

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาวิจัยเรื่อง

การบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข
เพื่อรองรับการปฏิรูประบบราชการและภาพพันธกิจในทศวรรษหน้า

(Change Management of The Ministry of Public Health in Enhancing
Administrative Reform and Its Mission for the Next Decade)

ไพโรจน์ ภัทรนรากุล และ วีระวัฒน์ ปันนิตมัย
คณะรัฐประศาสนศาสตร์
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

มิถุนายน 2548

คำนำจากผู้เขียน

สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและการบริหารมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ทุกองค์การต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงหลักด้านสังคมที่มีบทบาทในการสร้างสุขภาวะ และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งมีหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อกระทรวงสาธารณสุข อาทิ กระแสโลกาภิวัตน์ กรอบรัฐธรรมนูญด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพแนวใหม่ สภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและนโยบายของรัฐบาล เป็นต้น ซึ่งหลายสิ่งหลายอย่างที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันล้วนส่งผลกระทบต่อทั้งการบริหารจัดการของฝ่ายบริหารและการปฏิบัติงานของบุคลากรในระดับปฏิบัติ

การที่จะทำให้องค์การตอบสนองความต้องการของสังคม และเสริมสร้างศักยภาพในการพัฒนาประเทศภายใต้สภาวะการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จำเป็นต้องมีการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาวิจัยนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาถึงการบริหารการเปลี่ยนแปลง โดยศึกษาถึงกระทรวงสาธารณสุขในบริบทของการเปลี่ยนแปลง และภาพพันธกิจในอนาคต

การศึกษานี้เป็นการนำเสนอแนวทางการบริหารการเปลี่ยนแปลงและทิศทางของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ โดยครอบคลุมประเด็นความก้าวหน้าในการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข และข้อเสนอเกี่ยวกับภาพวิสัยทัศน์และพันธกิจในอนาคต รวมถึงโครงสร้างองค์กรและแนวทางการพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยมุ่งหวังให้กระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับทิศทางใหม่และสภาวะการเปลี่ยนแปลงในทศวรรษหน้า ตามแนวทางการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) และขนานรับกับบริบทใหม่ด้านการปฏิรูประบบราชการ มุ่งเน้นการตอบสนองแนวทางการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพตามกรอบรัฐธรรมนูญ ตลอดจนกรอบทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขและการปฏิรูปสาธารณสุขในปัจจุบัน ด้วยหวังว่ากระทรวงสาธารณสุขจะก้าวไปสู่องค์กรยุคใหม่ที่มีบทบาทเป็นแกนนำในการจัดการความรู้ และมีบทบาทหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุขไทยสอดคล้องกับระบบสุขภาพแบบองค์รวม มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพให้เข้ามามีบทบาทในการจัดการสาธารณสุข เพื่อบรรลุเป้าหมายสุดท้ายคือการมีสังคมสุขภาวะที่ดี

ไพโรจน์ ภัทรนรากุล

วีระวัฒน์ ปันนิตามัย

คณะรัฐประศาสนศาสตร์

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

มิถุนายน 2548

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นผลจากการสนับสนุน ส่งเสริม และช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน และหน่วยงานต่างๆ หลายหน่วยงาน คณะผู้ศึกษาวิจัยขอขอบพระคุณ ศ.ดร.สมบัติ อารังธัญวงศ์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ในฐานะที่ปรึกษาโครงการวิจัยที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ สนับสนุนและให้กำลังใจให้การศึกษาสำเร็จด้วยดี ขอขอบพระคุณคณะกรรมการที่ศึกษาด้านวิชาการทุกท่าน ได้แก่ นพ.ดำรง บุญยืน จากสถาบันคีนัน นพ.ธวัช สุนทราจารย์ อธิบดีกรมควบคุมโรค นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคสุพลา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ.อรรถ สมบุญตนนท์ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดร.อรพินท์ สฟโซคชัย และ คุณธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) นพ.วิพุธ พูลเจริญ อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะทางวิชาการที่มีคุณค่า ช่วยให้กรอบทิศทางการศึกษาวิจัยมีความชัดเจน และสอดคล้องกับประเด็นหลักในการบริหารการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้ศึกษาวิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารทั้งอดีตและปัจจุบัน ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขทุกท่าน ตลอดจนผู้นำชุมชน ปราชญ์ท้องถิ่น รวมถึงตัวแทนจากภาคเอกชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพต่างๆ ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา และสะท้อนทัศนะ/แนวคิดที่นำไปสู่การบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข ผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้ช่วยผู้วิจัย ได้แก่ น.พ.ภานุวัฒน์ ปานเกตุ คุณณัฐปรกรณ์ ลาภบิตร คุณยุพเรศ รัตนเมธิตล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย และคุณสุรีพร สุขจีน ที่มีส่วนสำคัญในการประมวลผลจากการศึกษาตลอดจนการติดต่อประสานงานตลอดช่วงเวลาศึกษาวิจัย ขอขอบคุณคุณเพ็ญศรี สงวนสิงห์ คุณสมใจ ประมาณพล คุณรองนาถ ชูพิชัย คุณเรียน เงินลุน และคุณวนิดา บุญชม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคุณณัฐชยา ดำรงไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกในระหว่างการศึกษาฐานงานและการจัดทำกลุ่มสนทนาในกลุ่มจังหวัด (Cluster)

สุดท้าย คณะผู้ศึกษาวิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ได้ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณคณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ที่ให้การสนับสนุนส่งเสริมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้ศึกษาวิจัยมุ่งหวังว่าการศึกษาวิจัยนี้จะช่วยให้มีกรอบแนวทางในการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข และเป็นพื้นฐานเพื่อให้เกิดการวิพากษ์ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติตามที่สมควร สุดท้าย คณะผู้ศึกษาวิจัยหวังว่าการศึกษาวิจัยนี้จะมีส่วนช่วยในการพัฒนาระบบการจัดการสาธารณสุขให้สามารถส่งเสริม ค้ำครองสิทธิด้านสุขภาพ ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ครอบครัวและชุมชน และส่งผลให้การบรรลุเป้าหมายสุดท้ายร่วมกันเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม คือการเป็นสังคมสุขภาวะอย่างเสมอภาค ทั้งถึง และยั่งยืนต่อไป

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการปฏิรูประบบบริหารราชการและภาพพันธกิจในทศวรรษหน้า มีจุดมุ่งหมายเพื่อเสนอภาพทัศน์ (Scenario) การเปลี่ยนแปลงวิสัยทัศน์ พันธกิจ และโครงสร้างระบบบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุขที่สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศในอนาคต โดยมุ่งศึกษาถึงผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดยเฉพาะเรื่องการบริหารยุทธศาสตร์ กำหนดกรอบวิสัยทัศน์ ภาพพันธกิจ และขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับบริบทการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย เพื่อเสนอบทบาทและหน้าที่ใหม่ และเสนอรูปแบบโครงสร้างองค์การที่เหมาะสม ตลอดจนเพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาองค์การแห่งการเรียนรู้ และกรอบทิศทางกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสนองต่อบทบาทใหม่

แนวทางการศึกษาวิจัยอาศัยแนวทางเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้เทคนิคในการศึกษาวิจัยผสมผสานหลายรูปแบบ รวมถึง การวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์ระดับลึกผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การระดมความคิดร่วมกับที่ปรึกษาการวิจัย นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นวิสัยทัศน์และภาพพันธกิจในอนาคต โครงสร้างองค์การที่เหมาะสม และแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหาร รวมถึงการจัดทำสนทนากลุ่ม การสำรวจความคิดเห็นและการศึกษาดูงานภาคสนามโดยเลือกพื้นที่ตัวแทนจาก 5 ภาค รวม 13 จังหวัด

ผลการศึกษาวิจัยที่สำคัญสรุปเป็น 4 ประเด็น คือ *ประการแรก* ความก้าวหน้าของการบริหารการเปลี่ยนแปลงเชิงยุทธศาสตร์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารการเปลี่ยนแปลงมองว่า ในช่วงต้นของการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างสับสน เนื่องจากมีหลายเรื่องที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในเวลาเดียวกัน ในขณะที่ไม่สามารถชี้ให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงจะไปในทิศทางใด ภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นมีการจัดกลุ่มภารกิจทำให้เกิดการบูรณาการและการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพมากขึ้น ขณะที่หลายท่านมีทัศนะว่าโครงสร้างยังคงเหมือนเดิม เนื่องจากมองว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นเพียงการโยกย้ายกลุ่มงานเท่านั้น ไม่ใช้การเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคาดหวังว่าในอนาคตกระทรวงสาธารณสุขควรมีโครงสร้างที่เล็กลงแต่มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น

ประการที่สอง วิสัยทัศน์และพันธกิจ จากทัศนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้แสดงความคิดเห็นถึงวิสัยทัศน์และพันธกิจ มองว่า “กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นแกนนำทางความคิดในการประสานความร่วมมือในการสร้างสังคมไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี” ส่วนพันธกิจในอนาคตเห็นพ้องกับกรอบพันธกิจที่มุ่งไปสู่ Health Stewardship ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภค และเน้นการส่งเสริมสุขภาพ

ประการที่สาม บทบาทหน้าที่และโครงสร้างที่เหมาะสม บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในทัศนะของผู้บริหาร ได้แก่ เสริมสร้างสุขภาพ พัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ทำให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองหรือป้องกันตนเองด้านสุขภาพได้ ประสานและยกระดับเครือข่ายประชาสังคมที่เข้มแข็ง รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดการดำเนินงานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และการส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับโครงสร้างองค์การที่เหมาะสม ได้เสนอใน 3 ทางเลือก *ทางเลือกที่ 1* เป็นการปรับโครงสร้างเดิมให้สอดคล้องกับภารกิจใหม่ *ทางเลือกที่ 2* เป็นโครงสร้างในระบบเครือข่ายที่ถ่ายโอนอำนาจการกำกับดูแลให้

ท้องถิ่น เน้นระบบงานที่เชื่อมโยงการทำงานกันในลักษณะเครือข่าย ทางเลือกที่ 3 โครงสร้างการกระจายอำนาจ โดยมีองค์การในรูปนิติบุคคลระดับจังหวัด ลดสายการบังคับบัญชาให้สั้นลง ไม่มีภูมิภาค มีเครือข่ายประชาคมสุขภาพระดับจังหวัด

ประการที่สี่ แนวทางพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้และทิศทางการกำลังคนด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญเรื่องแนวคิดในการจัดทำแผนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป และต้องมีความเหมาะสมกับสภาพของแต่ละพื้นที่ การพัฒนาทักษะความสามารถของบุคลากรเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะการปรับบทบาทภารกิจจากบริการมาสู่การกำกับดูแลตรวจสอบ มีการพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ เพื่อให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเองและมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ดำรงอยู่ได้อย่างมีคุณภาพภายใต้สภาวะแห่งการเปลี่ยนแปลง

ในการศึกษาวิจัยได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เน้นกลไกและมาตรการนโยบายที่จำเป็นในการรองรับการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงส่งเสริมกลไกการมีส่วนร่วมในการพิจารณากรอบวิสัยทัศน์ (Vision) และภาพพันธกิจ (Mission) ในอนาคตของกระทรวงสาธารณสุข การกำหนดวาระของกระทรวงสาธารณสุข วาระท้องถิ่น (Local Agenda) เพื่อโดยพิจารณาถึงบทบาทของหน่วยงานภาครัฐที่รองรับระบบสุขภาพแนวใหม่ เพื่อให้สามารถรองรับการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขในทศวรรษหน้า พัฒนาองค์การสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยเสริมสร้างขีดความสามารถของศูนย์การจัดการความรู้ (Knowledge Management Center) เตรียมบุคลากรเพื่อทำหน้าที่นักบริหารการเปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติครอบคลุมถึงประเด็นหลักในการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดให้มีสัมมนาเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข มีเวทีสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการศึกษาได้เสนอเงื่อนไขและปัจจัยความสำเร็จในการบริหารการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อศึกษาต่อ อาทิ ศึกษาการปรับเปลี่ยนทิศทางการนโยบาย (Policy Shift) ของนโยบาย/โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และผลกระทบต่อการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุข การศึกษารูปแบบการบริหารการเปลี่ยนแปลงของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบความสำเร็จเป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบงานในอนาคต

นิยามคำหลัก : การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management), การจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management), ภาพทัศน์ในอนาคต (Future Scenario)

Abstract

The Study on Change Management of The Ministry of Public Health in Enhancing Administrative Reform and Its Mission for the Next Decade has the overall objective to present a scenario addressing vision and mission toward future development. The study covers progress in strategic management, new vision and mission, roles and functions, organizational structure, and recommendations on learning organization as well as new direction on human resource planning.

Approaches to the study have relied on qualitative technique including documentary analysis, in-depth Interview of key actors and stakeholders, brain storming among academic, scholars. It is followed by focus group discussion, survey and study visit in selected five regions and thirteen provinces.

The study results can be summarized into four main areas. *Firstly*, progress on change management regarding strategic management can be seen as an integrative system through clustering of missions. In another perspective key informants have criticized organizational unchanged due to lack of clear strategic directions--it is rather a transformation of duties not a structural change or reform in the real sense. It is agreed that there need to have a new paradigm on public health management together with knowledge management to ensure well-being as the ultimate outcomes.

Secondly, vision and mission that inline with future situation are discussed among key stakeholders and reach the consensus whereas new vision entails "Ministry of Public Health shall serve as a focal point or exile to integrate knowledge and learning process and collaborating efforts in building healthy community. Future missions are moving towards health stewardship which emphasize on strengthening health promotion as well as protection of people's rights on health.

Thirdly, roles and functions and the structure are debated concerning future situation. Roles and function are placed on health promotion, health education enabling people for self-reliance in health through participation of private sector and civil society organizations' network. Vital roles and functions should focus on technical matters, cooperation and empowerment through knowledge management. The authors propose three alternative structures that seem relevant to the future direction and classified as Scenario 1: Status Quo plus minor change by increasing new mission. Scenario 2: Decentralized Structure by transferring authoritative power on facilitation to local organization under networking system. Scenario 3: Regional Independent Structure at provincial level that provide for flexibility together with collaboration among provincial civic groups in each locality.

Fourthly, building learning organization and human resource perspective are vital to change management. Human resources need to be fairly allocated in consistent with mission and duties under area and function. New competency should be strengthened in accordance with new circumstance such as skill on change management, and stewardship. Learning organization should be served as means to support change management in a dynamic situation.

In the study, policy recommendations are proposed addressing policy mechanisms to ensure shared vision, policy agenda including local agenda on future roles and functions. Strengthening knowledge management center and enhancing GIS for fairly distribution of health officials are suggested. Recommendations for actions are highlighted on seminar forum to ensure communication and learning process for change management. Necessary conditions enhancing the success of change management are also addressed. Furthermore, recommendations for further studies are also proposed covering, among other, the study on policy shift and its impacts on change management and the study on best management practice.

Keywords : *Change Management; New Public Management; Future Scenario*

สารบัญ

	หน้า
คำนำจากผู้เขียน	(ก)
กิตติกรรมประกาศ	(ข)
บทคัดย่อ	(ค)
สารบัญ	(ง)
สารบัญตาราง	(ช)
สารบัญแผนภาพ	(ซ)
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความสำคัญของการศึกษาวิจัย	1
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
3. การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดในการศึกษา	3
4. วิธีการศึกษา	14
5. ขอบเขตและข้อจำกัดในการศึกษา	16
6. นิยามคำหลัก	17
7. โครงสร้างการนำเสนอรายงาน	17
8. สรุปความ	18
บทที่ 2 กระบวนการสาธารณสุขในบริบทของการเปลี่ยนแปลง	19
1. ระบบสุขภาพแนวใหม่กับการเปลี่ยนผ่านของสังคมไทย	19
2. ทิศทางสุขภาพตามกรอบรัฐธรรมนูญ	25
3. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกับบทบาทภาคประชาสังคม	29
4. การปฏิรูปภาครัฐและการพัฒนาระบบราชการตามแนวทางการจัดการภาครัฐแนวใหม่	31
5. ปัจจัยด้านการเมืองและนโยบายของรัฐบาล	36
6. กระแสโลกาภิวัตน์และการเปิดเสรี	42
7. สรุปความ	44

บทที่ 3	ประมวลความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการบริหารการเปลี่ยนแปลง	
	กระทรวงสาธารณสุข	45
	1. ความก้าวหน้าในการบริหารการเปลี่ยนแปลง	45
	2. ความคาดหวังการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง บทบาทภารกิจ วัฒนธรรมและค่านิยม	56
	3. การบูรณาการความเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	66
	4. สรุปความ	69
บทที่ 4	กรอบวิสัยทัศน์(Vision) และภาพพันธกิจ(Mission) ในทศวรรษหน้า	70
	1. ประมวลความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับวิสัยทัศน์และพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข	70
	2. กรอบวิสัยทัศน์และภาพพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต	74
	3. วิสัยทัศน์ พันธกิจกับการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์	81
	4. สรุปความ	83
บทที่ 5	บทบาทหน้าที่และโครงสร้างใหม่เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง	84
	1. บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค	84
	2. ข้อเสนอรูปแบบโครงสร้างองค์การที่เหมาะสมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง	95
	3. สรุปความ	105
บทที่ 6	แนวทางพัฒนาองค์กรและทิศทางการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข	106
	1. ข้อค้นพบเกี่ยวกับขนาดกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข: กระบวนการองค์ประกอบและจำนวน	107
	2. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับทิศทางการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข	116
	3. การพัฒนาความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกระทรวงสาธารณสุข	119
	4. สรุปความ	129
บทที่ 7	สรุปและเสนอแนะ	130
	1. สรุปผลการศึกษา	130
	2. ข้อเสนอแนะ	133
	เอกสารอ้างอิง	136

ภาคผนวก	143
ภาคผนวก 1 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	(1)
ภาคผนวก 2 นโยบายและยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบราชการกระทรวงสาธารณสุข ในระยะของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	(2)
ภาคผนวก 3 แบบสัมภาษณ์ระดับลึก	(17)
ภาคผนวก 4 แบบสำรวจความคิดเห็น	(18)
ภาคผนวก 5 การจัดกลุ่มพื้นที่ศึกษาฐานและการระดมความคิดเห็นกลุ่มจังหวัด (Cluster)	(27)
ภาคผนวก 6 รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ระดับลึก	(28)
ภาคผนวก 7 รายชื่อผู้เข้าร่วมเสวนาและระดมความคิดเห็นกลุ่มจังหวัด (Cluster)	(31)
ภาคผนวก 8 รายชื่อผู้เข้าร่วมเสวนาและระดมความคิดเห็นครั้งที่1-4	(39)
ภาคผนวก 9 สรุปผลการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย	(43)

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ความรุนแรงของสาหร่ายต่าง ๆ ในประเทศไทย	21
ตารางที่ 2.2 การเปรียบเทียบโครงสร้างเดิม โครงสร้างใหม่ และสาระสำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข	35
ตารางที่ 5.1 บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต	91
ตารางที่ 5.2 บทบาทภารกิจด้านการจัดการสาธารณสุขจำแนกตามระดับการบริหารและหน่วยงาน	94
ตารางที่ 5.3 ข้อดีและข้อเสียของโครงสร้างทั้ง 3 ทางเลือก	104
ตารางที่ 6.1 เกณฑ์คำนวณความต้องการกำลังคนที่ใช้ในปัจจุบัน	109
ตารางที่ 6.2 (ร่าง) เกณฑ์คำนวณความต้องการกำลังคนที่ปรับปรุงใหม่	109
ตารางที่ 6.3 การประมาณสัดส่วนความต้องการกำลังคน	110
ตารางที่ 6.4 การกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุข (คิดเป็นสัดส่วนบุคลากร 1 คนต่อจำนวนประชากร ในปี พ.ศ. 2544-2546)	112
ตารางที่ 6.5 สัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนประชากร จำแนกตามภาค ในปี พ.ศ. 2546	113
ตารางที่ 6.6 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำแนกตามภาค พ.ศ. 2542-2546	114
ตารางที่ 6.7 ข้อมูลแพทย์ลาออกปี 2542-2546	115

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดในการศึกษา	13
แผนภาพที่ 2.1	ยุทธศาสตร์ระยะปานกลางของกระทรวงสาธารณสุข(พ.ศ. 2548-2550)	41
แผนภาพที่ 5.1	โครงสร้างการบริหารราชการส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข (ก่อนการปฏิรูป)	95
แผนภาพที่ 5.2	โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค(ก่อนการปฏิรูป)	96
แผนภาพที่ 5.3	ส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข (หลังการปฏิรูป)	97
แผนภาพที่ 5.4	โครงสร้างการแบ่งงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(หลังการปฏิรูป)	97
แผนภาพที่ 5.5	โครงสร้างการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (หลังการปฏิรูป)	98
แผนภาพที่ 5.6	โครงสร้างการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลชุมชน (หลังการปฏิรูป)	98
แผนภาพที่ 5.7	โครงสร้างแบบปัจจุบัน (Scenario 1)	100
แผนภาพที่ 5.8	การกระจายอำนาจโดยถ่ายโอนอำนาจในการกำกับดูแลงานสุขภาพ แบบองค์รวม (Health Promotion) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Scenario 2)	101
แผนภาพที่ 5.9	การกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจในรูปแบบนิติบุคคลระดับจังหวัด (Scenario 3)	103
แผนภาพที่ 6.1	กระบวนการวางแผนกำลังคนเชิงยุทธศาสตร์	108
แผนภาพที่ 6.2	โมเดลสมรรถนะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพ	118
แผนภาพที่ 6.3	แนวทางพัฒนาองค์การแห่งการเรียนรู้ของกระทรวงสาธารณสุข	120
แผนภาพที่ 6.4	กระบวนการของการเรียนรู้จากการปฏิบัติ	124
แผนภาพที่ 6.5	ตัวอย่างการออกแบบวิธีการเรียนรู้ของที่มีอิสระของกระทรวงสาธารณสุข	124
แผนภาพที่ 6.6	กระบวนการของการบริหารองค์ความรู้	125

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญของการศึกษาวิจัย

สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและการปฏิรูประบบราชการ ที่ส่งผลให้หน่วยงานของรัฐมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์การและบทบาทภารกิจ และโดยที่การปฏิรูประบบราชการไทย ที่ผ่านมามีความหมายเป็นมาตรการสำคัญในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบราชการซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบบริหารราชการทั้งระบบ รวมถึงการปรับเปลี่ยนระบบการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานต่างๆ ให้สอดคล้องกับทิศทางของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ ที่มุ่งเน้นการบรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจ การบูรณาการทรัพยากรเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนการบริหารการเปลี่ยนแปลงและการเสริมสร้างนวัตกรรมการจัดการใหม่ๆ เพื่อให้ภาครัฐมีการบริการที่ให้ความเสมอภาค เป็นธรรม และสามารถตอบสนองความต้องการของสังคม

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข เช่นเดียวกับหน่วยงานราชการอื่นๆ ที่อยู่ในภาวะการปรับเปลี่ยนและมีความจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm) และทิศทางของการบริหารราชการสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงสร้างองค์การในภาพรวม การจัดสรรและการกระจายทรัพยากรการจัดการ และที่สำคัญคือการบริหารการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการบริหารยุทธศาสตร์รวมถึงประเด็นการวางแผนและการจัดทำลงคนด้านสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการจัดการภาครัฐแนวใหม่ การปฏิรูประบบราชการสาธารณสุข และบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งภาพของการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขมีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบราชการ และสอดคล้องกับเงื่อนไขสำคัญที่ก่อตัวเป็นรากฐานของระบบสุขภาพแนวใหม่ ได้แก่

- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ที่กำหนดให้สุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนไทย และกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการกระจายอำนาจในพันธกิจเกี่ยวกับสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสังคม และภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการและเป็นเจ้าของ
- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ.2542 ซึ่งมีสาระสำคัญในการถ่ายโอนภารกิจจากส่วนกลางให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกำหนดเงื่อนไขในการกระจายอำนาจทางการเงินการคลังไปสู่ท้องถิ่น โดยในปี พ.ศ. 2549 กำหนดวงเงินงบประมาณร้อยละ 35 ที่จะสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดการในแต่ละพื้นที่
- กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้เสนอโครงสร้างของระบบสุขภาพแนวใหม่ ประกอบด้วย 1) ปรัชญาและนิยามของระบบสุขภาพแนวใหม่ คือ สุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ 2) เป้าประสงค์ของระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างมากกว่าการซ่อมสุขภาพ 3) ออกแบบโครงสร้างโดยมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเป็นกลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพแนวใหม่ 4) ภารกิจด้านสุขภาพ 8 ด้าน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ และการเงินด้านสุขภาพ

ปัจจุบันระบบสุขภาพของไทยอยู่ในระยะของการเปลี่ยนผ่านหลายด้าน ทั้งด้านประชากรที่มีความชัดเจนว่าประชากรกลุ่มสูงวัยจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ด้านแบบแผนของโรคสมัยใหม่ซึ่งกลายมาเป็นโรคที่ไม่

ติดต่อ อุบัติเหตุอุบัติภัย และโรคที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและแบบแผนในการดำรงชีวิต โรคทางจิตและโรคที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการทำงาน (Occupational diseases) มากขึ้น รวมถึงโรคสมัยใหม่ที่มาพร้อมกับกระแสโลกาภิวัตน์ อาทิ โรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS) และล่าสุดคือ โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome-SARS) ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพแล้วยังเป็นภัยคุกคามต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอีกด้วย

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังอยู่ในระยะของการเปลี่ยนผ่านทางการบริหาร โดยเฉพาะการดำเนินงานตามกรอบและทิศทางของการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งการบริหารงานสาธารณสุขตามกรอบการปฏิรูประบบราชการมีประเด็นที่ท้าทายขีดความสามารถของผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารและสมาชิกองค์กรอย่างมาก และจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งในเชิงโครงสร้าง ยุทธศาสตร์ ทรัพยากรบุคคล ระบบวัฒนธรรมและค่านิยมให้สามารถสอดคล้องกับปรัชญาการจัดการภาครัฐแนวใหม่ การจัดการบริการ และการตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในพหุสังคม

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานภาครัฐ ที่มีบทบาทนำในด้านการดูแลนโยบายสาธารณสุขในระดับมหภาค การจัดการเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปรับทิศทางที่มุ่งสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะองค์รวม และมีความจำเป็นต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพและนวัตกรรมเกี่ยวกับศาสตร์ด้านชีวิต (Life Science Innovation) ดังนั้นด้านการจัดการจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนากลไกเพื่อการประสานและบูรณาการความร่วมมือ โดยมุ่งหวังถึงประโยชน์สาธารณะและการประยุกต์กลไกและสิ่งจูงใจทางการตลาด (Market-based Incentives) การปรับบทบาทและการถ่ายโอนภารกิจเพื่อให้การใช้ทรัพยากรการจัดการในระบบสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนับว่าเป็นภารกิจที่มีลำดับความสำคัญเร่งด่วน

ในอีกด้านหนึ่ง ทิศทางสาธารณสุขไทยยังมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีทางการค้า (Free Trade Area: FTA) ซึ่งประเทศไทยมีโอกาสที่จะใช้จุดแข็งทางการบริการ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสร้างความสามารถในการแข่งขันเชิงเปรียบเทียบ (Competitive Advantage) โดยการกำหนดวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่ประชาชนและชุมชนมีสุขภาพดี (Healthy Community and Healthy Population) ในการผลักดันการบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพ เพื่อเป็นแหล่งรายได้ในการพัฒนาประเทศในระยะยาว เหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นที่จะเชื่อมโยงกับภาพพันธกิจในอนาคต

ดังนั้น เพื่อให้ทิศทางการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขสอดคล้องกับบริบทของการพัฒนาประเทศและขนานรับกับเงื่อนไขของการจัดการภาครัฐแนวใหม่และทิศทางการปฏิรูประบบราชการในภาพรวม ตลอดจนมีการดำเนินงานสอดคล้องกับแนวทางระบบสุขภาพแนวใหม่ และเพื่อให้การกำหนดนโยบายและการนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติเกิดความเชื่อมโยงกับทิศทางและแนวโน้มของระบบสุขภาพแห่งชาติ จึงดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องการบริหารการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นประเด็นการศึกษาที่มีความสำคัญ ทั้งนี้โดยมุ่งหวังให้ผลการศึกษานำไปสู่กระบวนการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ ทำการสังเคราะห์ที่สะท้อนมุมมองและการระดมความคิดจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และจัดทำข้อเสนออย่างเป็นองค์รวมเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ในภาพรวมของการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอภาพทัศน์ (Scenario) การเปลี่ยนแปลงวิสัยทัศน์ พันธกิจ และโครงสร้างระบบบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุขที่สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศในทศวรรษหน้า โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาถึงผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข หลังจากการปฏิรูประบบราชการเมื่อเดือนตุลาคม 2545 ที่ผ่านมา โดยมุ่งจุดสนใจในเรื่องการบริหารยุทธศาสตร์
2. เพื่อกำหนดกรอบวิสัยทัศน์ (Vision) ภาพพันธกิจ (Mission) และขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับบริบทการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย รวมถึงการปฏิรูประบบราชการ การจัดการภาครัฐแนวใหม่ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
3. เพื่อเสนอบทบาทและหน้าที่ใหม่ (Roles and Functions) ของหน่วยงานทั้งส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อให้สามารถรองรับการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขในทศวรรษหน้า
4. เพื่อเสนอรูปแบบโครงสร้างองค์การที่เหมาะสม พร้อมด้วยลักษณะการจัดโครงสร้างการบริหาร การประสานราชการและความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข
5. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาองค์การแห่งการเรียนรู้ และแผนทิศทางการกำลังคนด้านสุขภาพ ครอบคลุมถึงทักษะ ความชำนาญของบุคคลภายใต้โครงสร้างใหม่ ตลอดจนแนวทางการพัฒนาบุคลากรเพื่อสนองต่อบทบาทใหม่

3. การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดในการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริหารราชการ (Public Sector Reform)

สำนักงานคณะกรรมการการปฏิรูประบบราชการ (2541) ให้ความหมายของการปฏิรูประบบราชการว่า หมายถึง “การเปลี่ยนรูปแบบของระบบราชการอย่างขนานใหญ่ ตั้งแต่บทบาทหน้าที่ของรัฐ โครงสร้างอำนาจในระดับต่าง ๆ โครงสร้างรูปแบบองค์กร ระบบบริหารและวิธีการทำงาน ระบบบริหารบุคคล กฎหมาย กฎระเบียบ วัฒนธรรมและค่านิยม เพื่อทำให้ระบบราชการมีสมรรถนะสูงในการเป็นกลไกการบริหารและจัดการประเทศให้สามารถแข่งขันในระดับโลกได้ เป็นระบบที่มีคุณภาพและคุณธรรม รวมทั้งประสิทธิภาพที่เชื่อถือศรัทธาของประชาชนโดยต้องเป็นระบบที่สร้างให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีทำงานอย่างผู้รู้จริง ทำจริง มีผลงาน ชยัน มีความสามารถ ซื่อสัตย์ กล้าคิด กล้าทำ เพื่อสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามและคุณประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ”

การปฏิรูประบบราชการเป็นการดำเนินการให้สอดคล้องกับปรัชญาการบริหารงานตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 การพัฒนาประเทศตามแนวทางของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนโยบายรัฐบาล โดยถือประโยชน์ของประชาชนและประเทศชาติเป็นเป้าหมาย เพื่อให้ประเทศไทยมีเสถียรภาพและความมั่นคงทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ และจากการประเมินสถานการณ์ภายใต้สภาวะวิกฤติที่ผ่านมาส่งผลถึงจำเป็นที่ภาครัฐต้องมีการปฏิรูปในลักษณะองค์รวมเพื่อเปลี่ยนแปลงระบบราชการให้ไปสู่ “รูปแบบการจัดการภาครัฐแนวใหม่” ซึ่งจะเปลี่ยนภาครัฐไปสู่การบริหารที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ มีการวัดผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายอย่างเป็นรูปธรรม ทำงานเพื่อประชาชน ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความโปร่งใสในการตัดสินใจ เน้นความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติแทนการควบคุมปัจจัยนำเข้าอย่างเข้มงวด และมีวิธีการทำงานที่มีความรวดเร็วและคล่องตัวเพื่อสนองตอบความต้องการของสังคม โดยขอบเขตของการปฏิรูประบบราชการครอบคลุมใน 5 ด้าน คือ

- **การปรับเปลี่ยนบทบาทภาครัฐ** ให้บทบาทและภารกิจเฉพาะเท่าที่จำเป็น ส่งผลให้ขนาดของภาครัฐโดยรวมเล็กลง มีความคล่องตัวในการทำงานสูงขึ้น มีความยืดหยุ่นพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนทันสถานการณ์ตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการวางแผนกลยุทธ์ กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานขององค์กรอย่างเป็นระบบ
- **การปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณ** ให้เป็นแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ จากเดิมที่มุ่งเน้นการควบคุมการใช้ทรัพยากรเป็นระบบงบประมาณที่มุ่งเน้นผลผลิตและผลลัพธ์ของงาน
- **การปรับเปลี่ยนระบบบริหารบุคคล** เพื่อปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ให้ทำงานเพื่อประโยชน์ของประชาชนและสังคม และปรับระบบเงินเดือนค่าตอบแทนให้สอดคล้องกับผลการปฏิบัติงาน
- **การปรับเปลี่ยนกฎหมาย** โดยปรับปรุงกระบวนการร่างกฎหมายให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว เอื้อต่อการบริหารและพัฒนาประเทศและมีการสำรวจความเห็นของประชาชนในเรื่องกฎระเบียบที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่
- **การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมและค่านิยม** กำหนดค่านิยมสร้างสรรค์และจรรยาบรรณของเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐประพฤติตามคุณค่าใหม่และจรรยาบรรณ ในการทำงานเพื่อประโยชน์ของประชาชน

การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

ตามกรอบการปฏิรูประบบราชการได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน โดยส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตามโครงสร้างใหม่นี้ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มภารกิจ(Cluster) คือ

- **กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์** มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการจัดระบบความรู้และสร้างมาตรฐานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- **กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข** มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- **กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ** มีภารกิจเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพของ

ประชาชน และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและได้รับบริการจากหน่วยบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

สำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงมีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพ บริหารจัดการด้านแผนงาน คน และงบประมาณของกระทรวง การกำกับดูแลและประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพและการพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

ทั้งนี้ โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขหลังการปฏิรูประบบราชการ ประกอบด้วยโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยโครงสร้างในส่วนกลางประกอบด้วย สำนักงานรัฐมนตรีซึ่งขึ้นตรงกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงรับผิดชอบดูแลส่วนที่เป็นราชการบริหารส่วนกลาง ประกอบด้วย 5 หน่วยงาน คือ สำนักบริหารกลาง ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สถาบันพระบรมราชชนก สำนักตรวจและประเมินผล และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โครงสร้างภารกิจของหน่วยงานต่าง ๆ จำแนกเป็น 3 กลุ่มภารกิจ ดังนี้

- กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ ประกอบด้วย 3 กรม ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต
- กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 กรม ได้แก่ กรมควบคุมโรค และกรมอนามัย
- กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กรม ได้แก่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ ได้แก่

- หน่วยงานที่ปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน มี 4 หน่วยงาน คือ สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน/สถานอนามัย) สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง สำนักงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- หน่วยงานในกำกับ มี 5 หน่วยงาน คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (รับโอนจากสำนักนายกรัฐมนตรี)
- รัฐวิสาหกิจ 1 หน่วยงาน คือ องค์การเภสัชกรรม

ส่วนโครงสร้างของหน่วยงานในส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขกิ่งอำเภอ สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management – NPM)

จากการประชุมของ The Commonwealth Association for Public Administration and Management (CAPAM) ที่ประกอบไปด้วยผู้แทนจากกว่า 50 ประเทศ ได้สรุปถึงองค์ประกอบหลักของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ว่าประกอบไปด้วย การให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน การลดการควบคุมจากส่วนกลางและเพิ่มอิสระในการบริหารให้แก่หน่วยงาน การกำหนดวัด และให้รางวัลแก่ผลการดำเนินงานทั้งในระดับองค์การและ

ระดับบุคคล การสร้างระบบสนับสนุนทั้งในด้านของบุคลากร (เช่น ระบบการฝึกอบรม ระบบค่าตอบแทน และระบบคุณธรรม) และเทคโนโลยี (เช่น ระบบข้อมูลสารสนเทศ) เพื่อช่วยให้หน่วยงานสามารถทำงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ การเปิดกว้างต่อแนวคิดในเรื่องการแข่งขัน ทั้งการแข่งขันระหว่างหน่วยงานของรัฐด้วยกันเอง และระหว่างหน่วยงานของรัฐกับหน่วยงานของภาคเอกชน ในขณะเดียวกันหน่วยงานภาครัฐก็หันมาทบทวนตัวเองว่าสิ่งใดควรทำเองและสิ่งใดควรปล่อยให้ภาคเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ

แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ถือได้ว่าเป็นกระแสหลักของการปฏิรูประบบราชการทั่วโลกในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการมีข้อสังเกตหลายประการในการที่จะนำแนวคิดมาใช้ได้แก่

- ทำอย่างไรจะปรับแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ให้มีความเหมาะสมกับความต้องการ ค่านิยม ตลอดจนวัฒนธรรมของประเทศไทย
- การที่ภาครัฐมีแนวโน้มที่จะมีขนาดเล็กลงย่อมหมายถึงการที่ภาครัฐจะต้องทำงานร่วมกับภาคอื่น ๆ ของสังคมมากขึ้น ดังนั้น บทบาทที่เหมาะสมของภาครัฐในการอยู่ร่วมกับภาคเอกชนและประชาชน จึงเป็นเรื่องที่ควรพิจารณาให้ละเอียดต่อไป
- ความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายการเมืองกับฝ่ายข้าราชการในการบริหารภาครัฐแนวใหม่ควรจะเป็นอย่างไร จะรักษาระบบคุณธรรมให้คงอยู่ได้อย่างไรในท่ามกลางกระแสของการกระจายอำนาจ ทั้งการกระจายอำนาจออกจากภาครัฐและการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น
- จะสร้างระบบการบริหารที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ (Performance Based Management System-PBMS) ให้เกิดเป็นรูปธรรมขึ้นจริงได้อย่างไร โดยเฉพาะระบบสิ่งจูงใจรวมถึงการให้เงินเดือนค่าตอบแทนที่ทัดเทียมและแข่งขันได้กับภาคเอกชน

ประเด็นปัญหาหลักในการปฏิรูประบบราชการตามแนวทางการจัดการภาครัฐแนวใหม่ของสังคมไทย คือขาดเจตนารมณ์ทางการเมือง (Political will) ขาดความจริงจังที่จะจัดให้มีการดำเนินการปฏิรูประบบราชการ รวมถึงข้าราชการซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิรูป ในฐานะผู้กระทำการปฏิรูปและผู้รับผลกระทบจากการปฏิรูป ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และมีเจตคติที่ไม่เอื้อต่อกระบวนการปฏิรูประบบราชการ จึงทำให้ความก้าวหน้าและความสำเร็จของการปฏิรูประบบราชการของประเทศไทยตามแนวทางการจัดการภาครัฐแนวใหม่ยังไม่เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากความต้องการแรงสนับสนุนทางด้านเจตนารมณ์ทางการเมืองแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องมีกลไก รวมถึงองค์การอิสระในการประสานความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ในสังคม สำหรับทำหน้าที่ขับเคลื่อน สนับสนุน ส่งเสริม และกำกับติดตามให้การปฏิรูประบบราชการดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ถูกทิศทางสอดคล้องกับหลักการธรรมาภิบาล (Good Governance) ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยทำให้การปฏิรูปการจัดการปกครองภาครัฐของสังคมไทยในแนวทางใหม่ประสบผลสำเร็จได้ ซึ่งการส่งเสริมให้นาหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในสังคมไทย มิควรจำกัดอยู่แต่เพียงกลุ่มข้าราชการหรือฝ่ายการเมืองเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมทุกภาคส่วนของสังคม โดยเฉพาะภาคประชาชนและภาคเอกชน

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management)

แนวคิดพื้นฐานที่สำคัญของการจัดการเชิงกลยุทธ์ คือ การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์การหรือกิจการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยการจัดการเชิงกลยุทธ์เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการตัดสินใจที่จะส่งผลกระทบต่อองค์การในอนาคต ดังนั้น้องค์การจึงต้องมีการวางแผนการทำการกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยสามารถตอบสนองต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงจากภายในและภายนอกองค์การ

แนวคิดการจัดการเชิงกลยุทธ์นั้นจะมีความแตกต่างไปจากการจัดการโดยทั่วไป ซึ่งมักจะศึกษาถึงบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารตามกระบวนการหรือขั้นตอนต่างๆ และเน้นหนักไปที่การจัดการและการบริหารภายในองค์การ แต่การจัดการเชิงกลยุทธ์จะให้ความสำคัญกับปัจจัยต่างๆ โดยเฉพาะปัจจัยภายนอกองค์การหรือสภาวะแวดล้อมภายนอกด้านต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการแข่งขัน คำนึงถึงการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันในระยะยาว และสภาวะการเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรม การจัดการกลยุทธ์ยังคำนึงถึงความสำคัญของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์การ (Stakeholders) มีการเชื่อมโยงประสานหน่วยต่างๆ ในองค์การให้สามารถจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายรวมขององค์การร่วมกัน

การจัดการเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อยพื้นฐาน คือ การกำหนดทิศทาง (Direction Setting) การประเมินองค์การและสภาพแวดล้อม (Environment Scanning) การกำหนดกลยุทธ์ (Strategy Formulation) การดำเนินกลยุทธ์ (Strategy Implementation) การประเมินและการควบคุม (Evaluation and Control)

แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management)

การเปลี่ยนแปลงในองค์การ (Organizational Change) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงจากสถานภาพหนึ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในด้านโครงสร้าง กระบวนการ ปัจจัยการผลิตและผลผลิตไปสู่อีกสถานภาพหนึ่งในอนาคตที่กำหนดไว้ เพื่อให้้องค์การสามารถอยู่รอด เจริญเติบโตก้าวหน้าและบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงอาจเป็นผลมาจากแรงผลักดัน 2 ด้านหลัก คือ

1) แรงผลักดันจากภายนอกองค์การ ซึ่งหมายถึงปัจจัยต่างๆ ที่้องค์การไม่สามารถเข้าไปควบคุมได้หรือควบคุมได้น้อย แรงผลักดันจากภายนอกองค์การที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ปัจจัยทางด้านตลาดหรือบริการ ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาการและเทคโนโลยี ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ นโยบายและบทบาทของรัฐบาล โลกาภิวัตน์และการเปิดเสรี

2) แรงผลักดันภายในองค์การ ซึ่งหมายถึง ปัจจัยต่างๆ ภายในองค์การที่เป็นผลสืบเนื่องอันเกิดจากกระบวนการต่างๆ ภายในองค์การและพฤติกรรมของบุคคลในองค์การ ปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์ ซึ่งนำไปสู่การปรับโครงสร้างของ้องค์การใหม่ การปรับนโยบาย การใช้เทคโนโลยี กิจกรรมพนักงาน

แรงผลักดันดังกล่าวข้างต้นมีอิทธิพลต่อองค์การ ทำให้องค์การต้องปรับตัวตาม ซึ่งความสามารถในการปรับตัวจึงเป็นคุณสมบัติที่สำคัญขององค์การที่กำลังเจริญก้าวหน้า ดังนั้นเพื่อให้การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นบรรลุผลจึงต้องมีการบริหารการเปลี่ยนแปลง

นักวิชาการหลายๆ ท่านได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการบริหารการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ลามาร์ช (LaMarsh, 1995) กล่าวว่า การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change management) คือ “ระเบียบวิธีในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงและความสามารถในการปรับตัวขององค์การ เป็นการประยุกต์เอางานวิจัยและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงมาใช้อย่างเป็นระบบรวมถึงการจัดการนำแนวคิดที่เป็นระบบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงกลับมาแก้ไขและปรับปรุงอยู่เสมอ การบริหารการเปลี่ยนแปลงเป็นความสามารถหลัก (Core competency) ที่สามารถทำความเข้าใจและพัฒนาาร่วมกัน คือ การฝึกอบรม การสื่อสาร การฟัง การวิเคราะห์กระบวนการและการออกแบบใหม่ เพื่อให้องค์การเกิดความชัดเจนมากขึ้น” ซึ่งสอดคล้องกับ Drucker (1993) ที่กล่าวถึงการบริหารการเปลี่ยนแปลงว่าทำให้องค์การมีเป้าหมายที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ทันสมัย รวมทั้งผลิตภัณฑ์และบริการได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ไมเคิล โล (Michael Loh, 1995) กล่าวถึงการบริหารการเปลี่ยนแปลงว่า “เป็นกระบวนการที่มุ่งปลูกเร้า กระตุ้นและให้อำนาจหรือความสามารถแก่บุคคลในการทำให้อัตลักษณ์เป็นรูปธรรมและได้พัฒนาความสามารถขึ้น” ดังนั้น การบริหารการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคน โดยทีมงานของการบริหารการเปลี่ยนแปลงจะเป็นกลุ่มของกิจกรรมที่ใช้กระตุ้นและสนับสนุนองค์การให้สามารถผ่านช่วงของการปรับเปลี่ยนเพื่อเข้าสู่สภาพแวดล้อมใหม่ในการทำงานได้อย่างสำเร็จ

ทั้งสองแนวคิดนี้มุ่งไปที่การกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (กึ่งแก้ว เทพย์ปฏิพัทธ์, 2543: 72) ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า การบริหารการเปลี่ยนแปลง หมายถึง “กระบวนการหรือวิธีการจัดการการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบบนพื้นฐานของการศึกษาวิเคราะห์และความสามารถหลัก เพื่อให้องค์การมีเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้น และองค์การสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงได้”

การเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิผลนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงอยู่บนพื้นฐานของความรู้ โดยจะต้องสามารถให้สมาชิกขององค์การปรับปรุงพฤติกรรมของตนไปในทิศทางที่องค์การต้องการ และก้าวไปสู่องค์การแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ผู้บริหารที่ต้องการบริหารการเปลี่ยนแปลงให้มีประสิทธิภาพจำต้องกระทำการเปลี่ยนแปลงในเป้าหมายทั้ง 4 คือ คน เทคโนโลยี โครงสร้าง และงาน ให้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมนุษย์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin, 1991) มองว่ากระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลงให้ประสบผลสำเร็จประกอบด้วยขั้นตอนการบริหารการเปลี่ยนแปลง 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การละลายพฤติกรรม (Unfreezing) ขั้นที่ 2 การเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ (Changing) และขั้นที่ 3 การทำให้พฤติกรรมใหม่ดำรงอยู่อย่างมั่นคง (Refreezing)

สำหรับกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงอาจอาศัยวิธีการปรับรื้อระบบ (Reengineering) และการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) โดยสาระสำคัญของการปรับรื้อระบบเป็นการออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ โดยมีองค์ประกอบต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน คือ บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ โครงสร้าง สิ่งจูงใจ ค่านิยม ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการปรับรื้อระบบ คือ การยอมรับจากผู้บริหารระดับสูง การ

วางแผน และความร่วมมือ ส่วนการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้เป็นกระบวนการสร้างทักษะและความรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการทำงาน ลักษณะที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้ผู้คนในองค์การต่างเรียนรู้วิธีการเรียนรู้ด้วยกันอย่างต่อเนื่อง (Senge, 1990²) โดยการเปลี่ยนแปลงอยู่บนพื้นฐานของความรู้โดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้บริหารในฐานะผู้นำการสร้างองค์ความรู้ (Chief Knowledge Officer-CKO) (วีระวัฒน์ ปินนิตามัย, 2544¹) โดยปัจจัยที่สนับสนุนการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ คือ

- การพัฒนาความสามารถของบุคลากรในองค์การ
- วัฒนธรรมองค์การที่สนับสนุนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- ความสามารถขององค์การในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง
- การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการตั้งสมมติฐาน แก้ปัญหาและตัดสินใจ
- การทดลองเพื่อพัฒนาความรู้ มีการทำการทดลองเพื่อหาวิธีการใหม่ในการแก้ปัญหา เพิ่มพูนความรู้เพื่อหาความรู้อย่างต่อเนื่อง และช่วยให้พนักงานมีความเคยชินกับการเปลี่ยนแปลงและลดการต่อต้าน
- เรียนรู้จากประสบการณ์ เป็นการเรียนรู้จากความสำเร็จและความล้มเหลวในอดีต เพื่อหาโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในปัจจุบัน
- เรียนรู้จากการปฏิบัติและความคิดของผู้อื่น เป็นการเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น คู่แข่ง ลูกค้า เพื่อหาข้อมูลและความรู้ใหม่ โดยการตั้งมาตรฐาน วิเคราะห์ผลการดำเนินงานของคู่แข่ง และเปรียบเทียบกันขององค์การ และการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะอภิปรายเกี่ยวกับผลดี และผลเสียของสินค้าและบริการ
- การแบ่งปันความรู้ เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ให้กับหน่วยต่างๆ ในองค์การ ซึ่งองค์การจะต้องมีวิธีการถ่ายทอดข้อมูลที่มีประสิทธิผล เช่น การพัฒนาโครงการ การรายงาน การฝึกอบรม และการเปลี่ยนงาน

ในเรื่องดัชนีวัดความสำเร็จและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเปลี่ยนแปลง David A. Nadler (1993) (อ้างใน ศิริวรรณ ศิริอารยา, 2543) กล่าวไว้ใน “The concepts for the management of organizational change” ว่า ดัชนีวัดความสำเร็จของการบริหารการเปลี่ยนแปลง คือ (1) องค์การปรับเปลี่ยนจากสภาพปัจจุบันไปสู่สภาพอนาคต (2) การปฏิบัติการขององค์การในสภาพอนาคตจะสอดคล้องกับความต้องการตามที่วางแผนไว้ (3) การปรับเปลี่ยนสำเร็จโดยไม่มีค่าใช้จ่ายที่องค์การไม่ได้คาดหมายมาก่อน (4) การปรับเปลี่ยนสำเร็จโดยไม่มีผลกระทบต่อสมาชิกขององค์การที่ไม่ได้คาดหมายมาก่อน

วีระวัฒน์ ปินนิตามัย (2547²) กล่าวว่าปัจจัยความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ (1) ความรู้สึกเร่งด่วนและความจำเป็นของการต้องเปลี่ยนแปลง (2) การกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมและค่านิยมหลักขององค์การเพื่อให้มีอุดมการณ์ที่ใช้อยู่ดีพร้อมกัน (3) การสื่อสารอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางเดียวกัน (4) ความพร้อมในด้านทรัพยากรสนับสนุน (5) ทีมบุคลากรที่เป็นผู้ร่วมสร้างการเปลี่ยนแปลงใน

องค์การต้องมีมวลวิกฤติ (critical mass) ที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงคิดเป็นอย่างน้อย 10% ของจำนวนบุคลากรทั้งหมดในองค์กร (6) วัฒนธรรมองค์การที่ยืดหยุ่น (7) ผู้นำทุกระดับร่วมมือกันผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ และจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเปลี่ยนแปลงในภาครัฐในรอบ 35 ปีที่ผ่านมา (วีระวัฒน์ ปันนิตมัย, 2547²) พบว่า

- (1) ผู้คนส่วนใหญ่ในองค์กรต้องมีความเชื่อมั่นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง เช่น เข้าใจเห็นความแตกต่างของสภาพที่เป็นอยู่กับภาพที่ควรจะเป็น ซึ่งฝ่ายบริหารต้องเพิ่มความกดดันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- (2) ภาวะผู้นำในองค์กรที่ชัดเจนและต่อเนื่อง อาทิ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง มีผู้บริหารคนใหม่ที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและเข้าใจหน่วยงานอย่างแท้จริง มีที่ปรึกษาเพื่อการนำการเปลี่ยนแปลง มีการสร้างความเข้าใจโดยการสร้างแนวปฏิบัติที่ดี (best practice)
- (3) การแบ่งปันอำนาจและสร้างการมีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง เพื่อการวิเคราะห์สภาพปัญหา ตลอดจนการวางแผนการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารระดับสูงต้องเข้าร่วมเป็นอย่างมากและจริงจังตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม สนับสนุนกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ช่วยเป็นผู้นำในการวิเคราะห์ปัญหาค้นหาเหตุผลข้อเท็จจริง และการแก้ไขปัญหายุ่งยากในทุกระดับขององค์กร โดยความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่ายและฝ่ายบุคลากรของหน่วยงาน
- (4) การกำหนดวิสัยทัศน์ชี้้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมพัฒนากลยุทธ์วิสัยทัศน์
- (5) การดำเนินการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปและความยืดหยุ่น ได้แก่ การกลั้วริเริ่มทดลอง การแจ้งผลการดำเนินการ การปรับปรุง การขยายผลความสำเร็จ สร้างความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยน อาจมีการทดสอบความได้ผลของการเปลี่ยนแปลงกับกลุ่มย่อยก่อนการนำไปปฏิบัติกับคนกลุ่มใหญ่
- (6) การสร้างแผนทางเลือกรองรับการปฏิบัติ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเปลี่ยนแปลงสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัย (Eccles T., 1994) คือ ปัจจัยด้านทรัพยากรมนุษย์ และปัจจัยด้านรูปแบบและกลยุทธ์การบริหารการเปลี่ยนแปลง ซึ่ง วีระวัฒน์ ปันนิตมัย (2547²) มองว่า ในการบริหารการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องมีมรรควิธีของการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่ดี ได้แก่ (1) วิเคราะห์ความจำเป็น ความต้องการและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงขององค์กร (2) สร้างทัศนคติมุ่งชัยชนะและสร้างพันธมิตรสัญญาความร่วมมือ (3) เน้นย้ำการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของพนักงานทุกระดับ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งที่ยั่งยืนขององค์กร (4) สื่อสารการเปลี่ยนแปลงอย่างมีกลยุทธ์ (5) ปลูกฝังวัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลงผ่านกระบวนการและกิจกรรมต่างๆ (6) ตรวจสอบความคืบหน้าและแจ้งผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ

ส่วนปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดในการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ ผู้นำองค์กร บุคลากรภายในองค์กร โครงสร้างและวัฒนธรรมองค์การ ซึ่งไม่ว่าปัญหานั้นจะเกิดจากผู้นำ บุคลากรหรือโครงสร้างภายในองค์กรล้วนแต่มีผลกระทบต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงทั้งสิ้น โดยเฉพาะการเปลี่ยนค่านิยมหรือการปรับทัศนคติเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและความอดทนสูง จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากผู้นำและบุคลากร

ภายในองค์การเป็นกำลังสำคัญในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของทุก ๆ ฝ่ายในองค์การ (วิระวัฒน์ ปันนิตามัย, 2544²)

ภาวะผู้นำกับการบริหารการเปลี่ยนแปลง

ดริคเกอร์ (Drucker, 1954) กล่าวในผลงานเรื่อง “The practice of management” ซึ่งชี้ให้เห็นว่าจิตวิญญาณขององค์การอยู่ที่ความสามารถของผู้นำระดับสูงขององค์การในการที่จะกำหนดลักษณะนิสัย (character) ให้แก่องค์การ ผ่านการระบุว่าวัฒนธรรมใดที่ตนยึดถือ เชื่อมั่นศรัทธา

คอตเตอร์ (Kotter, 1996) ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงขององค์การธุรกิจมากกว่า 100 บริษัท พบว่าสาเหตุของความผิดพลาดที่เกิดในการบริหารการเปลี่ยนแปลงขององค์การ ได้แก่ 1) ใจเย็นกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือมีพฤติกรรมแบบ “จำศีล” 2) ไม่สามารถสร้างพันธมิตร 3) ประมาทคุณค่าของวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนต่ำกว่าความเป็นจริง 4) ไม่สามารถสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้คนได้ 5) ปล่อยให้อุปสรรคเดิม ๆ ขัดขวางการขับเคลื่อนวิสัยทัศน์ 6) ไม่มีการวางแผนที่ดี ขาดการสั่งสมความสำเร็จในระยะสั้น และได้เสนอยุทธศาสตร์ 8 ประการ เพื่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงให้ประสบความสำเร็จ ดังนี้

- สร้างความรู้สึกจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องเปลี่ยนแปลง ระบุนิวกฤติ โอกาสต่าง ๆ ของหน่วยงาน
- สร้างพันธมิตร แนวร่วมเพื่อสร้างและผลักดันการเปลี่ยนแปลงจากทีมภายในและภายนอกองค์การ
- กำหนดวิสัยทัศน์องค์การที่สร้างการเปลี่ยนแปลง และยุทธศาสตร์ขับเคลื่อน
- แลกเปลี่ยน สื่อสารเกี่ยวกับวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยการเป็นต้นแบบที่ดี
- ให้อำนาจแก่บุคลากรให้กล้าริเริ่ม ในการตัดสินใจ จัดอุปสรรค ปรับเปลี่ยนระบบ ข้อกฎหมายที่ขัดขวาง
- สั่งสมความสำเร็จในระยะสั้นไว้อย่างต่อเนื่อง ประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รับรู้ ให้รางวัลต่อการพัฒนาการ
- สร้างการยอมรับ ความน่าเชื่อถือต่อการเปลี่ยนแปลง สรรหา คัดเลือกคนที่สร้างการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่องค์การ ริเริ่มการเปลี่ยนแปลงใหม่อย่างต่อเนื่อง
- ปลุกฝังการเปลี่ยนแปลงที่ดีในวัฒนธรรมองค์การ

ในการบริหารการเปลี่ยนแปลงมักมีการต้านการเปลี่ยนแปลง (Resistance to change) โปเยตต์และ โปเยตต์ (1998) ได้ระบุเหตุผลที่ผู้คนหรือกลุ่มคนต่อต้านการเปลี่ยนแปลงไว้ 6 ประการ กล่าวคือ (1) ต่อด้านเพราะเชื่อว่าจะเกิดผลทางลบ หรือได้รับผลเสียจากการเปลี่ยนแปลง (2) บ้างเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำมาซึ่งภาระงานที่หนักขึ้นและโอกาสที่จะได้รับรางวัลน้อยลง (3) การเปลี่ยนแปลงคุกคามต่ออุปนิสัยดั้งเดิมที่ตนเคยปฏิบัติมา (4) ขาดการสื่อสารชี้แจงสร้างความเข้าใจที่ดีว่าทำไมต้องปรับเปลี่ยน เปลี่ยนอะไร อย่างไร คาดหวังอะไรจากการเปลี่ยนแปลง (5) ผู้คนต่อต้านเนื่องเพราะขาดจุดร่วมไปในแนวทางเดียวกันกับความพยายามสร้างการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นในด้านของระบบโครงสร้าง

เทคโนโลยี วัฒนธรรมและสมรรถนะของบุคลากรในองค์กร และ (6) ความท้าทายของพนักงานเอง จริงๆ แล้วผู้คนไม่ได้ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง แต่มักจะต่อต้านการถูกเปลี่ยนแปลง การสูญเสียอำนาจควบคุมในสิ่งที่ตนเคยชิน

โปเอดต์และโปเอดต์ได้เสนอคำแนะนำในการบริหารการเปลี่ยนแปลงดังนี้

(1) สร้างความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงค่อยๆ เพิ่มอุณหภูมิ ดังสูตร $C = A \times B \times D > X$ เมื่อ C = โอกาสการปรับเปลี่ยนได้สำเร็จ A = ความไม่พึงพอใจต่อสถานภาพเดิม B = ภาวะที่พึงประสงค์หลังเกิดการเปลี่ยนแปลง D = ก้าวแรกที่สำคัญในการมุ่งสู่เป้าหมาย X = ต้นทุนของการเปลี่ยนแปลง

(2) สร้างวิสัยทัศน์ที่น่าท้าทาย สั้น กระชับ และชัดเจน เพื่อชี้ให้เห็นว่าชีวิตหลังการเปลี่ยนแปลงจะดีขึ้นเช่นไร

(3) มุ่งสร้างและส่งเสริมชัยชนะจากการลงมือเปลี่ยนแปลงเป็นการปรับปรุงประสิทธิภาพของการดำเนินการ มีการให้รางวัล แรงเสริม การทดสอบความได้ผล ความคุ้มค่า

(4) สื่อสารให้เป็นที่เข้าใจอย่างทั่วถึง ต่อเนื่อง อย่างง่าย มีตัวอย่างอุปมาอุปไมย กล่าวพูดให้คงเส้นคงวา ผู้นำเป็นตัวอย่างทำให้ดู อยู่ให้เห็น รับฟังข้อมูลย้อนกลับ

(5) สร้างพันธมิตร เน้นร่วมการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ เอาจริงกับการเปลี่ยนแปลง เข้าใจความสำคัญ อันเป็นผลลัพธ์และกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง การสร้างทีมที่ดีมีพลังร่วมกัน

(6) สร้างการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปที่ละขั้น แทนการสร้างการเปลี่ยนแปลงหลายจุดที่ซับซ้อน ควรใส่ใจในเรื่องวัฒนธรรม อาทิ กฎระเบียบ นโยบาย การวัดการประเมิน พฤติกรรม ค่านิยม การให้รางวัล การสื่อสาร โครงสร้าง

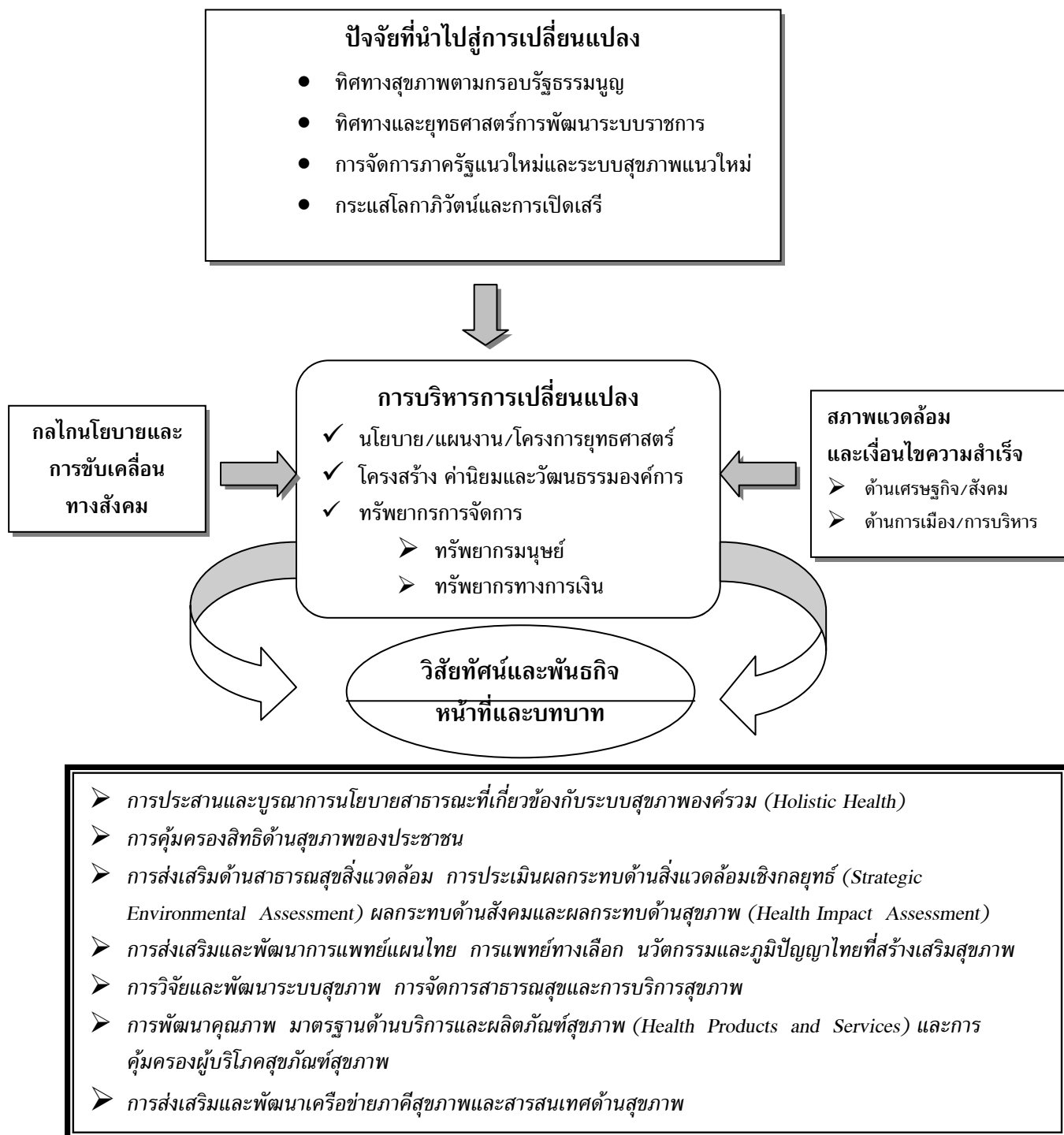
(7) น้อยคนนักที่จะต่อต้านความคิดของตนเอง ดังนั้นจึงควรเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมคิด ร่วมผลักดันในกระบวนการตัดสินใจ

นอกจากนี้ยังได้เสนอแนะการประชุม 3 วัน เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงกลยุทธ์ โดยวันแรก กล่าวแนะนำ เล่าเรื่องความเป็นมา แรงคิดมุมมองของผู้บริหาร วิเคราะห์องค์การ นำความเห็นของผู้รู้/ลูกค้ายืนยัน วันที่สอง จัดเสวนาความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลง เชิญชวนระดมความเห็นสิ่งที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลง ให้อำนาจให้ทัศนคติและยุทธศาสตร์ขององค์การ รับฟังความเห็น วันที่สาม สรุปยุทธศาสตร์ของการเปลี่ยนแปลง อนาคตที่พึงปรารถนา แผนดำเนินการและทีมขับเคลื่อน

กรอบแนวความคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการศึกษา (แผนภาพที่ 1.1) พิจารณาปัจจัยที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ทิศทางสุขภาพตามกรอบรัฐธรรมนูญ ทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการ การจัดการภาครัฐแนวใหม่/ระบบสุขภาพแนวใหม่ รวมถึงกระแสโลกาภิวัตน์และการเปิดเสรี ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการบริหารการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์กับนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ยุทธศาสตร์ โครงสร้าง ค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร รวมถึงทรัพยากรการจัดการ ซึ่งจะส่งผลต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจในอนาคต รวมถึงบทบาทและหน้าที่ที่เหมาะสม ทั้งนี้ได้กำหนดกรอบเค้าโครงพันธกิจ 7 ด้าน

และในกรอบการศึกษายังให้ความสำคัญกับกลไกนโยบายและการขับเคลื่อนทางสังคม ตลอดจนสภาพแวดล้อม และเงื่อนไขความสำเร็จในการบริหารการเปลี่ยนแปลง



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

4. วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยอาศัยแนวทางเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้เทคนิคในการศึกษาวิจัยผสมผสานหลายรูปแบบ โดยมีรายละเอียดในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) โดยศึกษาวิเคราะห์เอกสารประกอบด้วย นโยบาย แผนพัฒนาสาธารณสุข พระราชบัญญัติ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูประบบสุขภาพ เอกสารและบทความทางวิชาการ รายงานการศึกษาวิจัย รายงานสถิติของหน่วยงาน การค้นคว้าจาก Website และแหล่งข้อมูลต่างๆ

2. การสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) เป็นการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) เพื่อทราบถึงแนวคิดด้านการปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูประบบสุขภาพ และด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยครอบคลุมกลุ่มต่างๆ ดังนี้

- 1) กลุ่มนักวิชาการสาขาการบริหาร กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาครัฐ การปฏิรูประบบราชการ และการปฏิรูประบบสุขภาพ
- 2) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ได้แก่ รัฐมนตรีที่รับผิดชอบและเกี่ยวข้อง สมาชิกวุฒิสภาและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในคณะกรรมการสาธารณสุข และอดีตนักการเมืองที่สนใจนโยบายสาธารณสุข
- 3) กลุ่มผู้บริหารสาธารณสุขทั้งภาครัฐ (ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค) และภาคเอกชน นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มผู้บริหาร/ผู้ประกอบการสถานบริการสาธารณสุข สถานบริการสุขภาพภาคเอกชน
- 4) กลุ่มผู้นำองค์กรประชาสังคม ตัวแทนภาคประชาชน ปราชญ์ท้องถิ่นและผู้นำชุมชนที่มีบทบาทหลักด้านส่งเสริมสุขภาพ
- 5) กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 6) กลุ่มสื่อมวลชน

3. การระดมความคิด (Brain Storming) เป็นการระดมความคิดโดยประชุมปรึกษาร่วมกันที่ปรึกษาการวิจัย นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิในลักษณะสหวิทยาการ เพื่อวิเคราะห์และหาข้อสรุปเกี่ยวกับทิศทางของการปฏิรูประบบบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุข ภาพพันธกิจในอนาคต โครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม และแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหาร

4. การจัดทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข โดยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มวิชาชีพเฉพาะ ทั้งในและนอกสาธารณสุขที่มีการดำเนินพันธกิจที่เชื่อมโยงกัน

5. การสำรวจความคิดเห็นภาคสนาม (Field Survey) เป็นการสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อนำความคิดเห็นมาประกอบการวิเคราะห์และหา

ข้อสรุปเกี่ยวกับทิศทางของการปฏิรูประบบบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุข วิสัยทัศน์/ภาพพันธกิจในอนาคต ตลอดจนโครงสร้างองค์การที่เหมาะสม

6. การศึกษาดูงาน (Study Visit) ทำการศึกษาดูงานโดยเลือกหน่วยงานที่เป็นตัวแทนพื้นที่รายภาค ครอบคลุมหน่วยงาน สถานบริการสุขภาพและหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษาดูงานด้านการบริหาร ราชการที่เชื่อมโยงประเด็นโครงสร้างองค์การ การบริหารโครงการตามนโยบายและพันธกิจที่สำคัญ และการ พัฒนาศักยภาพมนุษย์ โดยเลือกพื้นที่ตัวแทนจาก 5 ภาค รวม 13 จังหวัด ดังนี้

- 1) ภาคเหนือ 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุโขทัยและพะเยา โดยจังหวัดสุโขทัยเป็นตัวแทนจังหวัดน่านรอง ที่ประสบผลสำเร็จและมีความก้าวหน้าเกี่ยวกับการพัฒนาระบบมาตรฐานสากลแห่งประเทศไทย ด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ(PSO) และเป็นจังหวัดท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมที่มี โอกาสการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ส่วนจังหวัดพะเยามีลักษณะเด่นที่เชื่อมโยงประเด็น สุขภาพในด้านกิจกรรมการเกษตรและบทบาทของภาคประชาสังคม
- 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดหนองคาย นครราชสีมาและศรีสะเกษ โดย จังหวัดนครราชสีมาเน้นด้านสาธารณสุขมูลฐานและระบบบูรณาการทรัพยากรสาธารณสุข และเป็น จังหวัดน่านรองการวิจัยเชิงบูรณาการ ส่วนจังหวัดหนองคายมีประเด็นสาธารณสุขด้านสาธารณสุข ชายแดนในเขตเชื่อมต่อกับอินโดจีน ในขณะที่จังหวัดศรีสะเกษมีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ประเด็น เกี่ยวกับปัญหาความยากจนที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ
- 3) ภาคกลาง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ อ่างทอง ปทุมธานีและสระแก้ว โดยจังหวัด สมุทรปราการเป็นตัวแทนเขตอุตสาหกรรม เป็นพื้นที่ที่มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องจากสภาพแวดล้อม ในการทำงาน ลักษณะของการพัฒนาเมืองอุตสาหกรรม จังหวัดอ่างทองเป็นตัวแทนพื้นที่ เกษตรกรรมที่มีปัญหากิจกรรมทางการเกษตรที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ส่วนจังหวัดปทุมธานีและ สระแก้วเป็นจังหวัดชายแดน ซึ่งเป็นประตูสู่อินโดจีนจึงมีประเด็นเรื่องสาธารณสุขชายแดน และมีความโดดเด่นในเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้านด้านสมุนไพรและการรักษาแผนโบราณ
- 4) ภาคตะวันออก 1 จังหวัด คือ จังหวัดระยอง ซึ่งมีผลกระทบในประเด็นสาธารณสุขเกี่ยวกับ อุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลและแรงงานอพยพ
- 5) ภาคใต้ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภูเก็ตและปัตตานี โดยจังหวัดสุราษฎร์ธานีและ ภูเก็ตมีประเด็นที่โดดเด่นในเรื่องการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพซึ่งกำลังได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น และจังหวัดสุราษฎร์ธานียังถือเป็นตัวแทนของพื้นที่เกษตรกรรมด้วย ส่วนจังหวัดปัตตานีมีประเด็น สุขภาพที่น่าสนใจเกี่ยวกับชุมชนมุสลิมและพื้นที่ชายแดน เป็นตัวแทนจังหวัดชายแดนภาคใต้

5. ขอบเขตและข้อจำกัดในการศึกษา

ขอบเขตการศึกษาวิจัย

โครงการศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงนโยบาย มีจุดเน้น คือ การบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน่วยในการศึกษาวิจัย (Unit of Analysis) คือ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยราชการในสังกัด อย่างไรก็ตามในการศึกษาจำเป็นต้องทำการศึกษาวิเคราะห์และติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานที่เป็นสภาพแวดล้อมภายนอกของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงองค์กรท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ (Stakeholders) ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสาธารณสุข

การศึกษาวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อเสนอแนวทางการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยประเด็นการศึกษาคอบคลุมถึงองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้าน คือ

- 1) การบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขในระยะเปลี่ยนผ่าน
- 2) วิสัยทัศน์และภาพพันธกิจใหม่ที่สอดคล้องกับทิศทางการจัดการภาครัฐแนวใหม่
- 3) บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต
- 4) รูปแบบโครงสร้างองค์การที่เหมาะสม
- 5) แผนกำลังคนเพื่อรองรับระบบสุขภาพแนวใหม่และแนวทางสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้

ข้อจำกัดในการศึกษา

ในการศึกษาวิจัยคณะผู้วิจัยพบข้อจำกัดที่สำคัญเกี่ยวกับประเด็นการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขยังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน จึงอาจทำให้ไม่สามารถมองเห็นภาพการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนได้ ประกอบกับในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย กระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านพร้อม ๆ กัน ทั้งเรื่องนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและบทบาทภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบราชการ ในขณะที่ภาพการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้บริหารและผู้มีบทบาทสำคัญไม่สามารถสะท้อนภาพทิศทางการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความเห็นหลายด้านเป็นประเด็นนโยบายที่ยังไม่มีข้อสรุปแน่ชัด หลายท่านปฏิเสธที่จะแสดงความเห็นหรือจุดยืนที่ชัดเจน นอกจากนี้ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้บริหารและบุคคลสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขต่างมีภารกิจเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการมาก จึงขาดการมีส่วนร่วม ส่งผลให้ข้อมูลเชิงนโยบายขาดความสมบูรณ์เท่าที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยได้พยายามประมวลทัศนะความคิดเห็นที่หลากหลาย เพื่อสะท้อนภาพการเปลี่ยนแปลงที่เป็นจริง

6. นิยามคำหลัก

นิยามคำหลักครอบคลุมคำสำคัญที่เป็นจุดเน้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการจัดการการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้องค์การสามารถปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) หมายถึง การพิจารณาสุขภาพแบบบูรณาการ ทั้งสุขภาพทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ มองปฏิสัมพันธ์เชิงระบบที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทั้งในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม ด้านสถาบัน และสภาวะแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลต่อสุขภาพ

ระบบสุขภาพแนวใหม่ (New Health System) หมายถึง ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจสังคม กายภาพและชีวภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพด้วย

ประชาสังคม (Civil Society) หมายถึง การรวมตัวกันของคนในสังคม โดยเป็นการรวมตัวที่มีหลากหลายรูปแบบ เพื่อคิดและทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์กับสาธารณะ

กระบวนทัศน์ (Paradigm) หมายถึง กรอบความคิดหลัก ทศนะแม่บทที่เป็นกรอบสำหรับการปฏิบัติ เป็นกระบวนการทางความคิดที่รวมการรับรู้ การคิด วิธีคิด และการสะท้อนความคิดให้เป็นคุณค่าและความหมายที่สังคมหนึ่งได้นำมาใช้ร่วมกันในช่วงเวลา (ยุคสมัย) หนึ่งได้นั้น ๆ

การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) เป็นการเปลี่ยนแปลงกระบวนกรทางความคิด การรับรู้ และการสะท้อนความคิดเห็นอันมีคุณค่าและความหมายที่ได้รับการยอมรับในสังคมจากช่วงเวลาหนึ่ง ไปสู่การยอมรับของอีกช่วงเวลาหนึ่ง

กระบวนทัศน์ใหม่ในการจัดการ (New Management Paradigm) เป็นแบบแผนหรือกรอบความคิดหลักสำหรับการจัดการแนวใหม่ที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนาขององค์การ ระบบหรือสังคม

7. โครงสร้างการนำเสนอรายงาน

รายงานการศึกษาวิจัยได้จัดโครงสร้างการนำเสนอออกเป็น 7 บท คือ บทที่หนึ่ง บทนำ ประกอบด้วยสาระสำคัญเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย คือ ความสำคัญ วัตถุประสงค์ กรอบแนวความคิด วิธีการ ขอบเขตและข้อจำกัด และนิยามคำหลักของการศึกษา ส่วนบทที่สองประกอบด้วยสาระสำคัญที่มุ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขต้องเปลี่ยนแปลง อันเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระบบสุขภาพแนวใหม่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ บทบาทของภาคประชาสังคม การปฏิรูปภาครัฐ การพัฒนาระบบราชการ และการจัดการภาครัฐแนวใหม่ ปัจจัยด้านการเมืองและนโยบายของรัฐบาล รวมถึงกระแสโลกาภิวัตน์และการเปิดเสรี

บทที่สามเป็นการประมวลความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ เกี่ยวกับการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีสาระสำคัญครอบคลุมถึงความก้าวหน้า ความคาดหวังและแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง รวมถึงประเด็นการกระจายอำนาจและความเชื่อมโยงบทบาทภารกิจระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ส่วนในบทที่สี่ บทที่ห้า และบทที่หก เป็นการนำเสนอกรอบแนวทางในการพัฒนากระทรวงสาธารณสุข โดยในบทที่สี่เป็นการนำเสนอกรอบวิสัยทัศน์ (Vision) และภาพพันธกิจ (Mission) ที่เหมาะสมในทศวรรษหน้า บทที่ห้านำเสนอเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และรูปแบบโครงสร้างที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง ส่วนบทที่หกมีสาระสำคัญเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาองค์การและทิศทางกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมถึงแนวทางการพัฒนากระทรวงสาธารณสุขสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ และแผนทิศทางกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และบทที่เจ็ดบทสุดท้ายเป็นสรุปและเสนอแนะ

8. สรุปความ

สาระสำคัญของบทนำกล่าวถึงความสำคัญของการศึกษาวิจัย อันเป็นผลสืบเนื่องจากการพิจารณาถึงความจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในบริบทของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง กรอบการปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข และระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นระบบสุขภาพแนวใหม่ รวมถึงผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์และการเปิดเสรีทางการค้า

ในบริบทของสังคมโลกและสังคมของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้หน่วยงานต่างๆ ต้องมีการปรับตัว เนื่องจากทุกองค์การต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องมีการปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน เพื่อให้ทิศทางการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขสอดคล้องกับบริบทของการพัฒนาประเทศในภาพรวม และมีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพแนวใหม่

ดังนั้น โครงการศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาถึงผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามกรอบการปฏิรูประบบราชการกระทรวงสาธารณสุข และนำเสนอแนวทางในการพัฒนากระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสมในทศวรรษหน้า เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

บทที่ 2

กระทรวงสาธารณสุขในบริบทของการเปลี่ยนแปลง

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึง ความจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่มีบทบาทหลักในระบบสุขภาพของประเทศต้องมีการปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ของการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองในปัจจุบัน โดยสาระสำคัญของบทนี้ระบุถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขครอบคลุมถึง 1) ระบบสุขภาพแนวใหม่กับการเปลี่ยนผ่านของสังคมไทย 2) ทิศทางสุขภาพตามตามกรอบรัฐธรรมนูญ 3) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกับบทบาทภาคประชาสังคม 4) การปฏิรูปภาครัฐและการพัฒนาระบบราชการตามแนวทางการจัดการภาครัฐแนวใหม่ 5) ปัจจัยด้านการเมืองและนโยบายของรัฐบาล 6) กระแสโลกาภิวัตน์และการเปิดเสรี

1. ระบบสุขภาพแนวใหม่กับการเปลี่ยนผ่านของสังคมไทย

ในบริบทของระบบสุขภาพแนวใหม่ หมายถึง ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพและชีวภาพ รวมถึงระบบบริการสุขภาพด้วย (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ซึ่งครอบคลุมถึงระบบบริการต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผสมผสาน ดังนั้น ระบบสุขภาพจึงมีความหมายที่กว้างกว่าระบบบริการสุขภาพดังเช่นในอดีต และเนื่องจากระบบสุขภาพเป็นระบบที่เป็นองค์รวม จึงมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในระบบสุขภาพดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านประชากร

