

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

# การอภิบาลระบบสุขภาพ

ดร.เพ็ญแข ลามยี่ง

ในโครงการวิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2552-3  
ด้วยทุนสนับสนุนจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข  
และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พฤษภาคม 2555

## คำนำ

การอภิบาลระบบสุขภาพนี้ เป็นส่วนหนึ่งของรายงานผลการประเมินเพื่อพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (พ.ศ. 2552-3) โดยรับทุนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศตะวันตกซึ่งมีทัศนะว่า ประเทศที่กำลังพัฒนาหรือพัฒนาน้อยกว่าประเทศตน เช่น เอเชีย มีการคอร์รัปชันเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ และปรับคำเป็นมุมมองด้านบวกคือ การอภิบาล กระทั่งเกิดการฉ้อโกงในบริษัทขนาดใหญ่และภาคการเงินการธนาคารใน สหรัฐอเมริกาและยุโรป จึงลบล้างความเชื่อเดิมว่า เฉพาะประเทศกำลังพัฒนาหรือพัฒนาน้อย เท่านั้นที่มีปัญหา สำหรับด้านบริการสุขภาพยังมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริการและผู้ให้บริการ มีลักษณะพิเศษต่าง จากการบริโภคสินค้าบริการทั่วไป รวมทั้งลักษณะของเวชภัณฑ์ก็ต่างจากวัสดุที่ใช้ในการผลิตสินค้าบริการทั่วไป

หวังว่าเอกสารนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจที่มีเวลาจำกัดในการทบทวนเอกสารต้นฉบับซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาษาอังกฤษ

เพ็ญแข ลากยั้ง

พฤษภาคม 2555

## สารบัญ

ความหมายและกรอบความคิดของการอภิบาลจากประสบการณ์ต่างประเทศ	1
ความหมายและกรอบความคิดของการอภิบาลจากประสบการณ์ประเทศไทย	4
ธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ	6
องค์ประกอบของธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ	9
กลไกธรรมาภิบาลด้านบริการสุขภาพ	9
เอกสารอ้างอิง	10

### สารบัญตาราง

ตาราง 1.1 หลักการและสาระสำคัญของธรรมาภิบาลตามความหมายของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติและธนาคารโลก	3
ตาราง 1.2 หลักการธรรมาภิบาลขององค์การอนามัยโลกในยุคสมัยต่างๆ	3
ตาราง 1.1 ปัจจัยเพิ่มโอกาสทุจริตในด้านสุขภาพ	7

### สารบัญภาพ

ภาพ 1.1 ผู้มีบทบาทหลักในระบบสุขภาพ	6
ภาพ 1.2 กรอบความคิดการคอร์ปชั่นในระบบสุขภาพ	8



## การอภิบาลระบบสุขภาพ

### ความหมายและกรอบความคิดของการอภิบาลจากประสบการณ์ต่างประเทศ

ในปัจจุบัน การอภิบาล (governance) เป็นปัจจัยสำคัญในการวัดความเจริญทางเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางสังคม และการพัฒนาโดยรวม รวมถึงการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ของประเทศยากจนและฐานะปานกลาง ระบบสุขภาพขาดศักยภาพในการดำเนินงาน (ประเมินจากค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์สุขภาพ) และส่งผลกระทบต่อคนจน (performance crisis) ในหลายประเทศ องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงย้ำถึงศักยภาพของแนวคิดสาธารณสุขในการชี้ทิศระบบสุขภาพและหยิบยกขึ้นเป็นวาระ "สาธารณสุขยุคใหม่" (new public health)<sup>1, 2</sup> ซึ่งมีหน้าที่ 2 ประการคือ 1) ชี้นำระบบสุขภาพ เป็นการปรับนโยบายและบริการให้สอดคล้องกับความจำเป็น (need) ความเชื่อ (belief) และคุณค่า (value) ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย 2) ทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ (collaborative action) โดยผนวกหน้าที่ทั้งสองนี้เข้าไปในการอภิบาล<sup>3, 4</sup> เพื่อปรับปรุง performance ของระบบสุขภาพให้ดีขึ้นในแง่ของควมมีเหตุผล ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ตอบสนอง และเป็นธรรม เพื่อยกระดับสุขภาพประชาชนในวงกว้างอย่างยั่งยืน<sup>5</sup>

ในอีกด้านหนึ่ง องค์การระหว่างประเทศเช่น ธนาคารโลก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund: IMF) และธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย (Asian Development Bank: ADB) เริ่มสนใจปัญหาคอร์รัปชัน (การใช้อำนาจที่ได้รับมาในทางที่ผิดเพื่อประโยชน์ของเอกชน) เมื่อพบว่าเงินจำนวนมากที่ให้ประเทศกำลังพัฒนา ู้ไม่เกิดผลตามที่คาดหวังเพราะการคอร์รัปชันของนักการเมืองและข้าราชการ จึงกำหนดให้การปฏิรูประบบราชการ(เพื่อความคุมและลดการคอร์รัปชัน) เป็นหนึ่งในเงื่อนไขในการพิจารณาให้กู้เงินและใช้คำว่า "ธรรมาภิบาล" (good governance) แทนสถานการณ์ตรงกันข้าม แทนการระบุถึง "คอร์รัปชัน" โดยตรง การปฏิรูประบบราชการตามแนวคิด "เพื่อธรรมาภิบาล" กลายเป็นองค์ประกอบสำคัญของชุดนโยบาย เพื่อนำเสนอต่อประเทศกำลังพัฒนาที่ขอเข้าโครงการ IMF และยิ่งสำคัญในสถานการณ์วิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ขณะที่ธนาคารโลกสนับสนุนการวิจัยปัญหาคอร์รัปชันในหลายประเทศ<sup>6</sup> แต่อาจเป็นไปได้ว่า การโยงปัญหาคอร์รัปชันและพรรคพวกนิยม (cronyism) เข้ากับวิกฤติเศรษฐกิจนั้นเป็นการบั่นทอนความชอบธรรมของรัฐบาลประเทศต่างๆ พร้อมกับการขยายบทบาทขององค์กรเหล่านี้ ด้วยวาทกรรม<sup>1</sup> 3 ประการคือ

