั่วไปบางละมุง ระดับ M2 จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลแหลมฉบัง และโรงพยาบาลบ้านบึง ระดับ F1 จำนวน 2 แห่ง ระดับ F2 จำนวน 4 แห่ง ระดับ F3 จำนวน 1 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง

4. บริบทปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

4.1 นโยบายของรัฐบาลตามที่รัฐบาลกำหนดให้จังหวัดชลบุรีเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษในรูปแบบซูเปอร์คลัสเตอร์และเป็น 1 ใน 3 จังหวัดเป้าหมาย ตามโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor Development: EEC) ซึ่งรัฐบาลจะมีการพัฒนาและลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานของรัฐบาลหลัก ๆ ได้แก่ โครงการรถไฟฟ้าความเร็วสูง กรุงเทพ พัทยา ระยอง โครงการพัฒนาท่าอากาศยานอู่ตะเภา พัทยา โครงการพัฒนาท่าเรือแหลมฉบัง ส่งผลให้เกิดการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจและภาคอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วมากขึ้น วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนเป็นสังคมเมืองเร็วมากขึ้น มีการจราจรที่หนาแน่นขึ้น มีความเสี่ยงที่

จะได้รับผลกระทบจากโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น รวมถึงความเสี่ยงในการเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ เมื่อนักท่องเที่ยวเดินทางผ่านสนามบินอุตะเถาพัตยาได้เร็วขึ้น

4.2 ปัจจัยทางสังคม

4.2.1 การเคลื่อนย้ายของประชากรและประชากรแฝง ในอนาคตอีก 20 ปีข้างหน้า จะเกิดการจ้างงานจำนวนมากมีประชากรวัยแรงงานเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานและอาศัยเพิ่มขึ้นในจังหวัดชลบุรี อีกประมาณ 2 ล้านคน โดยจะมีประชากรที่ใช้สิทธิประกันสังคมมากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกเท่าตัวและเมื่อรวมประชากรสิทธิข้าราชการ แรงงานต่างด้าว และนักท่องเที่ยวที่มากถึงปีละ 10 ล้านคน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีในอนาคตเป็นอย่างมาก

4.2.2 สถานการณ์ประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น แนวโน้มประชากรของจังหวัดชลบุรี เปรียบเทียบ 20 ปี ที่ผ่านมา โครงสร้างประชากรกลุ่มวัยสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 สัดส่วนยังน้อยกว่าเขตและประเทศ เนื่องจากมีประชากรวัยทำงานเคลื่อนย้ายเข้ามาในสัดส่วนที่มากกว่า

ตารางที่ 2-3 ปัญหาสุขภาพของจังหวัดชลบุรี

กลุ่มวัย/ งาน	ปัญหาสุขภาพ
1. กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)/ สตรี	- ผ่าครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60 (50.86%) - เด็กฟันผุในฟันน้ำนม 18 เดือน (14.26%) 3 ปี (47.72%)
2. กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14)	- เด็กอ้วน น้ำหนักเพิ่ม 72.6% ฟันแท้ผุในเด็ก 12 ปี 55.69%
3. กลุ่มเด็กวัยรุ่น/ นักศึกษา (15-21 ปี)	ตั้งครรภ์ไม่พร้อม (อายุ 15-19 ปี) ไม่เกิน 50 ต่อพันประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี (23.28)
4. กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)	- อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน (26.95) - ควบคุม DM ร้อยละ 40 (31.01%) HT ร้อยละ 50 (17%)
5. กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	การปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2-3 (ต่อ)

กลุ่มวัย/ งาน	ปัญหาสุขภาพ
6. ด้านการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	DHF, TB, Food poisoning, HFM, Rabies, ความเสี่ยงโรคอุบัติใหม่ อู่บัตืซ้ำ MERS-CoV, Ebola Virus Disease, Zika Virus Disease ไข้กาหลังแอน Diphtheria
7. ด้านคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานบริการด้านสุขภาพ	- พบสารปนเปื้อนในอาหาร ยาฆ่าแมลง ฟอรัมาลีน สารเร่งเนื้อแดง - สถานพยาบาล/ สถานประกอบการที่กระทำความผิดกฎหมาย ได้รับการดำเนินการตามกฎหมาย
8. ด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวะอนามัย	- ข้อมูลจากสภาพปัญหา สถานการณ์ เหตุร้องเรียน อู่บัตืภัยจากสิ่งแวดล้อม - ขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล/ การจัดบริการอาชีวะอนามัย และอาชีวะเวชศาสตร์ในสถานพยาบาลไม่ครอบคลุม
9. ระบบบริการปฐมภูมิ ทุคิยภูมิ และระบบส่งต่อ	HA, ความแออัดของผู้รับบริการ, มาตรฐาน QSC, คุณภาพการรักษาผู้ป่วย Stremi, Stroke, CA, NCD, ไต, CVA, Risk, ระบบส่งต่อและรับกลับ Thai Refer
10. ระบบข้อมูลสารสนเทศ	คุณภาพข้อมูลและนำไปใช้ประโยชน์ 43 เพิ่ม OPD/ IPD และ PP

ที่มา: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (2559, หน้า 3)

สถิติมีชีพในปี พ.ศ. 2558 พบว่า จังหวัดชลบุรี อัตราการเกิด 13.05 ต่อพันประชากร อัตราตาย 7.75 ต่อพันประชากร อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ ร้อยละ 0.53 อัตราทารกตาย 7.14 ต่อการเกิดมีชีพพันคนและอัตรามารดาตาย 10.08 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีพ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ผู้หญิง 80.3 ปี ผู้ชาย 70.9 ปี จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาสาธารณสุข ขนาด ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหาและความร่วมมือของประชาชน ได้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขและภารกิจงานสำคัญของจังหวัดชลบุรี เพื่อใช้ในการวางแผนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564 ได้แก่ 1. โรคไข้เลือดออก 2. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง 3. อู่บัตืเหตุทางถนน 4. คุณภาพการรักษา Stremi, Stroke, Cancer 5. การจัดบริการอาชีวะอนามัยและอาชีวะเวชศาสตร์ในสถานพยาบาลไม่ครอบคลุม

6. สารปนเปื้อนในอาหาร 7. เด็กอ้วน 8. ขยะ 9. พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล HA 10. ค.ณ. แม่ (ตั้งครรภ์ไม่พร้อม)

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดชลบุรีผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า จังหวัดชลบุรีมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพหลายประการ อาทิ ปัญหาจากความแตกต่างของสภาพพื้นที่ทั้งทะเล ภูเขาและเกาะทำให้ยากต่อการส่งต่อผู้ป่วยการเป็นพื้นที่เศรษฐกิจสำคัญของประเทศทั้งด้านอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยวที่ดึงดูดให้ประชากรเคลื่อนย้ายเข้ามามากขึ้น สิ่งที่จะได้รับผลกระทบจากโรงงานอุตสาหกรรมและการเกิดการระบาดของนักท่องเที่ยวนอกจากการแบ่งการปกครองออกเป็นเทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และการปกครองแบบพิเศษ จะส่งผลกระทบต่อประสานการปฏิบัติงานและบังคับบัญชา นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความแออัดของผู้มารับบริการจากการมีสถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่เพียง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลทั่วไปบางละมุงที่ต้องรองรับการส่งต่อทั้งจากภายในจังหวัดและ 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรพินท์ มุกดาฉิลก (2553) ศึกษาการจัดการระบบบริการสุขภาพโดยเชื่อมต่อในทุกระดับ: เเงื่อนไขความสำเร็จของ 4 ประเทศตัวอย่างมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศที่เป็นแบบอย่างสำหรับไทยได้ เพื่อประมวลเเงื่อนไขความสำเร็จของการจัดระบบบริการสุขภาพโดยเชื่อมต่อในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ) โดยใช้เทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยสำคัญ 4 ประการดังนี้ ประการแรก การจัดการปฐฐานแนวคิดและวัฒนธรรมสุขภาพของประชาชนให้เข้ารับบริการสุขภาพแต่ละระดับด้วยค่านิยมที่เหมาะสม ประการที่สอง การจัดการ โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิให้เกิดการเชื่อมต่อกับเครือข่ายงานบริการและเครือข่ายข้อมูลได้ทุกระดับและครอบคลุมพื้นที่ประการที่สาม การจัดการให้เกิดบริการที่ผสมผสานกับทุนเดิมที่มีอยู่แล้วนอกระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐานและประการสุดท้าย การจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารให้สถานพยาบาลเฉพาะทางมีการดำเนินงานคล่องตัวเบ็ดเสร็จโดยรัฐยังมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและบริการปฐมภูมิจัดโดยภาคเอกชนเป็นหลัก

ชาณวิทย์ ทรัพย์ และคณะ (2553) ศึกษากระบวนการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างฉกทัศน์ระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์โดยใช้กระบวนการวิจัยอนาคตศาสตร์ โดยใช้เทคนิควิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า ฉกทัศน์โรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์มี 3 แบบ คือ รูปแบบที่ 1 แบบอิสระ

ภายใต้กำกับรัฐ เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพในการหารายได้สูงซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่เศรษฐกิจ เช่น พื้นที่อุตสาหกรรม พื้นที่ท่องเที่ยว จึงมีศักยภาพในการหารายได้ ด้วยตนเองรูปแบบที่ 2 แบบกึ่งอิสระ เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีประชากรมากจึงมีรายรับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงพอต่อการจัดบริการสุขภาพให้กับประชากรในชุมชน และมีศักยภาพในการหารายได้จากแหล่งงบประมาณอื่น ๆ ได้บ้างรูปแบบที่ 3 แบบพึ่งพิงรัฐ เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนประชากรน้อยทำให้รายรับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอต่อการจัดบริการสุขภาพให้กับประชากรในชุมชนและ โอกาสในการหารายได้จากแหล่งงบอื่น ๆ ต่ำ

ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2554) ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของไทยในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ โดยใช้เทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า มีข้อเสนอแนะสำคัญ คือ 1. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ต้องเป็นระบบบริการในลักษณะบูรณาการ ผสมผสาน โดยคำนึงถึงมิติทางสังคม สังคมวัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่น ๆ และต้องมีการกำหนดชุดการบริการขั้นพื้นฐานที่ชัดเจน 2. หลักการทั่วไปที่จะสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพใหม่ ให้มองสุขภาพแบบองค์รวมและต้องส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปัจเจก ครอบครัวและชุมชน 3. เงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกำหนดเงื่อนไขในระบบประกันสุขภาพ ทั้งในด้านการให้บริการ กลไกการจ่ายเงินและร่วมจ่ายเงิน การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการพัฒนาระบบบริหารจัดการและการจัดองค์กร

สังคม สุภรัตน์กุล (2554) ศึกษาความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพองค์ประกอบของปัจจัยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน โดยใช้เทคนิควิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า ครอบครัวในชนบทอีสานมีรูปแบบการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ 3 รูปแบบประกอบด้วย การสร้างผ่านครอบครัว ผ่านชุมชนและผ่าน โครงสร้างมีทุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานมี 4 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว ทุนทางสังคมในครอบครัว ทุนทางสังคมในชุมชน และทุนทางสังคมจากโครงสร้าง ดังนั้น การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับทุนทางสังคมที่มีอยู่ในครอบครัวชนบทให้มาก

เพราะว่าทุนทางสังคมดังกล่าวได้หนุนเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้เป็นอย่างดี

อำไพ ทองเถียนนาค (2554) ศึกษาการรับรู้ต่อการนำองค์กรตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ของบุคลากร โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ต่อการนำองค์กรตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ของบุคลากรและเปรียบเทียบการรับรู้ต่อการนำองค์กรตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ ของบุคลากร โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงสำรวจ ข้อเสนอแนะ คือ ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารมาตรฐานงานคุณภาพโรงพยาบาลให้บุคลากรรับรู้ในระดับสูงขึ้นและส่งเสริมให้คณะกรรมการหรือทีมนำระดับสูงได้แสดงกิจกรรมด้านการนำองค์กรมากขึ้น

จุฑารัตน์ ผาสุข (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยอันดับแรกที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ ได้แก่ “การมีส่วนร่วมของสมาชิก” ซึ่งจะต้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และร่วมติดตามประเมินผล และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยอันดับที่สองที่ส่งผลให้การพัฒนาเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคของเครือข่ายสุขภาพประสบความสำเร็จ ได้แก่ “การรับรู้และมีเป้าหมายเดียวกัน” สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีระดับความสำคัญรองลงมา ได้แก่ “การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน” โดยให้ความสำคัญกับนายกเทศบาลซึ่งต้องเข้าถึงชุมชนและมีความจริงใจทำเพื่อส่วนรวม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้รางวัลดีเด่นทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่จะทำงานอย่างต่อเนื่อง “การมีทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน” และ “การส่งเสริมซึ่งกันและกัน”

ณิชภัทร เลิศพรมาตุลี (2555) ศึกษาการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชนและเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาบริบทของเครือข่ายสุขภาพในเขตเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา 2. ศึกษาบทบาทที่แท้จริงของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพและบทบาทที่คาดหวังของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพและชุมชน 3. ศึกษากระบวนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชน โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า 1. บริบทที่เอื้อต่อการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ที่ตั้งของเครือข่ายสุขภาพไม่ห่างไกลกันมาก ชุมชนมีความรักใคร่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเจ้าหน้าที่

เครือข่ายสุขภาพมีความกระตุ้นหรือรื้อฟื้นในการทำงาน รวมทั้งหลักการและแนวคิดการพัฒนาท้องถิ่นของเทศบาลที่ถือเอาปัญหาและความต้องการของประชาชนเป็นหลักที่จะดำเนินการเพื่อแก้ไขและตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริงและยั่งยืน 2. บทบาทที่แท้จริงของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การป้องกัน/ ส่งเสริม การรักษาและการฟื้นฟู และพบประเด็นเกี่ยวกับการทับซ้อนกันของบทบาท การประสานงานกันระหว่างเครือข่ายและความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการทำงาน ในส่วนที่เกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวังพบว่าเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพคาดหวังว่าตนเองจะมีบทบาทการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพชุมชนก่อนที่จะเป็นโรค การให้บริการสุขภาพเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพและเป็นตัวกลางประสานระหว่างเครือข่ายสุขภาพ ส่วนของชุมชนนั้นคาดหวังให้เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพมีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟู การให้บริการสุขภาพเชิงรุกและให้เป็นบทบาทของเครือข่ายสุขภาพที่แท้จริง 3. กระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอน คือ 1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทที่แท้จริงของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพและบทบาทที่คาดหวังทั้งโดยเจ้าหน้าที่และชุมชน 2. การเรียนรู้ระดมความคิดและถอดบทเรียน 3. การพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชน และ 4. การประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ขั้นตอนดังกล่าวก่อให้เกิดการเรียนรู้ ความเข้าใจและการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ เริ่มจากการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพและการทำโครงการต่าง ๆ ที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพต่อไป การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาทำให้เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพเกิดการรับรู้และเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่แนวทางการพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพโดยเริ่มที่ตัวเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพก่อน โดยการพัฒนาความรู้ความสามารถ การแสดงความคิดเห็นในการทำงาน นอกจากนี้แล้วต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมการทำงานแต่ละองไว้ซึ่งวัตถุประสงค์ในการพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน

สศสท ทองทิน (2555) ศึกษายุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดตาก 2. สร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดตาก 3. ประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดตากโดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณพบว่าสภาพการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดตาก ผู้นำเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีความรู้ความสามารถ สมาชิกมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต เครือข่าย

สุขภาพจิตมีการประสานงานด้านการดำเนินงานแต่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารไม่ต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมค่อนข้างน้อย ส่วนปัญหาการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิต พบว่า ปัญหาอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยของปัญหาสูงที่สุด คือ การสร้างความพร้อมในการดำเนินการเครือข่าย รองลงมาคือ การจัดระบบการจัดการเครือข่ายและปัจจัยพื้นฐานในการจัดการเครือข่าย

กานจนา โปธิคำ (2555) ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบระดับความเห็นของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า มีข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมให้มีการบริการตลอด 24 ชั่วโมง สนับสนุนงบประมาณให้ในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น อีกทั้งควรจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อนำมาประจำแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พงศกร ปาณัณณพ (2556) ศึกษาผลกระทบของการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามไชยที่มีต่อการบริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสนามไชย อำเภอ นายายอาม จังหวัดจันทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาให้ทราบถึงระดับและเปรียบเทียบผลกระทบของการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามไชยที่มีต่อการบริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสนามไชย อำเภอ นายายอาม จังหวัดจันทบุรี โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงบูรณาการ คือ การวิจัยเชิงสำรวจ การสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมพบว่าการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามไชย ส่งผลกระทบเชิงบวกค่อนข้างสูงต่อการบริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสนามไชย อำเภอ นายายอาม จังหวัดจันทบุรี ทั้งในภาพรวมและด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการควบคุมป้องกันโรคและด้านฟื้นฟูสุขภาพ

สุพานี โคตรวิชา (2556) ศึกษาการพัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างองค์รวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเพียงใหม่ อำเภอ กุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยและการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและพัฒนาาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างเป็นองค์รวม โดยใช้เทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าการจัดบริการสุขภาพในชุมชนระยะก่อนการพัฒนาเป็นลักษณะการบริการแบบเร่งรีบและไม่เจาะจง ส่วนการดูแลของชุมชนเป็นลักษณะการดูแลตามบทบาทหน้าที่และผู้ดูแลเป็นครอบครัวผู้สูงอายุเน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก ยังไม่มีรูปแบบการดูแลมิติอื่น ๆ ที่ชัดเจน

เมื่อมีการพัฒนาการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จิราณีย์ สายสนั่น ณ อยุธยา (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและการสนับสนุนจากผู้นำต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเกษมราษฎร์บางแค โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงปริมาณพบว่าการสนับสนุนจากผู้นำสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลได้ ดังนั้นในการส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การสนับสนุนจากผู้นำจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกษมราษฎร์บางแค

สุวรรณณี สุวรรณท้าว (2556) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด วัตถุประสงค์การวิจัย 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ 2. พัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์ 3. นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปริมาณ ผลการวิจัย พบว่า ประเด็นสำคัญของการประชาสัมพันธ์ คือ 1. ข้อมูลเรื่องเดียวกันถูกส่งให้ประชาสัมพันธ์ในชุมชน โดยหน่วยงานหลายหน่วยงาน 2. การประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพส่วนใหญ่ใช้การสื่อสารทางเดียวทำให้ประชาชนขาดการมีส่วนร่วม 3. ข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยงานราชการมักใช้ภาษาที่ประชาชนเข้าใจยากและขาดรายละเอียดในการนำไปปฏิบัติ 4. ผู้นำชุมชนซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางสาธารณสุขโดยตรงมีปัญหาในเนื้อหาข่าวสารที่ส่งต่อ 5. ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการตัวช่วยในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน 6. ประสบการณ์และความสามารถส่วนบุคคลเป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จของการประชาสัมพันธ์ในระดับชุมชน รูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่พัฒนาขึ้น คือ 1. บุคลากรหน่วยประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลเสลภูมิเข้าเป็นผู้ประสานงานในการประชาสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทั้งหมด 2. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพในการประชาสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายสุขภาพทั้งหมด 3. ปรับปรุงการประชาสัมพันธ์ทั้ง 4 ด้าน คือ ผู้ส่งสาร เนื้อหาข่าวสาร ช่องทางการประชาสัมพันธ์และผู้รับสาร

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ (2557) ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน: 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชนและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ระบบและกลไกการทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชนเกิดจาก

นโยบายของรัฐและความต้องการแก้ปัญหาของคนในพื้นที่ การพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชน ให้เกิดความยั่งยืนเกิดจากการมีทุนคนในพื้นที่ที่มีจิตอาสาทำงาน การปรับรูปแบบการทำงานให้ตอบสนองความต้องการของชุมชนและมีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการทำงานที่เกิดจากนโยบายระดับพื้นที่ ข้อเสนอแนะ คือ ระดับปฏิบัติการพยาบาลชุมชนควรให้ความสำคัญของทุนทางสังคมในชุมชน การประเมินความต้องการของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างนโยบายสาธารณะระดับนโยบายผู้บริหารต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน

จารุณี กุลวงศ์ (2557) ศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้าบ้านเปียด ตำบลดงหลวง อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้าโดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงคุณภาพผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้าพบประเด็นปัญหาดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานขาดความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลเท้าตนเอง ไม่ถูกต้อง ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลไปสถานบริการเครือข่ายล่าช้า มีแนวทางไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้า การติดตามเยี่ยมบ้าน ไม่ได้ให้ความสำคัญในการดูแลเท้าของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยและไม่ทราบสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้าในชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานน้อย ข้อเสนอแนะคือควรส่งเสริมให้มีการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง สนับสนุนงบประมาณให้ในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นอีกทั้งควรจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อนำมาประจำแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พวงผกา มะเสนา และคณะ (2557) ศึกษาการบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาระดับความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการในด้านกระบวนการ/ ขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและด้านคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลภาครัฐ 2. ศึกษาปัจจัยบริการบริหารจัดการองค์การที่มีผลต่อการบริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ 3. นำเสนอรูปแบบการบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงปริมาณ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์การที่มีผลต่อการบริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาล

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารในโรงพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญในด้านกลยุทธ์องค์กรอันดับแรก

สมดี โคตรตาแสง (2557) ศึกษากระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาระดับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ 2. ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล กระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเทคนิคการวิจัยเชิงปริมาณ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ คือ การอำนวยการและควบคุมกำกับ ผู้เกี่ยวข้องควรนำมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลต่อไป

รัชดาพร นิตย์กระโทก (2558) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิดการจัดการระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาบทบาทและสภาพปัญหาในการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิดการจัดการระบบบริการสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ตามแนวคิดการจัดการระบบบริการสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 3. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอตามแนวคิดการจัดการระบบบริการสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปริมาณ ผลการวิจัย สรุปได้ว่า การพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอ ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย และมีศูนย์ประสานงานระหว่างหน่วยงาน โดยดำเนินงานภายใต้แนวคิดระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2559) ศึกษากระบวนการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม วัตถุประสงค์การวิจัย 1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ 2. ศึกษาปัญหาและความต้องการในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุ 3. ศึกษาสภาพและปัญหาการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ผลการวิจัยพบว่า ด้านปัญหาการรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและไม่มีรายได้ทำให้วิตกกังวลในเรื่องค่ารักษาพยาบาลและมีความไม่สะดวกในการไปรับบริการ ประเด็นความต้องการการรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้สูงอายุมีความต้องการมีสุขภาพแข็งแรงอายุยืนยาว ได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ต้องการได้รับความเอาใจใส่จากลูกหลาน รวมถึงผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมในชุมชน จากการสนทนากลุ่ม พบว่า เกิดปัญหาจากระบบการทำงานที่ไม่ต่อเนื่องเกิด

จากการขาดการประชาสัมพันธ์และขาดการมีส่วนร่วมในชุมชน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เกิดจาก ผู้ให้บริการเป็นหลักและขาดระบบประเมิน งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอต่อ กิจกรรมทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนได้

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์และประมวลผลจากงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

ตารางที่ 2-4 ผลการสังเคราะห์และประมวลผลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปีที่ ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภท การวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
2553	อรพินท์ มุกดาฉิลก	การจัดการระบบบริการ สุขภาพโดยเชื่อมต่อใน ทุกระดับ: เจือนใจ ความสำเร็จของ 4 ประเทศตัวอย่าง	วิธีการวิจัย เชิงคุณภาพ	ปัจจัยสำคัญคือ การจัดการปูรากฐาน แนวคิดและ วัฒนธรรมสุขภาพ ของประชาชนให้ เข้ารับบริการสุขภาพ แต่ละระดับด้วย ค่านิยม ที่เหมาะสม การจัดการ โครงสร้าง พื้นฐานของระบบ บริการทุติยภูมิและ ตติยภูมิให้เกิดการ เชื่อมต่อกับเครือข่าย งานบริการและ เครือข่ายข้อมูลได้ทุก ระดับและครอบคลุม พื้นที่ การจัดการให้ เกิดบริการที่ ผสมผสานกับทุนเดิม ที่มีอยู่แล้วนอกระบบ

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภท การวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
				บริการทุติยภูมิและ ตติยภูมิได้อย่างมี คุณภาพมาตรฐาน การจัดการ เปลี่ยนแปลงระบบ บริหารสถานพยาบาล เฉพาะทาง มีการ ดำเนินงานคล่องตัว เบ็ดเสร็จ โดยรัฐมี ส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และบริการปฐมภูมิ จัดโดยภาคเอกชน เป็นหลัก
2553	ชาญวิทย์ เทพ และคณะ	ระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนที่ พึงประสงค์	การวิจัย เชิงปริมาณ	โรงพยาบาลชุมชนที่ พึงประสงค์แบบอิสระ ภายใต้กำกับรัฐ เหมาะ สำหรับโรงพยาบาล ชุมชนที่มีศักยภาพ ในการหารายได้สูง ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ ในพื้นที่เศรษฐกิจ เช่น พื้นที่อุตสาหกรรม พื้นที่ท่องเที่ยว จึง มีศักยภาพในการ หารายได้ด้วยตนเอง แบบกึ่งอิสระ

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภท การวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
				<p>เหมาะสำหรับ โรงพยาบาลชุมชนที่มี ประชากรมากจึงมีรายรับ จากหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเพียงพอต่อ การจัดบริการสุขภาพ ให้กับประชากรใน ชุมชนและมีศักยภาพ ในการขายได้จาก แหล่งงบประมาณ อื่น ๆ ได้บ้าง แบบ พึ่งพิงรัฐเหมาะสำหรับ โรงพยาบาลชุมชนที่มี จำนวนประชากรน้อย ทำให้รายรับจาก หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติไม่เพียงพอต่อ การจัดบริการสุขภาพ ให้กับประชากรใน ชุมชนและโอกาสใน การขายได้จากแหล่ง งบอื่น ๆ ต่ำ</p>

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภทการวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
2554	ปรีดา แต่อาลักษณ์ และคณะ	การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิใน การปฏิรูประบบสุขภาพ แห่งชาติ	วิธีการวิจัย เชิงคุณภาพ	ระบบบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิที่พึงประสงค์ต้อง เป็นระบบบริการใน ลักษณะบูรณาการ ผสมผสาน โดยคำนึงถึงมิติ ทางสังคมสังคมวัฒนธรรม ของชุมชน รวมทั้ง เชื่อมโยงกับระบบบริการ อื่น ๆ และต้องมีการ กำหนดชุดการบริการ ขั้นพื้นฐานที่ชัดเจน หลักการทั่วไปที่จะ สนับสนุนระบบบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การปรับแนวคิดเรื่อง สุขภาพใหม่ ให้มอง สุขภาพแบบองค์รวมและ ต้องส่งเสริมความสามารถ ในการดูแลตนเองใน ระดับปัจเจก ครอบครัว และชุมชน เจือใจที่ จำเป็นในการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ คือ การสร้าง หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า การกำหนด

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภทการวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
				เงื่อนไขในระบบประกันสุขภาพ ทั้งในด้านการให้บริการ กลไกการจ่ายเงินและร่วมจ่ายเงิน การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการพัฒนาระบบบริหารจัดการ
2554	สังคม ศุภรัตน์กุล	ความมั่นคงด้านสุขภาพ ของครอบครัวในชนบท อีสาน	การวิจัย เชิงคุณภาพ	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว ทูนทางสังคมในครอบครัว ทูนทางสังคมในชุมชนและทูนทางสังคมจากโครงสร้างการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับทูนทางสังคมที่มีอยู่ในครอบครัวชนบทให้มาก เพราะว่าทูนทางสังคมได้หนุนเสริมให้เกิดกระบวนการสร้าง

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภทการวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
				ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้เป็นอย่างดี
2554	อำไพทองเยี่ยม นาค	การรับรู้ต่อการนำองค์กรตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ของบุคลากรโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช	วิธีวิจัยเชิงสำรวจ	ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารมาตรฐานงานคุณภาพโรงพยาบาลให้บุคลากรรับรู้ในระดับสูงขึ้นและส่งเสริมให้คณะกรรมการหรือทีมนำระดับสูงได้แสดงกิจกรรมด้านการนำองค์กรมากขึ้น
2555	จุฑารัตน์ ผาสุข	ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคตาบอดตาบอดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท	การวิจัยเชิงคุณภาพ	ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ ได้แก่ “การมีส่วนร่วมของสมาชิก” ซึ่งจะต้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และร่วมติดตามประเมินผลและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง “การรับรู้และมีเป้าหมายเดียวกัน”

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภทการวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
				“การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน” โดยให้ความสำคัญกับนายกเทศบาลซึ่งต้องเข้าถึงชุมชนและมีความจริงใจทำเพื่อส่วนรวม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้รางวัลดีเด่นทำให้ความสำคัญกับนายกเทศบาลซึ่งต้องเข้าถึงชุมชนและมีความจริงใจทำเพื่อส่วนรวม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้รางวัลดีเด่นทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่จะทำงานอย่างต่อเนื่อง
2555	ณิชากัทร เลิศพรมาตุลี	การพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และเจ้าหน้าที่เครือข่าย	การวิจัยเชิงคุณภาพ	กระบวนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอนคือการเก็บ

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภท การวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
		สุขภาพเทศบาลเมือง เมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัด เชียงใหม่		รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ บทบาทที่แท้จริงของ เจ้าหน้าที่เครือข่าย สุขภาพและบทบาท ที่คาดหวัง ทั้งโดย เจ้าหน้าที่และชุมชน การเรียนรู้ ระดม ความคิดและถอด บทเรียนการพัฒนา บทบาทการส่งเสริม สุขภาพให้สอดคล้องกับ ความคาดหวังของ ชุมชน และการประเมิน บทบาทการส่งเสริม สุขภาพ ก่อให้เกิดการ รับรู้ ความเข้าใจและ การเรียนรู้ร่วมกัน ของเจ้าหน้าที่เครือข่าย สุขภาพนำไปสู่ แนวทางการพัฒนา บทบาทการส่งเสริม สุขภาพ

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภทการวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
2555	สดใส ทองทิน	ยุทธศาสตร์การพัฒนา เครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชนในเขตพื้นที่ จังหวัดตาก	การวิจัย เชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ	สภาพการดำเนินงาน เครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัด ตากสมาชิกมีส่วนร่วมใน การดำเนินงานแต่ยัง ขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับงานสุขภาพจิต เครือข่ายสุขภาพจิต มีการประสานงานด้าน การดำเนินงานแต่มีการ ติดตามข้อมูลข่าวสาร ไม่ต่อเนื่อง มีการจัด กิจกรรมค่อนข้างน้อย มีปัญหาการสร้างควม พร้อมในการดำเนินการ เครือข่ายการจัดระบบ การจัดการเครือข่ายและ ปัจจัยพื้นฐานในการ จัดการเครือข่าย
2555	กานจนา โพธิคำ	ความคิดเห็นของ ประชาชนต่อระบบ บริการสุขภาพของ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านด้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา	การวิจัย เชิงปริมาณ	ควรส่งเสริมให้มีการ บริการตลอด 24 ชั่วโมง สนับสนุนงบประมาณ ให้ในการจัดซื้อเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็น จัดสรรกำลังคน หรือบุคลากรทาง

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภทการวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
				การแพทย์ที่เหมาะสม
2556	พงศกร ปานัณณพ	ผลกระทบของการ บริหารจัดการ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลสนามไชย ที่มีต่อการบริการสข ภาพของประชาชนใน เขตตำบลสนามไชย อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี	การวิจัย เชิงสำรวจ	การบริหารจัดการส่งผล กระทบเชิงบวกก่อนข้าง สูงต่อการบริการ สุขภาพทั้งในภาพรวม และด้านการส่งเสริม สุขภาพด้านการ รักษาพยาบาล ด้านการ ควบคุมป้องกันโรคและ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ
2556	สุปानी โคตรวิธา	การพัฒนาการบริการ สุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรค และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างองค์รวมของ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านนา เพียงใหม่ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร	การวิจัย เชิงคุณภาพ	การจัดบริการสุขภาพ ในชุมชนระยะก่อน การพัฒนาเป็นลักษณะ การบริการแบบเร่งรีบ และไม่เจาะจง การดูแล ของชุมชนเป็นลักษณะ การดูแลตามบทบาท หน้าที่ ผู้ดูแลเป็น ครอบครัวผู้สูงอายุเน้น การดูแลด้านร่างกาย เป็นหลัก ยังไม่มี รูปแบบการดูแลมิติ อื่น ๆ ที่ชัดเจน

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภทการวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
2556	จิราณีย์ สายสนั่น ณ อยุธา	ปัจจัยที่มีผลต่อการ บริหารจัดการแบบมี ส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร	การวิจัย เชิงปริมาณ	การส่งเสริมให้บุคลากร มีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล การสนับสนุนจากผู้นำ มีความสำคัญต่อ ความสำเร็จในการ พัฒนาคุณภาพ
2556	สุวรรณี สุวรรณท้าว	การพัฒนารูปแบบ การประชาสัมพันธ์ โรคติดต่ออุบัติใหม่ ของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเสลภูมิ จังหวัด ร้อยเอ็ด	การวิจัย เชิงปริมาณ	รูปแบบการ ประชาสัมพันธ์ที่ พัฒนาขึ้นคือ บุคลากร หน่วยประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลเป็นผู้ ประสานงานในการ ประชาสัมพันธ์ระหว่าง เครือข่ายทั้งหมด กำหนด บทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ของสมาชิกเครือข่าย สุขภาพในการ ประชาสัมพันธ์ระหว่าง เครือข่ายสุขภาพ ทั้งหมด ปรับปรุงการ ประชาสัมพันธ์ทั้ง 4 ด้าน คือ ผู้ส่งสาร เนื้อหา ข่าวสารช่องทางการ ประชาสัมพันธ์และ ผู้รับสาร

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภทการวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
2557	เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชา ชาญ	กระบวนการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ ชุมชน: 14 กรณีศึกษาใน ชุมชนพื้นที่ภาคกลาง	การวิจัย เชิงคุณภาพ	ระบบและกลไกการทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชนเกิดจากนโยบายของรัฐและความต้องการแก้ปัญหาของคนในพื้นที่ การพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืนเกิดจากการมีทุนคนในพื้นที่ จิตอาสาทำงาน การปรับรูปแบบการทำงานให้ตอบสนองความต้องการของชุมชนและมีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการทำงานที่เกิดจากนโยบายระดับพื้นที่ ระดับปฏิบัติการพยาบาลชุมชนควรให้ความสำคัญของทุนทางสังคมในชุมชน การประเมินความต้องการของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสร้างนโยบายสาธารณะ

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภทการวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
				ระดับนโยบายผู้บริหาร ต้องมีศักยภาพในการ ผลักดันให้เกิดนโยบาย ระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ ชุมชนมีระบบการดูแล สุขภาพที่ประสบ ความสำเร็จและยั่งยืน ส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบ การดูแลสุขภาพที่ประสบ ความสำเร็จและยั่งยืน
2557	จารุณี กุลวงศ์	การพัฒนาบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ มีภาวะเสี่ยงทางเท้าบ้าน เป็ยด ตำบลดงหลวง อำเภอดงหลวง จังหวัด มุกดาหาร	การวิจัย เชิงคุณภาพ	ระบบการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยไปสถานบริการ เครือข่ายล่าช้า แนวทาง ไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางใน การคัดกรองความเสี่ยง และส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะ เสี่ยงผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านและผู้นำ ชุมชนมีความรู้ ไม่ เพียงพอ ส่งเสริมให้มีการ บริการตลอด 24 ชั่วโมง สนับสนุนงบประมาณ จัดซื้อเครื่องมือและ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภทการวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
				จำเป็นจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม
2557	พวงศกา มะเสนา และคณะ	การบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	วิธีวิจัยเชิงปริมาณ	ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการบริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารในโรงพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญในด้านกลยุทธ์องค์กรอันดับแรก
2557	สมคิด โศตร ตาแสง	กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์	การวิจัยเชิงปริมาณ	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการคือ การอำนวยความสะดวกและควบคุมกำกับ ผู้เกี่ยวข้อง ควรนำมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

ปีที่ศึกษา	ผู้วิจัย	หัวข้อเรื่อง	ประเภทการวิจัย	ปัจจัยสำคัญ
2558	รัชดาพร นิตย์กระโทก	การพัฒนากระบวนการ สุขภาพระดับอำเภอตาม แนวคิดการจัดการระบบ บริการสุขภาพในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัด บุรีรัมย์	การวิจัย เชิงปริมาณ	การพัฒนาการให้บริการ สุขภาพระดับอำเภอต้อง อาศัยความร่วมมือของทีม สหวิชาชีพและเครือข่าย และมีศูนย์ประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน โดย ดำเนินงานภายใต้แนวคิด ระบบบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ
2559	รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์	ระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิสำหรับ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมืองมหาสารคาม	การวิจัย เชิงสำรวจ	เกิดปัญหาจากระบบ การทำงานที่ไม่ต่อเนื่อง เกิดจากการขาดการ ประชาสัมพันธ์และ ขาดการมีส่วนร่วม ในชุมชน เนื่องจาก เป็นกิจกรรมที่เกิดจาก ผู้ให้บริการเป็นหลักและ ขาดระบบประเมิน งบประมาณ ในการดำเนินงาน ไม่เพียงพอต่อกิจกรรมทำ ให้ไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของผู้สูงอายุ ในชุมชนได้

จากผลการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนได้
ดังนี้

1. ด้านเงินทุนสอดคล้องกับการศึกษาของชาญวิทย์ ทรัพย์ และคณะ (2553) พบว่า
โรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์แบบอิสระภายใต้กำกับรัฐ เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มี
ศักยภาพในการหารายได้สูงซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่เศรษฐกิจ แบบกึ่งอิสระ เหมาะสำหรับ
โรงพยาบาลชุมชนที่มีประชากรมากจึงมีรายรับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงพอต่อ
การจัดบริการสุขภาพให้กับประชากรในชุมชนและมีศักยภาพในการหาได้จากแหล่งงบประมาณ
อื่น ๆ ได้บ้าง แบบพึ่งพิงรัฐ เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนประชากรน้อยทำให้
รายรับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอต่อการจัดบริการสุขภาพให้กับประชากรใน
ชุมชนและโอกาสในการหารายได้จากแหล่งอื่น ๆ ต่ำ ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2554) พบว่า
เงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การสร้างหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า การกำหนดเงื่อนไขในระบบประกันสุขภาพทั้งในด้านการให้บริการ กลไก
การจ่ายเงินและร่วมจ่ายเงิน กาญจนา โปธิคำ (2555) มีข้อเสนอแนะว่าควรสนับสนุนงบประมาณ
ให้ในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น จารุณี กุลวงศ์ (2557) มีข้อเสนอแนะว่า
ควรสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น รัชชานันท์
ศรีสุภักดิ์ (2559) พบว่า ขาดระบบประเมิน งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอต่อกิจกรรม
ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนได้

2. ด้านเครื่องมือหรือเครื่องจักรสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ
(2554) พบว่า เงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การพัฒนา
ทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ชัยณรงค์ ศรีมันตะ (2555) มีข้อเสนอแนะ
ว่าควรจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น กาญจนา โปธิคำ (2555) มีข้อเสนอแนะ
ว่าควรสนับสนุนงบประมาณให้ในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น จารุณี
กุลวงศ์ (2557) มีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มีการบริการตลอด 24 ชั่วโมง สนับสนุน
งบประมาณจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

3. ด้านการจัดการสอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน มุกดาติล (2553) พบว่า ปัจจัย
สำคัญคือการจัดการ โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิให้เกิดการเชื่อมต่อกับ
เครือข่ายงานบริการและเครือข่ายข้อมูล ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2554) พบว่า เงื่อนไขที่จำเป็น
ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
การกำหนดเงื่อนไขในระบบประกันสุขภาพ กลไกการจ่ายเงินและร่วมจ่ายเงิน การพัฒนา

ทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการพัฒนาระบบบริหารจัดการ จุฬารัตน์ ผาสุข (2555) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ ได้แก่ “การมีส่วนร่วมของสมาชิก” ซึ่งจะต้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และร่วมติดตามประเมินผลและต้องดำเนินการอย่าง “การมีทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน” และ “การส่งเสริมซึ่งกันและกัน” ชัยณรงค์ ศรีมันตะ (2555) มีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มีบริการตลอด 24 ชั่วโมงจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม สดใส ทองทิน (2555) พบว่าปัญหาการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิตคือการสร้างความพร้อมในการดำเนินการเครือข่ายการจัดการระบบ การจัดการเครือข่ายและปัจจัยพื้นฐานในการจัดการเครือข่าย กาณจนา โพธิ์คำ (2555) มีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มีการบริการตลอด 24 ชั่วโมง สนับสนุนงบประมาณให้ในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น จัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม สดใส ทองทิน (2555) พบว่าปัญหาการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิต คือการสร้างความพร้อมในการดำเนินการเครือข่ายการจัดการระบบ การจัดการเครือข่ายและปัจจัยพื้นฐานในการจัดการเครือข่าย พงศกร ปาณัณพ (2556) พบว่า การบริหารจัดการส่งผลกระทบเชิงบวกค่อนข้างสูงต่อการบริการสุขภาพทั้งในภาพรวมและด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ด้านการควบคุมป้องกันโรคและด้านการฟื้นฟูสุขภาพ จารุณี กุลวงศ์ (2557) มีข้อเสนอแนะว่าควรสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม สมดี โคตรตาแสง (2557) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการคือการอำนวยความสะดวกและควบคุมกำกับ ผู้เกี่ยวข้องควรนำมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4. ด้านผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพทอง เลี่ยมนาค (2554) มีข้อเสนอแนะว่าควรนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารมาตรฐานงานคุณภาพโรงพยาบาลให้บุคลากรรับรู้ในระดับสูงขึ้นไปและส่งเสริมให้คณะกรรมการหรือทีมนำระดับสูงได้แสดงกิจกรรมด้านการนำองค์กรมากขึ้น; จิราณี สายสนั่น ณ อยุรยา (2556) พบว่า การส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การสนับสนุนจากผู้นำมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ (2557) พบว่า ระบบและกลไกการทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชนเกิดจากนโยบายของรัฐและความต้องการแก้ปัญหาของคนในพื้นที่ระดับนโยบายผู้บริหารต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน พวงผกา มะเสนา และคณะ (2557) พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการบริการที่มีคุณภาพ

ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารในโรงพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญใน
ด้านกลยุทธ์องค์กรอันดับแรก

5. ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรมสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน มุกดาดีลิก
(2553) พบว่า ปัจจัยสำคัญคือการจัดการปฐกฐานแนวคิดและวัฒนธรรมสุขภาพของประชาชน
ให้เข้ารับบริการสุขภาพแต่ละระดับด้วยค่านิยมที่เหมาะสม ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2554)
มีข้อเสนอแนะว่าระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ต้องเป็นระบบบริการในลักษณะ
บูรณาการ ผสมผสาน โดยคำนึงถึงมิติทางสังคมสังคมวัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงกับ
ระบบบริการอื่น ๆ และต้องมีการกำหนดชุดการบริการขั้นพื้นฐานที่ชัดเจน องค์กรร่วมและต้อง
ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปัจเจก ครอบครัวและชุมชน จุฑารัตน์ ผาสุข
(2555) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ
ได้แก่ “การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน” โดยให้ความสำคัญกับนายกเทศบาลซึ่งต้องเข้าถึงชุมชน
และมีความจริงใจทำเพื่อส่วนรวม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้รางวัลดีเด่นทำให้เกิดความ
ภาคภูมิใจที่จะทำงานอย่างต่อเนื่องและ “การส่งเสริมซึ่งกันและกัน” นิชาภัทร เลิศพรมาตุลี (2555)
พบว่า กระบวนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอน
คือ การเรียนรู้ ระดมความคิดและถอดบทเรียนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้อง
กับความคาดหวังของชุมชนและการประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดการรับรู้
ความเข้าใจและการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนาบทบาท
การส่งเสริมสุขภาพ สดใส ทองทิน (2555) พบว่า สภาพการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน
มีการประสานงานด้านการดำเนินงานแต่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารไม่ต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรม
ค่อนข้างน้อย มีปัญหาการสร้างความพร้อมในการดำเนินการเครือข่ายการจัดการระบบการจัดการ
เครือข่ายและปัจจัยพื้นฐานในการจัดการเครือข่าย จารุณี กุลวงศ์ (2557) พบว่า ระบบการส่งต่อ
ข้อมูลผู้ป่วยไปสถานบริการเครือข่ายล่าช้า แนวทางไม่ชัดเจนไม่มีแนวทางในการคัดกรอง
ความเสี่ยงและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงผู้ดูแลหลักอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำ
ชุมชนมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย

6. ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดา เต๋ออารักษ์
และคณะ (2554) มีข้อเสนอแนะว่าระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ต้องเป็นระบบ
บริการในลักษณะบูรณาการ ผสมผสาน โดยคำนึงถึงมิติทางสังคมสังคมวัฒนธรรมของชุมชน
รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่น ๆ อำไพทองเถี่ยมนาค (2554) มีข้อเสนอแนะว่าควรนำไป
ประยุกต์ใช้ในการสื่อสารมาตรฐานงานคุณภาพ โรงพยาบาลให้บุคลากรรับรู้ในระดับสูงขึ้นไปและ
ส่งเสริมให้คณะกรรมการหรือทีมนำระดับสูงได้แสดงกิจกรรมด้านการนำองค์กรมากขึ้น

จุฑารัตน์ ผาสุข (2555) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ ได้แก่ “การรับรู้และมีเป้าหมายเดียวกัน” “การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน” โดยให้ความสำคัญกับนายกเทศบาลซึ่งต้องเข้าถึงชุมชนและมีความจริงใจทำเพื่อส่วนรวม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้รางวัลดีเด่นทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่จะทำงานอย่างต่อเนื่อง และ “การส่งเสริมซึ่งกันและกัน” สดใส ทองทิน (2555) พบว่า สภาพการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนสมาชิกมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต เครือข่ายสุขภาพจิตมีการประสานงานด้านการดำเนินงานแต่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารไม่ต่อเนื่อง สุวรรณิ สุวรรณท้าว (2556) พบว่า รูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่พัฒนาขึ้นคือบุคลากรหน่วยประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลเป็นผู้ประสานงานในการประชาสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทั้งหมด กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพในการประชาสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายสุขภาพทั้งหมด ปรับปรุงการประชาสัมพันธ์ทั้ง 4 ด้าน คือ ผู้ส่งสาร เนื้อหาข่าวสาร ช่องทางการประชาสัมพันธ์และผู้รับสาร จารุณี กุลวงศ์ (2557) พบว่า ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ไปสถานบริการเครือข่ายล่าช้า มีแนวทางไม่ชัดเจน รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2559) พบว่า เกิดปัญหาจากระบบการทำงานที่ไม่ต่อเนื่องเกิดจากการขาดการประชาสัมพันธ์และขาดการมีส่วนร่วมในชุมชน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เกิดจากผู้ใช้บริการเป็นหลักและขาดระบบประเมิน

7. ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ ผาสุข (2555) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ ได้แก่ “การมีส่วนร่วมของสมาชิก” ซึ่งจะต้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และร่วมติดตามประเมินผลและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง “การรับรู้และมีเป้าหมายเดียวกัน” และ “การส่งเสริมซึ่งกันและกัน” ณิชากัทร เลิศพรมาตุลี (2555) พบว่า กระบวนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอนคือการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทที่แท้จริงของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพและบทบาทที่คาดหวังทั้งโดยเจ้าหน้าที่และชุมชน การพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชนและการประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจและการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2559) พบว่า เกิดปัญหาจากระบบการทำงานที่ไม่ต่อเนื่องเกิดจากการขาดการประชาสัมพันธ์และขาดการมีส่วนร่วมในชุมชน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เกิดจากผู้ใช้บริการเป็นหลักและขาดระบบประเมิน

8. ด้านการทำงานเป็นทีมสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2554) พบว่า ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ต้องเป็นระบบบริการในลักษณะบูรณาการ

ผสมผสาน โดยคำนึงถึงมิติทางสังคมสังคมวัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่น ๆ สังคม ศุภรัตน์กุล (2554) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว ทุนทางสังคมในครอบครัว ทุนทางสังคมในชุมชนและทุนทางสังคมจากโครงสร้างการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับทุนทางสังคมที่มีอยู่ในครอบครัวชนบทให้มากเพราะว่าทุนทางสังคมได้หนุนเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน ได้เป็นอย่างดี

อำไพทองเถี่ยมนาค (2554) มีข้อเสนอแนะว่าควรนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารมาตรฐานงานคุณภาพโรงพยาบาลให้บุคลากรรับรู้ในระดับสูงขึ้นและส่งเสริมให้คณะกรรมการหรือทีมนำระดับสูงได้แสดงกิจกรรมด้านการนำองค์กรมากขึ้น จุฑารัตน์ ผาสุข (2555) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ ได้แก่ “การมีส่วนร่วมของสมาชิก” ซึ่งจะต้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และร่วมติดตามประเมินผลและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง “การรับรู้และมีเป้าหมายเดียวกัน” “การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน” โดยให้ความสำคัญกับนายกเทศบาลซึ่งต้องเข้าถึงชุมชนและมีความจริงใจทำเพื่อส่วนรวม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้รางวัลดีเด่นทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่จะทำงานอย่างต่อเนื่อง และ “การส่งเสริมซึ่งกันและกัน” ณิชภัทร เลิศพรมมาตุลี (2555) พบว่า กระบวนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอนคือการเรียนรู้ ระดมความคิดและถอดบทเรียนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชนและการประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจและการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ จิราณี สายสนั่น ณ อรุณยา (2556) พบว่า การส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การสนับสนุนจากผู้นำมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ (2557) พบว่า ระดับปฏิบัติการพยาบาลชุมชนควรให้ความสำคัญของทุนทางสังคมในชุมชนการประเมินความต้องการของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสร้างนโยบายสาธารณะ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2559) พบว่า การพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอต้องอาศัยการร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายและมีศูนย์ประสานงานระหว่างหน่วยงาน โดยดำเนินงานภายใต้แนวคิดระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

9. ด้านกลยุทธ์สอดคล้องกับการศึกษาของสังคม ศุภรัตน์กุล (2554) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว ทุนทางสังคมในครอบครัว ทุนทางสังคมในชุมชนและทุนทางสังคมจาก

โครงสร้างการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับทุนทางสังคมที่มีอยู่ในครอบครัว ชนบทให้มาก เพราะว่าทุนทางสังคมได้หนุนเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้เป็นอย่างดี จุฑารัตน์ ผาสุข (2555) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ ได้แก่ “การมีส่วนร่วมของสมาชิก” ซึ่งจะต้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และร่วมติดตามประเมินผลและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง “การรับรู้และมีเป้าหมายเดียวกัน” เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ (2557) พบว่า ระบบและกลไกการทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชนเกิดจากนโยบายของรัฐและความต้องการแก้ปัญหาของคนในพื้นที่ มีข้อเสนอแนะคือระดับปฏิบัติการผู้บริหารต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืนระดับนโยบายผู้บริหารต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน พวงผกา มะเสนา และคณะ (2557) พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการบริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารในโรงพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญในด้านกลยุทธ์องค์กรอันดับแรก

10. ด้านโครงสร้างสอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน มุกดาติล (2553) พบว่า ปัจจัยสำคัญคือการจัดการ โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิให้เกิดการเชื่อมต่อกับเครือข่ายงานบริการและเครือข่ายข้อมูล ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2554) พบว่า ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ต้องเป็นระบบบริการในลักษณะบูรณาการ ผสมผสาน โดยคำนึงถึงมิติทางสังคมสังคมวัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่น ๆ สังคมศุภรัตกุล (2554) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน ได้แก่โครงสร้างของครอบครัว ทุนทางสังคมในครอบครัว ทุนทางสังคมในชุมชนและทุนทางสังคมจากโครงสร้างการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับทุนทางสังคมที่มีอยู่ในครอบครัวชนบทให้มาก เพราะว่าทุนทางสังคมได้หนุนเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้เป็นอย่างดี

11. ด้านระบบการทำงานสอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน มุกดาติล (2553) ศึกษาการจัดการระบบบริการสุขภาพโดยเชื่อมต่อในทุกระดับ: เงื่อนไขความสำเร็จของ 4 ประเทศ ตัวอย่าง พบว่า เงื่อนไขความสำเร็จของการจัดระบบบริการสุขภาพโดยเชื่อมต่อในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) คือ การจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารให้สถานพยาบาลเฉพาะทางมีการดำเนินงานคล่องตัวเบ็ดเสร็จโดยรัฐยังมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและบริการปฐมภูมิจัดโดยภาคเอกชนเป็นหลัก ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (2554) มีข้อเสนอแนะสำคัญ คือ 1. ระบบบริการ

สุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ต้องเป็นระบบบริการในลักษณะบูรณาการ ผสมผสาน โดยคำนึงถึงมิติทางสังคมสังคมวัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่น ๆ และต้องมีการกำหนดชุดการบริการขั้นพื้นฐานที่ชัดเจน จุฑารัตน์ ผาสุข (2555) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ ได้แก่ “การมีส่วนร่วมของสมาชิก” ซึ่งจะต้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และร่วมติดตามประเมินผลและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง “การรับรู้และมีเป้าหมายเดียวกัน” “การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน” โดยให้ความสำคัญกับนายกเทศบาลซึ่งต้องเข้าถึงชุมชนและมีความจริงใจทำเพื่อส่วนรวม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใ้รางวัลดีเด่นทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่จะทำงานอย่างต่อเนื่อง และ “การส่งเสริมซึ่งกันและกัน” สดใส ทองทิน (2555) พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตมีการประสานงานด้านการดำเนินงานแต่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารไม่ต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมค่อนข้างน้อยพบว่าปัญหาการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิตคือการสร้างความพร้อมในการดำเนินการเครือข่ายการจัดระบบ การจัดการเครือข่ายและปัจจัยพื้นฐานในการจัดการเครือข่าย จิราณี สายสนั่น ณ อุทยา (2556) พบว่า การส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การสนับสนุนจากผู้นำจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ (2557) พบว่า ระบบและกลไกการทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชนเกิดจากนโยบายของรัฐและความต้องการแก้ปัญหาของคนในพื้นที่ การพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืนเกิดจากการมีทุนคนในพื้นที่มีจิตอาสาทำงาน การปรับรูปแบบการทำงานให้ตอบสนองความต้องการของชุมชนและมีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการทำงานที่เกิดจากนโยบายระดับพื้นที่ ระดับปฏิบัติการพยาบาลชุมชนควรให้ความสำคัญของทุนทางสังคมในชุมชนการประเมินความต้องการของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสร้างนโยบายสาธารณะ ระดับนโยบายผู้บริหารต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน จารุณี กุลวงศ์ (2557) พบว่า ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปสถานบริการเครือข่ายล่าช้า แนวทางไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางในการคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงผู้ดูแลหลักอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ควรส่งเสริมให้มีการบริการตลอด 24 ชั่วโมง รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2559) พบว่า การพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอต้องอาศัยการร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย และมีศูนย์ประสานงานระหว่างหน่วยงาน โดยดำเนินงานภายใต้แนวคิดระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

12. ด้านบุคลากรสอดคล้องกับการศึกษาของปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ (2554) พบว่า เงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็น

สำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการพัฒนาระบบบริหารจัดการ ชัยณรงค์ ศรีมันตะ (2555) พบว่า มีข้อเสนอแนะว่าควรจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม กาณจนา โพธิ์คำ (2555) มีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มีการบริการตลอด 24 ชั่วโมง จัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม จิราณี สายสนั่น ณ อุทยาน (2556) พบว่า การส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การสนับสนุนจากผู้นำจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จารุณี กุลวงศ์ (2557) มีข้อเสนอแนะ คือ ควรส่งเสริมให้มีการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ควรจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม

13. ด้านทักษะสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ ผาสุข (2555) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้แก่ การมีส่วนร่วมของสมาชิกการรับรู้และมีเป้าหมายร่วมกันการปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนและการส่งเสริมซึ่งกันและกัน ณิชภัทร เลิศพรมาตุลี (2555) พบว่า กระบวนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอนคือ การเรียนรู้ ระดมความคิดและถอดบทเรียนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชนและการประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจและการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ สุปानी โคตรวิธา (2556) พบว่า การจัดบริการสุขภาพในชุมชนระยะก่อนการพัฒนาเป็นลักษณะการบริการแบบเร่งรีบและไม่เจาะจง การดูแลของชุมชนเป็นลักษณะการดูแลตามบทบาทหน้าที่ ผู้ดูแลเป็นครอบครัวผู้สูงอายุเน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก ยังไม่มีรูปแบบการดูแลมิติอื่น ๆ ที่ชัดเจน จารุณี กุลวงศ์ (2557) พบว่า สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้าพบประเด็นปัญหาไม่มีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้า การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ได้ให้ความสำคัญในการดูแลเท้าของผู้ป่วย ข้อเสนอแนะคือ ควรจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม

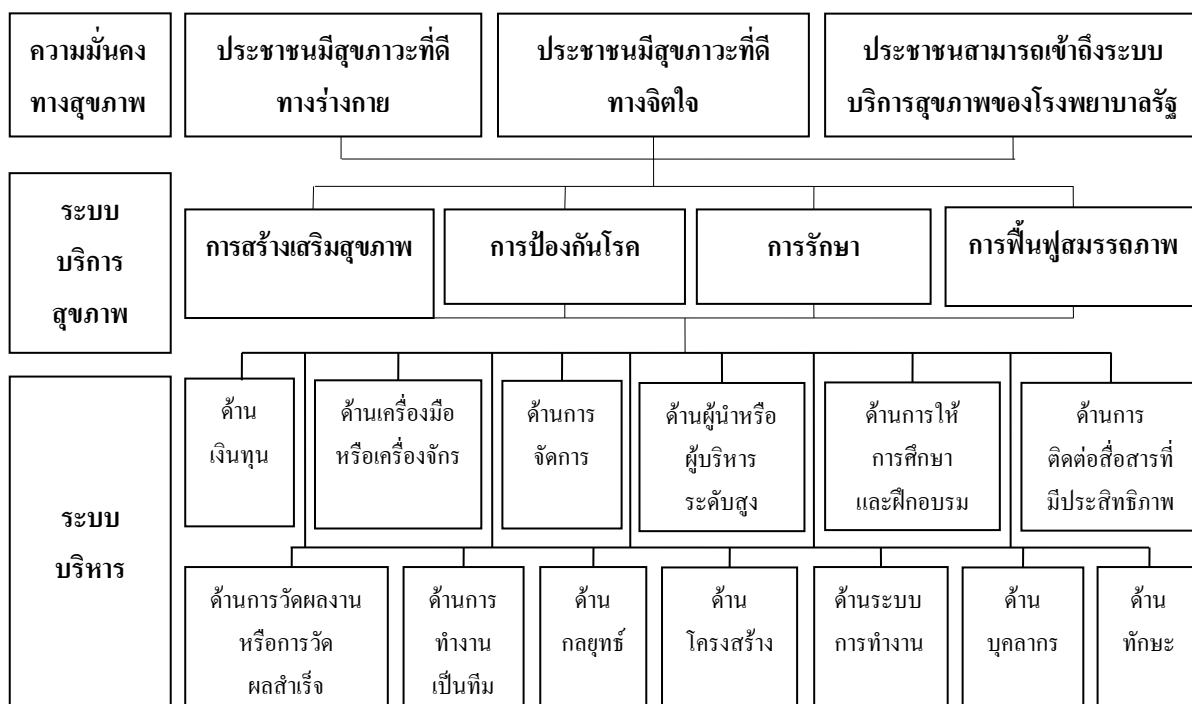
กรอบแนวทางการวิจัย

ดังนั้นจากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงของชาติ ระบบบริการสุขภาพ ความมั่นคงทางสุขภาพ การจัดการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ปัจจัยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและสังเคราะห์มาใช้เป็นตัวแปรเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 2. ด้านการป้องกันโรค 3. ด้านการรักษา และ 4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ระบบบริหาร ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการและสังเคราะห์มาใช้เป็นตัวแปรเกี่ยวกับระบบบริหาร รวมทั้งหมด 13 ด้าน ประกอบด้วย 1. ด้านเงินทุน 2. ด้านเครื่องมือหรือเครื่องจักร 3. ด้านการจัดการ 4. ด้านผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูง 5. ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม 6. ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 7. ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ 8. ด้านการทำงานเป็นทีม 9. ด้านกลยุทธ์ 10. ด้านโครงสร้าง 11. ด้านระบบการทำงาน 12. ด้านบุคลากร และ 13. ด้านทักษะ เป็นปัจจัยสำคัญในการวิจัยและสามารถนำเสนอกรอบแนวทางการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 2-1 กรอบแนวทางการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ ศึกษาปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ และเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน โดยรูปแบบการศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งมีลำดับการศึกษาดังนี้

1. วิธีการศึกษาและสถานที่เก็บข้อมูล
2. การได้มาของข้อมูลสำคัญ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการศึกษาและสถานที่เก็บข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะทำการวิจัยตามวัตถุประสงค์ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 แบบ คือ

1. การศึกษาข้อมูลเอกสาร (Document research) โดยการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจาก ตำรา วารสาร เอกสารวิชาการ บทความ รายงานการวิจัย เอกสารทางราชการ ข้อบัญญัติและกฎหมาย รวมทั้งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ เพื่อวิเคราะห์สภาพความเป็นจริงของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเป็นต้น
2. การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-structured interview) ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) จากสำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ทำการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการและตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีทั้ง 12 แห่ง ที่สามารถให้บริการ

สุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั้ง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาและ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชน

การได้มาของข้อมูลสำคัญ

การได้มาของข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางสำหรับคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจาก ตำรา วารสาร เอกสารวิชาการ บทความ รายงานการวิจัย เอกสารทางราชการ ข้อบัญญัติและกฎหมาย รวมทั้งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้องกับระบบ บริการสุขภาพของ โรงพยาบาลรัฐ เพื่อให้ได้มาซึ่งบุคคลและองค์กรสำคัญหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

2. เมื่อได้รายชื่อบุคคล องค์กรสำคัญหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในช่วงที่ 1 ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อขอความอนุเคราะห์สัมภาษณ์ เมื่อได้รับการตอบรับจะนำหนังสือขอความอนุเคราะห์สัมภาษณ์ที่ออกโดยคณบดีคณะรัฐศาสตร์ และนิสิตาสาตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไปยื่นเสนอด้วยตนเองและดำเนินการสัมภาษณ์ตามวันเวลาที่ นัดหมาย โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญดังนี้

2.1 นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ ที่ 6

2.2 นายแพทย์อภิชาติ รอดสม สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6

2.3 นางสุนรรัตน์ นีรภัทนกุล ผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

จากนั้นจึงขอให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเสนอรายชื่อผู้เชี่ยวชาญ บุคคล องค์กร หน่วยงานหรือ ผู้ที่สามารถให้ข้อมูลจริงด้านระบบบริการสุขภาพของ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดชลบุรีได้

3. นำรายชื่อผู้เชี่ยวชาญ บุคคล องค์กร หน่วยงานหรือผู้ที่สามารถให้ข้อมูลจริงที่ได้รับการเสนอจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์ครั้งแรกมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการ วิเคราะห์เอกสารว่า ผู้เชี่ยวชาญ บุคคล องค์กรหรือหน่วยงานใดที่มีความเชี่ยวชาญและมี ส่วนเกี่ยวข้องตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยมากที่สุด ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้วยวิธีการ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการติดต่อผ่านทางโทรศัพท์เพื่อขอ ความอนุเคราะห์สัมภาษณ์ เมื่อได้รับการตอบรับจะนำหนังสือขอความอนุเคราะห์สัมภาษณ์ที่ออก

โดยคณะบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไปยื่นเสนอด้วยตนเองและดำเนินการ
สัมภาษณ์ โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญดังนี้

ตารางที่ 3-1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

หน่วยงาน	ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	ตำแหน่ง
1. โรงพยาบาล ชลบุรี	1. นายแพทย์ชุตติเดช ตาบองครักษ์	ผู้อำนวยการ (นายแพทย์เชี่ยวชาญด้าน อายุรกรรม โรคไต)
	2. นายแพทย์เกศดา จันทร์ สว่าง	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
	3. นางศิริเพ็ญ ชั้นประเสริฐ	หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
2. โรงพยาบาล บ้านบึง	1. แพทย์หญิงแววดาว พิมลธเรศ	ผู้อำนวยการ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
	2. นายแพทย์ฐิติกร ศรีเจริญ	รักษาการแทนผู้อำนวยการ (นายแพทย์ เชี่ยวชาญ)
	3. นางวชิรา ลิ้มเจริญชัย	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ)
	4. นางภัทราภรณ์ ศรีเจริญ	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป (พยาบาล วิชาชีพชำนาญการ)
	5. นางสาวดวงแข นาคะ	หัวหน้างานพยาบาลชุมชน (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ)
3. โรงพยาบาล พนัสนิคม	1. นายแพทย์ประยุทธ์ หมั่นหน้า	ผู้อำนวยการ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
	2. นายแพทย์เชษฐา คันธา	รักษาการประธานองค์กรแพทย์ (นายแพทย์ เชี่ยวชาญ)
	3. เกสัชกรหญิงวิลาสินี สัตยาทิตย์	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป (เภสัชกร ชำนาญการ)

ตารางที่ 3-1 (ต่อ)

หน่วยงาน	ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	ตำแหน่ง
4. โรงพยาบาล พานทอง	1. นายแพทย์จีวิน ประพันธ์	ผู้อำนวยการ (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ)
	2. นางรานี หงษ์สถิตย์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ)
	3. นางสาวโสภา ทิวาลัย	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป (นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ)
5. โรงพยาบาล บ่อทอง	1. นายแพทย์วิชัย ธนาโสภณ	ผู้อำนวยการและรักษาราชการนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (นายแพทย์ เชี่ยวชาญ)
	2. นางทวีพร เพชรชัช	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ)
	3. นายกมล บุญมา	หัวหน้ากลุ่มงานประกันคุณภาพและ ยุทธศาสตร์ (นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ)
6. โรงพยาบาล หนองใหญ่	1. นายแพทย์วัฒน์ สัยเสวีกุล	รักษาราชการผู้อำนวยการ (ทันตแพทย์ เชี่ยวชาญ)
	2. นางสาววันเพ็ญ เพชรเหมือน	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ)
	3. นายนภา พรหมงาม	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป (นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ)
7. โรงพยาบาล เกาะจันทร์	1. นายแพทย์ปิยะวิทย์ หมดมลทิน	ผู้อำนวยการ (นายแพทย์ปฏิบัติการ)
	2. เกศษกรหญิงฤทัยรัตน์ ศรีขวัญ	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครอง ผู้บริโภค (เภสัชกรปฏิบัติการ)
	3. นางสาวภาวิณี จิตรมัน	หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ (นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ)
	4. นางสาวสิริพร สุทธิจินดาญาโน	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ)

ตารางที่ 3-1 (ต่อ)

หน่วยงาน	ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	ตำแหน่ง
	5. นางสาวรัชณีกร ศิริเรือง	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน (พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ)
8. โรงพยาบาล เกาะสีชัง	1. นายแพทย์ธีรวัฒน์ วงศ์สุวรรณทัต	ผู้อำนวยการ (นายแพทย์ปฏิบัติการ)
	2. ทันตแพทย์หญิงอานะสิทธิ์ ศัลยพงษ์	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป (ทันตแพทย์ ชำนาญการ)
	3. นางอรพรรณ สูดใจนาถ	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ)
9. โรงพยาบาล บางละมุง	1. นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ เอกวัฒนกุล	ผู้อำนวยการ (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ)
	2. นางศิริวรรณ เศรษฐชาญวิทย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตัวแทน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
	3. นางปนัดดา ลิมชงเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตัวแทน หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
10. โรงพยาบาล อ่าวอุดม	1. นายแพทย์รามณรงค์ อำไพพิศ	ผู้อำนวยการ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
	2. ทันตแพทย์หญิงฉลกร พูลสวัสดิ์	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป (ทันตแพทย์ เชี่ยวชาญ)
	3. นางสมพร กนกสิริรัตน์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ)
11. โรงพยาบาล วัดญาณสัง วราราม	1. แพทย์หญิงเพชรรุ้ง ไพโรพยอม	ผู้อำนวยการ (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ)
	2. นายแพทย์ฉัตร เอี่ยมศิริกิจ	นายแพทย์ปฏิบัติการ
	3. นางราตรี หาทรัพย์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ)

ตารางที่ 3-1 (ต่อ)

หน่วยงาน	ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	ตำแหน่ง
12. โรงพยาบาล สัสดีหีบ กม. 10	1. นายแพทย์สุกิจ พึ่งเกษมสุนทร	ผู้อำนวยการ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
	2. นางเพชร คำเยี่ยม	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ)
	3. นายชาติชาย ธรรมเกษร	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป (เจ้าพนักงาน พัสดุชำนาญงาน)

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบวิเคราะห์เอกสาร และแบบสัมภาษณ์ (Interview) ทั้งที่เป็นแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-structured interview) และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) เพื่อให้แนวทางการดำเนินการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยศึกษาทบทวนและรวบรวมข้อมูลจากตำรา อาทิ แนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงของชาติ ระบบบริการสุขภาพ ความมั่นคงทางสุขภาพ การจัดการบทความจากวารสารทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เอกสารวิชาการ รายงานการวิจัย เอกสารทางราชการ รวมทั้งข้อบัญญัติและกฎหมายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ อาทิ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 พระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐมากำหนดเป็นประเด็นปัญหา วัตถุประสงค์และกรอบแนวทางการวิจัย

2. สร้างเครื่องมือการวิจัย นำประเด็นปัญหา วัตถุประสงค์และกรอบแนวทางการวิจัยมา กำหนดแนวประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) การสัมภาษณ์ และประเด็นสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 และผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 3 คน กลุ่มที่สอง ได้แก่ ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการและตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 12 แห่งในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี รวมทั้งหมด 40 คน โดยแบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1 คำถามเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ
 ประเด็นที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการ
 สุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ

ประเด็นที่ 3 คำถามเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐ
 ที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน

3. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย เป็นการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยจะ
 สร้างแบบสัมภาษณ์ที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา วัตถุประสงค์และกรอบแนวทางการวิจัย
 จากนั้นนำเสนอต่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ศศสมศักดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
 ดร.อนรรตน์ อนันทนาวรร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และ รองศาสตราจารย์ ดร.จีระ ประทีป
 กรรมการการวิจัย ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของ
 ถ้อยคำ เพื่อนำกลับมาแก้ไขปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและจัดทำเครื่องมือฉบับสมบูรณ์สำหรับใช้ใ
 การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ดังนี้

1. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ได้มาจากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจาก ตำรา
 วารสาร เอกสารวิชาการ บทความ รายงานการวิจัย เอกสารทางราชการ ข้อบัญญัติและกฎหมาย
 รวมทั้งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต

2. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth
 interview) ดังนี้

2.1 ใช้แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้ตรวจ
 ราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 และผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุข
 จังหวัดชลบุรี แบบเปิดกว้าง ไม่จำกัดคำตอบ จะถามประเด็นใดก่อนหลังก็ได้ ใช้แบบสัมภาษณ์
 แบบมีโครงสร้าง สัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการและตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์
 โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 12 แห่งในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
 ตามแนวทางแบบสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละประเด็นคำถาม โดยผู้วิจัยเตรียมประเด็นคำถาม
 ต่าง ๆ ที่กำหนดไว้เพื่อให้ได้คำตอบครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขอความ
 อนุเคราะห์ในการจดบันทึกและการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45-90
 นาที ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยจะให้ข้อมูลจนไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมหรือที่เรียกว่า
 ข้อมูลมีความอิ่มตัว (Data saturation) ถือเป็นการเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์

2.2 ทำการถอดเทปและบันทึกเป็นรายวัน นำข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกมา ตรวจสอบความครบถ้วนและวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ประกอบกับนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียง มาทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนจะทำการวิเคราะห์เพื่อทราบถึงประโยคและประเด็นสำคัญ หากพบว่ามีข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือมีข้อความที่สำคัญขาดหายไปจะโทรศัพท์ติดต่อผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่มีความสะดวกและได้ขอความอนุเคราะห์ไว้ เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์และเป็นประโยชน์ต่อการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมในครั้งต่อไป

การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะนำข้อมูลการจดบันทึกหลังจากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งมาตรวจสอบ เพื่อให้แน่ใจว่าได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความถูกต้อง ตรงกับความ เป็นจริงและทราบประเด็นสำคัญ นอกจากนี้ทุกครั้งที่ผู้วิจัยกลับจากการสัมภาษณ์จะทำการถอด ข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียง ทันทีเพื่อช่วยให้สามารถจดจำรายละเอียดและข้อมูลสำคัญได้ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเข้าใจถึงความหมายและรายละเอียดของข้อมูลในแต่ละช่วงเวลา ลำดับ ความสำคัญของข้อมูลและสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ ซึ่งเป็นการตรวจสอบ ข้อมูลตามแนวคิดของ สุภางค์ จันทวานิช (2552, หน้า 129-130) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยจะตรวจสอบความตรงของข้อมูล โดยการ นำข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการจดบันทึกจากภาคสนามมาเรียบเรียง จัดลำดับ ความสำคัญ วิเคราะห์หาประโยคสำคัญ รวมทั้งตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และ กรอบแนวทางการวิจัย

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ทำวิจัย ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ นั้นมีความถูกต้อง พิจารณาตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลด้านเวลา สถานที่และ บุคคล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodology triangulation) ร่วมด้วย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาเปรียบเทียบกับกรบันทึกภาคสนาม รวมทั้งข้อ ค้นพบที่ทำการศึกษาตลอดจนข้อมูลเอกสารและรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารและการสัมภาษณ์ วิธีการวิเคราะห์จะเป็นไปตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative data) คือ พรรณนาข้อมูลในปรากฏการณ์หรือ

รูปธรรมและวิเคราะห์ตีความข้อมูลเพื่อสร้างข้อสรุปเกี่ยวกับปัญหา ข้อจำกัดและเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการลดทอนข้อมูล (Data reduction) จากการเฟ้นหาจุดที่น่าสนใจและทำความเข้าใจ ปรับข้อมูลดิบให้เหมาะสมตลอดเวลา บันทึกข้อสรุปชั่วคราว จนสามารถสรุปเป็นข้อมูลการวิจัยที่สมบูรณ์
2. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และข้อมูลจากเอกสารมาบันทึกความถี่ของข้อมูลที่ซ้ำกัน จากนั้นนำมาสู่การให้ความหมายหรือการตีความ
3. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการวิจัย ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้มาช่วยในการสร้างข้อสรุปหรือเชื่อมโยงข้อมูลตามแนวคิดของ สุกางค์ จันทวานิช (2552, หน้า 144-146) เพื่อหาข้อสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย
4. สรุปผลและการรายงาน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและวิเคราะห์เรียบร้อยแล้วมาจัดทำเป็นรายงานการวิจัยเสนอต่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร.อนรรตน์ อนันตนาทร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และ รองศาสตราจารย์ ดร.จิระ ประทีป อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อทำการตรวจสอบและเสนอแนะ จากนั้นจึงนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อเสนอต่อ รองศาสตราจารย์ ทพญ. รอ. ดร.สุพัตรา วรรณสืบเชื้อ ประธานควบคุมการวิจัย เพื่อให้ข้อเสนอแนะและนำกลับมาแก้ไขให้สมบูรณ์ที่สุด ก่อนจะจัดทำเป็นรายงานผลการวิจัยที่มีความสมบูรณ์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ ศึกษาปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ และเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากตำรา วารสาร เอกสารวิชาการ บทความ รายงานการวิจัย เอกสารทางราชการ ข้อบัญญัติและกฎหมาย รวมทั้งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Interview) ผู้บริหารของสำนักตรวจราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการและตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 12 แห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี รวมทั้งหมดจำนวน 43 คน โดยได้แบ่งเนื้อหาการนำเสนอ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ
2. ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ
3. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน

การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ

การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ การวิเคราะห์ข้อมูลจากตำรา เอกสารวารสาร เอกสารวิชาการ บทความ รายงานการวิจัย เอกสารทางราชการ ข้อบัญญัติและกฎหมาย รวมทั้งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐพบว่า

1. กฎหมายและสิทธิเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2540, หน้า 2-12) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2550,

หน้า 2-14) และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2560, หน้า 3-12) กล่าวถึงสิทธิของประชาชนเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 4-1 กฎหมายและสิทธิเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

กฎหมาย	สิทธิเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540	บุคคลมีสิทธิได้รับความคุ้มครองเท่าเทียมกันทั้งชายและหญิง การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมจะกระทำไม่ได้ บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานทั้งผู้ยากไร้ เด็ก เยาวชน บุคคลในครอบครัว ผู้มีอายุเกินหกสิบปี บริบูรณ์และผู้พิการหรือทุพพลภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วย
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550	ประชาชนชาวไทยไม่ว่าเหล่ากำเนิด เพศ หรือศาสนาใด ย่อมอยู่ในความคุ้มครองบุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานทั้งผู้ยากไร้ เด็ก และเยาวชน ผู้ที่มีอายุเกินหกสิบปี บริบูรณ์และผู้พิการหรือทุพพลภาพ โดยรัฐต้องดำเนินการให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560	ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมจะกระทำไม่ได้ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขทั้งผู้ยากไร้ มารดาในช่วงระหว่างการคลอด โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2560

จากตารางที่ 4-1 จะเห็นได้ว่า ในภาพรวมรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้ประชาชนชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและรัฐจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม

2. กฎหมายและการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้รัฐบาลต้องดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 4-2 กฎหมายและการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

กฎหมาย	การดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540	รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการกำหนดนโยบาย การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคม กระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจ พัฒนาระบบ สาธารณูปโภคและสาธารณูปการให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกัน จัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้ มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550	คณะรัฐมนตรีต้องจัดทำแผนการบริหารราชการแผ่นดิน เพื่อ แสดงรายละเอียดของแนวทางในการบริหารราชการแผ่นดิน ให้เป็นไปเพื่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจและความมั่นคงของ ประเทศ จัดระบบการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นให้มีขอบเขตอำนาจหน้าที่และความ รับผิดชอบที่ชัดเจนดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุขคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริม สุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน ส่งเสริมให้ ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

กฎหมาย	การดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560	รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานและการบริการสาธารณสุขอย่างครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าหมายและสาระที่พึงมีในยุทธศาสตร์ชาติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กฎหมายบัญญัติ เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2560

จากตารางที่ 4-2 จะเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้รัฐบาลต้องจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาลทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและจิตใจเข้มแข็ง

3. กฎหมายและความหมายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2550, หน้า 2) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2545, หน้า 1) และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552, หน้า 5) กล่าวถึงความหมายของระบบบริการสาธารณสุขหรือระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

ตารางที่ 4-3 กฎหมายและความหมายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

กฎหมาย	ความหมายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550	“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลครอบครัวและชุมชน
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552	“การบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การบริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

จากตารางที่ 4-3 จะเห็นได้ว่า พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กล่าวถึงความหมายของระบบบริการสุขภาพว่าหมายถึง การบริการทางการแพทย์ประกอบด้วย กระบวนการสำคัญ 4 มิติหลัก ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน

4. นโยบายของรัฐบาลกับระบบบริการสุขภาพ

รัฐบาลตั้งแต่สมัยนายกรัฐมนตรี พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร จนถึง รัฐบาลสมัย พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา มีการแถลงนโยบายที่มีสาระสำคัญเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 4-4 นโยบายของรัฐบาลกับระบบบริการสุขภาพ

