

การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับกลไก
และกระบวนการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์
การพัฒนาสุขภาพระดับประเทศ

โดย
ชื่อนฤทัย กาญจนจิตรรา
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เสนอต่อ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กรกฎาคม 2544

สรุปสำหรับผู้บริหาร
การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกและกระบวนการกำหนดนโยบาย
และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพระดับประเทศ

1. เหตุผลและความเป็นมา

กลไกการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา เป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก หน่วยงานอื่น และองค์กรภาคท้องถิ่นและภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในขอบเขตที่จำกัด กิจกรรมการดำเนินการต่างๆ ภายใต้แผนพัฒนาการสาธารณสุขเกือบทั้งหมดก็เป็นส่วนภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ผลที่เกิดขึ้นคือนโยบายไม่มีความเป็นเอกภาพ และขาดการประสานงานในการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข การปฏิรูประบบสุขภาพครั้งนี้ จึงเกิดคำถามว่า ควรจะต้องมีกลไก และกระบวนการที่เป็นระดับชาติหรือไม่ ถ้ามี ควรจะเป็นลักษณะใด และมีอำนาจหน้าที่อย่างไร

2. วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกในการจัดตั้งกลไกและกระบวนการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนาระบบสุขภาพระดับประเทศ

3. กรอบแนวคิดและวิธีการศึกษา

การสังเคราะห์องค์ความรู้ในการศึกษานี้ใช้การรวบรวมแนวทางการกำหนดนโยบายสุขภาพของต่างประเทศ ประกอบกับศึกษารูปแบบกลไกการกำหนดนโยบายระดับชาติของประเทศไทยในสาขาอื่นเป็นกรณีตัวอย่าง เพื่อหารูปแบบที่น่าจะใช้เป็นทางเลือกในการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติของไทย โดยใช้วิธีการศึกษาจากเอกสาร และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งในสาขาสาธารณสุข และสาขาอื่นๆ

กรอบความคิดที่ใช้ในการเสนอทางเลือกในการจัดตั้งกลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ ประกอบด้วยบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และลักษณะของกลไกที่พึงประสงค์เป็นแนวทาง ดังนี้

3.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยหลายมาตราที่กำหนดให้สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย เช่น มาตรา 59 ให้นุคคล มีสิทธิแสดงความคิดเห็นต่อโครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต มาตรา 76 ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง รวมทั้งการตรวจ

สอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ และมาตรา 89 ให้รัฐจัดให้มีสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในปัญหาต่างๆที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ ต้องให้สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้ความเห็นก่อนพิจารณาประกาศใช้

3.2 ลักษณะของกลไกที่พึงประสงค์

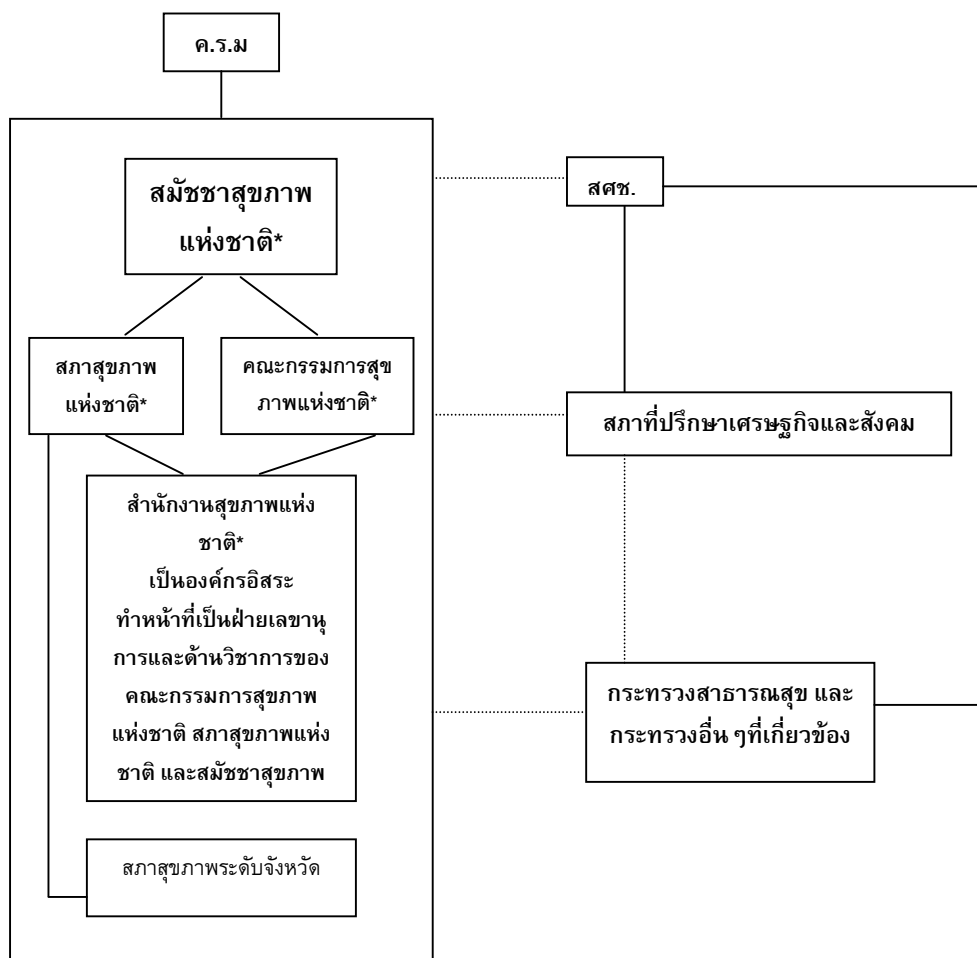
จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการประมวลความรู้จากเอกสาร สามารถกำหนดลักษณะของกลไกการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับชาติได้ดังนี้

- เป็นกลไกที่มีการบริหารที่มีประสิทธิภาพ คือ เป็นองค์กรขนาดเล็ก เพื่อความคล่องตัว และเป็นอิสระ ในการบริหารงาน แต่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ
- มีความเป็นธรรมาภิบาล คือมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เปลี่ยนจากการควบคุมบังคับ สั่งการ เป็นฉันทามติ และความรับผิดชอบ
- มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในลักษณะภาคีคือการทำงานในลักษณะที่นำเอาส่วนดีหรือจุดแข็งของแต่ละฝ่ายมาสนับสนุนกัน เพื่อให้เกิดการผนึกกำลัง (synergy)
- มี political accountability
- ใช้ปัญญา ความรู้เป็นฐานในการดำเนินงาน

3.3 ภารกิจหลักของกลไกนี้ คือ

- กำหนดกรอบทิศทางด้านสุขภาพของประเทศ ทั้งระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว
- เสนอความเห็นต่อรัฐบาล และให้คำปรึกษานโยบายด้านสุขภาพ และผลกระทบต่อสุขภาพจากการดำเนินงานด้านอื่นๆ
- ทำหน้าที่ stewardship หรือชี้นำทิศทาง
- เสนอกรอบงบประมาณสำหรับการดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนด
- สร้างเครือข่ายและประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆด้านสุขภาพ
- เป็นศูนย์กลางความรู้ด้านสุขภาพของประเทศ โดยประสานงานกับหน่วยงานที่ทำวิจัยและรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ
- ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนดไว้
- เผยแพร่ข้อมูล ความรู้และแนวนโยบายของประเทศต่อสาธารณะ

4. ข้อเสนอทางเลือกกลไกการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับชาติ รูปแบบที่ 1



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ* ทำหน้าที่เป็นองค์กรบริหาร (governing body) ของกลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ ประกอบด้วยผู้แทนจากสภาสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พิจารณานโยบายและเป้าหมายสุขภาพแห่งชาติก่อนนำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติใช้เป็นนโยบายของประเทศ

สภาสุขภาพแห่งชาติ* เป็นองค์กรภาคประชาชน ทำหน้าที่เสนอความเห็นต่อนโยบายภาครัฐและติดตามการดำเนินงานตามนโยบายนั้น

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ* เป็นกลไกการประสานงานนโยบายสุขภาพระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนสภาวิชาชีพ ผู้แทนภาคเอกชน นักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งตัวแทนภาคประชาชน คณะกรรมการมีหน้าที่ดังนี้

- ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย
- เสนอความเห็นเกี่ยวกับการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข และด้านการวิจัย
- รายงานการประเมินสถานการณ์สุขภาพของประเทศ
- เสนอกรอบงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ
- พิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ
- เสนอความเห็นต่อโครงการลงทุนขนาดใหญ่และนโยบายอื่น ๆ ที่จะมีผลต่อสุขภาพ
- เสนอความเห็นต่อ ครม.ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ
- กำกับดูแลการดำเนินงานของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ เป็นนิติบุคคลขึ้นต่อนายกรัฐมนตรี ได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็น block grant สำนักงานมีหน้าที่

- จัดการศึกษา วิเคราะห์นโยบายสุขภาพระดับชาติ และปัญหาเร่งด่วนทางด้านสุขภาพ
- รวบรวมข้อมูล ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพระดับชาติ
- ศึกษากรอบงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระดับชาติ
- ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ในการดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพ
- จัดเตรียมข้อมูลและจัดเตรียมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ/สภาสุขภาพแห่งชาติ/คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ประสานงานกับสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
- เผยแพร่ข้อมูลด้านนโยบายและข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพแก่สาธารณะ

* ข้อเสนอแนะเป็นการเสนอรูปแบบกลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ โดยรายละเอียดองค์ประกอบของสมัชชา/สภา/คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการได้มาซึ่งผู้แทนในระดับต่างๆ จะเป็นการศึกษาในขั้นต่อไปเมื่อรูปแบบกลไกมีความชัดเจนแล้ว

ชื่อของสมัชชา/สภา/คณะกรรมการ/สำนักงานสุขภาพแห่งชาติอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม และไม่ให้มีปัญหาความสับสนถ้าหากกระทรวงสาธารณสุขจะเปลี่ยนเป็นกระทรวงสุขภาพ

ข้อดีข้อเสียของทั้ง 3 รูปแบบ

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
รูปแบบที่ 1	▪ มีกลไกการประสานงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน ▪ สำนักงานสุขภาพแห่งชาติที่เป็นฝ่ายเลขานุการของทั้ง 3 คณะ สามารถเชื่อมโยงประสานงานของทุกภาคส่วนเข้าด้วยกันได้ และเป็นการนำข้อมูลความรู้มาใช้เป็นฐานในการกำหนดนโยบาย ▪ มีการประสานงานกับภาคการเมืองคือ ครม. ซึ่งจะเป็นผู้อนุมัตินโยบาย ▪ การมีทั้งสภาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะทำให้การกำหนดนโยบายมีความสมบูรณ์ และสะท้อนความคิดเห็นของทุกฝ่ายได้	▪ มีหลายขั้นตอน อาจทำให้เกิดปัญหาในด้าน bureaucracy
รูปแบบที่ 2	▪ นอกจากข้อดีที่เหมือนกับรูปแบบที่ 1 ในเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆของสังคมแล้ว การลดขั้นตอนการพิจารณาโดยให้ครม. ทำหน้าที่เป็นเสมือนองค์การบริหารของกลไกนี้ แทนสมัชชาสุขภาพ จะทำให้มีความคล่องตัวมากขึ้น	▪ การให้ครม. ซึ่งเป็นภาคการเมืองทำหน้าที่เป็นองค์การบริหาร (governing body) ของกลไกนี้ จะขาดองค์การบริหารที่มาจากทุกภาคส่วนของสังคม
รูปแบบที่ 3	▪ รูปแบบที่ 3 ให้กลไกนี้อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้แนวคิดเดียวกับสภาการศึกษาที่ต้องการให้การกำหนดนโยบาย และหน่วยปฏิบัติอยู่ภายใต้กลไกเดียวกัน เพื่อให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีผลมากกว่าแยกออกจากกัน ▪ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหลักรับผิดชอบเรื่องสุขภาพของประชาชนอยู่แล้ว น่าที่จะเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชาติด้วย	▪ การที่กลไกการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข อาจเกิดปัญหาในด้านการประสานงานกับหน่วยงานอื่น

การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกและกระบวนการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพระดับประเทศ

1. เปิดประเด็น

กลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับประเทศตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่ามีลักษณะ 3M syndrome คือ Monosectoral, Medical และ Male dominated (WHO 2000) กล่าวคือการวางแผนและกำหนดนโยบายอยู่ภายใต้การขับเคลื่อนโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก การนำสาขาอื่นเข้ามามีส่วนร่วมมีลักษณะผิวเผินในรูปของคณะกรรมการต่างๆ หรือการจัดสัมมนาที่เชิญนักวิชาการและกระทรวงอื่นเข้าร่วมให้ความเห็น ซึ่งการมีส่วนร่วมดังกล่าวมีผลเพียงเล็กน้อยในการกำหนดแนวทางหรือนโยบายสาธารณสุขที่มีความเป็นศาสตร์เฉพาะทางสูง และภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง ผู้ที่มีบทบาทนำในทุกส่วนของกระทรวงคือแพทย์ และเป็นผู้ชาย ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่านโยบายที่ผ่านมาจึงเป็นนโยบายที่กำหนดโดยฝ่ายเดียว

ปัจจุบันแนวความคิดเรื่องการมีส่วนร่วมจากฝ่ายต่างๆ เริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในสังคม รวมทั้งในสาขาสาธารณสุขด้วย ทั้งนี้เนื่องจากมองเห็นว่าปัญหาสุขภาพไม่ใช่เป็นเพียงการรักษาที่ต้องการเพียงแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น หากมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งอาจมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนหรือมากกว่าการรักษาหรือควบคุมป้องกันโรคเท่านั้น การกำหนดนโยบายโดยใช้แนวทาง 3 M ข้างต้นคงไม่เหมาะสม และไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ หรือสร้างคนให้มีสุขภาพดีทั้งกาย ใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ เหมือนดังเจตนารมณ์ของการปฏิรูปสุขภาพได้

กลไกการกำหนดนโยบายที่มีอยู่ปัจจุบันจึงควรทำการทบทวน และหาแนวทางใหม่ที่เหมาะสม ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะหากลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ ที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของสังคม และมีประสิทธิภาพ โดยจะทำการศึกษากลไกของประเทศต่างๆ กลไกการวางแผนระดับชาติของไทยในสาขาอื่น รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในสาขาสาธารณสุข และสาขาอื่นเพื่อประมวลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางเบื้องต้นในการกำหนดกลไกการวางแผนสุขภาพระดับชาติของไทยต่อไป

การศึกษานี้เป็นการวิจัยจากข้อมูลทุติยภูมิเป็นหลัก ซึ่งมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก เนื่องจากเอกสารที่จะอธิบายถึงกระบวนการวางแผนมีน้อย จากการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตและจากห้องสมุดพบว่าส่วนใหญ่จะอธิบายถึงระบบบริการสุขภาพ ไม่ใช่ระบบการวางแผนด้านสุขภาพ และข้อมูลจากการอ้างอิงส่วนใหญ่เป็นเอกสารของหน่วยงาน ซึ่งเผยแพร่ในวงจำกัด ข้อมูลในรายงานฉบับนี้จึงยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะในส่วนระบบการวางแผนของประเทศต่างๆ นั้น ให้ข้อมูลจากรายงานขององค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป ที่อธิบายถึงการกำหนดนโยบายสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศต่างๆ ในยุโรป เป็นแนวทาง และได้ติดต่อสถานทูตไทยในประเทศต่างๆ เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม และสอบถามจากเจ้าหน้าที่สถานทูตของประเทศนั้นๆ ในประเทศไทยเพื่อหาข้อมูลในรายละเอียดบางประเด็น รวมทั้งข้อมูลจากเว็บไซต์ของหน่วยงานของประเทศนั้นๆ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้รับยังขาดรายละเอียดอยู่มาก โดยได้รับ

ข้อมูลตอบกลับจากสถานทูตไทยเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ส่วนระบบการวางแผนสาขาอื่นในประเทศไทย ใช้การสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานนั้น ประกอบกับข้อมูลจากเอกสาร จึงน่าที่จะมีความสมบูรณ์ในเนื้อหาพอสมควร

2. นโยบายสุขภาพระดับชาติมีความจำเป็นหรือไม่

คำว่านโยบายระดับชาตินั้นในที่นี้หมายถึงนโยบายสาธารณะที่กำหนดแนวทางการดำเนินกิจกรรมของรัฐบาลในระดับชาติ (ศุภชัย ยาวะประภาษ 2540) ส่วนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้นหมายถึง (ปัตพงษ์ และ อนุพงษ์ 2543)

“นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่ดี สุขภาพดี เป็นนโยบายที่มุ่งทำให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี”

ตามความหมายข้างต้น นโยบายสุขภาพระดับชาติจึงหมายถึงนโยบายที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานของรัฐเป็นหลัก โดยการสร้างสภาวะแวดล้อม และสร้างกลไกเพื่อให้ประชาชนโดยส่วนรวมของประเทศมีสุขภาพที่ดี แต่ในภาวะที่ลักษณะทางสังคมมีความหลากหลาย ปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งประชาชนควรมีส่วนในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วย จึงเกิดคำถามขึ้นว่า จำเป็นหรือไม่ที่รัฐจะต้องมีนโยบายหรือเป้าหมายระดับชาติ หรือควรให้แต่ละพื้นที่กำหนดนโยบายและเป้าหมายให้สอดคล้องกับปัญหาของท้องถิ่นนั้น

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศพัฒนาแล้วประเทศเดียวที่ไม่มีสิ่งที่เรียกว่า “แผนงานสุขภาพระดับชาติ” หรือ comprehensive and universal government health program สหรัฐมีความเชื่อในเรื่องการกระจายอำนาจต่อการรวมศูนย์และมีแนวคิดเสรีนิยม ได้ให้เหตุผลโดยใช้หลัก popular choice explanation ที่อธิบายว่า นโยบายในสหรัฐนั้นถูกกำหนดโดยความต้องการของประชาชน ซึ่งนักคิดในสำนักนี้เชื่อว่าการที่สหรัฐไม่มีแผนงานสุขภาพระดับชาติเป็นเพราะประชาชนส่วนใหญ่ไม่ต้องการแนวคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมุติฐานว่าประชาชนทุกคน หรือทุกกลุ่มมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายเท่าเทียมกัน และรัฐบาลจะกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการของคนส่วนใหญ่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว คนที่มีอำนาจในสังคมไม่ว่าจะเป็นอำนาจทางการเงิน ทางการเมือง หรือทางความรู้ย่อมมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายเหนือกลุ่มที่มีอำนาจน้อยกว่าเสมอ ดังนั้นข้อสมมุติฐานที่ว่ารัฐจะกำหนดนโยบายตามความเห็นของคนส่วนใหญ่จึงไม่เป็นจริงตามไปด้วย ข้อมูลจากการสำรวจความต้องการของประชาชนสหรัฐในปี 1985 พบว่าร้อยละ 75 ของประชาชนต้องการให้มีนโยบายสุขภาพระดับชาติ โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาล ถึงแม้ว่าจะต้องเสียภาษีเพิ่มขึ้นก็ตาม (Navarro, 1992) แต่สหรัฐก็ยังคงนโยบายแบบเดิมที่เน้นเอกชนเป็นหลักมากกว่าเป็นสวัสดิการของรัฐ ซึ่งให้เห็นว่าการกำหนดนโยบายของสหรัฐไม่ได้สะท้อนความต้องการของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ

เหตุผลอื่นที่น่าจะมีน้ำหนักในการอธิบายได้มากกว่าคือการเมืองและระบบเศรษฐกิจของสหรัฐที่เป็นระบบทุนนิยม ซึ่งไม่ต้องการให้ชนชั้นแรงงานเข้มแข็งพอที่จะผลักดันนโยบายด้านสุขภาพของประชา

ชนโดยส่วนรวมได้ ชนชั้นนายทุนพอใจที่จะทำให้ชนชั้นแรงงานอ่อนแอ ทำลายโอกาสการรวมตัวกันโดยการแบ่งแยก และเน้นความเป็นปัจเจกบุคคล ระบบประกันสังคมจึงผูกโยงเข้ากับการประกันของภาคเอกชน และขึ้นอยู่กับบริษัท หรือหน่วยงานที่เป็นนายจ้าง ซึ่งเป็นการสร้างการผูกมัดระหว่างแรงงานกับหน่วยงานและนายจ้างโดยตรง มากกว่าแรงงานกับสังคมหรือรัฐโดยส่วนรวม ประเทศตะวันตกอื่นๆที่มีระบบประกันสุขภาพเกิดขึ้นได้เมื่อพรรคฝ่ายแรงงานเข้มแข็งทั้งสิ้น

แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกาสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้ว ในขณะเดียวกันสภาวะสุขภาพของประชาชนกลับด้อยกว่า จึงทำให้มีการทบทวนแนวคิดในเรื่องการกำหนดนโยบายระดับชาติด้านสุขภาพขึ้น ดังนั้นในปี 1997 Department of Health and Human Services (HHS) ซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐของรัฐบาลกลางที่ใหญ่ที่สุดหน่วยงานหนึ่งได้เสนอแผนกลยุทธ์ระดับชาติขึ้นเป็นครั้งแรก (HHS 2000) โดยกำหนดเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ระดับชาติเพื่อควมมีสุขภาพดีของประชาชนและลดความเหลื่อมล้ำของสถานะทางสุขภาพของประชาชน กลุ่มต่างๆโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติเป็นการกำหนดแนวทางการให้สวัสดิการของรัฐแก่ประชาชนนั่นเอง ขณะนี้เกือบทุกประเทศทั่วโลกมีนโยบายสุขภาพระดับชาติแล้วทั้งสิ้น เพียงแต่กรอบนโยบายอาจแตกต่างกันในระดับของความชัดเจนของแผน เช่น สหรัฐอเมริกา กำหนดเป้าประสงค์ (Goal) ไว้ 6 กลุ่ม โดยครอบคลุมเรื่องการลดอัตราการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นปัญหา การปรับปรุงการเข้าถึงบริการ การปรับปรุงระบบบริการ และคุณภาพของบริการเป็นต้น โดยไม่ได้กำหนดเป้าหมายในแต่ละวัตถุประสงค์ไว้ชัดเจนเหมือนนโยบายของประเทศอังกฤษ (รายละเอียดอ่านในเอกสารแนบ 1)

ประเทศอังกฤษ ได้เสนอ The Health of the Nation ในปี 1992 เป็นกรอบนโยบายระดับชาติประกอบด้วยประเด็นหลัก 5 ด้าน โดยกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายในแต่ละด้านไว้ชัดเจน รวมทั้งให้แนวทางในการดำเนินงานตามนโยบายและการติดตามประเมินผลไปด้วยเช่นกัน (Department of Health 1993) และในปี 1998 ได้เสนอนโยบาย Our Healthier Nation โดยปรับลดเป้าหมายลงเพื่อให้สามารถบรรลุผลอย่างยั่งยืนได้ แทนการกำหนดเป้าหมายไว้หลากหลายเช่นในช่วงแผนก่อน

ประเทศสวีเดนได้มีการกำหนดนโยบายระดับชาติไว้โดยเน้นที่ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และได้ตั้งคณะกรรมการขึ้นเพื่อกำหนดเป้าหมายสุขภาพระดับชาติตั้งแต่ปี 1995 และนำเสนอในปี 2000

สำหรับประเทศไทย มีการวางแผนด้านสาธารณสุขมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 แผนพัฒนาสาธารณสุขของไทยนั้นอาจจะเป็นนโยบายสาธารณสุขระดับชาติได้ ตามนิยามคำว่านโยบายสาธารณะ คือการกำหนดทิศทางการดำเนินกิจกรรมภาค รัฐบาล แต่ข้อจำกัดของแผนสาธารณสุขที่ผ่านมาคือกำหนดกรอบแนวทางสำหรับงานในขอบข่ายความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก เท่านั้น ยังไม่นับว่าเป็นนโยบายสุขภาพระดับชาติอย่างแท้จริง

ดังนั้น ต่อคำถามที่ว่าประเทศไทยควรมีนโยบายสุขภาพระดับชาติหรือไม่นั้น จากประสบการณ์ของประเทศอื่นๆ และจากความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เห็นว่าการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติเป็นสิ่งที่จำเป็นด้วยเหตุผลดังนี้

1. ปัญหาด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อน มีความหลากหลาย ต้องการการวางแผนเพื่อให้มีเป้าหมายที่มีความเป็นเอกภาพ แต่หลากหลายในทางปฏิบัติได้ และสามารถประเมินผลได้
2. นโยบายสาธารณะจะช่วยในเรื่องการกำหนดลำดับความสำคัญ ทำให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. การกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาตินับว่าเป็นนโยบายในเรื่องสวัสดิการที่รัฐจะให้กับประชาชน จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่รัฐควรจะต้องระบุให้ชัดเจน

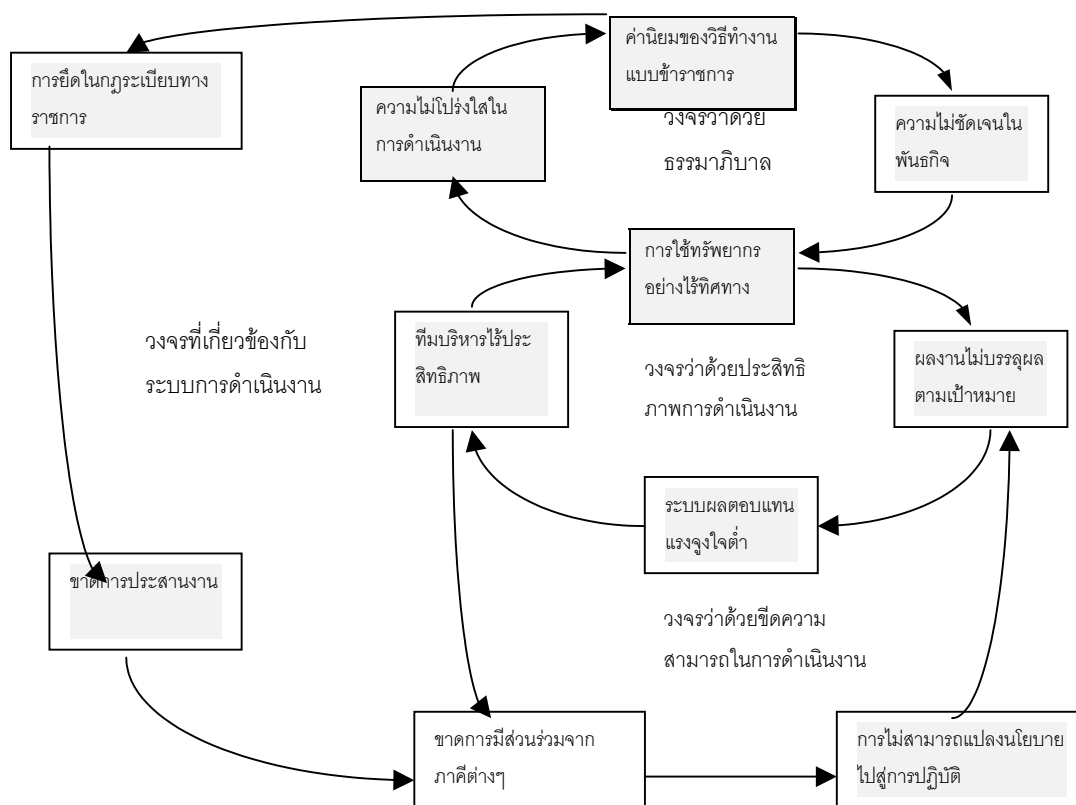
3. ปัญหาขององค์กรภาครัฐในปัจจุบัน

การที่จะศึกษากลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพนั้น จำเป็นต้องมองเห็นปัญหาของกลไกของรัฐในภาพรวมทั้งระบบ เพื่อที่จะกำหนดกรอบแนวคิดของกลไกที่ต้องการว่ามีลักษณะอย่างไร ในส่วนนี้จึงเป็นการสรุปปัญหาการดำเนินงานของภาครัฐ และแนวคิดในการปรับปรุงการดำเนินงาน ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดสำหรับกลไกหรือองค์กรที่ต้องการ

การดำเนินงานภาครัฐตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีลักษณะการทำงานแบบระบบข้าราชการมาโดยตลอด คือเป็นแนวคิดที่รัฐเป็นฝ่ายให้ เป็นฝ่ายกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ และประชาชน หรือองค์กรอื่นๆ เป็นฝ่ายรับ หรือถูกควบคุมโดยรัฐ การดำเนินงานในลักษณะนี้ก่อให้เกิดปัญหาเป็นวัฏจักร โดยมีวงจรของปัญหาอยู่ 4 วงจรคือ (1) วงจรว่าด้วยธรรมาภิบาล คือปัญหาในเรื่องค่านิยมของข้าราชการที่ทำงานในลักษณะเข้าขามเย็นขาม มีความไม่โปร่งใสในการดำเนินงาน ไม่ชัดเจนในพันธกิจ หรือมีความซ้ำซ้อนกันในการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างไร้ทิศทางหรือไม่มีประสิทธิภาพ (2) วงจรว่าด้วยประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ซึ่งเกิดจากทีมบริหารไร้ประสิทธิภาพ มีผลตอบแทนหรือแรงจูงใจในการทำงานต่ำ ใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผลงานไม่บรรลุผลตามเป้าหมาย (3) วงจรว่าด้วยขีดความสามารถในการดำเนินการ ซึ่งเกิดจากปัญหาที่ไม่สามารถแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติได้ และไม่ได้รับความร่วมมือจากภาคีต่างๆ (4) วงจรที่เกี่ยวกับระบบการดำเนินงาน ซึ่งเกิดจากการยึดในกฎระเบียบของทางราชการ มีระบบการรายงานตามสายการบังคับบัญชา และการไม่ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาทั้งหมดดังกล่าวต่างมีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบถึงกันและกัน ดังนั้นหากจะคิดระบบหรือกลไกให้สามารถแก้ปัญหาได้จะต้องนำปัจจัยทั้งหมดมาพิจารณาาร่วมกัน (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 ปัญหาการดำเนินงานภาครัฐ



ที่มา: ปรับจาก การกำหนดยุทธศาสตร์การจัดการภาครัฐ สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักงาน ก.พ. 2543 รูปที่ 7: 31

กรอบแนวคิดในการกำหนดกลไกการกำหนดนโยบายระดับชาติใช้ปัญหาขององค์กรภาครัฐที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเป็นโจทย์หลัก โดยพยายามคิดหาแนวทางที่ไม่ให้เกิดปัญหาเป็นวัฏจักร หรือมีให้น้อยที่สุด ดังนั้นแนวคิดหลัก และองค์ที่ที่ต้องการควรประกอบด้วยลักษณะดังนี้

- มีความเป็นธรรมาภิบาล
- เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ
- มีความเชื่อมโยงกับภาคีต่างๆของสังคม มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ และหน่วยอื่นๆนอกภาคสุขภาพ
- มีอิสระในการดำเนินงาน
- ใช้ปัญญา ความรู้เป็นฐานในการดำเนินงาน

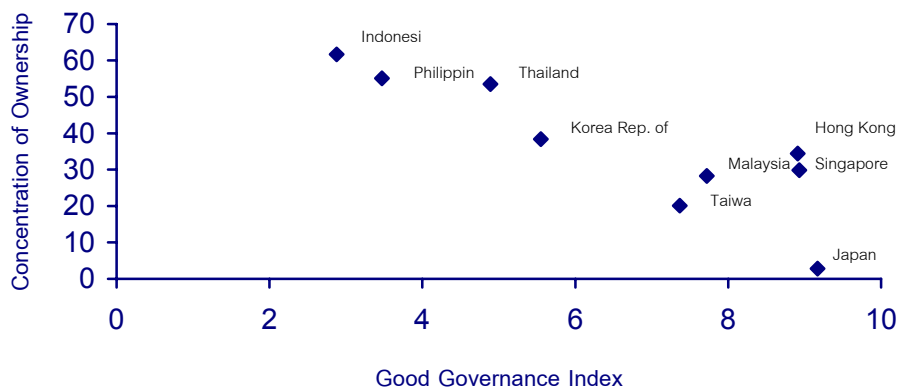
ทั้งนี้แต่ละองค์ประกอบมีหลักการหรือลักษณะที่พึงประสงค์ดังต่อไปนี้

3.1 ธรรมาภิบาล

ธรรมาภิบาลหมายถึงความถึงระบบ โครงสร้าง และกระบวนการต่างๆที่วางกฎเกณฑ์ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของประเทศ เพื่อที่ภาคต่างๆของสังคมไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ

ภาคธุรกิจเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคปัจเจกบุคคลและครอบครัวจะพัฒนาและอยู่ร่วมกันอย่างสงบสันติสุข (บวรศักดิ์ อุวรรณโณ 2542:32) โดยจะต้องมี 3 องค์ประกอบคือ การมีส่วนร่วม ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และความรับผิดชอบที่สามารถวิจารณ์ได้ ซึ่งหมายถึงว่าระบบนั้นจะต้องไม่รวมศูนย์อำนาจ เพราะการรวมศูนย์อำนาจอาจหมายถึงการตัดสินใจในระดับบนมากกว่าการมีส่วนร่วม และขาดกระบวนการตรวจสอบที่จะทำให้เกิดความโปร่งใส จากการศึกษาของ Cleessens and Lang 1999 พบว่าการรวมศูนย์ (concentration of ownership) มีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับธรรมาภิบาลยิ่งมีการรวมศูนย์อำนาจมากเท่าใดเป็นธรรมาภิบาลจะยิ่งน้อยลงเท่านั้น ประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีการรวมศูนย์ต่ำที่สุด มีความเป็นธรรมาภิบาลสูงที่สุด ในขณะที่ประเทศไทยมีการรวมศูนย์ค่อนข้างสูง การเป็นธรรมาภิบาลอยู่ในระดับปานกลาง (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างธรรมาภิบาลกับการรวมศูนย์อำนาจ



ที่มา: Cleessens, Djankov, and Lang 1999. อ้างใน สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ
สำนัก งาน ก.พ. 2543

ดังนั้นหากต้องการให้ระบบมีความเป็นธรรมาภิบาลจะต้องให้มีการกระจายอำนาจ ให้มีส่วนร่วมของทุกภาคของสังคม ทั้งภาคปัจเจกบุคคลและครอบครัว ภาคประชาสังคม ภาคธุรกิจเอกชน และภาครัฐ และมีกลไกในการตรวจสอบเพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการดำเนินงาน เปลี่ยนจากการควบคุมและบังคับ (control and regulatory) เป็น จันทามติและความรับผิดชอบ (consensus และ accountability) ซึ่งจำเป็นต้องให้แต่ละภาคมีความเข้มแข็ง เพื่อไม่ให้ตกอยู่ภายใต้การครอบงำของภาคอื่นๆ การบริหารจัดการก็จะกระทำร่วมกันทุกภาค บนพื้นฐานของประโยชน์ที่ยอมรับกันได้ จนเกิดจันทามติ (บวรศักดิ์ อุวรรณโณ 2542)

นอกจากนี้ การให้มีเสรีภาพทางการเมืองและทางเศรษฐกิจ ทำให้เกิดธรรมาภิบาลได้มากขึ้นด้วย จากการศึกษาของ Minmix Pei (อ้างในบวรศักดิ์ อุวรรณโณ 2542) พบว่าการเพิ่มขึ้นของเสรีภาพ

ทางการเมือง 1 หน่วย หรือเสรีภาพทางเศรษฐกิจ 1 หน่วย มีผลทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของธรรมาภิบาลถึง 3 เท่า

3.2 ประสิทธิภาพ

การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพหมายถึงการจัดองค์กรหรือระบบให้สามารถดำเนินงานตามภารกิจขององค์กรให้บรรลุผลได้ตามที่ต้องการโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าที่สุด ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพของการบริหารงานภาครัฐที่ผ่านมาคือ องค์กรมีความใหญ่โตเกินไป มีระเบียบ กฎเกณฑ์มากมายที่ทำให้ขาดความคล่องตัวและไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป การบริหารที่เป็นสายการบังคับบัญชาที่คอยแต่ฟังคำสั่ง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความคิดริเริ่มและพัฒนาศักยภาพของตนเอง ระบบงานที่ซับซ้อนคือแบ่งเป็นฝ่าย เป็นหน่วยย่อยๆ เพื่อแบ่งย่อยงานให้เล็กลง ทำให้แต่ละคนรับผิดชอบงานในลักษณะงานประจำ เป็นการทำงานที่ก่อให้เกิดความไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดปัญหาเป็นวงจรดังได้กล่าวมาแล้ว

ดังนั้นการปรับองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตามแนวความคิดของ Hammer and Champy (1994) (อ้างในเนาวรัตน์ 2542) โดยทำการเปรียบเทียบองค์กรแบบเดิมและองค์กรแบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นดังนี้

องค์ประกอบ	ระบบเดิม	ระบบใหม่
กระบวนการ	ซับซ้อน	ง่าย
งาน	ง่าย	ซับซ้อน
ผู้ปฏิบัติ	ควบคุม	เสริมพลัง
โครงสร้างองค์กร	สายบังคับบัญชา	คณะ
บุคลากร	คนทำงาน	มืออาชีพ
การประเมิน	กิจกรรม	ผลของงาน
แกน	งาน	กระบวนการ
ผู้จัดการ	ผู้ควบคุม	ผู้สอน
ผู้บริหาร	ผู้ประเมิน	ผู้นำ
จุดเน้น	เจ้านาย	ลูกค้า
ค่านิยม	การป้องกัน	productive

ที่มา: เนาวรัตน์ แยมแสงสังข์ 2542

การดำเนินงานของระบบเดิมคือการแบ่งงานหลายขั้นตอน งานชิ้นหนึ่งจึงต้องทำหลายคนจึงแล้วเสร็จ แต่ระบบใหม่จะมีขั้นตอนการแบ่งงานที่น้อยไม่ยุ่งยาก มีกระบวนการที่สั้น สามารถทำได้โดยคนคนเดียวหรือกลุ่มเดียว แต่เนื่องจากการที่แต่ละคนต้องทำงานทุกกระบวนการทำงานเพื่อให้สำเร็จเป็น

ขึ้นงาน ทำให้งานแต่ละชิ้นมีความซับซ้อนขึ้น ซึ่งต่างจากระบบเดิมที่แบ่งงานเป็นหลายขั้นตอน ทำให้แต่ละคนทำงานที่ง่ายเพราะรับผิดชอบเพียงงานอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น ซึ่งการแบ่งงานในลักษณะนี้ต้องการคนที่เปี่ยมฝีมือมากกว่าเป็นแค่คนทำงาน คือต้องมีความรู้มีความชำนาญสามารถทำงานที่ยากและซับซ้อนให้ลุล่วงไปได้ตามลำพัง

ระบบใหม่นี้ต้องการเสริมพลัง (empower) แก่ผู้ปฏิบัติงาน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเข้มแข็งและเพิ่มศักยภาพให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต่างจากระบบเดิมที่เน้นการควบคุมผู้ปฏิบัติงานให้ทำตามกฎเกณฑ์ระเบียบข้อบังคับ และตามสายการบังคับบัญชา นอกจากนี้โครงสร้างขององค์กรในระบบใหม่นี้ยังเน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม มากกว่าการสั่งการตามสายงาน การประเมินผลงานในระบบใหม่นี้เน้นที่ผลงาน ไม่ใช่การประเมินตามกิจกรรมเช่นในระบบเดิม

ขณะเดียวกันผู้บังคับบัญชาในระบบเดิมที่ทำหน้าที่ควบคุม และเป็นผู้ประเมินจะเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้สอน และเป็นผู้นำ ทำหน้าที่ให้คำแนะนำกับผู้ปฏิบัติงาน และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อให้งานออกมาดีที่สุด

กล่าวโดยสรุป ระบบงานใหม่จะมององค์กรขนาดเล็กที่เจ้าหน้าที่ทุกคนทำงานได้ด้วยตนเองในทุกขั้นตอนของการทำงาน มีการทำงานเป็นทีมโดยผู้บริหารทำหน้าที่เป็นเหมือนพี่เลี้ยงที่ให้แนวทาง ให้คำแนะนำ และแก้ไขข้อผิดพลาด การประเมินผลใช้ผลของงานมากกว่ากิจกรรม และทำงานในลักษณะเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ ผลตอบแทนควรที่จะเป็นตามการทำงานคือทำมากได้มากทำน้อยได้น้อย เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน กำหนดผลลัพธ์ของงานชัดเจนเพื่อให้สามารถประเมินผลได้

