ฉบับที่ ๒
กันยายน ๒๕๕๔

Mind the gap

สู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

The Better for All

กระทรวงสาธารณสุข ในศตวรรษที่ ๒๑

ปฏิรูปสู่สิ่งที่ดีกว่า...เพื่อเราทุกคน

ความคาดหวัง ต่อบทบาทของ กระทรวงสาธารณสุข ในบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

“ผู้กำกับหรือผู้แสดง” กระทรวงสาธารณสุข ควรจะเล่นบทใด ใน**ระบบบริการสุขภาพ**

ระบบสร้างเสริม สุขภาพ ในมือ “พหุภาคี”

ระบบป้องกันควบคุมโรค สู่เอกภาพแห่งยุทธศาสตร์ และกลไกปฏิบัติการ ที่หลากหลาย

ระบบคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพ ควบรวม บูรณาการ หรือ ออกนอกระบบ?

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

ยุทธศาสตร์การวิจัยระบบสุขภาพ ปี พ.ศ.๒๕๕๔-๒๕๕๘ ตั้งเป้าหมายไว้ว่า จะเร่งจัดการความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน และหนึ่งในแผนงานวิจัยที่สำคัญเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าวคือ การพัฒนาความเข้มแข็งกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ (Health system governance) ซึ่งคำว่า "การอภิบาลระบบ" มีการใช้มานานพอสมควร แต่ก็ให้ความหมายแตกต่างกัน ในที่นี้เราหมายถึง "การใช้อำนาจร่วมกัน (ของกลไกและหน่วยงานต่าง ๆ) ในการกำกับทิศทางการตัดสินใจเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์สิ่งใดสิ่งหนึ่ง (เช่น สุขภาวะของประชาชน)" ดังนั้น กลไกอภิบาลระบบฯ จึงไม่ได้จำกัดที่กลไกภาครัฐเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปฏิสัมพันธ์ของกลไกทั้งหมดในสังคม ซึ่งแต่ละกลไกมีพลังอำนาจในมิติที่แตกต่างกัน

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ก่อตั้งมาเกือบ ๗๐ ปี นับเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า "การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข" เกิดขึ้นแล้วหลายครั้ง ครั้งสำคัญในปี พ.ศ.๒๕๑๗ ที่มีการแยกบทบาทของกรมวิชาการกับหน่วยปฏิบัติการ คือ สำนักงานปลัดกระทรวง และมีการขยายส่วนราชการต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การเปลี่ยนแปลงครั้งหลังสุดในปี พ.ศ.๒๕๔๕ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานเทียบเท่ากรมอยู่ในสังกัด ๙ กรมและหน่วยงานในกำกับอีกจำนวนหนึ่ง

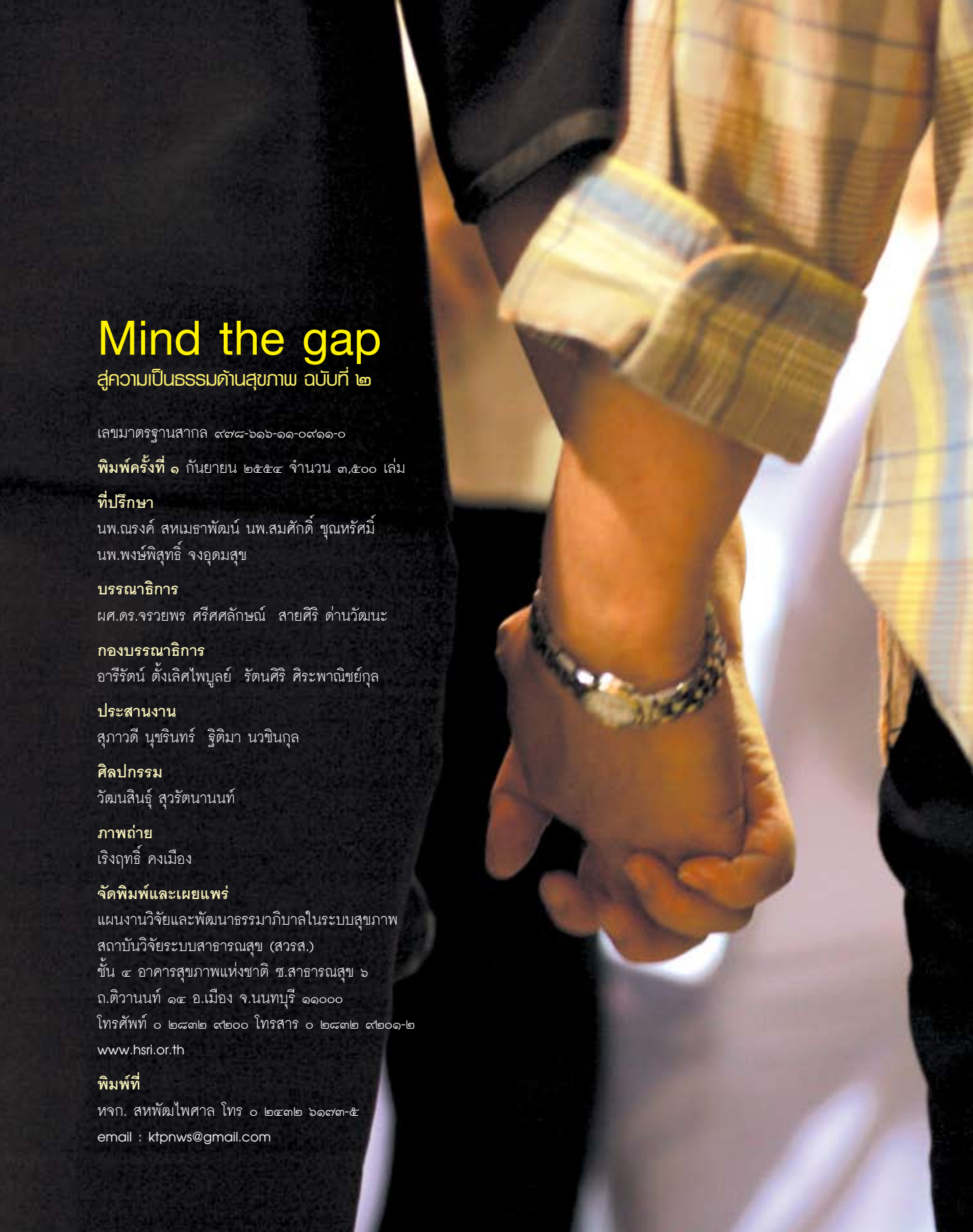
จากการเปลี่ยนแปลงครั้งหลังสุดจนถึงปัจจุบัน นับเป็นเวลาเกือบ ๑๐ ปี ซึ่งเป็น ๑๐ ปีที่สังคมไทยและปัญหาสุขภาพของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก

จนทำให้มีผู้ตั้งคำถามว่า สมควรที่จะทบทวนบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้งหรือไม่ เป็นที่น่ายินดีว่า กระทรวงสาธารณสุขตอบสนองต่อประเด็นคำถามดังกล่าวด้วยการจัดกระบวนการต่างๆ อย่างกว้างขวาง ด้วยมุมมองและวิธีการที่เปิดกว้างอย่างมาก และด้วยกระบวนการดังกล่าว ไม่ว่าผลสรุปจะเป็นเช่นไร สะท้อนให้เห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ผ่านการปฏิรูปครั้งสำคัญไปแล้ว คือ การปฏิรูปกระบวนทัศน์ในการบริหารจัดการ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ยินดีที่ได้มีโอกาสสนับสนุน และร่วมในกระบวนการดังกล่าวของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นภารกิจของ สวรส. คือ การจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนา โดยหนึ่งในกิจกรรมที่ สวรส. ได้ร่วมสนับสนุน คือ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง "บทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ ๒๑" ขึ้นเมื่อวันที่ ๒๕-๒๖ มิถุนายน ๒๕๕๔

เอกสารฉบับนี้บันทึกความรู้ ความเห็น และประเด็นแลกเปลี่ยนต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการประชุมครั้งนี้ หวังว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้เกี่ยวข้องและผู้สนใจ เพื่อใช้ในการพัฒนากลไกอภิบาลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กันยายน ๒๕๕๔



Mind the gap

สู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ฉบับที่ ๒

เลขมาตรฐานสากล ๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๐๙๑๑-๐

พิมพ์ครั้งที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๔ จำนวน ๓,๕๐๐ เล่ม

ที่ปรึกษา

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.จรวยพร ศรีศศลักษณ์ สายศิริ ด่านวัฒนะ

กองบรรณาธิการ

อารีรัตน์ ตั้งเลิศไพบูลย์ รัตนศิริ ศิระพาณิชย์กุล

ประสานงาน

สุภาวดี นุชรินทร์ จิติมา นวชินกุล

ศิลปกรรม

วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์

ภาพถ่าย

เริงฤทธิ์ คงเมือง

จัดพิมพ์และเผยแพร่

แผนงานวิจัยและพัฒนาธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ชั้น ๔ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข ๖

ถ.ติวานนท์ ๑๔ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๒๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๒๐๑-๒

www.hsri.or.th

พิมพ์ที่

หจก. สหพัฒไพศาล โทร ๐ ๒๔๓๒ ๖๑๗๓-๕

email : ktpnws@gmail.com

สารบัญ

คำนำ

ความคาดหวังต่อบทบาท ๖
ของกระทรวงสาธารณสุข
ในบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

"ผู้กำกับหรือผู้แสดง" ๒๐
กระทรวงสาธารณสุข ควรจะเล่นบทใด
ในระบบบริการสุขภาพ

ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ๓๒
ในมือ "พหุภาคี"

ระบบป้องกันควบคุมโรค ๔๓
สู่เอกภาพแห่งยุทธศาสตร์
และกลไกปฏิบัติการที่หลากหลาย

ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ๕๓
ควบรวม บูรณาการ หรือ ออกนอกระบบ?

ภาพสะท้อนและข้อสังเกต ๖๔
ต่อข้อเสนอทางเลือกบทบาท
และโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

เส้นทางนี้ยังอีกยาวไกล ๗๐

บทความพิเศษ ๗๒
ความสำคัญของคน ผู้นำ
และการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน

รายชื่อวิทยากรและผู้เข้าร่วมประชุม ๗๙

จังหวะก้าวต่อไป ๘๓

ความคาดหวัง
ต่อบทบาทของ กระทรวงสาธารณสุข ในบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

ในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพยุคใหม่ เป็นความท้าทายต่อกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องปรับตัวในบริบทที่ไม่เหมือนเดิม **“ความคาดหวัง”** ต่อกระทรวงสาธารณสุข ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง ๕ ท่าน จึงเป็นทัศนะที่น่าสดับตรับฟังจากผู้ร่วมรู้เห็นและใกล้ชิดกับระบบสุขภาพ

การอภิปราย “ความคาดหวังต่อบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป” เป็นชั่วโมงเริ่มต้นการประชุมการครั้งนี้ ซึ่งเป็นชั่วโมงของการจุดประกายความคิดและท้าทายการพูดคุยในช่วงเวลาเกือบสองวันที่เหลือ ว่าจะไปสู่ข้อเสนอการปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบใด

โดย
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
นายอาวุธ วรรณวงศ์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ
รศ.นพ.จิรุฒม์ ศรีรัตนบัลล์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย
นางรสนา โตสิตระกูล สมาชิกวุฒิสภา
นพ.สุรพจน์ สุวรรณพานิช สมาคมโรงพยาบาลเอกชน

เปลี่ยนแปลงเพื่อ “ต่างคนต่างดีขึ้น”

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เปิดประเด็นว่า การทำงานด้านสุขภาพได้กระจายไปอยู่ในมือของภาคส่วนต่างๆ มากมาย เป็นระบบสุขภาพที่เกิดขึ้นโดยการริเริ่มจากทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ใช่เฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข เป็นการทำงานแบบใหม่ในลักษณะ **“ภาคีเครือข่าย”** โดยท้องถิ่นและภาคประชาชนก็เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ทั้งยังต้องมองการเปลี่ยนแปลงระดับภูมิภาคและระดับโลกด้วย

“ต้องมองว่าในการปรับเปลี่ยน
จะไม่มีใครได้ใครเสีย
จะต้องปรับให้เกิด Better - off
คือต่างคนต่างดีขึ้น”

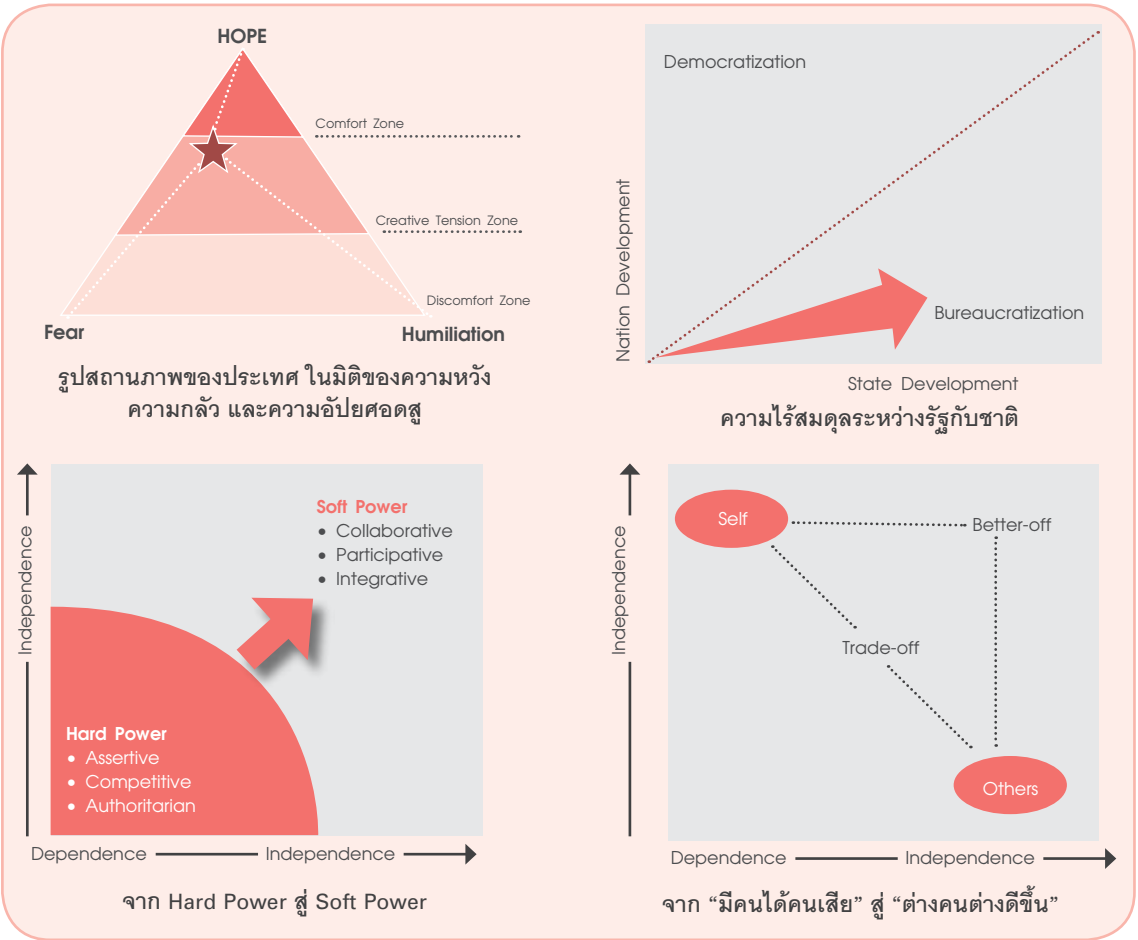
ดังนั้น เราทุกคนต้องไม่พยายามจะหลบเลี่ยงการเปลี่ยนแปลง เพราะมีทัศนคติว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นภัยคุกคาม

“ถ้าคิดอยากอยู่ใน Comfort Zone จะทำให้ไม่อยากเข้าไปสู่ Discomfort Zone คือเกิดความกลัว แต่ถ้าคิดว่าสิ่งที่กำลังทำ อยู่ในลักษณะที่เรียกว่า Creative Tension Zone จะรู้สึกว่ามีแรงกดดันที่ผลักออกมาเป็นความคิดสร้างสรรค์ได้ ก็จะทำให้พบแนวทางที่จะปรับเปลี่ยน แต่ถ้าหลบเพราะเห็นว่ามันเป็นภัยคุกคามเราจะไม่เปลี่ยนแล้วเราจะมีปัญหามากในอนาคต”

และข้อคิดที่สำคัญคือ ต้องมองว่าในการปรับเปลี่ยนจะไม่มีใครได้ใครเสีย จะต้องปรับให้เกิด Better - off คือต่างคนต่างดีขึ้น

ทำงานแบบเครือข่าย ต้องใช้พลังความรู้นำระบบบังคับบัญชา

เมื่อไม่ได้ทำงานคนเดียว ต้องไปเกี่ยวข้องประสานกับภาคีมากมาย ดังนั้นวิธีการทำงานแบบสั่งการตามระบบราชการ จึงเป็นเพียงส่วนหนึ่ง แต่ไม่ใช่ทั้งหมดของวิธีการทำงานร่วมกัน



รูปที่ ๑ ภาพแสดงมิติของการเปลี่ยนแปลงท่ามกลางบริบทปัจจุบัน

“กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกรัฐบาลส่วนกลาง อยู่ในระบบราชการ แต่ทิศทางประเทศจะมุ่งไปสู่ประชาธิปไตย เราจะสร้างสมดุลอย่างไร จุดนี้จะนำไปสู่การคิดในรายละเอียดหมดเลยว่าเราจะอยู่แบบเก่าจะทำแบบเก่าไหม”

นพ.อำพล เสนอแนะว่า กระทรวงควรเปลี่ยนระบบราชการจากระบบ “บังคับบัญชา” มาเป็นการให้การสนับสนุน การสร้างการมีส่วนร่วม และการหนุนเสริมการทำงานของเครือข่าย โดยมองว่า ทุกภาคีเป็นองคาพยพของระบบที่ทำงานหนุนเสริมกัน

และในฐานะกระทรวง ซึ่งตนคาดหวังว่าจะมีบทบาทในการวางนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของชาติ สิ่งหนึ่งที่กระทรวงจำเป็นต้องมี คือ หน่วยสนับสนุนทางด้านความรู้วิชาการ เพื่อจะได้ใช้ความรู้ชี้ทิศชี้ทางให้กับระบบ

“กระทรวงสาธารณสุขต้องเพิ่มมิติเรื่องวิชาการ การบริหารจัดการแบบเดิมเป็นแบบกองทัพ แต่งานสุขภาพนั้นถึงเวลาที่ต้องตรวจสอบแล้วว่าใช้ระบบบังคับบัญชาต่อไปจะได้ผลหรือไม่ จะต้องเปลี่ยนหรือไม่” **นพ.อำพล** กล่าว

โจทย์ใหญ่คือการดูแลคนยากจน

นายอาวุธ วรรณวงศ์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ แสดงทัศนะว่า ทุกวันนี้ ทุกองค์กร หรือแม้กระทั่งมนุษย์ทุกคนในโลกนี้ล้วนอยู่บนกระแสของการเปลี่ยนแปลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะฉะนั้นเราจะอยู่บนความเปลี่ยนแปลงนี้อย่างไรให้มีความสุข บนพื้นฐานของการปรับเปลี่ยนไม่ใช่ต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลง

“ประชาชนคนไทยไม่ได้คาดหวังว่า กระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทอย่างไร จะมีหน้าตาเป็นอย่างไร จะมีโครงสร้างเป็นกี่โครงสร้าง แต่เขาสนใจอยู่อย่างเดียวคือ เขาจะได้รับการดูแลอยู่ในระบบของสุขภาพที่ดีหรือไม่ นั่นคือโจทย์ที่เราจะต้องตอบสังคมให้ได้”

งานวิจัยข้อเสนอแนะเชิงนโยบายทั้งหมด ที่ทำขึ้นนำเสนอกันครั้งนี้ ก็เพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลง โดยมีประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพที่กล่าวตรงกัน คือ เราอยู่ท่ามกลางปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น เราบริโภคทุกสิ่งทั้งที่กินได้และกินไม่ได้ ทั้งเทคโนโลยีและวัฒนธรรม คำถามในวันนี้ก็คือ กระทรวงสาธารณสุขพร้อมที่จะดูแลคนยากจนหรือไม่ เราจะจัดการเรื่องการลงทุนอย่างไรในเมื่อปัญหาเพิ่มมากขึ้นแต่การลงทุนกลับมีน้อยลง และที่สำคัญคือเราจะจัดการกับปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรมนุษย์อย่างไร

“ในสังคมของการเปลี่ยนแปลงจะมีคน ๒ ประเภท หนึ่ง ผู้สูงอายุ เวลาเจอปัญหาเขาจะบอกว่าไม่ต้องทำอะไรหรอก อย่างไรฉันตายอยู่ดี และ สอง กลุ่มคนรุ่นใหม่ที่จะเข้ามาทดแทน เขาจะมีความเห็นของเขาและชอบที่จะคิดหาโอกาสอยู่เสมอ เพราะฉะนั้นเราจะต้องทำอะไรสักอย่าง เพื่อให้เราได้อยู่รอดท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงและท่ามกลางปัญหาที่เข้ามารุมเร้าและหนักขึ้นทุกวัน นั่นก็คือเหตุผลทั้งหมดที่เราจะต้องระดมกำลังกัน”

ผู้บริโภคคือ ผู้คุ้มครองผู้บริโภคที่ดีที่สุด

นายอาวุธ กล่าวอีกว่า สำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน การทำงานของกระทรวงสาธารณสุขมีประเด็นใหญ่ๆ ๕ ประเด็น คือ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภค แต่คำถามก็คือ เราจะเน้นเรื่องอะไร ต้องให้ชัดเจน เช่น ถ้าเราต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพมากขึ้น เราก็ต้องเปลี่ยนระบบการจัดการ แทนที่จะทำทุกอย่างให้เขา ก็ต้องปล่อยให้เขาเป็นผู้พัฒนาระบบบริการขึ้นมาเอง และนี่คือแนวทางใหม่ที่จะเป็นทางออกสำคัญในการแก้ไขปัญหา

ประเด็นเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคก็เช่นกัน ตนเชื่อว่า "ผู้บริโภคคือผู้คุ้มครองผู้บริโภคที่ดีที่สุด" ทุกวันนี้เรามี Social network เช่น facebook และ twitter เป็นเครื่องมือชั้นดีในการที่จะเฝ้าระวังและบอกข่าวเพื่อเตือนภัย และป้องกันการถูกละเมิดสิทธิของผู้บริโภค ดังนั้นการสร้างวัฒนธรรมให้ผู้บริโภครณรงค์เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้วยกันเอง โดยการใช้ Social network ให้เป็นประโยชน์ ถือเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุด

และประเด็นที่สำคัญที่สุดในการหาทางออกให้กับระบบสุขภาพก็คือ การปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการ เพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ หนทางสู่เป้าหมายนั้นสำคัญ เพราะจะทำให้เราทราบว่า เราจะวางทิศทางของเราอย่างไร และเราจะเป็นองค์กรแบบไหน

ประเด็นสุดท้ายที่นายอาวุธฝากไว้ให้คิดก็คือ

"ประชาชนคนไทยไม่ได้คาดหวังว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทอย่างไร จะมีหน้าตาเป็นอย่างไร จะมีโครงสร้างเป็นกี่โครงสร้าง แต่เขาสนใจอยู่อย่างเดียว คือ เขาจะได้รับการดูแลอยู่ในระบบของสุขภาพที่ดีหรือไม่ นั่นก็คือโจทย์ที่เราจะต้องตอบสังคมให้ได้"

คาดหวังให้กระทรวงสาธารณสุขดูภาพรวมระบบสุขภาพ

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ กล่าวว่า บทบาทที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข คือ การจัดการฐานข้อมูลสารสนเทศเพื่อการจัดการระบบสุขภาพของประเทศ ไม่ใช่ของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการกระจายทรัพยากรบุคคลต้องคำนึงถึงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจของสังคม ต้องมีความยืดหยุ่นและ

“การปรับความเข้าใจความคาดหวังในสังคม ก็เป็นเรื่องที่สำคัญ เรื่องบริการควรทำให้น้อยลง กระทรวงทำเฉพาะสิ่งที่คนอื่นเขาไม่ทำหรือทำไม่ได้ อะไรที่คนอื่นเขาทำได้จะต้องยกให้คนอื่นเขาทำบ้าง แล้วเราเป็นคนคุม”

ต้องเน้นเรื่องการจัดการ ประเด็นสุดท้ายคือเรื่องคุณภาพ ตอนนี้เราเร่งผลิตบุคลากรในทางสาธารณสุขกันมาก คือเน้นปริมาณแต่ยังขาดคุณภาพ ดังนั้นสิ่งที่ควรทำคือเข้ามาดูแลเรื่องคุณภาพของคนในองค์กรด้วย

“บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมกติกาของประเทศ และการจัดการให้ฝ่ายต่างๆ มาทำงานในระบบสุขภาพ เป็นงานที่ต้องให้ความสำคัญมากขึ้นอย่างมาก อีกทั้งกฎหมายและมาตรฐานต่างๆ ก็ต้องมีการทบทวนให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา และนี่คือภารกิจที่สำคัญมากๆ การปรับความเข้าใจความคาดหวังในสังคมก็เป็นเรื่องที่สำคัญ เรื่องบริการควรทำให้น้อยลง กระทรวงทำเฉพาะสิ่งที่คนอื่นเขาไม่ทำหรือทำไม่ได้ อะไรที่คนอื่นเขาทำได้จะต้องยกให้คนอื่นเขาทำบ้าง แล้วเราเป็นคนคุม”

ค่านิยมถูกต้อง กลยุทธ์ถูกต้อง

รศ.นพ.จิรุตม์ กล่าวอีกว่า ตนอยู่ภาควิชาการและมีโอกาสเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับองค์กรต่างๆ จนกระทั่งลงไปถึงระดับรากหญ้า และเนื่องจากตนเข้ามาในฐานะ **"คนนอก"** จึงได้ยินได้ฟังอะไรบางอย่าง ซึ่งปกติระบบนิเทศติดตามงานของกระทรวงไม่ได้มีโอกาสได้ยิน

สิ่งที่อยากเสนอ จึงเริ่มจากเรื่องของ **"ค่านิยม"** เพราะค่านิยมจะนำไปสู่กลยุทธ์ กลยุทธ์จะนำไปสู่การออกแบบบทบาทและโครงสร้าง หลักสำคัญบางประการที่อยากจะเสนอ เป็นความคาดหวังที่มาจากประสบการณ์ที่ทำงานกับวงการสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน จนเกิดเป็นความคาดหวังกับวิธีการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข และอยากขอให้นำไปพิจารณาเกี่ยวกับค่านิยมหรือวิธีคิดสำคัญ ซึ่งเรียกว่า "๓P๓L"

นอกจากนี้ คาดหวังว่ากระทรวงต้องสร้าง **"หุ้นส่วน"** กลยุทธ์ในการทำงานที่เรียกว่า Societal engagement คือการไปสร้างการมีส่วนร่วม ในแง่ความคิด การวางแผน การดำเนินการ และการเรียนรู้ร่วมกันกับทางสังคม โดยกระทรวงสาธารณสุขสามารถทำได้ ๓ ด้าน คือ

๑. Public engagement ทำให้สาธารณะเข้ามามีส่วนร่วม จะต้องมีการสื่อสาร ๒ ทาง ให้มากขึ้น ต้องสร้างกระแสสังคม ทำให้สังคมรู้สึกมีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของร่วมในการทำงาน

๒. Partner engagement คือสร้างภาคี ต้องมองหาว่าใครเป็นภาคีในแต่ละเรื่อง และสร้างกลไกการสร้างการมีส่วนร่วม ในรูปแบบ engagement ไม่ใช่แค่ตั้งหน่วยงานด้านการมีส่วนร่วมขึ้นมาเท่านั้น

๓P๓L: ความคาดหวังต่อค่านิยมที่ใช้ร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุข

P๑: (Human) Potential (ศักยภาพของคน) เราต้องชี้ให้เห็นว่า เราเชื่อในศักยภาพของคน และเราจะทำทุกอย่างเพื่อส่งเสริมให้เกิดศักยภาพของคน

P๒: Participation (การมีส่วนร่วม) การมีส่วนร่วมคือเครื่องมือสำคัญในการสร้างหลักธรรมาภิบาล

