

รายงานการศึกษา
ข้อเสนอการปรับบทบาทหน้าที่
ของกระทรวงสาธารณสุข

โดย

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา
นางสุรณี พัฒนโรจนกุล

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ธันวาคม 2549

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปย่อสำหรับผู้บริหาร	3
บทนำ	7
กรอบและวิธีการศึกษา	9
ผลการศึกษา	10
1. บริบทของระบบสุขภาพ	10
2. พัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุข	25
3. แนวทางการปรับบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข	30
ข้อเสนอแนวทางและขั้นตอนดำเนินงาน	45
สรุป	47
เอกสารอ้างอิง	49

พ1

เลขหมู่	วค540 0692 ง 2551
เลขทะเบียน	03284
ปี	24 ๕๐ 51

บทสรุปย่อสำหรับผู้บริหาร

ได้ทำการทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์และรับฟังความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอการปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. บริบทของโลกและสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและรวดเร็วอันเนื่องมาจาก โลกาภิวัตน์ การพัฒนาทางเศรษฐกิจ การพัฒนาสังคม รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 การปฏิรูปการบริหาร จัดการภาครัฐและการกระจายอำนาจ และการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพ มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ แห่งชาติและกระทบต่อการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้กระทรวง สาธารณสุขจำเป็นต้องปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างเพื่อรองรับการดำเนินงานในสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงไป

2. ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ อย่างต่อเนื่อง สุขภาพมีความหมายที่กว้างครอบคลุมสุขภาวะ (well-being) ทั้งมิติกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ระบบสุขภาพมีความหมายครอบคลุมระบบย่อยต่างๆ อย่างกว้างขวาง โดยมีระบบสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ การขับเคลื่อนระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นภาระหน้าที่ของทุกภาคส่วนในสังคม (all for health) เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (health for all)

ปัจจุบันในระบบสุขภาพแห่งชาติ มีกลไก/องค์กรต่างๆ ดำเนินการด้านสุขภาพเป็น จำนวนมาก และจะมากยิ่งขึ้นในอนาคต ได้แก่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง/หน่วยงานอื่น ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภท สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตไม่นานนี้) สถาบันการศึกษาและ สถาบันวิชาการด้านสุขภาพ / องค์กร/เครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรพัฒนาสาธารณสุข ประโยชน์ เอกชน เครือข่าย ประชาสังคม ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ ฯลฯ โดยกลไก/องค์กรเหล่านี้มีดำเนินงาน อย่างอิสระไม่ขึ้นแก่กันโดยตรง แต่จำเป็นต้องมีการประสานเชื่อมโยง เพื่อให้การดำเนินงาน เป็นไปอย่างสอดคล้องกัน และสอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่เป็นองค์กรหลักของประเทศที่ดูแลงาน ด้านสุขภาพ จึงต้องเน้นที่การประสาน เชื่อมโยงทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อระดมศักยภาพเข้ามาร่วมกัน ดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม มีใช้การดำเนินการเองเพียงลำพัง

3. กระทรวงสาธารณสุขมีพัฒนาการมาตามลำดับ หลังจากจัดตั้งเป็นกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2485 แล้ว มีการปรับปรุงส่วนราชการครั้งสำคัญ รวม 4 ครั้ง ครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2545

จัดโครงสร้างเป็น 9 กรม และ 1 สำนักงานรัฐมนตรี รองรับงานรวม 18 ภารกิจ แต่เนื่องจากบริบทของสังคมเปลี่ยนแปลงเร็วมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงควรทบทวนเพื่อปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างให้เหมาะสมกับการทำงานในอนาคตยิ่งขึ้นไป

4. การสังเคราะห์บทบาทหน้าที่หลักหรือกิจที่พึงกระทำ และแนวทางการปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ยึดหลักสำคัญ 3 ประการ คือ

(1) การปรับเปลี่ยนต้องสอดคล้องกับบริบททางสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป

(2) การปรับเปลี่ยนต้องยึดถือประโยชน์ของประชาชนและสังคมเป็นสำคัญ

(3) กระทรวงสาธารณสุขยังคงต้องดำรงฐานะเป็นกลไกหลักของประเทศ เพื่อดูแลงานด้านสุขภาพ โดยทำหน้าที่เป็นแกนเชื่อมประสานทุกฝ่ายในสังคมเข้าร่วมกันทำงานด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขควรลดงานในลักษณะที่เป็นผู้ดำเนินการเองลงให้เหลือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

5. บทบาทหน้าที่หลักหรือกิจที่พึงกระทำของกระทรวงสาธารณสุข ณ ปี พ.ศ. 2550-2555 ควรมี 10 ประการ ดังนี้

(1) **ดูแลการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ**

เป็นเจ้าภาพหลักดูแลการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ทิศทางการลงทุนและทิศทางการเงินการคลังด้านสุขภาพ นโยบายการจัดระบบและการกระจายสถานบริการสุขภาพ นโยบายทรัพยากรด้านสุขภาพ นโยบายด้านสุขภาพระหว่างประเทศ และนโยบายการวิจัยด้านสุขภาพ เป็นต้น

(2) **ดูแลการสร้างและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ**

เป็นเจ้าภาพหลักดูแลการพัฒนาและการกำหนดนโยบายการวิจัยและการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพและบริหารทรัพยากรเพื่อกำกับทิศทางการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายโดยระดมความร่วมมือ จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดำเนินการ

(3) **กำหนดและกำกับดูแลมาตรฐานด้านสุขภาพ**

เป็นเจ้าภาพหลักดูแลการกำหนดมาตรฐานด้านสุขภาพและดูแลกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐาน ครอบคลุมทั้งมาตรฐานผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพ มาตรฐานการสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานการควบคุมป้องกันโรค มาตรฐานสิ่งแวดล้อม มาตรฐานการประกอบอาชีพ มาตรฐานการผลิตบุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น ทั้งนี้ โดยการปฏิบัติอย่างเสมอภาคทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเป็นการคุ้มครองประชาชน

(4) **สร้างเสริมศักยภาพด้านสุขภาพแก่องค์กร ภาคส่วนต่าง ๆ และภาคประชาชน**

เป็นเจ้าภาพหลักจัดให้มีการสร้างเสริมสุขภาพศักยภาพแก่องค์กรต่าง ๆ ที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานในสังกัดอื่น เอกชน ประชาสังคม และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเอง เป็นต้น และประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเพื่อร่วมกันสร้างเสริมศักยภาพแก่ประชาชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

(5) ดูแลการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ

เป็นเจ้าภาพดูแลการออกกฎหมายที่สำคัญที่เกี่ยวกับสุขภาพและดูแลการใช้อำนาจตามกฎหมาย เพื่อให้การคุ้มครองประชาชน และเพื่อให้นโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรการสำคัญต่างๆ ดำเนินการไปได้อย่างถูกต้องทิศทางและมีประสิทธิภาพ

(6) ดูแลการควบคุมป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

เป็นเจ้าภาพหลักดูแลงานและควบคุมป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพทั่วไป อย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องและครบวงจรและดูแลการบริหารจัดการกรณีภัยพิบัติและสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพอื่นๆ ซึ่งนับวันแต่จะมีความรุนแรง ยุ่งยาก สลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นตามสถานการณ์โลก และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

(7) ดูแลการเงินการคลังเพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

เป็นเจ้าภาพหลักบริหารนโยบายการเงินการคลัง เพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ส่วนบทบาทการจัดบริการสุขภาพ ควรส่งเสริมสนับสนุนให้เป็นบทบาทของฝ่ายต่างๆ ในสังคมให้มากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุข ควรลดบทบาทการเป็นผู้จัดบริการสุขภาพลงตามลำดับ ให้เหลือเท่าที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น

(8) สร้างเสริมความมั่นคงและเสถียรภาพของทรัพยากรด้านสุขภาพ

เป็นเจ้าภาพหลักดูแลการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุข และกำกับดูแลให้เป็นไปตามนโยบายด้วยมาตรการทางการเงินการคลังและมาตรการอื่นที่จำเป็น รวมไปถึงการดูแลการผลิตและสำรองยาและเวชภัณฑ์เพื่อการตรึงราคา เสริมตลาดและรองรับสภาวะฉุกเฉินตามหลัก การสร้างความมั่นคง

(9) ดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

เป็นตัวแทนของประเทศไทยในงานด้านสุขภาพที่ดำเนินงานร่วมกับนานาชาติ เป็นแกนกลางดูแลการดำเนินงานด้านสุขภาพที่เชื่อมต่อกับต่างประเทศ รวมไปถึงการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่นการเจรจาต่อรองที่เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพ การพิทักษ์ผลประโยชน์ของประเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น

(10) สนองงานตามโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

เป็นแกนประสานเชื่อมโยงภาคส่วนต่างๆ ในสังคมเข้าร่วมดำเนินงานสนองโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพื่อให้การดำเนินงานมีพลัง ประสพผลสำเร็จ และขยายวงได้

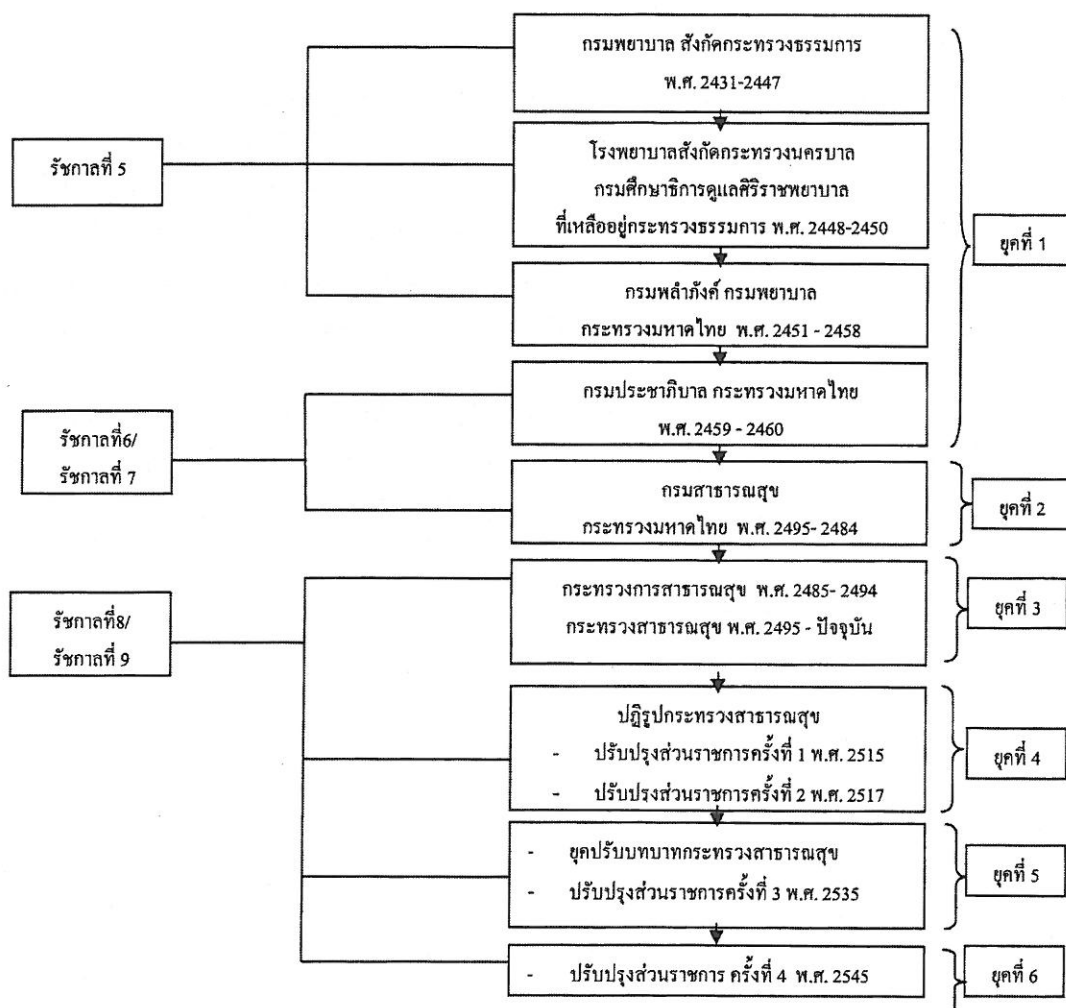
จากบทบาทหน้าที่หลัก 10 ประการข้างต้น สามารถจำแนกย่อยเป็นภารกิจหรืองานที่ต้องปฏิบัติได้เป็นจำนวนมาก ซึ่งควรมีการจำแนกในขั้นตอนถัดๆ ไป

6. แนวทางและขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ควรมีการประชุมผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กพ. กพร. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจ เพื่อร่วมกันตัดสินใจในระดับนโยบาย พร้อมกันนั้น เพื่อให้การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นไปอย่างราบรื่นและประสบผลสำเร็จ ควรจัดตั้ง "สำนักบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข" ขึ้นเป็นองค์กรในกำกับกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการออกพระราชกฤษฎีกาหรือระเบียบรองรับในรูปแบบของกลไกถาวรที่ทำงานต่อเนื่อง 5-10 ปี มีคณะกรรมการที่ มีองค์ประกอบจากหลายฝ่าย ร่วมกันดูแลทิศทางการดำเนินงาน มีหน้าที่จัดทำข้อเสนอแผนและขั้นตอนการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ รวมไปถึงโครงสร้างและระบบการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนสนับสนุนให้มีการทำงานทางวิชาการที่เพียงพอ สร้างความร่วมมือและเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและเป็นที่ยอมรับให้กับผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักของประเทศที่ทำงานด้านสุขภาพอนามัย มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2431 เมื่อครั้งเป็นกรมพยาบาลในสังกัดกระทรวงธรรมการ มีพัฒนาการอย่างช้าๆ มาจนถึงการเป็นกรมสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงมหาดไทยเมื่อ ปี พ.ศ. 2461 เป็นกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ ปี พ.ศ. 2485 ต่อมา มีการปรับปรุงส่วนราชการ ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2515) และครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2517) จากนั้นใช้เวลาอีกเกือบ 20 ปี จึงมีการปรับปรุงส่วนราชการ ครั้งที่ 3 เมื่อปี พ.ศ. 2535 และใช้เวลาอีก 10 ปี จึงมีการปรับบทบาทภารกิจและปรับโครงสร้างเป็นครั้งที่ 4 เมื่อปี พ.ศ. 2545 (ดูภาพที่ 1)



ที่มา : การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544 - 2547

ภาพที่ 1 วิวัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2431 - ปัจจุบัน (2549)

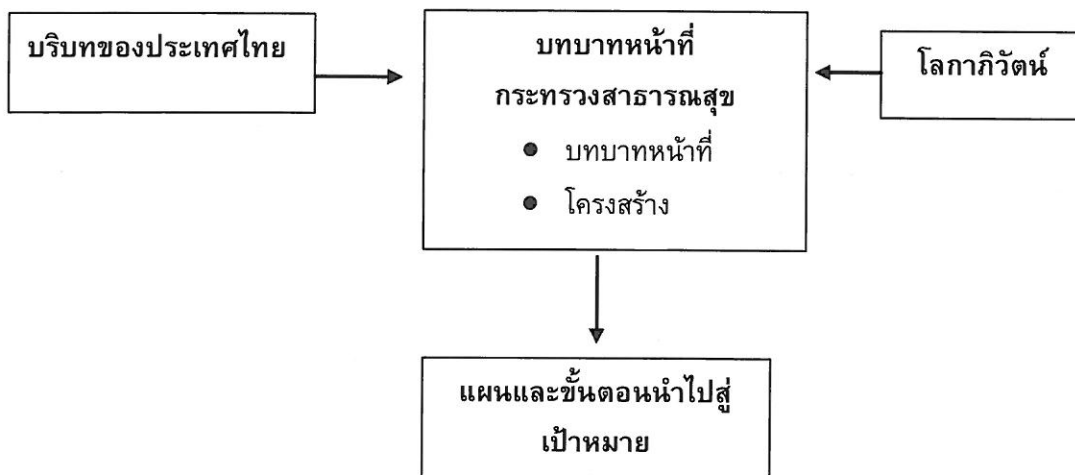
จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่/บทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขครั้งสำคัญๆ มีความถี่มากขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้ สืบเนื่องมาจากบริบทของสังคมและโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นกระแสโลกาภิวัตน์ที่เชื่อมทุกจุดทุกเรื่องในโลกนี้ให้ถึงกันอย่างรวดเร็วและไร้พรมแดน การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมทั้งระดับโลก ระดับประเทศและระดับท้องถิ่น การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองอันเนื่องมาจากรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540 แนวโน้มทิศทางการกระจายอำนาจและการปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ด้านสุขภาพ (Health Transition) ทั้งด้านกระบวนการที่นำไปสู่สุขภาพ ระบบสุขภาพ ประชากรศาสตร์ องค์ความรู้เทคโนโลยี ทรัพยากรโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างสลับซับซ้อนกว่าในอดีตมาก และการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายเป็นไปในอัตราเร่งที่เร็วมากขึ้น

