

เวชปฏิบัติครอบครัวและแนวทาง การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข



โดย...นายแพทย์คำรณ ไชยศิริ
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

Challenges for further reforms

1

» Burden Of Disease and old aged dependency challenges

2

» Governance of the health system

– Role of MoPH and other partners and their relationship

3

» Government fiscal space and long term financial sustainability

4

» Harmonization of the three main schemes

5

» Health systems capacity to cope with

– Increased demand within very strained health workforces

– Decentralization context –threats and opportunities

– Public private dialogues, better trust and collaboration



การดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่แบ่งตามช่วงวัย

ช่วงอายุ 0 – 5 ปี

- เด็กเกิดจากมารดาซึ่งมี ANC ครบถ้วนในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม และคลอดในห้องคลอด
- เด็กได้รับน้ำนมมารดาและอาหารเสริมในระยะเวลาที่เหมาะสม
- เด็กได้รับวัคซีนที่จำเป็นต่างๆครบถ้วน
- การได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่พอเพียง
- เด็กได้รับการเตรียมตัวสำหรับการพัฒนาในช่วงวัยต่อไปอย่างเหมาะสมผ่านศูนย์ดูแลเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล

การดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่แบ่งตามช่วงวัย

ช่วงอายุ 6 – 19 ปี

- การบริการทางการแพทย์ที่พอเพียง
- เด็กและเยาวชนได้รับวัคซีนที่จำเป็น และวัคซีนกระตุ้นครบถ้วน
- เด็กและเยาวชนได้รับการพัฒนาทักษะเพื่อการเข้าสู่ช่วงวัยทำงานต่อไปอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และปัญหาด้านสาธารณสุข เช่น
 - ยาเสพติด สุรา บุหรี่
 - การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 - โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้ง HIV/AIDS
 - ปัญหาอุบัติเหตุ
 - ปัญหาทางการโภชนาการ โดยเฉพาะ โรคอ้วน
 - การออกกำลังกาย
 - ปัญหาการติดการพนันและเกมส์
 - การมี E.Q. ที่เหมาะสม
 - ความรับผิดชอบต่อสังคม

การดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่แบ่งตามช่วงวัย

ช่วงอายุ 20 – 59 ปี

- ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการคัดกรอง โดยมีการกระตุ้นเตือนให้ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆอย่างเหมาะสม
- ได้รับการบริการด้านสุขภาพที่พอเพียงในกรณีที่เจ็บป่วย
- ได้รับการเตรียมตัวที่จะเข้าสู่ช่วงอายุวัยชราต่อไป

ช่วงอายุ > 60 ปี

- ได้รับการซ่อมแซมสุขภาพในกรณีที่จำเป็น
- ได้รับการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่แข็งแรงจนถึงช่วงสุดท้ายของวัย
- ได้รับการดูแลจากลูกหลานและชุมชนอย่างอบอุ่น

Reform direction

1. Restructuring health sector

Separation regulatory role and service provision role in the MoPH

Strengthening MoPH functions as National Health Authority

- Policy, direction, and guidelines on financing
- Policy on human resources
- Regulation and supervision
- Monitoring and evaluation

Reorganize relationships between MoPH and various main actors

Reform direction

2. Regional health service commissioning

Decentralize administration of service provision to 12 regional MoPH areas (service plan)

- Improve efficiency of resources use by sharing resources
- Improve capacity of service provision within the regions
- Better referral system
- Greater accountability by setting KPIs

Greater cooperation between purchaser and providers in planning, purchasing, and service provision

Reform direction

3. Financing reform

Expansion of health protection coverage by compulsory contributory insurance

- Migrant workers and dependents
- Foreign visitors
- Foreign residents

Reform Traffic Accident Insurance to improve effectiveness and efficiency of the system

Pharmaceutical cost control of CSMBS and reform payment system for better cost control

Reform payment system to support MoPH service plan

Reform direction

4. Harmonization of current health insurance schemes

National Clearing House

National Information center

Harmonization of benefit package and payment system

- Accident and Emergency services
- Anti-Retro Viral Therapy
- Cancer

“ รอไม่นาน ”

2. ขยายจุดให้บริการนอก รพ.ให้พอเพียง

รพศ./รพท. (A /S /M1)

1. จัดทีมแพทย์เฉพาะทาง
และบุคลากรทางการ
แพทย์ออกให้บริการ
(ตรวจ/รักษา/ผ่าตัด)
ที่ รพช.

2. ขยายจุดบริการเพื่อ
ให้มีการกระจายผู้ป่วย
โรคเรื้อรังไปสู่ ศสม. /
รพ.สต

3. มีหน่วยบริการร่วมกับ
ชุมชน จัดบริการด้าน
สาธารณสุขให้กับ
ประชาชน เช่น การออก
เยี่ยมบ้าน โดยสหวิชาชีพ



มีตัวอย่างให้ดู มีเมนูให้เลือก
(ตามบริบทพื้นที่)

“ รอไม่นาน ”

2. ขยายจุดให้บริการนอก รพ.ให้พอเพียง

รพช. /ศสม./รพ.สต

1. แพทย์และบุคลากรทางการ
แพทย์ออกให้บริการ (ตรวจ/
รักษา) ที่รพช. (F/ ศสม./
รพ.สต.)

2. มีหน่วยบริการร่วมกับชุมชน
จัดบริการด้านสาธารณสุข
ให้กับประชาชน เช่น การออก
เยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ



มีตัวอย่างให้ดู มีเมนูให้เลือก
(ตามบริบทพื้นที่)

“ รอไม่นาน ”

3. ลดระยะเวลาการรอคอย

รพศ.
รพท.
รพช.

1. การบริหารจัดการภายใน

- ออกตรวจตรงเวลา
- ปรับตารางการให้บริการให้สอดคล้องความต้องการของประชาชน
- พัฒนาระบบนัดหมาย เพื่อกระจายผู้ป่วย
- จัดให้มีบัตร OPD Card ให้พร้อมเมื่อผู้ป่วยมาตามนัด
- จัดบริการนอกเวลา / นอกสถานที่ เช่น กรณีรอคิวผ่าตัด หรือ ตรวจพิเศษนาน

