

รายงาน

โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ของระบบการอภิบาลสุขภาพ

ศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พ.ศ. 2556

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 วัตถุประสงค์	3
1.3 คำถามวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	4
1.5 วิธีการวิจัย	4
1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.7 โครงสร้างการนำเสนอ	5
บทที่ 2	7
กรอบแนวคิดในการศึกษาระบบอภิบาลสุขภาพ	7
2.1 ความนำ.....	7
2.2 พัฒนาการและกระแสการศึกษาแนวคิดเรื่องการอภิบาล.....	9
2.3 การนำเข้ามาของแนวคิดการอภิบาลในประเทศไทย.....	15
2.4 กรอบแนวคิดเรื่องการอภิบาล	18
บทที่ 3	26
สถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรในระบบอภิบาลสุขภาพ.....	26
3.1 ความเป็นมาของระบบอภิบาลสุขภาพในปัจจุบัน.....	26
3.2 โครงสร้างระบบอภิบาลสุขภาพในปัจจุบัน	27
3.3 สถานการณ์ความสัมพันธ์ภายในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ.....	30
3.4 สภาพปัญหาของระบบอภิบาลสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ร่วมกัน	33

บทที่ 4	35
นวัตกรรมในระบบอภิบาลสุขภาพ.....	35
4.1 ความนำ.....	35
4.2 กรณีศึกษาการใช้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาโดยรัฐ	36
4.3 กรณีศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินผลกระทบสุขภาพ	41
4.4 กรณีศึกษานโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub).....	44
4.5 กรณีศึกษาการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (Pay for Performance: P4P).....	57
4.6 บทสรุปกลไกอภิบาลกับนวัตกรรมในระบบสุขภาพ.....	74
บทที่ 5	76
บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	76
5.1 ระบบอภิบาลสุขภาพของไทยในปัจจุบันเป็นอย่างไร.....	76
5.2 สมรรถนะการเรียนรู้ของตัวแสดงในระบบอภิบาลสุขภาพ	80
5.3 ข้อเสนอเพื่อนำไปสู่การเพิ่มสมรรถนะการเรียนรู้ในระบบอภิบาลสุขภาพ	83
5.4 แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะการเรียนรู้ของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ.....	85
ภาคผนวก 1.....	86
ภาคผนวก 2.....	93

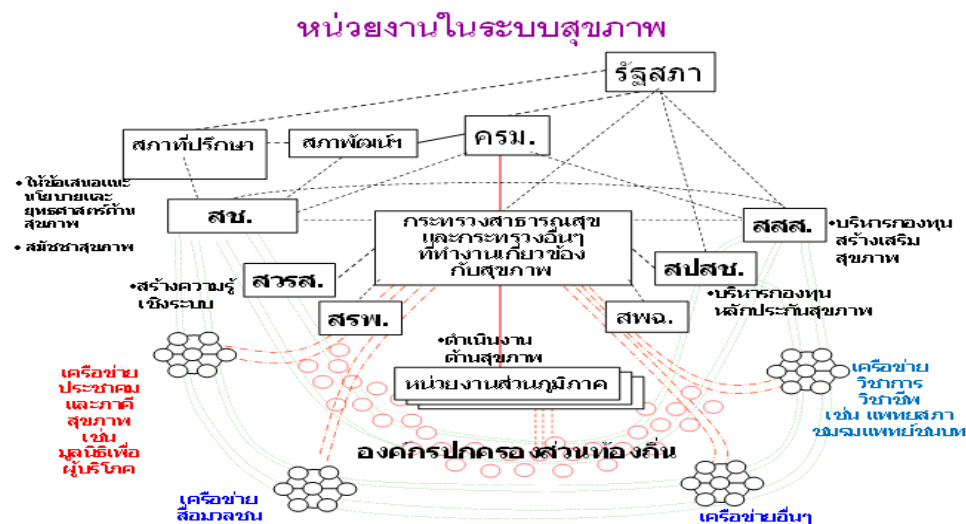
บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยมีความเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีการปฏิรูปองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขหลายครั้ง ขณะเดียวกันมีการจัดตั้งองค์กรเพื่อทำหน้าที่เฉพาะ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น มีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขโดยใช้กลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ทำให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การกระจายอำนาจในด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญคือการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งทำให้เกิดกลไกใหม่ เช่น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.), สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวมทั้งกลไกที่สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ส่วนหน่วยงานอื่นๆ ในระบบสุขภาพซึ่งถือเป็นองคาพยพ มีหลายหน่วยงานเป็นจำนวนมากดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 หน่วยงานในระบบสุขภาพ



เมื่อระบบมีความซับซ้อนมากขึ้น มีการแบ่งบทบาทและแบ่งงานกันทำต่างๆ บางส่วนมีบทบาทหน้าที่เหลื่อมซ้อนกัน บางครั้งมีการทำงานเดียวกันแต่ทำในแนวทางที่แตกต่าง ในอีกด้านหนึ่ง เมื่อกลไกมีจำนวนมากขึ้นผู้คนก็เริ่มห่างไกลกัน เกิดความต่างของข้อมูล ความรู้ ความคิดเห็น เริ่มเกิดการแบ่งกลุ่มแบ่งฝักฝ่าย จนบางครั้งอาจมีความไม่ลงรอยกัน

ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศให้บรรลุเป้าหมายเท่าที่ผ่านมา กลไกที่เรียกว่า “กลไกอภิบาลระบบสุขภาพ” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบที่อยู่ในระบบสุขภาพดังแผนภาพที่ 1 ในทางวิชาการ สังคมศาสตร์มักจะคุ้นเคยกับนิยามของคำว่า “การอภิบาล” (governance) ว่าเป็น การจัดการการปกครองที่มีเป้าหมายร่วมในลักษณะของอัตตาร่วมกันและกัน (inter-subjectivity) ซึ่งจะมีตัวแสดงหลากหลายและหลายระดับ (multilateral and multilayered) เพราะจะมีทั้งตัวแสดงซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งที่เป็นรัฐและไม่ใช่อำนาจรัฐ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรระหว่างประเทศทั้งระดับโลกและระดับภูมิภาค ภาครัฐกิจและภาคประชาสังคม¹ ดังนั้น การอภิบาลระบบสุขภาพในที่นี้ จึงหมายถึง การใช้อำนาจร่วมกันของกลไกและหน่วยงานต่างๆ ในการกำกับทิศทางการตัดสินใจเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์สิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น สุขภาวะของประชาชน กลไกอภิบาลระบบสุขภาพจึงไม่ได้จำกัดที่กลไกภาครัฐเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปฏิสัมพันธ์ของกลไกทั้งหมดในสังคม ซึ่งแต่ละกลไกมีพลังอำนาจในมิติที่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่า ในสังคมไทยมีความพยายามพัฒนากลไกอภิบาลระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง กระบวนการสำคัญคือการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีการพัฒนากลไกใหม่ การสร้างเครื่องมือใหม่ และมีการเคลื่อนไหวในสังคมอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้นจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการจัดตั้งองค์กรใหม่ๆ ขึ้นในระบบสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงมักจะมองว่าทำให้อำนาจที่เคยรวมศูนย์ที่กระทรวงสาธารณสุขกระจายไปสู่องค์กรใหม่ๆ ที่จัดตั้งขึ้น กรณี สช. มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแก่รัฐบาล ซึ่งอาจมีบทบาทคล้ายคลึงกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ส่วน สสส. ได้รับงบประมาณจากภาษีเหล้า/บุหรี่ และทำหน้าที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าดำเนินการเอง ซึ่งอาจมีบทบาทบางส่วนคล้ายคลึงกับกรมอนามัย ในระยะหลังความสนใจหันไปสู่ สปสช. เนื่องจากงบประมาณ สปสช. ส่วนใหญ่ได้มาจากงบประมาณเดิมของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งต้องบริหารงบประมาณดังกล่าวให้เกิดบริการแก่ประชาชนผ่านสถานพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การปล่อยให้เรื่องอำนาจและงบประมาณเป็นความสัมพันธ์ด้านหลักหรือด้านเดียวระหว่างองค์กรจึงทำให้มองความสัมพันธ์เป็นเรื่องการขัดแย้งและแย่งชิงทรัพยากรทั้งรูปแบบแฝงเร้นและโจ่งแจ้งระหว่างองค์กรเก่าและองค์กรใหม่ได้อย่างแทบจะไม่มีทางออกหรือมองเป็นอย่างอื่นได้

การพิจารณาปัญหาจากมุมมองด้านความขัดแย้งและการเน้นกรอบแคบที่สืบเนื่องมาจากทรัพยากรที่มีจำกัดย่อมทำให้เกิดข้อสรุปเป็นความขัดแย้งระหว่างองค์กรที่แน่นอนและหลีกเลี่ยงไม่พ้น บางทีคนจะก้าวไปถึงขั้นตั้งสมมติฐานว่า ความขัดแย้งดังกล่าวมีรากฐานมาจากสาเหตุที่ไม่มีทางร่วมคิดกันได้ เช่น เพราะมีกลุ่มแพทย์ 2 กลุ่มที่มีแนวความคิดพัฒนาระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน กลุ่มที่ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ปฏิรูประบบ จนนำไปสู่การจัดตั้งองค์กรใหม่ๆ มาจากกลุ่ม “แพทย์ชนบท” ซึ่งเป็นกลุ่มนักกิจกรรมทางสังคมและทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายภาคประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน ขณะที่กลุ่มแพทย์ส่วนใหญ่ยังคงมีวิธีคิดแบบเดิมที่มองแพทย์เป็นศูนย์กลางของระบบสุขภาพ มาจากกลุ่ม “แพทย์สภา” หรือมีสมมติฐานไปถึงการเมืองสองขั้วที่ต้องต่อสู้กันให้ถึงที่สุด

¹ การให้ความหมายคำว่า Governance ภาษาไทย มีหลายแบบ ในบางสาขา ปรับมาจากความหมายของคำว่า Good Governance (ธรรมาภิบาล) โดยใช้คำว่า “การอภิบาล” ในขณะที่ในสาขาวิชารัฐศาสตร์ไทยใช้คำว่า การจัดการปกครองในความหมายเดียวกัน (รายละเอียดดูใน เอก ตังทรัพย์วัฒนา และคณะ บก., คำและความคิดในรัฐศาสตร์ร่วมสมัย เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550, หน้า 133-147.

ถ้าหากจะปรับมุมมองให้กว้างกว่าเรื่องขัดแย้งแย่งชิงอำนาจ สภาพปัจจุบันของความสัมพันธ์ขององค์การในระบบสุขภาพ จะพบว่าทุกกลไกต่างก็มีบทบาทหน้าที่ มีคุณค่าความหมายที่มีทั้งแตกต่างและเสริมกัน ดังนั้น การพิจารณาการกำกับดูแลหรือการอภิบาลที่เน้นหลักความเป็นเอกภาพแห่งอำนาจที่กลไกทั้งหมดต้องคิดต้องทำไปในทิศทางเดียวกันเป็นแบบที่เคยเป็นในอดีตย่อมไม่สอดคล้องกับบริบทใหม่ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรและองค์การจะเป็นในลักษณะที่เทียบได้กับวงดนตรี ที่เครื่องดนตรีทุกชิ้นก็ไม่ได้เล่นเหมือนกันหมด แต่จะสามารถบรรเลงไปในแบบของตัวเอง เอกภาพของวงจะเกิดขึ้นจากการบรรเลงอย่างสอดประสานเข้ากันเป็นบทเพลงที่ไพเราะ แม้จะมีการเล่นตัวโน้ตซ้ำซ้อนบ้างหรือขัดกันบ้างก็เป็นการเสริมให้บทเพลงมีจังหวะ ลีลาและความงดงามมากขึ้น องค์ประกอบในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพก็เช่นเดียวกัน

ถ้าหากเราปรับเปลี่ยนมุมมองการอภิบาลระบบสุขภาพเป็นระบบที่มีชีวิตและมีวิวัฒนาการของสังคมไทยภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในโลกาภิวัตน์เศรษฐกิจการเมืองที่มีความเหลื่อมล้ำด้านอำนาจในโลก ก็จะทำให้เข้าใจได้ว่าเรื่องสุขภาพมีความสลับซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้น ความเปลี่ยนแปลงในโลกาภิวัตน์ได้สร้างพื้นที่ข้ามชาติ (transnational zone) ขึ้นมา และได้สร้างประเด็นและปัญหาข้ามชาติ (transnational issues and problem) ตามมาด้วยเช่นกัน ตัวอย่างที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยตรง ได้แก่ ปัญหาเรื่องไข้หวัดนก (avian flu) หรือโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 (H1N1) ที่ส่งผลข้ามพรมแดนประเทศ หรือในส่วนของปัญหาที่ส่งผลทางอ้อมต่อระบบสุขภาพก็อาจเห็นได้จากปัญหาเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาที่อาจทำให้ราคายาสูงขึ้นและคนจำนวนหนึ่งเข้าถึงยาได้ยากลำบาก หรือการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 ที่อาจส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานในภูมิภาคอย่างกว้างขวาง โดยการเคลื่อนย้ายแรงงานอาจส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนย้ายโรคและปัญหาเรื่องสมองไหลในระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

โจทย์สำหรับอนาคตจึงมีใช้ระบบอภิบาลที่เน้นอำนาจเชิงเดี่ยว จำเพาะแต่ในเขตแดนอธิปไตยขึ้นเดี่ยวอีกต่อไป แต่ละกลไกมีการควบคุมจัดการตนเองมีเป้าหมายและพันธกิจของตัวเอง การกิจที่ทำจึงมีส่วนที่อาจจะดูเหมือนซ้ำซ้อนกันได้โดยธรรมชาติ เพราะเส้นแบ่งและเขตแดนนั้นมีพลวัตตามบริบทที่ต้องปรับตัว การพัฒนาที่สำคัญจึงไม่อาจพิจารณาแต่เพียงจากมิติของอำนาจและการแบ่งสรรเป็นสำคัญและไม่ใช้การแบ่งเขตแดนเพื่อป้องกันไม่ให้มีการข้ามล้ำเส้นเท่านั้น แต่จำเป็นต้องจากมุมมองพัฒนาของวิวัฒนาการของระบบสุขภาพภายใต้ระบบมหภาคที่เศรษฐกิจเป็นอนุระบบของความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และพื้นที่พิภพ ขณะเดียวกันพิจารณาระบบอภิบาลที่ให้ความสำคัญต่อการเรียนรู้ร่วมกันและการเพิ่มสมรรถนะในการเรียนรู้ของระบบ การปรับเปลี่ยนมุมมองเช่นนี้จะช่วยขยายมุมมองที่มองเห็นการทำงานดูเหมือนจะซ้ำซ้อนกันนั้นมีลักษณะ “ซ้ำเสริม” และ “เกื้อกูล” กันให้ได้มากที่สุด

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อทบทวนสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร (inter-organizational relations) และการอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบัน และศึกษาวิเคราะห์นวัตกรรม (mapping innovations in health governance) จากการดำเนินงานของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้นกว่าเดิม

1.2.2 เพื่อทำความเข้าใจทัศนะผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในระบบการอภิบาลสุขภาพในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างองค์การต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพตามพันธกิจและวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงกลไกการอภิบาลที่มีใช้มีเพียงมิติอำนาจในมิติต่างๆ ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา

1.2.3 เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อการเรียนรู้เชิงระบบและการพัฒนากลไกอภิบาลระบบสุขภาพร่วมกัน

1.3 คำถามวิจัย

1.3.1 สถานการณ์ปัจจุบันของการอภิบาลระบบสุขภาพเป็นอย่างไร (อิงบริบทและบทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง)

1.3.2 พฤติกรรมองค์กรและโครงสร้างความสัมพันธ์ของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย ปัจจุบัน เป็นอย่างไร เช่น ชัดแจ้งหรือร่วมมือ แยกทาง หรือแสวงหาความร่วมมือ

1.3.3 จะพัฒนาอภิบาลระบบสุขภาพอย่างไร เพื่อขับเคลื่อนไปสู่ระบบสุขภาพที่ระบบประสานที่ซับซ้อนมากขึ้นภายใต้หลักธรรมาภิบาลหลายหลายระดับ (multilevel governance)

1.4 ขอบเขตการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยที่แสดงถึงประวัติศาสตร์และพัฒนาการของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพไทยมาจำนวนหนึ่งแล้ว เช่น รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนอแนะทางองค์การอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย² การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550: กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา³ หรือแม้แต่การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2551-2553⁴ ดังนั้น ในงานวิจัยฉบับนี้ คณะผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญเฉพาะประวัติศาสตร์และพัฒนาการที่ส่งผลโดยตรงกับสถานการณ์ความสัมพันธ์ภายในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบันเป็นหลัก รวมถึงประวัติศาสตร์บางช่วงที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ผู้ให้ข้อมูลหลัก) ฝ่ายต่างๆ ชี้ให้เห็นว่า มีผลกับสถานการณ์ปัจจุบันเท่านั้น

1.5 วิธีการวิจัย

งานวิจัยอาจใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการทบทวนหนังสือ บทความ รายงานวิจัย รายงานการประชุม เอกสาร รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการประชุม และการสนทนากลุ่มกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์แบบลึก โดยจะคัดเลือกผู้ถูกสัมภาษณ์ที่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์สูงและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญในการบริหารจัดการหรือพัฒนาระบบสุขภาพ ผู้รับผิดชอบทางด้านนโยบายในวงการเมือง ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารในหน่วยงานหลักทั้งในอดีตและปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ผลการวิจัยมีความหนักแน่น และมีความน่าเชื่อถือ คณะผู้วิจัยได้กำหนดสัดส่วนผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละภาคส่วน/หน่วยงานให้มีความสมดุลกันและอาศัยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งในด้านแหล่งข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล (การเก็บข้อมูลในเวลาที่แตกต่างกัน) และวิธีการเก็บข้อมูล (สัมภาษณ์เชิงลึก-วิจัยเอกสาร-การสนทนากลุ่ม-การสังเกตการณ์)

ตัวอย่างของประเด็นคำถามที่ใช้ประกอบด้วย บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข กรมต่างๆ สข. สปสช. สสส. สวรส. สรพ. สพฉ. ที่คาดหวัง และที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายประชาคมและภาคสุขภาพ เครือข่ายสื่อมวลชนด้านสุขภาพ เครือข่ายภาคเอกชนด้านสุขภาพ เครือข่ายวิชาการ เครือข่ายวิชาชีพ (แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา) ที่คาดหวัง และที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

² เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนอแนะทางองค์การอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรกฎาคม 2554.

³ วิรุฬ ลิ้มสวาท. การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550: กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552.

⁴ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บก.). การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2551-2553 (นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554)..

รูปแบบการจัดองค์กรและหน้าที่ของกลไกระบบสุขภาพระดับต่างๆ รวมทั้งระบบการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ของกลไกระบบสุขภาพในระดับชาติ ระดับภูมิภาค ระดับท้องถิ่น และระดับสถานบริการ ระบบการจัดวางโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ์ของกลไกระบบสุขภาพในทุกระดับ กระบวนการประชาสัมพันธ์ในชุมชนต่างๆ ในการกำหนดนโยบายจากภาคประชาคมที่เอื้อต่อการจัดบทบาทร่วมกับภาครัฐในการควบคุม กำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพในระดับต่างๆ ซึ่งประเด็นการสัมภาษณ์จะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับ “การอภิบาลระบบสุขภาพ” และสามารถวิเคราะห์ปัญหาของการอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบัน ข้อเสนอสิ่งที่ควรจะเป็นในอนาคตและแนวทางการพัฒนา และข้อเสนอต่อหน่วยงานหรือกลไกที่มีอยู่ในปัจจุบัน

1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ผลการศึกษาสถานการณ์และนวัตกรรมของระบบการอภิบาลสุขภาพ

1.6.2 ผลการศึกษาเกี่ยวกับทักษะผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในระบบการอภิบาลสุขภาพในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างองค์การต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพตามพันธกิจและวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงกลไกการอภิบาลที่มีใหม่เพียงมิติอำนาจในมิติต่างๆ ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา

1.6.3 ข้อเสนอเพื่อการเรียนรู้เชิงระบบและการพัฒนากลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในอนาคต

โดยผู้ใช้ประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในระบบการอภิบาลสุขภาพ ในภาครัฐได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรใหม่ๆ ทางด้านระบบสุขภาพจะได้แนวทางในการพัฒนากลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ ตลอดจนแนวนโยบายในการเพิ่มสมรรถนะของระบบสุขภาพไทย ในขณะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคประชาสังคม และภาคเอกชน จะสามารถพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกับกลไกหลักที่มีอยู่แล้ว

1.7 โครงสร้างการนำเสนอ

รายงานฉบับนี้ ประกอบไปด้วยเนื้อหา ได้แก่

บทที่ 1 บทนำ กล่าวถึงความเป็นมา วัตถุประสงค์ และระเบียบวิธีในการศึกษา

บทที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษาระบบอภิบาลสุขภาพ เป็นการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับระบบอภิบาลในแง่มุมต่างๆ ทั้งแนวคิดต่างประเทศและการนำเข้ามาในประเทศไทย เพื่อสร้างกรอบในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ในระบบอภิบาล ตลอดจนสังเคราะห์แนวทางการศึกษาถึงระบบอภิบาลที่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะในการเรียนรู้ในอนาคต

บทที่ 3 สถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรในระบบอภิบาลสุขภาพ กล่าวถึงความเป็นมาของระบบอภิบาลสุขภาพในปัจจุบันโดยสังเขป สถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรในปัจจุบัน โดยวิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก และผลการจัดสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างไรก็ตามเนื้อหาในบทนี้เป็นสรุปและสังเคราะห์ประเด็นหลักเท่านั้น สำหรับรายละเอียดของทักษะฝ่ายต่างๆ จะแสดงไว้ในภาคผนวก

บทที่ 4 การวิเคราะห์นวัตกรรมจากการดำเนินงานของกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ บทนี้มีวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ว่า ภายใต้แรงกดดันที่เป็นอยู่ความสามารถในการผลักดันนวัตกรรมในระบบสุขภาพเกิดขึ้นภายใต้ระบบอภิบาลอย่างไร ในเงื่อนไขอย่างไร โดยนำเสนอผ่านกรณีศึกษา 4 กรณี ได้แก่ การผลักดันให้เกิดการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2550 และการผลักดันกลไกประเมินผลกระทบด้านสุขภาพตาม

รัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) และกรณีศึกษาค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance- P4P)

บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ เป็นการสรุปและสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อการเรียนรู้เชิงระบบและการพัฒนากลไกอภิบาลระบบสุขภาพร่วมกันในอนาคต

บทที่ 2

กรอบแนวคิดในการศึกษาระบบอภิบาลสุภาพ

2.1 ความนำ

แนวคิดเรื่องการอภิบาล (governance) เป็นหนึ่งในคำและแนวคิดที่ได้รับการกล่าวถึง ศึกษา และเผยแพร่อย่างแพร่หลายมากที่สุดนับตั้งแต่ทศวรรษที่ 1990 เป็นต้นมา ในกรณีของไทย แนวคิดดังกล่าวได้แพร่หลายในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 โดยเฉพาะหลังวิกฤตเศรษฐกิจปี ค.ศ. 1997 เป็นต้นมาจากบทบาทของกองทุนการเงินระหว่างประเทศที่มองว่าวิกฤตเศรษฐกิจเกิดจาก “การจัดการปกครองที่ไม่ดี” ดังนั้น จึงกำหนดเงื่อนไขที่มากับเงินกู้ให้รัฐบาลไทยต้องรับเอาแนวทาง “การจัดการปกครองที่ดี” (good governance) หรือที่มีการถอดความมาเป็นภาษาไทยในลักษณะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นธรรมรัฐ ธรรมาภิบาล การจัดการปกครองที่ดี และการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เป็นต้น

ความหลากหลายในการถอดความ และตีความแนวคิดดังกล่าวในวงการวิชาการไทย เป็นภาพสะท้อนส่วนหนึ่งของมุมมองที่หลากหลายที่มีต่อแนวคิดนี้ในแวดวงวิชาการต่างประเทศ แม้ว่าแนวคิดนี้จะมีที่มาจากรากศัพท์จากภาษากรีกที่ว่า ‘kubernan’ ที่สื่อความถึง “การขับเคลื่อน” (pilot or steer) แต่ในการประยุกต์ใช้ได้มีการตีความแนวคิดดังกล่าวไปในแนวทางที่แตกต่างกันตามสาขาวิชาที่แตกต่างกัน จุดเริ่มต้นแรกๆ ที่แนวคิดดังกล่าวได้รับความสนใจเกิดขึ้นในหมู่นักเศรษฐศาสตร์เชิงสถาบันแบบใหม่ (new institutional economics) ที่ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของสถาบันทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ (เช่น จารีต ประเพณีทางสังคม) ที่ส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนในทางเศรษฐกิจ นอกเหนือจากกลไกตลาด และมีที่มองไม่เห็น¹ นอกจากนี้ในช่วงแรกความสนใจในแนวคิดดังกล่าวยังเกิดขึ้นในหมู่นักเศรษฐศาสตร์การเมือง สังคมวิทยา การเมือง และนักวิชาการด้านการเมืองเปรียบเทียบ ที่สนใจศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับรัฐสวัสดิการในยุโรปอันส่งผลให้บทบาทของรัฐเปลี่ยนแปลงไป และตัวแสดงอื่นๆ เข้ามามีบทบาทในการจัดหาสวัสดิการมากขึ้น อย่างไรก็ตามในช่วงแรกนักวิชาการเหล่านี้มักจะใช้แนวคิดอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นชุมชนนโยบาย (policy community) หรือแนวคิดภาควิชาและสังคม (corporatism) เป็นฐานในการอธิบายมากกว่าแนวคิดเรื่องการอภิบาล

ความสนใจในแนวคิดนี้ขยายตัวอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ 1990 อีกทั้งขอบเขตของการศึกษาได้ขยายครอบคลุมสาขาวิชาต่างๆ มากยิ่งขึ้น ที่สำคัญคือ ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศที่ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของ “การจัดการปกครองระดับโลก” (global governance) ที่เกี่ยวโยงถึงองค์กรระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ รวมทั้งตัวแสดงระหว่างประเทศอื่นๆ ที่ไม่ใช่รัฐ ในการจัดการกับประเด็นปัญหาข้ามชาติมากขึ้น รัฐประศาสนศาสตร์ ที่สะท้อนภาพของการเปลี่ยนแปลงในระบบการบริหารจัดการภาครัฐไปสู่การ

¹ งานชิ้นสำคัญคืองานของ Oliver Williamson, “Transaction Costs Economics: Governance of Contractual Relation”, *Journal of Law and Economics* 22 (1975): 29-52.

บริหารจัดการภาครัฐแบบใหม่ (new public management) ที่ประยุกต์ใช้ระบบการบริหารจัดการในภาคเอกชนมาประยุกต์ใช้ เพื่อมุ่งเน้นประสิทธิภาพในการบริหาร สังคมวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหยิบยืมแนวคิดของมิเชล ฟูกูต์ (Michel Foucault) ที่ว่าด้วยการปกครอง (governmentality) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา การบริหารธุรกิจ ที่ใช้แนวคิดเรื่อง “บรรษัทภิบาล” (corporate governance) เพื่อสื่อถึงความถึงการบริหารจัดการที่ดี รับผิดชอบต่อผู้ถือหุ้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับบริษัท และสังคมในภาพรวม การศึกษาการพัฒนา (development studies) ที่เสนอแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล (good governance) เพื่อพัฒนาโครงสร้างเชิงสถาบันที่จำเป็นต่อการพัฒนา เป็นต้น²

ความหลากหลายในการศึกษาแนวคิดเรื่องการอภิบาลในแต่ละสาขาวิชาเห็นได้จากงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดนี้ระหว่าง ค.ศ. 2006-2009 ที่มีถึง 9,366 บทความ และปรากฏในวารสารในสาขาวิชาต่างๆ เช่น เศรษฐศาสตร์ (1,312 บทความ) การบริหารจัดการ (1,121 บทความ) รัฐศาสตร์ (1,086 บทความ) การบริหารธุรกิจ (1,061 บทความ) สิ่งแวดล้อม (993 บทความ) รัฐประศาสนศาสตร์ (911 บทความ) การวางแผนและการพัฒนา (788 บทความ) ภูมิศาสตร์ (758 บทความ) การเงิน (733 บทความ) ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ (642 บทความ) กฎหมาย (578 บทความ) สังคมวิทยา (383 บทความ) และในสาขาอื่นๆอีกว่า 50 สาขาวิชา³ ความหลากหลายดังกล่าวในแง่หนึ่งอาจมองได้ว่าเป็นปัญหาที่สร้างความสับสนในการทำ ความเข้าใจในแนวคิด แต่ในอีกแง่หนึ่งอาจมองได้ว่าเป็นโอกาสในการสร้างประเด็น หรือภาษาร่วมกันในการสนทนาข้ามสาขาวิชา (cross-disciplinarity) ซึ่งนี่เป็นวัตถุประสงค์สำคัญประการหนึ่งในการมองเรื่องการ อภิบาลในงานวิจัยชิ้นนี้

นอกจากการสร้างบทสนทนาข้ามสาขาวิชา ซึ่งอาจมองได้ว่ายังคง “จำกัด” อยู่เพียงแค่แวดวงวิชาการแล้ว การศึกษาแนวคิดเรื่องการอภิบาลในที่นี้จะขยายขอบเขตของบทสนทนาออกไปสู่วงกว้างมากขึ้น นั่นคือในระดับสาธารณะ บนฐานคติของแนวคิดเรื่องสังคมวิทยาสาธารณะ (public sociology) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นขอบเขตของการศึกษาเพียงแค่โลกทฤษฎี การพิสูจน์เชิงประจักษ์ การวางรากฐานทางแนวคิด การสร้างองค์ความรู้ หรือการนำองค์ความรู้ไปสู่นโยบายเท่านั้น หากแต่ให้ความสำคัญกับการ “สื่อสาร” กับสังคม อีกด้วย⁴ จากข้อสังเกตของเฮนริก แบงก์ (Henrik Bang) แนวคิดเรื่องการอภิบาล นอกจากจะเอื้อต่อการศึกษาค้นคว้าข้ามสาขาวิชาแล้ว ยังเอื้อต่อการ “สื่อสารทางการเมืองและสังคม” ต่อสาธารณะอีกด้วย เนื่องจากในปัจจุบัน “การ อภิบาล” ได้แทรกซึม หรือเกี่ยวพันเชื่อมโยงกับแทบทุกมิติทางสังคมอยู่แล้ว ทั้งยังไม่ได้จำกัดเพียงแค่มิติของ

² ดู Peer Zumbansen, “Governance: An Interdisciplinary Perspective”, in David Levi-Faur (ed.), *The Oxford Handbook of Governance* (New York: Oxford University Press, 2012), p. 83-96.; Gerry Stoker, “Governance as Theory: Five Propositions”, *International Social Science Journal* 50:155 (1998), p. 18.; Vasudha Chhotray and Gerry Stoker, *Governance Theory and Practice: A Cross-Disciplinary Approach* (Hamshire: Palgrave Macmillan, 2009), pp. 11-15.

³ ดูการประมวลจำนวนงานเหล่านี้ได้ใน David Levi-Faur, “From Big Government to Big Governance?”, in David Levi-Faur (ed.), *The Oxford Handbook of Governance*, pp. 5-6.

⁴ ฐานแนวคิดของสังคมวิทยาสาธารณะได้ใน Michael Burawoy, “For Public Sociology”, in Dan Clawson et al (eds.), *Public Sociology: Fifteen Eminent Sociologist Debate Politics and the Profession in the Twenty-first Century* (Berkeley: University of California Press, 2007), pp. 23-64.

“การปกครอง” หากแต่ครอบคลุมถึงประเด็นเฉพาะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงประเด็นเรื่องสุขภาวะอีกด้วย⁵

ก่อนจะกล่าวถึงกรอบในการวิเคราะห์การอภิบาลระบบสุขภาพในประเทศไทยในรายละเอียด เพื่อสร้างความเข้าใจในแนวคิดเรื่องการอภิบาล ในส่วนถัดมาจะกล่าวถึงพัฒนาการของแนวคิดดังกล่าว รวมถึงกระแสของการศึกษาเรื่องการอภิบาลในระลอกต่างๆ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ต่อมาจะกล่าวถึงการ “นำเข้า” มาของแนวคิดเรื่องการอภิบาลในประเทศไทย พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความหลากหลายในการถอดความ หรือแปลความหมาย รวมทั้งการปะทะกันระหว่างมุมมองต่างๆ ก่อนที่ในส่วนสุดท้ายจะกล่าวถึงสมมติฐาน กรอบแนวคิด และจุดมุ่งเน้นของการวิเคราะห์การอภิบาลระบบสุขภาพในประเทศไทย

2.2 พัฒนาการและกระแสการศึกษาแนวคิดเรื่องการอภิบาล

ท่ามกลางความหลากหลายในการให้ความหมาย และในการศึกษาแนวคิดเรื่องการอภิบาล จะสามารถเห็นได้ถึงนัยร่วมกันประการหนึ่งนั่นคือ การสะท้อนให้เห็นถึง “การเปลี่ยนแปลงของรัฐ กล่าวคือในการจัดการปกครองของรัฐ ไม่จำเป็นว่าจะต้องมีลักษณะของ “ระบบราชการ” ที่มีโครงสร้างอำนาจในลักษณะเป็นลำดับชั้นแบบพีระมิด หากแต่สามารถมีโครงสร้างในลักษณะอื่นๆ ไม่จำเป็นว่าจะเป็นเครือข่าย โครงสร้างแนวราบ หรือโครงสร้างหลายระดับชั้น และปริณิณของการขับเคลื่อนการจัดการปกครอง ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะของการ “สั่งการและควบคุม” หากแต่สามารถแข่งขัน เจรจาต่อรอง และร่วมมือ ทั้งระหว่างตัวแสดงภายในรัฐบาล และระหว่างรัฐบาล ภาคเอกชน และภาคสังคม หรือกระทั่งระหว่างรัฐบาลและตัวแสดงภายนอก รัฐ เช่น องค์การระหว่างประเทศ และองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ⁶ หรือหากกล่าวอีกนัยหนึ่งตามข้อสังเกตของอาร์ เอ ดับเบิลยู โรดส์ (R.A.W. Rhodes) แนวคิดเรื่องการอภิบาลได้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในพรมแดนระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคสังคม รวมทั้งบทบาทที่เปลี่ยนแปลงของรัฐนั่นเอง⁷

หากพิจารณาแนวคิดเรื่องการอภิบาลบนฐานของการเปลี่ยนแปลงในพรมแดนของความสัมพันธ์ และบทบาทระหว่างรัฐและตัวแสดงต่างๆ เราสามารถจัดกลุ่มแนวการศึกษาได้เป็นสามกลุ่ม⁸ด้วยกัน ทั้งนี้การจำแนกแนวการศึกษาเป็นสามประเภทเป็นการจัดประเภทตาม “ตัวแบบในอุดมคติ” (ideal type) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้เห็นภาพของการอภิบาลได้อย่างชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยตระหนักเป็นอย่างดีในข้อกำหนดเบื้องต้นของการใช้วิธีวิจัยแบบตัวแบบในอุดมคติว่า ในความเป็นจริง เป็นการ

⁵ ดู Henrik Bang, “Introduction”, in Henrik Bang (ed.), *Governance as Social and Political Communication* (Manchester: Manchester University Press, 2003), pp. 1-6.

⁶ Levi-Faur, “From Big Government to Big Governance?”, p. 7.

⁷ R.A.W. Rhodes, “Waves of Governance”, in Levi-Faur (ed.), *The Oxford Handbook of Governance*, pp. 5-6.

⁸ การจัดกลุ่มในที่นี้พัฒนาและปรับปรุงจาก Levi-Faur, “From Big Government to Big Governance?”, pp. 10-13.; R.A.W. Rhodes, “Waves of Governance”, pp. 34-43.; Mark Bevir, *Key Concepts in Governance* (New Delhi: Sage Publications, 2009), pp. 3-30.

ยากที่จะสามารถเห็นรูปแบบของการอภิบาลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ในการจำแนกในทุกประการ⁹ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยตระหนักดีว่าการคงอยู่ของการอภิบาลในรูปแบบหนึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการไม่มีอยู่ของการอภิบาลในรูปแบบอื่น และในความเป็นจริงมักจะเห็นถึงการอภิบาลในรูปแบบผสมผสาน หรือการปรากฏตัวของการอภิบาลในหลากหลายรูปแบบภายในรัฐหนึ่งๆ

ตารางที่ 1 ตัวแบบอุดมคติของการอภิบาล

	ตลาด	รัฐ	เครือข่าย
รูปแบบของการใช้อำนาจ	การแลกเปลี่ยน	การบังคับบัญชา	การสานเสวนา
รากฐานของเหตุผล	ความเป็นทางการ และ กระบวนการ	มุ่งเน้นผลลัพธ์	มุ่งเน้นกระบวนการและการสะท้อนความคิด
เกณฑ์วัดความสำเร็จ	การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	การบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ	ความยินยอมจากการเจรจาต่อรอง
เกณฑ์วัดความล้มเหลว	ความไร้ประสิทธิภาพทางเศรษฐศาสตร์	ความไร้ประสิทธิภาพ ความล่าช้า	การได้แต่ถกเถียงโดยไม่ได้ข้อสรุป
ขอบเขตเชิงพื้นที่	ระบบทุนนิยมโลก	พรมแดนประเทศ	พยายามปรับขอบเขตแต่ขึ้นอยู่กับเส้นทางในอดีต
มุมมองต่อมนุษย์	เห็นแก่ผลประโยชน์และมุ่งหวังประโยชน์สูงสุด	ชอบอยู่ในระบบและระเบียบที่ชัดเจนตายตัว	ชอบถกเถียง มีส่วนร่วมในกิจการสาธารณะ
แนวคิดที่ต่อยอดจากตัวแบบอุดมคติ	การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ธรรมาภิบาล	อภิมาภิบาล การอภิบาลของการอภิบาล	การอภิบาลแบบเครือข่าย การอภิบาลแบบเครือข่าย ประชาธิปไตย

ที่มา: ปรับปรุงจาก Bob Jessop, “Governance and meta-governance: On Reflexivity, Requisite Variety and Requisite Irony”, in Bang (ed.), *Governance as Social and Political Communication*, p. 102.

จากตารางที่หนึ่ง จะเห็นได้ถึงตัวแบบในอุดมคติของการอภิบาลในสามรูปแบบ รูปแบบแรกคือการอภิบาลในแนวทางของตลาด กลไกการทำงานหลักของตลาดคือการแลกเปลี่ยนบนฐานคติที่ว่าผู้แลกเปลี่ยนทั้งสองฝ่ายต่างมุ่งหวังประโยชน์สูงสุด และหากปล่อยให้กลไกทำงานได้อย่างสมบูรณ์ กลไกตลาดจะเกื้อหนุนให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด รูปแบบที่สองคือการอภิบาลโดยรัฐ ซึ่งรัฐในที่นี้หมายถึงรัฐชาติสมัยใหม่ที่มีขอบเขตดินแดนที่ชัดเจนและมีการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง พร้อมทั้งสร้างกลไกสำคัญในการใช้อำนาจนั้นคือระบบราชการ โครงสร้างของระบบราชการมีลักษณะสำคัญคือลำดับชั้นสูงต่ำของการบังคับบัญชา มีระบบระเบียบที่ชัดเจนตายตัวเอื้อต่อการที่ประชาชนจะสามารถคาดการณ์ได้ รูปแบบสุดท้าย

⁹ Kenneth Prandy, “Ideal Types, Stereotypes and Classes”, *British Journal of Sociology*, 53:4 (December 2002), p. 587.

คือการอภิบาลแบบเครือข่าย หรือแบบชุมชน หรือสังคม การอภิบาลรูปแบบนี้มุ่งเน้น “กระบวนการ” มากกว่า “ผลลัพธ์” ไม่ว่าจะเป็นประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรสูงสุดดังเช่นในระบบตลาด หรือประสิทธิผลในการทำงาน ดังเช่นระบบรัฐ และลักษณะของการใช้อำนาจจะอยู่บนฐานของการสานเสวนาหรือการเจรจาระหว่างตัวแสดงในเครือข่าย เพื่อให้ได้มาซึ่งความยินยอมจากทุกฝ่าย

จากฐานของตัวแบบอุดมคติของการอภิบาลทำให้สามารถจำแนกแนวการศึกษาได้เป็นสามกลุ่ม กลุ่มแรกมองการอภิบาลว่าเป็นภาพสะท้อนของรัฐที่ “กลวง” (hollowing out)¹⁰ ความกลวงของรัฐมีที่มาจาก การที่อำนาจรัฐถูกทำลายจากพลังภายนอกของระบบทุนนิยมโลก รวมทั้งสถาบันระหว่างประเทศ ขณะเดียวกันอำนาจรัฐยังถูกทำลายจากพลังภายในรัฐ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มธุรกิจ องค์กรพัฒนาเอกชน หรือการฟ้องถ่ายอำนาจไปสู่การปกครองระดับท้องถิ่น ความเปลี่ยนแปลงในบทบาทของรัฐที่ส่งผลให้รัฐ “กลวง” นั้น แม้ว่าส่วนหนึ่งจะเกิดจากความเข้มข้นของกระแสโลกาภิวัตน์ในช่วงระยะหลัง แต่ส่วนสำคัญเกิดจากกระแสการปฏิรูปภาครัฐในช่วงทศวรรษที่ 1980 ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแบบใหม่ (New Public Management: NPM)

แนวคิดดังกล่าวมองว่ารัฐ (สวัสดิการ) ในยุโรปตะวันตกมีบทบาทที่มากเกินไป และมีขนาดใหญ่เกินไป จึงทำให้เกิดปัญหาความล่าช้า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ (ประชาชน) และไม่สามารถขับเคลื่อนนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากมุมมองดังกล่าวจึงนำไปสู่ข้อเสนอให้ใช้กลไกตลาด และเทคนิคในการบริหารงานในภาคเอกชนมาประยุกต์ใช้ในภาครัฐมากขึ้น ดังปรากฏให้เห็นในแนวนโยบายต่างๆ อาทิ การแปรรูปรัฐวิสาหกิจ การลดทอนกฎระเบียบ และลดขั้นตอนการติดต่อประสานงาน การถ่ายโอนบริการสาธารณะให้กับภาคเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชน การยึดหลักบริหารจัดการโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ (ดังแสดงให้เห็นผ่านตัวอย่างต่างๆ เช่น MBO (Management by Objectives), TQM (Total Quality Management), MBR (Management by Results) เป็นต้น¹¹

ในระยะหลัง เมื่อแนวคิดเรื่องการบริหารจัดการภาครัฐแบบใหม่ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างมาก โดยเฉพาะประเด็นที่ว่า การมุ่งเน้นประสิทธิภาพในการบริหารทำให้ละเลยมิติเรื่องความสามารถในการตรวจสอบได้ และความโปร่งใส ทำให้มีการนำเสนอแนวคิด “ธรรมาภิบาล” (good governance) เพื่อเข้ามาแทนที่แนวคิด และชุดนโยบายแบบเดิม ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนจากแนวทางขององค์กรระหว่างประเทศด้านเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นธนาคารโลก หรือกองทุนการเงินระหว่างประเทศ ที่แต่เดิมในช่วงทศวรรษที่ 1980 สนับสนุนแนวนโยบายที่ชื่อว่า “ฉันทามติวอชิงตัน” (Washington Consensus)¹² ในช่วง

¹⁰ ดูตัวอย่างงานใน R.A.W. Rhodes, “The Hollowing Out of the State: The Changing Nature of the Public Service in Britain, *Political Quarterly* 65 (1994): 138-151.

¹¹ Bevir, *Key Concepts in Governance*, pp. 10-12. สำหรับตัวอย่างงานในภาษาไทยดู ทศพร ศิริสัมพันธ์, “การบริหารจัดการภาครัฐในยุคโลกาภิวัตน์: ระบบตลาด การจัดการสมัยใหม่ การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนนิยม”, ในพฤทธิสถาน ชุมพล (บก.), *การจัดการปกครอง* (กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543), หน้า 132-141.

¹² ฉันทามติวอชิงตันที่เสนอโดยจอห์น วิลเลียมสัน (John Williamson) นักเศรษฐศาสตร์ที่เคยทำงานให้ทั้งธนาคารโลกและกองทุนการเงินระหว่างประเทศ ประกอบไปด้วยข้อเสนอเชิงนโยบายสิบประการได้แก่ 1) วินัยทางการคลัง 2) การจัดเรียงลำดับความสำคัญของการใช้งบประมาณใหม่ (เพื่อลดขนาดของรัฐ) 3) การปฏิรูปภาษีเพื่อขยายฐานภาษีให้กว้างขึ้น 4) การเปิดเสรีอัตราดอกเบี้ย 5) การเปิดเสรีอัตราแลกเปลี่ยน 6) การเปิดเสรีทางการค้า 7) การเปิดเสรีสำหรับการลงทุนตรงจากต่างประเทศ 8) การแปรรูปรัฐวิสาหกิจ 9) การลดทอน

กลางทศวรรษที่ 1990 ได้หันมาสนับสนุนแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล¹³ (ดังตัวอย่างเงื่อนไขที่มากับเงินกู้ของ กองทุนการเงินระหว่างประเทศที่ให้กับประเทศไทยหลังวิกฤติ พ.ศ. 2540) แม้ว่านักวิชาการบางกลุ่มจะมองว่า การเกิดขึ้นของแนวคิดธรรมาภิบาลจะสะท้อนให้เห็นถึงการเกิดขึ้นของกระแสที่สองของการศึกษาแนวคิดการ อภิบาล¹⁴ แต่เนื่องจากคณะผู้วิจัยมองว่ากระแสแนวคิดการอภิบาลในกลุ่มแรกอยู่บนฐานคติของการมองการ อภิบาลในมุมมองของตลาด (market governance) (ดูตารางที่ 1) และแนวคิดธรรมาภิบาลเองก็พัฒนาบน ฐานคติดังกล่าว ดังที่เดวิด เลวี-เฟอว์ (David Levi-Faur) ตั้งข้อสังเกตว่าแนวคิดธรรมาภิบาล อาจเรียกได้ใน อีกลักษณะหนึ่งว่าเป็นแนวคิดที่ “ลดการอภิบาล” (degovernancing) หรือจำกัดขอบเขตของการอภิบาลใน น้อยที่สุด (minimal governance) ในแง่รูปแบบของการจัดการหรือการอภิบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดธรร มาภิบาลนั้นคือ การอภิบาลในแนวทางของตลาด¹⁵

การเกิดขึ้นของแนวคิดกลุ่มแรกได้ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยา และสร้างกระแสตอบโต้อีกสองกระแสตามมา ในกระแสที่สองที่อาจเรียกได้ว่าการอภิบาลที่มีรัฐเป็นศูนย์กลาง (state-centered governance) แนวคิดใน กลุ่มที่สองนี้ยังมีชื่อเรียกอื่นๆ ที่สำคัญคือ “อภิมหาอภิบาล” (meta-governance) หรือ “การอภิบาลของการ อภิบาล” (governance of governance) นัยที่สะท้อนจากคำดังกล่าวคือรัฐมีบทบาทในการวางกรอบการ อภิบาล และกำหนดโครงสร้างและการทำงานของอภิบาลในแนวทางอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการอภิบาลใน แนวทางของตลาด หรือการอภิบาลด้วยเครือข่าย ในแง่สิ่งที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่ปรากฏการณ์ของรัฐที่ “กลวง” หรือการอภิบาลแบบใหม่ที่ “อภิบาลโดยปราศจากรัฐบาล” (governing without government)¹⁶ แม้ว่าจะงาน ในกลุ่มที่สองนี้จะมองว่ารัฐมีบทบาทสำคัญในการกำหนดกรอบการอภิบาล แต่งานในกลุ่มนี้แตกต่างจาก แนวคิดเรื่องการอภิบาลแบบดั้งเดิมที่มองว่ารัฐบาลใช้อำนาจที่รวมศูนย์ในการสั่งการและควบคุม ผ่านกลไก ของรัฐที่มีโครงสร้างแบบลำดับชั้น หากแต่ตระหนักว่าโครงสร้างในการอภิบาลอาจมีความหลากหลายตามแต่ ลักษณะของปัญหาในโครงสร้างสังคมที่ซับซ้อน ในบางกรณีอาจมีการใช้โครงสร้างการอภิบาลแบบตลาด และ ในบางกรณีอาจมีการใช้โครงสร้างการอภิบาลแบบเครือข่าย แต่สิ่งที่น่าสนใจในกลุ่มนี้สอดคล้องกับแนวคิดแบบ ดั้งเดิมของการอภิบาลโดยรัฐ (state governance) คือยังคงมองว่ารัฐอยู่ในสถานะและตำแหน่ง (ทางอำนาจ) ที่ดีกว่าตัวแสดงอื่นๆ ในการจัดการกับความขัดแย้งของผลประโยชน์ และค่านิยมระหว่างตัวแสดงในสังคม¹⁷

บทบาทของรัฐในการวางกรอบโครงสร้างการอภิบาลของการอภิบาล และในความสัมพันธ์กับตัวแสดง อื่นๆ มีได้หลายลักษณะ อาทิ รัฐสามารถวางกรอบกฎเกณฑ์สำหรับตัวแสดงอื่นๆ และแม้ว่ากรอบกฎเกณฑ์ ดังกล่าวอาจจะมีทิศทางที่สนับสนุนกลไกตลาด แต่ตัวแสดงในระบบตลาดยังคงต้องดำเนินการตามกรอบ

กฎระเบียบทางเศรษฐกิจ 10) การขยายการคุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินให้ครอบคลุมภาคเศรษฐกิจที่ไม่เป็นทางการ ดู John Williamson, “A Short History of the Washington Consensus”, in Narcis Serra and Joseph Stiglitz, eds., *The Washington Consensus Reconsidered: Towards a New Global Governance* (Oxford: Oxford University Press, 2008), pp. 16-17.

¹³ Bo Rothstein, “Good Governance”, in Levi-Faur (ed.), *The Oxford Handbook of Governance*, pp. 144-146.

¹⁴ เช่น David Levi-Faur ดู Levi-Faur, “From Big Government to Big Governance?”, p. 11.

¹⁵ Ibid, p. 11.

¹⁶ ดู R.A.W. Rhodes, “The New Governance: Governing without Government”, *Political Studies* 44 (1996): 652-667.

¹⁷ Jon Pierre and B. Guy Peters, *Governing Complex Societies: Trajectories and Scenarios* (Hamshire: Palgrave Macmillan, 2005), p. 134.