P๓: Partnership (การทำงานร่วมกัน) การทำงานในปัจจุบันเราไม่สามารถริเริ่มการทำงานเองได้ทั้งหมด ซึ่งตอนนี้หลายๆ ฝ่ายได้ริเริ่มกันแล้ว แต่คำถามคือเราจะเข้าไปมีส่วนร่วมตรงนั้นอย่างไร และอะไรคือบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขควรทำ

L๑: (Healthy) Living (การใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ) ต้องส่งเสริมให้เกิดการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ

L๒: Learning for development (การเรียนรู้เพื่อการพัฒนา) ส่วนใหญ่ในระดับปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุขจะทำเรื่องนี้กันอยู่แล้ว แต่จะเป็นการทำคะแนนเพื่อผลด้านโบนัส มากกว่าการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง

L๓: Law enforcement (มาตรการทางกฎหมาย) องค์ประกอบขององคาพยพในระบบสุขภาพ ที่มีอำนาจถูกต้องตามกฎหมายก็คือ กระทรวงสาธารณสุข

๓. Political engagement ควรจะดึงการเมืองเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ไม่ใช่รอฟังนโยบายของนักการเมืองอย่างเดียว และวางน้ำหนักความสำคัญกับแผนงานระยะยาว ให้สมดุลกับงานตามนโยบายการเมือง

"กระบวนการของเราที่ออกแบบมา โดยเฉพาะในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ในอดีตเป็นลักษณะที่เป็นแบบพ่อช่วยลูก เราพยายามทำให้ ดูแลให้ ทำแทนประชาชน ถึงแม้ภายหลังจะมีเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเข้ามา แต่พื้นฐานความคิดในการพยายามผลักดันเรื่อง Human potential ของเรายังไม่ strong" รศ.นพ.จิรุตม์ กล่าว

รูปที่ ๒ ความคาดหวังต่อกลยุทธ์ในการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข

หนุน กสธ.กระจายอำนาจ แต่ต้องรักษาไว้ซึ่งธรรมาภิบาล

นางรสนา โตสิตระกูล กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีการปรับตัวปรับโครงสร้างมาโดยตลอด แต่ประเด็นหนึ่งที่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่น่าเสียดาย เพราะได้ทำให้เจตนารมณ์เปลี่ยนไป เช่น เรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการมี อสม. ซึ่งเดิมเป็นอาสาสมัคร แต่ในภายหลังได้มีการวางระบบใหม่ คือ มีการจ่ายเงินค่าตอบแทนให้กับ อสม. เดือนละ ๖๐๐ บาท ต่อคน ตรงนี้ทำให้ระบบที่เป็นความคิดเชิงอุดมคติที่มีตั้งแต่ต้นหายไป

ในยุคปัจจุบัน ตนเห็นว่า การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเป็นแนวทางสำคัญที่ต้องเดินหน้าต่อ เพราะบริบทของโลกเปลี่ยนแปลงไป กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถที่จะทำงานครอบคลุมบริการทุกอย่างด้วยตัวเองได้ ส่วนเรื่องการบริการ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงสาธารณสุขควรที่จะเปิดให้ฝ่ายผู้บริโภคเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และที่สำคัญคือ หากกระจายอำนาจก็ต้องป้องกันการคอรัปชั่นให้ได้

"ที่ผ่านมาเราพยายามป้องกันเรื่องการทุจริตคอรัปชั่นอยู่ตลอดเวลา ถ้าหากมีการจัดสรรงบประมาณไปสู่ท้องถิ่น เราก็ต้องคิดว่าจะทำอย่างไรจึงจะสามารถป้องกันการทุจริตคอรัปชั่น ทำอย่างไรจึงจะเกิดธรรมาภิบาล"

"ที่ผ่านมาเราพยายามป้องกัน
เรื่องการทุจริตคอรัปชั่นอยู่ตลอดเวลา
ถ้าหากมีการจัดสรรงบประมาณไปสู่ท้องถิ่น
เราก็ต้องคิดว่าจะทำอย่างไร
จึงจะสามารถป้องกันการทุจริตคอรัปชั่น
ทำอย่างไรจึงจะเกิดธรรมาภิบาล"

แนะย้ายข้างปฏิรูป หันมาเน้นด้านผู้บริโภค

นางรสนา กล่าวอีกว่า เรื่องการปฏิรูประบบในปัจจุบัน ในทุกระบบของโลก หรือแม้แต่กระทรวงสาธารณสุขของไทยก็ยังเน้นระบบ Supply side ในขณะที่เวลานี้กระบวนการเปลี่ยนแปลง ควรที่จะเน้นเรื่อง Demand side ให้มากขึ้น อย่างเช่นในปัจจุบันมีการขับเคลื่อนเรื่องของพลังงาน โดยเน้นด้านการใช้การบริโภค และการมีส่วนร่วมคือเน้นเรื่องของความต้องการ และการมีส่วนร่วมของประชาชน เราต้องคิดเสมอว่าทำอย่างไรที่ประชาชนจะสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมกับการจัดการเรื่องต่างๆ ได้อย่างแท้จริง

"เรื่องสุขภาพคือกระจกสะท้อนภาพรวมของสังคมทั้งหมด ทั้งในเรื่องของความเป็นธรรมทางด้านสังคม เรื่องของสิ่งแวดล้อม แล้วเวลานี้นิยามในเรื่องของ "สุขภาวะ" ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ก็เปลี่ยนไปเยอะ สมัยก่อนเน้นแต่เรื่องกาย ต่อมาเราเน้นเรื่องจิต ต่อมาเราเน้นเรื่องสังคม เพราะสังคมที่มีธรรมาภิบาล ปลอดพ้นจากคอรัปชั่น นี่ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น"

เอกชนพร้อมร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบ

นพ.สุรพจน์ สุวรรณพานิช กล่าวว่า ในอดีต องค์กรภาคเอกชนไม่ว่าจะเป็นโรงเรียนหรือโรงพยาบาลอาจจะยังไม่ได้รับความเชื่อถือเท่าที่ควร แต่ในปัจจุบันบริบทนั้นเปลี่ยนไปแล้ว สังเกตได้ว่าในช่วง ๒๐ ปีที่ผ่านมานี้ ความเจริญก้าวหน้าของโรงพยาบาลเอกชนได้มีเพิ่มขึ้นมาก ดังนั้นจากเมื่อก่อนที่รัฐจะเคยคิดเองทำเอง ในตอนนี้หลายฝ่ายได้มีความเห็นตรงกันว่ารัฐควรจะมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุน โดยการปรับเอาทรัพยากรไปทำเฉพาะส่วนที่จำเป็น

"รัฐควรที่จะพิจารณาทบทวนเรื่องการควบคุมกำกับดูแลให้เป็นเรื่องเฉพาะส่วนที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น และให้มีส่วนหนึ่งที่จะเป็นการสนับสนุน คิดร่วมกันเป็น partnership ทำงานร่วมกัน นับเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรของชาติได้อย่างเกิดประโยชน์สูงสุดมากกว่าแบ่งเป็นส่วนๆ ว่านี่รัฐ นี่เอกชน"

ในขณะที่โลกได้พัฒนามีความเจริญในด้านวัตถุและเทคโนโลยี รวมถึงวิวัฒนาการต่างๆ เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว สิ่งที่ตามมาก็คือ ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น และพฤติกรรมเสี่ยงนั้นก็จะเป็นตัวกระตุ้นให้สุขภาพของประชาชนเสื่อม อีกทั้งยังทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นตามไปด้วย

ดังนั้นภาคเอกชนจึงอยากจะเสนอแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนว่า ควรจะเน้นให้แต่ละบุคคลมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาสุขภาวะของตัวเอง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขอาจจะต้องเน้นให้ความรู้ความเข้าใจกับประชาชนทั้งในพื้นที่และในองค์กรต่างๆ มากขึ้น

"รัฐควรพิจารณาทบทวนเรื่องการควบคุมกำกับดูแล
ให้เป็นเรื่องเฉพาะส่วนจริงๆ เท่านั้น
และให้มีส่วนหนึ่งที่จะเป็นการสนับสนุน คิดร่วมกันนั้น
นับเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรของชาติ
ได้อย่างเกิดประโยชน์สูงสุดมากกว่า
แบ่งเป็นส่วนๆ ว่า นี่รัฐ นี่เอกชน"

ต้องเชื่อมั่นในศักยภาพของภาคเอกชน

นพ.สุรพจน์ เสนอว่า อยากให้กระทรวงสาธารณสุขกระจายงานให้ภาคส่วนอื่นได้ทำในส่วนที่เขาสามารถทำได้ แต่หากมีเรื่องอะไรที่ใหญ่เกินกำลังของภาคเอกชน หรือแม้กระทั่งภาคพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขก็ต้องเข้าไปช่วยสนับสนุน โดยสรุปแล้วสุขภาวะของสาธารณะหรือของสังคม ทุกฝ่ายต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เพื่อที่จะให้งานด้านสุขภาพของส่วนรวมเบาบางลง ซึ่งจะทำให้ต้นทุนของการรักษาสุขภาพลดน้อยลงด้วย ซึ่งภาคเอกชนเชื่อมั่นว่าจะสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนได้อย่างแน่นอน

ระบบบริการสุขภาพ:

"ผู้กำกับหรือผู้แสดง" กระทรวงสาธารณสุขควรจะเล่นบทใด

ช่วงที่สองของการประชุม เป็นหัวข้อที่นับว่าน่าสนใจไม่น้อย ด้วยเหตุว่า ข้อเสนอของฝ่ายวิชาการภายนอกและข้อเสนอของคณะทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเอง มีจุดสำคัญที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับบทบาทของกระทรวงในด้านระบบบริการสุขภาพ

คำถามใหญ่คือ ตกลงกระทรวงควรจะเล่นบทผู้กำกับทิศทางนโยบาย หรือจะเป็นผู้บริหารจัดการหน่วยบริการภายใต้สังกัดต่อไป และหากช่วยกันเคาะคำตอบของคำถามนี้ออกมาได้ การหารือถึงโครงสร้างของระบบก็จะเป็นประเด็นที่ชัดเจนตามมา

ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี เป็นผู้ศึกษาวิเคราะห์และเสนอในนามทีมวิชาการ สวรส. ส่วน นพ.บัญชา ค้าของ จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นตัวแทนเสนอในมุมมองกระทรวงสาธารณสุข

โลกซับซ้อน ต้องการคนจัดการภาพใหญ่

ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กล่าวเกริ่นพอปรับจูนและสร้างอารมณ์ร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมว่า การคิดเรื่องปฏิรูปกระทรวงครั้งนี้ อยู่บนเงื่อนไขสำคัญว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่อยู่ในโครงสร้างที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบอื่นๆ มากระทบ มาเกี่ยวข้อง เช่น จะมีจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเพื่อเป็นเขตการผลิตเดียว ตลาดเดียว ภายใน พ.ศ.๒๕๖๓ นั่นคือ จะมีการเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตได้อย่างเสรี ในขณะที่ภายในประเทศและภายในระบบสุขภาพเองโครงสร้างอำนาจก็เปลี่ยนแปลง มีการขยายตัวของเมือง ปัจจัยด้านสุขภาพคนไทยที่มีโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เป็นต้น

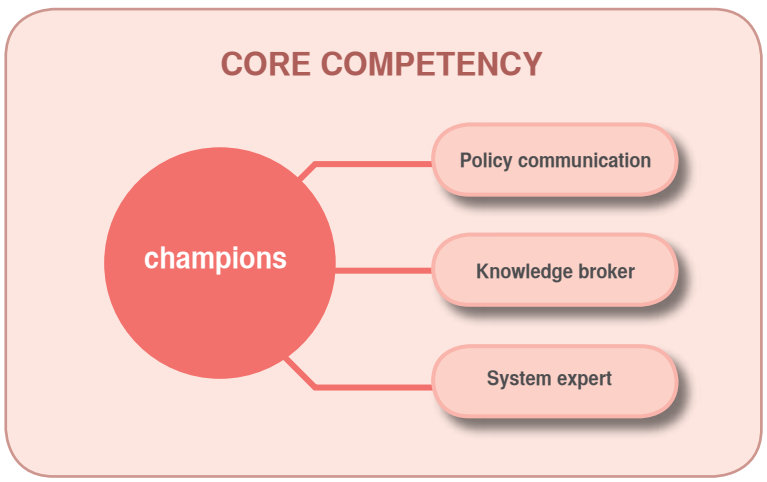
"สังคมมีความเป็นพหุลักษณ์มากขึ้น ในระบบสุขภาพมีตัวละครใหม่ๆ ปรากฏขึ้นบนเวทีไม่ขาดสาย ไม่อาจควบคุมได้ด้วยการสั่งการใดๆ ตัวอย่างเช่น ทางด้านนโยบายสุขภาพมีสมัชชาสุขภาพขึ้นมา ทางด้านการเงินการคลังและการจัดบริการ มี สปสช.ขึ้นมา รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็เป็นตัวอย่างของตัวละครใหม่ที่เป็นอิสระต่อการควบคุมสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข ยิ่งเมื่อการรวมตลาดอาเซียนก็จะมีผลทำให้เกิดตัวละครอิสระเพิ่มขึ้น"

ระบบบริการสุขภาพจะปรับตัวให้ดีที่สุดได้อย่างไร? เป็นคำถามที่ลำพังสถาบันหนึ่งใด หรือลำพังกระทรวงสาธารณสุขจะให้คำตอบได้ การตอบคำถามเช่นนี้ จำเป็นต้องอาศัยวิธีคิด และการนำความคิดสู่การปฏิบัติในลักษณะที่สามารถร้อยเรียงทุกองค์ประกอบให้ตอบสนองในทิศทางและจังหวะก้าวที่เป็นเอกภาพ ซึ่งอาจเรียกว่า "การจัดการภาพใหญ่" **ศ.นพ.ไพบูลย์** กล่าว

เมื่อต้องคำนึงถึงลักษณะอันซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในทุกองค์ประกอบของระบบ กลไกส่วนกลางที่จะมองและจัดการภาพรวมเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมาก จึงเสนอว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) อยู่ในฐานะที่เหมาะสมที่สุดต่อบทบาทการมองและจัดการภาพรวม โดยให้กระทรวงสาธารณสุข **"ลดขนาด-ปรับบทบาท"** และหันมาทำหน้าที่เป็น **"หน่วยกำกับดูแลระบบบริการระดับประเทศ"** พร้อมทั้งมีข้อเสนอแนะการปรับโครงสร้างเพื่อรองรับบทบาทใหม่ดังกล่าวด้วย

ศ.นพ.ไพบูลย์ แจกแจงความสำคัญที่ต้องมี "ผู้จัดการภาพใหญ่" และคุณสมบัติที่ควรมีเพิ่มเติมว่า

"เราต้องการแชมป์เปี้ยนในระดับชาติ และกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีความชอบธรรมในทางกฎหมายที่จะเล่นบทบาทนี้ คือเหมือนกับจอเรดาห์ รู้หมดว่าเกิดอะไรขึ้น รู้ว่ามีใครอยู่บ้าง เก่งตรงไหน ถนัดอะไร อ่อนแอตรงไหน จะไปเสริม ไปสนับสนุนได้อย่างไร กระทรวงสาธารณสุขจะต้องทำงานข้ามชาติ ข้ามพรมแดน มีทักษะในการที่จะเป็นทูตทางด้านนโยบาย และดูแลเรื่องธรรมาภิบาล คุณสมบัติสำคัญสามประการของแชมป์เปี้ยนก็คือ ความสามารถในการสื่อสาร การเป็น Knowledge broker และการเป็น System expert เพื่อจะบริหารจัดการระบบ"



รูปที่ ๓ คุณสมบัติของผู้กำกับดูแลระบบบริการระดับประเทศ

๔ ทางเดินสำหรับหน่วยบริการสุขภาพ

ศ.นพ.ไพบูลย์ กล่าวอีกว่า หากบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นไปเช่นนี้ แล้วหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบัน จะปรับตัวอย่างไร ศ.นพ.ไพบูลย์ ชี้ทางเลือกอย่างน้อย ๔ รูปแบบ คือ

๑. การถ่ายโอนไปยัง อปท. เป็นทางเลือกที่แม้มีกฎหมายรองรับชัดเจน แต่ที่ผ่านมาก็เป็นไปในขอบเขตที่จำกัดมากเนื่องจากความเป็นไปได้ทางการเมืองต่ำ และมีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการบูรณาการระบบบริการในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังน่าวิตกว่า

กฎหมายรองรับการถ่ายโอนภารกิจ และความเข้าใจของกระทรวงมหาดไทยต่อกฎหมาย อาจเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการและพัฒนาต่อยอด

๒. องค์การมหาชน เป็นทางเลือกที่แม้มีกฎหมายรองรับชัดเจน แต่ที่ผ่านมาก็เป็นไปในขอบเขตที่จำกัดมากเนื่องจากความเป็นไปได้ทางการเมืองต่ำเช่นเดียวกัน กรณี รพ.บ้านแพ้วเป็นภาพสะท้อนขีดจำกัดในเรื่องการกำกับดูแลในรูปบอร์ด แม้มีตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม ดังนั้น ถ้าทุก รพ.เป็นองค์กรมหาชนก็จะมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องบูรณาการระดับพื้นที่และการกำกับดูแลอยู่ดี

๓. สหกรณ์บริการสุขภาพ เป็นแนวทางที่น่าสนใจ คือ มี พรบ.สหกรณ์ ๒๕๔๒ รองรับชัดเจน แม้จะดูแลโดยกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ แต่ก็ครอบคลุมกิจการสุขภาพได้ด้วย และสอดคล้องกับทิศทางการกระจายอำนาจเพราะเน้นการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคลที่เป็นสมาชิก โดยให้สิทธิออกเสียงเท่าเทียมกันทุกคน ส่งเสริมให้พัฒนากลไกกำกับดูแลตนเอง มีความยืดหยุ่นมากในด้านการบริหารจัดการโครงสร้างและเงิน (สามารถควบรวมสหกรณ์ ยุบเลิกสหกรณ์ได้โดยอาศัยเสียงของสมาชิก สามารถระดมทุนได้หลากหลายช่องทาง) ในทางปฏิบัติมีรูปธรรมปรากฏในทุกทวีปมานานกว่า ๕๐ ปี

๔. เขตสุขภาพ เป็นรูปแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมุ่งหมายรับผิดชอบระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชนในขอบเขตแน่ชัดอย่างเบ็ดเสร็จทุกระดับ (com-prehensive) ไร้รอยต่อ ครบวงจร (full cycle of care) โดยเครือข่ายหน่วยบริการอยู่ภายใต้การสนับสนุนและกำกับดูแลของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ที่มาจากภาคีต่างๆ

ข้อเสนอเรื่อง “เขตสุขภาพ” ของ 2 ทีมวิชาการ คล้ายแต่ไม่เหมือนกัน

ศ.นพ.ไพบูลย์ ตั้งข้อสังเกตว่า ในเอกสารข้อเสนอของทางกระทรวงสาธารณสุข (เอกสาร “ภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข” โดยคณะทำงานด้านระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) ก็มีการเสนอรูปแบบเขตสุขภาพไว้เช่นกัน แต่ตนมองว่ารูปแบบนั้น เป็นการจัดตั้งเขตสุขภาพในลักษณะที่ยังธำรงรักษาการควบคุมสั่งการจากส่วนกลาง (arm length) ดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ในทางการเมืองมากกว่าข้อเสนอของทีม สวรส. ที่เสนอให้กระจายอำนาจ แต่ตนก็อยากให้มองอนาคตระยะยาวเป็นหลักในการตัดสินใจ

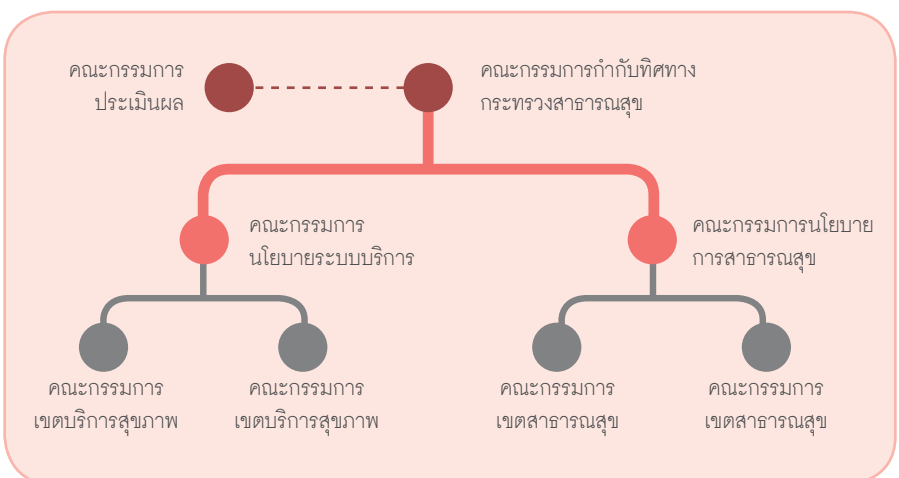
“แน่นอนว่า รูปแบบที่ยังคงอำนาจการสั่งการไว้อาจมีความเป็นไปได้ทางการเมืองมากกว่า แต่อาจบั่นทอนศักยภาพในการเรียนรู้และปรับตัวด้วยตนเอง (self-organizing potential) ของหน่วยบริการในพื้นที่ ซึ่งความยืดหยุ่น และการเรียนรู้นี้ จำเป็นมากต่อการที่จะตอบสนองความต้องการอันหลากหลายของแต่ละพื้นที่ อันจะเป็นข้อได้เปรียบ (comparative advantage) สำหรับการตอบสนองความท้าทายด้วยกลไกตลาดข้ามชาติหลังรวมตลาดอาเซียนในอีก ๙ ปีข้างหน้า ลองสังเกตว่า รพ.เอกชนของไทยสามารถแข่งขันในตลาดสุขภาพระหว่างประเทศได้ดี เพราะมีอิสระเต็มที่ในการเรียนรู้และปรับตัว” **ศ.นพ.ไพบูลย์** กล่าว

แนะตั้ง “คณะกรรมการระดับเขต และระดับจังหวัด” ป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

ศ.นพ.ไพบูลย์ ชี้ว่า ไม่ว่าจะเป็นทางเลือกใด ประเด็นร่วมที่ต้องพิจารณาคือ สถานภาพและบทบาท

ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ซึ่งมีความจำเป็นแน่นอนที่จะต้องมีบทบาทด้านการสาธารณสุข เช่น ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม คุ้มครองผู้บริโภค ควบคุมโรค และพฤติกรรมเสี่ยง ที่ยังต้องดำรงอยู่และพัฒนาต่อไปโดยอาศัยการบัญญัติและบังคับใช้กฎหมาย มาตรฐาน กฎเกณฑ์ต่างๆ ซึ่งองค์กรที่เหมาะสมกับบทบาทเช่นนี้ ต้องอยู่ในฐานะที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน ดังนั้น หน่วยบริการ (รพ. / สอ.) และหน่วยบริหาร (สสจ. / สสอ.) จึงไม่อยู่ในฐานะเช่นนี้ เช่นเดียวกัน ครั้นจะเสนอให้ สสจ. และ สสอ.บริหารหน่วยบริการควบคู่กับบทบาทด้านการสาธารณสุขตามข้อเสนอของคณะทำงานด้านระบบบริการสุขภาพ ก็ไม่สอดคล้องกับหลักการที่กล่าวมานี้ อีกทั้งการถ่ายโอนหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปยัง อปท. ก็ขัดกับหลักการ **“ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน”** อีกเช่นกัน เพราะจะทับซ้อนกับภารกิจของ อปท.ด้านการสาธารณสุขในลักษณะเดียวกับที่กล่าวมา

ศ.นพ.ไพบูลย์ จึงเสนอทางออกว่า ให้มี **“คณะกรรมการการสาธารณสุขเขต”** และ **“คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด”** โดยฝ่ายแรกให้เน้นหนักหน้าที่ด้านพัฒนาและกำกับนโยบายและแผนระดับเขต ซึ่งการประสานภารกิจที่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือหลายจังหวัด เช่น ในกรณีการระบาดโรคหวัดนกซึ่งเป็นภัยพิบัติทางสาธารณสุข ประสานงานกับส่วนกลางด้านนโยบายและการสนับสนุนทรัพยากรแก่จังหวัด ส่วนฝ่ายหลัง คือ คณะกรรมการการสาธารณสุขจังหวัด ให้เน้นหน้าที่ด้านการดำเนินนโยบายและแผนที่สอดคล้องกับความต้องการของจังหวัด



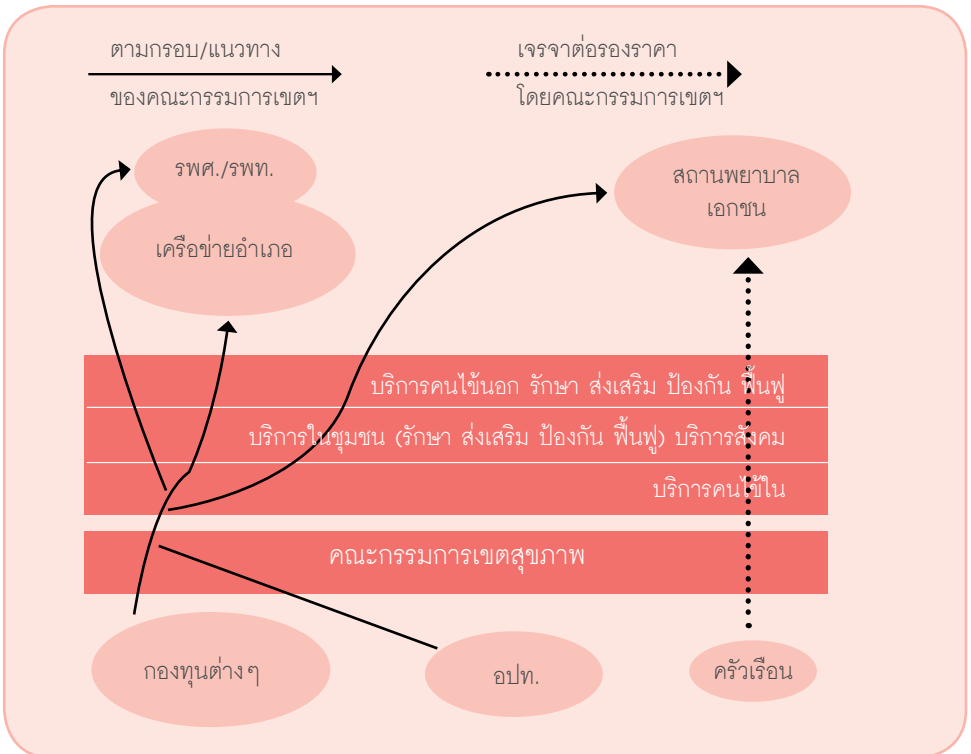
รูปที่ ๔ ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกระดับชาติกับระดับเขต

หวังเห็นระบบกำลังคน ระบบการเงิน ระบบวิจัย ระบบข้อมูล ที่ยืดหยุ่น มีเอกภาพ ส่งเสริมนวัตกรรม และสอดรับกับพื้นที่

ศ.นพ.ไพบูลย์ เชื่อว่า หากอาศัยโครงสร้างและลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างเขตสุขภาพกับส่วนกลาง (คณะกรรมการกำกับทิศทางและคณะกรรมการนโยบายบริการสุขภาพ) ที่กล่าวไว้ ระบบบริการจะมีความยืดหยุ่นสูงในการปรับตัว เพราะมีอิสระในกรอบของ พ.ร.บ. องค์การมหาชน เหมือน รพ.บ้านแพ้ว หรือ กรอบ พรบ.สหกรณ์ โดยที่ยังคงมีเอกภาพภายใต้การกำกับของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ซึ่งน่าจะส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมการแก้ปัญหาสำคัญด้านกำลังคนในปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น

ทำนองเดียวกัน โดยอาศัยโครงสร้างและลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างเขตสุขภาพกับส่วนกลาง (คณะกรรมการกำกับทิศทางและคณะกรรมการนโยบายบริการสุขภาพ) และโครงสร้างภายในแต่ละส่วนที่กล่าวมา กองทุนต่างๆ และอปท.ก็จะมีแนวทางการจัดสรรเงินไปในทิศทางและกรอบเดียวกัน อีกทั้งยังลดโอกาสแทรกแซงอย่างไม่เหมาะสมจากกลุ่มผลประโยชน์เพราะมีการถ่วงดุลตรวจสอบจากทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง ควบคู่กับกลไกประเมินผลโดยอิสระและมีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ

ภายใต้โครงสร้างที่เสนอ การไหลของเงินไปยังหน่วยบริการน่าจะเป็นลักษณะดังรูปที่ ๕ ลักษณะความสัมพันธ์ทางการเงินระหว่างแหล่งเงิน คณะกรรมการเขตสุขภาพ ประเภทบริการและหน่วยบริการ โปรดสังเกตว่า การทับซ้อนระหว่างเครือข่ายบริการระดับอำเภอกับ รพศ./รพท. หมายถึง สัมพันธ์ในลักษณะสนับสนุนทางวิชาการ ประสานงาน และร่วมมือ กัน รวมถึงการ



รูปที่ ๕ ลักษณะความสัมพันธ์ทางการเงินระหว่างแหล่งเงิน คณะกรรมการเขตสุขภาพ ประเภทบริการ และหน่วยบริการ

ใช้กำลังคนและเครื่องมือร่วมกันตามความจำเป็น และเชื่อว่า ความยืดหยุ่นอย่างมีเอกภาพที่มุ่งหมายให้เป็นไปตามข้อเสนอโครงสร้างเขตสุขภาพ / คณะกรรมการนโยบายบริการสุขภาพ จะส่งเสริมการพัฒนาระบบสารสนเทศจากล่างขึ้นบนให้รวดเร็วและกว้างขวางยิ่งขึ้น ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาของประชาชนได้ตรงและทันการณ์ยิ่งขึ้น

สำหรับความคาดหวังถึงความโปร่งใส เที่ยงธรรม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนนั้น สิ่งเหล่านี้ยากจะเกิดขึ้นโดยปราศจากกลไกถ่วงดุลตรวจสอบซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มผลประโยชน์

"โครงสร้างเขตสุขภาพ / คณะกรรมการนโยบายบริการสุขภาพ อันมีองค์ประกอบของภาคีหลากหลาย จะเอื้ออำนวยให้เกิดการตรวจสอบถ่วงดุลตั้งแต่ระดับชาติไปจนถึงระดับเขต ซึ่งจะเป็นสัญญาณส่งไปถึงระดับจังหวัดและอำเภอ ในระยะยาวธรรมาภิบาลก็จะหยั่งรากแตกกิ่งใบปกคลุมไปทั่วทั้งระบบบริการ" **ศ.นพ.ไพบูลย์** กล่าว และทิ้งท้ายด้วยการเสนอให้จัดทำ "พรบ.ปรับปรุงโครงสร้างภารกิจกระทรวงสาธารณสุข" เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนจากโครงสร้างปัจจุบันไปสู่โครงสร้างใหม่ โดยดำเนินการเป็นขั้นเป็นตอนใช้เวลาประมาณ ๕ ปี

คณะทำงานกระทรวง เสนอให้กระทรวงบริหารหน่วยบริการต่อไป

ต่อมา **นพ.บัญชา ค้าของ** จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นตัวแทนคณะทำงานของกระทรวง นำเสนอแนวทางที่ได้ศึกษาวิเคราะห์และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายมาอย่างละเอียด

ประการแรกที่เห็นชัดในข้อเสนอของคณะทำงานของกระทรวง และเป็นที่มาของแนวคิดการวางระบบบริการ และกลไกบริหารงานต่างๆ ที่ตามมาเป็นลูกโซ่ นั่นคือ ข้อเสนอแนะให้กระทรวงมีบทบาทเป็น "หน่วยบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับประเทศ" โดยทำหน้าที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ บริหารทรัพยากร ทำหน้าที่ในฐานะตัวแทนของหน่วยบริการในสังกัด ในการจัดการงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ ซึ่งก็หมายถึงว่ากระทรวงจะยังคงทำหน้าที่ในฐานะเจ้าของหน่วยบริการนั่นเอง

"กระทรวงจะต้องหารูปแบบการบริหารจัดการระบบบริการ ที่สอดคล้องทั้งแนวทางจัดการสุขภาพของโลกทั้งตามแผนแม่บทการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องปรับกระบวนงานเพื่อประสิทธิภาพสูงสุด โดยใช้พลังทางการเงินบวกกับพลังการบริหารเพื่อนำไปสู่บริการที่มีคุณภาพ และแก้ปัญหาผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณผ่านกองทุนที่มีหน่วยผู้จ่ายเงินแยกจากหน่วยผู้จัดบริการ ซึ่งที่ผ่านมาได้ทำให้ขาดการประสานทั้งนโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนระบบบริการของประเทศ"

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพในอนาคต กรอบคิดและกลไกเดิมยังอยู่ เพิ่มโครงสร้างใหม่ "เครือข่ายบริการ"

ข้อเสนอของคณะทำงานกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า โครงสร้างงานบริการสุขภาพ ในภาวะปกติจะจัดเป็น "เครือข่ายบริการ" ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงตติยภูมิ ส่วนระบบสนับสนุนการบริการในภาวะภัยพิบัติและฉุกเฉิน จะประกอบด้วย ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการส่งต่อ และระบบการจัดการภาวะภัยพิบัติ (Emergency Medical Service/ Referral System/ Public Health Emergency Response)

โดยโครงสร้างงานบริการที่พึงประสงค์ จะประกอบด้วยโครงสร้างส่วนแกนกลางระบบ และ โครงสร้างใหม่ที่จัดเป็นเครือข่าย ๒ เครือข่ายหลัก คือ "เครือข่ายบริการผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยใน" และ "เครือข่ายบริการสุขภาพเบ็ดเสร็จภูมิภาคระดับเขต"

สำหรับโครงสร้างแกนกลางนั้น จะนำจุดแข็งที่กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยบริการมากและกว้างขวางที่สุดถึงระดับตำบล มาเป็นแกนกลางบริการสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ โดยมีลักษณะแบบปิรามิดบริการ ที่เริ่มจากรากฐานที่กว้างที่สุด คือการดูแลตนเอง แล้วต่อด้วยงานสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการโดยชุมชนซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายขับเคลื่อน แล้วจึงเชื่อมโยงชุมชนกับสถานบริการที่มีทั้งบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิตามลำดับ

ชูเครือข่ายบริการรักษาพยาบาล ๓ ระบบ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง

- หน่วยบริการลูกข่ายผู้ป่วยนอก (Satellite Out-Patient Service) จะแยกสัดส่วนไว้รองรับขั้นนอก ซึ่งสามารถจัดได้ครอบคลุมทั่วถึง และใช้ทรัพยากรน้อยกว่า ซึ่งเป็นการจัดเพื่อรองรับผู้ป่วยนอกที่มีสัดส่วนมากอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
- หน่วยบริการลูกข่ายผู้ป่วยใน (Centralized In-Patient Service) แยกภารกิจบริการผู้ป่วยในลงมา ในกรณีทรัพยากรทั้งบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมืออุปกรณ์ราคาสูงที่ใช้รักษาโรค จะไม่ถูกแบ่งกระจัดกระจายไปทุกหน่วยบริการเหมือนเดิม สามารถมีจัดไว้ที่ศูนย์กลาง การบริหารอัตรากำลังแพทย์ปฏิบัติการก็สามารถมีจำนวนมากพอที่จะชดเชยแทนกันในกรณีที่ติดภารกิจอื่น และมากพอที่จะช่วยเหลือกันในกรณีมีผู้ป่วยจำนวนมากในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง
- หน่วยบริการศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent center) เพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยที่มีปัญหาระดับสูงที่ผ่านระบบส่งต่อ

ใช้ภารกิจบริการเป็นฐาน ยุบ CUP ระดับอำเภอ เปลี่ยนเป็น CUP ระดับเขต

เสนอให้มีการปรับผังบริการ (Service Plan) เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพใหม่ ที่มีศักยภาพเชิงภารกิจบริการ (Functional service) และใช้ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพเบ็ดเสร็จภูมิภาคระดับเขต (Contracting Unit for Regional Care) แทนระดับอำเภอ (Contracting Unit for Primary Care) เพื่อสอดคล้องกับการจัดสรรงบประมาณการเงินการคลังสุขภาพรายหัวประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งต้องมีพื้นที่และประชากรมากพอที่จะป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน และรองรับการให้บริการแบบบูรณาการ

เบ็ดเสร็จ (Complete Integrated Care) ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ โดยไร้รอยต่อทั้งทางด้านบริหารจัดการ และระบบสนับสนุนทรัพยากร และรองรับจำนวนประชากรที่มากพอ

หากใช้โครงสร้างใหม่นี้ คาดว่าความแตกต่างระหว่างพื้นที่และอัตราค่าหัวดำเนินการจะลดลงจาก ๘๐๐ กว่าอัตรา กรณีที่จัดสรรให้เครือข่ายระดับอำเภอ หรือน้อยกว่า ๗๖ อัตรา กรณีจัดสรรให้เครือข่ายระดับจังหวัด หากหลักเกณฑ์กำหนดพื้นที่ในระยะแรกเน้นศักยภาพครบถ้วนพื้นที่อาจเป็นระดับภาค ในระยะยาวอาจเน้นระยะทางการส่งต่อและจำนวนประชากรที่ไม่เสี่ยงต่อปัญหาอัตรารายหัว อาจครอบคลุมประชากรเขตละ ๒ ล้านคน ซึ่งจะมีเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขตได้ ๑๒-๑๕ เครือข่าย

โครงสร้างหน่วยบริหารจัดการระบบแบ่งเป็น ๔ ระดับ (ระดับประเทศ เขต สสจ. และ สสอ.)

ระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานแม่ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ดูแลให้เกิดการจัดบริการและสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เพียงพอและเป็นธรรมแก่ประชาชนในพื้นที่เขตบริการสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นหน่วยนิติบุคคลทางกฎหมายที่จะทำให้การทำธุรกรรมสัญญาบริการต่างๆ มีทิศทางสอดคล้องกันทั้งระบบ รวมไปถึงการจัดการงบประมาณจากกองทุนต่างๆ ในฐานะตัวแทนหน่วยบริการ เพื่อไม่ให้เกิดการเหลื่อมล้ำต่อการพัฒนาศักยภาพที่เท่าเทียมในแต่ละเขต แต่ไม่ได้เป็นผู้ถือเม็ดเงิน

เพิ่มกลไกเชื่อมโยงและกำกับดูแลระบบสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้มี "คณะกรรมการระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ" เป็นโครงสร้างใหม่ที่จะเชื่อมโยงระบบสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นหน่วยกำกับดูแลระบบบริการระดับประเทศ มีหน้าที่กำหนดและบูรณาการนโยบายและยุทธศาสตร์วิชาการ ทรัพยากร งบประมาณ กำหนดให้คณะกรรมการฯ มาจากหน่วยบริการทั้งรัฐและเอกชน ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค องค์กรที่เกี่ยวข้อง มีประธานมาจากฝ่ายการเมืองในรัฐบาล ปลัดกระทรวงเป็นเลขานุการ สำนักงานปลัดกระทรวงเป็นสำนักงานเลขานุการ

ระดับเขต

เสนอให้ตั้ง **"คณะกรรมการบริหารสุขภาพเขต"** ทั่วประเทศ ๖-๘ เขต โดยมีภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมเป็นกรรมการ และมี **"สำนักงานสาธารณสุขเขต"** ทำหน้าที่เลขานุการของคณะกรรมการ หน่วยงานนี้จะมีผู้ตรวจราชการเขตเป็นเลขานุการและมีข้าราชการจากสำนัก

ตรวจราชการเดิมและรวบรวมเอาสำนักงานบริหารการสาธารณสุข และหน่วยวิชาการของกรมต่างๆ เข้ามาทำงานรวมกันเป็นโครงสร้างที่จะสนับสนุนหน่วยบริการ กลไกนี้เป็นหน่วยงานใหม่ที่สามารถจัดผู้บริหารในส่วนราชการเขต และอัตรากำลังจากสำนักบริหารการสาธารณสุขมารับผิดชอบพัฒนาระบบให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทหน่วยบริการในพื้นที่ปัจจุบัน และพัฒนาศักยภาพให้เป็นไปตามผังบริการในอนาคต แก้ปัญหารอยต่อการส่งต่อ ดูแลอัตรากำลัง ตลอดจนสะท้อนปัญหา แนวทางการขอรับสนับสนุนจากส่วนกลางอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะสะดวกรวดเร็วกว่าการที่กระทรวงสาธารณสุข ประสานขับเคลื่อนโดยตรงไปจังหวัด ๗๖ หน่วย หรือหน่วยบริการย่อยกว่า ๘๐๐ หน่วย

ระดับจังหวัด

ยังคงเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่จะมีบทบาทเป็นสาขาของเขตที่สังกัดอีกบทบาทหนึ่ง โดยจะรับนโยบายต่อจากหน่วยบริหารระดับเขตที่สามารถประสานได้สะดวกรวดเร็วกว่าเดิมที่เคยผ่านกระทรวง

ระดับอำเภอ

เสนอให้ยังคงเป็นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แต่จะต้องปรับบทบาทให้มีศักยภาพบริหารเครือข่ายพื้นที่ปฐมภูมิให้มากขึ้น ร่วมกับหน่วยบริการในพื้นที่ โดยกลไก "คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)" และต้องปรับให้ สสอ. มีส่วนถูกต้องตามกฎหมายหรือระเบียบวิธีในการบริหารงบประมาณหลักประกันในพื้นที่ร่วมกับหน่วยบริการให้ชัดเจน ต้องจัดการความเสี่ยงในกรณีความไม่สอดคล้องเข้ากันระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอให้ได้ ทั้งนี้อาจต้องศึกษารูปแบบหรือพัฒนาต่อจากรูปแบบ คปสอ.ให้ดียิ่งขึ้น และให้มี **"คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.)** เป็นกลไกที่ภาคสาธารณสุข (คปสอ.) จะเชื่อมประสานบูรณาการกับภาคส่วนอื่นๆ นอกระบบสาธารณสุข เพื่อดูแลงานด้านการสาธารณสุข

ให้มี "กรรมการระบบบริการในพื้นที่ระดับหน่วยบริการ" เป็นกลไกการมีส่วนร่วมภาคประชาชน

การประเมินผลและการพัฒนาเครือข่ายอภิบาลระบบบริการภาคประชาชน จะกำหนดให้มี "กรรมการระบบบริการในพื้นที่ระดับหน่วยบริการ" เพื่อพัฒนาความมีส่วนร่วม การเป็นเจ้าของ และแก้ไขปัญหาหน่วยบริการในพื้นที่ ลดความเหลื่อมล้ำและขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ พร้อมๆ กับการยอมรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาบนความเข้าใจของภาคประชาชน ซึ่งในที่สุดจะเป็นตัวแทนเสนอปัญหาการบริการเพื่อให้รัฐแก้ไขผ่านระบบการเมืองภาคประชาชนต่อไปอีกทางหนึ่ง

แนวทางในการปรับเปลี่ยนจากโครงสร้างปัจจุบันไปสู่โครงสร้างใหม่

๑. การปรับโครงสร้างภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการปรับระบบบริการ

๑.๑ ตั้งสำนักงานบริหารการสาธารณสุข (สบรส.) เดิมเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการพัฒนาหน่วยบริการ สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แต่ปัญหาคือหน่วยบริการเป็นหน่วยงานที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงตั้ง สบรส. เพื่อให้มีหน่วยงานใน สป. ที่รับผิดชอบเรื่องการจัดผังบริการ บริหารและจัดสรรทรัพยากร เชื่อมโยงการกำกับดูแลให้สถานบริการทุกระดับมีมาตรฐานคุณภาพ ทั้งนี้จะรวมสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้ามาอยู่ด้วย

๑.๒ สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล แยกจากสำนักบริหารกลาง ยกฐานะจากกลุ่มงานบริหารบุคคลเป็นสำนักงานบริหารทรัพยากรบุคคล มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดตำแหน่งและจัดคนลงตำแหน่ง ตลอดจนพัฒนาศักยภาพบุคลากร นอกจากนั้น การบริหารค่าตอบแทนภาครัฐ เน้นผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการและการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน ปี พ.ศ.๒๕๕๑ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองอัตรากำลังส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ในภาคบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้เกิดความเพียงพอ และเหมาะสม

๑.๓ สำนักพัฒนาการเงินการคลังสาธารณสุข (สพค.) เป็นการยกระดับกลุ่มงานประกันสุขภาพขึ้นมาเป็นหน่วยงานระดับสำนักงาน เน้นการพัฒนาระบบบัญชีและรายงานการเงินของหน่วยบริการ เฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการ บริหารการเงินการคลังในระบบบริการ รวมไปถึงการพัฒนาบุคลากรและผู้บริหารด้านการเงินการคลัง การพัฒนาศูนย์ต้นทุนและกำหนดอัตราราคาค่ารักษาพยาบาล สร้างความร่วมมือกับกองทุนสิทธิรักษาพยาบาลต่างๆ ในการจัดสรรงบประมาณค่ารักษาที่เป็นธรรม รวมไปถึงการลดความเหลื่อมล้ำในการจัดบริการจากการกำหนดสิทธิประโยชน์ และการจัดสรรทั้งในและระหว่างกองทุนหรือระบบหลักประกันต่างๆ โดยระยะแรกจะเน้นระบบการเงินการคลังหน่วยบริการภาครัฐก่อน

๑.๔ การปรับระบบงานภายในอื่นๆ ได้แก่ ระบบข้อมูลสุขภาพ เพื่อเชื่อมโยงระบบสารสนเทศด้านบริการสุขภาพ ให้เกิดเป็นศูนย์ข้อมูลที่มีการไหลเวียนข้อมูลเป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง แม่นยำถูกต้องรองรับการตัดสินใจที่ทันต่อเหตุการณ์ของระบบสุขภาพของประเทศ

๒. การสร้างเอกภาพภายในกระทรวงสาธารณสุข ในการกำหนดผังบริการและขับเคลื่อนเป็นข้อเสนอที่เป็นทางการต่อหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๓. ปรับกระบวนการจัดสรรงบประมาณ จากเดิมที่กองทุนต่างๆ จัดสรรโดยตรงไปยังพื้นที่ให้มาจัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขับเคลื่อนร่วมกับยุทธศาสตร์บริหารจัดการระบบสุขภาพ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยการหารือทำข้อตกลงร่วมอย่างเป็นทางการ ในฐานะหน่วยราชการต้นสังกัดซึ่งรับผิดชอบบริหารจัดการหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ความเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมต่อข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการ

นพ.คร.ภูษิต ประคองสาย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

"โครงสร้างบอร์ดในประเทศไทยที่ผ่านมาสามารถทำหน้าที่หรือมีประสิทธิภาพหรือเปล่า คงต้องคิดในรายละเอียดพอสมควร อยากเห็นความชัดเจนคือ โครงสร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่จะรองรับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคบางอย่างที่ต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน ประเด็นต่อมาคือ เรื่องโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ยังไม่มีการพูดถึงทิศทางว่าจะพยายามผลักดันให้เกิดนโยบายสำหรับโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการเป็นอิสระ (Autonomy) หรือไม่ ประเด็นสุดท้าย คือ เรื่องการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะท้องถิ่น จะประสานอย่างไร คงเป็นประเด็นที่ต้องคุยกันให้มากขึ้น"

นพ.เทียม อังสาชน
สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ

"กระทรวงยังเสนอมาในรูปแบบที่มองระบบบริการเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุขเอง จริงๆ แล้วยังมี รพ. ของมหาวิทยาลัย ของท้องถิ่น และภาคเอกชน คิดว่ากระทรวงควรจะทำระบบสนับสนุนมากกว่า เช่น ระบบข้อมูลสุขภาพ สถิติการให้บริการของทั้งประเทศ ข้อมูลอยู่ตรงไหน เวลาที่เราจะไปบอกรัฐบาลว่า มี ๓๐๐ กว่าโรงพยาบาลที่มีสภาพขาดทุนวันนี้เราไม่มีข้อมูลที่หนักแน่นเพียงพอที่จะบอกแล้วทุกฝ่ายจะฟังแล้วเชื่อได้

อีกประเด็นที่วันนี้กระทรวงควรทำคือ เรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล วันนี้เราให้แต่ละกองทุนเป็นผู้ไปคิด ไปทำ คิดว่าบทบาทตรงนี้ควรจะเป็นบทบาทของกระทรวง เพราะกระทรวงจะทราบทรัพยากรในซีกของฝ่ายผู้ให้บริการว่ามีมากน้อย สามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนได้มากน้อยแค่ไหน"

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

"ประเด็นที่อาจจะส่งผลต่อความชัดเจน มีอยู่สองข้อ แต่ว่าที่ผ่านมาไม่ได้พูดแยกกันชัดๆ หนึ่ง ในแง่ของการบริหารหน่วยบริการ หรือบทบาทกระทรวงสาธารณสุขต่อการบริหารหน่วยบริการ กับ สอง บทบาทกระทรวงสาธารณสุขต่อระบบจัดการภาพรวมของหน่วยบริการ ถ้าเข้าใจไม่ผิดคุณหมอไพบูลย์ ค่อนข้างจะเสนอให้กระทรวงปรับบทมาเป็นผู้ดูแลภาพใหญ่และบริหารจัดการภาพรวม ส่วนความเป็นเจ้าของสถานบริการนั้นอาจจะถูกกระจายออกหรือแยกออกไป ในขณะที่ทางคุณหมอบัญชาจะเสนอยังคงให้หน่วยบริการยังอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข นี่เป็นข้อเสนอที่ต่างกัน

นอกจากนี้ ยังมีคำถามว่าสุดท้ายแล้วจะมีการจัดการเครือข่ายระบบบริการอย่างไร บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขน่าจะมีประเด็นเรื่องของการควบคุมมาตรฐาน คุณภาพของหน่วยบริการด้วย ซึ่งขณะนี้ยังไม่ได้กล่าวถึงให้ชัดเจน"

นางสาวสารี อ๋องสมหวัง

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

"การที่เรามีระบบการเงินการคลังที่แตกต่างกัน นำมาซึ่งหลายมาตรฐาน ประเด็นนี้ถูกทำข้อเสนอไว้น้อยมาก ดังนั้น อาจจะต้องทำให้เห็นว่า ทิศทางหรือเป้าหมาย หรือภาพที่เราอยากจะเห็นหน้าตามันเป็นอย่างไร จะทำให้ประชาชนสามารถร่วมฝัน และรู้สึกว่า นี่คือสิ่งที่เราทุกคนต้องฝ่าไปด้วยกัน หรือแม้กระทั่งทดลองด้วยกัน เพราะเรารู้สึกว่า เรื่องนี้มันยังไม่เกิดขึ้น อย่างเช่น อาจฝันให้มีมาตรฐานเดียว หรือการมีกองทุนเดียวคิดว่ามันก็เป็นเรื่องน่าทดลองว่าจะแย่กว่า หรืออาจจะดีกว่าการมีสามกองทุน"

ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ในมือ "พหุภาคี"

ในเวทีนี้ นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ในนามของทีมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้นำเสนอประเด็นสำคัญในการปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในขณะที่ นพ.ประดิษฐ์ วินิจจะกูล รองอธิบดีกรมอนามัยนำทีมศึกษาและเสนอมุมมองกระทรวงสาธารณสุข ที่นำไปสู่การอภิปรายแลกเปลี่ยนมุมมองกันอย่างกว้างขวาง

๓ ข้อเสนอระดับยุทธศาสตร์

นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ กล่าวถึงปัญหาและความท้าทายของระบบสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยในวันนี้ ว่าระบบที่มีอยู่ไม่น่าที่จะเหมาะสมและดีพอที่จะรองรับกับปัญหาสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต เนื่องจากนโยบาย องค์กร และกลไกในระบบสุขภาพที่มีอยู่ ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องความขัดแย้งไม่ลงรอยกัน ปัญหาภารกิจการทำงานที่ทับซ้อนกัน การขาดการประสานงานระหว่างกระทรวงและองค์กรต่างๆ จนบางครั้งดูเหมือนขาดเอกภาพในเชิงยุทธศาสตร์ นอกจากนี้ ชุมชนและท้องถิ่นก็ยังเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนไม่มากพอ ทั้งในเชิงการแสดงความคิดเห็นการสะท้อนปัญหาของชุมชน และการมีส่วนร่วมในการปกป้องสิทธิชุมชน

นพ.สุริยะ ชี้ประเด็นหลักว่า ในภาพใหญ่ ระดับนโยบายและยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพนั้น จำเป็นต้องมีการปรับให้มี ๓ ส่วนหลัก ก่อนที่จะไปคิดรายละเอียดรูปแบบและโครงสร้างที่จะปฏิบัติการกันต่อไป

กระทรวงสาธารณสุขต้องทำงานเชิงวิชาการมากขึ้น ต้องมี "คลังสมองยุทธศาสตร์" ที่มีอิสระจากฝ่ายบริหาร

ในเรื่องของการปรับโครงสร้างและบทบาทของกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานสร้างเสริมสุขภาพนั้น นพ.สุริยะ เสนอว่า กระทรวงจะต้องหันมาเน้นเรื่องการทำงานด้านวิชาการมากขึ้น กรมควรพิจารณาปรับยุทธศาสตร์การทำงาน โดยคำนึงถึงปัญหาสุขภาพ และหาทางที่จะแก้ปัญหาเหล่านั้นโดยที่ไม่คิดว่าจะทำคนเดียว

"ยุทธศาสตร์กรมต้องสอดรับกับบริบทของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบพหุภาคี อีกทั้งยังต้องมีการปรับกระบวนทัศน์และปรับสไตล์การทำงานให้เป็นแบบ Strategic approach และทำงานร่วมกับเครือข่าย โดยมองว่ากรมเป็นองคาพยพหนึ่งของกระบวนการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพระดับชาติที่มีประชาชนเป็นเป้าหมาย และมีเครือข่ายที่เข้มแข็งจากผู้มีได้ส่วนเสียเป็นเงื่อนไขของความสำเร็จ"

ส่วนที่ ๑ ต้องมี "คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ" ขึ้น เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษาแก่รัฐบาล และเสนอแนะทิศทางการทำงานขององค์กรภาครัฐให้มีเอกภาพ ครอบคลุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิของบุคคลและสิทธิชุมชนในการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ ๒ ต้องกำหนดปัญหาเร่งด่วนให้เป็นวาระแห่งชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่กำลังคุกคามและส่งผลต่อสุขภาพของประชากรในปัจจุบันและอนาคต การเปลี่ยนแปลงทางประชากร ปัญหาการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิตของประชากร ปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนปัญหาการเพิ่มจำนวนและพัฒนาความพร้อมของสถานบริการสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าว

ส่วนที่ ๓ ต้องมีการวางแผนยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ เพราะว่างานสร้างเสริมสุขภาพจัดเป็นบทบาทและภารกิจของภาครัฐ ที่ต้องมีองค์กรและหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวข้องมากมาย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวางกรอบทิศทางการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดพลังและสามารถใช้ศักยภาพของแต่ละองค์กรเครือข่ายได้อย่างเต็มที่

เพื่อให้ทำงานเชิงวิชาการมากขึ้น กรมจึงควรสนับสนุนให้มี **"คลังสมองเชิงยุทธศาสตร์"** ที่เป็นอิสระจากฝ่ายบริหาร โดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์จากภายนอก ทำงานร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิของกรม เพื่อประเมินสถานการณ์และบริบทการสร้างเสริมสุขภาพ แลกเปลี่ยนทัศนะ และให้ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ ตลอดจนหามาตรการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางการทำงานแก่ผู้บริหารกระทรวง และหน่วยงานภายในของกรม โดยอาจดูแลการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับกรมที่เกี่ยวข้องในกลุ่มภารกิจเดียวกันภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวง และกรมจำเป็นต้องพัฒนากลไกการติดตามและประเมินผลแผนงาน และโครงการของหน่วยงาน รวมทั้งติดตามประเมินผลเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งอาจมีบุคคลภายนอกร่วมด้วย หรือใช้วิธี Outsourcing ไปยังสถาบันวิชาการภายนอกกรมก็ได้

"อยากเสนอให้มีคลังสมองในเชิงยุทธศาสตร์ในระดับกรม เพราะปัญหาบางเรื่องนโยบายก็ไม่ออกมาจากกรม และบางเรื่องนโยบายก็ไม่สามารถจะมีความอิสระได้เพียงพอ คงมีปัญหาบางอย่าง"

เสนอตั้ง "สำนักงานสาธารณสุขเขต" เพื่อบริหารมือไม้แขนขาระดับเขตและพื้นที่

ส่วนแนวทางการจัดการองค์กรระดับเขตนั้น นพ.สุริยะ ได้เสนอให้มีการจัดตั้ง **"สำนักงานสาธารณสุขเขต"** ขึ้นมาเป็นหน่วยงานระดับสำนัก ที่มีผู้ตรวจราชการเป็นผู้แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

