IHPP Thailand

มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

กลไกอภิบาล

งานสุขภาพโลกของไทย

ภายใต้ โครงการ "การทบทวนระบบสุขภาพโลกของประเทศไทย"
โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
สนับสนุนโดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

เฉลิมพล แจ่มจันทร์ | กัญญาพัชร สุทธิเกษม

กลไกอภิบาล
งานสุขภาพโลกของไทย

ภายใต้ โครงการ “การทบทวนระบบสุขภาพโลกของประเทศไทย”

โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

เฉลิมพล แจ่มจันทร์ | กัญญาพัชร สุทธิเกษม

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

กลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย / เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ กัญญาพัชร สุทธิเกษม.
- - พิมพ์ครั้งที่ 1. - - นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561 (เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 475)

1. สุขภาพโลก. 2. ระบบสุขภาพ -- ไทย -- วิจัย. 2. สุขภาพ -- วิจัย. 3. นโยบายด้านสุขภาพ -- ไทย. 4. นโยบายสาธารณสุข. 5. สุขภาพ -- นโยบายของรัฐ. 6. การส่งเสริมสุขภาพ. I. เฉลิมพล แจ่มจันทร์. II. กัญญาพัชร สุทธิเกษม. III. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. IV. ชื่อชุด

ISBN 978-616-443-222-2

กลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย

ผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

คณะผู้เขียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์
นางสาวกัญญาพัชร สุทธิเกษม
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2562
จำนวนพิมพ์ 100 เล่ม

พิมพ์ที่

อัมรินทร์ ปริ๊นติ้ง แอนด์ พับพลิชชิ่ง จำกัด
7/9-18 ถนนอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์: +66 (0) 2422-9000

สนับสนุนโดย

มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์: +66 (0) 2590-2366-7
โทรสาร: +66 (0) 2590-2385

คำนำ

ที่ผ่านมา ทั่วโลกได้รับบทเรียนจากปัญหาสุขภาพอันเป็นผลมาจากการพัฒนา การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม การเมือง และเศรษฐกิจ ขณะที่ปัญหามีลักษณะข้ามพรมแดน สลับซับซ้อนยิ่งขึ้น และต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อจัดการ แต่ดูเหมือนองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก็ยังขาดระบบและกลไกการทำงานร่วมกันที่สามารถรับมือกับภัยคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ทันท่วงที กรณีการกลับมาระบาดของไวรัสอีโบล่าที่เกิดขึ้นหลายประเทศในภูมิภาคแอฟริกา เป็นตัวอย่างที่ทำให้เห็นความไม่เท่าทันของการแก้ปัญหา องค์กรระหว่างประเทศทางสุขภาพที่เป็นหน่วยงานหลักในการอภิบาลงานสุขภาพของโลก ถูกวิจารณ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพในการประสานและจัดการแก้ปัญหา เพราะไม่สามารถยุติการแพร่ระบาดได้ ซึ่งเป็นสัญญาณว่า กลไกอภิบาลระบบสุขภาพ ที่ขาดการบูรณาการ ไม่มีองค์กรกลางที่มีความเข้มแข็งสามารถเชื่อมประสานองค์กรในภาคส่วนต่างๆ ขาดองค์ความรู้และนวัตกรรม ย่อมไม่สามารถผลักดันหรือแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญๆ ได้ ปัญหานี้ ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในระดับโลก หรือ ภูมิภาคเท่านั้น แต่เป็นความท้าทายที่เกิดกับงานสุขภาพโลกในระดับประเทศเช่นกัน

สำหรับประเทศไทย การขับเคลื่อนงานสุขภาพโลก (Global Health) นับว่ามีความก้าวหน้าในหลายประเด็น อาทิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control) ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ในการผลักดันประเด็นสุขภาพโลกที่สำคัญอื่นๆ อาทิ การพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ (International Trade and Health) ความปลอดภัยทางท้องถนน (Road Safety) อย่างไรก็ตาม ความท้าทายที่สำคัญของงานสุขภาพโลกของไทย คือ การปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของลักษณะปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน ทำให้ต้องวางยุทธศาสตร์และกลไกสนับสนุนงานสุขภาพโลกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถผลักดันนโยบายและขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกที่สำคัญได้สำเร็จ

“กลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย” เป็นหนังสือที่มุ่งนำเสนอภาพของระบบและกลไกการอภิบาลงานสุขภาพโลกของประเทศไทยในปัจจุบัน ที่สะท้อนจากบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งขับเคลื่อนงานสุขภาพโลก รวมทั้ง ประเด็นท้าทายของการบรรลุเป้าหมายสุขภาพโลกที่สำคัญ และท้ายที่สุดเสนอแนะแนวทางเพื่อกำหนดทิศทางในการพัฒนากลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทยที่เป็นไปได้และมีประสิทธิภาพ โดยคาดหวังว่า ข้อเสนอดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ในการปรับกระบวนทัศน์ กลไกอภิบาลและระบบการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุข ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของประเทศ

คณะผู้เขียน
กุมภาพันธ์ 2562

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้เขียนได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูล และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างดียิ่งจากผู้ทรงคุณวุฒิของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย แพทย์หญิง ดร.อรรถยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง, พ.ต.ต.หญิง ดร.สุรีย์วัลย์ ไทยประยูร ดร.ชะเอม พัชนี เภสัชกรหญิง ดร.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ รองศาสตราจารย์ ดร.นสพ.ปานเทพ รัตนากร ตลอดจนผู้บริหารศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศภายในกรม กองต่างๆ ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิจากกระทรวงการต่างประเทศ ผู้บริหารของกองการต่างประเทศ และ ดร.ชาลี กาญจนกุญชร รวมไปถึง หน่วยงานด้านต่างประเทศในสังกัดขององค์กรอิสระด้านสุขภาพ อาทิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ทั้งนี้ คณะผู้เขียน ได้นำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ตามประเด็นต่างๆ ทำให้เข้าใจการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพโลกของไทยในหลากหลายมิติชัดเจนยิ่งขึ้น

ตลอดระยะเวลาของการรวบรวมข้อมูลและศึกษาวิจัย โครงการศึกษาและคณะผู้เขียนได้รับการสนับสนุนอย่างดียิ่งจาก แพทย์หญิง ดร.อรรถยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง ผู้อำนวยการกองการต่างประเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และ เภสัชกรหญิง ดร.วลัยพร พัชรนฤมล ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และ ทันตแพทย์หญิง ดร.วริศา พานิชเกรียงไกร ซึ่งให้การสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและให้คำปรึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ทำให้โครงการฯ สามารถดำเนินการจนสำเร็จลุล่วง นอกจากนี้ ยังได้รับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อแนะนำที่ช่วยปรับปรุงให้หนังสือมีเนื้อหาครบถ้วน ถูกต้องและเหมาะสมจากบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาร่างหนังสือ โดย ศาสตราจารย์ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา อีกด้วย

จึงขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

คณะผู้เขียน

สารบัญ

บทนำ **10**

บทที่ 1 สุขภาพโลกและกลไกอภิบาล **14**

ทำไมสุขภาพโลกถึงได้รับความสำคัญในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา 16

กลไกอภิบาลสุขภาพโลกคืออะไร 18

ย้อนอดีต: มองกลไกอภิบาลสุขภาพโลก 22

มองปัจจุบัน: กลไกอภิบาลสุขภาพโลก และการเปลี่ยนแปลงในทศวรรษที่ผ่านมา 24

ภูมิทัศน์และกลไกอภิบาลสุขภาพโลกในระดับโลก 26

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงกลไกอภิบาลสุขภาพโลก ต่อประเทศและต่อโลก 30

บทที่ 2 การดำเนินงานสุขภาพโลกของไทย **36**

พัฒนาการงานสาธารณสุขไทย 37

ภูมิทัศน์สุขภาพโลกที่ส่งผลต่อไทย 42

ลักษณะการดำเนินงานสุขภาพโลกของไทย 44

โครงสร้างการทำงานสุขภาพโลกของไทย 54

การอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย 71

กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพโลกของไทย 82

บทที่ 3 การดำเนินงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น **96**

พัฒนาการงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น 97

หน่วยงานและการอภิบาลงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น 100

ข้อเรียนรู้ที่ได้จากญี่ปุ่น 121

บทที่ 4 การวิเคราะห์โครงสร้างและกลไกอภิบาล งานสุขภาพโลกของไทย **125**

โครงสร้างและกลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย 127

กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายในสมัชชาอนามัยโลก 137

กระบวนการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ สุขภาพโลกของไทย 145

บทที่ 5 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากลไกอภิบาล งานสุขภาพโลกของไทย **148**

ข้อเสนอโครงสร้างการทำงานสุขภาพโลกของไทย 151

ข้อเสนอการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของกระทรวงสาธารณสุข 161

บรรณานุกรม **167**

ดรรชนี (Index) **171**

คำย่อ **173**

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1-1	ความหมายของสุขภาพระหว่างประเทศ (international health) สุขภาพโลก (global health) การทูตด้านสุขภาพ (global health diplomacy) กลไกอภิบาลสุขภาพโลก (global health governance)	20
ตารางที่ 2-1	กลไกขับเคลื่อนความร่วมมือทวิภาคีระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน	74
ตารางที่ 4-1	ผู้เล่นหลักในงานสุขภาพโลกของไทย	128

สารบัญรูป

รูปที่ 2-1 โครงสร้างการดำเนินงานด้านต่างประเทศของกระทรวงสาธารณสุข 55

รูปที่ 3-1 โครงสร้างองค์กรภายใต้กระทรวงการต่างประเทศ 102

รูปที่ 3-2 โครงสร้างองค์กรภายใต้กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ (MOHLW) 107

รูปที่ 3-3 โครงสร้างองค์กรภายใต้สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศของ National Center for Global Health and Medicine (NCGM) 109

รูปที่ 3-4 โครงสร้างองค์กรสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (Cabinet Secretariat) 112

รูปที่ 3-5 การอภิบาลงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น ภายใต้ 3 กลไก 119

รูปที่ 4-1 โครงสร้างการทำงานสุขภาพโลกของประเทศไทย 129

รูปที่ 4-2 จำนวนและองค์ประกอบคณะผู้แทนไทยในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 53-70 (พ.ศ. 2543-2560) 138

รูปที่ 5-1 ข้อเสนอโครงสร้างการทำงานสุขภาพโลกของไทย 152

รูปที่ 5-2 ข้อเสนอการจัดตั้งสำนักงานเลขานุการการประชุมวิชาการนานาชาติ รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC) 160

บทนำ

ความเป็นมา

ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมามีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศคู่ขนานไปกับการพัฒนาขีดความสามารถของประเทศด้านสุขภาพโลกเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยที่ผ่านมาประเทศไทยประสบความสำเร็จในหลายๆ เรื่อง เช่น การพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับประเทศ การร่วมมีบทบาทสำคัญในเวทีระดับโลกในการกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกในระดับนานาชาติ เช่น กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์กรอนามัยโลก (Framework Convertion on Tobacco Control) เป็นต้น

อย่างไรก็ดี ยังมีประเด็นท้าทายอีกมากที่จะต้องพัฒนาให้ทันกับบริบทการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากนานาประเทศและภาคส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากภาคสุขภาพ

หลังจากที่ประเทศไทยมีกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559-2563 ซึ่งเป็นกรอบการทำงานสำคัญในการกำหนดทิศทางงานสุขภาพโลกของประเทศแล้ว เพื่อให้การขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกดำเนินไปได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศและขับเคลื่อนการพัฒนางานสุขภาพโลก

ในการนี้ มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้ให้การสนับสนุนสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในการจัดทำ “โครงการการทบทวนและวิเคราะห์ระบบสุขภาพโลกของประเทศไทย (Joint national and WHO review of the global health governance and GH system in Thailand 2017)” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

- เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานะปัจจุบันของระบบสุขภาพโลกและกลไกการอภิบาลของประเทศไทยในด้านต่างๆ โดยศึกษาบทบาทและแนวทางการทำงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกและแนวทางการพัฒนา

- เพื่อประเมินความก้าวหน้าและประเด็นท้าทายของการบรรลุเป้าหมายสุขภาพโลกที่สำคัญและเสนอแนวทางการก้าวข้ามความท้าทายดังกล่าวให้บรรลุเป้าหมายตามกรอบเวลาที่กำหนด

- เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจในระดับนโยบายใช้ในการกำหนดทิศทางและพัฒนากลไกอภิบาลสุขภาพโลกของประเทศไทยในระยะต่อไป

ในการดำเนินงาน วิธีการศึกษาที่ใช้ประกอบด้วยสามส่วนที่สำคัญ ได้แก่

หนึ่ง การทบทวนและรวบรวมข้อมูลสำคัญจากแหล่งต่างๆ อาทิ แผนยุทธศาสตร์ รายงานผลการศึกษา บทความวิชาการ บันทึกข้อตกลง (MOU) คำสั่งแต่งตั้งและรายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานหลัก รวมถึงประสบการณ์จากการทำงานจริงในเวทีสำคัญ เช่น สมัชชาอนามัยโลก เป็นต้น

สอง การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ เช่น ระดับนโยบายของกระทรวงต่างๆ/ระดับกรม ระดับบุคคล เป็นต้น

สาม การศึกษาดูงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนมุมมองและประสบการณ์กับผู้รับผิดชอบโดยตรง

สารัตถะของหนังสือ ประกอบด้วยเนื้อหา 5 บท ได้แก่

บทที่ 1 สุขภาพโลกและกลไกอภิบาล นำเสนอความสำคัญของงานสุขภาพโลก พัฒนาการของระบบและกลไกอภิบาลสุขภาพโลกตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของกลไกดังกล่าวที่มีต่อระดับประเทศและระดับโลก

บทที่ 2 การดำเนินงานสุขภาพโลกของไทย นำเสนอพัฒนาการด้านการสาธารณสุขและการดำเนินงานสุขภาพโลกของประเทศไทย โครงสร้างการทำงานหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องและกลไกอภิบาลสุขภาพโลกของประเทศไทย

บทที่ 3 การดำเนินงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น นำเสนอพัฒนาการงานสุขภาพโลก หน่วยงาน กลไกการอภิบาลและวาระสุขภาพโลกที่ประเทศญี่ปุ่นให้ความสำคัญ และข้อเรียนรู้ที่ได้รับจากการศึกษาประเทศญี่ปุ่น

บทที่ 4 การวิเคราะห์โครงสร้างและกลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย วิเคราะห์ให้เห็นถึงโครงสร้างกลไกระบบอภิบาลสุขภาพโลกของไทย กลไกและกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายในสมัชชาอนามัยโลก จุดแข็งและจุดที่ควรปรับปรุง

บทที่ 5 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย ครอบคลุมข้อเสนอด้านโครงสร้างกลไกการทำงานสุขภาพโลกของประเทศ และข้อเสนอการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของกระทรวงสาธารณสุข

1

สุขภาพโลก และกลไกอภิบาล

ปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นภัยคุกคามในทศวรรษนี้ไม่ได้เกิดจากปัญหาความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ไม่สามารถเยียวยาได้เพียงอย่างเดียว แต่ส่วนหนึ่งเกิดจากความล้มเหลวของกลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกในการแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาโรคเอดส์ที่แพร่กระจายไปทุกประเทศทั่วโลกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา แต่การแก้ปัญหายังเป็นแบบกระจัดกระจาย ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ และงบประมาณในการแก้ปัญหาของประเทศยากจนมีจำกัด นำมาสู่การจัดตั้ง UNAIDS ในปี ค.ศ. 1996[1] และการจัดตั้ง Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria ในปี ค.ศ. 2002 หรือการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) ในปี ค.ศ. 2009 ทำให้ประเทศต่างๆ สำรองวัคซีนในประเทศโดยเฉพาะประเทศที่มีกำลังซื้อที่จะจ่าย ขณะที่ประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดไม่สามารถเข้าถึงวัคซีนได้ และยังขาดกลไกหรือระเบียบกฎเกณฑ์ที่ทำให้การเข้าถึงวัคซีนมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม[2] หรือการเกิดการระบาดของอีโบล่า (Ebola) ในทวีปแอฟริกาที่ไม่สามารถจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] ด้วยเหตุนี้ ปัญหาการอภิบาลสุขภาพโลกจึงเป็นปัญหาที่ถูกหยิบยกขึ้นมาเพื่อปรับเปลี่ยน แก้ไขหรือตั้งกลไกใหม่ที่มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพแทนกลไกเดิมที่มีความอุ้ยอ้ายและขาดความยืดหยุ่น

ในช่วงที่ผ่านมาได้มีกลไกใหม่ๆ เกิดขึ้นมากมาย ที่สำคัญ เช่น Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria และ GAVI, the Vaccine Alliance เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนและต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายได้ ในขณะเดียวกัน โครงสร้างหรือกลไกอภิบาลเดิมก็มีการปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนี้เช่นกัน องค์การอนามัยโลกได้มีการตั้งคณะทำงานเพื่อปฏิรูปองค์กรมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 และมีความพยายามในการบริหารจัดการให้การดำเนินงานมีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น อาทิ การมีมติในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 64 เรื่อง Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงวัคซีนมากขึ้น รวมไปถึงการปรับโครงสร้างการทำงานขององค์การอนามัยโลกเพื่อแก้ปัญหาโรคระบาดต่างๆ เป็นต้น

1 United Nations Economic and Social Council Resolution 1994/24, 44th Plenary meeting, 6 July 1994. Joint and co-sponsored United Nations Programme on human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS).

2 Fidler DP (2010) Negotiating Equitable Access to Influenza Vaccines: Global Health Diplomacy and the Controversies Surrounding Avian Influenza H5N1 and Pandemic Influenza H1N1. PLoS Med 7(5): e1000247. doi:10.1371/journal.pmed.1000247

3 Bill Gates (2015) The Next Epidemic— Lessons from Ebola. The New England Journal of Medicine 372;15: 1381-1384.

ทำไมสุขภาพโลกถึงได้รับความสำคัญ ในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา

ปัญหาสุขภาพที่มีความสลับซับซ้อนในปัจจุบันเกิดจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง เช่น การติดเชื้อ หรือปัจจัยอื่น ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของประชาชนอย่างมาก อาทิ การเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดัน โรคอ้วน มะเร็ง ฯลฯ ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมของประชาชนทั้งด้านการบริโภค การใช้ชีวิตและการทำงาน หรือแม้กระทั่งโรคติดต่อก็มีปัจจัยอื่นนอกเหนือจากปัจจัยด้านสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การติดเชื้อจากสัตว์สู่คน เป็นผลมาจากปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม การแพร่ระบาดของโรคไปทั่วโลกก็เกิดจากการเดินทางที่สะดวกรวดเร็ว และสภาพความเป็นอยู่อย่างแออัดของประชากร รวมถึงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) เช่น การศึกษา ความยากจนและความเหลื่อมล้ำ ฯลฯ นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับความท้าทายของปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น การระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ การเกิดปัญหาเชื้อดื้อยา การกลับมาของโรคมาลาเรีย และ HIV/AIDS ฯลฯ ปัญหาสุขภาพหลายเรื่องก็เข้าไปเกี่ยวข้องกับประเด็นที่นอกเหนือจากประเด็นสุขภาพโดยตรง เช่น เศรษฐกิจการค้า การต่างประเทศ การอพยพเคลื่อนย้ายแรงงาน การศึกษา การเมืองและความขัดแย้ง สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ การแก้ปัญหาสุขภาพจึงต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ไม่ใช่แต่เพียงภาคส่วนสุขภาพส่วนเดียวอีกต่อไป

ปัญหาสุขภาพที่ผ่านมาให้บทเรียนหลายอย่าง เช่น การระบาดของซาร์ (SARS) และไข้หวัดใหญ่ ทำให้เรียนรู้ว่าไม่ว่าประเทศจะยากดีมีจนแค่ไหนก็มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไม่ต่างกัน ส่วนสถานการณ์ของอีโบล่าชี้ให้เห็นว่าความรุนแรงในการระบาดของโรคขึ้นอยู่กับระบบการเฝ้าระวัง การเตือนภัยและระบบรายงาน ซึ่งหมายความว่าหากสามารถวางระบบเหล่านี้ได้ดี การระบาดของโรคก็จะรุนแรงน้อยลง ขณะที่การระบาดของซิก้า (Sika Fever) ทำให้เรียนรู้ว่าเชื้อโรคชนิดนี้หมุนเวียนอย่างรวดเร็ว แต่กลับมีความรู้น้อยมากในการจัดการ ดังนั้นหากจะแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ องค์กรต่างๆ ต้องปรับตัวและพัฒนาระบบที่มีประสิทธิภาพ

บทบาทขององค์กรระดับโลกอย่าง WHO, UN, UNAIDS, Global Fund, GAVI ไม่สามารถตอบสนองภัยคุกคามทางสุขภาพ (Global Health threats) ได้อย่างมีประสิทธิภาพได้เพียงลำพังอีกต่อไปแล้ว ตัวอย่างการระบาดของอีโบล่าที่ทำให้ WHO ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักถึงกลไกที่มีอยู่ที่ไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที ทำให้การควบคุมโรคทำได้ไม่ทันการณ์

กลไกอภิบาลสุขภาพโลกในระดับประเทศก็มีปัญหาเช่นเดียวกับระดับโลก เพราะกลไกของรัฐฝ่ายเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จึงมีแนวคิดการพัฒนานวัตกรรมกลไกอภิบาลสุขภาพโลกที่มีประสิทธิภาพมากกว่า เช่น Network Governance ที่เป็นการขยายเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างการทำงานร่วมกันโดยใช้ความสามารถและความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกันเพื่อรับมือกับปัญหาที่ซับซ้อน รวมถึงการระดมทรัพยากร การแทรกแซงนโยบาย เพื่อมุ่งแก้ปัญหาที่เป็นเป้าหมายร่วมกัน

การมีผู้เล่น (player) จำนวนมากในระบบสุขภาพโลก และโดยมากอยู่นอกระบบอภิบาลแบบที่รัฐเป็นศูนย์กลาง ทำให้ขาดกลไกกลางที่จะเชื่อมระหว่างกลไกอภิบาลสุขภาพโลกหรือภาคีเหล่านี้ ส่งผลให้การขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพโลกยังเป็นส่วนๆ และซ้ำซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณ การจัดทำโครงการและกิจกรรม ซึ่งเป็นปัญหาของหน่วยงานของรัฐอย่างกระทรวงสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนา เช่น โครงการหรือผลการดำเนินงานที่เสนอแหล่งทุนที่มักจะมีกิจกรรมและกระบวนการทำงานที่ทับซ้อนกันอยู่[4] อย่างไรก็ดี กลไกที่จะเชื่อมระหว่างภาคีต่างๆ ต้องเป็นกลไกที่กระตุ้นการทำงานและส่งเสริมความร่วมมือ ไม่ควรมีลักษณะผลักดันการแข่งขันเพื่อดึงทรัพยากรหรืองบประมาณในการทำงาน เช่น เมื่อปี ค.ศ. 2007 มีการรวมกลุ่มของ WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, GFATM, GAVI, Bill & Melinda Gates Foundation, and the World Bank เพื่อกระตุ้นให้เกิดการผลักดันการทำงานเรื่องเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) โดยมุ่งที่วิธีการทำงานที่ดีโดยเฉพาะภายในองค์กร นอกจากนี้ โครงสร้างอำนาจในเรื่องสุขภาพโลกก็ปรับเปลี่ยนจากที่ประเทศสหรัฐอเมริกาเคยมีบทบาทเด่น แต่ปัจจุบันมีการกระจายอำนาจออกไปยังประเทศในภูมิภาคอื่นๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับดูแลและอภิบาล ปัจจัยที่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างอำนาจเนื่องจากมีการรวมตัวเป็นประชาคมระดับภูมิภาค เช่น สหภาพยุโรป ประชาคมอาเซียน รวมถึงกลุ่มความร่วมมือเชิงประเด็นต่างๆ ทำให้เครือข่ายการทำงานสุขภาพโลกมีความหลากหลายมากขึ้น

4 Lawrence O. Gostin and Emily A. Mok (2009) "Grand challenges in global health governance. "British Medical Bulletin 90, no. 1 (2009): 7-18.

กลไกอภิบาลสุขภาพโลกคืออะไร

ความหมายของสุขภาพโลก (global health) การทูตด้านสุขภาพ (global health diplomacy) และกลไกอภิบาลสุขภาพโลก (global health governance) มีผู้ให้คำนิยามไว้หลากหลาย *(ตารางที่ 1-1)* โดยความหมายของ**สุขภาพโลก**ที่พอจะสรุปได้คือ "ประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหาของโลก ไม่เฉพาะในประเทศใดประเทศหนึ่ง ต้องใช้ทรัพยากร งบประมาณ ความรู้และวิธีการที่หลากหลาย รวมถึงความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อแก้ปัญหา ไม่ใช่เรื่องที่รัฐบาลของประเทศใดประเทศหนึ่งจะสามารถจัดการปัญหาโดยลำพังได้"

การทูตด้านสุขภาพ เป็นมิติด้านนโยบายต่างประเทศ ที่เป็นเครื่องมือหนึ่งในการแก้ไขปัญหาสุขภาพซึ่งไม่ได้เป็นประเด็นของประเทศใดประเทศหนึ่งอีกต่อไป จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ปัญหาและผลักดันให้เรื่องสุขภาพและสาธารณสุข เป็นประเด็นนโยบายระหว่างประเทศ ทั้งนี้ เพื่อจะได้สามารถใช้เรื่องสุขภาพเป็นเครื่องมือในการดำเนินนโยบายด้านต่างประเทศได้ ในทางกลับกันก็สามารถใช้เรื่องนโยบายด้านต่างประเทศไปขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้ด้วย โดยแต่ละกลุ่มความร่วมมือทางการทูตด้านสุขภาพจะใช้เครื่องมือและผู้ดำเนินเรื่อง (actor) ที่แตกต่างกัน[5] อาทิ การทูตด้านสุขภาพประเด็นสำคัญ (core health diplomacy) ใช้สนธิสัญญาและข้อตกลงทวิภาคีและพหุภาคีระหว่างภาครัฐ การทูตด้านสุขภาพระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Multi-stakeholder diplomacy) ใช้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและสถาบันพหุภาคี และการทูตด้านสุขภาพแบบไม่เป็นทางการจะใช้ข้อตกลงกับผู้ให้ทุน นักวิชาการและหน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชน เป็นต้น

ความหมายของ**กลไกอภิบาลสุขภาพโลก** โดยสังเขป คือ การใช้องค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงระเบียบหรือข้อบังคับ กระบวนการขององค์กรกึ่งภาครัฐ และองค์กรนอกภาครัฐ เพื่อแก้ปัญหาความท้าทายด้านสุขภาพโลก[6] ซึ่งต้องการความรู้และแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพจากผู้มีส่วนร่วม กลไกอภิบาล (governance) มีองค์ประกอบที่เป็นพหุลักษณ์ แต่มีกลไกภาครัฐเป็นผู้เล่นสำคัญที่เป็นทางการ โดยกลไกอภิบาลทำหน้าที่ในการกำหนดบทบาทและการตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมทั้งการขับเคลื่อนนโยบายและการให้บริการต่างๆ เพื่อให้บรรลุ

5 Rebecca Katz, Sarah Kornblet, Grace Arnold, Eric Lief, Julie E Fischer (2011) Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization, Milbank Q. 2011 Sep; 89(3): 503–523. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00637.x

6 David P. Fidler (2010a) The Challenges of Global Health Governance. Working Paper, Council on Foreign Relations, International Institutions and Global Governance Program. 'After the Revolution: Global Health Politics in a Time of Economic Crisis and Threatening Future Trends.' Global Health Governance, 2(2): 1-21

เป้าหมายของสังคมร่วมกัน[7] ซึ่งนิยามกลไกอภิบาลสุขภาพโลกดังกล่าวอาจตีความได้ว่า ความรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพโลกเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน และกลไกอภิบาลใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาที่มีการขยายวงของผู้มีส่วนร่วม แต่นิยามนี้ไม่ได้ครอบคลุมไปถึงการจัดสรรอำนาจการตัดสินใจและอำนาจในการควบคุมกำกับว่าเป็นอย่างไร เพราะโดยหลักปฏิบัติทั่วไป อำนาจการตัดสินใจและอำนาจในการควบคุมกำกับจะเป็นอำนาจของภาครัฐ[8,9] ในขณะที่อำนาจของภาคเอกชนไม่ได้เกิดจากกฎหมาย แต่เกิดจากโครงสร้างทางสังคม การเมืองการปกครอง เศรษฐกิจหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการโดยรัฐหรือโดยการปฏิบัติมาในอดีตจนเป็นที่ยอมรับ โดยแนวคิดของการจัดสรรอำนาจตัดสินใจให้กับภาคเอกชน หรือ non-state actor หมายถึง การกระจายการมอบหมายหรือการไม่รวมศูนย์อำนาจ ซึ่งเป็นการทำให้อำนาจกระจายออกไปจากจุดกำเนิดของอำนาจเดิม คือ ภาครัฐนั่นเอง[10,11] ซึ่งรูปแบบของอำนาจแบบนี้จะมีลักษณะคล้ายใยแมงมุม คือ กระจายอำนาจออกไปจากศูนย์กลาง โดยที่ภาครัฐยังคงบทบาทสำคัญอยู่ โดยรูปแบบความสัมพันธ์กับ non-state actor จะแตกต่างกันไป เช่น เป็นหุ้นส่วน หรือในรูปของความร่วมมือ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การให้คำนิยามความแตกต่างของสุขภาพระหว่างประเทศ (international health) และสุขภาพโลก (global health) ในทางปฏิบัติยังคงมีส่วนที่ทับซ้อนกัน ไม่ได้แยกจากกันโดยเด็ดขาด เช่น ในบางครั้งอาจจะมีใช้คำว่าสุขภาพระหว่างประเทศ ในความหมายเหมือนกับสุขภาพโลก แต่ก็จะใช้ในบริบทที่เป็นประเด็นสุขภาพที่เป็นการเจรจา ข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติของรัฐบาลระดับชาติมากกว่า แต่ถ้าหากพูดถึงสุขภาพโลก ขอบเขตจะไปไกลกว่าเรื่องของการที่ประเทศร่ำรวยกว่าต้องการช่วยเหลือประเทศยากจน และกว้างกว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มประเทศมาก[12]

7 Fidler D. (2007) Architecture amidst anarchy: Global health's quest for governance. Global Health Governance, 1(1), 1-17.

8 Weber M. (1978) Economy and society: An outline of interpretive sociology Berkeley, CA: University of California Press.

9 Frank T.M. (1990) The power of legitimacy among nations. New York: Oxford University Press.

10 Porter T. (2008) Disaggregating authority in global goveance in H.K. Hansen and D. Salskov-Iversen (Eds.), Critical perspectives on private authority in global politics (pp.27-50). Basingstoke; New York: Palgrave Macmillan.

11 Porter T. (2009) Global governance as configurations of state/non-state activity in J. Whitman (Ed.), Palgrave advances in global governance (pp.87-104). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

12 Juan Garay, Laura Harris and Julia Walsh (2013) Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term. La santé globale existe-t-elle ? Santé, science et politique aux Suds. Available from: http://journals.openedition.org/faceaface/745

ตารางที่ 1-1 ความหมายของสุขภาพระหว่างประเทศ (international health) สุขภาพโลก (global health) การทูตด้านสุขภาพ (global health diplomacy) กลไกอภิบาลสุขภาพโลก (global health governance)

ชื่อ	ปี (ค.ศ.)	นิยาม
International Health (สุขภาพระหว่างประเทศ)		
Grepin[13]	2011	สุขภาพระหว่างประเทศคือการศึกษาประเด็นสุขภาพที่มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา
Global Health (สุขภาพโลก)		
Elmendorf[14]	2010	สุขภาพโลกคือประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหาของประเทศต่างๆ ในโลกและมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมากมาย
Kickbush[15]	2009	สุขภาพโลกคือประเด็นสุขภาพที่ข้ามเขตแดนของประเทศและของรัฐบาล และต้องการการแก้ไขในระดับโลกเพื่อสุขภาพของประชาชน
Grepin	2011	สุขภาพโลกคือการศึกษาและปฏิบัติของประเด็นสุขภาพที่ข้ามเขตแดนของประเทศ ซึ่งการศึกษานี้มีมุมมองที่หลากหลายเป็นอย่างมาก รวมทั้งเป็นการศึกษาที่ปรับเปลี่ยนไปจากเดิมที่มองสุขภาพในด้านการแพทย์และการรักษา และประเด็นสุขภาพโลกเป็นการสะท้อน “โลกาภิวัฒน์” ของโลกที่เราอยู่อาศัยในปัจจุบัน

13 Grepin K. (2011) ‘The rise of Global Health: global health vs. international health.’ Karen Grepin’s Global Health Blog, January 1, 2011. Available from: http://www.karengrepin.com/2011/01/rise-of-global-health-global-health-vs.html

14 Elmendorf E. (2010) ‘Global Health: Then and Now.’ UN Chronicle Online. Available from: http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/cache/bypass/home/archive/issues2010/achieving_global_health/globalhealth_thenandnow

15 Kickbush I. (2009) ‘Moving Global Health Governance Forward.’ In, Buse K., Hein W., Drager N. (eds.) Making Sense of Global Governance. London: Palgrave Macmillan

ชื่อ	ปี (ค.ศ.)	นิยาม
Global Health Diplomacy (การทูตสุขภาพโลก)		
Kickbusch I., Silberschmidt G., Buss P.[16]	2007	การทูตสุขภาพโลกเป็น temporal continuum ของสุขภาพโลกและนโยบายต่างประเทศ ซึ่งประเด็นสุขภาพมีความสำคัญมากขึ้นในการอภิปรายและเจรจาต่อรองในนโยบายต่างประเทศในโลกซึ่งมีความรวมตัวกันอย่างปัจจุบัน
Vincanne Adams, Thomas E. Novotny, and Hannah Leslie	2008	การทูตสุขภาพเป็นกิจกรรมทางการเมืองที่มีวัตถุประสงค์สองประการคือการพัฒนาสาธารณสุขและเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ
Global Health Governance (กลไกอภิบาลสุขภาพโลก)		
Fidler[17]	2010	การใช้กลไกที่เป็นทางการไม่เป็นทางการของสถาบัน กฎระเบียบ กระบวนการของรัฐ หรือหน่วยงานระหว่างประเทศและหน่วยงานที่ไม่ใช่หน่วยงานรัฐเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ต้องการความร่วมมือกันของประเทศต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
Kickbusch I., Silberschmidt G., Buss P.	2007	กลไกอภิบาล หมายถึง วิธีการทั้งหมดที่สังคมใช้ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา ซึ่งระบบอภิบาลสุขภาพโลกขยายความในความหมายนี้ไปถึงกลไกการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับโลก

16 Kickbusch I., Silberschmidt G., Buss P. (2007) 'Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health.' Bulletin of the World Health Organization, 85 (3): 230-232

17 Fidler D.P. (2010a) ibid.

ย้อนอดีต: มองกลไกอภิบาลสุขภาพโลก

ย้อนหลังไปเมื่อปี ค.ศ. 1851 เกิดการระบาดของโรคอหิวาตกโรค ไข้เหลือง (Yellow Fever) และโรคระบาดรุนแรงอื่นๆ (Plague) จนเป็นเหตุให้คร่าชีวิตผู้คนไปหลายล้านคน การระบาดแพร่กระจายไปหลายประเทศผ่านทางการค้าระหว่างประเทศ ประเทศที่เป็นท่าเรือใหญ่ เช่น อังกฤษ ฝรั่งเศส หรือประเทศอื่นๆ ในยุโรปต่างก็ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคดังกล่าวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอหิวาตกโรค ในการประชุมระหว่างประเทศ First International Sanitary Conference ในช่วงนั้นจึงมุ่งแก้ปัญหาโรคติดต่อที่เป็นปัญหาร่วมกัน จนกระทั่งช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาร่วมกันมากขึ้น เช่น ปัญหามลภาวะในแม่น้ำที่ไหลผ่านหลายประเทศ ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ หรือแม้กระทั่งปัญหาอาชีวอนามัยของแรงงาน ซึ่งนำไปสู่การจัดตั้งองค์การแรงงานระหว่างประเทศหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 ในปี ค.ศ. 1919[18]

อาจกล่าวได้ว่า ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพมีพัฒนาการมายาวนานนับศตวรรษ โดยความร่วมมือในช่วงเวลาดังกล่าวมีลักษณะร่วม 3 ประการ คือ[19]

1) ปัญหาที่หยิบยกขึ้นมาพิจารณาแก้ปัญหาร่วมกันเป็นปัญหาที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ
2) ปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นปัญหาข้ามพรมแดนและต้องการความร่วมมือจากประเทศต่างๆ ในการร่วมกันแก้ไข
3) ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ไม่มีผลกระทบต่อนโยบายด้านต่างประเทศของแต่ละประเทศ เพราะไม่มีผลกระทบต่อความเป็นรัฐ ทั้งในด้านอำนาจ ความมั่นคงหรือความอยู่รอด

อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่มีการระบาดของโรคในศตวรรษที่ 19 ความรู้ความเข้าใจเรื่องปัจจัยของการเกิดโรคยังไม่มีความชัดเจน มีข้อถกเถียงกันอยู่มากว่าโรคต่างๆ เหล่านั้นติดต่อกันอย่างไร และมาตรการอะไรที่จะได้ผลในการควบคุมโรค ประกอบกับในการประชุม First International Sanitary Conference เมื่อปี ค.ศ. 1851 ซึ่งมีประเทศเข้าร่วมประชุมรวม 12 ประเทศนั้น พบว่า ผู้แทนของประเทศต่างๆ ที่เข้าร่วมประชุมเป็นนักการทูต ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุขแต่อย่างใด และการประชุมครั้งนี้ใช้เวลาประชุมยาวนานถึง 6 เดือน แต่กลับมีความคิดเห็นขัดแย้งกันมากจนยากที่จะได้ข้อสรุป ในการประชุมครั้งต่อๆ มายังคงมีเพียงผู้แทนทางการทูตเข้าร่วมประชุมเท่านั้น การกำหนดมาตรการทางด้านสุขภาพระหว่างประเทศในยุคแรกๆ จึงเป็นการเจรจาในมุมมองของนักการทูตที่มุ่งปกป้องผลประโยชน์ของประเทศมากกว่าจะกำหนดมาตรการเพื่อสุขภาพอนามัยส่วนรวมของโลก[20]

18 ILO, Origins and History. www.ilo.org.

19 David P. Fidler (2010a). ibid

20 N. Howard-Jones (1950) Origin of International Health Work. British Medical Journal, May 6, 1950.

หน่วยงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศที่จัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการหน่วยงานแรกของโลกเกิดขึ้นในปี ค.ศ.1902 โดยการจัดตั้ง International Sanitary Office of the American Republics ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนเป็น Pan American Sanitary Bureau ในปี ค.ศ. 1949 และเปลี่ยนชื่อเป็น Pan American Health Organization (PAHO) ในปี ค.ศ. 1950 หลังจากองค์การอนามัยโลกจัดตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1948 ทั้งนี้ แม้ว่า PAHO จะมีสถานะเป็นสำนักงานภูมิภาคหนึ่งขององค์การอนามัยโลกก็ตาม แต่ยังคงความเป็นอิสระในการทำงานเพราะมีธรรมนูญเป็นของตัวเอง

การเกิดขององค์การอนามัยโลกและองค์การระหว่างประเทศ

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในกลไกอภิบาลสุขภาพระดับนานาชาติ โดยมีการก่อตั้งองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1948 เป็นองค์การระหว่างประเทศที่รับผิดชอบด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ และเป็นปีที่เริ่มมีการประชุมสมัชชาอนามัยโลกเป็นครั้งแรก เพื่อให้การรับรองธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก ขณะที่ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศที่ชนะสงครามได้ออกแบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศโดยมองใน 2 เสาหลัก คือ รัฐสวัสดิการในระดับประเทศ และการค้าเสรีในระดับระหว่างประเทศ (The Welfare State at the National Level; Free Trade at the International Level)[21] การออกแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มองว่า การค้าเสรีจะนำมาสู่การกระจายความเจริญไปสู่ประเทศต่างๆ ทำให้ประเทศยากจนสามารถมีงบประมาณเพียงพอที่จะจัดสวัสดิการให้กับประชาชนของตนได้ ซึ่งรวมถึงการให้สวัสดิการด้านสุขภาพด้วย หมายความว่าประเทศทุกประเทศจะต้องมีศักยภาพเพียงพอที่จะให้สวัสดิการกับประชาชนของตนเอง ขณะเดียวกัน สามารถที่จะแข่งขันทางการค้าระหว่างประเทศได้เช่นกัน แต่ในความเป็นจริงการค้าเสรีไม่ได้นำมาซึ่งความเจริญที่เท่าเทียมกัน ประเทศที่ร่ำรวยอยู่แล้วก็ร่ำรวยเพิ่มขึ้น ประเทศที่ยากจนก็ยิ่งยากจนลง ส่งผลให้แนวคิดเรื่องการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบอื่นๆ เกิดขึ้น เพื่อให้ประเทศที่ร่ำรวยได้ช่วยเหลือประเทศที่ยากจนให้สามารถพัฒนาประเทศให้เจริญขึ้นได้จริง เพื่อให้มีศักยภาพที่จะแข่งขันในเวทีการค้าระหว่างประเทศ และเพื่อให้สามารถจัดสวัสดิการให้กับประชาชนในประเทศในอนาคต ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือระหว่างประเทศในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สองจนกระทั่งสิ้นสุดสงครามเย็นอาจนับได้ว่าเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว เป็นความช่วยเหลือจากประเทศร่ำรวยเพื่อประโยชน์ของประเทศยากจนเป็นหลัก และมองว่าเป็นความช่วยเหลือชั่วคราวเพื่อให้ประเทศที่ยังไม่พร้อมสามารถพัฒนาตนเองให้พร้อมได้ในอนาคต ขณะเดียวกัน การให้ความช่วยเหลือของประเทศที่พัฒนาแล้วในช่วงสงครามเย็นก็มีเหตุผลทางการเมืองด้วย โดยใช้ความช่วยเหลือเป็นการสร้างพันธมิตรที่จะเลือกอยู่ข้างลัทธิเดียวกัน

21 Kapstein E.B. (1999) 'Distributive Justice as an International Public Good: A Historical Perspective.' In, Kaul I., Grunberg I, Stern M.A. (eds.) Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century. New York, Oxford: Oxford University Press.

