

การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย หลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ : กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

วิรุฬ ลิ้มสวาท*

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมและการปฏิรูปโครงสร้างระบบสุขภาพในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา ได้สร้างความท้าทายใหม่ ๆ ในการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย. ภายหลังจากตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ใน พ.ศ. ๒๕๓๕ มีการจัดตั้งองค์กรด้านสุขภาพระดับชาติเพิ่มขึ้นจำนวนหนึ่ง ซึ่งการเกิดขึ้นของกลไกใหม่เหล่านี้ภายใต้กรอบโครงสร้างและแบบแผนการปฏิบัติแบบเดิมของกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำให้เกิดความล้าสมัยของบทบาทภารกิจและอุปสรรคในการเชื่อมประสานกันเพื่อทำหน้าที่อภิบาลระบบ.

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อทบทวนและพัฒนากรอบแนวคิด “การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ” และใช้กรอบแนวคิดนี้วิเคราะห์ระบบและสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา โดยการทบทวนเอกสาร, การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๑ - กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๒. จากการศึกษาพบว่า

การอภิบาลระบบสุขภาพมีบทบาทหน้าที่สำคัญ ๖ ประการคือ การกำหนดแนวนโยบาย, การสังเคราะห์และใช้ความรู้และการดูภาพรวม, การประสานงานและสร้างความร่วมมือ, การกำกับดูแล, การออกแบบระบบ, และการมีความรับผิดชอบ และยังพบว่าการใช้หลายมิติของการอภิบาลร่วมกันในการวิเคราะห์ ช่วยให้สามารถเข้าใจการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบันได้ชัดเจนมากขึ้น.

ในบริบทของประเทศไทย รัฐบาลเป็นหัวใจสำคัญที่มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและแบบแผนการปฏิบัติขององค์กรภาครัฐที่เชื่อมโยงกันเป็นกลไกการอภิบาลระบบแห่งชาติ และในการพัฒนาควรให้ความสำคัญกับอย่างน้อย ๓ มิติของการอภิบาล. (๑) การพัฒนาให้เกิดเครือข่ายการอภิบาลที่เข้มแข็ง, (๒) การพัฒนาธรรมาภิบาลในแต่ละองค์กร ซึ่งมีอุปสรรคสำคัญคือระบบอุปถัมภ์และวัฒนธรรมราชการ, และ (๓) การพัฒนากระบวนการและกลวิธีที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการอภิบาลด้วยกระบวนการตริตรองสะท้อนคิด.

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพ, การอภิบาลระบบสุขภาพ, การอภิบาล, ธรรมาภิบาล, เครือข่ายการอภิบาล, การอภิบาลด้วยกระบวนการตริตรองสะท้อนคิด

Abstract National Health System Governance of Thailand after Promulgation of the National Health Act B.E. 2550: Framework, Development and Proposal for Improvement
Wirun Limsawat*

*Society and Health Institute, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Rapid social changes and the structural reform of health systems in Thailand in the past two decades have posed new challenges relating to how the governance of the national health system operates. Following the establishment of the Health Systems Research Institute (HSRI) in 1992, a number of new national health organizations were created. The emergence of these new national bodies within the old



structural framework and institutional practices of the Ministry of Public Health has created ambiguity of roles and difficulties in national health system governance.

This study was aimed at formulating a conceptual framework for National Health System Governance (NHSG) and using this framework to analyze the system and synthesize a proposal for its improvement. The study was conducted using document analysis, in-depth interview and participatory observation, all of which were carried out during the period from August 2008 to July 2009.

The study found the following crucial roles for NHSG: policy guidance, intelligence and oversight; collaboration and coalition-building; regulation; system design; and accountability. It also found that a multi-dimensional approach was useful for making more unambiguous analysis of NHSG in contemporary society.

The study argues for a new system to create a more effective NHSG in the Thai context. In so doing, the Cabinet has a vital role to play in improving the structural framework and institutional practice of government actors in NHSG, and in considering the three dimensions of governance: (1) build a strong "governance network"; (2) develop "good governance" for each actor, the main obstacles to which are the crony system and bureaucratic culture; and (3) develop processes and mechanisms which engage stakeholders from all sectors in system governance, by using a "reflexive governance" framework.

Key words: health system, health system governance, governance, good governance, governance network, reflexive governance

ภูมิหลังและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมและความพยายามในการปฏิรูปโครงสร้างระบบสุขภาพในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา ได้สร้างความท้าทายใหม่ๆ ให้กับการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะภายหลังการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขใน พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้มีการสร้างองค์ความรู้ที่เป็นฐานผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบ โดยมีการจัดตั้งองค์กรสุขภาพระดับชาติที่สำคัญขึ้นจำนวนหนึ่งได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๔๔) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๔๕) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๐) เป็นต้น ซึ่งกลไกเหล่านี้ได้เข้ามามีบทบาทในการอภิบาลระบบสุขภาพร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข (ก่อตั้งมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๕) อีกทั้งการเปลี่ยนกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพให้กว้างกว่าเรื่องการแพทย์และมีความหมายใกล้เคียงกับเรื่องคุณภาพชีวิตมากขึ้น ได้ทำให้ระบบสุขภาพเป็นพื้นที่ทางสังคมที่ทุกภาคส่วนสามารถเข้ามาร่วมเป็นเจ้าของและมีส่วนในการอภิบาลได้ โดยอาศัยกลไกใหม่ที่เกิดขึ้นจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐.

การเกิดขึ้นของกลไกใหม่ภายใต้กรอบโครงสร้างเก่าและแบบแผนการปฏิบัติแบบเดิม ได้ทำให้เกิดความล้าสมัยของบทบาทภารกิจและเกิดอุปสรรคในการเชื่อมประสานกันเพื่อทำหน้าที่อภิบาลระบบ. ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการทบทวนสถานการณ์และหาแนวทางเพื่อพัฒนาการอภิบาลระบบสุขภาพให้สามารถทำหน้าที่ในการสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปสู่ทิศทางที่พึงประสงค์.

อย่างไรก็ตาม คำว่า "การอภิบาล" ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันก็ยังคงมีความสับสนทั้งในแง่การใช้คำและการให้ความหมาย จึงจำเป็นต้องทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนากรอบในการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศต่อไป.

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยนี้ ได้แก่

๑. เพื่อทบทวนและพัฒนารอบแนวคิด "การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ".
๒. เพื่อวิเคราะห์พัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบันของกลวิธีอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ ๑๒ เดือน (สิงหาคม ๒๕๕๑ - กรกฎาคม ๒๕๕๒). วิธีการหลักที่ใช้ ได้แก่ การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง, การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมของผู้วิจัย ซึ่งมีแนวทางดังนี้

๑. การสัมภาษณ์แบบลึก โดยคัดเลือกแบบเจาะจงผู้ที่มีประสบการณ์และมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารองค์กรสุขภาพระดับชาติทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยมีประเด็นหลักในการสัมภาษณ์ คือความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่เรียกว่า “การอภิบาลระบบสุขภาพ”, การวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและปัญหาของการอภิบาลระบบสุขภาพ, ลักษณะที่ควรจะเป็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนา.

๒. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ของผู้วิจัยในการทำงาน, การประชุมสัมมนา และการสนทนากับบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยในระหว่างการศึกษา ผู้ทำงานวิจัยเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน และต่อมาได้ย้ายมาทำงานอยู่ในหน่วยงานวิจัยในกระทรวงสาธารณสุข และได้เข้าร่วมอยู่ในคณะทำงานและกระบวนการต่างๆ ที่ทำให้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรและองค์กรต่างๆ ทั้งในและนอกภาครัฐจำนวนมาก.

ผลการศึกษา

แบ่งเป็น ๕ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ แนวคิดเรื่องการอภิบาล เป็นการทบทวนสถานะและพัฒนาการของแนวคิดเรื่องการอภิบาล เพื่อแสดงให้เห็นถึงปัญหาในเชิงแนวคิด และได้ประมวลกรอบแนวคิดสำคัญได้แก่ ธรรมนูญ, เครือข่ายการอภิบาล และการอภิบาลด้วยกระบวนการไตร่ตรองสะท้อนคิด.

ตอนที่ ๒ ระบบสุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพ เป็นการทบทวนฐานคิดและวิธีคิดเรื่องสุขภาพที่เป็นตัวกำหนดสิ่งที่เรียกว่าระบบสุขภาพ, ทบทวนกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบันและบทบาทหน้าที่ของสิ่งที่เรียกว่าการอภิบาลระบบสุขภาพ ซึ่งได้วิเคราะห์เปรียบเทียบ

พัฒนาการของการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศไทย.

ตอนที่ ๓ การอภิบาลระบบสุขภาพไทย เป็นการทบทวนการพัฒนาการระบบสุขภาพของไทย ซึ่งเป็นดังการถักทอเครือข่ายสังคมผ่านกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และทบทวนพัฒนาการของการอภิบาลนับแต่การเกิดขึ้นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจนถึงการเกิดขึ้นของกลไกใหม่จาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐.

