



การประมงแห่งชาติ

“ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต
ปฏิรูปจิตสำนึกประชารัฐ”

ในโอกาส ๙ ปี สบ.

คำนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับการประกาศและมีผลบังคับใช้มาตั้งแต่วันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๐ นับถึงขณะนี้ ก็มีการทำงานอย่างเข้าสู่ปีที่ ๙ แล้ว สมควรที่จะต้องทบทวนการทำงานในอดีตเพื่อนำบทเรียนและความรู้จากการปฏิรูประบบสุขภาพ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วนต่างๆ และร่วมกันกำหนดทิศทางการทำงานในจังหวัดก้าวต่อไป ดังนั้น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงให้ความเห็นชอบและมอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.)จัดการประชุมวิชาการขึ้นภายใต้การอำนวยการของคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการ ๙ ปี ที่มีนายแพทย์มงคล ณ สงขลา เป็นประธาน โดยใช้ชื่อหัวข้อหลักว่า “ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย” ระหว่างวันที่ ๑๐-๑๒ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘ ณ อิมแพคฟอรัม เมืองทองธานี อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี โดยมีองค์กรเจ้าภาพร่วมจัดการประชุมครั้งนี้อีก ๑๑ องค์กร

การจัดประชุมวิชาการครั้งนี้มุ่งเน้นการนำเสนอบทเรียนของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกลไกเครื่องมือต่างๆ ทั้งในประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ โอกาสแห่งการพัฒนาและการวางระบอบกบิลเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมที่โปร่งใสและเป็นธรรมในกรปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการเชื่อมโยงกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับการปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย ชุดความรู้ที่ได้จากการประชุมน่าจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนทางการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในห้วงเวลาของการปฏิรูปประเทศไทยในอนาคตต่อไป การประชุมครั้งนี้จึงใช้ชื่อว่า “วิชา” เพื่อต้องการเน้นย้ำว่าการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาประชาธิปไตย การปฏิรูประบบสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นอกจากต้องการความรู้และสร้างให้เกิดความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่องแล้ว การดำเนินงานต่างๆยังต้องใช้ปัญญาและสร้างให้เกิดปัญญาในระดับต่างๆ ควบคู่กันไปด้วย

องค์ประกอบของการประชุมครั้งนี้ ได้แก่ การแสดงปาฐกถาและการสัมมนาวิชาการ ซึ่งการสัมมนาวิชาการประกอบด้วยการอภิปรายรวม (Plenary Session) ๕ ห้อง และการอภิปรายกลุ่มย่อย (Parallel Sessions) ๑๕ ห้อง รวมถึงการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ ทั้งในรูปแบบนิทรรศการ เวทีแลกเปลี่ยน (Share & Learn) และการประชุมเชิงปฏิบัติการ

สุจิตร์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับทราบรายละเอียดของห้องประชุมต่างๆ ทั้งการอภิปรายรวมและการอภิปรายกลุ่มย่อย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าสุจิตร์นี้จะช่วยอำนวยความสะดวกแก่ท่านผู้อ่านที่เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ได้ตามสมควร

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
มิถุนายน ๒๕๕๘

สารบัญ

๐๔

โครงการ

๐๖

กำหนดการ

๑๒

ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาธิปไตย

๑๔

วันที่หนึ่งของการประชุม

๒๕

วันที่สองของการประชุม

๓๒

วันที่สามของการประชุม

๓๕

ลานนิทรรศการภายในงาน

โครงการ

ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย ในโอกาส ๙ ปี สช.
วันที่ ๑๐-๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘ ณ อิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

พัฒนากลไก กระบวนการ และระบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม^๑

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- ๑) สังเคราะห์ แบ่งปันและค้นหาองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการทำงานจริง อันจะนำไปสู่การพัฒนาวิธีคิดและกระบวนการทำงานในอนาคต
- ๒) ยกย่องการทำงานของคน กลุ่มคนและกลุ่มเครือข่าย ให้มีความรู้ความเข้าใจต่อการขับเคลื่อนงานในระดับต่างๆ
- ๓) กำหนดทิศทางการทำงานสำหรับเป็นกรอบในการยกระดับกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน

รูปแบบ

- ๑) การแสดงปาฐกถา
 - ก.ปาฐกถานำ
 - ข.ปาฐกถาปิด
- ๒) การสัมมนาวิชาการ
 - ก.การอภิปรายรวม (Plenary Session)
 - ข.การอภิปรายกลุ่มย่อย (Parallel Sessions)
- ๓) ลานนิทรรศการ
- ๔) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (จัดขึ้นภายในลานนิทรรศการ)

ผู้เข้าร่วมประชุม

จำนวน ๑,๕๐๐ คน ประกอบด้วย

- ๑) กลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่เรียนเชิญ ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายจาก ๓ ภาคส่วน ทั้งภาครัฐและการเมือง ภาควิชาชีพและวิชาการ ภาคประชาสังคมและเอกชนที่ทำงานร่วมกับ สช. และองค์กรภาคียุทธศาสตร์

- ๒) กลุ่มเป้าหมายทั่วไปที่สนใจเข้าร่วมโดยการลงทะเบียนล่วงหน้า ประกอบด้วย ผู้บริหาร นักวิชาการ คณาจารย์ นิสิตนักศึกษา และประชาชนผู้สนใจ

องค์กรรับผิดชอบ

- ๑) องค์กรเจ้าภาพ: คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)
- ๒) องค์กรเลขานุการ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
- ๓) องค์กรร่วมจัด: องค์กรเจ้าภาพร่วม ๑๑ องค์กร ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันพระปกเกล้า สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ

วัน เวลา

- วันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๘ เวลา ๙.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.
วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๘ เวลา ๙.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.
วันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘ เวลา ๙.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) เกิดองค์ความรู้ที่สำคัญที่จะใช้เป็นฐานการพัฒนาสู่การต่อยอดงานด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและการปฏิรูปประเทศต่อไป
- ๒) ภาคีเครือข่ายทุกระดับ เกิดความเข้าใจและเกิดการพัฒนากการทำงานแบบเครือข่ายอันเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมที่จะก้าวไปสู่สังคมสุขภาวะ
- ๓) ได้ทิศทางการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและการปฏิรูปประเทศไทย

^๑ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม หรือ Participatory Healthy Public Policy Process (PHPPP) ในการประชุมนี้ หมายถึง การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กับการปฏิรูประบบสุขภาพ ชีวิต และจิตสำนึกประชาธิปไตย อาทิ มิติด้านทรัพยากรธรรมชาติ เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เป็นต้น

กำหนดการ

ณ ชั้น ๒ อาคารอิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี จ.นนทบุรี

วันพุธที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘

เวลา	ลำดับพิธีการ	ห้อง
๙.๐๐ - ๙.๑๕	วິดิทัศน์: ความเป็นมาของการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยวิถีประชาธิปไตย	แกรนด์โอมอนต์บอลรูม
๙.๑๕ - ๑๐.๐๐	กล่าวเปิดการประชุม และปาฐกถา นำเรื่อง ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย โดย ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ รองนายกรัฐมนตรี ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	
๑๐.๐๐ - ๑๐.๑๕	พัก	
๑๐.๑๕ - ๑๑.๔๕	Plenary session 1 หัวข้อ: ปฏิรูประบบสุขภาพ เส้นทางสู่จิตสำนึกประชาธิปไตย วิทยากร: ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นพ.พลเดช ปิ่นประทีป ศ.(พิเศษ) ดร.เอนก เหล่าธรรมทัศน์ ผู้ดำเนินรายการ: คุณณาดยา แวววีระคุปต์	แกรนด์โอมอนต์บอลรูม
๑๑.๔๕ - ๑๓.๐๐	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐	Plenary session 2 หัวข้อ: การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: สถานะ คุณค่า และการยอมรับ วิทยากร: คุณวิชัย อัมราลิขิต, คุณพรศิลป์ พัชรินทร์ตนะกุล, คุณประสิทธิ์ชัย หนูนวน, รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา ผู้ดำเนินรายการ: คุณประวิณมัย ป้ายคล้อย	แกรนด์โอมอนต์บอลรูม
๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕	พัก	

วันพุธที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘

เวลา	ลำดับพิธีการ	ห้อง
Parallel sessions		
๑๔.๔๕ - ๑๖.๓๐	หัวข้อ: สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: ขา(ไม่)เคลื่อน สำคัญกว่าขาขึ้น? วิทยากร: ดร.กฤษณ์ รักชาติเจริญ, ผศ.ดร.สมศักดิ์ อมรสิริพงศ์, ดร.เพ็ญแข ลาภยั้ง, คุณชูศักดิ์ ชื่นประโยชน์, คุณวิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ ผู้ดำเนินรายการ: ดร.ธีรรัตน์ พันทวี วงศ์ณะเอนก	ห้องย่อยที่ ๑ แชงไฟร์ ๒๐๑
	หัวข้อ: การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับการตอบโจทย์การพัฒนาในพื้นที่ วิทยากร: นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, คุณจงกลณี ศิริรัตน์, คุณประสิทธิ์ชัย หนูนวน, คุณกิตติภาพ สุทธิสว่าง, คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพ ผู้ดำเนินรายการ: คุณประพจน์ ภูทองคำ	ห้องย่อยที่ ๒ แชงไฟร์ ๒๐๒
	หัวข้อ: ธรรมนูญเพื่อสังคมสุขภาวะที่พึงปรารถนา: สถานะ คุณค่า และการยอมรับ วิทยากร: รศ. ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย, คุณชาติวัฒน์ ร่วมสุข, พญ.ประนอม คำเที่ยง, คุณรสนา โตสิตระกูล ผู้ดำเนินรายการ: ดร.เดชรัต สุขกำเนิด	ห้องย่อยที่ ๓ แชงไฟร์ ๒๐๓
	หัวข้อ: เครื่องมือจัดการความขัดแย้งทางความคิดในกระบวนการประชาธิปไตย วิทยากร: คุณชลัท ประเทืองรัตนา, ดร.สตีเฟน ธนานิธิโชติ, ผู้แทนศูนย์การเมืองภาคพลเมืองจาก ๔ ภูมิภาค ผู้ดำเนินรายการ: คุณศุภณัฐ เพิ่มพูนวิวัฒน์	ห้องย่อยที่ ๔ แชงไฟร์ ๒๐๔
	หัวข้อ: สมัชชาสุขภาพ: บทเรียนจาก ๓ กรณีศึกษา ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ดร.พญ. ฉันทนา ผดุงทศ นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล, ผศ.ภก.ดร.วิบูลย์ วัฒนนามกุล ผู้ดำเนินรายการ: ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	ห้องย่อยที่ ๕ แชงไฟร์ ๒๐๕