รัฐบาลสมัย	นโยบาย	สาระสำคัญเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร (สำนักวิชาการสำนักงาน เลขานุการสภาผู้แทนราษฎร, 2544, หน้า 17)	ด้านสาธารณสุข และสุขภาพ	มุ่งสร้างระบบบริการและคุ้มครองสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วน หน้า ดำเนินการปฏิรูประบบบริการ สุขภาพ เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมด้าน สาธารณสุขของประเทศและลดค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้งสร้างหลักประกันและสร้าง โอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน
พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร (สำนักวิชาการสำนักงาน เลขานุการสภาผู้แทนราษฎร, 2548, หน้า 9-10)	นโยบายพัฒนาคน และสังคมที่มี คุณภาพ	ด้านการพัฒนาสุขภาพของประชาชน รัฐบาลจะเพิ่มคุณภาพระบบประกัน สุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทและปฏิรูป ระบบบริหารจัดการสาธารณสุขที่มี ประสิทธิภาพครบวงจรทั้งการซ่อม สร้าง เสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับ บริการอย่างเท่าเทียมกัน
พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ (สำนักวิชาการสำนักงาน เลขานุการสภาผู้แทนราษฎร, 2549, หน้า 18-19)	นโยบายสังคม	พัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิต สังคมและ ปัญญา โดยการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อ ลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและยาเสพติด อย่างจริงจังและต่อเนื่อง การดูแลเด็กและ เยาวชน คนพิการ คนสูงอายุและ ผู้ด้อยโอกาส การสนับสนุนสิทธิสตรี ตลอดจนความปลอดภัยในชีวิตและ ทรัพย์สิน

ตารางที่ 4-4 (ต่อ)

รัฐบาลสมัย	นโยบาย	สาระสำคัญเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
นายสมัคร สุนทรเวช (สำนักวิชาการ สำนักงาน เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2551ก, หน้า 9)	นโยบายสังคมและ คุณภาพชีวิต	เพิ่มคุณภาพของหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าและประชาชนเข้าถึงบริการ ได้อย่างไม่เป็นอุปสรรค พร้อมทั้งปฏิรูป ระบบบริหารจัดการสาธารณสุขให้มี ประสิทธิภาพครบวงจรทั้งการ รักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ การ ป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ
นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ (สำนักวิชาการ สำนักงาน เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2551ข, หน้า 12)	นโยบายสังคมและ คุณภาพชีวิต	ลงทุนด้านบริการสุขภาพโดยการพัฒนา คุณภาพบริการทั้งระบบอย่างมีบูรณาการ และเชื่อมโยงกันในทุกระดับ ผลัดและ พัฒนาแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการเพิ่มสิ่งจูงใจ ปรับปรุงระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพัฒนา ระบบข้อมูลสารสนเทศให้ทันสมัย เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ (สำนักวิชาการ สำนักงาน เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2551ค, หน้า 14)	นโยบายสังคมและ คุณภาพชีวิต	ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของภาครัฐในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกระดับสถานีอนามัยเป็น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาระบบ เครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มี ประสิทธิภาพเชื่อมโยงกันทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชน
นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (สำนักวิชาการ สำนักงาน เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2554, หน้า 29-30)	นโยบายสังคมและ คุณภาพชีวิต	ลงทุนด้านบริการสุขภาพ พัฒนาคุณภาพ การทั้งระบบอย่างมีบูรณาการเชื่อมโยง ในทุกระดับ จัดให้มีระบบสารสนเทศทาง สาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพเร่งผลิต

ตารางที่ 4-4 (ต่อ)

รัฐบาลสมัย	นโยบาย	สาระสำคัญเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
		<p>บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เพียงพอกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น เพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ความเป็นเลิศที่กระจายอยู่ในส่วนภูมิภาคและมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปสู่โรงพยาบาลต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้โรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ มีเครื่องมืออุปกรณ์สนับสนุนให้โรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ มีเครื่องมืออุปกรณ์</p>
<p>พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2557, หน้า 29-30)</p>	<p>การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน</p>	<p>พัฒนาสถานบริการปฐมภูมิในเขตเมืองและชนบทที่สมบูรณ์แบบทั่วประเทศ วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพพัฒนาระบบบริการสุขภาพเสริมความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรค</p>
		<p>ระบาคป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในการจราจรอันนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตส่งเสริมการกีฬาเพื่อสุขภาพ ประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมพัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข</p>

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2558

จากตารางที่ 4-4 จะเห็นได้ว่านโยบายของรัฐบาลตั้งแต่สมัยนายกรัฐมนตรี พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร จนถึง รัฐบาลสมัย พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา กำหนดนโยบายเกี่ยวกับระบบ

บริการสุขภาพมุ่งเน้นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เพิ่มคุณภาพระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปฏิรูประบบบริหารจัดการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพครบวงจรและสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง

5. แผนบริหารราชการแผ่นดินกับระบบบริการสุขภาพ

รัฐบาลตั้งสมัชชานายกรัฐมนตรี พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร จนถึง รัฐบาลสมัชชานายกรัฐมนตรียิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้กำหนดแผนบริหารราชการแผ่นดิน ยุทธศาสตร์/ นโยบายและเป้าประสงค์เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 4-5 แผนบริหารราชการแผ่นดินกับระบบบริการสุขภาพ

รัฐบาลสมัย	ยุทธศาสตร์/ นโยบาย	เป้าประสงค์
พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร (แผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2548-2551, หน้า 23)	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาคนและสังคมที่มีคุณภาพ ค.การเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนอย่างครบวงจรและมีคุณภาพมาตรฐาน	ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ในทุกมิติและได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ
นายสมัคร สุนทรเวช (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2551, หน้า 31-32)	นโยบายที่ 2 นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต 2.3 นโยบายการพัฒนาสุขภาพประชาชน	1. ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพอย่างครอบคลุม มีคุณภาพและเข้าถึงบริการได้อย่างไม่เป็นอุปสรรค 2. ระบบบริการและระบบบริหารจัดการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐาน 3. ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม สามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง รวมทั้งมีระบบเฝ้าระวังป้องกันและ

ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

รัฐบาลสมัย	ยุทธศาสตร์/ นโยบาย	เป้าประสงค์
		ควบคุมโรคเชิงรุก 4. เด็ก เยาวชนและ ประชาชนได้ออกกำลังกาย เล่นกีฬาเป็นประจำเพื่อ พัฒนาคุณภาพชีวิต
นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ (สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ, 2551, หน้า 48)	นโยบายที่ 3 นโยบายสังคมและ คุณภาพชีวิต ประเด็นนโยบายที่ 3.3 นโยบาย การพัฒนาสุขภาพของ ประชาชน	1. ประชาชนมีหลักประกัน สุขภาพอย่างครอบคลุม มี คุณภาพและเข้าถึงบริการได้ อย่างไม่มีอุปสรรค 2. ระบบบริการและระบบ บริหารจัดการสาธารณสุข มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐาน 3. ประชาชนมีสุขภาพ อนามัยดี มีพฤติกรรม สุขภาพเหมาะสม สามารถ ควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยง ต่อโรคเรื้อรัง 4. เด็ก เยาวชนและ ประชาชนได้ออกกำลังกาย เล่นกีฬาเป็นประจำเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิต อนามัยดี มีพฤติกรรม สุขภาพ เหมาะสม สามารถควบคุม และลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรค เรื้อรัง

ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

รัฐบาลสมัย	ยุทธศาสตร์/ นโยบาย	เป้าประสงค์
		3. ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลในระดับนานาชาติ
นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2554, หน้า 94)	นโยบายที่ 4 นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต ประเด็นนโยบายที่ 4.3 นโยบายพัฒนาสุขภาพของประชาชน	1. ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพอย่างครอบคลุม มีคุณภาพและมีโอกาสเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม 2. ระบบบริการสุขภาพมีโครงสร้างพื้นฐานที่เพียงพอทั้งบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์และสถานพยาบาล 3. ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม สามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ 4. ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลในระดับนานาชาติ

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2558

จากตารางที่ 4-5 จะเห็นได้ว่า แผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2548-2551 จนถึง แผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2555-2558 กำหนดเป้าประสงค์การดำเนินงานโดยภาพรวมมุ่งเน้นให้

ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพอย่างครอบคลุมสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้อย่างไม่เป็นอุปสรรคนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ในทุกมิติ

6. กรอบยุทธศาสตร์ชาติกับระบบบริการสุขภาพ

ปัจจุบันรัฐบาลสมัยพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี กำหนดให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศ ซึ่งมีสาระสำคัญตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558, หน้า 5-11) เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 4-6 กรอบยุทธศาสตร์ชาติกับระบบบริการสุขภาพ

ประเด็น	แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
วิสัยทัศน์	“มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ประเทศมีขีดความสามารถในการแข่งขัน คนไทยมีความสุข อยู่ดี กินดี สังคมมีความมั่นคง เสมอภาคและเป็นธรรม
ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม (Inclusive growth) มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพ บูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุน เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการ มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพ ภาครัฐ พัฒนาการบริหารจัดการระบบสุขภาพด้วยการมีและใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข ส่งเสริมการอภิบาลระบบสุขภาพในลักษณะเครือข่ายที่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกับการสนับสนุนความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการพัฒนาระบบบริการที่มีการลงทุนและใช้ทรัพยากรร่วมกัน ส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งการสร้างโอกาสในการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติทั้งในด้านศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical service hub) ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness hub) ศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ (Product hub) และ ศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัย (Academic hub)

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2558

จากตารางที่ 4-6 จะเห็นได้ว่า กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพและบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพพัฒนาการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายที่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันและส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ อันจะนำไปสู่ความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม

7. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับระบบบริการสุขภาพ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544, หน้า 7-9) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549, หน้า 35-36) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554, หน้า 8-9) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559, หน้า 63-64) กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 4-7 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับระบบบริการสุขภาพ

แผนพัฒนา	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9	เพื่อวางรากฐานการพัฒนาประเทศให้เข้มแข็งยั่งยืน สามารถพึ่งตนเองได้อย่างรู้เท่าทันโลก โดยการปฏิรูประบบสุขภาพสร้างระบบคุ้มครองความมั่นคงทางสังคม รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและเครือข่ายชุมชนให้เกิดการเชื่อมโยงการพัฒนาชนบทและเมืองอย่างยั่งยืน	ยกระดับคุณภาพชีวิตให้ประเทศไทยมีโครงสร้างประชากรที่สมดุลและขนาดครอบครัวที่เหมาะสม รักษาแนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรให้อยู่ในระดับทดแทนอย่างต่อเนื่อง คนไทยมีสุขภาพดีมีคุณภาพรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงมีคุณธรรม มีจิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวม ขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม มีระบบการ

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

แผนพัฒนา	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
		<p>คุ้มครองทางสังคมที่สร้างหลักประกันแก่คนไทยทุกช่วงวัยเพิ่มความเข้มแข็งให้ชุมชนและประชาสังคมและใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็งขับเคลื่อนให้เกิดการมีส่วนร่วมพัฒนาเมืองนำอยู่ชุมชนนำอยู่ปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพและประชาชนมีส่วนร่วมพัฒนา</p>
<p>แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10</p>	<p>เพื่อสร้างโอกาสการเรียนรู้ คู่คุณธรรม จริยธรรมอย่างต่อเนื่องที่ขับเคลื่อนด้วยการเชื่อมโยงบทบาทครอบครัว สถาบันศาสนา และสถาบันการศึกษา เสริมสร้างบริการสุขภาพอย่างสมดุลระหว่างการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟู สมรรถภาพและสร้างความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน</p>	<p>คุณภาพคน ให้คนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกายจิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพ มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตครอบครัว สุขภาพดีทุกกลุ่มเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเองนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน สังคมไทย กำหนดให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปีลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ใน 5 อันดับแรก</p>

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

แผนพัฒนา	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
		คือ หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง มะเร็งนำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพแรงงาน ลดรายจ่ายด้านสุขภาพ บุคคลในระยะยาว
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11	เพื่อพัฒนาคนไทยทุกกลุ่มวัย อย่างเป็นองค์รวมทั้งทาง กาย ใจ สติปัญญา อารมณ์ คุณธรรม จริยธรรมและสถาบัน ทางสังคมมีบทบาทหลักในการ พัฒนาคนให้มีคุณภาพ	คนไทยมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีสุขภาวะดีขึ้น มีคุณธรรม จริยธรรมและสถาบันทางสังคม มีความเข้มแข็งมากขึ้น
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12	เพื่อวางรากฐานให้คนไทยเป็น คนที่สมบูรณ์มีคุณธรรม จริยธรรม มีระเบียบวินัยค่านิยม ที่ดี มีจิตสาธารณะ และมี ความสุข โดยมีสุขภาวะและ สุขภาพที่ดี ครอบครัวอบอุ่น ตลอดจนเป็นคนเก่งที่มีทักษะ ความรู้ความสามารถและพัฒนา ตนเองได้ต่อเนื่องตลอดชีวิต	คนไทยมีคุณลักษณะเป็นคนไทย ที่สมบูรณ์มีวินัย มีทัศนคติและ พฤติกรรมตามบรรทัดฐานที่ดี ของสังคม มีความเป็นพลเมือง ต้นรู้ มีความสามารถในการ ปรับตัวได้อย่างรู้เท่าทัน สถานการณ์ มีความรับผิดชอบ และทำประโยชน์ต่อส่วนรวม มีสุขภาพกายและใจที่ดีมีความ เจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ มีวิถีชีวิตที่พอเพียงและมีความ เป็นไทย

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2560

จากตารางที่ 4-7 จะเห็นได้ว่า แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 จนถึงว่า
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบ

บริการสุขภาพ มุ่งเน้นการการปฏิรูประบบสุขภาพ สร้างความเชื่อมโยงบทบาทครอบครัว สถาบัน ศาสนาและสถาบันการศึกษาพัฒนาประชาชนทุกกลุ่มวัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ นำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชนสังคมไทย

8. ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขกับระบบบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560, หน้า 1) มีแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับกับระบบบริการสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 4-8 ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขกับระบบบริการสุขภาพ

ประเด็น	แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
วิสัยทัศน์	เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี
เป้าหมาย	ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน
ยุทธศาสตร์หลัก	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & promotion excellence): พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพและความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม บริการเป็นเลิศ (Service excellence): การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ และ ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจพิเศษ บุคลากรเป็นเลิศ (People excellence): การวางแผนความต้องการอัตรา กำลังคน การผลิตและพัฒนากำลังคนการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ บริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance excellence): ระบบข้อมูลสารสนเทศ ด้านสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2558

จากตารางที่ 4-8 จะเห็นได้ว่า แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกัน

โรคเชิงรุก การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ การพัฒนาบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขและระบบสุขภาพยั่งยืน

9. แผนพัฒนาสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ

แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 5-6) แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549, หน้า 29-30) แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559, หน้า 23-24) และแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559, หน้า 1-2) กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 4-9 แผนพัฒนาสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ

แผนพัฒนา	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9	<p>1. เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุกการ สร้างเสริมสุขภาพดีและการ คุ้มครองความปลอดภัยของชีวิต และสุขภาพ ทั้งด้านความปลอดภัย และความมั่นคงของระบบอาหาร ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมและ การประกอบอาชีพ การคุ้มครอง ผู้บริโภคและการป้องกันควบคุม โรค</p> <p>2. เพื่อสร้างหลักประกันที่ช่วย คุ้มครองสุขภาพของประชาชน จาก ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาสร้างหลักประกันใน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ</p>	<p>1. การสร้างเสริมสุขภาพและการ ป้องกันโรค</p> <p>2. คนไทยทุกคนมีหลักประกัน สุขภาพ</p> <p>3. การสร้างความเสมอภาคทางด้าน สุขภาพ</p> <p>4. การปรับบทบาทภารกิจและ โครงสร้างองค์การ/ กลไกของรัฐใน การพัฒนาสุขภาพ</p> <p>5. การสนับสนุนการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ</p> <p>6. การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพ ของประชาชน/ ครอบครัว/ ชุมชน/ ประชาคม</p>

ตารางที่ 4-9 (ต่อ)

แผนพัฒนา	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
	<p>อย่างทั่วถึง เสมอภาคและเป็นธรรม โดยเฉพาะคนจนและผู้ด้อยโอกาส ในสังคม</p> <p>3. เพื่อสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้มีศักยภาพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ มีการเรียนรู้มีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ</p> <p>4. เพื่อสร้างกลไกและมาตรการในการสร้าง แสวงหาและเพิ่มศักยภาพในการคัดกรองการใช้ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาสุขภาพ โดยเน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาสากล และภูมิปัญญาไทยอย่างรู้เท่าทันเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ</p>	<p>7. การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นทั้งเขตเมืองและชนบท โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการขั้นสูง</p> <p>8. การพัฒนาคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>9. การพัฒนาสนับสนุนศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกทั้งภูมิปัญญาไทยและสากล</p> <p>10. การสนับสนุนอุตสาหกรรมสุขภาพ</p>
แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10	<p>1. สร้างสุขภาพดีให้เป็นวิถีชีวิตในทุกช่วงวัยตั้งแต่ครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน โดยเน้นการสร้างรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน</p> <p>2. สร้างระบบบริการดี เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ให้บริการที่มีคุณภาพ เป็นมิตร ใส่ใจในความ</p>	<p>1. เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน</p> <p>2. งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี</p> <p>3. วัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างเป็นองค์รวม</p> <p>4. ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง</p>

ตารางที่ 4-9 (ต่อ)

แผนพัฒนา	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
	<p>ทุกข์และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์</p> <p>3. สร้างสังคมดี เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันได้ด้วยการมีหลักประกันด้านสุขภาพที่ให้ความอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตทั้งยามปกติยามเจ็บป่วยและยามวิกฤต</p> <p>4. สร้างชีวิตที่มีความสุขพอเพียง เป็นวิถีชีวิตที่มีความสุขสงบ ไม่เบียดเบียนกันเติบโตได้ในสังคมแห่งการเรียนรู้มีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ สันติภาพและการพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์</p>	<p>5. ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้องเหมาะสมทำให้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข</p> <p>6. หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรมทั่วถึง มีคุณภาพ</p> <p>7. ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างทันการณ</p> <p>8. ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลาย ผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันพึ่งตนเองได้</p> <p>9. ระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน</p> <p>10. สังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนตกทุกข์ได้ยากเป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนทุกข์คนยากและผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์</p>
แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 11	1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการบาดเจ็บจากโรคป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและมีส่วนร่วมจัดการปัญญาไทยและมีส่วนร่วม	<p>1. ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด</p> <p>2. อัตราป่วย อัตราตายจากภัยพิบัติโรคระบาดและภัยสุขภาพ ได้แก่ อัตราป่วยด้วยโรคระบาดอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ อัตราตายจากภัยพิบัติ</p>

ตารางที่ 4-9 (ต่อ)

แผนพัฒนา	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
	จัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคม	จากธรรมชาติและอัตราป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
	2. มีการเฝ้าระวังเตือนภัยที่ไวพอทันเหตุการณ์และสามารถจัดการปัญหาภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3. อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็งและอัตราการควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย
	3. มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	4. ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น
	4. มีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ	5. อัตราส่วนการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
	5. มีระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ	6. อัตราการปฏิเสธการส่งต่อ
		7. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยภายใน 28 วัน
		8. อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเฉลี่ย และระหว่างภูมิภาค
		9. ร้อยละโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการเงิน
แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12	1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง	1. ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย
	2. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดีลดการตายก่อนวัยอันควร	2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเตือนภัยและการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ

ตารางที่ 4-9 (ต่อ)

แผนพัฒนา	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
	3. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกเหมาะสม	3. ยุทธศาสตร์การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ
	4. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม	สังคมและปัญญา
	5. มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประเมิณผล	4. ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมายและพัฒนาระบบการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ
		5. ยุทธศาสตร์การสร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพและพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2560

จากตารางที่ 4-9 จะเห็นได้ว่า แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 จนถึงแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพ สร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุกสนับสนุนการมีส่วนร่วมระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมสร้างภาคีเครือข่ายการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ลดอัตราป่วย อัตราเสียชีวิต นำสู่สังคมสุขภาพะที่ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี

10. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) พ.ศ.

2561-2565

เกวลิน ชื่นเจริญสุข (2559, หน้า 13-17) มีแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 4-10 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ

ประเด็น	แนวทางการดำเนินงาน
ความเป็นมา	<p data-bbox="494 472 1347 797">ใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless health service network) เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิในรูปแบบของเครือข่ายบริการ ครอบคลุมสถานบริการภายใน 4-8 จังหวัดดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคนเป็น 1 เครือข่ายรวมทั้งสิ้น 12 เครือข่ายเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบหลักประกันสุขภาพประชาชน ได้รับการบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานทั่วถึงเป็นธรรม คือ</p> <ol data-bbox="494 808 1347 2007" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="494 808 1347 1088">1. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับการปรับตัวของชุมชนเมืองและประชากรวัยสูงอายุซึ่งจะมีภาระของการดูแลโรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากมีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสศ.) และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) <li data-bbox="494 1099 1347 1256">2. การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงเพื่อรองรับระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อนใช้เทคโนโลยีระดับสูงและราคาแพงกระจายครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างทั่วถึง <li data-bbox="494 1267 1347 1424">3. การพัฒนาโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบเครือข่ายบริการเพื่อให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งเติบโตอย่างมีทิศทางมีภารกิจหน้าที่ชัดเจนมีจังหวะก้าวและเกื้อหนุนซึ่งกันและกันภายในเครือข่ายโดยแบ่งเป็น <ol data-bbox="518 1435 1347 2007" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="518 1435 1347 1603">3.1 โรงพยาบาลรับผู้ป่วยต่อระดับต้น (First-level referral hospital) ประกอบด้วยเครือข่ายบริการทุติยภูมิมีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากเครือข่ายบริการปฐมภูมิกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ F1/F2/F3 <li data-bbox="518 1615 1347 1827">3.2 โรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับกลาง (Mild-level referral hospital) ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กและโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ มีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากเครือข่ายบริการทุติยภูมิกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ M1/ M2 <li data-bbox="518 1839 1347 2007">3.3 โรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับสูง (High-level referral hospital) มีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลตติยภูมิมขนาดกลางแบ่งเป็น 2 ระดับโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นแม่ข่ายของเครือข่ายบริการระดับจังหวัดกำหนดให้

ตารางที่ 4-10 (ต่อ)

ประเด็น	แนวทางการดำเนินงาน
	<p>เป็นโรงพยาบาลระดับ S (Standard-level referral hospital)</p> <p>4. โรงพยาบาลศูนย์ที่รับส่งต่อจากเครือข่ายบริการระดับจังหวัดกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ A (Advance-level referral hospital) ในการดำเนินการนอกเหนือการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการที่เป็นไปตามขีดความสามารถที่ควรเป็นในแต่ละระดับกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาระบบศักยภาพของสถานบริการให้เป็นการพัฒนาขีดความสามารถที่ควรเป็นในแต่ละระดับกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ</p>
กรอบแนวคิด	<p>การดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อดูแลแบบเบ็ดเสร็จในเขต (Self-contain) และระบบส่งต่อภายในเขต (Referral hospital cascade) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการคือลดอัตราป่วยลดอัตราการตาย ลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอยกระบวนการดำเนินการคือวิเคราะห์ส่วนขาด (Gap analysis) และวางแผนสนับสนุนเพื่อให้มีศักยภาพในการดำเนินการจัดบริการสุขภาพให้เป็นการพัฒนาเป้าหมายที่กำหนดภายในปี พ.ศ. 2565</p>
การพัฒนา ระบบบริการ เฉพาะด้าน 13 สาขา	<p>พัฒนาระบบระบบบริการรองรับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ 13 สาขา ได้แก่ 1. สาขาโรคหัวใจ 2. สาขาโรคมะเร็ง 3. สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4. สาขาทารกแรกเกิด 5. สาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด 6. 5 สาขาหลัก (สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และ ออร์โธปิดิกส์) 7. สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ 8. สาขาสุขภาพช่องปาก 9. สาขาคา 10. สาขาไต 11. สาขาโรคไม่ติดต่อ 12. สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 13. สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะและสุขภาพอำเภอ</p>

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2560

ตารางที่ 4-10 จะเห็นได้ว่าแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มุ่งเน้นให้หน่วยบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ มีระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการไร้รอยต่อ

สนับสนุนการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด สามารถรองรับ
ปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จระดับพื้นที่

11. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดชลบุรีกับระบบบริการสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (2559, หน้า 4-7) ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์
การพัฒนาสุขภาพจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2560-2579 มีสาระสำคัญเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 4-11 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดชลบุรีกับระบบบริการสุขภาพ

ประเด็น	แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
วิสัยทัศน์	ปี พ.ศ. 2579 ชลบุรีเป็นผู้นำด้านสุขภาพระดับชาติ สู่มีเมืองสุขภาพดีที่ยั่งยืน
พันธกิจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดำเนินการตามนโยบาย มาตรฐาน กฎหมายและบริหารจัดการ รวมถึงการติดตาม กำกับ ประเมิน บนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ มีธรรมาภิบาลและองค์กรมีความสุข 2. จัดระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิจนถึงบริการศูนย์ความเป็นเลิศที่มีคุณภาพ ครอบคลุมและไร้รอยต่อ 3. อภิบาลระบบสุขภาพโดยให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน
เป้าประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนสุขภาพดี มีอายุยืนยาว อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) ไม่น้อยกว่า 80 ปี และมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health adjusted life expectancy) ไม่น้อยกว่า 72 ปี 2. หน่วยงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์องค์กรที่มีความสุข ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 3. ระบบสุขภาพของจังหวัดชลบุรียั่งยืน (ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ชุมชนสามารถจัดการด้านสุขภาพ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน)
ประเด็นยุทธศาสตร์	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย ประกอบด้วย กลยุทธ์การพัฒนาคูณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย 2. การจัดการภัยสุขภาพ ประกอบด้วย กลยุทธ์ที่การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพการควบคุมโรคติดต่อ 3. การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ ประกอบด้วย กลยุทธ์การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ กลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) กลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบส่งต่อ กลยุทธ์การพัฒนาคูณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4-11 (ต่อ)

ประเด็น	แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
	4. การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย กลยุทธ์การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ กลยุทธ์การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ กลยุทธ์การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ กลยุทธ์การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ กลยุทธ์การพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

จากตารางที่ 4-11 จะเห็นได้ว่าแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดชลบุรี กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย การจัดการภัยสุขภาพ การจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ และการบริหารระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาวและลดอัตราการเสียชีวิต

12. หน่วยงานและอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

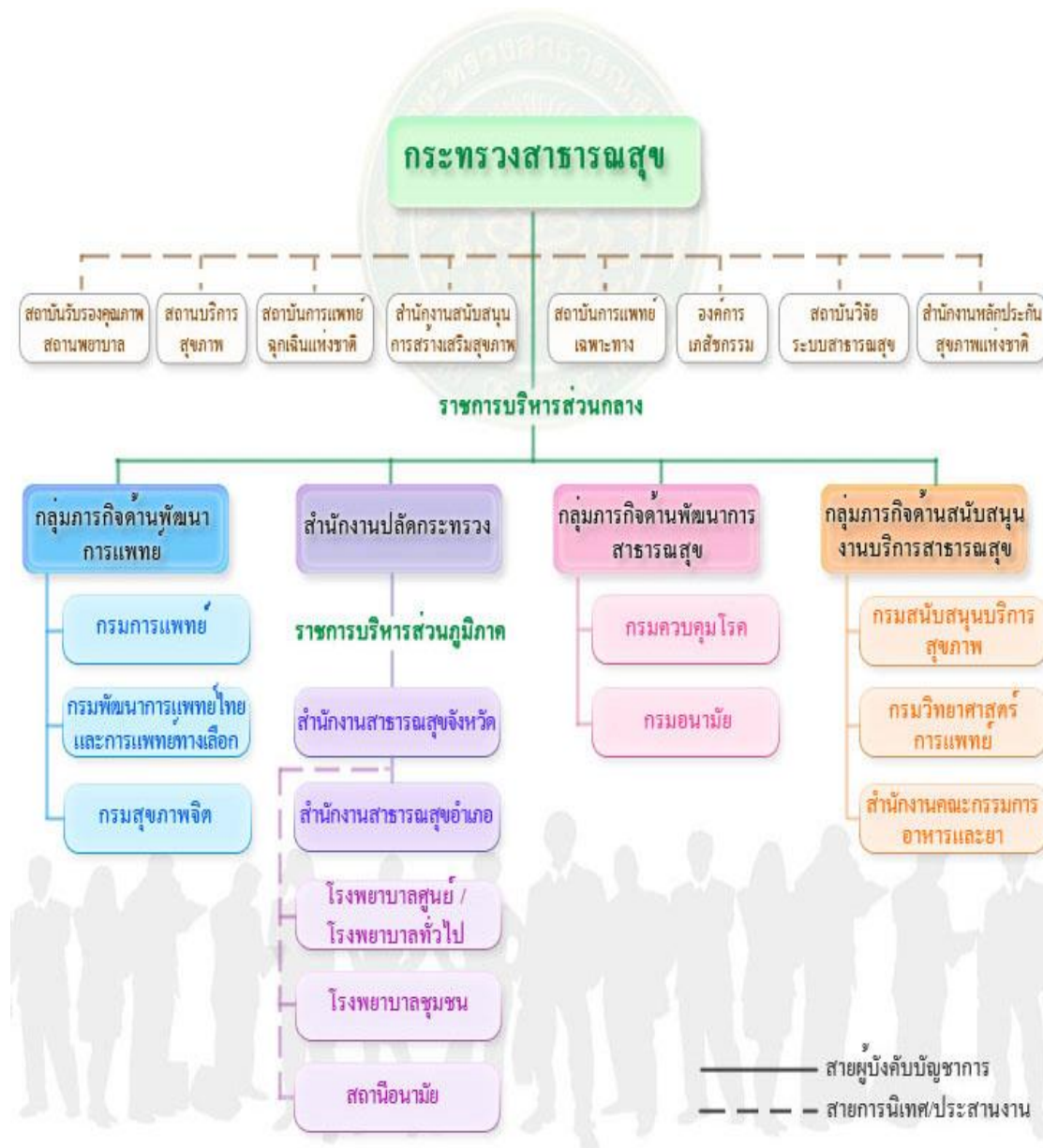
พระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2544, หน้า 13) กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การควบคุมและรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพ มีส่วนราชการในสังกัดประกอบด้วย 1. สำนักงานรัฐมนตรี 2. สำนักงานปลัดกระทรวง 3. กรมการแพทย์ 4. กรมควบคุมโรค 5. กรมพัฒนาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 8. กรมสุขภาพจิต 9. กรมอนามัยและ 10. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มภารกิจตามกฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ พ.ศ. 2545 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2545, หน้า 173) และมีภารกิจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2559) ดังนี้

ตารางที่ 4-12 หน่วยงานและอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

หน่วยงาน	อำนาจหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์	พัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจัดระบบความรู้และสร้างมาตรฐานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ
กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข	พัฒนาวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค โดยการศึกษา วิจัย พัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ
กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสาธารณสุข	สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพของประชาชนและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ และด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถได้รับบริการจากหน่วยบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน
สำนักงานปลัดกระทรวง	พัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพ บริหารจัดการด้านแผนงาน คนและงบประมาณกำกับดูแลและประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ พัฒนากฎหมายด้านสุขภาพและงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

จากตารางที่ 4-12 จะเห็นได้ว่า สำนักงานปลัดกระทรวงเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนสุขภาพ การบริหารจัดการแผนงาน บุคลากรและงบประมาณกำกับดูแลงานสาธารณสุขในพื้นที่ พัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ และงานสาธารณสุขระหว่างประเทศซึ่งสามารถนำเสนอโครงสร้างในภาพรวมได้ดังนี้



ภาพที่ 4-1 โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุขเข้าถึงได้จาก http://203.157.19.16/power_moph/moph_edit.html

13. โครงสร้างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแบ่งออกเป็น โครงสร้างราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค หน่วยงานย่อยและมีภารกิจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559, หน้า 5-12) ดังนี้

1. โครงสร้างราชการส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4-13 โครงสร้างราชการส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน	ภารกิจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
1. กองกลาง	ดำเนินการเกี่ยวกับงานสารบรรณของสำนักงานปลัดกระทรวงและกระทรวงงานช่วยอำนวยความสะดวก งานบริหารทั่วไปและงานห้องสมุด
2. กองกฎหมาย	ดำเนินการเกี่ยวกับนิติกรรมและสัญญา งานเกี่ยวกับความรับผิดชอบแพ่งและอาญางานคดีปกครองและงานคดีอื่น ๆ
3. กองการต่างประเทศ	จัดทำและเสนอแนะนโยบาย ยุทธศาสตร์แผนงานด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศรวมทั้งวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก
4. กองการพยาบาล	จัดทำและเสนอแนะนโยบายมาตรฐานการพยาบาล และระบบบริการพยาบาลกำกับ ดูแลและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของสถานพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
5. กองตรวจราชการ	ติดตามตรวจสอบและรายงานผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงติดตามและตรวจสอบการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง
6. กองบริหารการคลัง	ดำเนินการเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การงบประมาณและการพัสดุของสำนักงานปลัดกระทรวงหรือที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวง
7. กองบริหารการสาธารณสุข	จัดทำและเสนอแนะนโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพระบบบริการเฉพาะและระบบสนับสนุนบริการ
8. กองบริหารทรัพยากรบุคคล	จัดระบบงานและบริหารงานบุคคลของสำนักงานปลัดกระทรวงและกระทรวงดำเนินการเกี่ยวกับงานด้านวินัย ความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่
9. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	ศึกษา วิเคราะห์ จัดทำข้อมูลและสถานการณ์และแนวโน้มด้านสุขภาพรวมทั้งวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบายและบริหารยุทธศาสตร์ของประเทศ
10. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	จัดทำและเสนอแนะนโยบาย ยุทธศาสตร์ ระบบประกันสุขภาพ ระบบการเงินการคลังสุขภาพและระบบเศรษฐกิจสุขภาพของประเทศ ที่มีประสิทธิภาพ เพียงพอ ยั่งยืนและเป็นธรรม

ตารางที่ 4-13 (ต่อ)

ส่วนราชการ	หน่วยงาน/ ภารกิจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
11. กองสาธารณสุข ฉุกเฉิน	จัดทำและเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทา สาธารณภัยด้านการแพทย์และการสาธารณสุขระดับชาติ
12. ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศและ การสื่อสาร	เสนอแนะนโยบายและจัดทำแผนแม่บท แผนปฏิบัติการเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารของสำนักงานปลัดกระทรวงและกระทรวง
13. สถาบันพระบรม ราชชนก	เสนอความเห็นในการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านการผลิต และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

จากตารางที่ 4-13 จะเห็นได้ว่ากฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข พ.ศ. 2560 กำหนดให้กองตรวจราชการซึ่งมีสำนักตรวจและประเมินผล ดำเนินการ
ติดตาม ตรวจสอบรายงานผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานและตรวจสอบการปฏิบัติราชการของ
หน่วยงานในสังกัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข

2. โครงสร้างราชการส่วนภูมิภาคสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4-14 โครงสร้างราชการส่วนภูมิภาคสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน	ภารกิจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด	จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัดดำเนินการและ ให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อให้การ ปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพส่งเสริม สนับสนุนและ ประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขให้เป็นไปตามนโยบายของ กระทรวงพัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษาและการสื่อสาร สาธารณะด้านสุขภาพปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการ ปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ตารางที่ 4-14 (ต่อ)

หน่วยงาน	ภารกิจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2558

จากตารางที่ 4-14 จะเห็นได้ว่า กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ประสานงานเกี่ยวกับงาน ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดสามารถนำเสนอในภาพรวมได้ดังนี้

14. ระดับสถานบริการและการบริการสุขภาพ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2560) มีการแบ่งระดับสถานบริการตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System: GIS) ดังนี้

ตารางที่ 4-15 ระดับสถานบริการและการบริการสุขภาพ

ระดับสถานบริการ	การบริการสุขภาพ
หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care)	สถานบริการตั้งแต่ระดับสถานีอนามัยศูนย์เทศบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน มีภารกิจด้านงานส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ซึ่งควรเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้จุดศูนย์กลางตำบลที่สุดและประชาชนในตำบลนั้นสามารถเดินทางเข้าถึงบริการสะดวกที่สุด

ตารางที่ 4-15 (ต่อ)

ระดับสถานบริการ	การบริการสุขภาพ
	<p>โดยควรจัดแพทย์ให้บริการในหน่วยบริการในลักษณะหมุนเวียนหรือบริการประจำเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเวชศาสตร์ครอบครัวเวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์หรือระบาดวิทยา กำหนดเป็นระดับ 1</p>
<p>หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="624 678 1372 1122">1. หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับกลาง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลมีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) รักษาโรคพื้นฐานทั่วไป (Common problem) ไม่ซับซ้อนมากนัก โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัว เวชปฏิบัติป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์หรือระบาดวิทยา ทำหน้าที่ดูแล กำหนดเป็นระดับ 2.1 <li data-bbox="624 1137 1372 1525">2. หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับกลาง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน มีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น มีความจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ได้แก่ สาขาสูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์ กำหนดเป็นระดับ 2.2 <li data-bbox="624 1541 1372 1921">3. หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับสูง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขารอง นอกจากแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลักเช่น จักษุวิทยา โสต นาสิก ลาลิงซ์รังสีวิทยา จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชบำบัดวิกฤต กำหนดเป็นระดับ 2.3

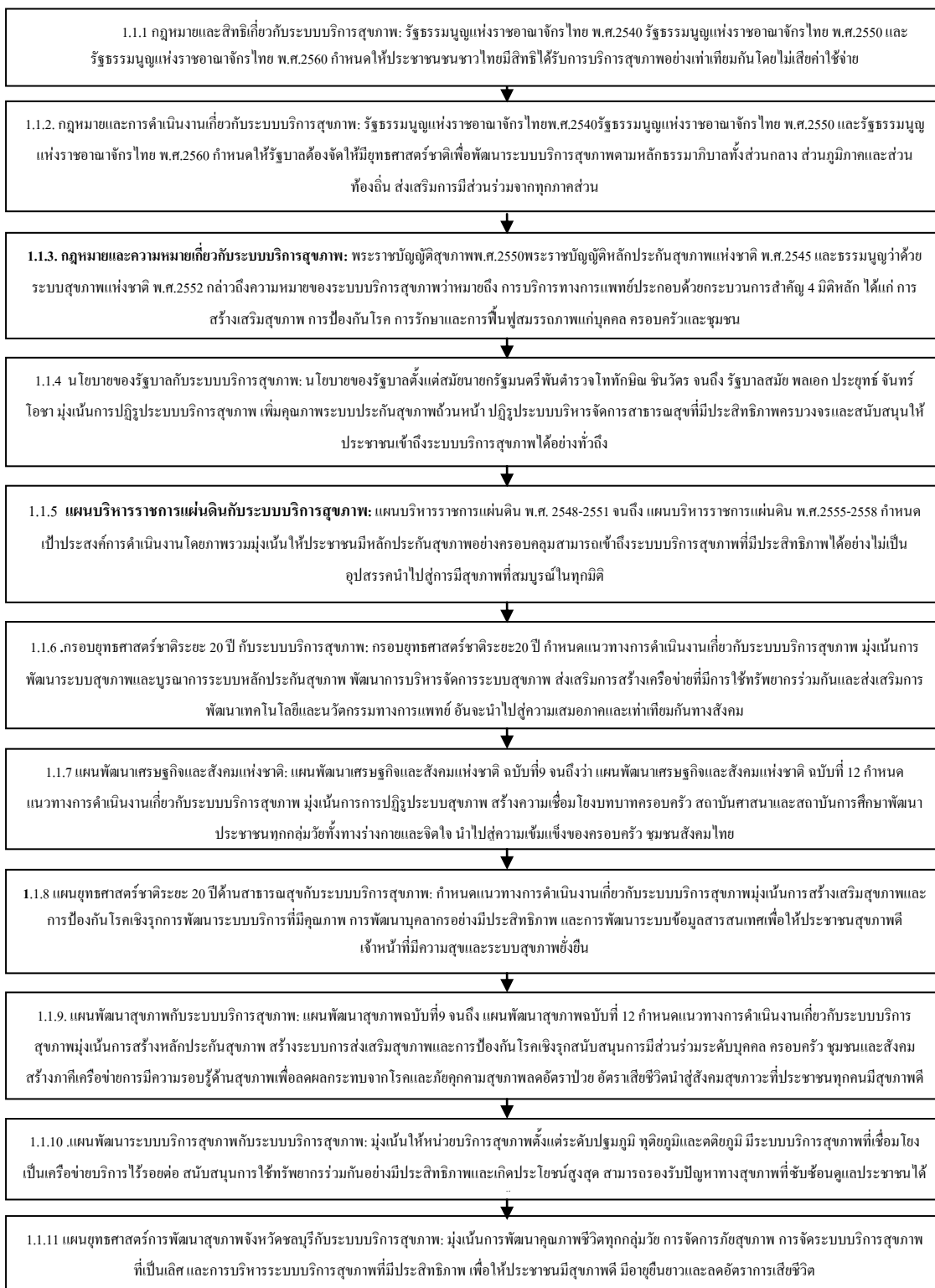
ตารางที่ 4-15 (ต่อ)

ระดับสถานบริการ	การบริการสุขภาพ
หน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care)	<p>1. หน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทางหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาค่อยอด (Sub-specialty) เช่น สาขาค่อยอดของอายุรศาสตร์ คือ อายุรศาสตร์โรคไต โรคหัวใจโรคทางเดินหายใจ โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคเลือด ตจวิทยา โรคทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อเป็นต้น สาขาค่อยอดศัลยศาสตร์ คือ ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยาทรวงอก กุมาร ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลอดเลือดคดกแต่ง สาขาค่อยอดกุมารเวชศาสตร์คือ ระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือด สาขาอื่น เช่น พยาธิวิทยา พยาธิวิทยากายวิภาค รังสีรักษา รังสีวินิจฉัย เวชศาสตร์นิวเคลียร์ มะเร็งวิทยา เป็นต้น กำหนดเป็นระดับ 3.1</p> <p>2. หน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง (Excellence center) หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทางหรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจนอกจากจะทำหน้าที่หน่วยบริการระดับตติยภูมิแล้ว ยังกำหนดให้เป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ กำหนดระดับ Excellence Center</p>

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2559

จากตารางที่ 4-15 จะเห็นได้ว่า สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิสามารถให้การบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนหรือสิ้นสุดการรักษาที่หอผู้ป่วยใน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-2 ภาพรวมระบบบริการสุขภาพของ โรงพยาบาลรัฐ

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวม เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2560

จากภาพที่ 4-2 จะเห็นได้ว่า ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเป็นการบริการทางการแพทย์ที่มีกระบวนการสำคัญ 4 มิติประกอบด้วย ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาและด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งเน้นการบริการเชิงรุกแบบมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน เป็นระบบบริการสุขภาพที่ผ่านการรับรองคุณภาพ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างไม่เป็นอุปสรรคและครอบคลุมทุกกลุ่มวัยทั้งกลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของสำนักตรวจราชการสำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการและตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 12 แห่ง รวมทั้งหมด 43 คน เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีพบว่า

1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

1.1 ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและประชาชนทุกกลุ่มวัยตามมาตรฐานบริการสุขภาพศึกษาตามที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“โรงพยาบาลมีบทบาทมากในการเตรียมคนบุคลากรรวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มประชาชน ชมรมแม่บ้าน อาสาสมัครจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เราจะทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้ให้สร้างเป็นเครือข่ายดูแลกันเอง เราเป็นผู้สร้างกิจกรรมให้การเสริมพลังทั้งในและนอกเครือข่าย มีการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อยอดความรู้มาประยุกต์ใช้ในงานตนเอง มีการแบ่งห้ากลุ่มวัยตามยุทธศาสตร์ของสาธารณสุขจังหวัด” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“การส่งเสริมสุขภาพเป็นการดูแลสุขภาพประชาชนที่ยังคืออยู่ให้เข้าใจและดูแลสุขภาพ มีการเสริมพลัง การสร้างทีมหมอบรรเทา การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีการร่วมมือกับท้องถิ่น เพื่อหาคนที่อาสาสมัครช่วยเหลือคนกลุ่มนี้อย่างน้อยไม่ให้เป็นการระงับสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งในความเป็นจริงจะต้องให้เครือข่ายเป็นคนดูแล เพราะไม่ใช่เจ้าหน้าที่ต้องดูแลคนเดียวชุมชนจะต้องร่วมรับรู้ด้วย” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“บุคลากรด้านนี้เป็นกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลเชื่อมต่อทั้งอำเภอถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ พัฒนานโยบายจากส่วนกลางรวมทั้งการขยายลงไปสู่การปฏิบัติ ขณะเดียวกันก็มีนโยบายแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ทำงานกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขและร่วมกับท้องถิ่นภาคประชาชน ชมรมการส่งเสริมสุขภาพ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

การให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจะเป็นไปตามภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ มอบหมายให้กลุ่มงานสุขศึกษา จัดศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร จัดกิจกรรมรณรงค์ทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งให้คำปรึกษา ฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนมีกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วมดำเนินการให้สุขภาพศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพภาคประชาชนทั้ง 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) กลุ่มวัยรุ่น (15-21 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีการสร้างทีมหมอครอบครัวปฏิบัติงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพัทยาและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้สำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2 ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการสร้างเสริมสุขภาพและได้รับการนิเทศจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 อย่างต่อเนื่องดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ปัจจุบันการนิเทศเป็นภาพของทั้งเขตสุขภาพ จะเยี่ยมให้กำลังใจและดูแลระบบบริหาร ทุกครั้งท่านผู้ตรวจและสาธารณสุขนิเทศจะลงไปเยี่ยมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เชื่อว่าการรักษาระบบที่ประสานแบบบูรณาการแบบนี้ น่าจะดีกว่าการแยก ก็อาจจะมียางอำเภอที่ลืมนิดแต่จะมอบหมายให้สาธารณสุขอำเภอไปดูแล ถ้าสาธารณสุขอำเภอดูแลดีก็ไม่มีปัญหา ส่วนใหญ่น่าจะเป็นรูปแบบที่เราเรียกว่าคณะกรรมการประสานสาธารณสุขถึงระดับจังหวัด” (นายแพทย์ หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“มีการกำหนดนโยบายและกำหนดกลุ่มที่พัฒนาขับเคลื่อนด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดูแลการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยต่าง ๆ และมีการจัดทำยุทธศาสตร์ แผนการปฏิบัติงานและแผนการติดตามผลการทำงาน

ทุก 3 เดือนว่าจะเป็นอย่างไ โดยเอาตัวชี้วัดมาเทียบว่ามีความสำเร็จมากน้อยแค่ไหนและในระดับเขตก็มีการติดตามผลงานประมาณนี้” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

การวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยงาน ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจะร่วมวิเคราะห์นโยบาย ยุทธศาสตร์ นำมาสู่การจัดทำ ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด กำหนดระยะเวลาการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การปฏิบัติและรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงาน มาวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ เพื่อรายงานให้ผู้บริหารทราบ ข้อมูลจะครอบคลุมถึง ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มวัย นอกจากนี้ยังได้รับการนิเทศการปฏิบัติงาน การตรวจสอบความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานและเยี่ยมชมให้กำลังใจจากผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 อย่างต่อเนื่อง

1.3 ด้านการทำงานเป็นทีม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีการทำงานเป็นทีมด้านการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างสหวิชาชีพจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กล่าวไว้ว่า

“ปัจจุบันรัฐบาลมีการบริการครอบคลุมทั้งสี่มิติ แต่จะมีอยู่หลายส่วนที่รับผิดชอบ เฉพาะในส่วนของสาธารณสุขนอกจากนี้ยังมีหลายกระทรวงที่ทำเรื่องนี้ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ ในรูปแบบมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหมที่มีโรงพยาบาลและอีกส่วนหนึ่งจะเป็นเอกชนที่ทำอยู่ แต่ถ้าในรูปแบบกระทรวงสาธารณสุขจะมีทั้งระบบการส่งเสริมสุขภาพในทุกระดับตั้งแต่เริ่มแรก ที่เรียกว่าปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิหรือศูนย์เชี่ยวชาญ” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“ถ้าระบบบริการสุขภาพในระดับอำเภอจะเรียกว่า District Health Service หรือ DHS จะมีโครงสร้างของคณะกรรมการที่มีนายอำเภอเป็นประธานและมีตัวแทนจากท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล โรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและประชาชนที่เป็นตัวแทนมาร่วมทำงาน” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“จังหวัดชลบุรีมีหน่วยบริการอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โรงพยาบาลวัด ญาณสังวราราม สำนักงานควบคุมโรค สำนักงานส่งเสริมบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเมืองพัทยา โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกต่าง ๆ ฉะนั้นจึงมีหน่วยบริการหลายหน่วยนอกสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 3 กุมภาพันธ์ 2559)

ลักษณะการทำงานเป็นทีมด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะมีการประสานการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจะมีกลุ่มงานสุขศึกษาซึ่งมีนักวิชาการสาธารณสุขที่อยู่ในกลุ่มงานสุขศึกษาเป็นทีมงานหลักโรงพยาบาลชุมชนจะมีกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมจะมีพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขและนักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิกเป็นทีมงานหลักมีการประสานการปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นอกจากนี้ยังมีการคัดเลือกคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอร่วมปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ระดับจังหวัดนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานและระดับอำเภอนายอำเภอเป็นประธาน มีการประสานการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ อาทิ ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานเทศบาล โรงเรียน มูลนิธิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในพื้นที่

1.4 ด้านกลยุทธ์: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่ที่รับผิดชอบดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“แนวทางการดำเนินงานเป็นไปตามกรอบนโยบายสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนากลุ่มวัย การพัฒนาระบบบริการและการสนับสนุนระบบบริหารจัดการ ประกอบกับแผนบริการสุขภาพ (Service plan) ร่วมกับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลมีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีเป็นทั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัดและถูกวางเป็นโรงพยาบาลแม่ในเขตสุขภาพที่ 6 มีโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในทุกอำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในทุกตำบล” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขถ้าในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงก็จะผ่านไปที่เขตสุขภาพและถ่ายทอดมาถึงแต่ละจังหวัดที่สื่อสารครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพเมื่อจังหวัดรับนโยบายจะทบทวนยุทธศาสตร์ประจำปีให้สอดคล้องต่อการปฏิบัติของหน่วยบริหารหรือหน่วยบริการในจังหวัด จะมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาร่วมทบทวน ซึ่งตรงนี้ก็ให้มีการทำคำรับรองการปฏิบัติราชการด้วย” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ข, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

“ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเขตสุขภาพที่จะดูแลประชากรได้ใกล้เคียงกันจัดสรรทรัพยากรไม่เหลื่อมล้ำเพิ่มศักยภาพของสถานบริการในแต่ละเขตสุขภาพให้เบ็ดเสร็จ เขตสุขภาพมีทั้งหมด 12 เขตสุขภาพและกรุงเทพฯ แต่ละเขตสุขภาพจะมีประชากรที่จะต้องดูแลใกล้เคียงกันประมาณ 5 ล้านคน โครงสร้างการบริหารงานจะเป็นไปตามที่ถูกกำหนดจากส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุขโดยท่านรัฐมนตรีและต่อมาของท่านปลัดกระทรวงและมีกรมต่าง ๆ ในส่วนของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจะสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพเองจะมีประธานในแต่ละเรื่องทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ภู, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

การจัดทำยุทธศาสตร์หรือแผนการปฏิบัติงานมีระยะเวลา 5 ปี เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ผู้บริหารจะให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการนำนโยบาย ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ถ่ายทอดมาจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ หรือ Service plan นโยบายยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมายมาวิเคราะห์ร่วมกับสถานะแวดล้อมหรือปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพภายในโรงพยาบาลรวมทั้งภายในพื้นที่รับผิดชอบ

เพื่อกำหนดแผนการปฏิบัติงานประจำปี แผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปีหรือยุทธศาสตร์เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพตามความเหมาะสมสามารถตอบสนองความต้องการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชากรทั้ง 5 กลุ่มวัย พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเชื่อมโยง สามารถให้ความช่วยเหลือระหว่างกันได้ระดับอำเภอ ระดับจังหวัดจนถึงระดับเขตสุขภาพ ก่อนจะมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การปฏิบัติและสนับสนุนทรัพยากรการปฏิบัติงานตามความเหมาะสม

1.5 ด้านโครงสร้าง: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคนที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“โรงพยาบาลจะแบ่งโครงสร้างเป็นกลุ่มงานการส่งเสริมสุขภาพจะมีกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเป็นแม่งานใหญ่ การส่งเสริมสุขภาพจะแบ่งเป็นเชิงรับในโรงพยาบาลและเชิงรุกนอกสถานบริการ ถ้าในชุมชนจะมีการตั้งทีมดูแลสุขภาพที่บ้านหรือ Home health care เข้าไปในชุมชนโดยมีกลุ่มสหวิชาชีพจะลงไปเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานของการจัดบริการกระทรวงสาธารณสุข” (หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ระบบที่ผูกโยงกันอย่างนี้ก็คือผูกโยงมาจากส่วนกลางซึ่งบัญชาการโดยกระทรวง สาธารณสุขลงไปสู่เขตสุขภาพซึ่งแบ่งออกเป็นทั้งหมด 12 เขตและกรุงเทพมหานคร หลังจาก ผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์ดูทั้งเขตแล้วจะลงไปดูถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในแต่ละเขตจะมีศูนย์วิชาการของกรมต่าง ๆ ลงไปสนับสนุน ร่วมกัน ฉะนั้นระบบที่ผูกโยงแบบนี้ค่อนข้างจะเป็นระบบที่ชัดเจนสมควรที่จะให้บริการสุขภาพแก่ ประชาชน” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“นอกเหนือจากการทำงานของภาครัฐที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะมีการ ทำงานร่วมกับท้องถิ่นเพื่อเป้าหมายสุดท้ายให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ เป็นความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น ๆ ที่เป็นท้องถิ่น ภาคประชาชน ทั้งที่เป็นชมรมต่าง ๆ ในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

โครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนทั้ง โครงสร้างอาคารสถานที่และโครงสร้างการทำงานของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลชลบุรีที่เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและเป็นโรงพยาบาล แม่ข่ายในเขตสุขภาพที่ 6 รวมทั้งโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่อยู่ในแต่ละ อำเภอ จะมีโครงสร้างภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและมอบหมายให้กลุ่มงานสุขศึกษาเป็น ผู้รับผิดชอบ โรงพยาบาลชุมชนจะมีโครงสร้างกลุ่มงานด้านปฐมภูมิและองค์รวม นอกจากนี้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะโครงสร้างกลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค ทั้งหมดนี้ จะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรและประชากร ทั้ง 5 กลุ่มวัยทั้งที่มารับภายในโรงพยาบาลและออกให้บริการภายในพื้นที่รับผิดชอบ

ปฏิบัติงานเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีโครงกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นผู้รับผิดชอบหลัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมีกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ทั้งหมดอยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานทั้งในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ ภาคส่วนต่าง ๆ จะเข้ามามีส่วนร่วมใน การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั่วทั้งจังหวัดชลบุรีและเชื่อมโยงทั่วทั้งเขตสุขภาพที่ 6

1.6 ด้านระบบการทำงาน: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุก ภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังที่ผู้ให้ ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“จังหวัดชลบุรีจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะเน้นการทำงานร่วมกับชุมชน เน้นงานปฐมภูมิการบำบัดรักษาที่จะลดลงระดับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอำเภอขนาดใหญ่ในปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปจะเน้นการรักษามากขึ้น ถ้าแบ่งเป็นเปอร์เซ็นต์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงานส่งเสริมสุขภาพ งานบูรณาการกับท้องถิ่น งานชาวบ้านคิดเป็น 75% ถ้าโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนจะ 50% แต่ถ้าเป็นระดับโรงพยาบาลศูนย์จะเน้นความเชี่ยวชาญ เน้นการรักษา 75%-80% การส่งเสริมสุขภาพก็อาจจะลดลงไป” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“เรื่องการส่งเสริมสุขภาพเราจะมีการจัดทำแผนบริการสุขภาพตามกลุ่มอายุ เช่น กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยวัยกลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ จะทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในระบบการทำงานระดับอำเภอจะมีเวที DHS คือ District health system เป็นการประชุมการทำงานร่วมกัน มีนายอำเภอเป็นประธาน มีสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลในอำเภอมาร่วมประชุมทุกเดือน สถานที่จัดประชุมจะสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปเรื่อย ๆ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“การส่งเสริมสุขภาพจะครอบคลุมตั้งแต่ในระบบของเจ้าหน้าที่ ประชาชน มีเครือข่ายระบบ DHS คือ District health system เป็นระบบบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอประกอบไปด้วยเครือข่ายที่มีโรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาหรือ CUP ชื่อเต็มคือ Contracted unit of Primary care ขับเคลื่อนโดยมีนายอำเภอและทุกภาคส่วน ไม่ว่าท้องถิ่นหรือหน่วยงานรัฐ องค์กรบริหารส่วนตำบลต่าง ๆ ให้ความร่วมมือ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

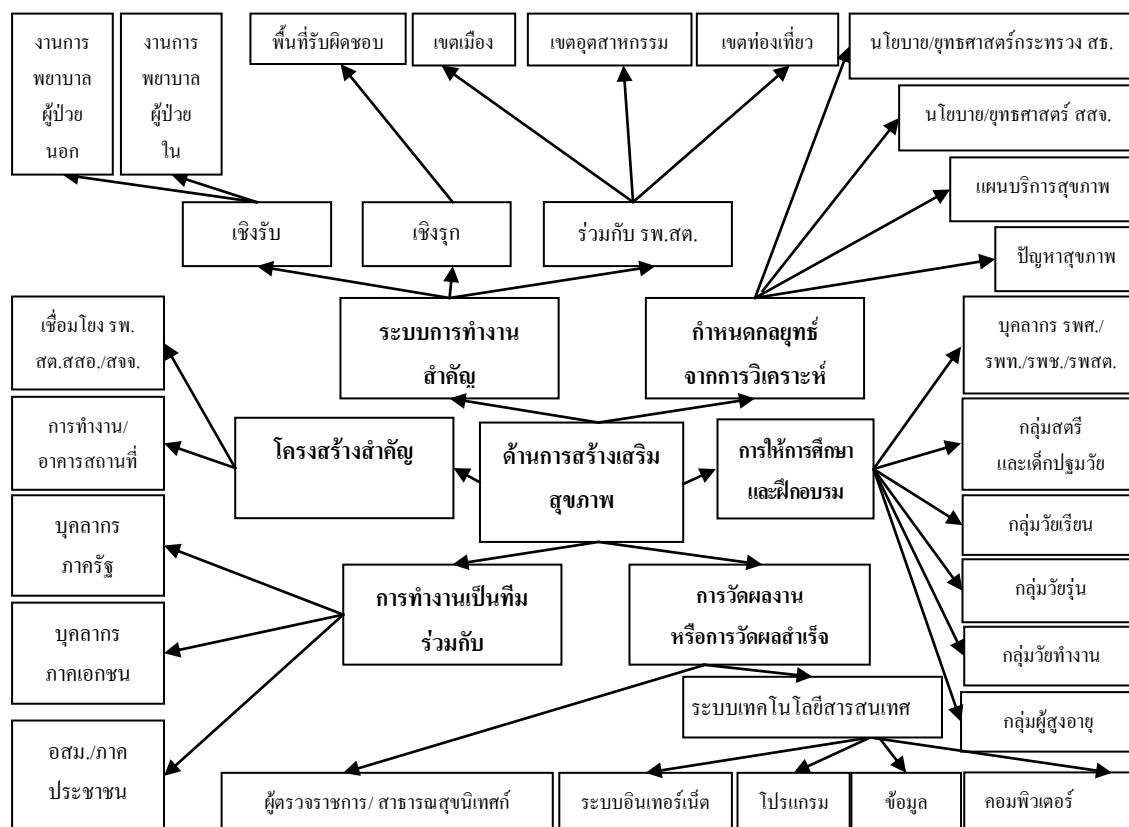
“การสร้างเสริมสุขภาพจะมีเครือข่ายภาคประชาชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามาเกี่ยวข้องรวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประชาชนถูกจะแบ่งออกเป็นกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย แต่ละกลุ่มจะมีกิจกรรมที่แตกต่างกัน โรงพยาบาลจะมีบทบาทมากในการเตรียมบุคลากรรวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มประชาชน ชมรมแม่บ้านและอาสาสมัครจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้ให้สร้างเป็นเครือข่ายดูแลกันเอง เป็นผู้สร้างกิจกรรมให้การเสริมพลังทั้งในและนอกเครือข่าย มีการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อยอดความรู้มาประยุกต์ใช้ในงานตนเอง” (นายแพทย์โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

ระบบการทำงานเชิงรับภายในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจะมีกลุ่มงานสุขภาพศึกษาซึ่งมีระบบการทำงานเกี่ยวกับการให้สุขภาพศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย ญาติและผู้มารับบริการ โรงพยาบาลชุมชนจะมีกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วมซึ่งมีระบบการทำงานเกี่ยวกับการให้สุขภาพศึกษาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการในโรงพยาบาล

ระบบการทำงานเชิงรุกกลุ่มงานสุขภาพศึกษาและกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมที่มีพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขและนักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก ร่วมลงพื้นที่เยี่ยมสำรวจชุมชนในช่วงนอกเวลาราชการ เพื่อให้การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care) เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและสนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปฏิบัติงานอย่างทั่วถึงทั้งเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรมและเขตท้องที่ชน

ในระดับอำเภอจะมีระบบการทำงานด้านสุขภาพ (DHS) ซึ่งนายอำเภอเป็นประธานและโรงพยาบาลประจำอำเภอเป็นหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญา (CUP) กำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติงาน มีการคัดเลือกคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ร่วมปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลและเมืองพัทยาและภาคเอกชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-3 ระบบบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560

2. ด้านการป้องกันโรค

2.1 ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการป้องกันโรคและได้รับการนิเทศจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 อย่างต่อเนื่องดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคจะมีการวิเคราะห์ว่าโรคที่เข้ามารักษามีอะไรบ้าง เป็นโรคที่ป้องกันได้หรือไม่ สาเหตุอะไรที่ทำให้เกิดโรคขึ้นบ่อย จะมีการวิเคราะห์ตัวเลขเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีการบูรณาการร่วมกับท้องถิ่น” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“จะใช้ข้อมูลที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและส่งต่อระดับเครือข่ายและจังหวัด ถ้ามีข้อมูลเตือนว่ามีโอกาสแพร่กระจายโรคจะมีการร่วมประชุมระหว่างผู้บริหารเพื่อควบคุม แบบที่สองโรงพยาบาลมีการเฝ้าระวังโดยมีการเก็บข้อมูลเมื่อถึงระดับหนึ่งจะต้องส่งทีมเคลื่อนที่เร็วเข้าไปควบคุมที่เกิดเหตุและบริเวณข้างเคียง เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมและควบคุมทันที” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“มีการกำหนดนโยบายและกำหนดกลุ่มที่ขับเคลื่อนด้านการป้องกันโรคระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อการป้องกันโรคโดยเฉพาะกลุ่มวัยต่าง ๆ และมีการจัดทำยุทธศาสตร์ แผนการปฏิบัติงานและแผนการติดตามผลการทำงานทุก 3 เดือนว่าจะเป็นอย่างไร โดยนำตัวชี้วัดมาเทียบว่ามีความสำเร็จมากน้อยแค่ไหนและในระดับเขตก็มีการติดตามผลงานประมานนี้” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“แนวทางคือมีโรคอุบัติใหม่ที่นำระบบมาตรฐานมาจับ ตรงนี้จะพยายามให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ แต่ในด้านการสนับสนุนก็จะทำกันทุกปี จะมีการวิเคราะห์ข้อมูลในระบบใหญ่คือสาธารณสุขจังหวัดวิเคราะห์และดูเป้าหมายว่าพื้นที่ใดเป็นพื้นที่เสี่ยงก็มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง บางครั้งก็เกิดจากโรคที่ระบาดขึ้นมาทำให้ทำงานไม่ทัน ทุกตำบลก็ได้ขับเคลื่อนไปพร้อมกันและมีการณรงค์” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

การวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ผู้บริหารของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะสนับสนุนให้หัวหน้าหน่วยงาน ทีมนำและบุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมวิเคราะห์นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการถ่ายทอดจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับแผนบริการสุขภาพ (Service plan) นโยบายและยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีและตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมาย

ร่วมกับสภาวะแวดล้อมหรือปัญหาทางสุขภาพที่แท้จริงภายในโรงพยาบาลและภายในพื้นที่
รับผิดชอบ

เพื่อกำหนดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการและตัวชี้วัด กำหนดระยะเวลา
การติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การปฏิบัติ รวบรวม
ข้อมูลการปฏิบัติงานมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ครอบคลุมถึงด้านการป้องกัน
โรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อสำหรับประชากรทั้ง 5 กลุ่มวัย นอกจากนี้ยังได้รับการนิเทศการ
ปฏิบัติงาน การตรวจสอบความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานและเยี่ยมให้กำลังใจจากผู้ตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 อย่างต่อเนื่อง

2.2 ด้านการทำงานเป็นทีม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
มีการทำงานเป็นทีมด้านการป้องกันโรคระหว่างสหวิชาชีพของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
กล่าวว่า

“ปัจจุบันรัฐบาลให้การบริการครอบคลุมทั้ง 4 มิติ แต่จะมีอยู่หลายส่วนที่รับผิดชอบ
ทำเรื่องนี้ เช่น กระทรวงศึกษาธิการในรูปแบบมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหมที่มีโรงพยาบาลหรือ
หน่วยของทหารและกระทรวงสาธารณสุขจะมีทั้งระบบการป้องกันควบคุมโรคในทุกระดับตั้งแต่
เริ่มแรกที่เรียกว่าปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิหรือศูนย์เชี่ยวชาญ” (นายแพทย์หน่วยงาน ก,
สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“ถ้าระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอเรียกว่า District Health Service หรือ DHS จะมี
โครงสร้างของคณะกรรมการที่มีนายอำเภอเป็นประธานและมีตัวแทนจากท้องถิ่น องค์การบริหาร
ส่วนตำบล เทศบาล โรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลและประชาชนที่เป็นตัวแทนมาร่วมทำงาน” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์,
21 มีนาคม 2559)

ลักษณะการทำงานเป็นทีมด้านการป้องกันโรคจะมีการประสานงานระหว่างสหสาขา
วิชาชีพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจะมี
กลุ่มงานเวชกรรมสังคมซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขเป็นทีมงานหลัก โรงพยาบาล
ชุมชนจะมีกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวมซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข
เจ้าพนักงานสาธารณสุขเป็นทีมงานหลัก ประสานการปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการคัดเลือก
คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอร่วมปฏิบัติงานด้านการ
ป้องกันโรค ระดับจังหวัดนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานและระดับอำเภอนายอำเภอ

เป็นประธาน จะมีการประสานปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่น ๆ ในกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม รวมทั้งกระทรวงมหาดไทย ประกอบด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล นคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพัทยา โรงพยาบาลภาคเอกชน คลินิกต่าง ๆ และประชาชนในจังหวัดชลบุรี

2.3 ด้านกลยุทธ์: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“แนวทางการดำเนินงานเป็นไปตามกรอบนโยบายสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนากลุ่มวัย การพัฒนาระบบบริการและการสนับสนุนระบบบริหารจัดการ ประกอบกับแผนบริการสุขภาพ ร่วมกับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและปัญหาที่เกิดขึ้นใน โรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีเป็นทั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัดและถูกวางว่าเป็นโรงพยาบาลแม่ในเขตสุขภาพที่ 6” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขถ้าในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงก็จะผ่านไปที่เขตสุขภาพและถ่ายทอดมาถึงแต่ละจังหวัด ครอบคลุมการป้องกันโรคเมื่อจังหวัดรับนโยบายจะจัดทำยุทธศาสตร์ประจำปีให้สอดคล้องต่อการปฏิบัติของหน่วยบริหารหรือหน่วยบริการในจังหวัด มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาร่วมทบทวน คำรับรองการปฏิบัติราชการด้วย” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ข, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

“โดยหลักการของระบบการให้บริการสุขภาพประชาชนคนไทยของโรงพยาบาลภาครัฐอันที่หนึ่งคงต้องยึดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อันที่สองยึดพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลเชื่อมโยงมากับการสร้างระบบบริการอันที่สามคือดูที่เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการแล้วก็สร้างระบบบริการให้สอดคล้องคือสร้างระบบบริการให้ตอบสนองกับพันธกิจและเป้าหมายตรงนั้น” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฎ, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

การจัดทำแผนการปฏิบัติงานระยะยาว 5 ปี หรือยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ผู้บริหารจะให้ความสำคัญต่อการนำนโยบาย ยุทธศาสตร์ของ

กระทรวงสาธารณสุขที่ถ่ายทอดมาจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ หรือ Service plan นโยบายยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาวิเคราะห์ร่วมกับสภาวะแวดล้อม หรือปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพภายในโรงพยาบาลรวมทั้งภายในพื้นที่รับผิดชอบ

ก่อนจัดทำแผนการปฏิบัติงานประจำปี แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี เพื่อการดูแลให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องมีความปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อตามมาตรฐาน เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการด้านการป้องกันโรคที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับ ประชากรทั้ง 5 กลุ่มวัย พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคระบาดทั้งเชิงรับและเชิงรุกที่รวดเร็วและ เชื่อมโยง สามารถให้ความช่วยเหลือระหว่างกันได้ทั้งระดับอำเภอ ระดับจังหวัดเชื่อมโยงจนถึง ระดับเขตสุขภาพ ก่อนจะมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การปฏิบัติและสนับสนุน ทรัพยากรตามความเหมาะสม

2.4 ด้านโครงสร้าง: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมี โครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การป้องกันโรคเราจะมีกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว มีพื้นที่รับผิดชอบแต่ในอีกบทบาท ของโรงพยาบาลจะต้องมีการบริหารจัดการระดับอำเภอร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่าน DHS และจะมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอหรือ คปสอ. คุยเรื่องงานและเงิน มาร่วมประชุมในเวทีนี้ DHS จะเน้นการป้องกันโรคแบบมีส่วนร่วม เพราะโรงพยาบาลจะเน้น การรักษาพยาบาล สาธารณสุขอำเภอจะเน้นการป้องกันโรค ส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่สนับสนุน งบประมาณ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“การป้องกันโรคจะชัดเจนตามห้ากลุ่มวัย ภายในโรงพยาบาลผู้ป่วยแต่ละโรคและ ญาติที่มารับบริการจะมีระบบควบคุมป้องกันการติดเชื้อหรือเราเรียกว่า IC ชื่อเต็ม Infection Control แต่ในชุมชนจะป้องกันเชิงบูรณาการทั้งให้การดูแลและการให้ความรู้ในกลุ่มประชาชนทั่วไป ถ้าใน ชุมชน เมื่อพบว่าเป็นโรคจะมีการป้องกันไม่ให้เป็นอีก ช่วยดูแลสุขนิสัยในการกิน รวมทั้งการดูแล ความสะอาด” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“จะเป็นงานของกลุ่มการป้องกันโรคติดต่อ ใช้เลือดออก โรคจากการทำงาน มีระบบ ควบคุมการติดเชื้อ ตั้งแต่งานผู้ป่วยนอกจนถึงงานผู้ป่วยใน ทำหน้าที่คัดกรองโรค มีห้องแยกเป็น สักส่วน ป้องกันการติดเชื้อทุกขั้นตอน รวมถึงการคัดแยกกลุ่มเสี่ยงและจัดกิจกรรมให้ทุกกลุ่มเสี่ยง มีการจัดกิจกรรม” (พยาบาลวิชาชีพ 2 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 13 มิถุนายน 2559)

โครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคจะถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนทั้ง โครงสร้างอาคารสถานที่และโครงสร้างการปฏิบัติงานที่เชื่อมโยงในหน่วยงานสังกัดสำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลชลบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลทั่วไปจะมีโครงสร้างภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและมอบหมายให้กลุ่มงานเวชกรรมสังคมรับผิดชอบ ส่วนภารกิจด้านการพยาบาลจะมอบหมายให้กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC) เป็นผู้รับผิดชอบ โรงพยาบาลชุมชนจะมีโครงสร้างกลุ่มงานด้านปฐมภูมิและองค์รวมเป็นผู้รับผิดชอบ กลุ่มงานทั้งหมดจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านการป้องกันกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อและกลุ่มโรคที่ติดต่อตามมาตรฐานสำหรับบุคลากรและประชากรทั้ง 5 กลุ่มวัยที่มารับภายใน โรงพยาบาลและออกให้บริการภายในพื้นที่รับผิดชอบ

ปฏิบัติงานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ รวมทั้งภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคและเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั่วทั้งจังหวัดชลบุรีและเชื่อมโยงทั้งเขตสุขภาพที่ 6

2.5 ด้านระบบการทำงาน: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคเชิงรับภายใน โรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การป้องกันโรคระดับโรงพยาบาลชุมชนจะอยู่ในงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ซึ่งดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล มีการประสานความร่วมมือกับท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เมื่อเกิดโรคระบาดจะลงไปสอบสวนโรคและนำข้อมูลประสานไปที่องค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งประสานงานไปที่เทศบาล ที่ว่าการอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อร่วมมือในการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่รวมทั้งการขออนุญาตเข้าบ้านเรือนด้วย การประสานหน่วยงานในพื้นที่ต้องประสานกับประชาชน สถานประกอบการหรือโรงงาน การนัดหมายบางที่ต้องนัดตอนเย็นนอกเวลาเพราะประชาชนทำงานกันหมด” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“โรงพยาบาลจะแบ่งโครงสร้างเป็นกลุ่มงานการส่งเสริมสุขภาพจะมีกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเป็นแม่งานใหญ่ การป้องกันโรคจะแบ่งเป็นเชิงรับในโรงพยาบาลและเชิงรุกนอกโรงพยาบาลหรือสถานบริการ ถ้าในชุมชนจะมีการตั้งทีมดูแลสุขภาพที่บ้านหรือ Home health care เข้าไปในชุมชนโดยมีกลุ่มสหวิชาชีพจะลงไปเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานของการจัดบริการกระทรวงสาธารณสุข” (หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจะมีการคัดกรองโรคและลงพื้นที่สำรวจควบคุมโรคติดต่อ เรื้อรังและไม่เรื้อรัง เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการประชุม ร่วมกัน รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านบุคลากร งบประมาณและความรู้ทางวิชาการ การป้องกันโรค จะเป็นงานของกลุ่มการป้องกันโรคติดต่อ มีระบบควบคุมการติดเชื้อ ตั้งแต่งานผู้ป่วยนอกจนถึง งานผู้ป่วยใน ทำหน้าที่คัดกรองโรค มีห้องแยกเป็นสัดส่วน ป้องกันการติดเชื้อทุกขั้นตอน รวมถึง การคัดแยกกลุ่มเสี่ยงและมีการจัดกิจกรรมให้กับทุกกลุ่มเสี่ยง” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“จะมีความชัดเจนตาม 5 กลุ่มวัย ในโรงพยาบาลผู้ป่วยแต่ละโรคและญาติที่มาและจะมีระบบควบคุมป้องกันการติดเชื้อหรือ IC (Infection Control) แต่ในชุมชนจะป้องกันเชิงการดูแล การให้ความรู้ในกลุ่มประชาชนทั่วไป ถ้าในชุมชนเมื่อเป็นโรคจะป้องกันไม่ให้เป็นอีก ดูแลสุขนิสัย ในการกิน ความสะอาดทั่วไป” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“มีการดำเนินการไปตามมาตรฐานของกระทรวงในเรื่องการควบคุมโรคที่ป้องกันได้ โดยวัคซีนและมีมาตรการดูแลที่ครอบคลุมทั้งหมด ตามมาตรฐานที่กระทรวงกำหนด ส่วนการ ควบคุมโรคที่มีการระบาดเป็นครั้งคราวหรืออาจจะมีกระบาดลักษณะเป็นพื้นที่เช่น ไข้เลือดออก จะมีการดำเนินการอย่างจริงจังในส่วนของสาธารณสุขและการให้เกิดการดูแลตนเองของชาวบ้าน อย่างต่อเนื่อง” (หัวหน้ากลุ่มงาน 5 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 13 มิถุนายน 2559)

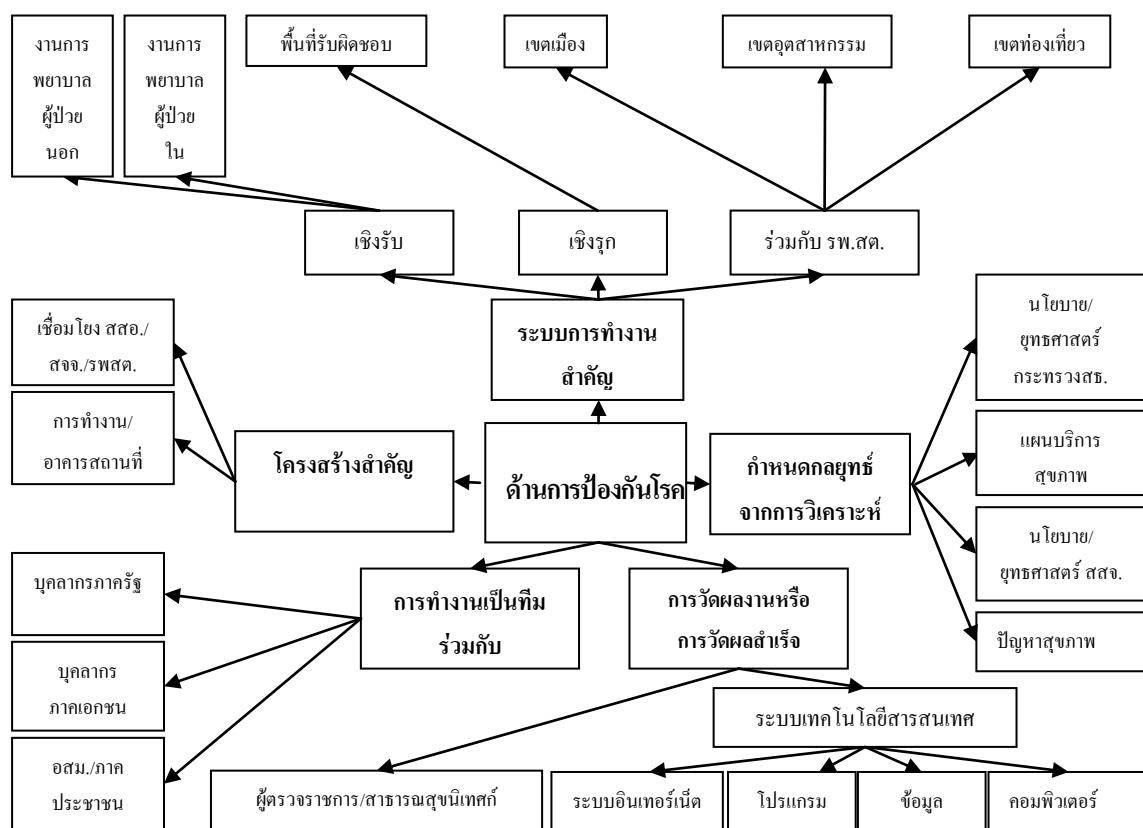
ระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคเชิงรับในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีภารกิจด้านบริการปฐมภูมิจะมีกลุ่มเวชกรรมสังคม ประกอบด้วย งานเวชปฏิบัติครอบครัวและ ชุมชนซึ่งมีระบบการทำงานเกี่ยวกับการควบคุมกำกับระบบป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อในสถานบริการ ด้านสุขภาพในชุมชนงานป้องกันควบคุมโรคและโรคระบาดวิทยาซึ่งมีระบบ การทำงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมทั้ง ภารกิจด้านการพยาบาลซึ่งมีกลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่มีระบบ การทำงานเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคในหน่วยงาน

โรงพยาบาลชุมชนจะมีกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมปฏิบัติงานเกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมโรคระบาด กลุ่มการพยาบาลจะมีงานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและ งานจ่ายกลางปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบการทำงาน เชิงรับมีการตรวจคัดกรองเพื่อแยกผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาตามความเหมาะสม แยกอยู่ในสถานที่ เฉพาะป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและทำการกำจัดแหล่งเพาะเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มเสี่ยง จะได้รับการติดตามดูแลจนมั่นใจว่ามีความปลอดภัย

ระบบการทำงานเชิงรุกจะมีการประสานงานร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจาย และการระบาดของเชื้อโรคทั้งในเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรม และเขตท่องเที่ยว

มีการกำหนดทีมเคลื่อนที่เร็วลงพื้นที่ร่วมทำการสอบสวนโรค ทำลายแหล่งเพาะเชื้อ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและป้องกันการติดเชื้อสำหรับประชากรทั้ง 5 กลุ่มวัย ในระดับอำเภอจะมีระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) โดยมีนายอำเภอเป็นประธานและโรงพยาบาลประจำอำเภอเป็นหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญา (CUP) ร่วมพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติ มีการคัดเลือกมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ร่วมปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพัทยา โรงพยาบาลภาคเอกชน คลินิกต่าง ๆ และประชาชนในจังหวัดชลบุรี

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-4 ระบบบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560

3. การรักษา

3.1 ด้านเงินทุน: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการใช้เงินลงทุนสนับสนุนด้านการรักษามากกว่าด้านอื่น ๆ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“โดยทฤษฎีควรจะมีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรคในน้ำหนักที่มากเพื่อจะลดคนเจ็บป่วย แต่ความเป็นจริงเนื่องจากการเสื่อมของสุขภาพ ต่อให้ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคอย่างไรก็ตาม ทิศทางของคนเมื่อมีอายุมากขึ้น การเข้าสู่สังคมที่เป็นผู้สูงอายุมากขึ้นก็แน่นอนว่าจะเจ็บป่วยซึ่งดูน้ำหนัก ตอนนี้งานลงทุนทั้งหมดรวมถึงบุคลากรที่ใช้ในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิก็หนักไปที่การรักษาพยาบาลและการวินิจฉัยโรค” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“จังหวัดชลบุรีจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะเน้นการทำงานร่วมกับชุมชน เน้นงานปฐมภูมิการบำบัดรักษาก็จะลดลง ถ้าแบ่งเป็นเปอร์เซ็นต์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงานป้องกันโรค งานบูรณาการกับท้องถิ่น งานชาวบ้านคิดเป็น 75% การรักษา 25% ถ้าโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนจะ 50% แต่ถ้าเป็นระดับโรงพยาบาลศูนย์จะเน้นความเชี่ยวชาญ เน้นการรักษา 75%-80% ทำให้การป้องกันโรคก็อาจจะลดลงไป” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

การใช้เงินลงทุนสนับสนุนด้านการรักษาในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทั้งที่เป็นค่าตรวจวินิจฉัย ค่าเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่ายา ค่าจ้าง เงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร เพราะจังหวัดชลบุรีก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ประชาชนจึงมีการเจ็บป่วยจากความเสื่อมของร่างกายหรืออวัยวะเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีการเจ็บป่วยจากสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษ กลุ่มวัยแรงงานที่เป็นลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมมักจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาชีพในเขตท่องเที่ยวที่มีความเสี่ยงจากการระบาดของเชื้อโรคที่มากับนักท่องเที่ยวหรือแรงงานต่างด้าว

ความเจริญจากการขยายเส้นทางการจราจรก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ใช้รถใช้ถนนประสบอุบัติเหตุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดภัยธรรมชาติ ทั้งหมดนี้ส่งผลให้ประชาชนมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรครุนแรง โรคเรื้อรังและโรคซับซ้อนมากขึ้น ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ทันสมัย เมื่อเกินศักยภาพจะต้องส่งต่อไปรับการรักษาในหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิตามลำดับส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาเพิ่มมากขึ้น เมื่อประชาชนหรือผู้รับบริการไม่สามารถจ่ายได้ตามจริง โรงพยาบาลรัฐจะเป็นผู้รับภาระทั้งหมด

3.2 ด้านการทำงานเป็นทีม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีมด้านการรักษาระหว่างแพทย์ พยาบาล เกษัชกร สหวิชาชีพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ภาระงานหลักที่มากที่สุดคือการรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิ แต่โรงพยาบาลชุมชนแต่ไม่มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางจะดูแลรักษาในระบบเครือข่าย จึงต้องมีระบบส่งต่อทั้งระดับพื้นที่ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นมา ถ้าเกินศักยภาพก็จะส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ในระดับที่สูงขึ้น เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยความมีประสิทธิภาพมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันซึ่งเป็นระบบส่งต่อทั้งภายในอำเภอและระหว่างอำเภอไปที่จังหวัด” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“ส่วนมากผู้ป่วยก็จะมาเริ่มต้นที่โรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ PCU (Primary Care Unit) เพราะมีแพทย์มาให้บริการตรวจรักษา แต่เนื่องจากเป็นแพทย์ทั่วไปจึงมีการตรวจคัดกรองและรักษาตามศักยภาพสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ถ้าเกินศักยภาพจะเน้นการส่งต่อ (Refer) จากงานผู้ป่วยนอก (OPD) งานผู้ป่วยใน (IPD) หรือห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ถ้าส่งกลับบ้านจะเชื่อมต่อกับฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเพื่อติดตามไปเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“การรักษาจะรักษาตามศักยภาพเพราะเราไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ส่วนใหญ่ถ้าเกินศักยภาพเราจะส่งไปโรงพยาบาลใกล้เคียง โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า ส่วนใหญ่จะส่งไปโรงพยาบาลชลบุรี” (หัวหน้ากลุ่มงาน 4 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 13 มิถุนายน 2559)

ลักษณะการทำงานเป็นทีมด้านการรักษาของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จะมีการทำงานเป็นทีมระหว่างภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปจะมีการทำงานเป็นทีมระหว่างกลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีบุคลากรแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรร่วมกับกลุ่มงานอื่น ๆ เพื่อให้การบริการด้านการรักษา ปัจจุบันการบริการด้านการรักษาเป็นภาระงานหลักที่หนักมากที่สุดเนื่องจากประชาชนมีอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น

ประกอบกับการมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้ประชาชนมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ส่งผลให้ประชาชนเกิดการพึ่งพิงระบบบริการด้านการรักษาของโรงพยาบาลมากขึ้น ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเองลดลงเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็มาพบแพทย์

ที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปเพราะแพทย์มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยทำให้เกิดความแออัดในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) กลุ่มงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) และกลุ่มงานอื่น ๆ รวมทั้งในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD) ที่มีผู้ป่วยนอนพักมากขึ้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีการบริการด้านการรักษาเบื้องต้นถ้าเกินศักยภาพจะมีการประสานส่งต่อ (Refer) ระหว่างโรงพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่ได้มาตรฐาน สนับสนุนการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งภายในอำเภอ ระดับจังหวัดจนถึงระดับเขตบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีการส่งต่อส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก การเกิดอุบัติเหตุที่ศีรษะ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคตับ โรคไตผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและผู้ป่วยที่แพ้อาหารทะเล

3.3 ด้านกลยุทธ์: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคอย่างสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“โดยหลักการของระบบการให้บริการสุขภาพประชาชนคนไทยของโรงพยาบาลภาครัฐอันดับแรกต้องยึดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อันดับที่สองยึดพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลเชื่อมโยงมากับการสร้างระบบบริการอันดับที่สามคือคู่มือเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการแล้วก็สร้างระบบบริการให้สอดคล้องคือสร้างระบบบริการให้ตอบสนองกับพันธกิจและเป้าหมายตรงนั้น” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ภู, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขถ้าในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงก็จะผ่านไปที่เขตสุขภาพและถ่ายทอดมาถึงแต่ละจังหวัด ครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล เมื่อจังหวัดรับนโยบายจะทบทวนยุทธศาสตร์ประจำปีให้สอดคล้องต่อการปฏิบัติของหน่วยบริการในจังหวัด จะมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาร่วมทบทวน คำรับรองการปฏิบัติราชการ” (ผู้อำนวยการ หน่วยงาน ข, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

“แนวทางการดำเนินงานเป็นไปตามกรอบนโยบายสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนากลุ่มวัย การพัฒนาระบบบริการและการสนับสนุนระบบบริหารจัดการ ประกอบกับแผนบริการสุขภาพ ร่วมกับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลมีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและถูกวางว่าเป็น

โรงพยาบาลแม่ในเขตบริการสุขภาพที่ 6” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

การจัดทำแผนการปฏิบัติงานหรือแผนยุทธศาสตร์ด้านการรักษาของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ผู้บริหารจะให้ความสำคัญต่อการนำนโยบาย ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ถ่ายทอดมาจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ หรือ Service Plan นโยบายแผนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาวิเคราะห์ร่วมกับสถานะแวดล้อมหรือปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั้งภายในโรงพยาบาลและภายในพื้นที่รับผิดชอบ

นำมาสู่การกำหนดแผนการปฏิบัติงานประจำปี แผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี เกี่ยวกับการรักษาโรคตามมาตรฐาน Service plan เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการด้านการรักษาแต่ละสาขาโรคสำหรับประชาชนทั้ง 5 กลุ่มวัย พัฒนาระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเชื่อมโยงและครอบคลุม สามารถให้ความช่วยเหลือระหว่างกันได้ทั้งระดับอำเภอ ระดับจังหวัดจนถึงระดับเขตสุขภาพ ก่อนจะมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การปฏิบัติและสนับสนุนทรัพยากรตามความเหมาะสม

3.4 ด้านโครงสร้าง: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการรักษาอย่างชัดเจนทั้งระดับโรงพยาบาลศูนย์ระดับโรงพยาบาลทั่วไปและระดับโรงพยาบาลชุมชนดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ปัจจุบันรัฐจัดให้มีการบริการครอบคลุมทั้ง 4 มิติ แต่จะมีอยู่หลายส่วนที่รับผิดชอบ เช่น กระทรวงศึกษาธิการในรูปแบบมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหมที่มีโรงพยาบาลหรือหน่วยของทหารและอีกส่วนหนึ่งจะเป็นเอกชนที่ทำอยู่ แต่ถ้าในรูปแบบกระทรวงสาธารณสุขจะมีทั้งระบบการรักษาพยาบาลและการวินิจฉัยโรคในทุกระดับตั้งแต่ เริ่มแรกที่เรียกว่าปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิหรือศูนย์เชี่ยวชาญ” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“จังหวัดชลบุรีมีการบริหารจัดการโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกับผู้อำนวยการตั้งแต่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและมีสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงไปตามลำดับ ทั้งหมดจะอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งสำนักงานปลัดกระทรวง ส่วนกรมอื่นจะเกี่ยวข้องในการเป็นกรมวิชาการทุก ๆ กรมก็จะให้การสนับสนุนลงไปแบบเดียวกัน ระบบที่ผูกโยงกันเช่นนี้มาจากส่วนกลางซึ่งบัญชาการโดยกระทรวงสาธารณสุข” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“โครงสร้างการบริหารงานของสาธารณสุขในจังหวัดจะอยู่ที่สาธารณสุขจังหวัดโดยมี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นหัวหน้าและมีโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดรวมไปถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ซึ่งจะต้องดูแลโรงพยาบาลทุกแห่งในกำกับ ภายในโรงพยาบาลชลบุรีก็จะมีสายบังคับบัญชาของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแบ่งเป็นกลุ่มลือกัน ไปแบบนี้ การถ่ายทอดนโยบายจะเริ่มจาก กระทรวง เขตสุขภาพ จังหวัดมีโรงพยาบาลรับมอบนโยบายไปสู่การปฏิบัติ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 14 มิถุนายน 2559)

โครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการรักษาจะถูกกำหนดไว้ในโครงสร้างของโรงพยาบาล ทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่โรงพยาบาลชลบุรีซึ่งเป็น โรงพยาบาล ศูนย์ประจำจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่ายของเขตสุขภาพที่ 6 รวมทั้งโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของแต่ละอำเภอจะมีโครงสร้างภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ ภารกิจด้านทุติย ภูมิและตติยภูมิ ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนจะมีหลายกลุ่มงานร่วมเป็นผู้รับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งไม่มีแพทย์ประจำจะมีโครงสร้างกลุ่มงานเวช ปฏิบัติครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบ โดยกรณีมีอาการรุนแรงหรือเกินศักยภาพจะมีศูนย์ส่งต่อทำ หน้าที่ประสานงานผ่านระบบ Thai refer ที่มีความเชื่อมโยงทั่วทั้งจังหวัดเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ ปลายทางรับทราบ จากนั้นเมื่อมีการตอบรับจึงส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่อง กระบวนการ ส่งต่ออาจจะเริ่มตั้งแต่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือ (PCU) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ โรงพยาบาลระดับอำเภอจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด

3.5 ด้านระบบการทำงาน

3.5.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงาน ด้านการป้องกันโรคเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและ ระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ภาระงานหลักที่มากที่สุดคือ การรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิ ส่วนกลางคือ โรงพยาบาลชุมชนแต่ไม่มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางดูแลรักษาไปในระบบเครือข่าย มีระบบส่งต่อ ทั้งระดับพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นมา ถ้าเกินศักยภาพเราก็ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ ระดับที่สูงขึ้น เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยความมีประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร ร่วมกัน จึงต้องมีระบบส่งต่อทั้งภายในอำเภอและจังหวัด” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“การรักษาจะให้การรักษาตามอาการถ้าเป็น โรคที่ไม่รุนแรง แต่ถ้ามีภาวะวิกฤติ จะต้องส่งไปรักษาโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า จะส่งต่อพบแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ปัจจุบันที่มี

การส่งต่อผู้ป่วยมีหลายโรคอย่าง เช่น อุบัติเหตุที่ศีรษะ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคตับ โรคไตผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและผู้ป่วยมีอาการจากการแพ้อาหารทะเล” (พยาบาลวิชาชีพ 1 โรงพยาบาล ง, สัมภาษณ์, 15 กุมภาพันธ์ 2559)

“โรงพยาบาลชุมชนจะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง การบริหารจัดการต้องพึ่งพาโรงพยาบาลใหญ่เป็นหลัก พยายามหาแพทย์เฉพาะทางมาดูแลประชาชนในชุมชนเดือนละครั้งเพื่ออำนวยความสะดวกและให้คนไข้ได้รับประโยชน์ว่าต้องพึ่งพาการรักษาเฉพาะทางหรือไม่ ประชาชนเองก็เกิดความเชื่อมั่นศรัทธา” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 14 มิถุนายน 2559)

ระบบการทำงานเชิงรับภายใน โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปจะมีการปฏิบัติงานด้านบริการปฐมภูมิ การปฏิบัติงานบริการทุติยภูมิและตติยภูมิและการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลเป็นผู้ร่วมปฏิบัติงาน โรงพยาบาลชุมชนจะมีหลายๆกลุ่มงานร่วมให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาแก่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการด้วยตนเองภายในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)

ผู้ป่วยที่มีอาการไม่ร้ายแรงแพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่ถ้ามีอาการรุนแรงหรือต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่องจะรับไว้ในกลุ่มงานผู้ป่วยใน (IPD) กรณีที่เกินศักยภาพจะส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ส่วนระบบการทำงานเชิงรุกจะมีการออกหน่วยให้บริการตรวจและรักษาโรคภายในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งออกหน่วยบริการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ (PCU) ตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด

3.5.2 พยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการรักษาที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ระบบการรักษาพยาบาลและการวินิจฉัยโรคก็จะมีในทุกระดับตั้งแต่ เริ่มแรกที่เรียกว่าปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิหรือศูนย์เชี่ยวชาญ ทุกจังหวัดจะมีโครงสร้างที่เหมือนกัน จะมีสถานบริการทั้งสามระดับกระจายอยู่ทุกจังหวัดและมีเจ้าหน้าที่ตามกรอบอัตรากำลังทุกวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นระดับโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีที่เน้นความเป็นผู้เชี่ยวชาญเป็นการรักษาที่ซับซ้อนตติยภูมิ มีศูนย์ผ่าตัดหัวใจ รักษาแม่เรื้อรัง ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ เป็นลักษณะการผ่าตัดที่ซับซ้อนนั้นก็จะมีความสมบูรณ์แต่ก็ไม่ทิ้งการส่งเสริม ป้องกัน ฟันฟู โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนจะมุ่งเน้นการรักษาคิดเป็นร้อยละ 50 แต่ถ้าเป็น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเน้นการทำงานร่วมกับชุมชนเป็นงานปฐมภูมิส่วนการบำบัดรักษาที่จะลดลง” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“การรักษาพยาบาลจะมีงานผู้ป่วยนอกทำหน้าที่คัดกรองโรคและมีการจัดประเภทผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา ส่วนงานผู้ป่วยในจะรับผู้ป่วยหนักหรือโรคเรื้อรังไว้รักษา ถ้าเกินศักยภาพจะมีการส่งต่อโรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งบางครั้งค่อนข้างมีปัญหาในการส่งต่อข้อมูลและไม่มีเตียงรองรับทำให้เกิดความล่าช้า ส่วนใหญ่จะเป็นกรณีเกิดอุบัติเหตุทางศีรษะที่ส่งต่อบ่อยอายุกรรมหนักที่ต้องใช้ยาพิเศษหรือเครื่องมือขั้นสูง ต้องพบแพทย์เชี่ยวชาญโดยเฉพาะศัลยกรรมกระดูก สุนัขรีเวช และกุมารเวช” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

ระบบการทำงานด้านการรักษาจะถูกกำหนดไว้ในโครงสร้างของทุกโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชลบุรีถูกกำหนดให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิเนื่องจากมีบุคลากรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีเทคโนโลยีด้านการรักษาที่ทันสมัย มีศูนย์ผ่าตัดหัวใจ สามารถผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะลักษณะที่ซับซ้อนและสามารถให้บริการตรวจรักษาโรคที่ซับซ้อนได้ นอกจากนี้ยังถูกกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตสุขภาพที่ 6 โดยจะมีโครงสร้างเช่นเดียวกับโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นโรงพยาบาลอำเภอขนาดใหญ่มีการกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งภารกิจด้านการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ

ส่วนโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นโรงพยาบาลอำเภอขนาดปกติถูกกำหนดให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิเนื่องจากให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและสามารถตรวจรักษาโรคที่ซับซ้อนได้ในบางสาขาเท่านั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถูกกำหนดให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเนื่องจากไม่มีแพทย์ประจำ ครอบคลุมเป็นผู้รับผิดชอบ โดยกลุ่มงานทั้งหมดจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านการรักษาสำหรับบุคลากรและประชากรทั้ง 5 กลุ่มวัยที่มารับภายในโรงพยาบาลและภายในพื้นที่รับผิดชอบ

3.5.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีศูนย์ประสานงานและระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเขตสุขภาพที่จะดูแลประชากรได้ใกล้เคียงกัน จัดสรรทรัพยากรไม่เหลื่อมล้ำเพิ่มศักยภาพของสถานบริการในแต่ละเขตสุขภาพสามารถรักษาในระดับปฐมภูมิไปจนถึงการรักษาในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิที่เป็นเลิศให้เบ็ดเสร็จในเขตสุขภาพนั้นเขตสุขภาพมีทั้งหมด 12 เขตสุขภาพ แต่ละเขตสุขภาพจะมีประชากร

ที่จะต้องดูแลใกล้เคียงกันประมาณ 5 ล้านคน สำหรับโครงสร้างการบริหารงานจะเป็นไปตาม โครงสร้างที่ดูกว้างจากส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“มติการรักษาจะว่าตามบริบทของพื้นที่ที่มีแนวทางตาม Service plan เน้นการใช้ ทรัพยากรร่วมกันในภาพจังหวัดและเขตให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและเน้นการส่งต่อ จะมี คณะกรรมการส่งต่อระดับจังหวัดและระดับเขตซึ่งมีแนวทางว่าแต่ละ โรงพยาบาลมีศักยภาพระดับ ใด เมื่อเกินศักยภาพจะต้องส่งต่อไปที่ไหนซึ่งบางเรื่องก็มีการส่งต่อทั้งเขต” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“กรณีที่เกิดศักยภาพจะมีการส่งต่อ โดยคำนึงถึงสิทธิการรักษาเป็นกฎเกณฑ์ สำคัญ เพราะสิทธิบัตรทองต้องส่งไปโรงพยาบาลชลบุรี แต่ถ้าเป็นข้าราชการจะไปไหนก็ได้ ถ้าเป็น ประกันสังคมต้องส่งต่อต้นสังกัดหลักที่ระบุในบัตรซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น โรงพยาบาลชลบุรี การทำงานร่วมกันจะมีคณะกรรมการส่งต่อที่มีผู้บริหารของทุก โรงพยาบาลที่เป็นลูกข่ายมาพูดคุย เกี่ยวกับแนวทางการส่งต่อและการบริหารจัดการ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ระบบการส่งต่อที่มีโปรแกรม Thai refer เข้ามาช่วยเชื่อมต่อกับ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมาโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป อาจจะต้องส่งต่อไปที่ โรงพยาบาลศูนย์หรือเครือข่ายเป็นการส่งไปและส่งกลับ การติดตามของโรงพยาบาลชุมชนเป็น ลักษณะการบริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านหรือที่เรียกว่า Home health care จะเชื่อมกันไปมา เป็นรอยต่อเดียวกัน” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 14 มิถุนายน 2559)

ระบบการส่งต่ออาจจะเริ่มตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วย บริการปฐมภูมิหรือ (PCU) ที่รักษาเบื้องต้นให้กับประชาชนในชุมชน เมื่อประเมินแล้วเห็นว่าอาการ ของโรคเกินศักยภาพที่จะทำการรักษาจะมีการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อใน โรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอเพื่อให้การรักษาตามศักยภาพ แต่เนื่องจากไม่มีแพทย์เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง กรณีที่ไม่สามารถให้การตรวจวินิจฉัยได้อย่างชัดเจนหรือไม่สามารถรักษาได้อย่างมี ประสิทธิภาพ จำเป็นต้องส่งพบแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางจะประสานการส่งต่ออีกครั้งเพื่อเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับอำเภอหรือโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดตามลำดับ

ศูนย์ส่งต่อจะมีการประสานการทำงานทางโทรศัพท์และผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ที่เรียกว่า Thai refer เพื่อส่งต่อข้อมูลสำคัญเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดที่อยู่ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะใช้โทรศัพท์ประสานการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลรัฐในสังกัด

กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลกระทรวงอื่น ๆ ภายในเขตอำเภอระดับจังหวัด และระหว่าง จังหวัดจนถึงเขตสุขภาพรูปแบบการส่งต่อจะมีทั้งส่งไปและส่งกลับเพื่อดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล หรือดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน การเลือกศูนย์ส่งต่อจะพิจารณาถึงสิทธิการรักษา ได้แก่ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบการตัดสินใจ

3.6 ด้านทักษะ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีกำหนดให้โรงพยาบาลชลบุรีเป็นสถานที่ฝึกทักษะด้านการรักษาสำหรับบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ด้านทักษะทางนโยบายส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรจะกันเงินไว้สำหรับการฝึกอบรมบุคลากร วันที่อบรมไม่ถึงเป็นวันลาสามารถช่วยให้บุคลากรมีความรู้ ได้เปิดประสบการณ์ และมีคะแนนหน่วยกิตเพื่อต่อใบประกอบวิชาชีพ สามารถแก้ปัญหาการไหลออกบุคลากรได้เพราะเก่งขึ้นสามารถทดแทนอัตรากำลังกันได้ทุกจุดและมีสมรรถนะที่ดีขึ้นตามที่ผู้บริหารกำหนด” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 30 พฤษภาคม 2559)

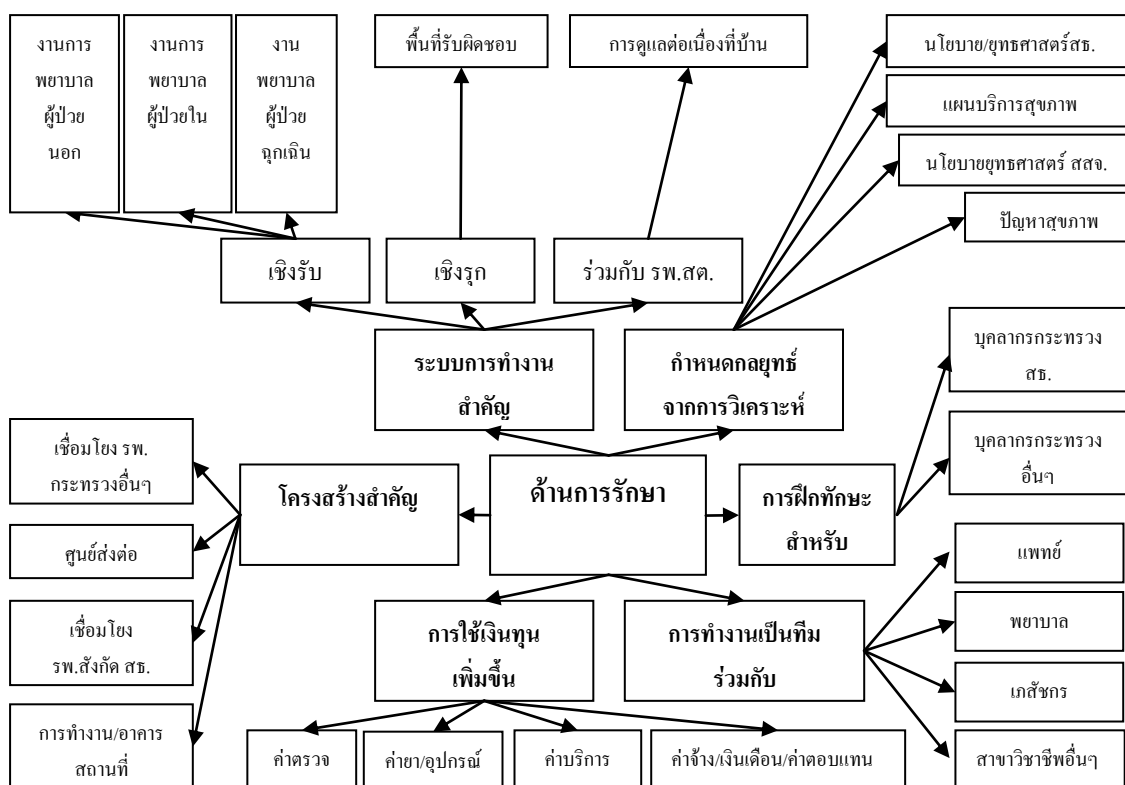
“บุคลากรใหม่ที่มาทำงานจะมีระบบการประเมิน การฝึกปฏิบัติงานจริง มีโปรแกรมการสอนงาน ส่วนบุคลากรประจำการจะมีการเพิ่มพูนความรู้ทักษะ บุคลากรที่ผ่านการอบรมสามารถไปขึ้น ไปจะมีความรู้ทักษะการทำงานร่วมกับทีมได้ แต่บุคลากรใหม่ต้องคอยเฝ้าระวัง ดูแลและประเมิน ยังมีความต้องการบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเฉพาะโรค โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง และพยาบาลเฉพาะทาง” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับบทบาทและมีโรงพยาบาลเป็นระดับลงมา ถ้าเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีจะเน้นความเป็นผู้เชี่ยวชาญเป็นการรักษาที่ซับซ้อนตติยภูมิ มีศูนย์ผ่าตัดหัวใจ รักษามะเร็ง ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ เป็นลักษณะการผ่าตัดที่ซับซ้อน ฉะนั้นก็จะมีคุณสมบัติ” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

เมื่อเปรียบเทียบถึงความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและความพร้อมเกี่ยวกับเครื่องมืออุปกรณ์ด้านการรักษา ระหว่างโรงพยาบาลรัฐภายในจังหวัดชลบุรี จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลชลบุรีซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ จะมีบุคลากรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจำนวนมากและมีเทคโนโลยีด้านสำหรับการตรวจและรักษาที่ทันสมัย มีศูนย์ผ่าตัดหัวใจสามารถผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะลักษณะที่ซับซ้อนและสามารถให้บริการตรวจรักษาโรคที่ซับซ้อนได้ จึงถูกกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตสุขภาพที่ 6 รวมทั้งถูกกำหนดให้เป็นศูนย์สนับสนุนการศึกษาและฝึกอบรมทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการรักษาสำหรับบุคลากรแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ เพื่อพัฒนามาตรฐาน

การรักษาและสนับสนุนให้ประชาชนที่ป่วยเป็นโรครุนแรง เรื้อรังและซับซ้อน อาทิ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและสามารถเข้าถึง การรักษาที่ได้มาตรฐานระดับสูง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาของโรงพยาบาลรัฐ ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-5 ระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัด ชลบุรี

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560

ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. ด้านการทำงานเป็นทีม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีการทำงานเป็นทีมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างแพทย์ นักกายภาพบำบัดและสหวิชาชีพในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กล่าวไว้

“การฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน เชื่อมโยง Home health care คือการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นเครือข่ายในโรงพยาบาลจะมีผู้รับผิดชอบงานโดยตรง ขณะเดียวกันจะทำงานเชื่อมโยงบกับระดับอำเภอไปจนถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ้าเป็นกลุ่มคนไข้ที่กลับไปแล้วอยู่ในเขตรับผิดชอบเราจะดูแลทั้งหมด มีทีมหมอครอบครัวลงไปดูแล ส่วนคนไข้ที่อยู่นอกเขตรับผิดชอบก็มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลกันในกลุ่มดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในระดับจังหวัดจะมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดูแลการทำงานร่วมกัน มีการร่วมประชุมทุกเดือนในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“ปัจจุบันรัฐจัดให้มีการบริการครอบคลุมทั้ง 4 มิติ แต่จะมีอยู่หลายส่วนที่รับผิดชอบ เฉพาะในส่วนของสาธารณสุขหมายถึงมีหลายกระทรวงที่ทำเรื่องนี้ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ ในรูปแบบมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหมที่มีโรงพยาบาลหรือหน่วยของทหารและก็อีกส่วนหนึ่งจะเป็นเอกชนที่ทำอยู่ แต่ถ้าในรูปแบบกระทรวงสาธารณสุขจะมีทั้งระบบการฟื้นฟูสภาพ การวินิจฉัยโรคในทุกระดับตั้งแต่ เริ่มแรกที่เรียกว่าปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิหรือศูนย์เชี่ยวชาญ” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“ถ้าระบบบริการสุขภาพในระดับอำเภอเรียกว่า District Health Service หรือ DHS จะมีโครงสร้างของคณะกรรมการที่มีนายอำเภอเป็นประธานและมีตัวแทนจากท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล โรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและประชาชนที่เป็นตัวแทนมาร่วมทำงาน” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

การทำงานเป็นทีมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีการประสานการปฏิบัติงานระหว่าง สหวิชาชีพของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจะมีกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูที่มีแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์/ นักกายอุปกรณ์ เจ้าพนักงานอาชีวบำบัดและเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็น ทีมงานหลัก โรงพยาบาลชุมชนจะมีกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมที่มีพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขและนักจิตวิทยาหรือนักจิตวิทยาคลินิกเป็น ทีมงานหลัก

นอกจากนี้ยังมีการประสานการปฏิบัติงานร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นทีมงาน โดยจะมีการประสานปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานทั้งที่สังกัดกระทรวงอื่น ๆ อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหมและกระทรวงมหาดไทย เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาล

เมือง เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เมืองพัทยา รวมทั้งอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและประชาชนภายในพื้นที่รับผิดชอบ

2. ด้านกลยุทธ์: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาภายใน โรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“โดยหลักการของระบบการให้บริการสุขภาพประชาชนคนไทยของโรงพยาบาลภาครัฐ อันที่หนึ่งคงต้องยึดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อันที่สองยึดพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลเชื่อมโยงมากับการสร้างระบบบริการอันที่สามคือดูที่เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการแล้วก็สร้างระบบบริการให้สอดคล้องคือสร้างระบบบริการให้ตอบสนองกับพันธกิจและเป้าหมายตรงนั้น” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฎ, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“แนวทางการดำเนินงานเป็นไปตามกรอบนโยบายสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนากลุ่มวัย การพัฒนาระบบบริการ การสนับสนุนระบบบริหารจัดการ และแผนบริการสุขภาพ Service plan ร่วมกับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลซึ่งมีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีเป็นทั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัดและถูกวางว่าเป็นโรงพยาบาลแม่ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 มีโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในทุกอำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับตำบล” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขถ้าในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงก็จะผ่านไปที่เขตสุขภาพและถ่ายทอดมาถึงแต่ละจังหวัด ที่สื่อสารครอบคลุมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อจังหวัดรับนโยบายจะทบทวนยุทธศาสตร์ประจำปีให้สอดคล้องต่อการปฏิบัติของหน่วยบริหารหรือหน่วยบริการในจังหวัด จะมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาร่วมทบทวน ซึ่งตรงนี้ก็ได้มีการทำคำรับรองการปฏิบัติราชการด้วย” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ข, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

การจัดทำแผนการปฏิบัติงานหรือแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ผู้บริหารจะให้ความสำคัญต่อการนำนโยบาย ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ถ่ายทอดมาจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการ

สุขภาพ หรือ Service plan นโยบาย ยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาวิเคราะห์ร่วมกับสถานะแวดล้อมหรือปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั้งภายในโรงพยาบาลและภายในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อกำหนดแผนการปฏิบัติงานประจำปี แผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี เกี่ยวกับการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหรือเกิดพิการภายหลังการรักษาโรค ผู้ประสบอุบัติเหตุ ผู้ที่มีอาการเสื่อมสภาพของอวัยวะตามช่วงอายุหรือมีความพิการแต่กำเนิดสำหรับบุคลากรและประชากรทั้ง 5 กลุ่มวัยตามมาตรฐาน สามารถให้การบริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน และให้ความช่วยเหลือระหว่างกันได้ทั้งระดับอำเภอและระดับจังหวัด ก่อนจะมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การปฏิบัติและสนับสนุนทรัพยากรตามความเหมาะสม

3. ด้านโครงสร้าง: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“หน่วยงานที่รับผิดชอบจะเป็นนักกายภาพ เวลากำหนดแนวทางจะกำหนดเป็นโรคและกลุ่มโรค เป้าการปฏิบัติจะมีครอบคลุมทั้ง 4 มิติ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรคสำคัญที่ต้องฟื้นฟูจะเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและสมอง โรคไทรอยด์สุดท้าย เบาหวาน จะต้องให้การดูแลครบทุกมิติ การดูแลภายในจะมีพยาบาลเป็นผู้ดูแลและเชิงวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาร่วมวางแผนให้การดูแลจนถึงการส่งต่อที่บ้านจะมีพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญในการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพลงไปดูตามแผนที่กำหนด เป้าหมายหรือเมื่อได้รับการร้องขอเมื่อพบปัญหาใหม่ในพื้นที่จะนำข้อมูลกลับมาร่วมพูดคุยกำหนดแนวทางและประสานการดูแลแบบบูรณาการ” (นายแพทย์โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“จะคล้ายกับผู้ป่วยนอกแต่จะใช้อีกวิชาชีพทำการดูแลฟื้นฟูสุขภาพหลังจากที่มีภาวะอัมพฤกษ์อัมพาต ผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่เสียหายจะให้บริการในลักษณะแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย กายภาพและการฝังเข็มเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงสภาพเดิมมากที่สุด” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“ถ้าอยู่ภายในโรงพยาบาลจะมีแผนกกายภาพและแพทย์แผนไทยที่จะมาดูแลในส่วนนี้ นอกเหนือจากนั้นจะมีนโยบายของภาครัฐจะมีทีมที่จะลงไปดูแลที่บ้านเรียกว่า Home health care ที่จะดูแลอาการอย่างต่อเนื่องจนถึงบ้าน ตรงนี้ได้จัดเจ้าหน้าที่ในการที่จะไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขณะเดียวกันก็จะนำญาติผู้ป่วยที่จะดูแลมาสอนเพื่อจะมีทักษะในการดูแลเบื้องต้น” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

โครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพจะถูกกำหนดไว้ในโครงสร้างของทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชลบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาล

ประจำจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตสุขภาพที่ 6 รวมทั้งโรงพยาบาลทั่วไปจะมีโครงสร้างภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิซึ่งมีกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นผู้รับผิดชอบ โรงพยาบาลชุมชนกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นผู้รับผิดชอบ เพื่อให้การบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหรือเกิดพิการภายหลังการรักษาโรค ผู้ประสบอุบัติเหตุ อากาศเสื่อมสภาพของอวัยวะตามช่วงอายุและความพิการแต่กำเนิดสำหรับบุคลากรและประชากรทั้ง 5 กลุ่มวัยที่มารับบริการภายในโรงพยาบาล รวมทั้งมีทีมพยาบาลติดตามให้การบริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านและการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในพื้นที่รับผิดชอบ

นอกจากนี้ยังมีการประสานการปฏิบัติงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกหน่วยงานจะดำเนินการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกันทั้งทางตรงและทางอ้อม มีการประสานการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ อาทิ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เมืองพัทยารวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในพื้นที่ โดยส่วนใหญ่โรคที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตระยะสุดท้ายและโรคเบาหวาน

4. ด้านระบบการทำงาน: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีแม่ข่ายหลักคือกลุ่มงานกายภาพและแพทย์แผนไทยช่วยในระดับหนึ่ง การฟื้นฟูสภาพจะแบ่งเป็นเชิงรับและเชิงรุกหรือในสถานบริการกับนอกสถานบริการ ถ้าในชุมชนจะมีกลุ่มสหวิชาชีพลงไป จะมีการดูแลแบบประคับประคองหรือ Palliative care และการเยี่ยมบ้าน ตามปกติเป็นมาตรฐานของการจัดบริการกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว” (หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ขบวนการที่มีความชัดเจนสุดในการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งกำลังดำเนินการอยู่ในคือ Long term care ซึ่งหมายถึงกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะยาว มุ่งเน้นคนที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถลุกขึ้นจากเตียงได้และนอนอยู่ที่เตียงตลอดเวลา เพื่อหวังว่าเขาจะสามารถลุกออกจากเตียงได้จนกระทั่งออกจากบ้านไปไหนมาไหนได้ คนไข้เหล่านี้ประกอบด้วยคนที่เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต ผู้พิการรวมทั้งผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

“จะตั้งเป็นศูนย์ดูแลต่อเนื่อง Continuity of care หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า COC มีการประสาน ทั้งการส่งต่อมาโรงพยาบาลหรือ Refer in และส่งกลับบ้านหรือ Refer out เพื่อทราบข้อมูลการรักษา ผู้ป่วยตั้งแต่ส่งออกไปและติดตามอาการทุกวันจนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและจะขอแผนการ จำหน่ายเพื่อกลับมาดูแลต่อในพื้นที่ มีการส่งให้ทีมเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ออกไปติดตามเพื่อดูแล” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ง, สัมภาษณ์, 15 กุมภาพันธ์ 2559)

ระบบการทำงานเชิงรับของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีการกิจด้านบริการ ทักษะภูมิและตติภูมิจะมีกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูซึ่งมีระบบการทำงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย ฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย ผู้พิการ เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการหรือบกพร่องทางการรับรู้ ผู้ที่มีโรค เรื้อรังของระบบร่างกาย จิตใจ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหรือดำรงชีพในสังคมเหมือน คนปกติได้ โรงพยาบาลชุมชนจะมีกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูมีระบบการทำงานเกี่ยวกับการตรวจ ประเมิน การวินิจฉัยและบำบัดความบกพร่องของร่างกาย ฟื้นฟูความเสื่อมสภาพและติดตามฟื้นฟู ผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยใน (IPD) ส่วนระบบการทำงานเชิงรุกจะปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่ บ้าน (Continuity of care) หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว มีพยาบาลเป็นผู้นำทีมติดตามเยี่ยมในช่วงนอกเวลาราชการเพื่อให้การบริการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง ที่บ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะยาว (Long term care) รวมทั้งการดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative care) ตามมาตรฐานการจัดบริการของกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ยังมีระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในระดับอำเภอยังมีระบบการทำงานด้านสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHS) ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธานและมีโรงพยาบาลประจำอำเภอเป็นหน่วยบริการ ประจำที่เป็นคู่สัญญา (CUP) มีการคัดเลือกคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ร่วมทำงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนรวมทั้งชมรมต่าง ๆ

5. ด้านทักษะ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการพัฒนาทักษะ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน พื้นที่รับผิดชอบดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

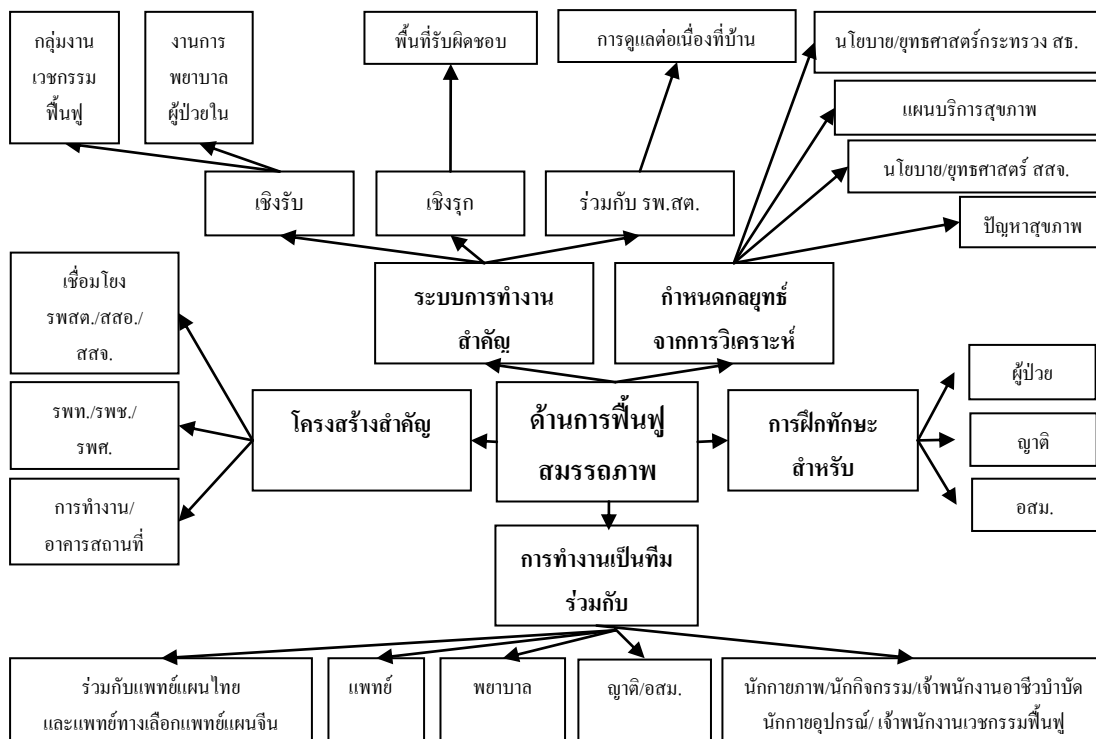
“การฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีแผนกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน มีนักกายภาพรักษาทั้งในและนอกโรงพยาบาลด้วยการนวดแผนไทยและการฝังเข็มผสมผสาน มีนักกายภาพออกไปเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่บ้านออกเยี่ยมบ้านออกไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 12 พฤษภาคม 2559)

“ถ้าอยู่ภายในโรงพยาบาลจะมีแผนกายภาพและแพทย์แผนไทยที่จะมาดูแลในส่วนนี้ นอกเหนือจากนั้นจะมีนโยบายของภาครัฐที่จะลงไปดูแล Home health care และ Long term care ที่จะดูแลอาการอย่างต่อเนื่องจนถึงบ้าน ตรงนี้ได้จัดเจ้าหน้าที่ในการที่จะไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขณะเดียวกันก็จะนำญาติผู้ป่วยที่จะดูแลมาสอนเพื่อจะมีทักษะในการดูแลเบื้องต้น ที่อาจจะเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ตรงนี้เป็นประเด็นคร่าว ๆ ในการที่จะบริหารจัดการให้ครอบคลุมทั้งสี่มิติ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“จะมีสหวิชาชีพตั้งแต่กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย การทำงานมีกลุ่มเป้าหมายในการฟื้นฟูทั้งในสถานบริการเป็นคนที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล แต่ว่าช่วงเย็นจะเป็นโครงการนอกเวลาเข้าไปดูที่ชุมชน บางบ้านจะไม่มีผู้ดูแล ต้องออกไปทำมาหากินปล่อยคนไข้ไว้ติดเตียงที่บ้าน เกิดภาวะยึดติดของร่างกาย เกิดแผล ทางทีมจะเข้าไปให้การดูแลด้านยาสมุนไพร กายภาพ จะทำเรื่องการดูแลให้กายภาพกับคนไข้ สอนญาติ ถ่ายทอดให้ความรู้ไปถึงชุมชนรวมทั้งอำเภอ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีการกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิจะมอบหมายให้กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู มีบุคลากรประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์/ นักกายอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่งานอาชีพบำบัดและเจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลชุมชนจะมีกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูซึ่งมีบุคลากรประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์และเจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟูให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการภายในโรงพยาบาลและมีทีมพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกจะมีแผนการทำงานเพื่อออกเยี่ยมสำรวจพื้นที่รับผิดชอบในช่วงหลังเวลาราชการ และติดตามให้การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้น การฝึกอบรมทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-6 ระบบบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2560

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่า มีระบบบริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีดังนี้

1. ด้านเงินทุน: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการใช้เงินทุนสนับสนุนด้านการรักษามากกว่าด้านอื่น ๆ
2. ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและประชาชนทุกกลุ่มวัยตามมาตรฐานบริการสุขภาพศึกษา
3. ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ
 - 3.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการสร้างเสริมสุขภาพและได้รับการนิเทศจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 อย่างต่อเนื่อง

3.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการป้องกันโรคและได้รับการนิเทศจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 อย่างต่อเนื่อง

4. ด้านการทำงานเป็นทีม

4.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีมด้านการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างสาขาวิชาชีพจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน

4.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีมด้านการป้องกันโรคระหว่างสาขาวิชาชีพของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน

4.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีมด้านการรักษาระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร สาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างแพทย์ นักกายภาพบำบัดและสาขาวิชาชีพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชน

5. ด้านกลยุทธ์

5.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบ

5.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคอย่างสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบ

5.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการรักษาตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบ

5.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบ

6. ด้านโครงสร้าง

6.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

6.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

6.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการรักษาอย่างชัดเจนทั้งระดับโรงพยาบาลศูนย์ระดับโรงพยาบาลทั่วไปและระดับโรงพยาบาลชุมชน

6.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

7. ด้านระบบการทำงาน

7.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการรักษาเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการรักษาที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่นๆ

7.5 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีศูนย์ประสานงานและระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

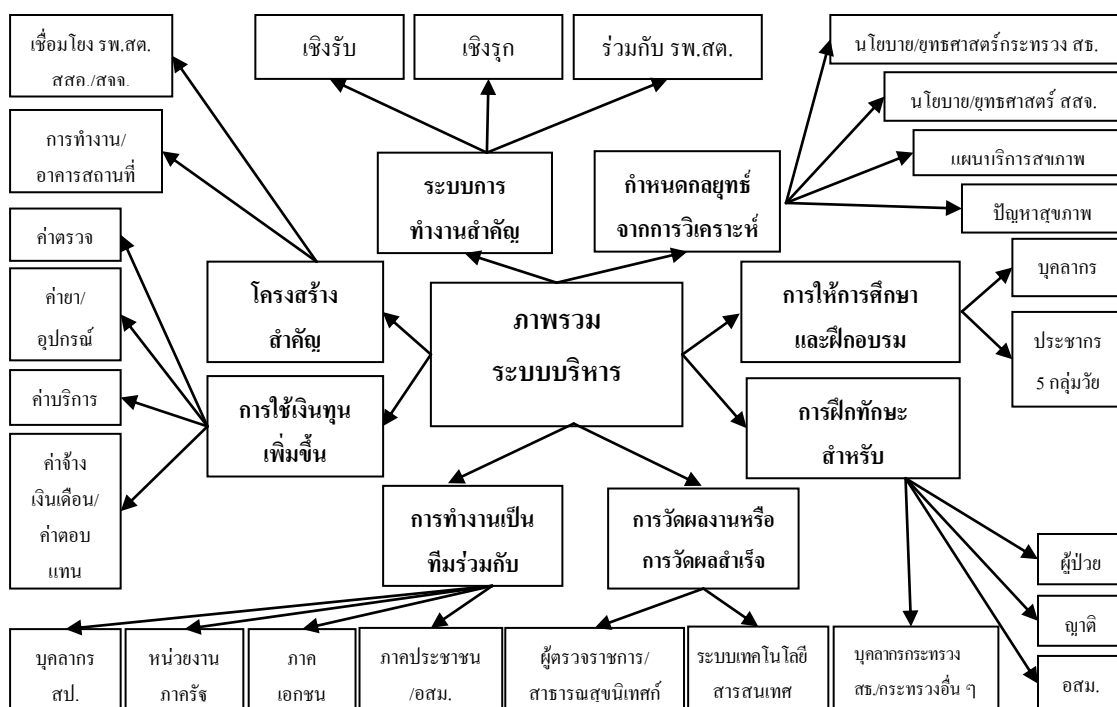
7.6 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบ และระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

8. ด้านทักษะ

8.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีกำหนดให้โรงพยาบาลชลบุรีเป็นสถานที่ฝึกทักษะด้านการรักษาสำหรับบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ

8.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการพัฒนาทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ

สามารถแสดงภาพรวมระบบบริหารของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีได้ดังนี้



ภาพที่ 4-7 ภาพรวมระบบบริหารของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560

ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี พบว่า

1. การสร้างเสริมสุขภาพ

1.1 ด้านการจัดการ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“เรื่องของการจัดการเนื่องจากเราอยู่ในระบบราชการ เหมือนกับระบบราชการจะมีระเบียบให้คนปฏิบัติด้วยกลัวว่าคนจะไม่ทำตามระบบจะออกนอกกลุ่มนอกทาง แต่จะกลายเป็นคาบสองคม ระบบการจ้างงานไม่สามารถจ้างคนดีฝีมือด้วยอัตราจ้างที่เพิ่มเป็นพิเศษได้ เครื่องมือเครื่องใช้ที่อยากได้บางที อันนี้ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่เห็นว่าเรื่องของการจัดการระเบียบที่เข้มงวด” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 14 มิถุนายน 2559)

“การจัดการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีปัญหามากที่สุดเนื่องจากไม่ได้อยู่ที่เจ้าหน้าที่อย่างเดียว จะต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวคนไข้เอง ถึงเจ้าหน้าที่จะพูดให้ความรู้มากอย่างไร ถ้าคนไข้ไม่ปฏิบัติตาม ไม่ควบคุมพฤติกรรมการบริโภค ไม่ปรับพฤติกรรมสุขภาพ บางครั้งคนไข้ไม่เห็นด้วย แพทย์พยาบาลมีการให้แต่ก็ไม่ทำตาม” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“การลงเยี่ยมชุมชนแล้วไม่ค่อยพบประชาชนเพราะต้องไปทำงาน ต้องปรับแผนให้เข้ากับวิถีชีวิตชุมชน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัญหาหลักทำให้ความรู้ในการดูแลตนเองประชาชนยังไม่ค่อยให้ความสำคัญเท่าไร สภาพแวดล้อมการรับประทานอาหารก็ยังใส่น้ำตาลเยอะ อาหารผัดทอดไขมันสูง อาหารสุขภาพที่โฆษณาาก็ยังมีความเข้าใจผิดต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนให้เข้ากับชุมชนทุกปี” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

การจัดระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรียังไม่สามารถสร้างระบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมได้อย่างเข้มแข็งระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนรวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและทุกพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองชลบุรีบ้านบึง บางละมุง พานทอง พนัสนิคม ศรีราชา สัตหีบ หนองใหญ่บ่อทองเกาะสีชัง และเกาะจันทร์ ยังประสบกับปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังนักวิชาการสาธารณสุขและ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ

ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้นำทีมส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนื่องจากมีอัตราการลาออกมากขึ้นเพราะขาดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เกิดความเหลื่อมล้ำเกี่ยวกับค่าตอบแทน ส่งผลให้บุคลากรลาออก ไม่สามารถทำงานเชิงรุกในชุมชน โรงเรียน โรงงานอุตสาหกรรมและสถานประกอบการได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันไม่มีความน่าสนใจ ไม่สามารถสร้างความตระหนักต่อสุขภาพนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ประชาชนจึงมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

1.2 ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม

1.2.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงานดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“แม่และเด็กจะมีปัญหาเรื่องท้องแม่วัยรุ่นซึ่งมีจำนวนมากเพราะที่นี่เป็นสังคมที่เด็กไม่ได้เรียนต่อ ถือว่าทำงานแล้วเป็นแม่บ้านแล้วก็ท้องได้ ทางโรงพยาบาลก็จะเน้นให้คุณำหนดตั้งแต่ท้องแรก สื่อสังคมก็มีผลจึงต้องรณรงค์มาตั้งแต่เด็กประถม เพราะสื่อมีมากเด็กก็โตเร็วไม่เหมือนสมัยก่อนที่มีแค่มัธยมก็คนแต่ทุกอย่างก็ขึ้นอยู่กับการศึกษาด้วยเพราะถ้าเด็กไม่ได้เรียนก็จะอีกแบบหนึ่ง พ่อแม่ทำงานโรงงาน ไม่มีเวลาดูแล” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ความยากง่ายอยู่ที่บริบทของแต่ละจังหวัดเพราะปัญหามีมากน้อยต่างกันและอาจจะมีประเด็นที่เหมือนกัน ถ้ามองในภาพเขตสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพก็จะมีปัญหาคล้ายๆกัน เช่น การตั้งครรภ์อายุน้อย กลุ่มอายุมีปัญหาเด็กขาดออกซิเจน แม่วัยรุ่น ปัญหาฟัน วัยทำงานที่เป็นโรคเบาหวาน ความดัน โดยเฉพาะพบมากคือโรคหัวใจ มะเร็งและอุบัติเหตุ เป็นโรคที่ต้องใช้กลยุทธในการแก้ปัญหาตามแต่ละบริบทของจังหวัด อำเภอ นั้น ๆ ถ้าเรื่องการส่งเสริมป้องกันก็จะประมาณนี้” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ข, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

“โรงพยาบาลศูนย์ตอนนี้ผู้ป่วยแน่นมาก แต่ก็เข้าใจว่าการดูแลต้องกลับมาที่ชุมชน การดูแลระดับปฐมภูมิก็ยังไม่พร้อม ภาระจึงตกมาที่โรงพยาบาลชุมชนเยอะมาก เพราะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีพยาบาลอยู่เพียงแค่นคนเดียว ซึ่งก็ไม่มีใครอยากลงเพราะต้องไปเป็นลูกน้องเขา ความก้าวหน้าก็ไม่มี พยาบาลควรจะขึ้นเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เพราะภาระงานเขาก็มีมาก” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

ประชาชนกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ชนบทไกลตัวเมืองที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะช่วยผู้ปกครองทำงานที่บ้าน บางรายมีทัศนคติว่าเมื่อไม่ได้เป็นนักเรียน มีงานทำแล้ว แสดงว่ามีความเป็นผู้ใหญ่สามารถที่จะมีคู่และตั้งครรถ์ได้ บางรายขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับ วิธีการคุมกำเนิด ประกอบกับการพัฒนาที่ทันสมัยของระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ สื่อสังคม ออนไลน์ โทรศัพท์มือถือและช่องทางอื่น ๆ ทำให้เด็กสามารถเข้าถึงภาพยนตร์และสื่อลามกได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรถ์ในแม่กลุ่มวัยรุ่น การลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนมักจะไม่ประสบความสำเร็จตามที่กำหนดเพราะยังไม่ทั่วถึงกลุ่มวัยรุ่นและ กลุ่มวัยรุ่นจึงขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด เชื้อเพื่อนและสื่อโฆษณามากกว่า กลุ่มวัยรุ่นและ กลุ่มวัยทำงานสนใจการหารายได้ ค่าตอบแทนและความก้าวหน้า ต้องทำงานล่วงเวลา ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพเพราะคิดว่ายังแข็งแรง ประกอบกับในโรงงานมีอาหารให้เลือกน้อย คุณภาพต่ำ กลุ่มวัย สูงอายุ ชอบรับประทานอาหารรสหวาน รสเค็มและอาหารมันจึงส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรังที่ป้องกันได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อไวรัส

1.2.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการ ให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ รับผิดชอบดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ด้านการให้การศึกษาและการฝึกอบรม ระบบราชการไทยอาจจะขาดความชัดเจน เพราะการไปฝึกอบรมบางที่เป็นไปตามที่กระทรวงเรียก เป็นไปตามที่ส่วนกลางต้องการ เป็นไปตามเจ้าหน้าที่ต้องการ แต่ส่วนที่เป็นจุดอ่อนหรือเป็นช่องว่างยังมีการวิเคราะห์ไม่ชัดเจนว่าขาดอะไร และควรจะเป็นเรื่องอะไร ตรงนี้อาจจะเป็นส่วนที่จะต้องพัฒนา เนื่องการฝึกอบรมให้ตรงกับที่เรา ต้องการ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“หน่วยงานมีการฝึกอบรมเยอะมากเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีงานหลายงาน เข้ามา ฉะนั้นแต่ละงานจะมีการอบรมเนืองงานของตนเอง แต่ระบบของโรงพยาบาลยังไม่มีบุคลากร หรือทีมทำงานที่ทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างจริงจังเหมือนในบริษัทเอกชน ฉะนั้นภาครัฐ จึงไม่มีความชัดเจนในการจัดองค์กรเพื่อให้การศึกษอบรม มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา บุคลากรแต่คณะกรรมการก็มีการงานประจำที่ทำให้ไม่มีเวลากับเรื่องนี้ การทำงานจึงเป็นไปตาม ข้อตกลงและไม่มีความเข้มข้นพอที่จะพัฒนาให้ครบตามส่วนขาดแต่ละคนแต่ละงาน ฉะนั้นภาครัฐ จึงไม่มีความชัดเจนในการจัดองค์กรเพื่อให้การศึกษอบรม” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“ด้านการส่งเสริมสุขภาพบางที่เจ้าหน้าที่อาจจะไม่มีความรู้หรือไม่เข้าใจมากเท่าที่ควร ส่วนใหญ่ทำในเรื่องการรักษาพยาบาลมากกว่าจึงขาดการแนะนำจุดนี้ไป จะต้องมีการพัฒนาให้มีความสนใจมากขึ้น มีการพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง ขยายวงให้กว้างมากขึ้น” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

เมื่อหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับทราบนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ (Service plan) นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารจะนำมาสื่อสารและร่วมวิเคราะห์เพื่อกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลซึ่งมีความครอบคลุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ นำมาสู่การกำหนดแนวทางการให้การศึกษาและฝึกอบรมสำหรับบุคลากรเพื่อให้มีสมรรถนะสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติงานแต่บางหน่วยงานดำเนินการจัดฝึกอบรมเพราะเห็นว่าเป็นภาระงานที่จะต้องทำตามหน้าที่ ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและการวางแผนกลยุทธ์ ขาดการวิเคราะห์ความต้องการในภาพรวม ผู้บริหารมักจะมอบหมายให้บุคลากรที่เป็นหัวหน้างาน ทีมนำหรือพยาบาลที่มีประสบการณ์เป็นผู้จัดทำ ส่งผลให้แนวทางการให้การศึกษาและฝึกอบรมไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของผู้จัดอบรมไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เข้าร่วมจึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.3 ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

1.3.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารแนวทางการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ส่วนใหญ่จะมีการประชุมเฉพาะทีมนำและหัวหน้าเพื่อให้ไปสื่อสารต่อถึงผู้ปฏิบัติงาน เมื่อประเมินพบว่าผู้ปฏิบัติงานระดับล่างยังไม่ทราบข้อมูลข่าวสาร ต้องปรับกระบวนการสื่อสารใหม่ ต้องจัดทำจดหมายจากผู้บริหารถึงผู้ปฏิบัติงานทุกเดือน เพราะการพูดคุยอย่างเดียวไม่พอ การสร้างเสริมสุขภาพจะมีปัญหาการสื่อสารมากที่สุดเนื่องจากยังไม่เข้าใจว่า จะต้องให้ข้อมูลเรื่องอะไรบ้างเพื่อให้มีการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสื่อสารที่จะต้องส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“ในระดับหัวหน้ามีการติดต่อสื่อสารกันอยู่ตลอดเวลา แต่พอจะสื่อสารลงสู่ระดับปฏิบัติงานทำได้ยาก ในโรงพยาบาลชุมชนไม่ค่อยมีปัญหาเพราะมีขนาดเล็กแต่โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่อย่างโรงพยาบาลชลบุรีจะทำได้ยาก การสื่อสารให้เข้าใจตรงกันถึงผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด

เป็นเรื่องยากจึงทำให้เข้าใจแนวทางการทำงานไม่ตรงกัน เกิดความขัดแย้งเพราะตกลงกันไม่ได้ ไม่ได้รับการปฏิบัติตาม” (นายแพทย์โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

การทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะมีปัญหาการสื่อสารมากที่สุด ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ไปจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่ผู้บริหารจะมีการสื่อสารแนวทางการทำงานให้กับหัวหน้างานและทีมงานภายในโรงพยาบาลได้รับทราบผ่านเวทีการประชุมภายในองค์กร เพื่อนำไปถ่ายทอดให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบอีกครั้ง แต่เนื่องจากหัวหน้างานและทีมงานไม่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและมักจะมีภาระงานมากจึงไม่สามารถถ่ายทอดแนวทางการทำงานให้เข้าใจได้อย่างชัดเจนและทั่วถึง โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีโครงสร้างและมีระบบการทำงานที่ซับซ้อน อาทิ โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและแม่ข่ายเขตสุขภาพที่ 6 นอกจากนี้ยังพบปัญหาการสื่อสารข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างกันตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด โรงพยาบาลระดับอำเภอไปจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่สามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้อง และเกิดความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงสำหรับในแต่ละกลุ่มวัยเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสนับสนุนการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ประชาชนจะมีความหวังไขในสุขภาพของตนเอง ดูแลสุขภาพตามความเข้าใจของตน พยายามแสวงหาสิ่งที่จะช่วยดูแลสุขภาพของตนเองแต่ไม่เชื่อการให้ความรู้ คำแนะนำและไม่ปฏิบัติตามที่เจ้าหน้าที่เน้นย้ำ เชื่อข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์มากกว่า จึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจนนำไปสู่ความเจ็บป่วย บางรายใช้ผลิตภัณฑ์ไม่มีคุณภาพก็มีผลกระทบจนอาจถึงกับเสียชีวิต” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“การส่งเสริมสุขภาพถ้าลงไปปฏิบัติมาก ๆ จะสามารถป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้ แต่ปัจจุบันถ้าเทียบอัตรากำลังยังมีน้อย ส่วนมากจะมาอยู่ที่การรักษาโรค การป้องกันจะเป็นงานของนักวิชาการเป็นส่วนใหญ่ การส่งเสริมสุขภาพทำตามอายุกลุ่มวัยจึงทำให้ภาพกว้าง ปัญหาสุขภาพจริง ๆ มีอีกเยอะมากและยิ่งทำยิ่งมีความรู้สึกว่าแย่มากกว่าเดิมเพราะพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไม่ดีและการปรับพฤติกรรมเป็นเรื่องยากมากขึ้นทุกวันต้องอาศัยข้อมูลที่ตีมาวิเคราะห์กำหนดแนวทางการแก้ไขให้ได้ผลดี” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

ประชาชนยังคำนึงการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์และยังคงมีความห่วงใยในสุขภาพของตนเอง มีความพยายามที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกมาที่ช่วยดูแลสุขภาพ แต่มักจะต้องการวิธีที่ง่าย ประหยัดและได้ผลเร็วที่สุดตามความเชื่อของตนเอง ประชาชนส่วนใหญ่จะมีความเชื่อและให้การยอมรับข้อมูลความรู้หรือคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพน้อยลง เพราะเข้าใจยาก เป็นวิธีที่ทำได้ยาก เห็นผลช้า จึงไม่ปฏิบัติตามและยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจนนำไปสู่การเจ็บป่วย บางรายมีผลกระทบจนถึงกับเสียชีวิต นอกจากนี้บุคลากรของโรงพยาบาลยังขาดความรู้และไม่สามารถพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์สำหรับรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่แท้จริงได้ ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพอย่างทันสมัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงยังคงเป็นเรื่องยากขึ้นทุกวัน เพราะการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องอาศัยการตัดสินใจจากข้อมูลที่แท้จริงและมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละพื้นที่เพื่อนำมากำหนดแนวทางการทำงานให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง มีความเหมาะสมกับประชาชนทั้ง 5 กลุ่มวัย สามารถสื่อสารให้รับทราบได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมในพื้นที่รับผิดชอบ สร้างความน่าสนใจน่าติดตามและสามารถเข้าถึงได้ง่าย

1.4 ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลสำหรับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้ตรงตามความเป็นจริงและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การวัดผลงานมีการกำหนดตัวชี้วัด การได้มาซึ่งตัวชี้วัดเป็นตัวชี้วัดไม่จริง บางคนมีการทำงานจริงแต่ไม่ลงข้อมูล ตรงนี้มีผลการวัดผลงานกันมากขึ้น เกิดความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น มีการประกวดผลงาน เกิดการแข่งขันในการทำงาน แต่บางครั้งการกำหนดตัวชี้วัดไม่ชัดเจน ต้องมานั่งตกลงเพื่อกำหนดการประเมินใหม่ว่าตัวไหนต้องนำมาวัด เลือกเฉพาะตัวหลักที่สำคัญ บางหน่วยงานยังไม่ค่อยชัดเจน ยังไม่เข้าใจตัวชี้วัดสำคัญ ยังไม่เข้าใจปัญหา คุณภาพเชิงลึกจึงยังไม่ได้” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ณ, สัมภาษณ์, 12 พฤษภาคม 2559)

“ยังไม่มีการวัดผลอย่างจริงจังเพราะยังมีส่วนที่ทำให้เกิดความอึดอัดใจ งานบางตัวเป็นงานที่มีความยากมากไม่สามารถทำคนเดียวได้สำเร็จ ทำให้การวัดความสำเร็จจะวัดจากคนเดียวหรือหน่วยงานเดียวไม่ได้ ต้องวัดกับทุกคนเพราะเป็นตัวชี้วัดที่ใหญ่มีหลายระบบเข้ามาเกี่ยวข้องในการวัดผลอาจจะมีการวัดที่ดีแต่ผู้วัดยังไม่กล้าตัดสินใจตรงไปตรงมาเพราะจะทำให้เกิดความไม่สบายใจของผู้ทำงานในเนื้องานที่มีความยากต่างกัน” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ณ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ด้านการวัดผลที่นี้ก็มีทำแต่ยังไม่ให้ความสำคัญกับการเอาผลมาวิเคราะห์ ยังขาดการนำข้อมูลในรอบปีที่มีการสรุปวัดผลแล้วมาร่วมวิเคราะห์ ทบทวนว่าสิ่งที่ไม่ได้ตรงตามเป้า อะไรเป็นปัจจัยหรือปัญหาที่มีจะต้องนำมาปรับปรุงอย่างไร อาจจะต้องให้เขาเข้าใจและใช้ประโยชน์จากตรงนี้” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความครบถ้วนมีความสมบูรณ์ การวิเคราะห์และกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงด้วยเทคโนโลยีที่มีโปรแกรมที่เหมาะสมยังคงเป็นเรื่องที่ทำได้ยากเพราะจังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ซึ่งประชากรที่มีการเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถสรุปจำนวนประชากรในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง ไม่แน่ใจว่าเป็นข้อมูลจำนวนประชากรที่มีตรงตามจริงหรือไม่ การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานจึงมีความคลาดเคลื่อนแตกต่างกันในแต่ละช่วงฤดู ประกอบกับการมีอัตราค่าจ้างที่เป็นทีมเยี่ยมสำรวจชุมชนมีจำนวนจำกัดจึงไม่สามารถเข้าถึงประชาชนได้การทำงานเชิงรุกที่มุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลไม่สามารถทำได้อย่างครอบคลุมทุกครัวเรือน หมู่บ้านจัดสรร ตึกสูงหรือคอนโดและขยายขอบเขตไปถึงสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม เพราะปัจจุบันจังหวัดชลบุรีมีการขยายตัวของพื้นที่เขตเมือง มีหมู่บ้านและตึกสูงจำนวนมาก ประชาชนที่อยู่ในวัยทำงานจะประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ไม่ค่อยอยู่บ้าน วิธีการทำงานจะต้องเปลี่ยนตามไปเป็นรูปแบบเชิงรุก ต้องแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมถึงประชาชนทุกพื้นที่ทุกระดับ การสร้างเสริมสุขภาพให้ได้ผลต้องสร้างภาคีเครือข่าย สร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและวัดผลสำเร็จจากข้อมูลที่แท้จริง มีความต่อเนื่อง สามารถนำผลลัพธ์ไปกำหนดแนวทางการทำงานรวมทั้งประเมินความดีความชอบให้กับบุคลากรได้

1.5 ด้านโครงสร้าง: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ด้านโครงสร้างยังมีปัญหาเนื่องจากโครงสร้างตามที่กระทรวงกำหนดเรายังไม่ค่อยตรงเท่าไร อาจจะเป็นเพราะมอบหมายงานตามที่ทำได้แต่ไม่ได้ปรับโครงสร้างอย่างชัดเจน ยังมีการรวมอยู่ในบางกลุ่มงานภาพรวมกลุ่มงานการพยาบาลจึงมีภาระงานมากเกินไป” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“โครงสร้างใหม่มีปัญหาเนื่องจากไม่พร้อมปรับให้เข้ากับโครงสร้างใหม่ไม่มีบุคลากรที่พร้อมรับตำแหน่งใหม่ บางหน่วยมีคนน้อยต้องแยกเป็นสองหน่วย ความพร้อมการเป็นหัวหน้ายังไม่พอ การบริหารจัดการจะมีปัญหา ต้องปรับคนอีกมาก คนที่จะเป็นหัวหน้ายังไม่เข้าใจงานทำให้

งานมีปัญหา ทักษะการทำงานยังไม่พอ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“โครงสร้างของโรงพยาบาลมีการปรับตามโครงสร้างของกระทรวงและตามความเหมาะสมของโรงพยาบาลด้วยส่วนหนึ่งเพราะบางครั้ง โครงสร้างที่กระทรวงให้มาก็เป็นโครงสร้างที่ดีแต่เพื่อให้งานสำเร็จผู้บริหารจะมีการปรับโครงสร้างเพื่อแบ่งเบาภาระผู้บริหารในการขับเคลื่อนหน่วยงานต่าง ๆ และบริบทของโรงพยาบาล” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 13 มิถุนายน 2559)

การปรับโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่สามารถจัดสรรบุคลากรให้เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้ เพราะเป็นโครงสร้างใหม่ไม่ได้เตรียมความพร้อมระบบการทำงานและอัตรากำลังบุคลากรมาก่อนล่วงหน้า ผู้บริหารจึงเริ่มการปรับปรุงเพียงบางส่วนที่เห็นว่ามีความสำคัญเร่งด่วนและเป็นสิ่งที่ประชาชนมีความต้องการมากที่สุด ประกอบกับเกิดผลกระทบจากอัตราค่าจ้างที่ไม่พออยู่แล้วเมื่อมีการกำหนดโครงสร้างใหม่และแบ่งหน่วยงานย่อยเพิ่มเติมจะทำให้บุคลากรที่อยู่ในหน่วยงานเดิมมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานใหม่ประสบกับปัญหาขาดผู้นำที่มีความรู้ความเข้าใจระบบการปฏิบัติงานและขาดประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆทำให้เกิดความผิดพลาดส่งผลกระทบต่อการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากทีมงานเดิมแยกไปอยู่ในหน่วยงานอื่น การทำงานร่วมกันมีความยุ่งยากมากขึ้นต่างก็มุ่งเรียนรู้และพัฒนางานของตนให้สำเร็จ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานร่วมกันเชิงรุกในชุมชนก็ลดลง

1.6 ด้านระบบการทำงาน: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรับในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ยังมีปัญหาศักยภาพของเจ้าหน้าที่เพราะแต่ละจุดซึ่งมีคณน้อย สามารถดูแลประชาชนได้เฉพาะกลุ่ม ยังไม่สามารถที่จะลงไปดูในพื้นที่ข้างล่างได้หมดศักยภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีคณน้อยแต่รับผิดชอบงานหลายด้าน การเข้าถึงความรู้ยังต้องมีการพัฒนา โดยเฉพาะจำนวนไม่พอต้องทำงานหลายด้าน ทำให้การพัฒนาของเขายาก จริง ๆ ต้องเน้นที่ปฐมนูมิที่จะเข้าถึงประชาชน ให้สามารถดูแลประชาชนได้เพราะเขาอยู่ใกล้ที่สุด คิดว่าเราจะเน้นเชิงรุกในการส่งเสริมป้องกันโรคเพราะการรักษาเป็นปลายเหตุ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 12 พฤษภาคม 2559)

“วัยทำงานเราจะมีภาระส่งเสริมในโรงงานแต่ก็มีติดขัดที่เจ้าของไม่ยอมให้เข้าไปส่งเสริมสุขภาพในโรงงาน เพราะโรงงานที่นี้เป็นโรงงานเล็ก มาตรฐานไม่เหมือนนิคมอุตสาหกรรมที่มีโรงพยาบาลครบถ้วน ฉะนั้นการเข้าออกของพนักงานจะเยอะถ้าแกจึงไม่ยอมให้เจ้าหน้าที่เข้าไปและที่นี้ก็มีต่างดาวเยอะ ถ้าโรงงานที่เป็นมาตรฐานแบบนิคมจะดีกว่า อยู่ที่ถ้าแกเจ้าของโรงงานว่าจะให้เข้าไปได้หรือเปล่า ในวัยทำงานจะรวมกับโรคเรื้อรังด้วยมีทั้งเบาหวาน ความดัน ถุงลมโป่งพองที่มีในคนอายุมาก นอกนั้นก็เป็นที่เกิดจากการทำงาน กล้ามเนื้ออักเสบหรือทางเดินหายใจในอกเสบ และการลงเยี่ยมชุมชนแล้วไม่ค่อยพบประชาชนเพราะต้องไปทำงาน ต้องปรับแผนให้เข้ากับวิถีชีวิตชุมชน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัญหาหลักการให้ความรู้ในการดูแลตนเองประชาชนยังไม่ค่อยให้ความสำคัญเท่าไร สภาพแวดล้อมการรับประทานอาหารก็ยังใส่น้ำตาลเยอะ อาหารผัดทอด ไขมันสูง อาหารสุขภาพที่โฆษณาก็ยังมีความเข้าใจผิดต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนให้เข้ากับชุมชนทุกปี” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

ระบบการทำงานเชิงรุกจะมีทีมสหวิชาชีพทั้งพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและบุคลากรหน่วยงานอื่น ๆ ร่วมออกเยี่ยมสำรวจชุมชนในช่วงหลังเวลาราชการ เพื่อสำรวจข้อมูลและสภาพปัญหาสุขภาพพร้อมทั้งยังให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนในช่วงนอกเวลาราชการ แต่ยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับไม่สามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึงทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มสตรีและวัยทารกที่ผู้ปกครองมีการย้ายที่ทำงานหรือย้ายที่อยู่ กลุ่มวัยเรียนที่ยังพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กลุ่มเด็กหญิงมีการใช้อาหารเสริมบำรุงผิวพรรณหรือใช้ยาลดความอ้วน กลุ่มวัยทำงานต้องทำงานทั้งกลางวันและกลางคืน มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เที่ยวกลางคืนรวมทั้งใช้สารเสพติด นอกจากนี้ยังมีปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม เนื่องจากเจ้าของกิจการไม่ให้ความสำคัญร่วมมือนอกจากนี้การไม่สามารถเข้าถึงมีปัญหามาจากการขยายตัวของบ้านจัดสรร ตึกแถว คอนโดชุมชนแออัดในเขตเมืองเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงประชาชนการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมไม่ครอบคลุมตามเป้าประสงค์

1.7 ด้านบุคลากร: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับระบบการทำงานเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

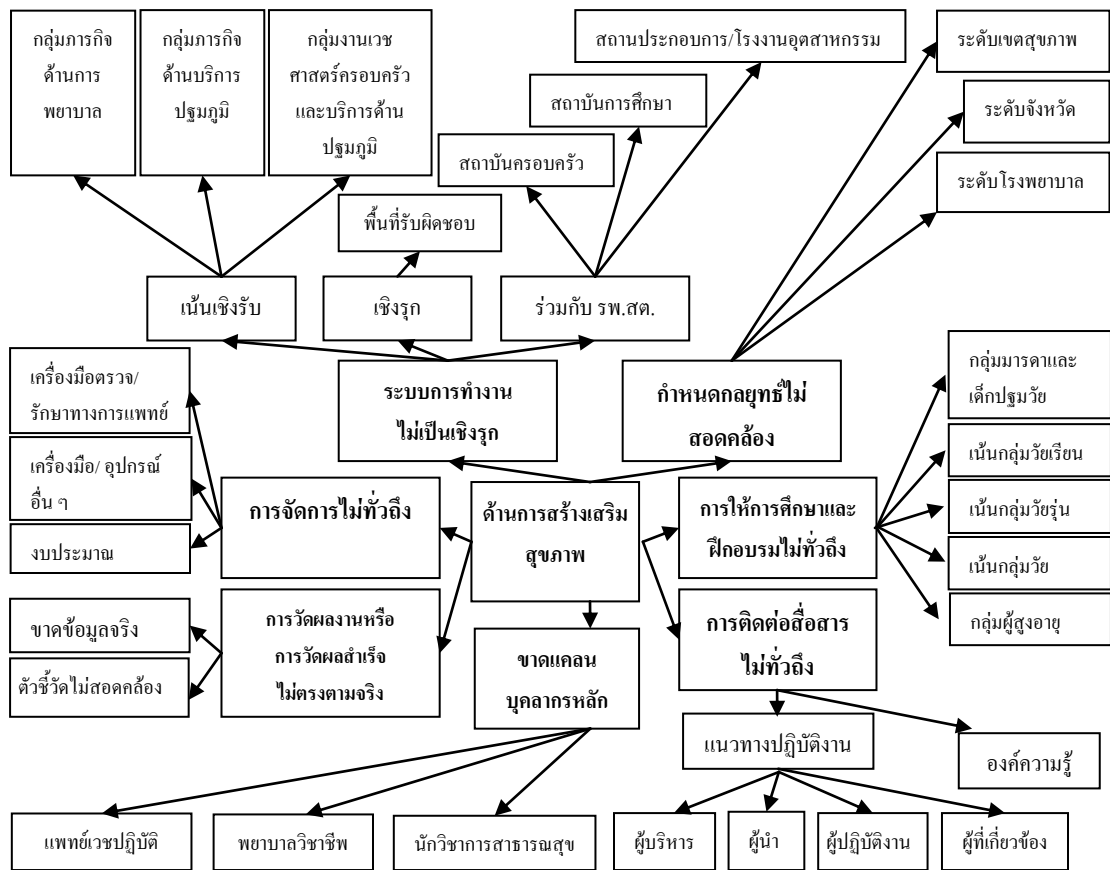
“โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการรักษาจะเน้นจัดอัตรากำลังด้านการรักษาที่มีความเร่งด่วนก่อนมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงไม่ทำให้

