

โครงการการจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข: ระยะที่ 1 เขตสุขภาพ

ข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for Change) การบริหารจัดการในเขตสุขภาพ และแนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน



กันยายน 2556

โครงการวิจัยภายใต้การสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



ข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for Change) การบริหารจัดการ ในเขตสุขภาพ และแนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน



เสนอ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



โดย

มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

30 กันยายน 2556

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

โครงการการจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข: ระยะที่ 1 เขตสุขภาพ
ข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for Change) การบริหารจัดการในเขตสุขภาพ และแนวทาง
การดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน

(Proposal for Changes in Ministry of Public Health's Works: Phase 1 Area Health
Blueprint for Change and Proposal for Transition Period)

ปัญหาและความสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงบริบทต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการบริหารด้านสาธารณสุขของกระทรวง
สาธารณสุข ทั้งในประเด็นที่เกี่ยวกับการบริหารงบประมาณเพื่อสร้างความยั่งยืนในการให้บริการ ปัญหาด้าน
การเงินการคลังของสถานพยาบาลที่อยู่ในสังกัด ปัญหาด้านการจัดสรรทรัพยากรทั้งบุคลากรและเครื่องมือ
ทางการแพทย์อย่างเหมาะสม (ทั้งในด้านการกระจายอย่างเหมาะสม และความเพียงพอ) รวมทั้งบทบาทของ
กระทรวงสาธารณสุขทั้งในฐานะผู้ให้บริการสาธารณสุข (Service Provider) และการกำหนดนโยบายและ
การกำกับดูแลระบบสาธารณสุข (Health Authority) ควบคู่ไปกับการที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการบริหารในด้านต่าง ๆ ของประเทศ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องพิจารณา
เปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรับมือกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวข้างต้น โดย
ยุทธศาสตร์หลักในการบริหารเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การปรับแนวคิด (Rethink) และ
การปรับกระบวนการทำงาน (Reprocess) เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในการดำเนินการในอนาคต กล่าวคือ
การนำไปสู่การอภิบาลระบบสาธารณสุข การบริหารกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างประสิทธิภาพใน
การดำเนินการเพิ่มเติม การสร้างเพิ่มรายรับให้แก่ระบบสาธารณสุข การจัดการลงทุนที่เหมาะสม และ
การติดตามการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพต่อไป โดยในส่วนของพิจารณาจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง
ของกระทรวงสาธารณสุขตามขอบเขตในการศึกษาวิจัยนี้ได้ทำการครอบคลุมการปรับบทบาทการทำงานใน
ส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบเขตสุขภาพ

วิธีการดำเนินการศึกษา

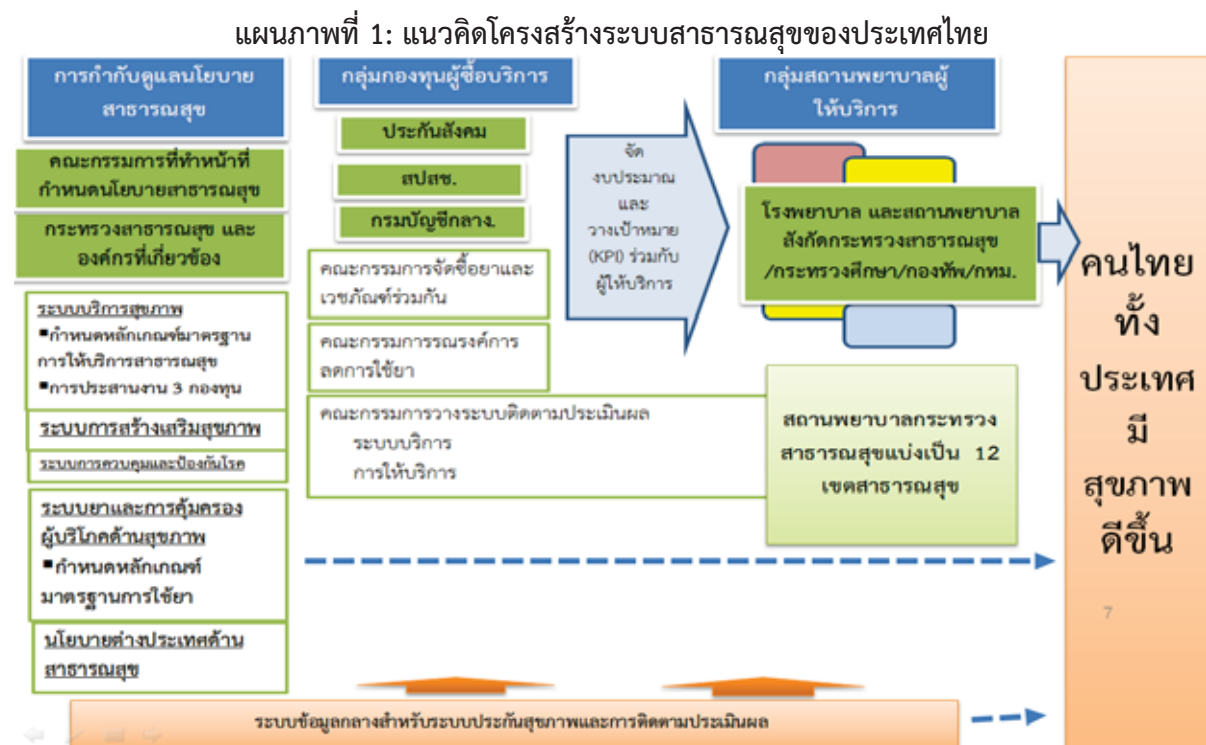
เพื่อให้นำไปสู่การศึกษาวិเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวง
สาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ดังนั้น กรอบ
แนวคิดในการศึกษาจึงได้กำหนดให้ดำเนินการศึกษาโดยให้ทำการรวบรวมข้อมูลทั้งในรูปของข้อมูลปฐมภูมิ
และข้อมูลทุติยภูมิ ทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (ความคิดเห็น และการประเมิน) และข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อใช้
ประกอบการวิเคราะห์ โดยข้อมูลที่มีเป้าหมายรวบรวมนั้น จะมีความครอบคลุมเกี่ยวกับ

- ความจำเป็นในเชิงนโยบาย (Policy Needs): ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบริบทในการดำเนินนโยบาย
ในปัจจุบัน ความจำกัดในการบริหารด้านสุขภาพและสาธารณสุข และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง
ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น
- ความต้องการ/ ความจำเป็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder Needs): ครอบคลุมผู้ที่เกี่ยวข้อง
ทุกระดับ ในประเด็นได้แก่ ลักษณะการทำงาน และการเปลี่ยนแปลงบริบทและสภาวะแวดล้อม
ในการทำงานของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น
- ความต้องการขององค์กร (Organization Needs): บทบาทที่ควรจะเป็นของหน่วยงานเมื่อมี
การเปลี่ยนแปลงบริบท

โดยการรวบรวมข้อมูลตามเป้าหมายจะใช้วิธีการเก็บข้อมูลในสถานที่ และจากผู้ปฏิบัติงานจริงทุกส่วน เพื่อใช้ประกอบการศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ ที่มีฐานคิดที่ถูกต้อง สมเหตุสมผล ซึ่งจะนำไปสู่ การกำหนดแนวทางและแผนการในการดำเนินการเปลี่ยนแปลง โดยทำการวิเคราะห์ SWOT (SWOT Analysis) และการทดสอบความเหมาะสมข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง โดยการนำไปปฏิบัติ (Implementation) รวมทั้งการติดตามและประเมินผลเพื่อนำไปสู่การปรับข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (PDCA: Plan-Do-Check-Act) อย่างเป็นวงจรเพื่อให้งานที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพ และคุณภาพ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับ และเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินการมากที่สุด

โดยในช่วงการเก็บรวบรวมข้อมูล (เดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2556) คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการลงพื้นที่ สัมภาษณ์ และจัดประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีความครอบคลุมศูนย์วิชาการ หน่วยงานบริการ (ทั้งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมวิชาการ) และหน่วยประสานงานใน 12 จังหวัดของ 12 เขตสุขภาพ

ข้อเสนอโครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

(1) การกำหนดบทบาทของผู้ดำเนินการ (Player) ภายในระบบสาธารณสุข: การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานอ้างอิงหลักการการแยกบทบาทระหว่างผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินเพื่อบริการ (Purchaser-Provider Split) รวมทั้งการจัดบทบาทในการเป็นผู้กำหนดนโยบาย (Policy Authority) กับการเป็นผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Undertaker) หรือการแยกบทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบาย และการเป็นผู้ให้บริการออกจากกัน (Regulator-Provider Split) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ความสัมพันธ์องค์กร (Institutional Economics or Economics of Organization) เกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวการ/ตัวแทนสามฝ่าย (Triple Principal-Agent Relationship) และเป็นแนวโน้มเดียวกับการปรับโครงสร้างการจัดระบบสาธารณสุขในหลายประเทศที่มีการพัฒนาทางด้านระบบสาธารณสุขในระดับสูง (เช่น ประเทศต่าง ๆ

ในสหภาพยุโรป เป็นต้น) ดังนั้น โครงสร้างการทำงานที่ควรจะเป็นของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จึงควรประกอบด้วยหน่วยงานผู้ดำเนินการที่ทำหน้าที่ 3 บทบาทดังต่อไปนี้

- 1) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการกำกับ ควบคุม และดูแลระบบและนโยบายสาธารณสุข (Regulatory Body หรือ National Health Authority) ได้แก่ กลไกซึ่งทำหน้าที่ กลั่นกรองและกำหนดนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขตามขอบเขตภาระหน้าที่และความรับผิดชอบขององค์กร รวมทั้งกำหนดกฎระเบียบและมาตรฐานที่ใช้ในการดำเนินการเพื่อสาธารณสุข และระบบสุขภาพของประเทศ รวมทั้งดำเนินการตามขอบเขตหน้าที่ และควบคุมการดำเนินการของระบบสาธารณสุขให้เป็นไปตามกฎระเบียบและมาตรฐานเหล่านั้น
- 2) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย (System Manager หรือ Purchaser) หมายถึง หน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้บริโภค (ประชาชน) ในการทำให้เกิดบริการสุขภาพที่เป็นที่ปรารถนา ปัจจุบันประกอบด้วย 3 หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการบริหารระบบประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 ระบบของประเทศไทย ได้แก่ สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารและดำเนินการกองทุนประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้บริหารและดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลางเป็นผู้บริหารและดำเนินการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- 3) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการให้บริการรักษายาบาล (Service Providers หรือ National Hospital System Authority) ได้แก่ โรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ ที่จะมีการแข่งขันในการให้บริการ และกำกับดูแลคุณภาพการให้บริการโดยตัวชี้วัดต่างๆ (KPI) เพื่อชักจูงให้มีการพัฒนาการให้บริการให้ดีขึ้น

(2) การกำหนดบทบาทที่ควรจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุข: กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการปรับบทบาทขององค์กรเพื่อให้สามารถสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป อ้างอิงจากบทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21¹ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ก้นยายน 2554) ซึ่งเป็นการระดมความเห็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้ข้อสรุปว่า บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มีการพิจารณาโดยใช้ระบบเป็นตัวตั้ง (System Approach)² โดยครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545³ นั้น ประกอบด้วย การดำเนินบทบาทใน 4 ระบบย่อย (Subsystem) ควบคู่กัน อันได้แก่

¹ การสังเคราะห์และสรุปจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21” วันที่ 25-26 มิถุนายน 2556 ณ โรงแรมเดอะรอยัลเจมส์ กอล์ฟ รีสอร์ท อำเภอยะรัง จ.ปัตตานี จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุข

² หากพิจารณาโดยใช้บทบาทเป็นตัวตั้ง (Function Approach) บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ 2) การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ 3) การกำหนดและกำกับดูแลมาตรฐานสุขภาพ 4) สร้างเสริมศักยภาพด้านสุขภาพด้านสุขภาพแก่องค์กร ภาคส่วนต่าง ๆ และประชาชน 5) ดูแลการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ 6) ดูแลการควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ 7) ดูแลการเงินการคลังให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ 8) สร้างเสริมความมั่นคงและเสถียรภาพของทรัพยากรด้านสุขภาพ 9) ดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ และ 10) สนองงานตามโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

³ ครอบคลุมเกี่ยวกับ การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบสุขภาพที่ครอบคลุมระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยทางสุขภาพ พัฒนาระบบกลไกการบริหารจัดการให้มีคุณภาพมาตรฐาน กำหนดนโยบายวิจัยและบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคม ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ

- 1) บทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- 2) บทบาทในการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) บทบาทในการพัฒนาระบบควบคุมและป้องกันโรค
- 4) บทบาทในการพัฒนาระบบยาและการคุ้มครองผู้บริโภค

แนวคิดในการดำเนินการปรับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการปรับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้สามารถดำเนินการตามบทบาทที่ควรจะเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น มีปัจจัยที่นำมาสู่การพิจารณาประกอบด้วย

(1) ปัจจัยสนับสนุนในเชิงนโยบาย: ปกติกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภาครัฐที่มีความครอบคลุมทั้งแผนการทำงาน แผนการบริหารงบประมาณและเงินทุนอื่น ๆ (ถ้ามี) แผนการบริหารบุคลากร และแผนการกระจายทรัพยากรนั้น จะถูกกำหนดจากการพิจารณาโครงสร้างประเทศ นโยบายประเทศ (กรอบแนวทางในการพัฒนาประเทศในภาพรวม) และนโยบายของรัฐบาล ร่วมกับปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายการเมือง ฝ่ายบริหาร และฝ่ายปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ยุทธศาสตร์ที่เกิดขึ้นนั้นได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หากได้รับการสนับสนุนจากทางด้านการกำหนดนโยบายแล้ว การกำหนดยุทธศาสตร์ (Strategic Plan) และแผนการดำเนินการ (Action Plan) จะสามารถเป็นไปได้อย่างราบรื่น และสามารถบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หากพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวสำหรับการพัฒนายุทธศาสตร์ และการกำหนดแผนการในการพัฒนาสำหรับด้านสาธารณสุขนั้น จะเห็นได้ว่า ในช่วงที่ผ่านมา ประเด็นนโยบายสาธารณสุขได้รับความสำคัญอย่างต่อเนื่อง โดยในรัฐบาลปัจจุบันได้ระบุนโยบายในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพไว้ในนโยบายเร่งด่วนที่ดำเนินการในปีแรก⁴ และอยู่ในประเด็นนโยบายในการดำเนินการต่อเนื่องในปีที่สองของรัฐบาล นอกจากนี้ การดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพตามนโยบายดังกล่าวนั้น ได้รับการให้ความสำคัญจากนายกรัฐมนตรีในการติดตามความคืบหน้าในการดำเนินการด้วยตนเอง ดังนั้น การดำเนินการปรับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพทั้งบทบาทในการให้บริการ และบทบาทอื่น ๆ ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการดูแลประชาชนด้านสุขภาพนั้น จึงคาดว่าจะได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้องในเชิงนโยบายเป็นอย่างดี

(2) ปัจจัยผลักดันในเชิงบริบทการพัฒนา: ดังที่ได้กล่าวไว้ในส่วนที่เกี่ยวกับบริบทการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความจำเป็นในการต้องปรับเปลี่ยนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขข้างต้น บริบทการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมากประการหนึ่ง คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งนอกเหนือจากความจำเป็นในการปรับปรุงบริบทการดูแลประชาชนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างอายุของประชากรแล้ว ผลกระทบที่มาก็คือ แรงกดดันด้านงบประมาณจากการที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะมาจากความน่าจะเป็นในการเจ็บป่วยที่สูงขึ้น ต้นทุนในการจัดบริการ การดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเพื่อผู้สูงอายุที่สูงขึ้น

แม้ว่าประเด็นเรื่องการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยจะถูกระบุในการพิจารณากำหนดกรอบยุทธศาสตร์และนโยบายในการพัฒนาประเทศมาหลายครั้ง เช่น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

⁴ คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันอังคารที่ 23 สิงหาคม 2554 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 ตอนพิเศษ 94 ง 23 สิงหาคม 2554

ฉบับที่ 11 และการพิจารณายุทธศาสตร์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ก็ตาม การดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวยังคงเป็นสิ่งสำคัญ และเงื่อนไขในการดำเนินการในอนาคตของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(3) ปัจจัยกดดันที่มาจากข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ และกำลังคน: ดังที่กล่าวไว้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงที่กระทรวงสาธารณสุขเผชิญและนำไปสู่ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงการทำงานนั้น การเปลี่ยนแปลงแนวทางการจัดสรรงบประมาณจากเดิมมาเป็นการจัดสรรงบประมาณโดยคำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก (Demand-side based) นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการปรับการกระจายตัวของทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการ อย่างไรก็ตาม ผลที่เกิดขึ้น คือ เกิดความจำกัดในด้านงบประมาณหลายประการ เช่น การถูกจำกัดในด้านงบประมาณเพื่อการลงทุนของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากงบประมาณเพื่อจัดระบบหลักประกันสุขภาพได้มีการกำหนดให้ครอบคลุมงบประมาณบางส่วนที่เกี่ยวกับการลงทุนเพื่อทดแทน ทำให้เกิดความจำกัดในการลงทุนใหม่เพื่อการพัฒนา และไม่เกิดการกระจายของทรัพยากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายมากนัก นอกจากนี้ ความสามารถในการปรับตัวในด้านการบริหารการเงินการคลังภายใต้งบประมาณที่จำกัดทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งประสบปัญหาทางการเงินการคลัง

นอกจากนี้ หากความพยายามรักษาและกระจายบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในช่วงที่ผ่านมา ทั้งในรูปของการให้เงินเพิ่มเพื่อจูงใจให้บุคลากรอยู่ในระบบต่อไปผ่านการออกประกาศฉบับต่าง ๆ ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536 จะเห็นได้ว่า แม้จะมีการกำหนดมาตรการการจูงใจให้เกิดการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ที่หลากหลาย⁵ ซึ่งส่งผลให้มีการกระจายตัวของแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางออกไปในโรงพยาบาลชุมชนได้มากขึ้นก็ตาม ในภาพรวม สถานการณ์การลาออกของบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่ลดลงอย่างชัดเจน ขณะที่ภาพรวมของความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งระบบยังคงเป็นเช่นเดิม และรุนแรงมากขึ้น⁶ ยิ่งไปกว่านั้น สถานพยาบาลในสังกัดหลายแห่งประสบกับปัญหาทางการเงินที่มาจากความพยายามในการรักษาบุคลากรเหล่านั้น ข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ และบุคลากรเหล่านี้ เป็นปัจจัยกดดันให้กระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการหาแนวทางเปลี่ยนแปลงการทำงานเพื่อแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้

ดังนั้น เมื่อพิจารณาทั้งปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยผลักดัน และปัจจัยกดดันดังกล่าวมาข้างต้นร่วมกัน จะเห็นได้ว่าขอบเขตในการปรับเปลี่ยนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขนั้นจะครอบคลุมการดำเนินการในรูปของการจัดระบบงาน และ/หรือกิจกรรม ซึ่งสามารถเป็นไปได้ทั้งการเพิ่ม และลดระบบงานและกิจกรรมเพื่อให้การทำงานสามารถตอบสนองตามโจทย์ความจำเป็น และทิศทางการเปลี่ยนแปลงบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขได้ โดยการพิจารณาจัดระบบงาน และ/หรือกิจกรรมนั้นจะได้คำนึงถึงวิธีการทำงานร่วมกันแบบตามหน้าที่ (Functional Structure) หรือการจัดองค์กรโดยการนำเอาการทำงานที่เป็นประเภทเดียวกันไปไว้ด้วยกัน โดยพิจารณาตามบทบาทหน้าที่ขององค์กรเป็นสำคัญเพื่อให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ของ

⁵ ประกาศฉบับที่ 2 การให้ค่าตอบแทนกรณีที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว ประกาศฉบับที่ 4 การให้เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ประกาศฉบับที่ 6 การให้เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่สหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ประกาศฉบับที่ 7 การให้เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป และประกาศฉบับที่ 9 กำหนดเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (P4P)

⁶ สัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรในปี พ.ศ. 2550 เท่ากับ 1:2,778 ในขณะที่สัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 1:2,893 ที่มา: ระบบรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

องค์กรที่ตั้งเอาไว้ ภายใต้นโยบาย และยุทธศาสตร์การทำงานอย่างเดียวกัน โดยในการพิจารณาจัดทำข้อเสนอ
วิธีการทำงานนี้จะครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับ

- ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน และ/หรือผู้นำในแต่ละองค์กร
- ความสัมพันธ์ของระบบงาน
- ความสัมพันธ์ระหว่างคนภายในองค์กร

กระบวนการจัดทำข้อเสนอในการเปลี่ยนแปลงนี้จะเริ่มจากการดำเนินการแยกประเภทงานและจัด
กลุ่มงานที่เหมาะสม ระบุขอบเขตของงานและมอบหมายงาน กำหนดความรับผิดชอบและให้อำนาจหน้าที่
และจัดวางความสัมพันธ์ที่เหมาะสม โดยในช่วงเริ่มแรกของการดำเนินการ ข้อเสนอที่ได้เสนอจะเป็นข้อเสนอ
การจัดองค์กรในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ (Informal Structure) เพื่อทำให้เกิดความคล่องตัว
ในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน และมีการดำเนินการทดลองดำเนินการตามรูปแบบข้อเสนอที่ไม่เป็น
ทางการนั้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการทำงานที่สามารถตอบโจทย์บทบาทที่พึงประสงค์ของกระทรวง
สาธารณสุขได้ตามความเหมาะสม และเมื่อมีการพิจารณาผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินการผ่านตัวชี้วัดต่าง ๆ แล้ว
และสามารถสรุปได้ว่าการปรับรูปแบบการทำงานในลักษณะดังกล่าวจะสามารถนำไปสู่ความสำเร็จและ
ประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (Win-Win) ในการดำเนินการได้ ที่ปรึกษาฯ จึงจะสรุปข้อเสนอในการปรับ
โครงสร้างการทำงานอย่างเป็นทางการอีกครั้ง (Formal Structure) ซึ่งคาดว่าจะการดำเนินการตามกระบวนการ
เหล่านี้จะช่วยป้องกันการเกิดรูปแบบ และโครงสร้างการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ได้

การสังเคราะห์ตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

จากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคในการดำเนินการในส่วนภูมิภาคของกระทรวง
สาธารณสุขนั้นพบว่า

- จุดแข็ง (Strength) ซึ่งสามารถพัฒนาให้เกิดประโยชน์ยิ่งขึ้นในปัจจุบันมีอย่างน้อย 11 ประเด็น
- จุดอ่อน (Weakness) ซึ่งจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขมีอย่างน้อย 18 ประเด็น
- โอกาส (Opportunity) ซึ่งสามารถนำมาต่อยอดให้เกิดประโยชน์แก่การพัฒนาอย่างน้อย 9 ประเด็น
- อุปสรรค (Threat) ซึ่งมีประเด็นที่ควรหลีกเลี่ยงอย่างน้อย 9 ประเด็น

เมื่อสังเคราะห์ประเด็นเหล่านี้ร่วมกันจะพบว่า ตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขใน
ส่วนภูมิภาค คือ ตำแหน่ง ดาวรุ่ง (Public Star Sector) กล่าวคือ มีจุดแข็งและโอกาสที่สามารถเอื้อประโยชน์
สำหรับการปรับเปลี่ยนไปสู่การทำงานในรูปแบบเขตสุขภาพได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ โดยข้อเสนอ
ยุทธศาสตร์ในการดำเนินการเมื่ออ้างอิงกับกรอบการสังเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น มีรายละเอียดดังนี้

ยุทธศาสตร์เชิงรุก (Strength-Opportunity)

- การพัฒนากลไกการบริหารงบประมาณร่วม
- การสนับสนุนให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน
- การประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ยุทธศาสตร์เชิงป้องกัน (Strength-Threat)

- ดำเนินการตามลำดับความสำคัญที่สอดคล้องกันระหว่างยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

ยุทธศาสตร์เชิงพัฒนา (Weakness-Opportunity)

- การบริหารในรูปแบบคณะกรรมการเขตสุขภาพซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมากจะช่วยให้เกิดการถ่วงดุลของคณะกรรมการ

ยุทธศาสตร์เชิงปรับเปลี่ยน (Weakness-Threat)

- เพิ่มอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานวิชาการเพื่อเอื้อต่อการทำงานร่วมกัน
- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

ข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข

หากพิจารณาบทบาทที่ควรจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวมาข้างต้น ร่วมกับแนวคิดระบบสุขภาพที่ควรจะเป็น จะเห็นได้ว่า เพื่อทำให้เกิดการทำงานที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดการทำงานที่ประกอบด้วย

(1) แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

(1.1) การมีกลไกกลางที่ทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และเสนอนโยบายสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย และแผนการทำงาน (Policy Office) ในเบื้องต้น อาจเรียกกลไกนี้ว่า สำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุข กลไกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำหน้าที่ในการกำกับ ดูแลระบบสาธารณสุข (National Health Authority) ได้ ซึ่งถือว่าเป็นบทบาทที่มีความสำคัญมาก กลไกดังกล่าวควรดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการเพื่อทำให้เกิดส่วนร่วมในการทำงานระหว่างหน่วยงาน โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการของคณะกรรมการ

(1.2) ปรับบทบาทการทำงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นการทำงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินการเพื่อสนับสนุนการทำงานในด้านต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม

(1.3) บทบาทของกรมวิชาการ คงการทำงานตามภารกิจในส่วนกลางที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย ทั้งในส่วนของการให้ความเห็น คำแนะนำ กลั่นกรองและกำหนดนโยบาย รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นผู้บังคับใช้กฎหมายต่าง ๆ (Regulator) อย่างไรก็ตาม บทบาทเหล่านี้จะมีการปรับการทำงานให้สอดคล้องตามบทบาทที่พึงประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขตามขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน

(1.4) กำหนดกลไกที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงการทำงานและนโยบายของส่วนกลางไปสู่ภูมิภาค กำหนดให้ทำหน้าที่ประสานงาน และส่งต่อนโยบายสาธารณสุขที่ครอบคลุมบทบาทย่อยทั้ง 4 ของกระทรวงสาธารณสุขให้ไปดำเนินการภายในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพน่าจะมีความเหมาะสม การดำเนินการบริหารของสำนักงานประสานงานสาธารณสุขควรเป็นการดำเนินการในรูปของคณะกรรมการ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการ และให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการควรประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการภายในพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข

(2) แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข: การจัดการระบบสาธารณสุขในพื้นที่นั้น มาจากแนวคิดในการจัดระบบการบริหาร (Integrated Health Management) และอภิบาลระบบสุขภาพ (Governance) ในพื้นที่ ซึ่งคาดว่าจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ และสร้างความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ ด้วยแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการกระจายอำนาจในการบริหารด้าน

สุขภาพ (Decentralization) การระดมความคิดเห็นในช่วงที่ผ่านมาเกี่ยวกับบทบาทที่ควรจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุขได้ระบุว่าการดำเนินงานในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขควรมีลักษณะการจัดโครงสร้างการบริหารแบบที่เรียกว่า *เขตสุขภาพ (Area Health)* หรือการจัดระบบสุขภาพระดับพื้นที่ (Locality Level) ที่มีการกำหนดพื้นที่และประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน มีกิจกรรมการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพ (Locality Purchasing) และจัดบริการสุขภาพ (Locality Provision) ที่ตอบสนองต่อความต้องการที่เป็นจำเป็นของประชากรในพื้นที่ มีบริการที่เหมาะสมและผสมผสานทั้งด้านบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health) บริการโรงพยาบาล (Hospital Service) และบริการสังคม (Social Care)

องค์ประกอบในการบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ควรจะเป็นนั้นควรประกอบด้วย การทำงานของ 3 องค์ประกอบที่มีความคล้ายคลึงกับการทำงานของระบบสาธารณสุขของประเทศ กล่าวคือ

2.1 *กลไกในการบริหารเขตสุขภาพ* ประกอบด้วยการทำงานเกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย การกำกับดูแล ติดตามและประเมินผลภายในเขตสุขภาพ โดยอาจอยู่ในรูปของ *คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ (Area Health Board: AHB)* ที่มีส่วนประกอบของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ ของเขตสุขภาพ ทั้งกลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้จ่ายเงินเพื่อบริการ และอื่น ๆ โดยมีประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพที่เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพนั้น และมีการสนับสนุนทางด้านวิชาการ และนโยบายจากหน่วยงานวิชาการ และกระทรวงสาธารณสุข

2.2 *กลไกในการจัดบริการ* คือ กลไกการร่วมกันทำงานของหน่วยบริการทั้งหมดที่อยู่ภายในเขตสุขภาพ ทั้งที่เป็นหน่วยงานของภาครัฐ และเอกชน เพื่อทำให้เกิดการพิจารณาการใช้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข และทางด้านการแพทย์ภายในพื้นที่ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนที่อยู่ในเขตสุขภาพ

2.3 *กลไกในการจ่ายเงินเพื่อบริการ* คือ กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการสาธารณสุขโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนในการจัดหาบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในเขตสุขภาพโดยทำการสะท้อนความต้องการเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขและอื่น ๆ ของประชาชนที่อยู่ขอบเขตความคุ้มครองในขอบเขตของการจ่ายเงินเพื่อบริการ ซึ่งในปัจจุบัน กลไกเหล่านี้ประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และระบบความคุ้มครองทางด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น สวัสดิการรักษายาพยาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นต้น

2.4 *กลไกในการตรวจสอบกำกับดูแล* เพื่อให้มั่นใจว่าการทำงานของเขตสุขภาพสามารถสอดคล้องกับการทำงานตามเป้าหมายนโยบายสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศด้วย จึงควรมีกลไกในการติดตามและประเมินผลความสามารถในการจัดการสาธารณสุขของเขตสุขภาพ ซึ่งควรเป็นการประเมินผลจากภายนอกโดยกระทรวงสาธารณสุขจากส่วนกลาง

การพัฒนาเพื่อให้เกิดการดำเนินการในรูปของเขตสุขภาพดังกล่าวนี้ ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ เนื่องจากเงื่อนไขในการพัฒนาที่มีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น ทั้งในส่วนของการบริการที่ต้องเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลที่อยู่นอกสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลของเอกชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะที่ในส่วนของการบริหารเขตสุขภาพนั้นสามารถดำเนินการได้เลยในขอบเขตความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนั้น ในระยะสั้น การเปลี่ยนแปลงบทบาทที่เป็นไปได้ภายในขอบเขตการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขควรประกอบด้วยการทำงานใน 2 บทบาทของระบบสาธารณสุขที่พึงประสงค์ดังต่อไปนี้

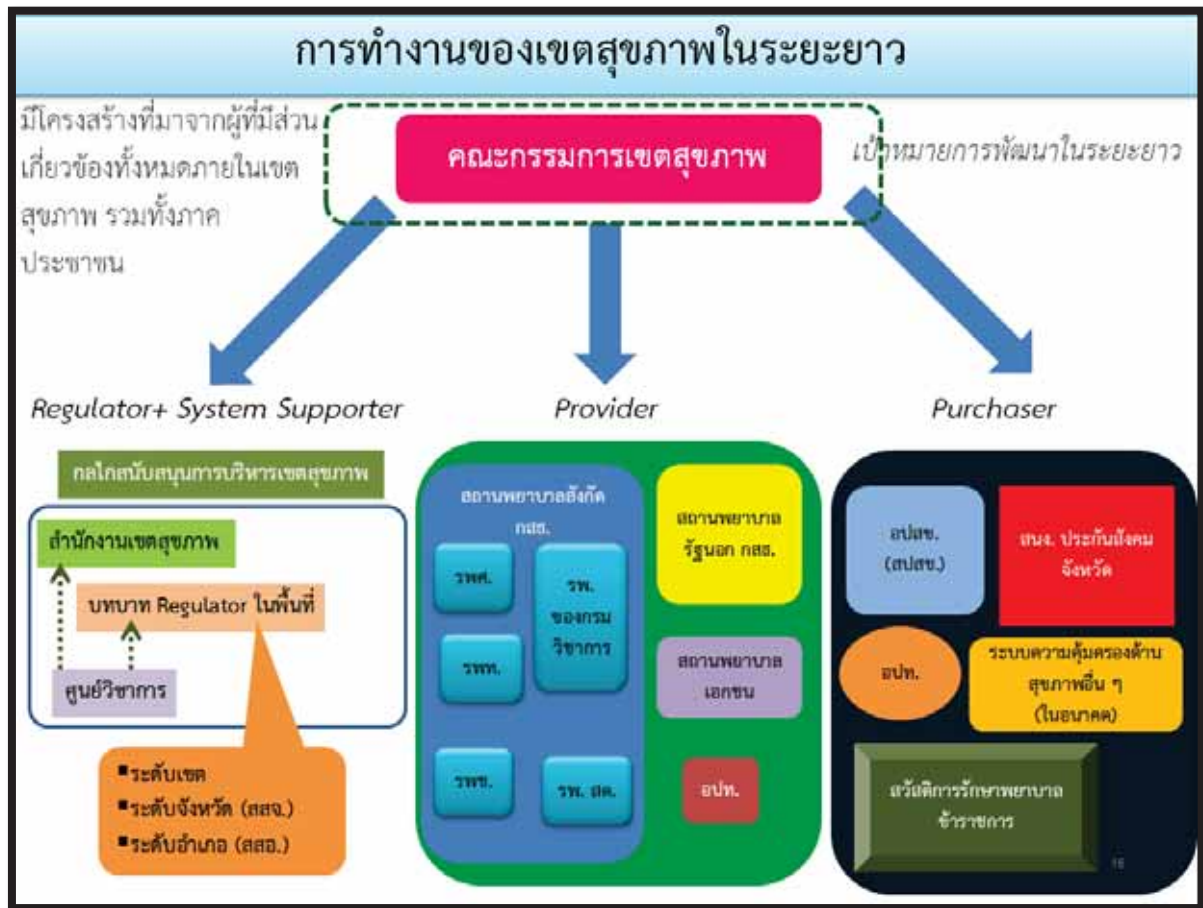
- การพัฒนากลไกในการบริหารเขตสุขภาพ หรือการเป็นผู้กำหนดนโยบาย และดูแลของเขต (Area Health Authority)

- การทำงานในส่วนของการเป็นผู้ให้บริการ (Service Provider)

ข้อเสนอการทำงานภายในเขตสุขภาพ

การทำงานในระยะยาว

การทำงานภายในเขตสุขภาพที่ควรจะเป็น (ในระยะยาว) ประกอบด้วย **กลไกในการบริหารเขตสุขภาพ** ซึ่งรับผิดชอบกำหนดนโยบายการจัดบริการ และการจัดการด้านสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพ ในรูปของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการที่เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้องภายในเขตสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นผู้บริหารจากส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ ขึ้นอยู่กับความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ แต่ต้องไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับส่วนงานบริการภายในเขตสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการอภิบาลระบบอย่างมีประสิทธิภาพ (System Governance) ขณะที่คณะกรรมการควรประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านสุขภาพและสาธารณสุขของเขตสุขภาพทั้งหมด ซึ่งควรมีความครอบคลุมทั้งหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งที่ดำเนินการในการจัดบริการ และบทบาทอื่น ๆ) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ตัวแทนในการจ่ายเงินเพื่อบริการสาธารณสุข และภาคประชาชน **กลไกการรวมกลุ่มของผู้ให้บริการ (Service Provider) หรือ Provider Consortium** คือ การรวมกันบริหารทรัพยากรเพื่อจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในเขตสุขภาพของสถานพยาบาลทั้งหมดที่อยู่ภายในเขตสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการทำงานที่เป็นเครือข่ายที่สามารถส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานบริการของหน่วยบริการของกันและกันภายในเขตสุขภาพ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการจัดการ และจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการภายในเขตสุขภาพ เพื่อสร้างการเข้าถึงบริการ **กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการ (Service Purchaser)** คือ การกำหนดแผนการจ่ายเงินเพื่อบริการที่สามารถสะท้อนความต้องการของประชาชนที่อยู่เขตสุขภาพ ส่วนใหญ่กลไกเหล่านี้จะสามารถมีความแตกต่างกันได้ตามลักษณะความคุ้มครองของแต่ละประเภท ซึ่งเป็นไปตามกลไกและแนวทางในการจ่ายเงินเพื่อบริการที่กำหนดมาจากส่วนกลาง



การทำงานในระยะเปลี่ยนผ่าน

การพัฒนาเข้าสู่การทำงานในรูปเขตสุขภาพที่พึงประสงค์ (ระยะยาว) ดังกล่าวมาข้างต้นนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องที่กว้างกว่าขอบเขตการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินการ เช่น การขยายความครอบคลุมของกลุ่มผู้ให้บริการให้ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกสังกัด และการปรับกลไกการบริหารเขตสุขภาพให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน ดังนั้น ในช่วงที่ทำการเปลี่ยนผ่านไปสู่การจัดการระบบสุขภาพในภูมิภาคในลักษณะเขตสุขภาพ (Transitional Period) นั้น กระทรวงสาธารณสุขควรเริ่มจากการปรับเปลี่ยนการทำงานของหน่วยงานในสังกัดที่อยู่ในภูมิภาคเพื่อให้สอดคล้องการกำหนดบทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบาย (National Health Authority) และ/หรือการทำงานในฐานะผู้กำกับตามกฎหมาย (Regulator) กับบทบาทของการเป็นผู้ให้บริการในพื้นที่ (Service Provider) เสียก่อน และเริ่มกระบวนการในการทำงานในพื้นที่ (เขตสุขภาพ) ที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาไปสู่การเป็นเขตสุขภาพในระยะยาว

(1) กลไกการบริหาร และอภิบาลระบบสุขภาพในเขตสุขภาพ: เมื่อพิจารณาบทบาทการบริหารเขตสุขภาพในระยะยาวดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า บทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำงานในเขตสุขภาพในส่วนนี้ประกอบด้วย

- การทำงานในฐานะผู้กำกับดูแลระบบสาธารณสุข (Regulator) ในเขตสุขภาพ
- การสนับสนุนการบริหารเขตสุขภาพ มีขอบเขตการทำงานที่คล้ายคลึงกับการทำงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพในระยะยาว กล่าวคือ กำกับดูแล และติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาภายในเขตสุขภาพ โดยกลไกการสนับสนุน

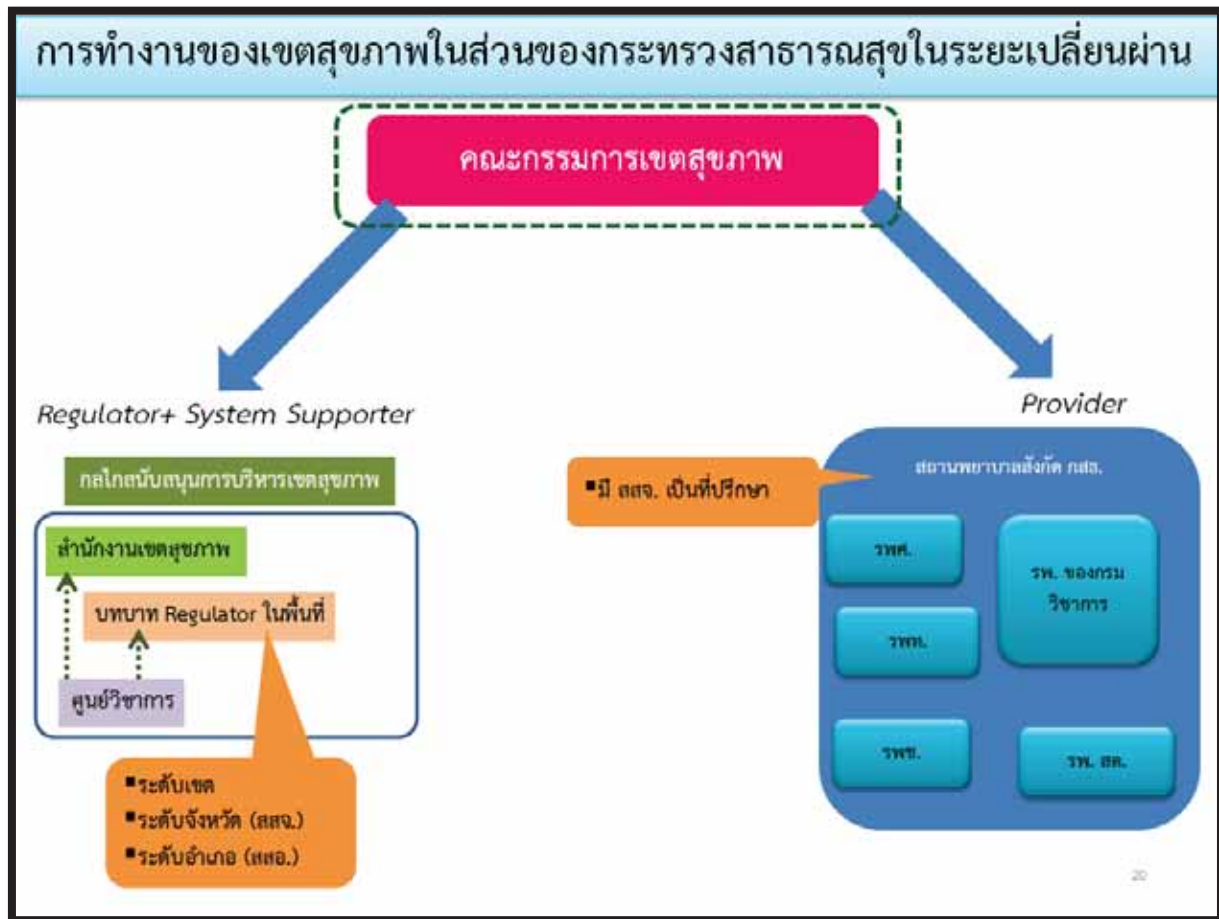
การบริหารเขตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การมีสำนักงานเขตสุขภาพ หรือสำนักงานเลขานุการของเขตสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล และประสานงานในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการเขตสุขภาพ

(2) กลไกการเป็นกลุ่มผู้บริการภายในเขตสุขภาพ (Provider Consortium): หรือที่เรียกว่า พวงบริการ ซึ่งคือกลไกที่ให้สถานพยาบาลในทุกสังกัดภายใต้กระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ภายในเขตสุขภาพ (ทั้งที่อยู่ภายใต้สังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน และที่สังกัดหน่วยงานที่ไม่ใช่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ร่วมกันในการกำหนดแผนการให้บริการในทุกระดับ ซึ่งครอบคลุมการวางแผนการจัดสรรทรัพยากร ทั้งทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรอื่น ๆ การรับส่งต่อผู้ป่วยภายในเขตสุขภาพ การทำงานของพวงบริการจะทำให้เกิดการบริหารทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลขนาดเล็กกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ร่วมกัน

จากการพิจารณากลไกการทำงานในพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ในการพิจารณาเปลี่ยนแปลงการทำงานเพื่อให้สามารถดำเนินการตามแนวความคิดการจัดการบริหารในรูปของเขตสุขภาพดังกล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยขอเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขทำการเปลี่ยนแปลงและเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไก โดยมีประเด็นในการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย

- เสนอให้มีกำหนดรูปแบบ และส่วนประกอบของคณะกรรมการประสานการพัฒนาทางสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (คปสข.) อย่างเป็นทางการ (เช่น การออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดโครงสร้าง และอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการฯ เป็นต้น) เพื่อให้มีความสามารถในการบริหาร และติดตามกำกับดูแลงานภายในเขตสุขภาพได้อย่างเป็นทางการ
- กำหนดโครงสร้างของ คปสข. ที่สามารถเอื้อต่อการพัฒนารูปแบบของการทำงานในฐานะคณะกรรมการเขตสุขภาพได้ในอนาคต โดยควรปรับปรุงรูปแบบการทำงานของ คปสข. ให้มีการจัดสัดส่วนการทำงานที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาได้โดยง่ายในอนาคต โดยเริ่มจากการเป็นกลไกในการเชื่อมโยงใน 2 บทบาทที่เกี่ยวกับการเป็นผู้กำกับและควบคุมดูแลระบบ (Regulator) และการเป็นผู้ให้บริการ (Service Provider) ของกระทรวงสาธารณสุขภายในพื้นที่ออกจากกัน

นอกจากนี้ การจัดโครงสร้างการทำงานในส่วนของการบริการให้แยกการทำงานออกจากคณะกรรมการชุดใหญ่เพื่อเป็นคณะกรรมการบริการ (คณะกรรมการบริหารบริการเขต) นั้น เป็นการดำเนินการที่ส่งเสริมให้เกิดการแยกกลไกการพิจารณาจัดสรรทรัพยากร และการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้บริการของกลุ่มผู้ให้บริการร่วมกันได้ ซึ่งถือว่าการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้เกิดกลไกการเป็นตัดสินใจในรูปแบบกลุ่มผู้ให้บริการในระยะเปลี่ยนผ่าน



(3) **กลไกผู้จ่ายเงินเพื่อบริการภายในเขตสุขภาพ:** เมื่อพิจารณากลไกการจ่ายเงินเพื่อการบริการภายในพื้นที่ของผู้จ่ายเงินเพื่อการบริการทั้งหลายทั้งขนาดใหญ่ และขนาดเล็กในภูมิภาคในปัจจุบัน คณะผู้วิจัยเห็นว่าในช่วงเริ่มพัฒนาการบริหารจัดการด้านสุขภาพในพื้นที่รูปแบบเขตสุขภาพในส่วนของผู้จ่ายเงินเพื่อการบริการนั้น ควรเริ่มจากการส่งเสริมกลไก อปสข. ในฐานะของคณะกรรมการผู้จ่ายเงินเพื่อการบริการ (Purchaser Board) ในเขตสุขภาพก่อน จากนั้นจึงพิจารณาขยายขอบเขตการพัฒนาในส่วนนี้ต่อไป

(4) **กลไกการตรวจสอบจากภายนอก:** กลไกการตรวจสอบจากภายนอก (External Audit) จึงควรไม่อยู่ในหน่วยงานเดียวกันกับหน่วยงานที่ทำงานสนับสนุนการทำงานของเขตสุขภาพ แต่ควรมอบหมายให้หน่วยงานอื่นดำเนินการแทน ในที่นี้ คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานในรูปของสำนักงานประสานงานสาธารณสุขขึ้นแล้ว การทำงานในส่วนของการประเมินผลจากภายนอกควรสามารถดำเนินการได้โดยหน่วยงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุข (การตรวจและประเมินผล) ซึ่งเป็นกลไกการทำงานในการกำหนดนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาที่ถูกถ่ายทอดให้พื้นที่ (เขตสุขภาพ) เป็นผู้ดำเนินการ ในการดำเนินการเพื่อตรวจสอบและประเมินผลจากภายนอกดังกล่าว ควรเป็นการดำเนินการตรวจสอบที่ทำโดยผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่รับผิดชอบ เนื่องจากกลไกในการบริหารจัดการเขตสุขภาพมีความซับซ้อน และมีผู้บริหารที่มีอาวุโสอยู่ค่อนข้างมาก ซึ่งจะให้เกิดการถ่วงดุลและสามารถตรวจสอบการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เงื่อนไขความสำเร็จที่สำคัญในการจัดการบริหารสาธารณสุขในรูปแบบเขตสุขภาพ คือ ความสามารถในการกำกับดูแลการทำงานที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายดังกล่าวมาข้างต้น (เขตสุขภาพดำเนินการจัดการและ

กำกับดูแลการทำงานของจังหวัด ขณะที่จังหวัดดำเนินการจัดการและกำกับดูแลการทำงานในระดับอำเภอ) ซึ่งจะทำให้เกิดกำกับ ติดตามการทำงานอย่างเป็นลำดับขั้น และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้จ่ายเงินเพื่อบริการและผู้ให้บริการภายในเขตสุขภาพ

รูปแบบการทำงานร่วมกันนั้นสามารถเป็นได้หลากหลาย ซึ่งเมื่อไปดำเนินการจริงภายในเขตสุขภาพ นั้น น่าจะมีรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบความสัมพันธ์ของหน่วยงานภายในเขตสุขภาพ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยขอเสนอรูปแบบการทำงานแบบเป็นประธานร่วมกัน (Co-chaired) ซึ่งเป็นกลไกในการทำงานร่วมกันอย่างเป็นทางการระหว่างกลไกการทำงานทั้งสองเพื่อให้เกิดความสมดุลในการทำงาน โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างทั้งสองฝ่าย รวมทั้งสำนักงานเขตสุขภาพในการประสานและทำให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

-สารบัญ-

	หน้า
1. บทนำ	
1.1 หลักการและเหตุผล: สถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงบริบทด้านสุขภาพ และความจำเป็นของการจัดการระบบสุขภาพในรูปแบบเขตสุขภาพ	1-1
1.2 วัตถุประสงค์การดำเนินการ	1-5
1.3 กรอบแนวความคิด และวิธีการดำเนินการศึกษา	1-6
1.4 กรอบแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข	1-23
2. การวิเคราะห์และสังเคราะห์การปฏิบัติงานของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค	
2.1 สถานการณ์และทิศทางระบบสาธารณสุขในภูมิภาค	2-1
2.2 โครงสร้าง บทบาท และกลไกการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาคในปัจจุบัน	2-18
2.3 การบริหารจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพของต่างประเทศ	2-31
2.4 บทสังเคราะห์ตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์	2-36
3. ข้อเสนอกลไกการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค: การจัดเขตสุขภาพ	
3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข	3-1
3.2 การทำงานภายในเขตสุขภาพ	3-10
3.3 ความเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลางกับเขตสุขภาพ	3-28
3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้จ่ายเงินเพื่อบริการและผู้ให้บริการภายในเขตสุขภาพ	3-51
4. แนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน	
4.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการในเขตสุขภาพเพื่อให้เป็นไปตามข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง	4-1
4.2 ข้อเสนอตัวชี้วัดในการประเมินผลการบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพ	4-6
บรรณานุกรม	I
ภาคผนวก	
ก. สรุปประเด็นที่สำคัญจากการลงพื้นที่ 12 เขต	ก-1
ข. สถานการณ์และทิศทางของระบบสาธารณสุข	ข-1
ค. ประเด็นด้านกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง	ค-1
ง. ประสบการณ์ต่างประเทศเกี่ยวกับการบริหารด้านสาธารณสุขและเขตสุขภาพ	ง-1

-สารบัญแนภาพ-

แผนภาพที่		หน้า
1.1	หลักการและความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข	1-4
1.2	แนวคิดโครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศไทย	1-23
1.3	กรอบแนวคิดการดำเนินการปรับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข	1-29
2.1	พลวัตของภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่	2-2
2.2	จำนวนผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 75 โรค พ.ศ.2545 - 2554	2-3
2.3	จำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค พ.ศ. 2545 - 2554	2-3
2.4	โครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค รูปแบบที่ 1 รูปแบบที่ 2 และรูปแบบที่ 3	2-20
2.5	โครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาครูปแบบที่ 4	2-21
2.6	โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค	2-22
2.7	ตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคในปัจจุบัน	2-43
3.1	ภาพรวมข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข	3-5
3.2	แนวคิดเกี่ยวกับเขตสุขภาพ และองค์ประกอบ	3-8
3.3	กลไกการทำงานภายในเขตสุขภาพที่ควรจะเป็น (การเปลี่ยนแปลงการทำงานในระยะยาว)	3-12
3.4	องค์ประกอบของเขตสุขภาพที่ควรจะเป็น	3-13
3.5	ข้อเสนอการทำงานในเขตสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน (การเปลี่ยนแปลงการทำงานในระยะสั้น)	3-17
3.6	กลไกการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน (ระยะสั้น)	3-18
3.7	ข้อเสนอโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพ (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ)	3-25
3.8	ความสัมพันธ์ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางกับกลไกภายในเขตสุขภาพ	3-30
3.9	ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดสรรกำลังคน: หน่วยงานผู้จัดบริการสาธารณสุข	3-32
3.10	ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดสรรกำลังคน: สำนักงานเขตสุขภาพ	3-34
3.11	ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการประเมินผลการปฏิบัติงานและให้ความดีความชอบ	3-38
3.12	ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข: กรณีการกำหนดแผนการลงทุนใหม่สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข	3-40
3.13	ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข: กรณีการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่แล้วสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข	3-41
3.14	ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข: การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการทำงานของสำนักงานเขตสุขภาพ	3-42
3.15	ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการกำหนดนโยบายและแผนด้านสุขภาพของเขต	3-44

	หน้า
สุขภาพ	
3.16 ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพ	3-46
3.17 ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดการข้อมูลสารสนเทศ: กรณีผู้จัดบริการสังกัดสำนักงานประสานงานสาธารณสุข	3-48
3.18 ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดการข้อมูลสารสนเทศ: กรณีหน่วยงานบริการสังกัดกรมวิชาการดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการภายในเขตสุขภาพ	3-49
3.19 ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดการข้อมูลสารสนเทศ: กรณีหน่วยงานบริการสังกัดกรมวิชาการดำเนินการรวบรวมข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านวิชาการของกรมวิชาการต้นสังกัด	3-50
3.20 ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดการข้อมูลสารสนเทศ: กรณีสำนักงานเขตสุขภาพ	3-51
3.21 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้จ่ายเงินเพื่อบริการและผู้ให้บริการภายในเขตสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน	3-52
4.1 การทำงานของเขตสุขภาพในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขในระยะเปลี่ยนผ่าน	4-4
ข.1 โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคในปัจจุบัน	ข-2
ค.1 ลักษณะความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ด้านสุขภาพในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค	ค-2
ค.2 โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการบริหารส่วนภูมิภาค	ค-3
ค.3 โครงสร้างการแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ค-4
ค.4 โครงสร้างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มงาน	ค-6
ง.1 โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขของประเทศไทย	ง-2
ง.2 โครงสร้างในภาพรวมของระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทย ปี 2010	ง-3
ง.3 ระบบการเงินการคลังของระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทย	ง-8
ง.4 หน่วยงานที่มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพของประเทศไทย	ง-11
ง.5 โครงสร้างระบบสุขภาพของประเทศไทย	ง-12
ง.6 สัดส่วนประชากรที่เป็นสมาชิกประกันสุขภาพต่าง ๆ ของประเทศไทย	ง-14
ง.7 แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศของประเทศไทยและประเทศอื่น ๆ	ง-16
ง.8 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยปี 2550 จำแนกเป็นรายการต่าง ๆ	ง-16

-สารบัญตาราง-

ตารางที่		หน้า
2.1	สถิติประชากรจากการทะเบียนราษฎรทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2548 - 2555	2-4
2.2	สัดส่วนผู้สูงอายุรายจังหวัด พ.ศ. 2555 สูงสุดและต่ำสุดจำนวน 10 อันดับ	2-5
2.3	อัตราการเกือหนุนผู้สูงอายุรายจังหวัด พ.ศ. 2555 สูงสุดและต่ำสุดจำนวน 10 อันดับ	2-5
2.4	ผลการประเมินตัวชี้วัดระดับกรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555	2-6
2.5	จำนวนผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลของแรงงานต่างชาติดที่มีใบอนุญาตทำงานถูกต้องตามกฎหมาย พ.ศ. 2555	2-8
2.6	จำนวนผู้มีสิทธิและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพหลัก เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2552 กับ ปีงบประมาณ 2556	2-10
2.7	จำนวนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคนจำแนกรายภาค พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2555	2-11
2.8	อัตรากำลังและความต้องการอัตรากำลังของหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุขตาม GIS ของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2554	2-12
2.9	ผลประกอบโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไตรมาสที่ 2 ปี 2553 เทียบกับปี 2555	2-13
2.10	ผลการวิเคราะห์ประเด็นจุดแข็งสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ	2-38
2.11	ผลการวิเคราะห์ประเด็นจุดอ่อนสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ	2-39
2.12	ผลการวิเคราะห์ประเด็นโอกาสสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ	2-40
2.13	ผลการวิเคราะห์ประเด็นอุปสรรคสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ	2-41
4.1	ข้อเสนอขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมาย	4-4
4.2	ข้อเสนอตัวชี้วัดการดำเนินการของเขตสุขภาพและระยะเวลาในการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมาย	4-11
ข.1	อัตรากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2555 จำแนกตามหน่วยงาน	ข-3
ข.2	เกณฑ์ที่ใช้ในการคำนวณความต้องการอัตรากำลังตามระบบ GIS	ข-3
ข.3	อัตรากำลังและความต้องการของอัตรากำลังตาม GIS ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2554	ข-4
ข.4	จำนวนโรงพยาบาลและศูนย์วิชาการของกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพ 12 เขต	ข-6
ข.5	ตัวชี้วัดกลุ่มเด็กและสตรี (ตัวชี้วัดที่ 1-14)	ข-11
ข.6	ตัวชี้วัดกลุ่มเด็กปฐมวัย (ตัวชี้วัดที่ 15-20)	ข-12
ข.7	ตัวชี้วัดกลุ่มเด็กวัยรุ่นและวัยเรียน (ตัวชี้วัดที่ 21-25)	ข-13
ข.8	ตัวชี้วัดกลุ่มวัยทำงาน (ตัวชี้วัดที่ 26-34)	ข-13
ข.9	ตัวชี้วัดกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ (ตัวชี้วัดที่ 35-38)	ข-14
ข.10	ตัวชี้วัดระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ตัวชี้วัดที่ 39-49)	ข-15
ข.11	ตัวชี้วัดยาเสพติด (ตัวชี้วัดที่ 50-51)	ข-15

	หน้า
ข.12 ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (ตัวชี้วัดที่ 52-53)	ข-16
ข.13 ตัวชี้วัดสาธารณสุข/ฉุกเฉิน (ตัวชี้วัดที่ 54-56)	ข-16
ข.14 ตัวชี้วัดสิ่งแวดล้อมและระบบที่เอื้อต่อการดำเนินงานสุขภาพ (ตัวชี้วัดที่ 57-61)	ข-17
ข.15 ตัวชี้วัดความรู้ด้านสุขภาพ (ตัวชี้วัดที่ 62)	ข-17
ข.16 ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (ตัวชี้วัดที่ 63-66)	ข-17
ข.17 จำนวนของตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการจำนวน 66 ตัวชี้วัดที่หน่วยงานต่าง ๆ ใน กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบประจำปีงบประมาณ 2556	ข-19
ข.18 จำนวนโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกในพื้นที่ทั้ง 13 เขตของประเทศไทย	ข-21
ข.19 งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2555	ข-22
ข.20 งบประมาณรายจ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ข-23
ข.21 จำนวนสถานประกอบการ จำนวนผู้ประกันตน และเงินกองทุนประกันสังคม	ข-23
ข.22 งบประมาณรายจ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ข-24
ข.23 ร้อยละการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	ข-24
ข.24 การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2550	ข-25
ค.1 การกำหนดเครือข่ายบริการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ (สถานะในปีงบประมาณ 2556)	ค-7

บทที่ 1

บทนำ

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล: สถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงบริบทด้านสุขภาพ และความจำเป็นของการจัดการระบบสุขภาพในรูปแบบของเขตสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเสมอภาค โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วน เพื่อสร้างสังคมที่มีจิตสำนึกด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี สู่เป้าหมายสังคมอยู่เย็นเป็นสุข ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ได้ระบุอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า “การสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนและราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข”¹ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีภาระหน้าที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม และประสานกิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพของกายและจิต ตลอดจนความเป็นอยู่ของประชาชน และการจัดให้มีบริการสาธารณสุข เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 4 ประการ คือ

- เพื่อให้ประชาชนชาวไทย มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งกายและจิต ตลอดจนอยู่ในสังคมได้ด้วยความสุข
- เพื่อให้ประชาชนชาวไทย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ อันอาจทำให้ทุกข์ยากและทำให้เกิดการสูญเสียแรงงานหรือความพิการแก่ร่างกาย (ด้วยการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคแต่แรก เป็นการรักษาพยาบาลให้หายป่วยทันที การกำจัดความพิการและการปรับฟื้นคืนสภาพ)
- เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีอายุยืนนาน ไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร
- เพื่ออารักขาสวัสดิภาพของประชาชน ให้พ้นจากอุปัทวันตรายต่าง ๆ (ภัยจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษจากอาหารหรือยาเป็นพิษ ฯลฯ)

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงบริบทของประเทศไทย และของโลกทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ในช่วงที่ผ่านมาส่งผลให้หน่วยงานต่าง ๆ ต้องมีการปรับตัวเพื่อรับกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสาธารณสุขนั้น จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อประเด็นการจัดการด้านสุขภาพ และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนกว่าในอดีต ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริบท ได้แก่ การเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร พฤติกรรมการดำรงชีวิต การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อม ภัยธรรมชาติ และการเกิดโรคระบาด รวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงแนวทางการบริหาร โดยมีการกระจายอำนาจการบริหารราชการ (การกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่น) ซึ่งส่งผลกระทบต่อบริบทการทำงานด้านสุขภาพ และการสาธารณสุข กล่าวคือ

(1) **การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society):** ผลจากการพัฒนาทางการแพทย์ที่ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรยาวนานขึ้น อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) ของประชากรไทยได้เพิ่มขึ้นจาก 65.86 ปีในปี พ.ศ. 2545 เป็น 73.83 ปี

¹ กระทรวงสาธารณสุข ค้นหาข้อมูลเมื่อวันที่ 1 ก.พ. 2556 จาก www.moph.go.th

ในปี พ.ศ. 2555² ขณะที่อัตราการเจริญพันธุ์ (Total Fertility Rate: TFR) ลดลงอย่างต่อเนื่องโดยลดจากอัตราทารกเกิด 1.86 คนต่อสตรีหนึ่งคนในปี พ.ศ. 2545 เป็น 1.66 คนต่อสตรีหนึ่งคนในปี พ.ศ. 2555 ผลที่เกิดขึ้น คือ แนวโน้มที่สัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากและต้องการการดูแลจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่ประชากรที่เป็นวัยแรงงานและแข็งแรงจะค่อย ๆ ลดลง ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงทางด้านงบประมาณในการจัดการดูแล รวมทั้งรับภาระทางการเงินคลังในอนาคตที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว (เช่น การล้มละลายของกองทุนประกันสังคม เป็นต้น) ซึ่งการจัดการด้านสุขภาพ และการสาธารณสุขเป็นด้านหนึ่งที่จะได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยตรงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งในส่วนของภาระทางด้านงบประมาณที่จำเป็นจะต้องเพิ่มขึ้นเพื่อดำเนินการในเรื่องดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

(2) ความจำเป็นในการสร้างความยั่งยืนทางการเงินการคลัง (การบริหารงบประมาณ) เพื่อสร้างความยั่งยืนในการจัดบริการสาธารณสุข: การเกิดขึ้นของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ที่นำไปสู่การสร้างความคุ้มครองด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างครอบคลุมเมื่อนำไปร่วมกับ 2 ระบบประกันสุขภาพสำหรับข้าราชการ (ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) และลูกจ้างเอกชน (กองทุนประกันสังคม) ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศของโลกที่สามารถสร้างความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เกิดขึ้นควบคู่กันก็คือ การขยายตัวของงบประมาณ และชุดสิทธิประโยชน์ที่ใช้ในการจัดหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงที่ผ่านมา อัตราการขยายตัวของการใช้จ่าย (Health Expenditure) ของประเทศไทยสูงกว่าการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศที่แท้จริง ซึ่งเป็นปัจจัยที่คุกคามต่อความยั่งยืนทางการเงินการคลัง ซึ่งหากพิจารณาในประสบการณ์ของหลายประเทศที่เคยประสบกับปัญหาทางการเงินการคลังจากการจัดสวัสดิการสังคมนั้น การสร้างความยั่งยืนทางการเงินการคลังเป็นเงื่อนไขที่สำคัญมากในการบริหารในอนาคต

นอกจากนี้ ยังเกิดคำถามเกี่ยวกับความคุ้มค่าและเหมาะสมของการขยายตัวของสิทธิประโยชน์และการใช้งบประมาณในการดำเนินการดังกล่าว (จุดสมดุลในการดำเนินการ) การชะลอและจำกัดของการลงทุนทางด้านสาธารณสุขและการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับมาตรฐานเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากงบประมาณสำหรับการลงทุนสำหรับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการได้ถูกนำไปรวมอยู่ในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการดำเนินการประกันสุขภาพอีกด้วย ซึ่งนำไปสู่ความจำเป็นในการทบทวนรูปแบบการดำเนินการที่ผ่านมา และการดำเนินการเพื่อทำให้เกิดความยั่งยืนในอนาคต

(3) บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่ควรจะเป็น: เมื่อพิจารณาบริบทการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขตามภารกิจ วัตถุประสงค์ รวมทั้งกฎหมาย จะเห็นได้ว่า หน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุขจะประกอบด้วยกำหนดยกเว้นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับด้านสาธารณสุข รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย (Regulator) และการจัดบริการสาธารณสุขโดยหน่วยบริการในสังกัด อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาทำให้หน่วยบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขต้องปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ซึ่งไม่สามารถดำเนินการไปได้อย่างสะดวกมากนัก สิ่งที่เกิดขึ้น คือ ในช่วงที่ผ่านมา บทบาทการเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ทางด้านสาธารณสุขของกระทรวงลดลง หรือน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานบริการ ดังนั้น การเสริมสร้างและสนับสนุนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ให้มีความชัดเจนขึ้นนั้น จะช่วยทำให้การทำงานด้านสาธารณสุขในภาพรวมดีขึ้น

² ที่มา: CIA World Factbook <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>

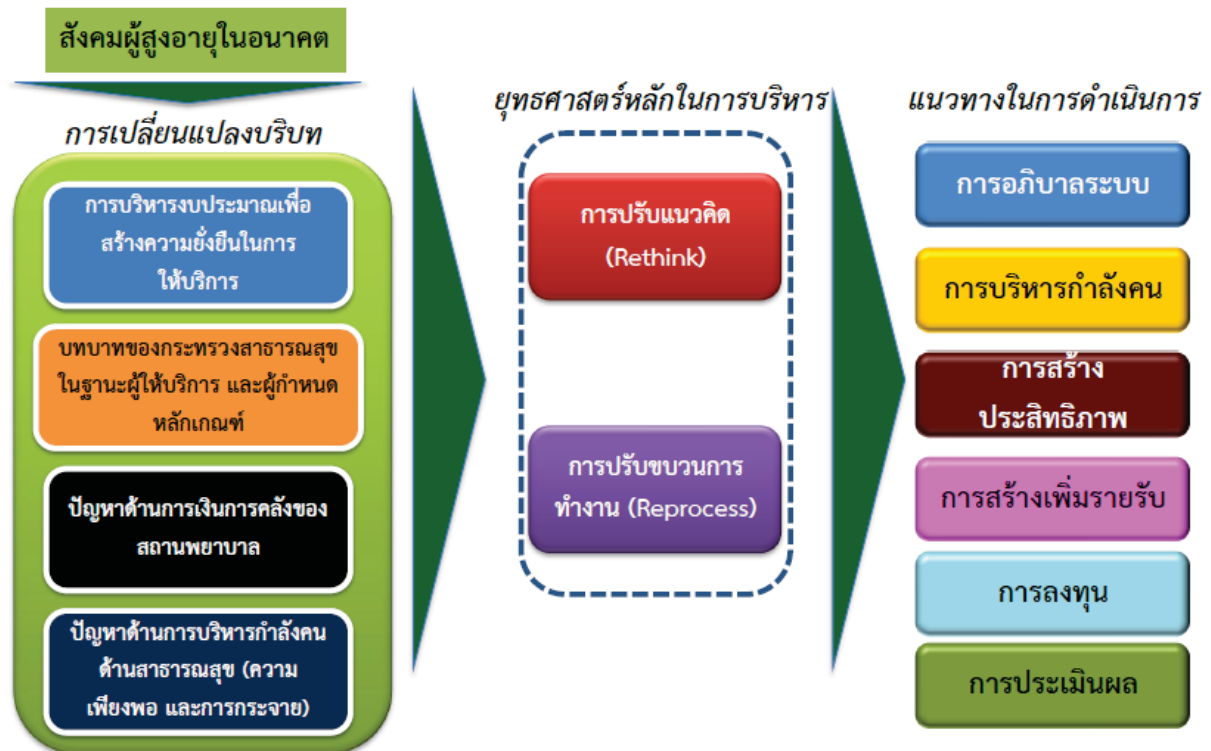
(4) **ปัญหาด้านการเงินการคลังของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และปัญหาการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมของทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข:** การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดงบประมาณเพื่อการสาธารณสุขจากรูปแบบเดิมมาเป็นแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการจัดสรรเงินงบประมาณจะอ้างอิงตามจำนวนประชากรที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรบริหารจัดการด้านสุขภาพระดับพื้นที่ (CUP: Contracting Unit of Primary Care) หรือสถานพยาบาลเครือข่ายระดับปฐมภูมิแต่ละแห่งนั้น แม้ว่าจะมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนย้ายทรัพยากรด้านสาธารณสุข ทั้งบุคลากร เติง และวัสดุเครื่องมือต่าง ๆ ให้เกิดความเหมาะสมในการให้บริการตามอุปสงค์ที่มีต่อบริการสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ (Demand for Health) ได้อย่างเหมาะสมก็ตาม ความไม่สามารถในการปรับตัว รวมทั้งลักษณะเฉพาะทางด้านพื้นที่และประชากรของสถานพยาบาลเครือข่ายระดับปฐมภูมิ เช่น การที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ในพื้นที่กันดารที่มีประชากรอยู่น้อยทำให้งบประมาณที่ได้รับมาดำเนินการน้อยแต่ต้นทุนในการดำเนินการขึ้นต่ำค่อนข้างสูง เป็นต้น ทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งเกิดปัญหาทางการเงินการคลัง (รายได้ของสถานพยาบาลไม่เพียงพอกับรายจ่ายที่เกิดขึ้นในแต่ละปี) โดยอ้างอิงกับข้อมูลของปีงบประมาณ 2554 มีโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข³

การลดลงหรือติดลบของเงินบำรุงของสถานพยาบาล ซึ่งทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเข้าไปช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนของการควบคุมต้นทุนอย่างใกล้ชิด และการปรับปรุงหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณให้มีการกระจายงบประมาณที่เหมาะสมและสามารถแก้ไขปัญหาได้มากที่สุด นอกจากนี้ ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขทั้งหลายก็ไม่สามารถกระจายออกได้ตามที่คาดการณ์เอาไว้ ตั้งแต่ต้น การกระจายตัวของทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เช่น อาคาร เติง และวัสดุอุปกรณ์ ที่แตกต่างกันระหว่างสถานพยาบาลในแต่ละพื้นที่นั้น ยังส่งผลให้เกิดปัญหาประสิทธิภาพในการให้บริการ และเป็นที่มาของปัญหาทางการเงินการคลังในสถานพยาบาลที่มีทรัพยากรน้อย และความจำกัดเฉพาะของพื้นที่ รวมทั้งเกิดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรสาธารณสุขในบางพื้นที่มากขึ้นด้วยจากความพยายามในการแก้ไขปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ ของสถานพยาบาลที่ประสบปัญหา เช่น การลดจำนวนเตียงในการให้บริการลง และการส่งต่อคนไข้ที่มากขึ้น รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

ปัญหาเหล่านี้นำมาสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบในการจัดสรร และบริหารงบประมาณที่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม การบริหารกำลังคนที่ทำให้เกิดความเพียงพอของบุคลากรในการให้บริการในแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม (มีการกระจายตัวของบุคลากรในแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม) บุคลากรด้านสาธารณสุขมีความพึงพอใจในการทำงานและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทรัพยากรสาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีในพื้นที่เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการวางแผนการลงทุนที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้เกิดการรักษาความสามารถในการให้บริการ มีการกระจายตัวของทรัพยากรที่เหมาะสม สร้างดุลยภาพทางการเงินการคลังของสถานพยาบาล และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาด้านสุขภาพและการให้บริการด้านสาธารณสุขต่อไปในอนาคตก็เป็นประเด็นที่สำคัญที่ต้องพิจารณาเช่นเดียวกัน

³ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนรวม 835 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 69 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 741 แห่ง

แผนภาพที่ 1.1: หลักการและความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

จากแนวนี้นี้ดังกล่าวข้างต้น รัฐบาลโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดทิศทางในการพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศไทย (Health Care Roadmap) ให้เป็นระบบที่มีความมั่นคงทั้งด้านการกำหนดนโยบาย ระบบการให้บริการ และความมั่นคงทางการเงินการคลังของสถานพยาบาล โดยมีผู้ให้บริการที่ประกอบด้วย 3 ระบบประกันสุขภาพ ที่มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบพื้นฐาน ขณะที่อีกสองระบบประกันสุขภาพจะดำเนินการจัดสวัสดิการการรักษายาบาลเพิ่มเติมที่เหมาะสมและสามารถรับได้สำหรับประชาชนที่อยู่ในความคุ้มครองของตน ซึ่งจะนำมาสู่เป้าหมายสูงสุดในการดำเนินการ คือ ประชาชนทั้งหมดมีระบบการดูแลที่ชัดเจนและเป็นระบบ ดังนั้น เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงบริบท และเพื่อจัดการกับปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการบริหาร และเปลี่ยนแปลง คือ การปรับแนวคิด (Rethink) และการปรับกระบวนการทำงาน (Reprocess) ของกระทรวงสาธารณสุขโดยการกำหนดยุทธศาสตร์ในการปรับโครงสร้างองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องระบบและวิธีการตลอดจนกลยุทธการทำงานให้มีการแบ่งแยกหน้าที่กันชัดเจน และการจัดการให้บริการในระดับเขต ซึ่งเป็นขนาดพื้นที่ที่เห็นว่ามีจำนวนประชากรมากเพียงพอในการบริหารการเงิน ทรัพยากรด้านสาธารณสุข และบุคลากรด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ในประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคล้ายคลึงกับประเทศไทย อาทิ แคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้ นั้น มีการจัดการให้บริการสุขภาพในระดับเขตสุขภาพที่ชัดเจน โดยมีการแบ่งแยกระหว่างบทบาทการกำหนดนโยบายและการดำเนินการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขออกจากกันเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินการในแต่ละบทบาท โดยให้รัฐบาลกลางเป็นผู้ขึ้นนโยบายในขณะที่ท้องถิ่น

เป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพโดยเฉพาะการสร้างหลักประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ⁴ นอกจากนี้ในประเทศที่มีลักษณะของการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นประเทศสหราชอาณาจักร (ระบบหลักประกันสุขภาพเดียว) และประเทศญี่ปุ่น (ระบบหลักประกันสุขภาพที่มีการดำเนินการเป็นกองทุนจำนวนมาก) นั้น การกำหนดบทบาทในการกำหนดนโยบายและการให้บริการออกจากกัน รวมทั้งการดำเนินการบริหารจัดการและจัดบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพในระดับพื้นที่ที่ถูกนำมาประกอบการพิจารณาและใช้ในการดำเนินการ สำหรับประเทศไทย การพิจารณาระดับและขนาดของการบริหารจัดการที่เหมาะสมนั้นได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและความพยายามกระจายไปสู่ระดับที่สามารถบริหารจัดการและจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพได้มากที่สุด ปัจจุบันการพิจารณาระดับการทำงานที่เหมาะสมอยู่ที่ระดับเขต หรือที่เรียกว่าการพัฒนาเขตสุขภาพ โดยเขตสุขภาพสำหรับบริบทของประเทศไทยที่เป็นรูปธรรมที่สำคัญ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพในลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในสังกัด สธ. ทั้ง 13 เขต และการซื้อบริการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Purchasing) ของ สปสช. ทั้ง 13 เขต⁵ หากแต่รูปแบบเขตสุขภาพทั้งสองแบบดังกล่าวนี้แม้จะเป็นการดำเนินงานเพื่อเป้าหมายของการให้บริการในระดับพื้นที่แต่ยังมิได้เกิดการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การวิเคราะห์และสังเคราะห์การทำงานในรูปแบบเขตสุขภาพจำเป็นต้องพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรที่มีบทบาทในการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ร่วมด้วยเพื่อให้การดำเนินงานเกิดการบูรณาการร่วมกัน

1.2 วัตถุประสงค์การดำเนินการ

- 1.2.1. เพื่อเป็นที่ปรึกษาในการจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for Change) การบริหารจัดการในเขตสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมบทบาทหน้าที่ระบบงานสาธารณสุขหลักของประเทศ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบควบคุมและป้องกันโรค และระบบยา และการคุ้มครองผู้บริโภค
- 1.2.2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนวทางการดำเนินการในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Period) สำหรับการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการในเขตสุขภาพ ตลอดจนดำเนินการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการในเขตสุขภาพตามข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม
- 1.2.3. เพื่อบริหารการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในองค์กรในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจะทำให้การเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการในเขตสุขภาพเป็นไปอย่างราบรื่น

⁴ รายงานการทบทวนการบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพระดับชาติของประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้, ดร.อรสา โฉมวิริยะ, 2554.

⁵ รายงานฉบับสมบูรณ์การวิจัยและพัฒนาการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สถาบันวิจัยระบบประกันสุขภาพ (สบปก.), 2554

1.3 กรอบแนวความคิด และวิธีการดำเนินการศึกษา

อ้างอิงแนวคิดการจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for Change)⁶ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ซึ่งกำหนดขั้นตอนการจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงโดยพิจารณาจากประเด็นยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงกระบวนการ และการเปลี่ยนแปลงบุคลากร

สำหรับการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเป็นการพิจารณาใน 2 ประเด็นได้แก่ 1) กระบวนการด้านสาธารณสุขของเขตสุขภาพในปัจจุบันที่ควรปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และ 2) กระบวนการด้านสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ยังไม่ได้ดำเนินการในปัจจุบันเพื่อเพิ่มศักยภาพ โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างกระบวนการในปัจจุบันและกระบวนการในอนาคตที่คาดหวัง ในส่วนของการเปลี่ยนแปลงบุคลากรเป็นการพิจารณาสมรรถนะของบุคลากรในเขตสุขภาพในปัจจุบันเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสัมฤทธิ์ โดยการเปรียบเทียบกับสมรรถนะที่จำเป็นต้องมีสำหรับการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้เป็นการจัดทำข้อเสนอและสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลงในเขตสุขภาพ ระยะที่ 1 ซึ่งกรอบการศึกษาจะครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงกระบวนการในเขตสุขภาพเท่านั้น

1.3.1 แนวคิดในการดำเนินการศึกษา

การดำเนินการจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขนี้อยู่ภายใต้แนวคิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการตามแนวคิดการบริหารภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management: NPM) ที่กำหนดกรอบการปรับกระบวนการที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการ ได้แก่

- 1) การปรับวิธีการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพและเน้นผลงาน
- 2) การปรับการบริหารงานให้เป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ และ
- 3) การปรับบทบาทภารกิจและกลยุทธ์โดยให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วม

ดังนั้น แนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย 2 แนวคิด ได้แก่

1. แนวคิดการปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างองค์กรภายในหน่วยงาน (Internal Organization Reform Concept) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการปรับบทบาทของหน่วยงานในเขตสุขภาพให้เกิดความชัดเจนพร้อมที่จะปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ และ

2. แนวคิดการจัดกลุ่มทำงานร่วมกันตามภารกิจ (Agenda Based Concept) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการบูรณาการนโยบายเชิงยุทธศาสตร์และการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในเขตสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.3.1.1 แนวคิดการปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างองค์กรภายในหน่วยงาน

หมายถึง การปรับปรุงโครงสร้างองค์กรและขอบเขตการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกับ เป้าหมายและกลยุทธ์ขององค์กร รวมทั้งความสัมพันธ์ของงานและตำแหน่งงานต่างๆ เพื่อเพิ่ม

⁶ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.), การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 มิ.ย.2548

ประสิทธิภาพและมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงาน เพื่อให้ส่วนราชการ/จังหวัด ปฏิบัติงานตามโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของตนอย่างชัดเจน ซึ่งจะผลักดันให้เกิดผลการปฏิบัติงานตามภารกิจของตนให้สอดคล้องและสำเร็จตามเป้าหมายและกลยุทธ์ขององค์กร

- **สิ่งที่มีเบื้องต้น ได้แก่** ส่วนราชการ/จังหวัดต้องมีเป้าหมาย/กลยุทธ์ หรือทิศทางของตนเองให้ชัดเจน ผู้บริหารระดับสูงที่มีศักยภาพในการผลักดันการเปลี่ยนแปลง
- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการพัฒนาแนวทางนี้ ได้แก่**
 - 1) ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร ในระยะยาวจะดีขึ้นเพราะบุคลากรรับทราบบทบาทของตนชัดเจน (Accountability) ตามโครงสร้างที่กำหนดใหม่ซึ่งสะท้อนมาจากโครงสร้างที่สอดคล้องภารกิจหลักและกลยุทธ์ขององค์กร
 - 2) การที่องค์กรมีโครงสร้างและบทบาทที่ชัดเจนนั้นจะช่วยกระตุ้นให้บุคลากรพัฒนาทักษะในสายงานของตนเพื่อความก้าวหน้าในสายงานนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง (Continuous Development)
 - 3) ผลงานขององค์กรโดยรวมดีขึ้นเนื่องจากแต่ละบทบาทและส่วนงานมีความชัดเจนและเชื่อมโยงโดยมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน
- **ข้อพึงระวัง/ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น**
 - 1) การปรับโครงสร้างองค์กร อาจส่งผลกระทบต่อความจำเป็นในการปรับกระบวนการทำงาน
 - 2) ความจำเป็นในการฝึกอบรมพัฒนาทักษะและความรู้ของบุคลากรที่ได้รับผลกระทบ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามขอบเขตการดำเนินงานที่ปรับเปลี่ยนไป
 - 3) การปรับโครงสร้างองค์กรโดยไม่มีการชี้แจงหรือทำความเข้าใจถึงเหตุผลอย่างชัดเจนอาจมีผลให้บุคลากรบางส่วนไม่ยอมรับการปรับเปลี่ยนตามโครงสร้างนั้นๆ หากกระทบต่อผลประโยชน์ของหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารระดับสูง
- **ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดำเนินงาน** ประมาณ 3-6 เดือน อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาจะขึ้นกับวัฒนธรรมขององค์กรในการปรับเปลี่ยน ตลอดจนความแตกต่างของโครงสร้างปัจจุบันกับโครงสร้างใหม่ หากมีความแตกต่างมาก เวลาที่ใช้ในการดำเนินการก็จะขยายออกไป

1.3.1.2 แนวคิดการจัดกลุ่มทำงานร่วมกันตามภารกิจ

หมายถึง การจัดกลุ่มการทำงานโดยมุ่งเน้นให้ภารกิจประสบความสำเร็จและนำเอาภารกิจเป็นตัวตั้งในการสร้างรูปแบบการทำงาน ซึ่งรูปแบบการทำงานแบบนี้จะเอื้ออำนวยให้เกิดการประสานงานและทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานมากขึ้น เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดการทำงานเชิงบูรณาการมากขึ้น และทำให้เกิดการประสานงานที่ดีของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกัน และช่วยส่งเสริมให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- **สิ่งที่มีเบื้องต้น ได้แก่** การจัดเตรียมบุคลากรที่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นและมีความรอบรู้ในการปฏิบัติงานที่ดี
- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการพัฒนาแนวทางนี้**
 - 1) การทำงานร่วมกันของส่วนราชการ/จังหวัดที่มีความเกี่ยวข้องกันจะทำให้เห็นสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขได้ง่ายขึ้น

- 2) การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีความต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยส่งผลให้เวลาในการปฏิบัติงานสั้นลง
 - 3) ทำให้ลดขั้นตอนการทำงานที่มีความซ้ำซ้อนกันลงได้
- **ข้อพึงระวัง/ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น**
 - 1) จะต้องระมัดระวังในเรื่องของการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพราะในบางกรณีข้าราชการบางคนอาจจะต้องมาทำงานที่ไม่ได้อยู่ในสายการบังคับบัญชากับผู้บังคับบัญชาโดยตรง ทำให้ผู้บังคับบัญชาประเมินผลการปฏิบัติงานได้ยากขึ้น
 - 2) การใช้เวลาในการปรับตัวของข้าราชการที่มาจากต่างหน่วยงาน ซึ่งในบางกรณีอาจจะมีวัฒนธรรมที่ค่อนข้างแตกต่างกันและอาจใช้เวลาานานกว่าจะทำงานประสานกันได้ดี
 - **ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดำเนินงาน** ประมาณ 1-2 เดือน อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาจะขึ้นอยู่กับจำนวนบุคลากรที่เข้ามาทำงานร่วมกัน หากต้องมาจากหลายๆ หน่วยงาน ระยะเวลาอาจขยายออกไป

1.3.2 กรอบแนวคิดในการศึกษา

เพื่อให้นำไปสู่การศึกษาวិเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ดังนั้น กรอบแนวคิดในการศึกษาจึงได้กำหนดให้ดำเนินการศึกษาโดยให้ทำการรวบรวมข้อมูลทั้งในรูปของข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ ทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (ความคิดเห็น และการประเมิน) และข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ โดยข้อมูลที่มีเป้าหมายรวบรวมนั้น จะมีความครอบคลุมเกี่ยวกับ

- ความจำเป็นในเชิงนโยบาย (Policy Needs): ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบริบทในการดำเนินนโยบายในปัจจุบัน ความจำกัดในการบริหารด้านสุขภาพและสาธารณสุข และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น
- ความต้องการ/ ความจำเป็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder Needs): ครอบคลุมผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ในประเด็นได้แก่ ลักษณะการทำงาน และการเปลี่ยนแปลงบริบทและสภาวะแวดล้อมในการทำงานของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น
- ความต้องการขององค์กร (Organization Needs): บทบาทที่ควรจะเป็นของหน่วยงานเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบริบท

โดยการรวบรวมข้อมูลตามเป้าหมายจะใช้วิธีการเก็บข้อมูลในสถานที่ และจากผู้ปฏิบัติงานจริงทุกส่วน เพื่อใช้ประกอบการศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ ที่มีฐานคิดที่ถูกต้อง สมเหตุสมผล ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางและแผนการในการดำเนินการเปลี่ยนแปลง โดยทำการวิเคราะห์ SWOT (SWOT Analysis) และการทดสอบความเหมาะสมข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง โดยการนำไปปฏิบัติ (Implementation) รวมทั้งการติดตามและประเมินผลเพื่อนำไปสู่การปรับข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (PDCA: Plan-Do-Check-Act) อย่างเป็นวงจรเพื่อให้งานที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพ และคุณภาพ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินการมากที่สุด

1.3.3 ขั้นตอนการศึกษา

มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (มูลนิธิ สวค.) ได้กำหนดวิธีการศึกษาที่จะบรรลุผลตามเป้าหมายของการศึกษา ดังนี้

- 1) รวบรวมบทความ รายงาน กฎหมาย และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงสร้าง การบริหารจัดการองค์กร และการปฏิบัติงานที่ผ่านมาของเขตสุขภาพ และหน่วยงานที่มีลักษณะการดำเนินงานใกล้เคียงกับเขตสุขภาพในต่างประเทศ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เครื่องมืออ้างอิง และกำหนดทิศทางในการวิเคราะห์ ซึ่งครอบคลุมบทบาทดังต่อไปนี้
 - กำหนดนโยบายและแผนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ
 - กำหนดหลักเกณฑ์ และตรวจสอบการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ (กำลังคน วัสดุและอุปกรณ์ อาคาร สถานที่) แก่สถานพยาบาลทุกระดับ
 - การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน
 - การดูแลสถานะการเงินการคลังของสถานพยาบาลในเขตสุขภาพ
- 2) สัมภาษณ์ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ที่ประกอบด้วย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) กรมต่าง ๆ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (ผตร.) เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เครื่องมืออ้างอิง และกำหนดทิศทางในการวิเคราะห์ ซึ่งครอบคลุมบทบาทดังต่อไปนี้
 - สถานการณ์ และประเด็นปัญหาต่าง ๆ
 - กำหนดนโยบายและแผนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ
 - กำหนดหลักเกณฑ์ และตรวจสอบการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ (กำลังคน วัสดุและอุปกรณ์ อาคาร สถานที่) แก่สถานพยาบาลทุกระดับ
 - การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน
 - การดูแลสถานะการเงินการคลังของสถานพยาบาลในเขตสุขภาพ
- 3) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับขอบเขต บทบาทหน้าที่ ความสัมพันธ์ และการเชื่อมโยงการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเขตสุขภาพในปัจจุบัน ครอบคลุมหน่วยงานดังนี้
 - หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง เช่น กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต เป็นต้น
 - หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
- 4) การดูงานในเขตสุขภาพเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหลักของเขตสุขภาพซึ่งครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้
 - การกำหนดนโยบายและแผนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ
 - กำหนดหลักเกณฑ์ และตรวจสอบการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ (กำลังคน วัสดุและอุปกรณ์ อาคาร สถานที่) แก่สถานพยาบาลทุกระดับ
 - การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน
 - การดูแลสถานะการเงินการคลังของสถานพยาบาลในเขตสุขภาพ

ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยจะได้กำหนดพื้นที่ในการดูงานตามเครือข่ายบริการของสำนักตรวจและประเมินผล ดังนี้

เครือข่ายบริการ	พื้นที่รับผิดชอบ
เครือข่ายบริการที่ 1	เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน น่าน แพร่ เชียงราย พะเยา
เครือข่ายบริการที่ 2	พิษณุโลก อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ สุโขทัย ตาก
เครือข่ายบริการที่ 3	นครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร อุทัยธานี ชัยนาท
เครือข่ายบริการที่ 4	พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก
เครือข่ายบริการที่ 5	ราชบุรี กาญจนบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม
เครือข่ายบริการที่ 6	ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สมุทรปราการ สระแก้ว จันทบุรี ชลบุรี ตราด ระยอง
เครือข่ายบริการที่ 7	ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์
เครือข่ายบริการที่ 8	หนองคาย หนองบัวลำภู เลย อุดรธานี บึงกาฬ นครพนม สกลนคร
เครือข่ายบริการที่ 9	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์
เครือข่ายบริการที่ 10	ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี มุกดาหาร
เครือข่ายบริการที่ 11	ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ระนอง กระบี่ พังงา ภูเก็ต
เครือข่ายบริการที่ 12	สงขลา สตูล นราธิวาส ปัตตานี ยะลา ตรัง พัทลุง

- 5) สนับสนุนการจัดสัมมนา และประชุมระดมความคิดเห็นผู้บริหารระดับสูง ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะทำงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อบรรณข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับเขตสุขภาพซึ่งจะสะท้อนสถานการณ์ และประเด็นปัญหาต่าง ๆ สำหรับนำไปจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงให้แต่ละหน่วยงานมีบทบาทที่สอดคล้องกับโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม
- 6) วิเคราะห์ภาพรวม ปัญหา ข้อจำกัด ตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Positioning) และทิศทางของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อกำหนดแนวทางในการจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการในเขตสุขภาพ
- 7) วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการบริหารจัดการในเขตสุขภาพของประเทศในรูปแบบต่าง ๆ และเปรียบเทียบกับองค์กรในต่างประเทศที่มีหน้าที่และภารกิจคล้ายคลึงกับเขตสุขภาพ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการในเขตสุขภาพ
- 8) ประมวลผลและสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (Blue Print for Change) การบริหารจัดการในเขตสุขภาพ ประกอบด้วยแผนการดำเนินงานใน 4 แผนงาน ได้แก่ (1) แผนงานการบริหารจัดการเขตสุขภาพ (2) แผนงานการบริหารระบบงานสาธารณสุข (3) แผนการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข และ (4) แผนการนิเทศสัมพันธ์และการสื่อสาร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
- (1) แผนงานการบริหารจัดการสำนักงานเขตสุขภาพ: หมายถึง แผนการบริหารด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการดำเนินการ และด้านการควบคุม โดยมีร่างของขอบเขตงาน ดังนี้

- **การวางแผน :** การกำหนดแผนงานของเขตสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งเขตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) การศึกษาเหตุผลและความจำเป็นในการจัดตั้งเขต 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ของเขตสุขภาพ 3) การกำหนดแผนการดำเนินงานของเขตสุขภาพ
 - **การจัดองค์การ :** การกำหนดโครงสร้างของเขตสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานสำเร็จ ลุล่วงและเป็นไปอย่างมีระเบียบ ซึ่งประกอบด้วย 1) โครงสร้างองค์กร 2) องค์ประกอบ 3) ภารกิจและอำนาจหน้าที่
 - **การอำนวยการ :** กระบวนการจัดการให้บุคลากรในสำนักงานเขตสุขภาพปฏิบัติงานร่วมกันได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิผล ซึ่งประกอบด้วย 1) การจูงใจ 2) การประสานงาน 3) การสื่อสาร และ 4) ภาวะผู้นำของผู้บริหาร
 - **การควบคุม :** กระบวนการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินงานไปในทิศทางเข้าสู่เป้าหมายได้อย่างถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วย 1) การกำหนดมาตรฐานของผลงานในด้านปริมาณ/คุณภาพ และ 2) การวัดผลการปฏิบัติงาน
- (2) **แผนงานการบริหารระบบงานสาธารณสุข:** หมายถึง แผนการระบบบริการสุขภาพ ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบควบคุมและป้องกันโรค และระบบยาและการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติงานในแต่ละระบบและกลไกการปฏิบัติงานเพื่อให้สามารถประสานความร่วมมือทั้งในเชิงนโยบายและการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันในเขตสุขภาพ โดยมีร่างขอบเขตงาน ดังนี้
- **องค์ประกอบของระบบงาน :** มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพหลักหรือเจ้าภาพร่วม ดังนี้
 - ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย สำนักงานปลัดกระทรวง กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค
 - ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กรมอนามัย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 - ระบบควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่ กรมควบคุมโรค
 - ระบบยาและการคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 - **กลไกในการทำงาน :** ในแต่ละระบบงานจะมีลักษณะแบบเดียวกัน ซึ่งประกอบด้วย 3 กลไก ได้แก่ 1) การจัดบริการ 2) การพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการ และ 3) การรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน

- (3) **แผนการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข:** หมายถึง แผนการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพ ขอบประมาณ และข้อมูลสารสนเทศ โดยมีร่างขอบเขตงาน ดังนี้
- **การจัดสรรกำลังคน :** การจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับลักษณะงานของสำนักงานเขตสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
 - **การจัดสรรงบประมาณ :** การจัดสรรงบประมาณให้มีแนวทางที่สอดคล้องกันและมีส่วนในการบรรเทาปัญหาด้านงบประมาณของหน่วยงานในเขตสุขภาพได้
 - **การจัดการข้อมูลสารสนเทศ :** การจัดการระบบบริหารข้อมูลสารสนเทศเพื่อให้เป็นระบบเดียวกันที่สามารถเชื่อมโยงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งในส่วนกลางและในเขตสุขภาพ
 - **การบริหารสินทรัพย์ (ที่ดิน อาคาร สิ่งปลูกสร้าง) :** การจัดการให้สามารถใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดร่วมกัน
- (4) **แผนการนิเทศก์สัมพันธ์และการสื่อสาร:** หมายถึง แผนการสื่อสารในแนวดิ่ง การสื่อสารในแนวนอน และการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่มีบทบาทเชื่อมโยงกับระบบงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นการนิเทศก์สัมพันธ์และสื่อสารในประเด็นที่สำคัญ โดยมีร่างขอบเขตงาน ดังนี้
- **การประสานความร่วมมือ :** การกำหนดแนวทางการประสานความร่วมมือระหว่างส่วนกลาง เขตสุขภาพ และภาคีเครือข่ายองค์กรด้านสุขภาพ
 - **การจัดการพฤติกรรมที่ไม่เอื้อการทำงาน :** การบริหารจัดการพฤติกรรมซึ่งอาจมาจากการไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง
- 9) จัดการประชุม สัมมนานำเสนอข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการในเขตสุขภาพ เพื่อรับฟังความคิดเห็น และสร้างความเข้าใจกับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานภายในเขตสุขภาพ
- 10) จัดทำข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้เป็นไปตามข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการในเขตสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบในแต่ละแผนปฏิบัติงาน ดังนี้
- กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานในการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการในเขตสุขภาพเพื่อให้เป็นไปตามข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง
 - กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลการบริหารจัดการในเขตสุขภาพให้แก่หน่วยงาน
 - ชี้แจงและประชาสัมพันธ์ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบถึงแนวทางและเป้าหมายตามข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกัน
 - ให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานต่าง ๆ ในการนำขั้นตอนการปฏิบัติงานไปดำเนินการ
 - สรุปผลการดำเนินงานและประมวลผลปัญหาอุปสรรคในการทำงานเพื่อปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานในการบริหารจัดการเขตสุขภาพ

1.3.4 แผนการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ

เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจำเป็นต้องคำนึงถึงลักษณะข้อมูลที่ดีซึ่งต้องมีความถูกต้องแม่นยำ มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ตรงกับเป้าหมายในการศึกษา สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์/เครื่องมืออ้างอิง และมีความทันเวลา ในการนี้คณะผู้วิจัยจึงได้พิจารณาเลือกวิธีการเก็บข้อมูลให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่มีคุณลักษณะดังกล่าวได้ โดยกำหนดวิธีการเก็บข้อมูลไว้ 5 วิธี ได้แก่

- 1) การประชุมระดมสมอง (brain storming) กับผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปบทบาทของเขตสุขภาพ เพื่อกำหนดทิศทางของการปฏิรูปบทบาทเขตสุขภาพ
- 2) การประชุมคณะกรรมการ (Committee Meeting) เพื่อรวบรวมประเด็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
- 3) การลงภาคสนาม (field survey) ในกลุ่มตัวอย่างประชากรเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกกับหน่วยงานที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ
- 4) การทดลองนำข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่านไปดำเนินการ (pilot survey) ในกลุ่มตัวอย่างทดลองเพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค และประสิทธิผลของข้อเสนอฯ ดังกล่าว ก่อนที่จะมีการนำไปปฏิบัติในทุกเขตสุขภาพ
- 5) การสัมมนาระดมความคิดเห็น (seminar) กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเขตสุขภาพและเขตสุขภาพที่ได้มีการทดลองปฏิรูปตามข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อนำเสนอผลการปฏิรูปในเบื้องต้นและรวบรวมข้อเสนอแนะสำหรับการปรับข้อเสนอฯ ให้มีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้จริง

โดยในแต่ละวิธีการเก็บข้อมูลจะต้องคัดเลือกพื้นที่ และกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับแต่ละวิธีเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ดีได้

1.3.4.1 การประชุมระดมสมอง (Brain Storming) กับผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปบทบาทของเขตสุขภาพ

หลักการ : การจัดทำข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Period Implementation Proposal) จำเป็นต้องมีการกำหนดทิศทางของข้อเสนอดังแต่การจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการในเขตสุขภาพ (Blue Print for Change) ซึ่งเป็นแผนการดำเนินงานที่เป็นเครื่องมือในการกำหนดแนวทางการปฏิรูปบทบาทของเขตสุขภาพ โดยการประชุมระดมสมองผู้บริหารระดับสูงเพื่อรวบรวมความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจ หรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการแก้ไขด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพซึ่งมีหลักการสำคัญว่าต้องการให้สมาชิกในที่ประชุมแสดงความเห็นหรือข้อเสนอแนะร่วมกันให้มากที่สุดในเวลาที่กำหนดไว้สั้น ๆ โดยไม่มีการขัดจังหวะ สอบถามหรือหยุดอภิปรายความเห็นหรือข้อเสนอแนะที่สมาชิกเสนอขึ้น

คุณลักษณะและขนาดของกลุ่มเป้าหมาย : เพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลเชิงลึกได้อย่างเหมาะสม จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์การจำแนกกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

- **คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย:** ได้แก่ ผู้บริหารที่มีอำนาจหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการผลักดันและตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพันธกิจของหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแล
- **ขนาดของกลุ่มเป้าหมาย:** เนื่องจากการวิจัยในเชิงคุณภาพซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพราะสามารถใช้ตัวอย่างขนาดเล็กที่มีความเป็นตัวแทนประชากรที่ดีและเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกได้มากกว่าจะทำให้ได้รับสารสนเทศที่มีประโยชน์ต่อการจัดทำข้อเสนอฯ ได้ตรงตามความต้องการมากยิ่งขึ้น โดยตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารของกระทรวง ผู้บริหารของหน่วยวิชาการและหน่วยบริการในเขตสุขภาพ รวม 11 ราย

1.3.4.2 การประชุมคณะกรรมการ (Committee Meeting)

หลักการ : การจัดทำข้อเสนอฯ จำเป็นต้องมีการวิพากษ์วิจารณ์ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ปัญหาและอุปสรรคในการนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมลักษณะปัญหาและแนวทางการแก้ไข เป็นต้น เนื่องจากประสบการณ์ในเรื่องต่าง ๆ ผู้เข้าร่วมประชุมอาจมีมุมมองที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามภูมิหลังของแต่ละคน ดังนั้น การรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมคณะกรรมการซึ่งเป็นการประชุมเฉพาะกลุ่มของคณะผู้ทำงานซึ่งจัดอยู่ในรูปคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการที่ได้มีการแต่งตั้ง หรือได้รับการมอบหมาย ให้พิจารณาดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะจะช่วยให้เกิดการวิเคราะห์เชิงลึกในประเด็นปัญหาเดียวกันมากยิ่งขึ้น คณะผู้วิจัยมีแนวทางการเก็บข้อมูลโดยการตั้งคำถามเจาะลึกลงรายละเอียดและมอบหมายภารกิจในการค้นคว้าหาคำตอบในประเด็นเชิงลึกแก่คณะทำงาน ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่ลึกซึ้งมาก

คุณลักษณะและขนาดของกลุ่มเป้าหมาย : เพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลเชิงลึกได้อย่างเหมาะสม จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์การจำแนกกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้บริหารของกระทรวง ผู้บริหารของหน่วยวิชาการและหน่วยบริการในเขตสุขภาพ ตัวแทนผู้เกี่ยวข้องกับหน่วยวิชาการและหน่วยบริการในเขตสุขภาพ

- **ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย:** พิจารณาตามประเภทของการปฏิบัติงานในเขตสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ตัวแทนหน่วยงานด้านสาธารณสุขในแต่ละจังหวัดที่มีลักษณะการปฏิบัติงานประเภทเดียวกันในเขตสุขภาพนั้น ๆ จะถือเป็นลักษณะประชากรที่เหมือนกัน คณะผู้วิจัยพิจารณาประเภทของการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่นำมาคัดเลือกเป็นหน่วยงานกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
 - ประธาน ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
 - รองประธาน ได้แก่ สาธารณสุขนิเทศก์
 - อนุกรรมการ ได้แก่ ที่ปรึกษากรมวิชาการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ รองอธิบดีกรมวิชาการ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ ผู้อำนวยการศูนย์วิชาการของกรมวิชาการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในสังกัด สป.
 - เลขานุการ ได้แก่ สำนักตรวจและประเมินผล สป.
- **ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง:** แม้ว่าจะไม่จำเป็นต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ แต่เพื่อให้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานและประชาชนในพื้นที่ทั่วประเทศ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกตัวแทนหน่วยงานที่เป็นตัวแทนของเขตสุขภาพซึ่งสามารถให้ข้อมูลในเชิงลึกและสามารถดำเนินการได้ภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ในแต่ละเขตรวม 4-8 หน่วยงานตามบริบทของการให้บริการด้านสาธารณสุขในแต่ละเขตสุขภาพ

1.3.4.3 การลงภาคสนาม (Filed Survey)

หลักการ : ข้อมูลที่จำเป็นต่อการจัดทำข้อเสนอฯ นั้น ต้องมีความครอบคลุมในหลากหลายมิติ เช่น มิติด้านการกำหนดนโยบาย มิติด้านการนำไปปฏิบัติการ มิติด้านเวลา มิติในเชิงพื้นที่ เป็นต้น ดังนั้น การรวบรวมข้อมูลโดยการลงภาคสนามจะช่วยให้เข้าใจสถานการณ์แวดล้อมอันเป็นจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัดของการจัดทำข้อเสนอได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งการสัมภาษณ์แลกเปลี่ยนข้อมูล ประเด็นปัญหา และข้อเสนอแนะระหว่างคณะผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลยังเป็นการสื่อสารโดยตรง ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมีส่วนร่วมต่อสถานการณ์ได้มากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งยังเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกโดยผู้ให้ข้อมูลสามารถถ่ายทอดได้ด้วยความสมัครใจและความไว้วางใจ

○ เครือข่ายบริการจังหวัดราชบุรี	ตัวแทน	เขตสุขภาพที่ 5
○ เครือข่ายบริการจังหวัดชลบุรี	ตัวแทน	เขตสุขภาพที่ 6
○ เครือข่ายบริการจังหวัดขอนแก่น	ตัวแทน	เขตสุขภาพที่ 7
○ เครือข่ายบริการจังหวัดอุดรธานี	ตัวแทน	เขตสุขภาพที่ 8
○ เครือข่ายบริการจังหวัดนครราชสีมา	ตัวแทน	เขตสุขภาพที่ 9
○ เครือข่ายบริการจังหวัดอุบลราชธานี	ตัวแทน	เขตสุขภาพที่ 10
○ เครือข่ายบริการจังหวัดสุราษฎร์ธานี	ตัวแทน	เขตสุขภาพที่ 11
○ เครือข่ายบริการจังหวัดตรัง	ตัวแทน	เขตสุขภาพที่ 12

- **การใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์:** การใช้แบบสัมภาษณ์มีจุดมุ่งหมายที่จะรับทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดรูปแบบเขตสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน โดยจะมีวิธีการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์เป็นฝ่ายซักถามตามประเด็นคำถามที่ได้กำหนดไว้ โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะตอบโดยการพูดแบบสนทนาโต้ตอบกับผู้สัมภาษณ์ แล้วผู้สัมภาษณ์จะเป็นฝ่ายบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ซึ่งการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์กระทำใน 2 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจสอบความเที่ยงตรง และการตรวจสอบความเชื่อมั่น สำหรับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์นั้น คณะผู้วิจัยได้ประสานกับผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันอุดมศึกษา (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) เพื่อหารือเกี่ยวกับการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเพิ่มมากขึ้น มีความครอบคลุมเนื้อหาอย่างครบถ้วน ข้อคำถามถูกต้องเหมาะสม ตรงตามโครงสร้างและภาษาที่ใช้เหมาะสมกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ โดยให้ปรับแบบสัมภาษณ์เป็น 2 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในส่วนของผู้จัดบริการ (Served Provider) และแบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในส่วนของผู้กำกับ ควบคุม และดูแลระบบนโยบายสาธารณสุข (Regulator) ในส่วนของการทดสอบความเชื่อมั่นในแบบสัมภาษณ์นั้น คณะผู้วิจัยตรวจสอบโดยการใช้ผู้สัมภาษณ์หลายคนสัมภาษณ์ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์คนเดียวในแต่ละชุดแบบสัมภาษณ์ แล้วตรวจสอบความสอดคล้องของคำตอบกับผู้สัมภาษณ์คนอื่น ๆ เมื่อได้ข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลดังกล่าวให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ยืนยันคำตอบของตนเองอีกครั้ง⁷ โดยปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้เป็น 6 ประเด็นที่ครอบคลุมทั้งเนื้อหาในด้านบทบาทและกลไกการทำงานเพื่อให้ประเด็นการสัมภาษณ์เกิดความสอดคล้องกันและไม่ทำให้ใช้เวลาในการสัมภาษณ์นานเกินไปจนทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่สนใจและสับสนจนอาจทำให้ข้อมูลที่ได้รับมีความคลาดเคลื่อน⁸

⁷ สมคิด พรหมจ้อย (2538)

⁸ แบบสัมภาษณ์ควรมีความยาวในการสัมภาษณ์ไม่เกินกว่า 30 นาที (เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์, ศ.ดร.สิน พันธุ์พินิจ, 2553). อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบแบบสัมภาษณ์พบว่าค่าเฉลี่ยโดยประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 2 ชั่วโมง

1.3.4.4 การดำเนินโครงการนำร่องโดยนำข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่านไปดำเนินการในเขตสุขภาพ (Pilot Area Health Implementation)

หลักการ : ข้อเสนอฯ ที่สมบูรณ์และสอดคล้องกับบริบทของเขตสุขภาพหรือไม่นั้น จำเป็นต้องได้รับการทดสอบจากข้อเท็จจริง เครื่องมือซึ่งเป็นที่ยอมรับในการทดสอบสมมติฐานในงานการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การกำหนดพื้นที่นำร่อง (pilot study) เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค และประสิทธิผลของข้อเสนอฯ ดังกล่าว และนำมาพัฒนาปรับปรุงข้อเสนอฯ โดยการจัดสัมมนาระดมความคิดเห็นเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาคือ อุปสรรค และเพิ่มประสิทธิผลของข้อเสนอฯ ให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาเขตสุขภาพได้ก่อนที่จะมีการนำไปปฏิบัติในทุกเขตสุขภาพ

คุณลักษณะและขนาดของกลุ่มเป้าหมาย : คณะผู้วิจัยจะจัดให้มีการประชุมเพื่อคัดเลือกเขตสุขภาพที่มีความเหมาะสมและมีความพร้อมในการนำข้อเสนอฯ ไปดำเนินการนำร่อง โดยหลักเกณฑ์การจำแนกกลุ่มเป้าหมายพิจารณาจากความเป็นตัวแทนของการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพมีรายละเอียดดังนี้

- **ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย:** มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับการคัดเลือกหน่วยงานในการสำรวจภาคสนามโดยพิจารณาตามประเภทของการปฏิบัติงานในเขตสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ตัวแทนหน่วยงานด้านสาธารณสุขในแต่ละเขตสุขภาพที่คณะผู้วิจัยจะคัดเลือกเพื่อดำเนินโครงการศึกษานำร่องเป็นหน่วยงานกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
 - ศูนย์วิชาการของกรมวิชาการ เช่น ศูนย์สุขภาพจิต ศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์อนามัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
 - ศูนย์บริการทางการแพทย์เฉพาะทางของกรมวิชาการ เช่น โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลประสาท โรงพยาบาลโรคผิวหนัง
 - สถานพยาบาลในสังกัด สป. ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์
 - หน่วยงานประสานนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - หน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

นอกจากนี้ ยังคำนึงถึงความพร้อมของเขตสุขภาพทั้งในด้านของผู้นำในการเปลี่ยนแปลง ความมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานนอกสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

- **ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง:** สำหรับการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างนำร่องในครั้งนี้จะคัดเลือกตัวอย่าง 1 เขตสุขภาพ จาก เขตสุขภาพทั้งหมด ซึ่งมีหน่วยงานที่ประกอบด้วย ศูนย์วิชาการของกรมวิชาการ ศูนย์บริการทางการแพทย์เฉพาะทางของกรมวิชาการ สถานพยาบาลในสังกัด สป. หน่วยงานประสานนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงาน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย โดยมีตัวแทนหน่วยงานดังกล่าวอย่างละ 1 แห่ง ในการนำข้อเสนอฯ ไปดำเนินการภายในองค์กร

1.3.4.5 การสัมมนาระดมความคิดเห็น (Seminar)

หลักการ : การสัมมนาในครั้งนี้จัดให้มีหลังจากมีการดำเนินโครงการศึกษานำร่องในเขตสุขภาพเรียบร้อยแล้ว โดยประมวลผล สำรวจปัญหาและอุปสรรค แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ ใน

การนำข้อเสนอฯ ไปดำเนินการเพื่อร่วมกันคิดหาทางแก้ปัญหาที่สำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้นกับแต่ละหน่วยงาน ตลอดจนแสวงหาข้อตกลงร่วมหรือหาแนวปฏิบัติด้วยการเสนอความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีส่วนช่วยพัฒนาข้อเสนอฯ ให้สามารถนำไปปรับใช้ได้กับทุกเขตสุขภาพในลำดับต่อไป

คุณลักษณะและขนาดของกลุ่มเป้าหมาย : คณะผู้วิจัยจะจัดให้มีการสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นในการพัฒนาข้อเสนอฯ โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมการสัมมนา ดังนี้

- **ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย:** เนื่องจากการเป็นการสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นกับผู้เกี่ยวข้องในการปฏิรูปบทบาทของเขตสุขภาพ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายโดยพิจารณาจากบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเขตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย
 - ผู้บริหารของกระทรวง ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูง ผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์ ผู้บริหารของหน่วยวิชาการและหน่วยบริการในเขตสุขภาพ และผู้บริหารของหน่วยวิชาการและหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่มีการนำร่อง
 - หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งในเขตสุขภาพอื่น ๆ และเขตสุขภาพที่มีการนำร่อง ได้แก่ ศูนย์วิชาการของกรมวิชาการ ศูนย์บริการทางการแพทย์เฉพาะทางของกรมวิชาการ สถานพยาบาลในสังกัด สป. และหน่วยงานประสานนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงาน
 - หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งในเขตสุขภาพอื่น ๆ และเขตสุขภาพที่มีการนำร่อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น
- **ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง:** สำหรับการกำหนดขนาดผู้เข้าร่วมสัมมนา จำนวนประมาณ 100 ราย ประกอบด้วย
 - ผู้บริหารของกระทรวง จำนวนไม่เกิน 30 ราย
 - หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพอื่น ๆ ที่มีได้เข้าโครงการศึกษานำร่อง จำนวนไม่เกิน 55 ราย
 - หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่มีการนำร่อง จำนวนไม่เกิน 15 ราย
 - หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพอื่น ๆ ที่มีได้เข้าโครงการศึกษานำร่อง จำนวนไม่เกิน 5 ราย
 - หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่มีการนำร่อง จำนวนไม่เกิน 5 ราย

