บทที่ 6

กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย 4.0 และนโยบายสาธารณะทุกภาคส่วน (Health in All)

6.1 การปฏิรูประบบสาธารณสุขภายใต้รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

บทนำ

สังคมมนุษย์พัฒนาอย่างก้าวกระโดดครั้งใหญ่เมื่อมนุษย์ประดิษฐ์ภาษาเป็นเครื่องมือสื่อสาร ทำให้มนุษย์สามารถสื่อสารกันเชิงนามธรรมซึ่งไปพ้นขีดจำกัดของรูปธรรม สามารถถ่ายทอดจินตนาการซึ่งอยู่เหนือความจริงที่ดำรงอยู่ต่อหน้า มนุษย์ใช้ภาษาในการถ่ายทอดความรู้จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งจึงสามารถสั่งสมและยกระดับความรู้ไม่สิ้นสุด เช่นเดียวกับสรรพสิ่งต่างๆ ที่ไม่ได้ดำรงอยู่อย่างตายตัว ภาษาก็เป็นสิ่งที่ดิ้นได้ ความหมายของคำหนึ่งๆ จึงอาจต่างกันในสถานที่หรือกาลเวลาต่างกัน

คำว่า “ระบบสุขภาพ” มีความหมายเดียวกันกับคำว่า “ระบบสาธารณสุข” นั่นคือ ระบบอันเป็นไปเพื่อบรรลุสุขภาพดีของสังคมโดยเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ อย่างเป็นพลวัตร (dynamic) ขอบเขตของระบบสุขภาพครอบคลุมทุกภาคส่วนของสังคมซึ่งอาจแยกเป็นสองระบบย่อยได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ และระบบย่อยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพผ่านเหตุปัจจัยทางสุขภาพ (social determinants of health) เช่น ระบบการศึกษา ระบบคมนาคม ระบบความมั่นคง ระบบการเกษตร เป็นต้น

การปฏิรูปในบทความนี้ใช้ในความหมายว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างมหภาคอย่างก้าวกระโดด นั่นคือ เป็นการเปลี่ยนแปลงอันจะส่งผลยาวไกลและกว้างขวางต่อรากฐานความคิด ทิศทาง สาระหลัก และขั้นตอนการพัฒนาสังคม

20 ปีที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพไทยเกิดการปฏิรูปโครงสร้างว่าด้วยการจัดการการเงินการคลังส่งผลให้เกิดการปรับตัวครั้งใหญ่ขององค์ประกอบอื่นในระบบนี้ เช่น[(1)] (ก) การแยกบทบาทการจัดการการเงินการคลังสำหรับให้บริการสุขภาพออกมาจากเดิมเป็นของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอีกสองบทบาทคือ เป็นเจ้าของสถานพยาบาลและเป็นผู้กำหนดนโยบาย (ข) การเติมเต็มหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทยอีกร้อยละเจ็ดสิบที่แต่เดิมไม่มีหลักประกันสุขภาพจึงเสี่ยงต่อการล้มละลายทางเศรษฐกิจเพราะค่ารักษาพยาบาล และมีอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ (ค) การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามีความหมายมากขึ้นกว่าในอดีต เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ไม่มีระบบอะไรที่สมบูรณ์แบบ การปฏิรูปที่กล่าวมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงอื่นของสังคมตามมาด้วยความท้าทายต่อวิวัฒนาการของระบบสุขภาพในระยะต่อไป เช่น การขยายตัวของโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุจราจร และโรคอุบัติใหม่ เสถียรภาพทางการเงินการคลังเนื่องจากการขยายตัวของรายจ่ายสุขภาพซึ่งไม่มีประเทศใดในโลกหลีกเลี่ยงได้ ทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ (โดยเฉพาะบุคลากร) ขยายตัวไม่ทันตามการขยายตัวของปริมาณการใช้บริการ ความขัดแย้งทางความคิดระหว่างกองทุนสุขภาพภาครัฐกับสถานพยาบาลโดยเฉพาะในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 เป็นความพยายามหนึ่งในทางนิติบัญญัติเพื่อตอบสนองต่อความท้าทายเหล่านั้นโดยในหมวด 16 ระบุถึงการปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ช) (4) ให้มีการปรับระบบหลักประกันสุขภาพ และ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ นอกจากนี้มาตราอื่นของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ก็อาจนำมาตีความให้ตอบสนองต่อความท้าทายดังกล่าวได้ เช่น มาตรา 55 รัฐต้องดาเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการ สาธารณสุขอย่างประสิทธิภาพและทั่วถึง มาตรา 58 ในการดาเนินงานใดที่อาจส่งผลกระทบต่อ สิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตประชาชน มาตรา 71 รัฐพึงส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ

ในทางปฏิบัติ การปฏิรูประบบสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 จะเป็นอย่างไรขึ้นกับการตีความของผู้เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คปสธ.) สภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) สาธารณชน นักวิชาการ องค์กรไม่แสวงกำไร เป็นต้น เพราะความจริงอันยากจะปฏิเสธคือในระบบสุขภาพอันซับซ้อน (complex system) ไม่มีสถาบันหรือองค์กรหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งเดียวที่สามารถชี้ขาดว่าการปฏิรูปฯ จะคลี่คลายไปในลักษณะใด ดังนั้นบทความนี้จึงพยายามที่จะวิเคราะห์ความต้องการการปฏิรูประบบสุขภาพและนำเสนอแนวทางที่พึ่งจะเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการการปฏิรูปด้วยการชี้ประเด็นหรือตั้งคำถามเป็นสำคัญ โดยไม่พยายามที่จะพรรณนาให้ครบถ้วนว่าอะไรเกิดขึ้นนับแต่รัฐธรรมนูญ 2560 เพราะผู้สนใจสามารถหาอ่านได้จากแหล่งอื่น ขณะเดียวกันบทความนี้ก็จะไม่ทำนายว่าอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต

ทำไมต้องปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพเคยเกิดขึ้นมาแล้วในอดีตหลายครั้ง เพื่อตอบสนองความท้าทายในแต่ละยุคสมัยที่แปรเปลี่ยนไป การสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอและสถานีอนามัยครบทุกตำบลในช่วงหกสิบถึงแปดสิบปีที่แล้วเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐานในการจัดบริการสุขภาพ กำเนิดของอาสาสมัครสาธารณสุขเมื่อสี่สิบปีที่แล้วก็เป็นการตอบสนองต่อความขาดแคลนกำลังคนภายหลังการขยายโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็นพื้นฐานได้มากขึ้นในยุคที่ประเทศไทยยังเป็นประเทศรายได้ต่ำ (low income country) การปฏิรูประบบสุขภาพจึงเป็นเส้นทางที่ไม่มีวันสิ้นสุด

ยี่สิบถึงสามสิบปีมานี้ การระบาดของโรคเรื้อรัง กำเนิดของโรคอุบัติใหม่ ภาวะโลกร้อน สังคมสูงอายุเป็นความท้าทายต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน ความท้าทายเหล่านี้มาพร้อมกับ

ก) เสียงเรียกร้องให้มีการบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่างๆ ด้วยความตระหนักว่าไม่มีภาคส่วนใดสามารถรับมือกับความท้าทายเหล่านี้ได้โดยลำพังไม่ว่าจะมองในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคหรือการสร้างเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับภายในสาขาสุขภาพ (health sector) ก็ไม่มีสถาบันหรือสาขาวิชาชีพใดทำเช่นนั้นได้

ข) รายจ่ายสุขภาพขยายตัวอย่างต่อเนื่องเพราะการพัฒนาและเผยแพร่เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ เพื่อตอบสนองต่อความซับซ้อนของโรคเรื้อรังและความคาดหวังต่อบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ของสังคมตลอดจนเป็นผลจากกลไกตลาดเพื่อแสวงกำไรอย่างไร้ขีดจำกัดโดยอาศัยเทคโนโลยีการแพทย์สนองความคาดหวังนั้น

---

[1] Complex system คือ ระบบอันประกอบด้วยส่วนย่อยที่มีปฏิสัมพันธ์หลากหลายรูปแบบ นำไปสู่ภาวะอุบัติใหม่ (emerging property) ที่ยากแก่การทำนายแต่มีแบบแผนที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละระบบ ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมของตลาดหุ้น พฤติกรรมของเด็ก

[2] เช่น แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขของ คปสธ.

ค) ระบบบริการสุขภาพปรับตัวไม่ทันกับความท้าทายเหล่านั้น โรงพยาบาลถูกคาดหวังให้เป็นทุกคำตอบของการตอบสนองต่อความท้าทาย ทั้งๆ ที่โรงพยาบาลมีไว้เพื่อการดูแลภาวะเฉียบพลันซับซ้อน (สอดคล้องกับบุคลากรเฉพาะโรค) ดังนั้นการถมทรัพยากร (คน เงิน ของ) ไปที่โรงพยาบาลจึงตามมาด้วยปริมาณการใช้บริการที่พรั่งพรูไม่รู้จบ กระทบต่อคุณภาพบริการนำไปสู่ความผิดหวังสะสมมากขึ้น

ง) ความล้าสมัยของระบบสนับสนุนบริการสุขภาพอันได้แก่

a. ระบบสารสนเทศล้าสมัย ไม่ตอบสนองต่อความต้องการเรียนรู้และปรับตัว ณ จุดให้บริการ (หน้างาน) ทุกๆ วันแพทย์พยาบาลพบคนไข้แต่ละรายที่อาจมีภูมิหลังพื้นเพแตกต่างกันจำเป็นต้องปรับแต่งวิธีดูแลให้สอดคล้อง เช่น คนไข้ไตวาย บางคนลดเกลือในอาหารได้ง่ายเพราะมีอาหารให้เลือกกินหลายอย่าง แต่บางรายมีแต่ปลาร้ากินเป็นกับข้าว ต้องการคำแนะนำช่วยเหลือต่างกัน ถ้าแพทย์พยาบาลสามารถสะสม วิเคราะห์และถ่ายทอดบทเรียนระหว่างกันได้สะดวกรวดเร็วแม่นยำก็จะยกระดับคุณภาพบริการได้ง่าย ในความเป็นจริงระบบสารสนเทศปัจจุบันไม่ได้รองรับการพัฒนาความสามารถเช่นนี้ ทำนองเดียวกัน การดูแลคนไข้อาจจำเป็นต้องอาศัยสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถแตกต่างกันจำเป็นต้องแบ่งปันข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น ข้อมูลผลการตรวจเลือด เอกซ์เรย์ แต่ระบบปัจจุบันไม่เอื้ออำนวย จึงการเกิดการตรวจซ้ำซ้อนหรือการตัดสินใจล่าช้าเพราะไม่สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้ทันการณ์ ตรงกันข้ามระบบสารสนเทศปัจจุบันเป็นระบบกดดันให้รายงานตัวชี้วัดที่ไม่เกิดประโยชน์แก่การพัฒนาคุณภาพบริการและยังบั่นทอนเวลาในการดูแลคนไข้ ข้อมูลในระบบรายงานเป็นขยะข้อมูลที่สิ้นเปลืองเวลาและทรัพยากรจัดเก็บแต่ใช้ประโยชน์ใดๆ ไม่ได้

b. การเงินการคลังภาครัฐในปัจจุบันมุ่งเน้นการควบคุมค่าใช้จ่ายมากกว่าการพัฒนาคุณภาพบริการ เช่นเดียวกันในภาคเอกชนก็มุ่งเน้นการแสวงกำไรมากกว่าการพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนั้นแม้เม็ดเงินเพิ่มขึ้นคุณภาพบริการก็ไม่ได้เพิ่มอย่างได้สัดส่วนกัน ระบบสารสนเทศและวิธีให้บริการก็ไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ของบุคลากรระหว่างภาครัฐและเอกชน ระหว่างสาขาวิชาชีพมีแต่เพิ่มขึ้น เกิดภาวะไม่สมดุลของการกระจายกำลังคน

c. การอภิบาลระบบ มีข้อจำกัดในภาวการณ์นำทำให้ทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพไร้เอกภาพ องค์ประกอบต่างๆ ไม่ถูกจัดวางร้อยเรียงให้เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ทรัพยากรกระจุกมากกว่ากระจายอย่างเหมาะสม การวิ่งรณรงค์ของนายอาทิวราห์ คงมาลัย (ตูน บอดี้สแลม) เพื่อหาเงินสนับสนุนโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวอย่างให้ข้อคิดว่า แม้เม็ดเงินในระบบบริการสุขภาพของทั้งประเทศเพิ่มขึ้นหลังวิกฤตต้มยำกุ้ง แต่การกระจายและการจัดสรรด้อยเอกภาพจนเกิดภาวะขาดแคลนในบางที่ ล้นเหลือในบางที่ สังเกตได้จากการเพิ่มจำนวนอาคารใหม่ๆ ในที่ตั้งและรอบที่ตั้งกระทรวงสาธารณสุขที่จังหวัดนนทบุรี การสร้างโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ซ้ำซ้อนกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขในภูมิภาค การสร้างตึกใหม่ๆ ในโรงเรียนแพทย์ส่วนกลาง หรือการสร้างโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นเรื่อยไปในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ทำนองเดียวกัน แพทย์เฉพาะทางก็กระจุกตัวในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่แม้การผลิตแพทย์เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวอีกนัยหนึ่ง อาการของระบบเหล่านั้นสะท้อนความไร้เอกภาพทางนโยบายแห่งรัฐ ต้นเหตุของอาการนี้คือ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีความชอบธรรมในการกำหนดนโยบายไม่อยู่ในฐานะที่จะสร้างความ

เป็นเอกภาพ เนื่องจากบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขขัดแย้งกันเอง ระหว่างบทบาทผู้กำหนดและกำกับนโยบาย บทบาทเจ้าของสถานพยาบาล และบทบาทผู้ให้บริการ