โครงสร้างอายุของประชากรของไทยในอนาคตจะเปลี่ยนไป จากที่เคยเป็นประชากรที่มีอายุน้อยกำลังจะเป็นประชากรสูงอายุในอนาคตอันใกล้ ดังจะเห็นได้จากเมื่อปี พ.ศ. 2534 ประเทศไทยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 6.4 ต่อมาปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 8.3 ซึ่งในปี พ.ศ. 2544 ประชากรประเทศไทยมี 63.568 ล้านคน (ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศศักดิ์, 2546: 69) เท่ากับว่ามีผู้สูงอายุประมาณ 5 ล้านกว่าคน และในปี พ.ศ. 2545 มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 6 ล้านกว่าคน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2547: 9) คาดว่าอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้าประชากรไทยจะมีจำนวนเกือบ 70 ล้านคน และประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปอาจมีจำนวนมากถึง 13.7 ล้านคน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2547: 10)

การที่ประชากรผู้สูงอายุมีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ประกอบกับการมีอายุยืนยาวขึ้นของคนไทย โดยในปี พ.ศ. 2544 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยโดยรวมเท่ากับ 68.9 ปี เฉพาะชาย 65.7 ปี เฉพาะ

หญิง 72.2 ปี (ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศศักดิ์, 2546: 69) แต่การที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นมิได้หมายความว่าประชากรผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีขึ้น และแม้ว่าผู้หญิงมีแนวโน้มจะมีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ชาย แต่มิได้หมายความว่ามีความมั่งคั่งหรือคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า นอกจากนี้ผลงานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมายังชี้ให้เห็นว่าปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุไทยประสบ คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสุขภาพ เนื่องจากเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอสำหรับเลี้ยงชีพ และ 2 ใน 3 มีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก ความเป็นจริงอีกประการหนึ่งคือผู้สูงอายุมิได้มีอยู่เฉพาะในเมืองใหญ่ๆ เท่านั้น แต่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในชนบทมากและมีความยากจนสูง มีความหลากหลายในชีวภาพและวิถีการดำรงชีวิตของตัวบุคคลที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของครอบครัวชุมชนและสังคม ฉะนั้นจึงต้องมีการสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social Safety Net) ที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลและดูแลประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และมีระดับของความขัดสนที่แตกต่างกัน (ชัยอนันต์ สมุทวณิช, 2543)

ประเด็นปัญหาที่จะตามมาอีกประการหนึ่ง คือ การที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในสังคมเมืองและชนบท แต่ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมักเกิดขึ้นในสังคมชนบทมากกว่าสังคมเมือง เนื่องจากผลพวงของการพัฒนาทางเศรษฐกิจในอดีต ทำให้คนวัยแรงงานจากหมู่บ้านชนบทอพยพไปทำงานในเมืองใหญ่ๆ จึงมีครอบครัวจำนวนมากในหมู่บ้านที่มีแต่ผู้สูงอายุ ซึ่งบางคนนอกจากต้องดูแลตนเองโดยลำพังแล้ว ยังต้องดูแลหลานๆ ที่ถูกๆ ของตนฝากให้เลี้ยงไว้อีกด้วย ปัญหาเรื่องการถูกทอดทิ้งเป็นประเด็นที่ควรตระหนัก เพราะภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในปัจจุบันอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของครอบครัวในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ จนอาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

2) ปัจจัยด้านแบบแผนของโรค

ปัจจัยด้านแบบแผนของโรคในปัจจุบันยังคงประกอบด้วย โรคทางสุขภาพกาย โรคทางสุขภาพจิต โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ และอุบัติภัยสาธารณะทั้งที่เกิดขึ้นจากธรรมชาติและจากฝีมือของมนุษย์ เช่นเดียวกับเมื่อสิบปีก่อน แต่มีแนวโน้มว่าในแต่ละประเภทจะทวีความรุนแรงของปัญหามากขึ้น มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ตลอดจนมีรูปแบบที่เปลี่ยนไป กรณีของโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiration Syndrome : SARS) หรือโรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) และกรณีพิบัติภัยจากคลื่นสึนามิเป็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้น

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา การพัฒนาทางการแพทย์และการสาธารณสุขมีความก้าวหน้าไปมาก จนทำให้มนุษย์มีความหวังที่จะเอาชนะโรคติดต่อได้ โดยในอนาคตอาจมี “พยาบาลนาโน” เข้าไปค้นหาโรคบางชนิดภายในเซลล์ของร่างกายมนุษย์ได้ (ชวนิต คีวะเกื้อ และ สมสกุล เผ่าจินดา मुख, 2546) แต่อีกด้านหนึ่งในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ทั่วโลกมีโรคติดต่อเกิดใหม่อีกกว่า 30 โรค เรียกว่า “โรคติดต่ออุบัติใหม่” (Emerging Infectious Diseases) และโรคที่เคยถูกควบคุมได้แล้วกลับมาสืบสร้างปัญหาอีก เรียกว่า “โรคติดต่ออุบัติซ้ำ” (Re-emerging Infectious Diseases) (จรัส ตฤณวุฒิพงษ์, 2546¹) และจากการเปลี่ยนแปลงสู่ยุคโลกาภิวัตน์ทำให้แนวโน้มการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำสามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง เช่น การระบาดของโรคซาร์ส และโรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) เป็นต้น รวมไปถึงแนวโน้มการก่อการร้ายสากลซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และมีความเป็นไปได้ที่จะมีการนำเอาเชื้อก่อโรคอันตรายต่างๆ มาใช้เป็นอาวุธชีวภาพ

นอกจากโรคติดต่อแล้ว ยังมีโรคไม่ติดต่อที่สำคัญๆ อีก อาทิเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2547) รายงานว่าพฤติกรรมเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงพฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทยก็เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ (ร้อยละ 70) ไม่ออกกำลังกาย ส่วนด้านการบริโภคอาหารและใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ต้องยอมรับว่าปัจจุบันค่านิยมในการรับประทานอาหารประเภทจานด่วนเพิ่มมากขึ้นในหมู่เด็กและวัยรุ่น และจากอิทธิพลของสื่อโฆษณาหลากหลายรูปแบบ ซึ่งชักจูงให้คนบริโภคอาหารและใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องมากขึ้นได้ อันจะก่อให้เกิดโรคต่างๆ ตามมามาก

สำหรับอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุทางการจราจรบนท้องถนน ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงต่อชีวิต เศรษฐกิจ และสังคม และนับวันจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณของประชากร ซึ่งสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ไม่ถูกต้อง เช่น การขับรถด้วยความประมาท ไม่เคารพกฎจราจร เมาแล้วขับ เป็นต้น เพราะฉะนั้นถ้าไม่ดำเนินการรณรงค์แก้ไขกันอย่างจริงจังแล้ว อุบัติเหตุทางการจราจรจะเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตของคนไทยยิ่งกว่าโรคติดต่อที่สำคัญๆ ในอดีต และโรคซาร์สเสียอีก

ทั้งนี้ข้อมูลจากรายงานสุขภาพโลก (World Health Report 2003) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุถึงภัยอันตราย 3 ประการที่กำลังมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ อุบัติภัยจราจร ยาสูบ และกลุ่มโรคหัวใจ/หลอดเลือด (อันมีปัจจัยสนับสนุนจากอาหารเค็ม-มัน-หวาน ความเครียด และขาดการออกกำลังกาย) ซึ่งภัยคุกคามเหล่านี้ล้วนเกิดจากพฤติกรรมมนุษย์ กระบวนการแก้ไขจึงไม่ใช่การใช้ยาหรือการผ่าตัดหรือพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ แต่ต้องเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีคิด วิถีชีวิต ค่านิยมของปัจเจกบุคคลและสังคมในทุกระดับ โดยองค์การอนามัยโลกได้ชี้ถึงทางออกที่ประเทศต่างๆ ต้องรีบพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้มแข็งขึ้นมา พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันเพื่อลดช่องว่างในระดับโลก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2547)

ส่วนภัยพิบัติธรรมชาติและสาธารณภัยอื่นๆ มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น ดังเช่นกรณีธรณีพิบัติภัยคลื่นสึนามิที่จังหวัดทางภาคใต้ของประเทศ และมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้คนครั้งละมากๆ ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงทั้งต่อชีวิต ทรัพย์สินและชุมชน ทั้งนี้เพราะสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติเปลี่ยนแปลงไปมากโดยฝีมือมนุษย์ มีการขนส่งวัสดุอันตรายมากขึ้น การมีประชากรมากขึ้นโดยเฉพาะบริเวณพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดพายุ น้ำท่วม เป็นต้น ซึ่งระดับความรุนแรงของสาธารณภัยแบ่งเป็น 3 ระดับ (มนตรี ชนะชัยวิบูลย์วัฒน์, 2546) กล่าวคือ ระดับ 1 สาธารณภัยที่เกิดขึ้นทั่วไปหรือมีขนาดเล็ก ระดับ 2 สาธารณภัยขนาดใหญ่ และระดับ 3 สาธารณภัยขนาดใหญ่ที่มีผลกระทบรุนแรงและกว้างขวาง หรือสาธารณภัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหรืออุปกรณ์พิเศษ สำหรับความรุนแรงของสาธารณภัยต่างๆ ในประเทศไทย ภัยจากน้ำท่วมและอุบัติเหตุทางการจราจร มีความรุนแรงค่อนข้างสูง ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ความรุนแรงของสาธารณภัยต่างๆ ในประเทศไทย

ภัยอันตราย	การจัดอันดับ	ค่าน้ำหนัก
น้ำท่วม (Flood)	สูง (High)	2.39
อุบัติเหตุจราจร (Traffic Accident)	สูง (High)	2.37
สารเคมีระเบิด (Explosive Materials)	สูง (High)	2.34
ความแห้งแล้ง (Drought)	ปานกลาง (Medium)	2.24
ไฟไหม้ (Fire)	ปานกลาง (Medium)	2.20
แผ่นดินถล่ม (Landslide)	ปานกลาง (Medium)	2.15

ที่มา : ดัดแปลงจาก Major Hazards in Thailand : UNDP, 1994

ส่วนโรคสุขภาพจิตของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ ไทย จากผู้ป่วยจำนวน 2,075 คน ในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 2,288 คน ในปี พ.ศ. 2544 และ 2,931 คน ในปี พ.ศ. 2545 โดยโรคที่เป็นมากคือ โรคจิต และโรควิตกกังวล โดยมีจำนวนผู้ป่วยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 1.7 ของจำนวนผู้ป่วยทุกโรครวมกัน แต่เมื่อวิเคราะห์ความรุนแรงของปัญหากลับพบว่ามีความเพิ่มขึ้น โดย อัตราป่วยต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นจาก 442 เป็น 849 ในช่วงดังกล่าว จึงเป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายควรให้ความสนใจเพื่อป้องกันและแก้ไขโดยเร็ว (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547)

3) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยได้มุ่งเน้นการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมเป็นหลัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เนื่องจากการทำให้มีการอพยพแรงงานจากภาคเกษตร ในชนบทสู่ภาคอุตสาหกรรมในเมืองมากขึ้น เกิดการแยกสลายของครอบครัว ความเครียด อาชญากรรม ยาเสพติดและปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการทำงานและอาชีวอนามัยมี แนวโน้มสูงขึ้น ความเหลื่อมล้ำระหว่างคนจนและคนรวยขยายกว้างมากขึ้น มีความไม่เท่าเทียมกันในการ กระจายทรัพยากรสุขภาพ ทำให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชนบทและผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดมีโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพจากรัฐไม่ทั่วถึง

ในช่วงที่ประเทศไทยประสบกับวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2540 ทำให้มีผู้ว่างงานเพิ่มขึ้น กำลังซื้อของประชาชนลดลง ทำให้การใช้บริการของสถานพยาบาลภาคเอกชนลดลง และประชาชนหันมาใช้ บริการสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น และเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง รวดเร็วจากร้อยละ 3.8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.1 ใน พ.ศ. 2543 ทั้งนี้เนื่องจากการใช้ยาและเทคโนโลยีราคาแพงที่นำเข้าจากต่างประเทศ การบริการทางการแพทย์มุ่งไปสู่ การรักษาพยาบาลเฉพาะทาง และประชาชนเพิ่มการพึ่งพาการแพทย์และโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งความ ต้องการใช้บริการภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

ในปัจจุบัน แม้ว่าสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2547) จะสรุปว่า ครอบครัวคนไทยโดยรวมมีรายได้ดีขึ้นตามภาวะเศรษฐกิจที่ฟื้นตัว แต่อย่างไรก็ตาม ครอบครัวร้อยละ 40 ยัง ไม่สามารถพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายสนับสนุนการสร้าง ความเข้มแข็งในการแข่งขันกับนานาประเทศ เพื่อร่วมสร้างเศรษฐกิจของชาติให้มั่นคง โดยสนับสนุนสถานบริการทุก

ระดับให้มีความพร้อมและมีศักยภาพ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของชาวต่างประเทศ ส่งเสริมและสนับสนุนภูมิปัญญาไทย และสมุนไพรไทยให้มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ และสนับสนุนให้มีการศึกษา พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีทางสุขภาพเพื่อการส่งออกและทดแทนการนำเข้า (กระทรวงสาธารณสุข, 2547¹⁾)

4) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจุบันสังคมและวัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตค่อนข้างมาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2547) วิเคราะห์ว่า คนไทยมีสัมพันธภาพของครอบครัวเสื่อมถอยลง กล่าวคือ มีการดำรงชีวิตครอบครัวโดยไม่จดทะเบียนสมรสเพิ่มขึ้น ปัญหาการหย่าร้างเพิ่มขึ้น นอกจากนี้โครงสร้างของครอบครัวก็เปลี่ยนไป จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีขนาดครอบครัวลดลง ซึ่งส่งผลให้การช่วยเหลือและดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีน้อยลง โดยเฉพาะทารก เด็ก และผู้สูงอายุ จะได้รับการดูแลน้อยลงซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้

ด้านความรู้ของคนไทย เมื่อถึงครึ่งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 การพัฒนาการเรียนรู้ของคนไทยในระดับ “คิดเป็นทำเป็น” มีเพียงครึ่งหนึ่งของประเทศ นอกจากนี้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าร้อยละ 50 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547) ทั้งนี้ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อระบบสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ คือ ด้านความอบอุ่นของครอบครัวที่ลดลงอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต การติดยา และปัญหาทางสังคมอื่นๆ เช่น โรคเอดส์ เป็นต้น ส่วนผู้ที่มีความรู้ระดับคิดเป็นทำเป็นซึ่งยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ได้

นอกจากนี้หากพิจารณาปัญหาสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่า โรคเอดส์จะยังคงเป็นปัญหาสังคมและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยต่อไป ซึ่งนับตั้งแต่มีการรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2527 จนมาถึงปัจจุบัน มีผู้ที่ติดเชื้อ HIV มากกว่า 1 ล้านคน และในจำนวนนี้ได้เสียชีวิตไปแล้วกว่า 4 แสนคน (จรัส ตฤณวุฒิพงษ์, 2546²⁾) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีกลุ่มผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่พบมากที่สุดเป็นเยาวชน มีอายุระหว่าง 15–29 ปี ซึ่งเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยมิได้มีการป้องกัน รวมถึงปัญหาเชื่อมโยงเรื่องยาเสพติด

5) ปัจจัยด้านยุทธศาสตร์การพัฒนา

ยุทธศาสตร์การพัฒนามีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการพัฒนาประเทศอย่างสม่ำเสมอ ตัวอย่างเช่น ยุทธศาสตร์การพัฒนาในระยะของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ได้ให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืน และในระยะของแผนฉบับที่ 8 ให้ความสำคัญเรื่องคน โดยมีแนวคิด “ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” ในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม และให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่สมดุลทั้งด้านตัวคน สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ส่วนยุทธศาสตร์การพัฒนาในระยะของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 นั้นยึดแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง

ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์การพัฒนาเป็นปัจจัยที่ส่งผลในการปรับทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขที่มีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งถือเป็นแผนแม่บทในการพัฒนาประเทศ รวมถึงการปรับยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในการจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ และปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นผลจากกระแส

การปฏิรูปทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยเฉพาะภาคประชาสังคมที่ผลักดันในการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีทิศทางและวิธีการในการปฏิรูป การปรับวิธีคิด หันมาเน้นสร้างสุขภาพเชิงรุก เน้นการสร้างสุขภาพโดยมีประชาชน ครอบครัว และชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีระบบบริการสุขภาพ และระบบย่อยอื่นๆ เป็นตัวหนุนช่วยดำเนินการบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมจากประชาชนอย่างกว้างขวาง เพื่อใช้เป็นธรรมนูญ กำหนดปรัชญา หลักการ ระบบ โครงสร้าง กลไก กติกา ตลอดจนเงื่อนไขต่างๆ ของระบบสุขภาพที่สมบูรณ์และครบถ้วนมากที่สุด (สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

สำหรับยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 กำหนดให้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจการให้บริการสาธารณะที่รัฐดำเนินการอยู่ให้เสร็จสิ้นภายในสี่ปี (พ.ศ. 2544–2547) หากยังไม่แล้วเสร็จภายในสี่ปี ให้รัฐทำหน้าที่ประสานความร่วมมือและช่วยเหลือท้องถิ่นให้ถ่ายโอนภารกิจให้แล้วเสร็จภายในสิบปี (พ.ศ.2548–2553) โดยในส่วนของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขได้พยายามเสนอให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นกลไกของท้องถิ่นที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของร่วมกัน และมีความเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับต่างๆ อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม หากทิศทางการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นยังขาดความชัดเจน การออกแบบระบบสุขภาพแนวใหม่ ภายใต้แนวคิดที่เพิ่มบทบาทและการมีส่วนร่วมของระดับพื้นที่จะเกิดขึ้นได้ยาก

6) ภาพทัศน์ของระบบสุขภาพไทยในทศวรรษหน้า

จากปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมา ทั้งปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านแบบแผนของโรค ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านยุทธศาสตร์การพัฒนา จึงพอจะคาดเดาถึงภาพทัศน์ของระบบสุขภาพไทยในอนาคตที่จะต้องเผชิญกับกระแสโลกาภิวัตน์ ดังนั้นระบบบริการสาธารณสุขและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทยในอนาคต ควรให้ความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นหลัก ในการจัดระบบและองค์การการบริการสาธารณสุข เน้นหนักที่สุขภาพอนามัยของประชากรทั้งมวล (ดำรงค์ บุญยืน, 2542) ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง ดูแล “คน” ไม่ใช่เพียงแค่ดูแล “ไข้” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541) เป็นระบบที่จัดบริการในลักษณะบูรณาการ มองอย่างเป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงมิติด้านจิตใจ สังคม และวัฒนธรรม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน (ปริดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2543)

ระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ ของไทยควรมีคุณภาพ มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา เป็นที่เชื่อมั่น ศรัทธา และยอมรับ โดยที่ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้สะดวก มีเครือข่ายที่หลากหลายให้เลือกได้ รวมทั้งต้องมีระบบการเชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน ระบบบริการขั้นสูง ระบบบริการฉุกเฉิน และระบบบริการสังคมอื่นๆ (ปริดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2543) มีความหลากหลาย ประชาชนมีทางเลือกการใช้บริการที่เหมาะสม มีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541) ที่สำคัญต้องเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ใช้หลักการจัดการด้านการเงินให้เกิดการร่วมรับผิดชอบด้านค่าใช้จ่ายต่อสุขภาพโดยรวมของประชาชน (ดำรงค์ บุญยืน, 2542) มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541) ตลอดจนการเพิ่มจุดเน้นไปที่การสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมในการเฝ้าระวังโรค การป้องกันและควบคุมโรค เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับโรคและภัยสุขภาพต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักหน่วยหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชน จำเป็นต้องมีการเตรียมมาตรการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ระบบสาธารณสุขของไทย สามารถเป็น “สังคมสุขภาวะ” โดยเฉพาะประชาชนผู้ด้อยโอกาสได้รับการดูแลที่ดี ทั้งนี้การออกแบบระบบ สุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต ควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ ภายใต้แนวคิดที่ เพิ่มบทบาทและการมีส่วนร่วมของระดับพื้นที่ เปิดโอกาสให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทและอำนาจใน การตัดสินใจเพิ่มมากขึ้น โดยเชื่อมโยงกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน

2. ทิศทางสุขภาพตามกรอบรัฐธรรมนูญ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้แสดงหลักเจตนารมณ์เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน ไว้อย่างชัดเจน คือ กำหนดกรอบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและประชาชนขึ้นใหม่ โดยให้ความสำคัญในประเด็น หลัก 2 ประการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543) คือ

1. แนวคิดและหลักการด้านสุขภาพที่รัฐต้องจัดให้ เนื่องจากรัฐธรรมนูญได้เปลี่ยนรัฐไทยจาก นิติรัฐ ซึ่งให้ความสำคัญกับกฎหมายเป็นหลัก ใช้กฎหมายในการควบคุมประชาชนและสัมพันธภาพ ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ มาเป็นนิติสังคมรัฐ ซึ่งใช้กฎหมายเพื่อแสดงความเท่าเทียมกันของมนุษย์ มุ่งให้รัฐให้สวัสดิการด้านสุขภาพแก่ประชาชน
2. เครื่องมือที่ประชาชนใช้เพื่อการเข้าถึงบริการ การรับรู้ และการร่วมตรวจสอบกิจการที่กระทบต่อ สุขภาพนอกเหนือจากบริการสาธารณสุข เช่น สิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิต การคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น โดยรัฐธรรมนูญได้เปิดช่องทางให้ประชาชนและกลุ่มประชาคมต่าง ๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการ ปกครองดูแลองค์กรและกลไกต่าง ๆ ของรัฐเพื่อให้เกิดความโปร่งใส

ทั้งนี้เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญได้สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการปฏิรูปสังคมไทย ไปสู่การมี ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน และมีแนวคิดในด้านสุขภาพที่มีความเสมอภาคและเป็นธรรมมากขึ้น เนื่องจากมีหลายบทบัญญัติที่ส่งผลต่อเรื่องสุขภาพ ได้แก่ หมวด 1 บททั่วไป (มาตรา 4) หมวด 3 สิทธิและ เสรีภาพของชนชาวไทย (มาตรา 26, 30, 52, 54, 55, 56, 57 และ 59) หมวด 4 หน้าที่ของชนชาวไทย (มาตรา 69, 70) หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ (มาตรา 79, 80, 82, 86 และ 87) (สำนักงานปฏิรูป ระบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546) และหมวด 9 การปกครองส่วนท้องถิ่น (มาตรา 284, 289 และ 290) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543) เป็นต้น

กระบวนทัศน์ทางสุขภาพที่สะท้อนจากรัฐธรรมนูญ แสดงกรอบกำกับให้รัฐเป็นแกนนำในการสร้าง ความเป็นธรรมทางสุขภาพในสังคม และให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชน โดยส่งเสริมให้ทุกคนมีสิทธิเสรีภาพ ที่เท่าเทียมกันในการที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นในหมวด 1 จึงได้กล่าวถึงการคุ้มครองบุคคลไว้ใน มาตรา 4 กำหนดให้บุคคลต้องได้รับการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงสิทธิและเสรีภาพของบุคคล และในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ซึ่งมีเนื้อหาที่แตกต่างไปจากรัฐธรรมนูญฉบับอื่น ๆ ที่ มักระบุถึงสิทธิและเสรีภาพทางการเมืองและการปกครองของประชาชนเป็นหลัก แต่ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ได้ปรับแนวคิดในประเด็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนไทยให้เป็นฐานคิดสำคัญในฐานะ

สิทธิมนุษยชนที่รัฐพึงรับผิดชอบในการผดุงไว้ให้เท่าเทียมกัน รวมทั้งการมอบอำนาจหน้าที่คืนกลับให้แก่ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อให้มีศักยภาพในการจัดการทรัพยากรให้สนองตอบต่อสิทธิขั้นพื้นฐานด้วย

หากพิจารณาในด้านสิทธิ เสรีภาพ และความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ รัฐธรรมนูญได้ให้ความสำคัญกับสิทธิ เสรีภาพและความเท่าเทียมกันทางสุขภาพในฐานะของสิทธิของประชาชนชาวไทยไว้หลายมาตรา ได้แก่

มาตรา 26 กำหนดให้การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

มาตรา 30 กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สถานภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมือง

มาตรา 54 กำหนดให้รัฐปกป้องสุขภาพของบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ

มาตรา 55 กำหนดให้รัฐอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ

มาตรา 56 กำหนดให้รัฐและชุมชนจัดการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อคุ้มครองไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของคน การดำเนินกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมต้องมีการศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมเสียก่อน

มาตรา 57 กำหนดให้มีการคุ้มครองต่อผู้บริโภค โดยให้มีองค์กรอิสระซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภค ทำหน้าที่กำหนดมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภค

มาตรา 59 กำหนดให้บุคคลมีสิทธิในการรับทราบข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐในการดำเนินกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตของตนเอง และชุมชนท้องถิ่น

ในด้านบทบาทของรัฐ ซึ่งกล่าวไว้ในหมวด 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ได้มีการกำหนดภารกิจสำคัญของรัฐในการจัดบริการทางสุขภาพแก่ประชาชนไว้หลายประการ โดยมีเจตนาคือให้รัฐทำหน้าที่ปกป้องสุขภาพของประชาชนโดยให้ความสำคัญกับบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมอย่างเด่นชัดดังบทบัญญัติในมาตรา 82 โดยมีมุ่งหมายให้รัฐจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ประการที่สำคัญที่สุด คือ การระบุเรื่องสิทธิเสรีภาพของพลเมืองในมาตรา 52 ได้ชี้ชัดถึงความเสมอภาคในสิทธิของบุคคลที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ทั้งยังแสดงเจตนารมณ์ที่จะให้ความเป็นธรรมในด้านสุขภาพโดยเน้นชัดว่าผู้ยากไร้มีสิทธิรับการรักษายาบาลจากบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามกฎหมายบัญญัติ ทั้งยังขยายความที่จะให้กระจายบริการสาธารณสุขของรัฐให้ทั่วถึงโดยให้กลไกการปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้

ส่วนด้านบริการสุขภาพ รัฐธรรมนูญได้วางกรอบทิศทางการให้บริการด้านสุขภาพอันเป็นบทบาทพื้นฐานของรัฐไว้ 7 แนวคิด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543) ได้แก่

1. การสาธารณสุขถูกมองในรูปของการบริการ จึงถูกกำกับด้วยมาตราที่ 70 ซึ่งกำหนดพันธกิจให้พนักงานของรัฐและข้าราชการเป็นผู้อำนวยความสะดวกและให้บริการแก่ประชาชน

2. การสาธารณสุขที่จะให้บริการแก่ประชาชนต้องมีมาตรฐาน ตามมาตราที่ 82 และ 52 เพื่อควบคุมมิให้มีบริการที่ด้อยมาตรฐาน หรือบริการที่มีหลายมาตรฐานอันอาจก่อให้เกิดเงื่อนไขการเลือกปฏิบัติต่อประชาชน ทั้งนี้มาตรฐานดังกล่าวจะครอบคลุมคุณภาพ ราคา เวลา และคุณค่าของบริการ
3. บริการทางสาธารณสุขจำเป็นต้องแสดงให้เห็นถึงความเท่าเทียมกันในหมู่ประชาชน เพราะมาตราที่ 30 คุ่มครองมิให้มีการเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุของความแตกต่างทั้งในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกาย หรือสุขภาพ สถานะบุคคล ฐานะเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนาและการเมือง นอกจากนั้นมาตราที่ 53 54 และ 55 ได้มุ่งเน้นที่จะให้จัดอุปสรรคที่บุคคลด้อยโอกาสในสังคมไทยจะเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข โดยครอบคลุม เด็ก เยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแล บุคคลที่มีอายุ 60 ปีที่ไม่มีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพ บุคคลทุพพลภาพ แสดงให้เห็นถึงเจตนารมณ์ที่จะให้ทุกคนมีโอกาสที่เท่าเทียมกันอย่างแจ่มชัด
4. บริการสาธารณสุขจะต้องมีประสิทธิภาพ ดังได้เน้นเอาไว้ในมาตราที่ 82 และ 52 ซึ่งจะครอบคลุมถึงประสิทธิภาพในหน่วยงานของรัฐที่จะจัดบริการที่มีคุณภาพในราคาที่ เป็นธรรมแก่ประชาชน
5. หน่วยงานที่ให้บริการด้านสาธารณสุขจะต้องเป็นหน่วยงานที่ประชาชนทุกระดับ ทุกท้องถิ่นสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาคกัน กล่าวคือ รัฐจะต้องผลิตบุคลากรและจัดสถานบริการให้มีการกระจายตัวทั้งในเชิงภูมิศาสตร์ ครอบคลุมกลุ่มคนในทุกระดับทางสังคมและเศรษฐกิจ
6. บริการสาธารณสุขต้องเปิดให้ประชาชนเข้าทำการตรวจสอบได้ ดังนั้น ประชาชนสามารถตรวจสอบการทำงานของผู้ให้บริการสาธารณสุขได้ตามรัฐธรรมนูญมาตราที่ 70
7. บริการสาธารณสุขต้องมีส่วนร่วมจากประชาชน โดยได้กำหนดไว้ในมาตราที่ 52 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ นอกจากนั้นในมาตราที่ 56 ยังได้ระบุว่า โครงการใดที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย การดำรงชีพที่เป็นปกติ และต่อเนื่องถึงประชาชนจะต้องได้รับการประเมินโดยองค์กรอิสระที่มีผู้แทนจากนักวิชาการและชุมชน อีกทั้งมาตราที่ 57 ยังเป็นมาตรการที่สำคัญในการคุ้มครองปกป้องสุขภาพอนามัยของผู้บริโภค

สำหรับบทบาทของรัฐนอกเหนือไปจากการจัดบริการด้านสุขภาพ ยังได้กำหนดในด้านการป้องกันโรคภัยอันตรายไว้ด้วย ตามมาตราที่ 52 กำหนดให้เป็นภาระหน้าที่ของรัฐที่จะต้องดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายให้รวดเร็วเท่าทันต่อเหตุการณ์โดยไม่คิดมูลค่า อย่างไรก็ตาม คำว่าโรคติดต่ออันตรายในรัฐธรรมนูญฉบับนี้อาจยังจะต้องให้นักการสาธารณสุขและประชาคมต่าง ๆ ร่วมกันกำหนดนิยามให้ชัดเจนเนื่องจากบริบทของโรคติดต่ออันตรายในปัจจุบันอาจมีเนื้อหากว้างขวางกว่าโรคติดต่อในอดีต โดยอาจมีแนวคิดครอบคลุมโรคไม่ติดต่อที่แพร่ระบาดรุนแรงและกว้างขวาง หรือภัยจากสารพิษและเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บล้มตายของประชาชน เป็นต้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543)

ในส่วนของแนวคิดการสร้างดุลยภาพของสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน ได้กำหนดไว้ในมาตรา 79 ให้เป็นหน้าที่ของรัฐในการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสงวน บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุล รวมทั้งให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อม ควบคุม และกำจัดภาวะมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และ

คุณภาพชีวิตของประชาชน และประชาชนเองก็ถูกกำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเช่นกัน ดังความในมาตรา 69

การกำหนดแนวนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ในรัฐธรรมนูญนั้น นอกเหนือจากกรณีการกำหนดบทบาทของรัฐต่อสิ่งแวดล้อม ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กและเยาวชน ความเข้มแข็งเป็นปึกแผ่นของครอบครัวและชุมชน ความเท่าเทียมเสมอภาคกันของหญิงและชาย ตลอดจนการส่งเสริมคนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ ซึ่งครอบคลุมโดยมาตรา 80 การกำหนดให้รัฐส่งเสริมให้ประชากรในวัยทำงานมีงานทำ ได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นธรรม และให้การคุ้มครองแรงงานโดยมุ่งเน้นกลุ่มแรงงานเด็กและผู้หญิง ตามมาตราที่ 86 ตลอดจนการจัดระบบแรงงานสัมพันธ์และการประกันสังคม จะเป็นเครื่องมือสำคัญทางกฎหมายที่เอื้อให้เกิดสถานประกอบการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและทั่วถึงในประเทศไทย

นอกจากนี้หากพิจารณาในประเด็นของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น จะพบว่ารัฐธรรมนูญได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง โดยในหมวด 9 เป็นกรอบแสดงเจตนารมณ์ของการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดให้รัฐให้อิสระแก่ท้องถิ่น ทั้งยังกำหนดกลไกไว้ในมาตรา 284 กำกับให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ซึ่งครอบคลุมสาระสำคัญ ได้แก่

1. กำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง
2. จัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้คำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเอง
3. จัดให้มีคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่งเพื่อทำหน้าที่ในสาระสำคัญของข้อ 1 และ 2

ส่วนบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งกำหนดไว้ในมาตรา 289 และ 290 ครอบคลุมหน้าที่บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่น ทั้งยังมีอำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในกรณีที่มีการริเริ่มโครงการที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ ไม่ว่าโครงการดังกล่าวจะอยู่ในพื้นที่หรือนอกพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ที่จะเข้าไปร่วมพิจารณาด้วย

สำหรับการจัดบริการด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่า มาตรา 52 ได้ระบุให้การบริการทางสาธารณสุขของรัฐเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และได้กำหนดกลวิธีในการดำเนินการ โดยส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ เนื่องจากเชื่อว่าการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้าร่วมดำเนินการ จะช่วยให้การบริการครอบคลุมประชาชนได้ทุกกลุ่ม และช่วยให้เกิดความคุ้มค่าต่อหน่วยจัดบริการ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมที่ไม่ต้องการให้มีการผูกขาดโดยภาครัฐได้ถูกกล่าวถึงไว้อย่างชัดเจนในมาตรา 87 โดยระบุว่ารัฐต้องสนับสนุนระบบเศรษฐกิจแบบเสรีโดยอาศัยกลไกตลาด กำกับดูแลให้มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม คุ้มครองผู้บริโภคและป้องกันการผูกขาดตัดตอนทั้งทางตรงและทางอ้อม และรัฐจะต้องไม่ประกอบกิจการแข่งขันกับเอกชน

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่สะท้อนออกมาอย่างชัดเจนในประเด็นต่าง ๆ อันเกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนและการมีสังคมสุขภาวะ ทั้งนี้เนื่องจากรัฐธรรมนูญได้มีบทบัญญัติ

จำนวนมากที่ส่งผลต่อเรื่องสุขภาพ และยังมุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนในสังคมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชน และประชาคมด้านสุขภาพต่าง ๆ เข้ามามีส่วนในการสร้างสังคมสุขภาวะร่วมกัน ซึ่งแตกต่างจากรัฐธรรมนูญฉบับก่อน ๆ จึงถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลักด้านสุขภาพ จึงต้องเตรียมการเพื่อสนองเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ อันถือเป็นกฎหมายสูงสุด และเพื่อให้กลไกของการขับเคลื่อนสังคมในด้านสุขภาพ บังเกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างแท้จริง

3. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกับบทบาทของภาคประชาสังคม

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมีต้นกำเนิดมาจากแนวคิดที่ว่า เรื่องสุขภาพไม่ใช่จำกัดอยู่เพียงบริการการแพทย์และสาธารณสุข แต่คือสุขภาวะของคน ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งมีความหมายกว้างกว่า และควรให้สังคมเข้ามามีโอกาสรับผิดชอบร่วมกัน (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546) เนื่องจากระบบสุขภาพในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงแบบแผนของโรคได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก โดยเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อ 2.1 โดยที่ประชาชนเจ็บป่วยโดยมิได้เกิดจากเชื้อโรค จึงไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยการพัฒนาระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว และความรับผิดชอบต่อเรื่องสุขภาพจะต้องมีผู้รับผิดชอบ และร่วมมือกันดำเนินการมากกว่าฝ่ายบริการการแพทย์และสาธารณสุข

ดังนั้นจึงควรหันมามองระบบสุขภาพกันใหม่ และปรับแนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อให้การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม และควรมีการกำหนดกฎหมายด้านสุขภาพขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ จากบันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ได้กล่าวถึงความจำเป็นที่ต้องตราพระราชบัญญัตินี้ว่า

โดยที่ผ่านมาระบบสุขภาพมุ่งที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากแต่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในขณะเดียวกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพเปลี่ยนแปลงยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยระบบ วิธีการและองค์ความรู้เดิม ๆ เท่านั้น และเพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งบัญญัติให้สิทธิและเสรีภาพแก่บุคคลในด้านสุขภาพให้ได้รับการบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ทั้งถึงและมีประสิทธิภาพ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนมีส่วนร่วม และการกระทำใดๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ย่อมได้รับการคุ้มครอง ดังนั้นจึงควรมีธรรมนูญด้านสุขภาพ เพื่อกำหนดหลักการ ทิศทาง มาตรการ เครื่องมือและเงื่อนไขสำคัญๆ ของระบบที่สามารถสร้างสุขภาพและจัดการกับปัญหาสุขภาพต่างๆ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ประกอบกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ข้อ 8 (3) ให้มีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติดำเนินการยก่างกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ ให้มีผลบังคับใช้ภายในระยะเวลา 3 ปีนับแต่วันที่คณะกรรมการ

ประชุมครั้งแรก (วันที่ 9 สิงหาคม 2543) จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ (สำนักงานปฏิรูประบบ
สุขภาพแห่งชาติ , 2546)

ภายใต้กรอบรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งได้กำหนดสิทธิ เสรีภาพขั้นพื้นฐาน
ของประชาชน และมีเจตนารมณ์ในการปฏิรูปการเมืองของไทยไปสู่ระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอย่าง
ชัดเจน มีบทบัญญัติจำนวนมากที่มีผลต่อเรื่องสุขภาพ ได้แก่ หมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย
หมวดที่ 4 หน้าที่ของชนชาวไทย (มาตรา 69) หมวดที่ 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ (มาตรา 76, 78, 79,
80, 82, 86, 87) เป็นต้น ซึ่งมีประเด็นที่เชื่อมโยงด้านสุขภาพดังที่กล่าวแล้วในตอนต้นนั้น พ.ร.บ.สุขภาพ
แห่งชาติจึงเปรียบเสมือนธรรมนูญสุขภาพคนไทย เนื่องจากเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ที่มองประเด็น
สุขภาพหรือสุขภาพะของคนไทยในภาพกว้างแต่มีความชัดเจนมากขึ้น ทำให้ประชาชนรู้ถึงสิทธิหน้าที่ในด้าน
สุขภาพของตน เป็นการขยายความรัฐธรรมนูญให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้นในเรื่องที่เกี่ยวกับ
สุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรา 76 ที่กำหนดไว้ว่า “รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนในการกำหนดนโยบายการตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคมและ
การเมืองรวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ” พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจึงสร้างกลไกอย่างเป็น
รูปธรรมตามเจตนารมณ์ของมาตรานี้ โดยนำเรื่องสุขภาพมาเป็นประเด็นสำหรับการทำงานร่วมกันของคนทั้ง
ประเทศ

โดยเจตนารมณ์ของการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ต้องการทำให้เป็นกฎหมายแม่บทหรือ
ธรรมนูญสุขภาพคนไทย เพื่อให้สังคมร่วมกันกำหนดกรอบ ทิศทาง หลักการ และแนวทางต่างๆ เกี่ยวกับระบบ
สุขภาพของคนไทยทุกภาคส่วน (ทั้งรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน ชุมชนท้องถิ่น และประชาชน
ทุกหมู่เหล่า) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างสุขภาพหรือสุขภาพะร่วมกัน โดยทุกเรื่องที่ทำเนิการจะมีส่วนร่วม
จากภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม หรือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องด้าน
สุขภาพ ในรูปของ “สมัชชาสุขภาพ” ซึ่งประกอบด้วยประชาชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของสมาชิกสมัชชา
ทั้งหมด เป็นองค์ประกอบสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีได้เกิดขึ้นเพราะเป็นเหตุการณ์ชุมนุมของ
เครือข่ายและประชาคมสุขภาพต่างๆ เพื่อร่วมกันเสนอความคิดเห็นต่อทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพเท่านั้น
แต่ยังสะท้อนถึงความต้องการเปลี่ยนแปลง และพลวัตใหม่ของการสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม

ในส่วนของภาคประชาสังคม ซึ่งมีการพูดถึงกันมากในปัจจุบันนั้น น.พ.อำพล จินดาวัฒนะ
ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ได้ให้ความหมายของ “ภาคประชาสังคม” ว่าเป็น การ
รวมตัวของคนในสังคมนั้นๆ โดยเป็นการรวมตัวที่มีหลากหลายแบบ เพื่อคิดและทำสิ่งที่เป็ประโยชน์กับ
สาธารณะ ซึ่งขณะนี้กำลังมีการเกิดใหม่ของภาคประชาสังคมที่น่าสนใจมาก ทั้งนี้ น.พ.โกมาตร จึงเสถียร
ทรัพย์ (2547) ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) มีความเห็นที่สอดคล้องกัน และนิยามภาค
ประชาสังคมว่า “เป็นพื้นที่ทางสังคมที่เป็นเอกเทศจากการถูกควบคุมบังคับโดยรัฐ และเป็นอิสระจากการ
แสวงหาประโยชน์ที่เป็นผลกำไรส่วนตัว เป็นพื้นที่สาธารณะที่ปัจเจกบุคคลและกลุ่มต่างๆ รวมตัวกันเป็นองค์กร
ด้วยความสมัครใจ สามารถแสดงออกและเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย เพื่อสร้างสรรค์
สังคมส่วนรวมให้ดีขึ้น” และกล่าวว่า แนวคิดประชาสังคมถูกนำไปใช้เป็นแนวทางสำคัญในการทำงานเกี่ยวกับ
ชุมชน และกระบวนการมีส่วนร่วมทางการเมืองของภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพ
แนวคิดนี้ได้กลายเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นพลัง

ประชาคมในการรับเคลื่อนการปฏิรูป โดยประสานกับพลังทางวิชาการ และพลังจากภาคการเมือง เป็นยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”

และจากการศึกษาของทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ และคณะ (2547) พบว่า กระแสการดูแลสุขภาพทำให้ประชาชนตื่นตัวในเรื่องสุขภาพมากขึ้น มีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งถือได้ว่าการตื่นตัวของภาคประชาสังคมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่จะผลักดันให้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นธรรมนูญสุขภาพคนไทยได้อย่างแท้จริง แต่ถึงแม้ว่าเป้าหมายความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมิใช่อยู่ที่การออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น แต่อยู่ที่การที่คนในสังคมได้มีโอกาสร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีคิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพไปสู่มิติที่กว้าง มีการบูรณาการ และเป็นการสร้างสุขภาพหรือสุขภาวะในทุกภาคส่วนของสังคม การพยายามผลักดันให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินั้นเป็นก้าวแรกที่สำคัญของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพใหม่ที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยเกิดจากการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเป็นสำคัญ

ดังนั้น จากการมองระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และการตื่นตัวของภาคประชาสังคมต่าง ๆ จนแสดงให้เห็นถึงความชัดเจนโดยการพยายามผลักดันให้มี พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินั้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเจ้าภาพใหญ่ที่มีบทบาทนำด้านสุขภาพจึงต้องมีการเตรียมการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นด้วย เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนได้อย่างแท้จริง

4. การปฏิรูปภาครัฐและการพัฒนาระบบราชการ ตามแนวทางการจัดการภาครัฐแนวใหม่

ภายใต้บริบทต่าง ๆ ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งกระแสโลกาภิวัตน์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ การเปิดเสรีด้านการค้าและการเงิน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและการปฏิรูปทางการเมือง ทำให้ประเทศไทยมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบราชการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาพื้นฐานและจุดอ่อนของระบบราชการที่สั่งสมมาเป็นเวลานาน และการเร่งพัฒนาขีดสมรรถนะและเสริมสร้างความเข้มแข็ง อันจะช่วยทำให้ระบบราชการสามารถปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาประเทศ ร่วมกับผู้บริหารราชการแผ่นดินฝ่ายการเมือง เพื่อขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่สิ่งที่มุ่งหวัง รวมถึงการเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันในเวทีโลกและยกระดับประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

ในการสร้างระบบราชการไทยให้รองรับกับกระแสการเปลี่ยนแปลงนั้นจำเป็นต้องยึดหลักการสำคัญ คือ การบริหารราชการเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน และมีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ตามมาตรา 3/1 ของพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) จึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ใหม่ของการพัฒนาระบบราชการ ในช่วงระยะ ปี พ.ศ. 2546-2550 ว่า “พัฒนาระบบราชการไทยให้มีความเป็นเลิศ สามารถรองรับกับการพัฒนาประเทศในยุคโลกาภิวัตน์ โดยยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีและประโยชน์สุขของประชาชน” โดยมีเป้าประสงค์หลักหรือผลลัพธ์สุดท้ายที่พึงประสงค์ของการพัฒนาระบบราชการไทยตามวิสัยทัศน์ใหม่นี้ดังกล่าว

4 ประการ (คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ: 2546) คือ 1) พัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนที่ดีขึ้น (Better Service Quality) 2) ปรับบทบาท ภารกิจ และขนาดให้มีความเหมาะสม (Rightsizing) 3) ยกระดับขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานให้อยู่ในระดับสูงและเทียบเท่าเกณฑ์สากล (High Performance) 4) ตอบสนองต่อการบริหารปกครองในระบอบประชาธิปไตย (Democratic Governance)

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาระบบราชการไทยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) จึงกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการที่สนับสนุนและเชื่อมโยงกัน 7 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การปรับเปลี่ยนกระบวนการและวิธีการทำงาน 2) การปรับปรุงโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดิน 3) การรื้อปรับระบบการเงินและการงบประมาณ 4) การสร้างระบบบริหารงานบุคคลและค่าตอบแทนใหม่ 5) การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ วัฒนธรรม และค่านิยม 6) การเสริมสร้างระบบราชการให้ทันสมัย 7) การเปิดระบบราชการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

จากยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ.2546-2550) ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในการพัฒนา โดยมีการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวง ตาม พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2545) ดังนี้

1. อำนาจหน้าที่และส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข

จากการปฏิรูประบบราชการ ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขใหม่ตาม พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2545 มาตรา 42 ไว้ดังนี้ “กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มิกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข”

2. ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้จัดกลุ่มภารกิจออกเป็น 5 กลุ่ม รวม 18 ภารกิจ ดังนี้

1) กลุ่มอำนวยการและสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ มี 7 ภารกิจ คือ พัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพ กำกับดูแลและประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ พัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชน ท้องถิ่นและเอกชน พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

2) กลุ่มพัฒนาวิชาการ มี 4 ภารกิจ คือ วิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ พัฒนางานส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน พัฒนางานควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงผลกระทบของสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ และบริการทางวิชาการ

3) กลุ่มพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มี 1 ภารกิจ คือ ส่งเสริมและพัฒนาการจัดระบบองค์ความรู้ และการสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ

4) กลุ่มบริการสุขภาพ มี 2 ภารกิจ คือ จัดให้มีบริการสุขภาพ และตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

5) กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มี 3 ภารกิจ คือ คุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมทั้งกำหนด พัฒนาและประเมินมาตรฐานบริการและสถานบริการสุขภาพ

สำหรับอีก 1 ภารกิจ คือ การกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในอนาคตที่จะเกิดขึ้นภายใต้ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....

3. โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

• โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง

โครงสร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข จัดเป็นกลุ่มภารกิจ (Cluster) มี 10 ส่วนราชการ ประกอบด้วย สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวงและกลุ่มภารกิจ 3 กลุ่ม (8 กรม) ดังนี้

- 1) สำนักงานรัฐมนตรี ขึ้นตรงกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- 2) สำนักงานปลัดกระทรวง ในส่วนที่เป็นราชการบริหารส่วนกลางประกอบด้วย 5

หน่วยงาน คือ สำนักบริหารกลาง ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สถาบันพระบรมราชชนก สำนักตรวจและประเมินผล และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

3) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ ประกอบด้วย 3 กรม ดังนี้

(1) กรมการแพทย์ ประกอบด้วย 21 หน่วยงาน โดยเป็นหน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน และหน่วยงานวิชาการ 17 หน่วยงาน

(2) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย 3 หน่วยงาน โดยจำแนกเป็นหน่วยงานสนับสนุน 1 หน่วยงาน และหน่วยงานวิชาการ 2 หน่วยงาน

(3) กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 10 หน่วยงาน และ 12 ศูนย์สุขภาพจิต โดยจำแนกเป็นหน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 6 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

4) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 กรม ดังนี้

(1) กรมควบคุมโรค ประกอบด้วย 12 หน่วยงาน และ 12 สำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 8 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

(2) กรมอนามัย ประกอบด้วย 12 หน่วยงาน และ 12 ศูนย์อนามัย โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 6 หน่วยงาน หน่วยงานที่บูรณาการงานจากกองวิชาการ 2 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

5) กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กรม ดังนี้

(1) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 7 หน่วยงาน โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 1 หน่วยงาน และหน่วยงานสนับสนุนบริการและวิชาการ 6 หน่วยงาน

(2) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประกอบด้วย 10 หน่วยงาน และ 12 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 2 หน่วยงาน หน่วยงานสนับสนุนบริการและวิชาการ 8 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

(3) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประกอบด้วย 10 หน่วยงาน โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 2 หน่วยงาน หน่วยงานควบคุม กำกับผลิตภัณฑ์และสนับสนุนวิชาการ 7 หน่วยงาน และ หน่วยงานส่งเสริมศักยภาพผู้บริโภค 1 หน่วยงาน

นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ ประกอบด้วย 5 หน่วยงานในกำกับ 1 รัฐวิสาหกิจ และ 4 องค์การมหาชน ดังนี้

1. หน่วยงานในกำกับ 5 หน่วยงาน คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รับโอนจากสำนักงานกฤษฎีกา

2. หน่วยงานที่ปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน 4 หน่วยงาน คือ สถาบันบริการสุขภาพ(โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน/สถานอนามัย) สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง สำนักงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

3. รัฐวิสาหกิจ 1 แห่ง คือ องค์การเภสัชกรรม

● โครงสร้างของหน่วยงานในส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แบ่งงานภายในออกเป็น 1 ฝ่าย 4 กลุ่มงาน คือ ฝ่ายบริหารทั่วไป กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กลุ่มสนับสนุนวิชาการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และกลุ่มงานประกันสุขภาพ

2. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป แบ่งงานภายในออกเป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ และกลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ

3. โรงพยาบาลชุมชน แบ่งงานภายในออกเป็น 3 กลุ่มภารกิจ คือ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ กลุ่มภารกิจด้านบริการ และกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขกิ่งอำเภอ

5. สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน

จากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างที่เกิดขึ้นของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในหลาย ๆ ส่วน สามารถสรุปสาระสำคัญของการเปลี่ยนแปลงดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 การเปรียบเทียบโครงสร้างเดิม โครงสร้างใหม่ และสาระสำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข

โครงสร้างเดิม	โครงสร้างใหม่	สาระสำคัญที่เปลี่ยนแปลง
1. มี 8 ส่วนราชการ คือ 1) สำนักงานเลขานุการรัฐมนตรี 2) สำนักงานปลัดกระทรวง 3) กรมการแพทย์ 4) กรมควบคุมโรคติดต่อ 5) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 6) กรมสุขภาพจิต 7) กรมอนามัย 8) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	1. มี 10 ส่วนราชการ คือ 1) สำนักงานรัฐมนตรี 2) สำนักงานปลัดกระทรวง 3) กรมการแพทย์ 4) กรมควบคุมโรค 5) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 6) กรมสุขภาพจิต 7) กรมอนามัย 8) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 9) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 10) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	1. จัดตั้งกรมใหม่ เพิ่ม 2 กรม คือ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. เปลี่ยนสำนักงานเลขานุการรัฐมนตรี เป็นสำนักงานรัฐมนตรี 3. ปรับโครงสร้างของกรมควบคุมโรคติดต่อ เป็นกรมควบคุมโรค 4. รับโอนโรงพยาบาลชลประทาน จากกรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ 5. รับโอนงานประชาสัมพันธ์โรคเอดส์จากสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี 6. รับโอนสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจากสำนักนายกรัฐมนตรี 7. ตัดโอนสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม (ส่วนเฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อม ส่วนวิเคราะห์คุณภาพสิ่งแวดล้อม และส่วนเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อมบางส่วน) และศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต 1-12 (ยกเว้นกลุ่มงานอาชีวอนามัยและกลุ่มงานสุขาภิบาลอาหาร) และกองประปาชนบท กรมอนามัย ไปกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
2. มี 1 หน่วยงานในกำกับ คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	2. มี 5 หน่วยงานในกำกับ คือ 1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3) สถาบันพระบรมราชชนก 4) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข 5) สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	
3. มี 1 องค์การมหาชน คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	3. มี 4 องค์การมหาชน คือ 1) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว และสถานบริการสุขภาพอื่นๆ เมื่อมีความพร้อม 2) สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง 3) สำนักงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 4) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	
4. มี 1 รัฐวิสาหกิจ คือ องค์การเภสัชกรรม	4. มี 1 รัฐวิสาหกิจ คือ องค์การเภสัชกรรม	

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข “โครงสร้างใหม่กระทรวงสาธารณสุข.....เพื่อสุขภาพคนไทย” (2545: 23)

จากโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไป มีเป้าประสงค์ในการปรับบทบาท ภารกิจ และขนาดให้มีความเหมาะสม แต่ในทางปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนโครงสร้างจะก่อให้เกิดความเหมาะสมเพียงใด เป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพราะผลลัพธ์สุดท้าย คือประชาชนผู้รับบริการจากภาครัฐ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นควรส่งผลให้เกิดสุขภาวะที่มั่นคงและยั่งยืนต่อประชาชนเป็นสำคัญ

5. ปัจจัยด้านการเมืองและนโยบายของรัฐบาล

ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข คือ ปัจจัยด้านการเมืองและนโยบายของรัฐบาล ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน คือ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขมองว่าส่งผลให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งเป็นช่วงปีแรกที่มีการจัดสรรงบประมาณระบบใหม่ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณนี้เกิดขึ้นพร้อมๆ กับการขยายโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคออกไปทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2545 และถึงแม้ว่าความเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้เกิดจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคโดยตรง (ในช่วงโครงการนำร่องของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ใช้ระบบงบประมาณแบบเดิม แต่มีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มให้จังหวัดที่อยู่ในโครงการนี้) แต่ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับแนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ, 2546)

นอกจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคแล้ว ยังมีนโยบายเรื่อง “เมืองไทยสุขภาพดี” ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ที่ถูกกำหนดไว้ในวิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ระยะปานกลางของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2548-2550) มุ่งเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ นโยบายเมืองไทยสุขภาพดีเป็นนโยบายเชิงรุกที่ตอกย้ำความสำคัญของการสร้างสุขภาพที่มุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมสุขภาพ โดยพยายามเปิดมิติของการควบคุมและเสริมสร้างปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านต่างๆ อย่างบูรณาการ เน้นกลวิธีการมีส่วนร่วมโดยชุมชนในพื้นที่และมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนด้านวิชาการต่างๆ

รัฐบาลมีนโยบายที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2545 ถึง 2548 รัฐบาลมีนโยบายเน้นการสร้างสุขภาพโดยในปี พ.ศ. 2545 ได้ประกาศให้เป็นปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย ภายใต้ยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” ส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มทำกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งได้มีการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อยหมู่บ้านละ 1 ชมรม การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ศูนย์กลางการบริการสุขภาพ การป้องกันปัญหาเสพติด รวมถึงการเตรียมการโครงการ “เมืองไทยสุขภาพดี” ในฐานะเจ้าภาพร่วมจัดประชุมส่งเสริมสุขภาพ

จากทิศทางนโยบายของรัฐบาลทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการปรับตัวเพื่อตอบสนองให้ทันกับสถานการณ์ในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค และเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) มีประเด็นที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ

โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

เนื่องจากรัฐบาลได้พยายามดำเนินการในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง จึงได้กำหนดนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชนด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียม โดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยในคำแถลงของคณะรัฐมนตรีต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544 ได้กำหนดนโยบายการบริหารราชการแผ่นดิน ซึ่งมีนโยบายส่วนที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพ ระบุว่า “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศไทยและประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพโดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน” โดยนโยบายนี้เป็นหนึ่งนโยบายเร่งด่วนในจำนวนนโยบายเร่งด่วนทั้งหมด 9 นโยบาย (ประยงค์ เต็มฉวลา, 2544) ดังนั้น ภายใต้นโยบายดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สามารถดำเนินการสอดคล้องกับภาคการเมืองหรือนโยบายของรัฐบาลได้

จากการศึกษาของ วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ (2546) พบว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคส่งผลกระทบต่อกระทรวงสาธารณสุข คือ ในขณะที่ภาพลักษณ์ของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่ออกสู่สาธารณะเป็นโครงการขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน แต่ภายในกระทรวงสาธารณสุขมีความเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อสถานพยาบาลและบุคลากรมากที่สุดคือ การปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุข โดยเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณสามในสี่ของกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากร ซึ่งนอกจากจะมีเป้าหมายในการสร้างความเสมอภาคในการให้บริการกับภาคประชาชนมากขึ้นแล้ว กลุ่มผู้บริหารที่ผลักดันการปฏิรูปนี้ยังมุ่งหวังว่าการปฏิรูปด้านการเงินการคลังจะสามารถเพิ่มอำนาจซื้อของสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรในเขตความรับผิดชอบมาก แต่ขาดแคลนทรัพยากรด้านสาธารณสุข และจะชักนำให้เกิดการกระจายบุคลากรและทรัพยากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ตามไปด้วย

การจัดสรรงบประมาณโดยวิธีนี้ส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลขนาด 150 เตียงขึ้นไป) ในเมืองใหญ่หลายแห่ง (ซึ่งในอดีตดึงดูดแพทย์เข้ามาเป็นจำนวนมาก) เริ่มประสบปัญหาทางการเงิน เนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้มีค่าจ้างบุคลากรที่สูง และไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากคนไข้ได้เหมือนเดิม จากปัญหานี้ทำให้ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายจังหวัดหันมาใช้วิธีต่าง ๆ ในการดึงเงินกลับมาสู่โรงพยาบาลเหล่านี้ (เช่น ผลักดันให้ใช้มาตรการรวมเงินที่จังหวัด และการจัดสรรงบประมาณโดยแย่งงบผู้ป่วยในมาไว้ที่กองกลาง) ในขณะเดียวกัน ผู้บริหารโครงการที่ส่วนกลางเองก็ตระหนักถึงปัญหานี้และได้เตรียมงบฉุกเฉิน (Contingency Fund) ซึ่งใช้ชื่อที่เป็นทางการว่า “งบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ”) ให้กับสถานพยาบาลที่มีปัญหาการเงิน โดยมีเงื่อนไขว่าสถานพยาบาลที่มาขอรับความช่วยเหลือจะต้องทำแผนปฏิรูปเพื่อปรับปรุง

ประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายลง ซึ่งในช่วงปีแรกนั้น ประมาณร้อยละ 85 ของงบประมาณนี้ไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลระดับอำเภอ) จำนวนมากที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมากจากโครงการนั้น การได้งบประมาณเพิ่มขึ้นทำให้โรงพยาบาลเหล่านี้ทำงานได้คล่องตัวขึ้นกว่าเดิม แต่มีปัญหาที่การใช้เงินยังผูกติดกับกฎระเบียบหลายประการที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขให้มีความคล่องตัวขึ้น และที่สำคัญ คือ การที่มีเงินเพิ่มขึ้นอย่างเดียวยังไม่สามารถแก้ปัญหาของโรงพยาบาลเหล่านี้ อันได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ ซึ่งการจัดสรรกำลังคนยังขึ้นกับส่วนกลางเป็นหลัก) นอกจากนี้การที่มีผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งเพิ่มขึ้นหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ยิ่งเพิ่มแรงกดดันของปัญหานี้ให้มากขึ้นตามไปด้วย

ดังนั้น แม้ว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศเป็นประเด็นใหญ่ในทางการเมือง และเป็นสิ่งที่ทำให้โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ได้รับความสนใจจากฝ่ายต่างๆ เป็นอย่างมาก แต่ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาจากกลุ่มผู้ให้บริการมากที่สุด คือ การเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณสามในสี่ของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนระบบการจัดสรรงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขในระดับที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน

ทั้งนี้ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2547) ได้กล่าวว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นหลายประการในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ทั้งในด้านปรัชญาพื้นฐานของระบบที่มองการเข้าถึงบริการของประชาชนเป็นสิทธิ การจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนการจัดการระบบบริการสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ โดยเฉพาะการจัดระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการแก่ประชาชน เป็นหัวใจสำคัญที่เป็นจุดตัดสินใจว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและจะได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพหรือไม่ ทั้งนี้มองว่าทรัพยากรบุคคลผู้ให้บริการสุขภาพ ตลอดจนบุคลากรอื่นๆ เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้การบริการดำเนินต่อไปได้ จึงถือได้ว่าทรัพยากรบุคคลเป็นกลไกสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่อาจมองข้ามไป

นอกจากนี้ ในปัจจุบันมีปัจจัยแทรกแซงที่สำคัญ คือ นโยบาย Medical Hub ซึ่งเป็นนโยบายที่ต้องการให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการทางการแพทย์ในภูมิภาค ซึ่งถือได้ว่าเป็นหนึ่งในนโยบายที่สำคัญของรัฐบาลในด้านการพัฒนาสุขภาพ นอกเหนือจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่านโยบายที่ต้องการให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการทางการแพทย์ในภูมิภาค หรือ Medical Hub เป็นการเปิดมิติการมองบริการทางการแพทย์เป็นนโยบายเชิงเศรษฐกิจอย่างจริงจังของรัฐบาล และจะส่งผลกระทบต่อนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากหากพิจารณาในระยะสั้นจะพบว่า นโยบาย Medical Hub ได้หันเหการจัดลำดับความสำคัญเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปจากการสร้างและพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนในประเทศ และในระยะยาวจะส่งผลต่อการผลิตและพัฒนาบุคลากรของประเทศ เนื่องจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรในภาครัฐ ในขณะที่ช่องว่างทางรายได้ระหว่างการทำงานในภาครัฐและเอกชนเพิ่มมากขึ้น จะทำให้บุคลากรจากภาครัฐเคลื่อนย้ายไปสู่ภาคเอกชนมากขึ้น ตามกำลังซื้อและการเติบโตของภาคเอกชนที่รองรับการเปิดเสรีด้านสุขภาพ

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่านโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคของรัฐบาลชุดปัจจุบันนั้น เป็นการดำเนินการที่มุ่งสร้างหลักประกันแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้าในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งนับว่าเป็นนโยบายที่ดีและถูกใจประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ แต่ในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า หากนโยบายนี้จะยังคงดำเนินต่อไปนั้น มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนในระดับนโยบายหรือระดับปฏิบัติการหรือไม่ เป็นประเด็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องพิจารณา เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาประสบกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ค่อนข้างมาก อันเนื่องมาจากการบริหารจัดการระบบ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเร่งรีบโดยขาดความพร้อม และความขัดแย้งทางแนวคิดในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังจะเห็นได้จากการวิเคราะห์โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2547) พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพแต่ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาคในระดับสูง

ประเด็นสำคัญ คือ การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการบริหารจัดการยังขาดความชัดเจนในการปฏิบัติและขาดการเตรียมความพร้อม เป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และจากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 โดยพินิจ พ้าอานวยผล (2546) ได้สรุปว่า ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพทั้งสิ้น 92% โดยมีบัตรทอง 75% ของประชากรทั้งหมด ค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีค่าประมาณ 5.3 หมื่นล้านบาท โดยมีสัดส่วนรายจ่ายเป็นเงินเดือน ค่าจ้าง 43% ค่าตอบแทน 11% ค่าใช้สอย 5% ค่ายาและวัสดุ 32% ค่าสาธารณูปโภค 3% และค่าครุภัณฑ์ 5% ในขณะที่รายรับของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวมมีรายรับทั้งหมด 5.5 หมื่นล้านบาท ประกอบด้วยรายรับจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 70% รายรับจากสวัสดิการข้าราชการ 2.5% รายรับจากประกันสังคม 4% รายรับจากประชาชนจ่ายเงินเอง 15.5% และรายรับอื่นๆ 8%

เมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand)

เมืองไทยสุขภาพดีเป็นแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมสุขภาพ และลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ โดยมีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่คาดว่าจะสามารถแก้ปัญหาด้านสุขภาพได้ ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นการดำเนินการในระยะที่ 1 ของผังทางเดินสู่ความสำเร็จ (Roadmap) ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานไว้ 5 ด้าน คือ การออกกำลังกาย อาหาร การพัฒนาอารมณ์ การลดโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามกลุ่มอายุและทุกพื้นที่ โดยเน้นกิจกรรมที่สำคัญและเร่งรัด แต่จะมีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี จนกว่าจะนำประเทศไทยไปสู่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal: MDGs) ในปี พ.ศ. 2558 (ระยะที่ 3) ตามข้อตกลงร่วมกันในการประชุมผู้นำขององค์การสหประชาชาติ เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 ที่ให้ดำเนินการพัฒนาและกำหนดตัวชี้วัดในกรอบ MDGs 7 ด้าน รวม 48 ตัวชี้วัด ประเทศไทยในฐานะสมาชิกจึงต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ 18 ตัวชี้วัด ใน 6 เป้าหมายหลัก คือ

- 1) ขจัดความยากจนและหิวโหย
- 2) ลดอัตราการเด็กตาย

- 3) พัฒนาสุขภาพของสตรีมีครรภ์
- 4) ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ
- 5) รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน
- 6) ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก

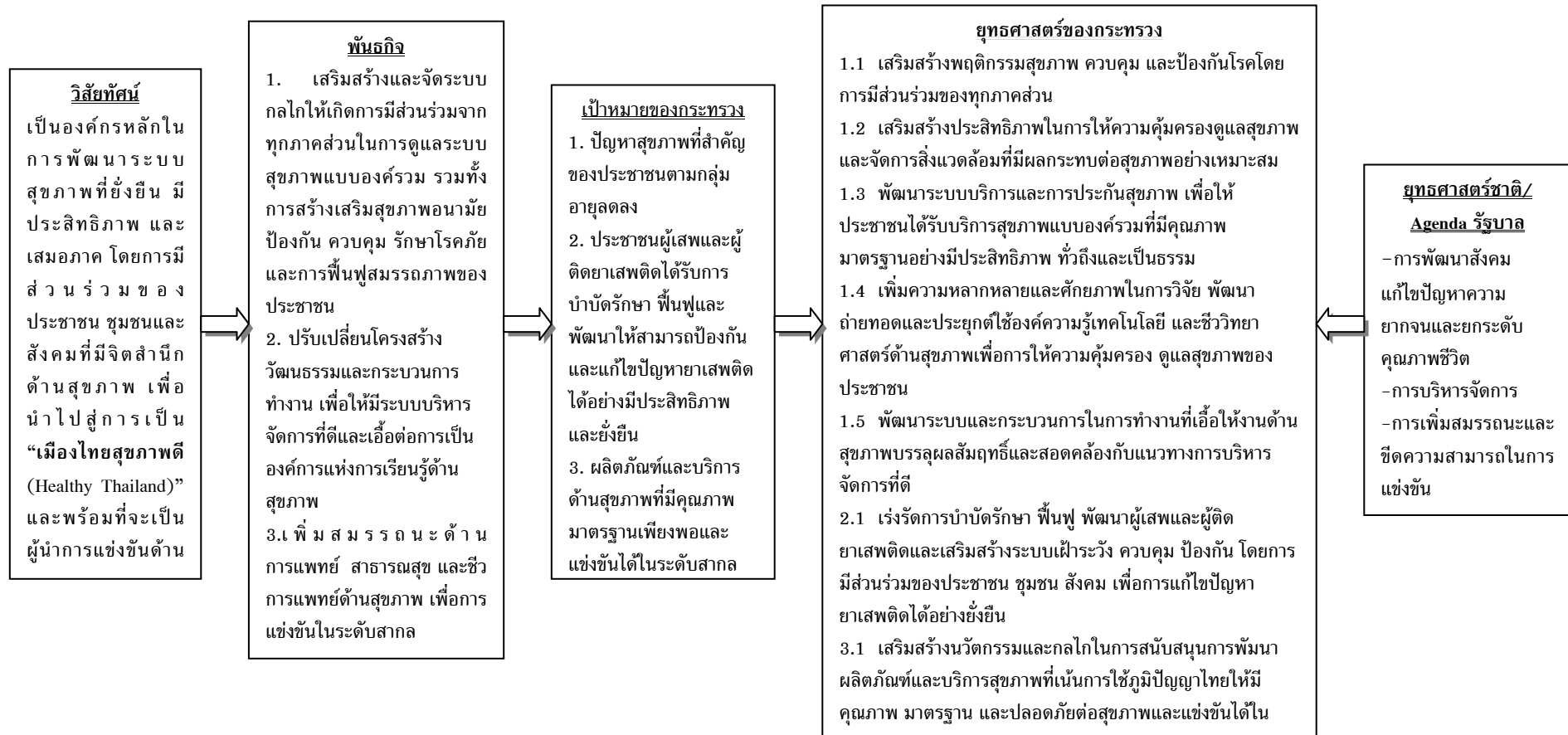
ปัจจุบันเป็นช่วงเวลาของการดำเนินการในระยะที่ 2 ของผังทางเดินสู่ความสำเร็จ คือ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ระยะปานกลาง 3 ปี (พ.ศ. 2548-2550) โดยให้นโยบายเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) เป็นวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข และในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยจะเป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ซึ่งจะมีการประกาศกฎบัตรกรุงเทพมหานครเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Bangkok Charter) ด้วย ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์ระยะปานกลางของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2548-2550) ได้กำหนดให้เมืองไทยสุขภาพดีเป็นวิสัยทัศน์ในการดำเนินการ ประกอบด้วย 3 เป้าหมาย และ 7 ยุทธศาสตร์ (ดังแผนภาพที่ 2.1)

จากแผนภาพจะเห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับนโยบายเมืองไทยสุขภาพดีของกระทรวงสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์ชาติ 3 ประการ คือ การแก้ไขปัญหาความยากจนและยกระดับคุณภาพชีวิต การบริหารจัดการ และการเพิ่มสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขัน¹ โดยยุทธศาสตร์การพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุขจะมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมและทั่วถึง พร้อมทั้งเพิ่มศักยภาพและพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขัน ซึ่งค่อนข้างที่จะมีความแตกต่างจากในอดีตที่มุ่งเน้นในด้านการบริการเกี่ยวกับสุขภาพเป็นหลัก

กล่าวโดยสรุป คือ การเปลี่ยนแปลงในด้านการเมืองและนโยบายของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขด้วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค) ที่ทำให้บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ตลอดจนนโยบาย Medical Hub ที่อาจส่งผลกระทบต่อการผลิตและพัฒนาบุคลากรในระยะยาว โดยเฉพาะปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในหน่วยงานภาครัฐ หากไม่มีการเตรียมการหรือวางแผนอย่างรอบคอบและรัดกุม รวมถึงแนวคิดเรื่องเมืองไทยสุขภาพดี ซึ่งเกิดขึ้นจากความต้องการทำกิจกรรมเชิงรุกของรัฐบาล ในการมุ่งหวังให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจะมีการกำหนดตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีความตื่นตัวและติดตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพตลอดเวลา เพื่อให้การกำหนดตัวชี้วัดเป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม

¹ ยุทธศาสตร์ชาติ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ประการ ได้แก่ 1) เพิ่มศักยภาพในการแข่งขันของประเทศ 2) การเสริมสร้างการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ 3) การพัฒนาสังคม แก้ไขปัญหาความยากจน และยกระดับคุณภาพชีวิต 4) ความมั่นคงของชาติ การต่างประเทศ การอำนวยความสะดวก 5) การบริหารจัดการประเทศ

แผนภาพที่ 2.1 ยุทธศาสตร์ระยะปานกลางของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2548-2550)



ที่มา : ดัดแปลงจาก แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) 2547, หน้า 4

6. กระแสโลกาภิวัตน์และการเปิดเสรี

ปัจจุบันสังคมโลกอยู่ในยุคของการสื่อสารไร้พรมแดน หรือกระแสแห่งโลกาภิวัตน์ รวมถึงการเดินทางไปยังภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลกก็เกิดขึ้นได้อย่างสะดวกสบายและใช้เวลาอันรวดเร็ว ซึ่งในยุคโลกาภิวัตน์นี้มีไม่เพียงผู้คนหรือสิ่งของเท่านั้นที่เดินทางข้ามทวีป ข้ามโลก ได้อย่างรวดเร็ว เชื้อโรคต่างๆ ก็สามารถเดินทางไปแพร่กระจายตามจุดต่างๆ ของโลกได้อย่างรวดเร็วเช่นกัน ดังนั้นหากไม่มีการเตรียมการรองรับสภาพปัญหาการแพร่ระบาดของโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อเฉียบพลันรุนแรงต่างๆ ประชาคมชาวโลกก็จะไม่สามารถมีสังคมสุขภาวะได้

ตัวอย่างโรคระบาดในยุคโลกาภิวัตน์ที่สั่นสะเทือนวงการสาธารณสุขโลก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือที่รู้จักกันดีในชื่อของโรคซาร์ส (SARS) และโรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) ซึ่งมีผู้คนจำนวนมากเสียชีวิตด้วยโรคร้ายแรงดังกล่าว โดยปัจจุบันยังไม่มีมาตรการในการป้องกันหรือการรักษาโรคในระยะยาว เป็นเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ดังนั้นจึงยังมีการระบาดของโรคอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไข้หวัดนก ซึ่งบางประเทศรวมทั้งประเทศไทยยังคงมีการแพร่ระบาดของโรคอยู่เป็นระยะๆ ทั้งนี้หากยังไม่สามารถแก้ไขการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างจริงจัง ก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของชาวไทยและชาวโลก โดยอาจส่งผลกระทบต่อขยายไปยังภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาคธุรกิจ (โดยเฉพาะการผลิตอาหารและผลิตภัณฑ์จากสัตว์ปีก) และการท่องเที่ยว หากไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงสร้างความเชื่อมั่นให้กับชาวต่างชาติได้ ดังนั้นจากบทเรียนกรณีไข้หวัดนกถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องปรับโครงสร้างการเฝ้าระวังโรค การพัฒนาศักยภาพของห้องชันสูตรโรค การมีมาตรการจัดการในสภาวะวิกฤติ รวมถึงการสร้างธรรมาภิบาล และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อสร้างความพร้อมรับสถานการณ์ร้ายแรงที่จะเกิดขึ้น

ส่วนกรณีโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์ส (SARS) ซึ่งถือเป็นโรคระบาดร้ายแรงโรคใหม่ที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 การแพร่ระบาดของโรคไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อสุขอนามัยของประชาชนในหลาย ๆ ประเทศเท่านั้น² แต่ยังมีผลต่อความเชื่อมั่นโดยเฉพาะกลุ่มนักลงทุน และยังหยุดยั้งการเดินทางของผู้คนทั่วโลกด้วย ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาคการลงทุนและธุรกิจระหว่างประเทศ

ในการแก้ปัญหาโรคร้ายต่างๆ ในยุคโลกาภิวัตน์ จึงต้องเกิดจากการร่วมมือกับนานาประเทศที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน เพื่อร่วมกันแสวงหาแนวทางในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคร่วมกัน อันจะส่งผลให้การแก้ปัญหาสัมฤทธิ์ผลในที่สุด ส่วนภายในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขควรสร้างเครือข่ายในการแก้ปัญหาร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และต้องมีการเตรียมการเพื่อให้สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหา โรคระบาดร้ายแรงต่างๆ ให้ทันต่อสถานการณ์

สำหรับการเปิดเสรีทางการค้า (Free Trade Area: FTA) ส่งผลให้เกิดความพยายามในการทำข้อตกลงเปิดตลาดการค้าเสรีทางด้านสุขภาพกับประเทศคู่ค้า ตลอดจนนโยบาย Medical Hub ก็เป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการขยายตัวของภาคธุรกิจสุขภาพอย่างมาก ซึ่งการขยายตลาดทำให้เกิดอุปสงค์ต่อบริการและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้บริการเพิ่มขึ้น (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2547) ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าในระบบบริการสุขภาพนั้นภาคเอกชนเพียงฝ่ายเดียวจะไม่สามารถขยายความสามารถในการให้บริการโดยการผลิต

² หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ ฉบับวันที่ 4 มิถุนายน 2546

บุคลากรทางการแพทย์ได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่จะสามารถให้บริการแก่ชาวต่างชาติ ทำให้ต้องดึงบุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้ไปจากภาครัฐ

ความพยายามในการดึงตัวแพทย์และบุคลากรอื่นๆ มักอาศัยแรงจูงใจจากค่าตอบแทนเป็นสำคัญ นโยบาย Medical Hub จะส่งผลให้ช่องว่างของการตอบแทนและรายได้ของแพทย์ของตลาดในประเทศระหว่างภาครัฐและเอกชน และระหว่างตลาดภายในประเทศและตลาดโลกปรากฏชัดเจนนยิ่งขึ้น การขยายอุปสงค์ของการบริการในระยะที่อุปทานด้านแรงงานยังไม่เพียงพออาจทำให้เกิดการแข่งขันการให้ค่าตอบแทนที่พุ่งใจเพิ่มขึ้น ช่องว่างทางรายได้ระหว่างการดำเนินงานในภาครัฐและเอกชนจะยิ่งกว้างเพิ่มขึ้นอีก การเพิ่มค่าตอบแทนในภาครัฐสามารถแก้ปัญหาได้ระดับหนึ่ง แต่อาจมีผลเพียงระยะสั้น หากช่องว่างยังคงกว้างอยู่ นโยบายดังกล่าวจะส่งผลให้ต้นทุนของการให้บริการในภาครัฐสูงขึ้น

ประกอบกับการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ทดแทนเป็นทางแก้ปัญหที่ต้องใช้เวลานาน อาจทำให้เกิดช่องว่างในการผลิตและพัฒนาทรัพยากรบุคคลภายในประเทศ อย่างน้อยในระยะเวลาประมาณ 10 ปี ยกตัวอย่างเช่น การผลิตแพทย์เพิ่มต้องใช้เวลา 6 ปี เพื่อให้ได้แพทย์ใหม่ที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต และต้องใช้เวลาอีกไม่ต่ำกว่า 3-6 ปี ในการศึกษาต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้จะต้องใช้เวลาอีกหลายปีในการสะสมประสบการณ์และความชำนาญ โดยเฉพาะศัลยแพทย์ในบางสาขา การรับแพทย์จากต่างประเทศอาจแก้ปัญหาความขาดแคลนในระยะสั้นได้ในระดับหนึ่ง แต่อาจทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ แทรกซ้อนตามมาได้อีก เช่น มาตรฐานการให้บริการ หรือการเร่งให้เกิดการต่อรองเพื่อดึงตัวบุคลากรออกจากภาครัฐ

นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยเปิดเสรีทางการค้าและบริการด้วยการเข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก (WTO) ทำให้ต้องยอมรับข้อตกลงระหว่างประเทศ ซึ่งมีบางส่วนส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ (คณะกรรมการจัดทำแผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข, 2544) ดังนี้

1) ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า มีการใช้มาตรฐานผลิตภัณฑ์เป็นอุปสรรคทางการค้า เช่น มีการผูกขาดยาที่ได้รับสิทธิบัตร เพิ่มอุปสรรคในการพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ รวมถึงมีการนำสมุนไพรไทยไปพัฒนาเป็นยาสำเร็จรูปและจดสิทธิบัตรโดยบริษัทต่างชาติ

2) ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (GATS) ประเทศไทยเปิดเสรีทางการค้าแบบมีข้อจำกัดและมีข้อยกเว้น 2 ประการคือ การปฏิบัติต่อสินค้าทุกประเทศเท่าเทียมกันและการปฏิบัติต่อสินค้านำเข้าเท่าเทียมกับสินค้าภายในประเทศ ดังนั้น แม้ว่าในปัจจุบันการส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทยจะมีมูลค่าสูงขึ้นแต่ยังคงต้องเผชิญกับการแข่งขันที่รุนแรง มาตรการทางภาษีของบางประเทศที่เป็นคู่ค้าและมาตรการกีดกันทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษี เช่น ระบบจัดการคุณภาพด้านความปลอดภัยของอาหาร (Hazard Analysis and Critical Control Point: HACCP)

ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมการรองรับการเปิดเสรีด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องมีการปรับตัวและเตรียมการรองรับปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ทั้งด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลิตและพัฒนาบุคลากรในระยะปานกลางถึงระยะยาวของประเทศ เนื่องจากมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการสูญเสียแพทย์และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในสาขาอื่นๆ จากสถาบันที่ทำหน้าที่ผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไปและการยอมรับข้อตกลงของการเปิดเสรีทางการค้าซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพได้

7. สรุปความ

ระบบสุขภาพเป็นกลไกที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ อาทิเช่น ระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของประเทศย่อมจะส่งผลต่อระบบสุขภาพด้วย และมีใช้เพียงปัจจัยการเปลี่ยนแปลงภายในประเทศเท่านั้นที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยจากภายนอกประเทศ อันได้แก่ กระแสโลกาภิวัตน์และการเปิดเสรีทางการค้า ก็ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระบบสุขภาพด้วยเช่นกัน และรวมถึงบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นระบบสุขภาพแนวใหม่ ซึ่งมีความหมายครอบคลุมกว้างกว่าระบบบริการสาธารณสุขและระบบสาธารณสุขที่คุ้นเคยกัน ส่งผลให้มุมมองเกี่ยวกับระบบสุขภาพต้องมีความซับซ้อนมากขึ้น การทำความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในสังคมไทย และสังคมโลกจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น และควรทำความเข้าใจให้กระจ่างชัด