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘

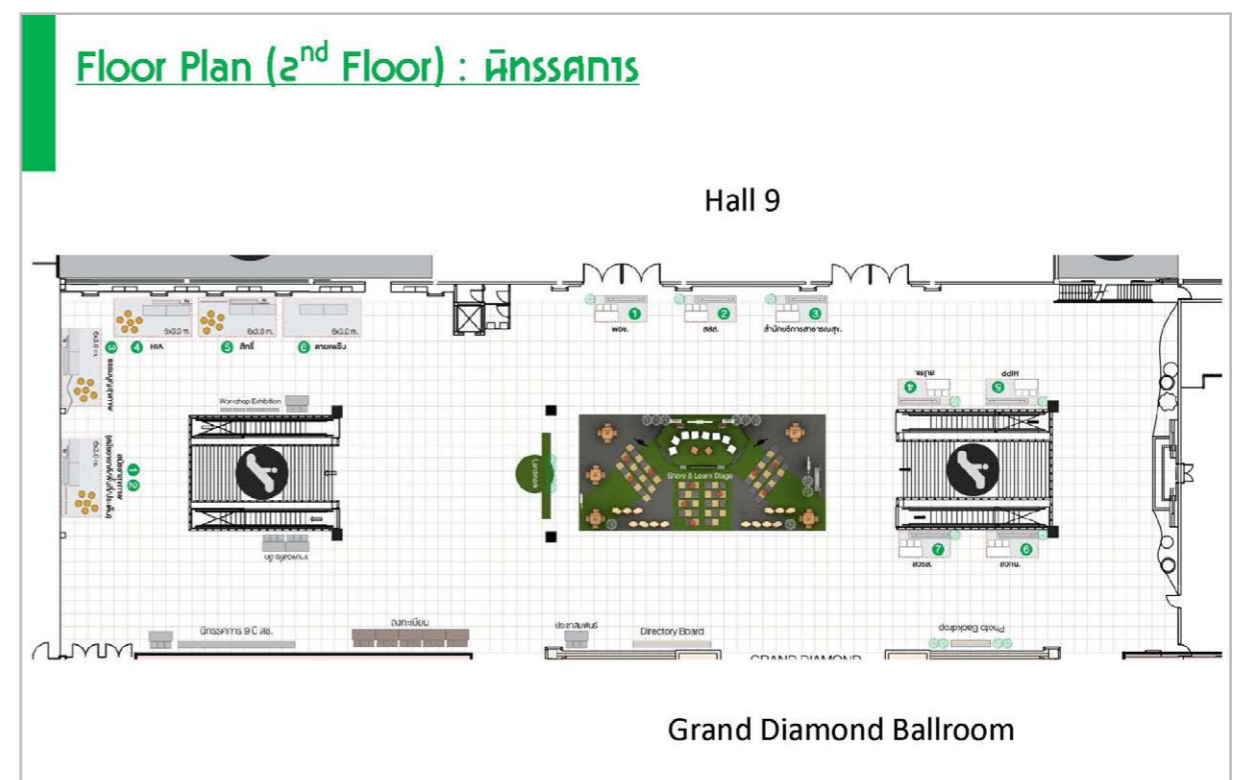
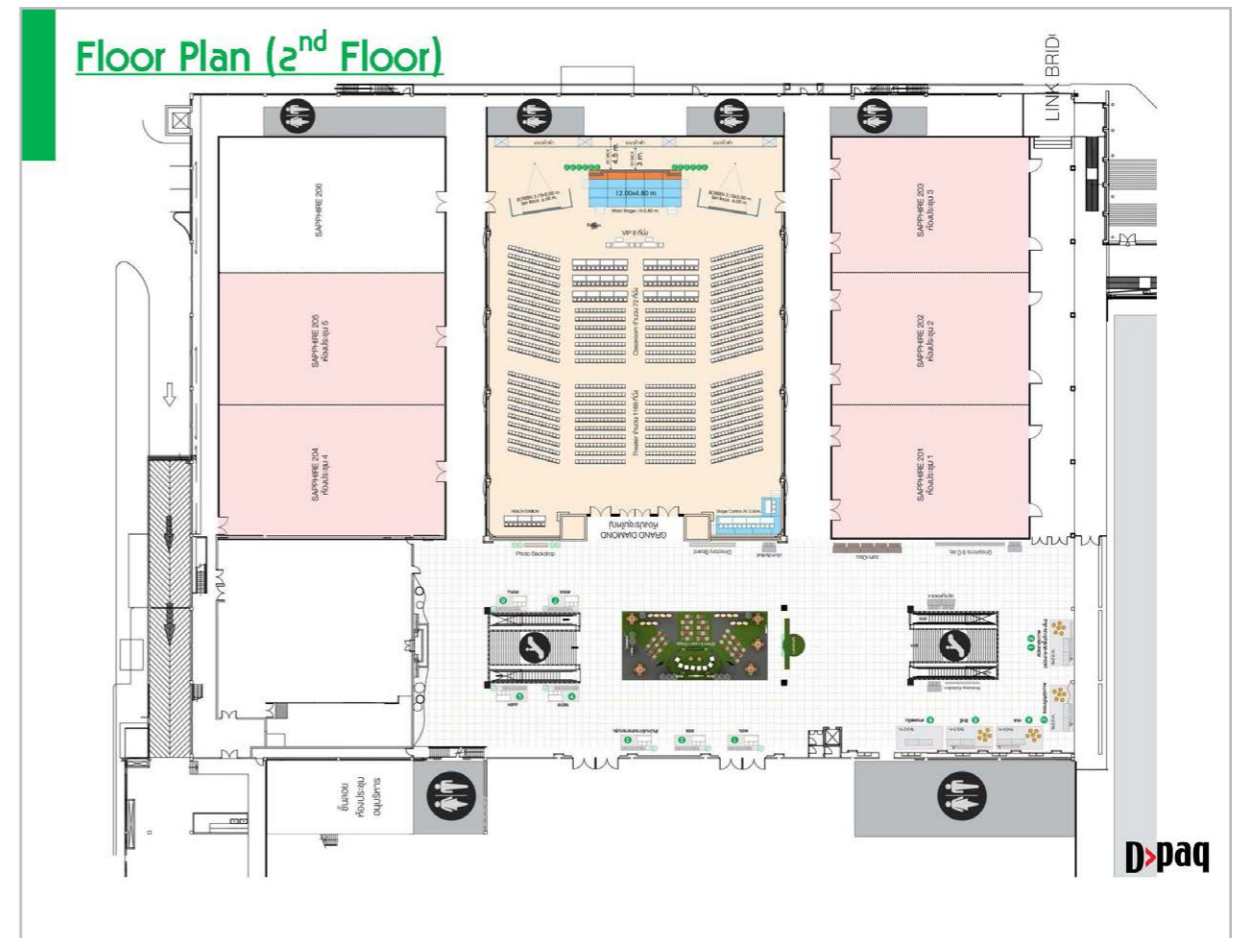
เวลา	ลำดับพิธีการ	ห้อง
๙.๐๐ - ๑๐.๑๕	Plenary session 3 หัวข้อ: สมดุลของการอภิบาลระบบสุขภาพ วิทยากร: ดร.เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, นพ.โสภณ เมฆธน, นพ.ชาติรี ดวงเนตร ผู้ดำเนินรายการ: นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	แกรนด์โคมอนด์บอลรูม
๑๐.๑๕ - ๑๐.๓๐	พัก	
Parallel sessions		
๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐	หัวข้อ: สะท้อนย้อนคิด “การอภิบาลระบบสุขภาพในระดับโลก ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ” วิทยากร: รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนนะจิตรา, คุณจินตนา ศรีวงษา, นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ผู้ดำเนินรายการ: นพ.อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร	ห้องย่อยที่ ๑ แชงไฟร์ ๒๐๑
	หัวข้อ: กระตุกต่อมคิด: กระจายอำนาจแล้ว ใครรับผิดชอบ สุขภาพประชาชน วิทยากร: รศ.วุฒิสาร ตันไชย, รศ.ดร.ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์, นพ.อำนาจ กาจันนะ, คุณวัลลภ พริงพงษ์, นพ.สุธี ยันตระกุล ผู้ดำเนินรายการ: ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศศลักษณ์	ห้องย่อยที่ ๒ แชงไฟร์ ๒๐๒
	หัวข้อ: เขตสุขภาพเพื่อประชาชน: ส่วนหนึ่งของการอภิบาลระบบ สุขภาพใหม่ วิทยากร: นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, นพ.วินัย สีสmith, นพ.ศราวุธ สันตินันตรักษ์ ผู้ดำเนินรายการ: คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล	ห้องย่อยที่ ๓ แชงไฟร์ ๒๐๓
	วิชาการจากพื้นที่ ห้องที่ ๑ วิทยากร: ผศ.ดร.บัญญัติ แก้วส่อง ผู้ดำเนินรายการ: ดร.สุชาติ อุดมโสภกิจ	ห้องย่อยที่ ๔ แชงไฟร์ ๒๐๔
	วิชาการจากพื้นที่ ห้องที่ ๒ วิทยากร: รศ.ดร.ปาริชาติ วิสุทธิสมาจาร ผู้ดำเนินรายการ: ผศ.ดร.นพ.ภูติเทพ เตชาดิวัฒน์	ห้องย่อยที่ ๕ แชงไฟร์ ๒๐๕
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐	พักรับประทานอาหารกลางวัน	

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘

เวลา	ลำดับพิธีการ	ห้อง
๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐	Plenary session 4 หัวข้อ: กระบวนการมีส่วนร่วม หัวใจของการพัฒนานโยบายแบบ ประชาธิปไตย วิทยากร: คุณประชา เตรีตน์, ดร.คุณหญิงกษมา วรวรรณ ณ อยุธยา, รศ.ดร.ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ ผู้ดำเนินรายการ: คุณกรรณิการ์ กิจติเวชกุล	แกรนด์โคมอนด์บอลรูม
๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕	พัก	
Parallel sessions		
๑๔.๔๕ - ๑๖.๓๐	หัวข้อ: การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระบบหลักประกัน สุขภาพ วิทยากร: นพ.รัฐพล เตรียมวิษานนท์, คุณสุภาพร ถิ่นวัฒนากุล, คุณบุญยืน ศิริธรรม ผู้ดำเนินรายการ: คุณพูนชัย ไตรภูธร	ห้องย่อยที่ ๑ แชงไฟร์ ๒๐๑
	หัวข้อ: ประชาธิปไตยแบบร่วมใคร่ครอง วิทยากร: ผศ.ดร.ภาคภูมิ ฤกษ์เมธ, คุณศุภณัฐ เพิ่มพูนวิวัฒน์ ผู้ดำเนินรายการ: ดร.สตีเฟน ธนานิธิโชติ	ห้องย่อยที่ ๒ แชงไฟร์ ๒๐๒
	หัวข้อ: กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อความเป็นธรรมทาง สังคมและสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ วิทยากร: ดร.ประกาศิต กายะสิทธิ์, คุณนพพรณ พนมศรี คุณชนิษฐา ปรัชานิชคุป, ผู้แทนเครือข่ายคนไร้บ้าน ๒ คน ผู้ดำเนินรายการ: คุณรณภูมิ สามีคศิริคาร์มย์	ห้องย่อยที่ ๓ แชงไฟร์ ๒๐๓
	หัวข้อ: ระบบสุขภาพระดับอำเภอ หัวใจของการปฏิรูปที่ใช้พื้นที่ เป็นฐาน วิทยากร: นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, นพ.จรัส สิงห์แก้ว, คุณจินตนา เกษรสันต์, ผศ.ดร.นพ.ภูติเทพ เตชาดิวัฒน์ ผู้ดำเนินรายการ: นพ.ประสิทธิ์ชัย มังจิตร	ห้องย่อยที่ ๔ แชงไฟร์ ๒๐๔
	หัวข้อ: พลังพลเมือง...เปลี่ยนประเทศไทย วิทยากร: นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, คุณประยงค์ ดอกลำไย, คุณสวิง ตันอุด, นพ.พลเดช ปิ่นประทีป, คุณไมตรี จงไกรจักร์ ผู้ดำเนินรายการ: คุณปรีดา คงแป้น	ห้องย่อยที่ ๕ แชงไฟร์ ๒๐๕

วันศุกร์ที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘

เวลา	ลำดับพิธีการ	ห้อง
๙.๐๐ - ๑๐.๑๕	Plenary session 5 หัวข้อ: ลดความเหลื่อมล้ำ...ทางออกที่ต้องไปให้ถึงของ ประชาธิปไตยไทย วิทยากร: ดร.สุวิทย์ เมษินทรีย์, รศ.ดร.จรี วิจิตรวาทการ, ศ.สุริชัย หวันแก้ว ผู้ดำเนินรายการ: คุณก่อเขต จันทเลิศลักษณ์	แกรนด์โคมอนด์บอลรูม
๑๐.๑๕ - ๑๐.๓๐	พัก	
๑๐.๓๐ - ๑๑.๐๐	หัวข้อ: ก้าว ก้าว ก้าว สู่นาคต วิทยากร: เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	แกรนด์โคมอนด์บอลรูม
๑๑.๐๐ - ๑๑.๓๐	ปาร์กกาปิด หัวข้อ: พลังพลเมือง สร้างสังคมสุขภาวะ โดย ศ.ธีรยุทธ บุญมี	
๑๑.๓๐ - ๑๒.๐๐	พิธีปิด นพ.มงคล ณ สงขลา ประธานกรรมการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สช.	



ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาธิปไตย

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นปฏิบัติการทางการเมืองอย่างหนึ่งที่เปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมของภาคพลเมือง ซึ่งหากเปรียบเทียบระหว่างการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแวดวงสาธารณสุขกับวงการอื่นๆแล้ว จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การปฏิรูประบบสุขภาพที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและมีความเข้มข้นมากขึ้นนับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็นต้นมา ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและการอภิบาลระบบสุขภาพ (Health system governance) อย่างมีวิวัฒนาการ การเมืองในระบบสุขภาพที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงการต่อสู้ของอุดมการณ์ทางการเมืองที่มุ่งสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม อุดมการณ์ที่ก้าวหน้าในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพ (Health reform) นี้ได้ขยายกรอบวิธีคิดแบบชีวการแพทย์ (Biomedicine) ไปสู่การมองสุขภาพที่เชื่อมโยงกันทั้งมิติทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง อุดมการณ์ดังกล่าวถูกแปลงออกเป็นแนวคิดและรูปธรรมการปฏิบัติที่แตกต่างกันไปในแต่ละยุคสมัย ไม่ว่าจะเป็นการขยายบริการสุขภาพออกสู่ชนบทที่ขาดแคลน การขับเคลื่อนสังคมเพื่อการสร้างสุขภาพผ่านการรณรงค์ต่างๆ การต่อต้านทุจริตคอร์รัปชันในแวดวงสาธารณสุข รวมถึงการปฏิรูปในเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพจนมีผลให้เกิดองค์กรสุขภาพใหม่ๆ ที่มีระบบการอภิบาล (Governance) ที่แตกต่างไปจากระบบราชการแบบเดิมๆ ระบบสุขภาพจึงเป็นพื้นที่ทางสังคมการเมืองที่แนวคิดใหม่ๆถูกนำมาแปลงเป็นปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง

การเกิดขึ้นของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นอีกนวัตกรรมหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินั้น นอกเหนือจากการขยายกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพให้เชื่อมโยงกันทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ (หรือปัญญา) โดยมุ่งการทำงานสุขภาพเชิงรุกที่เน้น “การสร้าง” ให้สังคมสุขภาพมากกว่า “การซ่อม” คือการรักษาโรคเมื่อปัจเจกบุคคลเกิดการเจ็บป่วยแล้ว การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังเน้น “การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน” ในความหมายที่แตกต่างออกไปจากเดิม ที่ความหมายของการมีส่วนร่วมมุ่งให้ประชาชนให้ความร่วมมือกับนโยบาย แผนงานหรือกิจกรรมที่ภาครัฐกำหนดขึ้น แนวคิดใหม่หันมาให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองที่จะร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะและทิศทางการพัฒนามาร่วมกัน โดยผ่านกลไกและกระบวนการต่างๆที่ถูกออกแบบขึ้นมาใหม่ เช่น การยกย่องธรรมนูญสุขภาพทั้งในระดับประเทศและในระดับชุมชน เพื่อให้ภาคส่วนต่างๆมาร่วมกันกำหนดข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของแผนงานโครงการขนาดใหญ่ (Health impact assessment) ที่ช่วยให้ภาคส่วนต่างๆและชุมชนมีช่องทางที่จะนำเสนอปัญหาความเดือดร้อนและความวิตกกังวลจากภัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบาย แผนงานหรือโครงการต่างๆ นอกจากนั้น ยังมีกระบวนการสมัชชาสุขภาพ (Health assembly) ที่นอกจากจะเป็นเวทีที่ภาคประชาชนสามารถเข้ามีส่วนร่วมให้ความคิดเห็นและร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะแล้ว ยังเป็นพื้นที่สำคัญของการเรียนรู้ความเป็นพลเมืองและการอดทนอดกลั้นทางการเมืองผ่านการถกแถลง และไตร่ตรองร่วมกัน (Deliberation) เพื่อแสวงหาข้อตกลงร่วมในท่ามกลางความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

การยกย่องธรรมนูญสุขภาพ กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและสมัชชาสุขภาพ ถือได้ว่าเป็น “นวัตกรรมทางการเมืองมีส่วนร่วมของพลเมือง” ที่เป็นรูปธรรมที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง ประสบการณ์จากรูปธรรมทั้งสามนี้เป็นบทเรียนสำคัญต่อการสร้างสรรค์วัฒนธรรมการเมืองที่เปิดกว้างให้ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคพลเมืองเข้ามาร่วมคิด ร่วมตรวจสอบ ร่วมทำ และร่วมกำหนดอนาคตของระบบสุขภาพ ทั้งการยกย่องธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบสุขภาพและสมัชชาสุขภาพจึงเป็นพื้นที่สำหรับการนำแนวความคิด ข้อมูล ปัญหา รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างหลากหลายมาแลกเปลี่ยน ถกแถลง อภิปราย ต่อรอง โน้มน้าวและหาข้อตกลง

ต่างๆร่วมกัน พื้นที่เหล่านี้เองที่หล่อเลี้ยงให้สำนึกความเป็นพลเมืองเติบโตและงอกงาม

เวทีของการแลกเปลี่ยนถกแถลงเหล่านี้เป็นรูปธรรมหนึ่งที่สะท้อนแนวคิดเรื่อง “ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองหรือ Deliberative democracy” ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการชี้แจงและอภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นเพื่อหาข้อยุติร่วมกันในฐานะพลเมืองที่เท่าเทียม แม้ว่ากระบวนการที่ภาคส่วนต่างๆต้องมาถกแถลง (Deliberation) กันจะเป็นส่วนที่ขาดเสียไม่ได้ทั้งในกระบวนการยกย่องธรรมนูญสุขภาพและการประเมินผลกระทบสุขภาพ แต่เราจะพบเห็นรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองในกระบวนการถกแถลงที่เด่นชัดและมีพลวัตได้จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ถูกออกแบบมาเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองในการกำหนดนโยบายสาธารณะ

แนวคิดประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้มีความคิดเห็น จุดยืนทางการเมืองหรือผลประโยชน์แตกต่างกันได้เข้าสู่กระบวนการพูดคุย ชี้แจงเหตุผลและอธิบายสิ่งที่ตนคิดตนเชื่อให้ฝ่ายอื่นๆได้รับรู้ ให้มีโอกาสได้ร่วมแลกเปลี่ยนและได้ไตร่ตรองร่วมกัน พื้นที่สำหรับการถกแถลงมีความสำคัญต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะต่างๆ หัวใจสำคัญของประชาธิปไตยอยู่ที่การสื่อสารและปฏิบัติการทางการเมือง ที่สำคัญคือปฏิบัติการสื่อสาร (Communicative action) ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีเจตนาที่จะแลกเปลี่ยนกันด้วยการสื่อสาร แทนที่จะแลกเปลี่ยนกันด้วย “ตัวกลางอื่น” ตัวกลางสำคัญในการบรรลุข้อตกลงที่ดีที่สุด เป็นความชอบธรรมจากการสื่อสารหาข้อตกลงกันโดยปราศจากการใช้อำนาจหรือเงินเป็นเครื่องแลกเปลี่ยน แต่สังคมประชาธิปไตยก็ไม่สามารถดำรงอยู่โดยการแยกกันอยู่ระหว่างโลกของระบบกับโลกของชีวิตได้ ที่สำคัญในสังคมประชาธิปไตยนั้นโลกของชีวิตที่ผู้คนสื่อสารทำความเข้าใจกันและหาข้อตกลงกันด้วยเหตุผล ควรจะมีอำนาจเหนือโลกของระบบที่ใช้อำนาจและเงินในการบรรลุเป้าหมาย ในสถานการณ์ปัจจุบันของโลกสมัยใหม่ ระบบรัฐและทุนได้แทรกตัวเข้ามาเบียดขับพื้นที่ของโลกแห่งการมีชีวิตอยู่ร่วมกันของมนุษย์ ปฏิบัติการสื่อสารถูกทดแทนด้วยปฏิบัติการแห่งอำนาจและทุน สิ่งที่จะต้องทำเพื่อให้เกิดประชาธิปไตยที่แท้จริงคือ การสร้างกลไกที่จะประสานระหว่างความเข้าใจผ่านการสื่อสารกับโครงสร้างของระบบรัฐและทุน และการที่จะขับเคลื่อนให้อำนาจแห่งข้อตกลงร่วมกันเข้าไปมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของรัฐและทุน เราจำเป็นต้อง “แปลง” พลังแห่งปฏิบัติการสื่อสารให้อยู่ในรูปของ “รหัส” ที่สื่อสารแลกเปลี่ยนกับอำนาจและทุนได้ การแปลงพลังดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้โดยการแปลงเจตนาธรรมร่วมให้กลายเป็นกฎหมาย เพราะ “กฎหมาย” ไม่เพียงแต่เป็นพื้นที่เปิดที่พลเมืองจะสามารถเข้าไปร่วมกำหนดผ่านปฏิบัติการสื่อสารในพื้นที่สาธารณะต่างๆ แต่มันยังเป็นรหัสที่สามารถเข้าไปกำกับ ขับเคลื่อน หรือควบคุมทิศทางการใช้อำนาจและทุนของระบบอีกด้วย

กระบวนการสมัชชาสุขภาพซึ่งทำหน้าที่แปลเจตนาธรรมร่วมของพลเมืองที่มากถกแถลงชี้แจงและอธิบายปัญหาและหาทางออกร่วมกันให้กลายเป็นมติคณะรัฐมนตรี หรือเป็นมาตรการและกฎระเบียบอื่นๆทางกฎหมาย แม้จะเป็นเพียงกลไกที่ทำงานเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ก็มิใช่สถานภาพที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างระบบประชาธิปไตย ผ่านกระบวนการถกแถลงที่พลเมืองสามารถมีส่วนร่วมได้ ข้อจำกัดต่างๆที่เกิดจากการออกแบบเชิงสถาบัน จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาและค่อยๆแสวงหาหนทางปรับแก้ แต่งเดิมและผสมผสานรูปแบบที่หลากหลายของกระบวนการถกแถลงเพื่อให้พื้นที่สมัชชาสุขภาพไม่ได้จำกัดตัวเองอยู่บนเวทีหรือในหอประชุมสมัชชาสุขภาพประจำปี แต่เป็นพื้นที่หลากหลายที่พลเมืองมาเรียนรู้ที่จะคิดร่วมกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน และมาแสวงหาหนทางที่จะสร้างสังคมที่ดีขึ้นด้วยวิธีการที่ไม่มีใครสามารถทำได้ตามลำพัง

วันที่หนึ่งของการประชุม
วันพุธที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘

ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย



ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์

องค์ปาฐก ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ รองนายกรัฐมนตรี
ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
วัน - เวลา วันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๘ เวลา ๙.๑๕ - ๑๐.๐๐ น.
สถานที่ ห้องแกรนด์ไดมอนด์บอลรูม อิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี

การดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาประชาธิปไตย การปฏิรูประบบสุขภาพ และการพัฒนา
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นอกจากต้องการความรู้และสร้างให้เกิดความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง ยัง
ต้องใช้ปัญญาและสร้างปัญญาในระดับต่างๆ ควบคู่ไปด้วย

“การปฏิรูประบบสุขภาพ” ของประเทศไทย มีการก่อตัวมากกว่า ๒ ทศวรรษ เป็นการ
ปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนมุมมองด้านสุขภาพในมิติใหม่ จากเดิมที่เป็นแบบแยกส่วน มุ่งการรักษาและการ
บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เน้นการซ่อมสุขภาพหรือการรักษาโรค ที่เป็นเรื่องของแพทย์
พยาบาล และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มาเป็นเรื่องของสุขภาพะในหลายมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ
สังคมและปัญญา เชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และสัมพันธ์กับระบบต่างๆ ของสังคม เน้นการ
“สร้างนำซ่อม” เพราะ เป็นที่ยอมรับกันว่าการมีสุขภาพดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับการจัดระบบบริการทางการแพทย์
และสาธารณสุขที่ดีเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องอื่นๆ อีกมากมาย

“รายงานสุขภาพประชาชาติ” ของคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓
ได้เสนอความมุ่งหมายและเจตนารมณ์ของระบบสุขภาพว่า “ระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นไปเพื่อ
การพัฒนาคนไทยทุกคนให้มีสุขภาพะทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการสร้าง
สุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ สุขภาพดีจึงเป็นสิทธิและความรับผิดชอบของคนไทยทุกคน รัฐ
มีหน้าที่ในการสร้างนโยบายและระบบเพื่อให้เกิดหลักประกันอย่างทั่วถึงและเคารพศักดิ์ศรีของความ
เป็นมนุษย์”

ระบบสุขภาพของไทย มีการปรับตัวอีกครั้งหลังจากที่มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ.๒๕๕๐ ที่มุ่งพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ภายใต้แนวคิด
“สุขภาพโดยคนทั้งมวล เพื่อคนทั้งมวล” จนเกิดเครื่องมือใหม่ ๓ ชิ้น คือ ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ
สมัชชาสุขภาพ และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เปิดกว้างให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเป็น “เจ้าของ
สุขภาพ” ร่วมกัน เกิดการหยิบยกประเด็นปัญหาที่เคยชุกอยู่ได้พรมขึ้นมาตั้งวงพูดคุยกันในทุกระดับ
ทุกพื้นที่ ประเด็นปัญหาที่หยิบขึ้นมาพูดคุยกันนี้คือ “ความทุกข์” ของผู้คนที่ประสบพบพานมาอย่าง
ยาวนาน

หลักการสำคัญของกระบวนการ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” คือ หลักการมีส่วนร่วม
ของทุกภาคส่วนอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ หลักการมีเหตุมีผลที่ต้องมีข้อมูลวิชาการรองรับ และหลัก
การสมานฉันท์ในการทำงานที่ใช้การถกแถลงแบบสุนทรียสนทนา ทั้ง ๓ ประการล้วนสอดคล้องกับ
แนวคิดของ “ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม” อย่างแท้จริง

ความรู้ และประสบการณ์ที่ได้จากการประชุมวิชาการครั้งนี้ อันประกอบด้วยการแสดงปาฐกถา
การสัมมนาวิชาการ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ และลานนิทรรศการ จึงน่าจะมีประโยชน์ต่อการวาง
แนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อปฏิรูประบบสุขภาพและปฏิรูป
ประเทศไทย และรับมือกับความเหลื่อมล้ำในสังคมของโลกอนาคตต่อไป

PLENARY SESSION 1

วันพุธที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘

เวลา ๑๐.๑๕ – ๑๑.๔๕ น.

