

รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง

การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย
หลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550:
กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

**National Health System Governance of Thailand
after Promulgation of National Health Act B.E. 2550:
*Framework, Development and Proposal for improvement***

นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท

พ.ศ. 2552

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการกำหนดนิยามใหม่ให้กับคำว่า “สุขภาพ” ที่ขยายอาณาบริเวณของ “ระบบสุขภาพ” ออกไปพ้นจากการแพทย์และสาธารณสุขและเปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

นอกจากนิยามของสุขภาพจะเปลี่ยนไป นิยามของ “การปกครอง” ก็เปลี่ยนไปด้วย ความเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับโลกทำให้สิ่งที่เรียกว่า “การปกครองโดยรัฐ” (Government) ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการดูแลรับผิดชอบสังคมได้โดยลำพังอีกต่อไป อีกทั้งการปฏิรูประบบบริหารจัดการภาครัฐ การเกิดขึ้นของประชาสังคม และขบวนการปฏิรูปการเมือง ได้เปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมและทำให้เกิดรูปแบบการกำกับดูแลและจัดการสังคมแบบใหม่ ๆ ที่เรียกว่า “การอภิบาล” (Governance) เป็นสิ่งใหม่ที่เข้ามามีบทบาทแทนที่การปกครองโดยรัฐแบบดั้งเดิม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในระบบสุขภาพด้วยเช่นกัน

ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไปสู่เป้าหมาย เป็นที่ยอมรับว่า “การอภิบาลระบบสุขภาพ” (Health System Governance) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง ซึ่งทำหน้าที่ในการชี้ทิศทางและกำกับดูแลให้ระบบสุขภาพเคลื่อนตัวไปตามทิศทางที่กำหนด กลไกอภิบาลจึงได้กลายเป็นเป้าหมายในการพัฒนาและการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่อุปสรรคสำคัญ คือ ความซับซ้อนของระบบ และความหลากหลายของแนวคิดและการใช้ถ้อยคำ เนื่องจากระบบสุขภาพที่ซับซ้อน มีการเชื่อมประสานองค์กรวม และมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางเป็นสังคมที่ไร้ศูนย์กลาง (Centerless Society) การอภิบาลเกิดขึ้นได้โดยทุกจุดจนไม่สามารถแยกองค์ประกอบของกลไกอภิบาลออกจากระบบได้

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นความพยายามในการพัฒนารอบแนวคิดเพื่อใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์สิ่งที่เรียกว่า “กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ” โดยพยายามทำศึกษาและทบทวนแนวคิดเรื่อง “การอภิบาล” แยกออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน จาก “ธรรมาภิบาล” ซึ่งเป็นเพียงมิติหรือมุมมองหนึ่งของการอภิบาลเท่านั้น โดยพยายามค้นหาคําตอบที่สำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่

1. กรอบแนวคิดของ “การอภิบาลระบบสุขภาพ” ควรเป็นอย่างไร
2. กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยในปัจจุบันเป็นอย่างไร และ
3. การพัฒนากลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบันควรทำอย่างไร

กรอบแนวคิด “การอภิบาลระบบสุขภาพ”

งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับ “การอภิบาล” (Governance) และ “ระบบสุขภาพ” (Health System) เพื่อเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์และพัฒนากรอบแนวคิดว่า “การอภิบาลระบบสุขภาพ” ควรมีบทบาทหน้าที่และกระบวนการหรือความสัมพันธ์อย่างไร ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญได้ว่า

- มีผู้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพไว้หลายลักษณะ แต่ข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกในรายงานปี พ.ศ.2550 มีความครอบคลุมและชัดเจนมากที่สุด ซึ่งสามารถประมวลได้เป็นบทบาทหน้าที่หลัก 6 ประการ ของการอภิบาลระบบสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดนโยบาย (Policy guidance) การสังเคราะห์และใช้ความรู้และการดูภาพรวม (Intelligence and oversight) การประสานงานและสร้างความร่วมมือ (Collaboration and coalition building) การกำกับดูแล (Regulation) การออกแบบระบบ (System design) และ การมีความรับผิดชอบ (Accountability)

- ในเอกสารและความเห็นของผู้เกี่ยวข้องมักกล่าวถึงการอภิบาลใน 3 รูปแบบได้แก่ การเป็นเครือข่ายการอภิบาล (Governance Network), ธรรมภิบาล (Good Governance) และการอภิบาลที่อาศัยกระบวนการตรึงตรองสะท้อนคิด หรือ การอภิบาลสะท้อนคิด (Reflexive Governance) เมื่อทบทวนและวิเคราะห์แนวคิดทั้ง 3 แบบนี้พบว่า ทั้งหมดอยู่บนพื้นฐานเดียวกันคือเป็นการอภิบาลในสังคมเป็นระบบซับซ้อนและต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากองค์ประกอบที่หลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าทั้ง 3 รูปแบบนี้เป็นมุมมองหรือมิติ (Dimension) ของสิ่งเดียวกันที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และไม่สามารถแทนที่กันได้ เนื่องจากแม้จะมีส่วนที่เห็นเหมือนกัน แต่ส่วนที่เห็นต่างก็มีความสำคัญ

กลไกอภิบาลระบบสุขภาพ ณ ปัจจุบัน

แม้ระบบสุขภาพในปัจจุบันจะมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่รัฐบาลไม่ได้มีอำนาจสูงสุด ไม่สามารถควบคุมเครือข่ายได้โดยตรงหรือได้อย่างเต็มที่มากขึ้น อีกทั้งโครงสร้างการอภิบาลประกอบด้วยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ภายใต้ระบบการเมืองการปกครองของประเทศไทย รัฐบาลก็ยังคงเป็นโครงสร้างหลักที่ต้องมีความรับผิดชอบ (accountability) ต่อสุขภาพของประชาชน กลไกภาครัฐจึงต้องเป็นแกนกลางในโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพ จึงอาจสรุปได้ว่าตัวแสดงหลักที่ทำหน้าที่เป็น “กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ” นับจนถึงการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และกลไกอื่นที่ถูกจัดตั้งขึ้นโดย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยเฉพาะคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบันมีประเด็นสำคัญดังนี้

1. ความสัมพันธ์ฐานะหน่วยงานภาครัฐ พบว่ากลไกเหล่านี้มีโครงสร้างการบริหาร ระบบงบประมาณและบทบาทภารกิจที่สัมพันธ์กันในฐานะหน่วยงานภาครัฐ โดยมีนายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีเป็นผู้กำกับดูแล และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญที่สามารถประสานทิศทางและนโยบายของทุกกลไกได้
2. บทบาทของกลไกอภิบาลระบบ บทบัญญัติในกฎหมายได้กำหนดให้กลไกเหล่านี้มีอำนาจหน้าที่หลายประการร่วมกัน โดยเฉพาะการประสานงานและสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมได้ กำหนดให้เป็นบทบาทหลักอย่างหนึ่งของทุกหน่วยงาน นอกจากความเหลื่อมซ้อนของบทบาทตามกฎหมายแล้ว ในทางปฏิบัติภารกิจบางอย่างก็จำเป็นต้องทำถึงแม้ว่าจะซ้ำซ้อนหรือเป็นการ “เหยียบเท้า” กันก็ตาม จึงเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดทั้งความสับสนฉันทและความขัดแย้งขึ้นในความสัมพันธ์
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้มุมมองการอภิบาลทั้ง 3 แบบ ได้ขยายภาพให้เห็นว่า ในเครือข่ายการอภิบาลมีความเครียดเกิดขึ้นอย่างมากที่กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการเป็นหน่วยงานเก่าแก่ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและวัฒนธรรมให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ได้ทัน และวัฒนธรรมราชการ (Bureaucratic) ที่ฝังรากลึกอย่างเหนียวแน่นและต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ส่วนกลไกอื่นซึ่งมีการออกแบบระบบไว้รองรับการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ก็ยังมีภาระในการพัฒนาธรรมาภิบาลภายในองค์กร โดยเฉพาะ สช. และกลไกที่เกิดขึ้นใหม่ยังมีความท้าทายที่ต้องพิสูจน์ตนเองทั้งในด้านธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการและบทบาทในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปสู่เป้าหมายที่วางเอาไว้ อีกทั้งกลไกภายนอกที่จะช่วยเสริมสร้างธรรมาภิบาลของกลไกในระบบสุขภาพ ก็ยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างที่ควร
4. นอกจากความสัมพันธ์ในระดับองค์กรแล้ว ความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างบุคลากรระดับต่าง ๆ ระหว่างองค์กรก็เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อเครือข่ายการอภิบาล พบว่าในระดับกลางและระดับปฏิบัติงานนั้นไม่มีปัญหามากนัก เนื่องจากส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยและมีการร่วมงานกันอยู่เสมอ รวมทั้งมีการขอสนับสนุน

ทรัพยากรข้ามองค์กรเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้วย แต่ในระดับบริหารค่อนข้างมีระยะห่างกันรวมถึงยังมีความขัดแย้งกันทั้งในเชิงความคิดและการทำงาน กระบวนการที่มีส่วนในการสร้างความสัมพันธ์ เช่น การประชุมประจำเดือนของกระทรวงสาธารณสุข หรือ การอบรมผู้บริหารที่จัดโดยหลายสถาบัน ก็ไม่สามารถเติมช่องว่างส่วนนี้ได้มากนัก

5. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้ทำให้กลไกอภิบาลสะท้อนคิดเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการ และได้สร้างเครื่องมือและกลไกใหม่ ๆ ที่ยังต้องอาศัยเวลาในการพัฒนา ยังมีความท้าทายสำคัญรออยู่อีกมาก โดยเฉพาะเรื่องการพัฒนากระบวนการให้เกิด “การมีส่วนร่วม” ที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย รวมถึงการผลักดันสิ่งที่ได้จากเวทีการคิดให้เกิดผลในเวทีการปฏิบัติ

การพัฒนาหลักอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ จากปัจจุบันสู่ออนาคต

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554 ได้กำหนดให้ “การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ” เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายส่วน รวมถึงการเทียบเคียงกับระบบสุขภาพของสหราชอาณาจักรที่มีความคล้ายคลึงกับประเทศไทยหลายประการ พบว่าแนวทางการพัฒนาหลักอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย มีประเด็นที่สำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ การสร้างเอกภาพ ธรรมาภิบาล และการสะท้อนคิด

เอกภาพ

บริบทของสังคมในปัจจุบันที่มีความเป็นเครือข่ายที่มีชีวิตมากขึ้น ทุกส่วนของสังคมบทบาทหน้าที่ มีคุณค่าความหมายและกำกับดูแลตัวเอง ทำให้ “เอกภาพ” ในแบบที่ทั้งหมดต้องคิดต้องทำไปในทิศทางเดียวกันเป็นอุดมคติแบบเก่า หากเปรียบกับวงดนตรี ที่เครื่องดนตรีทุกชิ้นก็ไม่ได้เล่นเหมือนกันหมด แต่จะต้องบรรเลงไปในแบบของตัวเอง เอกภาพของวงจะเกิดขึ้นจากการบรรเลงอย่างสอดประสาน (harmonized) เข้ากันเป็นบทเพลงที่ไพเราะ แม้จะมีการเล่นตัวโน้ตซ้ำซ้อนหรือขัดกันก็เป็นการเสริมให้บทเพลงมีจังหวะ ลีลาและความงดงามมากขึ้น

องค์กรประกอบในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติก็เช่นเดียวกัน แต่ละกลไกมีการควบคุมจัดการตนเองมีเป้าหมายและพันธกิจของตัวเอง ภารกิจที่แท้จริงมีส่วนร่วมที่ซ้ำซ้อนกันได้โดยธรรมชาติ เพราะเส้นแบ่งของสิ่งทั้งหลายในสังคมไม่เคยมีอยู่จริง การพัฒนาที่สำคัญจึงไม่ใช่การแบ่งเขตแดนเพื่อไม่ให้มีการข้ามล้ำเส้น แต่เป็นการทำให้งานที่ซ้ำซ้อนกันนั้นมีลักษณะ “ซ้ำเสริม” กันให้ได้มากที่สุด

ธรรมาภิบาล

ธรรมาภิบาลเป็นทั้งเป้าหมาย และเป็นแนวทางในการพัฒนาให้องค์กรประกอบต่าง ๆ รวมถึงภาพรวมของกลไกทั้งหมดมีลักษณะที่ต้องเหมาะสม เป็นดังขั้ววินัยที่กำหนดวัตรปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อให้สังคมอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติและมีสุขภาวะ นอกจากนี้คุณลักษณะสำคัญของธรรมาภิบาลหลายประการยังผลักดันให้กลไกทั้งหลายจะต้องมีการทบทวนปรับเปลี่ยนหรือปฏิรูปตัวเองให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขสูงสุดแก่สังคมอีกด้วย

การสะท้อนคิด

ในการพัฒนาหลักอภิบาลระบบสุขภาพ ไม่เพียงแต่จำเป็นต้องสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลแล้ว ยังจำเป็นต้องมีกระบวนการ “สะท้อนคิด” อยู่ตลอดเวลา เนื่องจากเส้นทางที่เลือกในปัจจุบันเป็นสิ่งที่กำหนดความเป็นไป

ในอนาคต อีกทั้งผลที่เกิดจากการเดินทางตามเส้นทางนั้นก็มีความไม่แน่นอนสูง จึงต้องมีการทบทวนอย่างต่อเนื่องทั้งผลของการทำตามแนวทางที่เลือกไว้และกระบวนการในการกำหนดเป้าหมายและเลือกเส้นทาง

ในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการกำหนดเป้าหมายและชี้แนะเส้นทางของระบบสุขภาพ จึงต้องมีกระบวนการทบทวนและปฏิรูปเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง แม้กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นได้ด้วยกระบวนการและกลไกเป็นจำนวนมาก แต่กลไกที่เกิดขึ้นจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็นเครื่องมือสำคัญในกระบวนการของการอภิบาลสะท้อนคิด

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

การพัฒนาภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ จะต้องให้ความสำคัญกับอย่างน้อย 3 มิติของการอภิบาล ได้แก่ มิติของการพัฒนาเครือข่ายการอภิบาล การพัฒนาธรรมาภิบาลในแต่ละองค์กร และการพัฒนากระบวนการและกลไกในการอภิบาลโดยอาศัยการไตร่ตรองสะท้อนคิด ซึ่งจากการศึกษาสามารถสังเคราะห์ข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. การพัฒนาโครงสร้างความสัมพันธ์ในเครือข่ายการอภิบาล

- (1) ควรมีกระบวนการสร้างความเข้าใจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตระหนัก ถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กรที่เชื่อมโยงกันเป็นกลไกอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศ ลดการแบ่งแยกและคลายความยึดมั่นถือมั่นในองค์กรของตน
- (2) ควรมีกระบวนการกำหนดเป้าหมายของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกัน ควรใช้ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบอ้างอิงในการดำเนินงาน และอาจใช้กระบวนการค้นหาภาพอนาคตร่วมกัน จัดทำแผน หรือกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกัน ซึ่ง
- (3) หน่วยงานกลางควรเพิ่มการกระจายอำนาจ และปฏิรูปโครงสร้างองค์กรให้สอดคล้องกับบริบทโดยรวมของระบบ เพื่อให้สามารถทำบทบาทที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม เช่น การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถทำหน้าที่กำกับดูแลระบบสุขภาพในภาพรวมได้ดียิ่งขึ้น
- (4) ควรเสริมสร้างให้ระบบสุขภาพมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง โดยในภาคการเมืองนายกรัฐมนตรีนครและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขควรแสดงบทบาทการนำให้ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อกำกับดูแลให้โครงสร้างทั้งหลายที่มีอยู่สามารถทำหน้าที่อย่างสอดคล้องประสานกัน (Harmony) ทั้งนี้จำเป็นต้องมีทีมสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพด้วย
- (5) ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร โดยการพัฒนาโครงสร้างและกลไกการทำงานในประเด็นต่าง ๆ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาระบบการเงินการคลัง
- (6) ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรขององค์กรต่าง ๆ ในทุกระดับให้ได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันหรือทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และควรมีการจัดกระบวนการเพื่อพัฒนาให้เกิดเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการเพิ่มมากขึ้น

2. การพัฒนาธรรมาภิบาลในแต่ละองค์กร

- (1) ทุกระดับควรพัฒนาให้มีธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการสรรหาหรือแต่งตั้งโยกย้ายบุคลากร กระบวนการใช้อำนาจของผู้บริหารโดยถูกต้องชอบธรรม โปร่งใส มีส่วนร่วม และมีการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่เพียงพอ

- (2) แต่ละองค์กรควรมีการทบทวนตนเองและทำการปรับเปลี่ยนและปฏิรูประบบและโครงสร้างการทำงานอยู่เสมอเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการสนับสนุนให้มีกระจายอำนาจในรูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละบทบาทภารกิจ
- (3) ควรมีการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการทำงาน โดยเฉพาะระบบอุปถัมภ์และวัฒนธรรมแบบราชการ ที่แทรกซึมอยู่ในทั้งกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรที่ตั้งขึ้นภายหลัง โดยต้องเน้นการปรับเปลี่ยนที่ระดับบุคคลให้มีส่วนร่วมในการสร้างธรรมาภิบาลในองค์กร เช่น การไม่เพิกเฉยต่อการใช้อำนาจโดยมิชอบของผู้บริหารหรือการทุจริตคอร์รัปชันในองค์กร
- (4) ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกที่สนับสนุนพัฒนาธรรมาภิบาลของภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน (คตง.) คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ศาลปกครอง รัฐสภา สื่อมวลชน และองค์กรกลางอื่น ๆ เป็นต้น

3. การใช้กระบวนการตรึงตรองสะท้อนคิดเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

- (1) กลไกที่เกิดจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ซึ่งเป็นรูปธรรมส่วนหนึ่งของกระบวนการและกลไกที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบโดยอาศัยการตรึงตรองสะท้อนคิด มีข้อเสนอแนะในการพัฒนา ดังนี้
 - ควรผลักดันให้ทุกฝ่ายให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากกลไกที่เกิดจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ เช่น การใช้กระบวนการการจัดทำธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ และกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อกำหนดกรอบนโยบายและเป้าหมายร่วมกันของสังคมไทยในการพัฒนาระบบสุขภาพ หรือการใช้กลไกของ คสช. ในการจัดตั้งคณะทำงานที่เป็นกลาง เพื่อหาทางออกให้กับประเด็นปัญหาสำคัญ ๆ ซึ่งสามารถนำไปสู่การผลักดันเชิงนโยบาย ออกกฎหมายหรือจัดตั้งองค์กรเพื่อทำหน้าที่เฉพาะต่อไปได้
 - ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขปัญหาทางเทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง รวมถึงการเสริมวิจิตคิด ความรู้และทักษะให้กับเครือข่ายที่มีอยู่เพื่อให้สามารถใช้กลไกเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการพัฒนาและผลักดันให้กระบวนการทั้งหลายเกิดผลในทางปฏิบัติ
- (2) ควรส่งเสริมให้เกิดกระบวนการในรูปแบบต่าง ๆ ที่สนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการอภิบาลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ กระบวนการนโยบายสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วม กระบวนการประเมินผลกระทบบ้านสุขภาพ เป็นต้น

สารบัญ

เนื้อหา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	1
สารบัญ.....	6
สารบัญภาพ	8
สารบัญตาราง	8
บทนำ	9
บทที่ ๑ ทบทวนแนวคิดเรื่องการอภิบาล	11
๑.๑ ความหมายของ การอภิบาล (Governance)	11
๑.๒ บทบาทรัฐกับการบริหารกิจการสาธารณะและการอภิบาล	14
๑.๓ ธรรมชาติของ การอภิบาล	19
๑.๔ เครื่องมือการอภิบาล.....	22
๑.๕ การอภิบาลโดยอาศัยกระบวนการตรึงตรองสะท้อนคิด.....	28
๑.๖ ปรัชญาการอภิบาลกับการปฏิรูปสังคมไทย.....	32
บทที่ ๒ ระบบสุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพ.....	34
๒.๑ แนวคิดเรื่องระบบสุขภาพ	34
๒.๒ การอภิบาลระบบสุขภาพ.....	42
บทที่ ๓ พัฒนาการและโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพไทย	47
๓.๑ พัฒนาการระบบสุขภาพไทยเปรียบเทียบกับสหราชอาณาจักร	47
๓.๒ โครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของไทย	50
บทที่ ๔ สถานการณ์ปัจจุบันของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ.....	58
๔.๑ เครื่องมือการอภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ.....	58
๔.๒ ธรรมชาติของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ.....	61
๔.๓ ความสัมพันธ์ในมุมมองการอภิบาลสะท้อนคิด	63

๔.๔ บทสรุป	67
บทที่ ๕ แนวทางเพื่อพัฒนากลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ.....	69
๕.๑ การพัฒนาเครือข่ายการอภิบาล	69
๕.๒ การพัฒนาธรรมาภิบาล	71
๕.๓ การพัฒนาการอภิบาลสะท้อนคิด	75
บทที่ ๖ บทสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย	77
๖.๑ บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	77
๖.๒ ข้อเสนอเชิงนโยบาย.....	82
บรรณานุกรม	84
ภาคผนวก ก. บทบาทภารกิจและโครงสร้างองค์กรสุขภาพสหราชอาณาจักร	89
ภาคผนวก ข. บทบาทภารกิจและโครงสร้างการทำงานกลไกภาครัฐในการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ.....	92

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 โครงสร้างของการอภิบาลประเทศแคนาดา	23
ภาพที่ 2 โครงสร้างของการอภิบาลแบบอื่น ๆ	24
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพของ William C. Hsiao	36
ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพ	38
ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก	39
ภาพที่ 6 ระบบย่อยในระบบสุขภาพไทย	42
ภาพที่ 7 ความเชื่อมโยงของกลไกต่าง ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย	51
ภาพที่ 8 ความสัมพันธ์ของโครงสร้างการบริหารในกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ	53
ภาพที่ 9 ความสัมพันธ์ของกลไกภายใต้ระบบสุขภาพภายหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550	66
ภาพที่ 10 ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษ (National Health Service, NHS)	89

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับการปฏิรูปการบริหารงานภาครัฐ	18
ตารางที่ 2 ประเภทของเครือข่ายนโยบาย	26
ตารางที่ 3 องค์ประกอบของยุทธศาสตร์ในการอภิบาลสะท้อนคิด	30
ตารางที่ 4 บทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบสุขภาพของกลไกระดับชาติด้านสุขภาพ	54

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมและความพยายามในการปฏิรูปโครงสร้างระบบสุขภาพในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ได้สร้างความท้าทายใหม่ ๆ กับการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะภายหลังการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในปี พ.ศ.2535 ได้มีการสร้างองค์ความรู้ที่เป็นฐานผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบ โดยมีการจัดตั้งองค์กรสุขภาพระดับชาติที่สำคัญขึ้นจำนวนหนึ่ง ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (พ.ศ.2544) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ.2545) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ.2550) เป็นต้น ซึ่งกลไกเหล่านี้ได้เข้ามามีบทบาทในการอภิบาลระบบสุขภาพพร้อมกับกระทรวงสาธารณสุข (ก่อตั้งมาตั้งแต่ พ.ศ.2485) อีกทั้งการเปลี่ยนกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพให้กว้างกว่าเรื่องการแพทย์และมีความหมายใกล้เคียงกับเรื่องคุณภาพชีวิต (well-being) มากขึ้น ได้ทำให้ระบบสุขภาพเป็นพื้นที่ที่ทางสังคมที่ทุกภาคส่วนสามารถเข้ามาร่วมเป็นเจ้าของและมีส่วนในการอภิบาลได้ โดยอาศัยกลไกใหม่ที่เกิดขึ้นจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

การเกิดขึ้นของกลไกใหม่ภายใต้กรอบโครงสร้างเก่าและแบบแผนการปฏิบัติแบบเดิม ได้ทำให้เกิดความคลั่งงุ่นของบทบาทภารกิจและเกิดอุปสรรคในการเชื่อมประสานกันเพื่อทำหน้าที่อภิบาลระบบ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการทบทวนสถานการณ์และหาแนวทางเพื่อพัฒนากรอบอภิบาลระบบสุขภาพให้สามารถทำหน้าที่ในการสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปสู่ทิศทางที่พึงประสงค์

อย่างไรก็ตาม คำว่า “การอภิบาล” (governance) ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ก็ยังมีความสับสนทั้งในแง่การใช้คำและการให้ความหมาย จึงจำเป็นต้องทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนากรอบในการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากรอบการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยนี้ได้แก่

- (1) เพื่อทบทวนและพัฒนากรอบแนวคิด “การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ”
- (2) เพื่อวิเคราะห์พัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบันของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย หลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา

3. คำถามในการวิจัย

การวิจัยนี้มีคำถามหลัก 3 ประการ ได้แก่

- (1) กรอบแนวคิด “การอภิบาลระบบสุขภาพ” ควรเป็นอย่างไร
- (2) กลไกอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย ณ ปัจจุบันภายหลังการประกาศ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีองค์กร/กลไก ไດอยู่บ้าง มีบทบาทหน้าที่อย่างไร มีความสัมพันธ์กันอย่างไร
- (3) จะพัฒนากรอบอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยในปัจจุบันอย่างไร เพื่อขับเคลื่อนไปสู่ระบบสุขภาพที่มีเอกภาพและธรรมาภิบาล

4. วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 12 เดือน (สิงหาคม 2551 – กรกฎาคม 2551) ซึ่งวิธีการหลักที่ใช้คือการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมของผู้วิจัย ซึ่งมีแนวทางดังนี้

- (1) การสัมภาษณ์แบบลึก โดยคัดเลือกแบบเจาะจงผู้ที่มีประสบการณ์และมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารองค์กรสุขภาพระดับชาติทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยมีประเด็นหลักในการสัมภาษณ์ คือความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่เรียกว่า “การอภิบาลระบบสุขภาพ” การวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและปัญหาของการอภิบาลระบบสุขภาพ ลักษณะที่ควรจะเป็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนา
- (2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมของผู้วิจัย ในการทำงาน การประชุมสัมมนา และการสนทนากับบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยในระหว่างการศึกษานี้ผู้วิจัยทำงานเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน และต่อมาได้ย้ายมาทำงานอยู่ในหน่วยงานวิจัยในกระทรวงสาธารณสุข และได้เข้าร่วมอยู่ในคณะทำงานและกระบวนการต่าง ๆ ที่ทำให้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรและองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและนอกภาครัฐจำนวนมาก

5. การวิเคราะห์ผลและรายงานการวิจัย

การนำเสนอจะแบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ

บทที่ 1 ทบทวนแนวคิดเรื่องการอภิบาล เป็นการทบทวนสถานะและพัฒนาการของแนวคิดเรื่อง “การอภิบาล” (Governance) เพื่อแสดงให้เห็นถึงปัญหาด้านแนวคิดและการใช้คำศัพท์ที่มีความกำกวมและทำให้เกิดความสับสน ทบทวนถึงบทบาทของรัฐกับการบริหารกิจการสาธารณะและสิ่งที่เรียกว่าการอภิบาล และได้ปรับทัศนคติกรอบแนวคิดการอภิบาลที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ธรรมภิบาล (Good Governance) เครือข่ายการอภิบาล (Governance Network) และการอภิบาลโดยอาศัยการไตร่ตรองสะท้อนคิด (Reflexive Governance) และเชื่อมโยงกับแนวคิดและบริบทของสังคมไทยในกระบวนการปฏิรูปสังคมในช่วงที่ผ่านมา

บทที่ 2 ระบบสุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพ เป็นการทบทวนวิธีคิดเรื่องสุขภาพและกรอบแนวคิด “ระบบสุขภาพ” ที่สำคัญที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน เปรียบเทียบกับกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบใหม่ของไทยที่ได้รับการบัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ทำให้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพของไทยแตกต่างจากที่ใช้กันโดยทั่วไป รวมทั้งทบทวนแนวคิดและกำหนดกรอบแนวคิดของสิ่งที่เรียกว่า “การอภิบาลระบบสุขภาพ” ว่าควรมีบทบาทหน้าที่อย่างไรและมีกระบวนการหรือความสัมพันธ์ในการอภิบาลอย่างไร

บทที่ 3 พัฒนาการและโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพไทย เป็นการเปรียบเทียบพัฒนาการของโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทยกับสหราชอาณาจักร (สหราชอาณาจักรมีการปกครองแบบรัฐเดี่ยวขนาดประชากรใกล้เคียงกับประเทศไทย โดยมีระบบประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกคนและมีการพัฒนาระบบสุขภาพมายาวนาน) รวมทั้งได้วิเคราะห์โครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของไทยทั้งในด้านความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างและความสัมพันธ์ในการทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ

บทที่ 4 สถานการณ์ปัจจุบันของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นการใช้อภิบาลการอภิบาลทั้ง 3 มิติในการวิเคราะห์สถานการณ์ในปัจจุบันของกลไกที่ทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ และใน **บทที่ 5 แนวทางเพื่อการพัฒนาอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ** ก็ใช้อภิบาลการอภิบาลทั้ง 3 มิติในการสังเคราะห์ข้อเสนอในการพัฒนาอภิบาล และได้ประมวลเป็น **บทสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย** ในบทที่ 6

บทที่ ๑ ทบทวนแนวคิดเรื่องการอภิบาล

๑.๑ ความหมายของ การอภิบาล (Governance)

การใช้คำในภาษาไทยเพื่อแทนคำว่า Governance

คำว่า “ธรรมาภิบาล” มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทยหลังจากเหตุการณ์วิกฤติเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ. 2540 ที่ประเทศไทยขอความช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund หรือ IMF) ทำให้ต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขในการปรับปรุงระบบการบริการกิจการบ้านเมือง โดยใช้หลักเกณฑ์ที่เรียกว่า “Good Governance” ซึ่งธนาคารโลกเริ่มใช้กับประเทศต่าง ๆ ที่รับทุนช่วยเหลือตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 1986

สมบูรณ์ ศิริประชัย ตั้งข้อสังเกตว่านักวิชาการไทยมักพยายามทำความเข้าใจศัพท์คำว่า Good Governance มากกว่าคำว่า Governance โดยได้ทบทวนการใช้คำภาษาไทยเพื่อแทนคำนี้ พบว่าในงานวิจัยจำนวนมากนิยมเรียกว่า “ธรรมาภิบาล” มากที่สุด (2552: 63) ศัพท์คำนี้มีการอ้างว่าบัญญัติโดย ม.ร.ว.จตุตงมงคล โสณกุล โดยระบุว่าเป็นการสมานระหว่าง “ธรรม” และ “อภิบาล” เพื่อสื่อความหมายของคำในภาษาอังกฤษว่า Good Governance (2552: 3)

สำหรับคำว่า “ธรรมรัฐ” นั้นมีการใช้ครั้งแรกโดย ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ ซึ่งต่อมาธีรยุทธ บุญมี ได้นำเสนอคำนี้ต่อสังคมอีกครั้ง ราชบัณฑิตยสถานก็บัญญัติคำว่า “วิธีการปกครองที่ดี” ขึ้นแต่ไม่ได้รับความนิยม นอกจากนี้ยังมีการแปลคำว่า Good governance เป็นอีกหลายคำ คือ “สุประศาสนนาการ” โดย ดิณ ปรัชญพฤทธิ์ “ธรรมราชรัฐ” โดย อมรา พงศาพิชญ์ “การกำกับดูแลที่ดี” โดย วรภัทร โตธนะเกษม และ पुलนิจ ปิยะอนันต์ คำว่า “ประชารัฐ” โดย สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ “รัฐาภิบาล” โดย ชัยอนันต์ สมุทวณิช “การบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี” โดย สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และ “กลไกประชารัฐที่ดี” โดย อรพินท์ สฟโชคชัย (สมบูรณ์ 2552: 63, เอเจอร์ 2545: คำนิยม) ซึ่งสมบูรณ์ ศิริประชัยให้ความเห็นว่าคำว่า **Governance** ถ้าจะแปลเป็นภาษาไทยให้ถูกต้องน่าจะใกล้เคียงกับคำว่า “อภิบาล” มากที่สุด (2552: 3)

ในการศึกษานี้จึงใช้คำว่า “การอภิบาล” แทนคำว่า Governance และเมื่อมีคำประกอบอื่นก็จะแปลคำนั้นร่วมไปกับคำว่า การอภิบาล เช่น Governance Network ใช้คำว่า “เครือข่ายการอภิบาล”, Reflexive Governance ใช้คำว่า “การอภิบาลด้วยกระบวนการตรรกะตรงสะท้อนคิด” หรือ “การอภิบาลสะท้อนคิด” ยกเว้น Good Governance ซึ่งมีการบัญญัติคำไว้จำนวนมากแล้ว ก็ได้เลือกใช้คำที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือคำว่า “ธรรมาภิบาล”

รากศัพท์

Governance ตามรากศัพท์ในภาษากรีก ก็คือคำกริยาว่า *kubernon* ซึ่งหมายถึงการนำทางหรือบังคับทิศทาง (to pilot or steer) เป็นคำที่เพลโต (Plato) ใช้หมายถึงวิธีการในการออกแบบระบบกฎเกณฑ์ และเป็นรากของคำว่า *gubemare* ในภาษาละติน ซึ่งเป็นคำที่มีความหมายคล้ายกับ การนำทาง การสร้างกฎเกณฑ์และการกำกับทิศทาง (piloting, rule-making or steering) ในพจนานุกรมภาษาอังกฤษ "Concise Oxford Dictionary" ให้ความหมายคำนี้ว่ามีความหมายเดียวกับคำว่า government จึงเป็นการให้ความหมายว่า governance คือ การปฏิบัติหรือการ

แสดงออกในการปกครอง หรือหน่วยงานหรือบทบาทหน้าที่ในการปกครอง (the act or manner of governing; the office or function of governing) โดยที่กิริยา “ปกครอง” (to govern) คือการควบคุมบังคับโดยการใช้อำนาจ (authority) อิทธิพลหรือเป็นการทำหน้าที่ของรัฐบาล (Kjær 2004: 3)

จึงอาจสรุปได้ว่า การอภิบาล (Governance) ในความหมายดั้งเดิมจึงหมายถึง *การนำหรือกำกับทิศทางโดยอาศัยการกำหนดกฎกติกา* ซึ่งในอดีตเป็นบทบาทของผู้ปกครองหรือรัฐบาลที่มีอำนาจ การอภิบาลจึงมีความหมายเปลี่ยนไปเป็นการทำการปกครองโดยใช้อำนาจ หรือ เป็นการแสดงบทบาทของผู้มีอำนาจในการนำหรือการกำกับทิศทางของสังคม จึงมีความหมายเดียวกับการปกครอง (Government)

ความหมายของการอภิบาลในทางรัฐศาสตร์

ในช่วงทศวรรษที่ 1980 นักรัฐศาสตร์ใช้คำนี้ในความหมายที่ต่างไปจากเดิม โดยไม่ได้หมายถึงรัฐบาลเท่านั้น แต่รวมเอาตัวแสดงอื่น ๆ ในสังคมเข้ามาด้วยโดยเป็นแนวโน้มความสัมพันธ์แบบใหม่ระหว่างภาครัฐ ภาคธุรกิจและภาคประชาชน ที่จะมามีลักษณะเป็นเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากรร่วมกันและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันมากขึ้น ซึ่ง Anne Kjær ได้ประมวลไว้ว่า ในสาขาวิชารัฐศาสตร์ การอภิบาลถูกนิยามแตกต่างกันไปใน 3 สาขาย่อยของรัฐศาสตร์ (Kjær 2004: 3-7) ได้แก่

(1) สาขารัฐประศาสนศาสตร์และนโยบายสาธารณะ

พบว่าแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแบบดั้งเดิมที่เชื่อมั่นในระบบแบบราชการ (bureaucracy) นั้นเริ่มมีปัญหาและไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป มีการนำเสนอแนวคิดเรื่อง การปฏิรูปภาครัฐ โดยการนำแนวคิดและวิธีการบริหารของภาคธุรกิจมาใช้ รวมถึงการกระจายอำนาจ ผลที่ตามมาคือทำให้ระบบการเมืองการปกครองแตกออกเป็นส่วนย่อย ๆ จำนวนมาก นักวิชาการจึงเริ่มสังเกตเห็นถึงความหลากหลายของตัวแสดงและองค์กรที่ร่วมอยู่ในกระบวนการดำเนินการสู่เป้าหมายอันเดียวกัน ซึ่งไม่สามารถขีดเส้นแบ่งระหว่างภาครัฐและเอกชนได้อย่างชัดเจน จึงเกิดคำถามที่สำคัญว่า จะทำอย่างไรจึงจะสามารถบังคับทิศทาง (steer) เครือข่ายระหว่างองค์กรเหล่านี้ที่มีสภาพเป็นองค์กรจัดการตนเอง เหล่านี้ได้

RAW Rhodes ได้ให้ความหมายว่า การอภิบาลหมายถึงเครือข่ายระหว่างองค์กร ที่เป็นองค์กรจัดการตนเอง โดยมีลักษณะที่มีความพึ่งพิงกัน (interdependence) มีการแลกเปลี่ยนทรัพยากร มีกติกาของเกม (rule of game) และมีความเป็นอิสระ (autonomy) จากรัฐ (1997: 15)

(2) สาขาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

พบว่าเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างประเทศต่าง ๆ ซึ่งในอดีตมีเขตแดนมีกิจกรรมภายในที่แยกออกกันได้อย่างชัดเจน ปัจจุบันถูกท้าทายด้วยการเกิดขึ้นของโลกาภิวัตน์ที่โลกถูกเชื่อมโยงกันอย่างไร้พรมแดน มีการจัดตั้งเครือข่ายหรือองค์กรระหว่างประเทศเพื่อรับมือกับปัญหาที่กว้างขวางกว่าเขตแดนของประเทศใดประเทศหนึ่งไม่ว่าจะเป็น เครือข่ายการค้าเคลื่อนไหว หรือองค์กรพัฒนาเอกชนระดับนานาชาติ และองค์กรระดับโลก เช่น องค์กรการค้าโลก หรือ การรวมตัวกันของสหภาพยุโรป เป็นต้น

James N. Rosenau ได้ให้ความหมายว่า Global Governance ถูกรับรู้ว่ารวบรวมเอาระบบของกฎเกณฑ์ในทุก ระดับของกิจกรรมของมนุษย์ ตั้งแต่ภายในครอบครัวจนถึงในองค์กรระหว่างประเทศ โดยที่การดำเนินการต่าง ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น เกิดจากการควบคุมในระดับนานาชาติ (Rosenau 1995: 13 อ้างอิงใน Kjær 2004:3)

(3) ในสาขาการเมืองเชิงเปรียบเทียบ

ซึ่งก่อนสงครามโลกครั้งที่สองนั้นมักจะเป็นการศึกษาเปรียบเทียบรัฐธรรมนูญ ระบบการเมืองและการเลือกตั้งระหว่างประเทศต่าง ๆ แต่ปัจจุบันจะเน้นการศึกษาถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและสังคม รวมถึงกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตย (democratization)

Goran Hyden ได้ให้นิยามว่า การอภิบาลคือภาระรับผิดชอบ (stewardship) ของกติกาของเกมทางการเมือง โดยหมายถึงมาตรการต่าง ๆ ที่รวมถึงการกำหนดกติกาในการใช้อำนาจ และการยุติความขัดแย้งระหว่างกติกาต่าง ๆ (Hyden 1999: 185 อ้างอิงใน Kjær 2004:3)

ซึ่งโดยสรุปแล้วการใช้คำว่าอภิบาลในทั้ง 3 สาขาย่อยของรัฐศาสตร์นี้ แม้จะมีที่มาและพัฒนาการแตกต่างกัน แต่ก็มีลักษณะร่วมกันคือ มีความหมายที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่กว้างขวางกว่ารัฐบาล จึงเป็นการให้ความหมายใหม่ของคำว่า รัฐบาล (government) และกระบวนการปกครอง (governing) โดยให้ความหมายโดยรวมว่า การอภิบาลหมายถึง การกำหนด การใช้และการเสริมแรงกฎเกณฑ์หรือกติกาของเกม (setting, application and enforcement of the rule of the game) (Kjær 2004: 12) การอภิบาลในความหมายใหม่ จึงเป็นเรื่องของการกำหนดและการควบคุมรักษากติกาของความสัมพันธ์ในสังคม ที่ไม่ได้เป็นเพียงกฎกติกาที่ผู้มีอำนาจหรือรัฐบาลเป็นผู้กำหนดแต่เพียงฝ่ายเดียวอีกต่อไป

การอภิบาล ที่ถูกใช้ในหลากหลายความหมาย

ในความหมายใหม่ การอภิบาลไม่ได้ถูกใช้ในความหมายเดียวกับการปกครอง (government) อีกต่อไป ซึ่ง R.A.W. Rhodes ได้รวบรวมว่าปัจจุบัน การอภิบาล ถูกใช้อย่างน้อยใน 6 แบบ (1997: 47-52) ได้แก่

(1) ใช้ในฐานะการลดบทบาทของรัฐ (minimal state)

เป็นความพยายามในการเพิ่มบทบาทของภาคส่วนอื่นในสังคมในกระบวนการปกครอง โดยเฉพาะการลดบทบาทในด้านการแทรกแซงตลาด เพื่อส่งเสริมกลไกตลาดผสมผสาน (Quasi-market) จนมีผู้ใช้คำเปรียบเปรยว่า การอภิบาลคือการลดทอนงบประมาณภาครัฐลง

(2) ใช้ในฐานะการควบคุมดูแลกิจการ (corporate governance)

เป็นระบบในการควบคุมดูแลองค์กรใดองค์กรหนึ่ง ซึ่งทำหน้าที่กำหนดทิศทาง ควบคุมองค์กรในภาพรวม ดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการจัดการของผู้บริหารด้วย เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่นอกเหนือจากการบริหารที่ทุกองค์กรจำเป็นต้องมี

(3) ใช้ในฐานะการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management: NPM)

ซึ่งการจัดการภาครัฐแนวใหม่นั้นมีสองความหมาย ความหมายแรกคือแนวความคิดแบบการจัดการนิยม (Managerialism) เป็นการนำแนวคิดและเครื่องมือของการบริหารจัดการจากภาคธุรกิจมาใช้กับภาครัฐ และ ความหมายที่สองคือแนวความคิดเกี่ยวกับระบบธุรกิจองค์กรแบบใหม่ เป็นการนำระบบแรงจูงใจแบบใหม่เข้ามาใช้ในภาครัฐ เช่น ระบบการแข่งขัน

เรื่อง NPM มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับการอภิบาล เนื่องจากวิเคราะห์การบริหารจัดการภาครัฐ โดยมีเรื่อง การควบคุมกำกับเป็นศูนย์กลางในการวิเคราะห์ และคำว่าควบคุมกำกับ หรือ steering นี้ก็เป็นคำที่มีความหมายสอดคล้องกับคำว่า governance โดยการพัฒนาของ NPM ก็คือการเปลี่ยนผ่านโดยลดการกำกับดูแลโดยรัฐบาลมาเพิ่มการปกครองดูแลในรูปแบบการอภิบาลหรือลดการบังคับควบคุม (less rowing) มาเป็นเพิ่มการกำกับทิศทาง (more steering)

(4) ใช้ในฐานะธรรมาภิบาล (good governance)

การปฏิรูประบบการบริหารจัดการภาครัฐเป็นแนวโน้มและกระแสที่เกิดขึ้นทั่วโลก แนวคิดที่ได้รับความนิยมมากคือเรื่องธรรมาภิบาล (Good governance) ซึ่งธนาคารโลกใช้เป็นหลักเกณฑ์ข้อกำหนดในการให้ประเทศต่าง ๆ กู้เงิน ซึ่งมีแนวคิดเบื้องหลังโดย ร่วมกับ NPM ในการสร้างระบบประชาธิปไตยแบบเสรีนิยม

(5) ใช้ในฐานะระบบสังคมแบบเครือข่าย (social-cybernetic system)

เป็นการเน้นข้อจำกัดของการปกครองโดยองค์กรส่วนกลาง เนื่องจากในปัจจุบันนั้นไม่มีผู้มีอำนาจสูงสุดเพียงองค์กรเดียวอย่างแท้จริง เราอยู่ในสภาพสังคมที่ N Luhmann (1982) เรียกว่า สังคมไร้ศูนย์กลาง (the centreless society) (Rhodes 1997: 51) รัฐบาลกลางไม่ได้มีอำนาจสูงสุดอีกต่อไป ระบบการเมืองมีความหลากหลาย รัฐบาลทำหน้าที่จัดการปัญหาและกระจายบริการผ่านบริการผ่านตัวแสดงต่าง ๆ โดยมีการจัดการและการลงทุนร่วมกัน

(6) ใช้ในฐานะเครือข่ายขององค์กรจัดการตนเอง (self organization network)

เครือข่ายประกอบขึ้นจากโครงสร้างที่ซับซ้อนขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน บริการเกิดขึ้นได้ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ซึ่งรูปแบบเครือข่ายของการอภิบาล จะเน้นการ รักษาชื่อเสียง, ความไว้วางใจ และการถ้อยที่ถ้อยอาศัย

๑.๒ บทบาทรัฐกับการบริหารกิจการสาธารณะและการอภิบาล

ตัวแบบอุดมคติของการบริหารกิจการสาธารณะ

การบริหารจัดการภาครัฐแบบดั้งเดิมนั้นมีพื้นฐานมาจากแนวคิดทฤษฎีเรื่อง ระบบราชการ (bureaucracy) ของนักสังคมวิทยาคนสำคัญชาวเยอรมันคือ Max Weber (1864-1920) เขามีพื้นฐานแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความมีเหตุผล (process of rationalization) และเชื่อว่าระบบบริหารแบบรวมศูนย์ ในองค์กรขนาดใหญ่อย่างระบบราชการ จะเป็นแบบอย่างของการเปลี่ยนแปลงไปสู่หลักเหตุผล (สุเทพ 2540: 33) เขาได้สร้างตัวแบบอุดมคติ (ideal type) ของระบบราชการขึ้น โดยมีลักษณะโดยสรุปดังนี้ (Ritzer 2003: 32-3)

- (1) เป็นชุดของของหน่วยงานที่มีหน้าที่อย่างเป็นทางการและพนักงานในหน่วยงานนั้นถูกควบคุมพฤติกรรมด้วยกฎเกณฑ์ต่าง ๆ
- (2) แต่ละหน่วยงานมีบทบาทหน้าที่เฉพาะของตนเอง
- (3) แต่ละหน่วยงานมีบทบาทและอำนาจ(authority) ในการทำหน้าที่เฉพาะ รวมถึงมีเครื่องมือที่ใช้บังคับให้เกิดงานตามหน้าที่นั้น
- (4) หน่วยงานจัดองค์กรแบบลำดับชั้น (hierarchical system)
- (5) พนักงานที่ทำงานในแต่ละหน่วยงานต้องผ่านการฝึกอบรมทางเทคนิคเพื่อให้มีความสามารถทางเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับแต่ละหน่วยงาน
- (6) พนักงานจะได้รับการสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ ให้สามารถทำงานได้ โดยเขาจะไม่ได้เป็นเจ้าของสิ่งเหล่านั้นเอง
- (7) ตำแหน่งนั้นเป็นของหน่วยงาน ผู้ดำรงตำแหน่งไม่สามารถจัดสรรเองได้
- (8) สิ่งต่าง ๆ ที่ดำเนินการในระบบราชการ เช่น กิจกรรม การตัดสินใจและกฎระเบียบต่าง ๆ จะทำเป็นลายลักษณ์อักษร

Weber ใช้ตัวแบบนี้ เพื่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างองค์กรหรือสังคมต่าง ๆ ซึ่งในความเป็นจริงไม่มีองค์กรใดที่มีลักษณะเหล่านี้ทั้งหมด

อีกส่วนหนึ่งที่เป็นพื้นฐานของการบริหารจัดการภาครัฐแบบเดิมนั้นคือ รายงานของ Northcote และ Trevelyan ในปี 1854 ที่บรรยายถึงสภาพการบริการของรัฐในอังกฤษในศตวรรษที่ 19 ว่าไม่มีประสิทธิภาพ เต็มไปด้วยการคอร์รัปชันและไร้ความสามารถ ซึ่งมีสาเหตุหนึ่งจากระบบการคัดเลือกคนเข้าทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ จึงได้เสนอให้มีการปฏิรูปโดยเสนอให้มีการคัดเลือกคนรุ่นใหม่อย่างเป็นระบบและระมัดระวังก่อนให้เข้าสู่ตำแหน่งงาน ซึ่ง

ข้อเสนอนี้เป็นการส่งสัญญาณเรียกร้องให้เลิกล้มระบบอุปถัมภ์หันมาใช้ระบบที่มีความเป็นธรรม มีเหตุผลมากยิ่งขึ้น (Miller 2005: 3)

บทบาทรัฐกับการบริหารกิจการสาธารณะ

ในสหรัฐอเมริกา Woodrow Wilson (1856-1924) นักวิชาการทางรัฐศาสตร์ซึ่งต่อมาได้รับการเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดี ได้เขียนบทความชื่อ "The Study of Administration" ในปี ค.ศ. 1887 เสนอแนวคิด "แยกการเมืองออกจากการบริหาร" โดยมีหลักการสำคัญได้แก่