1) การคอร์รัปชันเป็นความล้มเหลวในการบริหาร เนื่องจากกฎเกณฑ์และสถาบันควบคุมการคอร์รัปชันรวมทั้งการตรวจสอบและถ่วงดุลเพื่อป้องกันไม่เพียงพอ จึงแก้ปัญหาโดยสร้างกฎเกณฑ์และเพิ่มบทลงโทษให้มากขึ้น

<sup>1</sup> วาทกรรมหมายถึง กรอบความคิดในการอธิบายความจริง อย่างเป็นระบบและมีกรอบโดยแสดงออกด้วยการพูดและเขียน/ประโยคหรือนิยามอย่างแน่นยำ เมื่อมีระบบความคิดและเหตุผลต่างกัน การมองความจริงในเรื่องเดียวกันก็จะแตกต่างกัน เรื่องหนึ่งๆ จึงมีวาทกรรมได้หลายชุด

2) ระบบราชการและการเมืองมีการคอร์รัปชันมากจนรัฐบาลล้มเหลว (government failure) ทำให้ไม่สามารถจัดหาสินค้าสาธารณะ (public goods) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบบจำลอง (model) จึงเป็นเรื่องการเรียกรับสินบนในระบบราชการตั้งแต่ระดับล่าง จนถึง การเรียกรับค่าคอมมิชชั่นในการจัดซื้อด้วยงบประมาณจำนวนมาก การแก้ปัญหาจึงต้องเพิ่มอำนาจต่อรองให้ธุรกิจ (bargaining power) และลดอำนาจต่อรองของเจ้าหน้าที่<sup>6</sup> เพราะขนาดสินบน<sup>11</sup> ขึ้นกับการต่อรองระหว่างภาคธุรกิจกับเจ้าหน้าที่รัฐ

3) การคอร์รัปชันปิดกั้นความจำเป็นทางเศรษฐกิจเพราะทำให้ตลาดเบี่ยงเบน การจัดสรรทรัพยากรจึงไร้ประสิทธิภาพ

เดิม นักวิชาการตะวันตกมีทัศนะว่า การคอร์รัปชันเป็นวิถีของประเทศกำลัง / ด้อยพัฒนา รวมทั้งเอเชียโดยเฉพาะในภาครัฐ แต่การคอร์รัปชันอย่างครึกโครมในภาคเอกชน (เช่น กรณี Enron, WorldCom ในสหรัฐอเมริกา) จึงมีการทบทวนบทบาทการกำกับดูแลของ ภาครัฐในประเทศพัฒนา และการอภิบาลเป็นสิ่งจำเป็นทั้งในภาครัฐและเอกชน<sup>7</sup>

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program: UNDP) นิยามการอภิบาลว่า เป็นการใช้อำนาจหน้าที่ทางการเมือง/เศรษฐกิจ/และบริหาร จัดการกิจการ ในทุกระดับของประเทศ ประกอบด้วย กลไก กระบวนการ และระบบ เพื่อให้พลเมืองและกลุ่มต่างๆ ใช้เรียกร้องผลประโยชน์ / ใช้สิทธิทางกฎหมาย / แสดง บทบาท / และ ไกล่เกลี่ยความแตกต่างที่มี ประกอบด้วย 5 หลักการ 9 สารสำคัญ<sup>8</sup> ด้านธรรมาภิบาลเน้นว่าธรรมาภิบาลสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจโดยมีตัวชี้วัด 3 กลุ่ม 6 มิติ ประเมินและจัดลำดับ การอภิบาลโดยเน้นการบริหารจัดการประเทศและปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและภาครัฐ รวมการจัดการปัญหาคอร์รัปชัน<sup>9</sup> (ตาราง 1.1)

ขณะที่ใน WHO Report 2000 ใช้คำว่า stewardship (แนวคิดผู้รับใช้) คล้ายกับ governance โดยมีหน้าที่ 3 ประการคือ จัดทำนโยบายสุขภาพ กำกับ และรวบรวมความรู้และนำมาใช้ตัดสินใจ<sup>10</sup> ต่อมาปรับเป็น 6 ด้านได้แก่ การสร้างและใช้ความรู้ การกำหนดทิศทาง นโยบายเชิงยุทธศาสตร์ การมีเครื่องมือในการดำเนินงาน (อำนาจ/แรงจูงใจ/และการลงโทษ) การสร้างความร่วมมือ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์เชิงนโยบายกับโครงสร้าง และวัฒนธรรมองค์กร และความสำนึกรับผิดชอบ<sup>11</sup> โดยองค์หลักในการขับเคลื่อนคือ กสธ. ต่อมาปรับเป็น 6 ด้านคือ การกำหนดทิศทาง นโยบาย การใช้ความรู้และประเมินภาพรวม การสร้างความร่วมมือเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน การกำกับดูแล การออกแบบระบบ (บูรณาการระบบย่อยเพื่อความ เป็นเอกภาพตอบสนองนโยบาย) และสำนึกรับผิดชอบ<sup>12</sup> (ตาราง 1.2)

<sup>11</sup> ตัวแปรอธิบายขนาดสินบนของภาคธุรกิจไทยได้แก่ กำไรปัจจุบัน กำไรในอนาคต ผลตอบแทนจากการนำปัจจัยทุนไปลงทุนใหม่ จำนวนคู่แข่ง ภาวะภาษี และจำนวนครั้งที่ติดต่อกับภาครัฐ