กฎเกณฑ์ที่รัฐกำหนดไว้ ในแง่ “ความเสรี” ของตลาดจึงอาจเป็นเพียงมายาภาพ ขณะที่ภาพที่แท้จริงอาจเป็น “ตลาดภายใต้กรอบกฎเกณฑ์” หรือรัฐสามารถขับเคลื่อนนโยบายผ่านการวางกรอบแนวคิด การพูดคุยถกเถียง และการกำหนดวาระ เพื่อส่งอิทธิพลต่อสิ่งที่ตัวแสดงคิดและดำเนินการ ในทำนองเดียวกันรัฐสามารถขับเคลื่อนการอภิบาลผ่านทางกระบวนการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณ และอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการ¹⁸ ในแง่นี้อาจกล่าวได้ว่าภายใต้กรอบ “การอภิบาลของการอภิบาล” การอภิบาลในรูปแบบอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการอภิบาลตามแนวทางของตลาด หรือการอภิบาลแบบเครือข่ายจึงยังคงมีอยู่ และสามารถอยู่ร่วมกับการอภิบาลที่มีรัฐเป็นศูนย์กลางได้ หากแต่การอภิบาลในรูปแบบอื่นๆต้องทำงานภายใต้บริบทของ “กระบวนการตัดสินใจที่ต้องเจรจาต่อรอง” (negotiated decision making) ที่มีรัฐเป็นตัวกลางนั่นเอง¹⁹

ที่ผ่านมามีความพยายามในการพัฒนาแนวคิดอภิบาล โดยกระแสแนวคิดล่าสุดที่กำลังก่อตัวขึ้นคือแนวคิดที่เรียกว่า “การอภิบาลขนาดใหญ่” (big governance) ที่เกิดขึ้นในหมู่นักเศรษฐศาสตร์การเมืองเชิงเปรียบเทียบ แนวคิดสำคัญของนักวิชาการกลุ่มนี้คือระบบทุนนิยมในปัจจุบันกำลังเปลี่ยนแปลงไปจาก “ทุนนิยมเสรี” เป็น “ทุนนิยมภายใต้กฎเกณฑ์” (regulatory capitalism) อันเนื่องมาจากสภาพปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจที่ก่อตัวขึ้นบ่อยครั้ง ทั้งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และประเทศหรือกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว มีการวิเคราะห์ว่าปัญหาสำคัญที่นำไปสู่วัฏจักรของวิกฤตการณ์ในระบบทุนนิยมคือการปล่อยให้ทุนนิยมทำงานอย่างเสรี และสถาบันรัฐมีบทบาทในการควบคุมหรือกำกับระบบทุนนิยมน้อยเกินไป ดังนั้นในการขับเคลื่อนระบบทุนนิยมจึงจำเป็นต้องสร้างกลไกขึ้นมากำกับ โดยกลไกดังกล่าวนี้ต้องพึ่งพาทั้งรัฐที่มีศักยภาพในการออกกฎเกณฑ์ และกลไกการอภิบาลที่ตั้งทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการตามกฎเกณฑ์²⁰ แม้จะมีความพยายามชี้ให้เห็นว่าการศึกษาตามแนวทางของ “การอภิบาลขนาดใหญ่” จะเป็นแนวการศึกษาแบบ “ใหม่” แต่หากพิจารณาจากฐานคติจะพบว่าแนวทางการศึกษานี้ยังอยู่ภายใต้แนวคิดการอภิบาลโดยรัฐ

ในงานกลุ่มที่สามนั้นคือ การอภิบาลโดยเครือข่าย (network governance) ก่อตัวขึ้นท่ามกลางความตระหนักในข้อจำกัดของงานในสองกลุ่มแรก ไม่ว่าจะเป็นปัญหาของการอภิบาลแบบตลาดที่ส่งผลทำให้ระบบการบริหารงานภาครัฐแตกออกเป็นส่วน และขาดความเชื่อมโยง หรือปัญหาของการอภิบาลโดยรัฐแบบเดิมที่ประสบปัญหาความล่าช้า ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งจากสภาพปัญหาของสังคมที่ทวีความซับซ้อนและมีพลวัตมากขึ้น และความตระหนักของพลเมืองที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้ขอบเขตของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขยายตัวขึ้นอย่างมาก ด้วยเหตุนี้การใช้อำนาจสั่งการจากส่วนบนจึงไม่สอดคล้องกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การเกิดขึ้นของการอภิบาลโดยเครือข่ายจึงเข้ามาอุดช่องว่างดังกล่าว โดยเฉพาะช่องว่างของ “การประสานงาน” ระหว่างตัวแสดงต่างๆทั้งภายในองค์กรภาครัฐ และระหว่างองค์กรภาครัฐกับตัวแสดงภายนอก ช่องว่างในกระบวนการ “กำหนดนโยบาย” และ “นำนโยบายไปปฏิบัติ” ที่พรหมแดนทางนโยบายของกระบวนการทั้งสองไม่ได้แบ่งแยกชัดเจนดังเดิม และช่องว่างของการมี

¹⁸ Rhodes, “Waves of Governance”, p. 37.

¹⁹ Jessop, “Governance and meta-governance”, p. 109.

²⁰ ดูงานในกลุ่มนี้ได้ใน Levi-Faur, “From Big Government to Big Governance?”, pp. 13-14.

ส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย ที่แต่เดิมกลุ่มพลเมืองอาจมีพื้นที่ทางนโยบายที่ค่อนข้างจำกัดกว่ากลุ่มผลประโยชน์ขนาดใหญ่²¹

อีวา โซเรนเซน (Eva Sorensen) และยาซ็อบ ทอร์ฟิง (Jacob Torfing) ได้ชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบที่สำคัญของการอภิบาลแบบเครือข่ายห้าประการได้แก่ ประการแรก ตัวแสดงในเครือข่ายมีทั้งตัวแสดงภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคสังคม โดยตัวแสดงเหล่านี้ต่างพึ่งพาทรัพยากรและศักยภาพของตัวแสดงอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ตัวแสดงเหล่านี้ยังคงมีความเป็นอิสระในการดำเนินการ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือไม่มีตัวแสดงใดสามารถสั่งการตัวแสดงอื่นๆ ได้ ประการที่สอง ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ภายในเครือข่ายคือการเจรจาต่อรองผสมผสานกับการพิจารณา (deliberation) ร่วมกัน ประการที่สาม การทำงานภายในเครือข่ายไม่ได้เกิดขึ้นในสถานะสุญญากาศ หากแต่เกิดขึ้นภายใต้กรอบเชิงสถาบัน ที่วางกรอบกฎเกณฑ์ การปฏิบัติ รวมถึงคุณค่าร่วมกัน ประการที่สี่ การอภิบาลแบบเครือข่ายมีความเป็นอิสระและสามารถขับเคลื่อนกฎเกณฑ์ได้ด้วยตนเองในระดับหนึ่ง นั่นคือเครือข่ายจะไม่ได้อยู่ภายใต้อำนาจสั่งการโดยตรงของรัฐ หรืออยู่ภายใต้กลไกการแข่งขันในระบบตลาด ประการที่ห้า การทำงานของเครือข่ายมีเป้าประสงค์เพื่อตอบสนองต่อสาธารณะในประเด็นเฉพาะด้าน แม้ว่าการอภิบาลแบบเครือข่ายจะมีองค์ประกอบหลักร่วมกันดังกล่าว แต่โซเรนเซน และทอร์ฟิงชี้ว่ารูปแบบของการอภิบาลแบบเครือข่ายไม่ได้มีลักษณะที่ตายตัว อาจมีที่มา โครงสร้าง บทบาทที่แตกต่างกันได้²²

การศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดการอภิบาลแบบเครือข่ายได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากเดิมที่มุ่งเน้นศึกษาการก่อตัว ความแตกต่างของการอภิบาลแบบเครือข่าย และการอภิบาลในรูปแบบอื่นๆ รวมถึงผลลัพธ์ของการทำงานของการอภิบาลแบบเครือข่าย ในปัจจุบันได้มีความพยายามศึกษาการอภิบาลแบบเครือข่ายด้วยมุมมองที่เป็นพลวัตมากขึ้น อีกทั้งมีการผสมผสานแง่มุมเชิงปทัสฐานโดยมีการตั้งประเด็นว่าการทำงานของการทำงานของการอภิบาลแบบเครือข่ายจะเกื้อหนุนหรืออำนวยความสะดวกให้แก่การมีส่วนร่วมในระบบประชาธิปไตยได้อย่างไร หรือโครงสร้างของเครือข่ายจะเปิดช่องทางให้แก่พลเมืองกลุ่มต่างๆ ได้อย่างไร จากการศึกษาให้ความสำคัญกับค่านิยมแบบประชาธิปไตยทำให้ในระยะหลังได้มีการเปลี่ยนชื่อเป็นแนวทางการศึกษาการอภิบาลแบบเครือข่ายประชาธิปไตย (democratic network governance)

นอกจากแนวการศึกษาทั้งสามกลุ่มแล้ว ในระยะหลังจะเห็นถึงความหลากหลายในการศึกษาการอภิบาล โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจาก “คำคุณศัพท์” ที่มาประกอบควบคู่กับการอภิบาล ไม่ว่าจะเป็นการอภิบาลแบบมีส่วนร่วม (participatory governance) ซึ่งมีเป้าประสงค์คล้ายกับแนวคิดเรื่องการอภิบาลแบบเครือข่ายประชาธิปไตย²³ การอภิบาลแบบประชาธิปไตย (democratic governance) ซึ่งมุ่งเน้นเปิดพื้นที่เชิง

²¹ Bevir, *Key Concepts in Governance*, pp. 12-14.

²² Eva Sorensen and Jacob Torfing, “Introduction Governance Network Research: Towards a Second Generation”, in Eva Sorensen and Jacob Torfing (eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (Hamshire: Palgrave Macmillan, 2008), pp. 9-11.

²³ ดูตัวอย่างงานได้ใน Hubert Heinelt, *Governing Modern Societies: Towards Participatory Governance* (London: Routledge, 2010).

สถาบันให้กับเสียงของประชาชน²⁴ การอภิบาลในเชิงประสานความร่วมมือ (collaborative governance) ซึ่งสะท้อนยุทธศาสตร์ที่ใช้ในกระบวนการวางแผนกำหนดนโยบาย หรือการบริหารงานที่มุ่งเน้นการประสานความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบาย²⁵ การอภิบาลเชิงปฏิสัมพันธ์ (interactive governance) ที่มุ่งเน้นศึกษาปฏิสัมพันธ์ทั้งหมดที่นำไปสู่การแก้ปัญหาสังคม หรือเพื่อสร้างโอกาสทางสังคมในการวางกรอบหลักการสำหรับการมีปฏิสัมพันธ์และการทำงานของสถาบันในอนาคต²⁶ หรือการศึกษาการอภิบาลในแนวการตีความ (interpretive governance) ที่มุ่งศึกษาแง่มุมของความเชื่อ มุมมอง และการกระทำของตัวแสดงในโครงสร้างการอภิบาล²⁷ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาในรายละเอียดแล้วการอภิบาลที่มีคำคุณศัพท์ที่แตกต่างหลากหลายนี้สะท้อนให้เห็นถึง “จุดมุ่งเน้น” ในการศึกษาที่เฉพาะเจาะจง แต่ในภาพรวมแล้วยังคงสะท้อนรูปแบบการอภิบาลที่ค่อนข้างสอดคล้องกับสามกลุ่มแนวคิดข้างต้น

2.3 การนำเข้ามาของแนวคิดการอภิบาลในประเทศไทย

จากข้อสังเกตของพิทยา บวรวัฒนา แนวคิดเรื่องการอภิบาลเข้ามาสู่ประเทศไทยตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 โดยนักวิชาการ อย่างไรก็ตาม ในช่วงแรกแนวคิดดังกล่าวยังคงจำกัดอยู่ในกลุ่มนักวิชาการ และอยู่ภายใต้กระแสแนวคิดการปฏิรูปประชาธิปไตยหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬปี พ.ศ. 2535 ด้วยเหตุนี้ แม้ว่าแนวคิดเรื่องการอภิบาลจะยังไม่ปรากฏตัวอย่างชัดเจน แต่หลักการของแนวคิดดังกล่าวได้แฝงอยู่ในหลักการหลายประการของรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 ไม่ว่าจะเป็นหลักการตรวจสอบโดยองค์กรอิสระ หลักการกระจายอำนาจ หลักความโปร่งใสและเปิดกว้างสำหรับการมีส่วนร่วม²⁸ ต่อมาแนวคิดเรื่องการอภิบาลได้เริ่มแพร่หลายสู่สาธารณะชนมากขึ้นหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในตอนต้นว่า วิกฤตครั้งดังกล่าวถูกมองจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ รวมทั้งกลุ่มนักวิชาการว่าเกิดจาก “การจัดการปกครองที่ไม่ดี” เป็นที่น่าสนใจว่าการถอดความแนวคิดดังกล่าวเป็นภาษาไทยครั้งแรกๆ ค่อนข้างเป็นอิสระจากความหมายของกองทุนการเงินระหว่างประเทศหรือธนาคารโลก กล่าวคือในการเรียกร้องให้รัฐบาลทำตามข้อเสนอว่าด้วย “ธรรมรัฐ” (good governance) ผู้ถอดความนั้นคือคณาจารย์รัฐศาสตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (นำโดยชัยวัฒน์ สถาอานันท์) เรียกร้องให้รัฐบาลคำนึงถึงคนยากจน ปฏิเสธการขึ้นสู่

²⁴ ดู Amit Ron, “Modes of Democratic Governance”, in Levi-Faur (ed.), *The Oxford Handbook of Governance*, pp. 472-484.

²⁵ ดู Chris Ansell, “Collaborative Governance”, in Levi-Faur (ed.), *The Oxford Handbook of Governance*, pp. 498-511.

²⁶ ดู Jan Kooiman et al., “Interactive Governance and Governability: An Introduction”, *The Journal of Transdisciplinary Environmental Studies*, 7:1 (2008), p. 2.

²⁷ ดู Rhodes, “Waves of Governance”, pp. 39-43.

²⁸ Bidhya Bowornwathana, “Importing Governance into the Thai Polity: Competing Hybrids and Reform Consequences”, *International Public Management Review* 8:2 (2007), pp. 2-3.

อำนาจของรัฐบาลโดยวิธีการนอกเหนือจากรัฐธรรมนูญ และให้รัฐบาลบริหารงานโดยยึดหลักความยุติธรรม ความเป็นธรรม และความถูกต้อง²⁹

หลังจากนั้นเป็นต้นมาดูเหมือนว่าพื้นที่การถกเถียงเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องการอภิบาลในไทย ได้ถูกครอบงำโดยการปะทะกันระหว่างวาทกรรม “good governance” โดยเฉพาะระหว่างวาทกรรมสามกลุ่ม แนวคิดได้แก่ กลุ่มแรกธรรมนูญอำนาจนิยม ซึ่งเป็นมุมมองของฝ่ายความมั่นคง ที่มองว่ารัฐเป็นเจ้าของธรรม และรัฐมีบทบาทในการสร้างความเป็นปึกแผ่น และความปรองดองในชาติ กลุ่มที่สองธรรมนูญเสรีนิยม ที่มองธรรมนูญในแง่ของการบริหารจัดการที่ดี และสนับสนุนให้ใช้กลไกตลาดในการจัดการปัญหาเศรษฐกิจเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด อีกทั้งยังมุ่งเน้นหลักการมีส่วนร่วม ความสามารถตรวจสอบได้ ความโปร่งใส และภาคประชาสังคมที่เข้มแข็ง และกลุ่มที่สามธรรมนูญชุมชนนิยม ที่มุ่งเน้นเรื่องการกระจายอำนาจ และการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาสังคม³⁰

นอกเหนือจากการปะทะกันระหว่างวาทกรรมธรรมนูญ/ธรรมาภิบาลทั้งสามกลุ่มแล้ว พิทยา ได้ตั้งข้อสังเกตถึงการตีความแนวคิดการอภิบาลในรูปแบบอื่นไว้อีกอย่างน้อยสี่รูปแบบ³¹ โดยในสี่รูปแบบนี้สามารถจัดกลุ่มเพิ่มเติมได้เป็นสองกลุ่มได้แก่ กลุ่มแรกที่น่าสนใจประสิทธิภาพในการบริหารงาน กลุ่มนี้สามารถจำแนกย่อยเป็นสองมุมมองได้แก่ มุมมองที่ว่าการอภิบาลคือการมุ่งสร้างประสิทธิภาพในการบริหารจัดการภาครัฐ แนวคิดดังกล่าวได้แฝงอยู่ในพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 และในหลักการของการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) พิทยาได้ชี้ว่ากฎหมายดังกล่าวและบทบาทของ กพร.ได้ให้ความสำคัญกับหลัก “ประสิทธิภาพ” เหนือหลักการอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการตรวจสอบได้ หรือความซื่อสัตย์สุจริต และค่อนข้างสะท้อนอิทธิพลของแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) ที่ประยุกต์หลักการบริหารงานธุรกิจมาใช้ในการบริหารงานภาครัฐ การตีความการอภิบาลในแง่มุมมองของประสิทธิภาพในการทำงานภาครัฐสอดคล้องกับการตีความการอภิบาลในรูปแบบที่สองที่มองการบริหารงานประเทศเสมือนกับการบริหารบริษัท ที่มีผู้บริหารงานสูงสุด (CEO) เป็นผู้นำ มุมมองการอภิบาลในรูปแบบนี้เกิดขึ้นในสมัยรัฐบาลทักษิณ ด้วยเหตุนี้จึงได้ชื่อว่า “ระบอบทักษิณ” ในทางปฏิบัติแล้วการอภิบาลในระบบนี้ได้ดึงอำนาจจากทุกส่วนเข้ามาอยู่ที่ตัวนายกรัฐมนตรี และนายกรัฐมนตรีพยายามควบคุมและจำกัดบทบาทของกลไกต่างๆ ที่จะขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการใช้อำนาจของนายกรัฐมนตรี ไม่ว่าจะเป็นกลไกตรวจสอบ องค์กรอิสระ ระบบราชการ หรือกระทั่งสื่อมวลชน³²

การตีความการอภิบาลในกลุ่มแรกนี้ได้ปะทะกันทางวาทกรรมกับการตีความในกลุ่มที่สองที่ประกอบไปด้วยมุมมองสองมุมมองด้วยกันได้แก่ การอภิบาลในฐานะของหลักทศพิธราชธรรม หรือธรรมะสำหรับ

²⁹ ดู นฤมล ทับจุมพล, “แนวคิดและวาทกรรมว่าด้วยธรรมนูญแห่งชาติ”, ในพฤทธิสถาน ชุมพล (บก.), *การจัดการปกครอง*, หน้า 15.; Kasian Tejapira, “Thammarat/Good Governance in Glocalizing Thailand”, in Carol Gluck and Anna Lowenhaupt Tsing (eds.), *Words in Motion: Toward a Global Lexicon* (Durham: Duke University Press, 2009), pp. 313-315.

³⁰ ดู นฤมล ทับจุมพล, “แนวคิดและวาทกรรมว่าด้วยธรรมนูญแห่งชาติ”, หน้า 18-20.; Kasian Tejapira, “Thammarat/Good Governance in Glocalizing Thailand”, pp. 316-318.

³¹ ดู Bidhya Bowornwathana, “Importing Governance into the Thai Polity”, pp. 5-8.

³² ดู Bidhya Bowornwathana, “Thaksin’s Model of Government Reform: Prime Ministerialisation through “A Country Is My Company” Approach”, *Asian Journal of Political Science* 12:1 (June 2004): 135-153.

ผู้ปกครองสืบประการ มุมมองลักษณะนี้สะท้อนหลัก “ธรรมาภิบาลแบบไทย” ที่แฝงไว้ด้วยอุดมการณ์ชาตินิยมกระแสหลักที่ผูกติดกับหลัก “ชาติ ศาสน์ กษัตริย์” มุมมองนี้สอดคล้องกับมุมมองถัดมาที่มองการอภิบาลว่าคือประเด็นทางจริยธรรมของผู้ปกครองหรือนักการเมือง มุมมองนี้ได้ถูกนำไปใช้เป็นข้ออ้างในการรัฐประหาร พ.ศ. 2549 เนื่องจากมองว่ารัฐบาล (ทักษิณ) มีการคอร์รัปชัน และขาดจริยธรรมของผู้ปกครองนั่นเอง³³ เป็นที่น่าสังเกตว่า การปะทะกันระหว่างวาทกรรมการอภิบาลทั้งสองกลุ่มนี้ยังคงเกี่ยวพันหรือวนเวียนอยู่กับแนวคิด “ธรรมรัฐ/ธรรมาภิบาล” และอาจมองได้ว่าเป็นการปะทะกันระหว่างธรรมาภิบาลแบบอำนาจนิยมหรือประเพณีนิยมดั้งเดิม กับธรรมาภิบาลแบบเสรีนิยม ที่ให้คุณค่ากับ “ประสิทธิภาพ” มากกว่าคุณค่าอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของหลักเสรีนิยม

การนำเข้าแนวคิดการอภิบาลไม่ได้ส่งผลเฉพาะการถกเถียง การต่อสู้ การแย่งชิงการนิยามความหมายหรือการปะทะกันระหว่างวาทกรรมการอภิบาลเท่านั้น หากแต่ได้ส่งผลในการปรับเปลี่ยนนโยบายอีกด้วย จุดเริ่มต้นแรกๆของการพยายามปรับเปลี่ยนนโยบายตามหลักการอภิบาลเกิดขึ้นในช่วงรัฐบาลชวน (2) ซึ่งเข้ามาบริหารประเทศในช่วงหลังวิกฤตการณ์ ในช่วงนั้นรัฐบาลชวนได้มอบหมายให้สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยจัดทำข้อเสนอว่าด้วยการสนับสนุนธรรมรัฐ ต่อมารัฐบาลชวนได้จัดทำระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีตามแนวทางของข้อเสนอดังกล่าว ก่อนที่ระเบียบดังกล่าวจะได้รับการยกระดับให้เป็นพระราชกฤษฎีกาดังที่ได้กล่าวไปแล้ว และมีการจัดตั้งหน่วยงานนั้นคือ กพร. ให้มีบทบาทในการปรับปรุงและยกระดับการบริหารราชการแผ่นดิน นอกจากการดำเนินการดังกล่าวแล้ว จะเห็นได้ว่าแนวคิดเรื่องธรรมรัฐ/ธรรมาภิบาลได้ปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอย่างน้อยสองฉบับนั้นคือ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ในส่วนของ “ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการที่ดี” และฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 – 2554) ในส่วนของ “ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการประเทศ” อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสนใจว่าหากวิเคราะห์จากเนื้อหาของแผนพัฒนาทั้งสองฉบับจะพบว่าหลักการสำคัญและภาษาหรือการถอดความแนวคิด good governance มีความแตกต่างกันถึงขีดแย้งกันโดยสิ้นเชิง โดยเนื้อหาที่สะท้อนจากแผนพัฒนา ฉบับที่ 9 สะท้อนถึงอิทธิพลของแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) ที่มุ่งเน้นแง่บวกของประสิทธิภาพ และผลลัพธ์มากกว่าแง่ลบอื่นๆ แต่ในแผนพัฒนาฉบับที่ 10 กลับมุ่งเน้นมิติหรือแง่ลบของ “คุณธรรม” และ “จริยธรรม” อย่างชัดเจน

ในภาพรวม จะสามารถตั้งข้อสังเกตของการเข้ามาของแนวคิดการอภิบาลในประเทศได้สามประการดังต่อไปนี้ ประการแรก ความสนใจของนักวิชาการรวมทั้งผู้กำหนดนโยบายของไทยส่วนใหญ่มุ่งไปที่แนวคิด good governance เป็นหลัก แม้ว่าในแวดวงวิชาการต่างประเทศการศึกษาแนวคิดการอภิบาลมีความหลากหลาย เป็นพลวัต และมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง และอาจกล่าวได้ว่าได้ก้าวพ้นกระแสการศึกษา good governance มาเป็นเวลานานแล้วก็ตาม ประการที่สอง ในการถอดความหมายแนวคิด good governance ของนักวิชาการ หรือผู้กำหนดนโยบายแต่ละกลุ่ม ได้มีการปรับแต่ง หรือให้ความหมายใหม่ในแนวทางที่สอดคล้องกับจุดยืนทางการเมืองของกลุ่มตน รวมทั้งใช้ในการตอบสนองเป้าหมายทางการเมืองของ

³³ Bidhya Bowornwathana, “Importing Governance into the Thai Polity”, p. 8.

กลุ่มด้วย³⁴ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ “ความหมายของแนวคิด good governance” ในไทยแตกต่างจากต้นกำเนิด ในต่างประเทศค่อนข้างมาก ประการที่สาม การที่แนวคิด good governance ถูกใช้โดยกลุ่มการเมือง เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในรัฐบาล จึงทำให้มุมมองของระบบราชการที่มีต่อแนวคิดดังกล่าวไม่มีความคงเส้นคงวารวมทั้งอาจขัดแย้งกันเอง เนื่องจากปรับเปลี่ยนตามแต่คณะผู้ปกครองที่ขึ้นมาเป็นรัฐบาล ประการที่สี่ หากประเมินในภาพรวม การนำเข้าแนวคิดเรื่องการอภิบาลในประเทศไทยให้ความสำคัญกับการอภิบาลในรูปแบบของตลาด มากกว่าในรูปแบบอื่นๆ เห็นได้จากอิทธิพลของแนวการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) ที่มีต่อการปฏิรูประบบราชการ รวมทั้งอิทธิพลของแนวคิดธรรมรัฐ/ธรรมาภิบาล ซึ่งได้ชี้ให้เห็นตอนแรกแล้วว่าอยู่ในกลุ่มของการอภิบาลรูปแบบของตลาด

2.4 กรอบแนวคิดเรื่องการอภิบาล

ในการพัฒนกรอบแนวคิดเรื่องการอภิบาลสำหรับศึกษาระบบอภิบาลสุภาพจะประกอบไปด้วยสามส่วน ได้แก่ ส่วนแรกฐานคติของแนวคิดการอภิบาล ส่วนที่สอง บริบทของการอภิบาลสุภาพ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ ที่ทำให้ระบบการอภิบาลสุภาพเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและต้องปรับตัวตลอดเวลา (complex adaptive system) ส่วนที่สาม โครงร่างและองค์ประกอบของระบบการอภิบาลสุภาพ บนฐานของตัวแบบการอภิบาลแบบเครือข่ายประชาธิปไตย และส่วนสุดท้ายการออกแบบระบบอภิบาลสุภาพที่เอื้อต่อการเสริมสร้างและพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้

(1) ฐานคติของแนวคิดการอภิบาล

ในการพัฒนกรอบแนวคิดเรื่องการอภิบาลสำหรับศึกษาระบบการอภิบาลสุภาพในประเทศไทยในที่นี้จะอยู่บนฐานคติที่สำคัญห้าประการ ประการแรกดังที่กล่าวไปแล้วในตอนต้นการศึกษาวิจัยจะมีลักษณะของการตัดผ่านสาขาวิชา (cross-disciplinary) หรือสร้างบทสนทนาข้ามสาขาวิชา และขยายขอบเขตของบทสนทนาออกไปสู่ระดับสาธารณะ ตามฐานคติของแนวคิดเรื่องสังคมวิทยาสาธารณะ ประการที่สอง แม้ว่าในช่วงแรกคณะผู้วิจัยได้สร้างตัวแบบในอุดมคติของการอภิบาลเป็นสามประเภทเพื่อความชัดเจนในการวิเคราะห์ แต่ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วว่าคณะผู้วิจัยตระหนักเป็นอย่างดีว่าในความเป็นจริง เป็นการยากที่จะสามารถเห็นรูปแบบของการอภิบาลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ในการจำแนกในทุกประการ และมักจะเห็นถึงการอยู่ร่วมกันของรูปแบบการอภิบาลที่แตกต่างหลากหลาย รวมทั้งการผสมผสานแต่ละรูปแบบเข้าด้วยกัน

ประการที่สาม ในการศึกษากระบวนการอภิบาลสุภาพในที่นี้ คณะผู้วิจัยมีความโน้มเอียงที่จะใช้รูปแบบการอภิบาลแบบเครือข่ายเป็นฐานในการวิเคราะห์ อย่างไรก็ตาม การเลือกตัวแบบดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าความถึงการปฏิเสธตัวแบบอื่นๆ ในทางกลับกันดังที่ยาซ็อบ ทอร์ฟิงค์ ตั้งข้อสังเกตไว้ว่าความเสี่ยงในความล้มเหลวของการอภิบาลแบบเครือข่ายสามารถได้รับการบรรเทาหรือแก้ไขได้ด้วยบทบาทของรัฐที่ช่วยวางกรอบ “การ

³⁴ ดูประเด็นดังกล่าวใน Barbara Orlandini, “Consuming ‘Good Governance’ in Thailand”, *The European Journal of Development Research* 15:2 (December 2003): 16-43.

อภิบาลของการอภิบาล” และเอื้อให้การทำงานของเครือข่ายเป็นไปได้อย่างราบรื่น³⁵ ดังนั้นแม้คณะผู้วิจัยจะวางกรอบการวิเคราะห์พื้นฐานของการอภิบาลแบบเครือข่ายเป็นหลัก แต่จะมีการผสมผสานองค์ประกอบของการอภิบาลในรูปแบบอื่นเพื่อช่วยในการวิเคราะห์ด้วยเช่นกัน ในการศึกษาการอภิบาลในรูปแบบของเครือข่ายในที่นี้ คณะผู้วิจัยตระหนักในข้อจำกัดของการอภิบาลแบบเครือข่าย ดังที่มีผลการศึกษาและมีการวิพากษ์วิจารณ์ไว้ ไม่ว่าจะเป็นการที่เครือข่ายถูกใช้เป็นเครื่องมือในการกีดกันตัวแสดงอื่นๆ โดยเฉพาะตัวแสดงที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่ค่อนข้างด้อยกว่า หรือการที่เครือข่ายถูกครอบงำโดยกลุ่มคนเฉพาะด้านที่ครอบครององค์ความรู้ในเชิงเทคนิค ไม่ว่าจะเป็นเทคโนโลยี เครือข่ายสังคมวิชาชีพ หรือนักวิชาการ³⁶ ในการอุดช่องว่างดังกล่าว กรอบการวิเคราะห์จะพัฒนาจากแนวคิดการอภิบาลแบบเครือข่ายประชาธิปไตย (democratic network governance) ที่มุ่งเน้นในการเปิดพื้นที่ในเครือข่ายให้กับการมีส่วนร่วม และวางโครงสร้างเครือข่ายให้ตัวแสดงสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเท่าเทียม

ประการที่สี่ เนื่องจากมุมมองที่มีต่อการอภิบาลในงานวิชาการในต่างประเทศมีด้วยกันอย่างน้อยสี่มุมมอง ได้แก่ การอภิบาลในฐานะโครงสร้าง (governance as structure) การอภิบาลในฐานะกระบวนการ (governance as process) การอภิบาลในฐานะของกลไก (governance as mechanism) และการอภิบาลในฐานะของยุทธศาสตร์ (governance as strategy) และแต่ละมุมมองสะท้อนนัยที่แตกต่างกัน³⁷ เนื่องจากงานวิจัยในที่นี้มุ่งศึกษาแง่มุมของการพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ของระบบการอภิบาลสุขภาพ ดังนั้นมุมมองที่งานวิจัยชิ้นนี้มีต่อการอภิบาลจึงจะมองในแง่ของ “กระบวนการ” ที่สามารถฉายให้เห็นภาพ “ปฏิสัมพันธ์ที่เป็นพลวัต” ที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งระหว่างตัวแสดงต่างๆ ภายในระบบการอภิบาล และผลของปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อโครงสร้างระบบการอภิบาลในภาพรวม ประการที่ห้า ในการมองการอภิบาลในฐานะของกระบวนการ คณะผู้วิจัยไม่ได้มองว่าการอภิบาลเป็นกระบวนการที่ “ปฏิเสธการเมือง” (apolitical) หรือเป็นกระบวนการที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหากเป็นอิสระจากฝ่ายการเมือง ในทำนองเดียวกันคณะผู้วิจัยไม่ได้มองว่าการอภิบาลเป็นเรื่องของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ กลุ่มวิชาชีพ หรือเทคโนโลยี ที่จะเข้ามาช่วยกำหนดแนวนโยบายเฉพาะด้าน³⁸

(2) บริบทของระบบอภิบาลสุขภาพ

นอกจากฐานคติเบื้องต้นทั้งห้าประการแล้ว ในการศึกษากระบวนการอภิบาลสุขภาพในปัจจุบัน สิ่งจำเป็นพื้นฐานอีกประการหนึ่งที่ต้องทำความเข้าใจคือบริบทที่แวดล้อมการทำงานของระบบการอภิบาลสุขภาพ บริบทในที่นี้สามารถจำแนกได้เป็นสองระดับนั้นคือบริบทเชิงสถาบันและภายนอกสถาบัน ในส่วนของบริบทเชิงสถาบันเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างระบบการอภิบาลสุขภาพกับโครงสร้างอภิมหาอภิบาลของรัฐบาลที่กำลังก่อร่างหรือวางกรอบกฎเกณฑ์ให้กับการทำงานของระบบการอภิบาลสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์กับ

³⁵ Jacob Torfing, “Governance Networks”, in Levi-Faur (ed.), *The Oxford Handbook of Governance*, p. 107.

³⁶ การประมวลข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่มีต่อการอภิบาลแบบเครือข่ายได้ใน Eva Sorensen and Jacob Torfing, “Theoretical Approaches to Democratic Network Governance”, in Sorensen and Torfing (eds.), *Theories of Democratic Network Governance*, p. 241, 243 and 245.

³⁷ ดู Levi-Faur, “From Big Government to Big Governance?”, pp. 8-10.

³⁸ Chhotray and Stoker, *Governance Theory and Practice*, pp. 237-240.

โครงสร้างการปกครองในระดับอื่นๆ อาทิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และบริบทนอกสถาบัน นั่นคือความสัมพันธ์ระหว่างระบบการอภิบาลสุภาพกับตัวแสดงทางสังคมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อมวลชน สมาคมองค์กรวิชาชีพ องค์กรพัฒนาเอกชน และสถาบันวิชาการ เป็นต้น

ในส่วนของบริบทภายนอกสถาบันสามารถจำแนกได้เป็นสองกระแสได้แก่กระแสโลกาภิวัตน์ และกระแสการพัฒนาประชาธิปไตย สำหรับอิทธิพลของกระแสโลกาภิวัตน์ได้ส่งผลทำให้ในด้านหนึ่งประเด็นปัญหาด้านสุภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ความซับซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นจากการเคลื่อนที่ของคนข้ามพรมแดนประเทศในปริมาณมหาศาล ซึ่งเอื้อต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโรคได้อย่างรวดเร็ว ดังเช่นการแพร่ระบาดของเชื้อไข้หวัดนกที่พบครั้งแรกในประเทศไนจีเรียในปี พ.ศ. 2549 ก่อนจะแพร่กระจายไปหลายภูมิภาคของโลก หรือโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 เป็นต้น ในทำนองเดียวกันปัญหาสุภาพะยังเกิดจากความเสี่ยงที่มาพร้อมกับภัยธรรมชาติในลักษณะต่างๆ ที่เกิดบ่อยครั้งมากขึ้น นอกจากนี้ความซับซ้อนของความเสี่ยงด้านสุภาพะยังมีที่มาจากความเกี่ยวพันเชื่อมโยงระหว่างปัญหาสาธารณสุขกับปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ดังนั้นการแก้ปัญหาสุภาพะจำเป็นต้องตระหนักถึงความซับซ้อนของสภาพปัญหาด้วย ลักษณะของบริบทที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือสภาวะการพึ่งพาพึ่งระหว่างกันระดับโลก (global interdependence) เนื่องจากที่มาของความท้าทายของปัญหาสุภาพะไม่ได้จำกัดอยู่ในขอบเขตพรมแดนรัฐ หากแต่มีลักษณะข้ามพรมแดน ดังนั้นแนวทางการแก้ปัญหาจึงจำเป็นต้องพึ่งพาหรืออาศัยความร่วมมือจากทั่วโลก หรือตัวแสดงภายนอกรัฐด้วยเช่นกัน³⁹

ในส่วนของกระแสการพัฒนาประชาธิปไตยได้ส่งผลในการสร้างความตื่นตัวให้กับพลเมืองและภาคประชาสังคมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายหรือในระบบอภิบาลด้านต่างๆมากขึ้น ความตื่นตัวของภาคพลเมืองในมิติด้านสุภาพะ (health activism) เป็นทั้งแนวโน้มและแนวทางที่ดึงดูดพลังทางสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการอภิบาลสุภาพะเพื่อที่จะสามารถตอบสนองต่อความท้าทายใหม่ นัยของแนวโน้มดังกล่าวไม่จำกัดแค่เพียงความจำเป็นในการออกแบบระบบอภิบาลสุภาพที่สามารถดึงดูดพลังสังคมให้เข้ามาร่วมแก้ปัญหาสุภาพเท่านั้น หากแต่สะท้อนถึงนัยของความเปลี่ยนแปลงในโลกทัศน์ที่ประเด็นด้านสุภาพะไม่ได้เกี่ยวพันเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพด้านสุภาพเท่านั้น หากแต่เกี่ยวพันกับทุกภาคส่วนของสังคมอีกด้วย

จากสภาพบริบททั้งสองได้ส่งผลทำให้ระบบสุภาพะกลายเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและต้องปรับตัวตลอดเวลา (complex adaptive system) และได้กำหนดโจทย์ในการออกแบบโครงสร้างระบบอภิบาลสุภาพที่สามารถสร้างความยืดหยุ่นในหลากหลายระดับ (multilevel) ในรูปแบบของพหุศูนย์ (polycentric) กล่าวคือต้องสามารถเชื่อมโยงกับโครงสร้างการปกครองได้หลากหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับระหว่างประเทศ เพื่อเอื้อต่อการประสานงานในแง่ของข้อมูลข่าวสาร การกำหนดนโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องสามารถ “เปิดพื้นที่” รวมทั้ง “ปรับสถานภาพเชิงอำนาจ” ของตัวแสดงในระบบอภิบาลเพื่อเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของตัวแสดงได้อย่างเท่าเทียม อีกทั้งเอื้อต่อการเรียนรู้ทั้งในระดับตัวแสดง ระดับองค์กร และระบบการอภิบาลในภาพรวม

³⁹ Ilona Kickbusch and David Gleicher, “Governance for Health in the 21st Century”, a study conducted for WHO Regional Office for Europe, 18 August 2001, pp. 4-11.

(3) โครงร่างและองค์ประกอบของระบบการอภิบาลแบบเครือข่ายประชาธิปไตย

ในการศึกษาโครงร่างของระบบการอภิบาลสามารถจำแนกองค์ประกอบได้เป็นสามส่วน⁴⁰ ได้แก่ ภาพลักษณ์ (images) เครื่องมือ (instruments) และการดำเนินการและปฏิสัมพันธ์ (action and interaction) ในส่วนขององค์ประกอบแรกนั้นคือภาพลักษณ์ สะท้อนให้เห็นถึงแง่มุมหรือมิติที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นนามธรรมไม่ว่าจะเป็นค่านิยม ปทัสถาน วัฒนธรรม เป้าหมาย การรับรู้ การตีความ ความคิด ความเชื่อ และความรู้ ทั้งของตัวแสดงที่อยู่ในระบบอภิบาล และของตัวระบบการอภิบาลเอง การทำงานของปัจจัยด้านความคิด หรือความเชื่ออาจมีได้หลากหลายลักษณะ ในแง่หนึ่งการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง หรือแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแนวนโยบายสาธารณะ หรือระบบการอภิบาล อาจเป็นภาพสะท้อนของความเปลี่ยนแปลงในความคิด ความเชื่อ หรือการตีความของตัวแสดงในระบบอภิบาล ในแง่หนึ่งตัวแสดงในระบบการอภิบาลอาจใช้หรือประดิษฐ์ “ความคิด” เพื่อเป็นเครื่องมือหรือสร้างเงื่อนไขให้การร่วมมือระหว่างตัวแสดงภายในระบบอภิบาล จากความสำคัญของปัจจัยด้านความคิดดังกล่าวทำให้มีการตั้งข้อสังเกตว่ากระแสการศึกษาการอภิบาลในปัจจุบันเป็นกระแสที่มุ่งเน้นแง่มุมเชิงตีความหรือทำความเข้าใจ⁴¹

องค์ประกอบที่สองของระบบการอภิบาลคือเครื่องมือ ซึ่งหมายรวมถึงกลไก หรือกฎระเบียบ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่ใช้ในการขับเคลื่อนระบบการอภิบาล ไม่ว่าจะเป็นกฎระเบียบที่เกี่ยวกับการวางโครงสร้างหรือระบบการอภิบาล กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการเปิดหรือจำกัดพื้นที่ของตัวแสดง กฎระเบียบที่เอื้ออำนวย หรือห้ามมิให้ดำเนินการ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าในด้านหนึ่งองค์ประกอบที่สองนี้เกี่ยวข้องกับ “การอภิบาลของการอภิบาล” หรือบทบาทของรัฐในการวางกรอบหรือโครงสร้างระบบอภิบาลให้สามารถขับเคลื่อนไปได้ ในอีกด้านหนึ่งลักษณะของกลไกหรือเครื่องมือในการขับเคลื่อนระบบอภิบาล อาจเกี่ยวข้องกับกฎเกณฑ์แบบไม่เป็นทางการ ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายความร่วมมือ หรือทุนทางสังคมระหว่างตัวแสดง ในส่วนขององค์ประกอบสุดท้ายนั้นคือการดำเนินการและปฏิสัมพันธ์ เกี่ยวพันกับการดำเนินการหรือการกระทำทั้งของตัวแสดงภายในระบบอภิบาล และของระบบอภิบาลในภาพรวม รวมถึงปฏิสัมพันธ์ทั้งระหว่างตัวแสดงในระบบอภิบาล และระหว่างระบบอภิบาลกับตัวแสดงภายนอก หรือระบบอภิบาลกับโครงสร้างที่แวดล้อมการทำงานของระบบอภิบาล

ความแตกต่างในองค์ประกอบเหล่านี้จะส่งผลต่อลักษณะการทำงานของระบบอภิบาลที่แตกต่างกัน แม้ว่าอาจจะมีโครงสร้างภาพรวมในลักษณะเดียวกันก็ตาม ในกรณีของระบบอภิบาลแบบเครือข่าย แม้ว่าจะมีลักษณะร่วมกันนั้นคือมีความหลากหลายของตัวแสดง และโครงสร้างไม่ได้มีลักษณะของการสั่งการดังเช่นระบบราชการ หรืออยู่บนฐานของการแลกเปลี่ยนดังเช่นระบบตลาด แต่คุณลักษณะของระบบอภิบาลแบบเครือข่ายสามารถมีได้ในหลายรูปแบบ เช่น เครือข่ายภายในองค์กรภาครัฐ (inter-governmental networks) ที่มีลักษณะสำคัญคือ ตัวแสดงจำกัดแค่หน่วยงานภาครัฐ และแม้จะมีโครงสร้างแบบเครือข่าย แต่มักมีหน่วยงานที่มีบทบาทนำ โครงสร้างการกำหนดนโยบายแบบสามเหลี่ยมเหล็ก (iron triangle) ที่เป็นโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐ-ฝ่ายการเมือง-ภาคเอกชน แม้จะมีความหลากหลายของตัวแสดงมากกว่า

⁴⁰ ปรับปรุงจาก Jan Kooiman, *Governing as Governance* (London: Sage, 2003), p. 29.

⁴¹ ดู Rhodes, “Waves of Governance”, pp. 39-43.

เครือข่ายภายในองค์กรภาครัฐ แต่ตัวแสดงในภาคเอกชนมักจะจำกัดเฉพาะกลุ่มที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และระบบย่อยที่ทำหน้าที่กำกับกฎเกณฑ์ (regulatory subsystem) ที่มีกรอบแบบเพื่อขับเคลื่อนนโยบายเฉพาะด้าน เช่น สิ่งแวดล้อม หรือพลังงาน เป็นต้น ลักษณะสำคัญของระบบดังกล่าวคือมีการยึดกฎระเบียบเฉพาะด้าน และมีหน่วยงานที่มีอำนาจเป็นผู้กำกับกฎเกณฑ์ทำหน้าที่บังคับใช้ โดยมีตัวแสดงอื่นๆ ทั้งในภาคเอกชน และภาคสังคม ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเหล่านี้ เป็นสมาชิกของระบบย่อย⁴²

ในส่วนของระบบอภิบาลแบบเครือข่ายประชาธิปไตยนั้น มีคุณลักษณะสำคัญหลายประการ กล่าวคือ ประการแรก ในส่วนของโครงสร้างระบบอภิบาลมีลักษณะ “แนวนราบ” (horizontal) มากกว่า “แนวตั้ง” แม้ว่าในความเป็นจริงโครงสร้างเครือข่ายในลักษณะของการอภิบาลตัวเอง (self-governed network) ที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงมีลักษณะของ “แนวนราบ” โดยสมบูรณ์นั้นเป็นสิ่งที่ยากจะเกิดขึ้น อย่างน้อยที่สุดควรจะมีสัดส่วนของโครงสร้างแนวนราบมากกว่าแนวตั้ง นอกจากนี้จะมีโครงสร้างแนวนราบแล้ว ระบบกฎเกณฑ์ที่วางโครงสร้างระบบการอภิบาลยังมีลักษณะที่ “เปิดกว้าง” (inclusive) สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายอย่างครอบคลุม ประการที่สอง ในส่วนของปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดง ลักษณะสำคัญของระบบอภิบาลแบบเครือข่ายประชาธิปไตยคือ “ความเสมอภาคทางสถานภาพ” ระหว่างตัวแสดง แม้ระบบอภิบาลจะมีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความรู้เชิงเทคนิค หรือด้านวิชาชีพ แต่สถานภาพระหว่าง “ผู้เชี่ยวชาญ” กับประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องมีความเสมอภาคกัน หรือผู้เชี่ยวชาญต้องมีส่วนร่วม (participatory expertise)⁴³

ประการที่สาม ในส่วนขององค์ประกอบด้าน “ภาพลักษณ์” ของระบบอภิบาล ยิ่งตัวแสดงในระบบมีความเห็นพ้องร่วมกันในหลักการข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นการเปิดกว้าง ความเสมอภาคทางสถานภาพมากเท่าไร จะเอื้อต่อการก่อรูปความสัมพันธ์แนวนราบระหว่างกันมากเท่านั้น ในทำนองเดียวกันหากตัวแสดงในระบบอภิบาลสามารถสร้าง “ภาษา” ที่สามารถเปิดพื้นที่สำหรับการพูดคุย โดยไม่จำกัดเฉพาะภาษาใน “เชิงเทคนิค” ได้มากเท่าไร จะยิ่งเอื้อต่อบรรยากาศในการทำงาน รวมถึงการเรียนรู้มากขึ้นเท่านั้น แม้ว่าตัวแสดงในระบบอภิบาลเครือข่ายมักจะมีผลประโยชน์ ค่านิยม หรือความคิดที่แตกต่างหรือกระทั่งขัดแย้งกันโดยพื้นฐาน แต่หากระบบอภิบาลยึดหลักความสัมพันธ์แนวนราบ และสามารถสร้างภาษาร่วมกัน จะเอื้อต่อการเกิดช่องทางในการ “สื่อสาร” ที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถใช้ในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ การเรียนรู้ระหว่างกัน ตลอดจนการพิจารณาประเด็นปัญหาสาธารณะร่วมกัน

(4) ระบบการอภิบาลที่เอื้อต่อสมรรถนะการเรียนรู้

โดยทั่วไปแล้วการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่มีความเป็นพลวัตสูง เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างตัวแสดง และเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนการรับรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรม รวมถึงการกระทำ⁴⁴

⁴² ดู Christopher Koliba, Jack Meck and Asim Zia, *Governance Networks in Public Administration and Public Policy* (Boca Raton: CRC Press, 2011), Chapter 6.

⁴³ Frank Fischer, “Participatory Governance: From Theory to Practice”, in Levi-Faur (ed.), *The Oxford Handbook of Governance*, pp. 467-468.

⁴⁴ ดู Richard Freeman, “Learning in Public Policy”, in Michael Moran, Martin Rein and Robert Goodin, (eds.), *The Oxford Handbook of Public Policy* (Oxford: Oxford University Press, 2006), pp. 379-384.

ตัวแสดงในที่นี้สามารถจำแนกได้เป็นสามระดับได้แก่ตัวแสดงที่เป็นปัจเจกชน ตัวแสดงที่เป็นองค์กร และตัวแสดงที่เป็นเครือข่ายระหว่างองค์กร และลักษณะการเรียนรู้สามารถจำแนกได้เป็นสองระดับเช่นเดียวกันนั่นคือการเรียนรู้ภายใน และการเรียนรู้ภายนอกหรือการเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์กับตัวแสดงอื่นๆ โดยหากปัจเจกชนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตัวเองผ่านการมีประสบการณ์กับสิ่งแวดล้อม (ที่ไม่ใช่มนุษย์) อาจเรียกว่าการเรียนรู้โดยปัจเจก ในกรณีของตัวแสดงที่เป็นองค์กร การเรียนรู้ผ่านปฏิสัมพันธ์ของคนในองค์กรจะเรียกว่าการเรียนรู้ภายในองค์กร และในกรณีตัวแสดงที่เป็นเครือข่ายระหว่างองค์กร การเรียนรู้ภายในจะเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ภายในเครือข่าย สำหรับการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กับภายนอกในกรณีของปัจเจกชนจะเรียกว่าการเรียนรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในกรณีขององค์กรจะเรียกว่าการเรียนรู้ผ่านเครือข่ายองค์กรหรือเครือข่ายนโยบาย และกรณีสุดท้ายนั้นคือการเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายองค์กรหรือเครือข่ายนโยบาย จะเกิดขึ้นเมื่อเครือข่ายองค์กรหนึ่งๆ หรือเครือข่ายนโยบายหนึ่งๆ มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายอื่นๆ ดังเช่น เครือข่ายนโยบายสาธารณสุข มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายนโยบายสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (ดูตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเรียนรู้ระดับปัจเจก และระดับองค์กร

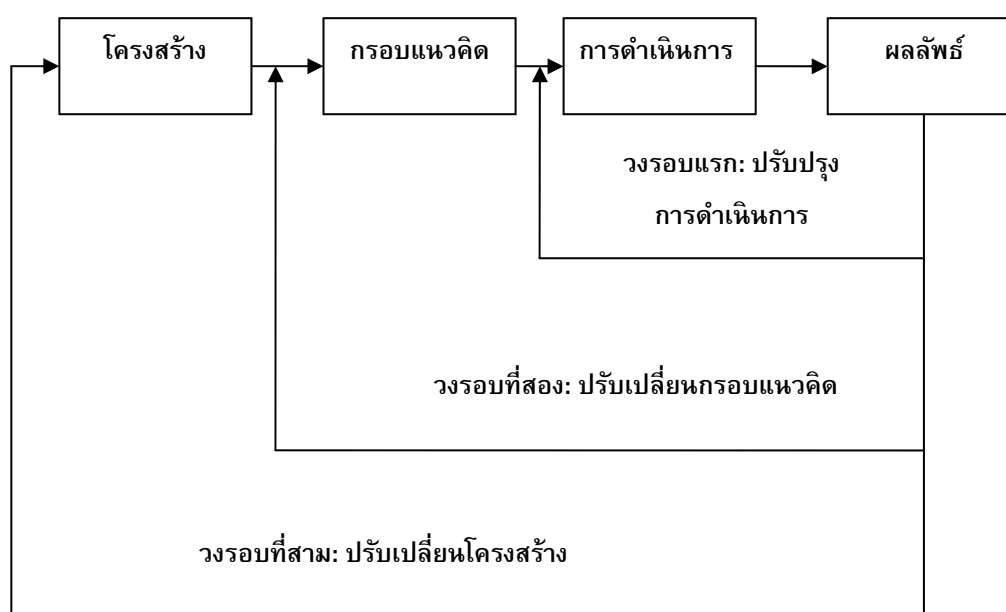
	ภายใน	ภายนอก
ปัจเจก	การเรียนรู้โดยปัจเจก	การเรียนรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
องค์กร	การเรียนรู้ภายในองค์กร	การเรียนรู้ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กร
ระหว่างองค์กร	การเรียนรู้ระหว่างองค์กร	การเรียนรู้ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายองค์กร/เครือข่ายนโยบาย

ที่มา: ปรับปรุงจาก Heinelt, *Governing Modern Societies*, p. 42.