- (1) การบริหารควรถูกแยกออกจากการเมือง โดยฝ่ายบริหารทำหน้าที่นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ส่วนฝ่ายการเมืองทำหน้าที่กำหนดนโยบายหรือออกกฎหมาย
 - (2) ควรแยกข้าราชการประจำออกจากข้าราชการการเมืองเพื่อลดการแทรกแซงของการเมือง และ
 - (3) ควรเพิ่มอำนาจให้ฝ่ายบริหารสามารถคานอำนาจกับฝ่ายการเมืองได้ ซึ่งหลักการเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Weber รายงานฉบับนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นของศาสตร์ที่เรียกว่า "รัฐประศาสนศาสตร์" สมัยใหม่
- ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (ค.ศ.1939-1945) ประเทศต่าง ๆ เสียหายอย่างมากจากสงคราม รัฐบาลจึงเป็นองค์กรเดียวที่มีกำลังเพียงพอจะฟื้นฟูประเทศได้ โดยขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไปในทิศทางและเป้าหมายที่ต้องการ จึงมีนักวิชาการกลุ่มหนึ่งเสนอว่า การบริหารควรเป็นส่วนหนึ่งของการเมือง ซึ่งในปี ค.ศ.1946 ในหนังสือ Element of Public Administration ซึ่งมี Fritz Morstein-Marx เป็นบรรณาธิการคือ ได้ให้ความเห็นว่าคุณสมบัติของนักบริหารและฝ่ายนิติบัญญัติล้วนแต่ต้องตัดสินใจทางการเมืองและกำหนดนโยบายสาธารณะด้วยเสมอ โดยได้เสนอว่า ปกตินโยบายที่ออกมาจากฝ่ายการเมืองจะเป็นเพียงแถลงการณ์กว้าง ๆ ซึ่งฝ่ายบริหารมีหน้าที่กำหนดรายละเอียดของนโยบายอีกทีหนึ่ง และ Paul Appleby (1949) ให้ความเห็นว่าการบริหารเป็นกระบวนการหนึ่งของกระบวนการทางการเมือง และมองว่านักบริหารของรัฐทำหน้าที่เป็นนักการเมืองและบริการประชาชนไปพร้อม ๆ กัน ยิ่งนักบริหารมีตำแหน่งสูงเท่าใดยิ่งต้องมีลักษณะเป็นนักการเมืองมากขึ้น

ช่วงปลายทศวรรษที่ 1960 จนถึงต้นทศวรรษ 1970 มีการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในประเทศต่าง ๆ เช่น ปัญหาสงครามเวียดนาม สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีความหลากหลายและสลับซับซ้อนมากขึ้น รวมถึงการขยายตัวอย่างรวดเร็วของธุรกิจเอกชน รัฐบาลไม่สามารถรับมือกับปัญหามากมายที่เกิดขึ้นในได้ แม้มีการพัฒนากระบวนการนโยบายของรัฐเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่กลับพบว่านโยบายจำนวนมากกลับล้มเหลว (policy failure) จึงก่อให้เกิดการเรียกร้องให้มีการจัดระเบียบการบริหารของรัฐเสียใหม่ (มธุณู 2550: 66)

จึงเกิดการนำแนวคิด "การบริหารเป็นส่วนหนึ่งของการเมือง" มาผสมผสานกับแนวคิด "การบริหารเป็นส่วนหนึ่งของศาสตร์การบริหาร" และ "ทฤษฎีเพื่อการสอดคล้องกับความต้องการของสังคม" กลายเป็นรัฐประศาสนศาสตร์ในความหมายใหม่ (New Public Administration) โดยมุ่งเน้นที่ ความสามารถในการบริหารกิจการสาธารณะของรัฐ ควรมุ่งเน้นที่ "ประสิทธิผล" ในการบริหาร คือเน้นที่การอยู่ดีมีสุข ความเสมอภาคและเสรีภาพของประชาชนส่วนใหญ่ มากกว่ามุ่งเน้นที่ "ประสิทธิภาพ" ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องทุนและกำไร (ไชยรัตน์ 2540:117-132)

ความท้าทายใหม่ในการบริหารโดยรัฐ

แต่ตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมามีความท้าทายใหม่ที่สำคัญ 4 ประการ (Kjaer 2004: 22-4) ที่ผลักดันให้เกิดความพยายามในการปฏิรูประบบบริหารกิจการสาธารณะโดยภาครัฐ ได้แก่

- (1) รัฐต้องรับบทบาทใหม่ภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง รัฐขยายบริการด้านสวัสดิการสังคมต่าง ๆ เช่น การศึกษา สุขภาพ ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และต้องเพิ่มการเรียกเก็บภาษี จึงถูกตรวจสอบและวิพากษ์ในเรื่องความมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- (2) กลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ใช้ช่องทางการเข้าถึงอำนาจผ่านระบบตัวแทนมากขึ้น
- (3) การเพิ่มขึ้นของระบบเศรษฐกิจและความร่วมมือกันระหว่างประเทศ และการรวมตัวกันของสหภาพยุโรป
- (4) ความท้าทายในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าที่สุด (Utility-maximization) ซึ่งพบว่าระบบราชการนั้นกลับสร้างผลประโยชน์ของตัวเอง โดยพยายามเพิ่มงบประมาณ ซึ่งทำให้พวกพ้องมีโอกาสหารายได้เพิ่มมากขึ้น

ตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 1980 จึงเริ่มเกิดแนวคิดว่าการบริหารจัดการกิจการสาธารณะแบบที่เรียกว่า **รัฐบาล** นั้นมีปัญหาและข้อบกพร่องมาก เพราะมีการรวมศูนย์อำนาจสูง มีการแยกเขตขาดระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ทำให้ตามไม่ทันความเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ และยุคหลังสมัยใหม่ที่เส้นแบ่งต่าง ๆ มีความพร่ามัวมากขึ้น เริ่มมีการพูดถึงความแตกต่างระหว่าง **“รัฐบาล”** กับ **“การปกครอง”** (ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร ใช้คำว่า “การปกครอง” ในความหมายเดียวกับคำว่า “การอภิบาล”) ซึ่งนักทฤษฎีการปกครองมีความเห็นตรงกันว่า รัฐบาลเป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งหรือรูปแบบหนึ่งของการปกครองเท่านั้น และเห็นว่า **“การปกครอง [การอภิบาล] คือรูปแบบและกลไกในการบริหารจัดการกิจการสาธารณะ ที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับรัฐบาลเพียงอย่างเดียว แต่ให้ความสำคัญกับตัวแสดงอื่น ๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนหรือพลเมืองธรรมดา”** (ไชยรัตน์ 2545: 103-105)

ตัวแบบใหม่ในการบริหารจัดการกิจการสาธารณะ

เนื่องจากการบริหารกิจการสาธารณะ (public administration) หรือ “การบริหารกิจการภาครัฐ” แบบเดิมไม่สามารถตอบสนองกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ จึงมีผู้เสนอแนวทางใหม่ ๆ ในการปฏิรูป ซึ่ง B. Guy Peter ได้สรุปและจำแนกตัวแบบทางเลือกหรือวิสัยทัศน์ใหม่ของการปฏิรูปการบริหารกิจการภาครัฐว่า ประกอบด้วยอย่างน้อยสองตัวแบบใหญ่ ๆ คือ ตัวแบบระบบตลาด (Market model) และตัวแบบประชาธิปไตย (Participatory State) (ทศพร 2549: 20-4)

1. ตัวแบบระบบตลาด (Market model) เป็นแนวคิดมาจากทฤษฎีเศรษฐศาสตร์แบบนีโอคลาสสิก และทฤษฎีทางเลือกสาธารณะ (Public Choice Theory) ผสมผสานเข้ากับทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สถาบันแนวใหม่ (New Institutional Economy) และการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) โดยเสนอให้ลดขนาดและจำกัดบทบาทของภาครัฐลง ลดการแทรกแซงระบบเศรษฐกิจและสังคม การแปรสภาพกิจการของรัฐเป็นเอกชน (Privatization) รวมถึงปรับเปลี่ยนการดำเนินการภาครัฐให้มีความทันสมัยเช่นเดียวกับภาคเอกชน (business-like approach) เช่น การแยกการกำหนดนโยบายออกจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy-administration split) การปรับโครงสร้าง กฎระเบียบ หรือการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ให้มีความอิสระและคล่องตัวในการบริหาร (managerial flexibility) โดยการจัดทำสัญญาข้อตกลงว่าด้วยผลงานอย่างชัดเจนและการตรวจสอบวัดผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานอย่างจริงจัง

แนวทางปฏิรูปแบบนี้ได้รับความนิยมอย่างสูงในช่วงมากกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยเริ่มต้นมาจากในสมัยรัฐบาลของ Margaret Thatcher ของอังกฤษ ใน ค.ศ. 1979 ประธานาธิบดี Ronald Reagan ของสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1980 นายกรัฐมนตรี Brian Mulroney ของแคนาดา ในปี ค.ศ.1984

2. ตัวแบบประชาธิปไตย (Participatory State) แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีรัฐศาสตร์เชิงสังคมวิทยา เกี่ยวกับการเมืองการปกครองแบบมีส่วนร่วมหรือประชาธิปไตย ผสมผสานกับวิถีประชาธิปไตยแบบรากหญ้า โดยพยายามให้ประชาชนและองค์กรประชาสังคมได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารปกครองบ้านเมืองโดยตรงมากขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้เป็นอุดมการณ์ทางการเมืองที่สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของหลักการประชาธิปไตย โดย

พยายามกระตุ้นให้ประชาชนมีจิตสำนึกและความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมตัวกันเป็นชุมชน ประชาคม หรือองค์กร
ประชาสังคม (Civil Society Organization) และชักจูงเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย มีการให้ความร่วมมือ ผูกพันแสดง
ความเอื้ออาทรต่อกัน พยายาม ใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาของตนในการคิดริเริ่มและเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง ชุมชน
และสังคม

ซึ่งทั้งสองตัวแบบมีความคล้ายคลึงกันในแง่วัตถุประสงค์และความพยายามที่มุ่งจะลดขนาดและจำกัดบทบาท
ของรัฐบาล และระบบราชการลง โดยพยายามปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องที่เป็นอยู่และนำเอา "กลไกตลาด" หรือ
"ชุมชน" และ "องค์กรประชาสังคม" เข้ามาทดแทน แต่ก็มีแตกต่างกันโดยสิ้นเชิงทั้งในเรื่องหลักการ ค่านิยมและ
ข้อสมมติพื้นฐาน โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับปัจเจกชนนิยม (Individualism) และส่วนรวมนิยม (Collectivism) รวมถึง
แนวและวิธีการหรือเครื่องมือในการปฏิรูป (ทศพร 2549: 24)

แนวคิดการปฏิรูปการบริหารกิจการสาธารณะกับธรรมาภิบาล

กระแสแนวคิดหลักสองขั้วที่เข้ามามีอิทธิพลต่อการปฏิรูปตามตัวแบบทั้งสองของ B. Guy Peter ซึ่งเรียกได้ว่าเป็น
เป็นวิสัยทัศน์ใหม่ของการบริหารปกครองบ้านเมือง (สรุปประเด็นสำคัญในตารางที่ 1) ได้แก่ (ทศพร 2549: 24-5)

1. แนวความคิดเกี่ยวกับการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management)

มีวัตถุประสงค์สองประการคือ ต้องการลดขนาดและบทบาทภาครัฐให้เล็กลงหรือให้เหลือน้อยที่สุด หรือการ
ปรับให้เข้าสู่การแข่งขันในระบบตลาด (Marketization) และต้องการเปลี่ยนแปลงให้การบริหารราชการแผ่นดินมีความ
ทันสมัยมากขึ้น (Managerialization) โดยพยายามนำวิธีการบริหารจัดการในเชิงธุรกิจเข้ามาประยุกต์ใช้ โดยมีข้อ
สมมติฐานเบื้องต้น 2 ประการ คือ *ประการแรก* ความต้องการสินค้าสาธารณะจะต้องถูกแยกออกจากการจัดหาสินค้า
สาธารณะอย่างสิ้นเชิง (demand must be separated totally from supply) *ประการที่สอง* คือ จะต้องมีการแข่งขันใน
กลุ่มผู้จัดหาสินค้าสาธารณะ (there must be competition in supply) โดยเชื่อว่าหลักทั้งสองจะทำให้รัฐบาลมีความ
เข้มแข็งยิ่งขึ้น นำไปสู่รูปแบบใหม่ ๆ เช่น การทำสัญญาให้หน่วยงานอื่น ๆ ที่อยู่นอกภาครัฐเป็นผู้จัดหาบริการให้
ประชาชนแทน (สัมฤทธิ์ 2548: 242) ช่วยในการลดต้นทุนให้ต่ำลงและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหาร

2. แนวความคิดเกี่ยวกับประชาธิปไตยแนวใหม่ (New Democracy)

เห็นถึงปัญหาและข้อจำกัดของประชาธิปไตยแบบทางอ้อมหรือแบบตัวแทน เช่น การร่วมมือกันแสวงหา
ผลประโยชน์ระหว่างภาคธุรกิจเอกชนกับภาครัฐ อิทธิพลทางการเมืองของกลุ่มวิชาชีพ หรือกลุ่มผู้ผลักดันผลประโยชน์
ทางการเมือง (lobbyists) รวมถึงข้อจำกัดของระบบบริหารของรัฐในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ใน
สภาพการณ์ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยต้องการให้ระบบบริหารปกครองบ้านเมืองนั้นยึดหลักนิติธรรม มีความ
เปิดเผยโปร่งใส การกระจายอำนาจการตัดสินใจและให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การให้
ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามีส่วนร่วมในการกระบวนการนโยบายสาธารณะมากขึ้น

ทศพร ศิริสัมพันธ์ ได้สรุปว่า "การปฏิรูประบบบริหารงานภาครัฐอันเป็นผลมาจากกระแสแนวคิดทั้งสอง
ขั้วดังกล่าวนี้ ต่างต้องการสร้างวิสัยทัศน์และจัดระเบียบการบริหารกิจการบ้านเมือง (governance) เสียใหม่ โดย
พยายามจำกัดบทบาทและขนาดของภาครัฐลง เพื่อเปิดโอกาสให้กลไกตลาด หรือภาคเอกชนและภาคประชาสังคมเข้า
มา มีบทบาทในการดำเนินกิจการต่าง ๆ ของรัฐมากขึ้น นอกจากนี้ ยังได้เสนอค่านิยมใหม่ของตน ซึ่งต่อมาได้มีการ
หลอมรวมกันจนกลายเป็นหลักการที่นิยมเรียกกันว่า **ธรรมาภิบาล** หรือ **การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี**
(Good governance) นั่นเอง" (2549: 105)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับการปฏิรูปการบริหารงานภาครัฐ

	การบริหารงานภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management)		ประชาธิปไตยในแนวทางใหม่ (New Democracy)
วัตถุประสงค์	การปรับให้เข้าสู่ระบบตลาด (marketization)	การปรับเปลี่ยนการทำงานให้มีความทันสมัย (managerialization)	การทำให้มีความเป็นประชาธิปไตย (democratization) หลักนิติธรรม (rule of law)
ค่านิยม	การแข่งขันที่มีประสิทธิภาพ	ผลสัมฤทธิ์ คุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความคุ้มค่าเงิน	สิทธิและเสรีภาพ ความเสมอภาคและเที่ยงธรรม ความถูกต้องและยุติธรรม การไม่เลือกปฏิบัติ
องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง	เศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิก • ทฤษฎีทางเลือกสาธารณะ	การบริหารจัดการสมัยใหม่ • การบริหารแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (การบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์) • การบริหารเชิงกลยุทธ์ • การบริหารคุณภาพโดยรวม	รัฐศาสตร์ • ชุมชนนิยม (communitarianism) • ประชาธิปไตยแบบปรึกษาหารือ (deliberative democracy) • ประชาธิปไตยทางตรง (direct democracy)
กลยุทธ์และเครื่องมือของการปฏิรูป	การลดขนาดกำลังคน (reduction in force) และการตัดทอนงบประมาณ (cutbacks)	การให้อิสระและความคล่องตัวในการบริหาร (managerial flexibility waivers)	การกระจายอำนาจ
	การแปรสภาพหน่วยงานราชการให้เป็นรัฐวิสาหกิจ (corporatization)	การแยกส่วนหน่วยงาน (decoupling) และการจัดตั้งองค์การบริหารงานแบบพิเศษ (agencification)	การมีส่วนร่วมของประชาชน
	การแปรสภาพกิจการของรัฐให้เป็นของเอกชน (privatization)	การทำสัญญาและข้อตกลงว่าด้วยผลงาน (performance agreement)	ประชาพิจารณ์ (public hearing) ประชาหารือ (public consultation) ประชามติ (referendum)
	การทดสอบตลาด (market testing)	การเทียบเคียงผลการดำเนินงาน (benchmarking)	การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของทางราชการ (sunshine law)
	การคัดค้านเพื่อเปิดให้มีการแข่งขัน (contestability)	การวัดผลการดำเนินงาน (performance measurement)	
การจ้างเหมาบริการ	มาตรฐานการให้บริการลูกค้า		

	การบริหารงานภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management)	ประชาธิปไตยในแนวทางใหม่ (New Democracy)
	(contracting out)	ผู้รับบริการ (customer service standards)
	การลดการควบคุม (deregulation)	ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้น ผลงาน
	การทำให้ถูกต้องตามกฎหมาย (legalization)	การตรวจสอบผลการ ดำเนินงาน (performance audit)

ที่มา: ดัดแปลงจาก ทศพร 2549: 25

๑.๓ ธรรมชาติ

ธนาคารโลกกับการสร้างวาทกรรม “ธรรมชาติ”

แนวคิดเรื่องธรรมชาติได้รับความสนใจอย่างจริงจังในสังคมโลก หลังจากรายงานของธนาคารโลก ชื่อว่า Sub-Sahara Africa: From Crisis to Sustainable Growth (ค.ศ. 1989) ที่รายงานถึงความล้มเหลวในการพยายามเข้าไปช่วยพัฒนาประเทศในแถบแอฟริกา โดยระบุว่าสาเหตุที่ทำให้ประเทศเหล่านี้ไม่พัฒนาก็เนื่องมาจาก “การปกครองที่ไม่ได้มาตรฐานสากล” จึงได้เสนอวาทกรรมว่าด้วย “ธรรมชาติ” (Good Governance) โดยหัวใจของวาทกรรมนี้คือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของประชาสังคม (Civil Society) ที่จะทำหน้าที่ตรวจสอบและทำให้รัฐต้องรับผิดชอบต่องานของตน และต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน โดยการรณรงค์เรื่องการปกครองที่ดี และได้เสนอว่าต้องมีคุณสมบัติ 4 ประการ คือ รับผิดชอบต่อ/ตอบสนองความต้องการได้ (Accountability), ขอบธรรมทางการเมือง/ประชาชนยอมรับ (Legitimacy), โปร่งใส (Transparency) และ เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม (Participation) (ไชยรัตน์ 2545) ซึ่งภายหลังได้มีการขยายคุณสมบัติอื่น ๆ เพิ่มขึ้น

ในการนำไปใช้นั้น แนวคิดเรื่องธรรมชาติได้รับการมองว่าทำหน้าที่ “เป็นทั้ง “คุณธรรม” (ethics) ในการบริหารและเป็น “เทคโนโลยี” (technology) ในการบริหารสังคมใหม่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่คนในสังคมนิยมเสรีประชาธิปไตยนั่นเอง” (เอเจอร์ 2545) แต่ในอีกแง่หนึ่ง การที่ธนาคารโลกใช้ข้อกำหนดเหล่านี้ เป็นข้อกำหนดในการให้ทุน และมีลักษณะเป็นตำรับยาในการแก้ปัญหาเศรษฐกิจที่เหมือนกันสำหรับทุกประเทศนั้น เป็นเหมือนการพยายามสร้างข้อตกลงร่วมของโลก (one world consensus) จึงทำให้เกิดความแคลงใจถึงแรงผลักดันเบื้องหลัง และถูกมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของการกลับมาของลัทธิการล่าอาณานิคมหรือจักรวรรดินิยมในรูปแบบใหม่ (Munshi 2004: 17) แนวคิดเรื่องธรรมชาติของธนาคารโลกนั้น ถูกนักวิชาการวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นเครื่องมือที่ธนาคารโลกใช้ในการแทรกแซงการพัฒนาของประเทศต่าง ๆ และผลักดันให้เปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นทุนนิยมเสรีมากยิ่งขึ้น เป็นการเปลี่ยนให้การพัฒนาเศรษฐกิจกลายเป็นเป้าหมายโดยสมบูรณ์ ส่วนการเมืองการปกครองถูกย่อส่วนลงมาเป็นเพียงเป้าหมายในการพัฒนาเศรษฐกิจ (ไชยรัตน์ 2545)

ธรรมชาติในหลากหลายมิติ

ความหมายของธรรมชาติที่กำหนดโดยองค์กรระหว่างประเทศต่าง ๆ นั้นมีความแตกต่างกัน แต่มีความเห็นร่วมกันคือ มีแนวโน้มที่ธรรมชาติจะมีความโน้มเอียงไปในทิศทางที่ให้ความสำคัญกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่

นอกเหนือจากภาครัฐมากยิ่งขึ้น แต่การให้ความหมายของแต่ละองค์การนั้นขึ้นอยู่กับว่าจะเน้นให้ความสำคัญไปในทางใด หรือมิติใดดังเช่น Paul Hirst สรุปความหมายของธรรมาภิบาลที่ผ่านมาได้ 5 มิติ (2000: 14-19 อ้างถึงใน มนูญ 2550) ได้แก่

- มิติที่ 1: การเน้นประชาธิปไตยแบบเสรีนิยม ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นหลัก ที่ธนาคารโลกใช้เป็นเงื่อนไขให้เงินกู้ มีแนวคิดเน้นให้รัฐมีอำนาจจำกัด (limited state)
- มิติที่ 2: การสร้างกติกาในการปกครองร่วมกันในระหว่างประเทศ เกิดเป็นองค์กรระหว่างประเทศ มีบทบาทกำหนด "กติกาโลก" และส่งผลให้แนวคิดการจัดการปกครองแบบประชาธิปไตย ขยายไปสู่ประชาธิปไตยสากล (cosmopolitan democracy or global democracy) ที่ให้ความสำคัญกับมวลมนุษยชาติ กติกาสากล (global order) เครือข่าย (network) มากยิ่งขึ้น
- มิติที่ 3: แนวคิดเรื่องบรรษัทภิบาล (Corporate governance) ที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มอื่น ๆ เช่น ลูกจ้าง ชุมชน มากขึ้น จากเดิมที่มองว่าเป็นตัวก่อกวน แต่เป็นหลักการที่ขัดกับหลักการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายบัญญัติ (authority)
- มิติที่ 4: การบริหารรัฐกิจแนวใหม่ (new public management) เริ่มในทศวรรษ 1980 ที่ให้มีการปรับปรุงบทบาทภาครัฐจากรัฐสวัสดิการ เป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชน เอกชนช่วยเหลือตนเองมากขึ้น มีการปรับปรุงประสิทธิภาพภาครัฐ เช่น การนำแนวทางการจัดการภาคเอกชนมาใช้บริหาร เน้นการมอบอำนาจการกำกับดูแลเชิงนโยบายมากกว่าการควบคุมหรือชี้แนะ การปรับปรุง/ลดกฎระเบียบ แปรรูปภารกิจภาครัฐไปสู่เอกชน (privatization) การจ้างเหมาเอกชน (contract out)
- มิติที่ 5: รูปแบบการจัดการปกครองใหม่ที่เกิดจากความล้มเหลวของการบริหารแบบราชการ ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมได้ในช่วง 1970 ทำให้มีการนำเสนอรูปแบบการจัดการปกครองในลักษณะของการใช้เครือข่าย (network) หุ้นส่วน (partnership) และความร่วมมือ (deliberative forums) กลุ่มต่าง ๆ มีส่วนร่วมมากขึ้น รวมถึงกลุ่มเคลื่อนไหวระดับรากหญ้า (grassroot movement), อาจเรียกได้ว่าการจัดการปกครองแบบเครือข่าย (network governance)

อย่างไรก็ตามนักวิชาการตั้งข้อสังเกตว่าคำว่า Good governance ถ้ามองในมุมแบบสัญศาสตร์ (Semiology) ก็เป็นเพียงคำล่องลอยหนึ่ง ที่ใครจะฉกฉวยไปใช้ในโอกาสใดก็ได้ เช่น เป็นเหตุผลในการลดทอนบทบาทของรัฐ เป็นเหตุผลในการปฏิรูประบบราชการ การพัฒนาประชาธิปไตย หรือการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ เป็นต้น (Rhodes 1997)

แนวคิดธรรมาภิบาลในสังคมไทย

ในวงวิชาการไทยนอกจากการใช้คำและนิยามที่แตกต่างกันมากของธรรมาภิบาลและต่างจากความหมายของ Good governance ในวงวิชาการตะวันตกแล้ว ในการตีความ ส่วนใหญ่จะอธิบายถึงองค์ประกอบของธรรมาภิบาล โดยมักประกอบด้วยหลักนิติธรรม (The Rule of Law) ความโปร่งใส (Transparency) การมีส่วนร่วม (Participation) และความสำนึกรับผิดชอบ (Accountability) มีการเพิ่มองค์ประกอบอีก 2 ตัวคือคุณธรรม (Ethics) และความคุ้มค่า (Cost Recovery) ซึ่งทำให้เกิดความสับสนกับความหมายที่แท้จริงของธรรมาภิบาล (สมบูรณ์ 2552: 67)

แนวคิดเรื่อง Good governance ในช่วงแรกที่ได้รับการนำเสนอในประเทศไทยนั้น เป็นลักษณะเชิงอุดมคติ อาทิเช่น แนวคิดเรื่อง "ธรรมรัฐ" ของที่ริชชาร์ท บัญมี หรือแนวคิดเรื่อง "ธรรมรัฐ-ธรรมราชา" ซึ่ง ปรีชา ช้างขวัญยืน ได้ยกเอาหลักการปกครองโดยธรรมหรือธรรมในการปกครอง เช่น หลักจักกวัตติวัตต ทศพิธราชธรรม เป็นต้นมาเป็นเครื่องมือหรือแนวทางปฏิบัติในการปกครองเพื่อประโยชน์สุขของคนทุกหมู่เหล่า รวมทั้งให้ความเห็นว่าหลักการของ

ธรรมรัฐคือ เป็นธรรมเนียมไม่ใช่อำนาจนิยม และ ธรรมคือความถูกต้องดีงามเป็นจุดหมายสูงสุดเสรีภาพไม่ใช่จุดหมายสูงสุด เพราะในความเป็นจริงจะมีบางคนบางพวกที่มีเสรีภาพมากกว่าคนอื่นพวกอื่น เกิดเสรีภาพแบบมือใครยาวสาวได้สาวเอา เป็นต้น (ปรัชญา 2542: 117)

ทัศนะของผู้ผู้นำในสังคมไทยต่อธรรมาภิบาลก็แตกต่างกัน เช่น นายอานันท์ ปันยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรี แสดงความเห็นผ่านการเขียนและพูดในที่ต่าง ๆ โดยแสดงความเห็นว่า รัฐต้องจำกัดอำนาจลง มีความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูลและการกระทำมากขึ้น และรัฐต้องเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีความยุติธรรมและเพิ่มการบริการสังคม “ธรรมรัฐ” ของนายอานันท์จึงเกี่ยวกับเรื่องเทคนิคการจัดการมากกว่าการเมือง โดยไม่ว่ารูปแบบการปกครองอย่างไรจะเป็นอย่างไร ถ้ามีองค์ประกอบเหล่านี้ก็จะเป็นความเป็นธรรมรัฐ ส่วนทัศนะของ นพ.ประเวศ วะสี ค่อนข้างแตกต่างออกไป โดย “ธรรมรัฐ” ในแบบของท่าน “ไม่อาจแยกออกจากการปกครองประชาธิปไตย” (เน้นโดยผู้เขียน) และความคิดของท่านยังมีความซับซ้อนและจำเป็นต้องทำความเข้าใจควบคู่กับข้อเสนอให้ใช้แนวคิดแบบพุทธศาสนาให้เข้ามามีบทบาทต่อ “ธรรมรัฐ” และสังคม และเสนอให้สร้างสังคมอุดมคติแบบแนวคิด “สันติประชาธรรม” ของอาจารย์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ (สมบูรณ 2552: 75)

การใช้กฎหมายเพื่อสร้างธรรมาภิบาลในประเทศไทย

ภายหลังเกิดวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 ประเทศไทยขอรับความช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ ซึ่งหนึ่งในข้อกำหนดที่ต้องดำเนินการคือการพัฒนาธรรมาภิบาล รัฐบาลจึงได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542 ขึ้น โดยมีการกำหนดหลักการพื้นฐานของธรรมาภิบาลไว้ 6 ประการคือ หลักนิติธรรม (Rule of law) หลักคุณธรรม (Integrity) หลักความโปร่งใส (Transparent) หลักความมีส่วนร่วม (Participation) หลักความรับผิดชอบ (Accountability) และหลักความคุ้มค่า (Efficient Service)

ต่อมาในปี พ.ศ.2546 ได้ยกเลิกระเบียบฉบับนี้ และประกาศใช้ พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ซึ่งในมาตรา 6 ได้บัญญัติไว้ว่า การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ได้แก่ การบริหารราชการเพื่อบรรลุเป้าหมายดังต่อไปนี้

- (1) เกิดประโยชน์สุขของประชาชน
- (2) เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ
- (3) มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ
- (4) ไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น
- (5) มีการปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์
- (6) ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ
- (7) มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ

ในกฎหมายฉบับนี้ ได้เพิ่มเติมเอาหลักการของการบริหารรัฐกิจแนวใหม่ ซึ่งรวมเอาหลักการเรื่ององค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้เข้าไปอีกด้วย ซึ่งสถาบันพระปกเกล้าได้นำหลักการดังกล่าวมาจัดทำเป็นทำเนียบชุดของเครื่องชี้วัดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยให้ชื่อหนังสือว่า “ทศธรรม ตัวชี้วัดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี” โดยนอกจากหลัก 6 ประการที่กำหนดไว้เดิมแล้วยังเพิ่มเติมอีก 4 ประการคือ หลักการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หลักองค์กรแห่งการเรียนรู้ หลักการบริหารจัดการและหลักเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (สถาบันพระปกเกล้า 2549)

ในกฎหมายฉบับแรกมีการกำหนดหลักการและแนวทางปฏิบัติไว้แต่ไม่ได้มีการดำเนินการให้เกิดผลอย่างจริงจัง ซึ่งเป็นเพราะไม่มี “เจ้าภาพ” ที่แท้จริง ในรัฐบาลต่อมาจึงได้ออกกฎหมายฉบับที่สองโดยอ้างถึงเหตุผลในการปฏิรูประบบราชการ มีสาระสำคัญคือความพยายามสร้างธรรมาภิบาลให้เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย แต่แม้จะมีความลึกซึ้ง

และครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ มากกว่ากฎหมายฉบับแรก แต่ยังไม่อาจนำแนวคิดธรรมาภิบาลในทางวิชาการตะวันตก มาแปรเป็นกฎหมายอย่างเป็นรูปธรรม เพราะธรรมาภิบาลในทางทฤษฎีไม่ได้หมายถึงการปกครองบ้านเมืองที่ดีเท่านั้น และปัญหาสำคัญคือกรอบกฎหมายเหล่านี้ยังไม่สามารถปฏิรูประบบราชการไทยให้มีลักษณะเข้มแข็ง เชื่อสัตย์และทำ ประโยชน์เพื่อประชาชนได้อย่างแท้จริง (สมบูรณ์ 2552: 91)

นอกจากเหตุผลในการปฏิบัติตามข้อกำหนดของกองทุนการเงินระหว่างประเทศแล้ว กระแสเรียกร้องให้มีการ ปฏิรูปการเมือง การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม รวมถึงการปฏิรูประบบราชการ ก็เป็นส่วนสำคัญในการผลักดัน เรื่องธรรมาภิบาลในประเทศไทย โดยเฉพาะผลของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งได้บรรจุเอา หลักการของธรรมาภิบาลไว้ในแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ในมาตราที่ 71 ถึง 81 จึงทำให้เกิดการเคลื่อนไหวในการ พัฒนาเรื่องธรรมาภิบาลอย่างกว้างขวาง มีการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมารับผิดชอบเรื่องการปฏิรูปโดยเฉพาะ เช่น การ จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ในปี พ.ศ. 2546 เป็นหน่วยงานขึ้นตรงกับสำนัก นายกรัฐมนตรี นอกจากนี้ยังมีองค์กรอื่น ๆ ที่ทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับธรรมาภิบาล เช่น สำนักงานคณะกรรมการ ป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน เป็นต้น

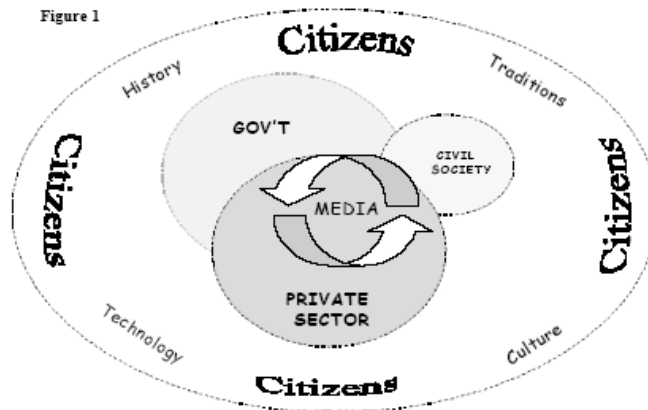
ซึ่งสมบูรณ์ ศิริประชัย ได้สรุปว่า โครงสร้างของธรรมาภิบาลจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกระบวนการทางการเมือง อย่างเข้มข้นในการเปลี่ยนแปลงและมีรัฐที่เข้มแข็ง (strong state) มีข้าราชการที่มีความสามารถ เชื่อสัตย์สุจริต และมุ่ง ทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างธรรมาภิบาลไม่ใช่เป็นเพียงการเปลี่ยนนโยบายชุดหนึ่ง แต่ เป็นการเปลี่ยนโครงสร้างสถาบัน จึงต้องใช้เวลาค่อนข้างนานกว่าที่จะสามารถปฏิรูประบบราชการ หรือปฏิรูปวิธีทำงาน ของภาคเอกชน (2552: 92)

๑.๔ เครือข่ายการอภิบาล

ความสัมพันธ์ใหม่ในโครงสร้างการอภิบาล

Louise Fréchette รองเลขาธิการสหประชาชาติ ได้กล่าวในที่ประชุมโลกเรื่องการอภิบาล (World Conference on Governance) ซึ่งจัดขึ้นที่กรุงมนิลาในปี พ.ศ. 2542 ว่า *การอภิบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาคประชาชน* (Plumtre 1999: 3) โครงสร้างความสัมพันธ์ของการอภิบาลในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ซึ่ง Tim Plumtre และ John Graham ได้วิเคราะห์และนำเสนอภาพตัวอย่างของโครงสร้างการอภิบาล (governance architecture) โดยการสร้างแผนภาพเพื่อแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงในแต่ละภาคส่วนของสังคม ดัง ภาพที่ 1 ซึ่งแสดงถึงโครงสร้างการอภิบาลในสังคมประเทศที่พัฒนาแล้ว (โดยใช้ตัวอย่างประเทศแคนาดา) ที่ทั้ง ภาครัฐบาล ภาคธุรกิจเอกชนและภาคประชาสังคม มีบทบาทและอำนาจใกล้เคียงกัน (ขนาดของแต่ละวงในแผนภาพ แสดงถึงขนาดของบทบาทและอำนาจของแต่ละส่วนมีในสังคม) โดยที่แต่ละภาคมีส่วนที่ทับซ้อนและเชื่อมโยงถึงกันได้ (พื้นที่ซ้อนทับกันระหว่างแต่ละวงในแผนภาพ) ในแผนภาพนี้ Plumtre และ Graham ยังเสนอให้มีภาคส่วนที่สี่คือ “ภาคสื่อสารมวลชน” (Media) โดยเสนอว่าเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของโครงสร้างการอภิบาลสังคม ที่นอกจากทำ หน้าที่เชื่อมโยงทั้งสามภาคส่วนเข้าด้วยกันด้วยข้อมูลแล้ว ยังมีบทบาทในการสร้างความเข้าใจของประชาชนต่อ นโยบายสาธารณะอีกด้วย (Plumtre 1999: 4)

ภาพที่ 1 โครงสร้างของการอภิบาลประเทศแคนาดา

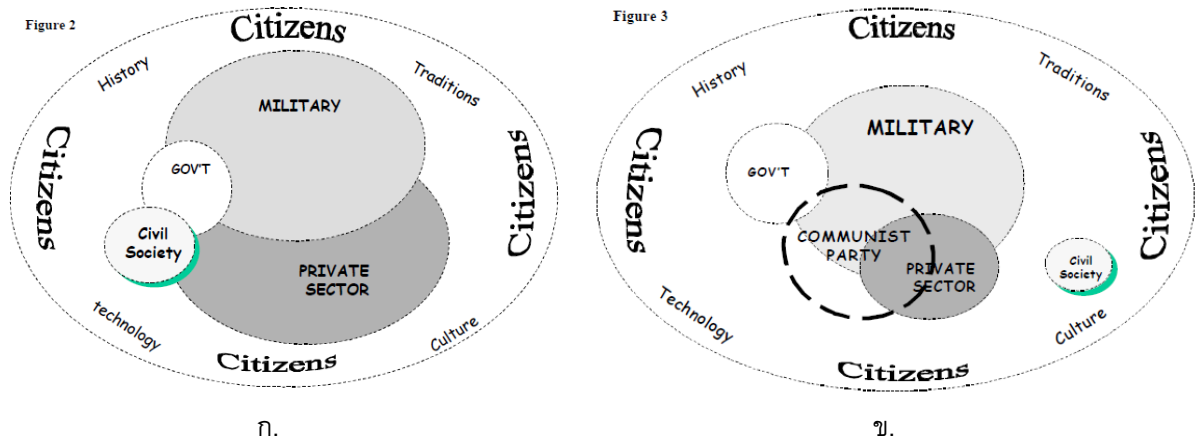


ที่มา: Plumtre and Graham 1999:4

โครงสร้างความสัมพันธ์แบบนี้สอดคล้องกับกระแสการพัฒนาการอภิบาล ซึ่งนักวิชาการด้านการปกครอง อย่างเช่น RAW Rhodes ก็ให้ความสำคัญกับการอภิบาลในแง่ของแนวโน้มความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับสังคมใหม่ ที่จะมีลักษณะเป็นเครือข่าย (network) มีหน่วยงานองค์กรที่นอกเหนือจากภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากร และมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันมากขึ้น รัฐจะถูกจำกัดบทบาทลง รวมทั้งการกำหนดนโยบายจะมีลักษณะเป็นการประสานประโยชน์ของกลุ่มต่าง ๆ มากขึ้นกว่าเดิม (มัญญู 2550)

อย่างไรก็ตาม Plumtre และ Graham ได้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบของโครงสร้างการอภิบาลที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศอาจไม่เหมือนกัน โดยได้นำเสนอตัวแบบของโครงสร้างการอภิบาลในรูปแบบอื่นที่แม้ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมตะวันตกกว่ามีความเป็น "ธรรมาภิบาล" แต่ก็เป็นที่ยอมรับและสอดคล้องกับบริบทของสังคมนั้น ๆ เช่น ในภาพที่ 2 ก. ซึ่งเป็นโครงสร้างการอภิบาลในประเทศที่มีบทบาทและอิทธิพลของกองทัพซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับภาคเอกชนเป็นหลัก ตัวอย่างเช่นประเทศปากีสถาน สื่อมวลชนอ่อนแอและอยู่ภายใต้อิทธิพลของผลประโยชน์ภาคเอกชน การตรวจสอบโดยภาคประชาสังคมมีน้อย แต่มีฐานที่เข้มแข็งทางประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม ที่ทำให้โครงสร้างลักษณะนี้เป็นที่ยอมรับของประชาชน ส่วนในภาพที่ 2 ข. เป็นโครงสร้างการอภิบาลในประเทศที่ธุรกิจขนาดใหญ่ของรัฐมีบทบาทหลักในสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความมั่นคง ป้องกันการผูกขาดของภาคเอกชน ตัวอย่างเช่นในประเทศเวียดนาม (Plumtre 1999: 16-17)

ภาพที่ 2 โครงสร้างของการอภิบาลแบบอื่น ๆ



ที่มา: Plumptre and Graham 1999:16-17

ในอีกด้านหนึ่งการอภิบาลสังคมในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างแคนาดา (ภาพที่ 1) ก็ต้องเผชิญกับคำถามที่ทำทนายว่ารูปแบบนี้ เป็นโครงสร้างการอภิบาลที่ดีที่สุดแล้วจริงหรือไม่ เพราะเป็นโครงสร้างที่ภาคเอกชนมีบทบาทสูงและเชื่อมโยงกับภาคสื่อสารมวลชนซึ่งมีอิทธิพลต่อสังคมเพิ่มมากขึ้น (Plumptre 1999: 17-18) ซึ่งในอนาคตอาจเพิ่มบทบาทมากขึ้น จนมีอิทธิพลมากกว่าภาครัฐและภาคประชาสังคม ดังนั้น โครงสร้างการอภิบาลจึงเป็นการจัดความสัมพันธ์ให้บทบาทและอิทธิพลของแต่ละภาคส่วนมีดุลยภาพที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสังคม

แนวคิดเรื่องเครือข่ายในการอภิบาล

การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูปให้ภาครัฐลดการควบคุมการบริการสาธารณะโดยตรง มาเป็นการกำกับดูแลโดยผ่านเครือข่ายต่าง ๆ ในมิติของความสัมพันธ์ของเครือข่ายสถาบันทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะเชิงอุดมคติของการอภิบาล ที่ริชาร์ด บูญมี เรียกว่า "ธรรมรัฐ" โดยให้คำอธิบายว่า หมายถึงกระบวนการความสัมพันธ์ (interactive relation) ระหว่างภาครัฐ ภาคสังคม ภาคเอกชน และประชาชนโดยทั่วไป ในการที่จะทำให้การบริหารราชการแผ่นดินดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณธรรม โปร่งใส ยุติธรรม และตรวจสอบได้ ซึ่งต่างจากในอดีตที่เรามีแนวคิดเรื่อง "การปกครอง" คือรัฐบาลเป็นศูนย์กลางอำนาจในการกำหนดนโยบาย แบ่งเส้นชั้นระหว่างผู้มีและไม่มีอำนาจ แต่ธรรมรัฐแห่งชาติคือการยกระดับกระบวนการความสัมพันธ์ร่วมมือของส่วนต่าง ๆ ในสังคม อันได้แก่ ก. ภาครัฐ ภาคสังคม และเอกชน ข. สถาบันสำคัญ ๆ ของประเทศ และ ค. ระดับต่าง ๆ ของประเทศ คือ ชุมชน ประชาคม ภูมิภาคและระดับชาติ ให้มีลักษณะเป็นรูปธรรม มีพลัง ธรรมรัฐเป็น "ภาวะอุดมคติ" เป็นรูปแบบของการระดมปัญญา (think tank) มากกว่ารูปแบบแห่งอำนาจ (ธีรยุทธ 2541: 17)

ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ RAW Rhodes ที่ให้ความสำคัญกับการเป็นเครือข่าย โดยเสนอว่าการอภิบาลคือเครือข่ายระหว่างองค์กรที่มีการจัดการตนเอง (self organizing, interorganization network) ซึ่งมีลักษณะของการอภิบาลดังนี้ (1997:53)

- (1) มีการพึ่งพิงกันระหว่างองค์กร (interdependent)
- (2) มีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากต้องแลกเปลี่ยนทรัพยากร และมีการเจรจาต่อรองเพื่อการบรรลุเป้าหมายร่วม

- (3) มีปฏิสัมพันธ์กันคล้ายกับการเล่นเกม ที่มีรากฐานบนความไว้วางใจ (trust) ควบคุมโดยกติกาที่ผ่านการต่อรองและตกลงกันโดยผู้ที่ร่วมอยู่ในเครือข่าย
- (4) เป็นองค์กรจัดการตนเอง รัฐไม่ได้มีอำนาจสูงสุด ไม่สามารถควบคุมเครือข่ายได้โดยตรง หรือได้อย่างเต็มที่

เขาให้ความเห็นว่าการอภิบาลทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เรียกว่า รัฐ (State) กับ ประชาสังคม (Civil society) รัฐกลายเป็นการรวมกันของเครือข่ายระหว่างองค์กร ทั้งของรัฐบาลและของสังคม โดยไม่มีผู้มีอำนาจสูงสุดที่สามารถควบคุมบังคับได้ ผลลัพธ์ในของการบริหารจัดการกิจการสาธารณะ ไม่ได้เกิดจากการดำเนินการของผู้มีอำนาจเท่านั้น แต่เป็นผลที่เกิดขึ้นในหลาย ๆ แห่งมารวมกัน ความท้าทายสำคัญของหน่วยงานภาครัฐคือจะทำอย่างไรจึงจะสร้างความร่วมมือแบบใหม่ ๆ ได้ (1997: 57-58)

ความหมายและรูปแบบของเครือข่ายการอภิบาล

การอภิบาลในมิติของเครือข่าย จึงถูกใช้ในสองความหมาย (Rhodes 1997: 57-8) คือ

- (1) ความหมายแรก เป็นความหมายที่แคบคือเป็นเรื่อง การจัดการเครือข่าย โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์เครือข่ายว่าประกอบด้วยตัวแสดงอะไรบ้าง มีความใกล้ชิดกันแค่ไหน และถูกจัดการอย่างไร ซึ่งการอภิบาลของเครือข่ายที่มีการจัดการตนเอง (self-organized) จะรวมเรื่องการช่วยเหลือให้เกิดการสนทนา (dialogue) และหาข้อตกลงร่วมภายในเครือข่าย ผลสานไปกับการทำความเข้าใจลักษณะของเครือข่าย เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันที่ดีขึ้น ในความหมายนี้ การอภิบาลจึงมีความหมายเดียวกับการจัดการเครือข่าย (network management)
- (2) ความหมายที่สอง เกี่ยวข้องกับกระบวนการที่กว้างขึ้นในการบริหารจัดการกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ซึ่งถูกจัดการผ่านกระบวนการกำหนดและผลักดันนโยบาย จึงไม่ได้จำกัดอยู่ที่การจัดการเครือข่ายแต่ครอบคลุมถึงกระบวนการเกิดขึ้นของสถาบันต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ การอภิบาลในที่นี้จึงเป็นการตอบสนองต่อการเกิดขึ้นของเครือข่าย โดยเกี่ยวกับความร่วมมือกันในความซับซ้อนและความเป็นพลวัตของระบบชนชั้น ตลาดและเครือข่าย ไม่ใช่เครือข่ายเพียงอย่างเดียว

Rhodes ได้เสนอเรื่องความสัมพันธ์ที่เป็น การพึ่งพิงกันเชิงอำนาจ (Power dependence) ว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานรัฐ (เช่น รัฐบาลกลาง และรัฐบาลท้องถิ่น) ในแบบที่ทั้งไม่ได้ขึ้นต่อกันและไม่เป็นอิสระต่อกัน ต่างมีส่วนร่วมกันเพื่อได้ผลประโยชน์จากกัน เป็นเกมที่ซับซ้อนที่เปลี่ยนจากการต่อรองระหว่างหลายฝ่าย มาเป็นการร่วมมือกัน สิ่งที่สำคัญในเครือข่ายความสัมพันธ์นี้คือ พฤติกรรมการเจรจา การโน้มน้าว การต่อรอง และการเล่นเกมอำนาจ (power game) (1997:9)

นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์อีกด้านหนึ่งคือ การเป็นเครือข่ายนโยบาย (policy network) เป็นการเชื่อมโยงกันเป็นกลุ่มขององค์กรต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยกันในด้านทรัพยากร จากเดิมที่นโยบายถูกกำหนดด้วยหน่วยงานรัฐบาลกลาง พัฒนามาขยายครอบคลุมตัวแสดงที่กว้างขวางมากขึ้น โดยเฉพาะจากภาครัฐกิจและภาคประชาสังคม กระบวนการทางนโยบายทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมประสานส่วนย่อยต่าง ๆ ที่กระจัดกระจายเข้าด้วยกัน เมื่อองค์กรภาครัฐมีความซับซ้อน ภารกิจต่าง ๆ มีผู้เกี่ยวข้องมากขึ้น ทำให้เกิดเครือข่ายนโยบายที่กว้างขวางมากขึ้น

ในการจำแนกประเภทของเครือข่ายนโยบายนั้นมิได้เสนอไว้หลายรูปแบบ ซึ่งหลายแบบเป็นการจำแนกเพียงเพื่อการอธิบายเท่านั้น แต่ Marsh และ Rhodes ได้เสนอวิธีการจำแนกที่สามารถใช้ในการประเมินได้ด้วย โดยพิจารณาเครือข่ายนโยบายในด้านที่เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์กับรัฐบาล โดยเป็นลักษณะที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความสัมพันธ์ว่าใกล้ชิดกันเพียงใด จากที่มีความใกล้ชิดกันมากที่สุดคือ ชุมชนนโยบาย (policy

community) ไปจนถึง ที่มีความสัมพันธ์กันแบบหลวม ๆ คือ เครือข่ายรายประเด็น (issue network) (Rhodes 1997: 43) ซึ่งเปรียบเทียบลักษณะได้ดังตาราง