1.3.5 แผนการดำเนินงาน

โครงการนี้มีระยะเวลาในการดำเนินการ 7 เดือนนับจากวันลงนามในสัญญา คณะผู้วิจัยมีแผนการดำเนินงานตามวิธีการศึกษาและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ ดังรายละเอียดตารางคุมกำหนดการทำงาน (Gantt chart) ดังต่อไปนี้

กิจกรรม	แผนการดำเนินงาน	เดือน																											
	รายละเอียด	1				2				3				4				5				6				7			
1	รวบรวมข้อมูล และศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับขอบเขตหน้าที่ ความสัมพันธ์ และการเชื่อมโยงการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน																												
2	การลงภาคสนาม (field survey) ในเขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดราชบุรี เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกกับหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ																												
3	การลงภาคสนาม (field survey) ในเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น และเขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี																												
4	การประชุมระดมสมอง (Brain Storming) กับผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปบทบาทของเขตสุขภาพ ครั้งที่ 1																												
5	การประชุมระดมสมอง (Brain Storming) กับผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปบทบาทของเขตสุขภาพ ครั้งที่ 2																												
6	ศึกษาข้อมูลของหน่วยงานต่าง ๆ ของเขตสุขภาพ และหน่วยงานที่มีลักษณะการดำเนินงานใกล้เคียงกันในต่างประเทศ																												
7	การประชุมคณะกรรมการ (Committee Meeting) ซึ่งได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานเขตสุขภาพ ครั้งที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจขอบเขต บทบาทหน้าที่ ความสัมพันธ์ และการเชื่อมโยงการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน																												
8	การประชุมคณะกรรมการ (Committee Meeting) ซึ่งได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานเขตสุขภาพ ครั้งที่ 2 เพื่อออกแบบบทบาทหน้าที่ ความสัมพันธ์ และการเชื่อมโยงการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่พึงประสงค์สำหรับการพัฒนามาตรฐานเขตสุขภาพ																												

กิจกรรม	แผนการดำเนินงาน	เดือน																											
	รายละเอียด	1				2				3				4				5				6				7			
9	วิเคราะห์ภาพรวม ปัญหา ข้อจำกัด ตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์และทิศทางของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย																												
10	การลงภาคสนาม (field survey) ในเขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดชลบุรี																												
11	การลงภาคสนาม (field survey) ในเขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดตรัง																												
12	การประชุมคณะกรรมการ (Committee Meeting) ซึ่งได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพเขตสุขภาพ ครั้งที่ 3 เพื่อวิเคราะห์หาส่วนขาด (Gap Analysis) สำหรับประเด็นขอบเขต บทบาทหน้าที่ ความสัมพันธ์ และการเชื่อมโยงการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง																												
13	วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการบริหารจัดการในเขตสุขภาพของประเทศในรูปแบบต่าง ๆ และเปรียบเทียบกับองค์กรในต่างประเทศที่มีหน้าที่และภารกิจคล้ายคลึงกัน																												
ส่งมอบ (ร่าง) เนื้อหา นโยบายเบื้องต้นในการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและเขตสุขภาพสำหรับการแถลงนโยบายของ รมว.สาธารณสุข																													
14	การลงภาคสนาม (field survey) ในเขตสุขภาพที่ 11 จังหวัดสุราษฎร์ธานี																												
15	การลงภาคสนาม (field survey) ในเขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดสระบุรี																												
16	การประชุมคณะกรรมการ (Committee Meeting) ซึ่งได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพเขตสุขภาพ ครั้งที่ 4 เพื่อจัดทำข้อเสนอการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Blue Print for Change)																												
17	การลงภาคสนาม (field survey) ในเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดเชียงใหม่																												

กิจกรรม	แผนการดำเนินงาน	เดือน																											
	รายละเอียด	1				2				3				4				5				6				7			
18	การลงภาคสนาม (field survey) ในเขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา																												
19	การลงภาคสนาม (field survey) ในเขตสุขภาพที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกและเขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์																												
20	การลงภาคสนาม (field survey) ในเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี																												
21	ประมวลผลและสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (Blue Print for Change) การบริหารจัดการในเขตสุขภาพ																												
ส่งมอบรายงานข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (Blue Print for Change) การบริหารจัดการในเขตสุขภาพ																													
22	การประชุมระดมสมอง (Brain Storming) กับผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปบทบาทของเขตสุขภาพ ครั้งที่ 3 เพื่อคัดเลือกเขตสุขภาพในการศึกษานำร่อง																												
23	การดำเนินโครงการนำร่องโดยนำข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่านไปดำเนินการในเขตสุขภาพ (Pilot Area Health Implementation)																												
24	การประชุมระดมสมอง (Brain Storming) กับผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปบทบาทของเขตสุขภาพ ครั้งที่ 4 เพื่อประเมินผลและรับฟังข้อคิดเห็นในการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านนโยบาย																												
25	การสัมมนาระดมความคิดเห็น (seminar) เพื่อประมวลผล สรุปรวปัญหาและอุปสรรค แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ ในการนำข้อเสนอฯ ไปดำเนินการ																												
26	สรุปผลการดำเนินงานและประมวลปัญหาอุปสรรคในการทำงานเพื่อปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานในการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการในเขตสุขภาพ																												

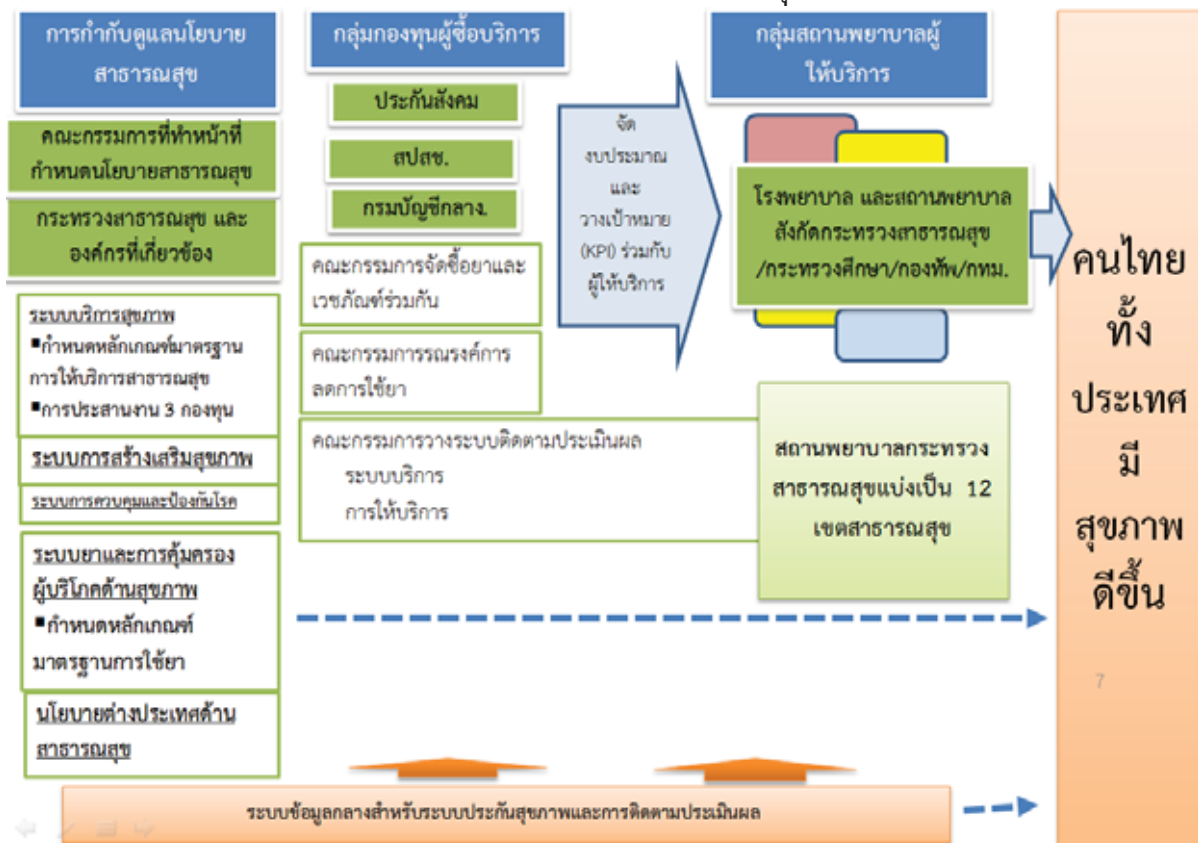
กิจกรรม	แผนการดำเนินงาน	เดือน																											
	รายละเอียด	1				2				3				4				5				6				7			
27	จัดทำข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้เป็นไปตามข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการในเขตสุขภาพ																												
ส่งมอบรายงานฉบับสมบูรณ์เรื่อง ข้อเสนอเพื่อสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 1 เขตสุขภาพ																													

1.4 กรอบแนวความคิดในการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข

1.4.1 ข้อเสนอภาพรวมโครงสร้างของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

จากบริบทการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขของประเทศไทยทั้งทางตรง และทางอ้อมดังกล่าวในหัวข้อที่ 1.1 คณะผู้วิจัยเห็นว่า โครงสร้างของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีลักษณะดังต่อไปนี้

แผนภาพที่ 1.2: แนวคิดโครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศไทย



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

1. การกำหนดบทบาทของผู้ดำเนินการ (Player) ภายในระบบสาธารณสุข: การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานอ้างอิงหลักการการแยกบทบาทระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ (Purchaser-Provider Split) รวมทั้งการจัดบทบาทในการเป็นผู้กำหนดนโยบาย (Policy Authority) กับการเป็นผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Undertaker) หรือการแยกบทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบาย และการเป็นผู้ให้บริการออกจากกัน (Regulator-Provider Split) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ความสัมพันธ์องค์กร (Institutional Economics or Economics of Organization) เกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวการ/ตัวแทนสามฝ่าย (Triple Principal-Agent Relationship) และเป็นแนวโน้มเดียวกับการปรับโครงสร้างการจัดระบบสาธารณสุขในหลายประเทศที่มีการพัฒนาทางด้านระบบสาธารณสุขในระดับสูง (เช่น ประเทศต่าง ๆ ในสหภาพยุโรป เป็นต้น) ดังนั้น โครงสร้างการทำงานที่ควรจะเป็นของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จึงควรประกอบด้วยหน่วยงานผู้ดำเนินการที่ทำหน้าที่ 3 บทบาทดังต่อไปนี้

- 1) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการกำกับ ควบคุม และดูแลระบบและนโยบายสาธารณสุข (Regulatory Body หรือ National Health Authority) ได้แก่ กลไกซึ่งทำหน้าที่ กลั่นกรองและกำหนดนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขตามขอบเขตภาระหน้าที่และความรับผิดชอบขององค์กร รวมทั้งกำหนดกฎระเบียบและมาตรฐานที่ใช้ในการดำเนินการเพื่อการสาธารณสุข และระบบสุขภาพของประเทศ รวมทั้งดำเนินการตามขอบเขตหน้าที่ และควบคุมการดำเนินการของระบบสาธารณสุขให้เป็นไปตามกฎระเบียบและมาตรฐานเหล่านั้น
- 2) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย (System Manager หรือ Purchaser) หมายถึง หน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้บริโภค (ประชาชน) ในการทำให้เกิดบริการสุขภาพที่เป็นที่ปรารถนา ปัจจุบันประกอบด้วย 3 หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการบริหารระบบประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 ระบบของประเทศไทย ได้แก่ สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารและดำเนินการกองทุนประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้บริหารและดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลางที่เป็นผู้บริหารและดำเนินการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- 3) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการให้บริการรักษายาบาล (Service Providers หรือ National Hospital System Authority) ได้แก่ โรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ ที่จะมีการแข่งขันในการให้บริการ และกำกับดูแลคุณภาพการให้บริการโดยตัวชี้วัดต่างๆ (KPI) เพื่อชักจูงให้มีการพัฒนาการให้บริการให้ดีขึ้น

2. การกำหนดบทบาทที่ควรจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุข: กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการปรับบทบาทขององค์กรเพื่อให้สามารถสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป อ้างอิงจากบทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21⁹ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ก้นยายน 2554) ซึ่งเป็นการระดมความเห็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้ข้อสรุปว่า บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มีการพิจารณาโดยใช้ระบบเป็นตัวตั้ง (System Approach)¹⁰ โดยครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545¹¹ นั้น ประกอบด้วย การดำเนินบทบาทใน 4 ระบบย่อย (Subsystem) ควบคู่กัน อันได้แก่

- 1) บทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- 2) บทบาทในการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพ

⁹ การสังเคราะห์และสรุปจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21” วันที่ 25-26 มิถุนายน 2556 ณ โรงแรมเดอะรอยัลเจมส์ กอล์ฟ รีสอร์ท อำเภอยะรัง จ.ปัตตานี จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุข

¹⁰ หากพิจารณาโดยใช้บทบาทเป็นตัวตั้ง (Function Approach) บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ 2) การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ 3) การกำหนดและกำกับดูแลมาตรฐานสุขภาพ 4) สร้างเสริมศักยภาพด้านสุขภาพแก่องค์กร ภาคส่วนต่าง ๆ และประชาชน 5) ดูแลการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ 6) ดูแลการควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ 7) ดูแลการเงินการคลังเพื่อให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ 8) สร้างเสริมความมั่นคงและเสถียรภาพของทรัพยากรด้านสุขภาพ 9) ดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ และ 10) สนองงานตามโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

¹¹ ครอบคลุมเกี่ยวกับ การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบสุขภาพที่ครอบคลุมระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยทางสุขภาพ พัฒนาระบบกลไกการบริหารจัดการให้มีคุณภาพมาตรฐาน กำหนดนโยบายวิจัยและบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคม ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ

- 3) บทบาทในการพัฒนาระบบควบคุมและป้องกันโรค
- 4) บทบาทในการพัฒนาระบบยาและการคุ้มครองผู้บริโภค

โดยมีประเด็นของบทบาทในระบบย่อยเหล่านี้ที่ประกอบด้วย

	บทบาทในการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ	บทบาทในการพัฒนาระบบ สร้างเสริมสุขภาพ	บทบาทในการพัฒนาระบบ ควบคุมและป้องกันโรค	บทบาทในการพัฒนาระบบ ยาและการคุ้มครองผู้บริโภค
1	กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์บนฐานของข้อมูลและความรู้	กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์บนฐานของข้อมูลและความรู้	กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์บนฐานของข้อมูลและความรู้	กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์บนฐานของข้อมูลและความรู้
2	กำกับ ดูแล ติดตามและประเมินผล	กำกับ ดูแล ติดตามและประเมินผล	กำกับ ดูแล ติดตามและประเมินผล	
3	กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ และมาตรการจูงจูงรักษากำลังคน	-	-	-
4	ลดบทบาทการเป็นผู้จัดบริการเป็นการอภิบาลระบบ	-	-	-
5	พัฒนายุทธศาสตร์การบริหารงานที่สนับสนุนการบูรณาการ และการมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ	พัฒนายุทธศาสตร์การบริหารงานที่สนับสนุนการบูรณาการ และการมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ	-	-
6	จัดสรรและพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรของกระทรวง	-	-	-
7	พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลและสนับสนุนการพัฒนา ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลและสนับสนุนการพัฒนา ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลและสนับสนุนการพัฒนา ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลและสนับสนุนการพัฒนา ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
8	ส่งเสริมสนับสนุนและประสานการพัฒนาในระดับทุกระดับ	-	-	-
9	สร้างและจัดการความรู้	สร้างและจัดการความรู้	สร้างและจัดการความรู้	สร้างและจัดการความรู้
10	กำหนดและพัฒนามาตรฐาน	กำหนดและพัฒนามาตรฐาน	กำหนดและพัฒนามาตรฐาน	กำหนดและพัฒนามาตรฐาน
11	-	พัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง	พัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง	พัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง
12	-	พัฒนาระบบ กลไก และการดำเนินการตามกฎหมาย	พัฒนาระบบ กลไก และการดำเนินการตามกฎหมาย	พัฒนาระบบ กลไก และการดำเนินการตามกฎหมาย
13	-	ถ่ายทอด และพัฒนาศักยภาพขีดความสามารถ และการมีส่วนร่วม		พัฒนาและส่งเสริมการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
14	-	ประสานงาน ร่วมมือ	ประสานงาน ร่วมมือ	พัฒนาความร่วมมือทั้งใน

บทบาทในการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ	บทบาทในการพัฒนาระบบ สร้างเสริมสุขภาพ	บทบาทในการพัฒนาระบบ ควบคุมและป้องกันโรค	บทบาทในการพัฒนาระบบ ยาและการคุ้มครองผู้บริโภค
	สนับสนุน และติดตามนิเทศ รวมทั้งการประสานงาน ระหว่างประเทศ	สนับสนุน และติดตามนิเทศ รวมทั้งการประสานงาน ระหว่างประเทศ	ประเทศและระหว่างประเทศ
15	-	สร้างกระแสสังคม และ รณรงค์เผยแพร่องค์ความรู้ และเทคโนโลยี	ส่งเสริม และพัฒนาผู้บริโภค ให้มีศักยภาพ
16	-	ศูนย์กลางในการสนับสนุน งานด้านวิชาการ เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์	-
17	-	จัดบริการเพื่อให้ได้องค์ ความรู้ในการพัฒนาวิชาการ	-

หมายเหตุ: บทบาทที่ระบุในตารางข้างต้นเป็นการปรับปรุงมาจากข้อเสนอบทบาทใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่ควรเป็นตามระบบย่อยต่าง ๆ ที่ได้มีการเปรียบเทียบกับที่ได้มีการกำหนดไว้เดิมในกฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในบทบาทดังกล่าวภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ที่เสนอในเอกสารบทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (กันยายน 2554) โดยมูลนิธิ สวค. ได้สังเคราะห์เพิ่มเติมจากเอกสารที่กระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เดือนมีนาคม 2556 ที่ผ่านมา (บทบาทที่เพิ่มเติมจากข้อเสนอเมื่อกันยายน 2554 แสดงในรูปตัวเอน)

อาจกล่าวได้ว่า บทบาทที่ควรจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุข คือ การเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลงานด้านสุขภาพของประเทศ (National Health Authority: NHA) ที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ บนฐานของความรู้ กำกับดูแลการดำเนินงานตามนโยบาย (Regulator) สร้างและจัดการความรู้ พัฒนาระบบข้อมูล บังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ รวมทั้งการออกแบบระบบ กลไก โดยการประสานและร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ มีการดำเนินการร่วมกันที่เหมาะสมในระบบสุขภาพ

จากข้อสรุปดังกล่าวมาข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการปรับเปลี่ยนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขโดยคำนึงถึงประเด็นในการปรับบทบาทที่ครอบคลุมบทบาทย่อยทั้ง 4 ซึ่งประกอบด้วย¹²

- 1) การกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์กลางของประเทศบนข้อมูลและฐานความรู้
- 2) การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ
- 3) การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
- 4) การกำหนดและรับรองมาตรฐานบริการต่าง ๆ
- 5) การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
- 6) การพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพประชาชน
- 7) การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ
- 8) การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน
- 9) การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ

¹² นพ. ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, การพัฒนากระทรวงสาธารณสุข, เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข วันอาทิตย์ที่ 10 มีนาคม 2556 ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี

- 10) การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพ ใช้งานได้
- 11) การกำหนดนโยบาย และจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1.4.2 แนวคิดในการดำเนินการปรับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการปรับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้สามารถดำเนินการตามบทบาทที่ควรจะเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น มีปัจจัยที่นำมาสู่การพิจารณาประกอบด้วย

(1) ปัจจัยสนับสนุนในเชิงนโยบาย: ปกติกระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภาครัฐที่มีความครอบคลุมทั้งแผนการทำงาน แผนการบริหารงบประมาณและเงินทุนอื่น ๆ (ถ้ามี) แผนการบริหารบุคลากร และแผนการกระจายทรัพยากรนั้น จะถูกกำหนดจากการพิจารณาโครงสร้างประเทศ นโยบายประเทศ (กรอบแนวทางในการพัฒนาประเทศในภาพรวม) และนโยบายของรัฐบาล ร่วมกับปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายการเมือง ฝ่ายบริหาร และฝ่ายปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ยุทธศาสตร์ที่เกิดขึ้นนั้นได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หากได้รับการสนับสนุนจากทางด้านการกำหนดนโยบายแล้ว การกำหนดยุทธศาสตร์ (Strategic Plan) และแผนการดำเนินการ (Action Plan) จะสามารถเป็นไปได้อย่างราบรื่น และสามารถบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หากพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวสำหรับการพัฒนายุทธศาสตร์ และการกำหนดแผนการในการพัฒนาสำหรับด้านสาธารณสุขนั้น จะเห็นได้ว่า ในช่วงที่ผ่านมา ประเด็นนโยบายสาธารณสุขได้รับความสำคัญอย่างต่อเนื่อง โดยในรัฐบาลปัจจุบันได้ระบุนโยบายในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพไว้ในนโยบายเร่งด่วนที่ดำเนินการในปีแรก¹³ และอยู่ในประเด็นนโยบายในการดำเนินการต่อเนื่องในปีที่สองของรัฐบาล นอกจากนี้ การดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพตามนโยบายดังกล่าวนี้ ได้รับการให้ความสำคัญจากนายกรัฐมนตรีในการติดตามความคืบหน้าในการดำเนินการด้วยตนเอง ดังนั้น การดำเนินการปรับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพทั้งบทบาทในการให้บริการ และบทบาทอื่น ๆ ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการดูแลประชาชนด้านสุขภาพนั้น จึงคาดว่าจะได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้องในเชิงนโยบายเป็นอย่างดี

(2) ปัจจัยผลักดันในเชิงบริบทการพัฒนา: ดังที่ได้กล่าวไว้ในส่วนที่เกี่ยวกับบริบทการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความจำเป็นในการต้องปรับเปลี่ยนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขข้างต้น บริบทการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมากประการหนึ่ง คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งนอกเหนือจากความจำเป็นในการปรับปรุงบริบทการดูแลประชาชนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างอายุของประชากรแล้ว ผลกระทบที่ตามมาคือ แรงกดดันด้านงบประมาณจากการที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะมาจากความน่าจะเป็นในการเจ็บป่วยที่สูงขึ้น ต้นทุนในการจัดบริการ การดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเพื่อผู้สูงอายุที่สูงขึ้น

แม้ว่าประเด็นเรื่องการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยจะถูกระบุในการพิจารณากำหนดกรอบยุทธศาสตร์และนโยบายในการพัฒนาประเทศมาหลายครั้ง เช่น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และการพัฒนายุทธศาสตร์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2

¹³ คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันอังคารที่ 23 สิงหาคม 2554 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 ตอนพิเศษ 94 ง 23 สิงหาคม 2554

(พ.ศ. 2545-2564) ก็ตาม การดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวยังคงเป็นสิ่งที่สำคัญและเงื่อนไขในการดำเนินการในอนาคตของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(3) ปัจจัยกดดันที่มาจากข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ และกำลังคน: ดังที่กล่าวไว้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่กระทรวงสาธารณสุขเผชิญและนำไปสู่ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงการทำงานนั้น การเปลี่ยนแปลงแนวทางการจัดสรรงบประมาณจากเดิมมาเป็นการจัดสรรงบประมาณโดยคำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก (Demand-side based) นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการปรับการกระจายตัวของทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการ อย่างไรก็ตาม ผลที่เกิดขึ้น คือเกิดความจำกัดในด้านงบประมาณหลายประการ เช่น การถูกจำกัดในด้านงบประมาณเพื่อการลงทุนของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากงบประมาณเพื่อจัดระบบหลักประกันสุขภาพได้มีการกำหนดให้ครอบคลุมงบประมาณบางส่วนที่เกี่ยวกับการลงทุนเพื่อทดแทน ทำให้เกิดความจำกัดในการลงทุนใหม่เพื่อการพัฒนาและไม่เกิดการกระจายของทรัพยากรที่สอดคล้องกับเป้าหมายมากนัก นอกจากนี้ ความสามารถในการปรับตัวในด้านการบริหารการเงินการคลังภายใต้งบประมาณที่จำกัดทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งประสบปัญหาทางการเงินการคลัง

นอกจากนี้ หากความพยายามรักษาและกระจายบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในช่วงที่ผ่านมา ทั้งในรูปของการให้เงินเพิ่มเพื่อจูงใจให้บุคลากรอยู่ในระบบต่อไปผ่านการออกประกาศฉบับต่าง ๆ ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536 จะเห็นได้ว่าแม้จะมีการกำหนดมาตรการการจูงใจให้เกิดการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ที่หลากหลาย¹⁴ ซึ่งส่งผลให้มีการกระจายตัวของแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางออกไปในโรงพยาบาลชุมชนได้มากขึ้นก็ตาม ในภาพรวม สถานการณ์การลาออกของบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่ลดลงอย่างชัดเจน ขณะที่ภาพรวมของความไม่พอเพียงของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งระบบยังคงเป็นเช่นเดิม และรุนแรงมากขึ้น¹⁵ ยิ่งไปกว่านั้น สถานพยาบาลในสังกัดหลายแห่งประสบกับปัญหาทางการเงินที่มาจากความพยายามในการรักษาบุคลากรเหล่านั้น ข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ และบุคลากรเหล่านี้ เป็นปัจจัยกดดันให้กระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการหาแนวทางเปลี่ยนแปลงการทำงานเพื่อแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้

ดังนั้น เมื่อพิจารณาทั้งปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยผลักดัน และปัจจัยกดดันดังกล่าวมาข้างต้นร่วมกัน จะเห็นได้ว่าขอบเขตในการปรับเปลี่ยนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขนั้นจะครอบคลุมการดำเนินการในรูปของการจัดระบบงาน และ/หรือกิจกรรม ซึ่งสามารถเป็นไปได้ทั้งการเพิ่ม และลดระบบงานและกิจกรรมเพื่อให้การทำงานสามารถตอบสนองตามโจทย์ความจำเป็น และทิศทางการเปลี่ยนแปลงบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขได้ โดยการพิจารณาจัดระบบงาน และ/หรือกิจกรรมนั้นจะได้คำนึงถึงวิธีการทำงานร่วมกันแบบตามหน้าที่ (Functional Structure) หรือการจัดองค์กรโดยการนำเอาการทำงานที่เป็นประเภทเดียวกันไปไว้ด้วยกัน โดยพิจารณาตามบทบาทหน้าที่ขององค์กรเป็นสำคัญเพื่อให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ตั้งเอาไว้ ภายใต้ต้นนโยบาย และยุทธศาสตร์การทำงานอย่างเดียวกัน โดยในการพิจารณาจัดทำข้อเสนอวิธีการทำงานนี้จะครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับ

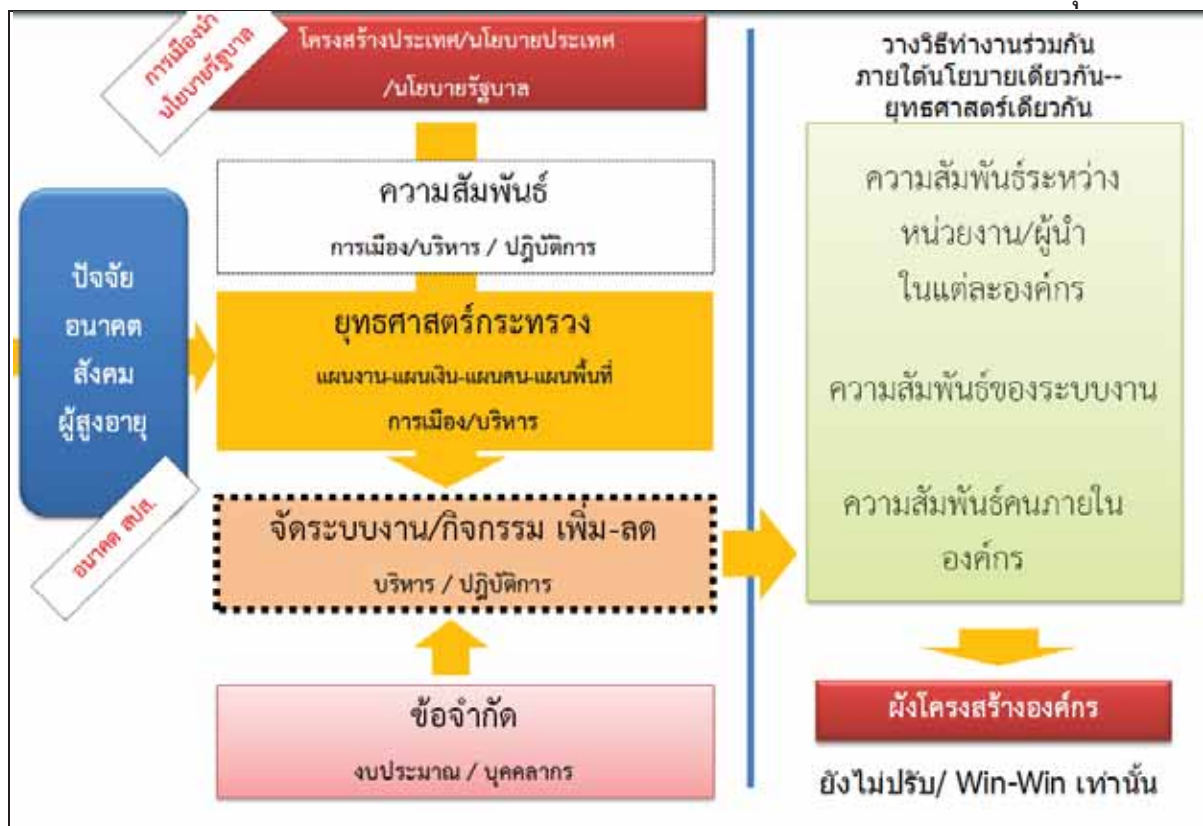
¹⁴ ประกาศฉบับที่ 2 การให้ค่าตอบแทนกรณีที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว ประกาศฉบับที่ 4 การให้เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ประกาศฉบับที่ 6 การให้เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่สหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ประกาศฉบับที่ 7 การให้เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป และประกาศฉบับที่ 9 กำหนดเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (P4P)

¹⁵ สัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรในปี พ.ศ. 2550 เท่ากับ 1:2,778 ในขณะที่สัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 1:2,893 ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

- ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน และ/หรือผู้นำในแต่ละองค์กร
- ความสัมพันธ์ของระบบงาน
- ความสัมพันธ์ระหว่างคนภายในองค์กร

กระบวนการจัดทำข้อเสนอในการเปลี่ยนแปลงนี้จะเริ่มจากการดำเนินการแยกประเภทงานและจัดกลุ่มงานที่เหมาะสม ระบุขอบเขตของงานและมอบหมายงาน กำหนดความรับผิดชอบและให้อำนาจหน้าที่ และจัดวางความสัมพันธ์ที่เหมาะสม โดยในช่วงเริ่มแรกของการดำเนินการ ข้อเสนอที่ได้เสนอจะเป็นข้อเสนอการจัดองค์กรในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ (Informal Structure) เพื่อทำให้เกิดความคล่องตัวในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน และมีการดำเนินการทดลองดำเนินการตามรูปแบบข้อเสนอที่ไม่เป็นทางการนั้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการทำงานที่สามารถตอบโจทย์บทบาทที่พึงประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขได้ตามความเหมาะสม และเมื่อมีการพิจารณาผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินการผ่านตัวชี้วัดต่าง ๆ แล้ว และสามารถสรุปได้ว่าการปรับปรุงรูปแบบการทำงานในลักษณะดังกล่าวจะสามารถนำไปสู่ความสำเร็จและประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (Win-Win) ในการดำเนินการได้ คณะผู้วิจัยจึงจะสรุปข้อเสนอในการปรับโครงสร้างการทำงานอย่างเป็นทางการอีกครั้ง (Formal Structure) ซึ่งคาดว่าจะการดำเนินการตามกระบวนการเหล่านี้จะช่วยป้องกันการเกิดรูปแบบ และโครงสร้างการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ได้

แผนภาพที่ 1.3: กรอบแนวคิดการดำเนินการปรับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

บทที่ 2

การวิเคราะห์และสังเคราะห์การปฏิบัติงาน
ของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข
ในส่วนภูมิภาค

บทที่ 2

การวิเคราะห์และสังเคราะห์การปฏิบัติงานของ หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

สำหรับการจัดทำข้อเสนอการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for Change) ของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคโดยการจัดเขตสุขภาพนั้น คณะผู้วิจัยได้มีการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ (1) สถานการณ์และทิศทางระบบสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (2) โครงสร้าง บทบาท และกลไกการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาค และ (3) งานการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพ สำหรับใช้ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ใน 3 ประเด็น ได้แก่

- 1) ตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาค
- 2) รูปแบบของเขตสุขภาพที่คาดหวังและส่วนขาดในปัจจุบัน ซึ่งประกอบไปด้วย โครงสร้างเขตสุขภาพ
- 3) จุดเด่น จุดด้อย โอกาส และอุปสรรคของการบริหารจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพตามข้อเสนอ

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ในประเด็นดังกล่าวเป็นไปตามกรอบแนวคิดการปรับบทบาทหน้าที่ และโครงสร้างองค์กรภายในหน่วยงาน และการจัดกลุ่มทำงานร่วมกันตามภารกิจเพื่อนำไปจัดทำข้อเสนอการบริหารการเปลี่ยนแปลงในแผนงานต่าง ๆ ต่อไป

2.1 สถานการณ์และทิศทางระบบสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

ในการพิจารณาภาวะสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไปนั้นมีความเชื่อมโยงกันอย่างน้อย 3 มิติ ได้แก่

- 1) ปัจจัยบุคคล (เช่น ลักษณะทางพันธุกรรม อายุ พฤติกรรมสุขภาพ สภาวะการเจ็บป่วย เป็นต้น)
- 2) สภาพแวดล้อม (เช่น โครงสร้างพื้นฐาน สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี แรงงานต่างด้าวและประชากรแฝง เป็นต้น)
- และ 3) ระบบสาธารณสุข (เช่น การบริการสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค เป็นต้น)

โดยแต่ละมิติมีปัจจัยที่แตกต่างและเชื่อมโยงส่งผลซึ่งกันและกัน กล่าวคือ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงกับปัจจัยบุคคลในทางใดทางหนึ่ง อาทิ การเข้าสู่วัยชราประกอบกับสภาพแวดล้อมในพื้นที่ซึ่งมีมลภาวะในด้านต่าง ๆ คุณภาพสุขภาพร่างกายมากขึ้น หากระบบสาธารณสุขในพื้นที่มีการจัดบริการสุขภาพที่ยังไม่เพียงพอ และการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ยังไม่ประสบผลสัมฤทธิ์มากนัก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ ดังนั้น การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มระบบสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคจึงต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่าง ๆ ทั้ง 3 มิติดังกล่าว โดยในส่วนนี้คณะผู้วิจัยจะพิจารณาประเด็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้ความสำคัญ เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถบูรณาการนโยบายและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแต่ละหน่วยงานเข้าด้วยกัน โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ในประเด็นดังกล่าวเพื่อแสดงให้เห็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคให้

สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและขยายศักยภาพในระบบสาธารณสุข พลวัตของภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่แสดงในแผนภาพที่ 2.1



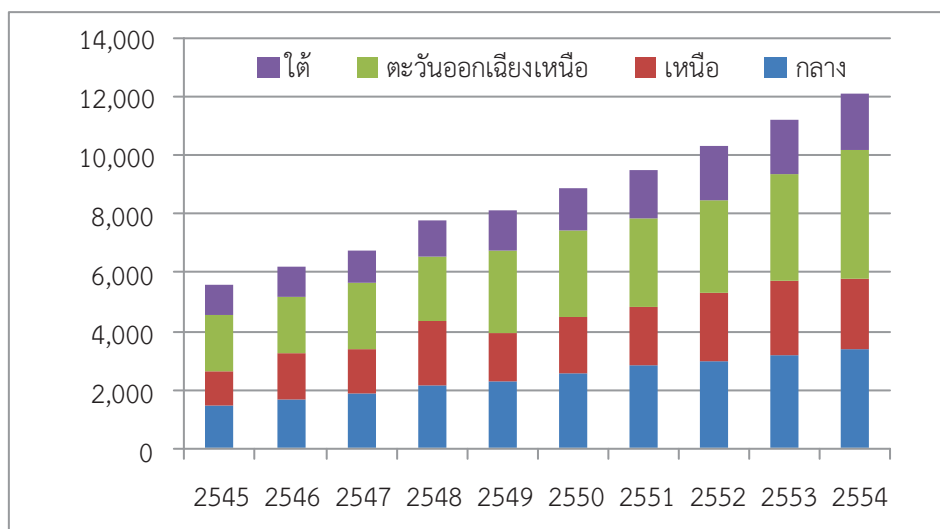
ที่มา: ดัดแปลงจากรายงานสถานการณ์สุขภาพไทย “ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ สืบค้นจาก <http://www.moph.go.th/ops/thp/thp/index.php> เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2556

2.1.1 มิติด้านปัจเจกบุคคล

องค์ประกอบที่หล่อหลอมความเป็นปัจเจกบุคคลนั้นมีมากมายหลากหลาย เช่น พันธุกรรม พฤติกรรม ความคิด ความเชื่อ สติปัญญา การศึกษา การประกอบอาชีพ ฯลฯ องค์ประกอบเหล่านี้เมื่อผสมรวมกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลส่งผลให้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน โดยผลลัพธ์ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือสะท้อนความแตกต่างขององค์ประกอบของแต่ละปัจเจกบุคคลที่สำคัญ คือ ภาวะโรคภัย พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 75 โรคและจำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค (แผนภาพที่ 2.2 และ 2.3) สำหรับจำนวนผู้ป่วยในตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 – 2554 มีอัตราเพิ่มขึ้นต่อเนื่องแต่เป็นอัตราการเพิ่มขึ้นที่มีแนวโน้มลดลง จะเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.79 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นลดลงเหลือร้อยละ 7.61 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (เท่ากับร้อยละ 9.03) ในส่วนของจำนวนผู้ป่วยนอกมีความผันผวนตามคุณลักษณะของโรคมามากกว่าจำนวนผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตาม ร้อยละจำนวนผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นลดลง โดยในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 4.64 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (เท่ากับร้อยละ 6.40)

แผนภาพที่ 2.2: จำนวนผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 75 โรค พ.ศ.2545 - 2554

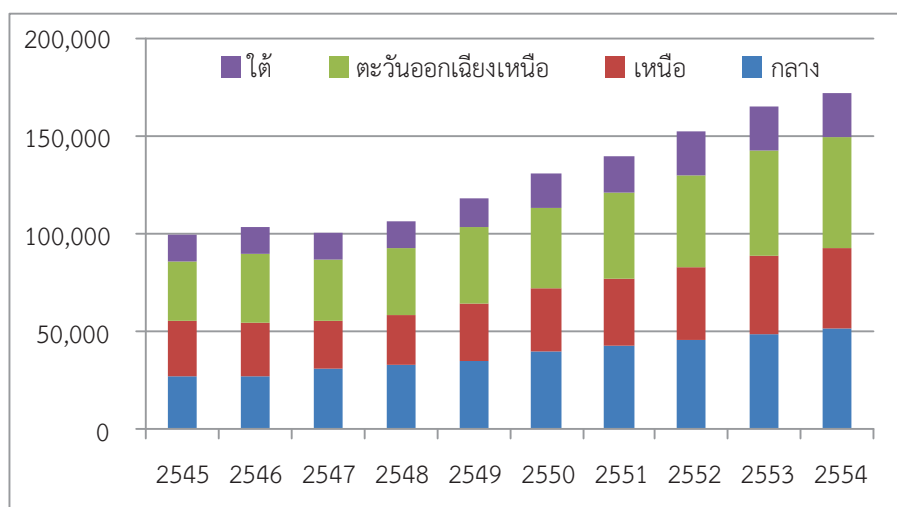
หน่วย: พันราย



ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลโดยคณะผู้วิจัย

แผนภาพที่ 2.3: จำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค พ.ศ. 2545 - 2554

หน่วย: พันราย



ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลโดยคณะผู้วิจัย

หากพิจารณาในเชิงพื้นที่จะพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาเป็น ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ตามลำดับ ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับจำนวนประชากรในพื้นที่ โดยภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาคกลางตลอดทศวรรษที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 9.3 ต่อปี และ 12.7 ต่อปี ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยนอก 26.59 ล้านราย ในปี พ.ศ.2545 เป็น 51.24 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2554 และจากจำนวนผู้ป่วยใน 1.49 ล้านราย ในปี พ.ศ.2545 เป็น 3.38 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2554) ซึ่งสะท้อนภาพระดับความรุนแรงของปัญหาที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ในขณะที่ภาคใต้และภาคเหนืออัตราการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งในมิติด้านปัจเจกบุคคล คือ อายุ ซึ่งจากสำมะโนประชากรและเคหะ ในปี พ.ศ. 2533 พบว่า ประชากรมีอายุมัธยฐาน 24.6 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 29.2 ปี ในปี พ.ศ.2543 ประกอบกับการคาดประมาณอายุมัธยฐาน (Median Age) ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าอีก 20 ปี ข้างหน้า อายุมัธยฐานของประชากรไทยจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 40 ปี ดังนั้น ถ้าประเทศไทยมีจำนวนประมาณ 70 ล้านคน จะมีประชากรครึ่งหนึ่ง หรือ 35 ล้านคนที่มีอายุสูงกว่า 40 ปี นั่นเอง ส่งผลทำให้สังคมไทยก้าวเข้าสู่ สังคมสูงอายุ (Aging Society) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรรวม เท่ากับ ร้อยละ 11.9 แต่จำนวนผู้สูงอายุยังคงมีน้อยกว่าจำนวนเด็ก ในขณะที่อัตราส่วนการเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีอัตราลดลงเหลือ เท่ากับ 5.7 แสดงว่าคนที่อยู่ในวัยแรงงานเพียง 5.7 คนต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุจำนวน 1 คน อัตราการเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ลดลงสะท้อนให้เห็นว่าประชากรวัยแรงงานต้องเผชิญความรับผิดชอบในสัดส่วนที่สูงขึ้น ดังนั้น ถ้าประชากรในวัยแรงงานไม่สามารถสร้างรายได้มากพอ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อการจัดหาสวัสดิการต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุในอนาคตด้วยเช่นกัน

ข้อมูลการคาดการณ์ดังกล่าวของ สศช.เมื่อเทียบกับจากข้อมูลจำนวนประชากรจริงในเวลาต่อมา (พิจารณาตารางที่ 2.1) พบว่า ข้อมูลมีความสอดคล้องกันในส่วนของอัตราส่วนการเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มลดลงเท่ากับ 5.7 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี พ.ศ. 2553 และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 10.15 และเพิ่มเป็นร้อยละ 12.28 ในปี พ.ศ. 2555 อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาอัตราการลดลงของอัตราส่วนเกื้อหนุนคาดการณ์ของ สศช.ลดลงเฉลี่ยปีละ ร้อยละ 1.86 ในขณะที่ข้อมูลจริงลดลงเฉลี่ยปีละ ร้อยละ 2.82 แสดงให้เห็นว่าระดับความรุนแรงของปัญหาสังคมผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น การเตรียมความพร้อมโดยเฉพาะด้านสาธารณสุขกับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่จำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศในอนาคต

ตารางที่ 2.1: สถิติประชากรจากการทะเบียนราษฎรทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2548 - 2555

หน่วย: ล้านคน

	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
จำนวนประชากร	62.42	62.83	63.04	63.39	63.53	63.88	64.08	64.46
จำนวนผู้สูงอายุ	6.34	6.53	6.71	6.90	7.18	7.49	7.81	8.17
จำนวนวัยแรงงาน	41.40	41.76	41.91	42.17	42.44	42.72	42.99	43.21
สัดส่วนประชากรสูงอายุ	10.15%	10.40%	10.64%	10.89%	11.30%	11.73%	12.19%	12.68%
อัตราส่วนการเกื้อหนุน	6.53	6.39	6.25	6.11	5.91	5.70	5.50	5.29

ที่มา: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยคณะผู้วิจัย

เพื่อให้การกำหนดแนวทางการเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาสังคมผู้สูงอายุสอดคล้องกับสภาพปัญหาในมิติของพื้นที่ร่วมด้วย (พิจารณาตารางที่ 2.2) จะเห็นว่าสำหรับจังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ 10 จังหวัดแรกส่วนใหญ่เป็นจังหวัดในภาคกลางและภาคเหนือ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

อย่างน้อย ร้อยละ 2.56 ในขณะที่จังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุอย่างน้อยที่สุด 10 อันดับ มีลักษณะกระจายทั้งในภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 2.2: สัดส่วนผู้สูงอายุรายจังหวัด พ.ศ. 2555 สูงสุดและต่ำสุดจำนวน 10 อันดับ

10 อันดับ สูงสุด	จังหวัด	สัดส่วน ผู้สูงอายุ	10 อันดับ ต่ำสุด	จังหวัด	สัดส่วน ผู้สูงอายุ
1	สิงห์บุรี	17.75%	1	ภูเก็ต	8.46%
2	สมุทรสงคราม	17.48%	2	กระบี่	9.06%
3	ชัยนาท	17.12%	3	นราธิวาส	9.58%
4	อ่างทอง	16.71%	4	แม่ฮ่องสอน	9.90%
5	ลำปาง	16.33%	5	สตูล	9.98%
6	ลำพูน	16.30%	6	ยะลา	10.12%
7	แพร่	16.22%	7	ปทุมธานี	10.21%
8	อุดรดิตถ์	15.62%	8	บึงกาฬ	10.26%
9	สุพรรณบุรี	15.47%	9	ระยอง	10.30%
10	นครนายก	15.24%	10	ตาก	10.30%
ทั่วประเทศ		12.68%	ทั่วประเทศ		12.68%

ที่มา: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยคณะผู้วิจัย

ในขณะที่สัดส่วนการเกื้อหนุนผู้สูงอายุก็มีลักษณะเช่นเดียวกับลักษณะของปัญหาสัดส่วนผู้สูงอายุ กล่าวคือ มีระดับความรุนแรงของปัญหากระจุกตัวอยู่ที่จังหวัดในภาคเหนือและภาคกลาง และมีการกระจายตัวของจังหวัดที่ยังมีระดับปัญหาค่าเฉลี่ยทั้งในภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีอัตราส่วนต่ำสุด ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี เท่ากับ ประชากรวัยแรงงาน 3.67 รายต่อผู้สูงอายุ 1 ราย และมีอัตราส่วนสูงสุด ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต เท่ากับ ประชากรวัยแรงงาน 7.95 รายต่อผู้สูงอายุ 1 ราย

ตารางที่ 2.3: อัตราการเกื้อหนุนผู้สูงอายุรายจังหวัด พ.ศ. 2555 สูงสุดและต่ำสุดจำนวน 10 อันดับ

10 อันดับ สูงสุด	จังหวัด	อัตราการเกื้อหนุน ผู้สูงอายุ	10 อันดับ ต่ำสุด	จังหวัด	อัตราการเกื้อหนุน ผู้สูงอายุ
1	ภูเก็ต	7.95	1	สิงห์บุรี	3.67
2	กระบี่	7.26	2	สมุทรสงคราม	3.76
3	ปทุมธานี	6.85	3	ชัยนาท	3.84
4	สกลนคร	6.61	4	อ่างทอง	3.94
5	บึงกาฬ	6.57	5	ลำพูน	4.23
6	ระยอง	6.55	6	ลำปาง	4.24
7	ชลบุรี	6.51	7	แพร่	4.27
8	สตูล	6.50	8	สุพรรณบุรี	4.29
9	นราธิวาส	6.48	9	อุดรดิตถ์	4.30
10	หนองบัวลำภู	6.42	10	อุทัยธานี	4.34
ทั่วประเทศ		5.29	ทั่วประเทศ		5.29

ที่มา: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยคณะผู้วิจัย

การดำเนินการเพื่อเตรียมรับกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุและอัตราการเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ลดลงต่อเนื่องนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ทั้งนี้ได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อติดตามผลการดำเนินงานให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวได้อย่างทัน่วงที ผลการประเมินตามรายการตัวชี้วัดสำคัญระดับกรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง ปีงบประมาณ 2555 พบว่า จำนวน 7 ตัวชี้วัดตามตารางที่ 2.4 สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ได้เกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ยกเว้น ตัวชี้วัดร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 (1)¹ ที่ต่ำกว่าเป้าหมาย

ตารางที่ 2.4: ผลการประเมินตัวชี้วัดระดับกรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ไตรมาส				รวม
		1	2	3	4	
1.จำนวนตำบลส่งเสริมสุขภาพต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาว	76 แห่ง	220	334	472	777	1,803
2.จำนวนผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทาน	30,000 ราย	4,997	11,108	12,506	17,501	46,112
3.จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากแก่สมาชิก ชมรม	250 ชมรม	2,503	3,940	3,606	3,008	13,057
4.จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพ	20,000 ราย	215,179	451,694	434,197	520,808	1,621,878
5.ร้อยละของโรงพยาบาล 120 เติ่งขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 10	83%	81%	85%	95%	86%
6.ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 (1)	ร้อยละ 100	64%	70%	85%	96%	77%
7.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีบุคลากรทาง การแพทย์หลักในการดูแล/รักษา/ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ	ร้อยละ 10	79%	88%	86%	93%	86%
8.ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการรายงานโรค หรือภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	ร้อยละ 10	73%	82%	87%	93%	84%

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

¹ หมายถึง การดำเนินการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548 ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 (1) โดยให้หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

- 1.) จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก
- 2.) กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจน และให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย

ข้อสังเกตเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในมิติด้านปัจจัยเสี่ยง มีดังนี้

- 1) ภาวะการเจ็บป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นลดลงจากจำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นลดลง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของระบบสาธารณสุขพิจารณาจากตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขที่บรรลุเป้าหมายเกือบทั้งหมด ผลสืบเนื่องที่มีนัยสำคัญ คือ อายุของปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นสูงกว่าภาคอื่นโดยเปรียบเทียบ ในขณะที่ไม่เกิดปัญหาการกระจุกตัวของจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูง แสดงว่าต้องจัดระบบสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาในระยะสั้นให้ทันเหตุการณ์ ตรงข้ามกับภาคเหนือที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นน้อยกว่าภาคอื่นโดยเปรียบเทียบ แต่มีปัญหาการกระจุกตัวของจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในอนาคตปัจจัยเสี่ยงจากสังคมผู้สูงอายุจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ภาคเหนือ ในขณะที่ภาคกลางมีปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวซึ่งต่างจากภาคใต้ที่ระดับปัญหาไม่รุนแรงมากนัก
- 2) หากพิจารณาในสถานการณ์สัดส่วนผู้สูงอายุระดับจังหวัดจะเห็นว่า ขณะที่ภาคกลางและภาคเหนือมีจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุในอันดับต้นหลายจังหวัด ขณะเดียวกันก็มีหลายจังหวัดในภาคกลางและภาคเหนือที่ระดับปัญหาไม่รุนแรงมากนัก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัดที่มีปัญหารุนแรงสามารถดำเนินการได้โดยใช้ทรัพยากรในจังหวัดแวดล้อมใกล้เคียงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความคุ้มค่าได้อีกทางหนึ่ง

2.1.2 มิติด้านสภาพแวดล้อม

สถานการณ์ด้านสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยคุกคามภาวะสุขภาพของประชาชนที่สำคัญประการหนึ่ง ได้แก่ แรงงานต่างด้าวซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีความเชื่อมโยงในเชิงนโยบายอย่างน้อย 3 ประการ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมสำหรับการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีจากการรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคระบาดต่าง ๆ ทั้งที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำซึ่งเกิดจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 11 และ 3) การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนตามระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 เนื่องจากแนวโน้มของแรงงานต่างด้าวที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี สถานการณ์แรงงานต่างด้าว ณ ธันวาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 1,133,851 คน แบ่งเป็น เข้าเมืองถูกกฎหมาย จำนวน 940,531 คน และเข้าเมืองผิดกฎหมาย จำนวน 193,320 คน ซึ่งตามมติคณะรัฐมนตรีอนุญาตให้ทำงานใน 2 ประเภทงาน คือ 1) งานกรรมกรและรับใช้ในบ้าน และ 2) ทำงานใน 24 ประเภทกิจการ โดยร้อยละ 87.7 เป็นแรงงานต่างด้าวสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา ทั้งนี้ การกระจายตัวของแรงงานต่างด้าวมียูอยู่ในทุกจังหวัด ทั้งจังหวัดที่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน จังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ในแต่ละภูมิภาค กรุงเทพฯ และปริมณฑล

แม้ว่าแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมายจะได้รับการตรวจสุขภาพและค้นหาโรคจากหน่วยบริการสาธารณสุข แต่แรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมายจะส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น การแพร่กระจายของโรคติดต่อที่เกิดจากสภาพความเป็นอยู่ที่แออัดและสิ่งแวดล้อมเน่าเสียเอื้อต่อการแพร่กระจายของโรคได้อย่างรวดเร็ว การเกิดโรคระบาดในเด็กเนื่องจากอัตราการเกิดของแรงงานสตรีต่างด้าวมียูเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อเด็กที่คลอดไม่ได้รับวัคซีนทำให้เกิดการแพร่เชื้อโรคติดต่อได้ง่าย และการเกิดโรคติดต่อบางชนิดที่กำลังจะหมดไปจากประเทศไทย อาทิ โรคเรื้อน ตลอดจนภาระงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่ไม่สามารถชำระค่าบริการได้

รายงานของบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์ คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย (คสรท.) ระบุว่า บทเรียนจากการทำงานของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านประชากรข้ามชาติ และองค์กรที่รับทุนจากกองทุนโลก (Global Fund) พบว่า การให้บริการด้านสาธารณสุขสำหรับแรงงานต่างด้าวยังมีปัญหาทั้งระดับผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ และระดับนโยบาย โดยปัญหาจากผู้รับบริการ พบว่า 1.แรงงานข้ามชาติยังไปใช้บริการค่อนข้างต่ำ ซึ่งมาจากปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการ เช่น ความไม่สะดวกในการเดินทางเพราะต้องมียาจำพาไป ต้องใช้เวลารอคอยนานทำให้ขาดรายได้ สื่อสารกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ไม่ได้ และล้าสมัยจำนวนจำกัด รวมถึงการถูกคุกคามและจับกุมจากเจ้าหน้าที่รัฐ 2.แรงงานข้ามชาติจำนวนมากมาโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อป่วยหนักมากแล้ว ทำให้หน่วยบริการสุขภาพมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง ขณะที่ ปัญหาจากผู้ให้บริการ พบว่าเป็นปัญหาด้านทัศนคติของผู้ให้บริการอันเนื่องมาจาก ความแตกต่างของเชื้อชาติ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี และภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร และปัญหาระดับนโยบาย พบว่า ระบบประกันสุขภาพนี้ยังไม่ครอบคลุมการรักษาโรคเอดส์ ทำให้แรงงานข้ามชาติไม่มีโอกาสได้รับยาต้านไวรัส และโรคติดต่อบางโรค รวมถึงยังไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ปัจจุบันแรงงานต่างด้าวสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพในรูปของกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดยแรงงานต่างด้าวที่มีใบอนุญาตทำงานถูกต้องตามกฎหมาย สามารถตรวจสอบสุขภาพและซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ในราคาปีละ 1,300 บาท/คน/ปี โดยมีค่าตรวจสอบสุขภาพอีก 600 บาทก่อนเข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพ ส่วนในกลุ่มเด็กที่อายุไม่เกิน 15 ปี มีค่าใช้จ่ายการซื้อประกันสุขภาพที่ 365 บาท/คน/ปี โดยผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิในการดูแลทั้งการตรวจสุขภาพประจำปี บริการด้านการรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใน พ.ศ. 2555 มีผู้ใช้สิทธิกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว จำนวน 520,000 คน รองลงมาเป็นผู้ใช้สิทธิประกันสังคม 217,972 คน และทำประกันชีวิตกับบริษัทเอกชนคนละ 500 บาท/ปี จำนวน 5,200 คน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5: จำนวนผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่มีใบอนุญาตทำงานถูกต้องตามกฎหมาย พ.ศ. 2555

สิทธิรักษาพยาบาล	จำนวน (คน)
ประกันสังคม	217,972
กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	538,413
• ผู้ใหญ่	520,000
• เด็ก*	18,413
บริษัทประกันชีวิต	5,200
รวม	761,585

ที่มา: กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

หมายเหตุ: รวบรวมจากช่วงการขายบัตรประกันสุขภาพรอบแรกเมื่อวันที่ 15 ม.ค.-14 เม.ย. 2556

ในปีงบประมาณ 2555 มีแรงงานต่างด้าวใช้บริการใน รพ.สต. และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 131,391 คน/241,918 ครั้ง หรือเฉลี่ยคนละ 1.8 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่ไปตรวจร่างกายทั่วไป/ตรวจก่อนการจ้างงานมากที่สุด รองลงมาเป็นไข้หวัด อาหารไม่ย่อย ภาวะอาหารอักเสบ

อย่างไรก็ตาม ยังมีแรงงานข้ามชาติบางส่วนเข้าเมืองผิดกฎหมายและคงทำงานอยู่ ซึ่งไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพใดๆ ประมาณร้อยละ 75 เมื่อเกิดการเจ็บป่วยและด้วยสิทธิมนุษยชนและความมีมนุษยธรรมทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งโดยเฉพาะตามชายแดนจำเป็นต้องรักษาสุขภาพแรงงานต่างชาตินี้ทุกคน โรงพยาบาลบางแห่งบริหารจัดการการรักษาแรงงานเหล่านี้โดยใช้เงินกองทุนสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลหรือบริหารจัดการร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ แต่ก็ยังไม่พอเพียงกับจำนวนผู้เข้ารับบริการที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีภาระหนี้สิน ประกอบกับต้องเฝ้าระวังปัญหาโรคร้ายที่ตามมา ซึ่งพบว่า การเจ็บป่วยของแรงงานต่างชาตินี้พบมาก คือ โรคมาลาเรีย วัณโรค อหิวาต์ รุง ไข้รากสาด เป็นต้น² ดังนั้น การเพิ่มศักยภาพของระบบสาธารณสุขเพื่อบริหารจัดการให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค รองรับแรงงานต่างด้าวที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจะช่วยให้ภาวะสุขภาพของคนไทยดีขึ้นด้วยจากสภาพแวดล้อมที่ดีขึ้น

ข้อสังเกตเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในมิติด้านสภาพแวดล้อม มีดังนี้

1) ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขที่เกิดจากแรงงานต่างด้าวแม้จะมีการกระจุกตัวในลักษณะดาวกระจาย โดยมีจังหวัดชายแดนและจังหวัดสำคัญในเชิงเศรษฐกิจเป็นศูนย์กลาง เช่น กรุงเทพฯและปริมณฑล ชลบุรี ราชบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เชียงใหม่ เชียงราย นครราชสีมา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จะสามารถพบแรงงานต่างด้าวในทุกจังหวัดแม้จะมีจำนวนไม่มาก หากแรงงานเหล่านี้เป็นกลุ่มแรงงานเถื่อนที่ไม่ได้รับการตรวจรับรองสุขภาพสภาพและมีความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชุมชนได้อย่างรวดเร็วและขยายวงกว้าง

2) หน่วยบริการในจังหวัดชายแดนประสบปัญหาของผู้ที่ไม่มีสิทธิ ซึ่งได้แก่ชาวต่างด้าว เข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก โดยในปีงบประมาณ 2556 มีการจัดสรรงบประมาณจำนวน 310 ล้านบาทให้แก่โรงพยาบาลชายแดนทั้งหมดเพื่ออุดหนุนในเรื่องดังกล่าว รวมทั้งมีนโยบายในการกระตุ้นให้เก็บค่ารักษาพยาบาลและขยายความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริการรักษาพยาบาลให้กับคนกลุ่มนี้ เนื่องจากขอบเขตในการรักษายังไม่ครอบคลุมถึงการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี การบริการล้างไต และโรคร้ายแรงอื่น ๆ ซึ่งหากไม่มีการดำเนินการจัดการ อาจมีการแพร่ของโรคเป็นวงกว้างและมีผลกระทบต่อสุขภาพคนไทย

2.1.3 มิติด้านระบบสาธารณสุข

สถานการณ์สาธารณสุขที่สำคัญมีหลายประการ เช่น ระยะห่างระหว่างปีที่มีสุขภาพดีกับอายุคาดเฉลี่ยในระดับสูงซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอายุเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นมาพร้อมกับความเจ็บป่วย โรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การเกิดโรคในสัตว์และการเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของโรคอุบัติใหม่ทำให้การจัดการกับปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานของรัฐนอกสังกัดกระทรวง และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น สำหรับเนื้อหาในส่วนนี้ คณะผู้วิจัยจะพิจารณาเฉพาะบริบทที่มีความเชื่อมโยงกับบริบทเชิงพื้นที่ที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ของมิติด้านปัจเจกบุคคลและมิติด้าน

² สาระสุขภาพ.เรื่องเด่นประจำสัปดาห์.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 6 ฉบับที่ 6, 16-30 มีนาคม 2556

สภาพแวดล้อม ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์ ความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และวิกฤตด้านการเงินการคลังของสถานพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

ผู้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ใช้สิทธิในระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งครอบคลุมประชาชน 63 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 97.7 เทียบกับประชากรไทยทั้งหมด ทำให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้ตามสิทธิที่ตนเองมี ทั้งนี้จะเห็นว่าจำนวนผู้มีสิทธิในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคมกว่าร้อยละ 8 อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้นของแต่ละระบบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการรักษาโรคที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 2.6: จำนวนผู้มีสิทธิและค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลของระบบประกันสุขภาพหลัก
เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2552 กับ ปีงบประมาณ 2556

ระบบประกันสุขภาพ	ผู้มีสิทธิ (ล้านคน)		อัตราการ เปลี่ยนแปลง	ค่าใช้จ่าย (ล้านบาท)		อัตราการ เปลี่ยนแปลง
	2552	2556		2552	2556	
กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47.6	47.7	0.3%	80,598	120,846	49.9%
กองทุนประกันสังคม	9.6	10.4	8.2%	703,166	846,544	20.4%
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	5.0	4.9	-1.2%	48,500	62,195	28.2%

ที่มา: ข้อมูลปีงบประมาณ 2552 จากสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ 30 กันยายนของปี 2546-2552 ข้อมูลปีงบประมาณ 2556 จาก HSRI Forum ปีที่ 1 ฉบับที่ 6 ประจำเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ประมวลผลโดยคณะผู้วิจัย

นอกจากสิทธิที่แต่ละคนมีโอกาที่จะใช้ได้ในยามเจ็บป่วย สถานพยาบาลก็เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่จะทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นด้วย โดยในปี พ.ศ. 2552 สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของภาครัฐ จำนวน 941 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75 ของสถานพยาบาลทั้งหมดที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยมีจำนวนสถานพยาบาลรวมเพิ่มขึ้น 78 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 6.6 เมื่อเทียบกับ ปี พ.ศ.2554 ซึ่งเท่ากับ 1,179 แห่ง และมีจำนวนเตียงรวมเพิ่มขึ้น 24,464 เตียง คิดเป็น ร้อยละ 20.8 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2552 ซึ่งเท่ากับ 117,568 เตียง ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 66 แห่ง ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการขยายการจัดบริการสุขภาพเข้าสู่ชุมชนเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการรักษายาบาล นอกจากนี้จำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้นมากกว่าสัดส่วนของสถานพยาบาลที่เพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นการเพิ่มศักยภาพเพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการของผู้ป่วยของหน่วยบริการ

อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ในแต่ละกองทุนซึ่งเกิดจากการมีกฎหมาย มีกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงมีวิธีการออกแบบและการจ่ายที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการรักษายาบาล เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถได้รับยานอกบัญชียาหลัก และยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ รวมถึงการได้รับบริการหัตถการ (เช่น การผ่าตัด และ การผ่าตัดส่องกล้อง เป็นต้น) มากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยิ่งไปกว่านั้นยังเกิดปัญหาขาดประสิทธิภาพ เช่น ความซ้ำซ้อนของสิทธิ การผลักภาระการ

จ่ายจากระบบหนึ่งไปยังอีกระบบ รวมทั้งยังก่อให้เกิดการขาดประสิทธิภาพในระบบจากรูปแบบการจ่ายแบบปลายเปิด โดยค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 28 นับจากปี พ.ศ. 2552 ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่บรรลุเป้าหมายอย่างที่ควรจะเป็นและทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่สูงเกินความจำเป็น

- การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์

ทรัพยากรทางการแพทย์ที่สำคัญ ได้แก่ อาคารและสิ่งปลูกสร้าง และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ลักษณะของปัญหาการกระจายทรัพยากรที่สำคัญมี 2 ประเด็น ได้แก่

ประการแรก คือ การลงทุนด้านอาคารและสิ่งปลูกสร้างซ้ำซ้อน จะเห็นได้ว่าอาคารและสิ่งปลูกสร้างของสถานพยาบาลส่วนใหญ่กระจายตัวอยู่ในหน่วยงานภาครัฐทั้งในส่วนของการทรวงสาธารณสุข ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. และโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ และในส่วนของการทรวงกลุ่มหลัก ได้แก่ สถานพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ในสังกัดของการทรวงศึกษาธิการ และสถานพยาบาลของเหล่าทัพในสังกัดการทรวงกลาโหม ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีแผนการลงทุนในด้านทรัพยากรทางการแพทย์แตกต่างกันตามความจำเป็นเร่งด่วนของหน่วยงานทำให้เกิดการลงทุนซ้ำซ้อนในภาครัฐ เนื่องจากการลงทุนในพื้นที่เดียวกันแม้จะเป็นไปเพื่อตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันแต่ในทางปฏิบัติแล้วสถานพยาบาลไม่สามารถปฏิเสธการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยได้

ประการที่สอง คือ เมื่อพิจารณาลักษณะการกระจายตัวของทรัพยากรจะเห็นได้ว่าการกระจุกตัวของทรัพยากรอยู่ในพื้นที่เขตเมืองซึ่งเป็นที่ตั้งของหน่วยงานราชการสำคัญ การกระจุกตัวในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงเรียนแพทย์ และประชาชนที่มีความสามารถในการซื้อบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ปัจจัยทั้งสามมีอิทธิพลต่อการดึงดูดงบประมาณในการลงทุนทั้งครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและอาคารสิ่งปลูกสร้างที่สามารถรองรับการเข้ารับบริการของผู้ป่วย แต่ไม่ช่วยให้ความสามารถในการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้สูง นอกจากนี้ การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์อย่างไม่เป็นธรรมยังเป็นแรงจูงใจให้เกิดการโยกย้ายบุคลากรทางการแพทย์เข้าสู่เขตเมืองเพื่อค่าตอบแทนที่สูงขึ้น

ตัวอย่างของปัญหาความไม่เป็นธรรมของการกระจายทรัพยากรทางการแพทย์สามารถพิจารณาได้จากลักษณะการกระจายตัวของเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงและเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) ในแต่ละภูมิภาคของประเทศที่มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 2.7: จำนวนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคนจำแนกรายภาค พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2555

	CT scanner		MRI		Mammogram	
	2552	2555	2552	2555	2552	2555
กรุงเทพฯ	22.5	28.2	3.0	7.9	20.5	26.1
กลาง	8.3	6.9	0.8	0.8	3.2	6.7
เหนือ	4.7	5.5	0.5	0.7	1.0	3.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2.3	4.4	0.4	0.6	1.2	2.7
ใต้	4.1	6.9	0.8	0.9	1.3	5.1

	CT scanner		MRI		Mammogram	
ทั่วประเทศ	6.3	7.7	0.8	1.3	3.4	6.3

ที่มา: สำนักงานสถิติและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

จากตารางที่ 2.7 จะเห็นได้ว่า ในปี พ.ศ. 2555 ทุกภูมิภาคมีจำนวนเครื่องมือเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 โดยกรุงเทพฯ ยังคงมีอัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ทั้ง 3 ประเภท ต่อประชากรล้านคนสูงที่สุด ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ดังกล่าว ทั้ง 3 ประเภทต่อประชากรต่ำที่สุดและแตกต่างกับกรุงเทพฯ ถึง 6-13 เท่า สะท้อนให้เห็นถึงการเข้าถึงเทคโนโลยีราคาแพงที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภูมิภาคอยู่ค่อนข้างมาก ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหาความซ้ำซ้อนและการกระจุกตัวของทรัพยากรทางการแพทย์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพิจารณาในภาพรวมของพื้นที่ว่ามีทรัพยากรเหล่านี้อยู่แล้วอย่างเพียงพอ และเหมาะสมหรือไม่ และมีการพิจารณาแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันในพื้นที่เพื่อทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด หากไม่มีให้ประเมินความจำเป็นตามบริบทของพื้นที่ อาทิ สถิติผู้ป่วยด้วยโรคที่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่ต้องการจัดซื้อ

- ความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดบริการสุขภาพรายใหญ่ที่สุดของประเทศและความจำกัดของข้อมูลคณะผู้วิจัยจะพิจารณาประเด็นความขาดแคลนเฉพาะในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น สำหรับการจัดสรรอัตรากำลังคนของหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันเป็นการจัดสรรอัตรากำลังตามระบบ GIS (Geographic Information System: GIS) ซึ่งเป็นระบบการจัดการฐานข้อมูลเชิงพื้นที่ที่อยู่ในรูปของตารางข้อมูล และฐานข้อมูลที่มีส่วนสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial Data) โดยการวิเคราะห์รูปแบบและความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงพื้นที่ทำให้สื่อความหมายในเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับช่วงเวลาได้

เมื่อพิจารณาตารางที่ 2.8 จะเห็นได้ว่า 1) ปัจจุบันอัตรากำลังของของบุคลากรทางการแพทย์วิชาชีพหลักทุกวิชาชีพของหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่จริงต่ำกว่าอัตรากำลังที่ได้จากระบบ GIS โดยความรุนแรงของปัญหามีมากที่สุดในกลุ่มของนักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ และทันตแพทย์ซึ่งมีอัตราความขาดแคลนเกินกว่า ร้อยละ 50 สำหรับทุกประเภทโรงพยาบาล 2) โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปมีอัตราความขาดแคลนในส่วน of ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการประกอบอาชีพในภาคเอกชนที่สูงกว่า ในขณะที่อัตราความขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปอาจหมายถึงค่าเสียโอกาสในการปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคยังคงสูงกว่าโดยเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2.8: อัตรากำลังและความต้องการอัตรากำลังของหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุขตาม GIS ของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2554

วิชาชีพ	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป				โรงพยาบาลชุมชน			
	อัตรากำลังตาม GIS	กำลังคนที่	กำลังคนที่ขาด	% ส่วนต่าง	อัตรากำลังตาม GIS	กำลังคนที่	กำลังคนที่ขาด	% ส่วนต่าง
แพทย์	6,727	6,221	506	8%	7,010	4,705	2,305	33%
ทันตแพทย์	3,174	980	2,194	69%	4,264	2,430	1,834	43%

วิชาชีพ	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป				โรงพยาบาลชุมชน			
	อัตรากำลังตาม GIS	กำลังคนที่มิ	กำลังคนที่ขาด	% ส่วนต่าง	อัตรากำลังตาม GIS	กำลังคนที่มิ	กำลังคนที่ขาด	% ส่วนต่าง
เภสัชกร	3,194	1,959	1,235	39%	3,848	3,180	668	17%
พยาบาลวิชาชีพ	54,474	40,326	14,148	26%	56,627	46,181	10,446	18%
นักกายภาพบำบัด	1,280	431	849	66%	2,095	579	1,516	72%
นักเทคนิคการแพทย์	1,894	930	964	51%	2,798	877	1,921	69%
นักรังสีการแพทย์	1,280	313	967	76%	1,397	230	1,167	84%
รวม	72,023	51,160	20,863	29%	78,039	58,182	19,857	25%

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น ในภาพรวมจะเห็นว่าอัตรากำลังของหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุขมีความขาดแคลนอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งวิชาชีพที่มีอัตรากำลังขาดแคลนมากที่สุดทั้งในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ โดยโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีอัตรากำลังที่ขาดถึง 14,148 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ของอัตรากำลังทั้งหมดที่ขาดแคลนภายในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ขณะที่โรงพยาบาลชุมชน มีอัตรากำลังที่ขาดถึง 10,446 คน คิดเป็นร้อยละ 53 ของอัตรากำลังทั้งหมดที่ขาดแคลนภายในโรงพยาบาลชุมชน โดยสาเหตุหลักของการขาดแคลนวิชาชีพนี้คือ ในปัจจุบันมีหน่วยงานที่สามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพเพียงไม่กี่หน่วยงาน เมื่อเทียบกับความต้องการที่มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี รวมทั้งอัตราเงินเดือนที่ได้รับจากการทำงานในสถานพยาบาลของเอกชนสูงกว่าในสถานพยาบาลของรัฐบาลเป็นอย่างมาก ทำให้นักศึกษาที่จบใหม่มีแรงจูงใจที่จะไปทำงานในสถานพยาบาลของเอกชนมากกว่า หรือทำงานในสถานพยาบาลของรัฐบาลในระยะแรก และเมื่อมีความชำนาญก็จะย้ายไปทำงานในสถานพยาบาลเอกชน

- วิเคราะห์ด้านการเงินการคลังของสถานพยาบาล

ผลประกอบการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2555 เทียบกับ ปี 2553 (พิจารณาตารางที่ 2.9) พบว่า มีประเด็นที่ส่งสัญญาณภาวะวิกฤตทางการเงินของสถานพยาบาล ดังนี้

- 1) มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีผลประกอบการเป็นกำไรสุทธิเพิ่มขึ้น จำนวน 76 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 29.2 และมีกำไรสุทธิรวมเพิ่มขึ้น แม้ว่าจำนวนโรงพยาบาลที่มีผลประกอบการขาดทุนสุทธิลดลง แต่ผลขาดทุนสุทธิรวมกลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ซึ่งเมื่อพิจารณาในรายโรงพยาบาลจะเห็นได้ว่าเกิดจากสถานพยาบาลในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีผลประกอบการขาดทุนสุทธิรวมเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2.9: ผลประกอบโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ไตรมาสที่ 2 ปี 2553 เทียบกับปี 2555

ผลประกอบการ	Q2 2553 (แห่ง)	Q2 2555 (แห่ง)	% การเปลี่ยนแปลง	Q2 2553 (ลบ.)	Q2 2555 (ลบ.)	% การเปลี่ยนแปลง
กำไรสุทธิ	260	336	29.2%	2,485	5,238	110.8%

ผลประกอบการ	Q2 2553 (แห่ง)	Q2 2555 (แห่ง)	% การ เปลี่ยนแปลง	Q2 2553 (ลบ.)	Q2 2555 (ลบ.)	% การ เปลี่ยนแปลง
ขาดทุนสุทธิ	570	496	-13.0%	4,372	4,505	3.0%
✓ โรงพยาบาลชุมชน	509	464	-8.8%	2,355	3,135	33.1%
✓ โรงพยาบาลทั่วไป	46	22	-52.2%	1,017	672	-33.9%
✓ โรงพยาบาลศูนย์	15	9	-40.0%	1,000	696	-30.4%
✓ ศูนย์สุขภาพชุมชน	-	1		-	2	
กำไร/ขาดทุนเฉลี่ยต่อโรงพยาบาล				-2.27	0.88	

ที่มา: รายงานข้อมูลสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2553 และ 30 มิถุนายน 2555 นำเสนอต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2555

- 2) ในส่วนของสถานพยาบาลที่ประสบภาวะขาดทุนในปี 2555 เป็นกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 496 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 65 ของจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปที่ประสบภาวะขาดทุนคิดเป็น ร้อยละ 32 ของจำนวนโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่ม โดยทุกกลุ่มโรงพยาบาลมีจำนวนโรงพยาบาลที่ขาดทุนลดลง โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปที่ลดลงกว่า ร้อยละ 40-50
- 3) หากใช้เกณฑ์ประเมินระดับวิกฤตทางการเงิน (Risk Score) ของกระทรวง ซึ่งแบ่งระดับวิกฤตของการขาดทุนเป็น 7 ระดับ พบว่า ในปี 2555 โรงพยาบาลที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่สุด คือ ระดับที่ 7 มีจำนวนสูงถึง 175 แห่ง หรือคิดเป็น ร้อยละ 21 จากจำนวน 832 แห่ง (จำนวนโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลผลประกอบการ)

แนวโน้มผลประกอบการข้างต้นส่วนหนึ่งเกิดจากการจัดสรรเงินที่ยังคงค้างในกองทุนต่างๆ โดยเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขณะที่ปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยพยุงฐานะทางการเงินของโรงพยาบาลได้ คือ ทุนสำรองสุทธินำมาชดเชยให้โรงพยาบาลที่ขาดทุนได้ โดยพบว่าทุนสำรองสุทธิ ณ ไตรมาสที่ 3 ปี 2555 มีทั้งสิ้น 30,585 ล้านบาท แต่พบว่ามีโรงพยาบาลที่มีทุนสำรองสุทธิติดลบอยู่ถึง 211 แห่ง หรือ 1 ใน 4 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ชี้ให้เห็นว่ามี โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่อยู่ในภาวะขาดทุนแล้วและไม่มีทุนสำรองประคองส่วนสถานะเงินบำรุงซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ฐานะการเงินของโรงพยาบาลยังพบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างน่าเป็นห่วง โดยในไตรมาสที่ 3 ของปี 2555 มีเงินบำรุงสุทธิหลังหักหนี้และภาระผูกพันเพียง 9,441 ล้านบาท โดยมีโรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงติดลบอยู่ถึง 385 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 46 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งของการขาดทุนของโรงพยาบาล คือ ปัญหาค่าใช้จ่ายบุคลากรสูงขึ้น เนื่องจากภาระการให้บริการที่เพิ่มขึ้นจากนโยบายความคุ้มครองประชาชนด้านสุขภาพของรัฐบาล ทำให้โรงพยาบาลต้องจ้างลูกจ้างชั่วคราวเพื่อสนับสนุนการดำเนินการ โดยเฉพาะลูกจ้างวิชาชีพ และมีการให้ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการมากขึ้นเพื่อตอบแทนภาระงานที่มากขึ้นของบุคลากร ซึ่งในกรณีเหล่านี้ไม่มีงบประมาณอุดหนุนทำให้มีการใช้จ่ายด้านบุคลากรจากเงินบำรุงค่อนข้างสูง และทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งประสบภาวะขาดทุน

จะเห็นว่าฐานะการเงินของสถานพยาบาลมีแนวโน้มไปสู่ปัญหาวิกฤตการเงินอีกครั้งภายในปี 2553 เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการบริการยังคงขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ขณะที่หลักเกณฑ์การจัดสรรและกรอบการเบิกจ่ายเงินของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ เริ่มมีการจำกัดมากขึ้น โดยเฉพาะงบเหมาจ่ายรายหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2556 ที่ได้รับจัดสรรในอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่เท่ากับปีงบประมาณ 2555 (2,755.60 บาทต่อหัว) ตามแนวคิดเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment) ซึ่งต้องการควบคุมให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศลดลงจากร้อยละ 3.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ลดลงเหลือร้อยละ 3.8 โดยมุ่งเป้าในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกับการควบคุมภาระทางการคลังที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ จะเห็นได้ว่า การคงอัตราเหมาจ่ายรายหัวในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขณะที่ค่าบริการในส่วนงบบุคลากรที่ถูกจัดสรรจากงบเหมาจ่ายรายหัวยังคงต้องเพิ่มร้อยละ 6 ต่อปี เป็นการกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการทั้งมาตรการระยะสั้นในการทำให้เกิดการอุดหนุนกันระหว่างสถานพยาบาล โดยเกลี้ยบบจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้แก่โรงพยาบาลที่ขาดทุนอย่างไม่เป็นทางการ การร่วมกันจัดบริการซึ่งเป็นการลดภาระบุคลากร และการลงทุนในทรัพยากร และมาตรการระยะยาวในการสนับสนุนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน พร้อมทั้งถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมด้วยตนเอง (primary health care) ซึ่งจะช่วยให้อาจลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในส่วนบริการสุขภาพได้

ข้อสังเกตเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในมิติด้านระบบสาธารณสุข มีดังนี้

1) ระบบประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 ระบบมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนทั้งในด้านของความครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิ และการลดภาระในด้านการรักษาพยาบาลที่ประชาชนต้องรับภาระ (Out of Pocket) อย่างไรก็ตาม ปัญหาความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากการออกแบบระบบการจ่ายค่าบริการ สิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการให้บริการต่างกัน ซึ่งทำให้ประชาชนในแต่ละสิทธิได้รับบริการแตกต่างกันและไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นธรรมตามแผนพัฒนาสุขภาพที่วางไว้ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาที่สืบเนื่องจากความแตกต่างของกองทุนทั้งสามในเรื่องของขั้นตอนการปฏิบัติงาน อาทิ การจัดทำข้อมูลสารสนเทศในระบบเบิกจ่ายส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานซ้ำซ้อนเมื่อต้องให้บริการกับผู้ที่มีสิทธิทั้ง 3 กองทุนในสถานพยาบาลเดียวกัน

2) ปัญหาการกระจายทรัพยากรและความพร้อมของระบบบริการในพื้นที่ต่าง ๆ ที่ไม่เท่าเทียมกันทำให้เกิดความแตกต่างในการได้รับบริการ รวมถึงคุณภาพการให้บริการที่แตกต่างกันระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ และสถานพยาบาลในจังหวัดต่างๆ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดการกระจายอำนาจการบริหารจัดการไปยังระดับเขตในลักษณะพวงบริการ โดยมีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อแก้ปัญหาทั้งในส่วน of เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ระบบสาธารณสุขยังต้องมีความครอบคลุมถึงระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบป้องกันและควบคุมโรค ระบบยาและคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งจำเป็นต้องมีการผลักดันให้เกิดการพัฒนาต่อไปอย่างเป็นรูปธรรมโดยเฉพาะในระดับภูมิภาค

2.1.4 ทิศทางของระบบสุขภาพในส่วนภูมิภาค

สถานการณ์ระบบสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคในหัวข้อที่ผ่านมาไปสู่การนำกรอบแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางและกำกับดูแลให้ระบบสุขภาพเคลื่อนตัวไปตามทิศทางที่กำหนดเพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาในระบบสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ทั้งนี้ กลไกสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้ป้องกันความเสี่ยงไปในทิศทางที่คาดหวังประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 2 กลไก ได้แก่ กลไกที่หนึ่ง คือ การเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานโดยการแยกบทบาทระหว่างการเป็นผู้กำหนดนโยบายและการกำกับดูแล (National Health Authority/ Regulator) ออกจากการเป็นผู้ให้บริการ (Service Provider) ผ่านกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพซึ่งสามารถทำให้บริการสุขภาพมีคุณภาพดีขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น สร้างความเป็นธรรม และทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในระบบประชาธิปไตย ซึ่งต้องมีการพัฒนาบนฐานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กลไกที่สอง คือ การพัฒนาระบบสุขภาพในส่วนภูมิภาคในรูปแบบเขตสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการเตรียมความพร้อมโดยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการในทุกระดับเข้าด้วยกัน โดยเขตสุขภาพในรูปของเครือข่ายที่กำหนดใหม่นี้จะประกอบด้วยการทำงานในพื้นที่ 4-8 จังหวัด และจำนวนประชากรเฉลี่ยในขนาดประมาณ 5 ล้านคน ซึ่งทำให้สามารถจัดเป็นเครือข่ายบริการจำนวน 12 เครือข่าย³ ไม่รวมพื้นที่กรุงเทพมหานคร⁴ และนำไปสู่การกำหนดเขตพื้นที่ตรวจราชการใหม่ การจัดพื้นที่ตามกรอบดังกล่าวทำให้จำนวนประชากรเฉลี่ยในขนาดของแต่ละพื้นที่ขนาดที่ใกล้เคียงกัน และจากการเชื่อมโยงหลายจังหวัดเข้ามารวมกันทำให้ทรัพยากรที่อยู่ในการพิจารณาเพื่อการบริหารด้านสาธารณสุข (ทั้งทรัพยากรเพื่อการบริการ และการกระจายตัวของหน่วยงานสนับสนุนในด้านวิชาการในแต่ละพื้นที่) มีการกระจายตัวที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดปัญหาเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร และสามารถแก้ไขปัญหาทางด้านการเงินการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในส่วนของกลไกกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้นแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เริ่มกระบวนการการถ่ายโอนสถานีนามียไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปแล้วก็ตาม จำนวนสถานีนามียที่ได้ถ่ายโอนมีเพียง 39 แห่งจากจำนวนรวม 9,762 แห่ง หรือประมาณร้อยละ 0.4 เท่านั้น โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้ยังไม่สามารถถ่ายโอนได้สำเร็จ ได้แก่ ความซับซ้อนของภารกิจระหว่างหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ซึ่งทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในด้านความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ ความไม่สอดคล้องระหว่างงบประมาณของท้องถิ่นกับภารกิจในการให้บริการของสถานีนามีย และความไม่พร้อมของท้องถิ่นในส่วนของการบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ด้านสาธารณสุข ดังนั้น แนวทางหนึ่งที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้กระบวนการกระจายอำนาจสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนเพื่อบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในท้องถิ่นได้ด้วยตนเอง

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้จะมุ่งเน้นการพัฒนากรอบการพัฒนาระบบสุขภาพในส่วนภูมิภาคในรูปแบบเขตสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการเตรียมปรับโครงสร้างเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดนี้ โดยปรับโครงสร้างใหม่เป็น 4 ระบบงาน ได้แก่

³ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 209/2555 เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

⁴ ดังนั้น จำนวนเขตสุขภาพในภาพรวม จะเท่ากับ 12 + 1 เขตสุขภาพ

- ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค
- ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กรมอนามัย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ระบบควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่ กรมควบคุมโรค
- ระบบยาและคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

โดยมีการพิจารณาในการจัดตั้งสำนักงานเพื่อสนับสนุนการทำงานของเขตสุขภาพ และประสานงานระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพ โดยแต่ละเขตสุขภาพจะต้องจัดทำแผนการบริหารสุขภาพของเขต วิเคราะห์ข้อมูล จัดระบบ และกำหนดสิทธิประโยชน์เพื่อเสนอให้ฝ่ายบริหารตัดสินใจ ซึ่งภายใต้โครงสร้างดังกล่าวนี้จะผูกติดกับแผนการจัดบริการสุขภาพเป็นสำคัญแทนการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของกรมต่าง ๆ นอกจากนี้ การจัดการทำงานในรูปแบบเขตสุขภาพยังมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคภายใต้บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับการจัดเขตบริการสุขภาพที่กำหนดโดย สปสช.

ปัจจุบันมีการดำเนินงานตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมและสร้างระบบบริหารจัดการที่มีเอกภาพ ซึ่งกำหนดให้ 1) แบ่งพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพในส่วนภูมิภาคแบ่งเป็น 12 เครือข่ายบริการ และ 2) ให้มีคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเครือข่ายและคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัดนั้น ผลการดำเนินงานในช่วงปี 2555 เป็นไปโดยการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเป็นหลักโดยมีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย การวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบบริการสุขภาพ การเสนอแผนลงทุนด้านอาคาร สิ่งปลูกสร้าง และครุภัณฑ์ขนาดใหญ่ การจัดทำแผนความต้องการบุคลากร โดยจัดแบ่งตามระดับบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อเน้นการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสุขภาพ ซึ่งในระยะเริ่มต้นเป็นการมุ่งเน้นการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 10 สาขา ได้แก่ 1) หัวใจและหลอดเลือด 2) มะเร็ง 3) อุบัติเหตุ 4) ทารกแรกเกิด 5) จิตเวช 6) ตาและไต 7) 5 สาขาหลัก 8) ทันตกรรม 9) บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสุขภาพองค์กรรวม 10) Non Communicable Disease: NCD (DM, HT, COPD) โดยในช่วงปีที่ผ่านมาได้มีการจัดทำเกณฑ์ขีดความสามารถของสถานบริการในแต่ละระดับเครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 12 เครือข่ายบริการเพื่อกำหนดและมอบหมายความรับผิดชอบในการเพิ่มขีดความสามารถให้แก่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง

นอกจากนี้ ได้มีการดำเนินโครงการหนึ่งจังหวัดหนึ่งโรงพยาบาล (One Province One Hospital) เพื่อพัฒนาศักยภาพให้ทุกโรงพยาบาลสามารถให้บริการเปรียบเสมือนหนึ่งเป็นโรงพยาบาลเดียวกัน โดยมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทั้งบุคลากร สิ่งก่อสร้าง ยาและเวชภัณฑ์ และอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการ

⁵ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 209/2555 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2555 เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพ

โดยง่าย รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอยและได้รับบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน ตามแนวคิดเครือข่ายบริการ เชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ ซึ่งจะให้บริการแบบเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยได้ดำเนินการแล้ว อาทิ เครือข่ายโรงพยาบาลวชิระตองหลวงซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต โรงพยาบาล ป่าตองและโรงพยาบาลถลาง ภายใต้นโยบายการใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยจัดระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ร่วมกัน เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคไตเรื้อรัง สนับสนุนแพทย์เฉพาะทาง จักษุ จิตเวช ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมตกแต่ง ตรวจผู้ป่วยนอกและทำผ่าตัด เพื่อลดความแออัดผู้ป่วยรพ.ศูนย์วชิระภูเก็ต รวมทั้งสนับสนุนเครื่องมือผ่าตัด ยาและเวชภัณฑ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและธนาคารเลือดจาก โรงพยาบาลป่าตองและโรงพยาบาลถลางสู่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยวิสัญญีแพทย์โรงพยาบาลป่าตองไปช่วย ปฏิบัติงานโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สัปดาห์ละ 1 วัน พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลป่าตองไปฝึกปฏิบัติงาน ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อายุรแพทย์โรงพยาบาลถลางไปช่วยปฏิบัติงานโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต 6 เดือน กุมารแพทย์โรงพยาบาลป่าตองไปฝึกอบรมต่อ ยอดด้านโรคหัวใจในโควต้าโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลถลางมอบเครื่องช่วยหายใจให้โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เป็นต้น

ประเด็นที่เกี่ยวกับการพัฒนาเขตสุขภาพ ประกอบด้วย การปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงาน สาธารณสุขในส่วนภูมิภาคเพื่อให้การบริหารงานมีความเชื่อมโยงส่งผลให้การทำงานราบรื่นและรวดเร็ว การ ทบทวนและปรับบทบาทของแต่ละหน่วยงานเพื่อให้เกิดความชัดเจนและลดการปฏิบัติงานซ้ำซ้อนซึ่งช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และการพัฒนากลไกในการทำงานของระบบงานทั้ง 4 ระบบ เพื่อให้สามารถ พัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างเป็นขั้นตอนที่เป็นรูปธรรม ซึ่งแม้ว่าจะได้เริ่มดำเนินการไปแล้วแต่เป็นเพียงระบบ บริการสุขภาพเท่านั้นและยังมีประเด็นที่จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องอีกมาก ในขณะที่ในส่วน 3 ระบบงาน สาธารณสุขยังไม่ได้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น งานการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเพื่อจัดทำ ข้อเสนอให้เกิดการพัฒนา รูปแบบเขตสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานในปัจจุบัน ของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

2.2 โครงสร้าง บทบาท และกลไกการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาคในปัจจุบัน

ขั้นตอนการจัดทำข้อเสนอกลไกพัฒนาระบบสุขภาพในส่วนภูมิภาคในรูปแบบเขตสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทบทวนบทบาทหน้าที่และกระบวนการทำงานในปัจจุบันเพื่อวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย โอกาส และอุปสรรค 2) การทบทวนงานการศึกษาเกี่ยวกับการจัดระบบสาธารณสุขในรูปแบบ เขตสุขภาพเพื่อประมวลรูปแบบเขตสุขภาพที่คาดหวัง 3) การวิเคราะห์ส่วนขาดของบริบทในปัจจุบัน เปรียบเทียบกับรูปแบบที่คาดหวัง และ 4) การจัดทำข้อเสนอการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for Change) สำหรับเนื้อหาในส่วนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1

2.2.1 โครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

หน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาคภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 28 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 763 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 9765 แห่ง ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 16 แห่ง ศูนย์อนามัย จำนวน 12 แห่ง ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางสังกัดกรมอนามัย จำนวน 2 แห่ง ศูนย์สุขภาพจิต จำนวน 13 แห่ง ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 15 แห่ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรค จำนวน 12 แห่ง ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 12 แห่ง ศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ จำนวน 10 แห่ง ศูนย์วิชาการสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 5 แห่ง

สำหรับกรมวิชาการต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการได้กำหนดภารกิจและ อำนาจหน้าที่ของกรมวิชาการ การแบ่งส่วนราชการ ตลอดจนอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ ภายในกรมที่ได้ถูกกำหนดไว้ ทั้งนี้ หากพิจารณาโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาคตามกฎหมายกระทรวงการแบ่งส่วนราชการ⁶ สามารถสรุปรูปแบบของโครงสร้างหน่วยงานได้ทั้งหมด 4 รูปแบบ พิจารณาแผนภาพที่ 2.4 และ 2.5 ดังนี้

(1) รูปแบบที่ 1 ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโครงสร้างองค์กรในภาพรวม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ราชการบริหารส่วนกลาง (ประกอบด้วยกลุ่มภารกิจงานด้านต่าง ๆ) และราชการบริหารส่วนภูมิภาค (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบหน่วยบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และสาธารณสุขอำเภอซึ่งรับผิดชอบหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ)

(2) รูปแบบที่ 2 ได้แก่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งโครงสร้างองค์กรในภาพรวม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ราชการบริหารส่วนกลาง (ประกอบด้วยกลุ่มภารกิจงานด้านต่าง ๆ) และราชการบริหารส่วนภูมิภาค ซึ่งมีได้มีหน่วยงานของกรมไปตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคหากแต่ดำเนินงานตามบทบาทขององค์กรโดยการมอบตามกฎหมายเฉพาะภายใต้อำนาจหน้าที่ขององค์กรให้ผุ้วราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการ

(3) รูปแบบที่ 3 ได้แก่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งโครงสร้างองค์กรในภาพรวม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ราชการบริหารส่วนกลาง (ประกอบด้วยกลุ่มภารกิจงานด้านต่าง ๆ) และราชการบริหารส่วนภูมิภาค ซึ่งเป็นศูนย์วิชาการภายใต้สังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์

⁶ ประกอบด้วย

- (1) กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552
- (2) กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552
- (3) กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552
- (4) กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552
- (5) กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552
- (6) กระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552
- (7) กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552
- (8) กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552
- (9) กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552 รายละเอียดทั้งหมดปรากฏในภาคผนวก ค

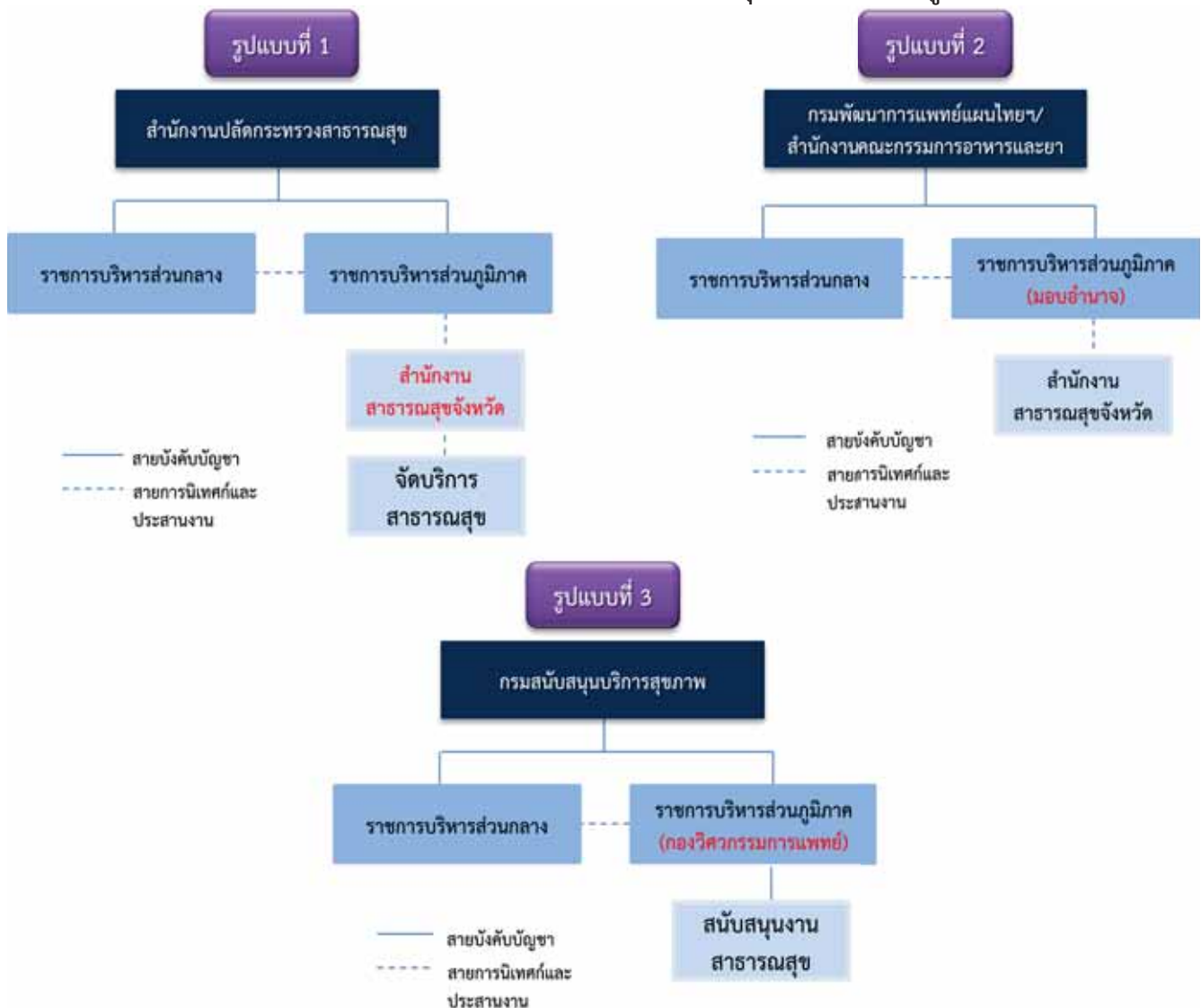
(4) รูปแบบที่ 4 สามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 รูปแบบย่อย ได้แก่

1) กรมการแพทย์ ซึ่งโครงสร้างองค์กรในภาพรวม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ราชการบริหารส่วนกลาง (ประกอบด้วยกลุ่มภารกิจงานด้านต่าง ๆ) และราชการบริหารส่วนภูมิภาค ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดบริการสาธารณสุขเฉพาะทาง

2) กรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งโครงสร้างองค์กรในภาพรวม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ราชการบริหารส่วนกลาง (ประกอบด้วยกลุ่มภารกิจงานด้านต่าง ๆ) และราชการบริหารส่วนภูมิภาค ซึ่งเป็นศูนย์วิชาการของกรมที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

3) กรมอนามัยและกรมสุขภาพจิต ซึ่งโครงสร้างองค์กรในภาพรวม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ราชการบริหารส่วนกลาง (ประกอบด้วยกลุ่มภารกิจงานด้านต่าง ๆ) และราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีทั้งหน่วยงานที่จัดบริการสาธารณสุขเฉพาะทางและศูนย์วิชาการของกรมที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

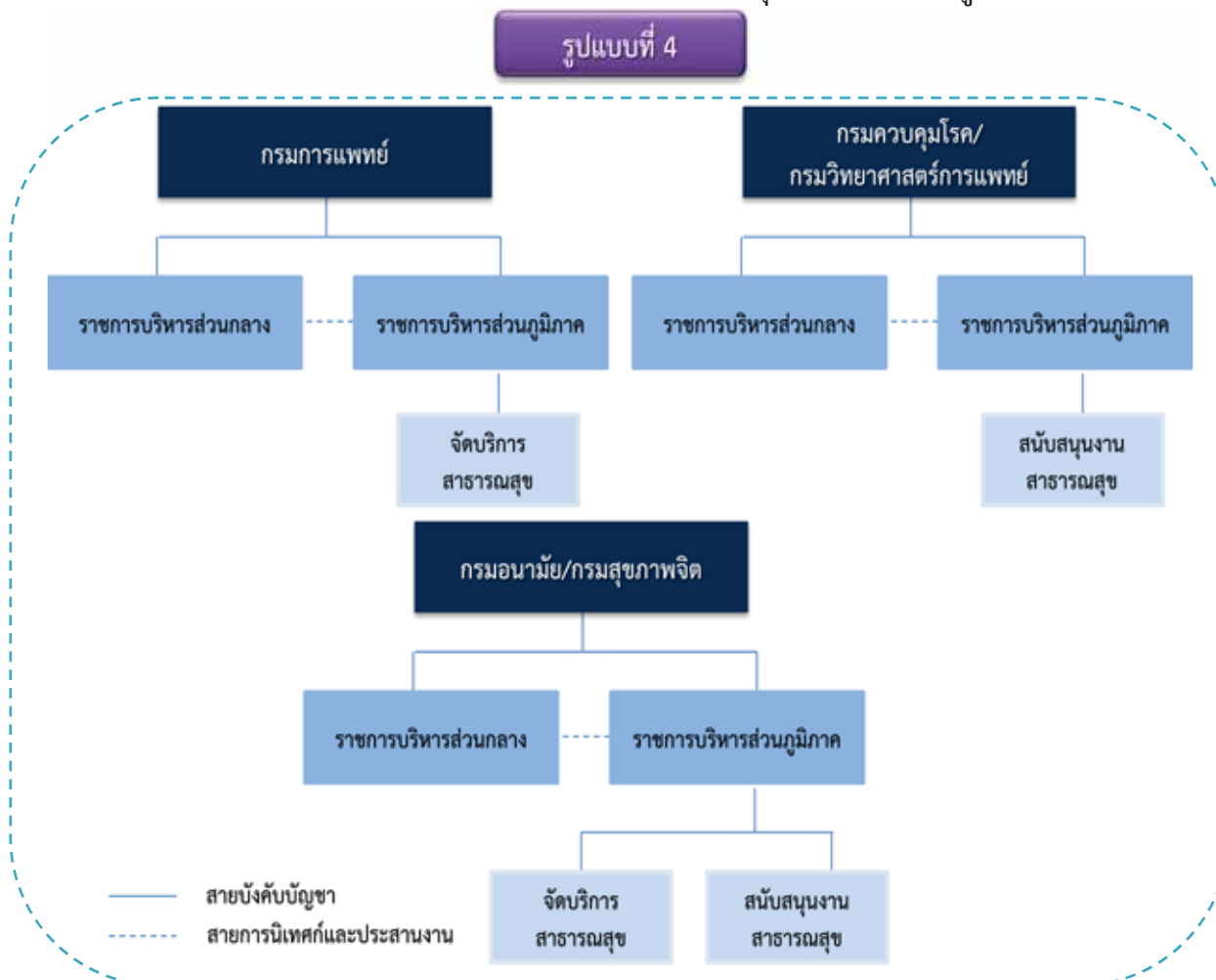
แผนภาพที่ 2.4: โครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

หมายเหตุ: การสนับสนุนงานสาธารณสุขในที่นี้หมายถึง การเป็นผู้กำหนดนโยบาย สนับสนุนและการกำกับดูแลงานสาธารณสุข (Regulator) จัดบริการสาธารณสุขในที่นี้หมายถึง ผู้ให้บริการ (Service Provider)

แผนภาพที่ 2.5: โครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค

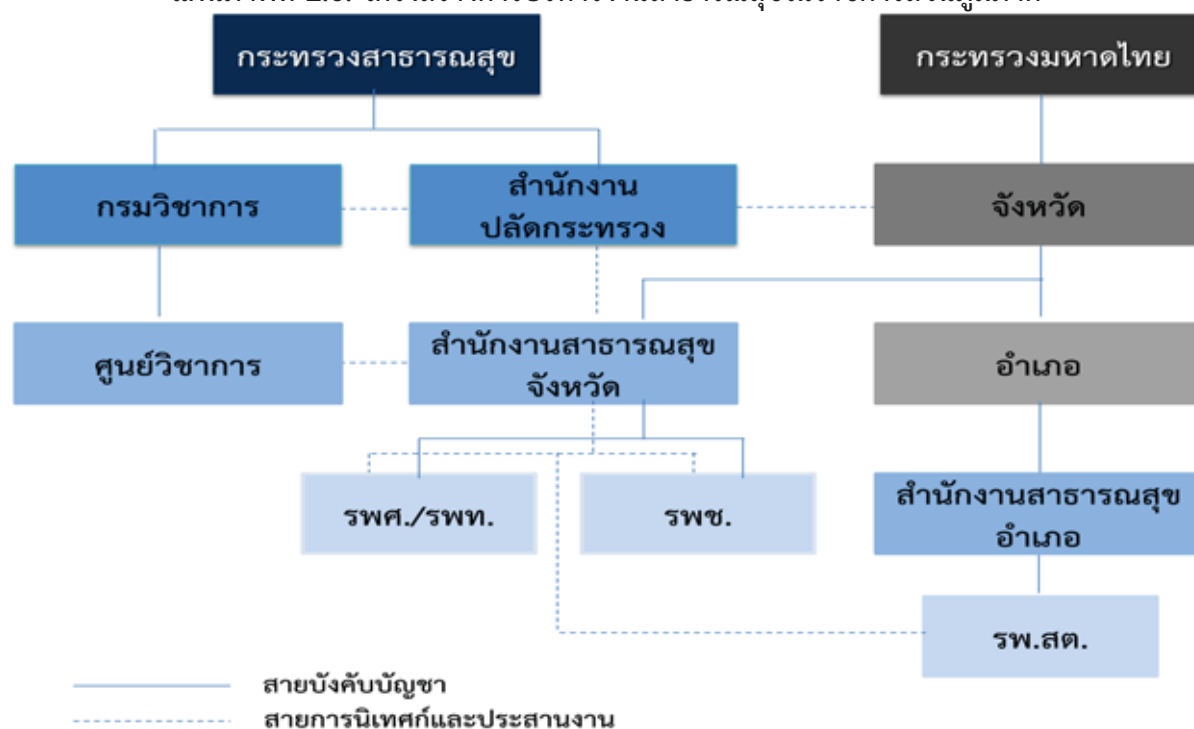


ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

หมายเหตุ: สนับสนุนงานสาธารณสุขในที่นี้หมายถึง การเป็นผู้กำหนดนโยบาย สนับสนุนและการกำกับดูแลงานสาธารณสุข (Regulator) จัดบริการสาธารณสุขในที่นี้หมายถึง ผู้ให้บริการ (Service Provider)

ตาม พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติมถึงปัจจุบัน (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2553 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2553 ซึ่งกำหนดให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้รับนโยบายและคำสั่งจากนายกรัฐมนตรีในฐานะหัวหน้ารัฐบาล คณะรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรม มาปฏิบัติให้เหมาะสมกับท้องถิ่นและประชาชน และเป็นหัวหน้าบังคับบัญชาบรรดาข้าราชการฝ่ายบริหาร ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในราชการส่วนภูมิภาคในเขตจังหวัด และรับผิดชอบในราชการจังหวัดและอำเภอ ดังนั้น สำหรับราชการบริหารส่วนภูมิภาคในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมีสายบังคับบัญชา คือ ผู้ว่าราชการจังหวัด ในขณะที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะมีสายบังคับบัญชา คือ นายอำเภอ ซึ่งแตกต่างจากศูนย์วิชาการของกรมวิชาการในส่วนภูมิภาคที่มีสายบังคับบัญชาและสายการนิเทศ์และประสานงานที่สังกัดภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น (แผนภาพที่ 2.6)

แผนภาพที่ 2.6: โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

แม้ศูนย์วิชาการและศูนย์การแพทย์เฉพาะทางของกรมวิชาการมีได้อยู่ภายใต้สายการบังคับบัญชาของผู้ว่าราชการจังหวัดแต่ตาม พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าวได้ให้อำนาจและกำหนดหน้าที่ของผู้ว่าราชการจังหวัดซึ่งเชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขทั้งหน่วยงานในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมวิชาการในแต่ละจังหวัด ในประเด็นสำคัญดังนี้

- 1) กำกับดูแลการปฏิบัติราชการอันมิใช่ราชการส่วนภูมิภาคของข้าราชการซึ่งประจำอยู่ในจังหวัดนั้น ให้ปฏิบัติราชการให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับหรือคำสั่งของกระทรวง ทบวง กรม หรือมติของคณะรัฐมนตรี
- 2) ประสานงานและร่วมมือกับผู้ตรวจราชการและหัวหน้าส่วนราชการในระดับเขตหรือภาคในการพัฒนาจังหวัดหรือป้องกันภัยพิบัติสาธารณะ
- 3) เสนอบประมาณต่อกระทรวงที่เกี่ยวข้อง หรือเสนอขอจัดตั้งงบประมาณต่อสำนักงบประมาณ
- 4) กำกับการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานองค์การของรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ ในการนี้ให้อำนาจทำรายงานหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานขององค์การของรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจต่อรัฐมนตรีเจ้าสังกัดองค์การของรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ
- 5) บรรจุ แต่งตั้ง ให้บำเหน็จ และลงโทษข้าราชการส่วนภูมิภาคในจังหวัดตามกฎหมาย และตามที่ปลัดกระทรวง ปลัดทบวง หรืออธิบดีมอบหมาย

อย่างไรก็ตาม พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าวมีการกำหนดให้ยกเว้น จำกัด หรือตัดทอน อำนาจหน้าที่ของผู้ว่าราชการจังหวัดในการบริหารราชการในจังหวัด หรือให้ข้าราชการของส่วนราชการใดมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารราชการส่วนภูมิภาคเช่นเดียวกับผู้ว่าราชการจังหวัดจะกระทำได้โดยตราเป็นพระราชบัญญัติ

ทั้งนี้ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล⁷ ที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1) การให้ความเห็นชอบในการแต่งตั้งข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ซึ่งมีใช้ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

2) การแต่งตั้ง (ย้าย) ข้าราชการไปดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ และตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ชำนาญงาน อาวุโส

3) การเลื่อนข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ ซึ่งมีใช้ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และการเลื่อนข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน ระดับอาวุโส

4) การประเมินผลงานของข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ทุกสายงาน ยกเว้นสายงานนิติกร

5) การปรับเงินเดือนให้ข้าราชการที่ได้รับเงินเดือนยังไม่ถึงขั้นต่ำของระดับตามบัญชีเงินเดือนท้ายพรบ.ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551

นอกจากผู้ว่าราชการจังหวัดจะมีผลต่อโครงสร้างการบริหารงานของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคแล้ว บทบาทหน้าที่ของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขก็มีผลต่อโครงสร้างอำนาจการบริหารงานในส่วนภูมิภาคเช่นกัน ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 160/2556 เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งมอบอำนาจในการสั่ง การอนุญาต การอนุมัติ การปฏิบัติราชการ หรือการดำเนินการอื่นที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะพึงปฏิบัติหรือดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง หรือมติคณะรัฐมนตรี ให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทน ดังนี้ 1) งานตรวจราชการและติดตามประเมินผลในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ 2) การร่วมมือหรือประสานงานกับส่วนราชการอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน่วยงานตั้งอยู่ในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ 3) การบริหารงานบุคคลในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ และ 4) ราชการอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ

⁷ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 886/2554 เรื่องมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล) (ภาคผนวก ค)

ข้อสังเกตเกี่ยวกับโครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีดังนี้

- 1) โครงสร้างที่แบ่งเป็น 2 สายหลัก ได้แก่ สายการปฏิบัติงานเชื่อมโยงสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสายการปฏิบัติงานเชื่อมโยงกับกรมวิชาการที่หน่วยงานสังกัด ไม่มีกลไกการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานทั้งสองสายในรูปแบบที่เป็นทางการ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีกลไกของคณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ (คปสข.) ซึ่งเป็นการจัดตั้งในรูปของคณะทำงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่นำมาตีในที่ประชุมไปดำเนินการโดยปรับกลไกการทำงานให้เป็นไปตามเป้าหมายด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่คาดว่าจะได้รับในอนาคต ทั้งนี้ โครงสร้าง คปสข. ยังไม่สามารถเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานสนับสนุนงานสาธารณสุข (ศูนย์วิชาการของกรมวิชาการ และสถานพยาบาลของกรมวิชาการ) เนื่องจากยังมิได้พัฒนาระบบงานที่เป็นบทบาทหลักของหน่วยงานในกลุ่มนี้อย่างเป็นทางการ
- 2) การกำกับ ตรวจสอบ และประเมินผลโดยผู้ตรวจราชการถือเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของโครงสร้างหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มาจากส่วนกลาง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน ประธาน คปสข. ปฏิบัติหน้าที่โดยผู้ตรวจราชการโดยได้รับมอบอำนาจจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในเครือข่ายบริการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ การบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพ ดังนั้น เนื่องจากโครงสร้างการกำกับ ตรวจสอบ และประเมินผลมาจากหน่วยงานภายนอกอยู่แล้ว (ส่วนกลาง) เพื่อให้การบริหารงานเกิดความโปร่งใสและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงาน อาจแยกบทบาทของผู้ตรวจในฐานะผู้กำกับ ตรวจสอบ และประเมินผลออกจากการเป็นผู้บริหารจัดการเครือข่ายบริการ พร้อมทั้งจัดหาผู้ที่มีคุณสมบัติและเป็นที่ยอมรับในการเป็นประธาน คปสข. เพื่อบริหารงานเครือข่ายบริการ

2.2.2 บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

การพิจารณาบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานในภูมิภาคมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาว่าบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ มีการปฏิบัติงานในบทบาทใดครอบคลุมระบบสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่หรือไม่ อย่างไร สำหรับบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาคในภาพรวม คณะผู้วิจัยจัดกลุ่มเป็น 3 บทบาทหลัก (6 บทบาทย่อย) โดยพิจารณาและอ้างอิงกฎการแบ่งส่วนราชการของแต่ละหน่วยงาน ประกอบด้วย 1) บทบาทด้านระบบบริหารจัดการ 2) บทบาทด้านระบบงาน (ประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพ ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบควบคุมและป้องกันโรค และระบบยาและคุ้มครองผู้บริโภค) และ 3) บทบาทด้านระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- **บทบาทด้านระบบบริหารจัดการ**

หมายถึง การดำเนินงานหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร ทรัพยากรและหน่วยงานในระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างแท้จริงโดยครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ เช่น 1) การบริหารนโยบาย 2) การบริหารอำนาจหน้าที่ 3) การบริหารที่เกี่ยวข้องกับสังคม 4) การวางแผน 5) การจัดองค์การ 6) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ 7) การอำนวยการ 8) การประสานงาน 9) การรายงาน และ 10) การงบประมาณ ปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดำเนินงานในบทบาทนี้ ดังนี้

บทบาทหน้าที่	หน่วยงาน
1.จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด/อำเภอ	สสจ./สสอ.
2.บริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพและพัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.
3.การพัฒนาและร่วมจัดทำแผนแก้ปัญหาสุขภาพจิตในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ	ศูนย์สุขภาพจิต
4.การบริหารงานบุคคลในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ	ผู้ตรวจราชการ
5.ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข	รพศ./รพท.
6.ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด/อำเภอ	สสจ./สสอ.
7.ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย	หน่วยราชการอื่น ๆ ในส่วนภูมิภาค

● **บทบาทด้านระบบงานสาธารณสุข**

เป็นการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระบบงาน ได้แก่

(1) **ระบบบริการสุขภาพ** หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ การให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรคที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ตลอดจนการสนับสนุนงานบริการสุขภาพ โดยแบ่งบริการสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- 1) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลซึ่งให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) โดยจัดแพทย์ให้บริการในหน่วยบริการในลักษณะหมุนเวียนหรือบริการประจำที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์ หรือระบาดวิทยา
- 2) บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) ซึ่งให้บริการสุขภาพที่มีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีมากกว่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยอาศัยความรู้เทคโนโลยี และบุคลากรเฉพาะด้าน พร้อมทั้งเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่
 - 2.1) ทุติยภูมิระดับต้น หมายถึง หน่วยบริการที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) โดยรักษาโรคพื้นฐานทั่วไป (Common Problem) ที่ไม่ซับซ้อนมากนัก โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์หรือระบาดวิทยา
 - 2.2) ทุติยภูมิระดับกลาง หมายถึง หน่วยบริการที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) นอกเหนือจากบริการสุขภาพทุติยภูมิระดับต้นแล้วยังสามารถรักษาโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ได้แก่ สาขาสูติ

ศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์

2.3) ทุติยภูมิระดับสูง หมายถึง หน่วยบริการที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) นอกเหนือจากบริการสุขภาพทุติยภูมิระดับกลางแล้วยังสามารถรักษาโรคที่ซับซ้อนโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาร่วมด้วย เช่น จักษุวิทยา โสต นาสิก รั้งสีวิทยา จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชบำบัดวิกฤต

3) บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ซึ่งให้บริการสุขภาพที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากเป็นพิเศษทั้งในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีมากกว่าบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ โดยอาศัยความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเป็นพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน พร้อมทั้งเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่

3.1) ตติยภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) นอกเหนือจากบริการสุขภาพทุติยภูมิระดับสูงแล้วยังสามารถขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาย่อย (Sub-specialty) เช่น สาขาย่อยอายุรศาสตร์ สาขาย่อยศัลยศาสตร์ สาขาย่อยกุมารเวชศาสตร์ และสาขาอื่น เช่น พยาธิวิทยา พยาธิวิทยากายวิภาค รั้งสีรักษา รั้งสีวินิจฉัย เวชศาสตร์นิวเคลียร์ มะเร็งวิทยา เป็นต้น

3.2) ตติยภูมิระดับสูง หมายถึง หน่วยบริการที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) นอกเหนือจากบริการสุขภาพตติยภูมิแล้วยังกำหนดให้เป็นศูนย์การศึกษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น
ปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดำเนินงานในบทบาทนี้ ดังนี้

บทบาทหน้าที่	หน่วยงาน
1.ศึกษา วิเคราะห์ ถ่ายทอด และให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2.ศึกษา วิเคราะห์ ถ่ายทอด และให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์	โรงพยาบาลชุมชน
3.ศึกษา วิเคราะห์ ถ่ายทอด และให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์	โรงพยาบาลทั่วไป
4.ศึกษา วิเคราะห์ ถ่ายทอด และให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ตติยภูมิระดับสูง พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์	โรงพยาบาลศูนย์
5.ศึกษา วิเคราะห์ ถ่ายทอด และให้บริการในระดับตติยภูมิระดับสูง และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาท	โรงพยาบาลประสาท
6.ศึกษา วิเคราะห์ ถ่ายทอด และให้บริการในระดับตติยภูมิระดับสูง และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง	ศูนย์มะเร็ง
7.ศึกษา วิเคราะห์ ถ่ายทอด และให้บริการในระดับตติยภูมิระดับสูง และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด	โรงพยาบาล ธัญญารักษ์

บทบาทหน้าที่	หน่วยงาน
8.ศึกษา วิเคราะห์ ถ่ายทอด และให้บริการในระดับตติยภูมิระดับสูง และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	ศูนย์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ
9.ศึกษา วิเคราะห์ ถ่ายทอด และให้บริการในระดับตติยภูมิระดับสูง และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคผิวหนัง	โรงพยาบาลโรคผิวหนัง เขตร้อนภาคใต้
10.ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนางานด้านวิศวกรรมการแพทย์ วิศวกรรม ความปลอดภัยและวิศวกรรมสื่อสารให้กับสถานบริการสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	ศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์
11.ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบการรับรองและดำเนินการสอบเทียบมาตรฐานของครุภัณฑ์ทางการแพทย์และการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการสุขภาพ	
12.พัฒนา ส่งเสริม จัดระบบวิศวกรรมการสื่อสาร สำหรับระบบบริการสุขภาพของประเทศ	
13.พัฒนาบุคลากรของสถานบริการสุขภาพ ด้านวิศวกรรมการแพทย์ให้ได้มาตรฐาน	
14.ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนา ผลิต และประเมินเทคโนโลยีทางวิศวกรรมการแพทย์และสาธารณสุข	
15.พัฒนาระบบการตรวจวิเคราะห์ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงการชันสูตรโรค	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์
16.ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีห้องปฏิบัติการชันสูตรโรคเพื่อความปลอดภัยตามกฎหมาย	
17.พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ สนับสนุนด้านวิชาการ และถ่ายทอดเทคโนโลยีการตรวจวิเคราะห์และชันสูตรโรคแก่ห้องปฏิบัติการเครือข่าย ห้องปฏิบัติการภาครัฐ และเอกชน	
18.กำหนด พัฒนาคูณภาพ มาตรฐาน และเสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก	สสจ. (รับมอบอำนาจจากกรมพัฒนาฯ)

(2) **ระบบสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติงานเพื่อให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปสู่สภาวะที่มีสุขภาพกายแข็งแรง เจริญเติบโตปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีได้หวังพึ่งแต่เพียงการเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลายลักษณะที่มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะของการสร้างสุขภาพดี การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการพัฒนาสุขภาพตนเอง โดยอาศัยกระบวนการสนับสนุนด้านสุขภาพที่ให้กับคน ครอบครัว ชุมชน ภาคเอกชน และภาครัฐ ร่วมมือปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดำเนินงานในบทบาทนี้ ดังนี้

บทบาทหน้าที่	หน่วยงาน
1.ศึกษา วิจัย พัฒนาและบริการวิชาการเพื่อประยุกต์ใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการบริการ ส่งเสริมสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของท้องถิ่น	ศูนย์อนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
2.สนับสนุนการดำเนินการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบ	
3.เสริมสร้างศักยภาพ ชีตความสามารถและความเข้มแข็ง ให้แก่หน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับในการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการ	

บทบาทหน้าที่	หน่วยงาน
อนามัยสิ่งแวดล้อมและการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบตามมาตรฐานและกฎหมาย	
4.รณรงค์ เผยแพร่ความรู้และเทคโนโลยีด้านบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่เครือข่ายประชาชนในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบ	
5.สนับสนุนและกำกับคุณภาพการรับรองมาตรฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	
6.ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ	ศูนย์สุขภาพจิต
7.พัฒนาวិชาการด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ	
8.ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตแก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ	
9.ศึกษา วิเคราะห์และวิจัยเพื่อพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานของงาน องค์ความรู้และเทคโนโลยี รวมทั้งรูปแบบการให้บริการเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์ และประสาทจิตเวชศาสตร์	สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช
10.ส่งเสริม พัฒนาและถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์และประสาทจิตเวชศาสตร์แก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน	
11.ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยากหรือซับซ้อน เพื่อพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์ และประสาทจิตเวชศาสตร์	
12.ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์ และประสาทจิตเวชศาสตร์ แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน	
13.พัฒนาระบบการตรวจวิเคราะห์ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์
14.ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีห้องปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรเพื่อควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยตามกฎหมาย	
15.พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ สนับสนุนด้านวิชาการ และถ่ายทอดเทคโนโลยีการตรวจวิเคราะห์และชันสูตรโรคแก่ห้องปฏิบัติการเครือข่าย ห้องปฏิบัติการภาครัฐ และเอกชน	
16.ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง	สสจ. (รับมอบอำนาจจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)
17.ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น	
18.รวบรวม อนุรักษ์ เฝ้าระวัง คุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และสมุนไพร	
19.ประสานความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนจีน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ทั้งในประเทศและต่างประเทศ	
20.พัฒนารูปแบบและการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน	ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน
21.พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรภาคเอกชน และประชาชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	
22.ส่งเสริมและพัฒนาอาสาสมัคร องค์กรภาคเอกชนในการพิทักษ์สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ เพื่อมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม	

(3) ระบบควบคุมและป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติงานเพื่อลดอัตราการเกิดโรคให้ต่ำลงในระดับที่ไม่เป็นปัญหา หรือควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค ซึ่งจะเป็นผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรงขึ้นในชุมชน และการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้นกับบุคคลหรือชุมชน รวมทั้งการทำให้บุคคลหรือชุมชนมีความต้านทานโรค พร้อมทั้งการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อการป้องกันการเกิดโรคและยับยั้งการแพร่กระจายของโรคในชุมชน ปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดำเนินงานในบทบาทนี้ ดังนี้

บทบาทหน้าที่	หน่วยงาน
1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้เหมาะสมกับพื้นที่ ที่รับผิดชอบ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
2. สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ	
3. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ	
4. สนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคบริเวณชายแดนเพื่อการป้องกันโรคระหว่างประเทศ	
5. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ	
6. พัฒนาระบบการตรวจวิเคราะห์ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงการชันสูตรโรค	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์
7. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีห้องปฏิบัติการชันสูตรโรคเพื่อความปลอดภัยตามกฎหมาย	
8. พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ สนับสนุนด้านวิชาการ และถ่ายทอดเทคโนโลยีการตรวจวิเคราะห์และชันสูตรโรคแก่ห้องปฏิบัติการเครือข่าย ห้องปฏิบัติการภาครัฐ และเอกชน	

(4) ระบบยาและคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง การปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์อย่างสมเหตุสมผล การจัดหาและการกระจายยาอย่างเป็นธรรม การสร้างกลไกเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนการพัฒนายาอุตสาหกรรมยา รวมถึงการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ก่อนออกสู่ตลาดและตรวจสอบผลิตภัณฑ์หลังออกสู่ตลาดเพื่อประกันคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของยา/ผลิตภัณฑ์ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภค ปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดำเนินงานในบทบาทนี้ ดังนี้

บทบาทหน้าที่	หน่วยงาน
1. ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร กฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง กฎหมายว่าด้วยวัตถุอันตราย กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยเครื่องมือแพทย์ กฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง	สสจ. (รับมอบอำนาจจาก อย.)