ห้องแกรนด์โคมอนด์บอลรูม อิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี



ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์



นพ.พลเดช ปิ่นประทีป



ศ.(พิเศษ) ดร.เอนก เหล่าธรรมทัศน์

หัวข้อ

ปฏิรูประบบสุขภาพ เส้นทางสู่จิตสำนึกประชาธิปไตย

วิทยากร

๑. ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
๒. นพ.พลเดช ปิ่นประทีป เลขาธิการสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา อดีตรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๓. ศ.(พิเศษ) ดร.เอนก เหล่าธรรมทัศน์ ประธานกรรมการศึกษาแนวทางการสร้างความปรองดองสภาพปฏิรูปแห่งชาติและอธิการวิทยาลัยบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยรังสิต

ผู้ดำเนินรายการ

คุณณาดยา แววีร์คุปต์ ผู้ดำเนินรายการเสียงประชาชน สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส

ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้อง

อุดมคติของประชาธิปไตย^๒ พิจารณามนุษย์ทุกคนอย่างมีศักดิ์ศรี มีศักยภาพ มีคุณภาพที่จะปกครองตนเองและปกครองกันเอง โดยไม่ต้องให้อำนาจภายนอกที่ไกลตัวมาบงการ กำหนดหรือบังคับ ประเทศที่เป็นประชาธิปไตยนั้นมีเพียงรัฐบาลที่ดีและมีธรรมาภิบาลเท่านั้นไม่พอ หากยังต้องมีพลเมืองที่มีคุณภาพจนถึงขั้นปกครองตนเองได้ จึงจะเข้าใกล้ความเป็นประชาธิปไตยแท้จริงมากขึ้น

การเมืองแบบประชาธิปไตย^๒ ควรเป็นกิจการเพื่อส่วนรวม หรือกิจการที่มีจริยธรรมเพื่อส่วนรวม ซึ่งต้องมีพลเมืองที่กระตือรือร้นในกิจการส่วนรวมหรือกิจการบ้านเมือง

พลเมือง^๒ คือ ราษฎรที่นอกจากจะเสียภาษีและปฏิบัติตามกฎหมายบ้านเมืองแล้ว ยังต้องมีบทบาทและอำนาจทางการเมือง คือ มีสิทธิไปเลือกตั้ง มีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นต่อทางการ มีสิทธิเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของรัฐ ราษฎรเป็นฝ่ายรับกฎหมาย นโยบายและกิจการของรัฐ แต่พลเมืองเป็นฝ่ายรุกเพื่อเรียกร้องกฎหมาย นโยบายและกิจการของรัฐที่ตนเองเห็นพ้อง

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ผ่านกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยเปิดพื้นที่ในการดึงคนจากทุกภาคส่วนของสังคมมาร่วมรับทราบปัญหา ร่วมหาวิธีแก้ไข และร่วมดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายและกิจการ ดังนั้น เครื่องมือต่างๆภายใต้พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ จึงเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่น่าจะมีส่วนสนับสนุนการพัฒนาจิตสำนึกพลเมือง โดยเป็นพื้นที่ปฏิบัติการจริงของการปรับเปลี่ยนรูปแบบประชาธิปไตยที่ประชาชนใช้อำนาจผ่านตัวแทนสู่ประชาธิปไตยที่ประชาชนมีส่วนร่วมด้วยตนเอง

^๒ เอนก เหล่าธรรมทัศน์. การเมืองภาคพลเมือง : สู่อสังขารใหม่. โรงพิมพ์คบไฟ. (กรุงเทพฯ : ๒๕๕๕) หน้า ๒๙-๓๐

PLENARY SESSION 2

วันพุธที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘

เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๔.๓๐ น.

ห้องแกรนด์โคมอนด์บอลรูม อิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี



คุณวิจัย อัมราลิขิต



คุณพรศิลป์ พัชรินทร์ตนะกุล



คุณประสิทธิ์ชัย หนูนวล



รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

หัวข้อ

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม: สถานะ คุณค่า และการยอมรับ

วิทยากร

๑. คุณวิจัย อัมราลิขิต นายกเทศมนตรีเมืองพนสนิมคม ชลบุรี อดีตนายกสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และอดีตรองกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. คุณพรศิลป์ พัชรินทร์ตนะกุล รองประธานกรรมการหอการค้าไทย
๓. คุณประสิทธิ์ชัย หนูนวล ผู้ประสานงานเครือข่ายปกป้องพื้นที่ผลิตอาหารภาคใต้
๔. รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา กรรมการสุขภาพแห่งชาติ อดีตประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ - ๔ และผู้ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบสมัชชาสุขภาพใน ๓ ประเทศ (บราซิล ยูกันดา ไทย)

ผู้ดำเนินรายการ

คุณประวิณมัย บ่ายคล้าย ผู้ดำเนินรายการ เรื่องเด่นเย็นนี้ สถานีวิทยุโทรทัศน์ไทยทีวีสีช่อง ๓

ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา การปฏิรูปทางการเมืองของประเทศไทยต้องการเปลี่ยนผ่านจากประชาธิปไตยแบบตัวแทนสู่ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ดังปรากฏตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ กล่าวคือ ทุกภาคส่วนของสังคมควรเข้ามามีส่วนร่วมทางการเมือง ในการ (๑) กำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น (๒) ตัดสินใจทางการเมือง เกี่ยวกับการวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการจัดทำบริการสาธารณะ (๓) ตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ ในรูปแบบองค์กรทางวิชาชีพหรือตามสาขาอาชีพที่หลากหลายหรือรูปแบบอื่น และ (๔) สร้างความเข้มแข็งทางการเมืองในลักษณะเครือข่ายทุกรูปแบบ

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ต้องเป็นไปเพื่อให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพะทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและปัญญา โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ระบบสุขภาพต้องสัมพันธ์กับระบบต่างๆของสังคม การมีสุขภาพดีจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น พฤติกรรม ความเชื่อ วิถี

ชีวิต สิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อม รวมถึงนโยบายสาธารณะซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

พัฒนาการของเครื่องมือและกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๐ ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ว่า “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” รวมทั้งได้กำหนดให้มีเครื่องมือและกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีความชอบธรรมทางกฎหมาย ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โดยมุ่งสร้างพื้นที่ร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดี

กลไก กระบวนการ และผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีการสร้างข้อเสนอในนโยบายในรูปแบบต่างๆ ทั้งการวางภาพอนาคตของระบบสุขภาพทั้งระดับชาติและเฉพาะพื้นที่ตามกรอบธรรมนูญฯ มติสมัชชาสุขภาพ และข้อเสนอจากการประเมินผลกระทบทางสุขภาพทั้งในระดับชาติและในระดับพื้นที่ ตลอดช่วงเวลาดำเนินงานดังกล่าวยังคงมีคำถามถึงคุณภาพของกระบวนการมีส่วนร่วม ความสำเร็จในทางปฏิบัติและการยอมรับต่อผลลัพธ์ (ข้อเสนอเชิงนโยบาย) ซึ่งดูเหมือนจะสวนทางกับกระแสหลักของการพัฒนานโยบายจากบนลงล่างและการสั่งการโดยรัฐ

รายละเอียดของการประชุมในห้องย่อยที่ ๑ - ๕ วันพุธที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๔.๔๕ – ๑๖.๓๐ น.

ห้องย่อยที่ ๑ แชนไฟร์ ๒๐๑

หัวข้อ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: ขา(ไม่)เคลื่อนไหวสำคัญกว่าขาขึ้น

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

๑. ดร.กฤษณ์ รักชาติเจริญ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. ผศ.ดร.สมศักดิ์ อมรสิริพงษ์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๓. ดร.เพ็ญแข ลากยั้ง กรมอนามัย
๔. คุณชูศักดิ์ ชื่นประโยชน์ ภาคธุรกิจ
๕. คุณวิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ ภาคประชาสังคม

ผู้ดำเนินรายการ: ดร. อีรารัตน์ พันทวี วงศ์ณะเอนก

ความเป็นมา

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือและกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มีการจัดงานแล้วรวม ๓ ครั้ง ทำให้มีมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติรวม ๖๔ มติ โดยที่ผ่านมามีความพยายามในการผลักดันให้มีการนำมติไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายของรัฐ และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมโดยหน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่า หลายมติมีความก้าวหน้าในการปฏิบัติพอสมควร มีกลไกรับผิดชอบขับเคลื่อนงานชัดเจน แต่หลายมติก็น่าจะยังไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร

การทำความเข้าใจถึงปัจจัย เงื่อนไขที่กำหนดความสำเร็จของการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่กระบวนการพัฒนาระเบียบวาระถึงการขับเคลื่อนมติเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การปรับแนวทางการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่ผลสำเร็จได้อย่างเป็นระบบดังนั้น สช.จึงได้ทำการสนับสนุนให้มี “การศึกษาถึงปัจจัยชี้วัดความสำเร็จในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติ” เพื่อใช้เป็นทั้งเครื่องมือในการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์เพื่อปรับแนวทางการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป

และเพื่อให้การศึกษาดังกล่าวมีความสมบูรณ์เป็นที่ยอมรับของหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้วยกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นที่มาของการนำเสนอในครั้งนี้

ห้องย่อยที่ ๒ แชนไฟร์ ๒๐๒

วันพุธที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๔.๔๕ – ๑๖.๓๐ น.

หัวข้อ

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมกับการตอบโจทย์การพัฒนาในพื้นที่

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

๑. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
๒. คุณจงกลณี ศิริรัตน์
๓. คุณประสิทธิ์ชัย หนูนวล
๔. คุณกิตติภาพ สุทธิสว่าง
๕. คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพล

ผู้ดำเนินรายการ: คุณประพจน์ ภูทองคำ

ความเป็นมา

ตลอดเวลาเกือบทศวรรษที่มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ ผ่านเครื่องมือและกลไกต่างๆ โดยเฉพาะสมัชชาสุขภาพจังหวัดและการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน มีรูปธรรมความสำเร็จและโอกาสพัฒนาที่หลากหลาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัจจัยสำเร็จและปัจจัยถ่วงรั้งจะช่วยยกระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

ห้องย่อยที่ ๓ แชนไฟร์ ๒๐๓

วันพุธที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๔.๔๕ – ๑๖.๓๐ น.

หัวข้อ

ธรรมนูญเพื่อสังคมสุขภาวะที่พึงปรารถนา: สถานะ คุณค่า และการยอมรับ

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

๑. รศ.ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย
๒. คุณชาติวัฒน์ ร่วมสุข
๓. พญ.ประนอม คำเที่ยง
๔. คุณรสนา โดสิตระกูล

ผู้ดำเนินรายการ: ดร.เดชรัต สุขกำเนิด

ความเป็นมา

“มาตรา ๕๖ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ทั้งนี้ ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพมาประกอบด้วย และเมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแล้ว ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา ทั้งนี้ ให้ คสช. ทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อยทุกห้าปี”

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จึงได้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ขึ้น ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๒ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๖ ตอนพิเศษ ๑๓๕ ง เมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ นอกจากนี้ สังคมสามารถนำไปใช้เป็นฐานอ้างอิงในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของระบบสุขภาพในอนาคต ซึ่งภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่สามารถจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ของตนได้ โดยไม่ต้องขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

จากการติดตามและขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมาพบว่าความสำเร็จของธรรมนูญสุขภาพที่เห็นเด่นชัดมากคือ การเกิดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ขึ้นหลายแห่งทั่วประเทศ ในขณะที่การอ้างอิงหรือการขับเคลื่อนการทำงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพชาตินั้นกลับไม่มีความชัดเจนมากเท่ากับพื้นที่ ดังนั้น จึงเป็นที่น่าสนใจว่าในปัจจุบันธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพทั้งในระดับชาติและพื้นที่นั้น มีสถานะ คุณค่าและการยอมรับเป็นอย่างไรบ้าง และจะมีแนวทางการพัฒนาในเรื่อง สถานะ คุณค่าและการยอมรับในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ทั้ง ๒ ระดับ อย่างไร

ห้องย่อยที่ ๔ แชนไฟร์ ๒๐๔

วันพุธที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๔.๔๕ – ๑๖.๓๐ น.