"จะไม่ใช่หน่วยบริหารราชการส่วนภูมิภาค แต่เป็นหน่วยสนับสนุนการบริหารงานของกระทรวงระดับเขต โดยมีผู้ตรวจราชการเป็นผู้แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบภารกิจของกระทรวงในระดับเขต มีการจัดความสัมพันธ์ตามภารกิจกับศูนย์วิชาการระดับเขตของกรม และหน่วยงานระดับเขตอื่นๆ เช่น สปสช. สาขาเขตพื้นที่"

ทั้งนี้ สำนักงานฯ จะรับผิดชอบภารกิจของกระทรวงในระดับเขต มีหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก ดังนี้

๑. สนับสนุนการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขในระดับเขต ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวง

๒. ตรวจราชการนโยบายและแผนงานระดับกระทรวง ตรวจสอบข้อเท็จจริงตามข้อร้องเรียนในราชการ

๓. เป็นแกนประสานให้เกิดการนิเทศ ติดตาม กำกับ ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาคตามแนวนโยบายและแผนงานระดับกระทรวง ตลอดจนเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคในระดับกระทรวง

๔. ประสานงานกับส่วนราชการทั้งในระดับกระทรวง ต่างกระทรวง และองค์กรภายนอก เพื่อสนับสนุนให้การปฏิบัติราชการในส่วนภูมิภาคมีเอกภาพและบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล

สสจ. ต้องเปลี่ยนจุดโฟกัส มุ่งบริหารยุทธศาสตร์ ไม่เพียงบริหารหน่วยงาน

ในส่วนของการจัดการองค์กรระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จะต้องมุ่งเน้นยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดเป็นภารกิจสำคัญ เช่นเดียวกับผู้บริหารของสำนักงานจะต้องพัฒนาความเป็นผู้นำเชิงยุทธศาสตร์ มากกว่าผู้บริหารหน่วยงาน

"สิ่งที่ควรจะต้องทำคือปรับบทบาทผู้ตรวจราชการ และสาธารณสุขนิเทศ แต่ก็ยากมาก ในการที่จะเปลี่ยนมาทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ ไม่ใช่ทำงานเฉพาะกิจการของสาธารณสุขจังหวัดอย่างเดียว"

นพ.สุริยะ ย้ำว่า การบริหารยุทธศาสตร์ของจังหวัด นอกจากต้องรู้จักวิเคราะห์และวางแผนแล้ว ยังต้องควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานและบุคลากรในการใช้ยุทธศาสตร์เป็นตัวขับเคลื่อนไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีการวางแผนบูรณาการเชิงรุกเพื่อเป็นแผนงานต่อเนื่องที่มุ่งสู่การแก้ปัญหา มีการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ และพัฒนาศักยภาพของหน่วยปฏิบัติในการดำเนินมาตรการต่างๆ ตลอดจนสร้างกลไกการติดตามกำกับ และประเมินผลการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น

หนุนข้อเสนอเพิ่มสัดส่วนงบส่งเสริมสุขภาพอีก ๒ เท่า พร้อมใช้การจัดการเงินเพื่อการบูรณาการยุทธศาสตร์

นพ.สุริยะ กล่าวว่า มีงานวิจัยที่เรียกร้องให้รัฐเพิ่มสัดส่วนของงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ เป็นร้อยละ ๐.๔๘ ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม (คิดเป็นงบประมาณ ๔๗,๐๐๐ ล้านบาท หรือสัดส่วนเพิ่มเป็น ๒ เท่าของปัจจุบัน) ซึ่งรัฐควรจะพิจารณาสนับสนุน โดยอาจใช้นโยบายการคลังมาเสริมข้อจำกัดด้านงบประมาณ เช่น การเก็บภาษีเฉพาะเช่นเดียวกับภาษีบุหรี่ที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว

ส่วนเรื่อง **กลไกการบริหารจัดการด้านการเงิน** แม้ว่าในอนาคต กลไกการบริหารจัดการงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่จะยังคงอยู่ที่ สปสช. แต่ สปสช. สามารถใช้ความคล่องตัวและยืดหยุ่นซึ่งเป็นจุดแข็งขององค์กร มาประสานการทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ได้ โดยการวางยุทธศาสตร์ เป้าหมาย รูปแบบการ

ดำเนินงาน งบประมาณ การออกแบบระบบบริหารจัดการ และระบบติดตามประเมินผลร่วมกัน ทั้งนี้ สปสช.ควรจะระมัดระวังเรื่องการกำหนดมาตรการต่างๆ โดยลำพัง หรือมุ่งตรวจสอบผลงานดังกล่าวมากเกินไป และที่สำคัญ สปสช.จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานในระดับจังหวัดให้สามารถมีระบบการติดตามประเมินผลที่เข้มแข็งด้วย

โดย **นพ.สุริยะ** ชี้จุดอ่อนสำคัญในการบริหารการเงินในปัจจุบันว่า การกระจายงบประมาณลงไปอย่างแยกย่อย ทำให้ขาดการบูรณาการยุทธศาสตร์ เกิดสภาพต่างคนต่างทำโครงการ ทั้งที่เป็นปัญหาเรื่องเดียวกัน

"ปัจจุบันมีการแบ่งซอยงบ PP ออกเป็นส่วนย่อยๆ หลายไปส่วนมากเกินไป มีทั้งจัดสรรตรงไปยัง สปสช. ระดับเขตส่วนหนึ่ง (PP area-based เขต) ส่งไปจังหวัดส่วนหนึ่ง (PP area-based จังหวัด) ส่งไปที่สถานบริการโดยตรงส่วนหนึ่ง (PP expressed demand) และกองทุนตำบลอีกส่วนหนึ่ง (PP area-based) ทำให้จังหวัดบริหารจัดการทิศทางของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวมได้ยาก"

ระดับตำบลเป็นแนวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ

นพ.ประดิษฐ์ วินิจจะกูล รองอธิบดีกรมอนามัยได้เป็นตัวแทนของคณะทำงานกรมอนามัย เสนอผลการวิเคราะห์และข้อเสนอการปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเกริ่นนำว่า คณะทำงานได้พิจารณาบริบทเงื่อนไข สถานการณ์ภายนอก ประกอบกับการวิเคราะห์โครงสร้างหน่วยงานในปัจจุบัน ทั้งจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และความท้าทาย เปรียบเทียบระบบของไทยกับระบบของบางประเทศ อาทิ เม็กซิโก นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย สวีเดน รวมทั้งพิจารณาประเด็นที่ต้องเร่งรัดปรับปรุงงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายสำคัญๆ ด้านสุขภาพ ทั้งที่เป็นเป้าหมายร่วมกันระดับโลก และเป้าหมายระดับประเทศ โดยคณะทำงานมองระบบการส่งเสริมสุขภาพที่ผนวกเอางานอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนสำคัญของระบบ

ยืนบนหลักการระบบส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งมีองค์ประกอบทั้ง Health & Non-health Sectors

นพ.ประดิษฐ์ กล่าวว่า อยากเห็นระบบที่มีจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการบูรณาการอย่างมีเอกภาพ สามารถตอบสนองต่อการดำเนินงานบนหลักการกระจายอำนาจ มีธรรมาภิบาล อำนวยความยุติธรรม และเป็นระบบที่เชื่อมโยงในระดับสากลได้ ซึ่งต้องมีองค์ประกอบของระบบที่ครบถ้วน

"การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่จะไปเพิ่มความสามารถ (Enabling) หรือเสริมพลังให้กับแต่ละปัจเจกชน/ชุมชน เพื่อให้สามารถควบคุมหรือยกระดับสุขภาพของตน/ชุมชน รวมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of health) ได้ ธรรมชาติของระบบจึงต้องมีหลายภาคี เครือข่าย ทั้ง Health & Non-health Sectors เข้ามาร่วมในการดำเนินงาน และระบบจะต้องสัมพันธ์กับระบบย่อยอื่นๆ ในระบบสุขภาพด้วย"

นอกจากนี้ ยังคำนึงว่า ในการจัดระบบส่งเสริมสุขภาพนี้ จะมี ๓ กระบวนการหลักได้แก่ ๑) System Governance & Internal Process คือ กระบวนการภายในกระทรวงสาธารณสุข ที่จะจัดการระบบการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงเรื่องธรรมาภิบาล (System Governance) ด้วย ๒) Intersectoral Collaboration Process คือกระบวนการที่กระทรวงสาธารณสุขจะ

ประสานภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ๓) Non-Health Sectors Process คือ กระบวนการที่กระทำโดยหน่วยงานอื่นที่เป็นภาคีเครือข่ายนอกภาคสาธารณสุข

วางกรอบการจัดการภายในกระทรวง ครอบคลุม ๗ ภารกิจ โดยมีระดับตำบลเป็นแนวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ

นพ.ประดิษฐ์ ฉายภาพการบริหารจัดการระบบภายในกระทรวงสาธารณสุขว่า ในภาพรวมจะต้องมุ่งให้เกิดระบบการนำที่เป็นเอกภาพ มีการกระจายทรัพยากรอย่างทั่วถึง เป็นธรรม ในระดับเขตเน้นบทบาทเฝ้าระวัง วิจัยพัฒนารูปแบบ ติดตามประเมินผล จัดทำระบบข้อมูลศูนย์ความรู้ ประเมินรับรองมาตรฐาน และสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ งานในส่วนของภายในกระทรวงเองต้องมีหน่วยบริหารระบบที่สามารถขับเคลื่อนระบบการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งระบบภายในกระทรวงสาธารณสุขและกลไกที่จะเป็นหน่วยดำเนินกระบวนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ จะต้องครอบคลุม ๗ ภารกิจ คือ ๑) การเฝ้าระวัง ๒) การวิจัยและพัฒนา ๓) การกำกับติดตามประเมินผล ๔) การจัดการความรู้ ๕) การแสวงหาความร่วมมือจากพันธมิตรและแหล่งทุน ๖) การคุ้มครองประชาชน ๗) การสนับสนุนเครือข่าย และจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ขายไอเดียโครงสร้าง ๒ ระดับ ส่วนกลางวางยุทธศาสตร์ ระดับเขตนำยุทธศาสตร์ไปบูรณาการ

ในประเด็นการจัดโครงสร้างองค์กร เสนอว่าควรมีองค์กรบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพ ๒ ระดับ คือ ระดับส่วนกลาง และระดับเขต

ระดับส่วนกลาง

ควรจัดโครงสร้างองค์กรให้สามารถทำหน้าที่ได้ตามกฎหมาย ทั้งการบริหารจัดการ ที่จะต้องสามารถทำได้ทุกหน้าที่ในระบบส่งเสริมสุขภาพ ภายในกระทรวงสาธารณสุข และเป็นศูนย์ดำเนินการในการทำหน้าที่ประสานภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งเสริมสุขภาพของประเทศ รวมทั้งเป็นตัวแทนในเวทีต่างประเทศ ส่วนกลางต้องสามารถชี้แนะให้ทุกภาคส่วนร่วมกันพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพ และสามารถเชื่อมต่อกับกรมและองค์กรต่างๆ รวมทั้งเชื่อมกับระดับเขตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับเขต

การบูรณาการงานจากส่วนกลางมายังระดับเขตจะต้องมีความยืดหยุ่นพอสมควร เพื่อให้สามารถบริหารจัดการได้ตามบริบทของพื้นที่ โดยที่พื้นที่เองก็ต้องมีการปรับโครงสร้างองค์กรใหม่เพื่อให้สอดรับกับส่วนกลาง และให้สามารถทำหน้าที่ในการบริหารจัดการทุกส่วนงานภายในระบบส่งเสริมสุขภาพ และทำหน้าที่เป็นศูนย์ดำเนินการ เพื่อประสานภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งชี้แนะให้ทุกภาคส่วนร่วมกันพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้องหรือเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพ และเชื่อมต่อกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ศูนย์วิชาการเขต และองค์กรต่างๆ ภายในเขต

เสนอ ๒ สูตรในการปรับโครงสร้าง ตั้งองค์กรใหม่ หรือเสริมความเข้มแข็งของระบบเดิม

นพ.ประดิษฐ์ กล่าวว่า คณะทำงานของกรมมองว่า แนวทางที่จะปรับเปลี่ยนระบบโครงสร้างหน่วยงานที่จะมาบริหารยุทธศาสตร์ดังที่กล่าวมาสามารถทำได้ ๒ รูปแบบ

รูปแบบที่ ๑ เสนอให้ตั้ง “คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ” ซึ่งอาจเป็นคณะกรรมการชุดเดียวกันกับคณะกรรมการระบบบริการระดับชาติของส่วนกลาง และระดับเขต แต่จะไม่มีการตั้งองค์กรใหม่เพื่อมาทำหน้าที่เป็นสำนักเลขานุการคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับชาตินี้

ทั้งนี้ “คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ” จะมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ส่วนคณะกรรมการจะประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดี ผู้แทนองค์กร ส. (สปสช. สช. สสส.) ผู้แทนกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ผู้แทน อปท. ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาชน เป็นต้น

คณะกรรมการฯ จะมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดทิศทาง นโยบายและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพของประเทศ

๒. ตั้งอนุกรรมการ เพื่อ

- กำหนดวงเงินต่อหัวประชากรของงาน PP

ที่เหมาะสม รวมถึงสัดส่วนของการกระจายเงิน PP ที่เหมาะสมให้กับส่วนกลาง สถานบริการ และพื้นที่

- กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทั้งบุคคลครอบครัว ชุมชน
- ตรวจสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบการส่งเสริมสุขภาพ
- ตรวจสอบประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณส่งเสริมป้องกันโรค
- ตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังปัญหา และการตอบสนองความต้องการของประชาชน

แจงละเอียด โครงสร้างรองรับคณะกรรมการระดับชาติ ให้ สป.และกรมอนามัยเป็นกลไกหลัก

เนื่องจาก**รูปแบบที่ ๑ นี้ จะไม่มีองค์กรใหม่มาทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการ** จึงต้องมอบหมายให้หน่วยงานของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) และกรมอนามัย ทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพหลักในการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ประสานเรื่องการเงินการคลังรวมถึงเรื่องการกำหนดสัดส่วนงบสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและการประสานแหล่งทุน และสร้างแรงจูงใจบุคลากรให้มาทำงานในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่วนกรมอนามัย ให้ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการให้กับคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ

สำหรับการบริหารกลไกในระดับเขต จะมี "คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับเขต" ซึ่งแต่ละฝ่ายจะมีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข / นพ.สสจ. ทำหน้าที่บริหารจัดการ ในระดับเขต / จังหวัด

๒. สปสช. เขต และท้องถิ่น ทำหน้าที่ซื้อบริการและร่วมกับผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข/ สสจ./ ศูนย์วิชาการ จะทำหน้าที่ติดตาม และประเมินผลทั้งผลลัพธ์การบริการ การเข้าถึงบริการ ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร

๓. ศูนย์วิชาการเขต ทำหน้าที่ เฝ้าระวังสถานการณ์ ติดตามประเมินผล สร้างองค์ความรู้ รวมถึงการเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารและความรู้ ทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพ ให้กับภาคีเครือข่าย และระบบส่งเสริมสุขภาพ

๔. หน่วยบริการสาธารณสุข / ท้องถิ่น เป็นผู้ให้บริการ

๕. ตัวแทนภาคประชาชน (ควรมีจำนวนมากพอในการถ่วงดุลกรรมการจากส่วนราชการ) ทำหน้าที่เป็นปากเสียงของประชาชนในการให้ข้อเสนอแนะ และร่วมในการประเมินผล เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองตามสิทธิที่กำหนดโดยกฎหมาย / กฎบัตร อยู่ในสิ่ง-แวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ ผลิตภัณฑ์และบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้รับการตรวจสอบถึงความปลอดภัยมีมาตรฐานตามที่กำหนด และประชาชนได้รับการเสริมพลังจนเป็นบุคคลที่รู้เท่าทันสุขภาพ และชุมชนได้รับการเสริมพลังจนเป็นชุมชนเข้มแข็งที่จะมีระบบเฝ้าระวังทางสุขภาพของชุมชน กำหนดมาตรการแก้ปัญหา และมาตรการทางสังคม ด้วยชุมชน และใช้ทรัพยากรจากชุมชน

จากโครงสร้างของรูปแบบที่ ๑ จะเห็นว่าโครงสร้างของกรมอนามัยและศูนย์เขต ส่วนใหญ่จะเหมือนเดิม แต่จะมีที่เพิ่มเติมก็คือส่วนที่จะมาทำหน้าที่สนับสนุนคณะกรรมการในระดับส่วนกลางและระดับเขต

รูปแบบที่ ๒ ตั้งหน่วยงานใหม่ทั้งส่วนกลางและเขต เพื่อเป็นกลไกบริหารยุทธศาสตร์

รูปแบบนี้ต้องมีการจัดตั้งหน่วยงานใหม่เพื่อมาทำหน้าที่เป็น "สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ" ให้กับ "คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับประเทศและระดับเขต" โดย คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับเขต มีองค์ประกอบและหน้าที่ความรับผิดชอบเหมือนกับรูปแบบที่ ๑ และมีนักบริหารยุทธศาสตร์ ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับเขต ซึ่งสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ในระดับเขต นอกจากจะบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ยังทำหน้าที่บริหารยุทธศาสตร์ในระบบอื่นๆ ด้วย เช่น ระบบควบคุมป้องกันโรค และระบบบริการสุขภาพ

หลังจากที่นักวิชาการทั้ง ๒ ท่านได้นำเสนอข้อเสนอในการปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว ผู้เข้าร่วมประชุมก็ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อเติมเต็มข้อเสนอแนะ

ความเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมต่อข้อเสนอการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพ

รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ

สภาการพยาบาล

เรื่องส่งเสริมสุขภาพ องค์กรที่ควรจะขับเคลื่อนต่อที่สำคัญคือ ครอบครัว โรงเรียน มหาวิทยาลัย ปัจจัยกำหนดสุขภาพต่างๆ เราได้จัดการมาพอสมควร มีหน่วยงานดูแลหมด แต่ในเรื่องของการสร้างนิสัยสุขภาพ เป็นเรื่องยากและยังไม่มีหน่วยงานมาดูแล และการคุ้มครองผู้บริโภคในหน่วยย่อยก็ยังไม่มีกลไกที่เข้มแข็ง เช่น เทศบาลจะช่วยได้ไหมในการให้ตราว่าอาหารมีคุณภาพ อยากจะให้คิดเสริมเรื่องนี้เพื่อหากระบวนการและกลไกที่เข้มแข็ง

นพ.ถวัลย์ พบลาภ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ทำอย่างไรให้ข้อมูลสุขภาพและปัญหาต่างๆ ครอบคลุมสุขภาพทั้งระบบ ไม่ว่าจะเป็นเอกชน หน่วยงานของรัฐ หรือว่ากระทรวงสาธารณสุขเอง

ในส่วนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ถ้ามีองค์กรใดที่มีทิศทางที่ดี มีต้นแบบแล้ว ก็น่าจะมีการตกลงหรือมีการทำความเข้าใจจับมือทำด้วยกัน เพราะบางอย่างเราไม่สามารถจะมาคิดเองทำเองได้ทั้งหมด บางทีก็มาเสียเวลากับกระบวนการการเรียนรู้ และพยายามสร้างนวัตกรรม แต่นวัตกรรมที่มันล้มไปก็มีมาก ดังนั้นถ้ามีเมนูสำเร็จรูป มีต้นแบบในลักษณะที่เป็นแพ็คเกจมีครอบคลุมทุกระดับ ทุกระบบ สามารถที่ก็จะหยิบมาใช้ได้เลย ก็จะทำให้ปัญหาเหล่านั้นจัดการได้ในเวลาที่สั้นลง

นพ.กฤช ลี่ทองอิน

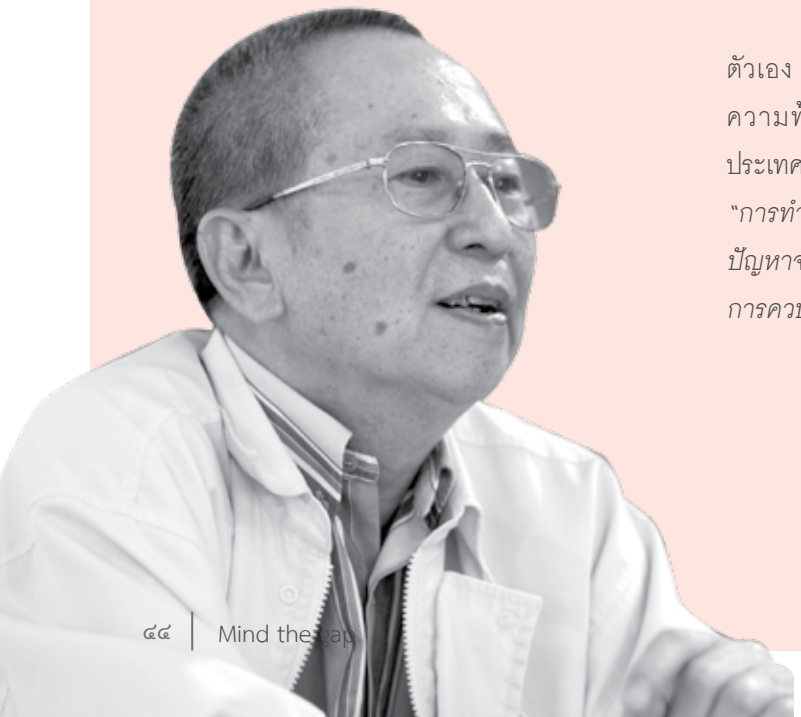
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่องนี้เกี่ยวพันกับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข ว่าจะทำบทบาทในเชิงนโยบาย วิชาการหรือบริการ การออกแบบระบบก็จะเป็นอีกตามแนวทางนั้น ถ้ากระทรวงอยากจะคงความเป็นเจ้าของ พยายามจะเพิ่มอำนาจของตัวเอง พยายามสร้างสายบังคับบัญชาขึ้นมา ก็จะเป็นอุปสรรคของการทำงานในบริบทปัจจุบัน ทั้งนี้ นี่เป็นความเห็นส่วนตัว ไม่ได้กล่าวในฐานะตัวแทนของ สปสช.

ระบบป้องกันและควบคุมโรค: สู่เอกภาพแห่งยุทธศาสตร์และกลไกปฏิบัติการที่หลากหลาย

รศ.นพ.สมเดช พินิจสุนทร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทำหน้าที่ในฐานะทีมวิชาการ สวรส. และ นพ.โสภณ เอี่ยมสิริถาวร ในฐานะที่เป็นนักวิชาการของกรมควบคุมโรค ทั้งสองท่านได้นำเสนอผลการศึกษาวิเคราะห์และข้อเสนอการปฏิรูประบบป้องกันและควบคุมโรค

“บุคลากรภายในกรม
จึงต้องเร่งรีบพัฒนาตัวเอง
ให้มีขีดความสามารถมากยิ่ง
ขึ้นเพื่อรับมือกับความท้าทาย
ที่ถาโถมเข้ามา ทั้งปัญหา
สุขภาพของประเทศ
และการเปลี่ยนแปลงภายใน
กรมก็ต้องก้าวให้ทัน”



นันพัฒนาคนและระบบเฝ้าระวังโรค

รศ.นพ.สมเดช พินิจสุนทร กล่าวว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นท่ามกลางความเปลี่ยนแปลง ทั้งปัญหาเรื่องผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพจากทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัญหาโรคอุบัติใหม่ ปัญหาการอพยพย้ายถิ่นหรือแรงงานอพยพจากประเทศเพื่อนบ้าน ส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคซ้ำ การดื้อยา และการเฝ้าระวังโรคที่จะยุ่งยากแล้วซับซ้อนมากขึ้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในกรมควบคุมโรค ทั้งการกระจายงานสู่แนวราบในพื้นที่ และการเปลี่ยนกลุ่มโรคมาเป็นกลุ่มยุทธศาสตร์ การที่มีภาคีเครือข่ายสุขภาพมากขึ้น และการที่ระบบการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ มีส่วนทำให้งบประมาณสำหรับการควบคุมป้องกันโรคถูกนำไปใช้ในงานด้านรักษาพยาบาล เหล่านี้เป็นสภาพปัญหาที่ทำให้การป้องกันควบคุมโรคยังมีจุดอ่อน และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สภาพโครงสร้างการทำงานที่เป็นแบบแนวดิ่งหรือตามระบบราชการ ซึ่งทำให้การตอบสนองต่อปัญหาไม่ทันการณ์

ดังนั้นบุคลากรภายในกรมจึงต้องเร่งรีบพัฒนาตัวเอง ให้มีขีดความสามารถมากยิ่งขึ้นเพื่อรับมือกับความท้าทายที่ถาโถมเข้ามาทั้งปัญหาสุขภาพของประเทศ และการเปลี่ยนแปลงภายในกรมก็ต้องก้าวให้ทัน *“การทำงานป้องกันควบคุมโรคต้องทำงานเชิงลึกก่อนที่ปัญหาจะลุกลาม เพราะว่าจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมสถานการณ์ได้”* **รศ. นพ.สมเดช** กล่าว

แนะจับมือกับภาคส่วนอื่นกำหนดเป้าหมายและสร้างเส้นทางให้ชัดเจน

เพื่อให้มีทิศทางในการทำงานที่ชัดเจน รศ.นพ.สมเดช ได้เสนอว่า กรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นหน่วยงานวิชาการ ควรจะร่วมมือกับหน่วยงานวิชาการของมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาค เพื่อติดตามความคืบหน้าของโรคอุบัติใหม่ ทั้งสาเหตุ วิธีการตรวจสอบ และการรักษา รวมไปถึงการควบคุมป้องกันและการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคต่างๆ และควรมีการประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกัน ระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ในส่วนกลาง ทั้งกระทรวง ทบวง กรม และหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ทุกปี เพื่อกำหนดทิศทาง วางแผน และผลักดันนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคร่วมกัน

และยังต้องเร่งพัฒนาความเชี่ยวชาญและส่งเสริมความก้าวหน้าของบุคลากรด้านป้องกันควบคุมโรค ร่วมกันพัฒนาระบบข้อมูลและนำมาแลกเปลี่ยนใช้ประโยชน์ โดยกรมและกระทรวงควรเตรียมความพร้อมระบบเฝ้าระวังและตอบโต้โรคหรือปัญหา (Surveillance and Rapid Response Team; SRRT) และสุดท้ายต้องมุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานในพื้นที่และภาคประชาชน ในส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในชุมชน

"มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมากในการทำงานด้านการควบคุมโรคต่างๆ และที่สำคัญที่สุด คือ บทบาทของภาคประชาชนในพื้นที่ที่จะมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนและชุมชนของตนเอง" **รศ.นพ.สมเดช** กล่าวตอนท้าย

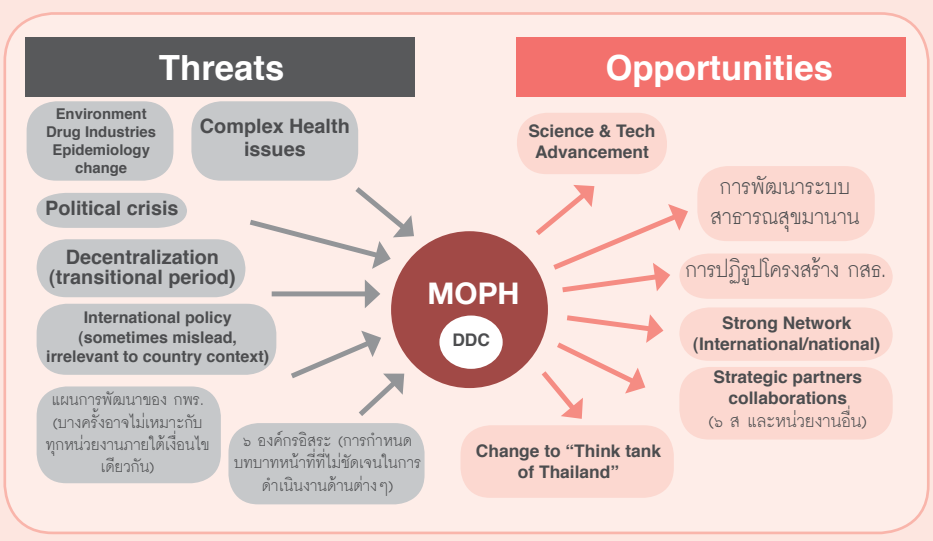
NCDC และการอภิบาลระบบด้วยคณะกรรมการที่โปร่งใส