ในท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่ง องค์การก็เหมือนกับสิ่งมีชีวิตทั้งหลายที่จำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงจึงเป็นเรื่องธรรมดาที่เป็นไปตามธรรมชาติ องค์การขนาดใหญ่ก็เหมือนกับสิ่งมีชีวิตขนาดใหญ่ที่ปรับตัวได้ยากกว่าสิ่งมีชีวิตขนาดเล็ก แต่อย่างไรก็ตามก็จำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้ดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ การปรับตัวด้วยความตั้งใจ ด้วยการใช้องค์ความรู้/ปัญญาที่เพียงพอ และมีการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงอย่างดี ด้วยภาวะผู้นำองค์กรที่เหมาะสม ก็จะทำให้การปรับเปลี่ยนไปสู่สภาพใหม่เป็นไปอย่างราบรื่นและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่สังคมโดยรวม

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาบทบาทหน้าที่ ภารกิจ ระบบงาน และโครงสร้างองค์กรอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะได้วางแผนและดำเนินการปรับตัวให้เท่าทันสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ให้สามารถปฏิบัติงานอย่างได้ผลดีเช่นที่เคยทำมาในอดีต

กรอบและวิธีการศึกษา

1. กรอบการศึกษา ปรากฏตามภาพที่ 2 ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2 กรอบที่ใช้ในการสังเคราะห์บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข

2. วิธีการศึกษา ดำเนินการโดย

- 2.1 ทบทวนเอกสาร งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 2.2 สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ จัดทำเอกสารต้นร่าง
- 2.3 ประชุมปรึกษาหารือผู้ทรงคุณวุฒิ
- 2.4 สัมภาษณ์เจาะลึก รับฟังความเห็นผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและผู้ทรงคุณวุฒิ 4-5 ท่าน
- 2.5 ปรับปรุงการสังเคราะห์ นำเสนอผล
- 2.6 นำเสนอรายงานต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

พลการศึกษา

1. บริบทของระบบสุขภาพ

บริบทที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

1.1 โลกาภิวัตน์

โลกาภิวัตน์ คือ ปรากฏการณ์การแพร่กระจายไปทั่วโลก หมายถึงการที่ประชาคมโลก ไม่ว่าจะอยู่ ณ จุดใด สามารถรับรู้ สัมพันธ์ หรือรับผลกระทบจากสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว กว้างขวาง อันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการคมนาคมติดต่อสื่อสารมีผลทำให้

- เกิดกระแสเศรษฐกิจทุนนิยมข้ามชาติ ระบบเงินตรา เงินทุน การผลิต การค้า การบริการ การบริโภค การตลาดข้ามพรมแดนของประเทศต่างๆ ได้โดยเสรีมากขึ้นเรื่อยๆ โลกกลายเป็นตลาดเดียวกันมากขึ้น ลัทธิบริโภคนิยมกลายเป็นวัฒนธรรมข้ามชาติ
- วิถีชีวิตแบบเรียบง่ายเป็นไปตามธรรมชาติ ท้องถิ่นนิยม กลายเป็นวิถีชีวิตแบบทุนนิยม คำนึงถึงผลกำไร ผลประโยชน์สูงสุด ทำให้ช่องว่างระหว่างคนรวย คนจน คนมีโอกาสมาก คนด้อยโอกาส ห่างกันมากขึ้น สังคมมีความขัดแย้งรุนแรง วุ่นวายมากขึ้น เกิดลัทธิก่อการร้ายและลัทธิต่อต้านการก่อการร้ายด้วยการใช้ความรุนแรง มีผลทำให้โลกทั้งโลกเข้าสู่ความรุนแรง ในขณะที่เดียวกันก็มีความพยายามแสวงหาสันติภาพด้วยสันติวิธีควบคู่กันไป
- ทรัพยากรธรรมชาติถูกแย่งชิง สิ่งแวดล้อมถูกทำลาย โลกเสียสมดุลมากขึ้น อันเป็นผลมาจากประเทศที่มีอำนาจและเทคโนโลยีเหนือกว่า กลุ่มคนที่มีโอกาสมากกว่าทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหลายอย่างเข้าสู่ภาวะวิกฤต เช่น ป่าไม้ น้ำมัน แร่ธาตุร่อยหรอ ขยะและมลภาวะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และภาวะโลกร้อน เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันกระแสอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมก็ค่อยๆ ก่อตัวขึ้นเช่นเดียวกัน
- วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของผู้คนในสังคมต่างๆ ทั่วโลกเปลี่ยนไปจากวิถีชีวิตที่เรียบง่าย สัมพันธ์อยู่กับธรรมชาติ ท้องถิ่นนิยม กำลังปรับตัวไปสู่ชีวิตที่ต้องเร่งรีบ แข่งขัน ชิงดีชิงเด่น แสวงหาประโยชน์และกำไรสูงสุด ละเลยและทอดทิ้งกัน กลายเป็นปัจเจกนิยมที่ติดกับการบริโภคนิยม ทุนนิยมที่กำลังกลายเป็นวิถีชีวิตและวัฒนธรรมไร้พรมแดน
- หลังจากมีการล่มสลายของลัทธิสังคมนิยม ทั่วโลกเกิดกระแสประชาธิปไตยนิยม เสรีนิยม มีการเติบโตของกระบวนการสิทธิมนุษยชนมากขึ้น แต่ในประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ยังพัฒนากระบวนการประชาธิปไตยได้ไม่เข้มข้นมากนัก

- ความรู้และเทคโนโลยีมีพัฒนาการมากและรวดเร็ว แต่ส่วนใหญ่ยังคงผูกขาดอยู่กับสังคมประเทศที่ร่ำรวยและครอบครองทรัพยากรมากกว่า แม้ความรู้และเทคโนโลยีต่าง ๆ จะกลายเป็นเรื่องสากล และผู้คนทั่วทั้งโลกเข้าถึงได้ง่ายขึ้น แต่ก็ยังมีส่วนที่ถูกกีดกัน และผูกขาดไว้เพื่อการค้ากำไร และเพื่อการมีอำนาจที่เหนือกว่า ด้วยระบบลิขสิทธิ์และระบบการเมือง ที่ไม่เป็นธรรมทั้งในระดับโลก และระดับประเทศ

- โลกาภิวัตน์มีผลกระทบต่อสุขภาพของพลโลกทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านบวก ได้แก่ การมีความรู้และเทคโนโลยีที่ใช้เพื่อสุขภาพมากขึ้น ประชาชนโดยรวมมีสถานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เป็นต้น แต่ในด้านลบก็มีไม่น้อย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม วิถีชีวิตและโครงสร้างทางสังคม การแพร่ระบาดของโรคข้ามพรมแดนได้กว้างขวาง และรวดเร็ว อาชญากรรมความรุนแรง ภัยพิบัติเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

1.2 เศรษฐกิจ

ในอดีตเศรษฐกิจของประเทศไทยขึ้นอยู่กับภาคเกษตรเป็นหลัก เป็นการเกษตรแบบพึ่งตนเอง ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อการขายและการส่งออก ต่อมาประเทศไทยมีการติดต่อกับต่างประเทศมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ การผลิตในลักษณะอุตสาหกรรม เพื่อทดแทนการนำเข้าและเพื่อการส่งออก และเข้าสู่ยุคของการพัฒนาเศรษฐกิจที่มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่เป็นระบบเศรษฐกิจแบบเสรี ประเทศไทยก็ก้าวเข้าสู่ระยะเวลาแห่งการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ มีการปรับเปลี่ยนมาใช้กลยุทธ์การพัฒนาอุตสาหกรรมเพื่อการส่งออก (Export-led growth) และดำเนินนโยบายปรับโครงสร้างไปสู่ระบบการแข่งขันเสรี (Liberalization) ทำให้เศรษฐกิจไทยถูกผนวกเข้ากับเศรษฐกิจโลก อีกทั้งการเข้าเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก (WTO) และเมื่อประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ประเทศไทยจำเป็นต้องเป็นลูกหนี้ของกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) และธนาคารโลก (World Bank) ธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย (ADB) และเมื่อสภาวะทางเศรษฐกิจกระเตื้องขึ้น รัฐบาลก็ได้มีมาตรการด้านนโยบายที่จะสนับสนุนตามอุดมการณ์ตลาดเสรี เช่น การแปรรูปกิจการของรัฐให้เป็นของเอกชน การยกเลิกระเบียบข้อบังคับและการเปิดเสรีด้านการค้าและการเงิน ที่ทำให้ต้องยกเลิกข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายเงินข้ามพรมแดน ที่ดำเนินควบคู่ไปกับนโยบายด้านการลงทุน เพื่อดึงดูดนักลงทุนต่างชาติให้เข้ามาลงทุนภายในประเทศ ตัวอย่างเช่น การกำหนดเขตการค้าเสรีขึ้นภายในประเทศ โดยยกเว้นภาษีและระเบียบข้อบังคับตามกฎหมายต่าง ๆ ให้แก่นักลงทุนต่างชาติที่เข้ามาลงทุน

ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมที่ทั่วโลกกำลังใช้กันอยู่นี้ มีวิวัฒนาการมาจากแนวคิด Classics คือเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการให้ทุนเสรีโดยให้รัฐแทรกแซงภาคเอกชนน้อยที่สุด จนกระทั่งใน พ.ศ. 2503

เกิดวิกฤติพลังงานขึ้นมาทั่วโลก แนวคิด Classics ได้ปรับเปลี่ยนเป็น Neo - classics ที่เน้นที่ราคา
ที่แท้จริงของตลาด เช่น คนต้องจ่ายค่าน้ำ ค่าไฟที่แท้จริง การอุดหนุนโดยรัฐต้องหยุดไป
ซึ่งประเทศอังกฤษเป็นประเทศแรกที่ใช้นโยบาย Neo - classics อย่างเต็มรูปแบบ

ระบบ Neo - classics เป็นจุดเริ่มต้นของระบบ Neo-Liberalism จากการล่มสลายของ
คอมมิวนิสต์ในรัสเซียเป็นจุดเปลี่ยน ให้ระบบเสรีนิยมเกิดขึ้นในแนวคิดที่ว่า โลกทั้งโลกจากนี้
ไปจะต้องเป็นโลกของกลไกการตลาดซึ่งเป็นหลักสำคัญของระบบเสรีนิยม มีการเกิดขึ้นทามติ
กรุงวอชิงตัน หรือ "Washington Consensus" ที่เชื่อว่าโลกจะดีขึ้นและประชาธิปไตยเสรีนิยมจะ
ปกครองทั่วโลกได้ก็ต่อเมื่อทุกๆชาติในโลกนี้ต้องเปิดเสรีทั้งหมด การเงิน การค้า การเดินทาง
โดยไม่มีกฎเกณฑ์ภายในมาเป็นข้อบังคับ ข้อจำกัดใดๆ และเป็นกรอบหลักของการใช้นโยบายเปิดเสรี
เกิดการเปลี่ยนโครงสร้างทางเศรษฐกิจของแต่ละสังคม คือ การทำให้ราคาเป็นจริง โดยไม่มีการอุดหนุน
กลไกทางเศรษฐกิจทุกรูปแบบ จากระบบทุนเสรีนิยมทำให้ดัชนีตลาดหุ้นในตะวันตกกลายเป็น
เครื่องชี้ว่าเศรษฐกิจของสังคมนี้ดีหรือไม่ดี โดยละเลยการมีชีวิตอย่างมีคุณภาพ การอยู่ร่วมกัน
อย่างสันติสุขและเอื้ออาทร เกิดช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจน ทำให้ระบบทุนนิยมถูก
ท้าทายและเกิดแนวคิดระบบเศรษฐกิจพอเพียงเข้ามาถ่วงดุล

ระบบเศรษฐกิจพอเพียงที่เกิดขึ้นในประเทศไทย เกิดจากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น
ในช่วงปี 2540 ที่ทำให้ประชาชนไทยทุกภาคส่วน ทั้งรัฐและเอกชน ตระหนักถึงความอ่อนแอ
ของพื้นฐานทางเศรษฐกิจของประเทศจากการพึ่งพาทุน เทคโนโลยีและตลาดภายนอกประเทศ
และได้หันมาศึกษาวิเคราะห์พระราชดำรัสในเรื่อง “เศรษฐกิจพอเพียง” อย่างจริงจัง มีการนำ
“ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นแนวทางในการจัดทำกรอบและทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) โดยมีจุดมุ่งหมายให้เกิด "การพัฒนาที่ยั่งยืนและความอยู่ดีมีสุข
ของคนไทย" โดยได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักไว้ คือ การปรับโครงสร้างการพัฒนาประเทศให้เข้าสู่
ดุลยภาพ เปลี่ยนกระบวนการพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาในเชิงปริมาณมาสู่การพัฒนาใน
เชิงคุณภาพ ควบคู่ไปกับการสร้างความเป็นธรรมในสังคม และความสามารถก้าวทันโลกที่จะอำนวย
ประโยชน์ต่อคนส่วนใหญ่ของประเทศ อันจะนำไปสู่การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน

ที่จริงหลักการสำคัญของ “เศรษฐกิจพอเพียง” ไม่ใช่วิธีการที่ตัวระบบเศรษฐกิจ แต่อยู่ที่ “วิถีชีวิต”
วิถีการดำรงชีวิตของคนไทย ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ ซึ่งต้องเปลี่ยนทัศนคติให้คน
ในประเทศให้พึ่งตัวเอง และไม่ตามคนอื่นจนเกินพอดี โดยจุดมุ่งหมายปลายทางของเศรษฐกิจพอเพียง
คือการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development) มีความสมดุลกันอย่างพอดี และอย่างพอเพียง

อย่างไรก็ตาม แนวคิดระบบเศรษฐกิจพอเพียงนี้ ยังมีได้รับการขานรับจากสังคมโดยเฉพาะ
จากการดำเนินนโยบายของภาครัฐมากเท่าใดนัก

1.3 บริบทของสังคมที่กระทบต่อระบบสุขภาพ

สถานการณ์สังคมไทยในภาพรวมสรุปได้ว่า โครงสร้างของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป และมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อันจะส่งผลกระทบต่อแบบแผนการเกิดโรคเรื้อรังและโรคเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้นโดยเฉพาะโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นจาก 2.1 แสนคน ใน พ.ศ.2546 เป็น 4.7 แสนคน ใน พ.ศ.2556 ดังนั้นจึงต้องวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ในการเตรียมความพร้อมแก่หนุ่มสาวให้เป็นคนสูงวัยที่มีคุณภาพ (Active Ageing) และผู้ที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีและต้องเตรียมระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าวด้วย รวมทั้งศึกษาพยากรณ์ภาระงบประมาณที่รัฐต้องใช้จ่ายในการบริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากผู้สูงอายุจะมาใช้บริการจากสถานพยาบาลในระยะเวลาที่ยาวนานและใช้งบประมาณสูงกว่าประชากรวัยอื่นๆ อันจะได้ไม่เป็นการทางงบประมาณของประเทศในระยะยาว ส่วนประชากรวัยทำงานที่มีมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่ออัตราการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ อุบัติเหตุ สุขภาพจิตและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและการประกอบอาชีพมากขึ้น

การอพยพย้ายถิ่นของแรงงานจากชนบทสู่เมืองมากขึ้นก่อให้เกิดปัญหาเมืองใหญ่ (Mega City) ซึ่งนำมาสู่ปัญหาสุขภาพตามมาเช่น สุขภาพจิต โรคกระเพาะอาหาร ท้องร่วง ฯลฯ ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนพัฒนาการจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั่วถึงประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ การอพยพแรงงานข้ามชาติที่ลี้ภัยไหลเข้ามาในไทย เช่น พม่า ลาว กัมพูชา ฯลฯ ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคระบาดต่างๆ เช่น มาลาเรีย โรคเท้าช้าง ฯลฯ รวมทั้งโรคที่ไทยเคยควบคุมได้แล้วก็อาจมีการแพร่ระบาดใหม่หรือเกิดโรคขึ้นใหม่ เช่น ไข้หวัดนก เป็นต้น

ในด้านการศึกษาพบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการรู้หนังสือเพิ่มขึ้น ทำให้แรงงานไทย พ.ศ. 2546 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาลดลงเหลือร้อยละ 63.8 และคาดว่าใน พ.ศ. 2563 จะมีระดับการศึกษาเหลือเพียงร้อยละ 39.9 ขณะที่ระดับอุดมศึกษาจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.9 เป็นร้อยละ 22.5 ในช่วงเวลาเดียวกันและถึงแม้ว่าคนไทยจะมีการศึกษาที่สูงขึ้น แต่ก็ยังมีการเรียนรู้ในระดับคิดเป็นทำเป็นค่อนข้างต่ำเพียงร้อยละ 58.7 ใน พ.ศ. 2546 และปัญหาการจัดการศึกษาของไทยที่เน้นการสอนแบบท่องจำมากกว่าการฝึกคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหา ส่งผลให้คนไทยขาดความสามารถในการวิเคราะห์ อันเป็นทักษะพื้นฐานของการสร้างทักษะชีวิต ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่สามารถแก้ปัญหาและสถานการณ์ที่นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ดังนั้นจึงควรจะเน้นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชนเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีทั้งกายและใจต่อไป

สำหรับในด้านความมั่นคงทางสังคม พบว่า โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้การดูแลเอาใจใส่และความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง นำไปสู่ ปัญหาการหย่าร้าง ความรุนแรงในครอบครัว เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ส่วนการคุ้มครองทางสังคม ที่รัฐจัดให้ พบว่า รัฐมีระบบคุ้มครองทางสังคมได้ดี โดยเฉพาะการประกันสุขภาพ ตามนโยบาย การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ทางด้าน การประกันสังคมพบว่า ยังไม่สามารถครอบคลุม แรงงานนอกระบบอีกร้อยละ 70 ที่เป็นกลุ่มแรงงานภาคเกษตร หาบเร่ แผงลอย และในด้าน พฤติกรรมการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ของคนไทย พบว่า คนไทยมีค่านิยมเลียนแบบการบริโภค ตามต่างชาติ ไม่เห็นคุณค่าความเป็นไทย ทำงานและใช้ชีวิตอย่างฉาบฉวย ขณะเดียวกันเกิดโรค สมัยใหม่ คือ เสพติดอาหาร เครื่องดื่ม สารและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ไม่เป็นคุณต่อสุขภาพ กายและสติปัญญา นอกจากนี้ยังมีค่านิยมทางเพศที่ไม่เหมาะสม มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่ง การแลกเปลี่ยนคู่นอน ก่อให้เกิดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และยังมีบริโภคสินค้า เกินกำลังฐานะทางเศรษฐกิจของตนเอง นิยมสินค้าที่รูปแบบมากกว่าการใช้ประโยชน์และบริโภค ในสิ่งที่ไม่จำเป็นซึ่งบางอย่างเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

ในด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ภาวะมลพิษทั้งอากาศ น้ำ เสียง และขยะมูลฝอยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือด อักเสบเรื้อรัง โรคมะเร็ง ฯลฯ

ในด้านความสัมพันธ์เชิงสังคม พบว่ามีแนวโน้มการเป็นสังคมปัจเจกนิยมมากขึ้น การเป็น สังคมรวมหมู่มีสายสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันลดลง ปัญหาอาชญากรรม ความรุนแรง ต่างคนต่างอยู่ ตัวใครตัวมันมากขึ้น ความเอื้ออาทรช่วยเหลือเกื้อกูลกันลดลง

1.4 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญฉบับแรกเมื่อ พ.ศ. 2475 นับถึงปัจจุบันมีรัฐธรรมนูญมาแล้ว 16 ฉบับ ฉบับล่าสุดเป็นฉบับปีพ.ศ. 2540 ซึ่งได้ชื่อว่ามี ความทันสมัยและประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุด เท่าที่เคยมีมา รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้กำหนดสิทธิหน้าที่ของคนไทยไว้อย่างกว้างขวาง มุ่งเน้นให้ เกิดการพัฒนาประชาธิปไตยแบบตัวแทนควบคู่ไปกับประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม มีการกำหนด ให้มีองค์กรอิสระเกิดขึ้นหลายองค์กร เพื่อให้สามารถถ่วงดุลการใช้อำนาจทางการเมืองของ ฝ่ายบริหารใหม่ ในขณะเดียวกันก็กำหนดให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นคงมากพอที่จะดำเนินงาน ตามนโยบายที่ได้ประกาศไว้ให้มากขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา

ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับนี้ ได้กำหนดให้ฝ่ายบริหารสามารถปรับระบบราชการได้ง่าย และคล่องตัวมากกว่าในอดีตอย่างชัดเจน โดยกำหนดให้สามารถตราเป็นพระราชกฤษฎีกา เพื่อปรับระบบราชการได้ในขอบเขตหนึ่งโดยไม่ต้องตราเป็นพระราชบัญญัติซึ่งต้องใช้เวลา นาน และมีความยุ่งยากมากกว่า

ที่นับว่ามีความก้าวหน้าชัดเจน คือมีการกำหนดให้มีการกระจายอำนาจจากรัฐบาลไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการที่เกี่ยวกับท้องถิ่นได้เอง (มาตรา 78) และให้อิสระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหาร การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลังได้เอง (มาตรา 284) ซึ่งต่อมามีการตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 เพื่อดำเนินการให้เป็นรูปธรรมตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ

แต่การดำเนินงานเพื่อการกระจายอำนาจตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว และตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญยังปรากฏผลอย่างเป็นรูปธรรมไม่มากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา

1.5 การปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจ

1.5.1 การปฏิรูประบบราชการ

ระบบราชการไทยมีการวางโครงสร้างที่เป็นระบบ มีระเบียบแบบแผนปฏิบัติชัดเจนมาเป็นระยะเวลายาวนาน แต่ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษนี้ ทำให้ระบบราชการไทยขาดความยืดหยุ่นในการปรับตัวเข้ากับบริบทที่เปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นต้องปฏิรูประบบราชการไทยอย่างจริงจัง ตั้งแต่พรรคไทยรักไทยได้เป็นพรรคจัดตั้งรัฐบาล ก็มีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบราชการไทยให้เข้มแข็งและมีความสามารถในการปรับตัว โดยออกพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลัก เกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 เป็นกรอบในเชิงกฎหมาย และได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2546 - 2550) เป็นทิศทางในการดำเนินงาน ซึ่งในแผนนี้ได้ตั้งเป้าประสงค์ไว้ 4 ประการ คือ

- (1) พัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนที่ดีขึ้น (Better Service Quality)
- (2) ปรับบทบาท ภารกิจ และขนาดให้มีความเหมาะสม (Rightsizing)
- (3) ยกระดับขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานให้อยู่ในระดับสูงและเทียบเท่าเกณฑ์สากล (High Performance)
- (4) ตอบสนองต่อการบริหารปกครองในระบอบประชาธิปไตย (Democratic Government) ภายใต้เป้าหมายหลักดังกล่าว ได้กำหนดยุทธศาสตร์ขึ้น 7 ประการ คือ

1) การปรับเปลี่ยนกระบวนการและวิธีทำงาน

- เน้นการทำงานตามยุทธศาสตร์ มุ่งผลสัมฤทธิ์และประสิทธิภาพของงาน
- จัดระบบควบคุมภายในให้ได้มาตรฐาน
- จัดระบบข้อตกลงผลงานประจำปีกับหัวหน้าส่วนราชการ

2) การปรับปรุงโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดิน

- จัดโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินในเชิงบูรณาการเกิดกลุ่มภารกิจขึ้นในโครงสร้างของ กระทรวงฯ
- ปรับเปลี่ยนหน่วยงานในส่วนกลางให้มีขนาดที่เล็กลงและมุ่งเน้นเฉพาะภารกิจงานวิเคราะห์ในเชิงยุทธศาสตร์การวางนโยบายและมาตรฐานการปฏิบัติงาน การติดตามประเมินผล การวิจัยและพัฒนาการสนับสนุนในเชิงวิชาการ โดยโอนถ่ายภารกิจงานในเชิงปฏิบัติการไปยังหน่วยงานในระดับภูมิภาคและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ใช้กฎหมายมารองรับรูปแบบจัดการองค์กรภาครัฐแนวใหม่ ที่เน้นความคล่องตัวในการทำงาน วัดผลสัมฤทธิ์ของงานเป็นหลักแทนการควบคุมกระบวนการทำงานเหมือนในอดีตที่ผ่านมา (ตัวอย่างเช่น การใช้พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 เพื่อจัดตั้งและยุบหน่วยงานใหม่ที่ต้องการความคล่องตัว โดยออกเป็นพระราชกฤษฎีกาแทนในอดีตที่ต้องออกเป็นพระราชบัญญัติซึ่งมีความยุ่งยากกว่ามาก มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารงานของหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ พ.ศ. 2548 (Special Delivery Unit- SDU) ซึ่งช่วยให้การจัดตั้งหน่วยงานใหม่สะดวกโดยใช้เพียงมติอนุมติจากคณะรัฐมนตรี หน่วยบริการเองก็มีความคล่องตัวในการทำงานไม่ถูกตีกรอบด้วยระเบียบราชการ)
- ทบทวนปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนากการบริหารราชการส่วนภูมิภาค เพื่อให้จังหวัดเป็น องค์กรที่มีสมรรถนะสูง แก้ไขปัญหาและพัฒนาในระดับพื้นที่อย่างมีบูรณาการ

3) การรื้อปรับระบบการเงินและการงบประมาณ

- จัดสรรงบประมาณอย่างเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ของรัฐบาล
- ส่วนราชการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินรายไตรมาส จัดทำงบดุลและรายงานการเงินอย่างถูกต้องและทันการณ์ ปรับปรุงระบบบัญชีให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล

- สร้างระบบการเบิกจ่ายและโอนเงินผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการเบิกจ่ายนอกจากนี้ยังทำให้รัฐบาลควบคุมและตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินได้สะดวก
- 4) การสร้างระบบบริหารงานบุคคลและค่าตอบแทนใหม่
- ลดจำนวนเจ้าหน้าที่ของรัฐเพื่อลดภาระรายจ่ายหมวดเงินเดือนลง โดยควบคุมการเพิ่มจำนวนของข้าราชการและลูกจ้าง ส่งเสริมให้มีการเกษียณก่อนกำหนด แต่ในขณะเดียวกันก็เพิ่มเงินเดือนและค่าตอบแทนให้ใกล้เคียงเอกชนมากขึ้น และวัดผลงานของหัวหน้าส่วนราชการโดยการจัดทำข้อตกลง (performance agreement)
 - เกิดการจ้างงานในลักษณะพนักงานราชการ (สัญญาจ้าง 4 ปี ไม่มีระบบบำนาญ แต่เงินเดือนสูงกว่าข้าราชการในระดับเดียวกัน) มาแทนที่การจ้างข้าราชการและลูกจ้างประจำ ซึ่งยุบย้ายงานยากกว่าและมีภาระทางการเงินกับรัฐบาลในระยะยาว
- 5) การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ วัฒนธรรม ค่านิยม
- เสริมสร้างการพัฒนาองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
 - ให้แต่ละส่วนราชการประกาศมาตรฐานทางคุณธรรมและจริยธรรม
- 6) การเสริมสร้างระบบราชการให้ทันสมัย
- สนับสนุนให้ส่วนราชการพัฒนาตนเองเข้าสู่การเป็น E-office เพื่อประสิทธิผลในการให้บริการประชาชน
- 7) การเปิดระบบราชการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม
- ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาภาคประชาชน โดยเฉพาะในระดับปฏิบัติการ(กรม/จังหวัด/อำเภอ) เพื่อให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการบริหารงาน การให้บริการ

1.5.2 การกระจายอำนาจ

การบริหารราชการแผ่นดินของประเทศไทย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น โดยอำนาจรัฐรวมศูนย์อยู่ที่ราชการส่วนกลาง มี “กรม” ซึ่งมีสถานะเป็นนิติบุคคลเป็นตัวแทนของอำนาจรัฐส่วนกลางที่ขยายขอบเขตอำนาจของตนไปสู่ภูมิภาค และเป็นฐานหลักของกระบวน การจัดสรรงบประมาณประจำปี ในขณะที่ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่นมีพัฒนาไปอย่างช้าๆ เมื่อเทียบกับพัฒนาการทางสังคมผลก็คือปัญหาในท้องถิ่นไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ

เมื่อสังคมพัฒนาขึ้นถึงระดับหนึ่ง จึงเริ่มมีกระแสเคลื่อนไหวให้กระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมากขึ้น จุดเปลี่ยนที่สำคัญ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ซึ่งระบุให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เองและได้มีการออก “พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542” เป็นกรอบในการดำเนินงานด้านกระจายอำนาจ

ในด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เริ่มขึ้นหลังจากที่มีการตรา “พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542” และต่อเนื่องจากเกิด “แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543” โดยในแผนดังกล่าวมีการกำหนดให้ถ่ายโอนงานด้านการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อให้ท้องถิ่น โดยอาจใช้รูปแบบคณะกรรมการเฉพาะด้าน(สาธารณสุข)ในระดับจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการจัดบริการสาธารณสุขเรื่องนั้นๆในจังหวัด

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดตั้ง “สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพทส.)” ขึ้นในเดือนพฤศจิกายน 2543 เพื่อเตรียมความพร้อมในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ในช่วงดังกล่าวมีการประชุมภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่นและเครือข่ายประชาสังคม เพื่อระดมความคิดหลายครั้ง จนเกิดการสังเคราะห์รูปแบบของ “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)” ขึ้นมาเป็นกลไกหลักในการรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้ท้องถิ่น ในช่วงแรก วิธีการถ่ายโอนที่เสนอมี 3 ทางเลือกใหญ่ คือ

- (1) ถ่ายโอนไปแบบแยกส่วน คือ สอ. ไปอยู่ อบต. รพช. ไปอยู่ เทศบาล รพท. ไปอยู่ อบจ.
- (2) ถ่ายโอนไปทั้งกลุ่มบริการ คือ ให้ สอ. รพช. รพท. ไปอยู่กับ กสพ. โดย กสพ. มีองค์ประกอบคณะกรรมการส่วนใหญ่มาจากท้องถิ่น
- (3) สถานบริการทั้งหมดอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดิม แต่ให้ กสพ. ดำเนินบทบาทของผู้ซื้อบริการ (purchaser) ส่วนกระทรวงสาธารณสุขก็เป็นเพียงผู้จัดบริการ (provider) เท่านั้น

ในช่วงต้นปี พ.ศ.2544 มีการสรุปว่ารูปแบบที่น่าจะเหมาะสมที่สุด น่าจะเป็นการถ่ายโอนไปทั้งกลุ่มบริการให้ กสพ. แล้วเมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีความพร้อมตามเงื่อนไขที่จะกำหนดขึ้นแล้ว จึงจะค่อยทยอยรับมอบการดูแลสถานบริการเป็นแห่งๆ จาก กสพ. ต่อไป ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีหนังสือเวียนไปตามจังหวัดต่างๆ ให้ดำเนินการแต่งตั้ง กสพ. เพื่อเรียนรู้วิธีการทำงานร่วมกัน

