

ความร่วมมือหลายภาคส่วนในการพลิกโฉม ระบบการดูแลสุขภาพประเทศไทยสู่ดิจิทัล

The Collaborative Governance for Digital Transformation in Thailand's Healthcare System

แพรววนิด ธนานนท์*

Phraeowanid Thananon**

บทความนี้

Received

17 สิงหาคม 2566

Revised

2 ตุลาคม 2566

Accepted

17 ตุลาคม 2566

บทคัดย่อ

การเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อวางโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลให้เกิดความเชื่อมโยงและใช้ข้อมูลร่วมกันได้ ทั้งระบบที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีความร่วมมือข้ามขอบเขตองค์กรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) วัตถุประสงค์ของบทความประกอบด้วย 1) เพื่อศึกษากระบวนการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน 2) เพื่อศึกษาองค์ประกอบของความร่วมมือหลายภาคส่วนข้ามขอบเขตองค์กร และ 3) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือหลายภาคส่วนในการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทยสู่ดิจิทัล

ผลการศึกษา พบว่าความร่วมมือหลายภาคส่วนในการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพไปสู่ดิจิทัลจำเป็นต้องมีการกำกับดูแลร่วมกันที่มีประสิทธิภาพซึ่งขึ้นอยู่กับ กระบวนการการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน (บริบทของระบบและแรงขับ การทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร ความสามารถในการทำงานร่วมกัน) และองค์ประกอบความร่วมมือหลายภาคส่วนข้ามขอบเขตองค์กร (การเริ่มต้น

* นักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

** Student in Doctor of Public Administration, School of Public Administration, National Institute of Development Administration.

ความร่วมมือ ตัวแสดงและการแสดงบทบาท และกลไกการทำงานร่วมกัน) และพบปัญหาอุปสรรคทั้งใน ระดับบุคคล องค์กร และนโยบาย โดยเฉพาะ ผลประโยชน์ไม่โปร่งใส สุดท้ายจึงกลายเป็น การแข่งขันมากกว่าความร่วมมือ การทำงานร่วมกันของตัวแสดงหลายภาคส่วนในภาคสุขภาพของประเทศไทยจึงยังเป็นเรื่องท้าทายในการกำกับดูแลร่วมกัน เนื่องจากความไม่สมดุลของบริบทและกลไกขับเคลื่อนได้แก่ รัฐบาลที่อ่อนแอ และการขาดเสถียรภาพทางการเมืองส่งผลให้ขาดอำนาจที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องจนเกิดการเปลี่ยนแปลง

คำสำคัญ : สาธารณสุข, การบริหารสาธารณสุข, การมีส่วนร่วมของประชาชน, ความร่วมมือข้ามองค์กร

Abstract

In order to improve the quality of health services through digital technology, it needs to create connectivity and interoperability throughout the system, facilitating effective public health care. Therefore, cross-organizational collaboration of related government agencies, i.e. the Ministry of Public Health, the Ministry of Digital Economy and Society, and the Digital Government Development Agency, is crucial. This study aims to

- 1) Investigate the management process of multi-sectoral collaborative governance in digitalizing Thailand's healthcare system
- 2) Investigate the elements of multi-sectoral collaboration across organizational boundaries and
- 3) Investigate the problems and obstacles of multi-sectoral collaborative governance in digitalizing Thailand's healthcare system.

The study found that multi-sectoral collaboration in digitalizing healthcare systems needs an effective collaborative governance depending on the collaborative governance process (system context and drivers, collaboration across organizational boundaries), multi-sectoral collaboration elements across organizational boundaries (starting condition, actors and role play, and facilitated leadership), and experienced barriers at the individual,

organizational, and policy levels, particularly conflict of interests. Eventually, it leads to competition rather than collaboration due to the asymmetry of the context and the driving mechanism: a weak government and a lack of political instability resulting in insufficient power that facilitates continuous collaboration until change occurs.

Keywords: Public health, Public health administration, Citizen participation, Collaborative governance, Cross-organizational collaboration

บทนำ

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี (Tavares, 2018, p. 104; Thomson & Perry, 2006, p. 20) ไม่เพียงเป็นต้นเหตุให้การดำเนินชีวิตยุคดิจิทัลเป็นการสร้างข้อมูลมหาศาลเท่านั้น แต่ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ (World Health Organization, 2009, online) สะท้อนให้เห็นช่องว่างทางสุขภาพที่กว้างมากขึ้น (Uddin, Mori & Shahadat, 2020, pp. 1-2) ตามไปด้วยและเชื่อมโยงกับปัญหาด้านการเมือง เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม และปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน (Tavares, 2018, p. 104) เนื่องด้วยวิถีชีวิตเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2564, ออนไลน์). การมีสุขภาพที่ดีเป็นต้นทุนเพื่อสร้างศักยภาพด้านอื่นๆ ระบบการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพสูงและเป็นดิจิทัล (Ibrahim et al., 2022, online) จึงไม่ได้เป็นเพียงรากฐานของความมั่งคั่งทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศเท่านั้น (สุทธิศักดิ์ จันทวังโส, 2558, น. 25; Alam & Raza, 2021, p. 81) แต่ยังสะท้อนให้เห็นคุณภาพชีวิต (Tavares, 2018, p. 104) ของประชาชนซึ่งเป็นกลไกสำคัญในระบบเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ

ข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายและขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ดิจิทัลในภาคส่วนสุขภาพให้สามารถทำงานร่วมกันข้ามพรมแดนได้ดีขึ้นในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Shaw, McGregor, Brunner, Keep, Janssen & Barnet, 2017,

p. 2; Slawomirski, 2019, pp. 14-21) แต่ประเทศไทยยังคงล้าหลังในการวางรากฐานสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (สุทธิศักดิ์ จันทวังโส, 2558, น. 30) โครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพยังไม่ถูกออกแบบให้เชื่อมต่อเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ทั้งระบบ การทำงานอย่างแยกส่วนขององค์กรภาคสุขภาพทำให้มีช่องทางการสื่อสารไม่เพียงพอ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานขององค์กรลดลง เกิดความซ้ำซ้อน ความขัดแย้ง ความแตกแยกเป็นอุปสรรคสำคัญในการปรับเปลี่ยนไปสู่ดิจิทัลให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานในระบบสุขภาพทั้งระบบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564, ออนไลน์; Deloitte Thailand, 2020, online) การปรับตัวเชิงสถาบันของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อยกระดับขีดความสามารถในกระบวนการปกครองโดยรัฐให้สอดคล้องกับบริบทแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2565, ออนไลน์) กัดดันให้ต้องลดอำนาจลงและหันไปใช้ความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นในการบริหารจัดการร่วมกัน (Henry, 2013, p. 357) ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะภายใต้ความซับซ้อน (Gordon, MaKay, Marchildon, Bhatia & Shaw, 2020, online) ของความเป็นพหุรัฐ (Osborne, 2010, pp. 1-14) โดยกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีบทบาทกำกับทิศทางการบริหารนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเช่นเดิม แต่มีหน้าที่ดังบทบาทของตัวแสดงอื่นๆ ให้เข้ามาร่วมมือกันโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและเน้นการกระจายอำนาจในแนวนอน (Osborne, 2006, pp. 377-384) มากขึ้น ด้วยแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ (Agranoff & McGuire, 2003, pp. 1-6; Ansell & Gash, 2008, pp. 543-564; Berardo, Fischer & Hamilton,

2020, pp. 898-910; Emerson, 2018, pp. 2-4; Emerson & Nabatchi, 2015, pp. 14-19; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012, pp. 1-4; Frankowski, 2019, p. 792) ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงหลายภาคส่วน (Scott & Thomas, 2017, pp. 647-658) ที่ต้องมีการกำกับดูแลร่วมกันบนพื้นฐานความสมดุลของบริบทแวดล้อม กระบวนการ และองค์ประกอบต่างๆ (Ullah & Kim, 2020, p. 147; Weaver, 2021, online) ภายใต้อำนาจเป็นประชาธิปไตย ความมั่นคงทางการเมือง (Schneider, Zulu, Mathias, Cloete & Hurtig, 2019, p. 2; Ulibarri, Imperial, Siddiki & Henderson, 2023, p. 496) และรัฐบาลที่เสริมสร้างอำนาจและเอื้ออำนวยให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างยั่งยืน

ทิศทางการบริหารจัดการความร่วมมือภาครัฐแนวใหม่ (New Public Governance) เพื่อพัฒนาประเทศไปสู่ดิจิทัลที่ผ่านมาพบว่า มีความร่วมมือหลายภาคส่วนในการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนไปสู่ดิจิทัลโดยการทำบันทึกข้อตกลงที่นำไปสู่การทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กรหรือภาคส่วนในหลายเรื่อง แต่ยังไม่เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน (อาทร ประภาประไพ, 2559, ออนไลน์) สะท้อนให้เห็นว่าการทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กรที่มีตัวแสดงหลากหลายไม่ใช่เรื่องง่าย และยังเป็นการดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของประชาชนเป็นสำคัญ จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายและจำเป็นต้องมีการกำกับดูแลความร่วมมือเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนนโยบายให้บรรลุเป้าหมายได้สำเร็จ จากเหตุผลและความสำคัญที่กล่าวข้างต้น จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ที่ต้องการศึกษากระบวนการ

บริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน องค์ประกอบของความร่วมมือหลายภาคส่วน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วนในการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทยสู่ดิจิทัล เพื่อสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการและการประยุกต์ใช้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษากระบวนการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน
- 2) เพื่อศึกษาองค์ประกอบของความร่วมมือหลายภาคส่วน
- 3) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วนในการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทยสู่ดิจิทัล

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยมุ่งศึกษาค้นคว้าเพื่อให้เกิดความเข้าใจการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน (Collaborative Governance) ในการขับเคลื่อนนโยบายการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพให้เป็นดิจิทัลตามยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ใช้กรณีศึกษาความร่วมมือเรื่องดำเนินการเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (พ.ศ.2560-2565) โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้บริหารของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความร่วมมือเรื่อง การดำเนินการเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (พ.ศ.2560-2565) ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 21 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้เป็นการอธิบายพรรณนาการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน (Collaborative Governance) ในการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทยสู่ดิจิทัล กรณีศึกษาความร่วมมือเรื่อง การดำเนินการเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (พ.ศ.2560-2565) ผ่านตัวแสดงในภาควิชาความร่วมมือเกี่ยวกับกระบวนการองค์ประกอบ ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน เพื่อสร้างความเข้าใจการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วนและเป็นแบบอย่างในการนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย 2 ปี 9 เดือน (ต.ค.2563 - มิ.ย.2566)

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นขอบเขตในการศึกษาความร่วมมือในการดำเนินการเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล

มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ระบบการดูแลสุขภาพและยุทธศาสตร์

การพัฒนาไปสู่ดิจิทัล ระบบการดูแลสุขภาพ (Healthcare System) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery) 4 ด้านหลัก ได้แก่ การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรค บริการการส่งเสริมสุขภาพ และงานบริการการฟื้นฟูสภาพ งานบริการสุขภาพเป็นงานสหวิทยาการ จึงต้องให้ความสำคัญเรื่องการบริหารจัดการข้อมูลและการสื่อสารระหว่างวิชาชีพทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีรากฐานมาจากระบบสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้หลักการพัฒนาสุขภาพสากลขององค์การอนามัยโลกและจัดระบบบริการสุขภาพเป็นลำดับขั้น มีระบบการส่งต่อการให้บริการสุขภาพจากระดับต้นขึ้นพื้นฐานไปจนถึงการบริการที่ซับซ้อนต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยี ระบบสุขภาพไทยมีโครงสร้างและองค์ประกอบแบ่งเป็น 4 กลุ่ม (ฉัตรสุนัน พฤทธิญาณ, 2560, น. 35-36) ซึ่งในแต่ละกลุ่มประกอบด้วยหลายองค์การ ดังนี้ 1) กลุ่ม Service Regulator คือ ผู้กำกับ ดูแล และกำหนดมาตรฐานด้านบริการต่างๆ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานด้านเทคนิค มาตรฐานบริการ วิชาการและเทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆ ให้แก่หน่วยบริการและเป็นมาตรฐานเดียวกันของประเทศ ประกอบด้วย กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

2) กลุ่ม Service Provider คือ ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย กลุ่มโรงพยาบาลและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนหน่วยงานมากที่สุดและดูแลประชากรเยอะที่สุด กลุ่มโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐอื่นๆ และ กลุ่มโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน 3) กลุ่ม Service Purchaser คือ ผู้ซื้อบริการ ประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) กรมบัญชีกลาง และหน่วยงานอื่น อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นอกจากนี้ยังมีกองทุนอื่นๆ อีกหลายกองทุน เช่น สวัสดิการราชการท้องถิ่น/กทม./รัฐวิสาหกิจต่างๆ มหาวิทยาลัยของรัฐ ครูโรงเรียนเอกชน และกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว 4. คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) (National Health Authority) มีหน้าที่เป็นองค์กรสูงสุดในด้านบริหารกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพระดับชาติ ให้คำแนะนำด้านนโยบายแก่รัฐบาล เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีทิศทางเดียวกัน โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีรัฐมนตรีกระทรวงต่างๆ เป็นกรรมการ เปรียบเสมือนเป็นคณะรัฐมนตรีสุขภาพ