จ) ความล้าสมัยในการปรับตัวของระบบนอกสาขาสุขภาพ (non health sector) ในการจัดการกับเหตุปัจจัยทางสุขภาพ (social determinants of health) อันส่งผลต่อครัวเรือนและปัจเจกในด้านพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมทางการเมืองเศรษฐกิจสังคม ในโลกทุนนิยมเสรี กลไกตลาดส่งเสริมการบริโภคสุรา-ยาสูบ และการบริโภคอาหารแคลอรี่สูงเส้นใยต่ำอย่างแพร่หลายส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังระบาดไปทั่ว[2,3] การใช้รถใช้ถนนอย่างสุ่มเสี่ยงและกายภาพของถนนไม่ปลอดภัยนำไปสู่อุบัติเหตุจราจรที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่องจนประเทศไทยติดอันดับต้นของประเทศที่มีการสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร[4] ผังเมืองและระบบขนส่งมวลชนอันล้าสมัยส่งเสริมให้การใช้รถยนต์ส่วนบุคคลขยายตัวจนจราจรคับคั่งบั่นทอนการออกกำลังกายและสะสมมลพิษทางอากาศ[4] การควบคุมกลไกตลาด การกำหนดผังเมือง การลงทุนระบบขนส่งมวลชนและการควบคุมการคมนาคมล้วนเป็นบทบาทของหน่วยงานรัฐนอกสาขาสุขภาพ เช่นเดียวกับเศรษฐกิจครัวเรือนและปัจเจกก็เป็นปฏิรูประบบสุขภาพตามผลแห่งการกำหนดและดำเนินนโยบายรัฐนอกสาขาสุขภาพ ซึ่งหลายสิบปีที่ผ่านมาช่องว่างรายได้ของครัวเรือนถ่างขยายอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การเมืองแยกขั้วอย่างรุนแรง และบั่นทอนโอกาสในการปรับตัวของครัวเรือนและปัจเจกในหลายด้าน[5] ดังจะเห็นได้จากแนวโน้มการบริโภคยาสูบ แนวโน้มการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร และแนวโน้มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างเรื่อยมาระหว่างเมืองกับชนบท

แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบเนื้อหาของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ในส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ กับความต้องการการปฏิรูประบบสุขภาพในหัวข้อที่แล้ว อาจตีความได้ว่า รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 กำหนดขอบเขตการปฏิรูประบบสุขภาพไว้กว้างขวางสอดคล้องกับขอบเขตความต้องการปฏิรูประบบสุขภาพระบบสุขภาพที่กล่าวไว้ในหัวข้อที่แล้ว ไม่ได้จำกัดเฉพาะการปฏิรูประบบสุขภาพระบบหลักประกันสุขภาพ และระบบการแพทย์ปฐมภูมิ กล่าวคือในหมวด 16 (การปฏิรูประบบสุขภาพประเทศ) มาตรา 258 ครอบคลุมการปฏิรูประบบสุขภาพด้านการเมือง การบริหารราชการแผ่นดิน กฎหมาย กระบวนการยุติธรรม การศึกษา เศรษฐกิจและอื่นๆ

นอกจากการกำหนดขอบเขตการปฏิรูประบบสุขภาพ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ยังกำหนดแนวทางโดยอาศัย กฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศซึ่งอย่างน้อยต้องมีวิธีการ จัดทำแผน การมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไว้ชัดเจน

ในทางปฏิบัติ การกำหนดรายละเอียดของเนื้อหาในแผนการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นกับองค์ประกอบและปฏิสัมพันธ์ของคณะกรรมการการปฏิรูประบบสุขภาพแต่ละด้านตลอดจนการปฏิสัมพันธ์กับกลไกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รัฐบาล คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และกลไกต่างๆ ในสังคมไทย เช่นเดียวกัน การแปลงเนื้อหาแผนการปฏิรูประบบสุขภาพสู่การปฏิบัติก็ขึ้นกับเงื่อนไขทั้งหมดที่กล่าวมา จะเห็นว่าขอบเขตของเนื้อหาและการแปลงสู่การปฏิบัติกว้างขวางและซับซ้อนมาก ดังนั้นบทความนี้จึงจำกัดการพิจารณาในขอบเขตของระบบบริการสุขภาพ และพยายามชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศในส่วนนอกสาขาสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการลดช่องว่างรายได้ซึ่งเชื่อมโยงแนบแน่นกับการเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจสังคมการเมืองอย่างทัดเทียมกันระหว่างกลุ่มชน ซึ่งจะเป็นไปได้ก็โดยการกระจายอำนาจไปสู่ชุมชนท้องถิ่น และภูมิภาคให้มากกว่าที่ผ่านมา

แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

โดยอำนาจกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพด้านสาธารณสุข (คปสธ.) ทำหน้าที่ยกร่างแผนปฏิรูประบบสุขภาพประเทศด้านสาธารณสุขสืบต่อจากแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขซึ่งสภาปฏิรูปแห่งชาติและสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศเสนอไว้ในยุครัฐบาลคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.)

ในทางปฏิบัติ คปสธ. ยกร่างแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขโดยการหารือกับตัวแทนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก แล้วจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นภาคส่วนต่างๆ ก่อนสรุปเป็นร่างสุดท้ายเพื่อนำเสนอให้กลไกกลั่นกรอง 3 ชั้นตามลำดับ ได้แก่ ที่ประชุมประธานร่วม 13 คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และคณะรัฐมนตรี ทั้งนี้ ไม่มีการสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่มีบันทึกใดๆ ที่สะท้อนให้เห็นชัดเจนว่า คปสธ. ได้พิจารณาข้อคิดเห็นอย่างไรในขั้นตอนยกร่างสุดท้ายก่อนเสนอกลไกกลั่นกรอง 3 ชั้นดังกล่าว

ตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี[6] แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่ผ่านการกลั่นกรองแล้วได้กำหนดเป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ไว้ว่าระบบสุขภาพไทยมีเอกภาพ มีการบูรณาการงานด้านสุขภาพของทุกหน่วยงาน มีการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการตัดสินใจ เพื่อบริหารระบบสุขภาพ ให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุดและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด จะเห็นได้ว่าเป้าหมายนี้สอดคล้องกับความต้องการปฏิรูประบบสุขภาพดังกล่าวมาแล้ว

เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว เนื้อหาของแผนได้กำหนดประเด็นการปฏิรูประบบสุขภาพไว้ 4 ด้าน[6] ได้แก่

(1) ด้านระบบบริหารจัดการ ให้ความสำคัญกับการมีกลไกในการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติที่มีความเป็นเอกภาพ การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการไปยังเขตสุขภาพ การมีระบบสารสนเทศสุขภาพ และการวางแผนกำลังคนสุขภาพ

(2) ด้านระบบบริการสาธารณสุข มุ่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การแพทย์แผนไทย การแพทย์ฉุกเฉิน และการสร้างเสริมป้องกันและควบคุมโรค

(3) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค

(4) ด้านความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ โดยการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ทุกระบบให้มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม และยั่งยืน

เนื้อหาของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

(1) ด้านระบบบริหารจัดการ

ให้ความสำคัญกับการมีกลไกในการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติที่มีความเป็นเอกภาพ การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการไปยังเขตสุขภาพ การมีระบบสารสนเทศสุขภาพ และการวางแผนกำลังคนสุขภาพ ดูเหมือนหัวใจของการปฏิรูประบบสุขภาพด้านระบบบริหารจัดการคือ

1) การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

2) การกระจายอำนาจโดยการตั้งเขตสุขภาพและคณะกรรมการเขตสุขภาพ

3) การปรับบทบาทและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปีแรกของการดำเนินการ จะมีการจัดตั้งคณะทำงานร่วมเพื่อเสนอรูปแบบ โครงสร้าง องค์ประกอบ ระบบงาน ระบบงบประมาณของกลไกนโยบาย ระดับชาติ และระดับพื้นที่ รวมทั้ง กลไกสนับสนุนติดตามประเมินผล

โปรดสังเกตว่า

ก) คณะทำงานร่วมแต่งตั้งโดย คปสธ. คำถามคือ คปสธ. จะอาศัยหลักเกณฑ์และขั้นตอนอะไรในการสรรหาแต่งตั้งบุคคลในคณะทำงานร่วมจึงจะได้รับการยอมรับจากภาคส่วนต่างๆ

ข) การทบทวนบทบาทโครงสร้างของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขมุ่งหมายเพื่อให้ทำหน้าที่สำนักงานเลขานุการของกลไกระดับชาติ กลไกระดับเขต กลไกสนับสนุนแทนที่จะเน้นการปรับบทบาทที่ขัดแย้งในตัวเองของกระทรวงสาธารณสุข (เป็นเจ้าของสถานพยาบาล เป็นผู้กำหนดและกำกับนโยบาย) และเน้นการเพิ่มอำนาจตัดสินใจอย่างมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ

ค) การทบทวนระบบแผนและงบประมาณของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการบูรณาการจะเป็นไปได้อย่างไรโดยไม่ปรับระบบงบประมาณแบบ functional based ที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นรากเหง้าของความไม่ร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และนำไปสู่การกำหนดตัวชี้วัดที่ไม่เกิดประโยชน์แก่การดูแลผู้ป่วยและชุมชน

นอกจากนี้ การจัดตั้งกองทุนเขตสุขภาพมีเพียงข้อเสนอให้แก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เท่านั้น แต่ไม่พิจารณาระบบงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกองทุนประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการฯ เมื่อเป็นเช่นนี้ ก็อนุมานได้ว่าข้อพิจารณาจัดตั้งกองทุนเขตสุขภาพมุ่งหมายเพียงการดึงเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพไปกองทุนเขตสุขภาพ ข้อพิจารณาเช่นนี้จึงไม่สอดคล้องกับการประเมินสถานการณ์อันเป็นที่มาของร่างแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ดูเหมือนว่าหัวใจสำคัญของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในด้านนี้คือการออกแบบระบบและองค์กรหลักเพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปและการบูรณาการสารสนเทศสุขภาพของชาติเพื่อจัดทำแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประเด็นสำคัญได้แก่

ก) การพัฒนามาตรฐานและจัดการมาตรฐานระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขของประเทศ

ข) การบูรณาการสารสนเทศ สุขภาพระดับประเทศและส่งเสริมการนำไปใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะ

ค) การพัฒนากำลังคนด้านสารสนเทศสุขภาพ

ง) การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับความพยายามในอดีตเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพจะเห็นว่า แผนปฏิรูปฯมองขอบเขตและประเด็นพัฒนาได้ครอบคลุมมากกว่าความพยายามในอดีตที่จำกัดขอบเขตเพียงภายในกระทรวงสาธารณสุข หรือจำกัดประเด็นเฉพาะการจัดตั้ง clearing house เพื่อการเบิกจ่าย

(2) ด้านระบบบริการสาธารณสุข

มุ่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การแพทย์แผนไทย การแพทย์ฉุกเฉิน และการสร้างเสริมป้องกันและควบคุมโรค

เป้าหมายของระบบบริการปฐมภูมิระบุว่า ในภาพรวมของการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ (primary care cluster: PCC) ประกอบด้วย

1) ประชาชน: ประชาชนมีสุขภาพดีแม้อยู่ไกลโรงพยาบาล บนหลักการสร้างนำซ่อม

2) สังคม: ประชาชนกลุ่มต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท รวมถึงประชาชนกลุ่มเปราะบางสามารถเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็นอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

3) ประเทศ: มีระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของ ประชาชนไทย ด้วยการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เป็นธรรมและยั่งยืน

เพื่อบรรลุเป้าหมายภาพรวม ดูเหมือนว่า แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขฝากความหวังไว้กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและกองทุนเฉพาะสำหรับบริการปฐมภูมิ ในเชิงเนื้อหา ความหวังสองประการของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข คล้ายกับความหวังของแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2559-2569[7] ต่างกันเพียงข้อความเกี่ยวกับกลไกการเงิน ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิใช้คำว่า “งบประมาณ” แทนคำว่า “กองทุนเฉพาะ” การบรรจุ “ระบบบริการปฐมภูมิ” ไว้ในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขหลังจากมีแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แสดงว่า 2 ปีหลังประกาศยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าวไม่มีผลการปฏิบัติเกิดขึ้น ทำนองเดียวกับ ก่อนหน้านี้ มีการประกาศ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555–2559 ซึ่งการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นจุดเน้นประการหนึ่ง[8] คำถามคือ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขเป็นความหวังใหม่ต่างจากความพยายามในอดีตจริงหรือ

ภาพตรงกันข้ามกับความพยายามพัฒนา “บริการปฐมภูมิ” ในประเทศไทย ประเทศบราซิลในวันที่ยังเป็นประเทศรายได้ปานกลางเหมือนไทย ได้ออกแบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการรอบด้าน (comprehensive care) ในระดับบุคคลและครอบครัว เชื่อมโยงกับบริการสุขภาพด้านอื่นโดยอาศัยคลินิกชุมชนประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ อย่างละหนึ่งคน พร้อมด้วยผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน 4-6 คน ดูแลประชากร 3,500 คน[9] ห้าปีหลังเริ่มดำเนินการ (ค.ศ. 1994) ปรากฏรายงานวิจัยว่า ระหว่าง 1999-2007 ปริมาณการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรังที่จัดการได้การดูแลแบบคนไข้นอก (ambulatory care-sensitive chronic diseases) ลดลงเกือบสองเท่าทั้งประเทศ โดยพื้นที่ซึ่งมีการดำเนินงานเข้มข้นลดลงมากกว่าพื้นที่ซึ่งมีการดำเนินงานจำกัด ร้อยละ 13 ทั้งนี้รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายในการจัดบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และบริการคนไข้ในโดยประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ จุดให้บริการ ความมุ่งมั่นทางการเงินของรัฐเห็นชัดจากการเพิ่มมูลค่าการลงทุนสำหรับบริการปฐมภูมิจาก 770 ล้าน Real ในปี ค.ศ. 2011/2012 เป็น 4.2 พันล้าน Real ในปี ค.ศ. 2014/2015[10]