ตาราง 1.1 หลักการและสาระสำคัญของธรรมาภิบาลตามความหมายของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติและธนาคารโลก

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ 1997	ธนาคารโลก 1999
กำหนดทิศทาง (direction) ▪ วิสัยทัศน์เชิงยุทธศาสตร์ (strategic vision)	
ความชอบธรรมและสิทธิการมีส่วนร่วม (legitimacy and voice) ▪ การมีส่วนร่วม (participation) ▪ คำมั่นถึงส่วนรวม (consensus orientation)	กระบวนการเลือกผู้มีหน้าที่และทดแทน ▪ การมีสิทธิออกเสียงและมีสำนึกรับผิดชอบ ▪ ความไม่มั่นคงทางการเมืองและความรุนแรง
ความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) ▪ สำนึกรับผิดชอบ (accountability) ▪ โปร่งใส (transparency)	
การดำเนินงานบรรลุผล (performance) ▪ การตอบสนอง (responsiveness) ▪ ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ	ความสามารถของรัฐบาลในการสร้างความเข้มแข็งและดำเนินการทางการเมือง ▪ ประสิทธิภาพของรัฐบาล ▪ การควบคุมภาระที่เกิดขึ้น
ความยุติธรรม (fairness) ▪ เป็นธรรมและทั่วถึง (equity and inclusiveness) ▪ เคารพกฎหมาย (rule of law)	การยอมรับสถาบันที่บริหารความสัมพันธ์ระหว่างพลเมืองและรัฐ ▪ การเคารพกฎหมาย ▪ การควบคุมคอร์รัปชัน

ตาราง 1.2 หลักการธรรมาภิบาลขององค์การอนามัยโลกในยุคสมัยต่าง ๆ

stewardship: ค.ศ. 2000	better stewardship: 2001	Strengthening health system: 2007
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; จัดทำนโยบายสุขภาพ</li> <li>&gt; กำกับ</li> <li>&gt; จัดการ ความรู้และใช้ในการตัดสินใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; การสร้างและใช้ความรู้</li> <li>&gt; ชีติศทางนโยบายเชิงยุทธศาสตร์</li> <li>&gt; เครื่องมือในการดำเนินงาน</li> <li>&gt; การสร้างความร่วมมือ</li> <li>&gt; ความสอดคล้อง ของ วัตถุประสงค์เชิงนโยบายกับโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กร</li> <li>&gt; สำนึกความรับผิดชอบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; ชีติศทางนโยบาย</li> <li>&gt; การใช้ความรู้และประเมินภาพรวม</li> <li>&gt; การสร้างความร่วมมือ</li> <li>&gt; การกำกับดูแล</li> <li>&gt; การออกแบบระบบ</li> <li>&gt; สำนึกความรับผิดชอบ</li> </ul>

Figueras และคณะสรุปว่า governance หมายถึง กระบวนการตัดสินใจในการบริหารภาครัฐหรือภายในองค์กร ดังนั้นหน้าที่หลักของ governance คือ กำหนดทิศทางนโยบาย ยุทธศาสตร์ ใช้เหตุผล/ปัญญา กำกับ (regulation) และมีสำนึกรับผิดชอบ (accountability)<sup>13</sup>

## ความหมายและกรอบความคิดของการอภิบาลจากประสบการณ์ประเทศไทย

ประเทศไทยเริ่มแนวคิดการบริหารจัดการที่ดี อย่างชัดเจน ดัง ปรากฏในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี 2542<sup>14</sup> และมีการระบุนโยบายเป็นยุทธศาสตร์หลักในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10<sup>15</sup> ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ประการได้แก่

**หลักนิติธรรม (fair legal framework)** คือ การมีกฎเกณฑ์ที่ยุติธรรมและชัดเจน ได้แก่ การออกกฎเกณฑ์ที่ทันสมัย เป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ เป็นที่ยอมรับของสังคมและพร้อมปฏิบัติตาม

**ความโปร่งใส (transparency)** คือ การสร้างความไว้วางใจ โดยมีการให้และรับข้อมูลอย่างสะดวก เป็นปัจจุบัน เที่ยงตรง ที่มาชัดเจน และเท่าเทียม และมีกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องอย่างชัดเจน

**การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (public participation)** คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้และร่วมคิด/ร่วมเสนอความเห็นเพื่อการตัดสินใจในด้านต่าง ๆ เช่น การแจ้งความเห็น ใต้สวนสาธารณะ ประชาพิจารณ์ แสดงประชามติ รวมถึงการร่วมตรวจสอบและร่วมรับผิดชอบต่อการกระทำนั้น

**สำนึกความรับผิดชอบ (accountability)** คือ การสร้างกลไกให้มีผู้รับผิดชอบ ตระหนักในหน้าที่สำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคม ใส่ใจต่อปัญหาสาธารณะ และกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา ตลอดจนเคารพในความเห็นที่แตกต่าง และกล้ายอมรับผลจากการกระทำของตน

**ความคุ้มค่า (efficiency and effectiveness)** คือ การบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล คุ้มค่า เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวม

**ความชอบธรรมหรือคุณธรรม (political legitimacy)** การยึดมั่นในความถูกต้องดีงาม สำนึกในหน้าที่ของตนเอง ซื่อสัตย์สุจริต จริงใจ ขยัน อดทน มีระเบียบวินัย และเคารพในสิทธิของผู้อื่น