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกำลังคน

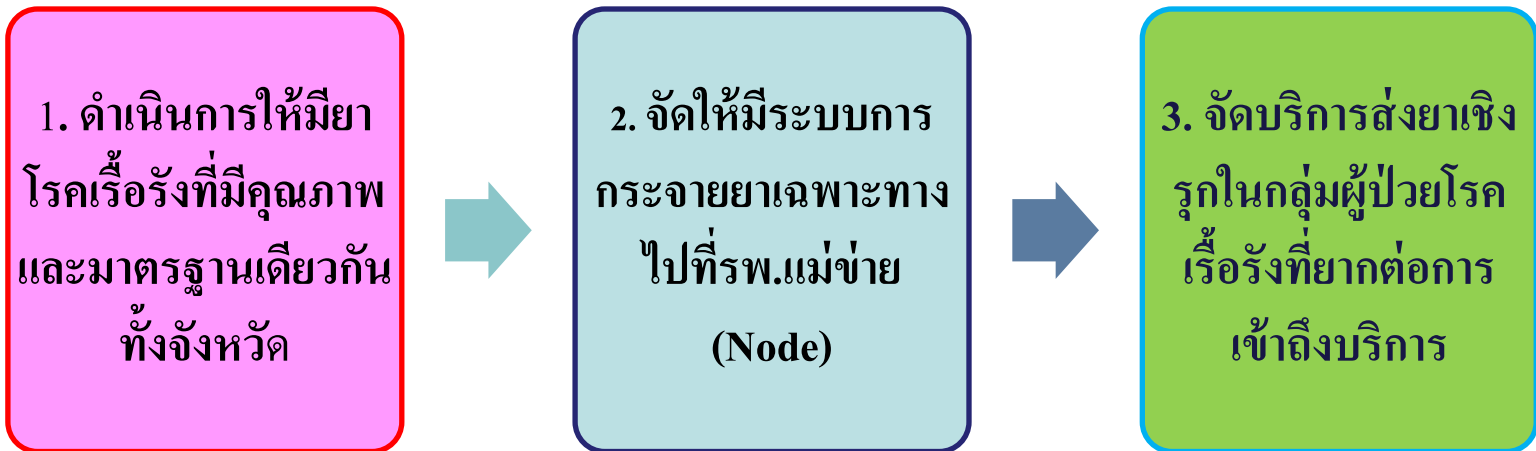
3. การพัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ



มีตัวอย่างให้ดู มีเมนูให้เลือก
(ตามบริบทพื้นที่)

“ อยู่ใกล้ไกลได้ยาเดียวกัน ”

ระบบยาเป็นระบบเดียวกัน



มีตัวอย่างให้ดู มีเมนูให้เลือก
(ตามบริบทพื้นที่)

Indicator

ยากลุ่มโรคเรื้อรังเป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัด

- เบาหวาน
- ความดันโลหิตสูง
- ไขมันในเลือดสูง
- จิตเวช



Goal:เป้าหมาย ทีมหมอบกรอบครัว

- มีทีมหมอบกรอบครัว ดูแล ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ประจําญาติมิตร ทุกครอบครัว
- มีการดูแลร่วมกันถึงบ้านและหน่วยบริการอย่างใกล้ชิดและทั่วถึง
- ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน องค์กรร่วม ต่อเนื่อง ผสมผสาน
- มีการรับ-ส่งต่อทุกระดับ ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน รพ.สต.และ รพ.อย่างใกล้ชิดเหมาะสม
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลครอบคลุมครบถ้วน
- ครอบครัว ชุมชน มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ประชาชน “อุ่นใจ” มีญาติทั่วไทย เป็นหมอบกรอบครัว





ใครคือทีมหมอกรอบครัว ?

อำเภอ

ตำบล

หมู่บ้าน

ทีมหมอกรอบครัว
เป็นทีมงานใหญ่
มีบุคลากรวิชาชีพ
ทำงานร่วมกันทั้ง
ระดับโรงพยาบาล
โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล
(รพสต.) และภาค
ประชาชนในระดับ
หมู่บ้าน