ถ้าเงินคือหนึ่งในคำตอบสำหรับพัฒนาบริการปฐมภูมิ ลำพังการเพิ่มจำนวนเงินไม่ใช่คำตอบ แต่ต้องคำนึงถึงการกระจายเงินให้เป็นธรรมและเพียงพอแก่การพัฒนา อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่า แรงจูงใจทางการเงินอย่างเดียวเพียงพอที่จะดึงดูดแพทย์ไว้ในพื้นที่ด้อยโอกาส หรือบริการปฐมภูมิ[11,12] ประสบการณ์ของประเทศไต้หวันชี้แนะว่า จำเป็นต้องใช้มาตรการทางกฎหมายจำกัดการโตอย่างไร้ทิศทางของโรงพยาบาลเอกชนควบคู่กับแรงจูงใจทางการเงินให้เอกชนลงทุนในพื้นที่ด้อยโอกาสใน เช่น รูปโพลีคลินิก[13] โปรดสังเกตว่า รูปแบบโพลีคลินิกนี้ก็คล้ายกับของประเทศบราซิล

ทำนองเดียวกัน คลินิกหมอครอบครัวหรือ primary care cluster (PCC) ก็กำหนดรูปแบบคล้ายกันนี้[14]

แต่ต่างกันที่ผลลัพธ์ที่คาดหวังในการขับเคลื่อน PCC เป็นนามธรรมที่จับต้องยาก กล่าวคือระบุว่า “สิ่งที่คาดหวังจากบริการนี้ คือ เกิดการดูแลที่มีคุณค่า ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ดุจญาติ มิตร เป็นการทำความดีสร้างความผูกพัน ...”[14]

การชี้นำด้วยเป้าหมายนามธรรมเช่นนี้เป็นทำนองเดียวกับความพยายามในอดีตที่ไม่มีพลังดึงดูดความสนใจของภาคี จึงไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ต่างจากการพัฒนาบริการรักษาพยาบาลเฉพาะโรค เช่น stroke fast track, STEMI fast track ในประเทศไทย หรือการปฏิรูปบริการปฐมภูมิของประเทศบราซิลซึ่งสามารถแสดงผลลัพธ์คือ การลดอัตราตาย อัตราพิการ หรือการใช้บริการผู้ป่วยในด้วยภาวะ ACSC ได้ชัดเจน

ประการสุดท้ายเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพตามแนวทางของ คปสธ. โดยผนวกเอาประเด็นการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ฉุกเฉินอาจทำให้การปฏิรูปขาดจุดเด่นหรือโฟกัสนั่นเอง

(3) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ให้ความสำคัญในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค เป้าหมายคือ เกิดแนวทางการบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในประเทศที่เป็นระบบ มีมาตรฐาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง มั่นคง และยั่งยืน มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทุกกลุ่ม รวมถึงกลุ่มผู้เสียเปรียบในสังคม ครั้นพิจารณาสาระสำคัญของแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกลับไม่มีสาระใดๆ เกี่ยวกับการปฏิรูปคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หรือกลไกรัฐที่มีขอบเขตอำนาจหน้าที่ซ้ำซ้อนกับการคุ้มครองผู้บริโภคจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ แม้มีว่าผลการวิจัยภายใต้ความร่วมมือระหว่าง อย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment: HITAP) และ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute: TDRI) ได้ชี้ความเป็นไปได้ว่า

- คนไทยเจ็บป่วยจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและบริโภคอาหารปนเปื้อน และสารเคมีตกค้างในสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง ความผิดปกติปริกำเนิด การติดเชื้อดื้อยา เป็นต้น
- คนไทยมีความเชื่อ เข้าใจผิด หรือใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายรวมทั้งผลิตภัณฑ์ด้อยคุณภาพซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายทั้งของครัวเรือนและระบบสุขภาพของรัฐบาลในที่สุด
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีขีดความสามารถจำกัดในเรื่องการประเมิน ทำให้คนไทยขาดโอกาสในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพใหม่ๆ ที่มีประโยชน์มหาศาล
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาถูกแทรกแซงการทางานจากภาคการเมืองและภาคธุรกิจมากขึ้นและไม่สามารถพัฒนาองค์กรของตนเองได้ทันต่อเหตุการณ์ ทาให้ประชาชนสูญเสียความเชื่อมั่น จนในที่สุดจะสูญเสียอำนาจในการควบคุมหรือกากับผลิตภัณฑ์บางชนิด
- ประเทศไทยได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการสูญเสียตลาดส่งออกของผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ผู้ประกอบการในประเทศสมาชิกอาเซียน จนส่งผลให้ภาคเอกชนของประเทศไทยมีความสามารถในการวิจัย พัฒนาและผลิตลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะทำให้เกิดความไม่มั่นคงของระบบยา

ตรงกันข้ามสาระที่ปรากฏในแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีขอบเขตจำกัดกว่าและซ้ำซ้อนกับประเด็นการปฏิรูปด้านอื่นๆ หรือมุ่งเน้นประเด็นการพัฒนาในระบบปกติ (ตัวอย่างเช่น ผลักดันให้มีกฎหมายมาตรฐาน: ตลาดสด/ร้านอาหาร/แหล่งจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จ หรือมีมาตรการตรวจสอบสินค้าอาหาร ณ ด่านนำเข้าให้มีประสิทธิภาพ) ไม่ใช่ในขอบเขตของการปฏิรูปตามความหมายที่บทความนี้ได้กล่าวไว้แต่ต้น

(4) ด้านความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ โดยการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ทุกระบบให้มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรมและยั่งยืน

ในด้านนี้แผนการปฏิรูปกำหนดเป้าหมายสามระยะได้แก่ ยี่สิบปี ห้าปีและหนึ่งปี ภายใต้หลักการสำคัญคือ ความยั่งยืน ความสามารถของสังคมที่จะรับภาระได้ ความเป็นธรรม และความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร เพื่อให้เป็นไปตามหลักการทั้งสี่ประการนี้ แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกำหนดแนวทางที่สอดคล้องไว้รอบด้าน กล่าวคือแนวทางกำหนดกลไกหลักในการบริหารจัดการ

ทางการคลังสุขภาพระดับชาติ แนวทางเพิ่มแหล่งเงินให้หลากหลายกว่าสามกองทุนสุขภาพภาครัฐ (กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือบัตรทอง กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการข้าราชการฯ) แนวทางกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลัก-รอง แนวทางปฏิรูปการจ่ายเงินแบบเพิ่มความคุ้มค่า (value-based health service payment model) เป็นต้น

สรุป

สังคมไทยกำลังเผชิญกับการระบาดของโรคเรื้อรัง กำเนิดของโรคอุบัติใหม่ ภาวะโลกร้อน สังคมสูงอายุ ท้าทายต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน ทิศทางการปฏิรูปควรเป็นไปเพื่อยกระดับบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ชะลอการขยายตัวของรายจ่ายสุขภาพ ลดการพึ่งพิงโรงพยาบาลโดยเพิ่มทางเลือกใหม่ และยกเครื่องระบบสนับสนุนบริการสุขภาพให้ทันสมัย ได้แก่ ระบบสารสนเทศ ระบบการเงินการคลัง การอภิบาลระบบ

การปฏิรูปภายใต้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปประเทศอีก 12 ด้านโดยจัดตั้ง คปสธ. ดำเนินการสืบเนื่องจากข้อเสนอของสภาปฏิรูปแห่งชาติและสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ความพยายามปฏิรูปทั้งหมดเกิดขึ้นภายใต้ รัฐบาล คสช. ที่มาจากการรัฐประหารปี พ.ศ. 2557 ซึ่งถูกสังคมคาดหวังให้ปฏิรูปให้พ้นจากวงจรความขัดแย้งทางการเมืองเรื้อรังจนฉุดรั้งการพัฒนาประเทศในทุกด้าน

บทความนี้ได้วิเคราะห์สาระในแผนการปฏิรูปด้านสาธารณสุขโดยชี้ประเด็นจุดเด่นในด้านการปฏิรูประบบสารสนเทศ ระบบการเงินการคลัง และข้อจำกัดในด้านการปฏิรูปการอภิบาลระบบ การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ การปฏิรูประบบการคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนให้ข้อสังเกตกระบวนการยกร่างแผนการปฏิรูปที่ให้ความสำคัญจำกัดกับการรับฟังความคิดเห็นสาธารณะ

6.2 กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย 4.0

6.2.1 นโยบายสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน

1) นโยบายสุขภาพในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับ ปี 2560

ประเด็นสุขภาพในบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีส่วนที่สำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดกรอบและแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เพราะเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศที่ทุกหน่วยงานต้องปฏิบัติตาม การทบทวนประเด็นสุขภาพในบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยจึงเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการกำหนดกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ของทุกๆ หน่วยงาน

ตารางที่ 6.1 แสดงการเปรียบเทียบประเด็นสุขภาพในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2560[15,16] จะเห็นได้ว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ให้ความสำคัญกับเด็ก เยาวชน มีสิทธิในการอยู่รอดและได้รับการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญา ตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ ส่วนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ในหมวด 5 หน้าที่แห่งรัฐ บัญญัติไว้ว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยบริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็มีเนื้อหาคล้ายคลึงกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ส่วนที่ 4 มาตรา 80 มุ่งส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน

อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าว ซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ตารางที่ 6.1 เปรียบเทียบสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560[15,16]

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560
ส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และ “ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ มาตรา 52 เด็กและเยาวชน มีสิทธิในการอยู่รอดและได้รับการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญา ตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ เด็ก เยาวชน สตรี และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากรัฐ ให้ปราศจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม ทั้งมีสิทธิได้รับการบำบัดฟื้นฟูในกรณีที่มีเหตุดังกล่าว การแทรกแซงและการจำกัดสิทธิของเด็กเยาวชนและบุคคลในครอบครัว จะกระทำมิได้เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เฉพาะเพื่อสงวนและรักษาไว้ซึ่งสถานะของครอบครัวหรือประโยชน์สูงสุดของบุคคลนั้น เด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแลมีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมที่เหมาะสมจากรัฐ	**หมวด 3 สิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทย** มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ “บุคคลยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ” บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

ตารางที่ 6.1 เปรียบเทียบสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560[15,16]

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560
ส่วนที่ 4 แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้ (2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้น การสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการ ดังกล่าว ซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย	**หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ** มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
	หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่างๆ ให้เกิดผล ช. ด้านอื่นๆ (3) จัดให้มีระบบจัดการและกำจัดขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพ เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ด้านอื่นๆ ได้ (4) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

อย่างไรก็ตามสิ่งที่มีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 คือ หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ที่บัญญัติไว้ในส่วน (4) ว่า ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน และส่วนที่ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้ง 2 มาตรานี้ได้ส่งผลถึงการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้เกิดความเท่าเทียมที่หลายส่วนกำลังมีความพยายามในการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนต่างๆ ให้ใกล้เคียงกัน และที่สำคัญคือ การออกนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (universal coverage for emergency

patients: UCEP) ในช่วงที่ผ่านมา ทำให้คนไทยทุกสิทธิได้รับการดูแลเรื่องเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ใดก็ได้ อย่างเท่าเทียมกัน ในระยะเวลา 72 ชั่วโมง นอกจากนั้น ที่ผ่านมา รัฐบาลยังได้เสนอร่างพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่ได้รับความเห็นชองจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ซึ่งเป็นกฎหมายลูกเพื่อรองรับบทบัญญัติการปฏิรูประบบสุขภาพ มาตรา 258 (5) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 และจะส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญต่อไป

2) ประเด็นสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)

ประเทศไทยนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นกรอบนโยบายในการพัฒนาประเทศเพื่อให้ประชานมีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยเริ่มต้นจัดทำแผนพัฒนาฯ ตั้งแต่ พ.ศ. 2502 และเริ่มประกาศใช้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2504-2509 ปัจจุบันอยู่ภายใต้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564[17] ซึ่งมีเป้าหมายรวมของการพัฒนา 6 ด้าน ประกอบด้วย

1) คนไทยมีลักษณะเป็นคนไทยที่สมบูรณ์

2) ความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้และความยากจนลดลง

3) ระบบเศรษฐกิจเข้มแข็งและสามารถแข่งขันได้

4) ทุนทางธรรมชาติและคุณภาพสิ่งแวดล้อมสามารถสนับสนุนการเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีความมั่นคงทางอาหาร พลังงานและน้ำ

5) มีความมั่นคงในเอกราชและอธิปไตย สังคมปลอดภัย สามัคคี สร้างภาพลักษณ์ที่ดี และเพิ่มความเชื่อมั่นของนานาชาติต่อประเทศไทย

6) มีระบบบริหารจัดการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย โปร่งใส ตรวจสอบได้ กระจายอำนาจและมีส่วนร่วมจากประชาชน

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 นี้ ยังมีความลักษณะสำคัญต่างจากฉบับอื่นๆ คือ

- มีการกำกับกรอบเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาหลักในระยะยาวด้วยยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี โดยแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 นี้ จะเป็นกลไกเชื่อมโยงในในการดำเนินการช่วง 5 ปีแรก
- มีการกำหนดแผนงานโครงการที่สำคัญ (flagship program) และประเด็นการบูรณาการที่สำคัญ
- กำหนดแนวทางการพัฒนาจังหวัด ภาคและเมือง ให้เกิดผลสัมฤทธิ์สอดคล้องกับเป้าหมายรวมของประเทศ
- สนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นการปฏิรูปประเทศของสภาปฏิรูปแห่งชาติ