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 พัฒนาระบบราชการไทยด้วยการบริหารรัฐกิจสมัยใหม่ (ระบบการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาการแบบบูรณาการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารสู่ความเป็นเลิศ: PMQA)<sup>16</sup> ส่วนร่างพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) การส่งเสริมธรรมาภิบาลในภาครัฐ (เมษายน 2550) มีกลไกเชิงโครงสร้างคือ สำนักงานคณะกรรมการธรรมาภิบาลแห่งชาติ ในระดับจังหวัดมีคณะกรรมการธรรมาภิบาลจังหวัด (ก.ธ.จ.) เพื่อเสนอแนะ ติดตาม กำกับดูแลการปฏิบัติภารกิจของหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐให้ใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี<sup>17</sup> โดยรายงานผลต่อผู้ว่าราชการจังหวัดและหัวหน้าส่วนราชการ/รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานรัฐอื่น รวมทั้ง อปท. และอาจรายงานต่อสาธารณะตามที่เห็นควร<sup>17</sup>

<sup>11</sup> หมายถึง การปฏิบัติภารกิจตามกฎหมายให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่า และทันต่อสถานการณ์ ด้วยหลักการ มีส่วนร่วมและไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของประชาชน เปิดเผยข้อมูลอย่างโปร่งใส ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานสม่ำเสมอ และเผยแพร่ต่อสาธารณะ เพื่อรักษาประโยชน์ส่วนรวมและบำบัดทุกข์บำรุงสุขของประชาชน



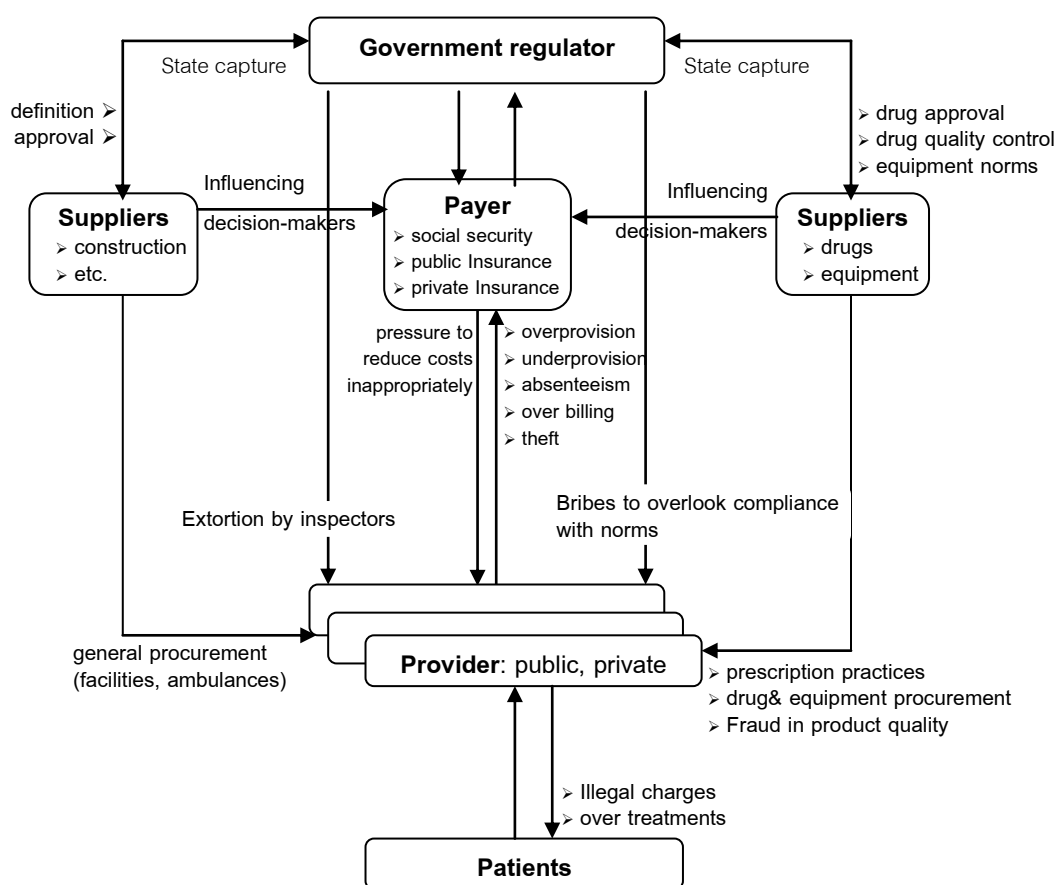
ด้านสุขภาพ แนวคิด / หลักการ / โครงสร้างและระบบ / และการดำเนินการในมิติของการอภิบาล มากน้อยขึ้นกับระดับของการดำเนินงานด้านสุขภาพ ดังปรากฏในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ 2550 และล่าสุดคือธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งกฎหมาย ที่เกี่ยวข้องซึ่ง มีเป้าประสงค์เพื่อตอบสนองประชาชนด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยระบบสุขภาพต้องให้ความสำคัญสูงสุดกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืน การขับเคลื่อนอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมภิบาล ความรู้และปัญญา ในบริบทที่สอดคล้องวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน ตามหลักการพัฒนาตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง<sup>18</sup> โดยกระบวนการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ นี้อยู่บนหลักการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในทุกระดับ อย่างไรก็ตาม กฎหมายเหล่านี้อาจไม่ครอบคลุมธรรมาภิบาลอย่างครบถ้วนทุกองค์ประกอบ เช่น แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (การลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและปรับปรุงภารกิจให้ทันเหตุการณ์) พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หลักความคุ้มค่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ การบริหารจัดการแนวใหม่ และเทคโนโลยีสารสนเทศ)<sup>19</sup>