หัวข้อ

เครื่องมือจัดการความขัดแย้งทางความคิด ในกระบวนการประชาธิปไตย

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

๑. คุณชลัท ประเทืองรัตนนา
๒. ดร.สตีเฟน ธนานิธิโชติ
๓. ผู้แทนศูนย์การเมืองภาคพลเมืองจาก ๔ ภูมิภาค

ผู้ดำเนินรายการ: คุณศุภณัฐ เพิ่มพูนวิวัฒน์

ความเป็นมา

สถาบันพระปกเกล้าจัดทำแผนโครงการขับเคลื่อนทบทวนรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติด้วยการประชาเสวนาทางออก (public deliberation) เพื่อรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนต่อทิศทางในอนาคตของระบบสุขภาพไทย ตลอดจนข้อเสนอแนะต่อการทบทวนรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ กระบวนการประชาเสวนาทางออกเพื่อทบทวนระบบสุขภาพแห่งชาติได้มีการดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๗ ถึงพฤษภาคม ๒๕๕๘ และได้รับผลการศึกษาน่าสนใจหลายประการ สมควรที่จะมีการนำเสนอต่อสาธารณะในวงกว้างเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันถอดถอดประสบการณ์ที่ได้รับจากการจัดกระบวนการเพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับการขับเคลื่อนกิจกรรม/กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในประเด็นสาธารณะอื่นๆ ต่อไป

ห้องย่อยที่ ๕ แชนไฟร์ ๒๐๕

วันพุธที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๔.๔๕ – ๑๖.๓๐ น.

หัวข้อ

สมัชชาสุขภาพ: บทเรียนจาก 3 กรณีศึกษา

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

๑. ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
๒. ดร.พ.ญ.ฉันทนา ผดุงทศ
๓. นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล
๔. ผศ.ภก.ดร.วิบูลย์ วัฒนนามกุล

ผู้ดำเนินรายการ: ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ความเป็นมา

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็นเวทีกลางที่เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ ที่ผ่านมามีข้อสังเกตข้อเสนองานนโยบายอันเป็นผลจากฉันทมติของสมัชชากว่า ๔๐ เรื่อง ข้อเสนอดังกล่าวได้รับการเสนอเข้าสู่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีทั้งเพื่อทราบและเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ มีการประสานตรงกับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง การจัดเวทีหารือเครือข่ายในบางประเด็นอย่างต่อเนื่อง การตั้งกลไกเฉพาะเพื่อการขับเคลื่อนหรือจัดทำแผนปฏิบัติการในบางประเด็น มีการขับเคลื่อนมติไปสู่การปฏิบัติโดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เหล่านี้ล้วนเป็นผลจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหว ปฏิบัติการ ความคาดหวัง ความสำเร็จ ความล้มเหลว รวมทั้งความร่วมมือและความขัดแย้งของผู้ที่มีจุดยืนและผลประโยชน์แตกต่างกัน ซึ่งย่อมเกิดขึ้นเป็นธรรมดาในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ

อาจกล่าวได้ว่า สมัชชาสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เน้นการมีส่วนร่วมนี้ยังเป็นเรื่องใหม่และมีพัฒนาการอยู่ในระยะเริ่มต้น กระบวนการทำงานนับแต่การเริ่มเสนอประเด็นนโยบายเพื่อพิจารณานำเข้าสู่สมัชชา กระบวนการพัฒนาและยกยกร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย รวมทั้งการถกแถลงและการแสวงหาฉันทมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนปฏิบัติการที่ต่อเนื่องที่มีต่อฉันทมติและกระบวนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพเกิดผลทางปฏิบัติ ยังจำเป็นต้องมีการถอดบทเรียนและวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ผ่านมา บทเรียนและประสบการณ์ดังกล่าวนอกจากจะสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนานโยบายแล้ว ยังเป็นการประเมินกลไก กระบวนการ และเครื่องมือใหม่ๆ ที่มีการใช้ในกระบวนการสมัชชา อันจะเป็นประโยชน์ในการปรับกลยุทธ์การทำงานให้สอดคล้องกับหลักการและสถานการณ์ที่เป็นจริงต่อไป

ในบรรดานโยบายสาธารณะที่ถูกลำเลียงเข้าสู่กระบวนการสมัชชาฯ นั้น มีประเด็นนโยบาย ๓ เรื่องที่มีความซับซ้อนโยงใยกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก มีความแตกต่างกันในเชิงแนวความคิด

ทิศทางการพัฒนา และมีภาคเอกชนที่แสวงผลกำไรในแวดวงธุรกิจเกี่ยวข้อง นอกจากนั้นยังมีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทที่แตกต่างหลากหลายที่จำเป็นต้องชี้แจง ถกเถียงหาข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งทำให้กระบวนการสมัชชามีความซับซ้อนมากกว่าประเด็นนโยบายอื่นๆ และแม้จะมีข้อตกลงร่วมกันระดับหนึ่งแล้ว การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติก็มีความยุ่งยากอย่างยิ่ง นโยบายทั้งสามนี้ได้แก่

- (๑) นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
- (๒) มาตรการสังคมไทยไร้รอยต่อ และ
- (๓) นโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

การศึกษารณีทั้งสามเป็นตัวอย่างของกระบวนการสมัชชาจะช่วยให้เราเห็นถึงจุดแข็งจุดอ่อนของกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้

วันที่สองของการประชุม
วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘

PLENARY SESSION 3

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘

เวลา ๙.๐๐ – ๑๐.๑๕ น.

ห้องแกรนด์โคมอนด์บอลรูม อิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี



ดร.เดียนเด่น นิคมบริรักษ์



นพ.โสภณ เมฆธน



นพ.ชาตรี ดวงเนตร

หัวข้อ

สมดุลของการอภิบาลระบบสุขภาพ

วิทยากร

๑. **ดร.เดียนเด่น นิคมบริรักษ์** ผู้อำนวยการวิจัยด้านการบริหารจัดการระบบเศรษฐกิจสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย(TDRI) หัวหน้าโครงการวิจัยการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ

๒. **นพ.โสภณ เมฆธน** อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. **นพ.ชาตรี ดวงเนตร** รองกรรมการผู้อำนวยการใหญ่ ประธานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ-การแพทย์ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) และประธานคณะผู้บริหารศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ

ผู้ดำเนินรายการ: นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของ “การอภิบาล” ในพจนานุกรมฯ หมายถึง “การปกครองที่เต็มไปด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน โดยเล็งเห็นคุณค่าแลศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เป็นการปกครองที่มุ่งหวังให้ทุกคน ทั้งผู้ปกครองและผู้ถูกปกครองได้รับประโยชน์สูงสุดและมีความสุข” เดิมคำว่าอภิบาลจะใช้กับเรื่องการปกครอง โดยมองว่ารัฐเป็นผู้ปกครอง ประชาชนเป็นผู้ถูกปกครอง แต่รูปแบบการอภิบาลก็มีพัฒนาการไปตามพัฒนาการของสังคมและบริบทของสังคมที่เปลี่ยนไป

รูปแบบการอภิบาล แบ่งได้เป็น ๓ รูปแบบได้แก่ ๑) การอภิบาลโดยรัฐ(Governance by government) ซึ่งเป็นรูปแบบการอภิบาลแบบพื้นฐาน มีการใช้อำนาจสั่งการจากผู้บังคับบัญชา มีระบบและโครงสร้างชัดเจน มีการปกครองดูแลบริหารจัดการสังคมเป็นขั้นๆ ๒) การอภิบาลโดยตลาด (Governance by Market) เกิดขึ้นพร้อมกับการเติบโตของระบบตลาดเสรีในช่วง ๓๐-๔๐ ปีที่ผ่านมา เข้ามามีบทบาททดแทนการอภิบาลแบบรัฐบางส่วน ใช้การจัดการแบบการตลาดเชิงธุรกิจ ทำให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพได้เพราะมีความยืดหยุ่นได้มากกว่า มีอิทธิพลกว้างขวางทั้งในประเทศและข้ามประเทศ สามารถกำหนด

กฎเกณฑ์ กติกา ทิศทางการเปลี่ยนแปลง เช่น การเปลี่ยนแปลงในตลาดค่าน้ำมัน ตลาดเงิน ตลาดทุนที่ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆทั่วโลกได้ ๓) การอภิบาลโดยหุ้นส่วน (Government by Partnership) เป็นการอภิบาลที่มีการทำงานเป็นเครือข่าย ต้องมีความเป็นหุ้นส่วนหรือเจ้าของร่วม (Partnership) มีความเคารพกัน ไว้วางใจกัน (Trust) เข้าอกเข้าใจกัน (Empathy) มีงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ความสำเร็จของการใช้การอภิบาล ๓ รูปแบบดังกล่าวอยู่ที่การเชื่อมการอภิบาลทั้ง ๓ รูปแบบเข้าเสริมกัน ต้องสลับการใช้อภิบาลรูปแบบต่างๆอย่างเหมาะสม (switching to another style) และต้องรักษาส่วนผสมของการอภิบาลทั้ง ๓ รูปแบบให้ดี

การอภิบาลระบบสุขภาพ เดิมการอภิบาลระบบสุขภาพไทยใช้รูปแบบการอภิบาลโดยรัฐ ตามบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขด้วยมุมมองสุขภาพในความหมายเดิมที่เน้นเรื่องการแพทย์การสาธารณสุข จนเมื่อประเทศไทยเริ่มเน้นนโยบายพัฒนาทางเศรษฐกิจจึงเริ่มปรากฏบทบาทของธุรกิจและอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงงานผลิตยา บทบาทของการอภิบาลโดยตลาดในระบบสุขภาพจึงเริ่มเด่นชัดขึ้น จนกระทั่งเกิดแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำงานด้านสุขภาพ การอภิบาลโดยหุ้นส่วนจึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญในด้านความหมายของระบบสุขภาพที่ขยายสู่ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และก่อให้เกิดกลไกที่มีบทบาทหลากหลายในการจัดการระบบสุขภาพ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ที่มุ่งเน้นการทำงานเพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พัฒนาการของการอภิบาลระบบสุขภาพด้วยการเลือกใช้การอภิบาลทั้ง ๓ รูปแบบให้เหมาะสมสอดคล้องกับประเด็นปัญหาในระดับต่างๆทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จึงเป็นพัฒนาการที่น่าเรียนรู้เพื่อการพัฒนาต่อยอด

รายละเอียดของการประชุมในห้องย่อยที่ ๑ - ๕

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.

ห้องย่อยที่ ๑ แชนไฟร์ ๒๐๑

หัวข้อ

สะท้อนย้อนคิดการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับโลก ภูมิภาค และประเทศ

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

๑. นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. คุณจินตนา ศรีวงษา เจ้าหน้าที่อาวุโสด้านการสาธารณสุข สำนักงานเลขาธิการอาเซียน
๓. รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจสุขภาพโลกมทิดล

ดำเนินรายการ: นพ. อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร ที่ปรึกษา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมา

แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยเริ่มต้นมากกว่า ๒ ทศวรรษ สืบเนื่องจากการเปลี่ยนมุมมองเรื่องของคุณภาพ จากแบบแยกส่วน มุ่งเน้นการขยายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาล มาสู่การมองแบบองค์รวม เน้นการส่งเสริมสุขภาพ อันเนื่องมาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพสมัยใหม่ สุขภาพถูกมองเป็นเรื่องของคุณภาพทั้ง ๔ มิติ คือด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ที่เชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุลและสัมพันธ์กับระบบต่างๆของสังคม การมีสุขภาพดี จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอีกมากมาย โดยเฉพาะระบบนโยบายสาธารณะซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ

แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพนี้ สอดคล้องกับการปฏิรูปทางการเมืองของประเทศไทย ที่ต้องการเปลี่ยนผ่านจากประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative Democracy) มาสู่ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ที่มองว่าทุกภาคส่วนของสังคมควรมีส่วนเข้าร่วมในการบริหารจัดการและแก้ปัญหาความท้าทายต่างๆในสังคม รวมทั้งเรื่องสุขภาพร่วมกัน แนวคิดนี้ ยังสอดคล้องกับทิศทางการอภิบาลระดับโลก (Global Governance) ที่มองว่าปัญหาและความท้าทายในโลกยุคหลังปี ๒๕๕๘ มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ต้องอาศัยการบริหารจัดการแบบเครือข่ายของทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาคประชาสังคม และจากหลากหลายสาขาวิชา ในการแก้ปัญหาเหล่านั้นร่วมกัน

ห้องย่อยที่ ๒ แชนไฟร์ ๒๐๒

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.