สถานการณ์ปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยยังคงล้าหลังในการวางรากฐานสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (สุทธิศักดิ์ จันทวังโส, 2558, น. 30) โครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพทั้งระบบยังไม่ถูกออกแบบให้เชื่อมต่อเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานที่อยู่ในกระบวนการดูแลสุขภาพทั้งระบบ ระบบสุขภาพเป็นระบบใหญ่ที่ซับซ้อนมากและมีการทำงานอย่างแยกส่วน

(Health Care Silo) ซึ่งประกอบไปด้วยระบบย่อยหลายระบบ ในแต่ละระบบย่อยยังประกอบด้วยย่อยระบบย่อยที่ทั้งหมดทำงานสัมพันธ์และพึ่งพากันเพื่อขับเคลื่อนภารกิจด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพประชาชนโดยต้องมีความสมดุลทั้งระบบเพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (จรรูวรรณ ธาตาเดช และ ปิยธิดา ตรีเดช, 2560, น. 27-46). การทำงานอย่างแยกส่วนขององค์กรทำให้มีช่องทางการสื่อสารไม่เพียงพอ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานขององค์กรลดลง เกิดความซ้ำซ้อน ความขัดแย้ง ความแตกแยก เป็นอุปสรรคสำคัญในการบูรณาการให้เกิดการทำงานร่วมกันของหน่วยงานในระบบสุขภาพและการปรับเปลี่ยนไปสู่ดิจิทัล (กระทรวงสาธารณสุข, 2564, ออนไลน์; Deloitte Thailand, 2020, online)

การบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพต้องเอื้อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงการบริการสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ โดยใช้แนวคิดการยึดผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภาครัฐจึงต้องบูรณาการเทคโนโลยีเข้ากับการดูแลสุขภาพและธุรกิจด้านสุขภาพในทุกด้านโดยอาศัยข้อมูลและเทคโนโลยีการสื่อสารในทุกระดับ โดยจำเป็นต้องพลิกโฉมไปสู่ดิจิทัลเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและการสร้างระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย รับผิดชอบต่อทันกับความเปลี่ยนแปลงในกระแสโลก

4.2 นโยบายรัฐบาลในการปรับเปลี่ยนด้านสุขภาพไปสู่ดิจิทัล ภายใต้ปรากฏการณ์ Digital Disruption (Dredge, Liljenquist & Scholtes, 2022, online) ที่เกิดจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัลในการใช้

ประโยชน์จากข้อมูลขนาดใหญ่ซึ่งเป็นผลจากการทำกิจกรรมบนอินเทอร์เน็ตของผู้คน เป็นตัวเร่งให้เกิดกระแสการเปลี่ยนแปลงไปสู่ดิจิทัลทุกด้านทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นเป็นการดำรงชีวิต การดำเนินธุรกิจ การทำอุตสาหกรรม (Matt, Hess & Benlian, 2015, pp. 339-341; Urbach & Roeglinger, 2019, p. 16) ส่งผลให้ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนยุ่งยาก นโยบายของรัฐในการแก้ปัญหาเหล่านี้จึงถูกเร่งให้เป็นดิจิทัลมากขึ้น (Glaser & Shaw, 2022, online) การใช้อำนาจและการตัดสินใจในระบบราชการตามสายการบังคับบัญชาแบบเดิมไม่สามารถตอบสนองและแก้ปัญหาที่ซับซ้อนนี้ได้ตามลำพังอีกต่อไป จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการตัดสินใจร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ความเชื่อมโยงภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขกับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนาที่สำคัญของประเทศ อาทิเช่น ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2569) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข นโยบายประเทศไทย 4.0 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมสะท้อนให้เห็นการกำหนดทิศทางที่ชัดเจนในเรื่องของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เป็นเครื่องมือในการพลิกโฉมประเทศไปสู่การทำงานบนแพลตฟอร์มดิจิทัลที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลและการแบ่งปันทรัพยากรผ่านการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนในการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ การแบ่งปันข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ และทรัพยากรร่วมกัน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพลิกโฉมให้เป็นดิจิทัล (สาธิต พันธุ์ไพศาล, 2562, ออนไลน์)

การดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจะสามารถบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยความร่วมมือในการทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายทั้งระบบนิเวศสุขภาพดิจิทัล ซึ่งจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากทั้งด้านกำลังคน ความรู้ ความเชี่ยวชาญ เทคโนโลยี งบประมาณ และภาวะผู้นำที่มีความสามารถในการทำให้เกิดการทำงานร่วมกันทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพ ทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยองค์กรอื่นและการทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร ซึ่งประกอบด้วยตัวแสดงที่หลากหลาย การพัฒนาความร่วมมือข้ามขอบเขตองค์กรจึงซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับตัวแสดงหลายคนพร้อมเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพในประเทศไทยสู่ดิจิทัล จึงกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพโดยการดำเนินการเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลภายใต้แนวคิดความร่วมมือหลายภาคส่วนเพื่อดำเนินการตามกรอบการพัฒนา 3 ด้านคือ การบูรณาการข้อมูลสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพของระบบการดูแลสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงมาตรฐานข้อมูลให้สามารถทำงานร่วมกันและแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ (วรราช เปาอินทร์, 2560, น. 34) ระบบดิจิทัลกำลังกลายเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพทั่วโลก (Makri, 2019, pp. e204-e205) ที่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาที่สะดวกรวดเร็วขึ้น ลดค่าใช้จ่ายลดระยะเวลา และมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้อย่างเท่าเทียมกัน (Slawomirski, 2019, pp. 14-21) ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพของการดูแลสุขภาพและเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Zeadally, Siddiqui, Baig & Ibrahim,

2019, pp. 93-95) จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพทั่วโลก (iScoop, 2018, online) การปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพไปสู่ดิจิทัลจะช่วยเพิ่มช่องทางการสื่อสารในองค์กรและเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรในการให้บริการประชาชนและสามารถรับมือได้ทันกับสถานการณ์โรค โดยภาคสาธารณสุขต้องสร้างวัฒนธรรมดิจิทัลเพื่อพัฒนาให้เกิดระบบนิเวศสุขภาพดิจิทัลที่เชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างบุคคล เทคโนโลยี ข้อมูลและทรัพยากร ด้วยการวางโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ตามยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ

4.3 การปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพไปสู่ดิจิทัลในเวทีโลก WHO เรียกร้องให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนของประเทศสมาชิกในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในระบบสุขภาพในระดับประเทศอย่างจริงจัง เพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth) (World Health Organization, 2012, online) ในการเชื่อมโยงผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน ครอบคลุมถึงการรับส่งข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยงานต่างๆ ดังนั้น องค์การอนามัยโลกและสหภาพโทรคมนาคมระหว่างประเทศ (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2564, ออนไลน์). จึงได้ร่วมกันพัฒนาชุดเครื่องมือยุทธศาสตร์ eHealth ระดับชาติขึ้นด้วย 7 องค์ประกอบ (Six Building Blocks Plus One) ที่ทำงานร่วมกันและเอื้ออำนวยให้เกิดการประสานความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระบบ เครื่องมือดังกล่าวนี้แบ่งเป็น 3 ชั้น (Layer) (World Health Organization,

2012, online) ดังนี้ ชั้นที่ 1 ส่วนรากฐานที่จำเป็นกับการพัฒนา (Foundation Policy and Strategy) ประกอบด้วย (1) ระบบอภิบาลและการนำ (Leadership and Governance) (2) ยุทธศาสตร์ และการลงทุน (Strategy and Investment) (3) นโยบาย กฎหมาย และการบังคับใช้ (Legislation, Policy and Compliance) (4) โครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ชั้นที่ 2 ส่วนสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการตามนโยบายและยุทธศาสตร์ (Enabling Policies and Strategies) ประกอบด้วย (5) มาตรฐานและการทำงานร่วมกันของระบบต่างๆ (Standards and Interoperability) (6) การสร้างและพัฒนาบุคลากร (Workforce, Capacity Building) ชั้นที่ 3 ส่วนการบริการสารสนเทศ (Service and Applications) (7) บริการในระดับการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

มติการประชุมสมัชชาอนามัยโลก WHA 58.28, WHA 66.24, และ WHA 71.7 เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ผลักดันให้ประเทศไทยซึ่งเป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลกมีความตื่นตัวและพยายามทำให้เกิดการยอมรับการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพให้เป็นดิจิทัล เพื่อสร้างความเท่าเทียมในสิทธิพื้นฐานของทุกคนในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเพื่อให้เกิดความตระหนักว่า Public Health เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทุกคน (Orme, Powell & Taylor, 2007, p. 66) เป็นพลังร่วมของประชาชน ของชุมชน และรัฐ (communities and local agencies) รัฐบาลจึงมีหน้าที่ในการสร้างนโยบายและระบบสุขภาพในการทำให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

4.4 แนวคิดความร่วมมือหลายภาคส่วน

แนวคิดความร่วมมือหลายภาคส่วน Collaborative Governance ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลาย (Bianchi, Nasi & Rivenbark, 2021, p. 1581; Ulibarri, Imperial, Siddiki & Henderson, 2023, pp. 495-496) โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของปฏิสัมพันธ์รัฐกับสังคมในกรอบของ Governance ทั้งในปฏิสัมพันธ์ร่วมกันเพื่อเป้าหมายร่วม และในมิติของความสัมพันธ์ข้ามพรมแดนหรือโครงสร้างการบริหารปกครองแบบดั้งเดิม แนวคิดความร่วมมือหลายภาคส่วนที่เป็นที่รู้จักและถูกกล่าวถึงอย่างกว้างขวาง ได้แก่ แนวคิดการจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วนเชิงโครงสร้างสถาบันของ Ansell และ Gash และแนวคิดระบอบการปกครองร่วมกันของ Emerson, Nabatchi และ Balogh ดังนี้

Ansell และ Gash (2008, pp. 544-548) ให้คำนิยาม Collaborative Governance ว่าเป็น การจัดการปกครองที่เจ้าหน้าที่รัฐหนึ่งหน่วยหรือมากกว่านั้นเข้าร่วมกระบวนการตัดสินใจกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีอิทธิพลอย่างเป็นทางการเพื่อกำหนดฉันทมติและนำไปสู่เป้าหมายการสร้างหรือนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ รวมถึงการจัดการทรัพยากรต่างๆ Ansell และ Gash (2008, p. 551) เสนอตัวแบบการจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน (A Contingency Model of Collaborative Governance) มีองค์ประกอบดังนี้ 1) เงื่อนไขก่อเกิดความร่วมมือ (Starting conditions) ได้แก่ ศักยภาพ อำนาจหน้าที่ และทรัพยากร แรงจูงใจและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภูมิหลังความสัมพันธ์ 2) บทบาทผู้นำการสร้างความร่วมมือ

(Facilitative leadership) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับการยอมรับ ความน่าเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีความสำคัญต่อระดับความสำเร็จในการทำงานร่วมกัน 3) การจัดโครงสร้างการทำงาน (Institutional Design) การออกแบบเชิงสถาบันในที่นี้หมายถึงข้อกำหนดและกฎพื้นฐานสำหรับการทำงานร่วมกันที่เปิดกว้างและครอบคลุม เพื่อสร้างความถูกต้องชอบธรรมของกระบวนการทำงานร่วมกัน 4) วงจรกระบวนการทำงานร่วมกัน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพึ่งพาซึ่งกันและกันผ่านกระบวนการทำงานร่วมกันที่เป็นวัฏจักรวนซ้ำประกอบด้วย การสนทนาแบบตัวต่อตัว การสร้างความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ความมุ่งมั่นร่วมกัน ความเข้าใจร่วมกัน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างทำงานร่วมกัน (Huxham, 2003, pp. 408-413; Imperial, 2005, pp. 293-310)

Emerson, Nabatchi, และ Balogh (2012, pp. 2-4) ได้ให้ความหมาย Collaborative Governance ไว้ว่าเป็น กระบวนการและโครงสร้างของการตัดสินใจและการจัดการนโยบายสาธารณะที่มีส่วนร่วมกับผู้คนอย่างสร้างสรรค์ข้ามขอบเขตหน่วยงานหรือระดับของการปกครองทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์สาธารณะที่ไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ด้วยวิธีอื่น โดยนำเสนอกรอบการทำงานเชิงบูรณาการสำหรับการกำกับดูแลแบบร่วมมือ (An Integrative Framework for Collaborative Governance) (Emerson, 2018, pp. 4-6; Emerson & Nabatchi, 2015, pp. 15-19) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่กำหนดกระบวนการและโครงสร้างของการตัดสินใจนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมข้ามขอบเขตองค์กรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม

เพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของรัฐที่ไม่สามารถทำได้ด้วยวิธีการอื่น ข้อตกลงการกำกับดูแลที่หน่วยงานภาครัฐหนึ่งหน่วยงานหรือมากกว่ามีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ไม่ใช่รัฐในกระบวนการตัดสินใจร่วมกันที่เป็นทางการและมีเป้าหมายเพื่อสร้างหรือดำเนินการนโยบายสาธารณะหรือจัดการโครงการหรือสินทรัพย์สาธารณะ การปกครองแบบร่วมมือถือเป็นหัวใจของการบริหารราชการและประชาธิปไตยในมุมมองที่กว้างขึ้น มีความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และความชอบธรรมในระดับที่สูงขึ้น มีการทำงานเชิงบูรณาการในการกำกับดูแลแบบร่วมมือเป็นสามมิติที่ซ้อนกัน Emerson, Nabatchi, และ Balogh (2012, p. 5) ประกอบด้วย 1) บริบทของระบบ 2) ระบบการปกครองแบบร่วมมือ และ 3) พลวัตและการดำเนินการร่วมกัน บริบทของระบบได้แก่ อิทธิพลทางการเมือง กฎหมาย เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม และอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบและได้รับผลกระทบจากการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิด *ตัวขับเคลื่อนซึ่งรวมถึงความเป็นผู้นำ สิ่งจูงใจที่ตามมา การพึ่งพาซึ่งกันและกัน และความไม่แน่นอน* จึงเป็นได้ทั้งโอกาส ข้อจำกัด และมีอิทธิพลต่อการเริ่มต้นการกำหนดทิศทางการทำงานและการเปลี่ยนแปลงการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ตั้งแต่เริ่มต้นและตลอดความร่วมมือ

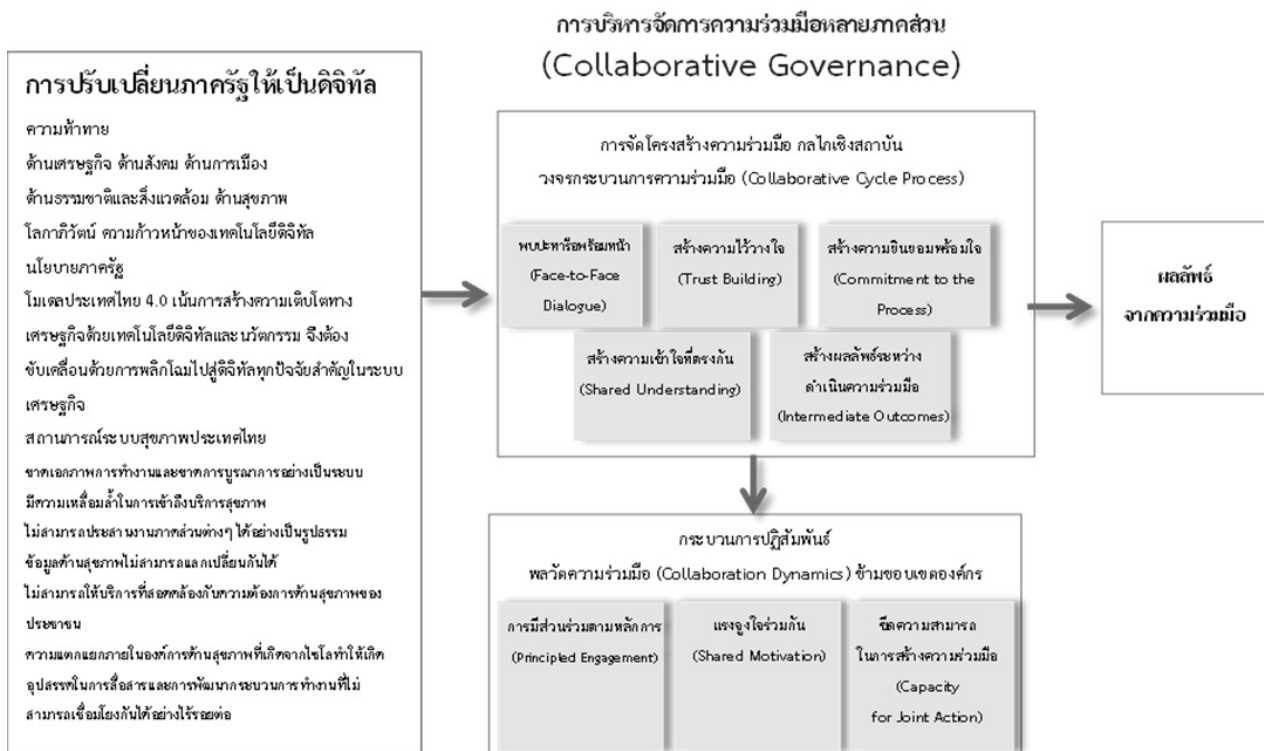
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วนเชิงโครงสร้างสถาบัน

ของ Ansell และ Gash และแนวคิดระบอบการปกครองร่วมกันของ Emerson, Nabatchi และ Balogh ทั้งสองแนวคิดเป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการวิเคราะห์ อภิปราย และสรุปผลการวิจัย โดยแนวคิดของ Ansell และ Gash สะท้อนให้เห็นโครงสร้างสถาบันในการทำงานร่วมกันที่เกิดจากฉันทมติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่วนแนวคิดของ Emerson, Nabatchi และ Balogh สะท้อนให้เห็นขอบเขตที่ขยายกว้างขึ้นโดยมุ่งเน้นการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนข้ามขอบเขตองค์กร เนื่องจากระบบสุขภาพเป็นระบบเปิด สภาพแวดล้อมภายนอก เช่น การเมือง เศรษฐกิจ สังคมทั้งของประเทศ ภูมิภาค และโลกจึงมีอิทธิพลต่อองค์ประกอบหลักที่สำคัญของระบบสุขภาพทั้งระบบ การบริหารจัดการระบบต้องเอื้อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงการบริการสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ (จารุวรรณธาดาเดช และปิยธิดา ตรีเดช, 2560, น. 39-42) การปรับตัวเชิงสถาบันของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อยกระดับขีดความสามารถในกระบวนการปกครองโดยรัฐให้สอดคล้องกับบริบทแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (สมศักดิ์ ชุณหะวัณ, 2565, ออนไลน์) กดดันให้ต้องลดอำนาจลงและหันไปใช้ความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นในการบริหารจัดการร่วมกัน โดยกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีบทบาทกำกับทิศทางการบริหารนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเช่นเดิมแต่มีหน้าที่ดึงบทบาทของตัวแสดงอื่นๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมกันโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและเน้นการกระจายอำนาจในแนวราบ (Osborne, 2006, pp. 381-384) มากขึ้นด้วยแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงหลายภาคส่วน (Scott &

Thomas, 2017, p. 647) ที่ต้องมีการกำกับดูแลร่วมกัน บนพื้นฐานความสมดุลของบริบทแวดล้อม กระบวนการ และองค์ประกอบต่างๆ การวิเคราะห์การปฏิสัมพันธ์ ระหว่างตัวแสดงต่างๆ ในการทำงานร่วมกันตามแนวคิด ความร่วมมือหลายภาคส่วนสามารถพิจารณาได้ในมิติด้าน โครงสร้างและมิติด้านกระบวนการ (วสันต์ เหลืองประภัสร์, 2563, น. 63-66) โดยแนวคิดการจัดการความร่วมมือ หลายภาคส่วนเชิงโครงสร้างสถาบันของ Ansell และ Gash ใช้วิเคราะห์ระดับโครงสร้างของการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการร่วมมือขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะที่สะท้อนให้เห็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ สำคัญ เช่น กลไกเชิงสถาบันต่างๆ ได้แก่ กฎเกณฑ์ ระเบียบ บรรทัดฐานพฤติกรรม แบบแผนของการสื่อสาร

ทรัพยากรทางวัตถุและเทคโนโลยี เป็นต้น ซึ่ง Ansell และ Gash ระบุขอบเขตของตัวแบบที่นำเสนอในประเด็น การทำงานร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่ได้กล่าวถึง การทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร ส่วนแนวคิด ระบอบการปกครองร่วมกันของ Emerson, Nabatchi และ Balogh ใช้วิเคราะห์ด้านกระบวนการของการปฏิสัมพันธ์ ให้เห็นถึงลักษณะการกระทำของตัวแสดงที่เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม รวมถึง ชีตความสามารถในการแสดงบทบาทของตัวแสดงทุกภาค ส่วน สะท้อนให้เห็นเจตนาความตั้งใจ เป้าหมาย คุณค่า ผลประโยชน์ที่ตัวแสดงยึดถือ ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดรูปแบบ การแสดงออกของตัวแสดงทุกภาคส่วนที่จะนำไปสู่ การกำกับดูแลร่วมกันให้ความร่วมมือดำเนินไปอย่างราบรื่น ตั้งแต่เริ่มต้นจนบรรลุเป้าหมายและมีความยั่งยืน



วิธีการศึกษา

6.1 ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมุ่งศึกษาค้นคว้าเพื่อให้เกิดความเข้าใจการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน (Collaborative Governance) โดยใช้วิธีการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Document Review) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้บริหารในองค์กรภาคส่วนที่เป็นภาคีในกรณีศึกษาความร่วมมือเรื่องการดำเนินการเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (พ.ศ.2560-2565)

6.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้บริหารในองค์กรที่เป็นภาคีความร่วมมือเรื่องการดำเนินการเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (พ.ศ.2560-2565) ประกอบด้วยองค์กรภาคส่วน 3 หน่วยงาน ดังนี้ ภาคส่วนที่ 1 กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (DES) ภาคส่วนที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข (MOPH) ภาคส่วนที่ 3 สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (DGA) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดจำนวน 21 คน

6.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมตัวแปรต่างๆ ตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ที่กำหนด

หัวข้อศึกษาไว้ล่วงหน้าอย่างกว้างๆ เน้นการสื่อสารสองทาง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกผ่านการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล 2) แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกข้อมูลเบื้องต้นผู้ให้ข้อมูลสำคัญและรายละเอียดของการสัมภาษณ์ ได้แก่ ครั้งที่ วันที่ เวลาการสัมภาษณ์

6.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทุติยภูมิ รวบรวมจากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพประเทศไทยสู่ดิจิทัล ในความร่วมมือเรื่องการดำเนินการเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (พ.ศ.2560 - 2565) อาทิ ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2569) ข้อมูลระบบสุขภาพประเทศไทย ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข นโยบายประเทศไทย 4.0 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม 2) ข้อมูลจากการทบทวนทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความร่วมมือหลายภาคส่วน *ข้อมูลปฐมภูมิ* จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญใน 3 ประเด็น คือ กระบวนการความร่วมมือองค์ประกอบ ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วนในการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทยสู่ดิจิทัล

6.5 การวิเคราะห์ข้อมูล กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยงานหลัก 3 งาน (ชาย โพธิ์สิตา, 2564, น. 241-271) ได้แก่ 1) *การจัดการข้อมูล* ที่ได้จากการเก็บข้อมูลภาคสนามให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ในการวิเคราะห์ด้วยการจัดระเบียบข้อมูลทั้งทางกายภาพและ

ทางเนื้อหา การจัดระเบียบข้อมูลทางกายภาพคือ การถอดข้อมูลจากการสัมภาษณ์ออกมาเป็นเอกสารเพื่อความสะดวกในการอ่านวิเคราะห์และเก็บรักษา การจัดระเบียบข้อมูลทางเนื้อหาเป็นการคัดแยกและเฟ้นเอาข้อมูลที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยข้อมูลเหล่านั้นจะถูกให้รหัสหรือทำเครื่องหมายแยกเป็นชิ้นๆ ไว้ เพื่อความสะดวกในการนำมาใช้ และขณะเดียวกันก็เป็นการย่อหรือทอนข้อมูลให้มีขนาดเล็กลง 2) *การแสดงข้อมูล/ข้อค้นพบ* โดยนักวิจัยพัฒนาข้อค้นพบที่ได้เป็นประเด็นๆ จากข้อมูลที่ให้รหัสไว้ เมื่อนำแต่ละประเด็นมาร้อยเรียงเข้าด้วยกัน จะเป็นเหมือนกรอบเรื่องราวทั้งหมดของปรากฏการณ์ที่ศึกษา 3) *การอธิบายข้อมูล/ข้อค้นพบ* ในรูปของแนวคิด ทฤษฎีร่วมกับการพิจารณาความสอดคล้องกับสถานการณ์ และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุป เรียบเรียง และรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหาเชิงพรรณนา (descriptive analysis)

6.6 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

โดยการตรวจสอบด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญร่วมกับแหล่งเอกสาร

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญใน 3 ประเด็น คือ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการก่อให้เกิดความร่วมมือ 2) การทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร 3) ปัญหาและอุปสรรค ตามตารางที่ 1

มีรายละเอียดดังนี้

7.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการก่อให้เกิดความร่วมมือ (Starting Conditions)