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 นี้ มี 10 ยุทธศาสตร์ ในส่วนด้านสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องใน 5 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 9 การพัฒนาภาค เมือง และเศรษฐกิจพิเศษ

ยุทธศาสตร์ที่ 10 ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา

โดยมีเป้าหมาย ตัวชี้วัด และแนวทางการพัฒนา ในแต่ละยุทธศาสตร์ ดังแสดงในตารางที่ 6.2

ตารางที่ 6.2 นโยบายสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ 12

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์	
เป้าหมายที่ 2	คนในสังคมทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้น
	2.1 เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเต็มตามศักยภาพ (ตัวชี้วัด 1 เด็กมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)
	2.2 เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นมีสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น (ตัวชี้วัด 2 คะแนน IQ ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน) (ตัวชี้วัด 3 เด็กร้อยละ 70 มีคะแนน EQ ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน)
แนวทางการพัฒนา	**3.2 พัฒนาศักยภาพคนให้มีทักษะความรู้ และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า** 3.2.1 ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการพัฒนาทักษะทางสมองและทักษะทางสังคม 1) ให้ความรู้พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กในเรื่องการมีโภชนาการที่เหมาะสม วิธีการ เลี้ยงดูเด็กที่จะกระตุ้นพัฒนาการเด็กในช่วง 0-3 ปีแรก สนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน 2) กำหนดมาตรการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานให้พ่อแม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ด้วยตนเองทั้งการจูงใจให้สถานประกอบการจัดให้มีการจ้างงานที่ยืดหยุ่น รณรงค์ให้ผู้ชายตระหนักและมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ในบ้านและดูแลบุตรมากขึ้น 3) พัฒนาหลักสูตรการสอนที่อ้างอิงผลงานวิจัยทางวิชาการและปรับปรุงพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่เน้นการพัฒนาทักษะทางสมอง ทักษะด้านความคิดความจำ ทักษะการควบคุมอารมณ์ ทักษะการวางแผนการจัดระบบ ทักษะการรู้จักประเมินตนเองควบคู่กับการยกระดับบุคลากรในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีความพร้อมทั้งทักษะ ความรู้ จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ 4) สนับสนุนการผลิตสื่อสร้างสรรค์ที่ให้ความรู้ในการเลี้ยงดู และพัฒนาเด็กปฐมวัย อาทิ ครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก วิธีการพัฒนาทักษะทางสมองและทักษะสังคม 5) ผลักดันให้มีกฎหมายปฐมวัยให้ครอบคลุมทั้งการพัฒนาทักษะการเรียนรู้เน้นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระบบการศึกษา การพัฒนาสุขภาพอนามัยให้มีการพัฒนาที่สมวัยและการเตรียมทักษะการอยู่ในสังคมให้มีพัฒนาการอย่างรอบด้าน
เป้าหมายที่ 4	คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น
	(ตัวชี้วัด 4.1 ประชากรอายุ 15-79 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินลดลง) (ตัวชี้วัด 4.2 การตายจากอุบัติเหตุทางถนน < 18 คน ต่อ แสนประชากร) (ตัวชี้วัด 4.3 ประชาชนเล่นกีฬาและเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการเพิ่มขึ้น) (ตัวชี้วัด 4.4 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนลดลง) (ตัวชี้วัด 4.5 การคลอดในผู้หญิงกลุ่มอายุ 15-19 ปี ลดลง) (ตัวชี้วัด 4.6 รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ) (ตัวชี้วัด 4.7 ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นร้อยละ 20)

ตารางที่ 6.2 นโยบายสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ 12 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์	
แนวทางการพัฒนา	**3.4 ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ** 3.4.1 พัฒนาให้คนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ มีจิตสำนึกสุขภาพที่ดีและมีการคัดกรอง พฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองผ่านช่องทางการเรียนรู้ที่หลากหลาย จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ง่าย และกำกับควบคุมการเผยแพร่ชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ 3.4.2 ส่งเสริมให้คนมีกิจกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยทั้งรูปแบบการออกกำลังกาย โภชนาการที่เหมาะสมและสนับสนุนให้ชุมชนมีการบริหารจัดการพื้นที่สาธารณะ สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการออกกำลังกายและกีฬา 3.4.3 ปรับปรุงมาตรการด้านกฎหมายและด้านภาษีที่ส่งเสริมผู้ประกอบการให้มีนวัตกรรม การผลิตอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและเป็นทางเลือกแก่ผู้บริโภคการติดฉลากโภชนาการ บนบรรจุภัณฑ์อาหารที่เข้าใจง่าย รวมทั้งควบคุมการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ 3.4.4 ผลักดันให้มีกลไกการประเมินผลกระทบสุขภาพในการจัดทำนโยบายสาธารณะตามแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่นโยบายระดับชาติ พื้นที่ และชุมชนที่จะนำไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3.4.5 ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนผ่านการสื่อสารสาธารณะที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมายให้มีการปรับพฤติกรรมที่จะลดการเกิดอุบัติเหตุทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ **3.5 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาครัฐและปรับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ** 3.5.1 ปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลทุกสังกัดในเขตพื้นที่สุขภาพในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการทั้งบุคลากร/ครุ- ภัณฑ์ทางการแพทย์/โครงสร้างพื้นฐานที่เชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิเข้าด้วยกันพัฒนาระบบส่งต่อและระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 3.5.2 จัดทำแนวทางการรับภาระค่าใช้จ่ายร่วมกันทั้งภาครัฐและผู้ใช้บริการตามเศรษฐานะ ที่คำนึงถึงความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของกลุ่มผู้มีรายได้น้อย โดยพิจารณาถึงความ เป็นไปได้ทางการคลัง 3.5.3 พัฒนาระบบประกันสุขภาพของแรงงานต่างชาติและนักท่องเที่ยวให้สามารถใช้ บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีการควบคุมการใช้บริการอย่างเหมาะสม โดยไม่กระทบต่อความมั่นคงของประเทศทั้งด้านการคลังและสาธารณสุข 3.5.4 บูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศของแต่ละระบบหลัก ประกันสุขภาพให้เกิด ความเป็นเอกภาพทั้งเรื่องสิทธิประโยชน์ การใช้บริการ งบประมาณการเบิกจ่าย และการติดตามประเมินผล

ตารางที่ 6.2 นโยบายสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ 12 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์	
	3.6 พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย 3.6.1 ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมการจัดบริการ ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และระบบการเงินการคลัง 3.6.2 พัฒนาให้มีระบบการดูแลระยะกลางที่จะรองรับผู้ที่จำเป็น ต้องพักฟื้นก่อนกลับบ้าน ให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมธุรกิจบริการที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ ในภาวะพึ่งพิงในเขตเมือง รวมทั้งศึกษารูปแบบการคลังที่เป็นระบบประกันการดูแลระยะยาว 3.6.3 วิจัยและพัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เทคโนโลยีเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและติดตามการบำบัดรักษา 3.6.4 ส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งระบบขนส่งสาธารณะ อาคารสถานที่ พื้นที่สาธารณะ และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและทุกกลุ่มในสังคม
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม	
เป้าหมายที่ 2	เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคมของภาครัฐ
	2. เพื่อให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการทางสังคมที่มีคุณภาพได้ทั่วถึง (ตัวชี้วัด 2.4 ความแตกต่างของสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรระหว่างพื้นที่ลดลง)
แนวทางการพัฒนา	3.1 เพิ่มโอกาสให้กับกลุ่มเป้าหมายประชากรร้อยละ 40 ที่มีรายได้ต่ำสุดให้สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของรัฐ และมีอาชีพ 3.1.2 จัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายฯ ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยรัฐจัดให้มีกลไกช่วยเหลือและสนับสนุนสวัสดิการชุมชนที่ครอบคลุมการให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ได้ อาทิ ค่าใช้จ่ายการเดินทางไปสถานพยาบาล จัดให้มีบริการด้านสุขภาพเชิงรุกทั้งการให้คำปรึกษา การควบคุมป้องกันกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาเรื้อรังต่อสุขภาพ และการส่งเสริมด้านสุขอนามัย 3.2 กระจายการให้บริการภาครัฐทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุข และสวัสดิการที่มีคุณภาพให้ ครอบคลุมและทั่วถึง 3.2.2 บริหารจัดการการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ผ่านการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชนไปสู่ระดับจังหวัด ภาค และระดับประเทศให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น บริหารจัดการการให้บริการระบบควบคุมโรคที่มีคุณภาพ นำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในพื้นที่ห่างไกล

ตารางที่ 6.2 นโยบายสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ 12 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน	
เป้าหมายที่ 3	สร้างคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดมลพิษ และลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและระบบนิเวศน์
	(ตัวชี้วัด 3.1 สัดส่วนของขยะมูลฝอยชุมชนได้รับการจัดการอย่างถูกต้องและนำใช้ประโยชน์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 สัดส่วนของเสียอันตรายชุมชนได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 และกากอุตสาหกรรมอันตรายทั้งหมดเข้าสู่ระบบการจัดการที่ถูกต้อง)
แนวทางการพัฒนา	3.3.1 เร่งรัดแก้ไขปัญหาการจัดการขยะตกค้างสะสมในพื้นที่วิกฤต ผลักดันกฎหมาย และกลไกเพื่อการคัดแยกขยะ สนับสนุนการแปรรูปพลังงาน ใช้มาตรการทางเศรษฐศาสตร์เพื่อให้เกิดการลดปริมาณขยะ รวมทั้งสร้างวินัยคนในชาติเพื่อการจัดการขยะอย่างยั่งยืน
ยุทธศาสตร์ที่ 9 การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ	
เป้าหมายที่ 2	เพิ่มจำนวนเมืองศูนย์กลางของจังหวัดเป็นเมืองน่าอยู่สำหรับคนทุกกลุ่มในสังคม ตัวชี้วัด เมืองศูนย์กลางของจังหวัดที่ได้รับการพัฒนาเป็นเมืองน่าอยู่เพิ่มขึ้น
แนวทางการพัฒนา	4) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุรองรับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของภาคเหนือที่เร็วกว่าระดับประเทศ 10 ปี) (2) พัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อรองรับการเพิ่มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งแก้ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ
เป้าหมายที่ 4	เพิ่มมูลค่าการลงทุนในพื้นที่เศรษฐกิจใหม่บริเวณชายแดน
แนวทางการพัฒนา	3.3.2 พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษชายแดน 5) บริหารจัดการด้านสาธารณสุข แรงงาน ความมั่นคง โดยพัฒนาระบบสาธารณสุขชายแดนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า มีระบบรักษาโรค ระบบส่งต่อ ระบบส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควยคุม ที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงระบบจ้างงานแรงงานต่างด้าว การประกันสุขภาพ การเข้าเมืองเป็นภารกิจร่วมภายใต้ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จด้านแรงงาน จัดระบบบัตรผ่านแดนหรือบัตรประจำตัวของแรงงานในแบบอิเลคทรอนิคส์ โดยให้มีรูปและลายพิมพ์นิ้วมือเพื่อสะดวกต่อการเชื่อมโยงและตรวจสอบข้อมูลบุคคลกับระบบส่วนกลาง จัดมาตรการและระบบสื่อสารเพื่อดูแลความมั่นคงและรักษาความปลอดภัยของพื้นที่
ยุทธศาสตร์ที่ 10 ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา	
เป้าหมายที่ 4	ประเทศไทยเป็นหุ้นส่วนการพัฒนาที่สำคัญในทุกระดับ
	(ตัวชี้วัด 4.3 ความก้าวหน้าในการดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน)
แนวทางการพัฒนา	4.2.3 แผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สังคม และสิ่งแวดล้อม 1) สาระสำคัญมุ่งเน้นการพัฒนาการศึกษา สาธารณสุข แรงงาน สังคม และสิ่งแวดล้อมในอนุภูมภาค GMS เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

6.2.2 แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 ตามนโยบายของรัฐบาล ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 65 เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง” โดยยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580[18] ซึ่งมี 6 ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ

1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง

2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความสามารถในการแข่งขัน

3) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

4) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

5) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

6) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อให้สอดรับการการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเชื่อมโยงกับกฎหมายและยุทธศาสตร์ชาติฉบับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs by 2030) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 12 นโยบายรัฐบาลด้านต่างๆ และแผนการปฏิรูปประเทศ เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุขโดยการนำของ ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ “ย้อนมองทบทวนสถานการณ์จากอดีตเพื่อพัฒนาวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์และเป้าหมายการพัฒนากระทรวงสาธารณสุข” วันที่ 12-14 มกราคม 2559 ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการระดมสมองผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนอดีตที่ผ่านมาของกระทรวงสาธารณสุขและร่วมกันพิจารณาทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต และเน้นหนักที่การทบทวนจุดยืน การกำหนด จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยมที่ดีงามของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และที่สำคัญคือกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน

ต่อมามีการประชุมที่ต่อเนื่องเพื่อค้นหาค่านิยมองค์กร (Core values) ของบุคลากรสาธารณสุขทั้งประเทศ โดยเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาค่านิยมที่ดีงาม (Core values) ของบุคลากรสาธารณสุข วันที่ 14-16 กุมภาพันธ์ 2559 ในกรุงเทพมหานคร โดยมีตัวแทน ผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติ จากทุกเขตสุขภาพ มาระดมความคิดเห็นร่วมกันในการจัดทำค่านิยมองค์กร รวมถึงแนวทางการขับเคลื่อนให้ค่านิยมองค์กรไปสู่การสื่อสารให้เกิดการยอมรับในวงกว้าง นำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมขององค์กรในทุกระดับ