บทบาทหน้าที่	หน่วยงาน
2.เฝ้าระวังกำกับและตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สถานประกอบการ และการโฆษณา รวมทั้งผลอันไม่พึงประสงค์ของผลิตภัณฑ์ตลอดจนมีการติดตามหรือเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจากภายในประเทศและภายนอกประเทศ	
3.ส่งเสริมและพัฒนาผู้บริโภคให้มีศักยภาพในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และคุ้มค่า รวมทั้งเพื่อให้ผู้บริโภคนั้นมีการร้องเรียน เพื่อปกป้องสิทธิของตนได้	
4.พัฒนาระบบการตรวจวิเคราะห์ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์
5.ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีห้องปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสมุนไพรเพื่อควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยตามกฎหมาย	
6.พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ สนับสนุนด้านวิชาการ และถ่ายทอดเทคโนโลยีการตรวจวิเคราะห์ และชั้นสูตรโรคแก่ห้องปฏิบัติการเครือข่าย ห้องปฏิบัติการภาครัฐ และเอกชน	

● บทบาทด้านระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล

เป็นการกำกับ ติดตามการปฏิบัติราชการของหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ให้เป็นไปตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ คำรับรองการปฏิบัติราชการ เป็นต้น ตลอดจนประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเร่งรัดติดตามงาน ค้นหาปัญหา สาเหตุ และหาแนวทางแก้ไข รวมทั้งพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ และเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพสูงสุดและครอบคลุมงานทุกด้าน ปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดำเนินงานในบทบาทนี้ ดังนี้

บทบาทหน้าที่	หน่วยงาน
1.ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ	ผู้ตรวจราชการ
2.กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	สสจ./สสอ.
3.นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบ	หน่วยราชการอื่น ๆ ในส่วนภูมิภาค

ข้อสังเกตเกี่ยวกับบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีดังนี้

1) ปัจจุบันมีหน่วยงานที่มีบทบาทในการกำหนดยุทธศาสตร์ในพื้นที่ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเขตโดยผู้ตรวจราชการซึ่งได้รับมอบอำนาจจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัดโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และระดับอำเภอโดยสาธารณสุขอำเภอโดยมีโครงสร้างการกำกับดูแลเชื่อมโยงทั้ง 3 ระดับ ช่วยให้การดำเนินการในรูปแบบเขตสุขภาพในอนาคตมีกลไกที่สนับสนุนการทำงานชัดเจน

2) ในแต่ละพื้นที่มีหน่วยงานที่ดำเนินการในระบบงานทั้ง 4 ระบบครบถ้วน อย่างไรก็ตาม ในส่วนงานในระบบยาและคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งเป็นพันธกิจของสำนักงาน อย. นั้น อย. ไม่มีสำนักงานในส่วนภูมิภาค หากแต่มอบอำนาจให้ สสจ. ซึ่งส่งผลให้มีการใช้ทรัพยากรของ สสจ.ไปในเนื้องานดังกล่าวนอกจากบทบาท

หลักของ สสจ. ในอนาคตหากบทบาทในระบบยาและคุ้มครองผู้บริโภคมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นอาจมีความจำเป็นในการจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนภารกิจดังกล่าว

3) ปัจจุบันระบบงานด้านบริการสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญค่อนข้างมากจะเห็นได้ว่ามีหน่วยงานที่ดำเนินงานในบทบาททั้งสองหลายหน่วยงาน ดังนั้น การเชื่อมโยงการทำงานทั้งสองระบบงาน จะช่วยให้เกิดการประหยัดจากขนาดค่อนข้างมากและเพิ่มประสิทธิภาพได้ในอัตราส่วนที่สูง เนื่องจากในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีเนื้อหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้ว

2.3 การบริหารจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพของต่างประเทศ

เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ส่วนขาดของบริบทในปัจจุบันเปรียบเทียบกับรูปแบบที่คาดหวังสำหรับการจัดทำข้อเสนอการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for Change) ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงทำการรวบรวมงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบสุขภาพในรูปแบบเขตสุขภาพเพื่อประมวลรูปแบบเขตสุขภาพที่คาดหวัง โดยรวบรวมจากทั้งงานการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านเขตสุขภาพและประสบการณ์จากต่างประเทศที่ศึกษาโดยละเอียดจากคณะผู้วิจัยซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเทศ ได้แก่ ประเทศสหราชอาณาจักรซึ่งมีพัฒนาการด้านระบบสุขภาพที่ยาวนานและมีรูปแบบที่สามารถนำมาช่วงของการพัฒนาระบบสุขภาพมาประยุกต์ใช้กับบริบทของสังคมเศรษฐกิจไทยได้ และประเทศเบลเยียมที่มีระบบสุขภาพในรูปแบบที่คล้ายคลึงกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ได้เนื่องจากมีบริบทของโครงสร้างระบบสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน (รายละเอียดในภาคผนวก ง) ทั้งนี้ จะพิจารณาใน 2 ประเด็นหลักที่สอดคล้องกับเนื้อหาในหัวข้อที่ผ่านมา ได้แก่ โครงสร้างและบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพ (ส่วนภูมิภาค)

2.3.1 โครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคของต่างประเทศ

สำหรับโครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิกานั้น ในที่นี้จะพิจารณาจากสายการบังคับบัญชาเป็นหลักเพื่อสะท้อนถึงบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขทั้ง 3 บทบาทหลัก (กำหนดนโยบายและการกำกับดูแล (Regulator) ผู้จัดบริการ (Service Provider) และผู้ซื้อบริการ (Purchaser)) ว่าเป็นการดำเนินงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขหรือเป็นของหน่วยงานอื่น ๆ จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าสามารถแบ่งโครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคได้เป็น 2 รูปแบบที่สำคัญ ดังนี้

(1) รูปแบบที่ 1 : ประเทศสหราชอาณาจักรและนิวซีแลนด์ มีโครงสร้างประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่

- ระดับบริหารนโยบายสุขภาพ: รัฐบาล รัฐบาลกลาง และคณะกรรมการระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) เป็นองค์กรที่กำหนดทิศทางและนโยบายด้านสุขภาพของประเทศทำให้เกิดความเป็นเอกภาพและควมมีประสิทธิภาพจากการที่นโยบายด้านสุขภาพต่าง ๆ ถูกกำหนดมาจากแหล่งเดียวกันไม่ว่าจะมีหน่วยงานใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของประเทศก็จะดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน อีกทั้งยังลดการใช้งบประมาณที่ซ้ำซ้อนได้อีกทางหนึ่ง
- ระดับบริหารจัดการระบบสุขภาพ: กระทรวงสุขภาพ (Department of Health) เป็นองค์กรที่ดำเนินงานด้านสุขภาพทั้งในส่วนของผู้สุขภาพเฉพาะของปัจเจกชนและสาธารณสุข

ของประเทศ ซึ่งโครงสร้างองค์กรในภาพรวม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ราชการบริหารส่วนกลาง (ประกอบด้วยกลุ่มภารกิจงานด้านต่าง ๆ) และราชการบริหารส่วนภูมิภาค ทั้งนี้ องค์ประกอบที่สำคัญ มีอย่างน้อย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หน่วยบริการสาธารณสุข (Public-sector Provider) เป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของราชการบริหารส่วนภูมิภาคของกระทรวงสุขภาพ และ 2) หน่วยงานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (Strategic Health Authorities: SHA) เป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งทำหน้าที่ประสานงานของกระทรวงให้เป็นไปตามทิศทางและนโยบายของ NHS โดยนำไปปฏิบัติในส่วนของภูมิภาค

- ระดับปฏิบัติการระบบงานสุขภาพ: สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง (Clinical Commissioning Groups: CCG) ของอังกฤษและหน่วยงานจัดบริการสุขภาพพื้นฐาน (Primary Health Organizations: PHO) ผ่านคณะกรรมการสุขภาพของเขตการปกครองนิวซีแลนด์ (District Health Board: DHB) เป็นองค์กรที่ดำเนินงานด้านบริหารระบบบริการทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ ครอบคลุมทั้งในส่วนระบบงานบริการสุขภาพและระบบงานส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก⁸ ทั้งนี้ สถานพยาบาลเหล่านี้เป็นหน่วยงานอิสระที่มีได้สังกัดกระทรวงสุขภาพซึ่งทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ภายใต้เงื่อนไขและการกำกับดูแลของ SHA และ กระทรวงสุขภาพ นอกจากนี้ยังประกอบด้วยหน่วยงานราชการอื่น ๆ ของกระทรวงสุขภาพที่ดำเนินงานสนับสนุนระบบสุขภาพ

(2) รูปแบบที่ 2 : ประเทศเบลเยียม แคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้ มีโครงสร้างประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่

- ระดับบริหารนโยบายสุขภาพ: รัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และคณะกรรมการที่ปรึกษาแห่งชาติ โดยรัฐบาลกลางเป็นองค์กรที่กำหนดทิศทางและนโยบายด้านสุขภาพของประเทศผ่านกระทรวงสาธารณสุขระดับชาติทำให้เกิดความเป็นเอกภาพและควมมีประสิทธิภาพจากการที่นโยบายด้านสุขภาพต่าง ๆ ในขณะที่รัฐบาลท้องถิ่นบริหารการจัดบริการและการซื้อบริการในส่วนภูมิภาคให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนผ่านกระทรวงสาธารณสุขระดับท้องถิ่น
- ระดับบริหารจัดการระบบสุขภาพ: แบ่งเป็น 2 โครงสร้างย่อย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขระดับชาติ ประกอบด้วย 2 องค์กรหลัก ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณโดยตรงจากรัฐบาลกลาง) เป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมหลักในการบริหารจัดการซื้อบริการสุขภาพให้แก่ภาคส่วนต่าง ๆ สำนักงานกิจการสาธารณสุขแห่งชาติเป็นองค์กรที่ดำเนินงานด้านสุขภาพโดยบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพเป็นสำคัญสำหรับกระทรวงสาธารณสุขระดับท้องถิ่น เป็นองค์กรที่บริหารจัดการระบบสุขภาพของ

⁸ เดิมเป็นบทบาทของกองทุนสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Primary Care Trust: PCT) ต่อมาถูกยกเลิกหน่วยงานและโอนอำนาจหน้าที่ไปยัง CCG ตาม “Implementation of the Health and Social Care Act 2012” สืบค้นจาก <http://www.parliament.uk> เมื่อ 21 ก.ย. 2556

ท้องถิ่นผ่านคณะกรรมการเขตสุขภาพในแต่ละเขต (Area Health Board or Regional Health Board) และเป็นผู้จ่ายเงินอุดหนุนให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง อีกทั้งยังเป็นองค์กรที่ดำเนินงานด้านระบบส่งเสริมสุขภาพ ระบบป้องกันและความคุ้มครองอีกด้วย

- ระดับปฏิบัติการระบบงานสุขภาพ: หน่วยงานราชการอื่น ๆ ของกระทรวงสุขภาพที่ดำเนินงานสนับสนุนระบบสุขภาพ และสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของทั้งกระทรวงสาธารณสุขระดับชาติและระดับท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน

ข้อสังเกตเกี่ยวกับโครงสร้างของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคของต่างประเทศ

- 1) โครงสร้างของทั้งสองรูปแบบมีส่วนที่เหมือนกัน ได้แก่ เมืองประกอบในส่วนของคณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติที่กำกับทิศทางระบบสาธารณสุขของประเทศให้มีเอกภาพ
- 2) โครงสร้างของทั้งสองรูปแบบมีส่วนที่แตกต่างกันใน 2 ส่วน ได้แก่ 1) รูปแบบที่ 2 มีการแยกหน่วยงานในส่วนของผู้จัดบริการ ผู้ซื้อบริการ และผู้กำกับดูแลออกจากกัน ทั้งนี้ ในส่วนของผู้กำกับดูแล และผู้ซื้อบริการเป็นหน่วยงานที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศเนื่องจากการดำเนินงานที่จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญและการวางแผนแบบองค์รวมจากส่วนกลางเป็นหลัก ในขณะที่ผู้จัดบริการเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับท้องถิ่นเพื่อให้สามารถจัดชุดบริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่
- 3) สำหรับองค์กรที่มีหน้าที่กำกับตรวจสอบเป็นองค์กรอิสระภายนอกกระทรวงสาธารณสุขซึ่งช่วยสร้างความโปร่งใสและควบคุมมาตรฐานให้เป็นไปตามข้อกำหนดต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.2 บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคของต่างประเทศ

การพิจารณาบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคยังคง แบ่งเป็น 3 บทบาทหลัก เช่นเดียวกับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในประเทศไทย ได้แก่ บทบาทด้านระบบบริหารจัดการงานสาธารณสุข บทบาทด้านระบบงานสาธารณสุข และบทบาทด้านระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล อย่างไรก็ตาม ในการวิเคราะห์ในครั้งนี้จะเป็นการวิเคราะห์ภาพรวมของบทบาทหลักในประเด็นความเหมือนและความต่างกันเมื่อเทียบกับของประเทศไทยซึ่งมีได้ลงในรายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละบทบาทมากนัก

○ บทบาทด้านระบบบริหารจัดการงานสาธารณสุข

สำหรับการบริหารจัดการงานสาธารณสุขของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคมีหน่วยงานทั้งที่อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรอิสระต่าง ๆ ที่ดำเนินงานร่วมกันในระดับพื้นที่ ดังนี้

- ✓ หน่วยงานที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและประเมินผลนโยบายสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการเขตสุขภาพ (AHB or RHB) โดยรับนโยบายในภาพรวมระดับประเทศ พร้อมทั้งตัวชี้วัดที่ต้องกำหนดเป็นเป้าหมายในการปฏิบัติงานจากกระทรวงสาธารณสุข แล้วจึงนำมาจัดลำดับความสำคัญร่วมกับประเด็นปัญหาและความต้องการในพื้นที่ พร้อมทั้งจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปีซึ่งประกอบด้วยแผนการดำเนินงาน แผนการเงิน แผนการ

จัดการทรัพยากรและแผนการพัฒนาศูนย์บริการ โดยแผนการดำเนินงานประจำปีต้องสะท้อนนโยบายระดับชาติ ปัญหาและความสำคัญในท้องถิ่น และต้องสอดคล้องกับสัญญากับผู้จัดบริการและประชาชนในท้องถิ่นด้วย เพื่อส่งเสริมให้มีรูปแบบการใช้ชีวิตที่ถูกละเลยและไม่ให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บและความเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ ปรับเปลี่ยนการให้บริการสาธารณสุขตามความต้องการของประชาชนใน นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพซึ่งรับผิดชอบในการตรวจสอบคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการสุขภาพในพื้นที่บริการ เช่น SHA ของประเทศอังกฤษ

- ✓ หน่วยงานที่ทำหน้าที่วางแผนและจัดสรรงบประมาณการลงทุน ได้แก่ คณะกรรมการเขตสุขภาพทำหน้าที่พิจารณาแผนการลงทุนในเขตสุขภาพ ในขณะที่สถานพยาบาลหรือหน่วยงานในส่วนภูมิภาค (ทั้งที่อยู่ภายใต้กำกับของรัฐและองค์กรอิสระ) เป็นผู้เสนอแผนการลงทุนและดำเนินงานตามแผนการลงทุนที่ได้รับอนุมัติ
- ✓ หน่วยงานที่ทำหน้าที่วางแผนและจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ คือ หน่วยงานยุทธศาสตร์ในระดับพื้นที่ร่วมกับคณะกรรมการเขตสุขภาพในการประเมินความต้องการและความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ ในการจัดสรรและวางแผนพัฒนาศูนย์บริการให้เพียงพอตามความต้องการของสถานพยาบาลทั้งในสังกัดของรัฐและเอกชนเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาความขาดแคลนและการกระจุกตัวของบุคลากรในพื้นที่

ทั้งนี้ หน่วยงานที่มีบทบาททั้ง 3 บทบาทข้างต้นและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจะมีการประชุมร่วมกันในรูปแบบของ Interministerial conferences อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการสื่อสาร ถ่ายทอดนโยบายในระดับประเทศลงสู่ท้องถิ่น การประสานงานที่ดีระหว่างกัน และเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ตลอดจนการหาแนวทางดำเนินการที่เป็นมาตรฐานร่วมกันในประเด็นที่มักเกิดความแตกต่างในการดำเนินการ

๐ บทบาทด้านระบบงานสาธารณสุข

เป็นการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลพบว่าในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่มีการกำหนดระบบงานที่สำคัญแบ่งออกเป็น 3 ระบบงาน ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ ระบบสร้างเสริมสุขภาพ และระบบป้องกันและควบคุมโรค ในส่วนของระบบยาและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นการกำกับดูแลภายใต้หน่วยงานสาธารณสุขในส่วนกลาง

- ✓ ระบบบริการสุขภาพ: แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) ผู้จัดบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข 2) ผู้จัดบริการที่เป็นองค์กรอิสระ เช่น CCG ของประเทศอังกฤษ (เดิมคือ กองทุนการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (PCT)) ซึ่งรับผิดชอบในการจัดหาบริการสุขภาพในระดับภูมิภาคครอบคลุมประชากรที่กำหนดไว้ตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ (ประมาณ 340,000 คนต่อแห่ง) โดยบริการสุขภาพที่จัดบริการของทั้งสองรูปแบบขึ้นอยู่กับความต้องการที่ถูกกำหนดจากผู้ซื้อบริการรายใหญ่ ได้แก่ คณะกรรมการเขตสุขภาพ ซึ่งมีการจัดบริการสุขภาพตั้งแต่

ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิกระจายประเภทบริการตามขนาดและศักยภาพของสถานพยาบาลในพื้นที่ ทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับบริการครบถ้วนและทั่วถึง

- ✓ ระบบสร้างเสริมสุขภาพ และ ระบบควบคุมและป้องกันโรค: บริหารจัดการโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพโดยตรงทำหน้าที่ให้การสนับสนุนบริการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ดำเนินการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพ ควบคุมโรคภัยที่คุกคามสุขภาพและสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตลอดจนการสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรภาคเอกชน และประชาชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

○ บทบาทด้านระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล

เนื่องจากหน่วยงานในส่วนภูมิภาคมีการดำเนินงานภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ซึ่งไม่ว่าจะอยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศหรือในระดับท้องถิ่นย่อมต้องมีกลไกในการกำกับงานให้เป็นไปตามทิศทางที่กำหนดไว้ เนื่องจากมีการบูรณาการทั้งในส่วนของนโยบายระดับประเทศและระดับพื้นที่ ติดตามการปฏิบัติงานเพื่อเร่งรัดและช่วยแก้ปัญหาจากการดำเนินงานได้อย่างทันทั่วถึง และประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อสะท้อนความสามารถในการบริหารจัดการภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ บทบาทการกำกับ ติดตาม และประเมินผลในประเด็นที่สำคัญประกอบด้วย การปฏิบัติงานการบริหารงบประมาณ และการบริหารกำลังคน ดังนี้

- ✓ การกำกับ ติดตาม และประเมินผลด้านการปฏิบัติงาน: โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) คณะกรรมการเขตสุขภาพ โดยหน่วยงานด้านยุทธศาสตร์ในระดับพื้นที่ซึ่งอยู่ในรูปของคณะกรรมการที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในพื้นที่จะเป็นผู้กำกับ ติดตาม และประเมินผล และ 2) ผู้จัดบริการ โดยจะมีหน่วยงานที่ร่วมกันในการกำกับ ติดตาม และประเมินผล เช่น หน่วยงานยุทธศาสตร์ในระดับพื้นที่ คณะกรรมการการดูแลสุขภาพ คณะกรรมการตรวจสอบ สำนักงานตรวจสอบแห่งชาติ เป็นต้น เนื่องจากระบบบริการสุขภาพมีความหลากหลาย ซับซ้อน และจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาจึงมีหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมากที่ต้องมีพันธกิจในการเข้ามากำกับ ดูแล และประเมินผลให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- ✓ การกำกับ ติดตาม และประเมินผลด้านการบริหารงบประมาณ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้กำกับ ติดตาม และประเมินผล ทั้งนี้ การดำเนินงานด้านงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการซื้อบริการ(Purchasing Process) จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขหรือสัญญาการจัดซื้อมาตรฐานที่สำนักงานฯ กำหนด ซึ่งโดยทั่วไปงบประมาณจะถูกจัดสรรโดยพิจารณาจากขนาดของประชากร การกระจายของอายุ และตัวชี้วัดต่าง ๆ ของในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ทั้งนี้ งบประมาณที่จะได้รับจะแตกต่างกันตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน

- ✓ การกำกับ ติดตาม และประเมินผลด้านการบริหารกำลังคน: แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ หน่วยงานยุทธศาสตร์ในระดับพื้นที่จะเป็นผู้กำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของกำลังคนที่ปฏิบัติงานทั้งในส่วนของหน่วยงานในส่วนภูมิภาคที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการเขตสุขภาพ และผู้จัดบริการ ในขณะที่หน่วยงานกำกับดูแลผู้เชี่ยวชาญ (Professional Regulatory Bodies) จะทำหน้าที่กำกับกำลังคนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ โดยหน่วยงานนี้จะทำหน้าที่ปกป้องและส่งเสริมความปลอดภัยของประชาชน โดยการกำหนดค่ามาตรฐานของพฤติกรรม การศึกษาและจริยธรรมของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ รวมถึงการจัดการความกังวลต่าง ๆ เกี่ยวกับการประกอบอาชีพ

ข้อสังเกตเกี่ยวกับบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคของต่างประเทศ

- 1) บทบาทของการอภิบาลระบบสุขภาพยังคงเป็นหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุขแต่การดำเนินงานในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันตามบริบทและความพร้อมในการปฏิรูประบบ ซึ่งมีทั้งรูปแบบที่มีการอภิบาลระบบอย่างสมบูรณ์โดยการแยกบทบาทผู้จัดบริการ ผู้ซื้อบริการ และผู้กำหนดนโยบายออกเป็น 3 องค์การที่เป็นอิสระต่อกัน และรูปแบบที่บทบาทผู้จัดบริการและผู้กำหนดนโยบายอยู่ภายใต้สังกัดเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ทั้งสองรูปแบบยอมรับกลไกในการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยผ่านคณะกรรมการเขตสุขภาพซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องในหลากหลายสาขาเข้ามาดำรงตำแหน่งเพื่อบริหารจัดการเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด
- 2) บทบาทของคณะกรรมการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการบริการสุขภาพและการซื้อบริการสุขภาพ ซึ่งมีโครงสร้างมาจากผู้ที่ถูกคัดเลือกในระยะแรกเป็นการผสมผสานระหว่างการแต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุขและการเลือกตั้งจากประชาชนในพื้นที่ โดยมีวาระการดำรงตำแหน่งที่ชัดเจน ทั้งนี้ แม้จะเป็นคณะกรรมการอิสระแต่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขสามารถกำหนดบทลงโทษและถอดถอนได้

2.4 บทสังเคราะห์ตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์

การดำเนินการวิเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนของการดำเนินการในส่วนภูมิภาคในรูปแบบของเขตสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ทิศทาง บทบาท ในปัจจุบัน และบทบาทที่ควรจะเป็นในอนาคตนั้น การดำเนินการที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค เพื่อกำหนดข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมกับตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ดังนั้น เพื่อให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือ SWOT Analysis ในการวิเคราะห์องค์ประกอบภายในและองค์ประกอบภายนอกเพื่อระบุตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค จากนั้นจะใช้เครื่องมือ TOWS Matrix เพื่อกำหนดประเด็นข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญสำหรับการจัดรูปแบบเขตสุขภาพ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นที่หนึ่ง: การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค โดยรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากการลงสำรวจเชิงพื้นที่ใน 12 เครือข่ายบริการสุขภาพ ตลอดจนบทสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องในการบริหารการเปลี่ยนแปลงเขตสุขภาพ และข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยคณะผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นเกี่ยวกับองค์ประกอบภายใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) โครงสร้างองค์กร 2) แผนและยุทธศาสตร์การทำงาน 3) การบริหารกำลังคน 4) การบริหารการเงินการคลัง 5) การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน และ 6) การจัดการข้อมูลสารสนเทศ โดยในส่วนขององค์ประกอบภายนอกพิจารณาจากประเด็นดังต่อไปนี้ 1.นโยบาย 2.เศรษฐกิจ 3.สังคม 4.ความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี และ 5.สิ่งแวดล้อม ซึ่งในแต่ละประเด็นจะกำหนดค่าน้ำหนักของประเด็นย่อยโดยเฉลี่ยจากจำนวนประเด็นย่อยรวมในแต่ละประเด็นเพื่อให้ความสำคัญแก่ประเด็นย่อยเท่าเทียมกัน เนื่องจากเป็นประเด็นที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์หรือจำเป็นต้องปรับปรุงเหมือนกัน จากนั้นทำการประเมินคะแนนของแต่ละประเด็นโดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 5 หมายถึง ประเด็นดังกล่าวมีผลต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพมากที่สุด จนถึงระดับ 1 หมายถึง ประเด็นดังกล่าวมีผลต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพน้อยที่สุด จากนั้นหาผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคเพื่อนำไปกำหนดตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคในปัจจุบัน

ผลการวิเคราะห์ที่ได้ปรากฏในตารางที่ 2.10 -2.13 โดยพบว่า จุดแข็งซึ่งสามารถพัฒนาให้เกิดประโยชน์ยิ่งขึ้นในปัจจุบันมีอย่างน้อย 11 ประเด็น ค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของจุดแข็ง เท่ากับ 4.23 คะแนน จุดอ่อนซึ่งจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขมีอย่างน้อย 18 ประเด็น ค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของจุดแข็ง เท่ากับ 4.03 คะแนน โอกาสซึ่งสามารถนำมาต่อยอดให้เกิดประโยชน์แก่การพัฒนาเขตสุขภาพมีอย่างน้อย 9 ประเด็น ค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของจุดแข็ง เท่ากับ 4.40 คะแนน และ อุปสรรคซึ่งมีประเด็นที่ควรหลีกเลี่ยงอย่างน้อย 11 ประเด็น ค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของจุดแข็ง เท่ากับ 4.33 คะแนน

ตารางที่ 2.10: ผลการวิเคราะห์ประเด็นจุดแข็งสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์	รหัส	รายละเอียดประเด็นจุดแข็งสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ	น้ำหนัก	คะแนน ประเมิน	คะแนนถ่วง น้ำหนัก
1.โครงสร้างองค์กร	S1	มีโครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานอย่างชัดเจน เช่น มีการกำหนด Focal Point ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ	0.33	4.00	1.33
	S2	โครงสร้าง คปสข. ส่วนใหญ่ประกอบด้วยกรรมการจากหลายภาคส่วนในพื้นที่ที่สามารถรับฟังความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจบริหาร และกำหนดมาตรการและนโยบายได้อย่างครบถ้วน	0.33	5.00	1.67
	S3	มีศูนย์วิชาการ สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง และสถานพยาบาลครอบคลุมทุกพื้นที่ สามารถให้บริการ รวมทั้งวิเคราะห์ และเสนอมาตรการในการจัดการปัญหาเฉพาะของพื้นที่ได้อย่างครบวงจร	0.33	5.00	1.67
2.แผนและยุทธศาสตร์การทำงาน	S4	เครือข่ายบริการทั้ง 12 เขตได้มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)	0.50	5.00	2.50
	S5	มีการมอบอำนาจในการตัดสินใจให้กับบุคลากรในระดับต่าง ๆ ตามตำแหน่งหน้าที่อย่างเหมาะสม	0.50	3.00	1.50
3.การบริหารกำลังคน	S6	มีการประสานความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง	0.50	5.00	2.50
	S7	มีบุคลากรที่มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ	0.50	4.00	2.00
4.การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน	S8	แต่ละหน่วยงานมีการปฏิบัติงานและการกำกับดูแลตนเองที่ดีเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบของต้นสังกัด	0.33	5.00	1.67
	S9	มีกลไกการกำกับ ติดตาม ดูแล และประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง	0.33	5.00	1.67
	S10	แต่ละเขตมีผู้ตรวจราชการประจำเขต ทำหน้าที่กำกับ ติดตาม ให้คำชี้แนะ และบริหารจัดการภายในเขตอย่างใกล้ชิด	0.33	5.00	1.67
5.การจัดการข้อมูลสารสนเทศ	S11	ข้อมูลที่ทำการจัดเก็บในแต่ละหน่วยงานมีความครอบคลุม และสามารถใช้ประกอบการกำหนดนโยบายได้เป็นอย่างดี	1.00	3.00	3.00
ผลรวมคะแนน			5.00		21.17
ค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก					4.23

ตารางที่ 2.11: ผลการวิเคราะห์ประเด็นจุดอ่อนสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์	รหัส	รายละเอียดประเด็นจุดอ่อนสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ	น้ำหนัก	คะแนน ประเมิน	คะแนนถ่วง น้ำหนัก
1.โครงสร้างองค์กร	W1	โครงสร้างองค์กรเป็นแบบผูกติดกับสายการบังคับบัญชา โดยเฉพาะการกำกับดูแลของผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าในการประสานนโยบายระหว่าง 2 กระทรวง	0.50	3.00	1.50
	W2	โครงสร้าง คปสข. ในปัจจุบันมีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วนซึ่งเป็นการหารือเชิงนโยบายร่วมกันมากกว่าแผนปฏิบัติงานทำให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการตัดสินใจและการสร้างเครื่องมือเพื่อนำมาใช้ปฏิบัติงานจริงในเขตสุขภาพ	0.50	4.00	2.00
2.แผนและยุทธศาสตร์การทำงาน	W3	ขาดการบูรณาการร่วมกันในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทำให้การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ของแต่ละหน่วยงานในสังกัดภูมิภาคเกิดความซ้ำซ้อนหรือไม่สอดคล้องกันในการปฏิบัติงานในพื้นที่ รวมถึงไม่มีการจัดลำดับความสำคัญและมีการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหในพื้นที่ได้อย่างตรงจุดและยั่งยืน	0.33	4.00	1.33
	W4	ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ต่างๆของเขตไม่มาก	0.33	4.00	1.33
	W5	การบริหารทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในเขตสุขภาพ ทั้งบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือและสิ่งก่อสร้าง ยังไม่สะท้อนให้เกิดการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากนัก	0.33	4.00	1.33
3.การบริหารกำลังคน	W6	บุคลากรขาดแคลนทำให้การปฏิบัติงานยังคงยึดการให้บริการมากกว่าการจัดทำผลงานทางวิชาการ ซึ่งทำให้ไม่สามารถพัฒนาองค์ความรู้ในการแก้ปัญหาของพื้นที่โดยเฉพาะได้	0.20	4.00	0.80
	W7	การกำหนดกรอบอัตรากำลังคนด้านสุขภาพด้วยระบบ GIS อาจไม่เหมาะสม เนื่องจากระบบ GIS เป็นระบบที่พิจารณาจากจำนวนประชากรในพื้นที่ และไม่ได้เป็นระบบที่คำนึงถึงภาระงาน	0.20	4.00	0.80
	W8	ค่าตอบแทนที่ไม่จูงใจ ทำให้เกิดการสูญเสียบุคลากรทางการแพทย์ไปเป็นจำนวนมาก	0.20	4.00	0.80
	W9	หน่วยงานส่วนใหญ่ในภูมิภาค มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อปริมาณงาน	0.20	5.00	1.00
	W10	บุคลากรได้รับการจัดสรรงานไม่ตรงกับความสามารถหรือหน้าที่ที่ถูกมอบหมาย	0.20	3.00	0.60
4.การบริหารการเงินการคลัง	W11	งบประมาณที่ได้รับต่ำกว่างบประมาณที่หน่วยงานในส่วนภูมิภาคต้องการใช้ในการดำเนินงาน ทำให้เกิดปัญหาการเงินการคลัง	0.33	5.00	1.67
	W12	วิธีการจัดสรรงบประมาณถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง ทำให้ไม่ตรงกับความต้องการ และเมื่อเกิดปัญหาการเงินก็ทำให้ไม่สามารถแก้ไขได้อย่างทันท่วงที	0.33	5.00	1.67
	W13	งบค่าเสื่อมที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอต่อค่าเสื่อมจริง และไม่มีการลงทุนใหม่เกิดขึ้น	0.33	4.00	1.33

ประเด็นยุทธศาสตร์	รหัส	รายละเอียดประเด็นจุดอ่อนสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ	น้ำหนัก	คะแนนประเมิน	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
5.การกำกับ ติดตาม และ ประเมินผลการดำเนินงาน	W14	ตัวชี้วัดในการทำงานที่ได้รับจากส่วนกลางมีจำนวนมากและบางตัวไม่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่	0.50	4.00	2.00
	W15	ตัวชี้วัดในการทำงานเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้เกิดปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการจัดทำตัวชี้วัด	0.50	4.00	2.00
6.การจัดการข้อมูลสารสนเทศ	W16	การรายงานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานที่ต้องการข้อมูลมีรูปแบบที่ไม่เหมือนกัน ทำให้มีความซ้ำซ้อนในการกรอกข้อมูล	0.33	5.00	1.67
	W17	ระบบข้อมูลสารสนเทศในปัจจุบันเป็นการรวบรวมข้อมูลในเชิงตั้งรับเป็นหลัก การรวบรวมข้อมูลเชิงรุกยังคงจำกัดอยู่ในวงแคบตามการจัดสรรงบประมาณและความสนใจของหน่วยงานที่จะนำมาใช้ในการวางแผน	0.33	4.00	1.33
	W18	การใช้ข้อมูลสารสนเทศในการประเมิน กำกับ และการกำหนดยุทธศาสตร์ยังมีน้อย รวมทั้งขาดการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่จัดเก็บ	0.33	3.00	1.00
ผลรวมคะแนน			6.00		24.17
ค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก					4.03

ตารางที่ 2.12: ผลการวิเคราะห์ประเด็นโอกาสสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์	รหัส	รายละเอียดประเด็นโอกาสสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ	น้ำหนัก	คะแนนประเมิน	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
1.นโยบาย	O1	ผู้บริหารระดับสูงมีนโยบายด้านสุขภาพที่ชัดเจน ครอบคลุมทุกมิติและทุกกลุ่มเป้าหมาย เช่น มีนโยบายให้มีการทำงานในรูปของเครือข่ายบริการ ซึ่งได้มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	1.00	5.00	5.00
2.เศรษฐกิจ	O2	หน่วยงานในภูมิภาคได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานในพื้นที่ เช่น อปท.	1.00	4.00	4.00
3.สังคม	O3	ในแต่ละพื้นที่จะมีจำนวนภาคีเครือข่ายที่เพียงพอ ทำให้หน่วยงานในภูมิภาคสามารถส่งต่อนโยบายสู่พื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว	0.50	4.00	2.00
	O4	ภาคี/เครือข่ายมีอิทธิพลและมีศักยภาพสูงในการประสานงาน การถ่ายทอด และการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อเป็นการตรงผู้ป่วยไว้ในพื้นที่ (satellite OPD)	0.50	5.00	2.50
4.ความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี	O5	พัฒนาองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาพื้นบ้านให้สามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพโดยไม่ต้องออกจากพื้นที่ เพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางและกระตุ้นการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น	0.33	4.00	1.33

ประเด็นยุทธศาสตร์	รหัส	รายละเอียดประเด็นโอกาสสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ	น้ำหนัก	คะแนน ประเมิน	คะแนนถ่วง น้ำหนัก
5.สิ่งแวดล้อม	O6	มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ดีขึ้น	0.33	4.00	1.33
	O7	การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาเพิ่มขึ้น	0.33	4.00	1.33
	O8	พฤติกรรมบริโภคสื่อ และการประชาสัมพันธ์โดยภาคี/เครือข่าย ทำให้ประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วย โรคอุบัติใหม่ได้รวดเร็ว ครอบคลุม ช่วยให้เกิดการตื่นตัว เฝ้าระวัง และป้องกันโรคมายิ่งขึ้น	0.50	5.00	2.50
	O9	การคมนาคมที่สะดวกและรวดเร็วทำให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น	0.50	4.00	2.00
	ผลรวมคะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก		5.00		22.00 4.40

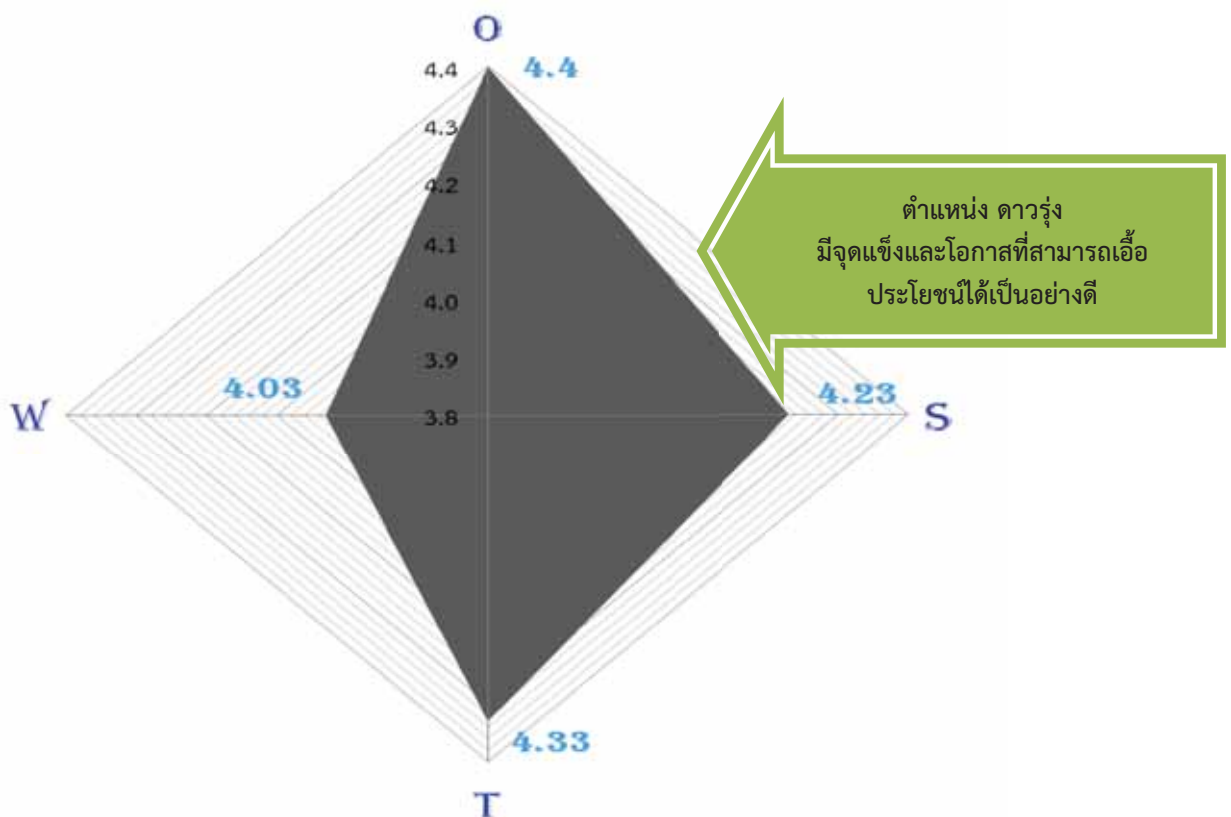
ตารางที่ 2.13: ผลการวิเคราะห์ประเด็นอุปสรรคสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์	รหัส	รายละเอียดประเด็นอุปสรรคสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ	น้ำหนัก	คะแนน ประเมิน	คะแนนถ่วง น้ำหนัก
1.นโยบาย	T1	นโยบายที่ต้องการผลสัมฤทธิ์แบบเร่งด่วนมีค่อนข้างมาก ทำให้เกิดความจำกัดในการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานตามนโยบาย ส่งผลให้การดำเนินงานตามกรอบเป้าหมายไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร	0.33	4.00	1.33
	T2	แผนยุทธศาสตร์ที่หน่วยงานในภูมิภาครับจากส่วนกลางไม่สอดคล้องกับบริบทของปัญหาในพื้นที่	0.33	4.00	1.33
	T3	ขาดการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น	0.33	4.00	1.33
2.เศรษฐกิจ	T4	การขึ้นค่าแรงขั้นต่ำส่งผลต่อภาระงบประมาณในการจ้างงานที่สูงขึ้น	0.50	5.00	2.50
	T5	วงเงินงบประมาณด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะถูกควบคุมให้อยู่กรอบการขยายตัวที่ไม่เป็นภาระทางการคลังในอนาคต	0.50	5.00	2.50
3.สังคม	T6	กลุ่มแรงงานต่างด้าว นักท่องเที่ยว และประชากรแฝง ทำให้เกิดการระงับและภาระงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ	0.33	5.00	1.67
	T7	ประชาชนมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น เกิดจากการเข้าถึงของสื่อต่าง ๆ และค่านิยมทางสังคมที่เปลี่ยนไป เป็นต้น	0.33	4.00	1.33
	T8	สัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้น (การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ) ทำให้จำเป็นต้องใช้งบประมาณด้าน	0.33	5.00	1.67

ประเด็นยุทธศาสตร์	รหัส	รายละเอียดประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพ	น้ำหนัก	คะแนนประเมิน	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
สุขภาพเพิ่มขึ้น					
4.ความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี	T9	เทคโนโลยีที่ทันสมัยขึ้น ส่งผลต่อการระงับประมาณด้านสุขภาพที่สูงขึ้น	1.00	4.00	4.00
5.สิ่งแวดล้อม	T10	แนวโน้มโรคติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น การแปรปรวนของสภาวะอากาศ การเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าว และนักท่องเที่ยว เป็นต้น	0.50	4.00	2.00
	T11	การอุบัติของโรคใหม่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภค และสภาวะแวดล้อม	0.50	4.00	2.00
ผลรวมคะแนน			5.00		21.67
ค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก					4.33

ขั้นที่สอง: การระบุตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคในปัจจุบัน โดยใช้ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในแต่ละประเด็น (พิจารณาแผนภาพที่ 2.7) พบว่า ตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ในปัจจุบันอยู่ ณ สถานการณ์ที่เรียกว่าดาวรุ่ง (Public Star Sector) เนื่องจากในภาพรวมของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมินั้นมีจุดแข็งและโอกาสที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์สำหรับการปรับเปลี่ยนไปสู่การทำงานในรูปแบบเขตสุขภาพได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ตำแหน่งที่มีลักษณะรองลงไปได้แก่ตำแหน่งที่อยู่ในสถานการณ์ที่เรียกว่าแม่วัวให้นม (Cash Cows) ซึ่งเกิดจากแม้ว่าจะมีจุดแข็งขององค์กรเป็นแรงผลักดันแต่การปรับรูปแบบในอนาคตจะมีปัจจัยคุกคามการดำเนินงานที่สำคัญในหลายประเด็น ดังนั้น ในการดำเนินการจึงจำเป็นต้องเลือกใช้แนวทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนการกำหนดยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับสถานการณ์อื่นๆ ร่วมด้วย

แผนภาพที่ 2.7: ตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคในปัจจุบัน



ขั้นที่สาม: การกำหนดแนวทางเพื่อเปลี่ยนแปลงไปสู่เป้าหมายของการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพที่คาดหวัง เนื่องจากตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ในปัจจุบัน คือ ดาวรุ่ง ดังนั้น ยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมในการนำมาปรับใช้ คือ **ยุทธศาสตร์เชิงรุก (Strength-Opportunity)** โดยคณะผู้วิจัยได้พิจารณาประเด็นสำคัญเพื่อนำไปจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงมีดังนี้

1) ระบบบริหารงบประมาณยังคงขึ้นอยู่กับพันธกิจตามกฎหมายที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานต้นสังกัดซึ่งไม่มีความยืดหยุ่นในการดำเนินการ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการบริหารงบประมาณในการดำเนินการในบางหมวดในการดำเนินการจัดบริการและส่วนที่เกี่ยวข้องได้เกิดความยืดหยุ่นในการดำเนินการบริหารงบประมาณในรูปแบบของการดำเนินการร่วมระหว่างหน่วยงานมากขึ้น ซึ่งเป็นเครื่องสนับสนุนว่าการ

บริหารงบประมาณร่วมกันระหว่างหน่วยงานผู้จ่ายงบประมาณ และหน่วยงานที่เป็นผู้ปฏิบัติที่มีความสำคัญ และส่งผลให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การร่วมดำเนินการในการบริหารงบประมาณเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระหว่าง คปสข. และ อปสข. และการบริหารงบค่าเสื่อมจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หมวดบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวซึ่งจ่ายชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในจำนวนร้อยละ 20 ของวงเงินค่าเสื่อมภาครัฐในสังกัด สป.สธ.) โดยผู้ตรวจราชการถือตัวอย่างของกลไกสนับสนุนการบริหารในรูปแบบเขตสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นและไม่ก่อให้เกิดการบิดเบือนการใช้ทรัพยากร เนื่องจากเป็นการบริหารงบประมาณโดยกระทรวงสาธารณสุข (ผู้ให้บริการ) แต่อย่างน้อยต้องได้ข้อมูล เงื่อนไข และแนวทางการจ่ายผ่านความเห็นชอบของ อปสข. (ผู้ซื้อบริการ) ดังนั้น การพัฒนากลไกการบริหารงบประมาณร่วมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่จ่ายงบประมาณ (อปสข.) จะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรในระดับเขตมากขึ้น

2) หน่วยงานส่วนใหญ่โดยเฉพาะหน่วยงานบริการมีความเห็นที่สอดคล้องกันกับการบริหารจัดการที่มีความครอบคลุมทั้งเขต โดยมีการวิเคราะห์ภาพรวมทุกมิติเพื่อเชื่อมโยงบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิระดับสูงให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นระบบซึ่งช่วยลดความซ้ำซ้อนและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ปัจจุบันเป็นการจัดสรรโดยพิจารณาจากความเชี่ยวชาญของแต่ละหน่วยงานเป็นหลัก ในเบื้องต้นยังไม่เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างแพร่หลายซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายหรือค่าใช้จ่ายของทรัพยากร ดังนั้น การสนับสนุนให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันจำเป็นต้องมีการจัดทำข้อตกลงในการใช้ทรัพยากรเช่นเดียวกับโครงการหนึ่งจังหวัดหนึ่งโรงพยาบาลแต่ขยายความครอบคลุมไปถึงการเป็นหนึ่งเขตหนึ่งโรงพยาบาลและมีการใช้ทรัพยากรของศูนย์วิชาการร่วมด้วย

3) บทบาทในระบบสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญเป็นอย่างมากซึ่งจะเห็นได้ว่ากระทรวงได้กำหนดให้หลายหน่วยงานมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม หากประชาชนทุกคนทุกพื้นที่สามารถพัฒนาสุขภาพของตนเองและชุมชนได้ด้วยตัวเองจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยช่วยให้เกิดการประหยัดทั้งตนเองและภาครัฐ กลไกหนึ่งที่เชื่อมโยงการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในระบบสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวนกว่า 1 ล้านคนทั่วประเทศซึ่งถือเป็นจุดแข็งสำคัญของกระทรวง แต่ยังคงขาดองค์ประกอบที่ช่วยเสริมให้เกิดประสิทธิภาพ เช่น แนวทางการสร้างเครือข่ายแบบสมัชชาสุขภาพ ในแบบที่ สข.ดำเนินการอยู่ และงบประมาณในเชิงพื้นที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ดังนั้น การประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เช่น กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสข.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จากการทำงานเชิงเดี่ยวมาสู่การทำงานรวมหมู่ โดยยึดพื้นที่เป็นตัวตั้งและปรับกระบวนการขับเคลื่อนจากการที่หน่วยงานราชการเป็นฝ่ายนำชาวบ้านเป็นชาวบ้านร่วมกันคิดร่วมกันทำเอง พร้อมทั้งเปิดรับฟังความคิดเห็นปัญหาและอุปสรรคของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อนำไปใช้กำหนดนโยบายในภาพรวมอีกทางหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์อื่น ๆ ก็จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์รองรับเพื่อนำไปจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ดำรงอยู่ให้สามารถดำเนินการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพได้สำเร็จลุล่วงมีรายละเอียดในประเด็นสำคัญดังนี้

ยุทธศาสตร์เชิงป้องกัน (Strength-Threat): เนื่องจากในระบบบริการสุขภาพมีหน่วยบริการสุขภาพทุกประเภทและทุกระดับเป็นผู้ดำเนินงานซึ่งเป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่ได้รับการถ่ายทอดจากกระทรวง สป. กรมวิชาการ (กรณีที่เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมวิชาการ) สสจ. และ สสอ. ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดแล้ว การดำเนินงานยังต้องให้ความสำคัญกับเงื่อนไขและเงื่อนไขในการดำเนินการเพื่อให้สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เพราะเป็นกลุ่มลูกค้ากลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งของหน่วยบริการโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนมีรายได้หลักจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ ร้อยละ 60 ขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่) แม้ว่าแนวทางการจัดสรรเงินค่าบริการของ สปสช. เป็นไปเพื่อใช้กลไกการเงินกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการปฏิบัติงานซึ่งมีเป้าหมายในการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นก็ตาม ความไม่สอดคล้องกันระหว่างกลไกดังกล่าวอาจทำให้เกิดการบิดเบือนการใช้ทรัพยากรเพื่อจัดบริการที่จะได้รับจัดสรรเงินตามเกณฑ์โดยไม่สอดคล้องกับการบริหารทรัพยากรที่เป็นไปตามยุทธศาสตร์ในการจัดสรรทรัพยากรของกระทรวง ตัวอย่างเช่น การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไปสำหรับบริการที่จ่ายตามเกณฑ์ปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555-2559 และสอดคล้องกับนโยบาย Smart Health ของรัฐบาลเพื่อทำให้ประชาชนทุกครัวเรือนมีหมอใกล้บ้าน แม้จะเป็นการผลักดันเชิงนโยบายร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขแต่การบริหารงบประมาณด้วยวิธีดังกล่าวมิได้สอดคล้องกับการจัดสรรทรัพยากรของกระทรวง เนื่องจากกระทรวงมีการจัดสรรงบประมาณและบุคลากรตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงที่พิจารณาในภาพรวมของระบบสาธารณสุขเป็นหลัก ดังนั้นเมื่อเกิดการใช้ทรัพยากรสำหรับจัดบริการที่จ่ายตามเกณฑ์ปฐมภูมิเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผลงานตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงที่ต้องใช้ทรัพยากรในส่วนนี้ลดลง ดังนั้น เพื่อให้การใช้กลไกทางการเงินสัมฤทธิ์ผลอย่างแท้จริงควรดำเนินการตามลำดับความสำคัญที่สอดคล้องกันระหว่างยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.

ยุทธศาสตร์เชิงพัฒนา (Weakness-Opportunity): เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารที่มีผลต่อการกำหนดยุทธศาสตร์ ทรัพยากร บุคลากร และงบประมาณ เช่น ผู้ตรวจราชการ และผู้อำนวยการหน่วยงาน ส่งผลให้การบริหารของหน่วยงานขาดความต่อเนื่อง แม้จะมีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการระยะ 4-5 ปี แต่หน่วยงานจะมีการปรับปรุงแผนปฏิบัติการประจำปีและแผนปฏิบัติการระยะยาวเป็นประจำทุกปีที่จะช่วยปรับให้เกิดความเหมาะสมตามบริบทของเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปแต่อาจสูญเสียเป้าหมายระยะยาวที่ได้วางไว้ตามแนวทางของผู้บริหารใหม่ที่เข้ามาบริหารองค์กร ดังนั้น การบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการโดยเฉพาะเขตสุขภาพซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมากจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการบริหารงานที่เกิดจากการถ่วงดุลของคณะกรรมการ

ยุทธศาสตร์เชิงปรับเปลี่ยน (Weakness-Threat): ประกอบด้วย

1) บทบาทด้านการบริหารจัดการในการกำหนดยุทธศาสตร์ในพื้นที่ยังคงขาดความครอบคลุมทั้งในระดับจังหวัดและในระดับเขต โดยในระดับจังหวัดมีเพียง สสจ. และ สสอ. เท่านั้นที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านระบบสาธารณสุขในพื้นที่ และไม่สามารถครอบคลุมการปฏิบัติงานของ

ศูนย์วิชาการที่มีได้อยู่ในพื้นที่ของจังหวัด ยกเว้นศูนย์สุขภาพจิตที่กำหนดอำนาจหน้าที่ให้พัฒนาและร่วมจัดทำแผนแก้ปัญหาสุขภาพจิตในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบร่วมด้วย สำหรับในระดับเขตแม้ปัจจุบันผู้ตรวจราชการได้รับมอบอำนาจจากปลัดกระทรวงในการกำหนดยุทธศาสตร์ในเชิงพื้นที่ระดับเขตซึ่งเป็นการกำหนดยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นระบบบริการสุขภาพเป็นหลัก โดยจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แผนการจัดสรรกำลังคนและงบลงทุนเพื่อรองรับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพซึ่งเชื่อมโยงกับหน่วยงานในสังกัด สป.เป็นหลัก รวมถึงศูนย์การแพทย์เฉพาะทางของกรมวิชาการ แต่จะเห็นได้ว่ายังไม่ครอบคลุมระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบควบคุมและป้องกันโรค และระบบยาและคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งเชื่อมโยงกับศูนย์วิชาการของกรมวิชาการ ทำให้ยังไม่สามารถจัดการบริหารงานสาธารณสุขให้ครอบคลุมทรัพยากรระบบงานทั้งหมดในระดับเขต ดังนั้น ควรเพิ่มอำนาจหน้าที่ในกฎกระทรวงของศูนย์วิชาการอื่น ๆ ที่ยังมีได้ระบุเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันได้โดยการจัดทำค่าของงบประมาณตามพันธกิจตามกฎหมาย

2) การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบในหลายทางทั้งการเป็นเงื่อนไขในการเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ และภารกิจในการรายงานข้อมูลด้านสาธารณสุขแก่หน่วยงานที่กำหนด แม้ว่าการพัฒนาในด้านการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศจะได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการยังคงประสบปัญหาหลายประการได้แก่ (1) ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลในระดับรายบุคคลเนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ถูกรายงานเข้าระบบหรือสถานะผู้ป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริงในปัจจุบัน ขณะที่ความไม่ครบถ้วนในระดับภาพรวมเกิดจากความไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในการรายงานแต่ละฐานข้อมูล (2) ระบบรายงานบางระบบ อาทิ โปรแกรม TBCM (กรมควบคุมโรค) มีความซ้ำซ้อนกับโปรแกรมของ สปสช. ที่ให้เจ้าหน้าที่กรอกเพื่อจ่ายค่าตอบแทนในการรักษาผู้ป่วย ทำให้เกิดภาระงานที่มากขึ้นแก่ผู้ปฏิบัติงาน (3) มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อยครั้งจากตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวทั้งในระดับอำเภอและจังหวัด ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ตลอดจนไม่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการใช้โปรแกรมที่มีความซับซ้อนทำให้ใช้เวลาในการดำเนินการมาก ดังนั้น ควรเร่งปรับปรุงระบบข้อมูลสารสนเทศในทุกหน่วยงานในส่วนภูมิภาคเนื่องจากเป็นองค์ประกอบสำคัญในการนำไปใช้กำหนดนโยบายทั้งในระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด ซึ่งอาจเริ่มจากการทบทวนระบบข้อมูลหรือโปรแกรมรายงานที่มีความซ้ำซ้อนและทำซ้ำซ้อนในการเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงานที่เป็นฐานรวบรวมข้อมูลหลักแทนที่จะให้หน่วยงานแต่ละหน่วยงานโดยเฉพาะหน่วยบริการจัดส่งข้อมูลใหม่ทุกครั้งที่มีการร้องขอข้อมูล

บทที่ 3

ข้อเสนอกลไกการทำงานของกระทรวง
สาธารณสุขในส่วนภูมิภาค:
การจัดเขตสุขภาพ

บทที่ 3

ข้อเสนอกลไกการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค:
การจัดเขตสุขภาพ

ดังที่ได้กล่าวเกี่ยวกับรูปแบบของเขตสุขภาพที่คาดหวัง (Expected) และการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ปัจจุบันในการดำเนินการเข้าสู่เป้าหมายการเป็นเขตสุขภาพที่คาดหวังในบทที่ 2 นั้น คณะผู้วิจัยได้สังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และลักษณะโครงสร้างตามข้อมูล และผลการวิเคราะห์ดังที่กล่าวมา ก่อนหน้า ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข และบทบาทการทำงานในภูมิภาคภายใต้กรอบแนวคิดของการพัฒนาเขตสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข

จากการสังเคราะห์ลักษณะโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน และบทบาทที่คาดหวังทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข จะเห็นได้ว่า การปรับเปลี่ยนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขจะครอบคลุมการทำงานทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค

ปัจจุบัน รูปแบบการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย

- **การทำงานในฐานะหน่วยงานที่ทำหน้าที่เสนอนโยบายด้านสุขภาพระดับประเทศ:** ได้แก่การทำงานเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข และสุขภาพในภาพรวมต่าง ๆ ซึ่งมีการทำงานร่วม และ/ หรือทำงานควบคู่กับกลไก และหน่วยงานภาคีต่าง ๆ ด้านสาธารณสุขที่มีภารกิจในการจัดตั้งที่ใกล้เคียง และมีการทำงานที่สอดคล้อง เช่น สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
- **ราชการบริหารส่วนกลาง:** ครอบคลุมการทำงานในระบบย่อย (Sub-system) ทั้ง 4 ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มตามภารกิจได้เป็น 3 กลุ่มภารกิจ¹ คือ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ (ประกอบด้วยกรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข (ประกอบด้วยกรมควบคุมโรค และ

¹ ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขตามที่ได้รับไว้ในกรอบบทบาทหน้าที่ บทบาทภารกิจ และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี 2545 ได้ระบุบทบาทภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขไว้รวม 18 ประการ คือ (1) การกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (2) พัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพ (3) กำกับดูแล และประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ (4) ผลิต และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (5) พัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (6) ส่งเสริมสนับสนุนสถานดำเนินงานด้านสุขภาพ (7) พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ (8) พัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศ (9) การวิจัยและพัฒนาสุขภาพ (10) การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพอนามัย (11) พัฒนางานควบคุมป้องกันโรค และภัยสุขภาพรวมถึงผลกระทบของสิ่งแวดล้อมและอาชีพ (12) บริการทางวิชาการ พัฒนา ประเมินและถ่ายทอดเทคโนโลยี (13) จัดให้มีบริการสุขภาพ (14) การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (15) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ (16) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ (17) กำหนด พัฒนา และประเมินมาตรฐานบริการและบริการสุขภาพ (18) ส่งเสริมและพัฒนาการจัดระบบองค์ความรู้และการสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกเพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ

กรมอนามัย) และกลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนการบริการสาธารณสุข² (ประกอบด้วย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

- **ราชการบริหารส่วนภูมิภาค:** ประกอบด้วยองค์ประกอบการทำงานในระดับต่าง ๆ ในพื้นที่ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ทำหน้าที่ในการบริหารงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และหน่วยบริการด้านสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีนอมาลัย ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้อยู่ภายในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ ยังมีหน่วยบริการและหน่วยงานวิชาการของหน่วยงานอื่น ๆ ที่ร่วมทำงานภายในพื้นที่ เพื่อให้การทำงานภายในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพด้วย เช่น หน่วยงานบริการและหน่วยงานวิชาการในสังกัดของกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค เป็นต้น

หากพิจารณาบทบาทที่ควรจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวมาข้างต้น ร่วมกับแนวคิดระบบสุขภาพที่ควรจะเป็น จะเห็นได้ว่า เพื่อให้เกิดการทำงานที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดการทำงานที่ประกอบด้วย

(1) แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

(1.1) การมีกลไกกลางที่ทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และเสนอนโยบายสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย และแผนการทำงาน (Policy Office) ในเบื้องต้น อาจเรียกกลไกนี้ว่า **สำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุข** กลไกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำหน้าที่ในการกำกับ ดูแลระบบสาธารณสุข (National Health Authority) ได้ ซึ่งถือว่าเป็นบทบาทที่มีความสำคัญมาก กลไกดังกล่าวควรดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการเพื่อให้เกิดส่วนร่วมในการทำงานระหว่างหน่วยงาน โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการของคณะกรรมการ

กลไกในการกำหนดนโยบายจะอยู่ในรูปของคณะกรรมการที่เป็นการรวบรวมผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในเรื่องดังกล่าวเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องดังกล่าวโดยตรงทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการในแต่ละประเด็นย่อยเหล่านั้น ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานและกลไกที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนในการกำหนดนโยบายอยู่พอสมควร ทั้งที่มีลักษณะเป็นราชการ และองค์กรรูปแบบอื่น ๆ เช่น สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมอื่น ๆ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ภายใต้สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นต้น ดังนั้น การดำเนินการเพื่อให้เกิดกลไกดังกล่าว อาจสามารถเริ่มจากการปรับบทบาท และรูปแบบการทำงานของหน่วยงานเหล่านี้ รวมทั้งการจัดหาบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถจากหน่วยงานอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถตอบสนองการทำงานเชิงนโยบายเหล่านี้ได้ในระยะสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็ทำการเสริมสร้างศักยภาพด้านบุคลากรที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องในระยะยาว และดำเนินการ

² กฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ พ.ศ. 2545 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2547 (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2550 และ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2552 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545

พิจารณารูปแบบของกลไกที่เป็นทางการเพื่อสนับสนุนการทำงานของกลไกนี้ในระยะยาว เช่น การมีระบบการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัวเพื่อสามารถดึงดูดและรักษาบุคลากรที่มีศักยภาพเอาไว้กับระบบ เป็นต้น

(1.2) ปรับบทบาทการทำงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นการทำงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินการเพื่อสนับสนุนการทำงานในด้านต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม เช่น การทำงานเกี่ยวกับการบริหาร งานสาธารณสุขระหว่างประเทศ และงานด้านการบริหารกำลังคนในภาพรวม เป็นต้น เนื่องจากหากมีการพิจารณาแยกบทบาทการเป็นผู้ให้บริการออกจากบทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลระบบสาธารณสุข การกำหนดให้สถานพยาบาลสังกัดกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็อาจไม่มีความเหมาะสม และควรนำไปสู่การกำหนดองค์ประกอบที่สามารถกำกับดูแลการทำงานได้อย่างเหมาะสมต่อไป

(1.3) บทบาทของกรมวิชาการ คงการทำงานตามภารกิจในส่วนกลางที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย ทั้งในส่วนของการให้ความเห็น คำแนะนำ กลั่นกรองและกำหนดนโยบาย รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นผู้บังคับใช้กฎหมายต่าง ๆ (Regulator) อย่างไรก็ตาม บทบาทเหล่านี้จะมีการปรับการทำงานให้สอดคล้องตามบทบาทที่พึงประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขตามขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการทำงานในภูมิภาคของหน่วยงานเหล่านี้ทั้งในส่วนของการสนับสนุนทางด้านวิชาการเพื่อทำให้การทำงานในส่วนภูมิภาคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ (ทั้งในส่วนการนำเอานโยบายการพัฒนาสาธารณสุขตามภารกิจของกรมที่ได้มีการกำหนดในระดับประเทศเป็นดำเนินการผลักดันให้สัมฤทธิ์ผลในระดับภูมิภาค (พื้นที่) และการนำเอาประเด็นลักษณะและปัญหาเฉพาะของพื้นที่มาเสนอเป็นวาระในการดำเนินการของพื้นที่) และดำเนินการตามเป้าหมายของการพัฒนาทางด้านวิชาการและขอบเขตการทำงานตามภารกิจของหน่วยงานในพื้นที่ (ทั้งการให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนเพื่อนำไปสู่การศึกษาวิจัย การให้บริการที่เกี่ยวกับการรับรองคุณภาพ และการตรวจสอบและกำกับตามมาตรฐาน) นั้น กรมวิชาการสามารถดำเนินการได้โดยการจัดสรรบุคลากร และทรัพยากรไปปฏิบัติหน้าที่ในภูมิภาค โดยทำงานร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารในส่วนภูมิภาค ภายใต้การกำกับตัวชี้วัด และเป้าหมายการทำงานของหน่วยงานต้นสังกัดและของกระทรวงสาธารณสุข

(1.4) กำหนดกลไกที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงการทำงานและนโยบายของส่วนกลางไปสู่ภูมิภาค โดยมีวัตถุประสงค์

- เพื่อทำให้การเชื่อมโยงการทำงานระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นไปอย่างมีระบบ และไม่กระจุกกระจาย ที่อาจจะนำไปสู่การทำงานและการกำกับดูแลที่ไม่สอดคล้อง และ
- เพื่อทำให้เกิดการแยกบทบาทระหว่างการเป็นผู้กำหนดนโยบาย และการกำกับดูแล (National Health Authority/ Regulator) ออกจากการเป็นผู้ให้บริการ (Service Provider) ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างระบบสาธารณสุขดังกล่าวมาข้างต้น

เมื่อพิจารณาภารกิจของหน่วยงานต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขมีอยู่ในปัจจุบันจะเห็นได้ว่า กลไกที่ทำหน้าที่ดูแล และพัฒนาสถานพยาบาลภายในภูมิภาคได้แก่ สำนักบริหารการสาธารณสุข (สปรส.)³ ซึ่ง

³ อ้างอิงตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 สำนักบริหารการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้ (1) พัฒนานโยบายและกำหนดมาตรฐานเครือข่ายบริการ และสถานบริการอื่นในระบบสุขภาพ เพื่อให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (2) ส่งเสริม พัฒนา และสนับสนุนด้านการบริหารและคุณภาพบริการแก่หน่วยบริการในระบบสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (3) ส่งเสริมและประสานความร่วมมือด้านการจัดบริการสุขภาพกับหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการบริการ หรือหน่วยบริการสุขภาพของชุมชน ท้องถิ่น และเอกชน และ (4) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่กลไกเพื่อสนับสนุนการทำงานของสถานบริการภายในพื้นที่ได้แก่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.)⁴ ซึ่งเป็นกลไกที่เกิดขึ้นในการปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2545 และได้มีการปรับปรุงภารกิจตามระบุในกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. 2552 ซึ่งคณะผู้วิจัยเห็นว่า หากจะพิจารณากลไกที่สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วในการประสานการทำงานระหว่างส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคแล้ว การบูรณาการการทำงานของหน่วยงานทั้งสองเข้าด้วยกัน (อาจใช้ชื่อเบื้องต้นว่า *สำนักงานประสานงานสาธารณสุข*) และกำหนดให้ทำหน้าที่ประสานงาน และส่งต่อนโยบายสาธารณสุขที่ครอบคลุมบทบาทย่อยทั้ง 4 ของกระทรวงสาธารณสุขให้ไปดำเนินการภายในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพน่าจะมีที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition Period) นั้น การดำเนินการดังกล่าวอาจเริ่มจากการทำงานโดยหน่วยงาน สบส. ก่อน และค่อยพิจารณาเกี่ยวกับการทำงานร่วมกับ สบส. ในอนาคต โดยการทำงานในส่วนนี้จะเป็นการกำหนดกรอบแนวทาง และกติกาในการดำเนินงานภายในพื้นที่ที่เป็นมาตรฐาน ได้แก่

- *การกำหนดกรอบในการกำหนดแผนงาน และยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานของพื้นที่* ตัวอย่างของการดำเนินการเพื่อกำหนดทิศทางการทำงานภายในพื้นที่ในปัจจุบัน ได้แก่ ทิศทางในการกำหนดแผนบริการสุขภาพ (Service Plan) และแผนในการดำเนินการตามบทบาทอื่น ๆ เป็นต้น
- *การกำหนดระเบียบหรือหลักเกณฑ์ในการบริหารงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพื่อดำเนินการภายในพื้นที่* ซึ่งในการกำหนดระเบียบหรือหลักเกณฑ์ในการบริหารงบประมาณสามารถแตกต่างกันตามประเภทของงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร โดยในส่วน of งบประมาณที่ถูกจัดสรรมาเพื่อทำการจัดบริการจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ผู้จ่ายเงินเพื่อบริการ (Service Purchaser) การกำหนดระเบียบหรือหลักเกณฑ์ควรจะดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ผู้จ่ายเงินเพื่อบริการ เพื่อให้กลไกการจัดสรรงบประมาณสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในจ่ายเงินเพื่อบริการ ขณะที่หากเป็นกรณีที่เป็นงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมาเพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น งบประมาณเพื่อการลงทุน และอื่น ๆ การกำหนดระเบียบหรือหลักเกณฑ์ควรเป็นไปตามกฎระเบียบการใช้งบประมาณที่เกี่ยวข้องเพื่อทำให้เกิดความโปร่งใสในการดำเนินการให้มากที่สุด
- *การกำหนดกฎระเบียบมาตรฐานที่เกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลภายในพื้นที่* เพื่อทำให้เกิดความเป็นเอกภาพ และยุติธรรมระหว่างพื้นที่ และความเหมาะสมในการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งภายในพื้นที่ และระหว่างพื้นที่ รวมทั้งการเคลื่อนย้ายทรัพยากรบุคคลระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค ที่เป็นที่ยอมรับ โดยกฎระเบียบที่เกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลเหล่านี้ควรจะครอบคลุมประเด็น

⁴ กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ได้กำหนดให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับ การสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับให้มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยส่งเสริมและสนับสนุนระบบคุ้มครองประชาชนด้านบริการสุขภาพ ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรภาคเอกชนเพื่อการบริหารสุขภาพ อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถพิทักษ์สิทธิและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

เกี่ยวกับกรอบแนวทางการให้ความดีความชอบจากการไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ แนวทางในการโยกย้ายบุคลากร และอื่น ๆ

- การกำหนดกรอบในการประเมินผลการทำงานของพื้นที่และทำหน้าที่ในการประเมินผลในการทำงานที่เกิดประสิทธิภาพนั้นจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานเพื่อให้มั่นใจว่าการทำงานในพื้นที่สามารถบรรลุตามเป้าหมายนโยบายในระดับประเทศ

การดำเนินการบริหารของสำนักงานประสานงานสาธารณสุขควรเป็นการดำเนินการในรูปของคณะกรรมการ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการ และให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการควรประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการภายในพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพที่ 3.1: ภาพรวมข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

(2) แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข: การจัดการระบบสาธารณสุขในพื้นที่นั้น มาจากแนวคิดในการจัดระบบการบริหาร (Integrated Health Management) และอภิบาลระบบสุขภาพ (Governance) ในพื้นที่ ซึ่งคาดว่าจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ และสร้างความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ ด้วยแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการกระจายอำนาจในการบริหารด้านสุขภาพ (Decentralization) การระดมความคิดเห็นในช่วงที่ผ่านมาเกี่ยวกับบทบาทที่ควรจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุขได้ระบุว่าการทำงานในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขควรมีลักษณะการจัด

โครงสร้างการบริหารแบบที่เรียกว่า เขตสุขภาพ (Area Health) หรือการจัดระบบสุขภาพระดับพื้นที่ (Locality Level) ที่มีการกำหนดพื้นที่และประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน มีกิจกรรมการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพ (Locality Purchasing) และจัดบริการสุขภาพ (Locality Provision) ที่ตอบสนองต่อความต้องการที่เป็นของประชากรในพื้นที่ มีบริการที่เหมาะสมและผสมผสานทั้งด้านบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health) บริการโรงพยาบาล (Hospital Service) และบริการสังคม (Social Care)⁵

การตีความเกี่ยวกับเขตสุขภาพมีความหลากหลายไปในแต่ละประเทศ ที่เคยใช้แนวคิดการจัดเขตสุขภาพในการจัดระบบสาธารณสุขของตน อย่างไรก็ตาม ในกรณีของประเทศไทยนั้น เดิมกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดให้มีการทำงานของสถานพยาบาลในการให้บริการในพื้นที่ในลักษณะเครือข่าย โดยมีการช่วยเหลือเกื้อกูลในการให้บริการระหว่างสถานพยาบาลที่มีขนาดใหญ่และสถานพยาบาลที่มีขนาดเล็กในเครือข่ายเหล่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาประสบการณ์ในการดำเนินการที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ในการจัดขอบเขตของการทำงานของพื้นที่ในลักษณะของจังหวัด และอำเภอนั้น ยังทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากรหลายประการ เนื่องจากมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ (ทั้งในระดับอำเภอและจังหวัด) ค่อนข้างมากทั้งในด้านของขนาดของพื้นที่ และจำนวนประชากรที่อยู่ในความดูแล รวมทั้ง การกระจายของทรัพยากร และขอบเขตการให้บริการ ทำให้จากการได้รับงบประมาณในการดำเนินการที่แตกต่างกันตามจำนวนประชากร (Demand-Based) สถานพยาบาลหลายแห่งประสบปัญหาทางการเงินการคลัง และความจำเป็นในการเข้าไปแก้ไขโดยเฉพาะในที่สุด แม้ว่าในช่วงที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดระบบการดูแลในรูปของจังหวัดก็ตาม สถานะความแตกต่างระหว่างจำนวนประชากร ความแตกต่างในด้านลักษณะของพื้นที่ และความเหลื่อมล้ำของการกระจายทรัพยากรระหว่างจังหวัดก็ยังคงเกิดขึ้น และความสามารถในการจัดการทั้งทางด้านการบริการ และทางด้านการเงินก็ยังคงเกิดขึ้นต่อไป

จากข้อเสนอการพิจารณาจัดขนาดพื้นที่ที่เหมาะสมที่เสนอโดยหลายกลุ่มที่เกี่ยวข้อง⁷ ในปี 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการในทุกระดับเข้าด้วยกัน โดยเขตสุขภาพในรูปของเครือข่ายที่กำหนดใหม่นี้จะประกอบด้วยการทำงานในพื้นที่ 4-8 จังหวัด และจำนวนประชากรเฉลี่ยในความดูแลประมาณ 5 ล้านคน ซึ่งทำให้สามารถจัดเป็นเครือข่ายบริการจำนวน 12 เครือข่าย⁸ ไม่รวมพื้นที่กรุงเทพมหานคร⁹ และนำไปสู่การกำหนดเขตพื้นที่ตรวจราชการใหม่ การจัดพื้นที่ตามกรอบดังกล่าวทำให้จำนวนประชากรเฉลี่ยในความดูแลของแต่ละพื้นที่ขนาดที่ใกล้เคียงกัน และจากการเชื่อมโยงหลายจังหวัดเข้ามารวมกันทำให้ทรัพยากรที่อยู่ในการพิจารณาเพื่อการบริหารด้านสาธารณสุข (ทั้งทรัพยากรเพื่อการบริการ และการกระจายตัวของหน่วยงานสนับสนุนในด้านวิชาการในแต่ละพื้นที่) มีการกระจายตัวที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดปัญหาเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร และสามารถแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การจัดเขตสุขภาพนี้ยังสอดคล้องกับการจัดเขตบริการสุขภาพที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่จ่ายเงินเพื่อบริการ ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาในส่วนของผู้จัดบริการ (Service Provider) ในส่วนของผู้ให้บริการรายใหญ่เข้าสู่การเกิดเขตสุขภาพตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้น โดยหากกระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงาน

⁵ ที่มา: วินัย สีสัมพันธ์ และศุภสิทธิ์ พรหมนารุณไทย (2556)

⁶ เช่นประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย นอร์เวย์ สวีเดน เบลเยียม เกาหลีใต้ และไต้หวัน เป็นต้น

⁷ เช่น คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาหน่วยงานด้านระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (มิถุนายน 2554) ได้เสนอให้มีการกำหนดพื้นที่เป็นเขตจำนวน 6-8 เขต

⁸ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 209/2555 เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

⁹ ดังนั้น จำนวนเขตสุขภาพในภาพรวม จะเท่ากับ 12 + 1 เขตสุขภาพ

ที่กำกับดูแลในเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขดำเนินการส่งเสริมต่อเนื่อง ก็จะทำให้การเกิดขึ้นของเขตสุขภาพสามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายในระยะยาวในการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ และสร้างความเป็นธรรมของบริการสุขภาพในพื้นที่ได้

ประเด็นที่เกี่ยวกับการพัฒนาเขตสุขภาพ และกลไกการทำงาน ประกอบด้วย

(2.1) องค์ประกอบของเขตสุขภาพ: จากการทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบในการบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ควรจะเป็นนั้นควรประกอบด้วย การทำงานของ 3 องค์ประกอบที่มีความคล้ายคลึงกับการทำงานของระบบสาธารณสุขของประเทศ กล่าวคือ

2.1.1 กลไกในการบริหารเขตสุขภาพ ประกอบด้วยการทำงานเกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย การกำกับดูแล ติดตามและประเมินผลภายในเขตสุขภาพ โดยอาจอยู่ในรูปของคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ (Area Health Board: AHB) ที่มีส่วนประกอบของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ ของเขตสุขภาพ ทั้งกลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้จ่ายเงินเพื่อบริการ และอื่น ๆ โดยมีประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพที่เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพนั้น และมีการสนับสนุนทางด้านวิชาการ และนโยบายจากหน่วยงานวิชาการ และกระทรวงสาธารณสุข

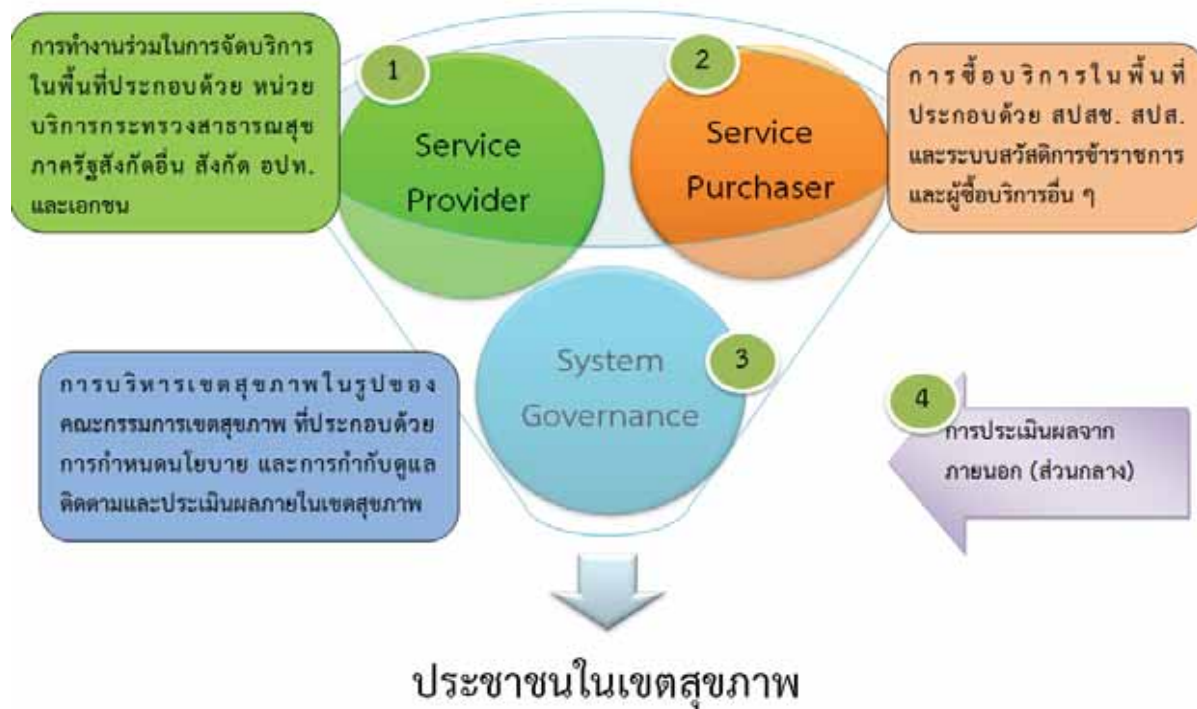
2.1.2 กลไกในการจัดบริการ คือ กลไกการร่วมกันทำงานของหน่วยบริการทั้งหมดที่อยู่ในเขตสุขภาพ ทั้งที่เป็นหน่วยงานของภาครัฐ และเอกชน เพื่อทำให้เกิดการพิจารณาการใช้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข และทางด้านการแพทย์ภายในพื้นที่ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนที่อยู่ในเขตสุขภาพ

2.1.3 กลไกในการจ่ายเงินเพื่อบริการ คือ กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการสาธารณสุขโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนในการจัดหาบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในเขตสุขภาพโดยทำการสะท้อนความต้องการเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขและอื่น ๆ ของประชาชนที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองในขอบเขตของการจ่ายเงินเพื่อบริการ ซึ่งในปัจจุบัน กลไกเหล่านี้ประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบความคุ้มครองทางด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น สวัสดิการรักษายาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นต้น

2.1.4 กลไกในการตรวจสอบกำกับดูแล เพื่อให้มั่นใจว่าการทำงานของเขตสุขภาพสามารถสอดคล้องกับการทำงานตามเป้าหมายนโยบายสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศด้วย จึงควรมีกลไกในการติดตามและประเมินผลความสามารถในการจัดการสาธารณสุขของเขตสุขภาพ ซึ่งควรเป็นการประเมินผลจากภายนอกโดยกระทรวงสาธารณสุขจากส่วนกลาง

แนวคิดเกี่ยวกับเขตสุขภาพนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.2

แผนภาพที่ 3.2: แนวคิดเกี่ยวกับเขตสุขภาพ และองค์ประกอบ



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

(2.2) บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (ในเขตสุขภาพ): การพัฒนาเพื่อให้เกิดการดำเนินการในรูปแบบของเขตสุขภาพดังกล่าวในหัวข้อที่ 2.1 นั้น ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ เนื่องจากเงื่อนไขในการพัฒนาที่มีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น ทั้งในส่วนของการบริการที่ต้องเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลที่อยู่นอกสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลของเอกชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะที่ในส่วนของการบริหารเขตสุขภาพนั้นสามารถดำเนินการได้เลยในขอบเขตความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนั้นในระยะสั้น การเปลี่ยนแปลงบทบาทที่เป็นไปได้ภายในขอบเขตการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขควรประกอบด้วยการทำงานใน 2 บทบาทของระบบสาธารณสุขที่พึงประสงค์ดังต่อไปนี้

- การพัฒนากลไกในการบริหารเขตสุขภาพ หรือการเป็นผู้กำหนดนโยบาย และดูแลของเขต (Area Health Authority) โดยในปัจจุบัน ภายใต้คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 209/2555 เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ได้มีการกำหนดกลไกที่เป็นการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพ (คณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขระดับเขต: คปสช.) ขึ้น ซึ่งเมื่อพิจารณาตัวอย่างโครงสร้างของ คปสช. จะเห็นว่าเป็นการทำงานที่ประกอบด้วยทั้งการกำหนดนโยบายในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การพิจารณาการจัดบริการ และการดำเนินการในบทบาทอื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพ

ดังนั้น ในการวางกลไกการทำงานเพื่อปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการทำงานในการบริหารเขตสุขภาพนั้น จึงควรพัฒนากลไกการบริหารเขตสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง โดยควรมีการปรับการทำงานของ คปสข. ให้สามารถทำงานบริหารเขตสุขภาพได้อย่างครอบคลุมในประเด็นที่สำคัญ กล่าวคือ

- การกำหนดแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของเขตสุขภาพ ซึ่งอ้างอิงกับนโยบาย และเป้าหมายในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศ และกระทรวงสาธารณสุข โดยทำการรับถ่ายทอดเป้าหมายตัวชี้วัดในการบริหารด้านสาธารณสุขมาจากส่วนกลาง และแปลงให้เป็นแผนการดำเนินงานของเขตสุขภาพ แผนที่จะเกิดขึ้นนี้ต้องครอบคลุมบทบาทย่อยทั้งสี่ที่พึงประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ได้ และสามารถนำไปสู่การพัฒนาและแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากรในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการกำหนดแผนการดำเนินงานดังกล่าว ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทั้งผู้ให้บริการ หน่วยงานวิชาการ รวมทั้งผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ
- การกำหนดแผนการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมทั้งบุคลากร และทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกิดความเหมาะสม ในการจัดบริการ และการทำงานด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- การดำเนินการแก้ไขปัญหาการเงินการคลังภายในเขตสุขภาพ
- การกำกับดูแล และประเมินผลภายในให้การทำงานในเขตสุขภาพสามารถบรรลุตามเป้าหมายในการพัฒนาในภาพรวม
- การทำงานในส่วนของการเป็นผู้ให้บริการ (Service Provider): จากกลไกดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การทำงานในส่วนภูมิภาคในรูปของเขตสุขภาพ (เครือข่ายบริการ หรือพวงบริการ) ของกระทรวงสาธารณสุขนี้เป็นส่วนของการเริ่มพัฒนาในส่วนของการจัดบริการในพื้นที่ ซึ่งถือว่าเป็นการจัดบริการในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมสัดส่วนการจัดบริการในพื้นที่ส่วนใหญ่ โดยในระยะยาวควรจะต้องขยายความครอบคลุมออกไปสู่หน่วยบริการอื่น ๆ เพื่อให้เกิดเครือข่ายการให้บริการของผู้ให้บริการอย่างแท้จริงต่อไป นอกจากนี้ แม้ว่าปัจจุบัน กลไกการทำงานในส่วนนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของ คปสข. ก็ตาม ในอนาคต เมื่อมีการขยายความครอบคลุมของเครือข่ายการให้บริการภายในเขตสุขภาพให้มีความครอบคลุมผู้ให้บริการทั้งหมด และเกิดประสิทธิภาพในการทำงานที่น่าพึงพอใจแล้ว กลไกในส่วนนี้ควรแยกออกไปมีการทำงานที่เป็นอิสระ เพื่อทำให้เกิดการแยกส่วนการทำงานระหว่างผู้กำหนดนโยบาย และผู้ให้บริการที่ชัดเจน

อย่างไรก็ตาม เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับการกำหนดขอบเขตของงานภายในข้อเสนอการทำงานของเขตสุขภาพในลำดับต่อไป คณะผู้วิจัยจึงขอกำหนดคำจำกัดความเกี่ยวกับบทบาทต่าง ๆ ที่ได้เสนอในข้อเสนอนี้ดังต่อไปนี้

บทบาทการกำกับและควบคุมดูแลระบบ (Regulator): ประกอบด้วย

- ✓ งานกำกับ ติดตาม และประเมินผลการทำงานตามบทบาทต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข
- ✓ งานกำกับ ดูแลให้เป็นไปตามกฎระเบียบ (บังคับใช้กฎหมาย) รวมทั้งการเป็นผู้แทนในการบังคับใช้กฎหมายแทนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ✓ การตรวจสอบ ออกใบอนุญาต และอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

บทบาทการให้บริการสาธารณสุข (Service Provider): ประกอบด้วย

- ✓ การดำเนินการให้บริการทางการแพทย์ (การรักษาพยาบาล) และการดำเนินการที่เกี่ยวกับการให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- ✓ การกำหนดแผนการให้บริการและจัดทรัพยากรเพื่อให้บริการตามขอบเขตข้างต้น

บทบาทการเป็นตัวแทนผู้บริโภคในการจ่ายเงินเพื่อบริการสาธารณสุข (Service Purchaser): ประกอบด้วย

- ✓ การกำหนดแผนการจ่ายเงินเพื่อบริการสาธารณสุขที่สามารถสะท้อนเป้าหมายการพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศ และความต้องการของประชาชนในเขตสุขภาพ
- ✓ การจัดสรรงบประมาณตามขอบเขตข้างต้น

3.2 การทำงานภายในเขตสุขภาพ

3.2.1 การทำงานในระยะยาว

จากกรอบแนวความคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปการทำงานภายในเขตสุขภาพที่ควรจะเป็น (ในระยะยาว) ว่าประกอบด้วยกลไกดังต่อไปนี้

(1) **กลไกในการบริหารเขตสุขภาพ:** รับผิดชอบกำหนดนโยบายการจัดบริการ และการจัดการด้านสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพ ในรูปของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการที่เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้องภายในเขตสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นผู้บริหารจากส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ ขึ้นอยู่กับความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ แต่ต้องไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับส่วนงานบริการภายในเขตสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการอภิบาลระบบอย่างมีประสิทธิภาพ (System Governance) ขณะที่คณะกรรมการควรประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านสุขภาพและสาธารณสุขของเขตสุขภาพทั้งหมด ซึ่งควรมีความครอบคลุมทั้งหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งที่ดำเนินการในการจัดบริการ และบทบาทอื่น ๆ)

หน่วยงานที่ทำหน้าที่ตัวแทนในการจ่ายเงินเพื่อบริการสาธารณสุข และภาคประชาชน เพื่อทำให้เกิดการกำกับดูแล และบริหารเขตสุขภาพที่สามารถตอบสนองทั้งบริบทในการพัฒนาด้านสาธารณสุขในภาพรวม และความต้องการด้านสาธารณสุขภายในพื้นที่ และประเด็นการพัฒนาต่าง ๆ ของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่ารูปแบบการบริหารเขตสุขภาพจะอยู่ในรูปของคณะกรรมการ แต่จำเป็นจะต้องมีกลไกในการสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพในรูปของสำนักงานเขตสุขภาพ หรือสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้คณะกรรมการเขตสุขภาพสามารถกำหนดนโยบาย และตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานของสำนักงานเขตสุขภาพนี้จะต้องได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางทั้งในด้านงบประมาณ และบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ

ในการบริหารเขตสุขภาพ คณะกรรมการเขตสุขภาพจะต้องทำข้อตกลงในการบริหารเขตสุขภาพตามเป้าหมายในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการพัฒนาสาธารณสุข (National Health Authority) และสามารถบรรลุตามเป้าหมายในการพัฒนาตามตัวชี้วัด (Key Performance Index: KPI) ที่กำหนด โดยกำกับติดตามให้การทำงานสามารถบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดที่ได้ตกลงไว้ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการเขตสุขภาพสามารถกำหนดนโยบายในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเฉพาะของพื้นที่เพิ่มเติมขึ้น รวมทั้งเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สอดคล้อง เพื่อบอกหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในเขตสุขภาพดำเนินการต่อไป

นอกจากนี้ ในการบริหารเขตสุขภาพ ยังมีบทบาทของการเป็นผู้ดูแล และบังคับกฎหมายตามพันธกิจที่ถูกกำหนดไว้ในกฎหมาย (Regulators) ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และศูนย์วิชาการต่าง ๆ สามารถทำหน้าที่สนับสนุนตามพันธกิจของหน่วยงานต้นสังกัด เช่น การตรวจสอบ ออกใบอนุญาต หรือการทดสอบในห้องปฏิบัติการ หรือการรับเป็นตัวแทนดำเนินการกรณีที่มีการวินิจฉัยการนั้นไม่มีหน่วยงานในพื้นที่ เช่น การเป็นเจ้าพนักงานทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย เป็นต้น ภายใต้การกำกับดูแลให้สามารถทำงานได้อย่างคล่องตัวภายในเขตสุขภาพโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพ

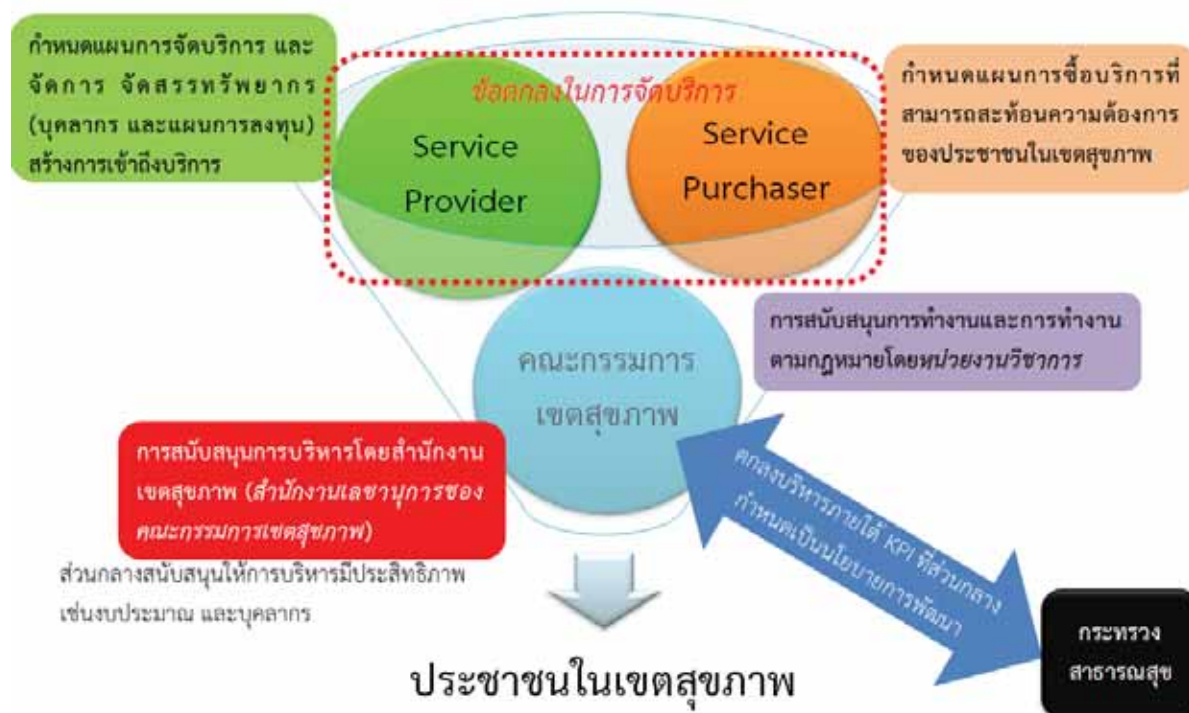
(2) กลไกการรวมกลุ่มของผู้ให้บริการ (Service Provider) หรือ Provider Consortium คือ การรวมกันบริหารทรัพยากรเพื่อจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในเขตสุขภาพของสถานพยาบาลทั้งหมดที่อยู่ภายในเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานที่เป็นเครือข่ายที่สามารถส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานบริการของหน่วยบริการของกันและกันภายในเขตสุขภาพ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการจัดการ และจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการภายในเขตสุขภาพเพื่อสร้างการเข้าถึงบริการ ขอบเขตของความครอบคลุมผู้ให้บริการทั้งหมดในเขตสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นจะครอบคลุมสถานพยาบาลทุกระดับความสามารถในการให้บริการ และทุกสังกัด (ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ของทุกหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นสถานบริการ) ภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดรัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชน) การร่วมกันดำเนินการบริหารดังกล่าวไม่ได้เป็นการรวมสถานพยาบาลทั้งหมดเข้าด้วยกัน (Merge) แต่เป็นการทำงานร่วมกันในรูปเครือข่ายบริการของเขตบริการที่สามารถจัดระบบการให้บริการที่เบ็ดเสร็จได้ภายในเขตสุขภาพ (ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิขั้นสูง)

(3) กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการ (Service Purchaser) คือ การกำหนดแผนการจ่ายเงินเพื่อบริการที่สามารถสะท้อนความต้องการของประชาชนที่อยู่เขตสุขภาพ ส่วนใหญ่กลไกเหล่านี้จะสามารถมีความ

แตกต่างกันได้ตามลักษณะความคุ้มครองของแต่ละประเภท ซึ่งเป็นไปตามกลไกและแนวทางในการจ่ายเงินเพื่อบริการที่กำหนดมาจากส่วนกลาง (การมีพื้นฐานความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน และการมีสิทธิประโยชน์คุ้มครองเพิ่มเติมที่แตกต่างกันตามลักษณะของความคุ้มครอง) รวมทั้งการกำหนดการจ่ายเงินเพื่อบริการเพิ่มเติมที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของประชาชนในเขตสุขภาพ

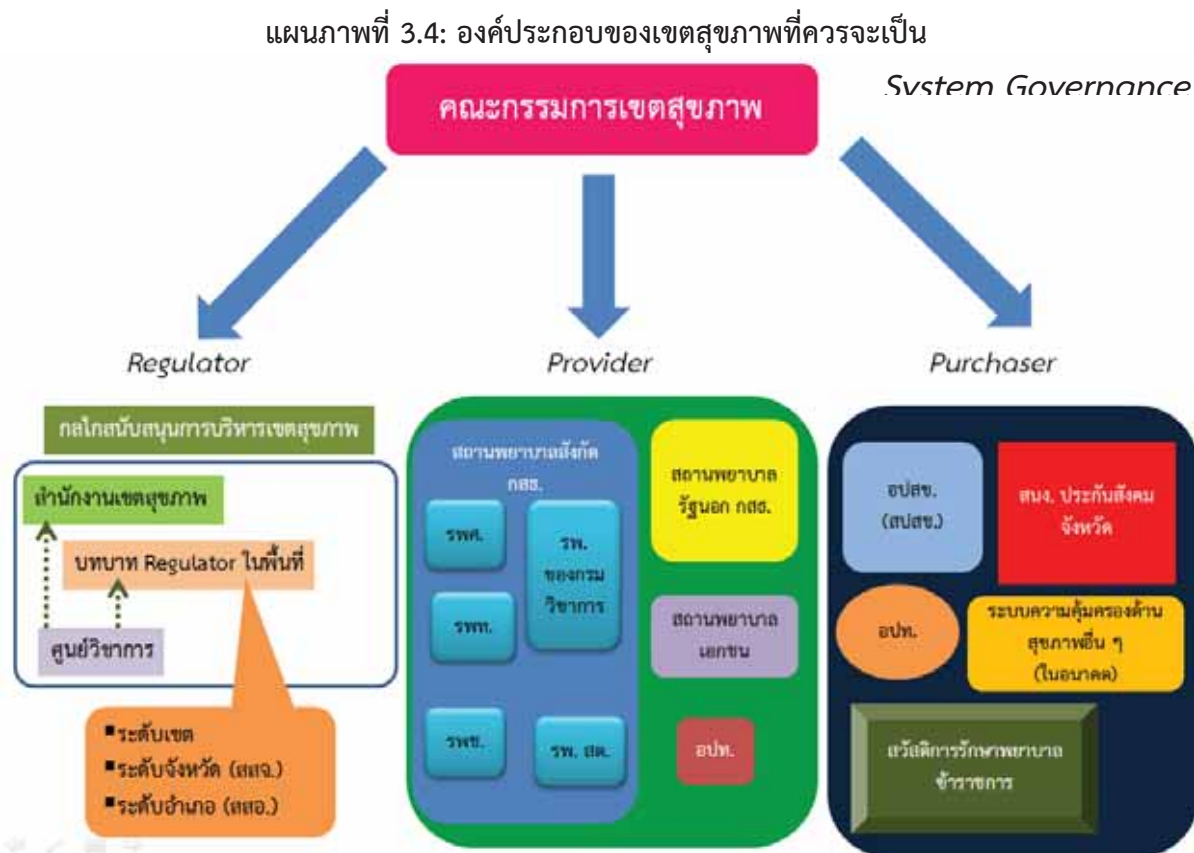
การทำงานในส่วนของการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในเขตสุขภาพนั้น จะเป็นการทำงานในรูปของการต่อรอง เพื่อนำไปสู่การจัดระบบการบริการที่เหมาะสม ข้อตกลงที่เกิดขึ้นอาจอยู่ในรูปของสัญญา (Contract) หรือ บันทึกข้อตกลง (Memo of Understanding: MOU) โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการเขตสุขภาพ

แผนภาพที่ 3.3: กลไกการทำงานภายในเขตสุขภาพที่ควรจะเป็น
(การเปลี่ยนแปลงการทำงานในระยะยาว)



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

ลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าว สามารถสรุปได้ในด้านของส่วนประกอบของแต่ละองค์ประกอบของเขตสุขภาพในระยะยาวได้ดังแผนภาพที่ 3.4



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

3.2.2 การทำงานในระยะเปลี่ยนผ่าน

อย่างไรก็ตาม ต้องยอมรับว่า ในการพัฒนาเข้าสู่การทำงานในรูปเขตสุขภาพที่พึงประสงค์ (ระยะยาว) ดังกล่าวมาข้างต้นนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องที่กว้างกว่าขอบเขตการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินการ เช่น การขยายความครอบคลุมของกลุ่มผู้ให้บริการให้ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกสังกัด และการปรับกลไกการบริหารเขตสุขภาพให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน ดังนั้น ในช่วงที่ทำการเปลี่ยนผ่านไปสู่การจัดการระบบสุขภาพในภูมิภาคในลักษณะเขตสุขภาพ (Transitional Period) นั้น กระทรวงสาธารณสุขควรเริ่มจากการปรับเปลี่ยนการทำงานของหน่วยงานในสังกัดที่อยู่ในภูมิภาคเพื่อให้สอดคล้องกับการกำหนดบทบาทการเป็นผู้นำกำหนดนโยบาย (National Health Authority) และ/หรือการทำงานในฐานะผู้กำกับตามกฎหมาย (Regulator) กับบทบาทของการเป็นผู้ให้บริการในพื้นที่ (Service Provider) เสียก่อน และเริ่มกระบวนการในการทำงานในพื้นที่ (เขตสุขภาพ) ที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาไปสู่การเป็นเขตสุขภาพในระยะยาว