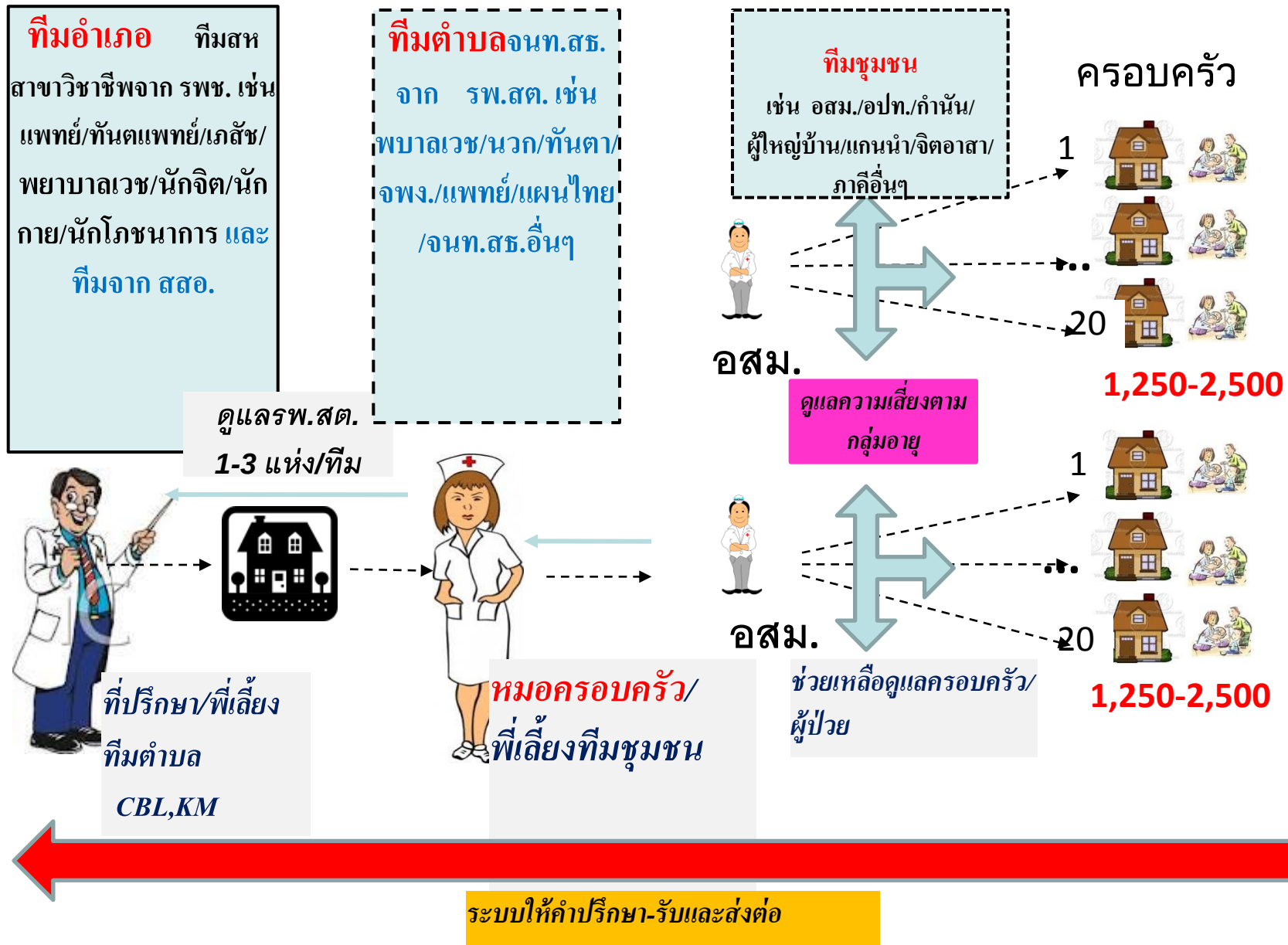
คำนิยาม

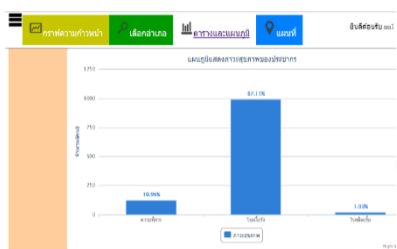
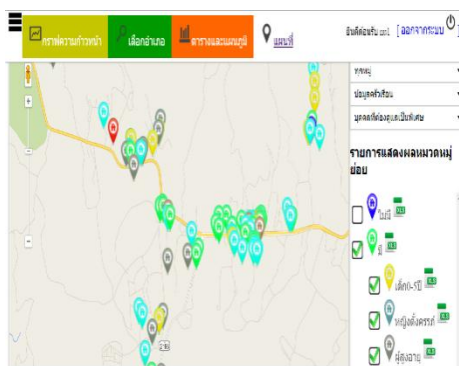
- หมอครอบครัว : บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไปที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต./ศสม.โดยรับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 -2,500 คน/หมอประจำครอบครัว
- แพทย์ที่ปรึกษา : แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เฉพาะทางที่มีความสนใจในงานบริการระดับปฐมภูมิ

ทีมหมอบกรอบครัวคือใคร

ทีมหมอบกรอบครัว : คือ ทีมสหวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึง อสม. อปท. ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ผังโครงสร้างทีมหมอประจำครอบครัว





กรอบ เป้าหมาย กระบวนการ และผลลัพธ์ของนโยบาย FCT

INPUT

1. มอบนโยบาย สร้างความร่วมมือของหน่วยงานทุกระดับ
2. ปรับ/จัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวให้เหมาะสมตามบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่
3. พัฒนาทีมหมอครอบครัวให้มีคุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่
4. สนับสนุนทรัพยากรงบประมาณเพิ่มเติม

Process

1. ใช้การจัดการตามระบบการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ : DHS
2. การนำกระบวนการเรียนรู้ตามบริบทพื้นที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ โดยใช้ : CBL KM ในการเสริมศักยภาพทีม
3. ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการ
4. เสริมพลังสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติ

Output

1. มีทีมหมอครอบครัวครอบคลุมทุกพื้นที่
2. ทีมหมอครอบครัวมีศักยภาพดูแลให้บริการ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
3. ครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในหน่วยบริการและที่บ้านอย่างใกล้ชิดดูญาติ
4. มีระบบการรับ-ส่งต่อประสานในทุกระดับอย่างใกล้ชิด
5. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลครอบคลุมครบถ้วน

Outcome

1. ครอบครัว ชุมชน มีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น มีความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ
2. ครอบครัว ชุมชน มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการปกป้องด้านสังคมและการเงินจากความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ
3. ระบบดูแลสุขภาพมีความสามารถในการตอบสนองปัญหาสุขภาพและกลุ่มเสี่ยงที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

1. Service Achievement Plan 10 สาขา

รายเขต รายจังหวัด ราย รพ.

- 1.1 10สาขา +Area Problem (เช่นมะเร็งท่อน้ำดีอีสาน)
+ Special (โครงการพระราชดำริ +สาธารณสุขชายแดน
+ ยาเสพติด)

1.2 Refer System

1.3 การแพทย์ฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ

1.4 ร่วมกับเอกชน,รพ.กระทรวงอื่นๆ

1.5 แผนพัฒนาคุณภาพบริการ

1.6 ฯลฯ

2. Administrative Plan

2.1 เงินบำรุง

2.2 จัดซื้อยาพร้อม

2.3 ซื้อวัสดุ Lab. ร่วม

2.4 ซื้อวัสดุการแพทย์ร่วม

2.5 แผนบุคลากร

Purchaser

(สปสช. ปกส.
กรมบัญชีกลาง,อปท.,
รัฐวิสาหกิจ)

เขตบริการสุขภาพ (Service Provider Board)

3. Investment Plan เขต

4. แผนส่งเสริมป้องกันโรค และร่วมภาคีเครือข่าย

- 4.1 กลุ่มวัยต่างๆ (ทารก,0-2ปี,3-5ปี,นักเรียน,วัยรุ่น+BS)ดูแลเฝ้าระวังสตรีไทย,
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ
- 4.2 ป้องกันโรคไม่ติดต่อตามปัญหาของพื้นที่(เช่น อาชีวอนามัย COPD มะเร็งในพื้นที่)
- 4.3 ควบคุมป้องกันโรคติดต่อ
- 4.4 อาหารปลอดภัย ,สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ,ส่งเสริมการมีส่วนร่วมภาคส่วนต่างๆ
- 4.5 สิ่งแวดล้อมและระบบที่เอื้อต่อสุขภาพ(เหล้า บุหรี่ Road Safety
- 4.6 DHS
- 4.7 ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- 4.8 ลดตาย อุบัติเหตุ เด็กจมน้ำตาย ฯลฯ

SERVICE ACHIEVEMENT PLAN

ยุทธศาสตร์บริการ

1. Satellite OP & Outreach OP
2. Centralize IP
3. One Province same Hospital
One Region One Ownership

Key Success Factor

1. Service delivery Model
2. HRM , HCW Development
3. Financing
4. Health Information
5. Medical Equipment and Medical Material supply , Technology Assessment
6. Governance

SERVICE ACHIEVEMENT PLAN

Purpose

1. Better Service
 - 1) Accessibility
 - เข้าถึงบริการทุกมิติ
 - 2) Faster
 - คิวสั้นลง
 - 3) Safer
 - ตายน้อยลง
 - โรคแทรกซ้อนน้อยลง
2. More Efficiency
 - 1) Management Efficiency
 - CFO , แผนเงินบำรุง , เงินลงทุน UC ระดับต่างๆ , จัดซื้อร่วม
 - 2) Clinical Efficiency
 - 3) Operational Efficiency