มองปัจจุบัน: กลไกอภิบาลสุขภาพโลก และการเปลี่ยนแปลงในทศวรรษที่ผ่านมา

อาจกล่าวได้ว่าโรคเอดส์เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในกลไกอภิบาลสุขภาพโลก และเป็นจุดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านจากสุขภาพระหว่างประเทศไปสู่การเป็นสุขภาพโลกได้อย่างชัดเจน[22,23] กล่าวคือ จากแนวคิดหลังสงครามโลกครั้งที่สองที่มองว่าแต่ละประเทศควรจัดสวัสดิการให้เฉพาะกับประชาชนของตนเองนั้น โรคเอดส์ได้เปลี่ยนแนวคิดนี้ เพราะสถานการณ์โรคเอดส์ที่เกิดขึ้นสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าเป็นปัญหาร่วมกันของคนทั้งโลก การแก้ไขปัญหาจึงเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน จากสโลแกนที่ว่า “we all have AIDS” ชี้ให้เห็นว่าปัญหาเอดส์ไม่ได้อยู่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะประเทศหรือภูมิภาคเท่านั้น แต่ทุกคนทุกประเทศได้รับผลกระทบของเอดส์เช่นกัน เลขาธิการสหประชาชาติ โคฟี่ อันนัน ได้กล่าวในปาฐกถา Princess of Wales Memorial Lecture ในปี ค.ศ. 1999 “no company and no governance can take on the challenge of AIDS alone”[24] ขณะเดียวกัน ประเทศที่เป็นประเทศให้ทุนใหญ่อย่างประเทศสหรัฐอเมริกาก็ได้วิเคราะห์ปัญหาเอดส์โดยหน่วยงาน The National Intelligence Council และสรุปในรายงานปี ค.ศ. 2002 ว่าสหรัฐฯ เป็นศูนย์กลางการคมนาคม การย้ายถิ่น การค้าระหว่างประเทศและมีประชาชนของสหรัฐทั้งพลเรือนและทหารประจำการอยู่ทุกแห่งหนทั่วโลก สหรัฐฯ ย่อมมีความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของโรค หรือแม้กระทั่งการใช้เชื้อโรคเป็นอาวุธชีวภาพ นอกจากนี้ การระบาดของเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อการลงทุนของสหรัฐ กระทบต่อความมั่นคงของรัฐ และการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอก็อาจจะส่งผลต่อเนื่องให้เกิดเชื้อดื้อยาของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ซึ่งย่อมกระทบต่อสหรัฐฯ เช่นกัน[25] ดังนั้น จึงเป็นเหตุอันควรที่สหรัฐฯ จะลงทุนในการให้ความช่วยเหลือประเทศต่างๆ ผ่านช่องทางต่างๆ ส่งผลให้งบประมาณด้านเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างมากตั้งแต่

22 Elmendorf E. (2010) ‘Global Health: Then and Now.’ UN Chronicle Online. Available from: http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/cache/bypass/home/archive/issues2010/achieving_global_health/globalhealth_thenandnow

23 Kickbush I. (2009) ‘Moving Global Health Governance Forward.’ In, Buse K., Hein W., Drager N. (eds.) Making Sense of Global Governance. London: Palgrave Macmillan.

24 Annan K. (1999) Addressing global challenges of AIDS, Secretary-General stresses that wall of silence and prejudice surround disease must be torn down. Diana, Princess of Wales Memorial Lecture. Press Statement SG/SM/7045. Available from http://www.un.org/News/Press/docs/1999/19990625.SGSM7045.html

25 National Intelligence Council (2000) The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States. National Intelligence Estimate. Available from: http://www.dni.gov/nic/PDF_GIF_otherprod/infectiousdisease/infectiousdiseases.pdf

ปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา จากรายงานจัดทำโดย Kaiser Family Foundation และ UNAIDS ในปี ค.ศ. 2017 พบว่า งบประมาณที่ให้ความช่วยเหลือเรื่องเอดส์แก่ประเทศรายได้ปานกลางถึงรายได้ต่ำจากหน่วยงานที่เป็นทวิภาคีและพหุภาคีเพิ่มสูงขึ้นจาก 1.2 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี ค.ศ. 2002 เป็น 8.6 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี ค.ศ. 2014 หรือเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่าในช่วงเวลา 12 ปี (แต่งบประมาณเริ่มลดลงเหลือ 7 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี ค.ศ. 2016) การเพิ่มขึ้นของงบประมาณดังกล่าวนำมาซึ่งการเพิ่มขึ้นของผู้บริจาค (donor) ในประเทศเช่นกัน ในช่วงปี ค.ศ. 2009-2011 จำนวนผู้บริจาคที่ให้การสนับสนุนเรื่องเอดส์สูงถึง 37 หน่วยงาน โดยอยู่ในรูปแบบทวิภาคี 26 หน่วยงานและพหุภาคี 11 หน่วยงาน ให้การสนับสนุนกับ 143 ประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ โดยทวีปแอฟริกามีหน่วยงานให้การสนับสนุนมากที่สุดเฉลี่ย 15 หน่วยงานต่อประเทศ และ Oceania น้อยที่สุด คือ 3 หน่วยงานต่อประเทศ[26]

อย่างไรก็ตาม การมีผู้บริจาคให้การสนับสนุนจำนวนมากทำให้เกิดปัญหากับประเทศที่ได้รับการสนับสนุนในหลายด้าน เช่น การให้ทุนที่แยกส่วน ไม่ประสานงานกัน ไม่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหาของประเทศนั้นๆ เพราะเป็นโครงการที่มีลักษณะ top down และ donor driven แผนงานที่ไม่ได้รับงบประมาณไม่ได้รับความสนใจ ทั้งๆ ที่อาจจะเป็นปัญหาสำคัญ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ยังต้องใช้เวลาในการทำรายงานให้กับแหล่งทุนต่างๆ แทนที่จะให้บริการแก่ประชาชน[27] ดังนั้น จึงมีข้อเสนอที่จะปรับปรุงกลไกการให้การสนับสนุนให้มีการประสานงานกันและเสริมสร้างความเข้มแข็งในการทำงานให้เกิดความยั่งยืนมากขึ้น

26 Jen Kates, Josh Michaud, Adam Wexler and Allison Valentine (2016) MAPPING THE DONOR LANDSCAPE IN GLOBAL HEALTH: HIV/AIDS, The Kaiser Family Foundation, Washington DC., USA.

27 Devi Sridhar, Sanjeev Khagram and Tikki Pang (2008) Are Existing Governance Structures Equipped to Deal with Today's Global Health Challenges - Towards Systematic Coherence in Scaling Up, GLOBAL HEALTH GOVERNANCE, VOLUME II, NO. 2 (FALL 2008/SPRING 2009) http://www.ghgj.org.

ภูมิทัศน์และกลไกอภิบาลสุขภาพโลกในระดับโลก

การดำเนินงานสุขภาพโลกมีภูมิทัศน์ (global health landscape) ที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วตามพลวัตของงานสุขภาพโลก ในอดีตที่ผ่านมากว่า 7 ทศวรรษ งานสุขภาพโลกมีองค์การอนามัยโลกเป็นองค์กรหลักและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐของแต่ละรัฐสมาชิก ซึ่งก็คือกระทรวงสาธารณสุขของแต่ละประเทศ การดำเนินงานในช่วงแรกจะมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญ ณ ช่วงเวลานั้น ส่วนใหญ่เป็นปัญหาโรคติดต่อ โดยองค์การอนามัยโลกมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนาผ่านสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคและสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศ งบประมาณหลักขององค์การอนามัยโลกในช่วงต้นเป็นงบประมาณที่ได้จากค่าสมาชิก (Assessed Contribution) ต่างจากในช่วง 1-2 ทศวรรษที่ผ่านมา ที่งบประมาณส่วนใหญ่ขององค์การอนามัยโลกมาจากผู้สนับสนุนทุน (Voluntary Contribution) ทำให้องค์การอนามัยโลกกำลังเผชิญกับความท้าทายในการทำงาน เนื่องจากงบประมาณจากผู้สนับสนุนทุนส่วนใหญ่เป็นแบบเฉพาะเจาะจง (earmarked) ทำให้องค์การอนามัยโลกมีความยืดหยุ่นในการทำงานลดลงและไม่สามารถทำงานในสาขาสำคัญแต่ไม่อยู่ในความสนใจของผู้สนับสนุนทุนได้

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาภูมิทัศน์สุขภาพโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เนื่องจากมีองค์กรหรือเครือข่ายใหม่ๆเกิดขึ้นมากมาย ไม่ว่าจะเป็นกองทุนโลก ซึ่งเข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย UNAIDS GAVI FPGH UHC2030 MSF เป็นต้น ซึ่งองค์กรหรือเครือข่ายเหล่านี้ต่างเข้ามาเป็นผู้เล่นสำคัญในภูมิทัศน์สุขภาพโลก ทำให้การอภิบาลสุขภาพโลกมีการปรับรูปโฉมในการทำงาน องค์การอนามัยโลกไม่ได้เป็นผู้เล่นหลักเพียงผู้เดียวเหมือนในอดีต อีกทั้งความร่วมมือในการทำงานมิได้จำกัดบทบาทอยู่เฉพาะหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น แต่ครอบคลุมไปถึงภาคเอกชนและภาคประชาสังคมที่เข้ามามีส่วนร่วมด้วย

กลไกอภิบาลสุขภาพโลกในระดับโลกและภูมิภาค

ปัจจุบันการอภิบาลสุขภาพโลกประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ การอภิบาลโดยภาครัฐ การอภิบาลโดยกลไกตลาด และการอภิบาลโดยกลไกการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่าย ซึ่งมีความแตกต่างจากในอดีตที่ส่วนใหญ่มีกลไกการอภิบาลโดยภาครัฐเป็นกลไกหลัก โดยเฉพาะการอภิบาลภายใต้ระบบของสหประชาชาติ

1) การอภิบาลโดยภาครัฐ

กลไกอภิบาลภาครัฐเป็นรูปแบบการดำเนินงานแบบพหุภาคีที่มีประเทศต่างๆ เข้ามาร่วมกันกำหนดนโยบายสุขภาพระดับโลก โดยมีกลไกที่สำคัญ ดังนี้

1.1) สมัชชาสหประชาชาติ

สมัชชาสหประชาชาติเป็นกลไกการตัดสินใจระดับนโยบายของสหประชาชาติ นับเป็น 1 ใน 6 องคาพยพหลักของสหประชาชาติที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาสันติภาพและความมั่นคงของโลก ในอดีตที่ผ่านมา ประเด็นด้านสุขภาพไม่เคยได้รับการหยิบยกเป็นวาระสำคัญในการประชุมนโยบายระดับสูงของสหประชาชาติแต่อย่างใด แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าประเด็นสุขภาพเข้ามาเป็นวาระสำคัญในเวทีนี้มากขึ้น ได้แก่ การแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ การแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ รวมถึงการแก้ไขปัญหาวัณโรคและการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำลังอยู่ระหว่างการขับเคลื่อนผลักดันให้อยู่ในวาระระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติ

1.2) การประชุมสมัชชาอนามัยโลก การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกและคณะกรรมการภูมิภาค

สมัชชาอนามัยโลกจัดเป็นกลไกการตัดสินใจระดับนโยบายสูงสุดขององค์การอนามัยโลกตามธรรมนูญองค์การอนามัยโลก โดยจะมีการจัดประชุมเป็นประจำทุกปีในเดือนพฤษภาคม มีประเทศสมาชิก 194 ประเทศเข้าร่วมประชุม ผลลัพธ์ของการประชุมคือนโยบายสุขภาพในระดับโลกที่เป็นข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งจะมีหลากหลายรูปแบบ เช่น กฎหมายหรือข้อตกลงระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์ระดับโลก ข้อมติในประเด็นสุขภาพต่างๆ เป็นต้น นอกจากกลไกสมัชชาอนามัยโลกแล้ว ยังมีกลไกของคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกที่มีบทบาทในการพิจารณา

กลั่นกรองนโยบายสุขภาพก่อนเข้ากระบวนการสมัชชาและตัดสินใจประเด็นการบริหารงาน อีกทั้งยังมีกลไกคณะกรรมการภูมิภาคที่ดูแลตัดสินใจนโยบายสุขภาพในระดับภูมิภาค โดยเชื่อมโยงกับผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลกและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละภูมิภาคด้วย

1.3) อาเซียน

กลไกการทำงานสุขภาพอาเซียนขับเคลื่อนในลักษณะของคณะทำงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพ ภายใต้เสาหลักด้านสังคมและวัฒนธรรม (ASEAN Social and Cultural Community: ASCC) เรียกว่า Senior Officer Meeting on Health Development (SOMHD) โดยมีการประชุมผู้แทนประเทศที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอาวุโส ประเทศสมาชิกจะหมุนเวียนกันเป็นประธานคณะทำงาน (SOMHD Chair) เพื่อจัดการประเด็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ต้องใช้กลไกในระดับภูมิภาคในการขับเคลื่อนหรือสนับสนุน เช่น การควบคุมโรคระบาดข้ามพรมแดน การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ SOMHD ยังมีหน้าที่ในการพัฒนากฎเกณฑ์หรือนโยบายสาธารณสุขในระดับภูมิภาคร่วมกัน เพื่อตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพของภูมิภาค เช่น ระบบประกันสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มคนเคลื่อนย้าย ระบบบริการสุขภาพชายแดน ฯลฯ ซึ่งล้วนแต่เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น

2) การอภิบาลโดยกลไกตลาด

การอภิบาลโดยกลไกตลาดเป็นไปตามหลักอุปสงค์และอุปทาน ปัจจุบันระบบสุขภาพโลกมีการอภิบาลด้วยกลไกตลาดอยู่หลายด้าน ยกตัวอย่างกรณีที่มีความต้องการและการเข้าถึงยาสามัญจะพบว่าความต้องการของตลาดเป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้มีการผลิตยาสามัญในราคาที่ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงได้ การอภิบาลด้วยกลไกตลาดเช่นนี้ก่อให้เกิดประโยชน์และความสมดุลในเชิงระบบ อย่างไรก็ตาม การพึ่งพิงกลไกการตลาดเพียงกลไกเดียวจะต้องระมัดระวังความล้มเหลวจากการตลาดด้วย โดยเฉพาะจาก 3 สาเหตุหลัก คือ การที่ผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการมีความรู้หรือมีข้อมูลมากกว่าผู้บริโภค การที่กลไกรัฐที่ทำหน้าที่ควบคุมมาตรฐานขาดความเข้มแข็ง และการไม่มีการแข่งขันอย่างยุติธรรม

3) การอภิบาลด้วยกลไกการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่าย

ปัจจุบันกลไกการมีส่วนร่วมมีมากขึ้นในการอภิบาลสุขภาพโลก เช่น คณะกรรมการบริหารกองทุนโลก UNAIDS ที่จัดให้มีองค์ประกอบการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ครอบคลุมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประเทศผู้สนับสนุนทุนและประเทศรับทุน รวมถึงตัวแทนจากภาคประชาสังคม ถือเป็นกลไกในรูปแบบทางการขององค์กรระดับโลกที่มีความก้าวหน้ามาก

นอกจากกลไกแบบทางการแล้ว ยังมีกลไกที่ไม่เป็นทางการแต่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอีกหลายรูปแบบ โดยมีตัวอย่างที่ดี คือ กรณีการระบาดของอีโบลา ซึ่ง ณ เวลานั้น กลไกการอภิบาลเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระบบปกติที่มีองค์การอนามัยโลกเป็นแกนหลักไม่สามารถจัดการปัญหาได้ทันท่วงที ประชาคมโลกเกิดความตื่นตัวอย่างมาก มีการจัดตั้งคณะกรรมาธิการระดับโลกขึ้น 4 คณะ โดยการจัดตั้งเกิดจากหน่วยงานภาควิชาการและหน่วยงานที่มีทุนสังคมและปัญญาสูงเข้ามาร่วมคิดและวางแผนระบบอภิบาลใหม่ คณะกรรมาธิการ 4 คณะ ได้แก่ **หนึ่ง** the World Health Organization (WHO) Ebola Interim Assessment Panel (WHO Interim Assessment) **สอง** the Harvard University and the London School of Hygiene & Tropical Medicine's Independent Panel on the Global Response to Ebola (Harvard/LSHTM) **สาม** the Commission on a Global Health Risk Framework for the Future (CGHRF) convened by the US National Academy of Medicine และ **สี่** the United Nations High-Level Panel on the Global Response to Health Crises (UN Panel)

คณะกรรมาธิการทั้ง 4 คณะประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญระดับโลกในสาขาต่างๆ อย่างกว้างขวาง มีข้อแนะนำตรงกันในประเด็นสำคัญ คือ ควรมีการสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ และความเข้มแข็งขององค์การอนามัยโลกและองค์กรนำในระดับโลก และควรมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้เป็นไปตามข้อแนะนำของคณะกรรมาธิการทั้ง 4 คณะ

กลไกอภิบาลทั้ง 3 รูปแบบต่างมีจุดแข็งและความท้าทายแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม การอภิบาลสุขภาพโลกควรประกอบไปด้วยกลไกทั้ง 3 รูปแบบที่มีความสมดุลและสามารถปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของสถานการณ์และยุคสมัยได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง กลไกอภิบาลสุขภาพโลกต่อประเทศและต่อโลก

เมื่อวิเคราะห์ในมุมมองด้านการเมืองของนักรัฐศาสตร์[28] จะเห็นว่าการที่โครงสร้างอำนาจของโลกมีการปรับเปลี่ยน ส่งผลให้องค์กรระดับโลกที่เคยมีบทบาทนำด้านสุขภาพมีการปรับลดบทบาทลงกลายเป็นการอภิบาลสุขภาพโลกแบบเครือข่ายมากขึ้น ขณะที่บทบาทของภูมิภาคต่างๆ เพิ่มขึ้น ยกตัวอย่างประเทศสหรัฐอเมริกาที่เคยมีอิทธิพลต่อความร่วมมือด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 เพราะเป็นผู้นำในการปฏิรูปการอภิบาลสุขภาพโลกผ่านความร่วมมือระหว่างประเทศ ข้อตกลงแบบทวิภาคี ความร่วมมือระดับภูมิภาค และการมีส่วนร่วมของพหุภาคีกลับมีบทบาทด้านการอภิบาลสุขภาพโลกลดลง เนื่องจากประเทศอื่นๆ และหน่วยงานอื่นๆ มีบทบาทเพิ่มขึ้น[29] ขณะเดียวกัน ในมุมมองด้านสุขภาพพบว่า ผลจากการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์และกลไกสุขภาพโลก ทำให้องค์กรระดับโลกและระดับประเทศต้องปรับตัวและปรับวิธีทำงาน โดยมีการปฏิรูปกฎระเบียบ องค์กร กรอบความร่วมมือ การระดมทุน การกระจายงบประมาณไปยังภูมิภาคและประเทศต่างๆ รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมที่จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

28 Gorik Ooms, Rachel Hammonds, Kristof Decoster and Wim Van Damme (2011) Global Health: What it has been so far, what it should be, and what it could become. Working Paper Series of the Studies in Health Services Organization and Policy, Nr.2. Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium Department of Public Health.

29 David P. Fidler (2010a) ibid.

การเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์สุขภาพโลกดังกล่าวได้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนภูมิทัศน์และกลไกการอภิบาลสุขภาพโลกของประเทศไทยด้วยเช่นกัน ในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีกลไกการทำงานใหม่ๆ เกิดขึ้นอย่างมาก อาทิ การเกิดขึ้นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ฯลฯ หรือองค์กรในลักษณะที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะที่อยู่นอกภาครัฐและภาคสุขภาพ ซึ่งกลไกใหม่นี้ส่วนหนึ่งทำให้การทำงานด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็เกิดความตึงเครียดระหว่างกลไกในระบบเดิมกับระบบใหม่ในการทำงานร่วมกัน หรือการที่งบประมาณจากแหล่งทุนต่างๆ เลือกให้ทุนกับกลไกใหม่ที่มองว่ามีประสิทธิภาพมากกว่ากลไกเดิม ทำให้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเดิมกับหน่วยงานใหม่เป็นประเด็นการทำงานที่มีความท้าทายยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ความตระหนักในปัญหาทั้งปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและปัญหาโครงสร้างการทำงาน ทำให้กลไกระบบอภิบาลเดิมจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

อาจกล่าวได้ว่า ปัญหาสุขภาพโลกที่มีความสลับซับซ้อนและส่งผลกระทบไปยังทุกประเทศทั่วโลก ทำให้การออกแบบและพัฒนากลไกอภิบาลสุขภาพโลกทั้งในระดับโลกและระดับประเทศต้องมีความหลากหลายและเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพและบริบททางสังคม วัฒนธรรมและการเมืองการปกครองของภูมิภาคและประเทศนั้นๆ ขณะเดียวกัน ต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทั้งในและนอกภาคสุขภาพมากขึ้นด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Economic and Social Council Resolution 1994/24, 44th Plenary meeting, 6 July 1994. Joint and co-sponsored United Nations Programme on human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS).
2. Fidler, D.P. (2010). Negotiating Equitable Access to Influenza Vaccines: Global Health Diplomacy and the Controversies Surrounding Avian Influenza H5N1 and Pandemic Influenza H1N1. *PLoS Med* 7(5): e1000247. doi:10.1371/journal.pmed.1000247
3. Gates, B., (2015). The Next Epidemic— Lessons from Ebola. *The New England Journal of Medicine* 372;15: 1381-1384.
4. Gostin L. O., & Mok, E. A. (2009). "Grand challenges in global health governance. *British Medical Bulletin* 90, no. 1 (2009): 7-18.
5. Katz, R., Kornblet, S., Arnold, G., Lief, Eric., Fischer, J. E. (2011). Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization, *Milbank Quarterly*. 2011 Sep; 89(3): 503–523. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00637.x
6. Fidler, D. P. (2010a). The Challenges of Global Health Governance. Working Paper, Council on Foreign Relations, International Institutions and Global Governance Program. 'After the Revolution: Global Health Politics in a Time of Economic Crisis and Threatening Future Trends.' *Global Health Governance*, 2(2): 1-21
7. Fidler, D. (2007). Architecture amidst anarchy: Global health's quest for governance. *Global Health Governance*, 1(1), 1-17.
8. Weber, M. (1978). Economy and society: An outline of interpretive sociology Berkeley, CA: University of California Press.
9. Frank, T.M. (1990). The power of legitimacy among nations. New York: Oxford University Press.
10. Porter, T. (2008) Disaggregating authority in global goveance in H.K. Hansen and D. Salskov-Iversen (Eds.), Critical perspectives on private authority in global politics (pp.27-50). Basingstoke; New York: Palgrave Macmillan.
11. Porter, T. (2009). Global governance as configurations of state/non-state activity in J. Whitman (Ed.), *Palgrave advances in global governance* (pp.87-104). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

12. Garay J., Harris, L., & Walsh, J., (2013). Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term. La santé globale existe-t-elle ? Santé, science et politique aux Suds. Available from: http://journals.openedition.org/faceaface/745

13. Grepin, K. (2011). 'The rise of Global Health: global health vs. international health.' Karen Grepin's Global Health Blog, January 1, 2011. Available from: http://www.karen-grepin.com/2011/01/rise-of-global-health-global-health-vs.html

14. Elmendorf, E. (2010). 'Global Health: Then and Now.' *UN Chronicle Online*. Available from: http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/cache/bypass/home/archive/issues2010/achieving_global_health/globalhealth_thenandnow

15. Kickbush, I. (2009). 'Moving Global Health Governance Forward.' In, Buse K., Hein W., Drager N. (eds.) Making Sense of Global Governance. London: Palgrave Macmillan

16. Kickbusch, I., Silberschmidt, G., & Buss P. (2007). 'Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health.' *Bulletin of the World Health Organization*, 85 (3): 230-232

17. Fidler D.P. (2010a) ibid.

18. ILO, Origins and History. www.ilo.org.

19. David P. Fidler (2010a). ibid

20. N., Howard-Jones (1950) Origin of International Health Work. *British Medical Journal*, May 6, 1950.

21. Kapstein, E.B. (1999). 'Distributive Justice as an International Public Good: A Historical Perspective.' In,Kaul I., Grunberg I, Stern M.A. (eds.) *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. New York, Oxford: Oxford University Press.

22. Elmendorf, E. (2010). 'Global Health: Then and Now.' *UN Chronicle Online*. Available from: http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/cache/bypass/home/archive/issues2010/achieving_global_health/globalhealth_thenandnow

23. Kickbush, I. (2009). 'Moving Global Health Governance Forward.' In, Buse K., Hein W., Drager N. (eds.) *Making Sense of Global Governance*. London: Palgrave Macmillan.

24. Annan, K. (1999). Addressing global challenges of AIDS, Secretary-General stresses that wall of silence and prejudice surround disease must be torn down. Diana, Princess of Wales Memorial Lecture. Press Statement SG/SM/7045. Available from http://www.un.org/News/Press/docs/1999/19990625.SGSM7045.html

25. National Intelligence Council. (2000). The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States. *National Intelligence Estimate*. *Available from:* http://www.dni.gov/nic/PDF_GIF_otherprod/infectiousdisease/infectiousdiseases.pdf

26. Kates, J., Michaud, J., Wexler, A., & Allison, V., (2016). Mapping the Landscape in Global Health: HIV/AIDS, *The Kaiser Family Foundation*, Washington DC., USA.

27. Sridhar, D., Khagram, S., & Pang, Tikki. (2008). Are Existing Governance Structures Equipped to Deal with Today's Global Health Challenges - Towards Systematic Coherence in Scaling Up, *Global Health Governance, Volume II*, NO. 2 (FALL 2008/ SPRING 2009) http://www.ghgj.org.

28. Ooms, G., Hammonds, R., Decoster, K., & Damme, Wim V. (2011). Global Health: What it has been so far, what it should be, and what it could become. Working Paper Series of the Studies in Health Services Organization and Policy, Nr.2. Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium Department of Public Health. David P. Fidler (2010a) ibid.

กลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย

**ประกอบด้วย 4 ลักษณะ อาทิ
การอภิบาลโดยรัฐ การอภิบาลโดยกลไกตลาด
การอภิบาลโดยการมีส่วนร่วม และการอภิบาลโดย "ผู้นำ"
กลไกอภิบาลเหล่านี้ส่งผลต่อความสำเร็จของ
งานสุขภาพโลกในประเทศอย่างมาก**

2

การดำเนินงานสุขภาพโลกของไทย

ประเทศไทยมีพัฒนาการของงานสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับโลกมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดทิศทาง โครงสร้างและกลไกอภิบาลสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพภายในประเทศและการปรับเปลี่ยนภูมิทัศน์สุขภาพโลกมาเป็นระยะ ภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน จนสามารถดำเนินงานได้ประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับในหลายด้าน

พัฒนาการงานสาธารณสุขไทย

พัฒนาการงานสาธารณสุขไทยโดยสังเขป[1] สามารถแบ่งออกเป็น 3 ยุคสมัยตามเหตุการณ์สำคัญ ดังนี้

ยุคแรก: ยุคของการเกิดโรคระบาด/โรคติดเชื้อ และเริ่มต้นงานต่างประเทศ (พ.ศ.2461-2520)

ยุคนี้เป็นยุคของการบุกเบิกด้านการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบัน รวมถึงงานด้านต่างประเทศ สัญลักษณ์สำคัญของระบบการแพทย์แผนใหม่ คือ โรงเรียนแพทย์แห่งแรกที่เกิดขึ้นจากพระราชดำริของ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ด้วยทรงเล็งเห็นปัญหาว่าคนไทยมีความเสี่ยงจากโรคติดต่อมากขึ้น จึงทรงทุ่มเทศึกษาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และมุ่งมั่นที่จะวางรากฐานเรื่องการแพทย์และการพยาบาลในประเทศไทย และยังทรงส่งเสริมเรื่อง “การสงเคราะห์มารดาและทารก” โดยทรงวางโครงการดัดแปลงวชิรพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลคลอดบุตรขนาดใหญ่ เพื่อใช้เป็นศูนย์อบรมสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์และพยาบาลสาธารณสุข ต่อมาในปี พ.ศ. 2485 ได้มีการสถาปนากรมสาธารณสุข ซึ่งเดิมอยู่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทยขึ้นเป็นกระทรวงการสาธารณสุข[2] และในปี พ.ศ. 2487 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีการตั้ง “กองการสาธารณสุขต่างประเทศ” ขึ้นภายในกระทรวง จึงถือเป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานด้านต่างประเทศอย่างเป็นรูปธรรม

1 วิชัย เทียนถาวร (2559). 3 ยุคสมัย การสาธารณสุขไทย. มติชน ออนไลน์ 4 พฤษภาคม 2559. https://www.matichon.co.th/news/125602

2 กองการต่างประเทศ (ตปท.). ประวัติสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ. http://www.bihmoph.net/index.php?page=7

ในช่วงแรก ประเทศไทยประสบปัญหาโรคระบาดต่างๆ อาทิ ไข้มาลาเรีย โรคเท้าช้าง โรคอุจจาระร่วง ฯลฯ ขณะเดียวกัน อัตราเด็กเกิดสูง แต่อัตราการตายของแม่และเด็กก็สูงเช่นเดียวกัน รัฐบาลในขณะนั้น จึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชากร 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก และกลุ่มเด็กวัยเรียน หลังจากนั้นได้ขยายการดูแลจนครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2510-2514) มีการวางแผนครอบครัวเป็นนโยบายแห่งชาติครั้งแรก ต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) เป็นช่วงที่เน้นงานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว โดยมีหน่วยงานอื่นนอกเหนือกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น และนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2511 เป็นต้นมา ประเทศไทยเริ่มดำเนินนโยบายการบริการสาธารณสุขมูลฐานหลายรูปแบบ ทั้งสำนักงานผดุงครรภ์ (พ.ศ. 2511) สุขศาลา (พ.ศ. 2517) เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ปลูกฝี ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรน โปลิโอ บาดทะยัก เป็นต้น รวมทั้งมีนโยบายรักษาฟรีเป็นครั้งแรกในสมัยรัฐบาลหม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมช (พ.ศ.2518) เพื่อให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้

ยุคที่สอง: ยุคของการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพโลก (พ.ศ. 2521-2545)

ในยุคนี้ บทบาทด้านสุขภาพของประเทศไทยเริ่มปรากฏต่อสังคมโลก เนื่องจากไทยประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาสุขภาพหลายด้าน และเป็นช่วงที่งานสาธารณสุขระหว่างประเทศและสุขภาพโลกพัฒนาขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2519 ประเทศไทยเข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลกว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care : PHC) ที่เมือง Alma-Ata สหพันธรัฐรัสเซีย ต่อมาในปี พ.ศ. 2521 ได้เริ่มดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) จนกระทั่งปี พ.ศ. 2527 มีการกำหนดให้เป็นปีสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติและดำเนินการเพื่อเข้าสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 นอกจากนี้ ในช่วงปี พ.ศ. 2528-2530 ยังได้กำหนดให้เป็นปีรณรงค์คุณภาพชีวิตแห่งชาติอีกด้วย

ในปี พ.ศ. 2535 ถือเป็นความสำเร็จอย่างยิ่งของประเทศไทยในการดำเนินงานสาธารณสุข เนื่องจากองค์การอนามัยโลกทูลเกล้าถวายเหรียญทองในด้านสุขภาพดีถ้วนหน้าแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช อีกทั้งคณะกรรมการระหว่างประเทศเพื่อการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองสดุดีพระเกียรติคุณในการที่ทรงพระราชทานแนวคิดและทิศทางในการเผยแพร่เกลือเสริมไอโอดีน เพื่อควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนด้วยเช่นกัน

ในปีเดียวกันนี้ เป็นวโรกาสครบรอบ 100 ปีวันประสูติของพระมหิตลาธิเบศ อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณต่อวงการแพทย์และสาธารณสุขไทย มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลจึงถือกำเนิดขึ้น โดยมีเจตนารมณ์ที่จะให้เป็นรางวัลระดับนานาชาติที่มอบให้กับบุคคลที่ทำคุณประโยชน์สำคัญต่อวงการแพทย์และมนุษยชาติ และเพื่อให้รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา มูลนิธิฯ จึงได้ร่วมกับองค์กรต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลกมูลนิธิรอกกี้เฟลเลอร์ ฯลฯ จัดให้มีการประชุมวิชาการด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศประจำปี เรียกว่า “Prince Mahidol Award Conference” ขึ้น โดยมุ่งเน้นประเด็นสาธารณสุขที่เป็นความสนใจในระดับโลก

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนา “คน” เป็นศูนย์กลาง โดยน้อมนำ “หลักเศรษฐกิจพอเพียง” ของในหลวงรัชกาลที่ 9 มาใช้ในการพัฒนาคนทุกช่วงวัย และในด้านสุขภาพได้นำเอาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) มาใช้ประกอบด้วย ในช่วงเวลานั้น ประเทศไทยเริ่มมีองค์กรใหม่ๆ เกิดขึ้น อาทิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และในปี พ.ศ. 2544 เริ่มมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในปีเดียวกันนี้เอง สถาบัน Franklin and Eleanor Roosevelt Institute และคณะกรรมการระดับโลกว่าด้วยคนพิการก็ได้ถวายรางวัล“Franklin Delano Roosevelt International Disability Award” แด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชในฐานะที่ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานที่สำคัญตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการระดับโลกขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยคนพิการ

ยุคปัจจุบัน: ยุคของการส่งเสริมสุขภาพและองค์กรสุขภาพแนวใหม่ (พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา)

ในช่วงนี้ ประเทศไทยมีการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) โดยมุ่งไปที่การส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นด้วยการให้ความสำคัญกับการป้องกันมากกว่าการรักษา เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรและงบประมาณได้คุ้มค่ายิ่งขึ้น โดยมีองค์กรอิสระด้านสุขภาพ เช่น สสส. สปสช. สช. เข้ามาร่วมดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในหลายมิติ โดยมีการทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้งภายในประเทศและเครือข่ายต่างประเทศด้วย ขณะเดียวกันในงานสุขภาพโลก กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยมีหน่วยงานหลัก คือ กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงฯ ทำหน้าที่เตรียมการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA) จนประสบความสำเร็จทำให้ประเทศไทยเป็นที่ยอมรับในระดับโลก

อย่างไรก็ดี ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและความท้าทายใหม่ๆ หลายด้านที่เกี่ยวข้องกับมิติอื่นๆ นอกเหนือจากมิติด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการที่ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคและใช้ชีวิตไม่เหมาะสมจนนำไปสู่การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) เพิ่มสูงขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ การเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก ซาร์ ฯลฯ อันเป็นผลมาจากการอพยพเคลื่อนย้ายคนและแรงงาน การทำการเกษตรและปศุสัตว์ ฯลฯ สถิติอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งที่เพิ่มสูงขึ้น การเกิดภัยพิบัติจากธรรมชาติที่มีความถี่รุนแรงขึ้นและเป็นปัญหาร่วมกันของหลายๆประเทศ เช่น สึนามิ แผ่นดินไหว น้ำท่วม ภัยแล้ง ฯลฯ รวมไปถึงการเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบไม่เฉพาะภายในประเทศเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับนานาประเทศอีกด้วย จึงเป็นความท้าทายของการกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศเพื่อรับมือกับสถานการณ์และแนวโน้มดังกล่าว รวมทั้งส่งผลให้การดำเนินงานด้านต่างประเทศและสุขภาพโลกของประเทศไทยมีความสำคัญยิ่งขึ้น

การดำเนินงานระหว่างประเทศและสุขภาพโลกในประเทศไทยมีความเด่นชัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการเข้าไปมีบทบาทผลักดันนโยบายในเวทีระดับโลกและระดับภูมิภาค รวมถึงท่าทีการเคลื่อนไหวในประเด็นสุขภาพสำคัญๆ โดยพบว่า ในภาพรวม กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่คู่กันไปกับองค์การอนามัยโลก นับตั้งแต่ประเทศไทยเป็นสมาชิกร่วมจัดตั้งเมื่อปี ค.ศ. 1946 ต่อมาเมื่อมีองค์กรระดับนานาชาติตั้งขึ้นใหม่เข้ามาเป็นผู้เล่นสำคัญ ประเทศไทยก็ได้เข้าร่วมทำงานกับหน่วยงานเหล่านี้ตั้งแต่เริ่มต้น เช่น การร่วมจัดตั้งกองทุนโลกในช่วงเริ่มต้น การมีบทบาทในคณะกรรมการบริหารของ UNAIDS เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน ภูมิทัศน์งานสุขภาพโลกของประเทศไทยก็ปรับไปตามงานสุขภาพโลกที่เปลี่ยนไปเช่นกัน จากเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ทำงานใกล้ชิดกับกระทรวงต่างประเทศมากนัก การทำงานส่วนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขจะเน้นไปที่งานวิเทศสัมพันธ์และการสนับสนุนงานวิชาการเฉพาะประเด็นเป็นหลัก แต่ในช่วงที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขมีการทำงานใกล้ชิดกับกระทรวงต่างประเทศมากขึ้น ตั้งแต่ระดับนโยบายที่มีการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกร่วมกัน โดยเรียกได้ว่าเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติแผนแรกที่เป็นความร่วมมือระหว่างสองกระทรวง จนถึงการร่วมกันขับเคลื่อนกรอบยุทธศาสตร์ฯ ในกิจกรรมสำคัญ โดยเฉพาะการขับเคลื่อนวาระสุขภาพที่สำคัญสู่เวทีสหประชาชาติหรือเวทีอื่นๆ เช่น การขับเคลื่อนการดื้อยาต้านจุลชีพ การประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีส่วนร่วมในเครือข่าย Foreign Policy in Global Health การแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ การแก้ไขปัญหาวัณโรค และสุขภาพประชากรข้ามชาติ จนทำให้งานสุขภาพกลายเป็นเครื่องมือสำคัญอันหนึ่งในการขับเคลื่อนนโยบายการต่างประเทศของประเทศไทย

นอกจากการทำงานร่วมกันกับกระทรวงต่างประเทศแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังเริ่มมีการทำงานร่วมกันกับกระทรวงอื่นๆ มากขึ้น ในประเด็นสุขภาพสำคัญบางประเด็น เช่น การทำงานร่วมกับกระทรวงพาณิชย์และกระทรวงมหาดไทยในนโยบายการค้าและสุขภาพ เป็นต้น

ภูมิทัศน์สุขภาพโลกที่ส่งผลต่อไทย

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่มีบทบาทหลักในงานสุขภาพโลกของประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของงานสุขภาพโลกมากขึ้น และเห็นถึงความจำเป็นของการปรับบทบาทและเพิ่มขีดความสามารถของประเทศด้านสุขภาพโลกให้ทันต่อภูมิทัศน์สุขภาพโลกที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีประเด็นนโยบายที่ต้องให้ความสำคัญ ดังนี้

1) การปรับบทบาทของประเทศไทยจากประเทศผู้รับเป็นประเทศผู้ให้ เพื่อใช้สุขภาพโลกเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนนโยบายระหว่างประเทศอื่นๆ

2) การปรับกลไกการอภิบาลและโครงสร้าง/บทบาทของหน่วยงานหลักในกระทรวงให้สามารถขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพโลกได้ทันการณ์ โดยปรับจากงานหลักเดิมคืองานวิเทศสัมพันธ์สู่การทำงานพัฒนานโยบายสุขภาพโลกโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานเพื่อให้งานสุขภาพโลกเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานสุขภาพของประเทศให้ได้ประโยชน์สูงสุด

3) การพัฒนาขีดความสามารถของประเทศด้านสุขภาพโลก

จากประเด็นนโยบายดังกล่าวนำมาซึ่งการปรับโครงสร้างของหน่วยงานหลักในกระทรวงเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนางานสุขภาพโลกของประเทศไทยให้เป็นรูปธรรม กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้ง “สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ” ซึ่งในภายหลังเปลี่ยนเป็น “กองการต่างประเทศ” เดิมเป็นเพียงกลุ่มงานภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ให้มีสถานะและโครงสร้างอย่างเป็นทางการ ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 โดยมีอำนาจหน้าที่ คือ (1) จัดทำและเสนอแนะนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก (2) ประสานความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (3) ผลักดันและสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (4) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านต่างประเทศของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ขณะเดียวกัน กองการต่างประเทศจะทำหน้าที่เป็นแกนกลางของกระทรวงในการประสานนโยบายภาพรวมกับหน่วยงานความร่วมมือระหว่างประเทศหรือผู้รับผิดชอบงานต่างประเทศของหน่วยงานวิชาการในแต่ละกรมและหน่วยงานอิสระภายใต้ระบบสุขภาพ โดยกรมและหน่วยงานอิสระจะดูแลประเด็นนโยบายเชิงวิชาการตามบทบาทของแต่ละหน่วยงาน และกองการต่างประเทศจะดูแลนโยบายสุขภาพโลกของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวมและประสานกับกระทรวงหรือหน่วยงานอื่นนอกภาคสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นนโยบายของประเทศต่อไป โดยเฉพาะประเด็นที่ต้องประสานนโยบายระหว่างกรมและระหว่างกระทรวง รวมถึงประเด็นที่ยังไม่มีหน่วยงานหลักรับผิดชอบ

ลักษณะการดำเนินงานสุขภาพโลกของไทย

ปัจจุบันการดำเนินงานสุขภาพโลกของประเทศไทยมี 3 ลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าไปมีบทบาทผลักดันนโยบายในเวทีโลกและนานาชาติ การดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก และการจัดประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การเข้าไปมีบทบาทผลักดันนโยบายในเวทีโลกและนานาชาติ ได้แก่

1.1) การประชุมสมัชชาอนามัยโลก (WHA) และการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ (UNGA)

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศเข้าไปมีบทบาทในการผลักดันนโยบายสุขภาพโลกในเวทีนานาชาติ อาทิ เวทีการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (WHA) การประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติ (UNGA) การผลักดันนโยบายในเวทีระดับภูมิภาคอาเซียน เป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมามีตัวอย่างความสำเร็จของการผลักดันนโยบายของไทยในหลายเรื่อง เช่น

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 63 เมื่อปี พ.ศ. 2553 ประเทศสมาชิก 193 ประเทศรับข้อสรุปการประกาศใช้นโยบายการลดผลกระทบจากอันตรายของการบริโภคแอลกอฮอล์ (Global Strategy to Reduce the Harmful use of Alcohol) โดยมติที่ประชุมดังกล่าวกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกกำหนดนโยบายที่เข้มแข็งในประเทศของตนเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากภัยคุกคามของแอลกอฮอล์

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการสนับสนุนร่างยุทธศาสตร์ของโลกในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Global Strategy to Reduce Harmful use of Alcohol) ซึ่งเป็นผลจากมติสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 61 (เอกสาร WHA 61.4) เมื่อปี พ.ศ. 2550 และร่างมติสมัชชาอนามัยโลกของคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก โดยผู้แทนประเทศไทยได้กล่าวในนามประเทศสมาชิกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แสดงความกังวลต่อการให้ความสำคัญของระบบข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศที่มีต่อสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ และข้อจำกัดด้านงบประมาณขององค์การอนามัยโลกในการจัดการกับปัญหา แล้วได้เสนอให้มีการปรับแก้ร่างมติในประเด็นดังกล่าว ที่ประชุม WHA 63 ได้มีมติรับรองยุทธศาสตร์ และร่างมติ