จากกรอบแนวคิดข้อเสนอการทำงานในเขตสุขภาพในระยะยาว (ระบบการทำงานของเขตสุขภาพที่พึงประสงค์) ดังกล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยมีแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานในระยะเปลี่ยนผ่าน (ระยะสั้น) ดังนี้

(1) **กลไกการบริหาร และอภิบาลระบบสุขภาพในเขตสุขภาพ:** เมื่อพิจารณาบทบาทการบริหารเขตสุขภาพในระยะยาวดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า บทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำงานในเขตสุขภาพในส่วนนี้ประกอบด้วย

- **การทำงานในฐานะผู้กำกับดูแลระบบสาธารณสุข (Regulator)** ในเขตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด¹⁰ สาธารณสุขอำเภอ ศูนย์วิชาการ และหน่วยงานของกรมวิชาการที่ทำหน้าที่ดูแลงานตามภารกิจที่เป็นไปตามกฎหมาย (การทำงานโดยหน่วยงานที่มีภารกิจโดยตรง และการทำหน้าที่ตัวแทนของกรมวิชาการในพื้นที่) เช่น การตรวจสอบคุณภาพ การรับรองและออกใบอนุญาต และงานคุ้มครองผู้บริโภคทั้งด้านยา และเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานภายในเขตสุขภาพภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ และแผนการทำงานที่กำหนดขึ้น
- **การสนับสนุนการบริหารเขตสุขภาพ** ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ขณะที่รอการพัฒนากลไกการบริหารเขตสุขภาพในลักษณะคณะกรรมการเขตสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบนั้น เนื่องจากความครอบคลุมของกลไกเขตสุขภาพได้กำหนดให้ขอบเขตครอบคลุมการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น จึงเสนอให้กลไกในการบริหารเขตสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านมีกลไกคณะกรรมการเขตสุขภาพซึ่งเป็นการทำงานในรูปของคณะกรรมการเขตสุขภาพของผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ (ผู้บริหารระดับสูงของพื้นที่ ทั้งระดับเขต และระดับจังหวัด¹¹) โดยมีขอบเขตการทำงานที่คล้ายคลึงกับการทำงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพในระยะยาว กล่าวคือ กำกับดูแล และติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาภายในเขตสุขภาพ โดยกลไกการสนับสนุนการบริหารเขตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การมีสำนักงานเขตสุขภาพ หรือสำนักงานเลขานุการของเขตสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล และประสานงานในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการเขตสุขภาพ¹² โดยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับรายละเอียดของโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพนั้นจะได้ อธิบายอย่างละเอียดในลำดับต่อไป

(2) **กลไกการเป็นกลุ่มผู้บริการภายในเขตสุขภาพ (Provider Consortium):** หรือที่เรียกว่า พวงบริการ ซึ่งคือกลไกที่ให้สถานพยาบาลในทุกสังกัดภายใต้กระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ภายในเขตสุขภาพ (ทั้งที่อยู่ภายใต้สังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน และที่สังกัดหน่วยงานที่ไม่ใช่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ร่วมกันในการกำหนดแผนการให้บริการในทุกระดับ ซึ่งครอบคลุมการวางแผนการจัดสรรทรัพยากร ทั้งทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรอื่น ๆ การรับส่งต่อผู้ป่วยภายในเขตสุขภาพ การทำงาน

¹⁰ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังทำหน้าที่เป็นสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตด้วย

¹¹ อ้างอิงกับโครงสร้างการทำงานในพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน โครงสร้างของคณะกรรมการเขตสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านที่เป็นการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดของทุกจังหวัดในความครอบคลุมของเขตสุขภาพ

¹² ในช่วงที่ผ่านมา แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีความพยายามพัฒนาการกลไกการบริหารในระดับพื้นที่ แต่ได้มีการกำหนดให้กลไกอยู่ในระดับจังหวัดเท่านั้น ขณะที่ในระดับเขตยังไม่มีการจัดตั้ง โดยส่วนใหญ่จะอาศัยกลไกการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ในเขตนั้นเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานดังกล่าว อ้างอิงคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 209/2555 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2555 เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้ระบุว่า ให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับเครือข่าย และมีหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานงานการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ)

ของพวงบริการจะทำให้เกิดการบริหารทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลขนาดเล็กกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ร่วมกัน ทำให้เกิดการกำหนดแผนการลงทุนภายในเขตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดความซ้ำซ้อน และใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด (Maximize Utilization) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดความแออัดในการให้บริการของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก และทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว

ดังที่ได้กล่าวก่อนหน้านี้ว่า กลไกการทำงานในส่วนของการเป็นกลุ่มผู้ให้บริการนั้น จะเป็นการเริ่มการพัฒนาจากการทำงานร่วมกันของสถานพยาบาลสังกัดหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขโดยไม่ได้เป็นการย้ายสังกัด (Transfer) หรือควบรวมรูปแบบการบริหารเข้าด้วยกัน (Merging) แต่จะเป็นการทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการ (Consortium หรือ Association) ที่เป็นการตกลงร่วมมือในการบริหารและกำหนดแผนการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในเขตสุขภาพ และความต้องการจ่ายเงินเพื่อบริการที่กำหนดโดยผู้จ่ายเงินเพื่อบริการประเภทต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ โดยเพื่อให้เกิดการดำเนินการไปในทิศทางดังกล่าว ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านนี้อาจใช้วิธีการกำหนดโครงสร้างของการทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการนี้ให้เป็นกลไกย่อยภายใต้กลไกการบริหารเขตสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขก่อน

จากการพิจารณากลไกการทำงานในพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ในการพิจารณาเปลี่ยนแปลงการทำงานเพื่อให้สามารถดำเนินการตามแนวความคิดการจัดการบริหารในรูปแบบของเขตสุขภาพดังกล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยขอเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขทำการเปลี่ยนแปลงและเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไก โดยมีประเด็นในการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย

- เสนอให้มีการกำหนดรูปแบบ และส่วนประกอบของคณะกรรมการประสานการพัฒนาทางสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (คปสข.) อย่างเป็นทางการ (เช่น การออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดโครงสร้าง และอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการฯ เป็นต้น) เพื่อให้มีความสามารถในการบริหาร และติดตามกำกับดูแลงานภายในเขตสุขภาพได้อย่างเป็นทางการ
- กำหนดโครงสร้างของ คปสข. ที่สามารถเอื้อต่อการพัฒนารูปแบบของการทำงานในฐานะคณะกรรมการเขตสุขภาพได้ในอนาคต เมื่อพิจารณาโครงสร้างของ คปสข. ในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่ได้กำหนดให้ คปสข. มีองค์ประกอบที่ครอบคลุมกลไกทั้งหมดภายในเขตสุขภาพด้วยการให้หัวหน้าหน่วยงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดภายในเขตสุขภาพเป็นคณะกรรมการ คปสข. ซึ่งเป็นลักษณะการทำงานที่มีข้อดีเกี่ยวกับความสามารถในการสะท้อนความคิดเห็นของทุกองค์ประกอบในการทำงานได้ อย่างไรก็ตามหากเมื่อพิจารณาตามแนวทางการพัฒนาการทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการเขตสุขภาพตามแนวคิดดังกล่าวมาข้างต้นแล้ว เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาเกี่ยวกับกลไกย่อยในการตกลง และเสนอนโยบาย คณะผู้วิจัยเห็นว่า ควรปรับปรุงรูปแบบการทำงานของ คปสข. ให้มีการจัดสัดส่วนการทำงานที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาได้โดยง่ายในอนาคต โดยเริ่มจากการเป็นกลไกในการเชื่อมโยงใน 2 บทบาทที่เกี่ยวกับการเป็นผู้นำกับและควบคุมดูแลระบบ

(Regulator) และการเป็นผู้ให้บริการ (Service Provider) ของกระทรวงสาธารณสุขภายในพื้นที่ออกจากกัน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว โครงสร้างของ คปสข. ในระยะเปลี่ยนผ่านนั้นสามารถเป็นไปตามแผนภาพที่ 3.6 โดยคณะกรรมการ คปสข. ควรประกอบด้วย

- ✓ ประธาน คปสข. (ประธานคณะผู้บริหารของเขตสุขภาพ) ได้แก่ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขระดับ 9-10 ที่ถูกมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในการสนับสนุนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ
- ✓ คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ ได้แก่ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขระดับ 8-9 ที่ถูกมอบหมายให้ทำงานที่เป็นการสนับสนุนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ เมื่อพิจารณาจากโครงสร้าง คปสข. ในปัจจุบันแล้ว กรรมการบริหารเขตสุขภาพ ควรจะประกอบด้วย สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดของจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพทุกท่าน และประธานคณะอนุกรรมการด้านต่าง ๆ (ในเบื้องต้น คณะอนุกรรมการควรประกอบด้วยคณะอนุกรรมการบริการ (Service Subcommittee) และคณะอนุกรรมการด้านวิชาการ) โดยมีผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าของสำนักงานเขตสุขภาพ (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ) ทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการในคณะกรรมการชุดนี้ ดังนั้นจำนวนของคณะกรรมการ คปสข. จึงควรมีจำนวนไม่เกิน 15 คน ซึ่งจะทำให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินการประชุม และการตัดสินใจ

[illegible]

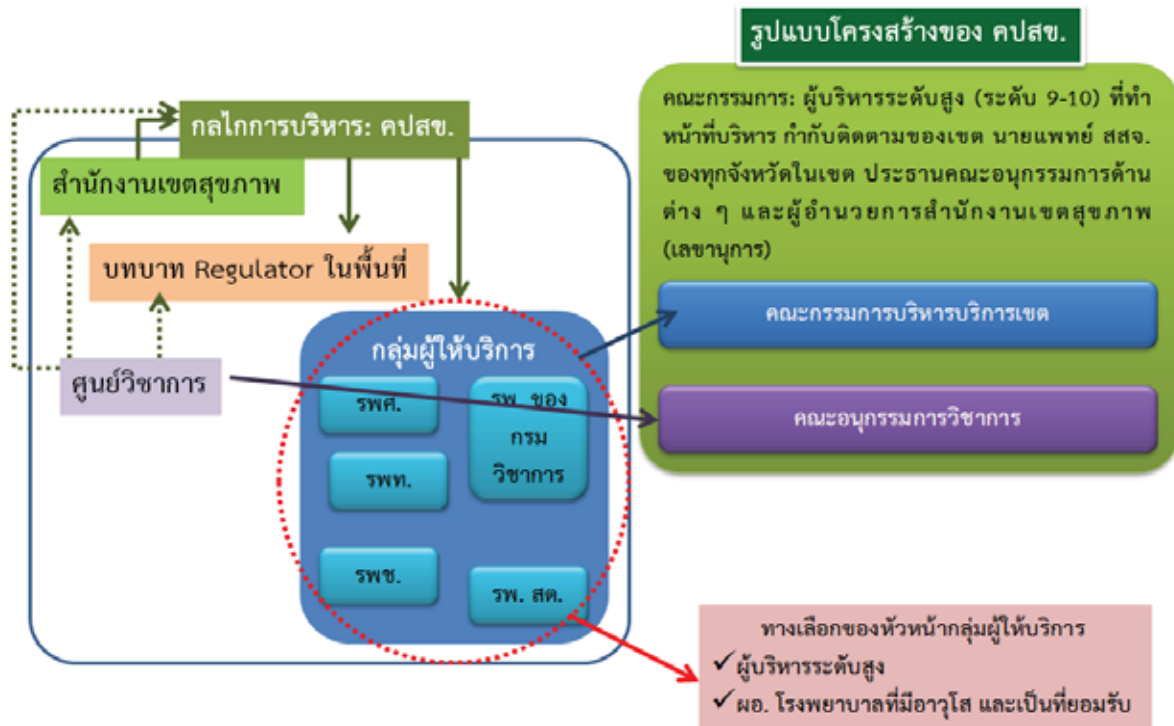
นอกจากนี้ การจัดโครงสร้างการทำงานในส่วนของการบริการให้แยกการทำงานออกจากคณะกรรมการชุดใหญ่เพื่อเป็นคณะกรรมการบริการ (คณะกรรมการบริหารบริการเขต) นั้น เป็นการดำเนินการที่ส่งเสริมให้เกิดการแยกกลไกการพิจารณาจัดสรรทรัพยากร และการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการให้บริการของกลุ่มผู้ให้บริการร่วมกันได้ ซึ่งถือว่าการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้เกิดกลไกการเป็นตัดสินใจในรูปแบบกลุ่มผู้ให้บริการในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเมื่อการเปลี่ยนผ่านจาก คปสข. เป็นคณะกรรมการเขตสุขภาพในอนาคต การดำเนินการในส่วนนี้จะสามารถเปลี่ยนเป็นคณะกรรมการในส่วนของผู้ให้บริการต่อไป โดยในส่วนของกลุ่มผู้ให้บริการในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้ ส่วนประกอบของคณะกรรมการจะประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงานบริการทั้งหมดที่อยู่ภายในเขตสุขภาพ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และในสังกัดของกรมวิชาการ โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการฯ¹³

¹³ ทางเลือกเกี่ยวกับบทบาทของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในคณะกรรมการบริหารบริการเขตนั้น คือ การให้องค์ประกอบของคณะกรรมการมีความครอบคลุมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดของทุกจังหวัดที่อยู่ในขอบเขตของเขตสุขภาพด้วยเนื่องจากในปัจจุบันนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทำหน้าที่ดูแลโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดที่อยู่ในจังหวัด จึงน่าจะมีบทบาทสำคัญที่สามารถสนับสนุนการทำงานของกลไกผู้ให้บริการได้ในช่วงการทำงานในระยะเปลี่ยนผ่าน (เช่น การใกล้ชิด และการเป็นผู้แทนในการเจรจากับสถานพยาบาลอื่น ๆ) อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการพัฒนาอย่างเต็มรูปแบบที่โรงพยาบาลต่างๆ สามารถดำเนินการในส่วนของการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรร่วมกันได้แล้วบทบาทของนายแพทย์ สสจ. ในส่วนนี้ก็จะหมดไปในที่สุด

รวมทั้งนักวิชาการ คณะผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าทางเลือกในการกำหนดหัวหน้ากลุ่ม (ประธาน) ของกลุ่มผู้ให้บริการ (ประธานคณะกรรมการบริหารบริการเขต) ได้ดังต่อไปนี้

- ผู้บริหารระดับสูงภายในเขตสุขภาพ
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภายในเขตสุขภาพที่มีอาวุโส และเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาลอื่น ๆ ในเขตสุขภาพ

แผนภาพที่ 3.6: กลไกการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน (ระยะสั้น)



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

(3) กลไกผู้จ่ายเงินเพื่อบริการภายในเขตสุขภาพ: เมื่อพิจารณากลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการภายในพื้นที่ของผู้จ่ายเงินเพื่อบริการทั้งหลายทั้งขนาดใหญ่ และขนาดเล็กในภูมิภาคในปัจจุบัน พบว่า ในส่วนของสวัสดิการหลักของประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มีกลไกการทำงานในรูปของสำนักงาน สปสช. สาขาเขต (รวมทั้งสำนักงานสาขาจังหวัดที่มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการให้) ซึ่งมีการกำหนดแบ่งพื้นที่เขตสุขภาพแบบเดียวกับกระทรวงสาธารณสุขกำหนด และได้มีกลไกของการสะท้อนความต้องการบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ ผ่านกลไกอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่ หรือ อป/สข. ส่วนกลไกของสำนักงานประกันสังคมนั้น มีกลไกของสำนักงานประกันสังคมจังหวัดที่ทำหน้าที่ดูแลให้ผู้ประกันตนที่อยู่ในความคุ้มครอง¹⁴ แต่ยังไม่มีการสร้าง

¹⁴ กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน พ.ศ. 2554 ได้กำหนดให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัด มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (1) ดำเนินการเกี่ยวกับการให้บริการตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม กฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
- (2) กำกับดูแล ให้คำปรึกษา และสนับสนุนการปฏิบัติงานของสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา
- (3) รายงานการติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานตามนโยบาย แผนงาน และโครงการต่อสำนักงานแรงงานจังหวัด
- (4) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

การจัดการในระดับเขต ขณะที่กรมบัญชีกลางในฐานะผู้ดูแลระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น แม้ว่าจะมีสำนักงานคลังจังหวัดอยู่ในแต่ละจังหวัดก็ตาม ภารกิจของสำนักงานคลังจังหวัดก็ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินการในฐานะผู้จ่ายเงินเพื่อบริการแต่อย่างใด นอกจากนี้ ยังมีกองทุนที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพอีกหลายกองทุนแต่เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับกลไกในการจัดการภายในพื้นที่แล้ว กลไกที่มีในปัจจุบันยังไม่ค่อยมากนัก และคาดว่าจะต้องใช้เวลาในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาการทำงานในระดับพื้นที่ที่มากขึ้น

เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์ความพร้อมในการดำเนินการดังกล่าว คณะผู้วิจัยเห็นว่าในช่วงเริ่มพัฒนาการบริหารจัดการด้านสุขภาพในพื้นที่รูปแบบเขตสุขภาพในส่วนของผู้จ่ายเงินเพื่อบริการนั้น จึงควรเริ่มจากการส่งเสริมกลไก อปสข. ในฐานะของคณะกรรมการผู้จ่ายเงินเพื่อบริการ (Purchaser Board) ในเขตสุขภาพก่อน จากนั้นจึงพิจารณาขยายขอบเขตการพัฒนาในส่วนนี้ต่อไป

(4) กลไกการตรวจสอบจากภายนอก: กลไกการตรวจสอบจากภายนอกนั้น เป็นกลไกการทำงานที่สำคัญที่จะทำให้ความมั่นใจว่าการทำงานของเขตสุขภาพสามารถบรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ (ส่วนกลางในฐานะ National Health Authority) ที่กำหนดขึ้น ซึ่งเป็นการอภิบาลระบบสุขภาพ (Governance) ในระดับพื้นที่ ด้วยเหตุผลดังกล่าว กลไกการตรวจสอบจากภายนอก (External Audit) จึงควรไม่อยู่ในหน่วยงานเดียวกันกับหน่วยงานที่ทำงานสนับสนุนการทำงานของเขตสุขภาพ แต่ควรมอบหมายให้หน่วยงานอื่นดำเนินการแทน ในที่นี้ คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานในรูปของสำนักงานประสานงานสาธารณสุขขึ้นแล้ว การทำงานในส่วนของการประเมินผลจากภายนอกควรสามารถดำเนินการได้โดยหน่วยงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุข (การตรวจและประเมินผล) ซึ่งเป็นกลไกการทำงานในการกำหนดนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาที่ถูกถ่ายทอดให้พื้นที่ (เขตสุขภาพ) เป็นผู้ดำเนินการ

ในการดำเนินการเพื่อตรวจสอบและประเมินผลจากภายนอกดังกล่าว ควรเป็นการดำเนินการตรวจสอบที่ทำโดยผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่รับผิดชอบ เนื่องจากกลไกในการบริหารจัดการเขตสุขภาพมีความซับซ้อน และมีผู้ที่มีอาวุโสอยู่ค่อนข้างมาก ซึ่งจะทำให้เกิดการถ่วงดุลและสามารถตรวจสอบการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.3 สำนักงานเขตสุขภาพ (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ)

- **ภารกิจและหน้าที่ของสำนักงานเขตสุขภาพ**

กลไกที่สำคัญประการหนึ่งในการบริหารเขตสุขภาพ คือ การมีสำนักงานเขตสุขภาพที่เข้มแข็ง และสามารถสนับสนุนการตัดสินใจของคณะกรรมการเขตสุขภาพ รวมทั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่ได้มีการกำหนดขึ้นเพื่อการบริหารเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (การเป็นเลขานุการของคณะกรรมการเขตสุขภาพ) ในการพัฒนาให้เกิดการบริหารจัดการด้านสุขภาพในระดับเขตสุขภาพที่มีความครอบคลุมมากกว่ากลไกในระดับจังหวัดนั้น สำนักงานเขตสุขภาพจะทำหน้าที่ในการประสานงาน เชื่อมโยงระหว่างจังหวัดต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพ และทำหน้าที่เชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางเพื่อทำให้การบริหารเขตสุขภาพโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพเป็นไปอย่างคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ภารกิจและหน้าที่ของสำนักงานเขตสุขภาพจะประกอบด้วย

(1) รับและถ่ายทอดนโยบายที่เกี่ยวกับการบริหารระบบสุขภาพทั้งหมดที่มีความเกี่ยวข้องกับเขตสุขภาพ (ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับการบริการ การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ) จากส่วนกลาง (ผ่านสำนักงานประสานงานบริการสาธารณสุข)

(2) จัดทำแผนงานประจำปี และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการทำงานของเขตสุขภาพ ร่วมกับหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องภายในพื้นที่ (การบริการ การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ) เพื่อทำให้เกิดการถ่ายทอดแผนงานและตัวชี้วัดไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพ

(3) การประสานงาน และบริหารงานภายในเขตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

(3.1) การจัดการระบบสุขภาพของเขตสุขภาพ: ทำการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ และนโยบายด้านสุขภาพในระดับประเทศมาสู่การทำงานในระดับพื้นที่ (เขตสุขภาพ) และพิจารณากำหนดเป้าหมายในการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่เป็นประเด็นด้านพื้นที่เพิ่มเติม เพื่อทำให้เกิดการบริหารจัดการเขตสุขภาพที่สามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาในระดับประเทศ และการจัดการปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ไปในเวลาเดียวกัน รวมทั้งถ่ายทอดตัวชี้วัดที่เป็นไปตามยุทธศาสตร์และนโยบายระดับประเทศลงสู่พื้นที่ รวมทั้งทำการกำหนดตัวชี้วัดเฉพาะที่เกี่ยวกับยุทธศาสตร์การจัดการในพื้นที่เพิ่มเติม เพื่อนำไปสู่การติดตาม และประเมินผลต่อไป

(3.2) การจัดการด้านการเงินการคลัง: การติดตามภาพรวมในการจัดการด้านการเงินการคลังภายในเขตสุขภาพ การวางแผนการเงิน การสนับสนุนการพิจารณาแผนการลงทุน การกำกับติดตามเกี่ยวกับการใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพภายในเขตสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่มีการกำหนดขึ้น

(3.3) การจัดการด้านกำลังคนภายในเขตสุขภาพ: ประกอบด้วยการทำงานเกี่ยวกับ

- ✓ ทำการประสานงานเกี่ยวกับการจัดการด้านกำลังคนภายในเขตสุขภาพ ระหว่างเขตสุขภาพ และเชื่อมโยงเกี่ยวกับการบริหารกำลังคนกับส่วนกลาง
- ✓ เป็นแกนกลางในการบริหารบุคลากรจากกรมต่าง ๆ ไปปฏิบัติงานภายในเขตสุขภาพ โดยการทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการรับโอนชั่วคราว การประสานการกำหนดตัวชี้วัดร่วม (Joint KPI) ทั้งจากกรมต้นสังกัดและเขตสุขภาพสำหรับบุคลากรที่รับโอนชั่วคราวเหล่านั้น และการประสานการประเมินผลของบุคลากรเหล่านั้น
- ✓ การประสานการบริหารงานบริหารกำลังคนภายในเขตสุขภาพกับส่วนกลาง ที่มีความครอบคลุมเกี่ยวกับการพิจารณาความดีความชอบ การลงโทษ และการแต่งตั้งโยกย้าย

(4) การติดตามและประเมินผลการดำเนินการของเขตสุขภาพ (การประเมินผลภายในเขตสุขภาพ): เพื่อเป็นการผลักดันให้การดำเนินงานของเขตสุขภาพสามารถบรรลุตามเป้าหมายนโยบายและยุทธศาสตร์ในระดับประเทศ และของเขตสุขภาพ โดยทำการกำกับติดตามและประเมินผลตามตัวชี้วัดทั้งในระดับประเทศ และระดับเขตที่ได้กำหนดขึ้น

● โครงสร้างของสำนักงานเขตสุขภาพ (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ)

ด้วยภารกิจและหน้าที่ดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยเห็นว่า โครงสร้างของสำนักงานเขตสุขภาพ (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ) ควรประกอบด้วย

(1) ส่วนนโยบายและแผนงาน: มีขอบเขตการทำงานหลักเกี่ยวกับ

- ✓ การประสานงานในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การทำงานของเขตสุขภาพร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ และคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเหล่านั้นภายในเขตสุขภาพ ที่มีความครอบคลุมทั้งแผนการบริการ (Service Plan) แผนการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Plan) แผนการควบคุมและป้องกันโรค (Disease Prevention and Control) และแผนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Consumer's Health Protection Plan)
- ✓ งานติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามแผนและเป้าหมาย (การประเมินผลภายในเขตสุขภาพ)
- ✓ การพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ (Information and Technology: IT) ที่มีความครอบคลุมข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อนำไปสู่การสนับสนุนการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การทำงานของเขตสุขภาพ และการปฏิบัติงานในระดับอื่น ๆ (ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ) รวมทั้งการสนับสนุนการติดตามและประเมินผลทั้งภายในและภายนอกเขตสุขภาพ

(2) ส่วนการเงินการคลัง: มีขอบเขตการทำงานเกี่ยวกับ

- ✓ ทำการบริหารงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำงานภายในเขตสุขภาพ (ถ้ามีการจัดสรรงบประมาณให้บริหารในระดับเขตสุขภาพ หรือมีการกำหนดกลไกเพื่อสนับสนุนทางด้านการเงินการคลังในระดับเขต)
- ✓ ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลาง และส่วนของผู้จ่ายเงินเพื่อบริการเกี่ยวกับการแผนการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพทั้งระดับประเทศ และระดับเขตสุขภาพ
- ✓ การติดตามสถานการณ์ด้านการเงินการคลังของหน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพ และสนับสนุนการกำหนดแนวทางในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา กรณีที่เกิดปัญหาทางการเงินการคลังขึ้น รวมทั้งการติดตามเกี่ยวกับการเบิกจ่ายงบประมาณต่าง ๆ ของหน่วยงานภายในเขตสุขภาพ

(3) ส่วนการบริหารทรัพยากร: มีขอบเขตการทำงานเกี่ยวกับ

- ✓ สนับสนุนการพิจารณา และกำหนดแผนการลงทุนภายในเขตสุขภาพ ร่วมกับหน่วยงาน และคณะกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง
- ✓ สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลภายในเขตสุขภาพ

(4) ส่วนธุรการ (การบริหารงานทั่วไป): มีขอบเขตการทำงานเกี่ยวกับ

- ✓ งานบัญชี การเงิน
- ✓ งานกฎหมาย

- ✓ การประสานการทำงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพ และสนับสนุนเกี่ยวกับการบริหารเครือข่าย
- ✓ การจัดประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพ และคณะกรรมการ รวมทั้งคณะทำงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง

● บุคลากรของสำนักงานเขตสุขภาพ

ในการจัดสรรบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานในสำนักงานเขตสุขภาพนั้น คณะผู้วิจัยเห็นว่า สามารถแบ่งกลุ่มของบุคลากรออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดทิศทางในการบริหารเขตสุขภาพ อันได้แก่ส่วนงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับงานนโยบายและแผนงาน ส่วนการเงินการคลัง และส่วนบริหารทรัพยากร ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องเหล่านี้เฉพาะ และ (2) กลุ่มที่ทำหน้าที่งานบริหารทั่วไป ซึ่งจำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการจัดการในส่วนนี้จะมีจำนวนมากกว่าบุคลากรในกลุ่มที่ (1) ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า ในการได้มาซึ่งบุคลากรที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในทั้ง 2 กลุ่มนั้น ควรมีการกำหนดแนวทางในการจัดสรรบุคลากรที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ แนวทางการประเมินผลและให้ความสำคัญความชอบ และการกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Path) ที่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ

(1) *กลุ่มที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดทิศทางในการบริหารเขตสุขภาพ:* ดังที่ได้กล่าวข้างต้น บุคลากรในกลุ่มนี้ควรต้องเป็นบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในประเด็นเฉพาะ ซึ่งความรู้ความสามารถรวมทั้งประสบการณ์ที่ได้จากการทำงานภายในพื้นที่จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย และมาตรการในภาพรวมได้เป็นอย่างดี ดังนั้น เส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพของบุคลากรกลุ่มนี้ควรพิจารณาให้สามารถเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข และนักวิชาการจากภายนอก รวมทั้งการทบทวนรูปแบบการบริหารงานในภูมิภาคของหน่วยงานที่มีโครงสร้างการทำงานในส่วนภูมิภาคทั้งในประเทศและต่างประเทศ¹⁵ นั้น เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาบุคลากรที่สามารถทำงานสนับสนุนในเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเขตสุขภาพมาใช้ในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในส่วนกลาง โครงสร้างและที่มาของบุคลากรในกลุ่มนี้จึงควรประกอบด้วย

ตำแหน่ง	เส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ (Career Path)	ที่มาของบุคลากร
ผู้ บริ ห า ร ส ่วน (หัวหน้างาน)	รูปแบบ: อยู่ในทั้งส่วนกลางและเขตสุขภาพ ปฏิบัติงานในพื้นที่ (เขตสุขภาพ) ในการประสาน การกำหนดแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาด้าน สุขภาพในเรื่องที่ได้รับมอบหมายภายในเขต สุขภาพ ประมาณ 3 ปี ต่อแห่ง จากนั้น ย้ายเข้าส่วนกลางตามต้นสังกัดเดิม เพื่อ ปฏิบัติงานตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายใน ส่วนกลางต่อไป การพิจารณาความดีความชอบ: อยู่ภายใต้การ	มีทางเลือก 2 ทาง คือ (1) ยืมตัวจากส่วนกลางมาปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ โดยมีการกำหนดตำแหน่งในการรับยืมตัว (รับโอน) จากหน่วยงานต้นสังกัดมาที่สำนักงานประสานงาน สาธารณสุข เพื่อส่งไปปฏิบัติงานที่สำนักงานเขตสุขภาพ ต่อไป โดยมีการกำหนด (2) มอบหมายผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในพื้นที่ (เดิม มีเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพอยู่ภายในเขต สุขภาพ) เข้ามาดำเนินการ ซึ่งเป็นไปได้ทั้งการเลื่อน

¹⁵ หน่วยงานในประเทศได้แก่ การทำงานบริการของหน่วยงานภาคเอกชน เช่น ธนาคารพาณิชย์ (การส่งเจ้าหน้าที่ไปปฏิบัติงานในสำนักงานสาขา) ขณะที่หน่วยงานในต่างประเทศได้แก่ รูปแบบการทำงานของข้าราชการกระทรวงต่างประเทศ (Japanese Embassy) และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) ของรัฐบาลญี่ปุ่น ที่มีการส่งข้าราชการที่ไปปฏิบัติงานในสำนักงานในต่างประเทศ

ตำแหน่ง	เส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ (Career Path)	ที่มาของบุคลากร
	ประเมินผลของผู้อำนวยการสำนักงานโดยในกรณีที่ต้นสังกัดเดิมอยู่กับสำนักงานประสานงานสาธารณสุขอยู่แล้วให้เป็นการพิจารณาโดยอ้างอิงกับตัวชี้วัดการทำงานของสำนักงานที่รับผิดชอบ ในกรณีที่เป็นการยืมตัวมาจากกรมอื่น ๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข ให้การประเมินผลอ้างอิงกับตัวชี้วัดการทำงานของบุคลากรดังกล่าวจากต้นสังกัดเดิมควบคู่ไปกับตัวชี้วัดการทำงานเพิ่มเติมจากการทำงานภายในเขตสุขภาพ	ตำแหน่งขึ้นของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานภายในสำนักงานเขตสุขภาพ หรืออาจจะเป็นการดึงตัวมาจากหน่วยงานอื่นภายในเขตสุขภาพก็ได้
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	รูปแบบ: ภายในเขตสุขภาพ ปฏิบัติหน้าที่ในการสนับสนุน และประสานงานในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ ในกรณีที่มีการสะสมความรู้ความสามารถได้เป็นอย่างดี สามารถได้รับการพิจารณาเลื่อนเป็นผู้บริหารส่วน (หัวหน้างาน) ได้ และเปลี่ยนแปลงรูปแบบของเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพต่อไป การพิจารณาความดีความชอบ: อยู่ภายใต้การประเมินผลของผู้อำนวยการสำนักงานในกรณีที่ต้นสังกัดเป็นเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประสานงานสาธารณสุข การประเมินผลจะเป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนดโดยสำนักงานประสานงานสาธารณสุข และตัวชี้วัดของเขตสุขภาพ ขณะที่ในกรณีที่เจ้าหน้าที่นั้นเป็นการยืมตัวมาจากหน่วยงานอื่นภายในพื้นที่ ให้การประเมินผลเป็นไปตามทั้งตัวชี้วัดของหน่วยงานต้นสังกัดเดิม และตัวชี้วัดของเขตสุขภาพ	มีทางเลือก 2 ทาง คือ (1) การคัดเลือกเจ้าหน้าที่ผู้มีความรู้ความสามารถจากหน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพ ทั้งอยู่ในสังกัดของสำนักงานประสานงานสาธารณสุข และอยู่ในสังกัดของกรมอื่น ๆ ที่อยู่ในพื้นที่ ซึ่งในกรณีดังกล่าว จะต้องมีการขอยืมตัวจากหน่วยงานในพื้นที่อย่างเป็นทางการ และมีการรับโอนมาอย่างเป็นทางการ โดยในกรณีนี้ตำแหน่งที่รับโอนจะเป็นตำแหน่งภายในสำนักงานเขตสุขภาพโดยตรง (2) การจ้างบุคลากรเพิ่มเติม ในกรณีที่ไม่มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่ต้องการอยู่ภายในหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

(2) กลุ่มงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป: ขอบเขตของงานบริหารทั่วไปได้แก่ งานที่เป็น การสนับสนุนให้การทำงานของสำนักงานเขตสุขภาพสามารถลุล่วงไปได้ เช่น การประสานงานระหว่าง หน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพ รวมทั้งงานธุรการต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งแม้ว่าในบางส่วนจะเป็นงานที่ต้อง อาศัยความรู้ความสามารถของวิชาชีพเฉพาะ (เช่น บัญชีการเงิน และกฎหมาย) ก็ตาม ทางเลือกของบุคลากรที่ จะมาปฏิบัติงานในกลุ่มนี้นั้นมีมากกว่าบุคลากรที่จะมาปฏิบัติงานในกลุ่มที่ 1 ขณะที่ในส่วนของการพิจารณา เกี่ยวกับเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพนั้นควรอยู่ภายใน และ/หรือระหว่างเขตสุขภาพ โครงสร้างและ ที่มาของบุคลากรในกลุ่มนี้จึงควรประกอบด้วย

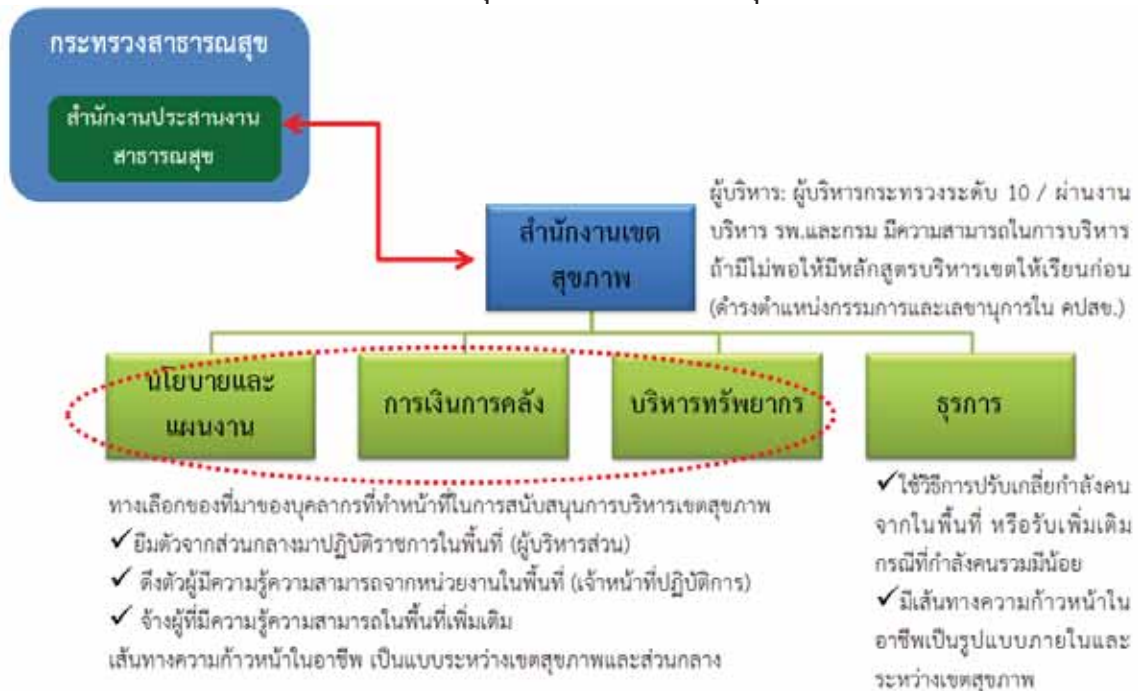
ตำแหน่ง	เส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ (Career Path)	ที่มาของบุคลากร
ผู้ บริ ห า ร ส ่วน (หัวหน้างาน)	รูปแบบ: ภายในเขตสุขภาพ ปฏิบัติงานสนับสนุนการทำงานของสำนักงานเขต สุขภาพ และคณะกรรมการเขตสุขภาพ	พิจารณาคัดเลือก และ/หรือปรับเปลี่ยนบุคลากรจาก หน่วยงานภายในเขตสุขภาพ ทั้งอยู่ในสังกัดของ สำนักงานประสานงานสาธารณสุข และอยู่ในสังกัดของ

ตำแหน่ง	เส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ (Career Path)	ที่มาของบุคลากร
	การพิจารณาความดีความชอบ: อยู่ภายใต้การประเมินผลของผู้อำนวยการสำนักงานโดยขึ้นอยู่กับตัวชี้วัดในการทำงานที่กำหนดโดยเขตสุขภาพ (และอาจมีความครอบคลุมถึงตัวชี้วัดเชิงนโยบายของส่วนกลาง และเขตสุขภาพ)	กรมอื่น ๆ ที่อยู่ในพื้นที่ โดยในกรณีที่เป็นการปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่มาจากหน่วยงานอื่นนอกสังกัดสำนักงานประสานงานสาธารณสุขนั้น คณะผู้วิจัยเสนอให้เป็นการโอนย้ายบุคลากรนั้นมาประจำที่สำนักงานเขตสุขภาพเลย
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	รูปแบบ: ภายในเขตสุขภาพ ปฏิบัติหน้าที่ในการสนับสนุน และประสานงานในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ ในกรณีที่มีการสะสมความรู้ความสามารถได้เป็นอย่างดี สามารถได้รับการพิจารณาเลื่อนเป็นผู้บริหารส่วน (หัวหน้างาน) ได้ และเปลี่ยนแปลงรูปแบบของเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพต่อไป การพิจารณาความดีความชอบ: อยู่ภายใต้การประเมินผลของผู้อำนวยการสำนักงานโดยขึ้นอยู่กับตัวชี้วัดในการทำงานที่กำหนดโดยเขตสุขภาพ (และอาจมีความครอบคลุมถึงตัวชี้วัดเชิงนโยบายของส่วนกลาง และเขตสุขภาพ)	มีทางเลือก 2 ทาง คือ (1) พิจารณาคัดเลือก และ/หรือปรับเปลี่ยนบุคลากรจากหน่วยงานภายในเขตสุขภาพทั้งอยู่ในสังกัดของสำนักงานประสานงานสาธารณสุข และอยู่ในสังกัดของกรมอื่น ๆ ที่อยู่ในพื้นที่ ซึ่งในกรณีที่เป็นการปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่มาจากหน่วยงานอื่นนอกสังกัดสำนักงานประสานงานสาธารณสุขนั้น คณะผู้วิจัยเสนอให้เป็นการโอนย้ายบุคลากรนั้นมาประจำที่สำนักงานเขตสุขภาพ (2) การจ้างบุคลากรเพิ่มเติม ในกรณีที่ไม่มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่ต้องการอยู่ภายในหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ขณะที่ในส่วนของผู้บริหารสำนักงานเขตสุขภาพ ซึ่งจะดำรงตำแหน่งกรรมการและเลขานุการของคณะกรรมการเขตสุขภาพนั้น คณะผู้วิจัยเห็นว่า บุคลากรที่จะมาดำรงตำแหน่งดังกล่าว ควรต้องเป็นผู้ที่มีอาวุโส และมีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการประสานและเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในเขตสุขภาพ ระหว่างเขตสุขภาพ รวมทั้ง การประสานกับส่วนกลาง (สำนักงานประสานงานสาธารณสุข) เพื่อให้เกิดความราบรื่น และสามารถสนับสนุนให้การทำงานของเขตสุขภาพโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพบรรลุตามเป้าหมาย ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ที่จะมาดำรงตำแหน่งจึงควรเป็นผู้บริหารระดับสูง (ระดับ 9-10) ที่มีประสบการณ์ในการบริหารทั้งหน่วยงานประเภทบริการและการทำงานวิชาการ (การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในบทบาทต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข)

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่า ในการจัดสรรบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ในการสนับสนุนการบริหารงานของเขตสุขภาพนั้น จะเห็นได้ว่า จากข้อเสนอดังกล่าวข้างต้น ในช่วงเปลี่ยนผ่านนั้น จะต้องมีการจัดสรรบุคลากรระดับสูงเพื่อปฏิบัติงานในหลายส่วนเพื่อให้กลไกการทำงานของเขตสุขภาพสามารถดำเนินการไปได้ ทั้งในส่วนของการสนับสนุนการบริหารเขตสุขภาพ (เช่น ประธาน คปสข. ประธานคณะอนุกรรมการบริการ ประธานคณะอนุกรรมการวิชาการ และผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ เป็นต้น) และการติดตามและตรวจสอบการทำงานของเขตสุขภาพจากภายนอก ดังนั้น ความเป็นไปได้ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านนี้ จะมีทรัพยากรบุคคลที่สามารถดำเนินการได้ตามเงื่อนไขจำนวนจำกัด ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางโดยสำนักงานประสานงานสาธารณสุขสามารถสนับสนุนทางด้านการสร้างเสริมบุคลากรเหล่านี้ได้โดยการกำหนดให้มีหลักสูตรเพื่อพัฒนาบุคลากรเพื่อทำงานในเขตสุขภาพได้อีกทางหนึ่ง

แผนภาพที่ 3.7: ข้อเสนอโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพ
(สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ)



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

3.2.4 โครงข่ายการจัดการด้านสาธารณสุข

เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบในการดำเนินการบริหารงานสาธารณสุขระดับเขต ที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบทั้งในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ สามารถดำเนินการร่วมกันได้อย่างสอดคล้องและราบรื่น จึงควรสรุปบทบาทการดำเนินในแต่ละระดับภายใต้รูปแบบการทำงานแบบเขตสุขภาพ ดังต่อไปนี้

(1) **การบริหารงานสาธารณสุขในระดับเขต (เขตสุขภาพ):** ในระยะยาว รูปแบบการบริหารโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพ ที่มีโครงสร้างของคณะกรรมการที่ประกอบด้วย

- ประธานคณะกรรมการที่เป็นที่ยอมรับทั้งในส่วนของกลุ่มผู้ให้บริการ (Service Provider) หน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับดูแลและบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย (Regulator) และหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนในการจ่ายเงินเพื่อบริการทางการแพทย์ (Service Purchaser) รวมทั้งภาคประชาชนที่มีความเกี่ยวข้องภายในพื้นที่เขตสุขภาพ
- คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ประกอบด้วยผู้แทนในหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องในการบริหารด้านสาธารณสุขของเขตสุขภาพ เช่น หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้แทนในหน่วยงานการให้บริการ การกำกับดูแลและบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย และหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนในการจ่ายเงินเพื่อบริการทางการแพทย์ รวมทั้งผู้แทนภาคประชาชนเพื่อให้กลไกในการดูแลการบริหารเขตสุขภาพสามารถสะท้อนทุกด้านที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนที่อยู่เขตสุขภาพอย่างแท้จริง

- เลขาธิการคณะกรรมการเขตสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่หัวหน้างานในการสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพ (ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ)

โดยมีกลไกการทำงานที่แยกบทบาทการทำงานระหว่างบทบาททั้งสามดังกล่าวข้างต้นอย่างชัดเจนในรูปของคณะกรรมการในด้านต่าง ๆ ภายใต้การทำงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ได้แก่ คณะกรรมการบริหารบริการเขต (คณะอนุกรรมการบริการ) และคณะอนุกรรมการวิชาการ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ในระยะเปลี่ยนผ่าน กลไกการบริหารเขตสุขภาพในรูปของคณะกรรมการเขตสุขภาพ อาจเริ่มจากการที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนากลไกการทำงานในส่วนของการเป็นผู้ให้บริการที่มีความเชื่อมโยงหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการทั้งหมดที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเข้าด้วยกัน (ทั้งหน่วยงานที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกรมวิชาการ) ภายใต้กลไกคณะกรรมการบริหารบริการเขตโดยมีผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขจากส่วนกลางหรือผู้อำนวยการสถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีอาวุโสและเป็นที่ยอมรับทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการฯ ขณะที่การทำงานพัฒนาบทบาทในการกำกับดูแลและการเป็นผู้บังคับใช้กฎหมายภายในเขตสุขภาพ รวมทั้งบทบาทในการสนับสนุนการบริหารของเขตสุขภาพ (การบริหารและกำหนดนโยบายในระดับเขต) ผ่านการทำงานในรูปของสำนักงานเขตสุขภาพ ที่มีผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการฯ ขณะที่ในส่วนของการทำงานและกำหนดนโยบายในระดับเขตสุขภาพนั้นควรเริ่มพัฒนาจากกลไกของคณะกรรมการประสานงานพัฒนางานสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.) ให้มีกลไกการทำงานในส่วนของการแยกบทบาท และกำหนดการดำเนินการในส่วนของการให้บริการและการกำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมายออกจากกันร่วมกับการดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานทั้งหมดภายในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งหน่วยงานที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกรมวิชาการ) ขณะที่ทำงานในการกำหนดเป้าหมายการทำงานในระดับเขตร่วมกับกลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการด้านสาธารณสุขของหน่วยงานผู้จ่ายเงินทั้งหลายในระดับเขต (เช่น กลไก อปสข. ของ กองทุน สปสข. เป็นต้น)

(2) การบริหารงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด (Provincial Level Health Management):

การทำงานบริหารงานสาธารณสุขในระดับจังหวัดเป็นการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งทำการบริหารโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ. สสจ.) โดย เมื่อพิจารณาบทบาทและหน้าที่ของ สสจ. ในปัจจุบันพบว่า มีการทำงานในบทบาทต่าง ๆ ที่ครอบคลุมการทำงานบริหารด้านสาธารณสุขทั้งหมด ทั้งการเป็นผู้ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมาย (การทำงานตามที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งการเป็นตัวแทนในการดำเนินการดังกล่าว: บทบาทการเป็น Regulator) การทำหน้าที่กำกับดูแลการทำงานของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด (บทบาทการเป็น Provider Consortium) และการทำหน้าที่เป็นสำนักงานสาขาของผู้จ่ายเงินเพื่อบริการ (บทบาท Purchaser ในฐานะสำนักงาน สปสข. สาขาจังหวัด)

จากข้อเสนอการแยกบทบาทการทำงานของกลไกสาธารณสุขตามแนวคิด Purchaser-Provider Split รวมทั้งการทำงานของเขตสุขภาพดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าบทบาทที่ควรจะเป็นภายในเขตสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่

- การทำงานเป็นสาขาของเขตสุขภาพในการรับนโยบาย และเป้าหมายจากเขตสุขภาพมาบริหารให้เป็นไปได้ในกลไกระดับจังหวัด (ทำการเชื่อมโยงกับกลไกคณะกรรมการเขตสุขภาพ) รวมทั้งการเป็นกลไกสนับสนุนในการบริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (เช่น การมีระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการดำเนินการ และสถานการณ์ด้านสุขภาพภายในจังหวัด การวิเคราะห์เชื่อมโยงกับสำนักงานเขตสุขภาพในการกำหนดแผนการพัฒนาสาธารณสุขในระบบงานย่อยต่าง ๆ) โดยอาจมีกลไกในระดับจังหวัดที่คล้ายคลึงกับกลไกในการบริหารเขตสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการทำงานที่สอดคล้องกัน (เช่น การพัฒนากลไกคณะกรรมการระดับจังหวัดในการบริหารและการจัดการด้านสาธารณสุขในจังหวัด เป็นต้น)
- การทำงานเป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมายภายในจังหวัด (บทบาท Regulator)
- การเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนเกี่ยวกับการทำงานให้บริการของกลุ่มผู้ให้บริการทั้งหมดภายในจังหวัด

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการทำงานในปัจจุบัน ร่วมกับความพร้อมในการปรับตัวของกลไกต่าง ๆ ในปัจจุบันนั้น ในระยะเปลี่ยนผ่าน คณะผู้วิจัยเห็นว่ายังควรที่จะคงบทบาทในการทำงานในทั้งสามด้านของ สสจ. ก่อน เพื่อให้ระยะเวลาในการปรับตัว ขณะเดียวกันให้มีการดำเนินการเพื่อพัฒนาสู่การทำงานในบทบาทที่พึงประสงค์ในระยะยาวต่อไป

(3) การบริหารงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ (District Level Health Management):

นอกเหนือจากการให้บริการสาธารณสุขในระดับอำเภอโดยโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัดในกรณีของอำเภอเมืองแล้ว การทำงานสาธารณสุขในระดับอำเภอดำเนินการโดยสาธารณสุขอำเภอ โดยทำหน้าที่สนับสนุนการบริหารงานสาธารณสุขในด้านการให้บริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ การทำงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อทำให้เกิดการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมาย (เช่น การลดลงของปัญหาสุขภาพ (โรคติดต่อ และ/หรือการมีระดับสุขภาพที่ดีของประชาชน เป็นต้น) ร่วมกับการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพในระดับอำเภอ หรือจะกล่าวได้ว่า บทบาทการทำงานในระดับอำเภอที่พึงประสงค์ได้แก่ การเป็นสำนักงานสาขาย่อยในระดับอำเภอของเขตสุขภาพ เพื่อดูแลประสานงาน และสนับสนุนงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอร่วมกับสถานบริการในพื้นที่ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นบทบาทของการเป็นหน่วยงานสนับสนุน และการกำกับดูแลบังคับใช้กฎหมายภายในพื้นที่ (บทบาท Regulator) นั่นเอง การดำเนินการภายในเขตสุขภาพทั้งในระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะยาวในการพัฒนาเขตสุขภาพของสาธารณสุขอำเภอนั้น ควรเป็นการสนับสนุนให้สาธารณสุขอำเภอสามารถดำเนินการได้ในบทบาทดังกล่าวเหล่านั้นนั่นเอง

เงื่อนไขความสำเร็จที่สำคัญในการจัดการบริหารสาธารณสุขในรูปแบบเขตสุขภาพ คือ ความสามารถในการกำกับดูแลการทำงานที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายดังกล่าวมาข้างต้น (เขตสุขภาพดำเนินการจัดการและกำกับดูแลการทำงานของจังหวัด ขณะที่จังหวัดดำเนินการจัดการและกำกับดูแลการทำงานในระดับอำเภอ) ซึ่งจะทำให้เกิดกำกับ ติดตามการทำงานอย่างเป็นลำดับขั้น และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในที่สุด

3.3 ความเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลางกับเขตสุขภาพ

3.3.1 ภาพรวมความเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลางกับเขตสุขภาพ

ความเชื่อมโยงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางกับกลไกการทำงานภายในเขตสุขภาพ ประกอบด้วย

(1) **การทำงานของสำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุขกับเขตสุขภาพ:** บทบาทของสำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุข คือ การทำหน้าที่ในการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขตามบทบาทย่อย (Sub-systems) ของกระทรวงสาธารณสุข และระดับประเทศ เพื่อกำหนดเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขทั้งการดำเนินการในระยะสั้น (เป้าหมายการดำเนินการ 1-2 ปี) และระยะยาว (เป้าหมายการดำเนินการ 3-5 ปี) ซึ่งจะเป็นกรอบในการดำเนินการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายผ่านการกำหนดตัวชี้วัด (KPI) ที่สอดคล้องกับเป้าหมายในการพัฒนาเหล่านั้น การดำเนินการดังกล่าวยังได้ครอบคลุมถึงการกำหนดแผนการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในภาพรวม (ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรสาธารณสุขอื่น ๆ) เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินการในพื้นที่ต่อไป

เมื่อได้มีการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขขึ้น เป้าหมายในการดำเนินการเหล่านั้นจะต้องถูกนำไปดำเนินการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค โดยในส่วนภูมินาคนั้น เป้าหมายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งตัวชี้วัดที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานในส่วนภูมิภาคทั้งหมดจะถูกถ่ายทอดไปสู่เขตสุขภาพผ่านสำนักงานประสานงานสาธารณสุข โดยเขตสุขภาพจะต้องทำข้อตกลง (หรือสัญญา) ในการบริหารเขตสุขภาพเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายในการพัฒนาของส่วนกลางตามเป้าหมายและยุทธศาสตร์ที่สำนักงานประสานงานเขตสุขภาพถ่ายทอดลงมา และนำเอาเป้าหมายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งตัวชี้วัดเหล่านั้นไปกำหนดผู้รับผิดชอบภายในเขตสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมาย รวมทั้งบรรลุตามตัวชี้วัดที่ถูกถ่ายทอดลงมา โดยดำเนินการรวบรวมและประเมินผลตามตัวชี้วัด และนำส่งสำนักงานประสานงานสาธารณสุขเพื่อรวบรวมสรุปเป็นผลการดำเนินการในภาพรวมต่อไป

(2) **การทำงานของสำนักงานประสานงานสาธารณสุขกับเขตสุขภาพ:** นอกเหนือจากการทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการถ่ายทอดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งตัวชี้วัดจากส่วนกลางลงไปสู่เขตสุขภาพ บทบาทของสำนักงานประสานงานสาธารณสุขที่มีความสำคัญต่อเขตสุขภาพ คือ การสนับสนุนการดำเนินการของเขตสุขภาพ เพื่อให้การบริหารเขตสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนนั้นประกอบด้วยการดำเนินการหลัก 2 ส่วน คือ

(2.1) การสนับสนุนการดำเนินการของหน่วยงานบริการ และวิชาการที่ดำเนินการอยู่ภายในเขตสุขภาพ ในส่วนที่เกี่ยวกับการบริหารด้านกำลังคน โดยทำหน้าที่ขอ และรับโอนบุคลากรที่จะต้องไปปฏิบัติหน้าที่ในเขตสุขภาพทั้งในหน่วยงานบริการ และหน่วยงานวิชาการเพื่อสนับสนุนการทำงานของเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการบริหารทรัพยากรบุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่ภายในเขตสุขภาพ และนำไปสู่การประเมินผลการปฏิบัติงาน และการให้ความดีความชอบที่เป็นระบบ

(2.2) การสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนการบริหารเขตสุขภาพ (สำนักงานเขตสุขภาพ หรือสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ): ดังที่ได้กล่าวในหัวข้อข้างต้นเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ของสำนักงานเขตสุขภาพ ในการประสานงานเพื่อให้เกิดการบริหารเขตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพนั้น สำนักงานประสานงานสาธารณสุขจะต้องสนับสนุนให้สำนักงานเขตสุขภาพสามารถ

ทำงานสนับสนุนการทำงานบริหารเขตสุขภาพให้ได้ทั้งในด้านงบประมาณ ทรัพยากร เพื่อสนับสนุนการทำงานต่าง ๆ และบุคลากร เพื่อให้การทำงานเป็นไปได้อย่างราบรื่น

(3) *การทำงานของกรมวิชาการต่าง ๆ กับเขตสุขภาพ*: กรมวิชาการดำเนินการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นกรอบหลักในการพัฒนา รวมทั้งการร่วมกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนผลการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์ที่ได้กำหนดขึ้น และร่วมพิจารณาปรับปรุงทั้งเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดที่เปลี่ยนแปลงไปตามการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ซึ่งทั้งหมดนี้จะต้องถูกถ่ายทอดไปให้เกิดการดำเนินการในพื้นที่ที่สอดคล้อง นอกจากนี้ กรมวิชาการยังมีบทบาทในการทำงานตามภารกิจที่เป็นไปตามกฎหมายกำหนด รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย (บทบาทของผู้ทำหน้าที่ดูแลระบบ) ซึ่งจะต้องเชื่อมโยงให้การดำเนินการตามกฎหมายเหล่านี้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพในภูมิภาค (ในเขตสุขภาพ) ด้วย การดำเนินการดังกล่าวสามารถดำเนินการได้ผ่านการทำงานของหน่วยงานในภูมิภาค หรือสำนักงานสาขาของกรมวิชาการเหล่านี้ รวมทั้งการมอบหมายให้หน่วยงานอื่นภายในเขตสุขภาพ (เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทำหน้าที่เป็นผู้แทนในการดำเนินการให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดภายในเขตสุขภาพ และทำหน้าที่สนับสนุนให้การดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายภายในพื้นที่ของเขตสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ภารกิจอีกประการภายในเขตสุขภาพ คือ การทำงานในการพัฒนาด้านวิชาการโดยการรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่ เพื่อนำมาสู่การพัฒนาด้านวิชาการในภาพรวม

เมื่อพิจารณาตามบทบาทดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าความเชื่อมโยงของกรมวิชาการกับเขตสุขภาพจะประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ

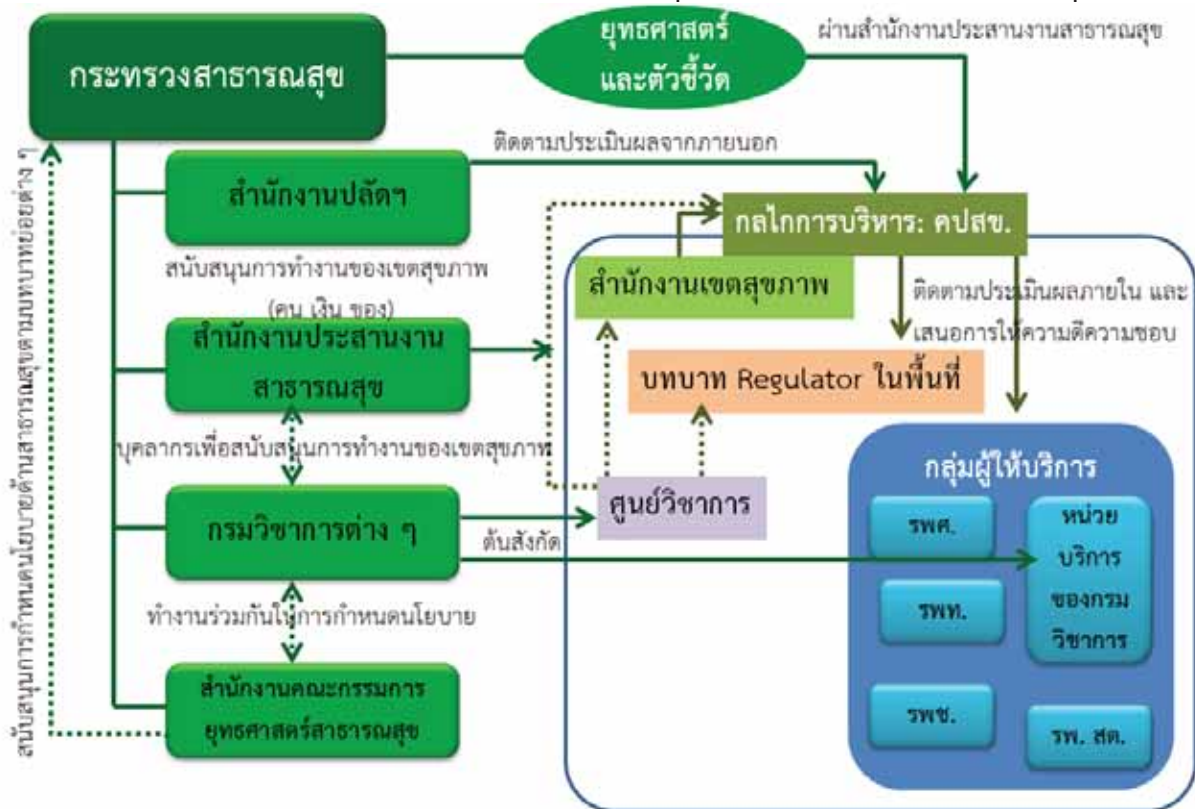
(3.1) การสนับสนุนบุคลากรจากกรมวิชาการเพื่อไปดำเนินการในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการทำงานของสำนักงานเขตสุขภาพ ซึ่งไปตามที่ได้รับภารกิจจากเขตสุขภาพ โดยในกรณีนี้ จะต้องมีการโอนบุคลากรจากกรมวิชาการในส่วนกลางไปที่สำนักงานประสานงานสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการจัดการด้านกำลังคน โดยมีการกำหนดขอบเขตของงานและตัวชี้วัดจากกรมวิชาการพร้อมไปด้วย และการประเมินผลบุคลากรเหล่านี้จะเป็นการดำเนินการร่วมกับผู้บริหารเขตสุขภาพ (ควบคู่กับตัวชี้วัดของเขตสุขภาพ)

(3.2) การสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานภายในสังกัด (สำนักงานสาขา และสำนักงานบริการเฉพาะทาง) ให้สามารถทำงานตามขอบเขตที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย และเพื่อพัฒนาความเป็นเลิศทางด้านวิชาการภายในเขตสุขภาพ ดังนั้น จึงถือว่าหน่วยงานสำนักงานสาขา และสำนักงานบริการเฉพาะทางเพื่อความเป็นเลิศทางด้านวิชาการนั้น ยังเป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดของกรมวิชาการ การดำเนินการสนับสนุนในส่วนนี้เป็นไปทั้งรูปแบบของการสนับสนุนในด้านบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากร อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดบูรณาการการทำงานภายในพื้นที่อย่างเหมาะสมตามรูปแบบการทำงานแบบเขตสุขภาพ การพิจารณาเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติการ และการพิจารณาเกี่ยวกับความดีความชอบนั้น จะเป็นการพิจารณาร่วมกับคณะกรรมการเขตสุขภาพ

(4) *การทำงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับเขตสุขภาพ*: ดังที่ได้กล่าวถึงก่อนหน้านี้เกี่ยวกับข้อเสนอการปรับเปลี่ยนการทำงานในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขนั้น การจัดรูปแบบการทำงานในส่วนภูมิภาคในรูปแบบเขตสุขภาพนั้น มีพื้นฐานหลักในการปรับปรุงรูปแบบการทำงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีความครอบคลุมการทำงานในทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคที่มีความครอบคลุมประเด็นทั้งการเป็นผู้ดูแลระบบ และการเป็นผู้ให้บริการ เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการการแยกบทบาทระหว่าง การเป็นผู้กำหนดนโยบาย และการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพออกจากกัน (Regulator-Provider-Purchaser Split) โดยข้อเสนอที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การจัดรูปแบบการทำงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ออกเป็นกลุ่มงานหลัก 3 กลุ่ม กล่าวคือ การทำงานในส่วนของการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ในรูปแบบของสำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุข การทำงานในส่วนของการให้บริการ และการสนับสนุนการทำงานในส่วนภูมิภาค (การจัดเขตสุขภาพ) ในรูปของสำนักงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข และการทำงานในส่วนของการสนับสนุนงานด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดตามตรวจสอบและประเมินผลการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น บทบาทเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ตามรูปแบบการทำงานใหม่) กับเขตสุขภาพ คือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานตามเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ ตามที่ได้รับมอบหมายและให้คำรับรองการปฏิบัติงานจากส่วนกลาง ซึ่งเป็นส่วนการดำเนินการประเมินผลจากภายนอกตามแนวคิดเพื่อสร้างสมดุลในการดำเนินงานของเขตสุขภาพ (External Audit)

แผนภาพที่ 3.8: ความสัมพันธ์ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางกับกลไกภายในเขตสุขภาพ



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

3.3.2 ข้อเสนอขั้นตอนการทำงาน (Workflow)

จากกลไกการทำงาน และความเชื่อมโยงดังกล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอขั้นตอนการทำงาน (Workflow) ของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างส่วนกลางและเขตสุขภาพในการจัดการบริหารในประเด็นต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพดังต่อไปนี้

(1) **การจัดสรรกำลังคน:** เนื่องจากการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพจะประกอบด้วย การทำงานในส่วนของการเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุข (Service Provider) การทำงานในส่วนของการเป็นผู้ดูแลบังคับใช้กฎหมาย (Regulator) และการประสานงานให้เกิดการบริหารเขตสุขภาพได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ (สำนักงานเขตสุขภาพ หรือสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ) ดังนั้น กลไกในการบริหารกำลังคนย่อมมีความแตกต่างกันไปตามรูปแบบการทำงานตามบทบาทเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลไกในส่วนของการทำงานของกรมวิชาการจะยังไปตามแนวทางที่เคยปฏิบัติมา ยกเว้นว่าจะต้องผ่านการพิจารณาร่วมจากเขตสุขภาพเท่านั้น ดังนั้น ขั้นตอนการทำงานที่นำเสนอต่อไปนี้ จึงไม่ได้กล่าวถึงข้อเสนอขั้นตอนการทำงานของกรมวิชาการ

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกำลังคนนั้น ประกอบการทำงานในประเด็นดังต่อไปนี้

(1.1) การพิจารณาจัดสรรกำลังคน: เนื่องจากการทำงานภายในเขตสุขภาพจะประกอบด้วยการทำงานในส่วนของการจัดบริการ การทำงานในฐานะผู้ควบคุมและบังคับใช้กฎหมาย และการทำงานเพื่อสนับสนุนการบริหารเขตสุขภาพของสำนักงานเขตสุขภาพ (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ) จากลักษณะการทำงานที่มีความแตกต่างกันย่อมส่งผลต่อความแตกต่างของขั้นตอนการทำงานในประเด็นการจัดสรรกำลังคน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการจัดสรรกำลังคนของงานการจัดบริการสาธารณสุข: การจัดบริการสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพมีความครอบคลุมสถานบริการทั้งหมดที่อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นอยู่ภายใต้สังกัดของหน่วยงานใด (ทั้งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานระดับกรมอื่น ๆ) โดยมีการร่วมพิจารณากำหนดแผนการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขเพื่อนำมาสู่การจัดบริการที่เป็นไปตามเป้าหมายการให้บริการ (ทั้งที่เป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของประเทศ และมีความสอดคล้องกับความต้องการจ่ายเงินเพื่อบริการจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนในการจ่ายเงินเพื่อบริการ) กับหน่วยบริการอื่น ๆ ภายในเขตสุขภาพภายใต้การทำงานในรูปของคณะกรรมการบริหารบริการเขต (หรือ คณะอนุกรรมการบริการภายใต้คณะกรรมการเขตสุขภาพ) ดังนั้น ขั้นตอนในการทำงานเกี่ยวกับการจัดสรรกำลังคนของหน่วยงานผู้จัดบริการสาธารณสุขจึงเริ่มจากการพิจารณากรอบอัตรากำลังภายในหน่วยงาน จากนั้นเสนอให้พิจารณาความเหมาะสมและเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารบริการเขตโดยอ้างอิงภาพรวมในการให้บริการภายในเขตสุขภาพ โดยเมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารบริการเขตแล้ว จะต้องเสนอเพื่อให้คณะกรรมการเขตสุขภาพ (ในระยะเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ คปสข.) เห็นชอบและรับรองว่า ข้อเสนอการจัดสรรอัตรากำลังดังกล่าวเป็นกรอบอัตรากำลังที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในการบริหารเขตสุขภาพเพื่อเสนอให้มีการจัดสรรกำลังคนให้แก่กระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางเพื่อพิจารณาต่อไป

เมื่อมีการเสนอข้อเสนอการจัดสรรกำลังคนจากเขตสุขภาพมาที่ส่วนกลาง หน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบการทำงานของเขตสุขภาพในส่วนกลาง คือ สำนักงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจะต้องทำการพิจารณาความเหมาะสม และรับรองโดยอ้างอิงกับกรอบอัตรากำลังที่สอดคล้องกับภาพรวมในการบริหารงานตามยุทธศาสตร์ในระดับประเทศ จากนั้นจะต้องทำการเสนอกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของประเทศเพื่อพิจารณาเห็นชอบต่อไป (ในข้อเสนอนี้ได้เสนอให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับภาพรวมด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้สำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุข (รูปแบบที่เสนอให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานใหม่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของประเทศ) ขั้นตอนการทำงานดังรายละเอียดนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.9

แผนภาพที่ 3.9: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดสรรกำลังคน: หน่วยงานผู้จัดบริการสาธารณสุข



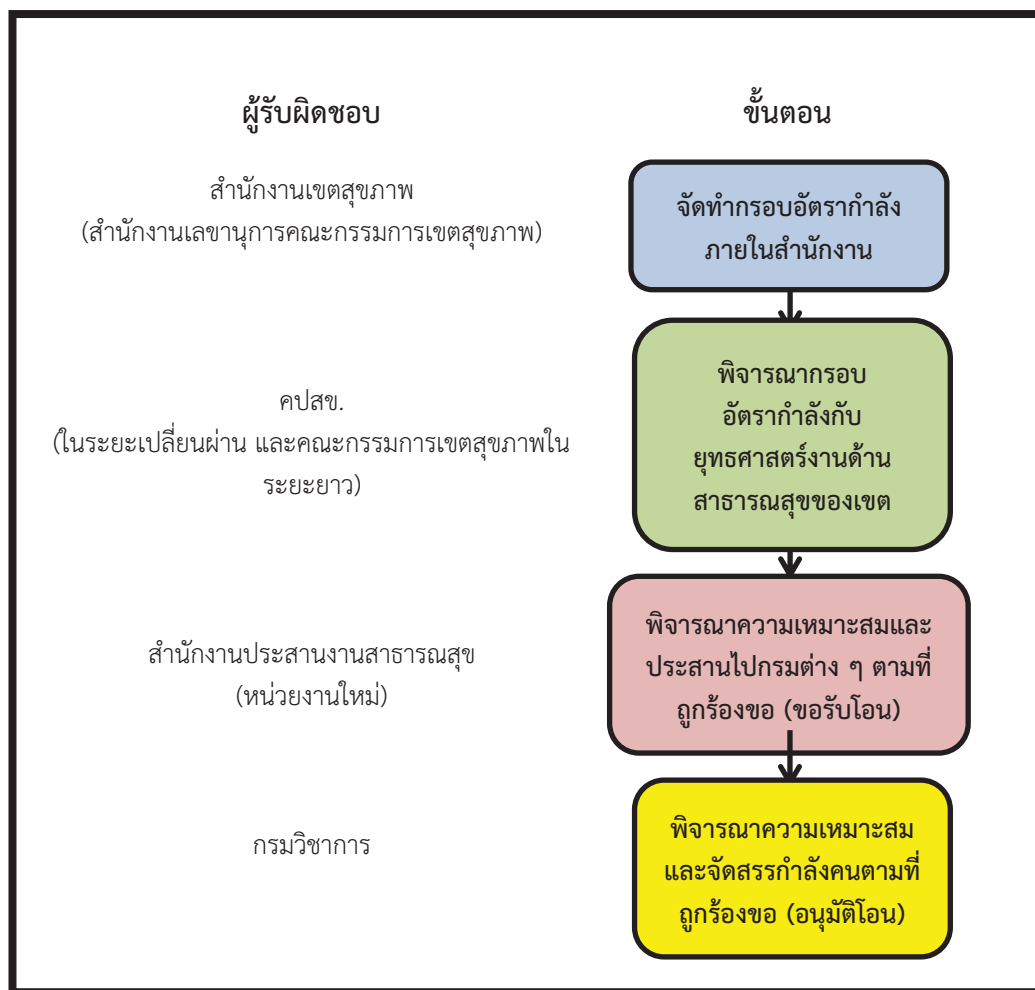
ขั้นตอนการจัดสรรกำลังคนของสำนักงานเขตสุขภาพ: สำนักงานเขตสุขภาพมีหน้าที่สนับสนุนการบริหารเขตสุขภาพของคณะกรรมการเขตสุขภาพ (เลขานุการของคณะกรรมการเขตสุขภาพ) โดยทำหน้าที่ประสานงานให้เกิดการรับถ่ายทอดแผนและยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขจากส่วนกลางลงมาดำเนินการที่เขตสุขภาพ ประสานงานภายในเขตสุขภาพให้เกิดแผนการบริหารด้านสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพ ทั้งแผนงานบริการ แผนงานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมและป้องกันโรค และงานด้านยาและการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านสุขภาพภายในเขตสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนการทำงานที่มีความครอบคลุมเกี่ยวกับงานด้านการเงิน การคลัง และการบริหารทรัพยากรภายในเขตสุขภาพ นอกจากนี้ ยังจะต้องทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลการดำเนินการภายในเขตสุขภาพว่าสามารถบรรลุตามเป้าหมายเชิงนโยบายที่ได้รับมอบหมายมาจากส่วนกลาง และการดำเนินการตามนโยบายเฉพาะของเขตสุขภาพหรือไม่ ซึ่งการจะประสานให้เกิดการดำเนินการเหล่านี้ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เป็นเงื่อนไขที่สำคัญของความสำเร็จ

แม้ว่าสำนักงานเขตสุขภาพจะถูกกำหนดให้มีขนาดไม่ใหญ่มากเนื่องจากเป็นการทำงานที่เกี่ยวกับการสนับสนุนและประสานงานเป็นสำคัญ (ประมาณ 12-15 คน โดยจำนวนและโครงสร้างของเจ้าหน้าที่นั้นสามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทการทำงานของแต่ละเขตสุขภาพ) และบุคลากรของสำนักงานเขต

สุขภาพได้ถูกกำหนดให้มีที่มาจาก 3 ทางเลือก คือ (1) การยืมตัวจากส่วนกลางมาปฏิบัติราชการในพื้นที่ (ผู้บริหารส่วน) (2) การดึงตัวผู้มีความรู้ความสามารถจากหน่วยงานในพื้นที่ (เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ) และ (3) การจ้างผู้ที่มีความรู้ความสามารถในพื้นที่เพิ่มเติม รวมทั้งการมีเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพเป็นแบบ ระหว่างเขตสุขภาพและส่วนกลาง (สามารถย้ายไปปฏิบัติหน้าที่ระหว่างเขตสุขภาพ และสามารถย้ายเข้ามา ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานในส่วนกลางได้) ก็ตาม ในกรณีที่สำนักงานเขตสุขภาพมีความต้องการผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญจากหน่วยงานอื่น ๆ ในส่วนกลางนั้น เพื่อทำให้เกิดเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพของ เจ้าหน้าที่ที่ถูกยืมตัวมาปฏิบัติหน้าที่ในเขตสุขภาพ รวมทั้งเกิดความเชื่อมโยงและพัฒนาบุคลากรที่จะไปปฏิบัติ หน้าที่ในการกำหนดนโยบายที่มีความเหมาะสมกับลักษณะการทำงานของเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในอนาคต ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเสนอให้มีกลไกในการขอรับโอนเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต้นสังกัดเดิมใน ส่วนกลางเพื่อให้ไปปฏิบัติหน้าที่ภายในเขตสุขภาพในช่วงระยะเวลาที่กำหนด โดยในช่วงระยะเวลาดังกล่าว เจ้าหน้าที่ที่ถูกโอนมานั้น จะต้องปฏิบัติงานภายใต้กรอบการทำงานและตัวชี้วัดร่วมของหน่วยงานต้นสังกัดเดิม ที่ควบคู่กับกรอบการทำงานภายในเขตสุขภาพ (Joint KPI)

ด้วยกรอบข้อเสนอการทำงานดังกล่าวข้างต้น ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานเกี่ยวกับการจัดสรร อัตรากำลังเพื่อมาปฏิบัติหน้าที่ภายในสำนักงานเขตสุขภาพนั้น จะเริ่มจากการที่สำนักงานเขตสุขภาพจะ กำหนดกรอบอัตรากำลังภายในสำนักงานฯ และกำหนดให้ขอรับโอนเจ้าหน้าที่จากส่วนกลางมาเพื่อปฏิบัติงาน ในเขตสุขภาพ จากนั้นทำการเสนอให้คณะกรรมการเขตสุขภาพพิจารณาให้ความเห็นชอบเกี่ยวกับการจัด อัตรากำลังตามข้อเสนอดังกล่าวว่าจะมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์งานด้านสาธารณสุขของเขต สุขภาพหรือไม่อย่างไร จากนั้น เมื่อคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพให้ความเห็นชอบ ก็จะเสนอเรื่องในการ ขอรับโอนบุคลากรนั้นให้แก่สำนักงานประสานงานสาธารณสุข เพื่อพิจารณาความเหมาะสม กำหนดตำแหน่ง ในการขอรับโอน และประสานไปยังกรมวิชาการต่าง ๆ ตามที่ถูกร้องขอ (ขอรับโอน) ต่อไป กรมวิชาการเหล่านี้ จะพิจารณาความเหมาะสม และหากเห็นชอบก็จะอนุมัติให้มีการโอนต่อไป ขั้นตอนการทำงานดังรายละเอียดนี้ สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.10

แผนภาพที่ 3.10: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดสรรกำลังคน: สำนักงานเขตสุขภาพ



(1.2) การประเมินผลการปฏิบัติงานและให้ความดีความชอบ: ข้อเสนอขั้นตอนการประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานภายในเขตสุขภาพเพื่อนำไปสู่การให้ความดีความชอบนั้น อ้างอิงพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 มาตรา 76 ที่กำหนดให้ผู้บังคับบัญชาที่มีหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติงาน (ปฏิบัติราชการ) ของผู้ที่อยู่ใต้บังคับบัญชาเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาแต่งตั้งและเลื่อนเงินเดือน โดยหลักเกณฑ์และวิธีการที่สำนักงาน ก.พ. กำหนด เพื่อให้การประเมินผลการปฏิบัติราชการเป็นไปโดยโปร่งใส เป็นธรรม และสามารถตรวจสอบได้ รวมทั้งกฎระเบียบอื่น ๆ¹⁶ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีประเด็นเกี่ยวกับการประเมินผลที่สามารถสรุปได้ คือ

- ✓ มอบหมายให้ผู้บังคับบัญชาทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินผลการปฏิบัติราชการของผู้ใต้บังคับบัญชา 1 ระดับ กล่าวคือ

¹⁶ กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาประเมินผลและให้ความดีความชอบของข้าราชการได้แก่ (1) พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 (2) กฎ ก.พ. ว่าด้วยการเลื่อนเงินเดือน พ.ศ. 2552 (3) หนังสือสำนักงาน ก.พ.ที่ นร. 1012/ 220 ลงวันที่ 3 กันยายน 2552 (4) หนังสือสำนักงาน ก.พ. ด่วนที่สุด ที่ นร 1008.1/ 228 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2552 (5) ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าตอบแทนพิเศษของข้าราชการและลูกจ้างประจำ ผู้ได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างถึงขั้นสูงของอันดับหรือตำแหน่ง พ.ศ. 2550 แก้ไขเพิ่มเติมโดย (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 (6) หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0406.4/ ว133 ลงวันที่ 8 เมษายน 2553

- ผู้อำนวยการสำนัก กอง หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีฐานะเทียบเท่าสำนัก หรือกองเป็นผู้ประเมินผลการปฏิบัติราชการข้าราชการในสำนักหรือกองทั้งหมด (ในกรณีของสถานพยาบาลให้ผู้อำนวยการสถานพยาบาลเป็นผู้ประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการในสังกัดสถานพยาบาลนั้น) โดยสำหรับการทำงานในเขตสุขภาพ ประกอบด้วย

ผู้ประเมิน	ผู้รับการประเมิน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
1 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	หัวหน้ากลุ่มงานต่าง ๆ ภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2 หัวหน้ากลุ่มงาน	หัวหน้างานหรือผู้ใต้บังคับบัญชา
3 หัวหน้างาน	ผู้ใต้บังคับบัญชา/ ผู้ปฏิบัติงาน
สถานพยาบาลในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้าฝ่าย
2 หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้าฝ่าย	หัวหน้างาน/ ผู้ใต้บังคับบัญชา
3 หัวหน้างาน	ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ใต้บังคับบัญชา
สถานพยาบาลในสังกัดกรมวิชาการ	
1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้าฝ่าย
2 หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้าฝ่าย	หัวหน้างาน/ ผู้ใต้บังคับบัญชา
3 หัวหน้างาน	ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ใต้บังคับบัญชา
ศูนย์วิชาการในสังกัดกรมวิชาการ	
1 ผู้อำนวยการศูนย์	รองผู้อำนวยการศูนย์/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้าฝ่าย
2 หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้าฝ่าย	หัวหน้างาน/ ผู้ใต้บังคับบัญชา
3 หัวหน้างาน	ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ใต้บังคับบัญชา

- ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ (เลขาธิการคณะกรรมการเขตสุขภาพ) ทำหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ในสำนักงานเขตสุขภาพทั้งที่เป็นข้าราชการประจำ และข้าราชการที่ขอยืมตัวมาจากส่วนกลาง (กรมวิชาการ) เพื่อสนับสนุนการทำงานภายในเขตสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโครงสร้างการทำงานของสำนักงานเขตสุขภาพซึ่งเสนอในข้อเสนอนี้ถูกกำหนดให้มีลักษณะการทำงานที่คล่องตัวที่ประกอบด้วยจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจำนวนจำกัด ดังนั้นผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพจึงสามารถที่ประเมินเจ้าหน้าที่ทั้งหมดภายในสำนักงาน หรือใช้หลักการของการประเมินผู้ใต้บังคับบัญชา 1 ระดับก็ได้
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- สาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- ประธานคณะกรรมการบริหารบริการเขตทำหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการหน่วยบริการทั้งหมดภายในเขตสุขภาพ (ทั้งหน่วยบริการภายในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการของกรมวิชาการ) โดยในส่วนของกรมวิชาการนั้นเป็นการประเมินร่วมกับผู้บังคับบัญชาของกรมวิชาการต้นสังกัดภายใต้ตัวชี้วัดการทำงานร่วมกันในเขตสุขภาพ
- ประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพทำหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติงานของกลไกการบริหารเขตสุขภาพทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ (ประธานอนุกรรมการด้านการบริการของคณะกรรมการเขตสุขภาพ) ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ ผู้อำนวยการของศูนย์วิชาการต่าง ๆ ที่ดำเนินการสนับสนุนและการทำงานในฐานะผู้ควบคุมและบังคับใช้กฎหมายภายในเขตสุขภาพ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (โดยในกรณีที่เป็นกรรมการประเมินผู้ที่อยู่ภายในสังกัดอื่น หรือผู้ที่ถูกยืมตัวมาเพื่อปฏิบัติหน้าที่สนับสนุนการทำงานภายในเขตสุขภาพนั้น ให้พิจารณาและกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนการทำงานตามเป้าหมายของหน่วยงานต้นสังกัดและที่ผสมเข้ากับการทำงานภายในเขตสุขภาพด้วย
- ✓ การประเมินผลการปฏิบัติงานให้ดำเนินการประเมินปีละ 2 รอบตามปีงบประมาณ (รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคมถึงวันที่ 31 มีนาคม และรอบที่ 2 วันที่ 1 เมษายนถึงวันที่ 30 กันยายน)
- ✓ การประเมินผลการปฏิบัติราชการมีการประเมินอย่างน้อย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ผลสัมฤทธิ์ของงาน (มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) และ (2) พฤติกรรมการปฏิบัติราชการหรือสมรรถนะ¹⁷ ผลการประเมินแบ่งเป็น ดีเด่น ดีมาก ดี พอใช้ และต้องปรับปรุง

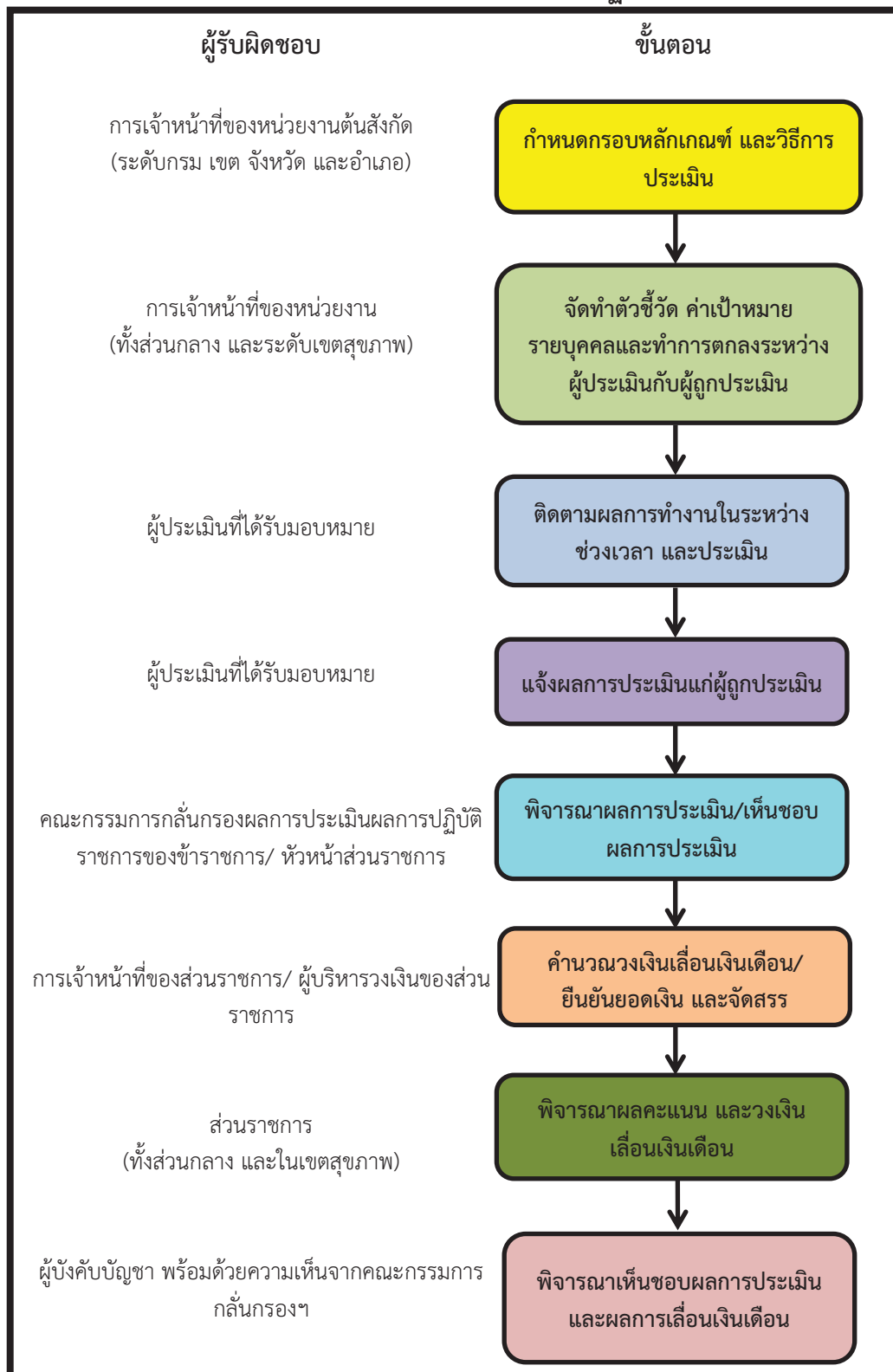
ขั้นตอนในการประเมินผลการปฏิบัติงานและการให้ความดีความชอบจากการทำงานภายในเขตสุขภาพนี้ อ้างอิงกับขั้นตอนการประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการพลเรือนสามัญ ประกอบด้วย ช่วงก่อนเริ่มรอบการประเมินให้มีการประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติราชการให้ทราบ (โดยกรอบในการประเมินอ้างอิงกับหลักเกณฑ์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมวิชาการต้นสังกัด) และทำการแจ้งเวียนหลักเกณฑ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบและ/หรือจัดการประชุมชี้แจง จากนั้นผู้ประเมิน (โดยได้รับการมอบหมาย) และผู้รับการประเมินกำหนดข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการมอบหมายและการประเมินผลการปฏิบัติราชการ กำหนดดัชนีชี้วัดหรือหลักฐานบ่งชี้ความสำเร็จของงานอย่างเป็นรูปธรรม และเหมาะสมกับลักษณะงาน ในระหว่างรอบการประเมินให้ผู้ประเมินให้คำปรึกษาแนะนำผู้รับการประเมิน

¹⁷ สมรรถนะหลักที่จำเป็นประกอบสำหรับปฏิบัติงานในตำแหน่งประเภทอำนวยการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ และตำแหน่งประเภททั่วไป ตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร. 1008/ 27 ลงวันที่ 29 กันยายน 2552 ประกอบด้วย (1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (2) บริการที่ดี (3) การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (4) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม และ (5) การทำงานเป็นทีม

เพื่อการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาเพื่อนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของงานและพฤติกรรมหรือสมรรถนะในการปฏิบัติราชการและเมื่อสิ้นรอบการประเมินผู้ประเมินกับผู้รับการประเมินควรร่วมกันทำการวิเคราะห์ผลสำเร็จของงานและพฤติกรรมหรือสมรรถนะในการปฏิบัติราชการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาบุคคล โดยในการประเมินผลการปฏิบัติราชการให้ผู้ประเมินแจ้งผลการประเมินให้ผู้รับการประเมินทราบเป็นรายบุคคล (ผู้รับการประเมินลงลายมือชื่อรับทราบผลการประเมิน) จากนั้นผู้ประเมินโดยความเห็นชอบของผู้บังคับบัญชาจัดส่งผลการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ถูกประเมินเสนอต่อคณะกรรมการกลั่นกรองผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการ ก่อนนำเสนอต่อหัวหน้าส่วนราชการระดับกรมหรือพื้นที่ (ส่วนราชการระดับเขต และระดับจังหวัด) เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป โดยในส่วนของการปฏิบัติราชการที่ถูกยึดตัวไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการหรือหน่วยงานราชการอื่นที่อยู่ภายในเขตสุขภาพนั้น ให้หัวหน้าส่วนราชการหรือหัวหน้าหน่วยงานที่ผู้รับการประเมินผลจากการถูกยึดตัวไปปฏิบัติราชการเป็นผู้ให้ข้อมูลและความเห็นประกอบการประเมินของผู้ประเมินที่เป็นต้นสังกัด

ขณะที่ในส่วนของวงเงินเพื่อเลื่อนเงินเดือนนั้น ให้มีการพิจารณาวงเงินเลื่อนเงินเดือนตามกรอบของส่วนราชการที่ได้รับการจัดสรร จากนั้นผู้บริหารวงเงินของส่วนราชการทำการจัดสรรวงเงินให้ส่วนราชการเพื่อให้ส่วนราชการใช้ประกอบการพิจารณาผลคะแนนและวงเงินเลื่อนเงินเดือน เมื่อพิจารณาแล้วให้นำเสนอผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และคณะกรรมการกลั่นกรองฯ เพื่อพิจารณาให้ความคิดเห็น เมื่อกระบวนการพิจารณาเสร็จสิ้นให้มีการแจ้งผลการประเมินเป็นรายบุคคล (ประกาศรายชื่อผู้ที่ได้รับผลการประเมินดีมาก และดีเด่น) และประกาศร้อยละการเลื่อนเงินเดือน ขั้นตอนการทำงานดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.11

แผนภาพที่ 3.11: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการประเมินผลการปฏิบัติงานและให้ความดีความชอบ



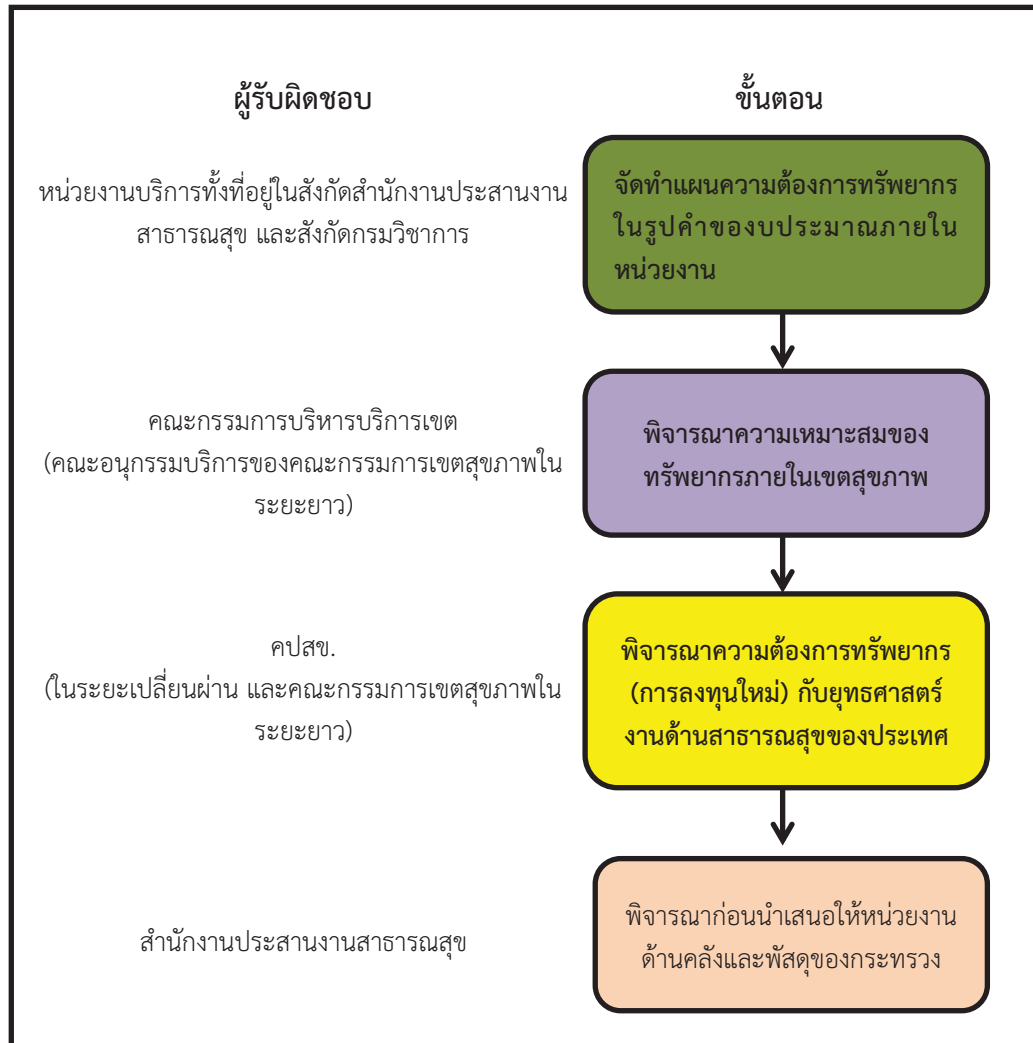
(2) **การจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข (การกำหนดแผนการลงทุน):** การบริหารและจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขที่สามารถนำไปสู่การจัดบริการ และการทำงานด้านสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นเงื่อนไขที่มีความสำคัญมากกับความสำเร็จในการบริหารงานของเขตสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการจัดการภายในเขตสุขภาพนั้น ประเด็นที่เกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรจะประกอบด้วยการจัดสรรทรัพยากรใหม่เพื่อทำให้เกิดทรัพยากรที่เหมาะสมกับแผนการดำเนินการของเขตสุขภาพโดยเฉพาะในด้านการบริการสาธารณสุข (การกำหนดแผนการลงทุนใหม่) การจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่เดิมภายในเขตสุขภาพเพื่อทำให้สามารถบรรลุตามแผนการบริหารด้านสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับข้อเสนอขั้นตอนการทำงานดังต่อไปนี้

(2.1) **การจัดสรรทรัพยากรใหม่ (การกำหนดแผนการลงทุนใหม่):** ประเด็นเกี่ยวกับการทำงานภายในเขตสุขภาพที่สำคัญ คือ การจัดสรรทรัพยากรที่สามารถตอบสนองกับเป้าประสงค์ แผนการบริหารและบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนภายในเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เมื่อจะมีการจัดสรรทรัพยากรใหม่ (การลงทุนใหม่) แผนการลงทุนดังกล่าวจึงจำเป็นต้องผ่านการพิจารณาร่วมกันจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้ทรัพยากรใหม่นั้นสามารถตอบสนองกับเป้าหมายการทำงานของเขตสุขภาพมากที่สุด (ทั้งในส่วนของการกำหนดเป้าหมายการให้บริการของแต่ละหน่วยงานภายในเขตสุขภาพ การแบ่งและจัดสรรบทบาทการให้บริการภายในเขตสุขภาพ)

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ขั้นตอนการทำงานในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขใหม่ (การกำหนดแผนการลงทุนใหม่) เพื่อจัดบริการสาธารณสุข จะเริ่มจากการที่หน่วยบริการทั้งหมดที่อยู่ภายในเขตสุขภาพทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานประสานงานสาธารณสุข และกรมวิชาการจัดทำแผนความต้องการทรัพยากรในรูปของค่าของงบประมาณภายในหน่วยงานเพื่อเสนอเข้าสู่กลไกการทำงานร่วมกันในการกำหนดแผนการให้บริการของเขตสุขภาพ (คณะกรรมการบริหารบริการเขต) เกี่ยวกับความเหมาะสม และนำไปสู่การร่วมกันกำหนดแผนการลงทุน และจัดสรรการลงทุน (ทรัพยากรสาธารณสุข) ใหม่ภายในเขตสุขภาพภายใต้การทำงานของคณะกรรมการบริหารบริการเขต (อนุกรรมการบริการของคณะกรรมการเขตสุขภาพในระยะยาว) โดยต้องพิจารณาความสอดคล้องของแผนการลงทุนใหม่กับแผนการจัดบริการภายในเขตสุขภาพ (การกำหนดแผนการให้บริการ และการจัดสรรงานที่เหมาะสมกับบริบทและปริมาณทรัพยากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งการวางแผนการจัดบริการในอนาคต) จากนั้น แผนการลงทุนดังกล่าวจะถูกเสนอให้คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อพิจารณาต่อไป ซึ่งในการพิจารณาดังกล่าว คณะกรรมการเขตสุขภาพจะพิจารณาความเหมาะสมของแผนการลงทุนดังกล่าวโดยอ้างอิงจากกับแผนยุทธศาสตร์จากส่วนกลางที่ได้ถูกถ่ายทอดลงมา และแผนการจัดบริการภายในเขตสุขภาพ เมื่อคณะกรรมการเขตสุขภาพเห็นชอบกับแผนการดังกล่าวก็จะเสนอเข้ามาที่สำนักงานประสานงานสาธารณสุขเพื่อนำไปพิจารณาภาพรวมของทรัพยากรด้านสาธารณสุขระดับประเทศ และเสนอต่อหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านการคลังและพัสดุต่อไป

ขั้นตอนการทำงานดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.12

แผนภาพที่ 3.12: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข:
กรณีการกำหนดแผนการลงทุนใหม่สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข



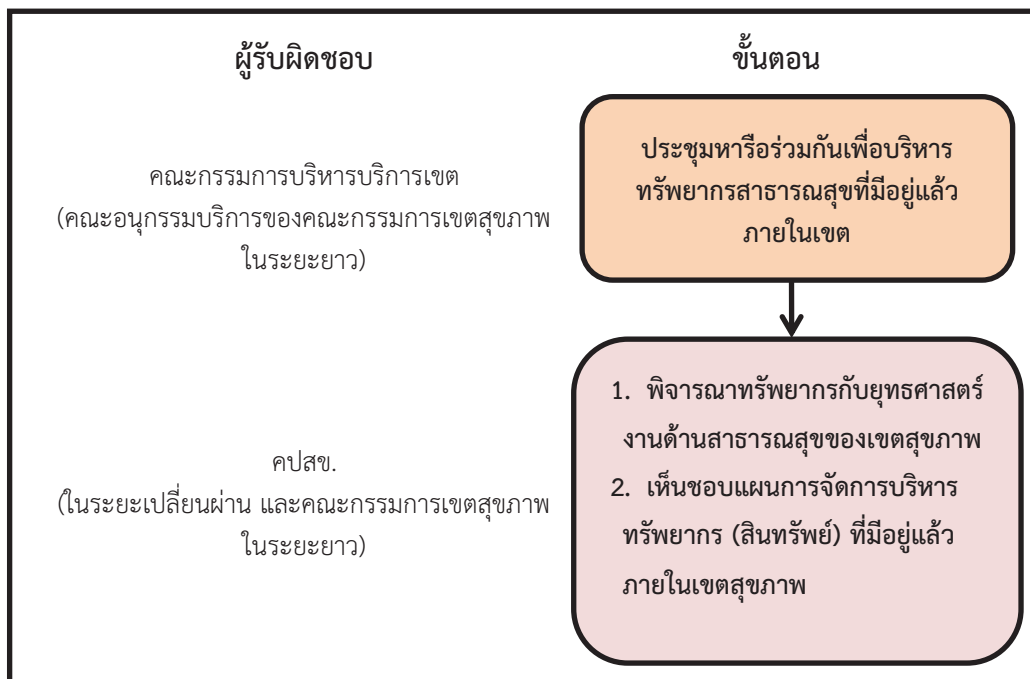
อนึ่งในส่วนของการจัดสรรทรัพยากรใหม่เพื่อดำเนินการภายในศูนย์วิชาการต่าง ๆ ภายใต้สังกัดของกรมวิชาการนั้น คณะผู้วิจัยเห็นว่ากระบวนการในการพิจารณากำหนด และจัดสรรควรเป็นเช่นเดิม

(2.2) การจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่แล้ว: ดังที่ได้กล่าวข้างต้น การดำเนินการในรูปแบบของเขตสุขภาพมีเป้าประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การนำไปสู่การบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุขของหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานบริการภายในเขตสุขภาพร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารและบริการด้านสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพ ดังนั้นขั้นตอนการทำงานเพื่อทำให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่แล้วภายในหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานบริการต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพนั้น จึงเริ่มจากกลไกการร่วมกันพิจารณาทรัพยากรสาธารณสุขที่มีอยู่ในหน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพร่วมกันในรูปของคณะกรรมการบริหารบริการเขต ซึ่งเป็นกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานบริการทั้งที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานประสานงานสาธารณสุข และสังกัดกรมวิชาการในการกำหนดแผนการจัดการบริการที่เป็นไปตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์การจัดการบริการสาธารณสุขที่ได้รับถ่ายทอดมาจากส่วนกลางผ่านสำนักงานประสานงานสาธารณสุขและเขตสุขภาพ รวมทั้งได้พิจารณาเป้าหมายในการจ่ายเงินเพื่อบริการ

สุขภาพของหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการจ่ายเงินเพื่อบริการสาธารณสุขควบคู่ไปด้วย รูปแบบการจัดสรรทรัพยากรสามารถแตกต่างกันระหว่างเขตสุขภาพ และหน่วยบริการ เนื่องจากเป้าหมายและรูปแบบในการให้บริการที่ถูกกำหนดขึ้นในแต่ละเขตสุขภาพอาจมีความแตกต่างกันเนื่องจากลักษณะเฉพาะของเขตสุขภาพ (เช่น ในบางเขตสุขภาพอาจใช้วิธีการกำหนดให้สถานพยาบาลเฉพาะทางของกรมวิชาการให้บริการในเฉพาะประเด็นเพื่อแบ่งเบาภาระ หรือสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะขึ้นมา) จากนั้นคณะกรรมการบริหารบริการเขตจะทำหน้าที่เสนอแผนการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขที่มีอยู่แล้วให้แก่คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อพิจารณา เกี่ยวกับความสอดคล้องของแผนการจัดสรรทรัพยากรกับยุทธศาสตร์งานด้านสาธารณสุขของเขตสุขภาพ และให้ความเห็นชอบกับแผนการดังกล่าวหากมีความสอดคล้องและคาดว่าจะสามารถนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการภายในเขตสุขภาพได้

ขั้นตอนการทำงานดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.13

**แผนภาพที่ 3.13: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข:
กรณีการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่แล้วสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข**

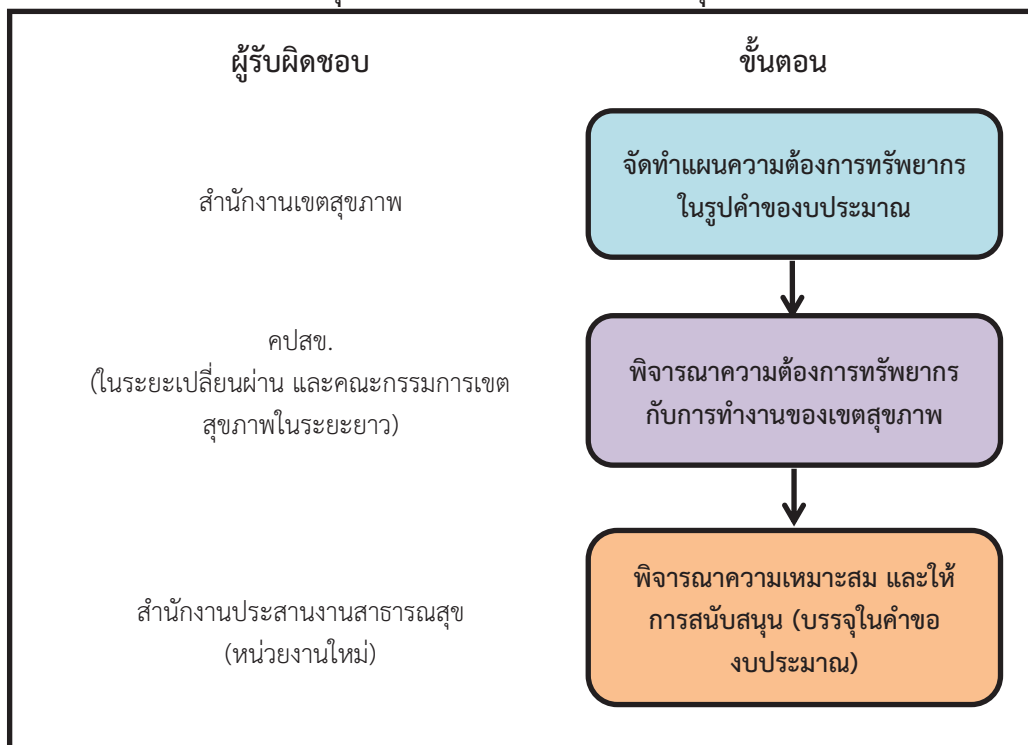


(2.3) การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการทำงานของสำนักงานเขตสุขภาพ (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ): ในข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบของเขตสุขภาพนั้น ได้มีการเสนอกฎเพื่อสนับสนุนการทำงานของเขตสุขภาพในรูปแบบของสำนักงานเขตสุขภาพ (หรือสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ) โดยกลไกดังกล่าวจะได้รับการสนับสนุนการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพจากสำนักงานประสานงานสาธารณสุขทั้งในด้านทรัพยากรเพื่อการดำเนินการ บุคลากรที่สามารถสนับสนุนการทำงาน และงบประมาณ โดยในส่วนของทรัพยากรที่ใช้ในการสนับสนุนการดำเนินการนั้นอาจใช้วิธีการจัดเกลี่ยทรัพยากรที่มีอยู่เดิม และการลงทุนใหม่เพื่อให้ได้ทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการทำงาน เช่น สำนักงานที่ตั้งของสำนักเขตสุขภาพอาจใช้วิธีการจัดสรรพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และอุปกรณ์สำนักงานเบื้องต้น (โต๊ะทำงาน และเฟอร์นิเจอร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง) อาจใช้

วิธีการรับการจัดสรรจากหน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพ เป็นต้น ขณะที่อุปกรณ์ที่สนับสนุนการทำงานในเชิงระบบ เช่น อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ และระบบข้อมูลนั้นจำเป็นต้องมีการลงทุนใหม่เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงาน

ดังนั้น ในส่วนของการจัดสรรทรัพยากรใหม่เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของสำนักงานเขตสุขภาพนั้น ขั้นตอนการทำงานในการกำหนดและจัดสรรทรัพยากรจึงเริ่มจากสำนักงานเขตสุขภาพจัดทำแผนความต้องการทรัพยากรในรูปของค่าของงบประมาณของสำนักงานฯ จากนั้น เสนอให้คณะกรรมการเขตสุขภาพพิจารณาความเหมาะสม และให้ความเห็นชอบ เพื่อนำเสนอให้สำนักงานประสานงานสาธารณสุขรับไปพิจารณาความเหมาะสม และพิจารณาการสนับสนุนตามคำขอต่อไป (ดำเนินการตามกระบวนการงบประมาณ) ขั้นตอนการทำงานดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.14

แผนภาพที่ 3.14: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข: การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการทำงานของสำนักงานเขตสุขภาพ

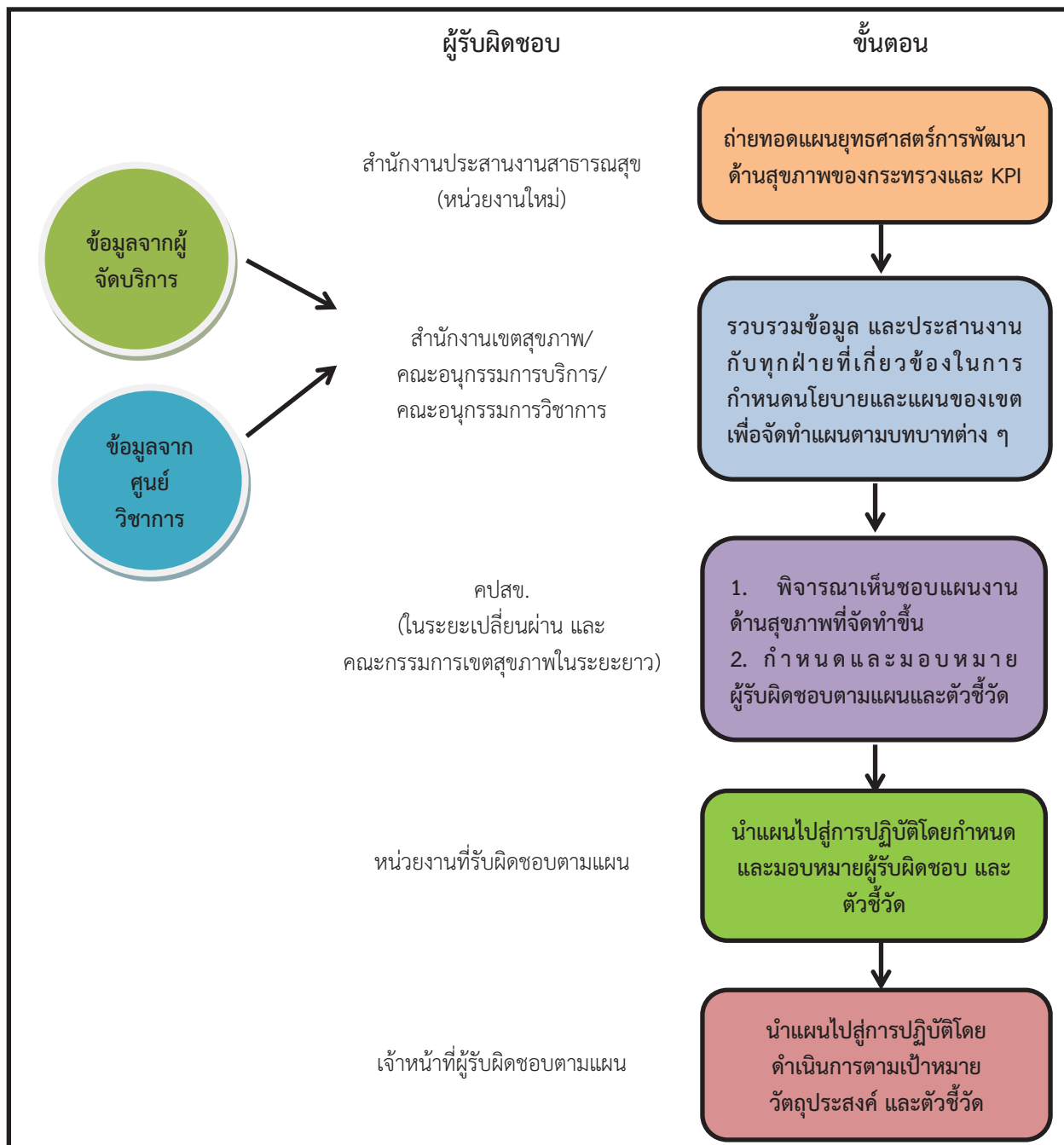


(3) การกำหนดนโยบายและแผนการทำงานของเขตสุขภาพ: การทำงานในรูปแบบเขตสุขภาพที่สำคัญ คือ การกำหนดนโยบาย และแผนการทำงานที่มีความครอบคลุม และสามารถบริหารงานด้านสาธารณสุขและตอบสนองความต้องการของประชาชนภายในเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องภายในเขตสุขภาพ โดยเขตสุขภาพจะรับถ่ายทอดเป้าหมายการพัฒนาด้านสาธารณสุขมาจากส่วนกลางผ่านมาจากสำนักงานประสานงานสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างการบริหารงานสาธารณสุขในส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค เพื่อนำเอานโยบายและเป้าหมายเหล่านั้นไปดำเนินการเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายภายในเขตสุขภาพ ด้วยหลักการดังกล่าวนี้ ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานเพื่อให้เกิดการกำหนดนโยบายและแผนการทำงานของเขตสุขภาพจึงมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เมื่อกระทรวงสาธารณสุขโดยการทำงานของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย (สำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุข) ได้กำหนดนโยบาย และเป้าหมายในการพัฒนาการสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ ออกมา และได้มีการแปลงนโยบาย และเป้าหมายในการพัฒนาเหล่านั้นออกมาเป็นตัวชี้วัด (KPI) ในการพัฒนานั้น สำนักงานประสานงานสาธารณสุขจะทำการถ่ายทอดนโยบาย และเป้าหมายในการพัฒนา รวมทั้งตัวชี้วัดที่สอดคล้องเหล่านั้นให้แก่เขตสุขภาพผ่านสำนักงานเขตสุขภาพ (คณะกรรมการเขตสุขภาพ) จากนั้น ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการเขตสุขภาพโดยสำนักงานเขตสุขภาพจะประสานให้เกิดการกำหนดแผนการทำงานในงานระบบย่อย (Subsystem) ต่าง ๆ ของการบริหารด้านสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งที่เป็นหน่วยบริการ และหน่วยงานวิชาการ และประสานงานให้เกิดการดำเนินการร่วมกันโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย และแผนการในการบริหารและพัฒนา ด้านสุขภาพและสาธารณสุขของเขตสุขภาพในด้านเหล่านั้น (ในเบื้องต้น กลไกการทำงานร่วมกันในการกำหนดนโยบายและกำหนดแผนการเหล่านั้นได้แก่ การทำงานของคณะอนุกรรมการบริการ และคณะอนุกรรมการวิชาการ ซึ่งเป็นคณะอนุกรรมการภายใต้การทำงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพ) รวมทั้งข้อเสนอในการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขตสุขภาพในการดำเนินการเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดขึ้น และเสนอให้คณะกรรมการเขตสุขภาพพิจารณา