ตอนที่ ๔ กลไกภาครัฐในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย ปัจจุบัน เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ในปัจจุบันของโครงสร้างการอภิบาลในส่วนที่เป็นองค์กรภาครัฐ.

ตอนที่ ๕ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นการนำเสนอข้อเสนอแนะที่ได้จากกระบวนการศึกษา โดยจัดแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มตามกรอบแนวคิดสำคัญของการอภิบาล ได้แก่ การพัฒนาโครงสร้างความสัมพันธ์ในเครือข่ายการอภิบาล, การพัฒนาธรรมาภิบาลในแต่ละองค์กร และการใช้กระบวนการไตร่ตรองสะท้อนคิดเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน.

ตอนที่ ๑ แนวคิดเรื่องการอภิบาล

พัฒนาการแนวคิดเรื่อง Governance

คำว่า Governance เป็นคำที่มีความสับสนทั้งในด้านการใช้คำศัพท์และการให้ความหมาย โดยมักถูกตีความให้มีความหมายเดียวกับคำว่า Good Governance. ในประเทศไทยก็เช่นกัน นักวิชาการส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจกับการแยกแยะระหว่าง ๒ คำนี้ โดยมักพยายามทำความเข้าใจกับ Good Governance มากกว่า รวมทั้งมีผู้เสนอคำแปลภาษาไทยไว้จำนวนมาก ซึ่งคำที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือคำว่า “ธรรมาภิบาล” ที่เกิดจากการสมานระหว่าง “ธรรม” และ “อภิบาล” จึงมีผู้ให้ความเห็นว่าคำว่า Governance ถ้าจะแปลเป็นภาษาไทยให้ถูกต้องน่าจะใกล้เคียงกับคำว่า “อภิบาล” มากที่สุด^(๑).

แต่เดิม Governance นั้นหมายถึงการทำการปกครองโดยอำนาจ หรือการแสดงบทบาทของรัฐบาล แต่ใน



ช่วงทศวรรษที่ ๑๙๘๐ นักรัฐศาสตร์ใช้คำนี้ในความหมายที่ต่างไปจากเดิม โดยไม่ได้หมายถึงรัฐบาลเท่านั้นแต่รวมเอาตัวแสดงอื่นๆ ในสังคมเข้ามาด้วย^(๒) โดยเป็นแนวโน้มความสัมพันธ์แบบใหม่ระหว่างภาครัฐ, ภาคธุรกิจ และภาคประชาชน ที่มีลักษณะเป็นเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากรร่วมกันและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันมากขึ้น^(๓). การปรับเปลี่ยนนี้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบริบทของสังคมที่พบว่าภายหลัง พ.ศ. ๒๕๑๓ ภาครัฐซึ่งเคยมีบทบาทหลักในการฟื้นฟูประเทศหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ เริ่มไม่สามารถตอบสนองต่อสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วของธุรกิจเอกชนและกลุ่มผลประโยชน์ที่ใช้กลไกรัฐเป็นเครื่องมือ จึงเกิดการเรียกร้องให้ทำการปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐ ทำให้ระบบวิธีคิดในการบริหารของรัฐ (รัฐประศาสนศาสตร์) หันมามุ่งเน้นที่ศาสตร์การบริหารและการตอบสนองความต้องการของสังคม มากกว่าเดิมที่มุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายการเมืองกับฝ่ายบริหารของรัฐบาล^(๔).

นอกจากนั้นกระแสการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมทั่วโลกทำให้การบริหารกิจการสาธารณะไม่ได้เป็นเอกสิทธิ์ของรัฐบาลอีกต่อไป รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของโลกเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ ได้ทำให้ปัจเจกบุคคลสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเองได้มากขึ้น. “รัฐบาล” จึงกลายเป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของการปกครอง และคำว่า Governance ก็กลายเป็นเพียงคำล่องลอยที่ใครจะฉกฉวยไปใช้ในโอกาสใดก็ได้ เช่น เป็นเหตุผลในการลดทอนบทบาทของรัฐ, เป็นเหตุผลในการปฏิรูประบบราชการ, การพัฒนาประชาธิปไตย, การบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ^(๕).

ธรรมาภิบาล

แนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลได้รับความสนใจอย่างจริงจังในสังคมโลก หลังจากรายงานของของธนาคารโลก ชื่อว่า Sub-Sahara Africa: From Crisis to Sustainable Growth (ค.ศ. ๑๙๘๙) ที่รายงานถึงความล้มเหลวในการพยายามเข้าไปช่วยพัฒนาประเทศในแถบแอฟริกา โดยระบุว่าสาเหตุที่ทำให้ประเทศเหล่านี้ไม่พัฒนาก็คือเนื่องมาจาก “การปกครองที่ไม่

ได้มาตรฐานสากล” จึงได้เสนอว่ากรรมมาด้วย “ธรรมาภิบาล” โดยหัวใจของวาทกรรมนี้อยู่ที่การเสริมสร้างความเข้มแข็งของประชาสังคม ที่จะทำหน้าที่ตรวจสอบและทำให้รัฐต้องรับผิดชอบต่องานของตน และต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน.^(๖)

แนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลของธนาคารโลกนั้นถูกนักวิชาการวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นเครื่องมือที่ธนาคารโลกใช้ในการแทรกแซงการพัฒนาของประเทศต่างๆ และผลักดันให้เปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นทุนนิยมเสรีมากยิ่งขึ้น^(๖) และการที่ธนาคารโลกใช้ข้อกำหนดเหล่านี้เป็นข้อกำหนดในการให้ทุนและมีลักษณะเป็นตำรับยาในการแก้ปัญหาเศรษฐกิจที่เหมือนกันสำหรับทุกประเทศนั้น เป็นเหมือนการพยายามสร้างข้อตกลงเอกฉันท์ของโลก จึงทำให้เกิดความแคลงใจถึงแรงผลักดันเบื้องหลัง และถูกมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของการกลับมาของลัทธิการล่าอาณานิคมหรือจักรวรรดินิยมในรูปแบบใหม่^(๗).

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากรัฐไม่สามารถตอบสนองกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ จึงมีผู้เสนอแนวทางใหม่ในการปฏิรูปการบริหารกิจการภาครัฐ ซึ่งมีอย่างน้อย ๒ รูปแบบใหญ่ๆ คือ **แบบจำลองระบบตลาด** ที่เริ่มต้นในสมัยรัฐบาล Margaret Thatcher ของสหราชอาณาจักร (ค.ศ. ๑๙๗๙) และประธานาธิบดี Ronald Reagan ของสหรัฐอเมริกา (ค.ศ. ๑๙๘๐) ที่เน้นกลไกตลาด โดยลดบทบาทและแปรรูปกิจการของรัฐเป็นแบบเอกชน และ **ตัวแบบประชาธิปไตย** ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรประชาสังคม ซึ่งทั้งสองตัวแบบมีความคล้ายคลึงกันในแง่ที่มุ่งจะลดขนาดและจำกัดบทบาทของรัฐบาลและระบบราชการลง โดยได้รับอิทธิพลจากแนวคิดสำคัญสองกระแส คือ **แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่** ที่ปรับให้เข้าสู่การแข่งขันในระบบตลาด และเปลี่ยนแปลงให้การบริหารราชการมีความทันสมัยมากขึ้น และ **แนวประชาธิปไตยใหม่** ที่ต้องการให้ระบบบริหารปกครองบ้านเมืองนั้นยึดหลักนิติธรรม, มีความเปิดเผยโปร่งใส, กระจายอำนาจการตัดสินใจและให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น. กระแสแนวคิดทั้งสองนี้ได้หลอมรวมกันเป็นหลักการที่เรียกว่า “ธรรมาภิบาล”^(๘).

คำว่า “ธรรมาภิบาล” มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในสังคมไทยภายหลังการขอรับทุนช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ ในการกอบกู้เศรษฐกิจจากวิกฤติใน พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่ทำให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขในการปรับปรุงการบริหารกิจการบ้านเมืองตามหลักเกณฑ์ของธนาคารโลก และได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยกำหนดหลักการพื้นฐานของธรรมาภิบาลไว้ ๖ ประการ คือ หลักนิติธรรม, หลักคุณธรรม, หลักความโปร่งใส, หลักความมีส่วนร่วม, หลักความรับผิดชอบ, และหลักความคุ้มค่า. แต่ไม่มีการดำเนินการให้เกิดผลเนื่องจากขาด “เจ้าภาพ” ที่แท้จริง.

ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ขึ้นแทน ซึ่งแม้กฎหมายฉบับนี้จะไม่มีความลึกซึ้งและครอบคลุมประเด็นต่างๆ มากกว่ากฎหมายฉบับแรก และมีองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพ แต่ยังไม่อาจนำแนวคิดธรรมาภิบาลในทางวิชาการมาแปรเป็นกฎหมายอย่างเป็นทางการ. ปัญหาสำคัญคือกรอบกฎหมายเหล่านี้ยังไม่สามารถปฏิรูประบบราชการไทยให้มีลักษณะเข้มแข็ง ซื่อสัตย์และทำประโยชน์เพื่อประชาชนได้อย่างแท้จริง อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างธรรมาภิบาลไม่ใช่เป็นเพียงการเปลี่ยนนโยบายชุดหนึ่ง แต่เป็นการเปลี่ยนโครงสร้างสถาบัน จึงต้องใช้เวลาค่อนข้างนานกว่าที่จะสามารถปฏิรูประบบราชการ หรือปฏิรูปวิธีทำงานได้อย่างแท้จริง.^(๑)

เครือข่ายการอภิบาล

การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐทำให้รัฐลดการควบคุมการบริการสาธารณะโดยตรง มาเป็นการกำกับดูแลโดยผ่านเครือข่ายต่างๆ. การอภิบาลในมิติของการเป็นเครือข่ายทางสังคมจึงถูกใช้ใน ๒ ความหมาย. ในความหมายที่แคบ คือเป็นเรื่องของการจัดการเครือข่ายที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์ว่าเครือข่ายประกอบด้วยตัวแสดงอะไรบ้าง, มีความใกล้ชิดกันเพียงใด และถูกจัดการอย่างไร, และในความหมายที่กว้าง คือเป็นการบริหารจัดการกฎเกณฑ์ต่างๆ ซึ่งถูกจัดการผ่านกระบวนการกำหนดและผลักดันนโยบาย

โดยมีความสัมพันธ์กันใน ๒ รูปแบบ ดังนี้

(๑) **การพึ่งพิงเชิงอำนาจ** ในแบบที่ทั้งไม่ได้ขึ้นต่อกันและไม่เป็นอิสระต่อกัน เป็นเกมที่ซับซ้อนที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการต่อรองระหว่างหลายฝ่ายมาเป็นการร่วมมือกัน. สิ่งที่สำคัญในเครือข่ายความสัมพันธ์นี้คือ พฤติกรรมการเจรจา, การโน้มน้าว, การต่อรอง และเกมอำนาจ.

(๒) **เครือข่ายนโยบาย** เป็นการเชื่อมโยงกันเป็นกลุ่มขององค์กรต่างๆ จากเดิมที่นโยบายถูกกำหนดด้วยหน่วยงานรัฐบาลกลาง พัฒนามาขยายครอบคลุมตัวแสดงที่กว้างขวางมากขึ้น โดยเฉพาะจากภาครัฐกิจและภาคประชาสังคม โดยมีกระบวนการทางนโยบายทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมประสานส่วนย่อยต่างๆ ที่กระจัดกระจายเข้าด้วยกัน. ระดับความสัมพันธ์ในเครือข่ายมีตั้งแต่ใกล้ชิดกันมากที่สุดเป็น “ชุมชนนโยบาย” ไปจนถึงลักษณะที่มีความสัมพันธ์กันแบบหลวมๆ คือเป็น “เครือข่ายรายประเด็น”.

การอภิบาลจึงเป็นกระบวนการความสัมพันธ์ระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ตามแนวคิดธรรมรัฐของธีรยุทธ บุญมี^(๑), เป็นเครือข่ายระหว่างองค์กรที่เป็นเครือข่ายจัดการตัวเองที่มีการพึ่งพิงกันระหว่างองค์กร, มีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง, มีปฏิสัมพันธ์คล้ายการเล่นเกมที่มิรากฐานบนความไว้วางใจ ควบคุมโดยกติกาที่ผ่านการต่อรองและตกลงกันโดยผู้ที่เกี่ยวข้องในเครือข่าย และเป็นองค์กรจัดการตนเองที่รัฐบาลไม่ได้มีอำนาจสูงสุด ไม่สามารถควบคุมเครือข่ายได้โดยตรงหรือได้อย่างเต็มที่. รัฐบาลกลายเป็นการรวมกันของเครือข่ายระหว่างองค์กร ทั้งของรัฐบาลและของสังคม โดยไม่มีผู้มีอำนาจสูงสุดที่สามารถควบคุมบังคับได้ การอภิบาลจึงทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เรียกว่า “รัฐ” กับ “ประชาสังคม”.^(๕)

การอภิบาลด้วยกระบวนการตริตรองสะท้อนคิด

ในสังคมยุคโลกาภิวัตน์ ที่โลกถูกย่อให้เล็กลงด้วยการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วของข้อมูลข่าวสารและการขนส่งคมนาคมที่รวดเร็ว ทำให้ปัจเจกบุคคลสามารถเลือกทำอะไรได้ด้วยตนเองมากขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้เชี่ยวชาญหรือสถาบันและโครงสร้างสังคมแบบเดิม แต่ก็ต้องเผชิญหน้า



โดยตรงกับสังคมเสี่ยงที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงและอันตราย ที่เกิดจากการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ผ่านมา. อีกทั้งการพัฒนาในปัจจุบันเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนที่มีลักษณะสำคัญ ๓ ประการ คือ **มีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เป็นเนื้อเดียวกัน**. ปัญหาประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยที่หลากหลาย จะอาศัยความรู้แยกส่วนแบบเก่าไม่ได้ **มีความไม่แน่นอน**. ปัจจัยเล็กๆ สามารถสร้างผลกระทบได้อย่างกว้างขวาง และ **เส้นทางที่เลือกเป็นตัวกำหนด**. การพัฒนาและการกระทำของมนุษย์เป็นตัวกำหนดความเป็นไปของกระบวนการที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ยุคปัจจุบัน จึงเป็นยุคสมัยใหม่ที่การพัฒนาต้องอาศัยการใช้เหตุผลและการวิเคราะห์วิพากษ์กันอย่างถนอมระมัดระวัง เป็นการใช้การก้าวเข้าสู่ยุคแห่งการตรึงตรองสะท้อนคิด ที่ปัจเจกบุคคลต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเองมากยิ่งขึ้น.

การอภิบาลในมิตินี้จึงหมายถึง**กระบวนการที่แต่ละสังคมใช้ในการระบุปัญหาและรับมือกับปัญหาร่วมกัน** โดยไม่ได้เป็นกระบวนการที่เป็นเส้นตรงต่อการวางแผนหรือถูกควบคุมโดยคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นผลที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของตัวแสดงจำนวนมากในแต่ละสังคม มาร่วมกันวิเคราะห์และกำหนด **“ปัญหาร่วม”** ช่วยกันประกอบสร้าง **“เป้าหมายและทางเลือก”** และเชื่อมประสานการทำงานเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายนั้นร่วมกัน เป็นการอภิบาลที่อาศัยการตรึงตรองสะท้อนคิดที่ทำให้เกิดการปฏิรูปเปลี่ยนแปลงสังคมและการพัฒนาอย่างยั่งยืน.^(๙)

ตอนที่ ๒ ระบบสุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพ

ฐานคิดและวิธีคิดเรื่องสุขภาพและระบบสุขภาพ

แนวคิดเรื่องระบบสุขภาพประกอบขึ้นจากสองส่วนคือ **“ระบบวิธีคิด”** หรือระบบทฤษฎีโรคและสุขภาพ และ **“ระบบงาน”** หรือระบบการดูแลรักษาและแก้ปัญหาสุขภาพซึ่งสัมพันธ์กันมาก เพราะถ้าวิธีคิดเปลี่ยน ก็จะทำให้การสร้างระบบงานด้านสุขภาพเปลี่ยนไปด้วย^(๑๐). วิธีคิดแบบการแพทย์ชีวภาพแบบทฤษฎีเชื้อโรคกลายเป็นแนวคิดกระแสหลักของชาติตะวันตก เนื่องจากพัฒนาการของสังคมและความเจริญก้าวหน้าของ

วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และเมื่อการแพทย์เป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการขยายอิทธิพลไปยังดินแดนต่างๆ จึงทำให้ระบบการแพทย์แบบตะวันตกกลายเป็นการแพทย์กระแสหลักของโลก.

ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ มีการก่อตั้งองค์การอนามัยโลกขึ้นใน พ.ศ. ๒๔๘๙ และมีการกำหนดคำนิยามสุขภาพไว้ว่า ธรรมชาติขององค์การอนามัยโลกว่า หมายถึงสุขภาพอันสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น ที่ดูเหมือนจะเป็นความพยายามขยายขอบเขตออกไปให้กว้างกว่าวิธีคิดแบบเดิม. แต่การฟื้นฟูประเทศที่เสียหายจากสงครามของรัฐบาลประเทศต่างๆ และการต่อต้านสังคมนิยมโดยให้ความช่วยเหลือประเทศโลกที่ ๓ ก็ยังคงมุ่งเน้นที่ระบบบริการสุขภาพเป็นหลัก.

คำประกาศเพื่อสร้างกระแสสาธารณสุขมูลฐานที่อัลมาอตา ใน พ.ศ. ๒๕๑๘ ได้นำมาสู่การตั้งเป้าหมาย **“สุขภาพดีถ้วนหน้า”** ทำให้สุขภาพกลายเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์อย่างชัดเจน. ต่อมาเมื่อมีการตื่นตัวเรื่องการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนหันมามีส่วนร่วมในการปกป้องสุขภาพของประชาชน จึงเกิด **“กฎบัตรรอตตาวา”** ใน พ.ศ. ๒๕๒๙ ซึ่งทำให้ประชาคมโลกตระหนักมากขึ้นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ, เศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ มากกว่าสนใจเพียงองค์ประกอบทางการแพทย์แบบชีวภาพเท่านั้น^(๑๑).