ตารางที่ 2 ประเภทของเครือข่ายนโยบาย

มิติ	ชุมชนนโยบาย	เครือข่ายประเด็น
สมาชิกภาพ: จำนวนผู้เข้าร่วม ชนิดของผลประโยชน์	มีจำนวนจำกัด และบางกลุ่มรับรู้ได้ว่าถูกกีดกันออกไป ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ และ/หรือ ผลประโยชน์ของวิชาชีพเป็นหลัก	จำนวนมาก ครอบคลุมผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง
การเชื่อมประสาน: ความถี่ในการปฏิสัมพันธ์ ความต่อเนื่อง การมีความเห็นร่วม	ทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นมีการปฏิสัมพันธ์กันสม่ำเสมอและมีคุณภาพสูง ความเป็นสมาชิก คุณค่าและผลที่ได้คงที่ ผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดเห็นคุณค่าร่วมกัน และยอมรับความชอบธรรมของผลลัพธ์ที่ได้	การติดต่อกันมีความถี่และความเข้มข้นไม่แน่นอน ความสำคัญไม่คงที่ มีมาตรการในการหาข้อตกลง แต่ก็ยังมีความขัดแย้งอยู่เสมอ
ทรัพยากร การกระจายทรัพยากรในเครือข่าย การกระจายทรัพยากรภายในองค์กรที่เข้าร่วม	ผู้มีส่วนร่วมในเครือข่ายทั้งหมดมีทรัพยากรของตนเอง ความสัมพันธ์พื้นฐานคือการแลกเปลี่ยนกัน เป็นลำดับขั้น ผู้นำสามารถส่งต่อให้สมาชิกได้	ผู้เข้าร่วมบางองค์กรอาจมีทรัพยากร แต่ก็จำกัด ความสัมพันธ์พื้นฐานเป็นการปรึกษาหารือกัน การกระจายทรัพยากรและการกำกับดูแลสมาชิกมีความหลากหลายและไม่คงที่
อำนาจ:	สมาชิกมีอำนาจที่สมดุลกัน แต่บางกลุ่มก็อาจมีอำนาจเหนือกว่าได้บ้าง เป็น positive-sum game	มีอำนาจไม่เท่ากัน แสดงให้เห็นโดยการที่มีทรัพยากรและเข้าถึงได้ไม่เท่ากัน เป็น zero-sum game

ที่มา: Rhodes 1997: 44

เครือข่ายการอภิบาลภาครัฐ

แม้จะมีตัวแสดงจำนวนมากในเครือข่ายการอภิบาลแต่ภาครัฐก็ยังคงเป็นผู้มีบทบาทหลัก ปัจจุบันตัวแสดงภาครัฐเองก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความหลากหลายมากขึ้น ซึ่ง Rhodes เสนอว่า “เครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภาครัฐ” (Intergovernmental Relationship) หรือ IGR นั้นกว้างขวางกว่าความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นมาก โดยครอบคลุมถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภาครัฐอื่น ๆ ด้วย (1997:7)

นักรัฐศาสตร์ชาวอเมริกัน Deil S. Wright (1988) (อ้างใน Rhodes 1997:7) ได้ให้นิยาม IGR ว่าเป็น “พฤติกรรมที่เป็นแบบแผน มีความพึงพิงกันและพฤติกรรมการต่อรองระหว่างหน่วยงานระดับชาติ ระดับรัฐและระดับท้องถิ่น” ซึ่งในประเทศที่ประกอบด้วยหลายรัฐอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น IGR เป็นภาคปฏิบัติของการแนวคิดแบบสหพันธรัฐนิยม (Federalism) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานในการจัดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางกับหน่วยงานท้องถิ่นที่ให้ท้องถิ่นมีเสรีภาพระดับหนึ่งในการปกครอง จึงมีความสัมพันธ์ในหลายมิติที่สำคัญ เช่น รัฐธรรมนูญ ระบบการเมือง การ

ปกครอง ระบบงบประมาณ และระบบการบริหารจัดการ โดยสิ่งที่เป็นแกนกลางของ IGR ในปัจจุบันก็คือระบบความสัมพันธ์ด้านงบประมาณ ระหว่างองค์กรรัฐบาล (Intergovernmental Fiscal Relation) ซึ่งในสหรัฐอเมริกา นั้นระบบความสัมพันธ์ด้านงบประมาณอยู่ในรูปแบบการจัดสรรเงินช่วยเหลือที่รัฐบาลกลางให้กับรัฐต่าง ๆ และท้องถิ่น หรือรัฐจัดสรรให้กับท้องถิ่นเป็นต้น (Kjaer 2004: 120)

นอกจากเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างรัฐในระดับต่าง ๆ แล้ว ในอีกด้านหนึ่ง IGR ยังมีลักษณะที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึง ซึ่งได้แก่ (Milakovich 2004: 115-7)

- ผลที่ตามมาของ IGR ไม่สามารถทำนายได้ และกระบวนการตัดสินใจต่าง ๆ ในเครือข่ายความสัมพันธ์เหล่านี้เป็นสิ่งที่ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ ทำให้มีโอกาสเกิดการกระจายทรัพยากรอย่างไม่เป็นธรรมได้
- ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังนั้นการจะเข้าใจ IGR ได้นั้นจะต้องเข้าใจถึงเรื่องความสัมพันธ์และพฤติกรรมของมนุษย์ด้วย ซึ่งอาจต้องวิเคราะห์ว่าผู้มีบทบาทหน้าที่ในองค์กรนั้นคือใคร มีบทบาทในการบริหารจัดการอย่างไร เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์อะไร
- IGR ไม่ได้เป็นเพียงแต่การติดต่อสื่อสารชั่วคราว หรือการทำข้อตกลงอย่างเป็นทางการเท่านั้น แต่เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายในการช่วยกันแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหาร่วมกัน ซึ่งในสภาพที่แท้จริงทุกประเด็นนโยบาย (policy area) ในมิติหนึ่งจะมีเครือข่ายความสัมพันธ์นี้อยู่เสมอ และในบางเรื่องนั้นก็เกิดขึ้นจากกระบวนการร่วมกันไม่ว่าจะเป็นการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ หรือการจัดการทางการเงิน อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ในเครือข่าย IGR นั้นอาจเป็น ความร่วมมือกัน การแข่งขันกัน การขัดแย้งกัน หรือผสมผสานระหว่างทั้งสามแบบก็ได้
- ลักษณะสำคัญอีกอย่างหนึ่งของ IGR คือการมีส่วนร่วมของทั้งภาครัฐและเอกชน, หน่วยงานรัฐและหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐในทุกระดับ ที่มีบทบาทในการบริหารจัดการกิจการสาธารณะมากขึ้น รวมทั้งในปัจจุบันกิจการที่เป็นผลประโยชน์ส่วนรวมหลายอย่างจะสำเร็จได้ก็ต้องอาศัยการทำงานขององค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐด้วย ดังนั้นเครือข่ายความสัมพันธ์ใน IGR จึงครอบคลุมถึงบทบาทสาธารณะขององค์กรเหล่านี้ด้วย

แต่เมื่อระบบการทำงานของรัฐมีความซับซ้อนมากขึ้น เมืองค์กรใหม่ ๆ ความสัมพันธ์ใหม่ ๆ เกิดขึ้นมีการกระจายงบประมาณแบบใหม่ ๆ มีกฎเกณฑ์ใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น ให้ระบบความสัมพันธ์ของ IGR มีความซับซ้อนมากขึ้นด้วย (Milakovich 2004: 119) แต่ในอีกทางหนึ่งนั้นเครือข่ายความสัมพันธ์นี้ก็ถูกกระทบด้วยความเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ โดยเฉพาะการเติบโตขึ้นของการให้บริการโดยองค์กรทั้งที่ไม่หวังกำไร และองค์กรธุรกิจ

Rhodes เสนอว่า IGR ควรเป็นเพียงจุดเริ่มต้นเท่านั้น แต่ก็เป็นการก้าวแรกที่ช่วยให้เข้าใจว่ารัฐที่เป็นหนึ่งเดียว (อย่างเช่นรัฐบาลอังกฤษ) แท้จริงแล้วไม่ได้มีศูนย์กลางเดียว แต่มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ซับซ้อนของหน่วยงานและสถาบันต่าง ๆ ในลักษณะที่เรียกว่าเป็น “สังคมไร้ศูนย์กลาง” (centerless society) (1997:8) โครงสร้างของเครือข่ายนั้นไม่สามารถลดทอนลงเป็นเพียงแนวทางใหม่ในการบริหารจัดการของภาครัฐเท่านั้น

อันตรายที่สำคัญจึงเป็นการที่ภาครัฐใช้เครือข่ายเป็นเพียงเครื่องมือในการจัดการ เนื่องจากในการมีส่วนร่วมของตัวแสดงอื่น มีข้อจำกัดที่สำคัญคือเรื่องโอกาสในการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งเป็นสิ่งที่ยังถูกภาครัฐจำกัดไว้ (Rhodes 1997:59)

๑.๕ การอภิบาลโดยอาศัยกระบวนการไตร่ตรองสะท้อนคิด

การอภิบาลในฐานะกระบวนการจัดการปัญหาของสังคม

ในสังคมยุคโลกาภิวัตน์ที่โลกถูกย่อให้เล็กลงด้วยการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วของข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการขนส่งคมนาคมที่รวดเร็ว ทำให้แต่ละบุคคลสามารถเลือกทำอะไรได้ด้วยตนเองมากขึ้นโดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้เชี่ยวชาญ สถาบันหรือโครงสร้างสังคมแบบเดิม แต่ก็ต้องเผชิญหน้าโดยตรงกับความเสี่ยงและสิ่งอันตรายที่เป็นผลข้างเคียงของการพัฒนา ซึ่ง Ulrich Beck นักสังคมวิทยาชาวเยอรมันเรียกสภาพแบบนี้ว่าเป็นสังคมเสี่ยงภัย (Risk Society) โดยเขาไม่เห็นด้วยกับแนวคิดหลังสมัยใหม่ (post-modern) ที่บอกแต่เพียงว่าวิธีคิดแบบเดิมนั้นใช้ไม่ได้ แต่ก็ไม่ได้บอกว่าแบบใหม่ที่ควรใช้คืออะไร แนวคิดหลังสมัยใหม่นั้นไม่สามารถช่วยให้เราเอาชนะความไม่แน่นอนและความกำกวมที่ดำรงอยู่ในโลกปัจจุบันนี้ได้ ซึ่ง Beck ได้เสนอว่าปัจจุบันเรายังอยู่ในโลกสมัยใหม่แต่เป็น “สมัยใหม่ที่สอง” (Second Modernity) ที่มี 3 องค์ประกอบสำคัญคือ สังคมโลกเสี่ยงภัย (Global risk society), การตอบสนองโดยปัจเจกชน (Individualization) และ โลกาภิวัตน์ (Globalization) หนุนเสริมกันเป็นความทันสมัยที่ซับซ้อนและเป็นพลวัต ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการ “ไตร่ตรองสะท้อนคิด” พิจารณาถึงผลกระทบที่ตามมา มีการทบทวนปรับเปลี่ยนทั้งเป้าหมายและวิธีการครั้งแล้วครั้งเล่า การพัฒนาต้องอาศัยการใช้เหตุผลและการวิเคราะห์วิพากษ์กันอย่างถอนรากถอนโคน เป็นยุคสมัยใหม่แห่งการไตร่ตรองสะท้อนคิด (Reflexive Modernity) ที่สมาชิกในสังคมแต่ละคนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเองมากยิ่งขึ้น (Beck 2006)

Jan-Peter Voß และ Rene Kemp ได้เสนออีกความหมายหนึ่งของการอภิบาลว่า “การอภิบาลหมายถึงกระบวนการที่สังคมใช้ระบุนปัญหาและรับมือกับปัญหานั้น เป็นกระบวนการควบคุมกำกับตัวเอง (Self-steering) ของสังคม” (Voß and Kemp 2006:8) การอภิบาลจึงไม่ใช่กระบวนการที่วางแผนหรือควบคุมได้ด้วยตัวแสดงตัวใดตัวหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงผู้เดียว แต่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของตัวแสดงต่างจำนวนมากซึ่งมีปัญหามองตัวเอง มีการกำหนดเป้าหมายและแนวทางบรรลุเป้าหมายของตัวเอง ดังนั้นจึงครอบคลุมถึงเรื่องความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์และการชั่งชั่งการอยู่เหนือกว่าผู้อื่น จากปฏิสัมพันธ์เหล่านี้ ทำให้เกิดรูปแบบต่าง ๆ ขึ้นเช่นรูปแบบของนโยบายระดับชาติ ระบบการจัดการควบคุมกำกับ รูปแบบการจัดการองค์กร และโครงสร้างของเครือข่ายทางสังคม

กระบวนการรับมือกับปัญหาที่ผ่านมามักใช้ระบบเหตุผลซึ่งเป็นวิธีคิดแบบผู้เชี่ยวชาญ ทำโดยการวิเคราะห์พลวัตของระบบ กำหนดและคาดการณ์ผลของหลายทางเลือก กำหนดเป้าหมายและกระบวนการประเมินผลไว้อย่างชัดเจนเพื่อระบุว่าทางเลือกใดที่ดีที่สุด แล้วดำเนินการด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพพร้อมกับการใช้ระบบการควบคุมกำกับที่สลับซับซ้อน ซึ่งการแก้ปัญหาด้วยวิธีนี้ต้องพยายามขจัดความไม่แน่นอน ความกำกวมและการรบกวนของอิทธิพลที่ควบคุมไม่ได้ออกไป โดยเลือกเอาบางมิติที่ชัดเจนออกมาจากความจริงที่ซับซ้อน เพื่อคัดเลือกองค์ประกอบที่สมเหตุสมผล แล้วแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่เป็นเหตุและเป็นผลต่อเนื่องกันเป็นเส้นตรง หลังจากนั้นก็กำหนดเป้าหมายแล้วกระจายความรับผิดชอบออกไป

สิ่งที่เกิดขึ้นคือการแก้ปัญหาแบบนี้นำไปสู่ผลแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิด ยิ่งการแก้ปัญหาห่างไกลออกไปจากความจริง ไปอยู่ในโลกของผู้เชี่ยวชาญมากเท่าใด ความเกี่ยวพันของสิ่งต่าง ๆ ก็จะถูกกละเลยมมากยิ่งขึ้น ยิ่งมาตรการแก้ปัญหาพยายามหลีกเลี่ยงความยุ่งยากและใช้เครื่องมือที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลกระทบที่ไม่คาดคิดก็จะเกิดขึ้นรุนแรงขึ้นตาม (Voß and Kemp 2006:5) ซึ่งผลที่ไม่คาดคิดเหล่านี้มักจะสร้างปัญหาใหม่ที่มักจะเป็นปัญหาที่รุนแรงกว่าเดิมหรือแก้ไขยากยิ่งกว่าเดิม การแก้ปัญหาจึงเป็นสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อน ต้องมีการขยายความและการรวบรวมสิ่งต่าง

ๆ เพื่อแสดงให้เห็นปัญหาที่มันเกิดขึ้น ซึ่งถ้าเป็นการรับมือกับปัญหาการพัฒนาของสังคม Voß และ Kemp เรียกว่าเป็น “การอภิบาลด้วยกระบวนการไตร่ตรองสะท้อนคิด” (reflexive governance) (Voß and Kemp 2006:6)

การอภิบาลกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน

การจัดการกับปัญหาของสังคมมีเป้าหมายเพื่อให้สังคมอยู่รอดได้ในระยะยาว เมื่อนำมาใช้ในด้านการพัฒนา จึงมีเป้าหมายในการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development) ซึ่งมีความหมายโดยทั่วไปคือการพัฒนาที่ไม่ทำลาย ฐานเดิม เพื่อความอยู่รอดในระยะยาวของสังคมและระบบนิเวศ หรืออาจกล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการอยู่รอดในระยะ ยาวของสังคมและสิ่งแวดล้อม

การพัฒนาในปัจจุบันเผชิญกับปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะ 3 ประการ (Voß and Kemp 2006: 11-14) ได้แก่

- (1) **มีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เป็นเนื้อเดียวกัน (Heterogeneous interaction)** ปัญหาประกอบด้วยองค์ประกอบ ย่อยที่หลากหลาย จะอาศัยเพียงความรู้ของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะแต่ละด้านไม่ได้อีกต่อไป ความรู้แยกส่วน แบบเก่าใช้ไม่ได้ เราต้องการความรู้แบบใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการเชื่อมโยงและความซับซ้อน รวมทั้ง ต้องการความรู้ที่จากการสังเคราะห์ประสบการณ์และความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ในตัวนัก ปฏิบัติการทางสังคมต่าง ๆ ด้วย
- (2) **มีความไม่แน่นอน (Uncertainty)** การเชื่อมโยงขององค์ประกอบทางสังคม เทคโนโลยีและเศรษฐกิจ ทำให้สังคมเปลี่ยนสภาพเป็นมีความซับซ้อนและไม่แน่นอนสูง ไม่สามารถวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิด แบบเชิงเส้นอีกต่อไป ปัจจัยเล็ก ๆ สามารถสร้างผลกระทบที่กว้างใหญ่ได้
- (3) **เส้นทางที่เลือกเป็นตัวกำหนดอนาคต (Path dependency)** นอกจากความไม่แน่นอนแล้ว การ พัฒนาและการกระทำของมนุษย์เป็นตัวกำหนดความเป็นไปของกระบวนการที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต โครงสร้างระบบสังคมหรือสิ่งแวดล้อมจะเป็นอย่างไร ก็ขึ้นอยู่กับผู้ที่สร้างมันในปัจจุบัน ดังนั้นการพัฒนา ที่ยั่งยืนจึงต้องการการประเมินผลกระทบในระยะยาวของกิจกรรมและกระบวนการพัฒนาในปัจจุบัน รวมถึงการประเมินแนวทางที่ดำเนินการมานั้น ต้องทำอย่างระมัดระวัง

เมื่อมีการระบุและวิเคราะห์ปัญหาแล้ว การดำเนินการต่อไปคือการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ในการ ดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น ดังนั้นในการพัฒนาอย่างยั่งยืน Voß และ Kemp ก็ได้เสนอให้พิจารณา ลักษณะเฉพาะของกระบวนการเหล่านี้ ซึ่งได้แก่ (Voß and Kemp 2006)

(1) เป้าหมายที่กำกวมและเคลื่อนตัวไปเรื่อย ๆ

ในกระบวนการแก้ปัญหาของสังคม ผู้คนมีคุณค่าที่ยึดถือแตกต่างกัน มีความคิดและการตัดสินใจต่อปัญหา ต่างกัน ดังนั้นเมื่อการพัฒนางานอยู่บนฐานขององค์ความรู้และการตีความที่ไม่แน่นอน จึงมีการเปลี่ยนแปลงไปตาม เวลาที่ผ่านไป เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนจึงเป็นสิ่งที่กำกวมและเป็นเป้าหมายที่เคลื่อนตัวไปได้เรื่อย ๆ เป้าหมายและ การประเมินผลไม่สามารถกำหนดไว้ล่วงหน้าได้อย่างถาวร แต่โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมเท่านั้น ที่จำเป็นสำหรับการ ประเมินสถานการณ์เฉพาะอันใดอันหนึ่ง การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในกระบวนการกำหนดเป้าหมายของตัว แสดงในสังคมที่ได้รับผลกระทบเป็นสิ่งจำเป็น เพราะคำนึงและการรับรู้ต่อปัญหาของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเหล่านี้ เป็นฐาน สำคัญในการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืน

(2) ยุทธศาสตร์และอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงที่ถูกกระจายออกไป

การจะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมในระยะยาว จำเป็นจะต้องประสานตัวแสดงที่หลากหลาย ไปตามยุทธศาสตร์ร่วม (Collective Strategies) ซึ่งลักษณะสำคัญของสังคมปัจจุบันคือ การกระจายของบทบาท อำนาจหรือ “อิทธิพล” ในการสร้างความเปลี่ยนแปลงสังคม ที่ทำให้การควบคุมกำกับสังคมไม่สามารถทำได้โดยองค์กร

ไดองค์กรหนึ่ง การอภิบาลมีลักษณะเป็นเครือข่ายมากขึ้น การเชื่อมประสานยุทธศาสตร์ไม่สามารถจะถ่ายโอนจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งได้ ต้องมีการประสานกันใหม่สำหรับปัญหาเฉพาะแต่ละปัญหา

ไม่มีสมรรถนะหรือแนวทางการปฏิบัติใดที่ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงกระบวนการอภิบาล การปฏิรูปจะเกิดขึ้นอย่างควบคุมไม่ได้จากปฏิสัมพันธ์ประจำวันระหว่างผู้บริหาร โภค ผู้ผลิต ผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักข่าว และตัวแสดงอื่น ๆ ตัวแสดงทั้งหลายจะปรับแต่งการเปลี่ยนแปลงของสังคม-สิ่งแวดล้อม ไปตามสิ่งที่ตนเองให้ความสำคัญ ซึ่งมีทั้งส่วนที่เห็นร่วมกันและขัดแย้งกัน และต่างก็มีอำนาจจัดการกับทรัพยากรที่ตนมีเพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์

การกระจายศักยภาพการควบคุมก็เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง เพราะในการเชื่อมประสานตัวแสดงที่หลากหลาย ไม่สามารถอิงอยู่กับการแบ่งชั้นสถาบันในสังคม แต่จะต้องเกิดในเครือข่ายที่รับรู้ปัญหา ซึ่งผลประโยชน์และความรู้ในเชิงปฏิบัติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหลายจะเชื่อมโยงกันในกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์ร่วมกัน

ยุทธศาสตร์การอภิบาลในฐานะกระบวนการพัฒนาอย่างยั่งยืน

จากลักษณะของปัญหาและประเด็นที่ได้กล่าวถึง Vob และ Kemp (2006: 17-20) ได้เสนอองค์ประกอบเชิงยุทธศาสตร์ของการอภิบาล (ดังสรุปในตารางที่ 3) เพื่อตอบสนองต่อลักษณะเฉพาะของปัญหาการพัฒนาในปัจจุบัน

ตารางที่ 3 องค์ประกอบของยุทธศาสตร์ในการอภิบาลสะท้อนคิด

มุมมองการจัดการปัญหา	การวิเคราะห์ระบบ			การกำหนดเป้าหมาย	การดำเนินการตามยุทธศาสตร์
ลักษณะเฉพาะของปัญหา	การวิวัฒนาการร่วมกันขององค์ประกอบที่ไม่เป็นเนื้อเดียวกันในหลายระดับ (สังคม, เทคโนโลยี, สิ่งแวดล้อม)	ความไม่แน่นอนและการไม่ตระหนักถึงพลวัตของกรปฏิรูปและผลกระทบของสิ่งที่ดำเนินการ	การมีผลกำหนดเส้นทางในอนาคตของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและผลกระทบขนาดใหญ่ที่มีต่อสังคม	เป้าหมายที่ยั่งยืนที่ประนีประนอมรวมเอาค่านิยมที่ทั้งหลาย เป็นสิ่งที่อยู่ภายในกระบวนการปฏิรูป	ความสามารถในการชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงถูกกระจายไปในระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ
ยุทธศาสตร์ที่ต้องการ	การสร้างองค์ความรู้ข้ามสาขาวิชา	การทดลองและการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์และโครงสร้างสถาบัน	การคาดการณ์ผลกระทบเชิงระบบในระยะยาวของมาตรการ	การกำหนดเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วมซ้ำแล้วซ้ำเล่า	การพัฒนายุทธศาสตร์ร่วมกัน

ที่มา : Voß และ Kemp 2006: 18

1. การสร้างความรู้ข้ามสาขาวิชา : เนื่องจากปัญหามีความไม่เป็นเนื้อเดียวกัน ต้องการมุมมองที่รอบด้าน การนิยามปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาในการพัฒนาอย่างยั่งยืน จึงต้องใช้องค์ความรู้ที่ผสมผสานต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขามาช่วยกัน

2. การปรับเปลี่ยนได้ของยุทธศาสตร์และสถาบันต่าง ๆ : เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงไม่สามารถคาดการณ์ได้ ทำนายไม่ได้ล่วงหน้า ยุทธศาสตร์ที่อาจดีที่สุดในปัจจุบัน จะต้องถูกมองว่าเป็นเพียง “สมมติฐาน” ที่จะต้องนำมาทดลองปฏิบัติจริง ผลที่เกิดขึ้นจะต้องนำไปสู่การปรับเปลี่ยยุทธศาสตร์และโครงสร้างสถาบัน
3. การคาดการณ์ผลกระทบเชิงระบบในระยะยาวของยุทธศาสตร์ : เนื่องจากระบบสังคม-สิ่งแวดล้อมเป็นผลวัตรผลที่เกิดขึ้นจึงอาจแยกห่างออกจากสาเหตุ สิ่งที่ทำในที่หนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเวลาและขอบเขตพื้นที่ จึงต้องมีการสร้างภาพอนาคตที่หลากหลาย ที่ประสานเอาการรับรู้และความคาดหวังของตัวแสดงที่หลากหลาย จึงต้องมีการคาดการณ์อย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมถึงผลทางอ้อมและความเปลี่ยนแปลงในระยะยาวที่เชื่อมโยงการปฏิบัติการในปัจจุบัน
4. การก่อรูปเป้าหมายร่วมกันซ้ำแล้วซ้ำเล่า : ด้วยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนไม่สามารถกำหนดได้อย่างเบ็ดเสร็จในครั้งเดียว แต่เป็นกระบวนการที่มีการต่อรอง การตัดสินใจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงค่านิยมใหม่ ๆ จึงเป็นเป้าหมายที่กำกวมและเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง, สิ่งสำคัญคือการกำหนดเป้าหมายโดยมีส่วนร่วม, โดยเป้าหมายนี้ต้องมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมและการรับรู้ปัญหาที่เปลี่ยนไปในกระบวนการปฏิรูป (transformation)
5. การร่วมกันพัฒนายุทธศาสตร์ : การปฏิรูปของสังคม เป็นผลลัพธ์ของการปฏิสัมพันธ์กันของสังคม ด้วยตัวแสดงที่ไม่มีผู้มีอำนาจสูงสุดอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดกระบวนการปฏิรูป กิจกรรมที่หลากหลายจึงต้องถูกจัดวางอยู่ในยุทธศาสตร์ร่วม (Collective strategy) ดังนั้น ยุทธศาสตร์จึงต้องถูกพัฒนาขึ้นภายในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเชื่อมโยงความรู้ในทางปฏิบัติ และทรัพยากรของแต่ละฝ่าย และเพื่อสร้างความมั่นใจในการสนับสนุนการนำยุทธศาสตร์นั้นไปสู่การปฏิบัติ

ประเด็นท้าทายของการอภิบาลด้วยกระบวนการไตร่ตรองสะท้อนคิด

ประเด็นท้าทายสำคัญของการอภิบาลที่อาศัยกระบวนการไตร่ตรองสะท้อนคิด (VoB et al. 2006) ได้แก่

1. คุณภาพและผลลัพธ์ของการอภิบาลแบบนี้จะดีกว่าจริงหรือไม่ เนื่องจากมีปัญหาว่าผลลัพธ์ที่ถูกต้องคืออะไร และการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนของการพัฒนาที่ยั่งยืนอาจไม่สามารถทำได้ เพราะการกำหนดไว้ล่วงหน้าอาจกลายเป็นกำหนดผลของการเรียนรู้ไว้ล่วงหน้าและทำลายจุดแข็งของกระบวนการนี้ ซึ่งการอภิบาลเป็นกระบวนการแสวงหาคำตอบและเรียนรู้ที่เป็นปลายเปิด มีลักษณะที่สำคัญบางส่วนคือ
 - การบรรลุปลายนทางของสังคม, โดยช่วยหลีกเลี่ยงผลกระทบที่ไม่คาดคิดและปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งมีประสิทธิภาพมากกว่าการแก้ปัญหาแบบเดิม, โดยไม่ได้อาศัยการสร้างการยอมรับคำตอบที่กำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว แต่เป็นการเปิดโอกาสให้กับทางเลือกใหม่ ๆ ที่หลากหลาย
 - การเรียนรู้เกี่ยวกับเป้าหมาย, กระบวนการอภิบาลนี้ช่วยให้การตัดสินใจทางการเมืองของผู้มีอำนาจทำได้ดีขึ้น โดยเปิดโอกาสให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างกว้างขวางในการประเมินและทบทวนเป้าหมายปลายทางซ้ำ ๆ และการทดลองดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่หลากหลายจะช่วยให้ประสบการณ์ที่ช่วยในการประเมินความจำเป็นและเป็นการค้นหาแนวทางใหม่ ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น
 - คุณภาพในการนิยามปัญหา, กระบวนการอภิบาลนี้ทำให้การนิยามปัญหาทำได้ดีขึ้น โดยการเชื่อมประสานมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึงตัวแสดงที่มีขีดความสามารถและทรัพยากรจำกัดในการนำเสนอความคิดและการรับรู้ของตัวเองออกสู่สาธารณะ
2. การอภิบาลเกิดขึ้นที่ใด แนวคิดการอภิบาลนี้เป็นความพยายามในการเชื่อมโยงสิ่งที่เคยอยู่แยกออกจากกันเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กัน ไม่ว่าจะเป็นการแบ่งแยกองค์ความรู้ทางวิชาการกับความรู้จากการปฏิบัติโดยใช้

กระบวนการสร้างความรู้ข้ามสาขาวิชาชีพ, การเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ของตัวแสดงที่หลากหลาย รวมถึงการเชื่อมโยงระหว่างขอบเขตพื้นที่ที่แตกต่างกันตั้งแต่ระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ จนถึงระดับนานาชาติ, การอภิบาลจึงไม่ได้มีข้อจำกัดว่าจะต้องเกิดขึ้นที่ระดับใด แต่เป็นการค้นหาพื้นที่ที่มีมุมมอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับปัญหาเฉพาะนั้น ๆ เช่น ปัญหาอย่างภาวะโลกร้อนก็ต้องมีการทำงานเชื่อมประสานกันในระดับนานาชาติ, การอภิบาลจึงเกิดได้ทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค

3. ความขัดแย้งของประสิทธิผล (Efficacy Paradox) ดังที่กล่าวมาแล้วว่าลักษณะสังคมในปัจจุบันทำให้ในการรับมือกับปัญหาต้องอาศัยการ “เปิด” รับสิ่งที่แตกต่างหลากหลายให้มากที่สุด เพื่อลดผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ แต่ในความเป็นจริงการอภิบาลจะมีประสิทธิภาพได้จำเป็นต้องมีการลดทอนความซับซ้อนลงให้เป้าหมายและยุทธศาสตร์มีความคงที่เพียงพอ เป็นการ “ปิด” เพื่อให้ได้ข้อสรุปเบื้องต้นบางอย่างที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่ง Voß และคณะ (2006: 431-5) เสนอว่าการอภิบาลควรเป็นการผสมผสานระหว่างการ “เปิด” และ “ปิด” ไปด้วยกัน โดยการ “เปิด” รับข้อมูลที่รอบด้านโดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดเป้าหมายและการพัฒนายุทธศาสตร์ ส่วนการ “ปิด” อาจมีได้อย่างน้อยสองแนวทางคือ

- การเปิดและปิดต่อเนื่องกันไป (Sequential opening and closing) คือ “ปิด” โดยการมีการกำหนดตัวเลือกและจัดลำดับความสำคัญเพื่อให้ได้ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหานั้น หลังจากดำเนินการไปแล้วก็จะมี การ “เปิด” เพื่อให้มีการทบทวนและพัฒนาต่อไปในอนาคต
- การเปิดแล้วปิดด้วยการทดลอง (Exploring Experiment) คือ “ปิด” โดยมีการกำหนดตัวเลือกที่หลากหลาย และดำเนินการปฏิบัติในลักษณะทดลองกับยุทธศาสตร์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้ได้เรียนรู้ผลที่เกิดขึ้นจากหลาย ๆ แนวทาง

การอภิบาลในฐานะการรับมือกับปัญหาในการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืนจึงต้องอาศัยการผสมผสาน และสร้างสมดุลระหว่างการเปิดรับสิ่งที่หลากหลายกับการเลือกแนวทางเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้นแม้จะไม่สามารถกำจัดผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ได้ทั้งหมด แต่สามารถหลีกเลี่ยงหรือลดทอนลงได้ โดยมีกระบวนการที่สำคัญคือการ “เปิด” ให้ตัวแสดงที่เกี่ยวข้องในขอบเขตที่สอดคล้องเหมาะสมกับ “ปัญหา” นั้น เข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด

๑.๖ ปรัชญาการอภิบาลกับการปฏิรูปสังคมไทย

เมื่อวิเคราะห์กรอบแนวคิดการอภิบาล ที่ได้ประมวลมา จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 มิติของการอภิบาล ได้แก่ ธรรมชาติ บาล เครือข่ายการอภิบาล และการอภิบาลสะท้อนคิด เป็นการอธิบายถึงสิ่งเดียวกันในต่างมุมมอง โดยสามารถเชื่อมโยงต่อเป็นเรื่องเดียวกันได้ เช่น หากให้จุดเริ่มต้นอยู่ที่การอภิบาลโดยรัฐบาล ก็จะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่รัฐถูกเรียกร้องให้มีการปรับตัว พัฒนาไปสู่ลักษณะ “ธรรมชาติบาล” ซึ่งรวมถึงเปิดให้ตัวแสดงอื่น ๆ ในสังคมมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารกิจการของรัฐและการแก้ปัญหาในสังคม ก็ต้องอาศัยตัวแสดงในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ทำงานเชื่อมประสานกันเป็น “เครือข่ายการอภิบาล” ซึ่งเครือข่ายที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้นเรื่อย ๆ นี้ก็ต้องเผชิญกับปัญหาการพัฒนาสังคมที่ยากขึ้นและสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จึงต้องอาศัยกระบวนการจัดการปัญหาร่วมกัน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดเป้าหมายและกำหนดยุทธศาสตร์ภายในกระบวนการ “การอภิบาลที่อาศัยกระบวนการไตร่ตรองสะท้อนคิด”

ในประเทศไทยการพัฒนาการอภิบาล เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปการเมือง ที่ได้ทำให้เกิดการเรียกร้องให้มีการปฏิรูปการบริหารกิจการภาครัฐให้มีลักษณะที่เป็น “ธรรมาภิบาล” มากขึ้น ซึ่งแม้จะมีความตื่นตัวของภาครัฐ มีการออกกฎหมายเพื่อผลักดันเรื่องนี้ แต่ยังไม่เป็นผลมากนัก ศ.นพ.ประเวศ วะสี ผู้นำการปฏิรูปสังคมคนสำคัญคนหนึ่ง ซึ่งเห็นว่าการพัฒนาธรรมาภิบาลนั้นไม่ได้เป็นเพียงการเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลของการบริหารจัดการภาครัฐเท่านั้น แต่เป็นการพัฒนาบทบาทของ “ไตรภาคี” ในการอภิบาลสังคม ซึ่งได้แก่ ภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาคสังคม โดยเห็นว่า ภาครัฐบาลและธุรกิจต้องมีความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้จึงจะตั้งอยู่ในความถูกต้อง และภาคสังคมต้องเข้มแข็งจึงจะทำให้รัฐบาลและธุรกิจโปร่งใส (ประเวศ 2541: 24) “ธรรมาภิบาล” ในความหมายของท่านจึงเป็นการพัฒนาการปกครองแบบประชาธิปไตยด้วย

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้ชี้ให้เห็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาที่ผ่านมา ว่าเรามองประชาธิปไตยเป็นเพียง “กลไก” เท่านั้น จึงไปเน้นที่การพัฒนากลไกต่าง ๆ ทำให้ติดขัด ปัญหาของสังคมไทยอยู่ที่การมี “โครงสร้าง” แบบเผด็จการ เป็น “โครงสร้างทางตั้ง” ที่มีความสัมพันธ์แบบไม่เท่าเทียมกันระหว่างคนข้างบนที่มีอำนาจกับคนข้างล่างที่ไม่มีอำนาจ ทั้งโครงสร้างทางการเมือง ราชการ การศึกษา ธุรกิจหรือศาสนาล้วนเป็นโครงสร้างทางตั้ง ทำให้เกิดความขัดแย้งกันรุนแรง ท่านเสนอให้แก้ไขโครงสร้างสังคมเป็น “โครงสร้างทางราบ” ที่ให้ทุกคนมีศักดิ์ศรี มีสิทธิ เสรีภาพที่จะทำสิ่งที่ดี มีการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำกันอย่างหลากหลายและเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย ซึ่งจะทำให้เกิดพลัง ทั้งพลังทางศีลธรรม พลังทางสังคม พลังทางการเมือง และพลังทางปัญญา โดย “พลังทางศีลธรรม” คือการเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน “พลังทางสังคม” ในการรวมตัวของผู้คนจำนวนมากในการผลักดันเรื่องใด ๆ ให้สำเร็จ และ “พลังทางการเมือง” ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐ รวมทั้งเสนอแนะ เรียกร้อง หรือต่อสู้ เพื่อการตัดสินใจทางนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน และ “พลังทางปัญญา” เกิดจากกระบวนการร่วมคิดร่วมทำและการเรียนรู้ร่วมกันในเชิงปฏิบัติ (Interactive learning through action) (ประเวศ 2552: 11-14) การอภิบาลสังคมจึงเป็นการสร้างความถูกต้อง โดยเปลี่ยนจากการปกครองแนวตั้งมาเป็นแนวราบแบบเครือข่าย ที่มีการทำงานและเรียนรู้ร่วมกัน

การเติบโตของภาคสังคม หรือ “ประชาสังคม” ในช่วงที่ผ่านมา ได้ทำให้เกิด “พลังทางการเมือง” ของภาคประชาชนที่เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น โดยระบบการเมืองภาคที่เป็นทางการกลายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของระบบการเมืองทั้งหมดเท่านั้น นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้ชี้ให้เห็นว่าในการอภิบาลจำเป็นต้องมี “กระบวนการถกเถียงเชิงวิคิด” (Deliberative function) เพื่อให้การเมืองทั้งสองภาคนี้ไม่ปะทะขัดแย้งกัน สามารถบูรณาการกันได้และเกื้อกูลกันได้ (โกมาตร 2548: 214) ซึ่งในการเชื่อมประสานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการร่วมกันขับเคลื่อนแก้ปัญหาสังคม โดยเฉพาะปัญหายาก ๆ ที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างหรืออาศัยการสร้างเจตนาธรรมในทางสังคมร่วมกัน ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้นำเสนอยุทธศาสตร์ที่เรียกว่า “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การสร้างความรู้ การขับเคลื่อนพลังทางสังคมและการขับเคลื่อนสถาบันทางการเมือง จึงเป็นการเชื่อมโยงการเมืองภาคประชาชนและการเมืองภาคที่เป็นทางการเข้าด้วยกันโดยมีความรู้เป็นฐาน เป็นกระบวนการอภิบาลที่มีการมีส่วนร่วม มีปฏิสัมพันธ์ และมีการเรียนรู้ร่วมกัน ตั้งแต่กระบวนการสร้างความรู้ การกำหนดเป้าหมาย การพัฒนายุทธศาสตร์และการลงมือปฏิบัติ

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า กระบวนการปฏิรูปสังคมไทย มีองค์ประกอบของแนวคิดการอภิบาลที่ได้ประมวลมาทั้งสามมิติ คือ “ธรรมาภิบาล” “เครือข่ายการอภิบาล” และ “การอภิบาลโดยอาศัยกระบวนการไตรภาคีกรองสะท้อนคิด” ที่สังคมตะวันตกได้กำหนดนิยามขึ้น แต่มีแนวคิดทางปรัชญาและอุดมคติแบบตะวันออกที่เป็นรากฐานสำคัญ เช่น แนวคิด “สังคมสมานภาพ” ของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี หรือการสร้างสังคมอุดมคติแบบแนวคิด “สันติประชาธรรม” ของอาจารย์ป๋วย อึ๊งภากรณ์

บทที่ ๒ ระบบสุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพ

๒.๑ แนวคิดเรื่องระบบสุขภาพ

ฐานคติและวิถีคิดเรื่องสุขภาพและระบบสุขภาพ

แนวคิดเรื่องระบบสุขภาพประกอบขึ้นจากสองส่วนคือ “ระบบวิถีคิด” หรือทฤษฎีเกี่ยวกับโรคและสุขภาพ (Disease theory system) และ “ระบบงาน” หรือระบบการดูแลรักษาและแก้ปัญหาสุขภาพ (Health delivery system) ซึ่งสัมพันธ์กันมาก คือถ้าวิถีคิดเปลี่ยน ก็จะทำให้การสร้างระบบงานด้านสุขภาพเปลี่ยนไปด้วย (โกมาตร 2548: 180) วิถีคิดแบบการแพทย์แบบชีวภาพภายใต้ทฤษฎีเชื้อโรค (germ theory) กลายเป็นแนวคิดกระแสหลักของชาติตะวันตก เนื่องจากพัฒนาการของสังคมและความเจริญก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และเมื่อการแพทย์เป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการขยายอิทธิพลไปยังดินแดนต่าง ๆ จึงทำให้ระบบการแพทย์แบบตะวันตกกลายเป็นการแพทย์กระแสหลักของโลก

ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จะมีการก่อตั้งองค์การอนามัยโลกขึ้น (ค.ศ.1946) และมีการกำหนดคำนิยามของสุขภาพ (Health) ไว้ในธรรมนูญองค์การอนามัยโลกว่า “สุขภาพ หมายถึงสภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น” ที่ดูเหมือนจะเป็นความพยายามขยายขอบเขตออกไปให้กว้างกว่าวิถีคิดแบบเดิม แต่การฟื้นฟูประเทศที่เสียหายจากสงครามของรัฐบาลประเทศต่าง ๆ และการต่อต้านสังคมนิยม โดยให้ความช่วยเหลือประเทศโลกที่สาม ก็ยังคงมุ่งเน้นที่การจัดบริการสุขภาพ (Health service system) เป็นหลัก

คำประกาศเพื่อสร้างกระแสธารณสุขมูลฐานที่อัลมา อตา ในปี พ.ศ.2518 (ค.ศ. 1975) ได้นำมาสู่การตั้งเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ทำให้สุขภาพกลายเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์อย่างชัดเจน ต่อมาเมื่อมีการตื่นตัวเรื่องการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนหันมามีส่วนร่วมในการปกป้องสุขภาพของประชาชน จึงเกิด “กฎบัตรรอตตาวา” ในปี พ.ศ.2529 (ค.ศ.1986) ซึ่งทำให้ประชาคมโลกตระหนักมากขึ้นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ มากกว่าสนใจเพียงองค์ประกอบทางการแพทย์แบบชีวภาพเท่านั้น (สุรเกียรติ 2550)

แม้กระแสแนวคิดเรื่องสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก จนในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2542 มีการเสนอให้ขยายนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกให้ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณและความเป็นพลวัตของสุขภาพ เพื่อให้มีความหมายชัดเจนและเป็นองค์รวมมากขึ้น (วิพุธ 2544:1) แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนแต่อย่างใด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกจะส่งผลกระทบต่อประเทศต่าง ๆ ต้องมีการทบทวนวิถีคิดและวิธีทำงานกับสิ่งที่เรียกว่า “สุขภาพ” ในความหมายใหม่ รวมถึงองค์การอนามัยโลกเองก็ต้องทบทวนบทบาทภารกิจของตนเองด้วย อย่างไรก็ตามกระบวนการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และมุมมองเชิงปรัชญาของระบบสุขภาพ จากการจัดบริการอย่างทั่วถึง (Health for All) เป็นแนวคิดที่ให้ทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วม (All for Health) (วิพุธ 2544: 46)

นิยามระบบสุขภาพกับการเปรียบเทียบระบบสุขภาพระหว่างประเทศ

การนิยามความหมายและกำหนดขอบเขตหรือองค์ประกอบของระบบสุขภาพ เป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในวงวิชาการโดยเฉพาะในการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระบบสุขภาพระหว่างประเทศ มีความพยายามสร้างคำอธิบายหลายแบบ เช่น นิยามด้วยกิจกรรม หรือบทบาทหน้าที่ (เช่น การให้บริการ การเงินการคลัง) ในการเปรียบเทียบก็มีการใช้ดัชนีต่าง ๆ เช่น ชีตความสามารถในการให้บริการ (เช่น จำนวนเตียง จำนวนแพทย์) หรือดัชนีสถานะสุขภาพของประชาชน แต่มีผู้เปรียบเทียบว่าวิธีการเหล่านี้เป็นเหมือนการเทียบระหว่าง “กล้วยกับแอปเปิล” ที่แม้จะเป็นผลไม้เหมือนกันก็ไม่สามารถ เนื่องจากแต่ละประเทศหรือแต่ละสังคมมีลักษณะเฉพาะของตนเองที่ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ด้วยตัวเลขดัชนีหรือข้อมูลที่ลดทอนบริบทด้านอื่น

เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว William C. Hsiao ศาสตราจารย์ด้านเศรษฐศาสตร์และนโยบายสุขภาพแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้เสนอกรอบแนวคิดเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบระบบสุขภาพระหว่างประเทศ โดยพิจารณาว่าระบบสุขภาพเป็นระบบเศรษฐกิจและสังคมอย่างหนึ่ง ดังนั้นจึงประกอบด้วยชุดของ “การกระทำและการละเว้นการกระทำ” ของรัฐ ที่มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการบางอย่างของสังคม และได้ทำการศึกษากฎหมาย เอกสารนโยบายและรายงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในหลายประเทศ พบว่าเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goals) ของระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ทั้งที่ระบุไว้อย่างชัดเจน (explicit) และแฝงไว้ (implicit) ในเอกสารเหล่านี้ มี 3 ประการ คือ การมีสถานะสุขภาพดีขึ้น การป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน และสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนหรือผู้บริโภค

การบรรลุเป้าหมายเหล่านี้จะเกิดขึ้นผสมผสานกันไป โดยมีสองด้านที่ต้องพิจารณาคือ ระดับของการบรรลุและการกระจายของเป้าหมายนั้น จึงมักพบว่าการ “กระจาย” อย่างทั่วถึง หรือ “ความเท่าเทียม” มักจะถูกระบุเป็นเป้าหมายของระบบสุขภาพอยู่เสมอ โดยเฉพาะความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า (Access) แต่ Hsiao เห็นว่าแท้จริงแล้วความเท่าเทียมหรือความเป็นธรรมเป็นเพียงเป้าหมายระหว่างทาง (Intermediate outcome) เท่านั้น ซึ่งรวมประเด็นเรื่อง คุณภาพ (Quality) และประสิทธิภาพ (Efficiency) ก็เป็นเพียงเป้าหมายระหว่างทางที่จะต้องนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดทั้งสามประการที่กล่าวถึงนี้ (Hsiao 2003: 8)

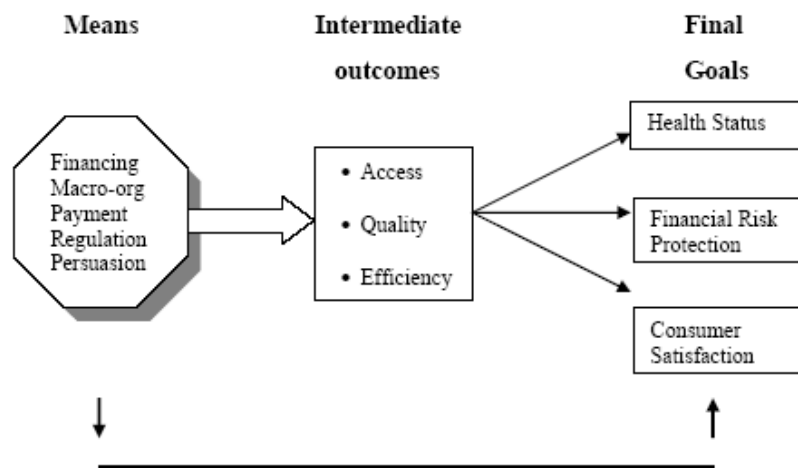
เขาได้พัฒนากรอบแนวคิดของระบบสุขภาพโดยให้นิยามว่า “ระบบสุขภาพถูกนิยามโดยองค์ประกอบของเหตุปัจจัยพื้นฐานที่สามารถอธิบายผลลัพธ์ของระบบได้ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเชิงนโยบายในการปรับเปลี่ยนผลลัพธ์นั้นได้” โดยเรียกองค์ประกอบของระบบส่วนที่เป็น “เหตุปัจจัย” ว่าเป็นปุ่มควบคุม (Control Knobs) เป็นส่วนที่รัฐสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ มี 5 องค์ประกอบ (ดังภาพที่ 3) ได้แก่