ที่ได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[3] ความสำเร็จครั้งนั้นส่วนหนึ่งมาจากการสนับสนุนของนักวิชาการรุ่นก่อน ซึ่งนอกจากจะทำหน้าที่เสมือนเป็นคลังสมองของทีมวิชาการ ช่วยเสนอแนะให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกระบวนการ ยุทธศาสตร์การทำงานและการจัดทำเนื้อหาสาระของ Intervention และเอกสารอ้างอิงต่างๆ แล้ว ยังช่วยให้นักวิชาการรุ่นใหม่ได้เรียนรู้วิธีการทำงาน ซึ่งส่งผลให้ประเทศไทยสามารถดำเนินนโยบายการควบคุมแอลกอฮอล์อย่างเข้มงวดในหลายๆ มิติ

ความสำเร็จของไทยที่ชัดเจนอีกเรื่องหนึ่งในการมีบทบาทในเวทีการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ (UNGA) คือ ประเทศไทยได้ร่วมสนับสนุนและเสนอข้อมติในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) จนได้รับการรับรองในเวทีระหว่างประเทศต่างๆ โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมจากการเป็นสมาชิกในกลุ่ม FPGH เช่น การประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 58 เมื่อปี พ.ศ. 2548 และสมัยที่ 64 เมื่อปี พ.ศ. 2554 โดยประเทศไทยได้ร่วมสนับสนุนข้อมติเรื่อง UHC เพื่อให้เป็นบรรทัดฐานในการส่งเสริมเรื่องหลักประกันสุขภาพให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น จนกระทั่งปี พ.ศ. 2555 ไทยในฐานะสมาชิกกลุ่ม FPGH ได้ร่วมกันจัดทำข้อมติเรื่อง UHC เพื่อผลักดันผ่านที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญครั้งที่ 67 ให้ UHC เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนซึ่งกำหนดให้ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติจัดทำ UHC ภายในประเทศของตนให้สำเร็จในปี พ.ศ. 2573

1.2) การทำงานสุขภาพโลกภายใต้กรอบนโยบายด้านอาเซียน

กลไกการทำงานด้านสุขภาพของอาเซียนขับเคลื่อนในลักษณะของคณะทำงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพที่เรียกว่า Senior Officer Meeting on Health Development (SOMHD) โดยประกอบด้วยผู้แทนประเทศที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอาวุโสและหมุนเวียนกันเป็นประธานคณะทำงาน เพื่อจัดการประเด็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ต้องใช้กลไกในระดับภูมิภาคในการขับเคลื่อนหรือสนับสนุน เช่น การควบคุมโรคระบาดข้ามพรมแดน การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมโรคเอดส์ ฯลฯ รวมทั้งการพัฒนากฎเกณฑ์หรือนโยบายสาธารณสุขในระดับภูมิภาคร่วมกัน เพื่อตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพของภูมิภาค เช่น ระบบประกันสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มคนเคลื่อนย้าย ระบบบริการสุขภาพชายแดนซึ่งเป็นปัญหาที่

3 วลัยพร พัชรนฤมลและคณะ (2556). บทความพิเศษ การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 63 ประสบความสำเร็จจริงหรือไม่?. วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 22 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2556

มีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มประเทศอาเซียนมีแนวโน้มทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้น ทำให้ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน 2 ลักษณะ คือ ความต้องการโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น และความต้องการบริการสุขภาพที่ดีขึ้น สะท้อนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของอาเซียนที่เพิ่มสูงขึ้นถึง 2.5 เท่า ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2541-2553 มีมูลค่าโดยรวมสูงถึง 68 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ อย่างไรก็ดี ระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศยังคงมีความแตกต่างกันมาก ทั้งในด้านของการพัฒนาทรัพยากรด้านสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ[4]

เมื่อปี พ.ศ. 2558 ประเทศสมาชิกอาเซียนได้มีการหารือและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพและแนวทางในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขร่วมกัน (ASEAN Post-2015 Health Development Agenda) โดยมีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดประเด็นความร่วมมือ (Health Priority) ที่มุ่งเน้นการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของภูมิภาค นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับการปรับปรุงแนวทางและกลไกการทำงานของ SOMHD ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยจัดการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียน (ASEAN Health Minister Meeting (AHMM)) ครั้งที่ 12 ณ กรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม เมื่อปี พ.ศ. 2557 SOMHD ได้นำเสนอประเด็นความร่วมมือ และได้รับความเห็นชอบใน 20 ประเด็นการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่แบ่งเป็น 4 กลุ่ม (Cluster) ภายใต้ระยะเวลาดำเนินการปี ค.ศ. 2016-2020

ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับกระบวนการทำงานและนโยบายเพื่อเตรียมความพร้อมในงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศและเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยมีการตั้งคณะกรรมการระดับกระทรวงขับเคลื่อนภารกิจดังกล่าวร่วมไปกับการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ และได้กำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศและนโยบายอาเซียนไว้ ดังนี้

4 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2554-2558. (2560). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

1) เสริมสร้างให้ประเทศไทยมีบทบาทนำและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญในระดับภูมิภาคและระดับโลก

2) ให้ความร่วมมือทางวิชาการและบริการบนพื้นฐานของความเป็นมิตร ได้ประโยชน์ร่วมกันเพื่อความผาสุกของภูมิภาค

3) ดูแลสุขภาพประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากการรวมประชาคมอาเซียน โดยการเสริมสร้างขีดความสามารถของด่านชายแดน จังหวัดแนวชายแดนและเมืองหลักในภูมิภาค เน้นการพัฒนาระบบบริการที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในระดับอำเภอและระบบบริการชายแดน

4) สนับสนุนการมีและเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน รวมทั้งการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวและประชากรย้ายถิ่น โดยแนวคิดการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นธรรมและเป็นมิตร (Friendly Service) ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

5) พัฒนาระบบบริหารจัดการและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านบริหารและวิชาการอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

2) การดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพในหลายด้าน โดยใช้สุขภาพโลกเป็นเครื่องมือสำคัญควบคู่กับการพัฒนางานสุขภาพในประเทศ เช่น การร่วมผลักดันและนำกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบมาพัฒนาปรับใช้ในประเทศได้อย่างเหมาะสม จนได้รับการยอมรับและจัดให้เป็นประเทศแถวหน้าที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งมีงบประมาณในการสนับสนุนการรณรงค์ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ และส่งเสริมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางจนเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับประเทศอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การขับเคลื่อนการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการขับเคลื่อนกิจกรรมทางกายที่กลายเป็นวาระสำคัญในระดับโลก ซึ่งกำลังจะมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายระดับโลกในปี พ.ศ. 2561

การที่ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนางานสุขภาพโลก ทำให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศร่วมกันจัดทำ **"กรอบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก ปี คศ. 2016-2020"** โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ 5 ด้าน คือ

1) ส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก
2) ส่งเสริมบทบาทนำของประเทศไทยในเวทีนโยบายสุขภาพโลกและมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์รับผิดชอบต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาคมโลก
3) ส่งเสริมความสอดคล้องด้านนโยบายในระดับประเทศและในระดับโลก
4) สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพไทยให้มีความยุติธรรมและเท่าเทียม
5) พัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของประเทศไทยด้านสุขภาพโลกอย่างเป็นระบบ

ด้วยเหตุนี้ ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกของประเทศด้วย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพภายในประเทศ และเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของประเทศด้านสุขภาพ รวมทั้งเพื่อขับเคลื่อนงานสุขภาพที่สำคัญไปสู่เวทีนโยบายระดับโลก ซึ่งจะทำให้การแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศมีพลังและได้รับการสนับสนุนในระดับนโยบายอย่างต่อเนื่องมากขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่ประเทศ โดยใช้งานสุขภาพเป็นเครื่องมือนำประเทศไทยให้มีความสัมพันธ์อันดีกับประเทศต่างๆ ในการพัฒนางานด้านอื่นๆ ต่อไป เช่น การทูต การค้า เป็นต้น

กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกดังกล่าวให้ความสำคัญกับการมีบทบาทนำด้านสุขภาพใน 8 เรื่อง คือ การเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียนและเอเชีย การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ เครือข่ายนักระบาดวิทยา หน่วยสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมโดยผ่านมติที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 หลังจากนั้นนำเสนอมติต่อฝ่ายการเมือง คือ คณะรัฐมนตรี เพื่อมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการต่อกระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงได้แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลก โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงการต่างประเทศเป็นประธานร่วมกัน และมีหน่วยงานในสังกัดของทั้งสองกระทรวงเป็นเลขานุการร่วมกัน

จากการสัมภาษณ์ผู้แทนหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ระดับผู้บริหารส่วนใหญ่ร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการยุทธศาสตร์สุขภาพโลก และเข้าร่วมการประชุมจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ โดยมีกองการต่างประเทศประสานมายังอธิบดีกรม ขณะที่ในระดับปฏิบัติการส่วนใหญ่จะมีเจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์และนักวิเคราะห์นโยบายและแผนเท่านั้นที่รับรู้ว่าหน่วยงานของตนได้จัดทำยุทธศาสตร์รองรับกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก และส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการทำงานตามยุทธศาสตร์ของกรมเท่านั้น

3) การประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Conference - PMAC)

มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์ ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2535 เนื่องในวโรกาสครบรอบ 100 ปี แห่งวันพระราชสมภพสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก โดยมีสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีเป็นองค์ประธาน รางวัลนี้จะมอบให้กับนักวิชาการและผู้นำทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมแก่มนุษยชาติทั่วโลก ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2540 ในโอกาสครบรอบ 5 ปี คณะกรรมการมูลนิธิฯ ได้เห็นชอบให้มีการจัดการประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Conference : PMAC) เป็นครั้งแรกและครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2545 หรือเนื่องในโอกาสครบรอบ 10 ปี รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล

ต่อมาในโอกาสครบรอบ 15 ปี รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล คณะกรรมการมูลนิธิฯ ได้เห็นชอบให้มีการจัดการประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการเฉลิมฉลองและเพื่อเผยแพร่เกียรติคุณของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลให้เป็นที่รู้จักในระดับนานาชาติมากยิ่งขึ้น โดยมูลนิธิได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศที่สำคัญต่างๆ ร่วมเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมดังกล่าวเป็นประจำทุกปีนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จเป็นประธานในพิธีพระราชทานรางวัลและเปิดการประชุมที่ให้ผู้ที่ได้รับพระราชทานรางวัลได้แสดงปาฐกสำคัญ ทั้งนี้ ในแต่ละปีจะมีการกำหนดประเด็นนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อเป็นประเด็นหลักในการประชุมประจำปี ดังนี้

- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2550 (PMAC 2007) : Improving Access to Essential Health Technologies: Focusing on Neglected Diseases, Reaching Neglected Populations
- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2551 (PMAC 2008) : Three Decades of Primary Health Care: Reviewing the Past and Defining the Future
- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2552 (PMAC 2009) : Mainstreaming Health into Public Policies
- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ.2553 (PMAC 2010) : Global Health Information Forum
- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2554 (PMAC 2011) : Reviewing Progress, Renewing Commitments to Health Workers towards MDGs and Beyond

- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2555 (PMAC 2012) : Moving towards Universal Health Coverage: Health Financing Matters
- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2556 (PMAC 2013) : A World United against Infectious Disease: Cross–Sectoral Solutions
- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2557 (PMAC 2014) : Transformative Learning for Health Equity
- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2558 (PMAC 2015) : Global Health Post 2015 – Accelerating Equity
- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2559 (PMAC 2016) : Priority Setting for Universal Health Coverage
- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2560 (PMAC 2017) : Addressing Health of the Vulnerable Populations for an Inclusive Society
- การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี พ.ศ. 2561 (PMAC 2018) : Making the World Safe from the Threats of Emerging Infectious Diseases

ในทศวรรษที่ผ่านมา การประชุมดังกล่าวนี้สามารถสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรระดับนานาชาติเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นเครือข่ายในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย รวมทั้งเป็นเวทีที่เปิดให้มีการอภิปรายแบบสร้างสรรค์เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์สูงสุดด้านสาธารณสุขและการแพทย์

กรอบที่ 2-1 หน่วยงานเจ้าภาพร่วมในการประชุมนานาชาติ
รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล พ.ศ. 2550-2561

UN Organization ได้แก่

- World Health Organization
- The World Bank
- United Nation Development Programme
- United Nations Population Fund
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- International Organization of Migration
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
- Health Metrics Network
- Food and Agriculture Organization of the United Nations
- World Organization for Animal Health
- UNICEF
- Global Health Workforce Alliance
- The International Labor Organization
- United Nations Conference on Trade and Development
- United Nations Statistics Division
- Asian Development Bank

Technical/Academic Organization ได้แก่

- National Institutes of Health
- National Institute for Health and Care Excellence
- National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency
- Connecting Organizations for Regional Disease Surveillance
- Smithsonian Institution
- Chatham House
- The National Academies of Sciences Engineering, and Medicine
- Chinese Center for Disease Control and Prevention
- British Medical Journal
- International Development Research Center
- Southern African Centre for Infectious Disease Surveillance
- Results for Development Institute
- The Lancet
- Institute for Health Metrics and Evaluation
- Health Financing Task Force

Bilateral Organization ได้แก่

- United States Agency for International Development
- Japan International Cooperation Agency
- Public Health Agency of Sweden
- UK Department for International Development

Private Sector ได้แก่

- CSIRO Livestock Industries

การจัดประชุมใช้กลไกคณะกรรมการ International Organizing Committee (IOC) ในการทำงาน โดยหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพร่วมจะเป็นประธานร่วม (Co-chair) และเป็นฝ่ายเลขานุการร่วม (Joint Secretariat) และหน่วยงานที่สนใจในประเด็นของปีนั้นๆ รวมทั้งนักวิชาการเฉพาะประเด็นเป็นกรรมการ ซึ่งกระบวนการจัดการประชุมจะเน้นความเป็นเจ้าของร่วมของหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม โดยมีส่วนร่วมตั้งแต่การเสนอหัวข้อการประชุม การเป็นผู้จัดทำข้อเสนอประเด็นและเนื้อหาของแต่ละหัวข้อ (Session)

นอกจาก IOC แล้ว กลไกที่สำคัญในเชิงวิชาการ คือ คณะกรรมการวิชาการ (Scientific Committee) ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองบทความทางวิชาการ (Abstracts) ที่เสนอเข้ามา เพื่อให้ผู้รับผิดชอบของแต่ละหัวข้อนำไปพิจารณาค้นหาวิทยากร (Speaker) ที่เหมาะสมต่อไป

ฝ่ายเลขานุการการจัดการประชุมฝ่ายไทยเป็นการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การประชุมที่ผ่านมานับได้ว่าประสบความสำเร็จทั้งในด้านการเผยแพร่ชื่อเสียงเกียรติคุณของรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลในระดับนานาชาติ โดยได้รับการยอมรับถึง 3 จุดเด่นที่สำคัญ[5] คือ

1) เป็นการประชุมระดับนานาชาติที่จัดขึ้นโดยประเทศกำลังพัฒนา (International Conference Initiated by Developing Country)

2) เป็นการประชุมระดับนานาชาติที่แสดงถึงการร่วมเป็นเจ้าภาพของหน่วยงานระดับนานาชาติอย่างแท้จริง (Organize Jointly and Build Ownership by All Co-Hosts) และการมีส่วนร่วมในการกำหนดวาระและนโยบายด้านสุขภาพระดับโลก การประชุมสามารถรวบรวมผู้นำสำคัญด้านสาธารณสุขระดับนานาชาติเข้ามามีส่วนร่วมได้

3) เป็นการประชุมเชิงนโยบายอย่างแท้จริง (Policy-related Forum) เป็นการประชุมที่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างไม่มีข้อผูกมัด (Free Mandate) และเป็นเวทีที่เป็นกลาง ไม่มีแรงกดดันเชิงนโยบายจากหน่วยงานที่เข้าร่วม ผู้เข้าร่วมประชุมจึงสามารถใช้เวทีนี้ในการอภิปรายอย่างสร้างสรรค์เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่มนุษยชาติอย่างแท้จริง

5 Prince Mahidol Award Conference (2017) An External Assessment of the Prince Mahidol Award Conference (PMAC): Find and Recommendations from the Independent Assessment Team.

โครงสร้างการทำงานสุขภาพโลกของไทย

ในการดำเนินงานระบบสุขภาพโลกของประเทศไทยมีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1) กระทรวงสาธารณสุข

ในภาพรวม โครงสร้างการทำงานด้านต่างประเทศของกระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยประสานงานกลาง คือ กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่ในกรมอื่นๆ ของกระทรวงจะมีหน่วยประสานงานระหว่างประเทศทำหน้าที่ด้านวิชาการเฉพาะทางที่สอดคล้องกับภารกิจของกรมนั้นๆ กรมที่มีโครงสร้างสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ (Office International Cooperation: OIC) ชัดเจน ได้แก่ กรมควบคุมโรค และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ขณะที่กรมอื่นๆ อาจมีโครงสร้างเป็นระดับกอง ศูนย์หรือกลุ่มงาน และบางกรมอาจมีเพียงนักวิเทศสัมพันธ์สังกัดกองแผนงานและวิชาการทำหน้าที่ด้านต่างประเทศตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการเท่านั้น

กองการต่างประเทศและสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ (OIC) ของกระทรวงสาธารณสุขจะประสานความร่วมมือระหว่างประเทศกับกระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงอื่นๆ อาทิ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น โดยมีหน่วยสนับสนุนด้านวิชาการระหว่างประเทศ ได้แก่ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) รวมทั้งประสานกับองค์กรอิสระด้านสุขภาพ อาทิ สสส. สช. และ สปสช. ในการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลก *(รูปที่ 2-1)*

ลักษณะโครงสร้างหน่วยงาน OIC ของแต่ละกรมเกิดจากข้อเท็จจริงของภาระงาน ในกรมที่มีภารกิจงานด้านต่างประเทศค่อนข้างน้อยอาจไม่จำเป็นต้องมีโครงสร้างงานแยกออกมาเป็นการเฉพาะและไม่ต้องจัดสรรบุคลากรเพื่อการนี้เป็นจำนวนมาก ในขณะที่บางกรมมีนโยบายเน้นงานด้านต่างประเทศชัดเจนและมีภาระงานจำนวนมาก จึงต้องมีโครงสร้างการทำงานด้านต่างประเทศให้ชัดเจนและจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสม นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารด้วยว่าให้ความสำคัญกับงานด้านต่างประเทศมากน้อยเพียงใด ในกรมที่ผู้บริหารไม่ได้ให้ความสำคัญกับงานต่างประเทศมากนัก บุคลากรจะได้รับมอบหมายงานในลักษณะตั้งรับหรือทำงานเป็นครั้งเป็นคราวเท่านั้น

รูปที่ 2-1 โครงสร้างการดำเนินงานด้านต่างประเทศของกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ ในแต่ละหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการทำงานสุขภาพโลกแตกต่างกันไป ดังนี้

1.1) กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองการต่างประเทศ เป็นหน่วยงานกลางด้านสุขภาพโลกของภาคสุขภาพ ทำหน้าที่เปรียบเสมือนกระทรวงการต่างประเทศในภาคสุขภาพ มีบทบาทหลักในการประสาน พัฒนา เชื่อมโยง และขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพในภาพรวม โดยดำเนินการใน 3 ระดับ ได้แก่ การประสานกับหน่วยงานระหว่างประเทศ การประสานระหว่างกระทรวง และการประสานข้ามกรมภายในกระทรวง ภายหลังจากที่มีโครงสร้างอย่างเป็นทางการ กองการต่างประเทศได้พัฒนาบทบาทให้เหมาะสมตามบริบทสุขภาพโลกในยุคใหม่ โดยเพิ่มภารกิจด้านการพัฒนานโยบายและสร้างขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกให้กับประเทศ ในขณะเดียวกัน ยังคงรักษาศักยภาพงานวิเทศสัมพันธ์เดิมที่มีความสำคัญไว้ โดยกำหนดวิสัยทัศน์ที่จะเป็นองค์กรนำในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพโลกของไทยสู่ความสมดุลและยั่งยืน

พันธกิจของกองการต่างประเทศ คือ 1) การเป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาคสุขภาพในการประชุมและการเจรจาระหว่างประเทศ 2) พัฒนา ขับเคลื่อน และติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพโลกโดยบูรณาการกับทุกภาคส่วน 3) ส่งเสริมและดำเนินงานด้านความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศทั้งระดับทวิภาคีและพหุภาคี 4) สร้าง เผยแพร่ และจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพโลกต่อภาคส่วนต่างๆ และสาธารณชนไทย 5) ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ นโยบายและกลยุทธ์ด้านสุขภาพโลกแก่ภาคีเครือข่าย 6) พัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกของประเทศและสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทั้งในประเทศและในระดับนานาชาติ 7) ดำเนินงานเกี่ยวกับพิธีการและระเบียบแบบแผนสากลเพื่อสนับสนุนงานด้านสุขภาพโลก และ 8) พัฒนาองค์กรให้มีความพร้อมในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล

กองการต่างประเทศมีโครงสร้างการทำงานแบ่งเป็น 5 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ กลุ่มภารกิจความร่วมมือระดับโลก กลุ่มภารกิจความร่วมมือระดับภูมิภาค กลุ่มภารกิจพัฒนาระบบและส่งเสริมการดำเนินงานด้านต่างประเทศ กลุ่มภารกิจอำนวยการ และกลุ่มภารกิจพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ

1.2) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program : IHPP)

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2541 โดยเป็นหน่วยงานวิจัยที่สร้างองค์ความรู้ด้านนโยบายและการพัฒนาระบบสุขภาพในประเด็นที่มีความสำคัญ สร้างความเข้มแข็งด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งประสานกับเครือข่ายวิชาการด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ โดยมีพันธกิจ คือ 1) การเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลและองค์กรด้านการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพ 2) การวิจัยนโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพในประเด็นสุขภาพที่มีความสำคัญเชิงนโยบายทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาคและระดับโลก และ 3) การสื่อสารผลการวิจัยเพื่อนำไปสู่กระบวนการการตัดสินใจเชิงนโยบายบนฐานความรู้หรือข้อมูลทางวิชาการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 มีคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ IHPP เป็นหน่วยงานหนึ่งเทียบเท่ากองภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ขึ้นตรงต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินงานวิจัยของ IHPP ครอบคลุมประเด็นการคลังด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพ ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ งานวิจัยด้านปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย นมแม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ฯลฯ งานวิจัยด้านผลกระทบสุขภาพจากการค้าเสรี งานวิจัยด้านภาระโรค นอกจากนี้ ยังเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดทำข้อมูลบัญชีรายจ่ายด้านสุขภาพและดัชนีภาระสุขภาพของประเทศอีกด้วย IHPP มีการทำวิจัยร่วมกับเครือข่ายระหว่างประเทศ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยในต่างประเทศ เช่น เวียดนาม เมียนมา ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย จีน ญี่ปุ่น อินเดีย ศรีลังกา ภูฏาน มัลดีฟส์ แอฟริกาใต้ ออสเตรเลีย อังกฤษ เป็นต้น รวมถึงองค์กรระหว่างประเทศ เช่น WHO, UNDP, UNAIDS, ILO, FAO และหน่วยงานผู้ให้ทุนต่างๆ เช่น World Bank, Rockefeller Foundation, JICA, USAID, EU เป็นต้น นำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างองค์กรและการขยายเครือข่ายการทำงานในประเด็นนโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพ

IHPP ให้ความสำคัญกับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในกระบวนการนโยบายทั้งในระดับประเทศและระดับระหว่างประเทศ โดยได้ดำเนินการตามกลยุทธ์ต่างๆ นับจากการคัดเลือกหัวข้องานวิจัยที่เหมาะสม การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบาย ตลอดจนสร้างเสริมศักยภาพของนักวิจัยให้มีทักษะทั้งด้านการทำวิจัยและอื่นๆ เช่น การสื่อสาร การนำเสนอข้อมูล การเจรจาในเวทีระหว่างประเทศ เป็นต้น

IHPP ได้ร่วมขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในระดับโลก อาทิ ประเด็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage : UHC) การยกระดับเรื่อง UHC จาก WHO ไปสู่การประชุมสมัชชาสหประชาชาติ (United Nation General Assembly : UNGA) โดยมีบทบาทในการผลักดันให้ UHC บรรจุในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และเสนอให้มีการอภิปรายประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในการประชุมระดับรัฐมนตรีของการประชุมคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกทุกปีจนถึงปี พ.ศ. 2573 นอกจากนี้ IHPP ยังมีบทบาทในเครือข่ายระหว่างประเทศ เช่น การเป็นประธานอนุกรรมการด้านการพัฒนาความเข้มแข็งระบบสุขภาพของกรรมการอาเซียนของกระทรวงสาธารณสุข ทีมเลขานุการของ Asia Pacific Action Alliance on Human Resources for Health (AAAH) และการเป็นคณะกรรมการกำกับทิศทางของ UHC2030 เป็นต้น

1.3) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) มีหน่วยงานที่ทำงานด้านต่างประเทศชัดเจน คือ THE HITAP International Unit (HIU) ซึ่งก่อตั้งขึ้นมาเมื่อปี ค.ศ. 2013 เพื่อตอบสนองต่อโครงการด้านต่างประเทศที่เพิ่มขึ้น HIU มีเป้าหมายเพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีและเครือข่ายต่างประเทศเพื่อพัฒนางานประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITA) ในด้าน UHC และ Priority-Setting Capacity ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง โดยมีคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านต่างประเทศ (International Advisory Committee) กำกับดูแลและให้การสนับสนุน

1.4) สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศของหน่วยงานระดับกรม

สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ (OIC) ในกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมประสานระหว่างกรมกับกองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการเชื่อมระหว่าง OIC และประสานระหว่าง OIC กับหน่วยงานอื่นทั้งในและต่างประเทศ โดยภาพรวมเป็นการทำงานที่มีลักษณะเป็นแบบทางการ บทบาทในปัจจุบันแม้จะเน้นการประสานงานเป็นหลัก แต่ยังถูกคาดหวังให้ทำงานในเชิงยุทธศาสตร์มากขึ้น จึงเป็นความท้าทายของทุกหน่วยงานในการปรับตัวตามความคาดหวังดังกล่าว

1.4.1) กรมควบคุมโรค

สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค จัดตั้งขึ้นตามนโยบายของกรมควบคุมโรคที่ตระหนักถึงความสำคัญของงานสุขภาพโลกที่นับวันจะทวีความสำคัญเพิ่มขึ้น แม้จะเป็นสำนักงานภายใต้โครงสร้างภายใน แต่งานความร่วมมือระหว่างประเทศของกรมควบคุมโรคจัดเป็นส่วนสำคัญมากของงานสุขภาพโลกในกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากวาระสุขภาพจำนวนมากเกี่ยวข้องกับภารกิจด้านควบคุมโรค

สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศมีบทบาทสำคัญ คือ การเป็นแกนกลางในการจัดทำนโยบายสุขภาพโลกและความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรคทั้งในรูปแบบพหุภาคีและทวิภาคี โดยเชื่อมโยงกับสำนักวิชาการต่างๆ และนำมาพัฒนาเป็นนโยบายภาพรวมของกรม รวมถึงการประสานกับกองการต่างประเทศเพื่อจัดทำนโยบายสุขภาพโลกในประเด็นนโยบายที่สำคัญในระดับกระทรวง

สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศจะดูแลงานความร่วมมือในระดับกรม โดยประสานกับสำนักวิชาการต่างๆ ซึ่งจะมีผู้รับผิดชอบงานต่างประเทศของแต่ละสำนักฯ สำหรับความร่วมมือกับต่างประเทศที่เป็นความร่วมมือระดับสำนักฯ จะอยู่ภายใต้แต่ละสำนักวิชาการฯ เป็นผู้ดูแล นอกจากนี้ สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศยังเป็นแกนกลางในการพัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกของบุคลากรในกรมควบคุมโรค รวมถึงการบริหารจัดการ สนับสนุนการฝึกอบรมและศึกษาดูงานในต่างประเทศอีกด้วย

1.4.2) กรมอนามัย

ศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมอนามัย มีบทบาทสำคัญในด้านการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพโลกของกรมอนามัย ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงการพัฒนาความร่วมมือด้านต่างประเทศทั้งในรูปแบบพหุภาคีและทวิภาคี โดยทำงานเชื่อมโยงกับสำนักวิชาการต่างๆ ภายในกรม

พันธกิจ 9 ด้าน ได้แก่ (1) เป็นหน่วยประสานการดำเนินงานและอำนวยการด้านต่างประเทศของกรมอนามัยกับองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ (2) จัดทำนโยบาย แผนความร่วมมือและงบประมาณด้านต่างประเทศ พร้อมบูรณาการและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (3) วิเคราะห์ติดตามสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย องค์กรระหว่างประเทศและต่างประเทศเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ท่าที แนวทางการดำเนินงานและรูปแบบความร่วมมือระหว่างประเทศด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (4) จัดทำข้อมูลสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และให้บริการทางด้านข้อมูลสารสนเทศแก่หน่วยงานภายในกรม กระทรวงและผู้ที่เกี่ยวข้อง (5) จัดเตรียมประเด็นเนื้อหาวิชาการและเสนอประเด็นด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับการประชุมนานาชาติ (6) ดำเนินงานเรื่องการไปศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ประชุม สัมมนานำเสนอผลงานการเป็นวิทยากร ณ ต่างประเทศของข้าราชการกรมอนามัย (7) ประสานภารกิจการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เกิดความร่วมมือและการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างประเทศ (8) สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการจัดประชุม/ประชุมนานาชาติด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และ (9) ปฏิบัติการร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรืองานที่ได้รับมอบหมาย

โครงสร้างของศูนย์แบ่งเป็น 5 กลุ่มงาน คือ กลุ่มวิเทศสัมพันธ์ กลุ่มยุทธศาสตร์และประสานความร่วมมือ กลุ่มพัฒนาศักยภาพด้านส่งเสริมสุขภาพระหว่างประเทศ กลุ่มพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมระหว่างประเทศ และกลุ่มอำนวยการ

1.4.3) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2549 เป็นหน่วยงานภายใน มีบทบาทหน้าที่ 7 ด้าน คือ (1) จัดทำยุทธศาสตร์เชิงรุกและแผนปฏิบัติการความร่วมมือกับกลุ่มประเทศและประเทศที่มีศักยภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคีในทุกกรอบความร่วมมือ (2) ประสานงานการประชุมและเจรจาความร่วมมือระหว่างประเทศด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคี (3) จัดทำฐานข้อมูลด้านการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศต่างๆ (4) จัดทำกลยุทธ์ความร่วมมือด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพกับประเทศและกลุ่มประเทศความร่วมมือต่างๆ (5) ประสานข้อมูลด้านต่างประเทศกับหน่วยงานต่างๆ (6) ประสานความร่วมมือด้านคุ้มครองผู้บริโภคกับหน่วยงานต่างประเทศ และ (7) ปฏิบัติงานในฐานะตัวแทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามที่ได้รับมอบหมาย

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านต่างประเทศ พ.ศ. 2560-2564 ผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ กองแผนงานและวิชาการ อย. จัดประชุมหารือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับฟังปัญหาความคาดหวังและข้อเสนอแนะ แผนยุทธศาสตร์นี้มีเป้าหมายเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือกับต่างประเทศในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและส่งเสริมให้ภาคเอกชนสามารถแข่งขันได้ในระดับสากล แผนดังกล่าวกำหนดขึ้นเพื่อรองรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559-2563 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) โดยประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนานโยบายด้านความร่วมมือระหว่างประเทศให้เป็นนโยบายเชิงรุกที่มีผลิตภัณฑ์เป้าหมายหลักและเป็นเอกภาพ โดยมีทุกภาคส่วนสนับสนุนที่สอดคล้องกันทั้งด้านความปลอดภัยและด้านเศรษฐกิจ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 มุ่งเน้นความร่วมมือกับต่างประเทศเพื่อส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความสำคัญต่อประเทศไปแข่งขันในระดับสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากระบวนการเจรจาและผู้แทนการเจรจาให้เป็นมืออาชีพ เป็นผู้นำในเวทีในการเจรจา

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาหน่วยงานด้านต่างประเทศให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง โดยครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการขั้นตอนการทำงาน บุคลากร เครือข่าย การประสานงานและงบประมาณ

1.4.4) กรมสุขภาพจิต

ส่วนงานสุขภาพจิตระหว่างประเทศอยู่ภายใต้กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต มีภารกิจหลัก คือ การประสานความร่วมมือกับประเทศจีนและเวียดนาม และภาคีอื่นๆทั้งในและต่างประเทศ โดยทำงานตามกรอบยุทธศาสตร์ด้านอาเซียน เน้นการประสานงานกับภาคีที่ร่วมงานทั้งในแบบทวิภาคีและพหุภาคี มีการประสานงานกับหน่วยงานวิชาการของกระทรวงแบบไม่เป็นทางการ เช่น การขอข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี เนื่องจากมีความคุ้นเคยกับผู้ประสานงานของแต่ละกรม

บุคลากรของส่วนงานสุขภาพจิตระหว่างประเทศได้รับการพัฒนาทักษะด้านการทำงานต่างประเทศทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาษาต่างประเทศ ทักษะการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ดี พบว่า บุคลากรบางคนที่ได้รับการพัฒนามีการย้ายหน่วยงานหรือลาออก ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานในระดับหนึ่ง

1.4.5) กรมการแพทย์

กรมการแพทย์ไม่ได้กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบงานด้านต่างประเทศอย่างชัดเจน แต่มีกลุ่มงานการแพทย์ระหว่างประเทศอยู่ภายใต้กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ทำงานตามมติของคณะกรรมการบริหาร ซึ่งจะมีการประชุมทุกเดือนเพื่อหารือในประเด็นต่างๆ และติดตามผลการดำเนินงาน โดยมีผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงานเป็นประธาน และหัวหน้ากลุ่มงานทั้ง 5 กลุ่มเข้าร่วมประชุม ได้แก่ กลุ่มงานอำนวยการ กลุ่มงานงบประมาณและเงินบำรุง กลุ่มงานแผนงาน กลุ่มงานการแพทย์ระหว่างประเทศ กลุ่มงานนโยบายและประเมินผล โดยมีภารกิจตามโครงสร้างของหน่วยงาน คือ ศึกษา ส่งเสริมและประสานงานทางวิชาการแพทย์ระหว่างประเทศ เพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรในสังกัดและหน่วยงานกรมการแพทย์ให้มีผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่า

บทบาทหน้าที่ด้านต่างประเทศของกลุ่มงานการแพทย์ระหว่างประเทศ คือ (1) สนับสนุนประสานงานความร่วมมือด้านต่างประเทศ อาทิ จัดทำข้อเสนอโครงการความร่วมมือวิชาการแพทย์ สาธารณสุข จัดทำข้อเสนอเพื่อขอรับความร่วมมือผู้เชี่ยวชาญ อาสาสมัครชาวต่างประเทศ ให้ความร่วมมือจัดการศึกษา/ฝึกอบรมให้ชาวต่างประเทศ ให้ความร่วมมือในการจัดประชุมวิชาการนานาชาติ จัดทำความตกลงว่าด้วยความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) (2) ดำเนิน

การเรื่องบุคลากรในสังกัดกรมการแพทย์ไปศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ประชุมและปฏิบัติการวิจัย ณ ต่างประเทศ (3) ประสานงาน วิเคราะห์และจัดทำแผนงบประมาณและขออนุมัติงบประมาณหมวดรายจ่ายอื่น รายการค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ณ ต่างประเทศ (4) วิเคราะห์ทุนและดำเนินการสรรหาบุคลากรกรมการแพทย์เพื่อเข้ารับการพัฒนา/สมัครรับทุนรัฐบาลต่างประเทศและ/หรือทุนรัฐบาลไทย (5) ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาบุคลากรในสังกัดกรมการแพทย์ให้มีศักยภาพเพื่อรับทุนไป ศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ประชุมวิชาการ ณ ต่างประเทศ หรือเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานหรือเพื่อประเมินแต่งตั้งในตำแหน่งที่สูงขึ้น (6) ประสานงานและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้บริหารระดับสูงและเจ้าหน้าที่ในการเดินทางไปต่างประเทศ (7) จัดการฐานข้อมูลบุคลากรกรมการแพทย์ลาไปราชการ ศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ประชุมและปฏิบัติการวิจัย ณ ต่างประเทศ (8) รวบรวมและคัดกรองผลงานวิชาการที่ไปนำเสนอต่างประเทศลงเผยแพร่ในเว็บไซต์กรมการแพทย์ (9) ชี้แจงให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับด้านภาษาอังกฤษ ด้านวิเทศสัมพันธ์ ด้านข้อสอบภาษาอังกฤษ ด้านการลาไปต่างประเทศประเภทต่างๆ ให้ถูกต้องตามระเบียบราชการ (10) งานที่ต้องใช้ความสามารถทางภาษาอังกฤษ อาทิ งานแปลเอกสารวิชาการแพทย์ การร่างเอกสารโต้ตอบ การร่างคำกล่าวสุนทรพจน์ การเป็นวิทยากรบรรยายให้ชาวต่างประเทศ ฯลฯ

กลุ่มงานการแพทย์ระหว่างประเทศมีจำนวนบุคลากรที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอกับภาระงาน โดยนักวิเทศสัมพันธ์ที่มีอยู่ต้องรับผิดชอบทั้งงานประจำและงานประสานเป็นครั้งคราว รวมทั้งภารกิจอื่นๆ ที่เป็น “งานฝาก” อาทิ งานแปล งานจัดทำเอกสาร ฯลฯ แต่การประสานงานภายในส่วนใหญ่มีลักษณะไม่เป็นทางการ ผู้บริหารเน้นการทำงานแบบไม่ต้องรอคำสั่ง ทำให้นักวิเทศสัมพันธ์มีอิสระในการทำงานและการตัดสินใจในระดับหนึ่ง ยกตัวอย่างการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ในการขอข้อมูลและความเห็นในประเด็นเฉพาะทาง อย่างไรก็ดีนักวิเทศสัมพันธ์ไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้บางครั้งการประสานงานไม่สามารถลงรายละเอียดในเชิงลึกได้ ขณะที่ผู้บริหารมีความคาดหวังให้นักวิเทศสัมพันธ์สามารถยกระดับการทำงานทางวิชาการเพิ่มขึ้นมากกว่าการประสานงานเพียงอย่างเดียว จึงต้องส่งเสริมให้นักวิเทศสัมพันธ์ทำงานคู่ขนานไปกับนักวิชาการของกรมอย่างใกล้ชิด

1.4.6) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่มีโครงสร้างหน่วยงานและระบบงานด้านต่างประเทศที่ชัดเจน เนื่องจากในอดีต กรมฯ ไม่มีภารกิจด้านต่างประเทศ จะมีเพียงนักวิเทศสัมพันธ์ที่ทำงานประสานอยู่ในกองแผนงานเท่านั้น

งานด้านต่างประเทศในปัจจุบันอยู่ภายใต้กองแผนงานและวิชาการ ซึ่งมีโครงสร้างประกอบด้วย ฝ่ายบริหารทั่วไป กลุ่มนโยบายและแผน กลุ่มติดตามและประเมินผล กลุ่มวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ โดยปัจจุบันงานด้านต่างประเทศ มีบุคลากรที่เป็นนักวิเทศสัมพันธ์เพียง 1 คน ทำหน้าที่ประสานงานด้านต่างประเทศทั้งหมดตามที่ได้รับมอบหมาย โดยงานวิเทศสัมพันธ์จะทำงานแยกจากงานวิชาการ เน้นไปที่การประสานงานเป็นส่วนใหญ่ ในภาพรวม งานด้านวิเทศสัมพันธ์ค่อนข้างมีอิสระในการทำงานและการตัดสินใจ ยกเว้นในเรื่องที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนจะต้องปรึกษาหารือผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการเสียก่อน

งานวิเทศสัมพันธ์ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จะประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ภายนอกกระทรวง ได้แก่ กรมเจรจาระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ องค์กรระหว่างประเทศต่างๆ โดยมีงานในเชิงประเด็นสุขภาพโลกที่รับผิดชอบช่วยประสานจัดการประชุม เช่น เรื่อง AMR

1.4.7) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ปัจจุบันงานด้านต่างประเทศของกรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกรับผิดชอบโดยกลุ่มงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ อยู่ภายใต้กองวิชาการและแผนงาน ประกอบด้วยนักวิเทศสัมพันธ์และนักวิชาการสาธารณสุข (แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ) รวม 3 คนทำหน้าที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยนักวิเทศสัมพันธ์มีบทบาทประสานงาน จัดประชุมนานาชาติ รับรองแขกต่างประเทศ แปลเอกสาร ส่วนนักวิชาการสนับสนุนด้านข้อมูลตามที่ได้รับการร้องขอและช่วยประสานงานในงานต่างประเทศที่หน่วยงานรับผิดชอบ อาทิ กรอบความร่วมมืออนุภูมิภาค : ความริเริ่มแห่งอ่าวเบงกอลสำหรับความร่วมมือหลากหลายสาขาทางวิชาการและเศรษฐกิจ (BIMSTEC) การแพทย์พื้นบ้านลุ่มแม่น้ำโขง ความร่วมมือไทย-จีน กรอบอาเซียน เป็นต้น

1.4.8) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นเป็นการภายในเพื่อรองรับภารกิจระหว่างประเทศที่มากขึ้น สังกัดอยู่ภายใต้กลุ่มภารกิจและยุทธศาสตร์ ทำหน้าที่ประสานงานด้านต่างประเทศ โดยเฉพาะเรื่อง Medical Hub มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2560-2569) เป็นกรอบการทำงาน ระบบการทำงานเน้นลักษณะที่เป็นทางการ โดยการสั่งการตามสายบริหาร แต่ในขั้นตอนของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สามารถผสมผสานการทำงานในลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการได้ เช่น การประสานขอความร่วมมือจากกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาอย่างไม่เป็นทางการโดยใช้โทรศัพท์ติดต่อ จากนั้นจึงส่งหนังสือเชิญเป็นทางการไปยังปลัดกระทรวงเพื่อเชิญเข้าร่วมประชุม เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า บทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านต่างประเทศของกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขมีความหลากหลาย กรมที่มีภารกิจงานด้านต่างประเทศจำนวนมากจำเป็นต้องพัฒนาโครงสร้างและขีดความสามารถของบุคลากรเพื่อรองรับภารกิจให้ได้มากขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม พื้นฐานงานต่างๆ ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นงานความร่วมมือและงานวิเทศสัมพันธ์และกำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ต้องเพิ่มความสำคัญให้กับงานพัฒนานโยบายและวิชาการสุขภาพโลกมากขึ้น

ทั้งนี้ ในระยะกลางและระยะยาวมีความจำเป็นที่จะต้องมีโครงสร้างหน่วยงานรองรับงานสุขภาพโลกและต้องมีทรัพยากรสนับสนุนอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการจัดสรรทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอที่จะขับเคลื่อนงาน โดยเฉพาะด้านการพัฒนานโยบายและวิชาการใหม่ๆให้ทันต่อบริบทการเปลี่ยนแปลงของงานสุขภาพโลก