แม้กระแสแนวคิดเรื่องสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก จนในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกใน พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้เสนอให้ขยายนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกให้ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณและความเป็นพลวัตของสุขภาพ เพื่อให้มีความหมายชัดเจนและเป็นองค์รวมมากขึ้น^(๑๒) แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนแต่อย่างใด. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกจะส่งผลกระทบต่อประเทศต่างๆ ต้องมีการทบทวนวิธีคิดและวิธีทำงานกับสิ่งที่เรียกว่า **“สุขภาพ”** ในความหมายใหม่ รวมถึงองค์การอนามัยโลกเองก็ต้องทบทวนบทบาทภารกิจของตนด้วย.

แนวคิดเรื่องระบบสุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพ

จากความตื่นตัวในการมีส่วนร่วมในด้านสุขภาพของทุกภาคส่วนในสังคม นับแต่กระแสการสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษ ๑๙๗๐ เป็นต้นมา ได้ทำให้ขอบข่ายของระบบสุขภาพขยายออกไปอย่างกว้างขวาง ซึ่งรายงานขององค์การอนามัยโลก ภายใต้หัวข้อเรื่อง "Health System: Increasing Performance" ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้ให้นิยามระบบสุขภาพไว้อย่างกว้างขวางว่า "ครอบคลุมถึงกิจกรรมทุกอย่างที่มีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมฟื้นฟูหรือธำรงรักษาสุขภาพ"^(๑๓) อย่างไรก็ตาม กรอบแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพที่เสนอไว้ในรายงานฉบับนี้ก็ยังคงให้ความสำคัญกับการให้บริการเป็นหลัก.

ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๕๐ ในรายงานชื่อ "Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes" องค์การอนามัยโลกได้เพิ่มเติมนิยามสุขภาพให้กว้างขวางขึ้น โดยนิยามว่า "นอกจากกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพโดยตรงแล้วยังรวมถึงความพยายามที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพด้วย"^(๑๔) ซึ่งแม้ว่าองค์ประกอบของระบบสุขภาพที่รายงานฉบับนี้เสนอไว้จะยังเน้นที่ระบบการให้บริการ แต่ก็ได้ขยายให้เห็นว่า "ภาวะผู้นำและการอภิบาล" เป็นองค์ประกอบที่ไม่ได้เป็นบทบาทของรัฐบาลเท่านั้น โดยได้ประมวลบทบาทหน้าที่สำคัญไว้ ๖ ประการ ได้แก่

(๑) **การกำหนดแนวนโยบาย** คือการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายเชิงเทคนิคที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และการจัดลำดับความสำคัญของบริการประเภทต่างๆ รวมถึงการกำหนดบทบาทของภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม.

(๒) **การสังเคราะห์และใช้ความรู้และการดูภาพรวม** คือการหนุนให้เกิดการสร้าง, การวิเคราะห์ และการใช้องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการติดตามและประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางการเมือง, ผลกระทบของการปฏิรูปและผลลัพธ์ของนโยบายแต่ละด้าน.

(๓) **การประสานงานและสร้างร่วมมือ** ระหว่างตัวแสดงทั้งในและนอกภาครัฐ รวมทั้งการโน้มน้าวให้เกิดการดำเนินการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญและการ

เข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนการสร้างระบบสนับสนุนนโยบายสาธารณะและการรักษาความเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เรียกว่า 'joined up government'.

(๔) **การกำกับดูแล** คือการออกแบบและหนุนให้เกิดความเป็นธรรมในการควบคุมและสร้างแรงจูงใจ.

(๕) **การวางระบบ** หนุนให้เกิดความสอดคล้องระหว่างยุทธศาสตร์และโครงสร้างต่างๆ ในระบบสุขภาพ รวมถึงการลดความซ้ำซ้อนและความแตกแยกเป็นชิ้นส่วนของระบบ.

(๖) **การมีความรับผิดชอบ** คือการหนุนให้ตัวแสดงในระบบสุขภาพทั้งหมดมีความสำนึกรับผิดชอบ มีความโปร่งใส ตรวจสอบโดยสาธารณชนได้.

สำหรับประเทศไทย "รายงานสุขภาพประชาชาติ" ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้เสนอสาระสำคัญของระบบสุขภาพที่ควรจะเป็น และนำไปสู่การออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในปีเดียวกัน. กฎระเบียบฉบับนี้ทำให้ประเทศไทยเป็นรัฐแรกที่กำหนดให้นิยามของคำว่าสุขภาพ กินความครอบคลุมทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ^(๑๕) และทำให้เกิดกระบวนการร่างกฎหมายโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ อย่างกว้างขวาง จนสามารถผลักดันออกมาเป็น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ในที่สุด. ในพ.ร.บ.นี้ได้จัดวางองค์ประกอบของระบบสุขภาพให้ครบถ้วนและสอดคล้องกันโดยมี ๑๐ ระบบย่อย ที่ครอบคลุมมากกว่าระบบบริการสุขภาพ. อย่างไรก็ตามแม้กรอบของระบบสุขภาพนี้จะกว้างขวางกว่าที่องค์การอนามัยโลกเสนอ แต่ก็ไม่ได้ชี้ให้เห็นว่าการอภิบาลระบบควรเป็นอย่างไรดังที่ภายหลังมีผู้เสนอให้เพิ่ม "ระบบการอภิบาลระบบสุขภาพ" เป็นอีกระบบย่อยหนึ่ง^(๑๕).

เปรียบเทียบพัฒนาการของการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย

นอกจากฐานคติหรือวิถีคิดเรื่องสุขภาพแล้ว เหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศยังเป็นส่วนสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการออกแบบระบบสุขภาพของแต่ละประเทศด้วย โดยเฉพาะหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ (พ.ศ. ๒๔๘๒-๒๔๘๘) เป็นต้นมา ที่มหาอำนาจเดิมแถบยุโรปเสียหายอย่างหนักจาก



สงคราม จึงมุ่งเน้นทำการฟื้นฟูประเทศ. ประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งร่ำรวยจากการค้าอาวุธในช่วงสงคราม กลายเป็นมหาอำนาจใหม่ซึ่งผลักดันให้โลกพัฒนาไปสู่ความเป็นทุนนิยมเสรี เพื่อต่อต้านกับการขยายตัวของสังคมนิยมในยุคนั้น.

ประเทศสหราชอาณาจักรในช่วงท้ายของสงครามโลกครั้งที่ ๒ ได้พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงทั่วประเทศ เพื่อรองรับประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บจากกองทัพเยอรมัน ภายหลังสงครามจึงมีระบบบริการสุขภาพภาครัฐที่เข้มแข็ง ทำให้ใน พ.ศ. ๒๔๙๑ สามารถปรับเปลี่ยนระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนได้ เกิดระบบที่เรียกว่า “บริการสุขภาพแห่งชาติ” ในยุคแรกขึ้น. แต่ต่อมาปัญหาเศรษฐกิจถดถอยในช่วง พ.ศ. ๒๕๐๕-๒๕๒๒ ได้ทำให้รัฐบาล Margaret Thatcher (ค.ศ. ๑๙๗๙-๑๙๙๐) ยกเรื่องประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพมาเป็นประเด็นทางการเมือง และนำมาตรรกการจัดการมาใช้แก้ปัญหา มีการแยกบริการสุขภาพแห่งชาติ ออกเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่เป็นผู้ให้บริการกับส่วนผู้ซื้อบริการ โดยผู้ให้บริการภาครัฐทั้งหมดอยู่ภายใต้โครงสร้างการจัดการแบบใหม่ที่เรียกว่า NHS Trust และสร้างกลไกตลาดภายใน โดยจัดสรรเงินให้กับกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งทำหน้าที่ให้บริการเบื้องต้นและถือเงินเพื่อซื้อบริการระดับสูงขึ้นแทนประชาชนที่ขึ้นทะเบียนไว้ (เริ่มต้น ๑๑,๐๐๐ คน ต่อมาลดลงเหลือ ๕,๐๐๐ คน). ต่อมาเมื่อพรรคฝ่ายตรงข้ามได้เป็นรัฐบาลมีนโยบายลดการแข่งขัน แต่เพิ่มความร่วมมือในการจัดการ ใน พ.ศ. ๒๕๔๒ จึงได้เปลี่ยนโครงสร้างการซื้อบริการใหม่เป็น Primary Care Trust (PCT) ดูแลประชากร ๑๕๐,๐๐๐ - ๓๐๐,๐๐๐ คน กลไกตลาดภายในจึงหมดไปโดยปริยาย. ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้สร้างโครงสร้างใหม่ชื่อว่า Strategic Health Authority (SHA) ดูแลประชากรประมาณ ๑.๕ ล้านคน ซึ่งต่อมามีการรวมเข้าด้วยกันจึงเพิ่มเป็นประมาณ ๕ ล้านคน ทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่างนโยบายของรัฐบาลกลางกับการดำเนินงานของ PCT ในแต่ละพื้นที่^(๑๖). การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศสหราชอาณาจักรมีโครงสร้างย่อยๆ

เพิ่มขึ้นจำนวนมากในปัจจุบัน ต่างจากเดิมเมื่อเกือบร้อยปีก่อน (ค.ศ. ๑๙๑๙) ที่มีเพียงกระทรวงสุขภาพเพียงโครงสร้างเดียว ซึ่งปัจจุบันลดขนาดลงทำหน้าที่กำกับดูแลในภาพรวมเป็นหลัก และมีโครงสร้างย่อยๆ ทำงานเชื่อมประสานกันอย่างเป็นระบบ.

การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศอังกฤษมีการใช้วิชาการเป็นฐานในการผลักดันค่อนข้างมาก ไม่พบการเคลื่อนไหวนอกสภาของกลุ่มประชาชนเพื่อผลักดันนโยบายสุขภาพ เพราะถือว่าประชาชนได้ใช้สิทธิเลือกผู้แทนไปทำหน้าที่ในสภาผู้แทนแล้ว และมี “สภาสุขภาพชุมชน” ซึ่งเป็นองค์กรผู้บริโภคที่ประชาชนสามารถแสดงบทบาทได้เต็มที่โดยทำหน้าที่วางแผนพัฒนา ติดตามและตรวจสอบการให้บริการในแต่ละพื้นที่^(๑๗). นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงยังเกิดจากนโยบายที่ชัดเจนของรัฐบาล โดยใช้การประกาศนโยบายและตามด้วยการออกกฎหมาย ซึ่งในช่วงประมาณ ๒๐ ปีที่ผ่านมา มีการทำแผนแม่บทด้านสุขภาพ โดยรัฐบาลจะเริ่มตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาแผนนโยบาย แล้วใช้กลไกรัฐสภาออกกฎหมายที่ระบุรายละเอียดและกลวิธีปฏิบัติอย่างเป็นทางการ โดยมีแผนแม่บทสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก คือ “The Health of Nation” (พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๐) ฉบับที่ ๒ “Saving lives: Our Healthier Nation” (พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๘) ซึ่งเพิ่มความตระหนักในการเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างชุมชนและรัฐ และแผนฉบับที่ ๓ คือ “Our Health, Our Care, Our Say” (พ.ศ. ๒๕๔๙) ซึ่งมีที่มาจากการหารือแผนงานครั้งใหญ่ที่สุดโดยมีส่วนร่วมของทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม. อย่างไรก็ตาม การพิจารณาภาพรวมของระบบสุขภาพทั้งประเทศอาจเห็นเพียงการพัฒนาบริการสุขภาพ แต่ในการพัฒนาระดับชุมชนหรือท้องถิ่นได้ผนวกเอาประเด็นด้านสุขภาพในมิติอื่นๆ เข้าไปด้วย เนื่องจากบริบทของสังคมยุโรปซึ่งประชาชนมีความตระหนักถึงสิทธิและหน้าที่ของตนเองสูงและในกฎหมายสาธารณสุขฉบับแรกของอังกฤษ เมื่อพ.ศ. ๒๔๑๘ ได้กำหนดให้ท้องถิ่นมีบทบาทด้านการสาธารณสุขด้วย.

จึงเห็นได้ว่าการอภิบาลระบบสุขภาพระดับชาติของอังกฤษ มีรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยมีกระทรวงสุขภาพทำหน้าที่กำกับดูแลระบบ มีโครงสร้างกำกับดูแลในระดับพื้นที่

และการพัฒนาระบบทำโดยกระบวนการนโยบายของรัฐบาล ซึ่งปัจจุบันมีเครื่องมือที่สร้างการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนมากขึ้น คือการจัดทำแผนแม่บทสุขภาพแห่งชาติ.

สำหรับประเทศไทยระหว่างสงครามโลกครั้งที่ ๒ รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้จัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเมื่อพ.ศ. ๒๔๘๕ เพื่อให้มีสถานะและขนาดเหมาะสมกับภารกิจการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ขยายตัวออกไปอย่างรวดเร็ว อีกทั้งนโยบายเพิ่มประชากรเพื่อสร้างชาติของจอมพลแปลก และการช่วยเหลือของสหรัฐอเมริกา ภายหลังสงครามได้ทำให้การแพทย์สมัยใหม่ขยายไปสู่ภูมิภาคอย่างกว้างขวาง มีการขยายโครงสร้างการบริการครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ แต่การเติบโตอย่างไม่สมดุลและแยกส่วนกันของงานรักษาพยาบาลกับงานด้านป้องกัน จึงมีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวง เพื่อผนวกรวมทั้งสองส่วนเข้าด้วยกันในช่วง พ.ศ. ๒๕๑๕-๒๕๑๗ ทำให้เกิดเอกภาพมากขึ้น. กระแสการพัฒนาระบบสุขภาพของโลกได้ทำให้เกิดแนวคิดการปฏิรูปที่ผลักดันให้มีการจัดตั้ง *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข* (สวรส.) ขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๓๕ เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการปฏิรูประบบของประเทศไทยเอง ซึ่งเมื่อผนวกกับการเติบโตของอุดมการณ์ทางการเมืองประชาธิปไตย ได้ทำให้เกิดโครงสร้างใหม่เพื่อทำหน้าที่เฉพาะด้านเพิ่มขึ้น โดยมี สวรส. เป็นฐานในการพัฒนา.

การเติบโตของการเคลื่อนไหวทางการเมืองของภาคประชาชน ที่มีฐานสำคัญจากเหตุการณ์ในเดือนตุลาคม ๒๕๑๖ และบทบาทของชนชั้นกลางภายหลังเหตุการณ์เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๓๕ ที่นำไปสู่กระบวนการปฏิรูปการเมืองจนผลักดันให้เกิดรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. ๒๕๔๐ ทำให้ประชาชนตื่นตัวอย่างกว้างขวางในเรื่องสิทธิเสรีภาพและการมีส่วนร่วมทางการเมือง อีกทั้งวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่นำไปสู่การปฏิรูประบบบริหารจัดการภาครัฐ ได้ทำให้เกิดกระบวนการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมอย่างกว้างขวาง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคมไทยนี้เมื่อผนวกกับการผลักดันเพื่อเปลี่ยนกระบวนการทัศน์เรื่อง “สุขภาพ” ให้ขยายขอบเขตครอบคลุมมิติ

ต่างๆ ของสังคมมากยิ่งขึ้นในช่วง ๒-๓ ทศวรรษที่ผ่านมา จึงทำให้ “ระบบสุขภาพ” ของไทยมีความสลับซับซ้อนและเกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง.

เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมจะเห็นได้ว่า กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยแตกต่างจากประเทศสหราชอาณาจักร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดจากการพัฒนาฐานความรู้ ขยับเคลื่อนผ่านขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมและใช้โอกาสทางการเมืองในการผลักดัน มีการสร้างโครงสร้างใหม่เพื่อทำหน้าที่เฉพาะ โดยไม่ได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างเดิมให้สอดคล้องกัน จึงทำให้ระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบัน นอกจากมีความซับซ้อนจากการมีส่วนร่วมมากขึ้นแล้ว ยังมีความลักลั่นของขอบเขตหน้าที่ระหว่างโครงสร้างที่มีอยู่ในปัจจุบันด้วย จึงเกิดความสับสนว่าโครงสร้างใดทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพไทย.

ตอนที่ ๓ การอภิบาลระบบสุขภาพไทย

การถักทอสังคมผ่านกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพได้รับการวางรากฐานอย่างเข้มแข็ง โดยการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยจัดตั้งเป็นองค์กรอิสระในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยแนวคิดในการออกแบบองค์กรที่ว่า “ถ้าองค์กรไม่อิสระก็ทำงานทางวิชาการไม่ได้ แต่ถ้าอิสระแยกตัวจากนโยบายก็อาจไม่ส่งผลกระทบต่อทางนโยบาย” อีกทั้งยังเป็น “องค์กรอิสระที่ออกกฎหมายเป็นองค์กรอิสระอื่นๆ ได้”^(๑๘). สวรส. จึงได้เป็นฐานการพัฒนาองค์ความรู้ที่นำไปสู่การพัฒนาโครงสร้างระบบสุขภาพที่สำคัญ เช่น การนำแนวคิด “การคลังเพื่อสังคม” มาใช้ โดยเพิ่มภาษีบุหรี่และสุราร้อยละ ๒ จัดตั้งเป็นกองทุนเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการออกกฎหมายและจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๔ หรือการปรับระบบการเงินการคลังเพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยใช้หลักการแยกผู้ให้บริการกับผู้ซื้อบริการออกจากกัน ซึ่งมีการออกกฎหมายและจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น



ใน พ.ศ. ๒๕๔๕. การเกิดขึ้นขององค์กรและโครงสร้างเหล่านี้ นอกจากอาศัยการทำงานเพื่อรวบรวมสังเคราะห์และสร้างองค์ความรู้แล้ว ยังอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญอีกสองส่วน คือการผลักดันโดยขบวนการเคลื่อนไหว เพื่อการเรียนรู้ทางสังคม และการเชื่อมโยงกับอำนาจรัฐ ตามยุทธศาสตร์ที่เรียกว่า “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”.