การประชุมเชิงปฏิบัติการทั้ง 2 ครั้งข้างต้นได้ผลลัพธ์ของการประชุมคือ เป้าหมาย จุดยืนองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมองค์กร และยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ในการดำเนินงาน ยังได้แจ้งข้อสรุปการประชุมเบื้องต้นไปยังผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน เพื่อรับข้อคิดเห็นเพิ่มเติม แล้วนำผลที่ได้รับไปนำเสนอต่อที่ประชุมผู้บริหารระดับสูงอีกครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3 เป้าหมาย จุดยืนองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ ค่านิยมองค์กรและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็น	รายละเอียด
เป้าหมาย (Goals)	ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน
จุดยืนองค์กร (Positioning)	ส่วนกลาง พัฒนานโยบาย กำกับ ติดตาม ประเมินผล ส่วนภูมิภาค (เขตสุขภาพ) บริหารจัดการหน่วยบริการ และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ
วิสัยทัศน์ (Vision)	เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี
พันธกิจ (Mission)	พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน
ค่านิยมองค์กร (Core values)	Mastery (เป็นนายตนเอง) Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่) People centered (ใส่ใจประชาชน) Humility (ถ่อมตน อ่อนน้อม)
ยุทธศาสตร์ (Strategies)	1) Prevention Promotion and Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพ ความป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ)

นอกจากนั้นการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขยังได้จัดลำดับความสำคัญของยุทธศาสตร์ชาติในแต่ละช่วงระยะเวลาของแผน เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้กำหนดประเด็นเน้นหนักและวางกรอบแผนงาน โครงการให้สอดคล้องกับภาพรวมของประเทศได้ โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ช่วงละ 5 ปี ดังตารางที่ 6.4

ตารางที่ 6.4 การจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ช่วงเวลา	จุดเน้นหนัก	รายละเอียด
2560 - 2564	ปฏิรูประบบ	การปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา อีกครั้ง การวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ การปรับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น
2565 - 2569	สร้างความเข้มแข็ง	การจัดโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน รวมทั้งระบบการบริหารจัดการให้เข้มแข็ง รวมไปถึงระบบควบคุมป้องกันโรค งานอนามัยสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือการทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตัวเองได้

ตารางที่ 6.4 การจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) (ต่อ)

ช่วงเวลา	จุดเน้นหนัก	รายละเอียด
2570 - 2574	สู่ความยั่งยืน	เป็นช่วงที่ระบบสุขภาพของไทยต้องมีความยั่งยืนทางด้านการเงินการคลัง ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะด้านยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ด้านต่างๆ พึ่งพาต่างประเทศให้น้อยที่สุด
2575 - 2579	เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย	ระบบสุขภาพไทยจะต้องเป็นระบบสุขภาพที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ คุณภาพ สังคมมีส่วนร่วมสามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้จะต้องสามารถแข่งขันหรือเทียบเคียงกับนานาชาติได้ โดยตั้งเป้าว่าจะต้องเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ใน 20 ปีข้างหน้า

ต่อจากนั้น โดยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำรายละเอียดของแผนงาน โครงการและตัวชี้วัด ของแต่ละยุทธศาสตร์ ในการจัดทำแผนงาน โครงการ ตัวชี้วัดจากทุกหน่วยงาน โดยตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) ของเป้าหมาย (Goals) ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนของระบบสุขภาพของไทย ภายใน พ.ศ. 2579 (ระยะเวลา 20 ปี) จะเป็นดังตารางที่ 6.5 และยังได้กำหนดกรอบการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข ออกเป็น 16 แผนงาน 48 โครงการ ดังตารางที่ 6.6

ตารางที่ 6.5 ตัวชี้วัดระดับองค์กร (Corporate KPIs) ของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ประชาชนสุขภาพดี	เจ้าหน้าที่มีความสุข	ระบบสุขภาพยั่งยืน
1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี	3. ดัชนีความสุขของบุคลากร (happinometer) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	5. อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย (access) ร้อยละ 100
2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health adjusted life expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี	4. ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy public organization index) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	6. ความครอบคลุมของแพทย์และจำนวนเตียงต่อประชากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (coverage) สัดส่วนแพทย์ 1 ต่อ 1,500 ประชากร สัดส่วนเตียง 2 ต่อ 1,000 ประชากร
		7. สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (HA) (Quality) ร้อยละ 100
		8. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA (Governance) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95

ตารางที่ 6.6 แผนงาน/โครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 excellences จำนวน 16 แผนงาน 48 โครงการ

ยุทธศาสตร์/แผนงาน	โครงการ
1. Promotion Prevention and Protection Excellence	
1.1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการพัฒนาศักยภาพคนไทย 2) โครงการลดการตายก่อนวัยอันควร 3) โครงการสร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นของครอบครัวไทย
1.2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 1)	1) โครงการการจัดการโรคและภัยสุขภาพ และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข 2) โครงการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนบนผืนแผ่นดินไทย 3) โครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
1.3 ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการส่งเสริมและพัฒนาความมั่นคงด้านอาหาร 2) โครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยงต่อโรค 3) โครงการส่งเสริมการจัดการองค์ความรู้ด้านอาหารศึกษา
1.4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (ยุทธศาสตร์ที่ 5)	1) โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม 2) โครงการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพภาครัฐ 3) โครงการบริหารจัดการมลพิษทางอากาศ
2. Service Excellence	
2.1 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2) โครงการบริหารจัดการการเงินการคลังระบบบริการปฐมภูมิ 3) โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)
2.2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการระบบบริการสุขภาพ 13 สาขาหลัก 2) โครงการพัฒนาระบบส่งต่อ 3) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร
2.3 ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านบริการ 2) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการศึกษา 3) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการวิจัย
2.4 ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจพิเศษ (ยุทธศาสตร์ที่ 1)	1) โครงการศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) 2) โครงการศูนย์กลางบริการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย (Product Hub) 3) โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ (SEZ)
3. People Excellence	
3.1 การวางแผนความต้องการอัตรากำลัง (ยุทธศาสตร์ที่ 3)	1) โครงการพัฒนาฐานข้อมูล 2) โครงการการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต 3) การวางแผนกำลังคนในระดับมหภาคและจุลภาค
3.2 การผลิตและพัฒนากำลังคน (ยุทธศาสตร์ที่ 3)	1) โครงการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข 2) โครงการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขและ Talent Management 3) โครงการพัฒนาระบบบริหารการวิจัยและการจัดการความรู้

ตารางที่ 6.6 แผนงาน/โครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 excellences จำนวน 16 แผนงาน 48 โครงการ (ต่อ)

ยุทธศาสตร์/แผนงาน	โครงการ
3.3 การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 3)	1) โครงการบริหารจัดการกำลังคน 2) โครงการสร้างขวัญและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 3) โครงการบริหารผลการปฏิบัติงาน (Performance Management System)
3.4 การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการพัฒนาเครือข่าย อสม. และ อปท.
4. Governance Excellence	
4.1 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 6)	1) การพัฒนาระบบบริการข้อมูลสุขภาพ (HIS) 2) การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (PHR) 3) ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (HDC)
4.2 ระบบหลักประกันสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 4)	1) โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 ระบบ 2) โครงการสร้างความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ 3) โครงการการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ
4.3 ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และการคุ้มครองผู้บริโภค (ยุทธศาสตร์ที่ 1)	1) โครงการพัฒนาการผลิตยา วัคซีน และการสร้างเสถียรภาพด้านยาที่มีคุณภาพและมาตรฐานสากล 2) โครงการคุ้มครองผู้บริโภค 3) โครงการจัดซื้อยาร่วมและเวชภัณฑ์มิใช่ยา
4.4 ระบบธรรมาภิบาล (ยุทธศาสตร์ที่ 6)	1) ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง 2) โครงการหน่วยงานคุณธรรม 3) โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำรายละเอียดต่างๆ อาทิ สถานการณ์ปัจจุบัน วัตถุประสงค์ของแผน เป้าหมายและตัวชี้วัดในระยะ 20 ปี โดยแบ่งออกเป็นช่วงๆ ละ 5 ปี มาตรการสำคัญ เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติต่อไป นับเป็นการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขครั้งแรกของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมองค์กร แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด ตลอดจนมาตรการการดำเนินงาน ได้อย่างชัดเจน และเชื่อว่าหากดำเนินการตามกรอบยุทธศาสตร์นี้ การบรรลุสู่เป้าหมาย ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน จะทำได้อย่างแน่นอน

6.2.3 นโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

นโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในบทนี้ คัดเลือกมาจากคำรับรองการปฏิบัติราชการหรือ performance agreement (PA) ระหว่างรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกับปลัดกระทรวงสาธารณสุขและอธิบดี และประเด็นคำรับรองการปฏิบัติราชการระหว่างปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับผู้ตรวจราชการทั้ง 12 เขต และผู้ตรวจราชการทั้ง 12 เขตกับผู้บริหารในระดับจังหวัด ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา วิธีการคัดเลือกคำรับรองการปฏิบัติราชการนั้นเป็นการหารือร่วมกันระหว่างรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกับปลัดกระทรวงสาธารณสุขและอธิบดีทุกกรม ถึงประเด็นสำคัญที่จะดำเนินการร่วมกันเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์เป็นรูปธรรมภายในระยะเวลา 1 ปี โดยใช้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็นกรอบแนวทางในการพิจารณา

การคัดเลือกคำรับรองการปฏิบัติราชการในปี 2562 ได้ทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และใช้การศึกษาแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) เพื่อระดมความคิดเห็นผู้บริหารกระทรวงตั้งแต่ทีมที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดี ผู้ตรวจราชการกระทรวง และตัวแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป็นต้น เพื่อคัดเลือกและจัดลำดับนโยบายที่สำคัญ หลังจากนั้นได้นำมาสังเคราะห์และนำเสนอต่อที่ประชุมระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อตัดสินใจต่อไป

นโยบายสำคัญที่เป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปี 2559-2562 มีดังตารางที่ 6.7

ตารางที่ 6.7 นโยบายสำคัญที่เป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข 2559-2562

2559	2560	2561	2562
กำลังคน การเงินการคลัง พัสดุ	การเงินการคลัง	การเงินการคลัง	การเงินการคลัง
	กำลังคนด้านสุขภาพ	กระทรวงแห่งความสุข (Happy MOPH)	HRH transformation
การดูแลผู้ป่วยระยะยาว	คลินิกหมอครอบครัว	คลินิกหมอครอบครัว	ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (PCC, รพ.สต.ติดดาว, พชอ.)
ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด	คุณภาพหน่วยบริการ (HA, รพ.สต.ติดดาว)	องค์กรคุณภาพ (HA, รพ.สต.ติดดาว, PMQA)	องค์กรคุณภาพ (HA, PMQA)
อนามัยสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค ป้องกันโรค ภาวะฉุกเฉิน	ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Fast tract: Stroke Sepsis Trauma)
พัฒนาการผลิตยา วัคซีน	วิจัย/องค์ความรู้	การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการดื้อยาต้านจุลชีพ	การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการดื้อยาต้านจุลชีพ
พัฒนากฎหมาย	พัฒนากฎหมาย	การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	การป้องกันควบคุมโรค	วัณโรค	วัณโรค
เร่งรัดการออกใบอนุญาต อย.	ระบบข้อมูลสารสนเทศ	การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ	Digital transformation

ตารางที่ 6.7 นโยบายสำคัญที่เป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข 2559-2562 (ต่อ)

2559	2560	2561	2562
การบาดเจ็บทางถนน	คุณภาพชีวิตคนไทย	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	ยาเสพติด
มะเร็งท่อน้ำดี/มะเร็งตับ	การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและคุ้มครองผู้บริโภค	เมืองสมุนไพร	แม่และเด็ก
	Service plan		Service initiative model สำหรับเขตสุขภาพ
	การบริหารจัดการภาครัฐ		

*HA หมายถึง การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

*PMQA หมายถึง Public sector management quality award หรือการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

*Service initiative model หมายถึงการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการหรือการให้บริการรูปแบบใหม่ภายในเขตสุขภาพ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่านโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา ได้ให้ความสำคัญ กับเรื่อง การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ปัญหาวิกฤติการเงินในหน่วยบริการและด้านกำลังคน แต่จะมีจุดเน้นหนักแตกต่างกันออกไป ในส่วนคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของรัฐธรรมนูญปี 2560 มาตรา 258 เริ่มเป็นนโยบายที่สำคัญตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา นโยบายเรื่ององค์กรคุณภาพ ได้แก่ การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (hospital accreditation - HA) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.ติดดาว) และ PMQA ในหน่วยบริหาร เช่น สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (emergency care system) และภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (emergency operating system) และเน้นบางกลุ่มโรคที่ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของคนไทย ได้แก่ stroke, sepsis และ trauma ในปี 2562 เป็นอีกนโยบายสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขเน้นหนักในช่วงที่ผ่านมา

ขณะที่การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (rational drug use – RDU) การป้องกันภาวะเชื้อโรคดื้อต่อยาปฏิชีวนะ (antimicrobial resistance - AMR) การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (green and clean hospital) วัณโรค และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นประเด็นเน้นหนักในปี พ.ศ. 2561 และ 2562 เนื่องจากปัญหาเชื้อดื้อยาที่เพิ่มและรุนแรงมากขึ้น และเป็นประเด็นสำคัญของกลุ่มประเทศ G77 ขณะที่วัณโรคยังเป็นประเด็นโรคติดเชื้อที่สำคัญของประเทศไทย และมีเชื้อวัณโรคที่ดื้อยาเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

ส่วนประเด็นอื่นๆ เช่น การบาดเจ็บทางถนน ไม่ได้นำมาเป็นนโยบายสำคัญในปีต่อๆ มา เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดร่วม (joint KPIs) กับกระทรวงต่างๆ และสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุมาจากหลายปัจจัยที่นอกเหนือการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนกระทรวงสาธารณสุขจะให้ความสำคัญกับเรื่องระบบการรักษาฉุกเฉินเป็นสำคัญ ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับ เมืองสมุนไพร เป็นประเด็นพื้นที่ จึงมอบเป็นบทบาทสำคัญให้กับเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

โดยรายละเอียดของนโยบายสำคัญ 5 เรื่อง มีดังนี้

1) การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ ได้กำหนดเป้าหมาย ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 โดยมี 5 มาตรการหลัก คือ (1) การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (sufficient allocation) (2) พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (accounting management) (3) พัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (network and capacity building) (4) สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (efficient management) และ (5) การติดตามกำกับงาน (monitoring management)[19]
2) การพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคน (HRH transformation) มุ่งเป้าหมาย เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน มีตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ มีการบริหารจัดการกำลังคนในเขตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น มีแผนการบริหารตำแหน่ง มีการดำเนินการตามแผนและมีบุคลากรเพียงพอ มีหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง เป็นต้น สร้างกระทรวงแห่งความสุข ขับเคลื่อนค่านิยมองค์กร MOPH นำดัชนีชี้วัดความสุขของคนในองค์กร (happinometer) และ Happy public organization index (HPI) มาใช้ในทุกหน่วยงาน เป็นต้น มีมาตรการสำคัญ คือ (1) พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนงานกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ (2) ผลิตและพัฒนากำลังคนอย่างพอเพียงและมีคุณภาพ (3) บริหารกำลังคนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดึงดูดและธำรงรักษากำลังคนคุณภาพ (4) สร้างภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพให้เข้มแข็งและยั่งยืน[19]
3) คลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) เป็นการดำเนินการตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 โดยมีเป้าหมายสะสมในปี พ.ศ. 2562 ที่จะมีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัวดูแลประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ 10,000 คน จำนวน 1,170 ทีม (ร้อยละ 36) ของเป้าหมายในระยะ 10 ปี จำนวน 6,500 ทีม โดยมีมาตรการที่สำคัญ คือ (1) พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ (2) พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ (3) พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนากลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (4) ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์และการอภิบาลระบบ (5) ขณะเดียวกันก็มีการออกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2561 เพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว
4) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ เนื่องด้วยประเทศไทยในฐานะผู้นำกลุ่มประเทศ G77 ได้เสนอวาระการดื้อยาต้านจุลชีพ เพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยา เข้าสู่กรอบยุทธศาสตร์โลก “Global Action Plan in AMR” กระทรวงสาธารณสุขจึงถือว่าเรื่องนี้มาเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศ โดยตั้งเป้าหมายให้ผ่านมาตรฐาน RDU ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 และ RDU ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 และผ่านมาตรฐาน AMR ระดับ intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ภายในปี 2562 มีมาตรการที่สำคัญ คือ ดำเนินกิจกรรมตามกรอบ PLEASE ได้แก่ (1) Pharmaceutical and Therapeutic Committee (PTC) strengthening คือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (2) Labeling and

leaflet of patient information คือการจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (3) Essential RDU tools คือการจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (4) Awareness of for RDU principal among health personnel and patients คือการสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับ บริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (5) Special population care คือการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ และ (6) Ethics in prescription คือการส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา มุ่งเน้น 4 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และในสตรีคลอดปกติทางช่องคลอด ในประชากรกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และสตรีตั้งครรภ์ ส่วน AMR ดำเนินการตามมาตรการ integrated AMR management (IAM) พัฒนาระบบเฝ้าระวัง AMR สนับสนุนการจัดการฐานข้อมูลและมาตรฐานของระบบห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ เป็นต้น[20]

5) การควบคุมป้องกันวัณโรค เป็นโรคติดเชื้อที่สำคัญของไทย องค์การอนามัยโลกได้จัดประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 14 ของประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง ทั้งวัณโรค วัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB/HIV) วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างรักษาสูง (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา การดำเนินงานครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเน้นหนักและกำหนดตัวชี้วัดที่ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มากกว่าร้อยละ 85 และร้อยละของความครอบคลุมหารรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าร้อยละ 82.5 ภายใต้ 3 มาตรการหลัก คือ ลดการเสียชีวิต ลดการขาดยา และการติดตามกำกับดูแลรักษาผู้ป่วย ตามลำดับ[21]

6.3. บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในงานพัฒนาสุขภาพ

คติชาวจีนพูดไว้ว่า “ทุกสรรพสิ่งล้วนโยงกันด้วยเส้นด้ายสีแดง” ชวนให้คิดถึงความหมายประการหนึ่งคือ คนเป็นส่วนหนึ่งของระบบอันซับซ้อน ชีวิตคนไม่ได้ดำรงอยู่โดยอิสระ จากอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ดังนั้นคำว่าเพื่อน พันธมิตร ภาคส่วน ภาคี เครือข่าย ชุมชน จึงมีความหมายสัมพันธ์กับความจริงตามคติชาวจีนนั้น

กระนั้นก็ตาม ยังมีคนจำนวนไม่น้อยใช้ชีวิตประหนึ่งผู้โดดเดี่ยว ความร่วมมือระหว่างบุคคล หมู่ชน สถาบัน หรือประเทศไม่ได้ราบรื่น ความแปลกแยก หรือกระทั่งแตกแยก แบ่งขั้วแยกข้างยังดำรงอยู่เสมอมา ข้อสังเกตนี้แสดงว่า “ด้ายสีแดง” ที่เชื่อมโยงสรรพสิ่งมีความหมายทางบวกหรือลบก็ได้

อาศัยหลักคิดที่กล่าวมา การใคร่ครวญถึง “บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในงานพัฒนาสุขภาพ” ย่อมซ่อนนัยว่า บทบาทในที่นี้มีความหมายเชิงบวกคือ ร่วมมือกันหรือแข่งขันกันในทางบวก เพราะคำว่า พัฒนา มักใช้สื่อความหมายว่า เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก อย่างไรก็ตาม ความหมายของคำว่า “บวก” ยังอาจตีความได้หลากหลาย ขึ้นกับคุณค่าที่แต่ละคนยึดถือ ในสังคมยุโรป “solidarity” หรือความเป็นหนึ่งเดียวในเชิงผลประโยชน์ วัตถุประสงค์ มาตรฐาน และเมตตา (https://en.wikipedia.org/wiki/Solidarity) เป็นคุณค่าที่คนส่วนใหญ่ยึดถือเพื่อจรรโลงสังคม ระบบประกันสังคม หรือประกันสุขภาพในยุโรปจึงมีความหมายแตกต่างจากในสหรัฐอเมริกา ซึ่ง

คนส่วนใหญ่ยึดถือเอา "ปัจเจกนิยม" หรือ "เสรีภาพส่วนบุคคล" เป็นคุณค่า ดังนั้น ระบบประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกาจึงเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล แทนที่จะเป็นความรับผิดชอบของรัฐในฐานะตัวแทนคุณค่าsolidarity อย่างในยุโรป จนเมื่อเร็วๆ นี้ รัฐบาลของประธานาธิบดีบารัก โอบาม่า พยายามให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในทิศทางอย่างยุโรป

ในบริบทสังคมไทยปัจจุบัน ถ้าจะพยายามทำความเข้าใจกับ "บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในงานพัฒนาสุขภาพ" ย่อมต้องพิจารณา "คุณค่า" ที่ดำรงอยู่ โดยมองผ่านรูปธรรมที่คุณค่านั้นๆแสดงออก โดยอาศัยการมองอดีต ปัจจุบัน และอนาคต บทความนี้ไม่พยายามที่จะกำหนดว่าบทบาทฯอะไรที่ควรจะเป็นเพราะเชื่อว่าการทำเช่นนั้นมีประโยชน์จำกัดมากกว่าการพยายามทำความเข้าใจที่มาที่ไปของบทบาทของภาคส่วนต่างๆ โปรดสังเกตว่า "เข้าใจ" เป็นคำแรกในพระราชดำรัสหนึ่งโดยพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่เก้า "เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา"

พอพูดถึงสุขภาพ ความเข้าใจเบื้องต้นที่พึงมี คือ สุขภาพก็เชื่อมโยงกับสรรพสิ่ง ถ้าลองใช้อายุขัยเป็นดัชนีวัดสุขภาพก็ปรากฏว่า อายุขัยของประชาชนประเทศต่างๆ ห่างกันระหว่าง 20-40 ปีในปัจจุบัน(22) ซึ่งแทบไม่น่าเชื่อว่าเป็นยุคที่เทคโนโลยีขยายตัวอย่างรวดเร็วตามกฎของมัวร์ แต่ประชาชนในประเทศเซียร่าลีโอนอายุสั้นกว่าในประเทศญี่ปุ่นถึงเกือบ 50 ปี เช่นเดียวกับกรณี ชาวพื้นเมืองกับคนเชื้อสายอื่นในประเทศออสเตรเลียมีอายุขัยต่างกัน 20 ปี ความแตกต่างของอายุขัยนี้ไม่อาจอธิบายได้ด้วยหลักฐานชีววิทยาใดๆ คำอธิบายที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลกคือความแตกต่างของเหตุปัจจัยทางสังคม (social determinants of health: SDH) ตัวอย่างเช่น ความเครียด ชั้นชนทางสังคม การกีดกันทางสังคม ภาวะว่างงาน ฯลฯ ซึ่งมีรายละเอียดปรากฏในหนังสือชื่อ The Solid Facts(23) และหลักฐานจากsystematic review อีกมากมาย ในที่นี้จะขยายความพอสังเขปในหัวข้อถัดไป

กระนั้นก็ดี ความเชื่อว่า สุขภาพขึ้นกับหมอ โรงพยาบาล ยาและเทคโนโลยีการแพทย์เป็นสำคัญ ยังแพร่หลาย ดังสะท้อนจากรายจ่ายสุขภาพที่ขยายตัวทั่วโลกตั้งแต่ศตวรรษที่ 20 และในระดับปัจเจก มีตัวเลขว่า กว่าครึ่งของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพเกิดขึ้นในช่วง 1-2 ปีสุดท้ายของชีวิต

6.3.1 สุขภาพขึ้นกับอะไร

ในหนังสือ The Solid Facts ซึ่งได้จากการรวบรวมหลักฐานจากงานวิจัยหลายร้อยชิ้น ตีแผ่ความข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุปัจจัยทางสังคม 10 กลุ่ม ได้แก่ ชนชั้น (the social gradient) ความเครียด เงื่อนไขชีวิตช่วงต้น (early life) การถูกกีดกัน (social exclusion) ลักษณะการงาน การว่างงาน ความเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (social support) การใช้สารเสพติด อาหาร และการคมนาคม (transport)

ชนชั้น อาจจำแนกชนชั้นได้หลายวิธี ในสังคมอังกฤษและเวลล์ ความเป็นมืออาชีพ (professional)มีอายุขัยยืนยาวกว่าอาชีพอื่นๆ ที่มีทักษะฝีมือด้อยกว่า กลุ่มมืออาชีพอายุขัยเฉลี่ย 78 ปี ในเพศชาย 83 ปีในเพศหญิง ในขณะที่แรงงานไร้ฝีมือเพศชายอายุขัยเฉลี่ย 71 ปี หญิง 77 ปี การเสียชีวิตหมู่จากไฟครอกของคนงานโรงงานตุ๊กตาในโศกนาฏกรรมไฟไหม้โรงงานบางกอกเคเดอร์ (2536) เป็นความทรงจำอันเจ็บปวดของสังคมไทยที่น่าจะย้ำเตือนความสำคัญของอาชีพว่ามีความเสี่ยง/คุกคามต่อสุขภาพอย่างไร

ความเครียด ชีวิตที่ตกอยู่ในสภาพที่เจ้าตัวรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัวและปรับตัวไม่ได้ มักนำไปสู่ภาวะก้าวร้าวล่อแหลมต่อการบาดเจ็บจากความรุนแรง ภาวะซึมเศร้า เบาหวาน ความดัน หลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ และโรคติดเชื้อ การฆ่าตัวตายเป็นตัวอย่างเด่นชัดสะท้อนความเครียดในชีวิต ในยามวิกฤตเศรษฐกิจดังเช่นใน "วิกฤตต้มยำกุ้ง" ข่าวการฆ่าตัวตายจึงแพร่หลาย

---

[1] จำนวนทรานซิสเตอร์ในวงจรไมโครชิพ(เซมิคอนดัคเตอร์)เพิ่มขึ้นสองเท่าประมาณทุกๆสองปี เป็นคำทำนายที่เป็นจริงโดยกอร์ดอน มัวร์ ผู้ร่วมก่อตั้งบริษัทไมโครชิพยักษ์ชื่ออินเทล

[2] การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามเกณฑ์มาตรฐานที่ผู้อื่นสามารถทำตามได้อย่างใกล้เคียงกัน

เงื่อนไขชีวิตช่วงต้น (early life) นับแต่ครรภ์มารดาจวบจนวัยเด็กเงื่อนไขหลายอย่างกระทบต่อรากฐานแห่งพัฒนาการของชีวิตแม่ระหว่างตั้งครรภ์ ถ้าประสบกับภาวะพร่องโภชนาการ การใช้สารเสพติด การขาดการดูแลครรภ์หรือการขาดการออกกำลังกาย จะเกิดผลเสียต่อทารกไปยาวไกล ผลจากการติดตามระยะยาวพบว่า ในผู้ชายวัย 64 ปี เมื่อย้อนดูน้ำหนักตัวแรกคลอดปรากฏว่ายิ่งมีค่าน้อยโอกาสเป็นเบาหวานยิ่งมาก ทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์มักมีความพิการทางสมอง ดังนั้นการได้รับวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จึงเป็นมาตรฐานในการดูแลอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดโอกาสทารกติดเชื้อหัดเยอรมัน(24)