บริบทแวดล้อม ซึ่งเป็นเงื่อนไขการเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดความร่วมมือและเป็นปัจจัยกำหนดพื้นฐานความไว้วางใจให้เกิดขึ้นตั้งแต่แรกเริ่มเป็นหัวใจสำคัญในการทำงานร่วมกันของภาคีความร่วมมือหลายภาคส่วน ผลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในภาคีทั้งสามภาคส่วนมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่าความร่วมมือในการดำเนินการเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลมีบริบทแวดล้อมที่เกิดจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ในกระแสโลกที่ส่งผลให้การบริหารจัดการภาครัฐทั่วโลกเปลี่ยนแปลงไปสู่ดิจิทัลมากขึ้นเพื่อให้ภาครัฐตอบสนองได้ตรงความต้องการและได้รับความชอบธรรมจากประชาชน จึงกำหนดยุทธศาสตร์ชาติและนโยบายรัฐบาล ในการพัฒนาการบริหารงานภาครัฐให้ทันสมัยและเป็นดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงานภาครัฐให้สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนในการได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม

แรงขับที่ก่อให้เกิดความร่วมมือ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับแรงขับที่ก่อให้เกิดความร่วมมือพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความเห็นตรงกันว่า *แรงขับ* ที่ก่อให้เกิดความร่วมมือลำดับแรกคือ *ความแตกต่างในเรื่องของศักยภาพ อำนาจหน้าที่ ทรัพยากร* ของภาคีที่เกี่ยวข้อง รองลงมาคือ *แรงจูงใจที่ทำให้ตัวแสดงต่างๆ*

เข้ามาสร้างความร่วมมือกัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ภาครัฐและภาคส่วนต่างๆ หันหน้าเข้าหากันเพื่อสร้างความร่วมมือและเป็นแรงผลักดันให้เกิดการทำงานร่วมกัน กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานภาครัฐจึงตัดสินใจสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นหรือภาคส่วนอื่นทั้งภายในและภายนอกภาครัฐในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ โดยแสดงบทบาทกระตุ้นและส่งเสริมให้ตัวแสดงภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมทำงานภายใต้ความร่วมมือหลายภาคส่วน แม้ว่าความร่วมมือครั้งนี้จะเกิดขึ้นจากการริเริ่มผลักดันภายใต้อำนาจหน้าที่ของภาครัฐ แต่โดยพื้นฐานภาคีทุกฝ่ายต้องมีความสมัครใจที่จะเข้ามาทำงานร่วมกัน

7.2 การทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร (Cross-Organizational Boundaries Collaboration)

ผลการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสามภาคส่วนมีความเห็นตรงกันว่าการทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กรประกอบด้วยมิติต่างๆ ตามตารางที่ 1 ได้แก่ **พลวัตความร่วมมือ** **ขีดความสามารถในการสร้างความร่วมมือ** และ **การกำกับดูแลร่วมกัน** ดังนี้

1) พลวัตความร่วมมือ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมตามหลักการและแรงจูงใจร่วมกัน ดังนี้

การมีส่วนร่วมตามหลักการ ผลจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความเห็นตรงกันว่าพลวัตความร่วมมือเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมตามหลักการได้แก่ การค้นหา (discovery) การกำหนดนิยาม (definition) ประเด็นปัญหา การพิจารณาไตร่ตรองอย่างลึกซึ้ง (deliberation) และความมุ่งมั่น (determinations) เพื่อ

กำหนดขอบเขตการทำงานร่วมกัน กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ให้มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน จากการสนทนอย่างตรงไปตรงมาและสร้างสรรค์เพื่อให้บรรลุข้อตกลงร่วมกันระหว่างภาคีทุกฝ่ายที่ทำให้มั่นใจว่าภาคีทุกฝ่ายต่างมุ่งไปสู่แนวทางแก้ไขปัญหาให้บรรลุเป้าหมายในท้ายที่สุดและรักษาความร่วมมือให้ยาวนาน ทั้งนี้ต้องมีการจัดโครงสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ เพื่อกำหนดกฎพื้นฐานที่จะทำให้ภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายเข้ามามีบทบาทในการดำเนินการเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกัน และจะส่งผลให้เกิดการกำกับดูแลร่วมกันที่ราบรื่น การจัดโครงสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ได้แก่ การดึงภาคีทุกฝ่ายเข้ามามีบทบาทร่วมกัน การจัดกลไกการตัดสินใจร่วมกันระหว่างภาคี การกำหนดกฎเกณฑ์ข้อตกลงการทำงานร่วมกัน การเปิดกว้างเชิงโครงสร้างความร่วมมือ กระบวนการบริหารงานที่โปร่งใส และการกำหนดกรอบระยะเวลาในการทำงาน

แรงจูงใจร่วมกัน ผลการสัมภาษณ์พบว่า มีหลายประเด็นที่ทำให้เกิดแรงจูงใจร่วมกันในการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ได้แก่ **การมีผลประโยชน์ร่วมกัน** **การมีเป้าหมายร่วมกัน** **การตัดสินใจร่วมกัน** **การสมัครใจทำงานร่วมกัน** **การเคารพในความสามารถของแต่ละฝ่าย** โดยการมี**ผลประโยชน์ร่วมกัน** เป็นประเด็นที่ทั้งสามภาคส่วนมีความเห็นตรงกันว่าช่วยสร้างให้เกิดแรงจูงใจร่วมกัน

2) ขีดความสามารถในการทำงานร่วมกัน

การทำงานร่วมกันจะบรรลุประสิทธิผลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับขีดความสามารถในการประสานความร่วมมือใน 2 ระดับ คือ ระดับองค์กร และ ระดับบุคคล เพราะภาคี

แต่ละฝ่ายมีระดับขีดความสามารถในการประสานความร่วมมือกันน้อยแตกต่างกัน ผลการสัมภาษณ์พบว่า ทั้งสามภาคส่วนให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความสามารถในการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ดังนี้

ภาคส่วนกระทรวงดิจิทัลฯ และภาคส่วนสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัลฯ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถในการทำงานร่วมกันกับองค์กรอื่นทั้งในระดับองค์กรและระดับบุคลากรอย่างชัดเจนโดยมีการส่งเสริมสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมดิจิทัล รวมทั้งการพัฒนากำลังคนด้านดิจิทัล ส่งเสริมการบูรณาการและยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานภาครัฐผ่านการเชื่อมโยงสารสนเทศจากหลายหน่วยงานด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชน และประชาชน

ภาคส่วนสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) วางกลยุทธ์ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในองค์กรต้องมีพันธกรรม หรือ DNA ของการเป็น “Smart Connector” คือ ผู้ร่วมคิด ร่วมสร้างสรรค์ พร้อมทำงานเชื่อมต่อภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อทำให้ผู้คนมีชีวิตที่ดีขึ้น ผลักดันให้เกิดความก้าวหน้าของรัฐบาลดิจิทัลอย่างเป็นรูปธรรมที่ทุกภาคส่วนร่วมมือกันยกระดับการให้บริการภาครัฐให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณะภาครัฐได้โดยสะดวก พัฒนาทักษะดิจิทัลกับผู้บริหารและบุคลากรภาครัฐ

ภาคส่วนกระทรวงสาธารณสุข เสริมสร้างสมรรถนะองค์กรด้วย 4T (Trust, Teamwork & Talent, Technology, Targets) เพื่อพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง

และเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรให้มีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น โดยมี Work Life Balance ปรับตัวได้ในภาวะวิกฤต และเรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง บูรณาการทุกภาคส่วนเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข

3) การกำกับดูแลร่วมกัน หรือ การบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน ได้แก่ วงจรกระบวนการความร่วมมือ และ ภาวะผู้นำ กลไกขับเคลื่อนความร่วมมือหลายภาคส่วน ดังนี้

วงจรกระบวนการความร่วมมือ (Collaborative Process Cycle) ผลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญพบว่า ทั้งสามภาคส่วนมีความเห็นตรงกันว่าการทำงานร่วมกันมีกระบวนการตามขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนการเจรจาหารือกันพร้อมหน้าทุกฝ่าย ขั้นตอนการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ขั้นตอนการสร้างความยินยอมในการทำงานร่วมกัน ขั้นตอนการสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน ขั้นตอนการสร้างผลลัพธ์ของความร่วมมือให้เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วยวงจรของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างภาคี ซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตที่วนซ้ำเป็นวัฏจักร ผลของความร่วมมือครั้งแรกๆ จึงส่งผลต่อการสร้างความร่วมมือในการทำงานร่วมกันรอบต่อไป ขึ้นอยู่กับการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนในวงจรกระบวนการความร่วมมือ

ภาวะผู้นำ กลไกขับเคลื่อนความร่วมมือหลายภาคส่วน ผลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ผู้นำมีความสำคัญอย่างมากต่อการทำงานร่วมกันทั้งภายในองค์กรเองและข้ามขอบเขต

องค์กร การทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนจะสำเร็จได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับบทบาทของผู้นำในการเอื้ออำนวยกระบวนการสร้างความร่วมมือ ความเป็นผู้นำในการเป็นตัวกลางและอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับกระบวนการทำงานร่วมกัน ผู้นำที่มีบทบาทเอื้ออำนวย

การสร้างความร่วมมือ มีความสำคัญในการดึงภาคีฝ่ายต่างๆ เข้ามาทำงานร่วมกัน ผลักดันเป้าหมายร่วมกันผ่านกระบวนการกำกับดูแลร่วมกัน ลดอุปสรรคในการทำงานร่วมกันที่เกิดจากสถานะอำนาจหน้าที่แตกต่างกัน และสามารถชี้แนะทุกฝ่ายตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของกระบวนการสร้างฉันทมติในการทำงานร่วมกันที่จะนำไปสู่การผลักดันเป้าหมายของภาคีทุกฝ่าย

ตารางที่ 1: การกำกับดูแลความร่วมมือหลายภาคส่วน

		การกำกับดูแลความร่วมมือหลายภาคส่วน			
บริบทของระบบ (System Context)	แรงขับ (Drivers)	การทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร			ผลลัพธ์จากความร่วมมือ (Outputs Collaborative Actions)
		พลวัตความร่วมมือ (Collaborative Dynamics)			
		การมีส่วนร่วมตามหลักการ (Principled Engagement)	แรงจูงใจร่วมกัน (Shared Motivation)	ศักยภาพการทำงานร่วมกัน (Capacity for Joint action)	
กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (DES)					
-นโยบาย/ยุทธศาสตร์ชาติ	-ความแตกต่างของ	-มีการพบปะหารือ	-มีทีมงานร่วมกัน	-พัฒนาแนวทางเรียนรู้	-แก้ปัญหาพร้อมกัน
-กรอบกฎหมาย	-อำนาจหน้าที่ทรัพยากร	-ตัดสินใจร่วมกัน	-สมัครใจเข้าร่วม	-ถ่ายทอดความรู้ซึ่งกัน	-สร้างผลลัพธ์ให้เกิดขึ้น
-แนวโน้มการพัฒนาไปสู่	-ความจำเป็นในการพึ่งพา	-กระบวนการค้นหาตัว	-การสร้างความไว้วางใจ	-มีวัฒนธรรมการ	ระหว่างทำงานร่วมกัน
-ดิจิทัลของโลก	-องค์กรอื่น	-แสดงที่เกี่ยวข้อง	-ร่วมกัน	-ทำงานร่วมกับองค์กรอื่น	-ดำเนินการความร่วมมือได้ราบรื่น
-พลวัตทางการเมือง/	-สิ่งจูงใจตามมา	-กำหนดนิยามร่วมกัน	-มีความยินยอมพร้อมใจ	-มีแนวปฏิบัติชัดเจน	-ขยายขอบเขตมีภาคีเพิ่มขึ้น
-ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ	-การพึ่งพาซึ่งกันและกัน	-ร่วมพิจารณาโครงสร้าง	-มีเป้าหมายเดียวกัน	-มีวัฒนธรรมการ	อย่างกว้างขวาง
-ความก้าวหน้าของ	-มีความเข้าใจตรงกัน	-จัดโครงสร้างร่วมกัน	-การสร้างความเข้าใจร่วมกัน	-เรียนรู้ร่วมกัน	
-เทคโนโลยีดิจิทัลในสังคมโลก	-ไม่เป้าหมายร่วมกัน	-สัมพันธ์ร่วมกันที่	-มีความชอบธรรม	-ยอมรับในจุดแข็งของแต่ละฝ่าย	
	-มีประเด็นปัญหาตรงกัน	-เกิดกว้าง	-การตัดสินใจร่วมกัน	-มีผู้นำที่ริเริ่ม	
กระทรวงสาธารณสุข (MOPH)					
-พลวัตการเปลี่ยนแปลงไป	-การพัฒนากระบวนการ	-พบปะหารือกำหนดบทบาท	- center forum	-ภาวะผู้นำที่เอื้อให้เกิดความ	-ลด cost และเวลา ในการลงทุน
-สู่ดิจิทัลของกระแสโลก	-ทำงานด้านสุขภาพ	-หน้าที่ ครอบคลุมระยะเวลา	- health plan	-ร่วมมือ	-แก้ปัญหาข้อจำกัดร่วมกัน
-ยุทธศาสตร์ชาติและ	-ภาครัฐให้ทุนสนับสนุน	-กฎกติกา	- collaboration	-มีทักษะการเจรจา	-มีภาคีเข้าร่วมเพิ่มขึ้น
-นโยบายการพัฒนาประเทศ	-ความคาดหวังของ	-ตั้งภาคีทุกฝ่ายเข้าร่วม		-มีการพึ่งพาอาศัยกัน	-ร่วมมือกันวัดผลได้ทันเวลา
-การทำงานร่วมกันบน	-ประชาชนในการได้รับ	-พบปะหารือ ตัดสินใจร่วมกัน		-ให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วม	
-แพลตฟอร์มดิจิทัล	-บริการที่มีคุณภาพจากรัฐ	-กำหนดบทบาทหน้าที่ที่โปร่งใส		-สร้างปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน	
-ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง	-ยอมรับในจุดเด่น จุดด้อย	-มีข้อตกลงความร่วมมือ		-ชักชวนองค์กรอื่นเข้าร่วม	
-มีความขัดแย้งในอดีต	-ข้อจำกัด และสมรรถนะที่	-กำหนดบทบาทหน้าที่			
	-แตกต่างกัน	-กติกางานร่วมกัน			
สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) DGA					
-เคยทำงานร่วมกันมาก่อน	-มี empathy	-มี Co-Ordinator	-การใช้ประโยชน์ร่วมกันจาก	- การประสานงาน	-ขยายภาคีเครือข่ายกว้างขึ้น
-มี point point ตรงกันจาก	-ดิจิทัลเป็นเรื่องของทุกคน	-มี implement manager	-ทรัพยากรที่มีอย่างคุ้มค่า	-พัฒนาเครื่องมือทำงาน	-อำนวยความสะดวก
-กระแสดิจิทัล	-ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งประชาชน	-ยึดกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง	-Shared services	-พิจารณาปัญหาพร้อมกัน	-ลด cost ในการลงทุน
	-ผู้ประกอบการ		-เพิ่มประสิทธิภาพบริการ	-ประมวลผล	
	-รับรู้ข้อจำกัดซึ่งกันและกัน		-แก้ปัญหาพร้อมกัน		