ประเวศ วะสี เป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่ง ที่ได้ชี้ให้เห็นให้สังคมไทยเห็นความจำเป็นของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดย การให้ความหมายของระบบสุขภาพที่กว้างขวางกว่าระบบ บริการสาธารณสุข และสร้างการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง. แนวคิดนี้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ โดยมี สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นหน่วยงานเลขานุการทำหน้าที่สนับสนุนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และผลักดันการจัดทำกฎหมาย เพื่อเป็นแผนแม่บทด้านสุขภาพของประเทศ โดยมียุทธศาสตร์ในการปฏิรูป คือการ บอกว่า “จะออก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” แต่ไม่รีบออก ใช้การ “จะออก” มาเป็นเครื่องมือดึงฝ่ายต่างๆ เข้ามาทำงานร่วมกัน “ต่อเมื่อทุกฝ่ายเข้ามาเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติเท่านั้น จึงจะ ทำเรื่องยากๆ ได้ ไม่ใช้การใช้อำนาจ” ซึ่งทำให้ พ.ร.บ.สุขภาพ แห่งชาติเป็นกฎหมายฉบับแรกที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการ ยกร่างอย่างกว้างขวางที่สุด^(๑๗) แม้ต้องใช้เวลากว่า ๗ ปีจึง สามารถผลักดันให้มีการออกกฎหมายฉบับนี้ได้สำเร็จ. แต่ กระบวนการออกกฎหมาย ก็ได้ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจใหม่และปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ใน สังคมไทย ที่ทำให้แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพถูกขยายให้กว้าง ขวางขึ้นจนมีความหมายเดียวกับคำว่า “สุขภาพะ” หรือ “คุณภาพชีวิต”.

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ทำให้เกิด โครงสร้างใหม่ที่ทำหน้าที่วางกรอบและแนวทางในการกำหนด นโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย โดยมีโครงสร้าง หลัก คือคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีองค์

ประกอบจากทั้งภาคการเมือง ภาควิชาการ (ซึ่งประกอบด้วยผู้ แทนองค์กรวิชาชีพ, คณะกรรมการวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ) และภาคประชาสังคมในสัดส่วนเท่าๆกัน เป็นโครงสร้างที่ทำ หน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพของประเทศด้วยการมีส่วนร่วมของ ทุกฝ่าย โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีสำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานเลขานุการ นอกจากนี้ยังมีกลไกการมีส่วนร่วมที่สำคัญคือกระบวนการ สมัชชาสุขภาพทั้งในระดับชาติ ในระดับพื้นที่ และสมัชชา สุขภาพรายประเด็น ซึ่งสมัชชาสุขภาพเป็นปฏิบัติการทาง สังคมที่กล่าวได้ว่าเกิดจากแนวคิดประชาสังคมในแนวชุมชน นิยม ตามแนวคิด “สังคมสมานภาพ” ของประเวศ วะสี ที่เชื่อ ว่าสังคมเช่นนี้เกิดขึ้นได้ด้วยการพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ผ่านกระบวนการถักทอความรักของคนในสังคมหรือชุมชน^(๑๘).

การอภิบาลระบบสุขภาพไทยภายหลัง พ.ร.บ.สุขภาพแห่ง ชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการปฏิรูประบบ สุขภาพในระยะที่ผ่านมา ได้ทำให้ระบบสุขภาพของไทยใน ปัจจุบันมีตัวแสดงใหม่เกิดขึ้นจำนวนมาก. การอภิบาลระบบ สุขภาพในปัจจุบันจึงมีลักษณะเป็นเครือข่ายระหว่างองค์กร ที่ รัฐบาลไม่ได้มีอำนาจสูงสุด ไม่สามารถควบคุมเครือข่ายได้ โดยตรงหรือได้อย่างเต็มที่มากขึ้น. โครงสร้างการอภิบาลจึง ประกอบด้วยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม. อย่างไรก็ตามภายใต้ระบบการเมืองการปกครองของประเทศไทย รัฐบาลก็ยังคงเป็นโครงสร้างหลักที่ต้องมีความรับผิดชอบต่อ สุขภาพของประชาชน กลไกภาครัฐจึงต้องเป็นแกนกลางใน โครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพ โดยมีกลไกหลักที่เชื่อม โยงกับรัฐบาล ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งกำกับดูแล โดยตรงโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และกลไกที่ กำกับดูแลผ่านคณะกรรมการ ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ (มี สช.เป็นองค์กรเลขานุการ) กับคณะกรรมการ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ (กำกับดูแล สสส.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กำกับดูแล สปสช.) กับคณะ กรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (กำกับดูแล สวรส.)

ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน. กลไกและองค์กรเหล่านี้เป็นแกนหลักที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงกับภาคส่วนต่างๆ เป็นโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศ.

เมื่อวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรเหล่านี้ (กระทรวงสาธารณสุข สช. สสส. สปสช. และ สวรส.) พบว่า ในความสัมพันธ์ในลักษณะการพึ่งพิงกันเชิงอำนาจนั้น อาจจัดความสัมพันธ์ได้เป็น ๒ กลุ่มคือ กลุ่มที่เป็นองค์กรในกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ สวรส. ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณผ่านกระทรวงสาธารณสุข โดยใน พ.ศ. ๒๕๕๐ งบประมาณของ สปสช. เป็นร้อยละ ๕๒.๕ และ สวรส. เป็นร้อยละ ๐.๑ ของงบประมาณรวมทั้งกระทรวง^(๒๐) กับกลุ่มที่อยู่ในกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรีโดยตรง ได้แก่ สสส. ซึ่งได้รับงบประมาณจากภาษีบุหรี่และสุรา และ สช. ซึ่งได้รับงบประมาณเป็นเงินอุดหนุนจากรัฐบาล. อย่างไรก็ตามในความเป็นจริง “การกำกับดูแล” ของประธานบอร์ดก็ไม่ได้มีอิทธิพลต่อองค์กรต่างๆ มากนัก.

ในกระทรวงสาธารณสุขเอง บทบาทของรัฐมนตรีซึ่งเป็นฝ่ายการเมือง ก็ไม่สามารถควบคุมและชี้นำฝ่ายบริหารได้อย่างแท้จริง ทั้งด้วยความอ่อนแอของการเมือง ดุลอำนาจระหว่างนักการเมืองกับข้าราชการที่มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงผลประโยชน์ระหว่างกัน^(๒๑) รวมทั้งความซับซ้อนของโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขและความเป็นวิชาชีพที่มักมีวิถีคิดและมีการตัดสินใจโดยอิสระของตนเอง อีกทั้งในปัจจุบันหลังจากเกิดองค์กรใหม่เพิ่มขึ้น มีบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมาก “สวมหมวกหลายใบ” คือในขณะที่มีตำแหน่งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ได้ไปทำงานให้กับองค์กรอื่นๆ หรือขอรับทุนจากองค์กรอื่นเพื่อมาทำงานความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจขององค์กรเหล่านี้จึงเป็นไปในลักษณะที่ซับซ้อน ทั้งไม่ได้ขึ้นต่อกัน แต่ก็ไม่เป็นอิสระต่อกัน.

ด้านความสัมพันธ์ในการเป็นเครือข่ายนโยบาย พบว่าแต่ละองค์กรมีกระบวนการนโยบายของตนเอง “แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ” ที่ควรทำหน้าที่เป็นแผนแม่บทให้แก่ทุกองค์กร ก็ไม่ได้รับการให้ความสำคัญและมีการนำไปใช้

ประโยชน์ไม่มากนัก. เวทีการประชุมร่วมเป็นเพียงรูปแบบทางการที่ไม่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันได้จริง. การเชื่อมประสานมักใช้เครือข่ายความสัมพันธ์ส่วนบุคคลของบุคลากรระดับต่างๆ โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรเป็นเรื่องๆ ไป จึงมีความสัมพันธ์ของเครือข่ายในลักษณะรายประเด็น ที่มีการทำงานร่วมกันเป็นครั้งคราว โดยไม่ได้มีความเห็นสอดคล้องกันไปในทิศทางเดียว จึงมีบางครั้งที่ต่างหน่วยงานทำเรื่องเดียวกัน แต่มีแนวทางขัดแย้งกัน สร้างความยากลำบากให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ และเกิดความเสียหายต่อสังคมโดยรวมในกรณีวิกฤตที่ต้องการความเป็นเอกภาพทางนโยบายสูง เช่น ในกรณีการควบคุมโรคระบาด.

