

รายงาน

โครงการพัฒนาข้อเสนอแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 2

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการดำเนินงานของแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จะสิ้นสุดลงในปีงบประมาณ 2552 จึงต้องดำเนินการทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อให้ได้บทสรุป และพัฒนาเป็นข้อเสนอในด้านโครงสร้าง/กลไก และแนวทางการบริหารจัดการแผนงานร่วมฯ ในระยะต่อไป โดยในเบื้องต้นได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักไว้ 2 ประการ เพื่อพัฒนาข้อเสนอในประเด็น (1) กรอบประเด็น โงทย์การพัฒนา วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และยุทธศาสตร์การพัฒนา ที่ควรให้การสนับสนุนเพื่อสนับสนุนการพัฒนากระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ และ (2) กรอบโครงสร้าง/กลไก และแนวทางการบริหารจัดการในระยะต่อไป เพื่อส่งเสริมให้การบริหารจัดการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยการศึกษาจะประกอบด้วยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ทั้งจากเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประกอบกรวิเคราะห์ช่องว่างที่เกิดขึ้นทั้งในมิติการบริหารจัดการและมิติด้านองค์ความรู้ ตลอดจนจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้บริหาร 3 หน่วยงานภาคี และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นต่ออนาคต แนวทาง และทิศทางการดำเนินงานของแผนงานร่วมฯ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้เป็นการมุ่งตอบคำถามว่า ควรมีแผนงานร่วมฯ ระยะที่สองหรือไม่โดยพิจารณาจากเจตนารมณ์ของการมีแผนงานร่วมฯ เป็นหลัก ซึ่งการนำเสนอในการศึกษานี้จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) บทนำ ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน (2) การทบทวนการดำเนินงานของแผนงานร่วมฯ (3) ข้อเสนอการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย

ผลการทบทวนการดำเนินงานของแผนงานร่วมฯ พบว่าภายใต้เจตนารมณ์ที่ต้องการให้เกิดการเชื่อมการทำงานระหว่างสองหน่วยงาน คือ สสส. และ สปสช. โดยใช้แผนงานร่วมฯ เป็นกลไกเชื่อมให้เกิดการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิรูประบบสุขภาพ รวมไปถึงการขับเคลื่อนและขยายเครือข่ายทางสังคมสร้างการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ยังไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ที่วางไว้ได้ รวมทั้งยังมีช่องว่างของการเชื่อมประสานระหว่างแผนงานร่วมฯ กับ สปสช. นอกจากนั้นในเชิงโครงสร้างการจัดการที่กำหนดให้ สสส. เป็นองค์กรสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ สปสช. สนับสนุนการจ้างผู้จัดการแผนงานเต็มเวลา โดยมี สวรส. เป็นผู้จัดการ นั้นซับซ้อนเกินไปและไม่เกิดผลในทางปฏิบัติ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนตัวผู้จัดการแผนงานให้มาจาก สวรส. แทนในเวลาต่อมา ทำให้ผู้จัดการแผนดังกล่าวไม่สามารถทำงานเต็มเวลาได้ ส่วนวิธีการทำงานเชิงประเด็นของแผนงานได้อาศัยนักวิชาการเป็นหลัก ลักษณะโครงการที่ออกมาจึงเป็นการใช้วิจัยนำ ซึ่งไม่เหมาะสมกับ

แผนงานร่วมๆ ที่ต้องการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบมากกว่าการวิจัย ดังนั้น บทบาทของแผนงานร่วมตามเจตนารมณ์เดิมที่วางไว้จึงควรยุติลง โดยกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการภายใต้แผนงานร่วมๆ สามารถบูรณาการเข้าไปอยู่ในแผนงานย่อยของ สสส. ได้โดยไม่จำเป็นต้องมีแผนงานแยกออกมา

แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากบริบทของการทำงานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก เป็นไปตามลักษณะของปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนและต้องการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนแม้มีหน่วยงานหรือองค์กรด้านสาธารณสุข แต่ศักยภาพขององค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในปัจจุบันยังคงมีจุดอ่อนในด้านการกำกับทุกระดับ ไม่สามารถสนับสนุนการทำงานในระดับพื้นที่ได้อย่างเพียงพอ ตลอดจนกลไกการเชื่อมประสาน พัฒนา สนับสนุน และการกำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ยังไม่ได้มีการพัฒนาให้มีศักยภาพในการดำเนินงานตามบริบทใหม่ที่เกิดขึ้น ปรากฏเป็นช่องว่างในระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาใน 3 ด้านหลักๆ ได้แก่ (1) การอภิบาลระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ และพื้นที่ การกำหนดภารกิจ บทบาท และจัดการความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในแนวนอนและแนวตั้ง (2) การเชื่อมโยงของระบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศและพื้นที่ ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (3) ศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการทำงานที่มีอยู่ในปัจจุบัน การขับเคลื่อนระบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชาติ เขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้มีข้อเสนอต่อการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศว่า ควรเป็นการทำงานในลักษณะของการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งอาจอยู่ในรูปของคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับชาติ โดยอาศัยกลไกของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และอำนาจของนายกรัฐมนตรีในการแต่งตั้ง มีผู้แทนจากทุกภาคส่วนเข้าร่วมอยู่ในคณะกรรมการ มีแผนงานเข้าไปสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการฯ ดังกล่าว ในลักษณะของทีมเลขานุการคณะกรรมการ (secretariat support) และรูปแบบการทำงานจะต้องเน้นการพัฒนากลไกและธรรมาภิบาลในระบบ มากกว่าการพัฒนาในเชิงประเด็น เป็นโครงการในลักษณะ operation research และ capacity building ของกลไกในระบบเป็นหลัก ไม่เน้นการวิจัยเพื่อหาองค์ความรู้ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจาก สสส.

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	1
สารบัญ	3
บทนำ	
- ความเป็นมา	4
- วัตถุประสงค์	5
- วิธีการดำเนินงาน	6
- ระยะเวลาในการดำเนินงาน	6
- กรอบการนำเสนอรายงาน	
การทบทวนแผนการดำเนินงานของแผนงานร่วมฯ	
- เจตนารมณ์ พันธกิจ ของแผนงานร่วมฯ	7
- การบรรลุเจตนารมณ์	8
- การดำเนินงานของแผนงานร่วมฯ ที่ผ่านมา	10
- บทสรุป	11
ข้อเสนอการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย	
- สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนไทย	13
- แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	15
- บริบทการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา	18
- ช่องว่างที่รอการพัฒนา	26
ภาคผนวก	30

รายงาน โครงการพัฒนาข้อเสนอแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

วันที่ 24 สิงหาคม 2552

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากการดำเนินงานของแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จะสิ้นสุดลงในปีงบประมาณ 2552 ประกอบกับการทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานของแผนงานร่วมฯ ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ทำให้เกิดประเด็นคำถามที่สำคัญ 3 ประการ คือ (1) แผนงานร่วมฯ จะยังมีระยะที่ 2 อีกหรือไม่ (2) ถ้ายังดำเนินงานต่อไป อะไรคือประเด็นที่ควรจะไปสนับสนุน ด้วยเหตุผลอะไร (3) แนวทางการบริหารจัดการแผนงานร่วมฯ ควรเป็นอย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเผชิญปัญหาเดิมๆ เช่นที่ผ่านมา หรือต้องเผชิญกับปัญหาใหม่ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อตอบคำถามดังกล่าว แผนงานร่วมฯ ได้ให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยดำเนินการทบทวนและพัฒนาข้อเสนอแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 ภายใต้ข้อตกลงเลขที่ ผรส. 52 – ข - 004 ลงวันที่ 20 สิงหาคม 2552 เพื่อพัฒนาข้อเสนอแผนงานร่วมฯ ระยะที่ 2 ประกอบด้วย

1. กรอบประเด็น โศกภัยการพัฒนา วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และยุทธศาสตร์การพัฒนา ที่แผนงานร่วมฯ ระยะที่ 2 จะให้การสนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนา ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ การสนับสนุน การขับเคลื่อนสังคม และการพัฒนาศักยภาพระบบบริการดังกล่าวในระดับพื้นที่
2. กรอบโครงสร้าง/กลไก และแนวทางการบริหารจัดการแผนงานร่วมฯ ระยะที่ 2 ที่ส่งเสริมให้การบริหารจัดการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

โดยผลลัพธ์ของโครงการนี้ คาดหวังว่าจะได้ข้อเสนอต่อแผนงานร่วมฯ ว่าควรจะดำเนินการต่อหรือไม่ ตลอดจนได้ข้อเสนอต่อโครงสร้าง/กลไก และแนวทางการบริหารจัดการแผนงานร่วมฯ ในระยะ

ต่อไป ซึ่งรวมถึงการจัดทำแผนที่งานวิจัย (research mapping) ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ ประโยชน์และไม่เข้าช้อนกับการพัฒนาที่จะเกิดขึ้นต่อไปขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อาศัยข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก โดยศึกษาข้อมูลจาก

1. เอกสารรายงานที่เกี่ยวข้องกับแผนงานร่วมฯ เช่น รายงานการประเมินของผู้ประเมินภายใน และภายนอก เพื่อทบทวนพันธกิจ ภารกิจ และโครงสร้างของแผนงานร่วมฯ รวมถึงทบทวนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค
2. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับแผนงานร่วมฯทั้งในด้านกำเนิดของแผนงานฯ การดำเนินงานของแผนงานฯ และการกำกับกับการดำเนินงานของแผนงานฯ จำนวน 12 ท่าน โดยสัมภาษณ์ คณะกรรมการประสานความร่วมมือ (3 ท่าน) และคณะกรรมการกำกับทิศทาง (3 ท่าน) ผู้ทรงคุณวุฒิ (4 ท่าน) และผู้จัดการกองงานย่อย (2 ท่าน) เพื่อประกอบการวิเคราะห์ช่องว่างที่เกิดขึ้นทั้งในมิติการบริหารจัดการและมิติด้านองค์ความรู้ โดยประเด็นการสัมภาษณ์ประกอบด้วย

1) เจตนารมณ์และเป้าประสงค์ของแผนงานร่วม

- ท่านเข้าใจเจตนารมณ์และเป้าประสงค์ของโครงการในระยะแรกคืออะไร
- ความเข้าใจต่อคำว่า “งบโครงการนี้ไปหล่อลื่นงบสปสข.” ที่เป็นรูปธรรมคืออะไร และควรต้องทำอย่างไรจึงจะเรียกว่าเป็นการหล่อลื่นที่เหมาะสม
- โครงการระยะที่สอง (หากมี) เจตนารมณ์และเป้าประสงค์โครงการยังควรคงเจตนารมณ์เดิมไว้หรือไม่ เพราะอะไร และหากจะปรับเปลี่ยนควรปรับเปลี่ยนเป็นอะไร
- มีความเห็นอย่างไรต่อเป้าประสงค์โครงการระหว่าง 1) หล่อลื่นในความหมายว่า vs ... 2) การเชื่อมยุทธศาสตร์ระหว่าง สปสข. และ สสส. หรือจะรวม สธ. ด้วย)

2) ประเด็นการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโครงการในระยะสอง

- ทิศทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงานท่านในระยะเวลา 3-5 ปีข้างหน้าเป็นอย่างไร
- การดำเนินงานของโครงการ link ระยะสองควรมุ่งไปสู่ประเด็นงานสร้างเสริมสุขภาพเรื่องและแง่มุมใดบ้าง

3) ยุทธศาสตร์การทำงานของโครงการ link ระยะสอง ควรกำหนดและเน้นหนักในด้านใด

4) บทบาทระหว่าง สสส. สปสช. และ สวรส. ในการบริหารจัดการโครงการในภาพใหญ่ ควรเป็นอย่างไร

3. การจัดประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้บริหารหน่วยงานภาคี (สปสช. สวรส. สสส.) และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อคิดเห็นต่ออนาคต แนวทาง และทิศทางการดำเนินงานของแผนงานร่วมฯ ซึ่งจำเป็นต้องใช้จุดแข็งขององค์กรภาคี/เครือข่ายในการทำงานร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ได้

4. สังเคราะห์เชื่อมโยงผลการศึกษา และจัดทำข้อเสนอฯ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความเห็นเป็นลำดับสุดท้าย โดยผลการศึกษาและข้อเสนอดังกล่าวได้นำเสนอไปแล้ว เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2552

ระยะเวลาในการดำเนินการ

เมษายน – มิถุนายน 2552

กรอบการนำเสนอรายงาน

เพื่อมุ่งตอบคำถามที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานแผนงานร่วมฯ รายงานฉบับนี้จะแบ่งเป็นสองส่วนดังนี้

1. ทบทวนการดำเนินงานของแผนงานร่วมฯ มุ่งตอบคำถามว่า ควรมีแผนงานร่วมฯระยะที่สองหรือไม่โดยพิจารณาจากเจตนารมณ์ของการมีแผนงานร่วมฯเป็นหลัก
2. ข้อเสนอในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของประเทศไทย

ทบทวนการดำเนินงานของแผนงานร่วมฯ

ในส่วนนี้เป็นการทบทวนการดำเนินงานของแผนงานร่วมฯ โดยพิจารณาในประเด็น เจตนารมณ์ของแผนงานร่วมฯ และการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. เจตนารมณ์ พันธกิจ ของแผนงานร่วมฯ

1. การจัดตั้งแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเจตนารมณ์เพื่อต้องการเชื่อมการทำงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีจุดเริ่มต้นมาจากนโยบายของนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น (พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร) ให้นำเงินจาก สสส. ซึ่งเป็นเงินก้อนเล็กมาช่วยขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ในระบบใหญ่ของ สปสช. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพได้อย่างถ้วนหน้า

2. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งแผนงานร่วมฯ มีด้วยกัน 4 ประการคือ

- (1) เชื่อมโยง ประสาน และบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิรูประบบสุขภาพในส่วนของ สปสช. และ สสส. ทั้งในเชิงประเด็น ในหน่วยบริการ ในองค์กร ในชุมชน และทั้งสังคม
- (2) เชื่อมโยงองค์การภาคีและเครือข่ายของ สสส. และ สปสช. ในการขับเคลื่อนสังคมเพื่อหนุนเสริมการพัฒนานโยบาย ระบบ โครงสร้างและกลไกที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- (3) สนับสนุนการสร้าง จัดการ เผยแพร่ความรู้ การพัฒนาวิจัยต้นแบบและนวัตกรรม การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย และข้อเสนอการปรับระบบ/โครงสร้างการจัดการในการทำให้การร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- (4) พัฒนาศักยภาพชุมชน ประชาคม ให้สามารถบริหารจัดการ จัดบริการ สร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

3. ยุทธศาสตร์การทำงาน ประกอบด้วย

- (1) การสร้าง จัดการ เผยแพร่ความรู้ โดยมุ่งให้เกิดการขยายพื้นที่ทางปัญญาในการสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับประเทศ
- (2) การขับเคลื่อนและขยายเครือข่ายทางสังคม โดยมุ่งให้เกิดการขยายพื้นที่ทางสังคม และสร้างการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการ

ขยาย เชื่อมโยงองค์กรภาคีและเครือข่ายสุขภาพ ในการขับเคลื่อนสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

- (3) พัฒนานโยบาย โครงสร้าง ระบบ กลไก โดยมุ่งให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบาย ระบบ โครงสร้าง กลไกสร้างเสริมสุขภาพ บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม
- (4) พัฒนาศักยภาพของชุมชน ท้องถิ่น ในการร่วมขับเคลื่อนสังคมและนโยบาย ผลักดันให้ผู้รับผิดชอบปรับนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการจัดการระบบสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น

4. กรอบทำงานมีทั้งในเชิงประเด็น (เบาหวาน ความดัน) เชิงกลไก (กองทุนตำบล) และเชิงระบบ (ปฐมภูมิ และ EMS)

การบรรลุเจตนารมณ์ “เชื่อมการทำงานของ สปสช. และ สสส.”

จากเจตนารมณ์ของการจัดตั้งแผนงานร่วมฯ ซึ่งต้องการเชื่อมโยงและบูรณาการการทำงานระหว่าง สปสช.และสสส. พบว่าการเชื่อมยุทธศาสตร์กับกลไกในการทำงานระหว่างสองหน่วยงานโดยอาศัยการมีแผนงานขึ้นมาเป็นกลไกเชื่อม ดังกรณีของแผนงานร่วมฯ นั้น **ไม่ประสบความสำเร็จทั้งในด้านการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ การเชื่อมโยงกลไกในภาพรวมและในพื้นที่ หรือแม้แต่การเชื่อมโยงระหว่างแผนงานร่วมกับ สปสช.** ทั้งนี้ในช่วงที่แผนงานร่วมฯตั้งสำนักงานอยู่ที่ สปสช. การเชื่อมโยงเนื้อหาของแผนงานร่วมฯ กับภารกิจของ สปสช. ใกล้ชิดกันมากขึ้น ทั้งในประเด็นวิธีคิด พื้นที่ดำเนินงาน และกระบวนการทำงาน แต่ความใกล้ชิดดังกล่าวเหมือนเป็นการฝังตัวอยู่กับ สปสช. ซึ่งมีไข่เจตนารมณ์ของการมีแผนงานร่วมฯ และตั้งแต่ปลายปี 2550 ที่แผนงานร่วมฯ ย้ายสำนักงานออกมาอยู่ที่ สวรส. การเชื่อมประสานระหว่างแผนงานร่วมฯ กับ สปสช. ก็ห่างไป ไม่ทราบความเคลื่อนไหวในเนื้อหาที่ สปสช.ดำเนินการอยู่เท่าที่ควร

ทั้งนี้การเชื่อมประสานยุทธศาสตร์และกลไกการทำงานระหว่าง สสส. และ สปสช. ควรเป็นการเชื่อมของทุกแผนงานที่มีอยู่ของทั้ง สสส. และ สปสช. ที่เกี่ยวเนื่องกับการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ไม่ควรจำกัดอยู่ที่การเชื่อมของแผนงานใดแผนงานหนึ่งเท่านั้น นอกจากนั้นการมีแผนงานเฉพาะเพื่อเป้าประสงค์ดังกล่าวก็ไม่สามารถบรรลุได้หากปราศจาก “ใจ” ที่ต้องการเชื่อมประสานกัน

ความเข้าใจต่อ “งบ สสส. ไปหล่อลื่นงบก้อนใหญ่ของ สปสช.”

ในด้านหลักการที่ต้องการใช้งบของ สสส. ไปหล่อลื่นงบก้อนใหญ่ของ สปสช. นั้น พบว่า คณะกรรมการทั้งในระดับกรรมการร่วม และกรรมการวิชาการ มีความเข้าใจและมีการตีความของคำว่า “งบหล่อลื่น” อย่างหลากหลาย เช่น เป็น lubricate, catalyze, facilitate, leverage, ผลักดันขับเคลื่อน

“ภาษาอังกฤษคือความหมายของคำว่า Catalytic Money นำไปใช้เพื่อให้เงินก้อนใหญ่ขยับไปได้ดีขึ้น ไม่ควรใช้คำว่า “งบหล่อลื่น” เนื่องจากอาจไปเข้าใจผิดกับคำว่า “งบราชการลับ”

“แผนร่วมมีบทบาทในการ “facilitate” or “motivate” เพื่อให้เกิดการพัฒนาโมเดลที่สามารถนำไป implement, scale up, maintain ขยายผล ต่อไปได้ หากเป็นการทำโครงการเพื่อให้เกิดการทำงาน บริการ ขยายงานในระบบปกติ ควรใช้งบของ สปสช.เป็นดำเนินงาน”

“...วัตถุประสงค์หลักของเงินของแผนงาน LINK คือไปหล่อลื่นงบก้อนใหญ่ของ สปสช. นั้นเห็นด้วย เพียงแต่คำว่า “หล่อลื่น” คืออะไร คำว่าหล่อลื่นของผมคือ missing jigsaw, ขอเปลี่ยนคำว่า “หล่อลื่น” เป็น “missing jigsaw” คือ what should be ของ สปสช.ที่ควรจะต้องทำ ก็คือว่า structure หรือ finance ที่ไม่ support structure จริง นี่แหละอันนี้คือ jigsaw”

“การหล่อลื่น” หมายถึงการไม่ทำเองและ มีอีกคำที่คู่กัน คือ ต่อยอด นั่นคือให้คนอื่นทำ ทั้งนี้เนื่องมาจากหากเริ่มใหม่จะใช้เวลามาก กิจกรรมที่สสส. สนับสนุนจึงอยู่ในระยะเวลา 3 ปี เป็น short term จึงให้หน่วยงานตรง ที่ทำงานอยู่แล้วโดยสสส.ไปเติมเต็ม นอกจากการหล่อลื่น (Lub oil) สสส. มุ่งหวังทำหน้าที่ Catalyst กล่าวคือ ส่งคนที่เชี่ยวชาญเข้าสนับสนุนโครงการด้วย โดยสรุปแล้วการหล่อลื่น เป็นการหลีกเลี่ยงการเป็นหัวเรือใหญ่ สสส. ทำงานออกหน้าไม่ได้เพราะมีหน่วยงานหลัก การทำโครงการโดยปกติ ยิ่งทำยิ่งเป็นเจ้าของ แต่ สสส.ต่างไปคือ ยิ่งทำยิ่งถอยออกมา เพื่อให้ผู้ชำนาญตั้งตัวได้...”

2. การดำเนินงานของแผนงานร่วมฯที่ผ่านมา

การทำงานในเชิงประเด็น หากพิจารณาเฉพาะเรื่องการพัฒนากองทุนตำบล และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพยามฉุกเฉิน (EMS) เห็นได้อย่างชัดเจนว่าแผนงานร่วมฯ สามารถนำบ สสส. ไปสนับสนุนการผลักดันขับเคลื่อนงานของ สปสช. ได้ตามเจตนารมณ์ที่วางไว้ โดย

- (1) การพัฒนากองทุนตำบล มีความชัดเจนในการเข้าไปช่วย (facilitate) พัฒนาศักยภาพกลไกในการทำงานของ สปสช. ให้เป็นไปด้วยดี และช่วยสนับสนุนให้การเคลื่อนนโยบายและการขยายงานกองทุนตำบลที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- (2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพยามฉุกเฉิน (EMS) เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็ง (strengthen) ให้แก่ สำนักงานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ทั้งในด้านยุทธศาสตร์ กลไก และศักยภาพ

ส่วนประเด็นของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (PMC) เป็นความพยายามเชื่อมโยงภาพใหญ่ของระบบ โดยมองว่า สปสช. เป็นส่วนหนึ่งของระบบใหญ่ และประเด็นการพัฒนาการจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (DM/HT) เป็นการเชื่อมโยงในระดับพื้นที่ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับชุมชน โดยใช้ประเด็นเรื่อง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (DM/HT) เป็นเครื่องมือ และเป็นความพยายามให้หน่วยบริการมีการพัฒนาระบบสนับสนุนบริการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (model development) ซึ่งสองประเด็นหลังนี้จะเป็นการมองในมิติที่ใหญ่กว่ากองทุนตำบล และ EMS

สำหรับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้สี่ด้านพบดังนี้

- (1) ยุทธศาสตร์การสร้าง จัดการ เผยแพร่ความรู้ มีการดำเนินการในทุกประเด็น ทั้งการพัฒนากองทุนตำบล การพัฒนาระบบ EMS การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาการจัดการโรคเบาหวาน/ความดัน
- (2) ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนและขยายเครือข่าย มีการดำเนินการจำกัด พบได้บ้างในแผนกองทุนตำบล ในลักษณะของการถ่ายทอดบทเรียนระหว่างกองทุน
- (3) ยุทธศาสตร์การพัฒนานโยบาย โครงสร้าง ระบบ กลไก พบใน 3 ประเด็น คือ EMS บริการปฐมภูมิ และกองทุนตำบล
- (4) ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพชุมชน ประชาคม พบว่ามีการดำเนินการในประเด็นของกองทุนตำบล EMS (หน่วยกู้ชีพ) และการจัดการโรคเบาหวาน (การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน)

3. บทสรุป

ภายใต้เจตนารมณ์ที่ต้องการให้เกิดการเชื่อมการทำงานระหว่างสองหน่วยงาน คือ สสส. และ สปสช. โดยใช้แผนงานร่วมฯ เป็นกลไกเชื่อม ไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ที่วางไว้ได้ รวมทั้งการเชื่อมประสานระหว่างแผนงานร่วมฯ กับ สปสช. เองก็ยังมีช่องว่าง

โครงสร้างการจัดการที่กำหนดให้ สสส. เป็นองค์กรสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ สปสช. สนับสนุนการจ้างผู้จัดการแผนงานเต็มเวลา โดยมี สวรรส. เป็นผู้บริหารจัดการ นั้นซับซ้อนเกินไปและไม่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติ ซึ่งต่อมาได้มีการยกเลิกการจ้างผู้จัดการแผนงานเต็มเวลา และเปลี่ยนไปเป็นผู้จัดการแผนงานที่มาจาก สวรรส. ซึ่งก็ไม่สามารถทำงานเต็มเวลาได้

วิธีการทำงานที่อาศัยนักวิชาการทำ ลักษณะโครงการที่ออกมาจึงเป็นการใช้วิจัยนำ ซึ่งอาจไม่เหมาะกับแผนงานร่วมฯ ซึ่งต้องการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบมากกว่าการวิจัย

กระบวนการทบทวนข้อเสนอโครงการ (Review) ภายใต้หลักเกณฑ์ของ สสส. เป็นรูปแบบการทำงานที่มีข้อจำกัด ใช้เวลานาน ไม่เหมาะสมและไม่เอื้อต่อการทำงาน

การที่แผนงานร่วมฯ ไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ตามเจตนารมณ์ที่วางไว้ **จึงเห็นควรยุติบทบาทของแผนงานร่วมฯ ตามเจตนารมณ์เดิมที่วางไว้** สำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้แผนงานร่วมฯ ที่ดำเนินการอยู่สามารถบูรณาการเข้าไปอยู่ในแผนงานย่อยของ สสส. ได้ โดยไม่จำเป็นต้องมีแผนงานเฉพาะแยกออกมา

ทั้งนี้ มติของที่ประชุมคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 2/2552 เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ได้เห็นชอบให้ปิดโครงการแผนงานร่วมฯ แต่การปิดดังกล่าวมิได้หมายถึงให้ยุติความร่วมมือของ สปสช. และ สสส. แต่เป็นความคิดที่ว่าความร่วมมือของ 2 องค์กรนี้จะต้องเป็น organization wide co-operation มิใช่ความร่วมมือภายใต้แผนงานเล็กๆ นอกจากนั้นบริบทการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก มีหน่วยงานเข้ามามีบทบาทร่วมมากขึ้น เจตนารมณ์เดิมที่ต้องการเชื่อม 2 หน่วยงานระหว่าง สปสช. และ สสส. จึงไม่น่าเหมาะสมต่อไป ควรเป็นการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นที่มีส่วนสำคัญในการกำหนด Social determinant of health

จากมติคณะกรรมการประสานความร่วมมือฯ ดังกล่าว จึงขอสงวนที่จะไม่นำเสนอรายละเอียดของแผนงานร่วมฯ ระยะที่สอง ต่อไป แต่เพื่อเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของประเทศไทยต่อไป ในที่นี้จะเสนอประเด็นช่องว่างสำคัญของงานดังกล่าวเพื่อการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนไทย

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากการลดลงของอัตราเกิด อัตราตาย และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่ยืนยาวขึ้น ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มผู้สูงอายุเอง มีผลให้จำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย ข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา พบว่าในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.4 ของประชากรรวม เพิ่มเป็นร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2545 และร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2550¹ คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 16.8 ในปี 2563 และร้อยละ 20 ในปี 2568² นอกจากนั้นการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ผ่านมามีผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และการศึกษาของประชาชนที่ดีขึ้น สังคมเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรมและบริการ เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมือง ส่งผลต่อวิถีการดำรงชีพ การทำงาน รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนผ่านของระดับวิทยาจากโรคติดต่อเฉียบพลัน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ อุบัติเหตุ ข้อมูลการศึกษาภาระโรคของกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2542³ และ 2547⁴ พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการสูญเสียจำนวนปีที่มีสุขภาพะมากที่สุด ทั้งในเพศหญิงและชาย ส่วนการบาดเจ็บเป็นสาเหตุของการสูญเสียในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน ส่วนการสูญเสียจากการติดเชื้อแบบเฉียบพลันและปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กรวมถึงโภชนาการก็ยังคงมีอยู่ ทั้งนี้ข้อสังเกตว่าการสูญเสียที่เกิดจากสาเหตุดังกล่าวในเพศชายวัยเจริญพันธุ์น่าจะเกิดจากการป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นสำคัญ (แผนภูมิที่ 1) และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนปีที่สูญเสียระหว่างปี 2542 และ 2547 พบว่า สิบอันดับแรกของสาเหตุคิดเป็นจำนวนปีที่สูญเสียถึงร้อยละ 47 ของจำนวนปีที่สูญเสียทั้งหมด และสาเหตุที่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 1) และเมื่อแจกแจงตามปัจจัยที่เป็นสาเหตุ (ตารางที่ 2) การสูญเสียที่เกิดจากปัจจัยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยลดลงอย่างเห็นได้ชัด

¹ สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 กรุงเทพมหานคร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

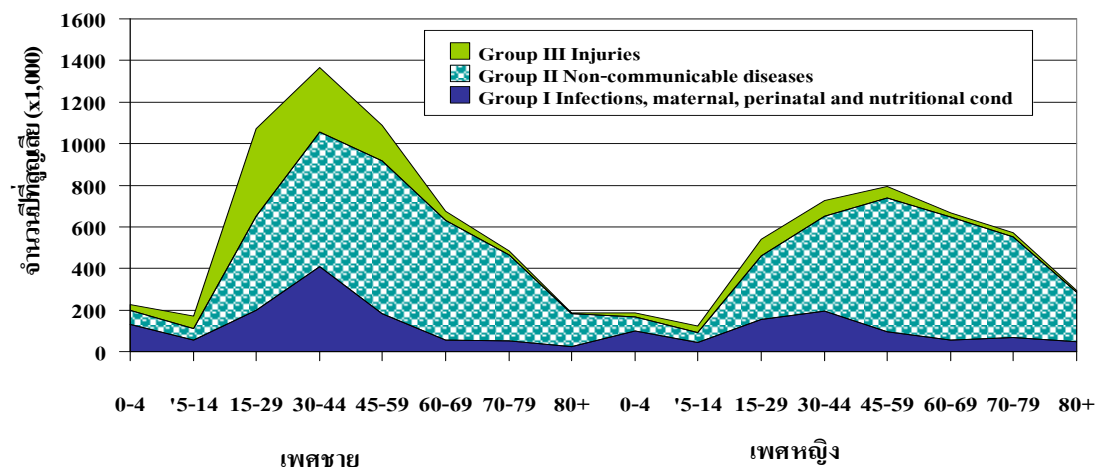
² สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ลัดดา ดำริการเลิศ ยาวภา สันติกุล พินิจดา ธนกรทวีโชติ และพงศ์ธร จันทรศมี (บรรณาธิการ) สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 กรุงเทพฯ, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

³ Bundhamcharoen, K., Teerawatananon, Y., Vos, T., and Begg, S (eds.) (2002) Burden of Disease and Injuries in Thailand: Priority setting for policy. Nonthaburi, Ministry of Public Health.

⁴ สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2550) รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547 นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข

ในขณะที่มีการสูญเสียเพิ่มขึ้นจากปัจจัย การบริโภคแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การไม่สวมหมวกนิรภัย ความดันโลหิตสูง และการบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ

แผนภูมิที่ 1 การกระจายภาระโรคจำแนกตามสาเหตุ เพศ และอายุ ปี 2547



ตารางที่ 1. ภาระโรคและบาดเจ็บคิดเป็นร้อยละของปีที่อยู่เสียทั้งหมด

ลำดับที่		ปี 2542		ปี 2547	
1.	โรคเอดส์	14.0 %	โรคเอดส์	9.4 %	↓
2.	อุบัติเหตุจราจร	6.6 %	อุบัติเหตุจราจร	7.1 %	↑
3.	โรคหลอดเลือดสมอง	5.8 %	โรคหลอดเลือดสมอง	6.5 %	↑
4.	โรคเบาหวาน	4.6 %	โรคเบาหวาน	4.5 %	=
5.	มะเร็งตับ	3.8 %	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	4.1 %	↑
6.	โรคหัวใจขาดเลือด	2.9 %	การติดแอลกอฮอล์	3.6 %	↑
7.	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2.6 %	โรคซึมเศร้า	3.3 %	↑
8.	โรคซึมเศร้า	2.5 %	โรคหัวใจขาดเลือด	3.3 %	↑
9.	ข้อเข่าเสื่อม	2.2 %	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3.1 %	↑
10.	ภาวะโลหิตจาง	2.1 %	โรคจิตเภท	2.2 %	↑
	รวม 10 อันดับแรก	47.1 %	รวม 10 อันดับแรก	47.1 %	

ที่มา: ภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2542 และ 2547

ตารางที่ 2 ร้อยละของปีที่สูญเสียจากภาวะโรคตามปัจจัยเสี่ยง

	เรียงลำดับตามปี 2547	ปี 2542	ปี 2547	
1.	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	13.8 %	9.4 %	↓
2.	แอลกอฮอล์	5.8 %	8.1 %	↑
3.	สูบบุหรี่	5.1 %	5.7 %	↑
4.	ความดันโลหิตสูง	5.0 %	5.5 %	↑
5.	ไม่สวมหมวกนิรภัย	4.2 %	4.5 %	↑
6.	ภาวะอ้วน	3.9 %	3.7 %	↓
7.	โคเลสเตอรอลสูง	2.3 %	2.2 %	=
8.	บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ	1.4 %	1.7 %	↑
9.	กิจกรรมทางกายน้อย	1.2 %	1.3 %	=
10.	การใช้สารผิดกฎหมาย	3.6 %	0.9 %	↓
	รวม 10 อันดับแรก	46.3 %	43 %	

ที่มา: ภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2542 และ 2547

จะเห็นว่า สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน มีความซับซ้อนมากขึ้นกว่าในอดีต ที่มีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อเฉียบพลัน บริการอนามัยแม่และเด็ก และโภชนาการ ซึ่งสามารถจัดการแก้ไขป้องกันได้โดยบุคลากรสาธารณสุขและการสาธารณสุขได้อย่างไม่ยุ่งยากมากนัก แต่สภาพปัญหาปัจจุบัน มีปัจจัยมาจากสภาพการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป และเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมยาวนาน เช่น การบริโภค การออกกำลังกาย ปัญหาสังคมที่นำไปสู่ปัญหาครอบครัว การทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกาย เสพสิ่งเสพติด การค้าประเวณี ฯลฯ ซึ่งในการแก้ไขจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินการ ต้องการนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และต้องมีการดำเนินการอย่างรอบด้านจึงจะประสบความสำเร็จ

2. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เป้าหมายหลักของระบบสุขภาพคือ การยกระดับสุขภาพของประชาชนอย่างถ้วนหน้า ร่วมกับความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ และตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคม⁵ เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการยกระดับสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตามพบว่าการลงทุนด้านสุขภาพในประเทศไทยยังคงมีการลงทุนด้านดังกล่าวในระดับต่ำ เช่นกลุ่มประเทศความร่วมมือทางเศรษฐกิจเพื่อการพัฒนา (OECD) มีการลงทุนด้านนี้เพียงร้อยละ 3 - 3.5 ของรายจ่ายสุขภาพของประเทศ นอกจากนั้นในหลายประเทศยังมีการใช้ทรัพยากรหนักไปทางด้านการ

⁵ WHO (2000) World Health Report 2000: Health System Performance. Geneva, World Health Organization

รักษายาบาลในโรงพยาบาล⁶ สำหรับประเทศไทยนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในปี พ.ศ. 2544 รายงานสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 8 ของรายงานสุขภาพทั้งหมดอย่างไรก็ดีเมื่อเทียบเป็นจำนวนเงินต่อหัวประชากรแล้วยังอยู่ในระดับต่ำ⁷

เมื่อกล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้นทั้งสองมีบทบาทสัมพันธ์กันแต่ต่างกัน ในด้านจุดเน้นและเครื่องมือที่ใช้ กล่าวคือ การป้องกันโรคนั้นเน้นไปที่บริการป้องกันที่ให้แก่ปัจเจกและชุมชน เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค การตรวจคัดกรองโรค และการสาธารณสุข เช่น การควบคุมโรคติดต่อ และปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค ในขณะที่การสร้างเสริมสุขภาพเน้นไปที่การเพิ่มความตระหนักของประชาชนในการรักษาสุขภาพโดยอาศัยยุทธศาสตร์ระดับกลุ่มประชากร มุ่งไปที่ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญส่วนใหญ่เป็นมาตรการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของ **การสร้างเสริมสุขภาพ** ว่า “กระบวนการเพิ่มความสามารถของปัจเจกชนในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น”⁸ เป็นกระบวนการทางสังคมและการเมืองแบบเบ็ดเสร็จที่ไม่เพียงแต่ครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งเพิ่มทักษะและความสามารถของปัจเจกบุคคล แต่ยังรวมถึงกิจกรรมที่มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณชนและปัจเจกชน ทั้งนี้ในการดำเนินงานอาศัยกลยุทธ์สำคัญสามประการ คือ **การขับเคลื่อนพลังสังคม (Advocacy)** ด้านสุขภาพเพื่อสร้างสถานะหรือปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพ **การเพิ่มความสามารถ (Enabling)** ให้คนเรามีศักยภาพสูงสุดในการดูแลสุขภาพ และ**การไกล่เกลี่ย (Mediating)** ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่ต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ ทั้งนี้กฎบัตรออกตราว่าได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. **การสร้างนโยบายสาธารณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ (Build healthy public policy)** กล่าวคือ การกำหนดนโยบายสาธารณะใดๆ ต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพ
2. **การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environments)** ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมในบ้าน สังคม ชุมชน ที่ทำงาน ฯลฯ

⁶ OECD (2005) Health at a Glance- OECD indicators 2005 cited in Bayarsaikhan and Muiser (2007) Financing health promotion. Geneva, World Health Organization

⁷ โสภิตา ขวัญกุล และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2549) การคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย วารสารวิชาการสาธารณสุข 15(2): 201-14

⁸ WHO (1986) Ottawa charter for health promotion. Geneva, World Health Organization อ้างใน นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2544 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

3. การเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงานโดยชุมชนเพื่อสุขภาพ (Strengthen community actions) โดยชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตน
4. การพัฒนาทักษะปัจเจกชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง (Develop personal skills) โดยให้มีข้อมูลและความรู้ในการตัดสินใจ มีทักษะในการดำรงชีวิตเพื่อให้มีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนและสภาพแวดล้อม
5. การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient health services) ให้สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันของบุคคลในการลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง หรือลดความรุนแรง/พิการของโรคนั้นๆ สามารถจัดแบ่งได้เป็นสามระดับ คือ (1) การป้องกันปฐมภูมิ คือการป้องกันก่อนการเจ็บป่วย เป็นการให้ภูมิคุ้มกันทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจเป็นมาตรการป้องกันทั่วไปตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ หรือมาตรการเฉพาะที่ให้แก่บุคคล เช่น การให้วัคซีน (2) การป้องกันทุติยภูมิ เป็นการลดการขยายวงของโรคหรือการเจ็บป่วย กิจกรรมในการดำเนินการหลักคือการตรวจคัดกรองโรคเพื่อให้พบในระยะแรกเพื่อให้สามารถรักษาได้ทัน (3) การป้องกันตติยภูมิ มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันจำกัดความพิการ และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย/โรคที่เป็นอยู่ ครอบคลุมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรค

การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นสามารถดำเนินการได้ในรูปแบบต่างๆ กัน เช่น (1) การจัดบริการแก่ปัจเจกบุคคลโดยเฉพาะ เช่น การมีคลินิกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกงดบุหรี่ ฯลฯ (2) การจัดบริการแก่ปัจเจกบุคคลผสมผสานระหว่างการให้บริการดูแลสุขภาพหรือรักษาพยาบาล เช่น การสอนสุขศึกษา การสอนทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การตรวจประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ (3) การจัดบริการแบบเฉพาะกิจ เช่น การจัดบริการเชิงรุกลงไปในชุมชน หรือจัดบริการในสถานพยาบาล ในลักษณะของการรณรงค์ที่มีเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดชัดเจน (4) การดำเนินงานร่วมกับชุมชนหรือส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการซึ่งอาจมีทั้งบริการที่จัดแก่บุคคลในฐานะปัจเจกชนหรือสาธารณชน การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน หรือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น งานอนามัยโรงเรียน การควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนหนึ่งที่ถือเป็นงานสาธารณสุข (public health) เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค งานอนามัยสิ่งแวดล้อม

3. บริบทการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา

ในอดีตบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข โดยมี กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงาน คู่เลขาธิบดีชอบ รัฐบาลจัดสรรงบประมาณผ่านโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขลงไปยังกลไกในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสถานีอนามัย (สอ.) โดยมี สสจ. ทำหน้าที่ในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับพื้นที่ทั้งหมด การขับเคลื่อนระบบงานสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมของประเทศจึงค่อนข้างมี เอกภาพและประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี เมื่อมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เกิดขึ้นก็มีได้ เกิดผลกระทบกับโครงสร้างการทำงานมากนัก เนื่องจากการทำงานของ อปท. ที่ผ่านมามีลักษณะเป็น การสนับสนุนการดำเนินงานในเรื่อง Public Health Program ท้องถิ่นบางแห่งยังสนับสนุนงบประมาณ แก่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ระบบกลไกหลักในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ในพื้นที่จึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก

การปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงที่ผ่านมาส่งผลให้บริบทของงานสร้างเสริมสุขภาพฯ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งในด้านการจัดการ การจัดสรรงบประมาณ การจัดการเชิงอำนาจ และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปี พ.ศ. 2544 การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล รวมไปถึงการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 ดังจะได้กล่าวต่อไป

3.1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อดำเนินการตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 งบประมาณในการสนับสนุนบริการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคลซึ่งเดิมเคยอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข ถูกย้ายไปอยู่ที่ สปสช.ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ ด้านบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับประชาชนทุกคนตามกลุ่มอายุและประเภทบริการ เช่น กลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มเด็ก 0-2 ปี กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (3-5 ปี) กลุ่มเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) กลุ่มเด็ก วัยรุ่น (13-18 ปี) กลุ่มวัยผู้ใหญ่ (19-24, 25 – 34, 35 – 59 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และบริการใน ชุมชน (เยี่ยมบ้าน อนามัยโรงเรียน อนามัยชุมชน) มีการคำนวณงบประมาณต่อหัวสำหรับการสร้างเสริม สุขภาพป้องกันโรคระดับบุคคล มีการจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการคู่สัญญาตามรายหัว ประชากรแทนการจัดสรรให้ตามแผนงานโครงการที่มีการกำหนดรายการไว้อย่างชัดเจนของกรมวิชาการ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในปีงบประมาณ 2552 สปสช.ได้มีการจัดแบ่งงบประมาณ สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ออกเป็น 4 ส่วนได้แก่

- (1) ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ที่บริหารระดับประเทศ (national priority program and central procurement) แบ่งเป็น 2 ส่วนเพื่อ (1) จัดซื้อจัดจ้างรวมในระดับประเทศ (วัคซีนป้องกันโรค⁹ การจัดทำและพิมพ์คู่มือต่างๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ¹⁰ การจัดซื้อนมผงสำหรับเด็กที่มีภาวะ PKU)¹¹ (2) จัดทำแผนงานหรือโครงการที่ดำเนินการในระดับประเทศ ซึ่งเกิดจากการร่วมคิดร่วมทำจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข สปสช. หน่วยงาน หรือองค์กรวิชาการ และหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (เป็นโครงการระยะสั้นก่อนเปลี่ยนผ่านไปสู่บริการแบบปกติ ได้แก่ โครงการสุขภาพดีวิถีไทย และโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อการพัฒนาคุณภาพแม่และเด็ก 0-5 ปี)
- (2) ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ สำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (PP Express demand services) เป็นการจัดสรรตรงให้แก่หน่วยบริการประจำ ในลักษณะเหมาะสมตามจำนวนประชากรโดยปรับตามโครงสร้างอายุที่ระดับจังหวัด
- (3) ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ในชุมชน (PP Community-based services) แบ่งการจัดสรรออกเป็น 2 ส่วนคือ (1) จัดสรรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) ที่ร่วมจัดตั้งกองทุนตำบล (2) จัดสรรให้จังหวัดในพื้นที่ที่ไม่มีกองทุนตำบล เพื่อจัดสรรต่อไปยังหน่วยบริการ CUP/ PCU สำหรับการบริการเชิงรุกเพื่อให้บุคคลและครอบครัวในชุมชนได้เข้าถึงบริการ และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ปัญหาสาธารณสุข เช่น งานอนามัยชุมชน การดูแลสุขภาพที่บ้าน งานอนามัยโรงเรียน ฯลฯ
- (4) ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพฯ สำหรับเขตพื้นที่ (PP Area-based services) โดยจัดสรรในระดับจังหวัด 70% เพื่อดำเนินการตามนโยบายระดับชาติ และจัดสรรในระดับเขตพื้นที่ 30% เพื่อใช้ในกิจกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพในภาพรวมระดับเขต การติดตามประเมินผล และการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม

การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกำเนิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน และส่งผลให้ทิศทางของงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ยังผลให้อำนาจเชิงจัดการในอดีตมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย กล่าวคือ

⁹ สปสช. กระจายวัคซีนให้แก่หน่วยบริการทั่วประเทศตามการให้บริการจริง และเพิ่มวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง 7 โรคคือ หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด

¹⁰⁻⁷ สปสช. สนับสนุนให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยเป็นผู้ดำเนินการและกระจายให้หน่วยบริการทั่วประเทศ

- (1) เส้นทางการไหลของงบประมาณที่จัดสรรลงไปในพื้นที่ต่างๆ ย้ายจากกระทรวงสาธารณสุขมาเป็น สปสช. จัดสรรตรงไปยังเครือข่ายบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเป็นหลัก มีผลให้อำนาจในเชิงงบประมาณของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขซึ่งใช้ระบบการสั่งการและควบคุม (command and control) ด้อยลง ขณะเดียวกันก็มีการไหลของบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขทั้งจากส่วนกลางและภูมิภาคไปยัง สปสช. ประกอบกับการปฏิรูปโครงสร้างของกระทรวงที่เกิดขึ้นในระยะไล่เลี่ยกัน ทำให้กองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาคถูกยุบไป ส่งผลให้ขาดกลไกในการเชื่อมและสนับสนุนส่วนภูมิภาค การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อศักยภาพในการบริหารระบบโดยรวมของหน่วยงานส่วนกลางในกระทรวงถดถอยลง
- (2) หน่วยงานในส่วนภูมิภาค ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอก็ได้รับผลกระทบจากงบประมาณที่ไหลตรงไปยังหน่วยบริการ ประกอบกับงบประมาณในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบถดถอยลง ทำให้อำนาจในเชิงงบประมาณและการสั่งการถดถอยลง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับผลกระทบมากที่สุด เนื่องจากขาดแคลนงบประมาณในการบริหารจัดการ หลายๆ แห่งต้องอาศัยงบประมาณของโรงพยาบาล หรือบางแห่งต้องขอใช้เงินบำรุงของสถานีนามัย ดังนั้นโครงสร้างกลไกในเชิงกำกับหรือการบังคับบัญชาในระดับล่างจึงค่อนข้างอ่อนแอ
- (3) การบริหารระบบบริการในระดับอำเภอเป็นจุดที่มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญ การจัดเงินให้แก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยให้โรงพยาบาลเป็นผู้รับเงินและต้องสนับสนุนการทำงานของสถานีนามัยในเครือข่าย พบว่าหลายแห่งดำเนินการได้ดีในเชิงการสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณ กำลังคน และวิชาการ ในภาพรวมพบว่างบประมาณในการจัดบริการโดยรวมของสถานีนามัยเพิ่มขึ้นจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย อย่างไรก็ตามก็มีความราบรื่นของการสนับสนุนขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอเป็นสำคัญ หากความสัมพันธ์ระหว่างกันไม่ดีมักก่อให้เกิดความขัดแย้งเนื่องจากสายบังคับบัญชาของสถานีนามัยยังอยู่ที่สาธารณสุขอำเภอ นอกจากนั้นยังพบว่าขาดความสมดุลเชิงอำนาจในการบริหารจัดการเครือข่าย ส่วนใหญ่อำนาจการโรงพยาบาลมีบทบาทนำในคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลายแห่งต้องพึ่งพางบประมาณของโรงพยาบาลดังกล่าวข้างต้น¹²

¹² ข้อมูลเบื้องต้นโครงการประเมินการบริการจัดการการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ สนับสนุนแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคกับระบบประกันสุขภาพ

- (4) การเกิดงบประมาณเพื่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ หรือ PP Area Based ทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ สปสช.เขต ได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานและบริหารงบประมาณดังกล่าว และคาดหวังว่า สสจ. จะมีบทบาทหลักในการติดตามประเมินผลและเป็นเจ้าภาพการดำเนินงานในพื้นที่อย่างจริงจัง การมีงบประมาณไหลไปยัง สสจ. เพื่อให้ในการพัฒนาระบบงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของจังหวัด/อำเภอ และดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ของจังหวัด จึงดูเหมือนจะช่วยแก้ปัญหาให้ สสจ. มีบทบาทในการทำงานมากขึ้น แต่ยังไม่ชัดเจนนักว่าบทบาทในการเป็นเจ้าภาพดีขึ้นมากน้อยเพียงใด
- (5) นวัตกรรมอีกประการที่เกิดขึ้น คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยสปสช.จัดสรรเงินในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน 37.5 บาท และอปท. ต้องสมทบตามขนาดของอปท. และบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการ โดยคาดหวังว่าท้องถิ่นและชุมชนจะตระหนักและเข้ามามีบทบาทในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการติดตามประเมินที่ผ่านมาก็พบว่า ทำให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมทำงานในด้านสุขภาพมากขึ้น ท้องถิ่นหลายแห่งสนับสนุนงบประมาณแก่กองทุนมากกว่าที่ สปสช. กำหนด และบางแห่งมีประชาชนร่วมสมทบ ทั้งนี้โน้ตชนด้านสุขภาพของท้องถิ่นและชุมชนนั้นกว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนั้นจึงพบได้ทั่วไปว่ากิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่กองทุนดำเนินการกว้างกว่าบริการสาธารณสุข เช่น การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว การนำเยาวชนเข้าวัดปฏิบัติธรรม ฯลฯ ในขณะที่ก็อาจพบว่าบางแห่งเน้นไปที่การแจกสิ่งของ เช่น แว่นตา สำหรับในด้านกระบวนการนั้นพบว่า บทบาทนำในการดำเนินการมักเป็น อปท. หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก และจะดำเนินการไปได้ดีหากความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอปท. ไปได้ด้วยดี แทบจะไม่มีกองทุนใดเลยที่องค์กรชุมชนเข้ามามีบทบาทนำในการดำเนินงาน จุดอ่อนที่สำคัญในการดำเนินการคือ ขาดกลไกการสนับสนุน ติดตามนิเทศ การดำเนินงานของกองทุนในพื้นที่ ทาง สสจ. และ สสอ. แทบจะไม่มีบทบาทในเรื่องดังกล่าว เนื่องจากในระยะแรก สปสช. เข้าไปมีบทบาทโดยตรง แต่เมื่อมีการขยายจำนวนกองทุนตำบล บทบาทดังกล่าวได้ถูกกำหนดให้ สปสช.เขต ซึ่งก็ยังคงมีศักยภาพจำกัดในการไปสนับสนุนกองทุนทุกแห่ง ดังนั้นในระยะยาวจำเป็นต้องให้กลไกที่มีอยู่ในพื้นที่ คือ สสจ. และ สสอ. เข้ามามีบทบาทในเรื่องดังกล่าว
- (6) ปัญหาข้อขัดข้องต่างๆที่เกิดขึ้นในระบบปัจจุบัน ส่วนหนึ่งเกิดจากข้อจำกัดในศักยภาพการบริหารจัดการในระยะเปลี่ยนผ่านและการทำงานในบริบทใหม่ ของหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมไปถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ต้อง
ปรับบทบาทการทำงานไปทำหน้าที่ในการสนับสนุนท้องถิ่นและชุมชนเข้ามาจัดการกับ
ปัญหาสุขภาพของชุมชน

3.2 บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข

ในระยะเปลี่ยนผ่าน 3 ปีแรกของการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี 2545-2548) งบประมาณรายหัวจัดสรรโดยผ่านการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะจัดสรรต่อให้แก่จังหวัดต่างๆ อย่างไรก็ดีผลจากการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ทำให้กองโรงพยาบาล ภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานของส่วนภูมิภาคถูกยุบไป เมื่อมีการจัดตั้งกรมสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุข (บุคลากรในสองกองดังกล่าวถูกย้ายไปอยู่ที่กรมสนับสนุนฯ) ต่อมาในปีพ.ศ.2549 สปสช.ได้เข้ามาบริหารจัดการงบประมาณทั้งหมดจึงถือเป็นการโยกอำนาจงบประมาณไปอยู่กับ สปสช. อย่างไรก็ดีกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีบทบาทในการปรับเกลียงงบประมาณในส่วนที่จะจัดสรรให้กับหน่วยบริการของกระทรวงฯ

สำหรับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น สปสช. ยังคงต้องอาศัยกรมวิชาการในการสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ (ชุดสิทธิประโยชน์ฯ ที่ใช้ยังเป็นกิจกรรมที่อิงจากกรมวิชาการเกือบทั้งหมด) และการบริหารจัดการโครงการแนวดิ่ง (vertical program) เช่น โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การจัดหาวัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในเด็ก (EPI) การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็ก ฯลฯ นอกจากนั้นโครงการที่จะดำเนินการในระดับประเทศ ก็เกิดจากการร่วมคิดร่วมทำระหว่างกรมวิชาการ สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปี 2551 มีการปรับปรุงการบริหารงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยกำหนดให้มีงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ (area based) และลดจำนวนโครงการที่จะบริหารในระดับประเทศลง โดยคาดหวังว่าจะทำให้การบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเพื่อให้หน่วยบริการสามารถวางแผนตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้อย่างจริงจัง ส่วนกลางก็ต้องปรับบทบาทมาเป็นผู้กำหนดนโยบายและติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยมีสำนักยุทธศาสตร์และนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการจัดเวทีให้กรมกองวิชาการมาร่วมกำหนดแนวทางของนโยบายและตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินผล ส่วนเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขก็มีบทบาทชัดเจนมากขึ้นในการติดตามประเมินผลงบประมาณที่ได้รับ

3.3 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สสส. เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสาธารณสุขไทย ที่ทำหน้าที่สนับสนุนหน่วยงานทุกภาคส่วน ให้ขับเคลื่อน/ พัฒนาขบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการเชื่อมประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็น “ระบบสุขภาพ” ตลอดจนจัดโอกาสให้เกิดการ “บูรณาการ” และช่วยสนับสนุนงบประมาณบางส่วนที่จำเป็น เพื่อให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคส่วนในระบบสุขภาพก้าวหน้าไปได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะในด้านการลงทุนพัฒนาทางวิชาการที่เป็นพื้นฐานสำคัญของแต่ละเรื่อง โดยในปีงบประมาณ 2551 สสส.ได้กระจายงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพสู่ประเด็นต่างๆ มีจำนวนถึง 1,260 โครงการ โดยสนับสนุนให้แก่มูลนิธิ รวมถึงศาสนสถานมากที่สุดจำนวน 994 ล้านบาท สนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐ ซึ่งรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน/ประชาชน จำนวน 566 ล้านบาท สถานศึกษา 547 ล้านบาท หน่วยงานเอกชน 356 ล้านบาท คณะบุคคล 237 ล้านบาท องค์กรวิชาชีพ 171 ล้านบาท สมาคม 163 ล้านบาท และบุคคล 156 ล้านบาท¹³

ทั้งนี้ ภายใต้โครงสร้างของ สสส. ได้จัดให้มีแผนการดำเนินงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 13 แผน ประกอบด้วย (1) แผนควบคุมการบริโภคยาสูบ (2) แผนควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (3) แผนสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและอุบัติภัย (4) แผนส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ (5) แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (6) แผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ (7) แผนสุขภาพะชุมชน (8) แผนสุขภาพะ เด็ก เยาวชน และครอบครัว (9) แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร (10) แผนสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม (11) แผนสนับสนุนโครงการทั่วไปและนวัตกรรม (12) แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพระบบบริการสุขภาพ (13) แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของ สสส. ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน เป็นไปในมิติที่กว้างกว่าระบบสาธารณสุข เป็นเรื่อง “สุขภาพะ” และเน้นปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social determinants of health) เน้นการทำงานร่วมกับพหุภาคีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ การไปสนับสนุนหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในเรื่องนั้นๆ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่นมากขึ้น ดังนั้นกำเนิดของ สสส. จึงมิได้มีผลกระทบต่อโครงสร้างเชิงอำนาจการทำงานสาธารณสุขในพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุขมากนัก หากแต่การเกิดขึ้นของ สสส.ยังกลายเป็นกลไกการทำงานอีกกลไกหนึ่งที่เข้ามาช่วยหนุนเสริมกระทรวงสาธารณสุข

¹³ รายงานประจำปี 2551 กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

3.4 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

การบังคับใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535¹⁴ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ถือเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาชุมชนอย่างรอบด้านทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ตลอดจนการจัดบริการสาธารณะต่างๆ เพื่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมในด้านสุขภาพของประชาชน จากการทบทวนข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ พบว่า อบต. มีแนวโน้มในการสนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับแม้ว่ายังอยู่ในระดับต่ำก็ตาม¹⁵

การเข้ามามีบทบาทในเรื่องนี้ของ อบต. มีมากขึ้นเมื่อ สปสช. มีนโยบายสนับสนุนให้ท้องถิ่นดำเนินการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลขึ้นในปีงบประมาณ 2549 โดยมีเป้าประสงค์หลักเพื่อให้ท้องถิ่นและชุมชนตระหนัก และมีบทบาทร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชนมากขึ้น โดย สปสช. โอนงบประมาณส่งเสริมสุขภาพชุมชนให้ท้องถิ่นที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยท้องถิ่นต้องร่วมจ่ายสมทบในอัตราร้อยละ 10 สำหรับ อบต. ขนาดเล็ก ร้อยละ 20 สำหรับ อบต. ขนาดกลาง และร้อยละ 50 สำหรับ อบต. ขนาดใหญ่ และให้มีการบริหารจัดการในรูปของคณะกรรมการบริหารซึ่งมีตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ คือ ท้องถิ่น สาธารณสุข และชุมชน ซึ่งในปีแรกๆ ที่ดำเนินการ 2549-2550 มี อบต. และเทศบาล เข้าร่วมในโครงการจำนวน 800 แห่ง และเพิ่มขึ้นเป็น 2,696 แห่งในปีงบประมาณ 2551 และ 3,940 แห่งในปีงบประมาณ 2552 หรือร้อยละ 51% ขององค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลทั่วประเทศ

ในการสนับสนุนการทำงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ผ่านมา สปสช. และแผนงานร่วมๆ ได้สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของกองทุนฯ โดยการอบรมคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ร่วมกับการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุน ร่วมกับการจัดการความรู้เพื่อเสริมพลังอำนาจแก่คณะกรรมการฯ ทั้งนี้ศักยภาพหลักในการทำงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรชุมชน ถือเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการพัฒนาและจำเป็นต้องได้รับการเสริมพลัง เนื่องจาก อบต. มีเงินแต่ขาดองค์ความรู้ ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องปรับโมทัศน์การทำงานและศักยภาพจาก

¹⁴ (1) การกำจัดสิ่งปฏิกูล/มูลฝอย (2) การควบคุมสุขลักษณะของอาคารเพื่อมิให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้อยู่อาศัย (3) การป้องกันและระงับเหตุอันอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ (4) การควบคุมการเลี้ยงสัตว์หรือปล่อยสัตว์เพื่อรักษาสุขภาพความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพของประชาชนในท้องถิ่นและเพื่อป้องกันอันตรายจากเชื้อโรคที่เกิดจากสัตว์ (5) การกำกับดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (6) การกำกับดูแลกิจการตลาด สถานที่จำหน่ายสินค้าในที่/ทางสาธารณะให้เป็นไปตามสุขลักษณะอนามัย

¹⁵ สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2550) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 – 2548 นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

การเป็นผู้ดำเนินการเป็นบทบาทคุณอำนวย ขณะเดียวกันองค์กรชุมชนก็จำเป็นต้องได้รับการเสริมพลังให้สามารถทำงานร่วมกับอีกสองภาคส่วนอย่างทัดเทียมกัน นอกจากนั้นกลไกที่สำคัญอีกกลไกหนึ่งคือ กลไกการสนับสนุน นิเทศ ติดตามการทำงานของกองทุนในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะ สสจ. และ สสอ. ก็จำเป็นต้องพัฒนาให้เข้มแข็งขึ้น ปัญหาอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งที่พบคือ มีบางพื้นที่ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดสรรเฉพาะเงินส่งเสริมสุขภาพชุมชนให้ สอ. ลูกข่าย และเมื่อมีกองทุนตำบลก็ให้ สอ. ไปขอเงินจากกองทุนแทน ทำให้ สอ. รู้สึกว่าเป็นเงินของตนและเกิดความขัดแย้งในบางพื้นที่

3.5 นวัตกรรมใหม่: โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล

จากที่รัฐบาลมีนโยบายลงทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน ยกย่องสถานีนอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแผนการพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2552-2555 ขึ้น เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยยกระดับการให้บริการของสถานีนอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ให้มีขอบเขตการดำเนินงานแบบผสมผสานเชิงรุก สามารถให้บริการต่อเนื่องได้ 24 ชั่วโมง และสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยงและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นจุดเน้น มีเป้าหมายดำเนินการ 1000 แห่งในปีงบประมาณ 2552 และขยายให้ครบทุกแห่งภายในปีงบประมาณ 2555 ภายใต้การสนับสนุนร่วมจาก สปสช. สสส. สวรส. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนการจะมีกระบวนการพัฒนาในงานสร้างเสริมสุขภาพฯ อย่างไรในขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอ

3.6 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

จากเจตนารมณ์ที่มุ่งหวังจะนำสังคมไทยไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ จากความคิดที่ว่าด้วย “โรค” ไปสู่ระบบสุขภาพที่ว่าด้วย “สุขภาพะ” โดยมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการวางกรอบ แนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ มีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทั่วถึง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงถือกำเนิดขึ้นและมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2550

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นกลไกใหม่ที่อยู่ในการกำกับของนายกรัฐมนตรี มีหน้าที่ในการหนุนเสริมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมีการบริหารงานอยู่ในรูปของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน และมีภารกิจหลักในด้าน (1) การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพประกอบด้วยสาระสำคัญ 12 เรื่องโดย

ครอบคลุมเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ¹⁶ (2) การให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะ (3) การจัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น (4) การกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ (5) การแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามที่มอบหมาย

ดังนั้น สช. จึงเป็นอีกหนึ่งกลไกใหม่ที่เกิดขึ้นในระบบ ภายใต้ความคาดหวังของการเป็นหน่วยเชื่อมประสานองค์กรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ที่ยึดประเด็นและปัญหาเป็นตัวตั้ง เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนดังเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อย่างไรก็ดีในการเชื่อมประสานการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่มีอยู่ยังไม่ชัดเจนนักว่าจะดำเนินการอย่างไรและจะมีประสิทธิผลเพียงใด

4. ช่องว่างที่รอการพัฒนา

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ช่องว่างในระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ยังรอการพัฒนาอยู่ มีดังนี้

- (1) สภาพปัญหาด้านสุขภาพมีความซับซ้อนและเป็นผลมาจากการสั่งสมของพฤติกรรมปัจเจกชนตามวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการป้องกันแก้ไขจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- (2) ภายใต้บริบทใหม่ของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศมีองค์กรหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง แม้กระทั่งหน่วยงานที่มีในองค์กรด้านสาธารณสุข เช่น กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สามารถจัดสรรเงินดอกผลของกองทุนไม่เกิน 22% ต่อปี ไปเป็นค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพในการทำงานของลูกจ้างในสถานประกอบการได้¹⁷ ซึ่งในทางปฏิบัติสำนักประกันสังคมนำเงินส่วนนี้ไปสนับสนุนกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จัดทำโครงการด้านการส่งเสริมป้องกันให้แก่ลูกจ้างในสถานประกอบการเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน และสนับสนุนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการส่งเสริมป้องกันที่เกี่ยวกับอาชีวเวชศาสตร์ เป็นต้น จะเห็นว่าบริบทการดำเนินงานของการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นไปสอดคล้องกับลักษณะของปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนและต้องการการมีส่วนร่วม

¹⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47 (4) (5)

¹⁷ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 28

ร่วมของทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตามการเชื่อมโยงภาคส่วนต่างๆ ในภาพรวม เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับประเทศเป็นแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญต่อไป รวมถึงการจัดบทบาทภารกิจและความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง

- (3) ศักยภาพขององค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในการทำงานภายใต้บริบทใหม่เป็นจุดอ่อนอีกประการหนึ่ง ซึ่งพบว่ากลไกการพัฒนาและการกำกับทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค ยังไม่สามารถสนับสนุนการทำงานในระดับพื้นที่ได้อย่างเพียงพอ ในส่วนกลางยังขาดนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่เป็นที่ยอมรับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำไปผลักดันให้เกิดผล
- (4) การขาดการเชื่อมโยงและประสานระหว่างหน่วยงาน การทำงานของหน่วยงานส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคยังเป็นไปเพื่อรองรับนโยบายจากส่วนกลางเป็นหลัก มิได้เข้าไปสนับสนุนหน่วยงานที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจให้มีศักยภาพในการทำงานอย่างเหมาะสมแต่อย่างใด ไม่ว่าจะเป็น อปท. หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
- (5) กลไกการเชื่อมประสาน พัฒนา สนับสนุน และกำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ซึ่งไม่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการดำเนินการตามบริบทใหม่ที่เกิดขึ้น
- (6) ศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานในระดับพื้นที่ซึ่งต้องทำงานร่วมกับกองทุนตำบลและท้องถิ่นในลักษณะของการเป็น facilitator ให้มากขึ้น เป็นอีกประเด็นที่ต้องได้รับการส่งเสริมสนับสนุน

โดยสรุปแล้วช่องว่างในระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาหรือเติมเต็มต่อไปในระยะเวลาอันใกล้นี้สรุปได้ตามในแผนภูมิที่ 2 คือ

- การอภิบาลระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ และพื้นที่ การกำหนดภารกิจ บทบาท และจัดการความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง
- การเชื่อมโยงของระบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ และพื้นที่ ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการทำงานที่มีอยู่ในปัจจุบัน การขับเคลื่อนระบบ PP ในระดับชาติ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล

แผนภูมิที่ 2 ช่องว่างในการบริหารระบบการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

5. เป้าประสงค์ในการพัฒนา (Ultimate Goals)

- 5.1. ออกแบบระบบ (redesign) และมียุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในระดับชาติ
- 5.2. เกิดการเชื่อมโยงระบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับจังหวัด และพื้นที่ (Networking)
- 5.3. กลไกในระบบทั้งระดับชาติ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล มีศักยภาพในการดำเนินบทบาทที่ควรจะเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ยุทธศาสตร์การทำงานของแผนงาน

- 6.1.ให้มีคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับชาติ โดยอาจอาศัยกลไกของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และอำนาจของนายกรัฐมนตรีในการแต่งตั้ง และมีผู้แทนจากทุกภาคส่วนเข้าร่วมอยู่ในคณะกรรมการ
- 6.2. มีแผนงานเข้าไปสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการดังกล่าว ในลักษณะที่มเลขาฯ (secretariat support) โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส.

7. ลักษณะโครงการ/แผนงานสนับสนุน

- เน้นการ **พัฒนากลไกและธรรมาภิบาลในระบบ** มากกว่าการพัฒนาเชิงประเด็น
- เป็นโครงการในลักษณะ operational research และ capacity building ของกลไกในระบบเป็นหลัก ไม่เน้นการวิจัยเพื่อหาองค์ความรู้

8. องค์กรที่เกี่ยวข้อง

- กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- กระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง

ภาคผนวก

- รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ
- รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานความร่วมมือฯ ครั้งที่ 2/2552
- รายงานการประชุมศูนย์รียสนทนา “การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศ.นพ. ไพจิตร	ปวะบุตร
นพ.วิชัย	โชควิวัฒน์
ศ.ภิชานไกรฤทธิ	บุญเกียรติ
นพ.สุวิทย์	วิบุลผลประเสริฐ
นพ.ประทีป	ธนกิจเจริญ
นพ.พรเทพ	ศิรินารังสรรค์
นพ.สมศักดิ์	ทูลหรัศม์
นพ.ศุภกิจ	ศิริลักษณ์
นพ.พงษ์พิสุทธิ์	จงอุดมสุข
นพ.สมเกียรติ	โพธิสัตย์
นพ.จักรกริช	ไฉ่วศิริ
คุณอรจิตต์	บำรุงสกุลสวัสดิ์

**รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 2/2552
วันพฤหัสบดี ที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2552 เวลา 09.30 - 11.15 น.
ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี**

กรรมการผู้เข้าประชุม

1.ศ.(พิเศษ) นพ.ไพจิตร	ปวงนุตร	ประธานกรรมการ
2.นพ.ยุทธ	โพธารามิก	กรรมการ
3.นพ.วิชัย	โชควิวัฒน์	กรรมการ
4.นพ.สุวิทย์	วิบูลผลประเสริฐ	กรรมการ
5.ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์)		กรรมการ
6.เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ ผู้แทน)		กรรมการ
7.ผู้แทนกระทรวงแรงงานที่เป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (คุณสุจิตรา บุญชู)		กรรมการ
8.ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข)		กรรมการ
9.ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (คุณเบญจมาภรณ์ จันทระพัฒน์ ผู้แทน)		กรรมการ
10.ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (นพ.ชูชัย ศรชำนิ)		กรรมการและเลขานุการ
11.รองผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (ทพ.กฤษฎดา เรืองอารีรัชต์ ผู้แทน)		กรรมการและเลขานุการร่วม
12.ผู้จัดการแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ทพ.จเร วิชาติไทย)		กรรมการและเลขานุการร่วม

กรรมการผู้ไม่สามารถเข้าประชุมได้เนื่องจากติดภารกิจ

- | | |
|--|------------------|
| 1. ศ.นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม | รองประธานกรรมการ |
| 2. ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการที่เป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ | กรรมการ |

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. นพ. สัมฤทธิ์ ศิริอำรางสวัสดิ์ | ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |
| 2. คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 3. คุณศิริพร ยงพานิชกุล | ทีมประเมินผลภายในแผนงานร่วมฯ |
| 4. ดร. มณฑนา พิชัยศรัทธ | ทีมประเมินผลภายในแผนงานร่วมฯ |
| 5. คุณอุบลทัต จัตุยานนท์ | กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ |
| 6. คุณมุกดา สำนวนกลาง | แผนงานร่วมฯ |
| 7. คุณน้องนุช บ่อคำ | แผนงานร่วมฯ |
| 8. คุณอัญญารัตน์ ทองธรรมชาติ | แผนงานร่วมฯ |
| 9. คุณสินีนาวุ อญุ่จ้อย | แผนงานร่วมฯ |

เปิดประชุมเวลา 09.30 น.

ระเบียบวาระที่ 1: เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ประธานกล่าวขอขอบคุณคณะกรรมการทุกท่านที่มาประชุมและแจ้งว่าการประชุมในวันนี้จะมีวาระที่สำคัญคือวาระที่ 4 เรื่องสืบเนื่อง ประเด็นข้อเสนอโครงการแผนงานร่วมฯ ระยะที่ 2 ซึ่งจะขอหารือคณะกรรมการว่าจะทำงานอย่างไรต่อหรือว่าจะจบอย่างไรให้สวยงามและจะบันทึกเหตุการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างไร

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องรับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2552 วันที่ 5 มกราคม 2552

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับรองรายงานการประชุมโดยไม่มีการแก้ไข

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องเพื่อทราบ

3.1 แผนการใช้งบประมาณของแผนงานร่วมฯและการใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้น

คุณมุกดา สำนวนกลาง ได้นำเสนอแผนการใช้งบประมาณและการใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้นถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2552 ของแผนงานร่วมฯ ยอดงบประมาณยกมา 152.57 ล้านบาท ก่อหนี้ได้ 119.22 ล้านบาท งบคงเหลือ 33.35 ล้านบาทรายละเอียดดังเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 2

มติที่ประชุม รับทราบ

3.2 สรุปการดำเนินงานของแผนงานร่วมฯทั้ง 4 ประเด็นเดิม

คุณนงนุช บ่อคำได้รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของโครงการย่อยทั้ง 4 ประเด็นพัฒนาเดิมของแผนงานร่วมฯ มีทั้งหมด 29 โครงการ (ก.ย.2550-ต.ค. 2551) ซึ่งช่วงนี้เป็นระยะดำเนินงานของโครงการย่อยต่างๆ ซึ่งยังไม่สามารถบอกได้ว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยจะมีเวทีติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาของแต่ละประเด็นประมาณ 2-3 เดือนต่อครั้ง และคาดว่าจะได้ข้อเสนอเชิงนโยบายประมาณเดือนกันยายน 2552 ซึ่งส่วนใหญ่การดำเนินงานของโครงการย่อยเป็นไปตามแผนปฏิบัติการ รายละเอียดความก้าวหน้าของแต่ละโครงการย่อยดังเอกสารประกอบประชุมหมายเลข 3

มติที่ประชุม รับทราบ

3.3 โครงการที่ผ่านการอนุมัติ ในปีงบประมาณ 2552 (พ.ย.2551-มิ.ย.2552)

ผู้จัดการแผนงานร่วมฯได้นำเสนอโครงการที่ผ่านการอนุมัติ ในปีงบประมาณ 2552 ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2551- มิถุนายน 2552 มีทั้งสิ้น 6 โครงการ จำนวนงบประมาณรวม 11,330,275 บาท รายละเอียดดังเอกสารประกอบประชุมหมายเลข 4

มติที่ประชุม รับทราบ

หลังจากนั้นที่ประชุมได้แสดงความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง สรุปได้ดังต่อไปนี้
ประธานได้เสนอให้ทางสปสช.นำผลงานในประเด็นการจัดการเรื่องเบาหวานและความดันโลหิตสูงของแผนงานร่วมฯ ไปใช้ประโยชน์

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ เสนอว่า ตั้งแต่ตุลาคม 2553 ทางสปสช.จะมีกองทุนที่ดูแลในเรื่อง metabolic syndrome โดยเฉพาะ ซึ่งทีมที่ดูแลเรื่องนี้ของสปสช. คือ นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ และพญ.

เขมรสัม ฐนศึกเม้งรายอาจจะยังไม่ทราบทางคณะทำงานประเด็นการจัดการเรื่องเบาหวานและความดันโลหิตสูงของแผนงานร่วมฯและสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนดำเนินงานในเรื่องนี้อยู่ ในการนั้นพ.วีระวัฒน์ ขอรับเรื่องนี้เพื่อไปเชื่อมประสานงานกันกับคณะทำงานของสสส.

นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ เสนอว่า จากการที่ทำงานร่วมกับทีมของนพ.อมร นนทสุต และได้มีการประเมินผลการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาเป็นระยะๆ ซึ่งนพ.อมร นนทสุต ได้มีการปรับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ให้ดียิ่งขึ้น และพบว่ากลไกส่วนตัวเชื่อมหลักคือในระดับอำเภอและระดับจังหวัดที่จะต้องมีการมีทีมที่มาสสนับสนุน ซึ่งในโครงการที่ 6 โครงการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategy Route Map) ในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับจังหวัด ถือว่าเป็นการขยายผลในระยะที่ 2 และสร้างกลไกในการsupportเรื่องการทำงานของทุนสุขภาพตำบลในระดับอำเภอและระดับจังหวัด

คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล เสนอว่า จากการประชุมโครงการสนับสนุนและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ซึ่งเป็นโครงการหนึ่งของแผนงานร่วมฯ เมื่อวันที่ 23-24 มิ.ย. 2552 ที่จังหวัดภูเก็ต เป็นการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการทำงานกองทุนสุขภาพของพื้นที่ที่ผ่านการดำเนินงานมาแล้ว 1 ปี พบว่า ทำให้มีทิศทางการทำงานที่ชัดเจนขึ้น,องค์กรปกครองท้องถิ่นเข้ามาทำงานกองทุนมากขึ้น และหลังจากได้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้เกิดการถ่ายทอดตัวอย่างที่ดีระหว่างกัน

ประธาน เสนอว่า จากการประชุมเมื่อวันที่ 23-24 มิ.ย. 2552 ที่จังหวัดภูเก็ต ของโครงการที่นพ.อมร นนทสุต เป็นหัวหน้าโครงการนั้นจะเห็นได้ว่าโครงการนี้ก็โครงการหนึ่งที่ทำให้เห็นภาพได้ชัดเจนว่าเกิดผลได้ตามเจตนารมณ์ของแผนงานร่วมฯ

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องสืบเนื่อง

4.1 ข้อเสนอโครงการแผนงานร่วมฯระยะที่ 2

ตามมติการประชุมของคณะกรรมการประสานความร่วมมือฯ เมื่อวันที่ 3 ต.ค.2551 ครั้งที่ 4 /2551 ที่ประชุมมีมติ มอบให้ทางฝ่ายเลขาฯหากกลุ่มคนที่มีความสามารถมาทำข้อตกลงเพื่อมาทำ concept paper เพื่อพัฒนาข้อเสนอโครงการแผนงานร่วมฯระยะที่ 2 และนำเสนอคณะกรรมการฯและทางคณะกรรมการฯจะนำมาพิจารณาและเสนอต่อสสส.ในลำดับต่อไป ดังนั้นทางแผนงานร่วมฯจึงได้ประสานกับ นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และทีมงาน สำนักงานเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) มาร่วมทำ Concept paper พัฒนาข้อเสนอโครงการแผนงานร่วมฯระยะที่ 2

สรุปการนำเสนอของนพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ได้เสนอว่าหากยึดตามเจตนารมณ์ของแผนงานร่วมฯในการเชื่อม 2 องค์กรคือสสส.และสสส.โดยให้นำเงินจาก สสส.ซึ่งเป็นเงินก้อนเล็กมาช่วยขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ในระบบใหญ่ของ สสส. โดยให้การทำงานในลักษณะที่มีแผนงาน

รองรับนั้นดูเหมือนว่าไม่ประสบผลสำเร็จไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์เดิมของแผนงานร่วมฯ และด้วยโครงสร้างการจัดการที่มีข้อจำกัดมากมาย จึงได้เสนอให้ปิดโครงการในระยะที่ 1 เหตุที่มีการเสนอปิดแผนงานร่วมฯ นั้นเพื่อให้ไม่ไปยึดติดกับเจตนารมณ์ตามหลักการเดิมที่วางไว้และด้วยบริบทที่เปลี่ยนไปในระบบสุขภาพและมีหน่วยงานที่เข้ามามีบทบาทในเรื่องระบบสุขภาพมากขึ้นดังนั้นการเชื่อมแค่สององค์กรนี้อาจจะไม่เพียงพอ หลังจากนั้นได้มีการนำเสนอโครงการใหม่ที่เป็นช่องว่างของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชาติที่จะสามารถนำมาพัฒนาได้ เช่น ธรรมชาติในการบริหารจัดการระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ และพื้นที่ ,การเชื่อมโยงของระบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศและพื้นที่ และศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการทำงานที่มีอยู่ในปัจจุบัน การขับเคลื่อนระบบ PP ในระดับชาติ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล ประเด็นต่างๆ เหล่านี้จะต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน รายละเอียดของการนำเสนอมีดังต่อไปนี้

ความเป็นมา

1. เจตนารมณ์ของการจัดตั้งแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อต้องการเชื่อมการทำงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีจุดเริ่มต้นมาจากนโยบายของนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น (พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร) ให้นำเงินจาก สสส. ซึ่งเป็นเงินก้อนเล็กมาช่วยขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ในระบบใหญ่ของ สปสช. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพได้อย่างถ้วนหน้า

2. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งแผนงานร่วมฯ มีด้วยกัน 4 ประการคือ

- (1) เชื่อมโยง ประสาน และบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิรูประบบสุขภาพในส่วนของ สปสช. และ สสส. ทั้งในเชิงประเด็น ในหน่วยบริการ ในองค์กร ในชุมชน และทั้งสังคม
- (2) เชื่อมโยงองค์การภาคีและเครือข่ายของ สสส. และ สปสช. ในการขับเคลื่อนสังคม เพื่อหนุนเสริมการพัฒนานโยบาย ระบบ โครงสร้างและกลไกที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- (3) สนับสนุนการสร้าง จัดการ เผยแพร่ความรู้ การพัฒนาวิจัยต้นแบบและนวัตกรรม การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย และข้อเสนอการปรับระบบ/โครงสร้างการจัดการในการทำให้การร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- (4) พัฒนาศักยภาพชุมชน ประชาคม ให้สามารถบริหารจัดการ จัดบริการ สร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

3. ยุทธศาสตร์การทำงาน ประกอบด้วย
 - (1) การสร้าง จัดการ เผยแพร่ความรู้
 - (2) การขับเคลื่อนและขยายเครือข่าย
 - (3) พัฒนานโยบาย โครงสร้าง ระบบ กลไก
 - (4) พัฒนาศักยภาพชุมชน ประชาคม
4. กรอบทำงานมีทั้งในเชิงประเด็น เชิงกลไก และเชิงระบบ

การบรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งแผนงานร่วม

1. จากเจตนารมณ์ของการจัดตั้งแผนงานร่วมฯ ซึ่งต้องการเชื่อมโยงและบูรณาการการทำงานระหว่าง สปสช.และสสส. พบว่าการเชื่อมยุทธศาสตร์กับกลไกในการทำงานระหว่างสองหน่วยงานโดยอาศัยแผนงานร่วมฯ เป็นกลไกเชื่อมที่สำคัญ ดูเหมือนจะไม่ประสบความสำเร็จทั้งในด้านการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ การเชื่อมโยงกลไกในภาพรวมและในพื้นที่ หรือแม้แต่การเชื่อมโยงระหว่างแผนงานร่วมกับ สปสช. ทั้งนี้ในช่วงที่ตั้งสำนักงานอยู่ที่ สปสช. ถึงแม้จะทำให้ทิศทางการทำงานและสถานภาพของแผนงานร่วมฯ มีความชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะการเชื่อมโยงเนื้อหาของแผนงานร่วมฯ เข้ากับภารกิจของ สปสช.ทั้งในประเด็นวิธีคิด พื้นที่ดำเนินงานและกระบวนการทำงานก็ตาม แต่ความใกล้ชิดดังกล่าวก็อาจจะมากเกินไปจนเหมือนเป็นการฝังตัวอยู่กับ สปสช. ในขณะที่วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งแผนงานร่วมฯ ในเริ่มแรก คณะกรรมการประสานความร่วมมือแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีความเห็นไปในแนวทางเดียวกันว่าแผนงานร่วมฯ ต้องมีความเป็นกลางซึ่งไม่ควรอยู่ที่ สสส. หรือที่ สปสช.แห่งใดแห่งหนึ่ง แต่หลังจากที่แผนงานร่วมฯ ได้ย้ายสำนักงานออกมาอยู่ที่ สวรส. นับตั้งแต่ปลายปี 2550 เป็นต้นมา ก็ทำให้ขาดการเชื่อมประสานกับ สปสช.ไม่ทราบความเคลื่อนไหวในเนื้อหาที่ สปสช.ลงไปทำเท่าที่ควร

2. ในด้านหลักการที่ต้องการใช้ของ สสส. ไปหล่อลื่นบกพร่องใหญ่ของ สปสช. นั้น พบว่าในคณะกรรมการทั้งในระดับกรรมการร่วมและกรรมการวิชาการมีความเข้าใจและมีการตีความของคำว่า “งบทหล่อลื่น” อย่างหลากหลาย เช่น เป็น lubricate, catalyze, facilitate, leverage, ผลักดันขับเคลื่อน

3. การทำงานในเชิงประเด็น หากพิจารณาเฉพาะเรื่องการพัฒนากองทุนตำบล และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพยามฉุกเฉิน (EMS) จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าแผนงานร่วมฯ สามารถนำงบ สสส. ไปสนับสนุนการผลักดันขับเคลื่อนงานของ สปสช. ได้ตามเจตนารมณ์ที่วางไว้ โดย

- (1) การพัฒนากองทุนตำบล มีความชัดเจนในการเข้าไปช่วย (Facilitate) พัฒนาศักยภาพกลไกในการทำงานของ สปสช. ให้เป็นไปด้วยดี และช่วยสนับสนุนให้การ

เคลื่อนนโยบายและการขยายงานกองทุนตำบลที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- (2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพยามฉุกเฉิน (EMS) เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็ง (strengthen) ให้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ทั้งในด้านยุทธศาสตร์ กลไก และศักยภาพ

ส่วนประเด็นของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (PMC) เป็นเรื่องของความพยายามที่ต้องการเชื่อมภาพใหญ่ของระบบ โดยมองว่า สปสช. เป็นส่วนหนึ่งของระบบใหญ่ และประเด็นการพัฒนาการจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (DM/HT) จะเป็นความเชื่อมโยงในระดับพื้นที่ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับชุมชน โดยใช้ DM/HT เป็นเครื่องมือ และเป็นความพยายามที่จะให้หน่วยบริการมีการพัฒนาระบบสนับสนุนบริการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (model development) ซึ่งสองประเด็นหลังนี้จะเป็นการมองในมิติที่ใหญ่กว่ากองทุนตำบล และ EMS

4. ด้านการบรรลุวัตถุประสงค์ พบว่าการเชื่อมโยงบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพระหว่าง สปสช. และ สสส. รวมทั้งการเชื่อมโยงองค์กรภาคีเครือข่ายของ สปสช. และ สสส. ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้เมื่อใช้แผนงานหรือโครงการเป็นตัวเชื่อม แต่ต้องอาศัยการมี “ใจ” ที่จะเป็นจุดเชื่อม แต่อย่างไรก็ตาม ภาพของการเชื่อมโยงระหว่างแผนงานร่วมฯ กับ สปสช. ก็ยังมีอยู่ระดับหนึ่ง และสิ่งที่แผนงานร่วมฯ ได้ดำเนินการแล้วไปค่อนข้างมากคือการสนับสนุน การสร้าง เผยแพร่ การจัดการความรู้ และการพัฒนาศักยภาพชุมชน ประชาคม

5. การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

- (1) ยุทธศาสตร์การสร้าง จัดการ เผยแพร่ความรู้ พบว่ามีการดำเนินการในทุกประเด็น ทั้ง การพัฒนากองทุนตำบล การพัฒนาระบบ EMS การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาการจัดการโรคเบาหวาน/ความดัน
- (2) ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนและขยายเครือข่าย ไม่มี
- (3) ยุทธศาสตร์การพัฒนานโยบาย โครงสร้าง ระบบ กลไก พบใน 3 ประเด็น คือ EMS บริการปฐมภูมิ และกองทุนตำบล
- (4) ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพชุมชน ประชาคม พบว่ามีการดำเนินการในประเด็นของ กองทุนตำบล EMS (หน่วยกู้ชีพ) และการจัดการโรคเบาหวาน (การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน)

บทสรุปแผนงานร่วมสร้างเสริมฯ (ปี 2548-2552)

ภายใต้เจตนารมณ์ที่ต้องการให้เกิดการเชื่อมการทำงานระหว่างสองหน่วยงาน คือ สสส. และ สปสช. โดยใช้แผนงานร่วมฯ เป็นกลไกเชื่อม ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้ รวมทั้งการเชื่อมประสานระหว่างแผนงานร่วมฯ กับ สปสช. เองก็ยังมีช่องว่าง และด้วยโครงสร้างการจัดการที่

กำหนดให้ สสส. เป็นองค์กรสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ สปสช. สนับสนุนการจ้างผู้จัดการแผนงานเต็มเวลา โดยมี สวรส.เป็นผู้บริหารจัดการ ซึ่งต่อมาได้มีการยกเลิกการจ้างผู้จัดการแผนงานเต็มเวลา และเปลี่ยนไปเป็นผู้จัดการแผนงานที่มาจาก สวรส. ซึ่งไม่สามารถทำงานเต็มเวลาได้ ตลอดจนด้วยวิธีการทำงานที่อาศัยนักวิชาการทำในลักษณะของการใช้วิจัยนำ รวมทั้งกระบวนการพัฒนาข้อเสนอโครงการ (Review) ภายใต้ระเบียบหลักเกณฑ์ของ สสส. เป็นรูปแบบการทำงานที่มีข้อจำกัด ไม่น่าจะเหมาะสมและไม่เอื้อต่อการทำงานที่จะต้องทำให้เกิดการเชื่อมประสานดังเจตนารมณ์ที่วางไว้ได้

ช่องว่างที่ยังรอการเติมเต็ม

ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอดีตเป็นภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการจัดสรรงบประมาณจากกระทรวงผ่านตรงลงไปยัง สสจ. โรงพยาบาล สสอ. และ สอ. ซึ่งค่อนข้างจะมีความเป็น unity ในการขับเคลื่อนระบบงานสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมทั้งหมด และเมื่อมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เกิดขึ้นก็มิได้เกิดผลกระทบมากนัก เนื่องจาก อปท. เองก็ดำเนินการในส่วนที่อยู่ในความรับผิดชอบของ อปท. ทำให้ระบบกลไกหลักในพื้นที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ยังคงเป็นกลไกของกระทรวงสาธารณสุข และท้องถิ่นบางแห่งก็ยังคงมีการสนับสนุนงบประมาณให้ทั้งกับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในการทำงาน

จุดเปลี่ยนครั้งใหญ่ในระบบสร้างเสริมสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อเริ่มมี สปสช. ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเส้นทางการไหลของเงินงบประมาณและอำนาจดังนี้

- (1) เส้นทางการไหลของงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ลงไปในพื้นที่มาจาก สปสช. เป็นหลัก ทำให้มีผลกระทบต่อบทบาทและภารกิจของ สสจ. ค่อนข้างมาก
- (2) โครงสร้างของกรมวิชาการต่างๆ เปลี่ยนบทบาทจาก National Authority ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายหรือทิศทางต่างๆ กลายมาเป็นผู้รับสัญญาทำงานให้กับ สปสช.
- (3) โครงสร้างในพื้นที่เกิดการเปลี่ยนแปลง จากการที่โรงพยาบาลต้องกลายเป็นคู่สัญญาของ สปสช. และต้องจ่ายเงินให้กับ สอ. ซึ่งมีสายบังคับบัญชาอยู่ที่สาธารณสุขอำเภอ ทำให้เกิดความขัดแย้งในการจัดการค่อนข้างมาก
- (4) สาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยงานที่เกิดผลกระทบมากที่สุด เนื่องจากงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขถูกตัดไปอยู่ที่ สปสช. ทั้งหมด ทำให้ สสอ. ไม่มีเงินในการบริหารจัดการ ต้องอาศัยเงินของโรงพยาบาล หรือบางแห่งต้องนำเงินของ สอ. มาใช้ ดังนั้นการบังคับบัญชาในระดับล่างจึงค่อนข้างอ่อนแอ
- (5) เมื่อเกิด PP Area Based ทำให้มีเงินไหลไปที่ สสจ. และดูเหมือนจะช่วยแก้ปัญหาให้ สสจ. มีบทบาทในการทำงานมากขึ้น

- (6) เนื่องจากมีการไหลของเงินไปที่กองทุนตำบลเมื่อมีกองทุนตำบลเกิดขึ้น แต่จุดอ่อนที่สำคัญของกองทุนตำบล คือ กลไกการเชื่อมโยงบทบาทระหว่าง สสจ. สสอ. หรือ สอ. ที่จะไปสนับสนุนกองทุนตำบลไม่ชัดเจน
- (7) กลไกการทำงานและการกำกับการทำงาน ทั้งในระดับชาติ ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ยังคงเป็นประเด็นปัญหา ซึ่งจากการประเมินในพื้นที่ 12 จังหวัดได้พบว่า สสจ. และ สสอ. แทบจะไม่มีบทบาทในกองทุนตำบลเลย ในขณะที่ทาง สปสช. ในระยะแรกเข้าไปมีบทบาทโดยตรงกับกองทุนตำบล แต่เมื่อมีการขยายกองทุนตำบลเพิ่ม บทบาทดังกล่าวได้ไปตกอยู่ที่ สปสช.เขต และเมื่อทำได้ระยะหนึ่งแล้วก็ส่งไปให้จังหวัดเป็นผู้ดำเนินการต่อ ซึ่งหากมีการขยายกองทุนตำบลเต็มพื้นที่เมื่อใดก็คาดว่า สสอ. จะต้องเป็นผู้รับบทบาทดังกล่าวต่อไป
- (8) ศักยภาพการบริหารจัดการในระยะเปลี่ยนผ่านและการทำงานในบริบทใหม่ ยังเป็นคำถามว่า สสจ. สสอ. จะมีบทบาทอย่างไรจากการที่เส้นทางการไหลของเงินเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงศักยภาพการทำงานของ สอ. ที่จะต้องทำงานร่วมกับท้องถิ่นเมื่อมีกองทุนตำบล ในขณะที่กองทุนตำบลบางแห่งก็ยังมีศักยภาพค่อนข้างจำกัด รวมทั้งบทบาทของสำนักงานสาขาเขตของกรมวิชาการต่างๆ ควรเป็นอย่างไร
- (9) หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่า การมี สสส. จะไม่ค่อยมีผลกระทบเท่าใดนักกับโครงสร้างในระดับล่าง (พื้นที่) เนื่องจากลักษณะโครงการของ สสส. จะเป็น micro ย่อย ๆ กระจายลงไปในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อโครงสร้างเชิงอำนาจแต่อย่างใด นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ก็เริ่มเข้ามามีส่วนที่เกี่ยวข้อง ตามพรบ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 47 (4) การสร้างเสริมสุขภาพ และมาตรา 47 (5) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ แต่ยังไม่ชัดเจนว่าจะมีผลกระทบต่อนี้อย่างไร รวมไปถึงการมีโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล ซึ่งกำลังจะเกิดขึ้นใหม่ก็ยังไม่มีความชัดเจนในส่วนของการจัดการ

โดยลำดับปัญหาที่เป็นช่องว่างในขณะนี้ มีดังนี้

1. ธรรมชาติในการบริหารจัดการระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ และพื้นที่ (ปัญหาในระบบใหญ่ทั้งหมด)
2. การเชื่อมโยงของระบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ และพื้นที่
3. ศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการทำงานที่มีอยู่ในปัจจุบัน การขับเคลื่อนระบบ PP ในระดับชาติ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล

เป้าประสงค์เพื่อการบรรลุ (Ultimate Goals)

1. ออกแบบระบบ (redesign) และมียุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในระดับชาติ
2. เกิดการเชื่อมโยงระบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับจังหวัด และพื้นที่
3. กลไกในระบบทั้งระดับชาติ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล มีศักยภาพในการดำเนินบทบาทที่ควรจะเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์

1. ให้มีคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับชาติ โดยอาศัยกลไกของ สช. และอำนาจของนายกรัฐมนตรีในการแต่งตั้ง มีผู้แทนจากทุก ส. เข้าร่วมอยู่ในคณะกรรมการ
2. มีแผนงานเข้าไปสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการฯ ในลักษณะ Secretariat support โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส.

ลักษณะโครงการ/แผนงานสนับสนุน

1. เข้าไปทำงานในลักษณะ secretariat support ในคณะกรรมการระดับชาติ ในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จัดตั้งขึ้นภายใต้อำนาจและกลไกของ สช.
2. เน้นการพัฒนากลไกและธรรมาภิบาลในระบบ มากกว่าการพัฒนาเชิงประเด็น
3. เป็นโครงการในลักษณะ operational research และ capacity building ของกลไกในระบบ

องค์กรที่เกี่ยวข้อง

1. กระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หลังจากนั้นที่ประชุมได้แสดงความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง สรุปได้ดังต่อไปนี้

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ เสนอว่า เวลาจะก่อรูปความร่วมมือระหว่างองค์กรใหญ่ๆ ในประเทศไทย มักจะประสบปัญหาคล้ายๆ กันที่ทราบกันดี คือ ระดับบริหารอาจจะไม่ได้ให้ความสำคัญในแง่เรื่องของยุทธศาสตร์หรือในแง่ที่เห็น out put หรือ out come ออกมาก็ปล่อยให้ทีมวิชาการทำกันไป ดังนั้นใน

2 ปีแรกของแผนงานร่วมนั้นถือว่าเป็น management failure เพราะมีปัญหาเรื่องการจัดการระบบต่างๆ อยู่พอสมควรและการเปลี่ยนผู้จัดการแผนงานอยู่เรื่อยๆ แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันก็จะเริ่มเห็น successful ของ topic บางเรื่องในเรื่องของการพัฒนาความร่วมมือ เช่น เรื่องของกองทุนตำบล หากจะดำเนินงานแผนงานร่วมาต่อในระยะที่ 2 จำเป็นที่จะต้องมีความ commitment ของผู้บริหารระดับสูงของทั้งสององค์กร รวมทั้งต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน out put และ out come ที่ต้องการจะให้เกิด

คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล เสนอว่า สถานการณ์ของพื้นที่ที่มีการพัฒนาขึ้นมาใหม่เรื่อยๆ หากจะปิดแผนงานร่วมา อาจจะเสียโอกาสในบางประการได้ เช่น แผนงานสร้างเสริมสุขภาพโดยนพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ ได้เชิญผู้ที่เกี่ยวข้องมาร่วม Develop แล้วเสร็จเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งคาดว่าจะนำแผนที่ยุทธศาสตร์ของแผนนี้ไปทำแผนที่ทางเดินเพื่อให้เกิดการเชื่อมไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อไปซึ่งน่าจะมีกลไกนำไปสู่การเชื่อมตรงนี้ได้โครงการเหล่านี้จะต้องมีแผนงานร่วมาสนับสนุนกระบวนการต่างๆในพื้นที่ และอีกประการการทำงานของแผนงานร่วมาที่ผ่านมาได้มีการสนับสนุนให้พื้นที่แต่ในพื้นที่อาจจะยังไม่รับรู้ถึงที่มาของแผนงานร่วมาเพราะพื้นที่อาจจะมองที่เนื้อหาโครงการเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ได้รับรู้ถึงที่มาของโครงการต่างๆ

ทพ.กฤษดา เรืองอารีรัชต์ เสนอว่า ในช่วงเริ่มแรกที่มีการนำเสนอโครงการแผนงานร่วมานี้ โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เสนอต่อคณะกรรมการบริหารสสส. ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี ต่อมาในการดำเนินงานมีปัญหาเรื่องการบริหารจัดการทำให้ไม่สามารถเดินไปตามเจตนารมณ์ได้ อาจจะต้องทบทวนอย่างจริงจัง

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เสนอว่า ในส่วนที่คณะกรรมการยังกังวลถึงโครงการย่อยต่างๆ ที่ดียังทำต่อได้โดยไม่จำเป็นต้องทำภายใต้แผนงานร่วมาแต่ยังมีช่องทางที่จะดำเนินการต่อได้ภายใต้การสนับสนุนจากสปสช., สสส. ได้

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เสนอว่า จากการเสนอให้ปิดแผนงานร่วมานี้มีได้หมายถึงให้ยุติความร่วมมือของสปสช. และ สสส. แต่เป็นความคิดที่ว่าความร่วมมือของ 2 องค์กรนี้จะต้องเป็น organization wide co-operation ไม่ใช่ความร่วมมือภายใต้แผนงานเล็กๆ เพราะ สสส. เองมีแผนงานรวมทั้งหมดร้อยกว่าแผนงาน ทุกแผนงานนั้นเกี่ยวข้องกับงานของสปสช. แทบทั้งหมด ส่วนงานโครงการย่อยเดิมของแผนงานร่วมานั้นก็สามารถเข้าไปอยู่ในแผนงานของ สสส. ที่มีอยู่แล้วได้ ส่วนประเด็นใหญ่ของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคน่าจะเป็นประเด็นใหญ่ที่จะสร้างความร่วมมือกันระหว่างของ สปสช. กับ สสส. ไม่เพียงแต่แค่สององค์กรนี้เท่านั้นต้องรวมถึงองค์กรอื่นโดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นที่มีส่วนสำคัญในการกำหนด Social determinant of health เพราะฉะนั้นจึงมีข้อเสนอว่าต้องหาพันธมิตรระดับชาติที่ไปด้วยเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพระดับชาติที่ไม่ใช่ในลักษณะเอาเงินไปให้ทำโครงการต่างๆ แต่เป็นร่วมใหญ่ที่จะเป็นตัวกลางที่จะเชื่อมประสานพลังทั้งหมดและกำหนดนโยบายสำคัญๆ ออกมาที่เป็นเรื่องของสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งขณะนี้ดูแล้วร่วมใหญ่ที่มีอยู่

ในเชิงนโยบายที่รวมทุกภาคส่วนเข้าด้วยกันแล้วก็คือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่มีพรบ. รองรับแล้วมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน จึงเสนอยุทธศาสตร์นี้คือให้มีคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคระดับชาติโดยอาศัยกลไกของสช. และอำนาจนายกรัฐมนตรีในการแต่งตั้งและมีผู้แทน จากส.ต่าง ๆ รวมทั้งสวรส., กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ เข้ามาเพื่อทำงานในเรื่องของการประสานการทำงานร่วมกันและการกำหนดนโยบาย โดยสสส. จะเข้าไป สนับสนุนอาจจะเข้าไปในลักษณะ secretarial ของคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติระดับชาตินี้ ซึ่งน่าจะทำให้เกิดการประสานงานกันในเชิงนโยบายที่ชัดเจนขึ้น ส่วนงานใน ประเด็นพัฒนาเดิมของแผนงานร่วมนั้นก็สามารถกระจายเข้าไปอยู่ในแผนงานปกติของสสส. ได้ เช่น โครงการของนพ.อมร นนทสุตก็สามารถเข้าไปอยู่ในแผนงานชุมชนของสสส. ได้โดยที่ไม่ต้องมีแผนงาน เฉพาะแยกออกมา

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เสนอว่า ต้องการให้มีการนำเสนอในเชิง Positive ควรจะนำเสนอ ว่าจากการเรียนรู้จากการที่แผนงานร่วมนั้นได้ดำเนินงานมาและจากการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ ต่างๆรอบด้าน เราจึงมีข้อเสนอใหม่ ในภาพของทีนพ.สัมฤทธิ์ นำเสนออาจจะเป็นความจริงไม่ต่ำกว่า 2 ใน 3 แต่ไม่ทั้งหมด ที่นำเสนออาจจะทำให้มองเห็นว่าการที่มี สสส., สปสช. ทำให้กระทรวงสาธารณสุข weak ลงซึ่งจริงๆแล้วไม่ควรนำเสนออย่างนี้ออกไป สิ่งที่ย้ายไปก็คือเรื่องเงินกับเรื่องคนส่วนหนึ่งเท่านั้น แต่ยังมีหน้าที่อื่นที่กระทรวงสาธารณสุขที่ยังต้องทำอีกมาก เพราะกระทรวงสาธารณสุขก็ยังมี authority ตามกฎหมาย อย., กรมวิทย์เป็นเรื่องใหญ่ที่กระทรวงสาธารณสุขยังต้องการ maintain capacity อยู่ไม่มี ทางที่สสส. กับสปสช. จะมาทำหน้าที่แทนได้หรือองค์การของกระทรวงสาธารณสุขก็ยังทำงานได้ดีอยู่ เช่น กรมควบคุมโรคก็ยังทำงานได้ดีอยู่ แต่ในเรื่องใหม่ๆที่ยังต้องการพัฒนาคนอีกมากแต่ยังขาดระบบ เช่น เรื่อง HIA ซึ่งนี้ไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดสสส. กับสปสช. แต่เป็นปัญหาภายในของกระทรวงเอง การ นำเสนอนี้อยากให้เห็นภาพของกระทรวงอื่นๆด้วย, เรื่องของชุมชนท้องถิ่น เพื่อไม่ให้มองเห็นภาพของการ ต่อสู้ของ 3 หน่วยงานนี้มันจะทำให้ห่างช่องว่างนี้ไปอีก และขอปรับ 2 ประเด็นในส่วนที่นพ.สัมฤทธิ์ ศรี อารังสวัสดิ์ นำเสนอที่ว่าจุดเปลี่ยนครั้งใหญ่ในระบบสร้างเสริมสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อเริ่มมี สปสช. ในข้อ(2) โครงสร้างของกรมวิชาการต่างๆ เปลี่ยนบทบาทจาก National Authority ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนด นโยบายหรือทิศทางต่างๆ กลายมาเป็นผู้รับสัญญาทำงานให้กับ สปสช. ตรงนี้ถูกต้องเพียงส่วนเดียว จริงๆแล้ว ประเด็นแรกคือ Benefit package ทางด้าน disease control และ prevention, promotion เกือบทั้งหมดของสปสช. นั้นเสนอมาจากกรมวิชาการ ดังนั้นกรมวิชาการก็ยังเป็น National Authority อยู่ เพียงแต่ว่ามีส่วนอื่นเข้ามาถ่วงดุลย์ และประเด็นที่สองคือกรมวิชาการก็ไม่ได้เป็น sub contractor ไปขอ เงินสปสช. มาทำเพียงแต่ว่าสปสช. นั้นไม่มีคนทำก็ต้องมาขอความร่วมมือจากกรมวิชาการต่างๆมา ร่วมมือช่วยกันทำ ดังนั้นจึงควรแก้ไขการเขียนรายงานการนำเสนอใน 2 ประเด็นนี้ การเขียนรายงานนี้ ไม่ได้หมายความว่าแผนงานร่วมนั้นล้มเหลวแผนงานร่วมนั้นก็มีการดำเนินงานไปตามทาง แต่ว่ามีเรื่อง

ใหญ่กว่าที่จะสร้างความร่วมมือของสสส.กับสปสช. แล้วโครงการย่อยต่างๆของแผนงานร่วมฯเดิมสามารถ Integrate เข้าไปอยู่ในแผนงานอื่นๆของสสส.ได้อยู่แล้ว โดยไม่จำเป็นต้องมีแผนงานเฉพาะแยกออกมา การที่มีแผนงานเฉพาะแยกออกมานั้นจะมีผลทำให้แผนงานอื่นๆของสสส.เข้าใจว่าเรื่องเกี่ยวกับสปสช.มีแผนงานร่วมฯทำงานร่วมอยู่แล้วจึงไม่เข้ามาเกี่ยวข้อง แต่อันที่จริงนั้นทุกแผนงานของสสส.ต้องร่วมงานกับสปสช. กระทรวงสาธารณสุขกับภาคีอื่นๆอย่างใกล้ชิด

ประธาน เสนอว่า การอธิบายจากภาพที่เขียนต้องเขียนอธิบายให้ดี

นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เสนอว่า การนำเสนอรายงานนั้นอยากให้ Comment ว่าจากการดำเนินงานของแผนงานร่วมฯทำแล้วได้ประโยชน์อะไร มีอะไรที่จะส่งต่อ จุดอ่อนอย่างไร ทำไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตรงไหนบ้าง ส่วนจะให้ใครไปทำต่อนี้เป็นหน้าที่ของสสส.จะต้องนำไปพิจารณากัน แต่หากเราคิดว่าตรงไหนที่ไม่สำเร็จเราจะช่วยทำต่อตรงไหนได้บ้าง เพราะเท่าที่ทำมาก็มีโครงการดีๆหลายเรื่อง เช่น EMS แผนงานร่วมฯก็มีส่วนร่วมก่อตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่การออกพรบ. ,การพัฒนาระบบ primary care ในปีที่ผ่านมาก็ทำมาหลายเรื่องมาก หลายอย่างต้องประเมินในเชิงบวกว่ามีอะไรบ้าง ควรเอาตรงนั้นมาสรุปว่าเราทำอะไรไปบ้าง แล้วส่งต่อให้ใครไปบ้างและไม่ได้ส่งต่อเพราะอะไร ซึ่งผลงานนี้จะเป็น evidence base ว่าแผนงานร่วมฯนี้ควรจะเริ่มตรงไหน, ควรจะเพิ่มตรงไหนหรือควรจะเลิกเลยหรือไม่ หน้าที่ของคณะกรรมการประสานฯน่าจะมีเพียงเท่านี้ แล้วเราเสนอเข้า board สสส.ไปก็แล้วแต่ว่าจะพิจารณาว่าจะยังคงให้แผนงานร่วมฯดำเนินงานต่อไปหรือไม่อย่างไร

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ เสนอว่า เห็นด้วยกับข้อสรุปที่จะให้มีการ Terminate แผนงานร่วมฯนี้ไปก่อน นั้นไม่ได้หมายความว่าแผนงานนี้ล้มเหลว แต่เป็นเพราะเรามีทางเลือกใหม่ที่ดีกว่าเดิมที่ทำให้กลไกในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเชิงบูรณาการมี productivity ที่ดีขึ้นและชัดเจนขึ้นกว่าเดิม ซึ่งในความเป็นจริงแล้วถึงแม้จะ Terminate แต่ความร่วมมือระหว่างสสส.กับสปสช.ก็ยังมีอยู่ เช่น ที่สสส.มี PP area base และสปสช.ก็มีเช่นกัน ซึ่งทุกวันนี้ก็พยายามที่จะบูรณาการกันอยู่เมื่อ body ของสสช.ชัดเจนเดินหน้าแล้วเกิดคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับชาติหรือเกิดแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติขึ้นก็คงจะเห็นรูปธรรมของความร่วมมือของสสส.และสปสช.และภาคส่วนอื่นๆที่เป็นภาพรวมทั้งหมดในการที่จะเชื่อมโยงของงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น

นพ.ชูชัย ศรชำนิ เสนอว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของประเทศไทยจริงๆแล้วมีวิวัฒนาการ หากเราตั้งต้นที่เรียกว่าคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับชาติ เราอาจจะต้องเร่งกระบวนการสรุปบทเรียนเป็นประเด็นเรื่องๆ จากผลงานที่แผนงานร่วมฯได้ดำเนินการมาแล้วต่อยอดการ initiate ใหม่เลยต้องรีบดำเนินการก่อนที่จะมีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเดือนธ.ค. 2552 นี้ เป็นโครงการที่เรียกว่า revitalize ใหม่ในเรื่องที่เราจะเดินหน้าต่อไป

คุณเบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์ เสนอว่า ในช่วงก.ค.- ส.ค.จะเป็นช่วงปรับแผนของสสส.และสสส.ก็ต้องไปคิดในภาพใหญ่เหมือนกันว่าแผนที่ทำอยู่ทุกวันนี้จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงหรือต้องมีการ

ปรับให้ลงไปสู่ช่องทางมากขึ้น แผนงานร่วมขานี้อยู่ในส่วนหนึ่งของแผนใหญ่คือแผนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งทางสสส.กำลังคิดภาพใหญ่อยู่ว่าหากทำงานกับองค์กรหลักที่เป็น strategic partner จริงๆในระบบสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่นั้นน่าจะมีการปรับวิธีการดำเนินการ อย่างไรก็ตามก็ดีสสส.ก็ยังสนใจอยู่กับเครือข่ายบริการที่ทำงานอยู่ในระดับพื้นที่ เช่น การทำงานของสสส.ร่วมกับสปสช.เขต ซึ่งงานของสสส.ในระดับพื้นที่เพิ่มมากขึ้นและยังมีสำนักที่เกี่ยวข้องกับงานชุมชนเพิ่มมากขึ้น ในเดิมทีแล้วแผนงานร่วมขานี้กลไกหลักๆที่ต้องการให้เกิดขึ้นคือเชื่อมกับกลไกในระดับนโยบายซึ่งตรงงานตรงจุดนี้แผนงานร่วมขาน่าจะได้ผลงานค่อนข้างน้อย แต่จะมีผลงานในระดับพื้นที่เป็นส่วนมาก ซึ่งหากโครงการใหม่นี้อาจจะไม่จำเป็นต้องทำทั้งภาพใหญ่แต่สามารถแยกออกมาเป็น 2 ส่วนให้ชัดเจนว่าตรงส่วนกลไกและตรงส่วนพื้นที่จะทำอะไรกับสปสช.ก็น่าจะเป็นทางออกที่ดีได้

นพ.ยุทธ โพธารามิก เสนอว่า ไม่ควรใช้คำว่า Terminate เพราะฟังแล้วอาจจะดูรุนแรงไป เราควรใช้คำว่าคุณกำเนิดชั่วคราวแล้วหาเผ่าพันธุ์ใหม่ให้ลูกคนที่ 2 แข็งแรงขึ้นเพราะลูกคนแรกเกิดมาแล้วผิดหวัง

ประธาน เสนอว่า ต้องใช้งบประมาณ, เวลาเท่าไรและต้องสรุปงานนำเสนอคณะกรรมการฯ อย่างไร ให้ทางฝ่ายเลขาฯช่วยชี้แจงด้วย

ผู้จัดการแผนงานร่วมฯ เสนอว่า จะมีการประชุมคณะกรรมการฯครั้งสุดท้ายราวเดือน ส.ค.2552 ก็จะมีนำเสนอสรุปผลการดำเนินงานทั้งหมดของแผนงานร่วมฯและในเรื่องของงบประมาณที่อาจจะต้องใช้เพิ่มเติมจากที่ทำข้อตกลงไปกับสวป.แล้วนั้น เช่น อาจจะต้องใช้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมทางทีมเลขาฯรับไปประสานงานกับสวป.อีกครั้ง

คุณสุจิตรา บุญชู เสนอว่า สำนักงานประกันสังคมยินดีที่จะให้ร่วมมือเพราะจะเข้าถึงสถานประกอบการได้ง่ายกว่าหากเป็นงานที่มีความเกี่ยวข้องกับลูกจ้างในสถานประกอบการก็จะครอบคลุมคนในพื้นที่ได้มากยิ่งขึ้น

มติที่ประชุม 1. ให้ปิดโครงการแผนงานร่วมฯ

2. ให้ทีมเลขาฯสรุปผลการดำเนินงานตลอดระยะเวลาดำเนินงานของแผนงานร่วมฯตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯและให้นำมาเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการฯครั้งต่อไป

3. ในประเด็นใหม่เรื่องการจัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชาตินั้นให้สวส.เป็นองค์กรหลักไปจัดกระบวนการหารือร่วมกันกับ สสส., สปสช., สช. และกรมอนามัยเพื่อให้ประเด็นดังกล่าวมีความชัดเจนยิ่งขึ้นและให้ได้ข้อเสนอที่ได้ออกมานั้นจะทราบว่าจะแต่ละ.ใครมีหน้าที่อะไรต้องทำอะไรซึ่งจะไม่ใช้ proposal ที่ไปเสนอของงบประมาณจากสสส. โดยให้ใช้เวลาทำให้สิ้นเสร็จก่อนการประชุมครั้งต่อไป เพราะทางสช.จะต้องใช้เวลากับกลไกในการนำเสนอการจัดตั้งคณะกรรมการชุดนี้ด้วย

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

นัดหมายประชุมครั้งต่อไปในวันอังคาร ที่ 18 สิงหาคม 2552 เวลา 09.30-12.00 น. ส่วนสถานที่ทางทีมเลขาฯจะแจ้งให้คณะกรรมการทราบในโอกาสต่อไป

มติที่ประชุม เห็นชอบ

ปิดประชุมเวลา 11.15 น.

.....
น.ส.น้องนุช ป่อคำ ผู้สรุปรายงานการประชุม

.....
ทพ.จเร วิชชาไทย ผู้ตรวจรายงานการประชุม

สรุปรายงานการประชุม
สุนทรียสนทนา “การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ”

วัน ศุกร์ ที่ 31 กรกฎาคม 2552 เวลา 08.00 - 09.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

ผู้เข้าประชุม

1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์	จงดุจดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข - ประธานการประชุม
2. นพ.วิชัย	โชควิวัฒน์	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
3. นพ.สุวิทย์	วิบูลผลประเสริฐ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค
4. นพ.อำพล	จินดาวัฒน์	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
5. นพ.วินัย	สวัสดิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6. นพ.ศุภกิจ	ศิริลักษณ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
7. นพ.สุริยะ	วงศ์คงคาเทพ	ผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
8. นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
9. ทพ.จเร	วิชาไทย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
10. คุณอร	ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
พวรรณ		

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. คุณน้องนุช	บ่อคำ	แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. คุณสินีนาง	อยู่จ้อย	แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. คุณวนิดา	ช่วยปลด	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เริ่มเปิดประชุมเวลา 08.00 น.

ระเบียบวาระที่ 1 ประธานแจ้งวัตถุประสงค์ของการประชุม

ประธานแจ้งวัตถุประสงค์ของการจัดประชุมในครั้งนี้ให้กับที่ประชุมได้รับทราบว่า สืบเนื่องจากเมื่อสามปีกว่าที่แล้วได้มีการจัดตั้งแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PP_UC Link) ซึ่งถือว่าการประสานความร่วมมือกันระหว่างสสส.กับสปสช.ในเรื่องของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และขณะนี้แผนงานร่วมฯนี้กำลังจะปิดตามระยะเวลาของโครงการในเดือนกันยายนนี้ ในส่วนของแผนงานร่วมฯได้ตั้งข้อสังเกตขึ้นมาว่าในเรื่องของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นในช่วงสามปีกว่าที่ผ่านมาอาจจะไม่ใช่เรื่องของการทำงานแค่สสส.กับสปสช.เท่านั้นเพราะด้วยบริบทที่เปลี่ยนไปจึงน่าจะมี stakeholders ที่เกี่ยวข้องกับงานนี้มากขึ้น จึงได้จัดทำข้อเสนอโครงการที่เป็นช่องว่างของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่น่าจะยังต้องหาวิธีการจัดการอยู่ ดังนั้นจึงจัดให้มีการประชุมวันนี้เพื่อขอหารือผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อหาหรือถึงยุทธศาสตร์ของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นควรที่จะเคลื่อนไปอย่างไรต่อไปในอนาคต

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

2.1 สถานการณ์และข้อเสนอเบื้องต้นของการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ นำเสนอโดย นพ.สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์ สรุปได้ดังนี้

ที่มาของข้อเสนออยู่ในแผนภาพที่ 2 ในหน้าที่ 15 ตามเอกสารประกอบการประชุม ได้นำเสนอช่องว่างในการบริหารระบบการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

1. ประเด็นแรกที่ใหญ่ที่สุดน่าจะเป็นเรื่องของภาพรวมทั้งหมด คือ ธรรมชาติในการบริหารจัดการระบบการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่
2. การเชื่อมโยงของระบบงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในระดับประเทศและระดับพื้นที่
3. ศักยภาพของกลไกต่างๆในการทำงานที่มีอยู่ในปัจจุบัน การขับเคลื่อนระบบ PP ในระดับชาติ เขต จังหวัด อำเภอ และตำบล

หากพิจารณาบริบทในปัจจุบันแล้วจะเห็นได้ว่าการอภิบาลระบบเปลี่ยนแปลงไปมากจากอดีต ปัญหาที่พบเรื่องศักยภาพของกลไกในการทำงานที่จะปรับเพื่อรองรับบริบทใหม่ยังมีข้อจำกัดอยู่ในทุกระดับ ประเด็นที่ชัดเจนที่สุดน่าจะเป็นเรื่องกองทุนตำบล ทั้งเรื่องศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในเรื่องของการปรับตัว การ monitor กลไกการกำกับกับ Support และจากการที่ได้ไปเยี่ยมงานกองทุนตำบล พบว่าพอมีกองทุนตำบลก็ดูเหมือนจะกลายเป็นพื้นที่อิสระถูกตัดออกจากวงจร เพราะฉะนั้นเป้าหมายการพัฒนาจึงมีความจำเป็นที่จะต้องหารูปแบบการจัดการซึ่งอาจจะต้องมีการ redesign และจัดทำยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในระดับชาติขึ้นมาใหม่เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระบบงานสร้างเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรคในระดับจังหวัด และพื้นที่ เพื่อให้กลไกในระบบทั้งระดับชาติ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล มีศักยภาพในการดำเนินตามบทบาทที่ควรจะเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในโครงการชุดที่เสนอจะเป็นโครงการในลักษณะ Research & Development เน้นในเรื่องของการทำ action ออกไปมากกว่าการทำวิจัย และเห็นว่าน่าจะต้องมีกลไกต่างๆเข้ามาสนับสนุน การทำงานของโครงการนี้จะผลักดันงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวมของประเทศให้ดีขึ้น ซึ่งจะอาศัยกลไกของสช.แต่งตั้งให้มีคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชาติ ลักษณะการทำงานจะมีแผนงานเข้าไปสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการฯ ในลักษณะ secretariat support รายละเอียดดังเอกสารที่แจกในที่ประชุม

มติที่ประชุม รับทราบ

หลังจากนั้นที่ประชุมได้แสดงความคิดเห็นสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับข้อเสนอโครงการฯ ที่นำเสนอ

- 1.1 ในหน้าที่ 4 ควรใช้คำว่า การแก้ต่าง อาจจะใกล้เคียงกว่าคำว่า การชี้แนะ (Advocacy)
- 1.2 ในหน้าที่ 5 ตรงข้อความว่า การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันของบุคคล ไม่น่าจะใช้เรื่องของบุคคลเท่านั้น ให้กลับไปทบทวนใหม่
- 1.3 ในหน้าที่ 10 ข้อ 3.2 บรรทัดที่ 3 ตรงข้อความว่า ผลจากการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ทำให้กองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาคซึ่งมีบทบาทหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานของส่วนภูมิภาคถูกยุบไป :- เขียนว่ายุบไปอาจจะไม่ตรงนัก ซึ่งจริงๆแล้วเป็นการรวมทั้งสองกองเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการ integrate การทำงานเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 1.4 ในหน้าที่ 11 ก่อนจะขึ้นข้อ 3.4 ตรงข้อความว่า กำเนิดของ สสส. จึงมิได้มีผลกระทบต่อโครงสร้างเชิงอำนาจการทำงานสาธารณสุขในพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุขมากนัก :- จริงๆการเกิดสสส.เป็นการทำงานเสริมกับกระทรวงสาธารณสุข ไม่ควรใช้คำว่าผลกระทบ เพราะให้ความรู้สึกเชิงลบ
- 1.5 ในหน้าที่ 14 ย่อหน้าสุดท้ายจบตรงถึงหน้าที่ 15 ตรงส่วนนี้เป็นจุดสำคัญที่จะนำไปสู่การศึกษาวินิจฉัยการเขียนข้อความต่อเนื่องติดกันอาจจะดูยาก ควรเขียนแยกออกมาเป็นข้อๆ ซึ่งจากข้อความนี้น่าจะแยกออกมาได้เป็น 6 ข้อ
- 1.6 ในหน้าที่ 15 คำว่า แผนภูมิ ควรใช้คำว่า แผนภาพ แทนเพราะที่เสนอคือ diagram
- 1.7 ในหน้าที่ 15 ในส่วนท้ายของหน้าก่อนจะขึ้น bullet ควรจะมี heading ของกลุ่ม bullet นั้น
- 1.8 ข้อเสนอแนะยังขาดส่วนสำคัญคือ methodology ซึ่งข้อเสนอนี้เป็น research ไม่ควรที่จะขาด

ส่วนนี้

- 1.9 ควรจัดกรอบการสังเคราะห์ก่อน จากข้อเสนอนี้อาจจะลงไปในเนื้อเลยบางเรื่องอาจจะดูสับสน ประเด็นการวิเคราะห์ในข้อเสนอนี้ยังไม่ systematic อาจจะดูจากธรรมเนียมสุขภาพในหมวด 4 และหมวด 5
- 1.10 stakeholder analysis ยังไม่ครบผู้ที่เชิญมาหารือควรเชิญฝั่งกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมด้วย เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค เป็นต้น ต้องระวัง loser winner บทบาทของ stakeholder ใหญ่ คือ กระทรวงสาธารณสุขในข้อเสนอนี้กล่าวถึงน้อยมากจนดูเหมือนขาดหายไป
- 1.11 คำว่า สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Prevention & Promotion: P&P) ซึ่ง term นี้ ควรไปดูจากธรรมเนียมสุขภาพที่ผ่านครม.แล้ว การป้องกันโรคตามบริบทใหม่ต้องรวมถึงภัยคุกคามสุขภาพด้วย หากเป็น term นี้ในธรรมเนียมสุขภาพก็ยังคงเน้นเรื่องสร้างนำซ่อมอยู่ ข้อเสนอแนะนี้จะยังคงไปในทิศทางนี้หรือไม่ ต้องดูว่า stakeholder แต่ละภาคส่วนเน้นงานหลักอยู่ตรงไหนด้วย หากมีกรอบแบบนี้ก็จะทำให้ทราบว่าใครทำอะไรอยู่ตรงไหนบ้าง
- 1.12 เรื่องงานสร้างเสริมสุขภาพต้องมีหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องไม่เฉพาะแต่กระทรวงสาธารณสุข, สสส., สปสช. เท่านั้นแต่ต้องรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น , กระทรวงต่างๆ, ภาคเอกชน, บริษัทข้ามชาติที่เกี่ยวข้องกับการกินการอยู่ เป็นต้น
- 1.13 ข้อเสนอควรปรับเล็กน้อยๆ ก็น่าจะเพียงพอแล้ว เพราะขั้นนี้ควรทำความคิดให้ชัดเจนตีกรอบข้อเสนอให้ชัดเจนยิ่งขึ้นเพราะยังไม่ถึงขั้นขับเคลื่อน รายละเอียดทั้งหลายควรเอาไปใส่ตอนทำวิจัยเพราะข้อเสนอนี้เป็นข้อเสนอแบบกว้างๆ
- 1.14 ข้อเสนอไม่ควรไปในทิศทางของงานวิจัย ควรทำการ elaborate งาน P&P ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันที่ยังไม่ถูกจัดการให้เหมาะสมนั้นคืออะไรโดยไม่ต้องคิดว่าควรจะมีระบบหรือกลไกอะไร ควรจะเป็น program สั้นๆ เช่น คุยกันหลายๆครั้ง หลากๆภาคส่วนให้มีความชัดเจนว่าต้องมีระบบหรือกลไกอะไรซึ่งจะทำให้ได้ถึงระบบและวิธีการจัดการ ถือเป็นวิธีการออกแบบโครงการเพื่อจะทำโครงการจริง
- 1.15 เป้าประสงค์ในการพัฒนา (Ultimate Goals) ในข้อ 5.2 ควรเขียนให้ชัดเจนว่าเป็นการสร้าง Networking ใช่หรือไม่ให้กลับไปทบทวน

2. ข้อเสนอแนะวิธีการดำเนินงานตามข้อเสนอโครงการฯ

- 2.1 ไม่ควรมีคณะกรรมการในระดับชาติภายใต้สช.ตามที่ระบุไว้ในข้อเสนอโครงการนี้เพราะมีกลไกอะไรต่างๆมากมายอยู่แล้ว บางครั้งการมีর্মใหญ่อยู่ก็ไม่สามารถลงลึกถึงข้างล่างได้ก็จะลอยอยู่ พอเรียกประชุมก็ส่งตัวแทนมาแล้วก็ไม่ได้ทำให้เกิดประโยชน์อะไร น่าจะจับเป็น

เรื่องๆมากกว่า เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ เป็นต้น แล้วเชื่อมโยงกันทางความคิด เชื่อมโยงทางจิตวิญญาณมากกว่าที่จะจัดให้มีกลไกหรือ structure ที่ชัดเจน

2.2 ควรจะพักการทำข้อเสนอโครงการนี้ไปสักระยะให้เรื่องแผนงานร่วมฯหายไปก่อน รอதுสถานการณ์สักพักแล้วค่อยมาคิดเรื่องนี้ใหม่ หากไปคิดต่อเนื่องอาจจะทำให้ติดภาพกับแผนงานร่วมฯแบบเดิม

2.3 การทำงานของภาคีที่มีส่วนร่วมจะสามารถทำงานประสานกันได้ดีต้องมีการ communication กัน ให้มากขึ้น อาจไม่ต้องตั้งคณะกรรมการใหม่ ซึ่งสามารถทำได้หลายรูปแบบมีทั้งแบบไม่เป็นทางการเช่น เชิญมานั่งคุยกัน หรือ การตั้งให้เป็นที่ปรึกษาในคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่แล้วซึ่งก็สามารถที่จะทำงานร่วมกันได้

3. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.1 หากจะ design ข้อเสนอเกี่ยวกับงาน P&P ของชาติจำเป็นต้อง clear ภาพของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ชัดเจนและกว้างมากขึ้น

3.2 การออกแบบข้อเสนองาน P&P อาจแบ่งเป็น 3 ตอน คือ (1) ระบบกระบวนการในการวางแผนงาน P&P ,(2)ระบบงบประมาณ และ(3)ระบบการ implement ของ system และทำให้สอดคล้องกัน

3.3 งาน P&P มีความจำเป็นและน่าจะต่อยอดจากแผนงานร่วมฯเดิม สวรส.น่าจะหาคนมามองภาพนี้และคลี่ภาพนี้ออกมาจะทำให้รู้ว่าใครทำอะไรและมีปัญหาอะไรอาจจะแก้ปัญหาไป และในบางครั้งเราอาจจะไม่ต้องไปแก้ปัญหาในปัจจุบันที่ทำอยู่แต่จะทำให้รู้ว่าต่อไปข้างหน้าจะต้องเคลื่อนไปแบบไหนมิฉะนั้นหากต่างคนต่างทำอาจจะมีความขัดแย้งเพิ่มขึ้น ต้องสังเคราะห์เรื่องนี้ตั้งแต่ concept และทำกรอบที่จะวิเคราะห์

3.4 หากไม่เน้นเป็น issue อาจจะทำโดยมีหน่วยงานกลางเช่น สวรส.เชิญผู้เกี่ยวข้องมาคุยกันกับงาน P&P ที่แต่ละส่วนทำอยู่ในปัจจุบัน โดยแบ่งเป็น 3 level คือ (1)องคคพพในระดับประเทศ, (2) policy and strategies เช่น กสธ.,สสส,สปสชและอปท.,(3) ระดับพื้นที่ตั้งแต่เขต จังหวัด อำเภอและตำบล ที่เป็นเสาหลักในเรื่องของงบประมาณ, implementได้ และ เป็นหน่วยงานที่มี authority

สรุปข้อเสนอแนะ คือ

1 . สวรส.ควรทำ conceptual synthesis เรื่องแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผูกกับแนวคิดเรื่องสุขภาพที่กว้างขึ้นกับผู้เกี่ยวข้องที่มาจากหลายภาคส่วนมากขึ้น

2. การจัดเวทียกยกันระหว่าง mechanism ที่ทำเรื่องนี้ที่ส่วนกลาง ควรจัดใน 3 ระดับ คือ (1)องคคพพในระดับประเทศ,(2) policy and strategies และ,(3) พื้นที่ตั้งแต่เขตจังหวัด อำภอและตำบล เพื่อเฝ้าระวังและfeed back ปัญหาสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นระยะๆ ให้แก่แต่ละlevel ซึ่งในที่สุดก็อาจจะทำให้ได้ข้อเสนอเชิงกลไกหรือระบบวิธีการจัดการงาน P&P โดยอาจใช้ระยะเวลาเพียงสั้นๆ
3. ส่วนกลางอาจจะต้องเป็น Strategic level เพื่อที่จะ strengthen ให้กับพื้นที่ และควรหาวิธีคิดจัดการเพื่อไม่ให้เป็นความคิดที่ลยอยอยู่

ปิดประชุมเวลา 09.00 น.

น.ส.น่องนุช บ่อคำ ผู้สรุปรายงานการประชุม

การพัฒนาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางกฎบัตรออตตาวา
(Ottawa Charter)