- (1) การเงินการคลังและสถาบันที่เกี่ยวข้อง (Financing and its institutional organization) ประกอบด้วยเครื่องมือหลักที่เกี่ยวกับการเงินอย่างน้อย 4 ประการคือ การไถ่มา การกระจาย การจัดสัดส่วนและการจัดระบบองค์กรในการกระจายเงิน
- (2) การจัดระบบองค์กรหลักในการส่งมอบบริการสุขภาพ (Macro-organization for delivery of health care) ซึ่งมี 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การเลือกระหว่างการใช้ระบบรัฐอย่างเดี่ยว (public monopoly) กับการใช้ระบบการแข่งขัน การกระจายอำนาจให้รัฐบาลท้องถิ่นจัดบริการของตนเอง การประสานระหว่าง การให้บริการระดับต่าง ๆ และรูปแบบในการเป็นเจ้าของสถานบริการ

¹ แปลจาก “A health system is defined by those principal casual components that can explain the system's outcomes. These components can be utilized as policy instruments to alter the outcomes.” (Hsiao 2003:5)

- (3) การจ่ายค่าตอบแทนและโครงสร้างแรงจูงใจ (Payments/incentive structure) เป็นระบบการสร้างแรงจูงใจทั้งกับฝ่ายผู้ให้บริการและฝ่ายผู้บริโภค เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการบริการและการใช้บริการที่เหมาะสม
- (4) การกำกับดูแล (Regulations) ผ่านเครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่ กฎหมาย คำสั่ง ระเบียบข้อบังคับ หรือแนวทางปฏิบัติ เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยการวางระบบที่ดีและความสามารถของภาครัฐในการส่งเสริมหรือบังคับใช้เครื่องมือเหล่านี้ โดยมีเป้าหมายหลัก 4 ประการคือ เพื่อกำหนดกติกาในการดำเนินการ รักษาความปลอดภัย สร้างความเป็นธรรม คุณภาพและประสิทธิภาพ ของบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพ
- (5) การโน้มน้าว (Persuasion) เป็นเครื่องมือสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายของระบบสุขภาพ ได้แก่ การโน้มน้าวให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ ความคาดหวัง วิถีชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพ โดยผ่านระบบการศึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร หรือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ เป็นต้น และการโน้มน้าวผู้ให้บริการ เช่น การจัดระบบการศึกษาแพทย์เพื่อเสริมสร้างจริยธรรมและอุดมคติเพื่อสังคม

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพของ William C. Hsiao



ที่มา : Hsiao 2003

กรอบแนวคิดนี้มีเป้าหมายเพื่อใช้ในการดำเนินนโยบายและการวิจัยทางเศรษฐศาสตร์ เป็นความพยายามสร้างกรอบเพื่อแยกแยะองค์ประกอบของระบบสุขภาพ เพื่อให้สามารถใช้กลไกทางนโยบายบังคับควบคุมได้และสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างสังคมที่มีความแตกต่างกัน โดยคำนึงถึงบริบทด้านอื่น ๆ ด้วยตัวอย่างการศึกษาของ Sai Ma และ Neeraj Sood (2008) ที่ใช้กรอบแนวคิดนี้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบสุขภาพของประเทศจีนกับอินเดีย โดยทำการเปรียบเทียบตั้งแต่บริบทของประเทศ ประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพ สถานะของเป้าหมายสูงสุด เป้าหมายระยะกลาง และเปรียบเทียบทั้ง 5 องค์ประกอบ เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน จึงเป็นการวิเคราะห์ที่ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อตัดสินว่าระบบสุขภาพของประเทศใดดีกว่ากัน แต่เพื่อค้นหาบทเรียนที่แต่ละประเทศสามารถเรียนรู้จากกันได้

ระบบสุขภาพใน World Health Report 2000

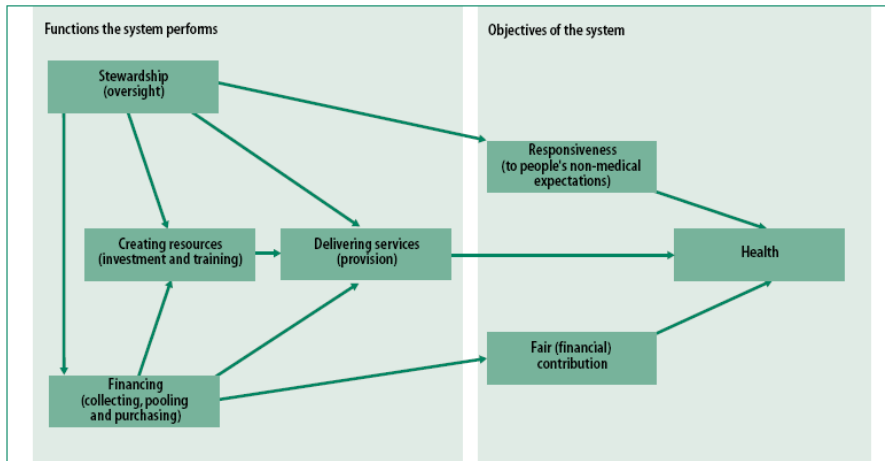
ในรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Report) ภายใต้หัวข้อเรื่อง “Health System: Increasing Performance” ในปี พ.ศ.2543 (WHR2000) ได้ให้นิยามระบบสุขภาพไว้อย่างกว้างขวางว่า “[ระบบสุขภาพ] ครอบคลุมถึงกิจกรรมทุกอย่างที่มีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริม พื้นฟูและบำรุงรักษาสุขภาพ”² ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมตั้งแต่การบริการสุขภาพที่เป็นทางการ การแพทย์ทางเลือก การใช้ยาและการดูแลรักษาตนเองที่บ้าน รวมถึงการควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพ เช่น การพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนน แต่ไม่ครอบคลุมกิจกรรมที่ไม่ได้มีเป้าหมายหลักด้านสุขภาพ เช่น เรื่องการศึกษาโดยทั่วไป แม้ว่าเป้าหมายรองจะเกี่ยวข้องก็ตาม แต่หากเป็นการศึกษาในประเด็นเฉพาะที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยตรงก็จะรวมอยู่ในขอบเขตของระบบสุขภาพด้วย เช่น การปรับปรุงหลักสูตรเพื่อเสริมความรู้ด้านสุขภาพหรือเตรียมความพร้อมในการเป็นบุคลากรสุขภาพในอนาคต

นิยามนี้ไม่ได้มีนัยว่าส่วนประกอบทั้งหลายในระบบสุขภาพจะต้องเชื่อมโยงกันหรือมีผู้สามารถทำหน้าที่ควบคุมกำกับกิจกรรมทั้งหมดได้ ทุกประเทศจึงมี “ระบบสุขภาพ” ของตนเองแม้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ นั้นจะประกอบด้วยองค์กรรมมากมายที่ไม่ได้เชื่อมประสานกัน (fragmented) หรือกิจกรรมทั้งหลายจะดำเนินไปอย่าง “ไม่เป็นระบบ” ก็ตาม อย่างไรก็ตามการดูแลระบบสุขภาพในภาพรวมแม้ไม่สามารถกำหนดว่าระบบหรือกิจกรรมต้องเป็นอย่างไร แต่ก็มีส่วนอย่างมากในการผลักดันให้ส่วนประกอบย่อยทั้งหลายมีการดำเนินการที่เหมาะสม (2000:6) (WHO 2000: 6) อย่างไรก็ตามกรอบแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพที่เสนอไว้ในรายงานฉบับนี้ ก็ยังคงให้ความสำคัญกับการให้บริการ (delivering service) เป็นหลัก

กรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก มีลักษณะเป็นการระบุถึงเหตุปัจจัย (means) และเป้าหมายปลายทาง (goals) ของระบบ คล้ายกับแนวคิดที่เสนอโดย W.C. Hsiao โดยในรายงานฉบับนี้เสนอว่าระบบสุขภาพจะต้องมีวัตถุประสงค์พื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ ช่วยให้อุณหภูมิของประชากรที่รับผิดชอบดีขึ้น (Health) ตอบสนองความคาดหวังของประชาชน (Responsiveness) และ ป้องกันประชาชนจากปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วย (Fair financial contribution) และเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านี้ระบบสุขภาพจึงต้องมีองค์ประกอบย่อยทำหน้าที่ต่าง ๆ (functions) ได้แก่ การส่งมอบบริการ การจัดหาทรัพยากร การจัดการด้านการเงินการคลัง และมีองค์ประกอบด้านการควบคุมดูแล (Stewardship หรือ Oversight) ดูแลครอบคลุมองค์ประกอบอื่นทั้งหมด รวมถึงครอบคลุมถึงการตอบสนองความคาดหวังของประชาชน (ดังในภาพที่ 4)

² แปลจาก “[Health system] include all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health.” (WHO 2000:5)

ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพ



ที่มา : WHO 2000: 25

จากกรอบแนวคิดนี้จึงเห็นได้ว่า แม้สังคมจะมีความตื่นตัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพมากขึ้น นับตั้งแต่การสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษ 1970 เป็นต้นมา และขอบข่ายของระบบสุขภาพขยายออกไปอย่างกว้างขวาง แต่การปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งเป็นประเด็นใหญ่ที่ทั่วโลกให้ความสำคัญก็ยังมุ่งเน้นอยู่ที่การพัฒนาการส่งมอบบริการ (delivering service) ซึ่งอาจเนื่องจากความล้มเหลวของยุทธศาสตร์ “สุขภาพดีถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2543” ที่ทำให้เป้าหมาย “สุขภาพดีสำหรับทุกคน” (Health for All) ยังไม่เป็นจริง ประชาชนจำนวนมากทั่วโลกยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้

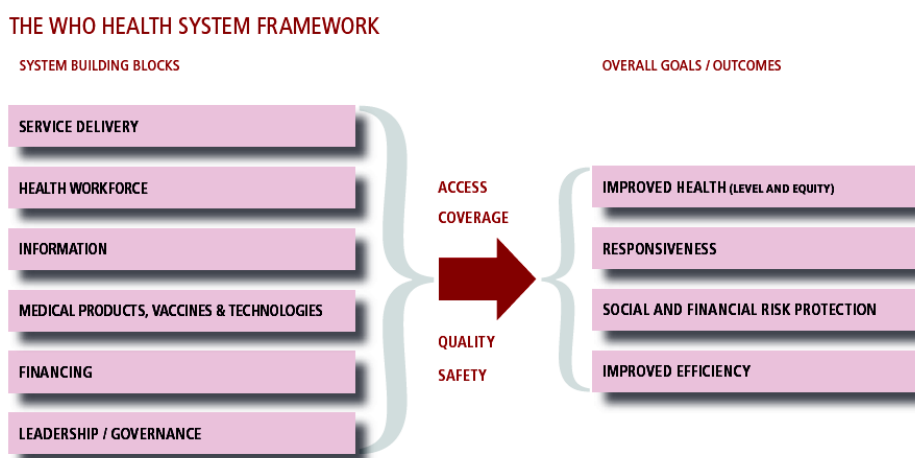
กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแบบใหม่ขององค์การอนามัยโลก

ในรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2543 มีการจัดลำดับระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ซึ่งได้รับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากเนื่องจากแต่ละประเทศมีบริบทที่แตกต่างกัน รวมทั้งระบบสุขภาพเองก็มีความซับซ้อนมากขึ้น ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ทบทวนบทบาทของตนเองในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ และพบว่าในการพัฒนานั้นไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) ที่จะป็นแม่แบบหรือพิมพ์เขียวได้ เนื่องจากแต่ละประเทศมีบริบทที่แตกต่างกันจึงต้องมีแนวทางของตัวเอง แต่มีข้อสังเกตว่าระบบสุขภาพที่ดีนั้นมีลักษณะร่วมกันบางอย่าง จึงเผยแพร่เอกสารชื่อ “Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes” ในเอกสารนี้องค์การอนามัยโลกกำหนดกรอบแนวคิดเพื่อใช้ในการตอบคำถามว่า “อะไรคือระบบสุขภาพ” และ “ทำอะไรจึงจะทำให้เกิดระบบสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง” โดยได้ให้นิยามระบบสุขภาพที่กว้างขวางขึ้นกว่ารายงานในปี พ.ศ.2543 ว่า “ระบบสุขภาพประกอบด้วยองค์กร ผู้คนและกิจกรรมทั้งหมดที่มีความมุ่งหมายหลักในการส่งเสริม ฟื้นฟูและรักษาสุขภาพ ซึ่งนอกจากกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพโดยตรงแล้วยังรวมถึงความพยายามที่ส่งผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinants of health) ด้วย”³ (WHO 2007)

³ แปลจาก “A health system consists of all organizations, people and actions whose primary intent is to promote, restore or maintain health. This includes efforts to influence determinants of health as well as more direct health-improving activities.” (WHO 2007:2)

ในรายงานฉบับนี้ องค์การอนามัยโลกได้พัฒนากรอบแนวคิดของระบบสุขภาพขึ้นใหม่ (ดังภาพที่ 4) โดยกำหนดให้มียุทธศาสตร์หรือพื้นฐาน 6 ประการ ที่เรียกว่า “System building blocks” ได้แก่ การส่งมอบบริการ บุคลากรสุขภาพ สารสนเทศ ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์/วัคซีนและเทคโนโลยี การเงินการคลัง และ ภาวะผู้นำ/การอภิบาล ซึ่งไม่ได้แตกต่างจากที่เสนอไว้ใน WHR2000 มากนัก แต่ได้เพิ่มเติมเป้าหมาย/ผลลัพธ์ของระบบในลักษณะเดียวกับกรอบแนวคิดที่ W.C. Hsiao พัฒนาขึ้น คือมีการระบุถึงเป้าหมายทั้งระยะกลางและเป้าหมายปลายทาง แต่ได้เพิ่มเติมเรื่องความครอบคลุมของระบบ (Coverage) และความปลอดภัย เป็นเป้าหมายระยะกลาง และนำเอาประเด็นเรื่องประสิทธิภาพ (efficiency) ไปเพิ่มเติมเป็นเป้าหมายปลายทางอีกประการหนึ่ง รวมกับสามเป้าหมายที่เคยระบุไว้แล้วใน WHR2000

ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก



ที่มา : WHO 2007

กรอบแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นใหม่นี้ จึงเป็นอีกตัวแบบหนึ่งที่ทำให้เห็นภาพรวมในเชิงระบบได้ชัดเจน แต่ยังมีลักษณะที่เน้นการวิเคราะห์ระบบเพื่อประโยชน์ในการพัฒนานโยบาย โดยมี “การบริการสุขภาพ” เป็นศูนย์กลางของระบบ เช่นเดียวกับกรอบแนวคิดเดิมที่เสนอไว้ในปี พ.ศ.2543

กรอบแนวคิดระบบสุขภาพของประเทศไทยในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

สำหรับประเทศไทยการปรับวิธีคิดเปลี่ยนกระบวนทัศน์เกี่ยวกับ “สุขภาพ” เป็นฐานสำคัญที่ทำให้กรอบแนวคิดของสิ่งที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพ” ของประเทศไทยมีความกว้างขวางมากกว่าสิ่งที่นักวิชาการในต่างประเทศหรือองค์การอนามัยโลกให้ความสนใจ ในการประชุมวิชาการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2539 ในหัวข้อ “ปฏิรูประบบสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ” ศ.นพ.ประเวศ วะสี ผู้นำการปฏิรูปคนสำคัญ ได้กล่าวถึงแนวคิดเรื่องนี้ไว้ในบทนำของหนังสือประกอบการประชุมที่ชื่อว่า “การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ” โดยให้ความหมายของสุขภาพและระบบสุขภาพไว้อย่างกว้างขวางว่า สุขภาพหมายถึง “...ความสุขสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตและทางสังคม เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตและการพัฒนา ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพเรียกว่าระบบสุขภาพ (Health System)” (อ้างถึงใน อำพลและคณะ 2551a: 404) ซึ่งสิ่งที่ ศ.นพ.ประเวศ ได้เขียนหรือพูดในที่ต่าง ๆ ได้แสดงให้เห็นว่าแนวคิดของท่านเกี่ยวกับสิ่งที่เรียกว่า “สุขภาพ” มีความหมายในเชิงอุดมคติที่ลึกซึ้งกว้างขวาง

ครอบคลุมถึงแทบทุกมิติของชีวิตมนุษย์ เป็นเรื่องของ “ความถูกต้องทั้งหมด” และ “มีฐานะเป็นอุดมการณ์ของมนุษย์” (ประเวศ 2543) ซึ่งกระบวนการนี้ก็เป็นฐานสำคัญของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย

จากระบบวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่เปลี่ยนไปทำให้ระบบวิธีทำงานเกี่ยวกับสุขภาพและระบบสุขภาพเปลี่ยนไปด้วย ระบบสุขภาพของไทยจึงมีความกว้างขวางมากกว่าระบบบริการมาก การปฏิรูประบบสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่ง ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวว่าระบบสุขภาพต้องการวิธีคิดใหม่ จินตนาการใหม่ และต้องการความคิดเชิงระบบ โดยเสนอว่า “การปฏิรูประบบนั้นคือ การคิดโครงสร้างของระบบสุขภาพให้ครบ ให้โครงสร้างเหล่านั้นสัมพันธ์กัน ระบบจะได้วิ่งไปอย่างเรียบร้อย ไปถึงจุดหมายปลายทางได้ สร้างคุณค่าและความสุขให้ทุกคนและทุกองค์กรที่เกี่ยวข้อง” (ประเวศ 2543: 10-11) ซึ่งท่านได้เสนอตัวอย่างองค์ประกอบของระบบสุขภาพไว้อย่างกว้างขวางถึง 12 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) สังคมไทยมีวิถีเรื่องสุขภาพถูกต้อง (สัมมาทิฐิ) (2) คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพและมีทักษะในการสร้างสุขภาพ (3) เศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม (4) สิ่งแวดล้อมดี (5) การเรียนรู้และการสื่อสาร (6) ปฏิรูประบบป้องกันและควบคุมโรค (7) ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (8) ตั้งสภาการสุขภาพแห่งชาติ (9) ออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (10) การเมืองกับสุขภาพ (11) การบวนการทางสังคมที่เข้มแข็ง (12) ศาสนากับสุขภาพ (ประเวศ 2543)

เอกสารชิ้นสำคัญที่ได้เสนอกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพในอุดมคติและเป็นฐานในการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยคือ “รายงานสุขภาพประชาชาติ” ของคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภาในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งมี ศ.นพ.ประสพ รัตนากร ประธานกรรมการเป็นประธานคณะทำงาน โดยมี นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นหัวหน้าคณะทำงาน

ในรายงานฉบับนี้ได้เสนอความมุ่งหมายและเจตนารมณ์ของระบบสุขภาพว่า “ระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยทุกคนให้มีสุขภาพะทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ สุขภาพดีจึงเป็นสิทธิและความรับผิดชอบของคนไทยทุกคน รัฐมีหน้าที่ในการสร้างนโยบาย และระบบเพื่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง และเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” (2543: 6) และได้เสนอว่าระบบสุขภาพควรมีหลักการสำคัญ 6 ประการ ได้แก่

1. เป็นระบบสุขภาพเพื่อทุกคนและทุกคนมีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของตนเอง (Health for all, All for Health)
2. ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว ของชุมชน (participatory)
3. ระบบสุขภาพมีความเสมอภาค โดยคนไทยทุกคนสามารถบรรลุสุขภาพดี เข้าถึงบริการโดยเสมอภาคกัน เมื่อมีความต้องการสุขภาพ (equity)
4. การลงทุน และใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และให้ผลตอบแทนสุขภาพที่ดี (macroeconomic efficiency)
5. ระบบบริการสุขภาพ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เพียงพอและทั่วถึง เข้าถึงสะดวก (equity, standards, efficiency, adequacy, wide coverage and accessible)
6. ระบบสุขภาพมีลักษณะผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน, แผนไทย และแผนอื่น ๆ (integrative)

ซึ่งรายงานฉบับนี้ได้เสนอสาระสำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ควรจะเป็นไว้ค่อนข้างครบถ้วนซึ่งได้แบ่ง สาระสำคัญออกเป็น 8 หมวด คือ (1) ความมุ่งหมาย เจตนารมณ์ และหลักการสำคัญ (2) สิทธิ หน้าที่ ความเสมอภาค และหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน (3) การสร้างสุขภาพและการควบคุมโรค (4) ระบบบริการ (5) ทรัพยากรและการลงทุนในระบบสุขภาพ (6) กลไกการตรวจสอบคุณภาพ/คุ้มครองสุขภาพ (7) การบริหารจัดการข้อมูล และความรู้ด้านสุขภาพ และ (8) บทบาทของรัฐและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ซึ่งสาระสำคัญบางส่วนของรายงานฉบับนี้ได้นำมาสู่การยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในเวลาต่อมา (อำพล และคณะ 2551a: 405)

รายงานฉบับนี้ได้นำไปสู่การออก “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” ในปีเดียวกัน ซึ่งระเบียบฉบับนี้ทำให้ประเทศไทยเป็นรัฐแรกที่กำหนดให้นิยามของคำว่าสุขภาพกินความครอบคลุมทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (วิพุธ 2544: 1) และทำให้เกิดกระบวนการร่างกฎหมายโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง จนสามารถผลักดันออกมาเป็น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ในที่สุด

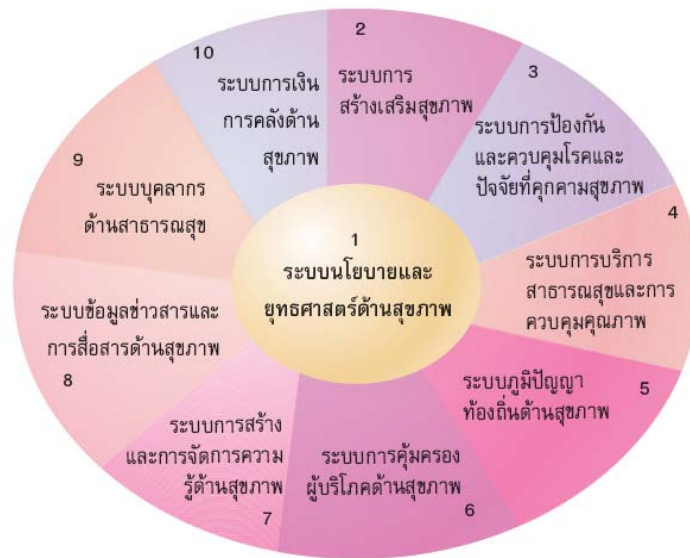
ระบบสุขภาพใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

นิยามของ “ระบบสุขภาพ” ได้รับการบัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าหมายถึง “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” ซึ่งสัมพันธ์กับนิยามของ “สุขภาพ” ที่บัญญัติไว้ว่าหมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” โดย “ปัญญา” หมายถึง “ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น” จึงมีความหมายที่กว้างขวางมากกว่านิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาก โดยกระบวนการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ ได้พยายามจัดวางองค์ประกอบของระบบสุขภาพให้ครบถ้วนและสอดคล้องกัน โดยเสนอว่าควรประกอบด้วย 10 ระบบย่อย (อำพล 2551: 337) ได้แก่

- (1) ระบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
- (2) ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ
- (3) ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- (4) ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
- (5) ระบบการส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ
- (6) ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค
- (7) ระบบการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- (8) ระบบเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- (9) ระบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
- (10) ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ทั้ง 10 ระบบย่อยนี้มีความเชื่อมโยงประสานกัน โดยมีระบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเป็นศูนย์กลาง โดยสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังภาพที่ 6

ภาพที่ 6 ระบบย่อยในระบบสุขภาพไทย



ที่มา : อําพลและคณะ 2551b: 337

หากวิเคราะห์โครงสร้างระบบสุขภาพไทยตามแนวคิดแบบ “เหตุปัจจัยและผลลัพธ์” เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดของ Hsiao หรือองค์การอนามัยโลกแล้ว จะพบว่านอกจากองค์ประกอบที่มีความกว้างขวางแล้ว เป้าหมายหรือผลลัพธ์ของระบบสุขภาพไทยนั้นยังกว้างไกลกว่ามาก เนื่องจากเป้าหมายปลายทาง (Ultimate goal) ของระบบสุขภาพนั้นคือ “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์” ตามนิยามสุขภาพใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ดังนั้นจึงอาจไม่เกินไปนักถ้าจะกล่าวว่า ความหมายของ “ระบบสุขภาพ” ที่ประเทศไทยพยายามจะพัฒนาไปให้ถึง กับสิ่งที่กล่าวถึงโดยนักวิชาการส่วนใหญ่ในต่างประเทศหรือโดยองค์กรระหว่างประเทศอย่างองค์การอนามัยโลก ไม่ได้เป็นสิ่งเดียวกันอีกต่อไป ด้วยอยู่บนกระบวนทัศน์สุขภาพคนละชุดกัน

อย่างไรก็ตามความหมายของ “ระบบสุขภาพ” ที่ใช้กันอยู่ในสังคมไทยปัจจุบันก็ยังมีหลากหลาย ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยน “กระบวนทัศน์” ของสังคมไม่ได้เกิดขึ้นอย่างก้าวกระโดด แต่ค่อย ๆ เปลี่ยนโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม ซึ่งจะเกิดขึ้นควบคู่ไปกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่จะต้องดำเนินต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด

๒.๒ การอภิบาลระบบสุขภาพ

ความหลากหลายและกำกวมของสิ่งที่เรียกว่า “การอภิบาล” ในด้านสุขภาพ

แนวคิดเรื่องการอภิบาล (Governance) ที่นำมาใช้กับประเด็นด้านสุขภาพ ก็ไม่ต่างกับด้านอื่น ๆ ที่มีการใช้กันในแนวคิดที่แตกต่างหลากหลาย อีกทั้งนอกจากความหมายหรือมิติการอภิบาลต่าง ๆ ที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 1 ยังมีการพัฒนากรอบแนวคิดที่ใช้กับประเด็นเฉพาะด้านสุขภาพ เช่น แนวคิดเรื่อง “การอภิบาลทางคลินิก”⁴ (Clinical

⁴ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ และ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2551:41) แปล Clinical Governance ว่า “ธรรมาภิบาลทางคลินิก”

Governance) ของประเทศอังกฤษ ที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการกำหนดมาตรฐาน ประกันคุณภาพ และพัฒนาคุณภาพ บริการสุขภาพ โดยมีการตั้งหน่วยงานเฉพาะที่ชื่อว่า Health Care Commission ขึ้นมาทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมดูแล (เกรียงศักดิ์ 2551: 41) คำว่าการอภิบาล (Governance) ก็มักถูกใช้ในความหมายที่ไม่ตรงกับคำที่แท้จริง เช่นกัน งานศึกษาเรื่องการอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) จำนวนมาก มักใช้คำว่าอภิบาลในความหมายเดียวกันกับ “ธรรมาภิบาล” ตัวอย่างเช่น การพัฒนากอบการประเมินการอภิบาลระบบสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา ของ Sameen Siddiqi และคณะ (2008) หรือ การวิเคราะห์การปรับเปลี่ยนเครือข่ายการอภิบาลสุขภาพในระดับพื้นที่ในประเทศแคนาดา ของ Steve Elson (2006)

ในประเทศไทยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพในประเทศไทย มีการกำหนดแผนการวิจัยเรื่องการอภิบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ในช่วงแรกได้ใช้แนวคิดจากกระบวนการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (เริ่มต้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2543) โดยเน้นประเด็นเกี่ยวกับการกำหนดและกำกับนโยบาย เช่น การมีส่วนร่วมในการวางแผน กระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยแบ่งการอภิบาลระบบสุขภาพออกเป็นหลายระดับ เช่น ระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น ซึ่งกรอบแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพที่ สวรส. ใช้ในช่วงนี้กำหนดขึ้นเพื่อสนับสนุนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ไม่ใช่กรอบแนวคิดที่ใช้เพื่ออธิบายระบบสุขภาพโดยรวม⁵ ต่อมาในช่วงปี พ.ศ.2548-2550 สวรส. จึงหันมาเน้นเรื่องการปรับตัวขององค์กรสุขภาพให้เกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ เพื่อให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพโดยรวมที่เปลี่ยนไป จึงเป็นการนำกรอบแนวคิด “ธรรมาภิบาล” มาใช้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้คำว่า “การอภิบาล” และ “ธรรมาภิบาล” ก็มีการใช้ปะปนกันทำให้เกิดความกำกวมว่า “การอภิบาล” ตามแนวคิดของ สวรส. ที่แท้จริงเป็นอย่างไร

องค์ประกอบที่เรียกว่า “การอภิบาล” ในระบบสุขภาพ

กรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่ WC Hsiao พัฒนาขึ้น (2003) ไม่ได้แยกแยะองค์ประกอบที่ทำหน้าที่ในการอภิบาลออกมาอย่างชัดเจนแบบองค์ประกอบ Stewardship หรือ Leadership/Governance ในแนวคิดขององค์กรอนามัยโลก กรอบแนวคิดระบบสุขภาพของไทยใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ก็ไม่ได้แยกแยะองค์ประกอบนี้ไว้เช่นเดียวกัน ซึ่ง นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ได้ให้ข้อเสนอประเด็นนี้ว่า “ระบบสุขภาพที่ดีต้องมีระบบและกลไกการอภิบาล (governance mechanism) ดูแลระบบสุขภาพเพื่อติดตามประเมินผล ครอบคลุมกำกับ ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุน ประสานเชื่อมโยงทุกระบบย่อยเข้าด้วยกัน เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปข้างหน้า” (อำพล 2551) จึงเห็นว่าระบบสุขภาพนอกจากประกอบด้วย 10 ระบบหลักแล้วควรมี “ระบบการอภิบาลระบบสุขภาพ” เป็นระบบที่ 11 โดยระบบการอภิบาลนี้ประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ระบบการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุข ระบบกฎหมายด้านสุขภาพ ระบบงบประมาณ และการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับนานาชาติ เป็นต้น

แต่หากนำแนวคิดที่ว่า “การอภิบาลเป็นเรื่องของการกำหนดและการควบคุมรักษากติกาของความสัมพันธ์ในสังคม” มาวิเคราะห์องค์ประกอบของระบบสุขภาพของ Hsiao จะพบว่าองค์ประกอบเรื่องการกำกับดูแล (Regulations) จะมีความสอดคล้องมากที่สุด แต่โดยรายละเอียดแล้วองค์ประกอบอื่น ๆ ก็มีความเกี่ยวข้องกับ “การกำหนดและการควบคุมรักษากติกา” ของความสัมพันธ์ในระบบสุขภาพด้วยเช่นกัน ทุกองค์ประกอบจึงมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการอภิบาลระบบสุขภาพทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hsiao เองที่ให้องค์ประกอบเหล่านี้ทำหน้าที่เป็น “ปุ่มควบคุม” ในการปรับเปลี่ยนระบบให้ได้ผลลัพธ์อย่างที่ต้องการ ในแนวทางเดียวกันหากใช้แนวคิดนี้วิเคราะห์องค์ประกอบของระบบสุขภาพที่ระบุไว้ในกฎหมายสุขภาพแห่งชาติของไทยก็จะได้ข้อสรุปคล้ายกัน โดยพบว่าแม้ “ระบบนโยบายและ

⁵ จากการสัมภาษณ์ นพ.วิฑูร พูลเจริญ อดีตผู้อำนวยการ สวรส. (27 ก.พ. 2552)

ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ” จะสอดคล้องกับการทำหน้าอภิบาลระบบมากที่สุด แต่ในระบบย่อยอื่น ๆ ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับ “การกำหนดและควบคุมรักษาการศึกษา” เช่นกัน เพียงแต่เป็น “กติกากา” ในประเด็นเฉพาะของแต่ละระบบเท่านั้น อย่างไรก็ตามการสรุปเช่นนี้ก็ยิ่งทำให้สิ่งที่เรียกว่า “การอภิบาล” ของระบบสุขภาพมีความคลุมเครือมากขึ้นไป

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการอภิบาลในฐานะเป็นองค์ประกอบพื้นฐานอย่างหนึ่งของระบบสุขภาพ โดยกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่นำเสนอในปี พ.ศ.2543 ได้กำหนดให้สิ่งที่เรียกว่า Stewardship เป็นองค์ประกอบที่ดูแลครอบคลุมองค์ประกอบอื่นทั้งหมด โดยมีภารกิจพื้นฐานอย่างน้อย 3 ประการ (WHO 2000: 122) ได้แก่ การกำหนดนโยบายสุขภาพ (formulating health policy) การโน้มนำและการกำกับดูแล (influence and regulation) การรวบรวมองค์ความรู้และนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ (intelligence) และกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นใหม่ในปี พ.ศ.2550 ได้เปลี่ยนจากคำว่า Stewardship เป็นคำว่า “ภาวะผู้นำและการอภิบาล” (Leadership/Governance) โดยเน้นว่าเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากของระบบสุขภาพแต่เป็นสิ่งที่มีความซับซ้อนมากที่สุด (WHO 2007: 23) โดยให้ความหมายขององค์ประกอบนี้ไว้ว่า เป็นการดูแลภาพรวม (overseeing) และการชี้ทิศทาง (guiding) ของระบบทั้งหมดไม่ใช่เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาครัฐเท่านั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อปกป้องผลประโยชน์สาธารณะ แม้องค์ประกอบนี้เกี่ยวข้องกับบทบาทของรัฐบาลในด้านสุขภาพ แต่เป็นความสัมพันธ์ของรัฐบาลกับตัวแสดงจำนวนมากที่มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน การอภิบาลจึงไม่ได้เป็นบทบาทของหน่วยงานรัฐอย่างกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น (2007: 23)

ในการปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพครั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ประมวลบทบาทหน้าที่ (functions) สำคัญขององค์ประกอบ “ภาวะผู้นำและการอภิบาล” ไว้จำนวนหนึ่ง ที่มีรายละเอียดกว้างขวางมากกว่ารายงาน WHR2000 ซึ่งอาจประมวลได้เป็น 6 ประการ ได้แก่

- (1) **การกำหนดนโยบาย (Policy guidance)** คือการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายเชิงเทคนิคที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และการจัดลำดับความสำคัญของบริการประเภทต่าง ๆ รวมถึงการกำหนดบทบาทของภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม
- (2) **การสังเคราะห์และใช้ความรู้และการดูแลภาพรวม (Intelligence and oversight)** คือการหนุนให้เกิดการสร้าง การวิเคราะห์และการใช้องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการติดตามและประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางการเมือง ผลกระทบของการปฏิรูปและผลลัพธ์ของนโยบายแต่ละด้าน
- (3) **การประสานงานและสร้างความร่วมมือ (Collaboration and coalition building)** ระหว่างตัวแสดงทั้งในและนอกภาครัฐ รวมทั้งการโน้มนำให้เกิดการดำเนินการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนการสร้างระบบสนับสนุนนโยบายสาธารณะและการรักษาการเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่เรียกว่า ‘joined up government’
- (4) **การกำกับดูแล (Regulation)** คือการออกแบบและหนุนให้เกิดความเป็นธรรมในการควบคุมและสร้างแรงจูงใจ
- (5) **การออกแบบระบบ (System design)** หนุนให้เกิดความสอดคล้องระหว่างยุทธศาสตร์และโครงสร้างต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ รวมถึงการลดความซ้ำซ้อนและลดความแตกแยก (fragmentation) ของระบบ
- (6) **การมีความรับผิดชอบ (Accountability)** คือการหนุนให้ตัวแสดงในระบบสุขภาพทั้งหมดมีความสำนึกรับผิดชอบ มีความโปร่งใส ตรวจสอบโดยสาธารณะชนได้

บทบาทภาคประชาสังคมกับการอภิบาลระบบสุขภาพไทย

ภาคประชาสังคมในประเทศไทยมีการเติบโตขึ้นนับแต่การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชนนอกภาครัฐ ในช่วงปี พ.ศ. 2500 เป็นต้นมา องค์กรเหล่านี้ได้เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ต่อมาในช่วงปี พ.ศ.2523-2533 ที่เศรษฐกิจไทยเฟื่องฟูและทำให้ชนชั้นกลางขยายตัวองค์กรภาคธุรกิจก็ได้เริ่มงานให้บริการแก่สาธารณะมากขึ้น บทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมจึงเพิ่มและหลากหลายมากขึ้น โดยนอกจากการทำงานสาธารณประโยชน์และสาธารณกุศลแล้ว ยังขยายบทบาทไปทำงานปกป้องสิทธิ สร้างองค์ความรู้ เสนอทางเลือก และหาทางออกให้กับสังคม (โกมาตร 2548:65-68) โดยเฉพาะในช่วงการเคลื่อนไหวขับเคลื่อนการปฏิรูปการเมือง ที่สามารถผลักดันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งได้รับการกล่าวว่าเป็นรัฐธรรมนูญ “ฉบับประชาชน” ออกมาได้สำเร็จ ซึ่งกระแสการปฏิรูปได้ต่อเนื่องไปสู่การมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่มีการเริ่มต้นอย่างชัดเจนโดยการจัดตั้ง คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส.) และสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ในปี พ.ศ.2543

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้วิเคราะห์กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วง 3 ปีแรก (พ.ศ.2543-2546) โดยได้ชี้ให้เห็นลักษณะเด่นที่แตกต่างจากประเทศอื่น คือ การปฏิรูปของไทยเป็นกระบวนการที่ **เน้นการขับเคลื่อนทางสังคมและการสานพลัง** ซึ่งได้แก่ พลังทางวิชาการ พลังทางสังคมและพลังทางการเมือง (2548:183) และได้สรุปลักษณะสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยไว้ 2 ด้าน (2548:183-186) คือ

- (1) ด้านกระบวนการ การปฏิรูปของไทยมีกระบวนการที่เน้นการสร้างเจตนาธรรมร่วมกันแทนที่จะเน้นการออกกฎหมาย ไม่ได้ใช้กลไกนโยบายแบบเป็นทางการ และการขับเคลื่อนโดยภาครัฐเท่านั้น แต่มีการใช้รูปแบบที่หลากหลาย ที่มีการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง **เน้นการถกแถลงและการอภิปรายใช้เหตุผลในเชิงวิวิธคติ (Deliberation)** ที่เปิดให้ผู้คนที่เกี่ยวข้องมา “ถก แถลง พุดคุย” เพื่อร่วมกันหาเหตุผลและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม โดยเน้นที่ความสามัคคีและสันติวิธีในการแก้ปัญหา
- (2) ด้านเนื้อหาและแนวคิด การปฏิรูปของไทยเป็นการปฏิรูปในระดับวิวิธคติของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนที่ “ลึกและยาก” มีการมองสุขภาพในหลายมิติ โดยมีการใช้การวิจัย ทบทวน และสังเคราะห์องค์ความรู้มากมายในทุกระดับ

จากการวิเคราะห์พัฒนาการของภาคประชาสังคมและการมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ นพ.โกมาตร ได้เสนอว่า **การอภิบาลระบบสุขภาพจะต้องเห็น “การเสริมสร้างกระบวนการถกแถลงเชิงวิวิธคติของระบบอภิบาลสุขภาพ (Deliberative function of health governance) (2548:210)** ที่จะช่วยให้สามารถระดมความเห็นของประชาคม ชุมชน และผู้คนที่มีความคิดที่ต่างกันได้ โดยเห็นว่า กระบวนการ “สมัชชา” ที่ระบุไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการที่ทำหน้าที่เป็น Deliberative function นี้

กรอบแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ

จากบทเรียนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยและข้อเสนอเรื่อง Deliberative function ทำให้เห็นได้ว่าสิ่งที่เรียกว่า “การอภิบาลระบบสุขภาพ” นอกจากจะมี “บทบาทหน้าที่” ทั้ง 6 ประการตามที่องค์การอนามัยโลกได้รวบรวมไว้แล้ว ยังต้องมี “กระบวนการ” หรือ “ความสัมพันธ์” ที่ทำให้เกิดการเชื่อมประสานระหว่างตัวแสดงทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในการอภิบาลระบบสุขภาพของไทยที่มีการเคลื่อนตัวของกระบวนการทัศน์ ทำให้สุขภาพและระบบสุขภาพมีความกว้างขวางและซับซ้อนมากขึ้น

ดังนั้นในการพัฒนาโครงสร้างเพื่อทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ จะต้องให้ความสำคัญกับอย่างน้อย 2 ด้าน คือ บทบาทหน้าที่ และ กระบวนการหรือความสัมพันธ์

1. บทบาทหน้าที่

โครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่หลัก 6 ประการ ได้แก่

- (1) การกำหนดนโยบาย (Policy guidance)

- (2) การสังเคราะห์และใช้ความรู้และการดูภาพรวม (Intelligence and oversight)
- (3) การประสานงานและสร้างความร่วมมือ (Collaboration and coalition building)
- (4) การกำกับดูแล (Regulation)
- (5) การออกแบบระบบ (System design)
- (6) การมีความรับผิดชอบ (Accountability)

2. กระบวนการและความสัมพันธ์

ในโครงสร้างที่ซับซ้อนของระบบสุขภาพในปัจจุบัน มีการให้ความสำคัญกับประเด็นที่แตกต่างกันของการอภิบาล จึงต้องอาศัย “มิติ” ที่หลากหลาย⁶ ในการทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และกำหนดแนวทางการพัฒนากระบวนการอภิบาลและความสัมพันธ์ระหว่างกลไกทั้งหลายในโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพได้แก่

- (1) เครือข่ายการอภิบาล (Governance Network)
- (2) ธรรมภิบาล (Good governance)
- (3) การอภิบาลโดยอาศัยการไตร่ตรองสะท้อนคิด (Reflexive governance)

⁶ ในการศึกษาที่พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิ มีการตีความ “การอภิบาลระบบสุขภาพ” ในลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนแนวคิดเรื่อง “การอภิบาล” ที่มีความหลากหลายทั้งในแง่การใช้คำและแนวคิด ดังนั้นในการวิเคราะห์จึงจำเป็นต้องกำหนดกรอบให้ชัดเจนว่า “การอภิบาล” ที่กำลังพูดถึงนั้นเป็นการอภิบาลใน “มิติ” ไດ

บทที่ ๓ พัฒนาการและโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพไทย

๓.๑ พัฒนาการระบบสุขภาพไทยเปรียบเทียบกับสหราชอาณาจักร

ในการพัฒนาระบบสุขภาพและกลไกในการอภิบาลระบบของแต่ละประเทศ นอกจากฐานคิดหรือวิถีคิดเรื่องสุขภาพแล้ว เหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศยังเป็นส่วนสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการออกแบบระบบสุขภาพของแต่ละประเทศด้วย โดยเฉพาะหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (พ.ศ.2482-2488) ต้นมาที่มหาอำนาจเดิมแถบยุโรปเสียหายอย่างหนักจากสงครามจึงมุ่งเน้นทำการฟื้นฟูประเทศ สหรัฐอเมริกาซึ่งร่ำรวยจากการค้าอาวุธในช่วงสงคราม กลายเป็นมหาอำนาจใหม่ซึ่งผลักดันให้โลกพัฒนาไปสู่ความเป็นทุนนิยมเสรีเพื่อตัดทอนกับการขยายตัวของสังคมนิยมในยุคสงครามเย็น

พัฒนาการและโครงสร้างระบบสุขภาพของสหราชอาณาจักร

สหราชอาณาจักรในช่วงท้ายของสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงทั่วประเทศ เพื่อรองรับประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บจากกองทัพเยอรมัน ภายหลังสงครามจึงมีระบบบริการสุขภาพภาครัฐที่เข้มแข็ง ทำให้ในปี พ.ศ.2491 จึงสามารถปรับเปลี่ยนระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนได้ เกิดระบบที่เรียกว่า “บริการสุขภาพแห่งชาติ” (National Health Service หรือ NHS) ในยุคแรกขึ้น แต่ต่อมาปัญหาเศรษฐกิจถดถอยในช่วง พ.ศ.2505-2522 ได้ทำให้รัฐบาลนาง Margaret Thatcher (ค.ศ.1979-1990) ยกเรื่องประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพมาเป็นประเด็นทางการเมือง และนำมาตราการจัดการมาใช้แก้ปัญหา มีการแยก NHS ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นผู้ให้บริการกับผู้ซื้อบริการ (Purchaser-Provider Split) โดยผู้ให้บริการภาครัฐทั้งหมดอยู่ภายใต้โครงสร้างการจัดการแบบใหม่ที่เรียกว่า NHS Trust และสร้างกลไกตลาดภายในโดยจัดสรรเงินให้กับกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งทำหน้าที่ให้บริการเบื้องต้นและถือเงินเพื่อซื้อบริการระดับสูงขึ้นแทนประชาชนที่ขึ้นทะเบียนไว้ (เริ่มต้น 11,000 คน ต่อมาลดลงเหลือ 5,000 คน)

ต่อมาเมื่อพรรคฝ่ายตรงข้ามได้เป็นรัฐบาลมีนโยบายลดการแข่งขันแต่เพิ่มความร่วมมือในการจัดการ ในปี พ.ศ.2542 จึงได้เปลี่ยนโครงสร้างการซื้อบริการใหม่เป็น Primary Care Trust หรือ PCT (ดูแลประชากร 150,000 – 300,000 คน) กลไกตลาดภายในจึงหมดไปโดยปริยายและต่อมาในปี พ.ศ.2545 ได้สร้างโครงสร้างใหม่ชื่อว่า Strategic Health Authority หรือ SHA (ดูแลประชากรประมาณ 1.5 ล้านคน ซึ่งต่อมามีการรวมเข้าด้วยกันจึงเพิ่มเป็นประมาณ 5 ล้านคน) ทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่างนโยบายของรัฐบาลกลางกับการดำเนินงานของ PCT ในแต่ละพื้นที่ (เกียรติกศักดิ์ 2551) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทำให้ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของอังกฤษมีโครงสร้างย่อย ๆ เพิ่มขึ้นจำนวนมาก จากเดิมเมื่อเกือบร้อยปีก่อน (ค.ศ.1919) ที่มีเพียง Department of Health หรือ DH ซึ่งเทียบเท่ากับกระทรวงสุขภาพเพียงโครงสร้างเดียวซึ่งปัจจุบันลดขนาดลงทำหน้าที่ดูแลกำกับดูแลในภาพรวมเป็นหลัก โดยโครงสร้างเหล่านี้ทำงานเชื่อมประสานกันอย่างเป็นระบบ

โครงสร้างระบบสุขภาพของสหราชอาณาจักรในปัจจุบัน จึงประกอบด้วยหน่วยงานส่วนกลางและระดับพื้นที่ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก.) ซึ่งได้แก่

- (1) หน่วยงานส่วนกลาง คือ DH ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบในภาพรวม มีรัฐมนตรีเป็นผู้นำกำกับดูแล มีข้าราชการประจำในตำแหน่งสูงสุด 2 ตำแหน่ง คือ Permanent secretary of DH (อาจเทียบได้กับปลัดกระทรวงสาธารณสุขของไทย) ทำหน้าที่ดูแลด้านการจัดการภายใน DH และดำเนินนโยบายสุขภาพ

โดยรวม อีกตำแหน่งคือ Chief executive of NHS (อาจเทียบได้กับเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย) ทำหน้าที่ดูแลด้านการจัดหา จัดการ และควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพ โดยภายใต้ DH มีหน่วยงานดูแลเฉพาะเรื่องเรียกว่า Arm's Length Bodies (ALBs) ซึ่งมีหลายรูปแบบ มีจำนวนมากที่เป็น “หน่วยงานในกำกับดูแล” โดยได้รับงบประมาณจาก DH แต่มีความเป็นอิสระเนื่องจากมีคณะกรรมการบริหาร (Board) ของตัวเอง (คล้ายกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ของไทยที่อยู่ในกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข) เช่น Health Protection Agency, Information Center for Health and Social Care

- (2) หน่วยงานระดับพื้นที่ ซึ่งสหราชอาณาจักรมีการกระจายอำนาจการบริหารระบบบริการสุขภาพให้กับพื้นที่ โดยมี SHA ทำหน้าที่วางยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่นั้น และเป็นผู้ดูแล PCT ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่

การพัฒนาระบบสุขภาพในสหราชอาณาจักรมีการใช้วิชาการเป็นฐานในการผลักดันค่อนข้างมาก ไม่พบการเคลื่อนไหวนอกสภาของกลุ่มประชาชนเพื่อผลักดันนโยบายสุขภาพ เพราะถือว่าประชาชนได้ใช้สิทธิเลือกผู้แทนไปทำหน้าที่ในสภาผู้แทนแล้ว และมี “สภาสุขภาพชุมชน” ซึ่งเป็นองค์กรผู้บริโภคที่ประชาชนสามารถแสดงบทบาทได้เต็มที่ โดยทำหน้าที่วางแผนพัฒนา ติดตามและตรวจสอบการให้บริการในแต่ละพื้นที่ (ศิริวรรณ 2551) นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงยังเกิดจากนโยบายที่ชัดเจนของรัฐบาล โดยใช้การประกาศนโยบายและตามด้วยการออกกฎหมาย ซึ่งในช่วงประมาณ 20 ปีที่ผ่านมาได้มีการทำแผนแม่บทด้านสุขภาพ โดยรัฐบาลจะเริ่มตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาแผนนโยบาย แล้วใช้กลไกรัฐสภาออกกฎหมายที่ระบุรายละเอียดและกลวิธีปฏิบัติอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม โดยมีแผนแม่บทสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก คือ “The Health of Nation” (พ.ศ.2535-2540) ฉบับที่สอง “Saving lives: Our Healthier Nation” (พ.ศ.2542-2548) ซึ่งเพิ่มความตระหนักในการเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างชุมชนและรัฐ และแผนฉบับที่สามคือ “Our Health, Our Care, Our Say” (พ.ศ.2549) ซึ่งมีที่มาจากการหารือแผนงานครั้งใหญ่ที่สุดโดยการมีส่วนร่วมของทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม

การอภิบาลระบบสุขภาพระดับชาติของสหราชอาณาจักร มีรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยมี DH ซึ่งเทียบเท่ากับกระทรวงสุขภาพทำหน้าที่กำกับดูแลระบบ มีโครงสร้างกำกับดูแลในระดับพื้นที่ และการพัฒนาระบบทำโดยกระบวนการนโยบายของรัฐบาล ซึ่งปัจจุบันมีเครื่องมือที่สร้างการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนมากขึ้น คือการจัดทำแผนแม่บทสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตามการพิจารณาภาพรวมของระบบสุขภาพทั้งประเทศอาจเห็นเพียงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แต่ในระดับชุมชนท้องถิ่นการพัฒนาได้ผนวกเอาประเด็นด้านสุขภาพในมิติอื่น ๆ เข้าไปด้วย เนื่องจากบริบทของสังคมยุโรปซึ่งประชาชนมีความตระหนักถึงสิทธิและหน้าที่ของตนเองสูง และในกฎหมายสาธารณสุขฉบับแรก เมื่อ พ.ศ.2418 ได้กำหนดให้ท้องถิ่นมีบทบาทด้านการสาธารณสุขด้วย

พัฒนาการระบบสุขภาพไทย

สำหรับประเทศไทยระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้ให้จัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นในปี พ.ศ. 2485 เพื่อให้มีสถานะและขนาดเหมาะสมกับภารกิจการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ขยายตัวออกไปอย่างรวดเร็ว อีกทั้งนโยบายเพิ่มประชากรเพื่อสร้างชาติของจอมพล ป. และการช่วยเหลือของสหรัฐอเมริกาภายหลังสงครามได้ทำให้การแพทย์สมัยใหม่ขยายไปสู่ภูมิภาคอย่างกว้างขวาง มีการขยายโครงสร้างการบริการครอบคลุมพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ แต่การเติบโตอย่างไม่สมดุลและแยกส่วนกันของงานรักษาพยาบาลกับงานด้านป้องกัน จึงมีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงเพื่อผนวกรวมทั้งสองส่วนเข้าด้วยกันในช่วง พ.ศ.2515-2517 ทำให้เกิดเอกภาพมากขึ้น กระแสการพัฒนาระบบสุขภาพของโลกได้ทำให้เกิดแนวคิดการปฏิรูปที่ผลักดันให้มีการจัดตั้ง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นในปี พ.ศ.2535 เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการปฏิรูประบบของประเทศไทยเอง ซึ่งเมื่อผนวกกับการเติบโตของอุตสาหกรรมทางการแพทย์เมืองประชาธิปไตย ได้ทำให้เกิดโครงสร้างใหม่เพื่อทำหน้าที่เฉพาะด้านเพิ่มขึ้น โดยมี สวรส. เป็นฐานในการพัฒนา

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพได้รับการวางรากฐานอย่างเข้มแข็ง โดยการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เมื่อปี พ.ศ.2535 โดยจัดตั้งเป็นองค์กรอิสระในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยแนวคิดในการออกแบบองค์กรที่ว่า “ถ้าองค์กรไม่อิสระก็ทำงานทางวิชาการไม่ได้ แต่ถ้าอิสระแยกตัวจากนโยบายก็อาจไม่ส่งผลกระทบทางนโยบาย” อีกทั้งยังเป็น “องค์กรอิสระที่ออกมาเป็นองค์กรอิสระอื่นๆ ได้” (ประเวศ 2546: 5) สวรส. จึงได้เป็นฐานการพัฒนาองค์ความรู้ที่นำไปสู่การพัฒนาโครงสร้างระบบสุขภาพที่สำคัญ เช่น การนำแนวคิด “การคลังเพื่อสังคม” มาใช้โดยเพิ่มภาษีบุหรี่และสุราร้อยละ 2 จัดตั้งเป็นกองทุนเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการออกกฎหมายและจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้นในปี พ.ศ.2544 หรือการปรับระบบการเงินการคลังเพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยใช้หลักการแยกผู้ให้บริการกับผู้ซื้อบริการออกจากกัน (Purchaser-Provider Split) ซึ่งมีการออกกฎหมายและจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นในปี พ.ศ.2545 การเกิดขึ้นขององค์กรและโครงสร้างเหล่านี้นอกจากอาศัยการทำงานเพื่อรวบรวมสังเคราะห์และสร้างองค์ความรู้แล้ว ยังอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญอีกสองส่วนคือการผลักดันโดยขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อการเรียนรู้ทางสังคมและการเชื่อมโยงกับอำนาจรัฐ ตามยุทธศาสตร์ที่เรียกว่า “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”

ศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งที่ได้ชี้ให้เห็นความจำเป็นของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการให้ความหมายของระบบสุขภาพที่กว้างขวางกว่าระบบบริการสาธารณสุขและสร้างการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้นในปี พ.ศ.2543 โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นหน่วยงานเลขานุการ เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพและผลักดันการจัดทำกฎหมายเพื่อเป็นแผนแม่บทด้านสุขภาพของประเทศ โดยมียุทธศาสตร์ในการปฏิรูปคือการ “บอกว่าจะออก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ แต่ไม่รีบออก ใช้การ “จะออก” มาเป็นเครื่องมือดึงฝ่ายต่าง ๆ เข้ามาทำงานร่วมกัน ต่อเมื่อทุกฝ่ายเข้ามาเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติเท่านั้น จึงจะทำเรื่องยาก ๆ ได้ ไม่ใช่การใช้อำนาจ” ซึ่งทำให้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายฉบับแรกที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการร่างอย่างกว้างขวางที่สุด (2546: 25) แม้ต้องใช้เวลากว่า 7 ปีจึงสามารถผลักดันให้มีการออกกฎหมายฉบับนี้ได้สำเร็จ แต่กระบวนการออกกฎหมาย ก็ได้ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้าใจใหม่และปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ในสังคมไทย ที่ทำให้แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพถูกขยายให้กว้างขวางขึ้นจนมีความหมายเดียวกับคำว่า “สุขภาพะ” หรือ “คุณภาพชีวิต” (well being)

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ทำให้เกิดโครงสร้างใหม่ที่ทำหน้าที่วางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย โดยมีโครงสร้างหลักคือคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีองค์ประกอบจากทั้งภาคการเมือง ภาควิชาการ (ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์กรวิชาชีพ คณะกรรมการวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ) และภาคประชาสังคมในสัดส่วนเท่า ๆ กัน เป็นโครงสร้างที่ทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพของประเทศด้วยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานเลขานุการ นอกจากนี้ยังมีกลไกการมีส่วนร่วมที่สำคัญคือกระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้งในระดับชาติ ในระดับพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพรายประเด็น ซึ่งสมัชชาสุขภาพเป็นปฏิบัติการทางสังคมที่กล่าวได้ว่าเกิดจากแนวคิดประชาสังคมในแนวชุมชนนิยม ตามแนวคิด “สังคมสมานภาพ” ของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ที่เชื่อว่า “สังคมเช่นนี้เกิดขึ้นได้ด้วยการพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ผ่านกระบวนการถักทอความรักของคนในสังคมหรือชุมชน” (กฤติยา 2551: 62)

เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมจะเห็นได้ว่า กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยแตกต่างจากสหราชอาณาจักร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดจากการพัฒนาฐานความรู้ ขับเคลื่อนผ่านขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมและใช้โอกาสทางการเมืองในการผลักดัน มีการสร้างโครงสร้างใหม่เพื่อทำหน้าที่เฉพาะโดยไม่ได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างเดิมให้สอดคล้องกัน จึงทำให้ระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบัน นอกจากมีความซับซ้อนจากการมีส่วนร่วมมากขึ้นแล้ว ยังมีความลึกลับของขอบเขตหน้าที่ระหว่างโครงสร้างที่มีอยู่ในปัจจุบันด้วย จึงเกิดความสับสนว่าโครงสร้างใดที่ทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพไทย

๓.๒ โครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของไทย

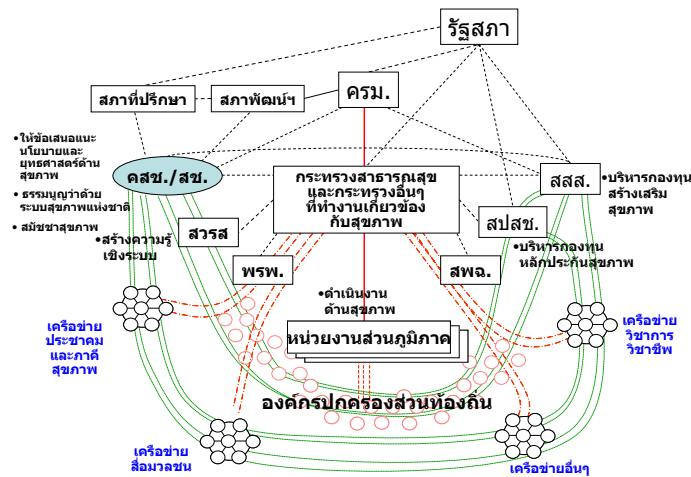
กรอบแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพแสดงให้เห็นว่า โครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพประกอบขึ้นด้วยเครือข่ายของตัวแสดงในรูปแบบต่าง ๆ ที่ทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายการอภิบาล (Governance Network) ในสังคมปัจจุบันที่มีลักษณะเป็นระบบซับซ้อนมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การจัดแบ่งสังคมออกเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน กับภาคประชาสังคม ไม่สามารถทำได้ชัดเจน กระบวนทัศน์สุขภาพที่เปลี่ยนไป ทำให้ขอบเขตของสิ่งที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพ” กว้างขวางจนครอบคลุมไปแทบทุกส่วนของสังคม และปัญหาสุขภาพก็มีความซับซ้อนมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ปัญหาการเข้าถึงยาจำเป็นที่มีราคาแพงของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เชื่อมโยงกับผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของประเทศ ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดจากดื่มเหล้าที่เชื่อมโยงกับผลประโยชน์ทางการท่องเที่ยวในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปัญหาความเจ็บป่วยชาวยุโรปที่เกี่ยวข้องกับนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด หรือ ปัญหาสุขภาพของชาวบ้านที่มีสาเหตุจากเสียงเครื่องบินจากสนามบินสุวรรณภูมิ

การอภิบาลระบบสุขภาพ ในมิติของการอภิบาลสะท้อนคิด (Reflexive Governance) มีกระบวนการพื้นฐานคือการระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์และบทบาทหน้าที่ของส่วนต่าง ๆ ในสังคม “กลไก” ที่ทำหน้าที่ในการอภิบาลระบบสุขภาพจึงมีความจำเพาะในแต่ละพื้นที่ แต่ละประเด็นปัญหา ดังนั้นหากไม่กำหนดขอบเขตของพื้นที่หรือประเด็นให้ชัดเจนก็จะไม่สามารถระบุได้ว่ามีกลไกอย่างไร สิ่งนี้เรียกว่า “กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ” ก็ไม่มีขอบเขตที่ชัดเจน เนื่องจาก “รัฐชาติ” ในปัจจุบันมีความกว้างขวาง มีรูปแบบการปกครองที่แตกต่างกันไปตามประวัติศาสตร์และพัฒนาการของแต่ละประเทศ แต่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันคือมีลักษณะการเชื่อมโยงกันมากขึ้น ตั้งแต่ระดับชุมชนท้องถิ่น ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ รวมถึงมีความเชื่อมโยงกับระดับนานาชาติด้วยการเกิดขึ้นของเครือข่ายระดับภูมิภาค หรือองค์กรระดับนานาชาติ

กลไกอภิบาลระบบสุขภาพภายหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

การพัฒนาระบบสุขภาพไทยโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของสุขภาพจากเรื่องความเจ็บป่วยเป็น “ภาวะความสมบูรณ์ของมนุษย์” ทำให้สุขภาพที่อาจดูเป็นเพียงระบบย่อยหนึ่งของสังคม แต่กลับมีขอบเขตที่กว้างขวางเชื่อมโยงกับเกือบทุกส่วน จากการพัฒนาและการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยจนถึงปัจจุบัน ได้ทำให้ระบบสุขภาพมีความซับซ้อนมีตัวแสดงจำนวนมากที่เชื่อมประสานกันเป็นโครงสร้างของ “กลไกอภิบาลระบบสุขภาพ” ซึ่ง อัมพล จินดาวัฒน์และคณะ (2550) ได้เสนอว่า กลไกอภิบาลในระบบสุขภาพแห่งชาติ มีความเชื่อมโยงกันคล้ายกับที่เสนอในภาพที่ 7

ภาพที่ 7 ความเชื่อมโยงของกลไกต่าง ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย



ที่มา : อ่ำพล 2551 (เป็นภาพที่แก้ไขเพิ่มเติมจาก อ่ำพล และคณะ 2550: 343)

ภาพนี้เป็นการนำเสนอว่า กระทรวงสาธารณสุขยังคงทำหน้าที่เป็นกลไกหลักของระบบสุขภาพ ในฐานะที่เป็นแกนกลางของรัฐที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบให้มีการดำเนินงานในด้านสาธารณสุข โดยต้องทำงานเชื่อมโยงกับกระทรวงอื่น ๆ ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้อง โดยมีหน่วยงานส่วนภูมิภาคทำหน้าที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ ทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของคณะรัฐมนตรี (กรม.) และทำงานเชื่อมประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงที่เกี่ยวข้องทำงานเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐในรูปแบบใหม่ที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย โดยส่วนหนึ่งเป็นองค์กรในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สวรส. ซึ่งดูแลการสร้างความรู้เชิงระบบ และ สปสช. ซึ่งทำหน้าที่หลักในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ส่วนอีกสององค์กรได้รับการจัดตั้งขึ้นใหม่ในปี พ.ศ. 2551 ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) (ในแผนภาพใช้ชื่อ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งเป็นชื่อเดิมก่อนมีการตรากฎหมายของสถาบัน) อีกส่วนหนึ่งเป็นหน่วยงานอิสระที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข แต่ทำงานเชื่อมประสานกับคณะรัฐมนตรี ได้แก่ สสส. ซึ่งทำหน้าที่หลักในการบริหารกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ และโครงสร้างใหม่ที่เกิดขึ้นจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือ คสช./สช. ซึ่งทำหน้าที่ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จัดทำธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติและจัดสมัชชาสุขภาพ โดยทำงานประสานกับสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาที่ปรึกษา) และ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒนาฯ) ที่ดูแลแผนและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ กลไกภาครัฐเหล่านี้ยังทำงานเชื่อมประสานกับองค์กรอื่น ๆ อีกจำนวนมาก ได้แก่ เครือข่ายประชาคมและภาคสุขภาพ (เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน เครือข่ายระดับพื้นที่หรือระดับชุมชน), เครือข่ายวิชาการวิชาชีพ (เช่น สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ, สถาบันการศึกษา, องค์กรด้านวิชาการ), เครือข่ายสื่อมวลชน และเครือข่ายอื่น ๆ

อย่างไรก็ตามโครงสร้างของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพซึ่งมีลักษณะเป็น “เครือข่ายการอภิบาล” ในภาพนี้ทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ของตัวแสดงต่าง ๆ ในส่วนของภาครัฐและภาคประชาสังคมที่ซับซ้อนได้อย่างชัดเจนมากขึ้น แต่ส่วนสำคัญที่ขาดหายไปคือส่วนของภาครัฐกิจเอกชน ซึ่งมีความสัมพันธ์และอิทธิพลที่ลับซับซ้อนต่อเครือข่ายความสัมพันธ์นี้ จนยากจะนำมาเขียนเป็นแผนภาพในเชิงรายละเอียดได้

แม้การอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบันจึงมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่รัฐบาลไม่ได้มีอำนาจสูงสุด ไม่สามารถควบคุมเครือข่ายได้โดยตรงหรือได้อย่างเต็มที่มากขึ้น โครงสร้างการอภิบาลจึงประกอบด้วยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ภายใต้ระบบการเมืองการปกครองของประเทศไทย รัฐบาลก็ยังคงเป็นโครงสร้างหลักที่ต้องมีความ

รับผิดชอบ (accountability) ต่อสุขภาพของประชาชน กลไกภาครัฐจึงต้องเป็นแกนกลางในโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพ

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าตัวแสดงหลักที่ทำหน้าที่เป็น “กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ” นับจนถึงการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่

- กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2486)
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ สวรส. (พ.ศ.2535)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. (พ.ศ.2544)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. (พ.ศ.2545) และ
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สช. (พ.ศ.2550)

ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ

ในฐานะของกลไกภาครัฐที่มีอำนาจหน้าที่และบทบาทภารกิจในการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน ตามเจตนารมณ์ของรัฐและแนวนโยบายของรัฐบาล องค์กรเหล่านี้จึงต้องมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งตามบทบัญญัติของกฎหมายและในกระบวนการทำงาน

กระทรวงสาธารณสุข เป็นรูปแบบการจ้องครัดตามระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน ที่กำหนดให้มีกระทรวง ทบวง กรม โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารสูงสุดฝ่ายการเมือง และฝ่ายข้าราชการประจำมี ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารสูงสุดที่แต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี โดยมีสำนักงานรัฐมนตรี และสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรองรับ ส่วน สวรส. สสส. สปสช. และ สช. นั้นเป็นนิติบุคคลที่จัดตั้งขึ้นโดยมี พ.ร.บ.ของตนเอง มี “คณะกรรมการ” เป็นผู้กำกับดูแล ส่วนการบริหารงานมี “ผู้อำนวยการ” หรือ “เลขาธิการ” เป็นผู้บริหารสูงสุด

ความสัมพันธ์ของโครงสร้างการบริหารระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรเหล่านี้ สามารถวิเคราะห์ได้ โดยผ่านบทบาทของรัฐมนตรีว่าการ และปลัดกระทรวง ดังนี้

1. บทบาทของฝ่ายการเมือง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการโดยตำแหน่งใน “คณะกรรมการ” ขององค์กรเหล่านี้ใน 2 ลักษณะ คือ
 - เป็นประธานคณะกรรมการ ได้แก่ คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - เป็นรองประธานคณะกรรมการ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
2. บทบาทของฝ่ายบริหารหรือฝ่ายข้าราชการประจำ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการโดยตำแหน่งของ คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนในคณะกรรมการบริหารของ สช. จะมีผู้แทนของกระทรวงสาธารณสุขร่วมเป็นกรรมการโดยตำแหน่งอยู่ด้วย 1 คน

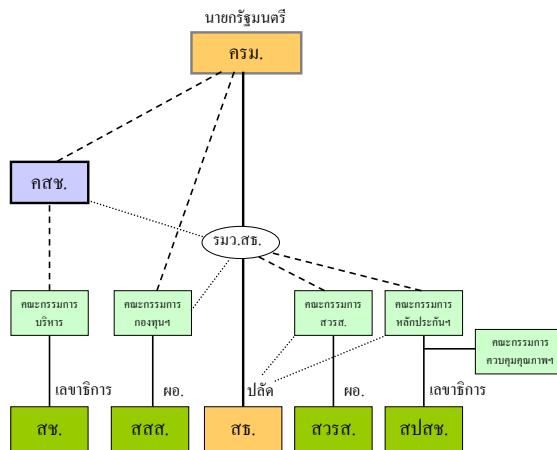
จากความสัมพันธ์ที่กำหนดไว้โดยกฎหมายเช่นนี้ทำให้ สวรส. และ สปสช. เป็น “หน่วยงานในกำกับ” ของกระทรวงสาธารณสุข ส่วน สสส. และ สช. ไม่ได้เป็นหน่วยงานในกำกับ

อย่างไรก็ตามแม้รัฐมนตรีว่าการจะดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการ และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น กรรมการคนหนึ่ง แต่การกำกับดูแลการทำงานของ สวรส. และ สปสช. ต้องอาศัยมติของ “คณะกรรมการ” ซึ่งมี องค์ประกอบของคณะกรรมการจากหลายภาคส่วน อีกทั้งองค์กรเหล่านี้มีกฎหมายเฉพาะของตนเอง และผู้นำของ องค์กรคือผู้อำนวยการหรือเลขาธิการ ได้รับการแต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี จึงทำให้องค์กรมีอิสระในการทำงานสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร มีลักษณะที่สำคัญดังนี้ (ดังสรุปในภาพที่ 9)

1. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่โดยตำแหน่งในการกำกับดูแลการดำเนินงานของทั้ง 5 องค์กร จึงสามารถเชื่อมประสานการทำงานของทั้ง 5 องค์กรให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันได้
2. ผู้นำสูงสุดขององค์กรได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการ สวรส. ผู้อำนวยการ สสส. เลขานุการ สปสช. และ เลขานุการ สช. ได้รับการแต่งตั้งโดยนายกรัฐมนตรี โดยผ่านมติคณะรัฐมนตรีหรือคณะกรรมการที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน จึงอาจพิจารณาได้ว่ามีบทบาทและสถานะในเชิงโครงสร้างในระดับเดียวกัน
3. ในการดำเนินงานแต่ละองค์กรมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติงานเฉพาะด้าน (คล้ายกับ ALBs ของสหราชอาณาจักร) มีหน่วยปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาค รวมทั้งมีภาคีเครือข่ายภาคีของตนเองจำนวนมาก ซึ่งบางส่วนตั้งขึ้นโดยความร่วมมือกันระหว่างองค์กรเหล่านี้ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรจึงมีความซับซ้อนมากกว่าความสัมพันธ์ตามโครงสร้างการบริหารจัดการ

ภาพที่ 8 ความสัมพันธ์ของโครงสร้างการบริหารในกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ



เมื่อวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรเหล่านี้ (กระทรวงสาธารณสุข สช. สสส. สปสช. และ สวรส.) พบว่า ในความสัมพันธ์ในลักษณะการพึ่งพิงกันเชิงอำนาจ (Power dependence) นั้น อาจจัดความสัมพันธ์ได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เป็นองค์กรในกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ สวรส. ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณผ่านกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ.2550 งบประมาณของ สปสช. เป็นร้อยละ 52.5 และ สวรส. เป็นร้อยละ 0.1 ของงบประมาณรวมทั้งกระทรวง (อำพลและคณะ 2551b: 366) กับกลุ่มที่อยู่ในการกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรีโดยตรง ได้แก่ สสส. ซึ่งได้รับงบประมาณจากภาษีบุหรี่และสุรา และ สช. ซึ่งได้รับงบประมาณเป็นเงินอุดหนุนจากรัฐบาล

นอกจากเงินงบประมาณหรือเงินอุดหนุนจากรัฐบาลแล้ว ยังมีรายได้จากการดำเนินการซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการสนับสนุนงบประมาณให้แก่กัน ตัวอย่างเช่น สวรส. ใช้งบประมาณเพื่อทำโครงการหรือแผนงานวิจัยบางประเด็นจากแหล่งทุน ได้แก่ สสส. สปสช. สช. เป็นต้น หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขของงบประมาณจาก สสส. ในการจัดทำโครงการ รวมถึงกรณีการจัดกิจกรรมที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากที่จะมีการร่วมกันลงทุนของหลายองค์กร เป็นต้น ดังนั้นความสัมพันธ์ด้านงบประมาณขององค์กรเหล่านี้จึงมีลักษณะอิงอาศัยและช่วยเหลือกัน

จากโครงสร้างความสัมพันธ์นี้จะเห็นได้ว่า ในบริบทของประเทศไทย รัฐบาลเป็นหัวใจสำคัญที่มีบทบาทในการกำกับดูแล รวมถึงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและแบบแผนการปฏิบัติขององค์กรภาครัฐที่เชื่อมโยงกันเป็นกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งหากรัฐบาลมีความเข้มแข็งก็จะสามารถช่วยให้เกิดดุลยภาพระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคส่วนอื่นในลักษณะเดียวกับสหราชอาณาจักร ที่ความชัดเจนของนโยบายรัฐบาลได้ทำให้เกิดการปฏิรูปโครงสร้างองค์กรด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการสร้างองค์กรใหม่และยุบองค์กรเดิมอย่างสมดุลกัน

อย่างไรก็ตามในความเป็นจริง “การกำกับดูแล” ของประธานบอร์ดก็ไม่ได้มีอิทธิพลต่อองค์กรต่าง ๆ มากนัก ในกระทรวงสาธารณสุขเอง บทบาทของรัฐมนตรีซึ่งเป็นฝ่ายการเมือง ก็ไม่สามารถควบคุมและชี้นำฝ่ายบริหารได้อย่างแท้จริง ทั้งด้วยความอ่อนแอของการเมือง ดุลอำนาจระหว่างนักการเมืองกับข้าราชการที่มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงผลประโยชน์ระหว่างกัน (โกมาตร 2551) รวมทั้งความซับซ้อนของโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขและความเป็นวิชาชีพที่มักมีวิธีคิดและมีการตัดสินใจโดยอิสระของตนเอง อีกทั้งในปัจจุบันหลังจากเกิดองค์กรใหม่เพิ่มขึ้น มีบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมาก “สวมหมวกหลายใบ” คือในขณะที่มีตำแหน่งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ได้ไปทำงานให้กับองค์กรอื่นหรือขอรับทุนจากองค์กรอื่นเพื่อมาทำงาน ความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจขององค์กรเหล่านี้จึงเป็นในลักษณะที่ซับซ้อน ทั้งไม่ได้ขึ้นต่อกัน แต่ก็ไม่เป็นอิสระต่อกัน เป็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรรัฐ (Intergovernmental Relationship หรือ IGR) ที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร

กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติกับบทบาทหน้าที่การอภิบาล

เมื่อวิเคราะห์การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบสุขภาพ ขององค์กรในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของไทย พบว่าในกฎหมายหลักของแต่ละองค์กรได้มีการกำหนดรายละเอียดไว้ ยกเว้นในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดไว้เพียงกว้าง ๆ จึงได้นำข้อเสนอจากคณะทำงานวิชาการ คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ที่เสนอไว้เมื่อปี พ.ศ. 2535 และคณะอนุกรรมการศึกษากลไกระบบสุขภาพแห่งชาติและบทบาทโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ที่เสนอไว้เมื่อปี พ.ศ.2549 มาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข.) ซึ่งสามารถสรุปบทบาทหน้าที่ในการอภิบาลได้ดังตาราง

ตารางที่ 4 บทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบสุขภาพของกลไกระดับชาติด้านสุขภาพ

บทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบสุขภาพ	สธ.(1)	สธ.(2)	สวรส.	สสส.	สปสช.	คสช.	สช.
1.การกำหนดนโยบาย (Policy guidance)	1.1	(1)				(1), (2), (4)	
2.การสังเคราะห์ ใช้ความรู้ และการดูภาพรวม (Intelligence and oversight)	2.3	(2)	(1)	(4)	(2)	(5)	(3)
3.การประสานงานและสร้างความร่วมมือ (Collaboration and coalition building)	1.2, 1.5	(5), (9)	(2), (3), (4)	(1),(5)	(12)	(3), (4)	(2), (4)
4.การกำกับดูแล (Regulation)	1.3, 1.4	(3),(4)			(8)		
5.การออกแบบระบบ (System design)							
6.การสำนักรับผิดชอบ (Accountability)							

หมายเหตุ ตัวเลขที่ระบุได้แก่อำนาจหน้าที่และบทบาทที่ควรจะเป็นของแต่ละองค์กร/กลไก ได้แก่

- กระทรวงสาธารณสุข-สช. (1) คือ บทบาทที่ควรจะเป็นตามรายงานของ คณะทำงานวิชาการ คณะกรรมการ ระบาดวิทยาแห่งชาติ พ.ศ. 2535 และ สช. (2) คือ บทบาทที่ควรจะเป็นจากรายงานการสังเคราะห์บทบาท หน้าที่และโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2549 (อำพลและคณะ 2549)
- สวรส.- พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (มาตรา 11)
- สสส.- พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 (มาตรา 5)
- สปสช.- คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (มาตรา 26)
- คสช./สช.- คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (คสช. มาตรา 25 และ สช. มาตรา 27)

จากตารางจะเห็นได้ว่าการอภิบาลระบบสุขภาพในแต่ละบทบาทหน้าที่ ไม่ได้ดำเนินการโดยองค์กรใดองค์กร เดียว แต่เป็นการทำงานร่วมกันของหลายองค์กร/กลไก ซึ่งอาจวิเคราะห์เบื้องต้นได้ดังนี้

1. การกำหนดนโยบาย

การกำหนดนโยบายหรือการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพโดยรวม แม้เป็นบทบาทหน้าที่หลักของ กระทรวงสาธารณสุข แต่ในขณะเดียวกัน คสช.ก็มีบทบาทสำคัญในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 25(1)) ซึ่งเป็นแผนแม่บทด้านสุขภาพของประเทศ อีกทั้งยังทำหน้าที่เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อ คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ (มาตรา 25(2)) รวมทั้งจัดให้มีหรือส่งเสริม สนับสนุน กระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพด้วย (มาตรา 25(4))

2. การสังเคราะห์ ใช้ความรู้และการดูภาพรวม

ในบทบาทการสังเคราะห์ ใช้องค์ความรู้และการดูภาพรวม สวรส.มีบทบาทหน้าที่หลักในการสำรวจ ศึกษา วิเคราะห์ทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อวางเป้าหมาย นโยบาย และจัดทำแผนงานโครงการและมาตรการต่าง ๆ ในการพัฒนา ระบบสุขภาพของประเทศไทย (มาตรา 11(1)) ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุข ก็มีหน้าที่ในการพัฒนาความรู้และข้อมูล เพื่อประกอบการปรับเปลี่ยนระบบ (ข้อเสนอ 2535 ข้อ 2.3) รวมถึงทำหน้าที่ดูแลการสร้างและการจัดการความรู้ด้าน สุขภาพโดยรวมด้วย (ข้อเสนอ 2549 ข้อ (2)) สช.ก็มีหน้าที่ตามกฎหมายในการสำรวจ ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูล และ สถานการณ์ของระบบสุขภาพ (มาตรา 27(3)) โดย คสช. ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการในการติดตามและ ประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และผลกระทบจากนโยบายสาธารณะ (มาตรา 25(5)) ซึ่งเป็นการสร้าง ความรู้และใช้ความรู้ในการดูภาพรวมของระบบสุขภาพ

ในขณะเดียวกันกฎหมายก็ได้กำหนดให้ สสส.มีหน้าที่ในการศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยที่ เกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (มาตรา 5(4)) และ สปสช.ก็ถูกกำหนดให้ เก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล เกี่ยวกับการดำเนินงาน การบริการสาธารณสุข (มาตรา 26(2)) จึงมีหน้าที่ในการสร้างและใช้ความรู้ และดูภาพรวมของ ระบบในสองด้านหลักของระบบสุขภาพคือ การสร้างเสริมสุขภาพกับการบริการสาธารณสุข

3. การประสานงานและสร้างความร่วมมือ

บทบาทนี้เป็นหน้าที่ของทุกองค์กร อาทิเช่น

กระทรวงสาธารณสุข ตามข้อเสนอในปี 2535 มีหน้าที่ การผั่นักกำลังประสานหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐ และเอกชนทุกส่วน ทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ทั้งรัฐและเอกชน (ข้อ 1.2) และ ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนแก่หน่วยงานอื่นที่จำเป็นในการแสดงบทบาทสนับสนุนการมีสุขภาพดีของประชาชน โดยเฉพาะหน่วยงานที่ เป็นองค์กรภาคเอกชนสาธารณะประโยชน์ และองค์กรประชาชน (ข้อ 1.4) หรือในข้อเสนอปี 2549 เสนอให้กระทรวง

สาธารณสุขทำหน้าที่ สร้างเสริมศักยภาพด้านสุขภาพแก่องค์กรภาคส่วนต่าง ๆ และประชาชน (ข้อ 5) รวมถึงประสานงานระหว่างประเทศ (ข้อ 9) จึงมีบทบาทในการเชื่อมประสานและช่วยเหลือสนับสนุนตัวแสดงทั้งหมดในระบบสุขภาพ

สวรส. ทำหน้าที่ ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและแผนของรัฐบาล และหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบายการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข รวมทั้งการนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผน (มาตรา 11(2)) และยังทำหน้าที่สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของภาครัฐและภาคเอกชน และส่งเสริมความร่วมมือการวิจัยระบบสาธารณสุขระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนนานาชาติ (มาตรา 11(3)) รวมถึงสนับสนุนการเพิ่มสมรรถนะในการเลือก การรับ และการถ่ายทอดวิทยาการและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ (มาตรา 11(4)) ซึ่ง สวรส. ทำงานผ่านเครือข่ายการวิจัยหลายรูปแบบ เช่น เครือสถาบันการวิจัยภายใต้การดูแลของ สวรส. สถาบันภาคีที่มีเครือข่ายของตนเอง รวมถึงเครือข่ายงานวิจัยระบบสุขภาพอีกจำนวนมาก

สสส. มีบทบาทหลักในการส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทุกวัย (มาตรา 5(1)) อีกทั้งยังทำหน้าที่พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ (มาตรา 5(5)) จึงต้องทำงานผ่านเครือข่ายการทำงานสร้างเสริมสุขภาพจำนวนมาก โดยมีแผนงานโครงการที่หลากหลายในการสนับสนุนส่งเสริมและเชื่อมประสานกับเครือข่ายเหล่านี้

สปสช. แม้ไม่ได้มีการบัญญัติเรื่องการประสานงานและสร้างความร่วมมือไว้อย่างชัดเจนในกฎหมาย แต่อำนาจหน้าที่ในการ “มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน” (มาตรา 26(12)) ก็ทำให้ สปสช.สามารถใช้วิธีการ “มอบ” งานเป็นช่องทางในการประสานงานและสร้างความร่วมมือ โดยสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงาน/องค์กรหรือตัวแสดงอื่นจำนวนมากดำเนินงานด้านต่าง ๆ ได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีเป้าหมาย “ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” (ตามมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540) สปสช.จึงมีบทบาทสำคัญไม่เพียงแต่การซื้อบริการสุขภาพให้ประชาชนเท่านั้น แต่ยังมีภารกิจในการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการ รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนด้วย ซึ่ง สปสช.เองก็ได้วิเคราะห์ตนเองว่า มีบทบาทหน้าที่หลัก 2 ประการคือสนับสนุนการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและทำหน้าที่เป็น “หน่วยบริหารระบบ” ผ่านการซื้อบริการ (วิทยา 2550: 133)

คสช. มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (มาตรา 25(3)) ซึ่งเป็นกระบวนการในการเชื่อมประสานและสร้างความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วนผ่าน “กระบวนการถกเถียงเชิงวิพากษ์” (deliberative function) ของการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับประเทศและระดับพื้นที่ นอกจากนี้ คสช. ยังทำหน้าที่จัดให้มี หรือส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่ “มีส่วนร่วม” จากทุกฝ่าย (มาตรา 25(4)) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สนับสนุนมิติด้านการอภิบาลสะท้อนคิดของระบบสุขภาพ ในขณะที่ สช. นอกจากทำหน้าที่ดำเนินการเพื่อให้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นบรรลุผลตามมติของ คสช. (มาตรา 27(4)) แล้วยังทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ (มาตรา 27(2)) อีกด้วย

นอกจากการกำหนดบทบาทหน้าที่แล้ว โครงสร้างของ “คณะกรรมการ” ที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วนก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการประสานงานและสร้างความร่วมมืออย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะ “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” (คสช.) ที่มีองค์ประกอบจากภาคการเมือง ภาควิชาการและภาคประชาสังคมในสัดส่วนเท่ากัน หรือ “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน

กรรมการ ปลัดกระทรวง 7 กระทรวง ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นต้น

4. การกำกับดูแล

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่หลักในการกำกับดูแลระบบสุขภาพโดยรวม โดยข้อเสนอในปี 2535 เสนอให้กระทรวงทำหน้าที่ออกกฎระเบียบและวางมาตรฐานการปฏิบัติ (ข้อ 1.3) และตรวจสอบควบคุมและกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ (ข้อ 1.4) ซึ่งข้อเสนอในปี 2549 เสนอให้กระทรวงทำหน้าที่กำหนดและกำกับดูแลมาตรฐานด้านสุขภาพ รวมทั้งดูแลการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ (ข้อ (3) และ (4)) ในขณะที่ สปสช. ก็ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบสุขภาพเช่นกัน แต่เน้นในส่วนของการกำกับดูแลให้บริการสาธารณสุขมีมาตรฐาน (มาตรา 26(8)) แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมถึงมาตรฐานภายใต้ระบบสิทธิการรักษาอื่นนอกเหนือจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น ประกันสังคม ข้าราชการ

5. การมีความรับผิดชอบ

แม้ไม่ได้มีการระบุไว้อย่างชัดเจนในกฎหมาย ทุกองค์กรก็จะต้องมีความรับผิดชอบ (Accountability) ต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง แต่การทำหน้าที่ในฐานะกลไกอภิบาลระบบสุขภาพคือการหนุนให้ตัวแสดงอื่น ๆ มีความสำนึกรับผิดชอบ มีความโปร่งใส ตรวจสอบโดยสาธารณชนได้นั้น มีการดำเนินการผ่านความสัมพันธ์ในเครือข่ายการอภิบาล ซึ่งในระหว่างองค์กรภาครัฐก็มีความสัมพันธ์กัน (Intergovernmental relationship) ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์ทางโครงสร้างอำนาจและด้านงบประมาณที่ทำให้ต้องมีการควบคุมกำกับกันและกัน

6. การออกแบบระบบ

เป็นบทบาทที่ไม่ได้รับการระบุไว้ให้เป็นความรับผิดชอบขององค์กรใดองค์กรหนึ่ง หากวิเคราะห์ภาพรวมของโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของไทย (ดังที่ได้วิเคราะห์ไว้ในหัวข้อก่อนหน้านี้) จะเห็นได้ว่า **หน้าที่ในการหนุนให้เกิดความสอดคล้องระหว่างยุทธศาสตร์และโครงสร้างในระบบสุขภาพ ลดความซ้ำซ้อนและลดความแตกแยกของระบบ ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของรัฐบาล** ดังตัวอย่างของสหราชอาณาจักร ที่โครงสร้างของระบบสุขภาพถูกออกแบบและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างองค์กรที่มีอยู่ มีการจัดตั้งโครงสร้างใหม่พร้อมกับการยุบโครงสร้างเดิมอย่างสมดุลกัน ซึ่งต่างจากประเทศไทยที่มีโครงสร้างใหม่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในขณะที่โครงสร้างเดิมก็ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกัน

ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบ ของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติเหล่านี้ พบว่ามีบทบาทที่เหลื่อมซ้อนกัน จนอาจทำให้เกิดความ “ซ้ำซ้อน” ของภารกิจได้ง่าย แต่ในขณะเดียวกันก็มีบทบาทที่กลไกที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมถึง โดยเฉพาะบทบาทการออกแบบระบบ (system design) จึงทำให้ระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบันมีความซ้ำซ้อนและแตกแยก (fragmentation) จึงขาดเอกภาพซึ่งตามโครงสร้างในปัจจุบันบทบาทนี้ควรเป็นบทบาทของรัฐบาล แต่ด้วยข้อจำกัดหลายประการจึงทำให้รัฐบาลที่ผ่านมายังไม่สามารถทำหน้าที่นี้ได้ ดังนั้นการปฏิรูปโครงสร้างของระบบสุขภาพไทยจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของกลไกเหล่านี้ที่ต้องใช้กระบวนการต่าง ๆ ในการอภิบาลเพื่อผลักดันการปฏิรูปเพื่อออกแบบระบบสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยต่อไป

บทที่ ๔ สถานการณ์ปัจจุบันของ กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ

การวิเคราะห์นี้นำกรอบแนวคิดการอภิบาลทั้ง 3 มิติมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย โดยอาศัยทั้งข้อมูลเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ การสนทนากับบุคคลที่เกี่ยวข้องและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมของผู้วิจัย

๔.๑ เครือข่ายการอภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ

กลไกในระบบสุขภาพของประเทศไทย หากพิจารณาถึงจุดอ้างอิงสองจุดจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงจากจุดเดิมที่เป็นรัฐอย่างเดียว มีนิยามสุขภาพก็เป็นแบบเดิม ตัวแสดงมีน้อย มีระบบความสัมพันธ์แบบแนวดิ่ง มาถึงจุดใหม่ในปัจจุบันที่เป็นแนวราบมากขึ้น ไม่ได้มีองค์กรเดียว หรือมีแต่ภาครัฐอย่างเดียว แต่เป็นเครือข่ายขององค์กรและกลไกจำนวนมาก มีตัวแสดงที่ไม่คุ้นเคยเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ระบบจึงไม่มีภาพสมบูรณ์แต่เห็นได้เพียงภาพเลา ๆ เท่านั้น⁷ ภัยสำคัญจึงอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะทำอะไรก็ต้องอาศัยการมีส่วนร่วม เพราะว่าทุกส่วนทุกคนทุกภาค องค์กรหรือเครือข่าย มีบทบาท อำนาจหน้าที่ของตนเอง ไม่ต้องไปรอใคร ไม่มีใครใหญ่กว่าใคร มีความสัมพันธ์หลายทางมาก มีทั้งบทบาทหน้าที่ทางกฎหมายและทางสังคม มีทั้งอำนาจแข็ง อำนาจอ่อน กลยุทธ์และเทคนิคในการรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป

กลไกในเครือข่ายการอภิบาล

เครือข่ายการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับประเทศประกอบขึ้นด้วยกลไก สองประเภทคือ กลไกดั้งเดิมและกลไกที่เกิดขึ้นใหม่ แบบดั้งเดิมมีการแบ่งเป็นการปกครอง ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น ส่วนกลางก็คือ กระทรวง ทบวง กรม ซึ่งมีหลักการที่เหมือนกัน มีการกำหนดตำแหน่งตามลำดับชั้นตั้งแต่ปลัดกระทรวง อธิบดี ผู้อำนวยการสำนัก เป็นต้น ส่วนกลไกที่เกิดขึ้นใหม่ มีการออกแบบวิธีการบริหารจัดการใหม่เป็นแบบเฉพาะ ตามลักษณะงานและภารกิจ รวมถึง “วิธีคิด” ของผู้ก่อตั้ง เช่น ต้องการให้เป็นอิสระจากอำนาจรัฐ มากกว่ากลไกแบบดั้งเดิม เมื่อวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของทั้งสองแบบ พบว่า⁸

- กลไกแบบดั้งเดิม เป็นระบบที่ยืดหยุ่น เป็นระบบอำนาจแข็ง มีอำนาจสั่งการชัดเจน ฝ่าฝืนหรือหลีกเลี่ยงไม่ได้ อำนาจสั่งการและตัดสินใจอยู่ในมือผู้บริหารระดับสูงขึ้นไปทั้งหมด รวมถึงเรื่องการแต่งตั้งโยกย้าย การให้ความดีความชอบ และการจัดสรรทรัพยากร กลไกแบบนี้มีข้อดีในแง่การควบคุมสั่งการที่ต้องการผลทันทีทันใด สามารถทำได้รวดเร็ว แต่ข้อเสียคือถ้าได้ผู้นำที่มีปัญหา ก็จะนำไปในทางที่เสียหายได้ ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการปฏิรูป ให้มีระบบตรวจสอบ มีกฎกติกามากขึ้น รวมถึงมีงบประมาณน้อยลง แต่อำนาจในการบริหารบุคคลกร การเลื่อนลด ปลด ย้าย ยังมีอยู่เต็มที่ทำให้ยังสามารถสั่งการชั้นต่าง ๆ ลงไปได้ โดยมักไม่มีข้อโต้แย้ง
- กลไกแบบใหม่ มีระบบที่ยืดหยุ่นกว่า มีการกำกับดูแลโดยคณะกรรมการ และเปิดกว้างให้มีหลายฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วม ผู้บริหารกับทีมงานทำงานร่วมกันโดยใช้หลักการและวิชาการ มากกว่าที่จะเป็นการใช้

⁷ จากการสัมภาษณ์ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (4 ก.พ. 2552)

⁸ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับกองคนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข

อำนาจแข็ง การบริหารบุคลากรรวมถึงเรื่องเงินเดือน ไม่ได้อยู่ที่เลขาธิการหรือผู้อำนวยการเพียงผู้เดียว กลไกแบบนี้เหมาะกับองค์กรที่เป็นงานทางเทคนิค เป็นองค์กรที่ไม่ใหญ่นัก สายงานไม่ยาว อาศัยการประชุมปรึกษาหารือกันก็ขับเคลื่อนงานไปได้ แต่อาจยากลำบากในการบริหารจัดการในกรณีฉุกเฉิน หรือขาดโอกาสบางอย่างที่จำเป็นต้องอาศัยพลังหรือภาวะผู้นำของผู้บริหารในการผลักดันไปในทิศทางที่ควรจะเป็น

กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนอกจากระบบการบริหารจัดการแล้ว แนวคิดและวัฒนธรรมองค์กรก็มีส่วนสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กรด้วย กระทรวงสาธารณสุขซึ่งทำหน้าที่ดูแลระบบบริการสาธารณสุขประมาณร้อยละ 70-80 ของทั้งหมด แต่มีการปรับตัวน้อยเนื่องจากมีความเป็นอนุรักษ์นิยมสูง ผู้บริหารส่วนใหญ่เมื่อขึ้นมาดำรงตำแหน่ง โดยในระดับสูงมีอำนาจมาก มักจะไม่ได้เป็นตัวของตัวเองแต่มีสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่ทำให้ต้องคิดถึงปฏิบัติไปในแบบหนึ่ง ซึ่งพบว่าเมื่อพ้นจากอำนาจนั้นมาก็จะเปลี่ยนไปยอมรับความคิดเห็นที่ก้าวหน้าได้มากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการปฏิรูปและการกระจายอำนาจ เคยมีผู้บริหารระดับสูงบางท่านพูดถึงเรื่องนี้ว่าเห็นด้วยแต่ขอให้ท่านพ้นตำแหน่งไปก่อน เพราะไม่อยากให้ *สิ่งที่ผู้ใหญ่ช่วยกันสร้างขึ้นมาต้องหลุดออกไปจากมือในสมัยของท่าน* วัฒนธรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากตัวบุคคล แต่เป็นสิ่งที่ฝังอยู่ในวิถีชีวิตวิธีทำงานของผู้คนที่อยู่ในระบบ มีการถ่ายทอดต่อ ๆ กันมา เมื่อมีความพยายามปรับเปลี่ยนวัฒนธรรม ก็ถูกคัดค้าน⁹ แนวคิดเช่นนี้สะท้อนได้จากความไม่คืบหน้าของงานกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานกระจายอำนาจสะท้อนว่าผู้บริหารมีการเก็บเรื่องค้างไว้ รวมถึงการไม่ดำเนินการตามมติที่ประชุม

การสร้างระบบการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญมากในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพราะแนวคิดเก่าๆ ที่ว่ากระทรวงสาธารณสุขทำทุกอย่าง คงไม่สามารถใช้ได้แล้วในปัจจุบันที่เรื่องราวปัญหาสุขภาพต่างๆ มีความซับซ้อนและมีความหลากหลายสูง ต้องให้พื้นที่เป็นคนทำเอง กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับตัวคือ ต้องกระจายอำนาจไปทำเรื่องใหญ่ ๆ ตอนนี้กระทรวงเหอะทะเกินไป ทำเรื่องเล็ก ๆ มากเกินไป¹⁰

อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขมีจุดแข็งคือการมีต้นทุนทางสังคมสูง มีทรัพยากรมาก และมีเครือข่ายความสัมพันธ์กับกระทรวงอื่นและกับหน่วยงานรัฐอื่น ซึ่งต้นทุนเหล่านี้เป็นสิ่งที่สะสมมาอย่างยาวนาน จึงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการในเรื่องที่ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่าย และเป็น “ผู้รับผิดชอบ” ของสังคม เช่น ในกรณีที่มีปัญหาโรคระบาดหรือภัยคุกคามด้านสุขภาพเกิดขึ้น

องค์กรอื่น ๆ

สปสช. นอกจากบริหารจัดการเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนแล้ว ยังทำหน้าที่เป็นองค์กรขับเคลื่อนการปฏิรูประบบโดยอาศัยกลไกทางการเงิน ปัจจุบันมาดำเนินการเรื่องการพัฒนาบบมากขึ้น ซึ่งผู้บริหารของ สปสช.ให้ความเห็นว่า แม้จะดูเป็นการล้ำเส้นกระทรวงสาธารณสุขอยู่ก็จริงแต่ก็เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำ¹¹ โดยปัจจุบันเน้นเรื่องการพัฒนาบริการที่ระดับพื้นที่ ส่วนการพัฒนาบุคคลากรจะเน้นการพัฒนาทักษะ เคยมีความพยายามในการขอความร่วมมือในการผลิตบุคลากรการแพทย์ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้สถาบันการผลิตของกระทรวงฯ แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นหน้าที่ของ สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขที่คาบเกี่ยวกัน

⁹ จากการสนทนากับอดีตผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

¹⁰ จากการสนทนากับ คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภานพ (6 สิงหาคม 2551)

¹¹ จากการสนทนากับผู้บริหารระดับสูงของ สปสช.

โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุข ได้ทำให้เกิดความลึกลับในบทบาทภารกิจและการดำเนินงาน กิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ ในขณะที่ สวรส. และ สสส. มีการดำเนินงานมาระยะหนึ่ง ซึ่งได้ทำให้เกิดเครือข่ายใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ส่วน สช. นั้นยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นที่ต้องวางรากฐานต่าง ๆ ให้เข้มแข็ง

ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่าง ๆ

การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยที่ผ่านมาได้ทำให้เกิดความขัดแย้งกันค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในส่วนของผู้บริหารระดับสูง ที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน มีการแตกเป็นก๊กเป็นเหล่า ทำให้ในการเคลื่อนไหวเรื่องสำคัญ ๆ ที่ต้องอาศัยภาวะผู้นำ อาศัยความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่ายทำได้ยากลำบาก จึงทำให้เสียโอกาส ตัวอย่างเช่น การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่แต่เดิมนค่อนข้างมีปัญหาในเรื่องประสิทธิภาพ (efficiency) ต่อมาเมื่อเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดตั้ง สปสช. ก็ทำได้เพียงการปฏิรูประบบการเงินเท่านั้น ระบบส่วนอื่น ๆ ไม่ได้มีการปฏิรูป สถานบริการทั้งหลายไม่ได้ปรับตัวที่จะรองรับ มีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวาง เมื่อผู้บริหารระดับสูงไม่มีเอกภาพจากข้างบนทำให้เสียโอกาส¹² มาจนถึงตอนนี้จึงต้องตามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา ซึ่งการขาดเอกภาพและการต้องตามแก้ปัญหาเหล่านี้ ทำให้เราไม่ได้มาสนใจกับเรื่องที่มีความสำคัญที่แท้จริง และไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของโลก ซึ่งยังมีปัญหาที่ต้องพบอีกมาก เช่น ปัญหาโรคไม่ติดต่อ สุขภาพผู้สูงอายุ โรคอุบัติใหม่ โรคระบาด รวมถึงสิ่งที่ตามมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของโลก

การเกิดขึ้นของ หน่วยงาน องค์กร และกลไกการทำงานต่าง ๆ ส่วนหนึ่งได้ทำให้ระบบสุขภาพมีลักษณะแบ่งแยกออกเป็นส่วนใหญ่ ๆ แม้มีบทบาทภารกิจที่เชื่อมซ้อนกันแต่ขาดการเชื่อมประสาน ตัวอย่างเช่น ในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ นพ.ชินกร โนรี ผู้อำนวยการสำนักวิจัยกำลังคนด้านสุขภาพ ได้สะท้อนโดยเปรียบเทียบว่าหน่วยงาน ส. ต่าง ๆ (หน่วยงานที่ตั้งขึ้นใหม่ที่มีกษยย่อตัวแรกคือ ส.เสื่อ) ทำงาน “เหยียบเท้า” กับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ควรหาแนวทางในการทำงานร่วมกัน โดยเสนอว่าควรมีกลไกที่ติดตามดูแลเรื่องกำลังคนอย่างต่อเนื่องและควรมีการพัฒนาสารสนเทศด้านกำลังคนแห่งชาติ ไม่ใช่ของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น¹³ ซึ่งปัจจุบัน คสช. ได้มีการจัดตั้งกลไกเพื่อทำหน้าที่ติดตามดูแลในเรื่องนี้โดยเฉพาะ คือ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

อีกตัวอย่างหนึ่งคือระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ที่ผ่านมามีหน่วยงานมีการกำหนดมาตรฐานกำหนดรหัสของตัวเอง แม้ในกระทรวงสาธารณสุขแต่ละหน่วยงานทั้งสำนักงานปลัดฯ หรือ กรมต่าง ๆ ก็มีระบบข้อมูลที่ต่างกันจนยากที่จะมาเชื่อมโยงกันได้ จึงมีการจัดตั้งสำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health Information Systems Development Office-HISO) ขึ้น เป็นเครือข่ายนักวิจัยของ สวรส. โดยมีภารกิจหนึ่งในการพัฒนาระบบดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพระดับชาติ มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น มีการทำกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข หรือ การเชื่อมโยงกับ สช. เพื่อให้มีการนำระบบไปใช้ในภาคประชาชน รวมถึงมีการประสานกับเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อการจัดทำข้อมูลเฉพาะประเด็น เช่น เครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์หรืออุบัติเหตุน¹⁴

นอกจากความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรแล้ว ยังมีการจัดเวทีเพื่อให้ผู้บริหารจากแต่ละองค์กรได้พบกันทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น

¹² จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับกองในกระทรวงสาธารณสุข

¹³ นพ.ชินกร โนรี นำเสนอในการประชุม ๓ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (12 ก.ย. 2551)

¹⁴ นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล นำเสนอในการประชุม ๓ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (12 ก.ย. 2551)

- การประชุมประจำเดือนของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการเชิญผู้บริหารขององค์กรต่าง ๆ มาร่วมประชุมด้วยนั้น พบว่ามีการเข้าร่วมน้อย โดยให้เหตุผลว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะปัจจุบันการประชุมมีบรรยากาศที่ต่างไปจากอดีตที่เคยเป็นเวทีการพูดคุย มีการรับฟังกันมาก ปัจจุบันเป็นแต่เพียงรูปแบบที่เป็นทางการ ต้องคอยระมัดระวังตัวในการพูด
- การอบรมผู้บริหารของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) หรือสถาบันพระปกเกล้า ที่มีการเชิญบุคลากรจากหลายหน่วยงานเข้ารับการอบรมร่วมกัน ด้วยมีเป้าหมายส่วนหนึ่งในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารจากต่างองค์กร แต่หลายคนเห็นว่ายังคงใช้กระบวนการและวิธีการแบบเดิม แต่ก็มีปัญหาสำคัญคือคนที่เข้าไปรับการอบรมร่วมกันมีความหลากหลายน้อย จึงกลายเป็นกระบวนการถ่ายทอดวิธีคิดแบบเดิม ๆ ที่ขาดความเข้าใจในมุมมองของภาคส่วนอื่น ๆ ของสังคม ตัวอย่างเช่น การอบรมของสถาบันพระปกเกล้าที่แม้มีผู้เข้าร่วม ทั้งนักการเมือง ข้าราชการ ภาคเอกชน แต่ยังคงขาดภาคท้องถิ่นและประชาสังคม

ในส่วนของผู้บริหารระดับกลางหรือเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการในองค์กรต่าง ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในหลายลักษณะ เช่น บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรที่จัดตั้งขึ้นใหม่นั้นส่วนใหญ่เคยเป็นบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข จึงยังมีความรู้จักคุ้นเคยกับระบบงานและเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข องค์กรต่าง ๆ เหล่านี้เป็นแหล่งสนับสนุนทรัพยากรให้บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขสามารถดำเนินงานในภารกิจได้ เช่น เจ้าหน้าที่ของกรม กองหรือโรงพยาบาลที่ของบประมาณจาก สสส. หรือ สปสช. ในการจัดทำโครงการเฉพาะต่าง ๆ รวมถึงการมีการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างองค์กร เช่น การประชุมสัมมนาทางวิชาการ หรือการณรงค์ต่าง ๆ ก็เป็นโอกาสให้บุคลากรได้ทำงานร่วมกันอีกด้วย

๔.๒ ธรรมชาติของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ

ธรรมชาติของกลไกอภิบาลในส่วนที่เป็นการทำให้เป็นองค์กรที่ดี ไม่ใช่บรรลุมารกิจเท่านั้น¹⁵ ธรรมชาติของกลไกอภิบาลเป็นทั้งเป้าหมายและเครื่องมือในการพัฒนาระบบ

กรอบแนวคิดเรื่องธรรมชาติของกลไกอภิบาลถูกกำหนดขึ้นหลายรูปแบบ ซึ่ง นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ให้ความเห็นว่าสำหรับประเทศไทยสิ่งที่บัญญัติไว้ใน พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 นั้นมีความสมบูรณ์ที่สุด ที่ควรนำมาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาธรรมชาติของระบบสุขภาพ และเสนอว่าโครงสร้างของธรรมชาติของระบบสุขภาพนั้น ประกอบด้วยโครงสร้างที่เป็นองค์กรหลักที่มีกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นแกนกลาง มีองค์กรพัฒนาเอกชนและสื่อมวลชนทำหน้าที่เสริมงานและตรวจสอบด้วย และมีองค์กรอีกมากมาย เช่น กพร. กพ. มีกรรมการตรวจสอบภาคราชการ กรรมการพิทักษ์คุณธรรม สตง. ปปช. ศาลปกครอง ศาลยุติธรรม องค์กรวิชาชีพ เป็นกลไกธรรมชาติจากภายนอก¹⁶ ดังนั้นการวิเคราะห์ระบบธรรมชาติของระบบสุขภาพในปัจจุบันจึงแยกออกเป็น 3 ส่วนได้แก่ ธรรมชาติของเครือข่ายองค์กรหลัก ธรรมชาติในแต่ละองค์กร และองค์กรภายนอกที่สนับสนุนให้ธรรมชาติของระบบสุขภาพเข้มแข็ง

¹⁵ จากการสัมภาษณ์ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (28 พ.ย. 2551)

¹⁶ จากการสัมภาษณ์ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (28 ม.ค. 2552)

ธรรมาภิบาลของเครือข่ายองค์กรหลัก

ธรรมาภิบาลของเครือข่ายองค์กรหลัก นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ให้ความเห็นว่า การที่ประกอบด้วยหลายองค์กร เป็นลักษณะที่ส่งเสริมให้เกิดธรรมาภิบาล เพราะถ้ามีแต่กระทรวงสาธารณสุขเพียงองค์กรเดียว จะมีแนวโน้มทำให้เกิด ความเสื่อมเพราะรวมศูนย์ ที่ผ่านมามีองค์กรที่ตั้งขึ้นใหม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ดีพอสมควร เช่น สวรส. สามารถสร้างองค์ความรู้สนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การพัฒนาเรื่องหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จได้เพราะองค์ความรู้จาก สวรส. แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่ถึงเป้าหมายที่ต้องการ คือ ยังมีการแยกเป็น 3 กองทุนอยู่ ซึ่งตามนิยามของธรรมาภิบาลแล้วการที่มีสามกองทุน ไม่ได้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อ ประชาชน ไม่เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อประชาชน ซึ่งจะเกิดได้ต้องมีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ระบบ ประกันสังคมทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ พยายามลดรายจ่ายเพื่อให้มีกำไรสูงสุด ในอีกทางหนึ่งระบบสวัสดิการข้าราชการ ก็มีปัญหาในเรื่องความคุ้มค่า

ในส่วนของ สปสช. มีการใช้เงินอย่างคุ้มค่ามากขึ้น มีการปรับปรุงพัฒนาสม่ำเสมอ มีการผลักดันให้เกิด กองทุนสุขภาพชุมชน ผลักดันให้เกิดระบบส่งต่อ ระบบการผ่าตัดที่รวดเร็ว สสส. ก็ทำหน้าที่ได้ดี บรรลุภารกิจสำคัญได้ มาก ส่วน สข. เป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นใหม่ได้ทำกระบวนการบางอย่างแล้วแต่ยังไม่เห็นผลลัพธ์ ยังมีความท้าทายที่สำคัญ เช่น เกิดสมัชชาสุขภาพแล้วจะเกิดผลลัพธ์อย่างไรหรือไม่ จุดนี้มีความสำคัญ เพราะบทบาทตามกฎหมายของคือต้อง ผลักดันให้เป็นมติ ครม. และให้มีการนำไปสู่การปฏิบัติ ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขยังมีลักษณะรวมศูนย์อยู่มาก ในขณะที่เกิดองค์กรภายนอกจำนวนมากแต่ภายในกลับไม่กระจายตัว ดังนั้นเรื่องของการปฏิรูปองค์กรจึงเป็นโจทย์ ใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน¹⁷

ธรรมาภิบาลภายในแต่ละองค์กร

ธรรมาภิบาลในแต่ละองค์กรเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่ส่งเสริมธรรมาภิบาลของระบบในภาพรวม องค์กรที่ เกิดขึ้นใหม่มีฐานอยู่บนการปฏิรูปการเมืองและการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงมีการออกแบบที่เอื้อให้เกิดธรรมาภิบาล ภายในองค์กรสูง เช่น การมีคณะกรรมการกำกับดูแลการทำงานของผู้บริหาร การกำหนดให้มีคณะกรรมการตรวจสอบ หรือประเมินผล แต่สำหรับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีพัฒนาการของระบบการทำงานและวัฒนธรรมองค์กรมาอย่าง ยาวนาน ซึ่งหลายส่วนไม่สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล

นโยบายการปฏิรูประบบราชการที่ผ่านมามีทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการปรับตัว ผู้บริหารเริ่มปรับตัววิธี คิดแบบ “ฉันเป็นอธิบดี ฉันตัดสินใจคนเดียวเลย” มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจึงมีการสร้างระบบการให้ความเห็นหรือการ กลั่นกรอง ซึ่งเป็นการเพิ่มกระบวนการมีส่วนร่วม แต่ยังไม่พบได้ว่าบางครั้งกระบวนการนี้กลับเป็นเพียงแค่รูปแบบเสริม เพื่อให้เกิดความชอบธรรมของการใช้อำนาจเท่านั้น โดยที่ผู้บริหารยังคงตัดสินใจด้วยตนเองอย่างเบ็ดเสร็จ ตัวอย่างเช่น การแต่งตั้งโยกย้ายซึ่งเป็นอำนาจของผู้บริหารโดยตรง สามารถดำเนินการได้หลายวิธี แต่วิธีที่เป็นสากลคือต้องมี คณะกรรมการ มีข้อมูล มีกระบวนการกลั่นกรองก่อน แต่ในบางครั้งเป็นแต่เพียงการแสดง ทำให้เหมือนกับว่าให้มี กระบวนการเท่านั้น มีกรรมการก็จริงแต่ถูกสั่งการได้หมด กรรมการพิจารณาอย่างไร ใช้หลักเกณฑ์หรือข้อมูลอย่างไรก็ ไม่ได้นำมาเปิดเผย สุดท้ายผู้มีอำนาจก็ตัดสินใจและบอกว่า “ได้ตัดสินใจตามที่บอร์ด (คณะกรรมการ) เสนอ” จึงเป็น การยืมมือบอร์ดมาสร้างความชอบธรรมให้กับการตัดสินใจที่ไม่ชอบธรรมเหมือนเดิม¹⁸

ในเรื่องการกระบวนการนโยบายภายในกระทรวงสาธารณสุขก็เช่นเดียวกัน การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพนั้น มีสองลักษณะ คือ ลักษณะแรกเป็นปัญหาของแต่ละพื้นที่หรือแต่ละหน่วยย่อยดำเนินการได้เอง กับอีก

¹⁷ จากการสัมภาษณ์ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (28 ม.ค. 2552)

¹⁸ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับกองในกระทรวงสาธารณสุข

ลักษณะหนึ่งคือปัญหาที่สั่งการโดยนโยบายจากส่วนกลาง ซึ่งพบว่ามีหลายประเด็นปัญหาที่ถูกนำมากำหนดเป็นนโยบายโดยกระบวนการที่ไม่มีธรรมาภิบาล ทำให้ต้องไปทำในเรื่องที่ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนจริง จึงเกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากร งบประมาณ และผลกำไรโดยไม่เกิดประโยชน์อย่างเหมาะสม แต่ในระบบของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีจุดแข็งที่สำคัญคือ การมีความเป็นวิชาชีพค่อนข้างสูง (highly professionalism) ทำให้ผู้บริหารในทุกระดับมีอัตลักษณ์ มีหลักการของตนเองที่ทำให้ไม่สามารถไปควบคุมหรือสั่งการจนผิดทิศผิดทางได้มากนัก¹⁹

ในองค์กรอื่น ๆ ก็มีความท้าทายในการพัฒนาระบบภายในองค์กรเช่นกัน เช่น สปสช. ที่หลายคนเห็นว่ากำลังมีลักษณะคล้ายกับจะเป็นเหมือนกัน “สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข” อีกแห่งหนึ่ง คือเริ่มมีวัฒนธรรมการทำงานและการใช้อำนาจแบบราชการมากขึ้น²⁰ สสส. ก็ถูกจับตามองและตรวจสอบจากสังคมมากขึ้น เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องทำงานกับเครือข่ายที่มีความหลากหลายสูง จึงสนับสนุนงบประมาณให้กับเครือข่ายจำนวนมากในแผนงานโครงการที่หลากหลาย ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดการดำเนินงานหรือใช้งบประมาณอย่างไม่เหมาะสมได้เสมอ

องค์กรภายนอกที่สนับสนุนให้ธรรมาภิบาลเข้มแข็ง

ปัจจุบันมีกลไกจำนวนมากที่มีส่วนสนับสนุนให้ธรรมาภิบาลขององค์กรด้านสุขภาพมีความเข้มแข็ง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน (คตง.) คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ศาลปกครอง รัฐสภา รวมถึงสื่อมวลชน เป็นต้น แต่จากหลายเหตุการณ์ได้สะท้อนให้เห็นว่ากลไกเหล่านี้ยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม เช่น กรณีการปฏิรูประบบบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐที่ ก.พ.ร. วิเคราะห์องค์กรต่าง ๆ แบบ “ตัดเสื้อโหล” ไม่ได้ให้ความสำคัญกับความแตกต่างและหัวใจของธรรมาภิบาลในแต่ละองค์กร รวมถึงสร้างภาระดำเนินงานเอกสารมากเกินไปจนความจำเป็น กรณีทุจริตการจัดซื้อคอมพิวเตอร์ที่มีผู้กระทำผิดชัดเจนแต่ ก.พ.ไม่ดำเนินการใด รวมถึงกรณีที่นักการเมืองใช้อำนาจสั่งปลดผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรมโดยมิชอบ ก.พ.ก็ไม่ดำเนินการใด ๆ กรณีทุจริตการจัดซื้อรถพยาบาลฉุกเฉินที่ สตง.ไม่ได้ดำเนินการกับผู้กระทำผิด สื่อมวลชนก็ไม่ได้ลงลึกในประเด็นต่าง ๆ เท่าที่ควร ไม่ได้ติดตามเพื่อเปิดเผยสิ่งที่ควรให้สาธารณสุขชนได้รับรู้ เช่น กรณีที่กองทุนประกันสังคมเพิ่มเงินจัดสรรให้กับโรงพยาบาลประมาณสี่พันล้านบาทโดยไม่เพิ่มสิทธิประโยชน์ใด ๆ ให้กับผู้ประกันตน²¹

๔.๓ ความสัมพันธ์ในมุมมองการอภิบาลสะท้อนคิด

โลกยุคปัจจุบันได้ทำให้ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมที่มีความเสี่ยงภัย มีความเป็นปัจเจกนิยม ในขณะเดียวกันก็มีลักษณะเป็นโลกาภิวัตน์ เช่นเดียวกับประเทศทั้งหลายในโลก ปัจจัยกำหนดสุขภาพมีความสลับซับซ้อนและมีความจำเพาะกับบริบทสูง การกำหนดว่าสิ่งใดเป็น “ปัญหาสุขภาพ” ที่จำเป็นต้องจัดการไม่สามารถกำหนดเป็นมาตรฐานเดียวใช้กับทั่วประเทศได้อีกต่อไป ตัวอย่างเช่น ปัญหาสุขภาพของประชาชนรอบสนามบินสุวรรณภูมิ ก็แตกต่างกับที่สนามบินดอนเมือง จะคิดรวม ๆ เหมือนกันไม่ได้ สิ่งที่เรียกว่าการอภิบาลจึงมีบทบาทหน้าที่และมี

¹⁹ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับกองของกระทรวงสาธารณสุข

²⁰ จากการสนทนากับบุคลากรสาธารณสุขทั้งที่อยู่ใน สปสช. และในองค์กรอื่น

²¹ จากการสัมภาษณ์อดีตผู้บริหารระดับอธิบดี ในกระทรวงสาธารณสุข

ความหมายดังที่ Jan-Peter Voß และ Rene Kemp (2006) เสนอไว้ว่าเป็น “กระบวนการที่สังคมใช้ในการระบุถึงปัญหา และรับมือกับปัญหา” เป็นกระบวนการของสังคมที่ควบคุมกำกับตัวเอง ที่ไม่ได้ถูกสั่งการโดยแผนที่คนอื่นกำหนด ไม่ได้ถูกควบคุมโดยคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นปฏิสัมพันธ์กันของผู้คนหรือองค์กรจำนวนมากที่มีปัญหาของตัวเอง มาร่วมกันกำหนดเป้าหมายและแนวทางบรรลุเป้าหมายของตัวเอง

ในประเด็นด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกันหากพิจารณาให้เข้าใจความจำเพาะของบริบททั้งหลายแล้วจะเห็นได้ว่า กลไกที่ใช้ในแต่ละพื้นที่แต่ละประเด็นไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน และเมื่อเวลาเปลี่ยนไปบริบทก็เปลี่ยนไปด้วย เช่น การตัดสินใจว่างานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยในอดีตได้ผลหรือไม่ จะต้องวิเคราะห์ด้วยบริบทของสังคมในตอนนั้น ถ้าใช้บริบทปัจจุบันไปตัดสินจะทำให้เข้าใจไม่ถูกต้อง ดังนั้นจะกำหนดประเด็นการวิเคราะห์โดยใช้เฉพาะคำว่า “การอภิบาลระบบสุขภาพ” เท่านั้นไม่ได้ เพราะแต่ละส่วนของระบบสุขภาพ ก็มีการอภิบาลในลักษณะของตัวเอง จึงไม่มีสูตรสำเร็จตายตัว²² เช่น การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment, HIA) พบว่าการอภิบาลที่ระดับพื้นที่ ระดับกรม ระดับกระทรวง ก็มีความแตกต่างกัน

การอภิบาลระบบสุขภาพในความหมายนี้จึงเป็นกระบวนการที่ผู้คนหรือองค์กรทั้งหลายที่ต่างมีปัญหามาของตัวเอง มาร่วมกันกำหนดว่าอะไรคือ “ปัญหา” ที่ต้องให้ความสำคัญ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและแนวทางบรรลุเป้าหมายของตนเองซึ่งเป็นกระบวนการในการกำหนดว่า “ระบบสุขภาพ” ที่ผู้คนทั้งหลายต้องการควรเป็นอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ สวรส.ใช้ในวิเคราะห์และสร้างองค์ความรู้ในช่วงเริ่มต้นแผนงานวิจัยการอภิบาลระบบสุขภาพ ที่อยู่บนพื้นฐานว่าการอภิบาลคือกลไกในการปฏิรูประบบสุขภาพ

ในช่วงต้นของการวิจัยด้านการอภิบาล (พ.ศ.2545-2547) สวรส. ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการกำหนดและกำกับนโยบาย โดยนำกรอบคิดที่ได้จากกระบวนการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นเรื่องสมัชชาสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการวางแผน และการปฏิรูปโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ จึงแบ่งบริบทของการอภิบาลออกเป็น 4 ระดับคือระดับชาติ ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น และระดับสถานบริการสุขภาพ แต่ต่อมา (ช่วงปี พ.ศ.2548-2550) สวรส. ได้ขยายไปที่การปรับตัวขององค์กรต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบ โดยเน้นที่การปรับตัวของกลไกการบริหารจัดการองค์กรสุขภาพให้มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ ส่วนการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิรูประบบก็ยังคงมีการทำงานอย่างต่อเนื่องโดยองค์กรลูก คือ สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) กรอบแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพของ สวรส. จึงครอบคลุมถึงเรื่อง “ธรรมาภิบาล” อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น แต่มีส่วนทำให้คนจำนวนหนึ่งเข้าใจผิดว่า การอภิบาล (Governance) กับธรรมาภิบาล (Good Governance) มีความหมายเหมือนกัน

การอภิบาลสะท้อนคิดกับ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

การอภิบาลในกรอบแนวคิดของการอภิบาลสะท้อนคิด (Reflexive Governance) หมายถึงกระบวนการที่สังคมใช้ในการระบุถึงปัญหาและรับมือกับปัญหา ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ส่วนคือ การที่ปัญหาร่วมถูกกำหนดและวิเคราะห์ การประกอบสร้างเป้าหมายและการประเมินทางเลือกที่เป็นคำตอบ และ การเชื่อมประสานยุทธศาสตร์ในการทำงาน โดยมีการสะท้อนคิด (reflexive) ตลอดเวลา นั่นคือมีการร่วมกันพิจารณาถึงผลกระทบที่ตามมาทั้งผลจากการดำเนินการตามยุทธศาสตร์และผลที่เกิดจากโครงสร้างและกระบวนการในการกำหนดยุทธศาสตร์ จึงทำให้มีการปฏิรูปทั้งระบบต่อเนื่อง

จากกรอบแนวคิดนี้กลไกการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงทำหน้าที่เป็น “กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งในประเทศไทยมีการเคลื่อนไหวเพื่อจัดตั้งและพัฒนากลไกนี้มายาวนาน เช่นแนวคิดเรื่องการจัดตั้ง “สภาสุขภาพ

²² จากการสัมภาษณ์ นพ.วิพุธ พูลเจริญ (27 ก.พ. 2552)

แห่งชาติ” เมื่อประมาณ 30-40 ปีก่อน จนกระทั่งมีการกำหนดกลไกขึ้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2543 ที่มีการจัดตั้ง คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส.) และ สปรส. ขึ้น มีการสาคิดและทดลองใช้กลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และไตร่ตรองสะท้อนคิดเพื่อพัฒนาและปฏิรูปวิธีคิดและโครงสร้างของระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนสามารถสร้างนวัตกรรมที่เป็นเครื่องมือสำคัญของสังคมในการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง คือ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดเครื่องมือและกลไกที่สำคัญไว้หลายประการ โดยมีกลไกหลักที่เน้นการมีส่วนร่วม เพื่อสานพลังจากทุกภาคส่วนในการปฏิรูประบบสุขภาพได้แก่ การเปิดพื้นที่ของ “สุขภาพ” ให้กว้างขวางและจัดพื้นที่ทางสังคม (Social space) เป็น “เวที” ให้ตัวแทนจากทุกส่วนในสังคมได้แสดงออกและร่วมกันถกแถลง (Deliberate) เพื่อกำหนดทิศทางและขับเคลื่อนระบบสุขภาพร่วมกัน รวมถึงการจัดตั้ง “คณะกรรมการ” เพื่อทำหน้าที่ต่าง ๆ โดยมีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน อีกทั้งยังมีเครื่องมือที่เรียกว่า “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เป็นภาพของระบบสุขภาพที่ต้องการซึ่งทุกฝ่ายได้ร่วมกันร่างขึ้นและร่วมกันปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

ปัจจุบัน (จนถึงเดือนมีนาคม 2552) มีกลไกที่เกิดขึ้นภายหลังการประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้จำนวนมาก เช่น

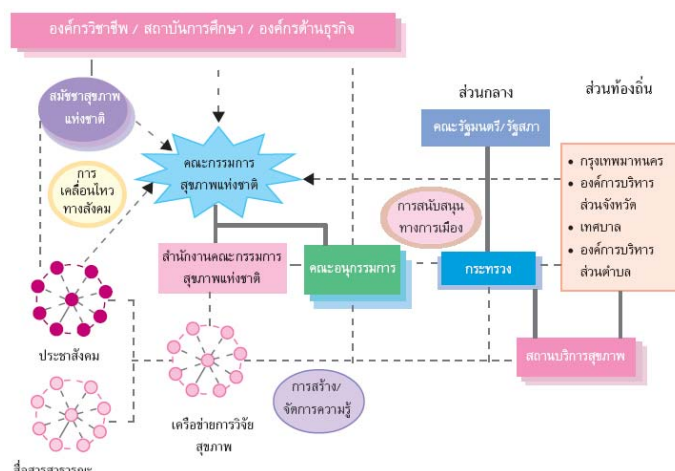
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 2 เดือน ซึ่งที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน คสช. ได้จัดตั้งคณะกรรมการชุดต่าง ๆ เพื่อทำงานเฉพาะ ได้แก่ คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพ (คจ.สช.) คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น คณะกรรมการชุดนี้มีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยในการประชุมครั้งที่ 1/2552 นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีได้มาทำหน้าที่ประธานการประชุมด้วยตนเอง
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มี นพ.อำพล จินดาวัฒนะเป็นเลขาธิการ และมี คณะกรรมการบริหาร (คบ.) ทำหน้าที่กำกับดูแลโดย คบ. มีการประชุมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 2 เดือน มี นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานกรรมการ
- การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 วันที่ 11-13 ธันวาคม 2551 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร มีผู้เข้าร่วมจากทุกภาคส่วน มาจากทั่วประเทศรวมจำนวนประมาณ 1,500 คน ซึ่งมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจำนวน 14 ประเด็นจะผ่านกระบวนการพิจารณาของ คสช. เพื่อเสนอเข้าสู่คณะรัฐมนตรีต่อไป ในการจัดสมัชชาครั้งนี้ มี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธานกรรมการ คจ.สช.
- การจัดทำ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ.... ที่ดำเนินการยกร่างโดยคณะกรรมการ ที่มี นพ.บรรลพ ศิริพานิช เป็นประธานกรรมการและคณะอนุกรรมการ 6 คณะที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย โดยได้นำเข้าพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ด้วย หลังจากนั้นจะนำเข้าสู่การพิจารณาของ คสช. เพื่อให้ความเห็นชอบ และส่งให้กับคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและดำเนินการต่อไป ธรรมนูญนี้เป็นการกำหนด เป้าหมาย มาตรการกว้าง ๆ ของระบบสุขภาพแห่งชาติที่มองไกลไปจนถึงปี พ.ศ. 2563 (ค.ศ.2020) ในการผลักดันให้ธรรมนูญมีผลไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องมีคณะทำงานเพื่อติดตาม สนับสนุนและประเมินผล²³ ในการประชุม คสช. ครั้งที่ 1/2552 จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญฯ ขึ้น โดยได้แต่งตั้งให้ นพ.บรรลพ ศิริพานิช เป็นประธานกรรมการ

²³ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ นำเสนอในการประชุม คสช. ครั้งที่ 1/2552 วันที่ 20 มีนาคม 2552 ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กลไกที่เกิดขึ้นใหม่เหล่านี้จะเห็นได้ว่ามีการทำงานประสานกันโดยมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นจุดเชื่อมต่อหลักและเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม (ดังภาพที่ 10) แต่กลไกเหล่านี้ยังคงมีข้อจำกัดและสิ่งท้าทายอีกมาก เช่น ประเด็นเรื่องการมีส่วนร่วม ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมในเวทีหรือกลไกเหล่านี้จะต้องผ่านกระบวนการคัดเลือก จึงมีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า บุคคลเหล่านี้เป็น “ตัวแทน” ที่แท้จริงหรือไม่ มีกระบวนการคัดเลือกที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับจริงหรือไม่ ข้อเสนอหรือความคิดเห็นที่นำเสนอเป็นของส่วนตัวหรือของกลุ่มที่ตนเป็นผู้แทน มีอิสระในการลงคะแนนเสียงมากน้อยแค่ไหน และมีความโปร่งใสในการปฏิบัติหน้าที่ในกลไกเหล่านี้มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ก็ยังมีความท้าทายในเรื่อง “การไม่มีส่วนร่วม” ของกลุ่มองค์กรหรือเครือข่ายต่าง ๆ ซึ่งจะต้องเพิ่มขึ้นในอนาคต

ภาพที่ 9 ความสัมพันธ์ของกลไกภายใต้ระบบสุขภาพภายหลังการประกาศใช้

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550



ที่มา : อำพลและคณะ 2551a: 412

ด้วยความเป็นสิ่งใหม่จึงยังมีอุปสรรคและความท้าทายอีกมาก ดังที่ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ได้สะท้อนว่ากลไกเหล่านี้เป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม เป็นโอกาสอันหนึ่งของสังคมซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันในการผลักดัน “จะหวังให้เฉพาะ คสช. และ สช. เป็นผู้ผลักดันให้สำเร็จคงเป็นไปไม่ได้ คสช. และ สช. ทำหน้าที่ในการเปิดพื้นที่ให้ทุกฝ่ายได้มาร่วมกัน ไม่มองว่าใครเป็นศัตรู ถือว่าทุกฝ่ายเป็นมิตรด้วยกัน ด้วยการทำแบบนี้ ด้วยท่าทีแบบนี้ มันก็จะค่อย ๆ พัฒนาไป... คสช. สช. เพิ่งเริ่มต้น ความเข้มแข็งยังไม่มี อย่าไปฝากว่าเมื่อมันมีความหวังใหม่เกิดขึ้น ทุกคนก็จะฝากความหวังไว้ จริงๆ แล้วมันเกิดได้จากทุกส่วน การเริ่มต้นทำได้ทุกที่ อย่าไปฝากความหวังไว้คนเดียว... ต้องให้เวลา และทุกฝ่ายที่เห็นว่ามันเป็นประโยชน์ได้ก็ต้องมาช่วยกันใช้ช่วยกันทำ อย่างสมัชชาสุขภาพถ้าเห็นว่ามันเป็นโอกาสที่จะมาสร้างนโยบายด้วยกัน ผลักดันด้วยกัน เรียนรู้ด้วยกัน ก็ต้องเข้ามาช่วยกันทำ แต่ถ้ายังยืนห่างอยู่แล้วคอยดูว่าจะเจ๊งไหม จะสำเร็จไหมมันก็ไม่ใช่”²⁴

เมื่อวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดเครือข่ายการอภิบาลพบว่า ด้านความสัมพันธ์ในการเป็นเครือข่ายนโยบาย (policy network) พบว่าแต่ละองค์กรมีกระบวนการนโยบายของตนเอง “แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ” ที่ควรทำหน้าที่

²⁴ จากการสัมภาษณ์ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (4 ก.พ. 2552)

เป็นแผนแม่บทให้กับทุกองค์กร ก็ไม่ได้รับการให้ความสำคัญและมีการนำไปใช้ประโยชน์ไม่มากนัก เวทีการประชุมร่วมก็เป็นเพียงรูปแบบทางการที่ไม่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันได้จริง การเชื่อมประสานมักใช้เครือข่ายความสัมพันธ์ส่วนบุคคลของบุคลากรระดับต่าง ๆ โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรเป็นเรื่อง ๆ ไป จึงมีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือข่ายรายประเด็น (issue network) ที่มีการทำงานร่วมกันเป็นครั้งคราว โดยไม่ได้มีความเห็นสอดคล้องกันไปในทิศทางเดียว จึงมีบางครั้งที่ต่างหน่วยงานทำเรื่องเดียวกัน แต่มีแนวทางขัดแย้งกัน สร้างความยากลำบากให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ และเกิดความเสียหายต่อสังคมโดยรวมในกรณีวิกฤตที่ต้องการความเป็นเอกภาพทางนโยบายสูง เช่น ในกรณีการควบคุมโรคระบาด

กลไกที่เกิดขึ้นใหม่จาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มีสถานะและบทบาทที่จะทำให้เกิดการเชื่อมโยงทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพ โดยอาศัยกลไก คสช. สมัชชาสุขภาพ รวมถึงการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งจะเป็นแผนแม่บทด้านสุขภาพของประเทศ กลไกเหล่านี้ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้มีโอกาสสมำ่กำหนดประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของสังคมไทย และกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อจัดการปัญหาเหล่านั้นร่วมกัน จึงเป็นรูปธรรมของการอภิบาลที่อาศัยการไตร่ตรองสะท้อนคิด (Reflexive governance) สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการคือการพัฒนาความสัมพันธ์แบบเครือข่ายนโยบาย ให้มีความเป็นชุมชนนโยบาย (policy community) ที่มีการทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอและมีเป้าหมายหรือคุณค่าร่วมกันมากยิ่งขึ้น แต่ในปัจจุบันก็ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นเท่านั้น

๔.๔ บทสรุป

โครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบันมีความสลับซับซ้อน แม้ในชุมชนเล็ก ๆ ชุมชนหนึ่งก็ประกอบขึ้นด้วยเครือข่ายความสัมพันธ์ของตัวแสดงจำนวนมาก แต่เนื่องจากการอภิบาลสังคมไทยมีศูนย์กลางอยู่ที่กลไกภาครัฐ ดังนั้นแกนกลางของการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศจึงอยู่ที่รัฐบาลและกลไกหลักที่เชื่อมโยงกับรัฐบาล ซึ่งได้แก่กระทรวงสาธารณสุข สวรส. สสส. สปสช. และ สช. โดยครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของ “ภาวะผู้นำและการอภิบาล” ทั้ง ๖ ประการตามกรอบแนวคิดในรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ.2550

แต่เนื่องจากที่ผ่านมา รัฐบาลไม่ได้แสดงบทบาทที่ชัดเจนในการอภิบาลระบบสุขภาพ โดยเฉพาะบทบาทในการออกแบบระบบ จึงมีการตั้งองค์กรใหม่ขึ้นโดยไม่มีการปฏิรูปองค์กรที่มีอยู่เดิมให้สอดคล้องกัน ซึ่งแม้จะมีการบัญญัติบทบาทหน้าที่ไว้ในกฎหมายของแต่ละองค์กรให้มีหน้าที่เฉพาะของตนเอง แต่ในทางปฏิบัติแล้วก็จำเป็นต้องมีการทำงานที่ลักลั่นกัน ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประเด็นทางสุขภาพมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน ในการดำเนินการเรื่องหนึ่งให้สำเร็จต้องอาศัยการทำเรื่องอื่น ๆ ด้วย รวมทั้งในแต่ละเรื่องก็มีวิธีทำงานได้หลายแบบ เช่น การสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างเป็นธรรม จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการให้ดีขึ้น จึงทำให้ สปสช. ต้องเข้ามามีส่วนในการผลักดันการพัฒนาระบบบริการ แต่เนื่องจากหน่วยบริการส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขจึงกลายเป็นภารกิจที่ซ้อนทับกัน เพียงมีส่วนต่างคือ สปสช.ใช้กลไกทางการเงินกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขใช้กลไกการบริหารราชการ

สภาพความไม่เป็นเอกภาพของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ เป็นประเด็นสำคัญที่มักจะถูกหยิบยกขึ้นมาวิพากษ์ว่าเป็นอุปสรรคในการพัฒนาระบบสุขภาพ และเป็นต้นเหตุของความล้มเหลวหรือความไม่มีประสิทธิภาพในการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรอื่น มีความพยายามในการเชื่อมประสานกันระหว่างองค์กร เช่น การประชุมร่วม การประสานแผนงานหรือทำโครงการร่วมกัน ซึ่งพบว่าในระดับปฏิบัติการสามารถเชื่อมประสานกันได้ค่อนข้างดี ส่วนหนึ่งเพราะบุคลากรจำนวนมากที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรที่จัดตั้ง

ขึ้นใหม่ เคยเป็นบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขมาก่อน จึงมีความรู้จักคุ้นเคยกับบุคลากรและระบบงานของกระทรวง แต่ในระดับบริหารก็มีความสัมพันธ์กันแต่เพียงรูปแบบทางการเท่านั้น ปัจจัยสำคัญคือการมีฐานวิธีคิดและความรู้ความเข้าใจที่แตกต่างกันระหว่างผู้นำระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันกับผู้นำระดับสูงขององค์กรอื่น ๆ (สวรส. สสส. สปสช. สช.) ที่ถูกหล่อหลอมมาด้วยกันผ่านกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ

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

ในปัจจุบันนอกจากกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องเผชิญกับแรงบีบคั้นที่ทำให้ต้องแสวงหาแนวทางเพื่อการปฏิรูปตนเองแล้ว องค์กรอื่น ๆ ก็มีประเด็นท้าทายที่ต้องเผชิญในลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น สปสช. ซึ่งใช้ “กลไกทางการเงิน” ในการกำกับดูแลเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน เริ่มได้รับการสะท้อนว่าเริ่มมีวัฒนธรรมอำนาจที่ไม่ต่างจากระบบราชการเดิม, ส่วน สสส. ซึ่งต้องทำงานเชื่อมประสานกับเครือข่ายจำนวนมาก โดยต้องใช้แนวทางการทำงานใหม่ ๆ และมีความยืดหยุ่นสูงจึงมักถูกตั้งคำถามเรื่องประสิทธิภาพและประสิทธิผล, สช. ซึ่งเพิ่งเริ่มต้นยังถูกดูแคลนว่าเป็นเพียง “เสือกระดาษ” ที่ไม่สามารถทำอะไรให้เห็นผลได้จริง, และ สวรส. ที่ออกลูกออกหลานเป็นองค์กรอื่น ๆ จำนวนมากก็เริ่มถูกตั้งคำถามถึงอัตลักษณ์ของตัวเอง

อย่างไรก็ตามในการแก้ปัญหาสุขภาพที่นับวันจะทวีความซับซ้อนและท้าทายมากยิ่งขึ้น ยังต้องอาศัย “ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง” อีกด้วย ดังเห็นได้จากกรณีการใช้มาตรการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (ซีแอล) ในช่วง พ.ศ.2549-2551 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นต่อชีวิต การดำเนินการครั้งนี้มีอุปสรรคและแรงกดดันทั้งภายในประเทศและในระดับนานาชาติ แต่สามารถผลักดันจนประสบความสำเร็จได้ด้วยภาวะผู้นำที่เข้มแข็งของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และความเป็นเอกภาพของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคประชาสังคม ซึ่งมีการทำงานโดยเชื่อมโยงกันทั้งภายในประเทศและในระดับโลก (กรณีการ 2550) แต่ต่อมาเมื่อเปลี่ยนตัว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกลับประกาศให้ทบทวนเรื่องนี้ เพียงเพราะเกรงแรงกดดันจากบริษัทยาและผลกระทบทางเศรษฐกิจ ดังนั้นกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพจะทำหน้าที่ได้หรือไม่ นอกจากขึ้นอยู่กับโครงสร้างและความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรแล้ว ยังขึ้นอยู่กับตัวบุคคลที่อยู่ในโครงสร้างนั้นอีกด้วย

บทที่ ๕ แนวทางเพื่อพัฒนา กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอเหล่านี้วิเคราะห์และประมวลจากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ การสนทนา ร่วมประชุม และร่วมทำงานกับบุคคลต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษา

๕.๑ การพัฒนาเครือข่ายการอภิบาล (Governance Network)

การสร้างความเป็นเครือข่ายที่สอดคล้องประสานกัน (Harmonized)

กลไกทั้งหลายเปรียบเหมือนอวัยวะในร่างกายที่ต่างมีบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต่างคนต่างทำงานแต่มีเป้าหมายร่วมกันที่ทำให้ร่างกายนี้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้นสิ่งสำคัญของการเชื่อมประสานกันเป็นเครือข่ายการอภิบาล คือการมีเป้าหมายร่วม ทุกกลไกจึงต้องทบทวนเป้าหมายของตนเอง และควรมีโอกาสได้พูดคุยเพื่อทำความเข้าใจกัน เป้าหมายหลักของแต่ละกลไกควรสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบสุขภาพ นั่นคือสุขภาพของประชาชน

เมื่อมีเป้าหมายร่วมกัน แต่ละกลไกก็ไม่จำเป็นต้องคิดเหมือนกัน ทำเหมือนกัน อาจคิดหรือทำกันไปคนละทาง แต่สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายเหมือนกันได้ แนวคิดเรื่อง “เอกภาพ” แบบที่ทั้งหมดต้องคิดต้องทำไปในทิศทางเดียวกัน เป็นอุดมคติแบบเก่า²⁵ เพราะในเครือข่ายไม่ได้เป็นการมาเชื่อมโยงกันเฉย ๆ แต่มีการต่อสู้มีการแข่งขันกันด้วย อย่างเช่นระบบการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐกับเอกชน (public-private mix) ก็ไม่ได้เป็นการร่วมกันเท่านั้นแต่แข่งขันกันด้วย แนวคิดในต่างประเทศก็สนับสนุนเรื่องนี้ เช่น ความเห็นของนักยุทธศาสตร์อย่าง Michael E. Porter ที่ช่วงหลังหันมาสนใจการพัฒนาสุขภาพมากขึ้น ก็มองว่าสิ่งที่ทำให้ระบบสุขภาพดีขึ้นได้ก็คือการแข่งขัน หรือในประเทศญี่ปุ่นก็มีการใช้แนวคิดเรื่อง competitive collaboration เป็นต้น²⁶ แสดงให้เห็นได้ว่าความแตกต่างเป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน

หากเปรียบเทียบเครือข่ายทั้งหมดว่าเป็นวงดนตรี ที่แต่ละกลไกเป็นเครื่องดนตรีแต่ละชิ้นที่ไม่เหมือนกัน “เอกภาพ” ของวงดนตรี ก็ไม่ใช่การที่เครื่องดนตรีทุกชิ้นเล่นเหมือนกันหมด แต่เป็นการบรรเลงให้สอดคล้องประสาน (harmonized) เข้ากันเป็นบทเพลงที่ไพเราะ ทำให้ทั้งผู้ฟังและผู้เล่นมีความสุขได้ แต่ถ้าเล่นไม่เข้าจังหวะ หรือเล่นกันคนละเพลง ก็จะมีแต่เสียงที่สับสนวุ่นวายทำให้ทั้งผู้ฟังและผู้เล่นหงุดหงิดรำคาญมากกว่า จุดนี้เป็นจุดสำคัญที่ผู้เข้ามามีส่วนร่วมทั้งหลายต้องเข้าใจ เพราะจะมาร่วมกันด้วยความคิดเก่าไม่ได้อีกต่อไป จะคิดว่าฉันเก่งคนเดียว หรือฉันเคยทำมาดีแล้ว ทำมาได้ผลแล้ว โดยไม่สนใจคนอื่นก็จะเป็นการไม่เข้าใจความจริง ต้องเข้าใจว่าคนอื่นก็เล่นได้ดีได้เพราะเหมือนกัน หรือดีกว่าที่เราเคยเล่น เพราะปัจจุบันมีนักดนตรีใหม่ ๆ ที่เก่ง ๆ เพิ่มขึ้นอีกมาก กฎแฉสำคัญจึงอยู่ที่ การเห็นคุณค่า และการมีส่วนร่วม จะไปคิดว่าเขาเล่นแปลก ๆ แล้วไม่สนใจคงไม่ได้ เช่น ในระดับพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หลายแห่งหันมาสนใจดำเนินการเรื่องการดูแลแม่และเด็ก แล้วสามารถทำได้²⁷

²⁵ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร สสส.

²⁶ จากการสัมภาษณ์อดีตผู้บริหาร สวรส.

²⁷ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร สข.