กระบวนการเรียนรู้เหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างองค์กรผ่านเครือข่ายนโยบาย นอกจากจะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต และสามารถจำแนกย่อยได้เป็นสามวงรอบ ได้แก่ การเรียนรู้หนึ่งวงรอบ (single-loop learning) เกิดขึ้นเมื่อตัวแสดงเรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการของตัวแสดงหรือเครือข่ายตัวแสดง และนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ไปปรับเปลี่ยนการดำเนินการเพื่อให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามแม้จะมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินการ แต่ “กรอบความคิด” เบื้องหลังการดำเนินการยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง การเรียนรู้สองวงรอบ (double-loop learning) เกิดขึ้นเมื่อตัวแสดงที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผลลัพธ์จากการดำเนินการที่ผ่านมา เริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับกรอบแนวคิดสมมติฐานเบื้องหลังการดำเนินการ เป้าหมาย รวมถึงแนวทางการรับรู้ต่อปัญหา ผลจากการตั้งคำถามดังกล่าวจะนำไปสู่ “การวางกรอบแนวคิดใหม่” (reframing) ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินการ การเรียนรู้สามวงรอบ (triple-loop learning) เกิดขึ้นเมื่อการเรียนรู้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ไม่จำกัดเพียง

แค่การปรับปรุงมาตรการ การตั้งคำถามและปรับปรุงแนวทางการดำเนินการ หากแต่ครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบการอภิบาล ไม่ว่าจะเป็นกฎระเบียบ ตัวแสดง และค่านิยม ผลจากการเรียนรู้สามวงจรจึงมักจะนำไปสู่การปรับปรุงโครงสร้างระบบการอภิบาลในภาพรวม⁴⁵

แผนภาพที่ 1 วงรอบการเรียนรู้



ที่มา: ปรับปรุงจาก Pahl-Wostl, “A Conceptual Framework for Analysing Adaptive Capacity”, p. 359.

อย่างไรก็ตาม วงรอบการเรียนรู้ข้างต้นเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายใน “ระบบการอภิบาล” หรือในเครือข่ายนโยบาย ที่ตัวแสดงภายในระบบหรือเครือข่ายเรียนรู้จากประสบการณ์ “การปฏิบัติ” หรือการขับเคลื่อนนโยบาย นอกจากการเรียนรู้ “ภายในเครือข่าย” แล้ว ยังมีการเรียนรู้ “ภายนอกเครือข่ายองค์กร” ในระดับที่กว้างมากกว่านั้น และอาจส่งผลต่อการสร้างความเปลี่ยนแปลงภายในเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ของรัฐบาลซึ่งถือเป็นบริบทขนาดใหญ่ที่แวดล้อม “ระบบอภิบาลย่อย” ต่างๆ หรือการเรียนรู้ข้ามพรมแดน เป็นต้น ผลของการเรียนรู้ในระดับกว้างเหล่านี้อาจส่งผลต่อ “การแพร่กระจาย” ขององค์ความรู้ หรือนวัตกรรมทางนโยบาย หรือกระทั่งอาจส่งผลทำให้นโยบาย หรือกระทั่งรูปแบบของระบบอภิบาลของประเทศต่างๆ มีความโน้มเอียงในทิศทางเดียวกัน (convergence) ได้⁴⁶

⁴⁵ ดู Claudia Pahl-Wostl, “A Conceptual Framework for Analysing Adaptive Capacity and Multi-level Learning Process in Resource Governance Regime”, *Global Environmental Change* 19 (2009), p. 359.

⁴⁶ ดู Freeman, “Learning in Public Policy”, pp. 369-372.

ระบบการอภิบาลที่จะเอื้อต่อกระบวนการเรียนรู้จำเป็นต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อยสองประการ ได้แก่ การถ่ายโอนข้อมูลข่าวสาร (information transmission) ระหว่างสมาชิกในระบบการอภิบาล ที่ต้องเป็นไปอย่างอิสระ ไม่มีข้อจำกัดหรือสิ่งกีดขวาง หากกระบวนการถ่ายโอนเป็นไปอย่างราบรื่นจะส่งผลทำให้ตัวแสดงภายในระบบอภิบาลสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารของแต่ละฝ่าย รวมทั้งองค์ความรู้ สภาพปัญหา ทิศทางนโยบาย ที่จำเป็นต้องมีองค์ประกอบ นอกจากนี้ยังตัวแสดงในระบบการอภิบาลมีความครอบคลุมมากเท่าไร ความหลากหลายของข้อมูลข่าวสารจะมากขึ้น เช่นเดียวกับศักยภาพในการเรียนรู้ของตัวแสดงที่จะเปิดกว้างมากขึ้น อาทิ หากตัวแสดงครอบคลุมทั้งภาครัฐ ทั้งในส่วนกลาง และส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคสังคม รวมทั้งตัวแสดงที่มีความเชื่อมโยงกับภายนอก จะเอื้อต่อการไหลเวียนและแลกเปลี่ยนของข้อมูลข่าวสาร ไปในทุกระดับ อีกทั้งยังเอื้อต่อการขับเคลื่อนนโยบายที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันอีกด้วย

ประการที่สองนั้นคือ การปรึกษาหารือหรือไตร่ตรองร่วมกัน (deliberation) บนฐานของความเสมอภาคในแง่ของสถานภาพ และโครงสร้างความสัมพันธ์ในแนวราบ กระบวนการทั้งสองนี้จำเป็นต้องดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่งเพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างสมาชิก ด้วยเหตุนี้อาจกล่าวได้ว่า องค์ประกอบที่จำเป็นต่อการสร้างระบบการอภิบาลที่เอื้อต่อกระบวนการเรียนรู้อีกประการหนึ่งคือ ความยืดหยุ่นของเครือข่าย (network resilience) หรือความสามารถในการดำรงอยู่ของเครือข่าย แม้ว่าจะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในบริบทแวดล้อม แต่บทบาทหน้าที่หรือคุณลักษณะที่เป็นแก่นสารของระบบอภิบาลแบบเครือข่ายยังสามารถดำรงอยู่เพื่อให้กระบวนการทั้งสองข้างต้นสามารถดำเนินต่อไปได้⁴⁷

⁴⁷ Jens Newig, Dirk Gunther and Claudia Pahl-Wostl, "Synapses in the Network: Learning in Governance Networks in the Context of Environmental Management", *Ecology and Society* 15:4 (2010), p. 6.

บทที่ 3

สถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรในระบบอภิบาลสุขภาพ

3.1 ความเป็นมาของระบบอภิบาลสุขภาพในปัจจุบัน

โครงสร้างระบบอภิบาลสุขภาพของไทยในปัจจุบันนี้เป็นผลพวงมาจากการดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างยาวนานหลายทศวรรษ¹ โดยฐานคิดของการปฏิรูปมาจากการเปลี่ยนมโนทัศน์จากระบบสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุขไปสู่ระบบสุขภาพแห่งชาติ² โดยจุดเริ่มต้นของความพยายามและเป็นจุดศูนย์กลางของการขับเคลื่อนองค์ความรู้ก่อนจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบอภิบาลนั้นคือการตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในปี พ.ศ. 2535 ทั้งนี้การออกแบบ สวรส. ให้มีลักษณะ “องค์กรอิสระในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข” ตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 นับได้ว่าเป็นหนึ่งในความพยายามในการ “ทดลอง” รูปแบบระบบอภิบาลสุขภาพที่นอกเหนือจากรูปแบบของ “ระบบราชการ” ภายใต้แนวคิด “การปกครอง” (government) ที่มีลักษณะการใช้อำนาจแบบสั่งการและควบคุมตามลำดับชั้นสูงต่ำ (hierarchy) โดยรูปแบบโครงสร้างของ สวรส. มีลักษณะเป็น “องค์กรกึ่งอิสระจากรัฐบาล” (quasi-autonomous organization) ที่กำหนดแนวทาง กฎระเบียบ และนโยบายการบริหารองค์กรจะขึ้นอยู่กับคณะกรรมการสถาบัน (กรรมการโดยตำแหน่ง 10 คน ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 7 คน แต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี) และมีผู้อำนวยการสถาบันเป็นผู้ขับเคลื่อนบริหาร³

โครงสร้างลักษณะมีความแตกต่างจากโครงสร้างแบบระบบราชการในหลายประการ ได้แก่ ประการแรก การ “ลดลำดับชั้น” การบังคับบัญชา และขั้นตอนการบริหารงานอย่างมาก เนื่องจากโครงสร้างองค์กรมีเพียงสามถึงสี่ชั้น (จากคณะกรรมการสถาบัน ผู้อำนวยการ คณะกรรมการบริหาร และหน่วยงานภายในองค์กร) ประกอบกับการออกแบบองค์กรให้มีขนาดเล็กและคล่องตัว (พนักงานราว 30 คน) ทั้งยังสามารถกำหนดกฎระเบียบภายในได้ทำให้เกิดความยืดหยุ่นในการบริหาร ประการที่สอง โครงสร้างการบริหารที่มีความต่อเนื่องในระดับหนึ่ง กล่าวคือในระบบราชการตำแหน่งต่างๆ สามารถถูกโยกย้ายเปลี่ยนแปลงได้ทุกปี เช่นเดียวกับในฝ่ายการเมืองที่อาจมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหารสูงสุดของกระทรวง รวมทั้งปรับเปลี่ยนรัฐบาลได้ตลอดเวลา แต่ในโครงสร้างขององค์กรกึ่งอิสระจากรัฐบาล ตำแหน่งต่างๆจะมีวาระการดำรงตำแหน่งที่ชัดเจน ประการที่สาม แม้ว่าจะมีความเป็นอิสระในการบริหารงาน แต่ไม่ได้แยกตัวอย่างสิ้นเชิงจากกระทรวงสาธารณสุข หากแต่ยังคงอยู่ภายใต้การกำกับ ด้วยสถานะดังกล่าวทำให้สามารถใช้ความเป็นอิสระในการ

¹ สำหรับพัฒนาการในแง่โครงสร้างระบบอภิบาลสุขภาพดู วิรุฬ ลิ้มสวาท, *การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย*, หน้า 48-49.

สำหรับพัฒนาการในแง่การเคลื่อนไหวของตัวแสดงเพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพดู โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และระชา ภูซังค์, *ขบวนการแพทย์ชนบทกับธรรมชาติของระบบสุขภาพ*, บทที่ 2.

² ระบบสาธารณสุขหมายถึงระบบการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขหมายถึงการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ตรวจวินิจฉัย บำบัดความเจ็บปวด สำหรับระบบสุขภาพแห่งชาติหมายถึงระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข ระบบบริการสาธารณสุข และระบบอื่นๆที่อยู่นอกเหนือจากการสาธารณสุข แต่ส่งผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดูนัยามต่างๆได้ใน ปาณบตี เอกะจัมปะกะ และนิธิต วัฒนมะโน. “การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย”. ในสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บก.). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2551-2553* (นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554). หน้า 319-320.

³ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา และคณะ. *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการบทเรียนและข้อเสนอแนะทางองค์กรอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพไทย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรกฎาคม 2554. หน้า 4-3.

ทำงานวิชาการ และใช้ความเชื่อมโยงในการขับเคลื่อนนโยบาย⁴ ประการสุดท้ายด้วยความยืดหยุ่นคล่องตัวในการบริหาร ทำให้สามารถใช้จุดเด่นดังกล่าวในการทำงานในลักษณะของ “การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคี” ซึ่ง สรรส.ได้ใช้วิธีการดังกล่าวสร้างภาคีกับกว่า 20 หน่วยงาน⁵

จากจุดเริ่มต้นและการทดลองในการแสวงหารูปแบบการอภิบาลที่นอกเหนือจากระบบราชการดังกล่าว ได้ทำให้เกิดการขยายตัวขององค์กร “ตระกูล ส.” อื่นๆ ตามมาเป็นจำนวนมาก เริ่มจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ในปี พ.ศ. 2543 ก่อนที่ในท้ายที่สุดจะแปรสภาพเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในปี พ.ศ. 2550 หลังจากที่ สปรส. ประสบความสำเร็จในการผลักดันกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี พ.ศ. 2544 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ. 2545 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2551 และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ในปี พ.ศ. 2552 ในจำนวนนี้มี สสส. ที่มีสถานะเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี สรพ. ที่มีสถานะเป็นองค์การมหาชน และ สช. ที่มีสถานะเป็นองค์กรกึ่งอิสระจากรัฐบาลขึ้นตรงต่อการกำกับของนายกรัฐมนตรี นอกจากนั้นองค์กรทั้งหมดมีสถานะเช่นเดียวกับ สรรส. นั่นคือ หน่วยงานราชการในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข และองค์กร “ตระกูลส.” แทบทั้งหมดล้วนแล้วแต่มีที่มาจากการศึกษาหรือการพูดคุยภายใต้การสนับสนุนของ สรรส. ยกเว้นแต่ สปสช. ที่มีจุดเริ่มจากการพูดคุยใน สปรส. ก่อนที่พรรคไทยรักไทยจะรับข้อเสนอและผลักดันเป็นหน่วยงานและนโยบายสาธารณะ

3.2 โครงสร้างระบบอภิบาลสุขภาพในปัจจุบัน

ในการวิเคราะห์ถึงโครงสร้างระบบอภิบาลสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจะวิเคราะห์จากสองแง่มุม นั่นคือ แง่มุมของโครงสร้างเชิงสถาบัน และแง่มุมของตัวแสดง ในส่วนของโครงสร้างเชิงสถาบันของระบบอภิบาลสุขภาพ ภายหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีการชี้ให้เห็นว่าระบบอภิบาลสุขภาพของไทยมีลักษณะ “เครือข่าย” ที่รัฐบาลไม่ได้มีอำนาจสูงสุด และไม่สามารถควบคุมเครือข่ายได้อย่างเต็มที่ และภายในเครือข่ายประกอบไปด้วยตัวแสดงทั้งจากภาครัฐ (ทั้งในระบบราชการและนอกระบบราชการ) ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม⁶ แม้ว่าในภาพรวมลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรต่างๆ ในระบบอภิบาลสุขภาพของไทยจะดูเหมือนมีลักษณะเครือข่าย แต่หากวิเคราะห์ให้ลึกซึ้งจะเห็นได้ว่าภายใต้เครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรแบบหลวมๆ จะแฝงไปด้วยรูปแบบการอภิบาลในแบบอื่นๆ ด้วยเช่นกัน และอาจกล่าวได้ว่าระบบอภิบาลสุขภาพของไทยในปัจจุบันมีลักษณะของการ “ผสมผสาน” หรือ “การดำรงอยู่ร่วมกัน” ของรูปแบบอภิบาลในแบบต่างๆ ทั้งรัฐ ตลาด และเครือข่าย

ในส่วนของรูปแบบการอภิบาลแบบ “รัฐ” นั้น สามารถเห็นได้อย่างชัดเจนจากบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าจะมีการกล่าวถึงแนวโน้มของการปฏิรูประบบราชการ การลดกำลังคน (และแทนที่ด้วยสัญญาจ้าง) รวมทั้งการแยกบทบาทในด้านต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่ “องค์กรตระกูล ส.” และการกระจายอำนาจและการกิจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งน่าจะทำให้ระบบราชการมีขนาดที่เล็กลง แต่หากพิจารณาจากจำนวนข้าราชการจะพบว่าการขยายตัวอย่างมากจากเดิมในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวน

⁴ ประเวศ วะสี. การปฏิวัติเงียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ (กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2546). หน้า 5.

⁵ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา และคณะ. บทเรียนและข้อเสนอแนะจากโครงการอิสระในการอภิบาลระบบสุขภาพ. หน้า 4-8-4-9.

⁶ ดุริฎ ลิ้มสวาท. การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550: กรอบแนวคิดพัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552. หน้า 51.

ข้าราชการประมาณ 151,000 คน ในปี พ.ศ.2552 จำนวนข้าราชการเพิ่มขึ้นเป็น 170,000 คน แนวโน้มดังกล่าวเกิดจากการบรรจุ “พนักงานของรัฐ” ที่เริ่มมีขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ.2542 เป็นข้าราชการในปี พ.ศ. 2547⁷ แนวโน้มเช่นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเหนียวแน่นของสถาบันแบบระบอบราชการที่ยังคงมีอยู่แม้ว่าจะเผชิญกับแนวโน้มต่างๆ ที่อาจส่งผลทำให้ความสำคัญของระบบราชการลดลง

ในส่วนของรูปแบบการอภิบาลแบบ “ตลาด” นั้น เป็นสิ่งที่ “แฝง” อยู่ในแนวนโยบายสาธารณะรวมทั้งแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐ “แบบใหม่” ตัวอย่างของแนวนโยบายสาธารณะที่สะท้อนถึง “รูปแบบการอภิบาลแบบตลาด” อาทิ นโยบายการเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาล (medical hub) หรือ การสนับสนุนการขยายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนผ่านนโยบายการให้สิทธิประโยชน์ด้านการลงทุน⁸ เป็นต้น สำหรับตัวอย่างของแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐที่สะท้อนรูปแบบการอภิบาลแบบตลาด อาทิ การใช้ระบบ “ตลาดภายใน” ในการแยกผู้ซื้อบริการสาธารณสุข ออกจากผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการให้บริการ การใช้ระบบสัญญาจ้างงาน และการประเมินผลงาน สำหรับพนักงานของรัฐ รวมทั้งผู้บริหารในองค์กรตระกูลส. หรือกระทั่งการใช้ระบบ “การจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน” (Pay for Performance: P4P) สำหรับข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

สำหรับรูปแบบการอภิบาลแบบ “เครือข่าย” นั้น มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ ไม่เป็นทางการ และที่แฝงอยู่ในองคาพยพต่างๆ ของระบบอภิบาลสุขภาพ สำหรับรูปแบบที่เป็นทางการนั้นเห็นได้จากกระบวนการทำงานของ สช. ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งในกระบวนการสมัชชานั้นได้มุ่งเน้นการเชื่อมประสาน สร้างความร่วมมือในทุกภาคส่วนเพื่อให้เข้าร่วม “สานเสวนา” และ “สะท้อนความคิด” นอกจากรูปแบบการอภิบาลแบบเครือข่ายจะสะท้อนภาพรูปแบบและกระบวนการทำงานแล้ว ยังเห็นได้จากโครงสร้างคณะกรรมการที่มีองค์ประกอบจากหลากหลายภาคส่วนทั้งฝ่ายการเมือง ราชการ เอกชน และภาคประชาสังคม สำหรับรูปแบบเครือข่ายที่แฝงอยู่ หรือมีลักษณะที่ไม่เป็นทางการนั้นเห็นได้จากแนวทางการทำงานขององค์กรตระกูล ส. ในหลายกรณีที่ใช้วิธีการทำงานผ่านการ “สร้างเครือข่ายภาคี” หรือกระทั่งการเชื่อมโยงในระดับตัวบุคคล อันจะเห็นได้ว่าบุคลากรหลายคนที่เข้ามาเป็นกรรมการในชุดต่างๆ ขององค์กรตระกูลส. มักจะมีสายสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงในหลากหลายระดับ และหลายองค์กร ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทำให้แม้ว่าองค์กรตระกูล ส. อาจไม่มีโครงสร้างเชิงสถาบันที่เชื่อมโยงการทำงานกันโดยตรง แต่มีการเชื่อมโยงกันอย่างไม่เป็นทางการผ่านความสัมพันธ์ส่วนบุคคล

หากพิจารณาจากแง่มุมของตัวแสดง นอกจากตัวแสดงหลักในระบบราชการ (กระทรวงสาธารณสุข) และตัวแสดงที่เกิดขึ้นมาใหม่ที่มีสถานะทางกฎหมายที่แตกต่างกัน แต่โดยภาพรวมแล้วมีลักษณะเป็น “องค์กรกึ่งอิสระจากรัฐบาล” ที่มีความเป็นอิสระในการบริหารงานในระดับหนึ่ง แต่ยังคงอยู่ภายใต้การกำกับของภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข หรือนายกรัฐมนตรี ยังมีตัวแสดงอีกหลายประเภทที่มีบทบาทในระบบอภิบาลสุขภาพของไทย ได้แก่ 1) องค์กรวิชาการอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข อาทิ แพทยสภา และสภาการพยาบาล เป็นต้น 2) องค์กรในภาคประชาสังคมที่มีความเกี่ยวเนื่องโดยตรง เช่น องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ชมรมแพทย์ชนบท เครือข่ายผู้ป่วย เป็นต้น 3) องค์กรอื่นๆ ในภาคประชาสังคม เช่น สื่อมวลชน สถานศึกษา สถาบันวิจัย เป็นต้น 4) หน่วยการปกครองในระดับท้องถิ่น ที่โดยกฎหมายแล้วจำเป็นต้องรับมอบภารกิจในการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข และ 5) โครงสร้างกลไกภาครัฐในระดับบน ไม่ว่าจะเป็นคณะรัฐมนตรี รัฐสภา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เป็นต้น

⁷ ปาณบดี เอกะจัมปะกะ และนิธิศ วัฒนมะโน. “การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย”. หน้า 333-336.

⁸ ดู Thammarat Marohabutr. “Thailand’s Private Health Care before the 2000s: Is it the Impact of Neo-Liberalism on Health Disparities?”. *วารสารสังคมศาสตร์ (ม.นเรศวร)*. ปีที่ 8 ฉบับที่ 1. หน้า 183-187.

ตัวแสดงเหล่านี้จะมีบทบาทในลักษณะที่แตกต่างกันในระบบอภิบาลสุขภาพ ในส่วนขององค์กรด้านวิชาชีพ หากพิจารณาตามกฎหมายแล้ว องค์กรเหล่านี้มักมีบทบาทเฉพาะด้าน เช่น การให้หรือต่อใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ การดูแลจริยธรรมหรือจรรยาบรรณวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพและองค์ความรู้ของวิชาชีพ อย่างไรก็ตามจากความเกี่ยวข้องโดยตรงในวิชาชีพ ทำให้องค์กรเหล่านี้มักได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งกรรมการหรือกรรมการชุดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นในองค์กร ตระกูลส. หรือในรัฐสภา ทำให้อาจกล่าวได้ว่านอกจากบทบาทโดยตรงตามกฎหมายของแต่ละองค์กร สมาคมวิชาชีพเหล่านี้มีบทบาทอย่างมากในทาง “นโยบายสาธารณะ” ด้วยเช่นกัน ทั้งในแง่ของการสนับสนุนและขัดขวางการออกนโยบาย ในทำนองเดียวกัน องค์กรในภาคประชาสังคมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรง หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยอ้อม ต่างมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและผลักดันนโยบาย (policy advocacy) ด้านสุขภาพ ทั้งการผลักดันนอกโครงสร้างเชิงสถาบัน เช่น การร่วมมือของเครือข่ายวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในและนอกประเทศ ในการผลักดันให้รัฐบาลประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา ในระยะหลังตัวแทนขององค์กรเหล่านี้ได้เข้าไปมีบทบาท “ในสถาบัน” มากขึ้นจากการได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ และกรรมการชุดต่างๆ

สำหรับบทบาทของกลไกรัฐในระดับบน ไม่ว่าจะเป็นรัฐสภา หรือรัฐบาล สามารถมีบทบาททั้งในแง่ของการสนับสนุน และเป็นอุปสรรคต่อการทำงานของระบบอภิบาลสุขภาพได้ ในหลายกรณี จากความร่วมมือระหว่างรัฐบาล และตัวแสดงอื่นๆในระบบอภิบาลสุขภาพ สามารถทำให้การขับเคลื่อนนโยบาย หรือการออกนวัตกรรมทางสุขภาพดำเนินไปได้อย่างรวดเร็วและราบรื่น ดังเช่นการผลักดันนโยบายในช่วงการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในสมัยรัฐบาลสุรยุทธ์ อย่างไรก็ตาม ในบางช่วงเวลา กลไกรัฐในระดับบนสามารถเป็นอุปสรรคได้เช่นเดียวกัน ดังจะเห็นได้ว่าในกรณีเดียวกันนั้นคือการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา ที่หลังจากการประกาศใช้ในสองครั้งแรก รัฐบาลชุดถัดมาแทบไม่เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการใช้มาตรการดังกล่าว แม้ว่าจะมีการเรียกร้องจากภาคประชาสังคมก็ตาม (ดูกรณีศึกษา)

ในส่วนของหน่วยงานระดับท้องถิ่นดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าจะเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในอนาคต ในฐานะผู้รับผิดชอบภารกิจด้านการสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 อย่างไรก็ตาม หลังจากกฎหมายออกมาเป็นระยะเวลากว่าทศวรรษ ความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจยังคงเป็นไปอย่างจำกัด ด้วยเหตุที่กระทรวงสาธารณสุขขาดทิศทางและแนวนโยบายที่ชัดเจน เช่นเดียวกับรัฐบาลที่ให้ความสำคัญกับเรื่องอื่นมากกว่าเรื่องการกระจายอำนาจ และแม้ว่าหลายท้องถิ่นจะรับถ่ายโอนภารกิจแล้ว แต่ยังคงขาดกลไกในการช่วยเหลือทางด้านเทคนิควิชาการแก่ท้องถิ่น ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งไม่รอการถ่ายโอน และดำเนินการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง ทำให้เกิดการบริการซ้ำซ้อน และขาดประสิทธิภาพ⁹

หากพิจารณาระบบอภิบาลสุขภาพในปัจจุบันผ่านทางองค์ประกอบสามประการของการอภิบาล นั่นคือภาพลักษณ์ เครื่องมือ และปฏิสัมพันธ์ จะพบว่าองค์ประกอบแต่ละประการเต็มไปด้วยความหลากหลาย ซ้ำซ้อน ขัดแย้ง และแข่งขันกันอยู่ โดยในส่วนของภาพลักษณ์ แม้ในปัจจุบันจะดูเหมือนว่าผู้กำหนดนโยบายจะเริ่มยอมรับการเปลี่ยนแปลงของแนวคิดจากการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นบทบาทแคบๆ ในด้านการรักษาและควบคุมโรค มาสู่ระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และการสร้าง “ภาษา” ของ “สุขภาพ” “การมีส่วนร่วม” “การสานเสวนา” ได้ส่งผลในการขยายพื้นที่และดึงตัวแสดงอื่นๆที่แต่เดิมอยู่นอกอาณาบริเวณนโยบายสาธารณสุขให้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม แรงต่อต้านความเปลี่ยนแปลงในระดับภาพลักษณ์ยังคงมีอยู่ และยังคงมีพลังที่จะสามารถสกัดกั้นการ

⁹ดูสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจได้ใน ศุภกิจ ศิริลักษณ์. ข้อเสนอบทบาทและโครงสร้างหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, พฤษภาคม 2554. หน้า 4-5.

ดำเนินนโยบาย หรือทำให้การดำเนินนโยบายล่าช้า โดยภาพลักษณ์แบบเดิมมักจะยึดโยงกับตัวแสดงในกลไกภาครัฐระดับบนที่มักจะใช้ภาษาของ “การพัฒนาเศรษฐกิจ” เป็นหลัก

ในส่วนของเครื่องมือ แม้ว่ากระแสปฏิรูปจะพยายามสร้างความชอบธรรมให้กับเครื่องมือสำคัญนั้นคือองค์กรที่ไม่ใช่ระบบราชการ มีโครงสร้างแนวราบ เน้นความยืดหยุ่นและคล่องตัว และเน้นการขยายพื้นที่สำหรับการมีส่วนร่วมของตัวแสดงภายนอกในระบบราชการ แต่ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าเครื่องมือแบบนี้ได้ดำรงอยู่ร่วมกับเครื่องมือแบบเดิมนั้นคือระบบอภิบาลแบบรัฐ ที่ยังคงพยายามต้านทานต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงที่มาจากทุกด้าน พร้อมกันนั้นจะเห็นได้ถึงอิทธิพลของเครื่องมือของระบบอภิบาลแบบตลาดที่มาในรูปแบบของนโยบายสาธารณะ และ “เทคนิคการบริหารงาน” ในหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นตัวชี้วัดหรือเทคนิคการประเมินผลงาน ดูเหมือนว่าเครื่องมือของระบบอภิบาลแบบตลาดได้แทรกซึมและหลอมรวมกับระบบอภิบาลในแบบรัฐ และแบบเครือข่ายได้เป็นอย่างดี โดยที่มักไม่เป็นที่สังเกต และถูกตั้งคำถามมากเท่าใดนัก

ในส่วนสุดท้ายนั้นคือการดำเนินการและปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดง ประเด็นในส่วนนี้ค่อนข้างมีความซับซ้อน เนื่องจากตัวแสดงกลุ่มหนึ่งๆ มีความเกี่ยวพันและยึดโยงกับหลายสถานภาพ ดังเช่นขบวนการแพทย์ชนบท นอกจากจะเป็นตัวแสดงสำคัญในกระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในองค์กรตระกูลส.ที่เกิดขึ้นมาใหม่ มีความยึดโยงเกี่ยวพันกับองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ อีกจำนวนมาก อีกทั้งยังยึดโยงกับฝ่ายการเมืองในระดับชาติบางกลุ่ม¹⁰ ความเกี่ยวโยงที่ซับซ้อนของตัวแสดงหลักที่ขับเคลื่อนการปฏิรูปนี้ได้สร้างความรู้สึกหวาดระแวง ไม่พึงพอใจ ไม่ไว้วางใจ ซึ่งนำมาซึ่งปฏิสัมพันธ์ในเชิงต่อต้านจากกลุ่มอื่นๆ ดังจะกล่าวถึงในรายละเอียดในส่วนถัดไป

3.3 สถานการณ์ความสัมพันธ์ภายในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ

แน่นอนว่าการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างเชิงสถาบันในรอบกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมาไม่ได้เกิดขึ้นท่ามกลางฉันทามติในหมู่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้กำหนดนโยบายทุกกลุ่ม หากแต่เกิดขึ้นภายใต้บทบาทการผลักดันของตัวแสดงบางกลุ่ม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ในแง่หนึ่งอาจให้คำจำกัดความได้ว่าเป็นการ “ปฏิวัติเงียบ”¹¹ เนื่องจากในด้านหนึ่งเป็นการเคลื่อนไหวอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่ในอีกด้านหนึ่งในกระบวนการปฏิรูปเต็มไปด้วยกระบวนการเจรจาต่อรอง ปะทะต่อสู้ และต่อต้านในทางความคิด การระดมทรัพยากร และสร้างภาคีเครือข่าย รวมทั้งการแสวงหาช่องทางของโอกาสทางการเมืองในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงมีลักษณะของการ “ปฏิวัติ” ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วย่อมสร้างความไม่พอใจในหมู่ผู้ที่อยู่ในอำนาจเดิม ซึ่งถูกผ่องถ่ายอำนาจและทรัพยากรบางส่วนที่เคยผูกขาดทั้งหมดไปสู่โครงสร้างใหม่ๆที่เกิดขึ้น ดังนั้นเพื่อให้เห็นภาพรวม และที่มาที่ไปของสถานการณ์ความสัมพันธ์ภายในกลไกต่างๆของระบบอภิบาลสุขภาพในปัจจุบัน จำเป็นที่จะต้องกล่าวถึงที่มา และตัวแสดงกลุ่มต่างๆ ทั้งตัวแสดงที่ขับเคลื่อนการปฏิรูป และตัวแสดงที่อยู่ในอำนาจเดิม

สำหรับตัวแสดงที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพคือ “ข้าราชการนักวิชาการ” ในกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้าราชการที่เคยผ่านงานในชนบท และได้รับการศึกษาในต่างประเทศ ข้าราชการเหล่านี้จำนวนมากได้รวมกลุ่มและอาจเรียกในภาพรวมว่าเป็นกลุ่มขบวน

¹⁰ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นภนาถ อนุพงศ์พัฒน์ และระชา ฤชชงค์. รายงานการวิจัยขบวนการแพทย์ชนบทกับธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ. หน้า 103-104.

¹¹ ดูประเวศ วะสี. การปฏิวัติเงียบ.

การแพทย์ชนบท¹² การใช้คำว่า “ขบวนการ” ในที่นี้จะครอบคลุมทั้งชมรมแพทย์ชนบท และกลุ่ม รวมทั้งองค์กรต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการปฏิรูป ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มสามพราน ซึ่งเป็นการรวมตัวกันของแพทย์ชนบทที่กลับเข้ามารับตำแหน่งต่างๆ ในส่วนกลาง และเข้าร่วมกันพบปะประชุมกันทุกเดือนเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นที่สามพราน¹³ และองค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับกลุ่มแพทย์ชนบท เช่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นต้น ขบวนการแพทย์ชนบทได้มีบทบาทสำคัญในแทบทุกด้านเพื่อผลักดันให้เกิดการปฏิรูป ตั้งแต่การวางกรอบแนวคิด การยกร่างกฎหมาย การระดมเสียงสนับสนุน ฯลฯ และเมื่อโครงสร้างใหม่เกิดขึ้นแล้ว บุคลากรสำคัญในขบวนการแพทย์ชนบทยังเข้าไปดำรงตำแหน่งบริหารไม่ว่าจะเป็นผู้อำนวยการหรือคณะกรรมการในหน่วยงานหรือองค์กรที่เกิดขึ้นใหม่อีกด้วยไม่ว่าจะเป็น สวรส. สปสช. สสส. หรือ สช.

โดยพื้นฐานแล้วการเกิดขึ้นของโครงสร้างองค์กรใหม่สามารถเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งกับโครงสร้างอำนาจเก่าที่ถูกผ่องถ่ายอำนาจที่มีอยู่เดิมออกไป โดยในกรณีของการเกิดขึ้นขององค์กรตระกูลส. อาจมองว่าเป็นการดึงอำนาจด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการวิจัยและพัฒนา (สวรส.) การจัดการฝั่งผู้ซื้อบริการ (สปสช.) และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (สสส.) ออกไปจากกระทรวงสาธารณสุข¹⁴ พร้อมกันกับการถ่ายเทอำนาจ ยังเกี่ยวข้องกับการผ่องถ่ายทรัพยากรสำคัญนั่นคือ งบประมาณ เมื่อพิจารณางบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2554 พบว่ากว่าร้อยละ 55 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขต้องจัดสรรให้กับภารกิจการดำเนินการขององค์กรตระกูล ส.¹⁵ นอกจากแง่มุมของอำนาจและทรัพยากรแล้ว อีกแง่มุมหนึ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน และเป็นฐานให้เกิดความขัดแย้งระหว่างขบวนการปฏิรูปและกลุ่มอำนาจเดิมคือแง่มุมของความรู้สึกและความคิด กล่าวคือการที่กลุ่มขบวนการปฏิรูปครอบงำบทบาทนำในการ “ปฏิวัติเงียบ” ได้สร้างความรู้สึกลึกให้กับกลุ่มอำนาจเดิมในเชิงดูถูกดูแคลนความสามารถในการปฏิรูปตนเองของกระทรวงสาธารณสุข¹⁶

ความรู้สึกเหล่านี้น่าจะได้รับการตอกย้ำมากขึ้นไปอีกเมื่อบุคลากรสำคัญในขบวนการปฏิรูปต่างกระจายตัวไปดำรงตำแหน่งสำคัญในองค์กรที่เกิดขึ้นมาใหม่ ความรู้สึกดังกล่าวนี้เห็นได้จากคำสัมภาษณ์ของอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขท่านหนึ่งที่ว่า

“ผมไปนั่งประชุมในที่ประชุม สปสช. ผมคือรัฐมนตรี แล้วมีปลัดคนหนึ่งที่เป็นกรรมการ โดยตำแหน่งนั่งข้างผม นอกจากนั้นเป็นตัวแทนจากกลุ่มองค์กรต่างๆ และกลุ่มเอ็นจีโอซึ่งเขาอยู่มาก่อนผมนานมาก ผมเหมือนไปอยู่กลางวงล้อม ...วันนี้ สปสช. กลายเป็นสมาคม “ส” ไม่รู้จัก “ส.” เวียนกันเป็นกรรมการไปหมด...เราดูแล 4-5 ส. ก็เสียไปหมด มันมาซัดเดียวกันหมดทุก

¹² ในความเป็นจริงแล้ว คณะผู้วิจัยตระหนักในความหลากหลาย การปะทะ และขัดแย้ง ภายในขบวนการด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ความขัดแย้งที่มีอยู่ภายในมักจะเป็นความขัดแย้งที่ “จำกัดขอบเขต” เฉพาะประเด็น เฉพาะตัวบุคคลบางคนที่นั่น และมักจะไม่ได้เปิดเผยชัดเจนออกมา เนื่องจากผู้ที่ไม่เห็นด้วยมักจะเลือกนิ่งเฉยมากกว่าออกมาโต้แย้งในที่สาธารณะ ในทำนองเดียวกัน คณะผู้วิจัยยังตระหนักถึงความเป็นพลวัตภายในขบวนการแพทย์ชนบท ทั้งในแง่ของอุดมการณ์ แนวคิด ความเป็นอันหนึ่งอันเดียว และแนวทางในการเคลื่อนไหว ที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย และไม่ได้มีความต่อเนื่อง

¹³ ดูที่มาของกลุ่มสามพรานได้ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และระชา ฤชชงค์. รายงานการวิจัยขบวนการแพทย์ชนบทกับธรรมชาติของระบบสุขภาพ. หน้า 47-48.

¹⁴ นวลน้อย ตรีรัตน์ และแบงค์ งามอรุณโชติ. การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555). หน้า 68.

¹⁵ ปานบติ เอกะจัมปะกะ และนิธิต วัฒนมะโน. “การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย”. หน้า 348.

¹⁶ นวลน้อย ตรีรัตน์ และแบงค์ งามอรุณโชติ. การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. หน้า 68.

ส...ถ้าอยากจะทำให้สปสข.เปลี่ยนแปลงสิ่งแรกที่เราควรจะเข้าไปดูคือบอร์ดหรือคณะกรรมการ สปสข. ทั้งหมด.”¹⁷

คู่ขัดแย้งของขบวนการปฏิรูปนอกจากฝ่ายการเมือง และกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังรวมไปถึง สมาคมวิชาชีพนั้นคือแพทยสภาอีกด้วย สำหรับความขัดแย้งระหว่างแพทยสภากับชมรมแพทย์ชนบทนั้นมี รากฐานความเป็นมาอย่างยาวนาน แต่เดิมแพทย์ชนบท (ช่วงต้นและกลางทศวรรษที่ 2530) มีบทบาทสำคัญ ในแพทยสภาและให้ความสำคัญกับการตรวจสอบเอาผิดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม มากกว่าการ ปกป้องแพทย์ อย่างไรก็ตาม บทบาทของแพทย์ชนบทที่ค่อนข้างมากได้ทำให้แพทย์กลุ่มอื่นๆ ต้องการเข้ามามี ส่วนร่วมมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน และเมื่อแพทย์ชนบทหมดบทบาทจากแพทยสภา และแพทยสภาอยู่ภายใต้การบริหารของกลุ่มแพทย์ที่มีความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลเอกชน (ตั้งแต่ทศวรรษที่ 2540 จนถึงปัจจุบัน) ได้ทำให้ทิศทางการบริหารของแพทยสภามีลักษณะของการ “ปกป้องแพทย์” จากการ ฟ้องร้องหรือร้องเรียนแพทย์ของผู้ป่วย มากกว่าการควบคุมจริยธรรมของแพทย์¹⁸ จากบทบาทดังกล่าวทำให้มี การตั้งข้อสังเกตว่าแพทยสภามีบทบาทเสมือนกับ “สหภาพแรงงานแพทย์”¹⁹ และจากรากฐานความไม่ลงรอย ระหว่างกลุ่มแพทย์ชนบท และแพทยสภาที่อยู่ภายใต้การนำของกลุ่มแพทย์ที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลเอกชน และแพทย์ในเมือง (เช่น สมาพันธ์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) ได้ เป็นชนวนให้เกิดความขัดแย้งในทางนโยบายสาธารณะในหลายกรณี อาทิ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครอง ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข และนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ²⁰ อีกทั้งยังเป็นชนวนที่ทำให้ ผู้บริหารของแพทยสภาจะไม่เชื่อมั่น และไม่ไว้วางใจในการทำงานขององค์กรตระกูล ส.²¹

ความซับซ้อนในสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกและตัวแสดงต่างๆ ในระบบอภิบาลสุขภาพ ของไทยยังเกิดขึ้นจากผลสะท้อนจากความขัดแย้งทางการเมือง และความเกี่ยวพันยึดโยงระหว่างตัวแสดงกลุ่ม ต่างๆ กับความขัดแย้งทางการเมืองในระดับชาติ ในประเด็นดังกล่าวงานของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณะ ได้ชี้ให้เห็นว่าการที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้แสดงความโน้มเอียงในการ “เลือกข้าง” ฝ่ายล้มล้างรัฐบาล ทักษิณ ได้ส่งผลทำให้ภายหลังจากการที่พรรคการเมืองที่สนับสนุนทักษิณ ชินวัตรกลับเข้ามาสู่อำนาจได้โต้ กลับด้วยการปรับเปลี่ยนคณะกรรมการหรือผู้บริหารต่างๆ ในองค์กรตระกูล ส. ที่ครบวาระการดำรงตำแหน่ง และต้องแต่งตั้งใหม่ผ่านการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี²² การโต้กลับของตัวแสดงในขบวนการขับเคลื่อนการ ปฏิรูปครั้งนี้ ไม่ได้เกี่ยวข้องเฉพาะกับฝ่ายการเมืองเท่านั้น หากแต่ดูเหมือนจะมีการประสานร่วมมือระหว่าง ฝ่ายการเมือง กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรวิชาชีพ นั่นคือแพทยสภา ดังจะเห็นได้ว่าผู้บริหาร และ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการแต่งตั้งเข้าไปในองค์กรตระกูลส.ชุดใหม่ๆ มักจะมีความเชื่อมโยงกับ “หมอ เมือง” หรือโรงพยาบาลเอกชน²³

¹⁷ Thaipublica. “อดีตประธานสปสข.ระบุบอร์ดสปสข.มีอำนาจล้น ขงเลขาฯอนุมัติครั้งละ 1 พันล้าน”. 17 ตุลาคม 2554.อ้างใน นวลน้อย ตรีรัตน์ และเบ๊งค์ งามอรุณโชติ. *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. หน้า 63.

¹⁸ สัมภาษณ์อดีตเลขาธิการแพทยสภา 27 มีนาคม 2556.

¹⁹ ข้อสังเกตจากข้าราชการการเมืองในกระทรวงสาธารณสุขในเวทีการประชุมกลุ่ม

²⁰ ดุริยตีศึกษาทั้งสองกรณีในรายละเอียดได้ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และระชา ฤชชงค์. *รายงานการวิจัยขบวนการ แพทย์ชนบทกับธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ*. หน้า 76-82.

²¹ หนึ่งในเหตุการณ์ที่สะท้อนภาพความไม่ไว้วางใจดังกล่าวคือเมื่อคณะผู้วิจัยติดต่อขอสัมภาษณ์จากผู้บริหารแพทยสภา กลับได้รับการปฏิเสธ เมื่อผู้บริหารท่านดังกล่าวได้รับรู้ว่าโครงการวิจัยชิ้นนี้ได้รับการสนับสนุนจาก สวรส.

²² โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และระชา ฤชชงค์. *รายงานการวิจัยขบวนการแพทย์ชนบทกับธรรมาภิบาลของระบบ สุขภาพ*. หน้า 104.

²³ ประเด็นที่หมอชนบทถูก “โคกกลับ” จาก “หมอเมือง” นี้ได้รับการตั้งข้อสังเกตเป็นอย่างดีจากอดีตผู้บริหารองค์กรตระกูล ส.ท่านหนึ่งในการ ให้สัมภาษณ์กับคณะผู้วิจัย

จากการคลี่คลายของเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้ดูเหมือนว่าสถานการณ์ในปัจจุบันนี้เป็นสถานการณ์ที่ตัวแสดงที่มีส่วนขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูปเดิม และมีบทบาทในการบริหารองค์กรตระกูล ส.ที่เกิดขึ้นมาใหม่ เริ่มหมดบทบาทในการบริหารหรือมีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรตระกูล ส.ที่มีอำนาจและทรัพยากรหรืองบประมาณจำนวนมาก (เช่น สสส. และ สปสช.) และตัวแสดงอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นทั้งฝ่ายการเมือง กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรวิชาชีพทางสาธารณสุขได้เข้ามามีบทบาทในการบริหารองค์กรตระกูล ส.แทนที่ตัวแสดงเดิม

3.4 สภาพปัญหาของระบบอภิบาลสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ร่วมกัน

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาทั้งหมดดูเหมือนว่าการทำงานของระบบอภิบาลสุขภาพในปัจจุบันได้เกิดสภาพปัญหาบางประการที่อาจส่งผลในทางที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างตัวแสดง ได้แก่

ประการแรก ผลผลิตของกระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุขคือการเกิดขึ้นของ “องค์กรกึ่งราชการที่มีความเป็นอิสระ” ในระดับหนึ่ง จากการที่องค์กรเหล่านี้ถูกตั้งขึ้นมาภายใต้กฎหมายในระดับชั้นต่างๆ ที่กำหนดโครงสร้างองค์กร และขอบเขตอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานขึ้นมา ในแง่นี้อาจกล่าวได้ว่าองค์กรเหล่านี้เป็น “หน่วยหรือองค์กรที่มีการอภิบาลตนเอง” (self-governed organization) ที่สามารถกำหนดแนวทางการทำงานของตนเองโดยมีการแทรกแซงจากตัวแสดงหรือหน่วยงานอื่นในระดับที่จำกัด จากธรรมชาติเช่นนี้ หากการทำงานขององค์กรปราศจาก “การสะท้อนคิด” อยู่เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ถึงปรัชญา และเป้าหมายขององค์กรที่ “เพียรหาความเป็นอิสระ” จะมีแนวโน้มที่องค์กรที่เกิดขึ้นมาใหม่เหล่านี้จะ “สร้างอาณาจักร” หรือกระทั่ง “พัฒนาความเป็นสถาบันประหนึ่งระบอบราชการ”²⁴ ขึ้นมา หากแต่ละองค์กรต่างพยายามสร้างอาณาจักรของตน โอกาสที่องค์กรเหล่านี้จะ “เปิดกว้าง” และ “เรียนรู้” จากความสัมพันธ์กับองค์กรอื่นๆ ก็จะมีน้อยลง

ประการที่สอง ในขบวนการที่ขับเคลื่อนการปฏิรูปได้วางเป้าหมายสำคัญที่การขับเคลื่อนการปฏิรูปในแต่ละด้าน ไม่ว่าจะเป็น “การวิจัยระบบสาธารณสุข” “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือ “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นต้น โดยวิธีการที่ขับเคลื่อนการปฏิรูปคือการสร้าง “องค์กรกึ่งอิสระ” ขึ้นมารับผิดชอบภาระในแต่ละด้าน แต่สิ่งที่จะอาจขาดหายไปในการคิดปฏิรูปในช่วงแรกๆ คือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบระบบที่สามารถทำให้การประสานงานและการเรียนรู้ระหว่างองค์กรเป็นไปอย่างราบรื่นต่อเนื่อง²⁵ แม้ว่าในช่วงแรกองค์กรที่เกิดขึ้นมาใหม่เหล่านี้อาจประสานความร่วมมือได้ดีในระดับหนึ่งเนื่องจากบุคลากรและผู้บริหารในองค์กรเหล่านี้ต่างมีเครือข่ายความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อแต่ละองค์กรได้กลายเป็นอาณาจักร และการก้าวเข้าไปติดกรงเหล็กของระบอบราชการได้ทำให้ความสนใจที่จะประสานร่วมมือระหว่างองค์กรน้อยลง แม้ว่าอาจจะมีเวทีที่เปิดพื้นที่สำหรับการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันที่เกิดขึ้นมาในภายหลัง แต่หน่วยงานเหล่านี้มักจะไม่ค่อยให้ความสำคัญ ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้บริหารองค์กรมักจะเลือกที่จะส่งตัวแทนมากกว่าเข้าร่วมประชุมด้วยตนเอง²⁶

นอกจากนี้ การที่ตัวแสดงที่ขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุขเป็นตัวแสดงกลุ่มเดียว ขาดการยอมรับจากฝ่ายที่อยู่ในอำนาจ ทำให้หลังจากได้ดำเนินกระบวนการปฏิรูปและเกิดองค์กรใหม่ๆ ขึ้นมาเป็นจำนวนมาก จึงเกิดภาวะ “ต่างคนต่างทำงาน” และขาด “การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน” ด้วยเหตุนี้การทำงาน

²⁴ ประเด็นดังกล่าวนี้ได้มีการตั้งข้อสังเกตจากหนึ่งในข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข จากการสัมภาษณ์

²⁵ ข้อสังเกตนี้ได้จากการสัมภาษณ์อดีตผู้บริหารองค์กรตระกูลส.ท่านหนึ่ง ซึ่งในปัจจุบันทำงานในองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข

²⁶ ข้อสังเกตจากการสัมภาษณ์ข้าราชการระดับสูงคนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข

ในระบบอภิบาลสุภาพจึงขาดเอกภาพ แต่ละองค์กรมุ่งตอบโจทย์ย่อยในแต่ละส่วนที่รับผิดชอบ แต่ขาดการประสานการทำงานเพื่อร่วมกันตอบโจทย์ใหญ่ในภาพรวม²⁷

ประการที่สาม แม้ว่าในกระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขอาจไม่ได้ออกแบบโครงสร้างสำหรับการประสานงานและเปิดพื้นที่สำหรับการทำงานและเรียนรู้ร่วมกันระหว่างตัวแสดง แต่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นตัวแสดงหลักในระบบอภิบาลสุภาพดังเช่นกระทรวงสาธารณสุข สามารถที่จะ “เล่นบทบาท” ดังกล่าวได้ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขยังไม่สามารถแสดงบทบาทดังกล่าวได้²⁸ ปัญหาส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องมาจากการที่กระทรวงสาธารณสุข ทั้งฝ่ายข้าราชการประจำ และข้าราชการการเมืองกลายเป็น “คู่ขัดแย้ง” ในลักษณะต่างๆ กับตัวแสดงอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นขบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข หรือกระทั่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การประสานความร่วมมือแทบไม่เกิดขึ้นในอดีตการประสานร่วมมือที่จะเกิดขึ้นระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรตระกูล ส.อื่นๆ มักจะจำกัดอยู่ในระดับ “ปฏิบัติการ” มากกว่าระดับ “นโยบาย”²⁹

ทั้งนี้เป็นที่น่าสนใจว่าในมุมมองของผู้บริหารและอดีตผู้บริหารตระกูล ส.มองว่าอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งอยู่ที่ฝ่ายการเมือง กล่าวคือ การทำงานของระบบอภิบาลสุภาพและองค์กรตระกูล ส.มักจะถูกบิดเบือนจากวัตถุประสงค์ตั้งต้นจากการแทรกแซงโดยฝ่ายการเมืองที่มีอำนาจในการแต่งตั้งผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารองค์กรตระกูล ส. ดังกรณี สปสช. ที่ควรมีบทบาทในการเป็นตัวแทนผู้บริโภค แต่ฝ่ายการเมืองกลับแต่งตั้งตัวแทนของ “ผู้ให้บริการ” เข้ามาเป็นกรรมการบริหารจำนวนมาก³⁰ โดยผู้บริหารองค์กรตระกูล ส.มักมองว่าบทบาทดังกล่าวของฝ่ายการเมืองเป็นความพยายาม “รวมศูนย์อำนาจ” ที่กระจุกกระจายอยู่ในองค์กรตระกูล ส. มุมมองในลักษณะดังกล่าวของผู้บริหารและอดีตผู้บริหารตระกูล ส.สะท้อนให้เห็นถึงแง่มุมของ “ความไม่ไว้วางใจ” ระหว่างกัน ซึ่งส่งผลตามมาทำให้ความพยายามในการประสานงาน รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยากมากขึ้น

ประการสุดท้าย แม้ว่าความพยายามในการปฏิรูประลอกท้ายๆ จะพยายามสร้างเวทีที่ออกแบบมาเพื่อ “เปิดพื้นที่สำหรับการสานเสวนา” ระหว่างตัวแสดงต่างๆ นั่นคือสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และในขบวนการผลักดันให้เกิดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเองก็ได้พยายามสร้างความเข้าใจจากทุกฝ่าย และดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่จากการดำเนินงานในระยะกว่าครึ่งทศวรรษของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ “พื้นที่กลาง” ที่เกิดขึ้นมาใหม่นี้ยังไม่อาจสร้างความเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ อันเนื่องมาจากการที่ตัวแสดงต่างๆ มีแนวโน้มที่จะใช้เวทีนี้ในการปกป้องผลประโยชน์เฉพาะขององค์กร มากกว่าการเรียนรู้แลกเปลี่ยนจากตัวแสดงอื่นๆ อีกทั้งบางองค์กรยังใช้ “ช่องว่าง” ของกฎเกณฑ์สมัชชาที่สมาชิกทุกคนมีสิทธิในการยับยั้ง (veto) และมติจะไม่สามารถออกมาได้หากปราศจาก “ฉันทามติ” ร่วม ระหว่างองค์กร นอกจากนี้แม้ว่าเวทีนี้จะสร้างสะพานความเชื่อมโยงระหว่างภาคราชการ วิชาการ ประชาสังคม เข้ากับฝ่ายการเมือง แต่ฝ่ายการเมืองยังมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความสำคัญหรือกระทั่งเพิกเฉยข้อเสนอจากสมัชชา

²⁷ ข้อสังเกตจากคณิตคณะแพทยศาสตร์แห่งหนึ่ง

²⁸ ทั้งนี้มีความพยายามจากกระทรวงสาธารณสุขที่จะเสนอให้มีคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติขึ้นมา โดยมีองค์ประกอบของรัฐมนตรีในกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน แต่ข้อเสนอดังกล่าวได้รับการทักท้วงจากองค์กรตระกูล ส. และทั้งข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขส่วนหนึ่ง ในท้ายที่สุดข้อเสนอดังกล่าวไม่ได้รับความเห็นชอบจากนายกรัฐมนตรี ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ข้าราชการระดับสูงคนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ข้อสังเกตที่ว่าแนวทางดังกล่าวของกระทรวงสาธารณสุขเป็นการมุ่งใช้ “อำนาจแข็ง” ที่เน้นการสั่งการโดยผู้มีอำนาจหน้าที่ มากกว่าการมุ่งใช้ “อำนาจอ่อน” บนฐานของการพูดคุย ทำความเข้าใจระหว่างตัวแสดง ซึ่งแนวทางดังกล่าวนี้ค่อนข้างขัดกับวัฒนธรรมองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงกลุ่มองค์กรตระกูล ส.