3.3 การมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ และการประสานงาน

การมีส่วนร่วมหรือการทำงานในลักษณะภาคีคือการทำงานในลักษณะที่นำเอาส่วนดีหรือจุดแข็งของแต่ละฝ่ายมาสนับสนุนกัน เพื่อให้เกิดการผนึกกำลัง (synergy) คือการทำงานในลักษณะเครือข่ายจะต้องเกิดผลในลักษณะทวีคูณ คือมากกว่าการนำผลลัพธ์ของการต่างคนต่างทำมารวมกัน โดยที่เครือข่ายมีองค์ประกอบที่สำคัญ 7 ประการคือ (เกรียงศักดิ์ 2537)

1. การรับรู้มุมมองร่วมกัน (common perception)
2. การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (common vision)
3. การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (mutual interest/benefits)
4. การมีส่วนร่วมของสมาชิกอย่างกว้างขวาง (all stakeholders participation)
5. การเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (complementary relationship)
6. การพึ่งพิงซึ่งกันและกัน (interdependence)
7. การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (interaction)

ซึ่งในการที่จะสนับสนุนให้ทุกภาคีมีส่วนร่วมสิ่งที่ต้องนำมาคำนึงถึงคือ (WHO, EURO, 2000)

- ต้องให้แน่ใจว่าทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพูดภาษาเดียวกัน (มีระดับความเข้าใจเท่ากัน)

- เข้าใจและเคารพในวัฒนธรรม ค่านิยม และวัตถุประสงค์ของกลุ่มต่างๆที่มาร่วม ซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน รวมทั้งที่เป็นกลุ่มเป้าหมายด้วย
- สร้างกลไกและกระบวนการที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม
- ให้แน่ใจว่าสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็น vulnerable group
- สร้างความสามารถ ทักษะและโอกาสที่จะมีส่วนร่วม

การประสานงานมีสิ่งที่จะต้องทำเป็นคือ (www.HHS.gov,2000)

- บทบาทของแต่ละภาคีต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าใครมีบทบาทอย่างไร
- ต้องมีความเข้าใจร่วมกันในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการทำงานร่วมกัน
- ต้องมีการติดต่อสื่อสาร หรือการพูดคุยกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายและการปฏิบัติ

การมีส่วนร่วมและการประสานงานสามารถทำได้หลายรูปแบบ กลไกที่พบได้บ่อยคือ

- การให้คำปรึกษากับภาคีต่างๆในการพัฒนาเป้าหมายของแผนงาน และวัตถุประสงค์ที่มีร่วมกัน (joint planning and funding,)
- การมีข้อตกลงร่วมกัน (เช่นเรื่องการให้ทุน การทำสัญญา บันทึกข้อตกลงร่วมกัน) (cooperative agreements and contract, interagency agreements,)
- การประชุมกับภาคีต่างๆ (interagency working group, joint national and regional meetings, review board,)
- สภาที่ปรึกษา (advisory council)

ดังนั้นการทำงานในลักษณะภาคีจึงมิใช่เพียงการสร้างเวทีให้มาทำงานร่วมกันเท่านั้น แต่จะต้องมีกิจกรรมที่จะสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมและผนึกกำลังกันได้ด้วย จึงจะได้ประโยชน์ สมาชิกที่มาทำงานร่วมกันจะต้องมีจุดมุ่งหมายในการทำงานร่วมกัน มีความเข้าใจและยอมรับในความแตกต่างของเพื่อนร่วมสมาชิก หาคู่แข่งของแต่ละฝ่ายมาผนึกกำลังกัน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและพลังในการทำงาน ซึ่งเป็นประโยชน์โดยส่วนรวมมากกว่าการต่างคนต่างทำ การทำงานในลักษณะภาคีจึงจะเป็นประโยชน์ แต่ไม่ใช่เป็นการรวมกลุ่มกันเพื่อแบ่งปันผลประโยชน์ หรือเพื่อใช้เป็นเวทีในการต่อสู้แย่งชิงผลประโยชน์ของกลุ่มต่างๆในสังคม การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งการกำหนดกิจกรรมกลุ่มจึงมีความสำคัญมากกว่าการรวมตัวกันเท่านั้น

นอกจากปัจจัยข้างต้นแล้ว รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้กำหนดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายมากขึ้นโดยกำหนดไว้ในมาตรา 59 76 และ 89 ดังนี้

มาตรา 59 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผล จากหน่วยงานราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาต หรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวกับตน

หรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้ตามกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 76 รัฐต้องส่งเสริมหรือสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ

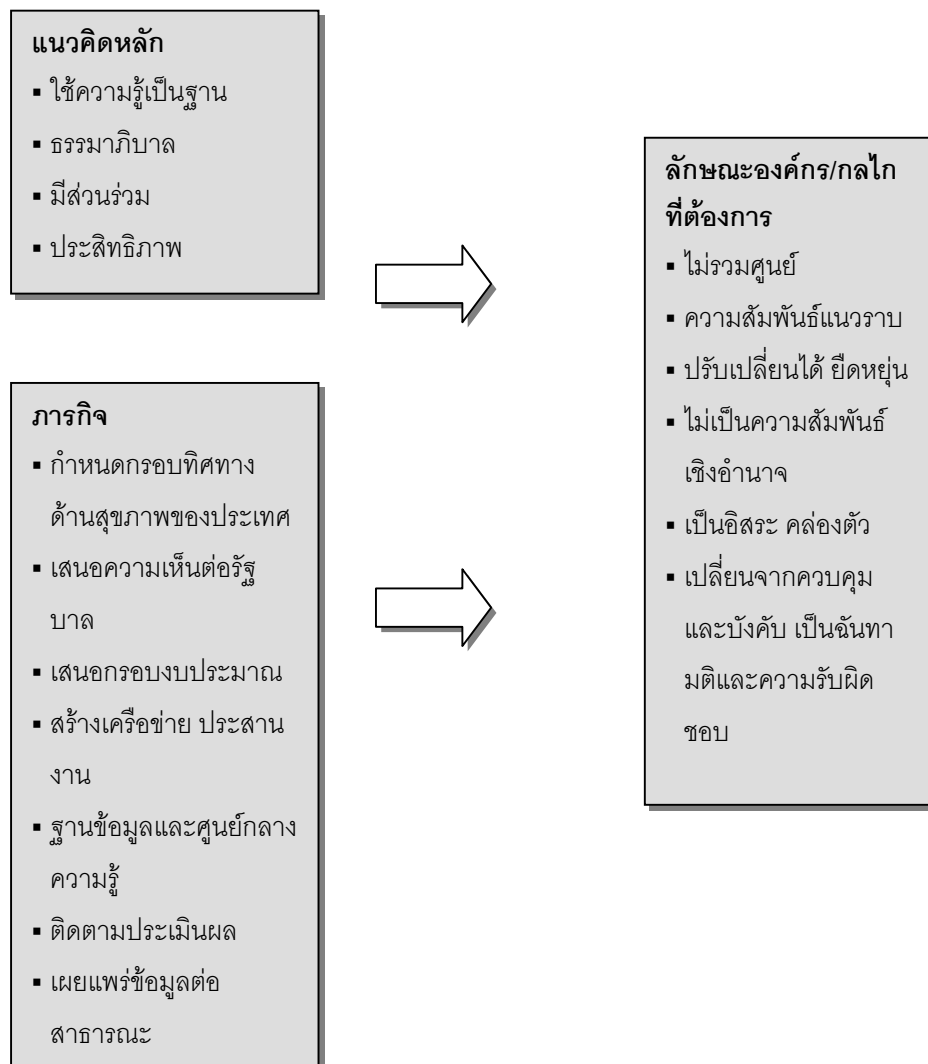
มาตรา 89 เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามหมวดนี้ ให้รัฐจัดให้มีสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ ต้องให้สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้ความเห็นก่อนพิจารณาประกาศใช้

องค์ประกอบที่มา อำนาจหน้าที่ และการดำเนินงานของสภาที่ปรึกษา ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายจึงเป็นเจตนารมณ์สำคัญของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

จากปัจจัยต่างๆข้างต้นที่ใช้ประกอบการพิจารณารูปแบบขององค์กร นำมากำหนดกรอบแนวคิดของกลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ ได้ดังนี้



4. รูปแบบกลไกการกำหนดนโยบายที่มีอยู่ในปัจจุบัน

4.1 กลไกในประเทศต่างๆ

1) สวีเดน

การดูแลสุขภาพของประชาชนและสวัสดิการด้านอื่น ๆ ในประเทศสวีเดนและประเทศในแถบยุโรปตอนเหนือ จะเป็นความรับผิดชอบของภาครัฐ ซึ่งแตกต่างจากประเทศทางตอนกลางของยุโรปที่มีลักษณะเป็นพหุลักษณะ (pluralistic) หรือหลายฝ่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงาน การวางแผนและดำเนินงานในช่วงปี 1970 เป็นช่วงที่เรียกว่า “state-led command and control era” ทั้งในเรื่องการวางแผนด้านสุขภาพและการกำหนดแนวทางการพัฒนา โดยการวางแผนระดับชาติมีลักษณะรวมศูนย์ คือรัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดนโยบาย และรัฐบาลท้องถิ่นนำไปปฏิบัติ

ในช่วงปี 1990 มีปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำทำให้แนวคิดเรื่องรัฐสวัสดิการต้องปรับเปลี่ยนมาเป็นการให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นมากขึ้น และมีผลทำให้การให้สวัสดิการของรัฐในหลายด้านต้องปรับเปลี่ยนไปรวมทั้งด้านสุขภาพด้วย (Ministry of Health and Social Affairs, no date) ในช่วงนี้การวางแผนสุขภาพระดับชาติได้เน้นการมีส่วนร่วมจากระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่นมากขึ้น โครงสร้างองค์กรทางด้านสุขภาพของสวีเดนในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่นมีดังนี้

County Council Sector			
State ■ Ministry of Health and Social Affairs ■ National Board of Health and Welfare ■ Swedish Council of Technology Assessment in Health Care	Federation of County Councils (Semi-public)	20 county councils + 1 local authority	9 regional hospital 80 county/ district county hospitals 900 health centers
	Swedish Association of Local Authorities (semi-public)	289 local authorities	Housing and care for elderly and disabled
Municipal Sector			

ที่มา: Swedish Institute, 1999. Fact Sheet on Sweden: The Health Care System in Sweden

ระดับชาติ

หน่วยงานระดับชาติด้านสุขภาพมี 3 หน่วยงานหลักคือ

1. กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการมีหน้าที่หลักคือกำหนดนโยบาย ร่างระเบียบ กฎหมาย เสนอต่อรัฐสภา และจัดทำข้อเสนองบประมาณ การสนับสนุนวิจัย ประสานงานระหว่างสาขา สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของหน่วยงานต่างๆ และรับผิดชอบปัญหาสาธารณสุขที่ต้องการการแก้ไขในระดับ

ชาติ เช่นปัญหาโรคเอดส์ และปัญหายาเสพติด เป็นต้น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบันคือ Health and Medical Services Act 1982

2. The National Board of Health and Welfare มีหน้าที่ในการให้คำปรึกษา และกำกับดูแล และติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายและแนวทางที่กำหนด

3. Council of Technology Assessment in Health Care ทำหน้าที่ประเมินการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในด้านการแพทย์ สังคม และจริยธรรม ข้อมูลที่ได้จะส่งต่อไปยังหน่วยงานระดับชาติและระดับท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

ส่วน Federation of County Councils (ตัวแทน 26 County Councils) และ Swedish Association of Local Authorities (ตัวแทน 288 municipalities) มีส่วนในการกำหนดนโยบายระดับชาติด้วยเช่นกัน

ระดับภูมิภาค

การบริหารงานในระดับภูมิภาคหรือ Council ทำในรูปสภา โดยสมาชิกสภาได้มาจากการเลือกตั้งทั่วไป มีวาระ 4 ปี การดำเนินงานส่วนใหญ่คือการให้บริการทางด้านสุขภาพ การวางแผนในระดับนี้ใช้ข้อมูลจากระดับชาติทั้งเรื่องกรอบแนวทางและนโยบายระดับชาติ รวมทั้งข้อมูลจากการสำรวจและการศึกษาวิจัย

ระดับท้องถิ่น

ระดับท้องถิ่น หรือ municipality มีบทบาทในการให้บริการระดับปฐมภูมิเป็นส่วนใหญ่

กระบวนการกำหนดนโยบาย

การกำหนดนโยบายระดับชาติของสวีเดนได้มีความพยายามให้มีการประสานงานระหว่างสาขามากขึ้น โดยตั้ง Public Health Group ขึ้น ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆในภาครัฐ และนักวิชาการในสาขาทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจากองค์ประกอบเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นภาครัฐและมีความเป็นสาธารณสุขสูง คือ ครึ่งหนึ่งของกรรมการมาจากผู้แทนหน่วยงาน อีกประมาณครึ่งหนึ่งเป็นนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญสาขาการแพทย์และสาธารณสุข กรรมการทั้งหมดเป็นผู้ชาย ส่วนการประสานงานกับท้องถิ่นใช้ช่องทางประสานงานผ่าน the Federation of County Councils และ Swedish Association of Local Authorities

Public Health Group มีหน้าที่จัดทำเอกสารเพื่อใช้ในการกำหนดมาตรการสุขภาพระดับชาติ ในขณะเดียวกัน National Board of Health and Welfare ได้ร่างกฎหมายประเด็นสุขภาพเฉพาะขึ้น (Om vissa folkhälsofrågor หรือ on certain public health issues) ซึ่งมาตรการที่เสนอโดย Public Health Group ได้นำมาใช้ในการกำหนดกฎหมายประเด็นสุขภาพเฉพาะด้วย

ในการกำหนดเป้าหมายระดับชาติ รัฐได้ตั้งคณะกรรมการภายใต้รัฐสภาคือ The National Public Health Committee ขึ้น คณะกรรมการมีหน้าที่กำหนดเป้าหมายระดับชาติและวัดผลการดำเนินงานตามเป้าหมายนั้น รวมทั้งผนวกเป้าหมายเรื่องสุขภาพกับเป้าหมายด้านอื่นๆของประเทศด้วย ประเทศสวีเดนถือว่าเริ่มแนวคิดในการกำหนดเป้าหมายระดับชาติได้ไม่นาน คือคณะกรรมการตั้งในปี

1995 และการกำหนดเป้าหมายเริ่มในปี 1997 คาดว่าจะแล้วเสร็จในปี 2000 ก่อนหน้านั้นสวีเดนไม่มีการกำหนดเป้าหมายระดับชาติด้านสุขภาพ มีเพียงเป้าหมายในระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่นเท่านั้น การประสานงานระหว่างสาขาในระดับท้องถิ่นจึงมีมานานกว่าใน ระดับชาติ

จากประสบการณ์ของประเทศฟินแลนด์ซึ่งเป็นรัฐสวัสดิการเช่นเดียวกัน พบว่าในปัจจุบันกระบวนการจัดทำนโยบายระดับประเทศของฟินแลนด์คือ

National Board of Health จัดสัมมนาขึ้น 3 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการเชิญผู้เชี่ยวชาญในสาขาสุขภาพ และอีก 2 ครั้งเป็นการสัมมนาผู้ที่อยู่นอกสาขาสาธารณสุข หลังจากนั้น ได้ตั้งคณะกรรมการร่างแผนขึ้น และนำเสนอต่อสาธารณชน เพื่อให้มีการเมืองและผู้ทำงานในสาขาอื่นได้อ่านและให้ความเห็นชอบต่อแผนดังกล่าว นอกจากนี้ได้มีการทำเอกสารฉบับย่อขึ้นเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรในรูปของรายงานเรื่องนโยบายสุขภาพ และหลังจากนั้นได้พิมพ์แผนฉบับสมบูรณ์เผยแพร่แก่ประชาชนทั่วไปให้รับทราบนโยบายสุขภาพของประเทศ

กระบวนการวางแผนในลักษณะนี้ได้รับคำวิจารณ์จาก WHO review group ในหลายประเด็น ที่สำคัญคือ กระบวนการนี้ส่วนใหญ่เป็นการวางแผนจากสาขาสาธารณสุข มีสาขาอื่นมาร่วมน้อยมาก นอกจากนี้ ผู้ที่เข้าร่วมในกระบวนการวางแผนจะเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือข้าราชการซึ่งทำงานในลักษณะ top-down ส่วนรัฐบาลท้องถิ่นและประชาชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ดังนั้น กระบวนการวางแผนจึงเป็นแผนของราชการและผู้เชี่ยวชาญ มากกว่าเป็นแผนที่สะท้อนปัญหาของพื้นที่และประชาชน

ในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นนั้น ได้รับความสนใจมากขึ้นในช่วงปี 1986 ซึ่งต่างจากเดิมที่แผนสาธารณสุขจะเน้นแต่งงานด้านสาธารณสุขอย่างเดียว การประสานงานใช้รูปแบบของคณะกรรมการระดับชาติ และ สภาสุขภาพ โดยมีตัวแทนจากฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องได้รับเชิญเข้าเป็นกรรมการ แต่ในทางปฏิบัติการประสานงานมักไม่เกิดผลในทางปฏิบัติ เพราะแต่ละคนที่เป็นตัวแทนก็มักจะถกเถียงกันในเรื่องของภาษาและถ้อยคำในแผน โดยเมื่อกลับไปยังหน่วยงานของแต่ละคนแล้ว การดำเนินงานยังคงเหมือนเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติ หรือมีเปลี่ยนแปลงน้อยมาก

แต่ในระดับรัฐบาลท้องถิ่น มีความเป็นไปได้ในเรื่องการประสานงานระหว่างสาขามากกว่า คือได้มีการตั้งสภาระดับท้องถิ่นขึ้นสองสภา คือสภาสำหรับการให้ความรู้เรื่องสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ กับสภาสำหรับการฟื้นฟูสภาพ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดสรรงบประมาณเป็นแบบ block grants แทนการได้รับงบประมาณตามรายกิจกรรม ทำให้การประสานงานระหว่างสาขาเกิดขึ้นได้ แต่เดิมนั้น รัฐบาลท้องถิ่นจะได้รับงบประมาณจากรัฐบาลกลางในลักษณะที่ให้ตามกิจกรรมที่กำหนด แต่ละหน่วยงานจึงไม่มีความจำเป็นที่จะทำงานประสานกับหน่วยงานอื่น แต่การจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ ที่จ่ายเงินเป็นก้อนแก่รัฐบาลท้องถิ่น ทำให้หน่วยงานต่างๆที่ทำงานในเรื่องที่ต้องประสานงานกันต้องหันหน้าเข้ามาทำงานด้วยกันมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป กระบวนการวางแผนของประเทศสวีเดนและฟินแลนด์ยังคงอยู่ในวงการสาธารณสุขและโดยภาครัฐ ถึงแม้จะมีความพยายามที่จะให้สาขาอื่นๆ และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

แต่ในทางปฏิบัติยังคงไม่มีผลมากนัก โดยเฉพาะหากการจัดสรรงบประมาณยังคงเป็นตามรายสาขาอยู่เช่นเดิม

2) อังกฤษ

นโยบายสุขภาพระดับชาติของอังกฤษ มีลักษณะเป็นแผนกลยุทธ์ซึ่งกำหนดเป้าประสงค์และเป้าหมายหลักของประเทศด้านสุขภาพ โดยในปี 1992 ได้เสนอ “The health of the nation: a strategy for health in England” ซึ่งมีเป้าประสงค์หลักคือ