ความสำคัญ ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนอัตรากำลังเท่าที่ควร โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นทีมนำสำคัญในการลงพื้นที่ถ้าพยาบาลไม่ลงจะไม่มีใครลงไปด้วยขาดอัตรากำลังพยาบาลและพยาบาลไม่ยินยอมที่จะไปอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะไม่มีความก้าวหน้าในการทำงานไม่สามารถกำหนดการทำงานได้ ทำให้การออกชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงพอ” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฅ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“เรื่องของการจัดการเนื่องจากเราอยู่ในระบบราชการ เหมือนกับระบบราชการจะมีระเบียบให้คนปฏิบัติด้วยกลัวว่าคนจะไม่ทำตามระบบจะออกนอกกลุ่มนอกทาง แต่จะกลายเป็นคาบสองคม ระบบการจ้างงานไม่สามารถจ้างคนดีมีฝีมือด้วยอัตราจ้างที่เพิ่มเป็นพิเศษได้เครื่องมือเครื่องใช้ที่อยากได้บางที อันนี้ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่เห็นว่าเรื่องของการจัดการระเบียบที่เข้มงวด” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

ถึงแม้ว่านโยบายสุขภาพจะมุ่งเน้นการบริการแบบสร้างเสริมสุขภาพหรือสร้างนำซ่อม แต่ในการปฏิบัติงานจริงเนื่องจากการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุและประชาชนมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นผู้บริหาร โรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาที่มีความเร่งด่วนและให้ความสำคัญต่อการสรรหา บรรจุและพัฒนาบุคลากรด้านการรักษามากกว่าด้านอื่น ๆ ส่งผลให้งบประมาณและการสนับสนุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้ทั้งหมดระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบจึงไม่สามารถให้การสนับสนุนบุคลากรเครื่องมืออุปกรณ์ได้อย่างเพียงพอ รวมทั้งยังไม่สามารถให้การสนับสนุนข้อมูลความรู้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างเหมาะสมต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ยังมีความขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติทั่วไปเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์ระบาดวิทยาและพยาบาลวิชาชีพเพื่อร่วมปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอทั่วทั้งจังหวัด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีสามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-8 ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

2. ด้านการป้องกันโรค

2.1 ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมเชิงรุกด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“มีการจัดงบประมาณการอบรมทุกปี แต่ผู้ที่ไปอบรมจะมีการนำความรู้กลับมาทำงานแค่ไหน ขาดการประเมินว่ามีการนำวิชาความรู้ที่อบรมมาใช้ประโยชน์ได้ขนาดไหน ด้านการป้องกันโรคบางที่เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ไม่เข้าใจส่วนใหญ่ทำเรื่องการรักษามากกว่าจึงขาดการแนะนำจุดนี้ไป จะต้องมีการพัฒนาให้มีความสนใจมากขึ้นก็พยายามพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องขยายวงให้กว้างมากขึ้น ไม่ใช่เพียงพยาบาลชุมชนเท่านั้น” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“หน่วยงานมีการฝึกอบรมเยอะมากเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีงานหลายงานเข้ามา ฉะนั้นแต่ละงานจะมีการอบรมเรื่องงานของตนเอง แต่ระบบโรงพยาบาลไม่มีบุคลากรหรือทีมทำงานที่ทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างจริงจังเหมือนบริษัทเอกชน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรแต่คณะกรรมการก็มีการงานประจำทำให้ไม่มีเวลากับเรื่องนี้ การทำงานจึงเป็นไปตามข้อตกลงและไม่เข้มข้นพอที่จะพัฒนาให้ครบตามส่วนขาดแต่ละคนแต่ละงาน ภาครัฐจึงไม่ชัดเจนในการจัดองค์กรให้การศึกษาอบรม” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

เมื่อผู้บริหาร โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับทราบ นโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ (Service plan) นโยบายและยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหาร จะสนับสนุนให้ผู้บริหารและทีมร่วมกัน กำหนดยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลด้านการป้องกันโรค ร่วมกำหนดแนวทางการให้การศึกษาและฝึกอบรมสำหรับบุคลากรเพื่อให้มีสมรรถนะสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและทำลายเชื้อโรค ถ่ายทอดข้อมูลให้ประชาชนร่วมเฝ้าระวังโรค ระบาดรวมทั้งงานอื่น ๆ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคล จึงมักจะมอบหมายให้ผู้ที่ทำหน้าที่หัวหน้างาน ทีมนำหรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้ไม่สามารถกำหนดแนวทางพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับแผนการปฏิบัติงานในระยะยาว บุคลากรบางแห่งมีทัศนคติว่าต้องจัดการฝึกอบรม เพราะเป็นภาระงาน ไม่ได้มุ่งหวังผลลัพธ์สูงสุดตามที่ควรจะเป็น แนวทางการให้การศึกษาและฝึกอบรมไม่สอดคล้องกับนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บุคลากรไม่สามารถนำความรู้มาใช้ในการทำงานร่วมกันได้อย่างแท้จริง จึงยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันเกี่ยวกับป้องกันการเกิด ระบาด โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรมและเขตท่องเที่ยว

2.2 ด้านการทำงานเป็นทีม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมด้านการป้องกันโรคร่วมกับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางแต่ละสาขาวิชาชีพแต่ยังไม่มี การปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร ทำให้ต้องเริ่มกำหนดแนวทางการทำงาน ร่วมกันใหม่ซึ่งอาจจะทำให้เหนื่อย แต่ถ้าทำได้อนาคตจะเดินต่อพัฒนาต่อไปได้ ซึ่งในการทำงาน เป็นทีมจะต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่จะส่งผลต่อทีมงาน โดยมีผู้นำหรือผู้บริหารช่วย ผลักดันหรือกำหนดนโยบายสนับสนุนความต้องการต่าง ๆ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 5 โรงพยาบาล จ,

สัมภาษณ์, 13 มิถุนายน 2559)

“อาจจะเป็นเพราะบุคลากรมีไม่มากผู้บริหารจึงมักจะกำหนดหัวหน้างานที่มีภาระในการดูแลผู้ป่วยน้อยและอยู่ในส่วนบริหารซึ่งจะมีเวลาพูดคุยมากกว่ามาร่วมทีมทีมส่วนใหญ่จึงเป็นหัวหน้างานซ้ำ ๆ กันไปหมด ไม่ว่าทีมไหนก็เกือบจะเป็นชุดเดิม การพูดคุยก็มักจะมีลักษณะไม่เป็นทางการเป็นการคุยประสานเป็นกลุ่มเล็กเฉพาะเรื่อง จึงอาจจะไม่ได้ถูกกระจายอย่างทั่วถึงบุคลากรอื่นที่ไม่ค่อยได้เข้าร่วมทีมมากนักส่งผลให้เกิดความเข้าใจในการทำงานไม่ตรงกัน การป้องกันโรคหรือการทำงานเป็นทีมก็อาจจะเป็นจุดอ่อนส่วนใหญ่บุคลากรมีไม่มากทำให้มีการลงพื้นที่เดี่ยว ๆ บางอย่างที่อาจจะต้องไปร่วมเป็นสหวิชาชีพ มีส่วนร่วมกับชาวบ้าน กับท้องถิ่นก็ยังมีน้อย”

(ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“การทำงานเป็นทีมการรวมกลุ่มกันขององค์กรภายนอกยังไม่ค่อยชัดเจน เราไม่ค่อยมีส่วนร่วมกับองค์กรอื่น ๆ เยอะ หรือการตั้งที่ตั้งให้ทำงานไม่สัมพันธ์กันชัดเจน การเยี่ยมบ้านกับเทศบาลก็ต้องเจียบหายไป ลักษณะเราก็เหมือนทำงานต่างคนต่างทำเหมือนเดิม บางทีมอาจจะยังไม่ครบทุกสาขา บางทีก็อยากให้น้องลงไปร่วมกิจกรรมด้วยร่วมกับทางเวชกรรม” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ง, สัมภาษณ์, 15 กุมภาพันธ์ 2559)

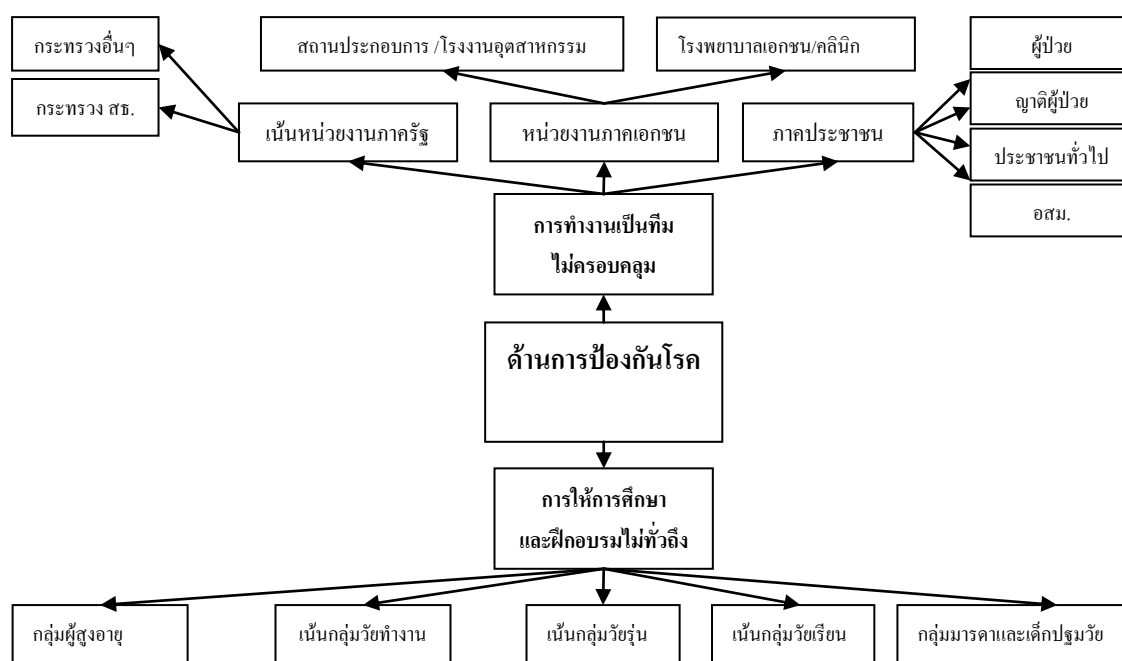
“การทำงานเป็นทีมระหว่างโรงพยาบาลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังมีปัญหาอยู่เนื่องจากมีรูปแบบการทำงานคนละแบบ จึงมีปัญหาเรื่องการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงความร่วมมือในการทำงานยังไม่ดีเท่าที่ควร”

(ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

ประชาชนมีการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นจึงมีความต้องเข้าถึงการรักษาที่ได้มาตรฐานอย่างเร่งด่วน มีความคาดหวังต่อการรักษาและต้องการพบแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางรวมทั้งต้องการได้รับการตรวจด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยถึงแม้จะไม่มีเงินจำเป็น เพื่อสร้างความพึงพอใจ ผู้บริหารของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมักจะทำให้ความสำคัญต่อการสร้างและพัฒนาทีมงานด้านการรักษา เพื่อลดข้อร้องเรียนและป้องกันการฟ้องร้องต้องกำหนดนโยบายหรือสนับสนุนอัตรากำลัง มุ่งพัฒนาระบบการทำงานเป็นทีมด้านการรักษาให้มีประสิทธิภาพและเชี่ยวชาญมากกว่าด้านอื่น ๆ นอกจากนี้การทำงานเป็นทีมภายในโรงพยาบาลยังขาดความชัดเจนและต่อเนื่องเป็นวัฒนธรรมองค์อย่างแท้จริง บุคลากรระดับผู้ปฏิบัติยังขาดโอกาสเข้าร่วมทีมต่าง ๆ ส่วนใหญ่หัวหน้างานจะเข้ามามีส่วนร่วมมากกว่า เมื่อต้องประสานการทำงานเป็นทีมระหว่างโรงพยาบาลหรือสำนักงานต่าง ๆ ที่มีรูปแบบการทำงานแตกต่างกัน โครงสร้างองค์กรแตกต่างกัน วัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานที่ไม่เหมือนกัน บุคลากรที่มีสาขาวิชาชีพหรือความเชี่ยวชาญแตกต่างกันจึงมักจะเกิดปัญหาเกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติตาม

ข้อตกลง การสื่อสารระหว่างทีมไม่มีประสิทธิภาพ ไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่และระบบการทำงานที่เชื่อมประสานกัน ผลการทำงานจึงไม่ประสบความสำเร็จและต่อเนื่องตามที่ต้องการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีสามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-9 ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560

3. ด้านการศึกษา

3.1 ด้านเงินทุน: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาที่เพิ่มขึ้น ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้อย่างครบถ้วนและได้รับเงินทุนสนับสนุนไม่เพียงพอดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“งบประมาณหลักของ โรงพยาบาลมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดสรรให้จะจ่ายรวมระหว่างค่าใช้จ่ายในการบริการทางสุขภาพต่อหัวและส่วนหนึ่งให้เป็นเงินเดือนข้าราชการซึ่งเงินเดือนก็จะมี การปรับขึ้นไปทุกปี ท้องที่ต่าง ๆ ต้องกันเงินในส่วนต่อหัวไว้ทุกปี ฉะนั้นงบที่จะเหลือมาให้ดำเนินการเกี่ยวกับระบบบริการต่าง ๆ ก็จะไม่เพียงพอจะเห็นได้ว่ามี

โรงพยาบาลหลายแห่งติดลบซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ระบบบริการสาธารณสุขจะให้บริการโดยไม่เลือกกลุ่มผู้ป่วย เมื่อเข้ามารักษาจะดูแลหมดไม่ว่าจะมีหลักประกัน หรือไม่มีหลักประกัน ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือคนต่างชาติเมื่อเทียบรายรับรายจ่ายจะเห็นว่าขาดทุน ตลอดเงินทุนส่วนใหญ่จะมาจากข้าราชการ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม เงินทุนหลักประกันสุขภาพและเงินสด แต่เงินสดโรงพยาบาลไม่ต้องพูดถึงมีน้อยมาก เพราะมีคู่แข่งเป็น โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งการจัดสรรต่อหัวในปัจจุบันยังงี้ก็ไม่พอเพราะประชากรประมาณห้าล้านกว่าคนในแต่ละเขต แต่ความจริงชลบุรีมีประชากรเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าว นักท่องเที่ยวหรือแรงงานอพยพมาโดยไม่มีหลักประกันประมาณสามล้านคนรวมทั้งหมดแปดล้านกว่า ไม่มีเงินก็ต้องให้ฟรีแต่เวลาจัดสรรเงินจะจ่ายแค่ห้าล้านคน จังหวัดชลบุรีมีประชากรประมาณหนึ่งล้านสี่แสนถึงหนึ่งล้านห้าแสนคน แต่มีประชากรอีกประมาณสามถึงสี่แสนคน ตรงนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนจึงขาดแคลนเงินทุนที่จะนำมาพัฒนา จัดซื้ออุปกรณ์เครื่องมือ จัดสรรค่าตอบแทน” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“เนื่องจากอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ รายได้หลักจึงมาจากเงินทุนที่จ่ายรายหัวประชากร แต่ถ้าประชากรที่ในพื้นที่ไหนมีจำนวนน้อยจะมีปัญหาเรื่องเงินทุนบ้าง เช่น โรงพยาบาล สัตหีบ กม.10 โรงพยาบาลเกาะสีชัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ทั้งหมดที่มีประชากรน้อย แต่ยังไม่มีการถึงกับมีภาวะวิกฤตทางการเงินเพราะมีระบบบริหารจัดการช่วยเหลือต่อกัน” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ข, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

รัฐธรรมนูญกำหนดว่าประชาชนมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและต้องทันต่อเหตุการณ์สามารถเข้าถึงการรักษาที่มีมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรม ไม่เลือกว่ามีหลักประกันสุขภาพหรือไม่ ส่งผลให้ประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วยแม้จะเพียงเล็กน้อยก็จะมาพบแพทย์ มีความคาดหวังว่าจะต้องได้พบแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ มักจะเลือกรับบริการกับ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐมีค่าบริการและค่ารักษาที่เพิ่มขึ้น บางครั้งไม่สามารถเรียกเก็บได้ทั้งหมด หรือไม่สามารถเรียกเก็บไม่ทันเวลาโรงพยาบาลรัฐจึงต้องรับภาระค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะจากการรักษาปัญหานี้พบมากใน โรงพยาบาลชุมชนที่มีประชากรแฝงและประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อาทิ โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 โรงพยาบาลเกาะสีชัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ และโรงพยาบาลเกาะจันทร์ งบประมาณหลักของโรงพยาบาลรัฐมาจากสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ สิทธิหลักประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเงินสด เดิมที่ได้จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีการจัดสรรเงินทุนแบบเหมาจ่ายตามรายหัวประชากรทั้งค่าจ้าง

เงินเดือนข้าราชการและค่าบริการสุขภาพจึงไม่เพียงพอกับค่าบริการตามจริง นอกจากนี้โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรียังมีภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เกิดจากประชากรตามทะเบียนราษฎร์ ประชากรแฝง ประชากรเคลื่อนย้ายแรงงานต่างชาติ นักท่องเที่ยวและนักธุรกิจที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพหรือไม่สามารถใช้สิทธิได้

3.2 ด้านเครื่องมือหรือเครื่องจักร: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนเครื่องมือด้านการรักษาอย่างสอดคล้องกับปัญหาในโรงพยาบาลและในพื้นที่รับผิดชอบดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“เครื่องมือเครื่องมือคิดว่าเป็นปัญหามาก อาคารสถานที่ที่เป็นระบบบริหารจัดการเครื่องอำนวยความสะดวกที่จะส่งผลให้กับการบริการให้ดีขึ้น เช่น ดีกก็เก่า จำนวนเตียงไม่พอ แต่ประชากรเพิ่มขึ้น ไม่รองรับความเป็นปัจจุบันทำให้เกิดสภาพความแออัด ทำให้เกิดภาพที่ไม่ดีเพราะกระทรวงและโรงพยาบาลไม่มีเงินทุนมากพอที่จะสร้างอาคารเป็นร้อยล้าน เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยก็ต้องลงทุนหลายล้านทำให้การรักษาไม่ทันสมัยเท่าเอกชนหรือคณะแพทยศาสตร์ที่มีมูลนิธิให้ความช่วยเหลือ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฎ, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“ถ้าเป็นโรงพยาบาลใหญ่ที่เป็นแม่ข่าย เช่น โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลบางละมุง ที่อยู่ในเขตพื้นที่ประชากรโยกย้ายนิคมอุตสาหกรรมหรือเป็นแหล่งท่องเที่ยวในเมืองพัทยาจะเกิดความแออัดมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลชลบุรีที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงรับส่งต่อจากจังหวัดในเขตสุขภาพ ทำให้เนื้อที่รับผู้ป่วยตามศักยภาพลดลง ไม่มีเนื้อที่เพียงพอจะรับได้ ความครอบคลุมในการเข้าถึงยังมีปัญหา บุคลากรที่จะรองรับเช่นแพทย์ พยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญยังขาดอยู่มาก เพราะประชาชนของชลบุรีตามทะเบียนราษฎร์ล้านสี่ถึงล้านห้าแต่ประชากรแฝงจะเป็นเท่าหนึ่งทำให้การเข้าถึงยังมีปัญหา” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ข, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

“การรักษาพยาบาลจะมีงานผู้ป่วยนอกทำหน้าที่คัดกรองโรคและมีการจัดประเภทผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา ส่วนงานผู้ป่วยในจะรับผู้ป่วยหนักหรือโรคเรื้อรังไว้รักษา ถ้าเกินศักยภาพจะมีการส่งต่อโรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งบางครั้งค่อนข้างมีปัญหาในการส่งต่อข้อมูลและไม่มีเตียงรองรับทำให้เกิดความล่าช้า โดยส่วนใหญ่จะเป็นกรณีเกิดอุบัติเหตุทางศีรษะที่ส่งต่อบ่อยอายุรกรรมหนักที่ต้องใช้ยาพิเศษหรือเครื่องมือชั้นสูง ต้องพบแพทย์เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะศัลยกรรมกระดูก สูติรีเวช และกุมารเวช” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“ถ้าเรื่องของระบบบริการมองว่ายังมีปัญหาเรื่องของการเข้าถึงบริการและครอบคลุมในบางโรค เช่น มะเร็ง หัวใจ ไต ที่ยังไม่ครอบคลุมและเข้าถึงบริการซึ่งยังจัดว่าเป็นปัญหาของเราอยู่ซึ่งจะต้องมีการรักษาที่เกินศักยภาพต้องส่งออกนอกเขตสุขภาพและเรื่องของการกรณีที่มี

น้ำหนักน้อยยังไม่มีห้อง NICU หรือห้องดูแลเด็กรองรับได้ในจังหวัดในเขตนั้นอันนี้ยังเป็นปัญหาที่พบอยู่” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ข, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปได้รับเงินทุนสนับสนุน ไม่เพียงพอต่อการซ่อมบำรุงหรือก่อสร้างอาคารสถานที่ จึงไม่พร้อมรองรับประชาชนที่มีการย้ายถิ่นฐานในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่โดยเฉพาะโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนยังขาดเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ด้านการรักษาที่ทันสมัย ประกอบกับยังไม่มีกำหนดแนวทางใช้เครื่องมืออุปกรณ์ราคาแพงหรือเครื่องมือที่ทันสมัย ร่วมกับโรงพยาบาลรัฐและเอกชนภายในจังหวัดหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เมื่อประชาชนมาด้วยอาการเจ็บป่วยขั้นวิกฤตหรือเป็น โรคเรื้อรังจะต้องส่งต่อเพื่อพบแพทย์โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด นอกจากนี้การส่งต่อยังพบว่ามีปัญหาการส่งต่อด้วยข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนมากจนเกิดความแออัดจนไม่สามารถรับเพิ่มได้ ประสพภัยธรรมชาติจนเกิดความล่าช้าในการส่งต่อเพราะสภาพลมแรง ฝนตกหนัก สภาพถนนไม่สะดวก สภาพพื้นที่ของชลบุรีมีทั้งที่เป็นภูเขาเป็นแนวยาวในเขตอำเภอปทุมทองและอำเภอหนองใหญ่พื้นที่ราบลุ่มในเขตอำเภอพานทอง อำเภอพนสนิมพื้นที่ติดกับทะเลตั้งแต่อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอศรีราชาอำเภอบางละมุง เมืองพัทยาไปจนถึงอำเภอสัตหีบพื้นที่เกาะที่สำคัญคือเกาะสีชังเกาะแสมสาร เกาะล้าน เกาะครก เกาะสากและเกาะไผ่ทำให้มีค่าใช้จ่ายจากการเช่าพาหนะสำหรับส่งต่อราคาแพง อาทิ เรือเร็ว เฮลิคอปเตอร์ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการส่งต่อผู้ป่วยที่ประสพอุบัติเหตุที่ศีรษะ โรคอายุรกรรมหนัก ศัลยกรรมกระดูก สูติรีเวช กุมารเวชโรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคไต

3.3 ด้านการจัดการ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการบุคลากรแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาและจำนวนประชากรที่แท้จริงดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การวิเคราะห์อัตรากำลังจากส่วนกลางผิดพลาดเพราะการวิเคราะห์จากประชากรตามทะเบียนราษฎรแล้วบอกว่าโรงพยาบาลมีอัตรากำลังที่เพียงพอ แต่ในความเป็นจริงเป็นความผิดพลาด เพราะเกิดปัญหาทางสิ่งแวดล้อม มีการเคลื่อนย้ายประชากรเข้ามามากขึ้นมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนแรงงานที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โรงพยาบาลมีการขยายและเติบโตมากขึ้น อัตราการขาดแคลนบุคลากรจึงมีมากขึ้นเรื่อย ๆ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม พ.ศ. 2559)

“โรงพยาบาลใหญ่ที่อยู่ในเขตพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม แหล่งท่องเที่ยวในเมืองพัทยาหรือพื้นที่ที่มีประชากรโยกย้ายจะเกิดความแออัดมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลชลบุรีที่เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดระดับตติยภูมิจะต้องรับส่งต่อจากภายในจังหวัดรวมทั้งจากจังหวัดต่าง ๆ

ในเขตสุขภาพที่ 6 ทำให้เนื้อที่รับผู้ป่วยตามศักยภาพลดลง ไม่มีเนื้อที่เพียงพอจะรับได้ทำให้ความครอบคลุมการเข้าถึงยังมีปัญหา บุคลากรแพทย์และพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ยังขาดอยู่มากในการรองรับบริการ เพราะประชาชนของชลบุรีตามทะเบียนราษฎรหนึ่งล้านสี่แสนถึงหนึ่งล้านห้าแสนคน แต่ประชากรแฝงจะเป็นอีกเท่าหนึ่งทำให้การเข้าถึงอย่างครอบคลุมยังมีปัญหา” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ข, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

โรงพยาบาลทุกระดับยังไม่สามารถสรุปไปถึงถึงจำนวนประชากรที่แท้จริงทั้งหมดที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เมื่อนำข้อมูลประชากรมาสู่การจัดสรรอัตรา จึงคิดจากประชาชนตามทะเบียนราษฎรไม่ครอบคลุมถึงประชากรเคลื่อนย้าย ประชากรแฝง แรงงานต่างชาตินักธุรกิจและนักท่องเที่ยว นอกจากนี้โยบายการไม่บรรจุข้าราชการเพิ่ม การขาดความก้าวหน้าในวิชาชีพทำให้ไม่สามารถรักษาบุคลากรเข้ามาสู่ระบบราชการได้เพียงพอต่อความต้องการ ไม่สามารถปรับโครงสร้างการปฏิบัติงานตามโครงสร้างใหม่ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้โรงพยาบาลแม่ข่ายมีภารกิจที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นแต่ขาดการสนับสนุนทรัพยากรและอัตรากำลังยังไม่เหมาะสม เกิดภาวะขาดแคลนบุคลากรด้านการรักษาทั้งแพทย์พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์และวิชาชีพเฉพาะทางอื่น ๆ ไม่สามารถให้บริการรักษาโรคที่ต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทางได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลประจำอำเภอทุกแห่งที่อยู่ใกล้เขตอุตสาหกรรม เช่น โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลบ้านบึง และโรงพยาบาลแหลมฉบัง และเขตท่องเที่ยว เช่น โรงพยาบาลบางละมุง

3.4 ด้านการให้การศึกษาศึกษาและฝึกอบรม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างทั่วถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“แพทย์มีภาระงานมากและลาออกบ่อย และมีข้อร้องเรียนจากประชาชน จึงขอย้ายไปโรงพยาบาลใหญ่เพื่อขอรับทุนเรียนต่อ มีภาระงานน้อยกว่า ค่าตอบแทนมากกว่าและมีความก้าวหน้ามากกว่า ปัจจุบันการแบ่งเขตพื้นที่เมืองและชุมชนทำให้โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งได้รับค่าตอบแทนลดลง ไม่ได้รับเบี้ยกัณฑ์บางคนจึงลาออกไปทำงานเอกชนที่มีค่าตอบแทนมากกว่ามีความเสี่ยงน้อยกว่า” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“การศึกษาศึกษาฝึกอบรมจะขาดในเรื่องการวางแผนว่าที่จริงแล้วน่าจะไปอบรมเรื่องอะไร ปัญหาในการทำงานบุคลากรยังขาดอะไร จะต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้ความพร้อมตามสมรรถนะตรงนี้ ฉะนั้นตรงนี้คิดว่าน่าจะมีลักษณะไปตามหนังสือที่เชิญมา ที่ผ่านมาก็จะมีแค่คนหน้าเดิมที่มีโอกาสได้ไป บางคนไม่ได้สนใจและไม่ขอไป ถ้ามีการวางแผนชัดเจนว่าต้องส่งฝึกอบรมอะไรเท่าไร ทุกคนต้องไปอะไรบ้าง ด้านการนำผลอบรมมาปรับระบบยังเห็นอยู่น้อย อาจจะได้

เฉพาะตัวของคนที่ไป ถามว่าเอามาถ่ายถอดหรือปรับระบบบ้างก็ยังมีบ้างยังเป็นส่วนน้อย”
(หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารบ่อยเกิดผลกระทบต่อระบบบริการ เพราะการบริหาร
โรงพยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการบริหารงาน ต้องรู้บริบท พื้นที่และชุมชนจึงจะ
บริหารได้ดี ถ้าผู้นำหรือผู้บริหารมีความเข้าใจและมีวิสัยภาวะที่จะตัดสินใจได้ดีปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะ
ได้รับการตัดสินใจและช่วยเหลือได้ดี ผู้บริหารที่ใหม่จะไม่คุ้นชินกับระบบในโรงพยาบาล
การตัดสินใจ การมองภาพรวมหรือความเข้าใจปัญหาทั้งหมดอาจจะไม่ชัดเจนพอบางครั้ง
การตัดสินใจอาจจะยังไม่ชัดเจน” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

ปัจจุบันแพทย์ของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นสถานบริการ
ระดับอำเภอมีการโยกย้ายเข้ามาทำงานกับโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ในเขตเมืองเพิ่ม
มากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในเขตเมืองมีเงินทุนสนับสนุน
การอบรมหรือการศึกษาต่อมากกว่า สามารถสนับสนุนเงินทุนการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทาง
มากกว่านอกจากนี้การอาศัยอยู่ในเขตเมืองยังสามารถหารายได้พิเศษจากการเปิดคลินิกนอกเวลา
หรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน คุณภาพชีวิตดีกว่า มีความเป็นอยู่สุขสบาย มีสิ่งอำนวยความสะดวก
มีบ้านจัดสรร ห้างสรรพสินค้า แหล่งราชการและสะดวกต่อการรับส่งบุตรที่อยู่ใน
วัยเรียน การคมนาคมสะดวกสบาย แตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในพื้นที่ห่างไกล อัตราค่าจ้าง
ไม่เพียงพอ เครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพอทั้งยังมีสภาพชำรุดเสียหาย มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
บางสาขาเท่านั้น เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่แล้วพบว่ามีการะงานหนักเหมือนกันแต่ได้รับ
ค่าตอบแทนต่ำกว่า บางพื้นที่ถูกตัดเบียดกันดาร ประชาชนป่วยเป็นโรครุนแรงมากขึ้น ทำให้มีความ
คาดหวังต่อการรักษามากขึ้น ถ้ารักษาไม่ดีขึ้นจะมีการร้องเรียน เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง แพทย์
พยาบาลจึงขาดขวัญกำลังใจและย้ายงานหรือลาออกจากราชการมากขึ้น แพทย์บางรายที่ได้รับทุน
เมื่อเสร็จการฝึกอบรมไม่กลับมาทำงานใช้ทุนทำให้เสียอัตราค่าจ้าง เสียโอกาสต่อการพัฒนาของ
โรงพยาบาล ประชาชนไม่ได้รับบริการตามที่ควรจะเป็น

3.5 ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการ
สุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย
ให้เข้าถึงด้านการรักษาดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การให้บริการสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่แต่ละระดับมีปัญหาคือการสื่อสารระบบงาน
ที่สร้างขึ้นมาไม่ทั่วถึงในทุกพื้นที่ ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ถูกต้อง เกิดความคลาดเคลื่อน ระบบงาน
ที่เราก็มมีปัญหาคือการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเล็กไปหาโรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลใหญ่
ส่งกลับไปสู่วิทยาลัยหรือส่งกลับบ้านนโยบายระบบตรงนี้ไม่ชัด” (ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาล ภู, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“มีระบบโปรแกรมที่ใช้ในการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโปรแกรมที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด การที่จะนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์หรือสรุปยังต้องพัฒนาระบบเพราะข้อมูลเพราะไม่ครอบคลุมไม่สามารถดึงข้อมูลมาใช้ได้ทั้งหมด ในเรื่องการส่งต่อจะนำระบบ Thai refer มาใช้แต่ก็ยังมีปัญหาที่ต้องพัฒนาอยู่เรื่อย ๆ” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ข, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

“ปัจจุบันตำแหน่งนักคอมพิวเตอร์ยังไม่มีและอัตราค่าจ้างยังอยู่ในระดับนักธุรการ ซึ่งถือว่าได้รับค่าตอบแทนน้อยมากเมื่อเทียบกับคนที่ไปอยู่เอกชนหรือหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งจะได้เงินเดือนมากกว่าเกือบสองเท่าจึงไม่มีใครอยากมาทำงานในโรงพยาบาลรัฐที่ให้ค่าตอบแทนน้อย” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

การบริการด้านการรักษาเมื่อพบว่าเกินศักยภาพโรงพยาบาลรัฐที่อยู่ในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีระบบการส่งต่อตามมาตรฐาน Service plan อันดับแรกจะมีการโทรศัพท์แจ้งให้ปลายทางได้รับทราบ จากนั้นจะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบอินเทอร์เน็ต หรือ Thai refer พบว่า มีปัญหาการเชื่อมต่อสัญญาณ ไม่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ของจังหวัด ปลายทางไม่สามารถรับข้อมูลผู้ป่วยหรือประวัติการรักษา รวมทั้งปัญหาสำคัญได้อย่างครบถ้วน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า ไม่ได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพที่มีความจำเป็นเร่งด่วนตามมาตรฐาน อาทิ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับยาทันเวลา อุบัติเหตุที่ศีรษะ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคความดันโลหิตสูงระบบที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังมีโปรแกรมที่ยุ่งยากในการบันทึกทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ได้ตรงตามความเป็นจริง ข้อมูลไม่สามารถนำมากำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงตัวชี้วัดได้ตามจริง ประกอบกับโรงพยาบาลยังขาดแคลนนักวิชาการคอมพิวเตอร์รับผิดชอบเกี่ยวกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และถ่ายทอดความรู้เจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ในปัจจุบันยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ส่วนเจ้าหน้าที่มีประสบการณ์มีการลาออกมากขึ้นเพราะภาคเอกชนให้เงินเดือนและค่าตอบแทนมากกว่า จึงไม่สามารถรักษาผู้มีความรู้ความสามารถไว้ในองค์กรเพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.6 ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการรักษาให้ตรงตามความเป็นจริงดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การวัดผลงานและการวัดผลสำเร็จเป็นการพัฒนาในเชิงรับ ไม่ใช่การติดตามงานในเชิงรุก จะมีการประเมินทุก 6 เดือน ประเมินเสร็จมักไม่นำมาสู่การวิเคราะห์การสังเคราะห์และปรับ

ระบบการทำงานและตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ให้ดีขึ้น ไม่เคยผ่านกระบวนการวัดผลงานเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาสาเหตุจริงมาสู่การวางแผนในครั้งต่อไปให้ตอบสนองต่อเป้าหมายตรงนี้ยังอ่อนแองานมีมากจนไม่มีเวลาทำสิ่งที่เป็นของโรงพยาบาล ทำตามกระบวนการที่วางไว้แต่ไม่ได้กำกับติดตามเชิงกลยุทธ์” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฎ, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“การลงข้อมูลในระบบเพื่อประเมินผลงานมีความยุ่งยากเจ้าหน้าที่บางคนไม่เข้าใจลงข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ไม่สามารถประมวลผลได้ ต้องมานั่งทบทวนใหม่ ต้องพัฒนาระดับหัวหน้าในการนำข้อมูลมากำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมการกำหนดตัวชี้วัดก็ยังไม่ชัดเจนและการประเมินผลไม่ตรงตามจริง เพราะบางคนมีการทำงานจริงแต่ไม่บันทึกข้อมูล บางครั้งการกำหนดตัวชี้วัดก็ไม่ชัดเจนต้องมานั่งตกลงเพื่อกำหนดตัวชี้วัดวิธีการประเมินใหม่บางหน่วยงานยังไม่เข้าใจตัวชี้วัดสำคัญยังไม่เข้าใจปัญหา คุณภาพเชิงลึกจึงยังไม่ได้” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฎ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“ยังไม่สามารถวัดผลได้อย่างที่ควรถึงแม้จะมีการมอบหมายการทำงานที่ชัดเจน แต่ไม่นำผลการทำงานมาประเมินผลงานจริง การประเมินผลการทำงานตามงบประมาณที่มีให้แต่ละปี บางครั้งบุคลากรที่มีสมรรถนะสูงต้องได้รับการปรับระดับเงินเดือนน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เพราะถูกตัดสมรรถนะการทำงานตามจริงให้สอดคล้องกับงบประมาณที่มีไม่เพียงพอ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ฎ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

ผู้บริหารจะมีภาระงานมากและใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการบริหารงาน การประชุมเพื่อร่วมรับทราบนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับกระทรวง ระดับกรม ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพมักจะไม่มีเวลาในการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลเพื่อวัดผลการปฏิบัติงานหรือเปรียบเทียบความสำเร็จตามตัวชี้วัดนอกจากนี้ผู้บริหาร หัวหน้างาน และทีมงานยังให้ความสำคัญน้อยเกี่ยวกับการนำข้อมูลจากการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จปรับเปลี่ยนระบบงานและปรับปรุงตัวชี้วัดที่ดีขึ้น ประกอบกับการได้มาซึ่งข้อมูลขาดความครบถ้วนสมบูรณ์ จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้อย่างถูกต้อง เกิดการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อนจากการทบทวนและสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจึงไม่สามารถนำไปปฏิบัติและประเมินผลได้ตรงตามความเป็นจริง ไม่สามารถนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อพิจารณาเงินเดือนค่าตอบแทนได้ตามจริง บุคลากรที่มีสมรรถนะสูงได้รับการปรับระดับเงินเดือนน้อยกว่าที่ควรจะเป็นและขาดขวัญกำลังใจ

3.7 ด้านโครงสร้าง: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาลึกเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“โครงสร้างการบริหารงานส่วนกลางมีความซับซ้อนแบ่งเป็นกระทรวงทบวงกรม และส่วนภูมิภาค ในขณะที่เดียวกันการสั่งการก็มีความซับซ้อน เช่น สาธารณสุขอำเภอที่ต้องรับคำสั่ง สายงานปกครอง และสาธารณสุขจังหวัดด้วย การบริหารงานบุคคลบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน มีขั้นตอนยุ่งยากซับซ้อนจะลาพักร้อนต้องไปลากับผู้ว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องไปลาที่นายอำเภอ ต้องมีการมอบอำนาจอย่างเหมาะสมไม่เช่นนั้นภาระงานผู้บริหารระดับสูง จะมากเกินไป” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“โรงพยาบาลยังไม่พร้อมที่จะปรับบุคลากรเข้ากับโครงสร้างใหม่เพราะบุคลากร ไม่พอ คนที่อยู่ก็ไม่พร้อมรับตำแหน่งใหม่ บางหน่วยมีบุคลากรเพียงไม่กี่คนจะต้องแยกออกเป็น หลายหน่วยงาน ความพร้อม คุณวุฒิ ความสามารถในการเป็นหัวหน้างานยังไม่เพียงพอทำให้การบริหารจัดการมีปัญหา ต้องปรับคนอีกมากเพราะคนที่จะมาเป็นหัวหน้ายังไม่เข้าใจระบบการทำงาน ทัศนคติและทักษะในการทำงานก็ยังไม่ดีพอ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

โรงพยาบาลภาครัฐทั้งระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาล ชุมชนที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่พร้อมที่จะจัดสรรบุคลากรให้เป็นไปตามโครงสร้างใหม่ ของกระทรวงสาธารณสุขเพราะขาดแคลนอัตรากำลังสำหรับปฏิบัติงานทั้งใน หน่วยงานเดิมและหน่วยงานใหม่ ขาดการเตรียมพร้อมสมรรถนะสำหรับหน่วยการปฏิบัติงานใน หน่วยใหม่ ขาดการเตรียมพร้อมผู้นำสำหรับสืบทอดตำแหน่ง หัวหน้าขาดความเข้าใจเกี่ยวกับระบบ การทำงาน ขาดความพร้อมด้านวุฒิภาวะ ทัศนคติและทักษะความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน เกิดความผิดพลาดในการทำงานเพราะผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น และขาดประสบการณ์ บางหน่วยงานมีบุคลากรจำกัดเมื่อต้องแยกหน่วยงานบุคลากรที่คงอยู่จะต้องรับผิดชอบแทนทำให้มี ภาระงานเพิ่มมากขึ้นนอกจากนี้โครงสร้างการบริหารงานระหว่างหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขยังมีความซ้ำซ้อนในการบังคับบัญชาระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ กระทรวงมหาดไทยตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึงระดับอำเภอ ส่งผลให้เกิดความสับสนในการกำหนด แนวทางการปฏิบัติงาน

3.8 ด้านระบบการทำงาน: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมี ปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพระหว่าง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลภาครัฐและ โรงพยาบาลภาคเอกชนดังนี้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การส่งต่อตามมาตรฐานต้องมีแพทย์และพยาบาลร่วมเดินทางไปส่งในความเป็นจริง จะมีพยาบาลไปส่งเพียงคนเดียวโดยไม่มีแพทย์ไปด้วย ปัจจุบันยังมีปัญหาเรื่องความปลอดภัยของ

ทีมส่งต่อที่เกิดอุบัติเหตุอยู่บ่อยครั้ง การส่งต่อบ่อยครั้งจะไม่มีอัตรากำลังใจเสริม พยาบาลส่งต่อจะต้องเดินทางหลายรอบจนเกิดความอ่อนล้า ขาดความเหมาะสมในเรื่องค่าตอบแทน ความปลอดภัย รวมทั้งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการส่งต่อ Thai refer ยังไม่สามารถส่งต่อข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องให้แพทย์โทรส่งต่อข้อมูลโดยตรง” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ณ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลจะเน้นเรื่องการรักษาซึ่งมีแนวทางตามมาตรฐานคือ Service Plan มาตรฐานแต่ละระดับจะเป็นรูปแบบเครือข่ายไม่ว่าจะเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีการเชื่อมโยง มีระบบดูแลและการส่งต่อระหว่างกันทั่วทั้งจังหวัด” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ณ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

ตามมาตรฐานระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลจะต้องมีทั้งแพทย์และพยาบาลเป็นทีมร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วย แต่ในความเป็นจริงจะมีพยาบาลไปส่งเพียงคนเดียว บุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งต่อยังไม่ได้รับการดูแลเกี่ยวกับมาตรฐานปลอดภัย ไม่มีการประกันอุบัติเหตุ เกิดอุบัติเหตุจากการเดินทางบ่อยครั้ง จำนวนเที่ยวการส่งต่อมีเพิ่มมากขึ้น ไม่มีอัตรากำลังใจเสริม ขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ มีความเหลื่อมล้ำเกี่ยวกับค่าจ้าง ค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในวิชาชีพ ประกอบกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการส่งต่อผ่านอินเทอร์เน็ตโปรแกรม Thai refer ยังไม่สามารถสนับสนุนการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลรัฐทั่วทั้งจังหวัด ขาดแพทย์ประสานการส่งต่อ ระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรียังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เกิดความขัดแย้งในการประสานงาน การส่งต่อมีความล่าช้าเพราะไม่มีพาหนะ อาทิ รถยนต์ เรือเร็วหรือเฮลิคอปเตอร์สำหรับส่งต่อในพื้นที่ภูเขา ทะเล เกาะ เรือ แพ้นซุดเจาะโรงพยาบาลมุ่งเน้นการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของตนขาดความร่วมมือมุ่งเน้นผลงานระดับเครือข่าย

3.9 ด้านบุคลากร: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรแพทย์ พยาบาลและเภสัชที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาและจำนวนประชากรที่แท้จริงในพื้นที่รับผิดชอบดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“เรื่องบุคลากรเป็นปัญหาสำคัญที่สุด เนื่องจากระบบราชการเรามีนโยบายที่จะไม่บรรจุข้าราชการใหม่ ทำให้ไม่ค่อยสนใจบุคลากรสายวิชาชีพสาธารณสุขเข้าสู่ระบบ พยาบาลหรือแพทย์ที่ไม่ได้บรรจุก็ไม่ค่อยมีกำลังใจที่จะเข้าไปในระบบหรือพอเข้าสู่ระบบและได้รับการพัฒนาความรู้จนมีทักษะระดับหนึ่งเมื่อมีปัญหาอัตราการตอบแทนต่ำ ไม่ตอบสามารถสนองได้ตาม

ต้องการ มีคู่แข่งที่เป็นภาคเอกชนหรือมีปัญหาระบบงาน คนเหล่านี้จะเกิด Brain drain คือ ภาวะสมองไหล จะลาออกไปภาคเอกชน โดยที่ไม่ต้องเสียค่าฝึกอบรมทักษะ” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“บุคลากรเราที่มีอยู่ส่วนใหญ่อายุสูงขึ้นไม่สามารถปฏิบัติงานที่เป็นเวลาเวรบายคึกได้ การผลิตคนเข้าสู่โครงสร้างระบบราชการก็เข้าได้น้อยลงและอัตราการบรรจุข้าราชการก็น้อยลง เรื่องค่าแรงที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างนี้จะเป็นปัญหา จะต้องมีการกำหนดทิศทางหาทางแก้ไขอย่างไร” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“กลุ่มวิชาชีพเฉพาะ แพทย์ ทันแพทย์ เกษษ พยาบาลมีการลาออกเร็วมาก ทำให้มีภาระงานมากเกินไป แพทย์รุ่นใหม่ที่มีความอดทนและความรักต่อองค์กรน้อย สาเหตุหลักมาจากความแตกต่างของภาระงานที่มากเกินไป รายได้ที่ภาคเอกชนกับรัฐบาลต่างกันมากทำให้เกิดการไหลของแพทย์ ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพเฉพาะก็ลาออกเร็วและหายากมากเนื่องจากอัตราเงินเดือนที่รัฐบาลให้น้อยกว่าค่าแรงขั้นต่ำ โรงงานและสถานประกอบการให้เงินเดือนมากกว่าทำให้บุคลากรลาออกบ่อย” (นายแพทย์โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

ในจังหวัดชลบุรีมีโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 18 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 10 แห่ง สถานีอนามัย 208 แห่ง คลินิก 399 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข 15 แห่ง และอื่น ๆ 16 แห่ง มีบุคลากรแพทย์ของรัฐ 192 คน พยาบาล 1,598 คน เติงผู้ป่วยโรงพยาบาลของ 1,567 เติง อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1:1,907 คน บุคลากรที่เป็นกลุ่มวิชาชีพหลักด้านการรักษา อาทิ แพทย์ ทันแพทย์ เกษษ พยาบาล มีการลาออกจากระบบราชการมากขึ้น แพทย์รุ่นใหม่มีความอดทนและความรักความผูกพันต่อองค์กรน้อยลง บุคลากรที่คงอยู่มีภาระงานมากเกินไป แตกต่างจากภาคเอกชนที่มีภาระงานน้อยกว่า แต่ได้รับค่าจ้างค่าตอบแทนมากกว่า นำไปสู่ภาวะสมองไหลของวิชาชีพทางสาธารณสุข กลุ่มวิชาชีพสายสนับสนุนมีการลาออกเพิ่มขึ้น จากอัตราเงินเดือนค่าตอบแทนที่รัฐบาลจัดสรรให้ต่ำกว่าค่าแรงของโรงงานอุตสาหกรรมหรือสถานประกอบการ บุคลากรยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำเกี่ยวกับความก้าวหน้าในวิชาชีพและการสนับสนุนการศึกษา ได้รับผลกระทบจากนโยบายของรัฐบาลที่ไม่บรรจุข้าราชการเพิ่ม ทำให้ไม่มีแรงจูงใจ บุคลากรที่มีประสบการณ์เริ่มเข้าสู่วัยอายุสูง มีการลาออกและเกษียณอายุมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรกลุ่มวิชาชีพเฉพาะที่รับผิดชอบด้านการรักษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

3.10 ด้านทักษะ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรแพทย์ที่มีทักษะความเชี่ยวชาญด้านการรักษาเฉพาะทางสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและระดับโรงพยาบาลชุมชนดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

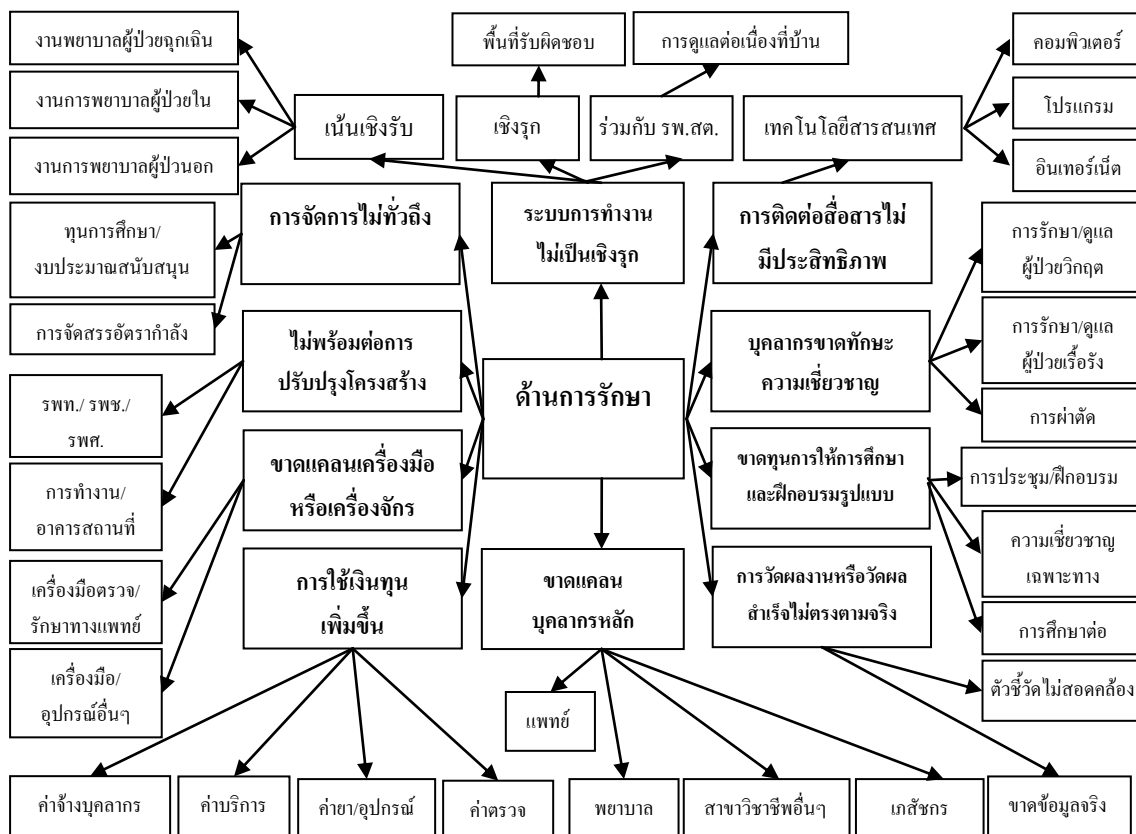
“มีความต้องการบุคลากรที่มีทักษะ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะโรคตามสาขาที่กำหนดในแผนบริการสุขภาพ Service plan แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลเฉพาะทาง แต่ขณะนี้ด้วยความไม่เพียงพอจะส่งพยาบาลไปให้ความรู้ภายนอกก็ยังไม่ไปไม่ได้เพราะไม่มีคนทำงานแทน พยาบาลเฉพาะทางที่นี้จะไม่ได้จ้างและไม่สามารถส่งไปฝึกอบรมทักษะเพิ่มเติมได้ เพราะพอจะส่งไปฝึกอบรมหลักสูตรระยะยาวในสัปดาห์ไหน หน่วยงานไหนก็จะทำให้ขาดแคลนคนทำงานในส่วนนั้นทันที การอบรมหลักสูตรระยะยาว ๆ จึงส่งไม่ได้” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“มีข้อร้องเรียนว่าการทำงานไม่ได้มาตรฐานการรักษาต้องมีแพทย์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เมื่อเกินศักยภาพทำให้มีการส่งต่อไป โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดมากขึ้น บุคลากรโรงพยาบาลชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีปัญหาการประเมินภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงทำให้มีปัญหาในการป้องกัน” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“ส่วนใหญ่จะส่งหัวหน้างานที่เป็นข้าราชการที่สามารถส่งไปฝึกอบรมได้ และต้องกลับมาถ่ายทอดให้ผู้ปฏิบัติงานหรือน้อง ๆ ในหน่วยงานฟัง แต่บางครั้งก็ไม่สามารถส่งผู้ปฏิบัติงานไปไม่ได้เพราะไม่มีผู้ปฏิบัติงานแทน การอบรมที่มีระยะยาวเป็นเดือนจะไม่สามารถส่งไปไม่ได้ ปัญหาต่อมาเมื่อมีการฝึกอบรมจนมีความรู้ดีแล้วบุคลากรที่ไม่ใช่ข้าราชการก็จะมีการย้ายหรือลาออกไปทำงานที่อื่นหรือไปทำงานเอกชนทำให้ขาดแคลนอัตรากำลัง” (พยาบาลวิชาชีพ 1 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 13 มิถุนายน 2559)

โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอต่าง ๆ อาทิ บ้านบึง บางละมุง พานทอง พนสนนิคม ศรีราชา สัตหีบ หนองใหญ่ บ่อทอง เกาะสีชังและเกาะจันทร์ มีการส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพตามแผนบริการสุขภาพ Service plan เพื่อให้สามารถเข้าถึงการรักษาที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ทั้งใน โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีหรือ โรงพยาบาลแม่ข่าย เพราะโรงพยาบาลชุมชนขาดแคลนแพทย์ที่มีทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ไม่สามารถให้การรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ได้ตามที่ประชาชนคาดหวัง มีความเสี่ยงต่อการร้องเรียนและถูกฟ้องร้องหากมีความผิดพลาด โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ก็ยังไม่สามารถให้การสนับสนุนทุนการศึกษาแพทย์พยาบาล ได้ตามความต้องการ เกิดภาวะขาดแคลนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งการดูแลผู้ที่เกิดอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถึงแม้จะมีการสนับสนุนทุนฝึกอบรมทั้งระยะสั้นและระยะยาวบางครั้งก็ไม่สามารถที่จะส่งบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมได้ เพราะขาดแคลนผู้ปฏิบัติงานแทน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีสามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-10 ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2560

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.1 ด้านเครื่องมือหรือเครื่องจักร: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนเครื่องมือหรือเครื่องจักรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและการดูแลต่อเนื่งที่บ้าน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า “เครื่องมือเครื่องจักรที่จะมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีน้อย อีกอย่างไม่มีแพทย์เฉพาะทาง การขอจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์มีขั้นตอนค่อนข้างยุ่งยาก ต้องศึกษาระเบียบการจัดซื้อ

หลายขั้นตอนและต้องประสานงานกับหลายหน่วยงาน” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“ในโรงพยาบาลการฟื้นฟูสภาพยังเป็นปัญหาและปริมาณงานก็มากเกินไปขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการฟื้นฟูสุขภาพประชาชน ผู้บริหารยังให้ความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพไม่มากเท่าที่ควร โรงพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการรักษาและจะให้ความสำคัญในการจัดอัตรากำลังทำงานด้านรักษาที่มีความเร่งด่วนก่อน แต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ จึงไม่ได้รับการสนับสนุนอัตรากำลังโดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นทีมงานที่สำคัญในการลงพื้นที่ถ้าพยาบาลไม่ลงจะไม่มีใครลงไปด้วย” (หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

ปัจจุบันมีผู้ป่วยหลังการรักษาผู้ประสบอุบัติเหตุ ผู้พิการและผู้สูงอายุต้องการได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่ไม่สะดวกที่จะเดินทางมารับบริการโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีรถรับส่ง ไม่มีญาติรับส่ง เสียเวลาในการเดินทาง โดยเฉพาะผู้ที่มีบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการบาดเจ็บเสี่ยงต่อได้รับอันตรายเพิ่มขึ้น การให้บริการเชิงรุกด้วยวิธีให้ยืมอุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่บ้านจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้พิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ช่วยลดภาระภายในครอบครัวและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในปัจจุบัน แต่เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในการสนับสนุนเงินทุนเพื่อจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ที่จะใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบกับการมีระเบียบขั้นตอนที่ยุงยากจึงไม่สามารถจัดหาและให้บริการยืมเครื่องมืออุปกรณ์ได้ตามต้องการ

4.2 ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาลักษณะเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อเนืองที่บ้านดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ด้านการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูบางที่เจ้าหน้าที่อาจจะไม่มีความรู้หรือไม่เข้าใจมากเท่าที่ควร ส่วนใหญ่ทำในเรื่องการรักษาพยาบาลมากกว่าจึงขาดการแนะนำจุดนี้ไป จะต้องมีการพัฒนาให้มีความสนใจมากขึ้น มีการพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลต่อเนือง ขยายวงให้กว้างมากขึ้น” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“ระบบของโรงพยาบาลยังไม่มีบุคลากรหรือทีมงานที่ทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างจริงจังเหมือนในบริษัทเอกชน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรแต่คณะกรรมการก็มีการงานประจำที่ทำให้ไม่มีเวลากับเรื่องนี้ การทำงานจึงเป็นไปตามข้อตกลงและไม่มีคามเข้มข้นพอที่จะพัฒนาให้ครบตามส่วนขาดแต่ละคนแต่ละงาน ฉะนั้นภาครัฐจึงไม่มีความ

ชัดเจนในการจัดองค์กรเพื่อให้การศึกษาอบรมจึงทำได้แค่ระดับหนึ่งยังไม่ดีเพียงพอ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

ประชาชนกลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงานมักไม่มีเวลาดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหลังการรักษาหรือผู้พิการ ไม่มีเวลาอยู่บ้านในช่วงที่บุคลากรออกติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ญาติผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่สามารถให้การดูแลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความเหนื่อยล้าเพราะมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับได้รับค่าจ้างค่าตอบแทนและสวัสดิการต่ำ ไม่เพียงพอที่จะใช้จ่ายในครอบครัว จึงลาออกจากทีมเพื่อไปทำงานซึ่งมีความคุ้มมากกว่า ส่งผลให้ขาดแคลนผู้ร่วมทำงานที่สำคัญภายในชุมชน ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุจึงมีอาการทรุดลง กลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง บางรายเกิดแผลติดเชื้อจนเสียชีวิต ผู้ป่วยเบาหวานต้องถูกตัดอวัยวะเป็นผู้พิการ คุณภาพชีวิตลดลง

4.3 ด้านโครงสร้าง: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างอัตรากำลังด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“เรื่องของการจัดการเนื่องจากเราอยู่ในระบบราชการ เหมือนกับระบบราชการจะมีระเบียบให้คนปฏิบัติด้วยกลัวว่าคนจะไม่ทำตามระบบจะออกนอกกลุ่มนอกทาง แต่จะกลายเป็นคาบสองคม ระบบการจ้างงานไม่สามารถจ้างคนดีมีฝีมือด้วยอัตราจ้างที่เพิ่มเป็นพิเศษได้เครื่องมือเครื่องใช้ที่อยากได้บางที อันนี้ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งเห็นว่าเรื่องของการจัดการระเบียบที่เข้มงวด” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“ด้านโครงสร้างยังมีปัญหาเนื่องจากโครงสร้างตามที่กระทรวงกำหนดเรายังไม่ค่อยตรงเท่าไร อาจจะเป็นเพราะมอบหมายงานตามที่ได้แต่ไม่ได้ปรับโครงสร้างอย่างชัดเจน ยังมีการรวมอยู่ในบางกลุ่มงานภาพรวมกลุ่มงานการพยาบาลจึงมีภาระงานมากเกินไป” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“มีปัญหาเนื่องจากไม่พร้อมปรับให้เข้ากับโครงสร้างใหม่ ไม่มีบุคลากรที่พร้อมรับตำแหน่งใหม่ บางหน่วยมีไม่กี่คนต้องแยกออกเป็นสองหน่วย ความพร้อมการเป็นหัวหน้ายังไม่พอการบริหารจัดการจะมีปัญหา ต้องปรับคนอีกมาก คนที่จะมาเป็นหัวหน้ายังไม่เข้าใจงาน ทำให้งานมีปัญหา ทัศนคติและทักษะในการทำงานยังไม่ดีพอ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

การกำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงานใหม่ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขมีการขยายหน่วยงาน กำหนดกรอบอัตรากำลังตามศักยภาพของระดับของโรงพยาบาล มีรายละเอียด

หน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนเพื่อให้บุคลากรสามารถประสานการปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสามารถช่วยเหลือระหว่างกันได้ แต่เนื่องจากเป็นโครงสร้างที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยไม่มีการเตรียมพร้อมอัตรากำลังไว้ก่อนจึงส่งผลให้ขาดบุคลากรที่มีภาวะความเป็นผู้นำและไม่พร้อมที่จะรับตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงาน บางหน่วยมีบุคลากรน้อยเมื่อกระจายอัตรากำลังไปยังหน่วยงานที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้น ทั้งหน่วยงานเก่าและหน่วยงานใหม่ ผู้บริหารบางแห่งจึงทำการจัดสรรอัตรากำลังและปรับปรุงโครงสร้างเพียงบางส่วนเพื่อเร่งแก้ไขปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

4.4 ด้านบุคลากร: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับระบบการทำงานเชิงรับในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

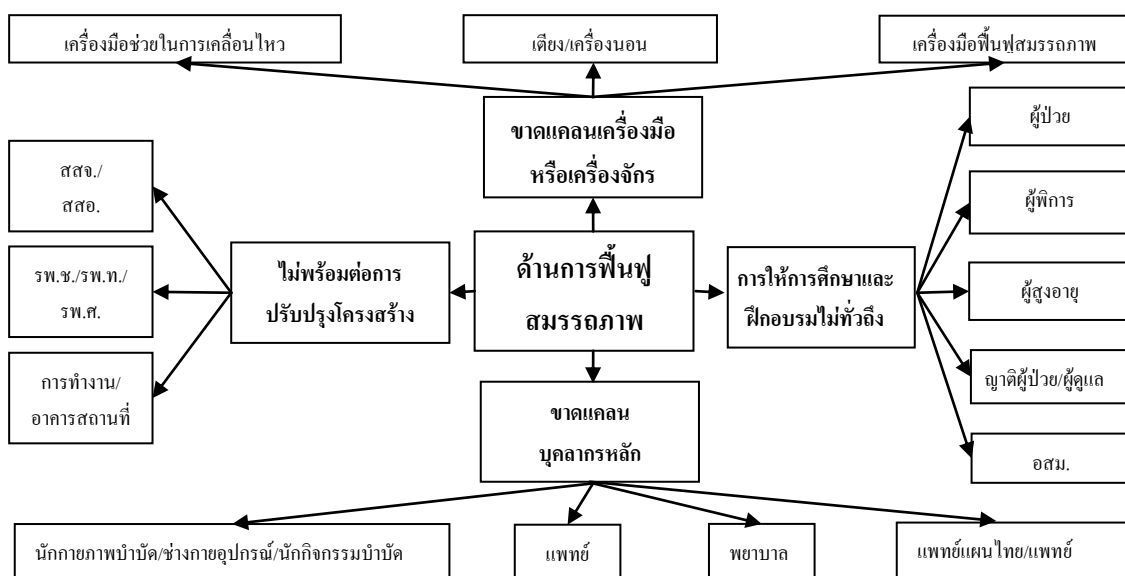
“ในโรงพยาบาลมีปริมาณงานมากเกินไปเพราะขาดแคลนบุคลากรจึงให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพไม่มากเท่าที่ควร โรงพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการรักษาและจะให้ความสำคัญในการจัดอัตรากำลังทำงานด้านรักษาที่มีความเร่งด่วนก่อน การฟื้นฟูสภาพจะมีการดูแลโดยนักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีนเพราะยังไม่มีนักประเมินที่ผ่านการอบรมหลักสูตร เมื่อเกินศักยภาพจะต้องมีการส่งต่อ แต่ยังไม่มียกยออุปกรณ์ถ้าต้องให้แพทย์ฟื้นฟูจะต้องส่งต่อ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“เรื่องของการจัดการเนื่องจากเราอยู่ในระบบราชการ เหมือนกับระบบราชการจะมีระเบียบให้คนปฏิบัติด้วยกลัวว่าคนจะไม่ทำตามระบบจะออกนอกกลุ่มนอกทาง แต่จะกลายเป็นคาบสองคม ระบบการจ้างงานไม่สามารถจ้างคนดีมีฝีมือด้วยอัตราจ้างที่เพิ่มเป็นพิเศษได้เครื่องมือเครื่องใช้ที่อยากได้บางที อันนี้ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่เห็นว่าเรื่องของการจัดการระเบียบที่เข้มงวด” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสุขภาพระดับอำเภอ ตามโครงสร้างจะไม่มีแพทย์อยู่ในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลและมีความจำเป็นจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์เพื่อทำการฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลชุมชนจะมีเครื่องมืออุปกรณ์พร้อม มีนักกายภาพบำบัดและทีมอยู่ก็ไม่สามารถที่จะทำตัดสินใจกิจกรรมได้ ผู้ป่วยจึงต้องเดินทางไกล เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ผู้ป่วยที่ต้องรับการฟื้นฟูระยะยาวเสี่ยงที่จะไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพราะไม่สามารถมาตามนัด ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพไม่สามารถติดตามดูแลที่บ้านได้ทุกวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านหรือใน

ชุมชนไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึงเพราะขาดอัตรากำลังแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์ นักกิจกรรมบำบัดและช่างกายอุปกรณ์ แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกร่วมลงพื้นที่ ต้องแบ่งทีมดูแลที่โรงพยาบาลและให้บริการในชุมชน ไม่มีทีมช่วยประเมินและตัดสินใจไม่สามารถทำกิจกรรมได้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-11 ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2560

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่า มีระบบบริหารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีดังนี้

1. ด้านเงินทุน: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาที่เพิ่มขึ้น ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้อย่างครบถ้วนและได้รับเงินทุนสนับสนุนไม่เพียงพอ

2. ด้านเครื่องมือหรือเครื่องจักร

2.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนเครื่องมือด้านการรักษาอย่างสอดคล้องกับปัญหาในโรงพยาบาลและในพื้นที่รับผิดชอบ

2.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนเครื่องมือหรือเครื่องจักรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3. ด้านการจัดการ

3.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการบุคลากรแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาและจำนวนประชากรที่แท้จริง

4. ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม

4.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน

4.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบ

4.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมเชิงรุกด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบ

4.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างทั่วถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป

4.5 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

5. ด้านการทำงานเป็นทีม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมด้านการป้องกันโรคระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน

6. ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

6.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารแนวทางการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสนับสนุนการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย

6.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงด้านการรักษา

7. ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ

7.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลสำหรับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้ตรงตามความเป็นจริงและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้

7.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการรักษาให้ตรงตามความเป็นจริง

8. ด้านโครงสร้าง

8.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ

8.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการรักษาอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ

8.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างอัตรากำลังด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ

9. ด้านระบบการทำงาน

9.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรับในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

9.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลภาคเอกชน

10. ด้านบุคลากร

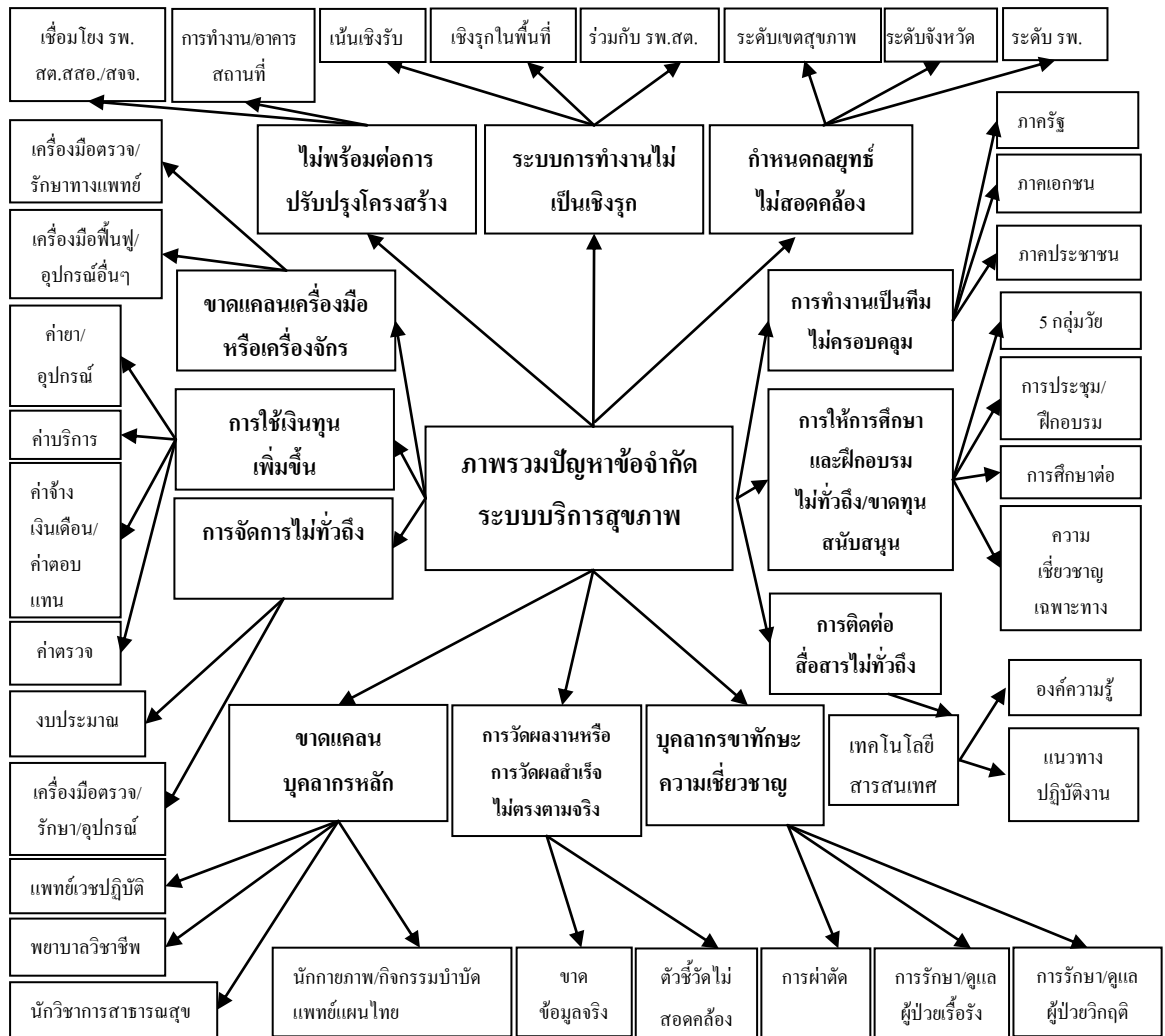
10.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับระบบการทำงานเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

10.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรแพทย์ พยาบาลและเภสัชที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาและจำนวนประชากรที่แท้จริงในพื้นที่รับผิดชอบ

10.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับระบบการทำงานเชิงรับในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

11. ด้านทักษะ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรแพทย์ที่มีทักษะความเชี่ยวชาญด้านการรักษาเฉพาะทางสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและระดับโรงพยาบาลชุมชน

สามารถแสดงภาพรวมปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ได้ดังนี้



ภาพที่ 4-12 ภาพรวมปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของ
 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
 ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2560

แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนพบว่า

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

1.1 ด้านการจัดการ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอต่อการ

ปฏิบัติงาน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ระบบสุขภาพต้องเน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับแต่ก็มีการกระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยก็แตกต่างกันเห็นได้ชัด แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีแค่คนอยากเข้าไป ต้องสนับสนุนทั้งหมดทั้งคน เงิน ของ พัฒนาต้องลงข้างล่างเยอะจะใช้แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่นักวิชาการที่มีอยู่น้อยดูแลทั้งพื้นที่ ยิ่งไงก็ทำได้แต่งงานนโยบาย เพราะคนมีน้อยแต่งงานเขามีมากเฉพาะเข้าประชุมก็หมดไปแล้ว ถ้าเราเน้นคนลงไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะได้ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ถ้าเน้นตรงนี้ดีคนไข้จะไม่เยอะ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ข้อระเบียบทำให้ไม่สามารถนำงบประมาณที่มีไปจัดซื้อเครื่องมือเครื่องอุปกรณ์ไว้ใช้ได้ อันนี้ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่เห็นว่าควรจะมีการจัดการข้อระเบียบที่มีความเข้มงวดมากเกินไปให้มีความยืดหยุ่นสามารถบริหารให้เกิดประสิทธิภาพได้การพิจารณาทรัพยากรจะต้องพิจารณาในภาพรวมว่าจริง ๆ แล้วผู้รับบริการตามจริงทั้งประชากรตามทะเบียนราษฎร ประชากรเคลื่อนย้าย ประชากรติดตาม รวมทั้งนักท่องเที่ยวรวมทั้งหมดเท่าไร เพื่อจัดสรรงบประมาณ บุคลากรและเครื่องมือเครื่องมือไม้ เตียงและทรัพยากรอื่น ๆ ให้เหมาะสม” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 14 มิถุนายน 2559)

“ผู้บริหารระดับประเทศต้องมาดูแลการส่งเสริมและการป้องกันโรคเพราะการตั้งรับโดยการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการใช้เงินที่มากและใช้ทรัพยากรสูง ขณะที่ประเทศมีรายได้ปานกลางเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันสุขภาพทุ้มเททรัพยากรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเจ็บป่วยเพราะปัจจุบันมีโรคเรื้อรังมาก ถ้าดูแลตรงต้นน้ำดี กลางน้ำและปลายน้ำจะได้ไม่ใช้งบประมาณมาก ถ้าจะสร้างระบบของประเทศไทยต้องทำเรื่องการส่งเสริมป้องกันอย่างจริงจัง แต่เดิมก็ทำแต่ผลลัพธ์ขณะนี้คนเข้ามาระบบการรักษามากแปลว่าเกิดผลไม่ดีเท่าที่ควร ทรัพยากร งบประมาณ ทุ้มเทไม่เต็มที่มีเมื่อเทียบกับการรักษาก็ยังน้อยอยู่”

(รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“ผู้บริหารต้องมีความรอบรู้เรื่องบริบทด้านสาธารณสุขกับการท่องเที่ยว อาชีวอนามัย และเศรษฐกิจของประเทศจากการการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของอาเซียนอย่างรอบด้านเพราะจังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ที่มีความเป็นชุมชนเมืองและมีความหลากหลายมากมีสาธารณสุขท่องเที่ยว มีชาวต่างชาติเข้ามาสูง มีเรื่องของอาชีวอนามัย” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

เป็นการพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือหรือเครื่องจักรด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีทั้งระดับโรงพยาบาลศูนย์ ระดับโรงพยาบาลทั่วไปและระดับโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการจัดการเงินทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานและจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ที่มีความจำเป็น รวมทั้งพิจารณาความเหมาะสมในการจัดสรรเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับปฏิบัติงาน และเครื่องมือทางการแพทย์

1.2 ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาและการฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย มุ่งเน้นกลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ความมั่นคงทางสุขภาพคือ ประชาชนต้องมีสุขภาพดี เจ็บป่วยน้อยลงดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองไม่ใช่ให้เป็นการกิจของภาครัฐ ฉะนั้นถ้าต้องการให้สุขภาพของคนไทย ประชากรโลก หรือประชาชนในจังหวัดชลบุรีมีความมั่นคงก็ต้องมีความรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเรื่องการออกกำลังกาย การควบคุมพฤติกรรมบริโภคต้องใส่ใจไม่ปล่อยปละละเลยกระทรวงสาธารณสุขต้องบูรณาการกับกระทรวงอื่น ๆ มากกว่านี้ ไม่ใช่ทุกอย่างรับหมดทุกเรื่อง ปัญหาแม่วัยรุ่นเราแก้ที่ปลายเหตุ เพราะเขาท้องมาแล้ว เป็นบทบาทของสาธารณสุขต้องไปสอนหรือไม่โรงเรียนต้องให้ความสำคัญ ต้องอยู่ที่ระบบการศึกษาด้วยครอบครัวด้วย ขอความลงที่เราทำให้แก้ปัญหาที่ปลายเหตุ คุณภาพชีวิตสังคมก็ไม่ได้ดีขึ้น เพราะศักยภาพของพ่อแม่ไม่ได้พร้อมเลยในการที่จะเลี้ยงดูลูกและเขาก็ไม่เห็นว่าเป็นปัญหาการแก้ไม่ได้แก้ที่กระทรวงเดียวจริง ๆ ต้องแก้ที่การศึกษาก่อนเลย กฎระเบียบต้องเข้มงวด ต้องประสานกับหลายกระทรวงไม่ใช่มาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขมาแก้ที่ปลายเหตุไม่ได้เชื่อมโยงกับใครแต่ละกระทรวง” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ความมั่นคงในเรื่องของสุขภาพต้องเป็นเรื่องพื้นฐานของบุคคลแต่ละคนเป็นหลัก ไม่สามารถที่จะมีขึ้นได้ด้วยบุคคลหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ มาทำให้ จะต้องให้บุคคลนั้นตระหนักแล้วก็สามารถที่จะสร้างเสริมความมั่นคงทางสุขภาพของตัวเองได้ โดยมีหน่วยงานบริการสุขภาพของรัฐเป็นส่วนสนับสนุน ถ้าประชาชนไม่ใส่ใจไม่ตระหนักในสุขภาพของตัวเองก็ไม่มี ความมั่นคงทางสุขภาพ” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“ระบบสุขภาพที่มั่นคงต้องทำให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ว่าสุขภาพเป็นของตน และเป็นหน้าที่ของตนที่ต้องดูแลให้มีสุขภาพดี อะไรที่ทำลายสุขภาพก็ไม่ควรทำ การดูแลสุขภาพไม่ควรจะทำโดยกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงเดียว ควรจะให้ชุมชนมีส่วนร่วมและตระหนักในการดูแล ท้องถิ่นควรจะเข้ามาช่วยดูแลในการส่งเสริมสุขภาพเพราะเป็นงานที่ทับซ้อน องค์กรการบริหารส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีเงินบางส่วนที่ลงไปในเรื่องของการส่งเสริม แต่ในทางปฏิบัติยังไม่วิธีกระตุ้นให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพได้ ควรจะเป็นลักษณะสร้างนำซ่อม แต่ตอนนี้โรงพยาบาลเป็นการซ่อมมากกว่า อยากให้หน่วยงานอื่นเข้ามามีส่วนร่วม หลาย ๆ เรื่อง อาจจะเริ่มจากโรงเรียน ” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

เป็นการพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีทั้งระดับ โรงพยาบาลศูนย์ ระดับ โรงพยาบาลทั่วไปและระดับ โรงพยาบาลชุมชนในที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมกำหนดแนวทางและร่วมรับผิดชอบในการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ถูกต้อง การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพนำไปสู่การเจ็บป่วย

มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชากรทั้ง 3 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) กลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15-21 ปี) และกลุ่มเด็กวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ที่มีความสามารถในการรับรู้ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง หากมีสุขภาพที่ดีจะเป็นกำลังสำคัญของชาติในระยะยาว ช่วยให้จำนวนผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้จำนวนค่าบริการหรือค่ารักษา ความต้องการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ลดลง แต่ถ้ามีการเจ็บป่วยหรือพิการก็จะเป็นการของครอบครัวและประเทศชาติในระยะยาว

1.3 ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดต่อสื่อสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ประชาชนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ผิด การที่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐมีความพยายามที่จะให้ความรู้ประชาชนเพื่อดูแลตนเอง ต้องมีการใช้การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ไม่เช่นนั้นประชาชนไม่เชื่อ และจะมาโรงพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การป้องกันภาครัฐแม้จะระดมมาใช้ในการป้องกันสุขภาพประชาชนไม่เชื่อเลย การที่จะให้ประชาชนดูแลตนเองได้ ประชาชนจะเชื่อสื่อสังคมออนไลน์ที่มีการโฆษณาสินค้าทำลายสุขภาพมากกว่าคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