คณะกรรมการเขตสุขภาพพิจารณาและให้ความเห็นชอบแผนการทำงานในแต่ละด้านที่ได้จัดทำขึ้น รวมทั้งเห็นชอบการจัดสรรงานที่แต่ละหน่วยงานภายในเขตสุขภาพต้องรับผิดชอบในการดำเนินการเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สอดคล้องนโยบายและเป้าหมายในการดำเนินการที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากส่วนกลาง จากนั้นหน่วยงานภายในเขตสุขภาพที่ได้รับมอบหมายการทำงานตามแผน และตัวชี้วัดมาจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติโดยการกำหนดแผนการทำงานของหน่วยงานที่มีความสอดคล้องกับแผนการทำงานของเขตสุขภาพ และกำหนดผู้รับผิดชอบรวมทั้งตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับการทำงานดังกล่าว เพื่อที่เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจะได้นำไปรับผิดชอบปฏิบัติ เพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นต่อไป ขั้นตอนการทำงานดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.15

แผนภาพที่ 3.15: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการกำหนดนโยบายและแผนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ



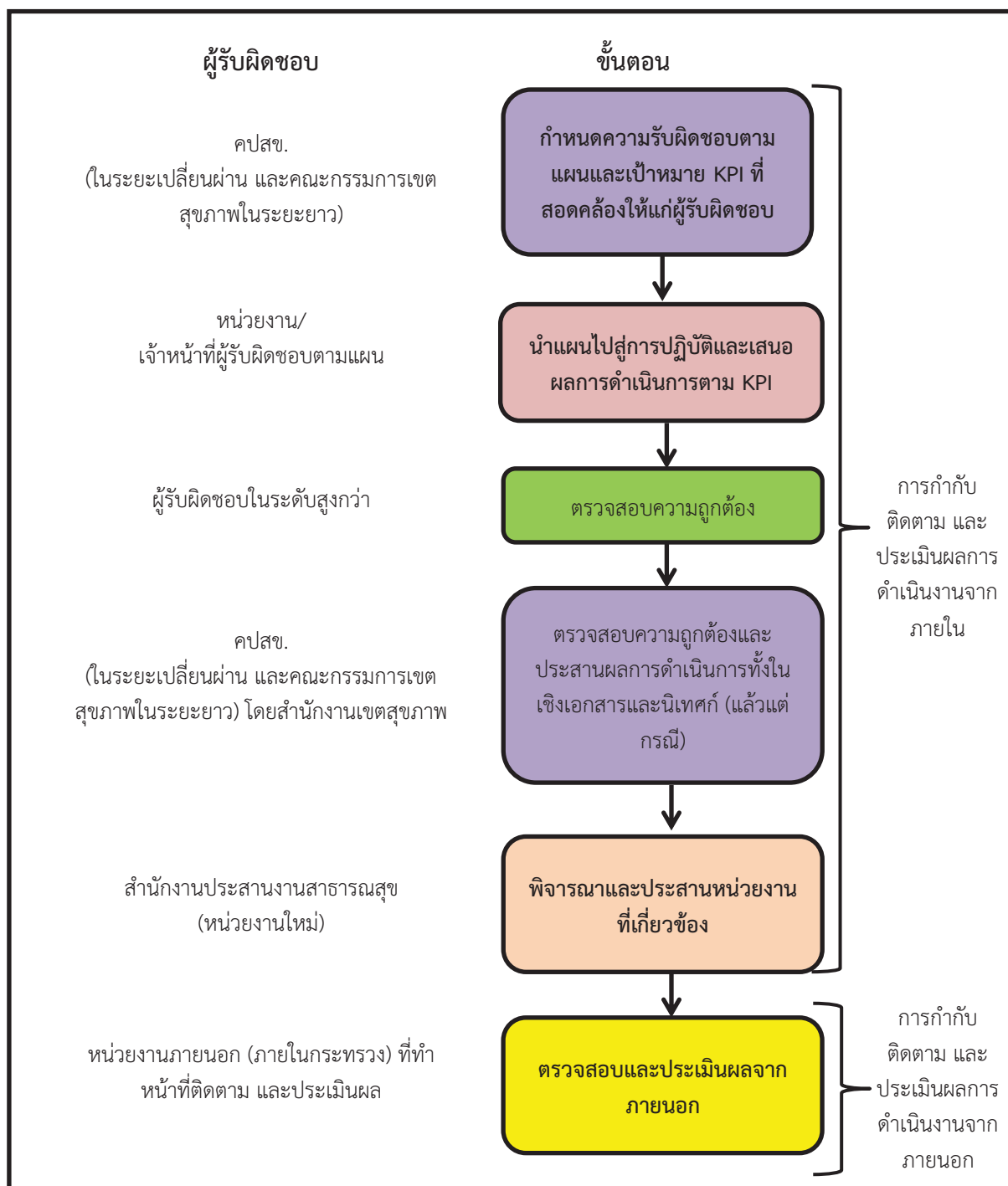
(4) การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพ: การดำเนินการบริหารงาน สาธารณสุขในรูปแบบเขตสุขภาพในข้อเสนอนี้ นอกจากจะเป็นการทำให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายของการ แบ่งแยกบทบาทในการทำงานด้านสาธารณสุขระหว่างการเป็นผู้กำหนดนโยบาย บทบาทการเป็นผู้ให้บริการ (Regulator-Provider Split) ออกจากกัน ยังเป็นการกระจายอำนาจในการจัดการด้านสาธารณสุขจาก ส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคที่คาดว่าจะทำให้เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงานด้านสาธารณสุขให้ สามารถตอบสนองความต้องการ และบริบทของพื้นที่ได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม เงื่อนไขที่สำคัญที่จะทำให้การ บริหารจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพประสบความสำเร็จได้อีกประการหนึ่ง คือ การกำกับ ติดตาม และ ประเมินผลเพื่อทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าการบริหารในรูปแบบเขตสุขภาพสามารถบริหารด้านสาธารณสุขได้

บรรลุตามนโยบาย และเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนด โดยคณะผู้วิจัยเห็นว่า เพื่อให้กลไกสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสร้างให้เกิดธรรมาภิบาลของระบบ (System Governance) นั้น กลไกในการกำกับ ติดตาม และประเมินผล ควรประกอบด้วย

- กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลภายใน (Internal Audit): หมายถึง กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลโดยกลไกภายในเขตสุขภาพ (กลไกสนับสนุนการทำงานของ คณะกรรมการเขตสุขภาพ) เพื่อเป็นการติดตาม ตรวจสอบความสำเร็จในการบรรลุตามเป้าหมาย รวมทั้งเพื่อนำไปสู่การดำเนินการแก้ปัญหาการดำเนินการในกรณีที่เกิดปัญหาและอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายขึ้น โดยเมื่อพิจารณาโครงสร้างการทำงานของเขตสุขภาพที่ได้กล่าวมาข้างต้นใน ข้อเสนอนี้ จะเห็นว่า กลไกการทำงานของสำนักงานเขตสุขภาพมีความเหมาะสมในการทำหน้าที่ สนับสนุนในประเด็นดังกล่าว ร่วมกับความร่วมมือของศูนย์วิชาการภายในเขตสุขภาพ
- กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลภายนอก (External Audit): หมายถึง กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลโดยกลไกภายนอกเขตสุขภาพ และสำนักงานประสานงานสาธารณสุข ในเบื้องต้น กลไกดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการตรวจสอบ ประเมินผลการดำเนินงานของเขต สุขภาพว่าสามารถดำเนินการตามที่ได้รับถ่ายทอดเป้าหมายนโยบายมาจากส่วนกลางหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การจัดการแก้ไข ปรับปรุงจากส่วนกลางในกรณีที่การดำเนินงานของเขตสุขภาพนั้นไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมาย ด้วยหลักการดังกล่าวนี้ ข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลจากภายนอกนั้น จึงควรเป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในกลุ่มงานที่ไม่ใช่ทำหน้าที่ในการให้บริการ หรือทำงานที่เกี่ยวกับการสนับสนุนบทบาทการทำงานของเขต สุขภาพเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) เช่น หน่วยงาน ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย และเป้าหมายในการพัฒนา และหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุน การดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

จากหลักการดังกล่าวข้างต้น ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการ ทำงานของเขตสุขภาพนั้น จะเริ่มจากกลไกการกำกับติดตามภายใน โดยเมื่อคณะกรรมการเขตสุขภาพได้ กำหนดแผนการดำเนินงาน และมอบหมายตัวชี้วัดที่สอดคล้องให้กับหน่วยงานผู้รับผิดชอบ จากนั้นหน่วยงานที่ ได้รับมอบหมายจะนำเอาแผนงานและตัวชี้วัดเหล่านั้นไปกำหนดเป็นแผนการทำงานของหน่วยงาน รวมทั้ง กระจายเป้าหมายการทำงานและตัวชี้วัดให้แก่เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเพื่อนำไปปฏิบัติ พร้อมทั้งตัวชี้วัด โดย เมื่อครบรอบในการดำเนินการ เจ้าหน้าที่ต้องมีการสรุปผลการดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งตัวชี้วัด ที่เกิดขึ้นเพื่อนำเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัดต่อไป โดยผู้ที่รับผิดชอบในระดับที่สูงกว่าของแต่ละขั้นตอนการ ทำงานจะต้องทำการตรวจสอบความถูกต้องของผลงานและตัวชี้วัดที่ได้ทำการสรุปมา เพื่อนำเสนอต่อ คณะกรรมการเขตสุขภาพต่อไป สำนักงานเขตสุขภาพจะทำการตรวจสอบความถูกต้องและประสานผลการ ดำเนินการทั้งในเชิงเอกสารและนิเทศ (แล้วแต่กรณี) ร่วมกับศูนย์วิชาการภายในพื้นที่ เพื่อนำเสนอต่อ คณะกรรมการเขตสุขภาพ และเสนอต่อสำนักงานประสานงานสาธารณสุขต่อไป ขณะที่ในส่วนของกลไกการ กำกับ ติดตามและประเมินผลจากภายนอกนั้น จะเริ่มขึ้นเมื่อการประเมินผลภายในเสร็จสิ้น และมีการส่งรายงาน เข้ามาที่ส่วนกลาง ขั้นตอนการทำงานดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.16

แผนภาพที่ 3.16: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพ



(5) การจัดการข้อมูลสารสนเทศ: ข้อมูลสารสนเทศเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการบริหารเขตสุขภาพ และการพัฒนาสาธารณสุขในระดับประเทศ จากการสำรวจข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในพื้นที่เขตสุขภาพ ทั้ง 12 เขตของคณะผู้วิจัย พบว่า ในช่วงที่ผ่านมา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมวิชาการ รวมทั้งหน่วยงานต่าง ๆ ภายนอกกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้กลไกหลายประการในการกระตุ้นให้เกิดการรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่โดยเฉพาะจากหน่วยงานที่หน้าที่ปฏิบัติ (หน่วยงานบริการ) เพื่อประกอบการ

กำหนดนโยบาย และแผนการทำงานต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม การกระจายข้อมูลโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความซ้ำซ้อนในบางประเภทของข้อมูล (ในบางกรณี ข้อมูลถูกรวบรวมเป็นครั้งคราว หรือเป็นการรวบรวมโดยการสำรวจ) และรูปแบบการรวบรวมข้อมูลที่มีจำนวนมากและหลากหลาย กลายเป็นภาระของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานภายในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีคำถามเกี่ยวกับความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ทำการรวบรวมมา รวมทั้งหน่วยงานในพื้นที่ได้ใช้ข้อมูลที่ถูกให้รวบรวมเหล่านี้ค่อนข้างน้อยในการประกอบการบริหารงานทางด้านสาธารณสุข (ความคุ้มค่าจากการใช้ประโยชน์ของข้อมูล)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การปรับปรุงเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลสารสนเทศภายในพื้นที่เป็นประเด็นที่ได้รับการเรียกร้องค่อนข้างมากเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข สิ่งทีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการในการบริหารงานสาธารณสุขในอนาคตควรพิจารณาปรับปรุง ได้แก่ การบูรณาการในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อลดภาระและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพด้านข้อมูลที่ได้จากพื้นที่ นอกจากนี้การมีศูนย์ข้อมูลทั้งในระดับส่วนกลาง และระดับพื้นที่ (ระดับเขตสุขภาพ) เพื่อทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลก็เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการลดความซ้ำซ้อนในการรวบรวมข้อมูล และสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

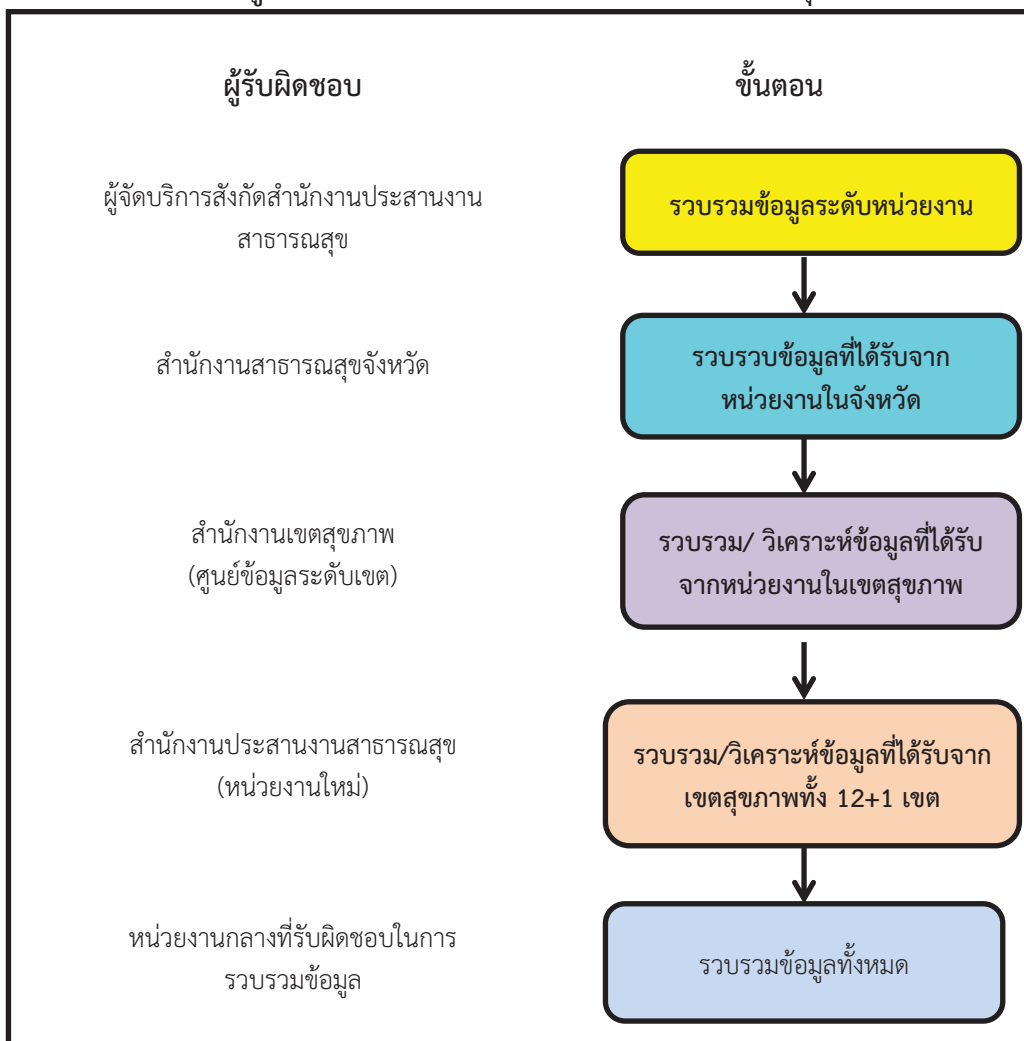
เมื่อพิจารณารูปแบบการทำงานภายในเขตสุขภาพ จะเห็นได้ว่า ภายในข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกการทำงานของเขตสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งที่เสนอหัวข้อที่ 3.3 คือ การจัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพ (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ) นั้น ได้มีการเสนอโครงสร้างของหน่วยงานในส่วนที่เกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศของเขตสุขภาพเพื่อสนับสนุนการทำงานบริหารเขตสุขภาพของคณะกรรมการเขตสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การทำงานเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลสารสนเทศจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะการทำงานของหน่วยงานที่อยู่ภายในเขตสุขภาพ โดยมีลักษณะของข้อเสนอ ดังนี้

(5.1) การจัดการข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานผู้ให้บริการที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงาน

ประสานงานสาธารณสุข: งานบริการสุขภาพเป็นการทำงานในด้านปฏิบัติ ข้อมูลเกี่ยวกับงานบริการมีประเด็นรายละเอียดมาก และมีความจำเป็นต่อการกำหนดนโยบาย เมื่อพิจารณาการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจะเริ่มจากการที่ผู้ให้บริการทำการรวบรวมข้อมูลระดับหน่วยงาน และนำเสนอสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อรวบรวมในรูปแบบข้อมูลทั้งระดับอำเภอและระดับจังหวัดเพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและสนับสนุนการทำงานในระดับพื้นที่ โดยเมื่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจารณาความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จะนำเสนอข้อมูลเหล่านั้นให้แก่สำนักงานเขตสุขภาพที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์ข้อมูลระดับเขต เพื่อใช้ข้อมูลสนับสนุนการบริหารเขตสุขภาพ และนำเสนอข้อมูลนั้นให้แก่สำนักงานประสานงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานใหม่ที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลสารสนเทศจากเขตสุขภาพทั้งหมด (12+1 เขตสุขภาพ) เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปรวบรวมและวิเคราะห์เกี่ยวกับการดำเนินงานของเขตสุขภาพในภาพรวม จากนั้น สำนักงานประสานงานสาธารณสุขจะต้องนำเสนอข้อมูลเหล่านั้นเพื่อไปรวบรวมที่หน่วยงานกลางของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อเป็นฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการกำหนดนโยบายในระดับประเทศต่อไป

ขั้นตอนการทำงานดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.17

แผนภาพที่ 3.17: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดการข้อมูลสารสนเทศ:
กรณีผู้จัดบริการสังกัดสำนักงานประสานงานสาธารณสุข

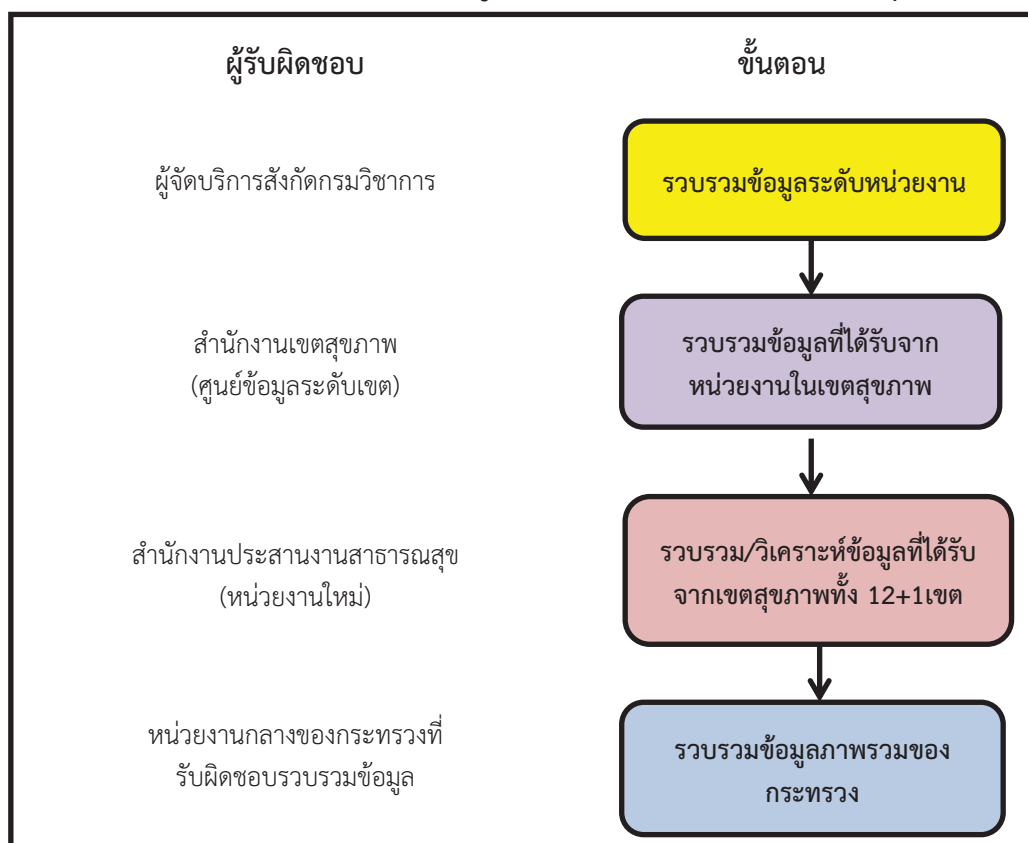


(5.2) การจัดการข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานบริการที่อยู่ภายใต้สังกัดกรมวิชาการ: บทบาทของหน่วยงานผู้จัดบริการในสังกัดกรมวิชาการนั้นประกอบด้วยการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาและรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปสู่การดำเนินการด้านวิชาการของกรมวิชาการ (การศึกษา ค้นคว้า ทดลอง และรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริง) และการให้บริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นไปตามขอบเขตการทำงานที่เชื่อมโยงกับการทำงานทางด้านวิชาการ และเป้าหมายในการจัดบริการภายในเขตสุขภาพที่เป็นมิติในการบริหารภายในเขตสุขภาพโดยคณะกรรมการบริหารบริการเขต ดังนั้น กรอบในการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมวิชาการจึงได้แก่การรวบรวมข้อมูลเพื่อสนับสนุนให้เกิดการทำงานทั้งสองบทบาท ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานในการจัดการข้อมูลสารสนเทศของผู้จัดบริการในสังกัดกรมวิชาการจึงได้แก่

- ขั้นตอนการทำงานการจัดการข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานบริการสังกัดกรมวิชาการในการดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการภายในเขตสุขภาพเริ่มจากการที่หน่วยงานบริการทำการรวบรวมข้อมูลในระดับหน่วยงานของตน ที่มีความครอบคลุมและเกี่ยวข้องกับการจัดบริการ (อ้างอิงกรอบการรวบรวมข้อมูลที่หน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลกำหนด และประเด็นการรวบรวมข้อมูลที่กำหนดโดย

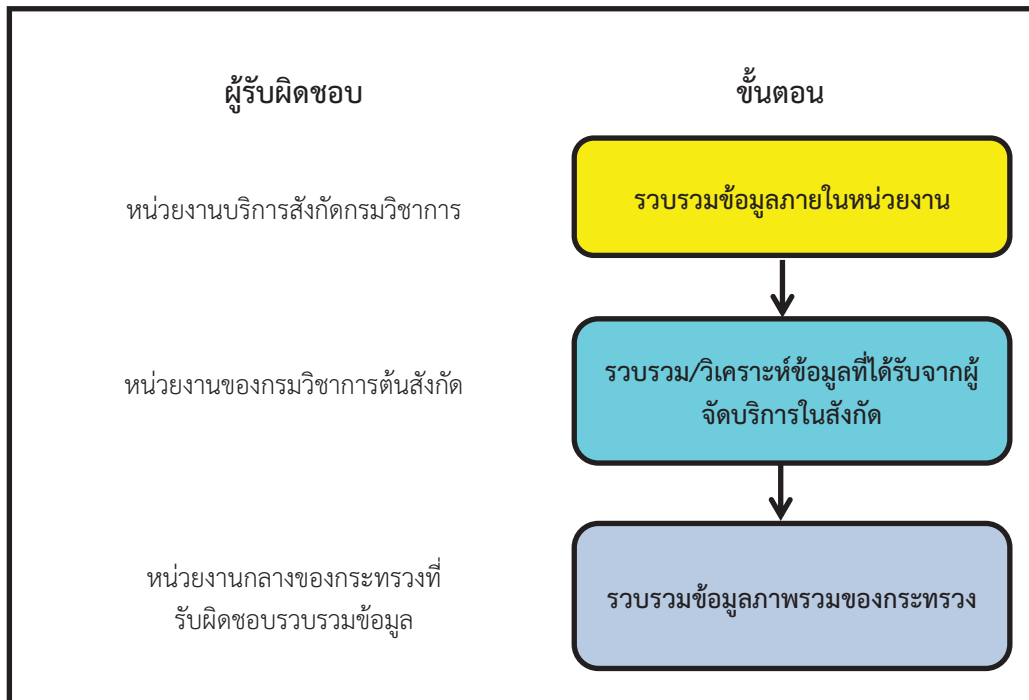
คณะกรรมการเขตสุขภาพ) และนำส่งข้อมูลเหล่านั้นไปที่สำนักงานเขตสุขภาพ (ผู้รับผิดชอบได้แก่ส่วนงานของสำนักงานฯ ในการดูแลจัดการข้อมูลสารสนเทศ) จากนั้นสำนักงานเขตสุขภาพจะนำส่งข้อมูลดังกล่าวไปที่สำนักงานประสานงานสาธารณสุขเพื่อรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับมาจากเขตสุขภาพทั้งหมด และเพื่อนำส่งไปยังหน่วยงานของกระทรวงที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการเป็นศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลต่อไป ขั้นตอนการทำงานดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.18

แผนภาพที่ 3.18: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดการข้อมูลสารสนเทศ: กรณีหน่วยงานบริการสังกัดกรมวิชาการดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการภายในเขตสุขภาพ



- ขั้นตอนการทำงานการจัดการข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานบริการสังกัดกรมวิชาการในการดำเนินการรวบรวมข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องภายในเขตสุขภาพเริ่มจากหน่วยงานบริการสังกัดกรมวิชาการดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายในหน่วยงานที่เป็นไปตามขอบเขตที่กรมวิชาการต้องการ และจัดส่งข้อมูลเหล่านั้นให้กับหน่วยงานที่กำหนดให้เก็บข้อมูลของกรมวิชาการต้นสังกัด ซึ่งหน่วยงานนั้นจะทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการในสังกัดตามเป้าหมายของการรวบรวมข้อมูลของหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศที่ทำการรวบรวม และพัฒนา รวมทั้งป้องกันการซ้ำซ้อนในการรวบรวมข้อมูลในอนาคต และทำให้เกิดการรวบรวมข้อมูลในภาพรวมจึงควรมีการส่งข้อมูลเหล่านั้นไปรวบรวมที่หน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลด้วย ขั้นตอนการทำงานดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.19

แผนภาพที่ 3.19: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดการข้อมูลสารสนเทศ: กรณีหน่วยงานบริการสังกัด
กรมวิชาการดำเนินการรวบรวมข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านวิชาการของกรมวิชาการต้นสังกัด

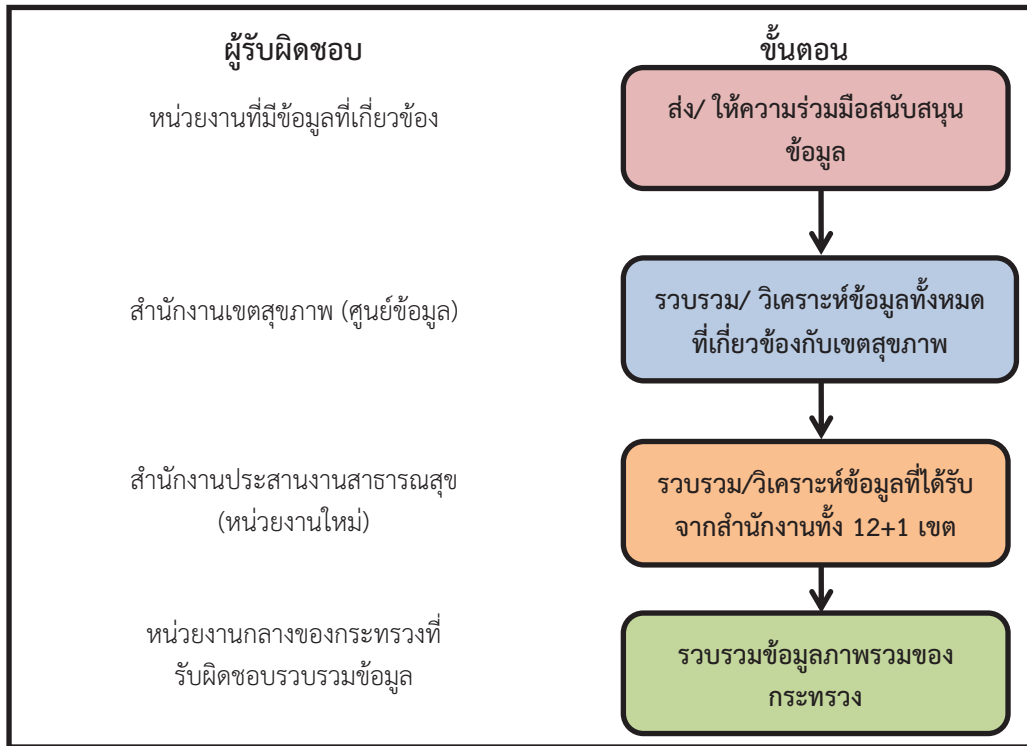


(5.3) **การจัดการข้อมูลสารสนเทศของสำนักงานเขตสุขภาพ:** บทบาทของสำนักงานเขตสุขภาพคือการสนับสนุนให้เกิดการบริหารเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประเด็นสนับสนุนที่สำคัญประการหนึ่งได้แก่ข้อมูลสารสนเทศ ดังที่ได้กล่าวก่อนหน้านี้ สำนักงานเขตสุขภาพควรทำการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับเขตสุขภาพที่สามารถสนับสนุนและทำให้เกิดการบริหารงานสาธารณสุขในระบบย่อยทั้งสี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในเขตสุขภาพ (การทำหน้าที่ในฐานะศูนย์ข้อมูลของเขตสุขภาพ) รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดการบริหารและพัฒนาด้านสาธารณสุขในส่วนกลางผ่านการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับเขตสุขภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ขั้นตอนการทำงานในการจัดการข้อมูลของสำนักงานเขตสุขภาพจึงเริ่มต้นจาก สำนักงานเขตสุขภาพดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเขตสุขภาพทั้งโดยการกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกเขตสุขภาพสนับสนุนการทำงานโดยการให้ความร่วมมือส่งข้อมูลที่หน่วยงานมี มาที่สำนักงานเขตสุขภาพ (ข้อมูลภายในเขตสุขภาพได้แก่ข้อมูลจากหน่วยงานบริการ และศูนย์วิชาการทั้งหมดภายในเขตสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับเขตสุขภาพ เช่น ข้อมูลประชากร และการเคลื่อนย้ายประชากร เป็นต้น ขณะที่ข้อมูลภายนอกเขตสุขภาพ เช่น ข้อมูลด้านยาและการคุ้มครองผู้บริโภค การแพร่ระบาดและการจัดการของโรค เป็นต้น) โดยเมื่อสำนักงานเขตสุขภาพได้รับข้อมูลมาก็จะดำเนินการจัดการข้อมูล (กระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางสามารถสนับสนุนการจัดการข้อมูลสารสนเทศของสำนักงานเขตสุขภาพ รวมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ ภายในเขตสุขภาพอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ โดยการลงทุนในระบบข้อมูลสารสนเทศ บูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศ และเครื่องมือที่จำเป็นเพื่อทำให้เกิดการเชื่อมโยงในด้านข้อมูลระหว่างส่วนกลาง และเขตสุขภาพ รวมทั้งระหว่างเขตสุขภาพด้วยกัน) และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานของเขตสุขภาพทั้งในส่วนของการกำหนดแผนการบริหารเขตสุขภาพ และนโยบายอื่น ๆ

จากนั้น เพื่อทำให้เกิดการเชื่อมโยง และเกิดภาพรวมในการบริหารงานของเขตสุขภาพ สำนักงานเขตสุขภาพจะส่งข้อมูลของเขตสุขภาพไปที่สำนักงานประสานงานสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการรวบรวมข้อมูลของเขต

สุขภาพทั้งหมด และเกิดการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและอื่น ๆ เกี่ยวกับเขตสุขภาพในภาพรวม นอกจากนี้ เพื่อให้เกิดการรวบรวมข้อมูลในภาพรวม สำนักงานประสานงานสาธารณสุขจะส่งข้อมูลทั้งหมดไปที่หน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป ขั้นตอนการทำงานดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3.20

แผนภาพที่ 3.20: ข้อเสนอขั้นตอนการทำงานการจัดการข้อมูลสารสนเทศ: กรณีสำนักงานเขตสุขภาพ

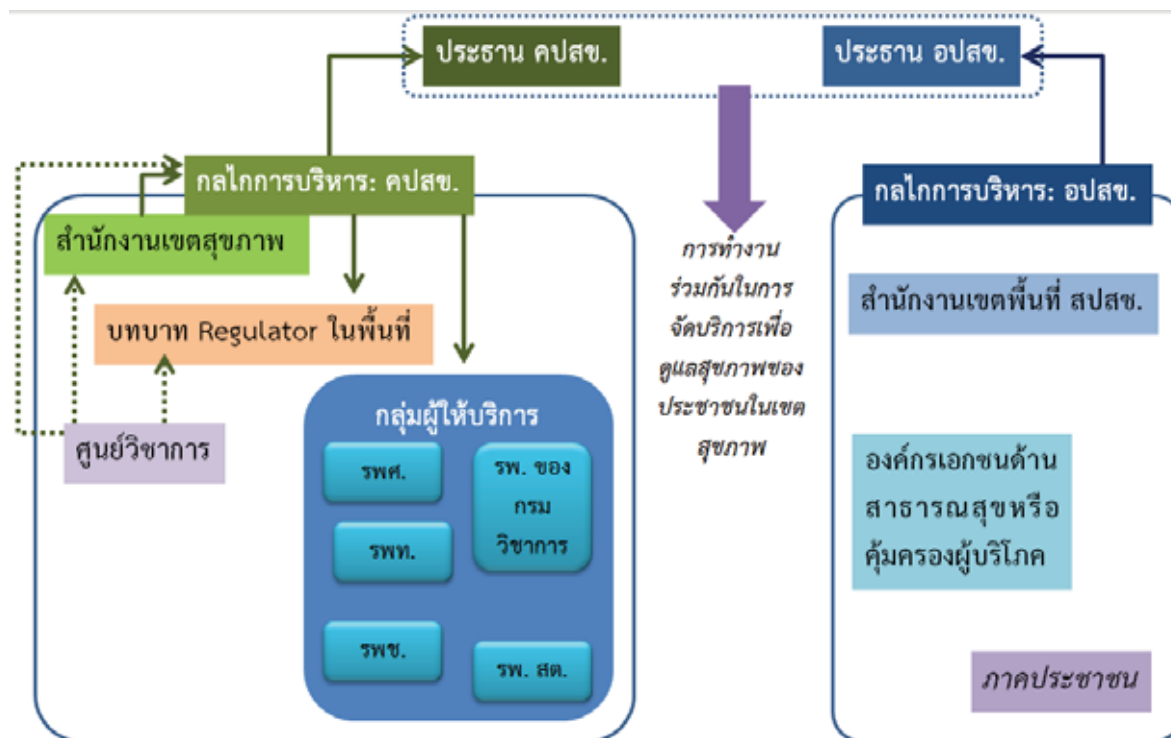


3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้จ่ายเงินเพื่อบริการและผู้ให้บริการภายในเขตสุขภาพ

ในระยะเปลี่ยนผ่าน เนื่องจากการพัฒนาทั้งในส่วนของผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินเพื่อบริการภายในเขตสุขภาพตามข้อเสนอนี้ จะเป็นการเริ่มดำเนินการจากการพัฒนากลุ่มผู้ให้บริการ (Provider Consortium) ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข (ทั้งหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานสังกัดกรมวิชาการ) ขณะที่เมื่อพิจารณากลไกการเป็นผู้จ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพ (Service Purchaser) นั้น แม้ว่าจะมีกลไกของผู้จ่ายเงินเพื่อบริการอยู่หลากหลายก็ตาม โครงสร้างที่มั่นคงหลากหลาย (กลไกระดับจังหวัดของกองทุนประกันสังคม และกลไกระดับเขตของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) เนื่องจากกลไกผู้จ่ายเงินเพื่อบริการในระดับเขตนั้นเป็นกลไกของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีขนาดใหญ่ และมีกลไกในการพิจารณาสิทธิประโยชน์ที่มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องคล้ายคลึงกับแนวคิดการพิจารณาแผนการในการจัดบริการสุขภาพของกลุ่มผู้ให้บริการ ดังนั้น กลไกในการดำเนินการในฐานะผู้จ่ายเงินเพื่อบริการสาธารณสุข (ผู้จ่ายเงินเพื่อบริการ) ภายในเขตสุขภาพนั้นจึงจะเริ่มจากกลไกคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสข.) ด้วยเหตุผลดังกล่าว กลไกคณะกรรมการเขตสุขภาพที่เป็นไปตามข้อเสนอในระยะยาวจึงยังไม่เริ่มขึ้น และการดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานภายในเขตสุขภาพในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านนั้น จึงเป็นการทำงาน

ร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการ (กระทรวงสาธารณสุข) และผู้จ่ายเงินเพื่อบริการ (สปสช.) ในการจัดบริการ เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพ

แผนภาพที่ 3.21: ความสัมพันธ์ระหว่างผู้จ่ายเงินเพื่อบริการและผู้ให้บริการภายในเขตสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

รูปแบบการทำงานร่วมกันนั้นสามารถเป็นได้หลากหลาย ซึ่งเมื่อไปดำเนินการจริงภายในเขตสุขภาพนั้น น่าจะมีรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบความสัมพันธ์ของหน่วยงานภายในเขตสุขภาพ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยขอเสนอรูปแบบการทำงานแบบเป็นประธานร่วมกัน (Co-chaired) ซึ่งเป็นกลไกในการทำงานร่วมกันอย่างเป็นทางการระหว่างกลไกการทำงานทั้งสองเพื่อทำให้เกิดความสมดุลในการทำงาน โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างทั้งสองฝ่าย รวมทั้งสำนักงานเขตสุขภาพในการประสานและทำให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

บทที่ 4

แนวทางการดำเนินงานใน ระยะเปลี่ยนผ่าน

บทที่ 4

แนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน

การเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคโดยการจัดเขตสุขภาพนั้น แม้ว่าการดำเนินการที่เป็นไปตามภาพที่พึงประสงค์ของเขตสุขภาพในระยะยาวนั้น จะยังต้องใช้เวลาในการดำเนินการ และมีประเด็นที่จะต้องดำเนินการพัฒนาเพิ่มเติมค่อนข้างมาก รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นที่มีความเกี่ยวข้องค่อนข้างมาก โดยคณะผู้วิจัยได้เสนอว่าในการดำเนินการในช่วงเปลี่ยนผ่าน (ระยะสั้น) นั้น กระทรวงสาธารณสุขสามารถเริ่มดำเนินการพัฒนาการทำงานในรูปแบบของเขตสุขภาพโดยการปรับบทบาทการทำงานของหน่วยงานในสังกัดทั้งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมวิชาการต่าง ๆ ที่ดำเนินการภายในภูมิภาคให้มีการบูรณาการและสอดคล้อง และทำงานร่วมกันในการดำเนินการในส่วนของการขับเคลื่อนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (บทบาทการกำกับดูแล และบังคับใช้กฎหมาย (บทบาท Regulator) และบทบาทการให้บริการสาธารณสุข (บทบาท Service Provider)) ร่วมกับหน่วยงานที่ดำเนินการในบทบาทอื่นภายในเขตสุขภาพก่อน จากนั้น จึงค่อยขยายขอบเขตการทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งที่มีรูปแบบการทำงานที่คล้ายคลึงกับกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข) เพื่อปรับรูปแบบที่พึงประสงค์ในระยะยาว

ในการดำเนินการเพื่อให้สามารถบรรลุตามข้อเสนอที่ได้กล่าวถึงข้างต้นนั้น จำเป็นที่จะต้องมีการพิจารณาเกี่ยวกับขั้นตอนในการดำเนินการเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมาย และแนวทางในการพิจารณาประเมินความเหมาะสมของการดำเนินการเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการทำงานให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เพื่อสามารถบรรลุตามเป้าประสงค์ของการทำงานในรูปแบบเขตสุขภาพในที่สุด

ดังนั้น ในบทนี้จึงเป็นการเสนอข้อเสนอขั้นตอนในการปฏิบัติงานในการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการในเขตสุขภาพเพื่อให้เป็นไปตามข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง และข้อเสนอตัวชี้วัดในการประเมินผลการบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพเพื่อนำข้อเสนอไปสู่การปฏิบัติต่อไป

4.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการในเขตสุขภาพเพื่อให้เป็นไปตามข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง

4.1.1 รูปแบบของเขตสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน

ดังที่ได้กล่าวข้างต้น และในบทที่ 3 เกี่ยวกับการดำเนินการในระยะเปลี่ยนผ่านนั้น เนื่องจากข้อจำกัดด้านความพร้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น เพื่อสร้างระบบสาธารณสุข และการทำงานในส่วนภูมิภาคตามแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น การพัฒนาจึงควรเป็นไปอย่างมีขั้นตอนเพื่อสร้างความพร้อมของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และสามารถบรรลุภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเมื่อพิจารณาในส่วนของ การดำเนินการพัฒนาระบบสาธารณสุขนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับภาพที่พึงประสงค์จะประกอบด้วยทั้ง การดำเนินการพัฒนาระบบสาธารณสุขในส่วนกลางทั้งในฐานะหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย และกำกับดูแลระบบสาธารณสุข และบทบาทในการประสานและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ (เช่น การสนับสนุนกำลังคน และทรัพยากรทางการแพทย์ต่าง ๆ) พร้อมไปกับการดำเนินการพัฒนาการดำเนินการระบบสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคในฐานะการกำกับติดตามและประเมินผลการทำงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค และการให้บริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

สำหรับการทำงานในส่วนภูมิภาค ซึ่งได้แก่การพัฒนาบทบาทการให้บริการสาธารณสุข (ที่มีครอบคลุมบทบาทย่อยทั้งสี่กล่าวคือ การให้บริการทางการแพทย์ บริการและกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและยา) และการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่และการกำกับดูแลการทำงานเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายในการดำเนินการ รวมทั้งการเอื้อให้เกิดการอภิบาลกลไกการทำงานในรูปแบบของเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นขนาดของการจัดบริการที่น่าจะมีความเหมาะสมมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะการทำงานในขนาดของหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Units for Primary Care: CUP) และการดำเนินการบริหารงบประมาณและทรัพยากรในระดับจังหวัดที่ได้มีการดำเนินการจัดสรรและบริหารงบประมาณที่ผ่านมา นั้น กระทรวงสาธารณสุขสามารถเริ่มดำเนินการในส่วนของการกระทรวงสาธารณสุขโดยบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงในส่วนภูมิภาค จากนั้นจึงขยายความครอบคลุมการทำงานในบทบาทเหล่านี้เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ในส่วนของการทำงานในส่วนของการให้บริการสาธารณสุขนั้น จะต้องไปเชื่อมโยงกับผู้ให้บริการที่อยู่ภายใต้สังกัดของหน่วยงานอื่น ๆ ในอนาคต เพื่อทำให้เกิดการร่วมจัดบริการอย่างเหมาะสมกับความต้องการ และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหารทรัพยากรและงบประมาณตามกลไกการทำงานที่พึงประสงค์ของเขตสุขภาพ รวมทั้งการทำให้เกิดกลไกในการกำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมายตามขอบเขตการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อทำให้เกิดการทำงานที่สามารถบรรลุตามเป้าหมาย และเกิดกลไกการตรวจสอบและประเมินผลที่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังสามารถสนับสนุนการดำเนินการในรูปแบบของเขตสุขภาพให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายด้วยการสนับสนุนกลไกที่ทำให้เกิดการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักงานเขตสุขภาพ) ในอนาคต

แนวคิดในการดำเนินการดังกล่าวข้างต้นสามารถนำไปดำเนินการได้โดยการปรับกระบวนการทำงานในส่วนภูมิภาคทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับกลไกดังกล่าว โดยมีกลไกที่ทำหน้าที่อภิบาลและดูแลการทำงานของหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพในรูปแบบของ “คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ¹” (ซึ่งอาจดำเนินการได้โดยการปรับปรุงกลไก และโครงสร้างการทำงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.) ให้มีลักษณะที่เป็นทางการ และมีการปรับปรุงโครงสร้างให้สามารถดำเนินการในรูปแบบของเขตสุขภาพ) โดยมีการจัดรูปแบบการทำงานที่มีการแยกบทบาทระหว่างการเป็นผู้ให้บริการ (Service Provider) และการเป็นผู้กำกับดูแล (Regulator/ System Supporter) และสนับสนุนการทำงานในการบริหารเขตบริการสุขภาพออกจากกัน หรือส่งเสริมให้มีการดำเนินการที่แยกออกจากกัน เพื่อสามารถพัฒนาไปสู่รูปแบบการทำงานที่พึงประสงค์ในอนาคตได้อย่างราบรื่น อย่างไรก็ตาม ข้อควรสังเกต คือ ในช่วงการดำเนินการในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ ลักษณะการอภิบาลเขตสุขภาพในลักษณะของคณะกรรมการเขตสุขภาพตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้เนื่องจากความไม่พร้อมของหน่วยงานต่าง ๆ จึงควรเป็นการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อสร้างความพร้อมและพัฒนาสู่เป้าหมายในอนาคต

ในระยะเปลี่ยนผ่าน โครงสร้างของคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพเพื่อดำเนินการในขอบเขตดังกล่าวมาข้างต้น ควรประกอบด้วย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการของเขตบริการสุขภาพในส่วนของการกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคทั้งหมด นอกจากนี้อาจครอบคลุมผู้ที่เกี่ยวข้องในขอบเขตที่กว้างกว่านั้น เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ส่วนจังหวัด (เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือรองผู้ว่าราชการจังหวัดที่ทำหน้าที่

¹ เพื่อสร้างความแตกต่างระหว่างภาพที่พึงประสงค์ในระยะยาว ซึ่งจะต้องประกอบด้วยกลไกที่เป็นการพัฒนาของทั้งสามกลไก (กลไกการให้บริการ กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการ และกลไกการกำกับดูแลและอภิบาลระบบ) ขณะที่การดำเนินการในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านนี้จะเป็นการเริ่มดำเนินการในส่วนของการกระทรวงสาธารณสุขก่อน

ดูแลงานด้านสังคม เป็นต้น) ในฐานะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุข รวมทั้งการจัด
ทรัพยากรสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม

1. ผู้บริหารจากส่วนกลาง (ระดับ 10) ที่ได้รับมอบหมาย	ประธานคณะกรรมการ
2. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพ	กรรมการ
3. ประธานคณะอนุกรรมการบริการ	กรรมการ
4. ประธานคณะอนุกรรมการวิชาการ (ถ้ามี)	กรรมการ
5. ผู้แทนจากหน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่น/ จังหวัด (ถ้ามี)	กรรมการ
6. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ

โดยภายใต้คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพให้มีคณะอนุกรรมการย่อยอย่างน้อย 1 ชุด ได้แก่
คณะอนุกรรมการบริการ (Service Provider Board) ที่มีโครงสร้างเบื้องต้นที่ประกอบด้วย

1. หัวหน้าหน่วยบริการในเขตสุขภาพ หรือบุคคลที่ได้รับความยอมรับ ²	ประธานอนุกรรมการ
2. หัวหน้าหน่วยบริการทุกระดับในเขตสุขภาพ	กรรมการ
3. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

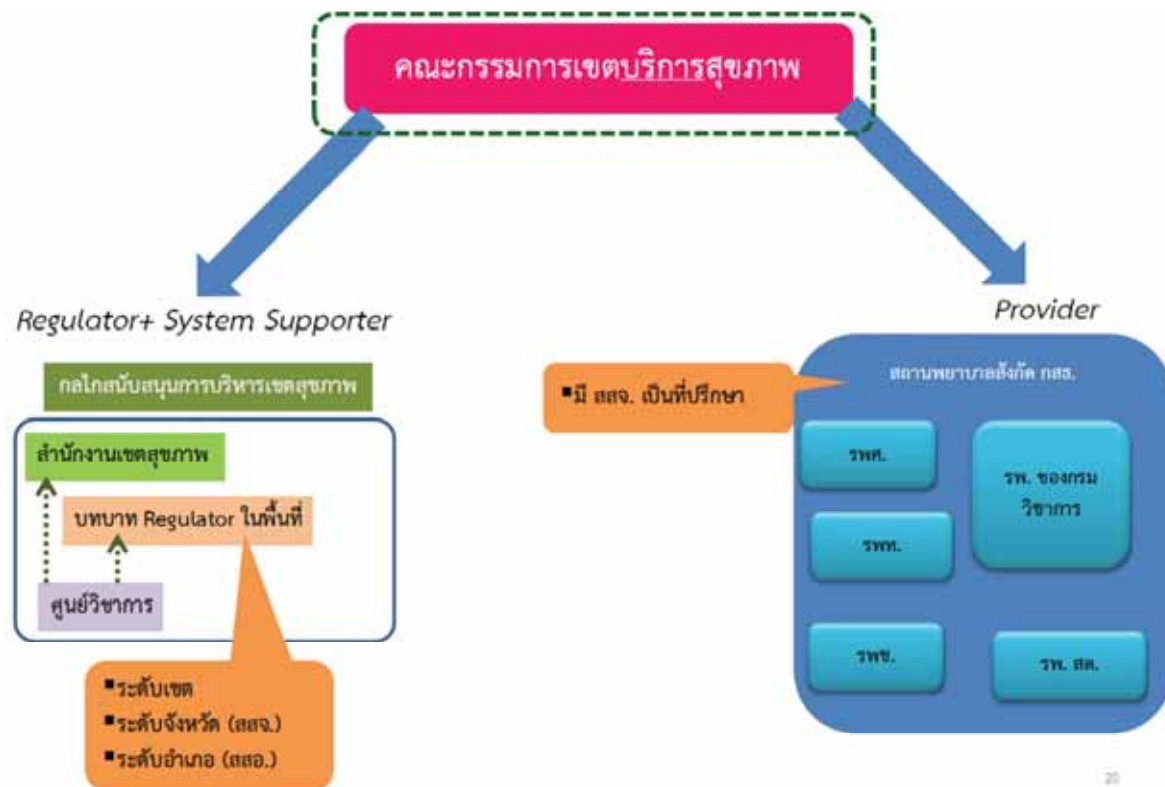
ขณะที่คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพอาจตั้งคณะอนุกรรมการเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการทำงานของ
เขตบริการสุขภาพให้สามารถเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด เช่น การกำหนดให้มีคณะอนุกรรมการ
วิชาการเพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบาย และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การทำงานของเขตบริการสุขภาพ
หรือคณะอนุกรรมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมเพื่อเปิดโอกาสให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
ในการดำเนินการ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาไปสู่
การทำงานแบบเขตสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างรวดเร็วขึ้น

ร่างข้อเสนอและขอบเขตอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพปรากฏในภาคผนวก จ.

ขณะที่บทบาทในส่วนของการเป็นผู้บังคับใช้กฎหมาย และการดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
นั้น ยังคงให้เป็นการดำเนินการโดยหน่วยงานที่ถูกกำหนดโดยกฎหมายเหล่านั้น หรือหน่วยงานที่ได้รับ
มอบหมายให้เป็นผู้แทนในการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายในระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ เช่น สำนักงานสาขาของ
กรมวิชาการ (ศูนย์วิชาการ) ที่ดำเนินการภายในเขตสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น
การดำเนินการในส่วนนี้สามารถดำเนินการร่วมกันหรือแยกกันก็ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะการทำงานเพื่อให้เป็นไป
ตามกฎหมายและระเบียบเหล่านั้น นอกจากนี้ เพื่อทำให้เกิดการประสานงานเกี่ยวกับเขตสุขภาพได้อย่างมี
ความสอดคล้อง และนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ ลักษณะการทำงานของเขตสุขภาพในส่วนของ
กระทรวงสาธารณสุขในระยะเปลี่ยนผ่านปรากฏในแผนภาพที่ 4.1

² เช่น การเลือกตั้งลงคะแนน หรือวิธีการอื่น ๆ เป็นต้น

แผนภาพที่ 4.1: การทำงานของเขตสุขภาพในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขในระยะเปลี่ยนผ่าน



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

4.1.2 ข้อเสนอขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมาย

เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขตามข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานดังกล่าวข้างต้น หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการดำเนินการเพื่อให้สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมาย โดยคณะผู้วิจัยขอเสนอขั้นตอนการปฏิบัติงานและเหตุผลประกอบในการดำเนินการดังกล่าวดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1: ข้อเสนอขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมาย

	กิจกรรม	เหตุผลสนับสนุน
1.	การดำเนินการด้านกฎระเบียบในรูปของการออกคำสั่งที่เกี่ยวข้อง เช่น การออกคำสั่งมอบอำนาจ คำสั่งให้บุคลากรไปปฏิบัติงาน คำสั่งกำหนดรูปแบบการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของเขตบริการสุขภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เป็นต้น ในกรณีที่จำเป็น อาจมีการกำหนดให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการทำงาน (Change Office) เพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินการได้อย่างราบรื่น	เพื่อสนับสนุน และเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานได้ เนื่องจากแนวคิดในการทำงาน คือ การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงาน (Functional Approach) ก่อนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง (Structural Approach) ดังนั้นจึงต้องมีการออกเป็นคำสั่งเพื่อรองรับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานได้

	กิจกรรม	เหตุผลสนับสนุน
2.	การกำหนดโครงสร้าง อำนาจหน้าที่ และการจัดตั้งหน่วยงาน สนับสนุนการทำงานภายในเขตสุขภาพ เช่น การแต่งตั้ง คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ และสำนักงานเขตสุขภาพ เป็นต้น	(1) เพื่อให้มีการวิเคราะห์ลักษณะงานตามกรอบ และกำหนด จำนวนบุคลากร และลักษณะบุคลากรที่พึงประสงค์ ในการทำงานสนับสนุน และประสานงานภายในเขตบริการ สุขภาพ (2) เพื่อทำให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับขอบเขตการทำงานของ ผู้ที่เกี่ยวข้องในรูปแบบการทำงาน เพื่อป้องกันการดำเนินงานที่ทับซ้อน หรือความขัดแย้ง และสร้างความเชื่อมั่นในการทำงานใน รูปแบบของเขตบริการสุขภาพ
3.	การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร การพิจารณาจัดสรรบุคลากรเพื่อ ปฏิบัติงาน และการกำหนดตัวชี้วัดการทำงานของบุคลากรที่ เหมาะสม	(1) เพื่อให้มีการคัดเลือกบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ สอดคล้องกับลักษณะการทำงานที่ต้องการ เพื่อมาปฏิบัติงาน โดยสามารถพิจารณาได้จากทั้งการขอรับโอนมาจากส่วนกลาง (ทั้งจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมวิชาการ) การขอรับโอนจากหน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขตบริการสุขภาพ และการรับเพิ่มเติม (2) เนื่องจากการทำงานในช่วงแรกเป็นการทำงานในรูปแบบ ของการเปลี่ยนแปลงการทำงาน และยังไม่มีการปรับโครงสร้าง ดังนั้นในกรณีที่รับโอนมาจากหน่วยงานต่าง ๆ นั้นจะต้อง มีการกำหนดระยะเวลาที่รับโอน และกรอบวิธีการประเมินผล การดำเนินการ และการให้ความดีความชอบที่เหมาะสม โดย เป็นความตกลงร่วมกับหน่วยงานต้นสังกัด และเป็นกรอบที่ไม่ เป็นภาระงานที่มากกว่าการทำงานปกติ
4.	การจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุน การทำงานของสำนักงานเขตสุขภาพ และคณะกรรมการเขตบริการ สุขภาพ	เพื่อให้เกิดการทำงาน และการดำเนินการประสานงาน ภายในเขตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งทำให้เกิด การดำเนินการพัฒนาการทำงานเขตสุขภาพเพิ่มเติมในอนาคต เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ และอื่น ๆ เป็นต้น
5.	การทำข้อตกลงในการบริหารเขตบริการสุขภาพระหว่าง คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข	เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับเป้าหมายในการบริหาร เขตบริการสุขภาพระหว่างกระทรวงสาธารณสุข (ในฐานะ หน่วยงานที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และการบริหารด้าน สาธารณสุขในส่วนกลาง) กับคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ (ในฐานะผู้รับหน้าที่ในการบริหารเขตบริการสุขภาพ) และ แนวทางในการประเมินผลความสำเร็จในการบริหารเขตบริการ สุขภาพ
6.	การดำเนินการในการบริหารเขตบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ● การกำหนดแผนการทำงาน ● การประสานงานกับผู้จ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพให้เกิด การจัดบริการสุขภาพ และสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ● การสนับสนุนการแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลัง ● การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของเขตบริการ สุขภาพ (ความสามารถในการดำเนินการให้บรรลุตาม เป้าหมายที่ได้รับมอบหมาย และตกลงกับส่วนกลาง)	เป็นไปตามข้อเสนอขอบเขตการทำงานของคณะกรรมการเขต สุขภาพ

	กิจกรรม	เหตุผลสนับสนุน
7.	การประเมินผลสำเร็จการดำเนินการในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ และการปรับปรุงแนวทางการดำเนินการในกรณีที่มีปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการ	เพื่อประเมินความสำเร็จในการดำเนินการในฐานะเขตบริการสุขภาพเปรียบเทียบกับดำเนินการก่อนหน้านี้ รวมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ในกรณีที่มีการตั้งหน่วยงานสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง อาจมอบหมายให้เป็นภาระหน้าที่ของหน่วยงานดังกล่าว เพื่อนำไปสู่ความรวดเร็วในการเสนอให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
8.	การขยายขอบเขตการดำเนินการให้มีความครอบคลุมหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ในส่วนที่เกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข)	ในกรณีที่ผลการประเมินสามารถสรุปได้ซึ่งความสำเร็จในการดำเนินการ หรือการดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการแล้ว คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพควรพิจารณาขยายขอบเขตของการทำงานให้มีความครอบคลุมหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ในกรณีของบริการสุขภาพ อาจขยายความครอบคลุมไปสู่หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น
9.	การดำเนินการปรับโครงสร้างของหน่วยงาน และการดำเนินการด้านกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง	เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน และมีโครงสร้างรองรับทำให้การเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม ทั้งในส่วน of หน่วยงานและบุคลากร การดำเนินการดังกล่าวครอบคลุมทั้งการปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และโครงสร้างกำลังคน หมายเหตุ: ขั้นตอนนี้สามารถดำเนินการได้ไปควบคู่กับขั้นตอนที่ 8

ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

4.2 ข้อเสนอตัวชี้วัดในการประเมินผลการบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพ

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้มีการจัดการทำงานในรูปแบบของเขตสุขภาพ (เขตบริการสุขภาพ) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้วก็ตาม³ การดำเนินการในรูปแบบของเขตสุขภาพตามข้อเสนอนี้ยังคงเป็นเรื่องใหม่ในการบูรณาการการทำงาน of หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวในการพิจารณาผลสัมฤทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงการทำงานในรูปแบบ of เขตสุขภาพนั้น จึงจำเป็นต้องกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผล และความสำเร็จในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงการทำงานเพื่อทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการดำเนินการในรูปแบบ of เขตสุขภาพให้ได้ในที่สุด ในการนี้ คณะผู้วิจัยได้จัดทำข้อเสนอตัวชี้วัดในการประเมินผลการบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพขึ้นเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

³ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 209/2555 เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

4.2.1 กรอบแนวความคิด และวัตถุประสงค์ของตัวชี้วัดผลการบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพ ในระยะเปลี่ยนผ่าน

กรอบแนวความคิดในการกำหนดตัวชี้วัด

เป้าหมายในการพิจารณาผลการบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพในข้อเสนอนี้ ไม่ใช้การพิจารณาความสามารถในการดำเนินการตามเป้าหมายในการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข และด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายในการดำเนินการที่เขตสุขภาพ (โดยในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้จะเป็นการพัฒนาการทำงานในรูปของเขตสุขภาพจากหน่วยงานภายในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขก่อน เนื่องจากความพร้อมในการดำเนินการของหน่วยงานต่าง ๆ ในเขตสุขภาพที่แตกต่างกัน ทำให้ในส่วนของบทบาทการทำงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่กล่าวถึงจะมีความครอบคลุมบทบาทของการให้บริการด้านสุขภาพ (Service Provider) และการทำงานในส่วนของการกำหนดและบังคับใช้กฎหมาย (Regulator) เท่านั้น) จะต้องได้รับถ่ายทอดมาจากส่วนกลางเพื่อทำให้เกิดการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพตามเป้าหมายในแต่ละช่วงเวลา แต่เป็นการพิจารณาความสามารถในการดำเนินการในรูปของเขตสุขภาพ และมีการปรับตัว เปลี่ยนแปลงการทำงานเพื่อนำไปสู่การทำงานในรูปแบบของเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินเกี่ยวกับผลการบริหารจัดการภายในเขตสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านในข้อเสนอนี้ จึงเป็นกลุ่มของตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนการดำเนินการที่เป็นไปตามกรอบข้อเสนอการดำเนินการ การสร้างความพร้อมในการทำงาน และความคืบหน้าในการดำเนินการในรูปแบบของเขตสุขภาพ ซึ่งจะแตกต่างจากกรอบตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ในการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข⁴

วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด

เพื่อสะท้อนและประเมินความคืบหน้าและความสำเร็จในการดำเนินงานในรูปของเขตสุขภาพในส่วนของการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในระยะเปลี่ยนผ่าน

4.2.2 ข้อเสนอตัวชี้วัด และระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของตัวชี้วัด

จากกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ตัวชี้วัดที่สามารถสอดคล้องกับกรอบการดำเนินการในการพิจารณาผลสัมฤทธิ์ในการบริหารจัดการเขตสุขภาพจะประกอบด้วย

ข้อเสนอตัวชี้วัด	ประเด็นพิจารณา/ รายละเอียดตัวชี้วัด
ตัวชี้วัดที่ 0: ปัจจัยสนับสนุนการทำงานเริ่มต้น	
การดำเนินการทางด้านกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง (การมอบอำนาจ และการกำหนดข้อตกลงในการดำเนินการจากส่วนกลาง)	ตัวชี้วัด: คำสั่งมอบอำนาจจากส่วนกลางในประเด็นที่เกี่ยวข้องทั้งหมด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สำนักงานประสานงานสาธารณสุข (ในระยะเปลี่ยนผ่านได้แก่ สป.ร. สดป. และ กพร.) ประเด็นของตัวชี้วัด: เพื่อทำให้เกิดการกระจาย และรับมอบอำนาจในการดำเนินการของเขตสุขภาพในการบริหารงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพตามบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพ และนำไปสู่การดำเนินการบริหารเขตสุขภาพของคณะกรรมการเขตสุขภาพต่อไป

⁴ ตัวชี้วัดเป้าหมายในการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2556 และ 2557 ของกระทรวงสาธารณสุข (ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

ข้อเสนอตัวชี้วัด	ประเด็นพิจารณา/ รายละเอียดตัวชี้วัด
การจัดตั้งหน่วยสนับสนุนการทำงานของเขตสุขภาพ (สำนักงานเขตสุขภาพ)	ตัวชี้วัด: การกำหนดที่ตั้งของสำนักงานเขตสุขภาพที่ชัดเจนและสามารถใช้ในการดำเนินการได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สำนักงานประสานงานสาธารณสุข (ในระยะเปลี่ยนผ่านได้แก่ สป.ร.) ประเด็นของตัวชี้วัด: การกำหนดที่ตั้งของสำนักงานเขตสุขภาพ และโครงสร้างบุคลากรที่ทำงานในสำนักงานเขตสุขภาพที่สามารถสนับสนุนการบริหารเขตสุขภาพของคณะกรรมการเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
การจัดสรรบุคลากร และทรัพยากรทั้งภายในเขต และจากส่วนกลางเพื่อสนับสนุนการทำงาน	ตัวชี้วัด: การมีบุคลากร และทรัพยากรที่เหมาะสม (ตามดุลยพินิจของคณะกรรมการเขตสุขภาพ) ในการบริหารเขตสุขภาพที่ชัดเจนและสามารถใช้ในการดำเนินการได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สำนักงานประสานงานสาธารณสุข (ในระยะเปลี่ยนผ่านได้แก่ สป.ร.) และกรมวิชาการ รวมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ ในสังกัด สป. ร. (เช่น สนย. และ สดป. เป็นต้น) ประเด็นของตัวชี้วัด: มีบุคลากร และทรัพยากรอื่น ๆ ที่สามารถสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพในการบริหารเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย ✓ มีการกำหนดตำแหน่งในการรับโอนบุคลากรจากหน่วยงานอื่น ๆ (เช่น หน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในเขตสุขภาพ และจากส่วนกลาง) เพื่อมาปฏิบัติงานภายในเขตสุขภาพ (สำนักงานเขตสุขภาพ และอื่น ๆ) โดยเป็นการกำหนดที่สำนักงานประสานงานสาธารณสุข ✓ มีการกำหนดตัวชี้วัดร่วมสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรที่รับโอนมา ✓ มีแผนการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินการของสำนักงานเขตสุขภาพ ที่มีความครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์สำนักงาน และอื่น ๆ
ตัวชี้วัดที่ 1: การกำหนดแผนการทำงานของเขตสุขภาพ (แผนงาน แผนบุคลากร และแผนทรัพยากร)	
แผนงานบริการ	ตัวชี้วัด: แผนการทำงานของเขตสุขภาพ ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: คณะกรรมการเขตสุขภาพ และสำนักงานเขตสุขภาพ ประเด็นของตัวชี้วัด: มีการกำหนดแผนการทำงานของเขตสุขภาพที่มีความครอบคลุมประเด็นการทำงานในระบบย่อยทั้งสี่ (งานบริการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งานควบคุมโรค และงานด้านยา และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ) และสอดคล้องกับเป้าหมายในการดำเนินการที่ได้รับถ่ายทอดมาจากส่วนกลาง โดยมีการกำหนดเป้าหมาย รวมทั้งมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละประเด็น
แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	
แผนงานควบคุมโรค	
แผนงานด้านยา และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	
การกำหนดแผนงานทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ	ตัวชี้วัด: แผนการทำงานในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: คณะกรรมการเขตสุขภาพ สำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประเด็นของตัวชี้วัด: มีการกำหนดแผนการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอที่มีความสอดคล้องกับแผนการทำงานในระดับเขต (ที่มีความ

ข้อเสนอตัวชี้วัด	ประเด็นพิจารณา/ รายละเอียดตัวชี้วัด
	สอดคล้องกับระดับประเทศ) โดยมีการกำหนดเป้าหมาย รวมทั้งมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละประเด็น
ตัวชี้วัดที่ 2: การสร้างระบบสนับสนุนในการบริหารเขตสุขภาพ (ข้อมูล และระบบข้อมูลสารสนเทศ)	
การจัดสร้างฐานข้อมูล และระบบฐานข้อมูลด้านต่าง ๆ (ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพ การให้บริการ ทรัพยากร และการเงิน การคลังด้านสุขภาพ ที่มีความครอบคลุมเกี่ยวกับการให้บริการ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค ระบบยา และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ)	ตัวชี้วัด: การมีฐานข้อมูล และระบบข้อมูลด้านสุขภาพต่าง ๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สำนักงานเขตสุขภาพ ประเด็นของตัวชี้วัด: การมีระบบข้อมูลที่สามารถสนับสนุนการบริหารเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลมีความเป็นมาตรฐาน มีความน่าเชื่อถือ และครอบคลุมประเด็นในการบริหารเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ควรมีข้อมูลที่มีขอบเขตครอบคลุมมากกว่าประเด็นที่ถูกระบุไว้ในเป้าหมายการพัฒนาของส่วนกลาง เพื่อให้สามารถตอบสนองประเด็นการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างฉับไว)
การเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างส่วนกลางและเขตสุขภาพ	ตัวชี้วัด: การสร้างระบบฐานข้อมูลที่มีมาตรฐานเดียวกันในแต่ละเขตสุขภาพ และสามารถเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุข⁵ (ส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเป็นหน่วยงานกลางด้านข้อมูลสาธารณสุข (National Health Information Center) ของประเทศ) สำนักงานประสานงานสาธารณสุข (ในระยะเปลี่ยนผ่านได้แก่ สป.ร.) และสำนักงานเขตสุขภาพ ประเด็นของตัวชี้วัด: การเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลางและเขตสุขภาพ จะนำไปสู่การสร้างระบบฐานข้อมูลรวมของประเทศที่มีมาตรฐานของข้อมูลเป็นหนึ่งเดียว มีความน่าเชื่อถือ และนำไปสู่การวิเคราะห์ และกำหนดนโยบายทั้งในระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศได้อย่างเหมาะสม
ตัวชี้วัดที่ 3: ประสิทธิภาพในการบริการทางการเงินการคลังภายในเขตสุขภาพ	
มีระบบติดตามสถานการณ์การเงินการคลังภายในเขตสุขภาพ	ตัวชี้วัด: การมีระบบการติดตามสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการทุกหน่วยทั้งหมดภายในเขตสุขภาพ ที่ครอบคลุมรายละเอียดในด้านต่าง ๆ ทางด้านการเงินการคลังอย่างครบถ้วน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สำนักงานประสานงานสาธารณสุขในส่วนที่ทำหน้าที่กำกับดูแลสถานการณ์การเงินในภาพรวม (ในระยะเปลี่ยนผ่านได้แก่ สป.ร.) คณะกรรมการเขตสุขภาพ และสำนักงานเขตสุขภาพ ประเด็นของตัวชี้วัด: เพื่อสนับสนุนการทำงานในด้านการเงินการคลังของเขตสุขภาพ และนำไปสู่การกำหนดแนวทางในการพัฒนา และแก้ไขปัญหาการเงินการคลังของหน่วยบริการภายในเขตสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
สถานการณ์ด้านการเงินการคลังภายในเขตสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น	ตัวชี้วัด: สถานการณ์ด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการภายในเขตสุขภาพ (ทั้งรายหน่วยบริการ และภาพรวมในระดับจังหวัด และระดับเขต) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สำนักงานประสานงานสาธารณสุขในส่วนที่

⁵ หน่วยงานกลางด้านข้อมูลอาจอยู่ภายใต้สังกัดของสำนักงานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุขก็ได้ ซึ่งจะต้องมีการพิจารณาความเหมาะสมในลำดับต่อไป

ข้อเสนอตัวชี้วัด	ประเด็นพิจารณา/ รายละเอียดตัวชี้วัด
	ทำหน้าที่กำกับดูแลสถานการณ์การเงินในภาพรวม (ในระยะเปลี่ยนผ่านได้แก่ สบรส.) คณะกรรมการเขตสุขภาพ และสำนักงานเขตสุขภาพ ประเด็นของตัวชี้วัด: การแก้ไขปัญหาการเงินการคลังของหน่วยบริการเป็นปัญหาที่สำคัญ และเรื้อรังมาตลอด การจัดการทำงานในรูปแบบของเขตสุขภาพ และการดำเนินการต่าง ๆ ทั้งโดยกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง และเขตสุขภาพ ควรมีเป้าหมายทั้งเพื่อสร้างรายรับเพิ่มลดรายจ่าย เพื่อนำไปสู่สถานการณ์การเงินการคลังที่ดีขึ้น (แม้ว่าอาจจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด แต่ควรมีความรุนแรงของปัญหาดลดลงอย่างต่อเนื่อง และมีนัยสำคัญ)

ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

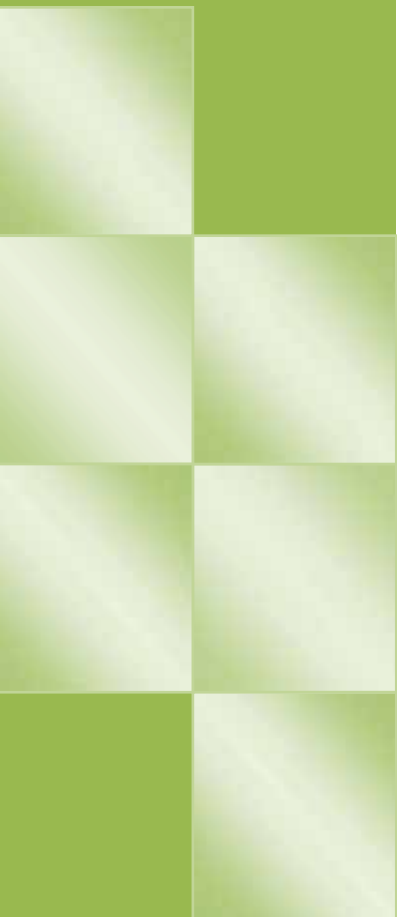
จากตัวชี้วัดดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยเห็นว่าระยะเวลาในการดำเนินการให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายของตัวชี้วัด และนำไปสู่การดำเนินการของเขตสุขภาพในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขอย่างเต็มรูปแบบนั้น ควรมีลักษณะดังตารางที่ 4.2 ดังนี้

ตารางที่ 4.2: ข้อเสนอตัวชี้วัดการดำเนินการของเขตสุขภาพและระยะเวลาในการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ระยะเวลาในการบรรลุตามเป้าหมาย											
	ปีที่ 1				ปีที่ 2				ปีที่ 3 (การดำเนินการเต็มรูปแบบ)			
	ไตรมาส ที่ 1	ไตรมาส ที่ 2	ไตรมาส ที่ 3	ไตรมาส ที่ 4	ไตรมาส ที่ 1	ไตรมาส ที่ 2	ไตรมาส ที่ 3	ไตรมาส ที่ 4	ไตรมาส ที่ 1	ไตรมาส ที่ 2	ไตรมาส ที่ 3	ไตรมาส ที่ 4
ตัวชี้วัดที่ 0: ปัจจัยสนับสนุนการทำงานเริ่มต้น												
• การดำเนินการทางด้านกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง (การมอบอำนาจ และการกำหนดข้อตกลงในการดำเนินการจากส่วนกลาง)	★											
• การจัดตั้งหน่วยสนับสนุนการทำงานของเขตสุขภาพ (สำนักงานเขตสุขภาพ)	★											
• การจัดสรรบุคลากร และทรัพยากรทั้งภายในเขต และจากส่วนกลางเพื่อสนับสนุนการทำงาน		★										
ตัวชี้วัดที่ 1: การกำหนดแผนการทำงานของเขตสุขภาพ (แผนงาน แผนบุคลากร และแผนทรัพยากร)												
• แผนงานบริการ			★									
• แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค				★								
• แผนงานควบคุมโรค						★						
• แผนงานด้านยา และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ								★				
• การกำหนดแผนงานในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ								★				★
ตัวชี้วัดที่ 2: การสร้างระบบสนับสนุนในการบริหารเขตสุขภาพ (ข้อมูล และระบบข้อมูลสารสนเทศ)												
• การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการบริหารเขตสุขภาพ (ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพ การให้บริการ ทรัพยากร และการเงินการคลังด้านสุขภาพ ที่มีความครอบคลุมเกี่ยวกับการให้บริการ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค ระบบยา และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ)				★								
• การจัดสร้างฐานข้อมูล และระบบฐานข้อมูลด้านต่าง ๆ (บริการ ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค ระบบยาและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ)				★								
• การเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างส่วนกลางและเขตสุขภาพ								★				

ตัวชี้วัด	ระยะเวลาในการบรรลุตามเป้าหมาย											
	ปีที่ 1				ปีที่ 2				ปีที่ 3 (การดำเนินการเต็มรูปแบบ)			
	ไตรมาส ที่ 1	ไตรมาส ที่ 2	ไตรมาส ที่ 3	ไตรมาส ที่ 4	ไตรมาส ที่ 1	ไตรมาส ที่ 2	ไตรมาส ที่ 3	ไตรมาส ที่ 4	ไตรมาส ที่ 1	ไตรมาส ที่ 2	ไตรมาส ที่ 3	ไตรมาส ที่ 4
ตัวชี้วัดที่ 3: ประสิทธิภาพในการบริการทางการเงินการคลังภายในเขตสุขภาพ												
● ระบบกำกับติดตามสถานการณ์ด้านการเงินการคลังภายในเขตสุขภาพ			★									
● สถานการณ์ด้านการเงินการคลังภายในเขตสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น				★				★				★

บรรณานุกรม



-บรรณานุกรม-

ภาษาไทย

กฎ ก.พ. ว่าด้วยการเลื่อนเงินเดือน พ.ศ. 2552

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

กระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน พ.ศ. 2554

กฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ พ.ศ. 2545

กฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2546

กฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2546

กฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2547

กฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2548

กฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2550

กฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2552

กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน www.doe.go.th

กลุ่มภารกิจด้านประเมินผล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555

กระทรวงสาธารณสุข www.moph.go.th

กระทรวงสาธารณสุข http://www.moph.go.th/power_moph/moph_edit.html

กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์สุขภาพไทย “ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ สืบค้นจาก <http://www.moph.go.th/ops/thp/thp/index.php> เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2556

กองการเจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข อัตรากำลังและความต้องการของอัตรากำลังตาม GIS ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2554

ข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 886/2554 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2554 เรื่องมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัด
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล)
คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 209/2555 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่าย
บริการสุขภาพ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 157/2556 ลงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2556 เรื่อง กำหนดเขตตรวจราชการและ
มอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 159/2556 ลงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2556 เรื่อง กำหนดเขตพื้นที่เครือข่าย
บริการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 160/2556 ลงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2556 เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ฐานข้อมูล GFMS (Government Fiscal Management Information System) งบประมาณรายจ่ายของ
กระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2555

ดร.อรสา ไขวีนทะ รายงานการทบทวนการบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพระดับชาติของประเทศ
แคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้ 2554

นพ. ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ การพัฒนากระทรวงสาธารณสุข เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง
การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข วันอาทิตย์ที่ 10 มีนาคม 2556 ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี
นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภาวันอังคารที่ 23
สิงหาคม 2554 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 ตอนพิเศษ 94 ง 23 สิงหาคม 2554

บุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์ โครงสร้างไม่เอื้อ ต่างตัวเข้าไม่ถึงสิทธิประกันสังคม คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงาน
ไทย (คสรท.) 2556

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551

ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าตอบแทนพิเศษของข้าราชการและลูกจ้างประจำ ผู้ได้รับ
เงินเดือนหรือค่าจ้างถึงขั้นสูงของอันดับหรือตำแหน่ง พ.ศ. 2550 แก้ไขเพิ่มเติมโดย (ฉบับที่ 2) พ.ศ.
2551

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการ
จ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 2)
พ.ศ.2548

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการ
จ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 4)
พ.ศ.2551

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการ
จ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 6)
พ.ศ.2552

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการ
จ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7)
พ.ศ.2552

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการ
จ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 9)
พ.ศ.2556

วินัย สีสัมฤทธิ์ และศุภสิทธิ์ พรหมนารุณทัย การพัฒนาข้อเสนอรูปแบบและโครงสร้างการบริหารเขตสุขภาพ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2556

หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0406.4/ ว133 ลงวันที่ 8 เมษายน 2553 เรื่อง ช้อมความเข้าใจแนว
ทางการเบิกจ่ายตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าตอบแทนพิเศษของข้าราชการ
และลูกจ้างประจำผู้ได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างถึงขั้นสูงหรือใกล้ถึงขั้นสูงของอันดับหรือตำแหน่ง

สิน พันธุ์พินิจ เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์ 2551

สมคิด พรหมจรรย์ กระบวนการวิจัย ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยทางสารนิเทศศาสตร์ หน่วยที่ 2
สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2538

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ คู่มือการจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for
Change) สำหรับใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 มิถุนายน 2548

สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถิติพื้นฐานที่เป็นอนุกรมเวลา

สถาบันวิจัยระบบประกันสุขภาพ (สวปก.) รายงานฉบับสมบูรณ์การวิจัยและพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบ
สาธารณสุขในระดับพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2554

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข HSRI-FORUM ปีที่ 1 ฉบับที่ 6 : ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม “3
กองทุนสุขภาพ” 2555

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุข การสังเคราะห์และสรุปจากการจัดประชุมเชิง
ปฏิบัติการเรื่อง “บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21” วันที่ 25 - 26 มิถุนายน 2556
ณ โรงแรมเดอะรอยัลเจมส์ กอล์ฟ รีสอร์ท อาเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี เอกสารงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ 2550 ถึง 2556

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน รายงานประจำปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2554

สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานข้อมูลสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวง
สาธารณสุข ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2553 และ 30 มิถุนายน 2555 นำเสนอต่อคณะกรรมการธิการการ
สาธารณสุข วุฒิสภา เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2555

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ระบบรายงาน
ทรัพยากรสาธารณสุข 2553

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข สารสุขภาพ ใน.
วารสารเรื่องเด่นประจำสัปดาห์. ปีที่ 6 ฉบับที่ 6, 16-30 มีนาคม 2556

สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หนังสือสำนักงาน ก.พ.ที่ นร. 1012/ ว20 ลงวันที่ 3 กันยายน 2552 เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผล
การปฏิบัติราชการของข้าราชการพลเรือนสามัญ
หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร. 1008/ ว27 ลงวันที่ 29 กันยายน 2552 เรื่อง มาตรฐานและแนวทางการ
กำหนดความรู้ความสามารถ ทักษะและสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญ
หนังสือสำนักงาน ก.พ. ด่วนที่สุด ที่ นร 1008.1/ ว28 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2552 เรื่องการเลื่อนเงินเดือน
ข้าราชการตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551

ภาษาอังกฤษ

Administrative data of the CSMBs, SSS, and the UHC schemes, 2004-2007

Belgium Health system review, *Health System in Transition* Vol.12 No.5 2010

CIA World Factbook <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>

<http://www.europe-cities.com/en/633/belgium/health/>

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF

<http://www.europe-cities.com/en/633/belgium/health/>

<http://brussels.angloinfo.com/information/healthcare/health-system/>

Implementation of the Health and Social Care Act 2012 สืบค้นจาก <http://www.parliament.uk>
เมื่อ 21 ก.ย. 2556

Seán Boyle: *United Kingdom (England): Health system review*. *Health Systems in Transition*,
2011; 13(1):1-486.

The Department of Health; <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health>

The National Health Service; <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>

ภาคผนวก ก

สรุปประเด็นที่สำคัญจากการลงพื้นที่
12 เขต

ภาคผนวก ก

สรุปประเด็นที่สำคัญจากการลงพื้นที่ 12 เขต

เพื่อให้นำไปสู่การศึกษาวិเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ดังนั้นกรอบแนวคิดในการศึกษาจึงได้กำหนดให้ดำเนินการศึกษาโดยให้ทำการรวบรวมข้อมูลทั้งในรูปของข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ ทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (ความคิดเห็น และการประเมิน) และข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ ซึ่งคณะนักวิจัยได้ทำการลงพื้นที่ทั้ง 12 เขต เพื่อเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ ของทุกกรมภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับประเด็นด้านต่าง ๆ ที่สำคัญในการทำงาน ได้แก่ ประเด็นด้านการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การบริการกำลังคน การเงินการคลัง การบริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน การกำกับติดตาม และการจัดการสารสนเทศ สาระสำคัญที่สรุปได้จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลทั้ง 12 เขต สรุปได้ดังต่อไปนี้

เขต1: เชียงใหม่	
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. ใช้ Balance Score Card เป็นตัวกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์
2. การบริหารกำลังคน	1. ปัญหาจริงๆไม่ได้อยู่ที่กำลังคน แต่อยู่ที่ว่าจะทำอะไรเพื่อที่จะพัฒนากำลังคนให้ดีขึ้น 2. กำลังคนที่มีอยู่เตรียมไว้เฉพาะกับโรคประสาทเท่านั้น
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณที่ได้รับในปัจจุบันเพิ่มขึ้นจากอดีตมาก เนื่องจากในปัจจุบันรัฐบาลเน้นในเรื่องของประสาทมากขึ้น 2. หนี้สูญมาจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 97% เพราะโรคส่วนใหญ่ที่รักษาเป็นโรคที่หนัก จึงไม่คุ้ม
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. ผู้อำนวยการเห็นว่าตัวชี้วัดที่มีอยู่เน้นด้านรายบุคคลมากเกินไป อยากให้เพิ่มด้านบูรณาการด้วย
6. สารสนเทศ	
เขตสุขภาพ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	

6. สารสนเทศ	1. ในปัจจุบันข้อมูลบางอย่างไม่สามารถขอได้จากหน่วยงานอื่น ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคจึงจำเป็นต้องมีงานด้านบริการอยู่ เพื่อต่อยอดงานด้านวิชาการ
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ถ้าสำนักงานป้องกันควบคุมโรคต้องทำงานสนับสนุนทั้งกรมและเขต กรมต้องบอกให้ได้ว่าเมื่อทำงานในกรมได้รับเงินเดือนเท่าไร และแตกต่างหรือไม่กับคนทำงานในเขต 2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ไม่สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองต้องมีกรมสนับสนุนเสมอ และไม่ควรโอนไปให้เขตเลย 3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 พร้อมถ่ายโอนงานบริการ 4. หากมีการจัดตั้งเขตสุขภาพ เห็นด้วยว่าควรมีตัวชี้วัดร่วม (กรม+เขต)
รพ.นครพิงค์	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. อยากให้มีการกำหนดนโยบายทั้งในรูปแบบ Bottom-up และ Top-down
2. การบริหารกำลังคน	1. ที่นี่ลูกจ้างชั่วคราวมีจำนวนมาก และมีอัตราการเข้าออกสูง 2. ที่นี่ สสจ. เป็น Clearing House โดยจะหัก 20% จากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปช่วยเหลือโรงพยาบาลต่าง ๆ ภายในจังหวัด
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณมีปัญหา ยิ่งพึ่งเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลศูนย์ยิ่งมีปัญหามากขึ้นไปอีก
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. มีการยืมเครื่องมือทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาล รวมทั้งมีการดูแลคนไข้เป็นทีม 2. ที่นี่มีการทำ Provider Board เพื่อทำการประชุมระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ ทำให้มีการจัดสรรในเรื่องต่างๆ ระหว่างโรงพยาบาลภายในจังหวัด
5. การกำกับติดตาม	1. เริ่มกำหนดจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลงมายังเขต และไปโรงพยาบาล ตามลำดับ
6. สารสนเทศ	1. โปรแกรมที่ใช้ในการคีย์ข้อมูลมีเป็นจำนวนมาก ควรทำให้เป็นมาตรฐานเดียว 2. ตอนนี้เรื่องของข้อมูลเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด แต่ยังไม่ได้มีการแก้ปัญหาอะไรโรงพยาบาลต้องช่วยเหลือตัวเองไปก่อน
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

รพ.สต.บ้านแม่สาหลวง	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	1. อัตรากำลังคนในปัจจุบันต่ำกว่ากรอบอัตรากำลังมาก 2. มีการอบรมพัฒนาศักยภาพในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นประโยชน์มาก โดยผู้อบรมคือ จังหวัดกับ cup
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอ 2. มีการประชุมภายในอำเภอว่าจะเกลี้ยเงินให้กับใคร โดยทำผ่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3. งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงจริง ๆ เพียงพอแค่ค่าจ้างของข้าราชการ ส่วนใหญ่จะได้เงินนอกงบประมาณจาก สปสช.
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดบางตัวจากกระทรวงไม่สามารถทำได้ในพื้นที่
6. สารสนเทศ	1. คีย์ข้อมูลเป็นภาระงานมาก แก้ไขปัญหาโดยจ้างลูกจ้างชั่วคราวมาคีย์ข้อมูล
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ได้รับคำสั่งจากนายอำเภอในเรื่องที่ไม่เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพค่อนข้างมาก
โรงพยาบาลสวนปรุง	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. เริ่มนโยบาย share and pool ตั้งแต่ปี 2540 2. เป็น clinic ที่ควบคู่งาน research 3. รับ refer ผู้ป่วยจากเขตอื่นๆ ด้วย
2. การบริหารกำลังคน	1. เป็นโรงพยาบาลขนาด 400 เตียง แต่มีจริง ๆ เพียง 700 เตียง ทำให้จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอและมีภาระงานหนักมาก 2. คนไข้อยู่รักษานาน เพราะเป็นการรักษาแบบเป็นคอร์ส 21 วัน ทำให้ต้องมีคนดูแลเพราะเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณจากกรม และ สสส. เป็นหลัก
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	

5. การกำกับติดตาม	1. ใช้ balance score card ในการกำกับ ติดตามงาน
6. สารสนเทศ	
7. เขตสุขภาพ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
ศูนย์สุขภาพจิต	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. นำแผนมาจากกรม (ส่วนกลาง) และ ผตร. (ปัญหาในพื้นที่ภาคเหนือ) มาปรับเป็นแผนของศูนย์เพื่อกำหนดเจ้าภาพในแต่ละเรื่องในแต่ละจังหวัด 2. เป็นหน่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูประชาชนทั่วไป 3. ศูนย์ถูกกำหนดให้เป็นหน่วยชี้เป้าแรกในการเข้าพื้นที่ เพื่อเข้าไปดูแลด้านจิตใจผู้สูญเสีย
2. การบริหารกำลังคน	1. กรมกำหนดกรอบอัตรากำลังคนตามจำนวนจังหวัดที่รับผิดชอบแต่ก็ไม่เพียงพอ 2. งบประมาณจากกรมในรูปแบบดำเนินการและงบโครงการ นอกจากนี้ยังได้รับงบจาก สปสช. งบจาก ผตร. และงบจาก อบต. เพื่อทำโครงการต่างๆ ให้หน่วยงานเหล่านั้น
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. ได้งบประมาณค่าเสื่อม
5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดได้รับจากกรม และได้รับการติดตามโดยรองอธิบดี
6. สารสนเทศ	1. กำหนดรูปแบบรายงานกลาง หรือ สรุปรายงานที่ทุก ๆ หน่วยงานต้องการเพื่อจัดทำเป็นรูปแบบกลางเพื่อให้ทุกหน่วยงานกรอกข้อมูลลงไป

7. เขตสุขภาพ	1. การตัดกำลังคนในด้านตติยภูมิที่มีค่าตัวมาลงที่เขต เขตสามารถจ่ายค่าตอบแทนได้ใหม่ และเตรียม carrier part ไว้อย่างไร 2. ตำแหน่ง ผตร. เหมือนตำแหน่งมารอ/พัก เพื่อขึ้นไปตำแหน่งที่ใหญ่กว่า ทำให้ ผตร. คนอื่นๆ อาจไม่เต็มใจในการทำงาน 3. ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพจิตไม่ค่อยได้รับความสนใจเท่าที่ควร เกรงว่าหากกลายเป็นเขตสุขภาพจะยิ่งได้รับความสนใจน้อยลงไปอีก 4. บทบาทของกรมวิชาการในเขตสุขภาพจะเชื่อมการทำงานในเขตอย่างไร
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ทำงานกับหน่วยงานนอกศูนย์เป็นหลัก เช่น กระทรวงศึกษาธิการ อปท. ตชด. เป็นต้น
ศูนย์วิศวกรรมการแพทย์	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. รับแผนจากส่วนกลางมาปรับเข้ากับพื้นที่ 2. รับผิดชอบงานด้านระบบ/วิศวกรรมการแพทย์ - ตรวจสอบมาตรฐานเครื่องมือของ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. รวมถึง รพ.เอกชน บ้าง - ตรวจสอบมาตรฐานสถานที่/ห้องผ่าตัด - ตรวจสอบมาตรฐานงานการออกไปประกอบโรคศิลป์ - วิศวกรรมความปลอดภัยในสถานที่
2. การบริหารกำลังคน	1. อัตรากำลังคนไม่เพียงพอ 2. ดูแลและรับผิดชอบ 8 จังหวัด
3. การเงินการคลัง	1. ได้รับงบประมาณจากกรมในรูปงบดำเนินการ 2. หากงบประมาณไม่เพียงพอ แก้ปัญหาโดยการขอรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่ศูนย์เข้าไปตรวจ 3. กรมบัญชีกลางตีความว่าศูนย์ไม่ใช่หน่วยงานให้บริการ ทำให้ไม่สามารถเก็บเงินค่าตรวจได้ 4. หากจะขอเก็บค่าตรวจจาก รพ.เอกชน ต้องทำหนังสือขออธิบดี แต่ก็ได้เฉพาะค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเดินทาง
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. งบลงทุนได้ทุกปี แต่จำนวนน้อยมาก

5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดมีทั้งหมด 19 ตัว เข้าตรวจทุก 6 9 และ 12 เดือนจากกรม โดยมีตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเขต คือ การเข้าตรวจเครื่องมือโรงพยาบาลจำนวนกี่เครื่อง
	2. มี internal audit เพื่อตรวจสอบการใช้จ่ายตามงบประมาณ และ สตง. หากมีงบลงทุน
6. สารสนเทศ	1. ระบบข้อมูลดีมาก เพราะแบบ real time ยิ่งตรงเข้ากรม
7. เขตสุขภาพ	1. บทบาทของศูนย์ในเขต คือ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องมือ
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. รับแผนจากส่วนกลาง 2. เป็น Lab ในส่วนภูมิภาค แต่จะตรวจเฉพาะที่ รพ. ที่ไม่มี Lab เท่านั้น
2. การบริหารกำลังคน	1. ไม่เต็มกรอบอัตรากำลัง
3. การเงินการคลัง	1. ได้รับงบประมาณจากกรมในรูปแบบดำเนินการ เงินบำรุง (ค่าทำ Lab) และ อย. บ้าง 2. งบประมาณไม่เพียงพอ ต้องใช้เงินเก็บของศูนย์
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. ไม่มีงบลงทุน
5. การกำกับติดตาม	1. คำรับรองการทำงานที่เซ็นต์กับกรม ไม่ตรงกับการทำงานในพื้นที่
6. สารสนเทศ	1. กำลังพัฒนาระบบ data center แต่ยังไม่สมบูรณ์ โดยให้แต่ละศูนย์เริ่มดำเนินการก่อนแล้วค่อยนำมารวมกัน 2. หน่วยงานที่ส่งตัวอย่างมาให้ศูนย์ตรวจเป็นคนส่งข้อมูลให้จังหวัดเอง
7. เขตสุขภาพ	1. แผนการทำงานของเขตกับแผนศูนย์ไม่มีความเชื่อมโยงกัน 2. เป็นหน่วยงานตั้งรับในเขตไม่ใช่เชิงรุก
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

เขต 2: พิษณุโลก	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. มีการซื้อขายร่วมกันภายในเขต โดยมีกระบวนการดังนี้ - รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา - ดำเนินการตัดสินใจร่วมกันว่าจะซื้อขายตัวใด - ดำเนินการเรียกบริษัทยามาประมูล
5.การกำกับติดตาม	
6.สารสนเทศ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. มีการคิดงานร่วมกันแต่แยกกันทำงาน
วิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. การกำหนดนโยบายจะสอดคล้องกับนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงศึกษาธิการ และสาธารณสุขจังหวัด โดยมีการวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย ของวิทยาลัย 2. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี (มีการปรับปรุงทุก 3 เดือน 6 เดือน)
2. การบริหารกำลังคน	1. อัตราส่วนระหว่างอาจารย์ต่อนักเรียนเท่ากับ 1:8
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. ได้รับตัวชี้วัดจากสถาบันพระบรมราชชนก (ด้านบริหาร) และจากกระทรวงศึกษาธิการ (ด้านการศึกษา)

6. สารสนเทศ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ในการรับนักศึกษาเข้าเรียน วิทยาลัยไม่มีสิทธิ์รับนักศึกษาเข้าเรียนได้โดยตรง แต่ให้ทางจังหวัดเป็นผู้รับสมัคร
ศูนย์อนามัยที่ 9	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. มีการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ร่วมกัน ส่วนในเรื่องของแพทย์อยากให้หน่วยบริการแบ่งมาให้กับศูนย์วิชาการมากกว่า
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. มุมมองของศูนย์ต่อการแย่งงานบริการออกจากงานวิชาการ ทางศูนย์มีความคิดเห็นว่าการขอ case จากหน่วยงานบริการ เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัยสำหรับศูนย์วิชาการเป็นไปได้แต่ยาก 2. ทางศูนย์ต้องการมีบทบาทในการเป็น center ด้านแม่และเด็ก
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. เป็นเรื่องที่ต้องแก้ไขให้เร็วที่สุด
6. สารสนเทศ	

*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
เขต 2: สุโขทัย	
สสจ.สุโขทัย	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	1. หน่วยงานในจังหวัดไม่ค่อยพึง สสจ.
3. การเงินการคลัง	1. หน่วยบริการยังไม่แข็งแกร่งพอในการบริหารจัดการด้านการเงิน 2. สสจ. ถูกตีความให้เป็นหน่วยงานบริหารจัดการไม่ใช่บริการ จึงได้รับงบประมาณในส่วนของการดำเนินการเท่านั้น โดยระบุโครงการและจำนวนเงินมา ขยับปรับเปลี่ยนไม่ได้ 3. มีหน้าที่ในการเกลี้ยบบประมาณ pp ด้วย แต่เป็นก้อนเล็กน้อยเท่านั้น
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	1. การทำงานแลกเงิน เวลาในการทำงานส่วนใหญ่หมดไปกับการกรอกข้อมูล 2. โปรแกรมและรูปแบบในการรายงานมีความหลากหลายมากเกินไป
7. เขตสุขภาพ	1. มองว่าการบริหารจากกระทรวงอาจจะไม่ครอบคลุมและดูแลไม่ทั่วถึง หากเป็นเขตสุขภาพจะดีกว่า 2. การสื่อสารจากส่วนกลางมาสู่ส่วนภูมิภาคเรื่องการปฏิรูปน้อยมาก 3. ควรเริ่มด้วยการกำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน และวางระบบข้อมูลให้ดี 4. กำหนดกรอบอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่/บุคลากรของเขตสุขภาพให้ชัดเจน หากยังไม่มีสามารถยืมตัวคนของ สสจ. ได้แต่ควรมีกฎเกณฑ์ผลตอบแทนให้ชัดเจนด้วย 5. การบูรณาการระหว่างกรมยังน้อยอยู่
7.เขตสุขภาพ	

*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. การมี สปสช. ทำให้หน่วยงานประสานงานกลาง คือ สสจ. มีบทบาทน้อยลง งานส่วนใหญ่ไปรวมที่โรงพยาบาลมากขึ้น 2. มีการล้าเขตของการเป็น purchaser ในการเข้ามากำหนดมาตรฐานการทำงานมากกว่าการกำหนดจำนวนความสำเร็จของงาน
รพ.สุโขทัย (รพท.)	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. มีการทำ service plan แล้ว โดยโรงพยาบาลสุโขทัยเป็น node เรื่องศูนย์อุบัติเหตุ จักษุ การทรงตัวและการได้ยิน 2. เขตไม่มีส่วนกำหนดการทำงานของโรงพยาบาลโดยตรง เขตทำหน้าที่เพียงติดตามการทำงานตามนโยบายของกระทรวงเท่านั้น 3. การทำงานด้านบริการ จำเป็นต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญทางด้านวิชาการ support ด้วย
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	1. รายจ่ายมากกว่ารายรับ 2. แก้ปัญหาโดยการใช้เงินสะสม เงินบำรุง และเงินบริจาค
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. ได้รับงบลงทุนตาม service plan
5. การกำกับติดตาม	1. อยากให้เพิ่มมาตรการการเข้าตรวจราชการ ด้วยการไขว้สายงานเพื่อความรอบด้านในการประเมิน
6. สารสนเทศ	1. โรงพยาบาลจัดจ้างบริษัท IT สร้างโปรแกรมการลงข้อมูลของโรงพยาบาล และกำหนดให้หัวหน้างานเวชระเบียนเป็นคนดูแล
7. เขตสุขภาพ	1. การจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร โดยไม่พิจารณาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย คิดว่าไม่เหมาะสมนัก
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

รพ.ศรีสวรสุโขทัย (รพท.)	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. การกำหนดแผนการทำงานของโรงพยาบาลเริ่มต้นมาจากระบบ HA (การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล)
2. การบริหารกำลังคน	1. งานมากกว่าคน
3. การเงินการคลัง	1. รายได้น้อยกว่ารายจ่าย ปัจจุบันมีหนี้สินด้วย 2. ประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น ซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. ส่วนใหญ่เป็นงบค่าเสื่อม
5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดมีจำนวนมากเกินไป ทั้งจากส่วนกลาง และจาก service plan
6. สารสนเทศ	
7. เขตสุขภาพ	1. สนับสนุนการมีเขตสุขภาพเนื่องจากแต่ละพื้นที่มีปัญหาด้านสุขภาพไม่เหมือนกัน 2. อยากให้หน่วยงานลดความเป็นเจ้าของลง (คน เงิน และของ เป็นของรัฐ) จะทำให้การทำงานร่วมกันมีประสิทธิภาพมากขึ้น 3. การของบประมาณภายในเขตจะมีการตรวจสอบและจัดสรรการใช้จ่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความซ้ำซ้อน 4. เขตสุขภาพควรมีโครงสร้างที่ชัดเจน ไม่ใช่ยืมคนจากจังหวัดมาทำงานให้ เพราะเจ้าหน้าที่อาจทำงานได้ไม่เต็มที่
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

เขต 3: นครสวรรค์	
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. รับนโยบายมาจากกรมโดยตรง 2. หน่วยงานเป็นสังกัดของกองสุขภาพประชาชน 3. เน้นส่งเสริมบทบาทของประชาชนผ่าน อสม. 4. B13 คู่มือเขต 1,2 และ 3 5. ในการกำหนดนโยบาย ทางศูนย์มีความคิดเห็นว่าจะมีการกำหนดร่วมกันระหว่างนักวิชาการและนักปฏิบัติ
2. การบริหารกำลังคน	1. ไม่มีปัญหาในเรื่องกำลังคน
3. การเงินการคลัง	1. รับงบประมาณจากกองสุขภาพประชาชนเป็นหลัก รวมทั้งมีการเขียนโครงการขึ้นไปเพื่อของบประมาณไป รวมทั้งได้รับงบประมาณจาก สปสช. ด้วย
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. ไม่ค่อยมีการกำกับติดตาม ประเมินผล โครงการต่างๆ ที่ทางศูนย์จัดขึ้น
6. สารสนเทศ	1. มีศูนย์กลางในการเก็บข้อมูลภายในจังหวัด
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการทำงาน เช่น Facebook เป็นต้น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. รับนโยบายโดยตรงจากกรมและนำมาดัดแปลงให้เข้ากับพื้นที่ 2. มีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของเขต 3. ในมุมมองของ สคร. ถือว่าการวางนโยบายต่าง ๆ ในเขตมีประสิทธิภาพ
2. การบริหารกำลังคน	1. ทำงานตามจำนวนกำลังคนที่มี
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณได้จากกรม ซึ่งตอนนี้พอ เพราะเลือกทำเฉพาะเรื่องที่สำคัญก่อน
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	

5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดทำตามของกรม ไม่มีของพื้นที่เอง และเลือกทำเฉพาะตัวชี้วัดที่สมเหตุผลเท่านั้น
6. สารสนเทศ	1. ข้อมูลที่เก็บ เพียงพอแค่กับพื้นที่ ไม่เพียงพอต่อเขต 2. ข้อมูลที่ส่งให้ส่วนกลาง ส่วนกลางไม่ค่อยได้นำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ไม่เห็นด้วยกับการขอ case ต่างๆ จากหน่วยงานบริการ เพื่อมาทำงานวิชาการ 2. มีการจัดอบรมเพิ่มเติม โดยเน้นเฉพาะส่วนที่ขาด
ศูนย์สุขภาพจิต	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. policy core -> community base -> implement
2. การบริหารกำลังคน	1. คนน้อยกว่ากรอบอัตรากำลัง (12คนจาก15คน+/-)
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณจาก2แหล่ง - กรม เป็นงบดำเนินการ/ค่าจัดทำโครงการ - สปสช. งบpp ได้รับงบประมาณจากหน่วยงานอื่น ๆ อีกแต่ได้รับบางปี เช่น อปท. เป็นต้น
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. การประเมินผลงานตาม Flagship ของกรมและการนิเทศงานของ ผตร
6. สารสนเทศ	
7. เขตสุขภาพ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
ศูนย์อนามัย	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. นโยบายหลัก ๆ มาจากกรม แล้วนำมาปรับเข้ากับจังหวัดและเขต 2. ศูนย์เน้นงาน pp
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	

4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. ยึดตัวชี้วัดของจังหวัด (พื้นที่) มากกว่าการทำงานยึดตามตัวชี้วัดของกรมเพื่อให้ทำงานสอดคล้องได้ดียิ่งขึ้น
6. สารสนเทศ	1. ข้อมูลที่ศูนย์เก็บจะเป็นการ survey ส่งเข้ากรม มากกว่าการกรอกข้อมูลโดยข้อมูลที่กรอกนั้นเป็นหน้าที่ของ รพ. ต่างๆ
7.เขตสุขภาพ	1. เขตนี้จัดทำ service plan แล้วเริ่มจากงาน pp 2. ศูนย์ร่วมในคณะทำงานด้านสูตินารีและเด็ก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ service plan ของเขต
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

เขต 4: สระบุรี	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีและผู้ตรวจราชการเขต	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	1. จำนวนแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น แต่แพทย์ทั่วไปน้อยลง 2. ตำแหน่งที่มีความเสี่ยงสูง มีจำนวนคนลดลง 3. ขาดระบบประกันให้กับแพทย์ 4. มีการจ้างลูกจ้างชั่วคราวมาก โดยเฉพาะพยาบาล 5. ทรัพยากรบุคคลถูกดูดเข้าไปที่ภาคเอกชน โดยเฉพาะเมื่อไม่มีข้าราชการแล้ว
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดมาจาก กระทรวง+เขต+พื้นที่ 2. มีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดของกระทรวงบ่อยมาก
6. สารสนเทศ	1. โปรแกรมในการส่งข้อมูลมีมากเกินไป
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. มีการแชร์ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกัน (แพทย์ ห้องผ่าตัด) 2. รพช. กับ รพ.สต. ไม่รับผ่าตัดไส้ติ่ง 3. เห็นด้วยกับการมีอนุกรรมการของ คปสช.
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. รับนโยบายมาจากจังหวัด+เพิ่มเติมเองบ้าง โดยนโยบายที่รับมาส่วนใหญ่สอดคล้องกับพื้นที่
2. การบริหารกำลังคน	1. เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร อัตราากำลังคนของที่นี่ไม่ขาด
3. การเงินการคลัง	1. UC ของอำเภอเมืองไม่ค่อยมีปัญหา ส่วน Non UC ไม่ค่อยดีเท่าไร 2. มีการทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงจากทุกหน่วยงานและทุกปีในเดือนตุลาคม

4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. รับมาจากจังหวัด+พื้นที่
6. สารสนเทศ	1. ระบบ Internet มั่นคง 2. ที่นี่มี Data Center ของจังหวัดทำหน้าที่ในการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งถ้าทำเป็นเขตจำเป็นต้องมีการ Pool ข้อมูลกับจังหวัดอื่น 3. ขาดคนที่จะเอาข้อมูลจาก Data Center มาวิเคราะห์
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. มีปัญหาการทำงานร่วมกับหน่วยงานด้านการปกครอง เนื่องจากความซับซ้อนในการทำงาน
ศูนย์อนามัย	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
รพ.เทศบาลเมืองสระบุรี (pcu)	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. แผนงานยึดตามกรอบของ รพ.สระบุรี 2. ทำแผนงานร่วมกับ อบท. เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่เกิดจากการทำ joint venture กับท้องถิ่น
2. การบริหารกำลังคน	1. มีหมอ 3 คนและพยาบาล 9 คน จาก รพ.สระบุรี 2. ใช้กรอบอัตรากำลังของหน่วยงานเวชกรรมสังคม ของ รพ.สระบุรี โดยงานเดิมที่

	โรงพยาบาลก็ต้องทำ แคมต้องมาทำงานที่สาขานี้ด้วย ทำให้ต้องจ้างลูกจ้างชั่วคราวมาช่วยงาน
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. ตั้งแต่มี uc ไม่มีงบลงทุนใหม่เลย ส่วนใหญ่จะเป็นงบค่าเสื่อมแต่ได้จำนวนน้อย
5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดเกิดจากข้อมูลที่ไม่มีในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ทำให้ต้องเก็บเพิ่ม/ทำเพิ่ม จึงอยากให้คนคิดตัวชี้วัดสำรวจปัญหาในพื้นที่ด้วย
6. สารสนเทศ	1. โปรแกรมในการลงข้อมูลหลากหลายเกินไปทำให้เกิดการซ้ำซ้อนในการทำงานเพราะไม่สามารถแปลงไฟล์ลงได้ ต้องคีย์ข้อมูลใหม่ทุกครั้ง
7. เขตสุขภาพ	1. เริ่ม implement ระบบคล้าย ๆ เขตสุขภาพตั้งแต่ตุลาคม 2554 2. สนับสนุนให้สามารถจัดสรรงบประมาณภายในเขตสุขภาพ เพราะคนในพื้นที่จะทราบปัญหามากกว่า
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ปัญหา คือ competency ในการใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีสูงๆ เนื่องจากระบบไม่ได้สร้างหรือเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่ไว้ 2. ที่สาขา รพ.สระบุรี เด่นในเรื่อง paperless ใช้งานแทนใบ opd card
รพ.สต.ตลิ่งชัน	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. รับนโยบายจาก สสจ. แล้วนำมาปรับเข้ากับพื้นที่ 2. รับผิดชอบงาน primary care 3. จัดตั้งสมาคม อสม. โดยมี อสม. ตามจำนวนครัวเรือน
2. การบริหารกำลังคน	1. ขาดแคลนทันตภิบาล เพราะในพื้นที่นี้มี รพ.สต. 9 แห่ง แต่มีทันตภิบาล 1 คน ต้องเวียนกันใช้
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณไม่เพียงพอ 2. ได้รับงบประมาณจาก สปสช. ประมาณ 70% ที่เหลือเป็นงบดำเนินการจากกระทรวง และเงินสมทบจาก อบต. บ้าง และ รพ.สต. อยู่ใกล้โรงไฟฟ้าจึงได้รับสนับสนุนจากงาน csr ของ

	โรงไฟฟ้าด้วย 3. ต้นทุนของ รพ.สต. จะหนักไปที่ค่ายาเพราะคนไข้ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรัง ประมาณปีละ 300,000 บาท (ยานี้ได้จากโรงพยาบาลแม่ข่าย)
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. งบลงทุนปกติจะลงที่โรงพยาบาลแม่ข่าย หากจะลง รพ.สต. จะมาในรูปงบค่าเสื่อมมากกว่า ได้ประมาณปีละ 50,000 บาท
5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดตามเข็มมุ่งเพื่อไว้เป็นเกณฑ์ในการปรับเงินเดือน
6. สารสนเทศ	1. ใช้โปรแกรม Hospxp ในการคีย์ข้อมูลส่ง สสจ. 2. พัฒนาระบบการทำแฟ้มครอบครัว เพื่อจัดเก็บเพิ่มในโปรแกรม hospxp ด้วย
7. เขตสุขภาพ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
รพ.พระพุทธบาท	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. นำแผนจากกรม จังหวัด และท้องถิ่น มาปรับเป็นแผนการทำงานของโรงพยาบาล 2. เป้าหมายคือ รับคนไข้ตติยภูมิคนละครั้งกับ รพ.สระบุรี (เป็นเป้าหมายร่วมกันในเขต) 3. เป็น รพท. 315 เต็ม ถูกปรับลดบทบาทลงจาก 400 เต็มและต้องปิดตึกไป 1 ตึกด้วย
2. การบริหารกำลังคน	1. จ้างลูกจ้างชั่วคราวเพื่อช่วยเหลืองาน back office
3. การเงินการคลัง	1. เป็นหนี้ 70 ล้านบาท (ค่ายาประมาณ 30 ล้านบาท) 2. รายรับรายประเภทของผู้ป่วยใน ควรคงที่ไม่ควรน้อยลง ตอนนี้เปลี่ยนแปลงน้อยมาก
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. งบลงทุนได้ในรูปแบบงบลงทุนค่าเสื่อมจาก สปสช. เจ้าเดียว แต่คนทำให้เสื่อมมีหลายเจ้า 2. งบลงทุนใหม่ขึ้นกับ service paln
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	1. ไม่มีรูปแบบมาตรฐาน และเปลี่ยนไปตามหน่วยงานที่ขอข้อมูล 2. ไม่มีคนรวมข้อมูลกลาง
7. เขตสุขภาพ	1. เกิดการจัดทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกัน

	2. ลดการยึดติดและลดความเป็นเจ้าของโรงพยาบาลลงไป จะทำให้การทำงานร่วมกันได้ง่ายขึ้น
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่2	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	1. เนื่องจากบุคลากรไม่ได้ตามกรอบอัตรากำลังที่ขอไป จึงทำงานได้ตามจำนวนคนเท่านั้น
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณได้รับในรูปงบดำเนินการจากกรมและ on top ตามกิจกรรมที่ขอไปเพิ่ม ส่วนนอกงบประมาณบ้าง เช่น สปสช. กองทุนโลก เป็นต้น
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. ส่วนใหญ่เป็นอุปกรณ์สำนักงาน
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	1. ใช้ฐานข้อมูล PMQA แต่ยังไม่สมบูรณ์ 100%
7. เขตสุขภาพ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ช่วยสร้างแรงจูงใจให้กับแพทย์และนักวิชาการให้เข้ามาทำงานที่ สคร. บ้าง เพราะหมอมักไปกระจุกตัวที่หน่วยบริการ ทำให้หมอในระบบป้องกันและควบคุมมีน้อย 2. เน้นการสร้างโปรแกรมความจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งเป็นโปรแกรมต้นทางในการป้องกันโรค ดีกว่าการสร้างศูนย์โรคนั้นๆ ที่ปลายเหตุ

เขต 5: ราชบุรี	
ศูนย์อนามัย/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. ทำหน้าที่เป็น regulator ของกรมอนามัยในเขต - กฎหมาย - มาตรฐานงาน - ข้อตกลง สัญญาหรือความร่วมมือต่างๆ
2. การบริหารกำลังคน	1. competency ด้านบุคลากรอาจยังไม่เพียงพอ 2. อายุเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ประมาณ 50-59 ปี
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณติดลบ 11 ปีติด 3 ปีสุดท้ายติดลบปีละ 5 ล้านบาท
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. รพ. ไม่ได้รับงบลงทุนมาเป็นเวลานานแล้ว
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	1. ระบบฐานข้อมูลเป็น online web
7. เขตสุขภาพ	1. ทำงานหน้าที่ใน support การทำงานของเขต - Regulator สนับสนุนข้อมูล ความรู้ สถานการณ์ เพื่อกำหนดนโยบายต่างๆ - Provider ทำข้อมูล ความรู้ และสถานการณ์โดยเฉพาะรูปแบบบริการที่เหมาะสม เพื่อเป็นต้นแบบของชุมชน - purchaser เป็นตัวแทนของภาคประชาชน แต่ก็มีประเด็นว่า ใครเป็นคนกำหนด health need ที่เหมาะสม
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
สำนักงานป้องกันควบคุมโรค	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. ใช้ยุทธศาสตร์การทำงานจากกรมเลย 2. เป็นศูนย์วิชาการ ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและควบคุมโรค

2. การบริหารกำลังคน	1. ไม่มีการทดแทนข้าราชการตามตำแหน่งเดิมหากมีการเกษียณ (freeze zero growth) เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นพนักงานราชการ 2. ลูกจ้างประจำที่ประจำตามหน่วยควบคุมแมลง ที่ทำหน้าที่พ่นยาตามบ้านเรือนประชาชน จะเกษียณอายุราชการไม่มีคนทดแทน เพราะแรงงานหายาก แก้ไขโดยการยุบหน่วยบางหน่วย
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	
7. เขตสุขภาพ	1. มีบทบาทในการนิเทศงานร่วมกับคณะผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข 2. จัดทำข้อเสนอแนะ แผนงานโครงการแก้ปัญหาในเขตผ่านการทำงานในรูปของ คปสข. เช่น - ปัญหาสุขภาพวัยรุ่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - โรคไข้เลือดออก โรคเอดส์บูรณาการ เป็นต้น 3. ทำงานเชิงรุกร่วมกับ สสจ. เช่น สอบสวนควบคุมโรคระบาด การบังคับใช้กฎหมายต่างๆ เป็นต้น
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

เขต 6: ชลบุรี	
รพ.ชลบุรี (รพศ)	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. มีความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างคนข้างบนกับข้างล่าง 2. ข้อเสียของการรับแผนจากส่วนกลาง - แผนจากข้างบนไม่จริง ทำให้ปลายทางไม่จริงตามไปด้วย - เป้าหมายไม่ชัดเจน ทำให้เกิดการตีความที่หลากหลายในพื้นที่ - บาง รพ. อาจยังไม่พร้อม หากถูกยกฐานะขึ้นไปอีกชั้น เช่น รพช.บางละมุง ขึ้นเป็น รพท. เป็นต้น 3. ข้อดีของการรับแผนจากส่วนกลาง - บทบาทหน้าที่ชัดเจนในแต่ละพื้นที่ - เกิดความเอื้ออาทรภายในเขต การจัดการงบประมาณภายในเขตดีขึ้น - ลดความซ้ำซ้อนในการจัดซื้อทรัพยากรทางการแพทย์ 4. แผนการทำงานในเขต รพ.ได้จัดทำแผนของ รพ. อยู่ จึงนำมาผนวกเข้ากับแผนเขตที่หลัง
2. การบริหารกำลังคน	1. เป็นปัญหาอย่างมาก และ case ส่วนใหญ่ที่มาเป็นคนไข้หนัก 2. ไม่ค่อยเห็นด้วยกับระบบ GIS เพราะเป็นเกณฑ์ที่ไม่ได้ดูความยากง่ายของ case แนะนำให้ใช้ workload มาเป็นเกณฑ์ให้การกำหนดจำนวนหมอและพยาบาลจะเหมาะสมกว่า 3. ในปัจจุบันลูกจ้างชั่วคราวยังหายากเลย 4. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ไม่ชัดเจนและน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับงาน ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานมานานและเข้าใจงานเป็นอย่างดีถูก รพ.เอกชน ชื้อตัวไป
3. การเงินการคลัง	1. รายรับมากกว่ารายจ่ายนิดนึง - 3กองทุน ได้แก่ 1.กรมบัญชีกลาง 2.ประกันสังคม 3.uc ซึ่งได้รับต่ำกว่าจ่ายจริงทั้ง 3 กองทุน - out of pocket จากผู้ป่วยนอกที่จ่ายเอง (ประมาณ10%)
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	

6. สารสนเทศ	1. ข้อมูลที่แต่ละหน่วยงานขอมีความซ้ำซ้อน อีกทั้งโปรแกรมที่ใช้ในการคีย์ข้อมูลแตกต่างกันตามแต่ละหน่วยงาน ส่งผลให้ถึงแม้หน่วยงานจะขอข้อมูลเดียวกัน แต่ก็ต้องคีย์หลายครั้ง ทำให้เป็นภาระงานค่อนข้างมาก
7.เขตสุขภาพ	1. มีสำนักงานเขตแล้ว เจ้าหน้าที่ที่ทำงานคือลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 2 คน และขอความร่วมมือคนในจังหวัดเพื่อมาเป็น focal point ของจังหวัดนั้นๆ
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
ศูนย์อนามัยที่ 3	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. สอดคล้องกับกรมก่อนแล้วหลังจากนั้นบูรณาการให้สอดคล้องกับพื้นที่ 2. นโยบายเปลี่ยนทำให้ศูนย์อนามัยถูกปรับลดบทบาทลง ส่งผลให้ต้องมีการปิดห้องคลอด และ ward ผู้ป่วยใน 3. มุ่งเน้นวิชาการ ปัจจุบันสอน นักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัยบูรพา ด้วย
2. การบริหารกำลังคน	1. Back Office ขาดเป็นจำนวนมาก จนต้องจ้างแบบเหมาจ่ายมาจากหน่วยงานเอกชน
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณจากกรมที่เดียว และผู้ป่วยจ่ายเองบ้าง 2. ทหารรายได้เพิ่มจากการทำ contact ตรวจสุขภาพกับหน่วยงานต่างๆ เช่น ตำรวจ
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. มีการแชร์สถานที่ แต่เครื่องมือแพทย์อื่น ๆ ที่ไม่ได้ใช้ส่งมอบให้หน่วยงานอื่นหมดแล้ว
5. การกำกับติดตาม	1. เนื่องจากมี 2 นาย (กรม และ ผตร.) ทำให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติได้ค่อนข้างยาก
6. สารสนเทศ	1. ข้อมูลที่ศูนย์มี จะได้มาจากกรมและจากการทำ survey ด้วยตนเอง 2. อยากให้มีระบบข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ไม่เหมาะเป็นสถานบริการเนื่องจากอยู่ไกลจากชุมชน 2. ศูนย์อนามัยทั้ง 12 ศูนย์จะมาประชุมกันว่าที่ไหนต้องการเงิน เมื่อกรมมีเงินจะได้พัฒนาได้ถูกจุด

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จ.ชลบุรี	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. ปัจจุบันได้มีการปฏิรูปการทำงาน โดยเน้นงานด้านวิชาการและงานที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงมากขึ้น มีการถ่ายโอนงาน Pre-Marketing ไปยังบริษัทเอกชน 2. ยุทธศาสตร์ของศูนย์ แบ่งออกเป็น 60% ทำงานสอดคล้องตามกรม และอีก 40% ทำงานสอดคล้องตามพื้นที่
2. การบริหารกำลังคน	1. มีโควต้าลูกจ้างชั่วคราวอยู่ที่กรม ทางศูนย์สามารถร้องขออัตรากำลังสนับสนุนจากกรมได้ 2. ไม่มีอัตรากำลังด้าน IT
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดศูนย์และกรมกำหนดร่วมกัน
6. สารสนเทศ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

เขต 7: ขอนแก่น	
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	1. มีปัญหาเรื่องกรอบอัตรากำลัง แต่ละศูนย์มีกรอบอัตรากำลังไม่เท่ากัน ซึ่งสำหรับศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 มีกำลังคนต่ำกว่ากรอบอัตรากำลัง
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. มีตัวชี้วัดระดับของศูนย์เพื่อตอบโจทย์ปัญหาของพื้นที่จริงๆ และสำหรับเขตสุขภาพต้องมีตัวชี้วัดของเขตโดยเฉพาะ และไม่จำเป็นต้องเหมือนกันระหว่างเขต
6. สารสนเทศ	1. ข้อมูลที่กระทรวงจัดเก็บมีเป็นจำนวนมาก แต่นำมาใช้น้อย
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. บทบาทของศูนย์สุขภาพจิตควรจะต้องมีการปรับปรุง ศูนย์ควรที่จะตอบได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ที่รับผิดชอบคืออะไร (ศูนย์ควรทำหน้าที่เก็บข้อมูลเอง) 2. จุดยืน: ศูนย์วิชาการควรยังมีอยู่ มีหน้าที่สนับสนุนด้านข้อมูล เป็น Facility Supporter ด้านวิชาการ 3. ควรมีพยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลจิตเวช ทุก รพ.สต.
รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. ยุทธศาสตร์ที่ได้รับมาจากกรม ขาดความเชื่อมโยงและความต่อเนื่อง
2. การบริหารกำลังคน	1. บุคลากรทำงานตรงตามสายอาชีพ ไม่มีการดึงบุคลากรที่ทำหน้าที่บริการ มาทำงานด้านการเงินหรือ IT
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	

6. สารสนเทศ	1. ระบบฐานข้อมูล อยากให้ทำเป็นแผนที่ชัดเจนและมีระยะเวลาที่แน่นอน ไม่อยากให้ถูกเปลี่ยนแปลงบ่อย
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. เป็น รพ. ทางจิตเพียงแห่งเดียวในเขตนี้ เพราะฉะนั้นจะรับการ refer มาก ซึ่งบาง case ไม่จำเป็นต้องมาถึงที่นี่ 2. รพ. มีความคิดเห็นที่ไม่ควรแยกงานวิชาการออกจากบริการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ในอดีต สคร. 6 ทำทั้งงานด้านบริการ (โรคฉี่หนู, โรคเรื้อน) แต่ด้วยบริบทของพื้นที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบัน สคร. 6 จึงทำเฉพาะงานวิชาการ 2. หากในอนาคตมีการจัดตั้งเขตสุขภาพ ควรจะมีแผนงาน 2 ส่วน คือ แผนงานโครงการระดับประเทศ และแผนงานโครงการระดับเขต
รพ.ขอนแก่น	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	1. ขาดแคลนมากที่สุด "พยาบาล" 2. การผลิตบุคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งถ้าทำเป็นเขตสุขภาพได้น่าจะดีขึ้น 3. เรื่องกำลังคน กำลังคนไม่เพียงพอต่องาน แก้ไขปัญหาโดยการจ้างลูกจ้างเงินบำรุง

3. การเงินการคลัง	1. ต้นทุนต่อหน่วยสูงกว่าเงินที่ได้รับทุกประเภท
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. มีนโยบายการใช้เครื่องมือแพทย์ร่วมกับ รพ.สิรินธร
5. การกำกับติดตาม	1. มีการตรวจตามผู้ตรวจทุก 6 เดือนแรกและ 6 เดือนหลัง รวมทั้งมีการตรวจทุกไตรมาสภายใน รพ.เอง
6. สารสนเทศ	1. เสียเวลาในการรวบรวมมากและข้อมูลซ้ำซ้อน
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. รพ. มีความคิดเห็นที่ไม่ควรแยกงานวิชาการและบริการออกจากกัน
ศูนย์อนามัยที่ 6	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. รับแผนจากส่วนกลางมาปรับเป็นของหน่วยงาน โดยมีบุคลากรในหน่วยงานร่วมมือกัน 2. ข้อดีของการรับแผนจากส่วนกลางคือเกิดพลังขับเคลื่อนด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมทั่วประเทศ 3. ข้อเสียของการรับแผนจากส่วนกลางคือไม่สามารถแก้ปัญหาในบางพื้นที่ได้ และการถ่ายทอดแผนบางแผนอาจล่าช้าทำให้การนำไปปฏิบัติล่าช้าตามไปด้วย 4. ไม่ควรโอนงานด้านบริการให้แก่เครือข่ายบริการของ กสธ. หรือ อปท. ควรมีไว้ที่ศูนย์อนามัยเพื่อผลิตและพัฒนารูปแบบการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ
2. การบริหารกำลังคน	1. คนไม่เต็มกรอบ ตอนนี้แก้ปัญหาโดยการทำงานล่วงเวลาและจ้างผู้ที่เกษียณอายุราชการแล้วมาทำงานแทนตำแหน่งที่ว่าง
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณไม่เพียงพอ แก้ปัญหาโดยจัดทำโครงการของบสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น เช่น สปสช. สสส. อปท. 2. งบประมาณถูกตัดลดลงไป (ถูกตัดเงิน uc) แต่งานยังเท่าเดิม
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. ควรกำหนดตัวชี้วัดและประเมินผลจากส่วนกลางเฉพาะนโยบายที่สำคัญ แล้วให้พื้นที่ทำการกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายอื่น ๆ เองตามบริบทของพื้นที่

6. สารสนเทศ	1. ควรมีการวางระบบคลังข้อมูลกลาง และมีการจัดเก็บข้อมูลร่วมกันโดยให้แต่ละหน่วยงานเป็นผู้บันทึกข้อมูลในส่วนที่หน่วยงานนั้นรับผิดชอบ
7. เขตสุขภาพ	1. ข้อดีของการเป็นเขตสุขภาพ 1.1 ช่วยให้มีการบูรณาการงานในพื้นที่ได้ชัดเจนขึ้น 1.2 ใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกันอย่างคุ้มค่า 1.3 สามารถจัดซื้อทรัพยากรทางการแพทย์ได้ในราคาถูกเนื่องจากรวมกันซื้อในปริมาณมาก 2. ข้อเสียของการเป็นเขตสุขภาพ 2.1 หากพื้นที่ยังไม่มีความพร้อมของระบบการบริหารจัดการงบประมาณ 2.2 อาจเกิดความขัดแย้งจากการจัดสรรทรัพยากร
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. งานด้านอนามัยถูกลดความสำคัญลงมากจากอดีต รัฐบาลไปเน้นหนักงานด้านการรักษามากกว่า 2. ขาดการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เรื่องการเปลี่ยนแปลงภายในกระทรวง ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและคลั่งไถ้ในทางลบได้
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. เน้นงานสาธารณสุขพื้นฐาน - การมีส่วนร่วมของประชาชน - ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม - ประสานงานระหว่างรัฐกับประชาชน ผ่านกลไก อสม. 2. สนับสนุนบทบาท อสม./สนับสนุนเครือข่ายในชุมชน/สนับสนุนการจัดการสุขภาพของประชาชน/สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กร
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	

5. การกำกับติดตาม	1. ได้รับการประเมินจากต้นสังกัด
6. สารสนเทศ	
7. เขตสุขภาพ	1. เป็นห่วงสถานะของ สสจ. ว่าจะมีเหลืองาน/หน้าที่อะไรบ้างหาก ผตร. ลงมาดูแลเขตสุขภาพ 2. เกรงว่าการมีเขตสุขภาพ งานการดูแลและให้ความรู้ อสม. จะไม่มีใครรับผิดชอบ
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น (รพศ.)	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. มีแผนการทำงานที่จัดทำตามตัวชี้วัด ซึ่งสอดคล้องกับตัวชี้วัดส่วนกลาง 40% อีก 60% เป็นปัญหาในพื้นที่ 2. การรับแผนจากส่วนกลางมีข้อดีคือชัดเจนและทิศทางเดียวกับส่วนกลาง แต่ก็มีข้อเสียคือส่วนกลางมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ผู้ปฏิบัติงานอาจปรับการทำงานไม่ทัน
2. การบริหารกำลังคน	1. ให้ความสำคัญกับคนทำงานมากกว่า ดังนั้นจึงไม่รอนคนตามกรอบอัตรากำลัง ตอนนี้มีกำลังลูกจ้างเงินบำรุง 3,200 คน 2. บุคลากร 1 คนทำทั้งวิชาการและบริการ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ 3. ขาดแคลนวิชาชีพมาก เช่น หมอเฉพาะทาง พยาบาล
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณประมาณ 70% มาจาก uc ข้าราชการ ปกส พรบ.รถ และจ่ายเอง 2. ค่าหัวในการรักษาพยาบาลถูกกำหนดให้คงที่ที่ 2,700 บาทมา 3 ปีแล้ว แต่เงินเดือนพนักงานต้องขึ้นทุกปี บางปีต้องขอรับบริจาคจากหน่วยงานภายนอก เช่น วัด เป็นต้น
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	ไม่มีงบลงทุนมาแล้ว10ปี
5. การกำกับติดตาม	1. การลงตรวจ/นิเทศงาน 2 ครั้ง/ปี มองว่าเหมาะสมแล้วแต่ตัวชี้วัดมีจำนวนมากเกินไป ทำให้เวลาในการให้บริการประชาชนหมดไปกับการทำตัวชี้วัด/ประชุมจัดทำตัวชี้วัด 2. การกำหนดตัวชี้วัดจากข้างบนอยากให้คนทำลงมาดู เช่น ตัวชี้วัดเรื่องระยะห่างของเตียง รพ.ขอนแก่นเป็น รพศ. คนไข้ปกติก็เยอะอยู่แล้วและต้องมารับโอนคนไข้จาก รพ.อื่นอีก ทางเดินก็ไม่ได้อยู่แล้ว คนไข้เยอะ ทำงานเยอะ แต่มาสอบตกตัวชี้วัดเรื่องระยะห่างของเตียง

6.สารสนเทศ	1. ส่งข้อมูลหลายเจ้าแต่เป็นข้อมูลชุดเดียวกัน ทำให้เจ้าหน้าที่เสียเวลากรอกข้อมูล เนื่องจาก format การขอข้อมูลไม่เหมือนกัน
7.เขตสุขภาพ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

เขต 8: อุดรธานี	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. สสจ. มีหน้าที่ในการสนับสนุนนโยบายที่กระทรวงและผู้ตรวจวางไว้
2. การบริหารกำลังคน	1. เรื่องกำลังคนของสำนักงานเขต ทาง สสจ. จัดสรรเจ้าหน้าที่ของตนเองไปช่วยทำงานของเขต ประมาณ 6-7 คน (ด้านการประสานงาน ด้านข้อมูล เดินทางไปกับคณะผู้ตรวจ 2. ในอนาคต เรื่องกำลังคนของสำนักงานเขต นายแพทย์ สสจ. มองว่าในระยะเริ่มต้นจะต้องอาศัยกรอบอัตรากำลังของ สสจ. ในการสนับสนุน ซึ่งทาง นายแพทย์ สสจ. มองว่าการแบ่งกำลังคนไปช่วยงานสำนักงานเขต จะไม่กระทบกับงานของ สสจ.
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. มีการแชร์ทรัพยากรห้องผ่าตัดร่วมกันระหว่างศูนย์มะเร็งกับรพ. ศูนย์อุดรธานี 2. มีการส่งต่อคนไข้ระหว่างอำเภอกับรพ.ศูนย์อุดรธานี โดยส่งคนไข้ไปผ่าตัดที่รพ.ศูนย์อุดรธานี แล้วส่งคนไข้กลับไปพักฟื้นที่อำเภอ โดยมี incentive ให้จำนวน 500 - 1,000 บาท (ขึ้นกับระยะทาง
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. มีความพยายามในการจัดตั้ง ออฟฟิศ ของสำนักงานเขต ที่ สสจ. อุดรธานี โดย นายแพทย์ สสจ. ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. สสอ. รับนโยบายจากส่วนกลางมาทำ แต่มีวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ถึงเป้าหมายแตกต่างกัน 2. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของพื้นที่ ซึ่งทำให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวง
2. การบริหารกำลังคน	1. มีการให้ Incentive ในเรื่องของเงินเดือน 2. กำลังคนไม่เพียงพอต่องาน มีการดึงเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านบริการมาทำการเงิน

3. การเงินการคลัง	1. อำเภอลำปางมาให้เลย แต่ทางอำเภอมักมีกันไว้บางส่วน
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. มีความขัดแย้งระหว่างตัวชี้วัดของกรมและสปสช. ทำให้ทำงานลำบาก นอกจากนี้ตัวชี้วัดมีการกำหนดมาตรฐานเท่ากันในทุกพื้นที่ ซึ่งทางสสอ. มองว่า บริบทในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน การที่ใช้มาตรฐานเดียวกันในทุกพื้นที่นั้นไม่เหมาะสม 2. มีตัวชี้วัดของหน่วยงานเองด้วย ซึ่งสามารถวัดประสิทธิภาพการทำงานเป็นรายบุคคลได้
6. สารสนเทศ	1. เรื่องข้อมูล หน่วยงานต่างๆ ขอข้อมูลตัวเดียวกัน เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
รพ.สต. หมู่ม่น	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. ยุทธศาสตร์ สสอ. กำหนดมา แต่เจ้าหน้าที่ของ รพ. ก็เข้าไปร่วมกำหนดด้วย 2. มียุทธศาสตร์ของตัวเองด้วย ตอนนี้เน้นเรื่องมะเร็งท่อน้ำดี
2. การบริหารกำลังคน	1. ที่ รพ.สต. หมู่ม่น มีกำลังคนประมาณ 16 คน แบ่งเป็น ข้าราชการ 10 คน ลูกจ้าง 6 คน ซึ่ง รพ.สต. หมู่ม่น ไม่ได้มีปัญหาเรื่องกำลังคนไม่เพียงพอกับงาน
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. ในการทำนโยบายระดับอำเภอ ใช้งบประมาณจากกองทุน+NGO
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	1. มีปัญหาการคีย์ข้อมูลซ้ำหลายรอบ
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. เรื่องการจัดทำเขตสุขภาพ มีความคิดเห็นว่า เห็นด้วยกับการมีเขตสุขภาพ ซึ่งจะให้แต่ละเขตทราบถึงปัญหาเฉพาะของในแต่ละพื้นที่
รพ.สต. บ้านเลื่อม	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. ยุทธศาสตร์รับมาจากกระทรวง
2. การบริหารกำลังคน	

3. การเงินการคลัง	1. มี NGO ให้เงินสนับสนุน
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. ในเรื่องของเครื่องมือต่างๆไม่สามารถเลือกคุณภาพเองได้
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	1. โดนตัดลดอัตรากำลัง 2. พัฒนาบุคลากรได้ไม่ต่อเนื่องเพราะอยู่ไม่นาน
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. เกณฑ์การประเมินผลงานถูกส่งมาจากส่วนกลาง โดยทางศูนย์วิชาการทำเกณฑ์ของตนเข้ามาก่อน
6. สารสนเทศ	1. มีข้อดีคือทำให้กรอบอัตรากำลัง และงบประมาณเพิ่มขึ้น 2. ข้อเสียคือความเป็นผู้นำด้านงานวิชาการของศูนย์วิชาการอาจลดลง
7. เขตสุขภาพ	1. มีข้อดีคือทำให้กรอบอัตรากำลัง และงบประมาณเพิ่มขึ้น 2. ข้อเสียคือความเป็นผู้นำด้านงานวิชาการของศูนย์วิชาการอาจลดลง
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ปัจจุบันงานห้องแล็บถูกลดความสำคัญลง แต่ห้องแล็บยังคงมีงานอย่างต่อเนื่องและต้องรับผิดชอบ/พิสูจน์ ให้กับหน่วยงานอื่น ๆ มากมาย จึงอยากให้ส่วนกลางเล็งเห็นความสำคัญในจุดนี้ด้วย

โรงพยาบาลัญญลักษณ์	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	1. ได้รับงบประมาณจากกระทรวงที่เดียว 2. โรคที่เกิดจากยาเสพติด ไม่อยู่ในการคำนวณ DRG เช่น โรคจากสุรา โรคจากบุหรี่ โรคจากการฉกฉวยยาบ้า เป็นต้น ทำให้เบิกเงินจาก สปสช. ไม่ได้ จึงพยายามแก้ปัญหาโดยการขอเบิกจากโรครอง 3. การเงินติดลบ 4. เป็นโรงพยาบาลขนาด 200 เตียง แต่ปัจจุบันมีคนไข้มากกว่า 700 เตียง ปัจจุบันทำเรื่องขออนุเคราะห์ยาฟรีจาก อย.
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	1. ควรมีรูปแบบกลางในการกรอกข้อมูล เนื่องจากมีหลายหน่วยงานขอข้อมูลมา
7. เขตสุขภาพ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
โรงพยาบาลกุมภวาปี (รพช.)	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. การกำหนดนโยบายจาก top ลงมา down ถูกต้องแล้ว
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	1. การที่งบประมาณไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายอาจจะเกิดจากการใช้จ่ายเกินตัว และ สปสช. ที่ต้องการผลงานและให้เงินน้อย (รวมโรคนายกและโรคเรื้อรัง)
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. เน้นงานบริการเพิ่มขึ้นแต่เงินลงทุนไม่มา ปัจจุบันต้องทำการขอรับบริจาค 2. งบลงทุนที่ได้รับเป็นงบลงทุนค่าเสื่อม ไม่ใช่งบลงทุนเพื่ออนาคต

5. การกำกับติดตาม	1. ส่วนกลางกำหนดนโยบายใหญ่มา ในพื้นที่ทำเรื่องเล็ก ๆ / ปัญหาในพื้นที่ก็พอ 2. อยากให้เพิ่ม leadership ของ ผตร. ให้มากกว่านี้
6. สารสนเทศ	1. รูปแบบหลากหลายเกินไป หน่วยงานบริการต้องกรอกทุกวัน 2. บางข้อมูลไม่กรอกไม่ได้รับเงินสนับสนุน
7. เขตสุขภาพ	1. รพ. ทำอยู่แต่อาจยังไม่ถูกต้องตามระเบียบ 2. อยากให้ส่วนกลางสนับสนุนด้วย เพราะตอนนี้ให้ รพ. ทำเองทุกอย่างเลย 3. หากเป็นเขตสุขภาพได้จริง อยากเห็น economy of scale และ speed ด้วย
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง (รพ.สต.)	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. การกำหนดนโยบายเสนอให้ทำตามแนวทาง bottom -> up แต่หากไม่ได้ ควรมีแนวทางในการ adjust ระหว่างกันให้มากกว่านี้ 2. ทำ service plan มา 5 ปีแล้ว แต่ผลงานก็ไม่ค่อยได้ทำตามแผนที่ควร 3. service plan ทำให้ รพ.สต. เหลือเพียงงานส่งเสริมเท่านั้น
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณได้รับการกำหนดมาจาก non uc ส่วนนอกงบประมาณคือเงินบำรุง จาก uc ประกันสังคม และข้าราชการ
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. รพ. เล็ก เน้นการบำรุงรักษา ไม่ให้ลงทุนใหม่
5.การกำกับติดตาม	
6.สารสนเทศ	1. ควรอนุมัติการจัดจ้างเจ้าหน้าที่ IT มาดูแลด้านข้อมูลโดยเฉพาะ
7.เขตสุขภาพ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

เขต 9: นครราชสีมา	
รพ. ปากช่องนานา (รพช.)	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. ผสมระหว่างของ สป. กับ รพ. ตัวเอง
2. การบริหารกำลังคน	1. ถึงจะมีกรอบอัตรากำลังใหม่ แต่ก็ไม่มีใครเข้ามาทำ เพราะไม่มีคนและไม่มีอัตราเงินเดือนให้
3. การเงินการคลัง	1. มึงบจากกระทรวงด้วย แต่มายัง รพ. แค่ 40%
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. เป็น รพช. ที่ใหญ่ที่สุดในโคราช และกำลังจะเปลี่ยนเป็น รพท. ขนาดเล็ก 2. สสจ. เป็นแม่งานในเรื่องของการเชื่อมโยงภายในพื้นที่ 3. ควรมีการปรับปรุงระบบ GIS
รพ. মহาราช	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	1. อัตรากำลังคนในปัจจุบันมีไม่ถึง 80 ตามกรอบของ GIS
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. อัตรารองเตี้ยเกิน 100% 2. มีการ share หนองเฉพาะทางระหว่าง รพ. ในเขต
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	1. มีปัญหาในการคีย์ข้อมูลซ้ำซ้อน 2. ข้อมูลที่จัดส่งถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อที่จะแก้ปัญหาต่างๆ

*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. สสจ. เป็นแม่ข่ายในเรื่องของการเชื่อมโยงภายในพื้นที่ 2. เป็นโรงเรียนแพทย์
รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. รับแผนงานจากส่วนกลางแล้วนำมาปรับเข้ากับพื้นที่ 2. ข้อดีของการรับแผนจากส่วนกลาง คือ เป้าหมายชัดเจน 3. ข้อเสียของการรับแผนจากส่วนกลางคือ พื้นที่ไม่สามารถทำตามแผนได้ทุกข้อเนื่องจากในพื้นที่ไม่มีงานนั้นๆ 4. กรมสุขภาพจิตจะให้โรงพยาบาลในสังกัดเสนอตัว/เสนอแผนงานว่าตนเองจะเด่นในเรื่องใด เช่น รพ.สวนปรุง เด่นการรักษาโรคจิตจากสุรา รพ.จิตเวชโคราช เด่นการรักษาโดยใช้จิตสังคมบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ รพ. เหล่านี้ เป็นต้นแบบให้ รพ. อื่นๆ นำไปปฏิบัติตาม
2. การบริหารกำลังคน	1. หาก รพ. เน้นหนักเฉพาะงานวิชาการและการรักษาเฉพาะตติยภูมิ บุคลากรจะเพียงพอ แต่หากต้องทำปฐมภูมิด้วยงานจะ load มาก
3. การเงินการคลัง	1.งบประมาณเพียงพอ
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. โรงพยาบาลดูแลประชากร 10,000 คน ต้องมีเตียงคนไข้ 600 เตียง แต่เรามีเตียงแค่ 300 เตียง 2. คนไข้ 1 คนอยู่ admit นานประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ 3. ถามว่าอยากเพิ่มจำนวนเตียงมั๊ย ตอบเลยว่าอยาก แต่หากคิดถึงระบบการเป็นเขตสุขภาพ มองว่า ควรไปเพิ่มเตียงที่ รพ.สังกัด สป. มากกว่า แล้วให้ รพ.จิตเวช ดูแลแค่พื้นที่ๆ ก็น่าจะเพียงพอ
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	1. แบบรายงานได้รับมาจาก สสจ. เป็นแบบฟอร์มกลาง ไม่ยุ่งยากและไม่ซ้ำซ้อน
7. เขตสุขภาพ	1. มองว่าหน่วยงานวิชาการควรต้องปรับบทบาทตนเองให้ขึ้นมาเป็น consultant ให้ได้

*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. การระบุแผนงานหรือเป้าหมายงานว่าควรให้ความสำคัญกับโรคอะไรควรมีการร่วมกันพิจารณามากกว่าการกำหนดมาจากส่วนกลางเลย เพราะมองว่าโรคจิตมีความสำคัญ เป็นพื้นฐานและควรได้รับการป้องกันในเบื้องต้น หากมีแบบแผนการทำงานจะช่วยลดการเกิดโรคอื่นๆ ได้มาก
สำนักงานควบคุมโรค	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. รับแกนในการทำงานจากส่วนกลางแล้วนำปรับเข้ากับพื้นที่ 2. ปัจจุบันโอนงานด้านการบริการออกจากสำนักงานหมดแล้ว
2. การบริหารกำลังคน	
3. การเงินการคลัง	1. การเกลี่ยเงินในเขตเริ่มแล้ว โดย ผตร.
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. ไม่มีงบลงทุน
5. การกำกับติดตาม	1. รับตัวชี้วัดจากกรมและเขต
6. สารสนเทศ	1. อยากให้มีระบบฐานข้อมูลกลาง
7. เขตสุขภาพ	1. เสนอให้ตั้งสำนักงานของเขต เพราะตอนนี้ ผตร. ไม่มีคนทำงานให้ ต้องขอความร่วมมือจากหน่วยงานวิชาการในเขตมาช่วยทำงานให้ 2. ลดความซ้ำซ้อนของการจัดซื้อ/จัดหาทรัพยากรทางการแพทย์
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

เขต 10: อุบลราชธานี	
รพ. มะเร็งอุบลราชธานี	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	1. ขาดแคลนด้านกำลังคน 2. ใช้เงินบำรุงจำนวนมากกับการจ้างลูกจ้างชั่วคราว
3. การเงินการคลัง	1. มีการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงทุกปี โดยมีอธิบดีกรมการแพทย์เป็นผู้อนุมัติ 2. รายได้ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลมาจากค่ารักษาพยาบาล
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. มีการใช้ทรัพยากรร่วมระหว่าง รพ.
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	1. เป็นศูนย์ที่สนับสนุนข้อมูลทางด้านมะเร็ง โดยมีการทำงานร่วมกับ ม.ขอนแก่น 2. มีการจัดทำทะเบียนมะเร็งของ รพ. ทุก 1 ปี และของประชากรทุก 3 ปี เพื่อวางแผนส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็ง
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. เป็นศูนย์หลักของเขต และมีเครือข่ายไปยังจังหวัดอื่นๆ 2. มีการอบรมถ่ายทอดข้อมูลให้กับพื้นที่ด้านตะวันออกเฉียงใต้ 3. ถ้าเกิดเขตสุขภาพ เขตควรมีความสามารถในการจัดสรรกำลังคน และหา นโยบายเพื่อสนับสนุนให้คนมาทำงานกับทางราชการ 4. ไม่เห็นด้วยกับการขอข้อมูลจากหน่วยงานบริการ มาใช้กับศูนย์วิชาการ ยิ่งไปกว่านั้นการเป็นแค่หน่วยงานวิจัยในไทยเป็นไปได้ยาก
รพ. 50 พรรษา	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. มียุทธศาสตร์ของ รพ. เป็นหลัก โดยมีการสะท้อนผ่านผู้ตรวจแบบ Bottom Up
2. การบริหารกำลังคน	1. กำลังคนมีปัญหาขาดแคลน

3. การเงินการคลัง	1. ที่ รพ. นี้มีการยืมเงินบำรุงระหว่าง รพ. อื่นมาใช้ เพื่อเสริมสภาพคล่อง โดยใช้ความไว้วางใจเป็นหลักประกัน 2. สาเหตุหลัก 3 ข้อที่ทำให้ขาดทุน 1.เป็น รพ. ใหม่ เลยไม่ค่อยมีความน่าเชื่อถือ 2.ห่างไกลจากชุมชน 3.ลูกจ้างชั่วคราวมีจำนวนมากเกินไป
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. มีการแชร์ทรัพยากรร่วมกันกับ รพ. สรรพสิทธิ์ และ รพ. เอกชน ในเรื่องของเครื่องมือแพทย์ 2. การใช้ทรัพยากรร่วมกันทำให้ลดความแออัดใน รพ. และความเข้าถึงของประชากรมีมากขึ้น
5. การกำกับติดตาม	1. สสจ. ให้ตัวชี้วัดกับ รพ. เป็นแบบ package 2. ยังไม่เห็นภาพว่าเมื่อเป็นเขตแล้วจะวัด KPI อย่างไร
6. สารสนเทศ	1. มีปัญหาในเรื่องของการรั่วข้อมูล
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ไม่เห็นด้วยกับการขอข้อมูลของศูนย์วิชาการ และไม่ให้ศูนย์วิชาการทำงานด้านบริการเลย 2. ใน service plan เน้นงานด้านอายุรกรรม
รพ.สรรพสิทธิประสงค์	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. เริ่มทำ service plan มาแล้ว 2 ปี โดยให้เน้นปัญหาของพื้นที่ก่อนแล้วนำเป้าหมายกระทรวงมาผนวก 2. ควรให้ช่องว่างให้พื้นที่จัดทำและแก้ปัญหาในท้องถิ่นด้วย ไม่ใช่กำหนดมาจากส่วนกลางเลย เช่น service plan ที่กำหนดลงมาแล้วต้องจัดทำ 10 สาขา เป็นต้น เนื่องจากในพื้นที่มีปัญหามากกว่า 10 โรคหลักที่กระทรวงกำหนดลงมา
2. การบริหารกำลังคน	1. ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ 2. แก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ด้วยการให้เงินสนับสนุนหน่วยงานผลิตให้ช่วยผลิตให้ 3. ขาดแคลนคนมาทำงานเป็นลูกจ้าง back office เพราะไม่มีความก้าวหน้าในงาน 4. กระทรวงไม่อนุมัติการจ้างลูกจ้างชั่วคราว ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม ส่งผลให้ขาดแคลนแรงงานทำงาน
3. การเงินการคลัง	1. เงินน้อยงานหนัก

4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. นโยบายกระทรวงไม่ให้ขยายเตียง ทางโรงพยาบาลต้องการสร้างตึกเพื่อลดความแออัดเหมือนกันแต่กระทรวงไม่อนุมัติ
5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดของส่วนกลางบางตัวไม่สามารถปฏิบัติได้จริงกับโรงพยาบาลในพื้นที่ 2. โรงพยาบาลจึงทำงานตามเป้าหมายของตนเองเท่านั้น 3. ตัวชี้วัดมีจำนวนมากเกินไป หากมีการจัดการแบบเขตสุขภาพเสนอแนะให้ลดจำนวนตัวชี้วัดลดลงมาเหลือประมาณ 30 ตัวชี้วัด
6. สารสนเทศ	1. โรงพยาบาลพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลเอง ทั้ง front และ back office 2. โรงพยาบาลได้รับรางวัลจากกระทรวงจากระบบการเบิกจ่ายออนไลน์ (งาน back office) 3. ปัญหาข้อมูลสารสนเทศของ รพ. คือ การ input ข้อมูลเข้าระบบ เนื่องจากหมอไม่มีเวลาคุยข้อมูล คนไข้เยอะ ทำให้เวชระเบียนต้องช่วยเหลือในการคุยข้อมูลแทน แต่ก็อ่านลายมือหมอไม่ออก ทำให้การกรอกข้อมูลล่าช้าไปอีก บางครั้งแก้ไขปัญหาโดยการ scan แทน
7. เขตสุขภาพ	1. เขตควรมีโครงสร้างและ back office เป็นของตนเองและควรมีอิสระในการทำงานและมีอำนาจในการสั่งการอย่างแท้จริง
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. เกิดการ share ทรัพยากรทางการแพทย์ข้ามสังกัดแล้วในพื้นที่ โดยเป็นการร่วมมือกันระหว่าง รพ. สังกัดกลาโหม กับ รพศ.
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. มีแผนการผลิตพยาบาลที่ชัดเจนสำหรับวิทยาลัยพยาบาล 29 แห่งทั่วประเทศ 2. จำนวนการผลิตพยาบาลเกิดจากการหารือร่วมกับหน่วยงานให้บริการในพื้นที่ โดยเขตจะระบุจำนวนพยาบาลที่ต้องการขึ้นมา หัวหน้า ผตร. จะทำการพิจารณาความเหมาะสมและกำหนดจำนวนลงให้แต่ละพื้นที่ โดยมีรัฐมนตรีร่วมให้ความเห็นด้วย
2. การบริหารกำลังคน	1. อยากเพิ่มจำนวนการผลิตพยาบาลแต่วิทยาลัยฯก็ไม่มีครูสอน เพราะสภากาพยาบาลห้ามครู 1 คนสอนนักเรียนเกิน 13 คน 2. อาจารย์ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ (ผศ. รศ.) เหมือนชั้น 2 ในวงการวิชาการ ทำให้ไม่มีความก้าวหน้าในงาน

3. การเงินการคลัง	1. เงินบำรุงมาจากค่าเทอม
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. งบประมาณไม่เพียงพอ
5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดเดียวกันกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ 66 ตัวชี้วัด
6. สารสนเทศ	
7. เขตสุขภาพ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. เสนอ พ.ร.บ.สถาบันพระบรมราชชนก เพื่อยกฐานะตนเองขึ้นเป็นกรมใหม่เป็นหน่วยงานในกำกับของกระทรวงแต่มีอิสระด้านนโยบาย พนักงานและเจ้าหน้าที่มี career path ชัดเจน สถาบันสามารถประสาทปริญญาบัตรได้เอง

เขต 11: สุราษฎร์ธานี	
รพ.สุราษฎร์ธานี	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. มีแผนยุทธศาสตร์ให้ทาง รพ.สุราษฎร์ธานี เป็น Focal Point ด้านหัวใจ 2. โรงพยาบาลดำเนินงานตามนโยบายของเขต
2. การบริหารกำลังคน	1. ไม่มีวิสัญญีแพทย์ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดได้ 2. ขาดแคลนพยาบาล ปัจจุบันมีพยาบาลเพียงครึ่งหนึ่งของกรอบอัตรากำลัง 3. บุคลากร 1 คน ทำหลายหน้าที่ 4. ขาดความต่อเนื่องในการบริหารงาน เนื่องจากเปลี่ยนผู้อำนวยการบ่อย
3. การเงินการคลัง	1. มีปัญหาคือรายได้น้อยกว่ารายจ่าย 2. อยากให้ สสจ. เป็น clearing house ระหว่าง รพ.
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. จำนวนเตียงมีมากเกินไปที่จะดูแลได้อย่างทั่วถึง
5. การกำกับติดตาม	1. เขตกำหนดตัวชี้วัดมาให้ รวมทั้งทาง รพ. ก็เพิ่มบางตัวชี้วัดเข้าไปเองด้วย 2. เขตมาติดตามตัวชี้วัดปีละ 2 ครั้ง
6. สารสนเทศ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. โครงสร้างของ คปสข. ใหญ่เกิน รวมทั้งขาดความโปร่งใสในการจัดสรร 2. มีการเปิดการเรียนการสอนให้นักศึกษาแพทย์ด้วย 3. อยากให้มีการใช้ P for P
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	
2. การบริหารกำลังคน	1. อัตรากำลังคนยังขาด
3. การเงินการคลัง	1. มาจากงบประมาณทั้งหมด แต่ไม่มีปัญหา เพราะมีเท่าไรก็ใช้เท่านั้น
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	

5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	1. งานวิจัยมีไม่มาก 2. นอกจากการทำ survey เองแล้ว ก็เก็บข้อมูลจากทาง สสจ. และจาก สนย. กับ สปสช. 3. ศูนย์มีความคิดเห็นว่า ควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่สำรวจ/IT/ระบาดวิทยา
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. รับแผนจากส่วนกลาง 2. การรับแผนจากส่วนกลางมีข้อเสียคือ ในแต่ละพื้นที่มีปัญหาที่แตกต่างกัน ทำให้หากเกิดปัญหาในพื้นที่หน่วยงานต้องแก้ไขปัญหาโดยอาศัยเงินบำรุง แต่อย่างไรก็ตามต้องขออนุมัติโครงการจากกรมอยู่ดี
2. การบริหารกำลังคน	1. คนไม่เพียงพอกับงาน 2. แก้ไขปัญหาโดยการจ้างด้วยเงินบำรุง
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณไม่เพียงพอ แก้ไขปัญหาโดยการเขียนโครงการขอจากกรม เมื่อก่อนมีรายได้จากการรับวิเคราะห์
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. งบลงทุนจะเป็นงบลงทุนค่าเสื่อม งบลงทุนใหม่ได้บ้างปีเท่านั้น
5. การกำกับติดตาม	1. ระบบการประเมินผลดีแล้ว แต่คนมาตรวจหลายทีในประเด็นเดิม อยากให้มาพร้อมกัน
6. สารสนเทศ	1. ข้อมูลที่ศูนย์จะอยู่ในรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่ใช่ข้อมูล summary 2. ข้อมูลที่ศูนย์ใช้ประกอบการดำเนินคดีจึงจำเป็นต้องมีระบบประเมินคุณภาพ นั่นคือ ต้องสอบทานผลตรวจสอบได้ 3. รูปแบบการขอข้อมูลและคนขอข้อมูลหลากหลายเกินไป 4. กำลังพัฒนาระบบข้อมูลรับการเป็น AEC โดยต้องการให้ระบบข้อมูลเป็นแบบมาตรฐาน

7. เขตสุขภาพ	1. กังวลหากมีเขตสุขภาพแล้วจะเกิดการสถาปนาหัวหน้าเขตเหมือนผู้ว่า ceo เพราะตอนนี้ระบบการตรวจสอบยังไม่เข้มแข็งพอ 2. เกิดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกัน ทั้งคน เงิน และเครื่องมือ 3. อยากให้คนกำหนดตัวชี้วัดลงพื้นที่มาสำรวจปัญหาในพื้นที่ เพื่อกำหนดตัวชี้วัดให้ตรงกัน
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	
รพ.ศูนย์มะเร็ง	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. เมื่อก่อนแผนการดำเนินงานเน้นวิชาการ แต่ตอนนี้ขยายบทบาทมาเป็นหน่วยบริการด้วย - งานบริการ เน้นตติยภูมิหรือสูงกว่า - งานวิชาการ ทำหน้าที่ตามกฎหมาย 2. งานบริการส่วนใหญ่เป็นคนไข้ส่งต่อประมาณ 80%
2. การบริหารกำลังคน	1. แพทย์เฉพาะทางที่มีจำนวนน้อย 2. ขาดนักฟิสิกส์ กับ นักรังสี เนื่องจากสำนักงาน ก.พ. ไม่มีกรอบอัตราด้านนี้
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณเพิ่งได้รับเพิ่มเติมจาก สปสช. 3 - 4 ปีหลังมานี้เอง เมื่อก่อนศูนย์มีงบประมาณไม่เพียงพอต้องขอเงินมาใช้จ่าย
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. รับนโยบายและตัวชี้วัดจากกรม หากในอนาคตมีการจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพควรจัดทำตัวชี้วัดตามบริบทปัญหาของพื้นที่โดยให้องค์กรนโยบายของประเทศ
6. สารสนเทศ	1. ควรมีระบบการจัดเก็บข้อมูลรวมในเขต
7. เขตสุขภาพ	1. ข้อดี คือ สามารถเกลี่ยคนในพื้นที่ได้ 2. ข้อเสีย คือ สามารถตอบโจทย์ในการรักษาพยาบาลคนไข้ได้ทั่วถึงและครอบคลุมหรือไม่ 3. บทบาทของหน่วยงานวิชาการจะถูกกลบบทบาทหลงหรือไม่ 4. หากมีคณะกรรมการบริหารเขตควรมีภาคประชาชนเข้าไปส่วนร่วมด้วย 5. หากเป็นเขตสุขภาพ ศูนย์จะอยู่ภายใต้สายบังคับบัญชาของใคร
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

เขต 12: ตรัง	
รพ.ตรัง	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. ในบางครั้งแผนที่กระทรวงทำไว้ ไม่สามารถทำได้จริงกับในพื้นที่ 2. แผนที่ทำระหว่างกระทรวงกับในพื้นที่ไม่เหมือนกัน สุดท้ายก็ต้องเชื่อกระทรวง ถ้าอย่างนั้นกระทรวงทำมาเลยดีกว่า
2. การบริหารกำลังคน	1. กรอบอัตราที่คิดมาจาก GIS ไม่ค่อยดี อยากให้เปลี่ยน
3. การเงินการคลัง	1. มีปัญหาในเรื่องการจ่ายเงิน OT 2. รูปแบบการจ่ายเงินให้กับ รพ. มีมากเกินไป 3. อยากให้มีบูรณาการระหว่างกองทุน
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. รพ.ตรังไม่ค่อยได้งบประมาณจากกระทรวง 2. เห็นด้วยในเรื่องการแชร์ทรัพยากรร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล อยากให้กระทรวงผลักดันในเรื่องนี้
5. การกำกับติดตาม	1. ในปัจจุบัน มีตัวชี้วัดจากหลายฝ่ายที่ส่งลงมา เช่น สำนักงานประกันสังคม สปสช. ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านั้นต่างก็มีวัตถุประสงค์เดียวกัน เกิดความซ้ำซ้อน ควรจะมีการบูรณาการตัวชี้วัดร่วมกัน
6. สารสนเทศ	1. ความไม่มีมาตรฐานของ Data Base 2. มีปัญหาในเรื่องของ Internet

*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์แต่ทำหน้าที่เหมือนเป็นโรงเรียนแพทย์ให้กับม.วลัยรักษ์, มอ. 2. กระทรวงมีส่วนผลักดันอย่างมากให้ รพ.ตรัง ไปช่วย รพ. อื่นๆ รวมทั้งยังมีส่วนช่วยลดปัญหาการขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน 3. ตอนนี้ สสจ. ไม่ค่อยสนใจข้อมูลจากส่วนล่าง สนใจเฉพาะนโยบายของกระทรวง 4. ระบบ GIS ควรมีการปรับปรุง เนื่องจากมีงานวิชาการเพิ่มเข้ามา 5. ในอนาคตหากจะมีการบริหารงบลงทุนในภาพรวมของเขต ทางโรงพยาบาลเห็นด้วยในประเด็นนี้ แต่ควรมีการพัฒนาในเรื่องของข้อมูลสำหรับการประกอบการตัดสินใจ
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. มีการวางแผนยุทธศาสตร์ให้ศูนย์นี้มี Focal Point ด้านอาหาร 2. มีปัญหาเรื่องการถ่ายโอนการทำ Pre-Marketing ให้กับในพื้นที่ เนื่องจากในพื้นที่นี้ยังไม่มีบริษัทใดสามารถทำงานดังกล่าวได้
2. การบริหารกำลังคน	1. ไม่มีปัญหาในเรื่องของกำลังคน 2. คนในศูนย์นี้ส่วนใหญ่จะทำทั้งงานบริการและวิชาการ
3. การเงินการคลัง	1. จะได้เงินก็ต่อเมื่อมีการเขียนโครงการขึ้นไป ส่วนใหญ่ที่ได้มาไม่พร้อมและจำเป็นต้องใช้เงินบำรุงของหน่วยงานตัวเอง 2. เป็นศูนย์ที่มีเงินบำรุงเยอะ เพราะมีหน่วยงานภายนอกจ้างให้ทำงานเยอะ
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	
5. การกำกับติดตาม	1. ตัวชี้วัดเป็นการกำหนดร่วมกันระหว่าง ศูนย์และกรม
6. สารสนเทศ	1. อยากให้โปรแกรมที่ใช้ส่งข้อมูลมีมาตรฐานเดียว

*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. ทางศูนย์พยายามที่จะถ่ายโอนงานบางส่วนที่ไม่ได้ยากให้หน่วยงานอื่นทำ เพื่อลดภาระงานและนำเวลาไปใช้กับงานอื่นที่หน่วยงานอื่นทำไม่ได้ 2. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกศูนย์จะมีลักษณะที่เหมือนกัน 3. ศูนย์ต้องการมีบทบาทด้าน Innovation
รพ.โรคผิวหนัง (ดูแล14จังหวัดในภาคใต้)	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. ยุทธศาสตร์การทำงานเน้นวิชาการเป็นหลัก โดยใช้งานบริการไว้สนับสนุนงานวิชาการของกรมและโรงพยาบาลในเครือข่าย 2. รับแผนและตัวชี้วัดจากกรม โดยกรมเปิดช่องให้ทำแผนงานเชิงรุกในพื้นที่ได้ 3. ไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนพื้นที่ร่วมกับ สสจ.
2. การบริหารกำลังคน	1. หมอและพยาบาลไม่เพียงพอ แก้ไขโดยการจ้างเพิ่มเองด้วยเงินบำรุง
3. การเงินการคลัง	
4. บริหารทรัพยากรสาธารณสุขและแผนการลงทุน	1. งบลงทุนหากเกิน 1 ล้านบาทต้องทำเรื่องขออนุมัติจากกรม ถ้าน้อยกว่าล้านให้ใช้เงินบำรุงได้เลย
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	1. ทำเว็บในการกรอกข้อมูลไว้แล้ว จะให้ รพ.ในเครือข่ายเข้ามากรอกข้อมูลให้แต่ยังไม่ 100%
7. เขตสุขภาพ	1. อาจได้รับงบประมาณเพิ่ม 2. ประหยัดเพราะซื้อเครื่องมือร่วมกัน 3. เครื่องมือแพทย์อาจเสียหายได้หากเคลื่อนย้ายบ่อย ๆ ในเขต 4. ศูนย์รับผิดชอบพื้นที่ 2 เขต หากเป็นเขตสุขภาพอาจจะมีผลต่อการปฏิบัติงานเพราะแต่ละเขตมีเป้าหมายไม่เหมือนกัน
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (เป็นหน่วยงานลูกของ สคร.เขต)	รายละเอียด
1. นโยบายและยุทธศาสตร์	1. แผนการทำงานรับจากกรม
2. การบริหารกำลังคน	1. ลูกจ้างรายวันหายาก เพราะบุคคลภายนอกมองว่าเป็นงานที่เสี่ยง และต้องสัมผัสสารเคมี รวมทั้งค่าจ้างจากการกรีดยางได้มากกว่า 2. เจ้าหน้าที่มีงานหนักเนื่องจาก สคร. มีหน่วยย่อยเยอะ แต่เจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อย
3. การเงินการคลัง	1. งบประมาณจากกรม และไม่มีเงินบำรุง 2. ได้รับงบประมาณจาก อปท. บ้าง จากการทำงานให้ เช่น พ่นยา เป็นต้น
4. แผนการลงทุน	1. ไม่มีงบลงทุน
5. การกำกับติดตาม	
6. สารสนเทศ	
7. เขตสุขภาพ	
*สิ่งที่น่าสนใจอื่นๆ	1. เน้นงานวิชาการ โดยการทำงานวิจัยลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการด้วย

ภาคผนวก ข

สถานการณ์และทิศทางของระบบ
สาธารณสุข

ภาคผนวก ข

สถานการณ์และทิศทางของระบบสาธารณสุข

1. หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

ประกอบด้วยหน่วยงานต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

(1.1) กระทรวงสาธารณสุข

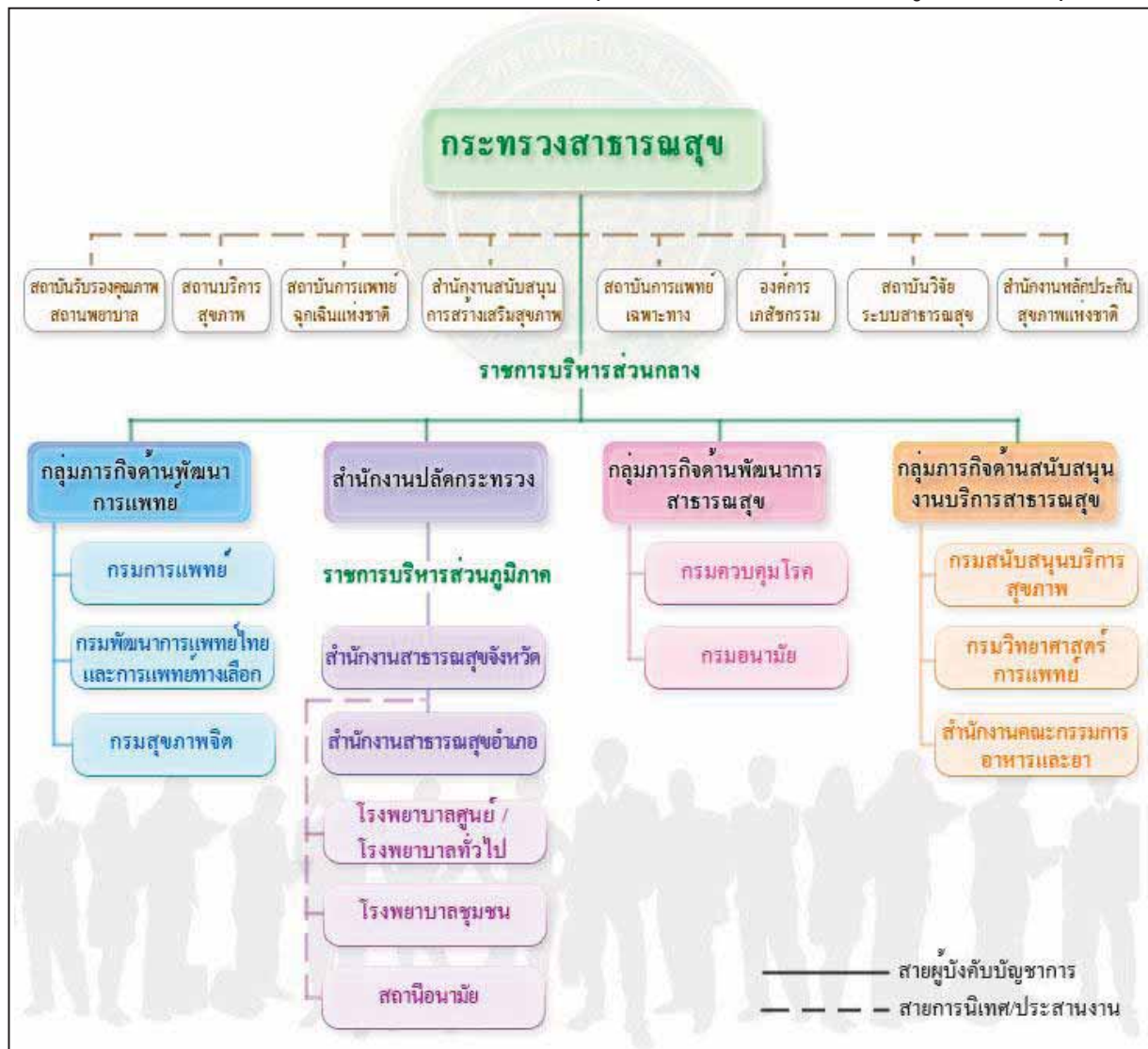
กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนแบ่งของทรัพยากรในระบบสาธารณสุขมากกว่าร้อยละ 60 และเป็นหน่วยงานหลักในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ที่ทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้ให้บริการ การกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศ รวมทั้งการกำกับดูแลหน่วยงานของภาคเอกชน

1) โครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข

การบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยหน่วยงานในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วยหน่วยงานราชการทั้งหมด 10 หน่วย ประกอบด้วย (1) สำนักงานรัฐมนตรี (2) สำนักงานปลัดกระทรวง และ (3) กลุ่มภารกิจ ซึ่งในกลุ่มภารกิจถูกแบ่งออกเป็น 8 กรม ตามภารกิจหน้าที่ดังนี้ (3.1) กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการแพทย์ ประกอบด้วย 3 กรม ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต (3.2) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 กรม ได้แก่ กรมควบคุมโรค และกรมอนามัย และ (3.3) กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กรม ได้แก่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ขณะที่หน่วยงานในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ขณะที่หน่วยงานในกลุ่มภารกิจต่าง ๆ ก็มีหน่วยงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามภารกิจภายในภูมิภาคด้วยเช่นกัน

แผนภาพที่ ข.1: โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคในปัจจุบัน



ที่มา: เว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข http://www.moph.go.th/power_moph/moph_edit.html

2) ทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุข

ทรัพยากรบุคคล

รายงานผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 แสดงว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 อัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนทั้งสิ้น 370,653 คน ประกอบด้วย ข้าราชการจำนวน 182,060 คน คิดเป็นร้อยละ 49 พนักงานราชการจำนวน 6,968 คนคิดเป็นร้อยละ 2 ลูกจ้างประจำจำนวน 32,578 คน คิดเป็นร้อยละ 9 ลูกจ้างชั่วคราวจำนวน 149,047 คน คิดเป็นร้อยละ 40 โดยบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 331,005 คน คิดเป็นร้อยละ 89.30

ตารางที่ ข.1: อัตรากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2555 จำแนกตามหน่วยงาน

หน่วยงาน	ข้าราชการ		พนักงานราชการ		ลูกจ้างประจำ		ลูกจ้างชั่วคราว		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กรมการแพทย์	7,011	42	438	3	1,982	12	7,023	43	16,454	4.44
กรมสุขภาพจิต	3,091	42	502	7	1,265	17	2,454	34	7,312	1.97
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	196	70	35	12	2	1	47	17	280	0.08
กรมควบคุมโรค	2,910	43	656	10	2,176	33	945	14	6,687	1.80
กรมอนามัย	1,940	47	350	9	1,279	31	533	13	4,120	1.11
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	905	74	58	5	261	21	0	0	1,224	0.33
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	1,021	44	96	4	210	9	1,015	43	2,342	0.63
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	606	48.6	3	0.2	48	3.9	590	47.3	1,247	0.34
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	164,380	50	4,830	1	25,355	8	136,440	41	331,005	89.30
รวม	182,060	49	6,968	2	32,578	9	149,047	40	370,671	100.00

ที่มา: รายงานผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555

การจัดสรรอัตรากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันเป็นการจัดสรรอัตรากำลังตามระบบ GIS (Geographic Information System) โดยระบบดังกล่าวเป็นระบบการจัดการฐานข้อมูลเชิงพื้นที่ที่อยู่ในรูปของ ตารางข้อมูล และฐานข้อมูล ที่มีส่วนสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial Data) ซึ่งรูปแบบและความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงพื้นที่ทั้งหลาย สามารถถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยระบบ GIS และทำให้สื่อความหมายในเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับช่วงเวลาได้ โดยตารางที่ ข.2 แสดงให้เห็นถึงเกณฑ์ที่ใช้ในการคำนวณความต้องการอัตรากำลังตามระบบ GIS

ตารางที่ ข.2: เกณฑ์ที่ใช้ในการคำนวณความต้องการอัตรากำลังตามระบบ GIS

ลำดับ	สายงาน	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิระดับต้น	ทุติยภูมิระดับกลาง	ทุติยภูมิระดับสูง
1	แพทย์	1 : 10,000		1 : 15,000	1 : 75,000
2	ทันตแพทย์	1 : 12,500		1 : 75,000	1 : 50,000
3	เภสัชกร	1 : 15,000		1 : 50,000	1 : 50,000

ลำดับ	สายงาน	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิระดับต้น	ทุติยภูมิระดับกลาง	ทุติยภูมิระดับสูง
4	พยาบาลวิชาชีพ	2 : 5,000	1 : 1,000	1 : 3,000	1 : 5,000
5	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	1 : 10,000	-	-	-
6	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1 : 10,000	-	-	-
7	จนท.สอ./หน.สอ./นวก.ต่างๆ	3 : 5,000	1 : 12,500	1 : 25,000	1 : 50,000
8	นักรังสี (เจ้าพนักงานรังสี)	-	1 : 30,000	1 : 150,000	1 : 250,000
9	นักเทคนิคการแพทย์	-	1 : 20,000	1 : 100,000	1 : 150,000
10	นักกายภาพ	-	1 : 20,000	1 : 150,000	1 : 250,000

ปัจจุบัน จำนวนบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่จริงยังต่ำกว่าอัตรากำลังที่ได้จากระบบ GIS จากตารางที่ ข.3 แสดงให้เห็นว่าอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุขมีความขาดแคลนอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งวิชาชีพที่มีอัตรากำลังขาดแคลนมากที่สุดทั้งในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ โดยโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีอัตรากำลังที่ขาดถึง 14,148 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ของอัตรากำลังทั้งหมดที่ขาดแคลนภายในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีอัตรากำลังที่ขาดถึง 10,446 คน คิดเป็นร้อยละ 53 ของอัตรากำลังทั้งหมดที่ขาดแคลนภายในโรงพยาบาลชุมชน โดยสาเหตุหลักของการขาดแคลนวิชาชีพนี้คือ ในปัจจุบันมีหน่วยงานที่สามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพเพียงไม่กี่หน่วยงาน เมื่อเทียบกับความต้องการที่มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี รวมทั้งอัตราเงินเดือนที่ได้รับจากการทำงานในสถานพยาบาลของเอกชนสูงกว่าในสถานพยาบาลของรัฐบาลเป็นอย่างมาก ทำให้นักศึกษาที่จบใหม่มีแรงจูงใจที่จะไปทำงานในสถานพยาบาลของเอกชนมากกว่า หรือทำงานในสถานพยาบาลของรัฐบาลในระยะแรก และเมื่อมีความชำนาญก็จะย้ายไปทำงานในสถานพยาบาลเอกชน

ตารางที่ ข.3: อัตรากำลังและความต้องการของอัตรากำลังตาม GIS ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2554

วิชาชีพ	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป			โรงพยาบาลชุมชน		
	อัตรากำลังตาม GIS	กำลังคนที่มี	กำลังคนที่ขาด	อัตรากำลังตาม GIS	กำลังคนที่มี	กำลังคนที่ขาด
แพทย์	6,727	6,221	506	7,010	4,705	2,305
ทันตแพทย์	3,174	980	2,194	4,264	2,430	1,834
เภสัชกร	3,194	1,959	1,235	3,848	3,180	668
พยาบาลวิชาชีพ	54,474	40,326	14,148	56,627	46,181	10,446
นักกายภาพบำบัด	1,280	431	849	2,095	579	1,516
นักเทคนิคการแพทย์	1,894	930	964	2,798	877	1,921
นักรังสีการแพทย์	1,280	313	967	1,397	230	1,167
รวม	72,023	51,160	20,863	78,039	58,182	19,857

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนสถานพยาบาลและศูนย์วิชาการของกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบัน สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขจะสังกัดกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกรมต่าง ๆ ทั้ง 8 กรม โดยมีศูนย์วิชาการของกรมต่าง ๆ เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกรมต่าง ๆ ทั้ง 8 กรม โดยตารางที่ ข.4 ได้สรุปจำนวนโรงพยาบาลและศูนย์วิชาการของกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต

ตารางที่ ข.4: จำนวนโรงพยาบาลและศูนย์วิชาการของกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพ 12 เขต

เขต	จังหวัด	รพ. สังกัด สป.	หน่วยบริการสังกัดกรม วิชาการ	ศูนย์วิชาการ
1	เชียงราย น่าน พะเยา แพร่ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	1.รพศ. 3 แห่ง 2.รพท. 6 แห่ง 3.รพช. 90 แห่ง 4.รพ. สต. 1,098 แห่ง	8	6
2	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์	1.รพศ. 2 แห่ง 2.รพท. 5 แห่ง 3.รพช. 40 แห่ง 4.รพ. สต. 621 แห่ง	0	6
3	ชัยนาท กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี	1.รพศ. 1 แห่ง 2.รพท. 4 แห่ง 3.รพช. 47 แห่ง 4.รพ. สต. 583 แห่ง	2	8
4	นนทบุรี ปทุมธานี ออยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก	1.รพศ. 2 แห่ง 2.รพท. 10 แห่ง 3.รพช. 58 แห่ง 4.รพ. สต. 797 แห่ง	3	9
5	กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร	1.รพศ. 3 แห่ง 2.รพท. 12 แห่ง 3.รพช. 50 แห่ง 4.รพ. สต. 910 แห่ง	1	5

เขต	จังหวัด	รพ. สังกัด สป.	หน่วยบริการสังกัดกรม วิชาการ	ศูนย์วิชาการ
6	ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ จันทบุรี ชลบุรี ตราด ระยอง	1.รพศ. 4 แห่ง 2.รพท. 4 แห่ง 3.รพช. 61 แห่ง 4.รพ. สต. 774 แห่ง	5	6
7	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	1.รพศ. 1 แห่ง 2.รพท. 4 แห่ง 3.รพช. 63 แห่ง 4.รพ. สต. 810 แห่ง	5	6
8	บึงกาฬ เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี นครพนม สกลนคร	1.รพศ. 2 แห่ง 2.รพท. 5 แห่ง 3.รพช. 76 แห่ง 4.รพ. สต. 874 แห่ง	4	9
9	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	1.รพศ. 3 แห่ง 2.รพท. 1 แห่ง 3.รพช. 83 แห่ง 4.รพ. สต. 952 แห่ง	1	5
10	มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ	1.รพศ. 1 แห่ง 2.รพท. 4 แห่ง 3.รพช. 63 แห่ง 4.รพ. สต. 834 แห่ง	2	5
11	ชุมพร นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง	1.รพศ. 3 แห่ง 2.รพท. 6 แห่ง 3.รพช. 66 แห่ง 4.รพ. สต. 714 แห่ง	3	7

เขต	จังหวัด	รพ. สังกัด สป.	หน่วยบริการสังกัดกรม วิชาการ	ศูนย์วิชาการ
12	พัทลุง ตรัง นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล	1.รพศ. 3 แห่ง 2.รพท. 7 แห่ง 3.รพช. 66 แห่ง 4.รพ. สต. 797 แห่ง	5	8

ที่มา: รวบรวมโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

หมายเหตุ: จำนวนของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดกรมวิชาการนับจากที่ตั้ง ส่วนศูนย์วิชาการนับจากพื้นที่รับผิดชอบ

3) ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ 2556

ยุทธศาสตร์เป็นแนวทางที่ใช้ในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขจะจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทุกปี และส่งมอบให้กับหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคนำไปดำเนินการจัดวางแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยกรอบยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 มีรายละเอียดดังนี้

วิสัยทัศน์

กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

พันธกิจ

1. พัฒนาและบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
2. เสริมสร้างระบบบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล และจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน
3. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบสุขภาพ
4. วิจัย พัฒนา และการจัดการด้านความรู้ด้านสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์

เสริมสร้างระบบสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐาน และมีการบริหารจัดการสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

เป้าประสงค์

1. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
2. ประชาชนทุกคนในพื้นที่เครือข่ายบริการได้รับบริการสุขภาพทุกระดับที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
3. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์

1. เร่งรัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และสภาพแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
3. ส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานในระดับนานาชาติ
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล
5. พัฒนาระบบบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

6. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ภาควิชาเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ
7. พัฒนาขีดความสามารถเพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานของการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ
8. พัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้มีคุณภาพ
9. พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
10. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทั้งภาวะปกติและภัยพิบัติ
11. เสริมสร้างระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันบำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ผู้เสพ ผู้ติดยาและสารเสพติด ให้มีประสิทธิภาพ

เป้าหมายการให้บริการ

1. ระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพสามารถรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
ตัวชี้วัด – จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (55 แห่ง)
2. ประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีสุขภาพดี
ตัวชี้วัด – อัตราป่วยหรือตายด้วยปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ 3 อันดับแรกลดลง (ร้อยละ 5 ต่อปี)
3. ธุรกิจบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริมให้สามารถแข่งขันและเพิ่มรายได้แก่ประเทศ
ตัวชี้วัด – ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวต่างชาติ (20 ต่อปี)
4. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสามารถลดภาวะโรคและภัยคุกคาม ตลอดจนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่า 85 ต่อปี)
2. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง (ปี พ.ศ. 2557 = 8,500 ราย, ปี พ.ศ. 2558 = 8,100 ราย และปี พ.ศ. 2559 = 7,800 ราย)
3. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 20 ต่อปี)
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ไม่น้อยกว่า 50 ต่อปี)
5. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ไม่น้อยกว่า 40 ต่อปี)
6. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เท่ากับ 90 ต่อปี)
5. ประชาชนทุกคนในเขตเครือข่ายบริการได้รับการที่มีคุณภาพมาตรฐานทุกระดับและเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัยในเขตเครือข่ายบริการได้
ตัวชี้วัด 1. อัตราส่วนมารดาตาย (ไม่เกิน 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
2. อัตราตายทารก (ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคน)
3. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกิน 20 ต่อประชากรแสนคน)

4. ร้อยละสถานบริการสุขภาพภาครัฐผ่านการรับรองมาตรฐาน HA (เพิ่มขึ้นร้อยละ

5 ต่อปี)

6. ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ ได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

ตัวชี้วัด – ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (8.5 คะแนน

ต่อปี)

7. ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและ

เท่าเทียม

ตัวชี้วัด – อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน 13 ต่อประชากรแสนคน)

8. ประชาชน ผู้เสพ ผู้ติดยา และสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษา พ้นพิษ ฝักระวัง ควบคุม

การใช้วัตถุเสพติด เพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติในสังคม

ตัวชี้วัด – ร้อยละผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตามไม่กลับไปเสพซ้ำ (เท่ากับ

80 ต่อปี)

4) การกำกับและติดตามประเมินผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัด จำนวน 30 เป้าหมาย/ 107 ตัวชี้วัด และเป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการ จำนวน 66 ตัวชี้วัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

(4.1) ตัวชี้วัดกลุ่มเด็กและสตรี (ตัวชี้วัดที่ 1-14)

มีทั้งหมด 14 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็นของกรมอนามัย 9 ตัวชี้วัด กรมการแพทย์ 3 ตัวชี้วัด และกรมควบคุมโรค 2 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียดของตัวชี้วัดมีดังนี้

ตารางที่ ข.5: ตัวชี้วัดกลุ่มเด็กและสตรี (ตัวชี้วัดที่ 1-14)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1	ร้อยละของภาวะตกเลือดหลังคลอด (ไม่เกิน 5)	21/43 แพ้ม	กรมการแพทย์
2	ร้อยละของภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (ไม่เกิน 25 ต่อการเกิดมีชีพพันคน)	43 แพ้ม	กรมการแพทย์
3	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (ไม่น้อยกว่า 60)	21/43 แพ้ม	กรมอนามัย
4	ร้อยละของบริการ ANC คุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)	สำรวจ/ประเมิน	กรมอนามัย
5	ร้อยละของห้องคลอดคุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)	สำรวจ/ประเมิน	กรมการแพทย์
6	ร้อยละของบริการ WCC คุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)	สำรวจ/ประเมิน	กรมอนามัย
7	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่า 90)	21/43 แพ้ม	กรมอนามัย
8	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (เท่ากับ 100)	21/43 แพ้ม	กรมอนามัย
9	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่า 65)	21/43 แพ้ม	กรมอนามัย
10	ร้อยละของเด็กตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนแรก มีค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียว (ไม่น้อยกว่า 50)	43 แพ้ม	กรมอนามัย

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
11	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด (ไม่น้อยกว่า 95)	21/43 แฟ้ม	กรมควบคุมโรค
12	ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ที่ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่า 90) (ยกเว้นวัคซีน MMR ไม่น้อยกว่า 95) 12.1 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG 12.2 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP-HB3 12.3 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV3 12.4 ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP4 12.5 ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV4 12.6 ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE2	21/43 แฟ้ม	กรมควบคุมโรค
13	ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน (ไม่น้อยกว่า 70)	21/43 แฟ้ม	กรมอนามัย
14	ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย (ไม่น้อยกว่า 80)	21/43 แฟ้ม	กรมอนามัย

(4.2) ตัวชี้วัดกลุ่มเด็กปฐมวัย (ตัวชี้วัดที่ 15-20)

มีทั้งหมด 6 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็นของกรมอนามัย 5 ตัวชี้วัด และกรมควบคุมโรค 1 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียดของตัวชี้วัดมีดังนี้

ตารางที่ ข.6: ตัวชี้วัดกลุ่มเด็กปฐมวัย (ตัวชี้วัดที่ 15-20)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
15	ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่า 85)	43 แฟ้ม	กรมอนามัย
16	ร้อยละของเด็กปฐมวัย มีปัญหาฟันน้ำนมผุ (ไม่เกิน 57)	43 แฟ้ม	กรมอนามัย
17	ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี ที่ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่า 90) 17.1 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE3 17.2 ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP5 17.3 ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV5	21/43 แฟ้ม	กรมควบคุมโรค
18	ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน (ไม่น้อยกว่า 70)	21/43 แฟ้ม	กรมอนามัย
19	ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย (ไม่น้อยกว่า 80)	43 แฟ้ม	กรมอนามัย
20	ร้อยละของเด็กต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปากและฟัน และได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟัน (ไม่น้อยกว่า 70) และได้รับ Fluorine vanish (ไม่น้อยกว่า 50) 20.1 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก 20.2 ร้อยละของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟัน 20.3 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มีความเสี่ยงฟันผุ ได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิช	43 แฟ้ม	กรมอนามัย

(4.3) ตัวชี้วัดกลุ่มเด็กวัยรุ่นและวัยเรียน (ตัวชี้วัดที่ 21-25)

มีทั้งหมด 5 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็นของกรมอนามัย 2 ตัวชี้วัด กรมควบคุมโรค 2 ตัวชี้วัด และกรมสุขภาพจิต 1 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียดของตัวชี้วัดมีดังนี้

ตารางที่ ข.7: ตัวชี้วัดกลุ่มเด็กวัยรุ่นและวัยเรียน (ตัวชี้วัดที่ 21-25)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
21	ร้อยละของเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน (ไม่น้อยกว่า 70)	21/43 แฟ้ม	กรมอนามัย
22	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)	สำรวจ	กรมควบคุมโรค
23	ร้อยละของเด็ก 6-12 ปี ได้รับวัคซีนกระตุ้นทุกประเภทตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่า 90) (ยกเว้นวัคซีน MMR ป.1 และวัคซีน dT ป.6 ไม่น้อยกว่า 95) 23.1 ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับวัคซีน MMR2 23.2 ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้น ป.6 ได้รับวัคซีน dT	21/43 แฟ้ม	กรมควบคุมโรค
24	ร้อยละของเด็กประถม 1 ได้รับการตรวจช่องปาก (ไม่น้อยกว่า 85) และเคลือบหลุมร่องฟัน (ไม่น้อยกว่า 30) 24.1 ร้อยละของเด็ก ป.1 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 24.2 ร้อยละของเด็ก ป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรรมแท้ซี่ที่หนึ่ง	43 แฟ้ม	กรมอนามัย
25	ร้อยละของศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ (Psychosocial Clinic) และเชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน เช่น ยาเสพติด บุหรี่ OSCC คลินิกวัยรุ่น ฯลฯ (ไม่น้อยกว่า 70)	สำรวจ	กรมสุขภาพจิต

(4.4) ตัวชี้วัดกลุ่มวัยทำงาน (ตัวชี้วัดที่ 26-34)

มีทั้งหมด 9 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็นของกรมการแพทย์ 3 ตัวชี้วัด กรมอนามัย 2 ตัวชี้วัด กรมควบคุมโรค 2 ตัวชี้วัด และเป็นตัวชี้วัดร่วม 2 ตัวชี้วัดระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับกรมควบคุมโรค โดยรายละเอียดของตัวชี้วัดมีดังนี้

ตารางที่ ข.8: ตัวชี้วัดกลุ่มวัยทำงาน (ตัวชี้วัดที่ 26-34)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
26	ร้อยละของสตรี 30-60 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตัวเอง (ไม่น้อยกว่า 80)	สำรวจ/ประเมิน	กรมอนามัย
27	ร้อยละของสตรี 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมถึง 2557 (ไม่น้อยกว่า 80)	21/43 แฟ้ม	กรมการแพทย์
28	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) 28.1 สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) 28.2 สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)	สำรวจ	กรมการแพทย์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
29	ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (ไม่น้อยกว่า 90) 29.1 ร้อยละของประชาชนอายุ 15-34 ปีได้รับการคัดกรอง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 29.2 ร้อยละประชาชนอายุ 35-39 ปีได้รับการคัดกรอง เบาหวาน 29.3 ร้อยละประชาชนอายุ 35-39 ปีได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	21/43 แฟ้ม	กรมควบคุมโรค
30	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ไม่น้อยกว่า 50)	21/43 แฟ้ม	สป.(สสว)/ กรมควบคุมโรค
31	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ไม่น้อยกว่า 40)	21/43 แฟ้ม	สป.(สสว)/ กรมควบคุมโรค
32	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ (เท่ากับ 100)	21/43 แฟ้ม	กรมการแพทย์
33	ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ยูกันกับสามี ได้รับการบริการวางแผนครอบครัวทุกประเภท (ไม่น้อยกว่า 80)	21/43 แฟ้ม	กรมอนามัย
34	ร้อยละของประชาชนเป้าหมายได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นครบตามเกณฑ์ (มากกว่า 90)	21/43 แฟ้ม	กรมควบคุมโรค

(4.5) ตัวชี้วัดกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ (ตัวชี้วัดที่ 35-38)

มีทั้งหมด 4 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็นของกรมสุขภาพจิต 1 ตัวชี้วัด กรมอนามัย 1 ตัวชี้วัด กรมควบคุมโรค 1 ตัวชี้วัด และกรมการแพทย์ 1 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียดของตัวชี้วัดมีดังนี้

ตารางที่ ข.9: ตัวชี้วัดกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ (ตัวชี้วัดที่ 35-38)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
35	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (มากกว่าหรือเท่ากับ 31)	21/43 แฟ้ม	กรมสุขภาพจิต
36	ร้อยละของผู้สูงอายุ ผู้พิการที่ได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและใจ (ไม่น้อยกว่า 80)	สำรวจ	กรมอนามัย
37	ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (เท่ากับ 90)	21/43 แฟ้ม	กรมควบคุมโรค
38	ร้อยละของคลินิกผู้สูงอายุ ผู้พิการคุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70) 38.1 ร้อยละของโรงพยาบาล 120 เติงขึ้นไป มีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 38.2 ร้อยละของคลินิกสายตาสี้นรางในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปที่มีคุณภาพ 38.3 ร้อยละของคลินิกเวชกรรมฟื้นฟูในโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไปที่มีคุณภาพ	สำรวจ	กรมการแพทย์

(4.6) ตัวชี้วัดระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ตัวชี้วัดที่ 39-49)

มีทั้งหมด 11 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็นของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 6 ตัวชี้วัด กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 1 ตัวชี้วัด กรมควบคุมโรค 1 ตัวชี้วัด กรมอนามัย 1 ตัวชี้วัด กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 1 ตัวชี้วัด และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียดของตัวชี้วัดมีดังนี้

ตารางที่ ข.10: ตัวชี้วัดระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ตัวชี้วัดที่ 39-49)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
39	สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยนอกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ไปรับการรักษาที่ ศสม./รพ.สต. (มากกว่าร้อยละ 50)	21/43 แฟ้ม	สป.(สปรส)
40	ร้อยละของ รพศ. ที่มี CMI ไม่น้อยกว่า 1.8 และ รพท. ไม่น้อยกว่า 1.4 (เท่ากับ 80)	สำรวจผ่านโปรแกรม CMI	สป.(สปรส)
41	จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ (ลดลงร้อยละ 50)	43 แฟ้ม	สป.(สปรส)
42	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชน/สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้คุณภาพมาตรฐานตามกฎหมาย (ไม่น้อยกว่า 90)	สำรวจ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
43	ร้อยละของโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานตามที่กำหนด (เท่ากับ 90)	สำรวจ	สป.(สปรส)
44	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)	สำรวจ	กรมควบคุมโรค
45	ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กคุณภาพระดับดีและดีมาก (ไม่น้อยกว่า 70)	สำรวจ	กรมอนามัย
46	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้รับมาตรฐาน (เท่ากับ 14)	21/43 แฟ้ม	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
47	เครือข่ายบริการมีระบบพัฒนา Service Plan ที่มีการดำเนินการได้ตามแผน ระดับ 1,2,3,4 อย่างน้อย 4 สาขาและตัวชี้วัดอื่นๆ (6 สาขา)	สำรวจ	สป.(สปรส)
48	ร้อยละของจังหวัดที่มี ศสม. ในเขตเมืองตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่น้อยกว่า 70)	สำรวจ	สป.(สปรส)
49	ร้อยละของเครือข่ายห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพ/คุณภาพ/หรือรับรองคุณภาพมาตรฐาน (ร้อยละ 70 ของแผนการดำเนินงาน)	สำรวจ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

(4.7) ตัวชี้วัดยาเสพติด (ตัวชี้วัดที่ 50-51)

มีทั้งหมด 2 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็นตัวชี้วัดร่วม 1 ตัวชี้วัดระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และตัวชี้วัดร่วม 1 ตัวชี้วัดระหว่างกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกับศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส. สธ.) โดยรายละเอียดของตัวชี้วัดมีดังนี้

ตารางที่ ข.11: ตัวชี้วัดยาเสพติด (ตัวชี้วัดที่ 50-51)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
50	ร้อยละผู้เสพยาเสพติดรายใหม่ลดลง (เท่ากับ 50)	สำรวจ	กรม สบส./ศพส.สธ.
51	ร้อยละผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตามไม่กลับไปเสพยาซ้ำ (เท่ากับ 80)	ระบบ บสต.	สป.(สปรส)/กรม สบส

(4.8) ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (ตัวชี้วัดที่ 52-53)

มีทั้งหมด 2 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็นของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1 ตัวชี้วัด และ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 1 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียดของตัวชี้วัดมีดังนี้

ตารางที่ ข.12: ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (ตัวชี้วัดที่ 52-53)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
52	ร้อยละของ อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. เชี่ยวชาญ (ไม่น้อยกว่า 48)	สำรวจ www.thaiphc.net	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ
53	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ใช้ SRM หรือเครื่องมืออื่นๆในการทำแผนพัฒนาสุขภาพ (ไม่น้อยกว่า 25)	สำรวจ	สป.(สปรส)

(4.9) ตัวชี้วัดสาธารณสุข/ฉุกเฉิน (ตัวชี้วัดที่ 54-56)

มีทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด โดยที่ตัวชี้วัดที่ 54 และ 55 ถูกแบ่งย่อยออกเป็นอีกอย่างละ 3 ตัวชี้วัด
สำหรับตัวชี้วัดย่อย 3 ตัวของตัวชี้วัดที่ 54 เป็นของกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค อย่าง
ละ 1 ตัวชี้วัด สำหรับตัวชี้วัดย่อย 3 ตัวของตัวชี้วัดที่ 55 เป็นของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2
ตัวชี้วัด และกรมการแพทย์ 1 ตัวชี้วัด ส่วนตัวชี้วัดที่ 56 เป็นของกรมการแพทย์ โดยรายละเอียดของตัวชี้วัดมี
ดังนี้

ตารางที่ ข.13: ตัวชี้วัดสาธารณสุข/ฉุกเฉิน (ตัวชี้วัดที่ 54-56)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
54	ร้อยละของอำเภอที่มีทีม DMAT, MCATT, SRRT คุณภาพ (เท่ากับ 80)	สำรวจ/ประเมิน	
	54.1 ร้อยละของอำเภอที่มี DMAT คุณภาพ		กรมการแพทย์
	54.2 ร้อยละของอำเภอที่มี MCATT คุณภาพ		กรมสุขภาพจิต
	54.3 ร้อยละของอำเภอที่มีทีม SRRT คุณภาพ		กรมควบคุมโรค
55	ร้อยละของ ER, EMS คุณภาพ (ไม่น้อยกว่า 70)	สำรวจ/ประเมิน	
	55.1 ร้อยละของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติ (สีเหลืองและสีแดง) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยแจ้งผ่านศูนย์สั่งการ 1669		สป.(สพฉ)
	55.2 ร้อยละของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติ (สีเหลืองและสีแดง) ที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาทีที่ได้รับแจ้งเหตุ		สป.(สพฉ)
	55.3 ร้อยละของ ER ที่มีคุณภาพ		กรมการแพทย์
56	จำนวนทีม MERT ที่ได้รับการพัฒนา (จำนวน 24 ทีม)	สำรวจ/ประเมิน	กรมการแพทย์

(4.10) ตัวชี้วัดสิ่งแวดล้อมและระบบที่เอื้อต่อการดำเนินงานสุขภาพ (ตัวชี้วัดที่ 57-61)

มีทั้งหมด 5 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็นตัวชี้วัดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 3
ตัวชี้วัด กรมควบคุมโรค 1 ตัวชี้วัด และกรมอนามัย 1 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียดของตัวชี้วัดมีดังนี้

ตารางที่ ข.14: ตัวชี้วัดสิ่งแวดล้อมและระบบที่เอื้อต่อการดำเนินงานสุขภาพ (ตัวชี้วัดที่ 57-61)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
57	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพปลอดบุหรี่ (เท่ากับ 100)	สำรวจ	กรมควบคุมโรค
58	ร้อยละของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม (ควบคุมน้ำหวานและขนมกรุบกรอบ) (ไม่น้อยกว่า 75)	สำรวจ	กรมอนามัย
59	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เท่ากับ 91)	สำรวจ	อย.
60	ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เท่ากับ 92)	สำรวจ	อย.
61	ร้อยละของผู้ประกอบการอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายได้รับอนุญาตตามเกณฑ์ Primary GMP (ไม่น้อยกว่า 70 ของผู้มียื่นอนุญาต)	สำรวจ	อย.

(4.11) ตัวชี้วัดความรู้ด้านสุขภาพ (ตัวชี้วัดที่ 62)

มี 1 ตัวชี้วัด โดยเป็นของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยรายละเอียดของตัวชี้วัดมีดังนี้

ตารางที่ ข.15: ตัวชี้วัดความรู้ด้านสุขภาพ (ตัวชี้วัดที่ 62)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
62	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีการปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส และลดเสี่ยง (ไม่น้อยกว่า 50)	สำรวจ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(4.12) ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (ตัวชี้วัดที่ 63-66)

มีทั้งหมด 4 ตัวชี้วัด โดยเป็นตัวชี้วัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด รายละเอียดของตัวชี้วัดมีดังนี้

ตารางที่ ข.16: ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (ตัวชี้วัดที่ 63-66)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
63	ต้นทุนค่ายาและค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์เฉลี่ยลดลง (ร้อยละ 10) (ในเขตสุขภาพเฉลี่ยลดลง)	http://dmsic.moph.go.th	สป.(สปรส)
64	ร้อยละของรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุน สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ในไตรมาสที่ 2 (เท่ากับ 100)	GFMIS	สป.(สนย)
65	ร้อยละของการเบิกจ่ายงบลงทุนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 (ไม่น้อยกว่า 80)	GFMIS	สป.(สนย)
66	ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณภาพรวมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 (ไม่น้อยกว่า 94)	GFMIS	สป.(สนย)

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการทั้ง 66 ตัวชี้วัดดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดเหล่านี้มากที่สุดได้แก่ กรมอนามัย โดยมีตัวชี้วัดที่ต้องรับผิดชอบอยู่ทั้งหมด 21 ตัวชี้วัด รองลงมาได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีตัวชี้วัดที่ต้องรับผิดชอบอยู่ทั้งหมด 16 ตัวชี้วัด

ขณะที่หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดเหล่านี้น้อยที่สุดได้แก่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีตัวชี้วัดที่ต้องรับผิดชอบอยู่หน่วยงานละ 1 ตัวชี้วัด สำหรับศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.สร.) เป็นหน่วยงานที่ไม่อยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข (ตารางที่ ข.17)

ในการดำเนินการเพื่อให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมที่เหลืออีก 7 กรมของกระทรวงสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานได้ตามตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมายตามนโยบาย หน่วยงานเหล่านี้จะส่งต่อความรับผิดชอบไปยังหน่วยงานในสังกัดทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคนำไปปฏิบัติ หรือมอบอำนาจให้หน่วยงานอื่น ๆ ที่มีความเหมาะสมมากกว่าในพื้นที่นำไปปฏิบัติ ทั้งนี้ หน่วยงานในสังกัดหรือหน่วยงานที่ได้รับมอบอำนาจเหล่านี้จะรับเอาตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมายไปปฏิบัติทันที หรือนำไปขยายจำนวนตัวชี้วัดให้มีจำนวนมากขึ้นเพื่อให้ครอบคลุมในแต่ละพื้นที่ที่มีลักษณะที่ไม่เหมือนกันได้อย่างไรก็ตาม การส่งต่อความรับผิดชอบจากส่วนกลางในลักษณะนี้ทำให้ในบางครั้งหน่วยงานในสังกัดที่อยู่ในส่วนภูมิภาคหรือหน่วยงานที่ได้รับมอบอำนาจไม่สามารถปฏิบัติตามตัวชี้วัดบางตัวได้ เนื่องจากตัวชี้วัดดังกล่าวไม่เหมาะสมกับในพื้นที่นั้น ๆ ยิ่งไปกว่านั้น จากการที่หน่วยงานในสังกัดที่อยู่ในส่วนภูมิภาคหรือหน่วยงานที่ได้รับมอบอำนาจไม่มีส่วนรวมหรือไม่เข้าใจถึงเหตุผลในการจัดทำตัวชี้วัดต่าง ๆ ทำให้ในบางครั้งไม่มีความเต็มใจหรือสนใจจริง ๆ ที่จะปฏิบัติเพื่อให้ได้ตามตัวชี้วัด

ตารางที่ ข.17: จำนวนของตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการจำนวน 66 ตัวชี้วัดที่หน่วยงานต่างๆในกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบประจำปีงบประมาณ 2556

หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มที่ของตัวชี้วัด												
	1 (1-14)	2 (15-20)	3 (21-25)	4 (26-34)	5 (35-38)	6 (39-49)	7 (50-51)	8 (52-53)	9 (54-56)	10 (57-61)	11 (62)	12 (63-66)	รวมตัวชี้วัดที่ รับผิดชอบ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	0	0	0	2	0	6	1	1	2	0	0	4	16
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
กรมควบคุมโรค	2	1	2	4	1	1	0	0	1	1	0	0	13
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	0	5
กรมสุขภาพจิต	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
กรมการแพทย์	3	0	0	3	1	0	0	0	3	0	0	0	10
กรมอนามัย	9	5	2	2	1	1	0	0	0	1	0	0	21
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด แห่งชาติ	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
รวมหน่วยงานที่รับผิดชอบ	14	6	5	11	4	11	4	2	7	5	1	4	74

ที่มา: รวบรวมโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

(1.2) หน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพ**1) หน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพ****(1) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ผลิตบุคลากรและให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่**

- ✓ กรุงเทพมหานคร
- ✓ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
- ✓ กระทรวงมหาดไทย
- ✓ กระทรวงกลาโหม

(2) หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินกิจกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่

- ✓ กระทรวงอุตสาหกรรม
- ✓ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
- ✓ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
- ✓ กระทรวงแรงงาน
- ✓ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- ✓ กระทรวงศึกษาธิการ
- ✓ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(3) หน่วยงานภาครัฐที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ได้แก่

- ✓ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทำหน้าที่ในการสนับสนุนด้านแผนงานต่าง ๆ
- ✓ สำนักงบประมาณ ทำหน้าที่ในการสนับสนุนด้านงบประมาณ
- ✓ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ทำหน้าที่ในการสนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพ
- ✓ สำนักความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับต่างประเทศ
- ✓ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำหน้าที่ในการสนับสนุนด้านข้อมูลและสารสนเทศต่าง ๆ
- ✓ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ทำหน้าที่ในการสนับสนุนเงินทุนเพื่อการพัฒนาและวิจัยในด้านต่าง ๆ
- ✓ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่ในการสนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- ✓ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ทำหน้าที่ในการสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ
- ✓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ในการสนับสนุนการมีหลักประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐานและทั่วถึง
- ✓ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ระดมความคิดเห็น และประสานเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

(4) หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบสนับสนุนเพื่อบริการสุขภาพเฉพาะกลุ่ม ได้แก่

- ✓ สำนักงานประกันสังคม

- ✓ กระทรวงแรงงาน
- ✓ กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

2) องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านสุขภาพเพื่อทำ

การขยายตัวทางเศรษฐกิจที่รวดเร็ว และความต้องการบริการด้านสุขภาพของประชาชนที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพและกำลังซื้อสูง ทำให้องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านสุขภาพเพื่อทำมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วทั้งในรูปของโรงพยาบาลเอกชนและคลินิก และมีบทบาทเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในการจัดบริการด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีการกระจายตัวของสถานบริการเอกชนในพื้นที่ 13 เขตในประเทศไทยดังแสดงในตารางที่ ข.18

ตารางที่ ข.18: จำนวนโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกในพื้นที่ทั้ง 13 เขตของประเทศไทย

เขต	โรงพยาบาลเอกชน	คลินิก
1	22	103
2	13	2
3	14	49
4	29	211
5	35	191
6	40	300
7	7	46
8	11	25
9	15	8
10	7	5
11	19	28
12	12	82
13	98	578

ที่มา: รวบรวมและประมวลโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

หมายเหตุ: รายละเอียดของจังหวัดที่อยู่ในแต่ละเขตให้ดูจากตารางที่ ข.4

2. การเงินการคลังระบบสาธารณสุข

แหล่งเงินหลักของระบบสาธารณสุขมาจากการดำเนินการโดยระบบงบประมาณที่ดำเนินการผ่าน 4 แหล่งด้วยกัน ได้แก่ 1.งบประมาณปกติที่ได้รับจากสรรให้กับกระทรวงสาธารณสุข 2.งบกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3.กองทุนประกันสังคม 4.ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นอกจากนี้ ยังมีแหล่งเงินที่มาจาก การจ่ายเงินโดยประชาชนที่ผู้รับบริการ (Out of Pocket) ด้วย โดยมีรายละเอียดของแต่ละแหล่งเงินดังนี้

(2.1) งบประมาณปกติที่จัดสรรให้กับกระทรวงสาธารณสุข

งบประมาณหลักที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับจะอยู่ในรูปของเงินเดือนและงบประมาณเพื่อโครงการสาธารณสุขต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และโครงการอื่น ๆ โดยงบประมาณจะถูกจัดสรรไปยังหน่วยงานส่วนกลางทั้งกรมและกองต่าง ๆ และถูกจัดสรรอีกครั้งหนึ่งไปให้กับหน่วยงานส่วนภูมิภาคที่อยู่ในสังกัด โดยตารางที่ ข.19 แสดงให้เห็นถึงงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2555 ซึ่งได้รับจัดสรรทั้งสิ้น 96,226.14 ล้านบาท และเมื่อจำแนกตามหน่วยงาน พบว่า

หน่วยงานที่ได้รับจัดสรรงบประมาณสูงสุด คือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 81.56 รองลงมาคือ กรมการแพทย์ร้อยละ 5.37 และกรมควบคุมโรคร้อยละ 3.73 และหน่วยงานที่ได้รับจัดสรรน้อยที่สุดคือ องค์การเภสัชกรรมร้อยละ 0.03 รองลงมาคือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) คิดเป็นร้อยละ 0.08 ขณะที่การใช้จ่ายงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2555 พบว่า มีการเบิกจ่ายงบประมาณจำนวน 88,246.49 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 91.71 ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรร 96,226.14 ล้านบาท

ตารางที่ ข.19: งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2555

หน่วยงาน	งบประมาณที่ได้รับ (ล้านบาท)	งบประมาณที่ใช้ (ล้านบาท)	ร้อยละของการ ใช้จ่าย
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	78,483.40	72,421.79	92.28
กรมการแพทย์	5,168.32	4,279.07	82.79
กรมควบคุมโรค	3,587.17	3,437.79	95.84
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	315.578	222.53	70.47
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	1,052.39	963.59	91.56
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1,066.77	794.46	74.47
กรมสุขภาพจิต	2,446.21	2,299.37	94.00
กรมอนามัย	1,846.97	1,676.71	90.78
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	767.79	688.12	89.62
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	1,099.8	1,099.8	100.00
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	173.98	173.98	100.00
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	111.69	111.69	100.00
สถานรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	77.58	77.58	100.00
องค์การเภสัชกรรม	28.28	0	0
รวม	96,226.14	88,246.5	91.71

ที่มา: ฐานข้อมูล GFMS (Government Fiscal Management Information System)

(2.2) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ละปีงบประมาณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำการคำนวณงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวภายใต้การกำกับของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และนำไปเสนอสำนักงานงบประมาณเพื่อจัดตั้งงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว (การดำเนินการใช้เงินงบประมาณทั้งหมด) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนกลางจะทำการสัญญาซื้อบริการสุขภาพโดยตรงกับทั้งสถานพยาบาลของภาครัฐและภาคเอกชน อย่างไรก็ตามในอนาคตมีแผนที่จะให้สำนักงานสาขาเขตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ซื้อบริการสุขภาพแทนส่วนกลาง ในปีงบประมาณ 2556 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับงบประมาณ 108,744.46 ล้านบาท ซึ่งเพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ที่เท่ากับ 107,814.12 ล้านบาท ร้อยละ 0.86

ตารางที่ ข.20: งบประมาณรายจ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ	เงินงบประมาณ (ล้านบาท)	ร้อยละของ การเปลี่ยนแปลง
เริ่มจัดตั้งปี 2545-2548	108,376.45	
2549	39,666.8	-
2550	75,125.89	89.3924
2551	76,598.8	1.9606
2552	80,597.69	5.2206
2553	89,384.77	10.9024
2554	101,057.91	13.0594
2555	107,814.12	6.6855
2556	108,744.46	0.8629

ที่มา: เอกสารงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ 2550 ถึง 2556

(2.3) กองทุนประกันสังคม

ระบบประกันสังคมเป็นระบบความคุ้มครองให้แก่แรงงานภาคเอกชนที่กำหนด นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลจ่ายเงินสมทบในสัดส่วนที่กำหนดตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติการประกันสังคม) เพื่อจัดสิทธิประโยชน์ 7 ประการ โดยหนึ่งในสิทธิประโยชน์ คือ ความคุ้มครองในการรักษาพยาบาล การประกันสังคม ดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการประกันสังคม ในส่วนของความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล สำนักงานประกันสังคมจะทำการซื้อบริการจากทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งในกรณีของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในอัตราที่กำหนด เมื่อพิจารณาตารางที่ ข.21 จะเห็นได้ว่าจำนวนสถานประกอบการ จำนวนผู้ประกันตน และเงินกองทุนประกันสังคมในปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในส่วนของเงินกองทุนประกันสังคมปี พ.ศ. 2554 มีร้อยละของการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 14.88 ซึ่งน้อยกว่าปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.7

ตารางที่ ข.21: จำนวนสถานประกอบการ จำนวนผู้ประกันตน และเงินกองทุนประกันสังคม

ปี	จำนวนสถาน ประกอบการ (แห่ง)	จำนวนผู้ประกันตน (คน)	เงินกองทุน ประกันสังคม (ล้านบาท)	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง ของเงินกองทุน ประกันสังคม
2552	389,953	9,360,119	703,166	-
2553	395,924	9,702,833	822,701	16.70
2554	404,195	10,499,993	945,103	14.88

ที่มา: รายงานประจำปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2554 ของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

(2.4) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

เพื่อชดเชยเงินเดือนที่ไม่สูงนัก รัฐบาลจึงจัดสรรงบประมาณแผ่นดินเพื่อจัดเป็นสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและบุคคลในครอบครัวรวมถึงข้าราชการบำนาญ โดยกรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ตั้งงบประมาณและทำหน้าที่บริหารการเบิกจ่ายงบประมาณส่วนนี้เหมือนกับการเบิกจ่ายงบประมาณทั่วไป

การจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น ในกรณีการรับบริการผู้ป่วยนอก กรมบัญชีกลางจะจ่ายตามรายการเรียกเก็บย้อนหลัง (Retrospective fee for services) ส่วนการรับบริการผู้ป่วยใน กรมบัญชีกลางจะจ่ายตามรายป่วย (per case) โดยอาศัยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เป็นอัตรากลางในการจ่ายค่าบริการ งบประมาณที่ใช้เพื่อดำเนินการจัดสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้กรมบัญชีกลางได้ดำเนินการมาตรการจัดระบบการเบิกจ่าย และควบคุมการใช้สวัสดิการเพื่อให้เกิดการจัดสวัสดิการที่เหมาะสม และทำให้งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการเริ่มอยู่ในระดับที่คงที่ จนถึงเริ่มลดลง (ตารางที่ ข.22)

ตารางที่ ข.22: งบประมาณรายจ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ปีงบประมาณ	เงินงบประมาณ (ล้านบาท)	ร้อยละของ การเปลี่ยนแปลง
2550	30,000	-
2551	38,700	29
2552	48,500	25.323
2553	48,500	0
2554	62,000	27.83505
2555	61,844	-0.25161
2556	60,000	-2.9817

ที่มา: เอกสารงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2556

3. ทิศทางของระบบสาธารณสุขไทย

การพัฒนาด้านการสาธารณสุขของไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงที่ผ่านมา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทิศทางของระบบสาธารณสุขไทยที่ควรพิจารณาดังต่อไปนี้

(3.1) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้แนวโน้มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีโครงการฯ (ตารางที่ ข.23) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง (ตารางที่ ข.24)

ตารางที่ ข.23: ร้อยละการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ปี	ร้อยละการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
พ.ศ. 2534	49
พ.ศ. 2548	75.3
พ.ศ. 2552	68.5

ที่มา: แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11

โครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าเริ่มปี พ.ศ. 2545

ตารางที่ ข.24: การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2550

หน่วย: ครั้ง

การใช้บริการทางการแพทย์	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548	พ.ศ.2549	พ.ศ.2550
ผ่าตัดกะโหลก สมอง และเยื่อหุ้มสมอง	35,474	36,398	36,930	37,021
การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม	175,396	213,539	241,884	244,000
ผ่าตัดจอประสาทตา	50,704	53,411	56,682	59,756
ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	70,850	73,034	72,406	73,227
ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจตีบ	39,460	42,099	45,340	48,019
การคลอดโดยอาศัยเครื่องมือ	43,470	51,429	54,021	50,970
การผ่าตัดทำคลอด	186,774	226,143	243,108	257,763

ที่มา: Administrative data of the CSMBs, SSS, and the UHC schemes, 2004-2007

(3.2) บุคลากรด้านสาธารณสุข

จากตารางที่ ข.3 จะเห็นได้ว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขของประเทศไทยยังมีจำนวนที่ไม่เพียงพอ และการพัฒนาในด้านความคุ้มครองด้านสุขภาพ (ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ) ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ย่อมทำให้ความต้องการทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุขของไทยมีความต้องการเพิ่มขึ้นไปอีก นอกจากนี้ปัญหาในเรื่องของการผลิตบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่ไม่สอดคล้องกับภาระงานที่จำเป็น และการจัดสรรหรือกระจายงานที่ไม่ตรงกับความสามารถหรือความชำนาญของผู้รับงานก็ยังเป็นปัญหาและจะยังคงเป็นปัญหาต่อไปถ้ายังขาดกลไกการจัดการที่เป็นเอกภาพและไม่ได้อนุมัติในภาพรวม ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนย้ายประชากรส่งผลให้เกิดการอุปถัมภ์ของการเจ็บไข้ได้ป่วยใหม่อย่างต่อเนื่อง ทำให้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญเพิ่มเติม

(3.3) โครงสร้างอายุของประชากร

ความสำเร็จของนโยบายควบคุมปริมาณประชากรส่งผลให้ประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่เทคโนโลยีทางด้านสุขภาพที่มีความทันสมัยมากขึ้นส่งผลให้ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มมากขึ้น แนวโน้มทั้งสองด้านส่งผลให้โครงสร้างอายุของประชากรภายในประเทศมีแนวโน้มที่จะมีสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุมากขึ้น ซึ่งทำให้แนวโน้มความต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์ และระบบโครงสร้างพื้นฐานที่สามารถเอื้อให้ประชากรผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น และเชื่อมโยงกับภาระทางด้านการคลังในการจัดระบบให้ไปเป็นไปตามความต้องการดังกล่าวนี้

(3.4) การรวมกลุ่มเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน

การรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนซึ่งจะทำให้ปัจจัยการผลิตระหว่างประเทศสมาชิก (วัตถุดิบ และแรงงาน) สามารถถูกเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรี โดยแรงงานในระบบบริการสุขภาพเป็นหนึ่งใน 11 สาขาหลักที่ประเทศสมาชิกภายในกลุ่มต้องการเร่งรัดดำเนินการให้เกิดการเคลื่อนย้ายได้เสรี และอาจส่งผลต่อความไม่เพียงพอของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และปัญหาอื่นที่สืบเนื่องในอนาคต

ภาคผนวก ค

ประเด็นด้านกฎหมายและระเบียบ
ที่เกี่ยวข้อง

ภาคผนวก ค

ประเด็นด้านกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุมและรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชากรมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศ โดย

กระทรวงสาธารณสุขแบ่งการบริหารราชการออกเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค

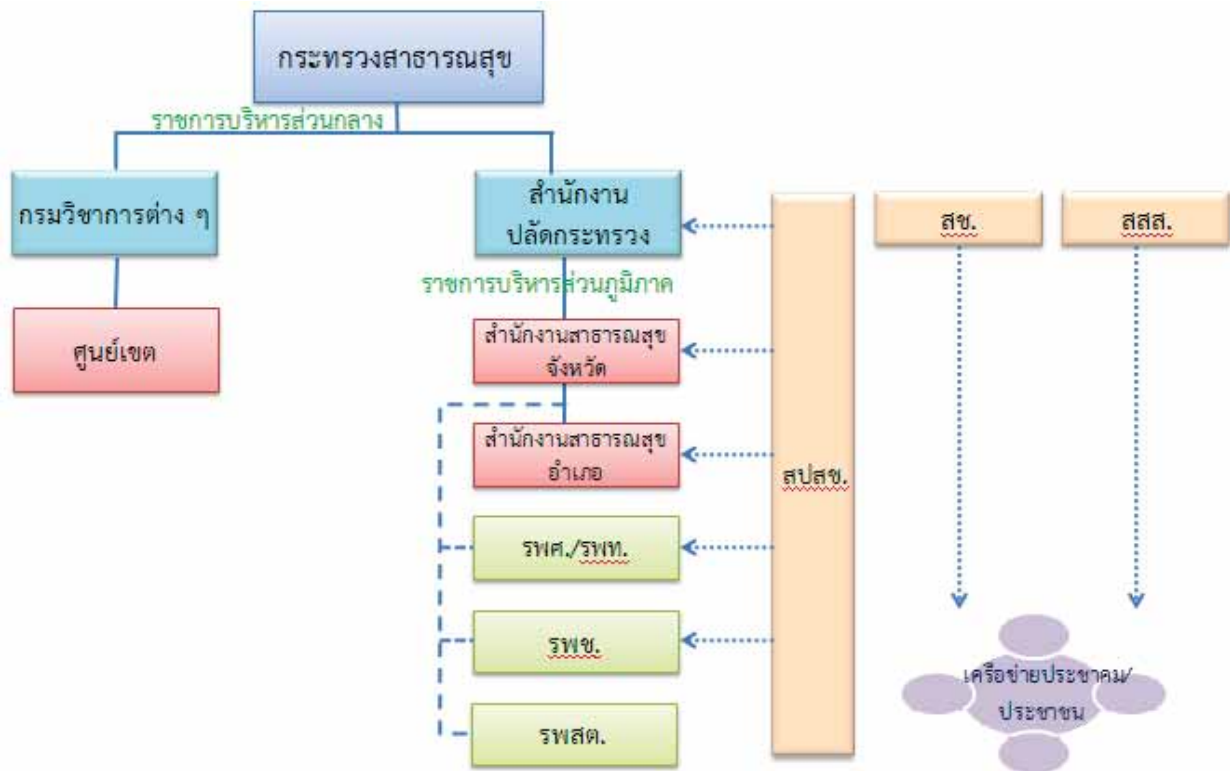
การบริหารราชการส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 9 ส่วน ประกอบด้วย สำนักงานปลัดกระทรวง และกลุ่มภารกิจต่าง ๆ รวม 8 กรม ดังนี้

- กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการแพทย์ ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต
- กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 กรม คือ กรมควบคุมโรคและกรมอนามัย
- กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การบริหารราชการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา รัฐบาลปรับเปลี่ยนบทบาทอำนาจหน้าที่ของผู้ว่าราชการจังหวัดให้เป็นผู้บริหารสูงสุดของจังหวัด และใช้การบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงเป็นหน่วยงานที่มีสายบังคับบัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัด และร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับพื้นที่ในฐานะคณะผู้บริหารของจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากการบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ยังมีหน่วยงานในกำกับของรัฐที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพและให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพในมิติต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยหน่วยงานที่บทบาทสำคัญ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ด้านสุขภาพแสดงได้ดังแผนภาพที่ ค.1