ในระดับจังหวัด มีการพัฒนาตัวชี้วัดธรรมาภิบาลของหน่วยบริหารจัดการระบบสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด<sup>20</sup> ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบได้แก่ องค์ประกอบ การบริหารจัดการที่ดีเดิม 6 ประการและเพิ่มอีก 4 องค์ประกอบคือ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ การบริหารจัดการ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ขณะที่วินัย ลีสมีทธิ<sup>21</sup> ใช้องค์ประกอบธรรมาภิบาล 8 ประการของ UNESCAP 2006 คือ หลักการมีส่วนร่วม หลัก กนิติธรรม หลักโปร่งใส หลักตอบสนอง หลักฉันทามติ หลักความเป็นธรรมและทั่วถึง หลักประสิทธิผลและประสิทธิภาพ และหลักความสำนึกรับผิดชอบ ในการศึกษาการอภิบาลระบบจัดทำแผนและจัดสรรงบประมาณ<sup>21</sup> ข้อสังเกตคือ การให้ความหมายโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเอง รวมทั้งข้อจำกัด จากหน่วยงานระดับเหนือขึ้นไป (ปัจจัยภายนอกที่ควบคุมไม่ได้แต่มีอยู่จริง) เช่น รับรู้งบประมาณซ้ำ ต้องส่งแผนงานด่วน ต้องรีบดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมายในเวลาที่กำหนด อาจเป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการที่ดีหรือธรรมาภิบาล

## ธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ

ในระบบสุขภาพ ความเสี่ยงในการคอร์รัปชันอาจเกิดจากปัจจัยเชิงโครงสร้าง 3 ประการคือ ความไม่แน่นอนในด้านอุปสงค์บริการ (ใครจะป่วย เมื่อไร จำเป็นต้องได้รับบริการอะไร ) ปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างผู้แสดงบทบาทหลักต่างๆ กัน 5 กลุ่ม(ภาพ 1.1) และผู้ที่แสดงบทบาทต่างๆ กันนั้นมีข้อมูลข่าวสารไม่เท่ากัน<sup>22</sup> ในระดับบุคคล การใช้อำนาจและตำแหน่งในทางที่ผิดของเจ้าหน้าที่รัฐเพื่อประโยชน์ของเอกชนอาจมาจากสาเหตุ 3 ประการคือ รัับรู้ถึงแรงกดดัน (ทางเศรษฐศาสตร์หรือโดยผู้ใช้บริการ ) สามารถอธิบายพฤติกรรมได้หรือรู้สึกว่ามันผิด (มีเหตุผลทางทัศนคติและบรรทัดฐานทางสังคมสนับสนุน) และมีโอกาสใช้อำนาจในทางที่ผิด โดยเจ้าหน้าที่รัฐจะชั่งน้ำหนักระหว่างต้นทุนและผลประโยชน์ของการคอร์รัปชันกับการทำหน้าที่อย่างซื่อสัตย์ แล้วเลือกทางที่ตนเองได้รับประโยชน์มากที่สุด<sup>23</sup>

ภาพ 1.1 ผู้มีบทบาทหลักในระบบสุขภาพ



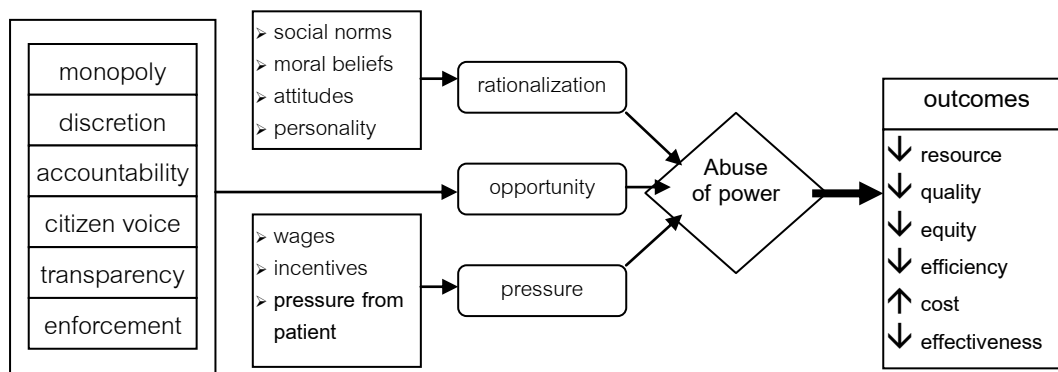
ที่มา: ปรับจาก Savedoff WD, Hussmann K. The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems. In: transparency International. Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health. London: Pluto Press.

ปัจจัยเพิ่มโอกาสในการทุจริตด้านสุขภาพ และการป้องกัน สรุปลได้ ดังตาราง 1.3 การใช้ อำนาจมิชอบทำให้ ทรัพยากร ในระบบสุขภาพลดลง เพิ่มต้นทุน และลดคุณภาพ ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ดังกรอบความคิดการคอร์ปชั่นในระบบสุขภาพดังภาพ 1.2