²⁹ ข้อสังเกตจากผู้บริหารองค์กรตระกูล ส.ท่านหนึ่ง

³⁰ ข้อสังเกตจากอดีตผู้บริหารองค์กรตระกูล ส.ท่านหนึ่ง

บทที่ 4

นวัตกรรมในระบบอภิบาลสุขภาพ

4.1 ความนำ

โดยทั่วไป นวัตกรรมมีความหมายถึง “สิ่งใหม่ที่เกิดจากการใช้ความรู้ และความคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคม¹” อย่างไรก็ตาม สำหรับการศึกษา นวัตกรรมในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในที่นี้ นวัตกรรมมิได้หมายถึงผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจตามนัยนั้น หากแต่หมายถึงสิ่งใหม่ๆ ที่เกิดจากการใช้ความรู้ และความคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาวะ หรือระบบสุขภาวะของคนไทยและเนื้อหาบทนี้มีวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ว่าภายใต้แรงกดดันที่เป็นอยู่ความสามารถในการผลักดันนวัตกรรมในระบบสุขภาพเกิดขึ้นภายใต้ระบบอภิบาลอย่างไร ในเงื่อนไขอย่างไร

หลังจากการปฏิรูประบบสุขภาพช่วงล่าสุด (การพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550) กล่าวได้ว่า มีนวัตกรรมในระบบสุขภาพเกิดขึ้นหลายอย่าง ที่สำคัญได้แก่ **ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ** อันเป็นผลผลิตจากการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านการปรึกษาหารือใน **สมัชชาสุขภาพ** (ตามบทบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ) ทั้งที่เป็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ที่พยายามเชื่อมโยงให้เห็นความสำคัญของนโยบายสาธารณะในเรื่องต่างๆ กับประเด็นปัญหาด้านสุขภาวะของผู้คนในพื้นที่ ตลอดจนปฏิบัติการ **สร้างเสริมระบบสุขภาพ** ที่นำโดย **สสส.** ก็ก่อให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายในทุกระดับ หรือแม้แต่การผลักดันให้เกิด **กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือระดับพื้นที่** ที่กระตุ้นให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลระบบสุขภาพของท้องถิ่นตามความต้องการของตน

อย่างไรก็ดี ดูเหมือนว่าการสร้างนวัตกรรมในระบบสุขภาพข้างต้น จะมีโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure) รองรับในระดับหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นบทบัญญัติในกฎหมาย และมีทรัพยากรสนับสนุนนอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในภาพรวมก็อาจกล่าวได้ว่า เนื่องจากแนวโน้มการผลักดันประเด็นดังกล่าว มักจะเป็นแนวโน้มในเชิงบวก (ยกเว้นบางประเด็นในสมัชชาสุขภาพ) จึงทำให้ไม่เกิดแรงต้านมากนัก ในขณะที่ในปัจจุบัน ระบบอภิบาลสุขภาพไทยอยู่ในภาวะที่ต้องรับแรงกดดันจากหลายฝ่าย ทั้งแรงกดดันจากโลกาภิวัตน์ของทุนนิยม แรงกดดันจากตลาด หรือแม้กระทั่งความขัดแย้งที่มีภายในระบบเอง เพื่อที่จะทำความเข้าใจความสามารถของระบบอภิบาลสุขภาพในการผลักดันนวัตกรรมท่ามกลางแรงกดดันดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกใช้กรณีศึกษา 4 กรณี คือ กรณีศึกษาเรื่องการผลักดันให้เกิดการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาที่เกิดขึ้นท่ามกลางเงื่อนไขการกดดันจากทุนนิยมโลก กรณีศึกษาเรื่องการผลักดันกลไกการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นท่ามกลางความขัดแย้งในกรณีมาตาพุดและโครงการพัฒนาขนาดใหญ่ในอีกหลายกรณี ที่แสดงให้เห็นภาวะความขัดแย้ง (dilemma) ที่กดดันให้แลกเปลี่ยน (trade-off) ระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจระดับมหภาคกับสุขภาวะของผู้คนในระดับท้องถิ่น กรณีศึกษานโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) และกรณีศึกษาผลตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance- P4P) 2 กรณีหลังนี้เป็นตัวอย่างที่

¹ สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ, 2549

แสดงให้เห็นความสามารถของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในการรับมือกับความขัดแย้งและความท้าทายที่มาจากระบบอภิบาลแบบตลาด อันเป็นปัญหาสำคัญในยุคปัจจุบัน

ในการวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้งสี่กรณี ผู้วิจัยจะให้ความสนใจว่า ระบบอภิบาลแบบใดทำให้สามารถผลักดันให้เกิดนวัตกรรมท่ามกลางความท้าทายที่เป็นอยู่ และระบบอภิบาลสุขภาพปรับตัวอย่างไรท่ามกลางความท้าทายดังกล่าว โดยจะนำเสนอที่ละกรณีศึกษา ดังนี้

4.2 กรณีศึกษาการใช้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาโดยรัฐ

(1) ความเป็นมา

จุดเริ่มต้นสำคัญของประเด็นดังกล่าวคือแรงกดดันจากภายนอกนั้นคือประเทศสหรัฐอเมริกาให้ไทยปรับแก้กฎหมายสิทธิบัตร (พ.ศ.2535) โดยขยายความคุ้มครองผลิตภัณฑ์ยาและเพิ่มระยะเวลาการคุ้มครองสิทธิบัตรที่ยาวนาน แม้ว่าตามกฎหมายจะมีการกำหนดให้มีคณะกรรมการสิทธิบัตรที่มีบทบาทในการดูแลราคายาให้เป็นธรรม แต่คณะกรรมการชุดดังกล่าวแทบไม่เคยมีการประชุม และต่อมาได้มีการกดดันให้ยกเลิกคณะกรรมการดังกล่าวในการปรับแก้กฎหมายในปี พ.ศ.2542 ในช่วงเวลาเดียวกันนี้ ขบวนการเคลื่อนไหวในภาคประชาสังคมในประเด็นเรื่องเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนในด้านข้อมูลและทุนทรัพย์จากภาควิชาการ (กศย.) และองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ (MSF) ได้เรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขให้ประกาศใช้กลไกใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐตาม ม.51 สำหรับยา ddi แต่การเคลื่อนไหวดังกล่าวถูกปฏิเสธ โดยมีการอ้างถึงแรงกดดันจากสหรัฐ ในช่วงเวลาต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญสองประการ ในสองระดับ กล่าวคือในระดับระหว่างประเทศที่ประชุมองค์การการค้าโลกในปี พ.ศ.2544 ได้ออกปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์กับการสาธารณสุขที่สร้างความยืดหยุ่นในการบังคับใช้ข้อตกลงทริปส์ (รวมถึงประเด็นเรื่องการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ) และภายในประเทศ มีการออก พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานตามกฎหมายในปี พ.ศ. 2545

ในปี พ.ศ.2546 สปสช.ประกาศนโยบายผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัส แต่หลังการบังคับใช้พบปัญหาสำคัญนั้นคือยาต้านไวรัสที่อยู่ภายใต้สิทธิบัตรมีราคาแพง และความพยายามในการเจรจาต่อรองกับบริษัทยาโดยสธ. และคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นโดยสธ. ประสบความล้มเหลวหลายครั้ง จากปัญหาดังกล่าวในปี พ.ศ.2549 สปสช. ได้ตั้งคณะกรรมการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ (มีตัวแทนจากกลุ่มผู้ป่วย ภาควิชาการ กฤษฎีกา และก.พาณิชย์) คณะอนุฯมีข้อเสนอให้ สธ.สั่งการให้หน่วยงานภายในเป็นผู้ดำเนินการ (เนื่องจาก สปสช. ไม่มีอำนาจตามพรบ.) หลังจากมีการเปลี่ยนรัฐบาล และ นพ.มงคล ได้รับตำแหน่ง รมว.สธ. ได้สั่งการให้หน่วยงานใน สธ.ประกาศใช้สิทธิสองครั้ง (พ.ย.2549 และ ม.ค.2550) กับยาสามรายการ แม้ว่าการดำเนินการดังกล่าวจะนำมาซึ่งการตอบโต้อย่างรุนแรงทั้งจากบริษัทยาข้ามชาติ และสหรัฐ (เช่น การตัดสิทธิ GSP 3 รายการ และประกาศให้ไทยเป็นประเทศที่ต้องจับตามองเป็นพิเศษ) แต่ สธ. และ สปสช. ยังคงส่งสัญญาณที่จะดำเนินการต่อไป และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (มี.ค 2550) คณะทำงานจัดทำฐานข้อมูลการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา (ก.ค.2550) และคณะอนุกรรมการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและมีปัญหาในการเข้าถึงของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ (โดย สปสช. ส.ค.2550) พร้อมทั้งการชี้แจงถึงความจำเป็นต่อสาธารณะ และประชาคมโลก เช่นเดียวกับการแสวงหาการสนับสนุนทั้งจากในและนอกประเทศ รวมทั้งในสหรัฐอเมริกา

ผลการทำงานของคณะทำงานชุดต่างๆ ได้นำมาซึ่งข้อเสนอให้ประกาศมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร กับยาอีก 4 รายการ และ **สธ.**ได้ประกาศใช้อย่างเป็นทางการในเดือน ม.ค.2551 หลังจากการเปลี่ยนรัฐบาล ใหม่หลายรัฐบาล ได้มีการเปลี่ยนแปลงตัว รมว.สธ. หลายครั้ง มีการยุบคณะทำงานชุดต่างๆ เช่นเดียวกับการ เปลี่ยนนโยบายกลับไปกลับมา เป็นเวลากว่าห้าปีที่ไม่มีการประกาศมาตรการใช้สิทธิเพิ่มเติม แม้ว่าจะมีการ เสนอและเคลื่อนไหวโดยคณะทำงานชุดต่างๆ รวมทั้งองค์กรในภาคประชาสังคมให้ประกาศมาตรการดังกล่าว กับยาอีกหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นยาจิตเวช 2 รายการ ยาสำหรับโรครุมตอยด์ และมะเร็งเม็ดเลือด 3 รายการ แต่ข้อเสนอเหล่านี้ยังคงไม่ได้รับการตอบรับ ในทำนองเดียวกันแม้จะมีความพยายามใช้กลไกใหม่ๆ ใน การร่วมขับเคลื่อนการดำเนินมาตรการดังกล่าวแต่ความพยายามดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก ที่สำคัญนั้นคือความพยายามของที่ประชุม**สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** ครั้งที่หนึ่งปี พ.ศ.2551 ที่มีการผลักดันมติ “การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย” แม้ว่ารัฐบาลจะตอบรับในหลักการแต่ในทางปฏิบัติยังมีความ คืบหน้าที่เป็นรูปธรรมเกิดขึ้นเท่าใดนัก ความคืบหน้าประการเดียวที่เกิดขึ้นคือการประกาศขยายมาตรการใช้ สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐในยาโรคเอดส์สองชนิดไปจนถึงสิ้นสุดอายุสิทธิบัตรในที่ประชุม **สปสช.**โดย รมว.สธ. (นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์) ในเดือนมิถุนายน 2553

ความท้าทายสำคัญในปัจจุบัน นอกจากความชะงักงันในการดำเนินมาตรการใช้สิทธิในสิทธิบัตรยา แม้ว่าจะมีการเสนอและเรียกร้องจากหลายฝ่าย ยังมีแนวโน้มที่รัฐบาลอาจต้องเพิ่มระดับการคุ้มครองสิทธิบัตร ยาในระดับที่มากกว่าที่รัฐบาลไทยเคยตกลงกับองค์การการค้าโลก ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดข้อจำกัดให้การ ดำเนินมาตรการใช้สิทธิในสิทธิบัตรยาโดยรัฐ แนวโน้มดังกล่าวเห็นได้จากการเจรจาข้อตกลงทางการค้าระดับ ทวิภาคีของรัฐบาลไทยกับหลายประเทศ/กลุ่มประเทศ อาทิ สหรัฐอเมริกา และสหภาพยุโรป ที่ส่วนหนึ่งของการเจรจาครอบคลุมประเด็นเรื่องดังกล่าว

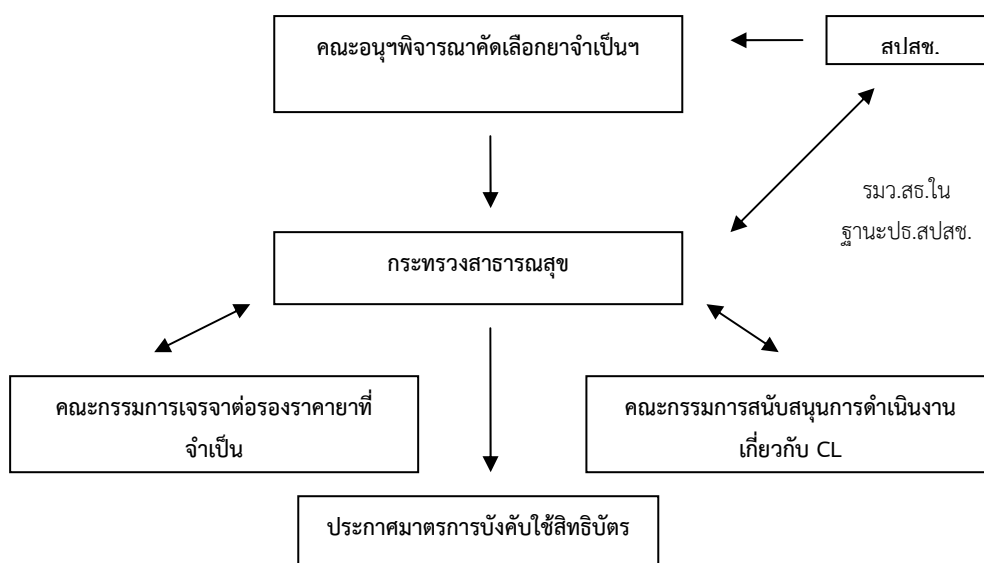
(2) กลไกระบบอภีบาลสุขภาพที่ขับเคลื่อนมาตรการใช้สิทธิในสิทธิบัตรยาโดยรัฐ

การดำเนินมาตรการใช้สิทธิในสิทธิบัตรยาโดยรัฐของไทยเกิดขึ้นในบริบทของการเปลี่ยนแปลงใน โครงสร้างของระบบอภีบาลสุขภาพของไทยจากเดิมที่มีลักษณะของ “การปกครอง” โดยหน่วยราชการของรัฐ นั้นคือกระทรวงสาธารณสุข มาเป็นระบบอภีบาลสุขภาพแบบซับซ้อนที่มีการกระจายศูนย์กลางและบทบาท หน้าที่ส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอภีบาลสุขภาพไปยังองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่มีความเป็นอิสระใน ระดับหนึ่ง แม้ว่าจุดเริ่มต้นของการผลักดันให้มีการใช้สิทธิในสิทธิบัตรยาจะเกิดขึ้นมาตั้งแต่ยุคก่อนการปฏิรูป ระบบอภีบาลสุขภาพ แต่ความพยายามดังกล่าวไม่ได้มีที่มาจาก “ภายในระบบราชการ” หากมาจาก “ผู้ได้รับ ผลกระทบจากยาราคาแพง” นั่นคือกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ ร่วมกับภาควิชาการ และองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งใน และนอกประเทศ ถึงกระนั้น ความพยายามของกลุ่มเหล่านี้ประสบกับความล้มเหลวในช่วงแรก ภายหลังการ ปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทย และแยกหน่วยงานที่มีบทบาทในการ “ซื้อบริการสุขภาพ” ออกมาเป็น **สปสช.**โดยที่ **สธ.**มีบทบาทในฐานะ “ผู้ให้บริการทางสุขภาพ” ทำให้ **สปสช.**ในฐานะหน่วยงานที่ต้องบริการ ระบบการคลังเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนตระหนักใน “ภาระทางการเงิน” จากการรับรอง สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าถึงยาภายใต้สิทธิบัตรที่มีราคาแพง ด้วยเหตุนี้ **สปสช.**จึงตั้งคณะอนุกรรมการ ดำเนินการให้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ โดยคณะอนุฯดังกล่าวมีตัวแทนจากกลุ่มผู้ป่วย ภาควิชาการ กฤษฎีกา **สธ.** และพาณิชย์ เข้าร่วมประชุม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากตามมาตรา 51 ของ พรบ. สิทธิบัตร (พ.ศ.2542) ได้จำกัดให้ผู้ที่สามารถดำเนินมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาโดยรัฐต้องเป็น “กระทรวง ทบวง กรม” เท่านั้น ดังนั้นในขั้นตอนของการประกาศบังคับใช้ **สปสช.**จึงต้องนำเสนอต่อ **สธ.**ต่อไป

หลังการประกาศใช้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาโดยรัฐครั้งแรกในปี พ.ศ.2550 หน่วยงานต่างๆ ภายใต้ระบบอภีบาลสุขภาพของไทยได้ปรับเปลี่ยนขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงาน โดยในส่วน of **สธ.** ได้

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ และคณะทำงานจัดทำฐานข้อมูลการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา ขณะเดียวกันได้ยกระดับคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อเจรจาต่อรองราคายาให้เป็นคณะกรรมการ การเจรจาต่อรองราคายาจำเป็นที่สิทธิบัตร สำหรับในส่วนของ สปสช.ได้เปลี่ยนชื่อคณะอนุฯเดิมเป็นคณะอนุกรรมการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและมีปัญหาในการเข้าถึงของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยคณะฯเหล่านี้มีบทบาทและการทำงานที่ประสานเสริมซึ่งกันและกันตามแผนภาพที่ 3

แผนภาพที่ 1 กลไกในระบบบอภบาลสุขภาพในเรื่องการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาโดยรัฐ



จากแผนภาพที่ 3 กลไกการทำงานของ การประกาศมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาจะเริ่มจาก คณะอนุกรรมการพิจารณาคัดเลือกยาของ สปสช. ซึ่งจะเสนอรายการยาที่จำเป็น กล่าวคือเป็นยาภายใต้ สิทธิบัตรมีการใช้ในปริมาณมาก มีราคาแพง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับยาชนิดเดียวกันที่จำหน่ายใน ต่างประเทศ และสร้างปัญหาต่อการเข้าถึงยาของประชาชน เช่นเดียวกับสร้างภาระงบประมาณให้กับระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อคณะอนุฯ ได้พิจารณารายการยาที่จำเป็นแล้ว จะทำการเสนอต่อ สธ. เพื่อ พิจารณาดำเนินการต่อไป จากนั้น สธ. จะดำเนินการในสองทางพร้อมกัน กล่าวคือ นำข้อมูลรายการยาที่คณะ อนุฯ เสนอส่งไปยังคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายา เพื่อหาความเป็นไปได้ที่บริษัทจะยินยอมลดราคายา แบบสมัครงใจ โดยที่ไม่ต้องประกาศมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร ขณะเดียวกันจะมอบหมายให้คณะกรรมการ สนับสนุนการดำเนินการตามมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรช่วยพิจารณากลั่นกรองถึงความจำเป็นในการ ประกาศใช้มาตรการ พร้อมจัดทำข้อเสนอก่อนที่ สธ. จะประกาศใช้มาตรการต่อไป

ทั้งนี้ กรรมการ/อนุกรรมการในคณะทำงานชุดต่างๆ มักจะแต่งตั้งตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ นอกจากคณะอนุกรรมการพิจารณาคัดเลือกยาของ สปสช. จะมีตัวแทนจากกลุ่มผู้ป่วย ภาควิชาการ ภาควิชาการ สธ. และพาณิชย์ ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว คณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร โดยรัฐยังมีองค์ประกอบของตัวแทนจาก สปสช. อัย. องค์กรพัฒนาเอกชน และภาควิชาการ เช่นเดียวกับ คณะกรรมการเจรจาต่อรองที่แม้ว่าจะมีองค์ประกอบของตัวแทนจากภาครัฐจำนวนมากไม่ว่าจะเป็น สธ. พาณิชย์ และกระทรวงการต่างประเทศ แต่ยังมีตัวแทนจาก สปสช. อัย. และภาควิชาการเข้าร่วมด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ตัวแสดงที่ไม่ได้ปรากฏในแผนภาพแต่มีบทบาทสำคัญมาอย่างต่อเนื่องคือภาคประชาสังคม บทบาท ดังกล่าวนี้นี้แสดงให้เห็นได้ในสองส่วนกล่าวคือ บางส่วนได้เข้าไปมีบทบาทโดยตรงในฐานะกรรมการ/ อนุกรรมการ และบทบาทที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งคือบทบาทในฐานะกลุ่มเรียกร้องกดดันที่สามารถเข้าไปมี บทบาทได้ในแทบทุกขั้นตอน โดยเฉพาะการเรียกร้องโดยตรงต่อสธ. ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจในการประกาศมาตรการ ใช้สิทธิตามสิทธิบัตร

(3) สรุปบทเรียนจากกรณีศึกษา

แม้ว่างานหลายชิ้นที่ศึกษาการดำเนินมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาของไทยจะเสนอมุมมองในการวิเคราะห์ที่หลากหลายถึงสาเหตุของความสำเร็จในการดำเนินมาตรการดังกล่าวว่ามาจากตัวบุคคล นั่นคือ นพ. มงคล ณ สงขลา รมว.สธ. ที่ให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาดังกล่าว บ้างก็วิเคราะห์ว่าความสำเร็จมาจากโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เปิดขึ้นหลังการปฏิวัติ ที่ทำให้รัฐบาลสามารถดำเนินการแม้ว่าจะถูกคัดค้านจากกลุ่มผลประโยชน์ได้ ขณะที่ส่วนหนึ่งให้ความสำคัญกับบทบาทของภาคประชาสังคมที่เรียกร้องมาอย่างยาวนาน² แต่ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าความสำเร็จของนโยบายดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากบทบาทของ **สปสช.** ซึ่งเป็นองค์กรหนึ่งที่เป็นผลมาจากการปฏิรูประบบอบิบาลสุขภาพของไทย นับตั้งแต่เริ่มต้น **สปสช.** ในฐานะของหน่วยงานที่ต้องเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนงบประมาณโดยตรง เนื่องจากต้องรับภาระการซื้อบริการสุขภาพ และบริหารระบบการเงินเพื่อสร้างหลักประกันและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ได้เข้าไปมีบทบาทในการเสนอให้มีการใช้มาตรการดังกล่าวอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จนในสมัย นพ.มงคลได้เข้ามาเป็นรัฐมนตรีได้มีการวางระบบการทำงานที่ประสานเชื่อมโยงระหว่าง **สธ.** และ **สปสช.** ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินมาตรการดังกล่าวถึงสองครั้ง

การวางระบบกลไกภายในระบบอบิบาลสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินมาตรการดังกล่าวในสมัย นพ.มงคล โดยเฉพาะการตั้งคณะทำงานชุดต่างๆ ที่กรรมการมีที่มาจากภาคส่วนต่างๆ นั้นเปรียบเสมือนกับการ “ดึงการเคลื่อนไหวภายนอกสถาบันให้เข้ามาอยู่ในสถาบันหรือกลไกของระบบอบิบาลสุขภาพ” จากเดิมที่กลุ่มเคลื่อนไหวอันประกอบไปด้วยกลุ่มผู้ป่วย ภาควิชาการ และองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในและต่างประเทศ ต้องทำการเคลื่อนไหวภายนอกกระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพ ผลของการดำเนินการในลักษณะดังกล่าวทำให้การทำงานเป็นไปอย่างประสานเสริม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างภาครัฐ และภาคีต่างๆ เมื่อประกอบกับโครงสร้างภายในที่ค่อนข้างมีความครอบคลุมตัวแสดงฝ่ายต่างๆ และสถานภาพระหว่างตัวแสดงในคณะทำงานค่อนข้างเท่าเทียม ทำให้เกิดพื้นที่ที่สร้างการเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างตัวแสดงและระหว่างองค์กร

แม้ว่ากลไกการทำงานในการดำเนินมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐจะออกแบบมาเป็นอย่างดีและเป็นระบบ แต่เนื่องจากศูนย์กลางของกลไกการทำงานคือ **สธ.** โดยเฉพาะฝ่ายการเมือง ซึ่งรัฐมนตรีว่าการมีอำนาจในการสั่งการหรือไม่สั่งการให้ประกาศมาตรการดังกล่าว ประกอบกับธรรมชาติของนโยบายดังกล่าวที่มักขัดแย้งกับผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของบรรษัทยาข้ามชาติขนาดใหญ่ที่ยึดโยงกับรัฐบาลของประเทศมหาอำนาจ ทำให้หากรัฐมนตรีหรือรัฐบาล “ให้น้ำหนัก” กับ “แรงกดดันจากภายนอก” ที่ส่งต่อมายังภายในดังที่แสดงให้เห็นจากบทบาทของกระทรวงพาณิชย์ ที่ถูกกดดันโดยตรง หรือจากภาคธุรกิจที่อาจได้รับผลกระทบจากแรงกดดันจากภายนอก มักจะส่งผลทำให้กลไกการทำงานในการดำเนินมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรไม่อาจทำงานได้อย่างราบรื่นเสมอไป นอกจากนี้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล และเปลี่ยนแปลงตัวรัฐมนตรีสาธารณสุข ทำให้โครงสร้างกลไกที่เคยใช้เพื่อขับเคลื่อนมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรต้องหยุดชะงักและล้มเลิกไปในที่สุด ผลก็คือกระบวนการเรียนรู้ขาดความต่อเนื่อง ตัวแสดงต่างๆ ที่เคยมีพื้นที่เชิงสถาบันในการเคลื่อนไหวกลับต้องถูกผลักกลับไปเคลื่อนไหวภายนอกสถาบันดังเดิม และในท้ายที่สุดความไว้วางใจระหว่างตัวแสดงที่เกี่ยวข้องที่เคยมีมาในระดับหนึ่งได้ถูกแปรเปลี่ยนเป็นความไม่ไว้วางใจที่ฝังรากลึกลงยิ่งกว่าเดิม

สถานการณ์เหล่านี้ เมื่อประกอบกับโครงสร้างระบบอบิบาลสุขภาพที่ “ถูกออกแบบ” ให้เป็นพื้นที่ร่วมกันสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน นั่นคือสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น แต่ละฝ่ายกลับใช้หลักการแบบสมัชชาที่ต้องอาศัย “ฉันทามติร่วมกัน” ในแนวทางที่ผลักดันหรือ

² ดูการทบทวนวรรณกรรมเหล่านี้ได้ใน จักรี ไชยพินิจ, *เศรษฐกิจการเมืองของนโยบายทรัพย์สินทางปัญญา: ศึกษากรณีการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทย*, วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.

ปกป้องจุดยืนและผลประโยชน์เฉพาะกลุ่มตนเท่านั้น โดยปิดกั้นไม่ยอมเรียนรู้ หรือถกแถลงกับฝ่ายที่มีความเห็นต่างจากกลุ่มตน ทำให้ในหลายเรื่อง **สข.** ประสบปัญหาที่ไม่สามารถขับเคลื่อนประเด็นให้คืบหน้าไปได้ และในท้ายที่สุดต้องประสบกับปัญหา “วิกฤตความชอบธรรม” ใน **สข.**เอง

4.3 กรณีศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินผลกระทบสุขภาพ

การประเมินผลกระทบสุขภาพ หรือเอชไอเอ (Health Impact Assessment-HIA) ถือเป็นนวัตกรรมในระบบสุขภาพในแง่ที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถของขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และขบวนการประชาชนในการผลักดันให้ฝ่ายนโยบายต้องพิจารณาประเด็นสุขภาพในการตัดสินใจโครงการหรือนโยบายสาธารณะใดๆ³ การผลักดันของขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีที่มาจากหลายภาคส่วน ทั้งจากขบวนการปฏิรูปสุขภาพในประเทศไทยที่เริ่มตั้งแต่ปี 2543 ซึ่งตลอดระยะเวลาของการผลักดันร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้มีการตระเตรียมองค์ความรู้เรื่องเอชไอเอล่วงหน้ามาเป็นทศวรรษ ผ่านการทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผสานกับการขับเคลื่อนในขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพจนกระทั่งทำให้มีการบรรจุเรื่องการประเมินผลกระทบสุขภาพไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีการประกาศและมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2550 และต่อมาถูกบรรจุไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 มาตรา 67(วรรคสอง) ประกอบกับการที่ขบวนการภาคประชาชนที่ตื่นตัวและหยิบเอาเอชไอเอมาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการรักษาสีสิทธิในการมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์บำรุงรักษาและการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพและในการคุ้มครองส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัยสวัสดิภาพหรือคุณภาพชีวิตของตน⁴ โดยเฉพาะเมื่อเครือข่ายประชาชนภาคตะวันออกเริ่มขอใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติตามมาตรา 5, 10, 11 และ 40 เพื่อขอให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการพัฒนาอุตสาหกรรมมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียงในจังหวัดระยองเมื่อวันที่ 9 เมษายน พ.ศ.2550 (ก่อนที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจะมีผลบังคับใช้เสียอีก)

ในการวิเคราะห์เอชไอเอในฐานะนวัตกรรมที่เกิดจากการทำงานร่วมกันของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ ผู้วิจัยจะนำเสนอเนื้อหาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 พัฒนาการของกลไกเชิงสถาบันในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของประเทศไทย
- ส่วนที่ 2 วิเคราะห์กลไกระบบอภิบาลสุขภาพที่ขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 สรุปบทเรียนจากกรณีศึกษา

1) พัฒนาการของกลไกเชิงสถาบันในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของประเทศไทย

ตามมาตรา 25 (5) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ และให้หน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ในสังคมได้พิจารณาเป็นแนวทางปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของตน

³ความเห็นของคณะผู้วิจัยมีความแตกต่างจากความเห็นของ นพ.วิพุธ พูลเจริญ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งมีความเห็นว่า “เอชไอเอไม่ใช่นวัตกรรมของระบบสุขภาพ แต่เป็นนวัตกรรมสิทธิชุมชน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง เป็นระบบอภิบาลสิทธิชุมชนในการใช้นิยามใหม่ของระบบสุขภาพเข้าไปช่วยสนับสนุนการเคลื่อนไหว” (สัมภาษณ์, 18 กุมภาพันธ์ 2556)

⁴รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 67

อย่างไรก็ดี จากประวัติศาสตร์การพัฒนาเอชไอเอในประเทศไทย พบว่า มีการเตรียมความพร้อมอย่างค่อยเป็นค่อยไปจากหลายองค์กร โดยเฉพาะองค์กรภาควิชาการในระบบสุขภาพคือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและเครือข่าย⁵ โดยสามารถแบ่งพัฒนาการของกระบวนการเอชไอเอได้เป็น 4 ยุค⁶

ยุคที่ 1 พ.ศ.2543 – 2546 **ยุคบุกเบิกด้วยงานวิจัยการปฏิรูประบบสุขภาพ**ภายใต้แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HPP-HIA) เริ่มต้นจากการที่**สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**ได้จัดการให้มีการศึกษาองค์ความรู้ในระดับสากลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการพัฒนาเครื่องมือเอชไอเอเพื่อเตรียมความพร้อมทางวิชาการในการจัดระบบและกลไกใหม่ๆขึ้นให้เหมาะสมกับระบบสุขภาพที่จะปฏิรูปสำหรับอนาคตและสอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและจัดตั้ง “แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ” ขึ้นเพื่อเตรียมการทำงานสร้างความรู้และเสนอแนะการวางระบบและกลไกเรื่องนี้สำหรับอนาคตโดยกำหนดการทำงานไว้ 4 ด้านคือ (1) การวิจัยและสร้างความรู้เกี่ยวกับเอชไอเอทั้งในและต่างประเทศ (2) การศึกษาพัฒนาการเชิงกระบวนการและกลไกเกี่ยวกับเรื่องเอชไอเอ (3) การรวบรวมคนที่สนใจเข้ามาทำงานร่วมกันเพื่อสร้างกลุ่มคนที่ทำงานด้านนี้ (critical mass) ให้เพิ่มขึ้นและ (4) การพัฒนาสภาวะแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเช่นการสื่อสารทางสังคมการเข้าร่วมงานกับกระบวนการจัดทำพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติเพื่อหาช่องทางผลักดันทางการเมืองเป็นต้นในปีถัดมา มีการพัฒนาการดำเนินงานของแผนงานกว้างยิ่งขึ้นโดยพัฒนานักวิชาการและสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและเอชไอเอมีการสร้างเครือข่ายทางนโยบายใหม่ๆและเปิดหน้างานใหม่ๆเพิ่มขึ้นเช่นงานด้านยุทธศาสตร์การจัดการฐานทรัพยากรการพัฒนาแผนพัฒนาภูมิภาคการพัฒนาแนวทางการจัดการน้ำการพัฒนาเมืองและการขนส่งเป็นต้นในขณะเดียวกันก็มีการทดลองขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นและในระดับชาติอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการทำงานกับเครือข่ายนักวิชาการระดับนานาชาติที่ทำงานด้านนี้เพื่อเชื่อมโยงการเรียนรู้และสนับสนุนให้นักวิชาการไทยบางคนไปศึกษาต่อเรื่องการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและเอชไอเอในต่างประเทศด้วยประกอบกับการที่**กระทรวงสาธารณสุขตั้งกองสุขภาพชุมชนและการประเมินผลกระทบสุขภาพ**ภายใต้กรมอนามัยในปี 2545 ทำหน้าที่พัฒนาการใช้เอชไอเอในบริบท พ.ร.บ.สาธารณสุข และระบบเฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพระดับชุมชนท้องถิ่น พร้อมๆ ไปด้วยความพยายามในการผลักดันให้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ให้มีการกำหนดระบบกลไก และตัวชี้วัดผลกระทบทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม

ยุคที่ 2 พ.ศ.2547 – 2548 **“ยุคอิมมูนิตี้และพรวามัว”** เป็นช่วงเวลาที่ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไม่ถูกนำเข้าสู่กระบวนการนิติบัญญัติ การพัฒนาทางวิชาการและการปฏิบัติการ มีการเปลี่ยนแปลงแผนงาน HPP-HIA ใน สวรส. จนกระทั่งยุติบทบาท แต่ในปากประชาสังคม มีการพัฒนาแนวคิดนี้ต่อใน**มูลนิธินโยบายสุขภาพ (มส.)** ในปี 2548-2549

ยุคที่ 3 พ.ศ.2549-2552 **“ฟ้าหลังฝนกับการสร้างกลไกที่เป็นทางการ”**เป็นยุคที่เครือข่ายปฏิรูประบบสุขภาพสามารถผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งกำหนดให้**เอชไอเอเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสร้างสังคมสุขภาวะ**ผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดย พ.ร.บ.ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2550 โดยรับรองสิทธิการร้องขอให้มีการทำเอชไอเอ และกำหนดให้**คณะกรรมการสุขภาพ**

⁵อำพล จินดาวัฒนะ, เอชไอเอ หนุนหรืออุดหนุนการพัฒนา, (นนทบุรี: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553), หน้า 44-60.

⁶สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ระบบเอชไอเอประเทศไทย ควรจะเป็นอย่างไรในอีก 5 ปีข้างหน้า, (นนทบุรี: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553), หน้า 6-11.

แห่งชาติ (คสช.) ซึ่งเป็นกลไกที่เกิดขึ้นตาม พ.ร.บ. ทำหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ หลังจากนั้น **เครือข่ายประชาชนภาคตะวันออก** ก็ได้ยื่นหนังสือต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขอให้มีการทำ เอชไอเอกรณีการขยายโครงการปิโตรเคมี ระยะที่ 3 เป็นกรณีแรก ประกอบกับการผลักดันให้เกิดการบัญญัติ สาระสำคัญเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปีพุทธศักราช 2550⁷ ในแง่ *เอช ไอเอในฐานะกระบวนการหนึ่งที่มีผลต่อการอนุญาต/อนุมัติโครงการขนาดใหญ่ที่มีผลต่อสิ่งแวดล้อมของชุมชน* (เพิ่มเติมจากการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมหรืออีไอเอที่มีอยู่แล้ว) ดังปรากฏในรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 มาตรา 67

คสช. จึงแต่งตั้ง **คณะทำงานยกร่างระบบกลไกเอชไอเอในสังคมไทย** ผลจากการทำงานของ คณะทำงานได้ถูกนำเสนอต่อ**สมัชชาสุขภาพ** ครั้งที่ 1 พ.ศ.2550 และได้รับมติเห็นชอบ ซึ่งต่อมา คสช. ก็ได้ แต่งตั้ง**คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ** ตามข้อเสนอของสมัชชา สุขภาพ โดยมี นพ.วิพุธ พูลเจริญเป็นประธาน มี**ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ** (HIA Coordinating Unit: HIA- Co Unit) ภายใต้**สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ (สช.)** ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของ HIA- Co Unit เพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนการ พัฒนาระบบกลไกรูปแบบองค์หลักเกณฑ์และวิธีการทำเอชไอเอรวมถึงการสนับสนุนการทำงานของ เครือข่ายเอชไอเอและในที่สุด สช. ออกหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2552⁸ ซึ่งจัดแบ่งประเภทของเอชไอเอไว้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

- (1) **การประเมินตามมาตรา 67 แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 (E-HIA)**เป็นกรณี โครงการหรือ กิจกรรมที่อาจจะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ซึ่งจะเป็นการบูรณาการทำงานร่วมกันการทำ อี ไอ เอ ไม่ได้ แยกเป็นการทำรายงานคนละเล่ม
- (2) **การประเมินตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพต่อโครงการหรือกิจกรรม** ด้านการวางแผนพัฒนาที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพของ ชุมชนอย่างรุนแรงในอนาคต โดยการริเริ่มจากหน่วยงานเจ้าของโครงการ/หน่วยงานวางแผนพัฒนา (P-HIA)
- (3) **การประเมินตามมาตรา 11 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550** ซึ่งเปิดให้มีการขอใช้สิทธิ จากบุคคลและคณะบุคคลเพื่อเสนอให้มีการประเมินโครงการหรือกิจกรรมที่ควรประเมินผลกระทบด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพของชุมชน (NH-HIA) โดยกรณี มาบตาพุด ถือเป็นกรณีแรกที่มีการขอใช้สิทธิในการทำ NH-HIA และกรณีต่อๆ มาก็เป็นกรณี สยามบิณสุวรรณ์ภูมิ และบางสะพาน
- (4) **การประเมินตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม** ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพของชุมชนในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมเพื่อ สนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน (C-HIA)

⁷ คณะทำงานวิชาการ การจัดประชุมนานาชาติ “การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก พ.ศ.2551”, **การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ: เสริมพลังประชาคม สร้างสังคมสุขภาวะ**, (นนทบุรี: มูลนิธินโยบายสุขภาพ, 2551) อ้างถึงใน นฤมล ทับจุมพลและคณะ, **การพัฒนาข้อเสนอโครงการประเมินผลการนำหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ**, (เอกสารอัดสำเนา, ไม่ระบุปีที่พิมพ์), หน้า 2-5.

⁸ อำพล จินดาวัฒนะ, **เอชไอเอ หนุนหรืออุดการพัฒน**, (นนทบุรี: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553), หน้า 60-61.

อย่างไรก็ดี ในระหว่างที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานต่างๆ ยังไม่ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินเอชไอเออย่างชัดเจน นฤมล ทับจุมพลและคณะตั้งข้อสังเกตอย่างน่าสนใจว่า สถานการณ์การเมืองกรณีมาบตาพุดได้มีผลให้เอชไอเอกลายเป็นเครื่องมือการต่อสู้ที่แหลมคม หน่วยงานต่างๆ ก็พยายามช่วงชิงการกำกับเครื่องมือดังกล่าว เช่น กระทรวงอุตสาหกรรมได้ออกประกาศประเภทกิจการรุนแรงที่ต้องทำเอชไอเอ ตามมาตรา 67 แห่งรัฐธรรมนูญ เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2552 แต่ถูกคัดค้านจากเครือข่ายประชาชนภาคตะวันออก เพราะไม่มีตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมในการพัฒนาเกณฑ์ดังกล่าว⁹ และในเดือนต่อมาหลังจาก คสช. ประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้ออกแนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นกรอบในการประเมิน

ยุคที่ 4 พ.ศ.2552-อนาคต “ยุคเผชิญความท้าทาย” หลังจากที่เอชไอเอได้รับการสถาปนาให้เป็นกลไกเชิงสถาบันในยุคที่ผ่านมา นับตั้งแต่เกิดวิกฤตการณ์กรณีมาบตาพุดซึ่งสมาคมต่อต้านภาวะโลกร้อนและเครือข่ายประชาชนภาคตะวันออกได้ฟ้องร้องต่อศาลปกครอง และศาลปกครองมีคำสั่งให้ระงับการดำเนินโครงการในพื้นที่จังหวัดระยองและอื่นๆ รวม 76 โครงการเนื่องจากยังไม่ผ่านการทำเอชไอเอตามข้อกำหนดในรัฐธรรมนูญมาตรา 67¹⁰ และเพื่อแก้ปัญหาการหยุดชะงักของการลงทุนมูลค่าหลายพันล้านในพื้นที่มาบตาพุดรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการแก้ไขปัญหามลพิษตาม มาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มีหน้าที่ศึกษาความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนผู้ประกอบการนักวิชาการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประสานแนวทางการแก้ไขปัญหามาให้เกิดประโยชน์กับทุกภาคส่วนทั้งในด้านสิ่งแวดล้อมสุขภาพอนามัยสังคมเศรษฐกิจและการลงทุนรวมทั้งจัดทำข้อยุติเพื่อเสนอนายกรัฐมนตรีพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในการแก้ไขปัญหามลพิษพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียงในจังหวัดระยองและการปฏิบัติตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมาตรา 67 วรรคสอง¹¹ และในที่สุดคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบตามร่างประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดประเภท ขนาดและวิธีปฏิบัติสำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพที่ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชนจะต้องจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบ ทำให้เกิดการจัดจำแนกประเภทของกิจการหรือโครงการที่ร้ายแรงตามรัฐธรรมนูญ มาตรา 67 ได้เป็น 11 ประเภท เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2553¹²

ในปัจจุบัน จากเอชไอเอ 4 ประเภท ดูเหมือนมีเพียง E-HIA และ C-HIA เท่านั้นที่มีการจัดทำอย่างแพร่หลาย โดย E-HIA เป็นส่วนหนึ่งของการอนุมัติ/อนุญาตให้จัดทำโครงการ/กิจกรรมประกอบกับอีไอเอ ส่วน C-HIA หรือการทำเอชไอเอชุมชน ที่ชุมชนต่างๆ ที่ประสบปัญหาสุขภาพจะมาขอใช้สิทธิและขอรับการสนับสนุนจาก HIA Co-Unit ในขณะที่ NH-HIA มีไม่กี่โครงการ และ P-HIA ซึ่งเป็นกรณีที่หน่วยงาน/เจ้าของโครงการวางแผนพัฒนาเป็นผู้ประเมินผลกระทบ มีเพียงกรณีที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) อาสาจะทำในกรณี FTA Thai-EU ในประเด็นการเข้าถึงยาเท่านั้น ซึ่งในปัจจุบันก็ยังดำเนินการไม่เสร็จสมบูรณ์¹³

⁹ นฤมล ทับจุมพล และคณะ, การพัฒนาข้อเสนอโครงการประเมินผลกรนำหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ, รายงานเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลด้านสุขภาพ สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (เอกสารอัดสำเนา, ม.ป.ป.), หน้า 3-10

¹⁰ อำพล จินดาวัฒน์, เรื่องเดียวกัน, คำนำ.

¹¹ คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 250/2552 วันที่ 13 พฤศจิกายน 2552

¹² นฤมล ทับจุมพลและคณะ, เรื่องเดียวกัน, หน้า 2-9.

¹³ การจัดสนทนากลุ่ม, 24 มกราคม 2556

ดังนั้น เอชไอเอปัจจุบันจึงมี 2 สถานะคือ สถานะแรกดูเหมือนเครื่องมือในการอนุมัติ/อนุญาตโครงการประกอบกับอีไอเอตามมาตรา 67 ในรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ซึ่งเจ้าของโครงการจะต้องจัดทำเอชไอเอโดยดำเนินการตาม “แนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในรายงานวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของประเทศ(ฉบับปรับปรุงใหม่)” จัดทำโดยสำนักวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดให้เพิ่มขึ้นตอนที่จำเป็นอีก 2 ขั้นตอน คือ การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยสาธารณะ (Public Scoping) และการตรวจสอบร่างรายงานโดยสาธารณะ (Public Review) โดยให้ยึดแนวปฏิบัติตามประกาศของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำหรับเนื้อหาการประเมินผลกระทบต้องครอบคลุมปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในกรณีนี้คณะทำงานที่เกี่ยวข้องมีความเห็นว่า เมื่อเอชไอเอเป็นเครื่องมือหนึ่งในการรองรับสิทธิชุมชนตามรัฐธรรมนูญ แต่การที่เอชไอเอถูกนำไปผนวกและพิจารณาร่วมกับอีไอเอตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นการพิจารณาว่าโครงการดูเหมือนจะเป็นการใช้เอชไอเอในมุมแคบ และเอชไอเอแบบนี้ก็ดูเหมือนจะไม่สามารถรับรองสิทธิชุมชนตามรัฐธรรมนูญได้มากนัก¹⁴ นอกจากนี้ นฤมล ทับจุมพลและคณะ ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า เนื่องจากนโยบายและหลักเกณฑ์เอชไอเอเกิดมาในช่วงสถานการณ์ความขัดแย้งมาตาพุดอยู่ในจุดตึงเครียด ทำให้เจตนารมณ์ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการให้เอชไอเอเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมบนพื้นฐานข้อมูลร่วม เวทีร่วมอย่างเสมอภาค ได้กลายเป็นเครื่องมือในการต่อสู้ทางการเมืองอย่างเข้มข้น โดยฝ่ายบริษัทก็เร่งทำเอชไอเอเพื่อให้ผ่านการพิจารณาโครงการโดยเร็ว ขณะที่ประชาชนก็ใช้เกณฑ์เอชไอเอในการต่อสู้คัดค้านโครงการ ดังกรณีที่เครือข่ายประชาชนภาคตะวันออกผลักดันให้ สข. ตรวจสอบการทำเอชไอเอของบริษัทว่าเป็นไปตามเกณฑ์การให้ข้อมูลอย่างทั่วถึง กรอบเวลาและอื่นๆ หรือไม่¹⁵ หรือบทเรียนจากกรณีมาตาพุดที่ทำให้ประชาชนได้เรียนรู้ว่า ท้ายที่สุด โครงการ/กิจกรรมนั้นก็สามารถเกิดขึ้นได้ ไม่ได้นำไปสู่การทบทวนแก้ไขปัญหายั่งยืนจริงจั่ง ซึ่งจะนำไปสู่ความขัดแย้งครั้งใหม่¹⁶ เป็นต้น

สำหรับสถานะที่ 2 คือเอชไอเอในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม ในกระบวนการแสวงหาข้อมูล หลักฐานเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแล้วจากการพัฒนาทั้งระดับกิจกรรม โครงการ แผนงานหรือนโยบาย ทั้งทางบวกและทางลบเพื่อตัดสินใจเลือกการพัฒนาที่เป็นผลดีต่อสุขภาพมากที่สุด¹⁷ ตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเอชไอเอในฐานะกระบวนการเรียนรู้ของสังคมปรากฏชัดเจนในการทำ C-HIA หรือเอชไอเอชุมชน ซึ่งชุมชนจำนวนหนึ่งมาขอใช้สิทธิตามหลักเกณฑ์ตัวอย่างที่สำคัญได้แก่ ชุมชนนาหนองบง ตำบลเขาหลวง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ที่เริ่มต้นจากการประสบปัญหามลพิษจากเหมืองทองได้ทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการทำเหมืองแร่ทองคำกัฏทับฟ้า กระบวนการประเมินผลกระทบสุขภาพที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่ทำให้ชุดข้อมูล องค์ความรู้และข้อเสนอในการแก้ไข ปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้น แต่ยังมีข้อเสนอการตัดสินใจเชิงนโยบายการพัฒนาจังหวัดในภาพรวม โดยเฉพาะนโยบายการพัฒนาเมืองแร่ด้วย¹⁸ กรณีชาวชุมชนจะนะ จ.สงขลา ที่แสดงความจำนงขอเข้าร่วมประเมินผลกระทบสุขภาพจากโครงการก่อสร้างท่าเรือน้ำลึกชายฝั่งทะเลอ่าวไทยตอนล่าง และสร้าง

¹⁴ ประมวลความเห็นจากการจัดสนทนากลุ่ม, 24 มกราคม 2556 และ นพ.วิพุธ พูลเจริญ, สัมภาษณ์, 18 กุมภาพันธ์ 2556

¹⁵ นฤมล ทับจุมพลและคณะ, เรื่องเดียวกัน, หน้า 3-7

¹⁶ การจัดสนทนากลุ่ม, 24 มกราคม 2556

¹⁷ ภาวิณี ไชยภาค, ธีรยุทธ เทพญา, เหลียวหลังแลหน้าจะนะ ก่อนไปต่ออนาคตคนสงขลา, (นนทบุรี: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2555), คำนำ.