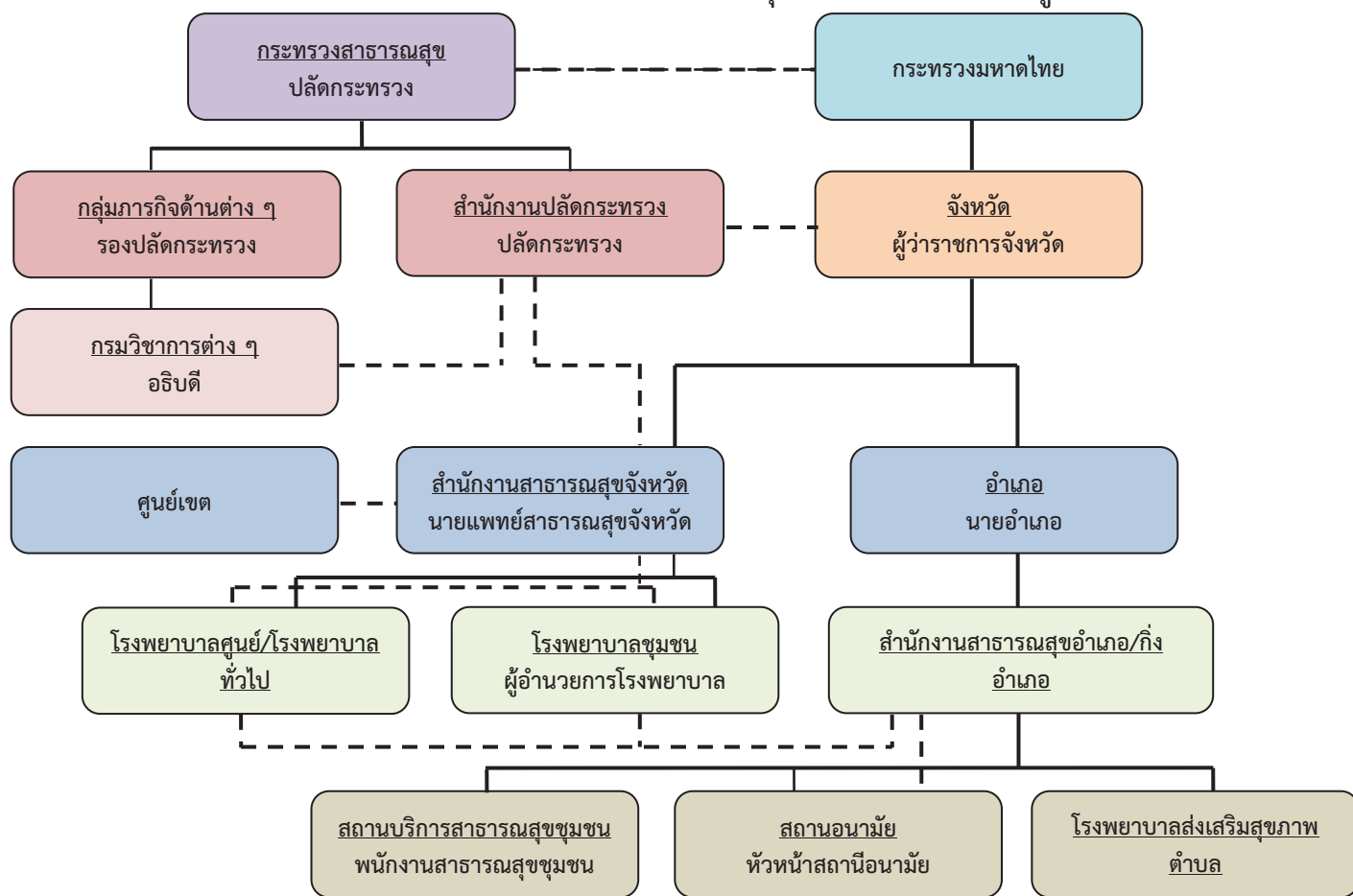
แผนภาพที่ ค.1: ลักษณะความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ด้านสุขภาพในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

จากที่กล่าวมา หน่วยงานด้านสุขภาพต่าง ๆ มีลักษณะความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงกันอย่างกว้างขวาง ขณะที่เมื่อพิจารณาการบริหารงานสาธารณสุขในราชการบริหารส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีความเกี่ยวเนื่องกับกระทรวงมหาดไทย ภายใต้ขอบเขตอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ กฎกระทรวง ข้อบังคับ และระเบียบต่าง ๆ โดยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีสายการบังคับบัญชาต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใต้การกำกับดูแลจากผู้ว่าราชการจังหวัด สังกัดกระทรวงมหาดไทย ส่วนสถานบริการสาธารณสุขชุมชนและสถานีนอนมัย มีสายการบังคับบัญชาต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การกำกับดูแลจากผู้ว่าราชการจังหวัด สังกัดกระทรวงมหาดไทยเช่นเดียวกัน โดยสถานพยาบาลเหล่านี้ในจังหวัดต่าง ๆ มีสายการนิเทศและประสานงานจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกำกับดูแลของปลัดกระทรวงสาธารณสุข โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการบริหารส่วนภูมิภาคสามารถแสดงได้ดังแผนภาพที่ ค.2

แผนภาพที่ ค.2: โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการบริหารส่วนภูมิภาค



————— สายการบังคับบัญชา

- - - - - สายการนิเทศและประสานงาน

ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

บทบาท อำนาจ หน้าที่ของหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขในราชการบริหารส่วนภูมิภาคได้ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ กฎกระทรวง ข้อบังคับ และระเบียบที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่

- กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 (เอกสารแนบ 1) ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552 ข้อ 3 กำหนดให้แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

ก. ราชการบริหารส่วนกลาง

- (1) สำนักบริหารกลาง
- (2) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- (3) สถาบันพระบรมราชชนก
- (4) สำนักการพยาบาล
- (5) สำนักตรวจและประเมินผล
- (6) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

(7) สำนักบริหารการสาธารณสุข

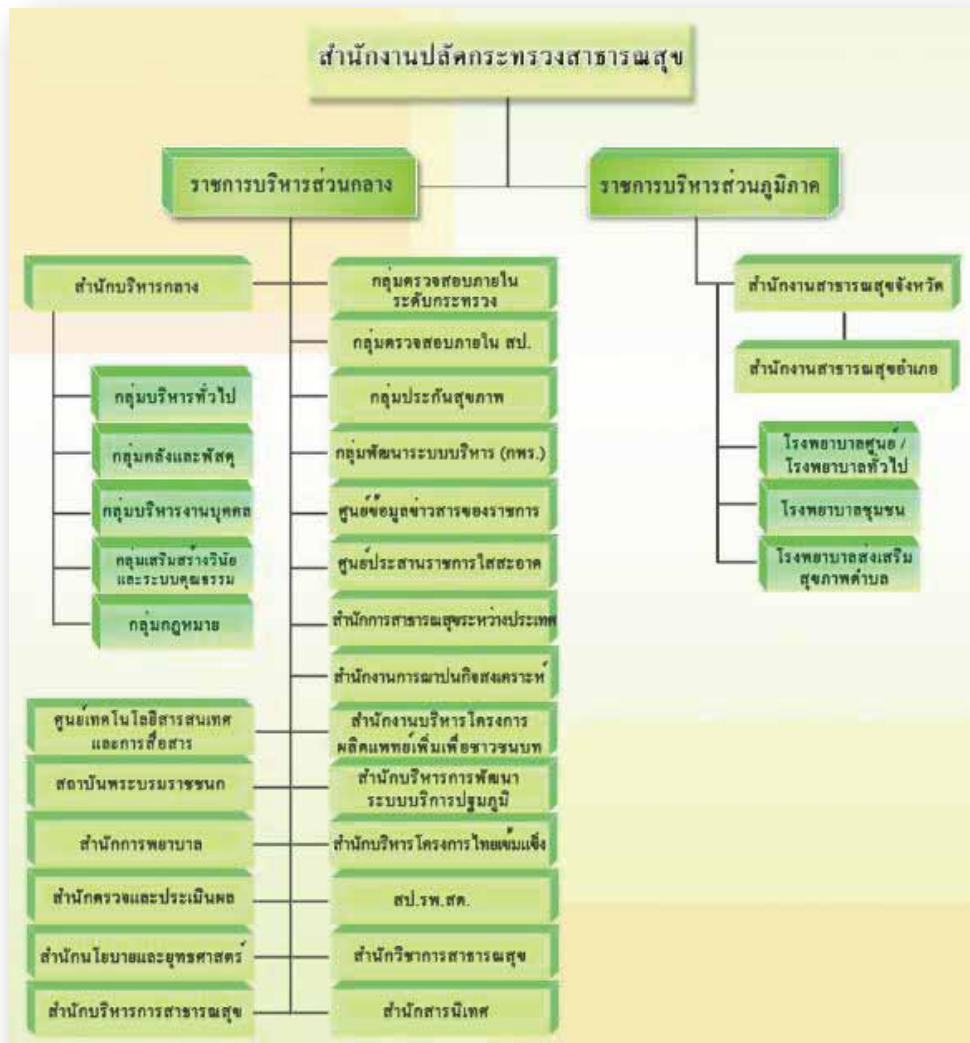
ข. ราชการบริหารส่วนภูมิภาค

(1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

การแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แสดงได้ดังแผนภาพที่ ค.3

แผนภาพที่ ค.3: โครงสร้างการแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา: เว็บไซต์ <http://ops.moph.go.th/other/str.html>

ขณะที่ ข้อ 4 ถึง ข้อ 14 กำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยข้อ 13 กำหนดให้สาธารณสุขจังหวัดมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- (1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด
- (2) ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด

- (3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- (4) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 14 กำหนดให้สาธารณสุขอำเภอมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- (1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ
- (2) ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ
- (3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- (4) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

โดยส่วนใหญ่บทบาทภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการกำหนดไว้ดังนี้¹

- พัฒนานโยบายการดำเนินงานและแผนพัฒนาสุขภาพของจังหวัด
- ดำเนินการด้านสาธารณสุข
- จัดบริการสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว
- คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- วางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัด⁵ และพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข
- ติดตามและประเมินผลงานและผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพของประชาชนในจังหวัด
- การบริหารงานทั่วไป

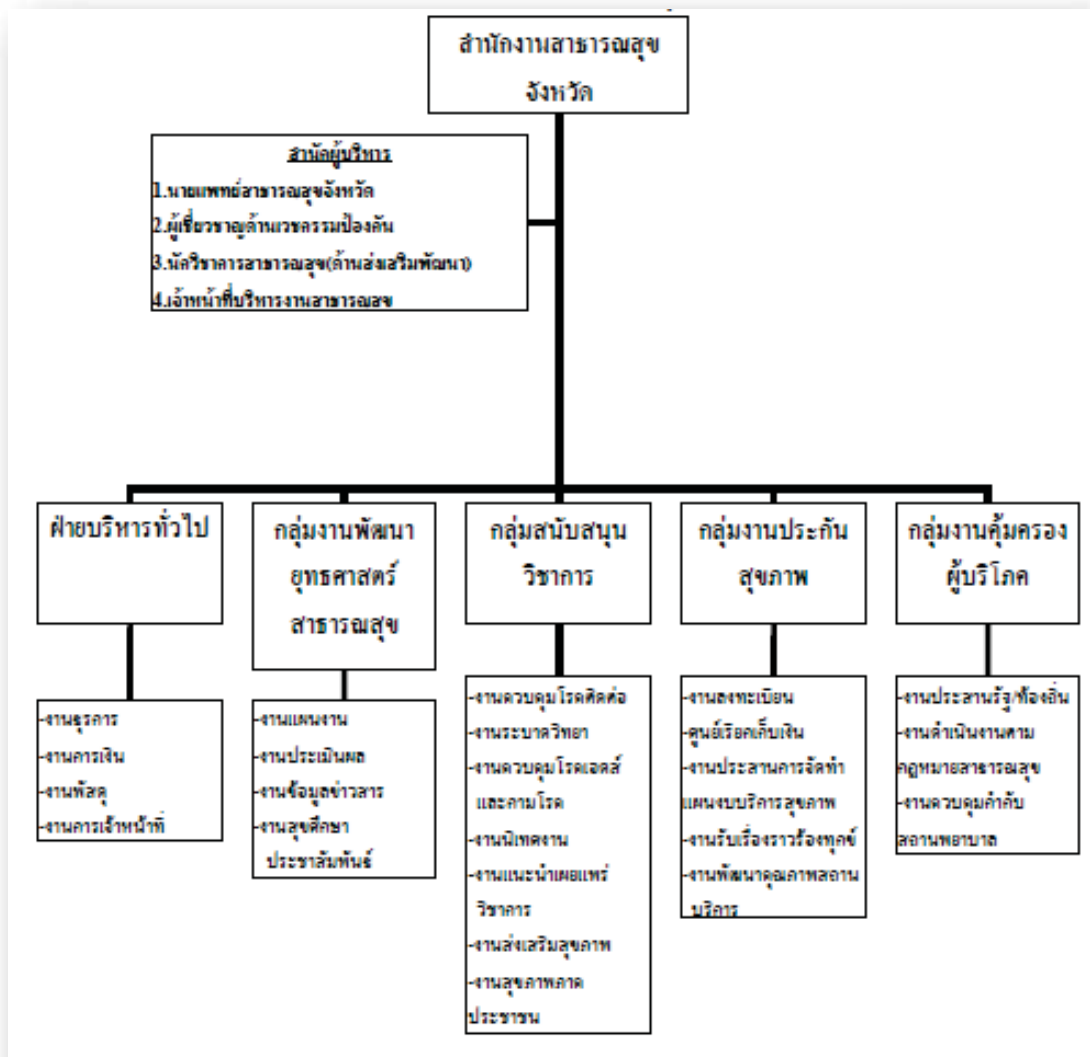
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่มีการจัดแบ่งระบบงานภายในออกเป็น 1 ฝ่าย 4 กลุ่มงาน มีกรอบอัตรากำลังตามที่สำนักงาน ก.พ. ได้กำหนดกรอบอัตรากำลังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไว้ ภารกิจ 5 กลุ่มงาน ได้แก่

- 1) ฝ่ายบริหารทั่วไป
- 2) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
- 3) กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ
- 4) กลุ่มงานประกันสุขภาพ
- 5) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

โครงสร้างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มงานแสดงได้ดังแผนภาพที่ ค.4

¹ <http://203.157.229.11/prb/document/structure.pdf>

แผนภาพที่ ค.4: โครงสร้างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มงาน



ที่มา: <http://203.157.229.11/prb/document/structure.pdf>

สำหรับกรมีวิชาการต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการได้กำหนดภารกิจและอำนาจหน้าที่ของกรมีวิชาการ การแบ่งส่วนราชการ ตลอดจนอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ ภายในกรมที่ได้ถูกกำหนดไว้ กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552 (เอกสารแนบ 2)
- กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552 (เอกสารแนบ 3)
- กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552 (เอกสารแนบ 4)

- กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552 (เอกสารแนบ 5)
- กระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552 (เอกสารแนบ 6)
- กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552 (เอกสารแนบ 7)
- กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552 (เอกสารแนบ 8)
- กฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาวันที่ 28 ธันวาคม 2552 (เอกสารแนบ 9)

กระทรวงสาธารณสุขบริหารงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคโดยการกำหนดเขตตรวจราชการ กำหนดเครือข่ายบริการ และมอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข (เอกสารแนบ 10) ดังต่อไปนี้

- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 157/2556 เรื่อง กำหนดเขตตรวจราชการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่
- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 159/2556 เรื่อง กำหนดเขตพื้นที่เครือข่ายบริการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ

โดยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขทั้งสองนี้สามารถสรุปได้ดังตารางที่ ค.1

ตารางที่ ค.1: การกำหนดเครือข่ายบริการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ (สถานะในปีงบประมาณ 2556)

เครือข่ายบริการ	เขตตรวจราชการ	จังหวัด	ผู้ตรวจราชการกระทรวง
1	16	เชียงราย	นายวิศิษฐ์ ตั้งนภากร
	16	น่าน	
	16	พะเยา	
	16	แพร่	
	15	เชียงใหม่	
	15	แม่ฮ่องสอน	
	15	ลำปาง	
	15	ลำพูน	
2	17	ตาก	นายอำนาจ กาจันะ
	17	พิษณุโลก	
	17	เพชรบูรณ์	
	17	สุโขทัย	
	17	อุตรดิตถ์	
3	2	ชัยนาท	นายทรงยศ ชัยชนะ

เครือข่ายบริการ	เขตตรวจราชการ	จังหวัด	ผู้ตรวจราชการกระทรวง
	18	กำแพงเพชร	
	18	พิจิตร	
	18	นครสวรรค์	
	18	อุทัยธานี	
4	1	นนทบุรี	นายจักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์
	1	ปทุมธานี	
	1	พระนครศรีอยุธยา	
	1	สระบุรี	
	2	ลพบุรี	
	2	สิงห์บุรี	
	2	อ่างทอง	
	3	นครนายก	
5	4	กาญจนบุรี	นายสุริยะ วงศ์คงคาเทพ
	4	นครปฐม	
	4	ราชบุรี	
	4	สุพรรณบุรี	
	5	ประจวบคีรีขันธ์	
	5	เพชรบุรี	
	5	สมุทรสงคราม	
	5	สมุทรสาคร	
6	3	ฉะเชิงเทรา	นายธวัชชัย กมลธรรม
	3	ปราจีนบุรี	
	3	สระแก้ว	
	3	สมุทรปราการ	
	9	จันทบุรี	
	9	ชลบุรี	
	9	ตราด	
	9	ระยอง	
7	12	กาฬสินธุ์	นายอภิชัย มงคล
	12	ขอนแก่น	
	12	มหาสารคาม	
	12	ร้อยเอ็ด	
8	10	บึงกาฬ	นายสุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย
	10	เลย	
	10	หนองคาย	
	10	หนองบัวลำภู	
	11	อุดรธานี	
	11	นครพนม	
	11	สกลนคร	
9	14	ชัยภูมิ	นายคำรณ ไชยศิริ
	14	นครราชสีมา	

เครือข่ายบริการ	เขตตรวจราชการ	จังหวัด	ผู้ตรวจราชการกระทรวง
	14	บุรีรัมย์	
	14	สุรินทร์	
10	11	มุกดาหาร	นายทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ
	13	ยโสธร	
	13	ศรีสะเกษ	
	13	อุบลราชธานี	
	13	อำนาจเจริญ	
11	6	ชุมพร	นายสุวรรณชัย วัฒนียงเจริญชัย
	6	นครศรีธรรมราช	
	6	สุราษฎร์ธานี	
	7	กระบี่	
	7	พังงา	
	7	ภูเก็ต	
	7	ระนอง	
12	6	พัทลุง	นายสุวัช เชื้อศิริวัฒนา
	7	ตรัง	
	8	นราธิวาส	
	8	ปัตตานี	
	8	ยะลา	
	8	สงขลา	
	8	สตูล	
ส่วนกลาง	กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	นายอำนาจ กาจันะ

- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 160/2556 เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งมอบอำนาจในการสั่ง การอนุญาต การอนุมัติ การปฏิบัติราชการ หรือการดำเนินการอื่นที่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะพึงปฏิบัติหรือดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง หรือมติคณะรัฐมนตรี ให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทน ดังนี้
 - 1) งานตรวจราชการและติดตามประเมินผลในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ
 - 2) การร่วมมือหรือประสานงานกับส่วนราชการอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน่วยงาน ตั้งอยู่ในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ
 - 3) การบริหารงานบุคคลในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ
 - 4) ราชการอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ

สำหรับงานสาธารณสุขในราชการบริหารส่วนภูมิภาคของหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย ได้ถูกกำหนดบทบาท อำนาจ หน้าที่ไว้ในกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติมถึงปัจจุบัน (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2553 ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2553 ในส่วนที่ 2 การจัดระเบียบบริหาร

ราชการส่วนภูมิภาค โดยความในมาตราที่สำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับการบริหารงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (เอกสารแนบ 11) ได้แก่

- มาตรา 54 ในจังหวัดหนึ่ง ให้มีผู้ว่าราชการจังหวัดคนหนึ่งเป็นผู้รับนโยบายและคำสั่งจากนายกรัฐมนตรีในฐานะหัวหน้ารัฐบาล คณะรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรม มาปฏิบัติภารกิจให้เหมาะสมกับท้องที่และประชาชน และเป็นหัวหน้าบังคับบัญชาบรรดาข้าราชการฝ่ายบริหาร ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในราชการส่วนภูมิภาคในเขตจังหวัด และรับผิดชอบในราชการจังหวัดและอำเภอ และจะให้มีรองผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัด หรือทั้งรองผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ช่วยสั่งและปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดก็ได้

รองผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชาข้าราชการฝ่ายบริหารส่วนภูมิภาคในเขตจังหวัด และรับผิดชอบในราชการรองจากผู้ว่าราชการจังหวัด

ผู้ว่าราชการจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด และผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัดสังกัดกระทรวงมหาดไทย

- มาตรา 57 ผู้ว่าราชการจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ดังนี้
 - (1) บริหารราชการตามกฎหมาย ระเบียบแบบแผนของทางราชการ และตามแผนพัฒนาจังหวัด
 - (2) บริหารราชการตามที่คณะรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรม มอบหมายหรือตามที่นายกรัฐมนตรีสั่งการในฐานะหัวหน้ารัฐบาล
 - (3) บริหารราชการตามคำแนะนำและคำสั่งของผู้ตรวจราชการกระทรวง ในเมื่อไม่ขัดต่อกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือคำสั่งของกระทรวง ทบวง กรม มติของคณะรัฐมนตรีหรือการสั่งการของนายกรัฐมนตรี
 - (4) กำกับดูแลการปฏิบัติราชการอันมิใช่ราชการส่วนภูมิภาคของข้าราชการซึ่งประจำอยู่ในจังหวัดนั้น ยกเว้นข้าราชการทหาร ข้าราชการฝ่ายตุลาการ ข้าราชการฝ่ายอัยการ ข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย ข้าราชการในสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและข้าราชการครู ให้ปฏิบัติราชการให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับหรือคำสั่งของกระทรวง ทบวง กรม หรือมติของคณะรัฐมนตรี หรือการสั่งการของนายกรัฐมนตรี หรือยับยั้งการกระทำใด ๆ ของข้าราชการในจังหวัดที่ขัดต่อกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือคำสั่งของกระทรวง ทบวง กรม มติของคณะรัฐมนตรี หรือการสั่งการของนายกรัฐมนตรีไว้ชั่วคราวแล้วรายงานกระทรวง ทบวง กรม ที่เกี่ยวข้อง
 - (5) ประสานงานและร่วมมือกับข้าราชการทหาร ข้าราชการฝ่ายตุลาการ ข้าราชการฝ่ายอัยการ ข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย ข้าราชการในสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและข้าราชการครู ผู้ตรวจราชการและหัวหน้าส่วนราชการในระดับเขตหรือภาค ในการพัฒนาจังหวัดหรือป้องกันภัยพิบัติสาธารณะ
 - (6) เสนอบประมาณต่อกระทรวงที่เกี่ยวข้อง หรือเสนอขอจัดตั้งงบประมาณต่อสำนักงานงบประมาณตามมาตรา ๕๒ วรรคสาม และรายงานให้กระทรวงมหาดไทยทราบ
 - (7) กำกับดูแลการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นตามกฎหมาย

- (8) กำกับกับการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานองค์การของรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ ในการนี้ให้มีอำนาจทำรายงานหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานขององค์การของรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจต่อรัฐมนตรีเจ้าสังกัดองค์การของรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ
- (9) บรรจุ แต่งตั้ง ให้บำเหน็จ และลงโทษข้าราชการส่วนภูมิภาคในจังหวัดตามกฎหมาย และตามที่ปลัดกระทรวง ปลัดทบวง หรืออธิบดีมอบหมาย
- มาตรา 58 การยกเว้น จำกัณฑ์ หรือตัดทอน อำนาจหน้าที่ของผู้ว่าราชการจังหวัดในการบริหารราชการในจังหวัด หรือให้ข้าราชการของส่วนราชการใดมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารราชการส่วนภูมิภาคเช่นเดียวกับผู้ว่าราชการจังหวัดจะกระทำได้โดยตราเป็นพระราชบัญญัติ
 - คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 886/2554 เรื่องมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล) (เอกสารแนบ 12) ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล ดังต่อไปนี้
 - การให้ความเห็นชอบในการแต่งตั้งข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ซึ่งมีใช้ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
 - การบรรจุเข้ารับราชการตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการและตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน
 - การดำเนินการคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ และตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ในกรณีที่มีเหตุพิเศษ
 - การแต่งตั้ง (ย้าย) ข้าราชการไปดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ และตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ชำนาญงานอาวุโส
 - การเลื่อนข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ ซึ่งมีใช้ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และการเลื่อนข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน ระดับอาวุโส
 - การคัดเลือกบุคคลให้ส่งผลงานประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษลงมาทุกตำแหน่ง ยกเว้นตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
 - การประเมินผลงานของข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ทุกสายงาน ยกเว้นสายงานนิติกร
 - การปรับเงินเดือนให้ข้าราชการที่ได้รับเงินเดือนยังไม่ถึงขั้นต่ำของระดับตามบัญชีเงินเดือน พ.ร.บ. ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551
 - การสั่งให้ข้าราชการตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ และตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ชำนาญงาน อาวุโส ออกจากราชการเพื่อให้ได้รับบำเหน็จ บำนาญ ตามมาตรา 110 แห่ง พ.ร.บ. ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 สำหรับข้าราชการในราชการบริหารส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค



กฎกระทรวง
แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ จ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๓ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๒ ให้สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนา ยุทธศาสตร์และแปลงนโยบายของกระทรวงเป็นแผนการปฏิบัติราชการ จัดสรรทรัพยากรและบริหาร ราชการประจำทั่วไปของกระทรวง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเกิดผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจ ของกระทรวง โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำข้อมูล เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ของกระทรวง
- (๒) พัฒนายุทธศาสตร์การบริหารของกระทรวง
- (๓) แปลงนโยบายเป็นแนวทางและแผนการปฏิบัติราชการ
- (๔) จัดสรรและบริหารทรัพยากรของกระทรวง เพื่อให้เกิดการประหยัด คุ่มค่า และสมประโยชน์

(๕) กำกับ เร่งรัด ติดตาม และประเมินผล รวมทั้งประสานการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง

(๖) กำกับ ดูแล และประสานการบริหารจัดการและการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

(๗) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อใช้ในการบริหารงานและการบริการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง

(๘) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานการพัฒนากระบวนการสุขภาพ

(๙) ดูแลงานประชาสัมพันธ์ ความร่วมมือระหว่างประเทศ และดำเนินการเกี่ยวกับกฎหมายและพัฒนาปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ทันสมัย

(๑๐) ผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านระบบบริการสุขภาพและด้านการพยาบาลแก่องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๑๑) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานปลัดกระทรวงหรือตามที่รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ ๓ ให้แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง ดังต่อไปนี้

ก. ราชการบริหารส่วนกลาง

(๑) สำนักบริหารกลาง

(๒) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

(๓) สถาบันพระบรมราชชนก

(๔) สำนักการพยาบาล

(๕) สำนักตรวจและประเมินผล

(๖) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

(๗) สำนักบริหารการสาธารณสุข

ข. ราชการบริหารส่วนภูมิภาค

(๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(๒) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ข้อ ๔ ในสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ให้มีกลุ่มตรวจสอบภายใน เพื่อทำหน้าที่หลักในการตรวจสอบการดำเนินงานภายในสำนักงานปลัดกระทรวงและกระทรวง และสนับสนุนการปฏิบัติงานของสำนักงานปลัดกระทรวงและกระทรวง รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบด้านการบริหาร การเงิน และการบัญชีของสำนักงาน ปลัดกระทรวงและกระทรวง

(๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ ในสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ให้มีกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เพื่อทำหน้าที่หลักในการพัฒนาการบริหารของสำนักงานปลัดกระทรวงและกระทรวงให้เกิด ผลสัมฤทธิ์ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีอำนาจ หน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอแนะให้คำปรึกษาแก่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบราชการภายในสำนักงานปลัดกระทรวงและกระทรวง

(๒) ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการในสำนักงาน ปลัดกระทรวงและกระทรวง

(๓) ประสานและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการร่วมกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ และหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงและกระทรวง

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๖ สำนักบริหารกลาง มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการเกี่ยวกับงานบริหารทั่วไปของสำนักงานปลัดกระทรวง และงานช่วยอำนวยความสะดวก

(๒) ดำเนินการเกี่ยวกับกฎหมาย รวมถึงการตรวจและยกร่างกฎหมาย การพัฒนาและวิจัย กฎหมาย การให้คำปรึกษาและความเห็นทางกฎหมาย การร่างสัญญาและบริหารสัญญา การดำเนินคดีอาญา คดีแพ่ง หรือคดีปกครอง การพิจารณาตรวจสอบคำอุทธรณ์หรือคำโต้แย้ง การเผยแพร่ความรู้ทางกฎหมาย การดำเนินมาตรการทางปกครอง การระงับ ข้อพิพาท และงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวง

(๓) ดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาองค์กรและจัดระบบงาน

(๔) บริหารแผนงาน และดำเนินการเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การงบประมาณ การพัสดุ อาคาร สถานที่และยานพาหนะของสำนักงานปลัดกระทรวง และที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวง

(๕) บริหารแผนงาน ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล และการเสริมสร้างวินัย และระบบคุณธรรม

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๗ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ของกระทรวงให้สอดคล้องกับมาตรฐานกลาง และนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ของประเทศ

(๒) พัฒนาระบบงานคอมพิวเตอร์และเครือข่าย รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำ หรือฝึกอบรม การใช้คอมพิวเตอร์และการใช้โปรแกรม

(๓) ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง

(๔) ดูแลรับผิดชอบการใช้เทคโนโลยีให้มีผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๘ สถาบันพระบรมราชชนก มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอความเห็นในการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านการผลิตและการพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

(๒) จัดทำแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องและตอบสนอง นโยบายและความต้องการด้านกำลังคนของกระทรวง

(๓) ผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๔) พัฒนาระบบข้อมูลและงานวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้การพัฒนากำลังคน

(๕) พัฒนามาตรฐานการศึกษาและวิชาการด้านการศึกษาและฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ

(๖) กำกับและดูแลวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและเป็นแหล่งศึกษา ค้นคว้า วิจัย และฝึกภาคปฏิบัติของอาจารย์และนักศึกษา

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ สำนักการพยาบาล มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนานโยบายและมาตรฐานด้านการพยาบาล

(๒) กำกับ ดูแล และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของสถานพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน

(๓) พัฒนาคุณภาพทางเทคนิคและทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล รวมทั้งกำหนดกลไกและรูปแบบการปฏิบัติงานทั้งด้านการบริหาร บริการ และวิชาการ ที่ครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ

(๔) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการพยาบาล เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๐ สำนักตรวจและประเมินผล มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ติดตาม ตรวจสอบ และรายงานผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง

(๒) ติดตามและตรวจสอบการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงเพื่อให้เป็นไปตามแผนงานโครงการและสอดคล้องกับกฎ ระเบียบ และขั้นตอนที่กำหนด

(๓) ติดตามและตรวจสอบการใช้ทรัพยากร โดยให้มีการจัดสรร การเกลี่ยและประสานระหว่างหน่วยงานในสังกัดกระทรวงให้เกิดความประหยัด คุ่มค่าและสมประโยชน์

(๔) ประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานตามภารกิจของส่วนราชการ

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๑ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ จัดทำข้อมูลในการกำหนดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ จัดทำแผนงาน โครงการ รวมทั้งจัดทำและประสานแผนการปฏิบัติราชการของกระทรวง

(๒) จัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์ ประสานนโยบายและแผนไปสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนแม่บทของกระทรวง รวมทั้งเร่งรัด ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัด

(๓) แปลงนโยบายระดับชาติและระดับกระทรวงเป็นแผนการปฏิบัติราชการของกระทรวง

(๔) ติดตามและประสานความช่วยเหลือและความร่วมมือกับองค์การหรือหน่วยงานต่างประเทศ

(๕) ติดตามและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

(๖) ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่กิจกรรมและการปฏิบัติราชการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๒ สำนักบริหารการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนานโยบายและกำหนดมาตรฐานเครือข่ายบริการ และสถานบริการอื่นในระบบสุขภาพ เพื่อให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

(๒) ส่งเสริม พัฒนาและสนับสนุนด้านการบริหารและคุณภาพบริการ แก่หน่วยบริการในระบบสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

(๓) ส่งเสริมและประสานความร่วมมือด้านการจัดบริการสุขภาพกับหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการบริการ หรือหน่วยบริการสุขภาพของชุมชน ท้องถิ่น และเอกชน

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด

(๒) ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด

(๓) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๔ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ

(๒) ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ

(๓) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

วิทยา แก้วภราดัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงการแบ่งส่วนราชการและอำนาจหน้าที่ของสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข โดยรับโอนสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมาจัดตั้งเป็นสำนักบริหารการสาธารณสุข และรับโอนสำนักการพยาบาลจากกรมการแพทย์ รวมทั้งปรับปรุงอำนาจหน้าที่ของแต่ละส่วนราชการ เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้นและเหมาะสมกับสภาพของงานที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะทำให้การปฏิบัติการกิจตามอำนาจหน้าที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

แบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ ณ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๓ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๒ ให้กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการ ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกาย โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ การปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพ ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้านหรือในระดับตติยภูมิที่ยุ่ยากซับซ้อนอย่างได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งดำเนินการและประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศในเรื่องดังกล่าว

(๒) กำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และการแพทย์เฉพาะทาง

(๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการแพทย์เฉพาะทางแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๔) ประเมินการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ของสถานบริการสุขภาพทุกระดับให้เหมาะสมและคุ้มค่า

(๕) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิ เฉพาะโรคหรือเฉพาะทาง

(๖) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๗) พัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ

(๘) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรม หรือตามที่รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ ๓ ให้แบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ ดังต่อไปนี้

(๑) สำนักงานเลขานุการกรม

(๒) กองคลัง

(๓) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

(๔) โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

(๕) โรงพยาบาลราชวิถี

(๖) โรงพยาบาลเลิดสิน

(๗) โรงพยาบาลสงฆ์

(๘) ศูนย์สิทธิธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

(๙) สถาบันทันตกรรม

(๑๐) สถาบันประสาทวิทยา

(๑๑) สถาบันพยาธิวิทยา

(๑๒) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

(๑๓) สถาบันยาเสพติดติดยาเสพติด

(๑๔) สถาบันโรคทรวงอก

(๑๕) สถาบันโรคผิวหนัง

- (๑๖) สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
- (๑๗) สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
- (๑๘) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- (๑๙) สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล
- (๒๐) สำนักยุทธศาสตร์

ข้อ ๔ ในกรมการแพทย์ ให้มีกลุ่มตรวจสอบภายใน เพื่อทำหน้าที่หลักในการตรวจสอบการดำเนินงานภายในกรม และสนับสนุนการปฏิบัติงานของกรม รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมการแพทย์ โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบด้านการบริหาร การเงิน และการบัญชีของกรม
- (๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ ในกรมการแพทย์ ให้มีกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เพื่อทำหน้าที่หลักในการพัฒนาการบริหารของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมการแพทย์ โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอแนะให้คำปรึกษาแก่อธิบดีกรมการแพทย์ เกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการภายในกรม

(๒) ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการในกรม

(๓) ประสานและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการร่วมกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ และหน่วยงานในสังกัดกรม

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๖ สำนักงานเลขานุการกรม มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) ปฏิบัติงานสารบรรณของกรม
- (๒) ดำเนินการเกี่ยวกับงานช่วยอำนวยความสะดวกและงานเลขานุการของกรม
- (๓) ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงานของกรม เผยแพร่กิจกรรมความรู้ ความก้าวหน้า และผลงานของกรม
- (๔) ดำเนินการเกี่ยวกับอาคารสถานที่ และยานพาหนะของกรม

(๕) ดำเนินการอื่นใดที่มีได้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการใดของกรม

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๗ กองคลัง มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การงบประมาณ และการพัสดุของกรม

(๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๘ โรงพยาบาลพระตมราชธานี มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิสาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านอาชีวเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๙ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านจักษุวิทยา

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านจักษุวิทยา แก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิสาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านจักษุวิทยา

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สาขาท่าง ๆ โดยเฉพาะด้านจักษุวิทยาแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๐ โรงพยาบาลราชวิถี มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางสาขาท่าง ๆ โดยเฉพาะด้านโสต ศอ นาสิก

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางสาขาท่าง ๆ โดยเฉพาะด้านโสต ศอ นาสิก แก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางสาขาท่าง ๆ โดยเฉพาะด้านโสต ศอ นาสิก

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เฉพาะทางสาขาท่าง ๆ โดยเฉพาะด้านโสต ศอ นาสิก แก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๑ โรงพยาบาลเลิดสิน มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางสาขาท่าง ๆ โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางสาขาท่าง ๆ โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูกแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยสาขาท่าง ๆ ในระดับตติยภูมิโดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สาขาท่าง ๆ ในระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก แก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๒ โรงพยาบาลสงฆ์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ และวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ ในกลุ่มพระภิกษุและสามเณร

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์สาขาค่าง ๆ ในระดับตติยภูมิในกลุ่มพระภิกษุและสามเณรแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิสาขาค่าง ๆ ในกลุ่มพระภิกษุและสามเณร

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สาขาค่าง ๆ ในระดับตติยภูมิแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๓ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่ผู้พิการและผู้ป่วยตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

(๒) ศึกษา วิเคราะห์ และวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการ

(๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๔) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการ

(๕) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๔ สถาบันทันตกรรม มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านทันตกรรม

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านทันตกรรมแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิด้านทันตกรรม

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมแก่ทันตแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๕ สถาบันประสาทวิทยา มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านระบบประสาท

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านระบบประสาทแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านระบบประสาท

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านระบบประสาทแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) กำกับและดูแลการดำเนินงานของโรงพยาบาลประสาทในส่วนภูมิภาค

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๖ สถาบันพยาธิวิทยา มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านพยาธิวิทยา

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านพยาธิวิทยาแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการตรวจและวินิจฉัยทางการแพทย์ สาขาพยาธิวิทยาเพื่อพัฒนาวิชาการแพทย์เฉพาะทางด้านพยาธิวิทยา

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านพยาธิวิทยาให้แก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๗ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านโรคมะเร็ง

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) กำกับและดูแลการดำเนินงานของศูนย์โรคมะเร็งในส่วนภูมิภาค

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๘ สถาบันยาเสพติดชันญารักษ์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด แก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด แก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) พัฒนาระบบและกลไกในการดำเนินงานบำบัดรักษาตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

(๖) ตรวจ อนุญาต และควบคุมการดำเนินงานของสถานพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด

(๗) กำกับและดูแลการดำเนินงานของศูนย์บำบัดรักษาเสพติดในส่วนภูมิภาค

(๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๙ สถาบันโรคทรวงอก มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคทรวงอก

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคทรวงอกแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางด้านโรคทรวงอก

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านโรคทรวงอกแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๐ สถาบันโรคผิวหนัง มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคผิวหนัง

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคผิวหนังแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางด้านโรคผิวหนัง

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านโรคผิวหนังแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) กำกับและดูแลการดำเนินงานของศูนย์โรคผิวหนังในส่วนภูมิภาค

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๑ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา ค้นคว้า วิจัย ประเมิน และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ และวิชาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๒) พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติทางการแพทย์ ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

(๓) เผยแพร่และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์แก่ผู้เกี่ยวข้องให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรม

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๒ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาวิชาการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) กำกับและดูแลการดำเนินงานของศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๓ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคเด็ก

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคเด็กแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางด้านโรคเด็ก

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านโรคเด็กแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๔ สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ จัดทำและพัฒนาแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลของกรม

(๒) ศึกษา วิเคราะห์ จัดทำและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากุศลกรของกรม

(๓) ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับภารกิจและยุทธศาสตร์ของกรม

และแก้ไขปัญหาความขาดแคลนของบุคลากร

(๔) ดำเนินการจัดระบบงานและพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลของกรม

(๕) พัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานและระบบสมรรถนะ

(๖) ประสานนโยบายและแผนงาน ตลอดจนสนับสนุน ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล การบริหารทรัพยากรบุคคลของกรมให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ

(๗) รับผิดชอบการจัดสวัสดิการเพื่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรของกรม

(๘) ดำเนินการเกี่ยวกับวินัยและพิทักษ์ระบบคุณธรรมของกรม

(๙) ดำเนินการเกี่ยวกับงานนิติการและพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(๑๐) รับผิดชอบงานศูนย์ประสานราชการใสสะอาดของกรม

(๑๑) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๕ สำนักยุทธศาสตร์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์และแผนงบประมาณด้านการพัฒนาวิชาการแพทย์

(๒) ประสาน สนับสนุน ติดตาม และผลักดันยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในการพัฒนาวิชาการแพทย์

(๓) ส่งเสริม สนับสนุนและประสานงานทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกรมมีผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ มาตรฐานและจริยธรรม

- (๔) พัฒนาระบบคุณภาพและส่งเสริมวัฒนธรรมทางการแพทย์สู่ความเป็นเลิศ
(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

วิทยา แก้วภราดัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงการแบ่งส่วนราชการและอำนาจหน้าที่ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยปรับปรุงอำนาจหน้าที่และยกฐานะของกองการเจ้าหน้าที่เป็นสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล กองแผนงานเป็นสำนักยุทธศาสตร์ และโอนสำนักการพยาบาลไปอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งปรับปรุงอำนาจหน้าที่ของแต่ละส่วนราชการ เพื่อให้สอดคล้องกับการกิจที่เพิ่มขึ้นและเหมาะสมกับสภาพของงานที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะทำให้การปฏิบัติการกิจตามอำนาจหน้าที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

แบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ จ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๓ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๒ ให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการ เพื่อการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา รวมทั้งการถ่ายทอด องค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการป้องกันและการควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ กฎหมายว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อนุสัญญาหรือกฎข้อบังคับระหว่างประเทศ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๒) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน

(๓) เป็นศูนย์กลางในการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานทางด้านวิชาการ เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

(๔) กำหนดและพัฒนานโยบาย กฎหมาย มาตรการและคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงาน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน

(๕) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัย ที่คุกคามสุขภาพให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน

(๖) จัด ประสาน และพัฒนาระบบ กลไกและเครือข่ายในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งสื่อสารข้อมูลเตือนภัยการระบาดของโรค แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณชน

(๗) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อเฉพาะโรคติดต่อสำคัญ และ โรคติดต่อร้ายแรงในระดับตติยภูมิ และกักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศ

(๘) จัดให้มีบริการป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟูสภาพโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ตลอดจนแหล่งแพร่โรค เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการพัฒนาวิชาการตามภารกิจของกรม

(๙) ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพกรณีที่เป็นปัญหาวงกว้างเกิดโรคระบาดรุนแรง หรือมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเป็นปัญหารุนแรง

(๑๐) ดำเนินการร่วมกับนานาชาติประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ

(๑๑) พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความ รับผิดชอบ

(๑๒) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรม หรือตามที่ รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ ๓ ให้แบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค ดังต่อไปนี้

(๑) สำนักงานเลขานุการกรม

(๒) กองการเจ้าหน้าที่

(๓) กองคลัง

(๔) กองแผนงาน

- (๕) สถาบันบำราศนราดูร
- (๖) สถาบันราชประชาสมาสัย
- (๗) สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์
- (๘) - (๑๙) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒
- (๒๐) สำนักระบาดวิทยา
- (๒๑) สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
- (๒๒) สำนักโรคติดต่อทั่วไป
- (๒๓) สำนักโรคติดต่อทางแมลง
- (๒๔) สำนักโรคไม่ติดต่อ
- (๒๕) สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อ ๔ ในกรมควบคุมโรค ให้มีกลุ่มตรวจสอบภายใน เพื่อทำหน้าที่หลักในการตรวจสอบการดำเนินงานภายในกรม และสนับสนุนการปฏิบัติงานของกรม รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมควบคุมโรค โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบด้านการบริหาร การเงิน และการบัญชีของกรม
- (๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ ในกรมควบคุมโรค ให้มีกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เพื่อทำหน้าที่หลักในการพัฒนาการบริหารของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมควบคุมโรค โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่อธิบดีกรมควบคุมโรคเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการภายในกรม
- (๒) ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการในกรม
- (๓) ประสานและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการร่วมกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ และหน่วยงานในสังกัดกรม
- (๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๖ สำนักงานเลขาธิการกรม มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) ปฏิบัติงานสารบรรณของกรม
- (๒) ดำเนินการเกี่ยวกับงานช่วยอำนวยความสะดวกและงานเลขานุการของกรม
- (๓) ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงานของกรมและเผยแพร่กิจกรรมความรู้ ความก้าวหน้า และผลงานของกรม
- (๔) ดำเนินการเกี่ยวกับงานอาคารสถานที่ และยานพาหนะของกรม
- (๕) ดำเนินการอื่นใดที่มีได้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการใดของกรม
- (๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๗ กองการเจ้าหน้าที่ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) จัดระบบงานและบริหารงานบุคคลของกรม
- (๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๘ กองคลัง มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การงบประมาณ และการพัสดุของกรม
- (๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๙ กองแผนงาน มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) จัดทำและประสานแผนงานและแผนปฏิบัติการของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ เป็นไปตาม เป้าหมาย แนวทางและแผนปฏิบัติการของกระทรวง รวมทั้งเร่งรัด ติดตาม และประเมินผล การปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกรม

(๒) ติดตามและประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับความร่วมมือและความช่วยเหลือด้านการควบคุมโรค

(๓) ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร วิชาการและเทคโนโลยีการป้องกันและการควบคุมโรค

(๔) เป็นศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศของกรม

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๐ สถาบันบำราศนราดูร มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

(๒) กำหนดและพัฒนามาตรฐานการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

(๓) ให้บริการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในระดับตติยภูมิ

(๔) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะทักษะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(๕) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขในสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(๖) กักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศ

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๑ สถาบันราชประชาสมาสัย มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน

(๒) กำหนดและพัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน

(๓) ให้บริการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนในระดับตติยภูมิ

(๔) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(๕) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขในสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(๖) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคเรื้อน

(๗) เป็นสถานกักกันผู้ป่วยโรคเรื้อน

(๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๒ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่ระบุไว้ในกฎหมายว่าด้วยการควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๒) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ ตลอดจนกำหนดและพัฒนามาตรฐานหลักเกณฑ์ และรูปแบบการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภัยที่คุกคามสุขภาพ และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์

(๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี รวมทั้งประสาน และสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภัยที่คุกคามสุขภาพ และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน

(๔) เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภัยที่คุกคามสุขภาพ และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๓ - ๒๔ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๒) สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๔) ประสานและสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๕) สนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคบริเวณชายแดนเพื่อการป้องกันโรคระหว่างประเทศ

(๖) เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๕ สำนักกระบวนวิชา มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านระบาดวิทยา

(๒) กำหนดและพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานและสมรรถนะบุคลากรด้านระบาดวิทยาทุกระดับ

(๓) จัดและพัฒนาระบบเครือข่ายในการเฝ้าระวัง การสอบสวนโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งการดำเนินงานของเครือข่าย ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ของโรคทั้งภายในและภายนอกประเทศ

(๔) เผยแพร่ข้อมูลและเตือนภัยการระบาดของโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งการสอบสวนโรคในกรณีรุนแรงและสำคัญ

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๖ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

(๒) กำหนดและพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

(๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน

(๔) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

(๕) ประสานการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๗ สำนักโรคติดต่อทั่วไป มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดต่อที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ โรคติดต่อระหว่างประเทศ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

(๒) กำหนดและพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินการ เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ โรคติดต่อระหว่างประเทศ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

(๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ โรคติดต่อระหว่างประเทศ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน

(๔) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ โรคติดต่อระหว่างประเทศ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

(๕) ประสานการพัฒนางานองค์ความรู้ด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคติดต่อที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ โรคติดต่อระหว่างประเทศ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๘ สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนางานองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง

(๒) กำหนดและพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง

(๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน

(๔) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง

(๕) ประสานการพัฒนางานองค์ความรู้ด้านการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาโรคติดต่อนำโดยแมลง

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๙ สำนักโรคไม่ติดต่อ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนางานองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ การบาดเจ็บ พฤติกรรม และสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม

(๒) กำหนดและพัฒนามาตรฐาน หลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ การบาดเจ็บ พฤติกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม

(๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ การบาดเจ็บ พฤติกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม

(๔) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ การบาดเจ็บ พหุกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม

(๕) เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ การบาดเจ็บ พหุกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๓๐ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(๒) กำหนดและพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน

(๔) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(๕) ประสานและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

วิทยา แก้วภราดัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงการแบ่งส่วนราชการและอำนาจหน้าที่ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น และเหมาะสมกับสภาพของงานที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะทำให้การปฏิบัติภารกิจตามอำนาจหน้าที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

แบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ ณ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๓ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๒ ให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น โดยคุ้มครอง อนุรักษ์และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ส่งเสริมและพัฒนาระบบความรู้ และสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ทัดเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และนำไปใช้ในระบบสุขภาพอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย เพื่อเป็นทางเลือกแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพ โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๒) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น

(๓) กำหนด พัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน และเสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

(๔) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น

(๕) พัฒนารูปแบบ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการบริการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น ในระบบบริการสุขภาพ

(๖) พัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ ให้เกิดผลสำเร็จแก่ราชการและประชาชน

(๗) รวบรวม อนุรักษ์ เฝ้าระวัง คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและสมุนไพร

(๘) ประสานความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือกอื่น ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(๙) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือตามที่รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ ๓ ให้แบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังต่อไปนี้

(๑) สำนักงานเลขานุการกรม

(๒) สถาบันการแพทย์แผนไทย

(๓) สำนักการแพทย์ทางเลือก

ข้อ ๔ ในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้มีกลุ่มตรวจสอบภายใน เพื่อทำหน้าที่หลักในการตรวจสอบการดำเนินงานภายในกรม และสนับสนุนการปฏิบัติงานของกรม รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบด้านการบริหาร การเงิน และการบัญชีของกรม

(๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ ในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้มีกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เพื่อทำหน้าที่หลักในการพัฒนาการบริหารของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีประสิทธิภาพ คำนึงค่ารับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการภายในกรม

(๒) ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการของกรม

(๓) ประสานและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการร่วมกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ และหน่วยงานในสังกัดกรม

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๖ สำนักงานเลขานุการกรม มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ปฏิบัติงานสารบรรณของกรม

(๒) ดำเนินการเกี่ยวกับงานช่วยอำนวยความสะดวกและงานเลขานุการของกรม

(๓) วางระบบและดำเนินการเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การงบประมาณ การพัสดุ อาคารสถานที่และยานพาหนะของกรม

(๔) จัดระบบและดำเนินการบริหารทรัพยากรบุคคลของกรม

(๕) จัดทำและประสานแผนงาน และแผนปฏิบัติการของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ และเป็นไปตามเป้าหมาย แนวทาง และแผนปฏิบัติการของกระทรวง รวมทั้งเร่งรัด ติดตามและประเมินผล การปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัด

(๖) ติดต่อและประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับความร่วมมือและความช่วยเหลือด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(๗) เป็นศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศของกรม

(๘) ดำเนินการเกี่ยวกับการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ กิจกรรม ความก้าวหน้า และผลงานของกรม

(๙) ดำเนินการอื่นใดที่มีได้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการใดของกรม

(๑๐) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๗ สถาบันการแพทย์แผนไทย มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย ยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

(๒) กำหนด พัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน และเสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย ยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

(๓) พัฒนารูปแบบ ส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทยในระบบสุขภาพ

(๔) รวบรวม อนุรักษ์ เฝ้าระวัง คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย และสมุนไพร ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๕) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย ยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

(๖) พัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบให้เกิดผลสำเร็จแก่ราชการและประชาชน

(๗) รับผิดชอบงานธุรการและงานวิชาการของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

(๘) ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิตยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรให้ได้คุณภาพมาตรฐาน

(๙) ประสานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยกับการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศอื่น

(๑๐) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๘ สำนักการแพทย์ทางเลือก มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาองค์ความรู้ และคัดกรองศาสตร์การแพทย์แผนจีน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ตลอดจนผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

(๒) ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือกอื่นที่เหมาะสม

(๓) กำหนด พัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และเสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือกอื่น

(๔) พัฒนารูปแบบ ส่งเสริม และสนับสนุนให้มีบริการการแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือกอื่นผสมผสานในระบบสุขภาพ

(๕) ประสานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือกอื่น

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

วิทยา แก้วภราดัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงการแบ่งส่วนราชการและอำนาจหน้าที่ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้นและเหมาะสมกับสภาพของงานที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะทำให้การปฏิบัติภารกิจตามอำนาจหน้าที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

แบ่งส่วนราชการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ จ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๓ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๒ ให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการวิจัย และการตรวจชันสูตรด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อผลการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน และสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ทำให้สามารถพัฒนาระบบการประกันคุณภาพ รวมทั้งเพื่อการสนับสนุนกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคของประชาชน โดยให้มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดและพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานของระบบและวิธีการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค

(๒) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๓) ศึกษา วิจัย พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประเมินความเสี่ยงและแจ้งเตือนภัยสุขภาพ

(๔) ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เพื่อควบคุมคุณภาพ ประสิทธิภาพและมาตรฐานให้เป็นไปตามกฎหมายและเป็นหลักฐานทางคดี รวมทั้งเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรค

(๕) เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชีววัตถุ สมุนไพร ยาเสพติด และการชันสูตรโรค เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข และเป็นห้องปฏิบัติการสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์และสาธารณสุข

(๖) สนับสนุนและพัฒนาระบบการประกันคุณภาพ ดำเนินการรับรองคุณภาพทางห้องปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค ทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน

(๗) พัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ

(๘) ถ่ายทอดองค์ความรู้และผลผลิตที่ได้จากการศึกษา วิเคราะห์ วิจัยสู่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๙) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรม หรือตามที่รัฐมนตรี หรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ ๓ ให้แบ่งส่วนราชการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังต่อไปนี้

(๑) สำนักงานเลขานุการกรม

(๒) กองแผนงานและวิชาการ

(๓) - (๑๔) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑ - ๑๒

(๑๕) สถาบันชีววัตถุ

(๑๖) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

(๑๗) สถาบันวิจัยสมุนไพร

(๑๘) สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร

(๑๙) สำนักเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย

(๒๐) สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์

(๒๑) สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

(๒๒) สำนักยาและวัตถุเสพติด

ข้อ ๔ ในกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ให้มีกลุ่มตรวจสอบภายใน เพื่อทำหน้าที่หลักในการตรวจสอบการดำเนินงานภายในกรม และสนับสนุนการปฏิบัติงานของกรม รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบด้านการบริหาร การเงิน และการบัญชีของกรม

(๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ ในกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ให้มีกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เพื่อทำหน้าที่หลักในการพัฒนาการบริหารของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอแนะให้คำปรึกษาแก่อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการภายในกรม

(๒) ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการในกรม

(๓) ประสานและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการร่วมกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ และหน่วยงานในสังกัดกรม

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๖ สำนักงานเลขานุการกรม มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ปฏิบัติงานสารบรรณของกรม

(๒) ดำเนินการเกี่ยวกับงานช่วยอำนวยความสะดวกและงานเลขานุการของกรม

(๓) ดำเนินการเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การงบประมาณ การพัสดุ อาคารสถานที่ และยานพาหนะของกรม

(๔) จัดระบบงานและบริหารงานบุคคลของกรม

(๕) ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงานของกรม เผยแพร่กิจกรรม ความรู้ ความก้าวหน้า และผลงานของกรม

(๖) ซ่อมบำรุงเครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์และระบบสาธารณูปโภค

(๗) ดำเนินการอื่นใดที่มีได้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการใดของกรม

(๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๗ กองแผนงานและวิชาการ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำและประสานแผนงานและแผนปฏิบัติการของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางและแผนปฏิบัตินโยบายของกระทรวง รวมทั้งเร่งรัด ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกรม

(๒) จัดระบบการสำรวจ การจัดเก็บ และการใช้ประโยชน์ข้อมูลของหน่วยงานในสังกัด และเป็นศูนย์ข้อมูลของกรม

(๓) ติดตามและประสานงานกับองค์การหรือหน่วยงานต่างประเทศด้านความช่วยเหลือและความร่วมมือทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งจัดประชุมและเจรจาตามที่ได้รับมอบหมาย

(๔) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนางานวิชาการของกรม

(๕) ดำเนินการเกี่ยวกับงานห้องสมุด

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๘ - ๑๕ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑ - ๑๒ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนาระบบการตรวจวิเคราะห์และให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สมุนไพร และการชันสูตรโรค

(๒) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สมุนไพร และการชันสูตรโรคเพื่อควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยตามกฎหมาย

(๓) เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สมุนไพร และการชันสูตรโรค

(๔) พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ สนับสนุนด้านวิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยีการตรวจวิเคราะห์และชันสูตรโรคแก่ห้องปฏิบัติการเครือข่าย ห้องปฏิบัติการภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๐ สถาบันชีววัตถุ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ประกันคุณภาพและประเมินความเสี่ยงวัคซีน ผลิตภัณฑ์เลือด และชีววัตถุอื่น ๆ ที่ใช้ในประเทศเพื่อการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคสำหรับมนุษย์ ชุดตรวจวินิจฉัยโรคที่ใช้โดยตรงกับร่างกายมนุษย์ ชุดตรวจวินิจฉัยโรคติดต่อทางเลือด และวัคซีนสัตว์

(๒) พัฒนาระบบและกำหนดมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านวัคซีน และชีววัตถุที่ใช้ในการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคสำหรับมนุษย์ ชุดตรวจวินิจฉัยโรคที่ใช้โดยตรงกับร่างกายมนุษย์ ชุดตรวจวินิจฉัยโรคติดต่อทางเลือด และวัคซีนสัตว์

(๓) เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านชีววัตถุ

(๔) ผลิตสารมาตรฐานของประเทศสำหรับการควบคุมคุณภาพชีววัตถุ

(๕) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการด้านชีววัตถุ

(๖) พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการและระบบควบคุมคุณภาพชีววัตถุ

(๗) สนับสนุนด้านวิชาการและถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน ผลิตภัณฑ์เลือดและชีววัตถุอื่น ๆ ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งห้องปฏิบัติการเครือข่ายทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๑ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการด้านสุขภาพ ด้านชั้นสูตรโรค และด้านเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์และสาธารณสุข

(๒) พัฒนาระบบและกำหนดมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านสุขภาพ ด้านชั้นสูตรโรค และด้านเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์และสาธารณสุข

(๓) เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านสุขภาพ ด้านชั้นสูตรโรค และด้านเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์และสาธารณสุข

(๔) เป็นศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านชั้นสูตรโรค และด้านเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์และสาธารณสุข

(๕) พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ สนับสนุนด้านวิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านการชั้นสูตรโรคแก่ห้องปฏิบัติการเครือข่าย ห้องปฏิบัติการภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงการถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการผลิตผลิตภัณฑ์ระดับอุตสาหกรรมอย่างครบวงจร

(๖) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง และเป็นศูนย์กลางข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อโรคและพิษจากสัตว์

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๒ สถาบันวิจัยสมุนไพร มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการ ด้านสมุนไพร

(๒) พัฒนาระบบการตรวจวิเคราะห์คุณภาพของวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

(๓) กำหนดมาตรฐานสมุนไพรและเภสัชตำรับ

(๔) เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านสมุนไพร

(๕) พัฒนาระบบฐานข้อมูลและให้บริการข้อมูลวิธีการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

(๖) พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ สนับสนุนด้านวิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยี ด้านสมุนไพรแก่ห้องปฏิบัติการเครือข่าย ห้องปฏิบัติการภาครัฐและภาคเอกชน

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๓ สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนาระบบและกำหนดมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์ และให้บริการตรวจวิเคราะห์ ทางห้องปฏิบัติการด้านอาหาร

(๒) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการ ด้านอาหาร

(๓) เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านการตรวจสอบและรับรองคุณภาพและความปลอดภัย ของอาหาร

(๔) พัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานของกระบวนการผลิตอาหารตามมาตรฐานสากล

(๕) พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ สนับสนุนด้านวิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยีการตรวจ วิเคราะห์แก่ห้องปฏิบัติการเครือข่าย ห้องปฏิบัติการภาครัฐและภาคเอกชน

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๔ สำนักเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนาระบบและกำหนดมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์ และให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านเครื่องสำอางและวัตถุอันตรายให้เป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐานสากล

(๒) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านเครื่องสำอางและวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข เพื่อประเมินความเสี่ยงและแจ้งเตือนภัยสุขภาพ ควบคุมคุณภาพและประเมินความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ให้เป็นไปตามกฎหมายหรือข้อกำหนดของประเทศ หรือข้อกำหนดข้อตกลงหรือกฎเกณฑ์ระหว่างประเทศ

(๓) เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงของประเทศและระดับภูมิภาคอาเซียน

(๔) พัฒนาระบบการควบคุมคุณภาพในกระบวนการผลิต ตามหลักเกณฑ์การผลิตที่ดีด้านเครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ตามกฎหมายหรือข้อกำหนดของประเทศ หรือข้อกำหนด ข้อตกลงหรือกฎเกณฑ์ระหว่างประเทศ

(๕) พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ สนับสนุนด้านวิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยีการตรวจวิเคราะห์ให้แก่ห้องปฏิบัติการเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๖) พัฒนาระบบการประกันคุณภาพของห้องปฏิบัติการเครือข่ายในประเทศ และในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน โดยการสนับสนุนโปรแกรมการทดสอบความชำนาญและสนับสนุนวัสดุอ้างอิง

(๗) เป็นศูนย์ประสานงานวิชาการและศูนย์ฝึกอบรมของประเทศและภูมิภาคอาเซียน

(๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมายทั้งในระดับประเทศ และภูมิภาคอาเซียน

ข้อ ๒๕ สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนาระบบและกำหนดมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านรังสีและเครื่องมือแพทย์ให้เป็นไปตามกฎหมาย และมาตรฐานสากล

(๒) ตรวจวิเคราะห์และประเมินคุณภาพความปลอดภัยของเครื่องกำเนิดรังสีที่ใช้ในทางการแพทย์และสาธารณสุข

(๓) ตรวจวิเคราะห์เพื่อควบคุมปริมาณรังสีที่คนไข้ได้รับระหว่างการวินิจฉัยโรคจากเครื่องกำเนิดรังสีที่ใช้ในทางการแพทย์

(๔) ตรวจสอบวิเคราะห์ และประเมินปริมาณรังสีประจำบุคคลเพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี และติดตามให้คำแนะนำในการแก้ไขการได้รับรังสีในปริมาณสูง

(๕) ประเมินความเสี่ยงการได้รับรังสีให้แก่ประชาชนและผู้ให้บริการด้านรังสี

(๖) เป็นห้องปฏิบัติการทางมาตรวิทยาด้านรังสี เครื่องมือแพทย์ และเครื่องมือห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข

(๗) เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านรังสีและเครื่องมือแพทย์ของประเทศ

(๘) พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ สนับสนุนด้านวิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยีการตรวจวิเคราะห์แก่ห้องปฏิบัติการเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๙) พัฒนาศักยภาพในการเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับชาติด้านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องกำเนิดรังสีที่ใช้ในทางการแพทย์ และด้านรังสีประจำบุคคล

(๑๐) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๖ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาระบบประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการ และประเมินคุณภาพการทดสอบความชำนาญห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

(๒) ติดตาม ตรวจสอบระบบคุณภาพ และให้การรับรองห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

(๓) เป็นศูนย์ข้อมูลด้านคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๗ สำนักยาและวัตถุเสพติด มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนาระบบและกำหนดมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์และการให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านยาและวัตถุเสพติด

(๒) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการด้านยาและวัตถุเสพติด

(๓) พัฒนาการจัดทำตำรายาของประเทศ เพื่อกำหนดมาตรฐานของเภสัชตำรับ

(๔) เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านยาและวัตถุเสพติด

- (๕) พัฒนาคูณภาพห้องปฏิบัติการ สนับสนุนด้านวิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยีการตรวจวิเคราะห์แก่ห้องปฏิบัติการเครือข่าย ห้องปฏิบัติการภาครัฐและภาคเอกชน
- (๖) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
- (๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

วิทยา แก้วภราดัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงการแบ่งส่วนราชการและอำนาจหน้าที่ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับการกิจที่เพิ่มขึ้นและเหมาะสมกับสภาพของงานที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะทำให้การปฏิบัติการกิจตามอำนาจหน้าที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

แบ่งส่วนราชการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ จ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๓ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๒ ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับให้มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนระบบคุ้มครองประชาชนด้านบริการสุขภาพ ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรภาคเอกชน เพื่อการบริการสุขภาพ อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถพิทักษ์สิทธิและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๒) พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบให้เกิดผลสำเร็จแก่ราชการและประชาชน

(๓) ส่งเสริม พัฒนา และสนับสนุนการดำเนินการสุศึกษาและระบบสุขภาพของประชาชน
(๔) ดำเนินการเกี่ยวกับงานด้านความช่วยเหลือ ความร่วมมือ และการประสานงาน
กับหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(๕) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านระบบบริการ
สุขภาพแก่องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๖) ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนามาตรฐานด้านอาคารสถานที่และสถาปัตยกรรม
ด้านสาธารณสุข

(๗) ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนามาตรฐานครุภัณฑ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

(๘) ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(๙) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรม หรือตามที่
รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ ๓ ให้แบ่งส่วนราชการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้

(๑) สำนักบริหาร

(๒) สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

(๓) กองแบบแผน

(๔) กองวิศวกรรมทางการแพทย์

(๕) กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

(๖) กองสุศึกษา

ข้อ ๔ ในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้มีกลุ่มตรวจสอบภายใน เพื่อทำหน้าที่หลัก
ในการตรวจสอบการดำเนินงานภายในกรม และสนับสนุนการปฏิบัติงานของกรม รับผิดชอบงาน
ขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบด้านการบริหาร การเงิน และการบัญชีของกรม

(๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ ในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้มีกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เพื่อทำหน้าที่หลัก
ในการพัฒนาการบริหารของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่อ
อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอแนะให้คำปรึกษาแก่อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการภายในกรม

(๒) ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการในกรม

(๓) ประสานและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการร่วมกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ และหน่วยงานในสังกัดกรม

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๖ สำนักบริหาร มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการเกี่ยวกับงานบริหารทั่วไปและปฏิบัติงานสารบรรณของกรม

(๒) ดำเนินการเกี่ยวกับงานช่วยอำนวยความสะดวกและงานเลขานุการกรม

(๓) ดำเนินการเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การงบประมาณ การพัสดุ อาคารสถานที่ และยานพาหนะของกรม

(๔) จัดทำระบบงานและบริหารงานบุคคลของกรม

(๕) จัดทำและประสานแผนงาน แผนปฏิบัติการของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย แนวทาง และแผนปฏิบัติการของกระทรวง รวมทั้งเร่งรัด ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกรม

(๖) ติดต่อและประสานงานกับองค์การหรือหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับความร่วมมือและความช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ

(๗) เป็นศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศของกรม

(๘) ดำเนินการเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงาน และเผยแพร่กิจกรรม ความรู้ ความก้าวหน้าและผลงานของกรม

(๙) ดำเนินการเกี่ยวกับการเสริมสร้างวินัยและระบบพิทักษ์คุณธรรมของกรม

(๑๐) ดำเนินการเกี่ยวกับกฎหมาย รวมถึงการดำเนินคดีอาญา คดีแพ่ง หรือคดีปกครอง ดำเนินการด้านนิติกรรมสัญญา การตรวจและปรับร่างกฎหมายและงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกรม

(๑๑) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๗ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๒) ส่งเสริม พัฒนา กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาล และจรรยาบรรณการประกอบโรคศิลปะ

(๓) พัฒนาระบบ และดำเนินการด้านการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพ

(๔) พัฒนาระบบและเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้านสุขภาพ

(๕) ประสานความร่วมมือ สนับสนุนและเจรจาตกลงการค้าด้านบริการสุขภาพระหว่างประเทศ

(๖) ส่งเสริมพัฒนาการเป็นศูนย์กลางบริการทางสุขภาพในระดับสากล เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจของประเทศ

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๘ กองแบบแผน มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม ดูแลให้อาคารสถานที่ของสถานบริการสุขภาพและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้คุณภาพมาตรฐานด้วยการให้บริการทางวิชาการและวิชาชีพสถาปัตยกรรมและวิศวกรรมด้านการออกแบบ อำนวยการและควบคุมคุณภาพการก่อสร้างอาคารให้ได้มาตรฐานทางวิชาชีพ สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคารและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๒) กำกับ ดูแล ติดตาม ประเมินผล และให้คำปรึกษาทางวิชาการและวิชาชีพสถาปัตยกรรมและวิศวกรรมด้านอาคารประเภทสถานพยาบาลและอาคารเกี่ยวเนื่องให้ได้มาตรฐานทางวิชาชีพ สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคารและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๓) วิเคราะห์ วิจัย กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานรวมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ด้านอาคารสถานที่ของสถานบริการสุขภาพและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานทางวิชาชีพ สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคารและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๘ กองวิศวกรรมการแพทย์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนางานด้านวิศวกรรมการแพทย์ วิศวกรรม ความปลอดภัย และวิศวกรรมสื่อสารให้กับสถานบริการสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(๒) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบการรับรองและดำเนินการสอบเทียบมาตรฐานของครุภัณฑ์ทางการแพทย์และการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการสุขภาพ

(๓) พัฒนา ส่งเสริม จัดระบบวิศวกรรมการสื่อสาร สำหรับระบบบริการสุขภาพของประเทศ

(๔) พัฒนานวัตกรรมของสถานบริการสุขภาพ ด้านวิศวกรรมการแพทย์ให้ได้มาตรฐาน

(๕) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนา ผลิตภัณฑ์ เทคโนโลยีทางวิศวกรรมการแพทย์ และสาธารณสุข

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๐ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนารูปแบบและการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน

(๒) พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรภาคเอกชน และประชาชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

(๓) ส่งเสริมและพัฒนาอาสาสมัคร องค์กรภาคเอกชนในการพิทักษ์สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพเพื่อมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๑ กองสุขศึกษา มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริม และสนับสนุนการดำเนินงานสุขศึกษาในระบบบริการสุขภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

(๒) เสนอกลยุทธ์และพัฒนาสื่อเกี่ยวกับสุขศึกษา เพื่อให้มีการสื่อสารและการณรงค์ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพแก่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๓) พัฒนารูปแบบและกระบวนการทางสุขศึกษาเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

(๔) พัฒนาเครือข่ายของกลุ่มบุคคลและองค์กรต่าง ๆ ที่ดำเนินการด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสนับสนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกัน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

วิทยา แก้วภราดัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงการแบ่งส่วนราชการและอำนาจหน้าที่ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยปรับปรุงอำนาจหน้าที่และยกฐานะของกองการประกอบโรคศิลปะเป็นสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ และโอนสำนักพัฒนาระบบสาธารณสุขไปอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งปรับปรุงอำนาจหน้าที่ของแต่ละส่วนราชการ เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น และเหมาะสมกับสภาพของงานที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะทำให้การปฏิบัติการกิจตามอำนาจหน้าที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

แบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ ณ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๓ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๒ ให้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการและ บริการด้านสุขภาพจิต โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชน มีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึง บริการด้านสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ มาตรฐานและเป็นธรรม โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๒) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตของประชาชน

(๓) กำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพด้านสุขภาพจิตของประชาชน

(๔) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตให้แก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน

(๕) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยาก และซับซ้อน

(๖) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่นของภาครัฐและภาคเอกชน

(๗) พัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ

(๘) ประสานงานและร่วมมือในด้านวิชาการด้านสุขภาพจิตกับองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(๙) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรม หรือตามที่รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ ๓ ให้แบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต ดังต่อไปนี้

(๑) สำนักงานเลขานุการกรม

(๒) กองการเจ้าหน้าที่

(๓) กองคลัง

(๔) กองแผนงาน

(๕) กองสุขภาพจิตสังคม

(๖) โรงพยาบาลศรีธัญญา

(๗) - (๑๘) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑ - ๑๒

(๑๙) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

(๒๐) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

(๒๑) สถาบันราชานุกูล

(๒๒) สำนักพัฒนาสุขภาพจิต

ข้อ ๔ ในกรมสุขภาพจิต ให้มีกลุ่มตรวจสอบภายใน เพื่อทำหน้าที่หลักในการตรวจสอบการดำเนินงานภายในกรม และสนับสนุนการปฏิบัติงานของกรม รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิต โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบด้านการบริหาร การเงิน และการบัญชีของกรม

(๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ ในกรมสุขภาพจิต ให้มีกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เพื่อทำหน้าที่หลักในการพัฒนาการบริหารของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิต โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอแนะให้คำปรึกษาแก่อธิบดีกรมสุขภาพจิตเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการภายในกรม

(๒) ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการในกรม

(๓) ประสานและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการร่วมกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ และหน่วยงานในสังกัดกรม

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๖ สำนักงานเลขานุการกรม มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ปฏิบัติงานสารบรรณของกรม

(๒) ดำเนินการเกี่ยวกับงานช่วยอำนวยความสะดวกและงานเลขานุการของกรม

(๓) ดำเนินการเกี่ยวกับอาคารสถานที่ ยานพาหนะและงานสวัสดิการของกรม

(๔) ดำเนินการอื่นใดที่มีได้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการใดของกรม

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๗ กองการเจ้าหน้าที่ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) จัดระบบงานและบริหารงานบุคคลของกรม

(๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๘ กองคลัง มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การงบประมาณและการพัสดุของกรม

(๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ กองแผนงาน มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำและประสานแผนงาน แผนปฏิบัติการของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางและแผนปฏิบัตินโยบายของกระทรวง รวมทั้งเร่งรัด ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกรม

(๒) ติดตามและประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับความร่วมมือและความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

(๓) เป็นศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศของกรม

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๐ กองสุขภาพจิตสังคม มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจิตของประชาชนและของสังคม

(๒) ส่งเสริม เผยแพร่ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต

(๓) พัฒนาสื่อและระบบการให้บริการข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต

(๔) ค้นคว้าและพัฒนามาตรการ กระบวนการหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมในทางสังคมจิตวิทยา เพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาพฤติกรรมสุขภาพจิตของประชาชนและของสังคม

(๕) สนับสนุนและร่วมมือกับองค์กรและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจิตของประชาชนและของสังคม

(๖) ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงานของกรม เผยแพร่กิจกรรมความรู้ ความก้าวหน้า และผลงานของกรม

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๑ โรงพยาบาลศรีธัญญา มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ และวิจัยเพื่อพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานของงาน องค์ความรู้ และเทคโนโลยี รวมทั้งรูปแบบการให้บริการเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

(๒) ส่งเสริม พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ที่รุนแรง ยุ่งยาก หรือซับซ้อน เพื่อพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่นของภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๒ - ๒๓ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑ - ๑๒ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๒) พัฒนาวิชาการด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งเป็นศูนย์ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพจิตในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตแก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๔) บริหารการพัฒนาและร่วมจัดทำแผนแก้ปัญหาสุขภาพจิตในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๕) นิเทศ และติดตามผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๔ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ และวิจัยเพื่อพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานของงาน องค์ความรู้ และเทคโนโลยี รวมทั้งรูปแบบการให้บริการเฉพาะทางด้านนิติจิตเวชและสุขภาพจิตภาวะวิกฤต

(๒) ส่งเสริม พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเฉพาะทางด้านนิติจิตเวช และสุขภาพจิตภาวะวิกฤตแก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ที่รุนแรง ยุ่งยาก หรือซับซ้อน เพื่อพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้านนิติจิตเวชและสุขภาพจิตภาวะวิกฤต

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานเฉพาะทางด้านนิติจิตเวชและสุขภาพจิต ภาวะวิกฤตแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่นของภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๕ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ และวิจัยเพื่อพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานของงาน องค์ความรู้ และเทคโนโลยี รวมทั้งรูปแบบการให้บริการเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์ และประสาทจิตเวชศาสตร์

(๒) ส่งเสริม พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์ และประสาทจิตเวชศาสตร์แก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ที่รุนแรง ยุ่งยาก หรือซับซ้อน เพื่อพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์และประสาทจิตเวชศาสตร์

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์ และประสาทจิตเวชศาสตร์แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่นของภาครัฐ และภาคเอกชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๖ สถาบันราชานุกูล มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ และวิจัยเพื่อพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานของงาน องค์ความรู้ และเทคโนโลยี รวมทั้งรูปแบบการให้บริการเฉพาะทางการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยปัญญาอ่อน

(๒) ส่งเสริม พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเฉพาะทางการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยปัญญาอ่อนแก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยปัญญาอ่อนเพื่อพัฒนา วิชาการเฉพาะทางการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยปัญญาอ่อน

(๔) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานเฉพาะทางการบำบัด รักษาและ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยปัญญาอ่อนแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่น ของภาครัฐและภาคเอกชน

(๕) เป็นศูนย์วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านพันธุศาสตร์การแพทย์และปัญญาอ่อน ของกระทรวง

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๗ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนางองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางด้านส่งเสริม ป้องกันและการให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

(๒) พัฒนาเทคนิคการถ่ายทอดเทคโนโลยีและแนวทางในการเพิ่มศักยภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๓) พัฒนาเกณฑ์มาตรฐานและระบบการดำเนินงานด้านส่งเสริม ป้องกันและการให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

(๔) พัฒนาเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานภาพทางสุขภาพจิตในระดับของบุคคลของกลุ่ม และของสถาบัน

(๕) พัฒนาเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านส่งเสริม ป้องกันและการให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งการให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่เครือข่ายและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

วิทยา แก้วภราดัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงการแบ่งส่วนราชการและอำนาจหน้าที่ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับการกิจที่เพิ่มขึ้น และเหมาะสมกับสภาพของงานที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะทำให้การปฏิบัติภารกิจตามอำนาจหน้าที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้

เล่ม ๑๒๖ ตอนที่ ๕๘ ก

หน้า ๕๕
ราชกิจจานุเบกษา

๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๒



กฎกระทรวง

แบ่งส่วนราชการกรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ จ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๓ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๒ ให้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชน มีสุขภาพดี โดยมีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อยุ้มนั่นให้ประชาชนมีความรู้และทักษะ ในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมตลอดจนถึงการสนับสนุนให้หน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดและพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ

(๒) ศึกษา วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการบริการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

(๓) กำหนดและพัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน และกฎเกณฑ์ รวมทั้งการรับรองมาตรฐาน การบริการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๔) พัฒนาระบบและกลไกเครือข่ายในการเฝ้าระวังสถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อม รวมทั้งการพัฒนาระบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระดับชาติ ระดับท้องถิ่น ระดับโครงการหรือกิจกรรม

(๕) พัฒนาระบบ กลไก และดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข และกฎหมายอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๖) ถ่ายทอด และพัฒนาศักยภาพ ชี้แจงความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคี เครือข่าย และชุมชน

(๗) ประสานงาน ร่วมมือ สนับสนุน และติดตามนิเทศงานหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคี เครือข่าย รวมทั้งการประสานงานระหว่างประเทศ ในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

(๘) สร้างกระแสสังคม และรณรงค์เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ในสังคม

(๙) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรม หรือตามที่ รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ ๓ ให้แบ่งส่วนราชการกรมอนามัย ดังต่อไปนี้

(๑) สำนักงานเลขานุการกรม

(๒) กองการเจ้าหน้าที่

(๓) กองคลัง

(๔) กองแผนงาน

- (๕) กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
- (๖) กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- (๗) - (๑๘) ศูนย์อนามัยที่ ๑ - ๑๒
- (๑๙) สำนักทันตสาธารณสุข
- (๒๐) สำนักโภชนาการ
- (๒๑) สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ
- (๒๒) สำนักส่งเสริมสุขภาพ
- (๒๓) สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
- (๒๔) สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อ ๔ ในกรมอนามัย ให้มีกลุ่มตรวจสอบภายใน เพื่อทำหน้าที่หลักในการตรวจสอบการดำเนินงานภายในกรม และสนับสนุนการปฏิบัติงานของกรม รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมอนามัย โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบด้านการบริหาร การเงิน และการบัญชีของกรม
- (๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ ในกรมอนามัย ให้มีกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เพื่อทำหน้าที่หลักในการพัฒนาการบริหารของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมอนามัย โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) เสนอแนะให้คำปรึกษาแก่อธิบดีกรมอนามัยเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการภายในกรม
- (๒) ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการในกรม
- (๓) ประสานและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการร่วมกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ และหน่วยงานในสังกัดกรม
- (๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๖ สำนักงานเลขานุการกรม มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ปฏิบัติงานสารบรรณของกรม

(๒) ดำเนินการเกี่ยวกับงานช่วยอำนวยความสะดวกและงานเลขานุการของกรม

(๓) ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงานของกรม เผยแพร่กิจกรรม ความรู้ ความก้าวหน้า และผลงานของกรม

(๔) ดำเนินการเกี่ยวกับอาคารสถานที่และยานพาหนะของกรม

(๕) ดำเนินการอื่นใดที่มีได้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการใดของกรม

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๗ กองการเจ้าหน้าที่ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) จัดระบบงานและบริหารงานบุคคลของกรม

(๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๘ กองคลัง มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การงบประมาณ และการพัสดุของกรม

(๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๙ กองแผนงาน มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำและประสานแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางและแผนปฏิบัติราชการของกระทรวง รวมทั้งเร่งรัด ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกรม

(๒) จัดระบบการสำรวจ การจัดเก็บและการใช้ประโยชน์ข้อมูลของหน่วยงานในสังกัด และเป็นศูนย์ข้อมูลของกรม

(๓) ติดตามและประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานต่างประเทศด้านความช่วยเหลือ และความร่วมมือทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งจัดประชุมและเจรจาตามที่ได้รับ มอบหมาย

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๐ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิจัย พัฒนาและประยุกต์ องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๒) พัฒนาระบบ กลไก และรูปแบบการดำเนินการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพัฒนาระบบและรูปแบบการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๓) ถ่ายทอดและพัฒนาศักยภาพ ชี้แจงความสามารถ ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ประสานความร่วมมือกับภาคี เครือข่ายภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองท้องถิ่น ในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๑ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิจัย พัฒนาและประยุกต์องค์ความรู้ เทคโนโลยี และรูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

(๒) พัฒนาและจัดทำเกณฑ์มาตรฐานด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

(๓) ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งเสริมและสนับสนุนกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

(๔) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการติดตามประเมินผลด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของประชาชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๒ - ๒๓ ศูนย์อนามัยที่ ๑ - ๑๒ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิจัย พัฒนาและบริการวิชาการเพื่อประยุกต์ใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของท้องถิ่น

(๒) สนับสนุนการดำเนินการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๓) เสริมสร้างศักยภาพ ชีวความสามารถและความเข้มแข็ง ให้แก่หน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับในการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบตามมาตรฐาน และกฎหมาย

(๔) รณรงค์ เผยแพร่ความรู้และเทคโนโลยีด้านบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่เครือข่ายประชาชนในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๕) สนับสนุนและกำกับคุณภาพการรับรองมาตรฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๖) ประสานงาน ร่วมมือ สนับสนุน และติดตามนิเทศงานหน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคี เครือข่าย ในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๔ สำนักทันตสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานหลัก รวมทั้งสนับสนุนการจัดทำแผนกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขของประเทศ

(๒) ศึกษา วิจัย พัฒนาและประยุกต์องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมทางด้านทันตสาธารณสุข

(๓) พัฒนาและจัดทำมาตรฐาน รูปแบบ และหลักเกณฑ์การปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุข รวมทั้งพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพ ระบบบริหารจัดการและระบบสนับสนุนทรัพยากรด้านทันตสุขภาพในระดับประเทศ เพื่อตอบสนองพระราชดำริและคุ้มครองประชาชนให้เข้าถึงบริการที่จำเป็นทางทันตสุขภาพอย่างมีคุณภาพและเป็นธรรม

(๔) พัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวังและระบบสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข ตลอดจนปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อทันตสุขภาพ

(๕) ถ่ายทอดและพัฒนาศักยภาพ ชีดความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
ทันตสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย
และชุมชน

(๖) สร้างกระแสและขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อให้ประชาชนตระหนักและสามารถดูแล
ทันตสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

(๗) ประสานความร่วมมือ ติดตามและประเมินผล เพื่อการแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพ
กับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งพัฒนาความร่วมมือระหว่าง
ประเทศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านทันตสาธารณสุข

(๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๕ สำนักโภชนาการ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานหลักด้านโภชนาการของประเทศ

(๒) ศึกษา วิจัย พัฒนาและประยุกต์องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมทางด้านโภชนาการ

(๓) พัฒนาและจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน เครื่องมือ และตัวชี้วัดด้านโภชนาการ รวมทั้งระบบ
การรับรองมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมาย
ที่เกี่ยวข้อง

(๔) พัฒนาระบบ กลไกและเครือข่ายการเฝ้าระวังและระบบสารสนเทศทางโภชนาการ
ของประเทศ เพื่อพัฒนาเป็นศูนย์การจัดการองค์ความรู้ด้านโภชนาการ

(๕) ถ่ายทอดและพัฒนาศักยภาพ ชีดความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
ด้านโภชนาการ กับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย
และชุมชน

(๖) ประสานความร่วมมือ ติดตามและประเมินผล เพื่อการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการ
กับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งพัฒนาความร่วมมือระหว่าง
ประเทศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านโภชนาการ

(๗) สร้างกระแสสังคม ธารน้ำใจ เผยแพร่ ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิตอาหารในระดับ
ชุมชนและภาคอุตสาหกรรมให้มีคุณค่าทางโภชนาการ รวมทั้งเสริมสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ
ด้านโภชนาการให้กับประชาชน

(๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๖ สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานหลักงานสุขาภิบาลอาหารและน้ำของประเทศ
- (๒) ศึกษา วิจัย พัฒนาและประยุกต์องค์ความรู้และเทคโนโลยีงานสุขาภิบาลอาหารและน้ำ
- (๓) พัฒนาและจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารและน้ำบริโภคของประเทศ และระบบการรับรองมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๔) พัฒนา ระบบ กลไกและเครือข่ายการเฝ้าระวัง และระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำบริโภคของประเทศ

(๕) ถ่ายทอดและพัฒนาศักยภาพ ชี้แจงความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำแก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายและชุมชน

(๖) สร้างกระแสและขับเคลื่อนทางสังคมด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของประชาชนที่ถูกต้อง และสามารถป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสม

(๗) ประสานความร่วมมือ ติดตามและประเมินผล ด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ

(๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๗ สำนักส่งเสริมสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานหลักงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของประเทศ

(๒) ศึกษา วิจัย พัฒนา และประยุกต์องค์ความรู้ เทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพตามกลุ่มวัย

(๓) พัฒนาและจัดทำมาตรฐาน กฎเกณฑ์ รวมทั้งระบบการรับรองมาตรฐานการบริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย

(๔) พัฒนา ระบบ กลไกและเครือข่ายการเฝ้าระวัง และระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของประเทศ

(๕) ถ่ายทอดและพัฒนาศักยภาพ ชี้แจงความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย และชุมชน

(๖) สร้างกระแสและขับเคลื่อนทางสังคมด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย

(๗) ประสานความร่วมมือ ติดตามและประเมินผล ด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย

(๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๘ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานหลักด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศ

(๒) ศึกษา วิจัย พัฒนาและประยุกต์องค์ความรู้และเทคโนโลยีงานอนามัยการเจริญพันธุ์

(๓) พัฒนาและผลักดันกฎหมายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(๔) พัฒนาระบบ กลไกและเครือข่ายการเฝ้าระวังและระบบสารสนเทศด้านสถานะทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

(๕) ถ่ายทอดและพัฒนาศักยภาพ ชี้แจงความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย และชุมชน

(๖) ประสานความร่วมมือ ติดตามและประเมินผล เพื่อการแก้ไขปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

(๗) สร้างกระแสสังคมและรณรงค์เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ประชาชนตระหนักในสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์

(๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒๕ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานหลักด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ

(๒) ศึกษา วิจัย พัฒนา และประยุกต์องค์ความรู้ เทคโนโลยีการอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๓) พัฒนาและจัดทำมาตรฐาน กฎเกณฑ์ รวมทั้งระบบการรับรองมาตรฐานการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๔) พัฒนาระบบ กลไกและเครือข่ายการเฝ้าระวัง และระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ

(๕) ถ่ายทอดและพัฒนาศักยภาพ ชี้แจงความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายและชุมชน

(๖) สร้างกระแสและขับเคลื่อนทางสังคมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๗) ประสานความร่วมมือ ติดตามและประเมินผล ด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

วิทยา แก้วภราดัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงการแบ่งส่วนราชการและอำนาจหน้าที่ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น และเหมาะสมกับสภาพของงานที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะทำให้การปฏิบัติภารกิจตามอำนาจหน้าที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

แบ่งส่วนราชการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๕๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ ณ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๓ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๒ ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการปกป้องและคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ซึ่งล้วนถือเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยผลิตภัณฑ์สุขภาพเหล่านั้นต้องมีคุณภาพและปลอดภัย มีการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องด้วยข้อมูลทางวิชาการที่มีหลักฐานเชื่อถือได้และมีความเหมาะสม เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยและสมประโยชน์ โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร กฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง กฎหมายว่าด้วยวัตถุอันตราย กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยเครื่องมือแพทย์ กฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๒) พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ

(๓) เฝ้าระวัง กำกับ และตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ สถานประกอบการ และการโฆษณา รวมทั้งผลอันไม่พึงประสงค์ของผลิตภัณฑ์ การพัฒนาระบบความปลอดภัย ด้านสารเคมีของประเทศ และเป็นแกนกลางร่วมดำเนินการกับองค์กรระหว่างประเทศด้านสารเคมี ตลอดจนมีการติดตามหรือเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจากภายในประเทศ และภายนอกประเทศ

(๔) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี และระบบงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

(๕) ส่งเสริม และพัฒนาผู้บริโภคให้มีศักยภาพในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ถูกต้อง เหมาะสมปลอดภัย และคุ้มค่า รวมทั้งเพื่อให้ผู้บริโภคนั้นมีการร้องเรียนเพื่อปกป้องสิทธิ ของตนได้

(๖) พัฒนาและส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการ มีส่วนร่วมของภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ประชาชน และเครือข่ายประชาคม สุขภาพ

(๗) พัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อให้งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน และผลประโยชน์ของประเทศชาติ

(๘) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่ รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ ๓ ให้แบ่งส่วนราชการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดังต่อไปนี้

(๑) สำนักงานเลขานุการกรม

(๒) กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

(๓) กองควบคุมวัตถุเสพติด

(๔) กองแผนงานและวิชาการ

(๕) กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค

(๖) กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น

(๗) สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย

(๘) สำนักด้านอาหารและยา

(๙) สำนักยา

(๑๐) สำนักอาหาร

ข้อ ๔ ในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ให้มีกลุ่มตรวจสอบภายใน เพื่อทำหน้าที่หลักในการตรวจสอบการดำเนินงานภายในสำนักงาน และสนับสนุนการปฏิบัติงานของสำนักงาน รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบด้านการบริหาร การเงิน และการบัญชีของสำนักงาน
- (๒) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ ในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ให้มีกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เพื่อทำหน้าที่หลักในการพัฒนาการบริหารของสำนักงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) เสนอแนะให้คำปรึกษาแก่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบราชการภายในสำนักงาน
- (๒) ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการในสำนักงาน
- (๓) ประสานและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการร่วมกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ และหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน
- (๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๖ สำนักงานเลขานุการกรม มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) ปฏิบัติงานสารบรรณของสำนักงาน
- (๒) ดำเนินการเกี่ยวกับงานช่วยอำนวยความสะดวกและงานเลขานุการของสำนักงาน
- (๓) ดำเนินการเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การงบประมาณ การพัสดุ อาคาร สถานที่ และยานพาหนะของสำนักงาน
- (๔) จัดระบบงานและบริหารงานบุคคลของสำนักงาน
- (๕) ดำเนินการเกี่ยวกับงานพิธีการและกิจกรรมพิเศษ
- (๖) ดำเนินการอื่นใดที่มีได้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการใดของสำนักงาน
- (๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๗ กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ควบคุม กำกับ ดูแล ตรวจสอบและเฝ้าระวังเครื่องมือแพทย์ สถานประกอบการและกระบวนการผลิต นำเข้า ขายเครื่องมือแพทย์ การศึกษาวิจัยทางคลินิกเครื่องมือแพทย์ และการโฆษณาเครื่องมือแพทย์ให้ได้มาตรฐานและเป็นไปตามกฎหมาย

(๒) ศึกษา วิจัย และจัดทำมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ สถานประกอบการและกระบวนการผลิต นำเข้า ขายเครื่องมือแพทย์ การศึกษาวิจัยทางคลินิกเครื่องมือแพทย์ และการโฆษณาเครื่องมือแพทย์

(๓) ส่งเสริม สนับสนุนการผลิต การนำเข้า การส่งออก การขาย การโฆษณาและการศึกษาวิจัยทางคลินิกเครื่องมือแพทย์ให้ได้มาตรฐาน

(๔) ให้ความรู้ คำแนะนำทางวิชาการ และพัฒนาข้อมูลเพื่อให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านเครื่องมือแพทย์

(๕) ประเมินเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์และให้คำปรึกษาด้านแนวทางปฏิบัติเชิงนโยบายในการควบคุม กำกับ ดูแลเครื่องมือแพทย์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้มีความปลอดภัย มีคุณภาพได้มาตรฐาน และเป็นไปตามกฎหมาย

(๖) พัฒนามาตรฐาน หลักเกณฑ์ และกฎระเบียบที่สอดคล้องกับสากล และเหมาะสมต่อสถานการณ์

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๘ กองควบคุมวัตถุเสพติด มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ควบคุม กำกับ ดูแลวัตถุเสพติดให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัยและเป็นไปตามกฎหมาย

(๒) ศึกษา วิจัย และจัดทำมาตรฐานด้านวัตถุเสพติด

(๓) ตรวจสอบ กำกับ ดูแล เฝ้าระวังวัตถุเสพติด สถานประกอบการเกี่ยวกับวัตถุเสพติด และการโฆษณาวัตถุเสพติดให้เป็นไปตามกฎหมาย

(๔) สนับสนุนวัตถุเสพติดที่ใช้ในทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และอุตสาหกรรมแก่ผู้ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

(๕) พัฒนามาตรฐาน หลักเกณฑ์ และกฎระเบียบที่สอดคล้องกับสากล และเหมาะสมต่อสถานการณ์

- (๖) เก็บรักษา ทำลาย ใช้ประโยชน์ของกลางวัตถุเสพติดให้เป็นไปตามกฎหมาย
- (๗) ให้ความรู้ คำแนะนำทางวิชาการ และพัฒนาข้อมูลเพื่อให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านวัตถุเสพติด
- (๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ กองแผนงานและวิชาการ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) วิจัยและพัฒนานโยบายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- (๒) จัดทำและประสานแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ แผนงบประมาณ และแผนปฏิบัติการ รวมทั้งเร่งรัด กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงาน
- (๓) ส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรบุคคลและงานวิจัยด้านการคุ้มครองด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- (๔) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยและระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดจนเป็นศูนย์การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับชาติ
- (๕) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร คลังข้อมูลความรู้ด้านอิเล็กทรอนิกส์ และเป็นศูนย์ข้อมูลของสำนักงาน เพื่อพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภค และบริการประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง
- (๖) จัดและพัฒนาระบบบริหารจัดการความรู้ของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้
- (๗) เป็นศูนย์วิทยบริการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการ
- (๘) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๐ กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) พัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคให้สามารถเลือกหาและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และคุ้มค่า รวมทั้งการส่งเสริมศักยภาพผู้บริโภคให้รู้จักปกป้องและเรียกร้องสิทธิในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย
- (๒) ส่งเสริม เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้ และสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านทางสื่อและรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ

(๓) ส่งเสริมและพัฒนาเครือข่าย การมีส่วนร่วมภาคประชาชน ในงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(๔) พัฒนาระบบการให้บริการข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความน่าสนใจ เข้าถึงได้ง่าย มีข้อมูลทันสมัย สะดวก และรวดเร็วในการใช้บริการ

(๕) สร้างระบบและกลไกการให้บริการร้องเรียน

(๖) วิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคและระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๑ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริม สนับสนุน นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น

(๒) สนับสนุนและส่งเสริมหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(๓) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพของชุมชนให้มีคุณภาพ และปลอดภัย

(๔) เป็นศูนย์ประสานและพัฒนาเครือข่ายการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพของชุมชน

(๕) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๒ สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ควบคุม กำกับ และดูแลเครื่องสำอางและวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน อาคารสถานที่ หรือทางด้านสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานและเป็นไปตามกฎหมาย

(๒) ศึกษา วิจัย และจัดทำมาตรฐานเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย

(๓) ส่งเสริม สนับสนุนการผลิต การนำเข้า การส่งออก และการขายเครื่องสำอางและวัตถุอันตรายให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน

(๔) ตรวจสอบ กำกับ ดูแลและเฝ้าระวังเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย รวมทั้งการโฆษณา เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดไว้

(๕) ให้ความรู้ คำแนะนำทางวิชาการ และพัฒนาข้อมูลเพื่อให้บริการข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย

(๖) พัฒนากฎหมาย หลักเกณฑ์ และกฎระเบียบที่สอดคล้องกับสากล และเหมาะสม ต่อสถานการณ์

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๓ สำนักด่านอาหารและยา มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ควบคุม ตรวจสอบการนำเข้า นำผ่าน และการส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้เป็นไปตามหลักวิชาการและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(๒) ป้องกันและป้องปรามการนำเข้าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย หรืออาจเป็นอันตราย ต่อผู้บริโภค รวมทั้งเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์จากเทคโนโลยีใหม่และผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงด้านคุณภาพ มาตรฐาน

(๓) พิจารณานุญาตการนำเข้าผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(๔) พัฒนาห้องปฏิบัติการด่านอาหารและยาให้มีประสิทธิภาพ

(๕) เป็นศูนย์ประสานและจัดการข้อมูลการนำเข้า และการส่งออกจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(๖) ศึกษา วิจัย และพัฒนาระบบการตรวจสอบ และกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพนำเข้า ให้เป็นที่ยอมรับระดับสากล

(๗) เป็นหน่วยงานหลักของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการดำเนินงาน ด้านการต่างประเทศเกี่ยวกับการนำเข้าและการส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(๘) ให้คำปรึกษาแนะนำข้อกฎหมายและวิธีปฏิบัติในการนำเข้าและการส่งออกผลิตภัณฑ์ สุขภาพ

(๙) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๑๔ สำนักยา มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ควบคุม กำกับ ดูแลยา สถานทีและกระบวนการผลิต นำเข้า ขยายยา การวิจัยยา ทางคลินิก และการโฆษณาให้ได้มาตรฐานและเป็นไปตามกฎหมาย

(๒) ศึกษา วิจัย และจัดทำมาตรฐานด้านยา สถานที่และกระบวนการผลิต นำเข้า ขยาย การวิจัยทางคลินิกและการโฆษณา

(๓) สนับสนุนข้อมูลองค์ความรู้ในการกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาและนโยบาย แห่งชาติด้านยา รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาระบบยาตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด

(๔) ส่งเสริม สนับสนุนการผลิต การนำเข้า การขยาย การโฆษณาให้ได้คุณภาพ มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยาแก่หน่วยงาน บุคลากรสาธารณสุข ผู้ประกอบการและผู้บริโภค

(๕) พัฒนากฎหมาย หลักเกณฑ์ และกฎระเบียบที่สอดคล้องกับสากล และเหมาะสม ต่อสถานการณ์

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย ทั้งหน่วยงานในประเทศและต่างประเทศ

ข้อ ๑๕ สำนักอาหาร มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านอาหารของประเทศ

(๒) กำหนดและพัฒนากฎหมาย กฎระเบียบ จัดทำมาตรฐานอาหารและโภชนาการ ของประเทศ รวมทั้งประสานความร่วมมือ การทำความตกลงร่วมด้านวิชาการและร่วมเจรจา เพื่อกำหนดมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ และระดับภูมิภาค

(๓) ควบคุม ตรวจสอบ กำกับดูแล และเฝ้าระวังอาหาร สถานประกอบการด้านอาหาร และการโฆษณาให้เป็นไปตามกฎหมาย

(๔) กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรการสำหรับการควบคุม การกำกับดูแล และการเฝ้าระวัง ด้านอาหารของประเทศ

(๕) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยหรือสนับสนุนการวิจัย และประเมินสถานการณ์ความปลอดภัย ของอาหาร เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี และระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร

(๖) พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคและส่งเสริมผู้ประกอบการ ด้านอาหารในการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย

(๗) เป็นศูนย์ข้อมูลด้านอาหาร และให้บริการข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำทางวิชาการ แก่หน่วยงาน ผู้ประกอบการ และผู้บริโภค

(๘) เป็นศูนย์ระบบเตือนภัยด้านอาหาร เพื่อดำเนินการและประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

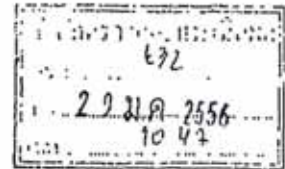
(๙) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

วิทยา แก้วภราดัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงการแบ่งส่วนราชการและอำนาจหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้นและเหมาะสมกับสภาพของงานที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะทำให้การปฏิบัติภารกิจตามอำนาจหน้าที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๔๒.๖/ 3 พ ๒

กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๔ มกราคม ๒๕๕๖

เอกสารแนบ 10

เรื่อง คำสั่งกำหนดเขตตรวจราชการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่
คำสั่งกำหนดเครือข่ายบริการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขต
พื้นที่เครือข่ายบริการ และคำสั่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เรียน อธิบดี เลขาธิการ ผู้อำนวยการ หรือหัวหน้าหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- อ้างถึง (๑) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๘๑๘/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๔
(๒) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๑/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕
(๓) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๑๐/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕
(๔) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๒/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

- สิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๕๓/ ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๖
เรื่อง กำหนดเขตตรวจราชการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปฏิบัติหน้าที่
(๒) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๕๓/ ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๖
เรื่อง กำหนดเขตพื้นที่เครือข่ายบริการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ
(๓) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๕๓/ ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๖
เรื่อง กำหนดเขตและมอบหมายสาธารณสุขนิเทศก์ รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุข-
นิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ
(๔) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๕๓/ ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๖
เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวง-
สาธารณสุข

ตามที่อ้างถึง ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเขตตรวจราชการ กำหนดเขตพื้นที่เครือข่าย-
บริการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ และปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่าย-
บริการ กำหนดเขตและมอบหมายสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการในเขตตรวจราชการ ตลอดจน
มอบอำนาจและกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นั้น บัดนี้ ปลัดกระทรวง-
สาธารณสุขได้ปรับปรุงแก้ไขคำสั่งดังกล่าวใหม่ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานตรวจประเมินผล

- ไปให้ผู้อำนวยการ
- ผอ.ร.ด.ร.ก.บ.ร.ก. 1-12, มท. ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐, ๑๑, ๑๒ (กท.ร.)
- ได้รับแจ้งให้แล้ว
- แจ้งให้ ร.ด.ร.ก.บ.ร.ก. Sean คง หะริณันท์ ส.ร.ป.
- แจ้งให้ ร.ด.ร.ก.บ.ร.ก. (จ.บ.ร.ก.)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักบริหารกลาง กลุ่มกฎหมาย
โทร. ๐-๒๕๕๐-๑๔๒๗, ๑๔๓๔
โทรสาร ๐-๒๕๕๐-๑๔๓๔
E-Mail : legal@health.moph.go.th

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒๓ ม.ค. ๒๕๕๖
๔ ร. ๒๖๖๖

KRIC
AKW
(นายก้อเกียรติ เวทนะเวทิน)
ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล



ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๔๖.๖/ป ๗/๓

กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๘ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง คำสั่งกำหนดเขตตรวจราชการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่
คำสั่งกำหนดเครือข่ายบริการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขต
พื้นที่เครือข่ายบริการ และคำสั่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- อ้างถึง (๑) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๘๑๘/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๔
(๒) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๑/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕
(๓) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๑๐/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕
(๔) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๒/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

- สิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๕๖๖ /๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๖
เรื่อง กำหนดเขตตรวจราชการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปฏิบัติหน้าที่
(๒) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๕๖๖ /๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๖
เรื่อง กำหนดเขตพื้นที่เครือข่ายบริการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ
(๓) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๕๖๖ /๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๖
เรื่อง กำหนดเขตและมอบหมายสาธารณสุขนิเทศก์ รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุข-
นิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ
(๔) สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๐๐ /๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๖
เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวง-
สาธารณสุข

ตามที่อ้างถึง ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเขตตรวจราชการ กำหนดเขตพื้นที่เครือข่าย-
บริการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ และปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่าย-
บริการ กำหนดเขตและมอบหมายสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการในเขตตรวจราชการ ตลอดจน
มอบอำนาจและกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นั้น บัดนี้ ปลัดกระทรวง-
สาธารณสุขได้ปรับปรุงแก้ไขคำสั่งดังกล่าวใหม่ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องในจังหวัดทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักบริหารกลาง กลุ่มกฎหมาย
โทร. ๐-๒๕๔๐-๑๔๒๗, ๑๔๓๔
โทรสาร ๐-๒๕๔๐-๑๔๓๔
E-Mail : legal@health.moph.go.th



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๕๗ / ๒๕๕๖

เรื่อง กำหนดเขตตรวจราชการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติหน้าที่

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๘๑๘/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๔ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเขตตรวจราชการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ นั้น บัดนี้ เห็นสมควรปรับปรุงแก้ไขคำสั่งดังกล่าวใหม่

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ และมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้มีการกำหนดเขตตรวจราชการกระทรวงออกเป็น ๑๘ เขต (๑๒ เครือข่ายบริการ) โดยให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและข้าราชการที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติหน้าที่ในเขตตรวจราชการรับผิดชอบ ดังนี้

๑.๑ นายวิศิษฐ์ ตั้งนภากร ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๑๕ และ ๑๖ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๑๕ ได้แก่จังหวัด เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง และลำพูน

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๑๖ ได้แก่จังหวัด เชียงราย น่าน พะเยา และแพร่

๑.๒ นายอำนาจ กาจันนะ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๑๗ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๒) ได้แก่จังหวัด ดาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์

๑.๓ นายทรงยศ ชัยชนะ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๒ และ ๑๘ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๓) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๒ ได้แก่จังหวัด ชัยนาท

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๑๘ ได้แก่จังหวัด กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ และอุทัยธานี

๑.๔ นายจักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๑,๒ และ ๓ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๔) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๑ ได้แก่จังหวัด นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และสระบุรี

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๒ ได้แก่จังหวัด ลพบุรี สิงห์บุรี และอ่างทอง

(๓) เขตตรวจราชการที่ ๓ ได้แก่จังหวัด นครนายก

/๑.๕ นายสุริยะ...

๑.๕ นายสุริยะ วงศ์คงคาเทพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๔ และ ๕ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๕) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๔ ได้แก่จังหวัด กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี และสุพรรณบุรี

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๕ ได้แก่จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม และสมุทรสาคร

๑.๖ นายวัชรชัย กมลธรรม ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๓ และ ๔ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๖) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๓ ได้แก่จังหวัด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว และสมุทรปราการ

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๔ ได้แก่จังหวัด จันทบุรี ชลบุรี ตราด และระยอง

๑.๗ นายอภิชัย มงคล ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๑๒ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๗) ได้แก่จังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด

๑.๘ นายสุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๑๐ และ ๑๑ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๘) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๑๐ ได้แก่จังหวัด บึงกาฬ เลย หนองคาย และหนองบัวลำภู

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๑๑ ได้แก่จังหวัด อุดรธานี นครพนม และสกลนคร

๑.๙ นายคำณ ไชยศิริ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๑๔ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๙) ได้แก่จังหวัด ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และสุรินทร์

๑.๑๐ นายทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๑๑ และ ๑๓ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑๐) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๑๑ ได้แก่จังหวัด มุกดาหาร

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๑๓ ได้แก่จังหวัด ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี และอำนาจเจริญ

๑.๑๑ นายสุวรรณชัย วัฒนาบึงเจริญชัย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๖ และ ๗ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑๑) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๖ ได้แก่จังหวัด ชุมพร นครศรีธรรมราช และสุราษฎร์ธานี

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๗ ได้แก่จังหวัด กระบี่ พังงา ภูเก็ต และระนอง

/๑.๑๒ นายสุวัช...

๑.๑๒ นายสุวัช เขียวศิริวัฒนา ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการ และติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการที่ ๖, ๗ และ ๘ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑๒) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๖ ได้แก่จังหวัด พัทลุง

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๗ ได้แก่จังหวัด ตรัง

(๓) เขตตรวจราชการที่ ๘ ได้แก่จังหวัด นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา

และสตูล

๑.๑๓ นายอำนาจ กาจันะ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและ ติดตามประเมินผลในเขตตรวจราชการส่วนกลาง (เครือข่ายบริการส่วนกลาง) กรุงเทพมหานคร

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก

(๑) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๘๑๘/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๔ เรื่อง กำหนดเขตตรวจราชการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และมอบหมายข้าราชการปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติหน้าที่

(๒) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๗๖/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ เรื่อง กำหนดเขตตรวจราชการและมอบหมายให้ข้าราชการปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ในเขตตรวจราชการส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖

(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๕๕ / ๒๕๕๖

เรื่อง กำหนดเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ และมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงาน
ในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๖๔๑/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ กำหนด
เครือข่ายบริการและมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์ และรักษาการใน
ตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่าย
บริการนั้น เพื่อให้การปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปด้วยความคล่องตัว สะดวกรวดเร็ว และมี
ประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นควรกำหนดเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ จำนวน ๑๒ เครือข่ายบริการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่ง ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้มีการแบ่งเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ ๑๒ เครือข่าย โดยให้ผู้ตรวจราชการกระทรวง
สาธารณสุข ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ ดังนี้

๑.๑ นายวิศิษฐ์ ตั้งนภากร ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือ
ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑

๑.๒ นายอำนาจ กาจันะ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือ
ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๒

๑.๓ นายทรงยศ ชัยชนะ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือ
ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๓

๑.๔ นายจักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือ
ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๔

๑.๕ นายสุริยะ วงศ์คงคาเทพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือ
ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๕

๑.๖ นายธวัชชัย กมลธรรม ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือ
ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๖

๑.๗ นายอภิชัย มงคล ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือดำเนินการ
เกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๗

๑.๘ นายสุรเชษฐ์ สกิตนิรมัย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือ
ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๘

๑.๙ นายคำรณ ไชยศิริ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือดำเนินการ
เกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๙

๑.๑๐ นายทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปฏิบัติงานหรือดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑๐

/๑.๑๑ นายสุวรรณชัย...