กลไกการขับเคลื่อน

1. Leadership - กระทรวง - สป+กรม + สวรส+ สปสช+สพร+ฯฯ - M&E - แก้ปัญหา
 2. พลังทางปัญญา
 - การทำข้อมูลโดยสร้างการมีส่วนร่วมระดับต่างๆทาง **Horizontal** จากเครือข่ายวิชาชีพ เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญต่างๆ โดยเฉพาะด้านจัดการบริการ , วิชาการ →การบริหารระบบบริการ→พลังทางการสื่อสาร
 - จาก Data Information ความรู้ การปฏิบัติ
 3. เครือข่ายวิชาชีพ ในระดับชาติ พวง จังหวัด
 4. เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ
 - 1^oCare จิตเวช หัวใจ อุบัติเหตุ ไต ตา CFO ฯลฯ
 5. วัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน
 - “พบส. ยุคใหม่” “พี่น้องช่วยกัน”
- Seamless & Lean Service
One Province Same Hospital
One Region One Ownership

SERVICE PLAN และ DHS

VISION

“ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน โดยเครือข่ายบริการเชื่อมโยง
ไว้รอยต่อ สามารถบริการเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการประสาน
ชุมชน Self Care”

ตติย
ภูมิ

ทุติย
ภูมิ

ปฐม
ภูมิ

หัวใจและหลอดเลือด

มะเร็ง

อุบัติเหตุ

ทารกแรกเกิด

จิตเวช

ตา

ไต

5 สาขาหลัก

ทันตกรรม

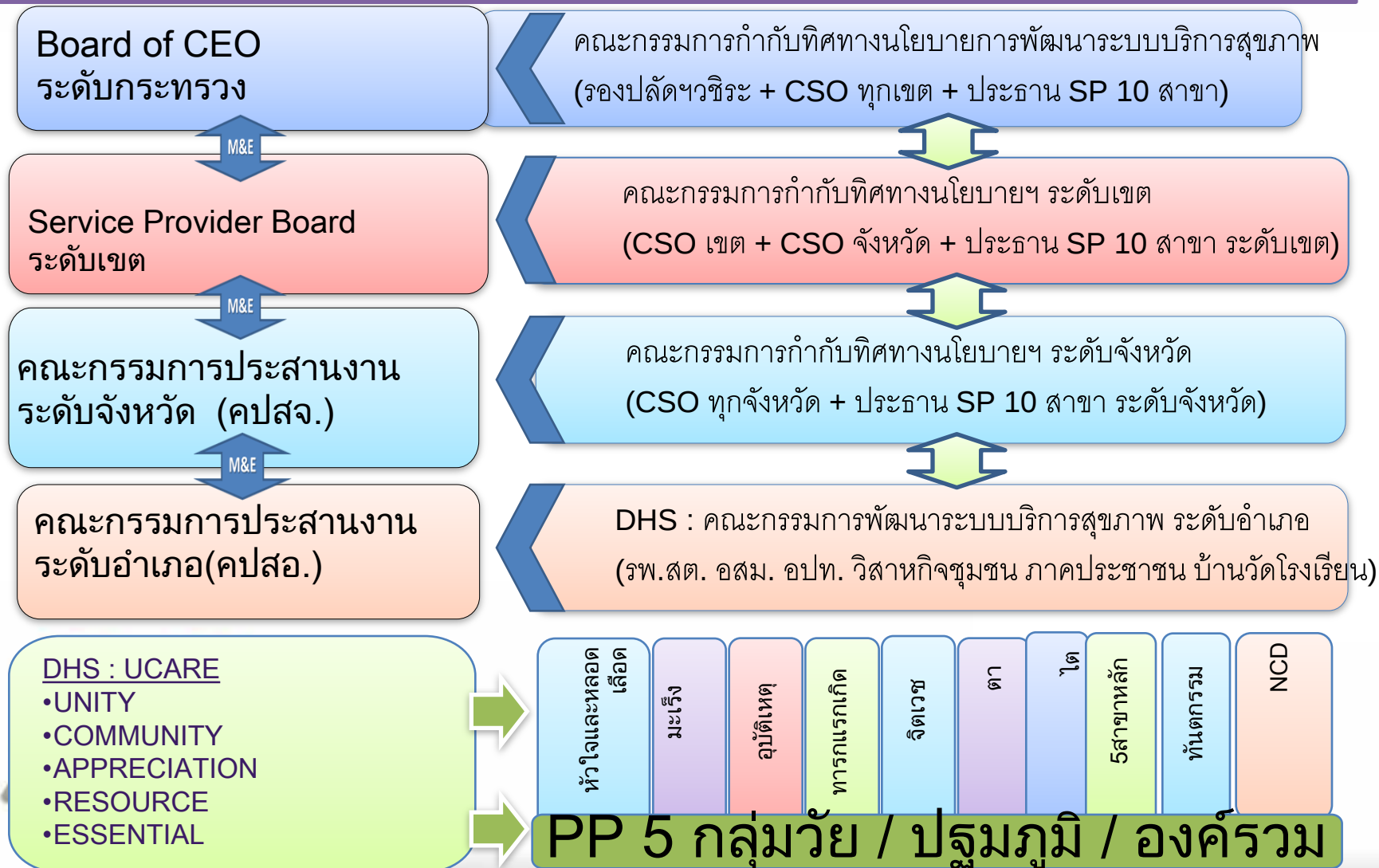
NCD