นพ.โสภณ เอี่ยมสิริถาวร กล่าวว่า คณะทำงานของกรมทำการศึกษาวิเคราะห์มาหลายเดือน กว่าจะได้เอกสารข้อเสนอแนะเชิงนโยบายออกมา โดยวิเคราะห์ระบบป้องกันควบคุมโรคใน ๔ มิติ ได้แก่ มิติด้านการบริหารจัดการภาพรวม ด้านผลผลิต ด้านการอภิบาลหรือโครงสร้าง และด้านการเงินการคลัง

ผลการศึกษา โดยสรุป พบว่า จุดแข็งที่สำคัญของระบบ คือมีการวางรากฐานและพัฒนามาอย่างยาวนานและต่อเนื่อง โครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข ครอบคลุมกว้างขวางทั่วประเทศ มีเครือข่ายถึงระดับพื้นที่และชุมชน อย่างไรก็ตาม พบจุดอ่อนที่สำคัญ คือ การบริหารจัดการด้านป้องกันควบคุมโรค/ภัยสุขภาพในภาพรวมของประเทศ ยังขาดการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพภายใต้ระบบราชการทำให้ไม่คล่องตัว ขาดความเป็นเจ้าของ และขาดกลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ รวมถึงภาคประชาชน การขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติก็ยังมีปัญหา การติดตามประเมินผลก็ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

"การจัดการความรู้ งานวิชาการ งานวิจัยและพัฒนา ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกมาตอบสนองและแก้ปัญหาโรค/ภัยสุขภาพอย่างแท้จริง และไม่เป็นเอกภาพในภาพรวมของประเทศ"

สิ่งเหล่านี้ เป็นอุปสรรคอย่างมากที่ทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่องยั่งยืน ที่น่าห่วงมาก คือ ในช่วงการเปลี่ยนผ่านงานป้องกันควบคุมโรคลงสู่ท้องถิ่น ยังขาดการประสาน และกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพ



รูปที่ ๖ โอกาสและความท้าทายการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคของไทย

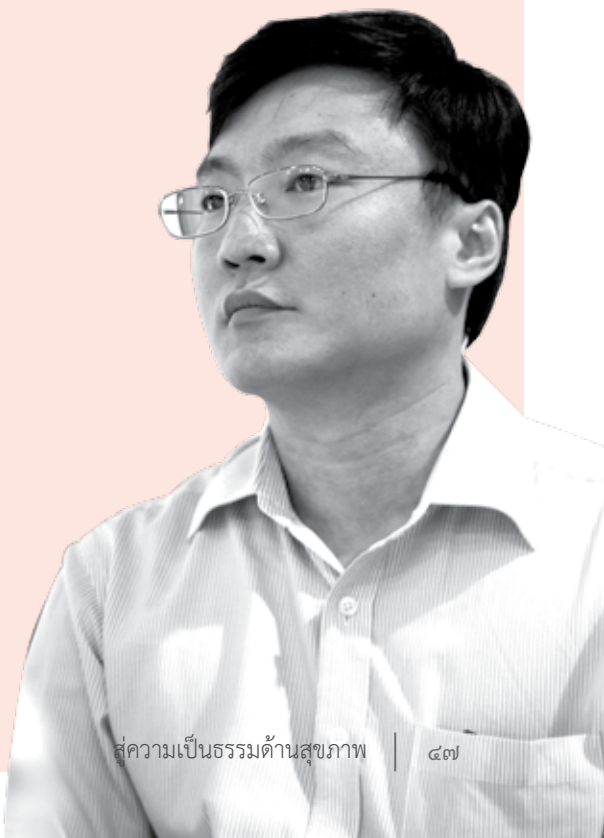
กลไกนโยบายระดับชาติ เป็น ๑ ใน ๕ ผลิตภัณฑ์ที่พึงประสงค์

หากใครสักคนตั้งคำถามว่า ในการคิดถึงอนาคตของระบบครั้งนี้ คณะทำงานของกรมควบคุมโรค ผู้เสนอแนะหน้าตาของระบบใหม่ ซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิรูปครั้งใหญ่นี้ มุ่งหมายจะให้ได้อะไรที่จับต้องได้ หรือเป็นผลิตภัณฑ์ (Product/Output) ที่พึงประสงค์ คำตอบจากเอกสารข้อเสนอ ให้คำตอบว่า สิ่งที่ควรได้ควรมีขึ้นมา คือ ๑) การมีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติที่เป็นเอกภาพ ที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based policy) เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านนี้สู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม สำหรับส่งมอบให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ ๒) การจัดการความรู้ วิจัยและพัฒนาที่ตอบสนองและแก้ปัญหาโรค/ภัยสุขภาพของประเทศอย่างแท้จริง ๓) ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ที่มีความครอบคลุมสูง ตรวจจับได้เร็ว เป็นแบบเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ และมีการนำข้อมูล มาใช้ประโยชน์จริง ๔) การเตรียมความพร้อมและตอบโต้ต่อโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ที่ทุกคนเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วม ๕) ระบบการสื่อสารความเสี่ยงที่ครบวงจรแบบเป็นเชิงรุกและทันต่อสถานการณ์

ฉายภาพโครงสร้างเพื่อการอภิบาลระบบ ทั้ง “คณะกรรมการ” และ “ศูนย์” NCDC

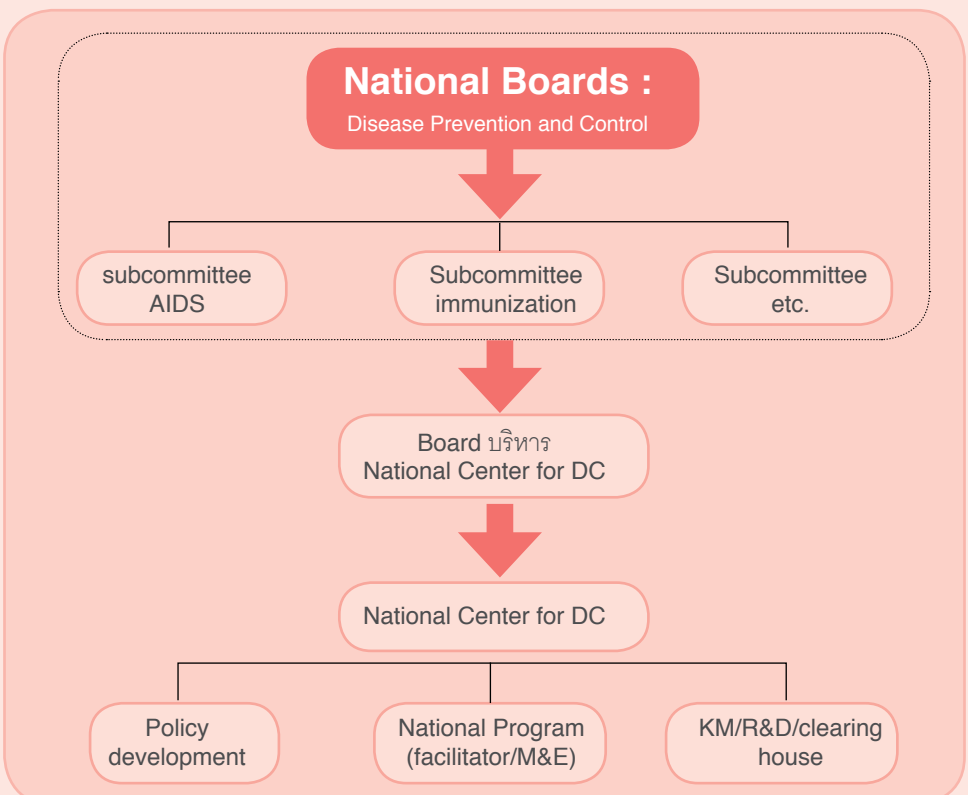
ในแง่ของกลไกนโยบายระดับชาตินั้น นพ.โสภณ ฉายภาพว่า ควรตั้งคณะกรรมระดับชาติเรียกว่า **“คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ”** โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน ผู้บริหารสูงสุด

“ระบบและโครงสร้างขององค์กรที่ปรับปรุงขึ้นมาใหม่ ควรมีผู้รับผิดชอบดูแลภาพรวมของทั้งประเทศในส่วนของการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งในระบบนี้เองจะมีการทบทวนผลผลิตที่พึงประสงค์เป็นระยะ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันว่าระบบและโครงสร้างที่เราอยากเห็นมีความครอบคลุมทั้งในเรื่องของนโยบาย ยุทธศาสตร์การสนับสนุนวิชาการ และพัฒนาบุคลากรได้อย่างที่ต้องการแล้วหรือยัง”



ของศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติเป็นเลขานุการ คณะกรรมการประกอบด้วยผู้บริหารของหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ที่มีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของประเทศ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดนโยบายการป้องกันควบคุมโรคของประเทศ โดยมี **"ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ"** (National Center for Disease Control, NCDC) เป็นแกนกลางในการประสาน/ขับเคลื่อนและติดตามกำกับการดำเนินงานตามนโยบายฯ

ภายใต้คณะกรรมการฯ ให้มีคณะอนุกรรมการได้หลายคณะ ตามยุทธศาสตร์ หรือตามกลุ่มโรค ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคของประเทศ และที่สำคัญ ควรให้มีคณะกรรมการบริหารศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ เป็นบอร์ดบริหารจัดการให้ศูนย์ฯ สามารถดำเนินการได้สำเร็จ บรรลุตามวิสัยทัศน์และพันธกิจที่วางไว้



รูปที่ ๗ รูปแบบการอภิบาลระบบควบคุมป้องกันโรคโดยคณะกรรมการระดับชาติ

"การอภิบาลระบบด้วยคณะกรรมการ ควรดำเนินการภายใต้หลักการความโปร่งใส และตั้งอยู่บนหลักการเพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชน โดยกระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นกลไกหลักของประเทศในการดูแลสุขภาพของประชาชน ทำหน้าที่เป็นแกนประสานนโยบายและสนับสนุนด้านวิชาการ"

บทบาทหน้าที่ของ" ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ"

๑. ประสานขับเคลื่อนนโยบายรวมถึงติดตามกำกับการดำเนินงานตามนโยบาย โดยมีหน่วยงานภูมิภาคทำหน้าที่เป็นแกนกลางประสานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายในระดับภูมิภาค และติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย ในขณะที่หน่วยงานจังหวัดและท้องถิ่น จะมีบทบาทการป้องกันควบคุมโรคตามนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของท้องถิ่น และรายงานแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานเพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนานโยบายต่อไป

๒. พัฒนาสนับสนุนงานวิชาการ โดยศูนย์ฯ จะมีบทบาทในการพัฒนาวิชาการร่วมกับภาคีทุกภาคส่วน และหน่วยงานส่วนภูมิภาคก็จะทำหน้าที่เป็นพื้นที่ต้นแบบในการป้องกันควบคุมโรคในด้านต่างๆ

๓. เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ โดยมีสำนักระบาดวิทยา เป็นแกนกลางพัฒนาระบบเฝ้าระวังของประเทศ โดยแลกเปลี่ยนการใช้ข้อมูลร่วมกับฐานข้อมูลอื่นอย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการป้องกันควบคุมโรคของประเทศ ส่วนหน่วยงานภูมิภาคจะทำหน้าที่เป็นเครือข่าย เฝ้าระวังในระดับภูมิภาคและเป็นพี่เลี้ยงให้กับพื้นที่เพื่อให้ข้อเสนอแนะการสอบสวนเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ในขณะที่หน่วยงานจังหวัดและท้องถิ่น จะมีบทบาทในการรายงานผลการเฝ้าระวังที่เป็นข้อมูลต้นทางเพื่อนำไปรวบรวมเป็นข้อมูลเฝ้าระวังของพื้นที่และในภาพรวมของประเทศต่อไป

ข้อเสนอการปรับโครงสร้าง ๒ ทางเลือก พัฒนาระบบงานเดิมหรือเพิ่มเติมหน่วยงานใหม่

นพ.โสภณ กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนโครงสร้างและระบบการบริหารงานอื่นๆ อาจทำได้ ๒ แนวทาง คือ

ทางเลือกที่ ๑ ปรับโดยอิงระบบเดิม เพิ่มบางหน่วยที่คล่องตัว รวมทั้งจัดตั้ง "ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ" เพื่อพัฒนานโยบายร่วมกับภาคีทุกภาคส่วน หากเลือกแนวทางนี้

การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ จำเป็นจะต้องอาศัยกลไกของรัฐ เพื่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพ มีความยืดหยุ่นและความคล่องตัวสูง รวมทั้งจำเป็นต้องเอื้อต่อการรักษาบุคลากรที่มีศักยภาพสูงไว้ในระบบ เช่นการจัดการความรู้ การวิจัยพัฒนา เป็นต้น ซึ่งงานในสาขานี้ควรจะมีรูปแบบการบริหารจัดการในรูปแบบพิเศษ เช่น Program-based management เป็นต้น

ส่วนการกำหนดขอบเขต บทบาทหน้าที่การเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคในแต่ละระดับ นพ.โสภณ เสนอว่า ต้องมีการพัฒนานโยบายอย่างครบวงจรและเป็นระบบ โดยการตั้ง "ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ" ซึ่งจะมีบทบาทในการพัฒนานโยบายร่วมกับภาคีทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ และใช้ข้อมูลทางวิชาการเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการจัดทำนโยบายเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ ให้รับรองนโยบาย

ทางเลือกที่ ๒ ตั้งสถาบันวิชาการ เติมคลังสมองให้กับระบบ คงหน่วยงานหลักๆ ให้อยู่ในระบบราชการเดิม แต่จัดตั้งหน่วยงานที่มีความอิสระ หรือสถาบันในรูปแบบองค์กร ที่มีโครงสร้างเอื้อต่อการพัฒนาองค์ความรู้ขึ้น เพื่อศึกษาและพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพโดยรวม โดยอยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข และควรจัดตั้ง **"สถาบันพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ"** เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านป้องกันควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพ ซึ่งสถาบันอาจเป็นหน่วยราชการหรือมีลักษณะเป็นองค์การมหาชน ภายใต้การสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน้าที่ เป็นผู้บริหารและสนับสนุนงานพัฒนาวิชาการสำหรับระบบป้องกันควบคุมโรค

นอกจากนี้ยังควรมีสถาบันต่างๆ ตามกลุ่มโรคหรือกลุ่มปัญหา เพื่อทำหน้าที่ในการพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยสถาบันฯ ไม่ควรมีขนาดใหญ่เกินไป แต่ต้องมีระบบเชื่อมโยงทิศทางนโยบายและขอบเขตหน้าที่ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาความซ้ำซ้อน ส่วนเรื่องการดำเนินงานจะต้องมีการดำเนินงานที่เป็นอิสระ แต่สอดคล้องกับนโยบายการป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ ทั้งนี้ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติและหน่วยงานใหม่นี้จะต้องมีการดำเนินงานที่ประสานกันอย่างดี และมีความสัมพันธ์ในรูปแบบหุ้นส่วนหรือเครือข่ายเชิงยุทธศาสตร์ที่เข้มแข็ง และมุ่งเน้นถึงประโยชน์ของประเทศเป็นหลัก

นพ.โสภณ ได้กล่าวเพิ่มเติมเรื่องขอบเขตของการดำเนินงานตามทางเลือกที่ ๒ ว่า การดำเนินงานจะคล้ายคลึงกับทางเลือกที่ ๑ แต่ผู้ที่มีบทบาทในทางวิชาการหลักในส่วนกลางจะเป็นสถาบันพัฒนาวิชาการตามข้อเสนอนี้ อย่างไรก็ตามการพัฒนาสนับสนุนวิชาการของศูนย์ฯ ก็ยังคงเป็นภารกิจที่ศูนย์ฯ ต้องดำเนินการร่วมกับสถาบันฯ อย่างต่อเนื่องต่อไป

"โดยสรุประบบและโครงสร้างขององค์กรที่ปรับปรุงขึ้นมาใหม่ ควรมีผู้รับผิดชอบดูแลภาพรวมของทั้งประเทศ ในส่วนของการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งในระบบนี้เองจะมีการทบทวน ผลผลิตที่พึงประสงค์เป็นระยะ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันว่า ระบบและโครงสร้างที่เราอยากเห็น มีความครอบคลุมทั้งในเรื่องของนโยบาย ยุทธศาสตร์การสนับสนุนวิชาการ และพัฒนาบุคลากรได้อย่างที่ต้องการแล้วหรือยัง" **นพ.โสภณ กล่าว**

ความเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมต่อข้อเสนอการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพ

ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

การป้องกันโรค จะสร้างองค์กรที่ดึงดูด สร้างคนเก่งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นได้ อยู่ที่การออกแบบโครงสร้างองค์กร ต้องมีความคล่องตัวสูง ในการที่จะบริหารจัดการทรัพยากร โดยเฉพาะบุคคล แม้แต่กระทั่งดึงคนเก่งข้ามชาติเข้ามาช่วยในประเทศไทย และต้องมีสำนึกที่จะดูแลประโยชน์ของสาธารณะ น่าจะเป็นองค์กร ที่มีลักษณะแบบ พหุลักษณ์ มีการถ่วงดุลระบบคุณค่าต่างๆ ตรวจสอบกันเองภายใน เบ็ดเสร็จในนั้น น่าจะเป็นโจทย์สำคัญ ไม่เช่นนั้นจะถูกแทรกแซง โดยภาคธุรกิจอยู่ตลอดเวลา

นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

กระทรวงสาธารณสุขจะรองรับปัญหาเรื่องผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรังอย่างไร เพราะต้องการการดูแลที่เชื่อมโยง ตอนนี้เรากำลังพูดถึงโรคที่จะต้องมีการป้องกันไม่ให้เป็นโรค หรือเป็นโรคแล้ว ป้องกันไม่ให้เป็นมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจะเล่นบทบาทอะไร เท่าที่ฟังมาทั้งหมดนี้ยังไม่เห็นชัดเทียบกับบริบทในอนาคตของประเทศ

นพ.ทรงยศ ชัยชนะ

สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กลไกระดับชาติขัดเจนดี แต่ในวงจรส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในระดับพื้นที่ ยังไม่เห็นภาพที่ชัดเจน ทั้งๆ ที่เป็นส่วนที่สำคัญมาก เพราะเข้าไปถึงในชุมชน

นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอที่กรมทำมานี้ จริงๆ กรมทำการบ้านมาหลายเดือน โดยไม่ได้มองว่ากรมจะทำอะไร แต่มองว่าระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศจะเป็นอย่างไร ส่วนคำถามที่ว่าแล้วท้องถิ่นทำอะไร จริงๆ มันถูกออกแบบไว้ มีรายละเอียดในเอกสารข้อเสนอเชิงนโยบาย

นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย

สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย กรมควบคุมโรค ศูนย์ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา จะต้องหลอมรวมและพัฒนาร่วมกัน เรื่องที่ยากและสำคัญ คือเราจะมีกำลังคนที่เป็นเครื่องมือใหญ่ที่สุดได้อย่างไร และสุดท้ายกฎหมายก็เป็นหนึ่งในเครื่องมือการส่งเสริมสุขภาพ เราต้องมีทิศทางนโยบายที่ดี นี่คือ ๓ เรื่อง ที่น่าทบทวน

ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ:

ควบรวมบูรณาการ หรือ ออกนอกระบบ?

หัวข้อนี้เริ่มต้นด้วยการนำเสนอผลการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบยาและการคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศไทย โดย รศ.ดร.ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในนามของทีมวิชาการ สวรส. และต่อด้วย ภญ.ศรีนวล กรกชกร จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นตัวแทนของกระทรวงในการนำเสนอแนวทางการปรับบทบาทกระทรวงในอนาคต

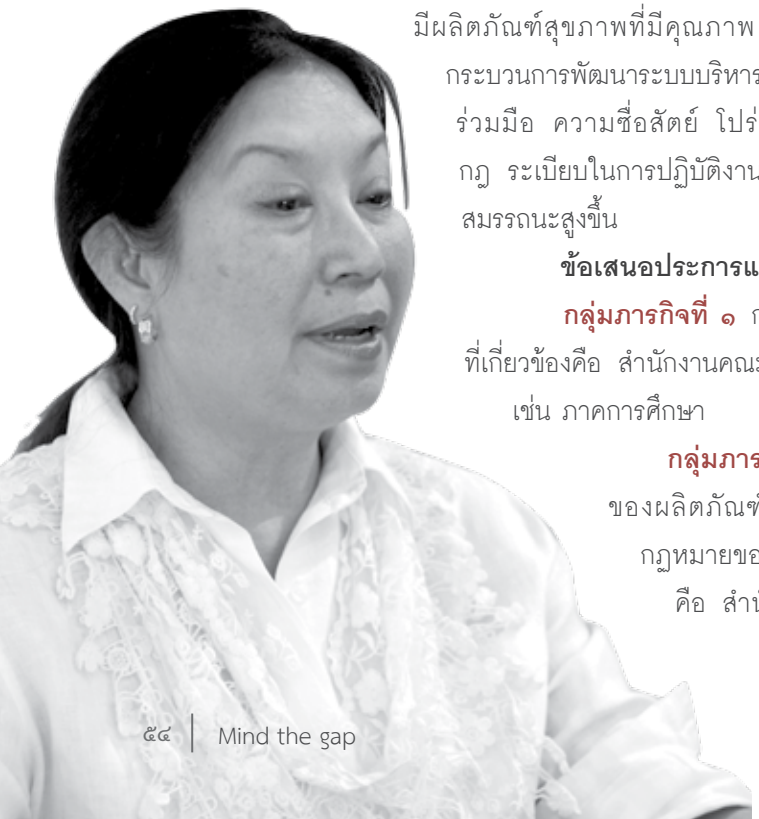
ต้องหันมาเน้นทำให้ผู้บริโภคเข้มแข็ง

รศ.ดร.ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ กล่าวนำว่า ที่ต้องปฏิรูประบบเพราะว่าปัจจุบันนี้ กฎหมายหย่อนยาน ผู้บริโภคถูกเอาเปรียบ มีความเสี่ยงสูงจากการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ในขณะที่กลไกของรัฐยังไม่สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้เพียงพอ รวมทั้งการที่องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคอยู่ภายใต้ระบบราชการ ถูกแทรกแซงด้านการเมือง ทำให้ระบบการทำงานต้องเป็นไปแบบตั้งรับ คอยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า แทนที่จะได้พัฒนาเพื่ออนาคต

"ประเด็นที่นำมาสู่ความจำเป็นในการปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข คือ หนึ่ง ปัญหาของระบบยาในปัจจุบัน การขึ้นทะเบียน ถอนทะเบียน การคัดเลือก การกระจาย คุณภาพ การเข้าถึงข้อมูลการวิจัยยา รวมถึงอุตสาหกรรมในประเทศ เช่น ยาแผนไทย และ สอง ปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ"

ข้อเสนอแนะบทบาทใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข

รศ.ดร.ชะอรสิน กล่าวว่า ในการจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการปรับบทบาท การจัดกลุ่มภารกิจ และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข วางอยู่บนกรอบแนวคิดของการแก้ไขปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน ให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เพื่อให้มีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีการใช้อย่างสมประโยชน์ โดยใช้กระบวนการพัฒนาระบบบริหาร พัฒนาองค์ความรู้ และการจัดการเครือข่ายความร่วมมือ ความซื่อสัตย์ โปร่งใส ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และมีมาตรฐานกฎ ระเบียบในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน องค์กรมีพัฒนาการเป็นองค์กรที่มีขีดสมรรถนะสูงขึ้น



ข้อเสนอประการแรก คือ ควรจัด ๓ ภารกิจหลัก

กลุ่มภารกิจที่ ๑ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กร มีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องคือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ เช่น ภาคการศึกษา

กลุ่มภารกิจที่ ๒ การเพิ่มระดับคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นเรื่องของการใช้อำนาจหน้าที่ทางกฎหมายของเจ้าพนักงานโดยตรง มีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องคือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และหน่วยงาน

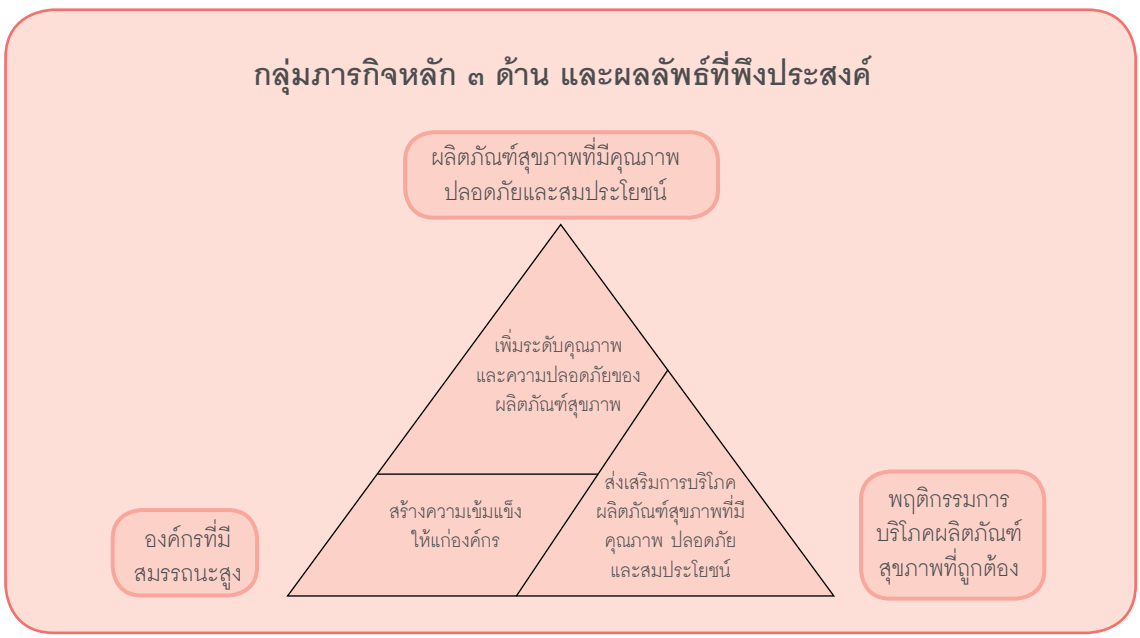
ภาครัฐอื่นๆ ทั้งในส่วนกลาง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และส่วนภูมิภาค เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขตต่างๆ รวมทั้งบริษัทเอกชน เช่น บริษัทที่รับจ้างศึกษาผลชีวสมมูลของยา

กลุ่มภารกิจที่ ๓ เรื่องการส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และสมประโยชน์ ทุกภาคส่วนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ โดยการจัดตามตารางนี้อาจจะช่วยทำให้เห็นบทบาทหลักและรองของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการประสานกำลัง

การจัดแบ่งกลุ่มเช่นนี้จะนำไปสู่ผลลัพธ์หลักที่พึงประสงค์คือ มุ่งสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูง ผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง และมีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีการใช้อย่างสมประโยชน์

หนุนตั้ง อย.สาขาย่อย ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ข้อเสนอเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่เสนอว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรทำหน้าที่เป็นฝ่ายปฏิบัติงานเสมือนเป็นสาขาย่อยของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จัดองค์กรเลียนแบบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แต่ให้รับนโยบาย มาตรฐานการทำงานและจรรยาบรรณในการปฏิบัติงาน (Code of Conduct) มาจากส่วนกลางเพื่อให้ผู้ประกอบการไม่สามารถเลี่ยงระเบียบที่แต่ละจังหวัดทำไม่เหมือนกันได้



รูปที่ ๘ กลุ่มภารกิจหลัก ๓ ด้านและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

๑. กลุ่มภารกิจ สร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรเพื่อปัจจุบันและอนาคต

หน่วยงาน	ลักษณะงานที่สำคัญในบทบาทใหม่
กองแผนงานและวิชาการ	ยกเลิก
กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	ยกเลิก
กองแผนงานและพัฒนาระบบบริหาร	๑. วางแผนยุทธศาสตร์และติดตาม กำกับ ประเมินผล โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศ ๒. พัฒนาระบบบริหารให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ๓. วางแผนกำลังคน
*กองวิชาการ	เป็นศูนย์รวมผู้เชี่ยวชาญวิชาการด้านต่างๆ ที่มีความสามารถในการประเมินเอกสาร ให้ความเห็นและชี้นำเชิงวิชาการ
กลุ่มกฎหมายอาหารและยา	๑. เพิ่มขีดความสามารถในการตัดสินคดีความต่างๆ ๒. พิจารณาจัดตั้งศาลผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการตัดสินและสืบสวน ๓. พัฒนากฎหมาย หลักเกณฑ์ และกฎระเบียบที่สอดคล้องกับสากลและเหมาะสมต่อสถานการณ์
กลุ่มตรวจสอบภายใน	๑. สร้างมาตรฐานการตรวจประเมินที่สอดคล้องกับเป้าหมายภารกิจ ๒. สร้างเกณฑ์การประเมินผลงานอย่างเป็นธรรมและโปร่งใส ๓. จัดทำ Code of Conduct สำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นจุดยืนขององค์กร
สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ	เหมือนเดิม
ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ	๑. เก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการบริหารและจัดการองค์ความรู้เพื่อหน่วยงานและประชาชน ๒. เชื่อมโยงกับสำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพโรงพยาบาล องค์กรด้านสุขภาพต่างๆ และต่างประเทศ โดยใช้ภาษาที่เป็นสากล