2) องค์กรอิสระด้านสุขภาพ

2.1) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา สสส. มีแผนงานหลัก คือ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่ม กลไกพัฒนาสมรรถนะและบริหารจัดการความสัมพันธ์ภาคีและบุคลากร โดยมีวัตถุประสงค์ในการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่างประเทศ มีการพัฒนาการทำงานด้านต่างประเทศให้ชัดเจนและเป็นระบบ เน้นการพัฒนาบุคลากรและการสร้างเครือข่ายต่างประเทศเพื่อพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านต่างประเทศของ สสส. ในปัจจุบัน คือ กลุ่มแผนงานวิเทศสัมพันธ์ มีหน้าที่สำคัญในการขยายการทำงานของ สสส. และภาคีเครือข่ายสู่นานาชาติ (International Relations) ดังนี้

- ขยายเครือข่าย สร้างความสัมพันธ์ พัฒนาความร่วมมือกับเครือข่ายนานาชาติยุทธศาสตร์ เช่น WHO, WHO-SEARO, SEATCA, ISPAH
- รวบรวม แลกเปลี่ยน องค์ความรู้ระดับนานาชาติ เผยแพร่บทบาทและการทำงานของ สสส. และพัฒนาศักยภาพภาคีสู่ระดับสากล
- เคลื่อนไหวผลักดันนโยบายผ่านการเตรียมความพร้อมการเป็นเจ้าภาพจัดประชุมนานาชาติ ISPAH 2016 และความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก
- เผยแพร่รูปแบบองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ผลักดันการก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบคล้าย สสส. (Health Promotion Model) ในประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคอาเซียน

ทั้งนี้ มีการขยายการทำงานของ สสส. และภาคีเครือข่ายสู่นานาชาติผ่านการเคลื่อนไหวผลักดันนโยบายโดยเฉพาะเรื่อง NCDs และขยายเครือข่ายพัฒนาความร่วมมือทางยุทธศาสตร์

2.2) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สช. มุ่งทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยดำเนินงานผ่าน 6 แผนงานหลัก ได้แก่ แผนงานพัฒนาสุขภาวะระดับชาติ แผนงานพัฒนาสังคมสุขภาวะระดับพื้นที่ แผนงานวิชาการและนวัตกรรม แผนงานสื่อสารทางสังคม แผนงานความร่วมมือระหว่างประเทศ และแผนงานบริหารจัดการ

ปัจจุบัน สช. กำลังดำเนินงานภายใต้แผนงานหลัก ฉบับที่ 3 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564) โดยในงานด้านต่างประเทศ สช. กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 1 เรื่องการยกระดับรูปธรรมความสำเร็จของกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่านการดำเนินงานสร้างพันธมิตรระดับนโยบาย (Policy Maker Alliance) และการสร้างการยอมรับในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะระดับอาเซียน โดยใช้ผลงานการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการสร้างการยอมรับว่าเป็นต้นแบบที่นานาประเทศในอาเซียนและระดับโลกจะนำไปประยุกต์ใช้ได้

2.3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 สปสช. ขยายเครือข่ายการทำงานร่วมกับองค์กรต่างประเทศเพิ่มขึ้น อาทิ ILO, WB, WHO, JICA, EU, Social Security Association: ASSA[6] ฯลฯ ทำให้ประเทศไทยเป็นที่รู้จักมากขึ้นในด้านการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ

ปัจจุบัน สปสช. ขานรับนโยบายด้านการต่างประเทศของรัฐบาลที่เน้นการเพิ่มบทบาทของประเทศไทยเพื่อสร้างความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านับเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยสร้างความมั่นคงให้กับคนในประเทศ ลดความยากจนและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ไม่แต่เฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น แต่รวมถึงทุกประเทศทั่วโลก นอกจากนี้ ยังรับนโยบายจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ทุกหน่วยงานสนับสนุนการสร้างเสริมบทบาทประเทศไทยในเวทีสุขภาพโลก เพื่อมุ่งสร้างความร่วมมือและผลักดันให้เกิดการดูแลคุณภาพชีวิตที่ดีและมีประโยชน์ร่วมกันทั้งระดับทวิภาคี ภูมิภาคและระดับโลก สปสช. จึงมีมติดำเนินการโดยมีบทบาทเป็นหน่วยงานสนับสนุนการร่วมสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประเทศ

6 พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (2560). ก้าวผ่านอดีตนำไปสู่อนาคต ระบบหลักประกันสุขภาพ (ตอนที่ 1) มติชน ออนไลน์ วันที่ 15 ธันวาคม 2560. https://www.matichon.co.th/columnists/news_765204

กำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้าน รวมทั้งกลุ่มประเทศอาเซียนและอื่นๆ พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายการเรียนรู้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านานาชาติ ซึ่งส่วนหนึ่งจะเป็นการนำบทเรียนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากต่างประเทศมาช่วยในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยให้มีประสิทธิผลดียิ่งขึ้น รวมทั้งเพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับนานาชาติที่มีประสิทธิภาพด้วย

3) กระทรวงการต่างประเทศ

กระทรวงการต่างประเทศให้ความสำคัญกับประเด็นด้านสุขภาพในการเป็นนโยบายสำคัญทางการทูต โดยโครงสร้างการทำงานในกระทรวงอยู่ภายใต้กองการสังคม กรมองค์การระหว่างประเทศ ซึ่งอยู่ภายใต้กลุ่มภารกิจความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยบทบาทหน้าที่ของกองการสังคม คือ

- ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานคณะกรรมการ 3 ของสหประชาชาติ (ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนและการโยกย้ายถิ่นฐาน)
- ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับด้านสิทธิมนุษยชนในกรอบองค์การสหประชาชาติ และในเวทีระหว่างประเทศ ตลอดจนประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณชนในประเทศ เพื่อกำหนดท่าทีไทยและเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนภายในประเทศ
- ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับความร่วมมือภายใต้เครือข่ายความมั่นคงของมนุษย์
- ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับประเด็นปัญหาข้ามชาติที่จะส่งผลกระทบต่อประเทศไทย
- ดำเนินการศึกษา ติดตาม วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ เพื่อกำหนดท่าทีของประเทศไทย
- ดำเนินการและประสานงานด้านมนุษยชนในกรอบของคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ สหพันธ์กาชาดเสี้ยววงเดือนแดง ความช่วยเหลือมนุษยธรรมระหว่างประเทศ
- ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

การทำงานด้านสุขภาพของกระทรวงการต่างประเทศตามบทบาทหน้าที่ข้างต้นเป็นการทำงานภายใต้กรอบขององค์การสหประชาชาติที่แบ่งการทำงานเป็นคณะกรรมการแต่ละด้าน ซึ่งครอบคลุมประเด็นด้านสังคม มนุษยธรรมและวัฒนธรรม โดยประเด็นด้านสุขภาพโดยตรงไม่ได้อยู่ในวาระการประชุม UNGA เช่น ในการประชุมสมัยที่ 72 ปี ค.ศ. 2017 วาระการประชุมส่วนใหญ่เป็นเรื่องสิทธิมนุษยชนทั้งสิทธิของเด็กและสตรี และสิทธิของชนพื้นเมือง (Indigenous People) เป็นต้น ส่วนประเด็นด้านสุขภาพที่เสนอเป็นวาระเข้าสู่การพิจารณาขององค์การสหประชาชาติผ่านกลไก UN Security Council ที่ผ่านมาคือเรื่อง HIV/AIDS ที่เสนอโดย UN Security Council ในปี ค.ศ. 2000 (UN Security Council Resolution 1308 on HIV/AIDS and Peacekeeping Operation) โดยมองว่าเรื่อง HIV/AIDS เป็นภัยคุกคามความมั่นคงของมนุษย์ และอีกช่องทางหนึ่งคือผ่านทาง UN ECOSOC (Economic and Social Development Council) ซึ่งมีบทบาทในการประสานระหว่างองค์การสหประชาชาติที่เป็นองค์การเฉพาะเช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก และโดยการใช้กลไก Annual Ministerial Review (AMR) ซึ่ง ECOSOC ได้เสนอ Resolution 1994/24 นำไปสู่การจัดตั้ง UNAIDS ในปี ค.ศ. 1996 และปี ค.ศ. 2009 ECOSOC จัดประชุมระดับสูงโดยเน้นประเด็นด้านสาธารณสุข และการประชุมได้มี Ministerial Declaration เพื่อการดำเนินการและเป้าหมายร่วมกันในเรื่องสาธารณสุข โดยมีประเด็นด้าน NCDs เป็นประเด็นสำคัญ นำไปสู่การประชุม UN General Assembly เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและการโยกย้ายถิ่นฐาน

จากความสำคัญของประเด็นด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงกับความมั่นคงดังกล่าวนำไปสู่การก่อตั้ง Foreign Policy and Global Health (FPGH) ในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศของ 7 ประเทศ ได้แก่ บราซิล ฝรั่งเศส อินโดนีเซีย นอร์เวย์ เซเนกัล แอฟริกาใต้ และประเทศไทย เพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพในเวทีสหประชาชาติ โดยให้ความสำคัญกับประเด็นความมั่นคงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะภัยคุกคามจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในทุกประเทศ และนำเข้าสู่การประชุม UNGA และมี Resolution ในปี ค.ศ. 2008 และ ค.ศ. 2009 (Resolution 64/108) การที่มี Resolution เรื่อง FPGH ทำให้ประเด็นด้านสุขภาพได้รับความสำคัญในเวทีสหประชาชาติ อีกทั้งทำให้ประเทศสมาชิกของ FPGH ที่ผลัดเปลี่ยนกันมาทำหน้าที่เจ้าภาพการประชุมจะกำหนดประเด็นนโยบายเพื่อเสนอต่อ UNGA ทุกปี ดังนั้น การเกิดขึ้นของ FPGH จึงมีส่วนสำคัญทำให้ประเด็นด้านสุขภาพช่วยเชื่อมโยงศิลปะด้านการทูตกับศาสตร์ด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน

ในระดับสถานเอกอัครราชทูต กระทรวงการต่างประเทศจะมีคณะผู้แทนถาวรไทยประจำในประเทศที่มีองค์การระหว่างประเทศ เช่น อินโดนีเซียเป็นที่ตั้งของสำนักงาน ASEAN เจนีวาเป็นที่ตั้งขององค์การอนามัยโลกและองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ นิวยอร์คเป็นที่ตั้งขององค์การสหประชาชาติ เป็นต้น ซึ่งเจ้าหน้าที่การทูตในคณะผู้แทนถาวรไทยที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและเป็นผู้แทนประเทศไทยเข้าร่วมประชุม โดยกลไกการทำงานเป็นลักษณะการมอบหมายงานให้กับนักการทูตเป็นผู้รับผิดชอบมากกว่าจะมีกลไกที่เป็นระบบชัดเจน

ในการทำงานประสานกับกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีการเชื่อมโยงกันทั้งสองทาง คือ เมื่อมีประเด็นด้านสาธารณสุขที่ต้องการความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ กระทรวงการต่างประเทศจะสอบถามความเห็นมายังกระทรวงสาธารณสุข หรือเมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีประเด็นที่ต้องการความเห็นจากกระทรวงการต่างประเทศก็จะประสานงานไปยังกระทรวงการต่างประเทศ ดังนั้น เครือข่ายการทำงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศจึงเป็นลักษณะที่กระทรวงสาธารณสุขให้ข้อมูลด้านสารัตถะ และกระทรวงการต่างประเทศมีมุมมองในมิติด้านการเมืองและการทูต ซึ่งทำให้ได้ความเห็นรอบด้านมากขึ้น

การอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย

กลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของประเทศไทยในปัจจุบันครอบคลุม 4 ลักษณะ ประกอบด้วย การอภิบาลโดยภาครัฐ การอภิบาลโดยกลไกตลาด การอภิบาลโดยกลไกการมีส่วนร่วม และการอภิบาลโดย "ผู้นำ"ระดับบุคคล (Champion) ซึ่งต่างจากในอดีตที่ส่วนใหญ่จะเป็นกลไกการอภิบาลโดยภาครัฐเป็นหลักโดยเฉพาะการอภิบาลภายใต้ระบบของสหประชาชาติ

1) การอภิบาลโดยภาครัฐ

การอภิบาลระบบสุขภาพโลกโดยภาครัฐมีกลไกสำคัญที่เกี่ยวข้องหลายกลไก โดยจัดตั้งขึ้นให้สอดคล้องกับรูปแบบหลักของกลไกระดับโลกที่ประเทศต้องเข้าไปมีบทบาทและต้องเชื่อมโยงสอดคล้องกับกลไกภายในประเทศ เพื่อให้งานสุขภาพโลกเป็นเครื่องมือช่วยพัฒนางานในประเทศให้ก้าวหน้าไปด้วย โดยกลไกในลักษณะนี้ เช่น

คณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นเพื่อกำกับทิศทางนโยบายสุขภาพโลกในภาพกว้างของประเทศ โดยครอบคลุมงานที่เกี่ยวข้องกับทุกองค์กร ทั้งรูปแบบความร่วมมือที่เป็นทั้งทวิภาคีและพหุภาคี กลไกคณะกรรมการรูปแบบนี้เป็นกลไกร่มใหญ่ของงานสุขภาพโลกในประเทศไทย แม้จะมีชื่อที่แตกต่างกันไปตามยุคสมัย แต่มีบทบาทและองค์ประกอบสำคัญที่คล้ายคลึงกัน เช่น คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านนโยบายสุขภาพโลก คณะกรรมการนโยบายทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เป็นต้น

คณะกรรมการยุทธศาสตร์สุขภาพโลก ทำหน้าที่ขับเคลื่อนกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกให้สามารถดำเนินงานตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด

การทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลก ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้ร่วมทำงานกับองค์การอนามัยโลกมาเป็นระยะเวลานาน โดยช่องทางการสื่อสารหลักผ่านทางสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกและสำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก รวมถึงการสื่อสารผ่านคณะผู้แทนถาวรประจำกรุงเจนีวา และกองการสังคม กรมองค์การระหว่างประเทศ ทั้งนี้ การทำงานจะเป็นการประสานทั้งในด้านวิชาการและการบริหารจัดการในประเด็นนโยบายสุขภาพต่างๆ โดยใช้หนังสือราชการหรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ อีกบทบาทหนึ่งคือ บทบาทการพัฒนานโยบายสุขภาพโลกผ่านการประชุมสมัชชาอนามัยโลก การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกและการประชุมคณะกรรมการภูมิภาค

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ WHO CCS (WHO Country Cooperation Strategy) เพื่อทำงานร่วมกับประเทศต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (How to work with/in country) โดยมีหลักการสำคัญ คือ การเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลกและประเทศนั้นๆ และการดำเนินงานของ CCS จะเป็นการดำเนินงานในส่วนที่เสริมหล่อลื่น เติมเต็มการทำงานในระบบปกติ สำหรับประเทศไทยมี CCS มาแล้วทั้งสิ้น 4 แผน ได้แก่ CCS 2002-2005 และต่อเนื่องเป็นแผน 2004-2007, CCS 2008-2011, 2012-2016 ตามลำดับ

สำหรับ WHO CCS ล่าสุดถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดการทำงานเพื่อให้ WHO CCS มีผลกระทบต่อการดำเนินงานในภาพใหญ่มากขึ้น จากเดิมซึ่งเป็นการสนับสนุนโครงการขนาดเล็ก 200 - 300 โครงการ ปรับมาเป็นการมุ่งเน้นการทำงานสำคัญใน 5 ประเด็นหลัก (5 priority areas) ซึ่งยกระดับการบริหารโครงการขึ้นมาเป็นการบริหารระดับแผนงานและคาดหวังผลลัพธ์ที่กระทบในวงกว้าง ในส่วนของประเทศไทยเอง หน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาร่วมวางแผน ร่วมสนับสนุนงบประมาณและร่วมบริหารจัดการในแต่ละแผนงานในสัดส่วนสูงและมีความเป็นเจ้าของร่วม อีกทั้งยังมีกลไกอภิบาลและการบริหารจัดการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ระบบการบริหารและการประเมินผลเป็นระบบเดียวเพื่อสร้างความคล่องตัวและยืดหยุ่น โดยใช้แนวทางของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการพัฒนาข้อเสนอแผนงาน ใช้ระเบียบของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในการดำเนินงาน ใช้แนวทางและประสบการณ์ขององค์การอนามัยโลกในการติดตามประเมินผล ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า มีการระดมพลังความคิดและใช้ทรัพยากร/งบประมาณ รวมถึงทุนทางสังคมและปัญญาทั้งขององค์การอนามัยโลกและทุกองค์กรในประเทศไทยร่วมกันขับเคลื่อนงาน

นอกจากองค์การอนามัยโลกจะให้งบประมาณส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการดำเนินงาน 5 priority areas แล้ว ยังได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหาสุขภาพสำคัญอื่นๆ ตามบทบาทขององค์การอนามัยโลกในประเทศไทยอีกด้วย

ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

(1) คณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (Executive Committee) มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน WR Thailand เป็นประธานร่วม อธิบดีกรมวิชาการ ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานอิสระภายในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิร่วมเป็นกรรมการ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) และกองการต่างประเทศเป็นเลขานุการ คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่หลักในการกำหนดนโยบายและทิศทาง รวมทั้งพิจารณาอนุมัติแผนและงบประมาณ

(2) คณะอนุกรรมการประสานแผนงานภายใต้ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (Coordinating Subcommittee) มีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลงานด้านต่างประเทศเป็นประธาน คณะอนุกรรมการฯ มีหน้าที่ในการติดตามกำกับแผนงานและรายงานความก้าวหน้าแก่คณะกรรมการบริหารฯ โดยให้ข้อแนะนำและกำกับแต่ละแผนงานในระดับนโยบายและยุทธศาสตร์

(3) คณะอนุกรรมการดูแลกำกับแต่ละแผนงานตาม priority area (Program subcommittee) ทำหน้าที่ดูแลติดตามกำกับแผนงานในแต่ละ priority area และรายงานความก้าวหน้าต่อ Executive Committee มีฝ่ายเลขานุการ คือ ผู้จัดการแผนงานและทีม โดยจัดให้มีการประชุมสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุกไตรมาส

(4) คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการภายใต้กรอบอาเซียน

(5) คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการภายใต้ความร่วมมือทวิภาคี ซึ่งความร่วมมือระดับทวิภาคีนับว่ามีความสำคัญมาก เพราะเป็นการสร้างความสัมพันธ์โดยตรงกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีความสัมพันธ์ในฐานะที่มีอาณาเขตติดกัน ซึ่งโดยทั่วไป กลไกสูงสุดจะเป็นการประชุมร่วมนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรี (Joint Cabinet Retreat) ซึ่งคณะรัฐมนตรีของทั้ง 2 ฝ่ายประชุมร่วมกันและมีข้อตกลงร่วม แล้วจึงเชื่อมลงมาสู่คณะกรรมาธิการร่วมเพื่อความร่วมมือทวิภาคี (JC) ต่อด้วยบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและจบลงที่การทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ถ้าไม่ได้เป็นนโยบายสำคัญจะมีเพียง คณะกรรมาธิการร่วม (JC) และบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เท่านั้น

ตารางที่ 2-1 กลไกขับเคลื่อนความร่วมมือทวิภาคีระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน

Bilateral collaboration	Mechanism	Focused area
Thai-Cambodia	• การประชุมร่วมนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีอย่างไม่เป็นทางการระหว่างไทยและกัมพูชา (Joint cabinet retreat) • คณะกรรมาธิการร่วมเพื่อความร่วมมือทวิภาคี (Joint Commission (MFA)) • ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขไทยและกระทรวงสาธารณสุขกัมพูชา (MOU (MOPH-MOH)) • แผนปฏิบัติการ 3 ปี (3 year operational plan)	• การควบคุมโรคติดเชื้อ (CDs) โดยเฉพาะมาลาเรีย, การควบคุมโรคตามแนวชายแดน (PoE) 3 โรค การใช้ยาอย่างปลอดภัย (drug safety) • Sensitive issues (VHV)
Thai-Laos	• การประชุมคณะกรรมาธิการร่วมว่าด้วยความร่วมมือ (Joint Commission - JC) ไทย – ลาว โดย รมว.กระทรวงการต่างประเทศของ ไทย และ สปป. ลาว • ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขไทยและกระทรวงต่างประเทศ สปป.ลาว (MOU (MOPH-MFA))	• ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (Mean Corpuscular Hemoglobin (MCH)), โรคติดเชื้อ (CDs) • Sensitive issues การแพทย์พื้นบ้าน (Traditional Medicine, referral system)
Thai-Myanmar	• การประชุมคณะกรรมาธิการร่วมว่าด้วยความร่วมมือทวิภาคี ไทย – เมียนมา (Joint Commission (MFA)) • ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขไทยและกระทรวงต่างประเทศ เมียนมา MOU (MOPH-MFA)	• การร่วมกันพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการให้บริการด้านสุขภาพบริเวณชายแดนในสถานีอนามัย (Health Post)

ที่มา: แนวนโยบายและทิศทางการพัฒนาความร่วมมือทางสาธารณสุข ตามกรอบบันทึกข้อตกลงความเข้าใจระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 7 พฤศจิกายน 2560 http://www.boe.moph.go.th/files/meeting/IHR2017/9.pdf

กลไกอภิบาลภาครัฐเป็นรูปแบบการทำงานหลักที่มีการดำเนินงานในรูปแบบทวิภาคีและพหุภาคีที่ประเทศต่างๆ เข้ามาร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพระดับโลกร่วมกัน โดยใช้กลไกภาครัฐเป็นหลัก

2) การอภิบาลโดยกลไกตลาด

การอภิบาลโดยกลไกตลาดเป็นไปตามหลักอุปสงค์และอุปทาน เช่นเดียวกับในระดับโลก ปัจจุบันประเทศไทยมีการอภิบาลด้วยกลไกตลาดอยู่หลายด้าน เช่น ความต้องการและการเข้าถึงยาสามัญ ซึ่งความต้องการของตลาดเป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญที่จะทำให้มีการผลิตยาสามัญในราคาที่ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงได้ การทำระบบจัดหาแบบรวมศูนย์ (Central Procurement) สำหรับยาราคาแพงในประเทศไทย การมีโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นจำนวนมากก็เกิดจากกลไกความต้องการของผู้บริโภค เป็นต้น การอภิบาลด้วยกลไกตลาดเช่นนี้ก่อให้เกิดประโยชน์และความสมดุลในเชิงระบบ อย่างไรก็ตาม การพึ่งพิงกลไกการตลาดเพียงกลไกเดียวจะต้องระมัดระวังความล้มเหลวจากการตลาดที่อาจจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะจาก 3 สาเหตุหลัก คือ การที่ผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการมีความรู้หรือมีข้อมูลมากกว่าผู้บริโภค การที่กลไกรัฐในการควบคุมมาตรฐานขาดความเข้มแข็ง และการไม่มีการแข่งขันอย่างยุติธรรม

ตัวอย่างของการอภิบาลโดยใช้กลไกตลาด คือ การกำกับดูแลเรื่องยาสามัญ เนื่องจากตลาดยามีลักษณะเฉพาะที่ทำให้กลไกตลาดไม่สามารถทำงานได้หรือทำงานได้ไม่ดีพอ เพราะผู้ซื้อไม่สามารถประเมินคุณค่าของยาได้ เนื่องจากผู้ซื้อมีข้อมูลน้อยกว่าผู้ขาย ประกอบกับการทำความเข้าใจข้อมูลด้านยาต้องอาศัยความรู้เฉพาะ ทำให้ผู้ซื้อยากที่จะประเมินได้ว่าราคาที่ต้องจ่ายคุ้มค่าหรือไม่ ขณะเดียวกัน ผู้ที่ได้รับสิทธิจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาที่มีสิทธิบัตรแต่เพียงผู้เดียวจะผูกขาดการตลาดเป็นเวลานานถึง 20 ปี ทำให้เกิดการผูกขาดโดยสมบูรณ์ ภาวะเช่นนี้เป็นผลให้ผู้บริโภคต้องใช้ยาในราคาที่แพงเกินจริง ในขณะที่ผู้ผลิตจะค้ากำไรเกินควร ดังนั้น จึงต้องมีมาตรการในการแทรกแซงกลไกตลาด เพื่อควบคุมราคายาให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเรื่องนี้ โดยกำหนดมาตรการด้านยาร่วมกับกระทรวงพาณิชย์ที่มีหน้าที่ในเรื่องการตลาด โดยต้องสร้างความเข้าใจและทำงานร่วมกับผู้ประกอบการและบริษัทผลิตยาด้วย เมื่อปี พ.ศ. 2551 มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน ร่วมด้วยปลัดกระทรวงต่างๆ และผู้บริหารระดับอธิบดีกรมและสำนัก ตลอดจนผู้บริหารองค์กรที่เกี่ยวข้องด้านยา ผู้บริหารมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ทุกแห่ง นอกจากคณะกรรมการดังกล่าวจะมีบทบาทในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และติดตามประเมินผลแล้ว ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการตลาดด้านยา ยังมีบทบาทจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ กำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานภาครัฐ กำหนดราคากลางยาให้มีความทันสมัย และส่งเสริมการใช้ยาอย่างมีเหตุมีผลอีกด้วย ซึ่งนับเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมทั้งอุปสงค์และอุปทานด้านยาในระบบตลาดได้ระดับหนึ่ง

3) การอภิบาลด้วยกลไกการมีส่วนร่วม

ปัจจุบันกลไกการมีส่วนร่วมมีมากขึ้น แม้ส่วนใหญ่อาจเกิดจากกลไกภาครัฐเป็นหลัก เช่น การทำงานเตรียมการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (WHA) ของประเทศไทยถือว่าเป็นรูปแบบการอภิบาลผสมผสาน เนื่องจากมีผู้เข้ามามีส่วนร่วมหลากหลายภาคส่วน การประชุม Prince Mahidol Award Conference ที่มีเจ้าภาพร่วมจัดงานจากหลายองค์กรและทุกหน่วยงานมาทำงานร่วมกันด้วยการมีส่วนร่วม การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีกระบวนการให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนายกร่างข้อมติ เป็นต้น

กลไกอภิบาลแบบมีส่วนร่วมยังรวมถึงองค์กรอิสระด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันมีองค์ประกอบของคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วน ทั้งภาคประชาสังคม องค์กรอิสระ ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาการต่างๆ อาทิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีส่วนในการผลักดันงานสุขภาพโลกในมิติที่เกี่ยวข้องกับองค์กรของตน

การจัดประชุมนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC) เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของการอภิบาลสุขภาพโลกโดยการมีส่วนร่วมและเครือข่ายของประเทศไทย เพราะสะท้อนให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ นอกภาครัฐ เอกชน วิชาการ รวมถึงองค์กรผู้สนับสนุนระดับโลกต่างๆ PMAC มีคณะกรรมการ IOC ที่มีองค์ประกอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งไทยและต่างชาติ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิระดับสูงจากองค์กรผู้สนับสนุนระดับโลก

PMAC เป็นเวทีการประชุมหนึ่งที่มีการหารือเพื่อเตรียมการเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพโลก (Global Health Agenda) ล่วงหน้า ซึ่งไม่ใช่เฉพาะประเทศไทยเท่านั้น แต่เป็นนโยบายเพื่อผู้เข้าร่วมการประชุมทุกคนทุกภูมิภาคทั่วโลก PMAC ทำให้ผู้เข้าประชุมสามารถนำหัวข้อนโยบายสุขภาพที่สนใจเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับหุ้นส่วนต่างๆได้อย่างเปิดกว้าง จึงนับเป็นเวทีการประชุมที่สร้างการมีส่วนร่วมที่เป็นระบบเวทีหนึ่ง

ในระยะหลัง นอกจากการประชุมอย่างเป็นทางการแล้ว PMAC ยังจัดกิจกรรมอื่นๆ ที่สะท้อนให้เห็นถึงการขยายขอบเขตของการมีส่วนร่วมของคนทุกกลุ่มวัยในเวทีด้านสุขภาพ เช่น การจัดประกวดศิลปกรรมระดับนานาชาติ (World Art Contest) ที่เปิดโอกาสให้เด็กทุกเพศทุกวัยส่งผลงานด้านศิลปะเข้าประกวด ซึ่งได้รับการตอบรับอย่างดี จึงจัดต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2014 จนถึงปัจจุบัน

การประชุม PMAC ถือเป็นเวทีที่มีความหลากหลายของผู้เข้าร่วมประชุม นับตั้งแต่ระดับของคณะกรรมการ (IOC) กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมที่มาจากหลายภูมิภาค หลายเชื้อชาติและหลายองค์กรทั้งภายในและต่างประเทศ กลไกอภิบาลเหล่านี้ทำให้ PMAC มีความเข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับของโลกและเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดนโยบายและการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง

4) การอภิบาลโดย "ผู้นำ" ระดับบุคคล (Champion)

ประเทศไทยมี "ผู้นำ" (Champion) ที่ทำงานสุขภาพโลกจนเป็นที่ยอมรับทั้งในและต่างประเทศ นับเป็นกลไกอภิบาลสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลก เส้นทางการเกิดขึ้นของ Champion ด้านสุขภาพโลกไม่ได้ถูกสร้างขึ้นด้วยความตั้งใจหรือเป็นระบบ แต่เกิดจากความตั้งใจและแรงบันดาลใจของตัวบุคคลที่เห็นถึงประโยชน์ของการทำงานสุขภาพโลก "ผู้นำ"หรือ Champion ของไทยที่ประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพโลก ได้แก่ ผู้นำด้านสุขภาพโลกในเวทีนโยบาย ผู้นำการขับเคลื่อนเรื่องบุหรี่ ผู้นำการขับเคลื่อนทางวิชาการด้านสุขภาพโลก ผู้นำเรื่องการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นบทเรียนความสำเร็จของไทยทั้งสิ้น

ผู้นำ (Champion) เป็นบุคคลที่เติบโตด้านอาชีพการงานจากงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้มีโอกาสเรียนรู้และขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพโลก มีความเชื่อมั่นว่าถ้าผลักดันนโยบายสุขภาพโลกในเรื่องนั้นๆได้สำเร็จ ประเทศไทยจะได้รับผลประโยชน์ มีประสบการณ์ในการทำงานต่อเนื่องมาหลายสิบปี อาจล้มลุกคลุกคลาน แต่ไม่เคยถอยหรือยอมแพ้ จนกระทั่งงานสุขภาพโลกที่ผลักดันประสบผลสำเร็จและเกิดคุณค่าความหมายต่อสังคมส่วนรวม ทำให้ผู้นำคนนั้นๆ เป็นที่รู้จัก จดจำ ได้รับการยอมรับนับถือและเป็นที่พึ่งได้

คุณลักษณะที่สำคัญของผู้นำ (Champion) นอกจากความรู้ความสามารถในเรื่องนั้นๆ แล้ว ต้องมีศิลปะในการใช้ความรู้ พร้อมทั้งมีอุดมการณ์และคุณธรรมเป็นองค์ประกอบ เช่น

ความซื่อสัตย์ เป็นนักสู้ อดทน ยืดหยุ่น รู้จังหวะ รู้เจรจา รวมถึงการมีความรู้และเข้าใจลึกซึ้ง มีทักษะการวิเคราะห์ การสื่อสารในเชิงกลยุทธ์

บทบาทของผู้นำ (Champion) ของไทย ในการขับเคลื่อนนโยบายเริ่มตั้งแต่การให้คำปรึกษาชี้แนะเกี่ยวกับสถานการณ์ในเวทีระดับโลก ไปจนถึงร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนจนสามารถผลักดันนโยบายได้สำเร็จ โดยอาจจำแนกบทบาทการหนุนเสริมของ Champion ได้ดังนี้

(1) ร่วมพัฒนาวาระเชิงนโยบายที่จะนำเสนอในเวทีการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (WHA) และเป็นที่ปรึกษาในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

(2) เป็นพี่เลี้ยง (mentor) ให้กับนักวิชาการ/บุคลากรรุ่นใหม่ ในการเตรียมบุคลากรเพื่อเข้าร่วมประชุม WHA อาทิ เป็นวิทยากรอบรมเชิงปฏิบัติการ Global Health Diplomacy

(3) มีบทบาทเป็นผู้เตรียมข้อมูลวิชาการ เพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบายในประเด็นนั้นๆ เป็นทีมเขียน Intervention หรือเป็นที่ปรึกษาในการเขียน Intervention เพื่อนำเสนอในที่ประชุม

ประเทศไทยจัดเป็นประเทศสมาชิกที่มีบทบาทสำคัญในเวทีนโยบายสุขภาพระดับสากลอย่างต่อเนื่อง โดยแสดงบทบาทในฐานะพลเมืองดีในประชาคมโลก (Good Global Citizen) มีจุดยืนในการส่งเสริมการพัฒนาและปกป้องประโยชน์ของประเทศกำลังพัฒนาและยังประโยชน์แก่กลุ่มประชากรที่ขาดโอกาส รวมถึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับสมัชชาอนามัยโลกเป็นลำดับต้นและมีการเตรียมการอย่างเป็นระบบ โดยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลากว่า 10 ปี โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ (1) เพื่อร่วมพัฒนานโยบายสุขภาพระดับโลก โดยปกป้องผลประโยชน์ของประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนา นำประเด็นสุขภาพที่ประเทศไทยสนใจยกระดับให้เป็นความสนใจหรือเป็นนโยบายระดับโลก และมีผลพลอยได้ในการสร้างพันธมิตรและสร้างภาพพจน์ที่ดี (2) เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของคณะผู้แทนไทยผ่านการทำงานจริงในเวทีนโยบายระดับโลก โดยมีการเตรียมการอย่างเป็นระบบและสามารถนำขีดความสามารถนี้ไปใช้ในการทำงานด้านสุขภาพโลกในโอกาสอื่นๆต่อไป และ (3) เพื่อสร้างเครือข่ายในประเทศและระดับนานาชาติ

การพัฒนาระบบการทำงานของคณะผู้แทนไทยและการพัฒนาขีดความสามารถของประเทศไทยด้านสุขภาพโลกผ่านการประชุมสมัชชาอนามัยโลกถือเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพโลกของประเทศไทยในระยะยาว ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย ข้อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และแผนงานสุขภาพโลกภายใต้ WHO-CCS

ประเทศไทยมีกลไกการเตรียมการ 4 ส่วนสำคัญ ได้แก่

(1) การคัดเลือกคนเข้าร่วมประชุม มีนโยบายที่ชัดเจนจากกระทรวงในการจัดสรรจำนวนคนเข้าร่วมประชุมจากแต่ละหน่วยงาน (ซึ่งครอบคลุมทั้งหน่วยงานภาครัฐ นอกภาครัฐในภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพ รวมถึงภาคประชาสังคม) โดยใช้หลักการจัดสรรตามภาระงานที่แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบและหลักการเพื่อพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพโลก ทั้งนี้ แต่ละหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบงบประมาณในการดำเนินงาน

(2) การมีระบบพัฒนาขีดความสามารถผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และการสอนด้วยระบบพี่สอนน้องและ On the Job Training รวมถึงการใช้หลักการ INNE model (Individual, Node, Network, Environment) เป็นแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพคนทำงาน

(3) การประชุมเตรียมการคณะผู้แทนไทยเพื่อหารือเตรียมท่าที

(4) การจัดประเมินผลภายหลังการประชุม (After Action Review)

สำหรับ**เวทีการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ (United Nations General Assembly : UNGA)** กระทรวงการต่างประเทศมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนประเด็นนโยบาย โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข อาศัยกลไกของกลุ่ม Foreign Policy and Global Health Initiative (FPGH) เนื่องจากประเทศไทยให้ความสำคัญของการทูตเพื่อสาธารณสุข (Health Diplomacy) ซึ่งเป็นมิติสำคัญของนโยบายด้านต่างประเทศ โดยเข้าร่วมกรอบความร่วมมือ FPGH ซึ่งมีกระทรวงการต่างประเทศของประเทศที่เป็นสมาชิก รวม 7 ประเทศ ได้แก่ นอร์เวย์ ฝรั่งเศส บราซิล อินโดนีเซีย แอฟริกาใต้ เซเนกัล และไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองต่อประเด็นด้านสาธารณสุขที่ไม่ได้เป็นเพียงประเด็นภายในของประเทศใดประเทศหนึ่ง แต่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศ

ทุกๆ ปี กลุ่มประเทศสมาชิก FPGH จะผลักดันนโยบายโดยนำเสนอร่างข้อมติในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ (United Nations General Assembly-UNGA) ภายใต้ระเบียบวาระ Global Health and Foreign Policy ซึ่งจะมีจุดเน้นแตกต่างกันไปในแต่ละปี อาทิ เมื่อปี ค.ศ. 2015 อินโดนีเซียในฐานะผู้ประสานงานได้เสนอหัวข้อร่างข้อมติของกลุ่ม FPGH เกี่ยวกับ Strengthening Partnership for Global Health ที่ให้ความสำคัญเรื่องเครือข่าย Global Heath Partnership (GHP) เพื่อเป็นกลไกส่งเสริมการดำเนินการด้านสาธารณสุข

นอกจากนี้ กลไกอภิบาลภาครัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขยังมีความร่วมมือด้านสาธารณสุขอาเซียน ภายใต้**คณะทำงานความร่วมมือกลุ่มประเด็นสาธารณสุขอาเซียน** (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 123/2560) โดยมีการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายตามกรอบอาเซียน 4 cluster ผ่านคณะทำงานฯ ได้แก่

Cluster 1 การส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี (Promoting healthy lifestyle)

Cluster 2 การโต้ตอบอันตรายและภัยคุกคามต่างๆ (Responding to all hazards and emerging threats)

Cluster 3 การเสริมสร้างระบบสาธารณสุขและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ (Strengthening health system and access to care)

Cluster 4 ความมั่นใจในความปลอดภัยของอาหาร (Emerging food safety)

กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพโลกของไทย

เพื่อให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของหน่วยงานและกลไกการอภิบาลทั้งหมดกับกระบวนการพัฒนานโยบายในเวทีระดับนานาชาติ และการพัฒนายุทธศาสตร์ไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้หน่วยงานต่างๆ นำไปดำเนินงาน จะยกตัวอย่างนโยบายบางประเด็นที่มีการผลักดันในเวทีการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (WHA) หรือเวทีการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ (UNGA) รวมทั้งเวทีระดับภูมิภาคอาเซียน เพื่อสร้างความเข้าใจโดยสังเขป

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก (WHA) เป็นเวทีสำคัญที่จะกำหนดนโยบายสุขภาพโลกเพื่อให้ประเทศสมาชิกได้นำไปปฏิบัติ ประเทศไทยได้ใช้เวทีสมัชชาอนามัยโลกเป็นเวทีร่วมพัฒนานโยบายสุขภาพโลก โดยนำประเด็นสุขภาพที่ประเทศไทยสนใจจะยกระดับให้เป็นนโยบายระดับโลก อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ประเทศไทยสร้างพันธมิตรเครือข่ายระดับโลกและภาพลักษณ์ที่ดีให้กับประเทศ นอกจากนี้ กระบวนการทำงานใน WHA ยังทำให้บุคลากรของประเทศได้มีโอกาสเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพจากสถานการณ์จริง มีการเตรียมการอย่างเป็นระบบและสามารถนำขีดความสามารถนี้ไปใช้ในการทำงานด้านสุขภาพโลกในโอกาสอื่นๆ อีกด้วย

การขับเคลื่อนนโยบายผ่านเวทีสมัชชาอนามัยโลก (WHA) ของประเทศไทย แม้จะมีกลไกอภิบาลภาครัฐเป็นหลัก โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นหน่วยงานนำ ซึ่งจะต้องมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมทุกเรื่องทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดนโยบาย การคัดเลือกบุคลากร การจัดเตรียมข้อมูลและ Intervention และอื่นๆแล้ว ยังต้องอาศัยกลไกอภิบาลนอกภาครัฐ (Non-State Actor) และกลไกอภิบาลแบบมีส่วนร่วมที่รวมเอาภาคีอิสระด้านสุขภาพนอกเหนือกระทรวงสาธารณสุขไว้ด้วย ซึ่งภายใต้องค์ประกอบคณะกรรมการขององค์กรอิสระด้านสุขภาพเหล่านี้ก็มีองค์กรภาคประชาสังคม หน่วยงานวิชาการและภาคเอกชนร่วมขับเคลื่อนอยู่ด้วย

1) การผลักดันนโยบายสุขภาพโลกเชิงประเด็น (Issue based) ในเวทีระดับนานาชาติขาขึ้น (Upstream) ประกอบด้วย

ตัวอย่างการผลักดันนโยบายสุขภาพโลกเชิงประเด็นของประเทศไทยด้วยกลไกในแต่ลักษณะมีดังต่อไปนี้

(1) การผลักดันนโยบายเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ที่สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนานโยบายโดยผ่านกลไกอภิบาลภาครัฐที่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงการต่างประเทศกับกระทรวงสาธารณสุข โดยมีคณะกรรมการต่างๆ เช่น เมื่อปี พ.ศ. 2557 กลุ่มประเทศสมาชิก FPGH ได้จัดประชุม Commitments to Responsible Use of Antimicrobials in Humans ที่ Oslo, Norway ระหว่างวันที่ 13-14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 เพื่อเตรียมการข้อมูลสำหรับนำเสนอต่อองค์การอนามัยโลก

AMR เป็นประเด็นนโยบายที่ประเทศไทยขับเคลื่อนผ่านเวทีนโยบายต่างๆ หลายเวที โดยขับเคลื่อนในลักษณะเครือข่ายด้วยการเข้าไปเป็นสมาชิกในคณะกรรมการต่างๆ เมื่อปี พ.ศ. 2558 มีการผลักดันนโยบายโดยใช้กลไกอภิบาลภาครัฐผ่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสมาชิก The Alliance of Champions-The fight against antimicrobial resistance จำนวน 14 ประเทศ ได้แก่ บราซิล จีน เยอรมนี เม็กซิโก เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ ปากีสถาน เกาหลีใต้ แอฟริกาใต้ ไทย อังกฤษ สวีเดน สหรัฐอเมริกา และแซมเบีย จนนำไปสู่การร่วมกันลงนามในเอกสาร Call to Action on Antimicrobial Resistance ระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 68 (WHA 68) โดยที่ประชุมมีมติรับรอง Global Action Plan on Antimicrobial Resistance (GAP-AMR) และขอให้ประเทศสมาชิกจัดทำ National Action Plan on AMR ของประเทศให้สอดคล้องกับ GAP-AMR ให้แล้วเสร็จภายใน 2 ปี ซึ่งครบกำหนดไปแล้วเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 แล้วเสร็จเมื่อปี พ.ศ. 2558

นอกจากการขับเคลื่อนโดยภาครัฐแล้ว ประเด็น AMR ยังมีลักษณะความร่วมมือจากองค์กรนอกภาครัฐ (Non-state Actor) ที่เรียกว่า Antibiotic Resistance Coalition (ARC) ซึ่งเป็นการรวมตัวขององค์กรภาคประชาสังคมจากประเทศต่างๆ รวมทั้งองค์กรระดับนานาชาติ โดย ARC ได้ประกาศเจตนารมณ์ Declaration on Antibiotic Resistance เมื่อ พ.ศ. 2557 ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 67

ในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้มีการขับเคลื่อนประเด็น AMR โดยการจัดทำยุทธศาสตร์ระดับภูมิภาค Southeast Asia Regional Strategy on Prevention and Containment of Antibiotic Resistance 2010-2015 และในการประชุม SEARO meeting ซึ่งเป็นการประชุมกับผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสมาชิก เมื่อปี พ.ศ. 2557 ได้กำหนดแผนปฏิบัติการที่กำหนดระยะเวลา (time bound action plans) ตาม Jaipur Declaration on Antimicrobial Resistance ต่อมาในการประชุม SEARO Informal consultation of national focal point on AMR เมื่อปี พ.ศ. 2558 ได้กำหนดแผนการดำเนินงานและความร่วมมือในระดับภูมิภาคและประเทศสมาชิก อีกทั้งยังจัดการประชุม Regional Committee meeting (เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557) กำหนดให้ AMR เป็น 1 ใน 7 Flagship Agenda ของ Regional Director ในปี ค.ศ. 2014-2019 อีกด้วย

(2) การผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จ โดยมีการผลักดันผ่านกลุ่ม FPGH อย่างต่อเนื่อง ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงการต่างประเทศกับกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี ค.ศ. 2011 ไทยกับบราซิล และ Rockefeller Foundation ได้ร่วมกันจัดการประชุมคู่ขนาน High-level Meeting on Non-communicable Diseases (NCDs) และผลักดันแนวคิดให้มีการหารือระดับสูงเรื่อง UHC ในการประชุม UNGA (High Level Meeting - HLM หรือ UNGA Special Session - UNGASS) ต่อมากลุ่ม FPGH ต้องการผลักดัน UHC ในเวทีโลก จึงได้เสนอข้อมติของกลุ่ม FPGH เรื่อง “Moving Towards Universal Health Coverage” ในการประชุม UNGA สมัยที่ 67 เมื่อปี ค.ศ. 2012 จนกระทั่งที่ประชุมให้การรับรองโดยมีฉันทามติจากประเทศที่ร่วมสนับสนุน 91 ประเทศ ประเทศที่สำคัญๆ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา สมาชิกสหภาพยุโรป จีน ญี่ปุ่น สาธารณรัฐเกาหลี เมียนมา และฟิลิปปินส์ เช่นเดียวกัน ในปี ค.ศ. 2017 ไทยกับญี่ปุ่นร่วมกันจัดกิจกรรมคู่ขนานเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยมีความเชี่ยวชาญและประสบความสำเร็จในการมีส่วนร่วมผลักดันให้ UHC เป็นวาระระดับโลกมาอย่างต่อเนื่อง

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) มีประโยชน์ต่อรัฐและประชาชนเป็นอย่างมาก เพราะไม่ได้ครอบคลุมเฉพาะสุขภาพเท่านั้น แต่รวมไปถึงการพัฒนา การลดความยากจนและความเหลื่อมล้ำ การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals - MDGs) และสิทธิมนุษยชน เนื่องจากหลักการสำคัญของ UHC เป็นการให้สิทธิทางสุขภาพแก่ประชาชน เป็นการเปิดโอกาสการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมและเป็นธรรมของประชาชนทุกกลุ่มในสังคม โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ นอกจากนี้ ประเด็น UHC มีความสอดคล้องกับประเด็นที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญและได้รับการบรรจุอยู่ใน Agenda หลักของการประชุมของ ECOSOC Substantive Session ในช่วง High Level Segment (HLS) เมื่อปี พ.ศ. 2556 ณ นครเจนีวา โดยมีการหารือถึงความสำคัญของ UHC ที่มีต่อการพัฒนา และได้มีการผลักดัน UHC เป็นประเด็นหลักด้านสาธารณสุขในการหารือเกี่ยวกับเป้าหมายการพัฒนาสหัสวรรษ (MDGs) และวาระการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. 2015 (Post 2015) อีกด้วย

2) การขับเคลื่อนนโยบายไปสู่ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ (Downstream)

โดยทั่วไป การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพโลกไปสู่การปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อที่ประชุม WHA มีข้อสรุป (Resolution) ในวาระสุขภาพที่เห็นพ้องตรงกันแล้ว ประเทศที่เกี่ยวข้องจะนำวาระดังกล่าวไปจัดลำดับความสำคัญ (priority) เพื่อผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ดี จากรายงานสรุปผลการประชุมทบทวนบทเรียนจากการเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 67 มีข้อเสนอจากผู้เกี่ยวข้องว่า กระบวนการภายหลังการประชุม WHA มีการจัดลำดับความสำคัญยังไม่ชัดเจนในประเด็นที่มีข้อสรุป อีกทั้งยังขาดกลไกการติดตามประเมินผลในส่วนของการนำนโยบายไปปฏิบัติในแต่ละข้อมติ เช่น ไม่มี focal point ในแต่ละประเด็นที่ชัดเจน

สำหรับประเทศไทย เมื่อมีการพัฒนากรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกเป็นรูปธรรมแล้ว กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นหน่วยงานกลางในการประสานกับกรม/หน่วยงานต่างๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข (ผ่านอธิบดีกรม) เพื่อทำความเข้าใจกรอบยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยที่ ผู้บริหารของแต่ละกรม/หน่วยงานเข้าไปเป็นคณะกรรมการสุขภาพโลกแห่งชาติ และได้ร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อยู่แล้ว บางกรม/หน่วยงานอาศัยการสื่อสารภายในในการประชุมผู้บริหารระดับผู้อำนวยการกองและสำนัก ซึ่งบางคนเป็นกรรมการยุทธศาสตร์สุขภาพโลกด้วย

ในภาพรวม พบว่า กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกมีการนำไปใช้อ้างอิงในการจัดทำยุทธศาสตร์ของหน่วยงานระดับกรมในกระทรวงสาธารณสุขอยู่บ้าง โดยกรมจะนำนโยบายในกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกที่เกี่ยวข้องไปกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องทั้งในเรื่องระยะเวลาและเป้าหมาย อาทิ ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2560-2564 ของกรมควบคุมโรค ยุทธศาสตร์สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต (พ.ศ. 2560-2564) ของกรมสุขภาพจิต แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564) ของกรมอนามัย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติยังมีลักษณะแยกส่วน ให้ความสำคัญเฉพาะงานในภารกิจของตนเป็นหลัก แม้จะมีการเชื่อมประสานระหว่างกองหรือหน่วยงานก็ตาม แต่ยังไม่พบกลไกกลางที่สามารถบูรณาการการทำงานในเชิงปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เป็นประเด็นเฉพาะ ได้แก่

การขับเคลื่อนนโยบายเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)[7] เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งครอบคลุมกลไกอภิบาลสุขภาพโลกทั้งกลไกอภิบาลภาครัฐ นอกภาครัฐและกลไกแบบมีส่วนร่วม โดยมีกระบวนการทำงานในลักษณะบูรณาการและการมีส่วนร่วมจากกลไกอภิบาลทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อนเรื่องนี้

ภายหลังจากที่ประสบความสำเร็จในการผลักดันนโยบายเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ในเวทีสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 68 ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหลักในการพัฒนายุทธศาสตร์การทำงานด้าน AMR ขึ้นมาตามมติของสมัชชาอนามัยโลก โดยกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์ AMR ผ่านระบบอภิบาลกลไกภาครัฐที่มีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นหน่วยงานประสานหลัก และอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในการระดมสมองและหาข้อสรุปต่างๆ ผ่านการจัดประชุมหารือและกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

7 แผนยุทธศาสตร์ การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย (พ.ศ. 2560-2564)

- ปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขจัดประชุมหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และหารือการทำงานแบบบูรณาการในประเทศไทย
- ปี พ.ศ. 2557-2558 ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์หารือกลไกและแนวทางการทำงานเชิงบูรณาการร่วมกัน
- ปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้าน AMR โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นฝ่ายเลขานุการองค์ประกอบของคณะกรรมการ ได้แก่ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ภาคการศึกษา สมาคมวิชาชีพ และภาคประชาสังคม โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่พัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564
- การประชุมคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานการดื้อยาต้านจุลชีพ ครั้งที่ 1/2558 เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2558 เห็นชอบในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2559-2561) กำหนดหลักการในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ฯ พร้อมทั้งกำหนดหน่วยงานที่เป็นแกนประสานยุทธศาสตร์แต่ละด้าน
- การจัดทำโครงการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ โดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และประชุมคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานการดื้อยาต้านจุลชีพ ครั้งที่ 2/2558 เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2558 เห็นชอบให้มี drafting group ของแต่ละยุทธศาสตร์
- การประชุม drafting group เพื่อยกร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ ระหว่างแกนประสานยุทธศาสตร์แต่ละด้าน
- ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 รับรองข้อมติที่ “มติวิกฤตการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ” และมีเวทีสาธารณะในห้องย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนความเห็นต่อกรอบยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย

- ปี พ.ศ. 2559 คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 91/2559 ลงวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2559 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ผู้แทนจากทุกภาคส่วนร่วมเป็นกรรมการ โดยมีผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นเลขานุการร่วม

- การประชุมคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานการดื้อยาต้านจุลชีพ ครั้งที่ 1/2559 เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 พิจารณาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561

- การประชุมเพื่อรับฟังความเห็น (Public Hearing) ต่อร่างแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561 เมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2559 มีองค์กรร่วมจัด 8 องค์กร ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ องค์การอนามัยโลก และองค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ โดยมีผู้เข้าร่วมการประชุมจากหลายภาคส่วน

- การประชุมกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 6/2559 เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2559 เห็นชอบขยายกรอบเวลาของแผนยุทธศาสตร์ฯ จาก 3 ปี (พ.ศ. 2559-2561) เป็น 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)

- การประชุม drafting group เพื่อปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ฯ รวม 4 ครั้ง

- การประชุมคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานการดื้อยาต้านจุลชีพ ครั้งที่ 2/2559 วันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2559 เห็นชอบต่อร่างแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 โดยให้ฝ่ายเลขานุการดำเนินการประสานนอกรอบกับคณะกรรมการฯ เพื่อจัดทำร่างสุดท้ายของแผนฯ จากนั้น กระทรวงสาธารณสุขเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์ฯ

3) กลไกการติดตามประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพโลก

ในภาพรวมของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกยังไม่มีกลไกการติดตามและประเมินผลที่ชัดเจนเป็นระบบ แต่ในโครงสร้างการทำงานระดับกรมจะมีการรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ ยังมีการติดตามการดำเนินงานจากกองการต่างประเทศทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทาง เช่น การสอบถามความคืบหน้าทาง email หรือโทรศัพท์ การส่งแบบฟอร์มรายงานความคืบหน้าให้กรอกข้อมูล เป็นต้น

แม้ว่าการขับเคลื่อนเชิงประเด็นจะมีการพัฒนาระบบติดตามโดยระบุไว้ในยุทธศาสตร์การทำงานด้วย แต่ในทางปฏิบัติ ยังไม่ปรากฏการนำไปใช้อย่างจริงจังและเป็นระบบ เช่น AMR มีการพัฒนากรอบการติดตามและประเมินผลตามเป้าประสงค์ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีการนำไปใช้แต่อย่างใด

4) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร (Capacity building)

บุคลากรที่มีศักยภาพ มีความรู้ความเข้าใจงานสุขภาพโลกทั้งในภาพรวมและประเด็นเฉพาะ รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานและทักษะอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการทำงานสุขภาพโลกถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จประการหนึ่งในการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของประเทศไทย ในช่วงที่ผ่านมาการพัฒนาระบบการทำงานของคณะผู้แทนไทยและการพัฒนาขีดความสามารถของประเทศไทยด้านสุขภาพโลกผ่านการประชุมสมัชชาอนามัยโลกถือเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพโลกของไทยในระยะยาว ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย ข้อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและแผนงานสุขภาพโลกภายใต้ WHO-CCS ซึ่งไม่รวมเฉพาะบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพโลกในหน่วยงานระดับกอง เช่น OIC รวมทั้งองค์กรอิสระด้านสุขภาพด้วย

ประเทศไทยมีกลไกการเตรียมการและเตรียมความพร้อมบุคลากรหลายรูปแบบ ทั้งการคัดเลือกผู้แทนและเตรียมการคณะผู้แทนไทยในการเข้าร่วมเวทีประชุมสุขภาพโลก การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การนำระบบ “พี่สอนน้อง” และ On the Job Training รวมถึง INNE Model (Individual, Node, Network, Environment) มาใช้ในการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร

การจัดประชุมเป็นรูปแบบหนึ่งของการเตรียมการคณะผู้แทนไทยก่อนเข้าร่วมการประชุม WHA ตัวอย่างเช่น การประชุมเตรียมการสำหรับการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 70 จัดขึ้นที่สถาบันราชประชาสมาศัย กรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ หน่วยงานภาคี ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข วาระสำคัญเป็นการหารือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบหลักของกรมควบคุมโรค อาทิ Health Emergencies, Poliomyelitis, Implementation of the International Health Regulations, Global Vaccine Action Plan, Global Vector Control Response, Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and control of Non-communicable Diseases โดยในแต่ละประเด็นจะมีผู้รับผิดชอบหลักทำหน้าที่จัดเตรียมข้อมูล นอกจากนี้ ยังมีการหารือการเตรียมบทบาทและท่าทีของประเทศไทยที่ประชุมจะให้ความคิดเห็นต่อการกำหนดท่าทีแตกต่างกันไปในแต่ละประเด็น ผู้รับผิดชอบหลักจึงมีหน้าที่ในการจัดทำ Intervention ที่มีเนื้อหาเหมาะสม ในกระบวนการจัดทำ Intervention จะมีระบบ “พี่เลี้ยง” ช่วยให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับ Intervention นั้นให้มีความพร้อมที่จะใช้นำเสนอในที่ประชุม WHA ต่อไป

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ พบว่า กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรในด้านการทำงานต่างประเทศสม่ำเสมอ โดยกองการต่างประเทศทำหนังสือถึงอธิบดีกรม เพื่อขอให้พิจารณาคัดเลือกบุคลากรเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ ทั้งการเตรียมตัวเพื่อไปประชุม WHA การพัฒนาทักษะด้านการเจรจาต่อรอง ทักษะภาษาต่างประเทศ นอกจากนี้ นักบริหารจัดการทั่วไปที่รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาบุคลากรภายใน OIC ของบางกรม/หน่วยงานจะจัดอบรมให้กับบุคลากรของตนเอง โดยสำรวจว่าต้องการพัฒนาทักษะด้านใด แต่การอบรมพัฒนาบุคลากรดังกล่าวยังขาดความต่อเนื่องเท่าที่ควร

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ยังชี้ให้เห็นว่า บุคลากรของ OIC ต้องการพัฒนาทักษะการทำงานด้านต่างประเทศอย่างมาก เนื่องจากถูกคาดหวังว่า OIC ควรจะมีบทบาทในการทำงานเชิงกลยุทธ์มากกว่าการประสานงานเพียงอย่างเดียว ดังนั้น ทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานใน OIC จึงมีมากกว่าการใช้ภาษาและการสื่อสาร แต่รวมไปถึงความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาและเนื้องานที่จะต้องประสาน ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องนั้นๆ ทักษะการเจรจาเพื่อรักษาผลประโยชน์

และที่สำคัญ คือ ต้องการเพิ่มพูนทักษะอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ดี นอกจากการเตรียมการบุคลากรเพื่อไปประชุม WHA ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาที่เป็นระบบแล้ว การพัฒนาบุคลากรในด้านอื่นๆ ภายในกรม/หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีการจัดระบบที่ดี ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น มีการโยกย้ายบุคลากรเป็นประจำ มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรหลายครั้ง ทำให้ไม่สามารถบริหารจัดการงานพัฒนาบุคลากรที่เป็นระบบได้

สำหรับหน่วยงานอิสระด้านสุขภาพ เช่น สสส. สช. และ สปสช. ซึ่งเป็นภาคีสำคัญในการผลักดันนโยบายก็เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยเฉพาะการเตรียมการเข้าร่วมการประชุม WHA นอกจากนี้ สสส. และ สช. ยังมีบทบาทสำคัญในการยกระดับศักยภาพของภาคีเครือข่ายในระดับปฏิบัติการและในระดับพื้นที่ให้มีโอกาสเรียนรู้งานเชิงนโยบายสุขภาพด้านต่างประเทศด้วย

ในช่วงที่ผ่านมา สสส. ได้ให้การสนับสนุนแผนงานพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทยระดับนานาชาติ (Thai Health Global Link Initiative Program : TGLIP) ซึ่งเป็นแผนงานที่จัดการความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพ ได้แก่ บุหรี่ เหล้า โรคไม่ติดต่อ สุขภาพทางเพศ และผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดประชุมเชิงนโยบายที่สำคัญระหว่างประเทศ ขณะเดียวกัน ยังให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพและการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยไทย โดยมีการทำงานเชิงรุก จัดอบรมด้านการนำเสนอและการสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ เพื่อเปิดโอกาสให้นักวิจัยหรือนักวิชาการไทยได้พัฒนาทักษะในการเผยแพร่ผลงานสู่เวทีนานาชาติมากขึ้น นอกจากนี้ แผนงานฯ ได้สนับสนุนบุคลากรทั้งหน่วยงานภาครัฐ นักวิชาการและนักวิจัยให้มีโอกาสเข้าร่วมการประชุมนโยบายสุขภาพในเวทีนานาชาติต่างๆ

สช. ภายใต้แผนงานความร่วมมือระหว่างประเทศ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มประเทศลุ่มน้ำโขง อาเซียนและเอเชียให้มีความเข้มแข็ง และการเผยแพร่กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม การยกระดับบุคลากรของ สช. จึงทำไปพร้อมกับการพัฒนาเครือข่าย โดยเฉพาะในด้านวิชาการและความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนานโยบาย ตลอดจนความเข้าใจเกี่ยวกับ Health in All Policy (HiAP)[8]

8 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). แผนงานหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ฉบับที่ 3 (ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2564)

เมื่อปี พ.ศ. 2559 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมพิธีลงนามรายละเอียดความร่วมมือทางวิชาการไทย-ญี่ปุ่น ด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสุขภาพโลก (The Partnership Project for Global Health and Universal Health Coverage) กับผู้อำนวยการองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งญี่ปุ่นประจำประเทศไทย โดยความร่วมมือดังกล่าวมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพของไทย เพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนในประเทศไทย (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศกำลังพัฒนาที่เข้าร่วมโครงการ และ (3) การเผยแพร่ประสบการณ์ดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวทีนานาชาติ โดยมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย โดยมีระยะเวลาดำเนินงานรวม 4 ปี นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 เป็นต้นไป โครงการพัฒนาศักยภาพเพื่อการสนับสนุนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ประกอบด้วยองค์กรภาคีเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ 7 องค์กร ได้แก่ มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ (ศธส.) คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

นอกจากนี้ ยังมี Global Health Diplomacy ซึ่งเป็นการอบรมให้กับบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับนโยบายสุขภาพโลก เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการผลักดันนโยบายในเวที WHA รวมไปถึงทักษะที่จำเป็น เช่น การเขียน Intervention การเจรจาต่อรอง การเสนอ Intervention ซึ่งเป็นกระบวนการฝึกจากการลงมือปฏิบัติจริง เพื่อค้นหาตัวแทนในนามประเทศไทยไปร่วมประชุม WHA การอบรม Global Health Diplomacy นับเป็นกระบวนการสร้างและค้นหา Champion ที่ได้ผลดีและเป็นระบบ แต่ไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากการเป็น Champion ต้องประกอบด้วยคุณสมบัติหลายด้านและต้องมีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง

ระบบ **"พี่เลี้ยง"** เป็นรูปแบบหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เกิดจากความต้องการสร้างและพัฒนาผู้นำ (Champion) ในรุ่นต่อไป โดยให้ Champion รุ่นเก่าเป็นพี่เลี้ยงคอยสอนและให้คำแนะนำอยู่เบื้องหลัง เพื่อให้บุคลากรรุ่นใหม่เรียนรู้ด้วยตัวเองในสถานการณ์จริง (On the Job Training) ประเทศไทยนำกระบวนการนี้มาใช้อย่างเป็นระบบในการเตรียมการประชุม WHA ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา รวมถึงการส่งบุคลากรดังกล่าวเข้าร่วมประชุมในเวทีนานาชาติต่างๆ ตามประเด็น (Issue) ที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้อง ผู้นำ (Champion) รุ่นเก่าจึงเป็นกลไกอภิบาลที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายในเวทีระดับนานาชาติ

เมื่อศึกษางานสาธารณสุขและสุขภาพโลกของประเทศไทยจะเห็นพัฒนาการของการขับเคลื่อนงานทั้งในเชิงทิศทางการพัฒนา การผลักดันนโยบายสุขภาพในประเด็นสำคัญ และการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ โดยมีกลไกอภิบาลที่มีความหลากหลายทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ภายใต้ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ นอกภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังต้องมีการพัฒนางานสุขภาพโลกอย่างต่อเนื่องทั้งในเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงสร้าง กลไกอภิบาลและบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เทียนถาวร (2559). 3 ยุคสมัย การสาธารณสุขไทย. มติชน ออนไลน์ 4 พฤษภาคม 2559 https://www.matichon.co.th/news/125602
2. กองการต่างประเทศ (ตปท.). ประวัติสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ. http://www.bihmoph.net/index.php?page=7
3. วลัยพร พัชรนฤมลและคณะ (2556). บทความพิเศษ การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 63 ประสบความสำเร็จจริงหรือไม่?.วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 22 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2556 (หน้า 1091-1098)
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2554-2558. (2560). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
5. Prince Mahidol Award Conference (2017) An External Assessment of the Prince Mahidol Award Conference (PMAC): Find and Recommendations from the Independent Assessment Team.
6. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (2560). ก้าวผ่านอดีตนำไปสู่อนาคต ระบบหลักประกันสุขภาพ (ตอนที่ 1) มติชนออนไลน์ วันที่ 15 ธันวาคม 2560. https://www.matichon.co.th/columnists/news_765204
7. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2559). แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย (พ.ศ. 2560-2564).
8. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). แผนงานหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ฉบับที่ 3 (ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2564)

บทเรียนจากประเทศญี่ปุ่น พบว่า

ความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลก เกิดจากการวางทิศทางการขับเคลื่อนให้ชัดเจน กำหนดกลไกการทำงานที่ครอบคลุมทุกภาคส่วน โดยใช้ฐานจากองค์ความรู้/งานวิจัยในการปฏิบัติงาน มีที่ปรึกษาชี้แนะแนวทาง พร้อมทั้งมีเครือข่าย ความร่วมมือ จะทำให้การทำงานสุขภาพโลก ในประเด็นต่างๆ มีความเข้มแข็งและสำเร็จได้

3

การดำเนินงาน สุขภาพโลกของญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีแนวทางการดำเนินงานและโครงสร้างกลไกการอภิบาลงานสุขภาพโลกที่น่าสนใจ ประกอบกับมีบริบทหลายด้านคล้ายคลึงกับประเทศไทย เนื้อหาในบทนี้เป็นการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพโลกจากหน่วยงานที่มีบทบาทหลักในการทำงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ประกอบด้วย ตัวแทนจากกระทรวงการต่างประเทศ องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ National Center for Global Health and Medicine (NCGM) และเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (Cabinet Secretariat) ทำให้ได้ข้อค้นพบและข้อเรียนรู้สำคัญที่จะใช้ประโยชน์ในพัฒนาปรับปรุงโครงสร้างกลไกการทำงานสุขภาพโลกของไทยต่อไป

พัฒนาการงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น

การดำเนินงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่นในช่วงเริ่มต้นเน้นไปที่บทบาทการให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (Official Development Assistance: ODA) แก่ประเทศกำลังพัฒนาบนพื้นฐานแนวคิดว่า “สุขภาพ” เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ “ความมั่นคงของมนุษย์” (Human Security) การให้การสนับสนุนเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีย่อมเป็นการเสริมสร้างให้เกิดความมั่นคงของมนุษย์ รวมไปถึงความมั่นคงของประเทศนั้นๆ

ญี่ปุ่นเริ่มมีบทบาทในงานสุขภาพโลกอย่างชัดเจนตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ 1990s เป็นต้นมา โดยการริเริ่มแผนงานภายใต้ชื่อ Hashimoto Initiative โดยนายกรัฐมนตรี Ryutaro Hashimoto ได้นำเสนอในที่ประชุม G8 Denver Summit ในปี ค.ศ. 1997 และ Birmingham Summit ในปี ค.ศ. 1998 เนื่องจากญี่ปุ่นตระหนักถึงความสำคัญและต้องการให้มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคทางปรสิตวิทยาในระดับโลก โดยสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ประสานงานในลักษณะหน่วยงานวิจัยและศูนย์ทดลองห้องปฏิบัติการประจำภูมิภาคขึ้นมา 3 แห่ง อยู่ในภูมิภาคเอเชีย 1 แห่ง (ประเทศไทย) และภูมิภาคแอฟริกา 2 แห่ง (ประเทศเคนยาและกาน่า) ต่อมาในปี ค.ศ. 2000 ญี่ปุ่นเป็นประเทศเจ้าภาพในการจัดประชุม G8 Kyushu-Okinawa Summit รัฐบาลได้เสนอประเด็นโรคติดเชื้อเป็นวาระสำคัญ โดยให้คำมั่นในการจัดตั้งกองทุนที่มีมูลค่ากว่า 3 พันล้านเหรียญสหรัฐเพื่อสนับสนุนการทำงานในเรื่องนี้ภายใต้ The Okinawa Infectious Diseases Initiative ซึ่งท้ายที่สุดนำไปสู่การก่อเกิดขึ้นของ “กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย” หรือ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis

and Malaria (กองทุนโลก: GF) ในภายหลัง จะเห็นว่าในช่วงแรกนี้ ทิศทางการทำงานด้านสุขภาพโลกของญี่ปุ่นมุ่งเน้นไปในเรื่องการควบคุมโรคติดเชื้อ (infectious disease control) เป็นหลัก ปริมาณเงินทุนที่รัฐบาลญี่ปุ่นสนับสนุนเข้าสู่กองทุนโลกถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่ชี้ให้เห็นว่าญี่ปุ่นให้ความสำคัญกับงานสุขภาพโลกเพิ่มขึ้น

ในช่วงปี ค.ศ. 2008 ญี่ปุ่นเป็นเจ้าภาพในการประชุม G8 Summit อีกครั้ง (Hokkaido-Toyako Summit) ณ เมืองฮอกไกโด โดยที่ทิศทางการทำงานและสนับสนุนงานด้านสุขภาพโลกของญี่ปุ่นได้เปลี่ยนไปมุ่งเน้นที่ “การเสริมสร้างความเข็มแข็งของระบบสุขภาพ” (Health System Strengthening) โดยมองว่าแนวทางการทำงานในการแก้ปัญหาเฉพาะโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อซึ่งมีลักษณะการทำงานแนวตั้ง (vertical approach) เพียงอย่างเดียวยังไม่เหมาะสมและเพียงพอที่จะแก้ปัญหาสุขภาพในภาพกว้างภายใต้บริบทของประเทศรายได้น้อยและรายได้ปานกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการทำงานในแนวนอน (horizontal approach) ด้วยการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระบบสุขภาพ พัฒนาองค์ประกอบและกลไกการทำงานภายใต้ระบบสุขภาพในภาพรวมจึงได้รับความสำคัญมากขึ้นและใช้เป็นแนวคิดหลักในการทำงานส่งเสริมและสนับสนุนงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่นในช่วงนั้น

สถานการณ์ล่าสุดในการประชุม G7 Ise-Shima Summit เมื่อปี ค.ศ. 2016 ญี่ปุ่นได้ปรับเปลี่ยนแนวทางการทำงานสุขภาพโลกมาเน้นให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินหรือปัญหาทางสุขภาพที่เร่งด่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศไปจนถึงระดับโลก โดยเฉพาะปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases: EID) ที่มีความรุนแรง ดังเช่นกรณีของเชื้ออีโบล่าและซิก้าที่ก่อให้เกิดผลกระทบไปทั่วโลก ทั้งต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชากรและผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นตามมา รวมทั้งผลักดันวาระทางสุขภาพสำคัญ คือ การสนับสนุนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในระดับโลกเพื่อจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับการสนับสนุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา โดยมีเป้าหมายให้ประเทศเหล่านั้นประสบผลสำเร็จในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) อันเป็นเป้าหมายทางสุขภาพที่สำคัญเป้าหมายหนึ่งภายใต้กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal : SDGs)

ในช่วงนี้ นโยบายสุขภาพโลก รวมถึงการให้การสนับสนุนทางเทคนิคด้านสุขภาพกับประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในด้านการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID) ญี่ปุ่นได้หันมาให้ความสำคัญกับการวิจัยและพัฒนา (R&D) ในเรื่องยาและเทคโนโลยีทางสุขภาพมากขึ้น จะเห็นได้จากการเข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้นของบริษัทภาคเอกชนของประเทศในหลายอุตสาหกรรม รวมถึงอุตสาหกรรมประเภทยาและเภสัชกรรม และองค์กรภาคประชาสังคม โดยในปี ค.ศ. 2013 ได้มีการจัดตั้งกองทุน Global Health Innovative Technology Fund (GHIT) ในลักษณะความร่วมมือแบบ PPP (public-private partnership) ภายใต้การนำของกระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ ร่วมกับภาคีประชาสังคมระดับโลก เช่น UNDP, Bill & Melinda Gates Foundation และ the Wellcome Trust ในการสนับสนุนทุนเพื่อการค้นคว้าเทคโนโลยีทางสุขภาพใหม่ๆ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะในเรื่องการจัดการและเตรียมรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อ[1] รวมทั้งการเข้าร่วมของญี่ปุ่นในการสนับสนุนการทำงานภายใต้กรอบ CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovation) ซึ่งนำโดยบิลล์ เกตส์ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาวัคซีนใหม่ในการป้องกันและเตรียมรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อที่ส่งผลกระทบทั่วโลก โดยมีการเปิดตัวในระหว่างการประชุม World Economic Forum เมื่อต้นปี ค.ศ. 2017 ที่ผ่านมา

ในอดีตจนถึงก่อนการประชุม G7 Ise-Shima Summit กระทรวงการต่างประเทศและหน่วยงานในกำกับ โดยเฉพาะองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) เป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนางานสุขภาพแก่ประเทศกำลังพัฒนาและการดำเนินงานสุขภาพโลกของประเทศ หลังจากนั้นนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013-2014 เป็นต้นมา กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการได้เข้ามามีบทบาทในการกำหนดทิศทางการทำงานและบทบาทงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่นเพิ่มขึ้น โดยมีการจัดตั้งหน่วยงานทางวิชาการภายใต้กระทรวงขึ้นมาเพื่อสนับสนุนการทำงาน และให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านงานสุขภาพโลกภายในกระทรวงและการแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างกระทรวง ทำให้กลไกการทำงานมีความเข้มแข็งและเชื่อมประสานระหว่างผู้เล่นหลักกลุ่มต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะระหว่างกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการกับกระทรวงการต่างประเทศ

1 ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่: https://www.ghitfund.org/general/top)

หน่วยงานและการอภิบาลงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น

1) หน่วยงานที่มีบทบาทในงานสุขภาพโลก

หน่วยงานภายในญี่ปุ่นที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ กระทรวงอื่นๆ เช่น กระทรวงการคลัง องค์กรรัฐบาล เช่น National Center for Global Health and Medicine (NCGM) Japan International Cooperation Agency (JICA) และ องค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ เครือข่ายภาควิชาการ รวมถึงตัวบุคคลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการริเริ่มและเป็นผู้นำในงานสุขภาพโลกของประเทศ โดยรายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทและหน่วยงานย่อยภายในแต่ละหน่วยงาน สรุปได้ดังนี้

1.1) กระทรวงการต่างประเทศ (Ministry of Foreign Affairs: MOFA)

มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (ODA) แก่ประเทศกำลังพัฒนา ในรูปแบบเงินกู้ยืมหรือเงินทุนให้เปล่า ทั้งในลักษณะความร่วมมือทวิภาคีและพหุภาคี โดยความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาในที่นี้ครอบคลุมความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับประเด็นสุขภาพโลกที่ญี่ปุ่นกำลังให้ความสำคัญ เชื่อมโยงกับวาระการพัฒนาระดับโลกและประเด็นอื่นๆ โดยเฉพาะในเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ โดยหน่วยงานภายในกระทรวงการต่างประเทศที่มีหน้าที่รับผิดชอบและมีบทบาทในงานสุขภาพโลก ได้แก่ กองความร่วมมือประเด็นระดับโลก (Global Issues Cooperation Division) และกองนโยบายสุขภาพโลก (Global health Policy Division) ซึ่งอยู่ภายใต้สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ (International Cooperation Bureau) (รูปที่ 3-1)

"กองความร่วมมือประเด็นระดับโลก" เป็นหน่วยงานของญี่ปุ่นที่ทำหน้าที่ประสานการทำงานนโยบายต่างประเทศในด้านต่างๆ รวมถึงด้านสุขภาพ กับหน่วยงานองค์กรระหว่างประเทศและองค์กรในกลุ่มสหประชาชาติ นอกจากนี้ ยังทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขาธิการของประเทศญี่ปุ่นในการเข้าร่วมประชุม G7/G8 และ G20 รวบรวมข้อมูลและประเด็นวาระที่ประเทศรวมถึงประชาคมระหว่างประเทศกำลังให้ความสำคัญ โดยพิจารณาภายใต้เงื่อนไขว่าเป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน (emergency issues) และกลุ่ม G7 สามารถที่จะมีบทบาทในการแก้ปัญหาและแสดงบทบาทนำในเวทีระดับโลกได้ ซึ่งประเด็นทางสุขภาพโลกจัดว่าเข้าเงื่อนไขทั้ง 3 ข้างต้นและมีความสำคัญมาก

ขึ้นในปัจจุบัน โดยในการประชุม G8 Summit ปี ค.ศ. 2000 ที่เมืองโอกินาว่า ประเทศญี่ปุ่นให้ความสำคัญในเรื่องการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ (Infectious Diseases Control) ซึ่งมีการดำเนินการและนำไปสู่การจัดตั้งกองทุนโลกในภายหลัง ในการประชุม G8 Summit ปี 2008 ที่เมืองโทยาโก ญี่ปุ่นได้ให้ความสำคัญกับวาระการพัฒนาสุขภาพโลกเพิ่มมากขึ้นโดยมุ่งเน้นในเรื่องการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและการบรรลุความครอบคลุมของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) การพัฒนาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health) รวมถึงการจัดการปัญหาวิกฤตโรคระบาด (Pandemic Emergency) ในระดับโลก ในการกำหนดประเด็นวาระสุขภาพโลกที่ญี่ปุ่นมุ่งเน้นให้ความสำคัญในช่วงเวลานั้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานด้านสุขภาพโลก หรือ Global Health Working Group ขึ้นมาอย่างไม่เป็นทางการ ภายใต้การนำของ Prof. Keizo Takemi โดยมีตัวแทนผู้เข้าร่วมประชุมมาจากทั้งหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคมและเครือข่ายภาควิชาการ ซึ่งคณะทำงานนี้ยังมีบทบาทสำคัญต่อเนื่องมาจนถึงการประชุม G7 Summit ในปี ค.ศ. 2016 ที่เมือง Ise-shima โดยประเด็นวาระสุขภาพโลกที่ญี่ปุ่นมุ่งเน้นในการประชุมครั้งนั้น ได้แก่ ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID) การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)

“กองนโยบายสุขภาพโลก” ก่อตั้งขึ้นในเดือนกันยายน ปี ค.ศ. 2011 เพื่อทำหน้าที่กำกับดูแลนโยบายของญี่ปุ่นในการมีบทบาทนำเพื่อสนับสนุนประเทศต่างๆ ในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal : MDGs) ภายในปี ค.ศ. 2015 โดยเฉพาะเป้าหมายในด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นในเรื่องอนามัยแม่และเด็กเกิดใหม่ โรคติดเชื้อที่สำคัญ ได้แก่ เอชไอวีเอดส์ มาลาเรียและวัณโรค และกระบวนการตอบสนองในการแก้ปัญหาภัยคุกคามทางสุขภาพในระดับโลก ปัจจุบันกองนโยบายสุขภาพโลกทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานต่างประเทศที่ดำเนินงานสุขภาพในด้านนโยบายการต่างประเทศ รวมทั้งเข้าไปมีบทบาทในการพิจารณากำหนดทิศทางการให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนา (ODA) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก ผ่านองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) ร่วมกับตัวแทนจากกระทรวงสุขภาพแรงงานและสวัสดิการ (MOHLW) และกระทรวงการคลัง (MOF)

รูปที่ 3-1 โครงสร้างองค์กรภายใต้กระทรวงการต่างประเทศ

ที่มา ปรับเพิ่มเติมจาก http://www.mofa.go.jp/about/hq/org.html

1.2) กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ (Ministry of Health, Labor and Welfare: MOHLW)

ช่วงก่อนปี ค.ศ. 2014 กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ (MOHLW)[2] ให้ความสำคัญกับการจัดการพัฒนาระบบสุขภาพและควบคุมดูแลปัญหาทางสุขภาพของประชากรญี่ปุ่นภายในประเทศเป็นหลัก สำหรับงานสุขภาพโลกในขณะนั้น ถึงแม้ว่ากระทรวงจะมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดทิศทางการให้ความช่วยเหลือ ODA ผ่านการทำงานร่วมกับ JICA หรือการร่วมเป็นคณะทำงานสุขภาพโลกที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดวาระประเด็นทางสุขภาพโลกที่ญี่ปุ่นจะมีท่าทีให้การสนับสนุนในเวทีการประชุมนโยบายระดับโลกก็ตาม แต่บทบาทของกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ (MOHLW) ยังไม่ชัดเจนเทียบเท่ากับกระทรวงการต่างประเทศ เนื่องจากทำหน้าที่ให้การสนับสนุนเชิงเทคนิค ให้ข้อมูลและความคิดเห็นในการยกร่างเอกสารสนับสนุนประกอบการกำหนดนโยบายและท่าทีของญี่ปุ่นในประเด็นเฉพาะทางสุขภาพโลกเท่านั้น

ต่อมาในปี ค.ศ. 2014 ภายหลังจากที่ Yasuhisa Shiozaki ได้เข้ารับตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ และได้แสดงความต้องการที่จะสนับสนุนงานสุขภาพโลก ขณะเดียวกัน กระทรวงได้รับงบประมาณในการสนับสนุนงานด้านนี้มากขึ้น ทำให้กระทรวงเข้าไปมีบทบาทในคณะทำงานสุขภาพโลกเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในการกำหนดวาระประเด็นสุขภาพโลกที่ญี่ปุ่นให้การสนับสนุนในการประชุม G7 Summit ปี ค.ศ. 2016 ที่เมือง Ise-Shima ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำงานในเรื่องการจัดการกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อที่มีความรุนแรง การประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) โดยส่งเสริมให้หน่วยงานภาคเอกชนของประเทศ โดยเฉพาะอุตสาหกรรมยาและเภสัชกรรมเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการไปสนับสนุนการคิดค้นและพัฒนายาหรือวัคซีนให้กับประเทศที่ประสบปัญหา

2 เนื่องจากเป็นกระทรวงที่มีโครงสร้างขนาดใหญ่ครอบคลุมงานทั้งด้านสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการของประเทศ ในบทนี้จะหมายรวมเฉพาะหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพเป็นหลัก

สำหรับรัฐมนตรี Yasuhisa Shiozaki นั้นเคยดำรงตำแหน่งและมีบทบาทสำคัญในหลายหน่วยงานหลักของรัฐบาล โดยเป็นผู้อำนวยการ Committee on Budget, House of Representatives ในช่วงปี ค.ศ. 2010-2013 และเป็น Chief Cabinet Secretary, Minister in charge of the Abduction Issue, State Minister for Foreign Affairs และ State Minister for Foreign Affairs ในช่วงปี ค.ศ. 2005-2006[3] ภายหลังการเข้ามาทำหน้าที่เป็นรัฐมนตรี Shiozaki ได้จัดตั้งคณะที่ปรึกษาชื่อว่า Health Care 2035 Advisory Panel เพื่อกำหนดทิศทางและวิสัยทัศน์การทำงานของกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการในระยะยาว โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศที่ยั่งยืน มีความพร้อมรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของประเทศโดยเฉพาะผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร มุ่งเน้นใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยมีการกำหนดวิสัยทัศน์ของกระทรวงที่ต้องการบรรลุภายในปี ค.ศ. 2035 ไว้ 3 เรื่อง หนึ่งในนั้น คือ การเป็นผู้นำในงานสุขภาพโลก (Global Health Leader) ผ่านกิจกรรม ที่สำคัญ ได้แก่ การจัดตั้งระบบการบริหารจัดการเหตุฉุกเฉินทางสุขภาพ (Health Emergency Management System) การสนับสนุนการพัฒนาระบบพื้นฐานหลัก (Core Systems) โดยเฉพาะในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกระบวนการอนุมัติยา (UHC and drug approval processes) และการพัฒนาระบบเพื่อสร้างผู้นำในงานสุขภาพโลก (Global Health Leaders)[4]

การเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นของกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการในงานสุขภาพโลก นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของแนวทางการทำงานหรือสนับสนุนงานทางสุขภาพในเวทีโลกของญี่ปุ่นจากเดิมที่มีลักษณะการใช้ “สุขภาพโลกเป็นเครื่องมือทางการทูต” (Global Health as a Tool of Diplomacy) ซึ่งนำโดยกระทรวงการต่างประเทศ ไปสู่การทำงานในลักษณะ **“เพื่อแบ่งปันและใช้องค์ความรู้ของญี่ปุ่น ร่วมกับการสนับสนุนทรัพยากรทางการเงินและบุคลากรเพื่อสนับสนุนประเทศต่างๆ ในการจัดการประเด็นทางด้านสุขภาพโลก”** (the sharing of Japanese knowledge and provision of financial and human resource support to address issues in the field of global health) โดยเฉพาะปัญหาโรคระบาดข้ามพรมแดนที่ส่งผลกระทบในระดับโลกและต่อระบบสุขภาพของญี่ปุ่น การใช้องค์ความรู้ของประเทศไปช่วยเหลือประเทศต่างๆ โดยเชื่อว่าจะทำให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้เพิ่มกลับมามากขึ้น รวมถึงเป็นโอกาสทางเศรษฐกิจแก่อุตสาหกรรมภายในประเทศของญี่ปุ่นในด้านต่างๆ ด้วยเช่นกัน

3 http://japan.kantei.go.jp/97_abe/cabinetlist3/daijin/shiozaki_yasuhisa.html

4 ข้อมูลจากเอกสาร 2035 Japan Vision Health Care: Leading the World through Health http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/assets/file/healthcare2035_proposal_150703_slide_en.pdf