การบริหารร่วมและบริการร่วมโดยการบริหารจัดการของเขตบริการสุขภาพ

PP 5 กลุ่มวัย / ปฐมภูมิ / องค์กรรวม

DHS : UCARE ; Unity / Community / Appreciation / Resource / Essential

กลไกการกำกับทิศทางนโยบายและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



การปฏิรูประบบสาธารณสุข



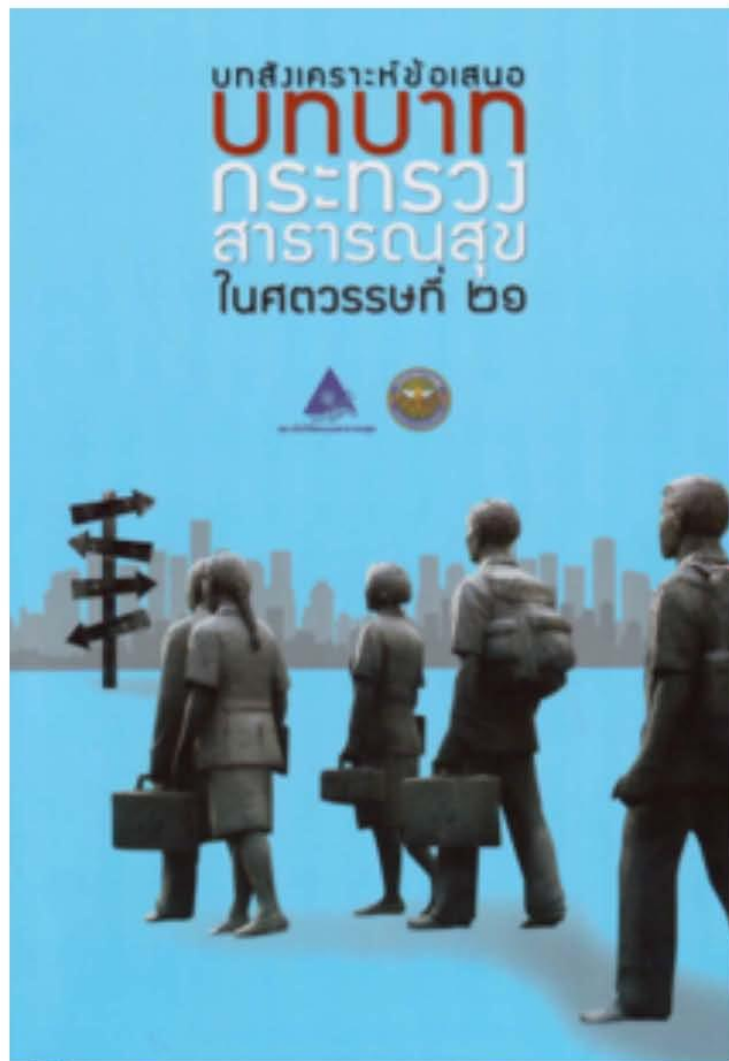
การปฏิรูประบบสาธารณสุข

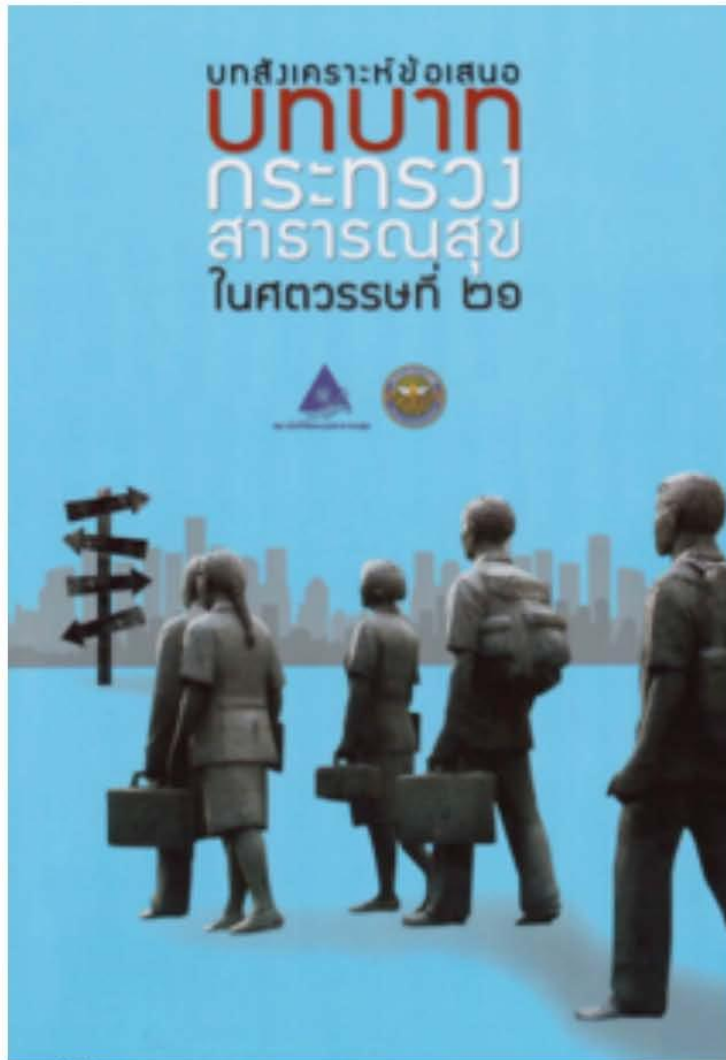
1. พัฒนากลไก การสร้างเอกภาพในการกำหนดนโยบาย สาธารณสุขของ
ประเทศ : National Health Authority (NHA)
2. ปฏิรูประบบบริการเป็นเขตสุขภาพ
3. ปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพ
4. สร้างระบบธรรมาภิบาลและกลไกเฝ้าระวัง ตรวจสอบถ่วงดุล



National Health Authority(NHA)=
National Health Directing Board(NHDB)





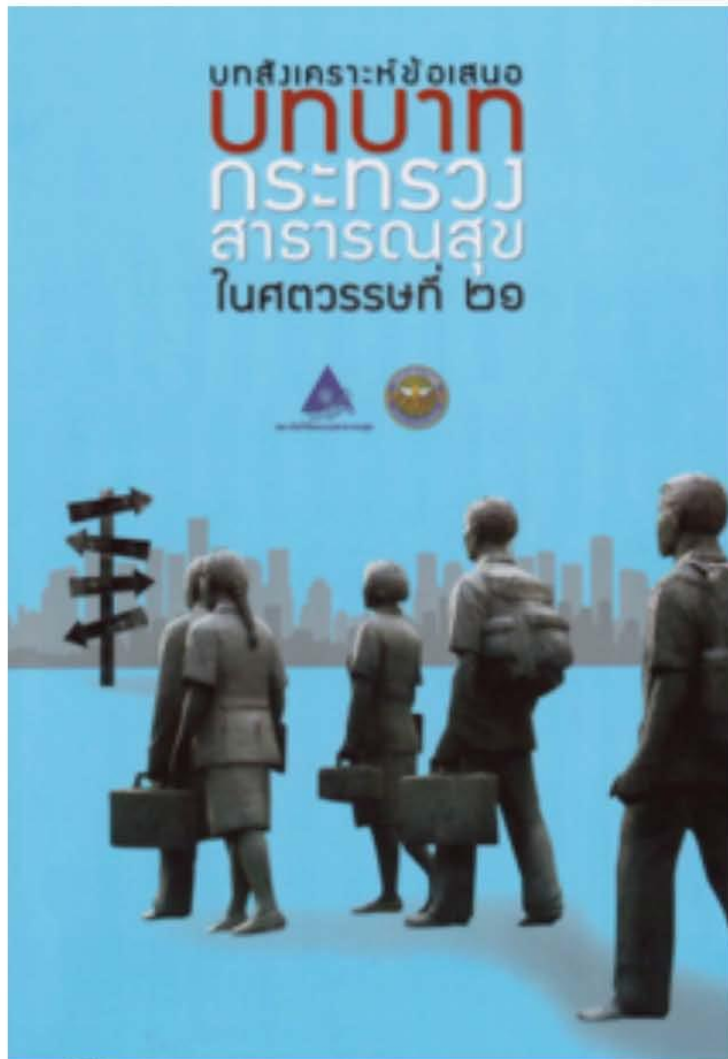


ระบบสุขภาพที่อยากเห็น

๑. อยากเห็นระบบสุขภาพที่เป็นองค์รวม
๒. อยากเห็นโครงสร้างการบริหารระบบบริการที่ไม่รวมศูนย์
๓. ต้องมีกลไกดูแลภาพรวมของระบบระบบสุขภาพ
๔. ต้องเพิ่มหน่วยบริหารจัดการระดับเขตและระดับพื้นที่
๕. บางหน่วยงานควรปรับให้มีความคล่องตัวและเป็นอิสระมากขึ้น
๖. ต้องมีระบบหรือกลไกที่จะสร้างภาคประชาชนให้เข้มแข็งอย่างจริงจัง