กลไกที่เกิดขึ้นใหม่จาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีสถานะและบทบาทที่จะทำให้เกิดการเชื่อมโยงทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพ โดยอาศัยกลไก คสช. สมัชชาสุขภาพ รวมถึงการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นแผนแม่บทด้านสุขภาพของประเทศ. กลไกเหล่านี้ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้มีโอกาสสมำกหนดประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของสังคมไทย และกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อจัดการปัญหาเหล่านั้นร่วมกัน จึงเป็นรูปธรรมของการอภิบาลที่อาศัยการไตร่ตรองสะท้อนคิด. สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการคือ การพัฒนาความสัมพันธ์แบบเครือข่ายนโยบาย ให้มีความเป็นชุมชนนโยบายที่มีการทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอและมีเป้าหมายหรือคุณค่าร่วมกันมากยิ่งขึ้น แต่ในปัจจุบันก็ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นเท่านั้น.

ตอนที่ ๔ กลไกภาครัฐในการอภิบาลระบบสุขภาพไทยปัจจุบัน

โครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบันมีความสลับซับซ้อน แม้ในชุมชนเล็กๆ ชุมชนหนึ่งก็ประกอบขึ้นด้วยเครือข่ายความสัมพันธ์ของตัวแสดงจำนวนมาก. แต่เนื่องจากการอภิบาลสังคมไทยมีศูนย์กลางอยู่ที่กลไกภาครัฐ ดังนั้นแกนกลางของการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศจึงอยู่ที่รัฐบาลและกลไกหลักที่เชื่อมโยงกับรัฐบาล ซึ่งได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สวรส. สสส. สปสช. และ สช. โดยครอบคลุม



บทบาทหน้าที่ของ “ภาวะผู้นำและการอภิบาล” ทั้ง ๖ ประการ ตามกรอบแนวคิดในรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๐.

แต่เนื่องจากที่ผ่านมา รัฐบาลไม่ได้แสดงบทบาทที่ชัดเจนในการอภิบาลระบบสุขภาพ โดยเฉพาะบทบาทในการออกแบบระบบ จึงมีการตั้งองค์กรใหม่ขึ้นโดยไม่มีการปฏิรูปองค์กรที่มีอยู่เดิมให้สอดคล้องกัน ซึ่งแม้จะมีการบัญญัติบทบาทหน้าที่ไว้ในกฎหมายของแต่ละองค์กรให้มีหน้าที่เฉพาะของตนเอง แต่ในทางปฏิบัติแล้ว มีการทำงานที่ลักลั่นกัน. ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประเด็นทางสุขภาพมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน ในการดำเนินการเรื่องหนึ่งให้สำเร็จต้องอาศัยการทำเรื่องอื่นๆด้วย รวมทั้งในแต่ละเรื่องก็มีวิธีทำงานได้หลายแบบ เช่น การสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างเป็นธรรม จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการให้ดีขึ้น จึงทำให้ สปสช. ต้องเข้ามามีส่วนในการผลักดันการพัฒนาระบบบริการ แต่เนื่องจากหน่วยบริการส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข จึงกลายเป็นภารกิจที่ซ้อนทับกัน มีเพียงส่วนต่างคือ สปสช. ใช้กลไกทางการเงินกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขใช้กลไกการบริหารราชการ.

สภาพความไม่เป็นเอกภาพของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ เป็นประเด็นสำคัญที่มักจะถูกหยิบยกขึ้นมาวิพากษ์ว่าเป็นอุปสรรคในการพัฒนาระบบสุขภาพ และเป็นต้นเหตุของความล้มเหลวหรือความไม่มีประสิทธิภาพในการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรอื่น มีความพยายามในการเชื่อมประสานกันระหว่างองค์กร เช่น การประชุมร่วม การประสานแผนงานหรือทำโครงการร่วมกัน ซึ่งพบว่าในระดับปฏิบัติการสามารถเชื่อมประสานกันได้ค่อนข้างดี ส่วนหนึ่งเพราะบุคลากรจำนวนมากที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรที่จัดตั้งขึ้นใหม่ เคยเป็นบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขมาก่อน จึงมีความรู้จุกจุกคุ้นเคยกับบุคลากรและระบบงานของกระทรวง แต่ในระดับบริหารมักมีความสัมพันธ์กันแต่เพียงรูปแบบทางการเท่านั้น. ปัจจัยสำคัญคือการมีฐานวิธีคิดและความรู้ความเข้าใจที่แตก

ต่างกันระหว่างผู้นำระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันกับผู้นำระดับสูงขององค์กรอื่นๆ (สวรส. สสส. สปสช. สช.) ที่ถูกหล่อหลอมมาด้วยกันผ่านกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ.

แต่ส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่เป็นเอกภาพคือ ความรู้สึกติดใจกับ “ความเป็นองค์กร” โดยหลงลืมว่าแท้จริงแล้วทั้งหมดเป็นส่วนหนึ่งของกลไกภาครัฐที่ต้องทำงานร่วมกัน และแต่ละองค์กรนั้นทำหน้าที่เป็น “กลไกย่อย” ที่เสริมให้กลไกของภาครัฐมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เช่น อาจพิจารณาได้ว่า สวรส. เป็นกลไกการสังเคราะห์และใช้ความรู้, สสส. เป็นกลไกการประสานงานและสร้างความร่วมมือ, คสช./สช. เป็นกลไกการกำหนดนโยบาย (โดยการมีส่วนร่วม), และกระทรวงสาธารณสุข/สปสช. เป็นกลไกกำกับดูแล อีกทั้งความติดใจกับความเป็นองค์กรนี้ ทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนไปจากความจริงที่ว่า “องค์กร” เป็นโครงสร้างที่เป็นเนื้อเดียวกัน โดยเฉพาะคำว่า “กระทรวงสาธารณสุข” นั้นมักถูกใช้โดยการเหมารวมทุกส่วนเข้าด้วยกัน ทั้งที่ความจริงแล้วองค์ประกอบเหล่านี้ไม่ได้มีความเป็นเนื้อเดียวกัน แต่ประกอบด้วยส่วนย่อยมากมาย ทั้งฝ่ายการเมือง ฝ่ายข้าราชการประจำ หน่วยงานส่วนกลาง หน่วยงานส่วนภูมิภาค และองค์กรในกำกับ เป็นต้น.

ในปัจจุบันนอกจากกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องเผชิญกับแรงบีบคั้นที่ทำให้ต้องแสวงหาแนวทางเพื่อการปฏิรูปตนเองแล้ว องค์กรอื่นๆก็มีประเด็นท้าทายที่ต้องเผชิญในลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น สปสช. ซึ่งใช้ “กลไกทางการเงิน” ในการกำกับดูแลเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนเริ่มได้รับการสะท้อนว่าเริ่มมีวัฒนธรรมอำนาจที่ไม่ต่างจากระบบราชการเดิม, ส่วน สสส. ซึ่งต้องทำงานเชื่อมประสานกับเครือข่ายจำนวนมาก โดยต้องใช้แนวทางการทำงานใหม่ๆ และมีความยืดหยุ่นสูง ก็มักถูกตั้งคำถามเรื่องประสิทธิภาพและประสิทธิผล, สช. ซึ่งเพิ่งเริ่มต้นยังถูกดูแคลนว่าเป็นเพียง “เสือกระดาษ” ที่ไม่สามารถทำอะไรให้เห็นผลได้จริง, และ สวรส. ที่ออกลูกออกหลานเป็นองค์กรอื่นๆ จำนวนมากก็เริ่มถูกตั้งคำถามถึงอัตลักษณ์ของตัวเอง.

อย่างไรก็ตาม ในการแก้ปัญหาสุขภาพที่นับวันจะทวีความซับซ้อนและท้าทายมากยิ่งขึ้น ยังต้องอาศัย “ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง” อีกด้วย ดังเห็นได้จากกรณีการใช้มาตรการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (ซีแอล) ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๑ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นต่อชีวิต. การดำเนินการครั้งนี้มีอุปสรรคและแรงกดดันทั้งภายในประเทศและในระดับนานาชาติ แต่สามารถผลักดันจนประสบความสำเร็จได้ด้วยภาวะผู้นำที่เข้มแข็งของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและความเป็นเอกภาพของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคประชาสังคม ซึ่งมีการทำงานโดยเชื่อมโยงกันทั้งภายในประเทศและในระดับโลก^(๒๒). แต่ต่อมาเมื่อเปลี่ยนตัวรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกลับประกาศให้ทบทวนเรื่องนี้ เพียงเพราะเกรงแรงกดดันจากบริษัทยาและผลกระทบทางเศรษฐกิจ ดังนั้นกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพจะทำหน้าที่ได้หรือไม่ นอกจากขึ้นอยู่กับโครงสร้างและความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรแล้ว ยังขึ้นอยู่กับตัวบุคคลที่อยู่ในโครงสร้างนั้นอีกด้วย.

ตอนที่ ๕ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ

การอภิบาลระบบสุขภาพ เป็นกลไกที่ไม่สามารถแยกออกจากส่วนย่อยแต่ละส่วนในระบบสุขภาพได้ และเป็นกลไกที่เกิดจากการเชื่อมโยงประสานกันเป็นเครือข่ายของตัวแสดงจำนวนมากจากทุกภาคส่วน ที่ปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงทั้งหลายมีความซับซ้อน เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชนท้องถิ่นจนถึงระดับนานาชาติโดยยากที่จะหาเส้นแบ่งที่ชัดเจน. อย่างไรก็ตาม ด้วยประเทศไทยมีระบบการปกครองที่เป็นรัฐเดี่ยวโดยมีรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการ ดังนั้น “ระบบสุขภาพแห่งชาติ” จึงมีรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยรัฐบาลและกลไกต่างๆ ของภาครัฐ ทำงานเชื่อมโยงกันเป็นแกนกลางของ “การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ”.

การพัฒนาการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ จะต้องให้ความสำคัญกับอย่างน้อย ๓ มิติของการอภิบาล ได้แก่ (๑) มิติของการพัฒนาเครือข่ายการอภิบาล, (๒) การพัฒนา

ธรรมาภิบาลในแต่ละองค์กร, และ (๓) การพัฒนากระบวนการและกลไกในการอภิบาลด้วยกระบวนการตรึงตรองสะท้อนคิด ซึ่งจากการศึกษาสามารถสังเคราะห์ข้อเสนอแนะได้ดังนี้

๑. การพัฒนาโครงสร้างความสัมพันธ์ในเครือข่ายการอภิบาล

(๑) ควรมีการบูรณาการสร้างความเข้าใจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตระหนัก ถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กรที่เชื่อมโยงกันเป็นกลไกอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศ ลดการแบ่งแยกและคลายความยึดมั่นถือมั่นในองค์กรของตน.

(๒) ควรมีการบูรณาการกำหนดเป้าหมายของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกัน ควรใช้ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบอ้างอิงในการดำเนินงาน และอาจใช้กระบวนการค้นหาภาพอนาคตร่วมกัน จัดทำแผน หรือกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกัน. ซึ่ง

(๓) หน่วยงานกลางควรเพิ่มการกระจายอำนาจและปฏิรูปโครงสร้างองค์กรให้สอดคล้องกับบริบทโดยรวมของระบบ เพื่อให้สามารถทำบทบาทที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม เช่น การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถทำหน้าที่กำกับดูแลระบบสุขภาพในภาพรวมได้ดียิ่งขึ้น.

(๔) ควรเสริมสร้างให้ระบบสุขภาพมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง โดยในภาคการเมืองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขควรแสดงบทบาทการนำให้ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อกำกับดูแลให้โครงสร้างทั้งหลายที่มีอยู่สามารถทำหน้าที่อย่างสอดคล้องประสานกัน. ทั้งนี้จำเป็นต้องมีทีมสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพด้วย.

(๕) ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร โดยการพัฒนาโครงสร้างและกลไกการทำงานในประเด็นต่างๆ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาระบบการเงินการคลัง.

(๖) ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรขององค์กรต่างๆ ในทุกระดับให้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันหรือทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และควรมีการจัดกระบวนการเพื่อพัฒนาให้เกิดเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ไม่เป็น



ทางการเพิ่มมากขึ้น.

๒. การพัฒนาระบบราชการในแต่ละองค์กร

(๑) ทุกองค์กรควรพัฒนาให้มีธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการสรรหาหรือแต่งตั้งโยกย้ายบุคลากร กระบวนการใช้อำนาจของผู้บริหารโดยถูกต้องชอบธรรม โปร่งใส มีส่วนร่วม และมีการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่เพียงพอ.

(๒) แต่ละองค์กรควรมีการทบทวนตนเองและทำการปรับเปลี่ยนและปฏิรูประบบและโครงสร้างการทำงานอยู่เสมอเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการสนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจในรูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละบทบาทภารกิจ.

(๓) ควรมีการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการทำงาน โดยเฉพาะระบบอุปถัมภ์และวัฒนธรรมแบบราชการ ที่แทรกซึมอยู่ในทั้งกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรที่ตั้งขึ้นภายหลัง โดยต้องเน้นการปรับเปลี่ยนที่ระดับบุคคลให้มีส่วนร่วมในการสร้างธรรมาภิบาลในองค์กร เช่น การไม่เพิกเฉยต่อการใช้อำนาจโดยมิชอบของผู้บริหารหรือการทุจริตคอร์รัปชันในองค์กร.

(๔) ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกที่สนับสนุนพัฒนาระบบราชการของภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพร.) คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน (คตง.) คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ศาลปกครอง รัฐสภา สื่อมวลชน และองค์กรกลางอื่นๆ เป็นต้น.

๓. การใช้กระบวนการตริ่กตรองสะท้อนคิดเพื่อการพัฒนากระบวนการอย่างยั่งยืน

(๑) กลไกที่เกิดจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งเป็นรูปธรรมส่วนหนึ่งของกระบวนการและกลไกที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการอภิบาลด้วยกระบวนการตริ่กตรองสะท้อนคิด มีข้อเสนอแนะในการพัฒนา ดังนี้

- ควรผลักดันให้ทุกฝ่ายให้ความสำคัญและ

เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากกลไกที่เกิดจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เช่น การใช้กระบวนการการจัดทำธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ และกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อกำหนดกรอบนโยบายและเป้าหมายร่วมกันของสังคมไทยในการพัฒนาระบบสุขภาพ หรือการใช้กลไกของ คสช. ในการจัดตั้งคณะทำงานที่เป็นกลาง เพื่อหาทางออกให้กับประเด็นปัญหาสำคัญๆ ซึ่งสามารถนำไปสู่การผลักดันเชิงนโยบาย ออกกฎหมายหรือจัดตั้งองค์กรเพื่อทำหน้าที่เฉพาะต่อไปได้.

- ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขปัญหาทางเทคนิคต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง รวมถึงการเสริมวิสัยทัศน์ ความรู้และทักษะให้กับเครือข่ายที่มีอยู่เพื่อให้สามารถใช้กลไกเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการพัฒนาและผลักดันให้กระบวนการทั้งหลายเกิดผลในทางปฏิบัติ.

(๒) ควรส่งเสริมให้เกิดกระบวนการในรูปแบบต่างๆ ที่สนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการอภิบาลสุขภาพของตนเองได้แก่กระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นต้น.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เอกสารอ้างอิง

๑. สมบูรณ์ ศิริประชัย. ธรรมาภิบาลภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์: นัยต่อประเทศไทย. รัฐศาสตร์สาร ๒๕๕๒; ๓๐:๑-๑๒.
๒. Kjaer AM. Governance. Cambridge: Polity Press; 2004.
๓. Plumptre T, Graham J. Governance and good governance: international and aboriginal perspectives. Institute on Governance; 1999
๔. สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์. หลักรัฐประศาสนศาสตร์: แนวคิดและทฤษฎี. กรุงเทพฯ: หจก. เวิร์ดเทคประเทศไทย; ๒๕๔๘.

๕. Rhodes RAW. Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity and accountability. Buckingham: Open University Press; 1977.
๖. ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. วาทกรรมกับการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิภาษา; ๒๕๔๕.
๗. Munshi S, Biju PA, editors. Good governance, democratic society and globalization. New Delhi: Sage; 2004.
๘. ทศพร ศิริสัมพันธ์. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ การบริหารราชการแนวใหม่. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; ๒๕๔๕.
๙. Voß J-P, Dierk B, Kemp R, editors. Reflexive governance for sustainable development. Cheltenham: Edward Elgar; 2006.
๑๐. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด; ๒๕๔๘.
๑๑. สุรเกียรติ อชานานุภาพ. การสาธารณสุขมูลฐานและการสร้างเสริมสุขภาพ: จากสากลสู่ไทย. ใน : อ่าพล จินดาวัฒน์ (บรรณาธิการ). การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; ๒๕๕๐.
๑๒. วิพุธ ทูลเจริญ. สุขภาพ อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๑๓. World Health Organization. The World Health report 2000 : health systems : improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
๑๔. World Health Organization. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
๑๕. อ่าพล จินดาวัฒน์. ระบบสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารอัดสำเนา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๑.
๑๖. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, ชงยุทธ พงษ์สุภาพ. บริการปฐมภูมิ จาก...การดำเนินงานระบบบริการของประเทศอังกฤษ สู่...การพัฒนาในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ชมรมแพทย์ชนบท; ๒๕๕๑.
๑๗. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ท้ายชนก สุมาลี, ลลิตา เขตต์ภูฎี. กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนระบบสุขภาพในประเทศไทย บราซิล สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร: บทเรียนสำหรับการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๑; ๒: ๒๐๖ - ๒๕.
๑๘. ประเวศ วะสี. การปฏิวัติเงียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ; ๒๕๔๖.
๑๙. กฤตยา อาชวนิจกุล, กุลภา วจนสาระ. บทสำรวจวาทกรรมเรื่องสุขภาพและการเมืองเรื่องสมัชชาสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๑.
๒๐. อ่าพล จินดาวัฒน์, สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, ปานบดี เอกะจัมปะกะ, รุจิรา ทวีรัตน์. การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๑.
๒๑. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. อำนาจและคอร์รัปชั่น ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; ๒๕๕๑.
๒๒. กรรณิการ์ กิจติเวชกุล, อวยพร แต่ชูตระกูล. อีกก้าวที่กล้า...ของหมอขี่ม้าแกลบ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา กับการทำ CL ของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; ๒๕๕๐.