ตอนนี้ประชาชนเข้าถึงสื่อได้เยอะ มีความรู้มากขึ้นและคนที่จะดูแลสุขภาพได้ดีคือตัวเขาเอง เพราะอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขกับประชากรไม่เพียงพออยู่แล้ว เพราะฉะนั้นทำอย่างไรจะพัฒนาให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพตนเอง ใส่ใจกับสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น ถ้ากระทรวงสาธารณสุขทำอย่างเดียวยังทำได้ไม่ดีพอ จริง ๆ แล้วความมั่นคงทางสุขภาพประชาชนจะต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองต้องให้ความร่วมมือ หน่วยงานภาครัฐของกระทรวงอื่นสถาบันอื่นก็ต้องให้ความสำคัญร่วมกัน ตั้งแต่สถาบันศึกษา อาชีพต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดภัยทางสุขภาพ มีสุขภาพดี เพราะทุกวันนี้ภัยสุขภาพก็มาจากการบริโภค” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“ผู้บริหารจะต้องเป็นตัวแทนโรงพยาบาลแจ้งข้อมูลหรือประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานต่างๆเกี่ยวข้องรับทราบในส่วนที่หน่วยงานต่าง ๆ ต้องรับผิดชอบเพื่อให้บริการแก่ประชาชน ไม่ว่าจะในเวทีการประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน การประชุมผู้นำส่วนราชการระดับอำเภอ งานวัด งานโรงเรียน อาจจะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลชี้แจงปัญหาของโรงพยาบาลไม่ว่าจะเวลามีงานหรือมีการประชุมข้างนอกหรืออะไรต่าง ๆ ที่จะต้องเข้าร่วม อาจจะเป็นข้อมูลสาธารณสุขที่เรามีอยู่แต่ว่าตัวท้องถิ่นหรือเอกชนอาจจะไม่เห็นหรือไม่เข้าถึงข้อมูลลักษณะนี้ก็จะให้เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นได้” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

เป็นการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดต่อสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมพิจารณาพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ อาทิ การถ่ายทอดผ่านโทรทัศน์ การสร้างแอปพลิเคชัน โทรศัพท์มือถือ การสื่อสารผ่านระบบอินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์รวมทั้งการแพร่กระจายเสียงผ่านสถานีวิทยุ เพื่อถ่ายทอดข้อมูล องค์ความรู้ ตลอดจนการณรงค์ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งอย่างสะดวก ทั้งถึงทั้งพื้นที่ภูเขาและพื้นที่ทะเล นอกจากนี้ควรจะสื่อสารด้วยภาษาอื่น ๆ สำหรับชาวต่างชาติทั้งที่อยู่ต่างประเทศและผู้ที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย อาทิ นักท่องเที่ยว นักธุรกิจ แรงงานต่างชาติ

1.4 ด้านกลยุทธ์: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะประสานความร่วมมือจัดทำกลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการมีความสำคัญมากในการที่จะทำให้ทิศทางในการทำงานของสถานพยาบาลภาครัฐให้มีความชัดเจนมากขึ้นและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน บทบาทแรกคือความเป็นผู้นำในการสร้างระบบบริการสุขภาพในทิศทางที่กระทรวงกำหนดและในทิศทางที่โรงพยาบาลอยากจะทำระบบให้ตอบสนองกับความต้องการในพื้นที่อื่นที่สองจะต้องเป็นผู้ที่บูรณาการนโยบายในแต่ละระดับให้เป็นเรื่องเดียวกันของโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองนโยบายตอบสนองความต้องการของประชาชนรวมทั้งผู้ที่ให้บริการ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฎ, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“ผู้บริหารต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของประชาชนสามารถสื่อสารยุทธศาสตร์การทำงานได้อย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปดำเนินการ ได้จริง ต้องมอบหมายตัวชี้วัดและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้การสนับสนุนทุกด้านทั้งในด้านเงินทุน แรงจูงใจในการทำงาน ส่งเสริมสิ่งที่บุคลากรอยากทำและทำได้ดีจะต้องมีมุมมองที่กว้างสามารถมองเห็นภาพรวมของโรงพยาบาลทิศทางไปทางไหน ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาโรคในพื้นที่และการจัดการ โรค จะใช้เครื่องมืออะไร ต้องลงพื้นที่เพื่อหากกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาและร่วมประชุมกำหนดยุทธศาสตร์และสื่อสารต่อเจ้าหน้าที่ทุกระดับสามารถนำไปปฏิบัติงานได้จริง” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฎ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“ด้านกลยุทธ์ยังเป็นเชิงตั้งรับมากไป ยังไม่รุกเท่าไร นโยบายที่ออกมาส่วนใหญ่ก็เป็นลักษณะเชิงแจกแจงให้ กลยุทธ์น่าจะให้ความสำคัญมากในการออกกำลังกายกลุ่มเด็ก สนับสนุนให้โรงเรียน โรงเรียนกีฬา สมาคมกีฬาต่าง ๆ เข้ามาร่วมในการส่งเสริมเด็กให้เล่นกีฬาและเคลื่อนไหวมาก ๆ จะเป็นพื้นฐานการออกกำลังกายช่วยลดโรคในอนาคต ลดการติดเกม โรคทางสายตา ส่งเสริมให้เด็กมีวินัยเริ่มตั้งแต่ระดับอนุบาลควรกำหนดกลยุทธ์การออกกำลังกายในกลุ่มเด็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลเจ้าของพื้นที่ควรจัดพื้นที่สำหรับการออกกำลังกายมีความสะดวกและมีความปลอดภัย ถ้าเพียงการณรงค์ไม่มีพื้นที่ก็ไม่สามารถออกกำลังกายได้” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ซ, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“ผู้บริหารจะต้องมีแผนการทำงานหรือ Road map ในการพัฒนาไว้ล่วงหน้าเป็น 10-20 ปี ต้องกำหนดว่าจะเดินไปให้ถึงในแต่ละเส้นทางอย่างไร ต้องเป็นนักยุทธศาสตร์และสร้างทีมที่คิดเหมือนกันเพื่อให้มีทีมเครือข่ายที่สามารถขับเคลื่อนต่อไปได้” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ข, สัมภาษณ์, 15 มีนาคม 2559)

เป็นพัฒนาการจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเริ่มจากโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี เสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบหลักและร่วมประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชนและ

ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมนำเสนอและวิเคราะห์ปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สภาวะแวดล้อม นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ (Service plan) นำไปสู่การจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นภาพรวมระดับจังหวัดและมีความเชื่อมโยงถึงระดับเขตสุขภาพที่ 6 จากนั้น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนนำกลยุทธ์ที่ได้รับมอบหมายมาร่วมจัดทำกลยุทธ์ระดับโรงพยาบาล โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมจากบุคลากรภายในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาชน

1.5 ด้านระบบการทำงาน: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ควรจะร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ผู้บริหารจะต้องสร้างภาคีเครือข่ายทำงานร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นองค์การปกครองท้องถิ่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบลมูลนิธิต่าง ๆ ภาคเอกชนซึ่งสำคัญที่สุดคือ ภาคประชาชนและอาสาสมัครต่าง ๆ ที่เป็นองค์การที่เข้มแข็งมีส่วนสำคัญในการทำงาน โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การคัดกรองโรคต่าง ๆ ยิ่งเป็นพื้นที่ขนาดใหญ่และมีความหลากหลายก็ยิ่งจะต้องทำงานร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ให้ได้เป็นอย่างดี” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“การทำงานร่วมกับชุมชนจะต้องมีลักษณะเป็นภาคีเครือข่าย บทบาทผู้อำนวยการจะต้องมีบทบาทเข้าไปทำความเข้าใจให้คุ้นเคย สร้างความสนิทสนมเวลาที่มีการประชุมระดับอำเภอ การประชุมกองทุนสุขภาพตำบลก็ต้องเข้าไปมีส่วนร่วม รวมทั้งกิจกรรมการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ระดับตำบล ระดับจังหวัด การเปิดงานพิธีต่าง ๆ งานเทศกาลวันเกิด วันขึ้นปีใหม่ก็ไปร่วมอวยพรสร้างความสัมพันธ์กับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลและส่วนราชการต่าง ๆ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“ผู้อำนวยการจะต้องวางระบบการทำงานอย่างเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์จนถึงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้มีการทำงานที่เชื่อมต่อกัน จะต้องประสานด้วยตนเองเมื่อได้รับรายงานว่ามีปัญหาในระดับท้องถิ่นเพื่อร่วมการพูดคุยกับนายกเทศบาล ทิมงานและส่งต่อข้อมูลพร้อมกับเสนอแนะแนวทางว่าควรจะทำอะไร มีปัญหาอุปสรรคอะไร อะไรที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสนับสนุน เพราะถ้าผู้บริหารลงไปประสานด้วยตนเองก็จะทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“ผู้บริหารจะต้องทำงานร่วมกับชุมชน ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือได้ในด้านงบประมาณหรือการพึ่งพาอาศัยกัน โรงพยาบาลจะต้องให้การสนับสนุนด้านอัตราค่าจ้างและการออกหน่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับการเมืองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ต้องได้พูดคุยกับแกนนำด้านสุขภาพ ประธานอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านที่มีการจัดประชุมร่วมกัน” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ภู, สัมภาษณ์, 30 พฤษภาคม 2559)

เป็นการพัฒนาระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เริ่มจาก โรงพยาบาลรัฐ ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ประสานการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรภายในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานภาคเอกชน นำกลยุทธ์ที่ได้กำหนดไว้มากำหนดระบบการทำงานทั้งเชิงรับระดับ โรงพยาบาลศูนย์และระดับ โรงพยาบาลทั่วไป จะมุ่งเน้นกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิเพื่อให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ระดับโรงพยาบาลชุมชนจะมุ่งเน้นกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย ระบบการทำงานร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้ครอบคลุมถึงสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรมทั่วทุกพื้นที่ของจังหวัด

1.6 ด้านบุคลากร: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การส่งเสริมสุขภาพก็เป็นทิศทางที่เราอยากให้มีมากขึ้น เพื่อให้คนป่วยน้อยลง ในความเป็นจริงก็ทำกันอยู่ แต่ถ้าถามว่าอัตราค่าจ้างกับคนที่ลงไปจริง ๆ เราอาจจะดีที่สุดในที่คนถึงระดับตำบลที่ค่อนข้างจะมาก เป็นบุคลากรที่ดูแลประชาชนอย่างใกล้ชิด มีอาสาสมัครเป็นล้านคนทั่วประเทศที่ดูแลการส่งเสริมป้องกันเป็นหูเป็นตาแทนเจ้าหน้าที่เหมือนเป็นผู้ช่วยอีกชั้นหนึ่ง ซึ่งก็ถือว่าดีทีเดียวในเรื่องของการจัดระบบ” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

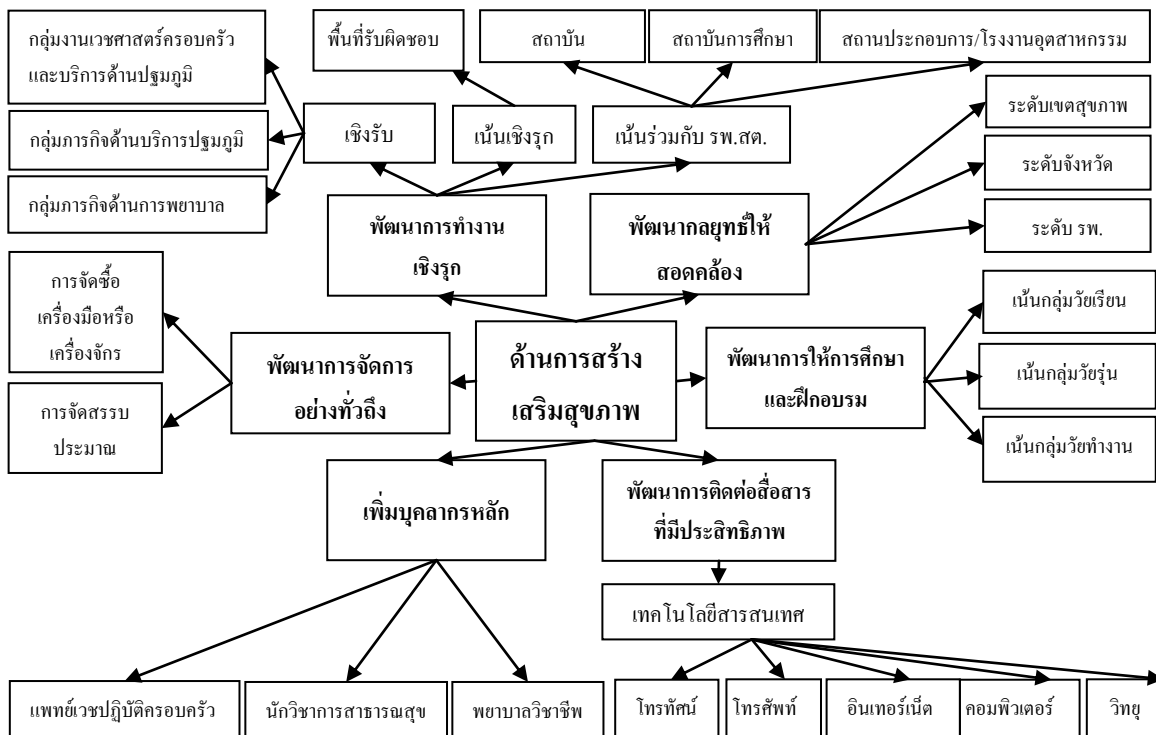
“การพัฒนาคนและระบบเป็นสิ่งที่จะต้องสนับสนุนให้มีต่อไป แต่อยากจะทำให้มีการพัฒนาออกไปในเชิงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพราะหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพที่ดีจริง ๆ อยากจะให้ประชาชนไม่เจ็บไม่ป่วย ถ้ามุ่งพัฒนาการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนก่อนที่เขาจะเจ็บป่วยจะดีกว่า การสร้างขวัญกำลังใจต่อผู้ปฏิบัติงานเป็นบทบาทเด่นของผู้บริหารเพราะว่าผู้บริหารไม่สามารถทำงานทุกอย่างด้วยตนเองได้ แต่เป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ทำทุกอย่างให้ประสบความสำเร็จได้ ฉะนั้นผู้บริหารจะต้องกลับมาคิดว่าทำอย่างไรจะให้เขาทำงานได้สำเร็จ ต้องกลับไปดูแลและสร้างขวัญกำลังใจ เน้นหัวหน้างานที่มีส่วนสำคัญในการ

ขับเคลื่อนระบบการทำงานงานให้สำเร็จและมีความใกล้ชิดกับผู้ปฏิบัติงานที่สุด” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“จะต้องปรับปรุงระเบียบให้มีความสามารถที่จะตอบสนองบุคลากรได้ในอัตราที่เหมาะสม เทียบเคียงกับเอกชนให้ได้ใกล้เคียงกัน อย่างน้อยไม่หนีจากเอกชนมาก ถ้าจ่ายค่าตอบแทนได้ไม่เท่าขององค์กรต้องมีระบบการกำหนดอัตราสวัสดิการ การตอบแทนเพื่อให้บุคลากรคงอยู่กับองค์กร ทบทวนปริมาณงานและค่าตอบแทนเพื่อให้จ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง ถ้ามีการทำงานเกินกำหนดจะต้องให้กำลังใจเพิ่ม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นรักษาคณิศมีความสามารถไว้ในองค์กร” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ง, สัมภาษณ์, 15 กุมภาพันธ์ 2559)

เป็นการพัฒนาแนวทางการสรรหาเพื่อเพิ่มบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีจะร่วมนำเสนอปัญหาและปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดความต้องการบุคลากรเพิ่ม เช่น การพัฒนาอย่างรวดเร็วก้าวสู่การเป็นเขตเศรษฐกิจ เขตอุตสาหกรรมและเขตท่องเที่ยว การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน การเปลี่ยนแปลงสภาพที่อยู่อาศัยจากบ้านเรือนเป็นหมู่บ้านจัดสรร ตึกสูง การเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ การเพิ่มจำนวนของประชากรแฝง แรงงานต่างด้าว นักธุรกิจและนักท่องเที่ยวจนไม่สามารถวิเคราะห์ได้ถึงจำนวนประชากรที่แท้จริงได้ ส่งผลให้การกำหนดจำนวนบุคลากรไม่สอดคล้องกับผู้รับบริการ บุคลากรไม่สามารถติดตามสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชนเพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับทราบแสดงให้เห็นถึงความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อาทิ แพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขหรือสาขาวิชาชีพอื่น ๆ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-13 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐ
ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2560

2. ด้านการป้องกันโรค

2.1 ด้านการจัดการ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะ
ร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ
อย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงานดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ผู้บริหารระดับประเทศต้องมาดูแลการป้องกันโรคเพราะว่าการตั้งรับโดยการรักษาและ
การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการใช้เงินที่มากและใช้ทรัพยากรสูง ขณะที่ประเทศมีรายได้ปานกลาง
เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะต้องเน้นการป้องกันโรคให้มากขึ้นทุ่มเททรัพยากรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด
เจ็บป่วยเพราะปัจจุบันมีโรคเรื้อรังมาก ถ้าดูแลตรงต้นน้ำดี กลางน้ำและปลายน้ำจะได้ไม่เยอะเพราะ
ใช้งบประมาณมาก คิดว่าถ้าจะสร้างระบบของประเทศไทยขณะนี้ต้องไปทำเรื่องการป้องกันโรค
อย่างจริงจัง แต่เดิมก็ทำแต่ผลลัพธ์ขณะนี้พบว่ามีคนเข้ามาในระบบการรักษามากแปลว่าเกิดผลไม่ดี
เท่าที่ควร ทรัพยากร งบประมาณ ทุ่มเทไม่เต็มที่เมื่อเทียบกับการรักษา” (รองผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล ฎ, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“ข้อระเบียบทำให้ไม่สามารถนำงบประมาณที่มีไปจัดซื้อเครื่องมือเครื่องอุปกรณ์ไว้ใช้ได้ อันนี้ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่เราเห็นว่าควรจะมีการจัดการข้อระเบียบที่มีความเข้มงวดมากเกินไปที่มีความยืดหยุ่นสามารถบริหารให้เกิดประสิทธิภาพได้ การพิจารณาทรัพยากรจะต้องพิจารณาในภาพรวมว่าจริง ๆ แล้วผู้รับบริการตามจริงทั้งประชากรตามทะเบียนราษฎร์ ประชากรเคลื่อนย้าย ประชากรติดตาม รวมทั้งนักท่องเที่ยวรวมทั้งหมดเท่าไร เพื่อจัดสรรงบประมาณ บุคลากรและเครื่องมือเครื่องไม้ เครื่องมือและทรัพยากรอื่น ๆ ให้เหมาะสม” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 14 มิถุนายน 2559)

“ระบบสุขภาพก็พูดกันมานานว่าต้องเน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ แต่ก็มีภาระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาลและมีความแตกต่างกันมากระหว่างโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีแต่คนอยากเข้าไป ต้องสนับสนุนทั้งหมดทั้งคน เงิน ของ การพัฒนาต้องลงข้างล่างเยอะจะใช้แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่นักวิชาการที่มีอยู่น้อยต้องดูแลทั้งพื้นที่ ยิ่งไงก็ทำได้แต่นโยบาย เพราะคนมีน้อยแต่งานมีมากเฉพาะเข้าประชุมก็หมดไปแล้ว ถ้าเราเน้นคนลงไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะได้ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟู ถ้าเน้นตรงนี้ดีคนไข้จะไม่เยอะ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

เป็นการพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือหรือเครื่องจักรด้านการป้องกันโรค ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการป้องกันทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อในแต่ละพื้นที่ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกรมต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ อาทิ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการพัฒนากำลังคนและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงแรงงาน กระทรวงคมนาคมและกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ภาคเอกชน อาทิ โรงแรม รีสอร์ท โรงเรียน โรงพยาบาล คลินิก ห้างสรรพสินค้า ร้านอาหารและสถานที่ท่องเที่ยวสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม มูลนิธิ สมาคมสถานที่สำคัญ อาทิ สนามบิน ท่าเรือ สถานีขนส่งทางบกและด่านตรวจคนเข้าเมือง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคประชาชน จิตอาสาและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางจัดการเงินทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงาน พิจารณาการจัดการเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงาน มุ่งเน้นการจัดการทรัพยากรสนับสนุน

การสื่อสาร อาทิ คอมพิวเตอร์ โปรแกรม ระบบอินเทอร์เน็ตแอปพลิเคชัน โทรศัพท์มือถือรวมทั้ง ประสานการใช้เครื่องมือสื่อสาร อาทิ เคเบิลทีวี สถานีวิทยุ เพื่อส่งต่อข้อมูลการเปลี่ยนแปลงหรือ การเกิดโรคระบาดในแต่พื้นที่นำมาสู่การสร้างมาตรฐานการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อใน เขตชุมชนเมืองที่มีความแออัดและมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น เขตอุตสาหกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิด โรค ระบาดที่มากับแรงงานต่างด้าว อุบัติเหตุสารเคมีรั่วไหล รวมทั้งในเขตท่องเที่ยวที่มีผู้เดินทางเป็น พาหะนำโรค

2.2 ด้านการให้การศึกษาและการฝึกอบรม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการ สุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาและการฝึกอบรมด้านการสร้าง เสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย มุ่งเน้นกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มวัยทำงานดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมค่อนข้างจะเร็ว ยุทธศาสตร์ก็ต้องดู ว่าจังหวัดจะพบปัญหาอะไรบ้างและความร่วมมือของท้องถิ่น เอกชน ผู้ประกอบการในนิคม อุตสาหกรรมและทุกคนต้องเห็นข้อมูลปัญหาแล้วมาแก้ไขร่วมกัน ชลบุรีเป็นจังหวัดที่เป็นตัวอย่าง ของท้องถิ่นที่เป็นเขตพิเศษ ฉะนั้นทิศทางของความร่วมมือกับส่วนอื่นน่าจะเป็นทางออกที่สำคัญ ถ้าต้องการให้ยั่งยืนองคาพยพทั้งหมดทั้งผู้ว่า ทั้งส่วนราชการอื่น ท้องถิ่น ชุมชนและผู้เกี่ยวข้องที่ เป็นอุตสาหกรรมหรือฝ่ายเศรษฐกิจ ต้องมาคุยว่าเมื่อในจังหวัดปัญหาจะตามมาด้วยเรื่องอะไรบ้าง ทุกเรื่องตั้งแต่คน เชื้อโรค สิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อสุขภาพทั้งหมด ที่ต้องเร่งคือการทำการปรับกล ยุทธ์ในเรื่องสุขภาพจะทำกันอย่างไรและจะปรับกลยุทธอย่างไร” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“เป็นเขตอุตสาหกรรม การดูแลสุขภาพในสถานประกอบการต้องถูกพัฒนาระบบ อาชีวอนามัย การส่งเสริมป้องกันโรคในโรงงาน การรักษาอาจจะต้องดูเรื่องผู้ป่วยที่เกิดจากสารพิษ ต้องมีความรู้เรื่องเวชศาสตร์การท่องเที่ยว ดูเกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจที่มากับนักท่องเที่ยว โรคที่ เกิดจากเชื้อในโรงแรมที่พัก โรคที่มากับนักท่องเที่ยวที่มาพักยาซึ่งต้องเตรียมการป้องกันโรคระบาด ที่ไม่น้อยกว่าโรงพยาบาลใหญ่ในกรุงเทพ” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“ควรจะพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการป้องกันโรคมมากกว่า เพราะหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพที่ดีจริง ๆ อยากรจะให้ประชาชนไม่เจ็บไม่ป่วย ในส่วนของโรงพยาบาลถ้ามุ่ง พัฒนาการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนก่อนที่จะเจ็บป่วยจะดีกว่า เห็นความจริงจังในเรื่องนี้ และให้ความสำคัญกับน้อง ๆ ที่ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้เขามีความพร้อมทำงานทั้งในด้านคน เงิน ของ ทำให้คนในโรงพยาบาลได้รู้สึกว่าการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นเรื่องดีเป็นเรื่องน่าทำและใช้

เงินน้อยเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่กระทรวงเราได้มุ่งหวัง” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“ระบบบริการสุขภาพเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ ต้องได้รับความร่วมมือจากท้องถิ่น และชุมชน แพทย์ทำคนเดียวไม่ได้ มีระบบการสื่อสารให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐ ต้องให้ความรู้ประชาชนเพื่อดูแลตนเอง” (หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

เป็นการพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการป้องกันโรค โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีทั้ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลชุมชน ในที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประสานความร่วมมือกับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและ ภาคประชาชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลประชากร ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ สำคัญของแต่ละพื้นที่ ชนิดของโรคทั้งที่เกิดขึ้นซ้ำและระดับความเสี่ยงหรืออันตรายต่อประชาชน ปัญหาและสาเหตุของการเกิดโรคที่แท้จริง เพื่อนำมากำหนดแนวทางการให้การศึกษาและฝึกอบรม อย่างมีประสิทธิภาพ

มุ่งเน้นการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ สำหรับ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มเด็กวัยทำงาน ซึ่งมีการเดินทางบ่อยมีโอกาสใช้สิ่งของ สาธารณะร่วมกัน อยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรค อาจสัมผัสเชื้อโรคจากแรงงานต่าง ค้าวหรือชาวต่างชาติที่เป็นพาหะนำโรคนอกจากนี้ควรจะกำหนดทางการให้วัคซีนอย่างทั่วถึงใน กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยรวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม มีสิ่งปฏิกูลอาจ เป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคช่วยเหลือตนเองได้น้อยและมีความเสื่อมของสุขภาพ

2.3 ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการ สุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการวัดผลงานหรือ ผลสำเร็จด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การวัดผลจะต้องวัดเป็นภาพรวมทั้งจังหวัด มีความเชื่อมโยงนำไปสู่การวิเคราะห์ การวางแผน สร้างระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของเครือข่าย สามารถสร้างเครือข่าย การดูแลสุขภาพที่ดีของประชาชนชาวจังหวัดชลบุรี ว่ามีอะไรควรจะอยู่ที่ไหน เครือข่ายการดูแล รักษาภาวะแทรกซ้อนควรจะอยู่ที่ไหน ฉะนั้นถ้ามีการวัดผลงานดีและผลสำเร็จเชื่อมต่อและบอกถึง ผลสำเร็จของแต่ละระดับได้จะนำไปสู่การวางแผนในเชิงเครือข่ายได้การนำการวิเคราะห์เชิงระบบมา เกี่ยวข้องจะรู้เป้าหมาย เกิดการร่วมมือกันได้หน่วยงานสาธารณสุขมีความพร้อมอยู่แล้ว

เพียงแต่พื้นที่ใหญ่มาก การกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลรัฐไม่ว่าขนาดใหญ่หรือเล็กจะต้องมีมาตรฐาน การที่โรงพยาบาลเล็กมีงานน้อยก็จะไหลค็อกแบบหนึ่ง ส่วนโรงพยาบาลใหญ่ทำขึ้นเดียวจำนวนมากจะไหลค็อกแบบ หลักการเราน่าจะมีมาตรฐานในการเติมส่วนที่ขาดเพื่อให้มีการจัดการที่ดีขึ้น” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“สร้างความตระหนักการนำผลการดำเนินงานที่นำมาสรุปผลในรอบปีมาร่วมวิเคราะห์ว่า ส่วนที่ไม่ได้ตรงตามเป้าหรือปัจจัยปัญหาที่มี จะต้องนำมาปรับปรุงอย่างไร ซึ่งอาจจะต้องสร้างความตระหนักให้เขาเข้าใจในส่วนนี้เพื่อนำมาใช้ประโยชน์จากตรงนี้ให้ได้มากที่สุด” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“ผู้บริหารต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของประชาชนสามารถสื่อสารยุทธศาสตร์การทำงานได้อย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปดำเนินการได้จริง ต้องมอบหมายตัวชี้วัดและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ให้การสนับสนุนทุกด้านทั้งในด้านเงินทุน แรงจูงใจในการทำงาน ส่งเสริมสิ่งทีบุคลากรอยากทำและทำได้ดีต้องมีมุมมองที่กว้างสามารถมองเห็นภาพรวมของโรงพยาบาลทิศทางไปทางไหน ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาโรคในพื้นที่และการจัดการ โรคจะใช้เครื่องมืออะไร ต้องลงพื้นที่หากลยุทธ์แก้ไขปัญหาร่วมประชุม กำหนดยุทธศาสตร์สื่อสารต่อเจ้าหน้าที่ทุกระดับนำไปปฏิบัติงานได้จริง” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

เป็นการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการวัดผลงานหรือผลสำเร็จ ด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรจะประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมวิเคราะห์การกำหนดตัวชี้วัด ผลการปฏิบัติงาน ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการจัดเก็บข้อมูล อาทิ ระบบอินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ โปรแกรมผู้รับผิดชอบหลักที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการวัดผลงานหรือผลสำเร็จด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งรูปแบบการติดตามนิเทศของผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศเขตสุขภาพที่ 6

นำมาสู่การกำหนดแนวทางการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นไปในทิศทางเดียวกันระดับ โรงพยาบาล เป็นเครือข่ายเดียวกันระดับจังหวัดมีความเชื่อมโยงกับข้อมูลระดับเขตสุขภาพนำมาสู่การวิเคราะห์ได้อย่างถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง สามารถใช้เปรียบเทียบกับตัวชี้วัดกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ลดภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากกระบวนการที่ซ้ำซ้อนหรือไม่จำเป็น ทราบถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือปัจจัยที่เป็น

ปัญหาอุปสรรค ช่วยให้เกิดความสะดวกในการจัดเก็บ การสื่อสารข้อมูล เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานสังกัดกระทรวงอื่น ๆ

2.4 ด้านกลยุทธ์: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อระดับ โรงพยาบาลให้สอดคล้องกับระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการหรือทีมบริหารจะต้องมีมุมมองที่กว้างสามารถมองเห็นภาพรวมของโรงพยาบาลทิศทางไปทางไหน ปัญหาการป้องกันโรค ปัญหาโรคในพื้นที่ และการจัดการ โรค จะใช้เครื่องมืออะไรต้องลงพื้นที่เพื่อหากกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาและร่วมประชุมกำหนดยุทธศาสตร์และสื่อสารต่อเจ้าหน้าที่ทุกระดับสามารถนำไปปฏิบัติงานได้จริง” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการมีความสำคัญมากในการที่จะทำให้ทิศทางในการทำงานของสถานพยาบาลภาครัฐให้มีความชัดเจนมากขึ้นและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน บทบาทแรกคือ ความเป็นผู้นำในการสร้างระบบบริการสุขภาพในทิศทางที่กระทรวงกำหนดและในทิศทางที่โรงพยาบาลอยากจะทำระบบให้ตอบสนองกับความต้องการในพื้นที่ อันที่สองจะต้องเป็นผู้ที่บูรณาการนโยบายในแต่ละระดับให้เป็นเรื่องเดียวกันของโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองนโยบาย ตอบสนองความต้องการของประชาชนรวมทั้งผู้ที่จะให้บริการ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 3 มิถุนายน 2559)

“ในมุมมองของผมเน้นที่การป้องกันโรคเป็นหลักที่จะช่วยลดการรักษาในระยะยาวที่จะผลักดันให้มีการดำเนินการให้มีความเข้มแข็ง ครอบคลุม เพราะการรักษาจริง ๆ มีความสำคัญ แต่เป็นอะไรที่ใช้ต้นทุนเยอะ ถ้าเราดูเรื่องการป้องกันโรคไม่ติดพอก็จะมีคนที่คนที่ต้องการรักษาเข้ามาเรื่อย ๆ และอาจจะมากขึ้น ฉะนั้นเป็นอะไรที่อนาคตจะใช้งบประมาณในการรักษาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือแม้แต่การฟื้นฟูสมรรถภาพ” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

เป็นการพัฒนาแนวทางการจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรค โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรมต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ อาทิ อาทิ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงแรงงาน กระทรวงคมนาคม และกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ภาคเอกชน อาทิ โรงแรม รีสอร์ท โรงเรียน โรงพยาบาล คลินิก ห้างสรรพสินค้า ร้านอาหารและสถานที่ท่องเที่ยว สถานประกอบการหรือโรงงาน

อุตสาหกรรม มูลนิธิ สมาคม สถานที่สำคัญ อาทิ สนามบิน ท่าเรือ สถานีขนส่งทางบกและด่านตรวจคนเข้าเมือง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคประชาชน จิตอาสาและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อป้องกันภายในและป้องกันภายนอก แผนบริการสุขภาพ Service Plan นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง นำมาสู่การจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคอย่างเฉพาะเจาะจงทั้งโรคติดต่อ เช่น ไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ โรคมือเท้าปาก วัณโรค เอชไอวี และโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเส้นเลือดในสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตและอุบัติเหตุพร้อมทั้งจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมมุ่งตอบสนองผลประโยชน์สำหรับประชาชนมากกว่าทางการเมือง สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

2.5 ด้านระบบการทำงาน: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ควรจะร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ชลบุรีเป็นเขตอุตสาหกรรมมีผู้ประกันตนที่มาก ระบบการประกันสังคม การดูแลสุขภาพในสถานประกอบการต้องถูกพัฒนา ระบบที่เรียกว่าอาชีวอนามัยก็ต้องมีการพัฒนา ยังต้องอยู่ในกรอบสัมมติ แต่อาจจะมีอีกแนวคือการรักษาอาจจะมีความรู้เรื่องเวชศาสตร์การท่องเที่ยวมากขึ้น เรื่องการรักษาผู้ป่วยที่เกิดจากสารพิษ ส่งเสริมการป้องกันโรคในโรงงานว่าป้องกันอย่างไร เวชศาสตร์การท่องเที่ยวก็ไปคุยกับนักท่องเที่ยว เช่น MERS โรคที่เกิดจากเชื้อที่พบในโรงแรมต้องป้องกันโรคที่มากับนักท่องเที่ยวที่มาพัก พักต้องเตรียมการป้องกัน โรคระบาดที่ไม่น้อยกว่าโรงพยาบาลใหญ่ในกรุงเทพ” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“ถ้าจะให้เกิดความมั่นคงจริง ๆ จะต้องพัฒนาเชิงรุกคือ ออกไปส่งเสริมป้องกันสุขภาพประชาชนให้สามารถทำได้จริง ต้องออกมาตราการให้ประชาชนได้รับอาหารที่ถูกต้องตามหลักอนามัยควบคุมกำกับอาหารที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ดึงหลาย ๆ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมพัฒนาให้ประชาชนได้มีโอกาสได้ออกกำลังกาย เพื่อลดภาวะการเกิดโรคและการเจ็บป่วย ลดภาระและความต้องการแพทย์เฉพาะทางที่ผลิตไม่พอ ลดการใช้งบประมาณทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทุกปี และประชาชนที่อายุยืนยาวแต่มีความเจ็บป่วยก็ทำให้ใช้งบประมาณสูง” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ผู้อำนวยการจะต้องวางระบบการทำงานอย่างเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์จนถึงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้มีการทำงานที่เชื่อมต่อกัน จะต้องประสานด้วยตนเองเมื่อได้รับรายงานว่ามีปัญหาในระดับท้องถิ่นเพื่อร่วมการพูดคุยกับนายกเทศบาล ทีมงานและ

ส่งต่อข้อมูลพร้อมกับเสนอแนะแนวทางว่าควรจะทำอะไร มีปัญหาอุปสรรคอะไร อะไรที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสนับสนุน เพราะถ้าผู้บริหารลงไปประสานด้วยตนเองก็จะทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“ผู้บริหารจะต้องทำงานร่วมกับชุมชน ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือได้ในด้านงบประมาณหรือการพึ่งพาอาศัยกัน โรงพยาบาลจะต้องให้การสนับสนุนด้านอัตราค่าจ้างและการออกหน่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับการเมืองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ต้องได้พูดคุยกับแกนนำด้านสุขภาพ ประชาชนอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านที่มีการจัดประชุมร่วมกัน” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 30 พฤษภาคม 2559)

เป็นการพัฒนาระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เริ่มจากโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีประสานการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรภายในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาชน นำกลยุทธ์ที่ได้จัดทำไว้มากำหนดระบบการทำงานทั้งเชิงรับระดับ โรงพยาบาลศูนย์และระดับโรงพยาบาลทั่วไปมุ่งเน้นกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิเพื่อให้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ระดับโรงพยาบาลชุมชนจะมุ่งเน้นกลุ่มเวชศาสตร์ป้องกันระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย ระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้ครอบคลุมทั้งเขตชุมชนเมืองที่มีความเป็นอยู่อย่างแออัด มีการสะสมของขยะและสิ่งปฏิกูลซึ่งเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรค เขตอุตสาหกรรมซึ่งมีแรงงานต่างชาติดูอาจจะนำโรคระบาดที่เคयरักษาหายขาดกลับมาเป็นซ้ำและเขตท่องเที่ยวที่มีนักท่องเที่ยวจากหลายประเทศและอาจจะนำเชื้อโรคเข้ามาแพร่กระจาย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน ทั้งยังส่งผลให้เสียโอกาสทางการค้าและสูญเสียรายได้จำนวนมากในภาคธุรกิจการอุตสาหกรรมและธุรกิจการท่องเที่ยว

2.6 ด้านบุคลากร: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มบุคลากรด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การพัฒนาคนและระบบเป็นสิ่งที่จะต้องสนับสนุน อยากจะให้มีการพัฒนาออกไปในเชิงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการส่งเสริมป้องกันโรคมกกว่าเพราะหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพที่ดีจริง ๆ อยากจะให้ประชาชนไม่เจ็บไม่ป่วยมากกว่า จึงอยากเห็นความจริงจังในเรื่องนี้และให้ความสำคัญกับน้อง ๆ ที่ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้เขามีความพร้อมทำงานในชุมชนทั้งในด้านคนเงินของทำให้ในโรงพยาบาลได้รู้สึกว่าเป็นเรื่องดีเป็นเรื่องน่าทำและใช้เงินน้อยเกิด

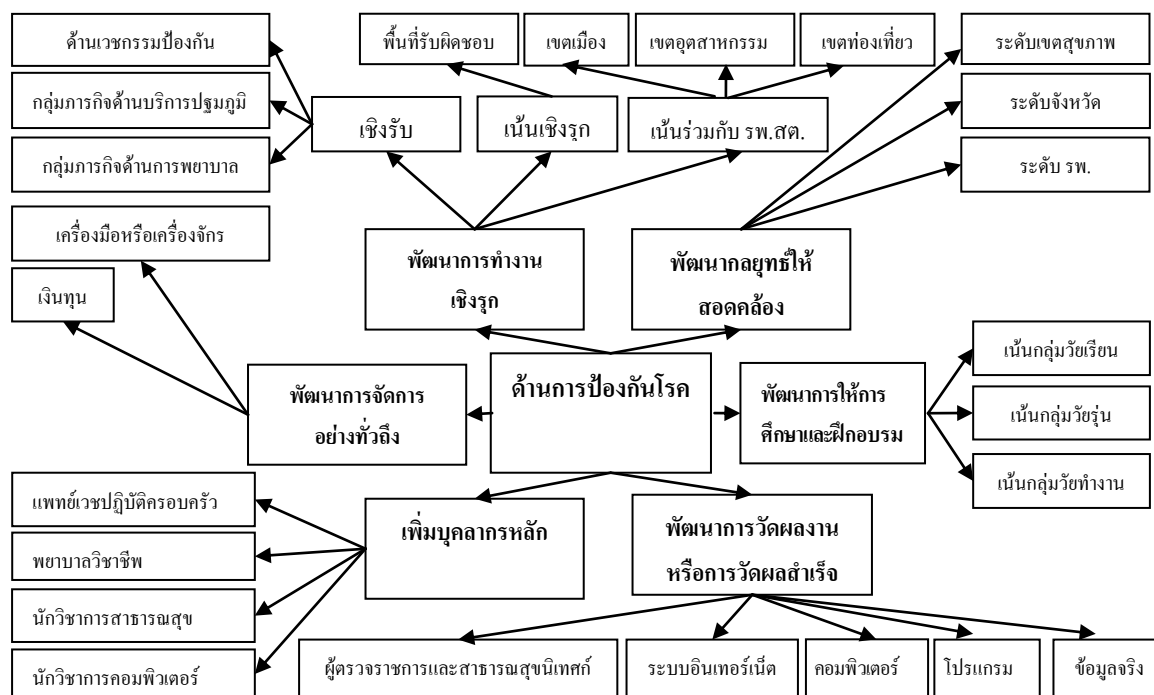
ผลสัมฤทธิ์ตามที่กระทรวงได้มุ่งหวัง” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“จะต้องปรับปรุงระเบียบให้มีความสามารถที่จะตอบสนองบุคลากรได้ในอัตราที่เหมาะสม เทียบเคียงกับเอกชนให้ได้ใกล้เคียงกัน อย่างน้อยไม่หนีจากเอกชนมาก ถ้าจ่ายค่าตอบแทนได้ไม่เท่าขององค์กรต้องมีระบบการกำหนดอัตราสวัสดิการ การตอบแทนเพื่อให้บุคลากรคงอยู่กับองค์กร ทบทุนปริมาณงานและค่าตอบแทนเพื่อให้จ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง ถ้ามีการทำงานเกินกำหนดจะต้องให้กำลังใจเพิ่ม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นรักษาคณิศมีความสามารถไว้ในองค์กร” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ง, สัมภาษณ์, 15 กุมภาพันธ์ 2559)

“การสร้างขวัญกำลังใจต่อผู้ปฏิบัติงานเป็นบทบาทเด่นของผู้บริหารเพราะว่าผู้บริหารไม่สามารถทำงานทุกอย่างด้วยตนเองได้ แต่เป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ทำทุกอย่างให้ประสบความสำเร็จได้ ฉะนั้นผู้บริหารจะต้องกลับมาคิดว่าทำอะไรจะทำให้เขาทำงานได้สำเร็จ ต้องกลับไปดูและสร้างขวัญกำลังใจ เน้นหัวหน้างานที่มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการทำงานงานให้สำเร็จและมีความใกล้ชิดกับผู้ปฏิบัติงานที่สุด” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

เป็นการเพิ่มบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีจะร่วมนำเสนอปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ อาทิ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขหรือสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขาดแคลนบุคลากร อาทิ การเคลื่อนย้ายของประชากรจำนวนมากนำไปสู่การขยายตัวอย่างรวดเร็วของเขตชุมชนเมืองการขยายตัวของเขตอุตสาหกรรมและการเพิ่มขึ้นของเขตท่องเที่ยว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน จากสังคมชนบทก้าวสู่การเป็นสังคมเมือง ประชากรในภาพรวมทั้งจังหวัดเพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ ประชากรเคลื่อนย้าย ประชากรแฝง แรงงานต่างด้าว นักเดินทางและนักท่องเที่ยว มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อจากต่างประเทศที่มากับผู้เดินทาง ผ่านช่องทางคมนาคม เช่น สนามบินอู่ตะเภา ท่าเรือขนส่งสินค้าท่าเรือบริการนักท่องเที่ยวและชุมชนชาวเรือทางบกจากการเปิดบริการสถานีขนส่งทางบก รถตู้เอกชน และรถโดยสารประจำทาง นอกจากนี้ควรจะเสนอให้มีการทบทวนความเหมาะสมเกี่ยวกับการจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-14 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2560

3. การรักษา

3.1 ด้านเงินทุน

3.1.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มเงินทุนสนับสนุนด้านการรักษาจากกระทรวงสาธารณสุขสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปรับปรุงสิทธิเป็นแบบร่วมจ่ายตามความเหมาะสม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“นโยบายสามสิบบาทสวนกระแสกับนโยบายการสร้างนำซ่อม เพราะนโยบายให้ประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่าย เมื่อเจ็บป่วยนิดหน่อยแทนที่จะดูแลตนเองแต่ก็มาโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่มีงานหนักก็รู้สึกเหนื่อย อ่อนล้าแล้วก็ลาออกเพราะคนไข้ล้น น่าจะปรับว่าสิทธิประโยชน์ถ้ามีกำลังจ่ายก็ควรจ่ายไม่ใช่ว่าจนก็ได้เท่ากันหมด ถ้าเสียเงินจะทำให้ตระหนักว่าต้องดูแลสุขภาพตนเอง

เพราะจริง ๆ เราอยากให้ประชาชนดูแลตนเอง อยากให้มีการพัฒนาตรงนี้ เพื่อเขาดูแลตนเองได้จะดูแลครอบครัวได้แล้วเขาจะสุขภาพดี” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ควรเป็นระบบประกันสุขภาพแบบร่วมจ่ายจริง ๆ แต่ไม่ได้หมายความว่าต้องจ่ายทั้งหมดอาจจะคิดเป็นกึ่งเปอร์เซ็นต์ อาจจะคล้ายการใช้บัตรแบบเดมที่น่าจะยั่งยืนและไม่เป็นภาระต่อประเทศ ทุกวันนี้ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายตรงนี้เยอะมาก แต่ถ้าจะให้ประชาชนร่วมจ่ายเยอะเกินไปก็ไม่ดี อาจจะมีเพดานว่ามีค่ารักษาที่เปอร์เซ็นต์และไม่เกินเท่าไร เพราะจะทำให้ประชาชนครอบครัวไม่แบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลประมาณจากบัตรประกันสุขภาพควรแยกเงินเดือนออกจากค่าดำเนินการ ทุกวันนี้บัตรประกันสุขภาพจ่ายค่ารายหัวสามพันกว่าบาทต่อคน ทำให้ประชากรเข้าใจผิดว่าเขาได้รับทั้งหมด แต่ในความเป็นจริงแบ่งเป็นเงินเดือนประมาณครึ่งหนึ่ง ฉะนั้นเงินที่มาถึงเขาประมาณพันกว่าบาทต่อคน การกระจายงบประมาณจึงไม่เพียงพอ” (หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“กระทรวงสาธารณสุขได้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณนี้จะผูกมัดทั้งเงินเดือนข้าราชการกับค่ารักษาพยาบาลของประชาชน ถ้าบริหารเงินไม่ดีและไม่มีการรับ ถ้าการบริหารผิดพลาดหน่วยงานก็ลำบาก เพราะผู้รับบริการใช้สิทธิแต่ไม่มีการจ่ายเงิน จึงต้องมีระบบการเบิกจ่ายและเรียกเก็บอย่างมีประสิทธิภาพ” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

เป็นการพัฒนาแนวทางเพิ่มเงินทุนสนับสนุนด้านการรักษาและปรับปรุงสิทธิเป็นแบบร่วมจ่าย โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอปัญหาเกี่ยวกับจำนวนค่าใช้จ่าย เงินทุนทุนที่ได้รับการสนับสนุนตามจริง เช่น การได้รับเงินสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แนวโน้มภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนเงินทุนต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมทั้งประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและกรมต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ อาทิ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงแรงงานและกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หน่วยงานภาคเอกชน อาทิ โรงพยาบาลภาคเอกชน คลินิก สถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม ภาคมูลนิธิ สมาคม ภาคประชาชน อาทิ จิตอาสาและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในวิเคราะห์และเสนอแนวทางการสนับสนุนเงินทุนอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ควรจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการกำหนดสิทธิสุขภาพของประชาชนที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งส่งผลให้ประชาชนให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพลดลง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยแม้เพียงเล็กน้อยจะมารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย ต้องการรักษากับแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญมี ต้องการได้รับยาที่มีคุณภาพราคาแพง มีพฤติกรรมพึงพิงระบบบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลภาครัฐ มีความคาดหวังต่อมาตรฐานการรักษาเทียบเท่ากับภาคเอกชน เมื่อไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะมีการร้องเรียนหรือฟ้องร้องเป็นคดีความ

3.1.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะต้องตั้งมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ผู้บริหารจะต้องทำงานร่วมกับชุมชน ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือได้ในด้านงบประมาณหรือการพึ่งพาอาศัยกัน โรงพยาบาลจะต้องให้การสนับสนุนด้านอัตราค่าจ้างและการออกหน่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับการเมืองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ต้องได้พูดคุยกับแกนนำด้านสุขภาพ ประธานอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านที่มีการจัดประชุมร่วมกัน” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 30 พฤษภาคม 2559)

“จังหวัดชลบุรีมีเขตอุตสาหกรรมในบางแห่ง มีโรงงานอุตสาหกรรมอยู่ในหลายพื้นที่หลายอำเภอ เพราะฉะนั้นนอกจากจะเสนอให้มีกองทุนสุขภาพเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม เมื่อมีสารเคมีรั่วไหลในชุมชนประชาชนได้รับการเจ็บป่วยต้องใช้งบประมาณของรัฐ ซึ่งจริง ๆ ต่างประเทศจะมีกฎหมายว่าใครเป็นผู้ทำให้เสียหายต้องรับผิดชอบ กองทุนเพื่อสิ่งแวดล้อมในพระราชบัญญัติคุ้มครองสิ่งแวดล้อมเงินกองทุนเก็บมาเพื่อเยียวยาสิ่งแวดล้อม แต่ไม่มีสำหรับคน ดังนั้นในเขตอุตสาหกรรมน่าจะต้องมีกองทุนในลักษณะนี้ (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“สาธารณสุขเป็นเรื่องของคนทุกคนเพราะฉะนั้นอยากเห็นการทำงานร่วมกันในลักษณะเป็นภาคีหรือสมัชชาร่วมกันอย่างเข้มแข็งและโดยเฉพาะการพัฒนาสาธารณสุขเขตเมืองเขตอุตสาหกรรม เขตท่องเที่ยวซึ่งชลบุรีมีลักษณะเป็นเมืองที่มีเขตเศรษฐกิจพิเศษ” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

เป็นการพัฒนาแนวทางการก่อตั้งมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งกรมต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขควรจะประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ อาทิ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงแรงงานและกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ภาคเอกชน อาทิ โรงพยาบาล ภาคเอกชน คลินิก สถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม มูลนิธิ สมาคม ภาคประชาชน อาทิ จิตอาสาและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมรับทราบปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการประกอบกิจการและภาระค่าใช้จ่ายที่มีสาเหตุมาจากผลกระทบจากสถานประกอบการหรือโรงงาน อุตสาหกรรม รวมทั้งร่วมเป็นสมาชิกก่อตั้งมูลนิธิให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบหรือให้การเยียวยาตามความเหมาะสม

3.1.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะต้องมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับประชาชนทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนจะแนะนำให้ทุกหน่วยงานทุกสถานบริการแม้แต่ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ควรจะมีกองทุนหรือมูลนิธิที่มาจากความร่วมมือของประชาชนและก็ท้องถิ่นหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดเข้ามามีส่วนช่วยในการดูแลประชาชน ซึ่งลักษณะความร่วมมือแบบนี้สามารถหาได้ทุกที่ในประเทศไทย องค์การภายนอกเขาจะมีความสำคัญและเก่งมาก ไม่ว่าจะเป็นท้องถิ่น ทบพลี เอกชน พ่อค้าพร้อมที่จะมาช่วย การทำงานแบบนี้เป็นการเสริมความเข้มแข็งของระบบอีกทางหนึ่งคือ เสริมความเข้มแข็งการสร้างความร่วมมือและบางทีก็เลยไปถึงการให้ความช่วยเหลือ กองทุนการศึกษาผลิตบุคลากรที่ได้หมด ซึ่งถ้าผู้บริหารที่เห็นช่องทางและอยู่นานหน่อยก็จะสามารถเพิ่มเติมตรงนี้ได้ เราจะลงไปหาความร่วมมือซึ่งทุกระดับต้องมีความร่วมมือแบบนี้อยู่แล้วเพียงแต่จะเพิ่มความเข้มแข็งได้อย่างไร” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

“ผู้บริหารจะต้องมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือได้ในด้านงบประมาณหรือการพึ่งพาอาศัยกัน ต้องมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับการเมืองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำด้านสุขภาพ อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 30 พฤษภาคม 2559)

เป็นการก่อตั้งมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับผู้ป่วย แรงงานหรือ นักท่องเที่ยวที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งกรมต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ควรจะประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ หน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วม รับทราบปัญหาสุขภาพและภาระค่าบริการและการรักษาของผู้ป่วย แรงงานหรือนักท่องเที่ยวที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ตามจริง

เพราะจังหวัดชลบุรีมีประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้าออกอยู่ตลอดเวลาทั้งประชาชน จากต่างจังหวัด ชาวต่างชาติที่เป็นแรงงานต่างด้าว นักท่องเที่ยว นักธุรกิจและประชากรแฝงในพื้นที่ต่าง ๆ บางรายไม่มีหลักประกันสุขภาพหรือเป็นมีการลงทะเบียนนอกพื้นที่ที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ นอกจากนี้โรงพยาบาลภาครัฐต้องรับภาระจากค่าบริการรักษาทั้งประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายได้ ค่าบริการที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากกองทุนประกันสุขภาพได้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายบางส่วนที่เรียกเก็บไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนด ทำให้สูญเสียงบประมาณและเกิดภาวะขาดแคลนเงินทุนสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านอื่น ๆ

3.2 ด้านการจัดการ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเครื่องมือสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพทั่วทั้งจังหวัด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ระบบบริการตามแผนบริการสุขภาพหรือ Service plan มีความเหมาะสมกับการให้บริการในปัจจุบัน เป็นแบบที่ช่วยน้องและทุกวันนี้โรงพยาบาลชลบุรีก็เกิดความแออัดมาก จะต้องทำงานกันเป็นทีมการจะมีการส่งต่อไปรักษาและส่งกลับนำคนไข้กลับมาดูแลตามศักยภาพจะช่วยโรงพยาบาลเล็กที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางได้” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในระบบการส่งต่อ อาจจะต้องพัฒนาการใช้โปรแกรม Thai refer เพื่อสร้างข้อมูลต้นทางให้ปลายทางรับทราบ ซึ่งปัจจุบันยังไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ รวมทั้งการตอบกลับปลายทางสู่ต้นทางเมื่อรักษาเสร็จสิ้น ว่าสุดท้ายเป็นอะไร อะไรที่ดูแลปรับปรุง ข้อมูลสะท้อนกลับยังไม่มี อาจจะมีข้อตกลงระดับผู้บริหาร ไม่ถึงผู้ปฏิบัติหรือเข้าใจไม่ตรงกันทำให้เกิดปัญหาการส่งต่อระดับผู้ปฏิบัติงานจริงรับรู้ไม่ตรงกันทำอย่างไรที่จะสามารถส่งต่อและสื่อไปถึงในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ว่าถ้ามีเรื่องโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง โรคไต โรคตับ เขาควรทำอย่างไรกับผู้รับบริการในพื้นที่ของเขตและก็เหมือนกับทำเป็นแนวทางหรือที่สามารถบูรณาการในแต่ละเรื่องได้” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จ, สัมภาษณ์, 13 มิถุนายน 2559)

“ระบบบริการส่งต่อจะมีที่ระดับจังหวัดที่ทำแผนพัฒนา Service plan ในแต่ละสาขา และพยายามพัฒนาศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาลว่าควรจะทำอะไรได้บ้าง ถ้ามีการส่งต่อจะต้องเตรียมอะไรกับคนไข้ให้เรียบร้อย ซึ่งมีศูนย์การส่งต่อในโรงพยาบาลชลบุรี ใช้ระบบ Thai refer

ในการช่วยส่งข้อมูลให้ครบถ้วนรวดเร็ว ถ้าอินเทอร์เน็ตเกินศักยภาพก็จะส่งไปโรงพยาบาลชลบุรีที่เป็นแม่ข่าย บางที่จะส่งโรงพยาบาลพนัส บ้านบึงเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลชลบุรี”

(ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

เป็นการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพตามแผนบริการสุขภาพหรือ Service plan ที่แบ่งระดับการให้บริการด้านการรักษาของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขออกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ให้มีเครื่องมือติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย เช่น โทรศัพท์ เครื่องส่งเอกสาร ระบบอินเทอร์เน็ตหรือโปรแกรมสำหรับส่งข้อมูลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาอย่างเชื่อมโยงและครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปประจำอำเภอมียานพาหนะ เครื่องมือทางการแพทย์สำหรับส่งต่อครบถ้วน เมื่อประชาชนมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือซับซ้อนสามารถส่งต่อเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัยและทันเวลา เป็นระบบที่มีความเชื่อมโยงสามารถส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปรักษาและส่งกลับดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลต้นทางหรือที่บ้านได้ เป็นระบบที่มีมาตรฐานสามารถประสานความร่วมมือจากทุกระดับ มีที่ตั้งของศูนย์การทำงานและกำหนดทีมงานรับผิดชอบอย่างชัดเจน มีการฝึกอบรมทักษะตามมาตรฐาน สนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์อย่างเพียงพอ บุคลากรมีความก้าวหน้าทางสายอาชีพและได้รับการคุ้มครองความปลอดภัย

3.3 ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยเข้าถึงการรักษามีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงทั่วทั้งจังหวัดดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ระบบการส่งต่อจะต้องพัฒนาการใช้โปรแกรม Thai refer เวลาส่งต่อข้อมูลไปให้ปลายทางยังได้ไม่ครบถ้วนทั้งหมด การตอบกลับมาหาต้นทางที่อยากทราบว่าสุดท้ายแล้วเป็นอะไรหรือว่าต้องปรับปรุงอะไร บางทีข้อมูลสะท้อนกลับยังไม่มี ฉะนั้นอาจจะต้องตกลงระดับผู้บริหารสื่อสารไปถึงผู้ปฏิบัติให้เข้าใจตรงกันหรือปฏิบัติตามข้อตกลงจะทำให้ลดปัญหาในการส่งต่อ”

(ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ต้องพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสารระบบและพัฒนาให้เอื้อต่อการทำงาน จะช่วยให้ทำงานได้ง่ายขึ้น ต้องมีผู้รับรู้จริงช่วยในการแก้ไขปัญหาาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มีความแตกต่างของเจ้าหน้าที่บางโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่รุ่นเก่าๆ ไม่รู้จะต้องมีการพัฒนา” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 6 กุมภาพันธ์ 2559)

“ควรสรรหาผู้มีความรู้และให้มีตำแหน่งนักเทคโนโลยีสารสนเทศประจำโรงพยาบาล เพราะจะได้ใช้ระบบสารสนเทศ เขียนโปรแกรม เก็บข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลให้สามารถส่งต่อถึงกันได้ภายในโรงพยาบาล ทั้งเครือข่าย จังหวัด ระดับเขตจนถึงระดับกระทรวง” (ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2559)

“ระดับเครือข่ายที่มีปัญหามากที่สุดคือระบบข้อมูล ตอนนี้ต้องการใช้ข้อมูล 43 แฟ้มจากหน้างาน มาใช้ในการวางแผนงานและประเมินผลงานซึ่งแต่ละโรงพยาบาลยังทำได้ไม่เหมือนกันและเป็นข้อมูลที่ยังใช้ไม่ได้ โดยเฉพาะข้อมูลด้านประชากรที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณที่ผิดพลาด บุคลากรต้องเก็บข้อมูลใหม่มีการทำงานที่ซ้ำซ้อนและยังคงต้องแก้ไขต่อไป” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ญ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

เป็นการพัฒนาแนวทางการจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดต่อสื่อสารและการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรมต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ อาทิ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ ภาคเอกชน อาทิ โรงพยาบาลภาคเอกชนและภาคประชาชน อาทิ มูลนิธิและสมาคมควรจะให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ คอมพิวเตอร์ โปรแกรมระบบอินเทอร์เน็ต มาตรฐานข้อมูลและนักวิชาการสาธารณสุข สำหรับการติดต่อสื่อสารเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงทั่วทั้งจังหวัด

เพราะจำเป็นจะต้องมีการประสานงาน การส่งต่อข้อมูลประวัติผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วน รวดเร็ว มีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วทุกพื้นที่ของจังหวัด ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจะต้องมีขั้นตอนการใช้งานไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถใช้ร่วมกันได้ทั้งโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดอื่น ๆ ทุกระดับ รวมทั้งมีการจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลที่ได้มาตรฐาน สามารถวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคปัจจัยแห่งความสำเร็จเพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานและกำหนดตัวชี้วัดได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การแก้ไขปัญหาด้านการรักษาให้ดียิ่งขึ้นและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งจังหวัด

3.4 ด้านทักษะ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมกำหนดแนวทางการพัฒนาทักษะเฉพาะทางสำหรับบุคลากรแพทย์ พยาบาลและสาขาวิชาชีพอื่น ๆ อย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงทั่วทั้งจังหวัดดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“ทุกที่มีปัญหาสุขภาพและโรงพยาบาลแต่ละที่มีศักยภาพไม่เท่ากัน สิ่งที่เป็นตัวกำหนดศักยภาพของโรงพยาบาลและศักยภาพของโรงพยาบาลคือแพทย์ ถ้ามีแพทย์เฉพาะทางจะมีการเตรียมอาคารสถานที่ เครื่องมือและทีมงานรองรับให้เกิดการทำงาน แต่ถ้ามีการย้ายของแพทย์

เฉพาะทางศักยภาพของโรงพยาบาลก็จะลดลง แพทย์จึงเป็นเหมือนตัวกำหนดศักยภาพ ดังนั้นการกำหนดจัดสรรอัตรากำลังแพทย์เป็นสิ่งสำคัญนอกจากนี้คำตอบแทน ภาระงานและการสร้างความผูกพันให้แพทย์อยู่กับ โรงพยาบาล ได้มีผลอย่างมากของการคงอยู่ของแพทย์” (นายแพทย์ โรงพยาบาล ณ, สัมภาษณ์, 12 พฤษภาคม 2559)

“ถ้าคนพอจะดีขึ้นไม่ว่าจะเป็นพยาบาลและหมอการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายก็เป็นไม่ได้เพราะขาดแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การขอทุนก็ต้องสอดคล้องกับ Service plan จะให้เป็นแม่ข่ายแต่ไม่มีทุนให้ศึกษาเฉพาะทางมีแต่สถานที่แต่ไม่มีคน ถ้าเป็นไปได้ควรจะกำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลในพื้นที่กระจายความเชี่ยวชาญให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาในภาพรวมพัฒนาความเชี่ยวชาญให้เกิดการกระจายอย่างเหมาะสมกับปัญหาและความโดดเด่น” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ณ, สัมภาษณ์, 12 พฤษภาคม 2559)

“การรักษาเดี๋ยวนี้โรงพยาบาลชุมชนจะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง เราบริหารจัดการต้องพึ่งพาโรงพยาบาลใหญ่เป็นหลัก แต่ถึงไม่มีเราก็พยายามหาแพทย์เฉพาะทางมาดูแลประชาชนในชุมชนเดือนละครั้งเพื่ออำนวยความสะดวกและให้คนไข้ได้รับประโยชน์ว่าต้องพึ่งพาการรักษาเฉพาะทางหรือไม่ประชาชนเองก็เกิดความเชื่อมั่นศรัทธา” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ณ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“การพัฒนาศักยภาพบุคลากรต้องมีการปรับให้กระจายอย่างทั่วถึง บุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลควรจะเป็นข้าราชการเพราะปัจจุบันเป็นลูกจ้างชั่วคราว พอไม่ได้เป็นข้าราชการก็ออกไปอยู่เอกชนหมด เพราะภาระงานหนักมากและไม่มีควมก้าวหน้าพยาบาลจึงไหลออกนอกระบบมาก ไม่สามารถธำรงรักษาไว้ในระบบได้” (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ณ, สัมภาษณ์, 12 พฤษภาคม 2559)

“ควรพัฒนาทักษะแพทย์เฉพาะทาง เพราะทุกที่มีปัญหาสุขภาพและโรงพยาบาลแต่ละที่มีศักยภาพไม่เท่ากัน สิ่งที่เป็นตัวกำหนดศักยภาพของโรงพยาบาลคือแพทย์ ถ้าโรงพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางจะมีการส่งต่อน้อยลง แต่ถ้ามีการย้ายของแพทย์เฉพาะทางศักยภาพของโรงพยาบาลก็จะลดลง” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ณ, สัมภาษณ์, 14 กรกฎาคม 2559)

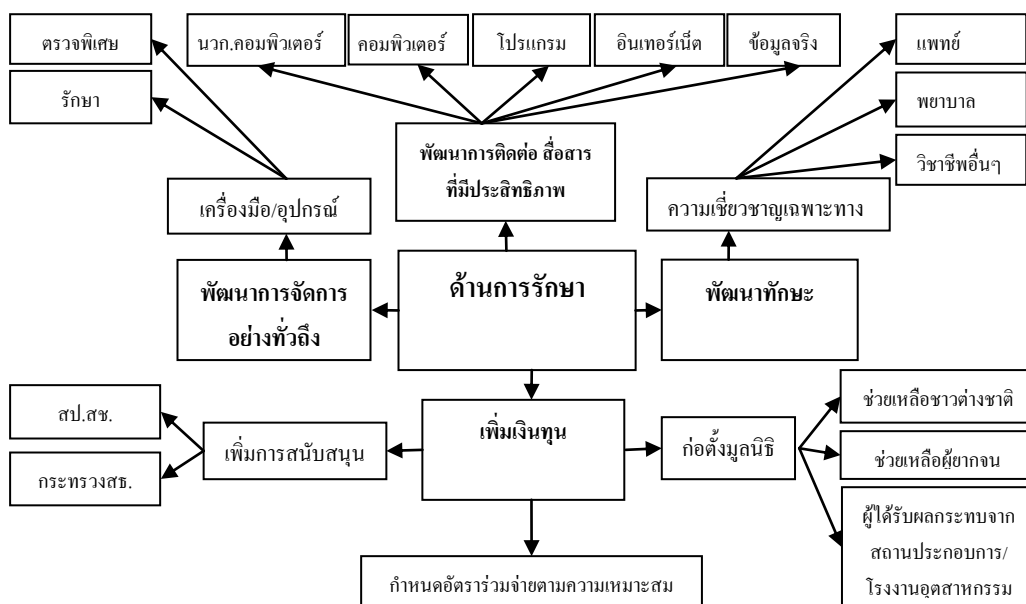
“ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขปรับบทบาทและมีโรงพยาบาลเป็นระดับลงมา ถ้าเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีจะเน้นความเป็นผู้เชี่ยวชาญเป็นการรักษาที่ซับซ้อนตติยภูมิ มีศูนย์ผ่าตัดหัวใจ รักษา มะเร็ง ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ เป็นลักษณะการผ่าตัดที่ซับซ้อน ฉะนั้นก็จะมีความสมบูรณ์ แต่ก็ไม่ได้ถึงการส่งเสริม ป้องกัน ฟันฟู” (ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

เป็นการกำหนดแนวทางการสนับสนุนทุนการศึกษาเพิ่มพูนทักษะด้านการรักษาเฉพาะทางสำหรับบุคลากรแพทย์ พยาบาลและสาขาวิชาชีพอื่น ๆ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและกรมต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวง

สาธารณสุขหน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ มูลนิธิและสมาคมภาคประชาชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางสนับสนุนทุนการศึกษาเพิ่มพูนทักษะด้านการรักษาเฉพาะทางอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง

เพราะปัจจุบันประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่มีความซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น อาทิ โรคมาเรียม โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคระบาดที่มากับนักท่องเที่ยวหรือนักเดินทาง รวมทั้งอุบัติเหตุที่มาจากความเจริญของการพัฒนาเส้นทางคมนาคมทำให้ผู้ใช้รถใช้ถนนเกิดอุบัติเหตุและที่มีการบาดเจ็บที่รุนแรง แต่เนื่องจากโรงพยาบาลประจำอำเภอไม่ได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาอย่างทั่วถึงจึงยังคงขาดแคลนแพทย์ที่มีทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการรักษา จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด หากมีการจัดสรรทุนการศึกษาและกระจายอัตรากำลังแพทย์พยาบาลหรือบุคลากรที่มีทักษะอย่างทั่วถึงและเหมาะสมทั่วทั้งจังหวัดจะสามารถช่วยลดปัญหาการรักษาและการส่งต่อได้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-15 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2560

4. การฟื้นฟูสภาพ

4.1 ด้านการจัดการ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการบุคลากร เงินทุนและเครื่องมือด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเพียงพอ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“การตั้งรับโดยการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการใช้เงินที่มากและใช้ทรัพยากรสูง ขณะที่ประเทศมีรายได้ปานกลางเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันสุขภาพให้มาก ทุ่มทรัพยากรให้มากเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเจ็บป่วยเพราะปัจจุบันมีโรคเรื้อรังมาก ถ้าดูแลตรงต้นน้ำดี กลางน้ำและปลายน้ำจะได้ไม่เยอะเพราะจะใช้งบประมาณมาก คิดว่าถ้าจะสร้างระบบของประเทศไทยขณะนี้ต้องไปทำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง (หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ก, สัมภาษณ์, 14 มิถุนายน 2559)

“ต้องเน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับแต่ก็มีการกระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาลและมีความแตกต่างกันมากระหว่างโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีแต่คนอยากเข้าไป ต้องสนับสนุนทั้งหมดทั้งคน เงิน ของ พัฒนาต้องลงข้างล่างเยอะจะใช้แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่นักวิชาการที่มีอยู่น้อยต้องดูแลทั้งพื้นที่ ยังไงก็ทำได้แต่งานนโยบาย เพราะคนมีน้อยแต่งานเขามีมากเฉพาะเข้าประชุมก็หมดไปแล้ว ถ้าเรานั้นคนลงไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะได้ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ถ้าเน้นตรงนี้คือคนไข้จะไม่เยอะ และต้องดูในลักษณะภาพใหญ่ ๆ เพราะบางที่ช่องว่างระหว่างหน่วยต่าง ๆ ฉะนั้นดูภาพใหญ่แล้วก็จุดที่มันเป็นช่องว่างที่จะเข้าไปบริหารจัดการอย่างไรต่อเชื่อมหรือเรื่องของการสนับสนุนในเชิงการบริหารไม่ว่าจะเป็นงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้บุคลากรที่พอเพียงหรือเหมาะสม เครื่องไม้เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้อะไรต่าง ๆ เหล่านี้ก็จะเป็นส่วนที่บทบาทผู้บริหารต้องดู” (หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ข, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

“ผู้บริหารตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทั่วไปจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด ควรจะมีการสร้างกองทุนหรือมูลนิธิที่มาจากความร่วมมือของประชาชนและท้องถิ่น คหบดี เอกชนและพ่อค้าหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดเข้ามามีส่วนช่วยในการดูแลประชาชน” (นายแพทย์หน่วยงาน ก, สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2559)

เป็นการพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือหรือเครื่องจากด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลภาครัฐทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในกระทรวงอื่น ๆ รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคประชาชน อาทิ จิตอาสา มูลนิธิ สมาคมและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง

จัดการบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์และสาขาวิชาชีพอื่น ๆ การจัดการเงินทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานหรือจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ การจัดการเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอสำหรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่นอนพักในโรงพยาบาลหรืองานการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้มารับบริการที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งการปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการทุกกลุ่มวัยและผู้ป่วยหลังการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน

ช่วยลดปัญหาความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวนมาก สนับสนุนให้สามารถติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังการรักษาที่ส่งกลับบ้านและสนับสนุนการยืมเครื่องมืออุปกรณ์ได้ตามความเหมาะสมประกอบกับช่วยลดปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมอวัยวะในผู้สูงอายุซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุนำไปสู่ความพิการ ทั้งนี้การจัดการทรัพยากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องตรงตามความต้องการ ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนทั่วทั้งจังหวัด

4.2 ด้านบุคลากร: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอตามที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า

“จะต้องปรับปรุงระเบียบให้มีความสามารถที่จะตอบแทนบุคลากรได้ในอัตราที่เหมาะสม เทียบเคียงกับเอกชนให้ได้ใกล้เคียงกัน อย่างน้อยไม่น้อยจากเอกชนมาก ถ้าจ่ายค่าตอบแทนไม่ได้ไม่เท่าเขาองค์กรต้องมีระบบการกำหนดอัตราสวัสดิการ การตอบแทนเพื่อให้บุคลากรคงอยู่กับองค์กร ทบทวนปริมาณงานและค่าตอบแทนเพื่อให้จ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง ถ้ามีการทำงานเกินกำหนดจะต้องให้กำลังใจเพิ่ม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นรักษาคณบดีมีความสามารถไว้ในองค์กร” (หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ช, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

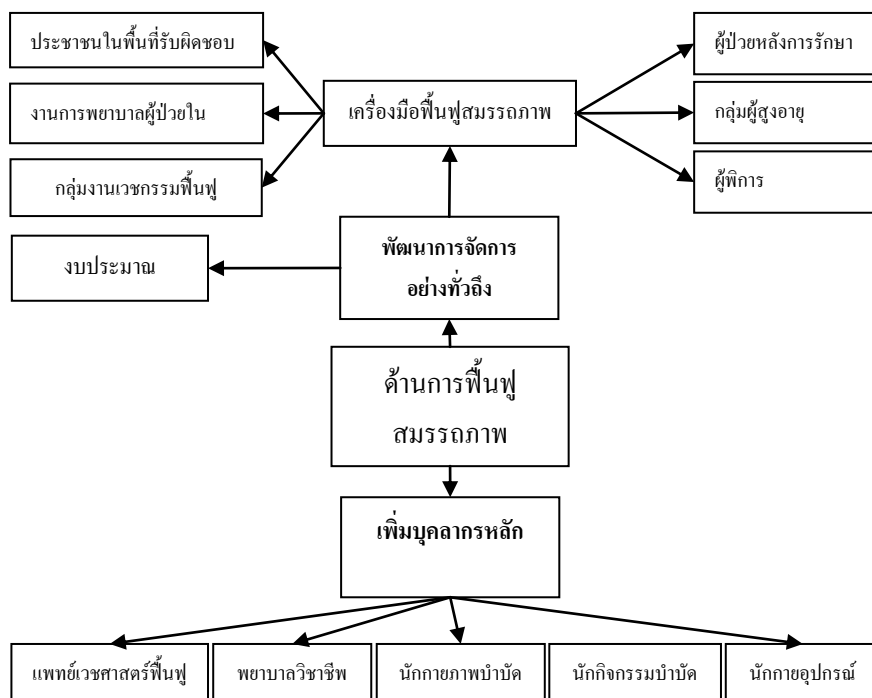
“ผู้สูงอายุคนติดบ้านติดเตียง เราจะแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นติดเตียง ติดบ้าน ติดสังคม คนที่ติดบ้านติดเตียงต้องดูแล ออกไปเยี่ยมบ้าน ออกไปเป็นสหวิชาชีพ มีนักกายภาพออกไปทำและต้องทำหลายหน ทำเป็นทีม ต้องออกเยี่ยมช่วงเย็นเพราะคนดูแลจะอยู่ช่วงเย็นจึงต้องเน้นการดูแลเชิงรุกมากขึ้นไม่เหมือนเมื่อก่อนที่ตั้งรับอย่างเดียว” (หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ฉ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2559)

เป็นการเพิ่มบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เริ่มจากโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีร่วมนำเสนอปัญหาต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เช่น การขาดแคลนบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ อาทิจ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์หรือสาขาวิชาชีพอื่น ๆ สาเหตุที่ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนบุคลากร เช่น การไม่บรรจุบุคคลเข้ารับราชการเพิ่ม บุคลากรลาออกจากความเหนื่อยล้า ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น

ขาดความก้าวหน้าในวิชาชีพและการเกิดความเหลื่อมล้ำเกี่ยวกับเงินเดือนหรือค่าตอบแทน
ขาดโอกาสได้รับการศึกษาฝึกอบรมความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

เพื่อพิจารณาเพิ่มบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงาน ทบทวนความเหมาะสมเกี่ยวกับการจัดสรรบุคลากรทั้งปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้เพียงพอต่อการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งผู้ป่วยที่รับไว้ในงานการพยาบาลผู้ป่วยในและกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหลังการรักษาและผู้พิการทุกกลุ่มวัย ในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างครอบคลุมทั่วทั้งจังหวัด ปัญหาดังกล่าวจะพบมากในโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลนบุคลากรแพทย์ พยาบาลประจำและนักกายภาพบำบัด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 4-16 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลรัฐ
ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2560

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่า มีระบบบริหารที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนดังนี้

1. ด้านเงินทุน

1.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มเงินทุนสนับสนุนด้านการรักษาจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปรับปรุงสิทธิเป็นแบบร่วมจ่ายตามความเหมาะสม

1.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะก่อตั้งมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม

1.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะต้องมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับประชาชนทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้

2. ด้านการจัดการ

2.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

2.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

2.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเครื่องมือสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพทั่วทั้งจังหวัด

2.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการบุคลากร เงินทุนและเครื่องมือด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเพียงพอ

3. ด้านการให้การศึกษาศึกษาและฝึกอบรม

3.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาศึกษาและการฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย มุ่งเน้นกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน

3.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาศึกษาและการฝึกอบรมด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อสำหรับ

ประชาชนมุ่งเน้นกลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน

4. ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

4.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดต่อสื่อสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

4.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษามีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงทั่วทั้งจังหวัด

5. ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการวัดผลงานหรือผลสำเร็จด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ

6. ด้านกลยุทธ์

6.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมประสานความร่วมมือจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

6.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อดระดับโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

7. ด้านระบบการทำงาน

7.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

8. ด้านบุคลากร

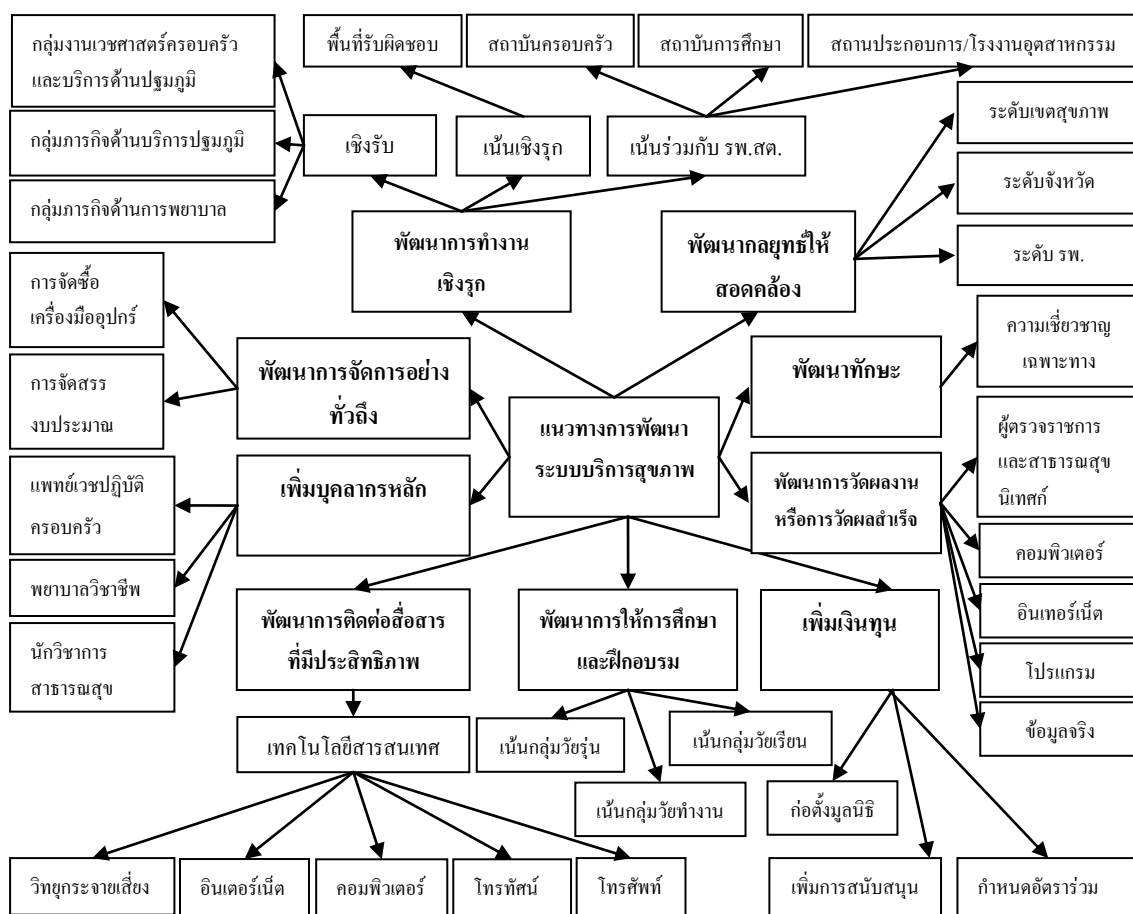
8.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมเสนอให้เพิ่มบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอ

8.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมเสนอให้เพิ่มบุคลากรด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอ

8.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอ

9. ด้านทักษะ: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมกำหนดแนวทางการพัฒนาทักษะเฉพาะทางสำหรับบุคลากรแพทย์ พยาบาลและสาขาวิชาชีพอื่น ๆ อย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงทั่วทั้งจังหวัด

สามารถแสดงภาพรวมแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีได้ดังนี้



ภาพที่ 4-17 ภาพรวมแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2560

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ ศึกษาปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ และเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำร่ว วารสาร เอกสารวิชาการ บทความรายงานการวิจัย เอกสารทางราชการ ข้อบัญญัติและกฎหมาย รวมทั้งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ข้อมูลการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ ผู้บริหารของสำนักตรวจราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการหรือตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 12 แห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ รวมทั้งหมด 43 คน โดยสามารถนำเสนอตามลำดับดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1.1.1 กฎหมายและสิทธิเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ: รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้ประชาชนชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและรัฐจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม

1.1.2 กฎหมายและการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ: รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และ รัฐธรรมนูญแห่ง

ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้รัฐบาลต้องจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาลทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและจิตใจเข้มแข็ง

1.1.3 กฎหมายและความหมายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ: พระราชบัญญัติสุขภาพพ.ศ.2550พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กล่าวถึงความหมายของระบบบริการสุขภาพว่าหมายถึง การบริการทางการแพทย์ประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 4 มิติหลัก ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน

1.1.4 นโยบายของรัฐบาลกับระบบบริการสุขภาพ: นโยบายของรัฐบาลตั้งแต่สมัยนายกรัฐมนตรีพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร จนถึง รัฐบาลสมัย พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา กำหนดนโยบายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เพิ่มคุณภาพระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปฏิรูประบบบริหารจัดการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพครบวงจร และสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง

1.1.5 แผนบริหารราชการแผ่นดินกับระบบบริการสุขภาพ: แผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2548-2551 จนถึงแผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2555-2558 กำหนดเป้าประสงค์การดำเนินงานโดยภาพรวมมุ่งเน้นให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพอย่างครอบคลุมสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้อย่างไม่เป็นอุปสรรคนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ในทุกมิติ

1.1.6 กรอบยุทธศาสตร์ชาติกับระบบบริการสุขภาพ: กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพและบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพพัฒนาการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายที่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันและส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ อันจะนำไปสู่ความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม

1.1.7 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 จนถึงว่า แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการการปฏิรูประบบสุขภาพ สร้างความเชื่อมโยงบทบาทครอบครัว สถาบันศาสนาและสถาบันการศึกษาพัฒนาประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งทางร่างกายและจิตใจนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชนสังคมไทย

1.1.8 แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุขกับระบบบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ การพัฒนาบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขและระบบสุขภาพยั่งยืน

1.1.9 แผนพัฒนาสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 จนถึง แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพ สร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก สนับสนุนการมีส่วนร่วมระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมสร้างภาคีเครือข่ายการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพลดอัตราป่วย อัตราเสียชีวิตนำสู่สังคมสุขภาวะที่ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี

1.1.10 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นให้หน่วยบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ มีระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการไร้รอยต่อสนับสนุนการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด สามารถรองรับปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จระดับพื้นที่

1.1.11 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดชลบุรีกับระบบบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดชลบุรี กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย การจัดการภัยสุขภาพ การจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ และการบริหารระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว และลดอัตราการเสียชีวิต

1.1.12 หน่วยงานและอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนา นโยบายและแผนสุขภาพ การบริหารจัดการแผนงาน บุคลากรและงบประมาณกำกับดูแลงานสาธารณสุขในพื้นที่พัฒนาคุณภาพด้านสุขภาพและงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

1.1.13 โครงสร้างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.1.13.1 โครงสร้างราชการส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข: กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 กำหนดให้กองตรวจราชการซึ่งมีสำนักตรวจและประเมินผล ดำเนินการติดตาม ตรวจสอบรายงาน

ผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานและตรวจสอบการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัด
กระทรวงกระทรวงสาธารณสุข

1.1.13.2 โครงสร้างราชการส่วนภูมิภาคสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 กำหนดให้สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ประสานงานเกี่ยวกับงาน ประเมินผลและสนับสนุน
การปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด สามารถนำเสนอในภาพรวมได้ดังนี้

1.1.14 ระดับสถานบริการและการบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์
และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิสามารถให้การบริการ
สุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟู
สมรรถภาพสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนหรือสิ้นสุดการรักษาที่หอผู้ป่วยใน

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของ
โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1.2.1 ด้านเงินทุน โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการใช้
เงินทุนสนับสนุนด้านการรักษามากกว่าด้านอื่น ๆ

1.2.2 ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการ
สุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร
ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ
ประชาชนทุกกลุ่มวัยตามมาตรฐานบริการสุขภาพศึกษา

1.2.3 ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ

1.2.3.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการ
ดำเนินงานเกี่ยวกับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการสร้างเสริมสุขภาพและได้รับการ
นิเทศจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 อย่างต่อเนื่อง

1.2.3.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการ
ดำเนินงานเกี่ยวกับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการป้องกันโรคและได้รับการนิเทศจาก
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 อย่างต่อเนื่อง

1.2.4 ด้านการทำงานเป็นทีม

1.2.4.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงาน
เป็นทีมด้านการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างสหวิชาชีพจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัด

กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน

1.2.4.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีมด้านการป้องกันโรคระหว่างสหวิชาชีพของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน

1.2.4.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีมด้านการรักษาระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร สหวิชาชีพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.2.4.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างแพทย์ นักกายภาพบำบัดและสหวิชาชีพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชน

1.2.5 ด้านกลยุทธ์

1.2.5.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพและแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบ

1.2.5.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคอย่างสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบ

1.2.5.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการรักษาตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบ

1.2.5.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบ

1.2.6 ด้านโครงสร้าง

1.2.6.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1.2.6.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1.2.6.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการรักษาอย่างชัดเจนทั้งระดับโรงพยาบาลศูนย์ระดับโรงพยาบาลทั่วไปและระดับโรงพยาบาลชุมชน

1.2.6.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1.2.7 ด้านระบบการทำงาน

1.2.7.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2.7.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2.7.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการรักษาเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2.7.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการรักษาที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ

1.2.7.5 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีศูนย์ประสานงานและระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.2.7.6 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2.8 ด้านทักษะ

1.2.8.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีกำหนดให้โรงพยาบาลชลบุรี เป็นสถานที่ฝึกทักษะด้านการรักษาสำหรับบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ

1.2.8.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการพัฒนาทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ

2. ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐ สามารถสรุปผลได้ดังนี้

2.1 ด้านเงินทุน โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาที่เพิ่มขึ้น ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้อย่างครบถ้วนและได้รับเงินทุนสนับสนุนไม่เพียงพอ

2.2 ด้านเครื่องมือหรือเครื่องจักร

2.2.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนเครื่องมือด้านการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในโรงพยาบาลและในพื้นที่รับผิดชอบ

2.2.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนเครื่องมือหรือเครื่องจักรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2.3 ด้านการจัดการ

2.3.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.3.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการบุคลากรแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาและจำนวนประชากรที่แท้จริง

2.4 ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม

2.4.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยกลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน

2.4.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบ

2.4.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมเชิงรุกด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบ

2.4.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างทั่วถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป

2.4.5 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2.5 ด้านการทำงานเป็นทีม: โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมด้านการป้องกันโรคระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน

2.6 ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2.6.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารแนวทางการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.6.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสนับสนุนการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย

2.6.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงด้านการรักษา

2.7 ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ

2.7.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลสำหรับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้ตรงตามความเป็นจริงและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้

2.7.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการรักษาให้ตรงตามความเป็นจริง

2.8 ด้านโครงสร้าง

2.8.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ

2.8.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการรักษาอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ

2.8.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างอัตรากำลังด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ

2.9 ด้านระบบการทำงาน

2.9.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรับในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.9.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลภาคเอกชน

2.10 ด้านบุคลากร

2.10.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับระบบการทำงานเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.10.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรแพทย์ พยาบาลและเภสัชที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาและจำนวนประชากรที่แท้จริงในพื้นที่รับผิดชอบ

2.10.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับระบบการทำงานเชิงรับในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.11 ด้านทักษะ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรแพทย์ที่มีทักษะความเชี่ยวชาญด้านการรักษาเฉพาะทางสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและระดับโรงพยาบาลชุมชน

3. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ โรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน สามารถสรุปผลได้ดังนี้

3.1 ด้านเงินทุน

3.1.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มเงินทุนสนับสนุนด้านการรักษาจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปรับปรุงสิทธิเป็นแบบร่วมจ่ายตามความเหมาะสม

3.1.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะก่อตั้งมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม

3.1.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะต้องมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับประชาชนทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้

3.2 ด้านการจัดการ

3.2.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

3.2.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

3.2.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเครื่องมือสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพทั่วทั้งจังหวัด

3.2.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการบุคลากร เงินทุนและเครื่องมือด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเพียงพอ

3.3 ด้านการให้การศึกษาศึกษาและฝึกอบรม

3.3.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาและการฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย มุ่งเน้นกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน

3.3.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาและการฝึกอบรมด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนมุ่งเน้นกลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน

3.4 ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

3.4.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดต่อสื่อสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

3.4.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษามีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงทั่วทั้งจังหวัด

3.5 ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการวัดผลงานหรือผลสำเร็จด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ

3.6 ด้านกลยุทธ์

3.6.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรประสานความร่วมมือจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

3.6.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อระดับโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

3.7 ด้านระบบการทำงาน

3.7.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.7.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.8 ด้านบุคลากร

3.8.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอ

3.8.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มบุคลากรด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอ

3.8.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอ

3.9 ด้านทักษะ โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมกำหนดแนวทางการพัฒนาทักษะเฉพาะทางสำหรับบุคลากรแพทย์ พยาบาลและสาขาวิชาชีพอื่น ๆ อย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงทั่วทั้งจังหวัด

อภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1.1 กฎหมายและสิทธิเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์กฎหมายและสิทธิเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพพบว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้ประชาชนชนชาวไทยทั้งชายและหญิง ผู้ยากไร้ เด็ก เยาวชน มารดาในช่วงระหว่างการคลอดผู้ที่มีอายุเกินหกสิบปี ผู้พิการหรือผู้ด้อยโอกาส มีสิทธิได้รับการบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่ กฎหมายบัญญัติและจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชน มีส่วนร่วม สอดคล้องกับแนวคิดของจริยาวัตร คมพักษณ์ และวนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย (2554, หน้า 10) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ต้องมีความเสมอภาคในการเข้าถึงการได้รับและการจ่ายมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและคุ้มครองผู้บริโภค โปร่งใส ตรวจสอบได้และพึงพาตนเองได้ นอกจากนี้ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 28) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพ

จะต้องเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและมีความต่อเนื่องเป็นกระบวนการ จัดบริการที่มุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประชาชนได้รับบริการหลักที่จำเป็นด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยเสมอภาค

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรจะพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน โดยเพิ่มการสนับสนุนการพัฒนากระบวนการสุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนของรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดชลบุรีให้ผ่านการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เพราะระบบบริการสุขภาพที่สามารถเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพได้ ระบบบริการสุขภาพที่มีความเท่าเทียม ไม่เพียงเฉพาะการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้เท่านั้น แต่จะต้องมีมาตรฐานผ่านการรับรองคุณภาพจึงจะเป็นระบบบริการที่มีประสิทธิภาพสามารถลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเสมอภาคให้กับประชาชนได้อย่างแท้จริง

1.2 กฎหมายและการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์กฎหมายและการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ พบว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้รัฐบาลจะต้องดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและสนับสนุนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนจัดระบบการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับครอบครัวเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง สอดคล้องกับแนวคิดของ สุรจิต สุนทรธรรม และพงพิสุทธิ จงอุดมสุข (2555, หน้า 280) กล่าวว่า ระบบบริการสาธารณสุขมีเป้าหมายในการจัดให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ มาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ขึ้นกับทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละประเทศ หรือแต่ละพื้นที่ การจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่ดีนั้นขึ้นกับการมีทรัพยากรหลักที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและความตั้งใจ เครื่องมือ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอ การทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายมีความครอบคลุมและเท่าเทียมขึ้นอยู่กับกลยุทธ์การจัดการทรัพยากรการบริหารจัดการ บริการและการทำให้มีแรงจูงใจหรือผลตอบแทนที่เหมาะสมทั้งกับบุคลากรสาธารณสุขและ ผู้ใช้บริการนอกจากนี้ อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542, หน้า 10-11) กล่าวว่า โดยเจตนารมณ์ของ รัฐธรรมนูญให้ความสำคัญกับความเสมอภาค (Equity) หมายถึง การที่ประชาชนได้รับการสุขภาพตามความจำเป็น (Need) ด้านสุขภาพอนามัย โดยเสียค่าใช้จ่ายตามความสามารถที่จ่าย (Ability to pay) โดยไม่มีปัจจัยอื่น ๆ มาเป็นอุปสรรค ส่วนความเสมอภาคในการได้รับข้อมูล

ข่าวสารทางด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแนวโน้มในอนาคตการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในการดูแลศักยภาพของตนเองและสามารถเลือกใช้บริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งที่ไม่หลีกเลี่ยงไม่ได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรจะทำกลยุทธ์การพัฒนาบริการสุขภาพที่มาจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนประสานการมีส่วนร่วมระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและภาคการเมือง เพื่อจัดทำกลยุทธ์การพัฒนาบริการสุขภาพรวมทั้งร่วมวิเคราะห์แนวทางการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของประชาชนทรัพยากรหลักที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ เครื่องมืออุปกรณ์ราคาแพงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนการสร้างแรงจูงใจหรือผลตอบแทนที่เหมาะสมกับรวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ต่างๆอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ให้สามารถเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพในระยะยาว ก่อให้เกิดผลประโยชน์ทางสุขภาพต่อประชาชนอย่างแท้จริง

1.3 กฎหมายและความหมายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์กฎหมายและความหมายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพพบว่า พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กล่าวถึงความหมายของระบบบริการสุขภาพว่า หมายถึง การบริการทางการแพทย์ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติสำคัญ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนสอดคล้องกับแนวคิดของจิริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย (2554, หน้า 10) กล่าวว่า ระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ (Health service system) หรือระบบบริการสาธารณสุข เป็นระบบบริการต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการควบคุมคุ้มครองโรคหรือความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นแบบผสมผสานหรือแบบเฉพาะด้านเฉพาะเรื่องนอกจากนี้ สุรจิต สุนทรธรรม และพงพิสุทธิ์ จังอุดมสุข (2555, หน้า 279) กล่าวว่า การบริการสาธารณสุขเป็นบริการทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งที่เป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มประชากร รวมทั้งการดำเนินการกับปัจจัยอื่นที่มีผลต่อสุขภาพ ทั้งที่สถานพยาบาล ที่บ้าน ที่สถานประกอบการและในชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่า ควรจะเพิ่มการพัฒนาบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การคุ้มครองผู้บริโภค

และการส่งต่อผู้ป่วยให้มากยิ่งขึ้นเพราะพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบสร้างนำซ่อม จะต้องให้ความสำคัญต่อการพัฒนาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในประชากรทุกกลุ่มวัยจากผลิตภัณฑ์ อาทิ เครื่องสำอาง อาหารเสริม ยาลดความอ้วนเพื่อลดอันตรายจากการอุปและบริโภคบริโภคควบคู่ไปกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย เพื่อลดการเจ็บป่วยที่ทำให้มีค่ารักษาเพิ่มมากขึ้นสนับสนุนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดำเนินการควบคู่ไปกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเช่น การใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ปลอดภัยจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการนำเข้ายาจากต่างประเทศ

1.4 นโยบายของรัฐบาลกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์นโยบายของรัฐบาลกับระบบบริการสุขภาพ พบว่า นโยบายของรัฐบาลตั้งแต่สมัยนายกรัฐมนตรีนพคุณ พินิจพิทักษ์ ชินวัตร จนถึง รัฐบาลสมัย พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา กำหนดนโยบายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ ปฏิรูประบบบริหารจัดการ พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ สร้างความเชื่อมโยงในทุกระดับและสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงสอดคล้องกับแนวคิดของ จริยวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา ครุฑฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า การกำกับนโยบายสาธารณสุขของประเทศ รัฐบาลในแต่ละยุคแต่ละสมัยจะเป็นผู้กำหนดและแถลงนโยบายในการบริหารประเทศ โดยที่นโยบายการสาธารณสุขของประเทศนายกรัฐมนตรีนพคุณ พินิจพิทักษ์ ว่าเป็นผู้รับผิดชอบและประสานงานกับกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องให้สามารถดำเนินการตามนโยบายที่กำหนด ทั้งนี้ นอกจากนโยบายของรัฐบาลแล้วปัจจุบันมีแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นแผนที่มีการกำหนดทิศทางของการพัฒนาการสาธารณสุขไว้แผนละ 5 ปี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการดำเนินการจัดทำร่วมกับสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและหน่วยงานวิชาชีพทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและบุคลากรหลายวิชาชีพ ซึ่งการกำหนดนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศจะผนวกในขั้นตอนการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า โรงพยาบาลรัฐควรพัฒนาประสิทธิภาพความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพเป็นการปรับเพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ของประชาชน ปรับปรุงข้อระเบียบให้สามารถใช้ได้อย่างสะดวกทั่วประเทศ สามารถคุ้มครองอย่างครอบคลุมทั้งประชาชนชาวไทยและชาวต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยแยกบัญชีการจ่ายระหว่างค่าจ้างเงินเดือนและค่าบริการสุขภาพ ปรับปรุงสิทธิเป็นร่วมจ่ายตามความเหมาะสม ปรับเปลี่ยนระเบียบการเรียกเก็บให้มีความสะดวกมีความยืดหยุ่นสามารถเรียกเก็บได้ครบถ้วนตามจริงเพราะถึงแม้ประชาชนจะได้รับสิทธิตามหลักประกันสุขภาพ แต่ถ้าไม่สามารถใช้ได้อย่าสะดวก ต้อง

ประสานงานกับต้นสังกัดเพื่อขอเอกสารการส่งต่อทุกครั้ง ประชาชนอาจจะไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่ปลอดภัยได้ทันตามเวลา นอกจากนี้หลักประกันสุขภาพจะต้องมีความทั่วถึงประชาชนที่มีความยากจน

1.5 แผนบริหารราชการแผ่นดินกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์แผนบริหารราชการแผ่นดินกับระบบบริการสุขภาพ พบว่าแผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2548-2551 จนถึง แผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2555-2558 มีการเปลี่ยนแปลงจากประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาคคนและสังคมที่มีคุณภาพ มาเป็นนโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต โดยภาพรวมมุ่งเน้นให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพอย่างครอบคลุม สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพมาตรฐาน ได้อย่างไม่เป็นอุปสรรคเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์สอดคล้องกับแนวคิดของจริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่าการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพไทยอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาล มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่ละช่วงเวลา กระทรวงสาธารณสุขในฐานะองค์กรหลักด้านสุขภาพของประเทศจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อจัดบริการภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน แบ่งเป็นการสาธารณสุขมูลฐาน การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและการบริการเฉพาะโรค เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) และจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นนโยบายหนึ่งของรัฐบาลไทยที่ระดมศักยภาพของทุกภาคส่วนให้ร่วมใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อให้คนไทยมีความแข็งแรงในทุกสภาวะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐควรจะพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างไม่เป็นอุปสรรคตั้งแต่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง 5 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอยู่ทุกตำบล 117 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปที่มีอยู่ทุกอำเภอ 10 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลบางละมุง จนถึงโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลชลบุรี (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2559, หน้า 1) ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาและมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยเป็นไปตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยต้องสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างสะดวก ถ้าเป็นโรคที่มีความซับซ้อนต้องสามารถส่งต่อเข้ารับการรักษาระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเพื่อพบแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคอย่างทันเวลาและปลอดภัย

1.6 กรอบยุทธศาสตร์ชาติกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี กับระบบบริการสุขภาพ พบว่า กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพสำหรับ 5 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มวัยเด็กตั้งแต่แรกเกิด (0-5 ปี) ให้มีพัฒนาการที่สมวัยในทุกด้าน กลุ่มวัยเรียน (5-14 ปี) และกลุ่มวัยรุ่น (15-21 ปี) ให้มีทักษะการเรียนรู้และทักษะชีวิต กลุ่มวัยแรงงาน (15-59 ปี) มีการพัฒนายกระดับสมรรถนะฝีมือแรงงาน กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ให้มีการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและประสบการณ์สอดคล้องกับแนวคิดของทศนาบุญทอง (2542, หน้า 22) กล่าวถึง ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ว่า จะต้องเป็นระบบที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ต้องให้ประชาชนเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของตนเอง สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีความรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง สนับสนุนให้ประชาชนเกิดวัฒนธรรมใหม่ทางด้านสุขภาพโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครมากกว่าการรักษาพยาบาลคือหลักการสำคัญสำหรับบริการสุขภาพในอนาคต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรจะพัฒนาแนวทางการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัยเพราะการสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลความรู้สุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึงจะช่วยให้ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องการสื่อสารข้อมูลภัยสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ประชาชนเข้าถึงได้ เช่น โทรศัพท์มือถือ (Mobile phone) แอปพลิเคชันไลน์ (Application line) เฟสบุ๊ก (Face book) ระบบอินเทอร์เน็ต การถ่ายทอดผ่านโทรทัศน์ จะช่วยให้ประชาชนรู้เท่าทันและเตรียมตัวรับมือกับภัยคุกคามได้ เป็นการสนับสนุนให้ประชาชนมีการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลสุขภาพจนเป็นเครือข่ายสุขภาพออนไลน์เข้าถึงได้ทั้งเขตอุตสาหกรรม เขตเมือง เขตท่องเที่ยวที่เข้าถึงได้ยาก

1.7 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับระบบบริการสุขภาพ พบว่า แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 จนถึงว่า แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการวางรากฐานการพัฒนาปฏิรูประบบสุขภาพเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและเครือข่ายชุมชน สนับสนุนการมีบทบาทจากระดับครอบครัว สถาบันศาสนาและสถาบันการศึกษา เพื่อเสริมสร้างบริการสุขภาพอย่างสมดุล รวมทั้งทางกาย ใจ สติปัญญา อารมณ์ คุณธรรมและจริยธรรม นำไปสู่

การมีสุขภาพที่ดีสอดคล้องกับแนวคิดของ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 22) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีลักษณะเป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ โดยการจัดให้มีสถานบริการหลายระดับ ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้แต่ละระดับสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่ายโดยระบบส่งต่อ (Referral system) ตามลำดับนอกจากนี้ สุรจิต สุนทรธรรม และพงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2555, หน้า 280) กล่าวว่า ระบบบริการสาธารณสุขมีเป้าหมายในการจัดให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพทั้งนี้ขึ้นกับทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละประเทศหรือแต่ละพื้นที่ การจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่ดีนั้นขึ้นกับการมีทรัพยากรหลักที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและความตั้งใจ เครื่องมือ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอการทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายความครอบคลุมและเท่าเทียมขึ้นกับกลยุทธ์การจัดการทรัพยากร การบริหารจัดการบริการและการทำให้มีแรงจูงใจหรือผลตอบแทนที่เหมาะสมทั้งกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้ใช้บริการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรสร้างภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพระดับชุมชน กำหนดให้โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอเป็นแกนหลัก สร้างภาคีเครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถาบันการศึกษา วัด สถานบริการชุมชน หน่วยงานภาครัฐ องค์กรบริหารส่วนตำบล องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล เมืองพัทยา หน่วยงานภาคเอกชน ภาคประชาชน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข มูลนิธิต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย ขยายภาคีเครือข่ายครอบคลุมทั้งพื้นที่ทั้งเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรมและเขตท่องเที่ยว เพื่อช่วยเหลือระหว่างกันจนเป็นเครือข่ายชุมชนผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจากระดับครอบครัว

1.8 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุขกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุขพบว่า กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศบุคลากรเป็นเลิศและบริหารจัดการเป็นเลิศเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนสอดคล้องกับแนวคิดของทศนา บุญทอง (2542, หน้า 23) กล่าวถึง ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ว่า จะต้องเป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องระบบบริการสุขภาพที่ดีจะต้องอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่

ถูกต้องและทันสมัย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและสามารถนำความรู้ที่พัฒนามาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรจะสนับสนุนการพัฒนาความเป็นเลิศของบุคลากรด้านการรักษา พิจารณาการจัดสรรทุนการศึกษา สร้างโอกาสการฝึกอบรมหรือการศึกษาต่อเพื่อเพิ่มพูนทักษะความเชี่ยวชาญในระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปของแต่ละอำเภอทั้ง 11 แห่ง เพื่อมีการพัฒนาองค์ความรู้ใน 3 สาขาโรคหลักหรือ 13 สาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศและเป็นปัญหาสำคัญของแต่ละอำเภอ สามารถนำความรู้มาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนในแต่ละอำเภอได้ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดความเสี่ยงระหว่างการเดินทางรวมทั้งลดการเสียชีวิตจากโรงพยาบาลปลายทางไม่สามารถรองรับได้

1.9 แผนพัฒนาสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์แผนพัฒนาสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ พบว่า แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 จนถึง แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 กำหนดแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการสร้างระบบบริการสุขภาพเชิงรุก สร้างระบบสุขภาพพอเพียง สร้างหลักประกันการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างไม่มีอุปสรรค มีระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ นำสู่สังคมสุขภาวะที่ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีสอดคล้องกับแนวคิดของ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 31) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรจะเป็นระบบบริการแบบบูรณาการจะต้องปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม ในลักษณะสหวิทยาการที่มีการประสานงานในแนวราบมากกว่าแนวตั้ง บุคลากรแต่ละวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานอย่างมีอิสระ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพเป็นพื้นฐานและเป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งและไม่ใช่การตั้งรับผู้รับบริการอยู่แต่เพียงภายในสถานบริการและการส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นภายในสถานบริการดังที่เคยปฏิบัติในอดีตไม่ประสบความสำเร็จด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ การมีนโยบายเชิงรุกโดยเข้าไปให้บริการประชาชนในชุมชน โดยบุคลากรสุขภาพ ให้บริการอย่างผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการเข้าใกล้ผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในชุมชนมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรจะพัฒนาระบบบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก เป็นระบบบริการที่เกิดจากการประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาครัฐภายในจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย เพื่อร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การจัดสรรบุคลากรสุขภาพที่เป็นทีมสหวิชาชีพเข้าไปให้บริการเชิงบูรณาการทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย เป็นโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการทั่วทั้งจังหวัด

1.10 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ พบว่าแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นให้หน่วยบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ มีระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย มีใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด สามารถรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ซับซ้อนดูแลประชาชนได้ เบ็ดเสร็จระดับพื้นที่สอดคล้องกับแนวคิดของ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 22-24) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีลักษณะเป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ โดยการจัดให้มีสถานบริการหลายระดับ ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้แต่ละระดับสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่ายโดยระบบส่งต่อตามลำดับการจัดให้มีสถานบริการเป็นลักษณะเครือข่ายเช่นนี้ จะช่วยให้มีการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม ลดความแออัดในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ดีและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปใช้บริการในโรงพยาบาลที่ให้บริการระดับตติยภูมิโดยไม่จำเป็น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการส่งผู้ป่วยอย่างเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทั่วทั้งจังหวัด เพราะโรงพยาบาลแต่ละระดับจะมีความหน้าที่ความรับผิดชอบด้านระบบบริการที่แตกต่างกัน บุคลากรมีเชี่ยวชาญแตกต่างกัน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จึงต้องมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการประสานงานอย่างเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายไว้รอยต่อ สนับสนุนการปฏิบัติงานของศูนย์ประสานการส่งต่อให้ส่งข้อมูลได้อย่างครบถ้วน สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ทันเวลา มีการพัฒนาโปรแกรม สัญญาณอินเทอร์เน็ตที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงได้

ทุกพื้นที่ภายในจังหวัด จัดซื้อเครื่องคอมพิวเตอร์ วิทยุสื่อสารที่มีคุณภาพสนับสนุนให้เกิดการใช้
ทรัพยากรด้านสาธารณสุขร่วมกันอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด ช่วยกระจายผู้ป่วยลดความแออัดใน
โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการรักษาได้อย่างเหมาะสม

1.11 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดชลบุรีกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดชลบุรี พบว่า แผน
ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดชลบุรี มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย สนับสนุนการร่ำ
เสริมสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อ พัฒนาระบบส่งต่อเข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้
ประชาชนมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว มีและลดอัตราการตายสอดคล้องกับแนวคิดของทัศนา บุญทอง
(2542, หน้า 32-33) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรจะเป็นระบบบริการที่เน้น
การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและ
การป้องกันการเจ็บป่วยเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งและไม่ใช่การตั้งรับผู้รับบริการอยู่แต่เพียงภายใน
สถานบริการและการส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นภายในสถานบริการดังที่เคยปฏิบัติในอดีตไม่ประสบ
ความสำเร็จด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ การมีนโยบายเชิงรุกโดยเข้าไปให้บริการประชาชนในชุมชน โดย
บุคลากรสุขภาพให้บริการอย่างผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การ
รักษาพยาบาลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ เป็นการเข้าถึงผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในชุมชน
มากขึ้น ทั้งยังเป็นโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
รวมทั้งเป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพที่ดีจะต้องอยู่
บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้อง
มีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและสามารถนำความรู้นั้น
มาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า ควรจะพัฒนา
แนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตมุ่งเน้นวัยผู้สูงอายุและผู้พิการ เนื่องจากที่มีความบกพร่องใน
ความสามารถที่จะดูแลตนเองกลุ่มสตรีและวัยทารก กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มวัยทำงาน
มีความสามารถที่จะเรียนรู้และดูแลตนเองได้ เป็นกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงแต่กลุ่ม
วัยผู้สูงอายุ มักจะมีโรคประจำตัว มีความเสื่อมของร่างกาย ผู้พิการบางรายไม่สามารถช่วยเหลือ
ตนเองได้ ต้องอยู่บ้านคนเดียวไม่มีญาติดูแล เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จะต้องให้บริการเชิงรุกเพื่อ
ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สนับสนุนการส่งต่ออย่างปลอดภัยเมื่อจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาล กรณีที่มีภาวะฉุกเฉินสามารถสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์และพาหนะ เช่น เรือเร็ว
เฮลิคอปเตอร์ เพื่อส่งต่อจากพื้นที่ห่างไกล ทะเลหรือเกาะ ให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพของ
โรงพยาบาลได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

1.12 หน่วยงานและอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์หน่วยงานและอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพพบว่า สำนักงานปลัดกระทรวงเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพ การบริหารจัดการด้านแผนงาน คนและงบประมาณรวมทั้งกำกับดูแลและประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่และพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพและงานสาธารณสุขระหว่างประเทศสอดคล้องกับสอดคล้องกับแนวคิดของจริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย (2554, หน้า 11) กล่าวว่า การบริการสุขภาพแก่ประชาชนดำเนินการภายใต้ระบบและโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุข สำหรับประเทศไทยเป็นระบบบริหารจัดการที่มีรัฐเป็นหลักภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีแนวคิดตั้งแต่การจัดตั้งกรมสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2461 เพื่อต้องการให้มีการบริหารงานสาธารณสุขและกิจการที่เกี่ยวข้องเป็นเอกภาพของหน่วยงานเดียว ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวงกรม พ.ศ. 2545 มาตรา 42 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคร้าย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนและราชการอื่น ๆ ตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรจะพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการเงินทุนด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัดเพื่อให้สามารถสนับสนุนเงินทุนอย่างเพียงพอต่อการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขสามารถจัดสรรเงินทุนเพื่อให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน การจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพตามหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลแต่ละระดับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตลอดระยะเวลา 5 ปี จนถึงระยะ 20 ปี เป็นการแนวทางแบบมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม รวมทั้งกระทรวงมหาดไทย รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่อนำเงินทุนที่มีทั้งหมดมาจัดสรรอย่างเหมาะสม เพียงพอต่อการดำเนินงานและเกิดประโยชน์สูงสุด บรรลุวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพของชาติ

1.13 โครงสร้างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.13.1 โครงสร้างราชการส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข

ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 กำหนดให้กองตรวจราชการซึ่งมีสำนักตรวจและประเมินผล ดำเนินการติดตาม ตรวจสอบรายงาน ผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานและตรวจสอบการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงกระทรวงสาธารณสุขสอดคล้องกับสอดคล้องกับแนวคิดของ จริยาวัตร คมพักษณ์ และ วนิตา ครุรงค์ฤทธิชัย (2554, หน้า 12) กล่าวว่า การควบคุมกำกับงานด้านสาธารณสุขของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นแกนกลางในการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข เพื่อ การควบคุมการปฏิบัติงานของหน่วยบริการ การส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้หน่วยงานนั้นปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยสำหรับประชาชน นอกจากนี้ยัง กำหนดระบบการติดตามกำกับงาน โดยเฉพาะรายด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยประสาน ในการรายงานข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้มาซึ่งภาพรวมข้อมูลสาธารณสุขทั่วประเทศ ซึ่งภารกิจสำคัญเป็นความรับผิดชอบของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่แบ่งส่วนราชการ ออกเป็นราชการบริหารส่วนกลางและมอบหมายให้สำนักตรวจและประเมินผลเป็นผู้รับผิดชอบ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรจะร่วม กำหนดแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งในภาพรวมระดับจังหวัดและเฉพาะเจาะจงระดับ โรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเกิดการพัฒนาได้อย่างสอดคล้องกับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระดับ จังหวัด สามารถแก้ไขปัญหาที่มีความเฉพาะระดับ โรงพยาบาลที่อยู่ในแต่ละอำเภอ นอกจากนี้การ ตรวจและประเมินผลการดำเนินงาน การตรวจสอบความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุขมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนเป็นการเปิด โอกาสให้ หน่วยงานต่าง ๆ ได้ร่วมวิเคราะห์ กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและปรับปรุง ตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนยุทธศาสตร์ระดับเขตสุขภาพแผนยุทธศาสตร์ ระดับจังหวัด เป็นการเปิด โอกาสให้บุคลากร ผู้นำและผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับฟังแผน นโยบาย ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้บริหารระดับสูง สามารถนำมาสู่การปรับปรุงตัวชี้วัดให้มีความเหมาะสม บุคลากรมีขวัญและกำลังใจจากการได้รับข้อมูลจริง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอย่าง เพียงพอ ไม่มีทัศนคติว่าถูกทอดทิ้ง เกิดการพัฒนาโครงสร้างการปฏิบัติงานที่สอดคล้องแผนบริการ สุขภาพ (Service plan)

1.13.2 โครงสร้างราชการส่วนภูมิภาคสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ประสานงานเกี่ยวกับงาน ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด โดยมี

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลให้การบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปสอดคล้องกับแนวคิดของจริยาวัตร คมพักษณ์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2554, หน้า 31) กล่าวไว้ว่า ราชการบริหารส่วนภูมิภาค เป็นการบริหารงานสาธารณสุขโดยกำหนดให้มีหน่วยงานสาธารณสุขที่ขึ้นตรงต่อการบังคับบัญชาของผู้ว่าราชการจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การกำกับให้การให้การสนับสนุนทรัพยากรจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสนับสนุนด้านวิชาการจากกรมต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งส่วนราชการออกเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นหน่วยงานบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมีหน้าที่ในการให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค บริการส่งเสริมสุขภาพทั้งภายในหน่วยงานนอกหน่วยงานและหน่วยบริการต่าง ๆ ในจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียง โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ มีหน้าที่ในการให้บริการด้านการบริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิและเป็นการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการให้บริการตามระบบรับและส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรจะเป็นโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีแนวทางการปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ และมีความเฉพาะเจาะจงต่อสภาพปัญหาสุขภาพทั่วทุกพื้นที่ภายในจังหวัด ส่งเสริมการสนับสนุนด้านวิชาการจากกรมต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขสามารถบริหารจัดการจัดการทรัพยากรและบริหารจัดการได้อย่างเบ็ดเสร็จภายในจังหวัด เป็นแผนยุทธศาสตร์จากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน นำไปสู่การพัฒนาอย่างเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทราบถึงทรัพยากรที่มีทั้งหมดและนำมาจัดสรรได้อย่างเหมาะสม ทั่วถึงทุกพื้นที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงจากการขยายตัวของเขตชุมชนเมือง เขตเศรษฐกิจ เขตท่องเที่ยว เขตอุตสาหกรรมและพร้อมรับการเคลื่อนย้ายของประชาชนจากภายในประเทศและต่างประเทศ

1.14 ระดับสถานบริการและการบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ระดับสถานบริการและการบริการสุขภาพ พบว่า ระดับสถานบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นสถานบริการสุขภาพตติยภูมิ สามารถให้การบริการสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนหรือสิ้นสุดการรักษาที่หอผู้ป่วยใน

สอดคล้องกับแนวคิดของสุจริต สุนทรธรรมและ พงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2555) กล่าวว่า ระบบบริการทุติยภูมิ เป็นสถานพยาบาลที่ดูแลสุขภาพที่มีความซับซ้อนทางการแพทย์เพิ่มขึ้นกว่าบริการปฐมภูมิมีการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล แต่ก็ยังเน้นบริการเวชปฏิบัติทั่วไป สถานพยาบาลระดับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ที่ตั้งกระจายอยู่ทุกอำเภอทั่วประเทศส่วนระบบบริการทุติยภูมิเป็นสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการแพทย์ซับซ้อนเพิ่มขึ้น และเน้นบริการเฉพาะทางสาขาหลักต่าง ๆ สถานพยาบาลระดับนี้ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรจะสนับสนุนให้มีการเพิ่มบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชน จึงควรจะสนับสนุนให้มีอัตรากำลังเพียงพอ อาทิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกหรือสาขาวิชาชีพที่จำเป็นเตรียมบุคลากรสู่การพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยแก้ไขปัญหาค่าความแออัดในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จากการส่งต่อเป็นการสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่ยังไม่มีความพร้อมต่อการเป็นแม่ข่ายได้รับการพัฒนามาตรฐานการเข้าถึงการรักษาอย่างเบ็ดเสร็จภายในอำเภอเตรียมพร้อมบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางให้สามารถรองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลที่อยู่จังหวัดใกล้เคียงได้ในอนาคต

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 ด้านเงินทุน

โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการใช้เงินทุนสนับสนุนด้านการรักษามากกว่าด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของอารี วัลยะเสวี และคณะ (2542, หน้า 9-10) กล่าวว่า รัฐธรรมนูญให้ความสำคัญกับความเสมอภาค ในการได้รับบริการสาธารณสุข โดยมีเงื่อนไขว่าบริการดังกล่าวจะต้องมีคุณภาพ (Good quality) และมีประสิทธิภาพ (Efficiency) นอกจากนี้บริการดังกล่าวจะต้องจัดให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายกรณีที่เป็นการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายหรือบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ยากไร้ นอกจากนี้ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า การจัดสรรงบประมาณด้านการสาธารณสุขของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นกระทรวงที่มีสถานบริการที่ให้บริการประชาชนมากที่สุด ในส่วนการของงบประมาณ

ดำเนินงานในสถานบริการนั้นกระทรวงใดมีหน่วยงานบริการจะขอตั้งงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลตนเอง แต่ในส่วนงบประมาณตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ดำเนินการของงบประมาณและจัดสรรให้กับหน่วยบริการในสังกัดอื่น ๆ ตามจำนวนประชาชนที่มาใช้บริการ โดยคิดเฉลี่ยเป็นรายคนต่อปี วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ และคณะ (2555, หน้า 114) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพสาธารณสุขรัฐสิงคโปร์ การจ่ายเงินค่าบริการ (Provider payment) ให้ผู้บริการปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิจ่ายแบบ Free for service เช่นกัน โดยรัฐกำหนดอัตราค่าบริการ ซึ่งต่างกันในแต่ละระดับและรัฐจะมีเงินอุดหนุนในกรณีรายรับของโรงพยาบาลต่ำกว่าที่ตั้งไว้ โดยการชดเชยตามรายการ (Subvention piece rate) และอุดหนุนให้ถึงเพดาน (Revenue cap)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีจะเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มการสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาทั้งที่มาจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปรับปรุงสิทธิเป็นแบบร่วมจ่ายตามความเหมาะสมแยกบัญชีเบิกระหว่างค่าบริการกับค่าจ้างเงินเดือนบุคลากร ปรับปรุงระเบียบการเรียกให้มีความยืดหยุ่นและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพราะ โรงพยาบาลของภาครัฐต้องรับภาระจากจำนวนผู้มารับบริการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงและเรื้อรังต้องใช้ยาที่มีราคาแพง มีค่าใช้จ่ายจากวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย ตรวจโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ระยะเวลาอนพัคนาน ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาจำนวนมาก แต่ได้รับเงินทุนสนับสนุนตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2560 เป็นจำนวนเงิน 3,109.87 บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2 ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม

โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและประชาชนทุกกลุ่มวัยตามมาตรฐานบริการสุขภาพสอดคล้องกับแนวคิดของ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 33) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ควรจะเป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพที่ดีจะต้องอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและสามารถนำความรู้ที่พัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคมนอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (2556) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพมี

วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการควบคุมสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพกลยุทธ์และวิธีการต่าง ๆ ที่มีอยู่มุ่งเน้น โดยตรงที่การสร้างเสริมทักษะของบุคคลและการปรับเปลี่ยนบริบททางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมเพื่อบรรเทาผลกระทบต่อสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่า โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้เข้าไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งจังหวัดเพราะการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพควรจะเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน มีความเหมาะสมกับประชากรทุกกลุ่มวัย นำมาสู่การสื่อสารอย่างครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ของจังหวัด มุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้ที่มีความสำคัญและเฉพาะเจาะจง สำหรับประชากรแต่ละกลุ่มวัยเช่น กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการฝากครรภ์และการดูแลสุขภาพฟัน กลุ่มวัยเรียนให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และการดูแลสุขภาพฟัน กลุ่มวัยรุ่นให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันประทุษร้ายอาหารที่มี ประโยชน์และการดูแลสุขภาพฟัน กลุ่มวัยรุ่นให้ความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการป้องกันการ ตั้งครรภ์กลุ่มวัยทำงานให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานและการจราจร กลุ่มวัย ผู้สูงอายุ ให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและการดูแลสุขภาพจิตใจเนื่องจากกลุ่ม สตรีและเด็กปฐมวัยจะพบว่ามีปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าและฟันน้ำนมผุ กลุ่มวัยเรียนมีภาวะอ้วน น้ำหนักเกินและฟันแท้ผุ กลุ่มวัยรุ่นพบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม กลุ่มวัยทำงานพบการเกิด อุบัติเหตุจากการจราจร ส่วนกลุ่มวัยผู้สูงอายุและคนพิการจะพบปัญหาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและ สิ่งอำนวยความสะดวก

2.3 ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ

2.3.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการดำเนินงาน เกี่ยวกับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการสร้างเสริมสุขภาพและได้รับการนิเทศจาก ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 อย่างต่อเนื่องสอดคล้อง กับแนวคิดของวงศา เลาส์คิงส์ (2548, หน้า 167) กล่าวว่า การวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จต้อง มีการวัดเป็นระยะ ๆ และมีความเหมาะสม การจ่ายค่าแรง ค่าตอบแทนต้องมีความยุติธรรม โดยให้ สมาชิกทุกคนรับทราบ รวมถึงการวัดระดับความพึงพอใจของลูกค้า (Customer satisfaction index) เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพต่อไปนอกจากนี้ อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542, หน้า 3) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติหรือระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ (Ideal or desirable care system) ต้องให้ความสำคัญกับความคาดหวังของสังคม (Social expectation) มากกว่าความคาดหวังของแต่ละปัจเจกบุคคล (Individual) ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติอาจจะ เป็นเป้าหมายที่สามารถบรรลุถึง (Achievable goal) ได้หรือไม่ก็ได้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมกำหนดแนวทางการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จในสาขาโรคหลัก เพื่อนำข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์มาสู่การปรับปรุงตัวชี้วัดและการปฏิบัติงาน สามารถตอบสนองความต้องการด้านการรักษาเกี่ยวกับ สูดิ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและออร์โธปิดิกส์อย่างมีประสิทธิภาพในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งร่วมรับฟังแนวนโยบายและแผนยุทธศาสตร์นำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ 13 สาขา ได้แก่ 1. สาขาโรคหัวใจ 2. สาขาโรคมะเร็ง 3. สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4. สาขาทารกแรกเกิด 5. สาขาสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด 6. สาขาหลัก (สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและออร์โธปิดิกส์) 7. สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ 8. สาขาสุขภาพช่องปาก 9. สาขาทา 10. สาขาไต 11. สาขาโรคไม่ติดต่อ 12. สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 13. สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ (เกวลิน ชื่นเจริญ, 2559, หน้า 14) และกำหนดแนวทางเพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

2.3.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการป้องกันโรคและได้รับการนิเทศจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับแนวคิดของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2558) กล่าวว่า ระบบสารสนเทศเป็นความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวโน้มความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทั้งถึงและเป็นธรรม ส่วนระบบอภิบาลเป็นการกำกับดูแลให้องค์กรสุขภาพดำเนินการกิจอย่างเป็นธรรม โปร่งใสตรวจสอบได้ นอกจากนี้ วงศาเลาศิริวิวงศ์ (2548) กล่าวว่า การวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จต้องมีการวัดเป็นระยะ ๆ และมีความเหมาะสม การจ่ายค่าแรง ค่าตอบแทนต้องมีความยุติธรรม โดยให้สมาชิกทุกคนรับทราบ รวมถึงการวัดระดับความพึงพอใจของลูกค้า เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพต่อไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จระดับจังหวัดเพราะระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย มีความเร็วสูงและระบบการใช้งานไม่ยุ่งยากซับซ้อนจะช่วยให้บุคลากรสามารถเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาสู่การวิเคราะห์สภาพปัญหา แนวโน้มได้อย่างถูกต้องสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อได้

อย่างเหมาะสม พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและกำหนดแนวทางการป้องกันโรคได้อย่างเฉพาะเจาะจง ปัจจุบันโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรียังมีความต้องการข้อมูลสภาพปัญหา ข้อมูลสถานการณ์ เหตุร้องเรียนและอุบัติภัยจากสิ่งแวดล้อมที่มีความครบถ้วน สมบูรณ์เพื่อนำมาสู่การพัฒนา นอกจากนี้ผู้บริหารหรือคณะกรรมการควรจะเป็นแบบอย่างการนำข้อมูลการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรระดับหัวหน้างานให้นำข้อมูลมาใช้พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปรับปรุงตัวชี้วัดและพิจารณาความก้าวหน้าของบุคลากร

2.4 ด้านการทำงานเป็นทีม

2.4.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีม ด้านการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างสหวิชาชีพจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนสอดคล้องกับแนวคิดของวงศาคณาญาติ (2548) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นการส่งเสริมให้องค์การประสบความสำเร็จต้องไม่ให้เกิดการแข่งขันชิงดีชิงเด่นกันเป็นการส่วนตัวนอกจากนี้ ทัศน บุญทอง (2542, หน้า 29-30) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ควรจะเป็นระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในการกระจายอำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการบริการสุขภาพเช่นนี้จะทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นการตรวจสอบการจذبบริการสุขภาพด้วย นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชนในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน เป็นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการพึ่งตนเองของชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะพัฒนาระบบการทำงานเป็นทีมด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก ประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นทีมสุขภาพ โดยมีหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่อร่วมคิด ร่วมพัฒนาและร่วมรับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ช่วยให้อำนาจเข้าถึงกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยในเขตชุมชนเมืองที่มีความแออัดและกลุ่มวัยรุ่นในเขตท่องเที่ยวที่มีจำนวนประชากรเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นอกจากนี้รัฐบาลควรสนับสนุนการสร้างทีมหมอรอบครัว ร่วมปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างสหวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักวิชาการ

สาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนของแต่ละอำเภอ ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มวัยครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วทั้งจังหวัด

2.4.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีมด้านการป้องกันโรคระหว่างสาขาวิชาชีพของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนสอดคล้องกับแนวคิดของวิระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ (2555, หน้า 111) ศึกษากระบวนการสุขภาพของสาธารณสุขรัฐถึงคโปรพบว่า กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบจัดบริการทั้งป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยการวางนโยบายที่มีการประสานทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าด้วยกันและออกระเบียบ กฎหมายต่าง ๆ มาควบคุมมาตรฐานกระทรวงสิ่งแวดล้อมดูแลรับผิดชอบต่อโรคระบาด อากาศ น้ำ อาหาร ระบบสิ่งปฏิกูล นอกจากนี้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558) กล่าวว่า หากพิจารณาถึงระบบองค์รวมแล้วจะพบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธและส่งผลต่อสุขภาพของมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีรวมทั้งปัจจัยด้านระบบสาธารณสุข และบริการสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนามาตรฐานทีมเคลื่อนที่เร็วด้านการป้องกันโรคติดต่อในเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรมและเขตท่องเที่ยวเพราะจังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาดจากนักเดินทาง นักท่องเที่ยวและแรงงานต่างชาตินักเดินทางเข้ามามากขึ้น ประกอบกับในปีที่ผ่านมาเป็นพื้นที่เศรษฐกิจที่เคยมีอุบัติการณ์การระบาดของโรคทางเดินหายใจที่นักธุรกิจ นักท่องเที่ยวและสื่อสังคมต่างให้ความสนใจเป็นพิเศษจึงควรจะมีการทำงานมุ่งเน้นการเฝ้าระวังโรคระบาดจากสถานที่สำคัญ เช่น สนามบินอู่ตะเภา ท่าเรือแหลมฉบัง และสถานีขนส่งทางบก ครอบคลุมทั้งโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ MERS-CoV, Ebola Virus Disease, Zika Virus Disease ไข้กาฬหลังแอ่น, Diphtheria และพัฒนาทักษะทีมเคลื่อนที่เร็วให้มีความไว มีความเชี่ยวชาญพื้นที่ มีความเชี่ยวชาญในการป้องกันการระบาดของโรค สนับสนุนประชาชนทุกพื้นที่ เข้ามามีส่วนร่วมเป็นทีมรายงานข้อมูลอย่างครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ของจังหวัด

2.4.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีมด้านการรักษาระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร สาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสอดคล้องกับแนวคิดของทัสนา บุญทอง (2542, หน้า 29-30) กล่าวว่า หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีความจำเป็นต้องหาแนวทางการปรับเปลี่ยนระบบการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมโดยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโลกที่เกิดขึ้น ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรจะเป็นระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วม เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในการกระจาย

อำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการบริการสุขภาพเช่นนี้จะทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นการรวมตรวจสอบการจั้ดบริการสุขภาพด้วย นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชนในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน เป็นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการพึ่งตนเองของชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบการทำงานเป็นทีมด้านการรักษา มุ่งเน้นสร้างทีมร่วมรักษาสาขาโรคหลัก ได้แก่ สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์ รวมทั้งสาขาโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เพราะปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 10 แห่ง มีการส่งต่อผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลทั่ว คือ โรงพยาบาลบางละมุงที่มี 250 เตียง ไปจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลชลบุรีที่มี 850 เตียง ต้องรองรับจากภายในจังหวัด และเป็นแม่ข่ายเขตสุขภาพที่ 6 ส่งผลให้เกิดความแออัดจนไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ดูแลได้ทั้งหมด เสี่ยงต่อเสียชีวิต ความพิการหรืออาการของ โรครุนแรงมากขึ้น จึงควรที่จะพัฒนาระบบการจัดสรรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางระดับ โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนแต่ละอำเภอ สร้างทีมแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ เตรียมความพร้อมสู่การเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สามารถรองรับผู้ป่วยทั้งภายในอำเภอและจังหวัดใกล้เคียงเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทันเวลา

2.4.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการทำงานเป็นทีมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างแพทย์ นักกายภาพบำบัดและสหวิชาชีพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนสอดคล้องกับแนวคิดของทัศนานุทอง (2542, หน้า 29-30) กล่าวว่า หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีความจำเป็นต้องหาแนววิธีในการปรับเปลี่ยนระบบที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมโดยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโลกที่เกิดขึ้น ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรจะเป็นระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วม เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในการกระจายอำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมนอกจากนี้ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558) กล่าวว่า หากพิจารณาถึงระบบองค์กรรวมแล้วจะพบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธและ

ส่งผลต่อสุขภาพของมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมทั้งปัจจัยด้านระบบสาธารณสุขและบริการสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมสร้างระบบการทำงานเป็นทีมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน มุ่งเน้นการสร้างทีมฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก รวมถึงแพทย์แผนจีน เพราะการฟื้นฟูสมรรถภาพจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่มีความรู้ที่ถูกต้องและให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องทั้งภายใน โรงพยาบาล ผู้ป่วยระหว่างการรักษา รวมทั้งการบริการต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านผู้สูงอายุร่างกายเสื่อมสภาพผู้พิการที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้และผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชน จึงนอกจากนี้ควรสร้างระบบการทำงานเป็นทีมร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและมูลนิธิต่าง ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านในทุกพื้นที่ของจังหวัด

2.5 ด้านกลยุทธ์

2.5.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปัญหาภายใน โรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีและปัญหาภายใน โรงพยาบาลรวมทั้งในเขตพื้นที่รับผิดชอบสอดคล้องกับแนวคิดของสุรจิต สุนทรธรรม และพงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2555, หน้า 280) กล่าวว่า การจัดการระบบบริการสาธารณสุขเป็นกระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การนำและการควบคุมการใช้ทรัพยากรการบริหารต่าง ๆ ได้แก่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เงินทุน ตลอดจนการใช้สารสนเทศที่เกี่ยวข้องในองค์การอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตนอกจากนี้ วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (2553) กล่าวว่า การตรวจสอบสภาวะแวดล้อมการตรวจสอบสภาวะแวดล้อมประกอบด้วย การ

พิสูจน์ทราบและการบรรยายให้เห็นถึงและแนวโน้มที่สำคัญ เรื่องที่ทำนายต่อการที่ชาติจะต้องเข้าไปดำเนินการในโอกาสต่าง ๆ กับปัญหาต่าง ๆ (การคุกคาม) จุดมุ่งหมายก็เพื่อจะระดมข่าวสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดให้สามารถชี้ชัดลงไปได้ว่าอะไรเป็นแรงผลักดันและจะมีแนวโน้มไปในทิศทางใด รวมทั้งได้มีการพิสูจน์ทราบปัญหาและโอกาสต่าง ๆ ด้วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งจังหวัดเพราะการจัดทำกลยุทธ์จะต้องอาศัยข้อมูลจริงที่ครอบคลุมทั้งจังหวัด นำมาสู่การวิเคราะห์ร่วมกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ นโยบายและยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางการปฏิบัติงานและตัวชี้วัดที่มีความสอดคล้องกันสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเชื่อมโยงประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมจัดทำกลยุทธ์ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด เป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่มีความต่อเนื่องในระยะยาว สามารถจัดสรรและสนับสนุนทรัพยากรได้อย่างทั่วถึงและเพียงพอ มุ่งเน้นการถ่ายทอดความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในทุกกลุ่มวัย พัฒนาแนวทางการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ทันสมัย มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกที่เข้าถึงตัวบุคคลในสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถานประกอบการและโรงงานอุตสาหกรรม สร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

2.5.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคอย่างสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบสอดคล้องกับแนวคิดของจรรยาวัตร คมพักษณ์ และวนิดา คุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่าการจัดบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรค เพื่อให้ง่ายต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคจึงจัดบริการป้องกันและควบคุมโรคตามกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่มีลักษณะทางวิทยาการระบาดคล้ายคลึงกันออกเป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มโรคที่เกิดจากน้ำและอาหารเป็นพาหะ กลุ่มโรคที่เกิดจากแมลงเป็นพาหะ กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้จากการใช้วัคซีน กลุ่มโรคที่มีความสำคัญด้านการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และกลุ่มโรคที่ติดต่อระหว่างสัตว์และคน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด เพราะการจัดทำกลยุทธ์จะต้องวิเคราะห์ทั้งแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ นโยบายและแผน

ยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งสภาพปัญหาที่แท้จริงของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนแตกต่างกัน จึงอาจจะมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานและกำหนดตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกัน จึงควรจะประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนร่วมจัดทำกลยุทธ์ให้มีรูปแบบเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด มุ่งเน้นการป้องกัน โรค DHF, TB, Food poisoning, HFM, Rabies, ความเสี่ยงโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ MERS-CoV, Ebola Virus Disease, Zika Virus Disease ไข้กาฬหลังแอ่น และ Diphtheria และควบคุม DM, HT ที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชน ทั้งในเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรมและเขตท่องเที่ยว พร้อมทั้งสนับสนุนทรัพยากรในการทำงานอย่างเพียงพอและสนับสนุนการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั่วทั้งจังหวัด

2.5.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการรักษาตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบสอดคล้องกับแนวคิดของสุรจิต สุนทรธรรม และพงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2555, หน้า 280) กล่าวว่า ระบบบริการสาธารณสุขมีเป้าหมายในการจัดให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ขึ้นกับทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละประเทศหรือแต่ละพื้นที่ การจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่ดีขึ้นขึ้นกับการมีทรัพยากรหลักที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและความตั้งใจ เครื่องมือ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอ การทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายความครอบคลุมและเท่าเทียมขึ้นอยู่กับกลยุทธ์การจัดการทรัพยากร การบริหารจัดการบริการและการทำให้มีแรงจูงใจหรือผลตอบแทนที่เหมาะสมทั้งกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้ใช้บริการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะทำกลยุทธ์ด้านการรักษาสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญระดับอำเภอและระดับจังหวัดเพราะการพัฒนาอย่างรวดเร็วสู่การเป็นเขตพื้นที่เศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของเขตอุตสาหกรรมที่มีผลภาวะการพัฒนาเขตท่องเที่ยวส่งผลให้เกิดโรคระบาดการเปลี่ยนแปลงของชุมชนจากชนบทเป็นเขตชุมชนเมืองเป็นสาเหตุของขยะและสิ่งปฏิกูล การก่อสร้างถนนให้มีความสะดวกรวดเร็วทำให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจร การเพิ่มขึ้นของสถานบันเทิงส่งผลให้เสี่ยงต่อโรคทางเพศสัมพันธ์และยาเสพติด รวมทั้งวัฒนธรรมการรับประทานอาหารส่งผลให้ประชาชนในจังหวัดชลบุรีเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี 2559-2560 ในเขตเมืองชลบุรีพบจำนวน 10,327 คน อำเภอบางละมุง 4,892 คน อำเภอศรีราชา 4,351 คน โรคเบาหวานรายใหม่ ในเขตเมืองชลบุรี พบจำนวน 4,637 คน อำเภอบางละมุง 1,837 คน อำเภอศรีราชา 1,874 คน โดยในภาพรวมทั้งจังหวัดพบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 25,815 คน

โรคเบาหวาน 10,907 คน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2559, หน้า 83) โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงควรจะประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนร่วมกำหนดกลยุทธ์ด้านการรักษาโรคสำคัญให้เป็นภาพรวมระดับอำเภอและโรคสำคัญที่เป็นภาพรวมระดับจังหวัด กำหนดกลยุทธ์การสร้าง ความเชื่อชาญเฉพาะทางสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ผลิตและพัฒนาบุคลากรอย่าง สอดคล้องกับความต้องการ

2.5.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการจัดทำกลยุทธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาภายในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบ สอดคล้องกับแนวคิดของ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 29-30) กล่าวว่า หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีความจำเป็นต้องหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนระบบที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมโดยสอดคล้องกับ การเปลี่ยนแปลงโลกที่เกิดขึ้น ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรจะเป็นระบบบริการที่ ชุมชนมีส่วนร่วม เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในการกระจายอำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำ ทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหาร จัดการการบริการสุขภาพเช่นนี้จะทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของ ชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นการร่วมตรวจสอบการจัดบริการสุขภาพด้วย นอกจากนี้ยังเป็นการสร้าง กระบวนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชนในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน เป็นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการพึ่งตนเองของชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐ ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี ควรจะร่วมจัดทำกลยุทธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก ในชุมชนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งจังหวัด เพราะปัจจุบันความต้องการด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพมีที่เพิ่มมากขึ้นจากการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น โรคมะเร็ง โรคไต การเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน เช่น โรคหัวใจ โรค หลอดเลือดสมอง รวมทั้งอุบัติเหตุจากการจราจร อุบัติเหตุจากการทำงานทำงานในเขตอุตสาหกรรม ส่งผลให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนควรประสานความร่วมมือกับ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนร่วมจัดทำกลยุทธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งที่ เป็นภาพรวมระดับจังหวัด กำหนดแนวการปฏิบัติงานร่วมกันในระยะยาว การจัดทรัพยากรทั้ง ัฒนากำลัง เงินทุนและเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมต่อการบริการ สรรหาและบรรจุบุคลากรด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีเพียงพอ เตรียมความพร้อมต่อการช่วยเหลือดูแลทั้งผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น

ผู้ป่วยที่พักฟื้นหลังการรักษา ผู้ประสบอุบัติเหตุและผู้พิการทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกำหนดแนวทางการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร ญาติผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจิตอาสา ร่วมให้การบริการเชิงรุกครอบคลุมทั่วทั้งจังหวัด

2.6 ด้านโครงสร้าง

2.6.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอดคล้องกับแนวคิดของจรรยาวัตร คมพักษณ์ และวนิดา ศุรงค์ฤทธิ์ชัย (2554) กล่าวว่า การบริหารงานสาธารณสุขนั้นพระราชบัญญัติการบริหารงานของประเทศ จะแบ่งการปกครองเป็นราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และการปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นการบริหารงานสาธารณสุขของประเทศจึงกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการบริหารงานสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและหน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขในส่วนที่รับผิดชอบในท้องที่กำหนดนอกจากนี้วิชัย ชูเชิด (2547) กล่าวว่า ความมั่นคงของบุคคล (Human security) แนวความคิดนี้เป็นแนวความคิดที่หลายประเทศได้เฟื่องถึงและให้ความสนใจเป็นอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นของสิทธิมนุษยชน โดยการดำเนินการเพื่อให้เกิดความมั่นคงของมนุษย์นั้นจะต้องใช้พลังอำนาจของชาติในด้านต่าง ๆ มาเป็นเครื่องมือจำนวนมาก เพราะแต่ละบุคคลจะมีความมั่นคงได้จะมืองค์ประกอบที่ต้องพิจารณาหลายประการเช่นสิทธิมนุษยชน คุณภาพชีวิตการศึกษาฐานะทางการเงินและอนามัยชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมกำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มีความชัดเจนสามารถเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนทั่วทั้งจังหวัดเพราะโครงสร้างการปฏิบัติงานแบบสร้างนำซ่อม มุ่งเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ควรจะต้องสนับสนุนให้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถจากทุกภาคส่วน ทั้งจากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก บุคลากรจากหน่วยงานอื่น ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรจากกระทรวงที่เกี่ยวข้องหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเข้ามาอยู่ในโครงสร้างการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเชื่อมโยง มีการกำหนดหน้าที่หรือความรับผิดชอบและสายการบังคับบัญชาอย่างชัดเจน สนับสนุนการพัฒนาช่องทางติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ร่วมทำงานในทุกพื้นที่ของจังหวัด

2.6.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอดคล้องกับแนวคิดของจริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา คุรงค์ฤทธิชัย (2554) การบริหารงานสาธารณสุขนั้นพระราชบัญญัติการบริหารงานของประเทศ จะแบ่งการปกครองเป็นราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และการปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นการบริหารงานสาธารณสุขของประเทศจึงกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการบริหารงานสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและหน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขในส่วนที่รับผิดชอบในท้องที่กำหนดส่วนการบริการระดับปฐมภูมิเป็นการจัดบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการให้บริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน ตั้งแต่หมู่บ้าน ตำบลและชุมชน สถานบริการที่ให้บริการ คือ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หน่วยงานปฐมภูมิ และเครือข่าย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีจะร่วมพัฒนา โครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคให้มีความเชื่อมโยงระหว่าง โรงพยาบาลโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ของจังหวัด เพราะการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคจะต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด มีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก ศูนย์การปฏิบัติงานตั้งแต่ระดับอำเภอจนถึงระดับจังหวัด มีโครงสร้างการปฏิบัติงานที่เชื่อมโยงระหว่าง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ทั้งเขตชุมชนเมือง เขตท่องเที่ยวและเขตอุตสาหกรรม มุ่งเน้นการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้นำครอบครัว ผู้นำชุมชน ผู้บริหารเจ้าของกิจการ อาสาสมัครและประชาชนในชุมชนต่าง ๆ พัฒนาระบบการร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้วิเคราะห์สถานการณ์และเฝ้าระวังป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพลดความสูญเสียชีวิต ทรัพย์สินและรายได้ทางเศรษฐกิจ

2.6.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการรักษาอย่างชัดเจนทั้งระดับ โรงพยาบาลศูนย์ระดับ โรงพยาบาลทั่วไปและระดับโรงพยาบาลชุมชนสอดคล้องกับแนวคิดของจริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา คุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า การบริหารงานสาธารณสุขนั้นพระราชบัญญัติการบริหารงานของประเทศจะแบ่งการปกครองเป็นราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาคและการปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นการบริหารงานสาธารณสุขของประเทศจึงกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการบริหารงานสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและหน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขในส่วนที่รับผิดชอบในท้องที่กำหนด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรเชื่อมโยงทั่วทั้งจังหวัดเพราะการกำหนดตำแหน่งโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง นอกจากพิจารณาศักยภาพแล้ว ควรจะพิจารณาความสะดวกต่อการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ภายในจังหวัด กำหนดแนวทางการผลิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาโรคต่าง ๆ อย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหา จัดสรรอัตรากำลังให้กระจายอยู่ในทั่วทุกพื้นที่ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน กำหนดโครงสร้างการส่งต่อด้านการรักษาเฉพาะทางที่เชื่อมโยงระหว่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการให้ความช่วยเหลือด้านการรักษา สนับสนุนการใช้เครื่องมือด้านการรักษาร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด พัฒนาแนวทางการใช้ยาหรือเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานทั่วทั้งจังหวัด

2.6.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอดคล้องกับแนวคิดของจริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า การบริหารงานสาธารณสุขนั้นพระราชบัญญัติการบริหารงานของประเทศ จะแบ่งการปกครองเป็นราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาคและการปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นการบริหารงานสาธารณสุขของประเทศจึงกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการบริหารงานสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและหน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขในส่วนที่รับผิดชอบในท้องที่กำหนด นอกจากนี้การจัดบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการให้บริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน ตั้งแต่หมู่บ้าน ตำบลและชุมชนลักษณะอื่น ๆ สถานบริการที่ให้บริการคือ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หน่วยงานปฐมภูมิและเครือข่าย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเชื่อมโยงระหว่าง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพราะผู้ป่วยหลังการรักษาจากโรงพยาบาลศูนย์บางรายจะถูกส่งกลับเพื่อรับการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนหรือดูแลต่อเองที่บ้าน โครงสร้างการปฏิบัติงานจึงควรจะมีการเชื่อมโยงและกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเหมาะสมตามศักยภาพ สามารถให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้กลับมาใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในสภาวะปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

และความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น เพิ่มการสรรหาและบรรจุบุคลากรแพทย์ นักกายภาพบำบัดและ
นักกายอุปกรณ์ให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพพัฒนา โครงสร้างการทำงานให้มีความเชื่อมโยง
กันทั้ง 11 อำเภอ 92 ตำบล 687 หมู่บ้าน และการปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย องค์การบริหาร
ส่วนจังหวัด เทศบาล 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนครแหลมฉบังและเทศบาลนครเจ้าพระยาสุรศักดิ์
เทศบาลเมือง 10 แห่ง เทศบาลตำบล 35 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 50 แห่ง และมีรูปแบบ
การปกครองพิเศษคือเมืองพัทยา ซึ่งแยกการปกครองจากอำเภอบางละมุง (กลุ่มงานยุทธศาสตร์
สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2559, หน้า 10) โรงพยาบาลภาคเอกชน คลินิกต่าง ๆ
ในจังหวัดชลบุรีสามารถประสานความร่วมมือกับผู้นำระดับตำบล หมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านและประชาชนในชุมชนเข้ามาช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนืองที่บ้าน

2.7 ด้านระบบการทำงาน

2.7.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงาน
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงรับภายใน โรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่
รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสอดคล้องกับ วิระวัฒน์
พันธ์กรุฑ และชนิสรา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม (2555, หน้า 111) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพ
ของสาธารณสุขลิ่งค โปร่งจะให้ประชาชนพึ่งตนเองก่อนเป็นหลักและรัฐจะดูแลในส่วนที่เกินกว่า
ความสามารถของบุคคลที่จะรับผิดชอบได้ โดยมีแนวคิดหลักการเริ่มต้นให้มีสุขภาพดีโดย
กระบวนการส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมให้ประชาชนรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและหลีกเลี่ยงการ
พึ่งพิงระบบรัฐ สวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพที่มากเกินไปจัดให้มีบริการแพทย์พื้นฐานที่ดี
ในราคาที่เหมาะสมให้กับประชาชนทุกคนนอกจากนี้ทัศนยา บุญทอง (2542, หน้า 32-33) กล่าวว่า
ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรจะเป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและ
การป้องกันโรคเชิงรุก การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยเป็น
ความจำเป็นอย่างยิ่งและไม่ใช่การตั้งรับผู้รับบริการอยู่แต่เพียงภายในสถานบริการและการส่งเสริม
สุขภาพที่จัดขึ้นภายในสถานบริการดังที่เคยปฏิบัติในอดีต ไม่ประสบความสำเร็จด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ
การมีนโยบายเชิงรุก โดยเข้าไปให้บริการประชาชนในชุมชนโดยบุคลากรสุขภาพ ให้บริการอย่าง
ผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลต่อเนื่องและการฟื้นฟู
สภาพ เป็นการเข้าไปใกล้ผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในชุมชนมากขึ้น จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และ
วนิดา ครุรงค์ฤทธิ์ชัย (2554) กล่าวว่า การจัดบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ รัฐจัดบริการสร้างเสริม
สุขภาพให้กับประชาชนครอบคลุมการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว
การโภชนาการ การอนามัยสิ่งแวดล้อม การทันตสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกมุ่งเน้นกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยรุ่นเรียนและกลุ่มวัยรุ่นเพราะกลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยรุ่นเรียนและกลุ่มวัยรุ่น เพราะถ้าได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะมีพื้นฐานทางสุขภาพที่ดี สามารถเจริญเติบโตขึ้นเป็นวัยแรงงานที่เข้มแข็ง สามารถเป็นกำลังสำคัญของชาติได้ในระยะยาว แต่ในอีกทางหนึ่งถ้าหากประชากรกลุ่มวัยดังกล่าวเกิดการเจ็บป่วย มีโรคประจำตัวหรือเกิดความพิการจะเป็นภาระของสังคมในระยะยาวเช่นกัน ทั้งนี้การทำงานเชิงรุกจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาสภาพความเป็นจริงผ่านกระบวนการวิเคราะห์หรือการวิจัยให้ทราบถึงองค์ความรู้ที่สำคัญของแต่ละกลุ่มวัย ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม ช่วงเวลาการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตรวมทั้งปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรค สิ่งสนับสนุนในการทำงาน เพื่อปฏิบัติงานเชิงรุกให้เข้าถึงสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อให้สามารถเข้าถึงตัวบุคคลทั่วทุกพื้นที่ของจังหวัด

2.7.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสอดคล้องกับแนวคิดของทัศน บุญทอง (2542, หน้า 32-33) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรจะเป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งและไม่ใช่ว่าการตั้งรับผู้รับบริการอยู่แต่เพียงภายในสถานบริการและการส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นภายในสถานบริการดังที่เคยปฏิบัติในอดีตไม่ประสบความสำเร็จด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ การมีนโยบายเชิงรุกโดยเข้าไปให้บริการประชาชนในชุมชน โดยบุคลากรสุขภาพให้บริการอย่างผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ เป็นการเข้าไปใกล้ผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา คุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า เพื่อให้ง่ายต่อการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรค จึงจัดบริการป้องกันและควบคุมโรคตามกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่มีลักษณะทางวิทยาการระบาดคล้ายคลึงกันออกเป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มโรคที่เกิดจากน้ำและอาหารเป็นพาหะ กลุ่มโรคที่เกิดจากแมลงเป็นพาหะ กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้จากการใช้วัคซีน กลุ่มโรคที่มีความสำคัญด้านการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและกลุ่มโรคที่ติดต่อระหว่างสัตว์และคน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคเชิงรุกในผู้เดินทางระหว่างประเทศทั้งนักท่องเที่ยว นักท่องเที่ยวและแรงงานต่างชาติ เพราะจาก

อุบัติการณ์ที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจที่มาจากนักท่องเที่ยว อาทิ MERS และ SARS ที่มากับกลุ่มนักท่องเที่ยว ซึ่งมีการระบาดอย่างรวดเร็ว รุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตของประชาชน ทั้งยังสร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจอย่างไม่สามารถประเมินค่าได้ จึงน่าจะสนับสนุนการทำงานในเชิงรุกร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนทั่วทุกพื้นที่ของจังหวัด ร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่สามารถเข้าถึงประชาชน รวมทั้งสิ้น 1,483,049 คน เพศชาย 726,818 คน เพศหญิง 726,918 คน จากจำนวน 949,829 หลังคาเรือน (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2560, หน้า 11) ปรับปรุงระบบการป้องกันโรคให้มีความครอบคลุมถึงประชากรเคลื่อนย้าย ประชากรแฝง แรงงานต่างด้าว นักเดินทาง นักธุรกิจและนักท่องเที่ยวมีระบบการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นจากสัตว์ เสนอให้ปรับปรุงข้อระเบียบเกี่ยวกับการคุ้มครองและบทลงโทษอย่างเหมาะสม

2.7.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการรักษาเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสอดคล้องกับแนวคิดของจรรยาวัตร คมพักษณ์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า การจัดการบริการเพื่อการรักษาพยาบาล เป็นการจัดการบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยนี้มีหลายลักษณะ บางชนิดเป็นระยะสั้นเกิดขึ้นทันทีทันใด บางชนิดเป็นเรื้อรัง บางชนิดเมื่อหายแล้วกลับเป็นซ้ำได้อีก บางชนิดมีความรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตและบางชนิดสามารถแพร่กระจายจนเกิดการระบาดขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุและขนาดของความเจ็บป่วย เช่น ดิซเซื่อโรค อุบัติเหตุ ดังนั้นการจัดการบริการการรักษาพยาบาลจึงมีหลายระดับและแต่ละระดับมีขีดความสามารถในการให้บริการต่างกัน นอกจากนี้ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 24) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรจะเป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัวสถานีนอนัมย์หรือศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ซึ่งทำหน้าที่เป็นสถานบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีพยาบาลประจำครอบครัวจะต้องได้รับมอบหมายโดยการกำหนดพื้นที่บริการ จำนวนครัวเรือนและประชากรที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนและ องค์การอนามัยโลก (2556) กล่าวว่า การรักษาทางการแพทย์เป็นการตรวจพบตั้งแต่แรกเริ่มการประเมินและการรักษาปัญหาสุขภาพและความบกพร่องที่ตามมา โดยมีจุดประสงค์เพื่อรักษาหรือจำกัดผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่บุคคล ซึ่งการรักษาทางการแพทย์นี้อาจทำได้ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิหรือตติยภูมิ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย เพื่อพัฒนามาตรฐานการจัดเก็บข้อมูล ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งจังหวัด

มีความสะดวกต่อการสืบค้นข้อมูลประวัติผู้ป่วยสนับสนุนการวินิจฉัยและตัดสินใจรักษาได้ถูกต้อง สามารถตรวจสอบเพื่อนัดหมายผู้มารับบริการด้านการรักษาได้ลดการรอคอยจากการค้นหา เพิ่มข้อมูล สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันเพื่อการรักทั่วทั้งเครือข่ายสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ลดความแออัดของผู้มารับบริการ บุคลากร สามารถตรวจสอบสิทธิการรักษาและเรียกเก็บได้ตามกำหนด สามารถจัดสรรบุคลากรแพทย์ พยาบาล เภสัชกรหรือสาขาวิชาชีพอื่น ๆ สำหรับให้บริการเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบได้

2.7.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการรักษาที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 22-23) กล่าวว่า หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีความจำเป็นต้องหาแนววิธีในการปรับเปลี่ยนระบบที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมโดยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโลกที่เกิดขึ้น ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ จึงควรมีลักษณะเป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพโดยการจัดให้มีสถานบริการหลายระดับ ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้แต่ละระดับสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่าย มีระบบส่งต่อ ตั้งแต่สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ จนถึงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการรักษาเฉพาะทางสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอเพราะโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอยังประสบกับปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบ การสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการศึกษาเฉพาะทางสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญอย่างทั่วถึงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยและลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น ทั้งยังช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ สร้างขวัญและกำลังใจลดการย้ายหรือลาออกของแพทย์ สนับสนุนให้มีการเตรียมความพร้อมที่จะเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย พร้อมรองรับการส่งต่อผู้ป่วยภายในอำเภอและจากต่างจังหวัดมีแนวทางการจัดสรรแพทย์หรือบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางอย่างทั่วถึง สามารถพัฒนามาตรฐานระบบการรักษาโรคสำคัญทั่วทั้งจังหวัด โดยเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุจากการจราจร โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และอาหารเป็นพิษ

2.7.5 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีศูนย์ประสานงานและระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สอดคล้องกับแนวคิดของ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 22-23) กล่าวว่า หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีความจำเป็นต้องหาแนววิธีในการปรับเปลี่ยนระบบที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมโดยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโลกที่เกิดขึ้น ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรมีลักษณะเป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ โดยการจัดให้มีสถานบริการหลายระดับ ตั้งแต่ระดับสถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้แต่ละระดับสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่าย มีระบบส่งต่อ ตั้งแต่สถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน จนถึงโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการส่งต่อและสร้างฐานข้อมูลสุขภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกันเพราะเป็นแนวทางที่จะช่วยให้มีการบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันได้จริง สามารถประกันเวลาการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตให้เข้าถึงการรักษาได้ตามมาตรฐานช่วยให้แก้ไขปัญหาความล่าช้าจากการส่งต่อที่ต้องผ่านโรงพยาบาลต้นสังกัดสามารถพัฒนามาตรฐานการส่งต่อแบบสมเหตุสมผลไม่สร้างภาระให้ผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนการพัฒนาให้โรงพยาบาลระดับอำเภอให้สามารถรักษาโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้ พัฒนาสู่การเป็นแม่ข่ายให้กับโรงพยาบาลต่างจังหวัด นอกจากนี้ควรจะประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาทิ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาและโรงพยาบาลต่างจังหวัดที่มีความเชี่ยวชาญแต่ละสาขาโรคเพื่อช่วยเหลือด้านการรักษาร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