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่มีบทบาทหลักในระบบสุขภาพของประเทศไทย จึงจำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบทต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ภายในประเทศ และกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก เพื่อช่วยให้การบริหารการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างสอดคล้องและกลมกลืนกับระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะส่งผลให้เกิดสังคมสุขภาวะได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน

บทที่ 3

ประมวลความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

เกี่ยวกับการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข

เนื้อหาของบทนี้เป็นการประมวลทัศนะความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารการเปลี่ยนแปลง ครอบคลุม 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง ความก้าวหน้าในการบริหารการเปลี่ยนแปลงเชิงยุทธศาสตร์ ส่วนที่สอง ความคาดหวังการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง บทบาทภารกิจ วัฒนธรรมและค่านิยม ส่วนที่สาม การบูรณาการความเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่วนที่สี่ สรุปความ

1. ความก้าวหน้าในการบริหารการเปลี่ยนแปลง

ประเด็นการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ ในทัศนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้สะท้อนถึงผลความก้าวหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

- ช่วงต้นของการเปลี่ยนแปลงชาติทิศทางที่ชัดเจน

ในช่วงต้นของการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างสับสน เพราะมีหลายเรื่องที่เกิดการเปลี่ยนแปลงพร้อม ๆ กัน ไม่ว่าจะเป็นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการปฏิรูประบบราชการ เมื่อเกิดปัญหาจึงมีความสับสนมาก เนื่องจากไม่มีผู้ที่สามารถชี้ให้ชัดว่าการเปลี่ยนแปลงจะไปในทิศทางใด หลายท่านมองว่า ผู้ใหญ่ในกระทรวงหรือผู้มีอำนาจที่จะทำการเปลี่ยนแปลงไม่ค่อยเต็มใจที่จะเปลี่ยน การสื่อสารลงไปสู่ผู้ปฏิบัติไม่ดี การกระจายอำนาจการตัดสินใจและการสื่อสารยังขาดแนวทางที่ชัดเจน ส่งผลให้การปฏิบัติเกิดความสับสน นอกจากนี้ การพิจารณาเรื่องยุทธศาสตร์และการปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุขยังขาดทิศทางที่ชัดเจน เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบที่มุ่งหวัง การเปลี่ยนเป็นกลุ่มภารกิจ ณ ปัจจุบันยังเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่จำต้องอาศัยเวลาประเมินผลสัมฤทธิ์ การจัดกลุ่มภารกิจยังขาดความชัดเจนในเรื่องการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นหรือการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง จึงจำเป็นต้องมีการปรับทัศนคติในเชิงการบริหารสั่งการของผู้กำหนดนโยบาย โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีทัศนะว่าการบริหารยุทธศาสตร์มีความจำเป็นต้องพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องของหลายประการที่สำคัญ ได้แก่

ประการแรก กระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันมีความแตกต่างไปจากในอดีต ทั้งลักษณะงาน และสภาพปัญหาสาธารณสุข เช่น อุบัติเหตุจากการจราจร การคุ้มครองผู้บริโภค ปัญหาโรคเอดส์ เป็นต้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ และเป็นเพียงผู้เล่นคนหนึ่งเท่านั้นไม่ใช่หัวหน้าทีม ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องกำหนดบทบาทที่ชัดเจนว่าจะเป็นอย่างไ จะเป็นเจ้าของเรื่องสาธารณสุขทั้งหมดหรือจะเป็นผู้เล่นหลักคนหนึ่ง

ประการที่สอง ปัจจุบันการเมืองเข้มแข็ง ทำให้เกิดทั้งความแน่นอนและความไม่แน่นอน มีการตัดสินใจทางการเมืองที่รวดเร็วและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นการบริหารเชิงยุทธศาสตร์จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยทางการเมืองด้วย ทั้งรูปแบบและแนวทางการบริหารการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับรัฐบาล และประชาคมสาธารณสุข

ประการที่สาม การบริหารจัดการทางการเงินและการงบประมาณที่เปลี่ยนไป เดิมกระทรวงสาธารณสุขรับงบประมาณจากสำนักงานงบประมาณเกือบทั้งหมด แต่ปัจจุบันรับงบประมาณจากสำนักงานงบประมาณส่วนหนึ่ง รับจากประกันสังคมส่วนหนึ่ง และรับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่วนหนึ่ง การไหลเวียนของงบประมาณเปลี่ยนไป ดังนั้นเรื่องการบริหารการเงินจึงต้องพิจารณาว่าจะต้องมีการปรับตัวอย่างไร

ประการที่สี่ นโยบายใหม่ต่าง ๆ เช่น ที่ให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ของเอเชียหรือของโลก เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงว่าจะมีผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อบริการสาธารณสุขที่คนไทยได้รับมากน้อยเพียงใด การที่มีนโยบายใหม่ที่เข้ามาค่อนข้างรวดเร็ว ทำให้ข้าราชการของกระทรวงตามไม่ทัน จึงเป็นปัญหา เพราะฉะนั้นเป็นสถานการณ์ใหม่ที่ต้องพิจารณา

● การบริหารการเปลี่ยนแปลงกับการเปลี่ยนกระบวนทัศน์

ประเด็นสำคัญของการบริหารการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ คือ เรื่องความคิด และจำเป็นต้องพิจารณาถึงการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (paradigm shift) เนื่องจากปัจจุบันสุขภาพเป็นเรื่องสุขภาวะ ไม่ใช่เรื่องโรคอย่างเดียว ดังที่กล่าวกันว่า “Health for all, all for health” ส่งผลให้เรื่องสุขภาพมีเจ้าภาพมาก ไม่ใช่เพียงกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนโครงสร้างโดยไม่เปลี่ยนกระบวนทัศน์คงเป็นไปได้ยาก ด้วยเหตุที่บริบทเปลี่ยนแปลง แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพเปลี่ยนไป ปัญหาสุขภาพก็เปลี่ยน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพจึงมีมากขึ้น ส่งผลให้การทำงานเรื่องสุขภาพต้องเปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องท่านหนึ่งมีทัศนะว่ากระทรวงสาธารณสุขควรทำหน้าที่เพียงเป็นแกนเจ้าภาพ ไม่ใช่เจ้าของเรื่องสุขภาพ เพราะมีพหุภาคีด้านสุขภาพที่หลากหลาย ดังนั้นการเปลี่ยนโครงสร้างเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมา โดยหวังว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม โดยที่ไม่เปลี่ยนกรอบความคิดอาจเป็น “ช่องว่าง” ซึ่งที่จริงควรทำไปพร้อม ๆ กัน

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องท่านหนึ่งมีทัศนะว่า โจทย์การเปลี่ยนแปลงมี 2 เรื่องที่ควบคู่กัน คือ การปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ใหม่เรื่องสุขภาพ การคิดเฉพาะเรื่องโครงสร้างระบบราชการอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการบริหารการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการบริหารการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องที่มีพลวัต จึงมีสิ่งสำคัญที่ควรพิจารณา 2 ประเด็น คือ ต้องการเห็นอะไรในแง่ของการจัดระบบใหม่ โครงสร้างใหม่ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลงให้เกิดความเข้าใจว่าจะไปทิศทางใด มีทางเลือกหรือไม่

การบริหารการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะประเด็นเรื่องโครงสร้าง เรื่องงบประมาณ และเรื่องกำลังคน อาจมีปัญหาในด้านทักษะการบริหารและเรื่องงบประมาณ เช่นเดียวกันกับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค และระบบผู้ว่าฯ CEO ซึ่งในทางปฏิบัติมีข้อจำกัดในการประสานภารกิจระหว่างหน่วยงาน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบริหารยุทธศาสตร์ ภายใต้โครงสร้างแบบบูรณาการ โครงสร้างของราชการเปลี่ยนไปโดยมีการทำงานข้ามกรม การมีกลุ่มภารกิจ ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อความสำเร็จ คือ การเปลี่ยนกระบวนทัศน์

วัฒนธรรมและค่านิยม และการเปลี่ยนแปลงกฎหมายต่าง ๆ ทาง การปกครอง ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติงานราชการ ทั้งนี้การเชื่อมโยงยุทธศาสตร์จะมีผลกระทบเรื่องการจัดสรรงบประมาณด้วย ดังนั้นระดับ พื้นที่ควรมีอิสระในการกำหนดยุทธศาสตร์และมีระบบงบประมาณที่ยืดหยุ่น

นอกจากนี้ ผู้มีบทบาทสำคัญมีทัศนคติต่อการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับการปฏิรูปของ กระทรวงสาธารณสุขว่า ปัจจุบันเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา แต่ในความเป็นจริงการสร้างเสริม สุขภาพไม่ได้ทำอย่างจริงจัง ยังทำการรักษาเป็นส่วนใหญ่ กรมวิชาการยังคงทำด้านการบริการอยู่ ดังนั้นหาก ต้องการเน้นด้านวิชาการจริงๆ แนวทางหนึ่งที่เป็นไปได้ คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ควรเลิกสร้างแผนกผู้ป่วย นอก (OPD) เพื่อลดการบริการลงและมุ่งเน้นที่การทำงานด้านวิชาการได้มากขึ้น แต่การบริหารยุทธศาสตร์และ การบริหารการเปลี่ยนแปลงมีประเด็นที่ต้องพิจารณา คือ กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ให้บริการหรือไม่ เพราะ ถ้ามองภาพใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขขณะนี้ ทักษะและความรู้ในการทำงาน ส่วนใหญ่ 80-90% เป็นเรื่อง การให้บริการและเป็นบริการชนิดรักษาโรค บำบัดโรคเป็นหลัก ถ้าต้องเปลี่ยนแปลง 180 องศา จากเดิมที่เป็นผู้ ให้บริการไปทำงานวิชาการ แต่เจ้าหน้าที่จะมีทักษะเรื่องนี้หรือไม่ เรียนรู้ใหม่อย่างไร ซึ่งการเรียนรู้ความรู้ ใหม่อาจจะไม่ยาก แต่การเปลี่ยนใจ เปลี่ยนวิสัยทัศน์ ถอดวิสัยทัศน์เดิมใส่วิสัยทัศน์ใหม่จะทำอย่างไร และหาก ปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข นำเอาหน้าที่บริการออกไปเหลือเพียง 20% หรือทำให้ชัดเจนว่าบริการของรัฐยังคง อยู่ แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่เป็นผู้ดูแล ซึ่งอาจจะมีท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการ

สิ่งท้าทาย คือ ทำอย่างไรที่ประชาชนจะมีสุขภาพอนามัยที่ดี หรือชุมชนสังคมเป็นสังคมสุขภาวะตาม แนวทางที่เรียกว่า “องค์รวม” กระทรวงสาธารณสุขมีจุดแข็งมีศักยภาพ อย่างไรก็ตามระบบเดิมที่เป็นอยู่ นอกจากไม่เอื้อแล้วยังขัดขวาง กฎหมาย กฎเกณฑ์ต่างๆ ทำให้เป็นองค์รวมไม่ได้ ยังมีลักษณะแยกส่วน ประเด็นนี้ถือเป็นสิ่งท้าทายที่สำคัญ เพราะอีกด้านหนึ่งที่จะทำให้เกิดสุขภาพหรือสังคมสุขภาวะใช้ความรู้เชิงลึก ความเชี่ยวชาญทักษะในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเฉพาะด้านเชิงลึก เป็นเรื่องของการพึ่งพาผู้รู้ ซึ่งถ้าพิจารณา ทรัพยากรจะพบว่าพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับระบบพึ่งพา

• การจัดการความรู้เรื่องสุขภาพตามยุทธศาสตร์เป็นสิ่งสำคัญ

ประเด็นหลัก คือ จะจัดการความรู้ได้อย่างไรให้สามารถเข้าถึงภาคประชาสังคม ครอบคลุมพื้นที่ได้จริง ๆ โดยเน้นคนด้อยโอกาสซึ่งมักจะถูกทำให้เป็นผู้รอรับความช่วยเหลือ โดยเฉพาะเกษตรกรซึ่งจะอยู่ในกลุ่มที่ได้รับ ผลกระทบสูง ทั้งนี้เนื่องจากการค้าเสรีจะส่งผลกระทบต่อภาคเกษตรมาก และส่งผลต่อประเด็นสุขภาวะโดยรวม ด้วย ส่วนเรื่องที่ กพร. มีการขับเคลื่อนให้ความสำคัญเรื่องกระบวนการเรียนรู้ระบบเปิด มีการถ่ายทอดองค์ ความรู้ และการสร้างวิทยากรตัวคูณ ซึ่งได้ดำเนินการในภูมิภาคนั้น คาดหวังว่าจะขับเคลื่อนสู่การเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีทิศทางที่ค่อนข้างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการ ทั้งในดำนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และในเชิงการ บริหารทรัพยากร (คน งบประมาณ) ต้องมีความสอดคล้องกัน นอกจากนี้ในด้านวิชาการต้องทันต่อความ เปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัตน์ และกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งสำคัญ คือ ต้องกำหนดให้ชัดว่า ทิศทางที่จะไปข้างหน้าควรจะเปลี่ยนไปอย่างไร มีกลไกอะไรที่จะทำให้ไปถึงได้

ในมุมมองของภาคประชาชนมีทัศนะว่า ขณะนี้ภาคประชาชนมีความก้าวหน้าไปมากในเรื่องสุขภาพ พยายามค้นหาสิ่งดี ๆ สร้างเครือข่ายสุขภาพขึ้น พยายามเชื่อมร้อยทุกภาคส่วนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และมี บทบาทในการกำหนดทิศทางว่าต่อไปข้างหน้าระบบสุขภาพของคนไทยจะต้องไปในทิศทางใด แต่เนื่องจาก

ความเข้มแข็งของภาคการเมือง ทำให้ภาคประชาชนรู้สึกตัวเองถูกระงับ ในรูปแบบของการสั่งการเป็นนโยบาย ส่งผลให้กระบวนการเรียนรู้ในชุมชนไม่เกิด ชุมชนจึงอ่อนแอ ต้องพึ่งพิง ทั้งที่อันที่จริงแล้วภาคประชาชนมีองค์ความรู้ แต่เป็นองค์ความรู้ของชุมชนที่มีภูมิปัญญาของชุมชน และเป็นบทเรียนประสบการณ์ในการสร้างองค์ความรู้ต่อเชื่อมโยงนำมาใช้อย่างเป็นระบบ เกิดบูรณาการใหม่ในเรื่องของสุขภาพในมิติของสังคม ซึ่งหากภาคราชการหนุนเสริมก็จะสามารถสร้างองค์ความรู้ในเชิงคุณค่าทางวิทยาศาสตร์

● ภาพรวมการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มจังหวัด Cluster

จากการศึกษาดูงานและการจัดเวทีเสวนาระดมความคิดเห็นในจังหวัดตัวแทนกลุ่มจังหวัด (Cluster) ทั้ง 12 จังหวัดได้แก่ อ่างทอง สมุทรปราการ ระยอง สระแก้ว สุโขทัย พะเยา หนองคาย นครราชสีมา ศรีสะเกษ สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต และปัตตานี ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดเห็นได้ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นในทิศทางที่สอดคล้องกันในภาพรวม ดังนี้

รัฐบาลมีการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ที่มีเป้าหมายมากขึ้น ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงโดยองค์รวม มีการบูรณาการทุกหน่วยงาน โดยมุ่งหวังให้มีการประสานงานกัน มีตัวชี้วัดมากขึ้นในเรื่องสุขภาพ พยายามที่จะทำให้องค์กรเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน และต้องเข้าใจบริบทของสุขภาพของตนเอง เพื่อให้เกิดการพึ่งพากันทางสุขภาพได้โดยความสามารถของสังคม แต่การบริหารงานภาครัฐมีลักษณะต่างคนต่างทำ การเข้าถึงขององค์กรที่เคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือเพื่อให้เกิดทิศทางสร้างนำซ่อมยังไม่มากนัก การขับเคลื่อนให้เป็นรูปธรรมจริงๆ ยังมีข้อจำกัดในการสนับสนุน มีลักษณะการทำงานตามนโยบายเก่า ตัวแปรหนึ่งที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ การทำความเข้าใจทุกระบบ ที่ผ่านมามีการประชาสัมพันธ์ให้เกิดการรับรู้เกิดความเข้าใจในทิศทางเดียวกันน้อย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการบริหารราชการรวดเร็วเกินไป เป็นการเปลี่ยนแปลงทุกระดับพร้อมๆ กันในขณะที่หน่วยงานยังไม่มีความพร้อมที่จะรองรับ และไม่สามารถจัดการเรื่องบุคลากรได้ รวมถึงการสนับสนุนด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอและยังไม่นิ่ง ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคง ระบบราชการไม่เอื้อ ความคิดกับสิ่งที่จริงในพื้นที่จึงไม่สอดคล้องกัน ทำให้เกิดความระส่ำระสาย การเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายที่เกิดขึ้นตลอดเวลาและมีลักษณะสั่งการ โดยมีตัวชี้วัดเบ็ดเสร็จและมีการประเมินผลตามนโยบายส่งผลต่องานหลักทำให้งานหลายด้านสะดุด เนื่องจากตัวชี้วัดมีความซ้ำซ้อนกันและระบบรายงานมีความสับสนมาก เพราะต้องทำการประเมินผลตามเกณฑ์ใหม่ซึ่งรัฐบาลเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และบางกิจกรรมเป็นลักษณะของการบังคับมากเกินไป

การปฏิรูปพยายามที่จะแยกบทบาทเดิมทั้ง 3 บทบาท คือ บริการ ถือเงิน และกำหนดระเบียบกฎเกณฑ์ออกจากกัน โดยโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการแยกบทบาทที่เร็วขึ้น และเรื่องที่น่ากังวลมีอิทธิพลอีกเรื่อง คือ การเปลี่ยนโครงสร้างใหญ่ของจังหวัดเป็นระบบการบริหารแบบบูรณาการ (CEO)

ภาพสะท้อนของจังหวัดตัวแทนกลุ่มจังหวัด (Cluster)

นอกจากภาพรวมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ได้สะท้อนในตอนต้นนั้นแล้ว ผู้ปฏิบัติยังได้สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ดังนี้

กรณีจังหวัดอ่างทอง

จังหวัดอ่างทองเป็นเมืองเกษตรกรรม ปัญหาสุขภาพหลัก ๆ คือ การใช้สารเคมีในการปลูกผักผลไม้ นอกจากนี้มีประเด็นปัญหาโครงสร้างประชากรที่อาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในพื้นที่ เนื่องจากกลุ่มแรงงานออกไปทำงานนอกจังหวัด ส่งผลให้ฐานข้อมูลด้านประชากรอาจคลาดเคลื่อน ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมีทั้งปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรคไม่ติดต่อ ในส่วนของโรคติดต่อที่ยังอยู่ในระดับที่สูง เช่น โรคท้องร่วง โรคไข้เลือดออก ส่วนโรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต เป็นต้น ได้มีความพยายามในการจัดการโดยการป้องกันและการสร้างสุขภาพ ทั้งการออกกำลังกาย ส่งเสริมการบริโภคอาหารให้ถูกสุขลักษณะ การใช้กิจกรรมบำบัด แต่กระบวนการจัดการในปัจจุบันยังตอบสนองได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากความคิดเห็นยังไม่ถูกปลูกฝังเข้าถึงประชาชน จึงต้องสร้างการรวมกลุ่มให้มีความสามารถเพียงพอในการดูแลตัวเองได้ แต่มีปัญหาในการสร้างแนวความคิดนี้ให้เกิดขึ้นเพราะคนที่รอรับการสร้างสุขภาพเป็นเด็กและคนชราเป็นส่วนใหญ่ จึงเป็นปัญหาที่ทำให้การจัดการไม่ได้ผลเต็มที่

นอกจากนี้ยังพบว่าในด้านงบประมาณตามจำนวนประชากรทำให้จังหวัดอ่างทองและจังหวัดอื่น ๆ ที่มีขนาดเล็กอีกจำนวน 12 จังหวัด ประสบปัญหาในลักษณะเดียวกัน คือ งบประมาณไม่เพียงพอสำหรับดำเนินการ ต้องกู้เงินมาใช้ชั่วคราว จึงเสนอแนวทางที่เหมาะสมว่าควรมีรูปแบบงบประมาณใหม่ที่เหมาะสมสำหรับจังหวัดขนาดเล็ก เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณคิดตามจำนวนประชากรเพียงอย่างเดียวอาจไม่สอดคล้อง เพราะปัญหาของแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน เช่น บางพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ต้องมีการรักษาต่อเนื่อง จึงมีต้นทุนสูง เป็นต้น

กรณีจังหวัดสมุทรปราการ

จังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดที่เศรษฐกิจดีที่สุดเพราะเป็นเมืองอุตสาหกรรม แต่เนื่องจากการเป็นเมืองอุตสาหกรรมนี้เอง จึงมีประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม มลภาวะ วิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงไปเป็นวิถีชีวิตที่เร่งรีบแบบอุตสาหกรรม สภาพแวดล้อมและสุขภาพด้านอาหารด้อยลงมาก เป็นประเด็นสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการพัฒนา ซึ่งขาดการเชื่อมโยงด้านผังเมืองกับการพัฒนาอุตสาหกรรม ทำให้โรงงานกระจายอยู่ทั่วไป และโรงงานอุตสาหกรรมในเขตชุมชนก่อให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตจากสิ่งรบกวนต่าง ๆ ในขณะที่อุตสาหกรรมกำลังพัฒนาแต่สิ่งแวดล้อมและสุขภาพพัฒนาไม่ทัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเชื่อมโยงกับโครงสร้าง คือ ต้องมีหน่วยดูแลสิ่งแวดล้อม และเชื่อมโยงส่วนที่เกี่ยวข้อง ควรมีโครงสร้างที่ทำให้สิ่งแวดล้อมเชื่อมโยงบูรณาการเพื่อให้สมุทรปราการเป็นจังหวัดที่เห็นความสำคัญเรื่องการป้องกันอันตรายที่จะมีต่อสุขภาพ

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากการพัฒนาอุตสาหกรรม มีปัญหาสังคมเกิดขึ้นมาก ได้แก่ อาชญากรรมและยาเสพติด เนื่องจากร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัดเป็นกลุ่มย้ายถิ่นฐานมาใช้แรงงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงต้องทำงานเชิงรุก และจากเวทีเสวนาระดมความคิดเห็นว่า ควรมีการตั้งองค์กรอิสระขึ้นมาควบคุมดูแลโรงงาน โดยมีลักษณะเป็นองค์กรที่มีอำนาจในการตัดสินใจและทำงานได้รวดเร็ว สามารถสั่งปิดโรงงานได้ และหลักการที่ควรนำมาใช้กับโรงงานที่สร้างมลภาวะ คือ ผู้ใดกระทำให้เกิดมลภาวะผู้นั้นต้องจ่ายเงิน (แต่อาจเกิดผลเสียคือ โรงงานจะก่อกมลภาวะมากขึ้นเพราะถือว่าได้จ่ายเงินแล้ว) นอกจากนี้อาจ

มีความจำเป็นต้องเตรียมการพัฒนาโรงพยาบาลภาครัฐให้มีศักยภาพสูงขึ้น ปรับปรุงศักยภาพของบุคลากร เพื่อรองรับสภามินนาชาติสุวรรณภูมิ และภาคประชาชนต้องมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากการแก้ปัญหาให้เกิดความยั่งยืนต้องทำให้ภาคประชาชนรู้จักตระหนักและมีองค์ความรู้ครบทุกทาง เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชน

กรณีจังหวัดระยอง

มีปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความแตกต่างจากที่อื่น โดยเฉพาะพื้นที่ อำเภอมะขามตาพุดมีคนฐานะยากจนและคนต่างถิ่นค่อนข้างมาก ดังนั้นเรื่องโรคระบาดย่อมมากกว่าที่อื่น เช่น โรคไข้เลือดออก ซึ่งปัจจุบันควบคุมได้ยาก เพราะเป็นสายพันธุ์ใหม่ (เนื่องจากคนมาจากหลายพื้นที่) โรคหิวหวัด (มีการแพร่ระบาดเพราะมีที่พักคนงานหนาแน่นมาก) และโรคเอดส์ (โดยเฉพาะกลุ่มชายวัยทำงานซึ่งมาจากต่างถิ่นมีโอกาสติดเชื้อมาก) สาธารณสุขตั้งรับไม่ทัน เนื่องมาจากบุคลากรและงบประมาณไม่เพียงพอ นอกจากนี้ทางเทศบาลก็มีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ และปริมาณบุคลากรยังมีน้อยเช่นกัน ประกอบกับงบประมาณในการดำเนินงานตามจำนวนประชากรไม่สอดคล้องไม่เพียงพอ เช่น งบประมาณปี 2546 ในระยะ 6 เดือนแรกค่อนข้างมีปัญหา งบประมาณที่ได้จากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคของโรงพยาบาลมาตาพุด ได้ประมาณ 700,000 บาท แต่จ่ายให้เทศบาลเป็นค่ายา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ประมาณ 2-3 แสนบาท ให้สถานีนอนามัย 200,000 บาท นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องประชาชนไม่เชื่อมั่นเรื่องคุณภาพภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยเฉพาะคุณภาพยา และท่าทีของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการที่ยังขาดพลังและจิตใจบริการที่ดีต่อประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งผู้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดเห็นว่าในเชิงนโยบายควรมีแผนรองรับมากกว่านี้

กรณีจังหวัดสระแก้ว

มีปัญหาด้านสาธารณสุขชายแดน เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับจังหวัดสระแก้ว เป็นผลมาจากปัญหาความไม่สงบภายใน โดยภาระที่กระทบโดยตรงจะเป็นเรื่องของค่าใช้จ่ายการรักษากรณีที่พักเมืองของประเทศเพื่อนบ้านข้ามมารักษายาบาลในประเทศไทย ซึ่งตามหลักมนุษยธรรมต้องทำการรักษาให้ทั้งหมดแต่เรียกร้องค่ารักษาได้ต่ำมาก ในส่วนนี้แต่ละโรงพยาบาลในชายแดนต้องรับภาระไว้ ในส่วนของผลความก้าวหน้าจากการปฏิรูประบบราชการที่เกิดขึ้นนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วไม่ค่อยประสบปัญหาในการปฏิรูปที่ผ่านมา ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินการต่างๆ ไม่ประสบปัญหา คือ นโยบายของผู้บริหารที่ต้องการให้ข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติเพื่อให้เตรียมการก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและการรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ รวมถึงมีนโยบายในการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

กรณีจังหวัดสุโขทัย

ผู้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดเห็นว่าการปฏิรูประบบราชการในส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนามัย ในระยะปีแรกยังไม่มียะอะไรที่เปลี่ยนแปลงชัดเจน เพราะเป็นระยะของการเปลี่ยนผ่าน ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ในเบื้องต้นวางแผนไว้ว่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนหลายด้าน รวมถึงการปรับลดขนาดจำนวนบุคลากรให้เหลือเพียงครึ่งหนึ่ง จากจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ แต่เมื่อปฏิบัติจริง มีปัญหาในเรื่องขวัญและกำลังใจของผู้ที่ปฏิบัติงานเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นในระยะเปลี่ยนผ่าน จึงดำเนินการเช่นเดิม โครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยเป็นไปตามที่

สำนักงาน กพ. กำหนด คือ แบ่งงานออกเป็น 5 กลุ่มใหญ่ แล้งจึงแบ่งย่อยเพื่อนำงานที่ทำอยู่ใส่ใน 5 กลุ่มใหญ่ การทำงานยังเหมือนเดิม โดยรวมจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก บทบาทหน้าที่ยังเป็นบทบาทเดิม แต่อาจจะเป็นการควบคุมกำกับมากกว่าในระยະที่ผ่านมา งานบริการน้อยลง ส่วนการบริหารงานภายในของโรงพยาบาลในระดับอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน การปฏิรูปที่ผ่านมาโครงสร้างของโรงพยาบาลชุมชนเปลี่ยนไปไม่มากนัก

กรณีจังหวัดพะเยา

ประเด็นสาธารณสุขของจังหวัดพะเยามีประเด็นเฉพาะที่แตกต่างจากที่อื่น คือ มีการกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพ เช่น เรื่องสาธารณสุขไร้พรมแดน การเชื่อมต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน การเชื่อมโยงการเกษตรกับสาธารณสุข หรือการเชื่อมโยงกับเรื่องสิ่งแวดล้อมในชุมชน ซึ่งเป็นภารกิจในอนาคตที่ต้องเตรียมการรองรับ เช่น การอบรมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเปลี่ยนวิถีคิดในชุมชนให้เป็นกระบวนการการเรียนรู้ นำคุณค่าจากสิ่งที่มีอยู่มาทำให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่งจากเวทีเสวนาระดมความคิดผู้เข้าร่วมการเสวนาเสนอแนะว่าการพัฒนาด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญเรื่องความสุขโดยรวมของประเทศ (Gross Domestic Happiness-GDH) ตัวแทนประชาสังคมในจังหวัดพะเยามีมุมมองว่า ที่ผ่านมามีการประสานงานกับภาคราชการเป็นลักษณะคณะทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดความต่อเนื่อง ส่วนการกำหนดทิศทางด้านสุขภาพของจังหวัดมีเวทีให้ประชาชนร่วมแสดงความต้องการ เพื่อให้ภาครัฐตอบสนองได้ตรงจุด

กรณีจังหวัดนครราชสีมา

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปฏิรูป คือ มีการบูรณาการมากขึ้น ขณะเดียวกันมีโครงสร้างที่กระจายความรับผิดชอบมากขึ้น ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และรับผิดชอบในส่วนที่เป็นภาระงานของกลุ่มงานมากขึ้น เจ้าหน้าที่มีการเรียนรู้งานมากขึ้น ช่วยกันทำงานได้มากขึ้น การจัดกลุ่มงานตามภารกิจใหม่เป็นไปได้ดี มีบางกลุ่มงานที่เปลี่ยนกลุ่มแต่เจ้าหน้าที่ยังคงอยู่ในกรอบเดิม ดังนั้นทุกคนต้องปรับเปลี่ยนตัวให้เข้ากับโครงสร้างใหม่ จึงเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นเฉพาะในระดับตัวบุคคล

กรณีจังหวัดหนองคาย

ปัญหาของผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด คือ การขาดความชัดเจนในการจัดกลุ่มงาน ซึ่งผู้ปฏิบัติมองว่าทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน เนื่องจากส่วนกลางกำหนดให้จัดกลุ่มใหม่เป็น 4 กลุ่มงานกับ 1 ฝ่าย แต่ไม่ได้ระบุอย่างชัดเจนว่างานเดิมแต่ละงานจะเข้าไปอยู่ในกลุ่มใด ทำให้งานบางงานหายไปเนื่องจากหาผู้รับผิดชอบไม่ได้ เช่น งานสุขศึกษาและงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ผู้เข้าร่วมเสวนาจึงเสนอว่าส่วนกลางควรแจ้งให้ชัดเจนว่าแต่ละงานควรอยู่ในกลุ่มใด เนื่องจากโครงสร้างที่กระทรวงกำหนดนั้นสามารถที่จะทำได้แต่ยังไม่ถึง 100% เพราะงานบางงานยังไม่สามารถหาผู้รับผิดชอบได้ หรือยังไม่สามารถจัดได้ว่าจะอยู่ในกลุ่มงานใด ต้องมีการปรับและการทำความเข้าใจมากขึ้น รวมถึงการเสริมสร้างองค์ความรู้และการจัดการ การกระจายเจ้าหน้าที่ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณและการปรับแก้กฎระเบียบต่างๆที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาต่อไป

กรณีจังหวัดศรีสะเกษ

ผู้เข้าร่วมเสวนาตั้งข้อสังเกตว่า จังหวัดศรีสะเกษและจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากจังหวัดอื่น ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงทำได้เร็วกว่าจังหวัดอื่นๆ โดยองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือ มีการแข่งขันกันระหว่างชุมชน ซึ่งจะแตกต่างจากจังหวัดสุรินทร์ซึ่งมีวัฒนธรรมเดียว เชื่อในตัวผู้นำและวัฒนธรรม แต่จังหวัดศรีสะเกษมีความเป็น

ตัวของตัวเองในแต่ละกลุ่ม มีแนวทางของตนเอง การณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนเข้ารับได้เร็วถ้าประชาชนเห็นคล้อยตามจะขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงได้เร็ว เนื่องจากจังหวัดศรีสะเกษมีความหลากหลายของวัฒนธรรม เรื่องสุขภาพในจังหวัดศรีสะเกษจึงต้องเริ่มพัฒนาที่คน ต้องพัฒนาจากเด็ก โดยให้ชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบ เงินอยู่ที่ท้องถิ่น และนำวิทยากรมาสร้างความคิดเชิงระบบร่วมกัน

กรณีจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ในเชิงนโยบายมีการขยับตัวเฉพาะส่วนบน ส่วนในระดับจังหวัดยังมีปัญหาเรื่องโครงสร้างที่จะตอบรับกระทรวง บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดค่อนข้างจะเป็นผู้อาวุโส จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างค่อนข้างทำได้ยาก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงสร้างที่ผ่านมาอาจจะยังทำไม่ได้ไม่สำเร็จ แต่ทุกคนยอมรับเรื่องการเปลี่ยนแปลง และให้ความสำคัญเรื่องธรรมาภิบาล (Good Governance) มากขึ้น

กรณีจังหวัดภูเก็ต

ผู้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดมีทัศนะว่าระบบงานไม่เปลี่ยนแปลง แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเองมากกว่า ในขณะที่บุคลากรยังทำงานเหมือนเดิม ส่วนเรื่อง Health Hub เป็นการเชื่อมโยงระหว่างเรื่องการท่องเที่ยวและเรื่องสุขภาพ ซึ่งศักยภาพของจังหวัดภูเก็ต คือ ทรัพยากรธรรมชาติ สถานที่ท่องเที่ยว และความพร้อมด้านอื่นๆ ที่สามารถรองรับได้ เช่น สนามกอล์ฟ แต่โครงสร้างภาครัฐไม่สามารถรองรับระบบบริการของชาวต่างชาติได้ ทั้งทางด้านบุคลากร มาตรฐานของอาคารสถานที่และอุปกรณ์ รวมถึงระบบการจัดการซึ่งบางเรื่องติดขัดกับระเบียบและกฎเกณฑ์ต่างๆ มากเกินไป นอกจากนี้ยังมีผู้แสดงความคิดเห็นว่าการทำ Medical Hub จะทำให้ผู้ประกอบการขนาดเล็กประสบปัญหา เพราะผู้ประกอบการรายใหญ่ๆ จะรวมกลุ่มกัน ดังนั้นภาครัฐต้องให้การสนับสนุนผู้ประกอบการรายย่อยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านงบประมาณ

กรณีจังหวัดปัตตานี

ระบบการทำงานเน้นภาคประชาสังคม จะมีการระดมแนวคิดในชุมชน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน กิจกรรมที่น่าสนใจ คือ ชมรมรักษาสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกาย คัดกรองผู้บริโภค มีการสอนให้ความรู้ ส่วนปัญหาผู้สูงอายุ และปัญหาการว่างงาน มีการแก้ปัญหาโดยการจัดเวทีใหญ่เพื่อระดมความคิด เชิญแกนนำมาร่วมปรึกษาหารือเรียกว่าแกนนำประชาวิจารณ์ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการแก้ปัญหา ในเรื่องการประชาสัมพันธ์ได้รับการสนับสนุนจาก อสม. ร่วมมือกันแก้ปัญหาโดยยุทธศาสตร์พึ่งตนเองไม่รอพึ่งภาครัฐ เป็นการเข้าไปเสริมรูปแบบชีวิตที่ใช้ชุมชนมีส่วนร่วม และนำหลักศาสนา มาประกอบ การถือศีลอด(อดอาหาร) การละหมาดก็เป็นการสร้างสุขภาพอย่างหนึ่ง ส่วนเรื่องของความสะอาดก็เป็นหลักของศาสนาอิสลาม

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรดึงผู้ที่มีความรู้เรื่องศาสนาให้แทรกเข้าไปขยายผลในเรื่องการสร้างคุณภาพชีวิต เนื่องจากคนในชุมชนมักจะมีศรัทธาในผู้นำศาสนา จึงควรจะทำความเข้าใจกับผู้นำศาสนา และการปฏิรูปสุขภาพโดยการปรับค่านิยม พฤติกรรมของประชาชนในจังหวัดทางภาคใต้ อาจจะต้องใช้หลักศาสนามาสานหลักวิชาการ เนื่องจากหลายๆ เรื่องเป็นเรื่องละเอียดอ่อน อาจมีปัญหาในเรื่องการยอมรับ ยุทธศาสตร์จึงควรเชื่อมโยงกับโครงสร้างองค์กรทางสังคมทั้งองค์กรท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ผู้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดท่านหนึ่งมีทัศนะว่า ปัจจุบันการปรับการบริหารให้สนองตอบชุมชนยังทำได้น้อย ต้องการให้มีการทำประชาคมและต้องมีคนมาช่วยเป็นคนกลางในการประสานซึ่งจะช่วยลดปัญหาลงได้

มุมมองของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ประเด็นความก้าวหน้าของการบริหารการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากการปฏิรูประบบราชการ ในทัศนะของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดตัวแทนกลุ่มจังหวัด Cluster ได้สะท้อนถึงผลความก้าวหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ในส่วนของกระทรวง(ส่วนกลาง) มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก มีเพียงการเปลี่ยนระบบงานเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น เกิดกรมใหม่เพิ่มขึ้น 2 กรม มีการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ แต่ในส่วนภูมิภาคโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีการเปลี่ยนแปลงมากพอสมควร คือ มีการยุบรวมงานจากเดิมที่แบ่งเป็นฝ่ายต่างๆ เหลือเพียง 5 กลุ่มงานตามที่ กพ. กำหนด เพื่อให้งานที่มีลักษณะเฉพาะมีความชัดเจนขึ้น ทำให้โครงสร้างเปลี่ยนไปมากพอสมควร แต่เนื่องจากอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน กระทรวงจึงเปิดโอกาสให้หน่วยงานที่ไม่มีความพร้อมสามารถดำเนินการในรูปแบบเดิมได้ ทั้งนี้กระทรวงได้ให้แต่ละ สสจ. มีอิสระในการจัดโครงสร้างภายใน แต่จากจุดนี้เองทำให้บางท่านมองว่าเป็นความไม่ชัดเจน เนื่องจากงานบางงานไม่สามารถจัดได้ว่าอยู่ในกลุ่มใด ซึ่งงานนั้นอาจจะหายไปเพราะหาผู้รับผิดชอบไม่ได้

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบางท่านมองว่า อำนาจบริหารเปลี่ยนแปลงน้อย การจัดสรรเงินเปลี่ยนแปลงไปพอสมควร การปฏิรูประบบบริการพยายามให้การจัดการไปถึงรากหญ้าโดยนำเงินมาเป็นตัวกำกับ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คือ การพยายามมุ่งไปสู่บทบาทที่ควรจะเป็นมากขึ้น มีการดำเนินการในลักษณะของการขึ้นนำเชิงนโยบาย ที่ผ่านมาการปฏิรูปไม่มีผลต่อเนื้องานมากนัก และมีช่องว่างในการจัดการเนื่องจากผู้ที่รับงานไม่มีความพร้อม เวลาไม่เหมาะสม ในระยะการเปลี่ยนผ่านทำให้เกิดช่องว่างขึ้น ส่งผลให้การแก้ปัญหาทำได้ล่าช้า เป็นการบูรณาการโครงสร้างในขณะที่การเตรียมความพร้อมไม่ดี ไม่มีการกำหนดขั้นตอนที่ชัดเจน และไม่คำนึงถึงความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

มุมมองของผู้ปฏิบัติ

จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขตามกรอบนโยบายและโครงสร้างการปฏิรูประบบราชการ หลังการปฏิรูประบบราชการเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมา ผู้ปฏิบัติได้สะท้อนถึงผลความก้าวหน้า ดังนี้

■ การปรับปรุงด้านการบริหารงานที่ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐ

หน่วยงานมีการปรับโครงสร้างภายในองค์การให้สอดคล้องกับโครงสร้างที่ส่วนกลางกำหนด ปรับภารกิจให้อยู่ในลักษณะควบคุมกำกับ ดูแลและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านสุขภาพ โดยมีตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ตลอดจนจนพัฒนาระบบการวางแผน ควบคุม กำกับและประเมินผล มีการจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาประสิทธิภาพและระบบการให้บริการตามแนวทางของกระทรวง การปรับโครงสร้างการบริหารตามภารกิจใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข และปรับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรผู้รับผิดชอบเป็นแบบมีเจ้าภาพ โดยจะมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในงาน รวมทั้งจัดโครงสร้างองค์การตามกลุ่มภารกิจงานใหม่แบ่งเป็น 5 กลุ่มงานเป็นหมวดหมู่

การจัดการระบบการทำงานในระดับชุมชนและสถานีนอมนัยให้พร้อมมีการทำงานร่วมกันในส่วนของหน่วยที่เป็นหน่วยบริการ เช่น สถานีนอมนัยกับโรงพยาบาล เพิ่มหน่วยงานรับผิดชอบงานเกี่ยวกับด้านปฐมภูมิ

(Primary Care Unit: PCU) ปฏิรูปโครงสร้างการรักษาพยาบาลเน้นสิทธิผู้ป่วย และตระหนักในเรื่องสิทธิมากขึ้น มีการปรับปรุงระบบการจัดทำสิทธิตามบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

■ **แนวทางการพัฒนาเชิงบูรณาการในการวางยุทธศาสตร์และนโยบาย**

มีการจัดทำแผนงานหรือแผนพัฒนาจะเป็นการปรับยุทธศาสตร์ในเชิงรุก ปรับจากแผนปฏิบัติงานเดิม ๆ มาจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Planning) อย่างเป็นระบบโดยสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการทบทวนการจัดโครงสร้างการบริหารงานภารกิจทุกกลุ่มงาน บทบาทหน้าที่ กฎหมายที่รองรับ และนโยบายของกระทรวงเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง

การวางแผนยุทธศาสตร์แบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (RBM) การบริหารแบบองค์รวมทั้งอำเภอโดยให้สถานีนอมนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน มีการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน อย่างเป็นรูปธรรมและเน้นประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรมากขึ้น เพราะเงินงบประมาณน้อยลงแต่ต้องรักษาคุณภาพการรักษาพยาบาล มีการนำระบบคุณภาพเข้ามาในหน่วยงาน เน้น HA (Hospital Accreditation) และระบบมาตรฐานสากลภาครัฐ (Public Sector Standard Management System and Outcomes: PSO) มีการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาลให้มุ่งสู่ความเป็นเลิศ

■ **ความตื่นตัวของข้าราชการในการปฏิบัติงานเชิงรุก**

ข้าราชการในระดับปฏิบัติยอมรับความเปลี่ยนแปลงมากขึ้นและมีความกระตือรือร้นในการให้บริการ มีความตื่นตัวในการบริหารงานเชิงรุก โดยบุคลากรส่วนใหญ่มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้แนวทางการบริหารแบบใหม่ ต้องการมีส่วนร่วมมากขึ้นในการปฏิบัติงาน บุคลากรในองค์กรมีความเข้าใจในเรื่องประสิทธิภาพมากขึ้น รวมไปถึงด้านการวางแผน นิเทศและติดตาม มีการทบทวนและปรับบทบาท ภารกิจ แนวทางการดำเนินงาน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและเน้นการป้องกัน ปรับรูปแบบการทำงานร่วมกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีการทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย โดยรูปแบบการทำงานจะเน้นการจัดกำลังคนและออกให้บริการ PCU ตามสถานีอนามัยทุกแห่ง บุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งได้แก่ แพทย์ และพยาบาล ลงไปให้บริการประชาชนตามสถานีอนามัย นอกจากนี้บุคลากรในองค์กรทุกระดับจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการให้บริการ โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้ตามมาตรฐานความพึงพอใจของประชาชน

■ **บุคลากรมีการพัฒนาความรู้เพิ่มขึ้น**

บุคลากรมีความตื่นตัวรับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยเฉพาะการศึกษาต่อ โดยมีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมและยกระดับพื้นฐานการศึกษาเพิ่มขึ้น ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้ มีทักษะหลากหลาย ส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการปฏิรูป มีการพัฒนาบุคลากรให้ได้รับการอบรม เน้นเรื่องการเรียนรู้ของบุคลากรในองค์กรมากขึ้น เพื่อให้ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลง และการเข้าสู่มาตรฐานสากล การจัดบุคลากรให้ทำงานตามความสามารถและความเหมาะสมของโครงสร้างใหม่ รวมทั้งจัดกรอบอัตรากำลังและเกลี่ยอัตรากำลังตามหลักภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS) ตามภาระงานและตำแหน่งงานเน้นการทำงานเป็นทีมและการมอบหมายอำนาจ (Empowerment) มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ และเปิดโอกาสให้ผู้มีความรู้ความสามารถได้แสดงศักยภาพมากขึ้น เพื่อการพัฒนาองค์กรที่เหมาะสม สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้เกิดความรักความผูกพัน สามัคคี พัฒนาด้านค่านิยม การปรับเปลี่ยนค่านิยมเจ้าหน้าที่ในองค์กร มีการสื่อสารเพื่อให้บุคลากรทราบข้อมูลข่าวสารในองค์กร สนับสนุนการพัฒนา

วิชาการ และงานวิจัย มีความคล่องตัวในการบริการงานบุคคล มีระบบการประเมินผลงานแบบ 360 องศา มีนโยบายกระจายบุคลากรไปยังหน่วยงานบริการมากขึ้น มีการเตรียมพร้อมด้านการบริหารบุคลากรเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยจัดทำขีดความสามารถ (Competencies) ด้านบุคคล และเตรียมข้อมูลในการบริหารค่าตอบแทนแบบ work point compensation ปรับบุคลากรให้ตรงกับ จ. 18 สร้างความเข้าใจให้แก่บุคลากรเพื่อสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาศักยภาพตนเองให้สามารถปฏิบัติงานในช่วงเปลี่ยนผ่าน

■ การนำเทคโนโลยี นวัตกรรมและสารสนเทศมาใช้

มีการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมและสารสนเทศมาใช้ในระบบการทำงานมากขึ้น มีระบบการติดตามงาน (E-Inspection) อย่างใกล้ชิด พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศให้สามารถใช้ในการบริหารจัดการ มีระบบการติดต่อสื่อสารเชื่อมโยงข้อมูล นำระบบคอมพิวเตอร์และระบบช่วยในการตัดสินใจ (DSS) มาใช้ในการให้บริการ

■ การปรับปรุงด้านงบประมาณ

มีการถ่ายโอนงบประมาณด้านรักษาพยาบาล/ส่งเสริมสุขภาพไปที่โรงพยาบาล ส่วนงบประมาณในการดำเนินงานจัดมาที่โรงพยาบาล (CUP) มีการวิเคราะห์และจัดทำแผนการใช้เงินของหน่วยงานอย่างเป็นระบบมากขึ้น มีการปรับตัว การลดต้นทุนขององค์กร ทั้งนี้เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับน้อยลงมาก ไม่เพียงพอและเงินบำรุงสถานบริการลดลงมากกว่าครึ่ง ดังนั้นการใช้เงินงบประมาณจึงต้องมีการวางแผนการเงินมากขึ้น เน้นเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่าย มีการปรับเปลี่ยนระบบการเงินการคลังเป็นเกณฑ์บัญชีคงค้าง มีการปฏิบัติระบบการเงินการคลังโดยโครงสร้างการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบงบประมาณเป็นเหมาจ่ายรายหัวประชากรการบริหารการเงินในรูปของเครือข่ายสถานบริการ CUP การจัดทำงบประมาณแบบเน้นผลงาน มีการวางแผนงานในการตั้งงบการจัดซื้อจัดจ้าง ปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณการเงินและพัสดุ โดยตรงการจัดทำแผนงาน แผนการเงิน และแผนบุคลากรโดยคำนึงถึงตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

การจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ มีคณะกรรมการ มีมาตรฐานชัดเจน การบริหารเงินรัดกุม มีแผนตรวจสอบภายในมากขึ้น มีอิสระในการบริหารงบประมาณช่วงแรกๆ ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นในการจัดการบริหารงานที่ต้องคำนึงถึงต้นทุนกิจกรรม (Activity Base Cost) มีระบบฐานข้อมูลการรายงานและบริหารงบประมาณในลักษณะบูรณาการร่วมกัน (ระหว่าง UC และ Non-UC) การจัดสรรงบประมาณมีทิศทางเน้นผลงานมากขึ้น มีการจัดสรรงบประมาณแนวใหม่ เช่น PPBS, RBM เป็นต้น มีการขอสนับสนุนงบจากท้องถิ่นเพิ่มขึ้น ด้านบริหารการเงินการบัญชีทันเวลา ปรับระบบบัญชีเงินคงค้างนำระบบ PBB มาบริหารทางการเงินการจัดสรรงบประมาณตรงตามเป้าหมายมากขึ้น

■ การปรับปรุงรูปแบบการทำงานให้มีการรับรองคุณภาพ

มีการพัฒนาคุณภาพตามระบบบริหารคุณภาพ จัดทำระบบคุณภาพเพื่อรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เน้นคุณภาพเป็นหลักเพิ่มโครงสร้างโรงพยาบาลเน้นการปรับปรุงคุณภาพบริการตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) มีการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก (External Internal Audit) ดังนั้นทุกหน่วยงานจึงมีการตื่นตัวที่จะก้าวเข้าสู่การรับรองคุณภาพ มีการพัฒนาคุณภาพทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ในหน่วยงานบริการมีการพัฒนาเรื่องคุณภาพมากขึ้น เช่น PSO, HA, ISO เป็นต้น

2. ความคาดหวังการเปลี่ยนแปลง เชิงโครงสร้าง บทบาทภารกิจ วัฒนธรรมและค่านิยม

• โครงสร้างในปัจจุบัน

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ทัศนะเกี่ยวกับโครงสร้างส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขว่า หลังการปฏิรูปเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมา ส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 *กลุ่มบริหาร* คือ กลุ่มปลัดกระทรวงประกอบด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การบริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กลุ่มที่ 2 คือ *กลุ่มวิชาการ* แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ กลุ่มภารกิจ (Cluster) ด้านพัฒนาการแพทย์กับกลุ่มภารกิจ (Cluster) ด้านพัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสุขภาพจิต (เดิมเป็นกรมเดียวกับกรมการแพทย์ แต่แยกออกจากกรมการแพทย์ เมื่อมี พ.ร.บ.ปฏิรูปกระทรวง ทบวง กรม ปี พ.ศ. 2545 และเกิดกรมใหม่ขึ้นมา คือ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งออกมาจากกรมการแพทย์เหมือนกันจึงเรียกว่า สายกรมการแพทย์ มาอยู่ทางด้านการแพทย์) ขณะที่สายวิชาการสาธารณสุข คือ กรมควบคุมโรคและกรมอนามัย ทั้ง 2 กลุ่มนี้ เป็นกลุ่มวิชาการทั้งสิ้น ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งคือ กลุ่มภารกิจ (Cluster) ด้านสนับสนุนงานบริการด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มจัดทำมาตรฐาน และจะมีความสำคัญมากในการจัดทำเรื่องนาโนเทคโนโลยี และไบโอเทคโนโลยี

ส่วนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างที่เกิดขึ้นในส่วนภูมิภาคนั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแสดงทัศนะว่า การปฏิรูปในส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย ผ่านมา 1 ปี หลังการปฏิรูปในปี พ.ศ. 2545 ยังไม่มีสิ่งที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เพราะเป็นระยะของการเปลี่ยนผ่าน ในส่วนของ *สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด* (สสจ.) ทางสำนักงาน กพ. ได้กำหนดกลุ่มงานใหม่ โดยยึดแนวคิดของการปฏิรูปในภาพรวมของกระทรวง คือ พยายามยุบกลุ่มงานให้เหลือน้อยลงและมีแนวทางในการจัดกลุ่มงาน โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศจัดกลุ่มงานออกเป็น 5 กลุ่มงานหลักเหมือนกัน ได้แก่ กลุ่มบริหารงานทั่วไป กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ กลุ่มประกันคุณภาพ กลุ่มสนับสนุนวิชาการ และกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค แต่โครงสร้างภายในของแต่ละจังหวัดสามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมของแต่ละจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการจัดกลุ่มงานเอง แต่แนวทางนี้บางจังหวัดมองว่าเป็นปัญหาของผู้ปฏิบัติ เนื่องจากส่วนกลางมิได้ระบุอย่างชัดเจนว่างานเดิมแต่ละงานจะเข้าไปอยู่ในกลุ่มงานใด ส่งผลให้บางงานหายไปเนื่องจากหาผู้รับผิดชอบไม่ได้ ทั้งนี้บางจังหวัดก็ยังไม่เป็นไปตามที่กระทรวงกำหนด เนื่องจากยังไม่มีความพร้อมจึงเป็นเพียงการจัดกลุ่มงานใหม่ในขณะที่การปฏิบัติงานยังเหมือนเดิม เจ้าหน้าที่ยังคงอยู่ในงานเดิม

ส่วน *สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ* (สสอ.) ไม่มีโครงสร้างใหม่หลังการปฏิรูป ยังคงเป็นโครงสร้างเดิมตามกฎหมาย มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสถานอนามัย (สอ.) มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและนายอำเภอเป็นผู้บังคับบัญชา โดยกระทรวงกำหนดโครงสร้างให้นายอำเภอเป็นผู้บังคับบัญชาสายตรง ส่วนนายแพทย์

สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชาในระดับแนวประสาน การมีผู้บังคับบัญชา 2 ฝ่าย โดยฝ่ายหนึ่งเน้นเรื่องวิชาการ ส่วนอีกฝ่ายหนึ่งเน้นงานมวลชน จึงเกิดปัญหาความซ้ำซ้อนในการบริหารงาน ซึ่งในมุมมองของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่าควรอยู่ในสายบังคับบัญชาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เนื่องจากมีวัฒนธรรมการทำงานเหมือนกัน ซึ่งจะส่งผลให้การปฏิบัติงานเกิดความคล่องตัว ในขณะที่เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่แสดงความเห็น เพราะยังไม่มีมติความชัดเจนเรื่องนโยบาย

โรงพยาบาล โครงสร้างเดิมมีความสัมพันธ์ที่ซ้อนทับกัน คือ ทำงานในบทบาทผู้ให้บริการ (Provider) ถือเงิน และกำหนดกฎระเบียบ ปัจจุบันโครงสร้างโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย มีฝ่ายสนับสนุนที่ชัดเจน ส่วนฝ่ายสุติ ศัลยกรรม อายุรกรรมและเด็ก ยังจัดแบ่งเหมือนเดิม เพียงแต่กลุ่มงานมีความชัดเจนมากขึ้น แต่โครงสร้างโรงพยาบาลศูนย์ของแต่ละจังหวัดอาจจะมีภารกิจภายในไม่เหมือนกัน ในอนาคตถ้าโรงพยาบาลต้องพึ่งตนเอง พันธกิจ(Mission) จะเปลี่ยนไป คือต้องทำอะไร ทำให้โครงสร้างต้องเปลี่ยนความสัมพันธ์เปลี่ยนไป ต้องขึ้นกับเงินค่อนข้างมาก แต่กระทรวงสาธารณสุขยังสื่อสารไม่ชัด รัฐบาลสื่อสารไม่ชัดว่าควรจะทำอย่างไร ให้ทางผู้ปฏิบัติคิดเองในขณะที่กรอบไม่ชัด การปรับโครงสร้างจึงมีปัญหา

สถานื่อนามัย(สอ.)/ศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) ไม่มีโครงสร้างที่เกิดจากการปฏิรูประบบราชการ มีเพียงการเพิ่มอัตรากำลังของบุคลากรเข้าไปเพื่อเปลี่ยนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยในทางปฏิบัติศูนย์สุขภาพชุมชนคือการเพิ่มขีดความสามารถของสถานื่อนามัย (ตามกฎหมายยังเรียกสถานื่อนามัยอยู่ แต่กระทรวงเรียกว่าศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU แต่ที่จริงแล้วยังไม่มีกฎหมายใดมารองรับเรื่องการเปลี่ยนชื่อ) ในโครงสร้างเดิมประกอบด้วย หัวหน้าสถานื่อนามัย นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข กรอบใหม่พยายามเพิ่มเจ้าหน้าที่ชั้นสูตรกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เป็น PCU เป็นการกำหนดประเภทของบุคลากรไปเสริมในเรื่องของการรักษาพยาบาล โดยมีแนวคิด “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ดูแลประชากร 10,000 คน ต่อ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนในเรื่องผู้บังคับบัญชาสถานื่อนามัยก็มีปัญหาล้ายกับสาธารณสุขอำเภอ เนื่องจากมี 2 ผู้บังคับบัญชาเช่นกัน คือ นายอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยงบประมาณต้องขึ้นตรงกับเครือข่ายบริการหรือ CUP (โรงพยาบาล) แต่ถ้าให้สถานื่อนามัยขึ้นตรงกับนายอำเภอฝ่ายเดียวก็เป็นไปไม่ได้ เพราะจะไม่เกิดการเชื่อมโยงด้านวิชาการ นอกจากนี้ PCU ยังมีปัญหาในเชิงบทบาทของหัวหน้าศูนย์กับเจ้าหน้าที่ ดังนั้นหากการพัฒนา PCU ได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาล ก็น่าจะมีการพัฒนาที่ดี

ในทัศนะของผู้บริหารเกี่ยวกับโครงสร้างปัจจุบันหลังการปฏิรูปที่เกิดขึ้นนั้น ผู้บริหารส่วนใหญ่มีทัศนะว่า โครงสร้างปัจจุบันของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ยังมีความซ้ำซ้อนและความขัดแย้งในบางส่วน โครงสร้างใหม่นี้เกิดจาก พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม กับ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และในอนาคตคือ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ส่งผลให้เกิดปัญหาเรื่องการบริหารจัดการซึ่งไม่ได้แก้ไขที่พันธกิจ ดังนั้นควรเน้นเรื่องการทำงานในส่วนนโยบาย ซึ่งปัจจุบันยังไม่เปลี่ยนแปลง เพราะยังเน้นเรื่องบริการ นอกจากนี้โครงสร้างยังไม่เอื้อต่อการพัฒนาในอนาคต ไม่ได้ดูแลเรื่องการเตรียมคน และยังไม่สามารถบรรลุพันธกิจได้ดีกว่าเดิมอย่างชัดเจน เนื่องจากการปฏิรูปโครงสร้างครั้งนี้ไม่ได้มีการวิเคราะห์พันธกิจและโครงสร้างที่เหมาะสมก่อน รวมทั้งยังเป็นการปฏิรูปในลักษณะประนีประนอมมากกว่าการใช้วิธีชี้ขาดบนพื้นฐานของเหตุผลและข้อเท็จจริงที่ผ่านการวิเคราะห์วิจารณ์อย่างถึงแก่นจริง ๆ

นอกจากนี้ผู้บริหารส่วนใหญ่ยังมีทัศนะว่าการปฏิรูปที่เกิดขึ้นไม่ใช่การปฏิรูปครั้งใหญ่อย่างเช่นการปฏิรูปที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2517 ผลจากการปฏิรูปเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมา ภาพรวมของ

กระทรวงสาธารณสุขยังไม่เปลี่ยนแปลง การปฏิรูปที่เกิดขึ้นเป็นเพียงการปฏิรูปเฉพาะโครงสร้าง ที่อยู่บนพื้นฐานความคิดที่ไม่ต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนตามนโยบายที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ใช้รูปแบบเดียวประยุกต์กับทุกกระทรวงในการจัดโครงสร้างเป็นหลัก จึงไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจ การวิเคราะห์ และการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเฉพาะในส่วนที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง ถือได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ทั้งในเชิงโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะด้านโครงสร้าง ซึ่งแทบจะไม่มีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเลย สิ่งที่เกิดขึ้นมีเพียงการเกิดกรมใหม่ 2 กรม โดยกรมใหม่ที่เกิดขึ้นทั้ง 2 กรมนั้น แต่ละกรมมีความชัดเจน แต่ว่าตัวโครงสร้างใหญ่ของกระทรวงยังไม่ชัดเจน ไม่เกิดสมดุล บางกรมมีขนาดใหญ่เกินไป ส่วนบางกรมก็มีขนาดเล็กเกินไป มีการตั้งงานบางงานออกไป การย้ายงานอย่างผิดที่ จนทำให้เกิดความสับสนขึ้น ภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขก่อนการปฏิรูปนั้นจุดเน้นที่สำคัญทางด้านวิชาการไม่ได้ถูกเน้น กระบวนการจัดการในส่วนกลางจึงเปลี่ยนแปลงไม่มาก สิ่งที่น่าเป็นห่วง คือ การมองไม่เห็นความสำคัญทางด้านวิชาการอย่างเด่นชัด

แต่ในประเด็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญทางด้านวิชาการนั้น ในมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดเห็นหนึ่งมีทัศนะว่า การปฏิรูปโครงสร้างครั้งใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2517 ซึ่งต้องการให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงวิชาการมากกว่าที่จะเป็นหน่วยงานบริการอย่างเช่นที่เคยเป็นมา โดยให้มีกรมเพียงกรมเดียวเท่านั้นที่ทำหน้าที่เป็นกรมบริการ คือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่เหลือให้เป็นกรมวิชาการทั้งหมด ซึ่งในความเป็นจริงแล้วไม่สามารถเป็นไปได้ เพราะจากเหตุผลของการตั้งกระทรวงสาธารณสุขก็เพื่อเป็นหน่วยงานบริการ การเปลี่ยนเป็นกรมวิชาการจึงทำให้เกิดความสับสน ประกอบกับระบบงบประมาณ และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขก็ยังไม่เปลี่ยนแปลงเพื่อสนับสนุนการเป็นกรมวิชาการเช่นกัน ซึ่งในทัศนะผู้มีบทบาทสำคัญท่านหนึ่งก็มีความเห็นที่สอดคล้องกัน โดยมองว่าโครงสร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขยังเหมือนเดิม คือ ยังเน้นย้ำกับการให้เป็นกรมวิชาการมากขึ้น แต่ไม่มีการทำความเข้าใจเรื่องบทบาท เป็นเพียงการจัดกลุ่มงานใหม่เท่านั้น และนโยบายก็ยังเป็นลักษณะ Top-down อยู่ และยังไม่ตอบสนองต่อการพัฒนาของภาคเอกชนเท่าที่ควร

ส่วนการจัดกลุ่มภารกิจ (Cluster) ผู้บริหารบางท่านได้กล่าวถึงการจัดกลุ่มภารกิจว่า โครงสร้างของกระทรวงทั้ง 3 กลุ่มภารกิจนั้น ถือได้ว่าเป็นความพยายามที่จะบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องไว้ในกลุ่มเดียวกัน และมีสำนักงานปลัดฯ เป็นหน่วยอำนวยการกลางเพื่อสนับสนุนในเชิงนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ ถือว่าเป็นการแบ่งโครงสร้างที่ครอบคลุมงานตามภารกิจที่กำหนดไว้ แต่มีปัญหาการจัดสรรและการกระจายกำลังคนให้สอดคล้องกับโครงสร้างภารกิจของกลุ่มงานบางส่วนที่ไม่สามารถดำเนินการได้ บางท่านกล่าวว่า โครงสร้างเดิมเหมาะสมอยู่แล้ว ขณะที่บางท่านมองว่า โครงสร้างใหม่ก็มีความเหมาะสม เนื่องจากทำให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการ ลดความซ้ำซ้อนได้ในระดับหนึ่ง โดยผู้บริหารมองว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากในส่วนกลาง คือ มีการเปลี่ยนชื่อและยุบรวม ตั้งหน่วยงานขึ้นใหม่ ขณะที่การเปลี่ยนแปลงเกิดในส่วนภูมิภาคไม่มาก ทั้งนี้ยังมีทัศนะว่าการเปลี่ยนเป็นกลุ่มภารกิจเช่นนี้ ณ ปัจจุบันยังเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่ต้องอาศัยเวลาประเมินผลสัมฤทธิ์ ส่วนการจัดกลุ่มภารกิจยังขาดความชัดเจนในเรื่องการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นหรือการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง จึงจำเป็นต้องมีการปรับทัศนคติในเชิงการบริหารสั่งการของผู้กำหนดนโยบาย องค์กรใดก็ตามที่ดีของการจัดกลุ่มภารกิจเช่นนี้เชื่อกันว่า จะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เอื้อต่อการตรวจสอบได้ง่าย

แต่ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นฝ่ายบริหารบางท่านเห็นว่าอาจสร้างปัญหาในการประสานงานและการสั่งการของ ปลัดกระทรวงที่อำนาจบังคับบัญชาสายการเงินและกำลังคนจะลดลงไป

ส่วนมุมมองของผู้ปฏิบัติมีทัศนะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างที่แตกต่างจากผู้บริหาร เนื่องจากผู้ปฏิบัติมองว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากในส่วนภูมิภาค เนื่องจากผู้ปฏิบัติได้รับผลกระทบจากการ จัดกลุ่มงานใหม่ มีการปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงาน ลดความซ้ำซ้อนของงาน เน้นบทบาทที่เป็นภารกิจหลัก ของหน่วยงาน ภายในองค์กรมีการปรับโครงสร้างงาน ภายนอกองค์กรมีการปรับโฉมด้านรูปลักษณ์หน่วยงาน โครงสร้างงานภายในมีกลุ่มงานมาทดแทนฝ่ายต่าง ๆ แต่สิ่งที่มีความชัดเจนขึ้นก็คือ มีการปรับเปลี่ยน กระบวนการว่าใครจะเป็นผู้อำนาจมากกว่าในหน่วยงาน เนื่องจากเดิมทุกคน ทุกกรม ขึ้นกับปลัดเพียงคนเดียว แต่ปัจจุบันนี้มีรองปลัดฯ ดูแลคนละ 3-4 กรม (ตามกลุ่มภารกิจ) และมีอำนาจใกล้เคียงกับ ปลัดกระทรวง สามารถสั่งการได้ แต่ในประเด็นนี้มีผู้บริหารบางท่านไม่เห็นด้วย และมองว่าในความเป็นจริง รองปลัดกระทรวง ไม่สามารถสั่งการได้จริง เพราะระดับกรมตัดสินใจเบ็ดเสร็จ โดยกรมรับนโยบายจาก ปลัดกระทรวงหรือรัฐมนตรีโดยตรง ดังนั้นจึงเหมือนกับไม่มี Cluster เกิดขึ้น

ส่วนโครงสร้างในระดับภูมิกาคนั้น ผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้สะท้อนมุมมองในประเด็นโครงสร้างใหม่ ของกระทรวงสาธารณสุขหลังการปฏิรูป โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่มีทัศนะว่าโครงสร้าง ระบบงานหลังการปฏิรูปน่าจะดีขึ้น เพราะมุ่งเน้นการบูรณาการมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก เนื่องจากผู้ปฏิบัติโดยเฉพาะในส่วนภูมิภาคไม่รับบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของตนเอง จึงค่อนข้างเกิดความ สับสน การจัด Cluster ทำให้เกิดการบูรณาการเพียงในกลุ่มเท่านั้น แต่ไม่เกิดความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม เพราะ แต่ละกลุ่มมีความเป็นอิสระแยกออกจากกัน จึงไม่เป็นเอกภาพในการปฏิบัติอย่างแท้จริง

ผลการเปลี่ยนแปลงจากการที่กระทรวงมีโครงสร้างระดับกรมเพิ่มขึ้น 2 กรม นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดส่วนใหญ่มองว่าบทบาทของทั้งสองกรมนี้ยังไม่ได้ลงถึงในพื้นที่อย่างชัดเจน กรมพัฒนาการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นเพียงวิสัยทัศน์ ถึงแม้จะเป็นเรื่องที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น แต่ก็ยังไม่ ชัดเจนเท่าที่ควรโดยเฉพาะในภูมิภาค ยังไม่เป็นการรอบอบบทบาทที่ชัดเจนในโครงสร้างของจังหวัด ส่วนกรม สนับสนุนบริการสุขภาพมีบทบาทซ้ำซ้อนกับสำนักงานปลัดกระทรวง บทบาทที่ผ่านลงมาจังหวัดยังไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนบทบาทภาคประชาชน ในส่วนของโครงสร้างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมีกรอบ ที่คล้าย ๆ กันทั้งประเทศ ซึ่งมีความยืดหยุ่นพอสมควรในการปรับโครงสร้าง แต่หลังจากการปฏิรูปโครงสร้าง ของกระทรวงไม่ดีขึ้นมากนัก การประสานงานต้องรายงาน ระบบประสานงานยังขาดความคล่องตัวไม่แตกต่าง จากเดิม และโครงสร้างสายการบังคับบัญชาในระดับภูมิภาคไม่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากยังขึ้นตรงกับผู้ว่า ราชการจังหวัด

ส่วนกรณีความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) บางท่านมองว่าเป็นเรื่องความแตกต่างในเชิงบทบาท และเป็นความขัดแย้งเชิงโครงสร้าง เนื่องจากยังมีช่องว่าง ระหว่าง สปสช. กับกระทรวง ซึ่งส่งผลต่อผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพราะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอยู่ในโครงข่าย เสมือนเป็นสำนักงานสาขาของ สปสช. แต่ในสายบังคับบัญชาทางราชการขึ้นกับสำนักงานปลัดกระทรวงโดยตรง

จากการศึกษาดูงานในพื้นที่จังหวัดตัวแทนกลุ่มจังหวัด(Cluster) ในประเด็นเกี่ยวกับโครงสร้างหลังการ ปฏิรูปในส่วนภูมิภาคพบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งพยายามที่จะจัดกลุ่มงานออกเป็น 5 กลุ่มงาน หลักตามที่สำนักงาน ก.พ. กำหนด แต่เนื่องจากความยืดหยุ่น(ผู้ปฏิบัติมองว่าเป็นความไม่ชัดเจน)ในการจัด

กลุ่มงาน ซึ่งแต่ละสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องดำเนินการเองนั้น ทำให้การจัดกลุ่มงานของแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ ตามความเหมาะสมของลักษณะงานและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ยังคงมีบางพื้นที่ที่แม้ว่าจะมีการจัดกลุ่มงานใหม่ แต่การปฏิบัติงานต่างๆ ยังคงเหมือนเดิม เนื่องจากยังไม่มีความพร้อมในการดำเนินการ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ได้สะท้อนสภาพของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างจากที่อื่น ดังนี้

กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

โครงสร้างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการมีการจัดกลุ่มภารกิจที่แตกต่างจากจังหวัดอื่น เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน คือ มีการแบ่งกลุ่มภารกิจออกเป็น 5 กลุ่มตามที่กระทรวงกำหนด และเพิ่มอีก 2 กลุ่มภารกิจเพื่อให้เกิดความครอบคลุม เป็นการเสริมงานและเพื่อให้เกิดความชัดเจน ได้แก่ ภารกิจพัฒนาสังคม และกลุ่มคอมพิวเตอร์(กลุ่มศูนย์เทคโนโลยี) เพื่อเป็นการเสริมงานให้ดียิ่งขึ้น และจากเวทีการเสวนาระดมความคิดเห็นมีผู้เสนอว่า โครงสร้างทางเลือกแนวทางหนึ่งในการปฏิรูปโครงสร้างของระบบวิชาการ คือ จังหวัดสมุทรปราการต้องเป็นเขตบริหารพิเศษ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเครือข่าย และต้องมีรูปแบบโครงสร้างการบริหารแบบเป็นเขตวิกฤต ไม่ใช่รูปแบบโครงสร้างที่กระทรวงกำหนด

กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วได้จัดกลุ่มงานใหม่ตามแนวทางที่สำนักงาน กพ. กำหนด แต่มีส่วนที่แตกต่างไปจากจังหวัดอื่นๆ คือ กลุ่มงานประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วได้รับแต่งตั้งเป็นสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสายการบังคับบัญชาโดยตรงยังอยู่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อย่างไรก็ตามบางครั้งมีปัญหาการสั่งงานซ้ำซ้อน

กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีการยุบฝ่ายต่างๆ ลงเหลือ 4 กลุ่มงานกับ 1 ฝ่ายตามที่ กพ. กำหนด ซึ่งปัญหาที่พบ คือ การจัดคนให้เหมาะสมกับกลุ่มงาน โดยการจัดคนเข้าในแต่ละกลุ่มงานใช้วิธีสมัครตามความสมัครใจ จึงไม่พบปัญหาเรื่องความพึงพอใจในการทำงาน แต่พบปัญหาในภารกิจเดิมที่ทำอยู่ เช่น งานด้านสุขศึกษางานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เมื่อยุบรวมเป็นกลุ่มแล้วหาคนรับผิดชอบไม่ได้ เพราะคนที่เคยทำงานด้านนี้ไปอยู่กลุ่มงานอื่นที่ตัวเองอาจจะยังไม่มีประสบการณ์ ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานตามมา

กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการจัดแบ่งกลุ่มงานที่แตกต่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่นๆ คือ จัดแบ่งงานออกเป็น 8 กลุ่มงาน (จากเดิม 23 ฝ่าย) ได้แก่ กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ (มาจากฝ่ายนโยบายและแผน ฝ่ายข้อมูล และฝ่ายระบาดวิทยา) กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค (มาจากเภสัชสาธารณสุข และการโยกย้ายบุคลากรจากฝ่ายอื่นเข้ามาให้เต็มศักยภาพ) กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค (ขณะนี้ไม่มีนโยบายหลัก คือ food safety) กลุ่มประกันสุขภาพ (มาจากฝ่ายประกันสุขภาพ) กลุ่มสนับสนุนวิชาการ ซึ่งจังหวัดอื่นๆ จะจัดกลุ่มงานที่เหลือไว้ในกลุ่มนี้ แต่เนื่องจากเห็นว่าเป็นงานที่ภารกิจค่อนข้างมากจึงแบ่งงานในกลุ่มสนับสนุนวิชาการออกเป็น 4 กลุ่มงานที่มีฐานะเท่าเทียมกันกับกลุ่มงานอื่น ได้แก่ กลุ่มพัฒนาบริการ (มาจากฝ่ายรักษาพยาบาล ฝ่ายทันตสาธารณสุข คลินิกกลาง) กลุ่มป้องกันควบคุมโรคติดต่อ (มาจากฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ) กลุ่มสร้างสุขภาพ (มาจากฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายเอดส์) และกลุ่มพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (มาจากฝ่ายพัฒนาบุคลากร)

กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

มีการแบ่งโครงสร้างเป็น 5 กลุ่ม เพราะต้องการทำให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ แต่การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างไม่ชัดเจน มิได้ทำเต็มรูปแบบที่กระทรวงกำหนด มีการปรับงานบางงานเท่านั้น เช่น กลุ่มวิชาการมีงาน นิเทศ และงานยุทธศาสตร์ งานระบาดวิทยาอยู่ในกลุ่มงานควบคุมโรค ซึ่งผู้ปฏิบัติต่างคนต่างไม่ชำนาญงาน จึง แลกงานเหมือนเดิม นอกจากนั้นเป็นไปตามโครงสร้างที่ กพ.กำหนด จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้งาน บางงานเกิดสูญญากาศบางช่วง เช่น งานด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม และกิจกรรมเมืองน่าอยู่ งานด้านสุขภาพมี ผลกระทบโดยตรงค่อนข้างชัด มีหลายงานซึ่งคนไม่เคยทำและอยู่ในกลุ่มวิชาการ เช่น งานอาชีวอนามัย ซึ่งจัดไว้ ในกลุ่มควบคุมโรค อีกเรื่องหนึ่งที่กระทบคือ เรื่องงานชุมชน ซึ่งเดิมจะอยู่ฝ่ายพัฒนาบุคลากร แต่ปัจจุบันย้ายไป งานคุ้มครองผู้บริโภค ปัญหาหลักที่เกิดขึ้น คือ การประสานงาน เพราะยังมีความสับสนในเรื่องการจัดกลุ่มงาน

กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

โครงสร้างกลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก คือ เปลี่ยนจากฝ่าย นโยบายและแผนมาเป็นกลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ โดยการปฏิบัติงานทุกอย่างใช้ข้อมูลในการกำหนดยุทธศาสตร์ ของจังหวัดมากขึ้น ซึ่งช่วงเปลี่ยนผ่านจะมีปัญหา รวมถึงการบริหารจัดการในด้านงบประมาณ ต้องทำความเข้าใจระดับจังหวัดกับระดับกระทรวง ซึ่งความเข้าใจตรงนี้ยังไม่เป็นเอกภาพ ส่วนความแตกต่างในด้าน โครงสร้างของงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีความชัดเจนในระดับจังหวัด คือ ได้กำหนดให้มีกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นมาอยู่ในกลุ่มงานวิชาการและแยกให้มี ผู้รับผิดชอบชัดเจน โดยเรื่องมาตรฐานและคุณภาพเป็นเรื่องที่สำคัญ และจำเป็นต้องมีกฎหมายเข้ามาคุ้มครอง ผู้บริโภค ดูแลเรื่องทะเบียน และการพัฒนาระบบข้อมูล เพื่อเสริมในโครงสร้างจังหวัด

กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

โครงสร้างพยายามดำเนินการตามที่กระทรวงกำหนด มีการปรับเปลี่ยนโดยมุ่งเน้นการเป็นผู้กำกับดูแล ผู้ออกนิเทศก์ติดตาม และกลุ่มงานทางด้านวิชาการมากขึ้น แต่มีความแตกต่างที่เด่นชัดคือเป็นหน่วย ยุทธศาสตร์ที่มีหน่วยเคลื่อนที่เร็ว ส่วนโครงสร้างของโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงบางส่วน เช่น โรงพยาบาล ถลาง เดิมมีฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ แต่เมื่อมีศูนย์สุขภาพชุมชนและรวมเอาเรื่องการรักษาด้วย ส่วนนี้จึงหายไป ส่วนโครงสร้างที่เปลี่ยนด้านอื่นของโรงพยาบาลไม่ได้ปรับไปตามกระทรวง 100 % เพราะว่ามีหน่วยงานพิเศษ ที่ตั้งขึ้นมา นอกเหนือจากโครงสร้างที่กระทรวงกำหนด เช่น หน่วยวิจัย หน่วยยุทธศาสตร์ เป็นต้น

ความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่มองว่า ในอนาคตโครงสร้างกระทรวงควรเล็กลง แต่มีสมรรถนะ มากขึ้น และกระจายบุคลากรลงสู่ภูมิภาคมากขึ้น การจัดโครงสร้างควรสะท้อนสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ โครงสร้างที่ควรจะเป็นในระดับภูมิภาค คือ เป็นหน่วยงานที่แยกจากกัน หรืออาจจะมาสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรเป็นฝ่ายหนึ่งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมี หน้าที่กำกับโรงพยาบาลอำเภอ โดยโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละแห่งไม่จำเป็นต้อง เหมือนกัน แนวโน้มในอนาคตภารกิจที่มีความสำคัญมากขึ้นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คือ การกำกับ ตรวจสอบ ควบคุม สร้างมาตรฐานหรือดูแลมาตรฐาน และคุ้มครองผู้บริโภค ดังนั้นจึงควรมีโครงสร้างที่สอดคล้อง รับกัน ทั้งนี้จากเวทีเสวนาระดมความคิดเห็นผู้เข้าร่วมการเสวนาบางท่านมีทัศนะว่า การบริหารในระดับอำเภอต้องมีสถานบริการรองรับ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรมีการประสานเป็นเอกภาพ มีแพทย์

ดูแลด้านวิชาการ แต่ไม่ควรให้แพทย์มาทำหน้าที่บริหารทั้งหมด ทั้งนี้อาจจะให้สาธารณสุขอำเภอเป็นผู้บริหาร แต่ต้องมีการทำความเข้าใจกับแพทย์ด้วย เช่น กรณีโรงพยาบาลเอกชนที่ผู้บริหารไม่ใช่แพทย์ แต่มีฝ่ายการแพทย์

ผู้มีบทบาทสำคัญท่านหนึ่งมีทัศนะว่า การปรับโครงสร้างต้องเกี่ยวข้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากงบประมาณจะเป็นตัวหลักที่ทำให้มีการปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจในอนาคต และงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขก็จะเป็นแบบ UC หรือ Non UC ซึ่งคิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญและจะเป็นตัวแปรที่จะทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการเปลี่ยนแปลง