ในช่วงเวลาเดียวกัน เกิดการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลจากพรรคประชาธิปัตย์ เป็นพรรคไทยรักไทย ซึ่งพรรคไทยรักไทยได้นำนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค มาเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข และมีการเร่งรัดการดำเนินงานและขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว ซึ่งนโยบาย 30 บาทจะสำเร็จได้ต้องให้ส่วนกลางมีอำนาจในการสั่งการส่วนภูมิภาค และสถานบริการทุกระดับอย่างเต็มที่ ประกอบกับการที่ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขส่วนหนึ่งมีทัศนคติในแง่ลบต่อการกระจายอำนาจ จึงทำให้การดำเนินงานเรื่องกระจายอำนาจด้านสุขภาพสะดุดลง

กสพ. ที่ตั้งขึ้นในหลายจังหวัดในช่วงต้นปี 2544 (เช่นที่ เชียงใหม่ แพร่) มีสถานะเป็น functional board มีอำนาจในการดูแลโครงการ 30 บาท แต่เมื่อนโยบายส่วนกลางเปลี่ยน และขณะเดียวกัน ก็เกิดปัญหาขึ้นที่กสพ. เชียงใหม่ โดยนายก อบจ. เชียงใหม่ ซึ่งเป็นประธาน กสพ. โดยตำแหน่ง มีการใช้อำนาจที่ดูเกินพอดีกับทีมงานสาธารณสุข กระทรวงจึงได้มีคำสั่งให้เปลี่ยนบทบาทของ กสพ. จาก functional board เป็น advisory board คือไม่มีอำนาจบริหาร เป็นเพียงที่ปรึกษาเท่านั้น

สพกส. ได้พยายามกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานต่อเนื่องด้านกระจายอำนาจ ตั้งแต่ปลายปี 2544 โดยได้มีการคัดเลือกจังหวัดนำร่อง 10 จังหวัด คือ เชียงใหม่ แพร่ พะเยา นครราชสีมา มหาสารคาม ออยุธยา ชลบุรี สงขลา ภูเก็ต และปัตตานี และจัดโครงการพัฒนาศักยภาพ (capacity building) ให้แก่ กสพ. ทั้ง 10 จังหวัดโดยใช้วิทยากรกระบวนการเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ซึ่งทำให้ในบางจังหวัดที่ นพ. สสจ. สนใจเรื่องกระจายอำนาจเป็นพิเศษ เช่น ภูเก็ต นครราชสีมา กสพ. มีบทบาทที่เป็นประโยชน์ต่องานสาธารณสุข เช่น อบจ. จัดสรรเงินสนับสนุนเพิ่มเติม กสพ. ไปเยี่ยมเยียนสถานบริการ แต่บทบาทเหล่านั้นก็ค่อย ๆ ลดน้อยลงตามลำดับ

ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2545 ถึงแม้คณะกรรมการกระจายอำนาจจะมีการออกแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2545 ซึ่งในแผนนั้นมีการระบุถึงขั้นตอนและช่วงเวลาที่ถ่ายโอนงานสาธารณสุขแต่ละอย่าง อย่างชัดเจน และกระทรวงสาธารณสุขก็มีการแต่งตั้งกสพ. รวม 56 จังหวัด แต่บทบาทของกสพ. ก็ไม่เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจ เนื่องจากการมีสถานะเป็นเพียง advisory board ทำให้สสจ. จะเรียกประชุม กสพ. หรือ ไม่ก็ได้ และจะปฏิบัติตามคำแนะนำของ กสพ. หรือไม่ก็ได้ และรัฐบาลก็ไม่ได้มีท่าทีว่าจะเร่งรัดให้ไปทำตามแผนกระจายอำนาจแต่อย่างใด ทำให้การดำเนินงานด้านกระจายอำนาจหยุดไปเกือบสิ้นเชิง ตั้งแต่ช่วงกลางปี พ.ศ. 2545

ผลการดำเนินงานกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นรายงานทางการ เป็นเรื่องการโอนเงินและความรับผิดชอบงานบางกิจกรรมไปให้อบต.ดูแล แต่มิได้มีการบวนการพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มิได้มีการถ่ายโอนสถานพยาบาลหรือกำลังคนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด งานเหล่านี้ได้แก่สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานของแต่ละหมู่บ้าน การแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารด้วยการให้นม และโครงการก่อสร้างประปาหมู่บ้านขนาดเล็ก เป็นต้น

อย่างไรก็ตามมุมมองของรัฐบาลยังให้ความสำคัญในเรื่องการกระจายอำนาจอยู่ แต่เป็นการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปให้ส่วนภูมิภาค ซึ่งทำให้รัฐบาลสามารถควบคุมทิศทางของการพัฒนาจังหวัดให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของรัฐบาลมากกว่าการกระจายอำนาจไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง รูปแบบที่เกิดขึ้น คือ การถ่ายโอนอำนาจของส่วนกลางไปให้ผู้ว่าราชการจังหวัดมากขึ้น เพื่อให้ผู้ว่าฯ เป็น CEO ของจังหวัด ที่สามารถจะบูรณาการงานของทุกส่วนราชการภายในจังหวัดให้ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของจังหวัดให้ได้ แต่การดำเนินงานของผู้ว่า CEO ก็ยังไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เนื่องจาก “กรม” ในส่วนกลางยังเป็นหน่วยตั้งค้ำของงบประมาณประจำปีและยังยึดติดกับการทำงานแบบรวมศูนย์อย่างเดิม ผู้ว่าราชการจังหวัดจึงยังไม่ใช่ CEO ตามที่รัฐบาลคาดหวังไว้

ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2548 - 2549 รัฐบาลมีแนวคิดที่จะปรับปรุงพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน โดยยกเลิกความเป็นนิติบุคคลของ “กรม” และให้บริหารงานโดยยึดยุทธศาสตร์ของรัฐบาลเป็นหลัก ไม่ยึดติดกับความเป็นกระทรวง ทบวง กรม เหมือนที่ผ่านมา กระทรวงจะเป็นผู้ตั้งค้ำของงบประมาณ กำหนดนโยบายและแผนงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของรัฐบาล กำหนดหลักเกณฑ์ มาตรฐานทั่วไป ให้ภูมิภาคและท้องถิ่นยึดไปเป็นแนวเพื่อปฏิบัติ แล้วถ่ายโอนแผนงานและงบประมาณไปให้จังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัดมีอำนาจที่จะบูรณาการแผนงาน กำลังคน และงบประมาณ ให้ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์จังหวัดซึ่งผู้ว่าฯ ได้ไปทำข้อตกลงไว้กับรัฐบาล โดยยุทธศาสตร์จังหวัดและข้อตกลงที่ทำขึ้นจะต้องสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน ซึ่งการปรับปรุงกฎหมายนี้กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการในชั้นของรัฐบาล ส่วนการถ่ายโอนอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความคืบหน้าไปบ้าง โดยเริ่มมีการกำหนดกติกาที่ชัดเจนในการถ่ายโอนการบริหารงานโรงเรียนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแล โดยมีการประเมินความพร้อมและยึดหลักความยินยอมพร้อมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง แต่ในขณะเดียวกันก็มีการเคลื่อนไหวคัดค้านการถ่ายโอนฯ ของข้าราชการครูส่วนหนึ่งด้วย

1.6 สถานการณ์สุขภาพ

1.6.1 แนวโน้มปัญหาสุขภาพ

- กลุ่มโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือโรคมะเร็ง เป็นต้น มีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นกว่าในอดีตมาก อีกทั้งโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ เช่นโรคพิษจากการกำจัดศัตรูพืช โรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม การเจ็บป่วยจากโรคปอดจากฝุ่นหิน โรคปอดจากฝุ่นฝ้าย โรคพิษตะกั่ว ความเสี่ยงจากสารละลายอินทรีย์ และโรคประสาทหูเสื่อม ส่วนโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ทั้งจำนวนอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตยังเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การดำรงชีวิต เช่นโรคเอดส์ที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โรคถุงลมโป่งพอง โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคมะเร็งปอด

ที่เกิดจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่ หรือโรคตับแข็ง และอุบัติเหตุที่เกิดจากการดื่มสุรา และแนวโน้มปัญหาการบริโภคอาหารและยามีแนวโน้มจะสูงขึ้น ซึ่งเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารพิษ ส่วนการบริโภคยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นหรือรู้เท่า ไม่ถึงการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

- ปัญหาสุขภาพที่เคยลดลงและกำลังจะเป็นปัญหาขึ้นอีก เช่นปัญหาวัณโรคที่เคยสงบกลับจะกลายเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขอีกครั้ง เนื่องจากผลกระทบของโรคเอดส์ทำให้อัตราการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์เพิ่มมากขึ้น ส่วนโรคเท้าช้าง ถึงแม้ว่าในอดีตที่ผ่านมาสามารถควบคุมโรคเท้าช้างโดยลดอัตราการชุกของโรคลดลง แต่ปัจจุบันปัญหาแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะแรงงานพม่าซึ่งมาจากพื้นที่ที่ยังคงมีปัญหายูเอชเอเนื่องจากสภาพแวดล้อมบางแห่งยังเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะ และปัญหาการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ ทำให้อุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคเลปโตสไปโรซิสมีแนวโน้มสูงขึ้น

- ปัญหาโรคอุบัติใหม่ เช่นโรคซาร์ส (SARS) ที่เป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง โรคมือเท้าปาก (Hand Foot Mouth Disease) โรคไข้หวัดนก (Avian influenza)

- สุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคจิต และโรคประสาท มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อัตราการเข้าพักรักษาตัวด้วยโรคที่เกิดจากความแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมสูงขึ้นกว่าในอดีต

- ผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มอาการสมองเสื่อม ส่วนสาเหตุการตายในผู้สูงอายุคือ โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน ตับ ไต อัมพาต ปอดอักเสบ และอุบัติเหตุจากการขนส่ง โดยพบว่าผู้สูงอายุตายเพราะโรคมะเร็งและโรคไตเพิ่มมากขึ้น

- ผู้พิการ การคาดประเมินการผู้พิการจะมีความชุกร้อยละ 8.1 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าอัตราเพิ่มของคนพิการจะมีมากกว่าอัตราเพิ่มของประชากร และจากการสำรวจความพิการและทุพพลภาพ พ.ศ. 2545 พบว่าส่วนใหญ่มีความพิการทางสายตาทั้ง 2 ข้าง หูตึง อัมพฤกษ์ แขนขาลีบ/เหยียบงอไม่ได้ และสายตาเลือนรางข้างเดียว และจากการสำรวจความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้พิการพบว่า ผู้พิการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจเลือดมีสัดส่วนมากที่สุด

1.6.2 เทคโนโลยีและภูมิปัญญาท้องถิ่น

การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขได้มีการนำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการรักษาพยาบาลมากขึ้นอย่างเสรี อีกทั้งเทคโนโลยีชีวภาพและอิเล็กทรอนิกส์ มีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเนื่องจากเทคโนโลยีใหม่ๆ มักมีราคาแพง เนื่องจากมีการจดสิทธิบัตรและมีความลับซับซ้อนในการใช้ตลอดจนต้องระวังป้องกันอันตรายที่ยังไม่รู้ จึงมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้ที่มีรายได้น้อยทั้งใน

เมืองและชนบทอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเหล่านี้ ประกอบกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาและรวบรวมองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างเป็นระบบมากขึ้น มีการพัฒนาต้นแบบศูนย์การแพทย์แผนไทยและให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการของรัฐ ทำให้ผู้รับบริการได้มีทางเลือกในการเลือกรับบริการตามสถานภาพของตนเองได้มากขึ้น

1.6.3 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนปี พ.ศ.2544 สามารถจำแนกออกได้เป็น 5 กลุ่มระบบ คือ 1) ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) 2) ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว 3) ระบบประกันแบบบังคับ ได้แก่ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม กองทุนทดแทนแรงงาน และการคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 4) ระบบประกันแบบสมัครใจ ได้แก่โครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และการประกันสุขภาพกับเอกชน และ 5) ระบบอื่นๆ เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทยมีพัฒนาการมาตลอดในช่วง 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมาสามารถครอบคลุมประชากรได้ประมาณร้อยละ 80 แต่พัฒนาการเป็นไปอย่างกระจัดกระจาย มีความแตกต่างเหลื่อมล้ำ และซ้ำซ้อน มีปัญหาทั้งในแง่ของสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงและคุณภาพบริการสาธารณสุข และมีปัญหาด้านการเงินการคลังไม่สอดคล้องกับสิทธิที่เสมอกันของประชาชนทุกหมู่เหล่าตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ต่อมาเมื่อมีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รองรับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคของรัฐบาลพรรคไทยรักไทย จึงส่งผลให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 94 % และคาดว่าจะครอบคลุมได้ครบถ้วนในที่สุด

การตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการการเงินการคลังเพื่อจัดบริการสุขภาพครั้งใหญ่ จากที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับงบประมาณมาจัดบริการสุขภาพเองโดยตรง เป็นระบบที่มีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกดูแลและจัดสรรงบประมาณต่อหัวประชากรให้กระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการสุขภาพนอกกระทรวงเป็นผู้จัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน

1.6.4 ปัญหาระบบบริการสาธารณสุข

• การบริการของสถานบริการของรัฐและเอกชน ช่องว่างของการพัฒนาสุขภาพในประเทศไทย เริ่มขยายห่างออกจกกันมากขึ้นหลังจากธุรกิจสุขภาพได้เข้ามามีรายได้ปานกลางถึงสูง และธุรกิจสุขภาพได้เริ่มแผ่ขยายไปสู่ต่างประเทศ หลังจากการให้บริการด้านสุขภาพกับชาวต่างชาติในประเทศไทยได้ผลตอบแทนสูง อีกทั้งรัฐบาลไทยได้ให้การสนับสนุนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อ “ธุรกิจสุขภาพ” คือนโยบายของรัฐบาลที่จะทำให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของสุขภาพในภูมิภาค (regional medical hub) แต่เมื่อมองในมุมกลับ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทยหรือ 30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรคที่เป็นอีกนโยบายสำคัญของรัฐบาลกลับได้รับความผลกระทบที่รุนแรง เนื่องจากการไหลออก (brain drain) ของบุคลากรด้านสาธารณสุขจากชนบทเข้าสู่เมือง ทำให้เกิดการขาดแคลนกำลังคนที่จะรองรับระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขที่เหลือน้อยต้องแบกรับภาระงานที่มากขึ้น โดยเฉพาะในเขตชนบทห่างไกล

• คุณภาพ การดำเนินการด้านคุณภาพเริ่มมีแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้น เพราะถูกบรรจุอยู่ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 48 ซึ่งครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับคุณภาพ และในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา การสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สถานบริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการต่างๆ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีการพัฒนาคุณภาพ ตามระบบการจัดการคุณภาพที่ได้มาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (พรพ.) มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก แต่อย่างไรก็ตามสัดส่วนของโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพมีเพียง 1 ใน 10 ของโรงพยาบาลทั้งหมดของประเทศ

• กำลังคน ภาระงานที่เพิ่มขึ้น และปัญหาการขาดแคลนและการกระจายของบุคลากรเป็นปัญหาบุคลากรที่เรื้อรังเป็นเวลานาน กลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แพทย์ลาออกจากระบบราชการ ซึ่งนอกเหนือจากนี้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ในระบบที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ลาออกจากระบบราชการอีก เช่น

- การยกเลิกการบรรจุแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขที่จบใหม่มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เพื่อตอบสนองนโยบายลดกำลังคนของภาครัฐ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขจำนวนหนึ่งไปทำงานในภาคเอกชน
- แนวทางที่ใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้การจัดสรรงบประมาณแบบต่อหัวประชากร และการกลัวปัญหาการฟ้องร้องตามมาตรา 41 และ 42 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- แรงดึงดูดของธุรกิจการแพทย์ภาคเอกชน ซึ่งกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว ตามนโยบายของรัฐบาล โดยมีค่าตอบแทนที่จูงใจมากกว่าและมีภาระงานน้อยกว่า

- การกระจายแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขจะกระจายตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสถานบริการตามการแบ่งเขตของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งผู้รับผิดชอบในพื้นที่ยังสามารถปรับได้ตามความเป็นจริงและความสะดวกในการเข้ารับบริการของประชาชน แต่ในขณะนี้ การกระจายสอดคล้องกับความต้องการที่เป็นจริง แต่ทรัพยากรไม่สอดคล้องกับภาระงาน
- การควบคุมกำกับกระจายสถานบริการในแต่ละยุคจะแตกต่างกัน การกระจายตามประชากรเกิดขึ้นในช่วงของการปฏิรูปก่อนเกิดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้ระยะหนึ่ง แต่ในปัจจุบันการกระจายกลับไปเป็นการกระจายตามสถานบริการอีก ซึ่งอาจไม่ได้คิดบนฐาน ประชากรหรือความต้องการทางสุขภาพแต่อย่างไร
- โครงสร้างพื้นฐานของประเทศไทยยังไม่เสมอภาค ทำให้แพทย์ในชนบทต้องการไหลเข้าสู่ศูนย์กลางความเจริญ ส่วนความพยายามที่จะให้แรงจูงใจแก่แพทย์เหล่านี้ขึ้นอยู่กับการเมืองและความเป็นผู้นำในแต่ละช่วงว่ามีมากน้อยเพียงใด

• ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ เป็นที่ทราบกันดีว่าในปัจจุบัน จำนวนการฟ้องร้องแพทย์หรือสถานบริการมีจำนวนสูงเพิ่มมากขึ้น เพราะความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การฟ้องร้องนั้นเป็นเพราะระบบการให้บริการทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และวิธีการรักษา ความชำนาญเฉพาะด้านของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงนำไปสู่การคาดหวังในผลการรักษาสูงตามด้วย ประกอบกับประชาชนมีความตื่นตัวในเรื่องสิทธิของผู้ป่วย และจากความสัมพันธ์ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต ซึ่งแพทย์เคยเป็นบุคคลที่ได้รับการยกย่อง เคารพ นับถือ มีจริยธรรมและคุณธรรมสูง มีได้มุ่งแสวงกำไร ก็กลายเป็นเชิงพาณิชย์ มากขึ้น

ในขณะเดียวกัน ปัญหาความต้องการที่จะเข้ารับการรักษาก็เพิ่มมากขึ้น แต่ข้อจำกัดของระบบบริการก็มีปัญหาต่อเนื่องอย่างยาวนาน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องกำลังคนงบประมาณ การบริหารจัดการ การสร้างเสริมสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ และแรงจูงใจต่างๆ ที่จะพัฒนาระบบบริการให้ดีขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้จากการศึกษาระงานหลังจากที่มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะพบว่าภาระงานของแพทย์จะเพิ่มมากขึ้นในทุกประเภทของหลักประกันสุขภาพ ปัญหาการขาดการสื่อสาร การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ สาเหตุหนึ่งของการฟ้องร้องระหว่างแพทย์และผู้ป่วย คือ จำนวนเวลาเฉลี่ยที่แพทย์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายของประเทศไทยมีน้อยมาก (3 นาที) เมื่อเทียบกับประเทศอังกฤษ 15 นาที และประเทศสหรัฐอเมริกา 20 นาที

2. พัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุข

2.1 สรุปพัฒนาการจากอดีตถึงปัจจุบัน

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในระบบสุขภาพแห่งชาติมาโดยตลอด จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2485 มีหน่วยงานภายใน คือ

1. สำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี
2. สำนักงานปลัดกระทรวง
3. กรมการแพทย์
4. กรมประชาสงเคราะห์
5. กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
6. กรมสาธารณสุข

กระทรวงได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาหลายครั้ง โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งการเพิ่มหน่วยงานตามภารกิจที่เพิ่มขึ้น และการโอนหน่วยงานในสังกัด ไปกระทรวงอื่นตามการปรับโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดิน โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ พอสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญๆ ในกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.	แรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง	การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
ก่อนปี 2485	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดการระบาดของโรคติดต่อร้ายแรงหลายครั้ง - การแพทย์ตะวันตกเริ่มเข้ามามีอิทธิพลมากขึ้นตามลำดับ 	<ul style="list-style-type: none"> - ภาครัฐมีบทบาทหลักในงานด้านสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อแก้ไขปัญหาโรคระบาด - งานด้านรักษาพยาบาลของภาครัฐ เริ่มพัฒนา แต่บทบาทเด่นอยู่ที่ภาคเอกชน (องค์กรศาสนา) - โครงสร้างของกรมสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงมหาดไทย (ก่อนปี 2485) ประกอบด้วย สำนักงานปลัด กรมการแพทย์ กรมอนามัย และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

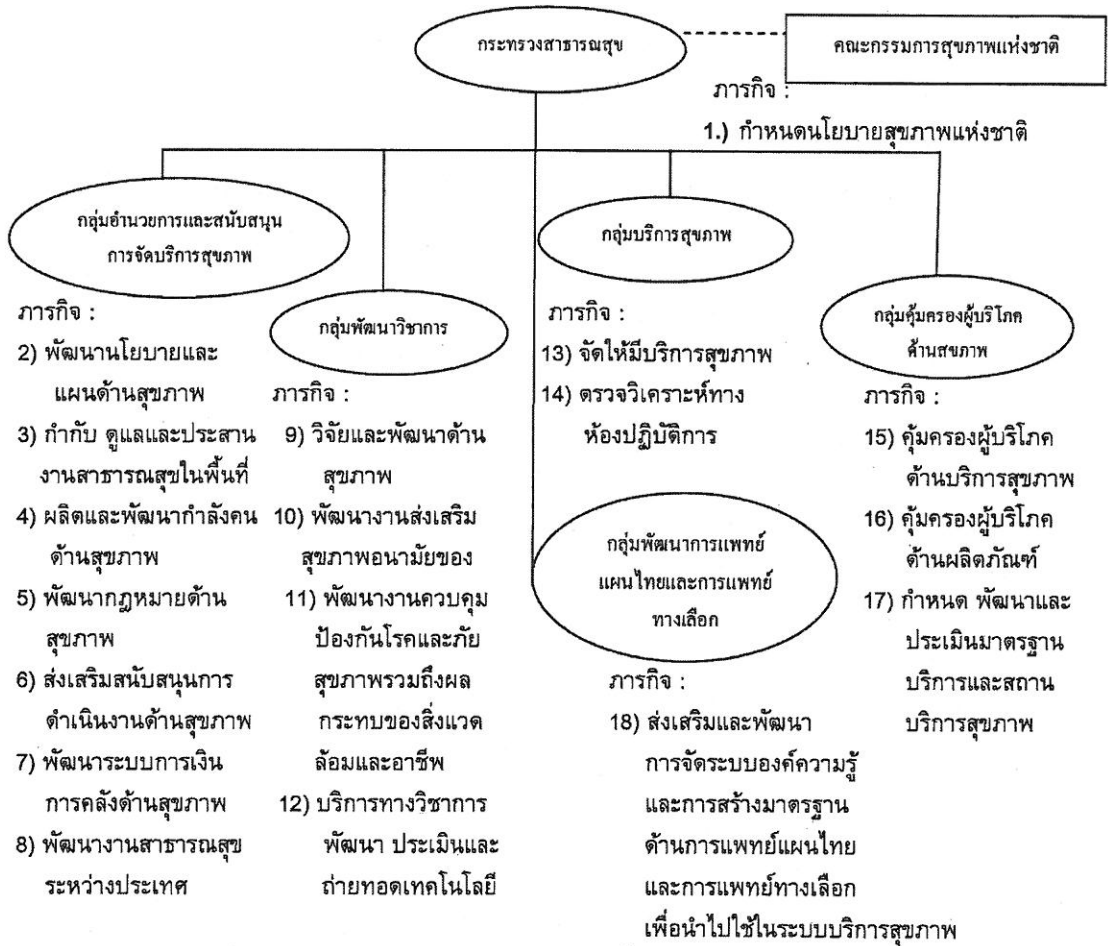
พ.ศ.	แรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง	การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
2485-2515	- คนไทยยังมีสุขภาพอนามัยไม่ดีขึ้น รักษาพยาบาลยังไม่ทั่วถึงเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศสู่ความทันสมัย	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศตั้งกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี 2485 - เกิดการสร้างโรงพยาบาลจังหวัดเพิ่มขึ้นครอบคลุมทั่วประเทศ (กรมการแพทย์ดูแล) - พัฒนางานด้านส่งเสริมป้องกัน โดยกรมอนามัย - โครงสร้างหลักของกระทรวงไม่เปลี่ยนแปลง แต่ทรัพยากรจะทุ่มไปในการสร้างและพัฒนาโรงพยาบาลมากกว่างานส่งเสริมป้องกันโรค
2515-2517	- งานด้านรักษาพยาบาลขยายตัวขึ้นมาก แต่เกิดความไม่ราบรื่นในการประสานงานระหว่าง โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งกรมการแพทย์ดูแลกับอนามัยจังหวัดและอนามัยอำเภอซึ่งกรมอนามัยดูแลการใช้ทรัพยากรภายในจังหวัดยังขาดประสิทธิภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขในปี 2517 ซึ่งถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญมากของกระทรวง โดย <ul style="list-style-type: none"> • ปรับการดูแลงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค โดยให้โรงพยาบาลสังกัดส่วนภูมิภาคทั้งหมดอยู่ในความดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงเพียงกรมเดียว (มีการตั้งกองโรงพยาบาลภูมิภาคดูแล พท./รพศ. กองสาธารณสุขภูมิภาคดูแล รพช./สอ.) • ตั้งกรมควบคุมโรคติดต่อ โดยงานส่วนใหญ่แยกมาจากกรมอนามัย • ตั้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยงานส่วนใหญ่แยกมาจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
2517-2535	- ประเทศมีความเจริญก้าวหน้าขึ้นต้องการความรู้และการจัดการที่เป็นระบบมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันสุขภาพจิตก็เป็นปัญหาที่เด่นชัดขึ้นในสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดการจัดตั้งหน่วยงาน 4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ การจัดการแผนและกำลังคน และรองรับปัญหาสุขภาพจิต คือ สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข (ต่อมาปรับเป็น สถาบันพระบรมราชชนก), สำนักนโยบายและแผน (ต่อมาปรับเป็น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์), สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ สถาบันสุขภาพจิต (ต่อมาปรับเป็นกรมสุขภาพจิต ในปี 2537)

พ.ศ.	แรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง	การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
2535-2545	<ul style="list-style-type: none"> - รัฐธรรมนูญปี 2540 กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวในเรื่องสิทธิ เสรีภาพ ของประชาชน และการพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - วิฤตเศรษฐกิจปี 2540 ทำให้เกิดแรงกดดันให้มีการลดขนาดภาครัฐ เพื่อลดค่าใช้จ่ายภาครัฐ - เกิดกลไกและกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ - พรรคไทยรักไทยซึ่งได้เป็นรัฐบาลในปี 2544 ผลักดันนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคและขับเคลื่อนการปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน แรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง - โดยลดภารกิจที่ ส่วนราชการไม่ควรทำเองและรวมภารกิจที่คล้ายคลึงกันมาไว้ในหน่วยงานเดียวกัน เน้นการบูรณาการทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดการถ่ายโอนภารกิจทางสาธารณสุขที่ไม่ซับซ้อนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแลแทน เช่น เงินอุดหนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน - เกิดรูปแบบโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งเป็นองค์กรมหาชนในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2543 - เกิดคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ - เกิดสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นกลไกใหม่ นอกจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสร้างกระแสการสร้างเสริมสุขภาพ ขึ้นในปี 2544 - เกิดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นกลไกอิสระในกำกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรับผิดชอบบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นในปี 2545 - กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดโครงสร้างใหม่ ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม ปี 2545 มีการ แบ่งเป็น 3 กลุ่มภารกิจ (Cluster) คือ ภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข และภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ มีกรมเกิดขึ้นใหม่ 2 กรม คือ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (แยกภารกิจส่วนใหญ่มาจากกรมการแพทย์) และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (แยกภารกิจส่วนใหญ่มาจากสำนักงานปลัด) และปรับภารกิจและชื่อของกรมควบคุมโรคติดต่อ เป็น กรมควบคุมโรค

โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน เป็นไปตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 โดยในมาตรา 42 ระบุว่า “กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนและราชการอื่นตามที่มิกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข หรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข”

2.2 บทบาทหน้าที่และโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ณ ปัจจุบัน (เริ่มใช้ตุลาคม 2545)

ในการปรับบทบาทหน้าที่ บทบาทภารกิจ และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ครั้งล่าสุดเมื่อปี 2545 ได้ระบุบทบาทภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขไว้รวม 18 ประการ สรุปได้ดังภาพที่ 5



ที่มา : สุพรรณ ศรีธรรมมาและคณะ, 2545

ภาพที่ 3 ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขใหม่ 18 ภารกิจ

อนึ่ง จากกำหนดบทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขข้างต้น มีบางเรื่องที่ยังไม่ได้ดำเนินการตามนั้น ได้แก่ ยังไม่มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (รอการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ) ยังไม่มีการปรับสถานบริการสุขภาพ สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นองค์การมหาชนตามที่ระบุไว้ เป็นต้น

3. แนวทางการปรับบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข

หน้าที่ หมายถึง “กิจที่ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ” บทบาท หมายถึง “การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้” แต่เรามักใช้ 2 คำนี้รวมกันว่า “บทบาทหน้าที่” ส่วนคำว่า “ภารกิจ” หมายถึง “งานที่จำเป็นต้องทำ” ซึ่งก็คือภาระงานที่ต้องทำตามบทบาทหน้าที่

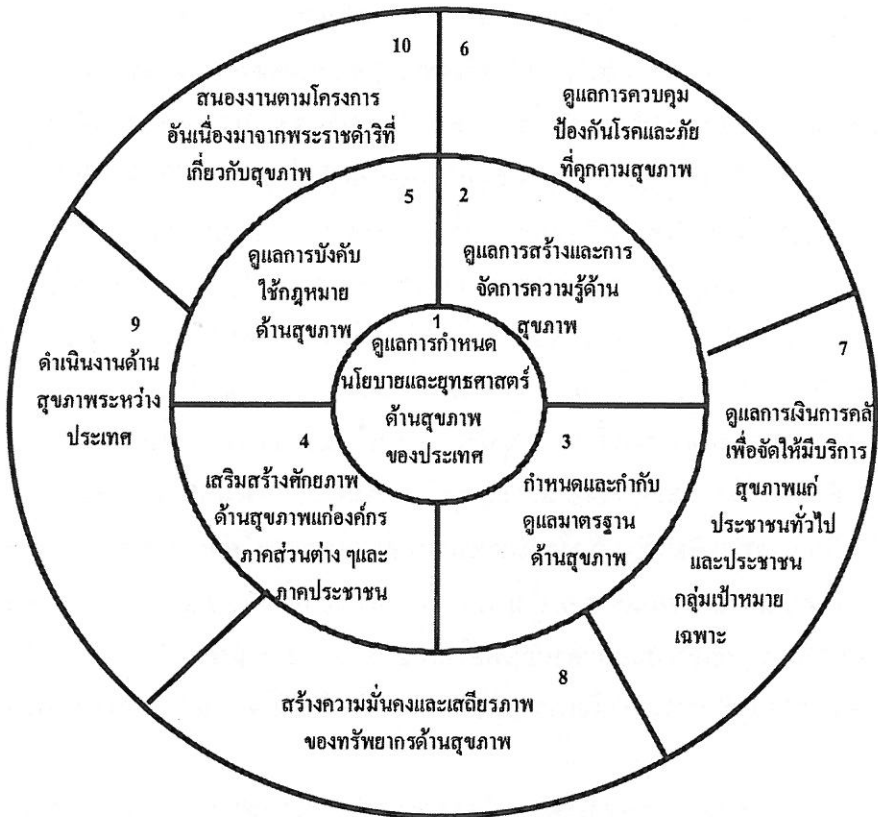
ในการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ผ่านมา (พ.ศ. 2545) มีการวิเคราะห์และกำหนดภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขไว้รวม 18 ประการ จากนั้นจึงปรับโครงสร้างรองรับภารกิจเหล่านั้น ซึ่งโดยภาพรวมแล้วถือว่าไม่ได้ปรับบทบาทหน้าที่ใดๆ เพียงแต่จัดกลุ่มภารกิจและปรับโครงสร้างบางส่วนรองรับการจัดกลุ่มภารกิจใหม่เท่านั้น