อภิปรายผลการศึกษา

8.1 กระบวนการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน

การวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดการกำกับดูแลร่วมกันหลายภาคส่วน (Collaborative Governance) อภิปรายได้ว่า กระบวนการบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วน ในความร่วมมือเรื่องการค้าเงินเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล

(พ.ศ.2560-2565) ประกอบด้วย *เงื่อนไขในการก่อให้เกิดความร่วมมือ* ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเชิงโครงสร้างสถาบันของ Ansell และ Gash (2008, pp. 549-561) ที่มุ่งเน้นในการสร้างให้เกิดฉันทมติร่วมกันในหมู่ตัวแสดงที่มาร่วมมือกัน และ *การมีส่วนร่วมตามหลักการ* ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Emerson (Emerson, 2018, pp. 2-3; Heikkila, Gerlak, Emerson & Nabatchi, 2015, pp. 57-64; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012, pp. 10-13) ในมุมมองที่กว้างขึ้นเสมือนเป็นเครื่องมือในการทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร ดังนี้

1) *เงื่อนไขในการก่อให้เกิดความร่วมมือ (Starting Conditions)* กรณีศึกษานี้มีเงื่อนไขในการก่อให้เกิดความร่วมมือที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดเชิงโครงสร้างของ Ansell และ Gash (2008, pp. 549-561) ในเรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างความร่วมมือใน *มิติบริบทของระบบและแรงขับ (System and Drivers)* ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ประการคือ 1) บริบทที่มีความไม่แน่นอน ซับซ้อน ของสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง นโยบายและกรอบกฎหมาย 2) การพึ่งพาซึ่งกันและกัน ระหว่างองค์กรที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ด้วยตนเองต้องอาศัยองค์กรอื่นผ่านการดำเนินการร่วมกันเพื่อลดข้อจำกัดของความแตกต่างในเรื่องศักยภาพอำนาจ หน้าที่ ทรัพยากร 3) สิ่งจูงใจที่เป็นผลสืบเนื่องเพื่อขับเคลื่อนการทำงานร่วมกันข้ามพรมแดนซึ่งมาจากแรงกดดันภายในเช่น ประเด็นปัญหา ความต้องการทรัพยากร ความสนใจ และแรงกดดันจากภายนอก เช่น วิกฤต สถานการณ์ของสถาบัน ภัยคุกคาม 4) ผู้นำ เป็นกลไกสำคัญในการจูงใจให้ผู้เข้าร่วมความร่วมมือที่หลากหลาย

และสร้างเงื่อนไขที่เหมาะสมในการทำงานร่วมกัน

2) *การมีส่วนร่วมตามหลักการ (Principled Engagement)* การปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพประเทศไทยสู่ดิจิทัลในยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขตามกรอบการพัฒนา eHealth ขององค์การอนามัยโลก และยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยไปสู่ดิจิทัลให้ก้าวทันความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในกระแสโลก การปรับเปลี่ยนดังกล่าวไม่สามารถดำเนินการโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหน่วยงานใดเพียงลำพัง จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือหลายภาคส่วนเพื่อสร้างพลังในการผลักดันและขึ้นนำการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย โดยมีผู้บริหารที่มีอำนาจเพียงพอทั้งในการบริหารจัดการ แนวตั้งและแนวนอนในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงและประสานพลังจากฝ่ายต่างๆ ให้เกิดการทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร ภายใต้ *การมีส่วนร่วมตามหลักการในลักษณะข้ามขอบเขตองค์กร* ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Emerson (Emerson, 2018, pp. 2-3; Heikkila, Gerlak, Emerson & Nabatchi, 2015, pp. 57-64; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012, pp. 10-13) ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) มิติพลวัตความร่วมมือ 2) มิติขีดความสามารถในการสร้างความร่วมมือ 3) มิติการกำกับดูแลร่วมกัน ดังนี้

มิติพลวัตความร่วมมือ (Collaboration Dynamics) พลวัตความร่วมมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ *การมีส่วนร่วมตามหลักการ และแรงจูงใจร่วมกัน* ดังนี้ 1) *การมีส่วนร่วมตามหลักการ (Principled Engagement)* ได้แก่ การค้นหา

(discovery) การกำหนดนิยามปัญหาร่วมกัน (definition) โดยมีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างลึกซึ้ง (deliberation) เพื่อกำหนดขอบเขตการทำงานเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ให้มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน นำไปสู่การพบปะสนทนาอย่างตรงไปตรงมาและสร้างสรรค์ เพื่อให้บรรลุข้อตกลงร่วมกันระหว่างภาคีทุกฝ่าย จนเกิดความมุ่งมั่น (determinations) ว่าภาคีทุกฝ่ายต่างมุ่งไปสู่แนวทางแก้ไขปัญหาให้บรรลุเป้าหมาย รวมถึงการสร้างและรักษาความร่วมมือให้ยาวนาน ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดโครงสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (Institutional Design) เปิดโอกาสให้ภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายเข้ามามีบทบาทในการทำงานร่วมกัน ภายใต้บันทึกข้อตกลงความเข้าใจร่วมกัน (MOU) โดยกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) ร่วมกันจัดโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาคีเครือข่ายร่วมกันอย่างเป็นทางการบนหลักการพื้นฐานที่สำคัญคือ เป็นโครงสร้างที่เปิดกว้างให้โอกาสภาคีทุกฝ่ายสามารถเจรจาแลกเปลี่ยน ตั้งคำถาม โต้แย้ง เสนอแนะ พินิจพิเคราะห์ ไตร่ตรอง ตัดสินใจร่วมกันได้ และผลลัพธ์ของนโยบายต้องสะท้อนถึงฉันทมติและได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายอย่างกว้างขวาง 2) แรงจูงใจร่วมกัน (Shared Motivation) ปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจร่วมกันได้แก่ การมีผลประโยชน์ร่วมกัน การมีเป้าหมายร่วมกัน การตัดสินใจร่วมกัน การสมัครใจทำงานร่วมกัน การเคารพในความสามารถของแต่ละฝ่าย ซึ่งสอดคล้องกันแนวคิดของ (Emerson, 2018, p. 4) การทำงานร่วมกันของทั้งสามภาคส่วนฉายภาพให้เห็นว่าการสร้างแรงจูงใจร่วมกันเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะนำไปสู่การกำกับดูแลร่วมกันได้

นอกจากนี้ การเข้ามาทำงานร่วมกันยังเป็นช่องทางที่ทำให้ภาคีที่มีศักยภาพ อำนาจหน้าที่ ทรัพยากรที่ด้อยกว่าหรือแตกต่างกันมีพื้นที่ในการร่วมแสดงบทบาทหลักด้านการกำกับดูแลร่วมกันให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการ อย่างไรก็ตาม ระบบบริหารราชการที่มีสายการบังคับบัญชาจากบนลงล่างตามลำดับชั้น การปรับเปลี่ยนตำแหน่งของผู้บริหารระดับกำหนดนโยบายส่งผลกระทบต่อการทำงานของแรงจูงใจร่วมกันในการดำเนินความร่วมมือ เนื่องจากนโยบายการดำเนินความร่วมมือต้องใช้ระยะเวลายาวในการวางโครงสร้างพื้นฐานและสร้างความเปลี่ยนแปลง แต่การดำรงตำแหน่งของผู้บริหารมีระยะเวลาสั้นกว่า ทำให้เกิดช่องว่างในการส่งต่อภารกิจซึ่งมีผลต่อการทำงานตามแนวทางความร่วมมือหลายภาคส่วนข้ามขอบเขตองค์กร ผู้บริหารเปลี่ยนนโยบายอาจเปลี่ยนตาม แม้จะมีบันทึกความเข้าใจร่วมกันเป็นหลักยึดในการทำงานร่วมกันก็ตาม ส่งผลให้บันทึกความเข้าใจร่วมกันที่ไม่มีบังคับผลตามกฎหมายกลายเป็นเพียงกระดาษแผ่นเดียว ทำให้ต้องเริ่มกระบวนการสร้างแรงจูงใจร่วมกันขึ้นใหม่เพื่อให้ความร่วมมือยังคงอยู่และมีความต่อเนื่อง

มิติขีดความสามารถในการสร้างความร่วมมือ (Collaboration Capacity) การประสานความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในระดับองค์กร และระดับบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร สอดคล้องกับแนวคิดของ Emerson (Emerson, 2018, p. 4; Heikkila, Gerlak, Emerson & Nabatchi, 2015, pp. 68-73; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012, pp. 14-17) และ วสันต์ เหลืองประภัสร์ (2563, น. 121-129) ดังนี้ ระดับ

องค์กร ควรมียุทธศาสตร์และกระบวนการทำงานภายในองค์กรที่สอดคล้องและเอื้ออำนวยให้เกิดการประสานความร่วมมือกับองค์กรภาคส่วนอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ใน 4 ลักษณะ คือ 1) มีวัฒนธรรมการทำงาน (Collaborative culture) ภายในองค์กรที่เอื้อต่อการดำเนินงานร่วมกับองค์กรอื่นทุกภาคส่วน 2) มีกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกันกับองค์กรอื่น (Learning in Collaboration) 3) มีผู้นำองค์กรที่สนับสนุนการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น (Organization Leadership) 4) ได้รับความไว้วางใจจากองค์กรอื่น และยึดมั่นใน หลักเกณฑ์การทำงานร่วมกัน (Inter-organizational trust and principled conduct) ระดับบุคคล ควรมีบุคลากรผู้ขับเคลื่อนการประสานความร่วมมือที่มีทักษะความสามารถในการประสานความร่วมมือใน 2 ลักษณะ ดังนี้ 1) ความสามารถในการเป็น ผู้ประสานเชื่อมโยงภาคี (Boundary-spanner) 2) ความสามารถในการเป็น ผู้สร้างเครือข่าย (Reticulists) ซึ่งได้แก่ลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลด้านการเจรจาสื่อสาร การใช้ถ้อยคำและท่าทีการพูดจาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และทักษะเป็นเลิศด้านการประสานเชื่อมโยงฝ่ายต่างๆ ให้เข้ามาทำงานร่วมกัน เชื่อมโยงบทบาทที่แตกต่างกันของภาคีทุกฝ่ายเพื่อการดำเนินงานร่วมกันให้บรรลุผล

มิติการกำกับดูแลร่วมกัน (Collaborative Governance) การกำกับดูแลร่วมกันจะเกิดขึ้นได้ด้วยองค์ประกอบ 2 ส่วนบนพื้นฐานของการตัดสินใจร่วมกันทุกฝ่ายซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเชิงโครงสร้างของ Ansell และ Gash (2008, pp. 543-548, 558) ที่มุ่งสร้างให้เกิด