ในมุมมองของปราชญ์ชาวบ้านมีทัศนะว่า โครงสร้างการบริหารขึ้นอยู่กับคุณภาพการเมือง ระบบการเมืองว่าจะมีความจริงใจมากน้อยเพียงใดที่จะปฏิรูประบบราชการ เพราะสังคมไทยเป็นสังคมผิดปกติ จึงควรมองโจทย์ที่ผิดปกติ ผิดธรรมชาติ จะเข้าใจได้ และเสนอแนะว่าโครงสร้างอาจจะเป็นในลักษณะเครือข่าย (Network) โดยต้องเป็นเครือข่ายของหลายๆ หน่วย ซึ่งมีหลายๆ ระดับทำงานต่อกันเหมือนกับเซลล์สมอง แต่ไม่น่าจะใช้ในรูปของปิรามิดที่มีอยู่ในปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังมีผู้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างที่คาดหวังผ่านเวทีเสวนาระดมความคิดเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขเป็นเพียงกลไกหนึ่งในระบบสุขภาพ ดังนั้นต้องพิจารณาว่ากระทรวงสาธารณสุขควรมีภารกิจอย่างไร และภารกิจนั้นก็จะกำหนดโครงสร้างที่ควรจะเป็น ส่วนโครงสร้างที่เหมาะสมในอนาคต (10 ปี) ควรมีเพียงหน่วยประสานงานและกำกับดูแลเรื่องสุขภาพของประชาชน เพิ่มภาคประชาชน ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และเพิ่มหน่วยงานภายในที่สามารถคานอำนาจได้ ทั้งยังต้องมีโครงสร้างที่จะสามารถทำให้ระบบสุขภาพไทยไม่เปลืองพลังต่อกระแสโลกาภิวัตน์ นั่นคือ เรื่องงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การสาธารณสุขระหว่างประเทศ ต้องมีความสามารถที่จะจัดการ (Manipulate) กลไกระดับโลกที่จะกำหนดเงื่อนไขภายในประเทศ แต่การมีศักยภาพแบบนั้นได้เราต้องสร้างคน ทั้งนี้สิ่งที่มองข้ามเสียมิได้ คือ ประเด็นวัฒนธรรม ค่านิยม หรือแม้แต่พฤติกรรมของข้าราชการ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงสร้าง เนื่องจากโครงสร้างอย่างหนึ่งก็จะสร้างวัฒนธรรมหรือค่านิยมของข้าราชการอย่างหนึ่ง ผู้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดเห็นท่านหนึ่งมีทัศนะว่า ปัจจุบันพนักงานงานระดับล่างในภูมิภาคยังติดวัฒนธรรมรอคำสั่ง ยังมีสายการบังคับบัญชา (hierarchy) ดังนั้นโครงสร้างจึงมีผลต่อวัฒนธรรมหรือค่านิยมที่ต้องการให้เปลี่ยนไป ซึ่งหากนโยบายไม่ยอมรับ แต่ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพออกมา ย่อมเปลี่ยนค่านิยมความคิดไม่ได้ ถึงแม้มีสัมชชา มีความคิดแต่ก็ยังติดกับสายการบังคับบัญชา เพราะโครงสร้างของระบบสุขภาพยังไม่ชัดเจน จึงต้องนำเอาโครงสร้างมาเป็นตัวช่วยค่านิยม

ในมุมมองของกรรมการสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญเรื่องของกระบวนการและเสนอว่า ควรนำเอาเป้าหมายมาเป็นหลัก โดยมีเป้าประสงค์ว่าต้องการเห็นอะไรเกิดกับประชาชนเป็นหลักแล้วจึงดูว่ากระบวนการที่จะกำหนดโครงสร้างควรจะเป็นอย่างไร บุคลากรควรจะเป็นอย่างไร ถ้ายึดหลักรัฐธรรมนูญซึ่งกำหนดว่าประชาชนไทยมีสิทธิได้รับบริการทางด้านการแพทย์สาธารณสุขที่เสมอภาค แต่ถ้ายึดเอาสิ่งที่ออกมาแล้วก็คือ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเห็นทิศทางชัดเจนเรื่องประเทศไทยเป็นเมืองสุขภาพดี (Healthy Thailand) เป็นภาพที่สะท้อนให้เห็นว่าในอนาคตเราอยากเห็นอะไร เป้าหมายของเราคือประชาชนเป็นอย่างไร สังคมเป็นอย่างไร แล้วนำมาปรับกระบวนการเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกัน ถ้ายึดประชาชนเป็นที่ตั้ง สุขภาพ

ประชาชนจะเป็นอย่างไรต้องฟังจากประชาชนแล้วจึงนำกลับมาตั้งเป็นโจทย์ว่าโครงสร้างควรจะเป็นอย่างไร ระบบควรจะเป็นอย่างไร ซึ่งควรจะไปในทิศทางเดียวกัน

ในทัศนะของผู้เข้าร่วมเสวนาท่านหนึ่ง ซึ่งเป็นตัวแทนสภาวิชาชีพ มีทัศนะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างว่าธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงต้องค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากสิ่งที่เกิดขึ้นจากระดับบน(ผู้บริหาร) ไม่ได้เกิดจากระดับล่าง(ผู้ปฏิบัติ)เป็นสิ่งที่ยากที่จะเป็นจริงได้ กระทรวงสาธารณสุขมีโครงสร้างที่เป็นมาอยู่อย่างยาวนานไม่ควรที่จะตัดส่วนใดส่วนหนึ่งไป การเปลี่ยนแปลงควรค่อยๆ เปลี่ยนจากปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้เริ่มจากผู้ปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนน่าจะเริ่มต้นจากถามผู้ปฏิบัติว่ามีปัญหาอะไร หรือต้องมีข้อมูลจากประชาชน ทั้งนี้เห็นว่าโครงสร้างเดิมดีอยู่แล้ว แต่สิ่งที่ควรเพิ่มในการปฏิรูปคือการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และวัฒนธรรมองค์การซึ่งต้องเป็นธรรมาภิบาล ต้องเข้าใจตรงกัน ต้องอยู่บนพื้นฐานของสันติสุขร่วมกัน ไม่ใช่เพียงสุขภาพประชาชนดี คนทำงานก็ต้องดีขึ้น และมีสันติสุขในที่ทำงานด้วย และ ก.พ.ร. หรือผู้ที่เกี่ยวข้องจะทำอย่างไรให้มีการคานอำนาจในองค์การ ในทัศนะของเจ้าหน้าที่ส่วนกลางท่านหนึ่งให้ความเห็นว่าองค์การที่จะทำให้คนมีขวัญกำลังใจต้องโตพอสมควร มิใช่เล็กเกินไป คิดแต่ผู้รับบริการ คิดแต่ภาคประชาชน แต่คนทำงานทำไม่ได้ ต้องมีการเติบโตของคนทำงานด้วย

● บทบาทภารกิจ

จากเวทีเสวนาระดมความคิดเห็นผู้เข้าร่วมการเสวนามีทัศนะว่า ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันประกอบด้วยหน้าที่ 4 ประการหลักๆ ประการแรก คือ จัดระบบความรู้ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการวิจัยเพื่อที่จะทำให้การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและเพื่อนำมาใช้ในการจัดการระบบ ประการที่ 2 ทำหน้าที่จัดให้มี Public Communication หมายถึงว่าเป็นการสื่อสารสองทาง ให้ประชาชนฉลาดขึ้นในการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากที่ผ่านมาประชาชนถูกกระทำมาก ถูกระบบตลาดหรือระบบอื่น ๆ ขวนให้บริโภคโดยไม่จำเป็นหรือว่าบริโภคแล้วเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ประการที่ 3 การออกกฎหมาย กติกา รวมทั้งกฎหมายเพื่อที่จะผลักดันพัฒนาระบบไปในทางที่ต้องการ ระบบนี้หมายถึงความสัมพันธ์ (Relationship) ของส่วนต่างๆ ในระบบ ประการที่ 4 จัดการให้ระบบสุขภาพเป็นระบบที่เรียนรู้และปรับตัว เป็น Learning System ที่ต้องมีการปรับอย่างต่อเนื่อง ซึ่งค่อนข้างเป็นอุดมคติ เป็นหลักการ ถ้าทำได้จริงก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทภารกิจ

จากเวทีการเสวนาระดมความคิดเห็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแสดงทัศนะว่าบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีความเกี่ยวข้องกับกระทรวงอื่นๆ ดังนั้นจึงควรพิจารณาถึงความเชื่อมโยงว่าควรทำอย่างไร (ก่อนเรื่องรูปแบบโครงสร้างเฉพาะ) เช่น กรณีการเซ็นสัญญา FTA เป็นปัญหาคุกคามสุขภาพ สิ่งที่พยายามทำกันอยู่ไม่ใช่เพียงแค่พยายามที่จะสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้คนมีส่วนร่วมให้คนรู้จักดูแลสุขภาพตนเอง แต่ต้องให้คนรู้เท่าทันว่าอะไรกำลังจะเกิดขึ้นกับชีวิตของตนเอง การกำหนดโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้คำนึงถึงปัญหาผลกระทบรุนแรงจากสนธิสัญญาที่กระทบสุขภาพ สุขอนามัย อาชีวอนามัยในสถานการณ์การทำงาน ประชาชนไม่ทราบข้อมูลและขาดการมีส่วนร่วม ปัญหาสุขภาพอนามัย มลพิษต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้อยู่เฉพาะในโรงงาน แต่ได้กระจายเข้าสู่ครัวเรือน หากพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จะพบว่าเราให้ความสำคัญกับหมวดความมั่นคงสุขภาพมาก พยายามให้ชาวบ้านดูแลสุขภาพตนเอง แต่เราไม่สามารถบอกได้ว่าเรามีความรู้ที่จะดูแลตนเองหรือไม่ เพราะฉะนั้นทำอย่างไรที่จะทำให้การขับเคลื่อนในการปรับโครงสร้างบทบาทภารกิจของแต่ละส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพจะชัดเจนยิ่งขึ้น ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุขคิดอยู่เพียงฝ่าย

เดียว ซึ่งในมุมมองของภาคประชาชนมองว่า การปฏิรูปช้าเกินไปและเสียระบบ เพราะการเมืองทำลายระบบจนเสียหาย ข้าราชการไม่มีจุดยืน สิ่งที่ต้องการเห็น คือ ข้าราชการมีกรอบหน้าที่รับผิดชอบในระบบราชการ

- **วัฒนธรรมและค่านิยม**

ผู้บริหารบางท่านได้กล่าวถึงวัฒนธรรมของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นวัฒนธรรมในทางที่ไม่ดีนัก โดยกล่าวว่าบุคลากรส่วนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขถูกสั่งการมาโดยตลอด ส่วนคนที่คิดเองทำอะไรเองมักจะเป็นประเภททนอยู่ และไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นที่ดีของตนเองออกไป ดังนั้นจึงต้องมีการปฏิรูปความคิด ให้เกิดความคิดไปในทางที่มองอนาคต ส่วนผู้บริหารอีกท่านหนึ่งกล่าวถึงเรื่องการแย่งชิงตำแหน่ง การใส่ร้ายป้ายสี และการไม่พิจารณาคนที่ผลงาน ถือเป็นวัฒนธรรมเลื่อมที่เกิดขึ้นในช่วงการแต่งตั้ง โยกย้าย นอกจากนี้กลุ่มข้าราชการที่ใกล้ชิดเกษียณอายุ (โดยเฉพาะระดับอธิบดี) มักจะไม่ทำงาน หรือไม่กล้าตัดสินใจ เพราะเกรงว่าจะผูกพันมากเกินไปและจะเกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดี ดังนั้นแทนที่จะมีผลงานเกิดขึ้นก็ไม่เกิด นอกจากนี้ยังมีระบบอุปถัมภ์ พวกพ้อง เส้นสายและการกลั่นแกล้งกัน

นอกจากนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายท่านได้ชี้ให้เห็นว่า สาเหตุที่ความเปลี่ยนแปลงยังไม่เข้ารูปอย่างเต็มที่ได้อย่างรวดเร็วได้นั้นเพราะบุคลากรในกระทรวง ยังขาดความพร้อม ความเข้าใจ ยังขาดความตระหนักถึงผลที่จะเกิดแก่ประชาชน ส่งผลต่อการไม่ยอมรับ ไม่ให้ความร่วมมือกับการเปลี่ยนแปลง การไม่ปรับทัศนคติรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทำให้ช่วงเปลี่ยนผ่านเนิ่นนาน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ยังเป็นการ “บีบบังคับ” ให้เปลี่ยนมากกว่าจะเกิดจากความพร้อม ความเต็มใจในการร่วมมือ บางท่านมีความเชื่อว่าวัฒนธรรมบางอย่างที่กระทรวงสาธารณสุขได้หล่อหลอมกันมานานส่งผลดี เช่น ความอดทน ความเป็นพี่น้องกัน ความเห็นอกเห็นใจ การมีจิตสำนึกบริการ แต่เมื่อระบบเศรษฐกิจนำ ทำให้คุณธรรมหาย ทำให้การทำหน้าที่เป็นการทำเพื่อตนเองจะได้อยู่รอด บ้างเชื่อว่าเป็นเพราะนักการเมืองเข้ามาล้วงลูก สร้างวัฒนธรรมที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุข “ยอมลง” ให้กับผู้มีอำนาจให้คุณให้โทษ สร้างระบบอุปถัมภ์ การตั้งแถวต้อนรับ สร้างผลต่างตอบแทนเกิดขึ้นเห็นได้จากพฤติกรรมการเข้าแถวต้อนรับ ของฝาก หรือการฉ้อฉล ในยุคก่อน ๆ

ส่วนวัฒนธรรมที่น่าชื่นชมของผู้บริหารระดับสูง คือ ความกล้ายืนหยัด ต่อกรกับสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การคัดเลือกบุคคลที่เน้นระบบคุณธรรม คำนึงถึงความสามารถและคุณภาพของบุคลากรเป็นสำคัญ การเล่นพรรคเล่นพวกระหว่าง “หัวเก่า” “หัวใหม่” มี แต่น้อย ปัจจุบันระบบการบริหารสั่งการทำให้มีการเชื่อมโยงระหว่างข้าราชการประจำกับข้าราชการฝ่ายการเมืองมาก นักการเมืองเข้ามา “ล้วงลูก” ถึงระดับกรมกองได้มากขึ้น คนดีถูกกลั่นแกล้งได้ง่าย นักวิชาการขาดเสรีภาพและอิสระภาพทางวิชาการ ผลงานทางวิชาการมีผลต่อการกำหนดขึ้นนโยบายได้น้อยมาก โดยเฉพาะหากฝ่ายการเมืองไม่ต้องการ ผู้บริหารขาดความเอาใจจริงเอาใจกับความไม่สุจริต ผู้ปฏิบัติบางท่านกล่าวว่า เดิมกระทรวงสาธารณสุขมีวัฒนธรรมแบบพี่น้อง พ่อแม่ลูก ปัจจุบันสังคมของกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างเปลี่ยน ผู้บริหารค่อนข้างจะอิงการเมือง และใช้ระบบศักดินาแบบกระทรวงมหาดไทย

นอกจากนี้จากมุมมองของภาคประชาชนมองว่า วัฒนธรรมของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขยังมีความคับแคบอยู่สูง คับแคบทั้งในมิติของเรื่องสุขภาพ และในมิติของสังคม วัฒนธรรม แต่มีมุมมองที่คม ชัดลึกในเชิงวิทยาศาสตร์ ความเป็นวิชาการเกี่ยวกับการรักษา บำบัด แต่เรื่องอื่น ๆ ไม่ใช่ว่าไม่มี เพราะปัจจุบันค่อนข้างดีขึ้น

ส่วนในทัศนะของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนั้น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันว่าวัฒนธรรมของกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ดีอยู่แล้ว คือ มีระบบอาวุโสเป็นหลัก ไม่มีวัฒนธรรมเจ้าขุนมูลนายแบบกระทรวงมหาดไทย ปัจจุบันวัฒนธรรมของกระทรวงสาธารณสุขได้รับอิทธิพลจากระบบการเมือง มีระบบเส้นสาย ไม่เห็นความสำคัญของระบบอาวุโส ผู้ปฏิบัติในระดับล่างถูกฝึกให้รับคำสั่งเท่านั้น และจากเวทีการเสวนาระดมความคิด บางท่านมีทัศนะว่าระบบราชการยังติดค่านิยมหรือวัฒนธรรมใบสั่ง สำหรับพฤติกรรมของข้าราชการ ยังอยู่ในจุดที่ไม่มีผลชัดเจนในทุกๆ เรื่อง จึงขาดความกล้าหาญที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้การทำงานเชิงรุกเป็นเพียงคำพูด ยังไม่มีผลในทางปฏิบัติ และยังมีความเห็นว่าการกระจายอำนาจต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมเก่าๆ ที่ยังติดอยู่ ซึ่งต้องใช้เวลายาวนานในการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างไม่มีการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมก็จะคงเดิม แต่วัฒนธรรมของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยน ทั้งๆ ที่โครงสร้างไม่เปลี่ยนเท่าไร พฤติกรรมของข้าราชการปัจจุบันเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เอาตัวรอด เนื่องจากอิทธิพลของภาคการเมือง ทำให้ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ขาดศักดิ์ศรี พฤติกรรมของข้าราชการปัจจุบันเป็นไปในทางลบ ดังนั้นแนวทางการบริหารการเปลี่ยนแปลง ควรจะมีดุลยภาพระหว่างการเมืองกับข้าราชการประจำให้ดีโดยยึดมั่นคุณธรรมและปัญญาเป็นที่ตั้งเท่านั้น

ความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมและค่านิยม

ในทัศนะของผู้เข้าร่วมเสวนาระดมความคิดบางท่านมีความเห็นว่า การปรับโครงสร้างเป็นวิธีคิดแบบกลุ่มอิทธิพล เป็นเรื่องของอำนาจ การแก้ไขปัญหาก็ตรงจุดต้องเริ่มต้นจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม หลังจากนั้นจึงปรับเรื่องโครงสร้างและการจัดสรรงบประมาณ ในอดีตการบริหารจัดการคิดในแง่ของการจัดการองค์การทั้งหมด ซึ่งเป็นเรื่องที่ยาก ความจริงสิ่งที่ต้องการ คือ การจัดการสังคม (social management) ทำให้คนส่วนใหญ่เข้าใจว่าเรื่องสุขภาพ (well being) เป็นเรื่องที่ไม่ใช่หน่วยงานส่วนใดส่วนหนึ่งรับผิดชอบ แต่เป็นเรื่องที่ต้องรับผิดชอบร่วมกัน เมื่อมีความเห็นที่ตรงกันก็จะสามารถกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุขได้ ซึ่งการทำให้คนเห็นตัวตนของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการปรับด้านวัฒนธรรมของกระทรวงสาธารณสุขและการสร้างความเข้าใจระหว่างเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน ให้ตรงกันมากขึ้นและก้าวไปด้วยกัน น่าจะทำให้ได้เร็วกว่าเรื่องโครงสร้างของระบบ

ในมุมมองของปราชญ์ชาวบ้าน มีทัศนะว่า การบริหารเชิงยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขนั้น อยู่ที่ทิศทางนโยบายการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขว่ามีความชัดเจนหรือไม่ เพราะถ้าไม่ชัดเจนจะไม่สามารถคิดเรื่องเชิงยุทธศาสตร์ได้ ที่ผ่านมานโยบายต่างๆ กำหนดโดยฝ่ายการเมืองมีลักษณะนโยบายรายวัน ยึดผู้นำเป็นตัวตั้ง สำหรับความคาดหวังเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญคือ โครงสร้างการบริหาร พฤติกรรมของข้าราชการ วัฒนธรรมและค่านิยมในสังคม ทั้งนี้หากรัฐบาลนำเอาเรื่องเงินเป็นตัวตั้ง ระบบบริการสุขภาพจะเปลี่ยนระบบสุขภาพให้กลายเป็นเรื่องของการค้า

ในประเด็นนี้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดท่านหนึ่งมีทัศนะว่า การเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์การเป็นเรื่องใหญ่ที่สุด ซึ่งควรเปลี่ยนโดยนำคนมาเป็นตัวตั้ง ให้คนสามารถปรับตัวได้ก่อนแล้วจึงเอางานไปจับ ซึ่งที่ผ่านมาเปลี่ยนแปลงไม่ได้มากนัก โดยวัฒนธรรมสาธารณสุขต้องส่งเสริมความหลากหลาย การเปลี่ยนแปลงเชิงวัฒนธรรมของกระทรวงสาธารณสุขควรเริ่มต้นที่ผู้บริหาร หากผู้บริหารไม่เปลี่ยน ผู้ปฏิบัติในระดับล่างก็จะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งปัจจุบันผู้บริหารระดับสูงของสาธารณสุขยังมีช่องว่างทางความคิด การเปลี่ยนแปลง

หรือปฏิรูปความคิดต้องเกิดจากคนรุ่นใหม่ที่กำลังแสดงออก และเป็นผู้ดำเนินการบริหารการเปลี่ยนแปลง
เดิมวัฒนธรรมของสังคมเชื่อว่าแพทย์เป็นศักดิ์นาเก่า เป็นผู้ช่วยชีวิตและมีเกียรติ ดังนั้นจึงควรนำจุดเด่นนี้มา
สร้างระบบ ควรมีการสอนแพทย์รุ่นใหม่ให้เข้าใจและมีความคิดที่จะกลับไปทำงานในส่วนภูมิภาค และควรเสริม
ในมิติของสังคม มีกระบวนการกล่อมเกลாத่างสังคม (Socialization)

แต่อย่างไรก็ดี บางท่านยังให้ความหวังไว้ว่า วัฒนธรรมที่ดีงามจะกลับคืนมาได้จากเลือดใหม่ที่มี
อุดมการณ์ เขียวภาพที่ยืนหยัดไม่ถูกกลืน เป็นผู้ที่เห็นความต้องการ เข้าใจปัญหา และยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง

3. การบูรณาการความเชื่อมโยง ระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำหรับประเด็นความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ภายหลังจากการปฏิรูประบบราชการที่ผ่านมา มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกลุ่มต่าง ๆ ได้แสดงทัศนะดังนี้

ในทัศนะของผู้บริหารมองว่า ส่วนกลางยังคงบทบาทในการจัดการงานสาธารณสุขของประเทศแบบ
เบ็ดเสร็จ โดยส่วนภูมิภาคมีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อย ส่วนท้องถิ่นยังไม่มีบทบาทเท่าที่ควร ทำให้ระบบ
บริการสาธารณสุขเป็นไปตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด ซึ่งบางครั้งไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ของพื้นที่
ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขต้องมอบอำนาจให้ราชการส่วนภูมิภาคมากขึ้น โดยสถานบริการสาธารณสุขในส่วน
ภูมิภาค ควรรวมกันเป็นเครือข่าย แล้วแยกออกเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระในการบริหารภายใต้กรอบ
นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และราชการส่วนท้องถิ่นควรกระจายอำนาจการบริหารด้านส่งเสริมและ
ป้องกันโรคให้อยู่ภายใต้การสนับสนุนของส่วนกลางและภูมิภาค

ผู้มีบทบาทสำคัญหลายท่านมีทัศนะที่สอดคล้องกัน โดยมองว่าควรมีการจัดโครงสร้างในส่วนกลางเพื่อ
รองรับการกระจายอำนาจ เช่น ต้องตั้งกองหรือสำนักพัฒนาสาธารณสุขในเขตท้องถิ่นขึ้น เพื่อรองรับการ
กระจายอำนาจในส่วนภูมิภาค มีการให้อำนาจแก่ท้องถิ่นเพื่อให้สามารถทำงานด้านสาธารณสุขได้จริง และควร
จัดโครงสร้างระบบบริการให้มีความสัมพันธ์ระหว่างลำดับต่าง ๆ ให้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทั้งสถานอนามัย
โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด ไม่ควรเป็นคนละเจ้าของ และควรมีการพิจารณาให้องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นมีรูปแบบในการรับผิดชอบสถานบริการโดยไม่ต้องเป็นเจ้าของสถานบริการ ดังเช่น ประกันสังคม

บางท่านเสนอว่าในระดับจังหวัดควรมีโครงสร้างการบริหารงานที่มีเอกภาพ โดยอาจจะมียนายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัดเป็น CEO ทางด้านสาธารณสุขโดยตรง นอกจากนี้ยังเสนอแนะว่าจะปรับบทบาทให้
สาธารณสุขอำเภอเป็น CEO ระดับอำเภอ เพื่อแบ่งเบาภารกิจสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (โดยไม่ต้องขึ้นตรง
กับนายอำเภอ) ซึ่งถ้านายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็น CEO สาธารณสุขต้องเป็นหัวหน้าโรงพยาบาล (ต้อง
ปรับโครงสร้างใหม่ทั้งหมด) และสาธารณสุขอำเภอมีความจำเป็นที่จะต้องอยู่ในพื้นที่ เป็นตัวแทนของกระทรวง
สาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่ระดับของอำเภอและขึ้นตรงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเนื่องจากตรงกับสายงาน
โรงพยาบาลกับสาธารณสุขจังหวัดควรแบ่งหน้าที่กันให้ชัดเจน คือ โรงพยาบาลทำหน้าที่รักษา ส่วนสาธารณสุข
จังหวัดทำในเรื่องของการสร้างสุขภาพและสานนโยบายร่วมกับท้องถิ่นหรือในเรื่องการป้องกันควบคุมโรค
การกระจายอำนาจควรลงไปถึงพื้นที่ของการปฏิบัติอย่างแท้จริง เจ้าหน้าที่สถานอนามัย หรือองค์การบริหารส่วน

ตำบล ควรมีอำนาจในการตัดสินใจในการบริหารจัดการเพื่อให้มีกระบวนการเชื่อมโยง อาจจะเป็นภาคประชาสังคมซึ่งทำการบูรณาการกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐในระดับพื้นที่ การส่งเสริม อสม. ให้เป็นตัวเชื่อมและให้อำนาจอย่างเต็มที่

ทั้งนี้ นายแพทย์สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า กระทรวงสาธารณสุขทำงานเชิงบูรณาการมาเป็นระยะเวลานาน และเป็นหน่วยงานแรกๆ ที่เริ่มดำเนินการ โดยในระดับจังหวัดมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดดูแลเรื่องเกี่ยวกับงานสาธารณสุข เสมือนเป็นผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด ทั้งนี้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่มองว่า ระบบผู้ว่าราชการจังหวัดแบบบูรณาการ (ผู้ว่า CEO) เป็นแนวคิดที่ดี แต่มีปัญหาในการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากยุทธศาสตร์ของผู้ว่า CEO ค่อนข้างจำกัด มิได้มองครอบคลุมถึงงานด้านสาธารณสุข และไม่มีตัวชี้วัดที่เหมาะสม มีเพียงยุทธศาสตร์ด้านเศรษฐกิจ โดยมุ่งเน้นเรื่องเม็ดเงินอยู่ ทำให้งานด้านสาธารณสุขไม่อยู่ในนโยบายของผู้ว่า CEO ในหลายๆ จังหวัดเน้นด้านอุตสาหกรรมหรือด้านเศรษฐกิจเป็นตัวตั้ง รวมถึงระบบงบประมาณที่ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการยังเป็นสัดส่วนที่น้อย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบางท่านมีทัศนะว่า บทบาทของผู้บริหารสาธารณสุขในแนวทาง CEO ต้องสามารถบริหารโรงพยาบาล บริหารสถานพยาบาล (ต้องมีกฎหมายให้อำนาจ) มีความรู้เรื่องการบริหารโรงพยาบาล การบริหารชุมชนและงานรักษา และมีความสามารถด้านการบริหารจัดการ ซึ่งอาจจะไม่ใช่ผู้ที่มาจากสายแพทย์ หรืออาจจะดำเนินการแบบ Co-CEO ดังเช่นที่จังหวัดนครราชสีมา กำลังดำเนินการอยู่ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่มีมุมมองว่า ในอนาคตโรงพยาบาลต่างๆ จะเข้ามาอยู่ในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจึงมีอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรในจังหวัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ ควรมีบทบาทเป็นรอง CEO ด้านสาธารณสุขในระดับของจังหวัดและอำเภอตามลำดับ มีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็นในยุทธศาสตร์ของจังหวัด สามารถบูรณาการได้ทั้งทรัพยากรบุคคลและเงิน โดยพลังที่สำคัญในท้องถิ่น คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทั้งนี้ มีผู้เสนอแนะว่า อสม. กับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ควรอยู่ด้วยกัน และควรยกระดับ อสม. ให้เป็นรูปธรรม มีสวัสดิการ/เบี้ยเลี้ยง เพื่อเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อสังคมด้วยความเสียสละ และควรมีเครือข่าย มีแกนกลุ่มสุขภาพ มีเวทีสัญจรไปยังชุมชนต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ระบบสุขภาพร่วมกันของทุกภาคส่วน

ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมองว่า การมีระบบ CEO เข้ามายังทำให้เกิดความสับสนในการทำงานมากขึ้น เพราะมีหลายๆ งานเข้ามาในขณะที่ภาระงานเดิมยังมีมาก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีความพร้อมเพียงพอ และสิ่งสำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ต้องมีการสื่อความคิด สาธารณสุขต้องพยายามขยายข้อมูลความรู้ไปสู่ระดับท้องถิ่น และกระตุ้นให้เกิดการแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้การแก้ไขปัญหาตรงกับความต้องการของประชาชนจริง ๆ ดังนั้นจึงต้องเชื่อมความสัมพันธ์กับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ให้ได้ และควรดึงภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้น

ส่วนความคิดเห็นจากเวทีเสวนาระดมความคิดเห็น ผู้เข้าร่วมการเสวนาได้สะท้อนทัศนะเกี่ยวกับการกระจายอำนาจว่าเป็นสิ่งที่มีความเหมาะสม โดยผู้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดเห็นส่วนใหญ่เห็นว่าในอนาคตกระทรวงสาธารณสุขควรกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยเฉพาะเรื่องงานบริการ และการกระจายอำนาจตามยุทธศาสตร์ควรเน้นความสามารถของภาคประชาชนหรือประชาสังคมมากขึ้น ผู้เข้าร่วมการเสวนาท่านหนึ่งมีทัศนะว่าการกระจายอำนาจน่าจะเป็นเรื่องที่เหมาะสมมากกว่าเรื่ององค์การมหาชน เนื่องจากองค์การมหาชนไม่

ตอบสนองคนที่มีฐานะยากจนจึงไม่เหมาะในงานสาธารณสุขเท่าที่ควร เพราะฉะนั้นแนวคิดการกระจายอำนาจน่าจะมีประโยชน์มากที่สุด แต่ปัญหาเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ คือ กระทรวงสาธารณสุขยังมองว่าท้องถิ่นไม่มีสมรรถนะเพียงพอที่จะทำงานบริการด้านสาธารณสุข แต่ในประเด็นนี้ผู้เข้าร่วมการเสวนาบางท่านมีทัศนะว่าจริงๆ แล้วการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับข้าราชการในฐานะผู้ให้บริการด้วยว่าเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และเสนอแนะว่าควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถดำเนินงานในด้านนี้ได้ และอีกปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญค่อนข้างมาก คือ ปัญหาเรื่องงบประมาณเนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณให้แก่งานสาธารณสุขน้อย ส่วนใหญ่จะเน้นด้านโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งความคิดเห็นนี้มีความสอดคล้องกับทัศนะของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดดังกล่าวถึงแล้วในตอนต้น ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องถือว่าการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนด้านสาธารณสุขเป็นหน้าที่ที่ต้องดำเนินการด้วย

ผู้เข้าร่วมการเสวนาท่านหนึ่งมีทัศนะว่าต้องสร้างให้เกิดกระบวนการแบบองค์รวม โดยอาศัยทุนทางสังคม อาศัยภาคีทุกภาคส่วน และต้องหาทางออกสำหรับระบบงบประมาณที่ไม่เอื้อ เช่น ในประเทศอังกฤษหรืออเมริกา ซึ่งมีมูลนิธิชุมชนจะเป็นตัวที่ระดมทรัพยากรจากภาคธุรกิจต่างๆ ที่เรียกว่า Corporate Social Responsibility ระดมทุนจากภาคประชาสังคม และหากรัฐท้องถิ่นหรือรัฐส่วนกลาง เห็นว่างานใดเป็นงานที่ต้องสนับสนุนให้เกิดการสาธารณสุขขึ้นพื้นฐานที่เข้มแข็งก็สนับสนุนงบประมาณไปให้มูลนิธิชุมชน และให้มูลนิธิชุมชนทำหน้าที่ในการสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดกระบวนการในการร่วมคิดของประชาชน เป็นกระบวนการในการสร้างการมีส่วนร่วมที่นำเอาเรื่องของความรับผิดชอบในการบริหารจัดการทรัพยากร แต่ต้องมีโครงการที่ดีและถ่ายโอนไปทำ Health Stewardship ที่องค์กรปกครองท้องถิ่น

บางท่านยังถึงความสำคัญเกี่ยวกับกลไกที่มีอยู่แล้ว เช่น สถานีอนามัย ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับท้องถิ่นและชาวบ้านมาก น่าจะถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ในอนาคตสถานีอนามัยน่าจะมีบทบาทมากขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่ควรแบกภาระมาก รวมถึงประเด็นการมีส่วนร่วม ที่ผ่านมานั้นในมุมมองของภาคประชาสังคมมองว่าภาคประชาชนมักจะเป็นผู้ถูกกระทำมากกว่าโดยนำมาเป็นองค์ประกอบเป็นพิธีกรรมเพื่อให้เกิดความชอบธรรมเพื่อมุ่งหวังผลประโยชน์ส่วนตัว กรณี CEO เป็นตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนมาก การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นเพียงรูปแบบและพิธีกรรม ดังนั้นการออกแบบสาธารณสุขควรนำเอาประชาชนเป็นตัวตั้งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนมากขึ้น สิ่งหนึ่งที่ต้องทำ คือ การสร้างองค์ความรู้ที่เป็นอุดมการณ์ที่เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการสร้างองค์ความรู้ร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้สึกว่าเขาเป็นเจ้าของสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นใหม่ และทำให้ระบบสุขภาพนั้นไม่เป็นของกระทรวงสาธารณสุขหรือของแพทย์แต่เป็นของชาวบ้านของประชาชน

ดังนั้น ในอนาคตกระทรวงสาธารณสุขไม่ควรเป็นผู้จัดบริการเอง แต่ต้องสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีต่างๆ รวมถึงกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชนต้องเปลี่ยนบทบาทเช่นกัน กระทรวงสาธารณสุขต้องเน้นวิชาการที่จะเป็นตัวสนับสนุนการปฏิบัติในระดับพื้นที่ ซึ่งบทบาทนี้จะมีความชัดเจนมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขต้องรู้ว่าการพยายามที่จะสร้างอาณาจักร อาจจะไม่ช่วยให้อะไรดีขึ้น ควรที่จะตัดส่วนต่างๆ ออกไปและทำให้เล็กกะทัดรัด และรู้ว่าพันธกิจอยู่ตรงไหน จะทำให้เกิดความชัดเจนยิ่งกว่า แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาหลายปีกกว่าจะทำได้ และอย่างน้อยที่สุดต้องทำความเข้าใจในความคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่นหรือส่วนต่างๆ หรือที่ใช้คำว่าทุกภาคส่วนให้ชัดเจน

การฟ้องถ่ายภารกิจลงไปให้ท้องถิ่นมีความเป็นไปได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลา รวมทั้งความพร้อมในแต่ละที่ด้วย สิ่งหนึ่งที่หน่วยงานในท้องถิ่นสะท้อนออกมาได้ค่อนข้างมาก และเป็นจุดที่สำคัญคือมีข้อจำกัดของศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้านตัวบุคคล เพราะต้องใช้ความเป็นวิชาชีพสูง ปัจจุบันมาตรฐานวิชาชีพสูงและจะถูกเข้มงวดมาก ซึ่งท้องถิ่นค่อนข้างมีปัญหาในเรื่องของการรับภารกิจนี้ ฉะนั้นถ้าถ่ายโอนภารกิจลงไปแล้วไม่ได้แก้ไขปัญหาก็จะทำให้ความสามารถในการที่จะรับในส่วนนี้ได้เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ และถ้าหากจะต้องมีองค์การกระทรวงสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ส่วนที่สำคัญที่สุดคือการบริหารเพื่อตอบสนองความพึงพอใจ ในระดับพื้นที่โดยต้องสร้างทางเลือกในการดูแลสุขภาพ โรงพยาบาลจะอยู่ในระบบของรัฐบาลหรือในระบบของกระทรวงสาธารณสุข หรือในส่วนท้องถิ่น หรือเอกชน อาจจะต้องเป็นระบบที่คู่ขนานกันไปทั้งหมด ถ้าจะให้ระบบใดระบบหนึ่งรับผิดชอบก็จะเกิดปัญหา ขาดการถ่วงดุล ดังนั้นในระดับพื้นที่ควรที่จะมีคณะกรรมการบริหารจัดการระบบสุขภาพพื้นที่ต่างๆ ทั้ง 76 จังหวัด สามารถที่จะบริหารจัดการเรื่องสุขภาพในพื้นที่ ดึงงบประมาณในพื้นที่มาบริหารจัดการร่วมกัน ดึงคนที่มีในพื้นที่แต่ละแห่งมาบริหารร่วมกัน โดยมีคณะกรรมการกลาง แต่ขณะนี้ขาดคนกลางที่จะประสานในพื้นที่

4. สรุปความ

จากการประมวลทัศนคติความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นความก้าวหน้าในการบริหารการเปลี่ยนแปลงเชิงยุทธศาสตร์ ความคาดหวังการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง บทบาทภารกิจ วัฒนธรรมและค่านิยม รวมถึงการบูรณาการความเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สรุปได้ว่า การบริหารการเปลี่ยนแปลงภายหลังปฏิรูประบบราชการเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมานั้น ในช่วงต้นของการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างรู้สึกสับสน เนื่องจากมีหลายเรื่องที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาเดียวกัน ในขณะที่ไม่สามารถชี้ให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงจะไปในทิศทางใด

การปฏิรูปด้านโครงสร้างที่เกิดขึ้นมีทั้งผู้ที่มองว่าโครงสร้างมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและผู้ที่มองว่าโครงสร้างยังคงเหมือนเดิม โดยผู้ที่มองว่าโครงสร้างมีการเปลี่ยนแปลงนั้นมองในด้านการจัดกลุ่มภารกิจ (Cluster) ที่รวมงานที่มีความเกี่ยวข้องกันเข้ามาอยู่ในกลุ่มงานเดียวกัน ทำให้เกิดการบูรณาการและการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพมากขึ้น ส่วนผู้ที่มิทัศนะว่าโครงสร้างยังคงเหมือนเดิม เนื่องจากมองว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นเพียงการโยกย้ายกลุ่มงานเท่านั้น ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างดังเช่นที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2517 ซึ่งถือได้ว่าเป็นการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขครั้งสำคัญ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ในอนาคตกระทรวงสาธารณสุขควรมีโครงสร้างที่เล็กลงแต่มีสมรรถนะมากขึ้น เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นเพียงกลไกหนึ่งในระบบสุขภาพ ซึ่งต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับประชาคมสุขภาพต่างๆ รวมทั้งภาคประชาชนที่จะมีส่วนร่วมด้านสุขภาพมากขึ้นในอนาคตด้วย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องพิจารณาถึงภารกิจที่เหมาะสมในอนาคต และนำภารกิจนั้นมากำหนดโครงสร้างที่ควรจะเป็น โดยการจัดโครงสร้างต้องเหมาะสมและสะท้อนสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

รวมทั้งต้องมีการกระจายบุคลากรไปสู่ภูมิภาคมากขึ้นด้วย เนื่องจากมองว่าในอนาคตงานด้านการบริการสาธารณสุขจะเป็นภารกิจของหน่วยงานในส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์และมีการจัดการความรู้เรื่องสุขภาพ เนื่องจากปัจจุบันปัญหาสุขภาพเปลี่ยนแปลงประกอบกับแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่เปลี่ยนไป โดยมองสุขภาพเป็นเรื่องสุขภาพะ มิใช่เรื่องโรคเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพมีพหุภาคีด้านสุขภาพต่างๆ เข้ามามีบทบาทสำคัญมากขึ้น จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริง และเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขเกิดผลสัมฤทธิ์ เพราะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโดยไม่เปลี่ยนกระบวนทัศน์เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก

บทที่ 4

กรอบวิสัยทัศน์ (Vision) และภาพพันธกิจ (Mission) ในทศวรรษหน้า

ในบทนี้ได้นำเสนอกรอบวิสัยทัศน์และพันธกิจกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมเนื้อหา 4 ส่วน ส่วนที่หนึ่ง เป็นการประมวลความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับประเด็นวิสัยทัศน์และพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ส่วนที่สอง กรอบวิสัยทัศน์และภาพพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต โดยนำเสนอความคิดเห็นต่าง ๆ จากการสัมภาษณ์และจากเวทีระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับกรอบวิสัยทัศน์และพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต และนำเสนอกรอบวิสัยทัศน์และภาพพันธกิจในทัศนะของคณะผู้ศึกษาวิจัย ส่วนที่สาม กล่าวถึงวิสัยทัศน์ พันธกิจกับการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และส่วนสุดท้าย ส่วนที่สี่ สรุปความ

1. ประมวลความคิดเห็น ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับวิสัยทัศน์และพันธกิจกระทรวงสาธารณสุข

วิสัยทัศน์กระทรวงสาธารณสุข (1)

“กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นกระทรวงเพื่อปวงชน ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับจะร่วมกันสร้างองค์กรที่มีความเข้มแข็งทั้งด้านวิชาการ บริหาร และบริการ โดยมีบุคลากรที่มีคุณภาพ มีคุณธรรมและทำงานอย่างมีความสุข บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม”

วิสัยทัศน์กระทรวงสาธารณสุข (2)

“เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเสมอภาค โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และสังคมที่มีจิตสำนึกด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การเป็น “เมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand)” และพร้อมที่จะเป็นผู้นำการแข่งขันด้านสุขภาพในระดับสากล”

จากเวทีเสวนาระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นวิสัยทัศน์และพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ ได้สะท้อนทัศนคติความคิดเห็น ดังนี้

● ทัศนะของผู้บริหารและผู้มีบทบาทสำคัญ

ผู้บริหารมองว่าวิสัยทัศน์ปัจจุบันเอื้อต่อการบริหารราชการของกระทรวง เพราะวิสัยทัศน์มองทุกองค์กรที่เกี่ยวข้อง แต่บางท่านกล่าวว่าวิสัยทัศน์ของราชการไม่มีการระดมความคิดเห็นที่แท้จริง เป็นเพียงการเขียนวิสัยทัศน์ ไม่ใช่กำหนดวิสัยทัศน์หรือการวิเคราะห์วิสัยทัศน์ สิ่งสำคัญคือวิสัยทัศน์ต้องสะท้อนความคิดของผู้บริหาร ข้าราชการประจำทุกระดับ นักการเมืองต้องมีวิสัยทัศน์เช่นกัน แต่วิสัยทัศน์ในปัจจุบันของกระทรวงสาธารณสุขยากต่อการทำความเข้าใจ วิสัยทัศน์มักจะเขียนด้วยภาษาที่สวยงาม และเอื้อต่อการนำไปปฏิบัติ แต่ในทางปฏิบัติจริง ๆ เรื่องของบุคลากรยังไม่สอดคล้อง

ส่วนพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารบางท่านมองว่าพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างดี และเอื้อต่อการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุข เดิมกระทรวงสาธารณสุขเน้นการรักษาโรค แต่ปัจจุบันเน้นการป้องกันโรค และกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะใช้นโยบายกระจายอำนาจสู่ภูมิภาค ให้ภูมิภาคบริหารจัดการงบประมาณเอง พันธกิจชัดเจน ไม่มีปัญหา ส่วนที่มีปัญหาคือโครงสร้าง เพราะโครงสร้างไม่เอื้อต่อการพัฒนาในอนาคต แต่ผู้บริหารส่วนหนึ่งก็มองว่าพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่เอื้อต่อการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากยังไม่สามารถทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเองได้ และไม่ตรงกับความรู้สึก บางกรม กพ. กำหนดว่าต้องเป็นกรมวิชาการ แต่หากยึด Citizen Base เวลาเกิดปัญหาขึ้นความคาดหวังของภาคประชาชนและภาคการเมืองจะคาดหวังนอกกรอบวิชาการ แต่จะคาดหวังในเรื่องปฏิบัติการที่จะควบคุมสถานการณ์ เช่น กรณีโรคซาร์ ฉะนั้นจึงต้องมี 2 พันธกิจ คือวิชาการและปฏิบัติการ เพราะวิชาการจะสนับสนุนปฏิบัติการ

● ทศนะของผู้ปฏิบัติ

ความคิดเห็นของบุคลากรในระดับผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับประเด็นวิสัยทัศน์ และพันธกิจกระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบันเห็นว่ากรอบวิสัยทัศน์ยังไม่เหมาะสม เพราะเป็นเพียงการมองในมุมเดียว โดยมีได้ระบุว่าประชาชนจะได้รับอะไร และเห็นว่าควรปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์ ทั้งนี้ เนื่องจากภารกิจหลักของภาครัฐคือการรับใช้และบริการประชาชน ดังนั้นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขจึงควรบอกให้ชัดเจนว่าต้องการทำภารกิจเพื่อให้เกิดอะไรกับประเทศชาติและประชาชน ควรมองว่าจะทำอะไรที่จะให้คนมีสุขภาพที่ดีได้ การปรับเปลี่ยนควรยึดประชาชนเป็นเป้าหมายหลักในการส่งเสริมพัฒนาให้คุณภาพชีวิตที่ดี และยังไม่ได้มุ่งเน้นถึงรากหญ้าของผู้ปฏิบัติ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขไม่ใช่ของผู้บริหารเท่านั้น แต่ยังมีบุคลากรอีกจำนวนมาก บุคลากรในระดับปฏิบัติ ชุมชนและสังคมคือรากหญ้าของการพัฒนา จึงน่าจะทำให้เกิดความเท่าเทียม ความเป็นธรรมและมีมาตรฐานในการปฏิบัติงานตามจรรยาบรรณวิชาชีพ

กรอบวิสัยทัศน์/พันธกิจให้ความสำคัญเฉพาะผู้บริหารกระทรวงในบางวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ ซึ่งไม่ได้สัมผัสกับชุมชนอย่างแท้จริง จึงอาจจะมองการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ชัดเจน ผู้ที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด คือ พนักงานสาธารณสุข ดังนั้นกรอบวิสัยทัศน์ควรให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ เพื่อสร้างจิตสำนึกในหน้าที่และความเป็นเจ้าขององค์กร เพราะการทำงานตามหน้าที่กับการทำงานด้วยจิตสำนึก ผลลัพธ์ย่อมแตกต่างกัน ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับบุคลากรทุกระดับและทุกสาขาวิชาชีพอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งยังเสนอว่าควรเปลี่ยนจาก “ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ” เป็น “เรา” หรือเปลี่ยนจาก “ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ” เป็น “เจ้าหน้าที่ทุกระดับ” และวิสัยทัศน์ควรสะท้อนถึงการมุ่งเน้นภายนอกองค์กร คือ ชุมชนและสังคม ร่วมกับการมุ่งเน้นภายในองค์กร

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความเห็นว่า การบริหารควรใช้มืออาชีพเข้ามาบริหาร ที่ผ่านมาเป็นการบริหารโดยแพทย์ ซึ่งบางคนเพิ่งจบการศึกษายังไม่รู้เรื่องการบริหาร แต่ต้องมาทำหน้าที่บริหาร เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขไม่เปิดกว้างให้กับวิชาชีพอื่นๆ ปัจจุบันผู้ปฏิบัติงานไม่มีความสุข มีความอึดอัดใจ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขมีถึง 44 สายงาน แต่สายงานที่ได้รับค่าตอบแทนสูงมีเพียงแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลเท่านั้น ซึ่งการสร้างองค์กรให้มีความเข้มแข็งต้องมีความเสมอภาคเท่าเทียมกันจึงจะจูงใจให้มีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง ดังนั้นผู้บริหารไม่ควรกำหนดเพียงเป็นวิชาชีพแพทย์เท่านั้น ควรยึดหลักความสามารถร่วมกับระบบคุณธรรม และเสนอแนะว่าควรปรับวิสัยทัศน์เพราะวิสัยทัศน์ที่ระบุว่า “บุคลากรมีคุณธรรม ทำงานอย่างมี

ความสุข” นั้นไม่สามารถเป็นวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุขได้ หากความเสมอภาคและเท่าเทียมทางด้านผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมืออุปกรณ์ยังไม่กระจายอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในชนบทที่มีความขาดแคลนมาก รวมถึงสวัสดิการก็ไม่เท่าเทียมจึงทำให้บุคลากรไม่มีความสุขอย่างแท้จริง

- **ทัศนะของผู้มีบทบาทสำคัญที่เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิด**

จากกรอบวิสัยทัศน์ข้างต้น ผู้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดเห็น แสดงทัศนะที่ค่อนข้างสอดคล้องกันว่า พื้นฐานด้านค่านิยมหลัก (Core values) ของคนในองค์กรอันเป็นที่มาของวิสัยทัศน์ ซึ่ง Core values ของคนในกระทรวงสาธารณสุขในบริบทของประเทศไทยไม่เหมือนกับประเทศอื่นๆ เนื่องจาก ประเทศไทยจะมุ่งเน้น Service Provider ทำให้ Core values มีความเชื่อว่าองค์การสาธารณสุขเป็นที่รวมของบุคลากรที่ “เก่งกล้าสามารถ มีความสันทัดจัดเจน” และมีทักษะในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ เพื่อตอบสนองความต้องการหรือตอบสนองปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จึงทำให้วิสัยทัศน์มาจากค่านิยมที่ไปผูกพันอยู่กับตัวแบบ **ชีวการแพทย์ (Biomedical Model)**

ผู้เข้าร่วมการเสวนาท่านหนึ่งมีทัศนะว่า วิสัยทัศน์รูปแบบที่สองค่อนข้างให้ความสำคัญกับ Social Health Model หรือ Social Cultural Model ซึ่งเป็นตัวแบบที่ถือเอาเรื่องราวที่เป็นเงื่อนไขอันเป็นที่มาของ “ทุกขภาวะ” มาเป็นโจทย์ และพยายามที่จะเอาวิธีการด้านสังคม วัฒนธรรม รวมถึงเศรษฐกิจการเมืองเข้าไปเป็นเครื่องมือในการดำเนินการลดทุกขภาวะ และสร้างสรรค์สิ่งที่เรียกว่า “สุขภาวะ” ทำให้สังคมสุขภาวะเกิดขึ้นมา ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่เขียนว่า “เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเสมอภาค” ซึ่งถ้อยคำเหล่านี้เป็นเรื่องของ Social Health Model

ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดบางท่านมีทัศนะว่า วิสัยทัศน์ทั้ง 2 รูปแบบนั้นยังบ่งบอกให้เห็นถึงการรวมศูนย์ของการทำงานในด้านสุขภาพ และยังมุ่งเน้นในทุกๆ ด้าน เช่น ด้านวิชาการ บริหาร และบริการทั้งหมด ในขณะที่บางท่านแสดงทัศนะว่า วิสัยทัศน์รูปแบบแรกของกระทรวงสาธารณสุขกล่าวถึง “บุคลากรมีคุณภาพและมีคุณธรรมและทำงานอย่างมีความสุข” แต่วิสัยทัศน์ใหม่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ ทั้งยังมุ่งเน้นเรื่องประสิทธิภาพแต่ไปไม่ถึงพันธกิจ คือ ไม่รู้ว่าจะทำอะไร แต่ว่าเน้นในเรื่องประสิทธิภาพ ส่วนวิสัยทัศน์รูปแบบที่สองจะเน้นพันธกิจที่ว่า เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดอย่างยิ่ง เพราะระบบสุขภาพใหม่ที่จะปฏิรูป กระทรวงเป็นส่วนย่อยของระบบสุขภาพเท่านั้น แต่วิสัยทัศน์พยายามยึดแบบเดิม ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดอย่างยิ่ง เพราะกระทรวงจะไม่เป็นกระทรวงหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพอีกต่อไป

ผู้เข้าร่วมการเสวนาท่านหนึ่งกล่าวว่า วิสัยทัศน์รูปแบบที่สองน่าจะเป็นความคิดจากฝ่ายการเมือง แต่รูปแบบที่หนึ่งนั้นน่าจะมาจากความคิดของผู้บริหาร เนื่องจากเน้นเรื่องการ “ทำงานอย่างมีความสุข” ความสุขในการทำงานเป็นประเด็นสำคัญ เน้นเรื่องการบริหารจัดการ ความกังวลในเรื่องวิธีทำงานมีมาก ฉะนั้นวิสัยทัศน์จึงเน้นเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพ แต่ย้ำว่าเป็น “กระทรวงของปวงชน” ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการเสวนาอีกท่านหนึ่งกล่าวเสริมว่า วิสัยทัศน์รูปแบบที่สองค่อนข้างที่จะจับกระแสทางการเมือง หรือกระแสของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ไม่ยั่งยืน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่น เรื่องเมืองไทยสุขภาพดี ซึ่งจะถูกระแสพัดให้กระแทกกันไปอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งถึงเจ้าหน้าที่ระดับล่างที่สุด เช่น สถานีอนามัยหรือในหมู่บ้าน และในประโยคสุดท้ายที่พูดถึงเรื่อง “การแข่งขันด้านสุขภาพในระดับสากล” ซึ่งเน้นเกี่ยวกับเรื่อง Medical Hub ถือได้ว่าเป็นสิ่งอันตรายต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย เพราะเท่ากับว่าเรา

“นำเข้า” ระบบสุขภาพ ทำให้ไม่เหลือระบบสุขภาพที่จะเอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือคนในประเทศ โดยเฉพาะคนจน

ส่วนในมุมมองของผู้ปฏิบัติที่ได้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดเห็นด้วยนั้นได้กล่าวถึง ประเด็นช่องว่างของวิสัยทัศน์กับการปฏิบัติ เนื่องจากกำหนดวิสัยทัศน์ขึ้นมาโดยมิได้พิจารณาสภาพความเป็นจริงว่าประชาชนต้องการอะไร อยากเห็นภาพจังหวัดเป็นอย่างไร ผู้ปฏิบัติมองว่าตนเป็นผู้ถูกกระทำจากวิสัยทัศน์รูปแบบที่สอง เนื่องจากเมื่อมีการปฏิรูประบบราชการผู้ปฏิบัติจะถูกประเมินจาก กพร. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ประเมินเรื่องการปฏิรูประบบราชการ ในขณะเดียวกันก็ต้องดำเนินการตามนโยบายของกระทรวง เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้ทำสัญญาเรื่อง “Healthy Thailand” หลังจากที่กำหนดเป็นวิสัยทัศน์ จึงมีแผนยุทธศาสตร์ลงไปให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำเป็นระเบียบวาระ (Agenda) ในพื้นที่ระดับจังหวัด โดยทำเป็นแผนเชิงวัดผลสัมฤทธิ์ และมองสุขภาพเป็นเรื่องของเศรษฐกิจ วัดเรื่องสุขภาพดีของคนเป็นเรื่องเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติมีภาระงานมากขึ้นและเกิดความสับสน ผู้ปฏิบัติงานยังไม่เข้าใจวิสัยทัศน์หรือพันธกิจต่างๆ ของกระทรวง ยังไม่รู้ว่าทิศทางของกระทรวงคืออะไร เพราะเป็นระบบสั่งการ ทั้งนี้ ประเด็นปัญหาสำคัญไม่ได้อยู่ที่วิสัยทัศน์ที่กำหนดออกมา แต่อยู่ที่ลักษณะปัญหาในองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสิ่งที่เป็นเป้าหมายและการสื่อสารไปถึงผู้ปฏิบัติงานในองค์กรทั้งหมดประสบความล้มเหลว และเห็นว่าเป็นเรื่องที่สำคัญมากที่จะพยายามปรับปรุงวิสัยทัศน์ใหม่

นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติยังได้แสดงทัศนะที่น่าสนใจว่า

“.....ขณะเดียวกันนโยบายอีกส่วนหนึ่งซึ่งถูกกำหนดจากกระทรวง คือ นโยบายเมืองไทยสุขภาพดี โดยคำว่า “สุขภาพดี” มองเพียงเข้าถึงการบริการเท่านั้น ซึ่งถ้าหากไม่ทำด้านการบริการก็จะไม่มีงบประมาณลงไปให้ ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ไม่มีสิทธิ์คิด เพราะถูกกำหนดมาแล้วว่าต้องทำอะไรบ้าง เพื่อสนองตัวชี้วัดของผู้ว่าฯ CEO คนที่อยู่ในจังหวัดก็มองเห็นอนาคต เนื่องจาก สปสช. เอาเงินไปแขวนกับเรื่องบริการ เพราะคิดว่างานสาธารณสุขเป็นเรื่องบริการ ในขณะที่มีนโยบายสร้างนาซอม แต่งบประมาณเรื่องการสร้างสุขภาพไม่มี ดังนั้นเมืองไทยจะสุขภาพดีได้อย่างไร จะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้อย่างไร เมื่อไม่เคยได้เรียนรู้ และไม่เคยมีข้อมูลในเชิงทำให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วม กระทรวงสาธารณสุขบอกว่า “เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน” แต่ไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนในพื้นที่ ไม่มีเวทีให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมกำหนด ในส่วนของพื้นที่ไม่มีสิทธิ์คิดอะไรเลยต้องทำรายงานเพื่อส่งให้ระดับบนประเมินจากรายงาน แต่กระทรวงไม่เคยมีการทำข้อมูลเชิงสุขภาพที่เป็นสุขภาวะจริงๆ และนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้เพื่อให้สังคมเกิดการสะท้อนบ้าง.....”

ส่วนประเด็นเกี่ยวกับพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันนั้น ผู้เข้าร่วมการเสวนามีทัศนะว่าพันธกิจที่กระทรวงมีอยู่ในขณะนี้ พึ่งได้รับการจัดการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่จะทำให้เกิดสิ่งที่มีคุณค่าสูงกว่าขึ้นในอนาคต

2. กรอบวิสัยทัศน์และภาพพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต

เกี่ยวกับประเด็นวิสัยทัศน์และภาพพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต ในทัศนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ ได้สะท้อนความคิดเห็น ดังนี้

• ทัศนะของผู้บริหารและผู้มีบทบาทสำคัญ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารส่วนใหญ่มองว่า กระทรวงสาธารณสุขจะต้องเป็นแกนในการสร้างนโยบายทางด้านการสาธารณสุข โดยตั้งอยู่บนจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี หรือมีสุขภาวะที่ดี ส่วนในทัศนะของผู้มีบทบาทสำคัญมองว่า โจทย์สำคัญของฝ่ายบริหารคือ การทำให้วิสัยทัศน์บรรลุผล ซึ่งผู้มีบทบาทสำคัญบางท่านเห็นว่าภาพฝันยังไม่ปรากฏ แต่การนำระบบการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์มาใช้อาจมีส่วนช่วยได้มาก ผนวกกับเพิ่มการกระจายอำนาจของการบริหารไปยังส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นให้มาก

ผู้มีบทบาทสำคัญบางท่านเชื่อว่า การบริหารที่อิงกับการเมืองและเศรษฐกิจทุนนิยม จะทำให้คุณธรรมและคุณภาพเสื่อมถอย เนื่องจากการบริหารต้องมองระบบสุขภาพของประชาชนให้ครบ ให้อำนาจ และต่อเนื่องกัน มิใช่มุ่งแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ประกอบกับผู้มีส่วนอำนาจในเชิงนโยบายต้องลงไปสู่พื้นที่เพื่อรับฟังปัญหา เก็บข้อมูลปฐมภูมิให้มากที่สุด กระจายอำนาจการตัดสินใจไปสู่ภูมิภาคผ่านเขตและสู่ท้องถิ่น บ้างเสนอให้ส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการร่วมกำหนดนโยบายบริการสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นนั้น ๆ ด้วย หน้าที่ของส่วนกลางคือ ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล การบริหารงานบริการไม่จำเป็นต้องกำหนดจากส่วนกลาง แม้กระทั่งการจัดสรรงบประมาณ ควรกระจายไปยังส่วนภูมิภาคได้ด้วย ควรบริหารระบบสารสนเทศของกระทรวงให้เป็นเอกภาพ เพื่อก่อให้เกิดการถ่ายโอนกระบวนการเรียนรู้สร้างผลสัมฤทธิ์ต่อไป ลดปัญหาระบบอุปถัมภ์และการถูกชี้นำโดยฝ่ายการเมืองลง

ผู้มีบทบาทสำคัญบางท่านมองว่า 10 ปีข้างหน้าเทคโนโลยีจะก้าวหน้าไปมาก ทั้งเรื่องพันธุกรรม ยีนส์ นาโนเทคโนโลยี ฯลฯ กระทรวงสาธารณสุขต้องมองไปให้ถึงจุดนั้น และเตรียมการเพื่อรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น กระทรวงสาธารณสุขต้องสร้างพันธกิจใหม่ และใช้พันธกิจเป็นตัวทำโครงสร้าง การวางแผนระยะยาวต้องออกไปสู่ท้องถิ่น เพื่อหาคนที่เหมาะสม คนที่มีจุดแข็ง กระทรวงสาธารณสุขจะต้องเล็งลง และทำให้ท้องถิ่นเข้มแข็งขึ้น ดังเช่นประเทศเกาหลีใต้ ส่วนกลางเป็นเพียงผู้ชูนโยบายสาธารณสุขเท่านั้น ทั้งยังกล่าวว่าในอีก 10 ปีข้างหน้ากระทรวงสาธารณสุขไม่ควรดูแลโรงพยาบาล โดยต้องยกโรงพยาบาลให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล

• ทัศนะของผู้มีบทบาทสำคัญที่เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิด

จากการเสวนาระดมความคิดในประเด็นเกี่ยวกับกรอบวิสัยทัศน์และภาพพันธกิจในอนาคต ผู้มีบทบาทสำคัญที่เข้าร่วมการเสวนาได้สะท้อนความคิดเห็น ดังนี้

วิสัยทัศน์กระทรวงสาธารณสุขในอนาคต

ผู้เข้าร่วมการเสวนาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่ากรอบวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุขคือ “กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นองค์การนำทางความคิดด้านระบบสุขภาพ สร้างองค์ความรู้ และเป็นองค์การหลักในการประสานความร่วมมือให้องค์การทางสังคมอื่น ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของประชาชนอย่างมีคุณภาพ คุณธรรม เสมอภาคและยั่งยืน”

ทั้งนี้ การเป็นองค์การนำทางความคิดนั้นจะต้องสร้างองค์ความรู้และต้องมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่วิจัยและการเป็นองค์การประสานความร่วมมือ เพื่อเป็นการลดความซ้ำซ้อนในการประสานงานทั้งกับภาครัฐด้วยกันหรือกับภาคเอกชน

ผู้เข้าร่วมการเสวนาท่านหนึ่งมีทัศนะว่า ในการกำหนดวิสัยทัศน์นั้น ควรจะต้องรู้ขอบเขตหน้าที่ (Mandate) ที่ชัดเจนขององค์การ เพื่อให้การกำหนดวิสัยทัศน์สอดคล้องกับขอบเขตหน้าที่ดังกล่าว แต่ในปัจจุบันยังมีความชัดเจนว่ากระทรวงสาธารณสุขควรจะทำอะไร การกำหนดวิสัยทัศน์จึงขึ้นอยู่กับบริบทที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต ซึ่งเราต้องคาดหมายได้ในระดับหนึ่งว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นทั้งระดับโลก (Global) ระดับชาติ (National) และระดับท้องถิ่น (Local) หรือมีองค์ประกอบด้านใดที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวอาจจะดำเนินการได้ยากลำบาก เพราะจะมีปัญหางานที่ซ้ำซ้อน ดังนั้นเพื่อให้การกำหนดวิสัยทัศน์เกิดความเหมาะสมจึงควรมีการระดมความคิดของทุกภาคส่วน และมีเสียงที่สะท้อนจากภาคประชาชนมากขึ้น

● ทัศนะของผู้ปฏิบัติ

จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิสัยทัศน์และภาพพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต ในทัศนะของผู้ปฏิบัติมองว่า ควรเพิ่มเติมกรอบวิสัยทัศน์ในด้านการเชื่อมต่อการสร้างภาคีหรือเครือข่ายประชาชน ชุมชนในหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ให้มีความรู้ในการดูแลและสร้างสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น และไม่ควรละเลยที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยมุ่งเน้นการกระจายอำนาจและมุ่งเน้นการเรียนรู้ขององค์การ ทั้งยังได้เสนอวิสัยทัศน์กระทรวงสาธารณสุข ในทัศนะของผู้ปฏิบัติซึ่งมีความหลากหลายทางความคิด เช่น

- “กระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงเพื่อประชาชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกระดับร่วมสร้างองค์การให้มีความเข้มแข็ง ด้านวิชาการ บริหาร บริการ โดยมีบุคลากรที่มีคุณธรรม จริยธรรม มีคุณภาพ สร้างคุณภาพชีวิตที่ดี แก่ปวงชน โดยชุมชนและสังคมมีส่วนร่วม”
- “เป็นกระทรวงเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน โดยบุคลากรที่มีคุณภาพคุณธรรม คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม และสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามกฎหมาย”
- “กระทรวงสาธารณสุขจะร่วมกันส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการให้การบริการรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน รวมทั้งมีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ”
- “กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นกระทรวงที่มีความเป็นเลิศด้านป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของปวงชน”
- “กระทรวงสาธารณสุขจะส่งเสริมฟื้นฟู รักษา ควบคุม และการมีส่วนร่วมของบุคลากร และชุมชน เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี”
- “เป็นหน่วยงานที่มุ่งมั่นพัฒนาส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี”

- “กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพให้ทุก ๆ คน ภายใต้หลักธรรมาภิบาล”
- “กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นกระทรวงที่พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับที่มีคุณภาพ มีคุณธรรม มีการบริหารจัดการที่ดี บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคม”
- “คุณภาพมาตรฐาน ผสมผสานภูมิปัญญา พัฒนาชุมชน บุคคลมีคุณภาพ”
- “บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขจะร่วมมือกับชุมชนและสังคม สร้างคนไทยยุคใหม่ที่มีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ”
- “กระทรวงสาธารณสุข สร้างคนดี มีคุณภาพ มีคุณธรรม นำชุมชน ร่วมเย็นเป็นสุข”
- “บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ จะช่วยกันดูแลประชาชนเพื่อการมีสุขภาพดี ด้านคุณภาพ และจรรยาบรรณวิชาชีพโดยประชาชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่”
- “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้าง ร่วมส่งเสริม เพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งผู้ให้และผู้รับ”
- “กระทรวงสาธารณสุขที่มีสถานบริการที่ทันสมัย มีผู้เชี่ยวชาญทุกสถานบริการที่ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและสร้างบริการมีคุณภาพ”

ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพพันธกิจที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

- ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคมในการมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนา ศักยภาพของประชาชนทางต้นพฤติกรรมและสำนึกทางสุขภาพ
- สร้างระบบการป้องกันและควบคุมโรค และภัยทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
- พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการ
- ติดตาม กำกับ ดูแลระบบสุขภาพในภาพรวม และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
- ออกกฎหมายและกำหนดมาตรฐานที่จำเป็น รวมทั้งการกำกับดูแลและพัฒนาคุณภาพให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- ประสานเพื่อกำหนดนโยบายทิศทางการวิจัยและการบริหารจัดการด้านสุขภาพ
- จัดบริการสุขภาพเฉพาะทาง เฉพาะสาขา

สำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติได้แสดงความคิดเห็นสนับสนุนเกี่ยวกับภาพพันธกิจในอนาคตของกระทรวงสาธารณสุขใน 10 ปี ข้างหน้า ได้แก่

- การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ การจัดการสาธารณสุขและการบริการสุขภาพ
- การพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานด้านการบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health Products and Services) และการคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพ
- การส่งเสริมและพัฒนาเครือข่าย ภาควิชาสุขภาพ และสารสนเทศด้านสุขภาพ
- การส่งเสริมด้านสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมเชิงกลยุทธ์ (Strategic Environment Assessment) และผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment)
- การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

- การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
- การประสานงานและบูรณาการนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ องค์กรร่วม (Holistic Health)
- การส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นวัตกรรมและภูมิปัญญาไทยที่สร้างเสริมสุขภาพ

พันธกิจ

ในการเสวนาระดมความคิดที่จัดขึ้นนั้น คณะผู้ศึกษาวิจัยได้นำเสนอกรอบพันธกิจในอนาคต เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการเสวนาได้แสดงความคิดเห็น ตลอดจนวิพากษ์วิจารณ์ โดยกรอบพันธกิจครอบคลุมถึง

1. การประสาน และบูรณาการนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพองค์กรร่วม
2. การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน
3. การส่งเสริมด้านสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมเชิงกลยุทธ์ ผลกระทบด้านสังคม และผลกระทบด้านสุขภาพ
4. การส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก นวัตกรรมและภูมิปัญญาไทยที่สร้างเสริมสุขภาพ
5. การวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ การจัดการสาธารณสุขและการบริการสุขภาพ
6. การพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ
7. การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
8. การส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายและภาคีสุขภาพ และสารสนเทศด้านสุขภาพ

จากกรอบพันธกิจที่คณะผู้ศึกษาวิจัยนำเสนอ ผู้เข้าร่วมการเสวนาส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้อง แต่หลายท่านมีมุมมองและข้อคิดเห็นที่หลากหลายอันเป็นประโยชน์ ดังนี้

ผู้เข้าร่วมการเสวนาท่านหนึ่งมีทัศนะว่า พันธกิจที่คณะผู้วิจัยเสนอเอนเอียงไปทาง Health Stewardship เกือบทุกข้อ คือ การกำกับดูแล ปกป้องคุ้มครอง จัดระเบียบสังคม สร้างเสริม/สนับสนุนให้เกิดสังคมสุขภาวะ และกำกับดูแลคุณภาพบริการทางด้านสาธารณสุขด้วย และได้ตั้งข้อสังเกตว่าประเด็นหลัก คือ ทำอย่างไร กระทรวงจึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนไปสู่ดุลยภาพใหม่ ทั้งนี้ได้เสนอแนวทางทางแก้ไขว่าเราต้องมี Road map แสดงถึงจุดอ่อนของระบบการสาธารณสุขของไทย ภาพพันธกิจยังไม่สามารถไปถึงจุดนั้น ทั้งนี้ได้ยกกรณีประเทศแคนาดา ซึ่งทำ Health Stewardship ดีมาก มีการให้คำปรึกษาแก่ท้องถิ่นตลอดเวลา และมุ่งเน้นการปกป้องคุ้มครองสิทธิประโยชน์สู่ประชาชนอย่างแท้จริง มีการจูงใจ เพื่อจะทำให้การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ประสบความสำเร็จในการปกป้องคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนโดยตรง

ส่วนผู้เข้าร่วมการเสวนาอีกท่านหนึ่งมีทัศนะว่า ในพันธกิจแรก กระทรวงสาธารณสุขต้องดูเรื่องการปรับโครงสร้าง เพื่อให้คนกับงานมีโอกาสกระจายออกไป กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นแกน (เป็นแกนเท่านั้นไม่ได้เป็นตัวนำ) ในการรวบรวมข้อเสนอเชิงนโยบายให้แก่รัฐบาล เพื่อกำหนดเป็นนโยบายการสาธารณสุขของ

ประเทศ และให้เป็นแกนในการสร้างเสริมและพัฒนาความรู้ให้กับหน่วยบริการหรือบุคลากรด้านสาธารณสุข ในข้อที่ 3 การคุ้มครองผู้บริโภคควรให้องค์กรที่ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุขทำ ซึ่งควรเป็นองค์กรที่มีความไว

ส่วนข้อที่ 8 การส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายและภาคีสุขภาพน่าจะเป็นหัวใจสำคัญ ต้องเขียนให้ชัดเจน ขึ้นว่าเครือข่ายภาคีสุขภาพควรจะประสานกับองค์กรเอกชน องค์กรชุมชน ฯลฯ และควรมีหมายเหตุเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีว่า การโอนอำนาจไปให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาลดูแลนั้นเป็นเพียงการโอนความเป็นเจ้าของ/ความเป็นสังกัด แต่ไม่ได้หมายความว่า นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นผู้สั่งการ/บริหารโรงพยาบาล หรือบริหารโรงเรียนมีการตั้งคณะกรรมการขึ้นมาดูแล หากโรงพยาบาลเป็นองค์การมหาชน เจ้าของก็คือประชาชน ประชาชนต้องตั้งคณะกรรมการ และคณะกรรมการก็ไปหาผู้จัดการมาดูแล หรืออาจจะเป็นลักษณะที่ อบต. กลุ่ม อบต. หรือเทศบาลเป็นเจ้าของ และทำสัญญาให้กระทรวงสาธารณสุขมาบริหารให้ หรือให้คณะแพทย์มาบริหารให้ เป็นการทำสัญญาให้บริหาร แต่ไม่ได้เข้ามาเป็นผู้บริหาร

นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นว่า หากกำหนดพันธกิจในระยะยาวจะสามารถแบ่งได้เป็น 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 มิติด้านสาระ คือ เนื้อเรื่อง มีอยู่ 2 เรื่องใหญ่ คือ เรื่องบริการสุขภาพกับส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งควรเน้นน้ำหนักเรื่องส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เพราะถ้าน้ำหนักด้านส่งเสริมสุขภาพมากเท่าไร ส่วนบริการก็จะลดภาระมากขึ้นเท่านั้น

มิติที่ 2 วิธีดำเนินการ มี 3 ประการ คือ 1) นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ รวมถึงกฎหมาย ข้อบังคับต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวกับการบริการสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การพัฒนาและกำหนดระบบมาตรฐาน กำกับระบบกับมาตรฐาน สร้างพัฒนาระบบและมาตรฐาน รวมถึงการกำกับดูแลรักษามาตรฐานของผลลัพธ์การบริการซึ่งอาจมุ่งสู่ Thailand Quality Award (TQA) 3) วิชาการ ซึ่งรวมถึงเรื่องข้อมูล ความรู้ การวิจัย การเรียนรู้และการจัดการความรู้

มิติที่ 3 คือ เรื่องการจัดการ ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 4 ประเด็น คือ 1) คุณภาพของการบริหาร รวมทั้งความเป็นผู้นำ การวางแผน การบริหารคนและทรัพยากรตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) 2) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนทุกระดับรวมถึงระดับท้องถิ่น 3) การกระจายบทบาทให้ท้องถิ่น ประชาชน และเอกชน หมายถึงว่ากระทรวงจะเล็กที่สุดเท่าที่จำเป็น เพราะมีการกระจายบทบาทให้ท้องถิ่น ประชาชน และเอกชนเท่าที่เหมาะสม 4) ประสานความร่วมมือหรือการรวมพลังสร้างสุขภาพระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกส่วน โดยเฉพาะภาคราชการด้วยกัน ซึ่งกระทรวงเป็นหนึ่งในองค์กรภาครัฐ เป็นการประสานพลังในงานงานสร้างสุขภาพและดูแลสุขภาพ

ส่วนเรื่องเฉพาะด้าน เช่น เรื่องการแพทย์แผนไทย สิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยวจะอยู่ในยุทธศาสตร์ระยะสั้นและกลางโดยกำหนดแผนยุทธศาสตร์เป็นรายปีหรือราย 5 ปี ว่าจะเน้นอะไร ซึ่งจะเป็นยุทธศาสตร์ในเชิงสาระว่าจะสร้างเสริมสุขภาพในขณะนั้นเป็นประเด็นสำคัญ แต่ควรพิจารณาตามความสำคัญว่าเรื่องใดเป็นพันธกิจหลัก เรื่องใดเป็นพันธกิจรอง ประสานและบูรณาการนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ องค์กรรวม ควรเน้นว่า “เพื่อพัฒนาไปสู่การพึ่งตนเอง” ให้มากขึ้น สำหรับเรื่องของการเสริมพลังอำนาจชุมชน (Empowerment) ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะไม่ใช่เป็นเรื่องของการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เท่านั้น แต่เป็นเรื่องของการเปลี่ยนแกนอำนาจจากการบริหารโดยภาครัฐ

ผู้เข้าร่วมการเสวนาอีกท่านหนึ่งมีทัศนะว่า หากพิจารณาพันธกิจใหม่จะแบ่งได้เป็น 3 ประเด็น คือ 1) ปรับโครงสร้างวัฒนธรรม ค่านิยม กระบวนการทำงาน 2) เสริมสร้างการจัดระบบกลไกการมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นสุขภาพแบบองค์รวม 3) เพิ่มสมรรถนะ แยกการแพทย์และสาธารณสุขออกจากกัน และมีคำว่า ชีววิทยาศาสตร์เข้ามา เน้นการแข่งขันระดับสากล โดยประเด็นเรื่องการแข่งขันระดับสากลนี้ มีผู้แสดงทัศนะที่น่าสนใจว่า

“.....การแข่งขันระดับสากลคิดว่าเมืองไทยแข่งกับเขาไม่ได้ เพราะเราเป็นประเทศที่ต้องใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ จากต่างประเทศทั้งนั้น พันธกิจต้องมองในแง่ของการเขียนให้สะท้อนถึงการปฏิรูประบบสุขภาพด้วย เพราะในปัจจุบันกระแส การปฏิรูประบบสุขภาพกระจายทั่วโลก ฉะนั้นเราต้องเขียนว่าอย่างไรให้ตัวเองได้เป็นสิ่งสำคัญ สำคัญที่สุดสุขภาพพอเพียง ถ้าเราพึ่งตัวเองไม่ได้เราก็เสียหาย เพราะการแพทย์สาธารณสุขแบบชีววิทยาศาสตร์จะแพงขึ้นเรื่อย ๆ แล้วจะไม่คุ้มค่า การแพทย์ ที่พัฒนามากขึ้นและใช้เงินมากขึ้นนั้นประโยชน์ไม่คุ้มค่า เพราะค่าใช้จ่ายสูงแต่ไม่ทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น สิ่งที่จะทำได้คือ ต้องเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาช่วย คน ทำให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตรงนี้ต้องนำมาเข้ากับเรื่องพันธกิจในอนาคต ซึ่งที่จริง ต้องเริ่มตั้งแต่ขณะนี้คือประเมินผลกระทบ ประเมินเทคโนโลยี ดังนั้นน่าจะเพิ่มการประเมินเทคโนโลยีเข้าไปในพันธกิจด้วย เพราะเป็นการลงทุนในอนาคตที่แพงมาก นอกจากนั้นต้องเน้นไปเรื่องคุณภาพชีวิต การแพทย์ต้องไม่ใช่ธุรกิจ ไม่ใช่การหา กำไรเชิงธุรกิจ.....”