ตาราง 1.3 ปัจจัยเพิ่มโอกาสทุจริตในด้านสุขภาพ

ปัจจัย	กลยุทธ์ลดโอกาสทุจริต
ภาครัฐมีอำนาจผูกขาด (monopoly) เช่น ประชาชนไม่มีสิทธิเลือกผู้ให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ปฏิรูประบบสุขภาพ: แยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการออกจากกัน</li> <li>▪ เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะบริการเฉพาะสาขา สามารถลดจำนวนเงินที่ผู้ใช้บริการถูกเรียกเก็บอย่างผิดระเบียบได้<sup>24</sup></li> </ul>
ภาครัฐตัดสินใจอย่างอิสระ (discretion)	<p>สร้างระบบถ่วงดุล (check and balances) โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ แบ่งงานกันทำ</li> <li>▪ มีกระบวนการตัดสินใจที่ชัดเจน เป็นมาตรฐาน</li> <li>▪ พัฒนาระบบข้อมูล (ในการบริหารบุคคล ควบคุมคลังยา และควบคุมภายในด้านการเงิน) ให้เข้มแข็ง</li> </ul> <p><b>เงื่อนไข:</b> จำนวนบุคลากรมีพอและเจ้าหน้าที่ไม่สมรั่วมคิดกันทุจริต</p>
สำนึกรับผิดชอบ (accountability) เป็นประสิทธิผลต่อเป้าหมายและกระบวนการ มี 3 องค์ประกอบคือ 1) วัดเป้าหมายและผลลัพธ์ 2) รายงานสิ่งที่เกิดขึ้นต่อผู้ประเมินภายในและนอก 3) ลงโทษเมื่อไม่ทำงานหรือทุจริต	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อวัดการใช้ปัจจัยนำเข้า</li> <li>▪ รายงานผลต่อองค์กรตรวจสอบ (watchdog organization) คณะกรรมการ สุขภาพหรือประชาคม</li> <li>▪ มีแรงจูงใจเป็นรางวัลและมีการลงโทษตามผลการดำเนินงาน</li> </ul>
การมีส่วนร่วม (citizen voice) เพื่อเพิ่มการตรวจสอบภายนอก (external accountability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (local health board) เป็นกลไกจัดทำแผน รับข้อเสนอจากประชาชน และสำรวจความพึงพอใจเพื่อสะท้อนกลับ</li> <li>▪ ตั้งสำนักงานรับเรื่องร้องเรียนเพื่อบันทึกและรายงานการละเมิดจริยธรรมและคอร์ปชั่น</li> </ul>
ความโปร่งใส (transparency) ในกระบวนการตัดสินใจและการวัดผลการดำเนินงาน (เสริมแรง accountability และเสนอทางเลือกให้ประชาชน)	<p>เพิ่มความโปร่งใสโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ รายงานผลการดำเนินงาน (report card)</li> <li>▪ เฝ้าระวัง ค่าบริการ/ยา (price monitoring): การแลกเปลี่ยนข้อมูลค่ายาสามัญระหว่าง รพ. ในอาร์เจนตินาสามารถลดราคาซื้อได้ทันทีร้อยละ 12 และคงราคาไว้ได้เกินหนึ่งปี<sup>25</sup></li> <li>▪ เผยแพร่เอกสาร/การตัดสินใจของรัฐบาลผ่านทางเว็บไซต์/ฐานข้อมูลภาครัฐ/การประชุมภาครัฐ/และสื่อมวลชน: สามารถลดการรั่วไหลงบประมาณการศึกษาจากรัฐบาลกลางไปยังรัฐบาลท้องถิ่น ในอุรุกวัย<sup>26</sup></li> </ul>
การตรวจสอบและบังคับใช้กฎหมาย (detection and enforcement) เพื่อขจัดผู้ประพฤติมิชอบและป้องปรามไม่ให้ทำตาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ใช้กลไกในกระทรวงสาธารณสุข หรือระบบศาลยุติธรรม</li> </ul> <p><b>เงื่อนไข:</b> ต้องเปลี่ยนผ่านวัฒนธรรมองค์กรก่อน การงดโบ นัสอาจกระทำได้ง่ายกว่าการลงโทษ</p>
การใช้เหตุผล (rationalization) เข้าข้างตัวเองเพื่อทุจริต	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ตรวจสอบเครดิต (credit check) ก่อนจ้างหรือระหว่างการจ้างเป็นระยะ</li> <li>▪ เพิ่มเงินเดือน การขึ้นเงินเดือนอย่างเดียวไม่ลดความเสี่ยงในการทุจริตถ้าโอกาสและแรงจูงใจไม่เปลี่ยน จึงมีแนวคิดใช้ระบบแรงจูงใจจากผลลัพธ์งาน (performance-based incentives)</li> </ul>

ภาพ 1.2 กรอบความคิดการคอร์รัปชันในระบบสุขภาพ



ที่มา: ปรับจาก Vian T. 2008

ความโปร่งใส (transparency)<sup>IV</sup> เป็นองค์ประกอบสำคัญของธรรมาภิบาล ร่วมกับ ความสำนึกรับผิดชอบในหน้าที่ (accountability)<sup>V</sup> ใน 3 ด้านคือ การเงิน ผลการดำเนินงาน และความเป็นประชาธิปไตย (financial, performance and democratic accountability) โดย actor ในแต่ละระดับจะมีบทบาทแตกต่างกันไป

ตัวอย่างของ transparency คือ มีหน่วยงาน /กลุ่มคนภายในนอกเข้มาาร่วมใน คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพในแต่ละระดับ (ร่วมรับรู้และตัดสินใจในการบริหารจัดการรวมทั้ง การจัดสรรงบประมาณ) ส่วนการเปิดเผยให้สาธารณะรับทราบอย่างแพร่หลายว่า หน่วยงานของตน มีบทบาทความรับผิดชอบอะไร อย่างไร เท่าไร ย่อมจะทำให้เกิด accountability โดยอัตโนมัติ

กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนา ความสำนึกรับผิดชอบในหน้าที่ ในระบบสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

1. ระดับระบบ ยุทธศาสตร์การพัฒนา คือ การปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลถึงระบบกำกับหรือ การกำหนดหน้าที่ actor ใหม่เช่น แยกบทบาทผู้ซื้อออกจากผู้ให้บริการ การจ้างเหมาบริการ กระจายอำนาจในการจัดซื้อยา หรือพัฒนาศักยภาพในการจัดการและกำกับติดตาม

2. ระดับสถานพยาบาล เป็นการพัฒนาระบบข้อมูลด้านการเงิน/บริการและการจัดการผู้ป่วย/ และการจัดซื้อจัดจ้าง ให้เข้มแข็ง