2.7.6 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีระบบการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งเชิงรับภายใน โรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสอดคล้องกับแนวคิดของ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 32-33) กล่าวว่า หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีความจำเป็นต้องหาแนววิธีในการปรับเปลี่ยนระบบที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมโดยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโลกที่เกิดขึ้น ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรจะเป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง การมีนโยบายเชิงรุกโดยเข้าไปให้บริการประชาชนในชุมชนโดยบุคลากรสุขภาพ ให้บริการอย่างผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ เป็นการเข้าใกล้ผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบการส่งต่อด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและที่บ้านเพราะโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากเขตเมือง ขาดแคลนแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษสำหรับตรวจและฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ซับซ้อนจำเป็นต้องส่งต่อเข้าพบแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยบางรายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเดินทาง ส่งผลให้ต้องใช้ระยะเวลาฟื้นฟูยาวนานและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น จึงควรจะพัฒนาระบบการทำงานด้านการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องและรวดเร็ว มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยหลังการรักษา ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ไม่มีญาติดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ประสบอุบัติเหตุและผู้พิการทุกกลุ่มวัย

2.8 ด้านทักษะ

2.8.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีกำหนดให้โรงพยาบาลชลบุรีเป็นสถานที่ฝึกทักษะด้านการรักษาสำหรับบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของจริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นหน่วยงานบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ มีหน้าที่ในการให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค บริการส่งเสริมสุขภาพทั้งภายในหน่วยงานนอกหน่วยงานและหน่วยบริการต่าง ๆ ในจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียง รวมทั้งศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อให้เกิดการพัฒนาทางวิชาการแพทย์สาธารณสุขและเทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้การสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชนและดำเนินการตามระบบบริการส่งต่อผู้ป่วยนอกจากนี้ วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ และชนิสร่า ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม (2555, หน้า 97-98) ศึกษากระบวนการบริการสุขภาพสาธารณสุขฟิลิปปินส์พบว่าผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ พยาบาลและทันตแพทย์ ได้รับการศึกษาขั้นสูงเชี่ยวชาญจากสหรัฐอเมริกาเป็นส่วนใหญ่และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ความเชี่ยวชาญกับศูนย์การแพทย์ที่มีชื่อเสียงในสหรัฐอเมริกาอยู่ตลอด บัณฑิตพยาบาลจากประเทศนี้ได้รับการจัดอันดับให้อยู่ในมาตรฐานที่สูงมากระดับโลก แต่ก็มีมักไปปฏิบัติงานในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะสนับสนุนเงินทุนสำหรับการศึกษาและพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญด้านการรักษาสำหรับแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและสาขาวิชาชีพอื่น ๆ อย่างทั่วถึงทั้ง

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนเพราะการกำหนดแนวทางการพัฒนา ทักษะด้านการรักษาควรจะต้องคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนบริการ สุขภาพ นโยบายและยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวมทั้งสภาพปัญหาและความ ต้องการด้านการรักษาสาขาโรคที่สำคัญของแต่ละโรงพยาบาล แพทย์ที่มีทักษะความเชี่ยวชาญ ได้รับการจัดสรรอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ สามารถให้การรักษาเฉพาะทางสำหรับประชาชนอย่าง ครอบคลุมและเชื่อมโยงทั่วทั้งจังหวัด พัฒนามาตรฐานการรักษาให้พร้อมรับมือกับปัญหาโรค สำคัญที่พบเฉพาะในเขตพื้นที่ทะเล เขตอุตสาหกรรม เขตท่องเที่ยวและเขตชายแดนหรือรอยต่อ ระหว่างประเทศ

2.8.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีการพัฒนาทักษะ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน พื้นที่รับผิดชอบสอดคล้องกับ จริยวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา คุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า การจัดบริการเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือประชาชนกลับคืน สู่สภาพเดิมหรือภาวะสุขภาพปกติเร็วที่สุดภายหลังการเจ็บป่วยเกิดขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ครอบคลุมการสอนสุขภาพ การให้คำปรึกษา การบริการทางกายภาพบำบัด (Physical therapy) ในรูปแบบต่าง ๆ และการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพภายหลังการเจ็บป่วย เช่น เมื่อ ได้รับอุบัติเหตุไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ หน่วยงานบริการสุขภาพจะจัดอบรมอาชีพใหม่ รวมทั้งมีการประสานหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพให้ด้วยนอกจากนี้ พิศนา บุญทอง (2542, หน้า 29-30) กล่าวว่า ระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในการกระจาย อำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจใน ขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการบริการสุขภาพเช่นนี้จะทำให้ระบบบริการสุขภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นการร่วมตรวจสอบการจัดบริการ สุขภาพด้วย นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชนในการจัดการ กับปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน เป็นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการพึ่งตนเองของ ชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐ ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรที่จะสนับสนุนการพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะ ทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับบุคลากร โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เพราะ บุคลากรทั้งแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์ ยังขาดความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่สอดคล้องสภาพปัญหาสำคัญของแต่ละพื้นที่ มีความต้องการพัฒนาทักษะ

ความเชี่ยวชาญในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ ผู้พิการเพื่อให้สามารถช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างทั่วถึง รวมทั้งผู้ป่วยหลังการรักษา และ ผู้สูงอายุ มีความพร้อมต่อการพัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ญาติผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมทั้งจิตอาสาให้ช่วยเหลือผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้าน ได้อย่างเหมาะสม

2. ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัด ในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 ด้านเงินทุน

โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการระ ค่ำใช้จ่ายด้านการรักษาที่เพิ่มขึ้น ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้อย่างครบถ้วนและได้รับเงินทุน สนับสนุนไม่เพียงพอสอดคล้องกับ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558) กล่าวว่า ความสำคัญการมีระบบประกันสุขภาพ คือการมีผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ในกรณีที่บุคคลไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพย่อมทำให้เกิดความไม่มั่นคงด้านสุขภาพ เช่นขาดการรักษาด้วยเทคนิคการแพทย์ที่ดีหรือยาที่มีประสิทธิภาพนอกจากนี้ จริยาวัตร คมพักษณ์ และวนิดา ศุรงค์ฤทธิ์ชัย (2554) กล่าวว่า การจัดสรรงบประมาณด้านการสาธารณสุขของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นกระทรวงที่มีสถานบริการที่ให้บริการประชาชนมากที่สุด ในส่วนของ งบประมาณดำเนินงานในสถานบริการนั้น กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ดำเนินการของงบประมาณ และจัดสรรให้กับหน่วยบริการในสังกัดอื่น ๆ ตามจำนวนประชาชนที่มาใช้บริการ โดยคิดเฉลี่ยเป็น รายคนต่อปีและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2558) กล่าวว่า ระบบการเงินการคลังเป็นระบบ ประกันสุขภาพที่ครอบคลุม ลดภาระการใช้จ่ายของภาครัฐและส่วนบุคคล ผ่านการระดมเงินทุน จัดสรรและบริหารงบประมาณที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ อารี วัลยะเสวี และคณะ (2542, หน้า 11) กล่าวว่า ความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ของระบบบริการสุขภาพ (Transparent and accountable health care system) เป็นประเด็นที่ทุกคนให้ความสำคัญเนื่องจากจะเป็นหลักประกันว่า ระบบบริการสุขภาพจะสามารถตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุที่ทำให้ ประสบปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนเงินทุนมาจากประชาชนมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เรื้อรัง และโรควิกฤตเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีความพิการหรือเกิดภาวะทุพพลภาพหลังการรักษาส่งผล ให้มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาเพิ่มมากขึ้น โดยเงินทุนสนับสนุนหลักของโรงพยาบาลรัฐมาจาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นระบบเหมาจ่ายค่าบริการสุขภาพและค่าจ้างเงินเดือนบุคลากรตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพปีงบประมาณ 2560 เป็นจำนวนเงิน 3,109.87 บาทซึ่งในจังหวัดชลบุรีผู้ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่อในทะเบียนบ้านมี 1,448,627 คน ผู้ที่ไม่ได้สัญชาติไทยและมีชื่อในทะเบียนบ้านมี 10,792 คน ผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านกลางมี 15,359 คน ผู้ที่อยู่ระหว่างการย้ายมี 8,271 คน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2560, หน้า 18) ซึ่งค่าจ้างเงินเดือนของข้าราชการก็มีการปรับเพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ปีนอกจากนี้ยังมีการสูญเสียเงินทุนบางส่วนที่ไม่สามารถเบิกคืนได้จากกฎระเบียบที่เข้มงวดมากเกินไป มีขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อนหรือไม่สามารถจัดเก็บได้เพราะการบันทึกข้อมูลรายงานไม่สมบูรณ์ ประกอบกับโรงพยาบาลรัฐต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่มาจากประชากรแฝง นักท่องเที่ยว แรงงานต่างด้าวหรือชาวต่างชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพปัญหาด้านเงินทุนจะส่งผลกระทบต่ออย่างมากในโรงพยาบาลรัฐที่มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบน้อย

2.2 ด้านเครื่องมือหรือเครื่องจักร

2.2.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนเครื่องมือด้านการรักษาอย่างสอดคล้องกับปัญหาในโรงพยาบาลและในพื้นที่รับผิดชอบสอดคล้องกับแนวคิดของสมคิด บางโม (2546) กล่าวว่า ทรัพยากรหรือวัสดุ (Material) การบริหารงานจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์หรือทรัพยากรในการบริหาร หากหน่วยงานขาดยุทธศาสตร์หรือทรัพยากรในการบริหารแล้วก็จะย่อมจะเป็นอุปสรรคหรือก่อให้เกิดปัญหาในการบริหารงาน นอกจากนี้ มุกมณี มีโชคชูสกุล (2555, หน้า 38) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการจัดการ ได้แก่ วิธีการจัดการ (Management) เป็นหน้าที่หลักของผู้บริหาร โดยตรง ถือเป็นกลไกและตัวประสานที่สำคัญที่สุดในการรวบรวม กำกับและผลักดันให้ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นทรัพยากรในการจัดการให้ผสมผสานดำเนินได้อย่างราบรื่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุมาจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปได้รับการสนับสนุนเงินทุนมากกว่า มีจำนวนผู้เข้ารับบริการจำนวนมากและสามารถเรียกเก็บค่าบริการได้มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้มีความพร้อมในการจัดสรรเงินทุนเพื่อจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนมีผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้น มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีพื้นที่รับผิดชอบหรืออยู่ใกล้เขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรม เขตท่องเที่ยวมีความต้องการเครื่องมืออุปกรณ์ด้านการรักษาที่ทันสมัย รวมทั้งพาหนะสำหรับการส่งต่อทางบก ทางน้ำ และทางอากาศความเชี่ยวชาญสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ พร้อมต่อการรองรับรักษาการเจ็บป่วยที่

สำคัญ ได้แก่ โรคต่อมไทรอยด์ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรคความดันโลหิตสูง โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือด อาการผิดปกติที่ตรวจพบทางคลินิกและโรคเบาหวาน

2.1.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนเครื่องมือหรือเครื่องจักรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสอดคล้องกับแนวคิดของสมคิด บางโม (2546) กล่าวว่าทรัพยากรหรือวัสดุ (Material) การบริหารงานจำเป็นที่จะต้องมีการวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพยากรในการบริหาร หากหน่วยงานขาดวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพยากรในการบริหารแล้วก็จะย่อมจะเป็นอุปสรรคหรือก่อให้เกิดปัญหาในการบริหารงานนอกจากนี้ มุกมณี มีโชคชูสกุล (2555, หน้า 38) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการจัดการ ได้แก่ วิธีการจัดการ (Management) เป็นหน้าที่หลักของผู้บริหารโดยตรง ถือเป็นกลไกและตัวประสานที่สำคัญที่สุดในการรวบรวม กำกับและผลักดันให้ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นทรัพยากรในการจัดการให้ผสมผสานดำเนินได้อย่างราบรื่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุมาจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การพัฒนาอย่างรวดเร็วสู่การเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ทางเศรษฐกิจซึ่งมีทั้งเขตอุตสาหกรรม เขตท่องเที่ยวและการขยายตัวของสังคมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีความเร่งรีบแข่งขัน มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเองน้อยลงจนเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยหลังการรักษาบางรายมีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานไม่สะดวกที่จะมาโรงพยาบาล เพราะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ญาติต้องไปทำงาน ไม่มีคนนำส่ง บางรายมีความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเพิ่มจากการเคลื่อนย้าย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการติดตามให้การฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้านซึ่งยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึงเพราะขาดแคลนเงินทุนสำหรับจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น

2.3 ด้านการจัดการ

2.3.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสอดคล้องกับแนวคิดของสมคิด บางโม (2546) กล่าวว่า การจัดการเป็นศิลปะในการใช้ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ขององค์กรทั้งในและนอกองค์กรเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยในการบริหารที่สำคัญ ได้แก่ การบริหารจัดการ (Management) เป็นภารกิจของผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชาโดยตรง คือ เป็นกลไกและตัวประสานที่ดีที่สุดในการประมวล ผลักดันและกำกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้ง 3 ประการ ให้สามารถดำเนินไปได้โดยมีประสิทธิภาพจนบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานตามที่ต้องการนอกจากนี้ สุรจิต สุนทรธรรม และพงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข (2555, หน้า 280) กล่าวว่า การจัดการระบบบริการสาธารณสุขเป็น

กระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุมการใช้ทรัพยากรการบริหารต่าง ๆ ได้แก่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เงินทุน ตลอดจนการใช้สารสนเทศที่เกี่ยวข้องในองค์การอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และมุกมณี มีโชคชูสกุล (2555, หน้า 38) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการจัดการ ได้แก่ วิธีการจัดการ เป็นหน้าที่หลักของผู้บริหารโดยตรง ถือเป็นกลไกและตัวประสานที่สำคัญที่สุดในการรวบรวม กำกับและผลักดันให้ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นทรัพยากรในการจัดการให้ผสมผสานดำเนินได้อย่างราบรื่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุมาจากการที่ประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีภาวะวิกฤตและเรื้อรังมากขึ้น ประชาชนมีความต้องการได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารจึงให้ความสำคัญต่อการจัดสรรทรัพยากรทั้ง เงินทุน เครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งบุคลากรเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาด้านการรักษาซึ่งมีความจำเป็นเร่งด่วนมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบกับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอยังมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง จึงยังคงมีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์จนเกิดความแออัด

2.3.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหายุ่งเกี่ยวกับการจัดการบุคลากรแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้าน การรักษาอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาและจำนวนประชากรที่แท้จริงสอดคล้องกับแนวคิดของวงศา เลหาศิริวงศ์ (2548) กล่าวว่า กระบวนการจัดการทรัพยากรมนุษย์ขององค์การ ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร การสร้างบรรยากาศการทำงาน การสร้างคุณค่าพื้นฐาน การจ้างงานและการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถ นอกจากนี้ สุรจิต สุนทรธรรม และพงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2555, หน้า 280) กล่าวว่า การจัดการระบบบริการสาธารณสุขเป็นกระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอนการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การนำและการควบคุมการใช้ทรัพยากรการบริหารต่าง ๆ ได้แก่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เงินทุน ตลอดจนการใช้สารสนเทศที่เกี่ยวข้องในองค์การอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เพื่อให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากบุคลากรแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรที่มีประสบการณ์เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุและมีการเกษียณอายุ

ราชการการตามเวลาและก่อนเวลาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีความเหนื่อยล้าหรือไม่สามารถปฏิบัติงาน ในช่วงเวลากลางคืน หรือปฏิบัติงานต่อเนื่องหลายวันได้ ส่วนบุคลากรที่เป็นวัยแรงงานไม่ได้รับการ บรรจุนโยบายมักจะลาออกเพราะขาดความก้าวหน้าในสายอาชีพ ขาดขวัญและกำลังใจ รวมทั้งเกิด ความเหลื่อมล้ำเกี่ยวกับเงินเดือนค่าตอบแทนและภาระงานเพิ่มมากขึ้น บุคลากรใหม่ไม่มีแรงจูงใจ ที่จะเข้าสู่ระบบเพราะนโยบายของรัฐบาลไม่ให้บริการราชการเพิ่มเติมได้อัตรากำลังบุคลากรใน โรงพยาบาลของจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนทั้งสิ้น 6,735 คน เป็นข้าราชการร้อยละ 60.41 พนักงานสาธารณสุขร้อยละ 30.24 ลูกจ้างชั่วคราวร้อยละ 16.48 ลูกจ้างประจำร้อยละ 4.78 ใน จำนวนทั้งหมดนี้ เป็นบุคลากรของ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป 3,491 คน โรงพยาบาล ชุมชน 2,324 คน มีการสูญเสียบุคลากรจากการย้าย ลาออก เกษียณ ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 3.91 และโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 9.51 ในภาพรวมมีส่วนขาด อัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพ 4 สาย คือ แพทย์ 55 คน ทันตแพทย์ 27 คน เภสัชกร 21 คน และ พยาบาล 352 คน กลุ่มงานพัฒนาวิทยาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (2559, หน้า 297-300)

2.4 ด้านการให้การศึกษาศึกษาและฝึกอบรม

2.4.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการ ให้การศึกษาศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงานสอดคล้องกับแนวคิดของทัศน บัญทอง (2542, หน้า 33) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพที่ดีจะต้องอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย บุคลากรที่ ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและทันต่อเหตุการณ์และการ เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและสามารถนำความรู้นั้นมาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความ ต้องการของประชาชนและสังคมนอกจากนี้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558) กล่าวว่า ความสำคัญของการออกกำลังกายเป็นประจำถือเป็นสิ่งบ่งชี้ความแข็งแรงหรือ อ่อนแอของสิ่งมีชีวิตทุกชนิด รวมถึงมนุษย์ด้วยตราบดีที่มนุษย์ยังคงออกกำลังกายอย่างถูกต้อง ในเวลาที่เหมาะสม จะนำมาซึ่งความแข็งแรงและปราศจากคุกคามของโรคร้ายหลายชนิด ในทาง กลับกันหากมนุษย์ไม่ได้ออกกำลังกายเลยจะนำไปสู่ความไม่มั่นคงทางสุขภาพ เนื่องจากมีภาวะเสี่ยง ต่อการมีโรคร้ายหลายชนิดคุกคาม เช่น โรคอ้วน โรคไขมันในเส้นเลือดอุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจ ไม่แข็งแรง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจาก กลุ่มเด็กปฐมวัยมีการย้ายที่อยู่ไปกับผู้ปกครองที่มีอาชีพรับจ้าง ไม่สามารถติดตามตัวหรือส่งต่อ ข้อมูลแก่หน่วยบริการอื่นได้ จึงไม่สามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง กลุ่มเด็กวัยเรียน

กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน ไม่สามารถเข้าถึงได้ในเวลากลางวันบุคลากรออกเยี่ยมบ้านในช่วงนอกเวลาราชการมักจะไม่ได้ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร เพราะเป็นเวลารอบครัวและประชาชนต้องการพักผ่อน ประกอบกับโรงพยาบาลภาครัฐยังขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการกำหนดแผนการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างเฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย ยังไม่มีการสำรวจรูปแบบการให้การศึกษาและฝึกอบรมสำหรับประชาชนแต่ละกลุ่มวัยเพื่อจัดทำกลยุทธ์การศึกษาและฝึกอบรมอย่างเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ เพื่อลดอัตราตายจาก โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุจากรถล้ม เนื้อหัวใจขาดเลือด ไตวาย ไตอักเสบ วัณโรคปอด ตับแข็ง เบาหวาน ภูมิคุ้มกันบกพร่องและความดันโลหิตสูง (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2559, หน้า 24)

2.4.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบสอดคล้องกับแนวคิดของ พรณี สวณเพลง (2555, หน้า 185-186) กล่าวถึงกลยุทธ์ (Strategy) ว่าเป็นแนวทางการปฏิบัติการ โดยมีความมุ่งหวังเพื่อสร้างความสำเร็จเปรียบทางการแข่งขันที่ยั่งยืนแผนกลยุทธ์ที่ได้รับการออกแบบอย่างรอบคอบเป็นจำนวนมากต้องประสบกับความล้มเหลวอันเนื่องมาจากขาดความสนใจในปัจจัยตัวแปรอื่น ๆ ของผู้บริหารทำนองเดียวกันกับแผนกลยุทธ์ที่ได้รับการวางแผนอย่างดีเลิศต้องถูกทำลายลงเนื่องจากการจัดระบบบริหารงานที่ไม่เหมาะสมหรือการขาดพนักงานที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดีก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้แผนกลยุทธ์ได้วางไว้อย่างดีไม่ประสบความสำเร็จได้นอกจากนี้ วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (2553) กล่าวว่า การตรวจสอบสภาวะแวดล้อมประกอบด้วย การพิสูจน์ทราบและการบรรยายให้เห็นถึงและแนวโน้มที่สำคัญ เรื่องที่ทำนายต่อการที่ชาติจะต้องเข้าไปดำเนินการในโอกาสต่าง ๆ กับปัญหาต่าง ๆ (การคุกคาม) จุดมุ่งหมายก็เพื่อจะระดมข่าวสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดให้สามารถชี้ชัดลงไปได้ว่าอะไรเป็นแรงผลักดันและจะมีแนวโน้มไปในทิศทางใดรวมทั้งได้มีการพิสูจน์ทราบปัญหาและโอกาสต่าง ๆ ด้วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากการจัดทำกลยุทธ์ของโรงพยาบาลมักจะมาจากข้อตกลงระหว่างผู้บริหาร หัวหน้างาน ทีมนำและบุคลากรของโรงพยาบาลเพียงบางส่วนซึ่งยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย ประกอบกับภายหลังการจัดทำกลยุทธ์ไม่นำมาสู่การลงประชามติอย่างสมบูรณ์เพื่อดำเนินการแก้ไขตามที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับผลงานต้องการ อีกทั้งในปัจจุบันประชาชนแต่ละกลุ่มวัยมี

ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและให้ความสนใจติดตามข้อมูลข่าวในรูปแบบและช่องทางที่แตกต่างกัน อาทิ โทรศัพท์มือถือ ระบบอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ และวิทยุ

2.4.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมเชิงรุกด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบสอดคล้องกับแนวคิดของพรณี สวนเพลง (2555, หน้า 185-186) กล่าวถึงกลยุทธ์ว่าเป็นแนวทางการปฏิบัติการโดยมีความมุ่งหวังเพื่อสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันที่ยั่งยืนแผนกลยุทธ์ที่ได้รับการออกแบบอย่างรอบคอบเป็นจำนวนมากต้องประสบกับความล้มเหลวอันเนื่องมาจากขาดความสนใจในปัจจัยตัวแปรอื่นๆของผู้บริหารทำนองเดียวกันกับแผนกลยุทธ์ที่ได้รับการวางแผนอย่างดีเลิศต้องถูกทำลายลงเนื่องจากการจัดระบบบริหารงานที่ไม่เหมาะสมหรือการขาดพนักงานที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดีก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้แผนกลยุทธ์ได้วางไว้อย่างดีไม่ประสบความสำเร็จได้นอกจากนี้ วงศา เลหาศิริวงศ์ (2548) กล่าวว่าการให้การศึกษาและฝึกอบรมแก่สมาชิกทุกคนในองค์กร เพื่อเป็นการยกระดับและพัฒนาจิตสำนึกแห่งคุณภาพทั่วทั้งองค์กรให้ทุกคนมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน มีทัศนคติในการทำงานร่วมกันเป็นทีมและหมู่คณะ โดยยึดความรับผิดชอบต่อคุณภาพของงานเป็นหลักและสำนักงานมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2548) กล่าวว่า สิทธิด้านสุขภาพของบุคคลหมายถึง สิทธิส่วนบุคคล ที่พึงได้จากระบบสุขภาพซึ่งควรเป็น บุคคลควรไม่เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นถ้าเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ก็ต้องได้รับการป้องกันและการป้องกันนั้นควรได้ผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุมาจากบุคลากรขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดทำกลยุทธ์ ผู้บริหารมักจะมอบหมายให้หัวหน้างานและผู้ที่มีประสบการณ์เป็นผู้รับผิดชอบ จึงขาดข้อมูลรายละเอียดที่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับอัตราการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ขาดการศึกษารูปแบบการศึกษาและฝึกอบรมที่เหมาะสมสำหรับประชาชนแต่ละกลุ่มวัยเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อย คือ โรคอุจจาระร่วง โรคปอดบวม โรคไข้หวัดใหญ่ อาหารเป็นพิษและตาแดง

2.4.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างทั่วถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปสอดคล้องกับแนวคิดของ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 33) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพที่ดีจะต้องอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและสามารถนำความรู้นั้นมาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม นอกจากนี้ วงศา เลหาศิริวงศ์ (2548) กล่าวว่า การให้การศึกษาและฝึกอบรมแก่สมาชิกทุกคนใน

องค์กร เพื่อเป็นการยกระดับและพัฒนาจิตสำนึกแห่งคุณภาพทั่วทั้งองค์กรให้ทุกคนมีความเข้าใจ ที่ถูกต้องตรงกัน มีทัศนคติในการทำงานร่วมกันเป็นทีมและหมู่คณะ โดยยึดความรับผิดชอบใน คุณภาพของงานเป็นหลัก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากการสนับสนุนด้านทุนสนับสนุนการศึกษาและฝึกอบรม อาทิ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการรักษาโรคต่าง ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการพยาบาลและเงินทุนสนับสนุนการศึกษาและฝึกอบรมหลักสูตรอื่น ๆ จะมีมากในโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมักจะไม่ได้รับทุนการสนับสนุนเพียงพอต่อความต้องการ จึงไม่สามารถที่จะปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนหรือสอดคล้องกับสภาพปัญหา นอกจากนี้ยังเป็นขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าในวิชาชีพสามารถช่วยแก้ไขปัญหาการลาออกของแพทย์และพยาบาลได้

2.4.5 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหายุ่งยากเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับแนวคิดของจริยาวัตร คมพยัคฆ์และ วนิตา ดุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า การจัดการบริการเพื่อฟื้นฟูสภาพเป็นการจัดการบริการสุขภาพเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือประชาชนกลับคืนสู่สภาพเดิมหรือภาวะสุขภาพปกติเร็วที่สุดภายหลังการเจ็บป่วยเกิดขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ครอบคลุมการสอนสุขภาพ การให้คำปรึกษา การบริการทางกายภาพบำบัด (Physical therapy) ในรูปแบบต่าง ๆ และการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพภายหลังการเจ็บป่วย เช่น เมื่อได้รับอุบัติเหตุไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ หน่วยงานบริการสุขภาพจะจัดอบรมอาชีพใหม่ รวมทั้งมีการประสานหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อการฟื้นฟูสภาพให้ด้วย นอกจากนี้ สำนักงานมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2548) กล่าวว่า สิทธิด้านสุขภาพของบุคคลที่พึงได้รับจากระบบสุขภาพบุคคลควรไม่พินิจ โดยไม่จำเป็นเพราะความพินิจเป็นสาเหตุของการเสื่อมสุขภาพและการถดถอยของคุณภาพชีวิต ถ้าเหตุของความพินิจเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ก็ควรได้รับการป้องกันไม่ว่าสาเหตุนั้นจะเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ในการทำงานหรือในการผจญกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ก็ตามหากเกิดการพินิจขึ้น ความพินิจนั้นต้องเกิดน้อยที่สุด เมื่อเกิดความเจ็บป่วยที่จะนำไปสู่ความพินิจก็ควรได้รับการวินิจฉัยโดยเร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทันท่วงทีจนไม่เกิดความพินิจหรือเกิดน้อยที่สุดเมื่อเกิดการพินิจขึ้นจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพดีที่สุด และการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นช่วยให้สามารถมีชีวิตใกล้เคียงกับสภาพปกติมากที่สุด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากญาติผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยเรียนและกลุ่มวัยแรงงานที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้มักจะไม่มีเวลาอยู่ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ไม่มีเวลารับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในช่วงเวลากลางวันได้ เพราะต้องเรียนหนังสือหรือทำงานรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ส่วนการออกเยี่ยมบ้านในช่วงหลังเลิกงานซึ่งเป็นเวลาของครอบครัวและพักผ่อนจึงไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร ประกอบกับยังไม่มีการจัดทำกลยุทธ์การให้ศึกษาและฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งจังหวัด รวมทั้งยังไม่มีการพัฒนารูปแบบการให้การศึกษาและฝึกอบรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและผู้พิการ

2.5 ด้านการทำงานเป็นทีม

โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมด้านการป้องกันโรคระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนสอดคล้องกับแนวคิดของสุรจิต สุนทรธรรม และพงษ์สุทธิ จงอุดมสุข (2555, หน้า 284) กล่าวว่า บริการปฐมภูมิเป็นระบบบริการแรกที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพพื้นฐานทั้งหมดของประชาชน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐานโดยไม่มีบริการผู้ป่วยใน สถานพยาบาลระดับนี้ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกเอกชน ส่วนใหญ่จะกระจายอยู่ในระดับตำบลอย่างน้อยตำบลละหนึ่งแห่งทั่วประเทศ โดยมีการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขอันเป็นกลไกดำเนินการในระดับชุมชนทั่วทุกหมู่บ้าน มีบทบาทเป็นผู้สื่อข่าวสุขภาพและร่วมทำงานประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนแต่ละหมู่บ้าน นอกจากนี้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558) กล่าวว่า การได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่ป้องกันได้ถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบป้องกัน ในปัจจุบันมีการฉีดวัคซีนหลายชนิดให้เด็กทารกเช่น โปลิโอ โรคไข้ทรพิษฝีดาษ อีสุกอีใส เป็นต้น ในกรณีที่ขาดการฉีดวัคซีนย่อมทำให้เด็กขาดความมั่นคงด้านสุขภาพเนื่องจากอยู่ในสถานะที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อหรือเป็นโรคดังกล่าว อัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และโรคติดต่อร้ายแรงความสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อร้ายแรง เป็นเรื่องของการทำให้ตนเองไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงของการติดโรคติดต่อในทางกลับกัน หากไม่มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อจนเป็นนิสัย ย่อมก่อให้เกิดความไม่มั่นคงด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากขาดการกำหนดแนวทางเพื่อพัฒนาระบบการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงานและทีมงานภายในโรงพยาบาล ประกอบกับโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีสภาพปัญหาที่มีความแตกต่างกัน จึงมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานและเป้าหมายที่แตกต่างกัน ทุกโรงพยาบาลต่าง

ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติงานเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่หน่วยงานต้องการ จึงขาดความตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถร่วมทำงานเป็นทีมให้พร้อมต่อการป้องกันโรคระบาดและการทำลายแหล่งกำเนิดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วทั้งจังหวัด

2.6 ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2.6.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารแนวทางการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสอดคล้องกับแนวคิดของวงศา เลาศิริวิงส์ (2548) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective communication) และอย่างทั่วถึงทั้งนโยบาย วัตถุประสงค์และเป้าหมายจะต้องถูกถ่ายทอดจากผู้บริหารระดับสูงไปยังสมาชิกทุกคนได้อย่างถูกต้องชัดเจน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกันทั้งองค์การ นอกจากนี้ สดใส ทองทิน (2555) พบว่า ผู้นำเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีความรู้ความสามารถ สมาชิกมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานเครือข่ายมีการประสานงานด้านการดำเนินงานแต่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารไม่ต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมค่อนข้างน้อย และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (2558) กล่าวว่า ระบบสารสนเทศเป็นความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวโน้มความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทั่วถึงและเป็นธรรม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากผู้บริหารมักจะสื่อสารแนวทางการทำงานที่รับทราบจากกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แผนบริการสุขภาพ ให้หัวหน้างานและทีมมารับทราบเป็นหลัก แต่เนื่องจากหัวหน้างานมีภาระงานมากจึงไม่สามารถสื่อสารให้บุคลากรระดับผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบอย่างชัดเจนและทั่วถึง ทำให้มีความเข้าใจคลาดเคลื่อน การทำงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความผิดพลาดในการทำงาน รวมทั้งเกิดความขัดแย้งในการประสานการทำงานระหว่างโรงพยาบาล เนื่องจากตัวชี้วัดไม่ตรงกันจึงต้องมีการและพัฒนารูปแบบการติดต่อสื่อสารที่บุคลากรสามารถเข้าถึงได้หรือมีความสะดวกต่อการใช้งาน อาทิ โทรศัพท์มือถือ หรือระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการสื่อสารแนวทางการทำงานและข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึง

2.6.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสนับสนุนการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย สอดคล้องกับแนวคิดของวงศา เลาศิริวิงส์ (2548) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสาร

ที่มีประสิทธิภาพ และอย่างทั่วถึงทั้งนโยบาย วัตถุประสงค์และเป้าหมายจะต้องถูกถ่ายทอดจากผู้บริหารระดับสูงไปยังสมาชิกทุกคนได้อย่างถูกต้องชัดเจน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกันทั้งองค์กร นอกจากนี้ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (2558) กล่าวว่า ระบบสารสนเทศเป็นความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวโน้มความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทั้งถึงและเป็นธรรมและ จริยวัตร คมพักษณ์ และวนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า การบริการสาธารณสุขมูลฐานเป็นการบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผลงาน ด้วยการผสมผสานให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมภายใต้การสนับสนุนของรัฐและการเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ของรัฐ การบริการระดับนี้ ผู้ให้บริการ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาจดำเนินการในบ้านของตนเองหรือศูนย์สุขภาพชุมชนหรืออาคารอเนกประสงค์ของชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากแพทย์ พยาบาลและบุคลากรขาดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสาร ประกอบกับโรงพยาบาลรัฐยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญรับผิดชอบด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโดยตรงบุคลากรที่มีความรู้หรือมีประสบการณ์มีการลาออกบ่อยเพราะไม่ได้บรรจุเป็นข้าราชการ ได้รับค่าจ้างเงินเดือนน้อยกว่าค่าแรงขั้นต่ำ ไม่มีรายได้หรือค่าตอบแทนพิเศษ ไม่มีสวัสดิการหรือสิ่งอำนวยความสะดวก มีภาระงานมากขึ้น คอมพิวเตอร์มีสภาพชำรุดง่ายและใช้โปรแกรมที่มีระบบการบันทึกข้อมูลที่ซับซ้อนไม่สะดวกต่อผู้ปฏิบัติ

6.2.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงด้านการรักษาสอดคล้องกับแนวคิดของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558) อัตราผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานภายใน 40 นาทีมีความสำคัญ ของการมีสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานและสามารถเข้าถึงบริการได้ภายในเวลาที่กำหนดถือเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย หรือผู้ประสบอุบัติเหตุ ในกรณีที่ผู้ประสบอันตรายไม่สามารถไปยังสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานในเวลาอันเร็วพอควร ข้อมาความมั่นคงต่อสุขภาพ เช่น อาจพิการ สูญเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลไม่สามารถช่วยชีวิตได้ นอกจากนี้ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 23-24) กล่าวว่า โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นสถานบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ซึ่งต้องการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำและมีความต้องการดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เป็นแหล่งวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์พยาบาลที่ใช้เทคโนโลยี

ชั้นสูง ลักษณะงานบริการจะเป็นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูต่อการรักษาพยาบาลในสัดส่วน 25:75 บุคลากรประจำโรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ เภสัชกรและบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากกระบวนการส่งต่อมีความล่าช้าเพราะต้องตรวจสอบสิทธิการรักษาจากต้นสังกัด การสื่อสารมีความล่าช้าจากการขาดแพทย์ประจำศูนย์ส่งต่อทำหน้าที่ตัดสินใจและประสานการส่งต่อ ประกอบกับการส่งต่อข้อมูลไม่สมบูรณ์ ยังไม่สามารถสร้างฐานข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โปรแกรมการใช้งานมีความซับซ้อน ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพราะลาออกบ่อย เนื่องจากได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนในอัตราที่ต่ำ ไม่มีสวัสดิการและมีภาระงานมากกว่าส่งต่อยังขาดความปลอดภัยเพราะพนักงานขับรถของโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่ง รวม 92 คน ผ่านการฝึกอบรม 65 คน รถพยาบาล 44 คัน ติดกล้อง 42 คัน มีการทำประกันภัยภาคสมัครใจ ชั้น 1 ร้อยละ 80.43 ชั้น 3 ร้อยละ 13.05 ชั้น 3 พลัส ร้อยละ 6.52 (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2560, หน้า 100-101) ยังพบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพ เพราะโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่ผ่าน HA ชั้น 3 รวม 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพนัสนิคม โรงพยาบาลบ้านบึงโรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลหนองใหญ่ โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม โรงพยาบาลบ่อทองและโรงพยาบาลบางละมุง (ข้อมูลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ประกาศวันที่ 7 เมษายน 2559)

2.7 ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ

2.7.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลสำหรับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการส่งเสริมสุขภาพให้ตรงตามความเป็นจริงและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกันได้สอดคล้องกับ นิชาภัทร เลิศพรมาตุลี (2555) พบว่า กระบวนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอน คือการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทที่แท้จริงของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพและบทบาทที่คาดหวังทั้งโดยเจ้าหน้าที่และชุมชน และการประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ขั้นตอนดังกล่าวก่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจและการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพนอกจากนี้ วงศา เลหาศิริวงศ์ (2548) กล่าวว่า การวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จต้องมีการวัดเป็นระยะ ๆ และมีความเหมาะสม การจ่ายค่าแรง

คำตอบแทนต้องมีความยุติธรรม โดยให้สมาชิกทุกคนรับทราบ รวมถึงการวัดระดับความพึงพอใจของลูกค้า เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพต่อไปและ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (2558) กล่าวว่า ระบบสารสนเทศเป็นความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวโน้มความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทัวถึงและเป็นธรรม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากบุคลากรรุ่นเก่า ยังขาดทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ การใช้ประโยชน์จากระบบอินเตอร์เน็ตและขาดความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดหรือข้อมูลสำคัญที่ต้องบันทึก รวมทั้งวิธีการบันทึกข้อมูล การส่งต่อข้อมูล นอกจากนี้โปรแกรมการบันทึกข้อมูลในปัจจุบันมีความยุ่งยากต่อการใช้งานจึงไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ประกอบกับตัวชี้วัดและระบบการทำงานของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน บุคลากรมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันเก็บข้อมูลไม่เหมือนกัน ข้อมูลที่ได้รับจึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์และนำไปใช้ร่วมกันได้อย่างแท้จริง

2.7.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการรักษาให้ตรงตามความเป็นจริงสอดคล้องกับแนวคิดของทัศน บุญทอง (2542, หน้า 33) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรจะเป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องระบบบริการสุขภาพที่ดีจะต้องอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและสามารถนำความรู้นั้นมาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม นอกจากนี้ มุกมณี มิโชคชอุท (2555, หน้า 37) กล่าวว่า ปัจจัยแวดล้อมทางด้านเทคโนโลยี (Technology factor) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และเป็นการปรับตัวอย่างรวดเร็วเป็นไปตามสภาวะปัจจัยภายนอก ซึ่งมีการแข่งขันกันสูงในการดำเนินธุรกิจยุคปัจจุบัน ทำให้การดำรงชีวิตของผู้บริโภคมีความง่ายและสะดวกมากขึ้นทั้งการติดต่อดำเนินธุรกิจภายในประเทศและต่างประเทศ เช่น การติดต่อสื่อสารกันสะดวกในระหว่างทุกฝ่ายโดยอาศัยเทคโนโลยีด้านการสื่อสารมีการใช้สื่อเข้ามาช่วยงานธุรกิจในด้านต่าง ๆ ทั้งการบันทึก เก็บรวบรวมข้อมูล จึงเป็นเครื่องมือสำคัญของผู้บริหารที่ช่วยในการตัดสินใจด้านต่าง ๆ ได้ถูกต้องและแม่นยำ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากบุคลากรยังขาดความรู้และทักษะการใช้คอมพิวเตอร์สำหรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ไม่เข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์ โปรแกรมการส่งต่อมีความยุ่งยากต่อการใช้งาน คอมพิวเตอร์บางแห่งเป็นแบบเก่ายังไม่สามารถพัฒนาโปรแกรมที่ใช้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุขขาดบรรจบบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นผู้รับผิดชอบหลักในฝักอบรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านการส่งต่อสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องรวมทั้งพัฒนาระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่ทันสมัย สามารถนำไปใช้ในการพัฒนามาตรฐานบริการและกำหนดตัวชี้วัดให้เป็นภาพรวมทั้งจังหวัด

2.8 ด้านโครงสร้าง

2.8.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบสอดคล้องกับแนวคิดของ นิชาภัทร เลิศพรมาตุลี (2555) พบว่า บริบทที่เอื้อต่อการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ที่ตั้งของเครือข่ายสุขภาพไม่ห่างไกลกันมาก ชุมชนมีความรักใคร่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพมีความกระตือรือร้นในการทำงาน รวมทั้งหลักการและแนวคิดการพัฒนาท้องถิ่นของเทศบาลที่ถือเอาปัญหาและความต้องการของประชาชนเป็นหลักที่จะดำเนินการเพื่อแก้ไขและตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริงและยั่งยืนนอกจากนี้ ทศนา บุญทอง (2542) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยไม่ใช่การตั้งรับผู้รับบริการอยู่แต่เพียงภายในสถานบริการและการส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นภายในสถานบริการ ควรมีนโยบายเชิงรุก โดยเข้าไปให้บริการประชาชนในชุมชนโดยบุคลากรสุขภาพ ให้บริการอย่างผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ เป็นการเข้าใกล้ผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากบุคลากรของโรงพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการลาออกมากขึ้น ประกอบกับขาดการสนับสนุนหรือเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับอัตรากำลังให้สอดคล้องกับโครงสร้างการปฏิบัติงานใหม่ ขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งเป็นผู้นำทีมหมอประจำครอบครัวหรือทีมหมอครอบครัว เพื่อให้การดูแลประชาชน โดย 1 ทีม สามารถดูแลได้ 10,000 คน แต่ปัจจุบันมีเพียง 12 คน จากเป้าหมายที่กำหนดไว้ 126 คน นอกจากนี้การกำหนดอัตรากำลังยังไม่สอดคล้องกับประชากรที่แท้จริงภายในจังหวัดเพราะใช้การคำนวณจากประชาชนตามทะเบียนราษฎร จึงไม่เพียงพอต่อการบริการประชาชนที่เดินทางเข้ามาจำนวนมากนอกจากนี้ในระดับอำเภอยังมีปัญหาเกี่ยวกับการทับซ้อนของสายการบังคับบัญชาระหว่างกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรมีความสับสนจากการรับคำสั่งที่มีเป้าหมาย ตัวชี้วัดและกระบวนการทำงานที่แตกต่างกัน

2.8.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการรักษาอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบสอดคล้องกับแนวคิดของวงศา เลาศิริวิวงศ์ (2548) กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนโครงสร้างขององค์การให้มีความยืดหยุ่น เพื่อเกื้อหนุนให้สมาชิกในองค์การให้สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้า (Client's satisfaction) ได้อย่างถูกต้องตามความต้องการและต้องปรับเปลี่ยนโครงสร้างให้ทันและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนอกจากนี้ สุรจิต สุนทรธรรม และพงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2555, หน้า 280) กล่าวว่า ระบบบริการสาธารณสุขมีเป้าหมายในการจัดให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพทั้งนี้ขึ้นกับทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละประเทศหรือแต่ละพื้นที่ การจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่คืบหน้าขึ้นกับการมีทรัพยากรหลักที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและความตั้งใจ เครื่องมือ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอการทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายความครอบคลุมและเท่าเทียมขึ้นกับกลยุทธ์การจัดการทรัพยากร การบริหารจัดการบริการ และการทำให้มีแรงจูงใจหรือผลตอบแทนที่เหมาะสมทั้งกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้ใช้บริการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงสู่การเป็นศูนย์กลางทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนเดินทางเข้ามาในพื้นที่เป็นจำนวนมากและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจนไม่สามารถสรุปจำนวนประชากรที่แท้จริงได้แน่นอน ประกอบกับการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติงานโดยไม่ได้เตรียมความพร้อมอัตรากำลัง ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดกลยุทธ์เกี่ยวกับโครงสร้างอัตรากำลังร่วมกันในระยะยาวจึงไม่สามารถเตรียมความพร้อมและปรับเปลี่ยนให้เป็นไปตามโครงสร้างใหม่ได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาขาดเงินทุนสนับสนุนการปรับปรุงหรือขยายโครงสร้างอาคารสถานที่และก่อสร้างทดแทนส่วนที่ชำรุดทรุดโทรม ทำให้เกิดความแออัดและไม่พร้อมต่อการบริการประชาชน

2.8.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างอัตรากำลังด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบสอดคล้องกับแนวคิดของวงศา เลาศิริวิวงศ์ (2548) กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนโครงสร้างขององค์การให้มีความยืดหยุ่น เพื่อเกื้อหนุนให้สมาชิกในองค์การให้สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้า ได้อย่างถูกต้องตามความต้องการและต้องปรับเปลี่ยนโครงสร้างให้ทันและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนอกจากนี้ สุรจิต สุนทรธรรม และพงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2555, หน้า 280) กล่าวว่า ระบบบริการสาธารณสุขมีเป้าหมายในการจัดให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพทั้งนี้ขึ้นกับทรัพยากรที่มีอยู่

ในแต่ละประเทศหรือแต่ละพื้นที่ การจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่ด้นั้นขึ้นขึ้นกับการมีทรัพยากรหลักที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและความตั้งใจ เครื่องมือ อุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสารงบประมาณ รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอการทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณภาพ บรรลุเป้าหมายความครอบคลุมและเท่าเทียมขึ้นกับกลยุทธ์การจัดการทรัพยากร การบริหารจัดการบริการ และการทำให้มีแรงจูงใจหรือผลตอบแทนที่เหมาะสมทั้งกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้ใช้บริการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากเดิมโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ในทุกอำเภอมีการขาดแคลนอัตราากำลังทั้งแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์และทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่แล้ว เมื่อมีการประกาศใช้โครงสร้างการปฏิบัติงานใหม่โดยไม่ได้เตรียมความพร้อมอัตรากำลังจึงไม่สามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับโครงสร้างการทำงานใหม่ได้ทั้งหมด ประกอบกับก่อนการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานใหม่ไม่ได้ทำการสำรวจ เพื่อเตรียมความพร้อมอาคารสถานที่ หรือสนับสนุนเงินทุนดำเนินการปรับปรุง จึงเกิดความแออัด เพราะพื้นที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการตามโครงสร้างการทำงานใหม่

2.9 ด้านระบบการทำงาน

2.9.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงรับในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสอดคล้องกับฉันทภัทร เลิศพรมาตุลี (2555) พบว่า บทบาทที่แท้จริงของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การป้องกัน/ ส่งเสริม การรักษาและการฟื้นฟู และพบประเด็นเกี่ยวกับการทับซ้อนกันของบทบาท การประสานงานกันระหว่างเครือข่ายและความต่อเนื่อง ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบทบาทที่คาดหวังพบว่าเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพคาดหวังว่าตนเองจะมีบทบาทการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพชุมชนก่อนที่จะเป็นโรค การให้บริการสุขภาพเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพและเป็นตัวกลางประสานระหว่างเครือข่ายสุขภาพ ส่วนของชุมชนนั้นคาดหวังให้เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพมีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟู การให้บริการสุขภาพเชิงรุกและให้เป็นบทบาทของเครือข่ายสุขภาพที่แท้จริง และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (2558) กล่าวว่า ระบบอภิบาลเป็นการกำกับดูแลให้องค์กรสุขภาพดำเนินการกิจอย่างเป็นธรรม โปร่งใสตรวจสอบได้ เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการที่มุ่งแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันและคาดการณ์ปัญหาในอนาคตทุกกิจกรรมหรือ “องค์ประกอบ”

ไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว แต่มีปฏิสัมพันธ์ แต่ละองค์ประกอบเปรียบเสมือนระบบย่อยที่ประกอบกันขึ้นเป็นระบบสุขภาพใหญ่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุมาจากจังหวัดชลบุรีมีสภาพพื้นที่แตกต่างกันมาก มีทั้งเขตเมืองที่มีการพัฒนาสู่ความเจริญอย่างรวดเร็ว มีลักษณะเป็นบ้านจัดสรร ตึกสูง คอนโด ที่มีระบบรักษาความปลอดภัยเข้มงวดยากต่อการเข้าถึง ส่วนเขตภูเขาและเขตพื้นที่เกษตรกรรมซึ่งมีเส้นทางคมนาคมที่ทุระกันดานยากต่อการเข้าถึง นอกจากนี้ในเขตพื้นที่ชุมชนประชาชนวัยแรงงานมักจะไม่ค่อยอยู่บ้าน ส่วนสถาบันการศึกษาจะมีกำหนดกิจกรรมการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่องทำให้ยากที่จะกำหนดระบบทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง สถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรมที่ผิดกฎหมายหรือมีแรงงานต่างด้าว มักจะไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการเข้าถึงเท่าที่ควร บางแห่งปฏิเสธและไม่ให้เข้าไปในพื้นที่

2.9.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลภาคเอกชนสอดคล้องกับแนวคิดสำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2548) กล่าวว่า สิทธิด้านสุขภาพของบุคคลที่พึงได้รับบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาตามความจำเป็น โดยผู้เจ็บป่วยต้องสามารถเข้าถึงบริการการรักษาได้โดยไม่มีข้อจำกัดในเชิงเศรษฐฐานะค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ท้องที่ ข้ออคติหรือความเสียเปรียบต่าง ๆ และเป็นบริการการรักษาที่ได้ผลตามที่พึงจะได้ด้วยความรู้ความสามารถที่มีอยู่ในขณะนั้น ๆ ซึ่งในเรื่องนี้ยังคงมีปัญหาว่าสิ่งใดคือสิ่งที่จำเป็นและใครเป็นผู้บอกหรือกำหนดว่าจำเป็นตลอดจนระดับความเป็นไปได้ที่จะสนองความจำเป็นนั้น ๆ นอกจากนี้ จริยวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดาคุรุวงศ์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นการจัดบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยนี้มีหลายลักษณะ บางชนิดเป็นระยะสั้นเกิดขึ้นทันทีทันใด บางชนิดเป็นเรื้อรัง บางชนิดเมื่อหายแล้วกลับเป็นซ้ำได้อีก บางชนิดมีความรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตและบางชนิดสามารถแพร่กระจายจนเกิดการระบาดขึ้น ดังนั้นการจัดบริการการรักษาพยาบาลจึงมีหลายระดับและแต่ละระดับมีขีดความสามารถในการให้บริการต่างกัน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุมาจากความแตกต่างของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้สำหรับการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมีความแตกต่างกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้สำหรับการส่งต่อระหว่างในสังกัด

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับโรงพยาบาลอื่น ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น ๆ และภาคเอกชน แต่ละโรงพยาบาลกำหนดตัวชี้วัดที่แตกต่างกัน ส่งผลให้กำหนดระบบการทำงานที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างการประสานงานและไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงอย่างจริงจัง

2.10 ด้านบุคลากร

2.10.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับระบบการทำงานเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกภายในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับ ณิชากัทธ เลิศพรมาตุลี (2555) พบว่า กระบวนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอนคือ การประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ขั้นตอนดังกล่าวก่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจและการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ เริ่มจากการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพและการทำโครงการต่าง ๆ ที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพต่อไปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาทำให้เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพเกิดการรับรู้และเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่นวทางการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพโดยเริ่มที่ตัวเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพก่อน โดยการพัฒนาความรู้ความสามารถ การแสดงความคิดเห็นในการทำงาน นอกจากนี้แล้วต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมการทำงาน แต่คงไว้ซึ่งวัตถุประสงค์ในการพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนนอกจากนี้ จริยาวัตร คม พยัคฆ์ และ วนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย (2554) กล่าวว่า กำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีบุคลากรทางการสาธารณสุขที่จะไปปฏิบัติงานตามสถานบริการต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยต้องผ่านความเห็นชอบจากสำนักงานข้าราชการพลเรือนซึ่งเป็นหน่วยงานที่กำหนดตำแหน่งและสายงาน หน้าที่ความรับผิดชอบและค่าจ้าง กระทรวงสาธารณสุขจะมีบุคลากรที่ไปปฏิบัติงานในสถานบริการต่าง ๆ ทั้งในหน่วยงานระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและส่วนกลาง หลายสายงาน อาทิ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการสุขาภิบาล พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่งานด้านทันตสาธารณสุข ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งในหน่วยบริการของกระทรวงอื่น ๆ ที่มีได้อยู่ในความดูแลการบริหารงานบุคคลโดยสำนักงาน ก.พ. จะมีการกำหนดสายงานของบุคลากรด้านบริการด้านการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุขซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างกันไปแล้วแต่หน่วยงาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุมาจากผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการสรรหาและบรรจุบุคลากรด้านการรักษาที่มีความจำเป็นเร่งด่วนและเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันมากกว่าด้านอื่น ๆ ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบายลดการบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ บุคลากรใหม่ไม่ได้รับการบรรจุจึงขาดแรงจูงใจที่คงอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขไม่สามารถสร้างแรงจูงใจบุคลากรเข้ามาสู่ระบบเพิ่มขึ้น บุคลากรมีการลาออกมากขึ้นเพราะมีภาระงานมากจนเกิดความเหนื่อยล้า ส่วนหนึ่งเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เกิดความเหลื่อมล้ำเกี่ยวกับค่าจ้างเงินเดือน ค่าตอบแทน โอกาสทางการศึกษา ขาดความก้าวหน้าในสายอาชีพทำให้ขาดแคลนบุคลากรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขและสาขาวิชาชีพอื่น ๆ

2.10.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรแพทย์ พยาบาลและเภสัชที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาและจำนวนประชากรที่แท้จริงในพื้นที่รับผิดชอบ สอดคล้องกับแนวคิดของสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (2558) กล่าวว่า ระบบบริการเป็นบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพปลอดภัยได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไปนอกจากนี้ ทิศนา บุญทอง (254, หน้า 23) กล่าวว่า โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการที่มีทั้งผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้ดูแลใน โรงพยาบาลทำหน้าที่ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนและการรักษาพยาบาลในสัดส่วนที่เท่า ๆ กัน นอกจากนี้ยังรับปรึกษาและบริการผู้ป่วยที่สถานีอนามัยหรือคลินิกเอกชนที่เครือข่ายส่งต่อมา การบริการเริ่มมีความเป็นเฉพาะทาง เช่น การบริการด้านทันตกรรม เภสัชชุมชน บุคลากรประจำโรงพยาบาลชุมชนมีความเป็นสหสาขามากขึ้น จึงควรมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุมาจากบุคลากรมีการลาออกมากขึ้นจนเกิดการขาดแคลนอัตรากำลัง บุคลากรที่คงอยู่ภาระงานเพิ่มมากขึ้นและเกิดความเหนื่อยล้า ขาดขวัญกำลังใจจากความเหลื่อมล้ำอัตราค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในสายอาชีพ บุคลากรที่มีประสบการณ์เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ ไม่สามารถปฏิบัติงานผลัดบ่ายดึกได้จึงออกจากราชการก่อนเวลา บุคลากรรุ่นใหม่มีความรักความผูกพันต่อองค์กรลดลง ประกอบกับโรงพยาบาลเอกชนมีความต้องการบุคลากรด้านการรักษาที่มรรถนะสูงเพิ่มมากขึ้น

2.10.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับระบบการทำงานเชิงรับในโรงพยาบาล

ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับแนวคิดของ สมคิด บางโม (2546) กล่าวว่า คนหรือบุคคล (Man) เป็นปัจจัยสำคัญของการบริหารงาน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ จำเป็นต้องมีคนที่ปฏิบัติงาน ผลงานที่ดีจะออกมาได้ต้องประกอบด้วยบุคคลที่มีคุณภาพและมีความรับผิดชอบต่อองค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ นอกจากนี้ วงศา เลหาศิริวงศ์ (2548) กล่าวว่า ระดับบุคคล (Individual level) บุคคลเป็นทรัพยากรที่มีค่าสำหรับองค์กร มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กร จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาให้มีความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และมุกมณี มีโชคชูสกุล (2555, หน้า 38) กล่าวว่า การจูงใจ (Motivate) เป็นการบริหารบุคคลในองค์กรที่ผู้บริหารจะต้องใช้ความสามารถและศิลปะเฉพาะตัวในการโน้มน้าวจูงใจให้บุคลากรเต็มใจปฏิบัติงานอย่างเต็มที่เต็มกำลังความสามารถเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานตามที่ได้รับมอบหมาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุมาจากปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มมากขึ้นทั้งผู้สูงอายุที่มีทั้งหมดในจังหวัดชลบุรี 156,105 คน ได้รับการคัดกรองตามศักยภาพในการประกอบชีวิตประจำวัน 104,040 คน จำแนกเป็นผู้สูงอายุติดสังคม 89,611 คน ผู้สูงอายุติดบ้าน 4,865 คน และผู้สูงอายุติดเตียง 564 คน รวมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 104,040 คน นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้คัดกรอง 52,065 คน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2560, หน้า 107-108) แต่บุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์และนักกายภาพบำบัด บุคลากรส่วนหนึ่งลาออกเพราะไม่ได้บรรจุเป็นข้าราชการ ภาระงานเพิ่มมากขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีความเหลื่อมล้ำของอัตราค่าจ้างเงินเดือนและค่าตอบแทน ขาดการสนับสนุนเงินทุนการศึกษาและความก้าวหน้าในสาขาชีพ

2.11 ด้านทักษะ

โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรแพทย์ที่มีทักษะความเชี่ยวชาญด้านการรักษาเฉพาะทางสาขาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและระดับโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ พรรณี สนวนเพลง (2555, หน้า 186) กล่าวถึง ทักษะ (Skills) ว่าเป็นความรู้และความสามารถที่เป็นจุดเด่นขององค์กรที่จะสามารถดำเนินกลยุทธ์ให้ประสบความสำเร็จได้นอกจากนี้ ทศนา บุญทอง (2542, หน้า 29-30) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรจะเป็นระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในการกระจายอำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการบริการสุขภาพ

เช่นนี้จะทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็น การรวมตรวจสอบการจัดบริการสุขภาพด้วย นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของ ประชาชนและชุมชนในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน เป็นการสร้างความ เข้มแข็งของชุมชนและการพึ่งตนเองของชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุมาจากบุ คลากรแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปยังไม่ได้รับเงินทุนสนับสนุนการเพิ่มพูน ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ยังคงมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์สาขาเชี่ยวชาญ 3 สาขาหลัก คือ สูติกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และศัลยกรรมกระดูก ขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพที่มีความ เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โรควิกฤตและเรื้อรังส่วนบุคลากรยังขาดการสนับสนุนเงินทุนเพิ่มพูนทักษะ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางทั้ง โรควิกฤตและ โรคเรื้อรัง ยังคงขาดแคลนแพทย์ที่มีทักษะด้าน Palliative care medicine ขาดแคลนพยาบาล Palliative care nurse manager ประกอบกับปัญหา การขาดแคลนอัตรากำลังทำให้ไม่มีผู้ทำงานแทนจึงไม่สามารถส่งไปฝึกอบรมหลักสูตรระยะยาวได้

3. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความ มั่นคงทางสุขภาพของประชาชน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

3.1 ด้านเงินทุน

3.1.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่ม เงินทุนสนับสนุนด้านการรักษาจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปรับปรุงสิทธิเป็นแบบร่วมจ่ายตามความเหมาะสม สอดคล้องกับ ชาญวิทย์ ทระเทพ และคณะ (2553) ศึกษากระบวนการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างฉก ทิศน์ระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์พบว่า โรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์ แบบพึ่งพิงรัฐ เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนประชากรน้อยทำให้รายรับจาก หลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอต่อการจัดบริการสุขภาพให้กับประชากรในชุมชนและ โอกาสในการหารายได้จากแหล่งอื่น ๆ ต่ำและปริดา เต๋ออารักษ์และคณะ (2554) ศึกษาการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พบว่าเงื่อนไขที่จำเป็น ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกำหนดเงื่อนไขในระบบประกันสุขภาพทั้งในด้านการให้บริการ กลไกการจ่ายเงินและ ร่วมจ่ายเงิน การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

นอกจากนี้ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Thomas et al. (2011) และวิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศมาเลเซียพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาแนวทางการสนับสนุนเงินทุนทั้งจากงบประมาณหลักประกันสุขภาพภาษีทางตรง ภาษีทางอ้อมและการสนับสนุนการเงินการคลังผ่านระบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เพื่อจัดสรรสนับสนุนการบริการสุขภาพและกระบวนการจัดการสุขภาพให้มีความเท่าเทียมด้านการรักษาผลการศึกษาของ Bai and others (2012) และปรีดา เต๋ออารักษ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กำหนดมาตรฐานการบริการและค่าบริการสูงสุด (เพดานค่าบริการ) ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิแบบ Free for Service โดยรัฐกำหนดอัตราค่าบริการซึ่งต่างกันในแต่ละระดับและมีเงินอุดหนุนในกรณีรายรับของโรงพยาบาลต่ำกว่าที่ตั้งไว้ โดยการชดเชยตามรายการและอุดหนุนให้ถึงเพดาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะโรงพยาบาลรัฐเริ่มประสบกับปัญหาการขาดแคลนเงินทุนจากภาระค่ารักษาที่เพิ่มมากขึ้น นโยบายด้านสุขภาพที่เป็นประชานิยมมากเกินไป ส่งผลให้ประชาชนเกิดการพึ่งพิงและคาดหวังต่อการบริการจากภาครัฐ ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุจากรถ รอคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไตวาย ไตอักเสบ วัณโรคปอด ดับแข็ง เบาหวาน ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และความดันโลหิตสูง (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2559, หน้า 24) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกาย ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายจากการรักษาเพิ่มมากขึ้นเงินลงทุนมีไม่เพียงพอต่อค่าบริการสำหรับประชาชนตามทะเบียนราษฎร์จำนวน 1,483,049 คน มีค่าบริการที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้จากแรงงานต่างชาติ นักเดินทาง นักท่องเที่ยวและประชากรแฝง เกิดความล่าช้าในการเรียกเก็บจากระเบียบที่ยุ่งยากจึงไม่สามารถเรียกเก็บได้ครบ ระบบการเหมาจ่ายค่าบริการสุขภาพและค่าจ้างเงินเดือนบุคลากรตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2560 เป็นจำนวนเงิน 3,109.87 บาท จึงไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายตามจริง

ดังนั้น ผู้บริหาร โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาปัญหาการขาดแคลนเงินทุนและภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาโรคต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายการเงินการคลัง (CFO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อรายงานต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาเพิ่มเงินสนับสนุนด้านการรักษาจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและปรับปรุงสิทธิเป็นแบบร่วมจ่ายตามความเหมาะสม นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพควรพัฒนามาตรฐานการคุ้มครองสุขภาพให้มีความ

ครอบคลุมทั้งประชาชนชาวไทยและชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาอยู่ในประเทศไทย เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานในทุกพื้นที่โดยไม่มีอุปสรรค ลดความเหลื่อมล้ำเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพ สนับสนุนเงินทุนค่าบริการอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลง ลดข้อระเบียบที่ยุ่งยากซับซ้อนในการเบิกจ่ายค่าบริการ แยกบัญชีการเบิกจ่ายระหว่างค่าบริการสุขภาพและค่าจ้างเงินเดือนของบุคลากรอย่างชัดเจน พัฒนาแนวทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแบบร่วมจ่ายในอัตราที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพของประชาชนในอนาคต

3.1.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะต้องตั้งมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรมสอดคล้องกับ ชาญวิทย์ ทระเทพ และคณะ (2553) ศึกษากระบวนการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์ แบบพึ่งพิงรัฐ เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนประชากรน้อยทำให้ได้รับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอต่อการจัดบริการสุขภาพให้กับประชากรในชุมชนและโอกาสในการหารายได้จากแหล่งอื่น ๆ ต่ำ นอกจากนี้ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2559) ศึกษากระบวนการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามพบว่าขาดระบบประเมิน งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอต่อกิจกรรมทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนได้

นอกจากนี้ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Bai and others (2012) และปริดา เต๋ออารักษ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาความร่วมมือด้านการสนับสนุนเงินทุนเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กองทุนต่าง ๆ และสถาบันทางการเงิน พัฒนาระบบบริการรักษาของโรงพยาบาล ทั้งระดับทุติยภูมิและตติยภูมิให้ กำหนดมาตรฐานการบริการและค่าบริการสูงสุด (เพดานค่าบริการ) ในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ แบบ Free for Service โดยรัฐกำหนดอัตราค่าบริการ ซึ่งต่างกันในแต่ละระดับและมีเงิน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะจังหวัดชลบุรีมีการพัฒนาและขยายตัวของพื้นที่เขตอุตสาหกรรมและ โรงงานหรือสถานประกอบการเพิ่มมากขึ้น เช่น อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบ้านบึง อำเภอพนัสนิคม อำเภอหนองใหญ่ อำเภอปอทอง อำเภอศรีราชาและอำเภอบางละมุง โรงงานอุตสาหกรรมบางแห่งอยู่ติดกับแหล่งที่อยู่อาศัยของประชาชน มีกระบวนการผลิตที่ต้องใช้พลังงานและสารเคมี มีการปล่อยมลพิษ รวมทั้งขยะออกสู่สิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ประกอบการ แรงงานและประชาชนที่อยู่ใกล้พื้นที่เขตอุตสาหกรรม นอกจากนี้การขนส่งสินค้าด้วยรถบรรทุก

ขนาดใหญ่เป็นสาเหตุหนึ่งของเกิดการเสียชีวิตและเกิดอุบัติเหตุต่อผู้ใช้เส้นทางคมนาคม ในปี พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 41.2 ต่อแสนประชากรซึ่งมักจะเกิดในเส้นทางอำเภอเมืองชลบุรี อำเภอศรีราชา อำเภอบ้านบึง อำเภอพานทอง อำเภอสัตหีบและอำเภอหนองใหญ่ ปี พ.ศ. 2559 พบ ผู้เสียชีวิต 573 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.29 ต่อแสนประชากร (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2559, หน้า 87)

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการรักษาสำหรับประชาชนที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรมต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายการเงิน การคลัง (CFO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้ประกอบการและภาคประชาชนร่วมก่อตั้งมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรมสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมนอกจากนี้ผู้บริหารควรจะเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกข้อระเบียบหรือกฎหมายที่มีผลบังคับให้ผู้ประกอบการต้องป้องกันและรับผิดชอบต่อปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดจากการประกอบธุรกิจรวมทั้งกำหนดข้อระเบียบในการพิจารณาช่วยเหลือเยียวยาตามความเหมาะสม

3.1.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะต้องมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับประชาชนทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ สอดคล้องกับ ชาญวิทย์ ทรัพย์ และคณะ (2553) ศึกษากระบวนการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์ แบบกึ่งอิสระ เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีประชากรมากจึงมีรายรับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงพอต่อการจัดบริการสุขภาพให้กับประชากรในชุมชนและมีศักยภาพในการหาได้จากแหล่งงบประมาณอื่น ๆ ได้บ้าง นอกจากนี้ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2559) ศึกษากระบวนการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามพบว่าขาดระบบประเมิน งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอต่อกิจกรรมทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนได้

นอกจากนี้ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Bai and others (2012) และปริดา เต๋ออาร์ักษ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาความร่วมมือด้านการสนับสนุนเงินทุนเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กองทุนต่าง ๆ และสถาบันทางการเงิน พัฒนาระบบบริการรักษาของโรงพยาบาลทั้งระดับทุติยภูมิและตติยภูมิให้ กำหนดมาตรฐานการบริการและค่าบริการสูงสุด (เพดานค่าบริการ)

ในระดับปฐมภูมิระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ แบบ Free for Service โดยรัฐกำหนดอัตราค่าบริการ ซึ่งต่างกันในแต่ละระดับและมีเงิน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะจังหวัดชลบุรีมีประชาชนที่เป็นแรงงานรับจ้างทั้งที่เป็นประชาชนตามทะเบียนราษฎร์ ประชาชนที่เคลื่อนย้ายจากต่างจังหวัดรวมทั้งแรงงานต่างชาติจากประเทศกัมพูชา ประเทศลาวและประเทศพม่า ที่มีฐานะยากจน รายได้หลักมาจากการรับจ้างรายเดือนและรายวันตามค่าแรงขั้นต่ำ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ค่าเช่าบ้าน รับผิดชอบสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงไม่มีเงินทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา

ดังนั้น โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะนำเสนอปัญหาเงินทุนด้านการรักษาสำหรับผู้ป่วย ประชาชนหรือแรงงานต่างชาติที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ ต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายการเงินการคลัง (CFO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้ประกอบการและภาคประชาชนร่วมก่อตั้งมูลนิธิสนับสนุนเงินทุนด้านการรักษาสำหรับประชาชนทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงระบบการบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันลดความรุนแรงของโรค ลดความทุกข์ทรมานและกลับมามีสุขภาพที่แข็งแรง

3.2 ด้านการจัดการ

3.2.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงานสอดคล้องกับ สดสท ทอททิน (2555) ศึกษายุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดตาก พบว่า ปัญหาการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิตคือการสร้างความพร้อมในการดำเนินการเครือข่ายการจัดการระบบ การจัดการเครือข่ายและปัจจัยพื้นฐานในการจัดการเครือข่าย นอกจากนี้ กาญจนา โพธิ์คำ (2555) ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า อำเภอมือ จังหวัดพะเยาพบว่า ควรส่งเสริมให้มีการบริการตลอด 24 ชั่วโมง สนับสนุนงบประมาณให้ในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น จัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Thomas and others (2011) และวิรัตน์ เอื้องพลสวัสดิ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศมาเลเซียพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในเขตชนบท โดยการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกและการบริการสุขภาพใหม่ ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ เพิ่มเงินทุนสนับสนุนการใช้เทคโนโลยี เพื่ออำนวยความสะดวก

ความสะดวกต่อการสื่อสารและการให้ความรู้ประชาชนและสื่อสารข้อมูลความรู้ผ่านสื่อทางสังคมออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างความตระหนักรู้ การแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบท

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะระบบบริการสุขภาพที่จะสร้างความมั่นคงได้อย่างแท้จริงควรจะเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบสร้างนำซ่อม มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงรุกให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายสำคัญมีความเป็นไปได้ต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและปลูกฝังพฤติกรรม มีความสามารถที่จะรับรู้หรือเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ได้แก่ กลุ่มวัยเรียนกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงานเข้าถึงสถาบันการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงระดับอุดมศึกษา รวม 450 แห่ง สถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรมที่เข้าถึงได้ยากมีการจัดสรรเงินทุนสำหรับเป็นค่าจัดกิจกรรมหรือโครงการ ค่าตอบแทน รวมทั้งจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์สนับสนุนการปฏิบัติงานในชุมชน

ดังนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือหรือเครื่องจักรด้านการสร้างเสริมสุขภาพต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายบริหารทรัพยากร (CHRO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงานประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนร่วมกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างเฉพาะเจาะจงสนับสนุนการพัฒนา ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทั่วทั้งจังหวัด

3.2.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ จุฬารัตน์ ผาสุข (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน และการส่งเสริมซึ่งกันและกัน และพงศกร ปาณัณณพ (2556) ศึกษาผลกระทบของการบริหารจัดการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามไชยที่มีต่อการบริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสนามไชย อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี พบว่าการบริหารจัดการส่งผลกระทบเชิงบวกค่อนข้างสูงต่อการบริการสุขภาพทั้งในภาพรวมและด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการควบคุมป้องกันโรคและด้านฟื้นฟูสุขภาพ

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพจากวารสาร Global Health Council (2017)

สรุปได้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พร้อมตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน หยุดยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคข้ามพรมแดน ร่วมมือกับภาครัฐระหว่างประเทศเพื่อร่วมตอบสนองต่อการป้องกันโรคระบาดให้ความสำคัญต่อการพัฒนากระบวนการตรวจจับภัยคุกคามทั้งทางธรรมชาติโรคจากสัตว์และภัยคุกคามที่มนุษย์สร้างขึ้น เพื่อความปลอดภัยทางชีวภาพและความมั่นคงทางชีวภาพ พัฒนาระบบการค้นหาแหล่งระบาดของโรคและคุณภาพการส่งต่อข้อมูลเพื่อการรายงานแบบเรียลไทม์พัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินและการเชื่อมโยงระหว่างระบบสาธารณสุขกำหนดกฎหมายและระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นให้เกิดการตอบสนองอย่างรวดเร็วจากหลายภาคส่วน พัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐภายในประเทศและหน่วยงาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะในปัจจุบันมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาดที่รุนแรง พาหะสำคัญคือประชาชนนักเดินทางที่ได้รับเชื้อจะเดินทางเข้าออกพื้นที่ผ่านช่องทางการคมนาคมขนส่ง ทั้งทางเครื่องบิน รถยนต์โดยสารและทางเรือ แม้ว่าจะพบอัตราการได้รับเชื่อน้อย แต่ถ้ามีระบบป้องกันไม่ดีพอก็สามารถส่งผลให้ประชาชนเกิดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้การเผยแพร่ข่าวสารการเกิดโรคระบาดยังส่งผลให้ลดความน่าเชื่อถือเกี่ยวกับความปลอดภัยของประเทศ สร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจการท่องเที่ยวและการลงทุนด้านอื่น ๆ การป้องกันการเกิดโรคระบาดจึงควรมีการจัดสรรเงินทุนค่าใช้จ่าย เครื่องมืออุปกรณ์ ระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีความเหมาะสมต่อการตรวจคัดกรองโรคในแต่ละพื้นที่ เพียงพอต่อระบบการทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

ดังนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการจัดการเงินทุนและเครื่องมือหรือเครื่องจักรด้านการป้องกันโรคต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายบริหารทรัพยากร (CHRO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุนและเครื่องมือด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงานมุ่งเน้นพื้นที่ความเสี่ยงสูง อาทิ พื้นที่ใกล้สนามบินอยู่ตะเภาท่าเรือแหลมฉบัง สถานีขนส่งทางบก เขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรมและเขตท่องเที่ยว เมืองพัทยา นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบการตรวจสอบเส้นทางการระบาด พื้นที่การระบาด ชนิดของโรคระบาด พัฒนาระบบการตรวจคัดกรอง รวมทั้งระบบการประสานงานกับโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม เพื่อแยกผู้ติดเชื้อและให้การรักษาอย่างเหมาะสม

3.2.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเครื่องมือสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพทั่วทั้งจังหวัด สอดคล้องกับกาญจนา โพธิ์คำ (2555) ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา มีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มีการบริการตลอด 24 ชั่วโมง ควรจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมและ จารุณี กุลวงศ์ (2557) ศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้าบ้านเปียด ตำบลดงหลวง อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีข้อเสนอแนะ คือ ควรส่งเสริมให้มีการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง สนับสนุนงบประมาณให้ในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นอีกทั้ง ควรจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Bai and others (2012) และปริดา แต่อารักษ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยสร้างเครือข่ายการรักษาผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้ประกอบการคลินิก เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพระดับปฐมภูมิ มีบริการด้านการแพทย์พื้นฐานที่ดีในราคาที่เหมาะสมให้กับประชาชนผลการศึกษาของ Song (2009) สรุปได้ว่าประเทศเกาหลีได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาระบบส่งต่อให้ผู้ป่วยให้สามารถพบแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปที่ใดก็ได้ตามต้องการ ถ้าต้องการไปรักษาต่อในโรงพยาบาลต่อไปสามารถนำเอกสารการส่งตัวที่ออกโดยแพทย์ที่วินิจฉัยครั้งแรกไปยื่นได้ทันที กรณีคลอดบุตรการเข้ารับการรักษาฉุกเฉินพบทันตแพทย์กายภาพบำบัดเวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ป่วยโรคเลือด สามารถไปพบแพทย์ได้โดยไม่ต้องมีเอกสารส่งต่อผลการศึกษาของ วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ และชนิสรา ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม (2555) สรุปได้ว่าประเทศบรูไนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาระบบ Flying Medical Service สำหรับพื้นที่ห่างไกล (Remote area) ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพประสานความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญพิเศษในการรักษาโรคสาขาเฉพาะทั้งในประเทศและต่างประเทศ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะจังหวัดชลบุรีมีลักษณะพื้นที่โดยรอบแตกต่างกัน อาทิ โรงพยาบาลเกาะจันทร์ โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลหนองใหญ่และโรงพยาบาลบ่อทองจะมีพื้นที่บางส่วนเป็นป่าไม้และภูเขาส่วนโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลบางละมุง โรงพยาบาลอ่าวอุดมและโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 จะมีพื้นที่บางส่วนติดกับทะเล นอกจากนี้ยังมีพื้นที่เกาะ 47 แห่งรวมทั้งเกาะสีชังที่มีโรงพยาบาลเกาะสีชังและแหล่งท่องเที่ยวสำคัญคือเกาะล้านซึ่งไม่มีโรงพยาบาล จึงมีความต้องการยานพาหนะสำหรับส่งต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน ปัจจุบันประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง เช่น ได้รับอุบัติเหตุจากการเดินทาง แก๊สหรือสารเคมีรั่วไหล การบาดเจ็บที่ศีรษะจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ อุบัติเหตุ

จากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ภัยพิบัติทางธรรมชาติ อุบัติเหตุทางเรือ พืชจากอาหารทะเล โรคเส้นเลือดในสมองและโรคหัวใจ ระบบการส่งจ่อจึงต้องมีความรวดเร็ว เคลื่อนย้ายอย่างถูกต้อง และได้มาตรฐานเพื่อป้องกันการได้รับอันตรายเพิ่มเติมภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ป้องกันความพิการ และสูญเสียชีวิต

ดังนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการจัดการเครื่องมืออุปกรณ์สนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายพัฒนาระบบบริการ (CSO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเครื่องมือสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพทั่วทั้งจังหวัดกำหนดแนวทางการจัดสรรเครื่องมืออุปกรณ์ร่วมบริจาค เครื่องมือทางการแพทย์หรือพาหนะสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยเข้าถึงรักษาที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมรวดเร็ว ปลอดภัยและเชื่อมโยงทั้งโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิมีการประสานความร่วมมือในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ราคาแพงร่วมกับโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลบางละมุง ให้เกิดประโยชน์สูงสุดนอกจากนี้ผู้บริหารควรจะสรรหาและบรรจุบุคลากรแพทย์ประจำศูนย์ส่งต่อพยาบาลฉุกเฉิน (EMS) พนักงานขับรถ นักวิชาการคอมพิวเตอร์และสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อปฏิบัติงานด้านการรับและส่งต่อผู้ป่วยกำหนดแนวทางการจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ ยานพาหนะอย่างเหมาะสม ประสานการใช้เรือหรือเฮลิคอปเตอร์กับโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์หรือภาคเอกชน ให้สามารถรองรับระบบฉุกเฉินในพื้นที่ทะเล เกาะ แทนจุดเจาะและเรือ พัฒนามาตรฐานความปลอดภัยในการเดินทาง การประกันภัยสำหรับบุคลากรอัตราค่าตอบแทน ค่าเสี่ยงภัย สนับสนุนความก้าวหน้าในสายอาชีพตามความเหมาะสม พร้อมต่อการรองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชนจากเขตสุขภาพที่ 6

3.2.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการบุคลากร เงินทุนและเครื่องมือด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเพียงพอสอดคล้องกับกาญจนา โปธิคำ (2555) ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า อำเภอมือเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ควรสนับสนุนงบประมาณให้ในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น จัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมและ จารุณี กุลวงศ์ (2557) ศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้าบ้านเปียด ตำบลคงหลวง อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีข้อเสนอแนะ คือ ควรสนับสนุนงบประมาณให้ในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์