ในยุคปัจจุบันจึงต้องการผู้ทำหน้าที่คล้ายกับผู้กำกับวงหรือ วาทยกร (conductor) ที่สามารถทำให้เครื่องดนตรีทุกชิ้นบรรเลงร่วมกันได้ซึ่งในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพนั้น หน้าที่นี้ควรเป็นบทบาทของรัฐบาล หรือของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขหากจะทำหน้าที่นี้ได้ก็ต้องปฏิรูปตัวเอง ซึ่งอาจดูตัวอย่างได้จากหลายประเทศเช่นประเทศอังกฤษ ที่มีระบบการจัดการระบบสุขภาพด้วยเครือข่ายของหลายองค์กร กระทรวงสุขภาพ (ministry of health) ก็ทำหน้าที่ดูแลภาพรวม เป็นผู้เชื่อมประสาน เป็นหลัก ส่วนบทบาทหน้าที่อื่นก็กระจายออกไป ทำให้กระทรวงฯ มีขนาดเล็กลงมาก (หมายเหตุ เป็นการเชื่อมกับประเด็นเรื่องธรรมาภิบาล)

ปัจจุบันมีเครื่องมือใหม่เพิ่มเติมขึ้นมาคือ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งจะทำหน้าที่เปรียบได้ดั่งโน้ตดนตรีชิ้นหนึ่ง ที่ทุกส่วนในสังคมสามารถใช้เป็นกรอบอ้างอิง (social reference) เพื่อให้เกิดการสอดประสานกันโดยไม่จำเป็นต้องใช้อำนาจรัฐ ซึ่งถ้ามองในลักษณะนี้ก็จะเห็นได้ว่าเครื่องมือนี้มีประโยชน์อย่างไร และจะได้ใช้เครื่องมือนี้ในการพัฒนาเพลงและโน้ตเพลงใหม่ ๆ ในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (หมายเหตุ เป็นการเชื่อมกับประเด็นเรื่องธรรมาภิบาลสะท้อนคิด)

การสานความสัมพันธ์ภายในเครือข่าย

ความสัมพันธ์ในเครือข่ายนอกจากความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้างและบทบาทภารกิจขององค์กรแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในระดับต่าง ๆ ระหว่างองค์กรก็มีความสำคัญ ในปัจจุบันด้วยปัจจัยหลายประการ เช่น ปริมาณงาน ระยะห่างของสถานที่ รวมถึงความแตกต่างทางความคิด ทำให้มีโอกาสพบปะพูดคุยกันน้อย

ปัจจุบันแต่ละคนมีความเข้าใจต่างกันมาก เมื่อไม่ได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกัน ก็ยิ่งทำให้ไว้วางใจกันน้อยลง จนอาจทำให้ไม่มีความรู้สึกถึงกัน ๆ เป็นศัตรูกันอยู่ แต่ถ้าได้มาใกล้กันมากขึ้น จะมีความรู้สึกไว้วางใจกันมากขึ้น มีความเป็นพี่เป็นน้องกันมากขึ้น และเมื่อได้เรียนรู้ร่วมกัน ทำงานร่วมกัน มันก็จะ “ปรับระดับ” ความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ใกล้เคียงกันมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำทั้งหลาย ควรได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกัน หรือทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และมีการพบกันอย่างสม่ำเสมอ (regular forum) อย่างน้อยก็มีการพบปะรับประทานอาหารร่วมกัน มีโอกาสพูดคุยกันบ้าง²⁸ ถ้าไม่มีกระบวนการแบบนี้ ผ่านไปรุ่นแล้วรุ่นเล่าก็ยิ่งแก้ปัญหาคือความสัมพันธ์ได้ลำบากมากขึ้น

การจัดกิจกรรมให้มีการพบปะพูดคุย หรือทำงานร่วมกันนั้น นพ.อำพล จินดาวัฒนะให้ความเห็นว่า น่าจะเริ่มจากการจัดเวทีที่ทำให้ให้เกิดเครือข่ายของผู้นำและบุคลากรระดับต่าง ๆ เช่น การจัดเวทีการสนทนาที่เชิญผู้คนหลากหลายให้มาพบกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มรองอธิบดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด บุคลากรจากองค์กร ส. ต่าง ๆ เครือข่ายภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มาร่วมกัน โดยเป็นการสนทนาบนฐานของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ส่วนกระบวนการอื่น ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น การประชุมประจำเดือนของกระทรวงสาธารณสุข หรือ การจัดอบรมผู้บริหารของหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ที่มีเป้าหมายอย่างหนึ่งในการสานเครือข่ายระหว่างเข้าร่วม ก็เป็นสิ่งที่จำเป็นที่แต่ละหน่วยงานผู้รับผิดชอบต้องทบทวนเพื่อพัฒนาให้ดีขึ้น

การขยายเครือข่าย

ปัจจุบันมีตัวแสดงใหม่ ๆ เข้ามาร่วมในเครือข่ายเพื่อร่วมกันอภิบาลระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น บางส่วนเป็นกลุ่มที่ผู้คนในวงการสาธารณสุขไม่คุ้นเคย หรือบางส่วนเกิดจากการแปลสภาพของกลุ่มที่มีอยู่เดิม ตัวแสดงใหม่ ๆ ที่สำคัญคือ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีบทบาทเพิ่มขึ้นแต่ยังมีความเข้าใจประเด็นด้านสุขภาพไม่ลึกมากนัก และกลุ่มองค์กรภาคประชาชน ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวน และคุณภาพ

²⁸ จากการสัมภาษณ์ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เลขานุการ สช. (4 ก.พ. 2552)

การเรียนรู้เพื่อขยายเครือข่ายและประสานกับภาคีใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นเป็นสิ่งจำเป็น เพราะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเชื่อมโยงกว้างขวางกับหลากหลายประเด็น การมีส่วนร่วมที่กว้างขวางจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งต้องการทักษะใหม่ในการพูดคุยสื่อสารกันให้เข้าใจ และ ทักษะใหม่ ๆ ในการทำงานร่วมกัน เช่นประเด็นเกี่ยวกับสิทธิบัตรยาที่ต้องเกี่ยวข้องกับบริษัทยาทั้งในประเทศ และบริษัทยาข้ามชาติ หรือประเด็นเกี่ยวกับวิกฤตเศรษฐกิจที่ต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานและองค์กรด้านธุรกิจและเศรษฐกิจจำนวนมาก

ในการสื่อสารและทำงานกับเครือข่ายใหม่ ๆ เหล่านี้ บางส่วนในกลไกมีทักษะและประสบการณ์มากกว่าส่วนอื่น ๆ จึงควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดให้แก่กันด้วย

๕.๒ การพัฒนาธรรมาภิบาล (Good Governance)

ธรรมาภิบาลของเครือข่ายองค์กรหลัก

การเมืององค์กรหลักหลายองค์กรเป็นลักษณะที่ส่งเสริมให้เกิดธรรมาภิบาล แต่ปัจจุบันที่มีหน่วยงานใหม่ ๆ มาทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ มากขึ้น และมีหลายบทบาทภารกิจที่มีส่วนซ้ำซ้อนกับกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดคำถามว่าเมื่อมีองค์กรใหม่ ๆ มาทำหน้าที่เหล่านี้ กระทรวงสาธารณสุขควรจะทำหน้าที่อะไร ซึ่งในประเด็นนี้ นพ.บรรลุ ศิริพานิช ให้ความเห็นว่า

“... ถ้าจะเอาหน้าที่ใหญ่ กระทรวงสาธารณสุขเป็นแต่เพียงตัวชี้แนวทาง นั้นละเอียดที่สุดแล้ว ...ซึ่งโดยหลักการ การจะชี้แนวทางได้มันต้องฉลาดและต้องมองเห็นการณ์ไกล ๆ และก็ชี้แนะให้ดวงตาเห็นธรรมได้ ถ้ากระทรวงสาธารณสุขคิดอย่างนี้ อ้อย สบาย ฉันไม่ต้องใหญ่โตอะไร เล็ก ๆ ก็ได้ เขาเอาเงินไป ก็ดีสิ ทำให้มันดีก็แล้วกัน สบสช. เอาเงินไป หัวละเท่าไร ๆ ก็ดีสิ อย่าไปอิจฉาเลย เอ็งก็ทำให้มันดีก็แล้วกัน กติกาของเอ็งให้ดีก็แล้วกัน สวรรส. ก็ไปวางแผนทำวิจัยออกมา เอ็งก็วิจัยดี ๆ หาเรื่องวิจัยให้ดีนะ อย่าไปวิจัยสักแต่ทำให้มันเสร็จ ๆ ไป วิจัยของ สวรรส. ทำแล้วไปขึ้นหิ้งเฉย ๆ ไม่ได้ใช้ประโยชน์อะไรก็มี...”

กระทรวงฯ ควรมีบทบาทชี้แนวทางและกำกับดูแล แต่ต้องทำตัวเองให้เล็ก เพราะปัจจุบันสังคมมันเปลี่ยนไป คนที่มีอำนาจนี้ะ ยิ่งตัวโตอำนาจยิ่งต่ำนะ ...คนที่มีอำนาจจะไปสั่งคนที่ไม่มีอำนาจ บางที่ยาก คนที่ไม่มีอำนาจแล้วไปสั่งคนด้วยกัน บางที่มันเชื่อง่าย เพราะมันไม่ได้เอาอำนาจมาสั่ง²⁹”

แนวคิดนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ คณะทำงานเพื่อศึกษากลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ทำการทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์และรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องในช่วงปี พ.ศ.2549 แล้วสรุปเป็นข้อเสนอบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่คาดหวังในปี พ.ศ. 2550-2555 ไว้ว่า กระทรวงฯ ควรมีบทบาท 10 ประการ ซึ่งบทบาทหน้าที่หลักคือ “ดูแลการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ” มีสาระสำคัญ 6 ประการ (อำพล 2549: 39-40) ได้แก่

- (1) เป็นเจ้าภาพหลักจัดให้มีกระบวนการพัฒนาและกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy and Strategy) อย่างครบวงจรและต่อเนื่อง
- (2) นโยบายและยุทธศาสตร์ที่ต้องกำหนด ได้แก่
 - นโยบาย ยุทธศาสตร์ และทิศทางการลงทุน และการเงินการคลังด้านสุขภาพ

²⁹ จากการสัมภาษณ์ นพ.บรรลุ ศิริพานิช (9 ม.ค. 2552)

- นโยบายด้านการจัดระบบและการกระจายสถานบริการสุขภาพ
 - นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรด้านสุขภาพ ได้แก่กำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งการผลิต การกระจาย การใช้และการพัฒนา เป็นต้น
 - นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 - นโยบายการวิจัยด้านสุขภาพของประเทศ เป็นต้น
- (3) การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ควรดำเนินการด้วยรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย (เส้นตรง, เจริญ ต่อรอง, ถกแถลง ฯลฯ) โดยเชื่อมประสานกับเครือข่ายภาควิชาการ ประชาสังคม เอกชน องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ และสอดคล้อง กับทิศทางการพัฒนาประเทศและนโยบายของรัฐบาลในช่วงเวลานั้น ๆ
- (4) เชื่อมประสานกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อร่วมกันพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพอย่างมีส่วนร่วม
- (5) เชื่อมประสานกลไก/ระบบการสร้างความรู้ทุกฝ่าย ได้แก่ สวรส., สกว., TDRI, กรมวิชาการ/สถาบัน/ เครือข่ายวิชาการต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์อยู่บน ฐานความรู้ (Knowledge based)
- (6) มีระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ ทั้งของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการกำกับ ติดตามประเมินผลเชิงสร้างเสริม ศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (Empowerment)

ส่วนกลไกอื่น ๆ ก็มีบทบาทหน้าที่ของตนเองโดยหลายภารกิจทำร่วมกัน หรือสอดประสานกันได้ บางอย่าง ต้องหลาย ๆ คนทำโอกาสสำเร็จจึงจะมีได้มาก ดังที่ได้กล่าวแล้วสิ่งที่จำเป็นจึงไม่ใช่การสร้างเอกภาพในอุดมคติแบบ เก่า แต่เป็นการทำให้ส่วนต่าง ๆ ในเครือข่าย โดยยอมรับและเข้าใจกัน ตัวอย่างเช่น

ระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยที่สำคัญของระบบสุขภาพ สปสช. ในฐานะผู้ซื้อ (Purchaser) ต้อง ทำหน้าที่จัดหาระบบบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมกับประชาชน ดังนั้นนอกจากการซื้อบริการทั้งจาก ภาครัฐและเอกชนที่มีคุณภาพ แล้วยังต้องพัฒนารูปแบบและเครือข่ายการดูแลสุขภาพของประชาชนเพื่อให้เกิดการใช้ ทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคไต รวมถึงการพัฒนาและเสริมพลังเครือข่ายในส่วนท้องถิ่น ได้แก่ การร่วมทุนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นต้น

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นงานของหลายกรมในกระทรวงสาธารณสุข และเป็นภารกิจหลักของ สสส. ก็มีแนวทางดำเนินการได้หลายรูปแบบ การทำเป็นโปรแกรมระดับชาติ (National Program) ก็ยังมีความจำเป็น ซึ่งเป็น งานที่ต้องระดมสรรพกำลังหลายฝ่ายมาช่วยกัน กระทรวงสาธารณสุขก็ควรทำบทบาทหลักในการเชื่อมประสาน โดย กรมทั้งหลายควรหน้าที่ด้านวิชาการ ส่วน สสส. ไม่ได้เน้นการทำโปรแกรมแบบนี้ แต่ทำหน้าที่เสริมแรง (Empowerment) และสนับสนุน (Support) ให้กับภาคประชาสังคมและภาคส่วนอื่น ๆ มีการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพที่เหมาะสม³⁰ จึงเป็นลักษณะที่เสริมกัน

³⁰ จากการสัมภาษณ์ นพ.สุภกร บัวสาย ผู้จัดการ สสส. (25 ก.พ. 2552)

แนวโน้มในอนาคต

ภาพของ National Health Service (NHS) ของประเทศอังกฤษ เป็นภาพหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เป็นตัวแบบให้กับกลไกอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทยในอนาคตในหลายแง่มุม ซึ่งในภาพรวมมีประเด็นที่น่าสนใจหลายประเด็น ตัวอย่างเช่น

- บทบาทขององค์กรที่คล้ายกับกระทรวง คือ Department of Health (DH) มีลักษณะเป็นองค์กรขนาดเล็กที่ทำหน้าที่หลักในการกำหนดทิศทาง กำหนดมาตรฐานและดูแลในภาพรวม ส่วนภารกิจเฉพาะด้าน มีองค์กรทำหน้าที่เฉพาะที่เรียกว่า Special Health Authorities กลุ่มนี้ถึงแม้จะอยู่ภายใต้การดูแล โดยได้รับงบประมาณผ่าน DH แต่มีความเป็นอิสระเนื่องจากมีคณะกรรมการ (Board) เป็นของตนเอง ซึ่งคล้ายกับกระทรวงสาธารณสุขไทยในปัจจุบันที่มี “องค์กรในกำกับ” มาทำหน้าที่เฉพาะ ได้แก่ สวรส. สปสช. เป็นต้น จึงเป็นทิศทางที่กระทรวงสาธารณสุขควรมีการปรับบทบาทและโครงสร้าง รวมถึงลดขนาดลง โดยอาจรวมภารกิจเฉพาะทั้งหลายเป็นกลุ่มก่อนแล้วจัดตั้งเป็น องค์กรในกำกับ ปรับโครงสร้างให้มีสมรรถนะในการทำงานสูงขึ้น
- ประเทศไทยใช้แนวคิดรัฐสวัสดิการในการจัดบริการสาธารณสุข โดยมีการแยกผู้ซื้อและผู้ขาย (Purchaser-provider split) แยกการจัดการกองทุน และมีการแบ่งการบริหารจัดการกองทุนเป็นส่วนย่อย ๆ เช่น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ที่ทำหน้าที่คล้าย Primary Care Trusts ของอังกฤษที่แบ่งพื้นที่ดูแลประชากร แห่งละประมาณ 3 แสนคน และการบริหารจัดการในระดับเขต เช่น สปสช.เขต หรือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต (คปสช.) มีลักษณะคล้ายกับ Strategic Health Authorities ที่ดูแลประชากรแห่งละประมาณ 2.5 – 7.5 ล้านคน จึงมีความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาให้กลไกเหล่านี้มีระบบการทำงานที่มีส่วนร่วมจากทั้งฝ่ายสถานพยาบาลและประชาชนมากขึ้น รวมทั้งสามารถกระจายอำนาจให้เป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระได้มากขึ้น

ธรรมาภิบาลภายในองค์กร

ทุกองค์กรในกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ จะต้องมี การดำเนินการเพื่อให้ธรรมาภิบาลภายในองค์กรมีความเข้มแข็ง ซึ่งรวมถึงการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กร แต่เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรที่มีประวัติศาสตร์ยาวนาน มีโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรแบบวัฒนธรรมราชการที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนมากกว่าองค์กรอื่น ที่เพิ่งจัดตั้งขึ้นใหม่

การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข 4 ครั้งที่ผ่านมา การปฏิรูปครั้งที่ 3 (พ.ศ.2535) แม้มีการปรับเปลี่ยนหลายประการและมีการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ ๆ ได้แก่ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หรือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นต้น และการปฏิรูปครั้งที่ 4 (พ.ศ.2545) ที่มีการเปลี่ยนแปลงการจัดกลุ่มภารกิจและโครงสร้างการบริหาร ทั้งสองครั้งนี้ก็ได้รับการวิเคราะห์ว่าเป็นเพียงการปรับเปลี่ยน “เล็กน้อย” เท่านั้น แม้มีความพยายามในการเสนอแนวทางหรือจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาดูแลเรื่องการปฏิรูป เช่น การกระจายอำนาจ หรือการปฏิรูปวัฒนธรรมองค์กร แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมมากนัก

จากสภาพความแข็งตัวและเปลี่ยนแปลงได้ยากนี้ ทำให้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเกิดความสับสนและความตึงเครียดขึ้นในกระทรวงฯ เนื่องจากมีองค์กรและกลไกด้านสุขภาพระดับต่าง ๆ เกิดขึ้นใหม่จำนวนมากทำให้บทบาทภารกิจที่เคยรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว ถูกแบ่งแยกออกไป เช่น การเกิดขึ้นของ สปสช. ที่ทำในงบประมาณส่วนใหญ่ซึ่งเป็น “อำนาจ” ทางการบริหารที่สำคัญถูกเปลี่ยนมือ โดยเฉพาะการเกิดกลไกใหม่ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นแรงกดดันที่ทำให้กระทรวงสาธารณสุขสูญเสียอัตลักษณ์ (Identity) การเป็นผู้นำด้านสุขภาพของประเทศที่เคยมีมาตั้งแต่อดีต

หลายฝ่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข มีความที่เห็นสอดคล้องกันว่าจำเป็นต้องมีการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขครั้งสำคัญอีกครั้งในระยะเวลาอันใกล้นี้ โดยเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขยังจำเป็นต้องทำหน้าที่ผู้นำด้านสุขภาพของประเทศต่อไป แต่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ได้แก่ การกระจายอำนาจ ปรับโครงสร้างลดขนาดองค์กร ลดอัตรากำลังที่ซ้ำซ้อนเกินจำเป็น เป็นต้น กระบวนการปฏิรูปนี้ต้องอาศัยการขับเคลื่อนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีผู้รับผิดชอบเฉพาะและทำงานอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ฐานวิชาการ การเคลื่อนไหวทางการเมืองและการขับเคลื่อนของภาคประชาสังคมอย่างเข้มแข็ง จึงเป็นภารกิจที่ยากแต่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การปฏิรูปกระบวนการทำงาน

แม้การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขจะยังไม่ประสบความสำเร็จ แต่ในกระบวนการทำงานปัจจุบันก็ต้องมีการพัฒนาด้วยเช่นกัน เช่น การใช้อำนาจของผู้บริหารระดับต่าง ๆ ควรมีกระบวนการที่โปร่งใสและมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการบริหาร แทนที่จะมีแต่ผู้บังคับบัญชาของตนเอง ก็ให้มีคนอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เข้ามาอยู่ในขบวนการตัดสินใจ ขบวนการใช้ทรัพยากร ขบวนการแต่งตั้งโยกย้ายบุคคล เป็นต้น

นอกจากนี้ในการตัดสินใจของผู้บริหาร ควรอยู่บนฐานของข้อมูลที่เพียงพอ (evidence based) การตัดสินใจจำนวนมากที่ผ่านมามีข้อมูลที่จำกัดและไม่รอบด้าน³¹ มีกรณีตัวอย่างเช่น การสร้างโรงถลุงเหล็กที่ยังสร้างไม่ได้จนถึงขณะนี้ เพราะในการตัดสินใจ คณะรัฐมนตรีใช้ข้อมูลไม่รอบด้านเพียงพอ เช่น มีแต่ข้อมูลว่าสร้างโรงงานแล้วจะส่งออกไปได้เท่าไร เก็บภาษีเพิ่มได้เท่าไร แต่ขาดข้อมูลในเรื่องผลกระทบต่ออีกด้านหนึ่ง เมื่อตัดสินใจประกาศออกมาแล้ว ก็สร้างไม่ได้ เพราะชาวบ้านในพื้นที่ไม่ยินยอม ในระบบสุขภาพก็ทำนองเดียวกันต้องมีข้อมูลรอบด้าน เช่น ระบบการดูแลผู้ป่วยไตวาย ถ้าไม่มีข้อมูลเพียงพอคนจำนวนมากจะสนับสนุนให้ใช้วิธีการฟอกเลือด แต่เมื่อมีผู้ทำการศึกษาพบว่าถ้าใช้วิธีนี้ทั้งหมดงบประมาณของประเทศที่มีไม่สมารถรองรับได้ สุดท้ายจึงได้คำตอบออกมาว่าใช้วิธีการล้างไตทางหน้าท้องแทน หรือ กรณีการออกมาคัดค้านหรือสั่งให้ยกเลิกการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร (ซีแอล) ส่วนใหญ่ก็ใช้เพียงความรู้สึกเท่านั้น เช่น คิดว่าทำอย่างนี้แล้วจะมีคนค้าน โดยไม่มีความเข้าใจผลดีผลเสีย ไม่มีข้อมูลเพียงพอ

การปฏิรูปวัฒนธรรม

นอกจากการปฏิรูปองค์กรแล้ว ความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพและวัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องได้รับการปฏิรูปด้วย ไม่ใช่เพียงส่วนของข้าราชการประจำที่ต้องปรับเปลี่ยนความคุ้นเคยและวัฒนธรรมการทำงานแบบราชการเท่านั้น ฝ่ายการเมืองและรัฐบาลก็จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เข้าใจว่าสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น

ธรรมาภิบาลภายในองค์กรไม่ได้เป็นเรื่องของผู้บริหารหรือของผู้บังคับบัญชาเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของคนทั้งองค์กร ที่จะต้องถูกทำให้เข้าใจ และสนับสนุนเรื่องนี้ด้วย ถ้าคนในองค์กรทั้งหมดไม่เห็นภาพอย่างนี้ไปด้วยกันก็ไม่สามารถพัฒนาได้ เพราะบางครั้งผู้บังคับบัญชาบางคนกลับเห็นด้วยกับการกระทำที่ไม่ถูกต้อง เพราะว่าตัวเองได้ประโยชน์ แต่ก็ก็เป็นเพียงคนส่วนน้อยเท่านั้น คนส่วนใหญ่ยังต้องการให้หน่วยงานของตนเป็นองค์กรที่ดี ดังนั้นการผลักดันให้คนทั้งองค์กรมีความเข้าใจ และร่วมกันผลักดันในเรื่องนี้จึงเป็นมาตรการที่สำคัญ เพราะคนในองค์กรนั่นเองจะเป็นผู้คอยสอดส่องดูแลการทำงานของผู้บริหาร รวมถึงมีส่วนในการเลือกสนับสนุนผู้บริหารที่ดีและไม่ยอมรับหรือปฏิเสธผู้บริหารที่ไม่ดีด้วย

³¹ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับกองในกระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาองค์กรภายนอกที่สนับสนุนธรรมาภิบาล

นอกจากการปฏิรูปและพัฒนาจากภายในแล้ว ธรรมาภิบาลของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพต้องอาศัยการทำงานขององค์กรภายนอกมาช่วยเสริมด้วย จึงเป็นบทบาทของรัฐบาลและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ต้องร่วมกันพัฒนากลไกเหล่านี้ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพร.) คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน (คตง.) คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ศาลปกครอง รัฐสภา สื่อมวลชน และองค์กรกลางอื่น ๆ เป็นต้น

๕.๓ การพัฒนาการอภิบาลสะท้อนคิด (Reflexive Governance)

การอภิบาลสะท้อนคิดที่อยู่ในกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาตินั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะกลไกที่เกิดขึ้นตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เท่านั้น แต่ยังมีรูปแบบและกระบวนการอื่น ๆ อีกมาก อาทิเช่น กระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Public Policy Process) หรือ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment, HIA) ซึ่งมีระบบ มีกระบวนการ เฉพาะของตนเอง และมีผู้เกี่ยวข้องที่ร่วมอยู่ในกลไกเหล่านี้เป็นจำนวนมาก แต่ในกรอบของระบบสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายฉบับนี้ได้ทำให้เครื่องมือที่สำคัญและเปิดโอกาสให้กับสังคมในการพัฒนาระบบสุขภาพไปในทิศทางที่ทุกคนต้องการ

จากแนวคิดของการอภิบาลสะท้อนคิด ที่ให้ความหมายว่าการอภิบาลคือการที่สังคมร่วมกันเลือกปัญหาและวางแนวทางในการรับมือกับปัญหานั้นร่วมกัน จากกรอบแนวคิดนี้สามารถนำมาใช้เพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนากลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติได้ดังนี้

การมีส่วนร่วม

ส่วนสำคัญของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่ การวิเคราะห์ระบบ การกำหนดเป้าหมายและการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ คือ “การมีส่วนร่วม” อย่างกว้างขวางของทุกภาคส่วนในสังคม ซึ่งเป็นความท้าทายใหญ่ เนื่องจากเมื่อกำหนดขอบเขตว่าเป็น “ระบบสุขภาพแห่งชาติ” จึงครอบคลุมถึงผู้คนทุกคนทุกกลุ่มในประเทศไทย การเป็นตัวแทนการมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วม จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้ กลไกและผลผลิตของกลไกเหล่านี้ เช่น มติสมัชชาสุขภาพ หรือ ธรรมนูญสุขภาพ มีความชอบธรรมและเป็นที่ยอมรับมากน้อยเพียงใด

ดังนั้นกลไกและเครือข่ายภาคีที่มีอยู่ในปัจจุบัน ต้องให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากกลไกเหล่านี้ เช่น กระบวนการการจัดทำธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ หรือ กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะปล่อยให้บทบาทของ คสช. หรือ สช. โดยลำพังไม่ได้ ดังนั้นทุกฝ่ายต้องปรับทัศนคติ เลิกยึดติดกับความรู้สึกเป็นของเขาของเรา ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากการมีส่วนร่วมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ที่พบว่า มีบางกลุ่มบางหน่วยงานที่ไม่ให้ความสำคัญ

ในอีกทางหนึ่งผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลัก เช่น คสช. สช. คณะกรรมการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะต้องปรับปรุงและพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ขยายเครือข่ายใหม่ ๆ รวมถึงการแก้ปัญหาทางเทคนิค เช่น กระบวนการคัดเลือกกลุ่ม/บุคคลที่เข้ามาทำหน้าที่เป็นตัวแทน กระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และคัดเลือกความเห็น หรือประเด็น กระบวนการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผล การทำงานขององค์กร คณะกรรมการ และบุคคลต่าง ๆ รวมถึงการเสริมวิถีคิด ความรู้และทักษะให้กับเครือข่ายที่มีอยู่เพื่อให้สามารถใช้กลไกเหล่านี้ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ เช่น ทักษะการรวบรวมความเห็น การนำเสนอ และการเจรจาต่อรอง สำหรับผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ เป็นต้น

การกำหนดเป้าหมายร่วมกันซ้ำแล้วซ้ำเล่า

ส่วนสำคัญของการอภิบาลสะท้อนคิดคือการตั้งเป้าหมาย ซึ่งต้องอาศัยยุทธศาสตร์การร่วมกันกำหนดเป้าหมายซ้ำแล้วซ้ำเล่า (Iterative participatory goal formulation) เพราะปัญหาในปัจจุบันมีความซับซ้อน มีความไม่แน่นอนเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และที่สำคัญคือเส้นทางที่เลือกในปัจจุบันจะเป็นตัวกำหนดความเป็นไปในอนาคต (Path dependency) ดังนั้น “เป้าหมาย” ที่กำหนดขึ้นก็จะเป็เครื่องกำหนดความเป็นไปในอนาคต จึงต้องมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายมาช่วยกันปรับแต่งให้เหมาะสมซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่กำหนดไว้สำหรับการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ในกระบวนการจัดทำ ร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ.... แม้คณะทำงานพยายามรวบรวมข้อมูลและความคิดเห็นด้วยกระบวนการหลายรูปแบบ เพื่อให้เป็นความเห็นของคนในวงกว้างมากที่สุด แต่ก็ไม่มีทางที่จะครอบคลุมความต้องการของทุกคนได้ อีกทั้ง “เป้าหมาย” ที่กำหนดไว้ก็เป็นการมองไปข้างหน้าจนถึง พ.ศ. 2563 ซึ่งกว่าจะถึงเวลานั้น ปัจจัยต่าง ๆ คงจะเปลี่ยนแปลงไปอีกมาก ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จึงกำหนดให้ต้องมีการทบทวนเพื่อจัดทำฉบับใหม่ทุก ๆ 5 ปี ดังนั้นข้อบกพร่องของธรรมนูญหรือสิ่งที่ควรปรับปรุงจึงสามารถพบได้ แต่ก็ไม่ใชเหตุผลที่จะไม่ยอมรับธรรมนูญ และในอีกด้านหนึ่งคือเมื่อธรรมนูญได้รับการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแล้วก็ควรมีกระบวนการทบทวนเพื่อปรับแก้ธรรมนูญเริ่มต้นตามมาทันที เพราะ ณ วันนั้นบริบทบางอย่างก็ได้เปลี่ยนไปแล้ว

การพัฒนายุทธศาสตร์ร่วมกัน

นอกจากการมาร่วมกันวิเคราะห์ระบบ และกำหนดเป้าหมายแล้ว การพัฒนายุทธศาสตร์ร่วมกัน (Interactive strategic development) เป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนด สิ่งนี้จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ คสช. สช. สมัชชาสุขภาพ รวมถึงกลไกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ ดังข้อสรุปสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ที่ว่าจะผลักดันมติสมัชชาที่มีมากถึง 14 ประเด็นให้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างไร เพราะหากมีการตั้งเป้าหมายแต่ไม่มีการดำเนินการใด ๆ สุดท้ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็จะกลายเป็นเพียงเวทีแสดงวาทะโดยไม่มีผลในทางปฏิบัติ และจะค่อย ๆ ลดคุณค่าลงไปที่สุดในที่สุด

ในส่วนของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ การที่ คสช. ได้จัดตั้งคณะกรรมการติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญ ขึ้น โดยมี นพ.บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธานกรรมการนั้น เป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยผลักดันให้เกิดการดำเนินการ อย่างไรก็ตาม คสช. สช. และคณะกรรมการชุดนี้ก็จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์ร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อดำเนินการตามธรรมนูญ ด้วย

บทที่ ๖ บทสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย

๖.๑ บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการกำหนดนิยามใหม่ให้กับคำว่า “สุขภาพ” ที่ขยายอาณาบริเวณของ “ระบบสุขภาพ” ออกไปพ้นจากการแพทย์และสาธารณสุขและเปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของโครงสร้างอำนาจในระบบสุขภาพไทย บทบาทการควบคุมดูแลสุขภาพที่สถาบันการแพทย์และสาธารณสุขยึดกุมไว้ในเวลานับร้อยปีถูกส่งผ่านออกไปสู่ผู้คนที่หลากหลายทั่วสังคม สุขภาพไม่ได้เป็นเพียงภาวะที่ปลอดจากความเจ็บไข้ได้ป่วย แต่กลายเป็นอุดมการณ์ของมนุษย์

นอกจากนิยามของสุขภาพจะเปลี่ยนไป นิยามของ “การปกครอง” ก็เปลี่ยนไปด้วย ความเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับโลกทำให้สิ่งที่เรียกว่า “การปกครองโดยรัฐ” (Government) ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการดูแลรับผิดชอบสังคมได้โดยลำพังอีกต่อไป อีกทั้งการปฏิรูประบบบริหารจัดการภาครัฐ การเกิดขึ้นของประชาสังคม และขบวนการปฏิรูปการเมือง ได้เปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมและทำให้เกิดรูปแบบการกำกับดูแลและจัดการสังคมแบบใหม่ ๆ ที่เรียกว่า “การอภิบาล” (Governance) เป็นสิ่งใหม่ที่เข้ามามีบทบาทแทนที่การปกครองโดยรัฐแบบดั้งเดิม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในระบบสุขภาพด้วยเช่นกัน

ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไปสู่เป้าหมาย เป็นที่ยอมรับว่า “การอภิบาลระบบสุขภาพ” (Health System Governance) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง ซึ่งทำหน้าที่ในการชี้ทิศทางและกำกับดูแลให้ระบบสุขภาพเคลื่อนตัวไปตามทิศทางที่กำหนด กลไกอภิบาลจึงได้กลายเป็นเป้าหมายในการพัฒนาและการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่อุปสรรคสำคัญ คือ ความซับซ้อนของระบบ และความหลากหลายของแนวคิดและการใช้ถ้อยคำ เนื่องจากระบบสุขภาพที่ซับซ้อน มีการเชื่อมประสานองค์รวม และมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางทำให้เกิดสังคมที่ไร้ศูนย์กลาง (Centerless Society) การอภิบาลเกิดขึ้นได้โดยทุกจุด ทำให้ในความเป็นจริงไม่สามารถแยกองค์ประกอบของกลไกอภิบาลออกจากระบบได้ ส่วนอีกด้านหนึ่ง แนวคิดและถ้อยคำเหล่านี้ก็เป็นเพียงสัญลักษณ์หนึ่งล่องลอยอยู่ท่ามกลางสนามความหมาย (Semantic field) อันซับซ้อน ที่ใครจะหยิบจับไปใช้งานอย่างไรก็ได้

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นความพยายามในการพัฒนารอบแนวคิดเพื่อใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์สิ่งที่เรียกว่า “กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ” โดยพยายามทำศึกษาและทบทวนแนวคิดเรื่อง “การอภิบาล” แยกออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน จากคำสมัณิยมอย่าง “ธรรมาภิบาล” ซึ่งเป็นเพียงมิติหรือมุมมองหนึ่งของการอภิบาลเท่านั้น โดยงานวิจัยนี้พยายามค้นหาคำตอบที่สำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่

1. กรอบแนวคิดของ “การอภิบาลระบบสุขภาพ” ควรเป็นอย่างไร
2. กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยในปัจจุบันเป็นอย่างไร และ
3. การพัฒนากลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบันควรทำอย่างไร

กรอบแนวคิด “การอภิบาลระบบสุขภาพ”

งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับ “การอภิบาล” (Governance) และ “ระบบสุขภาพ” (Health System) เพื่อเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์และพัฒนากรอบแนวคิดว่า “การอภิบาลระบบสุขภาพ” ควรมีบทบาทหน้าที่และกระบวนการหรือความสัมพันธ์อย่างไร ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญได้ว่า

- มีผู้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพไว้หลายลักษณะ แต่ข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกในรายงานปี พ.ศ.2550 (2007) มีความครอบคลุมและชัดเจนมากที่สุด ซึ่งสามารถประมวลได้เป็นบทบาทหน้าที่หลัก 6 ประการ ของการอภิบาลระบบสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดนโยบาย (Policy guidance) การสังเคราะห์และใช้ความรู้และการดูภาพรวม (Intelligence and oversight) การประสานงานและสร้างความร่วมมือ (Collaboration and coalition building) การกำกับดูแล (Regulation) การออกแบบระบบ (System design) และ การมีความรับผิดชอบ (Accountability)
- ในเอกสารและความเห็นของผู้เกี่ยวข้องมักกล่าวถึงการอภิบาลใน 3 แนวทางได้แก่ การเป็นเครือข่ายการอภิบาล (Governance Network), ธรรมภิบาล (Good Governance) และ การอภิบาลที่อาศัยกระบวนการตรึงตรองสะท้อนคิด หรือ การอภิบาลสะท้อนคิด (Reflexive Governance) เมื่อทบทวนและวิเคราะห์แนวคิดทั้ง 3 แบบนี้พบว่า ทั้งหมดอยู่บนพื้นฐานเดียวกันคือเป็นการอภิบาลในสังคมเป็นระบบซับซ้อนและต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากองค์ประกอบที่หลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าทั้ง 3 แนวทางนี้เป็นมุมมองหรือมิติ (Dimension) ของสิ่งเดียวกันที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และไม่สามารถแทนที่กันได้ เนื่องจากแม้จะมีส่วนที่เห็นเหมือนกัน แต่ส่วนที่เห็นต่างก็มีความสำคัญ

กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน

แม้ระบบสุขภาพในปัจจุบันจะมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่รัฐบาลไม่ได้มีอำนาจสูงสุด ไม่สามารถควบคุมเครือข่ายได้โดยตรงหรือได้อย่างเต็มที่มากขึ้น อีกทั้งโครงสร้างการอภิบาลประกอบด้วยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ภายใต้ระบบการเมืองการปกครองของประเทศไทย รัฐบาลก็ยังคงเป็นโครงสร้างหลักที่ต้องมีความรับผิดชอบ (accountability) ต่อสุขภาพของประชาชน กลไกภาครัฐจึงต้องเป็นแกนกลางในโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพ จึงอาจสรุปได้ว่าตัวแสดงหลักที่ทำหน้าที่เป็น “กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ” นับจนถึงการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และกลไกอื่นที่ถูกจัดตั้งขึ้นโดย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยเฉพาะคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกลไกเหล่านี้ พบว่าในฐานะหน่วยงานภาครัฐกลไกเหล่านี้มีโครงสร้างการบริหาร ระบบงบประมาณและบทบาทภารกิจที่สัมพันธ์กันในฐานะหน่วยงานภาครัฐ โดยมีนายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีเป็นผู้กำกับดูแล และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญที่สามารถประสานทิศทางและนโยบายของทุกกลไกได้ ดังนั้นรัฐบาลจึงเป็นหัวใจสำคัญที่สามารถมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและแบบแผนการปฏิบัติขององค์กรภาครัฐที่เชื่อมโยงกันเป็นกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ

ในบทบาทของกลไกอภิบาลระบบ บทบัญญัติในกฎหมายได้กำหนดให้กลไกเหล่านี้มีอำนาจหน้าที่หลายประการร่วมกัน โดยเฉพาะการประสานงานและสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมได้กำหนดให้เป็นบทบาทหลักอย่างหนึ่งของทุกหน่วย นอกจากความเหลื่อมซ้อนของบทบาทตามกฎหมายแล้ว ในทางปฏิบัติการก็บางอย่างก็จำเป็นต้องทำถึงแม้ว่าจะซ้ำซ้อน หรือเป็นการ “เหยียบเท้า” กันก็ตาม จึงเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดทั้งความสับสนฉันทและความขัดแย้งขึ้นในความสัมพันธ์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้มุมมองการอภิบาลทั้ง 3 มิติ ได้ขยายภาพให้เห็นว่า ในเครือข่ายการอภิบาลมีความเครียดเกิดขึ้นอย่างมากที่กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการเป็นหน่วยงานเก่าแก่ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและวัฒนธรรมให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ได้ทัน และวัฒนธรรมราชการ (Bureaucratic) ที่ฝังรากลึกอย่างเหนียวแน่นและต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ส่วนกลไกอื่นซึ่งมีการออกแบบระบบไว้รองรับการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ก็ยังมีภาระใน

การพัฒนาธรรมาภิบาลภายในองค์กร โดยเฉพาะ สช. และกลไกที่เกิดขึ้นใหม่ยังมีความท้าทายที่ต้องพิสูจน์ตนเองทั้งใน ด้านธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการและบทบาทในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปสู่เป้าหมายที่วางเอาไว้ อีกทั้งกลไก ภายนอกที่จะช่วยเสริมสร้างธรรมาภิบาลของกลไกในระบบสุขภาพ ก็ยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างที่ควร

นอกจากความสัมพันธ์ในระดับองค์กรแล้ว ความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างบุคลากรระดับต่าง ๆ ระหว่างองค์กร ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อเครือข่ายการอภิบาล พบว่าในระดับกลางและระดับปฏิบัติไม่มีปัญหามากนัก เนื่องจาก ส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยและมีการร่วมงานกันอยู่เสมอ รวมทั้งมีการขอสนับสนุนทรัพยากรข้ามองค์กรเพื่อใช้ในการ ดำเนินงานด้วย แต่ในระดับบริหารค่อนข้างมีระยะห่างกันรวมถึงยังมีความขัดแย้งกันทั้งในเชิงความคิดและการทำงาน อยู่บ้าง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์เช่น การประชุมประจำเดือนของกระทรวงสาธารณสุข หรือ การอบรมผู้บริหารที่ จัดโดยหลายสถาบัน ก็ไม่สามารถเติมช่องว่างส่วนนี้ได้มากนัก

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้ทำให้กลไกอภิบาลสะท้อนคิดเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และได้สร้างเครื่องมือและ กลไกใหม่ ๆ ที่ยังต้องอาศัยเวลาในการพัฒนา ยังมีความท้าทายสำคัญอยู่อีกมาก โดยเฉพาะเรื่องการพัฒนา กระบวนการให้เกิด “การมีส่วนร่วม” ที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย รวมถึงการผลักดันสิ่งที่ได้จากเวทีการคิดให้เกิดผลใน เวกีการปฏิบัติ

การพัฒนากลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ จากปัจจุบันสู่ออนาคต

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554 ได้กำหนดให้ “การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลใน การจัดการระบบสุขภาพ” เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายส่วน รวมถึงการ เทียบเคียงกับระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษที่มีความคล้ายคลึงกับประเทศไทยหลายประการ เมื่อได้สังเคราะห์แนว ทิศทางการพัฒนาพบว่ามีความสอดคล้องกัน โดยพบว่าแนวทางการพัฒนาการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย มีประเด็นที่สำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ การสร้างเอกภาพ ธรรมาภิบาล และ การสะท้อนคิด

เอกภาพ

บริบทของสังคมในปัจจุบันที่มีความเป็นเครือข่ายที่มีชีวิตมากขึ้น ทุกส่วนของสังคมบทบาทหน้าที่ มีคุณค่า ความหมายและกำกับดูแลตัวเอง ทำให้ “เอกภาพ” ในแบบที่ทั้งหมดต้องคิดต้องทำไปในทิศทางเดียวกันเป็นอุดมคติ แบบเก่า แต่ควรเป็นในลักษณะที่เทียบได้กับวงดนตรี ที่เครื่องดนตรีทุกชิ้นก็ได้เล่นเหมือนกันหมด แต่จะต้องบรรเลง ไปในแบบของตัวเอง เอกภาพของวงจะเกิดขึ้นจากการบรรเลงอย่างสอดประสาน (harmonized) เข้ากันเป็นบทเพลงที่ ไพเราะ แม้จะมีการเล่นตัวโน้ตซ้ำซ้อนหรือขัดกันก็เป็นการเสริมให้บทเพลงมีจังหวะ ลีลาและความงดงามมากขึ้น

องค์ประกอบในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติก็เช่นเดียวกัน แต่ละกลไกมีการควบคุมจัดการตนเองมี เป้าหมายและพันธกิจของตัวเอง ภารกิจที่ทำจึงมีส่วนที่ซ้ำซ้อนกันได้โดยธรรมชาติ เพราะเส้นแบ่งของสิ่งทั้งหลายใน สังคมไม่เคยมีอยู่จริง การพัฒนาที่สำคัญจึงไม่ใช่การแบ่งเขตแดนเพื่อไม่ให้มีการข้ามล้ำเส้น แต่เป็นการทำให้งานที่ ซ้ำซ้อนกันนั้นมีลักษณะ “ซ้ำเสริม” กันให้ได้มากที่สุด

แนวทางการสร้างเอกภาพในความหมายนี้ในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ มีข้อเสนอดังนี้

- การมีเป้าหมายร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเอกภาพ ทุกกลไกจึงต้องทบทวนเป้าหมายของตนเอง และควรมีโอกาสได้พูดคุยกันอย่างจริงจังเพื่อแลกเปลี่ยนและทำความเข้าใจกัน
- รัฐบาล หรือของกระทรวงสาธารณสุข ควรทำหน้าที่คล้ายกับผู้กำกับวงหรือ วาทยกร (conductor) ซึ่งทำ หน้าที่ให้เครื่องดนตรีทุกชิ้นบรรเลงเป็นบทเพลงที่ไพเราะได้
- ทุกฝ่ายควรให้ความสำคัญและใช้ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เป็นกรอบอ้างอิง (social reference) ในการทำงาน ซึ่งจะทำหน้าที่เปรียบได้ดังโน้ตดนตรีชิ้นหนึ่งที่ทุกส่วนในสังคมสามารถใช้ได้

เพื่อให้เกิดการสอดประสานกันโดยไม่จำเป็นต้องใช้อำนาจรัฐ รวมถึงใช้เครื่องมือนี้ในการพัฒนาเพลงและ โน้ตเพลงใหม่ ๆ ในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

- กลุ่มผู้นำทั้งหลาย ควรได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกัน หรือทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และมีการพบกัน อย่างสม่ำเสมอ (regular forum) อย่างน้อยก็มีการพบปะรับประทานอาหารร่วมกัน มีโอกาสพูดคุยกัน บ้าง เพื่อลดช่องว่างระหว่างกัน เช่น ช่องว่างในการรับรู้ข้อมูลและช่องว่างทางความคิด
- ควรจัดเวทีเพื่อสร้างเครือข่ายของผู้นำและบุคลากรระดับต่าง ๆ เช่น การจัดเวทีการสนทนาที่เชิญผู้คน หลากหลายให้มาพบกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มรองอธิบดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด บุคลากรจาก องค์กร ส. ต่าง ๆ เครือข่ายภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มาร่วมกัน โดยเป็นการสนทนา บทฐานของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- ควรพัฒนากระบวนการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ให้สามารถมีส่วนในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่าง ๆ ได้มากขึ้น เช่น การประชุมประจำเดือนของกระทรวงสาธารณสุข หรือ การจัดอบรมผู้บริหารของ หน่วยงานองค์กรต่าง ๆ
- การสานเครือข่ายขยายวงเป็นสิ่งจำเป็นในการทำให้กลไกอภิบาลระบบสุขภาพมีเอกภาพมากขึ้น เพราะ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเชื่อมโยงกว้างขวางกับหลากหลายประเด็น ซึ่งอาศัยการเรียนรู้และพัฒนา ทักษะใหม่ในการพูดคุยสื่อสารกันให้เข้าใจ และ ทักษะใหม่ ๆ ในการทำงานร่วมกัน โดยมีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน เช่น อาจมีการจัดเวทีเรียนรู้การทำงานสานเครือข่ายสร้างเสริม สุขภาพโดย สสส.หรือการสานเครือข่ายเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายโดย สช. เป็นต้น

ธรรมาภิบาล

ธรรมาภิบาลเป็นทั้งเป้าหมาย และเป็นแนวทางในการพัฒนาในองค์กรประกอบต่าง ๆ รวมถึงภาพรวมของ กลไกทั้งหมดมีลักษณะที่ถูกต้องควร เป็นดังข้อวินัยที่กำหนดไว้ปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อให้สังคมอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติ และมีสุขภาวะ นอกจากนี้คุณลักษณะสำคัญของธรรมาภิบาลหลายประการยังผลักดันให้กลไกทั้งหลายจะต้องมีการ ทบทวนปรับเปลี่ยนหรือปฏิรูปตัวเองให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สุข สูงสุดแก่สังคมอีกด้วย

แนวทางการพัฒนาธรรมาภิบาลในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ มีข้อเสนอดังนี้

- ทุกองค์กรในกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ จะต้องดำเนินการเพื่อให้ธรรมาภิบาลภายในองค์กรมีความ เข้มแข็ง ซึ่งรวมถึงการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กร
- เนื่องจากบริบทของสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุขจึงควรปฏิรูปตนเองให้ทำหน้าที่ในการเป็นผู้นำทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การ กระจายอำนาจ ปรับโครงสร้าง ลดขนาดองค์กร ลดอัตราค่าจ้างที่ซ้ำซ้อนเกินจำเป็น เป็นต้น กระบวนการ ปฏิรูปนี้ต้องอาศัยการขับเคลื่อนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีผู้รับผิดชอบเฉพาะและ ทำงานอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ฐานวิชาการ การเคลื่อนไหวทางการเมืองและการขับเคลื่อนของภาคประชา สังคมอย่างเข้มแข็ง แม้เป็นภารกิจที่ยุ่งยากแต่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง
- ควรพัฒนากระบวนการทำงานโดยเฉพาะการใช้อำนาจของผู้บริหารระดับต่าง ๆ ควรมีกระบวนการที่ โปร่งใสและมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น ในการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมในการตัดสินใจ นอกจากนี้ได้บังคับบัญชา แล้วควรให้มีบุคคลคนอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เข้ามาร่วมในขบวนการตัดสินใจ ขบวนการใช้ทรัพยากร

ขบวนการแต่งตั้งโยกย้ายบุคคล รวมทั้งการใช้อำนาจและการตัดสินใจของผู้บริหาร ควรอยู่บนฐานของข้อมูลที่เพียงพอ (evidence based)

- นอกจากข้าราชการประจำที่ต้องปรับเปลี่ยนความคุ้นเคยและวัฒนธรรมการทำงานแบบราชการแล้ว ฝ่ายการเมืองและรัฐบาลก็จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับระบบสุขภาพตามความเป็นจริงในปัจจุบัน ที่เปลี่ยนแปลงไป และเข้าใจว่าสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น
- ธรรมชาติภายในองค์กรไม่ได้เป็นเรื่องของผู้บริหารหรือของผู้บังคับบัญชาเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของคนที่องค์กร ที่จะต้องถูกทำให้เข้าใจและให้การสนับสนุน
- ธรรมชาติของกลไกบริหารระบบสุขภาพต้องอาศัยการทำงานขององค์กรภายนอกมาช่วยเสริมด้วย จึงเป็นบทบาทของรัฐบาลและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ต้องร่วมกันพัฒนาหลักเกณฑ์ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน (คตง.) คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ศาลปกครอง รัฐสภา สื่อมวลชน และองค์กรกลางอื่น ๆ เป็นต้น

การสะท้อนคิด

ในการพัฒนาหลักการบริหารระบบสุขภาพ ไม่เพียงแต่จำเป็นต้องสร้างเอกภาพและธรรมชาติแล้ว ยังจำเป็นต้องมีกระบวนการ “สะท้อนคิด” อยู่ตลอดเวลา เนื่องจากเส้นทางที่เลือกในปัจจุบันเป็นสิ่งที่กำหนดอนาคตความเป็นไปในอนาคต อีกทั้งผลที่เกิดจากการเดินตามเส้นทางนั้นก็มีความไม่แน่นอนสูง จึงต้องมีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง ทั้งผลของการทำตามแนวทางที่เลือกไว้และกระบวนการในการกำหนดเป้าหมายและเลือกเส้นทาง

ในกลไกบริหารระบบสุขภาพมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการกำหนดเป้าหมายและชี้แนะเส้นทางของระบบสุขภาพ จึงต้องมีกระบวนการทบทวนและปฏิรูปเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง แม้กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นได้ด้วยกระบวนการและกลไกเป็นจำนวนมาก แต่กลไกที่เกิดขึ้นจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็นเครื่องมือสำคัญในกระบวนการของ “การอภิบาลสะท้อนคิด”

มีข้อเสนอแนวทางในการพัฒนา ดังนี้

- กลไกนี้เป็นเครื่องมือสำคัญของสังคมในการขับเคลื่อนพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพ ดังนั้นทุกฝ่ายต้องปรับทัศนคติ เลิกยึดติดกับความรู้สึกเป็นของเราของเรา กลไกและเครือข่ายภาคีที่มีอยู่ในปัจจุบัน ต้องให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากกลไกเหล่านี้ เช่น กระบวนการการจัดทำธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ หรือ กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะปล่อยให้บทบาทของ คสช. หรือ สช. โดยลำพังไม่ได้
- ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหลัก เช่น คสช. สช. คณะกรรมการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะต้องปรับปรุงและพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ขยายเครือข่ายใหม่ ๆ รวมถึงการแก้ปัญหาทางเทคนิค เช่น กระบวนการคัดเลือกกลุ่ม/บุคคลที่เข้ามาทำหน้าที่เป็นตัวแทน กระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และคัดเลือกความเห็น หรือประเด็น กระบวนการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผล การทำงานขององค์กร คณะกรรมการ และบุคคลต่าง ๆ รวมถึงการเสริมวิถีคิด ความรู้และทักษะให้กับเครือข่ายที่มีอยู่เพื่อให้สามารถใช้กลไกเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะการรวบรวมความเห็น การนำเสนอ และการเจรจาต่อรอง สำหรับผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ เป็นต้น
- ควรเข้าใจธรรมชาติและให้ความสนใจกับการจัดทำ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากเป็นกระบวนการของการกำหนดเป้าหมายร่วมกันซ้ำแล้วซ้ำเล่าของผู้คนในสังคม (Iterative participatory goal formulation) ที่แม้ว่าคณะทำงานพยายามทำเป็นความเห็นของผู้คนอย่างกว้างขวางก็ไม่มีทางที่จะ

ครอบคลุมความต้องการของทุกคนได้ อีกทั้ง “เป้าหมาย” ที่กำหนดไว้ก็เป็นการมองไปข้างหน้านับสิบปี ซึ่งกว่าจะถึงเวลานั้น ปัจจัยต่าง ๆ ก็เปลี่ยนแปลงไปอีกมากดังนั้นข้อบกพร่องของธรรมนูญหรือสิ่งที่ควรปรับปรุงจึงสามารถพบได้ แต่ก็ไม่ใช่เหตุผลที่จะไม่ยอมรับธรรมนูญ

- เมื่อธรรมนูญได้รับการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแล้วก็ควรมีกระบวนการทบทวนเพื่อปรับแก้ธรรมนูญ เริ่มต้นตามมาทันที เพราะ ณ วันนั้นบริบทบางอย่างก็ได้เปลี่ยนไปแล้ว
- การพัฒนายุทธศาสตร์ร่วมกัน (Interactive strategic development) เป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนด จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ คสช. สข. สมัชชาสุขภาพ รวมถึงกลไกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ เช่น ความท้าทายในการผลักดันมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ซึ่งมีมากถึง 14 ประเด็นให้ไปสู่การปฏิบัติ เพราะหากมีการตั้งเป้าหมายแต่ไม่มีการดำเนินการใด ๆ สุดท้ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็จะกลายเป็นเพียงเวทีแสดงวาทะโดยไม่มีผลในทางปฏิบัติ และจะค่อย ๆ ลดคุณค่าลงไปมากที่สุด

๖.๒ ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. การพัฒนาโครงสร้างความสัมพันธ์ในเครือข่ายการอภิบาล

- (1) ควรมีกระบวนการสร้างความเข้าใจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตระหนัก ถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กรที่เชื่อมโยงกันเป็นกลไกอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศ ลดการแบ่งแยกและคลายความยึดมั่นถือมั่นในองค์กรของตน
- (2) ควรมีกระบวนการกำหนดเป้าหมายของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกัน ควรใช้ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบอ้างอิงในการดำเนินงาน และอาจใช้กระบวนการค้นหาภาพอนาคตร่วมกัน จัดทำแผน หรือกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกัน ซึ่ง
- (3) หน่วยงานกลางควรเพิ่มการกระจายอำนาจ และปฏิรูปโครงสร้างองค์กรให้สอดคล้องกับบริบทโดยรวมของระบบ เพื่อให้สามารถทำบทบาทที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม เช่น การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถทำหน้าที่กำกับดูแลระบบสุขภาพในภาพรวมได้ดียิ่งขึ้น
- (4) ควรเสริมสร้างให้ระบบสุขภาพมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง โดยในภาคการเมืองนายกรัฐมนตรีนครและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขควรแสดงบทบาทการนำให้ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อกำกับดูแลให้โครงสร้างทั้งหลายที่มีอยู่สามารถทำหน้าที่อย่างสอดคล้องกัน (Harmony) ทั้งนี้จำเป็นต้องมีทีมสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพด้วย
- (5) ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร โดยการพัฒนาโครงสร้างและกลไกการทำงานในประเด็นต่าง ๆ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาระบบการเงินการคลัง
- (6) ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรขององค์กรต่าง ๆ ในทุกระดับให้ได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันหรือทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และควรมีการจัดกระบวนการเพื่อพัฒนาให้เกิดเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการเพิ่มมากขึ้น

2. การพัฒนาธรรมาภิบาลในแต่ละองค์กร

- (1) ทุกองค์กรควรพัฒนาให้มีธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการสรรหาหรือแต่งตั้งโยกย้ายบุคลากร กระบวนการใช้อำนาจของผู้บริหารโดยถูกต้องชอบธรรม โปร่งใส มีส่วนร่วม และมีการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่เพียงพอ
- (2) แต่ละองค์กรควรมีการทบทวนตนเองและทำการปรับเปลี่ยนและปฏิรูประบบและโครงสร้างการทำงานอยู่เสมอเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการสนับสนุนให้มีกระจายอำนาจในรูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละบทบาทภารกิจ
- (3) ควรมีการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการทำงาน โดยเฉพาะระบบอุปถัมภ์และวัฒนธรรมแบบราชการ ที่แทรกซึมอยู่ในทั้งกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรที่ตั้งขึ้นภายหลัง โดยต้องเน้นการปรับเปลี่ยนที่ระดับบุคคลให้มีส่วนร่วมในการสร้างธรรมาภิบาลในองค์กร เช่น การไม่เพิกเฉยต่อการใช้อำนาจโดยมิชอบของผู้บริหารหรือการทุจริตคอร์รัปชันในองค์กร
- (4) ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกที่สนับสนุนพัฒนาธรรมาภิบาลของภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน (คตง.) คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ศาลปกครอง รัฐสภา สื่อมวลชน และองค์กรกลางอื่น ๆ เป็นต้น

3. การใช้กระบวนการตริตรองสะท้อนคิดเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพอย่างยั่งยืน

- (1) กลไกที่เกิดจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งเป็นรูปธรรมส่วนหนึ่งของกระบวนการและกลไกที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบโดยอาศัยการตริตรองสะท้อนคิด มีข้อเสนอแนะในการพัฒนา ดังนี้
 - ควรผลักดันให้ทุกฝ่ายให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากกลไกที่เกิดจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เช่น การใช้กระบวนการการจัดทำธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ และกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อกำหนดกรอบนโยบายและเป้าหมายร่วมกันของสังคมไทยในการพัฒนาระบบสุขภาพ หรือการใช้กลไกของ คสช. ในการจัดตั้งคณะทำงานที่เป็นกลาง เพื่อหาทางออกให้กับประเด็นปัญหาสำคัญ ๆ ซึ่งสามารถนำไปสู่การผลักดันเชิงนโยบาย ออกกฎหมายหรือจัดตั้งองค์กรเพื่อทำหน้าที่เฉพาะต่อไปได้
 - ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขปัญหาด้านเทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง รวมถึงการเสริมวิธิตัด ความรู้และทักษะให้กับเครือข่ายที่มีอยู่เพื่อให้สามารถใช้กลไกเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการพัฒนาและผลักดันให้กระบวนการทั้งหลายเกิดผลในทางปฏิบัติ
- (2) ควรส่งเสริมให้เกิดกระบวนการในรูปแบบต่าง ๆ ที่สนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการอภิบาลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ กระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นต้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรณีการ์ กิจติเวชกุล และ อวยพร แต่ชุตระกุล

2550 อีกก้าวที่กล้า...ของหมอซีม่าแกลบ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา กับการทำ CL ของประเทศไทย.
กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

กฤตยา อาชวนิจกุล และ กุลภา วจนสาระ

2551 บทสำรวจจาทกรรมเรื่องสุขภาวะและการเมืองเรื่องสมัชชาสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ และ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ

2551 บริการปฐมภูมิ จาก...การดูงานระบบบริการของประเทศอังกฤษ สู่...การพัฒนาในประเทศไทย.
กรุงเทพฯ: ชมรมแพทย์ชนบท.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

2548 ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย: ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ
จำกัด.

2551 อำนาจและคอร์รัปชั่น ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชาดิชาย มุกสง, (บรรณาธิการ)

2545 พรหมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

2543 ระบบสุขภาพประชาชาติ: ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่ง
ราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540. กรุงเทพฯ: วุฒิสภา.

คณะทำงานวิชาการ คณะกรรมการระบาคติวิทยาแห่งชาติ

2535 รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการ
ระบาคติวิทยาแห่งชาติ.

จรัส สุวรรณมาลา

2542 รัฐบาล-ท้องถิ่น ใครควรจัดบริการสาธารณะ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ชื่นฤทัย กาญจนจิตติ และคณะ

2552 สุขภาพคนไทย 2552: เพื่อสุขภาวะแห่งมวลมนุษย์ หยุดความรุนแรง นครปฐม: สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร

2545 วาทกรรมกับการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิภาษา.

ทศพร ศิริสัมพันธ์

2549 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ การบริหารราชการแนวใหม่. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนา
ระบบราชการ.

ธีรยุทธ บุญมี

2541 ธรรมนูญแห่งชาติ: ยุทธศาสตร์ห้าหายนะประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สายธาร.

นิธิ เอียวศรีวงศ์

2545 องค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย: สถานะ วาระการวิจัย และแนวทางการศึกษาในอนาคต. ใน พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชาดิชาย มุกสง, (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เบ็ญจมาศ ศิริภัทร, และ สุรพล มุละดา

2545 "เอ็น จี โอ" นักพัฒนาระดับรากหญ้า พันธุ์ที่สังคมขาด (ไม่) ได้? กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.

ประเวศ วะสี

2541 ยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ สังคมและศีลธรรม. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

2543 สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.

2546 การปฏิวัติเจียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

2552 สร้างสังคมอารยะประชาธิปไตย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

ปรีชา ช่างขวัญยืน

2542 ธรรมรัฐ-ธรรมราชา. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรีดา แต่อารักษ์, นิภาพรณ สุขศิริ, ธาราดล สุขศิริ, สมบูรณ์ ทรัพย์พุ่ม

2546 ธรรมาภิบาลกับการจัดการด้านสุขภาพ: กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

ปานบตี เอกะจัมปะละ, และ รุจิรา ทวีรัตน์

2551 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย. ใน การสาธารณสุขไทย 2548-2550. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, (บรรณาธิการ) นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

มัญญ จันท์สมบูรณ์

2550 วัฒนธรรมธรรมาภิบาลของผู้นำท้องถิ่นและประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิชัย โชควิวัฒน์

2545 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งสำคัญในสังคมไทย ระหว่างปี พ.ศ.2431-2543 ใน พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชาดิชาย มุกสง, (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิทยา ตันสุวรรณนนท์, (บรรณาธิการ)

2550 รายงานประจำปี 2549 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

วิพุธ พูลเจริญ, เดชรัตน์ สุขกำเนิด, วิภาว ชื่นชิต (บรรณาธิการ),

2550 เรียนรู้โลก ห่วงไกลโรค: กรณีศึกษาการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

2550 บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: ส.พิจิตร.

สถาบันพระปกเกล้า

2549 ทศธรรม: ตัวชี้วัดการบริหารกิจการมบ้านเมืองที่ดี. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

สมบูรณ์ ศิริประชัย

2552 ธรรมนูญการปกครองราชอาณาจักร: นัยต่อประเทศไทย. รัฐศาสตร์สาร ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2552) : หน้า 1-112.

สัมฤทธิ์ ยศสมศักดิ์

2548 หลักรัฐประศาสนศาสตร์: แนวคิดและทฤษฎี. กรุงเทพฯ: หจก. เวิร์ดเทรต ประเทศไทย.

สุเทพ สุนทรเกสัช

2540 ทฤษฎีสังคมวิทยาาร่วมสมัย: พื้นฐานแนวความคิดทฤษฎีสังคมและวัฒนธรรม. เชียงใหม่: โกลบอล วิชั่น.

สุนีย์ สุขสว่าง

2549 ผลการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ.2540-2549), เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ

2550 การสาธารณสุขมูลฐานและการสร้างเสริมสุขภาพ: จากสากลสู่ไทย. ใน การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย. อัมพล จินดาวัฒน์, (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

อัมพล จินดาวัฒน์

2550 ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม (เล่ม 1). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

2551 ระบบสุขภาพแห่งชาติ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

อัมพล จินดาวัฒน์, และคณะ

2549 รายงานการสังเคราะห์กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติ และบทบาทหน้าที่โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อัมพล จินดาวัฒน์, สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล และ ปานบตี เอกะจัมปะกะ

2551a การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. ใน การสาธารณสุขไทย 2548-2550. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

อัมพล จินดาวัฒน์, สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, ปานบตี เอกะจัมปะกะ และ รุจิรา ทวีรัตน์

2551b การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย. ใน การสาธารณสุขไทย 2548-2550. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

เอเจอร์ แซม

2545 ธรรมนูญการปกครองที่โปร่งใสด้วยจริยธรรม. ไชยรัตน์ คำชู, ประทุมพร วัชรเสถียร, กุลดา เกษบุญชู และ สุภมิตร ปิติพัฒน์ (แปล) กรุงเทพฯ: น้ำฝน.

รายงานการดำเนินงานและเอกสารแผน

กระทรวงสาธารณสุข

- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

- รายงานการดำเนินงาน 2536-2539

- รายงานประจำปี 2542-2544, 2545-2546, 2547, 2548, 2549, 2550

- แผนพัฒนาการวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2540-2544
 - แผนยุทธศาสตร์งานวิจัย 2545-2547, 2548-2550, 2551-2553
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- รายงานประจำปี 2549

เอกสารประกอบการประชุม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

- เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1/2552 20 มีนาคม 2552

กฎหมาย

- พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535
- พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545
- พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546

ภาษาอังกฤษ

Beck, Ulrich

- 2006 Reflexive Governance: politics in the global risk society. *In Reflexive Governance for Sustainable Development*. J.-P. Voß, D. Bauknecht, and R. Kemp, eds. Cheltenham: Edward Elgar.

Elson, Steve

- 2006 The Evolution of Health System Governance in Canada and Ontario: Including cautionary reflections on the introduction of Local Health Integration Networks in Ontario. *Law&Governance* 10(2):9-12.

Enthoven, Alain C., and Laura A. Tollen

- 2005 Competition In Health Care: It Takes Systems To Pursue Quality And Efficiency.

Hsiao, William C.

- 2003 What is a Health System? Why Should We Care?: Harvard School of Public Health.

Kjær, Anne Mette

- 2004 Governance. Cambridge: Polity Press.

Lee, Kelley, and Anne Mills

- 2000 Strengthening governance for global health research: The countries that most need health research should decide what should be funded. *BMJ* 321:775-6.

Ma, Sai, and Neeraj Sood

- 2008 A Comparison of the Health Systems in China and India. Santa Monica: RAND Corporation.

- Mayntz, Renate
- 2003 New challenges to governance theory. *In* Governance as social and political communication. H.P. Bang, ed. Manchester: Manchester University Press.
- Milakovich, Michael E., and George J. Gordon
- 2004 Public Administration in America. Belmont: Thomson.
- Miller, Karen
- 2005 Public sector reform: Governance in South Africa. Wiltshire: Ashgate.
- Munshi, Surendra, and Biju Paul Abraham, eds.
- 2004 Good Governance, Democratic Society and Globalization. New Delhi: Sage.
- Plumptre, Tim, and John Graham
- 1999 Governance and Good Governance: International and Aboriginal Perspectives: Institute On Governance.
- Rhodes, R.A.W.
- 1997 Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability. Buckingham: Open University Press.
- Schneider, Volker, and Johannes M. Bauer
- 2007 Governance: Prospects of Complexity Theory in Revisiting System Theory. annual meeting of the Midwest Political Science Association, Chicago, Illinois, 2007.
- Siddiqi, Sameen, et al.
- 2008 Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. Health Policy doi:10.1016/j.healthpol.2008.08.005.
- Voß, Jan-Peter, and Rene Kemp.
- 2006 Sustainability and reflexive governance: introduction. in Voß, Jan-Peter, Dierk Bauknecht, and Rene Kemp, eds. Reflexive Governance for Sustainable Development. Cheltenham: Edward Elgar.
- Voß, Jan-Peter, Rene Kemp, and Dierk Bauknecht.
- 2006 Reflexive governance: a view on emerging path. in Voß, Jan-Peter, Dierk Bauknecht, and Rene Kemp, eds. Reflexive Governance for Sustainable Development. Cheltenham: Edward Elgar.
- WHO, World Health Organization
- 2000 The World health report 2000 : health systems : improving performance. Geneva: World Health Organization.
- 2007 Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization.

ภาคผนวก ก.

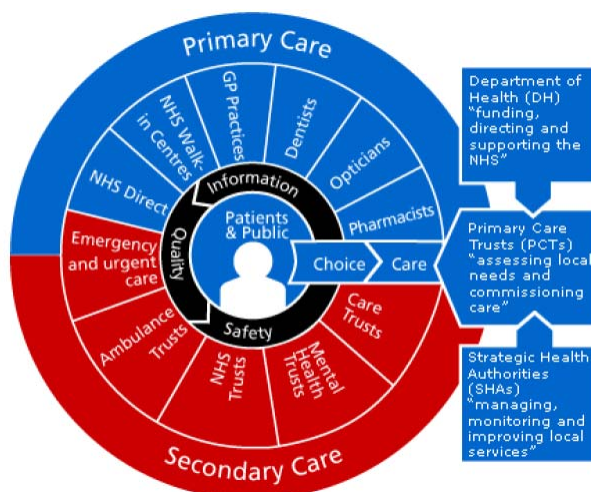
บทบาทภารกิจและโครงสร้างองค์กรสุขภาพสหราชอาณาจักร³²

ประเทศอังกฤษเริ่มมีหน่วยงานระดับชาติที่ดูแลด้านสุขภาพ เรียกว่า Board of Health ในปี ค.ศ.1805 ซึ่งพัฒนาต่อมาเป็นกระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health) ในปี ค.ศ. 1919 ต่อมามีการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ แม้จะมีแรงต้านในช่วงแรกแต่ก็สามารถผลักดันกฎหมายออกมาได้จนสำเร็จ และเริ่มต้น “ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ” (National Health Service หรือ NHS) ได้ในปี ค.ศ. 1948 ซึ่งเป็นระบบที่ทำให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน หลังจากนั้นก็มีมีการปฏิรูประบบเป็นระยะด้วยเหตุผลสำคัญคือการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง กระทรวงสุขภาพได้รับการปฏิรูปและปรับเปลี่ยนจนเป็น Department of Health (DH) ในปี ค.ศ.1988 ดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลงนโยบายที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ใน ค.ศ. 1990 มีการประกาศใช้กฎหมายที่ทำให้มีการแยกระหว่าง ผู้ซื้อและผู้ให้บริการสุขภาพ (Purchaser-Provider Split) จึงทำให้ NHS แยกออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นผู้ให้บริการกับผู้ซื้อบริการ ซึ่งหลังจากนั้นมีการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการเรื่อยมา

โครงสร้างของ NHS ในปัจจุบันสรุปได้ดังภาพ โดยในด้านซ้ายมือ (วงกลม) คือระบบบริการสุขภาพที่สามารถแบ่งออกได้เป็นบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ส่วนระบบบริหารจัดการอยู่ในด้านขวามือประกอบด้วย 3 ส่วน คือ Primary Care Trust, Department of Health และ Strategic Health Authorities ในที่นี้จะนำเสนอเฉพาะรายละเอียดส่วนที่เป็นกลไกการบริหารจัดการ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ หน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานระดับพื้นที่

ภาพที่ 10 ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษ (National Health Service, NHS)



ที่มา : เกรียงศักดิ์ และ ยงยุทธ 2551

³² เรียบเรียงจาก เกรียงศักดิ์ และ ยงยุทธ 2551

(๑) หน่วยงานส่วนกลาง

Department of Health หรือ DH

Department of Health มีนักการเมืองที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุข เรียกว่า Secretary of State for Health (เทียบเท่ารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) มีข้าราชการประจำที่อยู่ในตำแหน่งสูงสุดมี 2 ตำแหน่งประกอบด้วย

- Permanent Secretary of DH (ซึ่งเกรียงศักดิ์และยงยุทธ (2551) เห็นว่าอาจเทียบได้กับปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ดูแลการบริหารจัดการภายใน DH รับผิดชอบการวางนโยบายและยุทธศาสตร์
- Chief Executive of NHS (ซึ่งเกรียงศักดิ์และยงยุทธ (2551) เห็นว่าอาจเทียบได้กับเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) รับผิดชอบการจัดหา การจัดการ และควบคุมกำกับผลลัพธ์ของบริการ

ทั้งสองตำแหน่งขึ้นตรงต่อ Secretary of State for Health (ในช่วงปี 2000 – 2006 ทั้งสองตำแหน่งนี้เป็นบุคคลคนเดียวกัน) มีตำแหน่งทางวิชาการซึ่งมี Chief professional officers เป็นตำแหน่งสูงสุด (มี 7 กลุ่มวิชาชีพ) ทำหน้าที่ผลิตองค์ความรู้และให้ข้อมูลในฐานะผู้เชี่ยวชาญเพื่อประกอบการวางนโยบายและยุทธศาสตร์

DH มีคณะกรรมการ (Board) ที่มี Permanent Secretary เป็นประธาน โดยคณะกรรมการมีหน้าที่กำกับยุทธศาสตร์ เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐมนตรี โดยภายใต้ DH มีหน่วยงานที่ดูแลเฉพาะเรื่องเรียกว่า Arm's Length Bodies (ALBs) แบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะคือ

- (1) Executive agencies เช่น Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) ดูแลเรื่องยาและเครื่องมือทางการแพทย์ให้ปลอดภัยต่อประชาชน
- (2) Special Health Authorities กลุ่มนี้ถึงแม้จะอยู่ภายใต้การดูแล โดยได้รับงบประมาณผ่าน DH แต่มีความเป็นอิสระเนื่องจากมีคณะกรรมการ (Board) เป็นของตนเอง เช่น Health Protection Agency, Information Center for Health and Social Care, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Postgraduate Medical Education and Training Board
- (3) Non-departmental public bodies ถูกตั้งขึ้นเมื่อรัฐมนตรีต้องการคำแนะนำ เช่น Commission for Patient and Public Involvement in Health ซึ่งตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและได้ยุบเลิกไปในปี พ.ศ. 2551 โดยมีการตั้ง Local Involvement Networks ขึ้นในระดับพื้นที่แทนเพื่อเป็นช่องทางรับฟังความคิดเห็นของประชาชน

ส่วนบทบาทหน้าที่หลักของ DH ได้แก่

- (1) กำหนดทิศทางในภาพรวมของ NHS (Setting overall direction);
- (2) กำหนดมาตรฐานบริการ (Ensuring national standards are set);
- (3) ทำให้เกิดความมั่นใจว่ามีทรัพยากรที่จะนำมาใช้ใน NHS เพียงพอ (Securing resources);
- (4) ทำการตัดสินใจในกรณีที่มีการลงทุนที่ต้องใช้เงินจำนวนมาก (Making major investment decisions);
- (5) เพิ่มทางเลือกให้กับคนไข้และผู้ให้บริการ (Improving choice for patients and users)

(๒) หน่วยงานระดับพื้นที่

Strategic Health Authorities หรือ SHAs

เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการวางยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ หน้าที่ในการวางยุทธศาสตร์สำคัญได้แก่

- (1) วางแผน พัฒนาและเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ต่างๆ ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีขึ้น

- (2) ทำให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพการให้บริการ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- (3) เป็นตัวกลางในการช่วยเริ่มต้นงานนโยบาย และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามเป้าหมายของนโยบาย
- (4) ช่วยพัฒนา Trusts ต่างๆ ให้มีศักยภาพที่จะเป็น Foundation trust
- (5) เป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข ติดตามกำกับกับการบริหารในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจว่านโยบายที่สำคัญในระดับชาติสามารถผสมผสานกับแผนงานในพื้นที่ โดยเป็นผู้รับรองแผนที่จะนำไปปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งนำเสนอโดย PCT

Primary Care Trusts หรือ PCTs

เป็นโครงสร้างที่ทำหน้าที่ซื้อบริการ แต่ละแห่งจะมีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ PCT Board และ Executive committee

- Primary Care Trust Board (PCT board) เป็นโครงสร้างการทำงานร่วมกันระหว่างภาคประชาชนกับผู้บริหารระดับสูงของ PCT โดยทำหน้าที่พิจารณาโยบายและกำหนดทิศทางการดำเนินการของ PCT โดยมีภาคประชาชนเช่นนักการเมืองท้องถิ่นหรือผู้ทรงคุณวุฒิทำหน้าที่เป็นประธาน
- คณะกรรมการบริหาร (Executive committee) เป็นโครงสร้างการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บริหารระดับสูงของ PCT กับตัวแทนผู้ให้บริการในพื้นที่ มี Chief executive เป็นประธาน

หน้าที่รับผิดชอบหลักของ PCT ประกอบด้วย

- (1) วางแผน และทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ จะได้รับการตามความจำเป็นที่ต้องได้รับ (Planning and securing services) โดยได้รับมอบ จากประชาชนผ่านรัฐ ในการทำหน้าที่เป็น “นายหน้า” โดยเป็นผู้ถือเงินเพื่อซื้อบริการแทนประชาชน (Commissioner or purchaser) เพื่อจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการหรือสถานบริการ ตามข้อตกลง (Agreements) ที่ทำกับผู้ให้บริการหรือสถานบริการนั้นๆ ทั้งที่อยู่ในและนอก NHS (ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการที่อยู่ภายใน NHS) รวมทั้งมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ให้บริการมีจำนวนเพียงพอ; แผนงานของ PCT จะนำไปปฏิบัติได้ ต้องได้รับความเห็นชอบจาก SHA ก่อน
- (2) ประสานเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับ Local authorities โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อการพัฒนาบริการเชิงสังคม (Social care)
- (3) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ รวมถึง การลงทุน เครื่องมือ ระบบข่าวสาร และเทคโนโลยี เพื่อที่จะให้มั่นใจได้ว่าบริการสุขภาพระดับพื้นที่ได้รับการพัฒนา ทันสมัย และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ภาคผนวก ข.
บทบาทภารกิจและโครงสร้างการทำงาน
กลไกภาครัฐในการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ

1. กระทรวงสาธารณสุข

นับแต่ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2485 จนถึงปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการปฏิรูปโครงสร้าง 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่อ พ.ศ. 2515, ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2517, ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2535 และ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2545

บทบาทและภารกิจ

ในรายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข จัดทำโดยคณะทำงานวิชาการ คณะกรรมการระดับชาติแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2535 ซึ่งนำไปสู่การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 3 ได้เสนอว่า กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทและภารกิจที่ “ควรจะเป็น” ดังนี้ (2535:10-11)

1. บทบาทในด้านการบริหารระบบสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย
 - 1.1. การวางนโยบายและดำเนินการเพื่อจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ
 - 1.2. การผลักดันกำลังประสานหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนทุกส่วน ทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ทั้งรัฐและเอกชน
 - 1.3. การออกกฎระเบียบและวางมาตรฐานการปฏิบัติ
 - 1.4. การตรวจสอบ ควบคุม และกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
 - 1.5. การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่หน่วยงานอื่นที่จำเป็นในการแสดงบทบาทสนับสนุนการมีสุขภาพดีของประชาชน โดยเฉพาะหน่วยงานที่เป็นองค์กรภาคเอกชนสาธารณะประโยชน์ และองค์กรประชาชน
2. ภารกิจโดยตรงของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย
 - 2.1. การกำหนดยุทธศาสตร์และจัดทำแผนขององค์กร
 - 2.2. การบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในการปฏิบัติภารกิจ
 - 2.3. การพัฒนาความรู้และข้อมูลเพื่อประกอบการปรับเปลี่ยนระบบและวางแผนตัดสินใจในการดำเนินงาน
 - 2.4. การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน

ต่อมาในการปฏิรูปครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2545 อำนาจและหน้าที่ของของกระทรวงสาธารณสุขได้รับการระบุไว้อย่างกว้าง ๆ ในพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 มาตรา 42 ว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนและราชการอื่นตามที่มี กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” ภารกิจของกระทรวงฯ จึงมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ ให้ประชากรมีสุขภาพแข็งแรงทั้ง

ร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศ (อำพลและคณะ 2551b: 346)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 สวรส. ได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษากลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ได้ขอเสนอบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่คาดหวังในปี พ.ศ. 2550-2555 มี 10 ประการ (อำพลและคณะ 2549) โดยแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ

บทบาทหน้าที่หลัก ได้แก่

(1) ดูแลการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ

บทบาทที่สำคัญถัดมา ได้แก่

(2) ดูแลการสร้างและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ

(3) กำหนดและกำกับดูแลมาตรฐานด้านสุขภาพ

(4) ดูแลการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ

(5) สร้างเสริมศักยภาพด้านสุขภาพแก่องค์กรภาคส่วนต่าง ๆ และประชาชน

องค์กรประกอบ ได้แก่

(6) ดูแลการควบคุมป้องกันโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพ

(7) ดูแลการเงินการคลังเพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

(8) สร้างความมั่นคงและเสถียรภาพของทรัพยากรด้านสุขภาพ

(9) ดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

(10) สนองงานตามโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

โครงสร้างการทำงาน

หลังจากการปฏิรูปครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ.2545 กระทรวงสาธารณสุขจัดโครงสร้างการบริหารราชการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (อำพลและคณะ 2551b)

1. การบริหารราชการส่วนกลาง

ประกอบด้วย 10 ส่วนราชการ ได้แก่สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง และ 8 กรมซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มภารกิจ คือ

(1) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มี 3 กรมคือ กรมการแพทย์, กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ กรมสุขภาพจิต

(2) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข มี 2 กรมคือ กรมควบคุมโรค และ กรมอนามัย

(3) กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ มี 3 กรมคือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ซึ่งนอกจากหน่วยงานในส่วนกลางแล้วกรมต่าง ๆ ยังมีหน่วยงานที่อยู่ในภูมิภาคด้วย ได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-12, สำนักงานควบคุมโรคที่ 1-12, ศูนย์อนามัยที่ 1-12, และ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1-12 เป็นต้น

มีหน่วยงานที่อยู่ในการดูแล แต่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มภารกิจใดโดยเฉพาะได้แก่

(1) หน่วยงานในกำกับ มี 6 หน่วยงาน แบ่งเป็น

- หน่วยงานที่มี พ.ร.บ.ของตนแล้ว ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

- หน่วยงานที่กำลังอยู่ระหว่างจัดทำพระราชบัญญัติ ได้แก่ สถาบันพระบรมราชชนก (อยู่ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข), สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (อยู่ภายใต้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์), สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (อยู่ภายใต้ สวรส.)

(2) รัฐวิสาหกิจ มี 1 หน่วยงานคือ องค์การเภสัชกรรม

(3) องค์การมหาชน ตาม พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ.2542 มี 1 คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

2. การบริหารราชการส่วนภูมิภาค

ได้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (75 จังหวัด) โรงพยาบาลในสังกัด (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 95 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน 730 แห่ง) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ (796/81 แห่ง) และสถานีอนามัย (9,762 แห่ง) นับแต่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน เพิ่มขึ้นโดยบางส่วนเป็นหน่วยบริการสังกัดภาคเอกชน และเริ่มมีการถ่ายโอนศูนย์สุขภาพชุมชนบางส่วนให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บางส่วน ในปี พ.ศ.2551

2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ระบบสุขภาพของแต่ละประเทศมีความจำเพาะขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและอื่น ๆ ดังนั้นในการพัฒนาจึงจำเป็นต้องใช้องค์ความรู้เฉพาะที่ไม่สามารถลอกเลียนได้จากประเทศอื่น ๆ ซึ่งองค์การอนามัยโลกเคยประกาศไว้ว่า ถ้าไม่มีการวิจัยระบบสาธารณสุข (Health System Research) จะไม่มีทางบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ ดังนั้นในการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 3 ใน พ.ศ. 2535 จึงได้มีการเสนอให้จัดตั้งองค์กรเพื่อทำหน้าที่พัฒนาแบบวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้น (ในขณะนั้นนิยมใช้คำว่า “ระบบสาธารณสุข” มากกว่า “ระบบสุขภาพ”)

ในการเสนอให้จัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นั้น มีหลักการสำคัญหนึ่งว่า สวรส. ต้องการนักวิชาการที่มีความสามารถสูง ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง มีความเป็นกลางและมีอิสระทางวิชาการ เพื่อให้ผลงานวิจัยมีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ประกอบเป็นนโยบาย จึงเสนอให้จัดตั้งเป็นหน่วยงานที่ไม่ใช่ส่วนราชการ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการจัดการ สามารถสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องสามารถประกันคุณภาพงานวิชาการได้ (คณะทำงานวิชาการ คณะกรรมการระบาคติวิทยาแห่งชาติ 2535)

บทบาทภารกิจ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้รับการจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2535 เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้คือ “สมควรจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นเพื่อทำการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยการพัฒนากิจการด้านสาธารณสุขอย่างมีระบบ เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขเป็นไปโดยถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ” โดยในมาตรา 11 ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ดังนี้

- (1) สืบวิจัย ศึกษาและวิเคราะห์ทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อวางเป้าหมายนโยบายและจัดทำแผนงานโครงการและมาตรการต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย
- (2) ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและแผนของรัฐบาล และหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบายการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข รวมทั้งการนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผน

- (3) สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของภาครัฐและภาคเอกชนและส่งเสริมความร่วมมือการวิจัยระบบสาธารณสุขระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนนานาประเทศ รวมทั้งดำเนินการวิจัยด้านระบบสาธารณสุขที่มีความสำคัญตามนโยบายและไม่มีสถาบันวิจัยหรือหน่วยงานวิจัยอื่นดำเนินการ
- (4) สนับสนุนการเพิ่มสมรรถนะในการเลือก การรับ และการถ่ายทอดวิทยาการและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ ตลอดจนการจัดการโครงการลงทุนและโครงการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการเลือก การรับ และการถ่ายทอดวิทยาการและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เพื่อให้ได้วิทยาการและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม
- (5) บริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้ และผลงานวิจัยและวิชาการสาธารณสุขแก่หน่วยงานของรัฐ เอกชน และสาธารณสุข
- (6) บริหารกองทุนตามพระราชบัญญัตินี้
- (7) กระทำการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่ของสถาบันหรือตามที่คณะกรรมการกำหนด

โครงสร้างการทำงาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นนิติบุคคล มีคณะกรรมการสถาบันฯประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ มีกรรมการโดยตำแหน่ง 9 ท่าน และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งอีก 7 ท่าน ทำหน้าที่ควบคุมดูแลการทำงาน และกำหนดให้มีผู้อำนวยการสถาบันหนึ่งคน ซึ่งคณะกรรมการสถาบันฯ แต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี อยู่ในตำแหน่งคราวละ 3 ปีไม่เกินสองวาระติดต่อกัน

นอกจากคณะกรรมการผู้อำนวยการสถาบันและตัวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแล้ว ยังมีการจัดรูปแบบและกลไกการจัดการงานวิจัย ใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1. เครื่องสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ เป็นหน่วยงานที่เป็นองค์กรอิสระ (autonomous agency) ภายใต้ข้อบังคับของ สวรส. ที่เกิดจากการร่วมลงทุนกับองค์กรอื่นปัจจุบัน มีจำนวน 7 หน่วยงาน ได้แก่
 - (1) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)
 - (2) สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
 - (3) สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health Information Systems Development Office-HISO)
 - (4) สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
 - (5) สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
 - (6) สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.)
 - (7) ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา (ศสวย.)
2. สถาบันภาคีวิจัยระบบสุขภาพ เป็นการร่วมมือกับสถาบันวิชาการที่มีเครือข่ายของตนเอง มี 3 เครือข่ายได้แก่
 - (1) สถานจัดการวิจัยระบบสุขภาพภาคเหนือ มช. (สวรส.เหนือ) เป็นการร่วมมือกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - (2) สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน) เป็นการร่วมมือกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - (3) สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มอ. (สวรส.ใต้) เป็นการร่วมมือกับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. เครือข่ายงานวิจัยระบบสุขภาพ เป็นการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในประเด็นที่มีความสนใจร่วมกัน เช่น
 - (1) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย (สสพ.) เป็นความร่วมมือกับศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

- (2) แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน (รสส.)
- (3) แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA-HPP)
- (4) สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
- (5) เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network-CRCN) เป็นความร่วมมือกับกลุ่มแพทย์สถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
- (6) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
- (7) ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
- (8) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
- (9) ศูนย์ความร่วมมือระดับภูมิภาคเอเชียการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับไข้หวัดนก (APAIR)
- (10) โครงการจัดการองค์ความรู้เรื่องยาเสพติด (อสต.)

3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ตั้งแต่ทศวรรษที่ 2530-2539 มีผลให้คนไทยตระหนักถึงโทษของบุหรี่ต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองสามารถผลักดันอย่างต่อเนื่อง มีการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ต่อมาในปี พ.ศ.2543 มีการตราพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และตราเป็นพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 เพื่อเก็บภาษีเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์และบุหรี่เพิ่มอีกร้อยละ 2 นำมาจัดตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนกิจกรรมที่หลากหลายในการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้กองทุนนี้มีรายได้ประมาณ 2,000 – 2,500 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณร้อยละ 0.75 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ (สุนีย์ 2549: 8)

บทบาทภารกิจ

ในมาตราที่ 5 ของได้กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนเรียกว่า “กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ” เป็นนิติบุคคล มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- (1) ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
- (2) สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมความเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ และสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ
- (3) สนับสนุนการรณรงค์ ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- (4) ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยฝึกอบรมหรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- (5) พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนหรือองค์กรเอกชนองค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- (6) สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

โครงสร้างการทำงาน

ในการบริหารจัดการมี “คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ” ซึ่งมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการคนที่หนึ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นรองประธานกรรมการคนที่สอง กรรมการโดยตำแหน่ง 10 คน และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน ให้มีผู้จัดการกองทุนหนึ่งคน ซึ่งคณะกรรมการฯ เป็นผู้แต่งตั้งอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี ติดต่อกันได้ไม่เกิน 2 วาระ และให้มีคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนจำนวน 7 คน แต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี

ภาคีเครือข่ายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่แม้ไม่ได้ระบุไว้ในกฎหมาย แต่ถือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่แท้จริงของโครงการและกิจกรรมของ สสส. รวมถึงร่วมเรียนรู้ พัฒนาและร่วมลงทุนในบางกรณีด้วย เครือข่ายของ สสส. แบ่งตามประเด็นต่าง ๆ (พ.ศ.2551) ได้แก่ บุหรี่ มี 398 ภาคี, แอลกอฮอล์ มี 1 ภาคี, อุบัติเหตุ มี 2 ภาคี, บังคับเสี่ยงสุขภาพ มี 5 ภาคี, สุขภาวะชุมชน มี 7 ภาคี, การเรียนรู้เพื่อสุขภาวะ มี 5 ภาคี, สุขภาวะองค์กร มี 5 ภาคี, การออกกำลังกาย มี 5 ภาคี, การตลาดเพื่อสังคม มี 5 ภาคี, สนับสนุนโครงการและนวัตกรรม มี 5 ภาคี, ระบบบริการสุขภาพ มี 5 ภาคี, กลไกสนับสนุน มี 5 ภาคี เป็นต้น

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีฐานสำคัญมาจาก “โครงการอยุธยา” ซึ่งมีการทดลองที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการคือ (1) การปฏิรูประบบการเงินการคลังโดยใช้หลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข โดยใช้อัตรา 70 บาทสำหรับการดูแลทุกโรค (2) การปฏิรูประบบการให้บริการ โดยมีการขึ้นทะเบียนสถานบริการประจำครอบครัว และ (3) การปฏิรูประบบความสัมพันธ์กับชุมชน ให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของสถานบริการมากขึ้น (สงวน 2550: 38-42) มีการจัดตั้งโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project) ขึ้นในปี พ.ศ. 2539 เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับประชาคมยุโรป ทำหน้าที่สร้างความรู้ พัฒนาบุคลากรและผลักดันนโยบายอย่างต่อเนื่อง จนประสบความสำเร็จในสมัยรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ซึ่งมีนโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในที่สุด

บทบาทภารกิจ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีเหตุผลการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ว่า “โดยมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” โดยในมาตรา 26 กำหนดให้ สปสช. มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน

- (2) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข
- (3) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
- (4) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
- (5) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการ และ เครือข่ายหน่วยบริการ ตามมาตรา 46
- (6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
- (7) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำรวมทั้ง ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ
- (8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน
- (9) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่าง ๆ
- (10) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใด ๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน
- (11) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน
- (12) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน
- (13) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการและ คณะกรรมการควบคุม คุณภาพ และมาตรฐาน และเผยแพร่ต่อสาธารณชน
- (14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน หรือตามที่ คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมาย

โดยสรุปคือ สปสช. มีบทบาทสำคัญสองประการคือ การสนับสนุนการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการเป็นหน่วยบริหารระบบ (system manager) ผ่านการซื้อบริการ (วิทยา 2550 :133)

โครงสร้างการทำงาน

ในการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีโครงสร้างการทำงานประกอบด้วย “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวง 7 กระทรวง ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร 5 คน ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน และมี “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง ผู้ประกอบอาชีพ สภาวิชาชีพและผู้ทรงคุณวุฒิ

สปสช. มีเลขาธิการ 1 คน เป็นผู้บริหารสูงสุด โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้แต่งตั้งและถอดถอน อยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี ไม่เกิน 2 วาระติดต่อกัน

มีการจัดตั้งคณะกรรมการ หน่วยงาน และกองทุนในส่วนภูมิภาคจำนวนมาก ได้แก่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต ระดับจังหวัด สปสช.เขต เป็นต้น

5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

แนวคิดการจัดตั้งสภาสาธารณสุขแห่งชาติเพื่อเป็นกลไกจัดทำนโยบายด้านสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมของหลาย ๆ ฝ่ายมีมาตั้งแต่ราว 30 ปีก่อนแต่ไม่ประสบความสำเร็จ แต่ต่อมาได้มีการริบเอาแนวทาง “การสาธารณสุขมูลฐาน” เข้ามาใช้ในประเทศไทย ทำให้มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านสุขภาพมากขึ้น และในปี พ.ศ. 2531 มีการจัดสมัชชาสุขภาพไทยครั้งที่ 1 ขึ้นเพื่อเปิดเวทีคุยกันในเรื่องสุขภาพหลายประเด็น แต่หลังจากนั้นก็ไม่มีการจัดสมัชชาเช่นนั้นอีกเลย (อำพล 2550: 37)

ในการประชุมวิชาการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขปี 2539 ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้เสนอถึงความจำเป็นในการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ โดยให้ความหมายของระบบสุขภาพที่กว้างกว่าระบบบริการสาธารณสุข และจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ต่อมาในปี 2541 คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ตั้งคณะทำงานขึ้นจัดทำ “รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ” เพื่อเป็นข้อเสนอในการปฏิรูประบบสุขภาพ จนนำไปสู่การจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ขึ้นในปี พ.ศ.2543 ในสมัยรัฐบาลชวน หลีกภัย โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่ดูแลการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพและสนับสนุนการปฏิรูปที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นหน่วยงานเลขานุการ

นับแต่ก่อตั้ง สปรส.ดำเนินการผลักดันการปฏิรูปโดยใช้กระบวนการผสมผสานทั้งด้านวิชาการ การเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมือง ในปี พ.ศ. 2544 ที่มีการจัด “ตลาดนัดปฏิรูป (ระบบ) สุขภาพ” ขึ้น มีผู้เข้าร่วมมากถึง 3,000 ภาควิชา ต่อมา มีการจัดสมัชชาสุขภาพทุกจังหวัดเพื่อให้ข้อเสนอต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรกในปี พ.ศ. 2545 หลังจากนั้นสมัชชาสุขภาพรายพื้นที่ รายงานประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างกว้างขวาง จนสามารถผลักดันให้มีการตรา พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้สำเร็จในสมัยรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์

บทบาทภารกิจ

การประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ มีเหตุผลเนื่องจากสุขภาพนั้นหมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล การวางระบบเพื่อดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ จึงต้องมีขอบเขตที่กว้างขวางกว่าการจัดบริการและต้องอาศัยการมีส่วนร่วมเนื่องจากปัจจัยคุณภาพมีความยุ่งยากและสลับซับซ้อนมากขึ้น จึงควรมีกฎหมายเพื่อ “วางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งมีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย” มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดย คสช. มีอำนาจหน้าที่ตามที่บัญญัติไว้ตามมาตรา 25 ดังนี้

- (1) จัดทำรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ
- (2) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าวพร้อมทั้งเปิดเผยให้สาธารณชนทราบด้วย (ในวรรคท้ายของมาตรานี้ระบุไว้ว่า ข้อเสนอแนะหรือคำปรึกษาต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และคำนึงถึงข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพด้วย)

- (3) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
- (4) จัดให้มี หรือส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนาโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย
- (5) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ
- (6) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาในการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัตินี้ หรือการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัตินี้
- (7) กำหนดนโยบายและกำกับดูแลการดำเนินการของคณะกรรมการบริหารและสำนักงาน
- (8) แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ คสช.มอบหมาย
- (9) วางระเบียบว่าด้วยเบี้ยประชุมที่มีไชเบี้ยประชุมของ คสช. และระเบียบว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้
- (10) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

สช. เป็นนิติบุคคลอยู่ในกำกับของนายกรัฐมนตรี มีหน้าที่และอำนาจกำหนดไว้ในมาตรา 27 ดังนี้

- (1) รับผิดชอบงานธุรการของ คสช.และคณะกรรมการบริหาร
- (2) ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ
- (3) สืบสวน ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพเพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้
- (4) ดำเนินการเพื่อให้เกิดการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นบรรลุผลตามมติของ คสช.
- (5) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือตามกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรีหรือ คสช.มอบหมาย

โครงสร้างการทำงาน

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้กำหนดให้มี “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” โดยนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ และกรรมการจากภาคการเมืองอื่น ๆ รวม 13 คน ผู้แทนองค์กรวิชาชีพ คณะกรรมการวิชาชีพ และผู้ทรงคุณวุฒิ รวม 13 คน ร่วมกับผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรอีก 13 คน รวมทั้งสิ้น 39 คน จึงเป็นโครงสร้างที่มีองค์ประกอบจากภาคการเมือง ภาควิชาการและภาคประชาสังคมในสัดส่วนเท่ากัน

การบริหารจัดการ สช. มีเลขาธิการ 1 คน โดยนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งจากบุคคลที่คณะกรรมการบริหารคัดเลือกและคสช.ให้ความเห็นชอบแล้ว เลขาธิการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี ต่อเนื่องได้ไม่เกิน 2 วาระ และกำหนดให้มี “คณะกรรมการบริหาร” แต่งตั้งโดย คสช. ประกอบด้วย ประธานกรรมการบริหารแต่งตั้งจากกรรมการ

คสช. มีผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข 1 คน และผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกิน 5 คน มีเลขาธิการ คสช. เป็นกรรมการบริหารและเลขานุการ

แม้ไม่ได้ระบุไว้ในกฎหมาย แต่ในการดำเนินงานของ คสช. ทั้งในกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการดำเนินการอื่น ๆ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกับเครือข่ายในทุกภาคส่วนอย่างกว้างขวาง ตัวอย่างเช่น ในการจัดสมัชชาสุขภาพครั้งแรกในปี พ.ศ.2551 (ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550) มีคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจำนวน 37 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ ถึง 22 คน และมีผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาฯ ประกอบด้วยผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งภาคการเมือง ภาควิชาการ ภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม จำนวน 178 กลุ่มเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งสิ้นจำนวนประมาณ 1,500 คน (ชินฤทัยและคณะ 2552: 73)