๒. กลุ่มภารกิจ เพิ่มระดับคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ

หน่วยงาน	ลักษณะงานที่สำคัญในบทบาทใหม่
สำนักอาหาร สำนักยา สำนักควบคุมเครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย	๑. ทำ SOP ของการขึ้นทะเบียนต่างๆ โดยละเอียด ๒. ทำการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จให้สามารถตรวจเอกสารที่ใช้ขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ได้เป็นมาตรฐานอย่างถูกต้อง

** ภารกิจใหม่ หรือหน่วยงานใหม่*

หน่วยงาน	ลักษณะงานที่สำคัญในบทบาทใหม่
กองควบคุม เครื่องมือแพทย์	๓. ใช้องค์ความรู้เพื่อประเมินการขึ้นทะเบียน การตรวจสอบ ควบคุม กำกับดูแล และการเฝ้าระวัง
สำนักด่านอาหารและยา	เหมือนเดิม
กองวัตถุเสพติดปลอดภัย	ควบคุม กำกับ ดูแลวัตถุเสพติดให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีความและเป็นไปตามกฎหมาย
ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์เอกชน สุขภาพเบ็ดเสร็จ	Sub-contract ให้หน่วยงานเอกชนทำการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของภาคที่ทำหน้าที่ขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ ตรวจเอกสารการขึ้นทะเบียนและส่งต่อให้หน่วยงานของ สนง.อย.ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ
*ประกันคุณภาพยา *Good Distribution Practice (GDP) and Good Storage Practice (GSP) ของยา	จัดให้เป็นงานของสำนักยา

๓. กลุ่มภารกิจ ส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และสมประโยชน์

หน่วยงาน	ลักษณะงานที่สำคัญในบทบาทใหม่
กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคเผยแพร่ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาค อิสระ และท้องถิ่น ศูนย์ประสานงานพัฒนา ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน	๑. จัดทำมาตรฐาน จัดทำข้อมูลเพื่อส่งต่อให้ภาคีเครือข่ายดำเนินการ ๒. มอบนโยบาย เสริมองค์ความรู้ ๓. ค่อยลดบทบาทลง เปลี่ยนให้ฝ่ายภูมิภาค ภาคเอกชน และหน่วยงานมีบทบาทเพิ่มขึ้น
ศูนย์พัฒนานโยบายแห่งชาติด้านสารเคมี	เหมือนเดิม
*ควบคุมราคายา *Rational Use of Drug *เครื่องมือในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (บัญชียาหลักฯ CPG, PTC, ข้อมูลข่าวสารที่เป็นกลาง) *ส่งเสริมอุตสาหกรรมผลิตยาชื่อสามัญในประเทศ *บริหารการขาดแคลนยาจำเป็นและเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา *จริยธรรมผู้ใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรม	จัดให้เป็นงานของสำนักยาในระยะแรก และพัฒนาเป็นหน่วยงานในกำกับของสำนักงานในระยะต่อไป

** ภารกิจใหม่ หรือหน่วยงานใหม่*

ในอนาคตการให้ขึ้นทะเบียนด้วยระบบ e-registration และส่งเอกสารเป็น electronic file มายังส่วนกลางทั้งหมดจะช่วยแก้ปัญหาได้อย่างถาวร ในส่วนของการบังคับใช้กฎหมายตรวจจับสถานประกอบการซึ่งเจ้าหน้าที่ทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากระบบอุปถัมภ์ และประกอบกับสังคมในแต่ละจังหวัดจะใกล้ชิดกัน การตรวจจับจึงสร้างปัญหาความอยู่รอดของเจ้าหน้าที่ ควรให้ภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข

๓ ทางเลือก ของการบริหารงานในอนาคต

รูปแบบการบริหารในอนาคต เสนอไว้ ๓ ทางเลือก ซึ่งนักวิชาการยังวิเคราะห์ให้เห็นด้วยว่า ข้อดีข้อด้อยของทางเลือกต่างๆ เป็นอย่างไรอีกด้วย

ทางเลือกที่ ๑ อยู่ในระบบราชการเช่นเดิม จัดรูปแบบองค์กรเช่นเดิมในแบบแนวราบ มีระบบบริหารเช่นเดิม เพิ่มหน่วยงานย่อยรองรับงานใหม่ ใช้หน่วยงานภายนอก (sub-contract) ให้ทำงานด้านบริการ ปรับบทบาทของบางหน่วยงานให้รองรับความท้าทายในอนาคต ปรับแผนยุทธศาสตร์ และ KPI ให้สอดคล้องกับบทบาทหลัก (core business) ซึ่งทางเลือกนี้หมายถึง ระบบธรรมาภิบาล และปัญหาความล่าช้าไม่ทันการ ความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย จะยังมีปัญหาเหมือนเดิม

ทางเลือกที่ ๒ อยู่ในระบบราชการเช่นเดิม แต่ปรับรูปแบบการจัดองค์กรให้เป็นแบบกลุ่มภารกิจ ๓ กลุ่ม ภายในกลุ่มจัดองค์กรแบบ hybrid ระบบบริหารมี รองเลขาธิการทำหน้าที่เป็นรองประธาน (vice president) ของแต่ละกลุ่มภารกิจ ใช้หน่วยงานภายนอก (sub-contract) ในด้านงานบริการ ปรับบทบาทของบางหน่วยงานให้รองรับความท้าทายในอนาคต ปรับแผนยุทธศาสตร์ และ KPI ให้สอดคล้องกับบทบาทหลัก ซึ่งจะทำให้ความต่อเนื่องของนโยบายดีขึ้น นอกนั้นปัญหาจะคล้ายๆ เดิม

ทางเลือกที่ ๓ อยู่ในระบบองค์กรในกำกับของรัฐ ผู้บริหารสูงสุดมาจากการสรรหาอย่างโปร่งใส บริหารงานแบบ CEO รูปแบบการจัดองค์กรให้เป็นแบบกลุ่มภารกิจ ๓ กลุ่ม มี Chief Technical Officer, Chief Quality Officer และ Chief Promotion Officer เป็นผู้บริหาร ใช้หน่วยงานภายนอก (sub-contract) ในด้านงานบริการ หรือมอบหมายหน่วยงานอื่นให้รับผิดชอบภารกิจที่ทำให้เกิดการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมประโยชน์ ทำให้เกิดความคล่องตัวในการบริหาร สามารถจัดตั้งใหม่หรือยุบหน่วยงานเก่าได้เร็ว ตลอดจัดตำแหน่งกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการ การสร้างแรงจูงใจทำได้ดีขึ้น ธรรมาภิบาลก็จะดีขึ้น

โดยสรุปแล้ว ทีมนักวิชาการ สวรส.ค่อนข้างจะอยากเห็นการออกนอกระบบ ตามทางเลือกที่ ๓ ซึ่งนับว่าต้องมีการเตรียมพร้อมของทุกฝ่ายหากตัดสินใจที่จะเดินตามทิศทางดังกล่าว

อย. เสนอ ๒ ทางเลือกปฏิรูป

ภญ.ศรีนวล กรกชกร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นตัวแทนของคณะทำงานจาก อย. นำเสนอว่า แม้ว่า ระบบปัจจุบันจะมีจุดแข็งหลายประการ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบตรงอย่างชัดเจนในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา มีกฎหมายเฉพาะสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีห้องปฏิบัติการ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต ดำเนินการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ วิจัยและพัฒนา เพื่อสนับสนุนการคุ้มครองผู้บริโภคมีเครือข่ายผู้บริโภคที่เข้มแข็ง เช่น ภาคประชาชน / ภาคเอกชน มีช่องทางการร้องเรียนปัญหาของผู้บริโภคที่เข้าถึงได้ง่ายและหลากหลาย เช่น call center หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่

อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนก็เป็นสิ่งที่มองข้ามไปไม่ได้ โดยเฉพาะปัญหา ขาดการบูรณาการและการบริหารจัดการ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการประเมินด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การบังคับใช้กฎหมายยังไม่เข้มงวด รวมทั้งบทลงโทษผู้กระทำผิดตามกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค ยังเป็นโทษสถานเบา ไม่สามารถทำให้ผู้กระทำผิดเกรงกลัวได้ และประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้เรื่องกฎหมายน้อยเกินไป

เปรียบเทียบระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในต่างประเทศ

จากการทบทวนระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในต่างประเทศ ได้แก่ ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย สหภาพยุโรป และสหรัฐอเมริกา มีประเด็นสำคัญว่า การจัดโครงสร้างการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการแต่ละประเภทมีความหลากหลาย ทั้งการออกแบบโครงสร้างและความรับผิดชอบของหน่วยงาน เช่น การรวมหน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการ ประเภทของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ฯลฯ ซึ่งขึ้นกับบริบทในการแบ่งส่วนราชการของประเทศนั้นๆ มีการปฏิรูปโครงสร้างหน่วยงานให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ บทบาทหน้าที่ของราชการในส่วนกลาง มักจะมีบทบาทในการจัดทำมาตรฐานกลางของผลิตภัณฑ์ และบริการ โดยราชการใน

ส่วนภูมิภาคจะเน้นการบังคับใช้กฎหมาย หน่วยงานรัฐมีการให้ข้อมูลกับผู้บริโภคผ่านช่องทางต่างๆ ไปยังผู้บริโภค เพื่อตอบสนองสิทธิผู้บริโภค ส่วนการรณรงค์ในประเด็นพิเศษๆ ได้ดำเนินงานในช่วงสั้นๆ เป็นโครงการพิเศษ ในทุกประเทศ มีความพยายามในการควบรวมการทำงานของหน่วยงานข้ามประเทศที่มีภารกิจใกล้เคียงกันในการกำกับดูแล ใช้ระบบรับรองร่วมกันเพื่อให้เกิดเอกภาพและมีประสิทธิภาพ

แนวคิดในการปฏิรูป เพื่อรองรับบทบาทใหม่

เมื่อย้อนกลับมามองประเทศไทย **ภญ.ศรีนวล** กล่าวว่า แนวคิดหลักในการปรับบทบาทภารกิจ การจัดกลุ่มภารกิจและโครงสร้าง จึงควรมุ่งไปที่ผู้บริโภค สร้างความเป็นธรรมและเข้าถึง ให้มีประสิทธิภาพในการทำงาน สอดคล้องกับนโยบายและทิศทางในอนาคต โดยผลิตภัณฑ์สุขภาพต้องมีคุณภาพ ปลอดภัย และสมประโยชน์ ประชาชน ชุมชน มีความเข้มแข็ง มีศักยภาพดูแลตนเองและคุ้มครองสิทธิของตนเองได้ ซึ่งระบบงานที่ดีนั้น ต้องการทิศทางการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเป็นเอกภาพ มีการบูรณาการด้านนโยบายยุทธศาสตร์และการบริหารจัดการองค์กรทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีประสิทธิภาพ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าใจและรับรู้ในบทบาทการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สามารถบูรณาการการดำเนินงานตาม

บทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานเข้ากับระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพได้ บุคลากรมีความรู้ความสามารถและสมรรถนะในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ขับเคลื่อนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพได้

นอกจากต้องมีระบบการกำกับดูแล ตรวจสอบ เฝ้าระวัง และประเมินความเสี่ยงที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ชุมชนและเครือข่ายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพยังต้องมีความเข้มแข็ง มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับชุมชนและท้องถิ่น ชุมชน รวมถึงการมีโครงสร้างและระบบในการป้องกันและแก้ไขการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในระดับชุมชนและท้องถิ่น มีระบบข้อมูลที่ดี และมีเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ

เสนอ ๒ แนวทางปฏิรูป

ตัวแทนคณะทำงานจาก อย. กล่าวอีกว่า เพื่อให้ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเป็นไปตามระบบที่พึงประสงค์ มีข้อเสนอด้านภารกิจและโครงสร้าง ๒ ทางเลือก ดังนี้

ทางเลือกที่ ๑ รวมภารกิจและหน่วยงานสร้างเอกภาพ โดยรวมภารกิจและหน่วยงานที่ดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทั้งผลิตภัณฑ์และบริการให้เป็นหน่วยงานเดียวกัน ดำเนินการตั้งแต่การกำหนดกฎหมาย มาตรฐาน การกำกับดูแลก่อนการอนุญาต การเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยง ตลอดจนการกำกับดูแลหลังการอนุญาต ที่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศ โดยมีกลไกการดำเนินการในระดับส่วนกลาง เขต ภูมิภาค ท้องถิ่นร่วมกัน เพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพมีความเป็นเอกภาพ มีมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุม ครบถ้วนและเป็นระบบ

ทางเลือกที่ ๒ บูรณาการงานทั้งส่วนกลางและภูมิภาค ยกระดับท้องถิ่น คือการยกระดับการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ดำเนินการทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ครอบคลุมครบวงจรเป็นระบบเดียวกัน ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การกำกับดูแลตั้งแต่การผลิตจนถึงมือผู้บริโภค และพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค โดยมีการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น **ทั้งนี้ให้จัดโครงสร้างของระบบงานนี้มีฐานะเทียบเท่ากระทรวง** โดยบูรณาการงานทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคเข้าด้วยกัน เพื่อให้สามารถดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคได้ครอบคลุมทั้งประเทศ

ทั้งนี้ จะเลือกแบบใด จะต้องคำนึงถึงกฎหมาย นโยบาย ทิศทางการบริหารประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนการกระจายอำนาจ แผนบริหารราชการแผ่นดิน การปฏิรูประบบราชการ และระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคของสากลที่เกี่ยวข้อง เช่น EU, FTA, WTO, ASEAN Harmonization

ข้อเสนอการปรับโครงสร้างในช่วงเปลี่ยนผ่าน

๑. ยกระดับหน่วยงานที่กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพตามกฎหมายหลัก ๘ ฉบับ ให้มีศักดิ์ศรีเทียบเท่าสากลและเป็นหน่วยงานตามกฎหมาย

๒. ยกระดับหน่วยงานเพื่อรองรับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร คลังข้อมูลความรู้ และความร่วมมือระหว่างประเทศ

๓. ปรับหน่วยงานเพื่อรองรับการส่งเสริมพัฒนาเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

ความเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมต่อข้อเสนอการพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

นางสาวสารี อ๋องสมหวัง

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

สิ่งที่อยากเห็นมาในบทบาทของ อย.ก็คือเรื่องการให้ข้อมูลประชาชน ต้องทำเป็นเรื่องหลักและดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มข้นขึ้น ปรับปรุงกฎหมายให้ทันสมัยมากขึ้น ขณะนี้บริษัทส่วนใหญ่ไม่ยอมขออนุญาตโฆษณา แต่ยอมจ่ายค่าปรับ เนื่องจากปรับเพียง ๒,๐๐๐-๕,๐๐๐ บาท ถือว่าน้อยมาก เทียบกับกำไรที่ได้จากการโฆษณา นอกจากนี้ ระบบนี้ต้องดูแลเรื่องของการส่งเสริมการขาย ระบบการตลาดทั้งหลาย รวมถึงการไปดูเรื่องสื่อใหม่ๆ ด้วย และอยากเห็นความเป็นอิสระของ อย. บางส่วนของ อย. อาจจะเป็นหน่วยงานอิสระได้

การวิเคราะห์ระบบคุ้มครองฯ ที่เน้นผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ทำให้เราอาจจะยังไม่เห็นภาพของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ ควรจะเป็นระบบเดียวกันหรือจะแยกกัน เรื่องที่สองที่อยากเห็นมากและเป็นทัศนะหลักในทุกส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขจะปฏิรูปคือ ต้องลดอำนาจรัฐและต้องเพิ่มอำนาจประชาชน ให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมกับการคุ้มครองตัวเอง อาจแบ่ง ๒๐% ของงบประมาณ ไปทำให้เกิดกลไกคุ้มครองผู้บริโภคที่ดำเนินการโดยภาคประชาชนมาช่วยสร้างความเข้มแข็งทางด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

อย. ต้องทำงานกับกลไกการตลาดระดับโลก (Global Market) และระดับชาติ ถ้ากลไกของรัฐจะทำงานได้ดี ต้องทำงานให้ทันกับกลไกตลาด ซึ่งเป็นงานที่ท้าทายมาก เรื่องความปลอดภัยด้านอาหารเรื่องเดียวก็มีห่วงโซ่มากมาย ทั้ง กระทรวงเกษตร กระทรวงพาณิชย์ เข้ามาเกี่ยวหมด ดังนั้น กลไกที่เสนอคงจะต้องคำนึงถึงความสามารถของอย.ที่จะทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นางปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา

เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์

ประเด็นแรก การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ เราต้องคุ้มครองสิทธิข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการชดเชยความเสียหาย ประเด็นที่ ๒ คือ การไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ใครเป็นคนควบคุมราคาของเอกชน ประเด็นที่ ๓ ภาคประชาชนควรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบกรณีที่มีการไต่สวนข้อขัดแย้ง ประเด็นที่ ๔ ควรมีการพัฒนาระบบป้องกันความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ ประเด็นที่ ๕ การคุ้มครองสิทธิคนไข้ในระยะยาว บางคนต้องพิการ ผู้เสียหาย ๙๐% ของผู้หญิงในเครือข่ายฯ ถูกสามีทิ้งให้เลี้ยงลูกที่พิการ เป็นปัญหาสังคมที่เรื้อรัง ควรมีหน่วยงานมาดูแล

นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย

สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

มีคำถามว่า เกิดอะไรขึ้นกับภาวะผู้นำของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคของรัฐ เช่น การควบคุมเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง บางเรื่องพิสูจน์ได้ว่าไม่มีประโยชน์ หลายประเทศที่เจริญกว่าเราเขายังไม่ใช้ แต่บ้านเราเสรี กลไกดูแลอย่างนี้ทำไมไม่เกิดขึ้น

คำถามที่ ๒ เมื่อเรารู้ว่ารัฐส่วนกลางต้องเล็กลง บุคลากรของ อย. อยู่ส่วนกลางเป็นจำนวนมาก แต่ฝากงานให้ สสจ.ไปทำเป็นจำนวนมาก จะเต็มใจทำเองหรือจำเป็นต้องทำ ดังนั้นเราคิดอะไรแล้วส่งข้างล่าง ข้างล่างก็เก็บ บทบาท อย. อยู่แต่ส่วนกลาง แต่บทบาทผู้ควบคุมดูแลตรวจสอบ ควรมีหลายระดับไม่ใช่ระดับเดียว ดังนั้น เราจะทบทวนได้ยังไง

คำถามที่ ๓ เราเองไม่มีทางสร้างโปรแกรมดักจับว่าโฆษณาเกินเลยอย่างไร เป็นเรื่องใหญ่มากว่าเราจะทำอย่างไรให้แข็งแรงพอ เราควรถอยลงมาทำการควบคุมที่ Pre-Market เพราะคือต้นตอจะดีกว่าไหม

ภาพสะท้อน และข้อสังเกต

ต่อข้อเสนอ ทางเลือกบทบาท และโครงสร้างกระทรวง สาธารณสุข

หลังจากได้รับฟังการนำเสนอของทีมวิชาการทั้งจาก สวรส.และทีมกระทรวง ไปครบทั้ง ๔ ระบบ พร้อมทั้งมีการแสดงความคิดเห็นไปบางส่วนแล้ว ต่อไปเป็นการสะท้อนและให้ข้อคิดเห็นต่อข้อเสนอการปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข โดย นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

สรุป ๖ ประเด็นที่ตกผลึก

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กล่าวว่า จากการพยายามเทียบเคียงความเหมือนและความต่างของข้อเสนอ ๒ ฝ่าย ทั้ง Inside-out และ Outside-in โดยพยายามสรุปเฉพาะตัวสำคัญๆ โดยมองเป็น ๒ ส่วน คือ เรื่องระบบสุขภาพที่อยากเห็น กับข้อเสนอการปรับโครงสร้างกระทรวง พบประเด็นสำคัญ คือ

๑. อยากเห็นระบบสุขภาพที่เป็นองค์รวม

จากการอภิปรายที่เริ่มด้วยเรื่องระบบบริการที่มีผู้เล่นหลากหลาย แต่ข้อเสนอหรือสิ่งที่อยากเห็นคือต้องจัดบริการที่ประสานเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่าความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ แล้วก็ต้องเป็นการจัดการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ และเป็นบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งมันไม่ใช่แค่เรื่องคุณภาพในความหมายทั่วไปที่ว่าต้องผ่าน HA เท่านั้น แต่ว่าความหมายในแง่ที่ว่า ทำให้ชาวบ้านได้ประโยชน์ด้วย เช่น เรื่องบริการปฐมภูมิเข้มแข็ง ซึ่งเชื่อมโยงไปเรื่องคุณภาพระบบบริการ ต้องมีการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ต้องผสมผสาน ต้องทำงานกับชุมชนท้องถิ่นและครอบครัวด้วย แม้ว่าเวลานำเสนอจะพูดทีละระบบแต่จริงๆ แล้วทุกคนก็อยากได้ระบบบริการที่ทำได้ครอบคลุมทั้งหมด ไม่ใช่ว่าระบบควบคุมโรค ต้องมีหน่วยบริการหรือระบบของตัวเองแยกออกไป

๒. อยากเห็นโครงสร้างการบริหารระบบบริการที่ไม่รวมศูนย์

เรื่องนี้มีการเสนอแนะตรงกันมากพอสมควรว่าต้องกระจายอำนาจให้หน่วยบริการตัดสินใจในการจัดบริการ ตัดสินใจการใช้งบประมาณ หรือไม่ก็ซื้อบริการที่สอดคล้องกับผู้บริโภคแต่ละพื้นที่ ส่วนระบบประกันสุขภาพก็

> “ระบบสุขภาพที่อยากเห็นคือ
> ต้องจัดบริการที่ประสานเชื่อมโยง
> เพื่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่าความเป็นธรรม
> มีประสิทธิภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ
> และเป็นบริการที่มีคุณภาพ
> ซึ่งมันไม่ใช่แค่เรื่องคุณภาพในความหมาย
> ทั่วไปที่ว่าต้องผ่าน HA เท่านั้น
> แต่ต้องทำให้ชาวบ้านได้ประโยชน์ด้วย”

ต้องมีการลงทุนที่เพียงพอในการจัดสรรทรัพยากรและจัดการ คือซื้อบริการที่มีประสิทธิภาพและไม่แยกส่วน ไม่ซ้ำซ้อน มาตรฐานไม่แตกต่าง มีข้อเสนอจำนวนไม่น้อย ที่มองว่า หน่วยงานในพื้นที่จะเป็นตัวผสมผสานหรือบูรณาการงานได้ แต่หลายกรณีการจัดสรรงบประมาณลงไปแบบรายโรครายโครงการก็ทำให้ไม่เกิดการบูรณาการกันในพื้นที่

๓. ต้องมีกลไกดูแลภาพรวมของระบบระบบสุขภาพ

สิ่งที่อยากเห็นเหมือนกัน คือ อยากให้มีกลไกดูแลภาพรวมของระบบเพื่อให้เกิดการจัดบริการ การกำหนดนโยบายสาธารณะ กำหนดกติกา ทั้งของผู้ผลิตและผู้จัดบริการ พูดง่ายๆ ก็คือ ดูแลกำกับทั้งฝั่งที่เป็นเอกชนทำผลิตภัณฑ์ เอกชนที่ทำบริการ และบริการของภาครัฐด้วย ไม่ใช่กำกับเอกชนอย่างเดียว อยากให้มีการลงทุนและจัดการสนับสนุนการทำงานภาคประชาชนด้วย ซึ่งเป็นภาพรวมที่เราพูดกันถึงเรื่องกลไกดูแลภาพรวม ไม่ใช่ดูแลแต่เรื่องการจัดบริการเท่านั้น

มีคำ ๔ คำ คือ กลไก โครงสร้าง กำลังคน และความสามารถ ข้อเสนอตอนนี้ เน้นข้อที่ ๑ คือ กลไก ซึ่งเน้นว่าต้องเป็นกลไกระดับประเทศ เพื่อให้เกิดการกำหนดนโยบายและดูแลภาพรวมของระบบ และมีการพูดกันถึงหลายโมเดล เช่น กลไกสำนักงานเลขานุการ ที่ต้องทำงานจัดการข้อมูล จัดการความรู้ สังเคราะห์นโยบาย และบริหารเชิงนโยบายได้ดีครบวงจร ไม่ใช่ทำหน้าที่เพียงแค่กำหนดนโยบาย

๔. ต้องเพิ่มหน่วยบริหารจัดการระดับเขตและระดับพื้นที่

จากการระดมความเห็น หลายฝ่ายอยากเห็นกลไกระดับเขต ที่สามารถกำกับดูแล การพัฒนาสุขภาพประชาชน แต่มีคำถามว่า กลไกระดับเขตที่กระทรวงเสนอมานั้น จะเป็นกลไกดูแลเฉพาะหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข พูดง่ายๆ คือ รวมหน่วยบริการทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุขในเขตเดียวกันให้เป็นหนึ่งพวง แล้วบริหารจัดการพวง หรือว่าจะเป็นกลไกเขตที่จะมาเชื่อมโยงประสานกับภาคี เช่น ท้องถิ่น หรือ สปสช. ในเขตนั้นด้วย

นอกจากกลไกเขตแล้ว สสจ.ก็เป็นกลไกที่สำคัญมาก และสุดท้ายคือ มีกลไกระดับอำเภอ ที่จะต้องมาดูแลให้เกิดปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีคุณภาพ เพื่อจะได้สร้างประสิทธิภาพในการจัดบริการ เชื่อมโยงกับกลไกระดับเขต ถึงจะเป็นพวงบริการ พูดง่ายๆ พวงบริการถ้าไม่มีการจัดโครงสร้างให้มีสิ่งที่เรียกว่า หน่วยบริหารจัดการย่อยที่ดี ในระดับพื้นที่ข้างล่างก็จะแย่ เพราะจะไม่มีใครดูแล

๕. บางหน่วยงานควรปรับให้มีความคล่องตัวและเป็นอิสระมากขึ้น

ในประเด็นนี้ มีการพูดถึง ๒ ระบบ ชัดเจน คือ ระบบป้องกันควบคุมโรค กับ ระบบยาและการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ควรมีอิสระ มีความคล่องตัวในการทำงาน ป้องกันการแทรกแซงทางการเมืองได้มากขึ้น

๖. ต้องมีระบบหรือกลไกที่จะสร้างภาคประชาชนให้เข้มแข็งอย่างจริงจัง

มีการพูดคุยในเรื่องของผู้บริโภค ว่าประชาชนสำคัญมากแต่ว่า วิธีทำงานที่ผ่านมายังดูเหมือนทำแต่ภาครัฐ เป็นไปได้ไหมที่ปฏิรูปครั้งนี้จะทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีกลไกที่จะช่วยส่งเสริมภาคประชาชนอย่างจริงจังมากขึ้น

๓ ความเห็นร่วม

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กล่าวว่า ในฐานะที่ได้อ่านเอกสารของคณะทำงานวิชาการทุกคณะและได้ฟังการนำเสนอทั้งหมด มีประเด็นข้อสังเกตดังนี้

๑. ข้อเสนอมีจุดร่วม คือ บริบทเปลี่ยนไป ระบบต้องปรับตัว

ประการแรก สังเกตว่าข้อเสนอของทุกคณะย้ำว่าบริบทเปลี่ยนไป โดยส่วนใหญ่อ้างอิงข้อมูลชุดใกล้เคียงกัน เป็นส่วนหนึ่งของจุดแข็งของการทำงานวิชาการชุดนี้ โดยบริบทที่เปลี่ยนไปชัดเจนคือ การที่ระบบสุขภาพมีภาคีที่หลากหลายร่วมจัดการ ทำให้กลไกอภิบาลระบบสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งจากข้อเสนอและความเห็นส่วนใหญ่จะเห็นตรงกันว่าต้องมีคณะกรรมการขึ้นมา เป็นกลไกเชื่อมโยง ทั้งคณะกรรมการระดับชาติ ระดับเขต ระดับจังหวัดต่างๆ ยังไม่แน่ใจว่า มันใช่ทางออกสุดท้ายหรือไม่ หลายฝ่ายพยายามจะบอกว่าการมีภาคีต่างๆเข้ามาร่วมขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาสุขภาพ ควรจะเป็นจุดแข็งมากกว่าเป็นภัยคุกคามต่อกระทรวงสาธารณสุข ควรจะมองว่าองค์กรภาคีเหล่านี้คือส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ

บริบททางการบริหารจัดการ มีเครื่องมือใหม่ๆ โดยเฉพาะมาตรการทางการเงิน เป็นบริบทการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ แนวคิดและเครื่องมือในการจัดการบริหารใหม่ๆ ซึ่งกลายมาเป็นกระแสหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการจัดการภาครัฐ (Public management system) และระบบการบริหารแบบมุ่งผลงาน หรือที่เรียกกันว่า P๔P ซึ่งไปเชื่อมโยงกับเครื่องมือทางการเงิน เช่น การจ่ายโบนัส ระบบการประเมินศักยภาพ (performance assessment) และ

“ในข้อเสนอบทบาทใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข มีเรื่องหนึ่งที่ทุกคนใช้คำเดียวกันหมดก็คือ National Health Authority (NHA) เป็นความเห็นที่เป็นเอกภาพ โดยหน้าที่ NHA ต้องมองและจัดการภาพรวมของกลไกทั้งหมด เพื่อกำกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ แทนที่จะมองโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น”

ยิ่งมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้การจัดการการเงินเป็นเรื่องหลักขึ้นมา ทุกคนก็เริ่มเห็นอำนาจของการใช้มาตรการทางการเงิน

๒. ข้อเสนอที่เป็นเอกภาพ คือ ให้มีกลไกนโยบายระดับชาติ

ในข้อเสนอบทบาทใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข มีเรื่องหนึ่งที่ทุกคนใช้คำเดียวกันหมด ก็คือ National Health Authority (NHA) เป็นความเห็นที่เป็นเอกภาพ โดยทุกฝ่ายระบุว่าหน้าที่ NHA คือการมองและจัดการภาพรวมของกลไกทั้งหมดเพื่อกำกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ แทนที่จะมองโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

มีผู้เสนอแนะในบทบาทของ National Health Authority ว่า ต้องเป็นแกนกลางในการประสานเชื่อมโยง และบูรณาการกลไกและเครื่องมือในการผลักดันการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งหมด โดยใช้ soft power และการทำงานในระบบความสัมพันธ์เชิงราบ

อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอเรื่องบทบาทของคณะกรรมการ มีความแตกต่างกันอยู่บ้าง บางระบบเสนอเป็น "กรรมการที่ปรึกษา" บางระบบเสนอให้ "กำหนดนโยบาย"หรือบางระบบก็เสนอให้ทำหน้าที่เชื่อมโยงและประสาน โดยเห็นตรงกันว่าองค์ประกอบต้องหลากหลาย แต่ยังมีคำถามว่า แล้วจะไม่ให้ทับซ้อนกับบทบาทของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่มีการจัดตั้งขึ้นมาในปี ๒๕๕๐ ได้อย่างไร ซึ่งมีการตั้งคำถามไว้แต่ก็ไม่ได้มีการพิจารณาหาทางออกว่าตกลงจะเป็นอย่างไร

๓. เห็นพ้องในหลักการว่าต้องจัดการแบบมีส่วนร่วม ใช้พลังความรู้และข้อมูล

ที่ประชุมนี้พูดถึงกระบวนการมีส่วนร่วมมาก และต้องไม่ใช่เพียงร่วมเป็นคณะกรรมการ ต้องมีการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ และที่สำคัญคือร่วมในการตัดสินใจ มีการกล่าวถึงว่า กระทรวงสาธารณสุขนั้นเดิมทำงานโดยใช้อำนาจการบังคับบัญชาและอำนาจทางการเงิน ซึ่งก็ยังมีแนวโน้มที่กระทรวงจะยังเชื่อว่าสองอำนาจนี้ มีอิทธิพลต่อการที่จะพัฒนาระบบโดยรวมได้ดี ในขณะที่ฝ่ายนโยบาย (ที่นักวิชาการได้ไปสัมภาษณ์) และข้อเสนอจำนวนมากของบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขเอง ในช่วงหลังๆ ก็จะพูดถึงความสำคัญของการใช้อำนาจความรู้ และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการสร้างนโยบายมากขึ้น โดยเฉพาะในฐานะ National Health Authority บทบาทที่สำคัญในอนาคตคือการเป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลมากกว่าการเป็นหน่วยปฏิบัติ และเป็นผู้บังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะยิ่งในเรื่องของการคุ้มครองผู้บริโภค

ในแง่โครงสร้างนั้น ที่ประชุมค่อนข้างเห็นตรงกันว่ากรรมการระดับชาติต่างๆ จะทำงานได้ก็ต่อเมื่อมีระบบข้อมูลและกลไกการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพช่วยสนับสนุนด้วย บางข้อเสนอก็ใช้คำว่ามี "คลังสมอง" ซึ่ง "คลังสมอง" จะอยู่ในระบบราชการหรือเป็นกลไกอิสระ ยังเป็นประเด็นที่ต้องสร้างความชัดเจนกันต่อไป

๓ ประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน

๑. กระทรวงสาธารณสุขจะควบสองภารกิจที่ขัดกันหรือไม่ ยังเป็นความเห็นที่แตกต่าง

ในเรื่องของข้อเสนอที่กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ดูแลสถานพยาบาลภาครัฐส่วนใหญ่ของประเทศต่อไปนั้น ทางทีมของกระทรวงสาธารณสุข มองว่าเป็นจุดแข็ง เพราะมีเครือข่ายของสถานพยาบาลต่างๆ กระจายครอบคลุม มีโครงสร้างค่อนข้างดีในการที่จะใช้เป็นกลไกที่จะขับเคลื่อนนโยบาย แต่ฝ่ายนักวิชาการมองว่าอาจจะเป็นอุปสรรค โดยเฉพาะยิ่งเมื่อต้องไปดูแลภาพรวมทั้งประเทศ แนวคิดเรื่องของการแยกกลไกที่มีบทบาทขัดกันออกจากกัน เรียกได้ว่าเป็นความเห็นที่แตกต่างที่ยังดำรงอยู่

มีการเสนอคำที่เรียกว่าเป็นภารกิจใหม่ของกระทรวง เช่น System manager และ Knowledge broker ส่วนกลไกทางวิชาการของกรมในระดับพื้นที่ มีการกล่าวถึงและเสนอไว้ไม่มากนัก ว่าตกลงศูนย์วิชาการของเขตต่างๆ ยังมีบทบาทอยู่หรือไม่ จะสามารถทำงานกับคนในพื้นที่ได้โดยอิสระพอควร หรือยังเป็นกลไกของคนส่วนกลางกันแน่ ถ้าเป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่เขาจะทำงานกับคนในพื้นที่อย่างไร เหล่านี้มีการเสนอไว้คร่าวๆ ยังขาดรายละเอียดที่ชัดเจน

๒. เรื่องกลไกระดับเขต เป็นข้อเสนอที่ยังไม่เห็นภาพชัด แต่เห็นร่วมว่าควรมี

กลไกใหม่ที่มีการเสนอ ก็คือในระดับเขต และระดับจังหวัดด้วย โดยระดับเขตนั้น คาดหวังว่าจะสามารถทำให้เกิดการเชื่อมโยงในเชิงของระบบบริการในส่วนของพื้นที่ ส่วนกลไกระดับจังหวัดนั้นเสนอว่าน่าจะเป็นหน่วยที่ทำหน้าที่บริหารจัดการแผนงาน/โครงการด้านสาธารณสุข (Public health program manager) อีกทั้งโดยรวมก็มีการเสนอให้มี "คณะกรรมการสาธารณสุขระดับเขต" บ้าง "ระดับพื้นที่"บ้าง ซึ่งข้อเสนอคล้ายๆ กัน แต่ก็ไม่ได้มีการพูดให้ชัดเจนว่าการจัดแบ่งเขตและการมีเขตของ สปสช. และ สธ. ปัจจุบันจะเชื่อมโยงร้อยประสานเข้าด้วยกันอย่างไร มีบางเอกสารเสนอไว้คร่าวๆ ก็จะเป็นงานที่จะต้องทำต่อ

๓. โครงสร้างกระทรวงและอัตรากำลังที่เหมาะสม เป็นข้อเสนอที่ยังไม่มีข้อสรุป

เกี่ยวกับกระทรวงในส่วนกลาง และการจัดการภาพรวม กลไกทั้งหมดซึ่งมีอยู่หลายระบบ ยังไม่มีการเสนอชัดเจนว่าจะแยกหรือจะรวม มีการเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง ลดเหลืออัตรากำลังเหลือแค่หลักร้อย จะลดอย่างไร มีคนบอกว่าข้างนอกยังขาดคนอยู่เยอะ ก็เอาคนข้างในนี้ออกไปทำงานข้างนอก เพราะว่าข้างนอกเวลาพูดถึงมีปัญหาเรื่องขาดแคลนบุคลากรตลอด ซึ่งปัญหานี้พูดง่ายแต่ยากในเชิงการบริหารจัดการ แต่ก็ถือว่าเป็นข้อเสนอไว้

อีกส่วนหนึ่งเรื่องคน ซึ่งยอมรับกันว่าที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นทำงานในหน้าที่หลายอย่าง ก็มีการเสนอให้มีการทำบทบาทใหม่ๆ เพิ่มขึ้น และควรที่จะต้องเตรียมการพัฒนาศักยภาพกำลังคนเพื่อให้รองรับบทบาทใหม่

เส้นทางนี้ยังอีกยาวไกล

จากการประชุมครั้งนี้ ซึ่งใช้เวลาเกือบสองวัน ได้มีความคืบหน้าในแง่ของการทำงานวิชาการที่ทั้ง ๘ ทีมวิชาการ ได้ศึกษาวิเคราะห์และนำเสนออย่างครบถ้วน แม้ว่าโครงสร้างของการวิเคราะห์จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญต่อประเด็นต่างๆ ของนักวิชาการแต่ละทีม แต่ก็นับว่า มีการใช้ความรู้และข้อมูลอย่างเข้มข้น ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและการอภิปรายแลกเปลี่ยนกันในครั้งนี้ ทำให้ได้ความเห็นที่เป็นเอกภาพร่วมกันในบางประเด็น และยังมีอีกหลายประเด็นที่ต้องหาความชัดเจนต่อไป

๑๔ ประเด็นที่ต้องศึกษาหาข้อสรุปต่อไป

๑. ทุกฝ่ายเห็นความจำเป็นที่จะต้องดึงการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในการพัฒนาระบบสุขภาพมากขึ้น ยังขาดความชัดเจนว่าจะร่วมกันอย่างไร และระดับการมีส่วนร่วมเป็นเช่นไร

๒. ยังไม่มีการเสนอเรื่องการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ว่าจะเป็นอย่างไรต่อไป

๓. ประเด็นที่มีผู้เสนอ แต่ยังไม่ได้รับการยอมรับอย่างเป็นเอกฉันท์ คือแนวคิดเรื่องของการแยกกลไกที่มีบทบาทขัดกันต่างกันออกจากกัน เช่น บทบาทเจ้าของหน่วยบริการ กับบทบาทดูแลกำกับหน่วยบริการ

๔. ทุกฝ่ายเห็นพ้องว่าจำเป็นต้องมีกลไกกลางที่จะมองและจัดการภาพรวม โดยอาจเป็นคณะกรรมการระดับชาติ ที่เป็นกลไกใหม่ แต่คณะกรรมการนี้จะมีหน้าที่อะไร จะทับซ้อนกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่มีอยู่แล้วหรือไม่

๕. กลไกการจัดการภาพรวมนี้ ยังไม่มีการเสนอชัดเจนว่าจะแยกหรือจะรวมทุกระบบ (ระบบ

บริการ ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบควบคุมโรค และระบบคุ้มครองผู้บริโภค)

๖. ยังต้องการรายละเอียดว่า บทบาทของคณะกรรมการฯ จะเป็น "กรรมการที่ปรึกษา" หรือ "กำหนดนโยบายและทิศทาง" หรือจะทำหน้าที่เป็น "ผู้บริหารระบบ" คือ เป็นเจ้าของหน่วยบริการสาธารณสุข

๗. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบัน จะยังควรเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ ควรปล่อยออกนอกระบบโดยมีการควบคุมกำกับ

๘. การบริหารจัดการระบบบริการ จะเดินหน้าด้วยการใช้อำนาจสั่งการและอำนาจการเงิน หรือจะใช้อำนาจทางความรู้หรือ soft power เป็นหลัก

๙. กลไกที่จะดูแลระบบข้อมูลและการจัดการความรู้ หรือ ที่เรียกว่า "คลังสมอง" จะเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างกระทรวง หรือควรเป็นหน่วยงานอิสระ

๑๐. กลไกในพื้นที่ เช่น "คณะกรรมการสาธารณสุขระดับเขต" มีข้อเสนอคล้ายๆ กัน แต่ยังไม่ชัดเจนว่าการจัดแบ่งเขตและการมีเขตของ สปสช. และ สธ. ปัจจุบันจะเชื่อมโยงร้อยประสานเข้าด้วยกันอย่างไร

๑๑. โครงสร้างและอัตรากำลังที่เหมาะสม ในส่วนกลางควรเป็นอย่างไร ถ้าจะลดขนาดส่วนกลางจะจัดการกับบุคลากรในระบบอย่างไร จะจัดประเภทหน้าที่ และตำแหน่งงานอย่างไร

๑๒. ศูนย์วิชาการเขตจะยังมีบทบาทอยู่หรือไม่ ถ้ามี จะเป็นหน่วยงานที่มีอิสระทางวิชาการและสามารถทำงานกับภาคีภายนอกได้ หรือจะยังคงเป็นกลไกของส่วนกลาง

๑๓. สถานะของหน่วยงานบางหน่วยงานของกรมควบคุมโรค และหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภค เช่น อย. ควรเป็นอิสระหรือควรเป็นหน่วยราชการดังเดิม

๑๔. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีข้อเสนอไว้ค่อนข้างมาก แต่การคุ้มครองด้านบริการสุขภาพ รวมทั้งความปลอดภัยด้านอาหาร ข้อเสนอยังไม่ได้กล่าวถึงมากนัก

ความสำคัญของคน ผู้นำ และการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน

นวพร เรืองสกุล
กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การทำงานต่างๆ ที่สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี มีปัจจัยหลายประการ แต่ "คน" เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้งานยุ่งเหยิง หรือสำเร็จงดงาม ในช่วงเกือบ ๔ ปี ที่คณะอนุกรรมการตรวจสอบได้ทำงานและเยี่ยมเยียนหน่วยให้บริการระดับต่างๆ ทั่วประเทศ จึงขอเสนอข้อคิดเห็นบางประการ ดังนี้คือ

การร่วมมือกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เมื่อมี พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ จัดตั้งสำนักงาน สปสช. เท่ากับว่ามีการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายของประเทศอย่างสำคัญมาก และมีผลกระทบไปทั่วทั้งวงการสาธารณสุขของประเทศ เพราะมีการแยกผู้จัดสรรเงินออกจากการให้บริการ และเงินที่กระจายไปเป็นตัวกระตุ้นผู้ให้บริการในระดับต่างๆ อย่างหลากหลายมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงในระดับหลักการเช่นนี้ ต้องการการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างให้สอดคล้องกันไปด้วย พ้นไปจากการถกแถลงว่า นโยบายใหม่ดีหรือด้อยกว่าเดิมในภาพรวม ซึ่งควรมีการรวบรวมข้อมูลและทบทวนในระยะยาว จำเป็นต้องมองว่าจะปรับปรุงการทำงานอย่างไรให้สอดรับกับหลักการใหม่และปิดจุดด้อย พัฒนาจุดเด่นโดยต้องยอมรับว่าทุกการเปลี่ยนแปลงย่อมมีทั้งผู้ได้รับผลกระทบเชิงบวก และผู้ได้รับผลกระทบเชิงลบ ยกตัวอย่างเช่น ย่อมมีทั้งผู้ได้อำนาจและผู้เสียอำนาจในการสั่งเงิน การสั่งคน และวิธีการรักษาพยาบาล เป็นต้น แต่หากว่าตั้งเป้าเอาผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของงานที่ต้องการทำให้บรรลุผล เมื่อพ้นภาวะ **"ช็อค"** กับช่วงต้นของการรับรู้การเปลี่ยนแปลงแล้ว งานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวงต่างๆ ที่ส่วนกลางไปจนระดับภูมิภาคและท้องถิ่น และตั้งแต่ระดับผู้บริหารไปจนถึงระดับผู้ปฏิบัติงานย่อมเป็นสิ่งจำเป็นไม่แพ้บริการที่บุคลากรทางการแพทย์นำมาใช้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคร้ายแรง เพียงแต่ในครั้งนี้วงการสาธารณสุขของเราต้องดูแลตนเอง ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมไปกับทุกภาคส่วนของสังคม อีกทั้งยังเป็นการปรับเปลี่ยนที่ไม่มีต้นแบบสำเร็จรูปให้นำมาใช้ได้ ต้องเกิดจากปัญญาของพวกเรากันเอง แต่ก็เป็นเรื่องที่จำเป็น เพื่อสุขภาวะโดยรวมของทุกคนในประเทศทั้งที่เป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ผู้ให้บริการระดับพื้นที่ทั่วประเทศ (ยกเว้น กทม.)

ด้านหนึ่งในการตรวจสอบการดำเนินงานของ สปสช. อนุกรรมการตรวจสอบเลือกที่จะดูผลลัพธ์ (Outcome) ของงาน ผ่านการทำงานของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เน้นการมองจากระดับพื้นที่กลับมาศูนย์กลาง ด้วยวิธีการเช่นนี้ก็ทำให้อนุกรรมการตรวจสอบ ซึ่งถึงแม้จะไม่ได้ตรวจสอบเสาหลักด้านการให้บริการที่มีกระทรวง

สาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง แต่ก็พอจะอนุมานปัญหา อุปสรรค และความสำเร็จหลายประการได้ จากการได้เห็นงานที่ปลายทาง ทั้งนี้ไม่ได้กล่าวถึงงานของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเป็นผู้ให้บริการอีกกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นส่วนน้อยของประเทศ

ในพื้นที่มี สปสช.เขต สาธารณสุขเขต สาธารณสุขจังหวัด (ซึ่งเป็นทั้งตัวแทนสาธารณสุขในภูมิภาค และเป็นผู้แทนของ สปสช.ด้วย) ได้พบว่าในพื้นที่ใดที่ สปสช.เขต กับสาธารณสุขเขต จับมือร่วมกันทำงาน งานข้ามเขตในเขตทับซ้อนหรือเหลื่อมเขตในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย และการจ่ายค่ารักษาข้ามเขต สำหรับโรงพยาบาลที่อยู่ริมจังหวัดและริมเขตจะค่อนข้างไม่มีปัญหา แต่ถ้าขาดการร่วมมือกันในพื้นที่ใด คนที่ทุกข์ยากลำบากกายและใจ กลุ่มแรก คือ รพช. และ รพศ./รพท. ในเขตนั้นๆ เพราะเหตุที่ว่าการส่งต่อผู้ป่วยมีปัญหาถึงขั้นอาจหาที่ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้

การแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ที่ทำอยู่มีหลายแบบ เช่น การร่วมมือกันระหว่างเขต (สปสช./สาธารณสุข) ความเอื้อเฟื้อของ รพศ. (คนละเขตสาธารณสุข) และการอลุ้มอล่วยด้านการจ่ายเงิน (ของ สปสช.เขต) กระทั่งในบางเขต สปสช.เขต เล่นบทเป็นศูนย์กลางการติดต่อหาเตียงให้ผู้ป่วยส่งต่อจาก รพช. รพท.เพื่อแบ่งเบาภาระของแพทย์จากงานประสานงาน เพื่อแพทย์จะได้ใช้เวลาในงานตามหน้าที่ คือ การรักษาพยาบาลได้เต็มที่

เรื่องนี้ยังรอการแก้ไขในระดับส่วนกลางของทั้ง สปสช./สาธารณสุข ว่าจะทำอย่างไรให้การส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขต ข้ามจังหวัด คำนึงถึงความสะดวกด้านการคมนาคมเป็นหลัก แทนการแบ่งเขตการให้บริการแบบการแบ่งเขตปกครอง กล่าวคือ มีความจำเป็นต้องแยกวิธีคิดระหว่างเขตการปกครอง (แยกตามจังหวัด) และเขตการส่งต่อผู้ป่วย (แยกตาม Logistics)

สสจ.กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นคู่แฝดของจังหวัดในงานสุขภาพ งานให้บริการของโรงพยาบาลถ้าทำให้ครอบคลุมจะเหลื่อมไปถึง รพช. รพ.สต.ในเขตอำนาจบริหารของ สสจ. ผลงานในจังหวัดจึงขึ้นอยู่กับคนสำคัญ ๒ คนนี้จึงจะบรรลุผลสำเร็จ และหลายจังหวัดรวมผู้ว่าราชการจังหวัดด้วยเป็น ๓ คน เช่น บทบาทของ สสจ.ในด้านการจัดให้เกิดมีระบบคลังข้อมูล ระบบการบริหารจัดการแพทย์แผนไทย การดูแลเรื่องสภาพคล่องของโรงพยาบาล ร่วมกับ ผอ.รพศ. เป็นต้น

รพศ.มีหลายบทบาท สามารถเป็นผู้นำได้ทั้งการคิดโมเดลบริการในโรงพยาบาลที่แตกต่างจากเดิม เช่น กรณีโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ทำเรื่อง Lab และร้านขายยา และการสร้างเครือข่ายด้วย ในบางกรณี ผอ.รพศ. / ผอ.รพท. มีบทบาทสูงในการเป็นแม่ข่ายด้านงานรักษาพยาบาล โดยยึดหลักพี่ช่วยน้อง ทำให้เกิดผลสะท้อนกลับเป็นเรื่องน้องไม่ผลักภาระให้พี่ หรือน้องอาสาแบ่งเบาภาระให้พี่ ดังจะเห็นได้จากเรื่องหน่วยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพเคลื่อนที่ จังหวัดอุบลราชธานี เรื่อง การส่งต่อ-ส่งกลับ เป็นต้น

ในกรณีการร่วมมือของ อปท.ก็เช่นกัน ในบางพื้นที่จะพบว่า อบจ. อบต./เทศบาล ยังไม่ช่วยงานของสถานีอนามัย/โรงพยาบาลเท่าที่ควร อาจจะเป็นเพราะยังไม่เข้าใจบทบาท หรือไม่ประสานงานกัน ควรต้องมีการเพิ่มความเข้าใจ เพราะ อปท.เป็นศักยภาพสำคัญในท้องถิ่น ในพื้นที่ใดที่ อปท.ร่วมมือกับฝ่ายโรงพยาบาล/สสอ./สสจ.อย่างเข้มแข็ง งานจะวิ่งฉิว ตัวอย่างเช่น เทศบาลนครเชียงราย เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี อบต.ป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง เทศบาลตำบลหนองหิน จังหวัดร้อยเอ็ด อบต.ศรีฐาน จังหวัดยโสธร และเทศบาลตำบลโคกศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นต้น

ในเขตใดที่ รพศ. รพท. รพช. ไม่เป็นพี่ใหญ่ผู้โอบอ้อมต่อลูกข่ายในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบของตน งานในเขต ในจังหวัด หรือในอำเภอ มักติดขัดและเกิดกรณีต่างคนต่างทำ ซึ่งล้วนสร้างอุปสรรคขวากหนามเพิ่มเติมให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีงานหนักอยู่แล้ว และทำให้งานรักษาพยาบาลผู้ป่วยสะดุดเป็นระยะๆ

การปรับเปลี่ยนแนวทางการทำงานของส่วนกลาง เพื่อสนับสนุนส่วนภูมิภาคในพื้นที่ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ผลงานในพื้นที่สูงขึ้น

โจทย์บางข้อที่รอการตอบสนองจากส่วนกลาง ทั้ง สปสช. / กสธ.

ด้านการเงิน

- แก้ปัญหาการให้เงินรายหัวในจังหวัดที่มีแรงงานอพยพตามฤดูกาล ซึ่งไม่ได้ย้ายทะเบียนบ้าน เช่น ภาคใต้ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว (อาจคิดจ่ายเงินลงไปตามฐานภาษี ซึ่งแสดงกิจกรรมของพื้นที่ หรือแบ่งจ่ายรายหัวคนละครึ่ง เป็นต้น) และในจังหวัดติดชายแดนที่มีผู้ป่วยข้ามแดน และจังหวัดที่มีประชากรน้อยแต่พื้นที่กว้าง เช่น ภาคเหนือ
- เงินรายหัวกับการหักค่าเงินเดือน มีปัญหาเมื่อเงินเดือนเพิ่ม แต่เงินรายหัวเพิ่มไม่ทัน ทำให้เงินที่ถึงหน่วยบริการไม่เพิ่ม และเมื่อมีสิทธิใหม่ๆ มา ก็เบียดงบ UC ไปใช้ ทำให้บางระบบมีปัญหา แต่บางจังหวัดก็มีวิธีการแก้ปัญหาเป็นการเฉพาะตัวไป
- คนเป็นผู้ทำให้งานสำเร็จ หลายงานจะพบว่า ปัญหาไม่ว่าเรื่องการใช้จ่าย งบไม่พอ คุณภาพงานดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับบุคคล บางแห่งทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ ไม่ต้องการระเบียบมาก เพราะทำให้ขาดความคล่องตัวในการตอบสนองความจำเป็นของท้องถิ่น บางแห่งไม่ใส่ใจทำหรือทำได้ ไม่ดีเลย ให้เงินไปก็ไม่ได้สมประโยชน์ ต้องมีระเบียบมาบังคับระหว่างการวัด ว่าทำถูกระเบียบกับทำได้ผลงาน จึงต้องได้สมดุลกัน สปสช.อาจพิจารณาระบบจัดเกรดผู้บริหาร และมอบอำนาจไปตามความเหมาะสมกับความสามารถ ตัวอย่าง เช่น การจัดแพทย์โรงพยาบาลที่ลันตา จังหวัดกระบี่ เป็นโรงพยาบาลขนาด ๑๐ เตียง หาแพทย์ไม่ได้เพราะว่าไม่มีเงินจ่ายเบี้ยกันดาร ส่วนโรงพยาบาลคลองท่อมเป็นโรงพยาบาล ๓๐ เตียง เงินเหลือหาแพทย์ได้สบายๆ เทียบกับในจังหวัดกาญจนบุรี ที่ สสจ.ดำเนินการจัดสรรอย่างได้ผล

ด้านบุคลากร

- แพทย์ดีที่ทำงานเด่นในต่างจังหวัด จะมีวิธีการอย่างไรที่จะ (๑) รักษาเขาไว้ในต่างจังหวัด และ (๒) ดึงดูดคนอื่นๆ ให้ไปอยู่ด้วย เพราะแพทย์ที่มีประสบการณ์เป็นทรัพยากรที่มีค่ามากต่อระบบการดูแลสุขภาพในพื้นที่ มีโจทย์สำคัญว่า ถ้าแพทย์ผู้มีผลงานที่โดดเด่นย้ายโรงพยาบาลทางกระทรวงสาธารณสุข / โรงพยาบาล จะมีวิธีการรักษาคุณภาพเดิมได้อย่างไร
- ขนาดโรงพยาบาลกับประชากรไม่สัมพันธ์กัน (ไม่นับกรณีสร้างด้วยเหตุผลที่ไม่ใช่เหตุผลทางการแพทย์) เพราะประชากรมีการเคลื่อนตัวอยู่เสมอ ในบางพื้นที่ประชากรลดลง แต่โรงพยาบาลมีขนาดใหญ่เกิน ทำให้ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายสูง ในบางพื้นที่โรงพยาบาลโตไม่ทันกับประชากร ทำให้ขาดเตียง และขาดแพทย์

การเกลี่ยบุคลากรให้สอดคล้องกับประชากรเป็นเรื่องจำเป็น และบรรเทาปัญหาการขาดแคลนแพทย์ลง เพราะลดจำนวนแพทย์ที่อยู่ผิดที่ลงได้ การแก้ปัญหาแบบสร้างสรรค์ทำได้หลายแบบ โดยคำนึงทั้งความต้องการอยู่ถิ่นเดิมของบุคลากรผู้ให้บริการ และการย้ายถิ่นของประชากรผู้รับบริการ (ดูโมเดลของโรงพยาบาลด่านซ้าย ที่ใช้ระบบแพทย์จิตอาสา กับจังหวัดอุบลราชธานีที่บริหารจัดการเครือข่ายด้วยรถเคลื่อนที่ ด้วยแนวคิดพาหมอไปหาคนไข้ แทนวิธีคิดเดิมที่พาคนไข้ไปหาหมอ)

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ (พยาบาล) แต่แล้วกลับไม่มีตำแหน่งงานให้บรรจุ พยาบาลจึงไหลไปภาคเอกชนในตัวเมืองใหญ่ เป็นเรื่องที่จะต้องกำหนดแนวทางพร้อมวิธีปฏิบัติในระดับประเทศว่าควรเป็นเช่นไร เพื่อให้การผลิตคนตำแหน่งงาน และความจำเป็นของพื้นที่ด้านการมีบุคลากรสอดคล้องกัน นอกจากนี้มีปัญหาว่าสถาบันพระบรมราชชนกผลิตให้ไม่ได้ตามเป้า เพราะว่า ๑) งบประมาณ อปท.ไม่ต่อเนื่อง ๒) นักศึกษาบางคนที่ได้รับทุนแล้วทางสถาบันไม่รับ (ควรพิจารณาเลือกให้ทุนนักศึกษาในพื้นที่ที่สถาบันรับแล้วมากกว่าหรือไม่)

ด้านนโยบายต่างประเทศ ที่มีผลต่อการเงินและภาระงานในพื้นที่

- เรื่องของผู้ป่วยข้ามแดนที่โรงพยาบาลชายแดนทั่วทุกภาค ยกเว้นติดชายแดนมาลาเซีย

โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ระดับจังหวัด

บทบาทความเชื่อมโยง ระดับเขต

บทบาทของแพทย์ ท่าทีของกระทรวงมหาดไทย (อาจรวมถึงสำนักงานตำรวจแห่งชาติ) กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงต่างประเทศ ไม่สอดคล้องกันในเรื่องเกี่ยวกับคนต่างชาติตามแนวชายแดน ทำให้แพทย์ประสบความยากลำบากในการทำงาน

บทบาทของแพทย์ คือ การรักษาพยาบาลผู้ป่วย และช่วยงานส่งเสริมป้องกันร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ แพทย์จะทำอย่างไรกับผู้ป่วยต่างด้าว จึงจะถูกต้องตามจรรยาบรรณแพทย์ ที่ให้การรักษาผู้ป่วยทุกราย งบประมาณไม่ได้ให้เงินตามจำนวนผู้ป่วย กระทรวงมหาดไทยไม่รับรองสิทธิคนบางกลุ่ม กระทรวงสาธารณสุข กับ สปสช.แก้ปัญหาบ้างบางส่วน สสจ. สปสช.เขตและโรงพยาบาลในพื้นที่พยายามแก้ปัญหาเท่าที่จะทำได้ การกันคนไม่ให้เข้าเมืองมารักษาตัวก็เป็นอีกประเด็นหนึ่ง ในฐานะอนุกรรมการตรวจสอบคงไม่มีหน้าที่เสนอแนะ แต่ในฐานะประชาชนคนหนึ่งมีความเห็นว่าเรื่องนี้น่าจะมีกระทรวงต่างประเทศเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องร่วมหาทางออกให้ด้วย เช่น หากว่ารัฐบาลต้องการให้ความช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้าน ควรหรือไม่ที่จะยกเงินช่วยเหลือที่แฝงอยู่ขึ้นมาเปิดเผย และอาจจะคิดเป็นส่วนหนึ่งของงาน/เงิน ช่วยเหลือเพื่อนบ้าน และสร้างความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพตามเมืองชายแดนในประเทศเพื่อนบ้านด้วย เป็นต้น

ด้านผู้ให้บริการ (กทม.)