¹⁸ ธีรยุทธ เทพญา, สุรศักดิ์, เปลี่ยนไป “เลย” ชะตากรรมของเมืองเลยภายหลังการเข้ามาของเหมืองทองคำ พิมพ์ครั้งที่ 3, (นนทบุรี: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554).

กระบวนการเรียนรู้จากปฏิบัติการเอชไอเอชุมชน ซึ่งนอกจากได้มาซึ่งข้อมูลผลกระทบสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชุมชนโดยรอบแล้ว ยังมีข้อเสนอแนวคิดทิศทางในอนาคตที่ควรจะเป็นของอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลาด้วย¹⁹ **กรณีชุมชนท่าศาลา**ซึ่งชุมชนเคลื่อนไหวต่อต้านการสร้างท่าเรือน้ำลึกและโครงการไฟฟ้าถ่านหิน ต่อมามีการใช้กระบวนการเอชไอเอชุมชน (C-HIA) ซึ่งผู้นำชุมชนได้ให้ข้อสังเกตไว้อย่างน่าสนใจว่า “ระยะแรกกระบวนการเอชไอเอของชุมชนเป็นกระบวนการที่ชี้ให้เห็นข้อบกพร่องในกระบวนการศึกษาของอีไอเอ แต่เมื่อทำได้สักพักหนึ่ง ได้คำตอบว่า จริงๆ กระบวนการเอชไอเอชุมชนเป็นกระบวนการกำหนดทิศทางพัฒนาของชุมชนเอง...ซึ่งเมื่อทำได้สักระดับหนึ่ง ก็จะก้าวพ้นเรื่องความขัดแย้งระหว่างอีไอเอกับพื้นที่ แต่ว่านำไปสู่กระบวนการตั้งคำถามว่า ทิศทางการพัฒนาพื้นที่ควรเป็นแบบไหน”²⁰ ดังนั้น ตามความเข้าใจของเขา “หัวใจสำคัญของการจัดทำเอชไอเอมิใช่เพื่อต่อสู้กับคู่ขัดแย้งแต่คือการสร้างพลังทางปัญญาเพื่อนำชุมชนออกไปเสียจากความขัดแย้งอย่างน้อยที่สุดเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้กำลังเข้าต่อสู้กันชุมชนที่นี้จึงเลือกที่จะต่อสู้ด้วยพลังทางปัญญา ก่อน...และเลือกใช้เครื่องมือที่เรียกว่าเอชไอเอชุมชน...การเริ่มต้นในวันนั้นทำให้เรากำหนดอนาคตตนเองออกไปไกลจากความขัดแย้งกับบริษัทเซพรอนและโรงไฟฟ้าถ่านหินโดยเราได้สร้างกระบวนการกำหนดอนาคตตนเองไปสู่การนิยามตัวเองว่าเราคือผู้ผลิตอาหารและพื้นที่ทั้งหมดนี้มีไว้เพื่อผลิตอาหารให้กับเพื่อนมนุษย์ทั่วโลก”²¹

ดังนั้น จากประสบการณ์ชุมชนข้างต้น เมื่อพิจารณาเอชไอเอในฐานะกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนพอจะกล่าวได้ว่า กระบวนการเอชไอเอชุมชน อาจเป็นไปได้มากกว่าการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน แต่ยังสามารถเสริมพลังของชุมชน และสร้างพื้นที่การเคลื่อนไหวเรื่องสิทธิชุมชนเพิ่มเติมจากการชุมนุมประท้วงแบบเดิมขึ้นมาน่าสนใจ โดยในหลายกรณีเอชไอเอชุมชน ถูกใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการต่อสู้เชิงนโยบายของชาวบ้าน แม้ว่าในหลายกรณีข้อมูลที่ได้จะยังไม่นำไปสู่กระบวนการนโยบาย หรือดำเนินการปฏิบัติอย่างเป็นทางการ²² แต่ในหลายกรณี ข้อมูลที่ได้จากเอชไอเอชุมชนถูกส่งเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาของกรรมการผู้ชำนาญการพิจารณาอีไอเอ ซึ่งมีผลให้เจ้าของโครงการต้องกลับไปทบทวนรายงานอีไอเอและเอชไอเอให้ถูกต้อง ชัดเจน รวมถึงกำหนดมาตรการลดผลกระทบทางสุขภาพเพิ่มเติมด้วย²³

อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันเอชไอเอยังประสบความท้าทายในหลายเรื่อง ที่สำคัญคือ **ข้อจำกัดเรื่องความเข้าใจในเรื่องเอชไอเอ และเจตนาธรรมของการทำเอชไอเอในการรองรับสิทธิชุมชน** ไม่ว่าจะเป็นการสร้าง ความเข้าใจในส่วนราชการ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงและหน่วยงานอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อเอชไอเอถูกนำไปเชื่อมโยงกับอีไอเอตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทำให้การใช้เอชไอเอยังจำกัดอยู่ในระดับกิจกรรม/โครงการที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ แต่ไม่ครอบคลุมอีกหลายกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ผังเมือง แผนพัฒนาพื้นที่ หรือกิจกรรมตามกฎหมายฉบับอื่น อย่างเช่น พ.ร.บ. อุตุสหากรรม เป็นต้น นอกจากนี้ ความเข้าใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับเอชไอเอก็ยังไม่ตรงกันเท่าที่ควร และที่สำคัญที่สุด ด้วยการวางยุทธศาสตร์ให้เอชไอเอเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบค่อยเป็นค่อยไป ใน

¹⁹ ภาวิณี ไชยภาค, ธัญญมาศ เทพญา, เรื่องเดียวกัน.

²⁰ ประสิทธิ์ชัย หนูนวล ผู้นำชุมชนท่าศาลา กล่าวในการสนทนากลุ่ม วันที่ 26 มกราคม 2556

²¹ ประสิทธิ์ชัย หนูนวล, ก่อนแผ่นดินจะกลายเป็นอื่น, พิมพ์ครั้งที่ 2, (นนทบุรี: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2555).

²² เช่น กรณีมาบตาพุด แม้จะมีข้อเสนอจะผ่านเป็นมติ ครม.แล้ว แต่ในหลายประเด็นก็ยังไม่ได้มีการนำไปปฏิบัติ หรือในกรณีท่าศาลา ข้อเสนอ ทิศทางการพัฒนาได้รับความเห็นชอบและนำไปบรรจุในเป็นแผนพัฒนาของท้องถิ่น แต่ก็ไม่อาจจับประกันได้ว่า ข้อเสนอดังกล่าวจะนำไปปฏิบัติได้ทั้งหมด และสุดท้ายในกรณีจะนะ ซึ่งคณะทำงานก็ยอมรับว่าข้อมูลที่ได้อาจยังไม่นำไปสู่กระบวนการนโยบายอย่างเป็นทางการ เป็นต้น

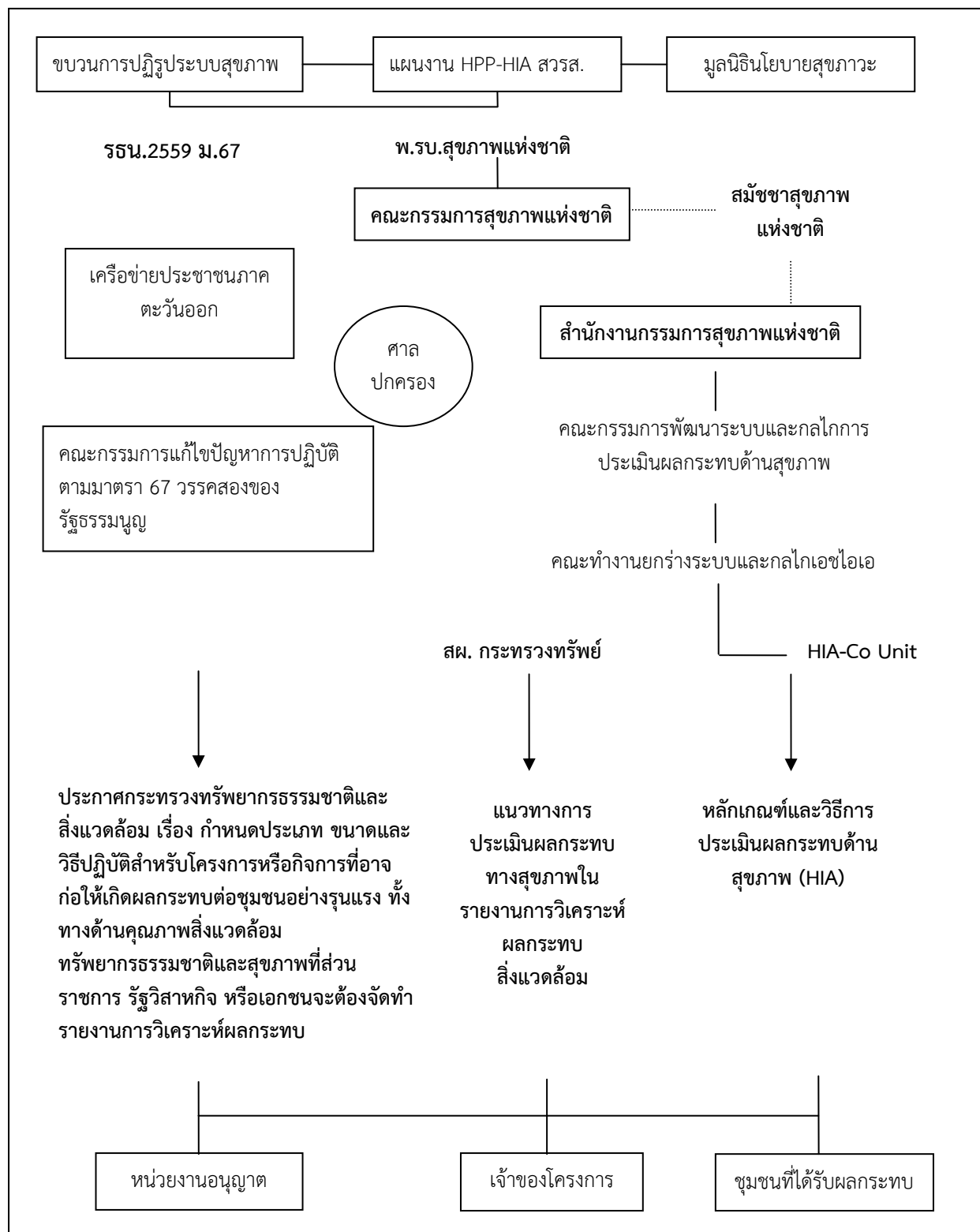
²³ การสนทนากลุ่ม วันที่ 26 มกราคม 2556

ปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอเอนในสาธารณะ จึงกักตุนเฉพาะกลุ่มผู้คนที่เกี่ยวข้องในขบวนการปฏิรูป
สุขภาพ สมัชชาสุขภาพและชุมชนที่ประสบผลกระทบโดยตรงเรื่องสุขภาพมากกว่าที่จะเป็นความเข้าใจของ
สาธารณชนในวงกว้าง

2) กลไกระบบอภิบาลสุขภาพที่ขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

จากพัฒนาการของกลไกเชิงสถาบันที่เกี่ยวข้องในเรื่องเอชไอเอ พอดีสรุปให้เห็นบทบาทของกลไก อภิบาลระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ได้ดังนี้

แผนภาพที่ 4



ในช่วงต้น ก่อนที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจะมีผลบังคับใช้ กลไกที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันเรื่องการประเมินผลกระทบสุขภาพใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ ขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) เป็นแกนนำในการขับเคลื่อนโดยมีแผนงาน HPP-HIA ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นหน่วยสนับสนุนในด้านวิชาการในเรื่องการเตรียมการพัฒน่องค์ความรู้เรื่องเอชไอเอในสังคมไทย ความสำเร็จของขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงแรกอยู่ที่การผลักดันให้เกิด พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่มีเอชไอเอเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญในการสร้างสังคมสุขภาวะ และการผลักดันให้เอชไอเอเป็นเครื่องมือหนึ่งในการรองรับสิทธิชุมชนในรัฐธรรมนูญ

ส่วนในระยะที่สอง เมื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ การพัฒนาเรื่องกระบวนการเอชไอเอดูเหมือนจะมีที่มาจาก 2 ด้าน ด้านแรกอยู่ในแวดวงของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่า ขบวนการประชาชน โดยเฉพาะเครือข่ายประชาชนภาคตะวันออก มีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นสำนักงานเลขานุการ ต้องหันมาพิจารณาและเตรียมการเรื่องเอชไอเออย่างจริงจัง โดยในขณะที่ด้านหนึ่งมอบหมายให้มูลนิธินโยบายสุขภาวะทำหน้าที่ศึกษาผลกระทบสุขภาพในพื้นที่มาตาปุตและพื้นที่ใกล้เคียง คสช. ก็แต่งตั้งคณะทำงานยกร่างระบบกลไกหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โดยมีนายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ ผู้ที่มีผลงานต่อเนื่องเรื่องเอชไอเอจาก สวรส. เป็นประธานคณะทำงาน และมีคณะทำงานที่ประกอบด้วยผู้ที่เริ่มต้นศึกษาเรื่องเอชไอเอมาตั้งแต่ยุคแรกๆ ต่อมาเมื่อคณะทำงานยกร่าง เสนอผลการดำเนินงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเสนอให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยมี HIA-Co Unit เป็นหน่วยเลขานุการ ซึ่งเป็นที่สังเกตว่า คณะกรรมการก็มาจากกลุ่มผู้ริเริ่มพัฒนาแนวคิดเอชไอเอตั้งแต่ยุคแรกเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นนายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ นายปิณฑะ เกษมบุญ และนายเดชรินทร์ สุขกำเนิด การทำงานของคณะทำงานชุดนี้จึงมีจุดเด่นอยู่ที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง และยังมีการระดมการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วน ดังจะเห็นได้จากรายชื่อของคณะกรรมการที่มีตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะทำงานด้วย เช่น ตัวแทน สผ. กรมควบคุมโรค กรมอนามัย สภาอุตสาหกรรมและตัวแทนภาคประชาสังคม จนในที่สุดสามารถพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพได้สำเร็จในเดือนพฤศจิกายน 2552

ส่วนด้านที่สอง เป็นการพัฒนานอกกลไกอภิบาลระบบสุขภาพโดยตรง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากที่เป็นผลการดำเนินงานของสำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) ที่มีประสานงานกับกลไกอภิบาลระบบสุขภาพอยู่แล้ว และอีกส่วนที่สำคัญมาจากคำสั่งศาลปกครองในกรณีมาตาปุตที่ส่งผลให้รัฐบาลต้องแต่งตั้งคณะกรรมการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนูญความน่าสนใจของคณะกรรมการชุดนี้อยู่ที่ความพยายามในการประสานประโยชน์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 ฝ่ายในท่ามกลางวิกฤติกรณีมาตาปุต รวมทั้งมีการเชื่อมโยงแนวคิดเรื่องการพัฒนากลไกเอชไอเอที่ปรากฏในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพด้วย โดยในคณะกรรมการ 4 ฝ่ายนั้น ปรากฏว่ามี กรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็นกรรมการอยู่ด้วย (นายเดชรินทร์ สุขกำเนิด) แต่เนื่องจากกรรมการชุดนี้ ต้องทำหน้าที่ประสานประโยชน์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ทำให้เสี่ยงจากกลไกอภิบาลระบบสุขภาพและตัวแทนภาคประชาชนดูเหมือนไม่มีน้ำหนักมากนัก สังเกตได้จากการกำหนดประเภท ขนาดและวิธีปฏิบัติสำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพที่ประกาศมาภายหลังว่า โครงการในมาตาปุตมีเพียง 2 โครงการเท่านั้นที่เข้าเกณฑ์ต้องทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพตามประกาศดังกล่าว และในช่วงท้ายๆ การทำงานของคณะกรรมการไม่ได้รับความร่วมมือจากตัวแทนภาคประชาชนเท่าที่ควร

ท้ายที่สุดเมื่อกฎหมายทุกฉบับมีผล หน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบโดยตรงในการอนุมัติ/อนุญาตโครงการ ได้แก่ สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (สผ.) ที่ต้องรับผิดชอบให้เจ้าของโครงการ ต้องปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดประเภท ขนาดและวิธีปฏิบัติสำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง โดยมีองค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามมาตรา 67 แห่งรัฐธรรมนูญให้ความเห็นประกอบการดำเนินการ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันองค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพยังเป็นชุดเฉพาะกาลที่ดำเนินการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการประสานงานการให้ความเห็นขององค์การอิสระฯ พ.ศ.2553 ร่องรับกระบวนการคัดเลือกและการดำเนินงานให้ความเห็นที่เป็นอิสระ เนื่องจากกระบวนการร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวยังไม่สำเร็จ²⁴

ส่วนในด้านการใช้อะไรในฐานกระบวนการเรียนรู้ HIA-Co Unit และ สช. เป็นหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบโดยตรงในการสนับสนุนให้ชุมชนและหน่วยงานเจ้าของโครงการทำการประเมินผลกระทบสุขภาพเพื่อสุขภาพของชุมชนและสังคม โดยในปัจจุบันมีชุมชนจำนวนหนึ่งที่เข้ามาขอใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. สุขภาพในการเรียนรู้ร่วมกันและเสริมพลังของชุมชน อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการสนับสนุนการใช้อะไรในระดับชุมชนมักเกิดขึ้นในชุมชนที่อยู่ในความขัดแย้ง และประสบผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งมีผู้ขัดแย้งเป็นกลุ่มทุนขนาดใหญ่ ความท้าทายจึงอยู่ที่ความสามารถในการก้าวพ้นความขัดแย้งและสร้างพื้นที่เรียนรู้ร่วมกันระหว่างคู่ขัดแย้ง (ซึ่งในปัจจุบันการเรียนรู้ยังจำกัดอยู่เพียงฝ่ายเดียว) และขับเคลื่อนให้กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางขึ้น เพื่อให้ผลจากการประเมินถูกนำไปใช้ในกระบวนการนโยบายที่มีผลกับสุขภาพกับชุมชนอย่างแท้จริง

3) สรุปบทเรียนจากกรณีศึกษา

ความสำเร็จหนึ่งของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในการผลักดันให้เอชไอเอเป็นเครื่องมือหนึ่งในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพให้เป็นกลไกเชิงสถาบัน เกิดจากการประสานงานระหว่างกรมเตรียมงานในภาควิชาการ (โดย สวรส.) และเครือข่ายเพื่อเตรียมองค์ความรู้เรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ กับการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส. ต่อมาเมื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมีผลได้ปรับเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) ที่ดำเนินการระดมการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง ยาวนาน ประกอบกับสถานการณ์ที่มีตัวแทนภาคประชาสังคมหัวก้าวหน้าที่เคยเคลื่อนไหวร่วมกับขบวนการปฏิรูปมีโอกาสเป็นสถานะปัญญาชนแห่งชาติ (สนช.) ทำให้สามารถผลักดัน พรบ.นี้สำเร็จ และประกอบกับการที่ขบวนการปฏิรูปและขบวนการเคลื่อนไหวเรื่องสิทธิชุมชนสามารถผลักดันให้มีการเพิ่มเติมกลไกประเมินผลกระทบด้านสุขภาพให้เป็นกลไกหนึ่งในการรองรับสิทธิชุมชนในมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 ได้ จึงสามารถสถาปนากลไกเชิงสถาบันในการประเมินผลกระทบสุขภาพได้สำเร็จ

อย่างไรก็ดี ภายหลังการสร้างกลไกเชิงสถาบันดังกล่าว กล่าวได้ว่า แม้ว่าการกลไกอภิบาลระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งมีภูมิหลังทางวิชาการเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอย่างเข้มข้น ประกอบกับการมีส่วนร่วมจากขบวนการเคลื่อนไหวด้านสิทธิชุมชน จะเป็นกลไกหลักในการกำหนดเนื้อหาสาระของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ จนทำให้ได้มาซึ่งหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พ.ศ.2552 แต่เนื่องจากการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพกลายเป็นเครื่องมือในการอนุมัติ/อนุญาตโครงการ ซึ่งมีผลกระทบกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย ทำ

²⁴ องค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ, ประวัติความเป็นมา [online] retrieved from <http://www.iceh.or.th/iceh/history.php?id=3>

ให้มีความพยายามในการช่วงชิงการกำหนดประเภทโครงการที่ต้องประเมินผลกระทบสุขภาพ จนในที่สุดมีการประกาศออกมา 11 ประเภทโครงการ สถานการณ์ข้างต้นชี้ให้เห็นว่า เมื่อการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพตกอยู่ในท่ามกลางความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ ผลที่ได้จึงเกิดจากการประนีประนอมระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่ต้องการให้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้เพื่อสังคมสุขภาพ มากกว่าจะเป็นเครื่องมืออำนวยความสะดวกในท่ามกลางความขัดแย้งทำให้หลายฝ่ายต้องเข้ามาช่วงชิง

สำหรับการขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพภายในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพนั้น จุดเด่นอยู่ที่ความพยายามในการประสานการพัฒนาองค์ความรู้และการขับเคลื่อนไปด้วยกัน การใช้กลไกภายในแวดวงระบบสุขภาพพยายามเปิดให้มีการการเรียนรู้โดยเฉพาะการเรียนรู้เพื่อการเสริมพลังและสิทธิของชุมชน ซึ่งถือว่าประสบความสำเร็จในการปรับใช้องค์ความรู้เรื่องการประเมินผลกระทบซึ่งเดิมจำกัดอยู่เฉพาะในแวดวงของผู้เชี่ยวชาญ ให้ชาวบ้านเข้าถึงและสถาปนาความเป็นเจ้าขององค์ความรู้ดังกล่าวได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นยังคงเหมือนอยู่ในวงแคบๆ จะยังไม่สามารถผลักดันให้เกิดการเรียนรู้ข้ามฝ่ายได้เท่าที่ควร ในขณะเดียวกัน การเคลื่อนไหวเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพก็ได้เกิดขึ้นเฉพาะในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ เพราะยังต้องมีการประสานผลประโยชน์กับกลุ่มอื่นๆ ดังกล่าวมาแล้ว ความท้าทายในกรณีนี้จึงอยู่ที่ จะขยายการเรียนรู้ในแวดวงสาธารณะให้กว้างขวางขึ้นได้อย่างไร เพื่อให้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจะเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสร้างสังคมสุขภาพอย่างแท้จริง

4.4 กรณีศึกษานโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub)²⁵

กรณีศึกษานโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของประเทศไทยหรือที่เรียกว่า "Medical Hub" เป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นความพยายามในการใช้ระบบอภิบาลแบบตลาดในนโยบายสุขภาพ โดยเฉพาะการหารายได้เข้าประเทศโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาจากบริการทางการแพทย์ แนวคิดเรื่อง Medical hub นั้น ในต่างประเทศมักเรียกปรากฏการณ์นี้ว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourist) : สำหรับผู้ป่วยแล้ว หมายถึงการได้รับบริการที่รวดเร็ว เป็นไปตามความต้องการ ไม่ถูกจำกัดโดยกฎหมายและมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการรักษาภายในประเทศของตน ซึ่งไม่ได้เป็นผลประโยชน์เฉพาะผู้ป่วยแต่รวมถึงบรรดานายจ้าง และบริษัทประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม สำหรับประเทศผู้ให้บริการแล้ว นโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติส่งผลให้เกิดการดึงดูดทรัพยากร และบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนาที่มีอยู่อย่างจำกัดออกจาก การให้บริการสุขภาพพื้นฐานของรัฐสู่ภาคเอกชน ขณะที่ประเทศของผู้ใช้บริการก็มีความกังวลถึงมาตรฐานการดูแลรักษาและผลกระทบต่อการใช้บริการในประเทศของตน

ในประเทศไทยมีการริเริ่มนโยบายตั้งแต่ 2547 มีการจัดทำแผนพัฒนาให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชียฉบับที่ 1 2547-2551 ฉบับที่ 2 2553-2557 และในมติที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 ปี 2553 แต่ก็ไม่ได้มีผลการดำเนินงานที่ชัดเจน ไม่มีการเปิดเผยรายละเอียดต่อสาธารณะ ไม่ได้มีการศึกษาถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อทรัพยากรและบุคลากรในระบบสาธารณสุขพื้นฐาน จึงมีการเรียกร้องจากภาคประชาสังคมให้มีการทบทวนมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2555

²⁵ เนื้อหาส่วนนี้สังเคราะห์เพิ่มเติมจากผลการศึกษาของ สุธีร์ รัตนมงคลกุล, (ร่าง) เรียนรู้จากกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐: กรณีศึกษานโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

(1) พัฒนาการและข้อวิพากษ์ต่อการขับเคลื่อนนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มเป็นสองเท่าในช่วงก่อนปี 2540 เพื่อรองรับความต้องการที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาประเทศและรายได้ของประชากรที่เพิ่มมากขึ้น แต่ภายหลังภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 ผู้ป่วยภายในประเทศมีกำลังซื้อลดลง โรงพยาบาลเอกชนเหล่านั้นจึงได้เปลี่ยนเป้าหมายไปสู่ผู้ป่วยต่างชาติ พร้อมกับการสนับสนุนของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ด้วยการผลักดันนโยบายการเป็น "ศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย" ในปี 2547 นอกจากนี้ ยังมีนโยบายส่งเสริมบริการด้านอื่นๆ เพื่อสร้างรายได้ เช่น สปาและการนวด มีการขอแก้ไข พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข มีการนำเสนอโปรแกรมพิเศษแสดงในต่างประเทศ และการทำบัตรอิลิทการ์ด (Elite Card) สำหรับชาวต่างชาติ

ลำดับเหตุการณ์การผลักดันเมดิคัลฮับในประเทศไทย

พ.ศ. 2547	คณะรัฐมนตรีอนุมัติแผนฮับสุขภาพแห่งเอเชีย เน้นกลุ่มหลักคือ 1) การเป็นศูนย์กลางในการรักษาโรคเฉพาะทาง 2) การนวดแผนโบราณแบบไทยและสปา 3) ผลิตภัณฑ์สุขภาพสมุนไพรไทย โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวกำหนดระยะเวลาดำเนินการ 5 ปี (พ.ศ. 2547-2551) กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย มาตรฐานของสถานที่ การบริการ ผู้ให้บริการ หลักเกณฑ์ และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรองให้เป็นไปตามมาตรฐานสำหรับสถานที่เพื่อสุขภาพ มีการจัดตั้งสมาพันธ์สปาทั่วประเทศ ประมาณ 400 แห่ง เพื่อพัฒนาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และจัดตั้งสถาบันพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ การออกกฎกระทรวงเพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตผู้ประกอบการโรคศิลปะ "สาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทการนวดไทย"
พ.ศ. 2548	มีการปรับปรุง กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย มีการส่งเสริมให้มีการศึกษาแพทย์แผนไทยและบริการสปาในสถานศึกษานั้น
พ.ศ. 2549	คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการโครงการพัฒนาศิริราชสู่สถาบันการแพทย์ชั้นนำในเอเชียอาคเนย์ นอกจากนี้ยังได้ให้ Harvard Business School โดยทีมงานของ Prof. Michael E. Porter ให้ศึกษาวิจัยเรื่อง Thailand Medical Tourism Cluster
พ.ศ. 2552	คณะรัฐมนตรี ภายใต้นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะเป็นนายกรัฐมนตรีมีมติรับทราบ แนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย (Thailand Medical Hub) ซึ่งเปลี่ยนชื่อไปจากเดิมที่เป็น "ศูนย์กลางสุขภาพเอเชีย"
พ.ศ. 2553	มีการบรรจุ "นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ" เข้าสู่วาระการประชุมสมัชชา (27 พฤษภาคม 2553) โดยการเสนอของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน และเครือข่ายของหอการค้าไทย มีการคัดค้านนโยบายเมดิคัลฮับจากแพทย์ชนบทและเครือข่ายประชาสังคมและผู้บริโภคด้วยความกังวลว่าจะเกิดภาวะสมองไหล
31 มีนาคม 2554	คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) ได้มีมติให้ชะลอการส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมสุขภาพไว้ชั่วคราวเนื่องจากขัดแย้งกับธรรมนูญสุขภาพในข้อ 51 ที่ว่า "รัฐไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ"
25 เมษายน	คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการพิจารณามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมายให้

- 2554 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้อง
- 12 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 มติ 4 นโยบายการเป็นศูนย์กลาง
เมษายน สุขภาพนานาชาติ ตามมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2554 และให้หน่วยงานที่
2554 เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามมติ
- 6 เครือข่ายผู้บริโภคเรียกร้องนายกรัฐมนตรีให้ตรวจสอบการจัดตั้งเมดิคัลฮับให้เป็นไปตามมติ
กุมภาพันธ์ คณะรัฐมนตรี โดยมีประเด็นข้อร้องเรียนคือการไม่เปิดเผยรายละเอียดของโครงการเมดิคัลฮับต่อ
2555 สาธารณะเพื่อให้เกิดความโปร่งใสของนโยบาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาทรัพยากรด้านสุขภาพของ
ประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัด ในขณะที่บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล มีความขาด
แคลนในภาพรวม และการกระจายตัวทางภูมิศาสตร์ที่ไม่เหมาะสม ผลกระทบจากเมดิคัลฮับจะทำให้
เกิดการขาดแคลนแพทย์ และทำให้ค่ารักษาพยาบาลแพงขึ้น เรียกร้องให้คณะรัฐมนตรีทบทวน
มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2555 และพิจารณาเรื่องนี้ให้สอดคล้องกับมติสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น
รัฐบาลได้ขยายเวลาการฟันักในราชอาณาจักรสำหรับกรณีการเดินทางเพื่อการรักษาพยาบาลเป็น
90 วัน
- กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำยุทธศาสตร์ 5 ปีพัฒนาให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ พ.ศ.
2555-2559 โดยการพัฒนาทั้งสี่สาขาคือการรักษาพยาบาล แพทย์แผนไทย สปา และผลิตภัณฑ์
สมุนไพร พร้อมทั้งพัฒนาโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานนานาชาติ JCI
โรงพยาบาลศิริราชประกาศการจัดตั้งเมดิคัลฮับแห่งแรกในประเทศไทยภายใต้ชื่อ “โรงพยาบาลศิริ
ราช ปิยมหาราชการุณย์” ขนาด 300 เตียง พร้อมกับโรงเรียนแพทย์อื่นๆ เริ่มเข้าสู่กระแสการเป็น
เมดิคัลฮับ
- พ.ศ. มีการประชุมเพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ผลักดันนโยบายเมดิคัลฮับอย่างเต็มตัว พร้อมทั้ง
2556 กำหนดแนวทางการพัฒนา Medical Hub เป็น 4 ด้านคือ
- 1) เป็นศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือ Wellness Hub
 - 2) เป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ หรือ Medical Service Hub
 - 3) เป็นศูนย์กลางการศึกษาวิชาการและงานวิจัย หรือ Academic Hub และ
 - 4) เป็นศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ข้อวิพากษ์ต่อนโยบายเมดิคัลฮับในประเทศไทย

ในขณะที่นโยบายเมดิคัลฮับของภาครัฐ ให้ความสำคัญกับการโอกาสในการพัฒนาทางเศรษฐกิจ หา
รายได้จากการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยต่างชาติ²⁶ แต่นโยบายนี้ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนัก โดยภาค
ประชาสังคม มองว่าภายใต้ข้อจำกัดเรื่องบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข นโยบายนี้จะส่งผลต่อ
การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและอาจมีผลให้ค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นเพิ่มขึ้นสำหรับประชาชนไทย²⁷
ในขณะที่ฝ่ายแพทย์ชนบท มองว่า นโยบายเมดิคัลฮับ จะส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำ หรือ “ภาวะสอง

²⁶ อดีตข้าราชการการเมืองระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข สัมภาษณ์ 22 มีนาคม 2556

²⁷ ดูตัวอย่างความเห็นดังกล่าวได้จาก มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มติ 4 นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ 17 ธันวาคม 2553 และความเห็นของ ศ.ดร.อัมมาร์ สยามวาลา มุมต่าง เมดิคัล ฮับ ส่งเสริม หรือ ข้ำเติมระบบสุขภาพไทย ? [online] retrieved from <http://www.hfocus.org/content/2013/07/4125>

มาตรฐาน” ในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ระหว่างคนรวย-คนจน คนชนบท-คนเมือง²⁸ ขณะเดียวกัน ยังมีข้อวิตกกังวลว่า นโยบายนี้จะส่งผลกระทบต่อการแข่งขันทรัพยากรทางการแพทย์จากชนบทมาสู่การแพทย์เชิงพาณิชย์หรือโรงพยาบาลเอกชน²⁹ ทำให้การบริการด้านสุขภาพกลายเป็นสินค้า โรงพยาบาลเอกชนกลายเป็นผู้ประกอบการธุรกิจ การกลไกตลาดเป็นตัวจัดการการบริการทางสุขภาพ (Commoditization) ผู้ป่วยกลายเป็นผู้บริโภค จนทำให้สูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เกิดการบริการสองมาตรฐานในระบบบริการทางการแพทย์ การให้บริการแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาเพิ่มในระบบเมดิคัลฮับกับผู้ป่วยที่ไม่ได้จ่ายค่ารักษาเพิ่ม หรือผลกระทบต่อการตัดสินใจของแพทย์ที่อยู่บนพื้นฐานความจำเป็นทางการแพทย์ (Clinical need) ทั้งนี้อาจส่งผลสืบเนื่องไปถึงกระบวนการสร้างบัณฑิตแพทย์ที่มีคุณธรรมจริยธรรมในโรงเรียนแพทย์ และพันธกิจของโรงเรียนแพทย์และกระทรวงสาธารณสุขที่ถูกบิดเบือนไป³⁰

(2) กลไกระบบอภิบาลสุขภาพที่ขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

เนื้อหาส่วนนี้ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใต้กลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน โดยภาครัฐได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะกรมสนับสนุนการบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ ในฐานะหน่วยงานหลักที่ขับเคลื่อนนโยบาย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และกลไกขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะกลไกกลางที่เปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะในเรื่องดังกล่าว ส่วนตัวแสดงในภาคเอกชนที่ผลักดันนโยบาย ได้แก่ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน ร่วมกับสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย โดยมีสมาคมแพทย์แผนไทย สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PReMA) ฐานะภาคีเครือข่ายที่นำเสนอนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเข้าเป็นวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมีความมุ่งหมายที่จะทำความเข้าใจกับสังคมว่านโยบายเมดิคัลฮับนั้นไม่ได้มีผลต่อทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ของภาครัฐที่มีอยู่จำกัด การขาดแคลนทรัพยากร และบุคลากรของรัฐเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมานานอย่างต่อเนื่อง และสามารถดำเนินการไปพร้อมกันได้โดยไม่จำเป็นต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วอีกอย่างหนึ่ง พร้อมกับการผลักดันนโยบายเมดิคัลฮับจะเป็นยกมาตรฐานการบริการสุขภาพให้สูงขึ้น นำไปสู่การพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ของประเทศ และกลุ่มสุดท้ายคือ ภาคีในภาควิชาการและประชาสังคมที่มีส่วนร่วมในการวิพากษ์/วิจารณ์และ/หรือร่วมขับเคลื่อนนโยบายหลังจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

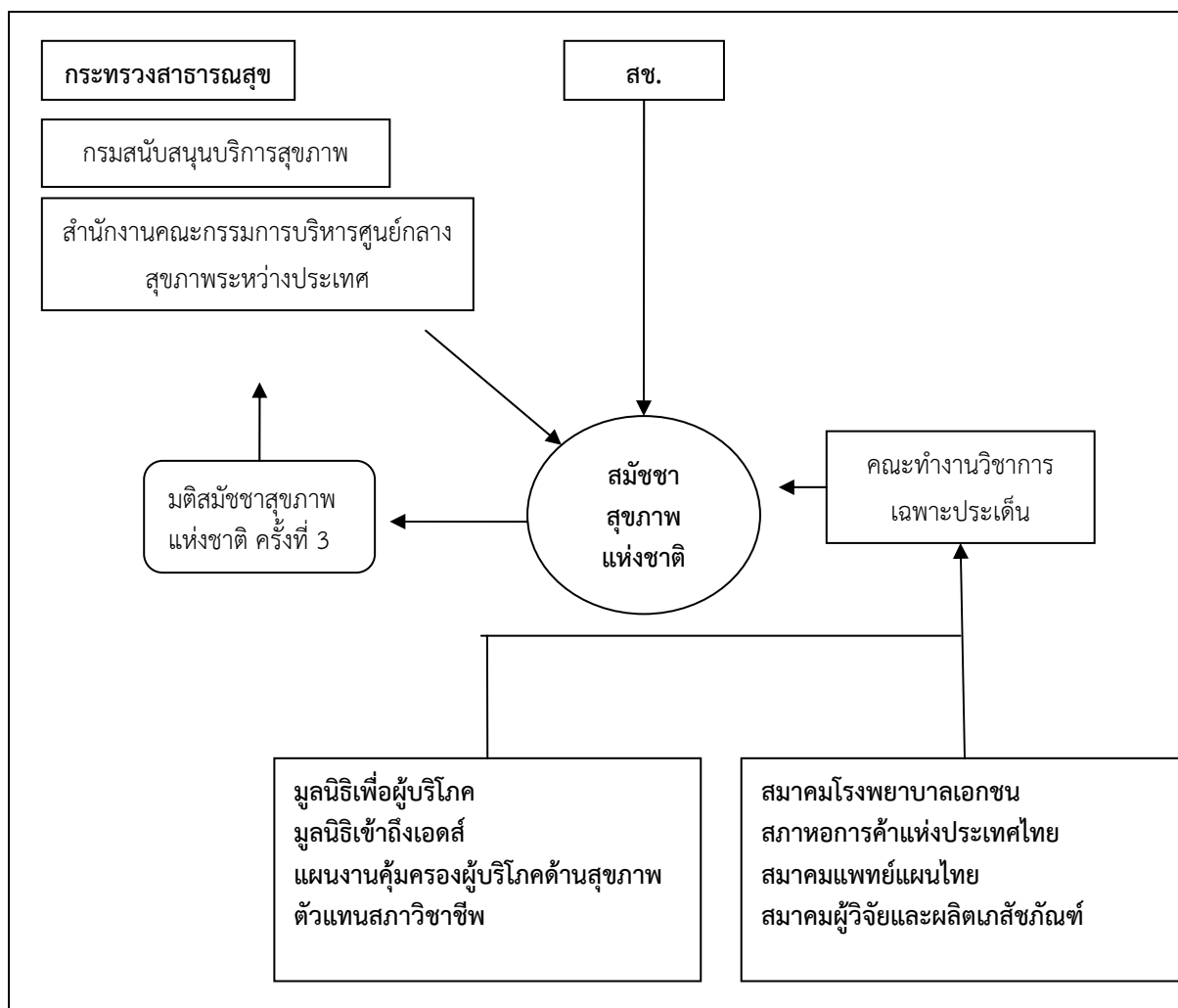
จากพัฒนาการของนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติที่กล่าวมาข้างต้น พอจะสรุปเป็นแผนผังของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องในนโยบายนี้ได้ดังนี้

แผนภาพที่ 5 กลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

²⁸ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, “โรบินฮูดกับวาทกรรมขายฝันของเมดิคัลฮับเมืองไทย,” *เจาะลึกระบบสุขภาพ HFocus* [online] retrieved from <http://www.hfocus.org/content/2012/08/950>

²⁹ ความเห็นจาก ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย “เสนอรัฐเลิกหนุนเมดิคัลฮับลดปัญหาขาดแคลนแพทย์” *โพสต์ทูเดย์*, 15 เมษายน 2556

³⁰ สุธีร์ รัตนมงคลกุล, *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 24-30.



จากแผนภาพที่ 5 กลไกพหุภาคีที่น่าสนใจกลไกหนึ่งคือ **คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น ใน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** ซึ่งทำหน้าที่พัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเพิ่มเติมในประเด็นนโยบายการเป็น ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ประกอบด้วย ตัวแทนภาคเอกชน 3 คน ตัวแทนแพทย์ชนบทและชมรมแพทย์ พยาบาลทั่วประเทศ 2 คน ตัวแทนคณะแพทยศาสตร์ แพทยสภา ทันตแพทยสภา และสภาการพยาบาล จำนวน 4 คน ตัวแทนกระทรวง ตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จำนวน 4 คน ตัวแทนมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน นักกฎหมาย นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ นิติศาสตร์ นักวิชาการด้าน เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน 3 คน อย่างไรก็ดี แม้การทำงานแบบพหุภาคีจะเอื้อต่อการ สร้างการเรียนรู้ข้ามภาคส่วน แต่ด้วยโครงสร้างของคณะทำงานที่ขาดตัวแทนของภาคการเมือง ซึ่งควรจะเป็นผู้ ขับเคลื่อนต่อเนื่องจากภาคเอกชน และทำให้การขับเคลื่อนของภาคการเมืองขาดการเชื่อมโยงกับสมัชชา ประกอบกับการแต่งตั้งประธาน และเลขาฯ ซึ่งไม่ได้มาจากชื่อที่ภาคเอกชนเป็นผู้เสนอ ก่อให้เกิดความความ ขัดแย้งระหว่างภาคเอกชนกับภาคประชาสังคม

นอกจากนี้ เนื่องจากประเด็นนโยบายเรื่องศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เป็นประเด็นที่มีความขัดแย้ง สูง โดยเฉพาะความขัดแย้งระหว่างภาคเอกชน-ภาคประชาสังคม อันเป็นความขัดแย้งที่มีจุดยืนความแตกต่าง ทางความคิดเป็นพื้นฐาน ดังนั้น แม้ว่าจะในกระบวนการทำงาน จะดำเนินการภายใต้การกำหนดแนวทางทำงานที่

เปิดโอกาสและรับฟังทุกฝ่าย โดยมีกติกาการรับฟัง/ระบบการจดบันทึกที่ให้ความสำคัญกับทั้งเสียงส่วนใหญ่และเสียงส่วนน้อย แต่ก็ยังเกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรม และความไม่ไว้วางใจในหมู่คณะทำงาน และบรรยากาศความไม่ไว้วางใจ/ไม่มั่นใจก็ขยายสู่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติทั้งจากประชาสังคมและภาคเอกชน

เมื่อพิจารณา**สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** ในฐานะอีกพื้นที่ที่สามารถเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคส่วนซึ่งจะหนุนเสริมกลไกอภิบาลแบบเครือข่าย ในงานวิจัยของ สุธีร์ ตั้งข้อสังเกตที่น่าสนใจดังนี้³¹

- (1) ข้อจำกัดเรื่องเวลาในการนำเสนอประเด็นประกอบกับความเป็นตัวแทนที่มีความรับผิดชอบ (accountability) กับประเด็นที่เสนอไม่เท่ากัน บางคนเป็นตัวแทนขององค์กรที่มีความรับผิดชอบชัดเจน ในขณะที่บางคนมีเฉพาะความคิดเห็นโดยไม่มีข้อมูลรองรับ ทำให้กระบวนการสมัชชาไม่สามารถก่อให้เกิดการถกแถลงจนถึงที่สุดได้
- (2) ผู้เข้าร่วมประชุมมุ่งเน้นไปที่รูปแบบของเอกสาร เช่น การเน้นที่ข้อความว่า**สังเกตถูกต้องหรือไม่มากกว่าความหมายและเป้าหมายของมติทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นการประชุมที่ไม่มีประสิทธิภาพ และยิ่งกว่านั้นพบว่า การแก้ไขบางอย่างทำให้ความหมายผิดเพี้ยนไปจากเดิม** กล่าวอีกนัยหนึ่ง การถกแถลงด้วยองค์ความรู้ที่ควรจะเป็นถูกลดทอนเป็นเพียงการแก้คำผิดเท่านั้น
- (3) ภาคเอกชนรู้สึกว่าการตอบสนองไม่เสมอภาคกับภาคประชาสังคม
- (4) การเมืองเรื่องฉันทามติในสมัชชาสุขภาพ ทำให้การแก้ไขมติเป็นเรื่องยาก ถือเป็นข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในนโยบายที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ยังเป็นอีกกระบวนการที่ภาคีสามารถผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะ โดยเฉพาะในเรื่องนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติได้ อย่างไรก็ดี จากงานวิจัยของสุธีร์ รัตนมงคลกุล พบว่า **มติสมัชชาในเรื่องศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเป็นสื่อเป็นนโยบายสาธารณะหนึ่งที่มีการขับเคลื่อนได้น้อย** เนื่องจากขาดการมอบหมายภารกิจในการขับเคลื่อนกับหน่วยงานต่างๆ ที่ชัดเจน รวมไปถึงขาดการสนับสนุนทรัพยากรในการติดตามมติ ในขณะที่เดียวกัน ภาคีที่ร่วมกันผลักดันมตินี้ ก็ผิดหวังต่อบทบาทในการขับเคลื่อนในส่วนของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะเมื่อพบว่า **มติคณะรัฐมนตรีเดือนมกราคม 2555 ขัดต่อมติของสมัชชาสุขภาพ ประกอบกับการที่ดูเหมือนไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยราชการในการดำเนินงานตามมติ**

อย่างไรก็ดี แม้ว่าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพในเรื่องนี้ดูเหมือนจะไม่ค่อยมีพลัง แต่สุธีร์ก็ตั้งข้อสังเกตว่า การยกเลิกการอนุมัติการส่งเสริมทางธุรกิจของบีโอไอที่เพิกถอนมติไปหนึ่งเดือนก่อนหน้าที่มีมติออกมา ก็อาจถือเป็นการขับเคลื่อนจากมติสมัชชาที่เป็นผลมากที่สุดประการหนึ่ง³² นอกจากนี้ อดีตผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข ก็ชี้ให้เห็นว่า ในกระบวนการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินั้น ผู้กำหนดนโยบายก็ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยเป็นอย่างดี อีกทั้งในกระบวนการกำหนดนโยบายนั้น ยังสามารถผลักดันประเด็นที่เกี่ยวกับการลดความเหลื่อมล้ำและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในชนบทให้รัฐบาลยอมรับได้อีกด้วย³³ ดังจะเห็นได้จากข้อความในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติที่มีการระบุชัดเจนว่า

³¹ สุธีร์ รัตนมงคลกุล, เรื่องเดียวกัน, หน้า 40-42

³² เรื่องเดียวกัน, หน้า 46.