ทางการแพทย์ที่จำเป็นอีกทั้ง ควรจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อนำมาประจำแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Thomas and others (2011) และวิรัตน์ เอื้องพลสวัสดิ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศมาเลเซียพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยประสานความร่วมมือเพื่อระดมทรัพยากร การใช้ทรัพยากรร่วมกันและลดความซ้ำซ้อนการให้บริการสุขภาพ เพื่อสร้างความเท่าเทียมกันด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพประสานการทำงานร่วมกับแพทย์แผนโบราณที่ได้รับการยอมรับและผ่านการฝึกอบรมร่วมปฏิบัติงานเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผลการศึกษาของ Bai and others (2012) และปรีดา เต๋ออารักษ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับ หน่วยงานภาคเอกชนและคลินิก เพื่อให้การพยาบาลที่บ้านและการฟื้นฟูสุขภาพคนชรา กระจายทั่วทั้งประเทศ โดยเฉพาะที่มีประชาชนอยู่หนาแน่นพัฒนาโรงพยาบาลระดับชุมชนที่มีราคาต้นทุนต่ำกว่า สำหรับการให้บริการเพื่อการพักฟื้นของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปและพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายทุกระดับตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ไปจนถึงตติยภูมิ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะระบบการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพมีทั้งเชิงรับภายใน โรงพยาบาลที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟู งานการพยาบาลผู้ป่วยในที่แพทย์ส่งปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยระหว่างการรักษา อาทิ โรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Stemi) ระบบการทำงานเชิงรุกจากการออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนเพื่อติดตามบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้สูงอายุและผู้พิการที่บ้าน รวมทั้งปฏิบัติงานในบทบาทการเป็นพี่เลี้ยง การให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีนำเสนอข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับทางการจัดการบุคลากร เงินทุนและเครื่องมือหรือเครื่องจักรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายบริหารทรัพยากร (CHRO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล เมืองพัทยาภาคเอกชน ภาคประชาชนและมูลนิธิต่าง ๆ ร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการบุคลากร เงินทุนและเครื่องมือด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเพียงพอและทั่วถึงโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนนอกจากนี้ผู้บริหารควรจะร่วมกำหนดแนวทางการสรรหาและบรรจุเพิ่มเติมบุคลากรแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ของ

โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนพร้อมทั้งประสานความร่วมมือสนับสนุนเงินทุนจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์จัดทำธนาคารเครื่องมือสำหรับยืมใช้ต่อเนื่องที่บ้านในทุก ๆ อำเภอ

3.3 ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม

3.3.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาและการฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย มุ่งเน้นกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน สอดคล้องกับ อรพินท์ มุกดาดีดล (2553) ศึกษาการจัดการระบบบริการสุขภาพโดยเชื่อมต่อในทุกระดับ: เงื่อนไขความสำเร็จของ 4 ประเทศตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยสำคัญคือการจัดการปฐกฐานแนวคิดและวัฒนธรรมสุขภาพของประชาชนให้เข้ารับบริการสุขภาพแต่ละระดับด้วยค่านิยมที่เหมาะสม และ นิชาภัทร เลิศพรมาตุลี (2555) ศึกษาการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชน และ เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่พบว่า กระบวนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอนคือการเรียนรู้ ระดมความคิดและถอดบทเรียนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชนและการประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจและการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพจากวารสาร Global Health Council (2017) สรุปได้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยสร้างความร่วมมือกับศิลปิน ดารา นักแสดง เพื่อเข้ามามีบทบาทเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยด้านสุขภาพผลการศึกษาของ Bai and others (2012) และปริดา เต๋ออาร์ักษ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นการยกระดับสุขภาพของประชาชนด้วยการสร้างเสริมวิถีสุขภาพดี การสร้างจิตสำนึก ความมีวินัย ความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง การเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพพัฒนาสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้ประกอบการคลินิก เพื่อสนับสนุนการให้ข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความรับผิดชอบสุขภาพของตนเองและหลีกเลี่ยงการพึ่งพิงระบบบริการสวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพที่มากเกินไปพัฒนาสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้ประกอบการคลินิกเพื่อสนับสนุนการให้ข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะแนวทางการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของ

ประชาชนในปัจจุบันควรจะมีแนวโน้มการให้ข้อมูลความรู้เชิงรุกที่มีข้อมูลความรู้ที่น่าสนใจตรงกับ ปัญหาสุขภาพของแต่ละกลุ่มวัย รูปแบบการถ่ายทอดความรู้มีความทันสมัยน่าสนใจ สามารถชี้ นำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละกลุ่มวัย เป็นรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ผ่านระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลา รวดเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่ายและ เป็นที่นิยมของสังคม มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัยที่ ยังมีสุขภาพที่แข็งแรง พร้อมต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ อยากรู้ อยากเห็น สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง มีความเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเป็นภาระต่อ สังคม สามารถเจริญเติบโตเป็นกำลังสำคัญของชาติได้ในระยะยาว

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะ นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพต่อสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายนโยบายแผนงานและข้อมูล (CIO) สาธารณสุขนิเทศก์และผู้ตรวจ ราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อประสานความร่วมมือกับ โรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ร่วมพัฒนาแนวทางการให้ การศึกษาและการฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย มุ่งเน้นกลุ่ม วัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งจังหวัด

3.3.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนา แนวทางการให้การศึกษาและการฝึกอบรมด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อสำหรับ ประชาชนมุ่งเน้นกลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน สอดคล้องกับปรีดา แต่อารัญ และ คณะ (2554) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูประบบสุขภาพ แห่งชาติมีข้อเสนอแนะสำคัญ คือ หลักการทั่วไปที่จะสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพใหม่ ให้มองสุขภาพแบบองค์รวมและต้องส่งเสริมความสามารถ ในการดูแลตนเองในระดับปัจเจก ครอบครัวและชุมชนและ ณิชากัทร เลิศพรมาตุลี (2555) ศึกษา การพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชน และเจ้าหน้าที่ เครือข่ายสุขภาพเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอมะเขง จังหวัดเชียงใหม่พบว่า กระบวนการ พัฒนามาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอนคือ การเรียนรู้ ระดม ความคิดและถอดบทเรียนการพัฒนามาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของ ชุมชน และการประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจและการเรียนรู้ ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนามาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพจากวารสาร Global Health Council (2017) สรุป ได้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

ภาครัฐภายในประเทศและหน่วยงานภาครัฐระหว่างประเทศเพื่อร่วมตอบสนองต่อการป้องกันโรคระบาด พัฒนาระบบการค้นหาแหล่งระบาดของโรคและคุณภาพการส่งต่อข้อมูลเพื่อการรายงานแบบเรียลไทม์ พัฒนาศมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินและการเชื่อมโยงระหว่างระบบสาธารณสุข ผลการศึกษาของ Bai and others (2012) และปริดา เต๋ออาร์กซ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวง อาทิกกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพและกำหนดอัตราระเบียบหรือควบคุมมาตรฐานกระทรวงสิ่งแวดล้อม ร่วมรับผิดชอบการป้องกันโรคระบาดและกระทรวงแรงงานร่วมรับผิดชอบสุขภาพของแรงงานและลูกจ้าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะความเจริญจากการพัฒนาเป็นพื้นที่ทางเศรษฐกิจประกอบกับการพัฒนาตามแผนงานพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกที่จะมีการสร้างท่าเทียบเรือน้ำลึกแหลมฉบังด้วยเงินลงทุน 1,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐสนามบินนานาชาติอู่ตะเภารองรับผู้โดยสาร 3 ล้านคนต่อปี ท่าเรืออุตสาหกรรมมาบตาพุดเงินลงทุน 290 ล้านดอลลาร์สหรัฐ มอเตอร์เวย์ (มาบตาพุด) เงินลงทุน 580 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และรถไฟทางคู่ (เชื่อมโยงท่าเรืออุตสาหกรรมมาบตาพุด) เงินลงทุน 1,822 ล้านดอลลาร์สหรัฐ พัฒนาชลบุรีเป็นศูนย์กลางการศึกษาศูนย์ฝึกแรงงานและศูนย์พัฒนาทักษะนานาชาติ ศรีราชาเป็นเมืองน่าอยู่อาศัย แหลมฉบังมีท่าเรือน้ำลึกขนาดใหญ่และเป็นประตูหลักแห่งการส่งออกสินค้าสู่อาเซียนและทั่วโลก (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน, ม.ป.ป., หน้า 2-8) ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของเขตชุมชนเมืองนำมาสู่ปัญหาต่อสภาพแวดล้อมในเขตอุตสาหกรรมเสี่ยงต่อการกลับมาของโรคที่เคยรักษาหายจากแรงงานต่างชาติและเขตท่องเที่ยวที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคระบาดที่มากับนักท่องเที่ยวหรือนักเดินทาง

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการให้การศึกษาและการฝึกอบรมด้านการป้องกันโรคต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายบริหารทรัพยากร (CHRO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 และผู้นำชุมชน ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ผู้ประกอบการหรือเจ้าของโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อร่วมพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาและการฝึกอบรมด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนมุ่งเน้นกลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงานทั้งที่อยู่ในเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรมและเขตท่องเที่ยวทั่วทั้งจังหวัดนอกจากนี้ผู้บริหารควรจะสนับสนุนการให้การศึกษาและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคสำหรับนักเดินทาง นักท่องเที่ยวและแรงงานต่างด้าว สนับสนุนให้หน่วยงานทุกภาคส่วนรวมทั้งโดยเฉพาะผู้ประกอบการและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุน

การป้องกันเฝ้าระวัง ถ่ายทอดองค์ความรู้ในรูปแบบภาษาต่าง ๆ พัฒนารูปแบบการฝึกอบรม
อย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการป้องกันโรคสำหรับประชาชนเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรมและ
เขตท่องเที่ยวพัฒนาระบบเทคโนโลยีตรวจสอบประวัติหรือข้อมูลการเดินทางย้อนหลังพร้อมทั้ง
การส่งต่อข้อมูลระหว่างประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

3.4.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนา
ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดต่อสื่อสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ
จุฬารัตน์ ผาสุข (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกัน
ควบคุมโรค ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของ
ภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ ได้แก่ “การรับรู้และมีเป้าหมายเดียวกัน”
“การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน” และ “การส่งเสริมซึ่งกันและกัน” และ สดใส ทองทิน (2555)
ศึกษายุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดตากพบว่าสภาพการ
ดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดตากสมาชิกมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต เครือข่ายสุขภาพจิตมีการประสานงานด้าน
การดำเนินงานแต่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารไม่ต่อเนื่อง

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Bai and others (2012) และปรีดา แต่อารักษ์
(2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาสร้างเครือข่ายการดูแล
ผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้ประกอบการคลินิก เพื่อสนับสนุนการให้ข้อมูลความรู้ด้าน
การสร้างเสริมสุขภาพส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความรับผิดชอบสุขภาพ
ของตนเองและหลีกเลี่ยงการพึ่งพิงระบบบริการ สวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพที่มากเกินไป
ผลการศึกษาของ Thomas and others (2011) และวิรัตน์ เอื้องพลสวัสดิ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศ
มาเลเซียพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยสื่อสารข้อมูลความรู้ผ่านสื่อทางสังคมออนไลน์อย่างมี
ประสิทธิภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างความตระหนักรู้ การแก้ไขปัญหาสุขภาพ
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทสนับสนุนการฝึกอบรมชาวบ้านให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็น
ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์หรือด้านการสร้างเสริมสุขภาพพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็น
สังคมในการดูแลซึ่งกันและกัน ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งในระดับปัจเจกบุคคลครัวเรือนและ
สังคมมีระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมเข้าถึงได้ ประหยัดและมีการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะ
ปัจจุบันประชาชนมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ค่อยให้ความสนใจข้อมูลสุขภาพจาก
บุคลากร แต่จะให้ความสนใจและเชื่อข้อมูลข่าวสารที่ส่งผ่านสื่อสังคมออนไลน์เช่น โทรศัพท์มือถือ

ไลน์เฟสบุ๊กทวิตเตอร์และระบบอินเทอร์เน็ตมากขึ้น ประชาชนแต่ละกลุ่มวัยจะมีความสามารถในการเข้าถึง มีความชื่นชอบช่องทางสื่อสารและมีช่วงระยะเวลาติดตามข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน ชอบการติดต่อสื่อสารผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่รวดเร็ว เข้าถึงได้ง่ายในทุกที่ทุกเวลา ประหยัดค่าใช้จ่ายสร้างความบันเทิง สนุกสนาน น่าสนใจและมีอิทธิพลต่อกระแสสังคมมากขึ้นสามารถเข้าถึงพื้นที่เข้าถึงยากยากในปัจจุบัน อาทิ หมู่บ้านจัดสรร ดึกสูงหรือคอนโด พื้นที่การเกษตร ชุมชนชาวเรือ พื้นที่เกาะและแท่นขุดเจาะน้ำมัน

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายนโยบาย แผนงานและข้อมูล (CIO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อประสานความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดต่อสื่อสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย เป็นรูปแบบมาตรฐานเดียวกัน มีความเชื่อมโยงและครอบคลุมทั่วทั้งจังหวัด

3.4.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงทั่วทั้งจังหวัด สอดคล้องกับ สุวรรณิ สุวรรณท้าว (2556) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่ารูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่พัฒนาขึ้นคือบุคลากรหน่วยประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลเป็นผู้ประสานงานในการประชาสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทั้งหมด กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพในการประชาสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายสุขภาพทั้งหมด ปรับปรุงการประชาสัมพันธ์ทั้ง 4 ด้าน คือ ผู้ส่งสาร เนื้อหาข่าวสาร ช่องทางการประชาสัมพันธ์และผู้รับสาร จารุณี กุลวงศ์ (2557) ศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้าบ้านเปียด ตำบลดงหลวง อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลไปสถานบริการเครือข่ายล่าช้า มีแนวทางไม่ชัดเจนข้อเสนอแนะ คือ ควรส่งเสริมให้มีการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Bai and others (2012) และปรีดา แต้อรักษ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยสร้างเครือข่ายการรักษาผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้ประกอบการคลินิก เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพระดับปฐมภูมิ มีบริการด้านการแพทย์พื้นฐานที่ดีในราคาที่เหมาะสมให้กับประชาชนพัฒนาระบบ

บริการรักษาของโรงพยาบาลทั้งระดับทุติยภูมิและตติยภูมิให้ ประชาชนมีอิสระในการเลือกใช้บริการทั้งในภาครัฐและเอกชนผลการศึกษายของ Thomas and others (2011) และวิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศมาเลเซียพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดย ก่อตั้งและพัฒนามาตรฐานศูนย์ส่งต่อเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการดูแลเฉพาะทางและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลขั้นพื้นฐานระดับคลินิกพัฒนาระบบบริการของ โรงพยาบาลขนาดเล็ก เพื่อให้การดูแลทั่วไปทั้งทางการแพทย์และการพยาบาลแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้มารับบริการ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้บริการเฉพาะทางสำหรับประชาชนที่เดินทางมารับบริการและมาด้วยการส่งต่อผลการศึกษายของวิระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ (2554, หน้า 13-21) สรุปได้ว่าประเทศบรูไนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาแนวทางการเข้าถึงการรักษาโดยสนับสนุนให้ประชาชนไม่ว่าจะเป็น โรคอะไรก็สามารถไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ รัฐบาลให้บริการฟรี มีค่าใช้จ่ายหรือมีการร่วมจ่ายสมทบเพียงบางส่วนตามความเหมาะสมพัฒนาระบบ Flying Medical Service สำหรับพื้นที่ห่างไกลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพประสานความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญพิเศษในการรักษาโรคสาขาเฉพาะทั้งในประเทศและต่างประเทศ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะต้องรองรับการส่งต่อทั้งไปและกลับตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 120 แห่ง เชื่อมกับโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลพนัสนิคม (M2) มี 137 เตียง โรงพยาบาลแหลมฉบังและโรงพยาบาลบ้านบึง (M2) มี 113 และ 90 เตียง โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 และโรงพยาบาลพานทอง (F1) มี 40 และ 89 เตียง โรงพยาบาลบ่อทอง โรงพยาบาลหนองใหญ่ โรงพยาบาลเกาะสีชังและโรงพยาบาลวัดญาณฯ (F2) มี 60, 30, 30 และ 23 เตียงตามลำดับ โรงพยาบาลเกาะจันทร์ (F1) มี 30 เตียง ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลบางละมุง (S) มี 250 เตียง ไปจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด คือ โรงพยาบาลชลบุรี (A) มี 850 เตียง รวมทั้งหมด 12 แห่ง จำนวน 1,742 เตียง (กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2559, หน้า 12-13) เพื่อรับผู้ป่วยไว้รักษาตั้งแต่การเจ็บป่วยไม่รุนแรงจนถึงต้องพบแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญหรือต้องใช้เครื่องมือที่ทันสมัย แต่ระบบการส่งต่อในปัจจุบันยังขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการส่งต่อ ระบบการส่งต่อข้อมูลด้วยโปรแกรม Thai refer ยังมีเครือข่ายเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีการพัฒนาให้เป็นระบบที่สามารถใช้งานร่วมกันได้ถึงทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้โปรแกรมการใช้งานยังมีความยุ่งยาก การเชื่อมต่อเครือข่ายยังไม่สามารถเข้าถึงพื้นที่ห่างไกลเขตเมือง

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดต่อสื่อสารสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายพัฒนาระบบบริการ (CSO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและมูลนิธิร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงทั่วทั้งจังหวัดสามารถส่งต่อข้อมูลประวัติผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยง ทั่วถึงและครอบคลุมทั้งจังหวัด ประสานการส่งต่อได้อย่างเชื่อมโยงทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถจัดเก็บข้อมูลอย่างสมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานและกำหนดตัวชี้วัดได้อย่างเหมาะสมนำไปใช้ได้จริง นอกจากนี้ผู้บริหารควรจะสนับสนุนเงินเดือนค่าจ้าง ค่าตอบแทนและความก้าวหน้าสายอาชีพตามความเหมาะสม

3.5 ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ

โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการวัดผลงานหรือผลสำเร็จด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ สอดคล้องกับ ณิชากัทร เลิศพรมาตุลี (2555) ศึกษาการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชน และเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอมะแมง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กระบวนการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอนคือการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทที่แท้จริงของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพและบทบาทที่คาดหวังทั้งโดยเจ้าหน้าที่และชุมชน การพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชนและการประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจและการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพและ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2559) ศึกษากระบวนการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามพบว่าเกิดปัญหาจากระบบการทำงานที่ไม่ต่อเนื่องเกิดจากการขาดการประชาสัมพันธ์และขาดการมีส่วนร่วมในชุมชน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เกิดจากผู้ให้บริการเป็นหลักและขาดระบบประเมิน

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพจากวารสาร Global Health Council (2017) สรุปได้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พร้อมตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน หยุดยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคข้ามพรมแดนพัฒนาระบบการค้นหาแหล่งระบาดของโรคและคุณภาพการส่งต่อข้อมูลเพื่อการรายงานแบบเรียลไทม์พัฒนาสมรรถนะ

ของผู้ปฏิบัติงาน ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินและการเชื่อมโยงระหว่างระบบสาธารณสุขกำหนด กฎหมายและระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นให้เกิดการตอบสนองอย่างรวดเร็วจากหลายภาคส่วน จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะ ปัจจุบันบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคยังไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการ ป้องกันเฝ้าระวังกัน โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อตามความเป็นจริงได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ยังไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกรายโรค เพื่อนำมาวิเคราะห์ได้ถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง การปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานและปรับปรุงตัวชี้วัดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันสามารถใช้ ฐานข้อมูลร่วมกันได้ สามารถประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรได้จริงมีระบบรักษาความปลอดภัย ในการเข้าถึงข้อมูลเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งจังหวัด จึงไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลผลการ ปฏิบัติงานได้ตามความเป็นจริง ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานและ ประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรได้

ดังนั้นผู้บริหาร โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีนำเสนอข้อมูล เกี่ยวกับปัญหาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการวัดผลงานหรือผลสำเร็จด้านการป้องกัน ต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานฝ่ายนโยบายแผนงานและข้อมูล (CIO) สาธารณสุข นิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อร่วมพัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศสนับสนุนการวัดผลงานหรือผลสำเร็จด้านการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุม ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อให้ตรงกับความเป็นจริง ร่วมกำหนดแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันสร้างระบบความปลอดภัยของข้อมูลการวิเคราะห์และประเมินผลการ ปฏิบัติงาน การปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงาน การกำหนดตัวชี้วัดและการประเมินความก้าวหน้าของ บุคลากรได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ผู้บริหารควรสร้างความตระหนักต่อหัวหน้างานให้มีความรู้ ความเข้าใจในการนำข้อมูลปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับระดับ เครือข่ายบริการสุขภาพ สรรหาและบรรจุบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี สารสนเทศรับผิดชอบการพัฒนาโปรแกรมการและถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากร

3.6 ด้านกลยุทธ์

3.6.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะประสาน ความร่วมมือจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับ โรงพยาบาลให้สอดคล้องกับระดับ จังหวัดและระดับเขตสุขภาพ สอดคล้องกับ สังคม สุภรัตนกุล (2554) ศึกษาความมั่นคงด้านสุขภาพ ของครอบครัวในชนบทที่สานพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้าน สุขภาพของครอบครัวในชนบทที่สานได้แก่โครงสร้างของครอบครัว ทูทางสังคมในครอบครัว ทูทางสังคมในชุมชนและทูทางสังคมจากโครงสร้าง การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพควรให้

ความสำคัญกับทุนทางสังคมที่มีอยู่ในครอบครัวชนบทให้มาก เพราะว่าทุนทางสังคมได้หนุนเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้เป็นอย่างดีและเพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ (2557) ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง พบว่า ระบบและกลไกการทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชนเกิดจากนโยบายของรัฐและความต้องการแก้ปัญหาของคนในพื้นที่ มีข้อเสนอแนะคือ ระดับปฏิบัติการผู้บริหารต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืนระดับนโยบายผู้บริหารต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพจากวารสาร Global Health Council (2017)

สรุปได้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยสร้างความร่วมมือกับศิลปิน ดารา นักแสดง เพื่อเข้ามามีบทบาทเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยด้านสุขภาพพัฒนา มาตรฐานการปฏิบัติการทางการแพทย์และการใช้บุคลากร รวมทั้งอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วม ประเมินระบบความมั่นคงทางสุขภาพผลการศึกษาของ Bai and others (2012) และปริดา แต่อารักษ์ (2555) พบว่า ประเทศสิงคโปร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ระหว่างหน่วยงานภาครัฐผู้ประกอบการคลินิก เพื่อสนับสนุนการให้ข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยงการพึ่งพิงระบบบริการ สวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพที่มากเกินไปนาระบบ เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชนในระดับปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ประชาชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบสร้างนำซ่อมอย่างแท้จริงจะต้องมุ่งเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอันดับแรก แนวทางการปฏิบัติงานจะต้องมาจากการร่วมวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วย ข้อมูลจริง สามารถกำหนดเป้าหมายสุขภาพในอนาคต นำมาสู่การปฏิบัติงานที่มีความต่อเนื่อง ในระยะยาวสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขและปัญหาสุขภาพ ในภาพรวมจังหวัด สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ติดตามกำกับและควบคุมผลการปฏิบัติงาน รายงานผลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับสื่อสารกลยุทธ์ อย่างทั่วถึง เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้บริหาร โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีนำเสนอ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการจัดทำกลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ประธานฝ่ายพัฒนาระบบบริการ (CSO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6 หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อประสานความร่วมมือจัดทำ กลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับ โรงพยาบาลให้สอดคล้องกับระดับจังหวัดและระดับเขต สุขภาพกำหนดตัวชี้วัดตามความเป็นจริงของสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ นอกจากนี้ควรจะ สรรหาและบรรจุบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการจัดทำกลยุทธ์เพื่อรับผิดชอบเกี่ยวกับการ จัดทำกลยุทธ์การแปลงแผนสู่การปฏิบัติ การติดตามกำกับควบคุมและรายงานผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนให้มีการสื่อสารกลยุทธ์ เก็บรวบรวมและ วิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

3.6.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะทำร่วมจัดทำ กลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อระดับ โรงพยาบาลให้สอดคล้องกับระดับ จังหวัดและระดับเขตสุขภาพ สอดคล้องกับ พวงผกา มะเสนา และคณะ (2557) ศึกษาการบริหาร จัดการ การบริการที่มีคุณภาพใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยการบริหาร จัดการองค์กรที่มีผลต่อการบริการที่มีคุณภาพของ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหาร ในโรงพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญในด้านกลยุทธ์องค์กรอันดับแรกเพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ (2557) ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง พบว่า ระบบและกลไกการทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชนเกิดจากนโยบายของรัฐและ ความต้องการแก้ปัญหาของคนในพื้นที่ ข้อเสนอแนะคือ ควรประเมินความต้องการของชุมชนโดย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสร้างนโยบายสาธารณะ ผู้บริหารต้องมีศักยภาพ ในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบ การดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพจากวารสาร Global Health Council (2017) สรุปได้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พร้อม ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน หยุดยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคข้ามพรมแดน ภาครัฐระหว่างประเทศ เพื่อร่วมตอบสนองต่อการป้องกันโรคระบาดให้มีความสำคัญต่อการพัฒนากระบวนการตรวจจับ ภัยคุกคามทั้งทางธรรมชาติโรจากสัตว์ และภัยคุกคามที่มนุษย์สร้างขึ้นเพื่อความปลอดภัยทาง ชีวิตและความมั่นคงทางชีวภาพพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐภายในประเทศ และหน่วยงานสนับสนุนให้มีเครื่องมือที่ทันสมัยเพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค รวมทั้งเครื่องมือสำคัญ ที่สนับสนุนความมั่นคงด้านสุขภาพและให้ความสำคัญต่อการพัฒนามาตรฐานและระบบการ รายงานผลทางห้องปฏิบัติการผลการศึกษาของ Bai and others (2012) และปรีดา เต๋ออารักษ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวง

อาทิ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพและกำหนดออกระเบียบหรือควบคุมมาตรฐานกระทรวงสิ่งแวดล้อม ร่วมรับผิดชอบการป้องกันโรคระบาดและกระทรวงแรงงานร่วมรับผิดชอบสุขภาพของแรงงานและลูกจ้าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุเพราะปัจจุบันการระบาดของโรคสามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว สามารถแพร่กระจายไปได้ทั่วโลกในระยะเวลาสั้น ๆ ผ่านเส้นทางการคมนาคมที่ทันสมัยมีคนหรือสัตว์ปีกเป็นพาหะสำคัญ ผลกระทบจากการติดต่ออาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตทำลายความน่าเชื่อถือด้านความมั่นคงของประเทศ ส่งผลให้สูญเสียรายได้ทางเศรษฐกิจ แนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคจึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมสื่อสารหรือวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถูกต้องทันเวลา และครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ สามารถกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานอย่างเชื่อมโยงทั้ง 11 อำเภอ 92 ตำบล 687 หมู่บ้านและการปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนครแหลมฉบังและเทศบาลนครเจ้าพระยาสุรศักดิ์ เทศบาลเมือง 10 แห่ง เทศบาลตำบล 35 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 50 แห่ง และมีรูปแบบการปกครองพิเศษคือเมืองพัทยา ซึ่งแยกการปกครองจากอำเภอบางละมุงสอดคล้องกับนโยบายหรือยุทธศาสตร์ระดับชาติ สามารถสร้างความปลอดภัยให้กับประชาชนได้อย่างแท้จริง

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานฝ่ายนโยบายแผนงานและข้อมูล (CIO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและมูลนิธิเพื่อร่วมจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อระดับโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพสร้างความเชื่อมโยงต่อการปฏิบัติงาน ลดความยุ่งยากในการนำไปสู่การปฏิบัติ ลดความขัดแย้งจากการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลจากการมุ่งเน้นความสำเร็จเฉพาะในส่วนที่ตนรับผิดชอบนอกจากนี้ผู้บริหารควรจะสร้างความตระหนักในการการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ การกำกับควบคุมและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

3.7 ด้านระบบการทำงาน

3.7.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับเพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ (2557) ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง พบว่า การปรับรูปแบบการทำงานให้ตอบสนองความต้องการ

ของชุมชนและมีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการทำงานที่เกิดจากนโยบายระดับพื้นที่ ข้อเสนอแนะคือระดับปฏิบัติการผู้บริหารต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน ระดับนโยบายผู้บริหารต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน และจिरานีย์ สายสนั่น ณ อรุณยา (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครพบว่า การส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การสนับสนุนจากผู้นำจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Bai and others (2012) และปริดา แต่อารักษ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศไทยยังคงพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวง อาทิจกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพและกำหนดออกระเบียบหรือควบคุมมาตรฐานกระทรวงสิ่งแวดล้อม ร่วมรับผิดชอบการป้องกันโรคระบาดและกระทรวงแรงงานร่วมรับผิดชอบสุขภาพของแรงงานและลูกจ้าง กำหนดแนวทางและวัตถุประสงค์การพัฒนาบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการยกระดับสุขภาพของประชาชนด้วยการสร้างเสริมวิถีสุขภาพดี การสร้างจิตสำนึก ความมีวินัย ความรับผิดชอบต่อดูแลสุขภาพของตนเอง การเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพพัฒนาสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้ปวยระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้ประกอบการคลินิก เพื่อสนับสนุนการให้ข้อมูลความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและหลีกเลี่ยงการพึ่งพิงระบบบริการสวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพที่มากเกินไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่า สาเหตุเพราะปัจจุบันประชาชนจะเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว ระบบการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงตั้งรับภายในโรงพยาบาลจึงไม่สามารถช่วยให้ประชาชนลดโรค ลดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แข็งแรงในระยะยาวได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ ระบบการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจึงควรจะมุ่งเน้นเชิงรุกให้สามารถเข้าถึงตัวบุคคลหรือกลุ่มคนอย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ของจังหวัด สามารถเข้าถึงพื้นที่ยากต่อการเข้าถึงได้ อาทิ ชุมชนเกษตรกรรมในพื้นที่อำเภอเกาะจันทร์ อำเภอบ่อทอง อำเภอบ้านบึง อำเภอพนัสนิคมและอำเภอสัตหีบ เขตชุมชนเมืองที่มีความแออัด ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอศรีราชา อำเภอบางละมุง เมืองพัทยา เขตอุตสาหกรรมที่มีแรงงานต่างชาติดและเขตท่องเที่ยวสถานศึกษาตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงอุดมศึกษารวม 450 แห่ง รวมทั้งสถานประกอบการขนาดเล็กหรือโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่

ที่ผู้ประกอบการยังไม่ให้ความร่วมมือ

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาระบบการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานฝ่ายพัฒนาระบบบริการ (CSO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรับภายใน โรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมุ่งเน้นระดับชุมชนเขตเมืองได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอสัตหีบ อำเภอบางละมุงและเมืองพัทยา สถาบันการศึกษาสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรมให้ เชื่อมโยงและครอบคลุมทั่วทั้งจังหวัดนอกจากนี้ผู้บริหารควรจะสนับสนุนการจัดกิจกรรมสำหรับ สร้างความสัมพันธ์เพื่อพัฒนาผู้สร้างภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพทั่วทั้งจังหวัด

3.7.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมพัฒนา ระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเชิงรับภายใน โรงพยาบาล ระบบ การทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับ ปรีดา แต่อรักษ์ (2554) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีข้อเสนอแนะสำคัญ คือ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ พึ่งประสงค์ ต้องเป็นระบบบริการในลักษณะบูรณาการ ผสมผสาน โดยคำนึงถึงมิติทางสังคมสังคม วัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่น ๆ และต้องมีการกำหนดชุดการบริการ ขึ้นพื้นฐานที่ชัดเจนและเพียงพอ สิริพิริชาชาญ (2557) ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพชุมชน 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง มีข้อเสนอแนะ คือ ระดับปฏิบัติการ พยาบาล ชุมชนควรให้ความสำคัญของทุนทางสังคมในชุมชน การประเมินความต้องการของชุมชนโดย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสร้างนโยบายสาธารณะระดับบน นโยบายผู้บริหาร ต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชน มีระบบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพจากวารสาร Global Health Council (2017) สรุปได้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พร้อม ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน หยุดยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคข้ามพรมแดนพัฒนาความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐภายในประเทศและหน่วยงานภาครัฐระหว่างประเทศเพื่อร่วมตอบสนอง ต่อการป้องกันโรคระบาดให้มีความสำคัญต่อการพัฒนากระบวนการตรวจจับภัยคุกคามทั้งทาง ธรรมชาติโรคจากสัตว์ และภัยคุกคามที่มนุษย์สร้างขึ้นเพื่อความปลอดภัยทางชีวภาพและความมั่นคง ทางชีวภาพ พัฒนาระบบการค้นหาแหล่งระบาดของโรคและคุณภาพการส่งต่อข้อมูลเพื่อการ

รายงานแบบเรียลไทม์พัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินและการเชื่อมโยงระหว่างระบบสาธารณสุขกำหนดกฎหมายและระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นให้เกิดการตอบสนองอย่างรวดเร็วจากหลายภาคส่วน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะจังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ที่สำคัญของภาคตะวันออกและประเทศ จึงมีประชาชนเดินทางเข้ามาอยู่ในพื้นที่เป็นจำนวนมากและมีการเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา แต่ละพื้นที่จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่แตกต่างกัน ระบบการทำงานจึงควรจะมีการเชื่อมโยงทั่วทั้งจังหวัด ระหว่างหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ รวมทั้งภาคเอกชน ซึ่งมีโรงพยาบาลเอกชน 14 แห่ง คลินิกแพทย์ 485 แห่ง คลินิกทันตกรรม 297 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 1,043 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ 139 แห่ง และร้านขายยาแผนโบราณ 93 แห่ง และภาคประชาชน หน่วยงานทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ มีทีมเคลื่อนที่เร็วให้มีความเชี่ยวชาญอย่างเฉพาะเจาะจงสำหรับป้องกันการแพร่ระบาดแต่ละสาขาโรคที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2559, หน้า 31)

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานฝ่ายพัฒนาระบบบริการ (CSO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและมูลนิธิต่าง ๆ ร่วมพัฒนาระบบการทำงานด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมุ่งเน้นเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรมและเขตท่องเที่ยว เกาะต่าง ๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน สามารถปฏิบัติงานเป็นทีมร่วมกันได้ทุกพื้นที่ทั่วทั้งจังหวัดสร้างทีมเคลื่อนที่เร็วให้มีความเชี่ยวชาญอย่างเฉพาะเจาะจงสำหรับป้องกันการแพร่ระบาดในแต่ละพื้นที่

3.8 ด้านบุคลากร

3.8.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างเพียงพอ สอดคล้องกับ ปรีดา แต่อาภรณ์ และคณะ (2554) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พบว่า เงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือ การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการพัฒนาระบบบริหารจัดการ นอกจากนี้กาญจนา โปธิคำ (2555) ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า อำเภอมือง

จังหวัดพะเยา มีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มีการบริการตลอด 24 ชั่วโมง จัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Thomas and others (2011) และวิรัตน์ เอื้องพลสวัสดิ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศมาเลเซียพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาแนวทางการกระจายอำนาจกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและการกำกับดูแลที่ครอบคลุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของประชาชนรับผิดชอบเกี่ยวกับการฝึกอบรมด้านสุขภาพ แก่บุคลากร กระทรวงกลาโหมให้บริการด้านสุขภาพในเขตรับผิดชอบและกระทรวงอื่น ๆ เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในเขตชนบท โดยการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกและการบริการสุขภาพใหม่ ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ เพิ่มเงินทุนสนับสนุนการใช้เทคโนโลยี เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการสื่อสารและการให้ความรู้ประชาชนพัฒนาความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงทรัพยากรมนุษย์ที่ดูแลความปลอดภัยด้านสุขภาพของพนักงาน กระทรวงศึกษาธิการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังมีไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ ยังมีความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอีก 103 คน พยาบาลวิชาชีพ 284 คน นักวิชาการสาธารณสุข 164 คน ทันตภิบาล 75 คน แพทย์แผนไทย 72 คน ทันตแพทย์ 25 คน เกษัชกร 28 คน เจ้าพนักงานเภสัช 35 คน และนักกายภาพบำบัด 28 คน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2559, หน้า 158) เพื่อจัดตั้งทีมหมอครอบครัวและให้บริการทั้งระบบการทำงานเชิงรับและเชิงรุกครอบคลุมทั่วทั้งจังหวัด

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายบริหารทรัพยากร (CHRO) สาธารณสุขนิเทศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อเสนอต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาเพิ่มบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพัฒนา นโยบายหรือข้อระเบียบให้สามารถสรรหาและบรรจุข้าราชการด้านการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพและจำนวนประชากรทั้งจังหวัด นอกจากนี้ผู้บริหารควรจะสรรหาและบรรจุบุคลากรแพทย์ พยาบาลนักวิชาการสาธารณสุข และสาขาวิชาชีพอื่น ๆ สนับสนุนโรงพยาบาลชลบุรีเร่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เพียงพอต่อความต้องการของเขตสุขภาพที่ 6 สนับสนุนอัตราค่าจ้างเงินเดือนและค่าตอบแทนก้าวหน้าในสาขาวิชาชีพและสนับสนุนการศึกษา

3.8.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่มบุคลากรด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับ ปรีดา แต่อารักษ์ (2554) ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พบว่า เงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือการพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการพัฒนาระบบบริหารจัดการและ จุฑารัตน์ผาสุข (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้แก่ การมีส่วนร่วมของสมาชิกการรับรู้และมีเป้าหมายร่วมกันการปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนและการส่งเสริมซึ่งกันและกัน

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Bai and others (2012) และปรีดา แต่อารักษ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยกำหนดวัตถุประสงค์ระดับประเทศมุ่งเน้นการยกระดับสุขภาพของประชาชนด้วยการป้องกันสุขภาพสร้างเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิด้านการดูแลป้องกันโรคระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและผู้ประกอบการคลินิก เพื่อให้บริการพื้นฐานแก่ครอบครัว การคัดกรองปัญหาสุขภาพและการจัดบริการทางด้านป้องกันโรค สำหรับเด็กนักเรียน การให้สุขศึกษาและการส่งเสริมป้องกันโรค ประชาชนกระจายทั่วทั้งประเทศ โดยเฉพาะที่มีประชาชนอยู่หนาแน่นกำหนดและบังคับใช้กฎหมายที่เคร่งครัด เพื่อดูแลสิ่งแวดล้อม ความสะอาด โดยเฉพาะในเขตท่องเที่ยว รวมทั้งปลูกฝังค่านิยมให้ประชาชนมีระเบียบวินัย และเคารพกฎหมาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันโรคมีภาระงานมาก จึงต้องมีบุคลากรที่รับผิดชอบเพียงพอต่อระบบการทำงานเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกจากการออกเยี่ยมสำรวจและป้องกันการระบาดของโรคภายในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งให้การสนับสนุนข้อมูลความรู้และระบบการทำงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างครอบคลุมทั่วทุกอำเภอ จะต้องทำการเฝ้าระวังและประสานการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เกี่ยวกับการป้องกันโรค ร่วมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อและไม่ติดต่อสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัยพัฒนาทีมวิชาการ ทีมเฝ้าระวัง ทีมประสานงานและทีมเคลื่อนที่เร็วให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ความเสี่ยงทั่วทั้งจังหวัด มุ่งเน้นเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรม และเขตท่องเที่ยวเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน ตั้งแต่กลุ่มสตรีและวันทารก กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ดังนั้น ผู้บริหาร โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาบุคลากรด้านการป้องกันโรคต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ประธานฝ่ายบริหารทรัพยากร (CHRO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อเสนอต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาเพิ่มบุคลากรด้านการป้องกัน โรคของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างเพียงพอต่อระบบการทำงานเชิงรับเชิงรุกและระบบการทำงานร่วมกับ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล มุ่งเน้นเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรมและเขตท่องเที่ยว นอกจากนี้ ผู้บริหารควรจะสนับสนุนอัตราเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการและความก้าวหน้าในวิชาชีพ อย่างเหมาะสม ชำรงรักษาบุคลากรไว้ในระบบอย่างยั่งยืน พัฒนาบุคลากรให้มีทักษะความเชี่ยวชาญ เฉพาะทางในสาขา โรคที่เป็นปัญหาสำคัญ พร้อมต่อการให้บริการประชากรตามทะเบียนราษฎร์ ประชาชนเคลื่อนย้าย ประชากรแฝงและนักท่องเที่ยว

3.8.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะเสนอให้เพิ่ม บุคลากรด้านฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่าง เพียงพอ สอดคล้องกับ ปรีดา แต่อารักษ์และคณะ (2554) ศึกษาการพัฒนากระบวนการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติพบว่าเงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและ การพัฒนาระบบบริหารจัดการและจรรยา ภูถรงค์ (2557) ศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้าบ้านเปียด ตำบลดงหลวง อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนมีความรู้ไม่เพียงพอ ในการดูแลผู้ป่วย ข้อเสนอแนะคือควรจัดสรรกำลังคนหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพของ Thomas and others (2011) และวิรัตน์ เอื้องพลสวัสดิ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศมาเลเซียพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพกับเอกชนในการพัฒนาและ ประยุกต์ใช้การแพทย์แผนโบราณและการแพทย์ตะวันตกในการรักษาและดูแลสุขภาพประชาชน สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงและ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประสานความร่วมมือเพื่อ ระดมทรัพยากร การใช้ทรัพยากรร่วมกันและลดความซ้ำซ้อนการให้บริการสุขภาพ เพื่อสร้างความ เท่าเทียมกัน ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพประสานการทำงานร่วมกับแพทย์แผนโบราณที่ได้รับการ ขอมรับและ ผ่านการฝึกอบรมร่วมปฏิบัติงานเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผลการศึกษาของ Bai and others (2012) และปรีดา แต่อารักษ์ (2555) พบว่า ประเทศสิงคโปร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดย พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับหน่วยงานภาคเอกชนและคลินิก เพื่อให้การพยาบาลที่บ้านและ การฟื้นฟูสุขภาพคนชรา กระจายทั่วทั้งประเทศ โดยเฉพาะที่ที่มีประชาชนอยู่หนาแน่นพัฒนา

โรงพยาบาลระดับชุมชนที่มีราคาต้นทุนต่ำกว่า สำหรับการให้บริการเพื่อการพักผ่อนของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไปพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายทุกระดับตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิไปจนถึงตติยภูมิ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าสาเหตุเพราะการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้มีผู้ที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพจากความเสื่อมของอวัยวะเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการพัฒนาอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจ การขยายตัวของพื้นที่เขตอุตสาหกรรม การปรับปรุงเส้นทางการจราจรส่งผลให้มีผู้ประสบอุบัติเหตุทั้งจากการปฏิบัติงาน อุบัติเหตุการรถยนต์และรถจักรยานยนต์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเบาหวาน โรคหัวใจและผู้พิการแต่กำเนิด ทุกกลุ่มวัยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มมากขึ้นนอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 27,370 คน ที่สามารถเข้าถึงการรักษาเพียง 10,436 คน เนื่องจากบุคลากรที่ดำเนินการบำบัดรักษาขาดแคลนและงานสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบันมีเพียงจิตแพทย์ 4 คน นักฝึกการพูด 1 คน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 12 คน พยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด 2 คน นักจิตวิทยา 7 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2559, หน้า 213-219) ประกอบกับยังไม่สามารถสร้างเครือข่ายร่วมกับญาติผู้ป่วย ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมทั้งจังหวัด

ดังนั้นผู้บริหาร โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาบุคลากรด้านฟื้นฟูสมรรถภาพต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประชานฝ่ายบริหารทรัพยากร (CHRO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อเสนอต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาเพิ่มบุคลากรด้านฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับประชาชนที่รับบริการใน โรงพยาบาลและที่บ้าน นอกจากนี้ผู้บริหารควรจะประสานความร่วมมือกำหนดแนวทางการสรรหาและบรรจุบุคลากรแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์และสาขาวิชาชีพอื่นที่เป็นทีมฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ทบทวนข้อระเบียบสนับสนุนอัตราเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการและความก้าวหน้าในวิชาชีพอย่างเหมาะสม

3.9 ด้านทักษะ

โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะร่วมกำหนดแนวทางการพัฒนาทักษะเฉพาะทางสำหรับบุคลากรแพทย์ พยาบาล และสาขาวิชาชีพอื่น ๆ อย่างสอดคล้อง

กับสภาพปัญหาที่แท้จริงทั่วทั้งจังหวัด สอดคล้องกับจุฑารัตน์ ผาสุข (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้แก่ การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนและการส่งเสริมซึ่งกันและกันนอกจากนี้ นิชาภัทร เลิศพรมาตุลี (2555) ศึกษากระบวนการพัฒนามาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพมีวิธีการและขั้นตอนคือ การเรียนรู้ ระดมความคิดและถอดบทเรียนการพัฒนามาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชนและการประเมินบทบาทการส่งเสริมสุขภาพก่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจและการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพนำไปสู่แนวทางการพัฒนามาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ

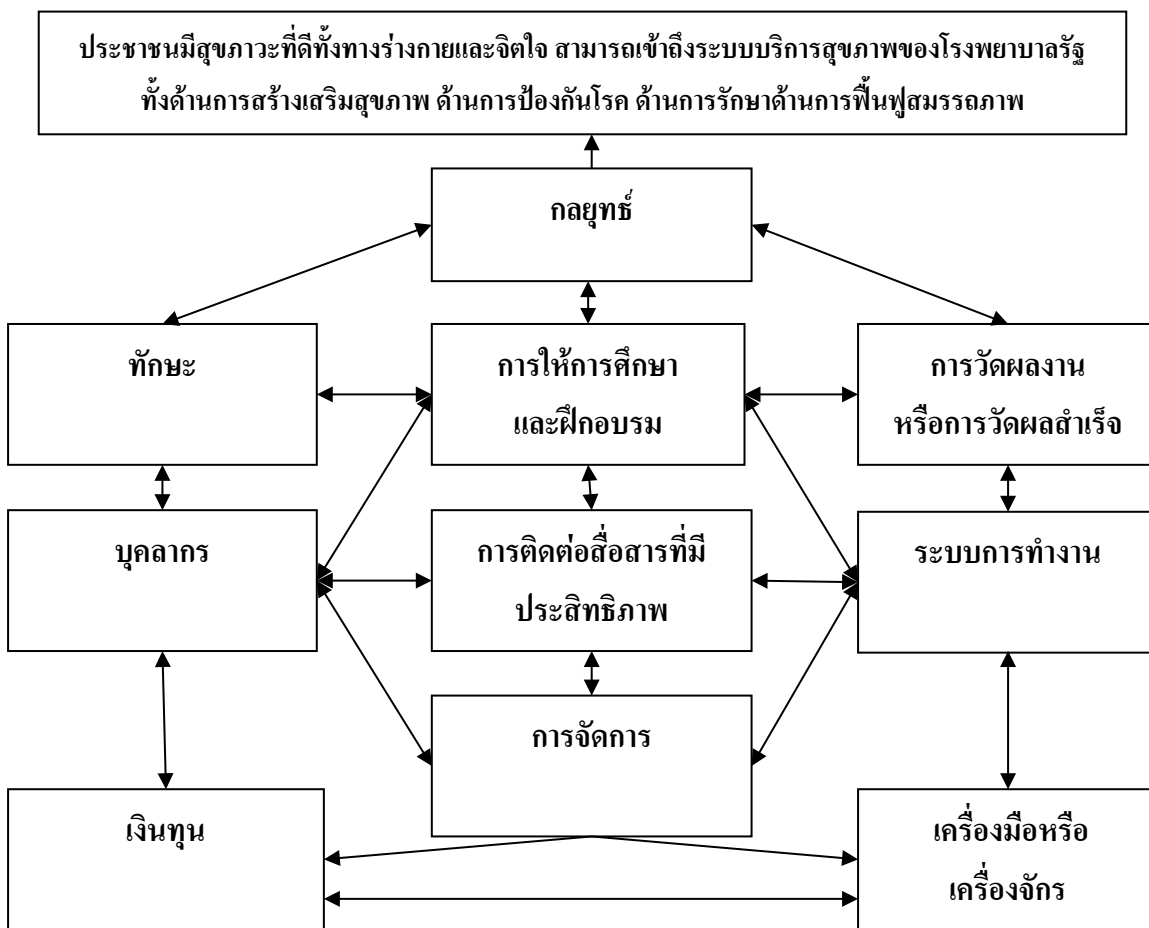
ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพจากวารสาร Global Health Council (2017) สรุปได้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยสนับสนุนให้มีเครื่องมือที่ทันสมัยเพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค รวมทั้งเครื่องมือสำคัญที่สนับสนุนความมั่นคงด้านสุขภาพให้ความสำคัญต่อการพัฒนามาตรฐานและระบบการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผลการศึกษาของวิระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ (2554) พบว่า ประเทศบรูไนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยประสานความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญพิเศษในการรักษาโรคสาขาเฉพาะทั้งในประเทศและต่างประเทศ Bai and others (2012) และ ปรีดา เต๋ออารักษ์ (2555) สรุปได้ว่าประเทศสิงคโปร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยพัฒนาช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลการแก้ไขปัญหาและได้ร้องทุกข์ในด้านการรักษา นำมาสู่การปรับปรุงให้เกิดความสะดวกแก่ประชาชนมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีความเห็นว่าผู้วิจัยมีความเห็นว่าเป็นสาเหตุเพราะบุคลากรแพทย์โรงพยาบาลชุมชนมีการขอย้ายเข้าทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีทุนสนับสนุนการศึกษาเฉพาะทางมากขึ้น แพทย์ พยาบาลบางรายเกิดความเครียดจากข้อร้องเรียนหรือเกิดการฟ้องร้องเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ประชาชนคาดหวังจึงลาออกไปทำงานกับภาคเอกชนที่อยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกมีภาระงานน้อยกว่าแต่ได้รับค่าตอบแทนมากกว่า บุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปยังไม่ได้รับการสนับสนุนการเพิ่มพูนทักษะเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเรื้อรัง มีปัญหาการขาดแคลนผู้ปฏิบัติงานแทนจึงไม่สามารถส่งฝึกรอบมหลักสูตรระยะยาวได้

ดังนั้นผู้บริหาร โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการศึกษาต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธานฝ่ายบริหารทรัพยากร (CHRO) สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อประสานความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกำหนดแนวทางการสนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับเพิ่มพูน

ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการรักษาอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงในแต่ละพื้นที่
 ทัวทั้งจังหวัดนอกจากนี้ผู้บริหารควรจะประสานความร่วมมือร่วมกำหนดแนวทางการเพิ่มพูน
 ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสำหรับแพทย์ พยาบาลและสาขาวิชาชีพอื่นที่เป็นทีมการรักษาให้
 เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด มีการกระจายทุนสนับสนุนอย่างเพียงพอและทั่วถึง มุ่งพัฒนา
 ทักษะความเชี่ยวชาญบุคลากรแพทย์สาขาโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคไต
 โรคตับหรือโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญของแต่ละพื้นที่

ผลจากการอภิปรายผลแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐใน
 เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี สามารถสรุปภาพรวมแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
 ของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพ
 ของประชาชนได้ดังนี้



ภาพที่ 5-1 สรุปแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีควรกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคเชิงรุกสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน มุ่งเน้นการป้องกันโรคติดต่อในกลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงานครอบคลุมเขตชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรมและเขตท่องเที่ยว เพื่อลดการเจ็บป่วยและลดการใช้ทรัพยากร อันจะนำไปสู่สุขภาพสังคม (Social health) ที่มีการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีควรกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีกำหนดแนวทางการให้การศึกษาและฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน มุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียนและกลุ่มวัยรุ่น ครอบคลุมสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรมเพื่อเพิ่มการมีอายุที่ยืนยาวและเพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์อันจะนำไปสู่สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual health) ที่มีความรู้ เข้าใจความมีโทษและความมีประโยชน์

1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีควรกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีกำหนดแนวทางการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพด้านการรักษาร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน มุ่งเน้นการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) และผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้าถึงการรักษาเชื่อมโยงทุกโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพเพื่อลดอัตราการตาย ลดความพิการ อันจะนำไปสู่สุขภาพกาย (Physical health) ที่แข็งแรงสมบูรณ์

1.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีควรกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีกำหนดแนวทางการจัดการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั่วถึงประชาชนที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำลดความแออัด อันจะนำไปสู่สุขภาพจิต (Mental health) ที่เบิกบานแจ่มใส ปรับตัวเข้ากับสังคมได้อย่างมีความสุข

1.5 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีควรเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มการสนับสนุนเงินทุน แยกค่าบริการสุขภาพและเงินเดือนข้าราชการและปรับปรุงสิทธิสุขภาพให้เป็นแบบร่วมจ่าย

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมมือกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนร่วมกำหนดแนวทางการเพิ่มบุคคลด้านการป้องกันโรค ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งเน้นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แพทย์ศาสตร์ฟื้นฟู จิตแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัดและนักจิตวิทยา เพื่อพร้อมต่อการบริการสุขภาพเชิงรุกและการปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมมือกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนร่วมกำหนดแนวทางการพัฒนาทักษะด้านการรักษา มุ่งเน้นทักษะ ความเชี่ยวชาญสำหรับบุคลากรแพทย์ในสาขาโรคหลัก ประกอบด้วย สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและออร์โธปิดิกส์อย่างทั่วถึงในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและระดับ โรงพยาบาลชุมชน

2.3 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมมือกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนร่วมกำหนดแนวทางการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้าน การป้องกันโรคเชิงรับภายในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบและระบบ การทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.4 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมมือกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนร่วมกำหนดแนวทางการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จด้านการ ป้องกันโรค ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มี ประสิทธิภาพ สามารถจัดเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์และนำไปใช้ร่วมกันได้ทั้งระดับ โรงพยาบาล ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

2.5 โรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีควรร่วมมือกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนร่วมกำหนดแนวทางการสนับสนุนเครื่องมือหรือเครื่องจักรด้าน การสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคและด้านการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เพียงพอ ต่อระบบการทำงานเชิงรับในโรงพยาบาล ระบบการทำงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบ ระบบ การทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและประสานการใช้เครื่องมือราคาแพงร่วมกับ หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรวิจัยเกี่ยวกับการจัดทำกลยุทธ์เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน

3.2 ควรศึกษาเกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน

3.3 ควรศึกษาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ
ของประชาชน

3.4 ควรศึกษาเกี่ยวกับการให้การศึกษาและฝึกอบรมเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของ
ประชาชน

3.5 ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะบุคลากรเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของ
ประชาชน

3.6 ควรขยายขอบเขตการวิจัยเป็นระดับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศและ
เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาชน

ข้อค้นพบจากการวิจัย

ผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการทำงานเป็นที่ร่วมกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข
ระดับอำเภอการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการจัดทำกลยุทธ์ร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและ
ภาคประชาชน

บรรณานุกรม

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). การศึกษาและพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงของมนุษย์. เข้าถึงได้จาก https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=8912
- กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก http://203.157.19.16/power_moph/moph_edit.html
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/HealthPlan12_2560_2564.pdf
- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2559). ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการและบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนาด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: ไทยอาสา เซอร์วิส บางแสน.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/node/77
- กาญจนา โปธิคำ. (2555). ความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานโยบายสาธารณะ, คณะรัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยพะเยา
- เกวลิน ชื่นเจริญสุข. (2559). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2561-2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป. (2558). ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). เข้าถึงได้จาก http://www.Planning.kmutnb.ac.th/data/R1_59.PDF
- จริยาวัตร คมพักษณ์ และวนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย. (2554). การพยาบาลอนามัยชุมชน แนวคิด หลักการ และการปฏิบัติการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- จิราณี สายสนั่น ณ อรุณา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

- จารุณี กุลวงศ์. (2557). *การพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงทางเท้า*
บ้านเป็ด ตำบลคงหลวง อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. วิทยาลัยพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฑารัตน์ ผาสุข. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุม*
โรค ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วิทยาลัยนพนธ์ศิลปศาสตร์
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาศังคม, คณะสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชาญวิทย์ ทรัพย์, พรเพชร ปัญญาปิยะกุล, ปาริฉัตร ดันตยวรงค์, สุภารัตน์ ลิ้มปะพันธ์, สุกัญญา
เดชะ โชควิวัฒน์ และสุภาพร เฉยทิม. (2553). ระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่
พึงประสงค์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(4), 619-631.
- ณิชภัทร เลิศพรมาตุลี. (2555). *การพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความ*
คาดหวังของชุมชน และเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพเทศบาลเมืองเมืองแก่นพัฒนา อำเภอ
แม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยาลัยนพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริม
สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนาศ นุญทอง. (2542). *ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่*
พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- นายแพทย์หน่วยงาน ก, นามสมมุติ. (2559, 23 กุมภาพันธ์). สัมภาษณ์.
- นายแพทย์โรงพยาบาล ฉ, นามสมมุติ. (2559, 21 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- นายแพทย์โรงพยาบาล ฉ, นามสมมุติ. (2559, 12 พฤษภาคม). สัมภาษณ์.
- ปรีดา แต่อารักษ์. (2555). ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประเทศสาธารณรัฐสิงคโปร์. ใน วีระวัฒน์
พันธ์ครุฑ และ ชนิศรา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม (บรรณาธิการ), *สุขภาพดีวิถีอาเซียน*
(ASEAN Health Care System) รวมบทความวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่
2) (หน้า 111-127). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ปรีดา แต่อารักษ์, ปาณบดี เอกะจิมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมพี และ
สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. (2554). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูป
ระบบสุขภาพแห่งชาติ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 10(4), 664-671.
- ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, นามสมมุติ. (2559, 3 กุมภาพันธ์). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการหน่วยงาน ก, นามสมมุติ. (2559, 23 กุมภาพันธ์). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการหน่วยงาน ข, นามสมมุติ. (2559, 15 มีนาคม). สัมภาษณ์.

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ก, นามสมมุติ. (2559, 14 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ข, นามสมมุติ. (2559, 15 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ข, นามสมมุติ. (2559, 3 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ง, นามสมมุติ. (2559, 15 กุมภาพันธ์). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จ, นามสมมุติ. (2559, 13 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฉ, นามสมมุติ. (2559, 21 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ช, นามสมมุติ. (2559, 23 กุมภาพันธ์). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ช, นามสมมุติ. (2559, 21 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซ, นามสมมุติ. (2559, 25 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฒ, นามสมมุติ. (2559, 12 พฤษภาคม). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ญ, นามสมมุติ. (2559, 6 กุมภาพันธ์). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฎ, นามสมมุติ. (2559, 30 พฤษภาคม). สัมภาษณ์.
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฏ, นามสมมุติ. (2559, 3 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- แผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2548-2551 (รัฐบาล พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตรนายกรัฐมนตรี).*
(ม.ป.ป.). เข้าถึงได้จาก http://www.sri.cmu.ac.th/form/plan48_51.pdf
- พงศกร ปาณัณณพ. (2556). *ผลกระทบของการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สนามไชยที่มีต่อการบริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสนามไชย อำเภอ
นายายอาม จังหวัดจันทบุรี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การปกครองท้องถิ่น, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.
- พยาบาลวิชาชีพ 1 โรงพยาบาล ง, นามสมมุติ. (2559, 15 กุมภาพันธ์). สัมภาษณ์.
- พยาบาลวิชาชีพ 1 โรงพยาบาล จ, นามสมมุติ. (2559, 13 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- พยาบาลวิชาชีพ 2 โรงพยาบาล จ, นามสมมุติ. (2559, 13 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- พรณี สวานเพลง. (2555). *ระบบสารสนเทศเชิงกลยุทธ์*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- พวงศกา มะเสนา และประณต นันทียะกุล. (2557). การบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพใน
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*,
4(1), 88-101.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชญ และปนัดดา ปริญญา. (2557). กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน:
14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(1), 1-15.
- ไพโรจน์ ภัทรนรากุล และทัศนัย ชันตยาภรณ์. (2549). *การปฏิรูปบทบาทภารกิจเพื่อการจัดการ
สาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตบริหารศาสตร.

- มุกมณี มีโชคสกุล. (2555). *หลักการจัดการ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ทริปเพิ้ลเอ็ดดูเคชั่น.
 รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ภู, นามสมมุติ. (2559, 3 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
 รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. (2559). ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในเขตเทศบาล
 เมืองมหาสารคาม. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 10(3), 104-117.
- รัชดาพร นิตย์กระโทก. (2558). *การพัฒนากระบวนการสุขภาพระดับอำเภอ ตามแนวความคิดการจัดการ
 ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์*. งานนิพนธ์สาธาณสุขศาสตร
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์, คณะสาธาณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัย
 มหาสารคาม.
- วงศา เลหาศิริวงศ์. (2548). *พฤติกรรมองค์กรและการพัฒนาองค์กรสุขภาพ Organizational*.
 พิษณุโลก: ทีไอพี.คอมพิวเตอร์ฟอรัม.
- วิชัย ชูเชิด. (2547). *เอกสารประกอบการศึกษาวิชาความมั่นคงศึกษา (Security Studies)*. กรุงเทพฯ:
 โรงเรียนเสนาธิการทหารบก.
- วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร. (2553). *คู่มือใช้เป็นแนวทางในการศึกษาตามหลักสูตรของวิทยาลัย
 ป้องกันราชอาณาจักรหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร (วปอ.) และหลักสูตรการป้องกัน
 ราชอาณาจักรภาครัฐร่วมเอกชน (ปรอ.) ประจำปีการศึกษา 2553-2554 เอกสาร วปอ.
 หมายเลข 008 คู่มือเรื่องความมั่นคงแห่งชาติ. เข้าถึงได้จาก*
http://www.thaindc.org/images/sub_1317847833/008%20Security.pdf
- วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์. (2555). ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประเศมาเลเซีย. ใน *วิระวัฒน์
 พันธุ์ครุฑ และชนิสรา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม (บรรณาธิการ), สุขภาพดีวิถีอาเซียน
 (ASEAN Health Care System) รวมบทความวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพ*
 (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 65-73). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- วิระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ. (2555). ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประเทศบรูไน. ใน *วิระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ
 และชนิสรา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม (บรรณาธิการ), สุขภาพดีวิถีอาเซียน (ASEAN
 Health Care System) รวมบทความวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2)
 (หน้า 13-21). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ศดใส ทองทิน. (2555). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดตาก*.
 คุยฎีนิพนธ์ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชายุทธศาสตร์การบริหารและการพัฒนา,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- สมคิด บางโม. (2546). *องค์กรและการจัดการ*. กรุงเทพฯ: จูนพับลิชชิง.

สมมติ โศตรตาแสง. (2557). *กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สรรเสริญ วงศ์ชะอุ่ม. (2554). *การวางแผนพัฒนาประเทศ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์เพชรรุ่ง.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2558). *ระบบสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/4741>

ตั้งคม สุภรัตน์กุล. (2554). *ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน*. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2540). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540*. เข้าถึงได้จาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law1/%c306/%c306-10-2548-a0002.pdf>

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550*. เข้าถึงได้จาก https://www.tmc.or.th/psb_doc/psb6.pdf

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2550). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550*. เข้าถึงได้จาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law1/%c306/%c306-10-2550-a0001.pdf>

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2558). *พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545*. เข้าถึงได้จาก <https://sp.mahidol.ac.th/pdf/law/health-50.pdf>

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2560). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560*. เข้าถึงได้จาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law1/%c306/%c306-10-2560-a0003.pdf>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2545). *กฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจพ.ศ. 2545*. เข้าถึงได้จาก [http://www.opdc.go.th/Law/File_download/1104383626-\\$.pdf](http://www.opdc.go.th/Law/File_download/1104383626-$.pdf)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2551). *แผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2551 - 2554 (รัฐบาล นายสมัคร สุนทรเวช นายกรัฐมนตรี)*. เข้าถึงได้จาก https://www.opdc.go.th/uploads/files/plan_51-55.pdf

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2554). *แผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2555-2558 (รัฐบาล นางสาว ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี)*. เข้าถึงได้จาก https://www.opdc.go.th/uploads/files/govplan2555-2558_final.pdf

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2560). *พระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545*. เข้าถึงได้จาก [http://www.opdc.go.th/uploads/files/law/law_ministry_2545\(5\).pdf](http://www.opdc.go.th/uploads/files/law/law_ministry_2545(5).pdf)
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2544). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)*. เข้าถึงได้จาก http://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3784
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)*. เข้าถึงได้จาก http://www.nesdb.go.th/download/article/article_20160323112418.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). *แผนบริหารราชการแผ่นดิน 2552-2554 (รัฐบาล นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ นายกรัฐมนตรี)*. เข้าถึงได้จาก http://www.nesdb.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?filename=administration_plan&nid=5084
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). *แผนการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2552-2554 (รัฐบาล นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี)*. เข้าถึงได้จาก http://www.nesdb.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?filename=administration_plan&nid=5067
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)*. เข้าถึงได้จาก http://www.nesdb.go.th/download/article/article_20160323112431.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). *กรอบยุทธศาสตร์ชาติ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.ppb.moi.go.th/midev01/upload/2.%20Roadmap%202015.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.nesdb.go.th/download/plan12/แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่12.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน. (ม.ป.ป.). *เขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก เพื่ออนาคตของ ASEAN*. เข้าถึงได้จาก http://www.boi.go.th/upload/content/BOI-book%202016-EEC-EN-TH-20161129_88126.pdf

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552*. นนทบุรี: วิกี.
- สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2552). *ความมั่นคงของมนุษย์ในปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย.
- สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *โครงการศึกษาและพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงของมนุษย์*. เข้าถึงได้จาก http://humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2014/02/report_human_security.pdf
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System: GIS)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560*. เข้าถึงได้จาก <http://ops.moph.go.th/public/download/32.pdf>
- สำนักงานมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2548). *การศึกษาและพัฒนาดัชนีชี้วัดมาตรฐานความมั่นคงของมนุษย์*. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงพัฒนาความมั่นคงทางสังคมและมนุษย์.
- สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ. (2559). *พระราชบัญญัติความมั่นคงแห่งชาติ 2559*. เข้าถึงได้จาก www.nsc.go.th/Download1/พระราชบัญญัติสภาความมั่นคงแห่งชาติ2559.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2559). *บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545*. เข้าถึงได้จาก <http://www.phoubon.in.th/ket13/html/structure.htm>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). *แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549*. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/plan9.pdf
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). *แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554*. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/plan10.pdf

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข*. เข้าถึงได้จาก <http://223.27.246.196/plan/attachments/article/143/1-60.pdf>
- สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2544). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันจันทร์ที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544*. เข้าถึงได้จาก http://library2.Parliament.go.th/giventake/content_sp/sp54.pdf
- สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2548). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันพุธที่ 23 มีนาคม 2548*. เข้าถึงได้จาก http://library2.parliament.go.th/giventake/content_sp/sp55.pdf
- สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2549). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ วันศุกร์ที่ 3 พฤศจิกายน 2549*. เข้าถึงได้จาก http://library2.parliament.go.th/giventake/content_sp/sp56.pdf
- สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2551 ก). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี นายสมัคร สุนทรเวช นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันจันทร์ที่ 18 กุมภาพันธ์ 2551*. เข้าถึงได้จาก http://library2.parliament.go.th/giventake/content_sp/sp57.pdf
- สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2551 ข). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันอังคารที่ 7 ตุลาคม 2551*. เข้าถึงได้จาก http://library2.parliament.go.th/giventake/content_sp/sp58.pdf
- สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2551 ค). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันจันทร์ที่ 29 ธันวาคม 2551*. เข้าถึงได้จาก http://library2.parliament.go.th/giventake/content_sp/sp59.pdf
- สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2554). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันอังคารที่ 23 สิงหาคม 2554*. เข้าถึงได้จาก http://library2.parliament.go.th/giventake/content_sp/sp60.pdf

- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2557). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). เขตสุขภาพ (Regional Public Health) สช. บูรณาการการทำงาน ดูแลสุขภาพทุกมิติทั้ง 5 มิติ. *สาร สช.*, 11(11), 1.
- สุปानीโคตรวิธา. (2556). *การพัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างองค์รวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเพียงใหม่ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวงค์ จันทวานิช. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณณี สุวรรณท้าว. (2556). *การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุรจิต สุนทรธรรม และพงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (2555). *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ก, นามสมมุติ. (2559, 14 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ข, นามสมมุติ. (2559, 3 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ฉ, นามสมมุติ. (2559, 21 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ฉ, นามสมมุติ. (2559, 25 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ช, นามสมมุติ. (2559, 21 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ซ, นามสมมุติ. (2559, 25 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ญ, นามสมมุติ. (2559, 21 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ฎ, นามสมมุติ. (2559, 30 พฤษภาคม). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 1 โรงพยาบาล ฏ, นามสมมุติ. (2559, 14 กรกฎาคม). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ก, นามสมมุติ. (2559, 14 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ง, นามสมมุติ. (2559, 15 กุมภาพันธ์). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ฉ, นามสมมุติ. (2559, 21 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ซ, นามสมมุติ. (2559, 25 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ฌ, นามสมมุติ. (2559, 12 พฤษภาคม). สัมภาษณ์.

- หัวหน้ากลุ่มงาน 2 โรงพยาบาล ฉ, นามสมมุติ. (2559, 6 กุมภาพันธ์). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 3 โรงพยาบาล ช, นามสมมุติ. (2559, 21 มีนาคม). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 4 โรงพยาบาล จ, นามสมมุติ. (2559, 13 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- หัวหน้ากลุ่มงาน 5 โรงพยาบาล ฉ, นามสมมุติ. (2559, 13 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- องค์การอนามัยโลก. (2556). *CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพฯ: พรีเมียมเอ็กซ์เพรส.
- อรพินท์ มุกดาดีลก. (2553). การจัดการระบบบริการสุขภาพโดยเชื่อมต่อในทุกระดับ: เงื่อนไขความสำเร็จของ 4 ประเทศตัวอย่าง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(1), 13-22.
- อารี วัลยะเสวี, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และนฤมล ศีลารักษ์. (2542). (ร่าง) รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- อำไพ ทองเหลี่ยมนาค. (2554). *การรับรู้ต่อการนำองค์การตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ของบุคลากรโรงพยาบาลทุ่งสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Global Health Council. (2017). *Global health security*. Retrieved from http://ghbb.globalhealth.org/wp-content/uploads/2017/01/03_GlobalHealthSecurity.pdf
- Bai, Y., Shi, C., Li, X., & Liu, F. (2012). *Healthcare system in Singapore ACTU4625 Topics: Health insurance*. Retrieved from <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-singapore.pdf>
- Song, Y. J. (2009). The South Korean health care system. *JMAJ*, 52(3), 206-209.
- Thomas, S., Beh, L., & Nordin, R. B. (2011). Health care delivery in Malaysia: Changes, challenges and champions. *Journal of Public Health in Africa*, 2(2), 93-97.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของ
ประชาชน

: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ก. ข้อมูลทั่วไป

- 1) ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....
- 2) ตำแหน่ง / หน้าที่.....
- 3) สถานที่ทำงาน.....
- 4) สัมภาษณ์วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....
- 5) สถานที่.....

ข. วัตถุประสงค์

เพื่อรับฟังความเห็นจากผู้บริหารหรือตัวแทนจากสำนักตรวจราชการ สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
ประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพ
ประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ และแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่
ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ค. ประเด็นการสัมภาษณ์

ประเด็นที่ 1 ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งประกอบด้วย การ
ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นอย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....

ประเด็นที่ 2 ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพประชาชน

ของโรงพยาบาลรัฐ เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ประเด็นที่ 3 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อ
ความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ง. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์

**การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของ
ประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี**

ก. ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....
2. ตำแหน่ง / หน้าที่.....
3. สถานที่ทำงาน.....
4. สัมภาษณ์วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....
5. สถานที่.....

ข. วัตถุประสงค์

เพื่อรับฟังความเห็นจากผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการหรือตัวแทนจากโรงพยาบาลศูนย์/
โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 12 แห่ง ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี
เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงาน
ด้านระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ และแนวทางการพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนในเครือข่าย
บริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

ค. ประเด็นการสัมภาษณ์

ประเด็นที่ 1 คำถามเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ

1. โรงพยาบาลท่านมีระบบบริการสุขภาพประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ
อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. โรงพยาบาลท่านมีระบบบริการสุขภาพประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

3. โรงพยาบาลท่านมีระบบบริการสุขภาพประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

4. โรงพยาบาลท่านมีระบบบริการสุขภาพประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

ประเด็นที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานแต่ละด้านที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ

1. ปัญหาและข้อจำกัด“ด้านเงินทุน” ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ

1.2 การป้องกันโรค

1.3 การรักษา

1.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

2. ปัญหาและข้อจำกัด“ด้านเครื่องมือหรือเครื่องจักร”ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไร

- 2.1 การส่งเสริมสุขภาพ
- 2.2 การป้องกันโรค
- 2.3 การรักษา
- 2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

3. ปัญหาและข้อจำกัด“ด้านการจัดการ”ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไร

- 3.1 การส่งเสริมสุขภาพ
- 3.2 การป้องกันโรค
- 3.3 การรักษา
- 3.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

4. ปัญหาและข้อจำกัด“ด้านผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูง”ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไร

- 4.1 การส่งเสริมสุขภาพ
- 4.2 การป้องกันโรค
- 4.3 การรักษา
- 4.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

5. ปัญหาและข้อจำกัด“ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม”ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไ

5.1 การส่งเสริมสุขภาพ

5.2 การป้องกันโรค

5.3 การรักษา

5.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

6. ปัญหาและข้อจำกัด“ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ”ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไ

6.1 การส่งเสริมสุขภาพ

6.2 การป้องกันโรค

6.3 การรักษา

6.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

7. ปัญหาและข้อจำกัด“ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ”ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไ

7.1 การส่งเสริมสุขภาพ

7.2 การป้องกันโรค

7.3 การรักษา

7.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

8. ปัญหาและข้อจำกัด “ด้านการทำงานเป็นทีม” ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไร

- 8.1 การส่งเสริมสุขภาพ
- 8.2 การป้องกันโรค
- 8.2 การรักษา
- 8.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

9. ปัญหาและข้อจำกัด “ด้านกลยุทธ์แนวทางการดำเนินการ” ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไร

- 9.1 การส่งเสริมสุขภาพ
- 9.2 การป้องกันโรค
- 9.3 การรักษา
- 9.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

10. ปัญหาและข้อจำกัด “ด้านโครงสร้าง” ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไร

- 10.1 การส่งเสริมสุขภาพ
- 10.2 การป้องกันโรค
- 10.3 การรักษา
- 10.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

11. ปัญหาและข้อจำกัด “ด้านระบบการทำงาน” ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไ

11.1 การส่งเสริมสุขภาพ

11.2 การป้องกันโรค

11.3 การรักษา

11.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

12. ปัญหาและข้อจำกัด “ด้านบุคลากร” ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไ

12.1 การส่งเสริมสุขภาพ

12.2 การป้องกันโรค

12.3 การรักษา

12.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

13. ปัญหาและข้อจำกัด “ด้านทักษะ” ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไ

13.1 การส่งเสริมสุขภาพ

13.2 การป้องกันโรค

13.3 การรักษา

13.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

ประเด็นที่ 3 คำถามเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลใน
เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีให้สามารถตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของ
ประชาชนได้

1. การพัฒนา“ด้านเงินทุน”เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

2. การพัฒนา “ด้านเครื่องมือหรือเครื่องจักร” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค
การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

3. การพัฒนา “ด้านการจัดการ” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา
และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

4. การพัฒนา “ด้านผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูง” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน
โรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

5. การพัฒนา “ด้านการให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษา” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

6. การพัฒนา “ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

7. การพัฒนา “ด้านการวัดผลงานหรือการวัดผลสำเร็จ” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

8. การพัฒนา “ด้านการทำงานเป็นทีม” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

9. การพัฒนา “ด้านกลยุทธ์แนวทางการดำเนินการ” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

10. การพัฒนา “ด้านโครงสร้าง” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

11. การพัฒนา “ด้านระบบการทำงาน” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

12. การพัฒนา “ด้านบุคลากร” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

13. การพัฒนา “ด้านทักษะ” เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลท่าน ควรจะเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

ง. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล



ที่ ศธ ๒๖๑๒/๐๑๕๖

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี

๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์เรศ ภิรมย์วิวงศ์
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำคุณนิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนากระบวนการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษกรณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำคุณนิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้นิสิตเข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๕๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๖๕๗

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี

๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอมความอนุเคราะห์เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์อภิชาติ รอดสม
สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 6

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำคุณนินทา
เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษารณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำคุณนินทา

ในการนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้นิสิตเข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)
คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗
โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๕๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๑๕๕

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี

๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอมความอนุเคราะห์เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์ศิริชัย ลิ้มสกุล
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำคุษฎีนิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษากรณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมพันธ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำคุษฎีนิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้นิสิตเข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)
คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๖ ๕๕

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี

๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์ชุตินันท์ ตาบ-องครักษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำดุษฎีนิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนากระบวนการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษากรณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมพันธ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำดุษฎีนิพนธ์

ในกรณีนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้ยินดีเข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธโร)
คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๕ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๑๕๐

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี

๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เข้าถึงสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ เอกวัฒนกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำดุษฎีนิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษากรณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมพันธ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำดุษฎีนิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้ยินดีเข้าถึงสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)
คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๘๓๕๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๑๕๑

คณะกรรมการและนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์รามณรงค์ อำไพพิศ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำคุณนินทา
เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษากรณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำคุณนินทา

ในการนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้ยินดีเข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๕๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๖๕๒

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี

๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน แพทย์หญิงแววดาว พิมลธเรศ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำดุษฎีนิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษากรณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำดุษฎีนิพนธ์

ในกรณีนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้นิสิตเข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธโร)
คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๖๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๖๕๓

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี

๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เข้าสู่สภามหาวิทยาลัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์ประยุทธ์ หมิ่นหน้า
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำคุณูปการ
เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษากรณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำคุณูปการ

ในการนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้นิสิตเข้าสู่สภามหาวิทยาลัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วาทีเรตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)
คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๕๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๑๕๖

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สุกิจ พึ่งเกศสุนทร
รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตึก กม.10

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำคุณิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษกรณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำคุณิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้สละเข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธโร)
คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๕๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๑๕๕

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี

๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เข้าสู่สัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์ชีวิน ประพันธ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำดุษฎีนิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษากรณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำดุษฎีนิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้ยินดีเข้าสู่สัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)
คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๑ ๕๖

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี

๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

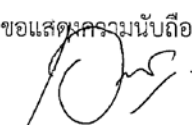
เรียน นายแพทย์ธีรวัฒน์ วงศ์สุวรรณทัต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะสีชัง

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำคุณนิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษารณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำคุณนิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้ติดต่อเข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)
คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๑ ๕๘

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี

๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์วสันต์ สายเสวีกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำดุษฎีนิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษากรณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำดุษฎีนิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้นิสิตเข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)
คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๕๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๑๕๖

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี

๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์วิชัย ธนาโสภณ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อทอง

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำคุณนิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน:
ศึกษารณีย์ เครื่องช่วยบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำคุณนิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้นิสิตเข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)

คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๖๕ ต่อ ๑๐๒



ที่ ศธ ๖๖๑๒/๐๕๖๒

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี

๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน แพทย์หญิงเพชรรุ้ง ไพรพยอม
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

ด้วย นายธานี ขามชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์และความมั่นคง คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำคุณนิพนธ์
เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน :
ศึกษากรณี เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำคุณนิพนธ์ในครั้งนี้

ในกรณีนี้ คณะฯ เห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว จึงมีความประสงค์ขอ
ความอนุเคราะห์จากท่านให้นิสิตเข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่เรือตรี ดร.เอกวิทย์ มณีธร)
คณบดีคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๓๖๙ ต่อ ๑๑๗

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๕๖๕ ต่อ ๑๐๒