ในขณะที่เราเห็นงานสาธารณสุขในต่างจังหวัดในหลากหลายระดับที่มีชีวิตชีวา มีพลังของชุมชน และมีความใส่ใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนของโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ก่อให้เกิดกิจกรรมมากมาย ด้วยวิธีการคิดอย่างอิสระของคนในพื้นที่ ในสาขาวิชาชีพ กระทั่งกลุ่มประชาชนในพื้นที่เอง แม้ว่าในหลายพื้นที่จะยังมีปัญหา เช่น เมื่อสภากับนายกเทศบาลอยู่คนละพวกกัน หรือขัดแย้งกัน ทำให้งานดูแลประชาชนในพื้นที่ไม่ก้าวหน้า หรือบางแห่งผู้มีอำนาจให้งานเดินได้ไม่คิดทำอะไร ไม่พร้อมจะทำหรือไม่อยากทำ ก็เป็นเรื่องปกติเช่นเดียวกับกรณีผู้ว่าราชการ สสจ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สปสช. ที่คลี่นความคิดยังไม่ตรงกัน เราคงจะให้ทุกพื้นที่ดีหมดคงยาก แต่ตราบเท่าที่มีพัฒนาการไปในทางดีขึ้น ในบางพื้นที่ก็เป็นการก้าวไปข้างหน้าที่ดี แต่ว่าเราไม่เห็นบรรยากาศแบบนั้นในเขต กทม. จนอาจจะกล่าวได้ว่า คน กทม.ถูกละเลยอย่างมาก จนต้องอิจฉาคนต่างจังหวัด เพราะคนในต่างจังหวัดได้ข้อมูล ได้ใกล้แพทย์ ได้ความใส่ใจดูแลของเพื่อนบ้าน และบุคคลใน

วิชาชีพที่หลากหลายมาก อย่างแทบจะกล่าวได้ว่า ถูกบังคับให้ดูแลสุขภาพ กระทั่งมีการเยี่ยมถึงบ้านโดย อสม.และทีมแพทย์ พยาบาล

ด้วยลักษณะของการปกครองที่แตกต่างกัน ทำให้งานจัดสรรงบประมาณของ สปสช. ต่อ กทม. กับต่างจังหวัดต่างกันด้วย กทม.เป็นเมืองหลวง คือ เป็นทั้งเมืองธรรมดากับเป็นที่ตั้งที่ทำการของส่วนกลาง บทบาทและท่าทีของรัฐบาลต่อ กทม. บางครั้งก็เข้าข่ายดูแลมากไปจนก้าวก่าย บางครั้งก็ละเลยที่จะดูแล

ในกรณีการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข จะเห็นได้ว่า กทม.ไม่มี สสจ.ดูแล แม้จะมีสถานะเป็นจังหวัด ถ้านับว่าเป็นส่วนกลาง ในการเป็นส่วนกลางนั้นก็ไม่มีหน่วยงานดูแล กทม.เป็นการเฉพาะ ในส่วนของ สปสช. แยก กทม.ออกมาเป็น ๑ เขต แต่การดูแลเขต กทม.ก็แตกต่างจากเขตอื่นๆ เพราะ กทม.ไม่มี สสจ. เมื่อไม่มี สสจ.ก็ไม่มี สสอ. ไม่มี อบต./เทศบาล มีแต่หน่วยบริการที่ทำหน้าที่คล้ายกัน ส่วน รพศ. เป็นหน่วยงานแยกอิสระจากระบบบริหารราชการ กทม.

เมื่อไม่มีหน่วยบริการสังกัด อปท.ในเขต กทม. งบส่งเสริมป้องกันที่ สปสช.จัดให้อบต.เป็นรายหัวประชากรก็ไม่มีหน่วยงานรองรับ สปสช.จึงเก็บส่วนนี้ไว้รอให้ สปสช.เขต กทม. เบิกเป็นรายโครงการ ซึ่ง สปสช.เขต กทม. เบิกไม่หมด ในปี ๒๕๕๓ มีเงินเหลือจำนวน ๔๙๒ ล้านบาท

สปสช. เขต กทม.ทำงานโดยตรงกับหน่วยงานสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และหน่วยงานสาธารณสุขนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม เป็นต้น รวมทั้งหน่วยงานสาธารณสุขที่สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สำนักการแพทย์ และสำนักอนามัย

งานดูแลสุขภาพประชาชนในส่วนการแพทย์ ในการแบ่งส่วนงานของ กทม. แยกเป็น ๑) งานบริหารงานโรคเฉพาะ บทบาทกำกับหน่วยบริการในด้านการรักษา มีหน่วยบริการที่สังกัดหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐสังกัด กทม. และโรงพยาบาลเอกชน ๒) งานบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทกำกับหน่วยบริการในด้านการดูแลปฐมภูมิ ส่งเสริมป้องกันสุขภาพ มีหน่วยบริการที่ดูแล ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน ๖๘ แห่งขึ้นกับสำนักอนามัย คลินิกชุมชนอบอุ่นจำนวน ๑๔๙ แห่ง ดังนั้นงานส่งเสริมกับงานรักษาจึงแยกกันขัดเจน ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุข รวม ๒ งานนี้เข้าด้วยกันแล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๗

แม้ กทม.อยู่ใกล้รัฐบาล บางครั้งก็เหมือนใกล้เกลือกินด่าง เพราะ กทม.ต้องค้นคว้าหาความรู้ หาบุคลากร และหาแนวทางการให้บริการของตนเอง โดยไม่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่พึ่งที่ปรึกษา และประชาชนในกทม.ก็ตกอยู่ในภาวะคล้ายกัน คือ ดูแลตนเองเพราะว่างานเยี่ยมบ้าน (ดูแลคนแก่ คนป่วยเรื้อรัง คนพิการ) งานส่งเสริมป้องกันถึงชุมชน จะเน้นที่ชุมชนแออัด ต่างจากต่างจังหวัดที่มีโครงการสำหรับผู้สูงอายุดังงานคัดกรองต่างๆ ในหน่วยบริการ และในส่วนของเงินที่สนับสนุนให้กับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทั้งๆที่คนในกทม.จำนวนมากเป็นผู้จ่ายภาษี (ตัวเลข การจัดเก็บภาษีเงินได้ในปี ๒๕๕๓ จากประชากรในเขต กทม. เป็นจำนวน ๘๒๔,๓๑๙.๒๕ ล้านบาท คิดเป็น ๖๕.๑๗% ขณะที่จัดเก็บจากประชากรต่างจังหวัด ได้เพียงจำนวน ๔๔๐,๕๒๖.๐๓ ล้านบาท คิดเป็น ๓๔.๘๓% ของภาษีที่จัดเก็บทั้งสิ้น (ข้อมูลจากศูนย์บริการข้อมูล เว็บไซต์ของกรมสรรพากร)

คุณลักษณะเฉพาะ “กทม.” กับการปรับปรุงบริการ

- กทม. ไม่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- มีองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น คือ กรุงเทพมหานคร
- เครือข่ายหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการของเอกชน
- ใน กทม.เป็นที่ตั้งของโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง

เปรียบเทียบหน่วยบริการภาครัฐในเขตภูมิภาค กับกรุงเทพมหานคร

หน่วยบริการในเขตภูมิภาค		หน่วยบริการในเขต กทม.	
หน่วยงาน	สังกัด	หน่วยงาน	สังกัด
สสจ.	- ผู้ว่าราชการจังหวัด (สายบังคับบัญชา) - กระทรวงสาธารณสุข (สายการนิเทศ/ประสานงาน)	-	-
สสอ.	นายอำเภอ / สสจ.	-	-
รพศ. / รพท. /รพช.	สสจ.	รพศ.	-รัฐ (สังกัด กสธ.) -รัฐ (นอกสังกัด กสธ.) -รัฐ (กทม.) - สำนักการแพทย์ กทม.
รพ.สต.	สสอ.	ศูนย์บริการสาธารณสุข/ คลินิกอบอุ่น	
อบต./เทศบาล	กระทรวงมหาดไทย		กทม.

- โรงพยาบาลรัฐใน กทม.รับผู้ป่วยส่งต่อจากทั่วประเทศ
- PCU ทุกแห่งใน กทม. มีแพทย์ มีเภสัชกร แต่ในต่างจังหวัดส่วนใหญ่เป็นพยาบาล
- ความซับซ้อนของพื้นที่ชุมชนเมือง
- มีการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) โดยศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กทม. ซึ่งทำหน้าที่คล้าย อสม. ใน รพ.สต.

กทม. มีโรงพยาบาลเอกชนมาก มีโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย และมีโรงพยาบาลส่วนราชการอื่นๆ อีกด้วย โดยมีโรงพยาบาลที่เทียบเท่ากับ รพศ.เพียง ๒๑ แห่ง (มีจำนวนเตียง ๑๖,๑๗๖ เตียง) ต่อประชากร ๖ ล้านคน เทียบเป็นอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ๑ : ๓๗๑ คน/เตียง ในขณะที่ในต่างจังหวัดมี รพศ./รพท.และรพช. จำนวน ๙๔๘ แห่ง (จำนวนเตียง ๙๕,๗๙๓ เตียง) ต่อประชากร ๕๗ ล้านคน เทียบเป็นอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ๑ : ๕๙๕ คน/เตียง (ที่มาของข้อมูล: ข้อมูลสถิติสาธารณสุข เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข และจาก สปสช.เขต ๑๓ กทม.) สำหรับหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญากับ สปสช.ทั้งประเทศที่เป็นส่วนราชการมีจำนวน ๙๔๗ แห่ง เอกชนจำนวน ๒๑๑ แห่ง (กทม.มีคู่สัญญาเอกชนจำนวน ๓๔ แห่ง) โดยผู้ประสานงานโรงพยาบาลทุกประเภทของเขต กทม.คือ สปสช.เขต กทม. จะเห็นว่า โรงพยาบาลของ กทม. มีการแบ่งส่วนการให้บริการตามพื้นที่อยู่บ้าง แต่ รพศ.ของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขต กทม. ถ้าใช้ต้นแบบของต่างจังหวัดจะต้องดูแลทั้งประชาชนในพื้นที่ ประชาชนในจังหวัด และประชาชน ทั่วประเทศด้วย ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลราชวิถี ทำให้บทบาทของโรงพยาบาลน่าสับสนมาก และผู้ป่วยในเขต กทม.ล้นจนกระทั่งคนกรุงเทพเองต้องไปใช้บริการนอกสิทธิ UC เช่นไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน คลินิกนอกเวลาในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล

ในส่วนงานให้บริการปฐมภูมินั้น ในเขต กทม.ทั้งโรงพยาบาลเอกชน และ กทม.แทบไม่ทำงานส่งเสริมป้องกันแต่เอาเงินรายหัวไป สำหรับในเรื่อง CUP (ใกล้บ้านใกล้ใจ) เป็นแนวคิดที่ดี แต่ยังต้องปรับปรุงการปฏิบัติ บางแห่งเสมือนเป็นการเอาเปรียบ สปสช. เช่น มีแต่สถานที่ไม่มีผู้ป่วย บางโรงพยาบาลที่มีศักยภาพกลับไม่ทำ ควรมีการ

ทบทวนกับโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ผลดีดังประสงค์

การปรับปรุงบริการใน กทม.นั้นต้องการวิธีคิดที่แตกต่างจากต่างจังหวัด เพราะลักษณะของประชากรและโครงสร้างการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน และลักษณะงานของประชากร โดยเฉพาะงานส่งเสริมป้องกันควรปรับจากที่ทำในปัจจุบัน เช่น อาจจะต้องพิจารณาแยก ผ่านบริษัทประกันสุขภาพสู่พนักงานในบริษัทขนาดใหญ่ที่ทำประกันไว้ เอาฝ่ายนายจ้างมาเป็นภาคี ซึ่งจะช่วยขยายผลได้รวดเร็ว เพราะชุมชนคนเมืองส่วนสำคัญ คือ ชุมชนคนในสำนักงาน ร่วมมือกับสำนักงานประกันสังคมสำหรับกลุ่มประกันสังคม ร่วมมือกับส่วนราชการเพื่อเข้าถึงกลุ่มข้าราชการ แม้ว่าสองกลุ่มนี้จะได้สิทธิรักษาพยาบาลต่างหาก

งานรักษาพยาบาลและติดตามผู้ป่วย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกิจกรรมกลุ่ม คงต้องมุ่งจัดการในโรงพยาบาลและขยายไปร่วมกับกลุ่ม/องค์กรต่างๆ ที่มีสำนักงานเป็นจุดรวมสมาชิกเช่นเดียวกับงานส่งเสริม ซึ่งอาจรวมถึงสถานประกอบการขนาดใหญ่ อาคารสำนักงานขนาดใหญ่ ตลอดจนคอนโดมิเนียมและหมู่บ้านจัดสรร โดยถือหลักว่างานส่งเสริมป้องกันติดตามดูแล ไม่แบ่งแยกสิทธิและในแต่ละชุมชนแต่ละครอบครัวมีผู้ใช้สิทธิต่างๆ คละกันอยู่

งานคลังข้อมูลเพื่อการกำกับติดตามระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับลูกข่าย มีความจำเป็นมากในกทม. เพราะที่นี่มีทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชน และหากทำระบบข้อมูลได้ดีและครอบคลุมทั่วถึงยังมีประโยชน์ในการส่งต่อ

ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ และทำให้การส่งกลับของโรงพยาบาลตติยภูมิหลายประเภทมาสู่หน่วยบริการเดิมง่ายขึ้น โดยผู้ป่วยมั่นใจคุณภาพการรักษาพยาบาล และแพทย์มั่นใจว่ายังควบคุมการรักษาได้อีกด้วย งานนี้อาจจะเป็นก้าวสำคัญสู่งานข้อมูลรวมทั้งประเทศ งานคุมคุณภาพการรักษาพยาบาล การแบ่งงานแพทย์เฉพาะทางเพื่อทำงานตติยภูมิออกจากงานระดับอื่นได้ดีขึ้น และทำให้ประชาชนทุกระดับรายได้ เข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างแท้จริง แทนที่จะเป็นว่าคนกรุงเทพจำนวนหนึ่งที่พอมีรายได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ใน กทม.ก็จริง แต่ต้องจ่ายเงินเองเพราะเข้าไม่ถึงบริการ UC ของ สปสช.

ในที่สุด กทม.คงต้องให้ความสำคัญกับงานประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสารมวลชน ด้วยเหตุผลหลายประการ คือ

- คน กทม.เป็นชุมชนซ้อนทับหลายประเภท เช่น ชุมชนที่ทำงาน ที่อาศัยสังคม การสื่อสารที่ทั่วถึง คือ สื่อสารผ่านสื่อสาธารณะ
- งานประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ เช่น ทีวี มีค่าใช้จ่ายสูง แต่ กทม.มีศักยภาพจะ ทำงานนี้ได้ ด้วยงบประมาณที่ได้รับจากงบส่งเสริมป้องกันที่ไม่ได้แยกราย อบต. ทำให้มีเงินเป็นกอบเป็นกำ ทำโครงการใหญ่ได้ และยังเป็นเมืองหลวง มีนักวิชาการ บุคลากรมืออาชีพที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการผลิต ตั้งแต่เนื้อหาวิชาการ วิธีการนำเสนอ การถ่ายทำ แม้กระทั่งการหา Sponsor มาสนับสนุนรายการ
- ด้วยความที่ประชาชนใน กทม.ประมาณ ๖ ล้านคน หรือ ๙.๕% ของประเทศ (ประชากรทั้งประเทศ ๖๓ ล้านคน) และมาจากทั่วทุกภาคของประเทศ โรคใดที่จังหวัดต่างๆ เป็น กทม.ก็มักจะติดอันดับด้วยเสมอ กระทั่งภาวะขาดไอโอดีนที่เป็นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กทม.ก็ติดอันดับ ๒ ดังนั้นสื่อสาธารณะของ กทม.ย่อมครอบคลุมทุกโรคและมีประโยชน์ไม่แต่คนใน กทม.เท่านั้น ยังเป็นประโยชน์ต่อคนทั้งประเทศด้วยเพราะสื่อไม่จำกัดพื้นที่และผู้ชม ประกอบกับคนทำงานที่มาจากต่างจังหวัด ยังมีครอบครัวอยู่ในต่างจังหวัด การรับรู้จะทั่วถึงกันทั้งครอบครัวอีกด้วย

สำหรับงานประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสาธารณะทำนองนี้ หาก กทม.ไม่ทำเองก็เป็นไปได้ที่ สปสช.จะทำเอง แม้แนวทางอาจจะแตกต่างกันบ้าง เพราะฝ่าย กทม.ทำในฐานะผู้ให้บริการที่ดูแลประชาชน ส่วน สปสช.อยู่ในฐานะผู้จ่ายเงินสนับสนุนงานบริการ แต่ไม่ว่าจะทำโดยหน่วยงานใด หรือร่วมมือกันทำ งานสื่อสาธารณะที่มุ่งตรงถึงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู ย่อมมีประโยชน์อย่างแน่นอน

รายชื่อวิทยากร

วิทยากร

๑.	นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒.	นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๓.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
๔.	นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๕.	นพ.สุรพจน์ สุวรรณพานิช	สมาคมโรงพยาบาลเอกชน
๖.	รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๗.	นายอาวุธ วรรณวงศ์	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ
๘.	นางรสนา โตสิตระกูล	สมาชิกวุฒิสภา
๙.	นางสุวรรณี คำมั่น	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
๑๐.	รศ.ดร.สกนธ์ วรัญญูวัฒนา	คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๑๑.	นางสาวสารี อ๋องสมหวัง	มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค
๑๒.	ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
๑๓.	นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๑๔.	รศ.นพ.สมเดช พินิจสุนทร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๑๕.	รศ.ดร.ชะอรสิน สุขศรีวงศ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๖.	นพ.บัญชา ค้าของ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๗.	นพ.ประดิษฐ์ วินิจจะกูล	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๑๘.	นพ.โสภณ เอี่ยมสิริถาวร	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๑๙.	ภญ.ศรีนวล กรกชกร	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้ร่วมประชุม

๑.	นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา	สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๒.	นพ.ทรงยศ ชัยชนะ	สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๓.	นพ.สุเทพ วัชรปิยานันทน์	สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๔.	นพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย	สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๕.	นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข	สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๖.	นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย	สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๗.	นพ.โสภณ เมฆธน	สำนักผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
๘.	นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
๙.	ดร.เอื้องฟ้า สิงห์ทิพย์พันธุ์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๐.	นางอาภรณ์ วิเชียร	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๑.	นายบรรเจิด ทิงเหม	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๒.	นพ.มานิต ธีระตันติกานนท์	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๑๓.	นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๑๔.	พญ.วรยา เหลืองอ่อน	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๑๕.	นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๑๖.	ดร.อริยะ บุญงามชัยรัตน์	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๑๗.	นายคาวุฒิ ฝ่าสันตียะ	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๑๘.	พญ.ประนอม คำเที่ยง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
๑๙.	นพ.ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
๒๐.	นพ.วันชัย สัตยาวุฒิพงศ์	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
๒๑.	นพ.ปภัสสร เจียมบุญศรี	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
๒๒.	นางวงเดือน จินดาวัฒนะ	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
๒๓.	นพ.บุญชัย นวมงคลวัฒนา	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

๒๔. นางสาวทิพยวรรณ ปริญญาศิริ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
๒๕. นายอมรพันธ์ ลูกอินทร์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
๒๖. นายวินิต อัศวกิจวิรี	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
๒๗. นางสาวภัทราภรณ์ วัฒนโพธิธร	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
๒๘. นายสมชาย ปรีชาทวีกิจ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
๒๙. นางกิตติยา คัมภีร์	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ
๓๐. นางสาวจรรยา อักกะรังสี	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ
๓๑. นางมนัสสิรี เจียมวิจิตร	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ
๓๒. ทพญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๓๓. นางลาวัณย์ ขาเลขะสิงห์	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๓๔. นายสุเทพ เพชรมาก	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๓๕. นางพิณณุ แสงประเสริฐ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๓๖. นส.ธรีพร ตติยบุญสูง	สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข
๓๗. นพ.ถวัลย์ พบลาภ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
๓๘. นพ.บัวเรศ ศรีประทักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
๓๙. นพ.ภาสกร ไชยเศรษฐ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
๔๐. นางกฤษณา ศรีวิบูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๔๑. นส.สุนีญ์ ใบชา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๔๒. นายสุพจน์ แก้วจรัสฉายแสง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๔๓. นายวินัย มหมนต์เจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
๔๔. ภญ.วนิชา ใจสำราญ	องค์การเภสัชกรรม
๔๕. รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	สภาการพยาบาล
๔๖. ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
๔๗. นางปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา	เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์
๔๘. ศ.นพ.ไพจิตร ปวะบุตร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

๔๙. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
๕๐. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๕๑. ภญ.ศิตาพร ยังคง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๕๒. นพ.ดร.ภูษิต ประคองสาย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๕๓. นายบรรจง อาภาอดุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๕๔. นพ.กฤช ลี่ทองอิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๕๕. นพ.ชาตรี เจริญชีวะกุล	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
๕๖. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
๕๗. นพ.เทียม อังสาชน	สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ
๕๘. นางสาวพรทิพย์ วิริยานนท์	สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ
๕๙. นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ์	สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ
๖๐. ภญ.พรพิศ ศิลขวุทธ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๖๑. ผศ.ดร.จรวยพร ศรีศศลักษณ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๖๒. นางสุภาวดี นุชรินทร์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๖๓. นางณีนาถ สมหวัง	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๖๔. นางธนภร ชัยจิตร	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๖๕. นางสาวโสภิชา เล้าเกต	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๖๖. นายธีรธัช กันตามระ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๖๗. นางวันเพ็ญ ทินนา	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๖๘. นางสาวอารีรัตน์ ตั้งเลิศไพบูลย์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๖๙. นางสาวศิริพร พรศิริธิเวช	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๗๐. นางสาวรัตนศิริ ศิระพาณิชย์กุล	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๗๑. นายเรืองฤทธิ์ คงเมือง	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๗๒. นายชัยวัฒน์ พรมรัตน์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

จังหวะก้าวต่อไป

แนวทางปฏิบัติการเพื่อหาความชัดเจนในประเด็นที่ยังค้าง และเพื่อนำประเด็นที่ตกผลึกเห็นร่วมกันนำไปสู่การปฏิบัติ อาจเริ่มต้นจาก

๑. เร่งระดมความคิดและศึกษาหาความชัดเจนเกี่ยวกับโครงสร้างคณะกรรมการระดับชาติ ระดับเขต และระดับจังหวัด โดยเฉพาะคำถามที่ว่าจะเป็นลักษณะบูรณาการทุกระบบเข้าด้วยกันหรือแยกตามระบบ รวมรายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ โครงสร้าง ฯลฯ

๒. จากการทำงานครั้งนี้ ซึ่งเริ่มจากการจัดให้มีการนำเสนอมุมมองจากฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข และมุมของนักวิชาการจากภายนอก ในระยะต่อไปแทนที่จะแยกกันพัฒนาข้อเสนอ ควรนำประเด็นของแต่ละระบบมาเป็นตัวตั้ง แล้วดึงเอานักวิชาการภายนอกกระทรวง ผู้บริหาร/นักวิชาการของกรมและกระทรวงฯ มาทำงานร่วมกัน เพื่อจะนำไปสู่ข้อเสนอที่เรียกว่ามีความสอดคล้องกันและกันมากขึ้น รับฟังซึ่งกันและกันมากขึ้น

๓. ควรต้องเริ่มคิดเตรียมการ เช่น ในเรื่องของกำลังคนที่จะทำงานในบทบาทและโครงสร้างใหม่ที่พึงประสงค์

๔. ควรสนับสนุนให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมรูปแบบบริหารในระดับพื้นที่เพื่อใช้เป็นองค์ความรู้และประสบการณ์จริงจากพื้นที่ ที่จะมาช่วยการตอบคำถามของระดับส่วนกลางต่อไป

โดยรวมบรรยากาศการแลกเปลี่ยนและการแสดงความคิดเห็นในการประชุมครั้งนี้ ค่อนข้างเป็นไปได้ด้วยดี ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ที่อยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข พยายามเข้าใจข้อจำกัดและแนวคิดของกันและกัน และพยายามเสนอทางออกที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดในการปรับบทบาทในแต่ละด้าน ซึ่งมีความหวังได้ว่าการปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในครั้งนี้ จะเป็นบทบาทที่เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปในศตวรรษที่ ๒๑ นี้

...ปฏิรูปสู่สิ่งที่ดีกว่า เพื่อเราทุกคน...

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ชั้น ๔ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข ๖
ถ.ติวานนท์ ๑๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๒๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๒๐๑

www.hsri.or.th

ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้ และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส. และเครือข่ายได้ที่
คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย http://kb.hsri.or.th