³³ อดีตผู้บริหารท่านหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 19 พฤศจิกายน 2556

“...มุ่งเน้นเฝ้าระวังไม่ให้เกิดผลกระทบต่อบริการสุขภาพหลักของประเทศ ทั้งทางบวกและทางลบ...”³⁴

(3) สรุปบทเรียนจากกรณีศึกษา

กรณีศึกษานโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ แสดงให้เห็นข้อจำกัดในการทำงานของระบบอภิบาลแบบเครือข่ายที่ประสบปัญหาความไม่ครอบคลุมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามาขับเคลื่อนนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ซึ่งนำมาสู่ความขัดแย้งในเวลาต่อมา นอกจากนี้ ยังเป็นตัวอย่างที่แสดงถึงความท้าทายในการใช้และขับเคลื่อนกระบวนการ “มิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ในฐานะเวทีปรึกษาหารือทางนโยบายที่จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ที่ใช้ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผล เพื่อหลีกเลี่ยงความไร้ประสิทธิภาพของที่อาจจะเกิดขึ้นเนื่องจากการถกแถลงตั้งอยู่บนข้อคิดเห็นและความรู้ที่มากกว่าข้อเท็จจริง

การทำงานกลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการผลักดันนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เป็นตัวอย่างหนึ่งของการทำงานของกลไกอภิบาลแบบเครือข่าย ที่ประกอบด้วยภาคีทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่ทำงานร่วมกันบนฐานนโยบายที่ดูเหมือนให้ความสำคัญกับแนวคิดการอภิบาลแบบตลาดนำ โดยอาศัยกระบวนการ “สมัชชาสุขภาพ” เป็นพื้นที่กลางที่มุ่งให้แต่ละฝ่ายมีโอกาสร่วมเรียนรู้และถกแถลงหาทางออกร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ภายใต้อำนาจของกลไกอภิบาลแบบเครือข่าย ก็มีข้อจำกัดที่เป็นการทำงานบนฉันทามติร่วมกันระหว่างภาคี ที่ทำได้เพียงโน้มน้าว หรือส่งอิทธิพลต่อการตัดสินใจในระดับนโยบาย ซึ่งเป็นการใช้อำนาจแบบอ่อน (soft power) แต่ไม่อาจมีอำนาจบังคับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ ในขณะที่อำนาจบังคับ (hard power) อยู่ในมือของรัฐบาลและหน่วยราชการ ทำให้กลไกอภิบาลแบบเครือข่าย ไม่สามารถผลักดันนโยบายเพื่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ บทเรียนในการดำเนินงานของกลไกอภิบาลแบบเครือข่ายในกรณีนี้ ยังชี้ให้เห็นว่า ในการทำงานแบบเครือข่าย ความท้าทายที่สำคัญคือ การฝ่าข้ามข้อจำกัดเรื่องมิตร/ศัตรู หรือการแบ่งเขา-แบ่งเราภายในเครือข่าย และการใช้กระบวนการถกแถลงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างฉันทามติหรือความเห็นร่วม ที่มาจากการใช้ข้อมูล องค์ความรู้และเหตุผลในการถกแถลง อันจะนำมาซึ่งการสร้างความร่วมมือร่วมกันได้อย่างแท้จริง

4.5 กรณีศึกษาค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance: P4P)

ความขัดแย้งเรื่องนโยบายจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance: P4P) ระหว่างแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน กับกระทรวงสาธารณสุข ที่เริ่มต้นในเดือนมีนาคม 2556 ถือเป็นกรณีศึกษาที่สำคัญที่แสดงถึงความไม่ลงรอยของการใช้เครื่องมือในระบบอภิบาลแบบตลาด กับเป้าหมายการให้บริการสุขภาพของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ ประเด็นสำคัญของความขัดแย้งดังกล่าว อยู่ที่เป้าหมายของการให้บริการสุขภาพ ในขณะที่ฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ให้ความสำคัญกับการเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการสุขภาพ และการแก้ปัญหาลดความเหลื่อมล้ำทางรายได้ระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน กับแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ³⁵ ในขณะที่ฝ่ายชมรมแพทย์ชนบทและเครือข่าย มีความเห็นว่า นโยบาย P4P กลับจะยิ่งเพิ่มความเหลื่อมล้ำระหว่างบุคลากร

³⁴ สรุ่ยย่อ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ พ.ศ.2553-2557 [online] retrieved from

http://www.themedicalhub.net/documents/medical_hub_strategic_plans_2554_2557_draft_2011_jan_31.pdf

³⁵ ความจริงอีกมุม “P4P” วัดผลปรับปรุงเพิ่มงาน. ไทยรัฐ. 6 มิถุนายน 2556 [ออนไลน์] สืบค้นจาก

<http://www.thairath.co.th/column/pol/page1scoop/349276>

ทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่อยู่ในเมือง (โรงพยาบาลศูนย์) กับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน นโยบายเช่นนี้ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ และแย่งชิงแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนในชนบท เข้าสู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้ยิ่งซ้ำเติมความเหลื่อมล้ำ ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระหว่างคนเมืองและคนในชนบทมากยิ่งขึ้น³⁶

การคัดค้านนโยบาย P4P ของแพทย์และบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนเริ่มต้นจากการรวมตัวแต่งชุดดำ แดงการณืประกาศจุดยืน ไปจนถึงการชุมนุมประท้วงตามสถานที่ราชการในภูมิภาคต่างๆ ในขณะที่ปฏิบัติ ได้กลับจากฝ่ายกระทรวงก็แข็งขันไม่แพ้กัน ทั้งการเดินหน้าชี้แจง ทำความเข้าใจ ออกข้อกำหนด หลักเกณฑ์ จนถึงการใช้บังคับนโยบาย ทำให้ผลัดกันรุกผลัดกันรับไม่มีใครยอมใครเช่นนี้ เกิดขึ้นต่อเนื่องตลอดหลายเดือนที่ผ่านมา ทำให้ได้รับความสนใจอย่างมากทั้งจากแวดวงสุขภาพ นักวิชาการและประชาชนทั่วไป แต่ทว่า ไม่ใช่เรื่อง่ายนักในการทำความเข้าใจสถานการณ์และเหตุแห่งความขัดแย้งนั้นว่ามีที่มาที่ไปอย่างไร จึงก่อความปั่นป่วนให้วงการสุขภาพได้ถึงเพียงนี้ และยังเป็นที่น่าสนใจอีกว่า ในท้ายสุดแล้วสถานการณ์ได้คลี่คลายมา ภายหลังการเจรจาและหาทางออกได้ ประเด็นสำคัญที่น่าคิดได้แก่ วิฤติครั้งนี้จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อคลี่คลายปัญหาอย่างไรต่อไป

ในการวิเคราะห์ความขัดแย้งและการคลี่คลายปัญหานั้นนำไปสู่การแก้ไขที่ยอมรับร่วมกันได้ จะนำเสนอโดยแบ่งเนื้อหาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 พัฒนาการการปรับเปลี่ยนนโยบายและความขัดแย้ง

ส่วนที่ 2 สรุปบทเรียนจากการศึกษา

1) พัฒนาการการปรับเปลี่ยนนโยบายและความขัดแย้ง

ก) ขั้นที่ 1 ปะทุความขัดแย้ง

ความขัดแย้งครั้งนี้ ดูเหมือนจะเริ่มต้นจากมติเห็นชอบบททวนการจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ในที่ประชุม คณะกรรมการพิจารณาบททวนระบบการจ่ายค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในภาครัฐ เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2556³⁷ ที่มีใจความว่า ยกเลิกการจ่ายค่าตอบแทนแบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย (เบี้ยกันดาร) มาใช้หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (ตามภาระงาน) แทน มีผลเริ่มต้นในวันที่ 1 เมษายน 2556 อย่างไรก็ดี ในทัศนะของผู้เกี่ยวข้องมองว่า อันที่จริงที่มาความขัดแย้งเรื่องค่าตอบแทนเริ่มต้นมาตั้งแต่ การที่แพทย์และทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ขออัตราระดับ 9 (ซี 9) และเงินประจำตำแหน่งเพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรการแพทย์อยู่โรงพยาบาลชุมชนนานขึ้น อย่างไรก็ดี ในกรณีนี้ ฝายกระทรวงก็ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ถ้าไม่พิจารณาให้รอบคอบเพียงพอ อาจก่อให้เกิดปัญหาในหลายเรื่อง ได้แก่ ถ้าให้ค่าตอบแทนเฉพาะแพทย์และทันตแพทย์ ก็อาจจะเกิดปัญหากับบุคลากรส่วนอื่น หรือถ้าให้ค่าตอบแทนที่ไม่ต่างกันมาก ก็ไม่สามารถจูงใจให้คนอยู่ในชนบทได้ดังวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาการจัดพื้นที่ที่ไม่สมเหตุผล และพื้นที่ที่ประกาศนโยบายนั้นไป ก็มีการรวมตัวกันขอเพิ่มค่าตอบแทนของบุคลากรฝ่ายอื่นๆ ทำให้ระบบค่าตอบแทนเดิม (ก่อน P4P) มีความยุ่งยากและลึกลับ ในแง่นี้ นโยบาย P4P จึงถูกมองในฐานะเครื่องมือที่ใช้ในการแก้ปัญหาความลึกลับของระบบค่าตอบแทนแบบเดิมมากกว่า³⁸

³⁶ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. แคมเปญเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ทำไมแพทย์ชนบทต้องไล่รัฐมนตรี. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <http://prachatai.com/journal/2013/03/45937>

³⁷ [ออนไลน์] สืบค้นจาก <http://dmsic.moph.go.th/news/detail.php?idnews=3716>

³⁸ อดีตผู้บริหารท่านหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 19 พฤศจิกายน 2556

ในท่ามกลางการต่อต้านจากฝ่ายแพทย์ชนบท ประเด็นโต้แย้งที่สำคัญยังคงเป็นเรื่องความไม่โปร่งใสว่าการจ่ายแบบ P4P อาจมีผลประโยชน์แอบแฝงที่เอื้อต่อธุรกิจเอกชน³⁹ ถึงและความไม่เหมาะสมในการยกเลิกเบี้ยเลี้ยงเพราะระเบียบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเบี้ยเลี้ยงเป็นแรงจูงใจ และเสมือนเป็นขวัญกำลังใจให้แก่แพทย์ผู้อาสาไปปฏิบัติในพื้นที่ชนบท อีกทั้งบริบทของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ก็ไม่สอดคล้องกับการประเมินแบบวัดตามผลการปฏิบัติงาน มีรายละเอียดและมีความซับซ้อนมากเกินไปจนกว่าจะประเมินเป็นการนับคะแนน⁴⁰ โดยในวันที่ 14 มีนาคม 2556 เครือข่ายแพทย์ชนบท กว่า 100 คน นำโดย นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท แต่งกายด้วยชุดดำ บุกเข้าห้องประชุมคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนกำลังคนฯ แสดงเจตจำนงคัดค้านนโยบายใช้ P4P แทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย โดย นพ.เกรียงศักดิ์ ให้เหตุผลสอดคล้องกับที่ นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา ที่ให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงเหตุผลในการคัดค้าน P4P ว่า ระบบ P4P จะทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานและจะทำให้คุณภาพการบริการด้านสาธารณสุขลดลง เพราะในท้ายที่สุด แพทย์จะมุ่งรักษาเก็บแต้มคนไข้โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาล ส่งผลร้ายต่อคนไข้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทจะขาดแพทย์หรือบุคลากรที่มีความสามารถมาปฏิบัติงานในพื้นที่ เพราะหากมุ่งทำงานเก็บแต้มในโรงพยาบาลจังหวัดก็ได้ค่าตอบแทนเท่ากัน ไม่มีความจำเป็นต้องเดินทางมาลำบากในชนบทที่ห่างไกลอีกต่อไป⁴¹

ในขณะที่ฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข ให้เหตุผลที่เลือกใช้การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายว่า การวัดตามผลการปฏิบัติงานมีตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพอันจะเป็นประโยชน์ในเชิงบริหารงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งแบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายนั้นยังขาดทั้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยชี้ให้เห็นข้อดีของ P4P 2 ประการ คือ ประการแรก ตัวชี้วัดเชิงปริมาณของระบบ P4P จะกระตุ้นให้คนทำงานมากขึ้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุข และในเชิงคุณภาพ P4P จะเพิ่มตัวชี้วัดเชิงการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพด้านการรักษาพยาบาลเป็นตัววัดและตรวจสอบผลเชิงคุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร ข้อดีอีกประการหนึ่งของ P4P คือ จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำของรายได้ระหว่างภาครัฐกับเอกชน และระหว่างแพทย์กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นด้วย อีกทั้งการที่ P4P จ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน จึงรองรับสำหรับบุคลากรที่ทำงานเกินเกณฑ์และคิดค่าคะแนนการให้บริการอื่นนอกเหนือจากงานรักษาพยาบาล เช่น งานส่งเสริม ป้องกัน งานวิชาการ งานเยี่ยมบ้าน ด้วย⁴²

ข) ชั้นที่ 2 ความขัดแย้งและการปะทะ

สถานการณ์ความขัดแย้งระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพผู้เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการใช้ P4P แทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายนั้น ยังดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีท่าทีว่าจะลุกลามมากขึ้น เครือข่ายแพทย์ชนบททั่วประเทศยืนยันไม่รับนโยบายดังกล่าว หลายหน่วยงานร่วมกันแต่งกายด้วยชุดดำเพื่อประท้วงรัฐมนตรีและปลัดกระทรวงสาธารณสุขและถ่ายรูปออกเผยแพร่ทางโซเชียลมีเดียตั้งแต่กลางเดือนมีนาคม นอกจากนั้นยังเดินทางมาชุมนุมที่หน้าทำเนียบรัฐบาลเพื่อเรียกร้องการยกเลิกเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และกล่าวปฏิญาณไม่

³⁹ ฝ่ายวิเคราะห์และประมวลข่าวสาร สำนักสารนิเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สรุปข่าวประจำวันวันที่ 14 มีนาคม 2556 [ออนไลน์] สืบค้นจาก http://203.157.19.14/iprg/news_pic/14March2013.pdf

⁴⁰ วารุณี สิทธิธรรมศรี. พิฟอร์พี: พิศิโเหมือนหรือต่าง. มติชน. 24 มิถุนายน 2556.

⁴¹ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. แคร์เรื่องเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ทำไมแพทย์ชนบทต้องไล่รัฐมนตรี. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <http://prachatai.com/journal/2013/03/45937>

⁴² ความจริงอีกมุม “P4P” วัดผลปรับปรุงเพิ่มงาน. ไทยรัฐ. 6 มิถุนายน 2556 [ออนไลน์] สืบค้นจาก <http://www.thairath.co.th/column/pol/page1scoop/349276>

ยอมรับรัฐมนตรีฯ เนื่องจากเห็นว่าการเปลี่ยนมาใช้ P4P เป็นเหมือนการบันทึกเจตจำนงและความตั้งใจในการนำผู้ป่วยมาเป็นตัวประกัน ทางด้านผู้สนับสนุนการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งประเทศไทย (สพศท.) ก็ได้มาชุมนุมให้กำลังใจรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขในระหว่างนั้นเช่นกัน

ฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข ยังคงเดินหน้ากำหนดรายละเอียดและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน พร้อมเตรียมการเชิญตัวแทนโรงพยาบาลต่างๆ เข้ารับฟัง เพื่อเร่งรวบรวมข้อเสนอ ก่อนนำเข้าการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีสัปดาห์ ในวันที่ 30-31 มีนาคม 2556 เพื่อเร่งพิจารณาให้ทันกรอบระยะแรกวันที่ 1 เมษายน 2556 อีกทั้งประกาศแจ้งการจัดพื้นที่โรงพยาบาลเพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนแบบใหม่ด้วย

ผลจากการเสนอ P4P เข้าสู่การพิจารณาใน ครม.สัปดาห์ วันที่ 31 มีนาคม คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และทำให้ระบบ P4P มีผลบังคับใช้ตามกฎหมายในวันที่ 1 เมษายน 2556 นำมาซึ่งการคัดค้านที่เข้มข้นขึ้นจากเครือข่ายแพทย์ชนบท เครือข่ายทันตแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มทันตแพทย์ ที่ร่วมกันชุมนุมคัดค้าน P4P และยื่นจดหมายถอดถอนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกจากการเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่หน้าพรรคเพื่อไทย บทความ รูปถ่ายบุคลากรแต่งกายชุดด้ายกป้ายประท้วง ถูกเผยแพร่ทางหนังสือพิมพ์และอินเทอร์เน็ตอย่างต่อเนื่อง แสดงท่าทีที่ชัดเจนจากเครือข่ายแพทย์ชนบท โรงพยาบาลอื่นๆ ที่คัดค้าน P4P ก็ออกมาแสดงจุดยืนไม่ยอมรับนโยบาย P4P ในรูปแบบต่างๆ เช่นกัน มีการขึ้นป้ายคัดค้านนโยบาย P4P อย่างชัดเจน และการคัดค้านในโรงพยาบาลหลายแห่ง ลุกขึ้นมาไปจนถึงการปฏิเสธอำนาจของรัฐมนตรี และกระทรวงสาธารณสุขด้วย เช่น ไม่รับการตรวจราชการในระดับเขตและระดับกระทรวงสาธารณสุข⁴³

ในขณะที่ทางฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข ก็มีการออกหนังสือชี้แจง แจ้งข้อเท็จจริงกรณี P4P ในวันที่ 6 เมษายน 2556⁴⁴ และมีการเคลื่อนไหวของฝ่ายสนับสนุน P4P ในภาคีเครือข่ายวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย แพทยสภา แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ กลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย(ราชวิทยาลัย) สภาการพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาเทคนิคการแพทย์ได้ออกแถลงการณ์ในฐานะผู้แทนตามกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพทั้งประเทศ (ไม่มีลายเซ็นนายกทันตแพทยสภา และนายกเภสัชกรรม) ลงวันที่ 9 เมษายน 2556 สนับสนุนการจ่ายค่าตอบแทนตามระบบ P4P พร้อมทั้งสนับสนุนกระทรวงฯ ให้เร่งทำความเข้าใจบุคลากรและสร้างหลักเกณฑ์ปฏิบัติที่เหมาะสมกับแต่ละโรงพยาบาล⁴⁵

แถลงการณ์ดังกล่าวนำมาซึ่งความคลางแคลงใจของเครือข่ายทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน และชมรมทันตสาธารณสุขต่อจุดยืนของนายกทันตแพทยสภา ทพ.ศิริชัย ชูประวัติ จึงรวบรวมรายชื่อสอบถามถึงความชัดเจนเรื่องแถลงการณ์สนับสนุน P4P ภายหลังได้เข้าร่วมพูดคุยและรับฟังการชี้แจงจากนายกทันตแพทยสภาว่า

⁴³ เช่น โรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ บุคลากรด้านสุขภาพจังหวัดลำพูน เป็นต้น

⁴⁴ สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเท็จจริง นโยบายในการกำหนดค่าตอบแทนส่วนเพิ่มของบุคลากรสาธารณสุข. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=638773109482381&set=a.135975766428787.21904.127034180656279&type=1&theater>

⁴⁵ สมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. แถลงการณ์ภาคีเครือข่ายวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุข. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <http://www.thaihospital.org/board/index.php?PHPSESSID=c0c8297cda07b2019ef32d604a22f568&topic=8853.0>

“ทันตแพทยสภาเป็นสภาวิชาชีพที่เป็นกลางแน่นอน เรื่อง P4P เป็นเรื่องนโยบายและแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องแถลงการณ์สภาวิชาชีพ เมื่อวันที่ 9 เมษายน ที่ผ่านมามียืนยันว่าไม่ได้ร่วมแถลงการณ์แน่นอนเพราะอยู่ที่หาคำใหญ่ ไม่ทราบเรื่องมาก่อน ได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์จากเลขาธิการทันตแพทยสภาให้ร่วมลงชื่อและร่วมแถลงการณ์ สนับสนุน P4P แต่ได้ตอบปฏิเสธไปเนื่องจากมีความเห็นต่าง สำหรับแถลงการณ์ที่มีชื่อทันตแพทยสภาอยู่ด้วย ก็ไม่ได้มีการลงนามไว้ ได้โทรไปต่อว่าเลขาธิการทันตแพทยสภาแล้วว่าทำไมยังมีชื่อทันตแพทยสภาอยู่ ได้รับคำตอบว่าเอกสารทำไว้นานแล้ว แก่ไม่ทัน”⁴⁶

ด้านกลุ่มเภสัชชนบทได้พยายามหาข้อเสนอมือเพื่อคลี่คลายปัญหา โดยออกแถลงการณ์ลงวันที่ 10 เมษายน 2556 เสนอให้คงการจ่ายค่าตอบแทนแบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไว้ และให้นำ P4P มาทดลองใช้แบบจ่ายเพิ่มเติมในบริการบางอย่างที่ประชาชนยังเข้าไม่ถึงและไม่เข้าใจ ตลอดจนเร่งสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจากกลุ่มวิชาชีพต่างๆ เข้าร่วมในการพัฒนาระบบการประเมินผลงานและพิจารณาการจ่ายค่าตอบแทน⁴⁷

ความขัดแย้งยังคงดำเนินไปตลอดเดือนเมษายน 2556 เมื่อกระทรวงสาธารณสุขยังคงไม่แสดงท่าทียอมรับแพทย์ชนบทและเครือข่ายยังพยายามเคลื่อนไหวชุมนุมเพื่อเร่งรัดให้ยุติการใช้ P4P และกลับมาใช้ระบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และแสดงเจตจำนงอย่างต่อเนื่องในการคัดค้าน P4P พร้อมขับไล่รัฐมนตรีฯ ออกจากตำแหน่ง ทั้งในวันที่ 16 เมษายน 2556 ที่หน้าพรรคเพื่อไทย และ 24 เมษายน 2556 ที่หน้ากระทรวงสาธารณสุข โดยการชุมนุมครั้งหลังนี้ได้มีการยื่นเรื่องต่อสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินขอให้ตรวจสอบเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายและการจ่ายค่าตอบแทนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่อทุจริต⁴⁸

อย่างไรก็ตาม พบว่าประเด็นการคัดค้านระบบ P4P กลายเป็นประเด็นสาธารณะที่ภาคสังคมเห็นร่วมกับเครือข่ายชมรมแพทย์ชนบทว่ามีผลเสีย และไม่เหมาะสมต่อการนำมาใช้ในระบบสุขภาพและโรงพยาบาลชุมชน เห็นได้จากกลุ่มผู้เข้าร่วมชุมนุมในวันที่ 24 เมษายน มีตัวแทนจากกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มเครือข่ายที่ต่อสู้กับการแพทย์พาณิชย์ วิชาชีพสุขภาพ และสหภาพแรงงานองค์การเภสัชกรรม⁴⁹

ระหว่างนั้น เสียงค้าน P4P ยังมีมาให้เห็นผ่านสื่อและแสดงความเข้มแข็งขึ้นเรื่อยๆ รูปถ่ายบุคลากรแต่งตัวชูป้ายค้าน P4P จากโรงพยาบาลชุมชน เช่น โรงพยาบาลละงู โรงพยาบาลควนกาหลง จังหวัดสตูล โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุดรธานี เชียงราย นครราชสีมา ลำปาง ศรีสะเกษ เป็นต้น ได้รับการเผยแพร่ทางโซเชียลมีเดียให้เห็นอย่างต่อเนื่อง⁵⁰ นอกจากนั้นโรงพยาบาลชุมชน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง (ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) ยังรวมตัวกันใส่ชุดดำมาแถลงการณ์ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2556 แสดงจุดยืนจะใช้สิทธิอารยะขัดขืนค้านและไม่รับ P4P ประกาศสนับสนุนจุดยืนของชมรมแพทย์ชนบทต่อกรณีนโยบาย P4P มอบข้อเสนอแก่กระทรวงฯ และท้าทายรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขผ่านแถลงการณ์ดังนี้

⁴⁶ ดูใน Facebook Fanpage ชมรมแพทย์ชนบท วันที่ 19 เมษายน 2556

⁴⁷ แถลงการณ์มูลนิธิเภสัชชนบท และ ชมรมเภสัชชนบท. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://app.box.com/s/h0vqmiyxwz7qimp3q55n>

⁴⁸ <https://app.box.com/s/8ff5uoqgwi7rvqayrjpl>

⁴⁹ ดูใน Facebook Fanpage ชมรมแพทย์ชนบท วันที่ 25 เมษายน 2556

⁵⁰ ดูใน Facebook Fanpage ชมรมแพทย์ชนบท วันที่ 4, 6, 7 พฤษภาคม 2556

“เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างขอแสดงความเสียใจที่รัฐมนตรีประดิษฐ์ปฏิเสธข้อเสนอในการชี้แจงสองฝ่ายแบบไม่เผชิญหน้ากัน แต่ยืนยันใช้อำนาจของรัฐมนตรีอันเหลือน้อยเกณฑ์โรงพยาบาลต่างๆ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาฟังการชี้แจงนโยบายฝ่ายเดียว ซึ่งไม่ตอบโจทย์ความขัดแย้งและไม่ตอบคำถามของโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างจึงมีมติไม่เข้าร่วมรับฟังคำชี้แจงฝ่ายเดียวของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพราะจะทำให้มีการนำไปแอบอ้างว่ายอมรับนโยบาย P4P นโยบาย P4P จะทำลายโรงพยาบาลชุมชนที่มีจุดเด่นที่วัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมและการทำงานดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ไม่ใช้การทำงานเพราะล่าแต้มแลกเงิน...

...ข้อเสนอที่ให้กระทรวงสาธารณสุขใช้ระบบ หนึ่งกระทรวงสองระบบ กล่าวคือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ใช้ระบบค่าตอบแทนตามภาระ (P4P) และโรงพยาบาลชุมชนกลับไปใช้ระบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเช่นเดิม...

...เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง มีความเห็นว่า ข้อเสนอข้างต้นเป็นทางออกที่ดีที่สุด แต่หากรัฐมนตรีประดิษฐ์ยังดื้อรั้นเดินหน้าใช้ P4P สำหรับโรงพยาบาลชุมชนต่อไป การอาระยะขัดขืนจะเดินหน้าต่อไปอย่างเข้มข้น และทางเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จะร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศไล่รัฐมนตรีประดิษฐ์ให้ออกไปจากกระทรวงสาธารณสุขให้ได้”

ในที่สุดเมื่อยังไม่มีมติคืบหน้าใดๆ จากกระทรวงสาธารณสุขหรือรัฐบาล ชมรมแพทย์ชนบทจึงตัดสินใจประกาศจะเดินหน้าชุมนุมอีกครั้งหน้าบ้านนายกรัฐมนตรีในวันที่ 6 มิถุนายน 2556 และได้รับการสนับสนุนการแสดงความบริสุทธิ์ใจว่าไม่ใช่มีอบจัดตั้ง จากกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ส่งอาสาสมัครเข้ารับการล้างไตที่หน้าบ้านนายกรัฐมนตรีด้วย⁵¹ ก่อนจะมีการเจรจาและออกแถลงข่าว ในวันที่ 30 พฤษภาคม 2556 โดยนายสุรนนท์ เวชชาชีวะ เลขาธิการนายกรัฐมนตรี พล.ต.ท.คำรณวิทย์ ธูปกระจ่าง ผู้บัญชาการตำรวจนครบาล พร้อมด้วย นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท และตัวแทนจากภาคสังคมอีกหลายท่าน ร่วมแถลงข่าวถึงการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนร่วมกันแก้ปัญหาข้อเรียกร้อง ในวันที่ 6 มิถุนายน 2556 แทนการออกมาชุมนุมคัดค้านที่หน้าบ้านนายกรัฐมนตรีตามที่เครือข่ายฯ ได้ประกาศไว้ อย่างไรก็ตาม ทางชมรมแพทย์ชนบทได้ประกาศเน้นย้ำว่าไม่ได้ยกเลิกการชุมนุมหน้าบ้านนายกฯ เพียงแค่เลื่อนออกไปเท่านั้น และหากผลการเจรจาในวันที่ 6 มิถุนายน ไม่เป็นที่น่าพอใจ ก็ยังยืนยันว่าจะมีการชุมนุมที่หน้าบ้านนายกฯ⁵²

ก่อนการหารือในวันที่ 6 มิถุนายน 2556 ได้มีการหารือเบื้องต้นในวันที่ 4 มิถุนายน 2556 โดยมีนายนิวัติธารง บุญทรงไพศาล รัฐมนตรีประจำสำนักนายกฯ และนายสุรนนท์ เวชชาชีวะ เลขาธิการนายกฯ ผู้แทนนายกรัฐมนตรีเป็นประธานในการหารือร่วมกับผู้แทนจากเครือข่ายความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ 3 ฝ่าย ได้แก่ กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ กลุ่มสหภาพแรงงานองค์กรเภสัชกรรม กลุ่มเครือข่ายผู้ประกอบการวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน และมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมชี้แจง โดยเครือข่ายฯ ได้แสดงหลักการในการหารือทั้ง 2 วันว่า การเจรจาดังนี้เป็น การเจรจาระหว่างเครือข่ายฯ กับผู้แทนนายกรัฐมนตรี มิใช่การเจรจากับรัฐมนตรีฯ และคณะ นอกจากนี้ข้อตกลงทั้งหมดที่จะ

⁵¹ แพทย์ชนบทเดินหน้าชุมนุมหน้าบ้านนายกฯ 6 มิ.ย. สำนักข่าวไทย. 27 พฤษภาคม 2556 [ออนไลน์] สืบค้นจาก

<http://www.mcot.net/site/content?id=51a2ec6f150ba0bf31000101#.Uka3cdK-2m4>

⁵² สุรนนท์เป็นคนกลางจัดเวทีพูดคุยให้มีอบแพทย์ชนบท. สำนักข่าวไทย. 30 พฤษภาคม 2556 [ออนไลน์] สืบค้นจาก

<http://www.mcot.net/site/content?id=51a71809150ba0ae5e000332#.Uk1ZmNKSJ-h>

เกิดขึ้นต้องได้รับฉันทามติจากเครือข่ายฯ โดยไม่มีการแยกส่วนเจรจา และหากไม่สามารถบรรลุข้อตกลงได้ การชุมนุมหน้าบ้านนายกรัฐมนตรีจะเกิดขึ้นในวันที่ 20 มิถุนายน 2556 โดยไม่มีการเลื่อนอีก

สรุปผลการหารือทั้งสองวันได้ว่า รัฐบาลยืนยันจะยกเลิกระบบระบบร่วมจ่าย (Co-Payment) ในระบบ สปสช. ทบทวนระบบ 30 บาทใหม่และจะยกเลิกหากพบว่าไม่คุ้มค่าและไม่เหมาะสม อีกทั้งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขยังยืนยันจะไม่โอนอำนาจการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพให้เขตบริการสุขภาพของกระทรวง สธ. และจะไม่แทรกแซงการบริหารงานของ สปสช. ด้วย

ในส่วนระบบการจ่ายเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่าย ให้ใช้ตามประกาศฉบับ 4,6 ไปก่อน จนกว่าร่างฉบับใหม่ (ฉบับ 10) จะแล้วเสร็จ โดยจัดตั้งคณะกรรมการจากกลุ่ม รพช. เข้าร่วมพิจารณา และมอบหมายเลขาธิการรัฐมนตรีและ ดร.คณิต แสงสุพรรณ คู่อำนาจดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน และสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนตามระบบ P4P ในโรงพยาบาลที่ขาดความพร้อม ให้ชะลอการทำได้ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556 จากนั้น 1 ตุลาคม 2556 ให้ใช้ระบบ P4P โดยกระทรวงยินดีให้แพทย์ชนบทตั้งคณะกรรมการขึ้นร่วมกับกรรมการจากกระทรวงในการปรับวิธีการทำ P4P ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลชุมชน โดยที่การใช้ให้เป็นไปตามความสมัครใจของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง

ผลการเจรจาได้รับการยืนยันจากนายสุรนนท์ ว่าถูกนำเข้าพิจารณาในการประชุมคณะรัฐมนตรีวันที่ 10 มิถุนายน 2556 หากแต่วันที่ 11 มิถุนายน 2556 นพ.เกรียงศักดิ์ ได้ออกแถลงการณ์ประมาณการเจรจาในวันที่ 4 และ 6 มิถุนายน ว่าเป็นการเจรจาลวงโลกและเป็นเพียงเกมการเมือง เมื่อพบว่าการแถลงข่าวผลการประชุมมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 10 มิถุนายน ไม่มีการพิจารณาเนื้อหาส่วนที่เป็นผลสรุปจากการเจรจา แต่กลับมีการพูดถึงการยอมรับระบบ P4P ซึ่งไม่เป็นความจริง และยืนยันว่าแพทย์ชนบทจะเดินหน้าชุมนุมเพื่อเรียกร้องข้อเสนอเรื่องเบี้ยเลี้ยง ข้าราชการกระทรวงฯ ให้ออกจากตำแหน่ง และจัดตั้งโรงพยาบาลคนจน ที่หน้าบ้านนายกฯ ในวันที่ 20 มิถุนายน แน่นนอน⁵³

ด้านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาชี้แจงว่าข้อเสนอทั้งหมดถูกนำเข้าพิจารณาในการประชุมคณะรัฐมนตรีครั้งนี้แล้วจริง คณะรัฐมนตรีรับทราบ และจะขออนัดแพทย์ชนบทเข้าร่วมพูดคุยเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดร่างค่าตอบแทนฉบับใหม่ในวันที่ 12 มิถุนายน 2556 ต่อไป

นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ กล่าวถึงสถานการณ์หลังจากนั้นว่าเต็มไปด้วยความไม่ชัดเจน และไม่แน่ใจว่าการผลักดันให้ข้อเสนออันเป็นผลจากการเจรจาจะให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจจริง นำมาซึ่งความไม่พอใจของเหล่าแพทย์ชนบท วันที่ 20 มิถุนายน 2556 เครือข่ายแพทย์ชนบทตัดสินใจจัดชุมนุมใหญ่ที่ศูนย์ประชุม Convention center ในศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะเพื่อติดตามผลจากการเจรจา กดดันให้ผลจากการเจรจามีผลจริง และสร้างความฮึกเหิมให้กับทีมโรงพยาบาลชุมชน ที่มีเพียงหน้าเพจทางโซเชียลมีเดียไว้พบปะ แลกเปลี่ยนข้อมูล และรักษากระแสการคัดค้าน P4P อยู่ขณะนั้น

ประเด็นขัดแย้งในแง่เนื้อหาสาระ

นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ อธิบายการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน Pay for Performance หรือ P4P ที่กำลังเป็นกรณีพิพาทในวงการสุขภาพในขณะนี้ว่า ตามหลักการในต่างประเทศ P4P คือระบบการจ่ายค่าตอบแทนการให้บริการทางการแพทย์ ที่ริเริ่มมาจากความพยายามแก้ปัญหาการจ่ายค่าตอบแทนแบบงานมาก (ปริมาณ ใช้เวลา ความยาก) ได้ค่าตอบแทนมาก หรือเรียกว่า Fee for service (FFS) ที่เมื่อเน้นปริมาณงานที่มากขึ้นแล้วกลับพบว่าคุณภาพในการรักษาลดต่ำลง หรือเกิดผลทางลบกับผู้ป่วยมากขึ้น P4P จึง

⁵³ แพทย์ชนบทสับสนท่าทีหมอประดิษฐ์. เดลินิวส์. 11 มิถุนายน 2556 [ออนไลน์] สืบค้นจาก www.dailynews.co.th/politics/211159

ถูกออกแบบมาเพื่ออุดหนุนเรื่องนี้ ด้วยการสร้างตัวชี้วัดที่จะสะท้อนผลลัพธ์ด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลและคุณภาพของการบริการด้วย

หลายฝ่ายแสดงความเห็นต่อกรณีการคิดเบี้ยเลี้ยงตามผลการปฏิบัติงาน เช่น แสง บุญเฉลิมวิภาส⁵⁴ ให้ความเห็นว่า “ดูเหมือนจะเป็นเรื่องที่ดี กล่าวคือ ใครทำงานมาก ย่อมได้ค่าตอบแทนมาก แต่เมื่อนำหลักดังกล่าวมาใช้กับลักษณะงานทางการแพทย์ ซึ่งมีลักษณะเป็นวิชาชีพ (Profession) อาจจะไม่เหมาะสม และสะท้อนให้เห็นว่าผู้บริหารในกระทรวงยังไม่เข้าใจลักษณะงานที่เป็นวิชาชีพอย่างแท้จริง ที่มีความแตกต่างจากการประกอบอาชีพ (Occupation) โดยทั่วไป และแตกต่างจากการประกอบธุรกิจอย่างมาก หรืออาจจะมี ความเข้าใจ แต่ตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนให้เป็นไปตามแนวนโยบายที่ต้นตองการ”⁵⁵

เหตุผลที่ผู้คัดค้านเสนอว่า P4P ยังไม่เหมาะกับการนำมาบังคับใช้กับทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย นั้น น.พ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ ให้ความเห็นว่า “เงื่อนไขการทำงานที่สำคัญของ P4P คือระบบข้อมูลแบบ Routine data ของไทยเรานั้นยังไม่มีความพร้อมและไม่น่าเชื่อถือพอที่จะใช้สร้างตัวชี้วัดที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมได้ การยืนยันจะใช้ P4P ทั้งๆ ที่ระบบยังไม่มีความพร้อมเช่นนี้จะสร้างปัญหาเหมือนกับ FFS ในต่างประเทศ และจะยิ่งเพิ่มภาระ เพิ่มความซับซ้อนของปัญหาให้กับระบบบริการสุขภาพ”⁵⁶ นพ.สุภัทร ฮา สุวรรณกิจ ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า “การให้บริการสุขภาพในบริบทโรงพยาบาลชุมชนของไทยนั้นมีความ สะเอียดอ่อนเกินกว่าที่ระบบการจ่ายตามผลการปฏิบัติงานจะครอบคลุมได้ในขณะนี้ เนื่องด้วยความเป็น โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานอนามัยจะมีความใกล้ชิดกับชุมชนมาก ความสัมพันธ์ระหว่างหมอและผู้ป่วยมีได้ ฉนวนวยเพียงแค่ผู้รับและผู้ให้บริการ แต่มีความสนิทสนมคุ้นเคย เข้าใจลักษณะผู้คนและชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้อง ด้วย ซึ่งล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการและการรักษาพยาบาล การเยี่ยมบ้านที่ใช้เวลานาน การที่ หมอใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้นเพื่อหวังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่างๆเหล่านี้ไม่มีความจำเป็นเลยหากมีค่า เท่ากับการตรวจด้วยความเร็วปกติ ซึ่งก็ได้แต่คุ้มเท่านั้นหากเป็นระบบ P4P นอกจากนี้ โรงพยาบาลชุมชนยังเป็นองค์กรที่มีขนาดเล็ก มีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล รวมกันมีจำนวนไม่มากนัก วัฒนธรรม องค์กรและการช่วยกันทำงานเป็นทีมมีความสำคัญมาก จึงเล็งเห็นว่า P4P น่าจะเป็นนโยบายที่ทำลายน้ำใจ และสามัคคีธรรมในการทำงานเป็นทีมแห่งวิชาชีพมากกว่า”⁵⁷

อย่างไรก็ตาม ฝ่ายแพทย์ชนบทได้เสนอระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบใหม่ ให้ทำแทน P4P นั่นคือ PQO หรือ Pay for quality and outcome เป็นการประเมินคุณภาพการบริการที่ไม่มีการบันทึกคะแนนจุด แต่มุ่งเป็นการประเมินตามผลการปฏิบัติงานที่ดูผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการ วัดได้ทั้งผลลัพธ์ต่อประชาชน ผลในระดับบุคคล ทีมงาน โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ นอกจากนี้ยังให้โรงพยาบาลชุมชนเลือก ทำตามความสมัครใจ ไม่บังคับ และประการสุดท้ายที่สำคัญคือไม่มีการตัดเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเดิม และจะ กลับไปใช้การแบ่งพื้นที่และอัตรา เช่นเดียวกับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฉบับ 4 และฉบับที่ 6 ซึ่งแพทย์ชนบทยืนยันว่า PQO เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน และจะส่งเสริมคุณภาพบริการและการรักษาพยาบาลได้มากกว่า P4P แน่นนอน⁵⁸

สรุปหลักการที่แตกต่างที่ทำให้แพทย์ชนบทยืนกรานไม่รับ P4P และเลือกที่จะทำ PQO นั้น ได้ดังนี้

⁵⁴ ที่ปรึกษาศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประธานกรรมการจริยธรรมประจำ

ราชบัณฑิตยสถาน และกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

⁵⁵ แสง บุญเฉลิมวิภาส. การคิดเบี้ยเลี้ยงตามผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมหรือทำลายจริยธรรมแห่งวิชาชีพ.

⁵⁶ ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. การจ่ายค่าตอบแทนตามภาระและผลการปฏิบัติงาน (P4P : Pay for Permanance)

⁵⁷ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. แคร่เรื่องเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ทำไมแพทย์ชนบทต้องไถ่รัฐมนตรี และ อารยะชัดขึ้น ด้าน P4P กระทรวงสาธารณสุข

⁵⁸ เกียรติศักดิ์ วัชรกุลเกียรติ. เปิดหลักเกณฑ์คิวโอ พี4พี ฉบับแพทย์ชนบท [ออนไลน์] สืบค้นจาก

<http://www.hfocus.org/content/2013/06/3537#sthash.g24tYJ6x.dpuf>

PQO	P4P
Win win and win - ประชาชนได้ วัตถุประสงค์คุณภาพ - เจ้าหน้าที่ได้ ทำงานเต็มที่ตามวิชาชีพ - องค์กรได้ สามัคคี ร่วมในการทำงาน	Lost lost and lost - ประชาชนเสีย ลดทอนคุณค่าคน - เจ้าหน้าที่เสีย พะวงจตแต่้ม เครียด - องค์กรเสีย แตกสามัคคี เห็นแก่เงิน
Voluntary - สมัครใจ	Compulsory - บังคับทำ
On top payment - โบนัสเสริม เติมเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย	Replace payment - ทดแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย
ไม่จตแต่้ม รอวัดที่ผลงาน	เก็บแต่้ม จดคะแนน

ที่มา : <http://www.hfocus.org/content/2013/06/3537>

ค) ขั้นที่ 3 การแสวงหาทางออกร่วมกัน

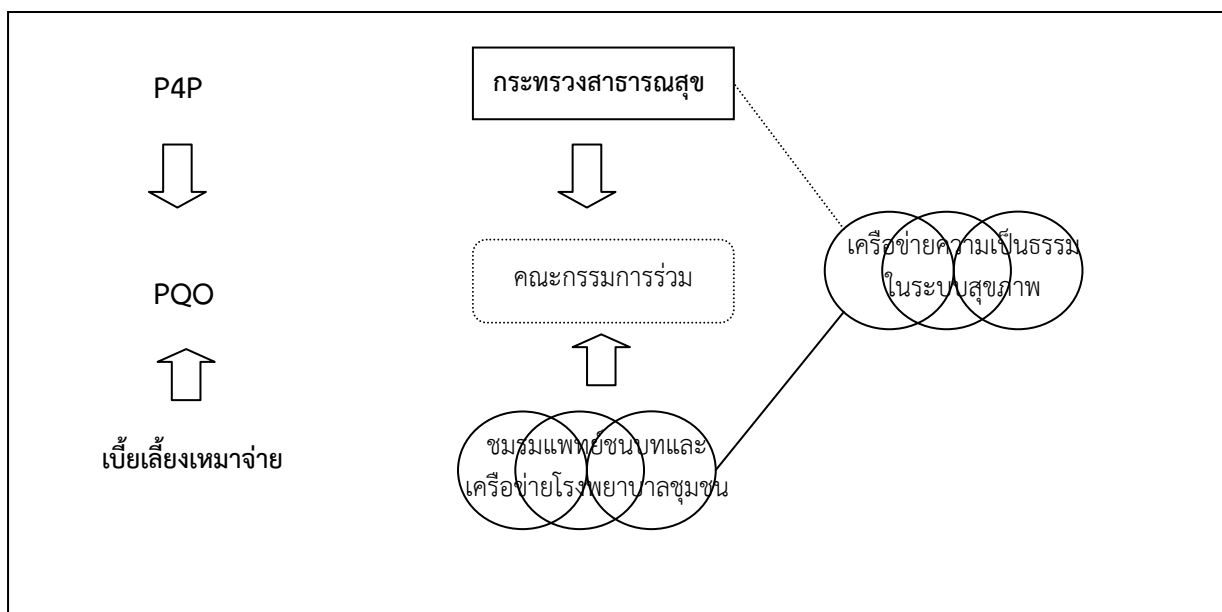
ท่ามกลางสถานการณ์ที่คลุมเครือและสับสนนั้น ความตระหนักจากทุกฝ่ายถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น หากความขัดแย้งยังดำเนินต่อไปไม่สิ้นสุดได้เกิดขึ้น กระบวนการแต่งตั้งคณะกรรมการ 3 ชุด จากทั้งสองฝ่าย เพื่อแสวงหาทางออกร่วมกันจึงเริ่มขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่างระเบียบเกี่ยวกับระบบการเยียวยาค่าชดเชย แก่ผู้ได้รับผลจากการยกเลิกการจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ระเบียบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฉบับที่ 10 และระเบียบ PQO หรือ pay for quality and outcome ที่จะมาใช้แทน P4P โดยการร่างระเบียบจะอยู่ภายใต้การดูแล ของประธาน คือ ดร.คณิต แสงสุพรรณ และ สปสช. ทั้งนี้ ในระหว่างที่คณะกรรมการกำลังร่างระเบียบ ข้าราชการเหตุการณ์ความขัดแย้งในช่วงนี้เบาบางลง แต่ก็ยังคงมีการเผยแพร่แถลงการณ์จุดยืนค้าน P4P ขอคืนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย จากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดต่างๆ อยู่เรื่อยๆ

วันที่ 15 สิงหาคม 2556 ชมรมแพทย์ชนบทประกาศข่าวร่างระเบียบทั้ง 3 ชุดแล้วเสร็จ เพียงรอการลงนามประกาศใช้

นับจากปลายเดือนมิถุนายน จนถึงครึ่งหลังของเดือนกันยายน มีความเคลื่อนไหวที่แสดงถึงความพยายามที่จะหาทางแก้ไขและกำหนดแนวทางทำงานเพื่อให้ได้ข้อยุติ และในที่สุด วันที่ 25 กันยายน 2556 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับชมรมแพทย์ชนบท ได้จัดประชุมแพทย์ชนบททั่วประเทศ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการจ่ายค่าตอบแทนตามคุณภาพและผลงาน (Pay for Quality and Outcome: PQO) ที่เสนอแทนการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน หรือ P4P ซึ่งเป็นการจ่ายค่าตอบแทนโดยดูจากผลของการทำงานเป็นทีม และความสำเร็จในการลดการป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นรายคน

จากความขัดแย้งและความพยายามคลี่คลายปัญหาที่เกิดขึ้นข้างต้น พอจะสรุปให้เห็นถึงกลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

แผนภาพที่ 6 กลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่ขับเคลื่อนนโยบาย P4P



การที่กระทรวงสาธารณสุขปรับเปลี่ยนท่าทีจนนำไปสู่การยอมรับฟังข้อทักท้วงจนได้ทางออกถือเป็นความพยายามปรับความคิดร่วมกันเพื่อหาหนทางในการแก้ไขปัญหาและลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นลง ที่สำคัญการลดทอนที่ยืนกรานตามอำนาจรัฐและหนทางเจรจากันถือเป็นท่วงท่าการทำงานที่สำคัญยิ่งเพราะเป็นโอกาสสำคัญที่**ประโยชน์สาธารณะ**ได้ การหยิบยกขึ้นมา**พิจารณาจากหลายมุมมอง**อย่างชอบธรรมเป็นครั้งประวัติศาสตร์ ขณะเดียวกัน นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้เขียนบทความตีพิมพ์ลงในหนังสือพิมพ์เพื่อจะสื่อให้เห็นภาพใหญ่ของการยืนยันว่าจะเดินหน้าการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข ปฏิรูประบบสุขภาพและโครงสร้างการแบ่งเขตบริการสุขภาพต่อไป⁵⁹

2) สรุปบทเรียนจากการศึกษา

เมื่อวิเคราะห์พัฒนาการและการคลี่คลายความขัดแย้งกรณีนโยบาย P4P ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความขัดแย้งในกรณี P4P แสดงให้เห็นถึงความตึงเครียดของระบบอภีบาล 2 แบบที่มีดำรงอยู่ร่วมกันในปัจจุบัน ได้แก่ ระบบอภีบาลแบบรัฐ โดยเฉพาะในฝ่ายกระทรวงที่ให้ความสำคัญกับการใช้อำนาจบังคับบัญชาเหนือกลไกอื่นๆ ประกอบกับการใช้แนวคิดของระบบอภีบาลแบบตลาดผ่านนโยบาย P4P ที่ให้ความสำคัญกับการเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุดของการให้บริการ และที่สำคัญระบบอภีบาลทั้ง 2 แบบนี้ ทำงานร่วมกันอยู่ในกลไกอภีบาลระบบสุขภาพที่มีภารกิจที่สำคัญในการให้บริการสาธารณะ

บทเรียนที่สำคัญจากการคลี่คลายความขัดแย้งในกรณีนี้คือ ความจำเป็นในการเปิดพื้นที่เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันของคู่ขัดแย้งทั้งสองฝ่าย หรืออีกนัยหนึ่งคือ การลดอิทธิพลของแนวคิดของระบบอภีบาลแบบรัฐ และใช้เครื่องมือการทำงานในระบบอภีบาลแบบเครือข่ายให้มากขึ้น เพื่อนำไปสู่การแสวงหาทางออกร่วมกันอันได้แก่ การเจรจาและการถกแถลงด้วยเหตุผลและข้อเท็จจริงเพื่อทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบต่อ

⁵⁹ ณรงค์ สหเมธาพัฒน์. การปฏิรูปกระทรวงมหาดไทย ยุค นพ.ประดิษฐ์ โพสท์ทูเดย์. 30 กันยายน 2556.