ผู้เข้าร่วมการเสวนาบางท่านมีทัศนะว่า พันธกิจใหม่น่าจะฉายไปถึงอนาคต และต้องสะท้อนเรื่องการ ปฏิรูปที่จะทำให้เกิดความเท่าเทียม พันธกิจของกระทรวงควรครอบคลุมถึงการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และ สนับสนุนที่จะให้ลงไปถึงประชาชนมากขึ้น สิ่งที่คณะผู้ศึกษาวิจัยเสนอในเรื่องการประสาน การบูรณาการ และการส่งเสริมพัฒนาเครือข่ายต่าง ๆ นั้นกระทรวงควรเป็นเพียงผู้ประสานงาน ส่วนเรื่องระบบการจัดการความรู้ ข้อมูลข่าวสารให้ทุกคนเข้าถึง เรื่องบริการ การผลิตคน มีคนอื่นที่ทำได้ดีกว่า แต่เรื่องการกำกับดูแล เรื่อง คุ่มครองสิทธิ ซึ่งอนาคตถ้าหากจะมีองค์กรอื่นที่ทำได้ดีกว่าก็ควรจะมีมอบหมายให้รับผิดชอบ แต่ว่ากระทรวง ต้องดูเรื่องทิศทาง ซึ่งก็ต้องให้เกิดความสมดุลกับทางการเมือง จึงควรจะทำทุกอย่างให้เล็กลง มีผู้เสนอว่าพันธ กิจควรแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ทั้งนี้เพื่อเป็นการควบคุมมาตรฐานในประเทศให้เท่าเทียมกับมาตรฐานระหว่าง ประเทศ คือ ส่วนที่ 1 การยกระดับคุณภาพมาตรฐานการบริการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล ส่วนที่ 2 การยกระดับคุณภาพมาตรฐานของการผลิต และส่วนสุดท้าย ส่วนที่ 3 คือ ต้องมีหน่วยงานวิจัยและพัฒนา (R&D) ที่มีคุณภาพ

บางท่านมีทัศนะว่า ที่ผ่านมากกระทรวงตัดสินใจโดยไม่ได้ใช้ข้อมูลอย่างจริงจัง และใช้อำนาจในการ ตัดสินใจค่อนข้างมาก มีเรื่องระบบอุปถัมภ์และการคอร์รัปชัน ดังนั้นจึงควรดูสิ่งที่เป็นจุดอ่อนขององค์การที่ เป็นอยู่ในปัจจุบัน ต้องลงไปวิเคราะห์องค์การ มองปัญหาอุปสรรคที่กระทรวงกำลังเผชิญอยู่คืออะไร หากไม่ สามารถทำสิ่งที่ เป็น Health Stewardship ให้ประสบผลสำเร็จได้ ดังนั้นพันธกิจที่สำคัญ คือ การปรับโครงสร้าง เพื่อรองรับ พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับรัฐธรรมนูญ

นอกจากนี้ มีผู้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยมองว่าประเด็นการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของ ประชาชนนั้นเป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิของประชาชน ซึ่งอยู่ในรัฐธรรมนูญหมวด 3 ส่วนหน้าที่ที่รัฐกับประชาชน จะต้องร่วมกันคุ้มครองสิทธินี้ อยู่ในหมวด 5 นโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ เพราะฉะนั้นจะต้องมีองค์กรของรัฐมาทำ พันธกิจคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งองค์กรหลักที่จะรับผิดชอบเรื่องการคุ้มครองสิทธิด้านภาค

ประชาชนก็คือด้านสาธารณสุข ฉะนั้นพันธกิจนี้ก็จะยังคงอยู่ เพราะเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องคอยติดตามดูแล เพื่อให้เกิดการปกป้องคุ้มครองสิทธิของประชาชน กำกับดูแลให้ประชาชนมีความมั่นใจในสิทธิที่จะได้บริการที่ดี มีคุณภาพและมาตรฐาน อันจะนำมาซึ่งข้อคิดว่าถ้ากระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดบริการเอง แต่คุณภาพของบริการของตัวเองที่ให้กับไม่ได้มาตรฐานจะเป็นอย่างไร อาจ会有ความขัดแย้งตรงนั้น ทั้งนี้ได้เสนอว่ากระทรวงสาธารณสุขต้องไม่ใช่ผู้ให้บริการ แต่เป็นผู้กำกับดูแล ซึ่งต้องมีความเชี่ยวชาญในเรื่องคุณภาพมาตรฐาน ส่วนการจัดการบริการก็ยังอยู่ในการกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการที่เคยสังกัดอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขจะต้องแปรรูปไปเป็นองค์กรมหาชน หรือรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่เป็นราชการแต่สังกัดอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนในมุมมองของภาคประชาชนให้ความสำคัญประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภค โดยมองว่า พันธกิจในอนาคต คือ การคุ้มครองผู้บริโภค เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบัน มีหลายเรื่องที่ผู้บริโภคถูกเอาเปรียบจากสังคม งานคุ้มครองผู้บริโภคต้องเกิดจากภาคประชาชนด้วย ต้องการให้ภาครัฐคืบหน้างานการดูแลเรื่องสุขภาพให้ประชาชน ภาคประชาชนมองว่างานสาธารณสุข เรื่องสุขภาพเป็นงานของประชาชน ไม่ใช่เอาอำนาจเรื่องสุขภาพไปให้คนอื่น มีหลายชุมชนที่จัดการเรื่องสุขภาพขั้นพื้นฐานของตนเองได้ดี มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในหลายชุมชน ปัจจุบันหลายชุมชนตระหนักว่าสิ่งที่ถูกส่งมาจากภาครัฐหรือจากส่วนกลางไม่สอดคล้องและสนองเรื่องสุขภาพของคนในชุมชน จึงมีการสร้างมิติเรื่องสุขภาพของตนเองขึ้นมา เช่น ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช มีเรื่องอาหารปลอดภัยกับเรื่องการออกกำลังกายได้นำภูมิปัญญามาประกอบเป็น มโนราห์ออกกำลังกาย ดังนั้นภาคประชาชนต้องการเพียงแค่การหนุนเสริมให้เกิดการสร้างกระบวนการคิดให้เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งก็จะทำให้ชุมชนสามารถขยายเครือข่ายได้เอง

สรุปจากการประมวลทัศนะของผู้เข้าร่วมการเสวนา ส่วนใหญ่ค่อนข้างเห็นด้วยกับกรอบพันธกิจที่คณะผู้ศึกษาวิจัยนำเสนอ และมีบางส่วนที่ได้รับข้อวิจารณ์และข้อคิดเห็นที่มีคุณค่า และได้ปรับพันธกิจให้เกิดความเหมาะสมโดยครอบคลุมถึง

1. การประสาน และบูรณาการนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพองค์รวม
2. การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน
3. การส่งเสริมด้านสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมเชิงกลยุทธ์
ผลกระทบด้านสังคม และผลกระทบด้านสุขภาพ
4. การส่งเสริมนวัตกรรมและภูมิปัญญาไทยที่สร้างเสริมสุขภาพ
5. การวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ใหม่และการถ่ายทอดความรู้ด้านระบบสุขภาพ
การจัดการสาธารณสุข และการบริการสุขภาพ
6. พัฒนาและกำหนดมาตรฐาน คุณภาพด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
7. การคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพ
8. การส่งเสริมและพัฒนาเครือข่าย/ภาคีสุขภาพ และสารสนเทศการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ

3. วิสัยทัศน์ พันธกิจกับการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์

การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งในการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข โดยวิสัยทัศน์และพันธกิจควรมีความสอดคล้องกับกระบวนทัศน์ใหม่ในการจัดการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในทัศนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้สะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ดังนี้

ทิศทางการปฏิรูประบบราชการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันอาจจะไม่สอดคล้องกับระบบราชการที่พึงจะมีพึงจะเป็นในอนาคต จึงต้องปรับกระบวนทัศน์ใหม่ โดยแทนที่รัฐจะเป็นตัวนำหรือเป็นผู้แสดงหลัก ต้องปล่อยให้ภาคประชาชน องค์กรชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชนเป็นแกนนำ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นฝ่ายสนับสนุนทั้งในเชิงวิชาการ บริหารจัดการ และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รัฐอาจจะเปิดโอกาสให้ภาคเอกชน องค์กรชุมชนได้มีส่วนร่วม ดังนั้น วิสัยทัศน์จึงไม่ควรใช้คำว่า “องค์กรหลัก” แต่ควรใช้คำว่า “องค์กรนำเชิงความคิด”

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งเสนอว่า กรอบในการพิจารณาวิสัยทัศน์และพันธกิจในทศวรรษหน้าที่จะมีการเปลี่ยนแปลงนั้น ควรตั้งประเด็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงภายใต้คุณค่าอะไร ทั้งในเชิงค่านิยมหลัก (Core Values) และค่านิยมในสังคม (Social Values) ที่สำคัญวิสัยทัศน์กระทรวงสาธารณสุขควรให้ทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วมในการกำหนด การกำหนดวิสัยทัศน์ต้องเป็นการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย ทั้งผู้บริหาร ประชาชน ผู้รับบริการและผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาผสมผสานกัน ประเด็นคำถามที่ต้องพิจารณา คือ ปัจจุบันและในอนาคต กระทรวงสาธารณสุขทำอะไรอยู่ และได้ผลขนาดไหน ทุกวันนี้ทำอะไรอยู่ ได้ผลขนาดไหน และคิดจะทำอะไร ได้ผลระดับใด 10 ปีข้างหน้าจะทำอะไรเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มุ่งหวัง ประเด็นคำถามหลักที่เกี่ยวข้องมี 3 ประการ คือ 1) ทำอะไรมาแล้ว ได้ผลอะไรแล้ว 2) คิดจะทำอะไรให้ได้ผลขนาดไหน 3) ในความเห็นของเรา เราจะทำอะไรให้ได้ผลขนาดไหน

กรอบการมองข้างต้นจะได้คำตอบที่ชัดเจนขึ้นว่ากระทรวงสาธารณสุขที่พึงปรารถนา ใน 10 ปีข้างหน้า น่าจะบรรลุผลขนาดไหน ด้วยการทำอะไรบ้าง จากนั้นมากำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ บอกว่ากระทรวงสาธารณสุขที่พึงปรารถนาในอนาคตน่าจะทำแบบนี้ให้บรรลุผลต่อไปนี้ หรือวัดผลโดยกำหนดตัวชี้วัดด้วย กระทรวงสาธารณสุขก็จะพบว่าที่จะทำนั้นไม่ตรงกับที่เสนอ แต่จะเห็นด้วยหรือไม่เป็นอีกเรื่องหนึ่ง ประเด็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ หากพิจารณาในแง่ของตัวแบบชีวการแพทย์ (Biomedical Model) นั้น สะท้อนถึงความเชื่อมั่นของคนสาธารณสุขว่าเป็นผู้มีความรู้และความชัดเจน มีทักษะที่ใช้ประยุกต์เทคโนโลยีด้านนี้กับคน จึงไม่เอาคนเป็นศูนย์กลาง แต่เอาข้าราชการเป็นศูนย์กลาง (ราชการซึ่งเป็น Provider) ส่วน Social Health Model นั้น ยึดคนเป็นศูนย์กลาง คนที่มีความหลากหลายด้านเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม ฐานะเศรษฐกิจ และความแตกต่างในมิติทางบทบาทของปัจเจกชน เพราะฉะนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน สังคม ต้องลงลึกไปสู่การตรวจสอบ ไปถึงค่านิยมหลัก (Core values) ของคนในองค์กรว่ามีเรื่องที่จะต้องปรับดุลยภาพทางด้านค่านิยมใหม่ ถ้าหากกำหนดเอาเงื่อนไขเวลา 10 ปีมาผูก จะมีประเด็น การบริหารการเปลี่ยนแปลงภายใน 10 ปี การปรับดุลยภาพและยอมรับคุณค่าของสิ่งที่เขียนในวิสัยทัศน์โดยใช้ Social Health Model และยอมรับความหลากหลาย ยอมรับการมีส่วนร่วม ยอมรับคนเป็นศูนย์กลาง ยอมรับมนุษยนิยม ชุมชนนิยม ท้องถิ่นนิยม

วัฒนธรรมนิยม เจือนเวลาเพียง 10 ปี เป็นเรื่องสำคัญ เพราะคนสาธารณสุขจะไม่ยอมลดการยึดติดเรื่อง Biomedical Model ได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว

วิสัยทัศน์เป็นเรื่องของกระบวนทัศน์ของผู้กำหนดนโยบายของกระทรวงว่ามีจิตสำนึกถึงความรับผิดชอบ ต่อสังคมอย่างไร ประชาชนเดือดร้อนอย่างไร ประชาชนต้องการอะไร วิสัยทัศน์ต้องเป็นผู้นำหลักในด้าน ความคิดและทิศทาง และวิสัยทัศน์จะต้องคู่กันกับประสิทธิภาพและความโปร่งใส พันธกิจของกระทรวง สาธารณสุขในขณะนี้ เป็นพันธกิจของระบบสุขภาพแบบตะวันตก อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้และเทคโนโลยี ของฝ่ายตะวันตก เป็น Biomedicine และก็เป็นระบาดวิทยาของโรค ไม่ใช่เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ การปลูกพืชเชิงเดี่ยวที่ทำลายสุขภาพอย่างมาก ซึ่งไม่ใช่เรื่องของโรค แต่เป็นเรื่องของ ระบาดวิทยาสังคม ซึ่งไปเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ซึ่งจะมีความหลากหลายไปในแต่ละพื้นที่ เพราะฉะนั้นจะต้องดูว่า หลังจากวิกฤติเศรษฐกิจ สอนเราว่าถ้าเรายังไม่มีอะไรเป็นของตัวเองที่จะยืนอยู่บน ตัวของเราเอง เราจะต้องโดนกระแทกจากโลกาภิวัตน์ เราจะต้องได้รับผลกระทบไม่วันใดก็วันหนึ่ง ประเทศต้อง ยืนอยู่ด้วยองค์ความรู้ ศักยภาพและเทคโนโลยีทุก ๆ อย่างของตัวเอง

เพราะฉะนั้น การประสานและบูรณาการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพขององค์กรรวมเป็นเรื่อง ที่เป็นพันธกิจที่กระทรวงต้องทำ 2 อย่าง ซึ่งไม่เคยทำมาก่อน สิ่งแรกคือต้องดำเนินการในเรื่องของการทำ ให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี มีสุขภาวะสังคมด้วยกันไม่ใช่ทุ่มเงิน เราจะต้องให้ได้คู่กับการใช้องค์ ความรู้และเทคโนโลยีทางด้านอื่นด้วย ซึ่งที่สุดจะต้องกินความไปในเรื่องของการใช้ทุนทางสังคม และ กระทรวงสาธารณสุขต้องทำอีกอย่างหนึ่งที่ไม่เคยทำมาก่อน คือจะต้องบูรณาการในแนวราบว่าจะทำให้ เกิดสุขภาพแบบองค์กรรวมนั้น มีความหลากหลายมาก จะต้องหลากหลายไปในแต่ละวิถีชีวิต แต่ละ วัฒนธรรม แต่ละสังคมและเศรษฐกิจ เรื่องชุมชนน่ายอยู่ ชุมชนสุขภาพ เมืองน่ายอยู่ ต้องออกมาในพันธกิจ ของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องบูรณาการในแนวราบให้ได้ และไม่ใช้ระบบงบประมาณในปัจจุบันด้วย

พันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขถึงเวลาที่ต้องเน้นในเรื่องของงานคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของ ประชาชน เมื่อกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาทำบทบาทหน้าที่ในเรื่องคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุขไม่ควรทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะคานซึ่งกันและกัน เพื่อความโปร่งใสในการทำงาน โรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการควรจะผลัดออกมาจากภาครัฐ แต่ประเด็นที่น่าห่วง คือ ถ้างานรักษาพยาบาลไม่มี อยู่ในพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข 70-80% อยู่ในภาคบริการ เป็นบทบาทซึ่งต้องให้คำตอบกับชาวสาธารณสุข ซึ่งเป็นจำนวนคนถึง 70-80% ของข้าราชการกระทรวง สาธารณสุขทั้งหมด เพราะเป็นการปรับเปลี่ยนกลับหลังหัน เป็นเรื่องที่ยากอื่นทำได้ แต่เรื่องทำใจอาจจะทำได้ ยาก

กระทรวงสาธารณสุขต้องเร่งรีบดำเนินการสร้างขีดความสามารถในการตรวจสอบที่เรียกว่า Audit ที่ เป็น Management Audit รวมทั้ง Financial Audit และ Compliance Audit เพราะ บริการที่มีความเชี่ยวชาญสูง มีความรู้สูง มีความรู้แน่น จะมีปัญหาคอร์รัปชัน ถ้าไม่มี Audit จะไม่สามารถตรวจสอบความโปร่งใสของ โรงพยาบาลที่ออกไปนอกราชการ ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับพันธกิจ คือ การเสริมศักยภาพที่ต้องควบคู่ไปกับการ จัดการแนวใหม่

ในมุมมองของภาคประชาชนมีทัศนะว่า ปัจจุบันภาคประชาชนเป็นผู้กำหนดว่าจะต้องสร้างกลไกระดับจังหวัดขึ้น เป็นเครือข่ายสาธารณสุขซึ่งต้องไปด้วยกัน ต้องบูรณาการ ไม่ใช่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งทำ กลไกจังหวัดในการผลักดันให้ทุกส่วนไปด้วยกันได้ ส่วนหนึ่งเรียกว่าการพึ่งตนเอง อีกส่วนหนึ่งเราต้องพึ่งพิง แต่ไม่ใช่จากการถูกสั่ง ต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางสุขภาพของตนเองว่าต่อไปข้างหน้าจะมีทิศทางใด ถึงที่สุดแล้วอำนาจในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพต้องเป็นของประชาชน

จากทัศนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ข้างต้น จะเห็นได้ว่า ในการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขนั้น การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากหากกระบวนทัศน์หรือวิธีคิดยังคงเป็นรูปแบบเดิม ย่อมจะไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างแน่นอน ซึ่งในการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่มีผลต่อการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขนั้น ต้องปรับกระบวนทัศน์ไปสู่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางที่เหมาะสมร่วมกัน ทั้งยังต้องให้ความสำคัญกับเรื่องการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และต้องคำนึงถึงคุณค่า (Value) ที่จะบังเกิดขึ้นต่อสังคมโดยรวมด้วย

4. สรุปความ

จากทัศนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้แสดงความคิดเห็นถึงวิสัยทัศน์และพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันนั้น จะเห็นได้ว่าวิสัยทัศน์และพันธกิจในปัจจุบันนั้นยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร และควรมีการเปลี่ยนแปลงใหม่โดยต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุก ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ประชาชนและภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ เนื่องจากเรื่องสุขภาพนั้นไม่ใช่เพียงกระทรวงสาธารณสุขฝ่ายเดียวเท่านั้นที่เป็นผู้ดูแล หรือกำหนดทิศทาง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันของทุกฝ่าย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดเป็นวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ทำให้ทราบแน่ชัดว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมุ่งไปในทิศทางใด จะเกิดประโยชน์ต่อประชาชนและสังคมโดยรวมอย่างไร รวมถึงต้องเอื้อต่อการนำไปปฏิบัติ

ภาพวิสัยทัศน์ที่เหมาะสมจากการประมวลความคิดเห็น มองว่า “กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นแกนนำทางความคิดในการประสานความร่วมมือในการสร้างสังคมไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี” นอกจากนี้ยังมีภาพวิสัยทัศน์ที่อยากเห็น “กระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงเพื่อประชาชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกระดับร่วมสร้างองค์กรให้มีความเข้มแข็ง ด้านวิชาการ บริหาร บริการ โดยมีบุคลากรที่มีคุณธรรม จริยธรรม มีคุณภาพ สร้างคุณภาพชีวิตที่ดี แก่ปวงชน โดยชุมชนและสังคมมีส่วนร่วม” เป็นต้น ส่วนประเด็นพันธกิจในอนาคต ผู้เข้าร่วมการเสวนาส่วนใหญ่ค่อนข้างเห็นด้วยกับกรอบพันธกิจที่คณะผู้ศึกษาวิจัยนำเสนอ ซึ่งมีความเอนเอียงไปทาง Health Stewardship ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภค และเน้นการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคมมากกว่าการรักษาเชิงในอดีต

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าจากทัศนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีกรอบการมองวิสัยทัศน์และพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตค่อนข้างแตกต่างไปจากเดิม โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมมากกว่าการรักษาโรค และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและความเข้าใจที่ตรงกันของทุกฝ่าย ดังนั้นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเชื่อมโยงกับการกำหนดวิสัยทัศน์และ

ภาพพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งหวังในอนาคต และหากไม่มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ให้สอดคล้องกับบริบททางเศรษฐกิจสังคม การเมืองที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดที่คาดหวังก็อาจจะไม่บังเกิดผล

บทที่ 5

บทบาทหน้าที่และโครงสร้างใหม่เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง

เนื้อหาของบทนี้เป็นการนำเสนอบทบาทหน้าที่และโครงสร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในทศวรรษหน้า ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ส่วนที่สอง ข้อเสนอรูปแบบโครงสร้างองค์การที่เหมาะสมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง เป็นการนำเสนอรูปแบบโครงสร้างองค์การ 3 รูปแบบที่คณะผู้ศึกษาวิจัยเห็นว่าเป็นโครงสร้างทางเลือกที่ความเหมาะสมกับกระทรวงสาธารณสุข และส่วนสุดท้าย ส่วนที่สาม สรุปความ

1. บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

จากการระดมความคิดเห็นในเรื่องบทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม มีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ในปัจจุบันของกระทรวงสาธารณสุข โดยในทัศนะของผู้บริหารสาธารณสุขมองว่าบทบาทหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ซึ่งเป็นผลจากการปฏิรูปโครงสร้างเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมา ไม่ได้ส่งผลต่อภารกิจหลักแต่อย่างใด มีเพียงการปรับภารกิจย่อยบางอย่าง ซึ่งบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมนั้นผู้บริหารมองว่า กระทรวงสาธารณสุขควรเน้นงานวิชาการมากขึ้นเพราะปัญหาสาธารณสุขมีความยากและซับซ้อนอย่างมาก ควรเน้นที่สุขภาพของประชาชนหรือสุขภาพประชาชาติ (Health of the nation) และควรมองสุขภาพแบบองค์รวม ให้ความสำคัญทั้งเรื่องการสร้างสุขภาพและการซ่อมสุขภาพ ซึ่งที่ผ่านมามุ่งเน้นไปที่การซ่อมสุขภาพเป็นหลัก

บทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ได้แก่ กำหนดนโยบายด้านสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศ จัดทำแผนงานหลักและแผนพัฒนาการสาธารณสุข กำหนดและพัฒนาหลักเกณฑ์มาตรฐานทางวิชาการด้านสุขภาพ เป็นศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศ ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและการสาธารณสุขระดับชาติและระหว่างประเทศ โดยสรุปกรอบหน้าที่ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในทัศนะของผู้บริหาร ได้แก่ เสริมสร้างสุขภาพ พัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ทำให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองหรือป้องกันตนเองด้านสุขภาพได้ รวมทั้งประสานและยกระดับเครือข่ายประชาสังคมที่เข้มแข็ง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการดำเนินการในเขตท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดการดำเนินงานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

ผู้มีบทบาทสำคัญมีความเห็นว่า บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันนั้นทำหน้าที่ทุกด้านและยังเน้นเรื่องบริการอยู่มาก และมีทัศนะว่าบทบาทที่เหมาะสมในอนาคต นอกเหนือจากการประกันสุขภาพขั้นต่ำของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ควรเป็นการประกันสุขภาพขั้นสูงไว้ด้วย รวมถึงการดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม การนำเสนอข้อมูลในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นในทุกระดับชั้นอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน เน้นการศึกษาวิจัยสภาวะของระบบบริการ คุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ และการประกันคุ้มครองความเสี่ยงในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

บางท่านเสนอให้มีการศึกษาวิจัยเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น และมีการนำผลการศึกษาดังกล่าวมาแก้ไข ป้องกันปัญหา เป็นการสร้างระบบเตือนภัยของสังคมได้อย่างรวดเร็ว ทันสถานการณ์ มีระบบบริการที่สนับสนุน หลักธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง (กรณีการปกปิดเรื่องไข้หวัดนก) จัดสรรงบประมาณการดำเนินการให้สอดคล้อง กับสภาพปัญหา ความต้องการที่แท้จริงของแต่ละพื้นที่ให้มากขึ้น อาจนำเอาระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เข้า มาร่วมประกอบก่อนกำหนดนโยบาย หรือมีการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ให้

หน้าที่ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ข้าราชการไม่ควรสั่งอย่างเดียว ควรมีหน้าที่เสริมพลังอำนาจ (Empower) สังคม โดยใช้วิชาการความรู้ที่มีอยู่ และมีการจัดระบบข้อมูลไว้ซึ่งเป็นจุดเด่นที่กระทรวงสาธารณสุขได้ทำตัวอย่างต่อเนื่องยาวนาน รวมถึง กระทรวงควรเป็นผู้ให้นโยบาย อันเป็นหลักการหรือแนวทางในการดำเนินงาน ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องมี โครงสร้างใหญ่มาก และต้องประสานงานกับกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง เพราะกระทรวงไม่ใช่เจ้าของสุขภาพของ ประชาชน แต่กระทรวงต้องเป็นเจ้าภาพ ต้องคอยติดตามดูแล ส่งเสริมให้การศึกษาเข้ามามีบทบาทหลักในงาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และไม่ควรแข่งขันกับเอกชนในเรื่องการบริการสุขภาพ ควรร่วมมือกับภาคเอกชน ทำ ให้ตัวชี้วัด (Indicator) ที่เป็นผลกระทบสุดท้ายต่อสุขภาพสอดคล้องกับบทบาทการเป็นกรมวิชาการ ทำให้ ภาครัฐทำงานวิชาการในประเด็น Empowerment ไม่ทำงานด้านบริการเอง

ในมุมมองของภาคประชาชนมีทัศนะสอดคล้องกันว่า บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตจะลด น้อยลงไป คือ ทำหน้าที่วิชาการและประสานงานเครือข่ายต่าง ๆ เท่านั้น บทบาทในการให้บริการควรลดลง ปัจจุบันยังไม่ชัดเจน การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขไม่สอดคล้องกับหน้าที่ที่เป็นจริง และด้านวิชาการ ควรเชื่อมต่อกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน วิชาการสาธารณสุขยังมีช่องว่างในการนำหลักวิชาการเข้าไปสู่ประชาชน (ตัวเชื่อมที่ดีที่สุดคือสถานศึกษา) และเห็นว่าหน่วยงานสาธารณสุขควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนชุมชนให้เกิด องค์ความรู้ด้านสุขภาพที่จะทำให้สามารถพึ่งตนเองได้เป็นหลัก ทั้งนี้ กระทรวงควรเป็นผู้กำหนดทิศทางนโยบาย ในระดับมหภาค กำหนดกรอบนโยบายของแต่ละจังหวัด เน้นการกำหนดคุณภาพมาตรฐานและกำหนดเกณฑ์ (KPI) ที่ท้องถิ่นควรจะเป็น อาจจะมีลดขนาดลง กระจายอำนาจให้ท้องถิ่นโดยให้ท้องถิ่นเป็นผู้จัดการเอง โดยเฉพาะเรื่องการกระจายกำลังคน

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างแสดงทัศนะที่ตรงกันว่า บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตควรลดน้อยลง ไม่ควรทำหน้าที่ทุกด้านดังเช่นในปัจจุบัน ตั้งแต่การกำหนดนโยบายการกำกับติดตามผล และบทบาทในฐานะที่ เป็นผู้ให้บริการ (Service Provider) ทั้งเรื่องการป้องกัน การรักษา ในอนาคตบทบาททางด้านวิชาการ การสร้าง องค์ความรู้ การกำหนดมาตรฐาน การสนับสนุนส่งเสริม ซึ่งเป็นบทบาทด้านการสร้างสุขภาพจะมีความสำคัญ มากขึ้น ดังนั้นกรอบมุมมองในการปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ว่าควรจะเป็นอย่างไรและจะคงบทบาทที่ สำคัญอะไรบ้าง หรือมีบทบาทอื่นที่ยังไม่ได้ทำ และในอนาคตจะเพิ่มเติมอย่างไรนั้น มีประเด็นที่ต้องพิจารณา ดังนี้

ประการแรก มีความจำเป็นในการทำ Mapping ว่าในเรื่องของสุขภาพมีกิจกรรมอะไรบ้าง หน่วยงานใด ทำอะไรอยู่ และในกิจกรรมที่มีผู้แสดง (Player) หลากหลายเหล่านั้น กระทรวงสาธารณสุขขณะนี้ทำอะไร ใน อนาคตควรและไม่ควรทำอะไร จะมีการตัดงานบางอย่างออกไปข้างนอกให้คนอื่นมาทำ มองไปในอีก 5 ปี 10 ปี จะปรับตัวไปอย่างไร ที่ผ่านมา 62 ปี กระทรวงสาธารณสุขทำงานอยู่ภายใต้แนวคิด (Concept) ที่ว่า “บริการ เป็นของรัฐ” ปัจจุบัน แนวคิดเปลี่ยนไปจากเดิม เพราะมีการปรับปรุงพัฒนา ภาคเอกชนโตขึ้นด้วยความ

เปลี่ยนแปลงทางสังคม และกระแสโลกาภิวัตน์ ต้องพิจารณาว่าต่อไปข้างหน้า Player ในเรื่องสุขภาพของคนมีใครบ้าง สุขภาพถ้วนหน้า All for health, Health for all มีใครบ้าง และกระทรวงควรทำหน้าที่อะไร ซึ่งตามกรอบการมองนี้หัวใจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขคือ **“เป็นผู้จัดการระบบสุขภาพของประเทศไทย”**

ประการที่สอง ถ้ามองในภาพของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องของโครงสร้างบทบาทภารกิจ ซึ่งเกี่ยวข้อง กับเนื้อหาในระดับพื้นที่ นโยบายของกระทรวงหรือรัฐบาลที่ออกมา เช่น นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งแย้ง กับหลักการในเรื่องของการสร้างสุขภาพ เนื่องจากทำให้ภาพของกระทรวง ถูกมองว่าเป็นการรักษามากกว่า ดังนั้นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องชัดเจนขึ้นว่าควรจะทำอะไรบ้างในโครงสร้างนี้ เพราะกระทรวง สาธารณสุขไม่ได้เป็นเจ้าของโครงสร้างทั้งหมด ปัจจุบันบทบาทเรื่องการรักษาเป็นบทบาทที่ชัดเจนของกระทรวง สาธารณสุขที่ยังคงเหลืออยู่ และอนาคตอาจมีการเปลี่ยนแปลง โดยบทบาทด้านการป้องกัน การสร้างเสริมและ การฟื้นฟูสุขภาพ น่าจะเป็นบทบาทขององค์กรท้องถิ่น ส่วนเรื่องการให้บริการประชาชนหากกระทรวง จะไม่ทำ หน้าที่ตรงนี้แล้วจะมอบหมายให้ท้องถิ่นหรือจะให้หน่วยงานอื่นๆ ซึ่งโดยหลักต้องพิจารณาว่า หากกระทรวง จะ ทำหน้าที่เพียงแค่ควบคุมคุณภาพเท่านั้น จะเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนหรือไม่

ประการที่สาม บทบาทหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง กระทรวงสาธารณสุข ควรปรับเปลี่ยนบทบาทเพื่อรองรับการบริหารราชการแนวใหม่ ไม่ใช่เพียงเพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบ ราชการหรือระบบ CEO เท่านั้น ต้องดูว่าจุดมุ่งหมายสุดท้ายของกระทรวง คือ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ส่วน การปฏิรูประบบราชการน่าจะเป็นเครื่องมือหนึ่งเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น จุดเริ่มต้นในการกำหนด บทบาทภารกิจหรือพันธกิจของกระทรวง ขึ้นอยู่กับว่าทิศทางของกระทรวงจะไปในทิศทางใด เป้าหมายสุดท้าย คืออะไร จากนั้นจึงกำหนดพันธกิจให้สอดคล้องกับเป้าหมายสุดท้าย

ประการที่สี่ การปรับเปลี่ยนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับระบบบริหารภาครัฐแนวใหม่ รวมถึงระบบ CEO ถ้ากระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนบทบาทจะยึดอะไรเป็นคุณค่าใหม่ ปัจจุบันกระทรวง สาธารณสุข ข้าราชการทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ต่างก็ยึดข้าราชการเป็นศูนย์กลางไม่ใช่คนเป็นศูนย์กลาง ถ้า ยึดคนเป็นศูนย์กลาง คนต้องเข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมวางแผนหรือในส่วนที่คนสามารถจะพึ่งตนเองได้เต็มที่ บทบาท เดิมของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ฝ่ายราชการเป็นคนวางแผน เป็นแผนของราชการโดยข้าราชการ ฉะนั้นการ เปลี่ยนตรงนี้จะเปลี่ยนไปสู่สิ่งใหม่ที่มีคุณค่า คือ ยึดคนเป็นศูนย์กลาง และไม่ได้หมายความว่าให้องค์กร ปกครองท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง แต่กระจายอำนาจไปจนถึงการให้ประชาชนคิดเอง วางแผนเอง ได้รับการ สนับสนุนงบประมาณหรือทรัพยากรที่จะไปตอบสนองความต้องการ เป็นการใช้ทุนทางสังคมซึ่งจะส่งผลดีต่อ การพัฒนาและลดความเสี่ยงต่างๆ ลงอย่างมาก

ประการที่ห้า บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข หากพิจารณาว่าภาพรวมระบบสุขภาพของประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร บทบาทของใครบ้างที่จะเข้าไป ซึ่งคงเป็นไปไม่ได้ที่กระทรวงสาธารณสุขจะทำทั้งหมด เนื่องจาก มีหลายกระทรวงที่เกี่ยวข้อง บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นอย่างไร หากพิจารณาจากภาพรวมเรื่องของ สุขภาพ การรักษาพยาบาลเป็นเพียงส่วนหนึ่งในระบบเท่านั้น การรักษาพยาบาลเป็นเรื่องของปลายเหตุ และ เป็นเรื่องของการลงทุนแพงแต่ผลตอบแทนต่ำ เพราะฉะนั้นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพจะมีความสำคัญกว่า ถ้า หากไปแนวนั้นจริงๆ บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขควรปรับมาทางด้านนี้มากขึ้น ในส่วนการรักษาพยาบาล หรือการป้องกันโรค หากมองทั้งประเทศมีทั้งภาคเอกชนและภาครัฐที่ดำเนินการอยู่ และต่อไปองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้จะแบ่งให้เป็นบทบาทของใคร อย่างไร กระทรวงสาธารณสุขไม่ต้องทำ

ทั้งหมด เพราะเอกชนก็ช่วยอยู่ส่วนหนึ่ง ต่อไปก็กระจายอำนาจมากขึ้น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นก็ต้องรับไปส่วนหนึ่งด้วย

ประการที่หก การสร้างระบบการเรียนรู้ (Learning System) หมายถึงการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนปะทะสังสรรค์กัน (interaction) ทั้งความคิดและประสบการณ์เพื่อพัฒนาสิ่งที่ดีขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ได้ถูกออกแบบไว้ สิ่งที่คาดหวังจากบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข คือ น่าจะสนใจเรื่องกระบวนการ เนื่องจากหากมองจากภาพข้างนอกของระบบราชการไม่ได้เป็นกระบวนการของการมีส่วนร่วม หากแต่เป็นกระบวนการซึ่งปิดกั้นความคิดที่หลากหลาย ดังนั้นจะอย่างไรให้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกระทรวงที่มีศักยภาพสูง สามารถวางบทบาทหน้าที่ให้เห็นถึงกระบวนการ ให้ประชาชนสุขภาพดีเป็นวิถีแบบองค์รวม จึงต้องมีความชัดเจนว่า หนทางและกระบวนการ ประกอบด้วยอะไรบ้าง

จากการประมวลความคิดเห็น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ได้สะท้อนทัศนะที่หลากหลายเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ในอนาคตของหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ดังนี้

บทบาทและหน้าที่ของส่วนกลางในอนาคต: กระทรวงสาธารณสุขในฐานะ “แกนนำในระบบสุขภาพ”

เดิมกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทหลักในระบบสุขภาพ แต่ปัจจุบันมีองค์การที่เกิดขึ้นใหม่ การเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่กระจายอำนาจออกจากกระทรวงสาธารณสุข เช่นที่เห็นชัดเจน คือ ในส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งใช้งบประมาณส่วนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขเอาไปบริหารจัดการเกือบทั้งหมด และการเกิดขึ้นขององค์การภาคเอกชน กลุ่มบริการต่างๆ ซึ่งได้ส่งผลให้บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนไปจากเดิมจากที่เคยเป็นองค์กรที่มีบทบาทหลักกลายเป็นเพียงส่วนหนึ่งในระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องปรับตัวให้มีความสัมพันธ์กับองค์กรต่างๆ เพื่อให้การทำงานประสานกัน ในสถานการณ์ปัจจุบันผู้ให้บริการภาคเอกชนมีบทบาทมากขึ้น ขณะเดียวกันปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบบริการภาคเอกชนก็มีมาก ดังนั้น บทบาทในด้านการคุ้มครองภาคประชาชนให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพจะเป็นบทบาทหน้าที่ของกระทรวงที่ควรให้ความสำคัญ ถ้าพิจารณากฎหมายที่มีอยู่ขณะนี้เป็นหลัก ทั้งรัฐธรรมนูญ กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายกระจายอำนาจซึ่งเป็นกฎหมายลูกของรัฐธรรมนูญ จะเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขจะไม่ได้ถือเงิน เพราะ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดูแลเรื่องเงิน กระทรวงสาธารณสุขต้องกระจายรายได้ของรัฐตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ซึ่งกฎหมายที่มีอยู่ขณะนี้ทำให้ต้องกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทในการเป็นผู้นำทางความคิดเรื่องสุขภาพ เป็นผู้นำในการสร้างความรู้ (Knowledge Producer) และการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ไม่ควรเน้นการรักษา เพราะมีหน่วยงานจำนวนมากทำอยู่แล้ว รวมถึง เทศบาลและภาคเอกชน ดังนั้น กรอบบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต คือ 1) กำหนดทิศทางนโยบาย 2) กำหนดมาตรฐานทางวิชาการและบริการ 3) วิจัยและพัฒนาควบคุมกำกับมาตรฐาน คุณภาพ และการติดตามและประเมินผล ซึ่งเป็นสิ่งที่จะมีความสำคัญมากขึ้นในอนาคต สิ่งสำคัญคือการเป็นผู้นำทางความคิด และผู้นำในการกำหนดทิศทางนโยบาย ส่วนเรื่องการบริหาร การปฏิบัติหน้าที่ให้ท้องถิ่นดำเนินการ ให้ชุมชน ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน ซึ่งจะต้องมีการพิจารณารูปแบบที่เหมาะสมต่อไป หากกระแสเป็นที่ยอมรับอาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นได้

เมื่อพิจารณาถึงความเป็นจริงของระบบสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีบทบาทนำคงปฏิเสธบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นทางการไม่ได้ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขต้องมีบทบาทในด้านกฎหมาย โดยต้องเป็นแกนหลักในการผลักดันและรับผิดชอบเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับกฎหมายทางด้านสาธารณสุข และให้นำหนักเรื่องการสร้างสุขภาพ สิ่งสำคัญคือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างสุขภาพ กระทรวงจึงต้องเน้นเรื่องการสร้างองค์ความรู้และถ่ายทอดสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง ในการนี้บุคลากรในพื้นที่ต้องเป็นผู้สนับสนุน ช่วยเหลือในการสร้างองค์ความรู้ต่าง ๆ ดูแล ควบคุม ด้านกฎหมาย ดูแลพฤติกรรม การกิน การอยู่ ให้การศึกษาแก่ประชาชนให้สามารถดูแลตนเองได้ มีการวิจัยพัฒนาให้สุขภาพประชาชนดีขึ้น

ในทัศนะของภาคประชาสังคม มองว่าบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตคือสร้างระบบสาธารณสุขที่ภาคประชาชนเป็นเจ้าของ หากย้อนไปดูเหตุการณ์หลายเหตุการณ์ที่ประชาชนสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้ในวิถีชีวิตแบบชาวบ้าน และสามารถที่จะอยู่ดีมีความสุขได้ แต่กระทรวงยังไม่ยอมรับ การปรับเปลี่ยนบทบาทครั้งนี้ของกระทรวงกลับเปลี่ยนยากมาก แต่คิดว่าเป็นความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยน ประเด็นคืออย่างไรคนในกระทรวงจึงจะไม่มีความรู้สึกผูกขาดหรือเป็นเจ้าของ ทำอย่างไรกระทรวงจะเป็นผู้ค้นหาและยอมรับทุนทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพของชุมชนหมู่บ้านซึ่งอาจเป็นพิธีกรรม พฤติกรรม หรือวิธีการดูแลสุขภาพ เนื่องจากเรื่องสุขภาพเป็นของประชาชน

ดังนั้น บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ต้องเปลี่ยนใหม่ทั้งหมดและต้องมุ่งไปสู่การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชน วิธีคิดก็คือว่าบทบาทหน้าที่ใหม่ของกระทรวงไม่ควรทำงานบริการและควรเน้นการควบคุมคุณภาพบริการ แต่รัฐธรรมนูญบอกว่ารัฐต้องเป็นคนให้ซึ่งอาจจะอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์การมหาชน บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมควบคุมโรคน่าจะเป็นในเรื่องของการรวบรวมองค์ความรู้เป็น Knowledge Management Center ความรู้มีมากแต่กระจายกระจาย ผู้บริโภคไม่รู้ว่าจะไปหาที่ไหน ปัจจุบันประชาชนมีขีดความสามารถในการเฝ้าระวังโรค อย่างโรคซาร์ส ไข้หวัดนก การเฝ้าระวัง การสืบค้น การเสาะหา ภาคประชาชนสามารถทำได้ ประเด็นคือภาคราชการยึดติดวิธีการ กระบวนการ จะเปลี่ยนแปลงอะไรทำได้ยาก หรือไม่อยากจะมีการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาคนในองค์กรจึงเป็นเรื่องที่ทำหาย และถ้าจะสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนต้องมาจากพื้นฐานคือตัวประชาชน บทบาทของกระทรวงต้องเป็นศูนย์รวมการจัดการความรู้ (Knowledge Management Center) คือองค์การบริหารจัดการความรู้

บทบาทใหญ่ที่มีลักษณะเป็นกึ่งธรรมนูญ ขณะเดียวกันเป็นกึ่งเป้าหมายสูงสุด เรื่องของกรอบเวลาที่เราจะช่วยกันกำหนดบทบาทให้กระทรวงได้พิจารณาและนำไปเป็นแนวปฏิบัติใน 10 ปีข้างหน้า มีกระแสการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือเรื่องการกระจายอำนาจ การปรับระบบราชการตามทิศทางใหม่ที่มีสาระสำคัญคือให้กระทรวงเป็นผู้ดูแลทั้งเงินเดือน จำนวน คุณสมบัติของกระทรวงด้วย การวางบทบาทนี้ควรจะคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลง 2 เรื่องใหญ่ ๆ โดยใส่หัวใจที่สำคัญไว้ในบทบาท คือ สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม การมี Local Agenda คือการจะตอบปัญหาจากชุมชน หรือตอบปัญหาของกลุ่มที่มีความจำเป็นเฉพาะบางเรื่อง ต้องกำหนดให้เป็นบทบาทที่ต้องเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องอาศัยฐานความรู้ ระดับที่เรียกว่าต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นในระดับที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหรือมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะ ตรงนี้จะนำมาซึ่งประเด็นเรื่องการบริการ โดยเฉพาะการรักษาพยาบาล หลาย ๆ ท่านเห็นว่าไม่ควรที่จะให้อยู่ในบทบาทของกระทรวงอีกต่อไป ควรจะให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล เป็นบทบาทของเอกชน หรือบทบาทของชุมชน และกระทรวงจะเน้นการให้ความรู้อย่างเดียวเท่านั้น และ

ถ้าการให้บริการการรักษาไม่ใช่บทบาทของกระทรวงอีกต่อไป จะพิจารณาต่อว่าควรจะทำอย่างไร เส้นแบ่งอยู่ตรงไหน

ภารกิจที่ควรให้ความสำคัญคือเรื่องการประสานงาน เพราะปัจจุบันมีหน่วยงาน/องค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพจำนวนมาก ดังนั้นทำอย่างไรที่จะประสานหน่วยงาน/องค์กรหรือกลุ่มภาคีภาคประชาชนต่างๆ เพื่อที่จะมาผนึกกำลังร่วมกันในการแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพของประเทศ เช่น เรื่องอาหารปลอดภัยซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายกระทรวง เป็นเรื่องของกระทรวงเกษตร และกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่องผักปลอดภัย ระหว่างหน่วยงานเกษตรและสาธารณสุขในพื้นที่บทบาทหน้าที่ซ้ำซ้อนและไม่ชัดเจนว่าใครจะเป็นคนที่มีอำนาจในการจัดการกับสารเคมีทางการเกษตร

ความเชื่อมโยงของกระทรวงสาธารณสุขกับภายนอกมีความสำคัญ เนื่องจากประเด็นสาธารณสุขเป็นผลจากปัจจัยทางพฤติกรรมสังคมและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุขในอนาคตจึงต้องประสานกับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประชาชน สภาวิชาชีพ มหาวิทยาลัยและคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจะเป็นองค์กรที่เชื่อมโยงกับกระทรวงอื่นๆ และภาคเอกชน รวมถึงพัฒนากลไกระบบงานที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วม

ในส่วนของตัวเองแทนสมัชชาสุขภาพอยากเห็นการปฏิรูประบบสุขภาพที่มองว่าเรื่องสุขภาพเป็นของส่วนรวมไม่ใช่ของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ต้องการให้กระทรวงมีบทบาทในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนรับผิดชอบ และดูแลสุขภาพ สร้างกลไกที่จะส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ให้กับภาคประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าจะสนับสนุนให้ภาคประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างหรือพัฒนาระบบสุขภาพซึ่งมีขอบเขตกว้างกว่าระบบสาธารณสุข ควรสร้างมิติใหม่ของ เช่น กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ในการสร้างสุขภาพ ที่รองรับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ในอนาคตกระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทหลักในการทำหน้าที่ควบคุมกำกับระบบสุขภาพ (Health Stewardship) ในฐานะที่เป็นองค์ประกอบหลัก รวมถึงการกำหนดนโยบาย การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การติดตามประเมินผล การบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งเป็นองค์ประกอบใหญ่ หากกระทรวงสาธารณสุขจะไม่เป็นเจ้าของ จะไม่ทำ แต่จะทำเฉพาะ Health Stewardship เป็นหลัก และองค์ประกอบสุดท้าย คือ การสนับสนุนทางการเงิน กระทรวงสาธารณสุขจะแสดงบทบาทนั้นมากน้อยเพียงใด ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขแสดงทุกบทบาทเป็นทั้งผู้ผลิต เจ้าของสถานบริการ เป็นเจ้าของโรงงานผลิตยา เป็นเจ้าของวิทยาลัยพยาบาลและมีบริการสุขภาพออกมาจำนวนมาก ขณะเดียวกันเป็น National Authority ในการทำแผนพัฒนาสุขภาพ

แนวโน้มกระทรวงควรทำบทบาทหน้าที่เพียงการสร้างมาตรฐานบริการที่มุ่งนำองค์ความรู้มาตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และมีบทบาทด้านการติดตามกำกับหน่วยบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ส่วนบทบาทในเรื่องการวิจัยและพัฒนาควรตอบสนองต่อระบบบริการทั้งภาครัฐและเอกชน บทบาทในอนาคต ควรเน้นการกำกับ กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข พัฒนาระบบบริการ ลดบทบาทในฐานะการเป็นผู้ปฏิบัติ เน้นการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ การสร้างองค์ความรู้ในด้านการควบคุมและป้องกันโรค การส่งเสริม กำกับดูแล ควบคุมคุณภาพ

ในอนาคตบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข มี 3 บทบาทหลัก คือ 1) บทบาทเกี่ยวกับผู้รับบริการ หรือผู้ซื้อบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเป็นผู้ถูกระทบ หรือได้ประโยชน์ 2) ผู้ให้บริการ หรือผู้ขายบริการ คือ กลุ่มบริการในระดับจังหวัด รวมถึงที่อยู่ในกระทรวง 3) การกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐาน ตามกฎหมาย

การส่งเสริมสนับสนุนการประสานงานทางด้านวิชาการ แนวโน้มในอนาคต บทบาทที่ 3 คือ การกำกับดูแล กระทรวงสาธารณสุขต้องทำอย่างแน่นนอน แต่บทบาทในเรื่องของผู้ให้บริการหรือผู้ขายบริการต้องแยกออกมาจากกระทรวงสาธารณสุข ส่วนบทบาทของผู้รับบริการหรือผู้ถูกผลกระทบ เริ่มมีบทบาทของภาคประชาชนในการดูแลตัวเอง แต่ส่วนใหญ่กระทรวงสาธารณสุขก็ยังเป็นผู้ดูแลอยู่ ปัจจุบันกระแสเรียกร้องของประชาชนรวมถึงความเข้าใจในการมีส่วนร่วม แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความเข้าใจมากขึ้นว่าเขาจะมีสิทธิหรือข้อเรียกร้องในการที่จะตัดสินใจด้วยตัวเขาเองมากขึ้น มีอิสระมากขึ้น บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตจะต้องมองตรงประเด็นนี้ด้วย

นอกจากนี้กระทรวงควรจะมีบทบาทเป็นผู้ชี้แนะและกระตุ้นให้เกิดระบบสุขภาพที่ดีของประชาชนรวมทั้งควรทำหน้าที่ชี้ทิศทาง และกำหนดการใช้ทรัพยากรให้เหมาะสม ส่งเสริมให้เกิดการใช้วิชาการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและการแก้ปัญหาแบบบูรณาการในการรักษาพยาบาล และควรมีการแยกเงินงบประมาณจากการบริการทั่วไปกับส่งเสริมวิชาการให้แน่ชัด

บทบาทใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นแกนประสานเชื่อมนโยบาย หน่วยงานส่วนกลางควรทำหน้าที่เชื่อมยุทธศาสตร์ บริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ เชื่อมโยงวิชาการ และประสานทรัพยากร ซึ่งประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ 10 ปีข้างหน้า ระบบบริการจะเป็นอย่างไร กระทรวงสาธารณสุขจะรับผิดชอบเหมือนเดิมหรือไม่ หรือจะค่อยๆ ผ่องถ่ายไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทั้งนี้เพราะหากกระทรวงสาธารณสุขจะรับผิดชอบระบบบริการด้วยระบบราชการแบบเดิมทั้งหมด อาจจะทำให้กระทรวงสาธารณสุขเสียโอกาสในการทำงานสำคัญที่ควรจะทำ

หากพิจารณายุทธศาสตร์ 6 ด้านในระยะของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 สามารถสรุปบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขได้ 3 กลุ่มหลัก คือ 1) กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นผู้ดูแลหน่วยให้บริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) 2) โครงการด้านสุขภาพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการควบคุมโรคเอดส์ โภชนาการ และการสาธารณสุขที่ทำมาแต่เดิมต้องทำต่อไป แต่มีสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง คือ จะปรับให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันตลอดจนทำให้มีประสิทธิภาพ และเข้มแข็งขึ้นได้อย่างไร 3) งานที่มีแนวโน้มเข้ามาอย่างต่อเนื่อง คือ เป็นผู้ดูแลประชาชนโดยมาตรการทางกฎหมาย ซึ่งอาจจะต้องมีกฎหมายใหม่ขึ้นมา ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นผู้รักษากฎหมาย และเป็นผู้ดูแลประชาชนตามกฎหมายด้วย ซึ่งถ้ากระทรวงสาธารณสุขจะปรับตัวเพื่อที่จะทำงาน 3 กลุ่มนี้ได้และสอดคล้องกับบริบทซึ่งเปลี่ยนไปต้องปรับขีดความสามารถใน 3 ด้านหลัก คือ ยกระดับสมรรถนะหรือความสามารถในการบริหารจัดการ ความสามารถทางวิชาการ และความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นในทุกระดับทั้งระดับกระทรวง ระดับท้องถิ่น และระดับชุมชน ซึ่งความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นนี้เป็นมิติใหม่ที่จะยกระดับความสามารถเพื่อที่จะทำให้นโยบายยุทธศาสตร์ก้าวหน้าไปได้

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขทำทุกเรื่อง เป็นทั้งผู้กำหนดนโยบาย เป็นผู้กำกับ ผู้อำนวยการความสะอาด วิจัยพัฒนาและให้บริการ ในอนาคตงานด้านบริการ งานปฏิบัติการทั้งงานสร้างสุขภาพและงานซ่อมสุขภาพน่าจะไปอยู่ส่วนท้องถิ่น ดังนั้นในทัศนะของคณะผู้ศึกษาวิจัยเห็นว่า บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต ประกอบด้วย 6 บทบาทหลัก คือ ผู้สนับสนุนส่งเสริม ผู้กำหนดทิศทางนโยบาย ผู้ควบคุม ผู้ริเริ่มนวัตกรรม ผู้ให้บริการด้านวิชาการ และผู้ให้ความรู้และศูนย์จัดการความรู้ ดังแสดงในตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

บทบาทในฐานะ	บทบาท	หน้าที่
1.ผู้สนับสนุนส่งเสริม (Facilitator)	อำนวยความสะดวก จัดหาทรัพยากร ให้ความรู้แก่ประชาชน ส่งเสริมวิชาการ มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพ ส่งเสริมหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ให้สามารถทำงานตามภารกิจ	ให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง เสนอแนะช่องทางการดำเนินงาน ส่งเสริมให้องค์กรเครือข่าย และภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ จัดให้มีบริการด้านส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค ทั้งในสถานองค์กรและชุมชน จัดสรรงบประมาณให้หน่วยงานที่ขาดแคลน ประสานงานกับองค์กรอื่นๆ สนับสนุนภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานสร้างสุขภาพ
2.ผู้กำหนดทิศทางนโยบาย (Policy Maker)	กำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพให้สอดคล้องยุทธศาสตร์การพัฒนา เสนอแนะแนวทางในการกำหนดนโยบายแก่รัฐบาล ศึกษาข้อมูลจากระดับล่างเพื่อกำหนดนโยบาย ให้เหมาะสมกับพื้นที่ นำนโยบายสู่การปฏิบัติ	ศึกษาวิเคราะห์นโยบาย ทบทวนปรับปรุงกฎหมาย นำนโยบายท้องถิ่นมากำหนดเป็นนโยบายชาติ กำหนดกลยุทธหลัก เป้าหมาย ตัวชี้วัดความสำเร็จ ศึกษาสภาพปัญหาทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ศึกษาวิเคราะห์วิจัยเกี่ยวกับสถานะสุขภาพทั้งในระดับประเทศชุมชน และบุคคล
3.ผู้ควบคุม (Regulator)	ควบคุมการดำเนินงาน นิเทศติดตามให้เป็นไปตามทิศทางที่กำหนด การทำงานเพื่อให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัด ตรวจสอบการบริหารจัดการ จรรยาบรรณ ควบคุมการทำงานที่จะส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับประชาชน	ประสานติดตามและประเมินผล ควบคุมคุณภาพ สร้างระบบเตือนภัยที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและชุมชน พัฒนาระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ สร้างหลักประกันเรื่องความเสมอภาค และความ เป็นธรรมในระบบสุขภาพ
4.ผู้ริเริ่มนวัตกรรมใหม่ (Innovator)	ส่งเสริม สนับสนุน แก่ผู้สร้างสรรค์นวัตกรรมสุขภาพ ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประชาชนและเทคนิคต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ส่งเสริมและพัฒนาการจัดระบบองค์ความรู้ ศึกษาค้นคว้า ทดลอง	ศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ใหม่มาใช้ในการพัฒนางาน ส่งเสริมการนำนวัตกรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาปรับใช้ พัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการสร้างระบบสุขภาพ สนับสนุนการวิจัยเพื่อการคิดริเริ่มสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ วิเคราะห์ออกแบบงานใหม่ ๆ ที่ช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพประสิทธิผล

ตารางที่ 5.1 บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต (ต่อ)

บทบาทในฐานะ	บทบาท	หน้าที่
5.ผู้ให้บริการด้านวิชาการ (Academic Service Provider)	พัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพ และ จัดบริการให้มีมาตรฐานครอบคลุมพื้นที่ บริการด้านข้อมูล ประสานงาน ควบคุม กำกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ต่าง ๆ ส่งเสริมให้เกิดบริการเชิงรุกทุกสถาน บริการ สร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน สร้างมาตรฐานการดำเนินงานและ สนับสนุนหน่วยบริการ	ให้บริการความรู้ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ สร้างจิตสำนึกในการให้บริการ เป็นหน่วยงานในการให้บริการสารสนเทศด้าน สุขภาพ เผยแพร่บริการทางวิชาการ สำรวจความต้องการของผู้ปฏิบัติ สำรวจอุปสรรค ข้อขัดข้องต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางแก้ไข จัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั่วถึงประชาชน ทุกระดับ
6.ผู้ให้ความรู้การศึกษา (Educator) และจัดการ ความรู้ (Knowledge Management Center)	พัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้ ทันสมัยทันเหตุการณ์ และผลิตบุคลากรที่ มีคุณภาพ ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน สนับสนุนบริการเครือข่าย ส่งเสริมให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นแหล่งที่สามารถให้ข้อมูลทางด้าน วิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์ เสริมความรู้วิชาการใหม่ ๆ ถ่ายทอด เทคโนโลยีและกระจายความรู้ด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ	จัดทำสารสนเทศเพื่อเผยแพร่ความรู้ ความ เข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน ในการส่งเสริมการ ดูแลสุขภาพของตนเอง เสริมสร้างจริยธรรม คุณธรรมนอกเหนือจากการ ให้ความรู้ พัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่ประชาชน รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ พัฒนาศูนย์การศึกษาทางด้านสาธารณสุข เพื่อ ถ่ายทอดความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านสุขภาพ ให้บริการสนับสนุนการจัดการความรู้ในมิติที่ เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน

จากตารางข้างต้น บทบาทด้านการจัดบริการได้ปรับลดลงไป และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลาย ๆ ท่านมีทัศนะเป็นแนวเดียวกันว่า หน่วยงานที่ควรรับผิดชอบในบทบาทด้านบริการ คือ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือนิติบุคคลในพื้นที่ ซึ่งนอกเหนือจากบทบาทที่จำเป็นภายในกรอบการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภค ควรมีบทบาทเพิ่มเติม ได้แก่ บทบาทในการสร้างองค์ความรู้ (รับผิดชอบโดยศูนย์จัดการความรู้) การประสานนโยบาย (รับผิดชอบโดยศูนย์ประสานนโยบาย) วิจัยและพัฒนานวัตกรรม (รับผิดชอบโดย สวรส.) บทบาททางด้านสาธารณสุขไร้พรมแดน (รับผิดชอบโดยสำนักสาธารณสุขระหว่างประเทศ) เป็นต้น

บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานส่วนภูมิภาค

ปัจจุบันเนื้อหาสาระของสาธารณสุขไทยมีประเด็นที่เปลี่ยนแปลงไปมาก เช่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งพยายามชี้ให้เห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องสิทธิ ทำให้ประชาชนตื่นตัวมากขึ้นและ

ความคาดหวังที่มีต่อแพทย์เปลี่ยนไป แบบแผนของโรคเปลี่ยนแปลง สังคมก็เปลี่ยนไป เรื่องคุ้มครองผู้บริโภคได้รับการเรียกร้องมากขึ้น ในขณะที่ภูมิภาคขาดแคลนแพทย์ แต่มีการกระจุกตัวอย่างมากอยู่ที่กระทรวง

มุมมองของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันว่า บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขควรเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่ให้ความสำคัญกับเรื่องบริการสุขภาพ มาให้ความสำคัญกับการจัดการความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของคน คือ เป็นผู้จัดระบบสุขภาพแต่ไม่เป็นผู้ปฏิบัติ กระทรวงควรเป็นหลักในเรื่องการจัดการประสานงานให้ระบบสุขภาพเกิดความเป็นธรรม สามารถปกป้องสิทธิของประชาชน และในขณะเดียวกันต้องใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ส่วนกลางควรมีขนาดเล็กลง โดยกระทรวงควรดูแลเรื่องนโยบาย เรื่องกฎหมาย การเชื่อมต่อประสาน การพัฒนาวิชาการเพื่อสนับสนุนการทำงานของผู้ปฏิบัติ และต้องเป็นฝ่ายเตือนภัยในระบบเฝ้าระวังต่างๆ ส่วนระดับกรมอาจจะทำด้านวิชาการเพียงอย่างเดียว

จากที่กล่าวมาในตอนต้นว่ากระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทที่สำคัญ คือ กำกับดูแลและส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลประชาชน ทั้งการป้องกันและการรักษา รวมถึงให้ความรู้ทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชนให้เข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพและการรักษาตนเอง ตลอดจนชุมชนด้วย ส่วนด้านการรักษาควรลดบทบาทลง เนื่องจากปัจจุบันภาคเอกชนก็มีหน้าที่ให้การรักษาเช่นกัน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบางท่านแสดงทัศนะว่าน่าจะจัดระบบการรักษาในภาครัฐใหม่ โดยโรงพยาบาลของรัฐควรอยู่นอกระบบ แต่ให้อยู่ในการกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีสิทธิมีอำนาจที่จะบริหารจัดการดูแลคนของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ โดยกระทรวงหนุนเสริมในด้านงบประมาณ และทางด้านวิชาการ ส่วนท้องถิ่นก็มีหน้าที่ดูแลป้องกันรักษา และอาจจะมีโรงพยาบาลอีกประเภทหนึ่ง คือ อยู่ในกำกับของท้องถิ่น หรือนอกระบบแต่ดูแลกันเอง ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่มีความเห็นว่าจะมองภารกิจเป็นระดับจังหวัดโดยให้จังหวัดเป็นอิสระ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดท่านหนึ่งกล่าวว่าในอนาคตสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรเป็นหน่วยงานในกำกับเป็นผู้ถือเงิน (Purchaser) ถือกฎหมาย และโรงพยาบาลน่าจะเป็นอิสระ ลดสายการบังคับบัญชาลง เน้น Financial Control มากกว่า Authority Control เป็นองค์กรอิสระที่เลี้ยงตัวเองโดยระบบการเงิน แต่ต้องควบคุมคุณภาพโดยมีระบบมาตรฐาน

นอกจากนี้ ในอนาคตงานคุ้มครองผู้บริโภคจะเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ดังนั้นควรมีการบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนกลางควรให้ความสำคัญโดยเฉพาะเรื่องงบประมาณ บทบาทในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องมุ่งเน้นการเป็นผู้กำกับดูแล นิเทศก์ ติดตาม และมีกลุ่มงานทางด้านวิชาการ ในอนาคตหากกลุ่มงานประกันสุขภาพขึ้นกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลดภารกิจในการจัดสรรงบประมาณ และในอนาคตหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคน่าจะมีบทบาทในเรื่องการสนับสนุนภาคประชาชนมากขึ้น รวมถึงควรจะทำให้มีมุมมองในการดูแลสุขภาพกว้างขึ้นกว่าการแพทย์ โดยเฉพาะในระดับจังหวัดควรมีมุมมองที่สอดคล้องกับระบบการปฏิรูประบบสุขภาพที่จะเกิดขึ้นหรืออาจจะดีขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า ใน 3 ประเด็น

ประเด็นแรก คือ บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขได้ก้าวเกินขอบเขตพรมแดนของคำว่าสาธารณสุข ไปสู่คำว่าสุขภาพหรือสุขภาพมากน้อยเพียงใด

ประเด็นที่ 2 ในระดับจังหวัดมีกลไกอะไรที่จะไปส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการที่แบ่งเบาความรับผิดชอบเรื่องสุขภาพให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมกับรัฐในการดูแลสุขภาพมากน้อยเพียงใด

ประเด็นที่ 3 ผู้ที่จะมาเป็นผู้นำของรัฐในโลกใต้น้ำคือ สาธารณสุขจังหวัด จำเป็นต้องเป็นนายแพทย์เท่านั้นหรือไม่ จะปรับระบบกลไกอย่างอื่นหรือไม่ โดยมีผู้เสนอแนวคิดว่า หัวหน้าหน่วยงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่ควรผูกขาดว่าต้องเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ควรกำหนดตำแหน่งที่เปิดกว้างกว่าเดิม

ในทัศนะของคณะผู้ศึกษาวิจัยเห็นว่า กรอบบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของหน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาค คือ เน้นด้านการเผยแพร่ความรู้ การสร้างความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพ โดยสนับสนุนให้มีวาระท้องถิ่นและเวทีสุขภาพ

ตารางที่ 5.2 บทบาทภารกิจด้านการจัดการสาธารณสุขจำแนกตามระดับการบริหารและหน่วยงาน

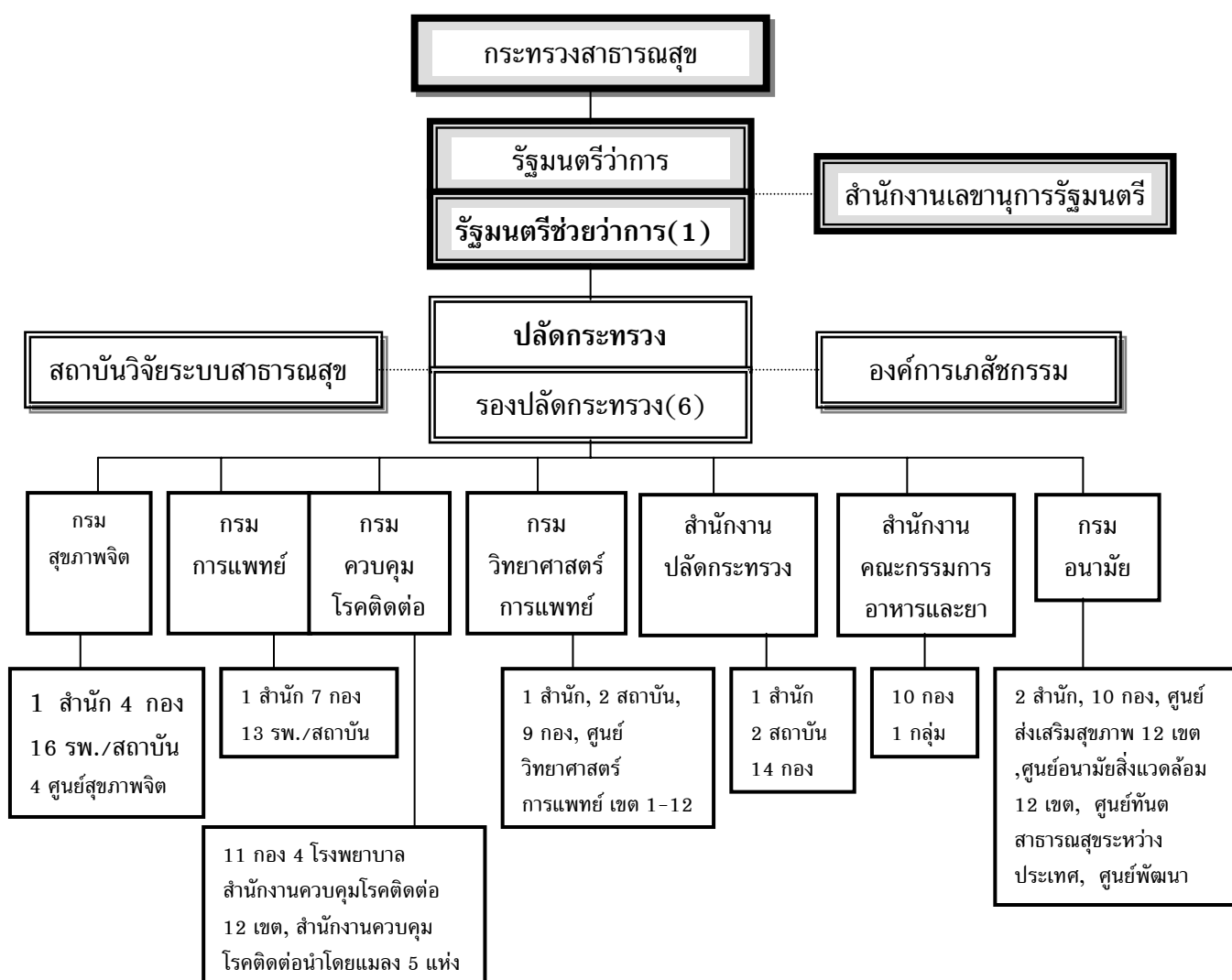
การบริหารส่วนกลาง	การบริหารส่วนภูมิภาค	การบริหารส่วนท้องถิ่น
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สำนักและสถาบันที่เกี่ยวข้อง บทบาทภารกิจ: ส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งผลิตบุคลากร	ศูนย์สาธารณสุขระดับเขต วิทยาลัยสาธารณสุข/พยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์สาธารณสุขเขต รพ.ศูนย์/ ทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.ชุมชนและสถานีนอามัย	ไม่มีหน่วยงานดูแลโดยเฉพาะ
กระทรวงมหาดไทย บทบาทภารกิจ: ส่งเสริมสุขภาพ บริการสุขภาพ ผลิตบุคลากร	สำนักงานจังหวัด สำนักงานอำเภอ	กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล/สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนตำบล
กระทรวงกลาโหม บทบาทภารกิจ: บริการสุขภาพ ผลิตบุคลากร	รพ.ในภูมิภาค เช่น รพ.ค่ายทหาร รพ.ฐานบิน เป็นต้น	ไม่มีหน่วยงานดูแลโดยเฉพาะ
กระทรวงศึกษาธิการ (รวมทบวงมหาวิทยาลัยเดิม) บทบาทภารกิจ: บริการสุขภาพ ผลิตบุคลากร ให้การศึกษาเรื่องสุขภาพกับนักเรียน	มหาวิทยาลัยภูมิภาค โรงเรียนในส่วนภูมิภาค	โรงเรียนในสังกัดหน่วยงานส่วนท้องถิ่น
กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีฯ บทบาทภารกิจ: ส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม	ศูนย์ส่งเสริมสิ่งแวดล้อม	ไม่มีหน่วยงานดูแลโดยเฉพาะ
กระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บทบาทภารกิจ: ดูแลสิทธิและสนับสนุนหลักประกันสุขภาพ	หน่วยงานระดับภูมิภาค	ไม่มีหน่วยงานดูแลโดยเฉพาะ
องค์การอิสระ องค์การมหาชน องค์การวิชาชีพ บทบาทภารกิจ: สนับสนุนดูแล ตรวจสอบด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ	ไม่มีหน่วยงานดูแลเฉพาะ	ไม่มีหน่วยงานดูแลโดยเฉพาะ

ที่มา : ปรับปรุงจาก ไพโรจน์ ภัทรนากุล และ ทศนัย ชันตยาภรณ์ (2544)

2. ข้อเสนอรูปแบบโครงสร้างองค์การที่เหมาะสมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง

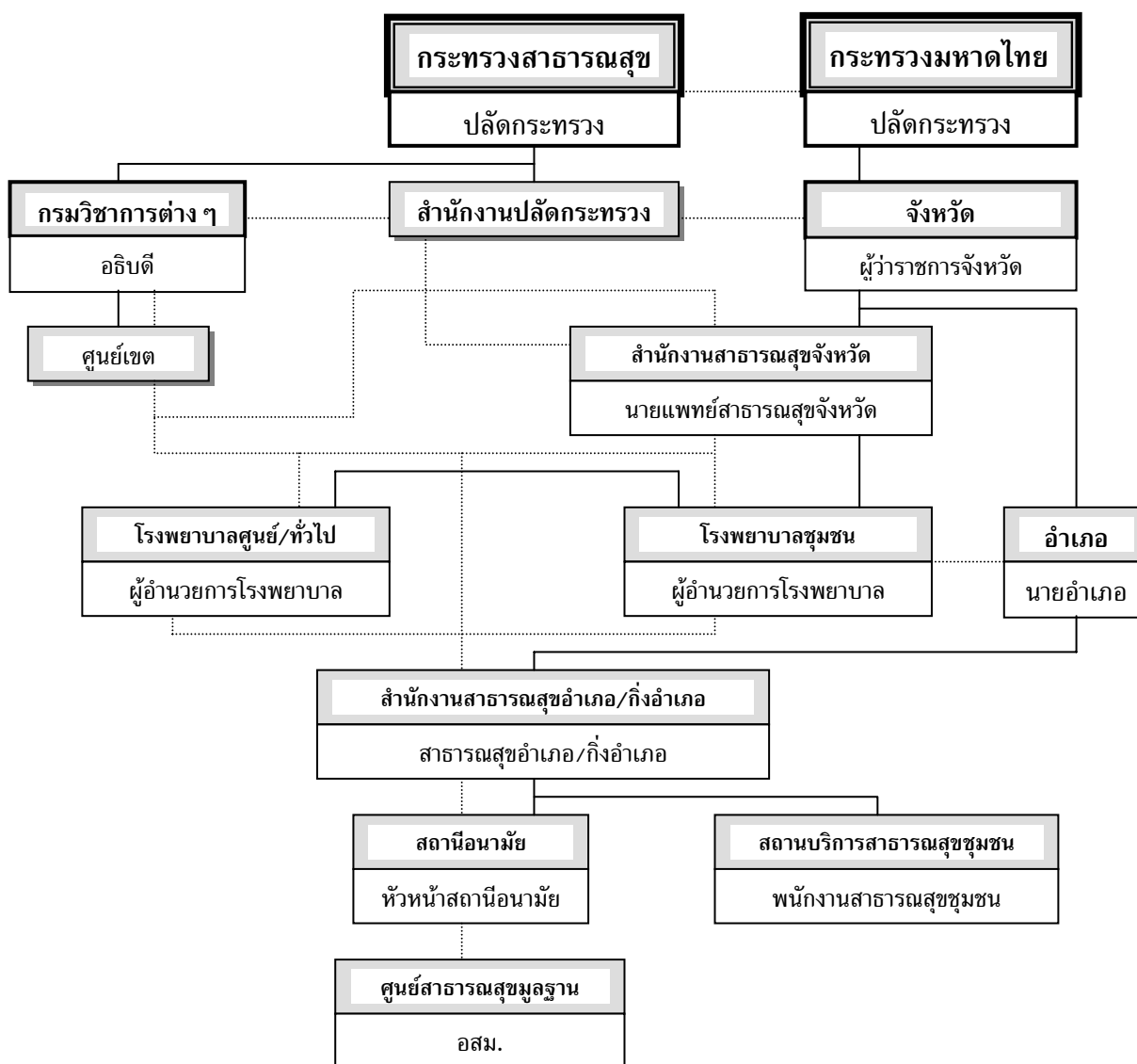
โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขก่อนการปฏิรูป และโครงสร้างปัจจุบันภายหลังการปฏิรูประบบราชการ ได้นำเสนอในแผนภาพที่ 5.1-5.6

แผนภาพที่ 5.1 โครงสร้างการบริหารราชการส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข (ก่อนการปฏิรูป)



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). การปรับบทบาทภารกิจ
และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข. หน้า 17

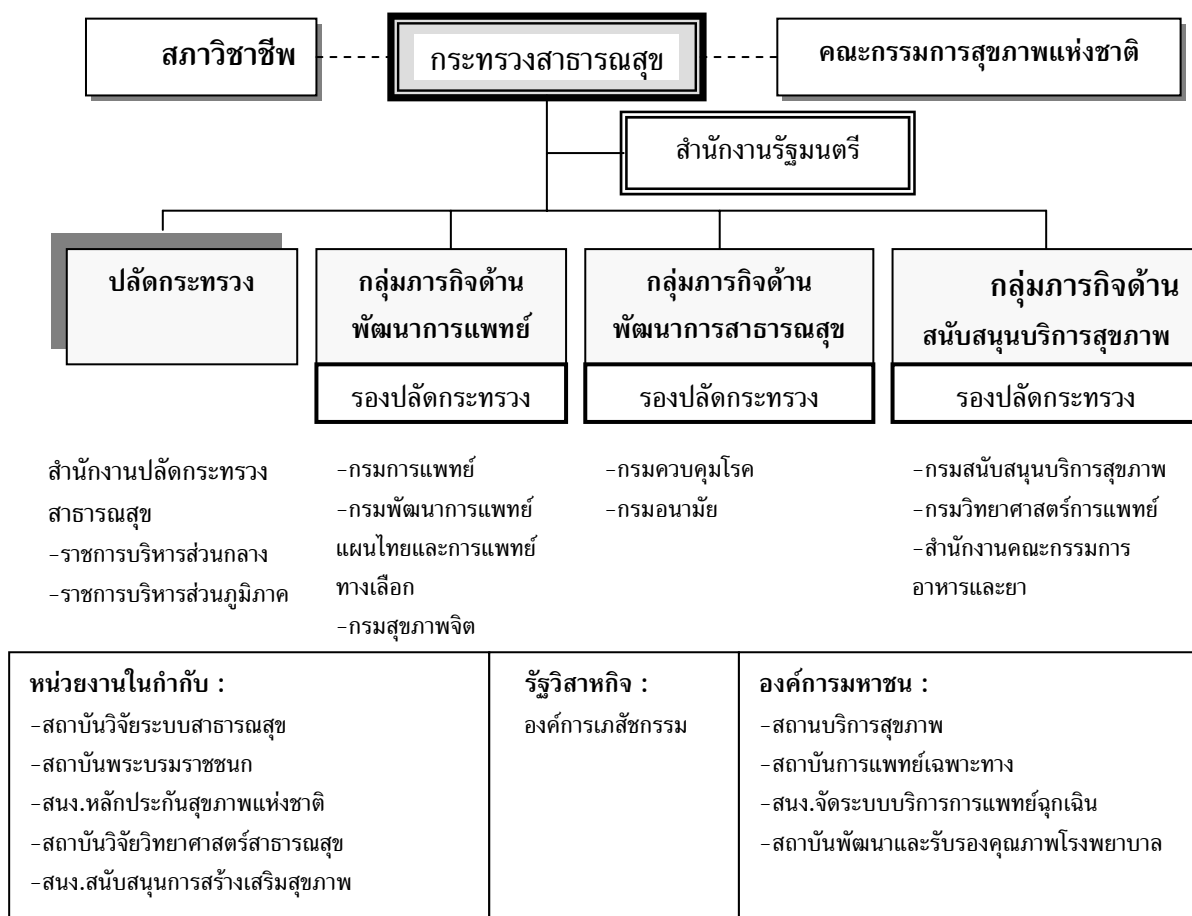
แผนภาพที่ 5.2 โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (ก่อนการปฏิรูป)



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). การปรับบทบาทภารกิจ
และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข. หน้า 19

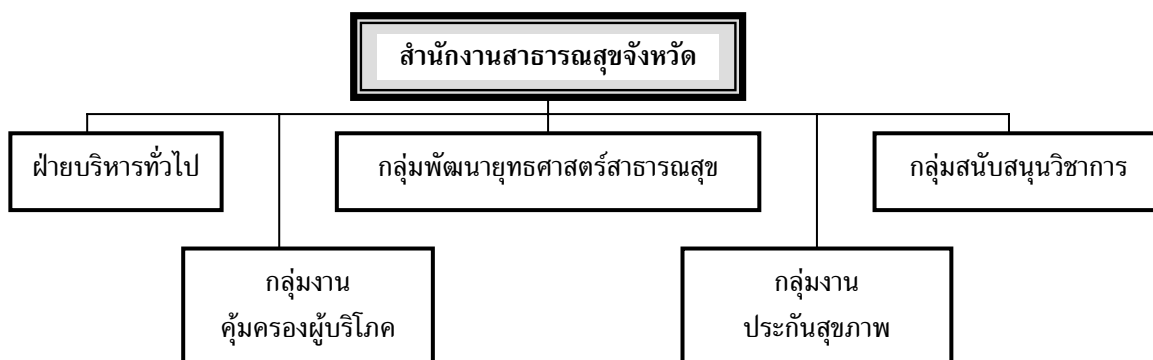
หมายเหตุ : _____ สายการบังคับบัญชา
..... สายการนิเทศและประสานงาน

แผนภาพที่ 5.3 โครงสร้างส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข (หลังการปฏิรูป)



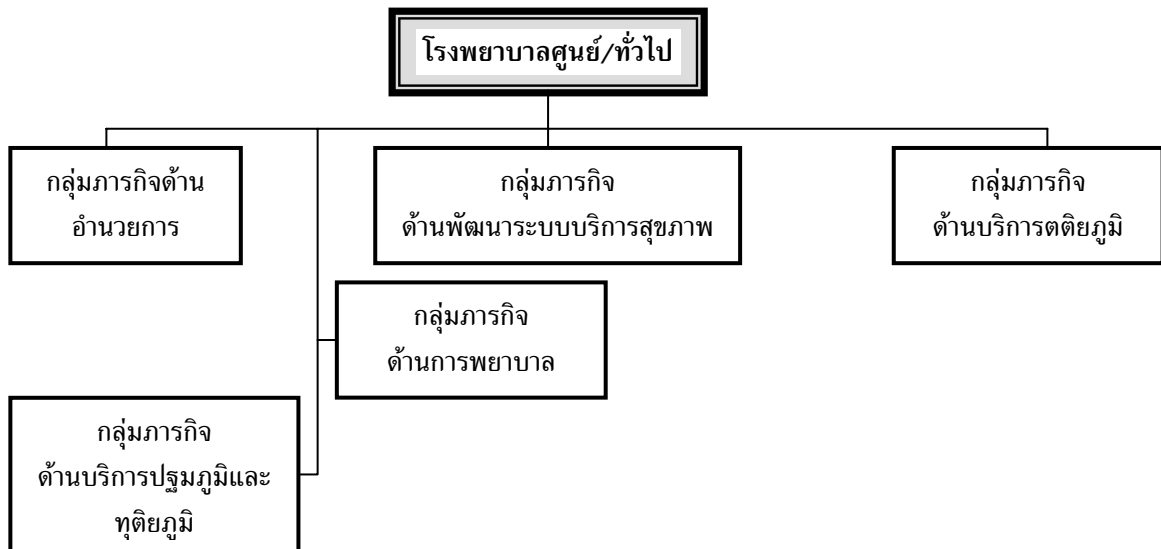
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). โครงสร้างใหม่ของ
กระทรวงสาธารณสุขเพื่อคนไทย. หน้า 18

แผนภาพที่ 5.4 โครงสร้างการแบ่งงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (หลังการปฏิรูป)



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). โครงสร้างใหม่ของ
กระทรวงสาธารณสุขเพื่อคนไทย. หน้า 20

แผนภาพที่ 5.5 โครงสร้างการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (หลังการปฏิรูป)



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). โครงสร้างใหม่ของ
กระทรวงสาธารณสุขเพื่อคนไทย. หน้า 21

แผนภาพที่ 5.6 โครงสร้างการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลชุมชน (หลังการปฏิรูป)



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). โครงสร้างใหม่ของ
กระทรวงสาธารณสุขเพื่อคนไทย. หน้า 22

โครงสร้างที่เหมาะสมในอนาคต

สำหรับโครงสร้างองค์การที่เหมาะสม คณะผู้ศึกษาวิจัยเสนอโครงสร้างที่เหมาะสมสำหรับการเปลี่ยนแปลง อาจพิจารณาใน 3 ทางเลือก บนพื้นฐานของการจัดเวทีระดมความคิดเห็น ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 เป็นการปรับโครงสร้างเดิมให้สอดคล้องกับภารกิจใหม่ (Scenario 1 – S1: Status quo plus หรือ Incremental change)

ทางเลือกที่ 2 เป็นโครงสร้างในระบบเครือข่ายที่ถ่ายโอนอำนาจการจัดการให้ท้องถิ่น (Scenario 2 – S2: Decentralized Structure) ถ่ายโอนอำนาจการจัดการไปอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของท้องถิ่น ภารกิจยังคงเดิม เน้นระบบงานที่เชื่อมโยงการทำงานกันในลักษณะเครือข่าย

ทางเลือกที่ 3 โครงสร้างการกระจายอำนาจโดยมีองค์การในรูปนิติบุคคลระดับจังหวัด (Scenario 3 – S3: Regional Independent Structure) ในลักษณะคล้ายกับมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น ตามโครงสร้างนี้จะตัดสายการบังคับบัญชาให้สั้นลง ไม่มีภูมิภาค มีการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายประชาคมสุขภาพระดับจังหวัด

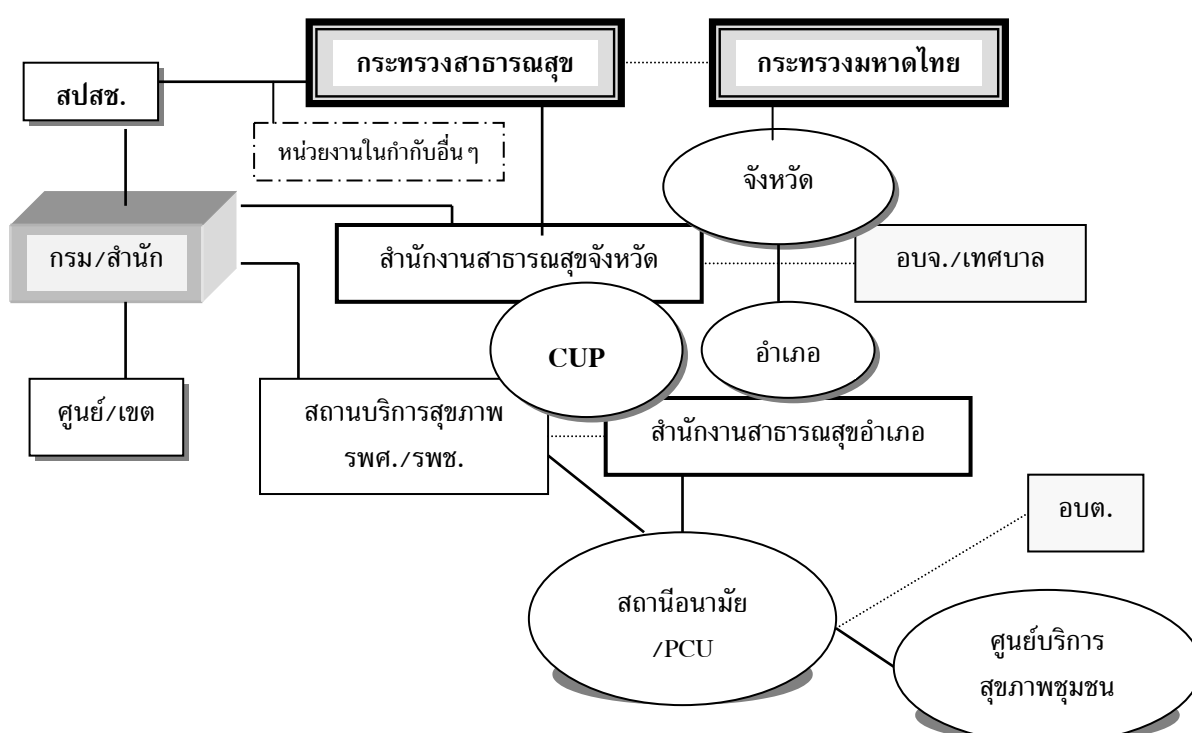
ทางเลือกที่ 1 การปรับโครงสร้างเดิมให้สอดคล้องกับการกิจใหม่

“Scenario 1 – S1: Status quo plus หรือ Incremental change”

โครงสร้างเดิม มีกรม มีสำนัก มีหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งมีศูนย์/เขตโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดูแลเรื่องนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) โดยโครงสร้างที่เชื่อมกับกระทรวงมหาดไทยในระดับจังหวัด คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในระดับอำเภอ คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โครงสร้างปัจจุบันนี้มีความซับซ้อนอาจจะเป็นโครงสร้างเดิมที่ปรับเปลี่ยนในเรื่องสายการบังคับบัญชา เปลี่ยนแปลงในเชิงของระบบ CEO ในช่วงรอยต่อที่เปลี่ยนแปลงไป ระดับสถานีอนามัย มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit – PCU) และมีการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมกัน

ตามทางเลือกที่ 1 นี้ ไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทั้งหมด ทำเฉพาะส่วนที่จะทำให้ผลงานดีขึ้นกว่าเดิม หรือส่วนที่ควรจะต้องเพิ่มเติมขึ้นมาเพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยอาจตั้งหน่วยงานใหม่ มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและสนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพ เหมือนโครงสร้างในกระทรวงสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา พัฒนาด้านการสาธารณสุขต่างประเทศเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงจากโลกาภิวัตน์ มีโครงสร้างองค์การและงบประมาณเพื่อรองรับสาธารณสุขข้ามพรมแดน มีกลุ่มงานที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขต่างประเทศ และครอบคลุมสัมพันธ์ทางการค้าภายใต้กรอบการค้าเสรี รวมถึงด้านกฎหมายการค้าที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข โดยเฉพาะในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา เรื่องความลับทางการค้า เรื่องการเปิดเสรีทางการค้า ที่สำคัญงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคควรได้รับการพัฒนาอย่างจริงจังโดยมีโครงสร้างในส่วนนี้ขึ้นมารองรับ

แผนภาพที่ 5.7 โครงสร้างแบบปัจจุบัน (Scenario 1)



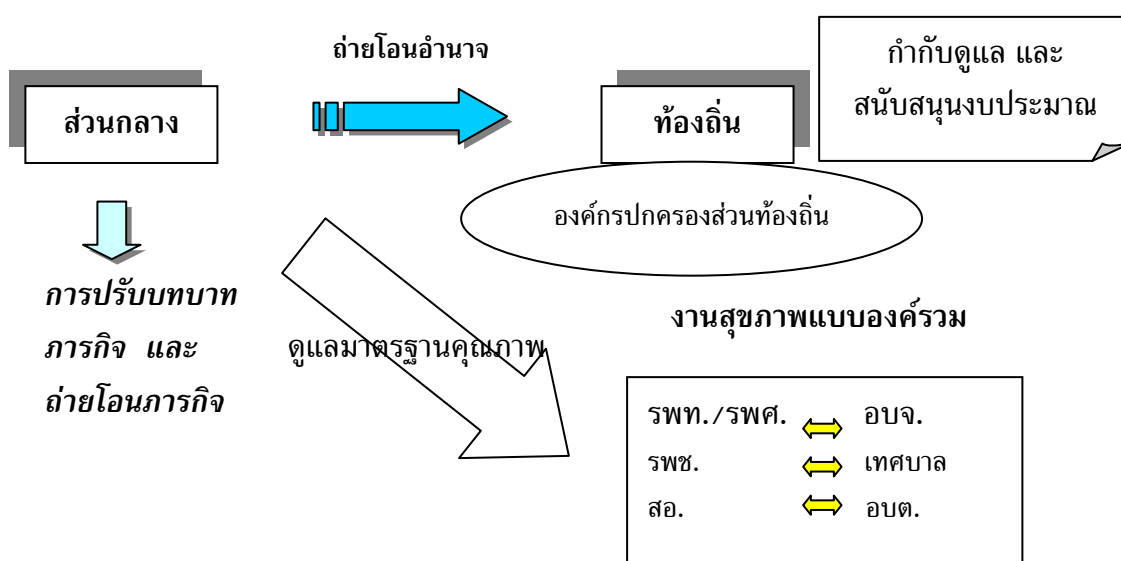
ทางเลือกที่ 2 โครงสร้างในระบบเครือข่ายที่ถ่ายโอนอำนาจการกำกับดูแลให้ท้องถิ่น

“Scenario 2 – S2: Decentralized Structure”

ตามแนวทางนี้ คล้ายกับทางเลือกที่ 1 แต่มีการปรับบทบาทและถ่ายโอนอำนาจการกำกับดูแลการบริการรักษาให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวคือในส่วนของสถานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีนอมนัยให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ไม่ใช้การพิจารณารูปแบบในลักษณะแยกส่วน ที่จะให้ไปอยู่ในสังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากแต่เป็นสถานพยาบาลในกำกับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งดำเนินการในลักษณะของคณะกรรมการในระดับพื้นที่ และมีการประสานการให้บริการในระบบเครือข่ายการให้บริการ ผู้บริหารสถานพยาบาลยังคงรูปแบบเดิม (แผนภาพที่ 5.8)

รูปแบบนี้ โครงสร้างส่วนกลางจะเล็กลง คงไว้ซึ่งภารกิจหลัก อาทิ เรืองนโยบาย การประสานนโยบาย การวิจัยและพัฒนา การดูแลและกำกับมาตรฐาน ในขณะที่เดียวกันภารกิจจะมีการถ่ายโอนไปให้ท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยง โดยภารกิจที่สำคัญคือการบริการ สถานพยาบาลอาจจะขึ้นตรงกับจังหวัดจบในจังหวัดนั้นๆ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีนอมนัยทำหน้าที่ในการสร้างสุขภาพ โครงสร้างรูปแบบนี้จะบริหารโดยคณะกรรมการสุขภาพจังหวัดนั้นๆ ซึ่งอาจจะมิได้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และมีกลไกในการตรวจสอบจากภาคประชาชน ภารกิจเดิมจะไม่ลดลง เพียงแต่เปลี่ยนผู้เล่นให้มาอยู่ในท้องถิ่นมากขึ้น และจะเกิดความชัดเจนมากขึ้นว่าทิศทางของการจัดการแนวใหม่ ส่วนกลางจะลดบทบาทลงแต่ไม่ได้ลดความสำคัญไป ศูนย์เฉพาะทางที่มีอยู่แล้วในพื้นที่อาจจะขึ้นตรงกับส่วนกลาง เพราะว่าเป็นงานที่ต้องใช้บุคลากรต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะ

แผนภาพที่ 5.8 กระจายอำนาจโดยถ่ายโอนอำนาจในการกำกับดูแลงานสุขภาพแบบองค์รวม (Health Promotion) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Scenario 2)



โครงสร้างส่วนกลาง มีการปรับบทบาทภารกิจโดยกำหนดให้มีกลุ่มภารกิจพัฒนาสาธารณสุข ประกอบด้วยงานศูนย์สารสนเทศด้านสุขภาพ การจัดการความรู้ การประสานนโยบายและการขับเคลื่อนทางสังคมด้านสุขภาพ สาธารณสุขชายแดนและเขตพื้นที่พิเศษ และระบบประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

โครงสร้างส่วนท้องถิ่น ให้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพิจารณาภาพรวม การกำหนดทิศทางนโยบายระดับพื้นที่ การสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ประสานการดำเนินงานร่วมกับองค์กรประชาสังคม และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ มีหน่วยดูแลมาตรฐานคุณภาพการบริการจากสถาบันที่เป็นที่ยอมรับจากส่วนกลาง และ/หรือภูมิภาค

ทางเลือกที่ 3 การกระจายอำนาจโดยมีองค์กรในรูปนิติบุคคลระดับจังหวัด

“Scenario 3- S3: Regional Independent Structure”

ตามแนวทางนี้ ส่วนกลางคงไว้ซึ่งภารกิจที่จำเป็น เน้นภารกิจการประสานนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีหน่วยงานประสานนโยบายของรัฐบาลขึ้นมาดูแล กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในเรื่องนโยบายและการกำกับ ทุกนิติบุคคลจังหวัดอยู่ในกำกับของกระทรวง ส่วนกลางมีหน้าที่พัฒนางานด้านวิจัยและมาตรฐาน โดยยกระดับหน่วยงานด้านวิชาการให้เป็นศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทาง รวมถึงศูนย์เฝ้าระวังป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งรับผิดชอบภารกิจรวมถึงการจัดทำระบบเตือนภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน (แผนภาพ 5.9)

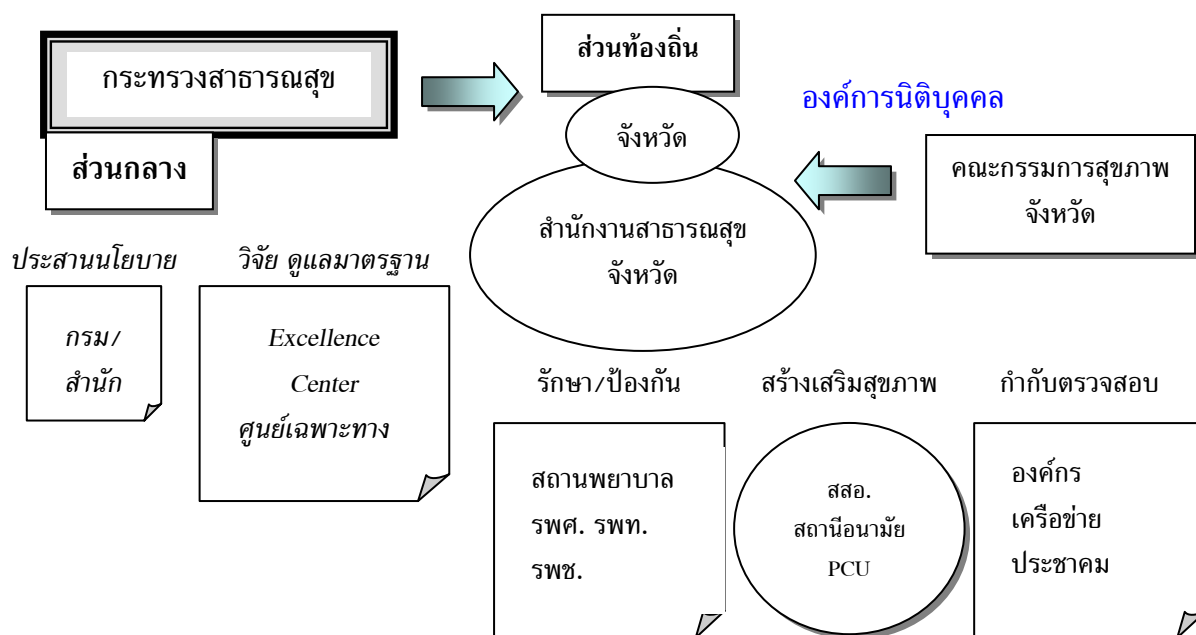
ส่วนท้องถิ่น กำหนดให้มีองค์กรที่มีสถานะเป็นนิติบุคคลระดับจังหวัด โดยอาจยกระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเดิมและ/หรือผนวกรวมหน่วยงานส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในภูมิภาค ให้เป็นหน่วยงานที่มีฐานะเป็นเสมือนกรมในจังหวัด และมีอำนาจในการตัดสินใจของตนเอง (Autonomous power) ได้รับงบประมาณจากรัฐ มีระบบการทำงานในลักษณะคล้ายกันกับมหาวิทยาลัยในภูมิภาค เพื่อลดขั้นตอนและสายการบังคับบัญชาจากส่วนกลาง และสามารถกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ของหน่วยงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในของแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้โครงสร้างภารกิจอาจประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ภารกิจด้านการรักษา/ป้องกัน หน่วยงานสถานพยาบาลเดิมยังคงอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ภารกิจด้านสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยโดยเสริมพลังและบทบาทของสถานีอนามัยให้มีศักยภาพและทำงานร่วมกับองค์กรอาสาสมัครในพื้นที่

ภารกิจการกำกับตรวจสอบ มีโครงสร้างซึ่งให้องค์กรเครือข่ายประชาคมสุขภาพและองค์กรประชาสังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับตรวจสอบ

แผนภาพที่ 5.9 กระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจในรูปนิติบุคคลระดับจังหวัด (Scenario 3)



การบริหารจัดการจะมีโครงสร้างปิรามิดสั้นลง กระทรวงไม่ทำบทบาทหน้าที่การบริการ แต่จะทำหน้าที่กำหนดนโยบาย การกำกับ วิจัยพัฒนา การอำนวยความสะดวก ประสานงาน ส่วนระดับจังหวัด มีสาธารณสุขที่เป็นองค์การระดับจังหวัด ไม่ต้องขึ้นกับสายการบังคับบัญชาจากกระทรวง บริหารดูแลในจังหวัดทั้งจังหวัด สร้างความสัมพันธ์กับท้องถิ่น และมีโครงสร้างคณะกรรมการซึ่งอาจจะให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นตัวแทนท้องถิ่น และมีกรรมการจากองค์กรภาคประชาชนต่าง ๆ ที่อยู่ในจังหวัดนั้น มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายสาธารณสุขของจังหวัด

จังหวัดจะทำเฉพาะเรื่องบริการ เป็นลักษณะของการกระจายอำนาจ งานด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัดจะจบในจังหวัดนั้น หากต้องการให้เป็นส่วนราชการก็ทำให้เป็นส่วนราชการ ซึ่งอาจจะเรียกว่านิติบุคคลสาธารณสุขจังหวัดขึ้นมา ให้อยู่ในระดับจังหวัดนั้น ดูแลทั้งจังหวัดในเรื่องการบริการทั้งหมด และมีการกำหนดสิ่งที่ต้องการให้องค์กรภาคประชาชนมีส่วนร่วม จะทำให้กระทรวงสาธารณสุขสั้นลง ส่วนกลางดูแลบทบาทหลัก ยกเว้นการบริการ งบประมาณหลักๆ เป็นงบประมาณจากส่วนกลาง แต่ส่วนท้องถิ่นจะสนับสนุนเพิ่มเติม

ทางเลือกนี้ อาจมีผลกระทบสถานะภาพของบุคลากรเนื่องจากปัจจุบัน Core Function ของกระทรวงสาธารณสุขคือการให้บริการ การปรับเปลี่ยนอาจส่งผลสะท้อน ทางออกคือคงสถานะเป็นราชการไม่ขึ้นกับท้องถิ่น บุคลากรมีเส้นทางความก้าวหน้าในแต่ละจังหวัด ไม่ต้องย้ายไปจังหวัดอื่น ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับการที่จะทำให้บุคลากรอยู่ในจังหวัดแต่ละจังหวัด มีเส้นทางเติบโตไม่ด้อยกว่าในกระทรวง การดำเนินงานให้องค์กรภาคประชาชนในท้องถิ่นเข้ามีส่วนร่วม ดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการโดยนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นประธานองค์กร มีกรรมการที่เป็นตัวแทนต่างๆ เป็นอีกรูปแบบหนึ่ง ลักษณะของการกระจายอำนาจที่จะทำให้การบริหารมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ทั้งนี้ สามารถสรุปข้อดีและข้อเสียของโครงสร้างแต่ละทางเลือกได้ดังแสดงในตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.3 ข้อดีและข้อเสียของโครงสร้างทั้ง 3 ทางเลือก

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อเสีย
ทางเลือกที่ 1 (Scenario 1- S1:Status quo plus หรือ Incremental change)	โครงสร้างมีเอกภาพ การดำเนินการกิจมีความต่อเนื่อง บุคลากรไม่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรง เน้นการปรับเปลี่ยนภารกิจที่สอดคล้องกับสถานะที่เปลี่ยนแปลงไป	ระบบการบริหารงานมีลักษณะรวมศูนย์อยู่ส่วนกลาง โครงสร้างไม่ตอบสนองความต้องการของสังคมซึ่งในอนาคตจะมีความหลากหลายมากขึ้น โครงสร้างที่รวมศูนย์อาจส่งผลให้มีการแทรกแซงจากการเมืองได้ง่าย
ทางเลือกที่ 2 (Scenario 2 - S2 :Decentralized Structure)	ภารกิจจากส่วนกลางถ่ายโอนไปยังส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพมากขึ้น บทบาทภารกิจมีความสมดุล	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจไม่ยอมรับหากต้องไปอยู่ในกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายอำนาจในทางปฏิบัติอาจไม่เป็นผล หากทิศทางการกระจายอำนาจขาดความชัดเจน
ทางเลือกที่ 3 (Scenario 3 - S3 : Regional Independent Structure)	ลดสายการบังคับบัญชาจากส่วนกลาง ทำให้มีความอิสระและคล่องตัว ส่วนท้องถิ่นจะสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้ดีกว่า สอดคล้องกับทิศทางของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นภาคีความร่วมมือจากท้องถิ่น	มีแรงต้านการเปลี่ยนแปลงจากส่วนกลาง บุคลากรขาดความมั่นใจในโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่งที่มีบทบาทสำคัญในส่วนกลาง การประสานนโยบายกับส่วนกลางอาจเกิดช่องว่าง

ในทัศนะของคณะผู้ศึกษาวิจัยมีความเห็นว่า โครงสร้างรูปแบบที่สามน่าจะมีความสอดคล้องกับทิศทางสาธารณสุขแนวใหม่และแนวทางการจัดการภาครัฐแนวใหม่ ที่ลดการรวมศูนย์อำนาจจากส่วนกลาง และเสริมพลังให้ท้องถิ่นมีอำนาจในการบริหารจัดการสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนองปัญหาของพื้นที่ที่มีความหลากหลายเฉพาะได้เป็นอย่างดี

3. สรุปความ

กรอบบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในทัศนะของผู้บริหาร ได้แก่ เสริมสร้างสุขภาพ พัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ทำให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองหรือป้องกันตนเองด้านสุขภาพได้ รวมทั้งประสานและยกระดับเครือข่ายประชาสังคมที่เข้มแข็ง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการดำเนินการในเขตท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดการดำเนินงานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

บทบาทหน้าที่ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีหน้าที่เสริมพลังอำนาจ (Empower) สังคม โดยใช้วิชาการความรู้ที่มีอยู่ในมุมมองของภาคประชาชน มีทัศนะสอดคล้องกันว่า บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตจะลดน้อยลงไป คือ ทำหน้าที่วิชาการและประสานงานเครือข่ายต่างๆ เท่านั้น บทบาทในด้านการให้บริการควรลดลง

สำหรับโครงสร้างองค์การที่เหมาะสม อาจพิจารณาใน 3 ทางเลือก ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 เป็นการปรับโครงสร้างเดิมให้สอดคล้องกับภารกิจใหม่ (Scenario 1- S1: Status quo plus หรือ Incremental change)

ทางเลือกที่ 2 เป็นโครงสร้างในระบบเครือข่ายที่ถ่ายโอนอำนาจการกำกับดูแลให้ท้องถิ่น (Scenario 2 - S2: Decentralized Structure) ถ่ายโอนอำนาจการจัดการ ภารกิจยังคงเดิม เน้นระบบงานที่เชื่อมโยงการทำงานกันในลักษณะเครือข่าย

ทางเลือกที่ 3 โครงสร้างการกระจายอำนาจโดยมีองค์การในรูปนิติบุคคลระดับจังหวัด (Scenario 3- S3: Regional Independent Structure) ให้องค์การนิติบุคคลระดับจังหวัดในลักษณะคล้ายกับมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น ตามโครงสร้างนี้จะตัดสายการบังคับบัญชาให้สั้นลง ไม่มีภูมิภาค มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายประชาคมสุขภาพระดับจังหวัด

บทที่ 6

แนวทางการพัฒนาองค์การและทิศทางการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข

ดังได้กล่าวมาในเนื้อหาของบทต้นๆ ทำให้เราทราบว่าองค์การ หน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทั้งในเรื่องของบทบาทภารกิจ โครงสร้าง ขั้นตอนการปฏิบัติงาน กฎระเบียบ พฤติกรรม ค่านิยมในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ตอบรับกับวิสัยทัศน์ใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้ประเทศไทยมีชุมชนที่แข็งแรง มีสุขภาพที่ดี โดยที่กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นองค์การที่มีบทบาทนำในระดับนโยบาย เพื่อการสร้างสุขภาพของประชาชนให้เกิดมีอย่างยั่งยืนและเปี่ยมด้วยคุณธรรม

เนื้อหาของข้อเสนอแนะในบทที่ 6 นี้ ยืนยันตามบทบาทหน้าที่และพันธกิจใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ พันธกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุขควรมุ่งส่งเสริมมากกว่าการซ่อมแซมระบบสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องและครบวงจร ด้วยรูปแบบโครงสร้างที่เน้นการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ส่วนท้องถิ่น โดยที่กระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางจะเป็นองค์การนำในการประสานนโยบาย การศึกษาวิจัยองค์ความรู้ใหม่ๆ การกำกับดูแลด้านมาตรฐาน การเป็นศูนย์แห่งความเป็นเลิศเฉพาะด้าน เฉพาะทาง ส่งเสริมการดำเนินงานในลักษณะของเครือข่าย ส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและภาคเอกชน ส่วนท้องถิ่นในระดับศูนย์เขตและจังหวัดจะทำหน้าที่ในเชิงการบริการ รักษา ป้องกัน ควบคุมไปกับการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้หน่วยงานที่เป็นนิติบุคคลในระดับจังหวัดทำการกำกับตรวจสอบการปฏิบัติงานของการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่เชื่อมโยงการทำงานจากระดับล่างสู่ส่วนกลาง

ในทัศนะของคณะผู้ศึกษาวิจัยเห็นว่า การพัฒนาองค์การของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ตอบสนองต่อบทบาท ภาระหน้าที่และพันธกิจใหม่ที่พึงประสงค์ควรประกอบด้วย

1. การกำหนดรูปแบบโครงสร้างใหม่ (restructuring) ซึ่งกล่าวไว้ในบทที่ 5 ส่งผลต่อการกำหนดขนาดกำลังคนสาธารณสุขที่เหมาะสม (rightsizing) โดยเฉพาะในส่วนของการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อให้มีขนาดเล็กระมัดระวัง เหมาะสมกับการกิจ
2. การส่งเสริมให้หน่วยงานสาธารณสุขเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ (learning organization) เพื่อให้หน่วยงานภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุขพร้อมที่จะรับมือกับการเปลี่ยนแปลงแข่งขันสามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความรวดเร็ว ประหยัด มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจริงจัง ข้าราชการและเหล่าพนักงานมีความรู้ความชำนาญ อีกทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น เนื้อหาของบทนี้จึงเป็นการนำเสนอแนวทางการพัฒนาองค์การและทิศทางการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุม 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง ข้อค้นพบเกี่ยวกับขนาดกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่สอง ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับทิศทางการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่สาม การพัฒนาความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของกระทรวงสาธารณสุข และส่วนสุดท้าย ส่วนที่สี่ สรุปความ

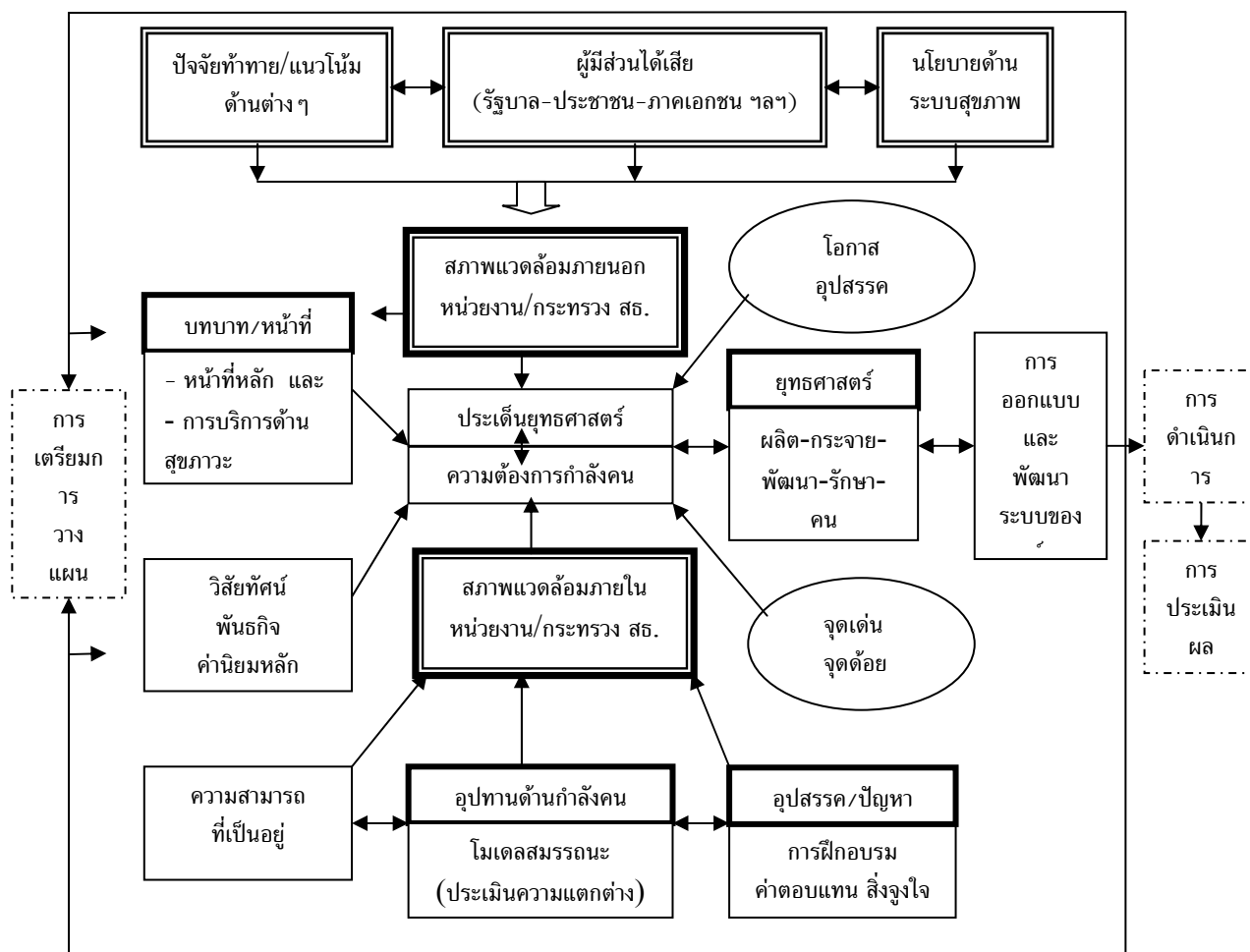
1. ข้อค้นพบเกี่ยวกับขนาดกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข : กระบวนการ-องค์ประกอบและจำนวน¹

เป็นที่คาดการณ์ไว้แล้วว่าระบบสาธารณสุขของไทยในช่วงปี พ.ศ. 2540-2560 จะเป็นระบบที่เน้นการจัดการในเรื่องบริการสุขภาพมากขึ้น ภายใต้ระบบการจัดการด้านการเงินของการประกันสุขภาพแบบต่างๆ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2540) ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นอันมาก นับตั้งแต่ที่รัฐบาลชุด พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร เข้าบริหารประเทศในปี พ.ศ. 2544 ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงความต้องการทางสุขภาพ การเข้าถึง และการใช้บริการของประชาชนมีมากขึ้น ส่งผลต่อภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ขณะที่ปัญหาในเรื่องของจำนวน(ปริมาณ) การกระจายตัวของอัตราากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุข การผลิตบุคลากรใหม่เพิ่มเติมในอนาคตจะยังคงเป็นประเด็นในเชิงนโยบายที่ควรได้รับการใส่ใจมากขึ้น ดังนั้นแนวคิดในการจัดทำแผนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนไปจากเดิม จากการเน้นวิชาชีพและยึดสถาบัน/หน่วยงานเป็นหลัก ควรหันมามองลักษณะงาน/ภารกิจและสมรรถนะของกำลังคนเป็นที่ตั้ง (Wasi, www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_01.pdf)

กำลังคนด้านสาธารณสุขขึ้นกับสภาพแวดล้อมภายนอกและภายในหน่วยงาน

ในแผนภาพที่ 6.1 เสนอกระบวนการการวางแผนกำลังคนเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ซึ่งประยุกต์จาก John M. Bryson (1988) ที่ชี้ให้เห็นว่า การวางแผนกำลังคนที่ดีต้องพิจารณาปัจจัยจากสภาพแวดล้อมภายนอกและภายในของหน่วยงานเป็นที่ตั้ง

¹ ข้อมูลและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เสนอไว้ที่นี่เป็นข้อมูลทุติยภูมิที่ทำการประมวลสรุปจากเอกสารอ้างอิงต่างๆ ตามที่ระบุไว้



แผนภาพที่ 6.1 กระบวนการวางแผนกำลังคนเชิงยุทธศาสตร์

สภาพแวดล้อมภายนอกเปลี่ยนไปอยู่เสมอและเปลี่ยนอย่างรวดเร็วด้วย การจัดทำแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขมีการเปลี่ยนไปในทางที่ตอบสนองเชิงยุทธศาสตร์มากขึ้น (strategically responsive) ดังจะเห็นได้จากการปรับแผนจัดเครือข่ายบริการแบ่งตามระดับของหน่วยบริการ เมื่อการจัดสรรทรัพยากรและอัตรากำลังคนที่มีการแบ่งตามระดับสถานีนอมนัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ มาเป็นแบ่งตามระดับการให้บริการ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ ในระดับต่างๆ มีการสำรวจการวางแผนระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับระบบข้อมูลเชิงภูมิศาสตร์ของแต่ละพื้นที่ (Geographic Information System-GIS) โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและความเป็นจริงของพื้นที่ในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนในระยะสั้น ตลอดจนมีการใช้ข้อมูลประชากรที่ใกล้เคียงกับปัจจุบันมากขึ้น โดยมีการแบ่งจำแนกประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามกลุ่มเข้าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มที่มีประกันสังคมออกจากกลุ่มสวัสดิการของหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ล่าสุดในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2547 สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการปรับปรุงแผนอัตรากำลังคนด้วยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ ได้เกณฑ์อัตราส่วนความต้องการกำลังคนตามสายงานจำนวน 11 สายงาน ดังข้อมูลที่รายงานไว้ในตารางที่ 6.1 และตารางที่ 6.2 ซึ่งการวางแผนความต้องการกำลังคนดังกล่าว

ใช้เกณฑ์อัตราส่วนกำลังคนต่อประชาชน เกณฑ์สภาพพื้นที่เฉพาะ และเกณฑ์ภาระงานที่แตกต่างเพิ่มเติม ซึ่งถือเป็นการคาดคะเนกำลังคนแบบดั้งเดิม ทั้งนี้ คณะผู้ศึกษาวิจัยพบว่าตัวเลขนั้นยากแก่การกำหนดได้อย่างแท้จริง เนื่องจากการเคลื่อนไหวของกำลังคนเข้า-ออกอย่างต่อเนื่อง ไม่นิ่ง คณะผู้ศึกษาวิจัยเห็นว่าน่าที่จะมีการนำแนวคิดของสมรรถนะกับงาน (competency-task based approach) มาปรับใช้กับการกิจด้านวิชาการและการบริการของกระทรวงสาธารณสุข ดังจะได้เสนอรายละเอียดขั้นตอนต่อไป

ตารางที่ 6.1 เกณฑ์คำนวณความต้องการกำลังคนที่ใช้ในปัจจุบัน

สายงาน	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิต้น	ทุติยภูมิมกลาง	ทุติยภูมิสูง	ตติยภูมิ	ศูนย์แห่งการเป็นเลิศ (EX.Cent.)	เกณฑ์ค่าเฉลี่ย
แพทย์	1: 10,000		1: 12,500	1: 30,000	1: 33,500	1: 150,000	1: 4,000
ทันตแพทย์	1: 12,500		1: 7,500	1: 150,000			1: 10,000
เภสัชกร	1: 15,000		1: 55,000	1: 150,000			1: 11,000
พยาบาล	1: 2,500	1: 1,500	1: 5,000	1: 10,000	1: 10,000	1: 15,000	1: 600
ทันตภิบาล	1: 10,000						1: 10,000
จพ.เภสัชฯ	1: 10,000		1: 36,500	1: 100,000			1: 5,500
นักรังสี		1: 30,000	1: 150,000	1: 250,500	1: 30,000	1: 400,000	1: 20,000
นักเทคนิค		1: 30,000	1: 100,000	1: 175,000	1: 250,000	1: 400,000	1: 18,000
นักกายภาพ	1: 30,000		1: 150,000	1: 250,000	1: 30,000	1: 400,000	1: 20,000
สาธารณสุข	1: 1,500	1: 12,500	1: 25,000	1: 50,000	1: 75,000	1: 100,000	1: 1,200
สายใหม่ ๆ				1: 50,000	1: 10,000	1: 400,000	1: 30,000

ที่มา: เอกสารประกอบการประชุมเชิงวิชาการ เรื่อง การปรับปรุงการจัดทำแผนอัตรากำลังคนด้วยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ วันที่ 5 ก.ค. 47 จัดโดยกลุ่มบริหารงานบุคคลสำนักกลาง สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 6.2 (ร่าง)เกณฑ์คำนวณความต้องการกำลังคนสาธารณสุขต่อจำนวนประชากรที่ปรับปรุงใหม่

สายงาน	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิต้น	ทุติยภูมิมกลาง	ทุติยภูมิสูง	ตติยภูมิ	ศูนย์แห่งการเป็นเลิศ (EX.Cent.)
แพทย์	1: 9,750		1: 12,000	1: 30,000	1: 33,500	กำหนดกำลังคนแต่ละประเภทในแต่ละศูนย์
ทันตแพทย์	1: 12,500		1: 75,000	1: 150,000	1: 500,000	
เภสัชกร	1: 1,500		1: 55,000	1: 150,000	1: 500,000	
พยาบาล	1: 2,500	1: 1,500	1: 5,000	1: 6,000	1: 7,500	
ทันตภิบาล	1: 10,000					
จพ.เภสัชฯ	1: 10,000		1: 36,500	1: 100,000		
นักรังสี		1: 30,000	1: 150,000	1: 250,000	1: 250,500	
นักเทคนิค		1: 30,000	1: 100,000	1: 175,000	1: 200,000	
นักกายภาพ	1: 30,000		1: 150,000	1: 200,000	1: 200,000	
สาธารณสุข	1: 1,500	1: 7,500	1: 25,000	1: 50,000	1: 75,000	
สายใหม่ ๆ				1: 50,000	1: 75,000	

ที่มา: อ้างแล้วดังเช่นในตารางที่ 6.1

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คณะผู้ศึกษาวิจัยสามารถสรุปสัดส่วนความต้องการกำลังคนสาธารณสุขได้ดังปรากฏในตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3 การประมาณการสัดส่วนความต้องการกำลังคน

สายงาน \ สัดส่วน	เฉลี่ยทุกระดับ ประเภทบริการ	ในภาพรวม ทั้งประเทศ	จำนวนที่พึงผลิตเพิ่ม (ปีละ)
แพทย์	1 : 4,000	1:1,800	596-1,250
ทันตแพทย์	1 : 10,000	n/a	< 200
เภสัชกร	1 : 11,000	n/a	1,000
พยาบาล	1 : 600	1 : 500	1,000
ทันตภิบาล	1 : 10,000	1 : 14,000	6,692 (ปี 58)
จพ.เภสัชฯ	1 : 5,500	n/a	> 350
นักรังสี	1 : 20,000	1 : 44,295	6 เท่า
นักเทคนิค	1 : 18,000	1 : 187,978	1,000
นักกายภาพ	1 : 20,000	1 : 45,000	1,500

ที่มา: ประมวลสรุปจากงานวิจัยเรื่อง“การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า”

จะเห็นได้ว่าในภาพรวมประเทศไทยยังขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพที่สนับสนุน อาทิ ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่/พนักงานด้านเภสัชกรรม นักรังสีวิทยา นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัดอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ไม่นับนักสาธารณสุขสายใหม่ๆ ที่จำเป็นต้องผลิตเพิ่มเติม อาทิ ผู้ดูแลเด็ก/ผู้สูงอายุ แพทย์/นักสาธารณสุขชุมชน แพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย แพทย์เฉพาะทางในหน่วยบริการ Excellence Center ต่างๆ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นในระหว่างปี พ.ศ. 2546-2556 ประเทศไทยต้องการแพทย์เพิ่มเฉลี่ยปีละ 39,792 คน ขณะที่ในปัจจุบันจำนวนการผลิตแพทย์ที่รับเข้าศึกษา ปีละ 1,250-1,300 คน ซึ่งภายในปี พ.ศ. 2551 นี้ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มก็จะยุติลง นอกจากนี้ในส่วนของท่านตแพทย์ ความสามารถในการผลิตของประเทศไทยเริ่มมีมากขึ้น ในระหว่างปี ค.ศ. 1995-2015 มีแนวโน้มที่จะผลิตได้เกินความต้องการ (+176 ถึง +5,850 คน) ทั้งนี้เป็นผลการศึกษาการคาดคะเนความต้องการกำลังคนด้านทันตแพทย์ โดยใช้โมเดลด้าน system dynamics โดยแบ่งเป็นภาพทัศน์ (scenarios) 3 ลักษณะ (แบบอนุรักษ์นิยม-แบบประนีประนอม-และแบบหัวก้าวหน้า) (Udompanich, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ ในปี พ.ศ. 2540 เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้จะมีการผลิตบุคลากรด้านวิชาชีพสนับสนุนเพิ่มขึ้นแต่ก็มีความขาดแคลนอยู่ โดยเฉพาะการขาดแคลนด้านกำลังคนที่ปฏิบัติหน้าที่สนับสนุนงานบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งมีนโยบายการผลิตที่เพิ่มขึ้น โดยที่รัฐบาลควรลดบทบาทการผลิตของตนลง แต่หันมาเน้นการกำกับมาตรฐานในการผลิต และเปิด

โอกาสให้สถาบันผลิตภาคเอกชนร่วมมือกับภาครัฐผลิต เพื่อเป็นการเสริมสร้างความร่วมมือและเป็นการกระจายอำนาจการผลิตบุคลากรให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการในพื้นที่

พลวัตและการกระจายตัวของบุคลากรทางสาธารณสุข

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2547) ได้ยกสถิติอัตราส่วนของประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ในสายงานต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2536–2544 อันเป็นผลจากการศึกษาวิจัยของ Alpha Research เมื่อปี พ.ศ. 2547 ดังปรากฏในตารางที่ 6.4 บ่งชี้ได้ว่า แม้อัตราส่วนของประชากรต่อบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น คือ สัดส่วนจำนวนประชากรลดลงเป็นลำดับ แต่ก็ยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ จิรุตม์ยังได้ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยยังประสบปัญหาเรื้อรังในเรื่องของการกระจายตัวของบุคลากรด้านการสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นพิจารณาตามสาขาความเชี่ยวชาญ การกระจายตัวตามพื้นที่จังหวัดในภูมิภาคต่างๆ หรือการกระจายระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนอีกด้วย โดยเฉพาะในกรณีของแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ซึ่งส่วนใหญ่จะมีมากในเมืองใหญ่ๆ และเมื่อพิจารณาลงในรายละเอียดระดับจังหวัด อำเภอ ก็จะพบความแตกต่างกันมากยิ่งขึ้น จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคตะวันตก ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สูงสุด ตามลำดับ

ตารางที่ 6.4 การกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุข (คิดเป็นสัดส่วนบุคลากร 1 คน ต่อจำนวนประชากร ในปี พ.ศ. 2544 – 2546)

พื้นที่	แพทย์			ทันตแพทย์			เภสัชกร			พยาบาลวิชาชีพ		
	2544	2545	2546	2544	2545	2546	2544	2545	2546	2544	2545	2546
กรุงเทพมหานคร	763	952	924	3,203	6,614	6,920	2,495	4,667	4,765	286	279	285
ปริมณฑล	2,772	N/A	N/A	14,084	N/A	N/A	10,927	N/A	N/A	809	N/A	N/A
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	3,953	3,566	3,301	18,311	17,810	16,851	9,659	9,557	7,169	734	685	631
ภาคตะวันออก	3,189	N/A	N/A	16,068	N/A	N/A	9,663	N/A	N/A	683	N/A	N/A
ภาคตะวันตก	4,223	N/A	N/A	20,020	N/A	N/A	10,981	N/A	N/A	813	N/A	N/A
ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	7,630	7,251	7,409	32,566	28,432	26,351	18,016	14,987	13,183	1,501	1,278	1,145
ภาคเหนือ	4,492	4,499	4,766	21,013	17,824	17,694	11,093	10,115	9,743	857	785	734
ภาคใต้	5,156	4,984	4,609	20,076	20,105	19,578	9,767	9,569	8,801	811	765	692

ที่มา: ข้อมูลปี พ.ศ. 2544 จาก Alpha Research (2547) อ้างไว้ในจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2547)

ข้อมูลปี พ.ศ. 2545-2546 จาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2548)

จากข้อมูลจำนวนบุคลากรทางการแพทย์เมื่อปี พ.ศ. 2546 จำแนกตามภาค ดังปรากฏในตารางที่ 6.5 ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการกระจายอย่างไม่สมดุลกับจำนวนประชากรที่อยู่อาศัยตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย บุคลากรส่วนใหญ่กระจุกตัวในเขตกรุงเทพมหานครและภาคกลาง ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ ทักษพล ธรรมรังสี (2548) ที่พบว่า การกระจายตัวของแพทย์มีความเหลื่อมล้ำโดยภูมิศาสตร์ แม้จะมีการเพิ่ม กำลังการผลิตและภาครัฐมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบกับนโยบายต่างๆ ที่ทำให้ความต้องการแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 6.5 สัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนประชากร จำแนกตามภาค ในปี พ.ศ. 2546

พื้นที่	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเทคนิค
ทั่วประเทศ	1 : 3,476	1 : 17,182	1 : 8,807	1 : 687	1 : 2,625
กรุงเทพมหานคร	1 : 924	1 : 6,920	1 : 4,765	1 : 285	1 : 1,960
ภาคกลาง(ไม่รวม กทม.)	1 : 3,301	1 : 16,851	1 : 7,169	1 : 631	1 : 2,187
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1 : 7,409	1 : 26,351	1 : 13,183	1 : 1,145	1 : 3,730
ภาคเหนือ	1 : 4,766	1 : 17,694	1 : 9,743	1 : 734	1 : 2,737
ภาคใต้	1 : 4,609	1 : 19,578	1 : 8,801	1 : 692	1 : 2,137

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ ข้อมูลจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขจำแนกตามภาค ระหว่างปี พ.ศ. 2542-2546 ดังแสดงในตารางที่ 6.6 ยังชี้ให้เห็นว่า บุคลากรส่วนใหญ่กระจุกตัวทำงานอยู่ในกรุงเทพมหานคร มากกว่าที่จะกระจายไปยังภูมิภาคต่างๆ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2547) ซึ่งในทางปฏิบัติ ทำให้เกิดความไม่สมดุล ของจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เพื่อสนองตอบต่อแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในรูปแบบใหม่ที่จัด ให้แก่ประชาชน เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน ระบบส่งต่อ ศูนย์ความเป็นเลิศ ทำให้มีการนำแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไป ตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเองมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสัดส่วนที่น้อยเกินไป เมื่อ เปรียบเทียบกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ตารางที่ 6.6 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำแนกตามภาค พ.ศ. 2542-2546

ปีและภาค	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเทคนิค
2542	18,140	4,026	6,062	68,008	31,543
กรุงเทพมหานคร	7,438	1,891	2,653	18,543	3,916
ภาคกลาง	3,917	818	1,249	16,738	8,892
ภาคเหนือ	2,494	446	731	11,882	6,089
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,632	555	825	12,513	7,568
ภาคใต้	1,659	316	606	8,332	5,078
2543	19,074	4,068	6,253	69,628	28,845
กรุงเทพมหานคร	6,877	1,939	1,794	17,191	1,952
ภาคกลาง	5,513	1,617	2,664	17,750	9,484
ภาคเหนือ	2,529	590	963	12,361	6,622
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,644	571	1,079	13,197	5,791
ภาคใต้	1,511	351	753	9,129	4,996
2544	18,947	4,317	6,858	78,182	29,859
กรุงเทพมหานคร	7,504	1,788	2,295	20,026	3,716
ภาคกลาง	4,315	878	1,426	19,437	8,639
ภาคเหนือ	2,817	660	1,193	14,320	6,853
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,699	577	1,093	14,149	5,608
ภาคใต้	1,612	414	851	10,250	5,043
2545	17,529	3,553	6,288	85,392	28,015
กรุงเทพมหานคร	6,046	870	1,233	20,598	3,808
ภาคกลาง	4,135	828	1,543	21,545	7,979
ภาคเหนือ	2,972	758	1,438	16,860	6,617
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,698	681	1,200	15,456	4,957
ภาคใต้	1,678	416	874	10,933	4,654
2546	18,106	3,663	7,146	91,570	23,969
กรุงเทพมหานคร	6,291	840	1,220	20,374	2,966
ภาคกลาง	4,517	885	2,080	23,599	6,819
ภาคเหนือ	2,920	821	1,641	18,885	5,800
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,543	685	1,244	16,491	4,428
ภาคใต้	1,835	432	961	12,221	3,956

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การลาออกจากระบบราชการของแพทย์

ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลของภาครัฐมีการลาออกในอัตราที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมีผู้อนุমানสาเหตุที่ส่งผลต่อการลาออกของแพทย์ไว้มากมายหลายสาเหตุ อาทิ สภาพแวดล้อมทางการบริหารที่เปลี่ยนแปลงไป รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวด 3 มาตรา 52 ส่งเสริมการกระจายอำนาจและการส่งเสริมองค์กรท้องถิ่นและภาคเอกชนในการบริการสาธารณสุขของรัฐให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ มีการประกันสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนและการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะเศรษฐกิจของประเทศ การปฏิรูประบบราชการ และการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย จากผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 มีแพทย์ทั้งที่เป็นข้าราชการและพนักงานของรัฐลาออกทั้งสิ้นจำนวน 950 คน (กำธร พฤชานานนท์ และคณะ, 2546) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6.6 ทั้งนี้ มีความเชื่อกันว่าปัญหาการขาดแคลนแพทย์ โดยเฉพาะในชนบท มีความอ่อนไหวตามสภาวะเศรษฐกิจของประเทศที่เจริญรุ่งเรืองขึ้น ซึ่งจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2548) ก็ได้กล่าวยืนยันความเชื่อดังกล่าวด้วย

ตารางที่ 6.7 ข้อมูลแพทย์ลาออกปี 2542 - 2546 (ข้อมูล ณ วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2546)

	2542	2543	2544	2545	2546
1.กระทรวงสาธารณสุข	210	221	329	599	177
2.คณะแพทยศาสตร์					
- ศิริราชพยาบาล	7	10	23	15	12
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	7	7	1	5	2
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	23	32	23	24	18
- มหาวิทยาลัยขอนแก่น	28	34	28	27	10
- รามาธิบดี	6	4	6	9	4
- สงขลานครินทร์	20	16	26	28	21
- พระมงกุฎเกล้า	2	-	1	-	1
- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	5	-	1	-	-
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กทม.	1	3	6	4	14
- มหาวิทยาลัยนเรศวร	-	3	5	5	7
3.กรมแพทย์ทหารบก	7	13	21	11	23
4.กรมแพทย์ทหารอากาศ	19	21	32	34	14
5.กรมแพทย์ทหารเรือ	7	7	6	17	16
6.สนง.แพทย์ใหญ่ตำรวจ	-	4	5	4	8
7.สำนักงานแพทย์ กทม.	8	7	4	20	7
รวม	350	382	517	802	334

ที่มา: แพทยสภา (อ้างใน กำธร พฤชานานนท์ และคณะ, 2546, หน้า 55)

นอกจากนี้ยังมีสถิติที่ชี้ให้เห็นว่า สัดส่วนของแพทย์ที่ทำงานในหน่วยงานภาครัฐในช่วงปี พ.ศ. 2532–2538 ลดลง แต่ไปเพิ่มขึ้นในภาคเอกชน เมื่อเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจแก่ประเทศไทย นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึงปี พ.ศ. 2543 จำนวนการสูญเสียบุคลากรแพทย์ในระบบราชการมีไม่มาก ขณะที่จำนวนแพทย์ที่ขอบรรจุรับราชการใหม่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งความเชื่อดังกล่าวได้รับการเห็นค่านจากผลการศึกษาวิจัยของกำธร พุกพานานนท์ และคณะ (2546) ที่พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม หรือปัจจัยด้านนโยบายของรัฐไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการลาออก แต่พบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับลักษณะงาน การขาดขวัญและกำลังใจ ความพึงพอใจในงาน ตลอดจนความผูกพันกับองค์กรต่างหากที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออกของแพทย์ หากเป็นเช่นนั้นจริง มาตรการในการดูแลการบริการ ภาระงาน ขวัญและกำลังใจ ค่าตอบแทนของหน่วยงานจะมีความสำคัญต่อการรักษาบุคลากรทางการแพทย์ไว้ให้อยู่ทำงานกับภาคราชการ ซึ่งควรแก่การนำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ทั้งนี้ ทักษพล ธรรมรังสี (2548) ได้เสนอแนะมาตรการ 4 ด้าน เพื่อการกระจายตัวของแพทย์อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง สนับสนุนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

1. เพิ่มจำนวนการตอบสนองด้วยการผลิตแพทย์เพิ่มให้กระจายตามสาขาแพทย์ต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ
2. กระจายการจัดสรรและการใช้งานแพทย์ด้วยการพัฒนาและการเกลี้ยกล่อม
3. สร้างระบบจูงใจทั้งที่เป็นตัวเงินและมีใช้เงินให้แพทย์ไปปฏิบัติหน้าที่ในภูมิภาคที่ประสบปัญหาธรรมชาติ ภัยพิบัติ และเหตุการณ์รุนแรงต่าง ๆ
4. จัดทำระบบแสดงความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้าตามพื้นที่ ปริมาณ/ลักษณะงาน

2. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับทิศทางด้านกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข

1. เกี่ยวกับการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข

- 1) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และเป็นปัจจุบันมากที่สุด แนวทางการศึกษาวิเคราะห์ในการคาดคะเนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพควรใช้วิธีการคาดประมาณกำลังคนด้านสาธารณสุขด้วยแนวทางใหม่ๆ ที่ผสมผสาน/คำนึงถึงปัจจัยต่างๆ อันซับซ้อน ส่งผลกระทบซึ่งกันและกันในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละห้วงเวลา และเน้นข้อมูลย้อนกลับเพื่อเป็นข้อมูลปัจจัยนำเข้าของนโยบายใหม่ๆ อาทิ systems dynamics ที่ผันไปตามสภาพแวดล้อมที่แปรผัน สร้างเป็นภาพทัศน์ (scenarios) 3 ลักษณะ เช่น แบบก้าวหน้า แบบอนุรักษ์นิยม แบบประนีประนอม และแนววิธีการกำหนดสมรรถนะที่ต้องการกับจำนวน/ลักษณะภารกิจของงานในแต่ละระยะเวลาตามนโยบายระดับสูง แทนที่จะอาศัยแนววิธีการคาดคะเนแบบอนุรักษ์นิยม เช่น คิดหาจากอัตราส่วนต่อประชากร ความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการใช้บริการและการพัฒนาบริการที่ปฏิบัติ/ใช้กันอยู่
- 2) แนวทางใหม่เพื่อการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทยที่คณะผู้ศึกษาวิจัยขอเสนอแนะ คือ แนวทางที่คำนึงระหว่างภารกิจของงานกับสมรรถนะ โดยให้ส่วนราชการด้าน

สาธารณสุขคำนึงถึงบทบาทใหม่ (เน้นด้านวิชาการ-การส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง-การจัดการ ความรู้ด้านสุขภาพ-การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ-บทบาทในฐานะผู้ให้บริการ) ยุทธศาสตร์ บทบาทและหน้าที่หลักของกระทรวง (public health core function) จะส่งผลต่อแต่ละส่วนราชการของกระทรวงร่วมกันกำหนดสมรรถนะหลัก (core competencies) ที่จะมุ่งสร้างความโดดเด่นของหน่วยงานในด้านใดบ้าง ซึ่งจะส่งผลต่อสมรรถนะที่สำคัญ จำเป็นที่บุคลากรของหน่วยงานจำเป็นต้องมี (personal competencies)

3) หากเป็นไปได้ตั้งเช่นหลักการที่กล่าวไว้ในข้อ 2) ข้างต้น คณะผู้ศึกษาวิจัยขอเสนอแนะแนวทางการวิเคราะห์สมรรถนะของกำลังคนที่ต้องการ เพื่อประโยชน์ในการบริหารงานบุคคลและในการพัฒนาองค์การสาธารณสุขของไทย ดังนี้

- ระบุภารกิจ บทบาทหน้าที่หลัก วัตถุประสงค์ของหน่วยงานที่ต้องปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายของกระทรวง/รัฐบาล
- กำหนดโมเดลสมรรถนะที่ประกอบด้วย รายการของทักษะความรู้ ความสามารถที่ต้องการเพื่อปฏิบัติงานด้านสุขภาพให้บรรลุผล
- ตรวจสอบ/ประเมินขีดความสามารถโดยรวมขององค์การ สมรรถนะหลัก สมรรถนะของกำลังคนเป็นรายบุคคล
- ระบุจำนวน/ประเภท คุณลักษณะ และระดับของสมรรถนะที่พึงประสงค์ กำหนดตัวชี้วัดเพื่อช่วยในการประเมินความแตกต่างระหว่างสมรรถนะที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบันกับที่พึงมีในแต่ละปีงบประมาณ
- ประยุกต์โมเดลสมรรถนะขององค์การเข้ากับทุกกิจกรรมของการบริหารงานบุคคล
- นำผลการประเมินสมรรถนะโยงเข้ากับกระบวนการสรรหา พัฒนาการใช้และรักษากำลังคนทุกประเภทและทุกระดับ ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานให้ตอบรับกับแผนยุทธศาสตร์ขององค์การ

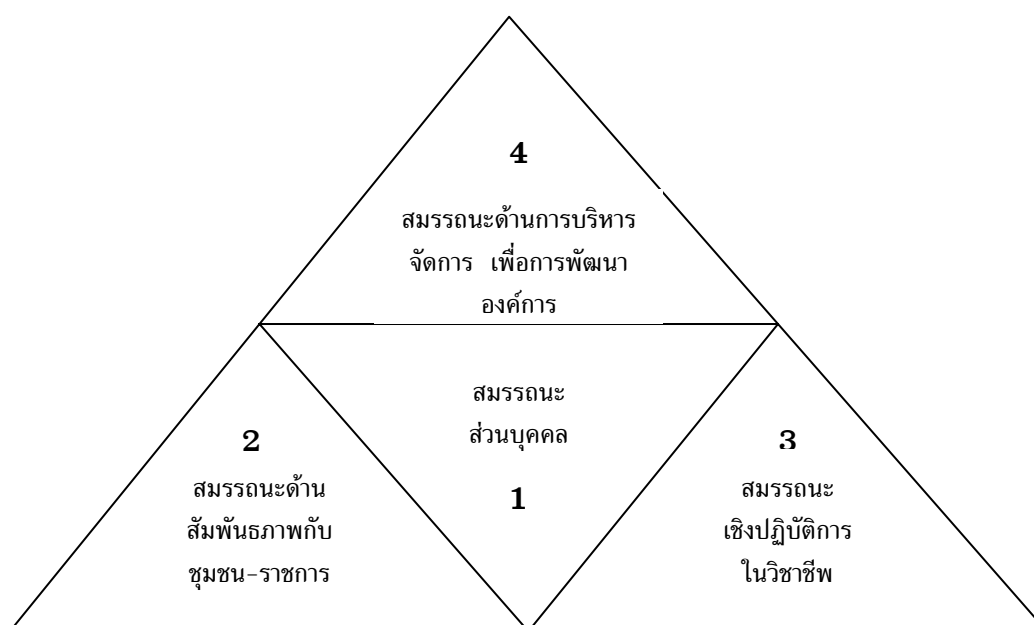
2. นโยบายในการผลิตและการกระจายกำลังคนด้านสาธารณสุข ควรมีการจำแนกกำลังหลักและกำลังสนับสนุนด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบทบาทภารกิจใหม่ พิจารณาการผลิตกำลังคนทั้งสองประเภทตามผลการวิเคราะห์การคาดคะเนกำลังคนที่ขาดแคลนในระดับที่แตกต่างกันไป จะเห็นได้ว่าวิชาชีพด้านทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลเริ่มมีความอึดตัว ขณะที่แพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ชุมชน แพทย์ทางเลือก เป็นที่ต้องการอยู่และมากขึ้นตามสัดส่วนของประชากร กำลังคนวิชาชีพที่เป็นกำลังสนับสนุนยังเป็นที่ต้องการ เพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพใหม่ๆ

รัฐบาลและฝ่ายบริหารของกระทรวงส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อการผลิตกำลังคนที่เป็นหน่วยหลักและรองของกระทรวงสาธารณสุข โดยที่รัฐลดบทบาทในฐานะเป็นผู้นำในการผลิต แต่หันมาเน้นบทบาทในเชิงนโยบายเพื่อริเริ่มด้านวิชาการ ส่งเสริมด้านการปกป้องคุ้มครอง กำกับดูแลด้านมาตรฐานและติดตามตรวจสอบ/ประเมินเชิงนโยบาย มีการกระจายทรัพยากรบุคคลสาธารณสุขให้เหมาะสมและเป็นธรรม ดูแลด้านค่าตอบแทน สวัสดิการและสิ่งจูงใจ ขวัญและกำลังใจของบุคลากรให้ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความภาคภูมิใจไม่ลาออกจากระบบและสร้างการกระจายกำลังคนให้เสมอภาคไปยังชุมชนและชนบท

ให้มาก ใช้มาตรการด้านการบริหารบุคคล สร้าง “ช้างเผือก” ด้านสาธารณสุขในท้องถิ่นขึ้นมา ให้โอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ ส่งเสริม พัฒนาทักษะฝีมือใหม่ๆ อยู่เสมอ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการร่วมสมัยให้แก่กำลังคน มีการสรรหาบุคลากร “เยาวภพ” ในเชิงรุก ส่งเสริมให้บุคลากรที่มีทักษะฝีมือแสดงความสามารถรังสรรค์นวัตกรรมเพื่อการปฏิบัติงาน โดยมีการมอบรางวัลเกียรติคุณประกอบ หรือจัดในรูปแบบของการแข่งขัน

3. นโยบายในการบริหารกำลังคน ควรมีการเพิ่มทักษะในด้านการใช้-การรักษา-การจูงใจบุคลากร แก่ฝ่ายบริหาร หรือผู้ที่กำลังเข้าสู่ตำแหน่งบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ควบคู่ไปกับการปรับปรุงด้านค่าตอบแทน สวัสดิการ โอกาสก้าวหน้า และการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมราชการของสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งในและนอกองค์การ

4. สมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสาธารณสุข คณะผู้ศึกษาวิจัยทำการประมวลข้อมูลที่ได้รับจากการระดมความคิดเห็น ผลของการสัมภาษณ์และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปสมรรถนะหลักที่กำลังคนสาธารณสุขทุกระดับ ทุกหน่วยงานพึงมี เพื่อตอบสนองต่อบทบาทและภารกิจใหม่หลังการเปลี่ยนแปลงได้เป็น 4 ด้านสมรรถนะ รวมเป็น 16 รายการสมรรถนะ ดังแผนภาพที่ 6.2



แผนภาพที่ 6.2 โมเดลสมรรถนะที่พึงประสงค์ของกำลังคนด้านสุขภาพ

1. สมรรถนะส่วนบุคคล ได้แก่ ความซื่อสัตย์ เสียสละ ทักษะในการวิเคราะห์/สังเคราะห์ปัญหา ความสามารถในการสื่อสาร แจ่มผล และความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ
2. สมรรถนะด้านสัมพันธภาพกับชุมชน-ราชการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ และรายงานความรู้และทักษะในการเกี่ยวข้องกับชุมชนสัมพันธ์ ทักษะด้านความหลากหลายทางวัฒนธรรม และทักษะในการประสานร่วมมือปฏิบัติงาน

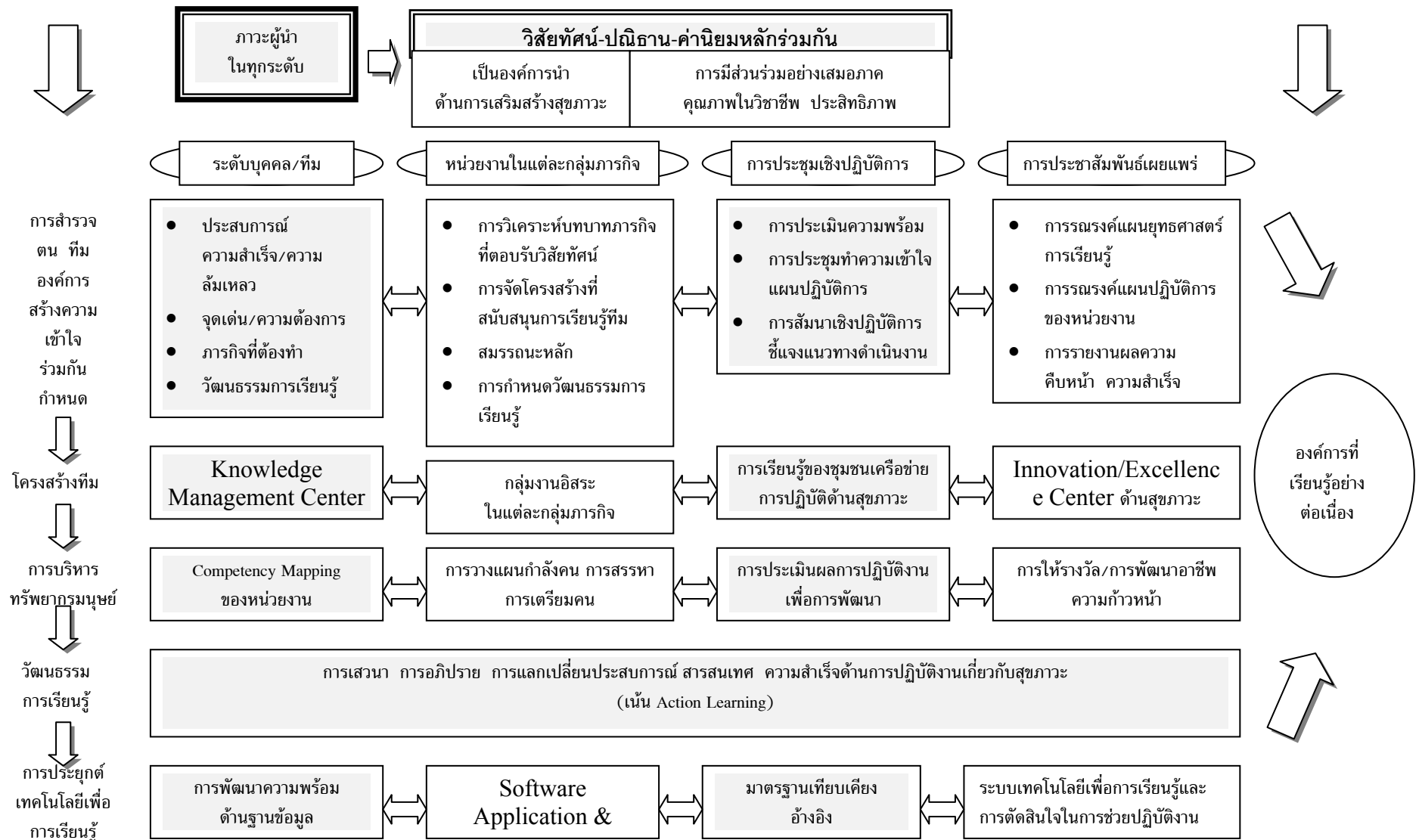
3. สมรรถนะเชิงปฏิบัติในวิชาชีพ ได้แก่ทักษะพื้นฐานในการเข้าใจ ระบุและประเมินสุขภาวะอนามัย ความรอบรู้และทักษะในวิชาชีพของตน ทักษะในการทำงานเป็นทีมโครงการ และทักษะในการเรียนรู้ เสริมสร้างประสบการณ์ในวิชาชีพ
4. สมรรถนะด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาองค์กร ได้แก่ ทักษะในการวางแผนเพื่อการพัฒนา งาน ทักษะในการประเมินประสิทธิภาพในงาน ทักษะในการจัดระเบียบงาน ภาวะผู้นำเพื่อการ บริหารงานมุ่งผลสัมฤทธิ์

นอกจากนี้ ทักษะที่จำเป็นของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับภาพพันธกิจและทิศทางสาธารณสุขในอนาคตควรให้ความสำคัญในเรื่องนวัตกรรมเกี่ยวกับศาสตร์ด้านชีวิต (Life Science Innovation) สังคมศาสตร์ การแพทย์ การบริหารการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างธรรมาภิบาล การจัดการความรู้ รวมถึงทักษะ ความสามารถในการเรื่องสุขภาพองค์รวม การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะที่สัมพันธ์กับประเด็นสุขภาพ ความ เชื่อมโยงของสาธารณสุขกับสังคม สิ่งแวดล้อม และการพัฒนา และที่สำคัญ คือ การพัฒนาทักษะเพื่อรองรับการ เปลี่ยนแปลงในการดำเนินการกิจด้านบริการ (Health Service) มาสู่การกำกับดูแล (Health Stewardship)

3. การพัฒนาความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกระทรวงสาธารณสุข

การบริหารการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขหลังจากการปฏิรูประบบราชการมีความคืบหน้า เป็นลำดับ ทั้งด้านการปรับบทบาทภารกิจ และการกำหนดโครงสร้างใหม่เป็นกลุ่ม ภารกิจ แต่การปรับเปลี่ยนที่ จะให้ผลที่ยั่งยืน อันจะส่งผลให้วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นจริงได้ในระยะเวลาที่กำหนดนั้น จำต้องมี การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงด้านการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาระบบการทำงานและขีดความสามารถที่แข่งขันได้ของ บุคลากรในองค์กรด้วย คณะผู้ศึกษาวิจัยจึงขอเสนอโมเดลของการพัฒนาให้ส่วนราชการของกระทรวง สาธารณสุขให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization-LO) ดังแสดงไว้ในแผนภาพที่ 6.3 ดังนี้

การบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข
เพื่อรองรับการปฏิรูประบบบริหารราชการและภาพพันธกิจในทศวรรษหน้า



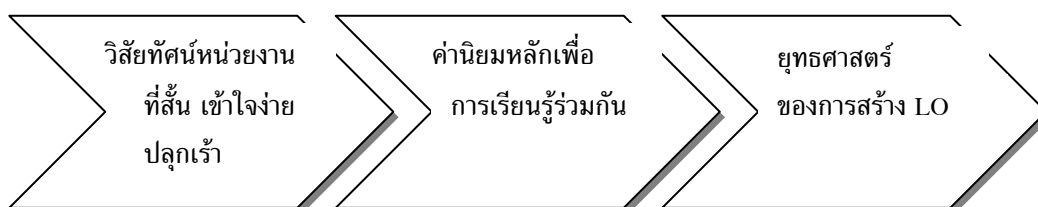
แผนภาพที่ 6.3 แนวทางการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนของการสร้างความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกระทรวงสาธารณสุข

ก. การบริหารโดยใช้วิสัยทัศน์และค่านิยมชั้นนำ

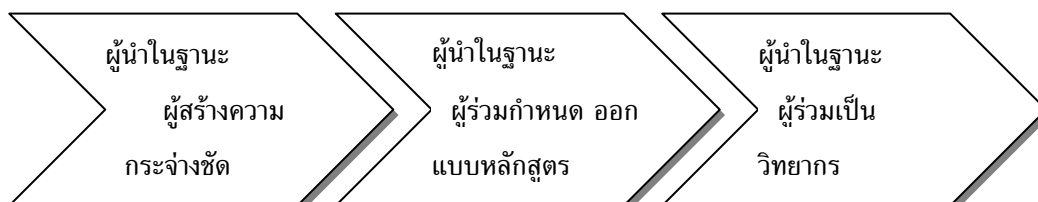
1. วิสัยทัศน์ที่สนับสนุนการเรียนรู้

แต่ละหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขพึงกำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กรที่สั้น เข้าใจง่าย และกระชับที่แฝงไว้ด้วยค่านิยมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ การกล้าคิดริเริ่ม ทดสอบทดลอง เพื่อสร้างความแตกต่างที่ดีกว่าปฏิบัติในแนวทางที่ให้คุณค่าเพิ่มแก่องค์การ อาทิ หน่วยงานที่กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการแพทย์ อาจกำหนดวิสัยทัศน์ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ร่วมกันด้านการวิจัยและการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการป้องกันและบำบัดรักษา หรือระบบบริการสุขภาพ มีการปลูกฝังให้พนักงานทุกระดับ มีศรัทธาเชื่อมั่นเห็นคุณค่าจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันข้อมูลร่วมกัน งานด้านพัฒนาการสาธารณสุขอาจจะเน้นการสร้างนวัตกรรมของเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข งานบริการสุขภาพ อาจกำหนดวิสัยทัศน์ของการสร้างแนวปฏิบัติการบริการที่ดีมีคุณภาพ รวดเร็ว ประหยัด สนองความคาดหวังของประชาชน



2. ภาวะผู้นำที่ส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างจริงจัง

ผู้นำในทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากจะเป็นผู้ทำความเข้าใจและเผยแพร่ ลักษณะประโยชน์ขององค์กรแห่งการเรียนรู้ จะต้องปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างของการเป็นผู้บริหารที่เรียนรู้อย่างต่อเนื่องทั้งชีวิต โดยส่วนตัว เป็นผู้ “รู้แล้วขยาย” ขวนขวาย กระตือรือร้น เป็นผู้จุดประกาย เสนอแนะ เป็นผู้ร่วมออกแบบกระบวนการเรียนรู้ และการพัฒนาบุคลากรภายใต้ที่ตนกำกับดูแล วัตถุประสงค์ แนวทางของการดำเนินการ ร่วมเป็นวิทยากร ติดตามผลสำเร็จ ความสำเร็จของการดำเนินการ มิใช่แต่เพียงเป็นผู้ร่วมงานเปิดและมาแจกประกาศนียบัตรในพิธีปิด ผู้นำต้องทำหน้าที่เป็น Chief Knowledge Officer (CKO) (วิระวัฒน์ ปันนิตามัย, 2543) ทำหน้าที่สกัดแนวโน้มความรู้ใหม่ๆ ให้นำมาเผยแพร่ ทดสอบ ทดลอง ริเริ่ม



ผู้นำพึงเป็นตัวอย่างของการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (model learning) เป็นพี่เลี้ยงให้ลูกน้องเรียนรู้ (mentor learning) เป็นผู้บริหารจัดการเรียนรู้ (manage learning) และเป็นผู้ติดตามตรวจสอบการเรียนรู้ (monitor learning) ว่าสนองตอบต่อแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ผู้นำต้องเรียนรู้ที่จะนำ (learn to lead) ควบคู่ไปกับการนำพาผู้คนให้เกิดการเรียนรู้ (lead to learn) อย่างต่อเนื่อง (วิระวัฒน์ ปันนิตามัย, 2547¹⁾)

ข. การวิเคราะห์วัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กร

1. การระบุวัฒนธรรมการเรียนรู้และองค์ความรู้

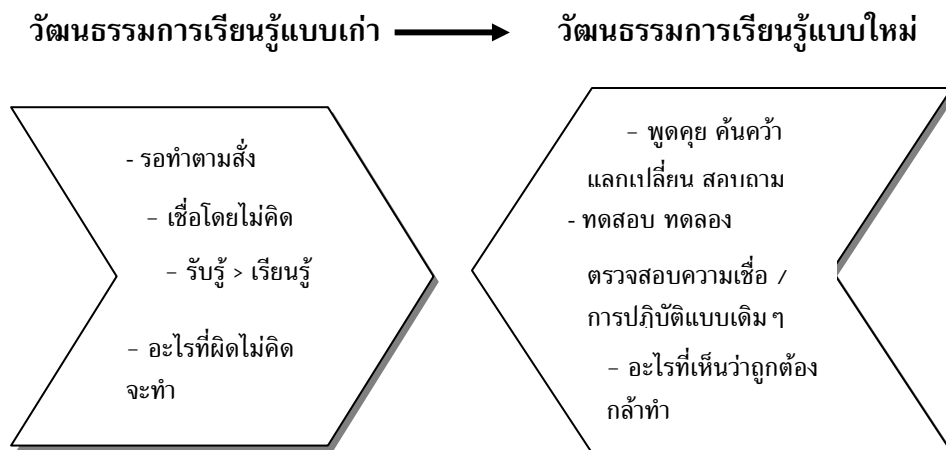
ผู้บริหารและทีมผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงของหน่วยงานร่วมกันระบุวัฒนธรรมการเรียนรู้ในอดีตถึงปัจจุบันของหน่วยงานว่า การเรียนรู้ที่ช่วยสร้างนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน การให้บริการเกิดขึ้นได้อย่างไร โดยใคร จากข้างบนเป็นผู้ริเริ่มหรือร่วมแรงร่วมใจกัน เกิดจากที่ปรึกษา/นอก/ในองค์กร องค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ให้ประสบความสำเร็จคืออะไร มาจากไหน อยู่กับใคร ข้าราชการระดับใด ที่เป็น “Knowledge activists” ผู้ริเริ่มเผยแพร่องค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ต่องานในหน้าที่ที่มีการประเมินและช่วยกันระบุว่าวัฒนธรรมองค์กร ธรรมเนียมปฏิบัติใดบ้างที่เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาและอย่างรวดเร็ว

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2546: 118-119) ได้ชี้ให้เห็นถึงรูปแบบพฤติกรรมความสัมพันธ์ในแนวดิ่งของวัฒนธรรมราชการสาธารณสุขที่สร้างวัฒนธรรมแห่งอำนาจที่พบเห็นบ่อยๆ 16 พฤติกรรม ที่คณะผู้ศึกษาวิจัยเห็นว่าอาจเป็นวัฒนธรรมที่ไม่ส่งเสริมการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ ผู้บริหารและข้าราชการของหน่วยงานควรร่วมมือกันสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ (pro-learning culture) แทนวัฒนธรรมที่ต่อต้านการเรียนรู้ ดัชนีบ่งชี้วัฒนธรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ขององค์กร ได้แก่

- ผู้คนทุกระดับมีการสอบถามและเล่าสู่กันฟังเรื่องราวที่สะท้อนความสำเร็จ/ล้มเหลว ในงานและบทเรียนที่ได้รับ
- ข้าราชการทุกคน ทุกระดับ สร้าง รักษาและส่งเสริมเรื่องราวที่ช่วยพัฒนาระบบงานให้ดียิ่งขึ้น
- ข้าราชการทุกคน ทุกระดับใช้เวลาในการคิดใคร่ครวญว่าจะเกิดอะไรขึ้นและจะมีสิ่งใดเกิดขึ้น
- ผู้บริหารส่งเสริมให้มีการทดสอบ ทดลองวิธีการใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ในการทำงาน
- การสรรหาคัดเลือกเน้นการว่าจ้าง ให้โอกาสก้าวหน้าแก่ผู้ที่มีความสามารถในการเรียนรู้ ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ๆ ได้เป็นอย่างดี
- การทบทวนการปฏิบัติงานควรใส่ใจกับสิ่งที่บุคคลได้เรียนรู้เกี่ยวกับงานในหน้าที่
- ผู้บริหารระดับสูงมีส่วนร่วมกับการสร้างการดำเนินการและการประเมินผล โปรแกรมการพิจารณาลูกน้อง
- ผู้บริหารระดับสูงเต็มใจที่จะสนับสนุนและส่งเสริมค่านิยม ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวังในการทำงาน
- ผู้บริหารระดับสูงมีการพูดคุยกันเกี่ยวกับค่านิยม ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวังและปัญหาที่อยู่เบื้องหลังของโครงการและการปฏิบัติงานต่างๆ
- หน่วยงานมีการสอบถามอย่างกระตือรือร้นเกี่ยวกับผลการทำงาน/การให้บริการแก่ประชาชน
- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน นักปฏิบัติ
- ผู้บริหารส่งเสริมให้พนักงานเกิดความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่องาน

วีระวัฒน์ ปิ่นิตามัย (2547¹) ได้เสนอวัฒนธรรมของการเรียนรู้ที่พึงประสงค์เพื่อการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ไว้ดังนี้

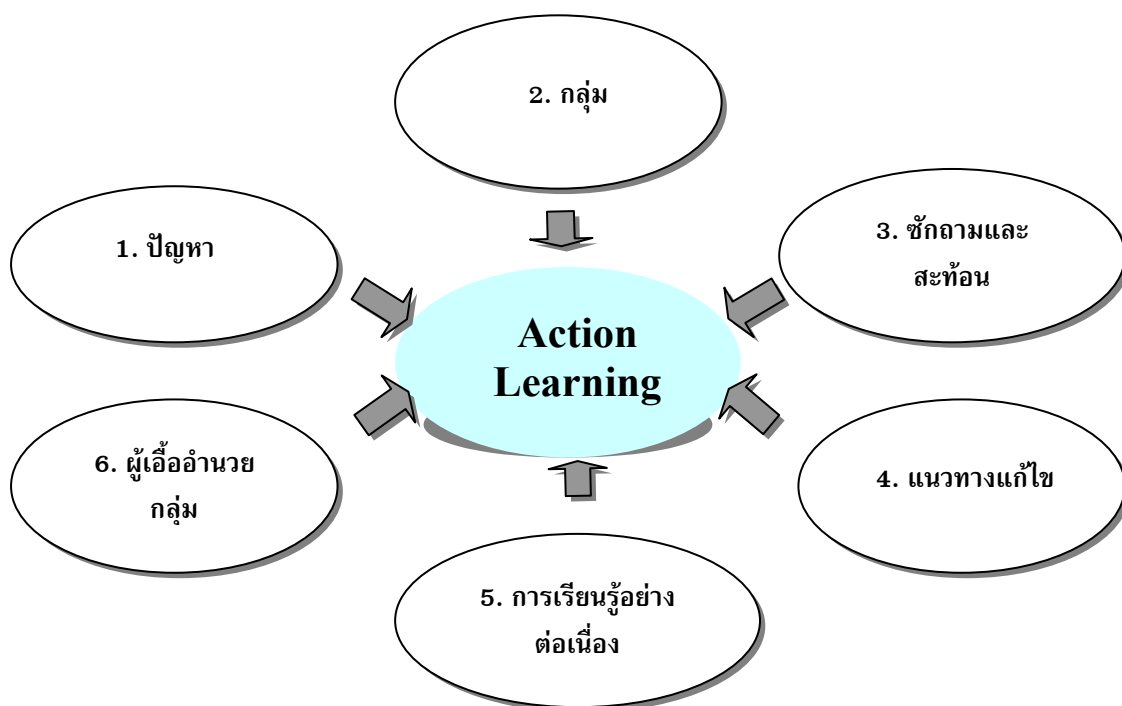
- 1) วัฒนธรรมของการกล้าคิด กล้าเสี่ยง กล้าริเริ่ม กล้าทดลอง
- 2) วัฒนธรรมของการเล่าสู่และแบ่งปันกัน สร้าง “ชุมชนของการปฏิบัติ”
- 3) วัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะทีมของแรงงานความรู้
- 4) วัฒนธรรมที่เป็นมิตรกับความรู้



ค. ยุทธศาสตร์เพื่อการเผยแพร่ การสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในองค์กร

1. การเรียนรู้จากการปฏิบัติ

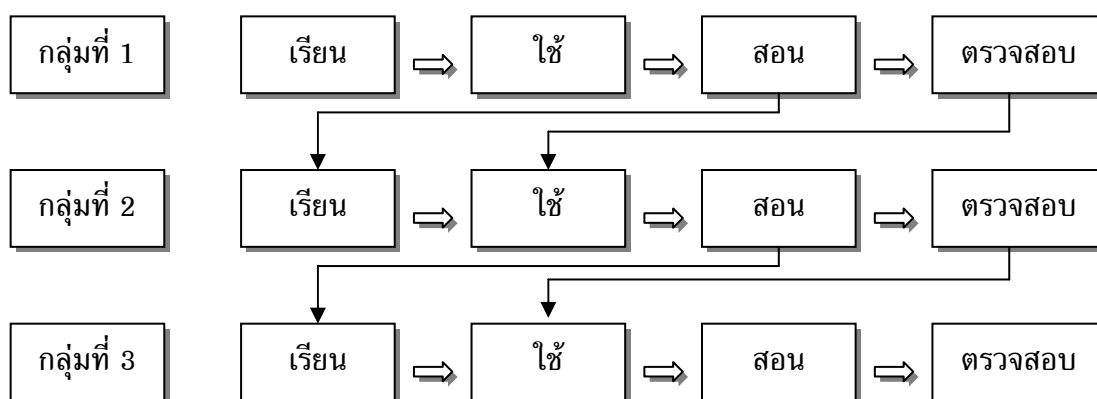
เป็นการเรียนรู้การแก้ไขปัญหาหรือการริเริ่มกิจกรรมใดในการทำงาน โดยผ่านทีมทำงาน และ/หรือบุคคลภายนอกที่สนใจช่วยเหลือจำนวน 4-8 คน ให้มีการระดมสมอง รับฟังข้อปัญหา หาทางออกร่วมกัน มีการพบปะเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เอาจริงเอาจัง มีผู้เอื้ออำนวยการเรียนรู้ของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มหารือกันในแนวทางที่สร้างสรรค์และให้ได้ข้อสรุป ในต่างประเทศนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาบุคคล ทีม และองค์กร (วีระวัฒน์ ปันนิตามัย, 2546)



แผนภาพที่ 6.4 กระบวนการของการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

2. การสร้างชุมชนนักปฏิบัติ (Communities of Practice)

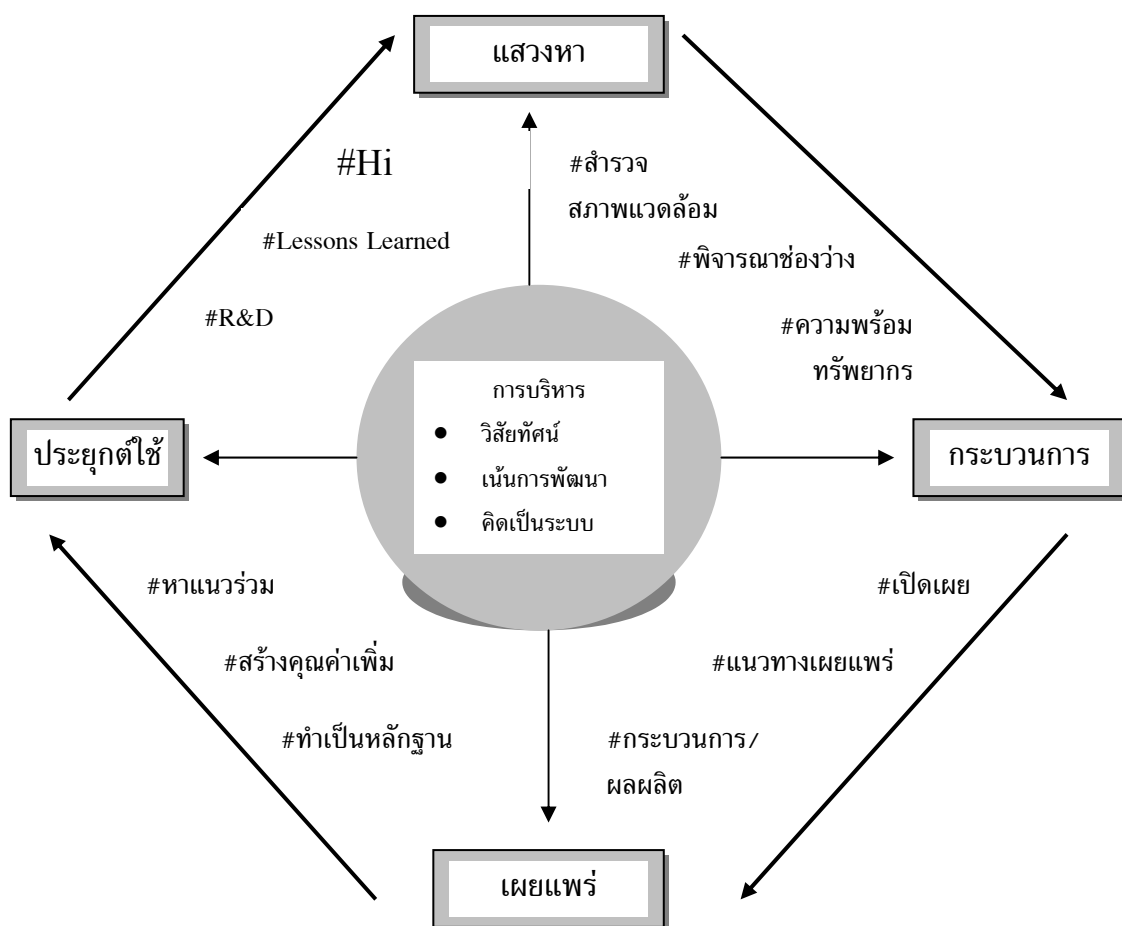
โดยจัดให้มีกลุ่มการเรียนรู้ 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มทำการเรียนรู้ใน 4 กระบวนการ คือ ทำการเรียนรู้ เป็นผู้นำไปปฏิบัติ เป็นผู้สอน และเป็นผู้ตรวจสอบ ในกิจกรรมที่ตนเองได้รับมอบหมาย มีความสนใจเรียนรู้และแบ่งปันกับทีม การออกแบบการเรียนรู้ดังกล่าวจะช่วยขยายความสำเร็จของการปฏิบัติงานและการดำเนินการแก้ปัญหาให้บังเกิดในหน่วยงาน ข้ามส่วนฝ่ายได้อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะหากภายใต้โครงสร้าง การบริหารงานที่ยืดหยุ่น มีกฎระเบียบแต่น้อย



แผนภาพที่ 6.5 ตัวอย่างการออกแบบวิธีการเรียนรู้ของกลุ่มทีมอิสระของกระทรวงสาธารณสุข

3. การบริหารองค์ความรู้ (Knowledge Management)

เป็นแนวทางการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ โดยให้บุคลากรร่วมกันกำหนดว่าองค์ความรู้ที่สั่งสมมาและที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยงานในปัจจุบันและในอนาคตคืออะไร หากต้องทำการเสาะแสวงหาต้องมาจากไหน จะแบ่งปัน เก็บรักษา ประยุกต์ใช้และพัฒนาประสบการณ์และองค์ความรู้ใหม่ให้สร้างคุณค่าเพิ่ม ตอบสนองต่อเป้าหมายขององค์การได้เช่นไร



แผนภาพที่ 6.6 กระบวนการของการบริหารองค์ความรู้

กิจกรรมและตัวชี้วัดเพื่อการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้

ตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรมของความเป็นองค์การการเรียนรู้	เกณฑ์ประเมิน
ระดับบุคคล/ทีม	
1.ข้าราชการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างกันและกันอย่างไม่เป็นทางการ	1.ความถี่ของการพบปะพูดคุยกันในแต่ละสัปดาห์ (น้อย-ปานกลาง-มาก)
2.การสอนงานของหัวหน้างานแก่ลูกน้องแบบ 1 ต่อ 1 ในส่วนงาน	2.จำนวนครั้งที่มีการ Mentoring / Coaching จำนวนครั้งที่ผู้บริหารสอนลูกน้องในโครงการฝึกอบรมต่างๆ
3.การเขียนหรือการเล่าสู่เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับงาน	3.จำนวนการส่ง e-mail ติดต่อสอบถามกับการพูดคุยโทรศัพท์ เพื่อปรึกษาหารือในเรื่องงานตามการรายงานของข้าราชการ
4.การสืบค้น อ่านหนังสือใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่	4.จำนวนครั้งของการทอ้งฐานข้อมูลใน Internet จำนวนครั้งที่มีการส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องาน
5.การประชุมหารือกันเพื่อทบทวน/ปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น	5.จำนวนครั้งที่พบปะ กับระยะเวลาการประชุมที่ใช้
6.การฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจหลักของหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ	6.จำนวนครั้ง-ระยะเวลาที่ใช้-ผลการประเมินก่อน/หลังการฝึกอบรม-นวัตกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อการปรับปรุงงาน ลดค่าใช้จ่าย ป้องกันอุบัติเหตุ ลิขสิทธิ์ที่ทำการจดสิทธิบัตร/การหมุนเวียนงาน
7.การปรับปรุงรูปแบบโครงสร้างของการปฏิบัติงานให้รวดเร็ว	7.ความแตกต่างของระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ระยะเวลาที่ต้องรอ)
8.การกล่าวยอมรับผิด พูดคุยกันได้อย่างเปิดอก	8.จำนวนครั้งที่ทีมพบปะพูดคุยกัน จำนวนข้อปัญหาที่ได้รับการแก้ไข ไม่ทำผิดซ้ำซาก
9.ข้าราชการอยู่ปฏิบัติงาน จงรักภักดีและช่วยสร้างสิ่งใหม่ๆ ปรับปรุงระบบการทำงานให้ดีขึ้น	9.จำนวนคนเก่ง/คนดีที่ลาออกจากหน่วยงาน/ระยะเวลาเมื่อแรกคิด-ลงมือทำ นวัตกรรมในการทำงาน/การให้บริการ/เครือข่ายในวิชาชีพ
10.วัฒนธรรมการทำงานที่เข้าหาความจริง เปิดเผย ผิดเป็นครู (กล้าเผชิญความจริงที่เจ็บปวด)	10.จำนวนครั้งที่พูดคุยอย่างเปิดอกถึงประโยชน์ที่ได้จากข้อผิดพลาดในการทำงาน/จำนวนการปกปิด-เปิดเผยข้อมูลที่กระทบต่อชื่อเสียง ผลการทำงานของหน่วยงาน
11.ข้าราชการ/ทีม มีข้อแก้ตัวแต่น้อย ไม่ทำผิดซ้ำซาก	11.ความเร็วในการปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบการทำงานที่ผิดพลาด
12.ข้าราชการมีโอกาสได้คิดก่อนทำงาน ทำงานแล้วมีโอกาสได้คิดทบทวนเพื่อปรับปรุงงาน	12.จำนวนภาระงาน (ปริมาณงานต่อเวลาที่ต้องปฏิบัติ) คำรายงานของข้าราชการ (สุ่มถาม)

ตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรมของความเป็นองค์การเรียนรู้	เกณฑ์ประเมิน
ระดับองค์การ	
1.จำนวนเปอร์เซ็นต์ของบพัฒนาคนในองค์การเทียบกับรายได้ทั้งหมดในแต่ละปี	1.พิจารณาจากจำนวนงบประมาณเพื่อการพัฒนาที่เพิ่มขึ้น (อย่างต่ำควร 3% ต่อปี)
2.การนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพของการเรียนรู้ และการนำไปประยุกต์ใช้งาน	2.สัดส่วนเครื่องคอมพิวเตอร์ต่อพนักงาน การจัดตั้งระบบ internet และ intranet ในองค์การจำนวนผู้เข้าใช้ของ ข้าราชการต่อรายวัน/ รายสัปดาห์-เดือน จำนวนโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการพัฒนา
3.การจัดตั้งเว็บไซต์เผยแพร่ข้อมูลและผลงานของหน่วยงาน	3.พิจารณาจากหัวข้อความครอบคลุม ประเด็นเนื้อหาสาระ การ updates ข้อมูลในเว็บไซต์ จำนวนผู้คนที่เข้าเยี่ยมชม
4.การจัดนิทรรศการเผยแพร่การเรียนรู้ร่วมกันข้ามส่วนงาน	4.จำนวนครั้ง-ลักษณะของกิจกรรม-จำนวนผู้มีส่วนร่วม ผลกระทบจากการเผยแพร่/การทำงานเป็นทีมข้ามส่วนฝ่าย
5.การจัดทำหรือให้บริการหลักสูตร e-learning courses ให้แก่ข้าราชการ	5.จำนวนงบประมาณที่จัดสรรให้/ จำนวนหลักสูตรเพื่อพัฒนาข้าราชการแต่ละระดับ/ จำนวนผู้เข้าเรียนและผ่านการเรียนรู้
6.การเปิดโอกาสให้ข้าราชการที่เก่ง มีทักษะฝีมือและประสบการณ์ได้เป็นต้นแบบ และสร้างผลงานโบว์แดงบุกเบิกนวัตกรรม	6.จำนวน/ ลักษณะงานที่ข้าราชการที่มีศักยภาพได้รับ มอบหมายจำนวน/ ปริมาณการว่าจ้างที่ปรึกษาของ หน่วยงาน
7.การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการทำงาน และวัฒนธรรมการเรียนรู้	7.การผลักดันค่านิยมหลักที่เน้นการเรียนรู้/ การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทุกระดับอย่างเอาใจจริงเอาใจ ความกล้าหาญที่จะปรับเปลี่ยนเพื่อรักษาหลักการสร้าง วิสัยทัศน์ให้เป็นจริง การส่งเสริมให้ข้าราชการรู้เห็นมากขึ้น รับนำไปทำพฤติกรรมการทำงานในเชิงรุกของพนักงาน การชิงสร้างโอกาส
8.การส่งเสริมให้ข้าราชการมีการทัศนศึกษา เข้าประชุมสัมมนา วิชาการทั้งภายในและภายนอกประเทศ	8.การจัดสรรงบประมาณ/ เกณฑ์การคัดเลือก/ เครือข่ายทางวิชาชีพภายใน-ภายนอกประเทศ/จำนวนครั้ง-คนที่จัด ภายใต้โครงการพัฒนาบุคลากรในแต่ละปีงบประมาณ/ การนำเสนอ หรือการจัดทำรายงานเผยแพร่หลังการศึกษาดูงาน
9.การจัดทำทำเนียบวิทยากร/ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญการจัดทำ Knowledge Maps / Expert Inventory	9.จำนวนรายละเอียดของข้อมูลแฟ้มบุคคล/ ความครอบคลุม ความเกี่ยวข้อง และความเป็นปัจจุบัน เชื่อถือได้ของข้อมูล การได้ประโยชน์ต่องานในหน้าที่ตามคำ รายงานของผู้ใช้
10.การจัดทำข้อตกลงในการเรียนรู้ (Learning Contract) หรือแผนพัฒนาข้าราชการเป็นรายบุคคล (Individual Development Plan)	10.การนำไปปฏิบัติได้จริงของแผนพัฒนา/ การติดตามตรวจสอบของฝ่ายบริหาร/ ประโยชน์ที่องค์การได้รับจากการปฏิบัติตามแผน (ผลผลิต,ผลกระทบ)

ตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรมของความเป็นองค์การเรียนรู้	เกณฑ์ประเมิน
11.โครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพการเป็นผู้นำของบุคลากร โดยจัดรูปแบบของชุมชนนักปฏิบัติ (Communities of Practice)	11.จำนวนครั้ง/ เนื้อหาของหลักสูตร/ ระยะเวลาที่พัฒนา งบประมาณที่ใช้/ แนววิธีที่ใช้พัฒนา/ รายงานผลจากผู้เข้าอบรม การนำประเด็นต่าง ๆ มาเล่าสู่กันฟัง
12.การจัดทำการบริหารองค์ความรู้ของหน่วยงาน (Knowledge Management) หรือการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action Learning)	12.การแบ่งปัน เก็บกัก พัฒนา การนำมาใช้ให้เกิด ประโยชน์ การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติภายในหน่วยงาน และข้อมูลภายนอกที่จะเป็นประโยชน์/ การริเริ่มโครงการ ใหม่ที่แตกต่าง ดีกว่าเดิม ความรวดเร็ว-ถูกต้องของการ ได้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ

(หมายเหตุ : ประยุกต์ตัวชี้วัดจากแนวคิดวินัย 5 ประการของ Peter Senge, 1990¹)

โครงการเพื่อการสร้างความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้

เพื่อให้กิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ที่หน่วยงานภายใต้กระบวนการสาธารณสุขทั้งที่ทำไปแล้ว กำลัง ดำเนินการอยู่ หรือที่คิดจะทำ ตอบสนองต่อเป้าหมายสำคัญเพื่อการพัฒนาความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ คณะผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวทางสำคัญๆ ที่เป็นที่ยอมรับกันว่าจะมีส่วนส่งเสริมเป็นอย่างมากต่อการเป็น องค์การที่เรียนรู้ รับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

1. โครงการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action Learning-AL) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มราว 4-8 คน เพื่อการแก้ไขปัญหาหรือการริเริ่มโครงการ การสร้างโอกาสใหม่ๆ โดยที่ผู้เข้ากลุ่มต้องมีการเรียนรู้ ร่วมกัน โดยการซักถาม อภิปราย ตอบ ร่วมกันแก้ไขเสนอแนะทางออก ยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม ในการทำงาน จากนั้นนำข้อคิดเสนอแนะนั้นไปทดสอบ ทดลอง แล้วนำกลับมาเพื่อการเรียนรู้ ร่วมกันอีก AL เป็นวิธีที่เหมาะสมกับระดับงานทุกประเภท
2. การบริหารองค์ความรู้ (Knowledge Management-KM) เป็นวิธีการค้นพบองค์ความรู้ที่จะเป็น ประโยชน์แก่การปฏิบัติหน้าที่ขององค์การ โดยให้คณะบุคคลที่รับผิดชอบร่วมกันสำรวจ สภาพแวดล้อม เพื่อกำหนดว่ามีข้อมูล สารสนเทศ องค์ความรู้หรือภูมิปัญญาอื่นใดจากภายนอก องค์การ (outside-in) ที่จะประโยชน์ต่อการบริหารจัดการองค์การให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น KM จะส่งเสริมให้ข้าราชการสืบค้นแสวงหาให้ได้มาเพื่อนำองค์ความรู้นั้นมาประมวลออกแบบ จัดกลุ่มย่อยแล้วเผยแพร่ไปทดสอบถึงผลในเชิงประจักษ์ KM เป็นเครื่องมือที่ทรงอิทธิพล เพื่อ การสร้างองค์การเรียนรู้ในยุคปัจจุบัน
3. การสร้าง On-line Learning Center (OLC) เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการเรียนรู้ขององค์การ โดยนำเอาเทคโนโลยีมาสนับสนุนการเรียนรู้ โดยอาจจะมียุทธศาสตร์การเรียนรู้แบบดั้งเดิม อาทิ คู่มือ หนังสือ บทความ เกม VDO CD-Rom ผสมกับ e-learning courses ต่างๆ เพื่อให้พนักงานได้ เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง โดยอาจจะมี web resources ช่วยให้เกิด web-based learning ด้วย ทำให้การ เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง (self-study) ที่ยืดหยุ่น

4. **Corporate University** ของกระทรวงสาธารณสุข องค์การเป็นผู้จัดทำหลักสูตรพัฒนาบุคลากรขึ้นเองภายในหน่วยงาน โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ รวมทั้งวิทยากรภายในเป็นส่วนใหญ่ เพื่อ “แก้ปัญหาให้ตรงจุด” ที่สุด คุ่มค่าที่ต่ำสุดให้บังเกิดแก่องค์การเป็นการสร้างเครือข่ายภายในวิชาชีพ และภายในองค์การของตนเอง โดยเน้นการเพิ่มพูนทักษะเพื่อการปฏิบัติงานสนองนโยบายในปัจจุบัน ราว 80% ขณะที่อีก 20% ของเนื้อหามุ่งเพื่อการพัฒนาเส้นทางในวิชาชีพ (career path) ในตำแหน่งที่สูงขึ้นให้แก่ข้าราชการ

4. สรุปความ

จากบริบทของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อันได้แก่ สภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยี และความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นตัวผลักดันให้การเข้าถึงและการใช้บริการด้านสาธารณสุขของประชาชนมีมากขึ้น ส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังคงมีปัญหาคาดแคลนและการกระจายอัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ดังนั้นจึงต้องเปลี่ยนแนวคิดในการจัดทำแผนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมมากขึ้น โดยต้องนำเอาบริบทการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่จะส่งผลกระทบต่อการจัดทำแผนกำลังคนหรือความต้องการกำลังคนมาพิจารณาด้วย เพื่อให้การคาดการณ์กำลังคนมีความเหมาะสมมากที่สุด โดยต้องมีความสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป และต้องมีความเหมาะสมกับสภาพของแต่ละพื้นที่ด้วย นอกจากนี้ทิศทางการกำลังคนต้องสะท้อนทักษะความสามารถที่จำเป็นของบุคลากร เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงจากภารกิจด้านบริการสู่ภารกิจด้านกำกับดูแลและตรวจสอบ (Stewardship) และเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบการทำงานและการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขควรมีการพัฒนาสู่องค์การแห่งการเรียนรู้ เพื่อให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเองและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานราชการที่มีการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง ซึ่งเป็นลักษณะขององค์การที่จะสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีคุณภาพภายใต้สภาวะแห่งการเปลี่ยนแปลงแบบพลวัตดังเช่นในปัจจุบันและในอนาคต

บทที่ 7

สรุปและเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

ภาพรวมของการศึกษาวิจัย

วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอภาพทัศน์ (Scenario) การเปลี่ยนแปลงวิสัยทัศน์ พันธกิจ และโครงสร้างระบบบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุขที่สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศในทศวรรษหน้า โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

- 1) เพื่อศึกษาถึงผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข หลังจากการปฏิรูประบบราชการเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมา โดยมุ่งจุดสนใจในเรื่องการบริหารยุทธศาสตร์
- 2) เพื่อกำหนดกรอบวิสัยทัศน์ (Vision) ภาพพันธกิจ (Mission) และขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับบริบทการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย รวมถึงการปฏิรูประบบราชการ การจัดการภาครัฐแนวใหม่ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
- 3) เพื่อเสนอบทบาทและหน้าที่ใหม่ (Roles and Functions) ของหน่วยงานทั้งส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อให้สามารถรองรับการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขในทศวรรษหน้า
- 4) เพื่อเสนอรูปแบบโครงสร้างองค์การที่เหมาะสม พร้อมด้วยลักษณะการจัดโครงสร้างการบริหาร การประสานราชการและความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข
- 5) เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาองค์การแห่งการเรียนรู้และแผนทิศทางการกำลังคนด้านสุขภาพ ครอบคลุมถึงทักษะ ความชำนาญของบุคคลภายใต้โครงสร้างใหม่ ตลอดจนแนวทางการพัฒนาบุคลากรเพื่อสนองตอบบทบาทใหม่

แนวทางการศึกษาวิจัยอาศัยแนวทางเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้เทคนิคในการศึกษาวิจัยผสมผสานหลายรูปแบบ รวมถึง การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) โดยศึกษาวิเคราะห์เอกสารประกอบด้วย นโยบาย แผนพัฒนาสาธารณสุข พระราชบัญญัติ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) เป็นการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) การระดมความคิด (Brain Storming) ร่วมกับที่ปรึกษาการวิจัย นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นวิสัยทัศน์และภาพพันธกิจในอนาคต โครงสร้างองค์การที่เหมาะสม และแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหาร

นอกจากนี้ได้มีการจัดทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข การสำรวจความคิดเห็นภาคสนาม (Field Survey) เป็นการสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เกี่ยวกับระบบบริหารราชการของ กระทรวงสาธารณสุข วิสัยทัศน์/ภาพพันธกิจในอนาคต ตลอดจนโครงสร้างองค์การที่เหมาะสม และมีการศึกษาดูงาน (Study Visit) โดยเลือกหน่วยงานที่เป็นตัวแทนพื้นที่รายภาค ครอบคลุมหน่วยงาน สถานบริการสุขภาพ และหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษาดูงานด้านการบริหารราชการที่เชื่อมโยงประเด็นโครงสร้าง

องค์การ การบริหารโครงการตามนโยบายและพันธกิจที่สำคัญ โดยเลือกพื้นที่ตัวแทนจาก 5 ภาค รวม 13 จังหวัด

ผลการศึกษาวิจัย

1. ความก้าวหน้าของการบริหารการเปลี่ยนแปลง

จากการประมวลทัศนะความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารการเปลี่ยนแปลง ในประเด็นความก้าวหน้าในการบริหารการเปลี่ยนแปลงเชิงยุทธศาสตร์ สรุปได้ว่า การบริหารการเปลี่ยนแปลงภายหลังปฏิรูประบบราชการเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมานั้น ในช่วงต้นของการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างรู้สึกสับสน เนื่องจากมีหลายเรื่องที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาเดียวกัน ในขณะที่ไม่สามารชชี้ให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงจะไปในทิศทางใด

ภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นมองในด้านการจัดกลุ่มภารกิจ (Cluster) ที่รวมงานที่มีความเกี่ยวข้องกันเข้ามาอยู่ในกลุ่มงานเดียวกัน ทำให้เกิดการบูรณาการและการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพมากขึ้น ส่วนผู้ที่มีทัศนะว่าโครงสร้างยังคงเหมือนเดิม เนื่องจากมองว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นเพียงการโยกย้ายกลุ่มงานเท่านั้น ไม่ใช้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างดังเช่นที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2517 ซึ่งถือได้ว่าเป็นการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขครั้งสำคัญ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ในอนาคตกระทรวงสาธารณสุขควรมีโครงสร้างที่เล็กลงแต่มีสมรรถนะมากขึ้น เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นเพียงกลไกหนึ่งในระบบสุขภาพ ซึ่งต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับประชาคมสุขภาพต่างๆ รวมทั้งภาคประชาชนที่จะมีส่วนร่วมด้านสุขภาพมากขึ้นในอนาคตด้วย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องพิจารณาถึงภารกิจที่เหมาะสมในอนาคต และนำภารกิจนั้นมากำหนดโครงสร้างที่ควรจะเป็น โดยการจัดโครงสร้างต้องเหมาะสมและสะท้อนสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งต้องมีการกระจายบุคลากรไปสู่ภูมิภาคมากขึ้นด้วย เนื่องจากมองว่าในอนาคตงานด้านการบริการสาธารณสุขจะเป็นภารกิจของหน่วยงานในส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์และมีการจัดการความรู้เรื่องสุขภาพ เนื่องจากปัจจุบันปัญหาสุขภาพเปลี่ยนแปลงประกอบกับแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่เปลี่ยนไป โดยมองสุขภาพเป็นเรื่องสุขภาพะ มิใช่เรื่องโรคเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพมีพหุภาคีด้านสุขภาพต่างๆ เข้ามามีบทบาทสำคัญมากขึ้น จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริง และเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขเกิดผลสัมฤทธิ์ เพราะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโดยไม่เปลี่ยนกระบวนทัศน์เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก

2. วิสัยทัศน์และพันธกิจ

จากทัศนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้แสดงความคิดเห็นถึงวิสัยทัศน์และพันธกิจกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันนั้น จะเห็นได้ว่าวิสัยทัศน์และพันธกิจในปัจจุบันนั้นยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร และควรมีการเปลี่ยนแปลงใหม่โดยต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ประชาชนและภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ภาพวิสัยทัศน์ที่เหมาะสมจากการประมวลความคิดเห็น มองว่า “กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นแกนนำทางความคิดในการประสานความร่วมมือในการสร้างสังคมไปสู่การมีสุขภาพที่ดี” นอกจากนี้ยังมีภาพวิสัยทัศน์ที่อยากเห็น “กระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงเพื่อประชาชน ผู้บริหาร

และเจ้าหน้าที่ทุกระดับร่วมสร้างองค์กรให้มีความเข้มแข็ง ด้านวิชาการ บริหาร บริการ โดยมีบุคลากรที่มีคุณธรรม จริยธรรม มีคุณภาพ สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ปวงชน โดยชุมชนและสังคมมีส่วนร่วม” เป็นต้น ส่วนประเด็นพันธกิจในอนาคต เห็นพ้องกับกรอบพันธกิจที่มุ่งไปสู่ Health Stewardship ให้มีความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภค และเน้นการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคมกกว่าการรักษาดังเช่นในอดีต

3. บทบาทหน้าที่และโครงสร้างที่เหมาะสม

กรอบบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในทัศนะของผู้บริหาร ได้แก่ เสริมสร้างสุขภาพ พัฒนาคิดความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ทำให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองหรือป้องกันตนเองด้านสุขภาพได้ รวมทั้งประสานและยกระดับเครือข่ายประชาสังคมที่เข้มแข็ง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการดำเนินการในเขตท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดการดำเนินงานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

บทบาทหน้าที่ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีหน้าที่เสริมพลังอำนาจ (Empower) สังคม โดยใช้วิชาการความรู้ที่มีอยู่ในมุมมองของภาคประชาชน มีทัศนะสอดคล้องกันว่า บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตจะลดน้อยลงไป คือ ทำหน้าที่วิชาการและประสานงานเครือข่ายต่าง ๆ เท่านั้น บทบาทในด้านการให้บริการควรลดลง

สำหรับโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม อาจพิจารณาใน 3 ทางเลือก ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 เป็นการปรับโครงสร้างเดิมให้สอดคล้องกับภารกิจใหม่ (Scenario 1-S1: Status quo plus)

ทางเลือกที่ 2 เป็นโครงสร้างในระบบเครือข่ายที่ถ่ายโอนอำนาจการจัดการให้ท้องถิ่น (Scenario 2 - S2: Decentralized Structure) ถ่ายโอนอำนาจการจัดการ ภารกิจยังคงเดิม เน้นระบบงานที่เชื่อมโยงการทำงานกันในลักษณะเครือข่าย

ทางเลือกที่ 3 โครงสร้างการกระจายอำนาจโดยมีองค์กรในรูปนิติบุคคลระดับจังหวัด (Scenario 3- S3: Regional Independent Structure) ให้องค์การนิติบุคคลระดับจังหวัด ในลักษณะคล้ายกับมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น ตามโครงสร้างนี้จะตัดสายการบังคับบัญชาให้สั้นลง ไม่มีภูมิภาค มีเครือข่ายประชาคมสุขภาพระดับจังหวัด

4. แนวทางการพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้และทิศทางการกำลัคนด้านสุขภาพ

จากบริบทของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อันได้แก่ สภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยี และความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นตัวผลักดันให้การเข้าถึงและการใช้บริการด้านสาธารณสุขของประชาชนมีมากขึ้น ส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังคงมีปัญหาการขาดแคลน และการกระจายอัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ดังนั้นจึงต้องเปลี่ยนแนวคิดในการจัดทำแผนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมมากขึ้น โดยต้องนำเอาบริบทการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่จะส่งผลกระทบต่อจัดทำแผนกำลังคนหรือความต้องการกำลังคนมาพิจารณาด้วย เพื่อให้การคาดการณ์กำลังคนมีความเหมาะสมมากที่สุด โดยต้องมีความสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป และต้องมีความเหมาะสมกับสภาพของแต่ละพื้นที่ด้วย และเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการทำงานและการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขควรมีการพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ เพื่อให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเองและมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานราชการที่มีการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง ซึ่งเป็นลักษณะของ

องค์การที่จะสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีคุณภาพภายใต้สภาวะแห่งการเปลี่ยนแปลงแบบพลวัตดังเช่นในปัจจุบันและในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การบริหารการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข มีประเด็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

- กำหนดเป็นแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมกลไกการมีส่วนร่วมในการพิจารณากรอบวิสัยทัศน์ (Vision) และภาพพันธกิจ (Mission) ในอนาคตของกระทรวงสาธารณสุข โดยเปิดกว้างให้ทุกภาคส่วนของสังคม ตลอดจนบุคลากรของกระทรวงทุกระดับ ทุกกลุ่มวิชาชีพได้เข้ามามีบทบาทในการกำหนดทิศทางกระทรวงสาธารณสุขร่วมกัน
- กำหนดเป็นวาระของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการบริหารยุทธศาสตร์ ภายใต้กรอบการบริหารการเปลี่ยนแปลงในเชิงมหภาค โดยพิจารณาถึงบทบาทของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระบบสุขภาพแนวใหม่ บทบาทของภาคเอกชนที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในด้านการบริการสุขภาพ และบทบาทของภาคประชาสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ
- กำหนดให้มีวาระท้องถิ่น (Local Agenda) เพื่อพิจารณาถึงการการบริหารการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในพื้นที่ให้เอื้อต่อการดำเนินงาน และสร้างหลักประกันถึงการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่มีความหลากหลายในพื้นที่
- จัดทำกรอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อพิจารณาถึงความเชื่อมโยงในเรื่องบทบาทและหน้าที่ (Roles and Functions) สำหรับอนาคต โดยให้ความสำคัญระดับหน่วยงานทั้งส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อให้สามารถรองรับการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขในทศวรรษหน้า
- กำหนดเป็นนโยบายให้มีคณะกรรมการร่วมประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขทั้งจากส่วนกลางและภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชน และองค์กรประชาสังคมรวมถึงองค์กรเครือข่ายภาคีสุขภาพในการพิจารณาถึงรูปแบบโครงสร้างองค์การที่เหมาะสม เพื่อให้การจัดโครงสร้างการบริหารงานสอดคล้องและมีความเชื่อมโยงกับการบริหารงานตามกรอบวิสัยทัศน์และพันธกิจใหม่
- กำหนดเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาองค์สื่อดั้งการเรียนรู้ โดยเสริมสร้างขีดความสามารถของศูนย์การจัดการความรู้ (Knowledge Management Center) ให้มีบทบาทในการจัดการความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์ ทักษะแก่บุคลากรทุกระดับเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และเตรียมบุคลากรเพื่อทำหน้าที่นักบริหารการเปลี่ยนแปลง
- ส่งเสริมและสนับสนุนการนำระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System) มาเป็นแนวทางในการกำหนดแผนทิศทางกำลังคนด้านสุขภาพภายใต้โครงสร้างใหม่ ตลอดจนจัดสรรการ

กระจายบุคลากรให้สอดคล้องและเหมาะสมกับพันธกิจใหม่ บทบาทใหม่และสภาพความจำเป็นของพื้นที่เพื่อรองรับการบริหารการเปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติครอบคลุมถึงประเด็นหลักในการขับเคลื่อนการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ควรจัดให้มีสัมมนาเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์
- ประสานกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) เพื่อให้การกำหนดขอบเขตและหน้าที่ของหน่วยงานที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย รวมถึงการปฏิรูประบบราชการตามแนวทางการจัดการภาครัฐแนวใหม่ และทิศทางสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
- ผู้บริหารของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขควรมีเวทีสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เน้นกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกัน ระหว่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและตัวแทนประชาคมสุขภาพ ถึงทิศทางการบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุขในบริบทของการเปลี่ยนแปลง
- การสังเคราะห์ประสบการณ์ของหน่วยงานสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อนำไปสู่การจัดการความรู้ให้เอื้อต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขในทศวรรษหน้า

ทั้งนี้ เงื่อนไขและปัจจัยความสำเร็จในการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข ที่สำคัญประกอบด้วย 4 ประการคือ

ประการแรก คือปัจจัยทางการเมือง คือ เจตจำนงค์ทางการเมืองและธรรมาภิบาล รวมถึงการส่งเสริมการเมืองภาคประชาชนให้เข้มแข็ง เพราะที่ผ่านมาการเมืองภาครัฐมีความเข้มแข็ง ภาคประชาชนตระหนักว่าตัวเองเป็นผู้ถูกกระทำ จากรูปแบบนโยบายที่สั่งการ เกิดความสัมพันธ์แบบพึ่งพา กระบวนการเรียนรู้ไม่เกิด ชุมชนมีความอ่อนแอ

ประการที่สอง การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์วัฒนธรรมและค่านิยม ที่ให้ความสำคัญในการมองคนเป็นศูนย์กลาง เน้นตัวแบบสาธารณสุขในบริบททางสังคมมากขึ้น ขณะเดียวกันปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมและค่านิยม และรักษาค่านิยมของคนสาธารณสุขที่สร้างสรรค์ให้เอื้อต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางการจัดการภาครัฐแนวใหม่

ประการที่สาม การเตรียมความพร้อมทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กรเพื่อรองรับการบริหารการเปลี่ยนแปลง โดยอาจประสานความร่วมมือกับสภาวิชาชีพ สถาบันการศึกษา คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และประชาคมสุขภาพต่าง ๆ ร่วมกันกำหนดทิศทางและเตรียมรับกับการเปลี่ยนแปลง

ประการที่สี่ เสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชน โดยเฉพาะการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนบนพื้นฐานของภูมิปัญญาชาวบ้าน เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพในมิติของสังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อศึกษาต่อ

จากการศึกษา คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่ามีหลายประเด็นที่มีความสำคัญ แต่อยู่นอกขอบเขตของการศึกษาค้นคว้านี้ และมีความเชื่อมโยงกับหัวข้อการศึกษาวิจัย จึงได้จัดทำเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยต่อดังนี้

- ศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขความสำเร็จในการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในมิติด้านการเมืองภาครัฐและการเมืองภาคประชาชน มิติด้านเศรษฐกิจ และมิติด้านสังคมวัฒนธรรม
- ศึกษาถึงโครงสร้างและบทบาทภารกิจที่เหมาะสมของบางหน่วยงาน โดยพิจารณาถึงความเชื่อมโยงตามกรอบทิศทางการกระจายอำนาจ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข (เพื่อมิให้เกิดการเหลื่อมล้ำดังเช่นในปัจจุบัน)
 - หน่วยงานราชการส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในภูมิภาค (ศูนย์เขตต่าง ๆ)
- ศึกษาการปรับเปลี่ยนทิศทางการนโยบาย (Policy Shift) ของนโยบาย/โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค และผลกระทบต่อการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะการบริหารยุทธศาสตร์
- การศึกษารูปแบบการบริหารการเปลี่ยนแปลงของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ที่ประสบความสำเร็จและเป็นแบบอย่างที่ดี (Best Practice) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบงานในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

(ภาษาไทย)

กระทรวงสาธารณสุข. (2541). การประเมินผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์เพื่อสุขภาพ

ดีถ้วนหน้าในปี 2543 (พ.ศ. 2525-2539). พิมพ์ครั้งที่ 3: กรุงเทพฯ.

กระทรวงสาธารณสุข. (2545). สรุปย่อรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543.

กรุงเทพฯ: ยุทธวิธีนทร์การพิมพ์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2547¹). รายงานผลการปฏิบัติงานตามแผนกลยุทธ์ของกระทรวง

สาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ปีงบประมาณ 2546 (ต.ค. 45-ก.ย. 46). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2547²). แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy

Thailand) 2547. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

กิ่งแก้ว เทพย์ปฏิพัทธ์. (2543). การบริหารการเปลี่ยนแปลง: Change Management:

Overview Business.com.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2546). อำนาจและคอร์รัปชัน: ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการ

สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). ขับเคลื่อนวาระสุขภาพะไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูป

ระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

กำธร พลิกษานานนท์, วิรุฬห์ พรพัฒน์กุล, เกริกยศ ชลายนเดชะ, จักรนันท์ รัตนคูหา,

กมลทิพย์ ดุลยเกษม และวีระวัฒน์ ปิ่นนิทามย์. (2546). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออก

ของแพทย์ในภาครัฐในประเทศไทย. รัฐประศาสนศาสตร์. ปีที่ 2. ฉบับที่ 2.

พฤษภาคม-สิงหาคม. หน้า 48 - 87.

คณะกรรมการจัดทำแผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข. (2544). แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข

ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9

(พ.ศ. 2545-2549). นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.

คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2540). แผนแม่บทการปฏิรูประบบ

ราชการ (พ.ศ. 2540-2544): กรุงเทพฯ.

คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2542). แผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ.

เอกสารประกอบการประชุมปรึกษาหารือเรื่อง ทิศทางและจุดเน้นของบทบาทภารกิจกระทรวง

สาธารณสุขในอนาคต วันที่ 19 ต.ค. 2543 ณ สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ:

กรุงเทพฯ.

คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2546). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย

(พ.ศ. 2546-2550).

คณะทำงานวิชาการ คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ. (2535). การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวง

สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- คณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
(มปป.). ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... ฉบับสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเพื่อการ
ทำประชาพิจารณ์ รับฟังความเห็น.
- เจตน์ ทางเจริญ. (2545). การจัดการเชิงกลยุทธ์. *Productivity World*. มกราคม-กุมภาพันธ์
2545: 43-49.
- เจตน์ ธรรมธัชอารีย์. (บรรณาธิการ). (2544). เอกสารวิชาการประกอบการสัมมนา ระบบ
หลักประกันสุขภาพของเอเชีย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จรัส ตฤณวุฒิพงษ์. (2546¹). การเตรียมความพร้อมต่อการควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติ
ซ้ำ. เอกสารประกอบการสัมมนา การควบคุมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ:
กรณีศึกษาโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง วันที่ 18 – 20 สิงหาคม 2546 โรงแรมลี การ์
เดนส์ พลาซ่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.
- จรัส ตฤณวุฒิพงษ์. (2546²). สถานการณ์เอดส์ปัจจุบัน: มาตรการและความหวัง. สรุปรายงานการ
สัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2547). ทรัพยากรบุคคลในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:
จะผลิต กระจาย พัฒนา และรักษากำลังคนด้านสุขภาพได้อย่างไร. เอกสาร
ประกอบการจัดเวทีข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง “ประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 4 ปี เรียนรู้
อะไร...จะ何去何...” 17 ม.ค. 48. โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ: สถาบัน
วิจัยระบบสาธารณสุข.
- จินตนา บุญบงการ. (2545). การจัดการเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ: เม็ดทรายพรินติ้ง.
- ชวนิต ติวเกื้อ และ สมสกุล เผ่าจินตามุข. (2546). เมื่ออนาคตไล่ล่าคุณ. แปลจาก *As the future
catches you: how genomics and other forces are changing your life, work, health, and
wealth*. เขียนโดย Juan Enriquez. กรุงเทพฯ: เนชั่น มัลติมีเดีย กรุ๊ป.
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช. (2543). อนาคตสังคมไทยที่พึงประสงค์. *ทิศทางปฏิรูปบริการสุขภาพไทย
National Forum for Health Care Reform* (รายงานการประชุมวิชาการปฏิรูประบบสุขภาพ
ไทย). นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- ชูชัย ศุภวงศ์. (2544). ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2544-
2553). กรุงเทพฯ: ยุทธวิธีบริหารการพิมพ์.
- ดำรง บุญยยืน. (2542). ยุทธศาสตร์เชิงรุกของงานสาธารณสุขแนวใหม่. นนทบุรี: โครงการตำรา
กรมอนามัย.
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2548). การกระจายแพทย์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสมภายใต้หลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (รายงานการวิจัย).
- ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ และคณะ. 2547. การประเมินพันธกิจสำนักงานปฏิรูประบบสุ
ภาพแห่งชาติ. (รายงานการวิจัย).

- ธงชัย สันติวงษ์. (2533). การบริหารเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ธัญวัชร ไชยตระกูลชัย. (2545). Michael E. Porter : life, on strategy, in action.
กรุงเทพฯ : ทิปโป่งพอยท์.
- ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศศักดิ์. (2546). รายงานสุขภาพโลก 2002 ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ.
กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- ประยงค์ เต็มฉวลา. (2544). การบริหารการพัฒนางานสาธารณสุขแนวใหม่: สถาบัน
พัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- ประสาน ต่างใจ. (2545). บุพนิมิต กระบวนทัศน์ใหม่. กรุงเทพฯ: สถาบันวิทย์ทัศน์.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ. (2543). ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพระดับต้นของไทย
ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ. (รายงานการ
วิจัย).
- พัทตร์ผจง วัฒนสินธุ์. (2542). การจัดการเชิงกลยุทธ์และนโยบายธุรกิจ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พินิจ ฟ้าอำนวยผล. (2546). การวิเคราะห์ข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 Data
Analysis for Universal Coverage of Health Insurance 2002. นนทบุรี: สำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ไพบุลย์ ช่างเรียน. (2532). วัฒนธรรมองค์การกับการบริหาร. กรุงเทพฯ. อักษรเจริญทัศน์.
- ไพโรจน์ ภัทรนรากุล และทัศนัย ชันตยาภรณ์. (2542). การปฏิรูปบทบาทภารกิจเพื่อการ
จัดการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการวิชาการสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ภาณินุช ผุสดีโสภณ. (2543). การเปรียบเทียบลักษณะวัฒนธรรมสังคม วัฒนธรรมองค์
การ และลักษณะผู้นำที่มีประสิทธิภาพของพนักงานระดับบริหารกลางในโรงพยาบาล
ขององค์การมูลนิธิการกุศลต่างศาสนา : ศาสนาคริสต์ ศาสนาพุทธ.
- โกดิน พลกุล. (2539). การปฏิรูประบบราชการในยุคโลกาภิวัตน์. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการ
ปฏิรูประบบราชการ.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2533). พฤติกรรมมนุษย์ในองค์การ. พิมพ์ครั้งที่ 7.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- มนตรี ชนะชัยวิบูลย์วัฒน์. (2546). Trend of Disaster in Thailand. เอกสารประกอบการอบรม
Ministry of Public Health Training Course on Public Health and Emergency Management
(PHEM).
- วิพุธ พูลเจริญ. (2544). สุขภาพ: อุดมการณ์และยุทธศาสตร์. รายงานการศึกษาประกอบ
การการปฏิรูประบบสุขภาพและการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ. (2546). รายงานความก้าวหน้าโครงการติดตามประเมินผล

- การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 (2546-47). ฉบับแก้ไขปรับปรุง
25 พ.ย. 46. (รายงานการวิจัย).
- วีระวัฒน์ ปิ่นิตามัย. (2543). การพัฒนาองค์การแห่งการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: เอ็กเปอร์เนต.
- วีระวัฒน์ ปิ่นิตามัย. (2544¹). การพัฒนาองค์การแห่งการเรียนรู้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็ก
เปอร์เนต.
- วีระวัฒน์ ปิ่นิตามัย. (2544²). ผู้นำการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพฯ: เอ็กเปอร์เนต.
- วีระวัฒน์ ปิ่นิตามัย. (2545). “การเรียนรู้จากการปฏิบัติ : ยิ่งเรียนยิ่งรู้ ยิ่งอยู่ยิ่งชำนาญ”. หนังสือ
ที่ระลึกประจำปี. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ..
- วีระวัฒน์ ปิ่นิตามัย. (2547¹). “การปรับวัฒนธรรมการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง”. วารสาร
ข้าราชการ. ปีที่ 49 ฉบับที่ 2 เดือนมีนาคม – เมษายน 2547: สำนักพิมพ์สัมพันธ์.
- วีระวัฒน์ ปิ่นิตามัย. (2547²). เอกสารประกอบการสอนวิชา รศ. 771 การวางแผนและการ
พัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร
ศาสตร์.
- วรเดช จันทรศร. (2540). การพัฒนาระบบราชการไทย. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการปฏิรูประบบราช
การ สำนักงานกฤษฎมนตรี.
- ศิริวรรณ ศิริอารยา. (2543). วารสารพัฒนาข้าราชการ กทม. “การบริหารการเปลี่ยนแปลงทำได้
ถ้าร่วมมือร่วมใจกัน”. ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 (ม.ค.-เม.ย. 43). หน้า 25-32.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2541). ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2539). การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพในสิงคโปร์. เอกสาร
ประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง
ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539 ณ
โรงแรมรอยัลลอร์ดคิด เซอรادتน์ กรุงเทพฯ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2543). สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- สมาน รังสิโยภักดิ์. (2543). การบริหารราชการไทย : อดีต ปัจจุบัน และอนาคต. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์บรรณกิจ (1991).
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2540). จิตวิทยาการจัดการองค์การ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนัก
พิมพ์บุ๊คแบงค์.
- สุนันทา เลहनันท์. (2541). การพัฒนาองค์การ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ดี.ดี.บุ๊คส์ไตร์.
- สุปราณี ปัตนาภรณ์. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงานราชการ:
กรณีศึกษาสำนักงานประกันสังคม. ภาควิชาบริหารงานบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากร
มนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุพจน์ ทรายแก้ว. (2545). การจัดการภาครัฐแนวใหม่ New Public Management: NPM. พิมพ์ครั้งที่
ที่ 2. พระนครศรีอยุธยา: โรงพิมพ์เทียนวัฒนา.

- สุภาพร มหิกุล. (2543). การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะที่เป็นอยู่ของวัฒนธรรมองค์การกับลักษณะของวัฒนธรรมองค์การที่คาดหวัง และลักษณะผู้นำที่มีประสิทธิภาพในผู้บริหารระดับกลางของอุตสาหกรรมการผลิตยานะบรรจุภัณฑ์แก้วของประเทศไทย.
- สุวิจิ กุศล. (มปป.). ร่างรายงานโครงการศึกษากระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2540). รายงานการศึกษาวิจัยการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า.
- สมยศ นาวิการ. (2536). การบริหาร. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดอกหญ้า.
- สมยศ นาวิการ. (2538). การบริหารเชิงกลยุทธ์และนโยบายธุรกิจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ผู้จัดการ.
- สมยศ นาวิการ. (2540). การบริหารและพฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ผู้จัดการ.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2547). จดหมายข่าวสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 30: กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ. (2541). ปฏิรูปราชการเพื่อความอยู่รอดของไทย. การปฏิรูประบบราชการ : ยุทธศาสตร์สำคัญของการเปลี่ยนแปลง, 34-47: กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ. (2542). แผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ. การปฏิรูประบบราชการ : ทางออกของการแก้ปัญหาและฟันฝ่าวิกฤต, 39-44: กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ. (2544). วิสัยทัศน์และกรอบการปฏิรูประบบราชการ: กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2547). การติดตามผลการพัฒนาในระยะครึ่งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ระดับภาค ภาคเหนือ. เอกสารประกอบการสัมมนา ระหว่างวันที่ 25-27 มีนาคม 2547 ณ โรงแรมอมรินทร์ ลากูน จ.พิษณุโลก.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2547). สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่เก้า พ.ศ. 2545-2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2540). ยุทธศาสตร์โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและผลการดำเนินงานปี 2540. โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2544). อะไรเป็นอะไร? ในกระแสการเปลี่ยนแปลง: 30 บาท รักษาทุกโรค กระจายอำนาจ ปฏิรูปโครงสร้าง กสธ. กับ การปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เชนจูรี่.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2546). ธรรมนูญสุขภาพคนไทยพร้อมคำชี้แจงประกอบ. ฉบับปรับปรุง 24 ก.ย. 45. พิมพ์ครั้งที่ 2.

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2543). **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540:**

กรุงเทพฯ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). **โครงสร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข...เพื่อสุขภาพคนไทย: นนทบุรี.**

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2547). **ผู้ใหญ่ใจงาม ร่วมเย็นยามสูงวัย ชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณค่า** สานสายใยภาคีเครือข่าย. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ.

..... หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ. “ปิดเอเปกขอนแก่น มติร่วมดันเจรจาการค้า WTO - แก์ชาร์ส”.
ปีที่ 13 ฉบับที่ 3894(3892) วันที่ 4 มิถุนายน 2546. หน้า 1-2.

อำพล จินตาวัณณะ. (2546). **หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ แทบลอยด์. “พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ความฝันบนความขัดแย้ง”:** ฉบับที่ 222 (26 ม.ค. - 1 ก.พ. 46).

ภาษาอังกฤษ

Black, J. Stewart and Porter, Lyman W. (2000). **Management: Meet new challenges.** New Jersey: Perntice Hall.

Boyett, J.H., & Boyett, J.T. (1998). **The Guru Guide: The Best Ideas of the Top Management Thinkers.** New York: Wiley.

Bryson , J.M. ,& Roering, W.D. (1988). **Initiation of Strategic Planning by Government.** Public Administration Reviews, November–December: 995 -1004.

Conner, M.L., Clawson, J.G. (2004). **Creating a Learning Culture: Strategy, Technique and Practice.** Cambridge: University Press.

de Geus. S.P. (1997). **The living company.** Boston: Harvard Business School Press.

Dixon, N. (1994). **The Organizational Learning Cycle: How We Learn Collectively.** London: McGraw-Hill.

Drucker, P.F., (1954). **The Practice of Management.** New York: Harper & Row.

Drucker, P.F., (1993). **Post-Capitalist Society.** New York: Harper business.

Eccles, T., (1994). **Succeeding with Change: Implementing Action Driven Strategies.** London: McGraw-Hill.

Garvin, DA. (1993). Building a Learning Organization. **Harvard Business Review.** July-August: 78-91.

Garvin, DA. (2000). **Learning is Action: A Guide to Putting the Learning Organization to Work.** Boston: Harvard Business School Press.

Kim, D.H. (1993). The Link Between Individual and Organization Learning. **Sloan Management Review:** Fall. p. 43.

Kotter, J. (1996). **Leading Change.** MA, Boston: Harvard Business School Press.

LaMarsh, Jeanenne. (1995). **Change the Way We Change: Gaining Control of Major Operational Change:** Addison-Wesley Pub.

Loh M. (1995). **Re-engineering at work.** London: Gower Publishing.

Mosel, Jame. (1991). “Thai Administrative Behavior”. **Toward the Comparative Study of Public Administration.**

Nevis, E.C., DiBella, A.J.,Gould, J.M. (1995). Understanding Organizations as Learning System. **Sloan Management Review:** Winter. p.73.

Pedler, M., Burgoyne,J., & Boydell, T. (1991). **The Learning Company: A Strategy for Sustainable Development.** Maidenhead: McGraw-Hill.

- Pedler, M., Burgoyne, J., & Boydell, T. (1997). **The Learning Company: A Strategy for Sustainable Development**. London: McGraw-Hill.
- Robbins, S.P. (1989). **Organizational Behavior: Concept, Controversies, and Applications**. 4th Edition. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall .
- Robbins, Stephen and Coulter, Mary. (2001). **Management**. 7th Edition. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Ross, R., Smith, B., Roberts, C., & Kleiner, B. (1994). Core Concepts about Learning Organization. p.49. In P.M. Senge, A. Kleiner, C. Roberts, R.O. Ross, & B.J. Smith. **The Fifth Discipline Fieldbook: Strategies and Tools for Building a Learning Organization**. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Senge, Peter. (1990¹). **The Fifth Discipline: The Art and Practice of Learning Organization**. London: Century Press.
- Senge, Peter. (1990²). "The Leader's New Work: Building Learning Organizations". **Sloan Management Review**, Fall: 7-23.
- Sutton, Joseph L. (1984). **Problem of Politics and Administration in Thailand**. Bloomington: Indiana University Press.
- Udompanich, Suwit. (2003). **System Dynamics Model in Estimating Manpower Needs in Dental Public Health**. Made Available at www.who.int/entity/hrh/en/HRDJ.
- UNDP. (1994). **Major Hazards in Thailand**.
- Wasi, P. **Research in Health Manpower Development**. Made available at www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_01.pdf.
- Wit Daniel. (1980). **Thailand: Another Vietnam**. New York: Scriber.

Websites

[http : //www.moph.go.th](http://www.moph.go.th)

[http : //www.opdc.go.th](http://www.opdc.go.th)

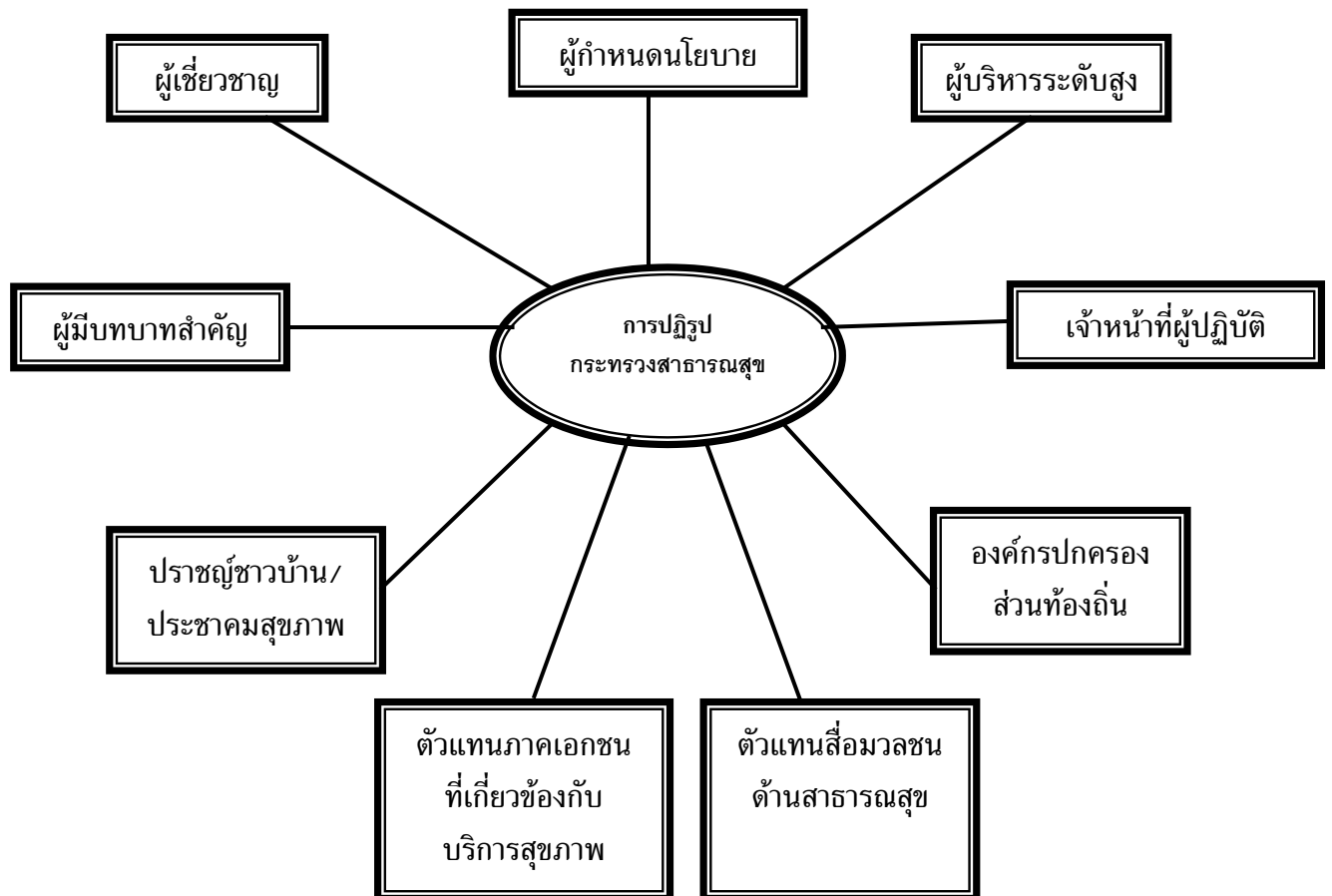
[http : //www.dataranking.com](http://www.dataranking.com)

[http : //www.who.int](http://www.who.int)

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

Stakeholders Analysis



ภาคผนวก 2

นโยบาย และยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข ในระยะของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ประเทศไทยเริ่มมีการวางแผนพัฒนามาตั้งแต่ พ.ศ. 2504 (เป็นแผนระยะปานกลาง) โดยแผนพัฒนาฉบับที่ 1 มีระยะเวลา 6 ปี (พ.ศ. 2504-2509) ส่วนแผนพัฒนาฉบับต่อๆ มา มีระยะเวลา 5 ปี ในช่วง 3 แผนแรกมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจ จึงเรียกชื่อว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ แต่ในเวลาต่อมาประเด็นปัญหาสังคมเริ่มเด่นชัดขึ้น ประกอบกับมีการเคลื่อนไหวทางการเมืองในภาคประชาชนค่อนข้างมาก จึงได้เปลี่ยนเป็นแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 4 เป็นต้นมา ปัจจุบันอยู่ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)

ทั้งนี้นอกจากจะมีการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศ ยังได้มีการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขขึ้นด้วย เพื่อให้การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการพัฒนาในภาพรวมของประเทศ ซึ่งสาระสำคัญของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับแผนพัฒนาการสาธารณสุข รวมทั้งผลสำเร็จของแผนพัฒนาฉบับที่ 1-8 สามารถสรุปดังแสดงในตาราง

ตารางแสดงสาระสำคัญของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กับแผนพัฒนาการสาธารณสุข รวมทั้งผลสำเร็จของแผน ฉบับที่ 1-8

แผนพัฒนา ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข
1 (2504-2509)	เน้นเฉพาะด้านเศรษฐกิจเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการลงทุนในสิ่งก่อสร้างขั้นพื้นฐานในรูปของระบบคมนาคมและขนส่ง ระบบเขื่อนเพื่อการชลประทานและพลังงานไฟฟ้า สาธารณูปการ ฯลฯ รัฐทุ่มเททรัพยากรเข้าไปเพื่อการปูพื้นฐานให้มีการลงทุนในด้านเอกชนเป็นหลัก	เน้นการขยายสถานบริการสาธารณสุข อันได้แก่ โรงพยาบาลระดับจังหวัดและสถานอนามัย ให้เป็นบริการพื้นฐานในการพัฒนาสุขภาพ	- เศรษฐกิจของประเทศสดุดหน้า GDP เพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ต่อปีโดยเฉลี่ย - ดุลการชำระเงินระหว่างประเทศมีฐานเกินดุลทำให้ปี 2509 มีทุนสำรองเพิ่มเป็น 800 ล้าน US\$ - เริ่มโครงการแม่กลองและโครงการแม่น้ำน่าน - เริ่มส่งพลังงานไฟฟ้าจากโครงการยันฮีและโครงการไฟฟ้าลิกไนท์ที่กระบี่ - เริ่มโครงการบูรณะทางหลวง	มีการสร้างโรงพยาบาลใหม่ๆ เพิ่มขึ้นหลายแห่ง โดยมีโรงพยาบาลระดับจังหวัดครบทุกจังหวัดสำหรับงานด้านอนามัยปราบปรามและควบคุมโรคติดต่อดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ยกเว้นในเรื่องการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนและพยาบาลในชนบท
2 (2510-2514)	ยึดแนวทางแผน 1 โดยขยายขอบเขตของแผนให้ครอบคลุมถึงการพัฒนาของรัฐโดยสมบูรณ์ กระจายให้บังเกิดผลไปทั่วประเทศ เน้นเขตทุรกันดารและห่างไกลความเจริญ และมีโครงการพิเศษนอกเหนือไปจากหน้าที่ปกติของกระทรวง ทบวง	เร่งรัดการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การปรับปรุงการบริการสาธารณสุข โดยขยายขอบเขตการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนชนบทห่างไกล	- ช่วงปลายแผน 2 เกิดภาวะเศรษฐกิจรัดตัวเป็นครั้งแรก โดยมีปัจจัยจากเศรษฐกิจต่างประเทศ รายจ่ายทางทหารของสหรัฐอเมริกาในประเทศไทยและการลงทุนจากต่างประเทศลดลง GDP ยังคงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7.5 ต่อปี - มีความแตกต่างทางรายได้ในหมู่ประชากรของประเทศ และระหว่างพื้นที่ต่างๆ	ผลของการดำเนินงานมีลักษณะเช่นเดียวกับแผนฯ 1 และพบว่าการผลิตแพทย์และพยาบาลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผน การให้ภูมิคุ้มกันโรคมีความก้าวหน้าสูงกว่าช่วง

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข
	กรมต่างๆ เช่น โครงการพัฒนาภาค โครงการเร่งรัดพัฒนาชนบท และ โครงการช่วยเหลือชาวนา ฯลฯ	มีการบังคับนักศึกษา แพทย์ให้ทำสัญญาปฏิบัติ งานชดใช้ทุนเป็นครั้งแรก ใน พ.ศ. 2508	กำลังผลิตไฟฟ้าเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว ความยาวถนนเพิ่ม ขึ้นร้อยละ 38 เนื้อที่ชลประทานเพิ่มจาก 9.7 ล้านไร่ เป็น 13.3 ล้านไร่	แผนพัฒนาที่ 1 เช่น ผลงาน ปีซีจีเพิ่มเป็น 3 เท่า การ รักษาพยาบาลครอบคลุม ประชากรได้ร้อยละ 11 สถานบริการระดับอำเภอ เพิ่มจากร้อยละ 42.3 เป็น ร้อยละ 54.9 ของจำนวน อำเภอทั้งหมด
3 (2515-2519)	มุ่งทิศทางเดิม และเพิ่มกลยุทธ์ ลดช่องว่างระหว่างรายได้ - รักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ โดยรักษาอัตราการขยายตัวของ ปริมาณเงินตรา รักษาอัตราค่า สินค้าที่จำเป็นต่อการครองชีพ รักษาเสถียรภาพทางการเงินตรา ต่างประเทศ ส่งเสริมการส่งออก ปรับปรุงโครงสร้างการนำเข้า - ปรับปรุงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และยกระดับการผลิต เร่งรัด การส่งออกและทดแทนสินค้านำ	มุ่งเน้นการอนามัยแม่ และเด็ก การวางแผน ครอบครัว การควบคุม โรคติดต่อ การปรับปรุง และขยายการบริการ รักษา มีการทดลองรูปแบบ การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้วยการพัฒนา ความร่วมมือของประชา ชน และมีนโยบายการให้ บริการรักษาพยาบาลฟรี แก่ผู้มีรายได้น้อยเป็น	- ระบบการเงินโลกผันผวนตั้งแต่ปี 2514 ค่าเงิน US\$ ตกต่ำ อาหารและวัตถุดิบราคาแพง ราคาน้ำมันเพิ่ม 4 เท่าตัว เกิดเงินเฟ้อและคนว่างงานในประเทศพัฒนา - ประเทศไทยเกิดเงินเฟ้อสูงสุด เศรษฐกิจฝืดเคืองอย่าง รวดเร็ว การขยายตัวทางการเงินของรัฐและเอกชนลด น้อยลง การลงทุนซบเซา ก่อสร้างหยุดชะงัก อย่างไรก็ตาม ก็ตามรัฐบาลได้ใช้ทั้งมาตรการทางการเงิน การคลัง และราคาหลายประการจนคลี่คลายปัญหาได้ ทำให้ GDP เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 7.1 ต่อปี และรายได้ บุคคลเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4.1 ต่อปี - เนื้อที่ชลประทานเพิ่มเป็น 20.6 ล้านไร่ แต่การปรับ ปรุงระบบระบายน้ำเข้าไปในพื้นที่เพาะปลูก ทำได้	อัตราเพิ่มของประชากร ลดลงจาก 31.5 ต่อพัน (2514) เป็น 26.1 ต่อพัน (2519) อัตราตายของ ประชากรลดลงจาก 11.6 ต่อพัน ในช่วงแผนฯ 2 เป็น 10.9 ต่อพัน ในแผนฯ 3 การผลิตบุคลากรสาธารณสุข ยังต่ำกว่าเป้าหมาย แพทย์ใช้ทุนเริ่มปฏิบัติงาน ใน พ.ศ. 2515 ทำให้มี แพทย์ในชนบทมากขึ้นใน

แผนพัฒนา ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข
	เข้า ปรับงบประมาณในโครงการก่อสร้างมาสนับสนุนการลงทุน เพื่อใช้ประโยชน์จากโครงการขั้นพื้นฐานที่มีอยู่ กระจายรายได้และบริการทางสังคม โดยลดอัตราการเพิ่มประชากร กระจายบริการเศรษฐกิจและสังคมสู่ชนบท ปรับปรุงสถาบันและองค์กรทางด้านเกษตรและสินเชื่อ รักษาระดับราคาสินค้าเกษตร	ครั้งแรก พ.ศ. 2518	เพียงร้อยละ 0.3 ของพื้นที่ชลประทานทั้งสิ้นและส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง มีถนนเพิ่มระยะทางเป็น 31,087 กิโลเมตร ประชากรมีอัตราเพิ่มลดลงจาก ร้อยละ 3.1 ในปี 2514 เหลือ 2.6 ในปี 2519 เด็กในวัยเรียนอยู่นอกกระบบโรงเรียน ร้อยละ 56	ส่วนของการขยายบริการในลักษณะจำนวนเตียง จำนวนสถานบริการและการให้ภูมิคุ้มกันโรคแม้จะดีขึ้นแต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และพบว่าร้อยละ 70 ของอำเภอทั้งหมดมีสถานอนามัย ชั้น 1 ร้อยละ 68.5 ของตำบลทั้งประเทศมีสถานอนามัย ชั้น 2
4 (2520-2524)	เน้นการฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศโดยมุ่งขยายการผลิตสาขาเกษตร ปรับปรุงโครงสร้างอุตสาหกรรมการผลิตเพื่อส่งออก กระจายรายได้และการมีงานทำในภูมิภาค มาตรการกระตุ้นอุตสาหกรรมที่ขับเคลื่อนการขยายตัวเศรษฐกิจและการรักษาดุลการชำระเงินและการขาดดุลงบประมาณ	มุ่งเน้นการแก้ไขและลดช่องว่างของปัญหาสาธารณสุข การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยเริ่มตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2543 ด้วยกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐาน	- GDP ยังคงเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 7.1 ต่อปี แต่โครงสร้างการผลิตที่เปลี่ยนไปกลับเป็นผลทำให้รายได้เฉลี่ยของประชากรในสาขาเกษตรปี 2523 เป็น 11,464 บาท/คน/ปี ในขณะที่ทั้งประเทศเป็น 29,949 บาท/คน/ปี และต่ำกว่าสาขาอาชีพอุตสาหกรรม 5 เท่าตัว ต่ำกว่าพาณิชย์กรรม 5 เท่าตัวและต่ำกว่าภาคบริการ 2 เท่าตัว - น้ำมันดิบราคาสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและการที่ประเทศไทยพึ่งพาพลังงานจากต่างประเทศร้อยละ 75 มีผล	โรคติดต่อบางอย่างลดลงจนไม่เป็นปัญหา เช่น กาฬโรค ไข้ทรพิษ ประชาชนในชนบทยังมีสุขภาพอนามัยไม่ดี เนื่องจากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดแคลนน้ำสะอาดในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิด

แผนพัฒนา ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข
	เร่งบูรณะและปรับปรุงการบริหารทรัพยากรหลักของชาติ รวมทั้งการนำเอาทรัพยากรธรรมชาติมาใช้ โดยเฉพาะที่ดิน แหล่งน้ำ ป่าไม้ และแหล่งแร่ เร่งรัดการปฏิรูปที่ดิน จัดสรรแหล่งน้ำในประเทศ อนุรักษ์ทะเลหลวง สำรวจและพัฒนาแหล่งพลังงานในอ่าวไทย และภาคใต้ฝั่งตะวันออก	ใน พ.ศ. 2522	ทำให้ขาดดุลการค้าปีละ 45,000 ล้านบาทหรือร้อยละ 7.6 ของ GDP (แผน 3 ขาดดุล 13,000 ล้านบาทต่อปี) หรือ 5.1% ของ GDP) ประชาชนหารายได้ไม่ทันกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น เงินเฟ้อเฉลี่ยร้อยละ 11.6 ต่อปี 1/3 ของประชากรในชนบทยังอยู่ในข่ายยากจน เด็กวัยเรียนในชนบทร้อยละ 70-80 ได้รับอาหารไม่พอเพียง	โรค ด้านสถานบริการเริ่มมีโรงพยาบาลประจำอำเภอ แทนศูนย์การแพทย์และอนามัย และมีโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐานเป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2521 มีการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครั้งแรก พ.ศ. 2520
5 (2525-2529)	ปรับแนวนโยบายการพัฒนาประเทศ “แนวใหม่” - ยึดพื้นที่เป็นหลักในการวางแผน กำหนดแผนงานและโครงการให้มีผลทางปฏิบัติทั้งภาครัฐและภาคเอกชน - เน้นการรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจการเงินของประเทศเป็นพิเศษโดยการเร่งระดมเงิน	การจัดตั้งโรงพยาบาลระดับอำเภอให้ครบทุกอำเภอ รวมทั้งยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ให้เป็นสถานอนามัยทั้งหมด การสาธารณสุขมูลฐานมีการพัฒนา การมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบของกองทุนลักษณะต่าง ๆ	- ภาวะเศรษฐกิจและการเงินของโลกผันผวนและค่อนข้างรุนแรง เกิดภาวะเศรษฐกิจซบเซาติดต่อกันเป็นเวลานาน ตั้งแต่เกิดวิกฤตการณ์น้ำมันครั้งที่ 2 ทำให้ทุกประเทศต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอดประเทศอุตสาหกรรมก็ถดถอยทางการค้า - รัฐบาลใช้มาตรการด้านการเงินการคลังอย่างเข้มงวด ปรับค่าเงินบาทลอยตัว ประกอบกับช่วงปลายแผน 5 ราคาน้ำมันและอัตราดอกเบี้ยลดลง จึงเกิดการฟื้นตัวตามเป้าหมาย	จัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอได้ครอบคลุมร้อยละ 85.2 และสถานอนามัยได้ครอบคลุมร้อยละ 97.9 การผลิตแพทย์และพยาบาลสามารถดำเนินการได้ร้อยละ 93.6 และร้อยละ 93.8 ของเป้าหมาย ตามลำดับ การฝึก

แผนพัฒนา ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข
	ออม สร้างวินัยทางเศรษฐกิจ การเงินและการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจ • เน้นความสมดุลในการแก้ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ • เน้นการแก้ปัญหาความยากจนในชนบทหลังกำหนดพื้นที่เป้าหมาย 286 อำเภอและกิ่งอำเภอ • เน้นการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ เช่น มีระบบการบริหารการพัฒนาชนบทแนวใหม่ ประกาศใช้ พ.ศ. 2527 • เน้นบทบาทและการระดมความร่วมมือจากภาคเอกชน	และเริ่มมีการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ทำให้มีการพัฒนาสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทั้งหมด	- ดุลการค้าและดุลบัญชีเดินสะพัดขาดดุลเฉลี่ยเหลือ 54 และ 34.9 พันล้านบาท หรือ 5.6% และ 3.6% ของ GDP - เงินเฟ้อลดลงเหลือเพียง 2.8 • จัดโครงการแก้ปัญหาความยากจนได้ 12,562 หมู่บ้าน • ผลกระทบทางเศรษฐกิจส่งผลให้มีคนว่างงาน 1 ล้านคน (ร้อยละ 3.5 ของวัยแรงงาน) เงินออมไม่เป็นไปตามเป้าหมายพึ่งพาทรัพยากร ลงทุนจากการค้าและมีสถานะหนี้ต่างประเทศเพิ่มขึ้น	อบรม อสม. ได้ถึงร้อยละ 126.9 ของเป้าหมาย และอบรม ผสส. ได้ถึงร้อยละ 119.64 ของเป้าหมาย รวมทั้งกองทุนยาได้ถึงร้อยละ 232.16 ของเป้าหมาย
6 (2530-2534)	• เน้นการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจควบคู่ไปกับการรักษาเสถียรภาพของการเงินการคลัง โดยเน้นการระดมเงินออมในประเทศ เน้นการใช้จ่ายภาครัฐอย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพ	ขยายสถานบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมเป้าหมาย การยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาและการรณรงค์ควบคุมโรคเอดส์	• GDP ขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 10.5 ต่อปี โครงสร้างเศรษฐกิจเปิดกว้างสู่นานาชาติและสัดส่วนการค้าระหว่างประเทศเพิ่มเป็นร้อยละ 80 ของ GDP (จากที่เคย เป็น 60% ในปี 2529) • ฐานะการเงินการคลังของประเทศมั่นคงและมีเสถียรภาพ ทุนสำรองเงินตราต่างประเทศเพิ่มสูงเกือบ	ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นเป็น 62.8 ปี และ 64.8 ปี ในเพศชายและหญิงตามลำดับ อัตราการตายของมารดา และทารกตลงสถานบริการสาธารณสุข

แผนพัฒนา ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข
	ภาพ เน้นบทบาทภาคเอกชนในการพัฒนา - เน้นการพัฒนาฝีมือแรงงานและคุณภาพชีวิต - เน้นการเพิ่มบทบาทองค์กรประชาชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม - เริ่มแผนหลักการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี - ทบทวนบทบาทรัฐในการพัฒนาประเทศ - มีแผนพัฒนารัฐวิสาหกิจ - มุ่งปรับโครงสร้างการผลิตและการตลาดของประเทศให้กระจายตัวมากขึ้น - เน้นการนำบริการพื้นฐานที่มีอยู่แล้วมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ - พัฒนาเมืองและพื้นที่เฉพาะกระจายความเจริญสู่ภูมิภาค	เพื่อให้กระทบต่อความมั่นคงของชาติ และเริ่มแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพ	17,000 ล้าน US\$ หนี้ต่างประเทศลดจากร้อยละ 38.5 เหลือร้อยละ 34 ของ GDP ดุลการคลังของรัฐบาล เริ่มเกินดุลเป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี 2531 เป็นต้นมา เนื่องจากการเก็บรายได้สูงกว่าเป้าหมาย - อัตราเงินเพื่อเพิ่มจากร้อยละ 2.5 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 6 ในปี 2534 - รายได้เฉลี่ยของประชากรเพิ่มจาก 21,000 บาท ในปี 2529 เป็น 41,000 บาทในปี 2534 แต่การพัฒนาขาดความสมดุลในหลายด้าน กล่าวคือ (1) กลุ่มคนรวยที่สุด 20% แรกมีสัดส่วนรายได้เพิ่มจากร้อยละ 49.3 ในปี 2518/2519 เป็น ร้อยละ 55.6 ในปี 2530/2531 (2) บริการพื้นฐานขาดแคลนอย่างรุนแรง (3) ช่องว่างระหว่างการออมในประเทศกับการลงทุนมีแนวโน้มสูงขึ้น (4) มีปัญหาการปรับตัวของสังคมไทยให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ (5) เกิดความเสื่อมโทรมของทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม (6) ระบบราชการปรับตัวไม่ทัน และไม่สนองตอบการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ	ครอบคลุมจนถึงระดับอำเภอ ตำบล ให้ความสำคัญกับปัญหาสาธารณสุขใหม่ คือ เอ็ดส์ อุบัติเหตุ หัวใจ มะเร็ง และสุขภาพจิต

แผนพัฒนาฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข
	ขยายขอบเขตพัฒนาชนบทครอบคลุมทั่วประเทศ		และมีปัญหาสมองไหล	
7 (2535-2539)	- เน้นการรักษาอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง และมีเสถียรภาพ - เน้นการกระจายรายได้และการพัฒนาไปสู่ภูมิภาคและชนบท - เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม - เน้นการพัฒนากฎหมายรัฐวิสาหกิจและระบบราชการ	- เน้นการพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นจุดเริ่มของงานสุขภาพดีถ้วนหน้าและการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐาน - เน้นความพยายามในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่คนไทยทุกคน - เริ่มหันมาเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการและการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ลาออกไปอยู่ภาคเอกชน	- GDP ตลอด 30 ปีของการพัฒนาสูงขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 7.8 ต่อปี รายได้เฉลี่ยของคนไทยเพิ่มเป็น 68,000 บาท ในปี 2539 สัดส่วนคนยากจนลดเหลือร้อยละ 11.4 - ช่องว่างรายได้ยิ่งถ่างออก กล่าวคือ รายได้ต่อหัวประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่า กทม. และปริมณฑล 12 เท่า กลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้สูง 20% แรก มีสัดส่วนรายได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.5 (พ.ศ. 2535) และกลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ 20% ข้างล่าง มีสัดส่วนรายได้เพียงร้อยละ 3.8 - หมู่บ้านชนบทมีไฟฟ้าใช้ร้อยละ 97.7 มีน้ำประปาใช้ในเขตเมืองร้อยละ 75 และเขตชนบทร้อยละ 32 มีถนนหนทางใช้ระหว่างจังหวัด อำเภอ และตำบลยาว 210,000 กม. ในหมู่บ้านยาว 123,400 กม. อัตราเข้าเรียนภาคบังคับร้อยละ 97.7 - ป่าไม้ถูกทำลายปีละ 1 ล้านไร่ ที่ดินทำกินถูกชะล้างพังทลายคุณภาพแม่น้ำลำคลองเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้ สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม ทั้งคุณ	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการกระจายครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ อย่างทั่วถึงทั้งในเมืองและชนบท แต่มีปัญหาการขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะแพทย์อย่างรุนแรงในชนบทเนื่องจากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของโรงพยาบาลเอกชนในเขตเมือง อัตราการเพิ่มประชากรลดลงเหลือร้อยละ 1.3 ใน พ.ศ. 2539 การสร้างหลักประกันสุขภาพ ได้ครอบคลุมร้อยละ 45.5 ของประชาชนทั้งหมด การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะการให้วัคซีนพื้น

แผนพัฒนา ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข	แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการ สาธารณสุข
			ภาพอากาศ ฝุ่นละออง คุณค่าของความเป็นคนถูกมองข้าม ละเลยภูมิปัญญาและวิถีชีวิตความเป็นอยู่พื้นฐานของความเป็นไทย	ฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ 80 จึงทำให้ อัตราการป่วยจากโรคดัง กล่าวลดลงอย่างมาก
8 (2540-2544)	เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เป็นวัตถุประสงค์หลัก เกิดวิกฤต เศรษฐกิจขึ้นในปี พ.ศ. 2540 จึงมี การปรับแผนฯ ให้สอดคล้องกับภาวะ ดังกล่าว	- เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ - เน้นเรื่องการครอบคลุมหลักประกันคุณภาพ ด้วยบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ - เน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ	- ขยายโอกาสทางการศึกษาขั้นพื้นฐานได้มากขึ้น แต่ยังมีปัญหาในบางกลุ่มเป้าหมายที่ยากต่อการจัดบริการให้ทั่วถึง - การกระจายความเจริญและการแก้ไขปัญหาความยากจนยังไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร ภาวะการว่างงานทวีความรุนแรงมากขึ้น 2 เท่า รายได้ต่อหัวประชากรลดลง - เสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ได้รับผลกระทบทำให้การเติบโตทางเศรษฐกิจ มีลักษณะหดตัวอย่างรุนแรง - ขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศมีแนวโน้มลดลงและเสียเปรียบประเทศคู่แข่ง - ปัญหาคุณภาพสิ่งแวดล้อมโดยรวมเริ่มบรรเทาความรุนแรงลง	มีการปรับแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับวิกฤตทาง ด้านเศรษฐกิจ โดยลดแผน การก่อสร้าง ลงอย่างมาก แต่ก็สามารถเพิ่มความ ครอบคลุมหลักประกันสุข ภาพได้ โดยเฉพาะการดูแล สุขภาพผู้ยากไร้ ผู้ด้อย รวมทั้งรักษางานป้องกันโรค ติดต่อกับวัคซีนงานอนามัย แม่และเด็ก และงานควบคุม ป้องกันโรคเอดส์

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543.

พัฒนาการของระบบสาธารณสุข

หากพิจารณาถึงพัฒนาการของระบบสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8 จะพบว่า ในช่วง 4 ทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสาธารณสุขมีพัฒนาการต่อเนื่องโดยตลอด ซึ่งอาจจะแบ่งเป็นช่วงๆ ดังนี้

1. ช่วงก่อนแผนพัฒนาฯ (ก่อน พ.ศ. 2504)¹

การพัฒนาเป็นลักษณะจากยอดลงมาหาฐาน มีความพยายามในการก่อสร้างโรงพยาบาลระดับจังหวัดให้ครบ มีการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขระดับสูง เริ่มมีการผลิตผดุงครรภ์และพนักงานอนามัยแต่ยังไม่มากนัก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทเป็นผู้ให้บริการประชาชนเป็นผู้รับบริการ แต่บริการที่ให้อย่างจำกัดมาก และจำกัดเฉพาะในเขตเมืองเท่านั้น ในชนบทส่วนมากเป็นการป้องกันโรคและการสุขาภิบาลเป็นหลัก ในการเริ่มพัฒนาระบบสาธารณสุขตั้งแต่การจัดตั้งโสตศาลา แม้รัฐจะเป็นผู้จัดบริการ แต่ผู้รับบริการก็ต้องซื้อบริการ นอกจากบริการด้านการป้องกันโรคที่ให้บริการฟรี

ในระยนี้การแพทย์แผนไทย ยังมีบทบาทมากและบริการอยู่ในภาคเอกชนธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนแผนปัจจุบันยังมีน้อย ส่วนมากเป็นคลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลของมูลนิธิที่เกี่ยวกับศาสนา โครงสร้างระบบบริหารสาธารณสุขเป็นลักษณะแนวดิ่ง กรม กองต่างๆ จะวางโครงสร้างของตนเองตามแนวทางการควบคุมโรคต่างๆ จนถึงระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และบางครั้งถึงระดับหมู่บ้าน เช่น โครงสร้างการควบคุมโรคมาลาเรีย

2. ช่วงระยะแรกของแผนพัฒนาฯ (ช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-3 พ.ศ. 2504 - 2518)

การพัฒนาในช่วงนี้ได้รับอิทธิพลจากระบบบริการสาธารณสุขแบบตะวันตกอย่างเต็มที่ โดยถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องที่จะทำให้คนแข็งแรง เพื่อจะได้มีกำลังที่จะพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ จึงมีการลงทุนในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะคือ โรงพยาบาลกรุงเทพฯ คณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่างๆ และโรงพยาบาลระดับจังหวัด

การพัฒนากำลังคน ยังคงเป็นระดับสูงอยู่ แต่เริ่มมีการขยายการผลิตและพัฒนาพยาบาลผดุงครรภ์ และพนักงานอนามัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ มากขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังมีบทบาทหลักเป็นผู้ให้บริการ แต่เริ่มมีโครงการต่างๆ ที่จะทดลองหารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น โครงการสารภี โครงการลำปาง มีการพัฒนาโครงสร้างระบบบริหารสาธารณสุขจากโครงสร้างในแนวดิ่งเป็นลักษณะแนวราบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปรับปรุงโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2516-2517 ในยุคนี้การแพทย์แผนใหม่เริ่มเข้ามาทดแทนการแพทย์แผนไทยมากขึ้น และบริการทางการแพทย์เริ่มกระจายไปสู่ชนบทระดับอำเภอ ตำบล บริการทางการแพทย์ในภาคเอกชน เริ่มขยายตัว แต่ยังจำกัดเฉพาะในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่

¹ สมาคมนักเรียนทุนไทย. วิสัยทัศน์ประเทศไทยด้านสาธารณสุข, 2540.

ในปลายยุคนี้ได้เริ่มโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (พ.ศ. 2518) การสร้างหลักประกันสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานตาม พ.ร.บ. กองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2517 และเริ่มมีการพัฒนาสถานอนามัยชั้น 1 เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย โครงการที่สำคัญที่เกิดขึ้นในยุคนี้ คือ โครงการวางแผนครอบครัวซึ่งเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2513 และโครงการการพัฒนาอนามัยซึ่งมุ่งเน้นการสุขภาพ

3. ช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4-6 (พ.ศ. 2519-2534)

ช่วงนี้เป็นช่วงที่เข้าสู่ระบบการวางแผนสาธารณสุขอย่างจริงจัง เริ่มมีการใช้กระบวนการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (MPNHD-Managerial Process for National Health Development) มีระบบวิเคราะห์ปัญหาเพื่อกำหนดนโยบาย กลวิธี มีระบบงบประมาณแบบแผนงาน (PPBS-Planning Programming and Budgeting System) มีระบบพัฒนาการดำเนินงาน ปฏิบัติการ และควบคุมกำกับและการประเมินผล

ช่วงนี้เป็นแผนพัฒนาชนบทภายใต้ระบบ กชช. (คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ) ได้ก่อตั้งขึ้น เป็นช่วงที่รัฐบาลเริ่มเห็นปัญหาจากการพัฒนาเศรษฐกิจ โดยทอดทิ้งชนบทและทอดทิ้งการพัฒนาสังคม ทำให้เกิดช่องว่างในการกระจายรายได้และความเจริญ จึงเกิดนโยบายโครงการใหม่ๆ เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะในชนบทในช่วงนี้มากมาย เช่น

- 3.1 นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าและการสาธารณสุขมูลฐาน
- 3.2 นโยบายการสร้างโรงพยาบาลอำเภอให้ครบทุกอำเภอ สถานอนามัยให้ครบทุกตำบล
- 3.3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)
- 3.4 โครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI)
- 3.5 โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาอนามัย
- 3.6 โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ขณะเดียวกันการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรก็ได้รับการสนับสนุนมากขึ้นในเชิงนโยบาย

ในช่วงต้นของยุคนี้ เป็นช่วงที่เศรษฐกิจทั่วโลกซบเซา น้ำมันมีราคาแพง ทำให้อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจต่ำ รัฐบาลจำเป็นต้องชะลอการลงทุน เป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 และแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ไม่สามารถบรรลุครบถ้วน 100% ในปลายช่วงนี้ เป็นยุคที่เศรษฐกิจไทยโตแบบก้าวกระโดด (เศรษฐกิจโตปีละกว่าร้อยละ 10) ทำให้เกิดความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก ธุรกิจสถานพยาบาลภาคเอกชนจึงเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ๆ การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ เริ่มขยายจากผู้มีรายได้น้อยออกไปสู่เด็ก ผู้สูงอายุ นักเรียน จนกระทั่งมี พ.ร.บ. ประกันสังคม ใน พ.ศ. 2533 ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขก็เริ่มทดลองโครงการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจในชนบทในรูปแบบของบัตรประกันสุขภาพ ยุคนี้เป็นยุคที่ประชาชนมีบทบาทอย่างมาก ในการจัดบริการสุขภาพขึ้น

มูลฐานในชุมชน แต่บทบาทเหล่านี้ยังเป็นบทบาทที่กำหนดและจัดตั้งโดยภาครัฐ ประชาชนยังขาดศักยภาพและอำนาจที่จะคิดเองทำเองจริงๆ

4. ระบบบริการสาธารณสุขในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)

ในช่วงที่ผ่านมาระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐได้ครอบคลุมพื้นที่อย่างกว้างขวางมีบริการสาธารณสุขผสมผสานอย่างเต็มที่ โดยเชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุขมูลฐาน ในช่วงนี้ (แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7) จึงมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานบริการทุกระดับ พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ นำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาใช้ รวมทั้งการพัฒนานวัตกรรมในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพได้ขยายขอบข่ายครอบคลุมมากขึ้น มีพระราชบัญญัติใหม่เกิดขึ้น ได้แก่ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ หลักประกันด้านสุขภาพต่างๆ นี้ ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขอย่างมาก คือ มีการพัฒนารูปแบบระบบการจัดการทางการเงินใหม่ เช่น ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายในกองทุนสุขภาพ ภายใน พ.ร.บ. ประกันสังคม การบริหารจัดการทางการเงินนี้หากได้รับการพัฒนาไปในทิศทางที่เหมาะสมขึ้น จะมีส่วนอย่างสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้วย หากพิจารณาค่าใช้จ่ายต่อหัวของการประกันสุขภาพในลักษณะต่างๆ จะพบความแตกต่างและเหลื่อมล้ำอย่างมาก

ในระยะนี้ ภาคเอกชนเติบโตอย่างมากและรวดเร็ว สอดคล้องกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ มีการดึงกำลังคนระดับสูง โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง เกษีกร และทันตแพทย์ ออกจากระบบรัฐอย่างมาก จนทำให้ภาครัฐต้องเพิ่มมาตรการจูงใจทางการเงินต่างๆ เช่น เพิ่มค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา เพิ่มค่าตอบแทนในการไม่ประกอบวิชาชีพส่วนตัว เป็นต้น ลักษณะสมองไหลดังกล่าว มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพสำหรับคนจนในชนบทเป็นอย่างมาก ในขณะเดียวกันเริ่มมีความพยายามในการพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาในปัจจุบัน เช่น ระบบการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล การพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัย การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน และการลดการควบคุมภาคเอกชนลงแต่เสริมความเข้มแข็งในการกำกับดูแล รวมทั้งการกระจายอำนาจในการบริการด้วย

ในช่วงนี้ มีการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญคือ การจัดตั้งสถาบันสุขภาพจิต (ต่อมาเป็นกรมสุขภาพจิต) การจัดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข งานหนึ่งที่มีความสำคัญมาตั้งแต่ช่วงก่อน คือ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพก็ได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง และมีได้มุ่งเป้าเพียงการคุ้มครองผู้บริโภคเท่านั้น แต่ยังมีมุ่งเน้นส่งเสริมสนับสนุนการประกอบธุรกิจด้านสุขภาพทั้งภายในประเทศ และเพิ่มการส่งออก มีการออกกฎหมายและมาตรการใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพผู้บริโภค เช่น พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

5. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)²

แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 มีเป้าหมายที่ “คน” โดยให้คนเป็นทั้งผู้รับประโยชน์ และเป็นผู้ร่วมพัฒนาสุขภาพของตนเอง ของครอบครัว และชุมชนนั้น ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการสาธารณสุขที่ชัดเจน ส่งเสริมการกระจายอำนาจ ประสานการดำเนินงานระหว่างภาครัฐและเอกชนให้ประชาชน องค์กรชุมชนในทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ กำหนดทิศทาง และบริหารการสาธารณสุขท้องถิ่น

แนวคิดการพัฒนาสาธารณสุข

1. การพัฒนาประเทศนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เป็นต้นไป ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทิศทางและกระบวนการพัฒนาใหม่ จากเดิมที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนาจะเปลี่ยนเป็นการเน้น “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพราะคนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง คนเป็นผู้กำหนดทิศทางการพัฒนา และคนเป็นผู้ได้รับประโยชน์และผลกระทบจากการพัฒนา ดังนั้น การพัฒนาเศรษฐกิจจะเป็นเพียงเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ช่วยให้คนมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่านั้น การพัฒนาเศรษฐกิจจึงไม่ใช่เป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาอีกต่อไป

2. การพัฒนาประเทศโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง หรือจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนาตามทิศทางดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาจากเดิม ซึ่งแยกการพัฒนาออกเป็นส่วนๆ หรือเป็นเรื่องๆ ตามรายสาขามาเป็นการพัฒนาแบบองค์รวมหรือบูรณาการ คือ พัฒนาปัจจัยต่างๆ ในลักษณะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของคนทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กับการพัฒนาสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบด้าน ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติ ฯลฯ โดยเอื้อต่อการพัฒนาคน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืนในระยะยาว

3. การพัฒนาสุขภาพและพละนาถัยของคน เป็นองค์ประกอบและเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของคนทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญา การพัฒนาด้านสาธารณสุขมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขที่แท้จริง

4. การพัฒนาสาธารณสุข เพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายการพัฒนาที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 จึงเน้นความสำคัญของการพัฒนาแบบองค์รวมใน 2 ลักษณะ คือ ประการที่หนึ่ง เน้นการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับ

² สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ,หน้า 4

เศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข และประการที่สอง เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัยในการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว สำหรับโรคต่างๆ ควบคู่กับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมทั้งระบบบริการสาธารณสุข ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการ และสภาวะแวดล้อมต่างๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพพลานามัยที่ดี

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข

1. ปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุข
 2. พัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข
 3. พัฒนาพฤติกรรมอนามัยสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
 4. พัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 5. พัฒนาการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
 6. เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสม
 7. ศึกษา ค้นคว้า วิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีสาธารณสุข
6. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับ

ที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)

แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 มุ่งเน้นการระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ (All for Health) โดยจะต้องทำให้เกิดสำนึกสุขภาพในสังคมทุกส่วนอย่างทั่วถึง และเปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆ ในสังคมมีบทบาทและได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาพ

แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพ

สุขภาพคือสุขภาวะ เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพโดยนิยาม “สุขภาพ” คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นบูรณาการ และการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เพื่อให้เชื่อมโยงถึงเหตุปัจจัย ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมการเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วน

ยุทธศาสตร์การพัฒนา

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาไว้ 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุก เร่งสร้างสุขภาพเชิงรุกอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งที่ปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ควบคู่กับการเร่งรัดมาตรการและกลไกการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งพัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน ระบบและวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการ ระบบควบคุม ฝ้าระวัง ป้องกันโรค ระบบการเงินการคลังและกลไกการกำกับดูแล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพในการจัดการ รวมทั้งสร้างเครือข่ายระบบ สุขภาพเพื่อเป็นหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้มีเอกภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใสตรวจสอบได้ และสามารถตอบสนองต่อความหลากหลายของพื้นที่ รวมทั้งเอื้อต่อการมีส่วนร่วมและสามารถระดมศักยภาพของสังคมทุกส่วนและทุกระดับเพื่อร่วมพัฒนา สุขภาวะของสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ มุ่งส่งเสริมบทบาทขององค์กรการปกครองท้องถิ่น และสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวตลอดจน ภาคประชาสังคมทุกระดับให้มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดสรรและบริหารทรัพยากร และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่น รวมทั้งการติดตามตรวจสอบการทำงานของภาครัฐ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารจัดการความรู้ และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ มุ่งสร้างระบบบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ การวิจัยและภูมิปัญญาสุขภาพ รวมทั้งสื่อการเรียนรู้และวัฒนธรรมสุขภาพ เพื่อให้สามารถสร้าง ผสมผสานและพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพแบบพึ่งตนเองเพื่อการสร้างเศรษฐกิจชุมชนและของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและระบบสุขภาพใหม่ มุ่งการผลิตและพัฒนาคุณภาพกำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีปริมาณและคุณภาพเหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ พัฒนาทักษะการทำงานใหม่และการสร้างเสริมกลไกด้านคุณธรรมและจริยธรรม รวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถและภาวะผู้นำในผู้บริหารทุกระดับ

ภาคผนวก 3

แบบสัมภาษณ์ระดับลึก

ในโครงการ การบริหารการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข
เพื่อรองรับการปฏิรูประบบบริหารราชการและภาพพันธกิจในทศวรรษหน้า

หมายเลขเทป..... หน้า A / B วันที่สัมภาษณ์

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ ตำแหน่ง

หน่วยงานที่สังกัด สาขาวิชาที่เชี่ยวชาญ

ชื่อผู้สัมภาษณ์

ประเด็นการสัมภาษณ์การวิจัย

คำถามข้อที่ 1 : ผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขตามกรอบนโยบายปฏิรูประบบราชการที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? มีความก้าวหน้ามากน้อยเพียงใด? มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างไร? มีปัญหาอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านใดบ้าง? ปัจจัยใดที่มีผลต่อความสำเร็จ?

คำถามข้อที่ 2 : วิสัยทัศน์และพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันเอื้อต่อการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขมากน้อยเพียงใด? พันธกิจในอนาคต 10 ปี ข้างหน้าในทัศนะของท่านควรเป็นอย่างไร?

คำถามข้อที่ 3 : บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสมควรมีจุดเน้นด้านใด? มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่หรือไม่ อย่างไร?

คำถามข้อที่ 4 : รูปแบบโครงสร้างองค์การที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขควรมีรูปแบบใด? ลักษณะโครงสร้างสอดคล้องกับทิศทางการกระจายอำนาจหรือไม่ เพียงใด?

คำถามข้อที่ 5 : แผนทิศทางการกำลังคนด้านสุขภาพ ควรมีมุมมองที่เกี่ยวข้องกับอะไร? แนวทางการปรับปรุงและพัฒนาบุคลากรเพื่อตอบสนองต่อบทบาทใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร?

คำถามข้อที่ 6 : ท่านคิดว่าประชาชนจะได้ประโยชน์จากการบริหารการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข

คำถามข้อที่ 7 : ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและเป็นประเด็นที่น่าสนใจ

ภาคผนวก 4

แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับ
การบริหารการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข
เพื่อรองรับการปฏิรูประบบบริหารราชการและภาพพันธกิจในทศวรรษหน้า

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

ตำแหน่งปัจจุบัน.....หน่วยงานที่สังกัด.....
ระยะเวลาการทำงาน.....ปี รับผิดชอบในตำแหน่งนี้มาแล้ว.....ปี
วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สาขาวิชาที่จบ.....
ความเชี่ยวชาญ/ความชำนาญ.....

ส่วนที่ 2 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานของ กระทรวงสาธารณสุขตามกรอบนโยบายและโครงสร้างการปฏิรูประบบราชการ

1. นับตั้งแต่มีการปฏิรูประบบราชการเมื่อเดือนตุลาคม 2545 ในหน่วยงานของท่านมีความก้าวหน้าอย่างไรบ้าง

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

2. หลังการปฏิรูประบบราชการมีรูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างไรบ้าง
- การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

- การเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการบริหารงานและปฏิบัติงาน

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

■ การเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรมองค์กร

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

■ การเปลี่ยนแปลงด้านค่านิยมของเจ้าหน้าที่

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

3. หน่วยงานของท่านมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงมากน้อยเพียงใด

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

4. ให้ท่านเสนอแนวทางการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

5. ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงานตามกรอบการปฏิรูประบบราชการ

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

6. ท่านคิดว่าปัจจัยที่ส่งเสริมและที่เป็นอุปสรรคในการปฏิรูประบบบริหารราชการ ได้แก่ ปัจจัยด้านใดบ้าง

■ ปัจจัยที่ส่งเสริม

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

■ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

ส่วนที่ 3 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับกรอบวิสัยทัศน์และภาพพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข

1. จากวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นกระทรวงเพื่อปวงชน ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับจะร่วมกันสร้างองค์กรที่มีความเข้มแข็ง ทั้งทางด้านวิชาการ บริหาร และบริการ โดยมีบุคลากรที่มีคุณภาพ มีคุณธรรม และทำงานอย่างมีความสุข บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม” ท่านคิดว่าวิสัยทัศน์มีความเหมาะสมหรือไม่ ควรปรับเปลี่ยนหรือไม่ ให้วิจารณ์และเสนอแนะ

ให้ท่านเสนอวิสัยทัศน์ในมุมมองของท่าน

2. จากพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข ท่านคิดว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ในกรณีที่ท่าน
เห็นว่าไม่เหมาะสม โปรดระบุเหตุผล

พันธกิจ	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ระบุเหตุผล
1.พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการด้านสุขภาพ			
2.ติดตาม กำกับ ดูแลระบบสุขภาพในภาพรวม และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน			
3.ออกกฎหมายและกำหนดมาตรฐานที่จำเป็น รวมทั้งการกำกับดูแลและพัฒนาคุณภาพให้ปฏิบัติตามมาตรฐาน			
4.จัดบริการสุขภาพเฉพาะทาง เฉพาะสาขา			
5.สร้างระบบการป้องกันและควบคุมโรค และภัยทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ			
6.ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคมในการมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพของประชาชนทางด้านพฤติกรรมและสำนึกทางสุขภาพ			
7.ประสานเพื่อกำหนดนโยบายทิศทางการวิจัย และการบริหารจัดการวิจัยด้านสุขภาพ			

3. ให้ท่านเสนอพันธกิจที่ควรจะกำหนดเพิ่มเติม

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

4. พันธกิจในอนาคตของกระทรวงสาธารณสุข 10 ปี ข้างหน้า ควรจะครอบคลุมอะไรบ้าง ให้ท่านแสดงความคิดเห็น

ภาพพันธกิจในอนาคต	เป็นไปได้	เป็นไปได้	ไม่แน่ใจ
1.การประสานและบูรณาการนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพองค์รวม (Holistic Health)			
2.การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน			
3.การส่งเสริมด้านสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมเชิงกลยุทธ์ (Strategic Environmental Assessment) ผลกระทบด้านสังคมและผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment)			
4.การส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก นวัตกรรมและภูมิปัญญาไทยที่สร้างเสริมสุขภาพ			
5.การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ การจัดการสาธารณสุขและการบริการสุขภาพ			
6.การพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานด้านการบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health Products and Services) และการคุ้มครองผู้บริโภค สุขภัณฑ์สุขภาพ			
7.การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ			
8.การส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายและภาคีสุขภาพและสารสนเทศด้านสุขภาพ			

5. ในความคิดเห็นของท่าน พันธกิจในอนาคตของกระทรวงสาธารณสุข 10 ปี ข้างหน้า ควรเป็นอย่างไร

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

ส่วนที่ 4 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต

1. เพื่อให้การดำเนินพันธกิจเป็นจริงหรือมีความชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดบทบาทและหน้าที่เพื่อรองรับอย่างไร ในอนาคตกระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทด้านใด และหน้าที่ด้านใด

บทบาทในฐานะ	บทบาท	หน้าที่
ผู้สนับสนุนส่งเสริม (Facilitator)		1) 2) 3)
ผู้กำหนดทิศทางนโยบาย (Policy Maker)		1) 2) 3)
ผู้ควบคุม (Regulator)		1) 2) 3)
ผู้ริเริ่มนวัตกรรมใหม่ (Innovator)		1) 2) 3)
ผู้ให้บริการ (Service Provider)		1) 2) 3)
ผู้ให้ความรู้การศึกษา (Educator)		1) 2) 3)
บทบาทอื่น ๆ		1) 2) 3)

2. บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานของท่าน ในอนาคต ควรมีบทบาทและหน้าที่อย่างไร

■ บทบาท

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

1) _____

2) _____

3) _____

1. ท่านคิดว่าโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขหลังการปฏิรูประบบราชการเมื่อ ตุลาคม 2545 มีความเหมาะสมหรือไม่ ควรปรับปรุงด้านใดบ้าง

	สภานิติบัญญัติ	กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
		สำนักงานรัฐมนตรี	
ปลัดกระทรวง - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - การการบริหารส่วนกลาง - สำนักบริหารกลาง - ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร - สถาบันพระบรมราชชนก - สำนักพระราชพิธีและมรดก - สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ราชการบริหารส่วนภูมิภาค - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ รองปลัดกระทรวง - กรมการแพทย์ - สำนักงานเลขานุการกรม - กองการเจ้าหน้าที่ - กองคลัง - กองแผนงาน - โรงพยาบาลศูนย์รามาธิบดี - โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะติโรดม(วัดไร่ขิง) - โรงพยาบาลราชวิถี - โรงพยาบาลเลิดสิน - โรงพยาบาลสุจริต - ศูนย์สืบชะตาเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางวัฒนธรรมแห่งชาติ - สถานวิทยามหกรรม - สถาบันพยาธิวิทยา - สถานทันตเวชภัณฑ์ - สถาบันมะเร็งแห่งประเทศไทย - สถานียานุภาพศิริชัยภูมิรักษ์ - สถานิกรวมทรงกู๋อง - สถาบันโรคผิวหนัง - สถานันตราศาสตรสงฆ์สงยาญ - สถานินสรณกาฉลิกให้พาสรรหาราชีนั - สำนกกฏพยาบาล - สำนกพัฒนวิชาการศึกษา - กรมพัฒนาการแพทย็ไทยแะการนาเทยทางเลือก - สำนักงานเลขานุการกรม - กองการแพทย์ทางเลือก - สถานนิภาารเพียแน่นไทย - กรมสุขภาพพิศัย - สำนักงานเลขานุการกรม - กองการเจ้าหน้าที่ - กองคลัง - กองแผนงาน - กองสุขภาพจิตสังรม - โรงพยาบาลศรีธัญญา - ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-12 - สถานักฝึกล้านชุนคณาพรณ์ - สถานังชีพวาศสาครสมเ็จงจั้วระยา - สถานันราทรภาค - สำนกพัฒนสภาพจิต	กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข รองปลัดกระทรวง - กรมควบคุมโรค - สำนักงานเลขานุการกรม - กองการเจ้าหน้าที่ - กองคลัง - กองงบเงินหา - สำนกบปรารถราษฎ์ - สถานูหนাত্রประธาสนายอ - สำนกงวนป้องกันควมนโรทที่ 1-12 - สำนกตรวจบาทยา - สำนกโรงจากประกอบอาชิฟและสิ่งแวดลอ้ม - สำนกโรคติดต่อทั่วไป - สำนกโรคติดต่อกำโดยแมลง - สำนกโรคไม่ติดต่อ - สำนกโรคดื้อสี ไวรัส - แะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - กรมอนามัย - สำนักงานเลขานุการกรม - กองการเจ้าหน้าที่ - กองคลัง - กองทั้งสาธารณสุขุ - กองแผนงาน - กองโภชนะการ - กองสุขภาพโคละชุมชนแะประเมินผลกระทำต่อสุขภาพ - กองสุขภาพคาอาหารแะน้ำ - กองอนามัยการเจริญพันธุ์ - กองออกกำกฎการเพ่อสุขภาพ - ศูนย์อนามัยที่ 1-12 - สำนกลงเสริมสุขภาพ - สำนกก่อนแม่สิงแกวล้อม	กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนการบริหารสุขภาพ รองปลัดกระทรวง - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - สำนักบริหาร - กองประกอบโรคศิลปะ - กองใบอนุญาต - กองวิศวกรรมการแพทย์ - กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน - กองศึกษา - สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ - กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ - สำนักงานเลขานุการกรม - กองเครื่องมือทางการแพทย์และวัตถุอันตราย - กองชีววัตถุ - กองเภสัชกรรมและวิชาการ - กองรังสีแะเครื่องมือแพทย์ - ศูนย์วิทยาศาสตรการแพทย์ที่ 1-12 - สถานีวิจัยวิทยาศาสตร์การอนุมูล - สำนกวินิจฉัยสมุนไพร - สำนกมาตุธรรมในห้องปฏิบัการ - สำนกันยาแะวัตถุเสพติด - สำนกาคณะกรรมการอาหารแะยา - สำนักงานเลขานุการกรม - กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ - กองควบคุมยา - กองควบคุมวัตถุเสพติด - กองควบคุมอาหาร - กองวันค้าอาหารแะยา - กองแผนงานแะวิชาการ - กองพัฒนาด็กยภาพผู้บริโภค - กองส่งเสริมวงจการค้าของผู้บริโกต์ตามผลิตภัณฑ์สุขภาพในสำนกัมกับสื่อทั้งถิ่น - สำนกควบคุมเครื่องสำอางแะวัตถุอันตราย

หมายเหตุ: หน่วยงานที่ปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน หน่วยงานในกำกับ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขแต่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

(24)

2. หลังจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างดังกล่าว หน่วยงานของท่านได้รับผลกระทบด้านใดบ้าง

■ ผลกระทบด้านบวก

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

■ ผลกระทบด้านลบ

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

3. ตามกรอบการปฏิรูประบบราชการ โครงสร้างใหม่ของหน่วยงานของท่าน มีความเหมาะสมเพียงใด ควรปรับปรุงด้านใดบ้าง

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

4. ผลกระทบจากการดำเนินงานตามโครงสร้างใหม่ ส่งผลดีผลเสียต่อการปฏิบัติงานของท่านอย่างไร

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

ส่วนที่ 6 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนทิศทางการกำลังคนด้านสุขภาพ

การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในอนาคต ในประเด็นต่อไปนี้ ควรมึทิศทางเช่นไร

ประเด็น	ภาพรวมของกระทรวง	ภาพหน่วยงานของท่าน
1.ด้านบุคลากรในแต่ละระดับ เช่น การกระจายบุคลากร อัตรากำลัง ฯลฯ		
2.ด้านความก้าวหน้าของกลุ่ม วิชาชีพ ความทัดเทียมเสมอ ภาคและเป็นธรรม		
3.การกำหนดค่าตอบแทนและ ระบบสิ่งจูงใจที่เหมาะสม		
4.สาขาวิชาชีพที่ขาดแคลน การเตรียมบุคลากรตามสาขา อาชีพเพื่อรองรับ		
5.ด้านทักษะและความชำนาญ		

ขอขอบพระคุณที่กรุณาสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย
คณะผู้ศึกษาวิจัย

ภาคผนวก 5

การจัดกลุ่มพื้นที่ศึกษาฐานและการระดมความคิดเห็นกลุ่มจังหวัด Cluster

ภาค	กลุ่มจังหวัด CEO	จังหวัดตามกลุ่ม	จังหวัดเป้าหมาย	ลักษณะเด่นที่เชื่อมโยงประเด็นสุขภาพ	กำหนดการ
ภาคเหนือ	ภาคเหนือตอนบน	เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา แพร่	พะเยา	กิจกรรมการเกษตร / บทบาทของภาคประชาสังคม	13 ม.ค.47
	ภาคเหนือตอนล่าง	พิษณุโลก ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร พิจิตร	สุโขทัย	กิจกรรมการเกษตรและการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม	12 ธ.ค.46
ภาคกลาง	ภาคกลางตอนบน	นนทบุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี อ่างทอง สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท	อ่างทอง	กิจกรรมการเกษตรที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ	27 ม.ค. 47
	ภาคกลางตอนล่าง	ราชบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม กาญจนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ นครนายก สระแก้ว ปราจีนบุรี	สมุทรปราการ สระแก้ว ปราจีนบุรี	อุตสาหกรรมและสิ่งแวดล้อม สาธารณสุขชายแดน / การแพทย์แผนไทย สาธารณสุขชายแดน / การแพทย์แผนไทย	22 ม.ค. 47 17 มี.ค. 47 18 มี.ค. 47
ภาคตะวันออก	ภาคตะวันออก	ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด	ระยอง	อุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลและแรงงานอพยพ	15 ม.ค. 47
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน	อุดรธานี หนองบัวลำภู หนองคาย เลย มุกดาหาร สกลนคร นครพนม กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	หนองคาย	สาธารณสุขชายแดนในเขตเชื่อมต่ออินโดจีน	3 ก.พ. 47
	ตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง	นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ ยโสธร	นครราชสีมา และศรีสะเกษ	จังหวัดนำร่องวิจัยเชิงบูรณาการ ปัญหาความยากจน	20 ม.ค. 47 13 ก.พ. 47
ภาคใต้	ภาคใต้ตอนบน	สุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง นครศรีธรรมราช ตรัง พัทลุง ภูเก็ต พังงา กระบี่	สุราษฎร์ธานี และ ภูเก็ต	การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและเกษตรกรรม การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	18 ก.พ.47 11 ก.พ.47
	ภาคใต้ตอนล่าง	ปัตตานี ยะลา นราธิวาส	ปัตตานี	พื้นที่ชายแดน / ชุมชนมุสลิม	23 ธ.ค. 46

ภาคผนวก 6

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ระดับลึก

ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน/สังกัด	ตำแหน่ง	วันที่/ระยะเวลาที่ให้สัมภาษณ์
1. ศ.นพ. อรุณ เฝ้าสวัสดิ์	รัฐมนตรีและคณะ/สำนักงานปลัดกระทรวง	ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการฯ	1 ตุลาคม 2546 / 09.00 – 10.00 น.
2. นพ. สุภชัย สาระจรัส	กระทรวงพัฒนาสังคม	ที่ปรึกษาด้านพัฒนาสังคม	15 ตุลาคม 2546 / 11.00 – 12.00 น.
3. นพ. ลือชา วนรัตน์	สำนักวิชาการสาธารณสุข	หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข	7 ตุลาคม 2546 / 13.00 – 14.00 น.
4. นพ. จิตศักดิ์ บุญไทย	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	ผู้อำนวยการ	1 ตุลาคม 2546 / 10.30 – 11.30 น.
5. นพ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	สถาบันพระบรมราชชนก	ผู้อำนวยการ	24 ตุลาคม 2546 / 08.00 – 08.30 น.
6. ศ.นพ. สมศักดิ์ โลห์เลขา	แพทยสภา	นายกแพทยสภา	11 พฤศจิกายน 2546 / 11.30 – 12.30 น.
7. นพ. ไพโรจน์ นิงสานนท์	มูลนิธิแพทย์ชนบท	ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท	3 พฤศจิกายน 2546 / 12.00 – 13.00 น.
8. นพ. เสรี ตูจินดา	กรมการแพทย์	อธิบดี	30 ตุลาคม 2546 / 09.30 – 10.30 น.
9. นพ. จรูญ ปิระวารภรณ์	กรมควบคุมโรค	นายแพทย์ 10	14 พฤศจิกายน 2546 / 09.30 – 11.30 น.
10. นพ. วิชัย โชควิวัฒน์	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย ฯ	อธิบดี	15 ตุลาคม 2546 / 16.00 – 16.30 น.
11. พญ. เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ	รองอธิบดี และ ผอ.สถาบันการแพทย์แผนไทย	27 ตุลาคม 2546 / 10.30 – 11.30 น.
12. นพ. สมทรง รักษ์เฝ้า	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	อธิบดี	10 พฤศจิกายน 2546 / 11.00 – 11.30 น.
13. ดร. กาญจนา กาญจนสินินท์	กรมอนามัย	รองอธิบดี	10 พฤศจิกายน 2546 / 10.00 – 10.30 น.
14. นพ. สมศักดิ์ ชุณหะวัณ	กรมอนามัย/มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	นักวิชาการสาธารณสุข 10	15 ตุลาคม 2546 / 13.00 – 14.00 น.
15. ภญ. สุบุญญา หุตังคบดี	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	รองเลขาธิการ	8 ตุลาคม 2546 / 09.30 – 10.30 น.
16. นพ. ธงชัย ทวีชาชาติ	องค์การเภสัชกรรม	ผอ. องค์การเภสัชกรรม	9 ตุลาคม 2546 / 14.00 – 15.00 น.
17. ดร.นพ. ประยงค์ เต็มขวาลา	สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	สาธารณสุขนิเทศก์ เขต 8	1 ตุลาคม 2546 / 13.00 – 14.00 น. และ 9 ตุลาคม 2546 / 09.30 – 10.30 น.

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ระดับลึก (ต่อ)

ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน/สังกัด	ตำแหน่ง	วันที่/ระยะเวลาที่ให้สัมภาษณ์
18. นพ.สำลี เปี้ยนบางช้าง	วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณบดีวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	3 พฤศจิกายน 2546 / 14.00 – 15.00 น.
19. นพ. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	เลขาธิการ	2 ธันวาคม 2546 / 13.30 – 14.30 น.
20. นพ. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์	กรมสุขภาพจิต	รองอธิบดี	4 ธันวาคม 2546 / 13.30 – 14.30 น.
21. นพ.บุญเลิศ ลิ้มทองกุล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	รองอธิบดี	15 ตุลาคม 2547 / 14.30 – 15.00 น.
22. นายองอาจ สิทธิเจริญชัย	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	15 ตุลาคม 2547 / 15.00 – 16.00 น.
23. พญ.ทิพย์วดี บำเพ็ญบุญ	คณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร	นักวิชาการประจำคณะกรรมการ การสาธารณสุขสภาผู้แทนราษฎร และสาธารณสุขนิเทศก์	3 มีนาคม 2547 / 10.00 – 10.30 น.
24. นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว	คณะกรรมการการสาธารณสุข สภา ผู้แทนราษฎร	เลขาธิการ	6 มกราคม 2547 / 30 นาที
25. นพ.วีรพงศ์ สกลกิตติวัฒน์	คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา	ประธาน	30 มกราคม 2547 (ทางโทรศัพท์) / 30 นาที
26. พญ.มาลินี สุขเวชชวรกิจ	คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา	ประธานที่ปรึกษา	24 กุมภาพันธ์ 2547 / 30 นาที
27. นพ.ประสิทธิ์ พิฑูรกิจจา	คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา	โฆษก	24 กุมภาพันธ์ 2547 / 30 นาที
28. ผศ.ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์	ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุข ม.มหิดล		23 มกราคม 2547 / 1 ชั่วโมง
29. นพ.วินัย วิริยะกิจจา		อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข	16 ธันวาคม 2546 / 30 นาที
30. นพ.อุทัย สุดสุข	สถาบันพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข	ประธานกรรมการบริหารสถาบัน พัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข / อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข	3 มีนาคม 2547 / 30 นาที
31. คุณรสนา โตสิตระกูล	มูลนิธิสุขภาพไทย		5 มีนาคม 2547 (ทางโทรศัพท์) / 30 นาที

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ระดับลึก (ต่อ)

ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน/สังกัด	ตำแหน่ง	วันที่/ระยะเวลาที่ให้สัมภาษณ์
32. นพ.ภักดี สืบบุญการณ	รพ.ด่านซ้าย จ.เลย	ผู้อำนวยการ	25 กุมภาพันธ์ 2547 (ทางโทรศัพท์) / 30 นาที
33. นพ.วิฑิต อรรถเวชกุล	รพ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรปราการ	ผู้อำนวยการ	26 กุมภาพันธ์ 2547 (ทางโทรศัพท์) / 30 นาที
34. พ่อจันทร์ที ประทุมภา		เครือข่ายปราชญ์ชาวบ้านภาคอีสาน	13 กุมภาพันธ์ 2547 / 1 ชั่วโมง
35. ครูบาสุทธินันท์ ปรัชญาพทุธิ์		ปราชญ์ชาวบ้าน จ.บุรีรัมย์	6 เมษายน 2547 / 14.00 – 15.30 น.
36. ครูสุรินทร์ กิจนิจย์ชวี		ปราชญ์ชาวบ้าน จ.พระนครศรีอยุธยา	6 เมษายน 2547 / 14.00 – 15.30 น.
37. คุณอำมร บรรจง	แผนกข้าวสังคม อสมท.	ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข	30 ธันวาคม 2546 / 30 นาที
38. นพ.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	27 มกราคม 2547 / 30 นาที
39. นพ.บุญเดิม ต้นสุรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	22 มกราคม 2547 / 30 นาที
40. นพ.ธวัชชัย วานิชกร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	8 กุมภาพันธ์ 2547 / 30 นาที
41. นพ.สำเริง แหยมกระโทก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	30 มกราคม 2547 / 30 นาที
42. นพ.สมชาย ไรจนรัตน์นางกูร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	12 ธันวาคม 2546 / 30 นาที
43. นพ.เทพนฤมิตร เมธนาวิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	13 มกราคม 2547 / 30 นาที
44. นพ.สฤติย์ บุญช่วย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	18 กุมภาพันธ์ 2547 / 30 นาที
45. นพ.วันชัย สัตยาวิฑิตพงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	11 กุมภาพันธ์ 2547 / 30 นาที
46. นพ.สุเทพ วัชรปิยานันท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	23 ธันวาคม 2546 / 30 นาที
47. ญ.สุภาภรณ์ ปิตีพร	ร.พ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	เภสัชกร	18 มีนาคม 2547 / 1 ชั่วโมง 30 นาที

ภาคผนวก 7

รายชื่อผู้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดเห็นกลุ่มจังหวัด Cluster

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย (วันที่ 12 ธันวาคม 2546)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	นพ.สมชาย โรจนรัตน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สสจ.สุโขทัย	0-1887-4488
2.	น.ส.สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบาย 8 สสจ.สุโขทัย	
3.	น.ส.สุติมา ศรีวราพงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข 8 / สสจ.สุโขทัย	0-6206-2398, 0-6736-3650
4.	นายนิมิต สถิตยัตระกูล	นักวิชาการสาธารณสุข 8 สสจ.สุโขทัย	0-1475-4505
5.	นางสุดาภรณ์ ตันติพันธุ์	นักวิชาการสาธารณสุข 8 / สสจ.สุโขทัย	0-1972-4874
6.	นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ	นายแพทย์ 8 / ผอ.โรงพยาบาลกงไกรลาศ	0-1953-5166
7.	นพ.วัชรชัย พริยาศักดิ์จินดา	ผอ.รพ.บ้านด่านลานหอย	0-5568-9027
8.	นพ.ปิยะ ศิริลักษณ์	ผอ.รพ.ศรีมาศ	0-1379-5935
9.	นายปริญญา คงทวีเลิศ	ทันตแพทย์ 8 / สสจ.สุโขทัย	
10.	นายวีรพงษ์ ภูมิประพัทธ์	เภสัชกร 7 / โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม	0-9960-1550
11.	คุณนพวรรณ ศรีอุบลมาศ	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / สสจ.สุโขทัย	0-1785-8081
12.	นางจันทิพย์ พิรสาท	พยาบาลวิชาชีพ รพ.สุโขทัย	0-1888-6036
13.	นางพิมณฑา เพชรรัตน์	พยาบาลวิชาชีพ 7 / โรงพยาบาลกงไกรลาศ	0-1971-7677
14.	นายสำเร็จชาติอุดม	เจ้าหน้าที่บริหารทั่วไป / สสจ.สุโขทัย	
15.	นายสมคิด ชูวิทย์	สสอ.สวรรคโลก	0-1887-5722
16.	นายเสถียร ประยูรศักดิ์	สสอ.หน้าด่านลานหอย	
17.	นายบรรเทิง เกษา	สสอ.ศรีนคร	
18.	นายประหยัด สุทธิชาติ	สสอ.ศรีมาศ	
19.	นางธนิย์ เกษา	สสอ.ทุ่งเสลี่ยม	0-9960-2339
20.	นายวิจิตร กบิลพัสดุ์	สสอ.ศรีสำโรง	0-1283-0272
21.	นายถวิล จอมสืบ	สสอ.เมืองสุโขทัย	0-1283-8906
22.	นางณัฐริกา เชื้อทรัพย์เจริญ	ประธานชมรม อสม.อ.ศรีนคร	0-9272-4319
23.	คุณชยพร อนุสนธิ์พลเพิ่ม	ประธานชมรมการแพทย์แผนไทย จ.สุโขทัย	0-1887-0301 0-5561-3013
24.	นายจรัญ จันทรดี	เจ้าหน้าที่บริหาร / สอ.เพชรไฟ	0-1971-3415
25.	ดร.อัญนุช สีตลวงค์	ประธานสมัชชาสุขภาพสุโขทัย	0-1886-6472
26.	นายประโยชน์ ศรีผ่องใส	หมอพื้นบ้าน	0-5562-8297
27.	นายณรงค์ มากคง	หมอพื้นบ้าน	0-5562-1378

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (วันที่ 13 มกราคม 2547)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	นพ.เทพนฤมิตร เมธนาวิน	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สสจ.พะเยา	
2.	นายบัญญัติ สุริยะไชย	หัวหน้ากลุ่มงานบริหาร / สสจ.พะเยา	0-5448-2263
3.	นายสุวัตร เลิศขันธ์	นักวิชาการสาธารณสุข 8 / สสจ.พะเยา	0-5448-0595
4.	นายบุญเลิศ สมุทรศรี	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 8	0-1998-8647
5.	นางวิระมณ สุริยะไชย	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ 8 / สสจ.พะเยา	0-1952-5270
6.	นางวาริณี โอภาสนันท์	นักวิชาการสาธารณสุข 8 / สสจ.พะเยา	0-5443-1129
7.	นายเจษฎา พิชัยจุมพล	นายแพทย์ 8	0-1602-3710
8.	คุณชม เชิดชูเหล่า	ทันตแพทย์ 8	
9.	นายสมาน สุวรรณชัยโรจน์	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข / สสอ.ปง	0-5449-7228
10.	นายไพรัช วงศ์จุมปู	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / สสอ.แม่ใจ	0-5449-9230
11.	นางพิมพ์ ศุภการกำจร	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / รพ.จุน	0-5445-9035
12.	คุณณณิชา สายโกสุม	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / สสจ.พะเยา	0-5448-0560
13.	นายสุทัศน์ มหาวรรณศรี	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / สสจ.พะเยา	0-9263-1801
14.	นางปิยะฉัตร ธนเกียรติสกุล	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / สสจ.พะเยา	0-1765-3020
15.	คุณพรรณี วโรภาส	นักวิชาการสาธารณสุข 7	
16.	นางวรรณวิมล แฝงประวิทย์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	
17.	นส.ไพจิตร ชัยจำรูญพันธุ์	เภสัชกร 7 / สสจ.พะเยา	0-5443-1129
18.	นางจุติพร ทองทา	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6	
19.	นางการพิรุณ มูลเครือคำ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6	
20.	นส.สุทธิพร ชมภูศรี	นักวิชาการสาธารณสุข 6	
21.	นายจรัส ไชยแสงคำ	สสอ.ภูพานยาว	0-5442-2769
22.	นายประสงค์ เยลือ	สสอ.เชียงม่วน	0-1783-7092
23.	นายอานนท์ วัฒนกรกุล	นักวิชาการสาธารณสุข 5 / สสอ.แม่ใจ	0-5449-9230
24.	นายประพันธ์ เทียนนิหาร	ประชากรจังหวัดพะเยา	
25.	บุญโชติ เรือนสอน	เครือข่ายภาคประชาสังคม	0-9999-5158
26.	นายบุญชาติ อุดมรัตนสกุล	สืบสานภูมิปัญญาคนพะเยา	0-6185-2817

โรงพยาบาลมอบตาพุด (วันที่ 15 มกราคม 2547)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	นายสุรทิน มาลีหาล	ผอ.โรงพยาบาลมอบตาพุด	0-1345-0943
2.	นายสมชัย ถนอมทรัพย์	สสอ.เมือง	0-1558-4801
3.	นางรัชนี สมบูรณ์	พยาบาลวิชาชีพ	0-9751-1787
4.	นายนิเวศ ยิ้มขาว	อาจารย์โรงเรียนมอบตาพุดนันทพิทยาราช	0-1652-9823 0-3869-4197
5.	นายธนวัฒน์ นุตพันธ์	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม	0-9522-4963

6.	นายเศกสิทธิ์ พันธุ์กรม	เจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อมชุมชน	0-1775-3474
7.	นายถิน ประทุมพิทักษ์	ประธานชมรมผู้สูงอายุ	0-9096-7676
8.	นายบุญเชียร ศักดิ์เจริญ	ประธานชุมชนมาบข่า	0-1762-2257
9.	นส.วิมลรัตน์ กิจกุลทรัพย์	นสพ.อริปไตย	0-6086-2155
10.	นส.ปราณี สุขสง่า	นสพ.อริปไตย	0-9408-2584

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ (วันที่ 22 มกราคม 2547)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	นพ.บุญเติม ตันสุรัตน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สสจ.สมุทรปราการ	0-1926-8806
2.	น.ส.เสนห์ พักแก้ว	ผชช.ด้านกิจการพิเศษ / สสจ.สมุทรปราการ	0-1629-9526
3.	นางแสงทอง แหงงาม	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ/ สสจ.สมุทรปราการ	0-2389-5980 ต่อ 118
4.	นางทิพาภรณ์ สังข์พันธ์	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8	0-2389-5980 ต่อ 104,132
5.	นางจรัส วงศ์ประเสริฐ	นักวิชาการสาธารณสุข 7	0-2848-2023 กต 6
6.	นางสุกัญญา สาระถิ	นักวิชาการสาธารณสุข 7	0-1518-5675
7.	นางจรงค์ษ์ หวังเชื้อ	นักวิชาการสาธารณสุข 7	0-1988-4594
8.	นางจิระวรรณ พิรสกุล	นักวิชาการสาธารณสุข 7	0-9105-8506
9.	นายอนันต์ พันธุ์เอก	นักวิชาการสาธารณสุข 7	0-2389-5980 ต่อ 109
10.	น.ส.วิยะดา บุญกำจัด	พยาบาลวิชาชีพ 7	0-9983-6508
11.	น.ส.อพชา บุญมงคล	นักวิชาการสาธารณสุข 6	0-2389-5980 ต่อ 111
12.	นางนิภา อ่ำพันธุ์	นักวิชาการสาธารณสุข 6	0-1694-3034
13.	คุณเกษมธิดา ชีพสมัย	นักวิชาการสาธารณสุข 6	0-9174-4540
14.	น.ส.ภัทรกมล อธิเกษมสุข	นักวิชาการสาธารณสุข 5	0-2389-5980 ต่อ 120
15.	นางศิริรัตน์ ลิ้มวิศิษฐ์	นักวิชาการสาธารณสุข	0-9510-1588
16.	นพ.เรืองฤทธิ์ จารุรังสีพงศ์	ผอ.รพ.บางจาก	0-2464-3002
17.	นางวงเดือน ชูวิชา	สสอ.เมือง	0-1804-0032
18.	นายพงศ์ศักดิ์ อีราจรรณสาร	ผอ.ร.วัดบางฝ้าย	0-9153-3172

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง (วันที่ 27 มกราคม 2547)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	นางโกสุม ไพรัชเวชภัณฑ์	นักวิชาการสาธารณสุข 8	0-9086-3405
2.	นายสำรอง คุณวุฒิ	นักวิชาการสาธารณสุข 8	0-3561-1222 ต่อ 108
3.	นางเพ็ญศิริ พัฒนมงคล	นักวิชาการสาธารณสุข 8	0-3561-4689
4.	นางกาญจนา นาพูลผล	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8	0-1988-9489
5.	นายสมชาย ต่อมุข	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 7	
6.	นางนันทวัน นารัตน์	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 6	0-1904-1753
7.	นายประสาท ลิมดุลย์	เภสัชกร	0-1829-2983
8.	นางนันทยา อมราภรณ์	บุคลากร 6	0-3562-0644
9.	นส.กาญจนา คล้ายพันธุ์	เภสัชกร 5	0-9042-0744
10.	นพ.พงษ์ศักดิ์ เอกจริยาวัฒน์	ผอ.รพ.อ่างทอง	0-1831-6457
11.	ภก.สมชาย หลินถาวรดี	รพ.วิเศษชัยชาญ	0-3563-1322
12.	นางสาส์ ลอยเลื่อน	ประธานชมรม อสม. จ.อ่างทอง	0-1729-9606
13.	นางนงนุช คำคง	ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 2 ต.บ้านแห จ.อ่างทอง	0-9900-6396

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (วันที่ 20 มกราคม 2547)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	ทพญ.พรรณี ผานิดานันท์	หน.กลุ่มพัฒนาบริหาร / สสจ.นครราชสีมา	0-1876-4782
2.	นายจิระศักดิ์ สีหรัตน์	ผอ.ศูนย์ฝึกอบรม / สสจ. นครราชสีมา	0-4446-5010-4
3.	นางศิริพร ปัญญาพฤตพงศ์	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ฯ 8 / สสจ.นครราชสีมา	0-1876-4788
4.	นางนันทพร ชูสูงเนิน	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / สสจ.นครราชสีมา	0-9949-2435
5.	นายคมกริช ยุทธบุรี	นักวิชาการสาธารณสุข / สสอ.เฉลิมพระเกียรติ	0-9717-1257
6.	น.ส อรุณรัตน์ กุณา	สสจ.นครราชสีมา	0-1065-5578
7.	นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	ผอ.รพ.บ้านเหลื่อม	0-1876-8467
8.	นพ.วิญญู สัตยวงศ์ทิพย์	ผอ.รพ.ด่านขุนทด	0-1967-4141
9.	นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์	ผ.ผอ.รพ.มหาราชนครราชสีมา (ฝ่ายประกัน)	0-1730-0733
10.	คุณเชมิกา ใจเมืองแก้ว	รพ.มหาราช	0-1666-3961
11.	นายปรกรณ์ เนตระกุล	สสอ.โนนสูง	0-1967-2680
12.	นายศุภเศรษฐ น้อยศรี	สสอ.ชุมพวง	0-1790-8709
13.	นายจันทร์ที ประทุมภา	เครือข่ายปราชญ์ชาวบ้านภาคอีสาน	0-9948-4737

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2547)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	ร.ต.สมัย ฌ หนองคาย	อดีต รอง ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย	0-1262-1172
2.	นายเสียมม พระไกร	ที่ปรึกษานายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	0-6860-1147
3.	นางศจี ทิพย์ทอง	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8	0-1592-8752
4.	นายสมาน โสฬสจินดา	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 8	0-1954-0395
5.	น.ส คณินนิตย สิ้นธะ	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน	0-1877-4103
6.	นายสมปอง จันทพันธ์	นักวิชาการสาธารณสุข 8 ว.	0-9710-0931
7.	น.ส. พรสวรรค์ สายจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุข 8	0-1729-8694
8.	น.ส. วราภรณ์ เนาวรังษี	นักวิชาการสาธารณสุข 8	0-4246-5067-70
9.	น.ส นุชนารถ คงขำ	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 7	0-1954-6562
10.	นายกฤษณ์ ขุนลึก	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / สสอ.เมือง	0-1739-4098
11.	นพ.วัฒนา พาริศรี	ผอ.รพ.ท่าบ่อ	0-1739-3244
12.	พ.ท.สมัคร เอ็นดู	นายทหารวางแผน นพค.25	0-1048-1333
13.	นายสุริยา ภูยี่หวา	สาธารณสุขอำเภอ / สสอ.เซกา	0-9841-6080
14.	นายทองเลื่อน องอาจ	สาธารณสุขอำเภอ / สสอ.บึงกาฬ	0-1873-9103
15.	นายวีระ พิเภก	ปลัด อบจ.	0-1954-1720
16.	นายชวลิต เนติพรเศรษฐ์	ปลัด อบต.โพนพิสัย	0-1975-2344
17.	นายประดิษฐ์ พรหมเนา	อ.ส.ม.	0-6225-6915

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2547)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	นางนิตยา อธิวาสุณี	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	0-1423-2813
2.	นางสุวรรณา สาคร	นักวิชาการสาธารณสุข 8 / สสจ.ศรีสะเกษ	0-1121-3210
3.	นพ.สวณศักดิ์ วิเศษศุกล	ผอ.รพ.วังหิน	0-9627-3737
4.	นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ	ผอ.รพ.กันทรลักษณ์	0-1877-5766
5.	นายปัญญา พละศักดิ์	สาธารณสุขอำเภอ / สสอ.ขุขันธ์	0-9717-3783
6.	นายสามัคคี เดชกล้า	สาธารณสุขอำเภอ / สสอ.ห้วยทับทัน	0-9845-9080
7.	นายอรดิน ทางาม	ผช.สาธารณสุขอำเภอ / สสอ.เมืองศรีสะเกษ	0-9846-0598
8.	นายสุพล ดวนสูง	สมาชิกสภาจังหวัด	0-1967-6273
9.	นายคมศักดิ์ โพธิ์งาม	นายก อบต.สัมปอ	0-7249-7010
10.	นายสุพรรณ สาคร	ผู้ประสานงานประชาสังคมศรีสะเกษ	0-1876-2458
11.	นายโสภณ รัตน	ประชาสังคมศรีสะเกษ	0-1703-3561

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (วันที่ 17 มีนาคม 2547)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	นพ.สุวัช เชียศิริวัฒนา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สสจ.สระแก้ว	0-1333-8989
2.	น.ส. ยุภาพรณ วรรณชัยวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข 9 (ด้านส่งเสริมพัฒนา) / สสจ.สระแก้ว	0-1919-4256
3.	นายมานิชย์ เวชบุตร	หัวหน้ากลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ 9 / สสจ.สระแก้ว	0-1865-9682
4.	นพ.มนตรี กัณหรัตน์ชัย	ผช.ว./สสจ.สระแก้ว	0-1945-3762
5.	นายประเดิม ครุวรรณเจริญ	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 8 / สสจ.สระแก้ว	0-1826-4434
6.	นางชุดิมน บุญเพิ่ม	นักวิชาการสาธารณสุข 8	0-1985-6974
7.	นางยอดขวัญ เตือนศิริรัตน์	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน	0-1863-4477
8.	นางอุษณีย์ กุหลาบขาว	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป / สสจ.สระแก้ว	0-1836-7110
9.	นายสมเกียรติ ทองเล็ก	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / งานควบคุมโรค สสจ.สระแก้ว	0-1940-7947
10.	นางจรรยาตรี โคมพุดชา	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / งานสุขภาพจิต สสจ.สระแก้ว	0-1824-0966
11.	นางดารารัตน์ ไห้วงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	0-1572-4681
12.	นางกัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย	นักวิชาการสาธารณสุข 7	0-1983-1844
13.	นางเยาวนารย์ เสือแดง	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / งานควบคุมโรค สสจ.สระแก้ว	0-1850-5871
14.	นางสาณิษ ศิริปิ่น	เภสัชกร 7	0-1482-7088
15.	นางอรพิน เขียวฟู	นักวิชาการสาธารณสุข 7	0-9832-2058
16.	นางอรุณ ลิทธิโชค	นักวิชาการสาธารณสุข 7	0-9933-7279
17.	นางญาณี นาคพงษ์	พยาบาลวิชาชีพ 7	
18.	น.ส.กัญญา เทพรัตนะ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 6	0-1761-5764
19.	น.ส ปวีณภัสร์ คล้าศิริ	นักวิชาการสาธารณสุข 6	
20.	นายอัศรเดช เรียนพิน	นิติกร 6	0-9230-2716
21.	นายสมบัติ สมบัติวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / สสจ. สระแก้ว	0-9678-0955
22.	น.ส. ศรีวรรณ ธนกำพล	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ ๖	0-3742-1088
23.	นายละลวย วันดี	นักวิชาการสาธารณสุข 6	0-1377-3434
24.	นายไชยยา จักรสิงห์โต	นักวิชาการสาธารณสุข / สสอ.ตาพระยา	0-1295-0178
25.	น.ส.รัตใจ ไพเราะ	พยาบาลวิชาชีพ รพ.วังน้ำเย็น	0-7037-3966
26.	นายพินิต ชินสร้อย	เภสัชกร	0-1497-7661
27.	นายทวี เข้มประภา	ประธาน อสม. หมู่ 14 ต.ตาพระยา	0-1250-2752
28.	นายพัฒนา พรหมเผ่า	ประธาน อสม. จังหวัดสระแก้ว	0-1814-6062
30.	นายบุญช่วย สุทธิเกศ	ประธาน ชมรมผู้นิยมสมุนไพรสระแก้ว	0-1313-4892
31.	นายหวั่น ลิทธิจันทร์	ศูนย์วัตถุดิบสมุนไพรวังน้ำเย็น	0-9078-2732
32.	พจอ.เรืองชัย รุ่งศิริ	ปลัด อบต.	0-1705-2629
33.	นายพัน ลาสะอาด	อสม.	0-6057-9810

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (วันที่ 23 ธันวาคม 2546)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	นพ.สุเทพ วัชรปยานันท์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สสจ.ปัตตานี	0-1898-7788
2.	นพ.อุดมเกียรติ พูลสวัสดิ์	ผอ.รพ.โคกโพธิ์	0-1959-0457
3.	นพ.นิรันดร์ วิเศษรัฐสมบัติ	ผอ.รพ.มายอ	0-1957-6074
4.	นพ.เดชา แซ่หลี	ผอ.รพ.กะพ้อ	0-1368-3219
5.	นายบอรรฮา ดีเยาะ	สาธารณสุขอำเภอ / สสอ.มายอ	0-1093-0905
6.	นายแสฮะซัน โต๊ะฮิเล	สาธารณสุขอำเภอ / สสอ.ยะรัง	0-1990-0301
7.	นายอัศมี อิศรามาศ	สาธารณสุขอำเภอ / สสอ.เมืองปัตตานี	0-9595-3234
8.	นางกัลยา เอียวสกุล	ผู้ประสานงานสมัชชาสุขภาพ จ.ปัตตานี	0-9975-2822
9.	น.ส. อัจฉรา คอสุข	อาสาสมัครเครือข่ายองค์กรชุมชน	0-6162-6920
10.	นายตอสะ อี้แด	ภาคประชาสังคม	0-6288-0189
11.	นายนิรพงศ์ สุขเมือง	องค์กรชุมชน	0-1898-2551
12.	นายเจบอ สะแม	องค์กรชาวบ้าน	0-9732-1071

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต (วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2547)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	นพ.วิวัฒน์ ศรีตมโนชญ์	ผอ.รพ.กลาง	0-1597-5101
2.	นพ.ทวีศักดิ์ เนตรวงศ์	ผอ.รพ. ป่าตอง	0-1271-3113
3.	นพ.เจษฎา จงไพบูลย์พัฒนะ	ผอ.รพ.วชิระภูเก็ต	0-1897-1332
4.	นายเอกชัย นวลสีทอง	สสอ.กะทู้	0-1891-9865
5.	นายอภิชัย โมหะหมัด	สสอ.กลาง	0-1893-6892
6.	นายกัมปนาท หล่มมณี	สสอ.เมืองภูเก็ต	0-9470-6467
7.	นายประจวบ ไผพานิช	ผู้แทนคลังสมอง จ.ภูเก็ต	0-1892-8852
8.	นายรัชฎาธิ์ ผ้าเจริญ	ผู้จัดการRoyal SPA Academy (The Royal Spa & Health Club)	0-9195-7181

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2547)

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด	เบอร์โทรศัพท์
1.	นพ.สถิตย์ บุญช่วย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สสจ. สุราษฎร์ธานี	0-1979-6064
2.	นพ.ณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงษ์	นายแพทย์ 9	0-1476-4288
3.	นพ.ศิริพงษ์ เรืองศรี	นายแพทย์ 8 รพ.สุราษฎร์ธานี	0-1691-3789
4.	นพ.สมบูรณ์ คงชาติ	ผอ.รพ.ท่าโรงช้าง	0-1597-7631
5.	นางอังคณา ศรีนามวงศ์	เภสัชกร 8	0-1894-4096
6.	ทพ.สงวน ก่อธรรมนิเวศน์	ทันตแพทย์ 8	0-1893-6976
7.	นายทวิสา เครือแพ	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8	0-1787-8322
8.	นางทิพยา บุญทอง	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ ฯ 8	0-6272-2258
9.	นางอวยพร พรพิริยล้ำเลิศ	นักวิชาการสาธารณสุข 7 / สสจ. สุราษฎร์ธานี	0-1719-9879
10.	นางราตรี ณ นคร	นักวิชาการสาธารณสุข 7	0-1084-8583
11.	นายสถิตย์ สุนทรวิทยา	สาธารณสุขอำเภอพระแสง	0-9472-8432
12.	นายสำรวม พรหมพิเศษ	สาธารณสุขอำเภอบุณพิน	0-1968-9575
13.	นายวิสา ประสงค์จินดา	หัวหน้างานสุขาภิบาลฯ เทศบาลสุราษฎร์ธานี	0-9646-5622
14.	นางนัทธมน สุทธิพันธุ์	หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ เทศบาลสุราษฎร์ธานี	0-9195-7711
15.	นายสุชาติ ศรีนวล	ประธาน อสม. จ. สุราษฎร์ธานี	0-1397-0143
16.	นายเสถียร แสงอรุณ	นายกสมาคมส่งเสริมการแพทย์แผนไทย	0-1597-5889

ภาคผนวก 8

รายชื่อผู้เข้าร่วมการเสวนาระดมความคิดเห็น

เรื่อง การบริหารยุทธศาสตร์กับการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 8 กรกฎาคม 2547 เวลา 08.30-12.00 น.

ณ ห้องประชุมรังสิต โรงแรมหลุยส์ แทเวอร์น หลักสี่ ดอนเมือง

ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
1. คุณจำเริญ จิตรธร	วุฒิสมาชิก (ที่ปรึกษาคณะกรรมการสาธารณสุข)
2. คุณภักดี เปรมโยธิน	สำนักงาน กพ.
3. นพ.วิวัฒน์ วิริยกิจจา	นพ.สสจ.ระยอง
4. คุณสุมาภรณ์ แซ่ลิ่ม	กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ สนย.
5. คุณรำไพ ศรีนวล	สนย.
6. นพ.สุภกร บัวสาย	สสส.
7. นพ.สุวัฒน์ กิตติติลลกุล	นพ.สสจ.แม่ฮ่องสอน
8. นพ.สำเร็จ แหยมกระโทก	นพ.สสจ.นครราชสีมา
9. ครุบาสุทธินันท์ ปรัชญาพฤกษ์	ปราชญ์ชาวบ้าน จ.บุรีรัมย์
10. ผู้ใหญ่วิบูลย์ เข็มเฉลิม	ปราชญ์ชาวบ้าน จ.ฉะเชิงเทรา
11. นพ.สุชาติ สรณสถาพร	สกส.
12. นพ.บรรลุ ศิริพานิช	ผู้ทรงคุณวุฒิ
13. นพ.สุขุม กาญจนพิมาย	สถาบันโรคทรรวงอก
14. นพ.มรกต กรเกษม	ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท
15. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	สปรส.
16. ดร.อุทัย ดุลยเกษม	สำนักวิชาศิลปศาสตร์ ม.วลัยลักษณ์
17. นพ.ธีระรงค์ สมบุญตนนท์	สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
18. นพ.ชาญชัย ศิลปอวยชัย	อบจ.แพร่
19. นพ.วิฑิต อรรถเวชกุล	รพ.บ้านแพ้ว

เรื่อง วิสัยทัศน์และพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุขในทศวรรษหน้า

วันที่ 8 กรกฎาคม 2547 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุมรังสิต โรงแรมหลุยส์ แทเวอร์น หลักสี่ ดอนเมือง

ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
1. นพ.ภรต โทณแก้ว	สถาบันพระบรมราชชนก
2. คุณบุษบงค์ ขาวกัณหา	สสจ.ปราจีนบุรี
3. นายบรรจง ร่มสงฆ์	ผอ.สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลนครหาดใหญ่
4. คุณท่านุ แดงทองดี	อบต.ลักหลง
5. นพ.ดำรงค์ บุญยีน	ผู้ทรงคุณวุฒิ
6. นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล	สำนักงานประกันสังคม
7. คุณไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม	มูลนิธิรวมพลังน้ำใจพัฒนาชนบท
8. คุณวรรณิ์ เหลืองโชคชัย	สถาบันอนาคตศึกษาเพื่อการพัฒนา
9. นพ.ภูษิต ประคองสาย	IHPP
10. ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
11. คุณพิพัฒน์ ทองผดุงโรจน์	สปสช.
12. ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ
13. คุณสมศรี อยู่พัฒนา	โรงพยาบาลเกษมราษฎร์
14. นพ.มานิชญ์ ลีโทชวลิต	สำนักงานแพทย์ กทม.
15. นพ.ประยงค์ เต็มขวลา	สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
16. ดร.อุทัย ดุลยเกษม	สำนักวิชาศิลปศาสตร์ ม.วลัยลักษณ์
17. นพ.อัครงค์ สมบุญตนนท์	สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
18. นพ.ชาญชัย ศิลปอวยชัย	อบจ.แพร่
19. นพ.วิจิต อรรถเวชกุล	รพ.บ้านแพ้ว

เรื่อง บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในทศวรรษหน้า
(ส่วนกลางและภูมิภาค)

วันที่ 22 กรกฎาคม 2547 เวลา 08.30-12.00 น.

ณ ห้องประชุมเมจิก 1 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ หลักสี่ ดอนเมือง

ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
1. ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช	สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)
2. คุณนิภา พริงศุลกะ	วุฒิสมาชิก(กรรมาธิการสาธารณสุข)
3. อาจารย์บุญยงค์ เวชมนิศรี	สนง.คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
4. นพ.ดำรงค์ บุญยสิน	สถาบันคีนันแห่งเอเชีย
5. คุณชวลิต มังคละวิรัช	กรมควบคุมโรค
6. คุณรำไพ ศรีนวล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
7. นพ.รอชาลี ปัตยะบุตร	รพ.รามัน จังหวัดยะลา
8. คุณสุทธิพงศ์ วสุโสภาพล	สสจ.น่าน
9. คุณเรวัตติ ผลลูกอินทร์	อบจ.ชลบุรี
10. ครูชบ ยอดแก้ว	ปราชญ์ชาวบ้าน จ.สงขลา
11. คุณน้ำค้าง ห่มันศรีจันทร์	ชมรมคัมภีร์ครองผู้บริโภคร จ.ฉะเชิงเทรา
12. คุณรสนา โตสิตระกูล	มูลนิธิสุขภาพไทย
13. ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล
14. รศ.สายหยุด นิยมวิภาค	กรรมาธิการการสาธารณสุข สส.
15. นพ.ชาตรี เจริญศิริ	รพ.น่าน
16. อาจารย์ดวง อันทะไชย	ประชาคมสุขภาพภาคอีสาน
17. คุณสุมาลี อุตมาภินันท์	โครงการชุมชนเป็นสุข จ.นครศรีธรรมราช
18. คุณกาญจนา ปานูราช	สวรส.
19. คุณสุภาวดี นุชรินทร์	สวรส.

เรื่อง โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขและแผนกำลังคนในทศวรรษหน้า

วันที่ 22 กรกฎาคม 2547 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุมเมจิก 1 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ หลักสี่ ดอนเมือง

ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
1. พญ.สุธัญญา บรรจงภาค	รพ.นครปฐม (แทน เลขาธิการแพทยสภา)
2. ภก.จีระ วิชาสงศ์	สภาเภสัชกรรม
3. ภก.คทา บัณฑิตานุกูล	ร้านเรือนยา
4. ผศ.พรพิมล จันทวิโรจน์	คณะกายภาพบำบัด ม.รังสิต
5. คุณสุวิทย์ อริยชัยกุล	คณะเทคนิคการแพทย์ ม.เชียงใหม่
6. ทพญ.ปิยะฉัตร พิชรานันต์	คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น
7. ทญ.บุญเอื้อ ยงวนิชกร	กรมอนามัย
8. นพ.ชาลิต สันติกิจรุ่งเรือง	กรมการแพทย์
9. นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ	รพ.ภูกระดึง
10. ผศ.ทศพล สมพงษ์	สถาบันราชภัฏสกลนคร
11. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
12. คุณวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย	ชมรมแพทย์ชนบท
13. นพ.ปิยะพงศ์ วัฒนวิรี	ที่ปรึกษากรมการแพทย์
14. คุณกฤษณา สาริกัลยะ	สนย.
15. คุณพิมพ์ใจ บุญยัง	โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
16. คุณยุพาพันธ์ บินมิตตอร์	โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
17. ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
18. คุณสมชัย เจิตเสริมอนันต์	คณะวิทยาศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
19. อ.ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
21. คุณภักคินี เปรมโยธิน	กพ.
22. คุณนันทนา ธรรมสโรช	กพร.
23. คุณศุภเศรษฐ์ น้อยศรี	สสอ. ชุมพวง
24. นพ.ชาตรี เจริญศิริ	รพ.น่าน
25. อาจารย์ดวง อันทะไชย	ประชาคมสุขภาพภาคอีสาน
26. คุณสุมาลี อุตมาภินันท์	โครงการชุมชนเป็นสุข จ.นครศรีธรรมราช
27. คุณกาญจนา ปานุราช	สวรส.
28. คุณสุภาวดี นุชรินทร์	สวรส.

ภาคผนวก 9

สรุปผลการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย

ต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาการวิจัย

14 กันยายน 2548 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมรับฟังการนำเสนอผลการศึกษา ประกอบด้วย

1. นพ. ศิริวัฒน์	ทิพย์ธราดล	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2. นายองอาจ	สิทธิเจริญชัย	(แทน นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคสุพลา:รองปลัดฯ)
3. นพ.สมควร	หาญพัฒนชัยกูร	(แทน นพ.ปราชญ์ บุญยวิโรจน์ :รองปลัดฯ)
4. นพ.พรเทพ	ศิริวนารังสรรค์	สำนักวิชาการสาธารณสุข
5. นพ.อัครังค์	สมบุญตนนท์	กพร. กระทรวง
6. ดร.อรพินท์	สพโชคชัย	กพร.
7. นพ.สำเริง	แหงกระโทก	สสจ.นครราชสีมา
8. นางสมใจ	ประมาณพล	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
9. นางสาวนิภาพร	ศรีณรงค์สุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
10. นพ.เกษม	เวชสุทธานนท์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
11. นางสาวรองนาถ	ชูพิชัย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
12. นางสุภาวดี	นุชรินทร์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
13. นางสาวอุทุมพร	มยาเศรษฐ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คณะผู้ศึกษาวิจัย

1. ศ.ดร.สมบัติ	อัครธัญญวงศ์	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
2. ดร.ไพโรจน์	ภัทรนรากุล	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
3. ดร.วีระวัฒน์	ปิ่นนิทามัย	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
4. นางสาวสุรีพร	สุขจีน	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
5. นางสาวณัฐชยา	ดำรงไทย	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สาระสำคัญจากการนำเสนอและรับฟังความคิดเห็น

การนำเสนอผลการศึกษาวิจัยนี้คณะผู้ศึกษาวิจัยได้นำเสนอผลการศึกษา 4 ประเด็น คือ ความก้าวหน้าของการบริหารการเปลี่ยนแปลง วิสัยทัศน์และพันธกิจในทศวรรษหน้า บทบาทหน้าที่และโครงสร้างที่เหมาะสม และแนวทางการพัฒนาองค์การและทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพ ซึ่งในภาพรวมผู้เข้าร่วมรับฟังการเสนอมีความเห็นสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่คณะผู้

ศึกษาวิจัยได้นำเสนอ อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมรับฟังมีข้อสังเกต และความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นที่เป็นประโยชน์ ดังนี้

ประเด็นที่หนึ่ง ความก้าวหน้าของการบริหารการเปลี่ยนแปลง ในภาพรวมผู้เข้าร่วมรับฟังการนำเสนอเห็นว่าที่ผ่านมาการเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาแต่ขาดทิศทางที่ชัดเจนในระยะแรก ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการประชุมบางท่านมีความเห็นที่สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่มีการปฏิรูปอะไรที่สำคัญ เป็นเพียงการเพิ่มกรมและจัดกลุ่มภารกิจใหม่เท่านั้น แต่ผู้เข้าร่วมการประชุมบางท่านมีทัศนะว่า ในปัจจุบันมีทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้น ตลอดจนมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ วาระแห่งชาติ และมีมุมมองในด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น และในมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับภูมิภาคมีทัศนะว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมาก คือ ความพยายามที่จะนำการเมืองมานำระบบราชการ

ประเด็นที่สอง วิสัยทัศน์และพันธกิจ ที่ประชุมเห็นด้วยกับข้อเสนอของคณะผู้ศึกษาวิจัยที่ควรมุ่งเน้นไปสู่ Health Stewardship ผู้เข้าร่วมการประชุมบางท่านตั้งข้อสังเกตว่าในการกำหนดวิสัยทัศน์พันธกิจควรมีการจำแนกองค์ประกอบของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้ชัดเจน

ประเด็นที่สาม บทบาทหน้าที่และโครงสร้างที่เหมาะสม ผู้เข้าร่วมการประชุมส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในประเด็นการกระจายอำนาจ และเห็นด้วยกับแนวคิดที่เสนอ แต่เน้นย้ำว่าต้องพิจารณาถึงแนวทางที่เหมาะสม เนื่องจากเรื่องสุขภาพมีผลกระทบที่ชัดเจนและรวดเร็วต่อชีวิต บางท่านมีทัศนะว่าหลายๆ ภารกิจสามารถผ่องถ่ายออกไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ ซึ่งจะทำให้กระทรวงสาธารณสุขเล็กลง

สำหรับรูปแบบโครงสร้างที่เหมาะสมนั้นผู้เข้าร่วมการประชุมส่วนใหญ่เห็นว่า รูปแบบทางเลือกที่สามที่คณะผู้ศึกษาวิจัยเสนอเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุด และบางท่านยังได้เสนออีกรูปแบบหนึ่งที่เห็นว่ามีเหมาะสม คือ หน่วยบริการที่มีการจัดรูปแบบใหม่ หรือ SDU (Service Delivery Unit) ซึ่งมีลักษณะเป็นหน่วยงานของรัฐแต่มีการบริหารงานที่คล่องตัวมากขึ้น

ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมรับฟังบางท่านต้องการให้ระบุถึงข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือกที่คณะผู้ศึกษาวิจัยเสนอ และให้เหตุผลประกอบการตัดสินใจใช้ทางเลือกแต่ละรูปแบบ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบาย (Policy Maker) สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด ตลอดจนเสนอให้มีการทดสอบโครงสร้างแต่ละรูปแบบ (testing option) ซึ่งอาจเป็นโครงการศึกษาวิจัยที่ต่อเนื่อง

ประเด็นที่สี่ แนวทางการพัฒนาองค์การและทิศทางกำลังคนด้านสุขภาพ ผู้เข้าร่วมการประชุมระบุว่า ปัญหากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันมี 4 ด้าน คือ จำนวนไม่เพียงพอ วิธีการกระจายมีปัญหา คุณภาพของคน และขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติ และเสนอวิธีการแก้ปัญหากำลังคนว่าต้องพิจารณาตั้งแต่กระบวนการสรรหา การผลิต/การฝึกอบรม และการสร้างขวัญกำลังใจ โดยในกระบวนการสรรหาต้องเริ่มตั้งแต่การเตรียมคน ไม่ปล่อยอิสระ เพราะจะไม่สามารถแก้ปัญหาได้ และจะเกิดปัญหาการกระจายด้วย ส่วนกระบวนการฝึกอบรม/การผลิตควรใช้ rural track ดังเช่นประเทศออสเตรเลีย เพื่อแก้ปัญหาลาดแคลนแพทย์ในชนบท

ส่วนการทำให้คนอยู่นานต้องเริ่มปลูกฝังที่กระบวนการฝึกอบรมซึ่งต้องสอนคน ต้องมีคำตอบแทนที่จิตใจ (ไม่ใช่แค่เรื่องเงิน แต่ต้องทำให้รู้สึกว่ามีเกียรติ มีศักดิ์ศรีด้วย) และกล่าวว่า การนำระบบ GIS มาใช้เป็นสิ่งที่ถูกต้อง เพราะจะทำให้การกระจายคนมีความเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

ข้อคิดเห็นประเด็นอื่น ๆ

- ควรมีการศึกษารูปแบบการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายหัวประชาชนที่จะทำให้เกิดความเป็นธรรมมากที่สุด เช่น การรวมเงินประกันสังคม พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยทางรถยนต์ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ ฯลฯ เข้าเป็นกองทุนเดียวกัน หรือการจ่ายค่าใช้จ่ายรายหัวโดยถ่วงน้ำหนักด้วยทุกคนดาร์ เป็นการถ่วงรายหัวโดยรวมเงินเดือนและต้นทุนค่าปฏิบัติการอยู่ด้วยกัน เพื่อศึกษาผลลัพธ์สุดท้ายว่าสังคมจะได้รับความเป็นธรรมเรื่องสุขภาพอย่างไร
- ควรมีการศึกษาวาทะบทหน้าที่ที่เหมาะสมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข ควรจะเป็นอย่างไร เพราะเดิมอาจมองว่ากระทรวงเป็นผู้กำหนดนโยบาย ส่วน สปสช. เป็นเพียงผู้ซื้อบริการ (purchaser) อย่างเดียว แต่ปัจจุบันมีการหลอกล้อกัน
- ขณะนี้จะมีการปรับโครงสร้างกระทรวง ทบวง กรม อีกครั้ง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอโครงสร้างใหม่ไว้ ดังนั้นควรนำมาวิเคราะห์ด้วยว่าเป็นอย่างไร มีเหตุผลอะไรบ้างที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกโครงสร้างแต่ละรูปแบบ
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ควรมีการดำเนินการวิจัยเป็นระยะๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงมีอยู่ตลอดเวลา และการวิจัยที่ใช้ระยะเวลานานอาจจะไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง ควรมีศูนย์รวมความคิด (think tank) เป็นระยะโดยระดับผู้รับผิดชอบที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ และต้องจัดเวทีเพื่อให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนทัศนคติกันอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ ที่ประชุมมีข้อสังเกตว่า ข้อคิดเห็นจากการนำเสนอมีหลายประเด็นที่เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ส่วนข้อคิดเห็นที่สัมพันธ์กับรายงานการศึกษาวิจัย คณะผู้ศึกษาวิจัยได้นำไปพิจารณาประกอบในการปรับปรุงแก้ไขรายงานตามที่สมควร