3. ระดับผู้ให้บริการ โครงสร้างเงินเดือนและการให้รางวัล สถานภาพการจ้างงาน ร่วมกับการให้คำปรึกษาและรายงาน เป็นปัจจัยที่มีผลสำคัญต่อ accountability

<sup>IV</sup> ความหมายอย่างง่ายคือ การยอมให้ผู้ได้รับผลจากการตัดสินใจ/การบริหารจัดการ/ การดำเนินธุรกิจ/หรือการ กุศล ได้รับทราบข้อมูล/ข้อเท็จจริง/และกลไกและกระบวนการ ในด้านต่างๆ

<sup>V</sup> เป็นกระบวนการตามหลัง responsibility วงจรของ accountability มี 3 ระยะคือ เปิดเผยความคาดหวัง (ประกาศนโยบาย ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย) กำหนดมาตรการ/การติดตาม/การรายงาน (วิเคราะห์/จัดลำดับ ความจำเป็นและระบุทรัพยากรในการดำเนินงาน ) และประเมินผลและ สะท้อนกลับ เพื่อลดความไม่ถูกต้อง สร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติเป็นไปตามขั้นตอนวิธีการและมาตรฐาน และปรับปรุงการดำเนินงานผ่านการ ประเมินผลและเรียนรู้

องค์ประกอบของธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรม มี 4 มิติดังนี้

1. โครงสร้าง (Structure) ที่ก่อให้เกิดกลไกและกระบวนการตามหลักการธรรมาภิบาล
2. กระบวนการ (Process) คือ
  - วิธีบริหารจัดการที่มีความโปร่งใสหรือเปิดเผย (Transparency)
  - ดำเนินการตามกฎหมาย คือ ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ วินัย (Law) คู่มือปฏิบัติงาน หรือมาตรฐานการดำเนินงาน (Standard Operating Procedures: SOP)
  - ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมกิจกรรม (Participation)
  - มีความเสมอภาค ยุติธรรม ไม่เห็นแก่พวกพ้อง (Equity and Inclusiveness)
  - มีหลักการที่ใช้เหตุผล อธิบาย ตรวจสอบ สอบกลับได้ (Accountability)

ทั้งห้าประการข้างต้น จะทำให้การดำเนินงานต่างๆ สอดคล้องกันหรือลดความขัดแย้ง (Consensus Oriented)

3. จริยธรรมและความซื่อสัตย์ (Ethics and Integrity) เป็นองค์ประกอบในแง่ผลที่เกิดขึ้นโดยมีความรับผิดชอบ (Responsibility) คุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ และมีช่องทางให้ผู้ให้บริการได้ร้องเรียน (Ethics) เพื่อความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Effectiveness and Efficiency)

4. ความสามารถและปัญญา (Competence and Wisdom) ในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน กระบวนการตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

**กลไกธรรมาภิบาลด้านบริการสุขภาพ** จำแนกได้เป็น 3 กลุ่มคือ กลไกการสร้างแรงจูงใจ ข้อมูลข่าวสาร และการกำกับ<sup>27</sup>

**1) กลไกแรงจูงใจ:** การจ่ายตามผลลัพธ์ (outcome-related payment) เป็นกลไกการอภีบาลเดี่ยวที่สำคัญที่สุดในแง่ผลประโยชน์ ความสำคัญของกลไกอยู่ที่การนิยามผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุ (successful outcomes) แต่การจ่ายตามระดับของผลลัพธ์ (differentiate payment) สามารถสร้างแรงจูงใจได้มากกว่าแรงจูงใจระดับเดี่ยว โดยควรคำนึงถึงระดับความจำเป็นและความยากง่ายของบริการด้วย เพื่อป้องกันปัญหาเลือกทำแต่างานง่ายที่มีผลสำเร็จดี (creaming) โดยละทิ้งงานยากทั้งที่ควรทำเป็นอันดับต้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่องานยากนั้นก่อให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ เช่น การสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ

**2) กลไกข้อมูลข่าวสาร** ออกแบบระบบข้อมูลข่าวสารให้ลดความไม่สมดุลด้านข้อมูลข่าวสารระหว่าง actors ด้วยเครื่องมือหลัก 2 อย่างคือ benchmarking<sup>VI</sup> และ monitoring<sup>VII</sup>

<sup>VI</sup> ควรควบคุมบริบท (เช่น ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ จำนวนผู้ให้บริการ : ผู้ขาดหรือแข่งขัน ขนาด/ระดับความจำเป็นด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร) เพื่อให้เปรียบเทียบได้อย่างเป็นธรรม

<sup>VII</sup> อาจใช้ฐานข้อมูลรายงานที่บูรณาการผ่านระบบคอมพิวเตอร์ และตรวจเยี่ยมผู้ให้บริการผนวกกับการประเมินการบริหารจัดการความเสี่ยงซึ่งหากพัฒนาให้เป็น electronic tool จะเตือนผู้บริหารได้เมื่อเกิดความผิดปกติ อาจพัฒนาระบบกำกับตนเอง (self regulation) ในการรับรองคุณภาพ (quality certification) ตรวจไขว้ (crosscheck) ระหว่างแผนกซึ่งจำเป็นในกรณีที่ยังไม่มีบูรณาการฐานข้อมูลต่างๆ เข้าด้วยกัน และยังสื่อสารด้วยเอกสารกระดาษหรือแยกแต่ละไฟล์