หัวข้อ

กระตุกต่อมคิด: กระจายอำนาจไปแล้ว ใครรับผิดชอบสุขภาพประชาชน

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

๑. รศ.วุฒิสาร ตันไชย สถาบันพระปกเกล้า
๒. รศ.ดร.ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์ คณะรัฐศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
๓. นพ.อำนาจ กาจันะ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๔. คุณวัลลภ พริ้งพวงษ์ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
๕. นพ.สุธี ฮันตระกูล รองนายกเทศมนตรี เทศบาลนครพิษณุโลก

ผู้ดำเนินรายการ: ผศ.ดร.จรววยพร ศรีศศลักษณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ความเป็นมา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ ระบุให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นทั้งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นเอง และได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขึ้นใน พ.ศ.๒๕๕๒ ซึ่งเป็นที่มาของการจัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับแรกใน พ.ศ.๒๕๕๒ ภายหลังจากประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจฯ ฉบับแรก พบว่า กระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ยังไม่มีความก้าวหน้าชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากนัก แม้ว่าจะมีการกำหนดภารกิจด้านสาธารณสุขให้มีการถ่ายโอนให้กับ อปท. แต่จากการติดตามประเมินผล พบว่าไม่มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับขั้นตอนและวิธีการที่กำหนดไว้ในแผนฯ เท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนสถานพยาบาลรัฐให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีความคืบหน้าค่อนข้างน้อย แต่ก็มีคืบหน้าในส่วนอื่น เช่น การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นการร่วมลงทุนระหว่าง สปสช. กับ อปท. โดยสามารถดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ได้เกือบร้อยละ ๑๐๐ หรือการสนับสนุนบทบาท อปท. ในการสร้างเสริมสุขภาพที่มีมิติกว้างกว่าการเจ็บป่วย โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมจะเห็นบทบาทของ อปท. ในด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งโดยการลงทุนด้วยงบประมาณของตนเองและงบที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่น

หากลองกระตุกต่อมคิดเพื่อหาคำตอบเรื่องการออกแบบการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เหมาะสม อาจต้องกลับมาทบทวนระบบอีกครั้ง ระบบที่เงินอยู่กับองค์กรหนึ่ง บุคลากรอยู่กับอีกองค์กรหนึ่ง และอำนาจที่ดูเหมือนว่าจะกระจายก็ได้กระจายจริง ทำให้ต้องมาคิดว่าการบังคับด้วยกฎหมายอาจไม่สำเร็จ แต่ต้องมาตั้งโจทย์ว่า กระจายอำนาจไปแล้ว เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนหรือไม่ และผู้คนที่เกี่ยวข้องมีการปรับวิธีคิด (mind set) ว่า การกระจายอำนาจคือการแบ่งเบาความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพและสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชน หากผู้กำหนดนโยบายทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยคิดด้วย mind set แบบนี้ เวทีนี้น่าจะมีคำตอบ

ห้องย่อยที่ ๓ แชนไฟร์ ๒๐๓

วันหยุดที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.

หัวข้อ

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน:

ส่วนหนึ่งของการอภิบาลระบบสุขภาพใหม่

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

๑. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ประธานคณะทำงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

๒. นายแพทย์วินัย ลิสมิทธิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองขลุง อ.คลองขลุง จ.พิจิตร

๓. นายแพทย์ศราวุธ สันตินันตรักษ์ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู

ผู้ดำเนินรายการ: คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภณพล ผู้ช่วยเลขานุการ คสช.

ความเป็นมา

เขตสุขภาพที่ขับเคลื่อนอยู่ในประเทศไทยปัจจุบัน มี ๒ approach คือ

๑. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นการเคลื่อนในภาพใหญ่ อยู่ล้อมรอบระบบสุขภาพเป็นต้นทางของระบบสุขภาพ ซึ่ง สช. เป็นแกนหลักในการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ปัจจุบันอยู่ระหว่างการเสนอระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. เข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี

๒. เขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการเคลื่อนลงลึกในเรื่องระบบบริการสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขออกคำสั่งกระทรวงฯ ในการจัดตั้งเขตสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมประสบการณ์การจัดเขตบริการสุขภาพในต่างประเทศ จำนวน ๘ ประเทศ ได้แก่ อังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา สวีเดน นอร์เวย์ เกาหลี และไต้หวัน ซึ่งทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐสนับสนุนในรูปแบบระบบสุขภาพแห่งชาติ (National service system หรือ National service insurance) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การจัดระบบสุขภาพเขตพื้นที่เป็นที่ยอมรับของทุกประเทศที่ทบทวน ว่าเป็นสิ่งที่นำไปสู่การจัดบริการที่เพิ่มคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเป็นธรรม กลไกตลาดภายในเป็นกลไกที่สามารถสร้างระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ที่ดี แต่ให้สร้างการประสานมากกว่าการแข่งขันทางการเงิน เขตพื้นที่สุขภาพจะดำเนินการได้ประสบผลสำเร็จต้องการกลไกหลายประการในการบริหารจัดการ กลไกกำกับดูแลระบบสุขภาพเขตพื้นที่มีหลายระดับความเข้มข้น การใช้กลไกต่างๆ ให้คำนึงถึงบริบทประเทศที่แตกต่าง การจัดบริการสุขภาพระดับพื้นที่ต้องประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ สาธารณสุข และสังคม ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การอภิบาลระบบ (system governance) การจัดตั้งคณะกรรมการเขตพื้นที่โดยกฎหมายและความเป็นไปได้ และการศึกษาทบทวนประสบการณ์การจัดตั้งคณะกรรมการเขตพื้นที่สุขภาพที่เคยดำเนินการขณะมีการกระจายอำนาจเกิดขึ้น

ความเป็นมาของการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

๑. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ เมื่อ ๑๓ – ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๗ ได้เห็นชอบมติที่ ๖.๘ เรื่องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย ซึ่งมีสาระสำคัญประกอบด้วย (๑) การปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการภัยคุกคามสุขภาพ (๒) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (๓) การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ (๔) การปฏิรูประบบการเงินการคลัง และระบบหลักประกันสุขภาพ (๕) การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

๒. วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๕๗ ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๗ ได้พิจารณาแนวทางการพัฒนากลไกหรือเครื่องมือเพื่อการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในระยะต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ ๖.๘ เรื่อง ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้มีมติเห็นชอบให้เสนอประเด็นสำคัญที่ควรขับเคลื่อนต่อ คณะรักษาความสงบแห่งชาติ(คสช.) ให้ความเห็นชอบต่อไป ได้แก่ (๑)การปฏิรูประบบสุขภาพในระยะเร่งด่วน เสนอให้จัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ยึดโยงการทำงานของหน่วยงานและองค์กรทุกภาคส่วน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (๒)การปฏิรูประบบสุขภาพในระยะยาว เสนอให้นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ มติ ๘ เรื่อง “การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย” เสนอต่อคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ให้ความเห็นชอบเพื่อเสนอต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๓. วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๗ หัวหน้า คสช. (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้ลงนามอนุมัติการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๕๗ หัวหน้าฝ่ายสังคมจิตวิทยา คสช. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ที่มีนายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธาน เป็นกลไกพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพฯ ที่เป็นรูปธรรมต่อไป

๔. คณะทำงานฯ ได้พัฒนาเอกสารรูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยมีการจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง ใช้ข้อมูลทางวิชาการและจัดกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคี เครือข่ายและสาธารณะในหลายช่องทาง ปัจจุบันอยู่ระหว่างการเสนอคณะรัฐมนตรี พิจารณาร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

รูปแบบของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

หลักการสำคัญ (๑) ยึดประโยชน์สุข สุขภาวะของประชาชนในเขตพื้นที่เป็นศูนย์กลาง ทุกภาคส่วนร่วมขับเคลื่อน (๒) ยึด “หลักการทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย” (๓) เป็นฐานการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามภารกิจ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (๔) เน้นประสานพลังปัญญา พลังสังคม และพลังรัฐ

วัตถุประสงค์ (๑) กระตุ้นการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมด้านสุขภาพ ชีวทัศน์และบูรณาการทุกภาคส่วน ทุกมิติ, มุ่งความเป็นธรรม (๒) รองรับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการจัดการสุขภาพทุกมิติ, เกิดสมดุลในการอภิบาลระบบสุขภาพ (๓) จุดประกาย,กระตุ้น ให้องค์กรต่างๆ ดำเนินงานได้บรรลุภารกิจของตน (๔) ส่งเสริมแนวทางการกระจายอำนาจ, สร้างความเข้มแข็งพื้นที่ (๕) เสริมพลังกลไกต่างๆ (Synergy) ในเขตพื้นที่

ภารกิจของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (๑)สร้างพื้นที่บูรณาการงานด้านสุขภาพ เพื่อประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำ (๒)ผลักดันขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของกลไกต่างๆ ในพื้นที่ (๓) ร่วมอำนวยความสะดวกให้เกิดทิศทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของพื้นที่ร่วมกัน โดยให้ความสำคัญกับภารกิจ ๕ ร่วม คือ ร่วมประสาน ร่วมแลกเปลี่ยน ร่วมชีวิติทาง ร่วมบูรณาการ และร่วมระดมสรรพกำลังขับเคลื่อน

ห้องย่อยที่ ๔ แชนไฟร์ ๒๐๔

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.

การนำเสนอผลงาน

วิชาการจากพื้นที่ ห้องที่ ๑

วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อรับฟังองค์ความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ประมวลเป็นงานวิชาการของคนทำงาน
- ๒) เพื่อให้ได้มุมมองและข้อเสนอแนะ ต่อแนวทางการใช้ประโยชน์งานวิชาการผ่านการปฏิบัติงาน เพื่อต่อยอด ยุทธศาสตร์พัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

หัวข้อ

๑) การลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ

- ๑.๑) ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย

๒) รูปแบบของพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

- ๒.๑) กระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนโดยการสร้างนโยบายสาธารณะของสมัชชาสุขภาพตำบลนาเกลือ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
- ๒.๒) การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ด้วยรูปแบบสมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี
- ๒.๓) สมัชชาสุขภาพเทศบาลนครพิษณุโลกกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

๓) การมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

- ๓.๑) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมพื้นที่จังหวัดลำปาง
- ๓.๒) กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ผ่านมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบในพื้นที่ปักษ์ใต้
- ๓.๓) ชาวปัตตานีร่วมด้วยช่วยกัน ขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดและตำบลสู่ความยั่งยืน

๔) การอภิบาลระบบสุขภาพ

- ๔.๑) บทบาทของสมัชชาสุขภาพจังหวัดในการอภิบาลระบบสุขภาพ

วิทยากร: ผศ.ดร.บัญญัติ แก้วสอง ผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

ผู้ดำเนินรายการ: ดร.สุชาติ อุดมโสภกิจ ศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค สำนักนโยบายวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ

รูปแบบการดำเนินการ

- ๑) การนำเสนอผลงานวิชาการ รายการประเด็น
- ๒) วิทยากรประจำกลุ่มให้ความเห็น จากนั้นเปิดการซักถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เข้าร่วม

(บทคัดย่อของแต่ละหัวข้ออยู่ในหน้าถัดไป)

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

(Social Determinant of Health)

และความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย

สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

(International Health Policy Program)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความไม่เป็นธรรมทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ เพื่อที่จะพัฒนาเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์และอธิบายสถานการณ์ความไม่เป็นธรรมทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ

จากการทบทวนองค์ความรู้และผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นในประเทศและต่างประเทศร่วมกันของนักวิชาการทั้งสายสังคมและสายสุขภาพ ทำให้เห็นปัจจัยต่างๆในสังคมที่เชื่อมโยงและมีผลต่อความไม่เป็นธรรมในสังคมของชีวิตผู้คนและส่งผลต่อสุขภาพ หรือ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ดังนี้