ประโยชน์สาธารณะด้วยทัศนะที่กว้างกว่าเดิม ซึ่งจากผลการทดลองที่เริ่มต้นจาก เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย - P4P - PQO ไม่เพียงแต่คลี่คลายความตึงเครียดภายในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ หากแต่ยังสามารถผลักดันให้เกิดการสร้างสมดุลระหว่างแนวคิดของระบบอภิบาลแบบตลาด และเป้าหมายในการให้บริการสาธารณะของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในท้ายที่สุดด้วย

ลำดับเหตุการณ์

วันที่	รายละเอียด
13 มีนาคม 2556	ที่ประชุมกระทรวงสาธารณสุขมีมติเห็นชอบทบทวนการจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย มติดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 2 เรื่อง คือ 1. เกิดการกำหนดเกณฑ์ความทุรกันดารใหม่ โรงพยาบาลหลายแห่งถูกปรับนิยามจากการเป็นโรงพยาบาลในพื้นที่กันดาร มาเป็นโรงพยาบาลในเขตเมือง ทำให้ได้รับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายน้อยลง ขณะที่โรงพยาบาลหลายแห่ง ยังเป็นโรงพยาบาลในพื้นที่กันดารเช่นเดิม และได้เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเท่าเดิม 2. มีการจ่าย ค่าตอบแทนระบบใหม่เพิ่มเติม เรียกว่า การจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance: P4P) จ่ายให้บุคลากรสาธารณสุขในหลากหลายกลุ่มวิชาชีพ เจตนาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ
14 มีนาคม 2556	แพทย์ชนบทกว่า 730 แห่ง ประกาศจะแต่งกายด้วยชุดดำเพื่อประท้วงรัฐมนตรีสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีนโยบายปรับเปลี่ยนค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฉบับที่ 4, 6 มาใช้หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (P4P: Pay for Performance) แทน โดยจะเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2556 ซึ่งการลดเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายนั้นจะเริ่มตั้งแต่ตุลาคม 56 โดยลดลงครึ่งหนึ่ง และยกเลิกการจ่ายในเดือนตุลาคมปี 57 รพช. ต่างๆ และสปสช. บางเขตที่ไม่เห็นด้วยเริ่มแต่งชุดดำเพื่อประท้วงและถ่ายรูปเผยแพร่ทางโซเชียลมีเดีย ตั้งแต่บัดนั้นเรื่อยมาจนถึงเดือนเมษายน
25 มีนาคม 2556	สมาพันธ์โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปแห่งประเทศไทย (สพศท.) ชุมนุมให้กำลังใจกรมต.สาธารณสุข สนับสนุนการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (P4P)
26 มีนาคม 2556	เครือข่ายชมรมแพทย์ชนบทจากทั่วประเทศเดินทางมาชุมนุมที่หน้าทำเนียบรัฐบาลเพื่อเรียกร้องการยกเลิกเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ นอกจากนี้ กลุ่มแพทย์ชนบททั้งหมดจะกล่าวคำปฏิญาณไม่ยอมรับผู้นำอย่าง นพ.ประดิษฐ เนื่องจากการปรับวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P เหมือนการบั่นทอนจิตใจ และเป็นการนำผู้ป่วยมาเป็นตัวประกัน ด้านนพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังคงเตรียมเชิญตัวแทนโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการแบ่งพื้นที่ และกรอบอัตราค่าตอบแทนต่างๆ ตามแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน หรือ P4P อีกครั้ง และจะรวบรวมข้อเสนอให้กับรองนายกรัฐมนตรีในวันที่ 29 มี.ค.นี้ ก่อนนำเข้าครม.สัญจร วันที่ 30-31 มี.ค.นี้ เพื่อพิจารณา ให้ทันตามกรอบระยะแรกในวันที่ 1 เม.ย.นี้
29 มีนาคม	กระทรวงสาธารณสุขประกาศแจ้งการจัดพื้นที่โรงพยาบาลประกอบการเบิกเบี้ยเลี้ยงเหมา

2556	จ่ายในแบบใหม่
31 มีนาคม 2556	คณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ
1 เมษายน 2556	การจ่ายค่าตอบแทนระบบ P4P มีผลบังคับใช้ตามกฎหมาย
4 เมษายน 2556	ตัวแทน รพ. 3 จังหวัดชายแดนใต้ ออกแถลงการณ์จุดยืนของชมรมโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนใต้ต่อ การจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (P4P: Pay for Performance) 1. ไม่รวมทำงานในฐานะกรรมการในระดับเขตและระดับกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้จะมีการลาออกอย่างเป็นทางการ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2556 เป็นต้นไป 2. ไม่รวมกิจกรรมทั้งหมดที่ทางกระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นตั้งแต่ระดับเขตขึ้นไป 3. ไม่เข้าร่วมกับกิจกรรมใดๆที่เกี่ยวข้องกับการประชุมชี้แจง P4P 4. ไม่รับการตรวจราชการในระดับเขตขึ้นไป 5. ไม่เอา P4P มาใช้ในเครือข่ายชมรมโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เพราะจะสร้างความขัดแย้งและทำลายวัฒนธรรมที่ดีงามในองค์กรตั้งแต่ระดับอำเภอจนถึงระดับประเทศ 6. จะมีการขึ้นป้ายเพื่อแสดงออกถึงการไม่เอาหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (P4P) ทุกโรงพยาบาล 7. จะมีการแต่งกายในชุดสีดำทุกวันศุกร์ทุกโรงพยาบาล เพื่อแสดงออกถึงการไม่เห็นด้วย 8. ชมรมโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จะยืนเคียงข้างกับชมรมแพทย์ชนบท โดยจะเข้าร่วมทุกกิจกรรมที่มีการดำเนินการโดยชมรมแพทย์ชนบท
6 เมษายน 2556	สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข แจ้งข้อเท็จจริง กรณี P4P
9 เมษายน 2556	ชมรมแพทย์ชนบท เครือข่ายทันตแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน ทันตภุธร ชุมชนผู้คัดค้าน P4P ที่โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ต พร้อมทั้งยื่นจดหมายถอดถอนพ.ประดิษฐ์ สินธวันรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ที่พรรคเพื่อไทย เครือข่ายวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุข แถลงการณ์สนับสนุน P4P ด้วยเหตุผล 8 ประการ พร้อมทั้งเสนอกระทรวงสาธารณสุข เร่งทำความเข้าใจบุคลากร และสร้างเกณฑ์ที่ปฏิบัติได้โดยง่าย(ในเอกสารแถลงการณ์ไม่มีลายมือชื่อของ นายกทันตแพทยสภา และนายกสภาเภสัชกรรม)
10 เมษายน 2556	แถลงการณ์ เกสซ์ชนบท ให้คงการจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย โดยปรับอัตราเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างวิชาชีพ เสนอให้นาระบบ P4P มาทดลองใช้แบบจ่ายเพิ่ม และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย
11 เมษายน 2556	เครือข่ายทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ชมรมทันตสาธารณสุขภุธร รวบรวมรายชื่อ เพื่อสอบถามนายกทันตแพทยสภา ถึงความชัดเจนเรื่องแถลงการณ์สนับสนุน P4P กับเครือข่ายวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข

16 เมษายน 2556	ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมทันตแพทย์ และวิชาชีพสุขภาพ บุกแสดงเจตจำนงหน้าพรรคเพื่อไทย ไม่เอา p4p และขอให้พรรคตรวจสอบการทำงานของรัฐมนตรีประติษฐ์ ให้ได้ รมต.ประติษฐ์ โหมะรัฐมาตริออกไป ทำพรรคเสียหาย ทำกระทรวงสาธารณสุขเสียหายและทำให้คนชนบท เสียโอกาส
18 เมษายน 2556	ตัวแทนทันตแพทย์จาก รพช.และเครือข่าย เข้าพบนายกทันตแพทยสภา ได้พบปะทำความ เข้าใจในกรณีแถลงการณ์สนับสนุน P4P ของทันตแพทยสภา ร่วมกับองค์กรอื่นๆ เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2556 ได้มีการพูดคุยและทำความเข้าใจกัน 18 เมษายน 2556 “พืตอนยีนย่นว่ทันตแพทยสภาเป็นสภาวิชาชีพที่เป็นกลางแน่นอน เรื่อง P4P เป็นเรื่องนโยบายและแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข...เรื่องแถลงการณ์สภา วิชาชีพ เมื่อวันที่ 9 เมย. ที่ผ่านมว่ พืตอนยีนย่นว่ไม่ได้ร่วมแถลงการณ์แน่นอนเพราะอยู่ที่ หาดใหญ่ ไม่ทราบเรื่องมาก่อน ได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์จากเลขาแพทยสภาให้ร่วมลงชื่อ และร่วมแถลงการณ์ สนับสนุน P4P แต่ได้ตอบปฏิเสธไปเนื่องสมาชิกรมีความเห็นต่าง สำหรับ แถลงการณ์ที่มีชื่อทันตแพทยสภาอยู่ด้วย ก็ไม่ได้มีการลงนามไว้ พืตอนได้โทรไปตอว่เลขา แพทยสภาแล้วว่ทำไมยังมีชื่อทันตแพทยสภาอยู่ ได้รับคำตอบว่เอกสารทำไว้ก่อนแล้ว แก่ ไม่ทัน”
24 เมษายน 2556	ชมรมแพทย์ชนบทและเครือข่าย ชุมชนขับไล่ รมต.สาธารณสุข ณ กระทรวงสาธารณสุข ช่วง บ่าย ผู้ชุมนุม ยื่นเรื่องตอสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ขอให้ตรวจสอบเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยง เหมากจ่าย และการจ่ายค่าตอบแทนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข
10 พ.ค. 2556	แถลงการณ์จุดยืน โรงพยาบาลชุมชน 7 จังหวัดภาคใต้ ไม่เอา P4P และเพื่อยีนย่นว่ แถลงการณ์เอาจริงเลยใส่ชุดดำมาชุมนุมประกาศเจตนารมณ่ไม่เอา P4P ยอมทนร้อน หอง ประชุมมีก็ไม่ว่เข้า จุดยืนชัดหนึ่งกระทรวงสองระบบ โรงพยาบาลชุมชนใช้เบี้ยเลี้ยงเหมากจ่าย ไม่ทำ P4P แถลงการณ์เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง (ตริง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) วันที่ 10 พฤษภาคม 2556 โรงพยาบาล ชุมชน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างยีนย่นสิทธิอารยะขัดขืนและคัดค้านการใช้ P4P ใน โรงพยาบาลชุมชน ขอแสดงจุดยืนดังนี้ 1. เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างขอแสดงความเสียใจที่รัฐมนตรี ประติษฐ์ปฏิเสธข้อเสนอในการชี้แจงสองฝ่ายแบบไม่เผชิญหน้ากัน แต่ยีนย่นใช้ อำนาจของรัฐมนตรีอันเหลือน้อยเกณฑ์โรงพยาบาลต่างๆและโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลมาฟังการชี้แจงนโยบายฝ่ายเดียว ซึ่งไม่ตอบโจทยความขัดแย้งและไม่ ตอบคำถามของโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนใน 7 จังหวัดภาคใต้ ตอนล่างจึงมีมติไม่ว่เข้าร่วมรับฟังคำชี้แจงฝ่ายเดียวของรัฐมนตรีว่การกระทรวง สาธารณสุข เพราะจำทำให้มีการนำไปแอบอ้างว่ยอมรับนโยบาย P4P นโยบาย P4P จะทำลายโรงพยาบาลชุมชนที่มีจุดเด่นที่วัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมและการ ทำงานดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ไม่ว่การทำงานเพราะล่าแต้มแลก เงิน

	2. เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ขอสนับสนุนจุดยืนของชมรมแพทย์ชนบทต่อกรณีนโยบาย P4P กล่าวคือ - ข้อเสนอที่ให้กระทรวงสาธารณสุขใช้ระบบ หนึ่งกระทรวงสองระบบ กล่าวคือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ใช้ระบบค่าตอบแทนตามภาระ (P4P) และโรงพยาบาลชุมชนกลับไปใช้ระบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเช่นเดิม - ขอให้ทางกระทรวงสาธารณสุขคืนประกาศฉบับที่ 4, 6 นำกลับมาใช้เช่นเดิมทั้งฉบับ โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนใดๆทั้งสิ้น กล่าวคือคงเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายของแพทย์ ทันตแพทย์ ในอัตราเดิม และคงอัตราสำหรับบุคลากรที่มีอายุงานเกิน 21 ปีไว้เช่นเดิมด้วย และเพื่อลดความแตกต่างของค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายระหว่างวิชาชีพ ควรให้มีการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับวิชาชีพเภสัชกร พยาบาล และวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งวิชาชีพสาย back office หรือสายบริหาร ทั้งที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย 3. เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง มีความเห็นว่า ข้อเสนอข้างต้นเป็นทางออกที่ดีที่สุด แต่หากรัฐมนตรียังต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย P4P สำหรับโรงพยาบาลชุมชนต่อไป การอารยะขัดขืนจะเดินหน้าต่อไปอย่างเข้มข้น และทางเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จะร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศไ้รัฐมนตรีให้ออกไปจากกระทรวงสาธารณสุขให้จงได้
30 พ.ค. 2556	ที่ทำเนียบรัฐบาล นายสุรนนท์ เวชชาชีวะ เลขาธิการนายกรัฐมนตรี พล.ต.ท.คำรณวิทย์ ธูปกระจ่าง ผบ.ชน.น.พ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท นพ.วชิระ บลพิบูลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพวง จ.นครราชสีมา ในฐานะอดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท น.ส.สารี อ๋องสมหวัง กลุ่มคนรักหลักประกันเครือข่ายผู้บริโภค นายวัฒน์ กวางแก้ว ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ HIV AIDS นายระวี ภูพะกา พนักงานชำนาญงาน 7 องค์การเภสัชกรรม และนายสมชาย กล้าน้อย รองประธานสหภาพรัฐวิสาหกิจองค์การเภสัชกรรม ได้ร่วมแถลงข่าวยกเลิกการชุมนุมหน้าบ้านนายกรัฐมนตรี นายสุรนนท์ กล่าวว่า ตนและพล.ต.ท.คำรณวิทย์ ได้หารือกับตัวแทนของกลุ่มที่ต้องการเสนอข้อคิดเห็นในเรื่องของการบริหารงานสาธารณสุขและระบบหลักประกันสุขภาพ ต่อ น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ซึ่งทุกคนมีความตั้งใจที่จะหาทางออกที่เป็นประโยชน์สูงสุด ไม่ได้เป็นการชุมนุมทางการเมือง โดยการหารือวันเดียวกันนี้ ได้มีข้อตกลงร่วมกันว่าชมรมแพทย์ชนบทและเครือข่ายจะไม่มีการชุมนุมที่หน้าบ้านพักของนายกรัฐมนตรี ในวันที่ 6 มิ.ย. นี้ แต่จะส่งตัวแทนของชมรมแพทย์ชนบท และทีมงานข้อมูลวิชาการ รวม 20 คน จะมาพูดคุยกันด้วยเหตุและผลในการประชุมเชิงปฏิบัติการ (เวทีเวิร์คช็อป) ร่วมกับคณะของนพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รมว.สาธารณสุข ในวันที่ 6 มิ.ย. เวลา 10.00 น. ที่ทำเนียบรัฐบาล โดยมีคนกลางคือนายนิวัฒน์ธำรงค์ บุญทรงไพศาล รมต.สำนักนายกรัฐมนตรี และตน เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการตั้งเวทีเพื่อหาทางออกและแก้ปัญหาร่วมกัน ตนยืนยันว่าข้อมูลจากทั้ง 2 ฝ่ายจะถึงมือนายกรัฐมนตรีอย่างแน่นอน ทั้งนี้ขอยืนยันว่ารัฐบาลไม่ยอมรับใครก็ตามที่ต้องการมาชุมนุมประท้วงเพื่อกดดันรัฐบาล

4 มิถุนายน 2556	มีการปรึกษาหารือเพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ครั้งที่ 1 โดยมีนายสุรนนท์ เวชชาชีวะ เลขธิการนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน หารือร่วมกับผู้แทนจาก 3 ฝ่าย ได้แก่ 1. กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ 2. กลุ่มสหภาพแรงงานองค์การเภสัชกรรม 3. กลุ่มเครือข่ายผู้ประกอบการวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน และมี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.ประดิษฐ์ สินธวณรงค์ และปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ เข้าร่วมชี้แจง <u>สรุปประเด็นผลรวมการหารือ</u> ระบบร่วมจ่าย (Co-Payment) ในระบบ สปสช. รัฐบาลยืนยันยกเลิก 30 บาท รัฐบาลจะยกเลิกหากทบทวนแล้วว่าไม่คุ้มค่าและไม่เหมาะสม รพ.สต. ยืนยันไม่โอนอำนาจการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพให้เขตบริการสุขภาพของกระทรวงสต. และยืนยันจะไม่แทรกแซงการบริหารงานของ สปสช.
6 มิถุนายน 2556	มีการปรึกษาหารือเพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ครั้งที่ 2 โดยมีนายสุรนนท์ เวชชาชีวะ เลขธิการนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน หารือร่วมกับผู้แทนจาก 3 ฝ่าย ได้แก่ 1. กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ 2. กลุ่มสหภาพแรงงานองค์การเภสัชกรรม 3. กลุ่มเครือข่ายผู้ประกอบการวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน และมี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.ประดิษฐ์ สินธวณรงค์ และปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ เข้าร่วมชี้แจง <u>สรุปประเด็นผลรวมการหารือ</u> เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ให้ใช้ประกาศฉบับ 4,6 (เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย, ค่าบริการ + ค่าผ่าตัด + ค่าล่วงเวลา) ไปก่อน จนกว่าร่างฉบับใหม่ (ฉบับ 10) จะแล้วเสร็จ โดยจัดตั้งคณะกรรมการจากกลุ่ม รพช. เข้าร่วมพิจารณา และมอบหมายเลขานายกรัฐมนตรีและ ดร.คณิต แสงสุพรรณดูแลดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน P4P ใน รพ. ที่ไม่พร้อม ให้ชะลอการทำได้ถึง 30 ก.ย. จากนั้น 1 ต.ค. ให้ใช้ P4P โดยกระทรวงยินดีให้แพทย์ชนบทตั้งคณะกรรมการขึ้นร่วมกับกรรมการจากกระทรวงในการปรับวิธีการทำ P4P ให้เหมาะสมกับ รพช. แต่การใช้ให้เป็นไปตามความสมัครใจของ รพช. แต่ละแห่ง
10 มิถุนายน 2556	เอกสารข้อสรุปจากการประชุมหารือเมื่อวันที่ 4 และ 6 มิถุนายน 2556 เขียนระบุใครค้ำ P4P จะไม่มีการเยียวยาใดๆ นำมาซึ่งความไม่พอใจของกลุ่มแพทย์ชนบทที่กล่าวว่า “ในขณะที่เวทีเจรจา เลขานุการนัดพูดคุยว่าจะเยียวยาทุกคนจนเท่ากับฉบับ 4,6 เราไม่ได้แค่นเพราะเราไม่ได้เงินเยียวยา แต่แค่นเพราะถูกหักหลัง ความคับแค้นครั้งนี้จะไปแสดงออกที่หน้าบ้านนายกยิ่งลักษณ์ในวันที่ 20 มิถุนายน”
12 มิถุนายน 2556	สืบเนื่องจากวันนี้ รัฐมนตรีฯ สั่งการให้ปลัดกระทรวงฯ ประชุมตัวแทนกลุ่มวิชาชีพในหน่วยบริการทุกระดับ ในวันที่ (12 มิ.ย. 56) เวลา 16.00 น.ที่กระทรวงสาธารณสุข โดยเชิญผู้แทนจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

	โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนจากทุกวิชาชีพ สำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลาง เข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการทำงานพัฒนาระบบค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน หรือ P4P และตั้งคณะทำงานอย่างเป็นทางการนั้น นพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม กล่าวว่า แพทย์ชนบทมีจุดยืนที่ไม่เปลี่ยนและผลการเจรจาที่ตรงกันและได้มีการระบุไว้ชัดเจนว่า 1. ยืนยันการมีเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเช่นเดิมมีความสำคัญในการคงวิชาชีพสุขภาพในชนบท ดังนั้นชมรมแพทย์ชนบทของกองอัตรากำลังและแนวทางเดิมในประกาศฉบับ 4,6 ไว้ทุกประการ 2. เราสนับสนุนให้มีการปรับอัตราเพิ่มของวิชาชีพอื่นๆให้เหมาะสมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ แต่ต้องคงหลักการนี้ไว้โดยไม่ปรับลดก่อน 3. ระหว่างการร่างประกาศเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฉบับใหม่ใน 60 วัน กระทรวงสาธารณสุขจะมีการเี่ยวยาทุกคนให้ได้ค่าตอบแทนเหมือนการใช้ประกาศฉบับ 4,6 4. กรณี P4P จะต้องเป็นการทำโดยสมัครใจไม่ใช่บังคับ ช่มชืด ณ 1 ต.ค.56 หากการปรับแต่งเกณฑ์การวัด P4P ใหม่ออกมาไม่น่าทำยังเป็นการเก็บแต้มรายการกิจกรรม ก็เป็นสิทธิของ รพ.ที่จะไม่ทำต่อไป
20 มิถุนายน 2556	เครือข่ายแพทย์ชนบทจัดชุมนุมใหญ่ที่ศูนย์ประชุม convention center ในศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะเพื่อติดตามผลจากการเจรจา กดดันให้ผลจากการเจรจามีผลจริง และสร้างความฮึกเหิมให้กับทีมโรงพยาบาลชุมชน โดยมีดร.คณิต แสงสุพรรณมาร่วมพูดและตอบคำถาม
28 มิถุนายน 2556	นพ.วชิระ บถพิบูลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท รศ.ดร.ภญ.จิราพร ลีพานานนท์ ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล อธิบดีรอกปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายระวี ภูระกา ประธานสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจองค์การเภสัชกรรม (สร.อภ.) ผศ.ดร.ภญ.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี ผู้จัดการแผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้ทรงคุณวุฒิระดับ 11 ด้านการควบคุมป้องกันโรค, ศ.ดร.ภญ.กาญจน์พิมล ฤทธิเดช และนายชำนาญ พิเชษฐ์พันธ์ นักกฎหมาย ถอนตัวจากการร่วมเป็นคณะผู้รับฟังการชี้แจงข้อเท็จจริงสอบสวนกรณีปลดหมอวิฑิต ผอ.องค์การเภสัชกรรม พร้อมระบุว่า ประดิษฐ์-พิพัฒน์บิดเบือนข้อตกลงกับเครือข่ายเพื่อความเป็นธรรมในระบบสุขภาพที่ต้องตั้งคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริง
4 สิงหาคม 2556	นายแพทย์ จิรชาติ เรืองวัชรินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชธนิกม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ประสานงานโรงพยาบาลชุมชนและชมรมแพทย์ชนบท 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน เรียกระดมพลชุมนุมอารยะขัดขืนไม่เอาประดิษฐ์ไม่เอา P4P ภาคสองที่โรงแรมโดมอนด์ สุราษฎร์ในโอกาสที่กระทรวงมาจัดประชุมปลูกผี P4P ในเขตภาคใต้ตอนบนครับ
15 สิงหาคม 56	ทาง facebook ชมรมแพทย์ชนบทประกาศข่าวการประชุมคณะกรรมการอันสืบเนื่องจากการเจรจา ที่มีอาจารย์คณิต แสงสุพรรณ เป็นประธาน ว่าต้องทำรายละเอียดใน 3 ประเด็นเป็นนัดสุดท้าย นั่นคือ 1.การร่างระเบียบการเี่ยวยา ซึ่งเสร็จงานแล้ว 2.การร่างประกาศฉบับ 10 ที่จะใช้แทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฉบับ 8 ซึ่งก็เสร็จงานแล้วเช่นกัน แต่ทั้งสองฉบับนั้น

	ถูกต้องไว้ที่โต๊ะปลัดณรงค์ภายใต้ความเห็นชอบแบบหลัตกันของ รมต.ประดิษฐ์ ส่วนเรื่องที่ 3 คือ ร่างประกาศฉบับ 11 ที่จะใช้เกณฑ์ PQO ที่วัด Quality and outcome แทน P4P นั้น วันนี้นำกันมาเสร็จแล้ว มานำเสนอในที่ประชุมให้ approve ก็เป็นอันเสร็จทั้งสามฉบับ ร่างที่รอการลงนามประกาศใช้ เสร็จสิ้นภารกิจทางวิชาการอันสืบเนื่องมาจากการเจรจา ครบ นับเป็นสองเดือนหลังการเจรจาที่ชมรมแพทย์ชนบทวางท่าทีที่สุภาพอย่างที่สุด และชัดเจนในการรักษาสัจจะตามผลการเจรจา แม้อีกฝ่ายจะกลั้งกลอกไว้สัจจะก็ตาม และกรรมการชุดนี้ที่มี อ.คณิต เป็นประธานก็จะยุติบทบาทลงไปหลังภารกิจทำร่างประกาศทั้ง 3 ฉบับเสร็จสิ้น
10 กันยายน 2556	รมต. ประดิษฐ์ และ สธ.ยังคงเดินทางปฏิรวัผ่าน ระบบเขตสุขภาพโดยการตั้ง CEO เขต ระดับ 10 และคณะกรรมการเขตขึ้นมารับบริหารจัดการผู้ให้บริการ (Provider) รพ.ต่างๆในเขตสุขภาพ ทั้ง รพศ รพท รพช และรพสต. ทำงานร่วมกับผู้ตรวจเขตราชการ ในฐานะ (Regulator) และ ผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ก็คือ สปสช.เขต แต่ในความเป็นจริง Regulator ก็จะร่วมกับ Provider ดึงบ UC จาก สปสช.มาจัดสรรกันเอง ทำให้การคานอำนาจเดิมระหว่าง Provider- Purchaser เสียสมดุลไป
21 กันยายน 2556	กระทรวงสาธารณสุขออกหนังสือเชิญประชุมเพื่อ kick off PQO วันพุธที่ 25 กันยายน 2556 ที่โรงแรมเอเชียแอร์พอร์ตแต่เปลี่ยนเจ้าภาพจากเดิมที่ชมรมแพทย์ชนบทจัดประชุมกันเองโดยให้ทางมูลนิธิแพทย์ชนบทเป็นผู้ออกหนังสือเชิญและมีการขอค่าลงทะเบียนด้วยนั้น ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ยอมรับที่จะเป็นเจ้าภาพ
25 กันยายน 2556	เวที kick off PQO และ kick out P4P ที่โรงแรมAsia airport
26 กันยายน 2556	บางกอกโพสต์ -เสนอข่าว นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติประธานชมรมแพทย์ชนบท จัดประชุมแพทย์ชนบททั่วประเทศเพื่อชี้แจงรายละเอียดการจ่ายค่าตอบแทนตามคุณภาพและผลงาน (Pay for Quality and Outcome : PQO) ที่เสนอแทนการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน หรือ P4P ที่เป็นการคิดตามปริมาณงาน ซึ่งจะทำให้บุคลากรการแพทย์ต้องบันทึกกิจกรรมทุกวัน และยังทำให้เกิดบรรยากาศของการแข่งขัน นำไปสู่ความขัดแย้งในหมู่แพทย์หรือการมุ่งทำแต่กิจกรรมที่ได้คะแนนสูง โดยการจ่ายค่าตอบแทนแบบ PQO จะดูจากผลของการทำงานเป็นทีมมากกว่าบุคคล มีตัวชี้วัดที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสุขภาพประชาชน โดยดูจากความสำเร็จในการลดการป่วยและเสียชีวิต เช่น แทนที่จะดูจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจในแต่ละวัน ก็ดูว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนทำให้ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ สามารถดูผลได้ในวันเดียว แต่ต้องใช้เวลาเป็นเดือนหรือเป็นปีนอกจากนี้ในพื้นที่ชนบท แพทย์ไม่ได้รอให้ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษ แต่จะเป็นฝ่ายออกไปหาผู้ป่วยในชุมชน ดังนั้น P4P จึงไม่เหมาะสมกับการใช้โรงพยาบาลชุมชน -ดร.คณิต แสงสุพรรณ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง และประธานคณะกรรมการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการจ่ายค่าตอบแทนฯ กล่าวว่า ระบบค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานเป็นแนวทางใหม่ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพ แต่กระบวนการที่จะหาตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานให้เหมาะสมเป็น

	เรื่องยาก -ด้าน นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้เข้าฟังการประชุมของกลุ่มแพทย์ชนบทด้วย กล่าวว่าสนับสนุนแนวคิดของชมรมแพทย์ชนบท และว่าผลการปฏิบัติงานเป็นตัวที่จะใช้บอกการจ่ายค่าตอบแทน ซึ่งที่ผ่านมาความขัดแย้งระหว่างกระทรวงฯ กับชมรมแพทย์ชนบท มาจากการสื่อสารที่ไม่ตรงกัน แต่ขณะนี้ทั้งสองฝ่ายเหมือนจะมีพื้นฐานความคิดร่วมกันมากขึ้น
--	--

4.6 บทสรุปกลไกอภิบาลกับนวัตกรรมในระบบสุขภาพ

เป้าหมายสำคัญในการศึกษาเรื่องนวัตกรรมในระบบสุขภาพคือ การทำความเข้าใจว่า ภายใต้บริบทแต่ละแบบ ระบบอภิบาลแบบใด มีเงื่อนไขสนับสนุนและ/หรือเป็นอุปสรรคต่อการสร้างนวัตกรรมในระบบสุขภาพ โดยกรณีศึกษาเรื่องมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร การพัฒนาเครื่องมือประเมินผลกระทบทางสุขภาพ อาจเป็นตัวอย่างของการทำงานร่วมกันของกลไกอภิบาลที่เป็นอยู่ในการผลักดันให้เกิดนวัตกรรมร่วมกัน ในขณะที่กรณีศึกษานโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ อาจเป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นข้อจำกัดของระบบอภิบาลแบบเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบาย และท้ายที่สุดกรณีศึกษาเรื่องนโยบาย P4P อาจเป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นความตึงเครียดและความท้าทายที่กลไกอภิบาลระบบสุขภาพจำเป็นต้องเผชิญในโลกยุคปัจจุบัน

อย่างไรก็ดี คณะผู้วิจัยตระหนักดีว่า ในทางปฏิบัติ มีอาจแยกการทำงานของระบบอภิบาลแต่ละแบบออกจากกันได้อย่างชัดเจนตายตัว การให้ข้อสรุปในที่นี้ จึงเป็นการดึงจุดเด่นของการใช้ระบบอภิบาลในกรณีศึกษาแต่ละแบบมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์มากกว่า

ตารางที่ 3 วิเคราะห์กลไกอภิบาลระบบสุขภาพจากกรณีศึกษา

กรณีศึกษา	ระบบอภิบาลที่มีอิทธิพล	พื้นที่เรียนรู้ร่วมกัน	ผลลัพธ์
การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา	ระบบอภิบาลแบบเครือข่ายร่วมกับระบบอภิบาลแบบรัฐ	คณะอนุกรรมการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ คณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1	การประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา 2 ครั้ง และการขยายมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ
การพัฒนาเครื่องมือประเมินผลกระทบทางสุขภาพ	ระบบอภิบาลแบบเครือข่ายร่วมกับระบบอภิบาลแบบรัฐ	งานวิจัยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น คณะกรรมการพัฒนาระบบ	หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA)

กรณีศึกษา	ระบบอภิบาลที่มีอิทธิพล	พื้นที่เรียนรู้ร่วมกัน	ผลลัพธ์
		และกลไกการประเมินผล กระทบด้านสุขภาพ	
นโยบายศูนย์กลาง สุขภาพนานาชาติ	ระบบอภิบาลแบบตลาด VS ระบบอภิบาลแบบ เครือข่าย	สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	มติสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ
P4P	ระบบอภิบาลแบบรัฐ+ ตลาด VS ระบบอภิบาล แบบเครือข่าย	คณะกรรมการร่วม	PQO

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ระบบอภิบาลแบบใดมีอิทธิพลต่อแต่ละกรณีศึกษา อย่างไรก็ตาม ระบบอภิบาลแต่ละแบบก็มีอิทธิพลต่อกรณีศึกษาแต่ละแบบในทิศทางที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในกรณีศึกษาแรก กรณีปัญหาจากอิทธิพลของระบบอภิบาลแบบตลาด (โลกาภิวัตน์) ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วย และอาศัยการทำงานร่วมกันของกลไกอภิบาลแบบเครือข่าย ร่วมกับการใช้อำนาจของระบบอภิบาลแบบรัฐทำให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถแก้ไขปัญหาด้วยการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาได้ 2 ครั้งและขยายมาตรการดังกล่าวได้ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 แสดงให้เห็นความร่วมมือภายใต้ระบบอภิบาลแบบเครือข่ายในการพัฒนาเครื่องมือการประเมินผลกระทบสุขภาพ และการประกาศใช้จากฝ่ายรัฐ อย่างไรก็ตาม แม้ว่า 2 กรณีศึกษาแรก จะชี้ให้เห็นว่า ระบบอภิบาลแบบเครือข่ายมีความสำคัญในการผลักดันนโยบายเพื่อสุขภาพ แต่ในกรณีศึกษาที่ 3 แสดงให้เห็นว่าลัทธิระบบอภิบาลแบบเครือข่ายก็ไม่ใช่ว่าจะพัฒนานโยบายที่จะนำมาแก้ไขปัญหาได้ทุกอย่าง เพราะแม้กลไกอภิบาลแบบเครือข่ายจะสามารถร่วมกันผลักดันให้เกิดมติสมัชชาสุขภาพในเรื่องนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนมติดังกล่าวได้อย่างชัดเจน ส่วนในกรณีศึกษาสุดท้าย เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นความตึงเครียดที่มาจากกลไกอภิบาลแบบรัฐที่ใช้แนวคิดของระบบอภิบาลแบบตลาดเป็นตัวนำ จนนำมาซึ่งความขัดแย้งภายในกลไกอภิบาลเอง และสุดท้ายคลี่คลายด้วยการเปิดพื้นที่เพื่อให้เกิดการสร้าง ความเข้าใจและการเรียนรู้ร่วมกัน

นอกจากนี้ “พื้นที่เรียนรู้ร่วมกัน” ในกรณีศึกษาแต่ละแบบก็มีอิทธิพลต่อการสร้างนวัตกรรมและคลี่คลายความขัดแย้งในกรณีศึกษาแต่ละแบบ จากการทบทวนกรณีศึกษาที่ผ่านมา กลไกการทำงานร่วมกันในแต่ละกรณีศึกษา ทั้งกลไกที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (กรรมการ/อนุกรรมการ/โครงการวิจัย/คณะกรรมการร่วม) ถือเป็นกลไกที่มีอิทธิพลในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน และขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละกรณีศึกษา ในขณะที่กลไกเชิงสถาบันอย่างสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ อาจจะเป็นกลไกที่สามารถใช้ประโยชน์ในการสร้างเข้าใจกับกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในวงกว้างมากกว่าที่จะอาศัยเป็นกลไกการขับเคลื่อนนวัตกรรมหรือการคลี่คลายความขัดแย้ง อย่างไรก็ตาม การสร้างความเข้าใจดังกล่าว จะเป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น ก็ต่อเมื่อเป็นการสร้างการเรียนรู้ข้ามฝ่าย มากกว่าจะเป็นการเรียนรู้ในกลุ่มเดียวกัน

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ในส่วนของบทสรุปและข้อเสนอแนะ คณะผู้วิจัยจะจำแนกการนำเสนอเป็นสามประเด็นหลัก ได้แก่ ประเด็นแรก การวิเคราะห์ระบบอภิบาลสุขภาพของไทยในปัจจุบัน ทั้งจากแง่มุมของโครงสร้างระบบอภิบาล และแง่มุมของตัวแสดง ประเด็นที่สอง การวิเคราะห์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการเรียนรู้ของตัวแสดงภายในระบบอภิบาลสุขภาพว่ามีลักษณะเช่นไร มีปัญหาหรืออุปสรรคในลักษณะใด ในส่วนสุดท้ายจะกล่าวถึงแนวทางหรือข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาเพื่อนำไปสู่การเพิ่มสมรรถนะการเรียนรู้ของตัวแสดงภายในระบบอภิบาลสุขภาพ

5.1 ระบบอภิบาลสุขภาพของไทยในปัจจุบันเป็นอย่างไร

ในเชิงโครงสร้าง ระบบอภิบาลสุขภาพของไทยในปัจจุบันมีลักษณะผสมผสานระหว่างตัวแบบการอภิบาลสามลักษณะ ได้แก่ ประการแรก ระบบอภิบาลแบบรัฐ ระบบอภิบาลแบบตลาด และระบบอภิบาลแบบเครือข่าย ในส่วนของระบบอภิบาลแบบรัฐ มีศูนย์กลางอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข และมีบทบาทสำคัญในระบบการบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ มีโครงสร้างการบังคับบัญชาแบบลำดับชั้น ระบบอภิบาลในรูปแบบนี้ได้สืบทอดต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานานนับตั้งแต่มีการสถาปนาสาธารณสุขไทยขึ้นมา อย่างไรก็ตาม จากพลวัตในบริบทที่แวดล้อมระบบสุขภาพ ทั้งในมิติของการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม การเปลี่ยนแปลงในอุบัติการณ์ของโรค หรือสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ ได้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการตอบสนองต่อปัญหาของระบบอภิบาลแบบรัฐที่มีลักษณะที่แข็งตึง ด้วยเหตุนี้ทำให้มีความพยายามที่จะนำเสนอรูปแบบของระบบอภิบาลสุขภาพในลักษณะอื่นๆ ขึ้นมาเพื่อช่วยในการตอบสนองต่อสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป

รูปแบบที่สองของระบบอภิบาลสุขภาพที่เกิดขึ้นมาใหม่คือระบบอภิบาลสุขภาพแบบตลาด แม้ว่ารูปแบบของระบบอภิบาลสุขภาพแบบตลาดจะไม่ได้ส่งอิทธิพลอย่างเด่นชัดในลักษณะของการเข้ามา “แทนที่” ระบบอภิบาลสุขภาพแบบรัฐ หากแต่ได้เข้ามา “ผสมผสาน” กับระบบอภิบาลสุขภาพแบบรัฐอย่างแนบเนียน จนกระทั่งอาจกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบอภิบาลสุขภาพแบบรัฐ ตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนของระบบอภิบาลสุขภาพแบบตลาดคือความพยายามปฏิรูประบบราชการ ที่นำมาซึ่งเทคนิคการบริหาร (แบบธุรกิจ) ไม่ว่าจะเป็นระบบตัวชี้วัดผลงาน หรือกระทั่งระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการดำเนินงาน (P4P) ที่เป็นข้อถกเถียงและประเด็นสำคัญของความขัดแย้งระลอกใหม่ระหว่างตัวแสดงต่างๆ ในระบบอภิบาลสุขภาพ ตัวอย่างที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือความพยายามสร้าง “รูปแบบองค์กร” แบบใหม่ อาทิองค์กรมหาชน หรือองค์กรกึ่งอิสระจากรัฐบาล ซึ่งแนวทางในการบริหารองค์กรเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ประยุกต์มาจากการบริหารองค์กรธุรกิจที่มีความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพมากกว่า

นอกจากอิทธิพลของระบบอภิบาลสุขภาพแบบตลาดที่มาในรูปแบบของเทคนิค และโครงสร้างองค์กรแบบใหม่แล้ว ยังเห็นได้จากความพยายามที่จะ “สร้างหรือขยายตลาดการบริการสุขภาพ” ให้กว้างขวางมาก

ขึ้น โดยเริ่มต้นจากการสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชน เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจที่มีจำนวนมากขึ้นในการเข้ารับบริการทางสุขภาพที่สะดวก รวดเร็วกว่าบริการของภาครัฐ นอกจากนี้จากแนวโน้มของการขยายการรวมกลุ่มระดับภูมิภาค และอิทธิพลของโลกาภิวัตน์ทางเศรษฐกิจ ได้ทำให้ภาครัฐเล็งเห็นโอกาสในการขยายตลาดการบริการสุขภาพให้ครอบคลุมผู้รับบริการภายนอกประเทศอีกด้วย อันจะเห็นได้จากนโยบาย “การวางตำแหน่งของประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์” (medical hub)¹

รูปแบบที่สามคือระบบอภีบาลสุขภาพแบบเครือข่าย รูปแบบนี้เกิดขึ้นมาในสองลักษณะด้วยกันได้แก่ การเกิดขึ้นโดยธรรมชาติอันเนื่องมาจากพลวัตทางเศรษฐกิจสังคมที่แวดล้อมระบบอภีบาลสุขภาพ ที่ทำให้เกิดตัวแสดงใหม่ๆ ขึ้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแสดงในภาคประชาสังคม อาทิ ขบวนการแพทย์ชนบท เครือข่ายผู้ป่วย เครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ เครือข่ายโรคเอดส์ กลุ่มคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค เป็นต้น ตัวแสดงเหล่านี้มีความเป็นอิสระในการทำงาน และมักมีการทำงานในรูปของเครือข่ายที่ร่วมในการผลักดันนโยบาย แม้ว่าตัวแสดงกลุ่มนี้มักจะมีบทบาทภายนอกสถาบัน หรือภายนอกโครงสร้างระบบอภีบาล แต่สามารถมีอิทธิพลที่ส่งผลต่อการทำงานของระบบอภีบาลสุขภาพได้ ในทางกลับกันการเกิดขึ้นและบทบาทที่มีมากขึ้นของตัวแสดงเหล่านี้ได้ส่งผลทำให้ระบบอภีบาลสุขภาพมักจะเปิดช่องทางให้กับตัวแสดงเหล่านี้ในการเข้ามามีบทบาทภายในระบบในหลากหลายรูปแบบ ที่สำคัญนั่นคือการให้สิทธิความเป็นตัวแทนขององค์กรเหล่านี้ในคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย หรือนำนโยบายไปปฏิบัติ

การเกิดขึ้นในลักษณะที่สองของระบบอภีบาลแบบเครือข่ายเป็นการเกิดขึ้นโดยการตั้งใจออกแบบขึ้นมา ตัวอย่างที่ชัดเจนของระบบอภีบาลแบบนี้เป็นที่เกิดขึ้นขององค์กรตระกูลส. ซึ่งเกิดจากการ “แยกบทบาทหรือภาระหน้าที่” บางประการที่แต่เดิมระบบอภีบาลสุขภาพแบบรัฐเป็นผู้ดำเนินการ หรือกระทำการ “เพิ่มบทบาทหรือภาระหน้าที่ใหม่” เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความท้าทายที่เกิดขึ้นจากพลวัตของบริบทที่แวดล้อมระบบสุขภาพ องค์กรที่เกิดขึ้นมาใหม่นี้มักจะมีความเป็นอิสระ หรือ “กึ่งอิสระ” จากระบบอภีบาลแบบรัฐ สามารถกำหนดกฎเกณฑ์เองได้ในระดับหนึ่ง และมี “เป้าหมาย” การทำงานเพื่อตอบสนองต่อประเด็นสาธารณะเฉพาะด้าน แม้ว่าการเกิดขึ้นขององค์กรเหล่านี้จะดูเหมือน “เป็นอิสระ” แต่ในหากพิจารณาในภาพรวมของระบบอภีบาลสุขภาพแล้ว องค์กรเหล่านี้จำเป็นต้องประสานงานกับตัวแสดงอื่นๆ ในระบบอภีบาลสุขภาพ และด้วยเหตุนี้ทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงภายในระบบอภีบาลสุขภาพจึงดูเหมือนมีลักษณะเป็น “เครือข่ายโยงใย” ที่มีความซับซ้อน อย่างไรก็ตาม ดังที่ได้กล่าวไว้ในตอนแรก ภาพของระบบอภีบาลแบบเครือข่ายดังกล่าวได้ทับซ้อน หรือถูกทับซ้อน ด้วยรูปแบบของระบบอภีบาลแบบอื่นๆ จนส่งผลทำให้ระบบอภีบาลสุขภาพของไทยมีรูปแบบดังเช่นในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม ภาพการประเมินระบบอภีบาลสุขภาพในเชิงโครงสร้างที่ได้กล่าวมาในข้างต้น มีลักษณะเป็น “ภาพขาวดำ” ที่ขาดการแต่งเติมสีสันของแง่มุมมิติทางการเมืองที่ฉาบทับบ่อยในแทบทุกขั้นตอนของการ

¹ ดูพัฒนาการนโยบายของรัฐที่มีต่อการสนับสนุนการให้บริการทางสุขภาพในภาคเอกชนได้ใน Thammarat Marohabutr, “Thailand’s Private Health Care before the 2000s: Is it the Impact of Neo-Liberalism on Health Disparities?,” *วารสารสังคมศาสตร์ (ม.นเรศวร)* ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (2555): 173-190.

เปลี่ยนแปลงภายในระบบอภิบาลสุขภาพของไทย สีสันดังกล่าวนี้อาจสามารถเสริมได้ด้วยมุมมองในระดับตัวแสดงที่มีส่วนเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่างๆ ของการปฏิรูประบบสุขภาพ ตัวแสดงหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญคือตัวแสดงในระบบอภิบาลแบบรัฐ หากพิจารณาถึงทิศทางการปฏิรูปในระยะกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าเป็นทิศทางที่ระบบอภิบาลแบบรัฐต้องตกเป็นฝ่ายรับ และเป็นฝ่ายที่ถูก “ดึง” อำนาจและทรัพยากรออกไปจากหน่วยงานในสองทิศทาง นั่นคือแนวดิ่งและแนวนอน ในทิศทางแนวดิ่ง กระแสการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ซึ่งหมายรวมถึงภารกิจด้านการบริการ/ส่งเสริมสุขภาพด้วย ได้สร้างแรงกดดันในระดับหนึ่งให้แก่กระทรวงสาธารณสุข หากพิจารณาถึงบทบาทในระยะที่ผ่านมาพบว่า การดำเนินการในเรื่องการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขยังคงค่อนข้างจำกัด ปัญหาหลักที่มีการชี้ให้เห็นคือนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไม่ชัดเจน ฝ่ายการเมืองไม่ได้แสดงให้เห็นถึงเจตจำนงที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจ เช่นเดียวกับฝ่ายข้าราชการในกระทรวงที่แสดงบทบาทในเชิงรับมากกว่าเชิงรุกในการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจ²

ในแนวนอน ภารกิจเดิมหลายประการ รวมทั้งภารกิจใหม่บางประการ ได้ถูกดึงออกจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งผลตามมาทำให้อำนาจและทรัพยากรของกระทรวงลดลงอย่างมาก โดยผลสะท้อนที่มีต่อกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุดจะเกิดขึ้นหลังจากการดึงภารกิจด้านการซื้อบริการสุขภาพออกจากกระทรวง และมอบให้กับหน่วยงานที่สร้างขึ้นใหม่นั้นคือ สปสช. การเกิดขึ้นของ สปสช. ได้ทำให้มีการดึงงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขออกไปมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.1) นอกจากการดึงทรัพยากรออกจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว สปสช. ที่ตั้งขึ้นมาใหม่ยังได้ดึงอำนาจ รวมทั้งตรวจสอบถ่วงดุลระบบราชการอีกด้วย กล่าวคือในการกำหนดทิศทางการบริหาร สปสช. (รวมทั้งองค์กรตระกูลอื่น ๆ) อำนาจจะอยู่ที่คณะกรรมการซึ่งมีการกำหนดสัดส่วนและที่มาอย่างชัดเจนในกฎหมาย ทำให้ฝ่ายการเมืองและราชการยากที่จะใช้อำนาจสั่งการตามนโยบายหรือแนวทางของตนได้ ขณะเดียวกันการแยกอำนาจการซื้อบริการได้ส่งผลทำให้เกิดการกำกับตรวจสอบการทำงานของ “ผู้ให้บริการ” นั่นคือกระทรวงสาธารณสุข³

ด้วยเหตุนี้ในช่วงแรกของการก่อตั้ง สปสช. จึงส่งผลให้เกิดเสียงต่อต้าน โดยเฉพาะในหมู่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก ถึงกับมีการตั้ง “วอร์รูม” เพื่อจับจ้องและประเมินการทำงานของ สปสช. อย่างใกล้ชิด⁴ สำหรับฝ่ายการเมือง แม้ว่าการตั้ง สปสช. จะเป็นผลจากความร่วมมือของฝ่ายการเมืองกับฝ่ายอื่นๆ ทั้งภาคประชาสังคมและราชการ แต่เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล ฝ่ายการเมืองเริ่มพบเห็นปัญหา โดยเฉพาะการที่ไม่สามารถสั่งการหรือควบคุมทิศทางการทำงานของ สปสช. ได้อย่างที่ต้องการ ดังนั้นจึงเกิดกระแสความไม่พอใจขึ้น จนมีกระแสข่าวของ “ขบวนการล้มหลักประกันสุขภาพ” ขึ้นเป็นระยะ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีระบบอภิบาลสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ เกิดขึ้นมาควบคู่กับระบบอภิบาลแบบรัฐ แต่ไม่ได้หมายความว่าระบบอภิบาลแบบรัฐจะสูญเสียความสำคัญไป ในทางกลับกันจะเห็นได้ถึงความพยายามของระบบอภิบาลแบบรัฐในแนวทางของการ “ต่อต้านเชิงขึ้น” ต่อการถูกแย่งชิงบทบาทและทรัพยากร อันจะเห็นได้จากการเพิ่มจำนวนบุคลากร ความพยายามเหนี่ยวรั้งกระแส “การกระจายอำนาจ” (ไม่ว่าจะเป็นผ่าน

² ดูการวิเคราะห์ประเด็นเรื่องการกระจายอำนาจได้ใน ปรีดา แต่อาภรณ์, *สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ*, รายงานวิจัยนำเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.

³ นวลน้อย ตรีรัตน์ และแบงค์ งามอรุณโชติ, *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*, หน้า 88.