**3) กลไกการกำกับ** ยึดหลักความยืดหยุ่นเพื่อความเหมาะสมตามสถานการณ์และให้ความสำคัญกับผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการ เมื่อมีความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์สูงเท่าไร ก็ต้องมีอิสระที่จะตัดสินใจในการดำเนินงานมากขึ้นเท่านั้น ในทางกลับกัน เมื่อมีอิสระในการตัดสินใจดำเนินงานมาก ก็ต้องมีความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์สูงขึ้นเช่นกัน ในการบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ต้องผนวกการจัดการด้านคุณภาพเข้ากับกลไกสร้างแรงจูงใจ ควรมีกรอบคุณภาพด้านกายภาพเช่น อาคารสถานที่ พื้นที่อุปกรณ์อำนวยความสะดวก **ด้านโครงสร้างบริการ**เช่น เวลาทำการ ประเภทและจำนวนขั้นต่ำของบุคลากรที่มีคุณภาพ เครื่องมือจำเป็น การสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการ ช่องทางการร้องเรียนของผู้ใช้บริการ **ด้านมาตรการ/ตัวชี้วัดคุณภาพ** การให้เกียรติ/เคารพสิทธิ/ความเป็นส่วนตัวของผู้ใช้บริการ จรรยาบรรณ การประกันคุณภาพ รายงานความผิดพลาด การกำกับตนเอง อัตราความล้มเหลว/ปัญหา) การออกกฎ/ระเบียบ/และมาตรการกำกับติดตามประเมิน ควรเป็นบทบาทของคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อถ่วงดุลอำนาจภาครัฐและเอกชน แนวทางที่น่าสนใจคือ ผู้ใช้บริการหรือภาคประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างไร

### เอกสารอ้างอิง

- <sup>1</sup> World Health Organization. World Health Report 2000. health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.
- <sup>2</sup> Awofeso N. What's new about the 'new public health'? AM J Public Health 2004;94:705-9.
- <sup>3</sup> Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care. Int J Integr Care 2000;1.
- <sup>4</sup> Plochg T, Klazinga NS. Community-based integrated care: myth or must? Int J Quality Health Care 2002;14:91-101.
- <sup>5</sup> Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M. public health in the new era: improving health through collective action. Lancet 2004; 363(19): 2084-6.
- <sup>6</sup> เสาวนีย์ ไทยรุ่งโรจน์. ปัจจัยกำหนดขนาดสินบนของภาคธุรกิจไทย. มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย 2547; 24(1) 10-26.
- <sup>7</sup> ผาสุก พงษ์ไพจิตร. ENRON, คอร์รัปชัน และความบกพร่องที่สุจริต. ปาฐกถาพิเศษ จัดโดยศูนย์ศึกษาเศรษฐกิจการเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 16 ตุลาคม พ.ศ.2545.
- <sup>8</sup> United Nations Development Programme. Governance for Sustainable Human Development: a UNDP Policy Document, New York, UNDP 1997. URL: [http:// magnet.undp.org/policy/chapter1.htm](http://magnet.undp.org/policy/chapter1.htm)
- <sup>9</sup> Kaufmann D, Kraay A, Zodio-Lobaton P. Governance matters. Washington, World Bank Policy research Working Paper No. 2196. 1999.
- <sup>10</sup> World Health Organization. World Health Report 2000. health systems: improving performance. Geneva, WHO. 2000.
- <sup>11</sup> Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva, WHO. 2001.
- <sup>12</sup> World Health Organization. Everybody business: strengthening health systems to improve health

- outcomes. Geneva, WHO. 2007.
- <sup>13</sup> Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, editors. Purchasing to improve health system performance. European Observatory on Health System and Policies Series. Maidenhead: Open University Press, 2005.
- <sup>14</sup> ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542.
- <sup>15</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) แหล่งข้อมูล [http:// www.nesdb.go.th/ Portals/0/news/plan/plan10/book/สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนา%20ฉบับที่%2010pd](http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/plan10/book/สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนา%20ฉบับที่%2010pd)
- <sup>16</sup> พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนที่ 100 ก วันที่ 9 ตุลาคม 2546.
- <sup>17</sup> ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการธรรมาภิบาลจังหวัด พ.ศ. 2552. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 62 ง 27 เมษายน 2552.
- <sup>18</sup> สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 175 ง วันที่ 2 ธันวาคม 2552
- <sup>19</sup> มานวิกา อินทรทัต, อัจฉรียุทธ เนติธนากุล. ทบทวนวรรณกรรมธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 2(3): 443-9.
- <sup>20</sup> วลัยภรณ์ อัดตะนันท์, มาวิกา อินทรทัต, พิสิฐ ศุภกรียพงษ์, อุ๋นกัง แซ่ลิ้ม. การพัฒนาตัวชี้วัดธรรมาภิบาลการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/ ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์. 2551.
- <sup>21</sup> วินัย ลีสมีทธิ์, สิรินาถ นิภาพร, อำนวย พิรุณสาร. การศึกษานโยบายบริหารจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่. รายงานการวิจัย. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. 2552.
- <sup>22</sup> Savedoff WD. The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems. In: transparency International. Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health. London: Pluto Press.
- <sup>23</sup> Vian T. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. Health Policy and Planning 2008;23:83-94.
- <sup>24</sup> Gray-Molina G, Perez de Rada E, Yañez E. Does voice matter? Participation and controlling corruption in Bolivian hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD. (eds). Diagnosis corruption fraud in Latin America's public hospital. Washington, DC: Inter-American Development Bank. 2001.
- <sup>25</sup> Schargrodsky E, Mera J, Weinschelbaum F. Transparency and accountability in Argentina's hospitals. In: Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals—Di Tella R, Savedoff WD, eds. (2001) Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- <sup>26</sup> Reinikka R, Svensson J. Assessing frontline service delivery. Washington, DC: World Bank, Development Research Group, Public Services, 2002.
- <sup>27</sup> Bruttel O. Contracting-out and governance mechanisms in the public employment service. Discussion paper. Sep 2005 Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) ISSN Nr. 1011-9523.