“กองการต่างประเทศ” (Division of International Affairs) ภายใต้สำนักเลขาธิการรัฐมนตรี (Minister’s Secretariat) เป็นหน่วยงานภายในของกระทรวงที่มีบทบาทสำคัญในงานสุขภาพโลก โดยมีบทบาทความรับผิดชอบด้านความร่วมมือทางสุขภาพในต่างประเทศ ทำหน้าที่เป็นจุดประสานหลัก (focal point) ในการทำงานร่วมกับองค์การระหว่างประเทศ โดยเฉพาะองค์การอนามัยโลก เป็นตัวแทนประเทศญี่ปุ่นในการเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA) การประชุมระดับภูมิภาค (WPRO) และกลไกการประสานงานในระดับภูมิภาค (Regional Coordination Mechanism: RCM) การประชุมในวาระทางสุขภาพร่วมกับ ASEAN+3 รวมถึง Ise-shima G7 Summit ในปี ค.ศ. 2016 ทั้งนี้ อาจแบ่งภารกิจงานสุขภาพโลกของกองต่างประเทศออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนแรก : การทำงานด้านต่างประเทศ กองการต่างประเทศจะทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล จัดทำเป็นร่างเอกสารตั้งต้นในรูปแบบ Working Paper หรือ Policy Document เกี่ยวกับประเด็นวาระทางสุขภาพที่จะใช้เป็นข้อมูลและข้อเสนอในการกำหนดท่าทีของญี่ปุ่น โดยมีการเวียนร่างเอกสารดังกล่าวภายในกระทรวงไปยังหน่วยงานภายในที่รับผิดชอบในประเด็นเฉพาะเรื่อง เพื่อให้ความเห็นและเพิ่มเติมข้อมูลที่จำเป็น ก่อนประสานส่งต่อให้กระทรวงการต่างประเทศ

ส่วนที่สอง : การทำงานภายในประเทศ กองการต่างประเทศจะรับผิดชอบงานด้านความร่วมมือและประสานการทำงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่วมกับหน่วยงานรัฐบาลญี่ปุ่นที่อยู่ภายใต้กระทรวงอื่น (นอกเหนือไปจากกระทรวงการต่างประเทศ) ยกตัวอย่างการทำงานร่วมกับกระทรวงสิ่งแวดล้อมภายใต้แผนงานผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมและสภาพอากาศที่มีต่อสุขภาพ หรือการประสานการทำงานเพื่อขอข้อแนะนำทางวิชาการหรือทางเทคนิคในประเด็นเฉพาะจากหน่วยงานภายในประเทศที่ทำหน้าที่เป็นคลังสมอง (Think Tank) ในงานทางสุขภาพของประเทศ เช่น สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ (Bureau of International Health Cooperation) ภายใต้ National Center for Global Health and Medicine (NCGM) ซึ่งรวมถึงการแลกเปลี่ยนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญระหว่างองค์กรด้วย

ถึงแม้ว่าในบางสำนักหรือบางกรมจะมีการจัดตั้งหน่วยวิเทศสัมพันธ์หรือหน่วยความร่วมมือระหว่างประเทศด้วย เช่น สำนักนโยบายสุขภาพ (Health Policy Bureau) สำนักบริการสุขภาพ (Health Service Bureau) ฯลฯ แต่การทำงานของหน่วยวิเทศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ยังเป็นงานด้านการแลกเปลี่ยนบุคลากรหรือการให้ความช่วยเหลือทางเทคนิคระหว่างประเทศมากกว่า ดังนั้นการประสานงานร่วมกับกองการต่างประเทศภายในกระทรวงเองจึงมีไม่มากนัก

ในการเข้ามามีบทบาทในงานสุขภาพโลกของประเทศเพิ่มมากขึ้น กระทรวงได้มีการเสริมสร้างเครือข่ายการทำงานระหว่างกระทรวง โดยการแลกเปลี่ยนความเชี่ยวชาญของบุคลากรระดับสูง (staff exchange) หรือพัฒนาศักยภาพบุคลากรของกระทรวงโดยการให้ไปปฏิบัติงานที่กระทรวงอื่นที่ดูแลงานสุขภาพโลก (secondment) เช่น กระทรวงการต่างประเทศ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี เป็นต้น ซึ่งช่วยให้บุคลากรทั้งสองฝ่ายเข้าใจบริบทและเนื้อหาการทำงานของหน่วยงานอื่น อีกทั้งยังเป็นการสร้างเครือข่ายการทำงานข้ามองค์กร ซึ่งช่วยให้การประสานการทำงานในระยะยาวมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ด้วยบทบาทในงานสุขภาพโลกที่เพิ่มขึ้นกองการต่างประเทศของกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการยังมีข้อจำกัดและความท้าทายในการทำงานบางประการ โดยเฉพาะในเรื่องจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ การขาดทักษะการทำงานระหว่างประเทศที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม เช่น ทักษะด้านภาษา ทักษะในการร่างเอกสารนโยบายหรือเอกสารเชิงเทคนิคและวิชาการ เป็นต้น

รูปที่ 3-2 โครงสร้างองค์กรภายใต้กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ (MOHLW)

ที่มา http://www.mhlw.go.jp/english/org/pamphlet/index.html

1.3) กระทรวงการคลัง (Ministry of Finance)

กระทรวงการคลังร่วมเป็นคณะทำงานสุขภาพโลกและมีบทบาทในการพิจารณาดำเนินการเรื่องการให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนา (ODA) กับประเทศกำลังพัฒนาผ่าน JICA ร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศ และกระทรวงสุขภาพแรงงานและสวัสดิการ โดยกระทรวงการคลังเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิผลของ ODA ที่ให้ความช่วยเหลือไปยังกลุ่มประเทศพัฒนาผ่านการหารือและประชุมเชิงนโยบายร่วมกับองค์กรแหล่งทุนต่างๆ ที่เป็นภาคีระหว่างประเทศของญี่ปุ่น

1.4) องค์กรรัฐบาล (Government-related organization) ได้แก่

(1) National Center for Global Health and Medicine (NCGM) เป็นหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ ผ่านสำนักนโยบายสุขภาพ (Health Policy Bureau) โดยมีหน่วยงานภายในที่มีบทบาทสำคัญในงานสุขภาพโลก ได้แก่ สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ (Bureau of International Health Cooperation: BIHC) และมีหน่วยงานย่อย คือ Division of Global Health Programs ภายใต้ Department of Health Planning and Management ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือเชิงเทคนิคด้านสุขภาพแก่ประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในภูมิภาคแอฟริกาและเอเชีย โดยประสานการทำงานร่วมกับ JICA (เฉพาะโครงการ ODA ทางด้านสุขภาพ) กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ กระทรวงการต่างประเทศ และองค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ Division of Global Health Policy and Research ยังทำหน้าที่พัฒนาองค์ความรู้และทำวิจัยในประเด็นสุขภาพโลก โดยเฉพาะในเรื่องโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ อนามัยแม่และเด็ก การสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพโลก ขณะเดียวกัน BIHC ยังมีบทบาทด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การแลกเปลี่ยนผู้เชี่ยวชาญระหว่างประเทศ การสร้างเครือข่ายความร่วมมืองานสุขภาพโลกกับองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก (โดยเป็น WHOCC ในเรื่อง Health System Strengthening) และกับเครือข่ายวิชาการและมหาวิทยาลัยภายในประเทศอีกด้วย

เมื่อเดือนตุลาคม ปี ค.ศ. 2016 ที่ผ่านมาได้มีการจัดตั้งหน่วยงานย่อยใหม่ขึ้นภายใต้ BIHC ชื่อว่า Institute for Global Health Policy Research (iGHP) เพื่อทำหน้าที่เป็นคลังสมอง (Think Tank) งานด้านสุขภาพโลกให้แก่กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ รวมถึงพัฒนาศักยภาพของคนทำงานและบุคลากรงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่นให้สามารถไปมีบทบาทในเวทีระดับโลกได้มากขึ้น

รูปที่ 3-3 โครงสร้างองค์กรภายใต้สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ

ของ National Center for Global Health and Medicine (NCGM)

ที่มา http://kyokuhp.ncgm.go.jp/2016nepo1.pdf

(2) Japan International Cooperation Agency (JICA) หรือองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น เป็นหน่วยงานของรัฐบาลภายใต้การดูแลของกระทรวงการต่างประเทศ ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการและประสานความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (ODA) จากรัฐบาลญี่ปุ่นให้แก่ประเทศกำลังพัฒนา โดยความช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นในลักษณะทวิภาคี ความร่วมมือทางเทคนิค ความร่วมมือทางการเงินและการลงทุน เงินกู้ยืมหรือทุนสนับสนุนการทำงานร่วมกับรัฐบาลของผู้รับทุน ในที่นี้ไม่รวมเงินสนับสนุนที่รัฐบาลญี่ปุ่นมีให้ต่อองค์การระหว่างประเทศต่างๆ ปัจจุบัน JICA มีการทำงานในประเทศต่างๆ ทั่วโลกมากกว่า 150 ประเทศ มีสำนักงานสาขาในต่างประเทศมากกว่า 90 แห่ง โดยความช่วยเหลือ ODA ที่ให้ผ่าน JICA นับตั้งแต่ในช่วงปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมาอยู่ในขอบข่ายประเด็นทางสุขภาพโลกที่ประเทศญี่ปุ่นให้ความสำคัญมากขึ้น ทั้งในเรื่องการจัดการปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อ (เอดส์ มาลาเรียและวัณโรค) อนามัยแม่และเด็ก การสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ การจัดการเพื่อรับมือและเตรียมพร้อมในเรื่องโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID) การประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) โดยที่ JICA เป็นหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในคณะทำงานสุขภาพโลกมาตั้งแต่ปี ค.ศ 2006 และมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวกลางเชื่อมองค์ความรู้และประสบการณ์การทำงานกับประเทศกำลังพัฒนาให้กับหน่วยงานและองค์กรภายในประเทศของญี่ปุ่นในการช่วยผลักดันงานทางด้านสุขภาพโลกของประเทศด้วย

1.5) เลขาธิการคณะรัฐมนตรี (Cabinet Secretariat)

เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการดำเนินงานเรื่องการรับมือและเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์โรคระบาดของประเทศ โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID) โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ Office for Pandemic Influenza, Preparedness and Response และ Coordination Office of Measures Emerging Infectious Diseases ที่อยู่ภายใต้ Office of Assistant Chief Cabinet Secretariat

ภายหลังจากการจัดประชุมร่วมรัฐมนตรี 16 กระทรวงของประเทศญี่ปุ่นภายใต้การนำโดยนายกรัฐมนตรีชินโซ อาเบะ เมื่อเดือนกันยายน ปี ค.ศ. 2015 ได้มีการจัดตั้ง Coordination Office of Measures Emerging Infectious Diseases เพื่อทำหน้าที่เป็นเลขาธิการประสานการทำงานของ Intergovernmental Team of Measures on EIDs ซึ่งเป็นคณะทำงานวางมาตรการ

จัดการปัญหาโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของประเทศ คณะทำงานฯ ชุดนี้มีที่ปรึกษาพิเศษนายกรัฐมนตรี (ปัจจุบัน คือ Dr. Hiroto Izumi) เป็นประธาน ประกอบด้วยคณะทำงานจากหลายหน่วยงาน ทั้งจากสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี กระทรวงการต่างประเทศ (MOFA) กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ (MOHLW) กระทรวงกลาโหม (MOD) กระทรวงการศึกษา (MEXT) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (National Police Agency) ในปี ค.ศ. 2016 ได้มีการประชุมติดตามปัญหาและแลกเปลี่ยนข้อมูลประมาณ 4 ครั้ง โดยในเดือนกุมภาพันธ์มีการจัดทำ Action Plan for Strengthening Measures on Emerging Infectious Disease และต่อมาในเดือนเมษายนของปีเดียวกันได้จัดทำ Action Plan for Strengthening Measures against Antimicrobial Resistance

สาเหตุที่หน่วยงานภายใต้เลขาธิการคณะรัฐมนตรีเข้ามาเป็นกลไกเชื่อมประสานการทำงานในเรื่องโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID) และการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ (influenza) แทนกระทรวงสุขภาพแรงงานและสวัสดิการนั้น เนื่องจากทั้งสองเรื่องเป็นประเด็นสุขภาพโลกที่เมื่อเกิดเป็นปัญหาขึ้นแล้วจำเป็นต้องได้รับการจัดการและแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพราะส่งผลกระทบต่อประเทศในหลายด้านเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ โดยเฉพาะผลกระทบที่มีต่อเรื่องความมั่นคง อีกทั้งต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐหลายกระทรวง รวมถึงภาคเอกชนและภาคประชาสังคมในการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง การให้เลขาธิการคณะรัฐมนตรีเป็นกลไกประสานงานจะทำให้กระบวนการแก้ปัญหาใช้เวลาสั้นลง เนื่องจากสามารถขอความเห็นและผลการพิจารณาโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณจากคณะรัฐมนตรีและนายกรัฐมนตรีได้โดยตรง อีกทั้งยังช่วยให้การประสานการทำงานระหว่างกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นไปด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ประกอบกับบุคลากรที่ทำงานภายใต้ Office for Pandemic Influenza, Preparedness and Response และ Coordination Office of Measures Emerging Infectious Diseases ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่มาจากกระทรวงและหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยผู้อำนวยการของศูนย์ประสานงานฯ ปัจจุบันเป็นบุคลากรระดับสูงที่มาจากกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ

รูปที่ 3-4 โครงสร้างองค์กรสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (Cabinet Secretariat)

ที่มา Organization Chart of Cabinet Secretariat (as of November 2017)

1.6) องค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐและเครือข่ายทางวิชาการ

องค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐที่มีบทบาทสำคัญค่อนข้างชัดเจนในงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น ได้แก่ "Japan Center of International Exchange (JCIE)" ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระ ก่อตั้งมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 ทำงานเกี่ยวข้องกับงานด้านต่างประเทศของญี่ปุ่นในหลายเรื่อง มีวัตถุประสงค์หลักในการส่งเสริมบทบาทของญี่ปุ่นในประชาคมระหว่างประเทศ สนับสนุนความร่วมมือในประเด็นที่มีความสำคัญในเรื่องการต่างประเทศของญี่ปุ่น เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมและบทบาทที่มีต่อประชาคมทั้งภายในและต่างประเทศ และพัฒนาต่อยอดเครือข่ายการทำงานและความร่วมมือในงานต่างประเทศ

สำหรับงานสุขภาพโลกนั้น JCIE มีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนและประสานให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) ประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างกลุ่มองค์กรและหน่วยงานในประเทศที่มีการดำเนินงานและมีบทบาทในงานสุขภาพโลกของประเทศ โดยในช่วงปี ค.ศ. 2006 ภายใต้การนำของ Prof. Takemi Keizo ได้มีการรวมกลุ่มคณะทำงานสุขภาพโลก (Global Health Working Group: GHWG) อย่างไม่เป็นทางการโดยมี JCIE เป็นหน่วยงานเลขานุการ จัดประชุมร่วมกันระหว่างบุคลากรระดับสูงจากหน่วยงานและองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพโลกของประเทศอย่างต่อเนื่องประมาณปีละ 3-4 ครั้ง จนถึงปัจจุบันคณะทำงานสุขภาพโลกกลุ่มนี้มีบทบาทเป็น Think Tank สำคัญที่ช่วยในการกำหนดทิศทางงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่นในเวทีโลก โดยเฉพาะในการประชุม G8 Summit เมื่อ ค.ศ. 2008 และ ค.ศ. 2016 ที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นเจ้าภาพ และคณะทำงาน GHWG เริ่มมีลักษณะที่เป็นทางการชัดเจนขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 2008 เป็นต้นมา

Prof. Takemi Keizo ประธานคณะทำงาน GHWG ปัจจุบันเป็นผู้เชี่ยวชาญอาวุโสของ JCIE และเป็นสมาชิก House of Councilors นับเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่นมาอย่างต่อเนื่อง จากประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งระดับสูงและมีอิทธิพลในพรรคการเมืองของญี่ปุ่น เคยเป็น State Secretary for Foreign Affairs ในช่วงปี ค.ศ. 1998-1999 เป็นรองรัฐมนตรีอาวุโสของ กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ ในช่วงปี ค.ศ. 2006-2007 มีประสบการณ์และเครือข่ายการทำงานด้านวิชาการที่เข้มแข็งกับ Harvard School of Public Health ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในการประชุม G8 Summit เมื่อปี ค.ศ. 2008 กลุ่ม GHWG มีบทบาทสำคัญในการผลักดันความร่วมมือด้านสุขภาพโลกของประเทศต่างๆ ภายใต้วาระการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการแก้ปัญหาวิกฤตกำลังคนด้านสุขภาพ และในการประชุม G7 Summit เมื่อปี ค.ศ. 2016 คณะทำงาน GHWG ได้ตีพิมพ์ข้อเสนอแนะของกลุ่มต่อการประชุมลงในวารสาร Lancet ภายใต้ชื่อเรื่อง “Protecting Human Security: Proposals for the G7 Ise-Shima Summit in Japan” ด้วย

คณะทำงาน GHWG ประกอบด้วยสมาชิกระดับสูงที่มาจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ทั้งหน่วยงานรัฐบาลญี่ปุ่น ได้แก่ ที่ทำการคณะรัฐมนตรี (Cabinet Office) กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ (MOHLW) กระทรวงการต่างประเทศ (MOFA) และกระทรวงการคลัง (MOF) จากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) National Institute of Public Health (NIPH), National Center for Global Health and Medicine (NCGM) และ Global Health Innovative Technology Fund (GHIT) จากเครือข่ายทางวิชาการที่ทำงานด้านสุขภาพโลก เช่น Department of Global Health Policy ของมหาวิทยาลัยโตเกียว มหาวิทยาลัยวาเซดะ มหาวิทยาลัยฮิโตสซึบาชิ National Institute of Population and Social Security Research และ Japan Institute for Global Health (JIGH) รวมทั้งตัวแทนจากองค์กรระหว่างประเทศ เช่น ธนาคารโลก และองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development : OECD)

2) กลไกอภิบาลงานสุขภาพโลก

จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น สามารถแสดงกลไกอภิบาลงานสุขภาพโลก โดยจำแนกตามประเภทของกลุ่มหน่วยงานได้เป็น 3 กลไก

กลไก 1: การอภิบาลด้วยกลไกการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่าย ในรูปแบบของคณะทำงานสุขภาพโลก หรือ Global Health Working Group (GHWG) ซึ่งริเริ่มและนำโดย Prof. Keizo Takemi ซึ่งเป็นบุคคลที่กล่าวได้ว่าเป็นผู้นำ (Champion) ในการทำงานด้านสุขภาพโลกคนหนึ่งของญี่ปุ่นที่สามารถสร้างเครือข่ายคณะทำงานกลุ่มนี้ให้เกิดขึ้น โดยดึงตัวแทนซึ่งเป็นบุคลากรในระดับสูงจากหน่วยงานทั้งในภาครัฐ นอกภาครัฐและเครือข่ายทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานภายใต้คณะทำงานนี้ และส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล มุมมองและประสบการณ์ระหว่างหน่วยงานซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่งในการเป็น Think-Tank ที่สำคัญที่ช่วยกำหนดทิศทางงานสุขภาพโลกของประเทศ รวมถึงพิจารณาวาระประเด็นเฉพาะทางสุขภาพโลกที่ประเทศควรให้ความสำคัญและเพื่อเข้าไปมีบทบาทในเวทีระหว่างประเทศ โดยเฉพาะในเวทีการประชุม G7/G8 Summit ที่ญี่ปุ่นเป็นเจ้าภาพในปี ค.ศ. 2008 และ ค.ศ. 2016 ในช่วงแรกของการตั้งคณะทำงาน GHWG กระทรวงการต่างประเทศ และ JICA ซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐบาลที่ดูแล ODA สำหรับประเทศกำลังพัฒนา นับเป็นกลุ่มที่ค่อนข้างมีบทบาทสำคัญในงานสุขภาพโลกของประเทศ รวมถึงบทบาทในการทำงานของคณะทำงาน GHWG โดยนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013-2014 เป็นต้นมา กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ ภายใต้การนำของรัฐมนตรี Shiozaki ซึ่งเป็นอีกหนึ่ง Champion งานสุขภาพโลกของญี่ปุ่นได้เข้ามามีบทบาทในการทำงานของคณะทำงาน GHWG มากขึ้น พร้อมๆ กับบทบาทของกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการที่มีมากขึ้นในงานสุขภาพโลกของประเทศ GHWG มีการประชุมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำประมาณปีละ 4 ครั้ง โดยมี Japan Center of International Exchange (JCIE) ซึ่งเป็น Non-Governmental Organization ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการ

กลไก 2: การอภิบาลโดยภาครัฐ มีผู้เล่นหรือหน่วยงานหลัก คือ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ และกระทรวงการคลัง ซึ่งทั้งสามกระทรวงเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหลักในการกำหนดทิศทางและพิจารณาการให้ ODA โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพแก่ประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ ผ่าน JICA ซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐบาลภายใต้การดูแลของกระทรวงการต่างประเทศ รวมถึงผ่าน Bureau of International Health Cooperation (BIHC) องค์กร NGCM ซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐบาลภายใต้การสนับสนุนของกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการตามที่กล่าวไปแล้ว ตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา การดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของญี่ปุ่นมีลักษณะของการใช้สุขภาพโลกเป็นเครื่องมือทางการทูตที่สำคัญเครื่องมือหนึ่ง ผ่านกระบวนการให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาที่เป็นทางการ (ODA) ไปยังประเทศที่กำลังพัฒนา ดังนั้น กระทรวงการต่างประเทศและองค์กร JICA จึงเป็นหน่วยงานที่ค่อนข้างมีบทบาทสำคัญในการทำงาน โดยเฉพาะในการประสานงานร่วมกับหน่วยงานต่างประเทศและองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์กรในกลุ่ม UN ธนาคารโลก กองทุนโลก GAVI เป็นต้น และบทบาทการประสานงานขอความคิดเห็น รวมถึงข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการกำหนดท่าทีของญี่ปุ่นในเวทีโลกร่วมกับหน่วยงานภายในประเทศ โดยเฉพาะกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ (ซึ่งในขณะนั้นให้ความสำคัญกับการดูแลงานในการจัดการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพภายในประเทศเป็นหลัก และทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมหลักในการประสานงานทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลกและองค์กรระหว่างประเทศที่ทำงานด้านสุขภาพโดยตรง) กระทรวงการคลัง และเครือข่ายในภาคส่วนต่างๆ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการประสานการทำงานผ่านคณะทำงาน GHWG อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี ค.ศ. 2013-2014 เป็นต้นมา กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการภายใต้การนำของรัฐมนตรี Shiozaki ได้เข้ามามีบทบาทในงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น รวมถึงในการทำงานของ GHWG เพิ่มมากขึ้น โดยเน้นการทำงานสุขภาพโลกที่ใช้ฐานความรู้เชิงเทคนิคและการสนับสนุนในด้านการเงินและทรัพยากรบุคคลของญี่ปุ่นเพื่อเข้าไปมีบทบาทในงานสุขภาพระดับโลกให้มากขึ้น ส่งเสริมการทำงานในลักษณะความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน (Public-Private Partnership: PPP) โดยสนับสนุน

การเข้ามามีบทบาทและส่วนร่วมของหน่วยงานภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากการจัดตั้ง Global Health Innovative Technology Fund (GHIT) ขึ้นในปี ค.ศ.2013 การเข้ามามีบทบาทของกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการเพิ่มขึ้นในงานสุขภาพโลกของประเทศถูกกำหนดเป็นวิสัยทัศน์ในการทำงานระยะยาว ทำให้ BIHC ภายใต้ NGCM เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่เข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2016 ได้มีการจัดตั้ง Institute for Global Health Policy Research (iGHP) ขึ้นมาทำหน้าที่เป็นอีกหนึ่งคลังสมอง (Think-Tank) การทำงานด้านสุขภาพโลกที่สำคัญอีกหนึ่งหน่วยงานของญี่ปุ่นโดยอยู่ภายใต้การสนับสนุนหลักจากกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ นอกจากนี้ ยังพบประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับรูปแบบการทำงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น คือ มีการแลกเปลี่ยนบุคลากรในการทำงานข้ามกระทรวง (secondment) โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรระดับสูงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในงานสุขภาพโลกของ กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการกับกระทรวงการต่างประเทศ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล องค์ความรู้และประสบการณ์การทำงานระหว่างกระทรวง รวมถึงเป็นการพัฒนาและเสริมสร้างเครือข่ายการทำงานที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับบุคคลและหน่วยงานอีกด้วย

กลไก 3: การอภิบาลโดหน่วยงานภาครัฐที่มีลักษณะพิเศษ ได้แก่ เลขาธิการคณะรัฐมนตรี (Cabinet Secretariat) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางประสานการดำเนินงานในด้านการเตรียมความพร้อมและจัดการรับมือปัญหาโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease: EID) รวมถึงปัญหาในเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ของญี่ปุ่น ซึ่งทั้งสามเรื่องเป็นประเด็นเฉพาะในงานสุขภาพโลกหนึ่งที่มีความสำคัญ และเป็น 2 ใน 3 ประเด็นงานสุขภาพโลกที่ญี่ปุ่นแสดงจุดยืนให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนในการประชุม G7 Summit ปี ค.ศ. 2016 ที่ผ่านมา เงื่อนไขหลักที่เลขาธิการคณะรัฐมนตรีเข้ามาเป็นหน่วยงานดูแลประสานงานในเรื่องเหล่านี้มาจาก 3 เงื่อนไข คือ

(1) เป็นประเด็นปัญหาที่ต้องการการตัดสินใจทั้งในด้านการดำเนินงานและการจัดสรรงบประมาณที่มีความเร่งด่วน

(2) เป็นประเด็นที่มีผลกระทบกว้างมากกว่าเรื่องสุขภาพเท่านั้น โดยเฉพาะผลกระทบที่อาจมีต่อเรื่องความมั่นคงของประเทศ

(3) เป็นประเด็นที่ต้องอาศัยความร่วมมือการประสานงานจากหลายกระทรวงและหน่วยงานภาครัฐ รวมถึงภาคเอกชนและประชาสังคมต่างๆ ในการแก้ปัญหา

การทำงานโดยเลขาธิการคณะรัฐมนตรีในเรื่องเหล่านี้มีการแต่งตั้ง Intergovernmental Team ขึ้นมาเป็นคณะทำงานจากตัวแทนกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการจัดประชุมคณะทำงาน รวมถึงการจัดประชุมร่วมรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาแนวทางการทำงานและติดตามประเด็นปัญหา โดยบุคลากรผู้รับผิดชอบภายใต้ Office for Pandemic Influenza, Preparedness and Response และ Coordination Office of Measures Emerging Infectious Diseases ส่วนใหญ่มีที่มาจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (secondment) เช่น การยืมตัวบุคลากรจากกระทรวงและหน่วยงานต่างๆ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในเรื่องนั้นเข้ามาปฏิบัติงานร่วมกัน

รูปที่ 3-5 การอภิบาลงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น ภายใต้ 3 กลไก

3) วาระสุขภาพโลกที่สำคัญของญี่ปุ่นในปัจจุบัน

ในการประชุม G7 Ise-Shima Summit ที่ญี่ปุ่นเป็นเจ้าภาพในปี ค.ศ. 2016 วาระสุขภาพโลกที่ประเทศแสดงท่าทีชัดเจนในการให้ความสำคัญและมีบทบาทสนับสนุนการทำงานในระดับโลก มี 3 เรื่องด้วยกัน ได้แก่

เรื่องแรก การตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public health emergency response) โดยเฉพาะการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศในการเตรียมพร้อมของประเทศต่างๆ เพื่อรับมือกับสภาพปัญหาภัยคุกคามที่เกิดจากการแพร่ระบาดข้ามพรมแดนของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emergency Infectious Disease: EID) เช่น อีโบล่า ซิก้า ฯลฯ ซึ่งญี่ปุ่นได้เข้าไปมีบทบาทในการพัฒนา Inter-Agency Standing Committee System-wide Level 3 (L3) Activation Procedures for Infectious Diseases ซึ่งมีผลในเดือนธันวาคม ค.ศ. 2016

เรื่องที่สอง การส่งเสริมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Promotion of Universal Health Coverage: UHC) เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพซึ่งเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการป้องกันและเตรียมรับมือสถานการณ์วิกฤตทางสุขภาพ เช่น การแพร่ระบาดของอีโบล่า และ EID โดยญี่ปุ่นจัดการประชุม UHC Forum ในเดือนธันวาคม ค.ศ. 2017 ที่กรุงโตเกียว ร่วมกับธนาคารโลก องค์การอนามัยโลก UNICEF และ UHC2030 เพื่อติดตามความคืบหน้าของงาน UHC ในระดับโลก สถานการณ์การเตรียมพร้อมภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข รวมถึงการถอดบทเรียนจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน UHC ของประเทศต่างๆ

เรื่องที่สาม มาตรการการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) โดยสนับสนุนงานด้านการวิจัยและพัฒนาภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Approach) สนับสนุน Global Action Plan to combat AMR ซึ่งปรับพัฒนาโดย WHO ในปี ค.ศ. 2015 พัฒนาแผนปฏิบัติการ AMR ของประเทศ มีบทบาทสนับสนุนในเวทีการประชุมระดับโลก เช่น UNGA High-level Meeting on AMR และจัดประชุม G7 Minister’s Meeting ในเดือนกันยายน ค.ศ. 2016 เพื่อสนับสนุนการจัดการปัญหาและติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ AMR

ข้อเรียนรู้ที่ได้จากญี่ปุ่น

ผลการศึกษางานสุขภาพโลกของญี่ปุ่น ได้ข้อเรียนรู้ที่น่าสนใจและอาจเป็นประโยชน์ต่อการทำงานและอภิบาลงานสุขภาพโลกของประเทศไทยในประเด็นสำคัญ ดังนี้

ประเด็นแรก: ด้านโครงสร้างและกลไกการทำงาน การพัฒนาและขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่นประกอบไปด้วย 3 กลไก คือ การอภิบาลด้วยกลไกการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่าย การอภิบาลโดยภาครัฐ และการอภิบาลโดยหน่วยงานภาครัฐที่มีลักษณะพิเศษ ที่ใช้ในการประสานการทำงานในประเด็นงานสุขภาพโลกที่มีความเร่งด่วน มีผลกระทบสูงและต้องการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องซึ่งครอบคลุมมากกว่าหน่วยงานด้านสุขภาพและการต่างประเทศ โดยที่ทั้งสามเวทีการทำงานนี้เป็นโครงสร้างการทำงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่นที่มีบทบาทและกลไกในการอภิบาลระบบงานในลักษณะคู่ขนานกัน

ทั้งนี้ พบว่า ***กลไกที่น่าสนใจและมีบทบาทสำคัญ ได้แก่ การอภิบาลด้วยกลไกการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายหรือการทำงานของคณะทำงานสุขภาพโลก (GHWG)*** ที่มีองค์กร JCIE เป็นเลขาธิการ มีรูปแบบการทำงานในลักษณะภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน (Multi-Sectoral Partnership and Network) ทั้งภาครัฐ (กระทรวงและองค์กรรัฐบาลที่เกี่ยวข้อง) และตัวแทนหน่วยงานจากภาคส่วนอื่น โดยเฉพาะเครือข่ายทางวิชาการที่ทำงานสุขภาพโลกในประเทศ โดย GHWG เป็นกลไกสำคัญในการแลกเปลี่ยนข้อมูล มุมมองและประสบการณ์ เป็นเสมือนคลังสมอง (Think Tank) ช่วยทำงานเชิงเนื้อหาเทคนิคในประเด็นงานสุขภาพโลกที่มีความสำคัญ ช่วยกำหนดทิศทางและประเด็นวาระที่ควรเน้นในการทำงานสุขภาพโลกของหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายการทำงานในประเทศให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และช่วยหนุนเสริมการทำงานในเวทีการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งเป็นผู้เล่นหลักในงานสุขภาพโลกของประเทศ โดยเฉพาะกระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ ในเรื่องของการแบ่งปันข้อมูลและ flow of information การประสานการทำงานเพื่อขับเคลื่อนงานที่ต้องการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวง รวมถึงการกำกับติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

ประเด็นที่ 2: ระบบการ secondment และการยืมตัวคนทำงาน นับเป็นรูปแบบหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพคนทำงาน (capacity building) โดยการให้บุคลากรของกระทรวงไปปฏิบัติงานที่กระทรวงอื่นชั่วคราว โดยเฉพาะการหมุนเวียนระหว่างบุคลากรระดับสูงของกระทรวงการต่างประเทศกับกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ หรือยืมตัวคนทำงานจากกระทรวงและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเข้ามาทำงานร่วมกันในสำนักประสานงาน (Coordination Office) ที่จัดตั้งขึ้นภายใต้ Cabinet Secretariat ซึ่งนอกจากจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ทักษะและความเชี่ยวชาญ (information, skills and expertise) ระหว่างบุคลากรข้ามกระทรวงหรือองค์กรแล้ว ยังเป็นการสร้างเครือข่ายคนทำงานระหว่างองค์กร (networking) ที่สามารถลงลึกทั้งในเรื่องความรู้ความเข้าใจในเนื้องานหรืองานเชิงเทคนิคของแต่ละองค์กร รวมถึงเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มุมมอง รูปแบบและแบบแผนการทำงาน (style) ขององค์กรอื่น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการทำงานร่วมกันของบุคลากรระหว่างองค์กรในระยะยาวอีกด้วย

ประเด็นสุดท้าย: วิธีการทำงานด้านสุขภาพโลกและหน่วยงานที่มีบทบาทนำ ในช่วงแรกที่ญี่ปุ่นเริ่มหันมาให้ความสนใจกับงานสุขภาพโลก หน่วยงานที่มีบทบาทนำในการทำงานของประเทศเป็นกระทรวงการต่างประเทศร่วมกับหน่วยงานรัฐบาลที่ทำงานในเรื่องการสนับสนุนความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (ODA) ให้กับประเทศกำลังพัฒนา เช่น JICA วิธีการทำงานเป็นลักษณะการใช้ “งานสุขภาพโลกเป็นเครื่องมือทางการทูต” ซึ่งทำให้ญี่ปุ่นมีบทบาทที่ชัดเจนในการประชุมหารือและมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการพัฒนา โดยเฉพาะในงานสุขภาพ ทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคี โดยกระทรวงการต่างประเทศของญี่ปุ่นเห็นประโยชน์และให้ความสำคัญกับงานสุขภาพโลก จนมีการจัดตั้ง Division of Global Health Policy ขึ้นเป็นหน่วยงานภายในที่มีโครงสร้างการทำงานชัดเจนภายใต้ International Cooperation Bureau เพื่อมาดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ ควบคู่กับ Global Issues Cooperation Division ซึ่งเป็นส่วนที่รับผิดชอบงานความร่วมมือในระดับโลกในภาพกว้าง

สำหรับกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการเข้ามามีบทบาทนำในการทำงานสุขภาพโลกของญี่ปุ่นมากขึ้นภายใต้การนำของรัฐมนตรี Shiozaki ในช่วงประมาณปี ค.ศ. 2013-2014 โดยเน้นการทำงานสุขภาพโลกบนฐานองค์ความรู้ การสนับสนุนด้านการเงินและบุคลากรเป็นตัวนำในการเข้าไปมีบทบาทในงานสุขภาพระดับโลก (ควบคู่ไปกับการทำงานด้านการทูตของ MOFA) ส่งเสริมการทำงานในลักษณะ PPP โดยการเข้ามามีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคเอกชน โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนา (R&D) การพัฒนายาและเทคโนโลยีทางสุขภาพใหม่ๆ การให้ความสำคัญและเข้ามามีบทบาทในงานสุขภาพโลกที่เพิ่มขึ้นของกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการในช่วงนี้ได้แสดงออกมาเป็นวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน ส่งผลให้หน่วยงานต่างๆ ภายใต้กระทรวงตระหนักถึงความสำคัญของงานสุขภาพโลกเพิ่มขึ้น และนำไปสู่การให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ Division of International Affairs ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญเพิ่มขึ้นในงานสุขภาพโลก เชื่อมประสานการทำงานภายในกระทรวงและกับกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ MOFA และการจัดตั้งหน่วยงาน IGHP ขึ้นเป็นคลังสมอง (THINK TANK) อีกหนึ่งหน่วยภายใต้ Bureau of International Health Cooperation, NCGM

การที่หน่วยงานหลัก โดยเฉพาะกระทรวงการต่างประเทศ และกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ ตระหนักถึงประโยชน์และความสำคัญของงานสุขภาพโลก แม้จะมีรูปแบบหรือวิธีการทำงานแตกต่างกันก็ตาม แต่ก็นำไปสู่การจัดโครงสร้างภายในให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบและเป็นกลไกประสานงานสุขภาพโลกโดยตรง ทำให้การเคลื่อนงานสุขภาพโลกในภาพรวมของประเทศมีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น

บทเรียนที่ได้จากการศึกษางานสุขภาพโลกของประเทศญี่ปุ่นสะท้อนให้เห็นว่า การวางทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ให้ความสำคัญกับประเด็นงานสุขภาพโลกที่ประเทศมีความสนใจและพร้อมที่จะให้การสนับสนุน ควบคู่ไปกับการกำหนดหน่วยงานที่มีบทบาทนำและกลไกการดำเนินงานในระดับต่างๆ ที่มีโครงสร้างการทำงานชัดเจนครอบคลุมทุกภาคส่วน มีกระบวนการทำงานบนฐานของข้อมูล องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย คลังสมองและประสบการณ์จากการทำงาน มีผู้นำ (Champion) ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญช่วยหนุนเสริมและผลักดันประเด็นงานสุขภาพโลกของประเทศทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ทักษะและความเชี่ยวชาญจากการลงมือปฏิบัติงานจริงและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามหน่วยงาน รวมทั้งมีเครือข่ายความร่วมมือในการทำงานที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันแต่สนับสนุนซึ่งกันและกัน จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การพัฒนาและขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของประเทศประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. https://www.ghitfund.org/general/top
2. http://japan.kantei.go.jp/97_abe/cabinetlist3/daijin/shiozaki_yasuhisa.html
3. 2035 Japan Vision Health Care: Leading the World through Health http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/assets/file/healthcare2035_proposal_150703_slide_en.pdf

4

การวิเคราะห์โครงสร้าง และกลไกอภิบาล งานสุขภาพโลกของไทย

กลไกอภิบาล (Governance) คือ กลไกที่ภาคส่วนต่างๆ มีปฏิสัมพันธ์กันและกำหนดนโยบายหรือทิศทางการทำงานร่วมกัน ดังนั้น กลไกอภิบาลจึงหมายถึง “กระบวนการ” ที่ภาคส่วนต่างๆ มาร่วมกันตัดสินใจ และกระบวนการกำหนดภาคส่วนที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้น

UNDP ได้ให้**หลักการของการมีกลไกอภิบาลที่ดี**ไว้ 5 ประการ คือ[1] *Legitimacy and Voice* (การมีส่วนร่วมและการมีฉันทามติ) *Direction* (การกำหนดแผนยุทธศาสตร์และวิสัยทัศน์) *Performance* (การตอบสนอง ประสิทธิภาพและประสิทธิผล) *Accountability* (ความรับผิดชอบและความโปร่งใส) *Fairness* (ความเสมอภาคและการปฏิบัติตามกฎหมาย) อย่างไรก็ตาม UNDP ตระหนักดีว่า กลไกอภิบาลที่ดีนั้นย่อมขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรมและการเมืองของแต่ละประเทศ ดังนั้น หลักการของกลไกอภิบาลที่ดีจึงเป็นกรอบแนวทางให้แต่ละประเทศนำไปปรับใช้ได้เหมาะสมต่อไป

ในส่วนของประเด็นงานสุขภาพโลกนั้น เนื่องจากปัญหาสุขภาพโลกมีความสลับซับซ้อนและมีวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน กลไกการอภิบาลจึงมีความสลับซับซ้อนและมีหลากหลายรูปแบบไปด้วย โดยเฉพาะกลไกในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหานั้นๆ เช่น กลไกการเฝ้าระวังเตรียมพร้อมและรับมือกับไข้หวัดใหญ่ย่อมแตกต่างจากกลไกการแก้ปัญหาบุหรี่และเหล้า เป็นต้น การออกแบบกลไกอภิบาลสุขภาพโลกโดยเฉพาะในทางปฏิบัติจึงไม่อาจจะมีเพียงรูปแบบเดียวเหมือนกันทุกเรื่อง แต่ต้องออกแบบให้เหมาะสมกับแต่ละบริบทของปัญหาสุขภาพนั้นๆ

สำหรับการผลักดันทางนโยบาย กระบวนการของแต่ละเวทีอาจมีความแตกต่างกัน แต่การเตรียมการเข้าร่วมประชุมสำหรับผู้แทนไทยอาจไม่แตกต่างกันมากนัก และกลไกการติดตามเพื่อขับเคลื่อนนโยบายอาจมีความคล้ายคลึงกันได้ ในบทนี้จะวิเคราะห์กลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ กลไกอภิบาลเพื่อการผลักดันนโยบายในเวทีระดับนานาชาติ และกลไกอภิบาลเพื่อติดตามการขับเคลื่อนนโยบาย แต่จะไม่วิเคราะห์ไปถึงการนำไปปฏิบัติซึ่งมีลักษณะเฉพาะของแต่ละประเด็นสุขภาพ

1 UNDP (1997) Governance and Sustainable Human Development, UNDP, United Nations.

โครงสร้างและกลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย

1) ผู้เล่นหลักงานสุขภาพโลกในประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นผู้เล่นหลักในกลไกอภิบาลสุขภาพโลกของไทย ถึงแม้จะมีกลไกอื่นๆ เกิดขึ้น อาทิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) แต่หน่วยงานเหล่านั้นจำกัดบทบาทและความสนใจเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับภารกิจขององค์กร กล่าวคือ สสส. ให้ความสนใจที่จะผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ประเด็นบุหรี่ เหล้า การออกกำลังกาย เป็นต้น ขณะที่ สช. ให้ความสนใจที่จะนำเครื่องมือการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมไปใช้ และ สปสช. มุ่งเน้นความสนใจไปที่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพโลกของไทย

นอกจากหน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพโดยตรงแล้ว ยังมีหน่วยงานภาครัฐอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวเนื่องกับงานสุขภาพโลก อาทิ กระทรวงการต่างประเทศที่ให้ความสำคัญกับการทูตด้านสุขภาพ กระทรวงพาณิชย์มีประเด็นการค้าที่ส่งผลต่อสุขภาพ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีประเด็นสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ เช่น ผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบาง ฯลฯ กระทรวงมหาดไทยมีประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้มีสถานะบุคคล กระทรวงแรงงานมีประเด็นสุขภาพแรงงานย้ายถิ่น เป็นต้น *(ตารางที่ 4-1)*