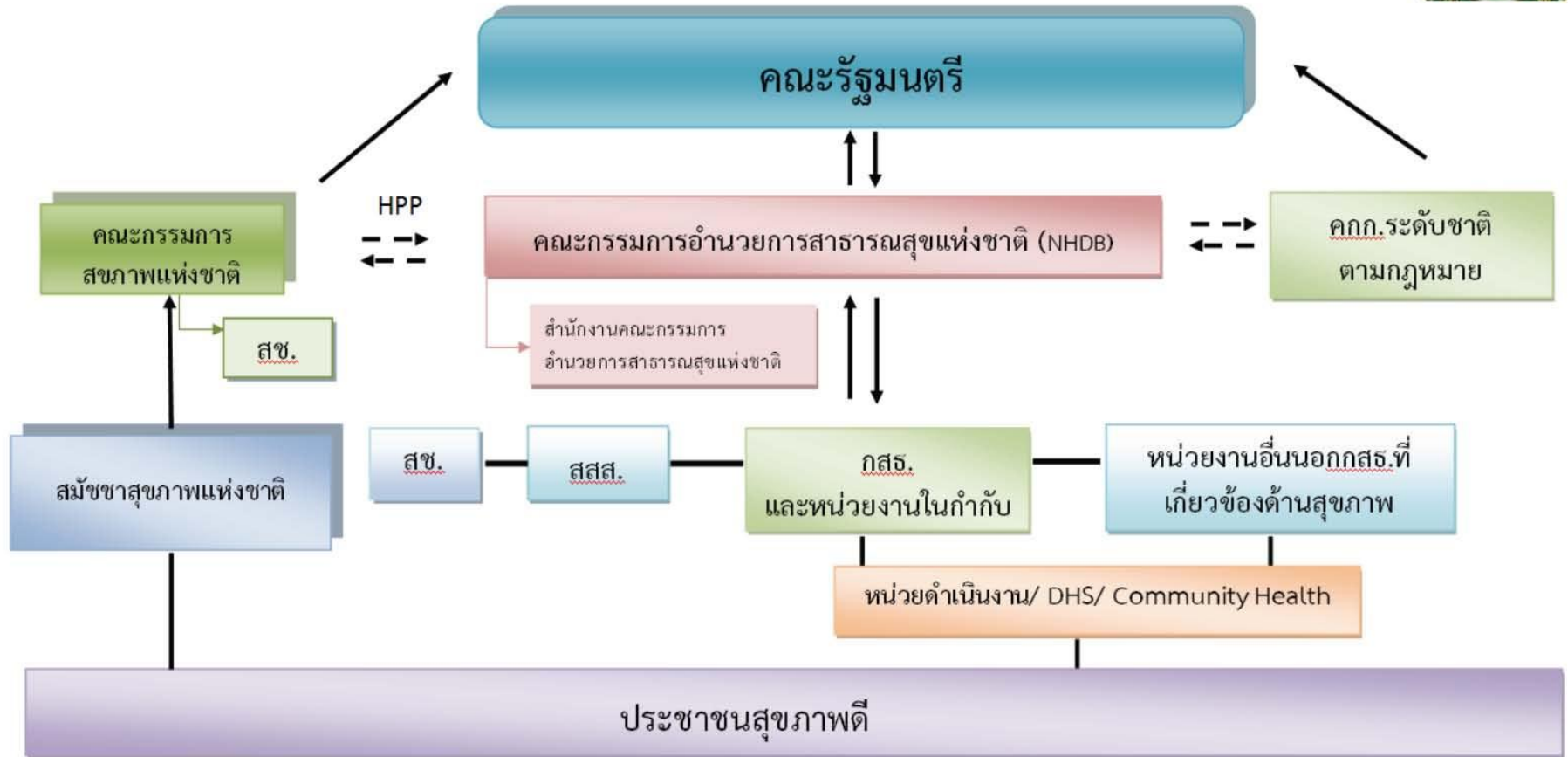
ข้อเสนอบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข



๑. การเป็นองค์กรหลักในการดูแลงานด้านสุขภาพของประเทศ(National Health Authority)ทำหน้าที่กำกับนโยบาย ยุทธศาสตร์บนพื้นฐานของการใช้ความรู้ โดยนโยบายบางส่วนจะเป็นการออกแบบระบบเพื่อให้กลไกและภาคีต่างๆ มีบทบาทที่เหมาะสมในระบบสุขภาพ ลดความซ้ำซ้อน และมีการตรวจสอบกันและกันอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดระบบที่มีธรรมาภิบาล(Good governance)
๒. การกำกับดูแลการดำเนินงานตามนโยบาย(Regulator) มากกว่าการเป็นหน่วยปฏิบัติ(Implementor)
- ๓.การสร้างและจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อให้สามารถกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพ
๔. การประสานและสร้างความร่วมมือกับภาคีต่างๆ โดยทำหน้าที่เป็น national focal point ทั้งด้านการประสาน บูรณาการ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
๕. การบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค

บทบาทใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขในฐานะ National Health Authority

- ๑) การกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์กลางของประเทศบนข้อมูลและฐานความรู้
- ๒) การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ
- ๓) การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
- ๔) การกำหนดมาตรฐานบริการต่างๆ
- ๕) การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรค ภัยสุขภาพ และตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
- ๖) การพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน
- ๗) การพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ
- ๘) การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน
- ๙) การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ
- ๑๐) การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียวมีคุณภาพใช้งานได้
- ๑๑) การกำหนดนโยบายและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ



National Health Authority(NHA)
=National Health Directing Board(NHDB)



เขตสุขภาพ : คำตอบของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

Seamless Service Network
Management

การบริหารร่วมกัน

การจัดบริการร่วมกัน

การจัดระบบส่งต่อ/ส่งกลับที่มี
ประสิทธิภาพ

Self Contained

Economy of scale and competency

EC

3

RS

2

RS

1

Self Care

เขตสุขภาพ

“เขตสุขภาพ”