การสังเคราะห์งานครั้งนี้ จึงมุ่งพิจารณาที่ “บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข” เพื่อสังเคราะห์ว่ากิจใดที่กระทรวงสาธารณสุขพึงกระทำ กิจเหล่านั้นกระทรวงสาธารณสุขทำอยู่แล้วหรือไม่ หรือควรทำเพิ่มเติม กิจใดที่กระทรวงสาธารณสุขไม่พึงกระทำอีกต่อไป ในในอนาคต แต่ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขทำอยู่ และควรจะปรับเปลี่ยนอย่างไร เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขแสดงบทบาทหน้าที่เฉพาะที่จำเป็นและสำคัญเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนไป

หลักสำคัญที่ใช้ในการสังเคราะห์บทบาทหน้าที่และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในครั้งนี้ ประกอบด้วย

- (1) การปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขควรสอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและรวดเร็วทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องสอดคล้องกับทิศทางแห่งรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540 ทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติ ทิศทางการพัฒนาประเทศ และทิศทางการปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐ
- (2) การปรับเปลี่ยนต่างๆ ยึดถือประโยชน์ของประชาชนและสังคมเป็นสำคัญ
- (3) กระทรวงสาธารณสุขยังคงดำรงฐานะเป็นกลไกหลักของประเทศในทางด้านสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นแกนกลางเชื่อมประสานให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางและหลากหลาย โดยกระทรวงสาธารณสุขควรลดงานที่ดำเนินการเองลงให้เหลือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

จากการทบทวนบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในอดีตจนถึงปัจจุบัน การศึกษาบริบทที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ งานวิจัยและวิชาการที่เกี่ยวข้อง และศึกษาบทเรียน จากต่างประเทศ 4 ประเทศ (สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ฟิลิปปินส์และมาเลเซีย) จึงได้สังเคราะห์ ข้อเสนอบทบาทหน้าที่ ที่กระทรวงสาธารณสุขพึงกระทำ ณ ปี 2550-2555 รวม 10 ประการไว้ดัง ต่อไปนี้ (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 บทบาทหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุขที่คาดหวัง ณ ปี 2555 - 2555

บทบาทหน้าที่ที่ 1 เป็นบทบาทหน้าที่หลักที่สำคัญที่สุด บทบาทหน้าที่ที่ 2 - 5 เป็นบทบาทที่สำคัญถัดมา และบทบาทหน้าที่ที่ 6 - 10 เป็นองค์ประกอบ สำคัญสำคัญของบทบาทหน้าที่แต่ละด้าน มีดังต่อไปนี้

บทบาทหน้าที่ที่ 1 คู่มือการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ของประเทศ

สาระสำคัญ

1. เป็นเจ้าภาพหลักจัดให้มีกระบวนการพัฒนาและกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy and Strategy) อย่างครบวงจรและต่อเนื่อง
2. นโยบายและยุทธศาสตร์ที่ต้องกำหนด ได้แก่
 - นโยบาย ยุทธศาสตร์ และทิศทางการลงทุน และการเงินการคลังด้านสุขภาพ
 - นโยบายด้านการจัดระบบและการกระจายสถานบริการสุขภาพ
 - นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรด้านสุขภาพ ได้แก่กำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งการผลิต การกระจาย การใช้และการพัฒนา เป็นต้น
 - นโยบายด้านสุขภาพระหว่างประเทศ
 - นโยบายการวิจัยด้านสุขภาพของประเทศ เป็นต้น
3. การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ควรดำเนินการด้วยรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย (เส้นตรง, เจริญต่อรอง, ถกแถลง ฯลฯ) โดยเชื่อมประสานกับเครือข่ายภาควิชาการ ประชาสังคม เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม ตลอดจนกระบวนการและสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศและนโยบายของรัฐบาลในช่วงเวลานั้นๆ
4. เชื่อมประสานกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)¹ เพื่อร่วมกันพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม
5. เชื่อมประสานกลไก/ระบบการสร้างความรู้ทุกฝ่าย ได้แก่ สวรส., สกว., TDR, กรมวิชาการ/สถาบัน/เครือข่ายวิชาการต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์อยู่บนฐานความรู้ (knowledge based)
6. มีระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ ทั้งของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการกำกับ ติดตามประเมินผลเชิงเสริมสร้างศักยภาพของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (empowerment)

¹ คสช. ภายใต้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.... เป็นกลไกอิสระระดับชาติที่ช่วยรัฐและกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบทบาทและหน้าที่จัดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม เพื่อให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาล/กระทรวงสาธารณสุข

ข้อคำนึงที่สำคัญ

1. กลไกที่รองรับบทบาทหน้าที่นี้ ต้องเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะด้านวิชาการ การประสานและการจัดการเชิงวิชาการสูงมาก และมีบุคลากรที่มีขีดความสามารถสูง
2. ต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ดี เชื่อมโยงกับเครือข่ายทุกฝ่ายได้เป็นอย่างดี เพื่อเป็นฐานสำคัญรองรับบทบาทหน้าที่นี้ และสามารถติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง
3. ต้องมีการถ่ายระดับบทบาทหน้าที่นี้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ ให้สามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ
4. ต้องคำนึงถึงการมีเครื่องมือที่จะทำให้นโยบายและยุทธศาสตร์แปลงไปสู่การปฏิบัติ จนเป็นผลสำเร็จได้จริง ได้แก่ มาตรการทางกฎหมาย และมาตรการทางการเงิน เป็นต้น เพราะถ้าขาดซึ่งเครื่องมือทางนโยบายที่เหมาะสม ก็จะทำให้นโยบายและยุทธศาสตร์ต่างๆ บรรลุผลสำเร็จได้ยาก

บทบาทหน้าที่ 2 ดูแลการสร้างและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ

สาระสำคัญ

1. เป็นเจ้าภาพหลัก จัดให้มีการพัฒนาและกำหนดนโยบายการวิจัยและการพัฒนาองค์ความรู้ ด้านสุขภาพของประเทศ บริหารนโยบายการวิจัย บริหารทรัพยากร ประสานทรัพยากร เพื่อให้เกิดการวิจัย ตามนโยบายและทิศทางที่กำหนด ประเมินผลนโยบายการวิจัย สนับสนุนเครือข่ายสถาบันวิจัยและสถาบันวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ (ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข) และนอกภาครัฐ ทั้งในและต่างประเทศ สนับสนุนการพัฒนาสถาบันวิจัยและนักวิจัย โดยการดำเนินงานข้างต้น ต้องเชื่อมประสานให้ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในสังคม เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม
2. การวิจัยและพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพ ได้แก่
 - ความรู้และเทคโนโลยีรองรับการพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (วิจัยนโยบาย)
 - ความรู้และเทคโนโลยีรองรับการพัฒนาระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และระบบย่อยอื่นๆ (วิจัยระบบ)
 - ความรู้และเทคโนโลยีรองรับการพัฒนาสุขภาพและการแก้ปัญหาสุขภาพ ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพการบำบัดรักษา
 - การฟื้นฟูสมรรถภาพ การชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ การคุ้มครองผู้บริโภค และอื่นๆ ทั้งการวิจัยพื้นฐาน การวิจัยเทคโนโลยี และการวิจัยและพัฒนา (R&D)

3. การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ในที่นี้หมายรวมไปถึงการดูแลให้เกิดการนำความรู้ไปใช้อย่างเหมาะสมด้วย (การจัดการความรู้)

ข้อคำนึงที่สำคัญ

1. ที่ผ่านมา ประเทศไทยลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ขาดระบบและกลไกบริหารนโยบายการวิจัยด้านสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้ทำหน้าที่นี้อย่างจริงจัง ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีกลไกการวิจัยและพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพหลายลักษณะ อยู่อย่างกระจัดกระจาย ทั้งที่เป็นสถาบันอิสระ และหน่วยราชการ แต่ยังไม่เห็นหน่วยใดทำหน้าที่กำหนดนโยบายและบริหารนโยบายการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพที่ชัดเจน

กระทรวงสาธารณสุขจึงควรจัดระบบกลไกรองรับบทบาทหน้าที่นี้โดยเฉพาะ โดยเน้นที่ การบริหารนโยบายวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพแห่งชาติ บริหารทรัพยากรเพื่อให้เกิดการวิจัยตามนโยบาย โดยกลไกการดูแลส่วนต้องเป็นกลไกที่บริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย

2. สำหรับบทบาทการทำให้วิจัย กระทรวงสาธารณสุขควรทำวิจัยเองเท่าที่จำเป็น และควรส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรในภาคส่วนอื่นๆ ทำงานวิจัยด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายให้มากยิ่งขึ้น

บทบาทที่ที่ 3 กำหนดและกำกับดูแลมาตรฐานด้านสุขภาพ

สาระสำคัญ

1. เป็นเจ้าภาพหลักจัดให้มีการพัฒนามาตรฐานด้านสุขภาพในเรื่องต่างๆ ได้แก่ มาตรฐานผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพประเภทต่างๆ มาตรฐานสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับสุขภาพ มาตรฐานการประกอบอาชีพ มาตรฐานด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ มาตรฐานพัฒนาการและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ มาตรฐานการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เป็นต้น
2. เป็นเจ้าภาพจัดให้มีระบบดูแล ควบคุม กำกับการดำเนินงานของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด โดยใช้มาตรฐานเดียวกันกับทุกภาคส่วนอย่างเสมอกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค ในขณะที่เดียวกันควรจัดให้มีกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพ (empowerment) แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควบคู่ไปด้วย

ข้อคำนึงที่สำคัญ

1. บทบาทหน้าที่ในส่วนนี้มีเนื้องานค่อนข้างกว้างขวาง อาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ
 - 1.1 มาตรฐานผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ (อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง เป็นต้น)
 - 1.2 มาตรฐานบริการสุขภาพ มาตรฐานการขนส่งทางห้องปฏิบัติการ มาตรฐานวิชาชีพ เป็นต้น
 - 1.3 มาตรฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่นมาตรฐานการสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานการควบคุมป้องกันโรค มาตรฐานสิ่งแวดล้อม มาตรฐานการประกอบอาชีพ มาตรฐานการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นต้น
2. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดระบบงานและกลไกรับผิดชอบให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่
 - 2.1 ระบบข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องที่ทุกฝ่ายสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย กลไกพัฒนามาตรฐานและดูแล กำกับมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมไปถึงกลไกบรรเทาความทุกข์ร้อนของผู้ประสบความเสียหายจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นต้น
 - 2.2 กลไกพัฒนามาตรฐานและดูแลกำกับมาตรฐานบริการสุขภาพ รวมไปถึงกลไกพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการสุขภาพ กลไกประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ กลไกไกล่เกลี่ยบรรเทาความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ กลไกการทำงานร่วมกับสภาวิชาชีพต่างๆ และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น
 - 2.3 กลไกพัฒนามาตรฐานและดูแล กำกับ มาตรฐานอื่นๆที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น มาตรฐานการสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานงานอาชีวอนามัย มาตรฐานการบริการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ มาตรฐานสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ฯลฯ
3. ต้องคำนึงถึงการมีเครื่องมือที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ได้แก่ มาตรการทางกฎหมาย มาตรการทางการเงิน และมาตรการด้านการสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น

บทบาทหน้าที่ที่ 4 ดูแลการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ

สาระสำคัญ

1. เป็นเจ้าภาพดูแลให้มีการออกกฎหมายที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพและดูแลการใช้อำนาจตามกฎหมายให้เป็นเครื่องมือทำให้เกิดการดำเนินงานที่เกี่ยวกับสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการคุ้มครองประชาชน ป้องกันภัยคุกคามสุขภาพต่างๆ ประชาชนมีสุขภาพดี และสังคมเกิดสุขภาวะ เช่น การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับอาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง กฎหมายสถานพยาบาล กฎหมายการประกอบโรคศิลป์ กฎหมายสาธารณสุข กฎหมายคุ้มครองภูมิปัญญา กฎหมายวิชาชีพ ฯลฯ

2. การดำเนินบทบาทหน้าที่นี้ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับบทบาทหน้าที่ดูแลและกำกับมาตรฐานด้านสุขภาพและการสร้างเสริมศักยภาพภาคประชาชนและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

ข้อคำนึงที่สำคัญ

1. การดำเนินบทบาทนี้ สามารถกระจายให้เป็นภารกิจในหลายองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านต่างๆ แต่ควรมีสวนประสานกลางที่เชื่อมโยงการดำเนินงานบทบาทด้านนี้ในภาพรวม

บทบาทหน้าที่ที่ 5 สร้างเสริมศักยภาพด้านสุขภาพแก่องค์กรภาคส่วนต่างๆ และประชาชน

สาระสำคัญ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรลดบทบาทเป็นผู้ดำเนินการเองในเรื่องสุขภาพด้านต่างๆ ลงตามลำดับ เพื่อเปิดโอกาสให้องค์กรภาคส่วนต่างๆ ที่มีอำนาจหน้าที่ มีบทบาทและความพร้อมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ รับผิดชอบผู้ดำเนินการ โดยกระทรวงสาธารณสุขควรปรับมาแสดงบทบาทหน้าที่ผู้ส่งเสริม สนับสนุนและกำกับดูแลแทน
2. บทบาทหน้าที่ด้านการสร้างเสริมศักยภาพนี้ที่แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ที่สำคัญคือ
 - 2.1 การสร้างเสริมศักยภาพองค์กรภาคส่วนต่างๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพ
 - 2.2 การเสริมสร้างศักยภาพประชาชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง (self - reliance)
3. เป็นเจ้าภาพจัดให้มีกระบวนการสร้างเสริมศักยภาพองค์กรภาคส่วนต่างๆ ที่ดำเนินการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรง และหน่วยงานอื่นๆ ที่มีบทบาทหน้าที่ดำเนินงานด้านสุขภาพหรือดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ
4. บทบาทหน้าที่ในข้อ 2 อาจจำแนกได้เป็น
 - 4.1 การสร้างเสริมศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรอื่นทั้งภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพ (ทั้งที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุข)
 - 4.2 การสร้างเสริมศักยภาพองค์กรและบุคลากรในระบบงานของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในองค์กรระดับพื้นที่ (เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล) เพื่อรองรับการถ่ายระดับบทบาทหน้าที่ต่างๆ ลงไปได้อย่างดี

- 4.3 การสร้างเสริมศักยภาพเครือข่ายภาคีสุขภาพที่เกิดและเติบโตอย่างหลากหลายตามอัตลักษณ์ของตนเอง เช่น องค์กรพัฒนาสาธารณสุขประโยชน์ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพเครือข่ายผู้บริโภค เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายประชาคมสุขภาพ เป็นต้น
5. เป็นเจ้าภาพประสานให้เกิดการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองด้านสุขภาพทั้งในแง่ปัจเจกบุคคลและในรูปของกลุ่มภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีทักษะและความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพและการดูแลตนเองได้สูงขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขควรเน้นการเชื่อมประสานและส่งเสริมให้องค์กรต่างๆ ในสังคมเข้ามาทำหน้าที่นี้ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

ข้อคำนึงที่สำคัญ

1. ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขยังทำบทบาทหน้าที่น้อย ควรมีการทบทวนจัดกลุ่มภารกิจภายใต้บทบาทหน้าที่นี้ เพื่อวางระบบและกลไกรองรับให้ชัดเจน เนื่องจากบทบาทหน้าที่นี้มีความสำคัญมากในยุคสังคมเปิดที่เป็นพหุลักษณะ ภาคส่วนต่างๆ จะเข้ามามีบทบาทในงานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมากและเร็ว ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขต้องค่อยๆ ลดบทบาทเดิมหลายอย่างลงและปรับถ่ายไปให้องค์กรอื่น ๆ มากขึ้นตามลำดับ
2. ในด้านการเสริมสร้างศักยภาพองค์กร ควรจัดระบบการนิเทศ สนับสนุน ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี เพิ่มพูนศักยภาพและสร้างให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ระบบการนิเทศงานต่างๆ ต้องมีการปรับให้กว้างไกลออกไปนอกกระบวนการของกระทรวงสาธารณสุข
3. ในด้านการเสริมสร้างศักยภาพประชาชน ควรจัดระบบข้อมูลข่าวสารและระบบสื่อสารด้านสุขภาพแบบ 2 ทาง ที่ประชาชนในทุกพื้นที่เข้าถึงและใช้ได้ง่าย โดยเชื่อมประสานให้ภาคส่วนอื่นเข้ามาร่วมดำเนินงานด้วยกันอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่