ฉันทมติร่วมกันเพื่อนำนโยบายไปสู่เป้าหมายร่วมกันประกอบด้วย

1) กระบวนการความร่วมมือ (Collaborative Process) 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการเจรจาหรือพร้อมหน้ากันทุกฝ่าย (Face-to-Face Dialogue) ในทิศทางสร้างความเป็นมิตร เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้แสดงจุดยืนของตนเองแก่ฝ่ายอื่นเพื่อสร้างการยอมรับและเข้าใจซึ่งกันและกัน และมีมติข้อตกลงร่วมกัน ภาคีทั้งสามภาคส่วนเห็นตรงกันว่าควรเริ่มด้วยการประชุมพร้อมหน้าเพื่อทำความรู้จักและแสดงจุดยืนของแต่ละฝ่ายในการทำงานร่วมกัน ระบุปัญหาาร่วมกัน พัฒนาความเข้าใจร่วมกัน องค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการทำงานร่วมกันคือการสื่อสารและการประสานงานระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย (2) ขั้นตอนการสร้าง ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust Building) ที่ต้องสร้างให้เกิดขึ้นตั้งแต่แรกพบปะเจรจาต่อรองของทุกฝ่าย ซึ่งต้องอาศัยการสร้างศรัทธาเชื่อถือและไว้วางใจกันผ่านบทบาทผู้นำของทั้งสามภาคส่วนตามลำดับขั้นการปกครอง ภายใต้ระบบการบริหารราชการตามแนวดิ่งและมีการกระจายอำนาจในแนวราบมากขึ้น พบว่าทุกภาคส่วนยังยึดติดกับการต้องได้รับคำสั่งจากผู้นาระดับสูงอย่างเป็นทางการก่อนดำเนินกิจกรรมตามความร่วมมือทำให้มีข้อจำกัดเรื่องกรอบระยะเวลาที่ซ้ำออกไป ไม่สามารถตัดสินใจได้ทัน และข้อจำกัดเรื่องการสับเปลี่ยนโยกย้ายผู้นาระดับสูงตามวาระ ที่ทำให้ต้องปรับความเข้าใจให้ตรงกันใหม่ทุกรอบจึงสามารถดำเนินกิจกรรมตามความร่วมมือต่อไปได้ (3) ขั้นตอนการสร้าง ความยินยอมพร้อมใจในการทำงานร่วมกัน

(Commitment to the Process) นโยบายสาธารณะที่เป็นความร่วมมือที่ริเริ่มโดยภาคที่เป็นหน่วยงานภาครัฐ จำเป็นต้องเป็นภาคที่มีความยินยอมพร้อมใจในระดับสูงที่จะทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ โดยรัฐต้องมีบทบาทในการกระตุ้นให้ทุกฝ่ายเกิดความยินยอมพร้อมใจในการทำงานร่วมกันกับภาคส่วนอื่น เพื่อทำให้เกิดแรงจูงใจร่วมกันและตระหนักในความเป็นเจ้าของกระบวนการทำงานร่วมกันที่นำไปสู่ความรู้สึกรับและรับผิดชอบร่วมกัน การดำเนินความร่วมมือดังกล่าวผ่านตัวแสดงของทั้ง 3 ภาคส่วนแสดงให้เห็นถึงการยกระดับความเป็นเจ้าของการตัดสินใจในนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจากที่เคยผูกขาดไว้ภายใต้บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขให้มาอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของตัวแสดงที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย แม้ว่าบางครั้งการทำงานร่วมกันจะเกิดขึ้นจากการกำหนดโดยคำสั่งหรือระเบียบกฎหมายของรัฐก็ตาม (4) ขั้นตอนการสร้างการเข้าใจที่ตรงกัน (Shared Understanding) ภาคทุกฝ่ายจำเป็นต้องสร้างการเข้าใจที่ตรงกันก่อนการดำเนินการร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย เพราะการเข้าใจที่ตรงกันจะนำไปสู่การกำกับดูแลร่วมกัน การสร้างการเข้าใจที่ตรงกันครอบคลุมการมีพันธกิจร่วมกัน มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน ยึดถืออุดมการณ์ในการทำงานร่วมกัน มีเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน มีค่านิยมร่วม มีจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน (5) ขั้นตอนการสร้างผลลัพธ์ให้เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน (Intermediate Outcomes) การลงมือปฏิบัติภารกิจในกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ภาคทุกฝ่ายจำเป็นต้องสร้างผลลัพธ์ให้เกิดขึ้นระหว่างการทำงานร่วมกันในแต่ละขั้นตอนเพื่อผลักดันให้เกิดกระบวนการกำกับดูแลร่วมกันได้อย่างราบรื่น

ผลของการทำงานร่วมกันที่เกิดขึ้นนี้นอกจากสร้างความเชื่อมั่นในกระบวนการทำงานร่วมกันและแรงจูงใจร่วมกันให้กับภาคทุกฝ่ายในการผลักดันภารกิจไปสู่เป้าหมายแล้วยังทำหน้าที่เป็นผลสะท้อนกลับเข้าสู่วงจรกระบวนการกำกับดูแลร่วมกัน ให้เห็นจุดอ่อนและอุปสรรคในการทำงานร่วมกัน และนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน เพื่อให้การทำงานร่วมกันมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น วงจรกระบวนการทำงานร่วมกันในมิติการตัดสินใจร่วมกันแต่ละขั้นตอนมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และดำเนินไปในลักษณะเป็นวงจร ดังนั้นผลลัพธ์ของการร่วมมือกันทำงานที่เกิดขึ้นในครั้งแรกๆ จึงมีผลทั้งในทางบวกและทางลบต่อการสร้างความร่วมมือในการทำงานร่วมกันในรอบต่อไป

2) *ภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างความร่วมมือ (Facilitative Leadership)* คือบทบาทในการชี้แนะให้ภาคทุกฝ่ายเข้ามาร่วมกันแสวงหาแนวทางการทำงานร่วมกันที่จะนำไปสู่การผลักดันเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จโดยชี้แนะให้ทุกฝ่ายเห็นตรงกันว่าการทำงานร่วมกันทำให้เป้าหมายร่วมสาธารณะบรรลุผลได้ ผู้นำของภาคทั้งสามภาคส่วนจึงต้องเป็นบุคคลที่ภาคทุกฝ่ายให้การยอมรับ เคารพและเชื่อถือ และเป็นตัวกลางในกระบวนการเจรจาหามติข้อตกลงร่วมกัน ลดทอนปัญหาอุปสรรคในการทำงานร่วมกัน มีอำนาจในการควบคุมทิศทางการทำงานร่วมกันอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามสถานการณ์และปกป้องกระบวนการทำงานร่วมกันให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น

8.2 องค์ประกอบของความร่วมมือหลายภาคส่วน

การวิเคราะห์องค์ประกอบของความร่วมมือหลายภาคส่วน อภิปรายได้ว่าความร่วมมือเรื่องการค้าและการเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) การเริ่มต้นความร่วมมือ 2) ตัวแสดงที่เกี่ยวข้องและการแสดงบทบาท 3) กลไกการสร้างความร่วมมือ สอดคล้องกับแนวคิดของ Ansell และ Gash (2008, pp. 549-563) และ Emerson (Emerson, 2018, pp. 2-3; Heikkila, Gerlak, Emerson & Nabatchi, 2015, pp. 57-80; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012, pp. 4-23) และ วสันต์ เหลืองประภัสร์ (2563, น. 87-115) ดังนี้

1) *การเริ่มต้นความร่วมมือ* ความร่วมมือครั้งนี้เป็นการริเริ่มจากการคิดและวางแผนจากส่วนบนลงล่าง (Top-Down) และใช้ลักษณะการดำเนินงานโดยอาศัยความสัมพันธ์แนวราบตามแนวทางความร่วมมือหลายภาคส่วนระหว่างภาคีความร่วมมือ 3 องค์การ ได้แก่ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) การเริ่มต้นความร่วมมือเกิดขึ้นจากความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพให้สามารถเชื่อมต่อกันได้ทั้งระบบเพื่อประโยชน์ของประชาชนไทยทุกคนในการเข้าถึงและได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคเท่าเทียมในฐานะการเป็นทรัพยากรสำคัญในการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจและพัฒนาประเทศ โดยมีบริบทและแรงขับเคลื่อนจากกระแสโลกาภิวัตน์ ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มุ่งไปสู่ดิจิทัลของกระแสโลก ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth) (พ.ศ.2560-2569) เพื่อให้มีกรอบการทำงานและนำไปสู่ความร่วมมือในการดำเนินการเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลตามมา ความร่วมมือนี้ต้องพึ่งพาอาศัยศักยภาพ อำนาจ และทรัพยากรของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมร่วมกับสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) เพื่อวางโครงสร้างพื้นฐานทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่เอื้อต่อการบูรณาการและพลิกโฉมองค์กรภาคสุขภาพให้เกิดความเชื่อมโยงข้อมูลประชาชน ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลให้เกิดการทำงานร่วมกันในระบบการดูแลสุขภาพทั้งระบบ

2) *ตัวแสดงที่เกี่ยวข้องและการแสดงบทบาท* ภายใต้ความร่วมมือที่ได้ทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจร่วมกันมีดังนี้

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแสดงบทบาทในการเป็นตัวกลางประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) โดยเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจดิจิทัลอย่างยั่งยืน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศในเวทีประชาคมโลก โดยมีหน้าที่ให้การสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐให้นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการบริการของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในเรื่องของการสนับสนุนข้อมูลในระบบสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เพื่อใช้ในการบูรณาการเพื่อพัฒนาขีดความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพให้กับโรงพยาบาล และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถนำสารสนเทศสุขภาพที่อยู่ในระบบการรักษาพยาบาล ระบบการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพประชาชนทั่วประเทศ นั้นมาสู่การวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างมีคุณภาพเพื่อให้บริหารจัดการระบบต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือแพทย์ รวมถึงองค์ความรู้และการสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ (สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย, 2562, ออนไลน์).

สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) มีบทบาทหน้าที่หลักคือ การสนับสนุนระบบเครือข่ายสื่อสารข้อมูลเชื่อมโยงหน่วยงานภาครัฐให้ครอบคลุมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วางโครงสร้างพื้นฐานเพื่อระบบการแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine เชื่อมโยงทุกระบบของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปให้สามารถติดต่อในเครือข่ายเดียวกันอย่างสมบูรณ์แบบ และสนับสนุนด้านอื่นๆ ประกอบด้วยการจัดหาอุปกรณ์และโปรแกรม (Platform) ให้รองรับระบบ Digital Literacy เพื่อใช้เป็นระบบฐานข้อมูลกลางของประเทศในการรวบรวมองค์ความรู้การรับรู้ด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย, 2562, ออนไลน์) สำหรับประชาชนในทุกรูปแบบ รวมถึงการปรับปรุงระบบ G-Chat หรือแอปพลิเคชันที่มีคุณสมบัติสนับสนุนการสื่อสารสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วประเทศ นอกจากนั้น DGA ยังสนับสนุนเทคโนโลยี ผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาทักษะความรู้ เพิ่มศักยภาพด้าน Data Scientists, Data Analyst, Enterprise Architecture และ Information Security ให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านไอทีของกระทรวงสาธารณสุข

3) กลไกการสร้างความร่วมมือ การจัดโครงสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ภาคีทุกฝ่ายเข้ามาแสดงบทบาทร่วมกันผ่าน บันทึกข้อตกลงความเข้าใจร่วมกัน (MOU) ที่ใช้เป็นกลไกการสร้างความร่วมมือ เพื่อเป็นกรอบในการกำกับดูแลร่วมกันและเป็นการวางแผนจากบนลงล่าง โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในภาพรวมระดับองค์กรร่วมกับการจัดโครงสร้างการทำงานประกอบด้วย องค์ประกอบชุดเครื่องมือยุทธศาสตร์ eHealth Six Building Blocks Plus One ในการดำเนินงานด้านสุขภาพตามกรอบขององค์การอนามัยโลก (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2564, ออนไลน์) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) ระบบบริการสุขภาพที่มีเครือข่ายครอบคลุมทั้งงานป้องกัน งานรักษา งานฟื้นฟูสุขภาพ และงานสร้างเสริมสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ทุกกลุ่มอายุโดยไม่มีอุปสรรคในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ มีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษาข้ามเขตพื้นที่บริการที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไร้รอยต่อ (2) กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจและรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพ และต้องมีจำนวนที่เหมาะสมที่จะทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นได้ (3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

ข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้จะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในทั้ง 7 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ และนำไปปรับใช้ในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาแก้ไขปัญหาต่างๆ (4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ที่มีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น มีคุณภาพและความคุ้มค่ากับราคา (5) ระบบการคลังด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย เก็บสะสม หรือแบ่งปันให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็น ประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสถานที่ปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงจนต้องล้มละลาย (6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลมีความสำคัญมากในการบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วนให้เกิดความสมดุลและยั่งยืน (7) ระบบสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันที่ทำให้เกิดสุขภาวะของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดีทุกมิติ โดยชุมชนเป็นเจ้าของและเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับการบริหารจัดการร่วมโดยท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่

8.3 ปัญหาและอุปสรรค

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 ภาคส่วน พบปัญหาและอุปสรรคในการทำงานร่วมกัน (Agranoff & McGuire, 2003, pp. 175-196; Emerson, 2018, pp. 5-8) 3 ระดับ คือ ปัญหาระดับบุคคล ปัญหาระดับองค์กร และปัญหาระดับนโยบาย ดังนี้

ปัญหาระดับบุคคล เกี่ยวข้องกับการขาดทักษะที่จำเป็นในการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน (Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012, pp. 5-8; Rhodes & Marsh,