: จัดบริการสำหรับประชาชน 4-5 ล้านคน
โดยเน้นบริการตามService Plan 10 สาขา
พัฒนาปฐมภูมิสมบูรณ์แบบ ครอบคลุม
พัฒนาทุติยภูมิที่สำคัญจำเป็นให้เบ็ดเสร็จใน
เขตสุขภาพทุกระดับด้วยคุณภาพ มาตรฐาน
จัดปัจจัยสนับสนุน คน เงิน ของ
ที่เพียงพอพัฒนา
ระบบบริหารจัดการ
ภายใต้ คกก.เขตสุขภาพ

National Health Authority

กระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพประชาชน
Regional Health Directing Board

Regulator + System Supporter

Purchaser Board

สำนักงานเขตสุขภาพ

บทบาท Regulator ในพื้นที่

ศูนย์วิชาการ

- ระดับเขต
- ระดับจังหวัด(สสจ.)
- ระดับอำเภอ (สสอ.)

Regional Provider Board

เขตสุขภาพ

สถานพยาบาล
สังกัด กสธ.

สสจ.

รพศ.

รพท.

รพช.

รพ.ของกรม
วิชาการ

รพ.สต.

สถาน
พยาบาลรัฐ
นอก กสธ.

สถาน
พยาบาลเอกชน

อปท.

อปสข.
(สปสข.)

สนง.ประกันสังคม

อปท.

ระบบ
ควบคุมครอง
ด้านสุขภาพอื่นๆ
(ในอนาคต)

สวัสดิการรักษายาพยาบาล
ข้าราชการ

๑ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	ประธานคณะกรรมการ
๒ สาธารณสุขนิเทศก์กระทรวงสาธารณสุข	รองประธานกรรมการ
๓ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพ	กรรมการ
๔ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ไม่เกินเขตละ 2 คน	กรรมการ
๕ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป เขตละ 2 คน	กรรมการ
๖ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เขตละ 2 คน	กรรมการ
๗ ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ เขตละ 2 คน	กรรมการ
๘ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตละ 2 คน	กรรมการ
๙ ผู้อำนวยการศูนย์วิชาการในเขต	กรรมการ
๑๐ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 1 คน	กรรมการ
๑๑ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 1 คน.	กรรมการ
๑๒ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน เขตละ 1 คน	กรรมการ
๑๓ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตละ 2 คน	กรรมการ
๑๔ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข เขตละ 2 คน	กรรมการ
๑๕ ประธานเครือข่ายสมัชชาประชาชน เขตละ 2 คน	กรรมการ
๑๖ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ	กรรมการและเลขานุการ
๑๗ เจ้าหน้าที่สำนักงานเขตสุขภาพ	ผู้ช่วยเลขานุการ



คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ

- | | |
|---|---------------------|
| ๑ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒ สาธารณสุขนิเทศก์กระทรวงสาธารณสุข | รองประธานคณะกรรมการ |
| ๓ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพ | กรรมการ |
| ๔ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่งในเขตสุขภาพ | กรรมการ |
| ๕ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ในเขตสุขภาพ | กรรมการ |
| ๖ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของกรมวิชาการ | กรรมการ |
| ๗ ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดละ ๑ คน | กรรมการ |
| ๘ ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอจังหวัดละ ๑ คน | กรรมการ |
| ๙ ผู้แทน รพ.สต.จังหวัดละ ๑ คน | กรรมการ |
| ๑๐ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๑ เจ้าหน้าที่สำนักงานเขตสุขภาพ | ผู้ช่วยเลขานุการ |



สำนักงานเขตสุขภาพ

กลุ่มงานยุทธศาสตร์
และสารสนเทศ

- งานแผนงานและยุทธศาสตร์
- งานข้อมูลข่าวสาร
- งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ
- งานควบคุม กำกับและประเมินผล
- งานวิจัยและโครงการพิเศษ

กลุ่มงานบริหารการเงิน
และการคลัง

- งานบริหารการเงินการคลัง
- งานบริหารและจัดการงบประมาณ
- งานบริหารเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์
- งานการเงินและบัญชี
- งานด้านลงทุน
- งานวิเคราะห์การเงินการคลัง

กลุ่มงานบริหาร
ทรัพยากรบุคคล

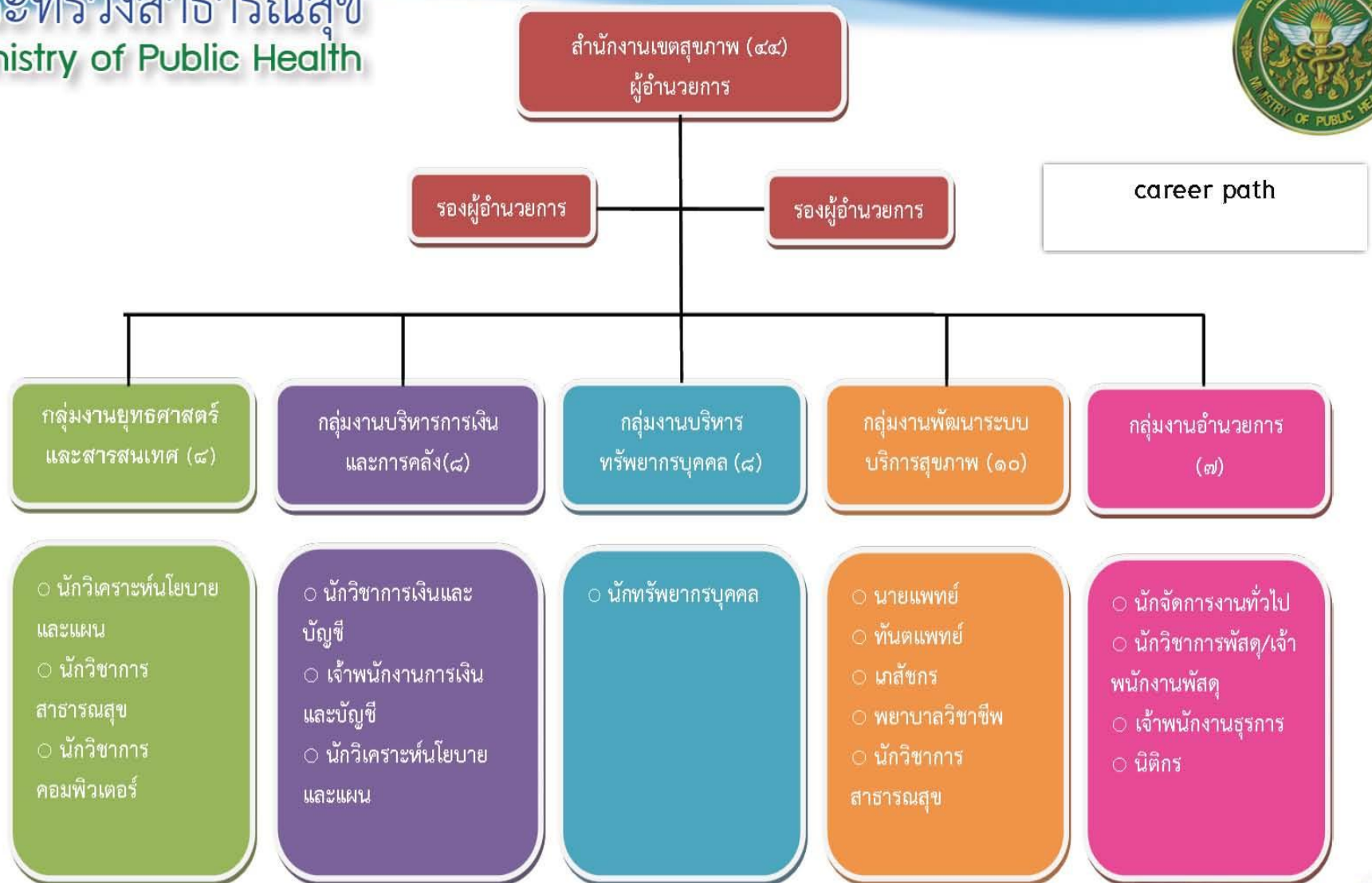
- งานวางแผนทรัพยากรบุคคล
- งานสรรหาและคัดเลือกบุคลากร
- งานบริหารทรัพยากรบุคคล
- งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- งานระบบสารสนเทศและร่วมบริการ
- งานพัฒนาสายอาชีพและวางแผนสืบทอดตำแหน่ง