ตารางที่ 4-1 ผู้เล่นหลักในงานสุขภาพโลกของไทย

ประเภทองค์กร	หน่วยงาน	ประเด็นสุขภาพที่สนใจ
ภาครัฐ	กระทรวงสาธารณสุข	ทุกประเด็น
	กระทรวงการต่างประเทศ	ประเด็นสุขภาพที่ไทยมีบทบาทนำ และเป็นประเด็นที่มีผลต่อภาพลักษณ์ของไทยในเวทีโลก
	กระทรวงพาณิชย์	ประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการค้า
	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	ประเด็นสุขภาพหนึ่งเดียว
	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	ประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ หรือกลุ่มเปราะบาง
	กระทรวงมหาดไทย	ประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวกับสถานะบุคคล
	กระทรวงแรงงาน	ประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวกับแรงงานย้ายถิ่น
องค์กรอิสระ	สสส.	สร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นบุหรี่ เหล้า ออกกำลังกาย อุบัติเหตุจราจร
	สปสช.	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
	สช.	เครื่องมือการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม Health in All Policies
องค์กรเอกชน	องค์กรเอกชนด้านเอดส์	เอดส์ ยา
	องค์กรเอกชนด้านคุ้มครองผู้บริโภค	การค้ากับสุขภาพ
	ฯลฯ	ฯลฯ

การมีผู้เล่นที่หลากหลายและมีความสนใจในประเด็นที่หลากหลายนี้ ทำให้กลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทยมีความท้าทายในการทำให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมและมองเห็นปัญหาในลักษณะ share values ร่วมกัน รวมทั้งทำให้นโยบายของหน่วยงานต่างๆ มีความสอดคล้องสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยโครงสร้างการทำงานด้านสุขภาพโลกของไทย *ดังรูปที่ 4-1*

รูปที่ 4-1 โครงสร้างการทำงานสุขภาพโลกของประเทศไทย

2) กลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกระดับประเทศ

อาจกล่าวได้ว่า กลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกระดับประเทศอย่างเป็นทางการที่มีอยู่ปัจจุบัน คือ "คณะกรรมการยุทธศาสตร์สุขภาพโลก" ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงการต่างประเทศเป็นประธานร่วม โดยมีกองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และกองการสังคม กระทรวงการต่างประเทศเป็นฝ่ายเลขานุการร่วม องค์ประกอบของคณะกรรมการฯ รวมทั้งสิ้น 38 คน ประกอบด้วยภาครัฐ 30 คน ภาคเอกชน 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วน 13/38 คนของจำนวนกรรมการทั้งหมด โดยมีผู้แทนจากทุกกรมเป็นกรรมการ คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่ที่สำคัญ คือ (1) ริเริ่มและจัดการประชุมหารือระดับรัฐมนตรีในการกำหนดทิศทางนโยบายและเป้าหมายสุขภาพโลกของประเทศไทยและให้มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ (2) อำนวยการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดกลไกการดำเนินงานและผลักดันแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยไปสู่การปฏิบัติ (3) ทบทวนพันธกรณี/ข้อตกลงระหว่างประเทศด้านสุขภาพโลกภายใต้กรอบต่างๆเพื่อให้มีความร่วมมือที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก (4) พัฒนาและกำหนดเป้าหมายความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศกับประเทศเพื่อนบ้าน และ (5) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก

ในส่วนของการกำหนดเป้าหมายที่สำคัญของประเทศไทยนั้น คณะกรรมการฯ ทำหน้าที่เพียงเป็นผู้ริเริ่มและจัดการประชุมระดับรัฐมนตรีเพื่อกำหนดทิศทางนโยบายและเป้าหมายของประเทศ แต่ไม่ใช่กลไกที่จะทำหน้าที่ในการกำหนดเป้าหมายและทิศทางของประเทศด้วยตนเอง คณะกรรมการชุดนี้จึงมีหน้าที่ 2 ระดับ คือ (1) หน้าที่ในการริเริ่มและจัดการประชุมระดับรัฐมนตรี เปรียบเสมือนเป็นฝ่ายเลขานุการ จึงเป็นหน้าที่ที่ไม่ได้เบ็ดเสร็จในตัวเอง และ (2) หน้าที่ในการอำนวยการประสานความร่วมมือเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ ได้แก่ การทบทวนพันธกรณี/ข้อตกลงระหว่างประเทศ การพัฒนากำหนดเป้าหมายความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งถือเป็นหน้าที่ที่เบ็ดเสร็จในตัวเอง

การที่คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่สองระดับนั้น อาจมองได้ว่ากลไกคณะกรรมการชุดดังกล่าวยังไม่ใช่กลไกนโยบายระดับสูง แต่เป็นระดับปฏิบัติการ เนื่องจากประธานเป็นระดับปลัดกระทรวงของสองกระทรวงหลัก อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่คณะกรรมการชุดนี้ได้รับการแต่งตั้งขึ้นมาเมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่มีการจัดประชุมแต่อย่างใด จึงเป็นการยากที่จะประเมินว่าคณะกรรมการชุดนี้มีความเหมาะสมหรือไม่เพียงใด แต่ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้ให้ความเห็นว่าโครงสร้างกรรมการลักษณะนี้มีประเด็นที่ควรพิจารณาหลายประการได้แก่

(1) คณะกรรมการชุดนี้แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงถูกมองว่าเป็นเพียงคณะกรรมการระดับกระทรวงมากกว่าระดับประเทศ หน่วยงานอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาเป็นผู้สนับสนุนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งต่างจากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ หรือคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน การที่ระดับของกรรมการเป็นระดับกระทรวงเช่นนี้ ความรู้สึกเป็นผู้เล่นสำคัญในกลไกนี้ของหน่วยงานอื่นๆ จึงน้อยลงไปด้วย ถ้าต้องการให้หน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมมากขึ้น กรรมการควรแต่งตั้งโดยนายกรัฐมนตรี และประธานควรเป็นนายกรัฐมนตรีเหมือนกับคณะกรรมการระดับชาติชุดอื่นๆ

(2) ประธานกรรมการเป็นระดับปลัดกระทรวง จึงไม่ใช่คณะกรรมการนโยบายระดับสูง

(3) องค์ประกอบของคณะกรรมการมีจำนวนมาก การนัดหมายประชุมจึงทำได้ยาก

(4) ฝ่ายเลขานุการร่วมซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการจัดการประชุมยังขาดกลไกวิชาการสนับสนุนเพราะมาจากกองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองการสังคม กระทรวงการต่างประเทศ

นอกจากนี้ โครงสร้างภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกมีเพียงคณะกรรมการยุทธศาสตร์สุขภาพโลกเท่านั้น ไม่มีกลไกอื่นมาช่วยขับเคลื่อน ทำให้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ล่าช้าหรือไม่มีการขับเคลื่อนเลย การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการดำเนินงานตามแผนงานปกติของหน่วยงานที่ทำอยู่เดิม ไม่ได้เกิดจากกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกแต่อย่างใด ดังนั้น หากจะให้มีกลไกระดับประเทศที่เข้มแข็งจะต้องปรับคณะกรรมการชุดนี้ให้เป็นระดับชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆที่สำคัญในการทำงานด้านสุขภาพโลกและผู้แทนจากคณะกรรมการเฉพาะประเด็นด้านสุขภาพโลกชุดอื่นๆ เช่น คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ คณะกรรมการสุขภาพหนึ่งเดียว เป็นต้น เพื่อการประสานงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงาน โดยฝ่ายเลขานุการควรมีฝ่ายวิชาการ เช่น ผู้อำนวยการ IHPP เป็นเลขานุการร่วมเพื่อจัดทำประเด็นและวาระการประชุม

คณะกรรมการชุดนี้ควรมีหน้าที่ในการกำหนดประเด็นและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพโลกที่ประเทศไทยจะขับเคลื่อนที่เห็นชอบร่วมกัน มากกว่าเป็นเพียงริเริ่มและจัดการประชุมระดับรัฐมนตรี หรือเพียงอำนวยการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ แต่ควรทำหน้าที่เป็นกลไกนโยบายและประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ มอบหมายและกำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย และเพื่อให้มีกลไกในการขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมี Delivery Unit หรือคนทำงาน ที่ทำหน้าที่รับนโยบายจากคณะกรรมการมาขับเคลื่อนให้นโยบายนั้นดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย โดยมีคณะทำงานวิชาการเป็นกลุ่มสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ

3) กลไกระดับประเทศอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก ได้แก่ การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Conference - PMAC)

ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพจัดประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยมีหน่วยงานในประเทศไทยหลายหน่วยงานเป็นเจ้าภาพร่วม อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมีหน่วยงานระดับนานาชาติร่วมเป็นเจ้าภาพมากกว่า 10 หน่วยงาน เช่น องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS), FAO, สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM), Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria, USAID, JICA, Rockefeller Foundation, China Medical Board โดยการประชุมนี้เป็นการนำประเด็นที่มีความสำคัญระดับโลกมาอภิปรายเพื่อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา จึงอาจกล่าวได้ว่าการประชุม PMAC เป็นกลไกนโยบายสุขภาพโลกอย่างไม่เป็นทางการที่ประเทศไทยสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างดียิ่ง แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมา การจัดประชุมถึงแม้จะประสบความสำเร็จอย่างสูงในการเป็นเวทีด้านสุขภาพโลกที่ได้รับการยอมรับระดับโลก สามารถนำเสนอประเด็นปัญหาสำคัญระดับโลกและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน แต่กลไกการทำงานของ PMAC ยังเน้นที่การจัดประชุมประจำปีเป็นหลัก ขาดกลไกการใช้ประโยชน์จากการประชุมและจากเครือข่ายจำนวนมากที่เกิดขึ้นในช่วงสิบกว่าปีที่ทำงานมา นอกจากนี้ ฝ่ายเลขานุการจัดการประชุม PMAC ยังมีลักษณะการทำงานแบบอาสาสมัคร ไม่ได้เป็นการทำงานแบบเต็มเวลา จึงไม่สามารถทุ่มเทเวลาในการคิดแนวทางหรือผลักดันนโยบายได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น หากจะทำงานให้เต็มประสิทธิภาพมากขึ้น ควรปรับให้โครงสร้างการบริหารจัดการการประชุมมีความเป็นทางการมากขึ้น โดยจัดตั้ง Office of PMAC Secretariat ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของกลไกสุขภาพโลกที่จะจัดตั้งขึ้น เพื่อเชื่อมโยงการทำงานของการประชุมและงานสุขภาพโลกด้านอื่นๆ

4) กลไกการทำงานด้านสุขภาพโลกระดับกระทรวง

4.1) กระทรวงสาธารณสุข

โครงสร้างการทำงานด้านสุขภาพโลกของกระทรวงสาธารณสุขมีลักษณะการทำงานแบบเป็นทางการ คือ มีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ที่ปลัดกระทรวงมอบหมายให้ดูแลงานด้านต่างประเทศเป็นผู้บริหารสูงสุด มีกองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดฯ รับผิดชอบงานด้านต่างประเทศของกระทรวงและเป็นหน่วยประสานระหว่างสำนักงานปลัดฯ กับสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศของกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสานกับหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังไม่มีโครงสร้างที่เป็นการเชื่อมประสานการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ และขาดกลไกประสานหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่า การประสานงานมีลักษณะทั้งที่เป็นทางการ คือ การส่งหนังสือราชการไปตามระบบ และไม่เป็นทางการ คือ การติดต่อทาง email หรือ Line โดยใช้ความรู้จักเป็นการส่วนตัวในการติดต่อ ซึ่งมีความคล่องตัวมากกว่า แต่โดยระบบราชการแล้ว สุดท้ายต้องมีหนังสืออย่างเป็นทางการส่งตามมา โครงสร้างและรูปแบบการทำงานลักษณะดังกล่าวมีประเด็นที่ควรพิจารณา ดังนี้

(1) การทำงานยังเป็นไปในเชิงตั้งรับมากกว่าเชิงรุก กล่าวคือ เมื่อมีประเด็นหรือมีหนังสือขอความเห็นมาที่กระทรวง กองการต่างประเทศจะขอข้อมูลและความเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือในกรณีที่ผู้บริหารจะไปประชุมต่างประเทศก็ยังไม่มีกลไกการทำงานที่จะมองภาพเชิงรุกว่า การไปประชุมครั้งนี้ประเทศไทยควรจะได้ประโยชน์ในเรื่องใด ส่วนหนึ่งเป็นเพราะศักยภาพของบุคลากรที่มีความชำนาญด้านงานวิเทศสัมพันธ์มากกว่างานด้านวิชาการ ทำให้ไม่สามารถมองภาพเชิงรุกได้ และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากภาระงานที่มากทำให้ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับงานเชิงรับที่เข้ามา

(2) การทำงานด้านต่างประเทศในกระทรวงและในกรมยังแยกส่วนกับงานภายในประเทศ และได้รับลำดับความสำคัญที่น้อยกว่า

(3) การทำงานด้านวิชาการเพื่อสนับสนุนประเด็นนโยบายสุขภาพโลกยังมีน้อย

จากประเด็นดังกล่าว โครงสร้างการทำงานสุขภาพโลกของกระทรวงสาธารณสุขควรที่จะมี "สถาบันสุขภาพโลก (Global Health Institute)" แยกออกจากกองการต่างประเทศ โดยสถาบันนี้เน้นการทำงานเชิงรุก โดยให้สอดคล้องกับประเด็นลำดับความสำคัญของประเทศที่กำหนดไว้ และทำงานด้านวิชาการเพื่อสนับสนุนประเด็นนโยบาย มีหน้าที่วิเคราะห์ สังเคราะห์นโยบายรัฐบาล ยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและพันธะสัญญาระหว่างประเทศ เพื่อจัดทำข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของไทย ทำการศึกษาวิจัยและจัดการความรู้ด้านสุขภาพโลก รวมทั้งเป็นกลไกการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก โดยทำหน้าที่ในการประสาน ผลักดันและขับเคลื่อนกรอบสุขภาพโลกไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้น GHI จะเป็นโครงสร้างการทำงานที่สำคัญในเรื่องสุขภาพโลกของไทย ส่วนงานประสานงานและงานเชิงรับอาจยังคงอยู่ภายใต้กองการต่างประเทศ แต่ให้มีช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน

หน่วยงาน GHI นี้ จะต้องมีบุคลากรที่มีศักยภาพ สามารถทำงานทางด้านวิชาการ พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ในประเด็นที่สำคัญ จัดการข้อมูลและระบบข้อมูลให้ทันต่อสถานการณ์ รวบรวมรายชื่อเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการประสานงาน รวมทั้งสามารถติดตามประเมินผลแผนงานอย่างเป็นระบบ จึงต้องให้ความสำคัญกับการสรรหาและพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ ควบคู่ไปการสร้างความก้าวหน้าทางวิชาชีพ (Career Path) เพื่อจูงใจให้คนที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเข้ามาร่วมงานและสามารถเติบโตในสายงานได้ เพื่อให้ได้คนทำงานที่มีความต่อเนื่อง

4.2) กระทรวงการต่างประเทศ

โครงสร้างการทำงานของกระทรวงการต่างประเทศแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ (1) ส่วนที่อยู่ในกระทรวงการต่างประเทศ โดยอยู่ภายใต้กองการสังคม กรมองค์การระหว่างประเทศ และ (2) ส่วนที่อยู่ต่างประเทศ โดยคณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ กรุงเจนีวาเป็นหน่วยงานหลักที่ทำงานด้านสุขภาพโลก

แม้ว่าประเด็นสุขภาพโลกส่วนใหญ่เป็นประเด็นที่มาจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกหรือจากองค์การอนามัยโลก แต่ในความเป็นจริงแล้ว ยังมีงานด้านสุขภาพโลกที่อยู่ภายใต้การทำงานทวิภาคีด้วย แต่กระทรวงการต่างประเทศยังขาดกลไกการเชื่อมโยงงานสุขภาพในส่วนนี้ ดังนั้นการทำงานของกระทรวงการต่างประเทศจึงมีลักษณะแยกส่วน ขาดกลไกการประสานงานระหว่างกรม/กองต่างๆ นอกจากนี้ งานด้านสุขภาพยังไม่ได้รับความสำคัญมากนักในกระทรวงการต่างประเทศเมื่อเทียบกับเรื่องเศรษฐกิจ การเมืองหรือความมั่นคง และมองว่าเป็นประเด็น “เย็น” ไม่ใช่ประเด็น “ร้อน” หรือเรื่องเร่งด่วน ดังนั้น ถ้ามีการร่วมกันกำหนดประเด็นสุขภาพโลกให้เป็นลำดับความสำคัญของประเทศก็จะเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างกรม/กองได้เป็นอย่างดี ตัวอย่างของประเทศญี่ปุ่นที่กำหนดเป้าหมายให้ญี่ปุ่นเป็นผู้นำของโลกด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน กระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงสาธารณสุขมองเห็นเป้าหมายของประเทศร่วมกัน ทำให้การทำงานขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ ประเทศญี่ปุ่นยังมีการแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างกระทรวงการต่างประเทศกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ทั้งสองหน่วยงานเข้าใจงานซึ่งกันและกัน และเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งด้านวิชาการและด้านการทูตด้วย ดังนั้น หากประเทศไทยจะขับเคลื่อนการทำงานด้านสุขภาพโลกในส่วนของกระทรวงการต่างประเทศ สิ่งที่สำคัญไม่ใช่อยู่ที่กลไก แต่อยู่ที่ประเด็นที่กำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศ และการเชื่อมประสานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนบุคลากรที่ชัดเจนและเป็นระบบ

กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายในสมัชชาอนามัยโลก

สมัชชาอนามัยโลกเป็นกลไกสูงสุดในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพระดับโลก โดยกลไกและกระบวนการทำงานขององค์การอนามัยโลกมีรูปแบบที่เป็นทางการตามธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 1948

ประเทศไทยได้พัฒนากลไกการพัฒนานโยบายสุขภาพโลกในเวทีนานาชาติมานานกว่า 15 ปี โดยมีพัฒนาการมาเป็นลำดับ จากรูปแบบที่ไม่เป็นทางการมาสู่รูปแบบกึ่งทางการในปัจจุบัน (ดูรายละเอียดในบทที่ 2) รวมทั้งวิเคราะห์จุดแข็งและข้อที่ควรปรับปรุงของกลไกดังกล่าว

ประเทศไทยเริ่มให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมในเวทีนโยบายระดับโลกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดยการจัดตั้ง International Health Scholar (IH Scholar) ขึ้น เพื่อคัดเลือกนักวิชาการไทยจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนาทักษะในการทำงานด้านต่างประเทศ โดยการทำงานในช่วงแรกเป็นการทำงานแบบไม่เป็นทางการโดยสมัครใจ การพัฒนาทักษะต่างๆ เป็นการฝึกปฏิบัติจากการทำงานจริง โดยมีผู้มีความรู้และประสบการณ์ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง จนกระทั่งปี พ.ศ. 2550 การทำงานเริ่มเป็นระบบมากขึ้น โดยให้หน่วยงานต่างๆ คัดเลือกบุคลากรเพื่อเป็นผู้แทนไทยเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก ผู้แทนไทยจึงเพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีหน่วยงานต่างๆ สนใจส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุมมากขึ้น *(รูปที่ 4-2)*

รูปที่ 4-2 จำนวนและองค์ประกอบคณะผู้แทนไทยในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 53-70 (พ.ศ. 2543-2560)

ที่มา: List of Delegates and other Participants WHA 53 -70 จาก http://apps.who.int/gb/

เมื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดที่ควรปรับปรุงของกลไกและกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายในเวทีสมัชชาอนามัยโลก อาจสรุปได้ ดังนี้

จุดแข็ง ได้แก่

(1) ความเข้มแข็งและต่อเนื่องของผู้นำ

ผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญมากในการทำงานและความสำเร็จ ในมุมมองของ Frenk เห็นว่าถึงแม้จะมีระบบสุขภาพที่ดีเพียงใด แต่หากขาดผู้นำที่ดีแล้ว การดำเนินงานก็อาจจะล้มเหลวได้ โดยคุณสมบัติของผู้นำที่ดี คือ สามารถพัฒนายุทธศาสตร์ มีความรู้ด้านวิชาการ มีทักษะด้านการเมืองและมีจริยธรรม

> “Probably the most complex challenge in health systems is to nurture persons who can develop the strategic vision, technical knowledge, political skills, and ethical orientation to lead the complex processes of policy formulation and implementation. Without leaders, even the best designed systems will fail. [2]”

สำหรับประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยของความสำเร็จที่สำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายระดับนานาชาติของไทยอยู่ที่การมีผู้นำที่เข้มแข็ง มี Commitment และมีความทุ่มเทมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนมีความเข้าใจในกลไกนานาชาติ มีเครือข่ายการทำงานกว้างขวาง สามารถสร้างการยอมรับในเวทีต่างๆ ได้อย่างมาก และเป็นแกนหลักในการออกแบบ ผลักดันและขับเคลื่อนกลไกต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้นำด้านสุขภาพของไทยที่มีบทบาทสำคัญเหล่านี้มีอยู่ทุกระดับ ทั้งในระดับภาพรวมระดับโลก เช่น ในเวทีสมัชชาอนามัยโลก ในระดับภูมิภาค เช่น เวทีอาเซียน หรือระดับเฉพาะประเด็น เช่น เรื่องบุหรี่ การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น โดยผู้นำด้านสุขภาพของไทยมีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นการมีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การ

2 Frenk J. (2010) The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. PloS Med 7; 1: e1000089.

ทำงาน มีความรู้ด้านวิชาการอย่างลึกซึ้งในหลายๆ ด้าน มีทักษะด้านการเมืองและความเข้าใจบริบท กฎเกณฑ์ กระบวนการของกลไกระดับโลกอย่างดียิ่ง รวมทั้งมีคุณธรรม จริยธรรมที่เป็นแบบอย่างให้กับคนรุ่นใหม่ได้ นอกจากนี้ ผู้นำด้านสุขภาพของไทยยังทำงานอย่างต่อเนื่องยาวนานเกาะติดปัญหา จนทำให้เข้าใจสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของโลกได้อย่างรวดเร็ว จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้นำด้านสุขภาพของไทยถือเป็นจุดแข็งที่สำคัญในความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานสุขภาพของประเทศ

(2) ความเข้มแข็งทางวิชาการที่นำมาใช้สนับสนุนประเด็นนโยบาย

นโยบายที่ดีควรเป็นนโยบายที่มีฐานมาจากข้อมูลหรือองค์ความรู้ (evidence-based policy) มากกว่านโยบายที่มีฐานมาจากความเห็น (opinion-based policy) อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจเชิงนโยบายในเวทีระหว่างประเทศมีมิติด้านการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างมาก เพราะนโยบายที่กำหนดเกิดจากการเจรจาต่อรองระหว่างความสนใจหรือจุดยืนที่ต่างกันระหว่างประเทศต่างๆ นอกจากนี้การตัดสินใจในนโยบายยังขึ้นอยู่กับกลไกการตัดสินใจของหน่วยงานหรือองค์กรนั้นๆ ด้วย ดังนั้นในเวทีนโยบายระหว่างประเทศ การทำงานด้านวิชาการเพื่อสนับสนุนนโยบายจึงเป็นงานวิชาการที่ต้องเข้าใจมิติทางการเมือง รวมทั้งเข้าใจในกลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายด้วย ไม่ใช่งานวิชาการเพื่อเข้าใจเพียงมิติด้านองค์ความรู้เท่านั้น[3]

จุดแข็งหนึ่งของไทยในการผลักดันนโยบายในเวทีระดับนานาชาติ คือ การมีฐานวิชาการที่เข้มแข็ง เนื่องจากผู้แทนไทยฝ่ายวิชาการที่ไปร่วมประชุมเป็นผู้ที่ทำงานด้านวิชาการหรือเป็นผู้เชี่ยวชาญในประเด็นต่างๆ เป็นอย่างดี ในขณะเดียวกัน มีการทำงานเป็นทีมเพื่อสนับสนุนซึ่งกันและกันทั้งในด้านวิชาการและมิติด้านการเมือง ทำให้การผลักดันนโยบายต่างๆ ของไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการใช้ข้อมูลวิชาการในบริบทของการเมืองเพื่อผลักดันนโยบายที่ประสบความสำเร็จ คือ การที่ประเทศไทยได้กล่าวถ้อยแถลงในวาระร่างยุทธศาสตร์ของโลกในการจัดการปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Global Strategy to Reduce Harmful use of Alcohol) ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 63 ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่ง intervention ของไทยมีการอ้างอิงข้อมูลเชิงประจักษ์ต่างๆ เช่น ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณขององค์การอนามัยโลกเทียบกับข้อมูลภาระโรค เพื่อชี้ให้เห็นว่าองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์น้อยเมื่อเทียบกับปัญหาอื่นๆ ซึ่งนำมาสู่การขอแก้ไขร่างมติให้องค์การอนามัยโลกให้

3 Parkhurst, Justin (2017). The politics of evidence: from evidence-based policy to the good governance of evidence. Routledge Studies in Governance and Public Policy. Routledge, Abingdon, Oxon, UK. ISBN 9781138939400

ความสำคัญกับปัญหาแอลกอฮอล์โดยการจัดสรรงบประมาณและกำลังคนให้เพียงพอ ซึ่งข้อเสนอของไทยได้รับการยอมรับและรับรองในที่สุด[4]

ประเด็นนโยบายที่สำคัญอีกประเด็น คือ เรื่องกิจกรรมทางกาย โดยประเทศไทยร่วมกับประเทศแคนาดา ฟินแลนด์ อิหร่าน ญี่ปุ่น นอร์เวย์ แอฟริกาใต้และสหรัฐอเมริกา จัดประชุมคู่ขนานในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 69 ในปี พ.ศ. 2559 โดยมีผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ผู้อำนวยการภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไทยเข้าร่วมประชุมด้วย การประชุมคู่ขนานครั้งนี้ได้นำเสนอสถานการณ์และปัญหาการขาดกิจกรรมทางกายทั่วโลก นำมาสู่ปัญหาสุขภาพต่างๆ มีการนำบทเรียนการเรียนรู้จากประเทศต่างๆ ในเรื่องกิจกรรมทางกาย และให้มี Policy Commitment ที่จะนำประเด็นนี้เข้าสู่วาระพิจารณาในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกโดยเร็ว[5] จึงอาจกล่าวได้ว่า ประเทศไทยมีจุดแข็งสำคัญในการใช้วิชาการเป็นข้อมูลสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายจนประสบความสำเร็จ

(3) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทั้งรูปแบบอบรมเตรียมความพร้อม การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริง และการจัดทีมทำงานอย่างเป็นระบบ

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรของไทยใช้รูปแบบ INNE ของ UNDP คือ การพัฒนาศักยภาพปัจเจกบุคคล (Individual) ศักยภาพองค์กร (Node or Organization) ศักยภาพเครือข่าย (Network) และการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ (Enabling Environment) โดยมีจุดเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2541 เมื่อกระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการทำงานสุขภาพระหว่างประเทศ จึงริเริ่มโครงการ International Health Scholar (IH Scholar) ขึ้น โดยมีการประกาศรับสมัครผู้สนใจจากหน่วยงานต่างๆ เข้าร่วมโครงการ นักวิชาการที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการมาจากหน่วยงานที่หลากหลายทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยและองค์กรภาคเอกชน รูปแบบการพัฒนาศักยภาพเน้นการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริง โดยใช้เวทีสมัชชาอนามัยโลกเป็นเวทีสำคัญในการเรียนรู้[6]

4 วลัยพร พัชรนฤมล และอื่นๆ (2556) การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 63 ประสบความสำเร็จจริงหรือไม่? วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 22 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2556 (หน้า 1091-1098)

5 นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ และอื่นๆ (2559) รายงานการเดินทางเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 69 ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธ์รัฐสวิส ระหว่างวันที่ 21-30 พฤษภาคม 2559 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

6 Suriwan Thaiprayoon and Richard Smith (2015) Capacity building for global health diplomacy: Thailand's experience of trade and health, Health Policy and Planning 2015;30:1118–1128 doi:10.1093/heapol/czu117

โครงการ IH Scholar คัดเลือกบุคลากรประมาณ 100 คนเข้าร่วมโครงการในช่วง 2 ปี (พ.ศ. 2541-2542) เมื่อเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้ที่จะได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลกต้องเป็นผู้ที่ผ่านการประเมินว่ามีศักยภาพสูงและมี Commitment ในการทำงาน กระบวนการคัดเลือกใช้การประเมินจากการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดปี โดยเก็บคะแนนของแต่ละคน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมในแต่ละปี การอบรมใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง มีผู้อาวุโสเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา แต่ยังไม่มีการจัดอบรมอย่างเป็นระบบ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2550 ที่เริ่มมีการจัดอบรม GHD ขึ้น โดยเนื้อหาหลักสูตรเน้นการฝึกปฏิบัติเพื่อใช้งานจริงในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก

(4) การมีส่วนร่วมและความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกนั้น กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายการทำงานกับหน่วยงานอื่นมาตั้งแต่ต้น โดยการประกาศรับสมัคร IH Scholar ให้หน่วยงานต่างๆ สามารถสมัครเข้าร่วมกิจกรรมและมีโอกาสเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลกได้เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้สัดส่วนผู้เข้าร่วมจะมีเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขสูงกว่าจากหน่วยงานอื่น แต่หน่วยงานอื่นที่เข้าร่วมมีความหลากหลาย ทั้งภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาควิชาการ ภาคเอกชน ภาคองค์กรเอกชน นอกจากนี้ บางหน่วยงานให้ความสำคัญกับการประชุมสมัชชาอนามัยโลกโดยส่งบุคลากรเข้าร่วมอย่างต่อเนื่องเกือบทุกปี การมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่หลากหลายนี้เป็นการสร้างเครือข่ายการทำงานที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อประเทศ ทั้งในระหว่างการประชุมที่มีผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาทำงานร่วมกัน และหลังจากประชุมกลับมาที่มีความรู้จักกันเป็นการส่วนตัว สามารถติดต่อประสานความร่วมมือกันได้อย่างสะดวกคล่องตัว

จุดที่ควรปรับปรุง

การดำเนินงานของไทยถึงแม้จะมีข้อดีหลายเรื่อง แต่ส่วนที่ยังเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาเพื่อปรับปรุง คือ

1) การสร้างคนรุ่นใหม่ให้เข้มแข็งและทำงานด้านสุขภาพโลกอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาศักยภาพคนรุ่นใหม่เพื่อเป็นกำลังสำคัญของประเทศในการทำงานด้านสุขภาพโลกยังไม่มีความต่อเนื่อง เนื่องจากหน่วยงานต่างๆ มักจะใช้นโยบายการหมุนเวียนบุคลากรให้เข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก ทำให้การเรียนรู้การทำงานและกระบวนการสุขภาพโลกอย่างถ่องแท้เป็นไปได้น้อย นอกจากนี้ บุคลากรที่มีศักยภาพมักจะได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้นมีภารกิจการทำงานด้านอื่นนอกเหนือจากงานด้านสุขภาพโลก ทำให้ขาดบุคลากรที่จะทำงานอย่างต่อเนื่อง การไม่มีเส้นทางวิชาชีพ (Career Path) ที่ชัดเจนในความก้าวหน้าด้านงานสุขภาพโลกอาจเป็นปัจจัยหนึ่งของความไม่ต่อเนื่องดังกล่าว

2) การมีส่วนร่วมของหน่วยงานอื่นยังจำกัดอยู่เฉพาะในหน่วยงานที่สนใจด้านสุขภาพ และยังไม่ได้ดึงหน่วยงานนอกภาคสุขภาพเข้าร่วมเท่าที่ควร

หน่วยงานต่างๆ ที่เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเป็นหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หรือหน่วยงานวิชาการที่ทำงานด้านสุขภาพ มีเพียงครั้งเดียวที่มีผู้แทนจากกระทรวงยุติธรรมเข้าร่วมประชุม ซึ่งมาในฐานะผู้เข้าร่วมเครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ (คศน.) ดังนั้น งานด้านสุขภาพยังคงจำกัดอยู่ในแวดวงผู้ทำงานด้านสุขภาพเป็นหลัก จึงควรพิจารณาเชิญชวนหน่วยงานอื่นนอกภาคสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อมีวาระที่เกี่ยวเนื่องกับภารกิจและความรู้ความเชี่ยวชาญของหน่วยงานนั้นๆ

3) การมีลักษณะกึ่งทางการมีความเสี่ยงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูง

การทำงานงานสุขภาพโลกมีลักษณะผสมผสานระหว่างทางการและไม่ทางการ กล่าวคือ การเสนอชื่อเป็นกลไกทางการ กระบวนการเตรียมการมีส่วนที่เป็นทางการคือการจัดประชุมโดยกองการต่างประเทศเพื่อมอบหมายวาระและนำเสนอจุดยืนของไทย และส่วนที่ไม่ใช่ทางการคือการจัดอบรม GHD ซึ่งในช่วงแรกได้รับทุนสนับสนุนจาก Rockefeller Foundation ต่อมาได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. และกลุ่มภารกิจสุขภาพโลก (MUGH) ตามลำดับ ปัจจุบันการอบรมได้รับทุนจากโครงการการทบทวนระบบสุขภาพโลกของประเทศไทย (CCS-GHD) จึงเห็นได้ว่าการอบรมเป็นการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ซึ่งมีข้อดีคือมีความคล่องตัวและยืดหยุ่นสูง แต่ข้อจำกัดคือมีความเสี่ยงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูง ถ้ามีนโยบายไม่สอดคล้องกับทิศทางการทำงานอาจทำให้เกิดความไม่สะดวกหรือไม่ได้รับการสนับสนุนได้ ซึ่งในช่วง 17 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่การทำงานราบรื่นดี มีเพียงบางปีเท่านั้นที่นโยบายผู้บริหารไม่ได้สนับสนุนการทำงานของทีมวิชาการ หากสามารถสร้างกลไกที่มีความคล่องตัว แต่ได้รับการยอมรับในระดับนโยบาย จะทำให้การทำงานในอนาคตมีความชัดเจนขึ้น

กระบวนการขับเคลื่อน เพื่อพัฒนากรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของไทย

กระบวนการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนากรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563 แตกต่างจากกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายในเวทีสมัชชาอนามัยโลก โดยกระบวนการพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ฯ ใช้กลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกลไกที่กำหนดโดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ดังนั้น กลไกนี้จึงเป็นกลไกที่มีกระบวนการและขั้นตอนกำหนดไว้ชัดเจน ตั้งแต่ขั้นตอนการเสนอวาระ การจัดทำเนื้อหาและกระบวนการพิจารณาเนื้อหา โดยระเบียบวาระเรื่องการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของไทยได้ผ่านการรับรองมติในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 และเข้าสู่การพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 เพื่อเสนอให้คณะรัฐมนตรีรับทราบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการต่อไป ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบกรอบยุทธศาสตร์ดังกล่าวเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 หน่วยงานที่มีส่วนผลักดันระเบียบวาระนี้คือ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศ โดยการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และองค์กรภาคประชาสังคม ดังนั้น กลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจึงนับเป็นกลไกที่มีความสำคัญยิ่งในการจัดทำนโยบายที่ต้องการการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ และผลักดันให้เป็นนโยบายระดับชาติโดยมีมติคณะรัฐมนตรีรองรับ

กล่าวโดยสรุป โครงสร้างกลไกระบบอภิบาลสุขภาพโลกของประเทศไทยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อน โดยมีหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรอิสระ องค์กรเอกชนให้การสนับสนุนตามบทบาทและประเด็นความสนใจ ขณะเดียวกัน มีกลไกอื่นๆ อาทิ คณะกรรมการยุทธศาสตร์สุขภาพโลก เวทีการประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC) รวมถึงกลไกอภิบาลที่ครอบคลุมทุกรูปแบบ อย่างไรก็ดี พัฒนาการของการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาของโครงสร้าง ระบบและกลไกเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดที่ควรปรับปรุงอยู่หลายด้าน ซึ่งจะต้องมีการปรับและพัฒนาโครงสร้างกลไกและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของประเทศไทยในระยะต่อไปมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและมีความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. UNDP (1997). Governance and Sustainable Human Development, UNDP, United Nations.
2. Frenk, J. (2010). The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. PloS Med 7; 1: e1000089.
3. Parkhurst, J. (2017). The politics of evidence: from evidence-based policy to the good governance of evidence. Routledge Studies in Governance and Public Policy. Routledge, Abingdon, Oxon, UK. ISBN 9781138939400
4. วลัยพร พัชรนฤมล และอื่นๆ (2556). การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 63 ประสบความสำเร็จจริงหรือไม่? วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 22 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2556 (หน้า 1091-1098)
5. ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ และอื่นๆ (2559). รายงานการเดินทางเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 69 ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธ์รัฐสวิส ระหว่างวันที่ 21-30 พฤษภาคม 2559 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
6. Thaiprayoon, S., & Smith, R., (2015). Capacity building for global health diplomacy: Thailand’s experience of trade and health, Health Policy and Planning 2015; 30:1118–1128 doi:10.1093/heapol/czu117

โครงสร้างกลไกการทำงานสุขภาพโลก ต้องอยู่บนฐาน :

- การมีส่วนร่วม
- ใช้ฐานข้อมูลความรู้
- ยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์โลก
- คล่องตัวในการปฏิบัติ

5

ข้อเสนอแนะ
เพื่อการพัฒนากลไกอภิบาลงานสุขภาพโลกของไทย

จากการวิเคราะห์โครงสร้างกลไกการทำงานสุขภาพโลกของประเทศไทยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ในกระบวนการ “ขาขึ้น” หรือขั้นตอนการกำหนดทิศทางและนโยบายการทำงานสุขภาพโลกทั้งในเวทีนานาชาติ และการพัฒนากรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศ ประเทศไทยมีกลไกการทำงานที่เป็นระบบทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น กระบวนการจัดเตรียมทีมวิชาการและผู้แทนประเทศในการเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลกที่ได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง องค์กรอิสระด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญและภาคประชาชน นับเป็นจุดแข็งที่สำคัญของไทยในการทำงานสุขภาพโลก

ขณะเดียวกัน ในกระบวนการ “ขาลง” หรือการขับเคลื่อนงานตามนโยบายสุขภาพโลกและประเด็นเฉพาะจากเวทีประชุมนโยบายนานาชาติและงานที่กำหนดตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศ พบว่า แม้จะมีการทำงานอย่างต่อเนื่องของหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นเฉพาะ โดยมีกองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการประสานการทำงานทั้งภายในและกับกระทรวงอื่นๆ รวมถึงองค์การระหว่างประเทศและองค์กรความร่วมมือภายใต้กรอบความร่วมมือระดับโลก ภูมิภาค พหุภาคีและทวิภาคีก็ตาม แต่การทำงานภายใต้โครงสร้างและกลไกที่เป็นอยู่ยังมีลักษณะแยกส่วน และขาดการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นเฉพาะที่จะเป็นจุดเน้นในการทำงานร่วมกัน ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่คณะกรรมการยุทธศาสตร์สุขภาพโลกที่มีบทบาทในการกำหนดทิศทางการทำงานและขับเคลื่อนงานตามกรอบยุทธศาสตร์ฯ ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามที่คาดหวัง อีกทั้งกลไกในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานและระบบติดตามประเมินผลยังไม่ชัดเจน ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงสร้างการบริหาร ลักษณะงานและทักษะความพร้อมของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน

ในส่วนของการจัดการประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Conference : PMAC) มีคณะกรรมการจัดการประชุมนานาชาติ (International Organizing Committee : IOC) เป็นกลไกการทำงานที่เป็นทางการ และมีเครือข่ายคณะทำงาน (Joint Secretariat) เชิงเทคนิควิชาการและเชิงการบริหารจัดการเป็นกลไกการทำงานที่ไม่เป็นทางการ แม้ว่ากระบวนการทำงานเพื่อเตรียมการจัดการประชุมในแต่ละปีจะมีความชัดเจนเป็นระบบ แต่การทำงานในรูปแบบเครือข่ายด้วยความสมัครใจของหน่วยงานที่เข้าร่วมเป็น joint secretariat ในระดับชาติยังไม่มีโครงสร้างที่เป็นทางการอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการทำงานในระยะยาว โดยเฉพาะเมื่อมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหารในหน่วยงานที่เข้าร่วมที่อาจเห็นความสำคัญของงานแตกต่างไป จึงจำเป็นต้องพิจารณาในเชิงความเป็นสถาบัน (institutionalization) ในการจัดโครงสร้างกลไกการทำงานของคณะทำงาน Secretariat ให้เป็นทางการในระดับหนึ่ง

ผลจากการศึกษาวิเคราะห์โครงสร้างระบบกลไกการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของประเทศไทย มีข้อเสนอที่สำคัญ 2 เรื่อง คือ ข้อเสนอโครงสร้างการทำงานสุขภาพโลกของประเทศ และข้อเสนอการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอโครงสร้างการทำงานสุขภาพโลกของไทย

เพื่อให้โครงสร้างกลไกการทำงานสุขภาพโลกของประเทศไทยสามารถสนับสนุนการทำงานทั้งในเชิง "ขาขึ้น" (การกำหนดทิศทางการทำงานและนโยบาย) และ "ขาลง" (การนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงสร้างกลไกการทำงานสุขภาพโลกจึงตั้งอยู่บนหลักการที่สำคัญ 4 ประการ คือ

(1) เป็นโครงสร้างกลไกการทำงานแบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

(2) เป็นโครงสร้างกลไกการทำงานที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based)

(3) เป็นโครงสร้างกลไกการทำงานที่มีความเป็นทางการแต่มีความยืดหยุ่น เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ของโลกที่เปลี่ยนแปลงไป

(4) เป็นโครงสร้างกลไกการทำงานที่มีความคล่องตัวในทางปฏิบัติ

ในส่วนของกลไกระบบอภิบาลสุขภาพโลกของประเทศไทยที่มีอยู่นั้น นับเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยผลักดันการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกได้ แต่เพื่อให้กลไกดังกล่าวสามารถขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จำเป็นจะต้องมีโครงสร้างคณะกรรมการที่เข้มแข็งและโครงสร้างคณะทำงานวิชาการที่เกาะติดการทำงาน มีระบบสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร รวมไปถึงการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในภาพรวมจึงต้องสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นในทุกภาคส่วน

ข้อเสนอในการออกแบบและปรับพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงานสุขภาพโลกของไทยให้มีความเหมาะสม มีรายละเอียด *ดังรูป 5-1*

รูปที่ 5-1 ข้อเสนอโครงสร้างการทำงานสุขภาพโลกของไทย

1) คณะกรรมการสุขภาพโลกแห่งชาติ

คณะกรรมการชุดนี้จะเป็นกลไกประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยประกอบด้วยผู้แทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทในงานสุขภาพโลกของประเทศ (Multi-Sectoral Committee) ทั้งจากภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ ภาคเอกชน องค์กรอิสระด้านสุขภาพ องค์กรภาคประชาสังคม และหน่วยงานวิชาการ รวมถึงผู้แทนจากคณะกรรมการระดับชาติหรือเครือข่ายการทำงานที่รับผิดชอบดูแลงานหรือประเด็นทางสุขภาพโลกที่มีความสำคัญ เช่น คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ คณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ เครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว เป็นต้น โดยมีกองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกองการสังคม กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ *เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพโลกแห่งชาติ ซึ่งเป็นร่มใหญ่ของโครงสร้างและกลไกในการขับเคลื่อนนโยบายและงานในเชิงปฏิบัติของประเทศสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการฯ โดยนายกรัฐมนตรี และให้นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ดูแลงานสุขภาพและงานต่างประเทศที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งจากนายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการฯ*