1992, pp. 1-26) เช่น ขาดความรู้ดิจิทัล ขาดทักษะการประสานงานและการสื่อสาร ขาดความรู้ความเข้าใจแนวทางการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ขาดการสร้าง ความเข้าใจตรงกันในการทำงานร่วมกัน และการมีตัวแสดงที่หลากหลายต้องใช้เวลาในการสร้างความเข้าใจร่วมกัน และทำให้ทุกฝ่ายมองเห็นภาพเดียวกันได้ มีเป้าหมายเดียวกัน ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรส่งผลกระทบต่อการทำงานระดับบุคคลร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร

ปัญหาระดับองค์กร พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงาน โครงสร้างองค์กรแบบรวมศูนย์อำนาจ การกำหนดบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ภาครัฐเป็นองค์กรขนาดใหญ่ประกอบด้วยหน่วยงานย่อยหลายระบบมีปัญหาจากบนลงล่าง และข้อมูลจำนวนมากมายที่ส่งผลให้การพัฒนาใดๆ ต้องใช้งบลงทุนสูง และต้องการองค์ความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในเชิงการกำหนดนโยบาย ดังนั้น กระบวนการทำงานจำเป็นต้องมีผู้นำ (Agranoff & McGuire, 2003, pp. 70-71; Ansell & Gash, 2008, pp. 554-555; O'Leary, Gazley, McGuire, & Bingham, 2009, pp. 1-12 ; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012, pp. 14-15; Kanida, Speece, Newton & Damrongsak Bulyalert, 2016, pp. 990-993; Park, 2018, p. 299; Urbach & Roeglinger, 2019, pp. 2-3) เป็นกลไกที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดความร่วมมือแบบยั่งยืน การทำ MOU ระหว่างหน่วยงานเมื่อเปลี่ยนผู้บริหารก็อาจจะไม่ราบรื่น และอาจสร้างความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานได้ ยิ่งไปกว่านั้นพบปัญหาการขาดความเข้าใจกระบวนการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนเชิงลึก แทนที่จะเป็นการดึงอำนาจ

ความสามารถและศักยภาพที่แตกต่างกันมาสร้างให้เกิดประโยชน์กลับกลายเป็นการแข่งขันสร้างผลงาน และสร้างความบาดหมางในเรื่องความไม่ชัดเจนในอำนาจหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชนควรเป็นของหน่วยงานใด

ปัญหาาระดับนโยบาย กฎระเบียบ พบปัญหาและอุปสรรคในการทำงานร่วมกันเกี่ยวข้องกับนโยบายและกฎระเบียบราชการ (Agranoff & McGuire, 2003, pp. 70-71; Emerson, 2018, pp. 14-15; Frankowski, 2019, pp. 799-805; Hood, 1991, pp. 3-19) ที่ไม่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กรรวมถึงการไม่มีกฎระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนด้านดิจิทัล ไม่มีมาตรฐานกลางในการทำงานร่วมกัน การรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลางเมื่อเปลี่ยนผู้บริหารนโยบายมักจะเปลี่ยนตามและขาดกลไกในระดับพื้นที่ ผู้บริหารต้องการความปลอดภัยในการตัดสินใจในวาระที่ดำรงตำแหน่งจึงเลือกใช้ระบบของบริษัทยักษ์ใหญ่ที่มีผลการดำเนินงานเป็นที่รู้จักกว้างขวางโดยละเอียดประสิทธิภาพของระบบและปัญหาผลประโยชน์ที่ไม่โปร่งใส (Hageman & Bogue, 1998, pp. 18-20, 22, 24; KjÆR, 2011, pp. 107-108)

สรุปผลการวิจัย

การบริหารจัดการความร่วมมือหลายภาคส่วนในการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพประเทศไทยสู่ดิจิทัล กรณีศึกษาเรื่องการบริหารเพิ่มคุณภาพการบริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล สรุปผลการศึกษาได้ 3 ประเด็นคือ 1) การริเริ่มความร่วมมือ 2) พลวัตความร่วมมือ 3) การกำกับดูแลร่วมกัน มีรายละเอียดดังนี้

1) *การริเริ่มความร่วมมือ* บริบทแวดล้อมของการริเริ่มความร่วมมือเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขที่ภาคสุขภาพมีทรัพยากรจำกัด ทั้งกำลังคน งบประมาณ เครื่องมือและเทคโนโลยี (Emerson & Nabatchi, 2015, pp. 39-51) ไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพให้ทันกับ *ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี* ในกระแสโลก *กรอบนโยบายและสภาพเศรษฐกิจและสังคม* ที่มุ่งเน้นการสร้างเติบโตของ GDP ความเจริญของเมืองเป็นต้นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพซึ่งเชื่อมโยงกับปัญหาด้านอื่นๆ มติสมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เปรียบเสมือน *นโยบายและยุทธศาสตร์โลก* ที่เรียกร้องให้ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในกระบวนการดูแลสุขภาพของประเทศสมาชิก นอกจากนี้ กระบวนทัศน์ *การบริหารจัดการความร่วมมือภาครัฐแนวใหม่ (NPG)* สะท้อนเจตนารมณ์ภาครัฐในการเปิดโอกาสให้ภาคส่วนอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ *พลวัตทางการเมืองและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ* ที่แฝงอยู่ในองค์กรอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และเป็นอีกมิติหนึ่งของทุนทางสังคมที่ส่งผลต่อศักยภาพในการทำงานร่วมกันของภาคีทุกฝ่าย ดังนั้นการทำงานข้ามขอบเขตองค์กรด้วยการทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจร่วมกันจึงเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้เกิดการการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดการขยายขอบเขตความร่วมมือไปยังทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2) *พลวัตความร่วมมือที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน* ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมตามหลักการ แรงจูงใจร่วมกัน และขีดความสามารถในการทำงานร่วมกัน ดังนี้

- *การมีส่วนร่วมตามหลักการ* คือวิธีที่บุคคลทำงานร่วมกันด้วยความสมัครใจ หลักการร่วมมือเชิงพฤติกรรมจึงครอบคลุมทั้งความสนใจที่เหมือนกันและแตกต่างกัน เช่น การกำหนดปัญหา ความท้าทายที่เผชิญร่วมกัน การพิจารณาผลประโยชน์ร่วมกันและการเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจร่วมกันอย่างเปิดเผย เสริมสร้างหลักการมีส่วนร่วมได้โดยใช้ทักษะการสื่อสาร กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มและองค์กรที่หลากหลาย เมื่อมาทำงานร่วมกันภายใต้การจัดโครงสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันที่นำไปสู่กฎกติกาในการทำงานและสร้างฉันทมติร่วมกันอย่างยุติธรรม มีประสิทธิภาพและเพื่อความยั่งยืนของความร่วมมือ

- *แรงจูงใจร่วมกัน* การมีส่วนร่วมตามหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกันระหว่างบุคคลและองค์กรในการเข้าร่วมเป็นหุ้นส่วนขึ้นอยู่กับมิติเชิงสัมพันธ์ของ *ความไว้วางใจ ความเข้าใจร่วมกัน ความมุ่งมั่น และความชอบธรรม* มีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกันโดยเป็นการวางรากฐานสำหรับความเข้าใจซึ่งกันและกันในผลประโยชน์ร่วมกันที่สามารถนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

- *ขีดความสามารถในการทำงานร่วมกัน* ทั้งระดับองค์กรและระดับบุคคล โดยภาวะผู้นำในทุกระดับมีความสำคัญอย่างมากในการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน *ผู้นำที่มีบทบาทเอื้ออำนวยการสร้างความร่วมมือ* เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดึงภาคีผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่ายเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยผู้นำทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก มีบทบาทในการชี้แนะให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของกระบวนการร่วมกันสร้างฉันทมติในการทำงาน การดำเนินการร่วมกัน ผลลัพธ์และการปรับตัว

3) *การกำกับดูแลร่วมกัน* การกำกับดูแลระบบสุขภาพ (Health System Governance) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทางและกำกับดูแลให้ระบบสุขภาพเคลื่อนตัวไปตามทิศทางที่กำหนด โดยรัฐต้องมียุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพประชาชนที่ให้บริการครอบคลุมประชากรทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทมี *กลไกระดับชาติ* โดยกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ *กลไกระดับพื้นที่* ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข จัดบริการสุขภาพ เชิงรุกในระดับพื้นที่เป็นการบริหารในรูปของเขตสุขภาพเพื่อกระจายอำนาจออกจากส่วนกลางไปยังเขตพื้นที่ (ภูษิต ประคองสาย, 2559, น. 343-344) และกลไกอื่นที่มีความจำเป็นสอดคล้องกับแนวทางการจัดการความร่วมมือภาครัฐแนวใหม่ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ (Kennett, 2010, pp. 19-35; Osborne, 2010, pp. 1-14) คือ (1) การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและภาคประชาสังคม เพื่อให้ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจและมีส่วนร่วมในกิจการสาธารณะมากขึ้น (2) รัฐไม่ผูกขาดการดูแลสุขภาพรับผิดชอบ แต่เปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมเข้าร่วมดำเนินงานโดยรัฐทำหน้าที่ประสานและกำกับดูแล มองประชาชนในฐานะภาคีร่วมผลิตบริการสาธารณะอย่างเสมอภาค (3) ส่งเสริมการดำเนินงานในลักษณะภาคีเครือข่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานในรูปแบบผสมผสานมากขึ้น เน้นการปฏิบัติโดยประสานความร่วมมือกับสถาบันและตัวแสดงที่หลากหลายในสังคมเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาสังคม

เมื่อการบริหารภาครัฐดั้งเดิมเปลี่ยนไปสู่การประสานความร่วมมือ ภาครัฐจำเป็นต้องร่วมมือกับ

ภาคส่วนอื่น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายปรับกระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทั้งบทบาทการให้บริการการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟู เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำในสังคมที่สามารถเชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนไปสู่ดิจิทัลของภาคสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่สร้างให้เกิดการทำงานร่วมกันทั้งระบบนิเวศสุขภาพผ่านการทำงานร่วมกันบนแพลตฟอร์มดิจิทัลที่เพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ และระหว่างผู้ให้บริการกับบุคลากรในระบบสุขภาพด้วยกัน ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการกำกับดูแลระบบการดูแลสุขภาพร่วมกันเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบสุขภาพทั้งระบบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

รัฐบาลควรยึดหลักการในการสร้างการกำกับดูแลร่วมกันในระบบสุขภาพดิจิทัล ดังนี้

1) แนวคิดคนเป็นศูนย์กลาง (People centric): ให้ความสำคัญกับสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน รัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างเสมอภาคเท่าเทียมและบูรณาการร่วมกันนโยบายด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านอื่นๆ จำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพในการกำหนดและดำเนินนโยบาย

ที่เปิดกว้างแบบมีส่วนร่วมให้ครอบคลุมบุคคลทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยอย่างเสมอภาค เพื่อไม่ให้นโยบายการปรับเปลี่ยนไปสู่ดิจิทัลกลายเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดช่องว่างทางดิจิทัลในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2) การกระจายอำนาจ (Decentralization): รัฐบาลต้องปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการภาครัฐให้เอื้อต่อการทำงานด้วยความร่วมมือหลายภาคส่วนข้ามขอบเขตองค์กรหรือภาคส่วนทั้งแนวตั้งและแนวนอนที่สอดคล้องกัน โดยต้องมีการกระจายอำนาจในแนวนอนและให้แต่ละพื้นที่สามารถรับผิดชอบกับปัญหาในระดับพื้นที่ที่มีความหลากหลายได้ โดยเฉพาะงบประมาณที่รวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลางมากเกินไปอาจไม่ทันในการแก้ปัญหาการตัดสินใจในหลายเรื่องกว่าจะส่งการลงมาถึงระดับพื้นที่ใช้เวลานานเป็นอุปสรรคที่แก้ไขค่อนข้างยาก เพราะระบบราชการใหญ่เอะอะทะเลาะมากเกินไป ต้องทำให้ระบบเล็กลง

3) ผู้ที่มีศักยภาพสูงและเอื้อต่อการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน (Facilitated leadership) เมื่อกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เป็นเพียงองค์กรเดียวที่มีอำนาจเด็ดขาดในการกำกับ ควบคุม ดูแลหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งหมด รัฐบาลต้องกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำในการสร้างความร่วมมือหลายภาคส่วนเพื่อดำเนินนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ และกำหนดบทบาทหน้าที่ (authority) ที่ชัดเจนเพื่อให้มีอำนาจอันชอบธรรมในการสั่งการข้ามขอบเขตองค์กร หรือ ภาคส่วน ซึ่งส่งผลต่อการสร้างให้เกิดการกำกับดูแลร่วมกัน (collaborative governance) ที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพด้วยความร่วมมือหลายภาคส่วน

4) กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ที่สนับสนุนการทำงานข้ามขอบเขตองค์กร/ภาคส่วน (Cross organizational boundaries collaboration) ระบบสุขภาพประเทศไทย มีลักษณะเป็นพหุลักษณะ มีกลไกที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ แต่ละภาคส่วนมีการดำเนินงานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคมนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม รวมถึงภาควิชาการ ท้องถิ่น ชุมชน อาสาสมัคร การทำงานข้ามภาคส่วนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในเรื่องความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพกับความเชี่ยวชาญด้านการเชื่อมต่อให้เกิดการพัฒนาฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ แพลตฟอร์มดิจิทัลสุขภาพ และระบบนิเวศสุขภาพดิจิทัล จำเป็นต้องมีโครงสร้างสถาบันที่เปิดกว้างรวมถึงมีกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่สนับสนุนให้ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมทุกระดับมีโอกาสเข้ามาร่วมมือขับเคลื่อนนโยบายผ่านการทำงานร่วมกันข้ามขอบเขตองค์กร/ภาคส่วน

5) มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ รัฐบาลต้องสร้างมาตรฐานกลางของข้อมูลสุขภาพที่สามารถทำงานร่วมกันได้บนแพลตฟอร์มระบบสุขภาพดิจิทัลพร้อมทั้งผลักดันให้เกิดการใช้มาตรฐานกลางนี้อย่างกว้างขวางและจริงจังเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ตรงกันและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันของหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งหมดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการทำงานร่วมกันบนแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาความร่วมมือในยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล (พ.ศ.2564-2568) ซึ่งเป็นการดำเนินการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทยสู่ดิจิทัลในระยะที่สอง เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการความร่วมมือ และองค์ประกอบของการทำงานผ่านแนวทางความร่วมมือหลายภาคส่วน เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนากรอบในการกำกับดูแลความร่วมมือหลายภาคส่วนเพื่อประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล (พ.ศ. 2564-2568)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
สืบค้นจาก https://ict.moph.go.th/upload_file/files/97c2287c8f04e13f81fec13e431e7a5e.pdf
- จารุวรรณ ธาดาเดช และปิยธิดา ตริเตช. (2560). *การวางแผนพัฒนาสุขภาพและการจัดการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรสุมน พงศ์นิญโญ. (2560). *การบริหารงานสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2564). *ศาสตร์และศิลป์การวิจัยเชิงคุณภาพ: คู่มือนักศึกษาและนักวิจัยสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 9).
กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ภูษิต ประคองสาย. (2559). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2554 - 2558*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กิจการทหารผ่านศึก.
มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2564). *รายงานสุขภาพคนไทย 2564*. สืบค้นจาก <https://www.hiso.or.th/hiso5/report/report2021T.php>
- วรรัช เปาอินทร์. (2560). Thailand Health 4.0 Challenges and Opportunities. *วารสารสมาคมเวชสารสนเทศ
ไทย*, 3(1), 31-36.
- วสันต์ เหลืองประภัสร์. (2563). *การอภิบาลบนฐานของความร่วมมือ: สภาวะสังคมไร้ศูนย์กลาง การแตกกระจายใน
ระบบบริหารราชการแผ่นดินและแสวงหาตัวแบบใหม่ในการขับเคลื่อนภารกิจของรัฐ*. กรุงเทพฯ:
สถาบันพระปกเกล้า.
- สมศักดิ์ ชุณหะวัณ. (2565). 'รัฐต้องมีบทบาทในระบบบริการสาธารณสุข' ไม่ได้แปลว่า 'รัฐต้องทำเอง' (ตอนที่ 1).
สืบค้นจาก <https://www.the101.world/healthcare-system-in-thailand/>
- สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย. (2562). *กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter
for Health Promotion -1986)*. สืบค้นจาก [https://doh.hpc.go.th/data/HL/OttawaCharter1986_](https://doh.hpc.go.th/data/HL/OttawaCharter1986_thai.pdf)
[thai.pdf](https://doh.hpc.go.th/data/HL/OttawaCharter1986_thai.pdf)
- สาธิต พันธุ์ไพศาล. (2562). *Collaboration Platform หัวใจของ Digital Transformation ของธุรกิจ
หลายหลายอุตสาหกรรม*. สืบค้นจาก [https://www.techtalkthai.com/collaboration-platform-](https://www.techtalkthai.com/collaboration-platform-the-heart-of-digital-transformation-by-alcatel-lucent-enterprise/)
[the-heart-of-digital-transformation-by-alcatel-lucent-enterprise/](https://www.techtalkthai.com/collaboration-platform-the-heart-of-digital-transformation-by-alcatel-lucent-enterprise/)

สุทธิศักดิ์ จันทวังโส. (2558). จริยธรรม โซเชียลมีเดีย และ e-health ในประเทศไทย. *วารสารสมาคมสารสนเทศการแพทย์ไทย*, 1(1), 25-37.

อาทร ประภาประไพ. (2559). *Thailand's eHealth System*. สืบค้นจาก http://www.digitalhealth-thailand.com/attachments/view/?attach_id=254022

ภาษาอังกฤษ

Agranoff, R., & McGuire, M. (2003). *Collaborative Public Management: New Strategies for Local Governments*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.

Alam, M. T., & Raza, K. (2021). Chapter 7 - Blockchain Technology in Healthcare: Making Digital Health care Reliable, More Accurate, and Revolutionary. In K. Raza & N. Dey (Eds.), *Translational Bioinformatics in Healthcare and Medicine* (pp. 81-96). Cambridge: Academic Press.

Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.

Berardo, R., Fischer, M., & Hamilton, M. (2020). Collaborative Governance and The Challenges of Network-based Research. *The American Review of Public Administration*, 50(8), 898-913.

Bianchi, C., Nasi, G., & Rivenbark, W. C. (2021). Implementing Collaborative Governance: Models, Experiences, and Challenges. *Public Management Review*, 23(11), 1581-1589.

Deloitte Thailand. (2020). *The Thailand Digital Transformation Survey Report 2020*. Retrieved from <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/th/Documents/technology/th-tech-the-thailand-digital-transformation-report.pdf>

Dredge, C., Liljenquist, D., & Scholtes, S. (2022). Disruptive Collaboration: A Thesis for Pro-competitive Collaboration in Health Care. *Catalyst Non-issue Content*, 3(2).

Emerson, K. (2018). Collaborative Governance of Public Health in Low- and Middle-income Countries: Lessons from Research in Public Administration. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 4), e000381.

Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015). *Collaborative Governance Regimes*. United States: Georgetown University Press.

Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. B. (2012). An Integrative Framework for Collaborative Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22, 1-29.

- Frankowski, A. (2019). Collaborative Governance as a Policy Strategy in Healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 33(7/8), 791-808.
- Glaser, J., & Shaw, S. (2022). Digital Transformation Success: What can Health Care Providers Learn from Other Industries?. *Catalyst Non-issue Content*, 3(2).
- Gordon, D., McKay, S., Marchildon, G., Bhatia, R. S., & Shaw, J. (2020). Collaborative Governance for Integrated Care: Insights from a Policy Stakeholder Dialogue. *International Journal of Integrated Care*, 20(1), 3.
- Hageman, W., & Bogue, R. J. (1998). Layers of Leadership. The Challenges of Collaborative Governance. *Trustee: The Journal for Hospital Governing Boards*, 51(8), 18-24.
- Henry, N. (2013). *Public Administration and Public Affairs*. (12th Edition). Boston: Pearson.
- Heikkila, T., Gerlak, A. K., Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015). Collaboration Dynamics Principled Engagement, Shared Motivation, and the Capacity for Joint Action. In *Collaborative Governance Regimes* (pp. 57-80). Washington, D.C.: Georgetown University Press. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt19dzcvf.9>
- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons?. *Public Administration*, 69(1), 3-19.
- Huxham, C. (2003). Theorizing Collaboration Practice. *Public Management Review*, 5(3), 401-423.
- Ibrahim, M. S., Mohamed Yusoff, H., Abu Bakar, Y. I., Thwe Aung, M. M., Abas, M. I., & Ramli, R. A. (2022). Digital Health for Quality Healthcare: A Systematic Mapping of Review Studies. *Digit Health*, 8, 20552076221085810.
- Imperial, M. T. (2005). Using Collaboration as a Governance Strategy: Lessons from Six Watershed Management Programs. *Administration & Society*, 37(3), 281-320.
- iScoop. (2018). *Healthcare in Digital Transformation: Digital and Connected Healthcare*. Retrieved from <http://www.i-scoop.eu/digital-transformation/healthcare-industry/>
- Kanida N., Speece, M., Newton, C., & Damrongsak Bulyalert. (2016). Key Success Factors Behind Electronic Medical Record Adoption in Thailand. *Journal of Health Organization and Management*, 30(6), 985-1008.
- Kennett, P. (2010). Global Perspectives on Governance. In S. P. Osborne (Ed.), *The New Public Governance?: Emerging Perspectives on The Theory and Practice of Public Governance* (pp. 19-35). London: Routledge.

- KjÆR, A. M. (2011). Rhodes' Contribution to Governance Theory: Praise, Criticism and The Future Governance Debate. *Public Administration*, 89(1), 101-113.
- Makri, A. (2019). Bridging the Digital Divide in Health Care. *The Lancet Digital Health*, 1(5), e204-e205.
- Matt, C., Hess, T., & Benlian, A. (2015). Digital Transformation Strategies. *Business & Information Systems Engineering*, 57(5), 339-343.
- O'Leary, R., Gazley, B., McGuire, M., & Bingham, L. B. (2009). Public Managers in Collaboration. In R. O'Leary & L. B. Bingham (Eds.), *The Collaborative Public Manager* (pp. 1-12). Washington, D.C.: Georgetown University Press. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt2tt4xg.5>
- Orme, J., Powell, J., & Taylor, P. (2007). *Public Health for The 21st Century: New Perspectives on Policy, Participation, and Practice*. (2nd Edition.). United Kingdom: McGraw-Hill Education (UK).
- Osborne, S. P. (2006). The New Public Governance? 1. *Public Management Review*, 8(3), 377-387.
- Osborne, S. P. (2010). *The New Public Governance: Emerging Perspectives on The Theory and Practice of Public Governance*. New York: Routledge.
- Park, S. (2018). Challenges and Opportunities: The 21st Century Public Manager in a Vuca World. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28(2), 299-301.
- Rhodes, R. A. W., & Marsh, D. (1992). Policy Networks in British Politics: A Critique of Existing Approaches. In *Policy Networks in British Government* (pp. 1-26). United Kingdom: Oxford University Press.
- Schneider, H., Zulu, J. M., Mathias, K., Cloete, K., & Hurtig, A.-K. (2019). The Governance of Local Health Systems in The Era of Sustainable Development Goals: Reflections on Collaborative Action to Address Complex Health Needs in Four Country Contexts. *BMJ Global Health*, 4(3), e001645.
- Scott, T. A., & Thomas, C. W. (2017). Winners and Losers in The Ecology of Games: Network Position, Connectivity, and The Benefits of Collaborative Governance Regimes. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 27(4), 647-660.
- Shaw, T., McGregor, D., Brunner, M., Keep, M., Janssen, A., & Barnett, S. (2017). What is Ehealth? Development of a Conceptual Model for Ehealth: Qualitative Study With Key Informants. *Journal of Medical Internet Research*, 19(10), e324.

- Slawomirski, L. (2019). *Bringing Health into The 21st Century*. Retrieved from <https://doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>
- Tavares, A. I. (2018). Ehealth, ICT and Its Relationship with Self-reported Health Outcomes in The Eu countries. *International Journal of Medical Informatics*, 112, 104-113.
- Thomson, A., & Perry, J. (2006). Collaboration Processes: Inside The Black Box. *Public Administration Review*, 66, 20-32.
- Uddin, S., Mori, Y., & Shahadat, K. (2020). Private Management and Governance Styles in a Japanese Public Hospital: A Story of West Meets East. *Social Science & Medicine*, 245, 112719.
- Ulibarri, N., Imperial, M. T., Siddiki, S., & Henderson, H. (2023). Drivers and Dynamics of Collaborative Governance in Environmental Management. *Environmental Management*, 71(3), 495-504.
- Ullah, I., & Kim, D.-Y. (2020). A Model of Collaborative Governance for Community-based Trophy-hunting Programs in Developing Countries. *Perspectives in Ecology and Conservation*, 18(3), 145-160.
- Urbach, N., & Roeglinger, M. (2019). Introduction to Digitalization Cases: How Organizations Rethink Their Business for The Digital Age. In *Digitalization Cases* (pp. 1-12). Switzerland: Springer International Publishing, Cham.
- Weaver, L. (2021). *Solving The Puzzle of Collaborative Governance*. Retrieved from <https://www.tamarackcommunity.ca/library/solving-the-puzzle-of-collaborative-governance>
- World Health Organization. (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. Nonthaburi: Academic Welfare Project Phra Boromrajchanok Institute Ministry of Public Health. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70578/9786161115333_tha.pdf?sequence=24&isAllowed=y
- World Health Organization. (2012). *National eHealth Strategy Toolkit*. International Telecommunication Union. Retrieved from <http://handle.itu.int/11.1002/pub/8069793a-en>
- Zeadally, S., Siddiqui, F., Baig, Z., & Ibrahim, A. (2019). Smart Healthcare: Challenges and Potential Solutions Using Internet of Things (IoT) and Big Data Analytics. *PSU Research Review*. 4(2), 93-109.