⁴ ข้อสังเกตของผู้บริหารท่านหนึ่งของ สปสช. ที่ได้จากการสัมภาษณ์ของคณะผู้วิจัย

การถ่ายโอนบุคลากรและงบประมาณไปสู่ท้องถิ่น หรือการขยายตัวของระบบให้บริการสุขภาพในรูปแบบของ “องค์กรมหาชน” ดังเช่นในกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว) ซึ่งจะส่งผลตามมาทำให้ทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางถูกดึงไปสู่ส่วนท้องถิ่นอย่างมหาศาล และอาจทำให้ “อำนาจ” ของระบบบอบาภิบาลแบบรัฐ (ส่วนกลาง) สูญสลายไปอย่างมาก นอกจากความพยายามในลักษณะดังกล่าวแล้ว จะเห็นได้ถึงความพยายามในการ “แย่งชิงบทบาทนำ” ในการเสนอแนวทางในการปฏิรูประบบสุขภาพในทิศทางที่อาจจะไม่ส่งผลต่อการสูญเสียอำนาจและทรัพยากรมากนัก

ในฝ่ายของตัวแสดงที่มีบทบาทนำในกระบวนการปฏิรูประบบบอบาภิบาลสุขภาพในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีการเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนบทบาทในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในบางช่วงเวลาตัวแสดงเหล่านี้ (ชมรมแพทย์ชนบท และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข) เลือกที่จะใช้วิธีการแบบค่อยเป็นค่อยไปในการเริ่มผลักดันจากการสร้างองค์ความรู้ผ่านการวิจัยระบบสาธารณสุข ก่อนจะนำเสนอและขับเคลื่อนให้มีผลเป็นรูปธรรมต่อไป แต่ในบางช่วงเวลา โดยเฉพาะช่วงที่ระบบการเมืองเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เช่น การเปลี่ยนแปลงจากการรัฐประหาร หรือการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากการนำรัฐธรรมนูญใหม่มาใช้ ตัวแสดงเหล่านี้มักจะใช้โครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เปิดกว้างในการขับเคลื่อนประเด็นวาระทางนโยบายของตน ด้วยกระบวนการดังกล่าวได้ส่งผลทำให้เกิดองค์กร “กึ่งอิสระ” ขึ้นมาจำนวนมาก และในช่วงแรกก่อตั้ง ตัวแสดงเหล่านี้มักจะเข้าไปมีบทบาทในการขับเคลื่อนองค์กรที่เกิดขึ้นมาใหม่ และได้ขับเคลื่อนประเด็นวาระนโยบายที่สำคัญหลายประการที่อาจจะยากที่จะผลักดันด้วยระบบบอบาภิบาลสุขภาพแบบรัฐ อาทิ การประกาศมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา เป็นต้น

ด้วยบทบาทดังกล่าวของตัวแสดงในฝ่ายขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเข้าไปเกี่ยวพันกับความขัดแย้งทางการเมืองระดับประเทศในช่วงเวลาที่สถานการณ์ทางการเมืองมีความผันผวนเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ได้ส่งผลทำให้ความแตกต่างในจุดยืนด้านการปฏิรูประบบสุขภาพกลายเป็นความขัดแย้ง แบ่งฝักฝ่ายและข้อขัดแย้งชัดเจน ภายใต้งานการรณรงค์ดังกล่าวทำให้ข้อเสนอเชิงนโยบายต่างๆ ของแต่ละฝ่ายมักจะถูกแต่งแต้มสีสันเพิ่มเติมด้วยวาทกรรมแบบสองขั้ว ที่ส่งผลตามมาทำให้รอยร้าวของความแตกต่างกลายเป็นรอยแยกที่ขยายมากยิ่งขึ้น

ในภาพรวม จากการประเมินสถานการณ์ของระบบบอบาภิบาลสุขภาพของไทยในปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่า ปัญหาสำคัญอยู่ที่ “ตัวแสดง” มากกว่า “โครงสร้าง” ของระบบบอบาภิบาล แม้ว่าโครงสร้างจะมีความสลับซับซ้อน และซ้อนทับกันระหว่างรูปแบบระบบบอบาภิบาลสามประเภท แต่หากพิจารณาในเชิงเปรียบเทียบกับ “ชุมชนหรือเครือข่ายนโยบายอื่นๆ” ของไทยจะเห็นได้ว่าโครงสร้างระบบบอบาภิบาลสุขภาพแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในระดับสูง สามารถขับเคลื่อนนวัตกรรมทางนโยบายต่างๆ ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว จากฐานโครงสร้างเหล่านี้เป็นต้นทุนสำคัญที่สามารถใช้จัดการกับบริบทที่แวดล้อมระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อน ไม่ว่าจะเป็นบริบทจากทุนนิยมโลกาภิวัตน์ และภูมิภาคที่ทวีความเข้มข้นมากขึ้นเรื่อยๆ โรคอุบัติใหม่ หรือบริบท

⁵ ทั้งนี้มีการตั้งประเด็นจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นอดีตผู้บริหารองค์กรตระกูลส.ท.านหนึ่งว่าปัญหาอาจไม่ได้อยู่ที่ “ตัวแสดง” แต่อยู่ที่ “ความสามารถในการปฏิบัติงานของตัวแสดง” งานวิจัยชิ้นนี้ตระหนักในประเด็นดังกล่าว และมองว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตัวแสดงมีหลากหลายมิติ ทั้งในเชิงแนวคิด หรือประเด็นเรื่องความสามารถในการปฏิบัติงานของตัวแสดงดังที่ผู้เชี่ยวชาญท่านดังกล่าว รวมทั้งท่านอื่นได้ตั้งข้อสังเกตไว้

ภายในที่กระแสประชาธิปไตย การกระจายอำนาจและการจัดการตนเองของพลเมือง รวมทั้งการเกิดขึ้นของตัวแสดงใหม่ๆ และสามารถขับเคลื่อนนวัตกรรมต่างๆในอนาคตได้ในระดับหนึ่ง

ในทางกลับกันในส่วนของผู้แสดงปัญหาสำคัญมีด้วยกันสองด้าน ประการแรก การสร้าง ยึดติด และผลิตซ้ำมุมมองหรือวาทกรรมแบบ “ทวิลักษณ์” ได้จำกัดขอบเขตการมองสถานการณ์และปัญหาของผู้แสดงสำคัญอย่างมากให้เหลือเพียง “พวกเขา-พวกเรา” หรือ “ดี-เลว” เท่านั้น และทำให้ไม่อาจมองเห็นความซับซ้อนของ “นิเวศวิทยาทางนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ” ทั้งในมิติของบริบทแวดล้อมระบบอภิปาลที่มีความซับซ้อนดังที่ได้กล่าวไปในข้างต้น หรือกระทั่ง “ผู้แสดงที่อยู่นอกเหนือการแบ่งขั้ว” ที่ไม่ได้ถูกมองเห็นหรือถูกมองข้าม ไม่ให้ความสำคัญอย่างเพียงพอ ด้วยเหตุนี้จึงอาจกล่าวได้ว่าปัญหาเกี่ยวกับผู้แสดงอาจไม่ได้อยู่ที่ผู้แสดง แต่ติดอยู่กับปัญหาที่ผู้แสดงยึดติดกับ “ความคิด” บางประการ และความคิดดังกล่าวส่งผลต่อเนื่องมายังการกระทำของผู้แสดง ประการที่สอง การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบอภิปาลสุขภาพในระยะที่ผ่านมา ผู้แสดงต่างๆที่มีบทบาทสำคัญ ยังคงติดกับดักของมุมมองแบบ “(ผู้แสดงหรือประเด็นทาง) สาธารณสุขหรือสุขภาพเป็นศูนย์กลาง” (health-centric) แม้จะดูเหมือนว่าผู้แสดงที่ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบอภิปาลสุขภาพจะ “เล็งเห็น” ถึงความหลากหลายของระบบสุขภาพ ทั้งในเชิงปัจจัยและผู้แสดงที่เกี่ยวข้อง และได้ออกแบบโครงสร้างที่นำผู้แสดงเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วมในระบบดังเช่นโครงสร้างของสข. แต่ในภาพรวมแล้วบทบาทยังรวมศูนย์ที่ผู้แสดงทางสาธารณสุข และระดับการเรียนรู้ “ข้ามภาคส่วนหรือข้ามระบบนโยบาย” ยังคงค่อนข้างจำกัด

จากสภาพปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงนัยที่สำคัญสองประการได้แก่ ประการแรก “การกำหนดโจทย์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของผู้แสดงต่างๆในระบบอภิปาลสุขภาพมีข้อจำกัด” และหากต้องการ “ข้ามพ้นข้อจำกัด” ดังกล่าว จำเป็นต้องกระตุ้นให้มีการ “นิยามโจทย์” ใหม่ ประการที่สอง สภาพปัญหาเช่นนี้กลายเป็นคำตอบในตัวเองของคำถามที่ว่า “ทำไมสมรรถนะการเรียนรู้จึงเป็นหัวใจของระบบอภิปาลสุขภาพในปัจจุบัน”

5.2 สมรรถนะการเรียนรู้ของระบบอภิปาลสุขภาพ : พลวัตแห่งการเรียนรู้หลายระดับและการเรียนรู้ร่วมกัน

แม้ว่าภาพรวมของสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้แสดงต่างๆในระบบอภิปาลสุขภาพในปัจจุบันดูจะเต็มไปด้วยความตึงเครียดและขัดแย้งระหว่างกัน และหากพิจารณาในเชิงโครงสร้างจะพบว่ายังค่อนข้างขาดการประสานอย่างลงตัวระหว่างรูปแบบระบบอภิปาลในแบบต่างๆ ทำให้ทิศทางการขับเคลื่อนระบบอภิปาลสุขภาพจะยังไม่มีความเป็นเอกภาพเท่าใดนัก ท่ามกลางความไม่ลงตัวดังกล่าว หากทำการพิจารณาในภาพกว้าง หรือในมิติของเวลาที่ยาวนานกว่าสภาพในปัจจุบัน จะพบเห็นถึงแง่มุมในเชิงบวกบางประการที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ระหว่างผู้แสดง

ประการแรก แม้ว่าท่าทีของผู้แสดง ไม่ว่าจะในระดับปัจเจก ตัวแทนของกลุ่ม หรือระดับองค์กรจะดูเหมือนมีการแบ่งขั้วอย่างชัดเจน แต่หากพิจารณาผ่านมิติเวลาจะเห็นได้ถึงความเปลี่ยนแปลงบางประการที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะ พลวัตในระดับระบบ (system – level learning) โดยในช่วงแรกที่ระบบอภิปาลสุขภาพ

แบบรัฐถูกท้าทาย ปฏิกริยาตอบสนองสะท้อนให้เห็นถึงแง่มุมเชิงลบอย่างสิ้นเชิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่าทีที่ “ไม่ยอมรับ” “ปฏิเสธ” และ “ต่อต้าน” ฝ่ายตรงข้าม อย่างไรก็ตาม เมื่อระยะเวลาผ่านไปท่าทีดังกล่าวได้อ่อนลง และสะท้อนให้เห็นภาพของการตระหนักในการดำรงอยู่ของตัวแสดงใหม่ และพยายามปรับตัว และแสวงหาแนวทางในการ “เข้าไปมีบทบาท” และ “ปฏิสัมพันธ์กับตัวแสดงใหม่” ในทางกลับกัน ฝ่ายตัวแสดงที่เกิดขึ้นหรือเข้ามามีบทบาทใหม่ เริ่มตระหนักถึงความจำเป็นหรือความสามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงอยู่ร่วมกันของระบบอภิบาลสุขภาพในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งรากฐานในสิทธิอำนาจหรือความชอบธรรมที่แตกต่างกันของระบบอภิบาลสุขภาพแบบต่างๆ

ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึง “ช่วงของการเปลี่ยนผ่าน” ซึ่งตัวแสดง ทั้งระดับปัจเจก องค์กร และเครือข่าย จำเป็นต้องเรียนรู้ที่จะปรับตัวเข้าหากัน มากกว่าที่จะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของ “การไม่อาจจะอยู่ร่วมโลกกัน” ดังนั้น โดยธรรมชาติแล้ว อาจกล่าวได้ว่าตัวแสดงต่างๆ มี “ศักยภาพในการเรียนรู้” ถึงสภาพแวดล้อมหรือนิเวศวิทยาขององค์กรหรือตัวแสดงในระดับหนึ่ง แม้ว่ากระบวนการดังกล่าวจะใช้เวลาอย่างยาวนาน และต้องผ่านช่วงเวลาของการ “ลองผิดลองถูก” การประลองกำลัง การใช้ทุกวิถีทางในการเคลื่อนไหวเพื่อบรรลุเป้าหมายของ รวมทั้งการเรียนรู้ทั้งข้อผิดพลาดของแต่ละฝ่าย

ประการที่สอง ระบบอภิบาลสุขภาพในแต่ละรูปแบบเริ่มมีแนวโน้มของการเรียนรู้ใน “เหตุและผลของการดำรงอยู่” ของระบบอภิบาลสุขภาพในแบบอื่นๆ มากยิ่งขึ้น ในส่วนของระบบอภิบาลแบบรัฐ แม้ว่าจะมีความ “เฉื่อย” ที่จะปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ทั้งยังมีความพยายามที่จะต่อต้านการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด แต่ผลพวงจากการปฏิรูประบบสุขภาพในกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ที่ทำให้เกิดตัวแสดงประเภทองค์กรใหม่ๆ พร้อมทั้งรูปแบบระบบอภิบาลแบบใหม่ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในบริบททางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมทั้งในและนอกประเทศ ที่ทำให้เกิดตัวแสดงทางสังคมใหม่ๆ ขึ้นมาทำการผลักดันประเด็นทางนโยบายสาธารณะต่างๆ ขณะเดียวกันการแข่งขันทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศได้ทำให้กลุ่มทุนมีบทบาทมากขึ้นและเรียกร้องให้ภาครัฐผนวกโอกาสทางเศรษฐกิจจากความต้องการบริการทางสุขภาพทั้งภายในและภายนอกประเทศ น่าจะทำให้ตัวแสดงในระบบอภิบาลแบบรัฐตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงไม่มากนักน้อย อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่าความเร็วของการเปลี่ยนแปลงภายในระบบอภิบาลแบบรัฐอาจไม่เท่าเทียมกัน ในลักษณะที่สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อตลาดได้รวดเร็วมากกว่าการปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ในส่วนของระบบอภิบาลแบบตลาด แม้มักจะถูกมองว่าเป็นระบบอภิบาลที่ทำงานได้โดย “มือที่มองไม่เห็น” อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงแล้ว การทำงานของระบบอภิบาลแบบตลาดต้องอาศัย “มือที่มองเห็นของรัฐ” ในการกำหนดกฎเกณฑ์และอำนวยความสะดวกให้กับการทำงานของระบบอภิบาลอย่างมาก การขยายตัวอย่างรวดเร็วของโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งโอกาสของความสำเร็จในนโยบาย medical hub ต่างก็ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของระบบอภิบาลแบบตลาดและรัฐ ขณะเดียวกันการขยายตัวที่รวดเร็วเกินไปของตลาด โดยไม่คำนึงถึง “ผลกระทบทางสังคม” ในระยะยาวแล้วไม่ได้ส่งผลดีต่อระบบอภิบาลแบบตลาด หากแต่กลับจะสร้างความตึงเครียด ความไร้เสถียรภาพ และความไม่แน่นอนเกิดขึ้น สำหรับระบบอภิบาลแบบ

เครือข่าย ซึ่งดูเหมือนว่าจะสร้างความท้าทายต่อระบบอภิบาลแบบรัฐมากที่สุด อย่างน้อยในมุมมองของตัวแสดงที่อยู่ในระบบอภิบาลแบบรัฐ แม้ว่าที่ผ่านมาจะพยายามสร้าง “พื้นที่เฉพาะ” ที่ค่อนข้างเป็นอิสระจากระบบอภิบาลแบบรัฐ แต่ระยะเวลาที่ผ่านมาได้ทำให้ตัวแสดงภายในระบบอภิบาลแบบตลาดเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการแสวงหาความร่วมมือกับตัวแสดงในระบบอื่นๆมากยิ่งขึ้น

ประการที่สาม กรณีการขัดแย้งกรณี P4P ที่คลี่คลายไปในทางที่ได้ข้อสรุปร่วมกันถือเป็นพัฒนาการของสำนึกร่วมต่อประโยชน์สาธารณะ (public interests) อันมีนัยสำคัญ สัญญาณในเชิงบวกนี้ได้สะท้อนให้เห็นความจำเป็นที่จำต้องพิจารณาการเรียนรู้ในระดับระบบ และการพิจารณาระดับระบบนี้ไกลกว่าเพียงการต่อสู้ระหว่างคู่ขัดแย้ง ที่สำคัญคือมีส่วนร่วมอย่างสำคัญจากภาคส่วนสังคมและภาคส่วนย่อยโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย ฯลฯ จากปรากฏการณ์ของความขัดแย้งล่าสุดในประเด็นเกี่ยวเนื่องกับแนวทางการปรับระบบการจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย เป็นการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (P4P) ของเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข เมื่อมองโดยผิวเผินอาจมองว่าความขัดแย้งดังกล่าวเป็นภาพสะท้อนของความสับสนของความขัดแย้งแตกแยกระหว่างข้อต่างๆในระบบอภิบาลสุขภาพ ที่ไม่อาจแสวงหาทางออกได้ อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางความขัดแย้งที่ดูเหมือนว่าจะไม่อาจลงรอยได้ จะเห็นได้ถึงความสามารถในการบรรลุข้อตกลงระหว่างกันในระดับหนึ่ง ดังที่เห็นได้จากสาระสำคัญในมติคณะรัฐมนตรีในวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ.2556 ที่ฝ่ายรัฐบาลยอมรับในเหตุผลและความจำเป็นของฝ่ายชมรมแพทย์ชนบท ขณะที่ฝ่ายชมรมแพทย์ชนบทยอมรับในหลักการของ P4P ในการนำไปปฏิบัติแบบสมัครใจ หรือนำไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ แม้ว่าในกรณีดังกล่าวจะยังไม่มีข้อสรุป (เดือนมิถุนายน) ที่ชัดเจนแน่นอน แต่การที่ทั้งสองฝ่ายยอมพูดคุยหารือถึงแนวทางออกได้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการเรียนรู้ของแต่ละฝ่าย รวมทั้งการที่แต่ละฝ่ายตระหนักในข้อจำกัดของ “การแบ่งข้าว” ที่ไม่อาจนำไปสู่การแก้ปัญหาได้

ประการที่สี่ โดยที่ “ความไว้วางใจระหว่างกัน” เป็นหลักสำคัญข้อหนึ่งของการจัดความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายการเมืองกับฝ่ายข้าราชการประจำ ภายในสถานการณ์ขัดแย้งเช่นนี้ พัฒนาการของสำนึกร่วมในความรับผิดชอบต่อประโยชน์ประชาชนสิ่งที่พอจะทำได้ในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญหน้าคือการถดถอยที่เข้ามาในแต่ละฝ่าย รวมทั้ง**บทเรียนร่วมกัน**ที่จะช่วยกระตุ้นให้ทุกฝ่ายในสังคมหันมาเรียนรู้ร่วมกันนั่นเอง โดยหนึ่งในบทเรียนร่วมกันที่สำคัญที่สุดจากประสบการณ์ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมาคือ “การนิยามโจทย์ในประเด็นปัญหาสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ จำเป็นต้องหลุดจากการมองแบบแบ่งข้าวสองฝ่าย ซึ่งได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่าไม่อาจนำไปสู่การแก้ปัญหาได้ และตระหนักในความหลากหลายของตัวแสดงต่างๆที่มากไปกว่าสองฝ่าย และพลังของตัวแสดงเหล่านั้นเข้ามาในระบบอภิบาลสุขภาพ จำเป็นต้องข้ามพ้นผลประโยชน์เฉพาะของวิชาชีพ หากแต่ก้าวเข้าสู่ผลประโยชน์ของสาธารณะ จำเป็นต้องหลุดจากมุมมองเชิงเดี่ยวถึงแนวทางการแก้ปัญหาแบบเดิมด้วยแนวทางแบบใดแบบหนึ่ง ไปสู่มุมมองเชิงซ้อน ที่ต้องตระหนักถึงการอยู่ร่วมกันและความสำคัญของแต่ละแนวทาง และการผสมผสานแนวทางต่างๆเข้าด้วยกัน และจำเป็นต้องตระหนักว่าการเพิ่มสมรรถนะการเรียนรู้ “ภายในระบบอภิบาลสุขภาพ” ไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาสาธารณะ หากแต่ต้องสร้างการเรียนรู้ “ข้ามระบบ” ไปสู่ระบบอภิบาลในด้านอื่นๆด้วย”

5.3 ข้อเสนอเพื่อนำไปสู่การเพิ่มสมรรถนะการเรียนรู้ในระบบอภิบาลสุขภาพ

จากความท้าทายที่ได้กล่าวมาข้างต้น ข้อเสนอเพื่อนำไปสู่การเพิ่มสมรรถนะการเรียนรู้ในระบบอภิบาลสุขภาพจะอยู่บนหลักการสำคัญสามประการได้แก่

ประการแรก บริบทโลกาภิวัตน์ทางเศรษฐกิจการเมืองที่ซับซ้อน สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาวะสังคมได้มาก การทำความเข้าใจต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลงในโลกยุคโลกาภิวัตน์ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือทางการเมืองในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่มีความซับซ้อนมากกว่าที่เคยเป็นมาในสมัยการเมืองของประเทศในยุครัฐประชาชาติในอดีต หรือสภาพเศรษฐกิจการค้าโลกที่มีการแข่งขันสูง แต่ทว่าเต็มไปด้วยความเหลื่อมล้ำ มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อเสถียรภาพและความสืบเนื่องของสังคมไทยในฐานะสังคมฐานความรู้ เนื่องจากบริบทเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อรัฐและสังคมอย่างมาก ดังนั้นจึงต้องกระตุ้นให้เห็นความจำเป็นในการปรับตัวในการทำงานของทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาคสังคมควบคู่กันไป กล่าวคือ

ก. ภายใต้พลวัตการแข่งขันเพื่อการขยายตัวของเศรษฐกิจการค้า และข้ออ้างของรัฐที่ต้องการให้ภาคธุรกิจ และอุตสาหกรรมมีความสามารถในการแข่งขันสูง ส่งผลทำให้นโยบายการพัฒนาและกระบวนการกำหนดนโยบายถูกจำกัดวง และถูกทำให้มีเนื้อหาแบบเดียวกัน และส่งผลตามมาทำให้ภาครัฐมักจะขาดดุลความสนใจต่อผลกระทบด้านสุขภาพ

ข. ภายใต้สถานการณ์ซับซ้อนเช่นนี้ รัฐ (the state) ที่เคยเป็นผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้แก้ปัญหา นั้น ย่อมจะถูกพิจารณาว่า “เป็นส่วนหนึ่งของปัญหา” ได้ ไม่ว่าจะพิจารณาในแง่องค์การและโครงสร้างสถาบัน ตลอดจนกระบวนการซึ่งเป็นพื้นฐานของการกระทำร่วม หรือในฐานะ “ผู้กระทำการที่เป็นเอกภาพ” (unitary actor) ในภาวะเช่นนี้ แม้รัฐจะอ้างเหตุผลของการดำเนินการภายใต้ผลประโยชน์แห่งชาติ (national interests) แต่การดำเนินการเหล่านี้จะถูกหยิบยกมาพิจารณาตรวจสอบมากขึ้น เช่นเดียวกับสำนักในชาติ ความภักดีต่อกลุ่มต่อศาสนา และต่อประเทศชาติ จะถูกตั้งคำถามมากขึ้น ภาวะโลกาภิวัตน์ทำให้ตัวรัฐต้องถูกเพ่งพิจารณาใหม่ใน 3 มิติพร้อมๆ กัน กล่าวคือ มิติที่รัฐอ่อนกำลังลง มิติที่รัฐมีการปรับเปลี่ยน และมิติที่รัฐเข้มแข็งขึ้น ในกระบวนการนี้บทบาทของภาคส่วนประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยบรรเทาปัญหาการขาดสมดุลในการพัฒนา

แม้ในความจริงนั้นรัฐดำรงอยู่และมีบทบาทสำคัญ แต่ทว่าโครงสร้างอำนาจของรัฐแตกตัวและกระจายออกไปจากเดิมในยุคก่อน เสถียรภาพของระบบประชาธิปไตยและบทบาทของอำนาจรัฐเป็นหลักการอันสำคัญ⁶ แต่การเน้นความจำเป็นของเสถียรภาพของระบบประชาธิปไตย และโครงสร้างอำนาจการปกครองเพียงอย่างเดียว โดยไม่ตระหนักถึงบริบทที่เปลี่ยนแปลงและซับซ้อนมากขึ้นจะกลายเป็นปัญหา เพราะโครงสร้างอำนาจในระดับต่างๆ แตกเป็นส่วนเสี้ยว มีหน้าซ้ำความสามารถขึ้น/ครอบงำ จากศูนย์กลางอำนาจ

⁶ Samuel Huntington, *Political Order in Changing Societies* (New Haven: Yale University Press, 1968).

ของรัฐบาลในเมืองหลวงก็เปราะบาง ขาดการทำความเข้าใจต่อบริบทโลกและภูมิภาคของประเทศมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น แต่กลับยังจะฝืนใช้อำนาจบังคับเพื่อแสดงฐานะในการบัญชาอย่างไม่ลดละและไม่พินิจพิจารณาอย่างรอบคอบจะเป็นผลเสียได้ กล่าวคือ เป็นการขยายความขัดแย้งและเขม็งเกลียวให้ความขัดแย้งแหลมคมมากขึ้น มิหนำซ้ำยังเสี่ยงที่จะเป็นการกระทำที่แพ้ยัยตัวเองต่อฝ่ายใช้อำนาจเสียด้วย⁷ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงความจำเป็นของระบบอภิบาลพหุศูนย์ (Polycentric governance)⁸

สังคมการเมืองของประเทศไทยใน 8-9 ปีที่ผ่านมา มีลักษณะแตกแยกและแยกขั้วสูงอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ระหว่างกลุ่มสังคมต่างๆ มีความซับซ้อนมากขึ้น เพราะมีกลุ่มสังคมใหม่ๆ รวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชน และกลุ่มชาติพันธุ์ตัวแสดงใหม่ๆ การเมืองที่แยกขั้ว และยังมีฝ่ายมุ่งคิดการเมืองแบบผู้ชนะกินรวบ (zero sum politics) นับเป็นอุปสรรคต่อการเกิดสำนึกร่วมต่อสถานการณ์ของประเทศและสถานะของสังคม กลุ่มสังคมและภาคการเมืองต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่จะต้องแปรเป็นการเรียนรู้ร่วมกันในระยะยาว

ประการที่สอง การเรียนรู้หลายระดับและการเรียนรู้ร่วมกัน (Collaborative learning) การเปิดพื้นที่การเกี่ยวพัน หรือการเข้ามามีบทบาทของตัวแสดงอื่นๆ ทั้งตัวแสดงที่อยู่ “ชายขอบ” ของระบบอภิบาลสุขภาพ และตัวแสดงทางสังคม รวมถึงตัวแสดงเชิงสถาบัน “นอกกระบบอภิบาลสุขภาพ” หากแต่มีความเกี่ยวพันหรือเชื่อมโยงกับระบบอภิบาลสุขภาพ การเปิดพื้นที่ดังกล่าวจะทำให้เห็นถึงแง่มุม ประเด็น และสภาพปัญหา ที่ข้ามพ้นหรือนอกเหนือจากที่เห็นจากตัวแสดงในสองขั้ว การเปิดพื้นที่ใหม่ๆ จะทำให้ตัวแสดงในสองขั้วเห็นถึงข้อจำกัดของฝ่ายตน รวมทั้งเล็งเห็นถึงความซับซ้อนในสภาพปัญหาที่กว้างขวางไปกว่าที่แต่ละกลุ่มมอง นอกจากนี้การเปิดพื้นที่ใหม่ๆ จะช่วย “ดึงพลัง” ของตัวแสดงอื่นๆ มาช่วยขับเคลื่อน “ประเด็นสาธารณะ” ที่มีความท้าทายและไม่อาจแก้ไขได้ด้วยพลังของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือเพียงอาศัยกลไกการเมืองหรือรัฐที่เป็นอยู่โดยลำพัง สถานการณ์ปัญหาเรียกร้องการทำงานอย่างปะทะประสานระหว่างฝ่ายรัฐและสังคมอย่างเท่าทัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งยวดที่จะต้องมีการเรียนรู้ในการรับมือต่อสถานการณ์อย่างเท่าทัน ทั้งยังเอื้อให้เกิดการเรียนรู้ “ข้ามระบบ” และเป็นตัวอย่างให้กับระบบอภิบาลในด้านอื่นๆ รวมทั้งปัญหาความขัดแย้งแบ่งขั้วในสังคมการเมืองของไทยในปัจจุบันอีกด้วย

ประการที่สาม การสร้างความเชื่อมั่น และไว้วางใจระหว่างฝ่ายต่างๆ ในรัฐและสังคมที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพโดยตรง และโดยอ้อมมีความสำคัญอย่างยิ่ง จุดเริ่มต้นของการดำเนินการจะอยู่ที่การกระตุ้นให้มีการถอดบทเรียนในแต่ละฝ่าย ทั้งในส่วนของ “เป้าหมาย” และ “วิธีการบรรลุเป้าหมาย” ที่แต่ละฝ่ายดำเนินมาในอดีต ไม่ว่าจะเป็นการกระตุ้นให้แต่ละฝ่าย “สะท้อนคิด” หรือกระทั่ง “หันกลับมาพิจารณานิยามของเป้าหมายของตนใหม่” หรือการตั้งคำถามกับ “วิธีการ” ว่าวิธีการแต่ละแบบอาจนำไปสู่ผลลัพธ์อย่างไร รวมทั้ง “เป้าหมายที่ฝ่ายตนคิดว่าดีจะสร้างความชอบธรรมให้กับวิธีการใดๆ ก็ตามจริงหรือไม่?” จุดเริ่มต้นจาก

7

James Rosenau, *Distant Proximities: Dynamic beyond Globalization* (Princeton: Princeton University Press, 2003).

8

Elinor Ostrom, “Beyond Markets and States: Polycentric governance of Complex Economic Systems,” *American Economic Review* 100 (June 2010): 641-672.

การ “สะท้อนคิด” ในแต่ละฝ่ายจะเอื้อต่อการสร้างบรรทัดฐานใหม่ของการ “สานเสวนา” และแลกเปลี่ยนบทเรียนระหว่างกัน ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มสมรรถนะการเรียนรู้ในระบบอภิบาลสุขภาพในท้ายที่สุด

การสร้างการปฏิสัมพันธ์ รวมทั้งการเผชิญความขัดแย้งด้วยท่าทีที่เปิดกว้าง โดยยึดหลักการไว้นี้เป็นเชื้อใจกันจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญของการแก้ปัญหาโดยสันติวิธี

5.4 แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะการเรียนรู้ของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ

ประการแรก การส่งเสริมการเรียนรู้จากกันและระหว่างกัน ตลอดจนส่งเสริมการถอดบทเรียนร่วมกันทั้งภายในองค์กรเดียวกันที่มีหลายส่วนงาน และระหว่างองค์กร ประเด็นที่สำคัญของการเรียนรู้ในสังคมที่มีภาวะแตกแยกทางการเมืองสูงก็คือ การยกระดับสมรรถนะการเรียนรู้ร่วมกัน (collaborative learning capacity)

ประการที่สอง ส่งเสริมการให้ความสำคัญของการพัฒนา intersectoral platform ในฐานะเครื่องมือในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาคส่วนให้มากขึ้น กรณีศึกษา 4 กรณีข้างต้นแสดงถึงสถานการณ์ที่ระบบสุขภาพมีฐานะพิเศษในปัญหาของชาติ ขณะเดียวกันภาคส่วนสุขภาพก็มีความสัมพันธ์กับภาคส่วนอื่น โดยเฉพาะภาคนโยบายเศรษฐกิจ การค้า ภาคส่วนการวิจัยและวิชาการ ภาคส่วนวิชาชีพ ภาคส่วนราชการ ธุรกิจอุตสาหกรรม และภาคส่วนผู้ป่วย ฯลฯ

ประการที่สาม การส่งเสริมการพัฒนายุทธศาสตร์เชิงรุก (proactive strategy) ให้เท่าทันกับสถานการณ์โลกาภิวัตน์ที่ขาดสมดุล แต่มีความเร่งรัด ความท้าทายจากโลกาภิวัตน์ที่ซับซ้อนมากขึ้น เรียกร้องให้วงวิชาการและวงการวิจัยของประเทศไทยต้องปรับตัวขนานใหญ่⁹ เพื่อมีส่วนร่วมในการนิยาม “ประโยชน์สาธารณะ” ตลอดจนเอื้ออำนวยให้การแก้ไขความขัดแย้งเป็นไปด้วยการใช้ความรู้ และหลักฐานข้อเท็จจริงให้มากขึ้น กรณีศึกษาข้างต้นแสดงถึงสถานการณ์โลกาภิวัตน์ที่ต้องการยุทธศาสตร์การเรียนรู้เชิงรุก มิฉะนั้นความขัดแย้งสูญเสียไปแล้วย่อมเกิดขึ้น

ประการที่สี่ การทำงานร่วมกับภาคีที่มีประสบการณ์ในกระบวนการปฏิรูปอย่างต่อเนื่อง เพื่อเรียนรู้บทเรียนของการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีต่างๆ ที่หลากหลาย เนื่องจากในการปฏิรูปเป็นกระบวนการที่ไม่อาจผลักดันได้โดยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเท่านั้น หากแต่ต้องประสานพลังและสร้างเครือข่ายระหว่างฝ่ายต่างๆ ทั้งฝ่ายการเมือง ฝ่ายข้าราชการ องค์กรภาคประชาสังคม และฝ่ายวิชาการ

⁹ ดู Philip Cerny, “Reconstructing the Political in a Globalizing World: States, Institutions, Agency and Governance,” in Frans Buelens (ed.) *Globalization and the Nation State* (Cheltenham: Edward Elgar, 1999), 89-137.; Philip Cerny, *Rethinking World Politics: A Theory of Transnational Neopluralism* (Oxford: Oxford University Press, 2010) Chapter 5 Multinodal Politics.

ภาคผนวก 1

ทัศนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ

เนื้อหาในส่วนนี้รวบรวมมาจากความคิดเห็นของผู้ที่มีบทบาทที่เกี่ยวข้องในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ โดยจะนำเสนอเป็นประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

1. นิยามของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ทัศนะของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับกลไกอภิบาลระบบสุขภาพมีนิยามเรื่องการอภิบาลระบบสุขภาพแตกต่างกัน โดยนิยามที่แคบที่สุดให้ความหมายของการอภิบาลระบบสุขภาพว่า เป็นเพียงการให้บริการด้านสุขภาพบนฐานของระบอบอภิบาลแบบตลาด ส่วนนิยามกว้างที่สุดขยายให้ครอบคลุมถึงประเด็นสุขภาวะ ซึ่งครอบคลุมถึงคุณภาพชีวิต จิตวิญญาณและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในขณะที่ฝ่ายกลไกรัฐเน้นที่อำนาจสูงสุดของกระทรวงสาธารณสุขในการกำกับดูแลทุกภาคส่วน และถ้าจะจัดกลุ่มนิยามบนฐานของตัวแบบระบอบอภิบาลในอุดมคติ อาจเห็นภาพดังนี้

ประเด็น	ตลาด	รัฐ	เครือข่าย
นิยามของการอภิบาลระบบสุขภาพ	ระบบสุขภาพไทย ไม่ซับซ้อน มีอยู่ 3 กองทุนที่ให้การรักษามาตรฐานความจำเป็นที่กำหนดไว้ โดยขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจของประเทศอย่างไรก็ตาม คนก็มีสิทธิที่จะแสวงหาสิ่งที่ดีกว่า หรือความพิเศษที่หลากหลายที่ทุกคนแสวงหา ¹ ระบบสุขภาพของไทยมีอยู่ 3 กองทุนที่ควรจัดบริการให้มีความเท่าเทียมกัน ²	กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน ทั้งที่เป็น provider, regulator, purchaser และ service ...(แต่) เมื่อดูจาก 11 กิจกรรม (ในการปฏิรูปของกระทรวงสาธารณสุข) ข้อด้อยคือ ยังไม่มีหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจเป็นแกนกลางเชื่อมต่อในการใช้อำนาจสูงสุด ³	- ระบบสุขภาพต้องเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน ⁴ - ทั้งสังคมต้องเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ ⁵ - ระบอบอภิบาลหมายถึงกลไกการขับเคลื่อนของทั้งสังคม ⁶

¹ ตัวแทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน, สัมภาษณ์, 29 เมษายน 2556

² ผู้อำนวยการภาคประชาสังคม, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2556

³ อดีตข้าราชการการเมืองระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 22 มีนาคม 2556

⁴ อดีตกรรมการแพทยสภา, สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2556

⁵ ผู้บริหารตระกูล ส. แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 9 เมษายน 2556

⁶ อดีตผู้บริหารตระกูล ส. แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 18 กุมภาพันธ์ 2556

ส่วนที่คณะเกี่ยวกับการบริหารจัดการในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ พอจะจัดกลุ่มได้ดังนี้

ประเด็น	ตลาด	รัฐ	เครือข่าย
การบริหารจัดการ	การจัดระบบกลไกอภิบาลระบบสุขภาพ บนพื้นฐานความคล่องตัว เน้นประสิทธิภาพ ความรวดเร็ว...การแบ่งพื้นที่เป็น 12 เขตบริการ เพื่อสร้างความเป็นปึกแผ่นในการบริการโดยบริหารทรัพยากรร่วมกัน เน้นประสิทธิภาพในการบริการ ⁷	National Health Authority เป็นภารกิจหลักในกลไก อภิบาลระบบสุขภาพ ต้องเข้าไป “กำกับดูแล” ทั้งระบบ โดยหน่วยงานตระกูล ส. อยู่ภายใต้การกำกับ (ของกระทรวง) ซึ่งหมายถึง regulate by organization order หรือเสนอแนะนโยบาย (ให้ไปดำเนินการ) ⁸	ระบบสุขภาพไทยมีความซับซ้อนมากกว่าจะจัดการด้วยอำนาจทางเดียว ⁹ การจัดการหน่วยงานตระกูล ส. เป็นการจัดการแบบมีส่วนร่วม ¹⁰
		มีแนวคิดที่จะเชื่อมทุกอย่างในฐานะที่เป็น authority (National Health Board) องค์การบริหารสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่ในเรื่องนโยบาย/ยุทธศาสตร์ เป็นการใช้ Hard power ¹¹	พัฒนาการของการปฏิรูประบบสุขภาพ ส่งผลให้คนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ ไม่ได้ผูกขาดอยู่ในมือหมอและพยาบาลเท่านั้น... กระทรวงสาธารณสุขสามารถดึงการมีส่วนร่วมจากคนนอกได้มากขึ้น ¹²
			ในปัจจุบัน โครงสร้างการอภิบาลขยายออกจากระบบราชการ กลายเป็น spectrum ที่หลากหลาย
			กระทรวงสาธารณสุขควรทำกลไกประสานงานที่ทำให้

⁷ อดีตข้าราชการการเมืองระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 22 มีนาคม 2556

⁸ อดีตข้าราชการการเมืองระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 22 มีนาคม 2556

⁹ ตัวแทนชมรมแพทย์ชนบท, สัมภาษณ์, 24 มกราคม 2556

¹⁰ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, สัมภาษณ์, 21 กุมภาพันธ์ 2556

¹¹ อ้างแล้ว.

¹² สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, สัมภาษณ์, 21 กุมภาพันธ์ 2556

ประเด็น	ตลาด	รัฐ	เครือข่าย
			หน่วยงานอื่นรู้ดีกว่า กระทรวงมาช่วย เชื่อมโยง หนุนเสริม กลไกที่มีอยู่ ไม่ใช่การใช้ อำนาจเข้าหากัน ¹³
			(ภัยคุกคามที่ สลับซับซ้อนมากขึ้นให้ เรื่องสุขภาพ ทำให้) โครงสร้างที่มีอยู่ (ของ กระทรวงสาธารณสุข) ไม่ได้ตอบปัญหา ดังนั้น จึงต้องสร้างกลไกการ ทำงานร่วมกับ หน่วยงานอื่นๆ ¹⁴
			กลไกอภิบาลระบบ สุขภาพต้องการความ เชื่อมโยง การบูรณาการ และความต่อเนื่อง ไม่ใช่ แค่กระทรวง สาธารณสุข ¹⁵
			โครงสร้างแบบกระจาย มีข้อดีในแง่ของการ ขับเคลื่อนแบบ multiple lens แต่ ข้อเสียคือ อาจจะขาด ความสอดคล้อง (harmony) ทิศทางการ พัฒนาควรเป็นการบูร ณาการโดยธรรมชาติ ของงานมากกว่าบูรณา การจากโครงสร้าง องค์กร

¹³ ผู้บริหารระดับสูงขององค์กร ส.แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 9 เมษายน 2556

¹⁴ อดีตผู้บริหารองค์กรตระกูล ส.แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 19 เมษายน 2556

¹⁵ กรรมการแพทยสภา ในส่วนของคณะนิติคณะแพทยศาสตร์แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2556

2. ทักษะเชิงคุณค่า: ประสิทธิภาพ กับความเป็นธรรม

เป้าหมายของระบบอภิบาลสุขภาพ เป็นอีกเรื่องที่คุณเหมือนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังคงมีทักษะยังไม่ลงรอยกันนัก จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการให้น้ำหนักกับทักษะเชิงคุณค่า 2 ประการ คือ ประเด็นประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม ที่ชัดเจนที่สุด อาจเห็นตัวอย่างได้จากกรณีศึกษาเรื่อง P4P และ PQO สำหรับแนวคิดเชิงประสิทธิภาพ พบในข้าราชการการเมืองที่รับผิดชอบกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่ฝ่ายต่อต้านจะให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมมากกว่า ดังแสดงได้ดังต่อไปนี้

ประสิทธิภาพ	ความเป็นธรรม
(P4P) เป็นมาตรการจ่ายเงินจูงใจที่สมเหตุสมผล... บนพื้นฐานของตัวเลขเชิงประจักษ์ของภาระงาน ¹⁶ (Medical Hub/Medical Tourism) ถ้าไม่ทำ Medical hub เมื่อมี AEC คนอื่นจะมาแย่งงานเราจริงๆ แนวคิด One Province, One Hospital; One Regional, One Business	(ข้อเสนอเรื่อง Pay for Quality and Outcome-PQO ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของ Pay for Performance) เน้นที่การบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด ทั้งในระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ เพื่อให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถนำไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ¹⁷

นอกจากไม่ความไม่ลงรอยในแนวคิดเรื่องประสิทธิภาพและความเป็นธรรมแล้ว ในท่ามกลางการโต้เถียงระหว่างฝ่าย ยังพบความขัดแย้งของวาทกรรมที่นำมาต่อกันอีกหลายเรื่อง ที่สำคัญได้แก่

กรณีความขัดแย้งเรื่อง P4P ของแพทย์ชนบท เป็นการต่อสู้บนฐาน: **ผลประโยชน์เฉพาะกลุ่ม-ผลประโยชน์สาธารณะ**

การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข เป็นการ: **กำกับดูแล-เชื่อมโยงประสานงาน** หรือว่า **สร้างเอกภาพในการบริหาร-ถูกยึด**

เมื่อเป็นเช่นนี้ ทำให้เกิดเกิดแบ่งฝักฝ่ายระหว่างกลุ่มที่วาดด้วย **ผลประโยชน์และคุณธรรม** หรือ **หมอเมือง-หมอชนบท** นั่นเอง

3. ทักษะต่อความสัมพันธ์ภายในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบัน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบัน พบว่า มีหลายแบบได้แก่

จุดแข็งของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. พัฒนาการของระบบสุขภาพช่วงหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยืนยันได้ว่า ระบบสุขภาพไทยพัฒนามาจนเข้มแข็ง ไม่เคยถอยหลัง เพราะมีการเรียนรู้ตลอดเวลา¹⁸

¹⁶ อดิตข้าราชการการเมืองระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 22 มีนาคม 2556

¹⁷ คณะทำงานชมรมแพทย์ชนบทและเครือข่ายสหวิชาชีพ รพ.ชุมชน, คู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Quality and Outcome-PQO), 2556

¹⁸ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2556

2. กลไกอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบันมีจุดเด่นอยู่ที่การสร้างการมีส่วนร่วมในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับสูงที่สุดที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ หรือสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายมากขึ้น จนถึงระดับล่างสุดคือกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งเปิดพื้นที่ให้ผู้คนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น และการแสดงบทบาทของหน่วยงานตระกูล ส. ก็ได้เป็นการดึงบทบาทมาจากกระทรวงสาธารณสุข แต่เป็นการเปิดพื้นที่ให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถดึงคนนอกมากมีส่วนร่วมได้มากขึ้น
3. กลไกที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สามารถตอบสนองปัญหาที่สลับซับซ้อนในเรื่องสุขภาพได้ โดยการแยกระหว่างหน่วยปฏิบัติการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข กับหน่วยงานตระกูล ส. ออกจากกัน กล่าวคือ กลไกภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ทำงานรองรับปัญหาสุขภาพในความหมายเดิม และหน่วยงานตระกูล ส. ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพตามความหมายที่กว้างขึ้น¹⁹
4. ความขัดแย้งระหว่างแพทยสภาและแพทย์ชนบทมิได้เป็นปัญหา ความเห็นบางเรื่องก็ได้ต่างกัน ในหลักการ เช่น ความเห็นเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาตามมาตรา 12 พรบ.สุขภาพแห่งชาติ แตกต่างกันเพียงแค่ว่าในรายละเอียด และภายใต้กลไกอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบันมีพื้นที่ให้แต่ละฝ่ายได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนกันอยู่แล้ว เช่น ใน คสช. ซึ่งมีองค์ประกอบจากสภาวิชาชีพอยู่ครบและมีตัวแทนแพทย์ชนบทอยู่แล้ว²⁰

ความท้าทายต่อกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. แม้ว่าการบริหารหน่วยงานตระกูล ส.จะดีที่สุด เมื่อเทียบกับสายการบังคับบัญชาของกระทรวงอื่นที่มีอำนาจแนวดิ่งแนวนเดียว...โดยในอดีตการบูรณาการระหว่างตระกูล ส.มีมากกว่านี้ ในปัจจุบันหน่วยงานต่างๆ เติบโตขึ้น เลยมีการแยกส่วนระหว่างองค์กร แต่ละหน่วยงานแบ่งแยกความชำนาญเฉพาะทาง สร้างผู้เชี่ยวชาญในแต่ละองค์กร ทำให้สูญเสียความยืดหยุ่นไป²¹โครงสร้างแยกส่วน ไม่ได้เป็นเอกภาพ แต่ละองค์กรมีที่มาของอำนาจและทรัพยากรที่แตกต่างกัน กลไกการบริหารจัดการคนละแบบ แต่ก็ถือว่ารองรับกับสภาพปัญหาในระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้มากกว่าการรวมศูนย์การจัดการในแบบเดิม อย่างไรก็ตาม แม้จะถูกวิจารณ์ว่า บุคลากรของกลไกในตระกูล ส. ดูเหมือนจะเป็นกลุ่มเดียวกัน แต่ก็มิได้เกิดจากการออกแบบหรือความตั้งใจมาแต่ต้น อันที่จริง สภาพการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันระหว่างแพทย์ชนบท กับแพทย์พาณิชย์ ดูเหมือนจะเป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับจากการมีบทบาทของแพทย์ชนบทในอดีตมากกว่า แต่ปัญหาที่สำคัญกว่านั้นคือ ในท่ามกลางสถานการณ์ขัดแย้ง แต่ละฝ่ายได้ร่วมกันพัฒนาเทคโนโลยีในการพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกันซึ่งจะเป็นปัญหาในอนาคต อย่างไรก็ตาม บริบททางสังคม²² กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแยกส่วน แม้จะมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพใหญ่ แต่ก็ไม่พอ เพราะไม่มีความเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น โดยเฉพาะกับโรงเรียนแพทย์²³
2. กลไกที่ดูแลภาพรวมระบบสุขภาพ ยังมีความขาดแคลนกลไกอภิบาลเชิงระบบ ที่ไม่ได้มีความหมายเฉพาะการบริหารที่ครบถ้วน แต่ต้องหมายถึงการจัดการความขัดแย้งได้ด้วย โดย

¹⁹ ตัวแทนชมรมแพทย์ชนบท, สัมภาษณ์, 24 มกราคม 2556

²⁰ ผู้บริหารองค์กรแห่งหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 21 กุมภาพันธ์ 2556

²¹ ตัวแทนชมรมแพทย์ชนบท, สัมภาษณ์, 24 มกราคม 2556

²² อดีตผู้บริหารองค์กรตระกูล ส.แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 18 กุมภาพันธ์ 2556.

²³ กรรมการแพทยสภา ในส่วนของคณะนิติคณะแพทยศาสตร์แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2556

กลไกอภิบาลเชิงระบบนั้น จะต้องมีกลไกหลักที่ดูแลภาพรวม เชื่อมโยงผู้คนให้มาทำงานร่วมกัน โดยมีเป้าหมายที่ส่งเสริมให้เกิดผู้เล่นที่หลากหลาย²⁴

3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนและองค์กรปกครองในอนาคต²⁵
4. (ฝ่ายแพทย์ชนบท) ไม่สามารถสื่อสารอุดมคติไปสู่คนรุ่นต่อไปได้ โดยเฉพาะจิตวิญญาณพื้นฐานคือการต่อสู้เพื่อความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนชนบท ทำให้กระบวนการสร้างผู้นำรุ่นต่อๆ มายังไม่แข็งแรง ศักยภาพในการผลักดัน/ต่อรองมีน้อยลง ผู้นำรุ่นต่อไปในตระกูล ส. ยังไม่เข้มแข็ง ถือเป็นจุดอ่อนภายในของขบวนการที่ไม่ไว (sensitivity) ต่อการขยายโครงสร้างองค์กร²⁶
5. ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขไม่เคยสนใจใช้บริการกลไกอภิบาลแบบเครือข่าย โดยเฉพาะในเครือข่ายของ สช. เพราะรู้สึกว่าเป็นเรื่องของตนเอง จัดการได้ ในขณะที่ระดับปฏิบัติการซึ่งรู้ข้อจำกัดว่าไม่สามารถดำเนินการสำเร็จ ถ้าทำงานโดยลำพัง เป็นฝ่ายที่เข้ามาร่วมงานกันมากกว่า²⁷
6. บทบาทขององค์กรวิชาชีพที่ทำหน้าที่กำกับดูแลอย่างแพทยสภา ก็ไม่แสดงบทบาทต่อพัฒนาการในภาพใหญ่ แต่กลายเป็นกลุ่มที่ดูแลรักษผลประโยชน์ของตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์-ผู้ป่วยตามมา²⁸ เน้นกระบวนการสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะและความเป็นมืออาชีพในวงการแพทย์มากกว่า²⁹ โครงสร้างแพทยสภา ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของคนบดีมากกว่าวิชาชีพอื่นๆ เทอะเทอะ ไม่มีประสิทธิภาพ (จำเป็นต้องมีบุคคลที่ 3 นอกวิชาชีพเข้าไปร่วมด้วย) แพทยสภา เดินทางผิดที่เน้นผลิตแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งไม่เหมาะสมกับบริบทประเทศที่ขาดแคลนแพทย์อยู่แล้ว³⁰ การที่แพทยสภาให้ความสำคัญกับมาตรฐาน ข้อร้องเรียนเป็นหลัก ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นองค์กรพัฒนาและคิดเชิงนโยบาย³¹
7. ในปัจจุบัน องค์กรตระกูล ส.บางองค์กรก็มีลักษณะเป็นราชการมากเกินไป (hyper bureaucrat) โครงสร้างองค์กรไม่นำไปสู่การถกแถลง (deliberation) ซึ่งนำผู้คนเข้ามามีส่วนร่วมในการถกแถลงโดยสมัครใจ พร้อมทั้งจะรับข้อมูลใหม่และเปลี่ยนแปลงความคิด โดยใช้ข้อถกเถียงที่มีคุณภาพ (โกมาตร)
8. ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขต้องอาศัยองค์ความรู้จากคนอื่น เพราะมีการทำวิจัยน้อยมาก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม ดังนั้น แม้จะมีโรงเรียนแพทย์ที่มีบุคลากรและองค์ความรู้ใหม่ แต่ก็ไม่เคยมีการประสานงาน ทำงานแยกส่วน เพราะคนละสังกัด...องค์กร ส.ทั้งหลายกับกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ได้เข้ากัน กระทรวงมองหน่วยงานตระกูล ส.เป็นอีกแบบ จึงไม่การประสานงานกัน หน่วยงานตระกูล ส.เป็นนักคิด ซึ่งโดยหลักการต้องคิดให้กระทรวง แต่

²⁴ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2556

²⁵ ข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 21 กุมภาพันธ์ 2556

²⁶ ผู้บริหารองค์กรแห่งหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 5 มีนาคม 2556

²⁷ ผู้บริหารองค์กรตระกูล ส.แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 9 เมษายน 2556

²⁸ ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเคยตั้งข้อสังเกตไว้ขณะมาเข้าร่วมสนทนากลุ่มในโครงการ โดยเปรียบเทียบว่า แพทยสภาในปัจจุบันทำหน้าที่เหมือนเป็นสหภาพแรงงานของแพทย์มากกว่า

²⁹ ผู้บริหารองค์กรแห่งหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 5 มีนาคม 2556

³⁰ อดีตเลขาธิการแพทยสภา, สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2556

³¹ กรรมการแพทยสภา ในส่วนของคณะนิติคณะแพทยศาสตร์แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2556

ต้องมีคนนำไปปฏิบัติคือ กระทรวง แต่ก็ไม่เคยมีการประสานกัน จึงไม่เกิดประโยชน์กับกระทรวงเท่าที่ควร³²

9. สมรรถนะในการเรียนรู้ร่วมกันต้องมาจากการสื่อสาร การรับรู้-การเรียนรู้ แต่ในปัจจุบันเวทีที่มีทั้งหมด มีไว้เพื่อต่อรอง ไม่ใช่การเรียนรู้ร่วมกัน³³ จุดอ่อนใหญ่ในปัจจุบันคือ ขาดพื้นที่ในการเรียนรู้ร่วมกัน แต่ละ ส. ไม่ค่อยได้มาคุยกัน แต่ละองค์กรมีอัตราสูง³⁴
10. นโยบายและการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพในปัจจุบันก็มีผลในการกำหนดบทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยในยุคก่อน แพทย์ชนบทมีความเข้มแข็ง การบริการสุขภาพมิได้ใช้เทคโนโลยีระดับสูงมากนัก แต่ในปัจจุบันเทคโนโลยีเปลี่ยน ทำให้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจเปลี่ยนไป นอกจากนี้ ประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงคือ ระบบราชการเปลี่ยนแปลงตามเทคโนโลยีไม่ทันภาคเอกชน³⁵

³² กรรมการแพทยสภา ในส่วนของคณะบดีคณะแพทยศาสตร์แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2556

³³ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, สัมภาษณ์, 4 มีนาคม 2556

³⁴ ผู้บริหารองค์กรแห่งหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 5 มีนาคม 2556

³⁵ อดีตผู้บริหารองค์กรตระกูล ส.แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 18 กุมภาพันธ์ 2556.

ภาคผนวก 2

รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์

(เรียงตามลำดับตัวอักษร)

1. นายแพทย์ โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์
2. นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว
3. นายนิมิตร เทียนอุดม
4. นายแพทย์ไพโรจน์ สุทธิวิเศษศักดิ์
5. นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
6. นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ
7. นายแพทย์ศุภกร บัวสาย
8. นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์
9. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
10. นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ
11. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
12. นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว
13. นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
14. ศ.คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร
15. ตัวแทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชนคนหนึ่ง (ไม่เปิดเผยชื่อ-สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์)