คณะกรรมการสุขภาพโลกแห่งชาติเป็นโครงสร้างการทำงานที่จะทำหน้าที่ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกในเชิงยุทธศาสตร์ภาพรวมของประเทศมากกว่าการขับเคลื่อนในเชิงประเด็น โดยมีบทบาทสำคัญ คือ (1) กำหนดทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์การทำงานสุขภาพโลกของประเทศ และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ให้หน่วยงานภายใน (2) อำนวยการและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ (3) กำหนดกลไกการดำเนินงานและผลักดันแผนฯ สู่การปฏิบัติ (4) ทบทวนพันธกรณีและข้อตกลงระหว่างประเทศด้านสุขภาพภายใต้กรอบความร่วมมือต่างๆ พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (5) วางระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายในภาพรวมของประเทศ และ (6) จัดประชุมเพื่อทบทวนการทำงานและกำหนดทิศทางการดำเนินงานสุขภาพโลกของประเทศอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2) สถาบันสุขภาพโลก (Global Health Institute: GHI)

การดำเนินงานสุขภาพโลกของไทยที่ผ่านมาประสบความสำเร็จและมีจุดแข็งของการทำงานหลายด้าน มีการกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ฯ เพื่อเป็นหลักเดินในการทำงานภาพกว้างระยะ 5 ปี แต่ยังมีช่องว่างที่ขาดหายไปและเป็นความท้าทายสำคัญ คือ *การมีหน่วยงานหรือสถาบันที่เป็นกลไกกลางในการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของประเทศใน "เชิงรุก"* โดยต้องเป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพทั้งในการทำงานเชิงเทคนิควิชาการ การประสาน กำกับและติดตามการทำงานอย่างต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันมีกองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในเรื่องนี้ แต่จะคาดหวังให้มีบทบาทการทำงานเชิงรุกและเกาะติดการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องยังเป็นไปได้ค่อนข้างยาก ด้วยข้อจำกัดในเรื่องทักษะความสามารถของบุคลากรและภารกิจงานของหน่วยงานที่ยังคงให้น้ำหนักไปที่งานวิเทศสัมพันธ์และการประสานความร่วมมือทั้งภายในและระหว่างประเทศเป็นหลัก

สถาบันสุขภาพโลก (GHI) เป็นโครงสร้างกลไกที่เสนอขึ้นมาเพื่อเติมเต็มช่องว่างข้างต้น โดยทำหน้าที่พัฒนาข้อเสนอนโยบาย กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนงานและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นงานที่จะใช้เป็นหลักเดินในแต่ละก้าวในการทำงานสุขภาพโลกบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อมูลเชิงวิชาการและผลงานวิจัย ประสาน ผลักดันและสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ เพื่อให้เกิดการทำงาน "เชิงรุก" ที่มีลักษณะไม่แยกส่วนแต่เสริมพลังซึ่งกันและกัน โดยที่*สถาบันสุขภาพโลกจะมีโครงสร้างที่เป็นทางการ แต่มีความยืดหยุ่นและมีความคล่องตัวในการทำงาน รับผิดชอบงานทั้งในส่วนของการสร้างเสริมบทบาทของประเทศกับการทำงานสุขภาพโลกในเวทีนานาชาติ และการขับเคลื่อนงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกฯ* นอกจากนี้ เพื่อสร้างความยั่งยืนในการทำงานของการจัดการประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC) ซึ่งเป็นการทำงานเชิงวิชาการและเครือข่ายงานสุขภาพโลกที่สามารถเสริมการทำงานในเชิงขับเคลื่อนทั้งในระดับภายในประเทศและระหว่างประเทศได้ <u>สถาบันสุขภาพโลกควรทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการการจัดการประชุม PMAC ด้วย</u>

ในการทำงานของสถาบันสุขภาพโลกควรมีคณะผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญ หรือเป็นผู้นำในงานสุขภาพโลกของประเทศ (Global Health Champion) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ในฐานะคณะกรรมการที่ปรึกษาอาวุโส (Senior Advisory Board) โครงสร้างภายในของสถาบัน ควรแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มงานหลัก ได้แก่ กลุ่มงานสุขภาพโลกในเวทีนานาชาติ (รับผิดชอบงาน สร้างเสริมบทบาทของประเทศกับการทำงานสุขภาพโลกในเวทีนานาชาติ) กลุ่มงานตามกรอบ ยุทธศาสตร์สุขภาพโลก (รับผิดชอบการขับเคลื่อนงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกฯ) และ สำนักงานเลขานุการการจัดการประชุมนานาชาติรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC)

บทบาทสำคัญของ 2 กลุ่มงานแรกในงานที่รับผิดชอบแต่ละส่วน ได้แก่

(1) เป็นหน่วยงานวิชาการกลางภายในกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุน ให้ทุนวิจัย และจัดการองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลก โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความสำคัญเป็นจุดเน้นในการทำงานของประเทศ

(2) จัดลำดับความสำคัญ (prioritizing) ของประเด็นสุขภาพโลก เพื่อเป็นจุดเน้นในการทำงาน ทั้งในฝั่งการขับเคลื่อนหรือพัฒนานโยบาย (ขาขึ้น) และการขับเคลื่อนการดำเนินงาน (ขาลงหรือ ขาเคลื่อน) โดยเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพโลกแห่งชาติให้ความเห็นชอบ (โดยที่ prioritized issues อาจกำหนดไว้ 3-4 ประเด็น และสามารถปรับเปลี่ยนได้ในแผนงานแต่ละปี เพื่อให้สอดคล้อง กับสถานการณ์สุขภาพโลกในระดับสากลและบริบทของประเทศ)

(3) กำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายของการดำเนินงานในประเด็นเฉพาะที่มีความสำคัญ (prioritized issues) จัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ (action plan) รวมทั้งกำหนดกรอบเวลาในการ กำกับติดตามประเมินผลความสำเร็จของงาน

(4) ประสาน ผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการ ดำเนินงานประเด็นเฉพาะทางสุขภาพโลกที่มีความสำคัญ (prioritized issues) รวมถึงประเด็นอื่น ในภาพรวม

(5) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและกรอบเวลาที่กำหนด รวบรวม จัดการฐานข้อมูลงานสุขภาพโลกที่เกี่ยวข้อง และจัดทำแผนและดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านงานสุขภาพโลกของประเทศ

การทำงานของสถาบันสุขภาพโลกจะให้ความสำคัญกับงานเชิงวิชาการ การจัดลำดับความสำคัญของงานและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ รูปแบบการทำงานควรมีลักษณะเป็นเครือข่ายความร่วมมือ (network and partnership) โดยอาจมีกลุ่มผู้แทนจากหน่วยงาน กรม/กองภายในกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงเครือข่ายการทำงานที่มาจากหน่วยงานภายนอกเข้ามาร่วมกันทำงานในลักษณะ *"คณะทำงานวิชาการประเด็นเฉพาะ"* ที่เป็นการรวมตัวเฉพาะกิจ ประกอบด้วย นักวิชาการ นักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญและมีความเข้มแข็งทางวิชาการในประเด็นด้านสุขภาพโลกที่เป็นประเด็นเฉพาะที่มีความสำคัญ ระยะเวลาการดำรงอยู่ของคณะทำงานในลักษณะนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละภารกิจ คณะทำงานวิชาการเฉพาะกิจมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางวิชาการ ประสานและติดตามผลการดำเนินงานสุขภาพโลกที่เป็นประเด็นเฉพาะที่มีความสำคัญตามแผนปฏิบัติงาน (action plan) ร่วมกับหน่วยงานที่มีบทบาทความรับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานโดยตรง รวมทั้งรวบรวมข้อมูลสถานการณ์และผลการดำเนินงานที่เกี่ยวกับประเด็นเฉพาะสำคัญ (อาจจัดทำเป็น commission paper) เสนอต่อกลุ่มงานภายในสถาบันสุขภาพโลกและต่อคณะกรรมการสุขภาพโลกแห่งชาติ

สำหรับบทบาทในการจัดการฐานข้อมูลงานสุขภาพโลกเป็นการทำหน้าที่ในการรวบรวม/จัดทำฐานข้อมูล เอกสารทางวิชาการ เอกสารนโยบายและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพโลกของประเทศและระดับนานาชาติ (เช่น WHA Resolution) ฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญในงานที่เป็นประเด็นเฉพาะ รวมถึงปรับฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน เป็นแหล่งข้อมูลกลางในลักษณะ Information sharing platform ให้กับหน่วยงานและเครือข่ายการทำงานสุขภาพโลกของประเทศ โดยส่งเสริมให้มีการเข้าถึงได้ง่าย เช่น ผ่านระบบ Online หรือ Web-based Platform โดยข้อมูลที่รวบรวมไว้ไม่จำเป็นต้องเป็นข้อมูลทางเทคนิคเชิงลึก แต่เป็นข้อมูลภาพรวมที่ทำให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าใจบริบทและสถานการณ์งานที่เกี่ยวข้องในภาพกว้างของงานแต่ละประเด็นได้ นอกจากนี้ อาจมีบทบาทในการพิจารณาให้ทุนวิจัยหรือเป็นหน่วยงานกลางที่สนับสนุนการทำวิจัยเกี่ยวกับงานสุขภาพโลกในลักษณะ Research Package หรือการสังเคราะห์เอกสารที่จะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานของประเทศด้วย

นอกจากนี้ สถาบันสุขภาพโลกควรมีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้วย โดยมีหน้าที่ในการวางแผนเพื่อสรรหา สร้างและรักษา (retain) บุคลากรที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในงานสุขภาพโลกทั้งทางด้านวิชาการและกระบวนการทำงานให้กับหน่วยงานด้านการประสานงาน (โดยเฉพาะ สำนักงานหรือศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ) และหน่วยงานวิชาการเชิงเทคนิคภายในกอง/สำนัก กรมและหน่วยงานภายในกระทรวง ในลักษณะ on the job training การฝึกอบรมพัฒนาทักษะที่จำเป็น หรือการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาการ (เช่น สนับสนุนการเข้าไปมีประสบการณ์ในการนำเสนองานหรือเข้าร่วมการประชุมทางวิชาการระดับนานาชาติในเวทีต่างๆ) โดยให้ความสำคัญกับ “ความต่อเนื่อง” ในการได้รับโอกาสในการพัฒนา การสร้างเครือข่ายคนทำงานและความไว้เนื้อเชื่อใจของกลุ่มคนทำงานจากการได้มีโอกาสทำงานและผ่านประสบการณ์การทำงานจริงร่วมกัน รวมถึงการสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมให้เห็นประโยชน์และความสำคัญของงานด้านต่างประเทศกับบุคลากรจากกอง/สำนักของหน่วยงานต่างๆ

การพัฒนาศักยภาพของคนทำงานในลักษณะ on-the-job training เป็นสิ่งที่ประเทศไทยให้ความสำคัญและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เช่น ในการคัดเลือกและเตรียมความพร้อมผู้แทนของประเทศเข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลกประจำปี แต่ยังมีลักษณะการทำงานภายใต้กลไกที่ไม่เป็นทางการ (เมื่อพิจารณาจากคณะทำงานและแหล่งงบประมาณ) ซึ่งอาจมีความท้าทายในเรื่องความยั่งยืนของการทำงานในระยะยาว ดังนั้น การทำงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพโลกของสถาบันสุขภาพโลกจึงต้องคำนึงถึงการเชื่อมต่อและใช้จุดแข็งจากโครงสร้างและกลไกเดิมที่มีอยู่แล้ว โดยพัฒนาต่อยอดให้มีลักษณะที่เป็น “ระบบ” มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในการทำงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรมากขึ้น นอกจากนี้ สถาบันฯ อาจมีบทบาทในการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะในการจัดหา ปรับปรุงและพัฒนาอัตรากำลังบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพโลกในหน่วยงานต่างๆ ที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องของ “บุคลากร” ที่รับผิดชอบงานด้านต่างประเทศด้วย

ในส่วนของสำนักงานเลขานุการการจัดการประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC's Office of Secretariats) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เสนอให้ผนวกอยู่ภายใต้สถาบันสุขภาพโลกนั้น เนื่องจากเวทีการประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลสามารถเชื่อมโยงระหว่างงานวิจัยกับการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมอภิปรายอย่างสร้างสรรค์โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของมนุษยชาติอย่างแท้จริง จนประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงในการนำเสนอประเด็นปัญหาสำคัญระดับโลกและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน รวมทั้งสร้างการยอมรับจากหน่วยงานและนักวิชาการระดับโลก แต่กลไกการทำงานของ PMAC ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ฝ่ายเลขานุการจัดการประชุมไม่ได้ทำงานแบบเต็มเวลา จึงไม่สามารถสร้างสรรค์และผลักดันงานในเชิงนโยบายต่อยอดจากงานวิจัยที่นำเสนอในเวทีนี้ได้เท่าที่ควร

การจัดตั้งสำนักงานเลขานุการฯ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นกลไกการทำงานระยะยาวที่จะช่วยเสริมสร้างให้เกิดความยั่งยืนของเครือข่าย Secretariat ระดับชาติของการประชุม PMAC ที่จะสามารถช่วยสนับสนุนการทำงานเชิงวิชาการของสถาบันสุขภาพโลกให้มีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้นได้ โดยสำนักงานเลขานุการฯ จะมีบทบาททั้งในด้านการประสานงานเครือข่ายการประชุม PMAC ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ รวมทั้งมีบทบาทในเชิงวิชาการ โดยรับงบประมาณสนับสนุนจากมูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล เพื่อใช้ในการบริหารจัดการและจัดจ้างบุคลากรประจำเข้ามาทำหน้าที่หลักในงานประสานเครือข่ายและจัดเตรียมการประชุม สำหรับงานเชิงวิชาการตามหัวข้อการประชุมในแต่ละปีอาจใช้วิธีการยืมตัวบุคลากรหรือการ Secondment คนทำงานที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ในแต่ละหัวข้อจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงที่เกี่ยวข้องและนักวิชาการจากหน่วยงานภายนอกเข้ามาทำงานร่วมกันในลักษณะเฉพาะกิจชั่วคราว ซึ่งจะเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายคนทำงานด้านสุขภาพโลกได้อีกทางหนึ่ง

ทั้งนี้ มีข้อเสนอในการปรับปรุงโครงสร้างการทำงานและรูปแบบการประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น *(รูป 5-2)*

- ปรับโครงสร้างการทำงาน ให้มีคณะกรรมการอำนวยการจัดการประชุม (IOC) และคณะกรรมการที่ปรึกษาการประชุม (AC)
- มีรูปแบบการประชุมที่สร้างองค์ความรู้จากการสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ เพื่อทำให้การประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลเป็นพลังทางความคิด รวมทั้งกำหนดกระบวนการผลักดันนโยบายเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
- มีฝ่ายเลขานุการที่ทำงานด้านวิชาการที่เข้มแข็งและเป็นการทำงานเต็มเวลา
- โครงสร้างการบริหารจัดการประชุมควรมี 2 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ในการกำหนดกลยุทธ์ ให้มีคณะกรรมการอำนวยการการจัดประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC IOC) ทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดทิศทางประเด็นการประชุม และเจ้าภาพร่วมหลักของประเด็นในปีนั้นๆ

ระดับที่ 2 การพัฒนาเนื้อหา ให้มีคณะกรรมการที่ปรึกษาการประชุม (Advisory Committee) ประกอบด้วยผู้แทน ผู้เชี่ยวชาญฝ่ายไทยร่วมกับเจ้าภาพร่วมระดับนานาชาติ ทำหน้าที่กำหนดประเด็นในการประชุม กระบวนการทำงาน การประชุมและกิจกรรมที่นำมาซึ่งข้อมูลวิชาการและประเด็นในแต่ละปีและปีต่อๆ ไป รวมทั้งพัฒนาต่อยอดจากข้อสรุปที่ได้ ตลอดจนกำหนดทิศทางในการประชาสัมพันธ์

รูปที่ 5-2 ข้อเสนอการจัดตั้งสำนักงานเลขานุการ
การประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (PMAC)

โดยภาพรวม ภายใต้ข้อเสนอโครงสร้างกลไกการทำงานสุขภาพโลกของประเทศดังกล่าว หัวใจสำคัญอยู่ที่การทำงานร่วมกันระหว่างคณะกรรมการสุขภาพโลกแห่งชาติ สถาบันสุขภาพโลก และโครงสร้างกลไกการทำงานและประสานงานเดิมที่มีอยู่ ที่สามารถเชื่อมประสานงานแบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรอิสระด้านสุขภาพ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน รวมถึงภาควิชาการ โดยรักษาไว้ซึ่ง *"จุดแข็ง"* ของกลไกการทำงานที่มีอยู่เดิมในลักษณะเครือข่ายหรือรูปแบบการทำงานที่ยืดหยุ่นไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะกลไกในการขับเคลื่อนนโยบายขาขึ้น เช่น กระบวนการจัดเตรียมทีมวิชาการและผู้แทนของประเทศเพื่อเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก ซึ่งมีขั้นตอนการทำงานในการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือกระบวนการพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ฯ ที่ผ่านกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของกระทรวงสาธารณสุข

จากข้อเสนอให้มีการจัดตั้งสถาบันสุขภาพโลก (GHI) ขึ้นภายใต้โครงสร้างกระทรวงาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกกลางในการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน โดยเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันกับกลไกและเครือข่ายต่างๆ ที่มีอยู่เดิมทั้งในเชิงเทคนิควิชาการและการบริหารจัดการนั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาปัจจัยอื่นๆควบคู่ไปด้วย โดยเฉพาะกำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน การสร้างค่านิยมร่วม การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและพัฒนาผู้นำในงานสุขภาพโลก ซึ่งมีผลต่อความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกทั้งสิ้น โดยมีข้อเสนอที่สำคัญ ดังนี้

1) การกำหนดยุทธศาสตร์การทำงานเชิงรุกและสร้างค่านิยมร่วมในการทำงานสุขภาพโลก

แม้ประเทศไทยได้มีการพัฒนากรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกเพื่อใช้เป็นกรอบในการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 แต่การทำงานภายในกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมายังมีลักษณะแยกส่วน แต่ละกรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงานเป็นหลัก ทำให้การขับเคลื่อนงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกขาดทิศทางการทำงานร่วมกัน และเป็นการทำงานในเชิงตั้งรับมากกว่าเชิงรุกที่ควรจะเป็น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดการจัดลำดับความสำคัญและการกำหนดยุทธศาสตร์การทำงานในประเด็นเฉพาะที่กระทรวงควรมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการทำงานที่เป็นภาพรวมและชัดเจนไปด้วยกัน

ดังนั้น ในการขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกของกระทรวงสาธารณสุขจึงควรมีการกำหนดสัดส่วนการทำงานยุทธศาสตร์เชิงรุกให้มากขึ้น โดยกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นเฉพาะที่เป็นวาระสำคัญ (priority) ของประเทศ เพื่อให้ทุกฝ่ายตระหนักเห็นประโยชน์และความสำคัญ พัฒนาเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์การทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายสำหรับใช้ขับเคลื่อนงานทั้งในเวทีระหว่างประเทศและภายในประเทศ โดยในกระบวนการดังกล่าวควรมีการศึกษาทบทวนยุทธศาสตร์งานสุขภาพโลกของประเทศ (Global Health Strategic Review) พร้อมทั้งจัดเวทีการหารือระดับกระทรวง (Ministerial Dialogue) เพื่ออภิปรายและหาข้อสรุปเกี่ยวกับกลยุทธ์การทำงานและประเด็นที่เป็นวาระสำคัญที่เห็นชอบและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานภายในกระทรวง รวมถึงกระทรวงอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ควรมีการทบทวนยุทธศาสตร์และประเด็นการทำงานเป็นระยะเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนได้ทันการกับสถานการณ์สุขภาพโลกในระดับสากลและบริบทการเปลี่ยนแปลงภายในประเทศ

ขณะเดียวกัน การจัดทำแผนงานหรือแผนปฏิบัติการควรมีการกำหนดเป้าหมายและหมุดบอกความก้าวหน้าที่ชัดเจน มีกระบวนการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานผ่านสถาบันสุขภาพโลก (GHI) มีการทำงานเชิงวิชาการเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติ มุ่งเน้นการใช้กลไกการทำงานที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Multi-Sectoral Platform) เชื่อมต่อกับเครือข่ายการทำงานที่มีอยู่จากระดับนโยบายลงสู่ระดับปฏิบัติการและระดับพื้นที่ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรงานสุขภาพโลก

หน่วยงานประสานงานเป็นโครงสร้างกลไกกลางที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานเป็นอย่างมาก ไม่เฉพาะในเชิงของการประสานงาน แต่รวมถึงการทำงานในระดับนโยบายหรืองานเชิงยุทธศาสตร์ ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกับสถาบันสุขภาพโลก (GHI) กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงเครือข่ายสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศที่อยู่ภายใต้กรมต่างๆ ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและยกระดับการทำงานให้มีความเข้มแข็งขึ้น สามารถทำงานหน้ากว้างในเรื่องต่างๆ ได้ โดยได้รับการหนุนเสริมงานในเชิงวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และสำนักวิชาการของกรมต่างๆ

การแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงการต่างประเทศ รวมถึงหน่วยงานภายใต้กระทรวงอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในงานสุขภาพโลกเป็นข้อเสนอหนึ่งที่ควรพิจารณาในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและพัฒนากลไกในการขับเคลื่อนงานภายในกระทรวง เพราะนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างเครือข่ายการทำงานของบุคลากรระหว่างกระทรวงแล้ว ยังเป็นโอกาสอันดีในการแลกเปลี่ยนความเชี่ยวชาญและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการทำงานของบุคลากรข้ามสายงานอีกด้วย เพราะเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งในด้านทักษะและเนื้อหาเชิงเทคนิควิชาการ นอกจากนี้ ยังเปิดโอกาสให้บุคลากรของแต่ละหน่วยงานได้เข้าไปเรียนรู้ระบบการดำเนินงาน รูปแบบการทำงานและการบริหารงาน รวมถึงเข้าใจหลักการและค่านิยมในการทำงานสุขภาพโลกของหน่วยงานอื่นได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งในระยะยาวจะช่วยให้กระทรวงและเครือข่ายต่างๆ ปรับกระบวนการและรูปแบบการทำงานเข้าหากัน ให้มีความยืดหยุ่นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันและทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การแลกเปลี่ยนบุคลากรของหน่วยงานภาครัฐอาจเป็นได้ในหลายรูปแบบ ตามข้อระเบียบราชการที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ

(1) การให้โอกาสเปลี่ยนจากการปฏิบัติงานที่ทำอยู่ประจำไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่นเป็นการชั่วคราว (Secondment) ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานที่สังกัดอยู่ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้บุคลากรนั้นได้มีโอกาสเรียนรู้งานสุขภาพโลก ยกตัวอย่างการให้ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติงานในกองการสังคม กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ สามารถดำเนินการได้ทันที เนื่องจากมีระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยการเพิ่มพูนประสิทธิภาพของข้าราชการโดยการไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่นในประเทศ พ.ศ. 2554[1] รองรับอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ (อายุของบุคลากรที่สามารถไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่นต้องไม่เกิน 40 ปี มีอายุการทำงานมาแล้วอย่างน้อย 5 ปี ระยะเวลาการไปปฏิบัติงานไม่เกิน 1 ปี และสามารถขยายระยะเวลาได้เพิ่มเติมไม่เกินอีก 1 ปี)

(2) การขอยืมตัวข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติงานในกองการสังคม กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถดำเนินการได้ทันทีโดยมีหนังสือสำนักบริหารของนายกรัฐมนตรี ลว. 20 เมษายน พ.ศ. 2504 เรื่อง การยืมข้าราชการไปทำงานต่างกระทรวง ทบวง กรม และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2545 ซึ่งข้อดีของทางเลือกนี้ คือ ไม่จำกัดอายุของบุคลากรที่ถูกยืมตัวและไม่จำกัดระยะเวลาในการยืมตัว แต่มีเงื่อนไขที่ต้องพิจารณา คือ ในกรณีที่ตำแหน่งในหน่วยงานที่ขอยืมตัวไม่ตรงกับตำแหน่งตามต้นสังกัด การรับเงินประจำตำแหน่งจะไม่สามารถกระทำได้

1 http://www.ocsc.go.th/blog/2005/11/secondment

(3) การให้ผู้บังคับบัญชามอบหมายให้บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติหน้าที่ในกระทรวงการต่างประเทศ หรือร่วมกับหน่วยงานในต่างประเทศ ซึ่งเป็นวิธีการที่มีความคล่องตัวในการดำเนินงานและซับซ้อนน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับ 2 วิธีแรก ภายใต้รูปแบบนี้อาจเป็นการมอบหมายให้ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติงาน ณ นครเจนีวาในช่วงเดือนมกราคมจนถึงเดือนพฤษภาคม เพื่อเข้าร่วมประชุม Executive Board และเตรียมการเข้าร่วมประชุม World Health Assembly โดยมีเงื่อนไขที่สำคัญ คือ คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา ยินดีให้ข้าราชการใช้พื้นที่ทำงานและกระทรวงสาธารณสุขมีงบประมาณค่าเดินทางและค่าเบี้ยเลี้ยงที่พักให้บุคลากรที่ได้รับมอมหมายดังกล่าวตลอดระยะเวลาการปฏิบัติงาน

3) การพัฒนาผู้นำในงานสุขภาพโลก

ในบริบทการทำงานของไทย ผู้นำในงานสุขภาพโลก (GH Champion) เป็นกลไกที่ไม่เป็นทางการที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานจนประสบความสำเร็จในหลายเรื่อง โดยใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทักษะประสบการณ์ รวมถึง Charismatic/Soft Power และความสามารถในการเชื่อมต่อกับเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งเป็นคุณสมบัติเฉพาะบุคคล การสร้างคนทำงานให้สามารถขึ้นมาเป็นผู้นำในงานสุขภาพโลก (champion) รุ่นต่อรุ่นให้อยู่ในโครงสร้างการทำงานและหน่วยงานที่ทำงานสุขภาพโลกจึงเป็นความท้าทายที่สำคัญของไทย

ทักษะความสามารถที่สำคัญของการเป็นผู้นำในรุ่นต่อไปต้องสะสมผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพและประสบการณ์ที่ได้จากการทำงานจริงอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นทักษะการแก้ปัญหาที่มีความซับซ้อน (complex problem solving skill) ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์และพัฒนาเชิงแนวคิด (critical thinking and conceptualizing skill) ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ (human relation skill) ในการเชื่อมต่อกลุ่มคนและเครือข่ายที่จะช่วยให้การขับเคลื่อนงานเป็นไปได้ง่ายขึ้น ทักษะการปรับตัวในการเรียนรู้ (cognitive flexibility) รวมถึงการมีความคิดเชิงระบบและสร้างสรรค์ (constructive thinking and creativity) เป็นต้น

ตัวอย่างโครงการของต่างประเทศที่ให้ความสำคัญกับการสร้างและพัฒนาผู้นำ (Champion) รุ่นใหม่ เพื่อทำหน้าที่ผลักดันและสนับสนุนงานทางสุขภาพในประเด็นต่างๆ ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ Network of Champions Project[2] หรือ NOC Project ของ FHI ภายใต้การสนับสนุนของ USAID ที่สร้างเครือข่ายผู้นำการทำงาน (Champion) ด้านการวางแผนครอบครัวและงานเอดส์ ใน 8 ประเทศของภูมิภาคแอฟริกา โดยคัดเลือกผู้นำการทำงานที่มีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายและงานในประเทศของตน แต่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร มาเข้าร่วมโครงการเป็นเครือข่ายกับผู้นำการทำงานจากประเทศอื่นๆ โดยสนับสนุนงบประมาณในการทำงาน ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของผู้นำแต่ละคน ผ่านกระบวนการสร้างการเรียนรู้และประสบการณ์จากการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายผู้นำที่เข้าร่วมโครงการ แนวคิดที่สำคัญภายใต้โครงการนี้ คือ ต้องการสร้างเสริมศักยภาพของผู้นำให้มีลักษณะ Cross-Cutting ไปยังงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับงานที่เป็นฐานของผู้นำแต่ละคนในภาพกว้างได้ อีกทั้งต้องการสร้างเครือข่ายผู้นำที่จะสามารถช่วยเสริมการทำงานในระดับภูมิภาคให้มีความเข้มแข็งและไปในทิศทางเดียวกันได้ดียิ่งขึ้น

การพัฒนาระบบอภิบาลสุขภาพโลกของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและเกิดความยั่งยืนจำเป็นต้องมีโครงสร้างกลไกการทำงานสุขภาพโลกที่มีศักยภาพในการทำงานทั้งในเชิงขาขึ้นและขาลง ตั้งแต่การกำหนดทิศทางและนโยบายการทำงานสุขภาพโลกของประเทศ การขับเคลื่อนงานสุขภาพโลกทั้งในภาพรวมและประเด็นเฉพาะที่มีความสำคัญไปสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยเป็นการทำงานเชิงรุกภายใต้การมีส่วนร่วมของกลไกที่มีอยู่และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจำเป็นต้องมีองคาพยพและปัจจัยเกื้อหนุนต่างๆ เช่น คณะกรรมการระดับชาติ สถาบันที่เป็นกลไกกลางที่มีสมรรถนะในการทำงานเชิงวิชาการ การประสานงานและการปฏิบัติงาน รวมไปถึงกระบวนการสร้างและพัฒนาบุคลากรและผู้นำที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในงานสุขภาพโลกอย่างต่อเนื่องด้วย

2 Engaging Innovative Advocates as Public Health Champions: https://www.k4health.org/sites/default/files/RUchampions.pdf

ภาคผนวก

บรรณานุกรม

Annan, K. (1999). Addressing global challenges of AIDS, Secretary-General stresses that wall of silence and prejudice surround disease must be torn down. Diana, Princess of Wales Memorial Lecture. Press Statement SG/SM/7045. Available from http://www.un.org/News/Press/docs/1999/19990625.SGSM7045.html

Devi, S., Sanjeev, K., & Tikki P., (2008). Are Existing Governance Structures Equipped to Deal with Today's Global Health Challenges - Towards Systematic Coherence in Scaling Up, Global Health Governance, Volume II, No. 2 (Fall 2008/Spring 2009) http://www.ghgj.org.

Elmendorf E. (2010). 'Global Health: Then and Now.' UN Chronicle Online. Available from: http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/cache/bypass/home/archive/isues2010/achieving_global_health/globalhealth_thenandnow

Fidler, D. (2007). Architecture amidst anarchy: Global health's quest for governance. Global Health Governance, 1(1), 1-17.

Fidler, DP (2010). Negotiating Equitable Access to Influenza Vaccines: Global Health Diplomacy and the Controversies Surrounding Avian Influenza H5N1 and Pandemic Influenza H1N1. PLoS Med 7(5): e1000247. doi:10.1371/journal.pmed.1000247

Fidler, David P. (2010a). The Challenges of Global Health Governance. Working Paper, Council on Foreign Relations, International Institutions and Global Governance Program. 'After the Revolution: Global Health Politics in a Time of Economic Crisis and Threatening Future Trends.' Global Health Governance, 2(2): 1-21

Fidler, David P. (2010a). The Challenges of Global Health Governance. Working Paper, Council on Foreign Relations, International Institutions and Global Governance Program. 'After the Revolution: Global Health Politics in a Time of Economic Crisis and Threatening Future Trends.' Global Health Governance, 2(2): 1-21

Frank, T.M. (1990). The power of legitimacy among nations. New York: Oxford University Press.

Frenk, J. (2010) The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. PloS Med 7; 1: e1000089.

Gates, Bill (2015). The Next Epidemic—Lessons from Ebola. The New England Journal of Medicine 372;15: 1381-1384.

Garay, J., Harris, L., & Walsh, J. (2013). Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term. La santé globale existe-t-elle ? Santé, science et politique aux Suds. Available from: http://journals.openedition.org/faceaface/745

Grepin, K. (2011). 'The rise of Global Health: global health vs. international health.' Karen Grepin's Global Health Blog, January 1, 2011. Available from: http://www.karengrepin.com/2011/01/rise-of-global-health-global-health-vs.html

ILO, Origins and History. www.ilo.org.

Kates, J., Michaud, J., Wexler, A., & Valentine, A., (2016). Mapping The Donor Landscape in Global Health: HIV/AIDS, The Kaiser Family Foundation, Washington DC., USA.

Katz, R., Kornblet, S., Arnold, G., Lief, E. & Fischer, J. E. (2011). Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization, Milbank Quarterly. 2011 Sep; 89(3): 503–523. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00637.x

Kapstein E.B. (1999). 'Distributive Justice as an International Public Good: A Historical Perspective.' In, Kaul I., Grunberg I, Stern M.A. (eds.) Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century. New York, Oxford: Oxford University Press.

Kickbush I. (2009) 'Moving Global Health Governance Forward.' In, Buse K., Hein W., Drager N. (eds.) Making Sense of Global Governance. London: Palgrave Macmillan

Kickbusch I., Silberschmidt G., Buss P. (2007) 'Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health.' Bulletin of the World Health Organization, 85 (3): 230-232

Lawrence O. Gostin and Emily A. Mok (2009) "Grand challenges in global health governance."British Medical Bulletin 90, no. 1 (2009): 7-18.

Ministry of Health Labor and Welfare. The Japan Vision: Health Care 2035: Leading the World through Health. Website: http://www.mhlw.go.jp/healthcare2035.

N. Howard-Jones (1950). Origin of International Health Work. British Medical Journal, May 6, 1950.

National Intelligence Council. (2000). The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States. National Intelligence Estimate. Available from: http://www.dni.gov/nic/PDF_GIF_otherprod/infectiousdisease/infectiousdiseases.pdf

Ooms, G., Hammonds, R., Decoster, K., & Damme, Wim V. (2011). Global Health: What it has been so far, what it should be, and what it could become. Working Paper Series of the Studies in Health Services Organization and Policy, Nr.2. Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium Department of Public Health.

Parkhurst, Justin. (2017). The politics of evidence: from evidence-based policy to the good governance of evidence. Routledge Studies in Governance and Public Policy. Routledge, Abingdon, Oxon, UK. ISBN 9781138939400

Porter T. (2008) Disaggregating authority in global goveance in H.K. Hansen and D. Salskov-Iversen (Eds.), Critical perspectives on private authority in global politics (pp.27-50). Basingstoke; New York: Palgrave Macmillan.

Porter T. (2009). Global governance as configurations of state/non-state activity in J. Whitman (Ed.), Palgrave advances in global governance (pp.87-104). Basing stoke:Palgrave Macmillan.

Sridhar, Devi, Khagram, Sanjeev & Pang, Tikki (2008) Are Existing Governance Structures Equipped to Deal with Today's Global Health Challenges - Towards Systematic Coherence in Scaling Up, Global Health Governance, Volume II, NO. 2 (FALL 2008/ SPRING 2009) http://www.ghgj.org.

Thaiprayoon S. & Smith R., (2015). Capacity building for global health diplomacy: Thailand's experience of trade and health, Health Policy and Planning 2015;30:1118–1128 doi:10.1093/heapol/czu117

UNDP (1997) Governance and Sustainable Human Development, UNDP, United Nations.

United Nations Economic and Social Council Resolution 1994/24, 44th Plenary meeting, 6 July 1994. Joint and co-sponsored United Nations Programme on human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS).

USAID. (2010). Engaging Innovative Advocates as Public Health Champions. Retrived https://www.k4health.org/sites/default/files/RUchampions.pdf

Weber, M. (1978). Economy and society: An outline of interpretive sociology Berkeley, CA: University of California Press.

World Health Organization. (2010). The WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Italy.

กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2560). แผนยุทธศาสตร์ การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย (พ.ศ. 2560-2564).

กองการต่างประเทศ (ตปท.). ประวัติสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ. http://www.bihmoph.net/index.php?page=7

ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ และอื่นๆ. (2559). รายงานการเดินทางเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 69 ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธ์รัฐสวิส ระหว่างวันที่ 21-30 พฤษภาคม 2559 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (2560). ก้าวผ่านอดีตนำไปสู่อนาคตระบบหลักประกันสุขภาพ (ตอนที่ 1). https://www.matichon.co.th/columnists/news_765204

วิชัย เทียนถาวร. ยุคสมัย การสาธารณสุขไทย. (2559). https://www.matichon.co.th /news/125602

วลัยพร พัชรนฤมล และอื่นๆ. (2556). การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 63 ประสบความสำเร็จจริงหรือไม่? วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 22 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2556 (หน้า 1091-1098)

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (สำนักงาน ก.พ.). Secondment. http://www.ocsc.go.th/blog/2005/11/secondment

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). แผนงานหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ฉบับที่ 3 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564)

ดรรชนี (Index)

ก

การอภิบาลสุขภาพโลก 15, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 139
กลไกอภิบาลสุขภาพโลก 15, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 30, 31, 78, 106, 117, 118, 119, 122
กลไกของคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก 27
กลไกนานาชาติ 130
กลไกระดับประเทศ 123, 124
การขับเคลื่อนนโยบายเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 78
การค้าเสรี 23
การค้าระหว่างประเทศ 22, 23, 24
การค้าเสรีในระดับระหว่างประเทศ 23
การทูตด้านสุขภาพ 18, 20
การประชุมระหว่างประเทศ 22
การประชุมสมัชชาอนามัยโลก 15, 23
การประชุมวิชาการนานาชาติ รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล 47
การพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 17
การส่งเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวา 39
การอภิบาลงานสุขภาพโลก 65
การอภิบาลด้วยกลไกการมีส่วนร่วม 70
การอภิบาลโดยกลไกตลาด 27, 28, 65, 69
กระทรวงสุขภาพแรงงานและสวัสดิการ 88, 90, 91, 92, 94, 95, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 107, 111, 112, 113
กระบวนการ “ขาขึ้น” 140
กระบวนการ “ขาลง” 140
กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก 40, 42, 45, 46, 47, 57, 67, 72, 77, 81, 140, 142
กรมองค์การระหว่างประเทศ 62, 65
กองการต่างประเทศ 96, 97, 98
กองความร่วมมือประเด็นระดับโลก 91, 93
กองนโยบายสุขภาพโลก 91, 92, 93

ค

ความร่วมมือระหว่างประเทศ 18, 22, 30
เครือข่ายคณะทำงาน 140
เครื่องมือการพัฒนานโยบายสาธารณะ 120
โครงสร้างการทำงานสุขภาพโลก 141

น

นโยบายสุขภาพโลก 140

ผ

แผนยุทธศาสตร์ระดับโลก 27

ภ

ภูมิทัศน์สุขภาพโลก 26, 31, 41, 47

ม

มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล 47

ร

ระบบอภิบาล 17, 21, 29, 31
รัฐสวัสดิการ 23
โรคติดเชื้อฉวยโอกาส 24
โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ 40

ว

วาระการพัฒนาระดับโลก 91
วาระสุขภาพโลก 92, 110

ศ

ศักยภาพเครือข่าย 132
ศักยภาพปัจเจกบุคคล 132
ศักยภาพองค์กร 132

ห

หน่วยงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ 23

ส

สถาบันสุขภาพโลก 126
สุขภาพโลก 14, 15, 16, 17,18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31
สมัชชาอนามัยโลก 15, 23, 27

อ

องค์กรกึ่งภาครัฐ 18
องค์กรนอกภาครัฐ 18
องค์การอนามัยโลก 15, 23, 26, 27, 29
องค์กรอิสระ 136
องค์กรเอกชนด้านเอดส์ 120
องค์กรเอกชนด้านคุ้มครอง 120

คำย่อ

AAAH	Asia Pacific Action Alliance on Human Resources for Health
AHMM	ASEAN Health Minister Meeting
AMR	Antimicrobial resistance
ARC	Antibiotic Resistance Coalition
ASCC	ASEAN Social and Cultural Community
BIHC	Bureau of International Health Cooperation
BIMSTEC	Bay of Bengal Initiative for Multi-Sectoral Technical and Economic Cooperation
CEPI	Coalition for Epidemic Preparedness Innovation
ECOSOC	Economic and Social Development Council
EID	Emerging Infectious Diseases
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FPGH	Foreign Policy in Global Health
GAP-AMR	Global Action Plan on Antimicrobial Resistance
GAVI	Global Alliance for Vaccination and Immunization
GF	Global Fund
GFATM	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GHIT	Global Health Innovative Technology Fund
GHP	Global Heath Partnership
GHWG	Global Health Working Group
HiAP	Health in All Policy
HITAP	Health Intervention and Technology Assessment Program
HITAP	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
HLM	High Level Meeting
HLS	High Level Segment
iGHP	Institute for Global Health Policy Research
IH Scholar	International Health Scholar

IHPP	International Health Policy Program
ILO	International Labour Organization
INNE Model	Individual, Node, Network, Environment
IOC	International Organizing Committee
IOM	International Organization for Migration
ISPAH	International Society for Physical Activity and Health
JCIE	Japan Center of International Exchange
JCIE	Japan Center of International Exchange
JICA	Japan International Cooperation Agency
JIGH	Japan Institute for Global Health
MCH	Mean Corpuscular Hemoglobin
MDGs	Millennium Development Goals
MSF	Médecins Sans Frontières
NCDs	Non-Communicable Diseases
NCGM	National Center for Global Health and Medicine
NCGM	National Center for Global Health and Medicine
NOC	Network of Champions Project
ODA	Official Development Assistance
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PAHO	Pan American Health Organization
PMAC	Prince Mahidol Award Conference
PPP	public-private partnership
RCM	Regional Coordination Mechanism
SDGs	Sustainable Development Goal
SEARO	World Health Organization South-East Asia Region
SEATCA	Southeast Asia Tobacco Control Alliance
SOMHD	Senior Officer Meeting on Health Development

TGLIP	ThaiHealth Global Link Initiative Program
UHC	Universal Health Coverage
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Program
UNFPA	United Nations Population Fund
UNGA	United Nation General Assembly
UNGASS	UNGA Special Session
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNSAID	United States Agency for International Development
VHV	Village Health Volunteers
WB	The World Bank
WHA	World Health Assembly
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WHO CCS	WHO Country Cooperation Strategy
WPRO	Western Pacific Regional Office
ศธส.	ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ
สรพ.	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
สวปก.	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

กลไกอภิบาลงานสุขภาพโลก

มีองค์ประกอบที่เป็นพหุลักษณ์ ในการใช้องค์กรทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ รวมถึง ระเบียบหรือข้อบังคับ กระบวนการขององค์กรภาครัฐ กึ่งภาครัฐ และนอกภาครัฐ เพื่อแก้ปัญหาความท้าทายด้านสุขภาพโลก ซึ่งต้องการความรู้และแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพจากผู้มีส่วนร่วม

iHPP Thailand

มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม