

การสังเคราะห์บทบาทกระทรวงสาธารณสุข
ในด้านระบบบริการสุขภาพ
The Synthesis of Ministry of Public Health's Role in Health Care
system

โดย
ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล
คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2554

ข้อเสนอปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

ในด้านระบบบริการสุขภาพ

ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

6/30/2011

สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

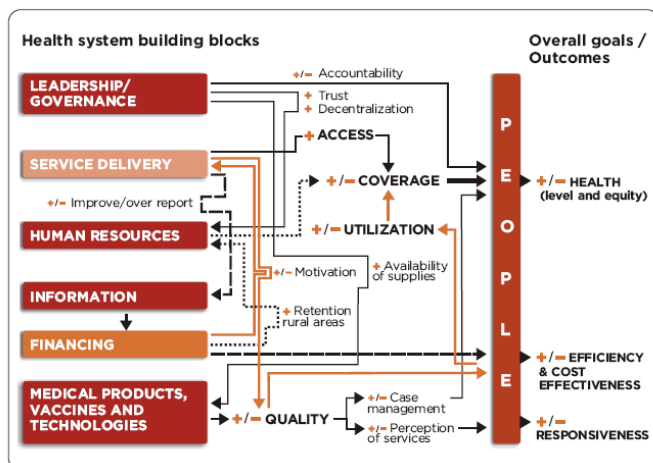
สารบัญ

ขอบเขตการพิจารณาของเอกสารชิ้นนี้	2
วิวัฒนาการระบบบริการสุขภาพจากอดีตถึงปัจจุบัน	2
ความท้าทายในปัจจุบันต่อระบบบริการสุขภาพ	3
บริบทเศรษฐกิจและสังคม	3
แนวโน้มโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย	5
รูปแบบบริการ และโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ	6
ข้อเสนอทางเลือกในอนาคตสำหรับกระทรวงสาธารณสุข	7
ข้อเสนอทางเลือกในอนาคตสำหรับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	7
สถานภาพและบทบาทของสสจ/สสอ.	9
ระบบกำลังคน	10
ระบบการเงินการคลัง	10
เทคโนโลยีและการวิจัย	11
ระบบสารสนเทศ	12
ธรรมาภิบาลระบบ	12
แนวทางในการปรับเปลี่ยนจากโครงสร้างปัจจุบันไปสู่โครงสร้างใหม่	12
เอกสารอ้างอิง	14

ขอบเขตการพิจารณาของเอกสารชิ้นนี้

เพื่อให้เกิดความชัดเจน รายงานนี้มุ่งพิจารณาระบบบริการสุขภาพเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลัก(building blocks)ตามรูปที่๑ โดยอ้างอิงเอกสารขององค์การอนามัยโลก¹ และมุ่งเสนอทิศทางและแนวทางเพื่อการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

Figure 3.2 Conceptual pathway for the P4P intervention using a systems perspective



รูปที่ ๑ องค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพ¹

วิวัฒนาการระบบบริการสุขภาพจากอดีตถึงปัจจุบัน

นับแต่ก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขเมื่อพ.ศ. 2431 ประเทศไทยได้คลี่คลายจากประเทศด้อยพัฒนาสังคมเกษตรกรรมที่คนส่วนใหญ่อยู่ในชนบทแบบครอบครัวขยายคนเกิดมากเช่นเดียวกับคนตายมากโดยเฉพาะเด็กเล็กและสตรีตั้งครรภ์/คลอดบุตรขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐานการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมอันรวมถึงระบบบริการสุขภาพ(แบบตะวันตก)มาสู่ประเทศกำลังพัฒนารายได้ปานกลาง(lower middle income country)ที่พร้อมด้วยโครงสร้างพื้นฐานและระบบบริการสุขภาพที่หลากหลายซับซ้อนมากขึ้นเมืองขยายตัวรวดเร็วพร้อมกับครอบครัวเดี่ยวเข้าแทนที่ครอบครัวขยายมากขึ้นชัดเจนด้านเศรษฐกิจภาคอุตสาหกรรมการผลิตและบริการขยายตัวจนกลายเป็นกำลังหลักทางเศรษฐกิจ คนเกิดน้อยลงจนพันธุ์ทดแทนเช่นเดียวกันคนตายน้อยลง² คนสูงอายุเพิ่มสัดส่วนขึ้นอย่างเด่นชัด อย่างไรก็ตาม ช่องว่างรายได้ของสังคมก็ขยายตัวเพิ่มขึ้นบ่งชี้ความเหลื่อมล้ำทางสังคม สวนทางกับรายได้ขยายตัว³

ในระยะเวลาเดียวกันนี้ สถานะสุขภาพของคนไทยก็คลี่คลายจากที่เคยถูกคุกคามด้วยโรคติดต่อ ภาวะขาดสารอาหารเป็นหลัก อัตราตายของแม่และเด็กสูง เข้าสู่สังคมที่โรคเรื้อรัง ปัญหาทางจิต มลพิษทางสิ่งแวดล้อม และการบาดเจ็บเข้าแทนที่

อัตราตายแม่และเด็กลดลงมาก ประชาชนอายุยืนมากขึ้น⁴ โดยที่คุณภาพชีวิตอาจไม่เพิ่มในสัดส่วนเดียวกัน ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องพัวพันกับสังคมไทยและสังคมโลกที่มีโครงสร้างซับซ้อนเชื่อมโยงใกล้ชิดกันมาก ทั้งด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม เทคโนโลยี การสื่อสารคมนาคม และสภาพแวดล้อม

นอกจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ ยังขึ้นกับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งค่อยๆ คลายจากอดีตเมื่อ 120 ปีมาแล้ว ที่มีลักษณะขาดแคลนสถานพยาบาล บุคลากร และเทคโนโลยี ให้บริการฟรีโดยภาครัฐเป็นหลัก พัฒนาโดยขาดกลไกสนับสนุนการกำหนดนโยบายและการวางแผนอย่างเป็นระบบ มาสู่ปัจจุบัน รูปแบบบริการ สถานพยาบาล บุคลากร และเทคโนโลยีเพิ่มจำนวนขึ้นมาก และหลากหลายประเภทแยกย่อยลึกลงไปเรื่อยๆ ภาครัฐเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ซับซ้อนมากขึ้น⁵ ทั้งระดับนโยบาย ระดับบริหารและระดับปฏิบัติ เชื่อมโยงกับการพัฒนาสังคมสาขาอื่นๆ กับชุมชนท้องถิ่น และกับสากล มีกลไกสนับสนุนการกำหนดนโยบายและการวางแผนอย่างเป็นระบบ แบบแผนการบริหารทรัพยากรและแบบแผนการผลิตบุคลากร รวมศูนย์ที่ส่วนกลางน้อยลง ภาคเอกชนและกลไกตลาดขยายบทบาท จนในหลายกรณีสามารถชี้นำนโยบายและการปฏิบัติ เช่น การนำเข้าและการกระจายเทคโนโลยี ราคาแพงจนเกิดการกระจายและการใช้อย่างไม่เหมาะสม

ความท้าทายในปัจจุบันต่อระบบบริการสุขภาพ

บริบทเศรษฐกิจและสังคม

กระแสการเปลี่ยนแปลงใหญ่ที่จะกระทบหรือกำลังกระทบต่อระบบบริการสุขภาพไทย ได้แก่

1. **การจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน** เพื่อเป็นเขตการผลิตเดียว ตลาดเดียว ภายใน พ.ศ.2563 นั่นคือ จะมีการเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตได้อย่างเสรี การผลิตจะเกิดที่ใดก็ได้ วัตถุดิบและแรงงานก็สามารถเคลื่อนย้ายได้โดยอิสระ ภายใต้มาตรฐานสินค้า กฎเกณฑ์ และกฎระเบียบเดียวกัน⁶ ทั้งนี้ บริการสุขภาพเป็นหนึ่งใน 11 สาขาหลักที่จะต้องเร่งรัดการรวมกลุ่ม ดังนั้น ผลกระทบที่อาจเป็นไปได้ต่อระบบบริการสุขภาพโดยตรงจึงได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้าน แรงงาน มาตรฐานบริการ กฎเกณฑ์ และกฎระเบียบ ดังกล่าว โดยน่าจะมีแนวโน้มไปสู่การตอบสนอง กลุ่มที่มีอำนาจซื้อมากเป็นสำคัญ จนอาจบั่นทอนความเป็นธรรมในการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพ ผลกระทบโดยอ้อมมาถึงระบบบริการสุขภาพ ก็อาจหมายถึงการเพิ่มความเสี่ยงต่อชุมชนจากการเปลี่ยนแปลงการกระจายปริมาณ ราคาและคุณภาพของอาหารและ วัตถุดิบการเกษตร ระบบบริการสุขภาพไทยจะปรับตัวได้เหมาะสมเท่าทันเพียงใดนับเป็นเรื่องท้าทายอย่างมากต่อขีดความสามารถในการคาดการณ์ เตรียมการ ฝ้าติดตามและตอบสนองอย่างต่อเนื่อง ฉบับนี้ ซึ่งดูเหมือนกลไกทำหน้าที่นี้ได้เหมาะสมหรือไม่

2. **โครงสร้างอำนาจของสังคม** เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ระบบสังคมทั้งหมดมีความเป็นพหุลักษณะมากขึ้นทุกที เปรียบเหมือนมีตัวละครใหม่ๆปรากฏขึ้นบนเวทีไม่ขาดสาย โดยตัวละครแต่ละตัวก็มีอิสระที่จะกำหนดบทบาทของตนเอง และชักนำไปสู่ปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนมากขึ้น จนไม่อาจควบคุมได้ด้วยการสั่งการใดๆ ตัวอย่างเช่น ทางนโยบาย สมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ดี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น คือตัวละครใหม่ในเวทีนโยบายสุขภาพที่อยู่นอกเหนือการควบคุมสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข ทางการเงินการคลังและการจัดบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็เป็นตัวอย่างของตัวละครใหม่ที่เป็นอิสระต่อการควบคุมสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข ยิ่งเมื่อการรวมตลาดอาเซียนมีผล ตัวละครอิสระใหม่ๆ ก็จะเพิ่มมากขึ้นในสาขาสุขภาพและนอกสาขาสุขภาพโดยอาจกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างยากจะหลีกเลี่ยง ภายใต้อำนาจที่เปลี่ยนแปลงเช่นนี้ ดูเหมือนหลักคิดและค่านิยมในการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขยังตามไม่ทัน และ ยังคงยึดติดกับการควบคุมสั่งการ ดังตัวอย่างล่าสุดในเรื่องการดำเนินนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยการสั่งการ ซึ่งไม่มีผลตามเจตนารมณ์ของฝ่ายนโยบาย⁷ การดำเนินยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศ เมื่อปีพ.ศ.2550 ด้วยคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงาน ก็ไม่มีผลเช่นกัน⁸

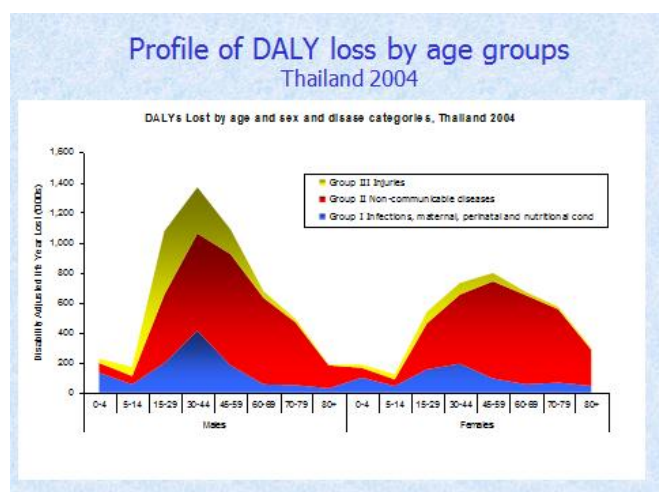
3. **การขยายตัวของเมือง** เอกสารของUNFPA ระบุว่า² ประชากรใน กทม.และเมืองกำลังขยายตัวด้วยอัตราเร่งร้อยละ 1-2 ต่อปี ในปัจจุบัน ในขณะที่จำนวนประชากรชนบทก็หดตัวด้วยสัดส่วนเดียวกัน การเคลื่อนย้ายแรงงานหลังการรวมตัวของอาเซียนในอีก 9 ปีข้างหน้า ก็อาจมีผลต่อแนวโน้มนี้ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในลักษณะใด ระบบบริการสุขภาพก็จะได้รับผลกระทบค่อนข้างแน่นอน ความไกลห่างซึ่งสะสมมายาวนานจากอดีตถึงปัจจุบันของระบบส่งต่อผู้ป่วยในกทม. และปริมณฑล ครอบคลุมประชาชนกว่า 10 ล้านคนเป็นตัวอย่างของผลกระทบจากการจัดการที่ยังไม่เหมาะสมต่อการขยายตัวของเมืองบริเวณนี้ดังที่ทราบกัน

4. **การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงอายุ** สัดส่วนประชากรสูงอายุไทยกำลังขยายตัวด้วยอัตราเร็วที่ประเทศพัฒนาเคยเผชิญ² สิ่งนี้จะนำภาระบริการที่มากพร้อมกับรายจ่ายสูงอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยง และปัจจุบันแนวโน้มอัตราป่วยตายเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในคนไข้ในสูงอายุ(ระหว่าง พ.ศ.2548-2553)⁹ บ่งชี้ว่าที่ผ่านมาระบบบริการสุขภาพอาจจะยังปรับตัวได้ไม่ทันการณ์ แม้จะได้มีการลงทุนในระบบบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องก็ตาม⁴ หลักฐานเหล่านี้ชวนให้เกิดคำถามว่า จะลงทุนอย่างไรให้เกิดประสิทธิผล/ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีทางเลือกอะไรเพื่อให้กลไกสร้างความรู้ สร้างนวัตกรรมบริการ อย่างเช่น กรมการแพทย์และร.พ.แพทย์ตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น อาจบางที่ คำตอบไม่ได้มาจากกลไกในการควบคุมสั่งการของกระทรวงสาธารณสุขแต่กลับเป็นภายนอก เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.ริเริ่มโครงการR2R สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติริเริ่มโครงการบริการทางด่วน(โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคหัวใจขาดเลือด) จนปรากฏหลักฐานมากขึ้นทุกทีว่า ประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม^{10 11 12}

แนวโน้มโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย

ณ ปีพ.ศ.2552 อัตราตายโดยรวมของคนไทยใกล้เคียงกับของประเทศกลุ่มรายได้ปานกลาง(lower middle income)อื่นๆ โดยอัตราตายต่อแสนประชากรบ่งชี้ว่า การเจ็บป่วยห้าอันดับแรกที่คร่าชีวิตคนไทยได้แก่ โรคหัวใจและเบาหวาน มะเร็ง การบาดเจ็บ เอดส์ และโรคไม่ติดต่ออื่นๆ⁴ ภาพที่ใกล้เคียงกัน เมื่อใช้ดัชนีDALYแสดงว่า ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุด 5 อันดับแรกเนื่องจาก เอดส์ ภัยจลาจล หลอดเลือดสมอง ภัยสุรา และมะเร็งตับ/ทางเดินน้ำดี ในขณะที่การสูญเสียของผู้หญิงไทยได้แก่ หลอดเลือดสมอง เอดส์ เบาหวาน ซึมเศร้า และหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

ด้วยดัชนีDALY สัดส่วนการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะเรื้อรังไม่ติดต่อโคตรเด่นที่สุดทั้งชายและหญิงไทย(Error! Reference source not found.)และสอดคล้องกับการกระจายภาวะเสี่ยง 5 ชนิดแรกที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ เพศสัมพันธ์เสี่ยง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ไม่สวมหมวกนิรภัย ความดันเลือดสูง⁴



รูปที่ ๒ สัดส่วนการสูญเสียปีสุขภาวะ(DALY)ของชายหญิงไทย พ.ศ.25514

การปรากฏตัวของ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่(ซาร์ส หัดนก วัณโรคดื้อยา เป็นต้น)¹³ สะท้อนความเชื่อมโยงของการพัฒนาวิธีการผลิต การคมนาคมกับการกลายพันธุ์และแพร่ระบาดด้วยโรคติดเชื้อใหม่ๆ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือสหสาขา (multisectoral)

นอกจากปัญหาสุขภาพที่ปรากฏในรายงานสถิติดังกล่าว ยังมีปัญหาที่ไม่ปรากฏหรือปรากฏไม่เด่นชัดแต่เป็นที่ห่วงใยของสังคมในระดับประเทศและสากล เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้บริการสถานพยาบาล ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกลไกตลาด

รูปแบบบริการ และโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นไปได้ทั้งภาวะคุกคามและโอกาส เห็นจะมีแต่ระบบบริการสุขภาพที่เรียนรู้และปรับตัวอย่างไม่หยุดนิ่งเท่านั้นจึงจะทำหน้าที่ได้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา นอกจากภาคเอกชนแสวงกำไรและหน่วยบริการของรัฐที่คุ้นเคย ตัวละครใหม่ในโครงสร้างระบบบริการได้ปรากฏขึ้น บ้างก็สังกัดอปท.(เพิ่มจากเดิมที่มีเฉพาะกม) บ้างอยู่ในรูปของหน่วยบริการในกำกับของรัฐ(เช่น รพ. บ้านแพ้ว และรพ.แพทย์จำนวนหนึ่ง) อีก 9 ปีข้างหน้าการรวมตลาดอาเซียนก็อาจจะทำให้มีตัวละครเพิ่มขึ้นอีกไม่รู้เท่าใด

ภายใต้แนวโน้มที่เจ้าของหน่วยบริการที่มีความหลากหลายมากขึ้น จะกำกับดูแล(governance)อย่างไร เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งถึง เท่าเทียม และคุ้มค่า กระทรวงสาธารณสุขจะรับบทบาททั้งเป็นเจ้าของหน่วยบริการและกำกับดูแลพร้อมๆกันดังที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสมจริงหรือไม่

ตัวอย่างข้อเท็จจริงบอกว่า ไม่น่าจะจริง เมื่อคำนึงถึงความสับสนในบทบาทผู้พัฒนาระบบกับผู้ให้บริการระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตลอด 10 ปีที่ผ่านมา¹⁴ ทั้งนี้ ผลประโยชน์ทับซ้อนในฐานะเจ้าของหน่วยบริการกับผู้กำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขคงจะมีส่วนเกี่ยวข้องไม่น้อย

ปัญหาการกระจุกตัวของทรัพยากรอันได้แก่ โรงพยาบาลและเทคโนโลยีราคาแพง ซึ่งกระทบไปถึงการกระจุกตัวของบุคลากรในพื้นที่ที่อำนาจซื้อมากอย่างเรื้อรัง ก็สะท้อนข้อจำกัดของการสวมบทบาทกำกับดูแลอันพัวพันกับผลประโยชน์ทับซ้อนจากการเป็นเจ้าของสถานพยาบาลเสียเองโดยกระทรวงสาธารณสุข

ในด้านการบริหารราชการภายใต้ทิศทางการกระจายอำนาจ มีข้อชวนสงสัยว่า การกำกับดูแลรพ.บ้านแพ้วอันเป็นรพ.ในกำกับรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพียงแห่งเดียวเหมาะสมเพียงใดเมื่อปรากฏว่า มีการขยายขอบเขตบริการออกไปนอกพื้นที่รับผิดชอบของรพ.บ้านแพ้วมากขึ้นทุกที

นอกจากข้อจำกัดในการกำกับดูแล ภาวะผลประโยชน์ทับซ้อนยังน่าจะเป็นอุปสรรคต่อการถ่ายโอนหน่วยบริการไปยังอปท. (ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2542¹⁵)ซึ่งดำเนินการได้เพียงร้อยละ 12 ของจำนวนสถานอนามัยที่อปท.เสนอขอรับโอน^{16,17}

ประการสุดท้าย ยังมีเรื่องให้ควรพิจารณาอีกประเด็นคือ กระทรวงสาธารณสุขยังรับผิดชอบด้านการสาธารณสุข(อนามัย สิ่งแวดล้อม คุ้มครองผู้บริโภค ควบคุมโรค และพฤติกรรมเสี่ยง) อันเป็นบทบาทที่ต้องดำเนินการด้วยความเป็นกลาง ปลอดจากผลประโยชน์ทับซ้อน จึงน่าจะถึงเวลาที่ต้องทบทวนอย่างเข้มงวดว่า ความขัดกันระหว่างบทบาทหลายด้านของ

กระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันจะมีทางออกได้อย่างไร เพื่อที่ระบบบริการสุขภาพและการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทย จะก้าวหน้าไปอย่างเท่าทันความท้าทายดังกล่าวไว้ข้างหน้า

ข้อเสนอทางเลือกในอนาคตสำหรับกระทรวงสาธารณสุข

1. หน่วยจัดการระดับประเทศ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ การบริหารและสนับสนุน ทรัพยากร(รวมการจัดการเงินจากกองทุนต่างๆในฐานะตัวแทนหน่วยบริการ) ตามข้อเสนอในเอกสาร"ภารกิจและโครงสร้าง กระทรวงสาธารณสุข"โดยคณะทำงานด้านระบบบริการสุขภาพ¹⁸ ซึ่งจะเห็นว่าแนวทางนี้วางอยู่บนบทบาทเจ้าของหน่วย บริการนั่นเอง จึงมีความเป็นไปได้น้อยที่จะดำเนินบทบาทกำกับดูแลระบบบริการและบทบาทบริหารงานสาธารณสุขได้ อย่างมีประสิทธิภาพเพียงธรรมดา
2. หน่วยกำกับดูแลระบบบริการระดับประเทศ (ในส่วนสำนักงานปลัดกระทรวง) ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ ระบบบริการสุขภาพ กำหนดมาตรฐานด้านต่าง(เช่น บริการ รหัสข้อมูล บุคลากร ห้องปฏิบัติการ) กฎเกณฑ์และแนวทางการบังคับใช้ กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การระดมและจัดสรรทรัพยากร(รวมถึงกองทุนต่างๆ) ติดตาม ประเมินผลระดับนโยบายและ ยุทธศาสตร์ โดยมีโครงสร้างกำกับทิศทาง(steering body)ที่ควรประกอบด้วยทุกภาคที่เกี่ยวข้องเช่น ข้าราชการ นักการเมือง ประชาสังคม นักวิชาการ ภาคเอกชน อปท. กองทุนสุขภาพ สำนักงานประมาณ เป็นต้น ทำหน้าที่เคียงคู่กับ กลไกประเมินผลที่เป็นอิสระและมีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ เพื่อตรวจสอบถ่วงดุลซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอทางเลือกในอนาคตสำหรับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หากบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นไปเช่นนี้ ทางเลือกในอนาคตสำหรับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบัน ได้แก่

1. **การถ่ายโอนไปยังอปท** เป็นทางเลือกที่แม้มีกฎหมายรองรับชัดเจน แต่ที่ผ่านมาก็เป็นไปในขอบเขตที่จำกัดมากเนื่องจาก ความเป็นไปได้ทางการเมืองต่ำ และมีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการบูรณาการระบบบริการในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ ยังนำ วิตกว่า กฎหมายรองรับการถ่ายโอนภารกิจและความเข้าใจของกระทรวงมหาดไทยต่อกฎหมายอาจเป็นอุปสรรคต่อการบูร ณาการและพัฒนาต่อยอด
2. **องค์กรมหาชน** เช่นเดียวกันเป็นทางเลือกที่แม้มีกฎหมายรองรับชัดเจน แต่ที่ผ่านมาก็เป็นไปในขอบเขตที่จำกัดมาก เนื่องจากความเป็นไปได้ทางการเมืองต่ำ กรณีรพ.บ้านแพ้วเป็นภาพสะท้อนชัดจำกัดในเรื่องการกำกับดูแลในรูปแบบบอร์ด แม้มี ตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม ในอนาคต ถ้าแต่ละรพ.เป็นองค์กรมหาชนก็จะมีปัญหา/อุปสรรคในเรื่องบูรณาการระดับ พื้นที่และการกำกับดูแลอยู่ดี

3. สหกรณ์บริการสุขภาพ จุดน่าสนใจ(ดูรูปประกอบ)คือ มีพรบ.สหกรณ์ 2542รองรับชัดเจน แม้จะดูแลโดยกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ แต่ก็ครอบคลุมกิจการสุขภาพได้ด้วย และสอดคล้องกับทิศทางการกระจายอำนาจเพราะเน้นการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคลที่เป็นสมาชิกโดยให้สิทธิออกเสียงเท่าเทียมกันทุกคน ส่งเสริมให้พัฒนาใกล้เคียงกับดูแลตนเอง มีความยืดหยุ่นมากในด้านการบริหารจัดการโครงสร้างและเงิน(สามารถควมรวมสหกรณ์ ยุบเลิกสหกรณ์ได้โดยอาศัยเสียงของสมาชิก สามารถระดมทุนได้หลากหลายช่องทาง) ในทางปฏิบัติมีรูปธรรมปรากฏในทุกทวีปมานานกว่า 50 ปี อีกแนวคิดที่ใกล้เคียงมากหรือบางความเห็นว่าเป็นเรื่องเดียวกันกับสหกรณ์ ก็คือ กิจการเพื่อสังคม(social enterprise)ⁱ กระนั้นก็ดี ประวัติศาสตร์การล้มลุกคลุกคลานของสหกรณ์ในประเทศไทยบ่งชี้ความท้าทายในการดำเนินกิจการภายใต้แนวคิดสหกรณ์ อันอาจหมายถึงวงจรการเรียนรู้ที่ค่อนข้างยาวนาน ขณะเดียวกัน อาจเป็นไปได้ว่า ผลลัพธ์ทวีคูณ(multiplying effects) อาจเกิดขึ้นได้เมื่อขนาดและความยืดหยุ่นด้านการเงินการคลังในระบบบริการสุขภาพ ผสานเข้ากับ ความยืดหยุ่นด้านโครงสร้างองค์กรและการบริหารภายใต้หลักการมีส่วนร่วมของสมาชิกแบบสหกรณ์โดยมีกฎหมายรองรับชัดเจน แนวคิดนี้จึงนับเป็นโอกาสที่น่าทดลอง

4. เขตสุขภาพ เป็นรูปแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมุ่งหมายรับผิดชอบระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชนในขอบเขตแน่ชัดอย่างเบ็ดเสร็จทุกระดับ(comprehensive) "ไร้รอยต่อ ครบวงจร"ⁱⁱ(full cycle of care)โดยเครือข่ายหน่วยบริการอยู่ภายใต้การสนับสนุนและกำกับดูแลⁱⁱⁱของคณะกรรมการเขตสุขภาพ(ดูรูปที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกระดับชาติกับระดับเขต)อันควรประกอบด้วยภาคีต่างๆ(ตัวแทนรัฐส่วนกลาง เอกชน อปท ประชาสังคม หรืออื่นๆ) การจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพอาจอาศัยพรบ.องค์การมหาชน(ซึ่งในทางปฏิบัติยืดหยุ่นจนรพ.บ้านแพ้วสามารถขยายขอบเขตบริการได้ไกลจากพื้นที่เดิมมาก และไกลจากกรอบบริการเริ่มแรก) สำหรับสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตอาจดำรงสถานภาพเดิมแต่รวมต./ปลัดกระทรวงมาอบอำนาจมายังคณะกรรมการเขตสุขภาพ หรือปรับสถานภาพ รพศ./รพท.พวกหนึ่ง(referral center) สถานพยาบาลทั้งหมดในแต่ละอำเภออีกพวกหนึ่ง(district health system) ในเขตให้อยู่ภายใต้องค์การมหาชนเดียวกันแยกจากคณะกรรมการสุขภาพเขต ในอนาคตหรือในพื้นที่ที่มีความพร้อมอาจพิจารณาใช้พรบ.สหกรณ์แทนพรบ.องค์การมหาชน

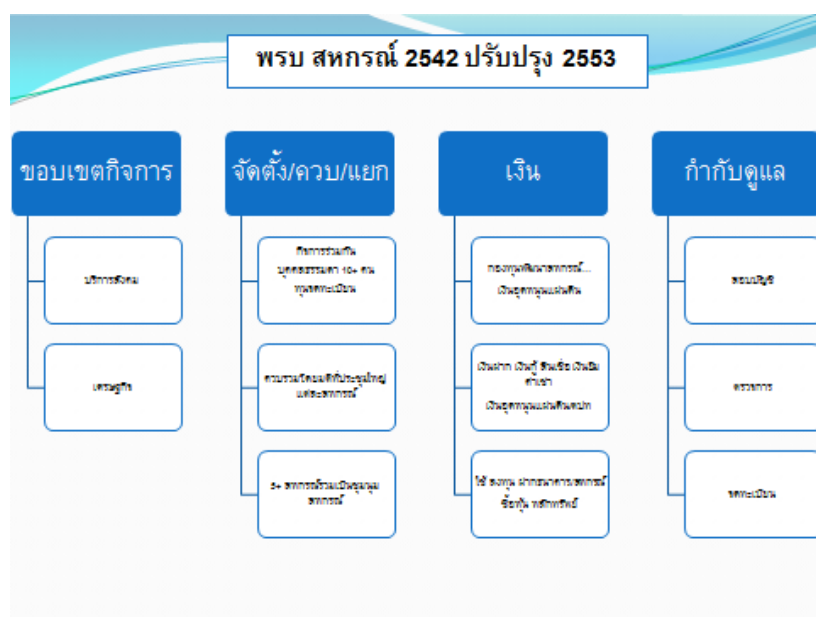
การจัดเครือข่ายหน่วยบริการระดับเขตและจังหวัดให้อาศัยหลักสองประการได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน และeconomy of scale และพร้อมจะปรับตัวตามสถานการณ์จริงที่แปรเปลี่ยนโดยยึดหลักสองประการนี้

ⁱ กิจการเพื่อสังคม(social enterprise)คือ กิจการที่มีรายรับจากการขาย การผลิตสินค้าและ/หรือการให้บริการ ที่ถูกตั้งขึ้นเพื่อเป้าหมายอย่างชัดเจนตั้งแต่แรกเริ่ม หรือมีการกำหนดเพิ่มเติม หรือปรับเปลี่ยนเป้าหมาย ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน สังคม และ/หรือสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก โดยไม่ได้มีเป้าหมายในการสร้างกำไรสูงสุดต่อผู้ถือหุ้นและเจ้าของเท่านั้น(อ้างอิง<http://www.bablog.mju.ac.th/jamnian/wp-content/uploads/2010/08/SE.pdf>)

ⁱⁱ ก่อนป่วย ป่วย เกิดโรคแทรก หาย/ทุเลา/ตาย/พิการ

ⁱⁱⁱ กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนหลัก(master plan)ครอบคลุมเรื่องคน-เงิน-ของ(รวมถึงการแพทย์พยาบาล) กำหนดและควบคุมมาตรฐานบริการ ติดตามประเมินผล การจัดการบริการ และการสนับสนุนบริการ(คน-เงิน-ของ) โดยสอดคล้องกับทิศทาง นโยบายและกฎเกณฑ์ของประเทศ

มีข้อสังเกตว่า การจัดตั้งเขตสุขภาพในลักษณะที่ยังดำรงรักษาการควบคุมสั่งการจากส่วนกลาง(arm length)ดังที่เป็นอยู่ หรือตามข้อเสนอในเอกสาร”ภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข”โดยคณะทำงานด้านระบบบริการสุขภาพ¹⁹ ซึ่งมีความเป็นไปได้ทางการเมืองมากกว่าข้อเสนอข้างต้น แต่ อาจบั่นทอนศักยภาพในการเรียนรู้และปรับตัวด้วยตนเอง(self-organizing potential)ซึ่งมีอยู่แล้วในพื้นที่ อันจำเป็นต่อการตอบสนองความต้องการอันหลากหลายของแต่ละพื้นที่และเป็นข้อได้เปรียบ(comparative advantage)สำหรับการตอบสนองความท้าทายด้วยกลไกตลาดข้ามชาติหลังรวมตลาดอาเซียน ในอีก 9 ปีข้างหน้า(โปรดสังเกตว่า รพ.เอกชนของไทยสามารถแข่งขันในตลาดสุขภาพระหว่างประเทศได้ดีเพราะมีอิสระเต็มที่ในการเรียนรู้และปรับตัว)



รูปที่ 3 กรอบแนวคิดสหกรณ์บริการสุขภาพ

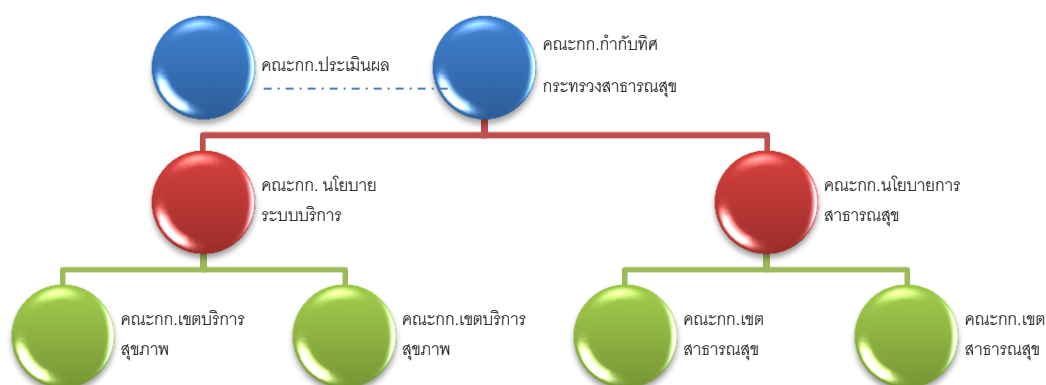
สถานการณ์และบทบาทของสสจ/สสอ.

ไม่ว่าจะเป็นทางเลือกใด ประเด็นร่วมที่ต้องพิจารณาคือ สถานภาพและบทบาทของสสจ/สสอ. โดยที่มีความจำเป็นแน่นอนที่จะต้องมีบทบาทด้านการสาธารณสุข(อนามัยสิ่งแวดล้อม คัดกรองผู้บริโภค ควบคุมโรค และพฤติกรรมเสี่ยง)ดำรงอยู่และพัฒนาต่อไปโดยอาศัยการบัญญัติและบังคับใช้กฎหมาย(รวมมาตรฐาน กฎเกณฑ์)

องค์กรที่เหมาะสมกับบทบาทเช่นนี้ ต้องอยู่ในฐานะที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน จึงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้โดยไม่ลำเอียง ดังนั้นหน่วยบริการและหน่วยบริหารหน่วยบริการจึงไม่อยู่ในฐานะเช่นนี้ เช่นเดียวกัน การเสนอให้สสจ.และสสอ.บริหารหน่วยบริการควบคู่กับบทบาทด้านการสาธารณสุขตามเอกสารของคณะทำงานด้านระบบบริการสุขภาพ¹⁹ ก็ไม่สอดคล้องกับหลักการที่กล่าวมานี้

การถ่ายโอนหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปยังอปท.ก็ขัดกับหลักการ”ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน”อีกเช่นกัน เพราะจะทับซ้อนกับภารกิจของอปท.ด้านการสาธารณสุขลักษณะเดียวกับที่กล่าวมา

ดังนั้นจึงเสนอว่า ให้แทนที่สสจ/สสอด้วยคณะกรรมการการสาธารณสุขเขต และคณะกรรมการการสาธารณสุขจังหวัด โดยฝ่ายแรกเน้นหน้าที่ด้านพัฒนาและกำกับนโยบายและแผนระดับเขต การประสานภารกิจที่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือหลายจังหวัดเช่นในกรณีการระบาดของโรคหัดนกซึ่งเป็นพิบัติภัยทางสาธารณสุข ประสานงานกับส่วนกลางด้านนโยบายและการสนับสนุนทรัพยากรแก่จังหวัด ฝ่ายหลังเน้นหน้าที่ด้านการดำเนินนโยบายและแผนที่สอดคล้องกับความต้องการของจังหวัด



รูปที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกระดับชาติกับระดับเขต

ระบบกำลังคน

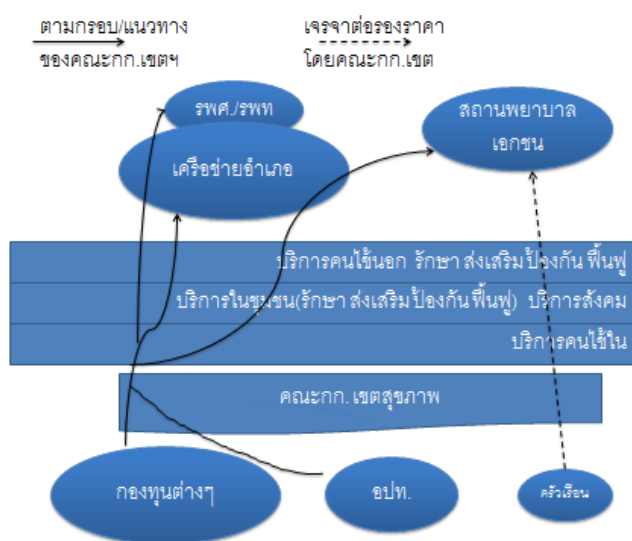
โดยอาศัยโครงสร้างและลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างเขตสุขภาพกับส่วนกลาง(คณะกรรมการกำกับทิศและคณะกรรมการนโยบายฯ) ที่กล่าวไว้ ระบบบริการจะมีความยืดหยุ่นสูงในการปรับตัว(เพราะมีอิสระในกรอบของพรบ.องค์การมหาชนเหมือนรพ.บ้านแพ้ว หรือ กรอบพรบ.สหกรณ์)โดยที่ยังคงมีเอกภาพภายใต้การกำกับของคณะกรรมการเขตสุขภาพ จึงน่าจะส่งเสริมนวัตกรรมได้ดียิ่งขึ้นต่อการแก้ปัญหาสำคัญด้านกำลังคนในปัจจุบัน อันได้แก่ ก) การกระจายบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ ข) ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับแพทย์/บุคลากรอื่นเสื่อมลง²⁰ และค) ขีดความสามารถของบุคลากรไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและคนไข้ อันเป็นผลสืบเนื่องจากกระบวนการผลิตที่ตามไม่ทันการเปลี่ยนแปลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพและองค์ประกอบอื่นในระบบบริการสุขภาพ²¹

ระบบการเงินการคลัง

ทำนองเดียวกันโดยอาศัยโครงสร้างและลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างเขตสุขภาพกับส่วนกลาง(คณะกรรมการกำกับทิศและคณะกรรมการนโยบายฯ) และโครงสร้างภายในแต่ละส่วน ที่กล่าวไว้ กองทุนต่างๆและอปท.ก็จะมีแนวทางการจัดสรรเงินไปในทิศทางและกรอบเดียวกัน จึงเพิ่มความเป็นไปได้ที่จะเกิดเอกภาพ(ลดความเหลื่อมล้ำ ข้ำซ้อน)และตอบสนองต่อความ

ต้องการบริการของประชาชนในพื้นที่ต่างๆได้ตรงและทันการณ่มากขึ้น อีกทั้งยังลดโอกาสแทรกแซงอย่างไม่เหมาะสมจากกลุ่มผลประโยชน์เพราะมีการถ่วงดุลตรวจสอบจากทุกภาคที่เกี่ยวข้อง ควบคู่กับกลไกประเมินผลโดยอิสระและมีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ

ภายใต้โครงสร้างที่เสนอ การไหลของเงินไปยังหน่วยบริการน่าจะเป็นลักษณะดังรูปที่ 5 ลักษณะความสัมพันธ์ทางการเงินระหว่างแหล่งเงิน คณะกก.เขตสุขภาพ ประเภทบริการ และหน่วยบริการ โปรดสังเกตว่า การทับซ้อนระหว่างเครือข่ายบริการระดับอำเภอกับรพศ./รพท. หมายถึง สัมพันธ์ในลักษณะสนับสนุนทางวิชาการ ประสานงาน และร่วมมือกัน รวมถึงการใช้กำลังคนและเครื่องมือร่วมกันตามความจำเป็น



รูปที่ 5 ลักษณะความสัมพันธ์ทางการเงินระหว่างแหล่งเงิน คณะกก.เขตสุขภาพ ประเภทบริการ และหน่วยบริการ

เทคโนโลยีและการวิจัย

การริเริ่มโครงการR2Rโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.เชื่อมโยงความเชี่ยวชาญวิจัยจากมหาวิทยาลัย เข้าสู่รพศ.ก่อรูปเป็นเครือข่ายบริการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าหนุน จนขยายถึงรพ.อำเภอทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการคุณภาพโดยทั่วถึงเช่น ยาวาฟาริน การผ่าตัดตา นี่คือการปิดช่องว่างระหว่างรู้กับทำ ส่งเสริมการใช้ยาและเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม ในโครงสร้างระบบบริการที่ยืดหยุ่นน้อยภายใต้ระบบควบคุมสั่งการปัจจุบัน ความเชื่อมโยงและนวัตกรรมเช่นนั้นย่อมเกิดได้ยาก โครงสร้างเขตสุขภาพตามข้อเสนอข้างต้นมุ่งหมายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นอย่างมีเอกภาพ จึงเป็นบรรยากาศที่จะหนุนนำนวัตกรรมและความเชื่อมโยงเช่นนี้ได้รวดเร็ว กว้างขวางยิ่งขึ้น

ระบบสารสนเทศ

ภายใต้ระบบควบคุมสั่งการปัจจุบัน ทิศทางการพัฒนาระบบสารสนเทศจึงเป็นจากบนลงล่างเสมอมา ยากแก่การปลดปล่อยพลังจินตนาการสร้างสรรค์ในเครือข่ายบริการ ซึ่งอันที่จริงมีซ่อนเร้นอยู่ ดังตัวอย่างการพัฒนาระบบไฟจราจร การบาดเจ็บ หรือ ระบบทะเบียนคนไข้หลุดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน โดยการริเริ่มของหน่วยบริการให้เป็นเครื่องมือยกระดับคุณภาพให้ครอบคลุม/ทันการณ์มากขึ้น

ความยืดหยุ่นอย่างมีเอกภาพที่มุ่งหมายให้เป็นไปตามข้อเสนอโครงสร้างเขตสุขภาพ/คณะกก.นโยบายบริการสุขภาพ จะส่งเสริมการพัฒนาระบบสารสนเทศจากล่างขึ้นบนให้รวดเร็วและกว้างขวางยิ่งขึ้น ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาของประชาชนได้ตรงและทันการณ์ยิ่งขึ้น

ธรรมาภิบาลระบบ

ความโปร่งใส เทียบธรรม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ยากจะเกิดขึ้นโดยปราศจากกลไกถ่วงดุลตรวจสอบซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ โครงสร้างเขตสุขภาพ/คณะกก.นโยบายบริการสุขภาพ อันมีองค์ประกอบของภาคีหลากหลาย เชื้ออำนาจยให้เกิดการตรวจสอบถ่วงดุลตั้งแต่ระดับชาติไปจนถึงระดับเขต ซึ่งจะเป็นสัญญาณส่งไปถึงระดับจังหวัดและอำเภอ ในระยะยาวธรรมาภิบาลก็จะหยั่งราก แรกกิ่งใบปกคลุมไปทั่วทั้งระบบบริการ

แนวทางในการปรับเปลี่ยนจากโครงสร้างปัจจุบันไปสู่โครงสร้างใหม่

ยกเว้นพบ.ปรับปรุงโครงสร้าง การกิจกระทรวงสาธารณสุขโดยมีสาระสำคัญประกอบด้วย

1. ขอบเขตภารกิจและอำนาจหน้าที่
2. โครงสร้างเขตสุขภาพ/คณะกก.นโยบายบริการสุขภาพและอื่นๆดังรูปที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกระดับชาติกับระดับเขต
3. งบประมาณหมวด ค่าจ้าง ค่าตอบแทน เงินอุดหนุน ค่าดำเนินการ ที่สอดคล้องกับ(๑)
4. บุคลากร
 - a. ภายใต้โครงสร้างใหม่ ลักษณะบุคลากรที่เหมาะสมกับภารกิจ คือ บุคลากรที่มีความรู้และทักษะสูงในด้านการวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์ การออกแบบระบบขั้นมหภาค การประสานความร่วมมือระดับมหภาค การบริหารจัดการความรู้และสารสนเทศระดับมหภาค ในเชิงปริมาณบุคลากรเหล่านี้ควรมีจำนวนน้อยกว่าปัจจุบันมาก
 - b. บุคลากรในโครงสร้างปัจจุบัน ควรมีการผ่องถ่ายบุคลากรส่วนใหญ่ในสำนักงานปลัดกระทรวง. 7989²² และอีกไม่ทราบจำนวนในกรมต่างๆ ไปสู่หน่วยบริการหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ ตามความต้องการของ

หน่วยงาน และความสนใจของบุคคล โดยมีแรงจูงใจ เช่น เงินกู้ซื้อบ้านปลอดดอกเบี้ย ค่าขนย้าย การฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะให้เหมาะสมกับงานใหม่ เป็นต้น

5. การบริหารสินทรัพย์(ที่ดิน อาคาร/สิ่งปลูกสร้าง) ภายใต้โครงสร้างใหม่ที่จะกระตือรือร้นมากขึ้น ย่อมทำให้ความจำเป็นของการใช้พื้นที่ทำงานน้อยลงมาก จึงเปิดโอกาสให้สามารถบริหารพื้นที่ส่วนเกินให้เป็นเงินเพื่อนำมาอุดหนุนภารกิจใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขและบริหารการเปลี่ยนผ่าน เช่น การให้เอกชนเช่าพื้นที่ในย่านธุรกิจ เช่าพื้นที่อาคารบางส่วนในพื้นที่ตั้งปัจจุบัน เป็นต้น
6. การจัดตั้งสำนักงานเฉพาะกิจเพื่อบริหารการเปลี่ยนผ่านภายใน ๕ ปีโดยดูแลด้านบุคลากรกับสินทรัพย์
 - a. ด้านบุคลากร อาจมีแผนเตรียมพร้อมเพื่อถ่ายโอนบุคลากรสู่หน่วยบริการหรือหน่วยบริหารส่วนภูมิภาค(ที่มีอยู่เดิมและที่จะเสนอใหม่ โดย ปรับเปลี่ยนดังนี้
 - i. จัดสรรงบประมาณคงที่เท่ากับปีปัจจุบัน โดยแปลงเป็นหมวดอุดหนุนทั้งหมดรวมค่าตอบแทนทุกประเภท(ยกเว้นสวัสดิการรักษายาบาล) เพื่อให้มีความยืดหยุ่นในการใช้งบประมาณ ด้วยความประหยัดและมุ่งเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
 - ii. การใช้งบประมาณให้เป็นไปตามแผนงานแผนเงินที่ยึดความต้องการของพื้นที่เป็นหลัก ดังนั้นเป้าหมายที่จะบรรลุจึงเป็นเป้าหมายระดับพื้นที่ โดยอาจแบ่งบุคลากรส่วนกลางเป็น เขต สอดคล้องกับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดบูรณาการของการแผนงาน แผนเงินและการดำเนินแผน
 - iii. ยกวางระเบียบบริหารบุคคลที่ให้ความยืดหยุ่นแก่ผู้บริหารที่จะจัดสรรคนให้เหมาะสมกับงาน แทนที่จะยึดติดกับตำแหน่งตายตัว ในขณะเดียวกันก็ให้หลักประกันความมั่นคงในอาชีพแก่บุคลากรที่พยายามปรับตัว โดยมีระบบประเมินผลระดับกลุ่มงาน(ตามที่จัดแบ่งตามพื้นที่ดังกล่าวข้างต้น) ที่มีผู้บริหารในพื้นที่ และสถาบันวิชาการภายนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมรับผิดชอบการประเมิน(โดยใช้เงินอุดหนุนที่แยกไว้ต่างหากจากขอบเขตความรับผิดชอบของผู้บริหารกลุ่มงาน)
 - iv. จัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพประกอบด้วย ผู้ตรวจราชการ ผู้จัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ผู้แทนอปท. ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนภาคเอกชน) เพื่อบริหารจัดการเขตสุขภาพ ด้วยการกำหนดทิศทางการพัฒนา กำหนดนโยบาย และอนุมัติแผนการจัดสรรทรัพยากร (เงิน คน) ออกระเบียบบริหารบุคลากร ระเบียบบริหารเงิน แต่งตั้ง/ถอดถอน เลขาธิการคณะกรรมการ(ซีอีโอ) ซึ่งมีหน้าที่บริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบาย
 - v. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วย ผู้อำนวยการพ.ชุมชน ผู้แทนอปท. ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนภาคเอกชน) เพื่อบริหารจัดการภาพรวมระดับอำเภอ ด้วยการกำหนดทิศทางการพัฒนา กำหนดนโยบาย และอนุมัติแผนการจัดสรร

ทรัพยากร (เงิน คน) ออกระเบียบบริหารบุคลากร ระเบียบบริหารเงิน แต่งตั้ง/ถอดถอน เลขานุการ คณะกรรมการ(ซีอีโอ) ซึ่งมีหน้าที่บริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบาย

- b. ด้านบริหารสินทรัพย์ อาจพิจารณาจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบเฉพาะ ประกอบด้วย ผู้แทนจาก กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง สำนักงานประมาณ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อกำหนดกรอบเวลา แผนงาน แผนเงิน แล้วดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายใน 5 ปี

เอกสารอ้างอิง

¹ WHO. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

² Impact of demographic change in Thailand. UNFPA 2011

³ Taizo Motonishi. Why Has Income Inequality in Thailand Increased? An Analysis Using 1975-1998 Surveys. Asian Development Bank. June 2003

⁴ Phusit Prakongsai, Current status, problems, and challenges in public health in Thailand. International Health Policy Program – IHPP Ministry of Public Health, Thailand Presentation to Asian Consultation Workshop on Education for Global Health Leadership Melia Hotel, Hanoi, Vietnam November 4-5, 2008

⁵ Suwit Wibulpolprasert. Thai Health Care Systems: Past, Present and Future. One century of development : 4 main era of continuous investment, learning and reform. Presented at the Emerald Hotel, Bangkok, August 26th, 2010.

⁶ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) http://www2.oae.go.th/biae/Article/_aec15OCT50.pdf

⁷ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับเดือนมิถุนายน 2553

⁸ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 235/2550 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการอำนาจการและคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 15 มีนาคม พ.ศ. 2550

⁹ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ พ.ศ. ๒๕๕๔

¹⁰ วีรพล เกษะเทียน คุญญ์ อารยะวงศ์ชัย มนชยา ศิริธัชคารุ และคณะ การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังผ่าตัดหัวใจที่ได้รับยา Warfarin (เครือข่าย Warfarin เขต 13) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เสนอ ณ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากงานประจำสำนักงานวิจัย ครั้งที่ 3 วันที่ 14-16 กรกฎาคม 2553 อาคารชาเลนเจอร์ อิมแพค เมืองทองธานี

¹¹ จิตติ โสมิตชัยวัฒน์ ควบคู่เกี่ยวกับการพัฒนา Fast track STEMI ในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒ ใน ไขวญญ์ สุริยวงศ์ไพศาลและคณะ ข้อเสนอปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข โครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทย

¹² Sombat Muengtawepong, Pongpat Dhammasaroja, Urai Kammark . OUTCOMES OF INTRAVENOUS THROMBOLYTIC THERAPY FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE WITH INTEGRATED ACUTE STROKE REFERRAL NETWORK AT NO PRIOR EXPERIENCE HOSPITAL: A PROSPECTIVE STUDY .Presented at a policy forum on development of emergency medical services in Thailand. Suan Sam Pran Hotel, Nakhon Pratom. 24-25 December 2009

¹³ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานการสาธารณสุขไทย 2548-50 http://www.moph.go.th/ops/thp/index.php?option=com_content&task=section&id=1&Itemid=2

¹⁴ Vinai Leesmidt Sirwan Pitayarangsarit Nivat Jeegungwal et al. Assessment of the purchasing functions in the Thai Universal Coverage scheme for health care. July 2005

¹⁵ กลุ่มสนับสนุนและพัฒนากองกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์การศึกษาการติดตามประเมินผลการถ่ายโอนสถานีย่อยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. และ เทศบาล) สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 <http://www.moph.go.th/ngo/oddh/download3.html>

¹⁶ รายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับถ่ายโอนสถานีย่อย ตามมติคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น http://www.moph.go.th/ngo/oddh/hot/so_go_obt.htm

¹⁷ File รายชื่อ อบต. ขอรับการถ่ายโอน สอ. (510 แห่ง) http://www.moph.go.th/ngo/oddh/hot/name_opt501.pdf

¹⁸ คณะทำงานด้านระบบบริการสุขภาพ เอกสารข้อเสนอ เรื่อง ภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน้า 52

¹⁹ คณะทำงานด้านระบบบริการสุขภาพ เอกสารข้อเสนอ เรื่อง ภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน้า 52

²⁰ Thinakorn Noree-Harin Chokchaichan Veerasak Mongkolpomporn Thailand's Country paper .Abundant for the few , shortage for the majority :

The inequitable distribution of doctors in Thailand. International Health Policy Program, Thailand August 1, 2005

²¹ Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. <http://www.healthprofessionals21.org/docs/Report/ExecutiveSummary.pdf>

²² ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการตามผลการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข <http://moc.moph.go.th/Resource/Personal /index.php>