การถูกกีดกัน (social exclusion) เรื่องนี้เข้าใจได้ชัดเจนเมื่อหวนรำลึกถึงค่ายกักกันนาซีในสมัยสงครามโลกครั้งที่สอง หรือกรณีการสังหารหมู่ชาวโรฮิงย่าจนเกิดคลื่นมนุษย์อพยพหนีตายจากประเทศพม่าไปบังคลาเทศในปี พ.ศ. 2561 คือตัวอย่างภาพสุดโต่งของการกีดกันทางสังคมอย่างรุนแรง ความยากจนก็เป็นผลอย่างหนึ่งจากการกีดกันทางสังคมต่อโอกาสทางการศึกษา การมีที่อยู่อาศัยอย่างปลอดภัย หรือโอกาสทางสังคมอื่นๆ คนจนจึงมีพฤติกรรมเสี่ยง และเจ็บป่วยมากกว่าคนทั่วไปในทุกสังคม สิ่งที่น่าประหลาดใจคือ สามประเทศในกลุ่มจีเจ็ด (สหรัฐอเมริกา รัสเซีย สหราชอาณาจักร) มีสัดส่วนเด็กตกในภาวะยากจนมากที่สุดในบรรดาประเทศอุตสาหกรรมด้วยกัน ย้อนมองสังคมไทย ช่องว่างทางสังคมที่ถ่างขยายอย่างต่อเนื่องมาหลายสิบปีก็สอดรับกับช่องว่างของพฤติกรรมสูบบุหรี่ระหว่างชนบทกับเมืองซึ่งดำรงอยู่เรื่อยมาแม้ว่าแนวโน้มการสูบบุหรี่ลดลงก็ตาม หลักฐานชิ้นล่าสุดเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ในวารสาร Lancet ตีแผ่ว่า ผู้ที่ตกในภาวะถูกกีดกันมีโอกาสตายมากกว่าคนทั่วไปเกือบแปดเท่า(25)

ลักษณะการงาน สภาพการทำงานอันบีบคั้นทางร่างกายหรือจิตใจมักนำไปสู่การขาดงานบ่อย เจ็บป่วยบ่อยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อเทียบกับหัวหน้างานหรือนายจ้าง ลูกจ้างจึงเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าถึงสองเท่า ประเทศที่พัฒนาอุตสาหกรรมมานานอย่างสหราชอาณาจักร จึงมีการวิจัยกว้างขวางยาวนานเกี่ยวกับอาชีวอนามัย ในปี พ.ศ. 2557 นักวิชาการคาดประมาณว่าในสหราชอาณาจักรมีคนป่วยด้วยโรคจากการทำงาน ซึ่งจำนวนมากเกี่ยวข้องกับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล(26) ตรงกันข้าม ประเทศรายได้ปานกลางหรือยากจน การพัฒนาอุตสาหกรรมอาจจะยังไม่นานพอที่จะก่อให้เกิดรายได้และการรวมตัวของแรงงานจนสามารถผลักดันการสร้างความรู้เพื่อปกป้องสวัสดิภาพแรงงาน จึงไม่แปลกที่งานวิจัยด้านอาชีวอนามัยมีจำกัดมากในกลุ่มประเทศเหล่านี้ ตัวอย่างเช่น การใช้แรงงานเด็กแม้น่าเชื่อว่ายังมีอยู่มากแต่มีงานวิจัยน้อยมาก เท่าที่ปรากฏรายงานเด็กได้รับผลกระทบจากสภาพการทำงานรุนแรงกว่าผู้ใหญ่ ภาวะทุพโภชนาการ การเจริญเติบโตช้า การถูกละเมิดทางเพศ ฯลฯเป็นภาวะคุกคามทางสุขภาพต่อแรงงานเด็ก(27)

การว่างงาน คนที่การงานไม่มั่นคงหรือตกงานเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยยาวนานหรือจิตเสื่อมมากกว่าคนที่การงานมั่นคง การเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมืองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหมายความอย่างหนึ่งว่า ชีวิตคนไทยและคนทั่วโลกผูกพันกับการจ้างงานแนบแน่นมากขึ้น ดังนั้นนับวันการงานไม่มั่นคงหรือตกงานจึงมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนหมู่มากเพิ่มขึ้น รุนแรงขึ้นเป็นเงาตามตัวหลักฐานจากsystematic review(28) พบว่า โดยเปรียบเทียบกับคนตกงานในระยะสั้น คนตกงานยาวนานฆ่าตัวตายมากกว่าเสียชีวิตจากโรคต่างๆ มากกว่า

ความเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (social support) หมายถึง การเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน การพึ่งพากันทางวัตถุ หรือการแบ่งปันความรู้แก่กัน สิ่งเหล่านี้สัมพันธ์กับการมีชีวิตยืนยาว ดังตัวอย่างผลการวิจัยในประเทศ

[3] เกษตรกรรมใช้ปุ๋ยเคมี และเคมีกำจัดศัตรูพืช ทำให้ผลผลิตการเกษตรขยายตัวอย่างก้าวกระโดดทั่วโลก

สหรัฐอเมริกา ฟินแลนด์ และสวีเดน ที่น่าสังเกตคือ อายุขัยของผู้ชายแปรผันตามความเกื้อกูลซึ่งกันและกันมากกว่าผู้หญิง การมีชีวิตอยู่อย่างไร้ที่พึ่งพิงย่อมเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปรับตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องดำรงชีพท่ามกลางสังคมและสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนมากอย่างปัจจุบัน ในทางตรงกันข้าม การรวมตัวระหว่างประเทศเป็นกลุ่มเศรษฐกิจ เช่น สหภาพยุโรป หรืออาเซียน ก็สื่อความหมายชัดเจนว่า ประเทศไม่อาจดำรงอยู่อย่างโดดเดี่ยว บุคคลก็ไม่อาจมีชีวิตอย่างเดียวดาย รายงาน systematic review[29] แสดงว่า คนรวยเพื่อน (มีเพื่อนจำนวนมากและไปมาหาสู่สม่ำเสมอ) เสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่าคนที่ด้อยกว่าในด้านนี้

การใช้สารเสพติด การใช้สารเสพติด (บุหรี่ สุราหรือสิ่งเสพติดอื่นๆ) มีแต่ซ้ำเติมให้ชีวิตตกต่ำในทางจิตใจ สังคม และร่างกาย แม้ว่าสารเสพติดจะช่วยบรรเทาความเครียดหรือปลุกใจได้ชั่วคราว systematic review ชิ้นหนึ่งในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้ฉีดยาเข้าเส้นตายก่อนวัยอันควรมากกว่าคนทั่วไปเกือบ 15 เท่า[30] ตัวเลขคาดประมาณความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 20 ล้าน หรือร้อยละ 0.8 ของทุกสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะรวมกัน[31]

อาหาร ในอดีตยุคก่อนปฏิวัติเขียว (green revolution) ภาวะทุพโภชนาการได้คร่าชีวิตคนมากมายโดยเฉพาะเด็ก เมื่ออาหารพรั่งพรูจากการปฏิวัติเขียวลูกตุ้มเหวี่ยงไปทิศตรงกันข้าม การบริโภคอาหารมากเกิน ได้แก่ ไขมันทรานส์ คาร์โบไฮเดรท น้ำตาล หรือสิ่งผสมในอาหารเช่น nitrosamine นำไปสู่โรคเรื้อรัง เช่น หลอดเลือดหัวใจ/สมอง มะเร็ง[32-34]

การคมนาคม (transport) นับแต่ยานยนต์และถนนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผู้คนทั่วโลก การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติภัยทางถนนก็ขยายตัวตามปริมาณการเดินทางบนถนน กว่ายี่สิบปีที่ผ่านมา ประเทศไทยติดอันดับต้นของกลุ่มประเทศที่การสูญเสียจากเหตุนี้มากที่สุด[35] เคียงคู่ความพยายามเป็นเมืองดีทรอยด์แห่งเอเชีย อะไรกำหนดให้ภาคส่วนต่างๆ แสดงบทบาทที่พึงจะเป็น

6.3.2 Health in All Policies หรือ Sustainable Development Goals

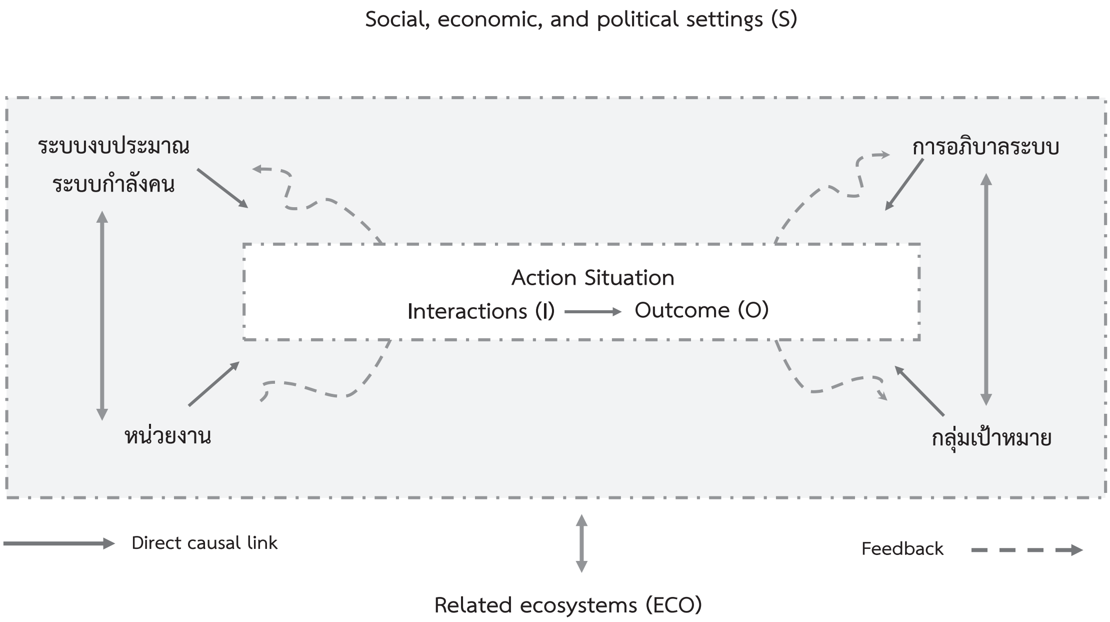
Health in All Policies หรือ Sustainable Development Goals (SDG) เป็นวาทะกรรมเชิงนโยบายระดับโลกเพื่อมุ่งหมายเชิดชูความร่วมมือภาคส่วนต่างๆ ในขอบเขตระหว่างประเทศและในแต่ละประเทศ ในการพัฒนาสังคมให้น่าอยู่อย่างยั่งยืน

วาทะกรรมสองคำนี้ สอดคล้องกับเนื้อหาในหัวข้อที่แล้วอันเป็นผลสืบเนื่องจากการสั่งสมองค์ความรู้มานานจนเกิดความตระหนักว่า ภาคส่วนต่างๆ ควรมีบทบาทในการพัฒนาสังคมร่วมกันแทนที่เคยต่างฝ่ายต่างดำเนินการในอดีต อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างใหญ่มากระหว่างความตระหนักกับการปฏิบัติจริง บทความนี้จึงสนใจที่จะนำเสนอข้อคิดและประสบการณ์ซึ่งอาจเป็นประโยชน์แกการปิดช่องว่างนี้โดยคำนึงถึงธรรมชาติของโลกที่แปรเปลี่ยนไม่หยุดนิ่ง ท่ามกลางความหลากหลาย ซึ่งท้าทายต่อการนำบทเรียนจากที่หนึ่งไปใช้กับที่อื่น

ในทางวิชาการ หลัก coproduction ของ ศ. เอลินอร์ ออสตรอม[31] นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลให้ความกระจ่างเกี่ยวกับการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายต่างๆ ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดร่วมกันต่อไปนี้ เป้าหมาย/เป้าประสงค์ กติกาทำงาน การแบ่งปันผลประโยชน์และแบกรับภาระ การแบ่งปันความรู้สารสนเทศ การบริหารจัดการ/ควบคุมกำกับ (ดูภาพที่ 6.1 และ 6.2) ด้วยหลักการ co-production หรือต่อมาเรียกว่า polycentric governance การจัดการทรัพยากรน้ำ ป่าไม้ ทะเล จึงเป็นไปได้อย่างราบรื่นต่อเนื่องโดยไม่ต้องอาศัยอำนาจรัฐ หรือการดำเนินการของเอกชน ก็ได้

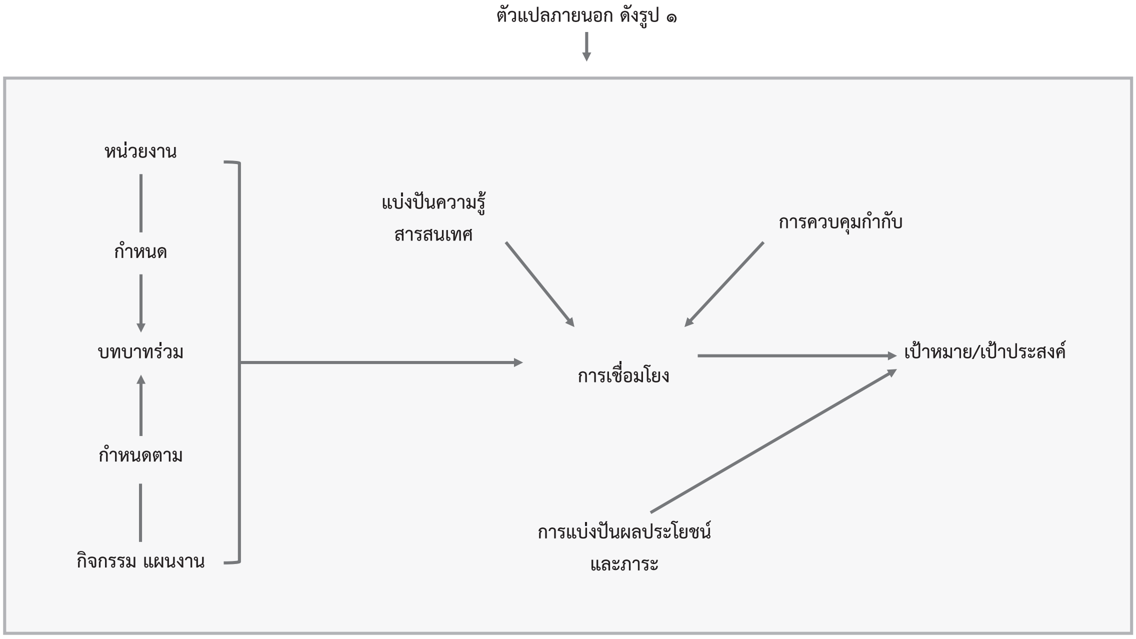
โดยใช้กรอบคิดตามหลัก coproduction ลองมาดูว่าจะอธิบายปรากฏการณ์ “น่านโมเดล” ได้อย่างไรให้เข้าใจที่มาที่ไปและนัยต่อการขยายผลให้เกิดการระดมบทบาทของภาคส่วนต่างๆ