บทบาทหน้าที่ที่ 6 ดูแลการควบคุมป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

สาระสำคัญ

1. บทบาทหน้าที่นี้ แบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ
 - 1.1 การควบคุมป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพทั่วไป (disease and health hazard prevention and control) ซึ่งนับวันจะรุนแรง ยิ่งยาก สลับซับซ้อนมากขึ้น ตามสถานการณ์ของโลกและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป
 - 1.2 การบริหารจัดการกรณีภัยพิบัติและสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพ (health crisis management) เช่น ธรณีพิบัติ อุบัติภัยหมู่ การก่อการร้ายและเหตุการณ์ไม่ปกติต่างๆ เป็นต้น
2. กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลควบคุม ป้องกันและดำเนินการโดยสามารถเชื่อมประสานให้ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมดำเนินงานได้อย่างดี มีใช้การดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพัง
3. การแสดงบทบาทหน้าที่ตาม 1.1 ต้องครอบคลุมงานต่างๆ อย่างครบวงจร ได้แก่ งานนโยบายและแผน เช่น นโยบายวัคซีน เป็นต้น งานระบาดวิทยา งานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค งานพัฒนาบุคลากร งานวิจัยและพัฒนาวิชาการ งานชั้นสูตรของห้องปฏิบัติการ งานสร้างความร่วมมือกับนานาชาติ งานมาตรฐานการควบคุมป้องกันโรค งานจัดระบบงานและการประสานงาน งานพัฒนาศักยภาพองค์กรและกำลังคนที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น
4. การแสดงบทบาทหน้าที่ตาม 1.2 ต้องครอบคลุมงานคล้ายคลึงกันกับข้อ 3 แต่เป็นการเน้นการวางระบบการจัดการรองรับสถานการณ์ไม่ปกติ ซึ่งต้องอาศัยศักยภาพและความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในสังคม จึงต้องมีระบบนโยบายและแผนที่ดี มีระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการติดต่อสื่อสาร ระบบเทคโนโลยี ระบบเฝ้าระวัง ระบบการเตรียมความพร้อม ระบบระดมสรรพสิ่งและระบบอำนวยการที่ดี เพื่อการปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพและทันท่วงที

ข้อคำนึงที่สำคัญ

1. บทบาทหน้าที่ตามข้อ 2 มีลักษณะงานจำเพาะต้องดูแลงานภาพรวมครบวงจรเพื่อประโยชน์ของสาธารณะ ซึ่งภาคส่วนอื่นๆ มีแรงจูงใจต่ำที่จะดำเนินการ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องมีการปฏิบัติการเองส่วนหนึ่ง ปฏิบัติการร่วมกับองค์กรอื่นส่วนหนึ่ง และมอบหมายให้องค์กรอื่นปฏิบัติส่วนหนึ่ง

กลไกรองรับบทบาทหน้าที่นี้ ต้องเป็นองค์กรสมรรถนะสูง มีบุคลากรที่มีขีดความสามารถสูง มีรูปแบบการทำงานที่มีลักษณะจำเพาะ ต้องใช้ทั้งวิชาการ ใช้ทั้งมาตรการทางกฎหมาย มาตรการทางการเงิน อำนาจการสั่งการและการประสานสนับสนุนเพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2. บทบาทหน้าที่ตามข้อ 2.2 ก็มีลักษณะงานจำเพาะที่แตกต่างกันออกไป ต้องการความจับใจ ถูกต้องแม่นยำและมีประสิทธิภาพ และต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นๆ อย่างกว้างขวางด้วยเช่นกัน
3. ดังนั้นการดำเนินบทบาทหน้าที่เหล่านี้ จำเป็นต้องมีเครื่องมือที่เป็นหลักประกันความสำเร็จของงาน ได้แก่ มาตรการด้านกฎหมาย มาตรการด้านการเงิน มาตรการด้านแรงจูงใจ และมาตรการด้านการบังคับบัญชา เป็นต้น

บทบาทหน้าที่ที่ 7 ดูแลการเงินการคลังเพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

สาระสำคัญ

1. เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารการเงินการคลังเพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพที่จำเป็นให้แก่ประชาชน ทั้งประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยใช้กลไกการเงินการคลังจากภาษีอากรหรือจากการระดมทรัพยากรจากแหล่งอื่นๆ แล้วจัดให้มีระบบบริหารการเงินการคลังด้วยกลไกการจัดการที่มีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องหลักมีธรรมาภิบาลสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นให้แก่ประชาชน และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายโดยรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย

ส่วนบทบาทหน้าที่จัดบริการสุขภาพควรส่งเสริมสนับสนุนให้เป็นบทบาทของภาคส่วนอื่นซึ่งมีอำนาจหน้าที่และมีศักยภาพมากขึ้นตามลำดับ โดยกระทรวงสาธารณสุขควรลดบทบาท เป็นผู้จัดบริการสุขภาพเองลงตามลำดับให้เหลือเท่าที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น

ข้อคำนึงที่สำคัญ

1. บทบาทหน้าที่นี้ ควรสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการบริหารนโยบายการลงทุนด้านสุขภาพ นโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุข นโยบายการเงินการคลังด้านสุขภาพอื่นๆ ด้วย เพื่อให้พัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศเป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์
2. ปัจจุบัน คปสช./สปสช. ซึ่งเป็นกลไกอิสระในกำกับกระทรวงสาธารณสุข (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ) ทำหน้าที่บริหารการเงินการคลังเพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพแทนประชาชน (เป็นผู้ถือเงิน) กลไกนี้ขาดความสัมพันธ์เชื่อมโยง

กับกลไกพัฒนานโยบายการลงทุนด้านสุขภาพและนโยบายการเงินการคลังด้านสุขภาพ
อื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข

3. สำหรับการจัดบริการสุขภาพที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้แสดงบทบาทหลัก
ผ่านการเป็นผู้จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปโดยตรง มีผลทำให้ปัจจุบันกระทรวง
สาธารณสุขมีโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพทุกระดับกระจายทั่วประเทศ
(โรงพยาบาลแบบเฉพาะทาง, โรงพยาบาลตติยภูมิ, โรงพยาบาลทุติยภูมิ, โรงพยาบาล
ปฐมภูมิ และสถานีอนามัย) ซึ่งเป็นการดำเนินงานภายใต้ระบบราชการ ในส่วนนี้นับ
ได้ว่าเป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่ามาก โดยกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการด้วย
วิธีการใช้เงินงบประมาณประจำปีมาจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยตรง
และการบริหารจัดการภายใต้ระบบราชการ ซึ่งสามารถทำงานประสบผลสำเร็จ
ได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ต้องเผชิญข้อจำกัดของระบบราชการตลอดมา
4. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ระบุว่า “บุคคลย่อม
มีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับ
การรักษาพยาบาล จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตาม
ที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างถ้วนถึงและมีประสิทธิภาพ
โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะ
กระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน โดยไม่คิด
มูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

5. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ที่ออกตาม
รัฐธรรมนูญได้บัญญัติมาตรา 16 “ให้เทศบาล เมืองพัทยาและองค์การบริหาร
ส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์
ของประชาชนในท้องถิ่นตนเอง.....” ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ
แก่ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ การสังคมสงเคราะห์และ
การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส และการสาธารณสุข
การอนามัยครอบครัวและการรักษาพยาบาล และมาตรา 17 “ให้องค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดมีอำนาจ และหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของ
ประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง” ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน
ทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ คือการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด
การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
6. หลักของการจัดบริการสุขภาพที่ดี ควรเป็นระบบที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่าง
สถานบริการ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อดูแลรับผิดชอบประชาชนร่วมกัน

ในรูปของเครือข่ายบริการสุขภาพ เนื่องจากสถานบริการแต่ละระดับไม่สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างเบ็ดเสร็จ ต่อเนื่องครบวงจรต้องมีการส่งต่อผู้รับบริการระหว่างกัน และต้องร่วมมือกันในการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

7. ในประเทศกำลังพัฒนา รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขมักเป็นผู้จัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปโดยตรง ด้วยการบริหารจัดการภายใต้ระบอบราชการ แต่เมื่อสังคมพัฒนามากขึ้น ภาคส่วนต่างๆ ให้สังคมเติบโตเข้มแข็งขึ้น เมื่อรัฐบาลดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็มีการปรับบทบาทการจัดบริการสุขภาพที่แตกต่างกันไป ได้แก่
 - 7.1 บทบาทจัดบริการสุขภาพเป็นของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม กระทรวงสาธารณสุขแทบจะไม่มีบทบาทเป็นผู้จัดบริการสุขภาพเองหรือมีก็เป็นส่วนน้อยมาก เช่นประเทศสหรัฐอเมริกาและสิงคโปร์ เป็นต้น
 - 7.2 ถ่ายโอนบทบาทการจัดบริการสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการหลัก กระทรวงสาธารณสุขจัดบริการสุขภาพเพียงบางส่วน เช่นประเทศฟิลิปปินส์และบราซิล เป็นต้น
 - 7.3 กระทรวงสาธารณสุขยังคงทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปเป็นหลักเอกชนและองค์กรภาคส่วนอื่น จัดบริการสุขภาพเพียงบางส่วน ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่บริหารการเงินการคลังเพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพอยู่ด้วย (ดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อซื้อบริการสุขภาพแทนประชาชน) แต่แยกกลไกการอภิบาล (governance) และการจัดการ 2 ระบบออกจากกัน ในกลุ่มนี้แบ่งรูปแบบการจัดบริการสุขภาพได้เป็น 2 ลักษณะ คือ
 - 7.3.1 จัดบริการสุขภาพด้วยองค์กรภายใต้ระบอบราชการ
 - 7.3.2 จัดบริการสุขภาพด้วยองค์กรของรัฐรูปแบบอื่นที่ไม่ได้เป็นราชการและเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมจัดบริการด้วย เช่นประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์และออสเตรเลีย เป็นต้น
8. มีงานวิจัยหลายชิ้น และมีความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิสอดคล้องตรงกันว่า กระทรวงสาธารณสุข ควรลดบทบาทการเป็นผู้จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปลงให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่สำคัญและจำเป็นเท่านั้น ปล่อยให้บทบาทของภาคส่วนอื่นในสังคมให้มากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขควรหันมาทำหน้าที่บริหารนโยบายการเงินการคลังและกำกับดูแลเป็นหลัก แต่การปรับเปลี่ยนส่วนนี้ ควรมีการวางแผนดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไปและมีขั้นตอนที่ชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบัน สังคมกำลังอยู่ในท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงการกระจายอำนาจ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐ และการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม กระทรวงสาธารณสุขจึงควรพิจารณาอย่างจริงจังเพื่อกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนที่เดินทางในเรื่องนี้ให้ชัดเจนโดยเร็ว

9. ในหลายประเทศจะให้ความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เฉพาะ เช่น ประชากรพื้นเมือง ชนกลุ่มน้อย เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะจำเพาะ หรือด้อยโอกาส สำหรับประเทศไทยในอดีต กระทรวงสาธารณสุขก็เคยแสดงบทบาทหน้าที่ดูแลงานด้านนี้สำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ชาวไทยภูเขา ประชากรตามแนวชายแดนที่มีถิ่นฐานถาวรอยู่ในประเทศไทยมาอย่างยาวนาน ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ เป็นต้น จึงควรแสดงบทบาทหน้าที่ในส่วนนี้ต่อไปให้ชัดเจนและเข้มข้นยิ่งขึ้น

บทบาทหน้าที่ที่ 8 สร้างความมั่นคงและเสถียรภาพของทรัพยากรด้านสุขภาพ

สาระสำคัญ

1. ทรัพยากรสุขภาพที่สำคัญได้แก่ กำลังคนสาธารณสุข ยาและเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์และสถานบริการสุขภาพภาครัฐ เป็นต้น ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้สะท้อนถึงความมั่นคงและเสถียรภาพของระบบสุขภาพของประเทศด้วย

2. กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องมีหน้าที่ดูแลให้เกิดเสถียรภาพและความมั่นคง ได้แก่

2.1 การกำหนดให้มีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุข ทั้งการผลิต การกระจาย การใช้และการพัฒนา (ร่วมกับบทบาทหน้าที่ที่ 1) และการบริหารการเงินการคลังเพื่อใช้เป็นเครื่องมือให้เกิดการผลิตและการกระจายกำลังคนสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศเพื่อตอบสนองการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับประชาชนอย่างเป็นธรรม

ในอดีตที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขยังมิได้ทำหน้าที่นี้โดยสมบูรณ์ กระทรวงสาธารณสุขผลิตกำลังคนเพื่อใช้เองบางส่วน รับกำลังคนสาธารณสุขบางส่วนจากระบบการศึกษาปกติ ในอนาคตกระทรวงสาธารณสุขควรใช้การบริหารการเงินการคลังเป็นเครื่องมือกำกับการผลิตและการกระจายกำลังคนสาธารณสุข แทนการทำหน้าที่ผลิตเอง

2.2 การผลิตและสำรองยาและเวชภัณฑ์ ยังคงมีความสำคัญและจำเป็น เพราะสามารถใช้เป็นมาตรการตรึงราคายาและเวชภัณฑ์ สามารถผลิตยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นแต่เอกชนไม่สนใจลงทุนผลิต รวมไปถึงการสำรองยาและเวชภัณฑ์รองรับภาวะฉุกเฉินต่างๆ ซึ่งเป็นไปตามหลักของการสร้างความมั่นคง มิใช่หลักทางเศรษฐศาสตร์

ในอดีตที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่นี้อยู่แล้ว แม้ภาคเอกชนจะมีพัฒนาการเติบโตก้าวหน้ามาก แต่ก็ไม่สามารถทดแทนบทบาทหน้าที่ส่วนนี้ของกระทรวงสาธารณสุขได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงควรดำเนินบทบาทหน้าที่นี้ต่อไป

บทบาทหน้าที่ที่ 9 ดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญ

1. เป็นตัวแทนประเทศไทยในงานด้านสุขภาพที่ดำเนินการร่วมกับนานาชาติ
2. เป็นเจ้าภาพจัดให้มีการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับนานาชาติ โดยเชื่อมประสานกับหน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาคม ให้เข้ามามีส่วนร่วม ตลอดจนการพิทักษ์ผลประโยชน์ของประเทศ การเจรจาต่อรองที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพ
3. เป็นเจ้าภาพจัดให้มีการพัฒนาความร่วมมือด้านสุขภาพกับนานาชาติในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านวิชาการ ด้านพัฒนาบุคลากร ด้านการแลกเปลี่ยนวิชาการและเทคโนโลยี ด้านการปฏิบัติการร่วมในภารกิจที่จำเป็น (เช่น การควบคุมการระบาดของโรคบางอย่าง) ด้านการให้และรับความช่วยเหลือ ด้านการพัฒนาเชิงเศรษฐกิจและเชิงสังคม เป็นต้น

ข้อคำนึงที่สำคัญ

1. บทบาทหน้าที่นี้ มีทั้งส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขเคยดำเนินการมาก่อนแล้ว แต่การจัดกระจายอยู่ในหลายหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข และมีทั้งบทบาทหน้าที่ใหม่ที่ยาก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังไม่คุ้นเคยมาก่อน ได้แก่ การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเกี่ยวกับนานาชาติ การเจรจาต่อรองที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพ การพิทักษ์ผลประโยชน์ประเทศที่เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น
2. บทบาทหน้าที่นี้เป็นบทบาทที่ยาก แต่มีความสำคัญสูงมากขึ้นอย่างรวดเร็วตามกระแสโลกาภิวัตน์ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงควรมีการจัดกลไกรองรับบทบาทหน้าที่นี้ให้เหมาะสมโดยเร็ว พร้อมกับพัฒนาบุคลากร องค์กรความรู้และระบบงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่นี้ไปพร้อมๆ กัน

บทบาทหน้าที่ที่ 10 สมองงานตามโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

สาระสำคัญ

1. ประเทศไทยมีเอกลักษณ์ที่สำคัญ คือ การมีองค์พระมหากษัตริย์ที่ทรงมีพระปรีชาสามารถสูงยิ่ง พระราชกรณียกิจและโครงการอันเนื่องมาจากสถาบันพระมหากษัตริย์ล้วนมีผลดีต่อคนไทยโดยรวม เป็นที่ประจักษ์มาโดยตลอด ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพก็เห็นได้เด่นชัดยิ่ง กระทรวงสาธารณสุขในฐานะกลไกหลักด้านสุขภาพของรัฐบาล จึงควรจัดวางบทบาทหน้าที่สนองโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ทั้งนี้ควรทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงภาคส่วนอื่นๆ ในสังคมเข้าร่วมมือด้วย

ข้อคำนึงที่สำคัญ

1. ในอดีตที่ผ่านมา การดูแลงานตามบทบาทหน้าที่นี้มีอยู่อย่างกระจัดกระจายในหลายหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงควรปรับให้มีกลไกแกนกลางเชื่อมประสาน เพื่อให้การดำเนินงานมีพลังและเกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

ข้อเสนอแนะทางและขั้นตอนดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะทางการปรับบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขข้างต้น เป็นข้อเสนอในระดับหลักการและนโยบาย หากจะนำไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องมีการทำงานในขั้นตอนของรายละเอียดต่อไป ดังนั้นจึงควรวางแผนและขั้นตอนนำไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1. นำเสนอผลการสังเคราะห์ต่อผู้กำหนดนโยบาย ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กปร.) สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อร่วมกันตัดสินใจในระดับนโยบาย

2. เมื่อมีการตัดสินใจเชิงนโยบายแล้ว กระทรวงสาธารณสุขควรตั้งกลไกเฉพาะขึ้นมาดูแลการปรับเปลี่ยนดังกล่าวในรูปของกลไกที่ทำงานเต็มเวลาและต่อเนื่อง เพื่อรองรับการดำเนินงานตามนโยบาย ทิศทางและแนวทางที่ตัดสินใจแล้ว โดยการจัดตั้งกลไกนี้ ควรตัดสินใจพร้อมกับการตัดสินใจในข้อ 1

กลไกบริหารความเปลี่ยนแปลง (Change management) นี้ ควรมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1.1 เป็นองค์กรถาวรที่กำหนดอายุการทำงานแน่นอน เช่น 5 หรือ 10 ปี ตั้งขึ้นโดยการออกพระราชกฤษฎีกาหรือระเบียบรองรับเพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลการบริหารการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ อาจเรียกชื่อว่า “สำนักบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข”

1.2 การบริหารการเปลี่ยนแปลงนี้ ควรมีกลไกคณะกรรมการระดับสูง ดูแลในระดับทิศทาง นโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงาน โดยมีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหลัก ผู้ทรงคุณวุฒิและมีควรตัวแทนภาคสังคมร่วมด้วยในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ทำงานแบบเฉพาะกิจหรือทำบ้างหยุดบ้าง

ทั้งนี้ ควรรวมงานเกี่ยวกับการวางแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขไว้เป็นภารกิจขององค์กรข้างต้นด้วย เนื่องจากเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวเนื่องกันโดยตรง แยกกันไม่ได้

สำหรับบทบาทหน้าที่ขององค์กร ได้แก่

- (1) จัดทำข้อเสนอ นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนและขั้นตอนการดำเนินการปรับเปลี่ยน
- (2) สนับสนุนการทำงานทางวิชาการเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่จำเป็นและเกี่ยวข้องให้เพียงพอแก่การตัดสินใจและการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

- (3) ให้ข้อเสนอแนะและสร้างความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านความคิดความเข้าใจและวิสัยทัศน์ร่วมกัน ด้านการปรับปรุงและการออกกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้านการเตรียมพัฒนาระบบและองค์กรรองรับ ด้านการเตรียมบุคลากร ด้านการเตรียมทรัพยากร ด้านการเตรียมถ่ายโอนบทบาทภารกิจต่างๆ เป็นต้น
- (4) เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข และคณะรัฐมนตรี เพื่อบริหารการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

สรุป

การศึกษาเพื่อให้ข้อเสนอสำหรับการปรับบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์นโยบายเชิงคุณภาพที่มีได้เน้นกระบวนการวิจัยที่เข้มงวด แต่มุ่งประมวลองค์ความรู้และแนวคิดสำคัญ เพื่อให้ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางสำหรับผู้กำหนดนโยบายได้ใช้เป็นเครื่องมือประกอบการตัดสินใจ จากนั้นค่อยเป็นขั้นตอนของการสร้างกลไกขึ้นมาทำงานในส่วนรายละเอียด เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในขั้นตอนต่อไป

จากการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีองค์ความรู้และข้อเสนอแนะต่างๆ อยู่แล้วเป็นจำนวนมาก แต่การจัดกระจายและมิได้อยู่ในรูปการสังเคราะห์ภาพรวมที่ผู้กำหนดนโยบายจะใช้ประกอบการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม งานชิ้นนี้จึงมุ่งเข้ามาเสริมช่องว่างตรงนี้จากนี้ไปจึงเป็นหน้าที่ของผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขจะได้พิจารณาและตัดสินใจ ตามที่เห็นสมควรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

1. กรมควบคุมมลพิษ. สรุปลักษณะการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ.2547. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ใน http://www.pcd.go.th/info_serv/pol_state47.html 1/25/2006.
2. กรมควบคุมมลพิษ. สรุปลักษณะการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ.2548. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ใน http://www.pcd.go.th/info_serv/pol_state47.html 1/25/2006.
3. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กฎหมายระเบียบและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบราชการ, นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข: 2547
4. กองนโยบายการคลังท้องถิ่น สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง. กระจายอำนาจการคลังท้องถิ่น ใน www.mof.go.th/decentral/mof_decentral.htm - 109k.
5. กอนิติการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พระราชกฤษฎีกาโอนกิจการและอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการให้เป็นไป ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545, พิมพ์ ครั้งที่ 3 : 2545.
6. เกษม วัฒนชัย. โลกยุคใหม่ สุขภาพแนวใหม่. นนทบุรี สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2548.
7. คณะทำงานวิชาการ คณะกรรมการระดับชาติวิทยาแห่งชาติ. การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ :บริษัทดีไซท์, 2535.
8. เจนจิต กลกิจธำรง, เคิร์ก เพอร์สัน, อ. จริญญา เทพพรบัญชากิจ การศึกษาเพื่อสันติภาพโดย บิซ็อบ คาร์ลอส ฟิลิเป ซิเมเนส เบโล, บัณฑิตวิทยาลัยและการศึกษานานาชาติ มหาวิทยาลัยพายัพเชียงใหม่. ใน www.Peace-foundation.net.7host.com/pdf/2005-03-07/EducationForPeace.doc
9. ชมรมแพทย์ชนบท. ข้อเสนอชมรมแพทย์ชนบทต่อโครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. 21 กรกฎาคม 2545.
10. ชูชัย สุภวงค์ และคณะ, ทิศทางการกระจายอำนาจใน 10 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2544-2553). พิมพ์ครั้งที่ 2; ยุทธวิธีนทร์การพิมพ์, 2544

11. ชูชัย ศุภวงศ์. ประชาสังคม. ใน www.kpi.ac.th/kpiuser/civil_home.asp
12. นิธิ เอียวศรีวงศ์. การศึกษาเพื่อสันติภาพ. โดยมหาวิทยาลัยเที่ยงคืน ร่วมกับชมรมเสนาและ การดนตรี คณะวิจิตรศิลป์ มข. วันพฤหัสบดีที่ 14 ธันวาคม 2543 ใน www.midnightuniv.org/midschool2000/newpage7.htm - 57k
13. บัณฑิต ปิยะศิลป์. ชายขอบนิยม ใน www.thaingo.org.
14. ปาณบดี เอกะจัมปกะ สุทธิสารณ์ วัฒนมะโนและรุจิรา ทวีรัตน์. โครงสร้างใหม่ของกระทรวง สาธารณสุข...เพื่อสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ : ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2545.
15. ปาณบดี เอกะจัมปกะ สุทธิสารณ์ วัฒนมะโนและรุจิรา ทวีรัตน์. การปรับบทบาทภารกิจและ โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2545.
16. ปาณบดี เอกะจัมปกะ รุจิรา ทวีรัตน์ วีธวัช วัฒนมะโน. รายงานรายจ่ายเพื่อสุขภาพของ คริวเรือนไทย พ.ศ.2524-2547. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. พ.ศ.2549.
17. พระราชกฤษฎีกาแก้ไขบทบัญญัติให้สอดคล้องกับการโอนอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 102 ก ; 8 ตุลาคม 2545.
18. พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 99 ก ลว.2 ตุลาคม 2545. ใน www.ocsc.go.th/upload.files/lawcommand/prbadminregulation_issue5_2545_15mar46.pdf.
19. พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 99 ก ลว.2 ตุลาคม 2545. ใน www.ocsc.go.th/upload.files/law command/prbadminregulation_issue5_2545_15mar46.pdf.
20. พายัพ วนาสวรรณ. ใน www.manager.co.th
21. ไพโรจน์ ภัทรนรากุลและวีระวัฒน์ บันตานิมัย. การบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับการปฏิรูประบบราชการและภาพพันธกิจในทศวรรษหน้า. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข, 2548.
22. มุลนิธิชัยพัฒนา. เศรษฐกิจพอเพียง. ใน www.chaipat.or.th/journal/aug99/thai/self.html.
23. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการบริหารงานของหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ : ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนพิเศษ 97; 31 มกราคม 2548

24. วิพุธ พูลเจริญ. การสังเคราะห์โครงสร้าง และองค์กรของระบบสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารถ่ายสำเนา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
25. ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. การปฏิรูบบทบาทภารกิจเพื่อการจัดการสาธารณสุข. สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ธันวาคม 2543.
26. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จเร วิชาไทย และศรีสุดา เจริญดี. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพประเทศออสเตรเลีย-นิวซีแลนด์ . มปป., มปป.
27. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ. โครงการ ศึกษารูปแบบการคลังและการจัดการสาธารณสุขของประเทศไทย ADB No.2997-THA . พฤษภาคม 2542.
28. สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. เอกสารประกอบการสัมมนา เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะผลการศึกษา โครงการวิจัยเรื่อง "ความเป็นไปได้ในการลดสภาพความเป็นนิติบุคคลของส่วนราชการ". เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) วันศุกร์ที่ 23 กรกฎาคม 2547.
29. สมคิด เลิศไพฑูรย์และคณะ. ความเป็นไปได้ในการลดสภาพความเป็นนิติบุคคลของ ส่วนราชการ เสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) เอกสารประกอบการสัมมนา เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะผลการศึกษา วันที่ 23 กรกฎาคม 2547 โรงแรมแชนกรีลา กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
30. สมศักดิ์ ชุณหรัศม์. (ร่าง) กระทรวงสาธารณสุขในอนาคต. เอกสารต้นร่างความคิด. (เอกสารอัดสำเนา) 11 กรกฎาคม 2544.
31. สมศักดิ์ ชุณหรัศม์และคณะ. การศึกษาความเหมาะสมของการปรับเปลี่ยนสถานภาพสถานพยาบาลเป็นองค์กรมหาชน. เอกสารอัดสำเนา, ตุลาคม 2545.
32. สมศักดิ์ ชุณหรัศม์และคณะ. ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ : ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม. รายงานการวิจัยสนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2548 (เอกสารอัดสำเนา)
33. สรุปการบรรยายพิเศษเรื่องการพัฒนาาระบบราชการกับการปรับปรุงโครงสร้างส่วนราชการ. โดยรองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ เครืองาม) วันอาทิตย์ที่ 2 ตุลาคม 2548. ใน www.disaster.go.th/news01/10_48/siminar_001.doc

34. สรุปสาระสำคัญในร่างพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน. โดยนายบรรศักดิ์ อูวรรณโณ และนายอัชพร จารุจินดา. วันอาทิตย์ที่ 21 ตุลาคม 2548. ใน www.disaster.go.th/news01/10_48/siminar_001.doc.
35. สำนักงาน ก.พ. สรุปมติการประชุมร่วมระหว่างผู้บริหารสำนักงานปลัดกระทรวงและสำนักงาน ก.พ. เพื่อพิจารณาภารกิจและโครงสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 31 มกราคม 2545.
36. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการติดตามประเมินผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ: 3 ปีของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9. พ.ศ.2548.
37. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ: คู่มือ คำอธิบายและแนวทางปฏิบัติ ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ : สิริบุตรการพิมพ์; 2546.
38. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. อะไรเป็นอะไร? ในกระแสการเปลี่ยนแปลง : 30 บาท รักษาทุกโรค กระจายอำนาจ ปฏิรูปโครงสร้าง กสธ. กับการปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544.
39. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มติการประชุมหารือเกี่ยวกับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขจำแนกตามกรมที่ปรับใหม่. ที่ สธ. 0215/16/955 ลว. 4 กรกฎาคม 2545.
40. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548. สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. พ.ศ.2548
41. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานเกี่ยวกับการปฏิรูปของกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 6 ที่ สธ.0215/16/949. ลว. 11 ธันวาคม 2544.
42. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานเกี่ยวกับการปฏิรูปของกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 8 ที่ สธ.0215/16/167. ลว. 8 มีนาคม 2545
43. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานเกี่ยวกับการปฏิรูปของกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 9 ที่ สธ.0215/16/ ว.69. ลว. 30 กันยายน 2545.
44. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. สรุปผลการประชุมเรื่อง ร่าง พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ....ร่าง พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่....)พ.ศ.....และร่าง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... ที่ สธ. 0215/16/661 ลว. 16 สิงหาคม 2545.

45. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. ทางเลือกและรูปแบบการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ และสถานบริการสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมที่กระทรวงสาธารณสุข; 6 ธันวาคม 2548.
46. สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุขนส่งช่วงวันหยุดเทศกาลปีใหม่ ประเทศไทย พ.ศ.2543- 2547 ใน http://epdi.moph.go.th/weekly/w_2547/wk47_48/wk47_48_4html 1/24/2004
47. สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2548. ใน <http://epid.moph.go.th/aid3.gif> 1/24/2006
48. สุพรรณ ศรีธรรมมาและคณะ. ข้อเสนอการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, มปป.
49. สุวรรณี คำมัน. โอกาสสุดท้ายของประเทศไทย: 6 ปีทองของการพัฒนาคนไทยให้ก้าวไกลอย่างยั่งยืน. นำเสนอในการประชุมประจำปีของ TDRI พ.ศ. 2547. (เอกสารอัดสำเนา)
50. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ.(บรรณาธิการ). รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2544-2547. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. พ.ศ.2548.
51. อานันท์ ปันยารชุน. เศรษฐกิจพอเพียง. คำกล่าวเปิดงานสัมมนาวิชาการประจำปี 2542 วันที่ 18 ธันวาคม 2542 ณ โรงแรมแอมบาสเตอร์ซิตี จอมเทียน ชลบุรี

ภาษาอังกฤษ

1. "Beveridge Report" www.NHS_UK_Reviews\Beveridge Report.htm.
2. Department of Health & Human services (DHHS) www.dhhs.gov.
3. Department of Health, UK. 2004. "Reconfiguring the Department of Health's Arm's Length Bodies", www.dh.gov.uk/Publications/Reconfiguring the Department of Health's Arm's Length Bodies.
4. Department of Health, UK. 2005. "Department Report 2005", www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/AnnualReports.
5. Department of Health, UK. 2005. "The History of Department of Health", www.dh.gov.uk/Publications/History.
6. Lorenz, Walter. 2005 "Decentralisation and Social Services in England", *Social Work & Society*, Vol.3, Issue2, 2005. www.socwork.net/Lorenz.2005c.pdf.
7. The National Health Service, UK. 2005. "The History of the NHS" www.nhs.uk/England/default
8. The National Health Service, UK. 2005. "The NHS Litigation Authority" www.nhs.uk/England/NHS_UK_Reviews/NHSLAhome.htm.