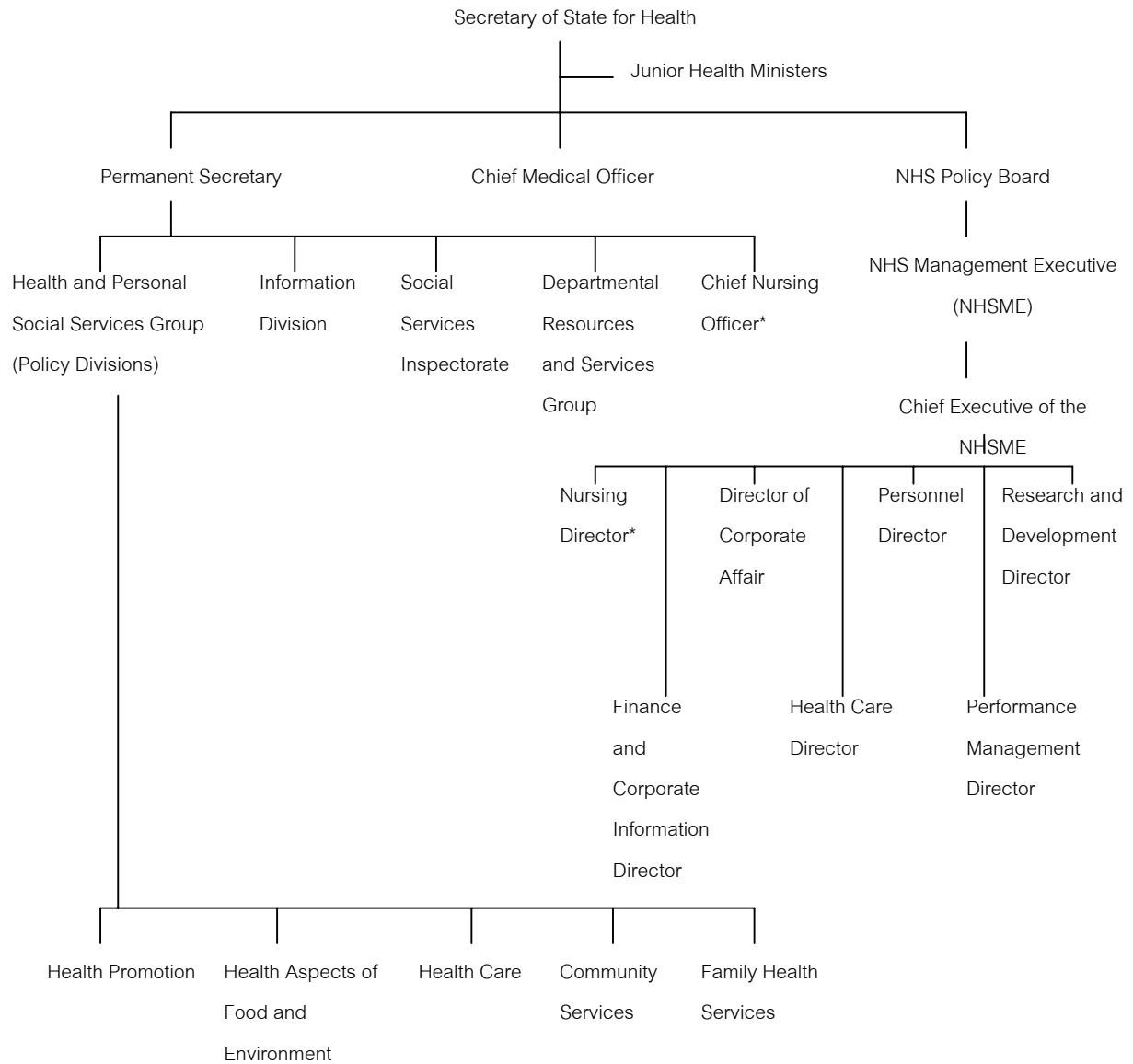
to secure continuing improvement in the general health of the population of England by:

adding years to life: an increase in life expectancy and reducing on premature death;
and adding life to years: increasing years lived free from ill-health, reducing or minimising the adverse effects of illness and disability, promoting healthy lifestyles, physical and social environments and, overall, improving quality of life.

และกำหนดเป้าหมายไว้ 27 เป้าหมายซึ่งรวมเป้าหมายการลดอัตราป่วย อัตราตาย และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

เนื่องจากเป้าหมายที่กำหนดใน The Health of the Nation มีความหลากหลายมาก ในปี 1998 รัฐบาลจึงร่างข้อเสนอนโยบายที่จะเน้นเฉพาะปัญหาที่สำคัญเท่านั้น ใน Saving Lives: Our Healthier Nation เป้าหมายได้ลดเหลือเพียง 4 เป้าหมายเท่านั้น โดยเน้นเฉพาะที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของประเทศ คือ มะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือด อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต (H.M. Stationery Office, 1998) ถึงแม้การกำหนดเป้าหมายจะเน้นด้านโรคเป็นหลัก แต่แผนกลยุทธ์ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานที่เน้นการป้องกันการเกิดโรค การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและชุมชน และการให้ความเท่าเทียมกันโดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส

Department of Health



* Chief Nursing Officer ดำรงตำแหน่ง Director of Nursing ใน NHSME ด้วย

ที่มา: Baggott, 1994. Health and Health Care in Britain

ขั้นตอนในการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติของอังกฤษใช้กลไกของรัฐเป็นหลักคือ Department of Health แต่ในปัจจุบันรัฐบาลได้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมมากขึ้น จึงได้สร้างกลไกต่างๆ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญและภาคีต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนตั้งแต่ต้น คือตั้งแต่การกำหนดกรอบนโยบาย การกำหนดลำดับความสำคัญ และการกำหนดเป้าหมาย โดยใช้สื่อสาธารณะรูปแบบต่างๆ ในการสื่อสารระหว่างประชาชนทั่วไป และผู้เกี่ยวข้องจากสาขาต่างๆ รวมทั้งการแต่งตั้งกรรมการ คณะทำงานที่ทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างภาคีต่างๆ เข้าด้วยกัน กลไกในการกำหนดนโยบายของประเทศอังกฤษมีดังนี้

1. กลไกในรูปคณะทำงานระดับชาติ ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานระดับชาติขึ้น 3 ชุด และ 1 คณะอนุกรรมการคือ (WHO 2000)

- the Chief Medical Officer's Health of the Nation Working Group on Health Priorities ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาชีพจากสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกสาขาสุขภาพ คณะทำงานชุดนี้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเรื่องการประเมินผล และติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามเป้าหมาย ประเด็นที่สำคัญด้านระบาดวิทยา และสุขภาพของประชาชน ประเมินความคุ้มค่าของการดำเนินงาน รวมทั้งเสนอแนะประเด็นปัญหาใหม่ของประเทศ โดยมี Chief Medical Officer เป็นประธาน
- the NHS Chief Executive's Health of the Nation Working Group on Implementation in the NHS ทำหน้าที่ในการพิจารณาแนวทางการดำเนินงานของ NHS โดยมี NHS Chief Executive เป็นประธาน
- Wider Health Working Group ทำหน้าที่เป็นกลไกประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ และให้คำปรึกษาในมุมมองของสาธารณะในการกำหนดและปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดไว้ องค์ประกอบของคณะทำงานชุดนี้จึงมีความหลากหลาย ทั้งในระดับแนวราบ คือมีผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากภาครัฐและเอกชน และแนวดิ่งคือมีผู้แทนจากรัฐบาลท้องถิ่นเข้าร่วมด้วยโดยผ่านทาง Association of County Council โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน
- Cabinet Sub-Committee on Health Strategy เป็นกลไกประสานงานระหว่างกระทรวงต่างๆ ในคณะรัฐมนตรี

2. กลไกในรูปการสื่อสารต่อสาธารณะ การกำหนดแนวนโยบายและเป้าหมายระดับชาติถึงแม้จะร่างโดยหน่วยงานของรัฐคือ Department of Health แต่ได้มีการสื่อสารกับสาธารณะเพื่อให้ภาคีต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การทำเอกสารปรึกษาหารือไปยังหน่วยงานและภาคีต่างๆ (Consultative Document) จัดสัมมนาระดับภูมิภาคเพื่อระดมความคิดเห็นจากองค์กรต่างๆ ใช้สื่อสาธารณะเช่นโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และ อินเทอร์เน็ต เพื่อเผยแพร่ข้อมูลแนวนโยบาย และเป้าหมายด้านสุขภาพ ให้ประชาชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น รวมทั้งได้ออก bulletin ราย 2 เดือน ชื่อ Target เพื่อเผยแพร่ข้อมูลนโยบาย และกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับด้านสุขภาพ

กลไกทั้งสองรูปแบบคือคณะกรรมการและการสื่อสารต่อสาธารณะ เป็นการวางแผนโดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายให้มากที่สุด โดย Department of Health ทำหน้าที่เป็นผู้ร่างแนวทาง และรวบรวมความเห็นจากทุกฝ่าย ประมวลเป็นประเด็นที่สำคัญที่จะนำมากำหนดเป็นกรอบนโยบายและเป้าหมาย รวมทั้งมอบหมายให้นักวิชาการนำประเด็นเหล่านั้นไปทำวิจัยให้มีความชัดเจน ก่อนที่จะนำมากำหนดเป็นกรอบนโยบายของประเทศ

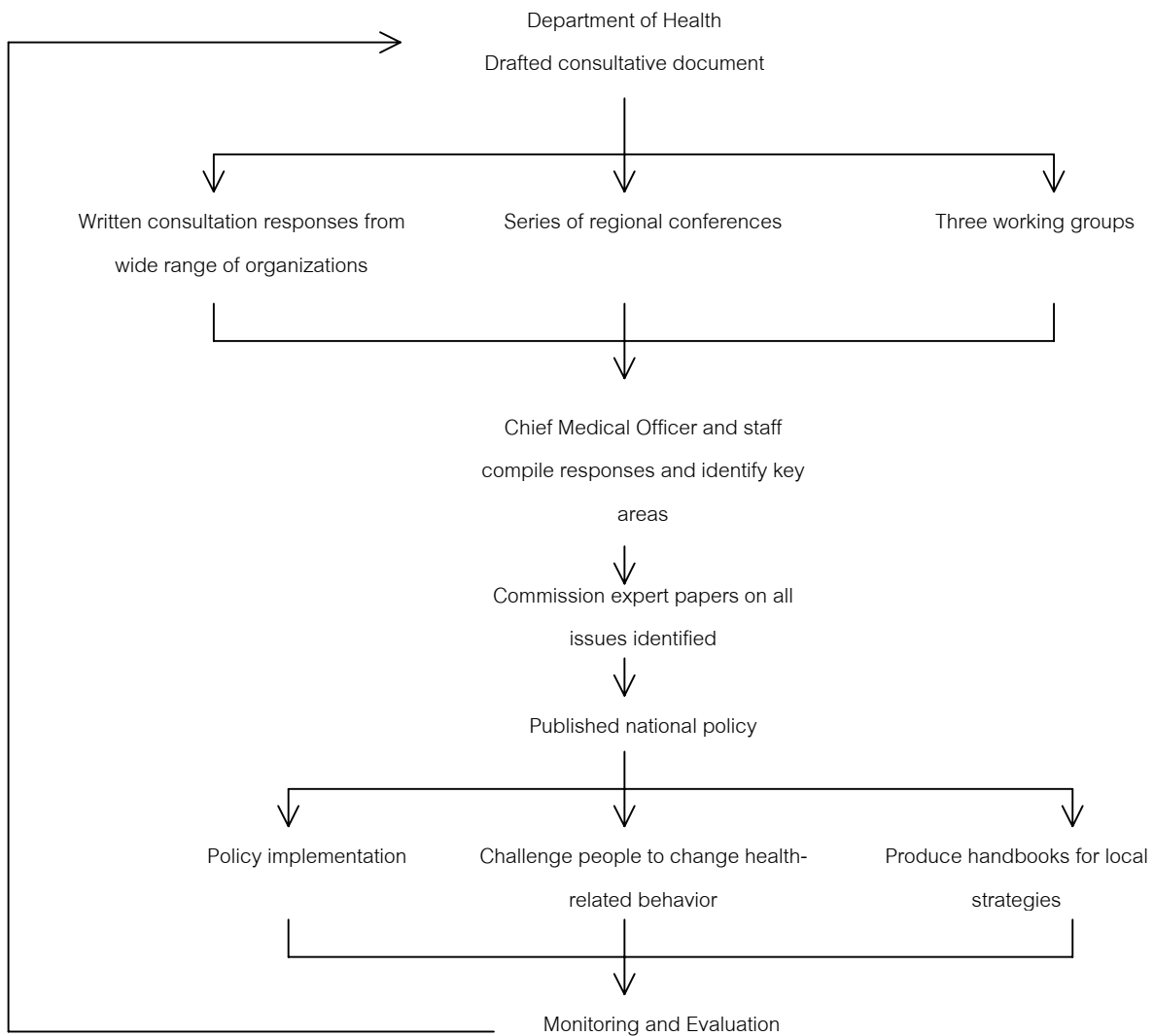
ปัญหาในการดำเนินการของกลไกนี้คือการที่ประธานคณะกรรมการทุกกลุ่มคือผู้บริหารจาก Department of Health เป็นประธานในทุกคณะกรรมการ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานอื่นมีน้อย ส่วนหนึ่งเนื่องจากความสนใจในลำดับความสำคัญของปัญหาต่างกัน การที่จะหาฉันทามติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจึงเป็นเรื่องยากและต้องใช้เวลา

การติดตามและประเมินผลนโยบาย

การติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามนโยบายและการบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดนั้น ใช้กลไกของรัฐที่มีอยู่ทำการสำรวจ หรือเก็บข้อมูลเช่น Office of National Statistics, Department of Health, Social and Community Planning Research และ Ministry of Agriculture, Fisheries and Food (สำหรับการสำรวจด้านอาหาร) เป็นต้น

นอกจากนี้ยังได้จัดตั้งระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (United Kingdom Clearing House on Health Outcome) ขึ้นที่ the Nuffield Institute for Health at the University of Leeds เพื่อเก็บรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพ

สรุปขั้นตอนและกลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติของอังกฤษ



3) ประเทศญี่ปุ่น

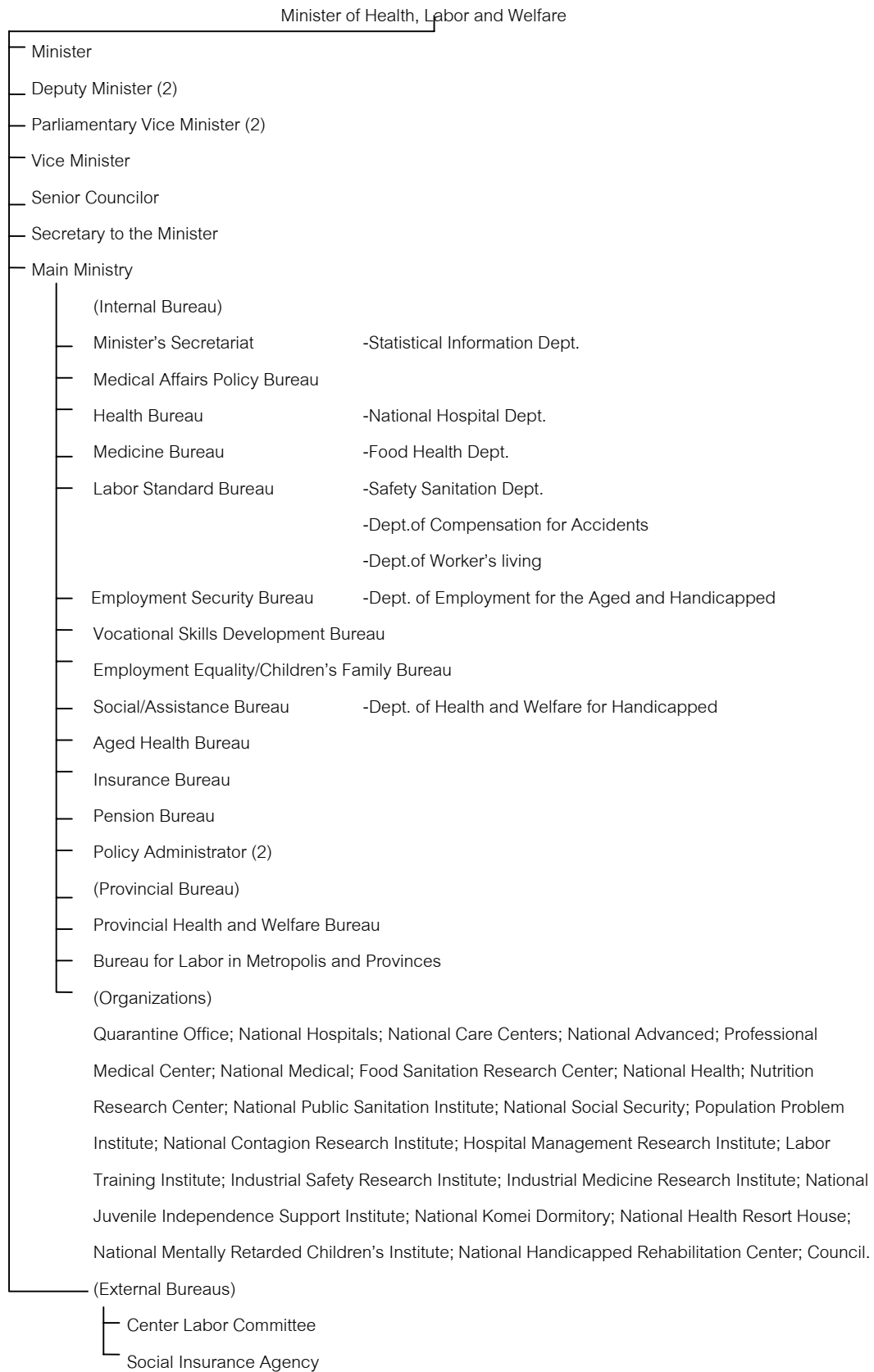
การกำหนดนโยบายของประเทศญี่ปุ่นก็มีลักษณะเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆคือ อยู่ภายใต้การดำเนินงานภาครัฐ โดยเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ (Southeast Asian Medical Information Center 1991) หลังปี 1999 ที่ประเทศญี่ปุ่นได้มีการปฏิรูประบบราชการและได้รวม 2 กระทรวงคือกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ กับกระทรวงแรงงานเข้าด้วยกัน เป็นกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการ (Ministry of Health, Labor and Welfare, 2001)

การที่งานสาธารณสุขรวมเรื่องแรงงานไว้ด้วยกันทำให้ความครอบคลุมของงานกว้างขวางขึ้น ซึ่งรูปแบบนี้ ประเทศอังกฤษเคยใช้มาก่อน โดยรวมกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงสวัสดิการไว้ด้วยกันในปี 1968 ทำให้กระทรวงนี้เป็นกระทรวงที่ใหญ่ที่สุด มีสัดส่วนงบประมาณถึง 40% ของงบประมาณของรัฐทั้งหมด (Ham 1985) แต่ภายหลังเห็นว่ากระทรวงนี้ใหญ่เกินไปเกินกว่าที่จะบริหารอย่างมีประสิทธิภาพได้ จึงได้แยกออกจากกันอีกครั้งในปี 1988 (Baggott 1994) อย่างไรก็ตามประเทศญี่ปุ่นได้รวมเรื่องสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการไว้ด้วยกัน แต่ได้ลดขนาดหน่วยงานลงโดยการรวมบางกรมเข้าด้วยกัน เช่น จำนวน Councils ซึ่งแต่เดิมมี 22 สภา ได้ลดลงเหลือเพียง 8 โดยรวมงานนโยบายเป็น 2 กลุ่มคือ Social Security Council และ Health Science Council และรวม Regional Medical Affairs Office กับ Regional Narcotics Control Office เป็น Regional Welfare Bureau เป็นต้น การปฏิรูประบบราชการของประเทศญี่ปุ่นครั้งนี้หวังว่าจะเป็นการรวมงานด้านสวัสดิการเข้าไว้ด้วยกันซึ่งจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายในกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการมีหลายหน่วยงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละด้าน โดย Minister's Secretariat ทำหน้าที่เป็นผู้ประมวลนโยบายในภาพรวมทั้งหมด ร่าง และเสนอแก้ไขกฎหมาย เสนอกรอบงบประมาณ ซึ่งน่าจะมีลักษณะคล้ายกับประเทศไทยคือแต่ละกรมรับผิดชอบวางแผนระดับกรม โดยสำนักงานปลัดกระทรวงเป็นผู้ประมวลนโยบายในภาพรวม

ขั้นตอนการกำหนดนโยบายจะมีลักษณะ top-down approach โดยรัฐบาลตั้งคณะทำงานขึ้นเพื่อศึกษาประเด็นปัญหา และร่างรายงานเสนอแนวทางนโยบายต่อรัฐบาล เมื่อรัฐบาลเห็นชอบ ก็นำเสนอเพื่อกำหนดเป็นกฎหมาย หรือเสนอขอปรับเปลี่ยนกฎหมาย รวมทั้งกรอบงบประมาณที่เหมาะสมในการดำเนินงานตามนโยบายนั้น ในระดับ Prefecture การกำหนดนโยบายจะใช้กรอบนโยบายระดับชาติเป็นแนวทาง