ภาพที่ 6.1 Polycentric Governance (Coproduction) Concept



หมายเหตุ: ดัดแปลงจาก Ostrom[31]

ภาพที่ 6.2 ส่วนขยายของ action situation ในภาพที่ 6.1



หมายเหตุ: ดัดแปลงจาก Ostrom[31]

น่านโมเดล

ที่จังหวัดน่าน การป่วยและตายจากการดื่มสุราเป็นเรื่องใหญ่ประการหนึ่ง การแก้ปัญหานี้ได้สำเร็จจึงเป็นเรื่องน่าศึกษา แต่ในที่นี้ขอจำกัดขอบเขตการทำความเข้าใจ “น่านโมเดล” ไว้เฉพาะการป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเพื่อลดความซับซ้อนและความยาวของเนื้อหาการนำเสนอ แม้ในความเป็นจริงขอบเขตการแก้ปัญหาครอบคลุมการป่วยและตายจากการดื่มสุราทั้งหมด

จังหวัดน่านมีอัตราตายด้วยการบาดเจ็บทางถนนเท่ากับ 4.97 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ตัวเลขนี้น้อยที่สุด รองจากของกรุงเทพมหานครซึ่งต่ำที่สุดในประเทศ (1.26 ต่อแสนประชากร) แม้ว่าคนจังหวัดน่านดื่มสุรามากที่สุดในประเทศ[36] ทำไมน่านจึงมีความเสี่ยงต่ำถึงเพียงนี้ คนน่านทำอะไรกันจึงได้ผลเช่นนี้

นายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ สกัดบทเรียนไว้ในวารสารคลินิก[37] ว่า สิ่งที่คนน่านเปลี่ยนแปลงสังคมได้แก่

1) เลิกดื่ม-ขายสุราในงานประเพณีต่างๆ เช่น แข่งเรือประจำปี งานกว่าง (ประกวดแมลงจำพวกด้วง) และงานกาชาดประจำปี เป็นต้น
2) เลิกขายสุราในวัด
3) ยุติป้ายโฆษณาสุราในเขตเทศบาลเมือง
4) รณรงค์ส่งเสริมสังคมปลอดสุราด้วยการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อหลายช่องทางและบังคับใช้กฎหมายไม่ขายสุราแก่เด็กและเยาวชน

ความเปลี่ยนแปลงสี่ประการนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร

เพื่อตอบคำถามนี้ ลองมาพิจารณาการวิเคราะห์ด้วยกรอบคิดตามหลัก coproduction ในประเด็นต่อไปนี้

Action situation (ปฏิสัมพันธ์นำสู่ผลลัพธ์: interactions link to outcomes)

ในการแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรจากการดื่มสุราที่น่าน น่าจะเป็นไปได้ด้วยการสร้างบทบาทร่วมกันระหว่างหลายภาคส่วนได้แก่ สาธารณสุข สรรพสามิต ตำรวจ สื่อมวลชนท้องถิ่นตลอดจนส่วนอื่นในชุมชนเมืองน่าน โดยตั้งต้นจากการเชื่อมโยงความรับรู้และความเข้าใจร่วมกันโดยอาศัยสถิติการบาดเจ็บ-ตายจากอุบัติเหตุฯ (ตรงกับ “แบ่งปันความรู้สารสนเทศ” ในภาพที่ 6.2) และการวิเคราะห์แนวทางป้องกันปัญหา นำไปสู่วงจรการอภิปรายซักถามโต้แย้งจนสามารถกำหนดร่วมกันว่าจะบรรลุเป้าหมายอะไร จะการควบคุมกำกับการกระทำร่วมกันอย่างไร และจะแบ่งปันผลประโยชน์/ภาระอย่างไร ผลประโยชน์อาจหมายถึง งบประมาณ กำลังคน เป็นต้น ซึ่งเป็นประโยชน์เฉพาะหน้า ขณะเดียวกันก็อาจรวมถึงประโยชน์ระยะยาว คือ โอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ การได้รับการยอมรับในสังคม การได้อาศัยในสังคมที่เสี่ยงต่อภัยจากการดื่มสุราน้อยลง

เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ได้ก็จะคลี่คลายสู่การกำหนดแผนงานและกิจกรรม ครอบคลุมสี่องค์ประกอบข้างต้นร่วมกัน การเชื่อมโยงเป็นไปได้ด้วยการสร้างปฏิสัมพันธ์ในการประชุมจังหวัดอันเป็นรูปแบบการสื่อสารอย่างเป็นทางการที่สามารถเข้าถึงหน่วยงานรัฐในจังหวัดน่านได้โดยง่ายตามบริบทการบริหารราชการแบบรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ผู้ว่าราชการจังหวัดในฐานะตัวแทนบริหารราชการส่วนภูมิภาคซึ่งขึ้นต่อการกำกับโดยส่วนกลาง

ในอดีต action situation โดยอาศัยเวทีประชุมจังหวัดทำนองนี้เคยเกิดขึ้นเมื่อครั้ง นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (ผู้ได้รับรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล ปี พ.ศ. 2009) ริเริ่มนวัตกรรมป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ด้วยการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100%[39,39] บ่งชี้ว่า กลไกนี้เป็นองค์ประกอบแห่งความสำเร็จในการระดมบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ที่น่าจะขยายผลได้ ภายใต้บริบทการเมืองแบบรวมศูนย์อำนาจดังกล่าวแล้ว (สอดคล้องกับ social, economics, and political settings ในภาพที่ 6.1)

ความคล้ายคลึงกันระหว่างน่านโมเดลและนวัตกรรมถุงยางอนามัย 100% ยังมีอีกประการที่น่าสนใจ นั่นคือ การเชื่อมโยงกับอำนาจรัฐส่วนกลาง ในกรณีน่านโมเดล การเชื่อมโยงกับอำนาจรัฐส่วนกลางหมายถึงการสื่อสารกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยในเวลานั้นจนปรากฏเป็นข่าวหนังสือพิมพ์ว่า รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยสนับสนุน “น่านโมเดล”[37] อันเป็นสัญญาณ

เสริมบทบาทผู้ว่าราชการจังหวัดน่านให้สนับสนุน "น่านโมเดล" ในส่วนของนวัตกรรมถุงยางอนามัย 100% การสื่อสารกับกลไกรัฐส่วนกลางมุ่งหมายเพื่อขยายผลให้เป็นนโยบายระดับประเทศ[38] จะเห็นว่า ความสามารถในการสื่อสารสาธารณะของผู้นำการสร้างนวัตกรรมนับเป็นปัจจัยที่ขาดเสียมิได้ในการบรรลุผลสำเร็จของการระดมบทบาทของหลายภาคส่วน

นอกจากนี้ยังมีรูปแบบ action situation อื่นที่อาจเหมาะสมในการระดมบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ดังตัวอย่างดังนี้

"เด็กกินดิน" เคยเป็นเรื่องโจษจันแพร่หลายในสังคมไทยก่อนยุคสังคมออนไลน์ เมื่อโครงการแด่น้องผู้หิวโหยของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก (มพด.) เผยแพร่ภาพเด็กกินดินบนฉากผืนดินแห้งแตกระแหงผ่านสื่อโทรทัศน์ (สื่อสารสาธารณะที่แพร่หลายที่สุดในยุคนั้น) เพื่อเชิญชวนให้สังคมไทยช่วยกันเกื้อกูล ทุนการศึกษา อาหารและเกษตรชุมชน ฯลฯ[40]

กระแสขานรับโครงการนี้ บ่งชี้ว่า action situation อาจเกิดขึ้นด้วยการสื่อสารสาธารณะผ่านสื่อมวลชน เผยแพร่สาระของสื่อที่ออกแบบมาให้สอดคล้องกับระบบคุณค่าของสังคมไทย (related ecosystems ในภาพที่ 1) กล่าวคือ ในสายตาสังคมไทย เด็กเป็นที่สนใจและได้รับความเมตตาเป็นพิเศษ และความอยู่รอดของเด็กเกี่ยวข้องโดยตรงกับเหตุปัจจัยทางสังคม ระบบคุณค่านี้ปรากฏรูปธรรมผ่านการดำรงอยู่ของมูลนิธิต่างๆ เกี่ยวกับสวัสดิภาพของเด็กมานานในสังคมไทย

ตัวอย่างข้างต้นเป็น action situation ในภาวะปกติ ในภาวะคับขัน action situation ก็เกิดขึ้นได้และอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างมหภาคส่งผลระยะยาวต่อบทบาทของภาคส่วนต่างๆ เช่น การตรา พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ภายหลังโศกนาฏกรรมรถขนแก๊สคว่ำบนถนนเพชรบุรี การวางระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยคลื่นสึนามิ ภายหลังคลื่นสึนามิถล่มจังหวัดพังงาและภูเก็ต พ.ศ. 2547 เป็นต้น

Polycentric Governance (Coproduction) Concept

Action situation ที่กล่าวมาเป็นส่วนหนึ่งของระบบใหญ่ว่าด้วยการอภิบาลระบบ (โดยหลายภาคส่วนร่วมกัน (polycentric governance) ซึ่งอาจเรียกว่า collective governance ก็ได้ Ostrom วิเคราะห์ว่า action situation เป็นพลวัตรใจกลางของ การอภิบาลระบบร่วมกัน และเชื่อมโยงในสองทิศทางกับอีก 4 องค์ประกอบ (ภาพที่ 1) ได้แก่

ก) ระบบงบประมาณและกำลังคน (นั่นคือทรัพยากร)
ข) หน่วยงานในฐานะกลไกระดมทรัพยากรเพื่อใช้ประโยชน์ตามพันธกิจของตน
ค) การอภิบาลระบบ (กำกับติดตาม ประเมินผล กำหนดระเบียบ กติกา นโยบาย)
ง) ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

ทั้งหมดนี้สัมพันธ์กับเงื่อนไขภายนอกได้แก่ บริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ตลอดจนระบบนิเวศที่เกี่ยวข้อง

เมื่อย้อนกลับไปพิจารณาน่านโมเดล จะเห็นว่า ตำรวจ สรรพสามิต และสาธารณสุขเป็นตัวอย่างสามหน่วยงานที่มีความชอบธรรมและเข้าถึงแหล่งทรัพยากรอันจำเป็นต่อการดำเนินมาตรการทั้งสี่ในน่านโมเดลที่กล่าวไว้ข้างต้น action situation ที่เหมาะสมดังอภิปรายไว้ก็จะเปลี่ยนจุดยืนของหน่วยงานที่ไม่เคยเกี่ยวข้องกับมาตรการทั้งสี่ให้เห็นความสำคัญ ความเป็นไปได้และพร้อมใจขยายบทบาทซึ่งก็แปลว่า ทรัพยากรภายใต้หน่วยงานเหล่านี้ก็ถูกระดมไปสนับสนุนบทบาทขยาย การที่ action situation เกิดขึ้นในเวทีการประชุมจังหวัด (ไม่ได้แปลว่าเป็นเวทีลักษณะเดียวที่จำเป็น) ภายใต้การนำของผู้ว่าราชการจังหวัดก็เป็นโอกาสที่จะนำไปสู่องค์ประกอบย่อยของการอภิบาลระบบ ทั้งหมดนี้เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการหลีกหนีจากภัยคุกคามของการบริโภคสุรา โปรดสังเกตว่า ความต้องการนี้แม้มีมานานแต่จะไม่มีความหมายในระบบตามภาพที่ 6.1 จนกว่าจะมีการจัดการกับ

action situation อย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้จึงน่าจะเข้าใจได้ว่า ทำไมความพยายามแก้ปัญหาการบริโภคสุราหรือการระบาดของโรคเอดส์ในจังหวัดต่างๆ ก่อนหน้ากำเนิดนวัตกรรมที่จังหวัดน่านหรือที่จังหวัดราชบุรีในกรณีถุงยางอนามัย 100% จึงไม่ได้ผล

6.3.3 บทสรุป

คำว่า "บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในงานพัฒนาสุขภาพ" จะมีความหมายต่อการยกระดับสุขภาพสังคมไทยก็ต่อเมื่อ ความเข้าใจและตระหนักต่อความหมายของ"สุขภาพ" และ"เหตุปัจจัยของสุขภาพ"ไปพ้นรั้วของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข หรือของสาขาสุขภาพ (health sector) ตามที่ขยายความถัดไป บนฐานความเข้าใจนั้น จำเป็นต้องอาศัยการจัดการ action situation ภายใต้ หลักการที่เหมาะสม ในที่นี้คือการอภิบาลระบบร่วมกัน (polycentric governance) ดังตัวอย่าง น่านโมเดลและกรณีอื่นๆ ที่บทความนี้พยายามอภิปรายโดยเชื่อมโยงกับหลักการนี้