๑.๑๓ นายสุวรรณชัย วัฒนเอ็งเจริญชัย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑๑

๑.๑๒ นายสุวัช เชื้อศิริวัฒนา ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑๒

๑.๑๓ นายอำนาจ กาจันะ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๑/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ เรื่อง กำหนดพื้นที่เครือข่ายบริการ และมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์ และรักษาการในตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ

ข้อ ๓ ให้เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑-๑๒ และส่วนกลาง ตามข้อ ๑ ประกอบไปด้วยจังหวัดต่าง ๆ ดังรายละเอียดตามตารางบัญชีแนบท้ายคำสั่งนี้

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖



(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บัญชีรายละเอียดการกำหนดเครือข่ายบริการ และมอบหมายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ
แบบท้ายคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ /๒๕๕๖ ลงวันที่ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖

เครือข่ายบริการ	เขตตรวจราชการ	จังหวัด	ผู้ตรวจราชการกระทรวง
๑	๑๖	เชียงราย	นายวิศิษฐ์ ตั้งนภากร
	๑๖	น่าน	
	๑๖	พะเยา	
	๑๖	แพร่	
	๑๕	เชียงใหม่	
	๑๕	แม่ฮ่องสอน	
	๑๕	ลำปาง	
	๑๕	ลำพูน	
๒	๑๗	ตาก	นายอำนาจ กาจันะ
	๑๗	พิษณุโลก	
	๑๗	เพชรบูรณ์	
	๑๗	สุโขทัย	
	๑๗	อุตรดิตถ์	
๓	๒	ชัยนาท	นายทรงยศ ชัยชนะ
	๑๘	กำแพงเพชร	
	๑๘	พิจิตร	
	๑๘	นครสวรรค์	
	๑๘	อุทัยธานี	
๔	๑	นนทบุรี	นายจักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์
	๑	ปทุมธานี	
	๑	พระนครศรีอยุธยา	
	๑	สระบุรี	
	๒	ลพบุรี	
	๒	สิงห์บุรี	
	๒	อ่างทอง	
	๓	นครนายก	
๕	๔	กาญจนบุรี	นายสุริยะ วงศ์คงคาเทพ
	๔	นครปฐม	
	๔	ราชบุรี	
	๔	สุพรรณบุรี	
	๕	ประจวบคีรีขันธ์	
	๕	เพชรบุรี	
	๕	สมุทรสงคราม	
	๕	สมุทรสาคร	

เครือข่ายบริการ	เขตตรวจราชการ	จังหวัด	ผู้ตรวจราชการกระทรวง
๖	๓	ฉะเชิงเทรา	นายวัชชัย กมลธรรม
	๓	ปราจีนบุรี	
	๓	สระแก้ว	
	๓	สมุทรปราการ	
	๔	จันทบุรี	
	๔	ชลบุรี	
	๔	ตราด	
	๔	ระยอง	
๗	๑๒	กาฬสินธุ์	นายอภิชัย มงคล
	๑๒	ขอนแก่น	
	๑๒	มหาสารคาม	
	๑๒	ร้อยเอ็ด	
๘	๑๐	บึงกาฬ	นายสุรเชษฐ์ สัตินิรมัย
	๑๐	เลย	
	๑๐	หนองคาย	
	๑๐	หนองบัวลำภู	
	๑๑	อุดรธานี	
	๑๑	นครพนม	
	๑๑	สกลนคร	
๙	๑๔	ชัยภูมิ	นายคำรณ ไชยศิริ
	๑๔	นครราชสีมา	
	๑๔	บุรีรัมย์	
	๑๔	สุรินทร์	
๑๐	๑๑	มุกดาหาร	นายทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ
	๑๓	ยโสธร	
	๑๓	ศรีสะเกษ	
	๑๓	อุบลราชธานี	
	๑๓	อำนาจเจริญ	
๑๑	๖	ชุมพร	นายสุวรรณชัย วัฒนายังเจริญชัย
	๖	นครศรีธรรมราช	
	๖	สุราษฎร์ธานี	
	๗	กระบี่	
	๗	พังงา	
	๗	ภูเก็ต	
	๗	ระนอง	

เครือข่ายบริการ	เขตตรวจราชการ	จังหวัด	ผู้ตรวจราชการกระทรวง
๑๒	๖	พัทลุง	นายสุวัช เขียวศิริวัฒนา
	๗	ตรัง	
	๘	บราฮีวาส	
	๘	ปัตตานี	
	๘	ยะลา	
	๘	สงขลา	
	๘	สตูล	
ส่วนกลาง	กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	นายอำนาจ กาจันะ



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๖๘ / ๒๕๕๖

เรื่อง กำหนดเขตและมอบหมายให้สาธารณสุขนิเทศก์ รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์
ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๑๐/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ และมอบหมาย
ให้รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการนั้น บัดนี้ เห็นควรปรับปรุงแก้ไขคำสั่ง
ดังกล่าวใหม่

ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ และมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบ
บริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้สาธารณสุขนิเทศก์ รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ
ในแต่ละเขตตรวจราชการ ดังนี้

๑.๑ นายรัฐวุฒิ สุขมี ตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการในเขต
ตรวจราชการที่ ๑๕ และ ๑๖ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๑๕ ได้แก่จังหวัด เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง
และลำพูน

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๑๖ ได้แก่จังหวัด เชียงราย น่าน พะเยา และแพร่

๑.๒ นายไชยวัฒน์ ทายาวิวัฒน์ ตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ
ในเขตตรวจราชการที่ ๑๗ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๒) ได้แก่จังหวัด ตาก พิจิตร โลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และ
อุดรดิตถ์

๑.๓ นายสุเทพ วัชรปิยานันท์ รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่
ด้านวิชาการในเขตตรวจราชการที่ ๒ และ ๑๘ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๓) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๒ ได้แก่จังหวัด ชัยนาท

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๑๘ ได้แก่จังหวัด กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์
และอุทัยธานี

๑.๔ นายมรุต จิรเศรษฐศิริ ตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ
ในเขตตรวจราชการที่ ๑, ๒ และ ๓ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๔) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๑ ได้แก่จังหวัด นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา
และสระบุรี

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๒ ได้แก่จังหวัด ลพบุรี สิงห์บุรี และอ่างทอง

(๓) เขตตรวจราชการที่ ๓ ได้แก่จังหวัด นครนายก

/๑.๕ นางประนอม...

๑.๕ นางประนอม คำเที่ยง ตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ
ในเขตตรวจราชการที่ ๕ และ ๕ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๕) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๕ ได้แก่จังหวัด กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี และ
สุพรรณบุรี

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๕ ได้แก่จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี
สมุทรสงคราม และสมุทรสาคร

๑.๖ นายอิทธิง สมบุญตุนนท์ ตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ
ในเขตตรวจราชการที่ ๓ และ ๔ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๖) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๓ ได้แก่จังหวัด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว
และสมุทรปราการ

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๔ ได้แก่จังหวัด จันทบุรี ชลบุรี ตราด และระยอง

๑.๗ นายพิเชษฐ์ ศรีประเสริฐ รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่
ด้านวิชาการในเขตตรวจราชการที่ ๑๒ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๗) ได้แก่จังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น
มหาสารคาม และร้อยเอ็ด

๑.๘ นายพงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง ตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ
ในเขตตรวจราชการที่ ๑๐ และ ๑๑ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๘) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๑๐ ได้แก่จังหวัด บึงกาฬ เลย หนองคาย และ
หนองบัวลำภู

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๑๑ ได้แก่จังหวัด บุตรธานี นครพนม และสกลนคร

๑.๙ นายยุทธนา หุ่นพานิช ตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ
ในเขตตรวจราชการที่ ๑๔ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๙) ได้แก่จังหวัด ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และ
สุรินทร์

๑.๑๐ นายวิวัฒน์ วิริยะกิจจา รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่
ด้านวิชาการในเขตตรวจราชการที่ ๑๑ และ ๑๓ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑๐) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๑๑ ได้แก่จังหวัด มุกดาหาร

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๑๓ ได้แก่จังหวัด ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี
และอำนาจเจริญ

๑.๑๑ นายเจษฎา อายคุณรัฐ ตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ
ในเขตตรวจราชการที่ ๖ และ ๗ (เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ ๑๑) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๖ ได้แก่จังหวัด ชุมพร นครศรีธรรมราช และ
สุราษฎร์ธานี

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๗ ได้แก่จังหวัด กระบี่ พังงา ภูเก็ต และระนอง

๑.๑๒ นายยอร์น จิระนคร รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติหน้าที่
ด้านวิชาการในเขตตรวจราชการที่ ๖,๗ และ ๘ (เขตพื้นที่ที่เครือข่ายบริการที่ ๑๒) ดังนี้

(๑) เขตตรวจราชการที่ ๖ ได้แก่จังหวัด พัทลุง

(๒) เขตตรวจราชการที่ ๗ ได้แก่จังหวัด ตรัง

(๓) เขตตรวจราชการที่ ๘ ได้แก่จังหวัด นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา

และสตูล

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๑๐/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕
เรื่อง กำหนดเขตและมอบหมายให้รักษาการในตำแหน่งสาธารณสุขนิเทศก์ปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖

(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๒๐ /๒๕๕๖

เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๖๔๒/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ มอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น บัดนี้ เห็นสมควรให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งดังกล่าวเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ และมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ มอบอำนาจในการสั่ง การอนุญาต การอนุมัติ การปฏิบัติราชการ หรือการดำเนินการอื่นที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะพึงปฏิบัติหรือดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง หรือมติคณะรัฐมนตรี ให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทนดังนี้

(๑) งานตรวจราชการและติดตามประเมินผลในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ

(๒) การร่วมมือหรือประสานงานกับส่วนราชการอื่น ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน่วยงานตั้งอยู่ในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ

(๓) การบริหารงานบุคคลในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ

(๔) ราชการอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายในพื้นที่การตรวจราชการที่รับผิดชอบ

ข้อ ๒ การมอบอำนาจ ตามข้อ ๑ ให้อยู่ภายใต้เงื่อนไข หรือหลักเกณฑ์เฉพาะดังต่อไปนี้

๒.๑ เรื่องที่เป็นราชการประจำและพัฒนา

๒.๒ เรื่องที่ไม่เป็นปัญหาในทางนโยบาย

๒.๓ เรื่องที่ไม่มีคำสั่งกำหนดไว้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคณะใดคณะหนึ่ง

โดยเฉพาะ

๒.๔ เรื่องเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล สำหรับข้าราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเฉพาะกรณีดังต่อไปนี้

๒.๔.๑ การย้าย การให้ข้าราชการปฏิบัติราชการ สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ตั้งแต่ระดับชำนาญการลงมาและตำแหน่งประเภททั่วไป ตั้งแต่ระดับอาวุโสลงมาในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒.๔.๒ ตรวจสอบข้อเท็จจริงและพิจารณาสั่งการ กรณีมีการร้องเรียน หรือร้องขอความเป็นธรรม ซึ่งมีใช้เป็นเรื่องดำเนินการทางวินัย การอุทธรณ์ หรือการร้องทุกข์ตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑

/๒.๔.๓ ...

๒.๔.๓ พิจารณาและเสนอความเห็นเกี่ยวกับรายงานการดำเนินการทางวินัยข้าราชการที่ผู้ว่าราชการจังหวัดรายงาน อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข

๒.๔.๔ พิจารณาและรับทราบรายงานการดำเนินการทางวินัยลูกจ้างประจำจากผู้ว่าราชการจังหวัด

๒.๔.๕ พิจารณาและรับทราบรายงานการดำเนินการหาผู้รับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ผู้ว่าราชการจังหวัดรายงาน

๒.๕ พิจารณากลับกองเสนอความเห็นเกี่ยวกับตัวบุคคลและคำขอประเมินบุคคลเพื่อประกอบการพิจารณาในการดำรงตำแหน่งทางวิชาการ

๒.๖ ร่วมพิจารณาความดีความชอบ

๒.๗ ร่วมพิจารณาจัดสรรงบประมาณในงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ งานบริการสาธารณสุขระดับตำบล งานสนับสนุนการบริการสาธารณสุขส่วนภูมิภาค ในหมวดตอบแทน ใช้สอยและวัสดุ ของหน่วยงาน

๒.๘ ปฏิบัติงานในการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล กำกับดูแล หรือดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายบริการ

ข้อ ๓ ในการปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามคำสั่งนี้ ให้รวมถึงการสั่งการร่วมมือหรือประสานงานกับส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือการร่วมมือหรือประสานงานกับกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามอำนาจและหน้าที่ที่กำหนดไว้ในข้อ ๑ ด้วย

ข้อ ๔ ในการดำเนินการตามคำสั่งนี้ ให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรีหรือหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยเคร่งครัด

ข้อ ๕ ในกรณีที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขคนหนึ่งคนใดไม่อยู่หรืออยู่แต่ไม่อาจปฏิบัติราชการได้และมีได้มีการแต่งตั้งผู้รักษาราชการในตำแหน่งไว้ ให้หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทน

ข้อ ๖ ให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีตามที่ได้รับมอบหมายตามคำสั่งนี้ เสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาอนุมัติภายใน ๓ เดือน นับแต่วันออกคำสั่งนี้ หรือนับแต่วันที่ได้รับมอบหมายแล้วแต่กรณี และให้จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีต่อไป ทุกปีเสนอก่อนขึ้นปีงบประมาณใหม่ไม่น้อยกว่า ๑ เดือน

ข้อ ๗ ให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขรายงานผลการปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขพร้อมด้วยปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบทุกเดือน เว้นแต่เป็นเรื่องสำคัญให้รายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบทันที

ข้อ ๘ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๔๒/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๙ ตามคำสั่งมอบอำนาจนี้ "พื้นที่การตรวจราชการ" หมายความว่า เขตตรวจราชการ และให้หมายความรวมถึงเขตพื้นที่เครือข่ายบริการต่าง ๆ ด้วย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕

มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖

(นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- ๑๙ -

มาตรา ๕๐/๕^{๔๐} รัฐมนตรีว่าการกระทรวง รัฐมนตรีว่าการทบวง ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปลัดกระทรวง ปลัดทบวง อธิบดีหรือผู้ดำรงตำแหน่งเทียบเท่า อาจมอบอำนาจให้หัวหน้าคณะผู้แทนปฏิบัติราชการแทนได้ ในการนี้ให้นำความในมาตรา ๓๘ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

เมื่อมีการมอบอำนาจตามวรรคหนึ่งโดยชอบแล้ว ผู้รับมอบอำนาจมีหน้าที่ต้องรับมอบอำนาจนั้น และจะมอบอำนาจนั้นให้แก่ผู้อื่นต่อไปไม่ได้ เว้นแต่เป็นการมอบอำนาจต่อไปให้บุคคลในคณะผู้แทนตามระเบียบที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

เมื่อได้มีการมอบอำนาจแล้ว หัวหน้าคณะผู้แทนมีหน้าที่กำกับ ติดตามผลการปฏิบัติราชการของผู้รับมอบอำนาจ และให้มีอำนาจแนะนำและแก้ไขการปฏิบัติราชการของผู้รับมอบอำนาจได้

มาตรา ๕๐/๖^{๔๑} การที่กระทรวง ทบวง กรม จะมอบอำนาจหรือมีคำสั่งใดที่เกี่ยวข้องไปยังหัวหน้าคณะผู้แทน ให้แจ้งผ่านกระทรวงการต่างประเทศ

ส่วนที่ ๒

การจัดระเบียบบริหารราชการส่วนภูมิภาค

มาตรา ๕๑ ให้จัดระเบียบบริหารราชการส่วนภูมิภาค ดังนี้

- (๑) จังหวัด
- (๒) อำเภอ

หมวด ๑

จังหวัด

มาตรา ๕๒ ให้รวมท้องที่หลาย ๆ อำเภอตั้งขึ้นเป็นจังหวัดมีฐานะเป็นนิติบุคคล

การตั้ง ยุบ และเปลี่ยนแปลงเขตจังหวัด ให้ตราเป็นพระราชบัญญัติ

เพื่อประโยชน์ในการบริหารงานแบบบูรณาการในจังหวัดหรือกลุ่มจังหวัด ให้จังหวัดหรือกลุ่มจังหวัดยื่นคำขอจัดตั้งงบประมาณได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา ในกรณีนี้ให้ถือว่าจังหวัดหรือกลุ่มจังหวัดเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ^{๔๒}

มาตรา ๕๒/๑^{๔๓} ให้จังหวัดมีอำนาจภายในเขตจังหวัด ดังต่อไปนี้

- (๑) นำภารกิจของรัฐและนโยบายของรัฐบาลไปปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์

^{๔๐} มาตรา ๕๐/๕ เพิ่มโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕

^{๔๑} มาตรา ๕๐/๕ เพิ่มโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕

^{๔๒} มาตรา ๕๒ วรรคสาม เพิ่มโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐

^{๔๓} มาตรา ๕๒/๑ เพิ่มโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐

๐๕๓๑.๒.พ.ม.(ผ) ผู้บัญชาการกองพลนาวิกโยธิน กองทัพเรือ
๐๕๓๑.๒.พ.ม.(อ) ผู้บัญชาการกองพลนาวิกโยธิน กองทัพเรือ
๐๕๓๑.๒.พ.ม.(ผ) ผู้บัญชาการกองพลนาวิกโยธิน กองทัพเรือ

[illegible][illegible]

๒) ประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

សេចក្តីសង្ខេបនៃការងារដែលបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំនេះ ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយមានបញ្ជីនៃការងារដែលបានធ្វើឡើង ជាមួយនឹងលទ្ធផលនៃការងារនីមួយៗ។ ការងារដែលបានធ្វើឡើងនេះ ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយមានបញ្ជីនៃការងារដែលបានធ្វើឡើង ជាមួយនឹងលទ្ធផលនៃការងារនីមួយៗ។

[illegible]

របស់គេមានមាតិកាផ្សេងៗគ្នាទៅតាមប្រភេទផ្សេងៗគ្នា។

[illegible]

២៣ ប្រសិនបើមានការប្រកាសពីសភាពមិនស្របគ្នា រវាងការប្រកាសនេះ និងការប្រកាសពីសភាពមិនស្របគ្នា ដទៃទៀត ដែលបានធ្វើឡើងក្នុងក្របខណ្ឌនៃកិច្ចសន្យាសហប្រតិបត្តិការ រវាងរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និងរដ្ឋាភិបាលសិង្ហបុរី គ្រប់គ្រងកិច្ចសន្យាសហប្រតិបត្តិការ រវាងរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និងរដ្ឋាភិបាលសិង្ហបុរី នឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហា។

[illegible]

๒๓๓๕

๒๓๓๖

๒๓๓๗

๒๓๓๘

๒๓๓๙

๒๓๔๐

๒๓๔๑

๒๓๔๒

๒๓๔๓

๒๓๔๔

๒๓๔๕

๒๓๔๖

๒๓๔๗

๒๓๔๘

๒๓๔๙

๒๓๕๐

๒๓๕๑

๒๓๕๒

๒๓๕๓

๒๓๕๔

๒๓๕๕

๒๓๕๖

๒๓๕๗

๒๓๕๘

๒๓๕๙

๒๓๖๐

๒๓๖๑

๒๓๖๒

๒๓๖๓

๒๓๖๔

๒๓๖๕

๒๓๖๖

๒๓๖๗

๒๓๖๘

๒๓๖๙

๒๓๗๐

๒๓๗๑

๒๓๗๒

๒๓๗๓

๒๓๗๔

๒๓๗๕

๒๓๗๖

๒๓๗๗

๒๓๗๘

๒๓๗๙

๒๓๘๐

๒๓๘๑

๒๓๘๒

๒๓๘๓

๒๓๘๔

๒๓๘๕

๒๓๘๖

๒๓๘๗

๒๓๘๘

๒๓๘๙

๒๓๙๐

๒๓๙๑

๒๓๙๒

๒๓๙๓

๒๓๙๔

๒๓๙๕

๒๓๙๖

๒๓๙๗

๒๓๙๘

๒๓๙๙

๒๔๐๐

๒๔๐๑

๒๔๐๒

๒๔๐๓

๒๔๐๔

๒๔๐๕

๒๔๐๖

๒๔๐๗

๒๔๐๘

๒๔๐๙

๒๔๑๐

๒๔๑๑

๒๔๑๒

๒๔๑๓

๒๔๑๔

๒๔๑๕

๒๔๑๖

๒๔๑๗

๒๔๑๘

๒๔๑๙

๒๔๒๐

๒๔๒๑

๒๔๒๒

๒๔๒๓

๒๔๒๔

๒๔๒๕

๒๔๒๖

๒๔๒๗

๒๔๒๘

๒๔๒๙

๒๔๓๐

๒๔๓๑

๒๔๓๒

๒๔๓๓

๒๔๓๔

๒๔๓๕

๒๔๓๖

๒๔๓๗

๒๔๓๘

๒๔๓๙

๒๔๔๐

๒๔๔๑

๒๔๔๒

๒๔๔๓

๒๔๔๔

๒๔๔๕

๒๔๔๖

๒๔๔๗

๒๔๔๘

๒๔๔๙

๒๔๕๐

๒๔๕๑

๒๔๕๒

๒๔๕๓

๒๔๕๔

๒๔๕๕

๒๔๕๖

๒๔๕๗

๒๔๕๘

๒๔๕๙

๒๔๖๐

๒๔๖๑

๒๔๖๒

๒๔๖๓

๒๔๖๔

๒๔๖๕

๒๔๖๖

๒๔๖๗

๒๔๖๘

๒๔๖๙

๒๔๗๐

๒๔๗๑

๒๔๗๒

๒๔๗๓

๒๔๗๔

๒๔๗๕

๒๔๗๖

๒๔๗๗

๒๔๗๘

๒๔๗๙

๒๔๘๐

๒๔๘๑

๒๔๘๒

๒๔๘๓

๒๔๘๔

๒๔๘๕

๒๔๘๖

๒๔๘๗

๒๔๘๘

๒๔๘๙

๒๔๙๐

๒๔๙๑

๒๔๙๒

๒๔๙๓

๒๔๙๔

๒๔๙๕

๒๔๙๖

๒๔๙๗

๒๔๙๘

๒๔๙๙

๒๕๐๐

๒๕๐๑

๒๕๐๒

๒๕๐๓

๒๕๐๔

๒๕๐๕

๒๕๐๖

๒๕๐๗

๒๕๐๘

๒๕๐๙

๒๕๑๐

๒๕๑๑

๒๕๑๒

๒๕๑๓

๒๕๑๔

๒๕๑๕

๒๕๑๖

๒๕๑๗

๒๕๑๘

๒๕๑๙

๒๕๒๐

๒๕๒๑

๒๕๒๒

๒๕๒๓

๒๕๒๔

๒๕๒๕

๒๕๒๖

๒๕๒๗

๒๕๒๘

๒๕๒๙

๒๕๓๐

๒๕๓๑

๒๕๓๒

๒๕๓๓

๒๕๓๔

๒๕๓๕

๒๕๓๖

๒๕๓๗

๒๕๓๘

๒๕๓๙

ក្រសួង សេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ

[illegible]

แบบบัญชีรายการรายได้-ค่าใช้จ่ายของสถานประกอบการและครัวเรือน (๒)

គណៈកម្មាធិការជាតិរៀបចំការបោះឆ្នោត

ក្រុមហ៊ុនណា ដែលទុកចិត្តពាក់ព័ន្ធនឹងការគោរពសិទ្ធិអ្នកបោះឆ្នោត ក្រុមហ៊ុន កូដឡង់ ចែនយ៉ាវេលេអាថ៌ (ឃ)

အမေရိကန်

ក្រុមការណ៍នៃក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ គណនេយ្យក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ (១)

การจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามวรรคหนึ่ง จำนวนและวิธีการสรรหาผู้แทนภาคประชาสังคม และผู้แทนภาคธุรกิจเอกชนตามวรรคสอง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

เมื่อประกาศใช้แผนพัฒนาจังหวัดแล้ว การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการดำเนินกิจการของส่วนราชการและหน่วยงานอื่นของรัฐทั้งปวงที่กระทำในพื้นที่จังหวัดต้องสอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัดดังกล่าว

มาตรา ๕๓/๒^{๔๙} ให้นำความในมาตรา ๕๓/๑ มาใช้บังคับกับการจัดทำแผนพัฒนากลุ่มจังหวัดด้วยโดยอนุโลม

มาตรา ๕๔ ในจังหวัดหนึ่ง ให้มีผู้ว่าราชการจังหวัดคนหนึ่งเป็นผู้รับนโยบายและคำสั่งจากนายกรัฐมนตรีในฐานะหัวหน้ารัฐบาล คณะรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรม มาปฏิบัติให้เหมาะสมกับท้องถิ่นและประชาชน และเป็นหัวหน้าบังคับบัญชาบรรดาข้าราชการฝ่ายบริหาร ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในราชการส่วนภูมิภาคในเขตจังหวัด และรับผิดชอบในราชการจังหวัดและอำเภอ และจะให้มีรองผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัด หรือทั้งรองผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ช่วยสั่งและปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดก็ได้

รองผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชาข้าราชการฝ่ายบริหารส่วนภูมิภาคในเขตจังหวัด และรับผิดชอบในราชการรองจากผู้ว่าราชการจังหวัด

ผู้ว่าราชการจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด และผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัดสังกัดกระทรวงมหาดไทย

มาตรา ๕๕ ในจังหวัดหนึ่ง นอกจากจะมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้าปกครองบังคับบัญชาข้าราชการและรับผิดชอบงานบริหารราชการของจังหวัดดังกล่าวในมาตรา๕๔ ให้มีปลัดจังหวัดและหัวหน้าส่วนราชการประจำจังหวัดซึ่งกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ส่งมาประจำทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ว่าราชการจังหวัด และมีอำนาจบังคับบัญชาข้าราชการฝ่ายบริหารส่วนภูมิภาคซึ่งสังกัดกระทรวง ทบวง กรมนั้น ในจังหวัดนั้น

มาตรา ๕๕/๑^{๕๐} ในจังหวัดหนึ่งนอกจากกรุงเทพมหานคร ให้มีคณะกรรมการธรรมาภิบาลจังหวัดคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “ก.ธ.จ.” ทำหน้าที่สอดส่องและเสนอแนะการปฏิบัติภารกิจของหน่วยงานของรัฐในจังหวัดให้ใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีและเป็นไปตามหลักการที่กำหนดไว้ในมาตรา ๓/๑

ก.ธ.จ. ประกอบด้วยผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีซึ่งมีเขตอำนาจในจังหวัดเป็นประธาน ผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนสมาชิกสภาท้องถิ่นที่ไม่ได้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารและผู้แทนภาคธุรกิจเอกชน ทั้งนี้ จำนวนวิธีการสรรหา และการปฏิบัติหน้าที่ของ ก.ธ.จ. ให้เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี

ในกรณีที่ ก.ธ.จ. พบว่ามีการละเลยไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อบังคับหรือมีกรณีที่เป็นการทุจริต ให้เป็นหน้าที่ของ ก.ธ.จ. ที่จะต้องแจ้งให้ผู้ว่าราชการจังหวัด หัวหน้าส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่เกี่ยวข้อง แล้วแต่กรณี เพื่อดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป

^{๔๙} มาตรา ๕๓/๒ เพิ่มโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐

^{๕๐} มาตรา ๕๕/๑ เพิ่มโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐

มาตรา ๕๖ ในกรณีที่ไม่มีผู้ดำรงตำแหน่งผู้ว่าราชการจังหวัด หรือมีแต่ไม่อาจปฏิบัติราชการได้ ให้รองผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้รักษาราชการแทน ถ้าไม่มีผู้ดำรงตำแหน่งรองผู้ว่าราชการจังหวัด หรือมีแต่ไม่อาจปฏิบัติราชการได้ ให้ผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้รักษาราชการแทน ถ้าไม่มีผู้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัด หรือมีแต่ไม่อาจปฏิบัติราชการได้ ให้ปลัดจังหวัดเป็นผู้รักษาราชการแทน ถ้ามีรองผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัด หรือปลัดจังหวัดหลายคน ให้ปลัดกระทรวงแต่งตั้งรองผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัด หรือปลัดจังหวัดคนใดคนหนึ่ง แล้วแต่กรณี เป็นผู้รักษาราชการแทน ถ้าไม่มีทั้งผู้ดำรงตำแหน่งรองผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้ช่วยผู้ว่าราชการจังหวัด และปลัดจังหวัด หรือมีแต่ไม่อาจปฏิบัติราชการได้ ให้หัวหน้าส่วนราชการประจำจังหวัดซึ่งมีอาวุโสตามระเบียบแบบแผนของทางราชการเป็นผู้รักษาราชการแทน

มาตรา ๕๗ ผู้ว่าราชการจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ดังนี้

(๑)^{๔๙} บริหารราชการตามกฎหมาย ระเบียบแบบแผนของทางราชการ และตามแผนพัฒนาจังหวัด

(๒) บริหารราชการตามที่คณะรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรม มอบหมายหรือตามที่นายกรัฐมนตรีสั่งการในฐานะหัวหน้ารัฐบาล

(๓) บริหารราชการตามคำแนะนำและคำชี้แจงของผู้ตรวจราชการกระทรวงในเมื่อไม่ขัดต่อกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือคำสั่งของกระทรวง ทบวง กรม มติของคณะรัฐมนตรีหรือการสั่งการของนายกรัฐมนตรี

(๔) กำกับดูแลการปฏิบัติราชการอันมิใช่ราชการส่วนภูมิภาคของข้าราชการซึ่งประจำอยู่ในจังหวัดนั้น ยกเว้นข้าราชการทหาร ข้าราชการฝ่ายตุลาการ ข้าราชการฝ่ายอัยการ ข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย ข้าราชการในสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและข้าราชการครู ให้ปฏิบัติราชการให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับหรือคำสั่งของกระทรวง ทบวง กรม หรือมติของคณะรัฐมนตรี หรือการสั่งการของนายกรัฐมนตรี หรือยับยั้งการกระทำใด ๆ ของข้าราชการในจังหวัดที่ขัดต่อกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือคำสั่งของกระทรวง ทบวง กรม มติของคณะรัฐมนตรี หรือการสั่งการของนายกรัฐมนตรีไว้ชั่วคราวแล้วรายงานกระทรวง ทบวง กรม ที่เกี่ยวข้อง

(๕) ประสานงานและร่วมมือกับข้าราชการทหาร ข้าราชการฝ่ายตุลาการ ข้าราชการฝ่ายอัยการ ข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย ข้าราชการในสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและข้าราชการครู ผู้ตรวจราชการและหัวหน้าส่วนราชการในระดับเขตหรือภาค ในการพัฒนาจังหวัดหรือป้องกันภัยพิบัติสาธารณะ

(๖)^{๕๐} เสนอบประมาณต่อกระทรวงที่เกี่ยวข้อง หรือเสนอขอจัดตั้งงบประมาณต่อสำนักงานงบประมาณตามมาตรา ๕๒ วรรคสาม และรายงานให้กระทรวงมหาดไทยทราบ

(๗)^{๕๑} กำกับดูแลการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นตามกฎหมาย

(๘) กำกับการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานองค์การของรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ ในการนี้ให้มีอำนาจทำรายงานหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานขององค์การของรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจต่อรัฐมนตรีเจ้าสังกัดองค์การของรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ

(๙) บรรจุ แต่งตั้ง ให้บำเหน็จ และลงโทษข้าราชการส่วนภูมิภาคในจังหวัดตามกฎหมาย และตามที่ปลัดกระทรวง ปลัดทบวง หรืออธิบดีมอบหมาย

^{๔๙} มาตรา ๕๗ (๑) แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐

^{๕๐} มาตรา ๕๗ (๖) แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐

^{๕๑} มาตรา ๕๗ (๗) แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐

มาตรา ๕๘ การยกเว้น จำกัด หรือตัดทอน อำนาจหน้าที่ของผู้ว่าราชการจังหวัดในการบริหารราชการในจังหวัด หรือให้ข้าราชการของส่วนราชการใดมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารราชการส่วนภูมิภาคเช่นเดียวกับผู้ว่าราชการจังหวัดจะกระทำได้อัตราเป็นพระราชบัญญัติ

มาตรา ๕๙ ให้นำความในมาตรา ๔๘ และมาตรา ๔๙ มาใช้บังคับแก่ผู้รักษาราชการแทนและผู้ปฏิบัติราชการแทนตามหมวดนี้

มาตรา ๖๐ ให้แบ่งส่วนราชการของจังหวัดดังนี้

(๑) สำนักงานจังหวัด มีหน้าที่เกี่ยวกับราชการทั่วไปและการวางแผนพัฒนาจังหวัดของจังหวัดนั้น มีหัวหน้าสำนักงานจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชาข้าราชการ และรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการของสำนักงานจังหวัด

(๒) ส่วนต่าง ๆ ซึ่งกระทรวง ทบวง กรม ได้ตั้งขึ้น มีหน้าที่เกี่ยวกับราชการของกระทรวง ทบวง กรม นั้น ๆ มีหัวหน้าส่วนราชการประจำจังหวัดนั้น ๆ เป็นผู้ปกครองบังคับบัญชารับผิดชอบ

หมวด ๒

อำเภอ

มาตรา ๖๑ ในจังหวัดหนึ่งให้มีหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัดเรียกว่าอำเภอ การตั้ง ยุบ และเปลี่ยนเขตอำเภอ ให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา

มาตรา ๖๑/๑^{๕๒} ให้อำเภอมีอำนาจหน้าที่ภายในเขตอำเภอ ดังต่อไปนี้

(๑) อำนาจและหน้าที่ตามที่กำหนดในมาตรา ๕๒/๑ (๑) (๒) (๓) (๔) (๕) และ (๖) โดยให้นำความในมาตรา ๕๒/๑ วรรคสอง มาใช้บังคับโดยอนุโลม

(๒) ส่งเสริม สนับสนุน และจัดให้มีการบริการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในลักษณะศูนย์บริการร่วม

(๓) ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อร่วมมือกับชุมชนในการดำเนินการให้มีแผนชุมชน เพื่อรองรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัด และกระทรวง ทบวง กรม

(๔) โกล่เกลี่ยหรือจัดให้มีการไกล่เกลี่ยประนอมข้อพิพาทเพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อยในสังคมตามมาตรา ๖๑/๒ และมาตรา ๖๑/๓

มาตรา ๖๑/๒^{๕๓} ในอำเภอหนึ่ง ให้มีคณะบุคคลผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาทของประชาชนที่คู่กรณีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอ ในเรื่องที่พิพาททางแพ่งเกี่ยวกับที่ดินมรดก และข้อพิพาททางแพ่งอื่นที่มีทุนทรัพย์ไม่เกินสองแสนบาท หรือมากกว่านั้น ตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

ให้นายอำเภอโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการจังหวัดจัดทำบัญชีรายชื่อบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นคณะบุคคลผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาท โดยคัดเลือกจากบุคคลที่มีความรู้หรือมีประสบการณ์เหมาะสมกับการทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยข้อพิพาท

เมื่อมีข้อพิพาทเกิดขึ้นและคู่พิพาทตกลงยินยอมให้ใช้วิธีการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทให้คู่พิพาทแต่ละฝ่ายเลือกบุคคลจากบัญชีรายชื่อตามวรรคสองฝ่ายละหนึ่งคน และให้นายอำเภอ พนักงานอัยการประจำจังหวัดหรือ

^{๕๒} มาตรา ๖๑/๑ เพิ่มโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐

^{๕๓} มาตรา ๖๑/๒ เพิ่มโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐

ปลัดอำเภอที่ได้รับมอบหมายคนหนึ่งเป็นประธาน เพื่อทำหน้าที่เป็นคณะบุคคลผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาท

ให้คณะบุคคลผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาทมีอำนาจหน้าที่รับฟังข้อพิพาทโดยตรงจากคู่พิพาท และดำเนินการไกล่เกลี่ยให้เกิดข้อตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างคู่พิพาทโดยเร็ว ถ้าคู่พิพาททั้งสองฝ่ายตกลงกันได้ ให้คณะบุคคลผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาทจัดให้มีการทำสัญญาประนีประนอมยอมความระหว่างคู่พิพาท และให้ถือเอาข้อตกลงตามสัญญาประนีประนอมยอมความมีผลผูกพันคู่พิพาททั้งสองฝ่าย ในกรณีที่คู่พิพาทไม่อาจตกลงกันได้ ให้คณะบุคคลผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาทส่งจำหน่ายข้อพิพาทนั้น

ข้อตกลงตามวรรคสี่ให้มีผลเช่นเดียวกับคำชี้ขาดของอนุญาโตตุลาการตามกฎหมายว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ

หลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำบัญชี การดำเนินการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทและการจัดทำสัญญาประนีประนอมยอมความ ตลอดจนคำตอบแทนของคณะบุคคลผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาท ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

ในกรณีที่คู่พิพาทฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ปฏิบัติตามสัญญาประนีประนอมยอมความให้คู่พิพาทอีกฝ่ายหนึ่งยื่นคำร้องต่อพนักงานอัยการ และให้พนักงานอัยการดำเนินการยื่นคำร้องต่อศาลที่มีเขตอำนาจเพื่อให้ออกคำสั่งบังคับให้ตามสัญญาประนีประนอมยอมความดังกล่าวโดยให้นำกฎหมายว่าด้วยอนุญาโตตุลาการมาใช้บังคับโดยอนุโลม

เมื่อคณะบุคคลผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาทได้รับข้อพิพาทไว้พิจารณา ให้อายุความในการฟ้องร้องคดีระงับหยุดลง นับแต่วันที่ยื่นข้อพิพาทจนถึงวันที่คณะบุคคลผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและประนอมข้อพิพาทส่งจำหน่ายข้อพิพาทหรือวันที่คู่พิพาททำสัญญาประนีประนอมยอมความกัน แล้วแต่กรณี

ความในมาตรานี้ให้ใช้กับเขตของกรุงเทพมหานครด้วยโดยอนุโลม

มาตรา ๖๑/๓^{๔๔} บรรดาความผิดที่มีโทษทางอาญาที่เกิดขึ้นในเขตอำเภอใดหากเป็นความผิดอันยอมความได้ และมีใช่เป็นความผิดเกี่ยวกับเพศ ถ้าผู้เสียหายและผู้ถูกกล่าวหายินยอม หรือแสดงความจำนง ให้นายอำเภอของอำเภอนั้นหรือปลัดอำเภอที่นายอำเภอดังกล่าวมอบหมายเป็นผู้ไกล่เกลี่ยตามควรแก่กรณี และเมื่อผู้เสียหายและผู้ถูกกล่าวหายินยอมเป็นหนังสือตามที่ไกล่เกลี่ยและปฏิบัติตามคำไกล่เกลี่ยดังกล่าวแล้ว ให้คดีอาญาเป็นอันเลิกกันตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ในกรณีที่ผู้เสียหายและผู้ถูกกล่าวหาไม่ยินยอมตามที่ไกล่เกลี่ย ให้จำหน่ายข้อพิพาทนั้น แต่เพื่อประโยชน์ในการที่ผู้เสียหายจะไปดำเนินคดีต่อไป อายุความการร้องทุกข์ตามประมวลกฎหมายอาญา ให้เริ่มนับแต่วันที่จำหน่ายข้อพิพาท

หลักเกณฑ์และวิธีในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา ๖๒ ในอำเภอหนึ่ง มีนายอำเภอคนหนึ่งเป็นหัวหน้าปกครองบังคับบัญชาบรรดาข้าราชการในอำเภอ และรับผิดชอบงานบริหารราชการของอำเภอ

นายอำเภอสังกัดกระทรวงมหาดไทย

บรรดาอำนาจและหน้าที่เกี่ยวกับราชการของกรมการอำเภอหรือนายอำเภอซึ่งกฎหมายกำหนดให้กรมการอำเภอและนายอำเภอมีอยู่ ให้โอนไปเป็นอำนาจและหน้าที่ของนายอำเภอ

^{๔๔} มาตรา ๖๑/๓ เพิ่มโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐

มาตรา ๖๓ ในอำเภอหนึ่ง นอกจากจะมีนายอำเภอเป็นผู้ปกครองบังคับบัญชาและรับผิดชอบดังกล่าว ในมาตรา ๖๒ ให้มีปลัดอำเภอและหัวหน้าส่วนราชการประจำอำเภอซึ่งกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ส่งมาประจำ ให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือนายอำเภอ และมีอำนาจบังคับบัญชาข้าราชการฝ่ายบริหารส่วนภูมิภาคซึ่งสังกัด กระทรวง ทบวง กรมนั้น ในอำเภอนั้น

มาตรา ๖๔ ในกรณีที่ไม่มีผู้ดำรงตำแหน่งนายอำเภอ ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งปลัดอำเภอ หรือ หัวหน้าส่วนราชการประจำอำเภอผู้มีอาวุโส ตามระเบียบแบบแผนของทางราชการเป็นผู้รักษาราชการแทน

ถ้ามีผู้ดำรงตำแหน่งนายอำเภอ แต่ไม่อาจปฏิบัติราชการได้ ให้นายอำเภอแต่งตั้งปลัดอำเภอ หรือหัวหน้า ส่วนราชการประจำอำเภอผู้มีอาวุโสตามระเบียบแบบแผนของทางราชการเป็นผู้รักษาราชการแทน

ในกรณีที่ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือนายอำเภอมิได้แต่งตั้งผู้รักษาราชการแทนไว้ตามวรรคหนึ่งและวรรค สอง ให้ปลัดอำเภอหรือหัวหน้าส่วนราชการประจำอำเภอผู้มีอาวุโสตามระเบียบแบบแผนของทางราชการเป็นผู้รักษาราชการแทน

มาตรา ๖๕ นายอำเภอมีอำนาจและหน้าที่ดังนี้

(๑) บริหารราชการตามกฎหมายและระเบียบแบบแผนของทางราชการ ถ้ากฎหมายใดมิได้บัญญัติว่า การปฏิบัติตามกฎหมายนั้นเป็นหน้าที่ของผู้ใดโดยเฉพาะ ให้เป็นหน้าที่ของนายอำเภอที่จะต้องรักษาการให้เป็นไป ตามกฎหมายนั้นด้วย

(๒) บริหารราชการตามที่คณะรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรม มอบหมายหรือตามที่นายกรัฐมนตรีสั่ง การในฐานะหัวหน้ารัฐบาล

(๓) บริหารราชการตามคำแนะนำและคำชี้แจงของผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้มีหน้าที่ตรวจการอื่นซึ่ง คณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรม และผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย ในเมื่อไม่ขัดต่อกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือคำสั่งของกระทรวง ทบวง กรม มติของคณะรัฐมนตรี หรือการสั่งการของนายกรัฐมนตรี

(๔) ควบคุมดูแลการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นในอำเภอตามกฎหมาย

มาตรา ๖๖ ให้แบ่งส่วนราชการของอำเภอดังนี้

(๑) สำนักงานอำเภอ มีหน้าที่เกี่ยวกับราชการทั่วไปของอำเภอนั้น ๆ มีนายอำเภอเป็นผู้ปกครองบังคับ บัญชาข้าราชการและรับผิดชอบ

(๒) ส่วนต่าง ๆ ซึ่งกระทรวง ทบวง กรม ได้ตั้งขึ้นในอำเภอนั้น มีหน้าที่เกี่ยวกับราชการของกระทรวง ทบวง กรม นั้น ๆ มีหัวหน้าส่วนราชการประจำอำเภอนั้น ๆ เป็นผู้ปกครองบังคับบัญชารับผิดชอบ

มาตรา ๖๗ ให้นำความในมาตรา ๔๘ และมาตรา ๔๙ มาใช้บังคับแก่ผู้รักษาราชการแทนและผู้ปฏิบัติ ราชการแทนตามหมวดนี้

มาตรา ๖๘ การจัดการปกครองอำเภอ นอกจากที่ได้บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้ ให้เป็นไปตาม กฎหมายว่าด้วยการปกครองท้องถิ่น

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๔๒.๕/ก.ค.ก.พ.๔



กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๔

เรื่อง คำสั่งมอบอำนาจ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

- อ้างถึง (๑) คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๖๘๗/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓
 (๒) คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๒๘๐/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๓
 (๓) คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๘๖๖/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๔
 (๔) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๔๐๘/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓
 (๕) คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๙๙๐/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔
 (๖) คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๗๙๗/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๙๙๖/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๔
 เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล)

ตามคำสั่งที่อ้างถึง ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทนเกี่ยวกับเรื่องการบริหารงานบุคคล นั้น บัดนี้ เห็นสมควรให้ยกเลิกคำสั่งตามที่อ้างถึงดังกล่าวข้างต้นทั้งหมด และได้มีการปรับปรุงคำสั่งดังกล่าวใหม่ โดยรวมเป็นคำสั่งเดียว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายไพจิตร วราจิต)
 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักบริหารกลาง

กลุ่มกฎหมาย

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๒๗

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๓๔



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๘๘๖ /๒๕๕๔

เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล)

ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๖๘๓/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล) ประกอบกับคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๒๘๐/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๓ เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ด้านการบริหารงานบุคคล) (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓ คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๘๖๖/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๔ เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล) (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๔ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๔๐๘/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล) คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๙๙๐/๒๕๔๘ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๔๘ เรื่องมอบอำนาจในการออกบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับบำเหน็จบำนาญ และคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๗๙๗/๒๕๔๔ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๔๔ เรื่องมอบหมายให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทน ในการออกบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐสำหรับพนักงานราชการ และเพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการในเรื่องดังกล่าว จึงเห็นสมควรปรับปรุงแก้ไขและรวมเป็นคำสั่งเดียวกัน

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน(ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ มาตรา ๕๐ มาตรา ๕๓ มาตรา ๕๕ มาตรา ๕๗ มาตรา ๖๓ มาตรา ๖๕ มาตรา ๖๘ มาตรา ๑๐๙ มาตรา ๑๑๐ และมาตรา ๑๓๘ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๔ (๑๖) มาตรา ๖ และมาตรา ๗ แห่งพระราชบัญญัติบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๔ แห่งพระราชกฤษฎีกากำหนดเจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ ตามพระราชบัญญัติบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. ๒๕๔๒ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๔๕ และมาตรา ๓ แห่งพระราชกฤษฎีกากำหนดเจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ ตามพระราชบัญญัติบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. ๒๕๔๒ (ฉบับที่ ๑๐) พ.ศ. ๒๕๔๔ ข้อ ๑๖ แห่งระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการขอรับและการจ่ายบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๒๗ มาตรา ๒๗ แห่งพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือน เงินปี บำเหน็จ บำนาญและเงินอื่นในลักษณะเดียวกัน พ.ศ. ๒๕๓๕ มาตรา ๖๗ แห่งพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๙ และข้อ ๙ แห่งระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยลูกจ้างประจำของส่วนราชการ พ.ศ. ๒๕๓๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงออกคำสั่งดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล ดังต่อไปนี้

๑.๑ การให้ความเห็นชอบในการแต่งตั้งข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ตามมาตรา ๕๗(๔) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งมีใช้ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

๑.๒ แต่งตั้งผู้รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ ตามมาตรา ๖๔ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑

๑.๓ การอนุญาตให้ข้าราชการและลูกจ้างประจำ ลาป่วยหรือลาภิกษณด้วยตัว ครึ่งหนึ่งได้ตามที่เห็นสมควร ตามระเบียบว่าด้วยการลาของข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๕

๑.๔ การอนุญาตให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานราชการไปต่างประเทศในระหว่างการลาภิกษณด้วยตัวหรือลาพักก่อนหรือในระหว่างวันหยุดราชการ สำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานราชการ ในราชการบริหารส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

ข้อ ๒ มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหัวหน้าส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล ดังต่อไปนี้

๒.๑ การบรรจุ

(๑) การบรรจุเข้ารับราชการตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการและตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ตามมาตรา ๕๓ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับข้าราชการในราชการบริหารส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

(๒) การบรรจุเข้ารับราชการและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ ชำนาญการ และตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ชำนาญงาน มาตรา ๕๕ มาตรา ๖๓ วรรคสี่ และมาตรา ๖๕ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ และตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๗ ลงวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๕๒

(๓) การดำเนินการคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ และตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ในกรณีที่มีเหตุพิเศษ ตามมาตรา ๕๕ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ และตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๔.๑/ว ๑๖ ลงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๑

๒.๒ การแต่งตั้ง (ย้าย) ข้าราชการไปดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ และตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ชำนาญงาน อาวุโส ตามมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ และตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๗ ลงวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๕๒ และที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๖ ลงวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๒ สำหรับข้าราชการในราชการบริหารส่วนกลาง ที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

๒.๓ การเลื่อนข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ ที่มีใช้ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และการเลื่อนข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน ระดับอาวุโส ตามมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ และตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๗ ลงวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๕๒

๒.๔ การประเมินบุคคลและผลงาน

(๑) การคัดเลือกบุคคลให้ส่งผลงานประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษลงมาทุกตำแหน่ง ยกเว้นตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

(๒)...

(๒) การคัดเลือกบุคคลให้ส่งผลงานประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งสำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการในหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๘ ลงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๑

(๓) การประเมินผลงานของข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ทุกสายงาน ยกเว้นสายงานนิติกร

(๔) การคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๓๔ ลงวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๗ และที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๗ ลงวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๔

(๕) การบริหารงานบุคคลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๓๕ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ และที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑ ลงวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๕๑

๒.๕ การสั่งให้ข้าราชการได้รับเงินเดือนตามตำแหน่งในแต่ละประเภทและเงินประจำตำแหน่งตามบัญชีอัตราเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการพลเรือนสามัญตามมาตรา ๕๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑

(๑) การสั่งให้ข้าราชการได้รับเงินเดือนตามคุณวุฒิของตำแหน่ง

(๒) การสั่งให้ข้าราชการได้รับเงินประจำตำแหน่งสำหรับข้าราชการ ผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

๒.๖ การปรับเงินเดือนให้ข้าราชการที่ได้รับเงินเดือนยังไม่ถึงขั้นต่ำของระดับตามบัญชีเงินเดือนท้ายพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑

๒.๗ การแต่งตั้งผู้รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ ตามมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔

๒.๘ การแต่งตั้งผู้รักษาราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ และตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ชำนาญงาน อาวุโส ตามมาตรา ๖๘ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับข้าราชการในราชการบริหารส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

๒.๙ การออกบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐตามพระราชบัญญัติบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. ๒๕๔๒

๒.๑๐ การออกบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับบำเหน็จบำนาญและบำนาญรายเดือนตามพระราชบัญญัติบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. ๒๕๔๒

๒.๑๑ การลงนามในแบบคำขอรับบำเหน็จบำนาญตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการขอรับและการจ่ายบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๒๗

๒.๑๒ การลงนามในแบบคำขอรับเงินกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) ตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ

๒.๑๓ การอนุญาตให้ข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ และตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ชำนาญงาน อาวุโส ลาออกจากราชการตามมาตรา ๑๐๔ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับข้าราชการในราชการบริหารส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

๒.๑๔ การสั่งให้ข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ ชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ และตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ชำนาญงาน อาวุโส ออกจากราชการเพื่อให้ได้รับบำเหน็จ...

บำเหน็จ บำนาญ ตามมาตรา ๑๑๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับข้าราชการในราชการบริหารส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

๒.๑๕ การอนุมัติให้ข้าราชการที่ลาป่วยได้รับเงินเดือนระหว่างลาในส่วนที่ลาป่วยเกิน ๖๐ วันทำการ ต่อไปอีกก็ได้แต่ไม่เกิน ๖๐ วันทำการ ตามมาตรา ๒๗ แห่งพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือนเงินปี บำเหน็จ บำนาญ และเงินอื่นในลักษณะเดียวกัน พ.ศ. ๒๕๓๕

ข้อ ๓ การมอบอำนาจตามคำสั่งนี้เป็นการมอบอำนาจให้ดำเนินการเฉพาะงานที่อยู่ในจังหวัดที่รับผิดชอบและในราชการบริหารส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

ข้อ ๔ การดำเนินการในเรื่องที่ได้รับมอบอำนาจตามคำสั่งนี้ ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรี หรือตามที่กระทรวงการคลัง สำนักงาน ก.พ. หรือสำนักงานประมาณ กำหนด และที่จะกำหนดต่อไปโดยเคร่งครัด

ข้อ ๕ ให้ยกเลิก

๕.๑ คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๖๘๓/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล)

๕.๒ คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๒๘๐/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่องมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล) (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓

๕.๓ คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๘๖๖/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ เรื่องมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ด้านการบริหารงานบุคคล) (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๔

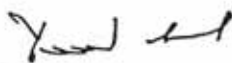
๕.๔ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๔๐๘/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล)

๕.๕ คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๙๙๐/๒๕๔๘ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ เรื่องมอบอำนาจในการออกบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับบำเหน็จบำนาญ

๕.๖ คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๗๙๗/๒๕๔๙ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ เรื่องมอบหมายให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทน ในการออกบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐสำหรับพนักงานราชการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๔



(นายไพจิตร วราจิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ง

ประสบการณ์ต่างประเทศเกี่ยวกับ
การบริหารด้านสาธารณสุข
และเขตสุขภาพ

ภาคผนวก ง

ประสบการณ์ต่างประเทศเกี่ยวกับการบริหารด้านสาธารณสุขและเขตสุขภาพ

เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานของเขตสุขภาพ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การบริหารงานด้านสาธารณสุขในรูปของเขตสุขภาพในต่างประเทศร่วมกับการรวบรวมข้อมูลการศึกษาต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเทศอังกฤษ (England)

ระบบสุขภาพประเทศอังกฤษเป็นระบบระบบสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Health System) หรือสวัสดิการเต็มรูปแบบ พลเมืองทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลฟรีและเสมอภาคกันหมด ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (National Health Service: NHS) รัฐบาลใช้เงินจากการเก็บภาษีทั่วไปในการสนับสนุนเรื่องของระบบสุขภาพ โดยมีการแยกผู้ซื้อ (Service Purchaser) ออกจากผู้ให้บริการ (Service Provider) และแยกการบริการปฐมภูมิออกจากการบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิอย่างชัดเจน ประเทศอังกฤษเป็นต้นแบบของการประสานงานสุขภาพระดับพื้นที่โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ประสิทธิภาพ และสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

• โครงสร้างงานสาธารณสุขของประเทศอังกฤษ

ประกอบด้วยหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

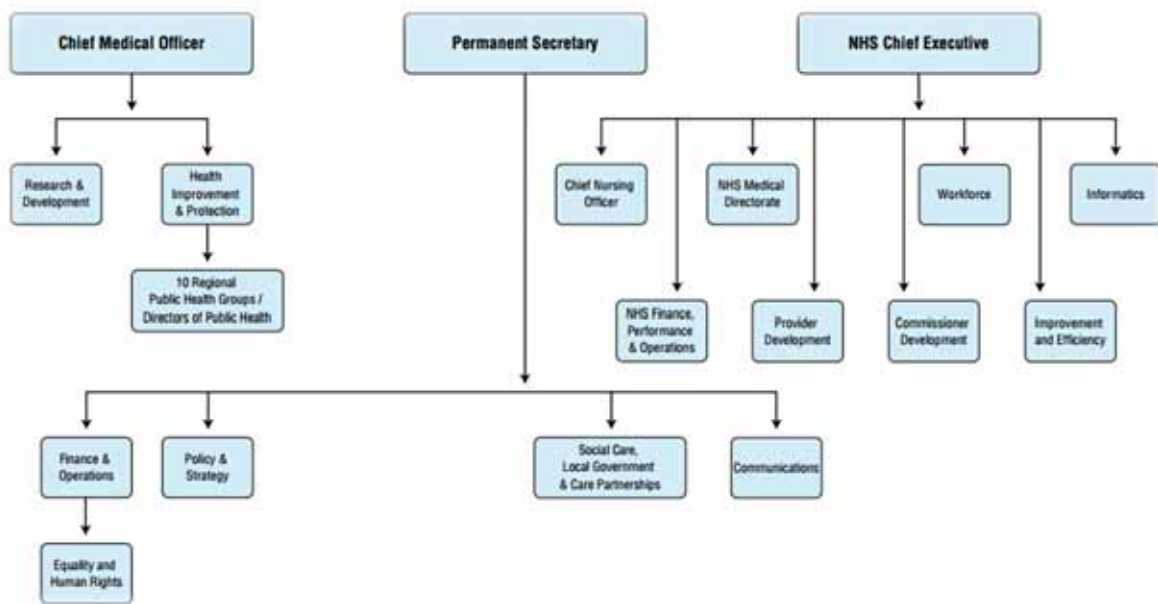
(1) รัฐสภา (Parliament): NHS มีหน้าที่ต้องรายงานรัฐสภาโดยผ่านการทำงานของเลขานุการรัฐสุขภาพ ซึ่งถูกคัดเลือกมาจากสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกของคณะรัฐมนตรี

(2) กระทรวงสุขภาพ มี 3 บทบาทหลักในการทำงาน คือ

- ✓ รัฐ ดูแลโดยเลขานุการรัฐสุขภาพ ส่วนข้าราชการพลเรือนดูแลโดยปลัดกระทรวง
- ✓ สำนักงานใหญ่ของ NHS ดูแลโดยประธานคณะกรรมการบริหารของ NHS
- ✓ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายสุขภาพสาธารณะ คุณภาพทางคลินิก การปรับปรุง และการป้องกันด้านสุขภาพ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ดูแลโดยหัวหน้าเจ้าหน้าที่การแพทย์ (Chief Medical Officer)

บทบาทหลักของกระทรวงสุขภาพคือให้การสนับสนุนรัฐบาลกลางในการพัฒนาสุขภาพของประชากรในประเทศอังกฤษ โดยการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์สุขภาพในภาพรวม รวมถึงการออกกฎหมายและกฎระเบียบด้านสุขภาพ

แผนภาพที่ ง.1: โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขของประเทศอังกฤษ



ที่มา: Department of Health, 2010

(3) รัฐบาลท้องถิ่น (Local government) หมายถึง คณะกรรมการหรือกลุ่มคนที่มาจากการเลือกตั้งทุก ๆ 4 ปี รัฐบาลท้องถิ่นในประเทศอังกฤษมีจำนวนทั้งสิ้น 354 แห่ง ทำหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการให้บริการ การจัดหาและให้บริการทางสังคมและการศึกษา

(4) NHS ดำเนินงานผ่านประธานคณะกรรมการบริหารของ NHS และปลัดกระทรวงสุขภาพ ส่วนในระดับภูมิภาคนั้น จะมี Strategic Health Authority (SHAs) ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลของการบริการสุขภาพซึ่งรับผิดชอบโดยกระทรวงสุขภาพ โดยกระทรวงสุขภาพจะจัดสรรเงินงบประมาณให้แก่กองทุนการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (Primary Care Trust: PCTs) เพื่อนำไปดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ของตนตามที่กำหนดจากภูมิศาสตร์

SHAs เป็นกลไกในการเชื่อมโยงระหว่างกระทรวงสุขภาพและ NHS โดยรับผิดชอบงานต่อไปนี้

- พัฒนาแผนงานสำหรับการปรับปรุงการให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่ของตน
- ให้คำรับรองว่าบริการด้านสุขภาพในพื้นที่มีคุณภาพสูงและประสิทธิภาพดี
- เพิ่มขีดความสามารถของการบริการด้านสุขภาพในพื้นที่
- จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อบรรจุลงในแผนบริการด้านสุขภาพในพื้นที่

PCTs เป็นหน่วยงานที่ NHS มอบหมายให้ทำหน้าที่บริการด้านสุขภาพประชาชนในพื้นที่และประสานงานระหว่าง NHS และภาคเอกชนในการให้บริการด้านสุขภาพ โดยมี SHAs คอยตรวจสอบการทำงาน

(5) Executive agencies of the Department of Health and other bodies เป็นหน่วยงานอิสระของกระทรวง (arm's-length bodies) มีคณะกรรมการกำกับดูแลการทำงานของหน่วยงาน มีแผน

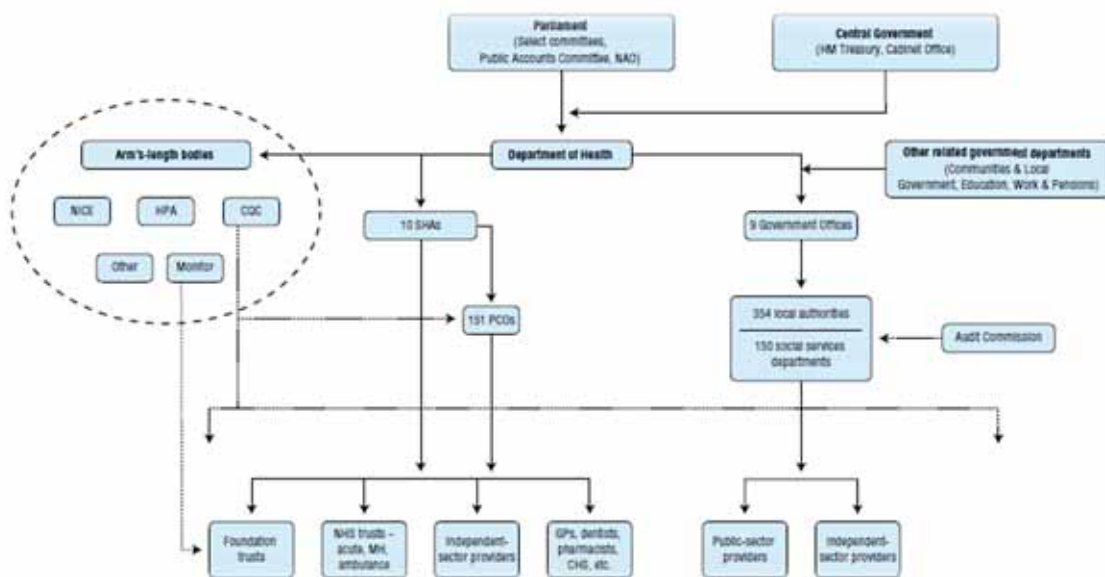
การจ้างงานที่ชัดเจนและเผยแพร่รายงานทางการเงิน มีหน้าที่หลักในการควบคุมระบบการดูแลสุขภาพ สร้างมาตรฐาน และจัดเตรียมการบริการให้แก่ NHS

(6) Independent organizations เช่น คณะกรรมการตรวจสอบ (The Audit Commission) สำนักงานตรวจสอบแห่งชาติ (The National Audit Office: NAO) เป็นต้น

(7) The private sector ประกอบด้วย โรงพยาบาล คลินิกและศูนย์การรักษาอิสระ ซึ่งได้รับเงินงบประมาณจาก Private medical insurance ซึ่งก็คือการชำระโดยตรงจากผู้ป่วยและ NHS

(8) The voluntary and community sector องค์กรการกุศล ภาคสมัครใจและชุมชนได้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแลสุขภาพในประเทศอังกฤษ

แผนภาพที่ ง.2: โครงสร้างในภาพรวมของระบบการดูแลสุขภาพในประเทศอังกฤษ ปี 2010



ที่มา: Department of Health, 2007

● บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุข

ปี 1948 NHS ได้ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการจัดเตรียมงานเวชศาสตร์ป้องกัน การรักษาพยาบาล เบื้องต้น และการให้บริการในโรงพยาบาลสำหรับผู้พักอาศัยทั่วไปทุกคน (Ordinarily Resident) ในประเทศอังกฤษ โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ ประชาชนจะไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ จุดที่ไปรับบริการด้านสุขภาพ

ความรับผิดชอบในการดูแลกองทุนสุขภาพสาธารณะ (Publicly funded health) เป็นหน้าที่ของเลขาธิการของรัฐสุขภาพ (Secretary of State for Health) ขึ้นตรงต่อรัฐสภาสหราชอาณาจักร โดยกระทรวงสุขภาพ (Department of Health) เป็นหน่วยงานของรัฐบาลกลางในการกำหนดนโยบายของ NHS งานด้านสาธารณสุข การดูแลทางสังคมสำหรับคนสูงวัยและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนกระทรวงการคลัง (Treasury) มีบทบาทสำคัญในการตั้งงบประมาณสำหรับกองทุนสุขภาพสาธารณะ สำหรับการบริหารจัดการภายในกระทรวงสุขภาพ ผู้มีอำนาจสั่งการคือ ปลัดกระทรวง (Permanent Secretary) ซึ่งขึ้นตรงต่อเลขาธิการของรัฐสภา ส่วนประธานคณะกรรมการบริหารของ NHS (NHS Chief Executive) ทำหน้าที่ในการจัดหาและกำหนดกลยุทธ์สำหรับการทำงานของ NHS และการดูแลสุขภาพของสังคม

บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสุขภาพในระดับประเทศนั้น จะทำหน้าที่ในการกำหนดและการติดตามตรวจสอบมาตรฐานและวางระเบียบระบบสุขภาพของประเทศ ผ่านหน่วยงานของรัฐที่เป็นอิสระ เช่น

- คณะกรรมการการดูแลสุขภาพ (The Care Quality Commission: CQC) มีบทบาทในการเป็นคณะกรรมการการดูแลสุขภาพ คณะกรรมการการตรวจสอบการดูแลสังคม คณะกรรมการด้านสุขภาพจิต รวมถึงทำหน้าที่ส่งเสริมการปรับปรุงคุณภาพของ NHS และหน่วยงานอิสระ และต้องรับผิดชอบในการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของ NHS และหน่วยงานอิสระด้วย
- หน่วยงานกำกับ (Monitor) เป็นหน่วยงานอิสระที่ทำหน้าที่กำกับ NHS Foundation Trusts
- หน่วยงานคุ้มครองสุขภาพ (Health Protection Agency: HPA) รับผิดชอบในการป้องกันด้านสาธารณสุข
- สถาบันเพื่อสุขภาพและความเป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติ (National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE) รับผิดชอบในการประเมินและการออกคำแนะนำเกี่ยวกับยารักษาโรค การรักษาพยาบาลและวิธีการรักษาให้แก่ NHS

ส่วนในระดับภูมิภาค กระทรวงสุขภาพมอบหมายให้ Strategic Health Authority: SHAs ซึ่งแบ่งออกเป็น 10 แห่งตามภูมิศาสตร์ รับผิดชอบในการตรวจสอบคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการสุขภาพในพื้นที่บริการ นอกจากนี้กระทรวงสุขภาพและ SHAs ยังร่วมมือกับหน่วยงานของภาครัฐในระดับภูมิภาค ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐบาลกลางที่ต้องรับผิดชอบต่องานตามมอบหมายในพื้นที่ นั่นก็คือ กองทุนการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (Primary Care Trust: PCTs) ซึ่งรับผิดชอบในการจัดหาบริการสุขภาพในระดับภูมิภาค มีทั้งสิ้น 151 แห่ง ครอบคลุมประชากรที่กำหนดไว้ตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ (โดยเฉลี่ยดูแลประชากรประมาณ 340,000 คนต่อแห่ง) ทั้งนี้ PCTs จะถูกตรวจสอบการทำงานโดย SHAs และขึ้นตรงต่อเลขานุการของรัฐสุขภาพ

● กลไกการทำงาน

การกำหนดนโยบายและแผนด้านสุขภาพ: ความเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

แม้ว่าประเทศอังกฤษ ไม่มีการกำหนดแผนงานด้านสุขภาพระดับชาติให้แก่ NHS อย่างเป็นทางการก็ตาม กระทรวงสุขภาพได้มีการกำหนดกรอบการทำงานภายในองค์กรให้แก่แต่ละหน่วยงาน พร้อมทั้งระบุเป้าหมายการทำงานที่สำคัญเพื่อให้แต่ละองค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายนั้น ๆ ด้วย จากนั้นหน่วยงานผู้ให้บริการ (Provider) และผู้ซื้อบริการ (Purchaser หรือ Commissioner) จะนำกรอบการทำงานนั้นมาจัดทำแผนงานในหน่วยงานของตนเอง ซึ่งแผนงานดังกล่าวจะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบโดยหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐบาลในภูมิภาค (ซึ่งก็คือ SHAs) และกระทรวงสุขภาพ ส่วนองค์กรที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพอื่น ๆ เช่น NICE และ CQC จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบโดยกระทรวงสุขภาพ

กระทรวงสุขภาพจะจัดทำแผนงาน NHS (NHS Plan) ทุก ๆ 5 ปี โดยกำหนดเป้าหมายการเจริญเติบโตของทรัพยากรด้านสาธารณสุขต่าง ๆ จำนวนพนักงานและจำนวนอาคารสถานที่ เพื่อให้ตรงกับการเพิ่มขึ้นของกองทุนในแต่ละปี นอกจากนี้ ยังมีการกำหนดแผนในการพัฒนาระบบการทำงานของระบบต่าง ๆ เช่น ระบบการจัดการ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น กระทรวงสุขภาพจะวัดผลความสำเร็จของการดำเนินงานโดยการกำหนดชุดของตัวชี้วัด (Indicators) ตามวัตถุประสงค์ไว้ทั้งสิ้น 44 ตัว ภายใต้สัญญา

การให้บริการประชาชน (Public Service Agreement) 2 ข้อ คือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น และประชาชนได้รับการดูแลที่ดีขึ้น (Better Health for All and Better Care for All)

สำหรับ PCTs (และ SHAs) นั้น กระทรวงสุขภาพจะกำหนดนโยบายการทำงานในรูปแบบของแผนงานที่เรียกว่า Vital Signs โดยกำหนดเป้าหมายของการทำงานซึ่งรวมตัวชีวิต 44 ตัวเข้าไปด้วยแล้ว หลังจากนั้น PCTs จะนำแผนงานดังกล่าวมาจัดลำดับความสำคัญร่วมกับชุมชนในท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ เช่น NHS ผู้ให้บริการ และรัฐบาลท้องถิ่น เสร็จแล้ว PCTs จะทำการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปีซึ่งประกอบด้วยแผนการดำเนินงานและแผนการเงิน โดยแผนการดำเนินงานประจำปีต้องสะท้อนนโยบายระดับชาติ ปัญหาและความสำคัญในท้องถิ่น และต้องสอดคล้องกับสัญญากับผู้ให้บริการและประชาชนในท้องถิ่นด้วย ทั้งนี้ในแผนการดำเนินงานจะประกอบไปด้วยแผนกิจกรรมการทำงาน แผนการใช้เงิน แผนกำลังคน ส่วนแผนการเงินประจำปี PCTs และกองทุน NHS ต้องจัดทำแผนการเงินที่สะท้อนความต้องการของท้องถิ่น หลังจากนั้น SHAs ในท้องถิ่นจะทำหน้าที่ในการรวบรวมและพิจารณาก่อนนำเสนอให้กระทรวงสุขภาพพิจารณาในขั้นตอนสุดท้าย

ในการวางแผนการลงทูนนั้น รัฐบาลกลางไม่ได้ตั้งงบประมาณส่วนกลางไว้สำหรับการลงทุนของ NHS ดังนั้น งบประมาณในการลงทุน NHS จึงออกมาในรูปของการสร้างใหม่ (Rebuilding) หรือเรียกว่า “ยุคใหม่ของสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการดูแลสุขภาพ” ทั้งนี้ แผนการลงทูนของ PCTs ต้องได้รับการพิจารณาจาก SHAs และกระทรวงสุขภาพด้วยในที่สุด

ขณะที่การวางแผนด้านกำลังคนจะเกิดขึ้นในระดับผู้ให้บริการในท้องถิ่น นั่นคือ กองทุน NHS กองทุนขั้นพื้นฐาน (Foundation Trust: FTs) ผู้ให้บริการภาคเอกชน ผู้ให้บริการภาคสมัครใจ และ PCTs โดยผู้ให้บริการต่าง ๆ จะพยายามตอบสนองความต้องการของการว่าจ้างจาก PCTs และทำการวางแผนเพื่อให้แน่ใจว่าจะมีพนักงานจำนวนที่เหมาะสมในสถานที่ให้บริการ ด้าน PCTs เองก็ทำการวางแผนการบริการและกำลังคนที่จะสามารถตอบสนองความต้องการบริการด้านสุขภาพของท้องถิ่นโดยอาศัยแผนกำลังคนของผู้ให้บริการนั่นเอง หลังจากนั้น SHAs มีหน้าที่ในการรวบรวมแผนกำลังคนของ PCTs เพื่อนำมาบูรณาการในระดับภูมิภาคต่อไป

การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

กลไกการกำกับดูแลหลักในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศอังกฤษ มีรายละเอียดดังนี้

1) การกำกับและการควบคุมการทำงานของ PCTs

การทำงานของ PCTs จะถูกตรวจสอบโดย SHAs ในพื้นที่และเลขานุการของรัฐสุขภาพ PCTs ถือเป็นส่วนหนึ่งของ NHS และมีคณะกรรมการบริหารได้สูงสุดทั้งสิ้น 14 คน ไม่รวมประธานคณะกรรมการสมาชิกประกอบด้วยสมาชิกที่ไม่ใช่ผู้บริหาร 7 คน และสมาชิกที่เป็นผู้บริหาร 7 คน ทั้งนี้ คณะกรรมการที่เป็นผู้บริหารควรเป็นผู้บริหารระดับสูง (Chief Executive) ผู้อำนวยการฝ่ายการเงิน (Director of Finance) ประธานของคณะกรรมการบริหารผู้เชี่ยวชาญ (Chairman of the Professional Executive Committee) และผู้อำนวยการสุขภาพภาคประชาชน (Director of Public Health) อย่างน้อยหนึ่งคนแต่ไม่เกินสามคน

นอกจากนี้ PCTs แต่ละแห่งจะมีคณะกรรมการบริหารผู้เชี่ยวชาญซึ่งจะช่วยเหลือ PCTs ในการทำงาน การพัฒนากลยุทธ์และนโยบาย การกำกับดูแลคลินิกและมาตรฐานคุณภาพการรักษายาบาล คณะกรรมการบริหารผู้เชี่ยวชาญมีสมาชิกได้สูงสุดทั้งสิ้น 18 คน รวมแพทย์ทั่วไป (General Practitioner) ยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพด้วย

PCTs จะได้รับการจัดสรรงบประมาณของ NHS จากกระทรวงสุขภาพ หลังจากนั้น PCTs ต้องทำการว่าจ้างบริการด้านสุขภาพในรูปของการเจรจาต่อรองกับผู้ให้บริการในท้องถิ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชากรในท้องถิ่นภายใต้งบประมาณจำกัดและกรอบการทำงานของกระทรวงสุขภาพ

2) การกำกับและการควบคุมกระบวนการจัดซื้อ (Purchasing Process)

ในปัจจุบัน PCTs ดำเนินการซื้อบริการสุขภาพด้วยสัญญามาตรฐานแห่งชาติ (Standard National Contracts) ในการว่าจ้างบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการ ซึ่งสัญญานี้จะสร้างข้อตกลงที่มีผลผูกพันตามกฎหมายระหว่าง PCTs กับ กองทุน NHS กองทุนขั้นพื้นฐาน (Foundation Trust: FTs) ผู้ให้บริการของภาคเอกชน และผู้ให้บริการภาคสมัครใจ ส่วนการซื้อบริการสุขภาพของภาคเอกชนจะดำเนินการโดยงานประกันสุขภาพเอกชน (Private Medical Insurance: PMI) ในรูปแบบขายประกันภัย

3) การกำกับดูแลและการควบคุมการทำงานของผู้ให้บริการ (Providers)

การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (Hospital-Based Care) เป็นหน้าที่ของ NHS หรือ FTs ในการจัดหา มีการกำกับดูแลการทำงานผ่านคณะกรรมการคล้าย ๆ PCTs นั่นคือ คณะกรรมการบริหารประกอบด้วยประธานกรรมการที่ไม่ใช่ผู้บริหาร สมาชิกที่ไม่ใช่ผู้บริหารอย่างน้อยห้าคนและสมาชิกที่เป็นผู้บริหารอีกอย่างน้อยห้าคน รวมถึงผู้บริหารระดับสูง ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและผู้อำนวยการด้านการแพทย์ (Medical Director) ส่วน FTs ก็เช่นกัน มีการกำกับดูแลการทำงานผ่านคณะกรรมการ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการเลือกตั้งจากสมาชิก โดยสมาชิกคือประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ประชาชนที่ทำงานให้กับ FTs หรือประชาชนที่เคยรับบริการด้านสุขภาพ ส่วนการทำงานของ FTs จะถูกตรวจสอบโดยองค์กรอิสระที่เรียกว่าหน่วยงานกำกับส่วนการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (Primary Care) ให้บริการโดยผู้ทำสัญญาให้บริการรักษาทั่วไป (General Practitioner contractors) ผู้ทำสัญญาให้บริการรักษาทันตกรรม (dental contractors) ผู้ทำสัญญาให้บริการรักษาโรคตา (ophthalmic contractors) และเภสัชกร

ผู้ให้บริการของ NHS จะถูกกำกับดูแลและควบคุมการทำงาน เพื่อให้มีการบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพโดยหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

- คณะกรรมการการดูแลสุขภาพ
- คณะกรรมการตรวจสอบ
- สำนักงานตรวจสอบแห่งชาติ
- สถาบันเพื่อสุขภาพและความเป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติ
- องค์กรความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งชาติ (National Patient Safety Agency: NPSA)
- หน่วยงานกำกับ
- กระทรวงสุขภาพ

— SHAs

4) การกำกับดูแลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ (Health Care Professionals)

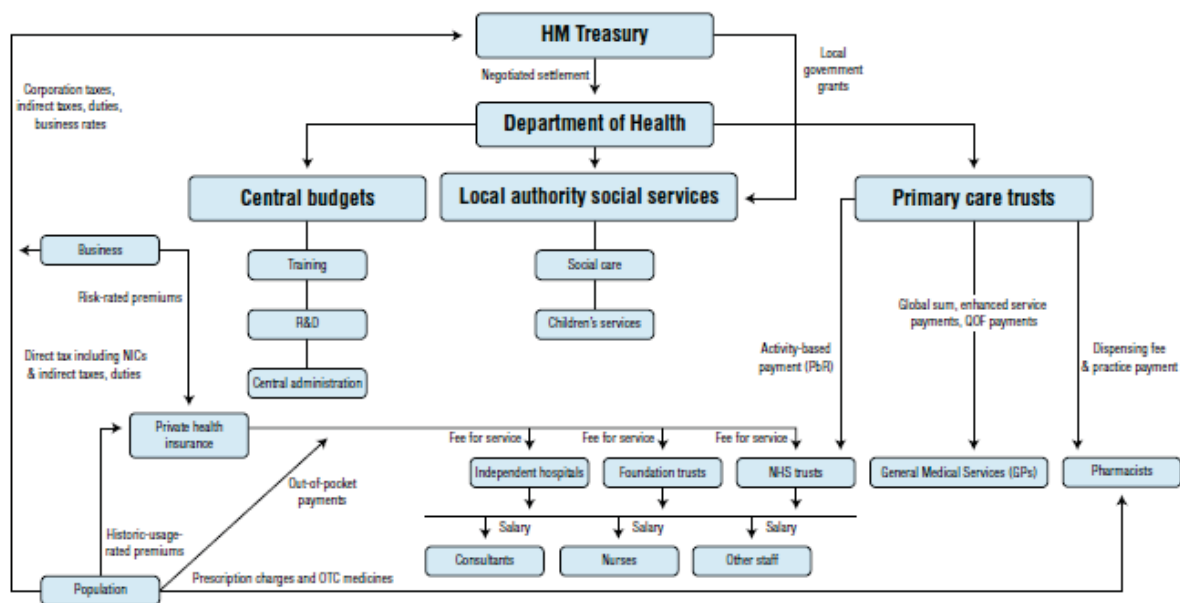
การกำกับดูแลการทำงานของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจะถูกควบคุมโดยหน่วยงานกำกับดูแลผู้เชี่ยวชาญ (Professional Regulatory Bodies) โดยหน่วยงานนี้จะทำหน้าที่ปกป้องและส่งเสริมความปลอดภัยของประชาชน โดยการกำหนดค่ามาตรฐานของพฤติกรรม การศึกษาและจริยธรรมของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ รวมถึงการจัดการความกังวลต่าง ๆ เกี่ยวกับการประกอบอาชีพ

การจัดการด้านการเงินการคลังของระบบการดูแลสุขภาพในประเทศอังกฤษ

การจัดบริการด้านสุขภาพของประเทศอังกฤษใช้งบประมาณแผ่นดินและรายได้จากงานประกันภัยแห่งชาติ นอกจากนี้ ยังมีรายได้จากกองทุนเอกชน เช่น งานประกันสุขภาพเอกชน ค่าบริการที่จัดเก็บจากผู้มารับบริการ (แม้ว่าระบบสุขภาพอังกฤษส่วนใหญ่จะให้บริการฟรี เช่น ค่ายานอกบัญชียาและเครื่องมือการแพทย์) การรับชำระโดยตรงจากผู้รับบริการด้านสุขภาพจาก NHS จากหน่วยงานภาคเอกชนหรือภาคสมัครใจ เป็นต้น ทั้งนี้ รัฐบาลกลางโดยกระทรวงการคลัง (Her Majesty's Treasury) จะทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณให้แก่กระทรวงสุขภาพ

ระบบกองทุนการดูแลสุขภาพของ NHS (The NHS Publicly Funded System) ประกอบด้วยองค์กรส่งมอบงานบริการ (ผู้ให้บริการ: Service Provider) และองค์กรที่ทำสัญญาการให้บริการ (หรือ Commission ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือ PCTs) ในแต่ละปีกระทรวงสุขภาพจะจัดสรรงบประมาณประมาณร้อยละ 80 ของงบประมาณทั้งหมดของ NHS ไปให้ PCTs โดยใช้สูตรถ่วงน้ำหนักรายหัว (Weighted Capitation Formula) ซึ่งคำนวณจากขนาดของประชากร การกระจายของอายุ และตัวชี้วัดต่าง ๆ ของการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะได้แตกต่างกันตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน หลังจากนั้น PCTs จะดำเนินการซื้อบริการการดูแลสุขภาพขั้นเบื้องต้น สุขภาพชุมชน สุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) และการให้บริการของสถานพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยงานของภาครัฐ นอกจากนี้ ก็ยังมีหน่วยงานจากภาคเอกชนหรืออาสาสมัครด้วย

แผนภาพที่ 3: ระบบการเงินการคลังของระบบการดูแลสุขภาพในประเทศอังกฤษ



ที่มา: Department of Health, 2010

ประเทศเบลเยียม

ระบบสุขภาพของเบลเยียมได้รับการยอมรับถึงมาตรฐานคุณภาพที่ดี ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพได้รับเงินสนับสนุนจากทั้งการประกันสังคมที่เป็นระบบประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Health Insurance) ที่รัฐเป็นผู้จัดให้กับประชาชนทุกคนตามกฎหมาย และการประกันสุขภาพที่ประชาชนซื้อจากบริษัทประกันสุขภาพเอกชน โดยระบบสุขภาพของเบลเยียมมีหลักการเช่นเดียวกับการประกันสังคม ที่จัดให้มีประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มียารายได้มากหรือน้อย เป็นผู้ที่สุขภาพดีหรือมีสุขภาพไม่ดีโดยไม่คำนึงถึงความเสี่ยง ประชาชนกว่าร้อยละ 99 ของจำนวนประชากรทั้งหมดได้รับสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ครอบคลุมบริการสุขภาพต่าง ๆ กว่า 8,000 รายการ บริการสุขภาพที่ไม่ได้กำหนดไว้ในสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ผู้ใช้บริการจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ระบบประกันสุขภาพของประเทศเบลเยียมได้พัฒนาเข้าสู่ระบบการให้บริการสุขภาพแบบ Universal ที่มีการกำหนดสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลและบริการสุขภาพต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งความเสี่ยงหลักและความเสี่ยงย่อย (Major and minor risks) ให้ประชาชนทุกคนสามารถรับบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกัน การกำหนดงบประมาณเพื่อใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพเชิงบังคับก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากการพิจารณาความต้องการของประชาชน (Demand-led funding strategy) ไปสู่การบริหารต้นทุนการให้บริการ (Cost-controlling reform) มากขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่ปี 1993 มีการกำหนดให้ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพเชิงบังคับขยายตัวได้ปีละ 1.5% ต่อมาปี 2000-2003 เพิ่มขึ้นปีละ 2.5% และตั้งแต่ปี 2004 เพิ่มขึ้นปีละ 4.5%

• หน่วยงานต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ

หน่วยงานด้านสุขภาพของประเทศเบลเยียมแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับประเทศ (Federal level) และระดับส่วนย่อย (Federated entities) ในระดับประเทศ รัฐสภาจะเป็นผู้กำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยมีรัฐบาลกลางและกระทรวงสังคมและสาธารณสุข (Minister of Social Affairs and Public Health) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหาร แผนภาพที่ 2.8 แสดงให้เห็นถึงหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งใน

ระดับประเทศ (Federal level) และระดับส่วนย่อย (Federated entities) ที่มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพของประเทศเบลเยียม

1) หน่วยงานในระดับประเทศ (Federal level)

หน่วยงานในระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของประเทศเบลเยียมมีหลายหน่วยงาน หน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่

1.1) The Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสังคมและสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย 4 ฝ่าย ได้แก่

- (1) Health Care Facilities Organization มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสถานบริการสุขภาพ การกำหนดแผน การประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาล และดูแลสิทธิของผู้ป่วย เมื่อเข้ารับบริการจากโรงพยาบาล สถานดูแลและบ้านพักคนชรา และบ้านพักผู้ยากไร้
- (2) Primary Health Care and Crisis Management มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลและวางแผนเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ กำหนดนโยบายในการติดตามและป้องกันวิกฤตสุขภาพ
- (3) Animal, Plant and Food stuffs มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย การดักเตือน มาตรฐาน และการตรวจสอบเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร ความปลอดภัยในกระบวนการผลิตอาหาร เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ เครื่องสำอาง และยากำจัดแมลงและศัตรูพืช
- (4) Environment มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศวิทยา สิ่งแวดล้อมทางน้ำ สสารเคมีต่าง ๆ

1.2) The Federal Public Service Social Security มีหน้าที่ดูแลประชาชนทุกคนให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสังคมที่เหมาะสม ในขณะเดียวกันก็ดูแลให้ระบบประกันสังคมสามารถอยู่ได้ด้วยตัวเอง มีความยั่งยืนต่อไป มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม ซึ่งรวมถึงสิทธิประโยชน์ทางสังคมของคนทุพพลภาพด้วย

1.3) The National Social Security Office (NSSO) เป็นหน่วยงานดูแลระบบประกันสังคมสำหรับพนักงานบริษัทเอกชนและข้าราชการ ภายใต้การดูแลของกระทรวงสังคมและสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงแรงงาน ซึ่งจะดูแลในส่วนของการประกันการว่างงาน NSSO มีการบริหารในรูปของคณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนจากสหภาพแรงงานและหน่วยงานตัวแทนฝั่งนายจ้าง มีหน้าที่เก็บเงินสมทบจากทั้งฝั่งลูกจ้างและนายจ้างเพื่อนำมาจัดสรรให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการประกันสังคม เช่น NIHDI ที่ให้บริการประกันสุขภาพ สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระจะจ่ายเงินสมทบส่วนของตัวเองให้กับกองทุนประกันสังคมที่ตัวเองเป็นสมาชิกอยู่

1.4) The National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI) เป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดของกระทรวงสังคมและสาธารณสุข มีหน้าที่กำกับดูแลในภาพรวมหน่วยงานให้บริการและการจัดสรรเงินในส่วนของการประกันสุขภาพเชิงบังคับ รวมถึงสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพ บทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ได้แก่

- (1) จัดระบบการเบิกจ่ายเงินคืนแก่ผู้ประกันตนสำหรับค่ารักษาพยาบาล
- (2) จัดให้มีเงินชดเชยสำหรับรายได้ที่หายไป ในกรณีที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ
- (3) ให้การสนับสนุนการออกกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ
- (4) วางแผนการจัดสรรเงินกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บที่มีอยู่ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของหน่วยงานให้บริการต่าง ๆ
- (5) ติดตามพัฒนาการการใช้จ่ายเงินด้านสุขภาพ

- (6) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานให้บริการต่าง ๆ กองทุนโรคร้ายไข้เจ็บ และผู้ประกันตนเกี่ยวกับกฎระเบียบ และให้เกิดการปฏิบัติตามอย่างถูกต้อง
- (7) จัดระบบการเจรจาต่อรองระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพเชิงบังคับ

NIHDI มีคณะกรรมการเรียกว่า General Council ประกอบด้วยตัวแทนจากภาครัฐ นายจ้าง ลูกจ้าง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บ มาร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพ การกำหนด Global budget การวางแผนการจัดสรรเงินให้แก่หน่วยงานให้บริการต่าง ๆ เพื่อจัดให้มีการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ตลอดจนการติดตามสถานะทางการเงินของการให้ประกันสุขภาพ โดยตัวแทนจากหน่วยงานให้บริการมีหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำ อย่างไรก็ตามรัฐบาลมีอำนาจที่จะไม่เห็นด้วยต่อการตัดสินใจของ General Council

เมื่อ NIHDI จัดสรรเงินให้แก่หน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพต่าง ๆ โดยจ่ายเงินให้กับกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บซึ่งจะทำหน้าที่บริหารเงินที่ได้รับจัดสรรมาเพื่อให้มีการจัดให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน ตรวจสอบการให้บริการรักษาพยาบาล และตรวจสอบการคิดค่ารักษาพยาบาลเป็นไปตามที่กำหนด กองทุนโรคร้ายไข้เจ็บมีสถานะเป็นหน่วยงานเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร มีเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อสังคม

1.5) The Federal Agency for Medicines and Health Products มีหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของยารักษาโรคสำหรับคนและสัตว์

1.6) The Supervising Authority for Sickness Funds and National Associations of Sickness Funds มีหน้าที่กำกับดูแล และควบคุมการทำงานของกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บให้เป็นไปตาม Sickness Funds Act โดยจะรายงานผลการกำกับดูแลไปยัง NIHDI เป็นประจำทุกปี

1.7) The Federal Agency for Nuclear Control มีหน้าที่ดูแลและปกป้องประชาชนตลอดจนสิ่งแวดล้อมจากอันตรายของกัมมันตภาพรังสี

2) หน่วยงานในระดับส่วนย่อย (Federated entities)

หน่วยงานในระดับส่วนย่อยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพมีหลายหน่วยงาน หน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่

2.1) Flemish community มีหน่วยงานในระดับท้องถิ่น คือ The Flemish Agency for Care and Health ภายใต้ Flemish Ministry of Welfare, Public Health and Family มีหน้าที่พัฒนา ดำเนินการ และประเมินผลนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขของคนในท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมให้มีรูปแบบการใช้ชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม ไม่ให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บและความเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ ปรับเปลี่ยนการให้บริการสาธารณสุขตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น

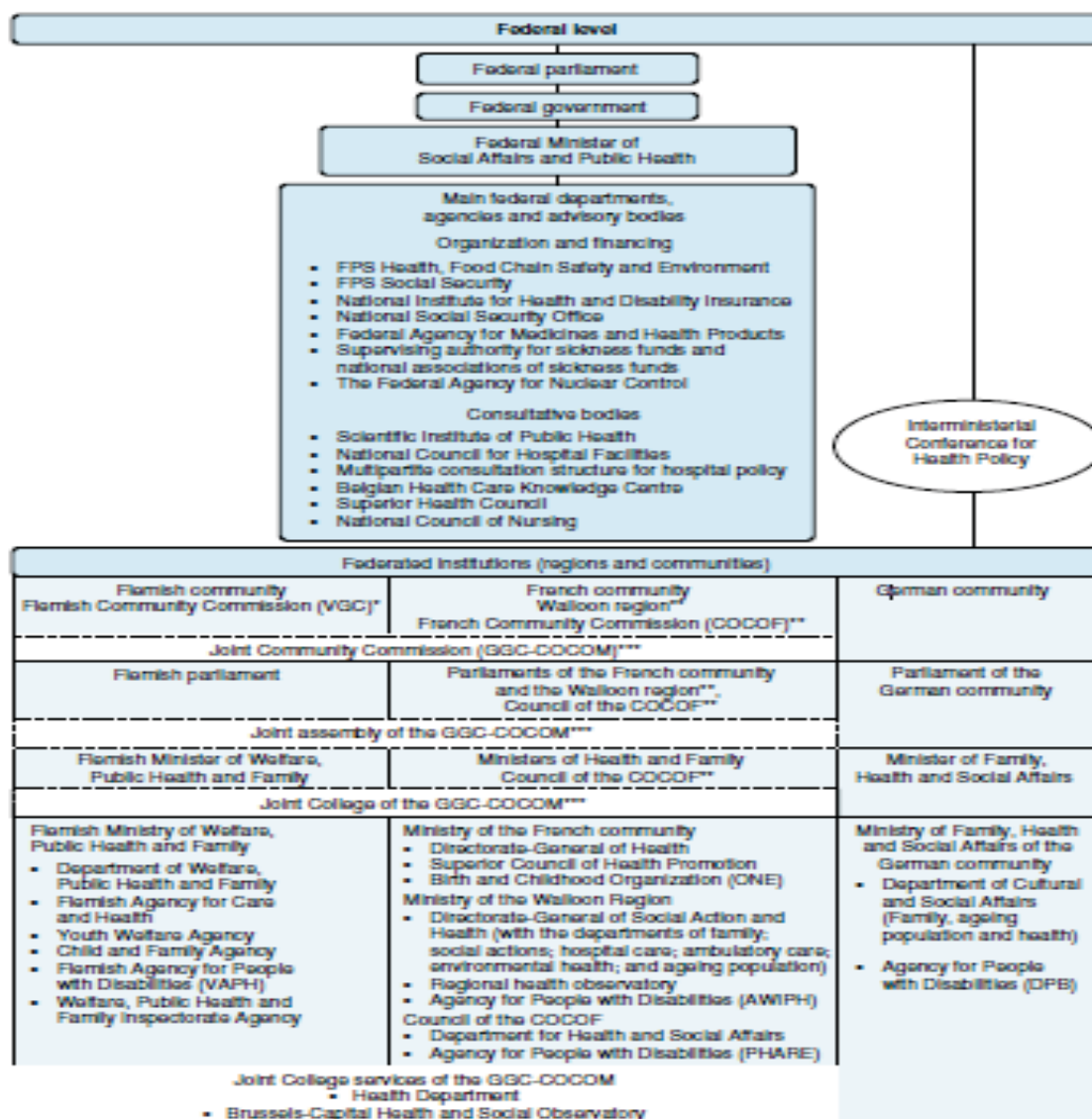
2.2) French community มีหน่วยงานในระดับท้องถิ่น คือ The Directorate-General of Health ภายใต้ Ministry of the French Community มีหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุขของชุมชนชาวฝรั่งเศส

2.3) German-speaking community มีหน่วยงานในระดับท้องถิ่น คือ The Department of Cultural and Social Affairs ภายใต้ Ministry of the German-speaking Community มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพในระดับประเทศและระดับส่วนย่อยต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น จะมีการประชุมร่วมกันในรูปแบบของ Interministerial conferences อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการสื่อสาร

ถ่ายทอดนโยบายในระดับประเทศลงสู่ท้องถิ่น ประสานงานที่ีระหว่างกันและเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ตลอดจนการหาแนวทางดำเนินการที่เป็นมาตรฐานร่วมกันในระดับที่มักเกิดความแตกต่างในการดำเนินการ

แผนภาพที่ ง.4: หน่วยงานที่มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพของประเทศเบลเยียม



Note: (*) (**) (***) To allow the French and Flemish communities to pursue community policies in the bilingual territory of the Brussels-Capital Region, three institutions have been created: the VGC, the COCOF and the GGC-COCOM. (*) The VGC is under the Flemish community supervision and only plays an additional role (no transfer of competences). (**) The French community has transferred some person-related competences to the Walloon region and the COCOF. (***) The GGC-COCOM is responsible for matters relating to the two communities.

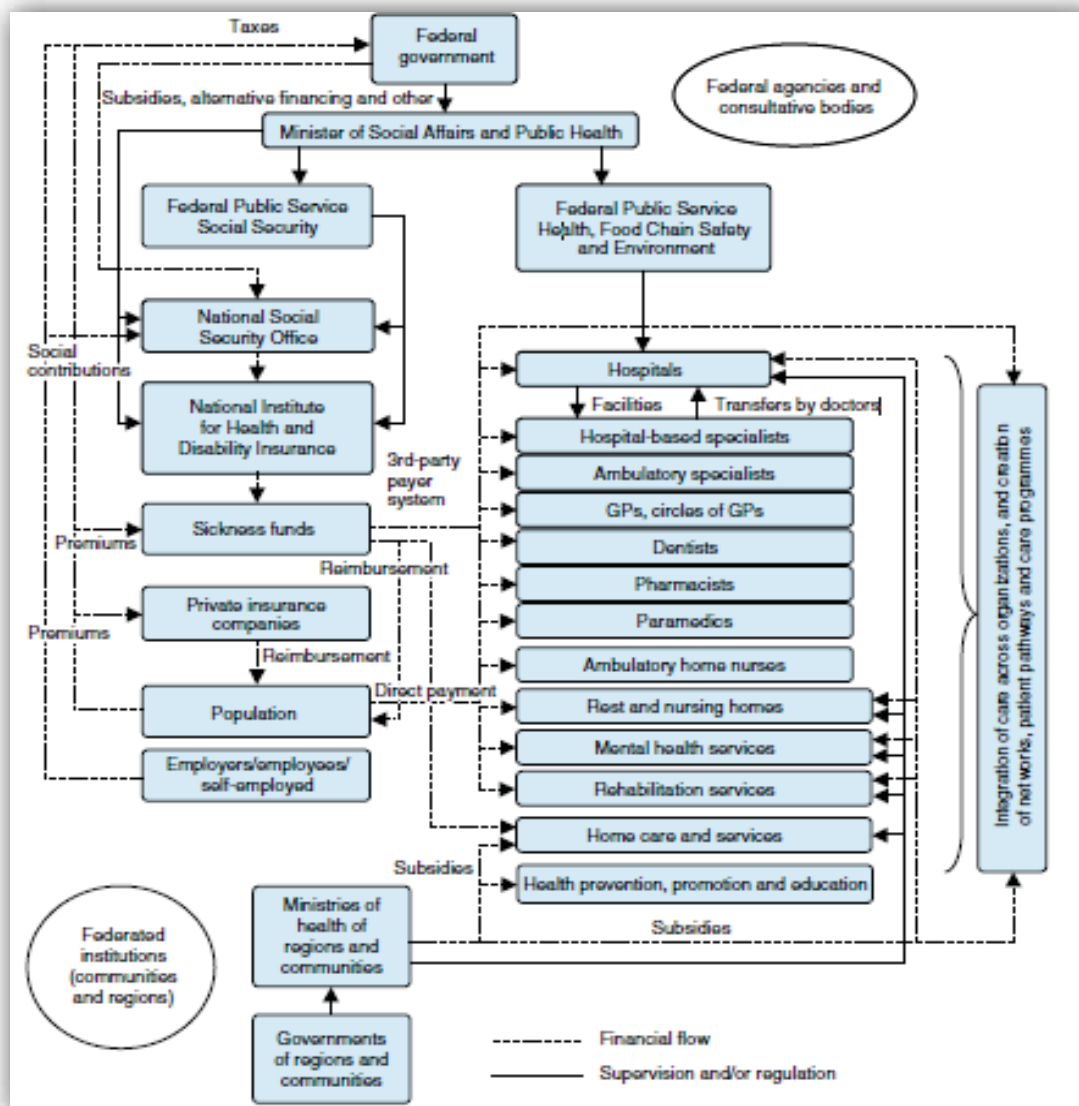
ที่มา: Belgium Health system review, Health System in Transition Vol.12 No.5 2010

● การกำหนดนโยบายและแผนด้านสุขภาพของประเทศเบลเยียม

นโยบายด้านสุขภาพต่าง ๆ จะถูกกำหนดจากระดับประเทศ (Federal level) และระดับส่วนย่อย (Federated entities) ได้แก่ ระดับภูมิภาคและระดับชุมชน (Regions and communities) โดยในระดับประเทศจะเป็นการกำหนดในเรื่องที่เกี่ยวกับแนวทางการกำกับระบบสุขภาพ แนวทางการจ่ายเงินสมทบของระบบประกันสุขภาพเชิงบังคับ มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการให้บริการในโรงพยาบาล การจัดสรรงบประมาณการดำเนินงานและการจัดซื้ออุปกรณ์ที่สำคัญทางการแพทย์ เช่น CT และ MRI scanners ของโรงพยาบาล ข้อกำหนดและคุณสมบัติในการประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ สำหรับในระดับส่วนย่อย

(Federated entities) ภาครัฐจะมีหน้าที่รับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ การให้บริการแม่และเด็ก การดูแลผู้สูงอายุ การให้ความร่วมมือและประสานงานการให้บริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ (Primary health care) และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) การให้การรับรองมาตรฐานต่าง ๆ การกำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติมในการให้การรับรองมาตรฐาน และจัดสรรเงินลงทุนให้แก่โรงพยาบาลต่าง ๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศและระดับส่วนย่อยจะมีการประชุมร่วมกัน (Interministerial conferences) อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการสื่อสารและประสานงานที่ีระหว่างกัน โดยโครงสร้างระบบสุขภาพของประเทศเบลเยียมแสดงได้ดังแผนภาพที่ ๖.5

แผนภาพที่ ๖.5: โครงสร้างระบบสุขภาพของประเทศเบลเยียม



ที่มา: Belgium Health system review, Health System in Transition Vol.12 No.5 2010

● การบริหารระบบประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Health Insurance)

ระบบประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory health insurance) ถูกบริหารจัดการผ่านทางกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บ (Sickness funds) ของภาคเอกชนในระดับประเทศทั้งหมด 6 กองทุน และกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บของภาครัฐในระดับประเทศอีก 1 กองทุน กองทุนเหล่านี้จะทำหน้าที่จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลคืน (Reimburse) ให้แก่สมาชิกเมื่อมาใช้บริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ นอกจากระบบประกันสุขภาพเชิงบังคับแล้ว ยังมีประกันสุขภาพตามความสมัครใจ (Non-compulsory health insurance) ที่ประชาชนสามารถซื้อเพิ่มเติมจากบริษัทประกันเอกชน หากแต่มีจำนวนประชากรเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่ซื้อประกันตามความสมัครใจเพิ่มเติมจากประกันสุขภาพเชิงบังคับที่ตนได้รับจากภาครัฐ

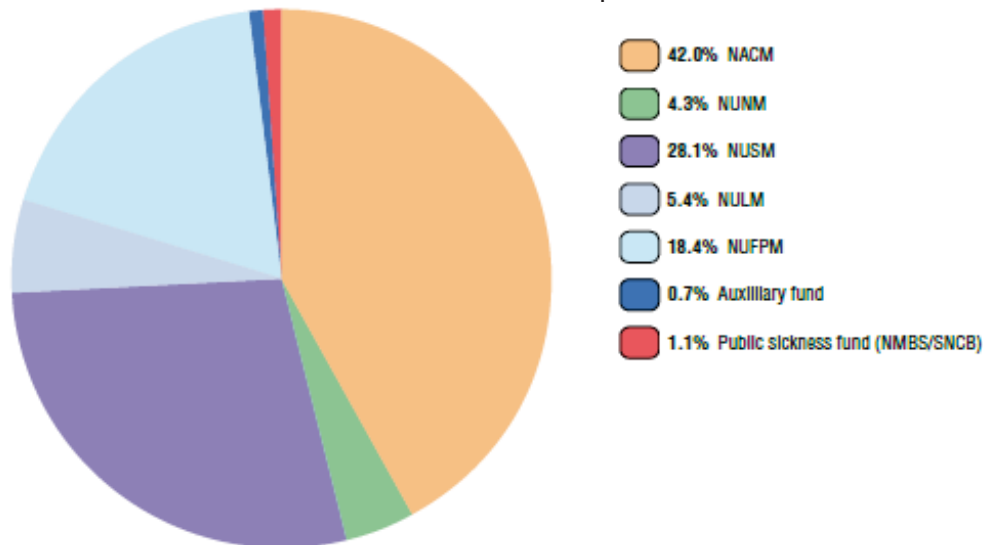
ระบบสุขภาพของประเทศเบลเยียมมีการบริหารและกำกับดูแลจากหน่วยงานใน 3 ระดับ คือ ระดับรัฐบาลกลาง (Federal government) รัฐบาลส่วนย่อย (Federated government) และรัฐบาลท้องถิ่น (Local government) โดยหน่วยงานในทั้ง 3 ระดับจะมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญแตกต่างกัน หน่วยงานในระดับรัฐบาลกลางจะรับผิดชอบเป็นหลักเกี่ยวกับระบบประกันสังคม การประกันสุขภาพเชิงบังคับ นโยบายเกี่ยวกับยารักษาโรค และการออกกฎหมายเกี่ยวกับโรงพยาบาล

การประกันสุขภาพเชิงบังคับถูกบริหารจัดการโดยกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บ (Sickness funds) ประชาชนทุกคนที่เข้าเงื่อนไขประกันสังคมจะต้องลงทะเบียนกับกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บ ประชาชนมีสิทธิเลือกเป็นสมาชิกกับกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บใดก็ได้ ยกเว้นพนักงานการรถไฟที่ประกันสุขภาพจะมีการจัดให้บริการโดยการรถไฟของประเทศเบลเยียม กองทุนโรคร้ายไข้เจ็บมีการบริหารจัดการตามกลุ่มลัทธิทางศาสนาหรือการเมือง แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

- The National Alliance of Christian Mutualities (NACM)
- The National Union of Neutral Mutualities (NUNM)
- The National Union of Socialist Mutualities (NUSM)
- The National Union of Liberal Mutualities (NULM)
- The National Union of the Free and Professional Mutualities (NUFPM)

ในปี 2552 NACM มีประชากรเป็นสมาชิกมากที่สุด และ NUSM มีประชากรเป็นสมาชิกมากที่สุดเป็นอันดับถัดมา โดย NACM มีส่วนแบ่ง 42% ของจำนวนประชากร และ NUSM มีส่วนแบ่ง 28% ของจำนวนประชากร นอกจาก 5 กลุ่มหลักนี้แล้ว กองทุนโรคร้ายไข้เจ็บยังบริหารประกันสุขภาพในกลุ่มของ The Auxiliary Fund สำหรับผู้ที่ไม่ต้องการเป็นสมาชิกกับ 5 กลุ่มหลักดังกล่าว โดย The Auxiliary Fund มีประชากรที่เป็นสมาชิกอยู่เพียงเล็กน้อย ประมาณ 0.7% เท่านั้น สัดส่วนประชากรที่เป็นสมาชิกกับกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ แสดงได้ดังแผนภาพที่ 6.6

แผนภาพที่ ๖.6: สัดส่วนประชากรที่เป็นสมาชิกประกันสุขภาพต่าง ๆ ของประเทศเบลเยียม



ที่มา: Belgium Health system review, Health System in Transition Vol.12 No.5 2010

กองทุนโรคร้ายไข้เจ็บจะทำหน้าที่เจรจาต่อรองกับสถานพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ และค่ารักษาพยาบาลต่าง ๆ เป็นประจำทุก 1-2 ปี กองทุนฯ ได้รับเงินสนับสนุนจาก NIHDI สำหรับเป็นค่าบริหารจัดการกองทุน โดยได้รับจัดสรรตามจำนวนสมาชิกของกองทุนและลักษณะของแต่ละกองทุน นับตั้งแต่ปี 2538 กองทุนโรคร้ายไข้เจ็บมีสถานะทางการเงินที่ดี สามารถบริหารเงินสมทบให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของสมาชิก กองทุนโรคร้ายไข้เจ็บแต่ละกองทุนจะมีการแข่งขันกันในเรื่องของบริการที่ให้กับสมาชิก สมาชิกสามารถที่จะเปลี่ยนกองทุนได้ทุก ๆ 3 เดือน ที่ผ่านมามีสมาชิกเปลี่ยนกองทุนปีละประมาณร้อยละ 1 ของจำนวนสมาชิกทั้งหมด

● หลักเกณฑ์ การจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ

หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพของประเทศเบลเยียมสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ (1) สถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาล สถานพักฟื้น บ้านพักคนชรา คลินิก และ (2) ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระทางด้านสุขภาพ เช่น อายุรแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล

รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดขอบเขตความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาลในภาพรวมทั่วประเทศ โดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะต้องได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่นแต่ละแห่งในการให้บริการแต่ละประเภท รวมทั้งจำนวนเตียงที่จะให้บริการ การกำหนดจำนวนเตียงที่เหมาะสมกับการให้บริการจะพิจารณาอ้างอิงข้อมูลสถิติทั่วไปที่มีการใช้กัน เช่น จำนวนเตียงคนไข้ในทั่วไป 2.9 เตียงสำหรับจำนวนประชากรในพื้นที่ 1,000 คน และ จำนวนเตียงเพื่อการทำคลอด 32 เตียงสำหรับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ 1,000 คน ส่วนรัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้ดูแลอนุมัติการสร้างโรงพยาบาล โดยเงินทุนในการก่อสร้างมาจากทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น

ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระทางด้านสุขภาพจะถูกกำกับดูแลโดยพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพในการดูแลด้านสุขภาพ (Practice of Health Care Professions Act) ซึ่งกำหนดเกี่ยวกับการเข้ามาประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักกายภาพบำบัด

- **การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน**

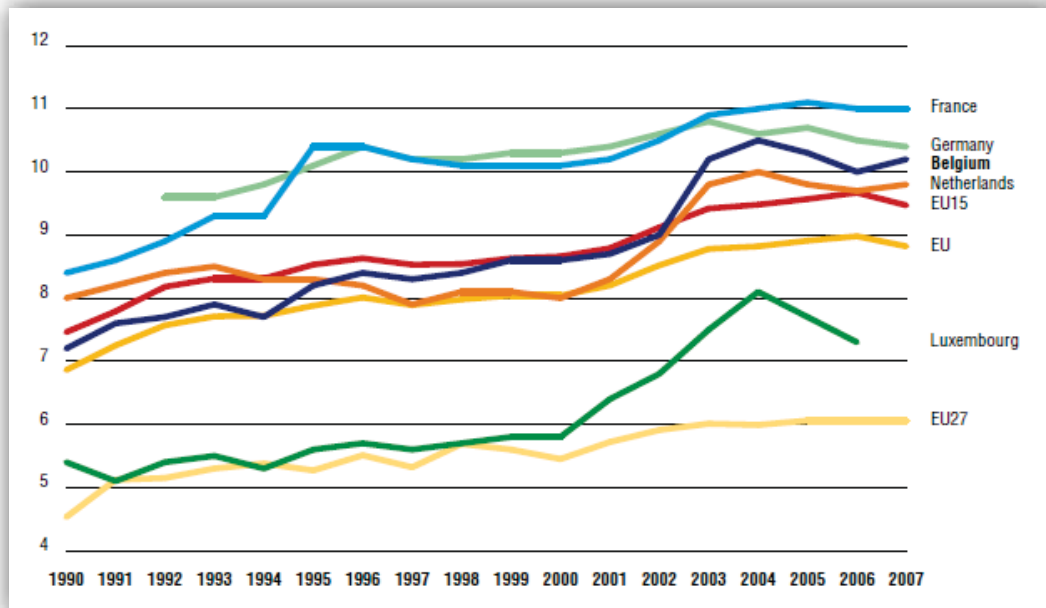
พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (Hospital Act) ของประเทศเบลเยียมมีข้อกำหนดไว้หลายมาตราที่เกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพดี เช่น ข้อกำหนดเกี่ยวกับลักษณะโครงสร้างอาคาร รูปแบบการจัดองค์กร การกำหนดคุณภาพบริการขั้นต่ำ การจัดทำข้อมูลการรักษาพยาบาลของคนไข้ การจัดตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรม คณะกรรมการด้านสุขอนามัยในโรงพยาบาล และคณะกรรมการอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2542 ผู้จัดการโรงพยาบาลจะต้องรวบรวมรายงานการประเมินภายในเกี่ยวกับคุณภาพการรักษาพยาบาลเพื่อส่งให้กับคณะแพทย์ที่ FPS Public Health เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาตัวชี้วัดเกี่ยวกับคุณภาพการรักษาพยาบาล และแนวทางการประเมินวิธีปฏิบัติที่ดี คณะแพทย์ที่ FPS Public Health จะประกอบด้วยแพทย์จากหลากหลายสาขา ได้แก่ ระบบหัวใจ การแพทย์ฉุกเฉิน และการแพทย์แม่และเด็ก

นอกจากนี้แต่ละโรงพยาบาลจะถูกประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลทั้งด้านแนวทางการรักษาของแพทย์ (Practice) และผลการรักษา (Outcome) และนำผลดังกล่าวไปเปรียบเทียบกับผลการประเมินของโรงพยาบาลอื่นในประเทศเบลเยียมและในต่างประเทศ โดยปรับผลการประเมินให้เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อเปรียบเทียบ

- **การจัดการด้านการเงินการคลังของสถานพยาบาลในประเทศเบลเยียม**

ปี 2550 ประเทศเบลเยียมมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดประมาณร้อยละ 10.2 ของ GDP ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในลักษณะเดียวกันกับประเทศในแถบยุโรปตะวันตก ดังแสดงได้จากแผนภาพที่ 2.11 โดยมีสาเหตุที่คล้ายคลึงกัน เช่น ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ความคาดหวังของประชาชนสูงขึ้น และการนำเทคโนโลยีใหม่ด้านสุขภาพมาใช้เพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 46.5 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 4 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ดังแสดงในแผนภาพที่ ๓.7 และ ๓.8

แผนภาพที่ ง.7: แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศของประเทศเบลเยียมและประเทศอื่นๆ



ที่มา: Belgium Health system review, Health System in Transition Vol.12 No.5 2010

แผนภาพที่ ง.8: ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเบลเยียมปี 2550 จำแนกเป็นรายการต่าง ๆ

	Total as % of total current expenditure on health
Services of curative care	46.5
Services of rehabilitative care	4.1
Services of long-term nursing care	16.9
Ancillary services to health care	2.4
Medical goods dispensed to outpatients	17.6
Prevention and public health services	4.1
Health administration and health insurance	8.5

ที่มา: Belgium Health system review, Health System in Transition Vol.12 No.5 2010

การประกันสุขภาพเป็นสิทธิประโยชน์หนึ่งของระบบประกันสังคมประเทศเบลเยียม ซึ่งมีทั้งหมด 6 ประเภท ได้แก่ 1) บำนาญชราภาพ 2) เงินชดเชยการว่างงาน 3) ประกันอุบัติเหตุเนื่องจากการทำงาน หรือโรคร้ายที่เกิดจากการทำงาน 4) เงินช่วยเหลือครอบครัว (Family allowance) 5) ประกันสุขภาพและทุพพลภาพ และ 6) ประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของประกันสุขภาพได้จากเงินสมทบที่เก็บจากสมาชิก และเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลางคิดเป็นร้อยละ 71.3 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด มีหน่วยงาน NIHDI ทำหน้าที่บริหารระบบประกันสุขภาพเชิงบังคับโดยกำหนดวงเงินงบประมาณให้กับกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ เพื่อจัดให้บริการแก่สมาชิกของกองทุน สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่กองทุนโรคร้ายไข้เจ็บให้กับสมาชิกมีการจ่ายใน

2 รูปแบบ คือ 1) กองทุนจ่ายตรงให้กับสมาชิก โดยสมาชิกเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเมื่อมีการรับบริการและมาขอคืนตามที่กำหนดจากกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บที่เป็นสมาชิก ซึ่งจะให้กับผู้ป่วยนอก และ 2) กองทุนจ่ายให้กับสถานพยาบาล ในส่วนที่กำหนดและสมาชิกจ่ายในส่วนที่เหลือ ซึ่งจะใช้ในกรณีของผู้ป่วยใน สมาชิกแต่ละคนจะได้รับสิทธิประโยชน์จากกองทุนโรคร้ายไข้เจ็บต่างกันขึ้นอยู่กับประเภทของการเป็นสมาชิก