โครงสร้างองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ



ที่มา: Ministry of Health labor and Welfare, no date

กลไกการวางแผนของประเทศต่างๆดังกล่าวข้างต้นอาจสรุปได้ว่าส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในส่วนราชการ หรือราชการเป็นผู้มีบทบาทหลักในการร่างแนวทางและกำหนดนโยบาย การให้สาขาอื่นและประชาชนรวมทั้งท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมทำได้ในวงจำกัด และเป็นเพียงให้ข้อคิดเห็นเท่านั้น มีประเทศอังกฤษที่ได้สร้างกลไกที่หลากหลายเพื่อเอื้ออำนวยให้กลุ่มต่างๆเข้ามามีส่วนร่วมได้ตามความเหมาะสมของแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะการนำเสนอกรอบนโยบายและเป้าหมายของประเทศผ่านสื่อสาธารณะต่างๆ และเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเสนอความคิดเห็นมาได้ ทำให้เป้าหมายที่กำหนดได้รับการยอมรับจากประชาชนได้มากขึ้นรวมทั้งทำให้ประชาชนได้รับทราบแนวทางของประเทศตั้งแต่ต้น ดังนั้นการรณรงค์ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เป้าหมายบรรลุผลจึงน่าจะได้รับความร่วมมือจากประชาชนได้ง่ายขึ้นด้วย

4.2 รูปแบบกลไกการกำหนดนโยบายในประเทศไทย

1) กระบวนการวางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการวางแผนด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาเป็นบทบาทหลักของสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว ดังนั้น แผนพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมาจึงมีฐานะเป็นแผนของกระทรวงสาธารณสุข มากกว่าเป็นแผนของประเทศ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆรวมทั้งจากภาคประชาชนและจากท้องถิ่นมีในวงจำกัด อย่างไรก็ตามในการเตรียมแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 ได้มีการปรับกลไกและกระบวนการวางแผนให้มีการระดมความคิดเห็นจากภาคส่วนต่างๆทั้งภาคประชาชน และคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการพิจารณาสถานการณ์และสภาพปัญหา รวมทั้งแนวโน้มของปัญหาสุขภาพของประเทศ และนำเสนอต่อเวทีต่างๆเพื่อระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนดสภาพปัญหา แนวโน้มและวิสัยทัศน์ในแผนพัฒนาด้านสุขภาพ ร่างแผนพัฒนาฉบับที่ 9 จึงเป็นแผนที่มองภาพระบบสุขภาพในขอบเขตที่กว้างกว่าระบบงานของกระทรวงสาธารณสุข (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 2544)

กลไกในการวางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีลักษณะเป็นแผนยุทธศาสตร์นั้นมี 2 ลักษณะ คือ (1) ใช้กลไกในรูปคณะกรรมการที่มีหน่วยงานต่างๆเป็นกรรมการ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และคณะทำงานประสานการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 โดยมี ศ.น.พ. เกษม วัฒนชัย เป็นประธาน และ (2) จัดเวทีระดมความคิดเห็นจากภาคส่วนต่างๆ และเวทีประชาชนเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากสาธารณะ ความคิดเห็นจากภาคส่วนต่างๆของสังคมได้นำมาประมวลและสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวทางพัฒนาสุขภาพของประเทศ

กลไกดังกล่าวนับได้ว่าเป็นความพยายามให้การวางแผนพัฒนาสุขภาพเป็นแผนของประเทศอย่างแท้จริง ซึ่งถือได้ว่าการมีส่วนร่วมมีความกว้างขวางมากกว่าทุกแผนที่ผ่านมา นอกจากนี้ การวางแผนในลักษณะเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เป็นกรอบทิศทางมากกว่าการกำหนดรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินงานที่ตายตัว มีความเหมาะสมกับการเป็นกรอบทิศทางระดับประเทศที่จะให้หน่วยงานอื่นๆ

รวมทั้งระดับพื้นที่นำไปใช้เป็นแนวทาง และกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน และลักษณะปัญหาของพื้นที่ได้

อย่างไรก็ตาม กลไกดังกล่าวโดยเฉพาะการจัดประชุมระดมสมองภาคประชาชนมีลักษณะเฉพาะกิจ ซึ่งขบวนการกำหนดนโยบายน่าที่จะมีความต่อเนื่องมากกว่าเพียงให้ความเห็นในประเด็นสถานการณ์ เท่านั้น แต่ควรที่จะมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆของกระบวนการกำหนดนโยบายทั้งในระยะสั้น ระยะปานกลางและระยะยาว รวมทั้งสามารถให้ความคิดเห็นของผลกระทบของนโยบายต่างๆที่จะมีต่อสุขภาพของประชาชนได้ด้วย ดังนั้นจึงควรที่จะปรับกลไกให้มีความต่อเนื่อง และยั่งยืน

ส่วนองค์ประกอบของคณะกรรมการอำนวยการฯ และคณะทำงานฯ นั้น ยังคงเป็นภาคราชการเป็นส่วนใหญ่ ยังขาดภาคส่วนอื่นเช่นภาคเอกชน องค์กรเอกชน ท้องถิ่น และประชาชน ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายด้วย

2) สภาพที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคม

รูปแบบของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นรูปแบบใหม่ในสังคมไทย ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและฝ่ายต่างๆสามารถทำหน้าที่ตรวจสอบนโยบาย และการดำเนินงานตามนโยบายของภาครัฐได้ นับได้ว่าเป็นมิติใหม่ที่น่าจะนำมาศึกษาเป็นแนวทางสำหรับการศึกษากลไกการวางแผนด้านสุขภาพ รวมทั้งหาความเป็นไปได้ และรูปแบบที่เหมาะสมที่จะให้กลไกการวางแผนด้านสุขภาพเชื่อมต่อกับกลไกระดับชาติด้านเศรษฐกิจและสังคม แต่เนื่องจากสภาที่ปรึกษายังอยู่ในระยะตั้งต้น ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ ข้อมูลที่ได้จึงเป็นในเรื่องการเตรียมการเท่านั้น ข้อมูลในส่วนนี้ได้จากเอกสารและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบสภาที่ปรึกษาฯ และผู้ทรงคุณวุฒิถึงแนวความคิดและการคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินงาน

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งขึ้นตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หมวด 5 มาตรา 89 เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในปัญหาต่างๆที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งให้ความเห็นเกี่ยวกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ ก่อนพิจารณาประกาศใช้

หลักการสำคัญของการจัดตั้งสภาที่ปรึกษาคือ (สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2543)

- เป็นองค์กรที่ประกอบด้วยตัวแทนประชาชนจากกลุ่มต่างๆ
- เป็นองค์กรสะท้อนปัญหาเศรษฐกิจและสังคม
- ไม่ใช่องค์กรเพื่อต่อรองผลประโยชน์ของบุคคลหรือของกลุ่มบุคคล
- เป็นองค์กรให้ความเห็นและข้อเสนอแนะต่อรัฐบาล โดยไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ
- ประชาชนมีสิทธิได้รับทราบความเห็นและข้อเสนอแนะรวมทั้งผลการพิจารณาและการดำเนินงานของสภาที่ปรึกษา และตรวจสอบได้

องค์ประกอบของสภาที่ปรึกษาจากผู้แทนของกลุ่มในภาคต่างๆ 99 คน แบ่งเป็น ภาคเศรษฐกิจ 50 คน และภาคสังคม 49 คน โดยเป็นผู้แทนทางด้านสาธารณสุข 2 คน

สภาที่ปรึกษามีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในปัญหาเศรษฐกิจและสังคมต่อคณะรัฐมนตรี
2. ให้ความเห็นเกี่ยวกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนอื่นต่อคณะรัฐมนตรีก่อนประกาศใช้
3. แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาหรือดำเนินกิจการของสภา

4. ความเห็นของสภาที่เสนอต่อคณะรัฐมนตรีต้องเปิดเผยให้สาธารณชนได้ทราบ

5. มีอำนาจตราข้อบังคับการประชุมและข้อบังคับอื่นที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่

ตามพระราชบัญญัติสภาที่ปรึกษา ได้กำหนดการดำเนินงานของสภาที่ปรึกษาไว้คือ

1. ต้องจัดให้มีการประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
2. สมาชิกเข้าชื่อกันตั้งแต่ 25 คน ร้องขอเปิดการประชุมได้
3. การประชุมต้องทำโดยเปิดเผย
4. สภาอาจเชิญข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลใดๆ มาให้ข้อเท็จจริง หรือแสดงความคิดเห็น หรือส่งเอกสารหรือข้อมูลได้
5. มีหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่ดำเนินงานด้านวิชาการ และธุรการของสภาเอง

สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่

1. สืบรวจศึกษาและวิเคราะห์เรื่องที่จะต้องเสนอให้สภาที่ปรึกษาพิจารณา
2. รับผิดชอบงานธุรการของสภาที่ปรึกษา
3. จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของสภาที่ปรึกษา เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีและรัฐสภา
4. เป็นหน่วยงานทางวิชาการให้แก่สภาที่ปรึกษา
5. ดำเนินงานต่างๆ ในการเลือกสมาชิกสภาที่ปรึกษา
6. ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่สภาที่ปรึกษามอบหมาย

ความแตกต่างในหน้าที่ของสภาที่ปรึกษากับ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

เนื่องจากบทบาทของสภาที่ปรึกษานั้นให้ความเห็นในเรื่องนโยบายของรัฐเช่นเดียวกับ สศช. จึงอาจมีความสับสนได้ว่ามีความซ้ำซ้อนในบทบาทภารกิจได้หรือไม่ ซึ่งในประเด็นนี้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลว่า **สศช. เป็นองค์กรฝ่ายบริหารปฏิบัติงานด้านวิชาการและการวางแผนของรัฐบาล ส่วนสภาที่ปรึกษา เป็นองค์กรภาคประชาชน** เพื่อให้ความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีในการดำเนินงานตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

การจัดตั้งสภาที่ปรึกษาตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญต้องการให้มีเวทีที่ประชาชนจะแสดงความคิดเห็นได้ ที่ผ่านมา เมื่อประชาชนไม่พอใจนโยบาย หรือการทำงานของรัฐบาลและไม่มีเวทีที่จะแสดงความคิดเห็น หลายครั้งจึงแสดงความคิดเห็นโดยผ่านสื่อ หรือการระดมกลุ่มเพื่อกดดันรัฐบาล บางครั้งนำไปสู่ความรุนแรงได้ เช่นการปิดถนนประท้วง หรือการมาชุมนุมหน้าทำเนียบรัฐบาลเป็นต้น การจัดเวทีอย่างเป็นทางการน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีให้ประชาชนสามารถแสดงความคิดเห็นของตนผ่านทางผู้แทนของตนในแต่ละกลุ่ม ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่ธรรมาภิบาลคือนโยบายมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ประชาชนมีส่วนร่วม และมีความเป็นฉันทามติในระดับหนึ่ง

สิ่งที่ควรระวังคือสภาที่ปรึกษาจะต้องไม่เพิกเฉยในการกำหนดนโยบาย ไม่เป็นผู้ตัดสินใจ ซึ่ง ศ.ดร. บวรศักดิ์ อุวรรณโณได้ให้ข้อคิดเห็นไว้น่าสนใจว่า political accountability มีความสำคัญ คือต้องมีผู้รับผิดชอบในนโยบายนั้นอย่างชัดเจน ไม่ใช่เป็น collective accountability คือผู้รับผิดชอบเป็นกลุ่มบุคคล หากให้สภาที่ปรึกษาซึ่งมีคนร่วมเป็นจำนวนมากเป็นผู้รับผิดชอบ เมื่อเกิดปัญหาขึ้น จะหาคนรับผิดชอบที่แท้จริงไม่ได้ ดังนั้นรูปแบบใดก็ตามที่สร้างขึ้นจะต้องไม่ทำให้ political accountability หดไป (บทถอดเทป คำสัมภาษณ์ ศ.ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ 22 กุมภาพันธ์ 2544)

การคัดเลือกผู้ที่จะเป็นสมาชิกสภาที่ปรึกษาเป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่สำคัญคือผู้ได้รับการ คัดเลือก ต้องได้ผู้มีภูมิปัญญาในระดับประเทศ ไม่ใช่เป็นเพียงตัวแทนของกลุ่มเท่านั้น และฝ่ายเลขาจะต้องสามารถรวบรวมข้อมูล รวมทั้งความรู้ในประเด็นต่างๆ ให้กับสภาที่ปรึกษาได้อย่างดี โดยทำหน้าที่เป็นฝ่ายวิชาการ และเชื่อมโยงระบบข้อมูล เข้าไปสู่เครือข่ายต่างๆ ทั้งในภาครัฐและ เอกชน (บทถอดเทป คุณพรพรรณราย ชันธิกิจ 8 มกราคม 2544)

เนื่องจากสภาที่ปรึกษา ไม่มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย หรือกำหนดให้รัฐบาลดำเนินงานตามความเห็นของสภาที่ปรึกษาได้ กลไกหนึ่งที่กำหนดไว้คือการให้เผยแพร่ความเห็นนั้นต่อสาธารณะ เพื่อให้ได้รับทราบและสามารถตรวจสอบการตัดสินใจของรัฐบาลได้อีกทางหนึ่งด้วย

ดังนั้นการกำหนดนโยบายระดับชาติด้านเศรษฐกิจและสังคมได้สร้างกลไกภาคประชาชนขึ้นเพื่อให้การกำหนดนโยบายภาครัฐมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ เข้ามาให้ความเห็นได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

3) สภาการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรมแห่งชาติ

ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้การกำหนดนโยบายมีความเป็นเอกภาพ แต่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ รวมทั้งให้มีการกระจายอำนาจไปสู่เขตพื้นที่การศึกษา สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้มีการจัดตั้งสำนักงานปฏิรูปการศึกษา (สปศ.) ขึ้น ทำหน้าที่เสนอการจัดโครงสร้างองค์กร การแบ่งส่วนงาน รวมทั้งเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงกฎหมาย กฎข้อบังคับ ระเบียบ และคำสั่งต่างๆ ที่ใช้อยู่ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติใน พ.ร. บ. การศึกษาแห่งชาติข้างต้น

โครงสร้างการบริหารและการจัดการศึกษา ได้กำหนดให้มีกระทรวงศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรมขึ้นเพื่อทำหน้าที่กำกับดูแลด้านการศึกษาทุกระดับทุกประเภท การศาสนา และศิลปวัฒนธรรม รวมทั้งกำหนดนโยบาย แผน และมาตรฐานการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม และ ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลการจัดการศึกษา ศาสนา ศิลป และวัฒนธรรม (สปศ. 2544) โดย พ.ร.บ การศึกษาได้กำหนดองค์กรหลักไว้ 4 องค์กรคือ

- (1) สภาและสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรมแห่งชาติ
- (2) คณะกรรมการและสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
- (3) คณะกรรมการและสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
- (4) คณะกรรมการและสำนักงานคณะกรรมการการศาสนาและวัฒนธรรม

สภาการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรมแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่พิจารณาเสนอแนะนโยบาย แผน และมาตรฐานการศึกษา ของชาติ นโยบายและแผนด้านศาสนา ศิลป และวัฒนธรรม รวมทั้งสนับสนุน ทรัพยากร และประเมินผลการจัดการศึกษา การดำเนินการด้านศาสนา ศิลปวัฒนธรรม และพิจารณา กลั่นกรองกฎหมาย และกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ โดยมีองค์ประกอบจำนวน 73 คน ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ จำนวน 22 คน ผู้แทนจากเขตพื้นที่การศึกษา 4 คน (ภาคละ 1 คน) ผู้แทนจากสภาวิชาชีพและจากองค์กรเอกชน และภาคธุรกิจเอกชนอีก 10 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆจำนวนไม่น้อยกว่ากรรมการโดยตำแหน่ง และกรรมการที่เป็นผู้แทนร่วมกัน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรมเป็นประธานสภา

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรมแห่งชาติมีหน้าที่ รวบรวมข้อมูล จัดทำสารสนเทศ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรมของชาติ จัดทำและประสานการจัดทำนโยบาย แผน และมาตรฐานการศึกษาของชาติ จัดทำแผนการศึกษา ศาสนา ศิลป และวัฒนธรรมแห่งชาติ เสนอแนวทางการสนับสนุนทรัพยากร ติดตาม และประเมินผลการจัดทำการศึกษา ศิลปวัฒนธรรม ศึกษาวิเคราะห์ และเสนอแนวทางการกลั่นกรองกฎหมาย กฎกระทรวง และปฏิบัติงานอื่นตามที่กฎหมายกำหนด และตามที่รัฐมนตรีมอบหมาย

ทั้งสภาและสำนักงานสภามีสถานภาพเป็นหน่วยราชการอยู่ภายใต้กระทรวงศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม

• **ความคิดเห็นต่อสภาการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม ในทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิ**

1. การวางแผนการศึกษาแห่งชาติแต่เดิมนั้นอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ซึ่งมองปัญหาในทางปฏิบัติว่าไม่มีความเป็นเอกภาพในสายการบังคับบัญชา เนื่องจากกระทรวงศึกษาธิการซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติอยู่ภายใต้การบริหารของรัฐมนตรีที่ต่างกัน ในการร่าง พ.ร.บ การศึกษาจึงได้เสนอแนวคิดที่จะรวมงานทางด้านการศึกษาทั้งหมดเข้าไว้ด้วยกัน รวมทั้งการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาด้วย ซึ่งจะทำให้การประสานงานและความเป็น

เอกภาพของนโยบายจะดีกว่ารูปแบบเดิม (ถอดเทปบทสัมภาษณ์ ดร.เจือจันทร์ จงสถิตย์อยู่ 14 กุมภาพันธ์ 2544)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก พ.ร.บ. การศึกษาได้กำหนดให้สภาการศึกษา เป็นหน่วยราชการนั้น อาจจะมีปัญหาในด้านความคล่องตัวในการดำเนินงานได้เมื่อเทียบกับเป็นกลไกอิสระที่จะมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการได้มากกว่า

2. การกำหนดนโยบายนั้น ความสำคัญอยู่ที่กระบวนการ ซึ่งต้องมีส่วนต่างๆของสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง และต้องเป็นนโยบายสาธารณะ คือมีการตรวจสอบกับสาธารณะและต้องเชื่อมโยงกับคนในสังคมมากกว่ากับผู้กำหนดนโยบาย (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2543)

3. นโยบายต้องเป็นวงจรที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ไม่ใช่ปีละหน หรือ ห้าปีหน และต้องมีงานวิจัยเชิงนโยบายเป็นตัวช่วยหนุน

4) คณะกรรมการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

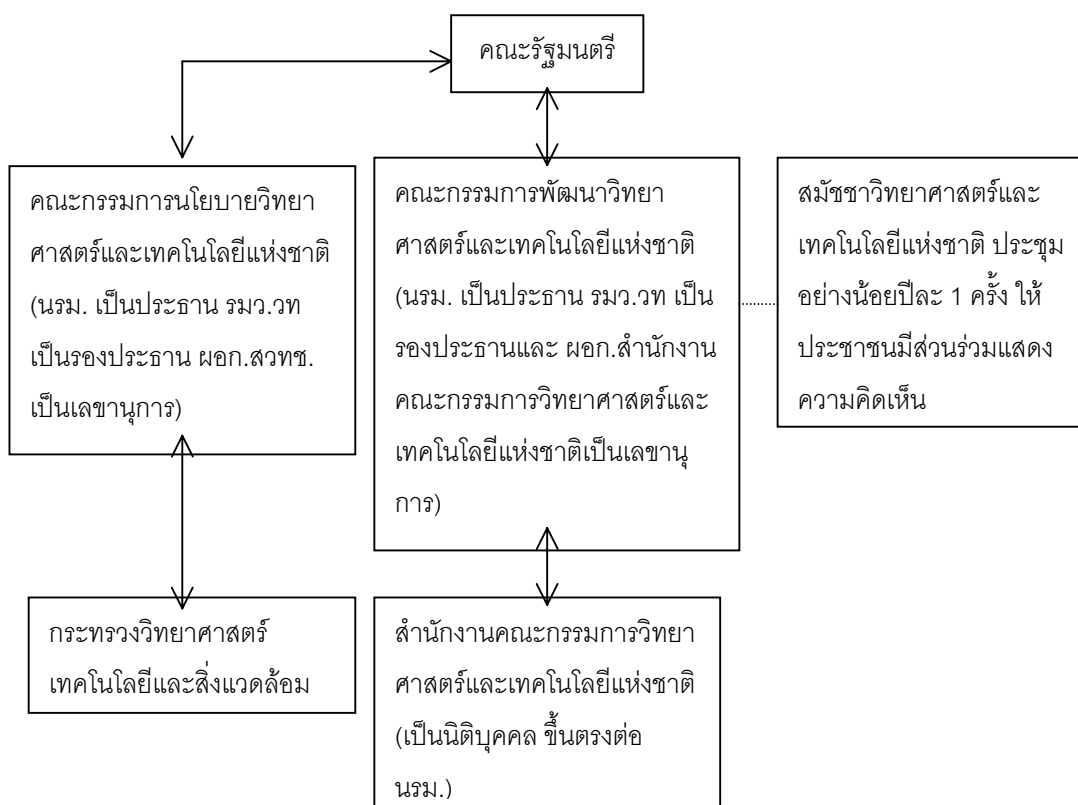
การวางแผนทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของไทยในปัจจุบันอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม โดยมีสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ซึ่งเป็นนิติบุคคลตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. พัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2534 ทำหน้าที่เป็นเสมือนหน่วยงานทางวิชาการ เพื่อให้ข้อมูลในการวางแผนนโยบาย และจัดทำแผนงานต่างๆ เสนอต่อรัฐมนตรี

ขณะนี้ได้มีความพยายามที่จะเปลี่ยนกลไกการวางแผนทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆมากขึ้น โดยที่แต่เดิมการวางแผนจะอยู่ภายใต้กระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ เท่านั้น ในปี 2543 สวทช.จึงได้ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ พ.ศ... ขึ้น โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธาน เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะและความเห็นเกี่ยวกับนโยบายและแผนด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศต่อคณะรัฐมนตรี รวมทั้งทำหน้าที่ในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆด้วย (ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี 2543) โดยมี สวทช. เป็นสำนักงานเลขานุการ

ในขณะเดียวกันสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ได้ร่างพระราชบัญญัติวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ พ.ศ... ขึ้น มีคณะกรรมการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ที่นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่เสนอนโยบายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศต่อคณะรัฐมนตรีเช่นกัน โดยมีสำนักงานคณะกรรมการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ซึ่งเป็นนิติบุคคลตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. นี้ เป็นสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการและขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี (คณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ 2543)

กลไกการวางแผนทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจะมีลักษณะที่เป็นกลไกคู่ขนาน คือการวางแผนโดยคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติกับโดยคณะกรรมการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ และยังไม่เห็นกลไกที่จะเชื่อมประสาน 2 ส่วนนี้เข้าด้วยกัน ดังนั้น

หาก พ.ร.บ. นี้ผ่านความเห็นชอบของรัฐสภา จึงนำที่จะเหลือกลไกตาม พ.ร.บ. เพียงกลไกเดียว ซึ่งกลไกนี้ได้คำนึงถึงภาคประชาชนและภาคเอกชนเข้ามาในกระบวนการวางแผนด้วย คือให้มีมหาวิทยาลัยศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติเป็นกลไกภาคประชาชน และในองค์ประกอบของคณะกรรมการกำหนดให้มีภาคเอกชนไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่ง นอกจากนี้ คณะกรรมการมีหน้าที่ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายให้รายงานต่อ คณะรัฐมนตรีและเผยแพร่ต่อสาธารณชนด้วย



4.3. ข้อเสนอแนะการกำหนดนโยบายสุขภาพจากเอกสารต่างๆ

จากเอกสารการศึกษาในประเด็นต่างๆ พบว่าได้มีข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกการกำหนดนโยบายระดับชาติไว้ด้วยหลายรูปแบบ ซึ่งที่รวบรวมได้มีรูปแบบกลไกที่เสนอในการศึกษาต่างๆ ดังนี้

1) ข้อเสนอจากเอกสารการปฏิรูประบบสุขภาพตามจุดเน้น

1. ให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (เหมือน สศช.)
2. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติตั้งโดย ครม. ประกอบด้วย ประธาน และกรรมการที่มีความรู้และประสบการณ์อีกไม่เกิน 15 คน มีปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ปลัดกระทรวงคมนาคม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการ กรรมการอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี ได้รับแต่งตั้งเข้ามาใหม่ได้

3. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่

- เสนอแนะและให้ความเห็นต่อ ครม.เกี่ยวกับนโยบายและแผนพัฒนาต่างๆ ที่มีผลหรืออาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่นนโยบายเศรษฐกิจ นโยบายแรงงาน สิ่งแวดล้อม การสร้างเขื่อน นิคมอุตสาหกรรม
- พิจารณาแผนพัฒนาสุขภาพและข้อเสนออื่นๆของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และของหน่วยงานอื่นที่นายกรัฐมนตรีขอให้พิจารณา เพื่อเสนอความเห็นต่อ ครม.
- จัดให้มีการประสานงานระหว่างสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนและบุคคลอื่น ๆที่มีความรู้ ความชัดเจนด้านสุขภาพ เพื่อทำแผนงานโครงการและการปฏิบัติตามแผนงานโครงการ
- ประสานงานกับ สสช. และสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การพัฒนาด้านต่างๆเป็นเอกภาพ รวมทั้งการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลวางแผน ติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน และเสนอการปรับปรุงแก้ไขแผนงานโดยรวม
- สำนักงานควรแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ
 - ⇒ สำนักงานส่วนกลาง ซึ่งดูงานด้านธุรการและอื่นๆให้ประสานเป็นเอกภาพ
 - ⇒ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
 - ⇒ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
 - ⇒ สำนักงานคณะกรรมการรักษาพยาบาล
- มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น

2) ข้อเสนอจากร่างกรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ (สปสช. 2544)

- สภาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกระดับชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย กำกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ การลงทุนเพื่อสุขภาพในทุกภาคส่วน โดยทุกฝ่ายในสังคมมีส่วนร่วม
- เป็นกลไกอิสระ ที่เปิดช่องให้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีบทบาทหลัก 4 ประการ คือ
 - ⇒ เป็นกลไกสนับสนุนการใช้ปัญญา
 - ⇒ ชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพ
 - ⇒ ติดตามกำกับการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ
 - ⇒ ประเมินติดตามผลระบบสุขภาพ
- แนวปฏิบัติที่สำคัญของสภาสุขภาพ คือ ทำหน้าที่จัดทำ
 - ⇒ แผนสุขภาพระยะปานกลางและระยะยาว
 - ⇒ แผนการกระจายบริการด้านสุขภาพระดับชาติ
 - ⇒ แผนการมีและใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพระดับชาติ
 - ⇒ แผนกำลังคนและทรัพยากรด้านสุขภาพระดับชาติ
 - ⇒ วิเคราะห์และประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการกำหนดนโยบายสาธารณะ

⇒ ประเมินผลและจัดทำรายงานสุขภาพประชาชาติและรายงานผลการดำเนินงานของระบบสุขภาพแห่งชาติทั้งระบบ เพื่อเสนอต่อรัฐบาล (ผ่านกรม.) และต่อสาธารณะ

- สถานะและองค์ประกอบ เป็นองค์อิสระ (ในกำกับกระทรวงสุขภาพ ดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบของคณะกรรมการสภา) มีกรรมกรส่วนหนึ่งมาจากส่วนราชการ วิชาชีพ นักวิชาการ เอกชน และอีกกึ่งหนึ่งมาจากภาคประชาชนและองค์กรส่วนท้องถิ่น

3) ข้อเสนอจากรายงานการศึกษาโดยสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ปัดพงษ์ และ อนุพงศ์ 2543)

ให้มีกลไกที่เป็นองค์อิสระทำงานเชิงรุกด้านนโยบาย อาจเรียกว่า “สภาสุขภาพแห่งชาติ” (National Health Council) โดยมีภาระหน้าที่ดังนี้

1. กำหนดนโยบาย จัดทำมาตรฐาน ตัวชี้วัด และติดตามกำกับดูแลการดำเนินการตามนโยบายและมาตรฐาน
2. กำหนด National Health Goals and Targets ที่ชัดเจน และเน้นความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกในภาคสาธารณสุข
3. จัดทำรายงานหรือเอกสารทางวิชาการ Annual Health Reports เสนอต่อรัฐบาล รัฐบาล สาธารณะ ประชาชนทั่วไป วงการวิชาชีพ และผู้ที่มีหน้าที่กำหนดนโยบายทั้งในภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพ
4. กำหนดหลักเกณฑ์เงื่อนไขต่างๆที่จะสนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

กลไกระดับชาตินี้ จะเป็นผู้กำหนดให้มีและทำงานเชื่อมโยงกับองค์อิสระที่จะทำงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่นสถาบันพัฒนาการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

4) ข้อเสนอของ น.พ.พัชร พูลเจริญ

ให้มีสภาสุขภาพแห่งชาติ โดยภารกิจ และบทบาทของสภาสุขภาพแห่งชาติมีดังนี้

1. กำหนดนโยบาย และควบคุมกำกับนโยบายต่างๆของประเทศให้มีทิศทางเอื้อต่อสุขภาพะทุกมิติของประชาชน
2. เชื่อมโยงภาคประชาสังคม กับภาคการเมืองเข้าด้วยกันให้สามารถร่วมกำหนดแนวนโยบายและแนวปฏิบัติในสังคมไทยให้บรรลุเป้าหมายที่สุขภาพของคนไทย
3. มีเครื่องมือทางวิชาการที่จะรวบรวมภูมิปัญญา และความรู้ในสหสาขาเข้าเป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์กระบวนการปฏิบัติในนโยบายต่างๆ ตลอดจนสังเคราะห์เป็นทางเลือกสำหรับการดำเนินนโยบายสำหรับผู้กำหนดนโยบาย
4. เชื่อมประสานกับกลไกของรัฐในระดับต่างๆ เพื่อรวบรวมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและติดตามประเมินภารกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

เพื่อให้องค์กรสามารถตอบสนองต่อภารกิจดังกล่าว ลักษณะและองค์ประกอบของกลไก ควรประกอบด้วย

1. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นกลไกประสานประชาสังคม เพื่อระดมความคิดของสภาสุขภาพ จังหวัดจากทุกจังหวัด เป็นเสมือนเวทีสื่อสารกับกลุ่มประชาสังคมต่างๆทุกจังหวัด และเป็นการสนับสนุนให้สภาสุขภาพจังหวัดก่อตัวขึ้นเพื่อสร้างแนวร่วมภาคีด้านสุขภาพที่มีหลากหลายภารกิจ มีการประชุมปีละ 1 ครั้ง โดยตัวแทนที่สภาสุขภาพจังหวัดส่งเข้ามาเพื่อตรวจสอบ วินิจฉัย แนวนโยบายและผลการประเมินสภาวะสุขภาพ และเป็นองค์กรหลักในการกำหนดทิศทางของการประเมินนโยบายด้านต่างๆ การเลือกกลุ่มตัวแทน ควรใช้กลไกค้นหาเอกทัคคะในแต่ละด้านที่มีความรู้ความเข้าใจประเด็นที่จะประชุมอย่างชัดเจน หรือผู้ที่มีประเด็นที่จะนำเสนอเด่นชัดอยู่แล้ว (champion driven) มิใช่เป็นเพียงตัวแทนของสภาสุขภาพจังหวัดเท่านั้น
2. คณะกรรมการบริหารสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นกลไกประสานงานภาครัฐ ซึ่งจะมีตัวแทนของหน่วยราชการ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อควบคุมกำกับการทำงานของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามทิศทางที่กำหนดโดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานไม่น่าที่จะเป็นผู้ดำเนินการแต่ดูแลให้นโยบายนำไปสู่การปฏิบัติและได้ผลตามเป้าหมาย) ตลอดจนควบคุมให้เกิดการประสานข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงานของรัฐในทุกระดับ สาธารณชน ชุมชน และเอกชน เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลอย่างกว้างขวางทั่วถึง ผู้อำนวยการทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการ
3. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์กรประสานประชาสังคม และองค์กรหน่วยงานของรัฐ และมีกลไกภายในสำหรับจัดการให้เกิดการศึกษา ค้นคว้าและวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ และประเมินนโยบายสุขภาพ และนโยบายสาธารณะต่างๆที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนมีศักยภาพที่จะสังเคราะห์ทางเลือกในการปรับแก้นโยบายที่มีผลร้ายต่อสุขภาพ สำนักงานต้องได้รับงบประมาณ และมีผู้จัดการทางวิชาการเพียงพอที่จะรองรับภารกิจการขึ้นนโยบายสุขภาพแห่งชาติได้ มีการสร้างเครือข่ายทางวิชาการกับสถาบันการศึกษา และสถาบันวิจัยต่างๆทั้งภายใน และต่างประเทศ

4.4 ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อรูปแบบและกลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาสาธารณสุขถึงความคิดเห็นต่อรูปแบบและกลไกในการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาตินั้น ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความเห็นว่าการมีนโยบายระดับชาติด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น โดยจะต้องเป็นนโยบายสาธารณะที่มีความเป็นเอกภาพ แต่หลากหลายในทางปฏิบัติ นโยบายจะต้องมีทั้งนโยบายระยะสั้น ระยะปานกลางและระยะยาว

กลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติเดิมที่มีภาครัฐเป็นหลักควรที่จะมีการปรับเปลี่ยน ให้มีภาคอื่นของสังคมเข้ามีส่วนร่วมมากขึ้น การวางแผนเป็นการหลอมรวมความคิดเห็นของสังคมทั้งหมดเข้าด้วยกัน ซึ่งจะเกิดได้ถ้ามีการสื่อสารกันทุกฝ่ายในลักษณะ dialogue ไม่ใช่ monologue หรือฝ่ายรัฐพูด

ฝ่ายเดียวเหมือนในอดีต หลายท่านได้ให้ความสำคัญกับเรื่องธรรมาภิบาล หรือ good governance ที่ต้องมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ และไม่รวมศูนย์

บทบาทของกลไกที่สำคัญคือเป็นผู้ชี้ทิศทาง (stewardship) เสนอแนะให้คำปรึกษานโยบาย และเป็นกลไกที่มีหน้าที่กำกับดูแลการดำเนินงาน และควรสามารถให้คำแนะนำเรื่องงบประมาณได้ด้วย นอกจากนี้เพื่อให้การให้คำปรึกษานโยบายเป็นไปตามความรู้และข้อเท็จจริง บทบาทที่สำคัญอีกประการคือเป็นศูนย์ข้อมูล ทำหน้าที่ทั้งในการรวบรวมข้อมูล ประมวลผล ให้การสนับสนุนการวิจัย รวมทั้งมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล และองค์ความรู้เหล่านั้นด้วย ข้อมูลและนโยบายจะต้องนำเสนอต่อสาธารณะ ทั้งในการให้ความรู้แก่ประชาชน และการรณรงค์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วย

รูปแบบขององค์กรควรจะเป็นองค์กรอิสระ แต่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ และมีคณะกรรมการเป็นผู้ควบคุมกำกับกับการดำเนินงาน

สรุปความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อกลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ

รูปแบบองค์กร	หน้าที่ความรับผิดชอบ	เงื่อนไขที่จำเป็น
เป็นองค์กรอิสระ แต่มี ข้อผูกพันกับรัฐ ดำเนินการตัดสินใจ โดยคณะกรรมการ	• เสนอแนะ ให้คำปรึกษา นโยบาย • ให้ข้อเสนอแนะ งบประมาณ • สร้างเครือข่าย และการมีส่วนร่วม • เป็นศูนย์ข้อมูล • วิเคราะห์ข้อมูล • ติดตามประเมินผล • advocacy • ทำหน้าที่ stewardship หรือชี้ ทิศทาง • กำกับมาตรฐาน	• ธรรมาภิบาล • มี dialogue ไม่ใช่ monologue • share value หลอมรวมทั้งของภาค รัฐ เอกชน และประชาชน • ไม่รวมศูนย์ • เป็นนโยบายสาธารณะที่เป็นเอก ภาพ แต่หลากหลายในทางปฏิบัติ • มีนโยบายระยะสั้น ปานกลาง และ ระยะยาว • มีการบริหารงานที่ดี

4.5 รูปแบบสุขภาพจังหวัดราชบุรี

จังหวัดราชบุรีได้ริเริ่มจัดตั้งสุขภาพจังหวัดราชบุรีขึ้น โดยอยู่ระหว่างการเริ่มดำเนินการ การศึกษานี้เห็นว่าเป็นรูปแบบที่น่าสนใจ และน่าจะใช้เป็นกรณีตัวอย่างของรูปแบบหนึ่งของการจัดตั้งองค์กรภาคประชาชนได้ จึงได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการประสานงานและจัดตั้งสุขภาพจังหวัดราชบุรี เพื่อสอบถามแนวคิด วิธีการ และวัตถุประสงค์ของสุขภาพระดับจังหวัดนี้ขึ้น

การจัดตั้งสุขภาพจังหวัดราชบุรีมีแนวคิดมาจากการที่ต้องการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของตนเอง และปัญหาเรื่องสุขภาพเป็นสิ่งที่ทุกคนมองเห็น

ปัญหาร่วมกันง่ายกว่าการเริ่มต้นด้วยปัญหาอื่น ประชาคมราชบุรีจึงได้มีแนวคิดที่จะจัดตั้งสภาสุขภาพขึ้น ประกอบกับได้รับเอกสารจากกระทรวงสาธารณสุขที่มีแนวคิดที่จะจัดตั้งสภาสุขภาพแห่งชาติ จึงคิดว่าน่าที่จะมีสภาสุขภาพระดับจังหวัดรองรับในระดับพื้นที่ด้วยเช่นกัน

ขั้นตอนการจัดตั้งนั้นใช้กลไกภาคประชาชนและความสมัครใจของผู้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นหลัก โดยมี change agent เป็นตัวกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพและเข้ามามีส่วนร่วม โดยการจัดเวทีระดมสมองของแต่ละอำเภอ เพื่อคัดเลือกคนที่มีความสนใจของอำเภอนั้นเป็นตัวแทนสภาสุขภาพ การคัดเลือกเป็นการเสนอชื่อกันเองในกลุ่มผู้ที่มาเข้าประชุม โดยไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่อยู่ในวงการสาธารณสุข ดังนั้นสมาชิกสภาที่ได้รับการเสนอชื่อมาจึงมีความหลากหลายทั้งที่เป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู เกษตรกร หรือชาวบ้านธรรมดา ซึ่งจากการเสนอชื่อของแต่ละอำเภอ ได้สมาชิกสภาสุขภาพจำนวน 99 คน

หลังจากได้สมาชิกสภาสุขภาพแล้ว ได้มีการจัดประชุมขึ้น 2 ครั้งเพื่อร่างวิสัยทัศน์สุขภาพของจังหวัดขึ้น รวมทั้งเลือกประธานสภา รองประธาน และคิดขอบเขตงานของสภาสุขภาพจังหวัด

กระบวนการทั้งหมดนี้ฝ่ายผู้ประสานงานเพียงแต่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดประชุมเท่านั้น แต่การคิดขอบเขตงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ การแบ่งฝ่ายในสภาสุขภาพนั้น สมาชิกสภาเป็นผู้กำหนดเองทั้งสิ้น นับว่าเป็นกระบวนการของประชาชนโดยแท้จริง

สภาสุขภาพจะเป็นผู้วางแผนสุขภาพของจังหวัด และมีกรรมการสุขภาพจังหวัดเป็นฝ่ายรับนโยบายไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ซึ่งคณะกรรมการสุขภาพจังหวัดประกอบด้วยคณะกรรมการไม่เกิน 17 คน เป็นผู้แทนองค์กรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนผู้พิการทางกาย กรรมการโดยตำแหน่ง และสมาชิกสภาสุขภาพ

การดำเนินงานจนถึงปัจจุบันคือ ได้สมาชิกสภาสุขภาพจังหวัด 99 คน เลือกประธานและรองประธานสภาสุขภาพ รวมทั้งกำหนดฝ่ายต่างๆในสภาสุขภาพจำนวน 7 ฝ่าย และร่างวิสัยทัศน์สุขภาพจังหวัดราชบุรีแล้ว การดำเนินงานขั้นต่อไปคือการแต่งตั้งคณะกรรมการสภาสุขภาพขึ้นตามองค์ประกอบที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น

เนื่องจากการดำเนินงานของสภาสุขภาพซึ่งเป็นกลไกภาคประชาชนนี้เป็นการดำเนินงานโดยสมัครใจ ไม่มีค่าตอบแทน และสมาชิกจะเป็นผู้กำหนดระเบียบข้อบังคับของการประชุม กิจกรรม รวมทั้งความถี่ของการประชุมกันเองนั้น ในความคิดเห็นของผู้ประสานงานมองว่าเป็นข้อดี ทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง แต่ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นคือความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดำเนินงานในระยะยาว ซึ่งหากมีสภาสุขภาพระดับชาติมารองรับ การดำเนินงานในระดับจังหวัดน่าที่จะมีความต่อเนื่องไปได้

5. เปรียบเทียบกลไกและรูปแบบองค์กรกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ

องค์กร	บทบาท/หน้าที่	ข้อดี/ข้อเสีย
Sweden - Ministry of Health and Social Affairs - National Board of Health and Welfare - Federation of Councils - Swedish Association of Local Authorities - Public Health Group	- กำหนดนโยบาย ร่างระเบียบกฎหมาย - ร่างกฎหมายประเด็นสุขภาพเฉพาะด้าน - กลไกประสานงานระดับท้องถิ่น เพื่อนำเสนอต่อระดับชาติ - จัดทำเอกสารเพื่อใช้ในการกำหนดมาตรการสุขภาพระดับชาติ	- ปัญหาของระบบนี้คือการวางแผนยังคงอยู่ในสาขาสาธารณสุข - การทำงานยังมีลักษณะ top-down รัฐบาลท้องถิ่น และประชาชนมีส่วนร่วมน้อย
ประเทศอังกฤษ - Department of Health - Chief Medical Officer's Health of the Nation Working Group on Health Priorities - NHS Chief Executive's Health of the Nation Working Group on Implementation in the NHS - Wider Health Working Group - Cabinet Sub-Committee on Health Strategy - สื่อสาธารณะ	- ร่างเอกสารขอคำปรึกษา - เสนอแนะทางด้านวิชาการแก่ DOH - พิจารณาแนวทางการดำเนินงานของ NHS - เป็นกลไกประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้คำปรึกษาในมุมมองสาธารณะ - เป็นกลไกประสานงานระหว่างกระทรวงต่างๆ ในกรม.	- ข้อดีคือมีกลไกให้ประชาชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติตั้งแต่ต้น - มีกลไกประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งในภาครัฐ คือ Cabinet Sub-Committee on Health Strategy และภาคอื่นๆ ของสังคม คือ Wider Health Working Group - ข้อจำกัดหากนำมาใช้ในสังคมไทยคือ การที่ประชาชนไทยยังมีความตื่นตัวที่จะแสดงความคิดเห็นของตนผ่านทางสื่อสาธารณะน้อย หากไม่มีกลไกที่เป็นรูปแบบชัดเจนเช่นการตั้งสมัชชาสุขภาพ

องค์กร	บทบาท/หน้าที่	ข้อดี/ข้อเสีย
		ภาพ หรือสภาพสุขภาพที่จะเป็นเวทีให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นได้ การสื่อสารผ่านทางสาธารณะที่ได้ผลในประเทศอังกฤษ อาจไม่มีผลในประเทศไทยเท่าที่ควร
ประเทศญี่ปุ่น Ministry of Health, Labor and Welfare	ร่างแนวนโยบายต่อรัฐบาล	ปัญหาหลักคือการทำงานในลักษณะ top-down ดำเนินงานโดยภาครัฐ การมีส่วนร่วมของสังคม และประชาชนมีน้อยมาก
ประเทศไทย นโยบายเศรษฐกิจและสังคม - สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคม - สำนักงานสภาที่ปรึกษาฯ - สศช. - หน่วยงานอื่นๆ	- เป็นกลไกภาคประชาชนทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและความเห็นต่อ ครม. - รวบรวมข้อมูลและเป็นฝ่ายวิชาการให้แก่สภาที่ปรึกษาฯ และเป็นฝ่ายธุรการ - เป็นองค์กรฝ่ายบริหารปฏิบัติงานด้านวิชาการและวางแผนของรัฐบาล - เสนอนโยบายของหน่วยงานเพื่อผนวกเป็นนโยบายระดับชาติ	- ข้อดีคือมีกลไกภาคประชาชนทำหน้าที่ให้ความเห็นและตรวจสอบนโยบายภาครัฐ - มีการเชื่อมโยงกับกลไกภาครัฐที่ค่อนข้างชัดเจน - ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นคือ การคัดเลือกสมาชิกสภาที่ปรึกษาที่ควรให้ได้ผู้ที่มีความรู้อย่างแท้จริง ไม่ใช่การแบ่งปันผลประโยชน์ระหว่างกลุ่มต่างๆ
นโยบายด้านการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม กระทรวงการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม	กำกับดูแลการศึกษาทุกระดับทุกประเภท การศึกษา ศิลป และวัฒนธรรม กำหนดนโยบาย แผน และ	- ข้อดีคือมีกลไกภาคประชาชนในการเสนอแนะนโยบาย - สำนักงานสภาการศึกษา เป็นหน่วยงานภาครัฐ อาจมี

องค์กร	บทบาท/หน้าที่	ข้อดี/ข้อเสีย
• สภาการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรมแห่งชาติ • สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรมแห่งชาติ	มาตรฐานการศึกษา สนับสนุนทรัพยากร ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล • เสนอนโยบาย แผน และมาตรฐานการศึกษา ศาสนา ศิลป และวัฒนธรรม • สนับสนุนทรัพยากร ประเมินผล พิจารณากลั่นกรองกฎหมาย กฎกระทรวง • รวบรวมข้อมูล ศึกษาวิเคราะห์วิจัย จัดทำ และประสานจัดทำนโยบาย เสนอแนะแนวทางการสนับสนุนทรัพยากร	ปัญหาในด้านความคล่องตัวและความเป็นอิสระในการดำเนินงาน
นโยบายด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี • คณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ • สวทช.(เป็นนิติบุคคล) • กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ตามร่าง พ.ร.บ • คณะกรรมการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ • สำนักงานคณะกรรมการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (เป็นนิติบุคคล) • สมัชชาวิทยาศาสตร์และ	• ให้ความเห็นเกี่ยวกับนโยบาย วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่อ ครม. • เป็นฝ่ายเลขานุการและฝ่ายวิชาการของคณะกรรมการนโยบาย • เสนอนโยบายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีระดับชาติ • เป็นฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการ วท. • เป็นกลไกภาคประชาชนให้ความเห็นต่อนโยบาย วท.	• รูปแบบคณะกรรมการนโยบาย วท. มีลักษณะเหมือนคณะกรรมการนโยบายระดับชาติอีกหลายคณะที่มี นรม. เป็นประธาน ซึ่งเป็นกลไกภาครัฐ ไม่มีภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม • เป็นกลไกที่มีทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน • สำนักงานคณะกรรมการวท.ที่เป็นนิติบุคคลมีความคล่องตัวและเป็นอิสระใน

องค์กร	บทบาท/หน้าที่	ข้อดี/ข้อเสีย
เทคโนโลยีแห่งชาติ		การดำเนินงานมากกว่าภาค ราชการ
นโยบายด้านสุขภาพ รูปแบบที่ 1 - คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ - สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รูปแบบที่ 2 - สภาสุขภาพแห่งชาติ รูปแบบที่ 3 - สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ - คณะกรรมการบริหารสภาสุขภาพแห่งชาติ - สำนักงานสภาสุขภาพแห่งชาติ	- เสนอแนะให้เห็นต่อ กรม. เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพ - พิจารณาแผนพัฒนาสุขภาพ - ประสานงานกับหน่วยงาน ต่างๆ สศช. และสภาที่ ปรึกษาฯ - กำหนดนโยบาย กำกับทิศ ทาง การลงทุนเพื่อสุขภาพ - ติดตามกำกับการใช้ ทรัพยากร - ประเมินติดตามผลระบบสุขภาพ - กำหนดนโยบาย ควบคุม กำกับนโยบาย - เชื่อมโยงภาคสังคมกับภาค การเมือง - เป็นเครื่องมือทางวิชาการ	รูปแบบทั้ง 3 มีความคล้าย กันคือการให้มีภาคประชา ชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ กำหนดนโยบายระดับชาติ ด้วย

6. ข้อเสนอรูปแบบกลไกการวางแผนสุขภาพแห่งชาติ

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการประมวลความรู้จากเอกสาร สามารถกำหนด
ลักษณะของกลไกการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับชาติได้ดังนี้

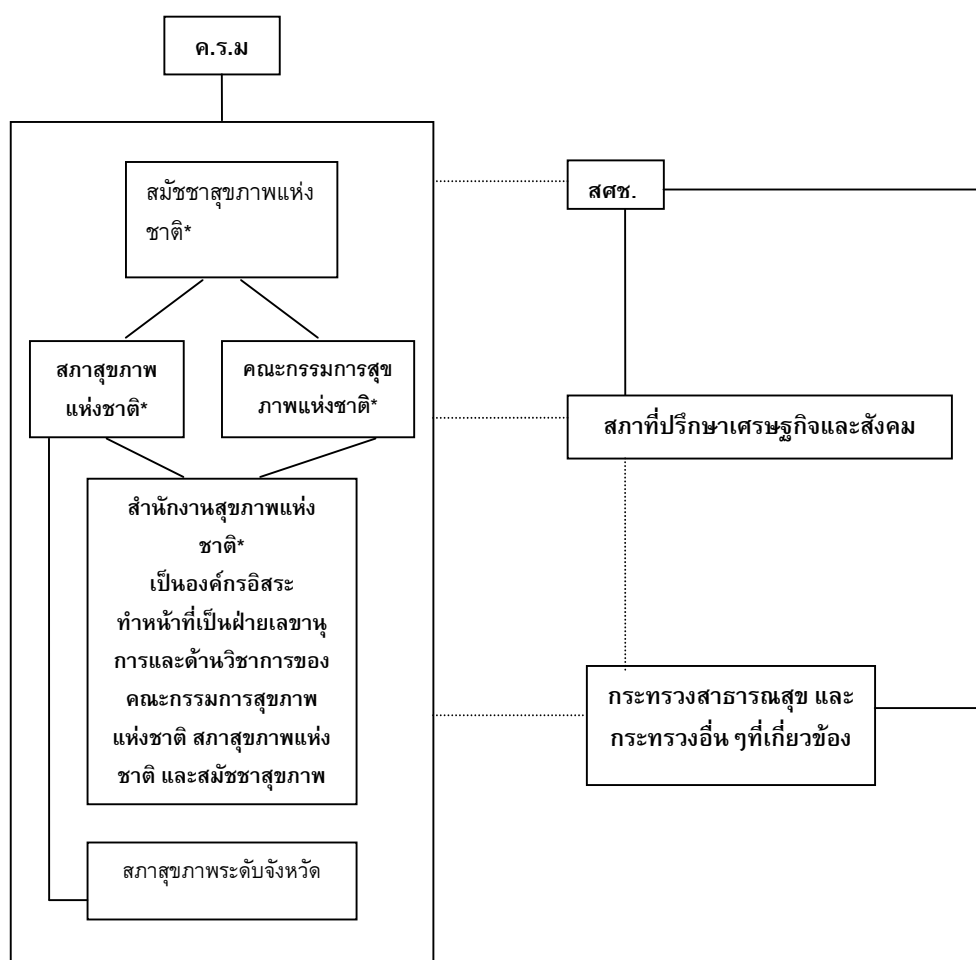
6.1 ลักษณะของกลไกที่พึงประสงค์

- เป็นกลไกที่มีการบริหารที่มีประสิทธิภาพ คือ เป็นองค์กรขนาดเล็ก เพื่อความคล่องตัว และเป็นอิสระในการบริหารงาน แต่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐในลักษณะ Block Grant
- มีความเป็นธรรมาภิบาล คือมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เปลี่ยนจากการควบคุมบังคับ สั่งการ เป็นฉันทามติ และความรับผิดชอบ
- มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในลักษณะภาคีคือการทำงานในลักษณะที่นำเอาส่วนดีหรือจุดแข็งของแต่ละฝ่ายมาสนับสนุนกัน เพื่อให้เกิดการผนึกกำลัง (synergy)
- มี political accountability คือการกำหนดนโยบายยังคงอยู่กับรัฐ ส่วนประชาชนและภาคีต่างๆควรมีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็นในการวางแผนและกำหนดนโยบาย แต่ไม่ใช่ผู้ตัดสินใจ
- ใช้ปัญญา ความรู้เป็นฐานในการดำเนินงาน

6.2 ภารกิจหลักของกลไก นี้ คือ

- กำหนดกรอบทิศทางด้านสุขภาพของประเทศ ทั้งระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว
- เสนอความเห็นต่อรัฐบาล และให้คำปรึกษานโยบายด้านสุขภาพ และผลกระทบต่อสุขภาพจากการดำเนินงานด้านอื่นๆ
- ทำหน้าที่ stewardship หรือชี้ทิศทาง
- เสนอกรอบงบประมาณสำหรับการดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนด
- สร้างเครือข่ายและประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆด้านสุขภาพ
- เป็นศูนย์กลางความรู้ด้านสุขภาพของประเทศ โดยประสานงานกับหน่วยงานที่ทำวิจัยและรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ
- ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนดไว้
- เผยแพร่ข้อมูล ความรู้และแนวนโยบายของประเทศต่อสาธารณะ

6.3. ข้อเสนอทางเลือกกลไกการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับชาติ รูปแบบที่ 1



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ* ทำหน้าที่เป็นองค์กรบริหาร (governing body) ของกลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ ประกอบด้วยผู้แทนจากสภาสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่พิจารณานโยบายและเป้าหมายสุขภาพแห่งชาติก่อนนำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติใช้เป็นนโยบายของประเทศ

สภาสุขภาพแห่งชาติ* เป็นองค์กรภาคประชาชน ทำหน้าที่เสนอความเห็นต่อนโยบายภาครัฐ และติดตามการดำเนินงานตามนโยบายนั้น โดยฝ่ายเลขานุการของสภาสุขภาพจัดเตรียมเอกสาร ข้อมูลที่จำเป็น และร่างแผนนโยบายเสนอต่อที่ประชุมสภาสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณา ความเห็นของสภาสุขภาพจะนำมาเป็นข้อมูลในการปรับแผนนโยบายและเป้าหมายให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของกลุ่มต่างๆในสังคมให้มากที่สุด

เนื่องจากองค์ประกอบของสภาสุขภาพแห่งชาติมาจากผู้แทนภาคต่างๆที่มีความหลากหลาย มีพื้นความรู้ในแต่ละเรื่องแตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่เอกสารข้อมูลที่น่าเสนอต้องมีความชัดเจน

และให้รายละเอียดแก่สมาชิกสภาสุขภาพได้เพียงพอที่จะทำความเข้าใจในแนวนโยบายและเป้าหมายที่กำหนดได้ในระดับที่ใกล้เคียงกันให้มากที่สุด เพื่อให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นได้

กลไกนี้จะเป็นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนในระยะยาว

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ* เป็นกลไกการประสานงานนโยบายสุขภาพระหว่างหน่วยงานต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนสภาวิชาชีพ ผู้แทนภาคเอกชน นักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งตัวแทนภาคประชาชน โดยคณะกรรมการมีหน้าที่ดังนี้

- จัดทำร่างนโยบายและเป้าหมายด้านสุขภาพระดับประเทศ เพื่อเสนอต่อ ครม.
- ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย
- เสนอความเห็นเกี่ยวกับกำลังคนด้านสาธารณสุขทั้งด้านการผลิต การใช้ และการกระจาย
- เสนอความเห็นเกี่ยวกับการวิจัยด้านสุขภาพและที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- จัดทำรายงานการประเมินสถานการณ์สุขภาพของประเทศ
- เสนอรอบงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อให้นโยบายและเป้าหมายสามารถบรรลุผลตามที่กำหนด
- พิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ
- เสนอความเห็นต่อโครงการลงทุนขนาดใหญ่และนโยบายอื่นๆที่จะมีผลต่อสุขภาพ
- เสนอความเห็นต่อ ครม.ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ

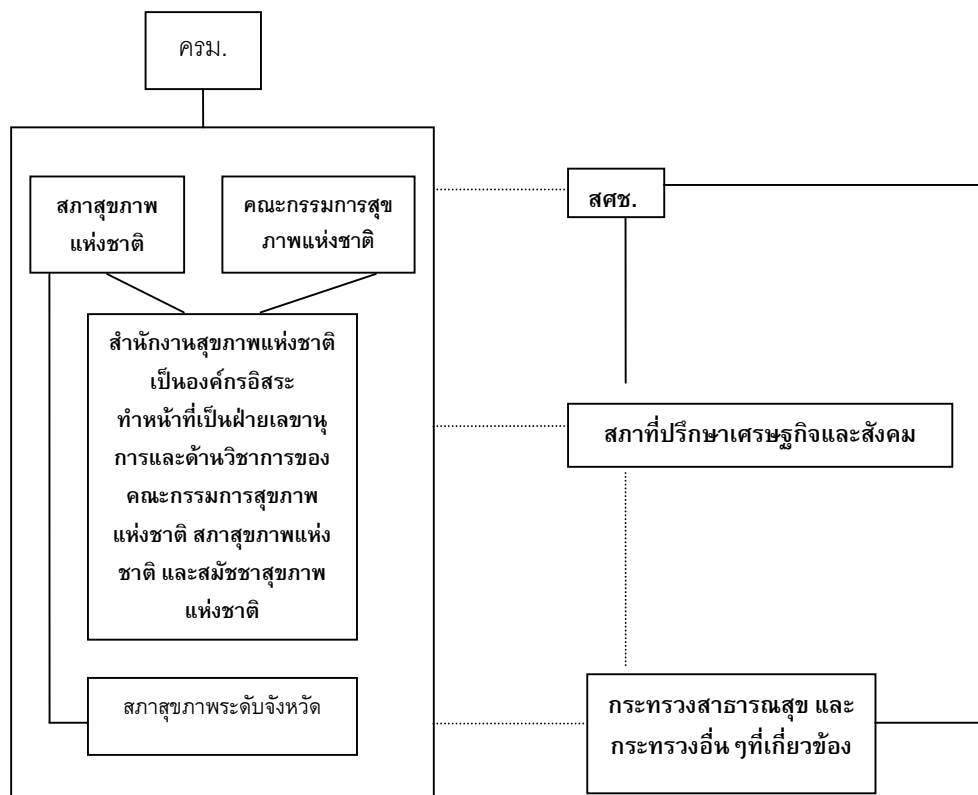
สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ เป็นนิติบุคคลขึ้นต่อนายกรัฐมนตรี ได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็น block grant สำนักงานมีหน้าที่

- จัดการศึกษา วิเคราะห์นโยบายสุขภาพระดับชาติ และปัญหาเร่งด่วนทางด้านสุขภาพ
- รวบรวมข้อมูล ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพระดับชาติ
- ศึกษากรอบงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระดับชาติ
- ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆในการดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพ
- จัดเตรียมข้อมูลและจัดเตรียมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ/สภาสุขภาพแห่งชาติ/คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

* ข้อเสนอแนะเป็นการเสนอรูปแบบกลไกการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ โดยรายละเอียดองค์ประกอบของสมัชชา/สภา/คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการได้มาซึ่งผู้แทนในระดับต่างๆ จะเป็นการศึกษาในขั้นต่อไปเมื่อรูปแบบกลไกมีความชัดเจนแล้ว
ชื่อของสมัชชา/สภา/คณะกรรมการ/สำนักงานสุขภาพแห่งชาติอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม และไม่ให้มีปัญหาความสับสนถ้าหากกระทรวงสาธารณสุขจะเปลี่ยนเป็นกระทรวงสุขภาพ

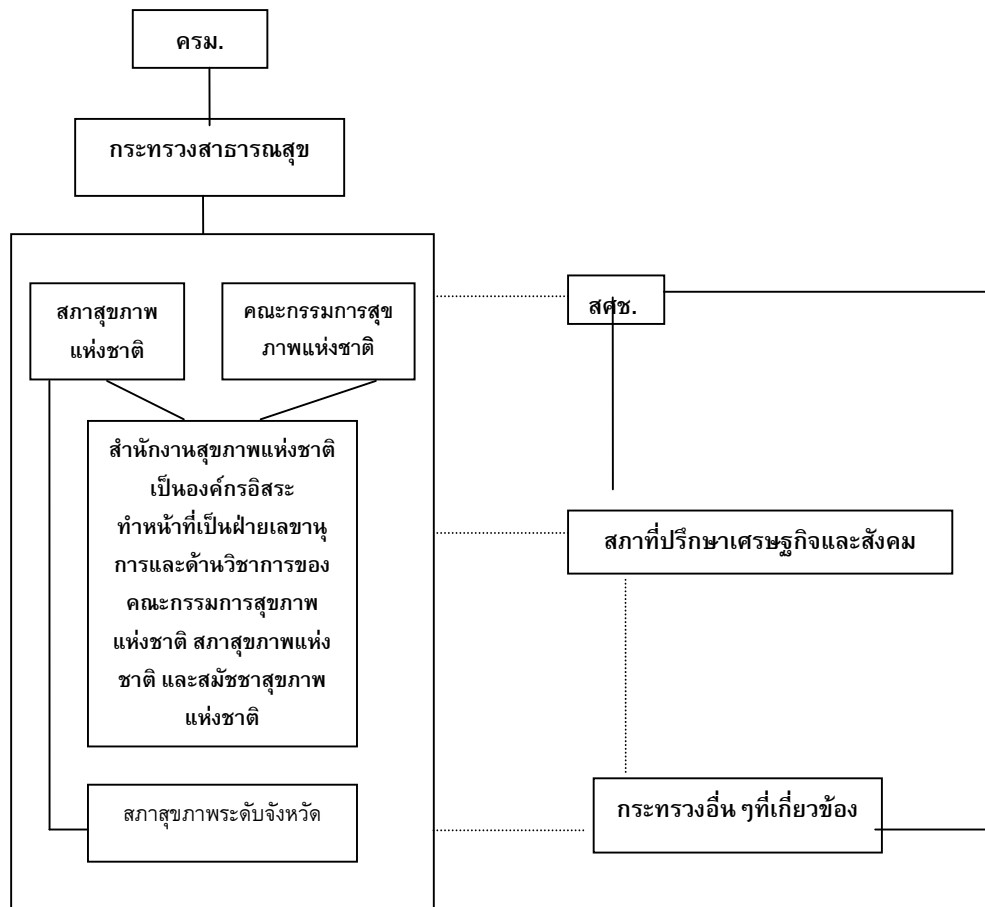
- ประสานงานกับสำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคม
- เผยแพร่ข้อมูลด้านนโยบายและข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่อสาธารณะ
- เป็นฝ่ายเลขานุการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ/สภาสุขภาพแห่งชาติ/คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รูปแบบที่ 2



หน้าที่ความรับผิดชอบของสภาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ เหมือนรูปแบบที่ 1 โดยรูปแบบที่ 2 ลดขั้นตอนในการนำเสนอผ่านสมัชชาสุขภาพลง โดยให้เสนอต่อ กรม.โดยตรง

รูปแบบที่ 3



หน้าที่ความรับผิดชอบของสภาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ เหมือนรูปแบบที่ 1 แต่สำนักงานสุขภาพแห่งชาติเป็นนิติบุคคลขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

6.4 ข้อดีข้อเสียของทั้ง 3 รูปแบบ

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
รูปแบบที่ 1	▪ มีกลไกการประสานงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน ▪ สำนักงานสุขภาพแห่งชาติที่เป็นฝ่ายเลขานุการของทั้ง 3 คณะ สามารถเชื่อมโยงประสานงานของทุกภาคส่วนเข้าด้วยกันได้ และเป็นการนำข้อมูล ความรู้มาใช้เป็นฐานในการกำหนดนโยบาย ▪ มีการประสานงานกับภาคการเมือง คือ ครม. ซึ่งจะเป็นผู้อนุมัตินโยบาย ▪ การมีทั้งสภาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะทำให้การกำหนดนโยบายมีความสมบูรณ์ และสะท้อนความคิดเห็นของทุกฝ่ายได้	▪ มีหลายขั้นตอน อาจทำให้เกิดปัญหาในด้าน bureaucracy
รูปแบบที่ 2	▪ นอกจากข้อดีที่เหมือนกับรูปแบบที่ 1 ในเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆของสังคมแล้ว การลดขั้นตอนการพิจารณานโยบาย โดยให้ครม. ทำหน้าที่เป็นเสมือนองค์การบริหารของกลไกนี้ แทนสมัชชาสุขภาพ จะทำให้มีความคล่องตัวมากขึ้น	▪ การให้ครม. ซึ่งเป็นภาคการเมืองทำหน้าที่เป็นองค์การบริหาร (governing body) ของกลไกนี้ จะขาดองค์การบริหารที่มาจากทุกภาคส่วนของสังคม
รูปแบบที่ 3	▪ รูปแบบที่ 3 ให้กลไกนี้อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้แนวคิดเดียวกับสภาการศึกษาที่ต้องการให้การกำหนดนโยบาย และหน่วย	▪ การที่กลไกการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข อาจเกิดปัญหาในด้านการประสานงานกับหน่วยงานอื่น

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
	ปฏิบัติอยู่ภายใต้กลไกเดียวกัน เพื่อให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีผลมากกว่าแยกออกจากกัน กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหลักรับผิดชอบเรื่องสุขภาพของประชาชนอยู่แล้ว น่าที่จะเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชาติด้วย	

นโยบายที่ร่างโดยกลไกนี้จะเป็นแผนชี้ทิศทางและกรอบนโยบายกว้างๆเท่านั้น ไม่ใช่แผนในระดับปฏิบัติการและไม่ใช่มำตรการ เพื่อให้หน่วยงานต่างๆมีกรอบทิศทางในการดำเนินงาน แต่ให้หน่วยงานรวมทั้งระดับท้องถิ่นสามารถกำหนดมาตรการที่เหมาะสมกับพื้นที่และหน่วยงานของแต่ละแห่งได้ ตามแนวคิดที่ว่าให้มีความเป็นเอกภาพแต่หลากหลายในทางปฏิบัติ

กลไกตามข้อเสนอแนะจะเป็นกลไกที่ใช้ความรู้เป็นฐานในการกำหนดนโยบาย/เป้าหมาย โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติเป็นฝ่ายเลขานุการของทั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสภาสุขภาพแห่งชาติ โดยทำหน้าที่รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลให้แก่คณะกรรมการและสภาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นฐานในการพิจารณาร่างกรอบแนวทางนโยบาย

เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมา การกำหนดนโยบายของรัฐหลายนโยบายไม่มีผลในทางปฏิบัติ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติหลายแผนที่ผ่านมามีไม่ได้รับการนำไปแปลงสู่การปฏิบัติเท่าที่ควร ดังนั้น หากนโยบาย/เป้าหมายสุขภาพแห่งชาติประกาศใช้โดยไม่ได้รับการปรับระบบอื่นๆมารองรับ การนำนโยบายไปปฏิบัติอาจไม่เกิดขึ้น จากประสบการณ์ของประเทศฟินแลนด์ที่พบว่า การประสานงานในระดับชาตินั้นไม่มีผลในทางปฏิบัติ ถึงแม้ว่าจะมีกลไกการประสานงานระดับชาติแล้วก็ตาม แต่ในระดับท้องถิ่นซึ่งได้มีการปรับระบบการจัดสรรงบประมาณในลักษณะเป็น block grant กลับได้ผลในการประสานงานในการปฏิบัติตามนโยบายได้เป็นอย่างดี

ดังนั้น ในกลไกระดับชาติซึ่งร่างนโยบาย/เป้าหมายระดับชาติ ควรที่จะเสนอกรอบวงเงินงบประมาณในแต่ละเป้าหมาย รวมทั้งข้อเสนอการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานต่างๆที่ต้องปฏิบัติตามนโยบาย/เป้าหมายในแต่ละด้านด้วย การจัดสรรงบประมาณให้กับเป้าหมาย หรือนโยบายในแต่ละด้านควรเป็นในลักษณะ block grant การติดตามผลการดำเนินงานใช้วัดผลของงานว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ มากกว่าการพิจารณาตามกิจกรรม

กลไกนี้ใช้แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ. น.พ.ประเวศ วะสี เป็นกรอบ คือการเชื่อมโยงความรู้ ประชาชน และการเมืองเข้าด้วยกัน คือสำนักงานสุขภาพแห่งชาติเป็นองค์กรที่เป็นเสมือนคลังข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งหมด ทำหน้าที่วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำเสนอให้กับ สภาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นภาคประชาชน และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ ครม. ซึ่งเป็นภาครัฐ และภาคการเมือง โดยทั้งสามส่วนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ทั้งนี้หวังว่ากลไกนี้จะทำให้นโยบายสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดขึ้น จะใช้เป็นแนวทางของประเทศได้อย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ 2537 การจัดการเครือข่าย: กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา
- คณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ 2543. ร่าง พระราชบัญญัติวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ พ.ศ.. สำนักนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม
- คณะทำงานพัฒนาข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน 2544 การปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ 2544 ร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549
- เนาวรัตน์ แยมแสงสังข์ 2542 แนวคิดและกลยุทธ์ในการปรับระบบองค์กร บริษัทการศึกษาจำกัด กรุงเทพฯ
- บวรศักดิ์ อุวรรณโณ 2542 การสร้างธรรมาภิบาลในสังคมไทย สำนักพิมพ์วิญญูชนจำกัด
- ปัทพงษ์ เกษสมบุญ และ อนุพงษ์ สุจริยากุล 2543 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542
- ศุภชัย ยาวะประภา 2540 นโยบายสาธารณะ พิมพ์ครั้งที่ 3 สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักงานก.พ 2543 การกำหนดยุทธศาสตร์การจัดการภาครัฐ กรุงเทพฯ
- สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักงานก.พ 2543 ความเป็นไปได้และแนวทางการtragกฎหมายจัดตั้งองค์การมหาชน
- สำนักงานปฏิรูปการศึกษา (สปศ.) 2544. ข้อเสนอแนวทางการปฏิรูปการศึกษาตามภารกิจ สปศ. เพื่อการรับฟังความคิดเห็นในการประชุมสมัชชาปฏิรูปการศึกษาและการเรียนรู้ วันที่ 5-6 กุมภาพันธ์ 2544

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2543 สรุปสาระสำคัญพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และระเบียบสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการเลือกกรรมการสรรหาสมาชิกสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ 2543

Baggott Rob, 1994. Health and Health Care in Britain. St. Martin's Press, New York , U.S.A

Department of Health and Human Services (HHS), 2000. HHS Strategic Plan FY 2001-2006
<http://www.hhs.gov>

Department of Health, 1993. The Health of the Nation: A Strategy for Health in England, Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty July 1992.

Ham, Christopher 1985. Health Policy in Britain: The Politics and Organisation of the National Health Service, second edition. Macmillan, London.

H.M. Stationery Office, 1998. Saving Lives: Our Healthier Nation (Executive Summary)

Ministry of Health Labor and Welfare, no date. Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan.

Ministry of Health Labor and Welfare, 2001. Annual Reports on Health and Welfare 1998-1999 Social Security and National Life. <http://www.mhlw.go.jp>

Ministry of Health and Social Affairs, no date. Social Welfare in Transition: A presentation of Swedish welfare policies.

Navarro, Vicente (ed) 1992. Why the United States does not have a National Health Program. Baywood Publishing Company, New York, U.S.A.

Southeast Asian Medical Information Center, International Medical Foundation of Japan, 1991. National Health Administration in Japan: Vol.1: Health Administration and Organization

Swedish Institute, 1999. Fact Sheets on Sweden: The Health Care System in Sweden.

WHO, 2000. Exploring Health Policy Development in Europe, WHO Regional Publications.

U.S.A

The HHS Strategic Goals and Objectives

HHS Strategic Plan FY 2001-2006

Goal 1: Reduce the Major Threats to the Health and Productivity of All Americans

- Objective 1.1 Reduce tobacco use, especially among youth
- Objective 1.2 Reduce the incidence and impact of injuries and violence in American Society
- Objective 1.3 Improve the diet and the level of physical activity of Americans
- Objective 1.4 Reduce alcohol abuse and prevent underage drinking
- Objective 1.5 Reduce the abuse and illicit use of drugs
- Objective 1.6 Reduce unsafe sexual behaviors
- Objective 1.7 Reduce the incidence and impact of infectious diseases
- Objective 1.8 Reduce the impact of environmental factors on human health

Goal 2: Improve the /Economic and Social Well-being on Individuals, Families, and Communities in the United States

- Objective 2.1 Improve the economic independence of low income families, including those receiving welfare
- Objective 2.2 Increase the parental involvement and financial support of non-custodial parents on the lives of their children
- Objective 2.3 Improve the healthy development and learning readiness of preschool children
- Objective 2.4 Improve the safety and security of children and youth
- Objective 2.5 Increase the proportion of older Americans who stay active and healthy
- Objective 2.6 Increase independence and quality of life of persons with long-term-care needs
- Objective 2.7 Improve the economic and social development of distressed communities

Goal 3: Improve Access to Health Services and Ensure the Integrity of the Nation's Health Entitlement and Safety Net Programs

-
- Objective 3.1 Increase the percentage of the nation's children and adults who have health insurance coverage
 - Objective 3.2 Eliminate disparities in health access and outcomes
 - Objective 3.3 Increase the availability of primary health care services for underserved populations
 - Objective 3.4 Protect and improve the health and satisfaction of beneficiaries in Medicare and Medicaid
 - Enhance the fiscal integrity of Health Care Financing
 - Objective 3.5 Administration (HCFA) programs and purchase the best value health care for beneficiaries
 - Objective 3.6 Improve the health status of American Indians and Alaska Natives (AI/AN)
 - Objective 3.7 Increase the availability and effectiveness of services for the treatment and management of HIV/AIDS
 - Objective 3.8 Increase the availability and effective of mental health care services
 - Objective 3.9 Increase the availability and effectiveness of health services for children with special health care needs
 - Goal 4: Improve the Quality of Health Care and Human Services
 - Objective 4.1 Enhance the appropriate use of effective health services
 - Objective 4.2 Increase consumer and patient use of health care quality information
 - Objective 4.3 Improve consumer and patient protection
 - Objective 4.4 Develop knowledge that improves the quality and effectiveness of human services practice
 - Goal : Improve the Nation's Public Health Systems Objective
 - Objective 5.1 Improve the capacity of the public health system to identify and respond to threats to the health of the nation's population
 - Objective 5.2 Improve the safety of food, drugs, medical devices, and biological products
 - Goal 6: Strengthen the Nation's Health Science Research Enterprise and Enhance its Productivity

- Objective 6.1 Advance the scientific understanding of normal and abnormal biological functions and behaviors
- Objective 6.2 Improve our understanding of how to prevent, diagnose, and treat disease and disability
- Objective 6.3 Enhance our understanding of how to improve the quality, effectiveness, utilization, financing, and cost-effectiveness of health services
- Objective 6.4 Accelerate private-sector development of new drugs, biologic therapies, and medical technology
- Objective 6.5 Strengthen and diversify the base of well-qualified health researchers
- Objective 6.6 Improve the communication and application of health research results
- Objective 6.7 Strengthen mechanisms for ensuring the protection of human subjects in research and the integrity of the research process

England

Health of the Nation Main Targets

1992

1. Coronary heart disease and stroke
 - 1.1 To reduce death rates for both CHD and stroke in people under 65 by at least 40% by the year 2000 (Baseline 1990)
 - 1.2 To reduce the death rate for CHD in people aged 65-74 by at least 30% by the year 2000 (Baseline 1990)
 - 1.3 To reduce the death rate for stroke in people aged 65-74 by at least 40% by the year 2000 (Baseline 1990)
2. Cancers
 - 2.1 To reduce the death rate for breast cancer in the population invited for screening by at least 25% by the year 2000 (Baseline 1990)
 - 2.2 To reduce the incidence of invasive cancer by at least 20% by the year 2000 (Baseline 1986)
 - 2.3 To reduce the death rate for lung cancer under the age of 75 by at least 30% in men and by at least 15% in women by 2010 (Baseline 1990)
 - 2.4 To halt the year-on-year increase in the incidence of skin cancer by 2005
3. Mental illness
 - 3.1 To improve significantly the health and social function of mentally ill people
 - 3.2 To reduce the overall suicide rate by at least 15% by the year 2000 (Baseline 1990)
 - 3.3 To reduce the suicide rate of severely mentally ill people by at least 33% by the year 2000 (Baseline 1990)
4. HIV/AIDS and sexual health
 - 4.1 To reduce the incidence of gonorrhoea by at least 20% by 1995 (Baseline 1990), as an indicator of HIV/AIDS trends
 - 4.2 To reduce by at least 50% the rate of conceptions amongst the under 16s by the year 2000 (Baseline 1989)
5. Accidents
 - 5.1 To reduce the death rate for accidents among children aged under 15 by at least 33% by 2005 (Baseline 1990)

5.2 To reduce the death rate for accidents among young people aged 15-24 by at least 25% by 2005 (Baseline 1990)

5.3 To reduce the death rate for accidents among people aged 65 and over by at least 33% by 2005 (Baseline 1990)

Health of the nation risk factor targets

1. Smoking

1.1 To reduce the prevalence of cigarette smoking to no more than 20% by the year 2000 in both men and women (a reduction of a third) (Baseline 1990)

1.2 To reduce consumption of cigarettes by at least 40% by the year 2000 (Baseline 1990)

1.3 In addition to the overall reduction in prevalence, at least 33% of women smokers to stop smoking at the start of their pregnancy by the year 2000

1.4 To reduce smoking prevalence of 11-15 year olds by at least 33% by 1994 (to less than 6%) (Baseline 1988)

2. Diet and Nutrition

2.1 To reduce the average percentage of food energy derived by the population from saturated fatty acids by at least 35% by 2005 (to no more than 11% of food energy) (Baseline 1990)

2.2 To reduce the average percentage of food energy derived from total fat by the population by at least 12% by 2005 (to no more than about 35% of total food energy) (Baseline 1990)

2.3 To reduce the proportion of men and women aged 16-64 who are obese by at least 25% and 33% respectively by 2005 (to no more than 6% of men and 8% of women) (Baseline 1986/87)

2.4 To reduce the proportion of men drinking more than 21 units of alcohol per week and women drinking more than 14 units per week by 30% by 2005 (to 18% of men and 7% of women) (Baseline 1990)

3. Blood pressure

3.1 To reduce men systolic blood pressure in the adult population by at least 5mm Hg by 2005 (Baseline to be derived from new national health survey)

4. HIV/AIDS

4.1 To reduce the percentage of injecting drug misusers who report sharing injecting equipment in the previous 4 weeks from 20% in 1990 to no more than 10% by 1997 and no more than 5% by the year 2000

Our Healthier Nation

1998

Action Plan and attainable targets in priority areas by the year 2010

- **Cancer:** to reduce the death rate in people under 75 by at least a fifth
- **Coronary heart disease and stroke:** to reduce the death rate in people under 75 by at least two fifths
- **Accidents:** to reduce the death rate by at least a fifth and serious injury by at least a tenth
- **Mental illness:** to reduce the death rate from suicide and undetermined injury by at least a fifth

To achieve better health for everyone and especially for the worst off we are:

- Putting more money: £21 billion for the NHS alone to help secure a healthier population
- Tackling smoking as the single biggest preventable cause of poor health
- Integrating Government, and local government, work to improve health
- Stress health improvement as a key role for the NHS
- Pressing for high health standards for all, not just the privileged few

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำการสัมภาษณ์

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

ศ.นพ.จิตร สิทธิอมร

ศ.นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์

นพ.ดำรง บุญเย็น

ศ.ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า

คุณ เบญจวรรณ สร้างนิทร สำนักงานปฏิรูประบบราชการ

คุณพรพรรณราย ชันธิกิจ สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคม

ดร.ไพรัช รัชชพงษ์ ผู้อำนวยการ สวทช.

ดร.เจื้อจันทร จงสถิตอยู่ สภาการศึกษา

คุณวิเชียร คุณตวัส ประชาสังคมจังหวัดราชบุรี