กลุ่มงานพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพ

- งานยุทธศาสตร์ Service Plan
- งานบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ
- งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- งานขับเคลื่อน Service Plan
- งานสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมโรค

กลุ่มงานอำนวยการ

- งานบริหาร
- งานสารบรรณงานธุรการ
- งานการเงินและบัญชี
- งานพัสดุและยานพาหนะ
- งานนิติการ



ปฏิรูปการเงินการคลัง



ปัญหาที่พบ หลัง 12 ปีในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

★ต่อประชาชน

☞เกิดความเหลื่อมล้ำ และเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ

☞คุณภาพบริการลดลง

★ต่อบุคลากร

☞วัฒนธรรมการบริการไม่เหมาะสม (ทำงาน แลกเงิน)

★ต่อสถานบริการ : รพ.

☞วิกฤติทางการเงิน

☞รพ.รับงบไม่แน่นอนไม่สามารถวางแผนการเงินได้



สาเหตุของปัญหา

1. การใช้กลไกการเงินอย่างเดียวไม่สนับสนุนการจัดระบบบริการ
2. จัดสรรงบหลักประกันสุขภาพเหมาจ่ายให้หน่วยบริการระดับอำเภอ เมื่อหักเงินเดือนทำให้มีความแตกต่าง
3. การกำหนดหลักเกณฑ์จากส่วนกลางไม่สอดคล้องบริบทพื้นที่
4. การบริหารงบหลักประกันโดยแบ่งเป็นกองทุนแยกย่อยจำนวนมาก
5. มีข้อสงสัยในการจัดสรรงบหลักประกันสุขภาพ ที่ขาดประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล



การปฏิรูปกลไกธรรมาภิบาล



สภาพปัญหา

1. มีการแทรกแซงการปฏิบัติราชการจากฝ่ายการเมือง และฝ่ายอื่นๆที่ไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ และจริยธรรมในการบริหารราชการ จนทำให้เกิดการแทรกแซงการแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการในเกือบทุกระดับ การแทรกแซงการจัดซื้อจัดจ้างที่ทำให้เกิดความไม่โปร่งใสเป็นธรรม และราชการไม่ได้ประโยชน์
2. ผู้บริหารที่ขาดคุณธรรมก็สามารถดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามระบบคุณธรรม ทำให้เกิดความเสียหายต่อองค์กรและระบบสุขภาพโดยรวม
3. แม้ว่าการบริหารราชการแผ่นดิน จะมีกฎ กติกา อยู่มากมายแต่ก็ยังพบว่ายังมีช่องทางอยู่มากที่ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงกฎเหล่านั้น หรือแม้กระทั่งไม่ปฏิบัติตามกฎ โดยมีเจตนาที่ไม่สุจริต หากทำโดยผู้มีอำนาจก็ไม่มีใครกล้าขัดขวาง เข้าทำนองที่ว่า
“ไข่ตกใส่หินไข่แตก หินตกใส่ไข่ไข่ก็แตก” การขาดกลไกเฝ้าระวังตรวจสอบถ่วงดุล ทำให้ระบบยังพยายามหากฎที่เข้มข้น ซึ่งบ่อยครั้งเป็นโทษต่อการบริหารงานในกรณีที่มีเจตนาสุจริต

วัตถุประสงค์

1

เพื่อสร้างความเข้มแข็งของกลไกประชาคมสาธารณสุข ให้สามารถผลิตข้อเสนอในการพัฒนาและรักษาระบบคุณธรรม ในการบริหารกระทรวงสาธารณสุข

2

เพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และถ่วงดุล (Watch and Voice) การบริหารจัดการทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล และระบบคุณธรรมให้คงอยู่

3

เพื่อร่วมมือกับเครือข่าย องค์กรอื่นๆนอกกระทรวงสาธารณสุข ในการแสดงพลังปกป้อง ระบบคุณธรรมในการบริหารประเทศ



กรอบแนวคิดกลไกของประชาคมสาธารณสุข

Ministry of Public Health



ธรรมนูญ

กรอบ/กติกา

สมาคม

กลุ่ม

เครือข่าย

หลักเกณฑ์
สมาชิก

คณะ(สภา) ที่
ปรึกษาอาวุโส

ชมรม

องค์กร

สภาวิชาชีพ

สมาพันธ์

สมาชิก
ประชาคม

สมาชิกประชาคม
กระทรวงสาธารณสุข

ระดับกรม

สป.ส่วนกลาง

ระดับเขต/จังหวัด

มติ
สมาชิก

ข้อเสนอ

กลุ่มองค์กรในกรม

ผู้แทนสำนัก/กอง

ผู้แทนศูนย์/เขต

องค์กรใน สป.ส่วน
กลาง

ผู้แทนสำนัก/กอง

ผู้แทน วพบ.

ผู้แทนระดับเขต/
จังหวัด

...

...

ผู้บริหารกระทรวง
สาธารณสุข

ประชาคมสาธารณสุข



ขอบคุณครับ