๑. ปัจจัยเชิงปัจเจก (Individual or Life-course Determinants) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อชีวิตผู้คนตั้งแต่เกิด กล่าวคือ ในแต่ละช่วงชีวิตของผู้คน ปัจจัยเชิงปัจเจกจะส่งผลต่อโอกาสในสังคมของบุคคลนั้นๆ โอกาสที่ต่างกันนำมาซึ่งความไม่เป็นธรรมในสังคมและความไม่เป็นธรรมต่อสุขภาพ ได้แก่

๑.๑) ปัจจัยที่ส่งผลตั้งแต่แรกเกิด: ครอบครัว

๑.๒) การศึกษา

๑.๓) งานหรืออาชีพ

๒. ปัจจัยเชิงโครงสร้างทางสังคม (Structural Determinants) เป็นปัจจัยทางสังคมที่กระทำต่อสังคม และกระทำซ้ำต่อผู้คนในสังคม ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในสังคม ได้แก่

๒.๑) การกระจายทุน

๒.๒) การกระจายทรัพยากร

๒.๓) การกระจายอำนาจ

๒.๔) วัฒนธรรมกรอบแนวคิด

๓. ปัจจัยภายนอก (External Determinants) เป็นปัจจัยเพิ่มเติม ที่ดูเหมือนจะเกิดจากปัจจัยภายนอกสังคม มากระทำซ้ำต่อผู้คนในสังคม แต่เมื่อมองอีกมุมหนึ่ง ปัจจัยเหล่านี้ก็เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในสังคมของเราเอง ได้แก่

๓.๑) สิ่งแวดล้อม (Environment)

๓.๒) โลกาภิวัตน์ (Globalization)

การวัดความไม่เป็นธรรมในสังคมตามทฤษฎีทางสังคม จะต้องวัดผลกระทบจากปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพแต่ละปัจจัย ในกลุ่ม “คนชายขอบ” เนื่องจากหากคนเล็กน้อยในสังคมได้รับผลกระทบจากปัจจัยทางสังคม ย่อมแสดงว่ายังคงมีความไม่เป็นธรรมในสังคมนั้นอยู่ คนเล็กน้อยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเป็น High Loss หรือบุคคลที่สังคมมองข้ามไป ในขณะที่เดียวกัน ต้องนำปัจจัยสังคมประเด็นดังกล่าวมาประเมินตรวจสอบในกลุ่มคนทั่วไปด้วย เพราะเราอาจจะพบว่า ความไม่เป็นธรรมจากปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพบางประการอาจกระทำต่อคนทั่วไปไม่ต่างไปจากคนชายขอบ ซึ่งลักษณะนี้แสดงถึงความเป็น High Risk หรือเป็นความเสี่ยงในการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสังคมดังกล่าว นอกจากนี้ ผลจากการประเมินดังกล่าว อาจแสดงให้เห็นได้ว่า ผลประโยชน์ในปัจจัยสังคมแต่ละด้านอาจตกอยู่กับบุคคลเฉพาะกลุ่ม หรือมีลักษณะเป็น High Rent ของสังคม

ด้วยวิธีคิดลักษณะนี้ หากสามารถสร้างความเข้าใจประเด็นความไม่เป็นธรรมในวงกว้าง อาจทำให้คนแต่ละกลุ่มในสังคมมีความเข้าใจกันและกันมากขึ้น มองคนอื่นมากขึ้น เข้าใจปัญหามากขึ้น สร้างปัญหาให้แก่กันและกันลดลง เมื่อนั้นความไม่เป็นธรรมน่าจะลดลง

กระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนโดยการสร้างนโยบาย สาธารณะของสมัชชาสุขภาพตำบลนาเหลียง

นันทมิตร นันทะเสน และคณะ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเหลียง อ.เวียงสา จ.น่าน

ปัญหาสุขภาพของชุมชนนับวันจะมีความความซับซ้อนมากขึ้น ปัญหาดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขโดยภาคสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อน การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษากระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนเพื่อให้มีและใช้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพตำบลนาเหลียง อ.เวียงสา จ.น่าน ซึ่งประกอบด้วยองค์การภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ท้องถิ่นและภาคประชาชน

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประชากรกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านสุขภาพที่สำคัญ ทั้งจากภาครัฐ ท้องถิ่นและภาคประชาชนของตำบลนาเหลียง อ.เวียงสา จ.น่าน จำนวน ๑๑๕ คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selective) ดำเนินการระหว่าง ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๖ ถึง ๔ กันยายน ๒๕๕๖

วิธีการเก็บข้อมูล ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง งานวิจัยนี้ออกแบบเป็น ๓ ขั้นตอน ขั้นตอนที่ ๑ เป็นการประเมินสถานการณ์ทางสุขภาพของพื้นที่ โดยทบทวนข้อมูลทุติยภูมิจากระบบรายงาน (ผลการดำเนินงานของ รพ.สต.นาเหลียง) ขั้นตอนที่ ๒ เป็นขั้นตอนของการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม โดยการจัดเวทีสาธารณะ นำข้อมูลที่ได้ในขั้นตอนที่ ๑ นำเสนอให้ที่ประชุมตัดสินใจออกมาตรการร่วมกัน ขั้นตอนที่ ๓ เป็นการนำมาตรการในขั้นตอนที่ ๒ ไปดำเนินการและมีการประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนเพื่อให้มีและใช้นโยบายสาธารณะของสมัชชาสุขภาพได้แก่ ๑. ขั้นตอนประเมินสถานการณ์ ได้แก่ การคืนข้อมูลสภาวะสุขภาพที่พบว่าอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ มะเร็ง) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ให้แก่ประชาชนได้รับทราบ องค์การภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคประชาชน รวมถึงภาคีเครือข่ายต่างๆในชุมชนร่วมกันหาแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ๒. ขั้นตอนการตัดสินใจร่วมกันได้แก่ จัดเวทีประชาคมโดยแต่ละหมู่บ้านได้ทบทวนกฎระเบียบนโยบายสาธารณะของแต่ละหมู่บ้าน และหารือแก้ไขข้อตกลงในหมู่บ้าน อย่างน้อยหมู่บ้านละ ๓ ครั้ง หลังจากนั้นทุกหมู่บ้านนำข้อมูลที่ได้นำเข้าสู่เวทีประชาคมตำบล โดยได้กำหนดมาตรการร่วมกัน จำนวน ๔ ข้อ เช่น มาตรการด้านอาหารปลอดภัย มาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพ มาตรการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ/ไม่ติดต่อในชุมชน ๓. ขั้นนำมาตรการสู่การปฏิบัติ มีการลงนามบันทึกข้อตกลง โดยมีนายอำเภอเวียงสาเป็นประธาน นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน ประธานประชาคม ประธานผู้สูงอายุ ประธาน อสม. ประธานเยาวชน ประธานแม่บ้าน ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้อำนวยการ รพ.สต. เป็นกรรมการ ประเมินผลโดยการเก็บข้อมูลผู้ฝ่าฝืนนโยบายสาธารณะซึ่งเก็บข้อมูลโดยผู้นำหมู่บ้านและ อสม.

ข้อเสนอแนะ ๑. เชิงนโยบาย ให้เร่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้ ๒. เชิงปฏิบัติการ ต้องช่วยกันสร้างความตระหนักในคุณค่าของสุขภาพเป็นเรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ด้วยความรับผิดชอบของทุกฝ่ายในสังคม ไม่ใช่เป็นเรื่องแค่การป่วย-ไม่ป่วย และ

การได้รับบริการสาธารณสุขเพียงเท่านั้น ต้องอาศัยกระบวนการทำงานร่วมกับกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุด ๓. เชิงวิชาการ ควรมีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ เพื่อไปสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกัน ช่วยกันนำเสนอทางเลือกของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ด้วยรูปแบบสมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี

วิสุทธิ สุกรินทร์^๑, วันพิพัฒน์ คมภักดิ์^๒

^๑นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

^๒กรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี

ความเป็นมา

จังหวัดสระบุรีได้เข้าร่วมเป็นจังหวัดนำร่องกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ด้วยรูปแบบสมัชชาสุขภาพจังหวัด กับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ โดยดำเนินการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ จำนวน ๖ ประเด็น แต่ยังไม่สามารถร่วมกันรับรองมตินโยบายสาธารณะและประกาศใช้ได้อย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงสถานการณ์ปัจจุบัน และค้นหาแนวทางการดำเนินงานให้บรรลุผล โดยมีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยภายใน (จุดแข็ง จุดอ่อนหรือปัญหา) และสภาพแวดล้อมภายนอก (โอกาส และอุปสรรค) และ ๒) เพื่อค้นหา แนวทางการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ด้วยรูปแบบสมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการจัดประชุมกระบวนการกลุ่ม ใช้แบบฟอร์มการสัมภาษณ์แบบเตรียมการผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยแกนนำคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด โดยได้ดำเนินการศึกษาระหว่าง ๑ มิถุนายน ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๗

ผลจากการศึกษา

ด้านปัจจัยภายใน ๑) จุดแข็ง ประกอบด้วย การเป็นที่ยอมรับจากสังคมของประธานคณะกรรมการ และคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัดซึ่งมาจากภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย รวมทั้งมีการแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน มีศูนย์ประสานงานที่เข้มแข็ง มีการบริหารจัดการการเงินอย่างเป็นระบบ มีวิทยากรกระบวนการที่มีความสามารถ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์และใช้ข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงสาธารณะเพื่อสุขภาพ และมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ ๒) จุดอ่อน หรือปัญหา ประกอบด้วย การกำหนดวาระการทำงานของคณะกรรมการฯยังไม่ชัดเจน คณะกรรมการฯเข้าร่วมประชุมไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งยังด้อยความสามารถในการประสานความคิดเห็นที่แตกต่าง การขาดความเข้าใจที่เพียงพอในกระบวนการสมัชชาของแกนนำภาคีเครือข่ายบางส่วน และความขาดแคลนบุคลากรในระดับปฏิบัติการ ในด้านการบริหารจัดการ ยังขาดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพทีมงาน ขาดการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันและขาดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาที่ชัดเจน และในการพัฒนาประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบายยังไม่บรรลุถึงการมีมติร่วมกัน

ด้านสภาพแวดล้อมภายนอก ๑) โอกาส ประกอบด้วย การมีนโยบายด้านการปฏิรูปสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของรัฐบาลเป็นปัจจัยสนับสนุน การได้รับการสนับสนุนและการเข้าร่วมในกระบวนการสมัชชาจากหน่วยงานและองค์กรภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของเครือข่ายสื่อมวลชนท้องถิ่น และการที่ประชาชนมีความเข้าใจในกระบวนการสมัชชามากขึ้น ๒) อุปสรรค ประกอบด้วย สถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองระดับชาติ การบริหารจัดการและการตัดสินใจระดับนโยบายที่ยังมีข้อจำกัดจากระบบ

ราชการ การสนับสนุนด้านการเงินซึ่งยังได้รับจากแหล่งทุนเดียวคือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทั้งยังมีความล่าช้าในการจัดการ และการขาดความเข้าใจอย่างเพียงพอของประชาชนในกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด

ข้อเสนอในการพัฒนา จากกลุ่มที่ศึกษา ประกอบด้วย ๑) การจัดหาภาคีเครือข่ายเพิ่มเติมในการเป็นอนุกรรมการตามประเด็นที่สอดคล้องกับข้อเสนอเชิงนโยบาย ๒) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพจังหวัด ๓) การพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่าย เช่น การศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบ ๔) การจัดเวทีย่อยในการรับฟังความคิดเห็นจากเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อร่างมติ ๕) การเสนอร่างมติจากภาคีเครือข่ายให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณา ๖) การเผยแพร่ร่างมติผ่านสื่อสาธารณะต่างๆ เช่น การจัดสมัชชาสุขภาพพอดคาส ๗) การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรีเพื่อร่วมกันรับรองมตินโยบายสาธารณะ ๘) การค้นหา กำหนดพื้นที่ต้นแบบนำร่อง และ ๙) การติดตามประเมินผลการนำมติไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง

ข้อเสนอแนะ

๑) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติควรหนุนเสริมให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดมีการจัดทำวิสัยทัศน์ร่วมและแผนยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่ชัดเจน ๒) คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดควรสร้างการมีส่วนร่วมกับส่วนราชการ ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกระดับและภาคเอกชนอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับเร่งรัดการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อสาธารณะในรูปแบบต่างๆให้ทั่วถึงและครอบคลุมทุกพื้นที่ และ ๓) หน่วยงานของรัฐ และ องค์กรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ควรสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการใช้เงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามบริบทของแต่ละพื้นที่หรือชุมชน

สมัชชาสุขภาพเทศบาลนครพิษณุโลกกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

ชนิดา ศรีศักดิ์
เทศบาลนครพิษณุโลก

เทศบาลนครพิษณุโลกเป็นเมืองขนาดใหญ่ครอบคลุมพื้นที่ ๑๘.๒๖ ตร.กม. มีประชากร ๓๑,๐๖๓ คนและประชากรแฝงอีกจำนวนมาก โรคไข้เลือดออกจัดเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่ง ดังจะเห็นได้จากอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกในช่วงปี ๒๕๕๒-๒๕๕๔ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย อัตรา ๕๓.๙๓, ๖๑.๓๙ และ ๑๓๔.๒๑ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก ประชาชนขาดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรค มักปล่อยให้ยุงเป็นพาหุพาของแมลงนำพาเชืมนานาสาสัณยศาสตร์สาธรรณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เทศบาลนครพิษณุโลก ได้ทบทวนและปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยแบ่งออกเป็น ๒ ระยะ คือระยะที่ ๑ (ปี ๒๕๕๔) ประกอบด้วย การปรับกระบวนการทัศน์ของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานในชุมชน การเสนอแผนงานแก่คณะกรรมการศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด ในเขตเทศบาล การเปิดเวทีชาวบ้านในชุมชนนำร่องจัดทำแผนสุขภาพชุมชนด้วยแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ ซึ่งชุมชนได้กำหนดมาตรการในการแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกในชุมชนด้วยตนเอง ภายใต้แนวคิดการปรับลดตลอดจนปฏิเสธการใช้สารเคมี ร่วมกันพัฒนาพื้นที่ คินข้อมูลให้ชุมชนอย่างต่อเนื่อง และขยายผลสู่ชุมชนข้างเคียงผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระยะที่ ๒ (ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๗) การขยายขอบเขตพื้นที่ดำเนินการ โดยใช้วิธีการของระยะที่ ๑ เป็นต้นแบบ มีการรวมกลุ่มชุมชน ๓-๔ ชุมชนที่อยู่บริเวณใกล้เคียงกันเป็นกลุ่มพันธมิตรสุขภาพ และจัดตั้ง“สมัชชาสุขภาพเทศบาลนครพิษณุโลก” ขึ้น ในเดือนธันวาคม ๒๕๕๕ มีการจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ๓ มติ โดยมีมติที่ ๓ เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการเกิดโรคไข้เลือดออก

จากผลการดำเนินงานดังกล่าว ทำให้ช่วงหลังจากการจัดตั้งสมัชชาฯ (ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๗) อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ ๔๖.๑๗ เมื่อเทียบกับก่อนจัดตั้งสมัชชาฯ (ปี ๒๕๕๒-๒๕๕๔) และพบว่า House Index (HI) < ๑๐ (จัดเป็นพื้นที่เสี่ยงต่ำ) และค่า Container Index (CI) < ๑๐ โดยมีอัตราการลดลงเฉลี่ยร้อยละ ๑๖ ซึ่งแสดงถึงความร่วมมือของประชาชนในการป้องกันการเกิดโรคด้วยวิธีทางกายภาพที่เพิ่มสูงขึ้น และหากเปรียบเทียบกับอัตราป่วยของพื้นที่ที่มีสภาพใกล้เคียงกัน คือพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เมือง (ตำบลต่างๆของอำเภอเมือง ยกเว้นตำบลในเมือง) และพื้นที่เทศบาลฯ (ตำบลในเมือง) พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคดังกล่าวในพื้นที่ สสอ.เมือง สูงกว่าพื้นที่เทศบาลฯ โดยเพิ่มขึ้นจาก ๑.๓๙ เท่า เป็น ๒.๒๑ เท่า

การเปิดเวทีภาคประชาสังคม ทำให้เกิดนวัตกรรมต่างๆมากมาย มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป โดยมีการพัฒนาจากการสร้างนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ เช่น น้ำยากำจัดลูกน้ำจากพืชฯ ทราวยหอมไฉ่ยุง ผ้าเช็ดมือไฉ่ยุง ฯลฯ สู่การสร้างนวัตกรรมกระบวนการ เช่น ถนนสวยไฉ่ยุง ธนาคารถุงพลาสติก กองทุนปันรักสุข ฯลฯ รวมทั้งขยายการดำเนินงานสู่ประเด็นสุขภาพด้านอื่นๆ ส่งผลให้ชุมชนได้รับรางวัลต่างๆ และได้รับการจัดตั้งจากกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม ให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ชุมชน

ความสำเร็จของการดำเนินงานในครั้งนี้เป็นผลจากพลังการผลักดันของเทศบาลนครพิษณุโลก ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินงานร่วมกับประชาชนอย่างใกล้ชิด นำไปสู่การปรับเปลี่ยนและสร้างกระบวนการทัศน์ใหม่ในการป้องกันและควบคุมโรค โดยทุกคนมีความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและมีส่วนรับผิดชอบร่วมกัน ปฏิบัติในส่วนที่ตนรับผิดชอบให้ดีที่สุดในการจัดการสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งเป็นการพัฒนาที่หลุดพ้นจากวิถีคิดแบบพึ่งพา และรอความช่วยเหลือจากรัฐหรือภายนอก สร้างความเข้มแข็งในการพึ่งพาตนเองของประชาชน เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนได้อย่างแท้จริง นับว่ามีความเหมาะสมสำหรับการนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานขยายผลต่อไปโดยสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมพื้นที่จังหวัดลำปาง

พัฒนา นาคทอง, จิราพร เบ็ญราชรอง, ปานจันทร์ อิ่มหนา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง กระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมา

จังหวัดลำปางมีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับท้องถิ่นตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ เพียงพื้นที่เดียว คือองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ถอด อำเภอเถิน และในทางปฏิบัติ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคส่วน ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ทุกพื้นที่ ยังขาดความสมดุล การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือโดยมุ่งหวังให้นโยบายสาธารณะจากที่พื้นที่มีอยู่ ยกระดับสู่นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดย พหุภาคีที่มีพลัง มีศรัทธาร่วม มีความเป็นเจ้าของร่วมและเป็นที่ยอมรับของสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับ ตำบลของจังหวัดลำปาง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา คัดเลือกผู้เข้าร่วมเรียนรู้เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (ตามแนวคิดการจัดคณะกรรมการจัดสมัชชามาปิดช่องว่างการพัฒนานโยบายสาธารณะระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการและภาคประชาชนของจังหวัดลำปาง) จำนวน ๓๐ คน/พื้นที่ รวม ๑๘๐ คน ได้แก่ เทศบาลตำบล/อบต. สสอ./รพ./รพสต. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทนกลุ่มต่างๆในชุมชน ในพื้นที่ ๖ ตำบล ได้แก่ เทศบาลตำบลวังเหนือ เทศบาลตำบลเมืองปาน อบต.แจ้ซ้อน เทศบาลป่าตัน นาครัว เทศบาลตำบลน้ำใจ อบต.พิชัย ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖ ถึงเดือน สิงหาคม ๒๕๕๗ มี ๒ ขั้นตอน คือการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในพื้นที่และการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้การสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลรายพื้นที่และภาพรวมเชิงปริมาณใช้สถิติบรรยาย ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

พบว่ากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มีจุดเริ่มต้นจากนโยบายของภาครัฐ หรือหน่วยงานต่างๆ และกลุ่มคนที่มีหน้าที่ดำเนินงาน ฉะนั้นผู้รับรู้ข้อมูลจึงอยู่ในวงจำกัดเฉพาะบุคคล หรือหน่วยงาน ประเด็นในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในปัจจุบัน ได้แก่ ๑) สิ่งแวดล้อม ๒) ยาเสพติด และ ๓) การส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ผลสำเร็จที่เกิดเป็นรูปธรรม คือ กฎกติกาป่าชุมชน การดูแลไฟป่าและหมอกควัน ชุมชนเข้มแข็งปลอดภัย และปลอดภัยพืชนานาชาติ ลดโลกร้อนด้วยมือเรา ชุมชนในแต่ละพื้นที่มีเอกลักษณ์โดดเด่นและเฉพาะตัว มีรากเหง้าทางวัฒนธรรม สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และมีความเป็นอยู่ในลักษณะสังคมเครือญาติ มีจิตสำนึกรักบ้านเกิด มีประเพณีวัฒนธรรมที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน ซึ่งเป็นผลให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม มีการทำงานเป็นทีม ด้วยทีมคุณภาพที่มีคุณสมบัติเป็นนักสานพลัง ประเด็นในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับตำบลเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคมส่วนรวมและมีความตระหนักร่วมกัน จึงเกิดพลังร่วมมือในการขับเคลื่อนภายใต้บทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบของแต่ละบุคคล ส่งผลในการเสริมงานประจำและเพิ่มคุณค่าในตนเอง/ชุมชน เกิดความภาค

ภูมิใจที่ได้เป็นฟันเฟืองในการขับเคลื่อนสังคม การประชาสัมพันธ์สู่ภายนอกโดยผ่านทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ทำให้เป็นที่รู้จัก การสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐและเอกชนทำให้เอื้อต่อการดำเนินงานและเกิดความต่อเนื่อง อีกทั้งการได้รับการยอมรับให้เป็นแหล่งศึกษาดูงานก่อให้เกิดกำลังใจในการทำงาน ส่งผลให้เกิดการขยายแนวคิดไปสู่ประเด็นอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

ทุกพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนานโยบายสาธารณะไปสู่ธรรมาภิบาล ควรจะดำเนินการพัฒนาในเชิงประเด็น โดยเพิ่มกระบวนการพัฒนาที่ใช้ให้ครบทั้ง ๓ ภาคส่วน ประกอบด้วยภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคสังคม และควรมีการจัดทำหลักสูตรนักสานพลังระดับจังหวัด

กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ผ่านมิติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ต่อสุขภาพด้านยาสูบในพื้นที่ปักษ์ใต้

ไพฑูรย์ ทองสม
มหาวิทยาลัยทักษิณ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านยาสูบ เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ทุกภาคส่วนร่วมกันมีมติตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ แต่การขับเคลื่อนมติดังกล่าวในระดับพื้นที่ยังไม่มีกระบวนการที่ชัดเจน งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการและปัจจัยความสำเร็จ (Success Factor) ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy : PHPP) ผ่านมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบในพื้นที่ปักษ์ใต้ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยใน ๔ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตการณ์ และขั้นประเมินผลการปฏิบัติ พื้นที่ศึกษาครอบคลุมจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดระนอง จังหวัดพัทลุง จังหวัดสตูลและจังหวัดยะลา ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักวิจัยชุมชนที่ดำเนินการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯจำนวน ๕๐ คน วิธีการเก็บข้อมูลใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ผลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๕๖

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯในพื้นที่ปักษ์ใต้ในขั้นการวางแผนนั้นในทุกจังหวัดมีการวางแผนกระบวนการขับเคลื่อนในระดับอำเภอและใช้พื้นที่นำร่องเป็นหมู่บ้านและโรงเรียนนำร่อง ในขั้นปฏิบัติการ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน โดยจังหวัดประจวบคีรีขันธ์และจังหวัดระนองใช้ภาคประชาสังคมเป็นผู้ขับเคลื่อน ในขณะที่จังหวัดพัทลุงและจังหวัดยะลาใช้นักวิชาการและประชาชนในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการในฐานะนักวิจัยชุมชน ส่วนจังหวัดสตูลใช้ท้องถิ่นเป็นผู้ขับเคลื่อน ผลการสังเกตและการสัมภาษณ์พบว่า กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯสามารถนำไปปฏิบัติในพื้นที่ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การคัดเลือกพื้นที่ระดับชุมชนที่สามารถนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯไปปฏิบัติได้ หรือพื้นที่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับยาสูบ ๒) การสรรหาทีมวิจัยชุมชน ๓) การใช้เวทีประชุมกลุ่มย่อยเพื่อรวบรวมสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชน ๔) การจัดเวทีประเมินวิเคราะห์สถานการณ์ มุมมองในการขับเคลื่อนและปัจจัยเพื่อหนุนเสริมการทำงาน ๕)การออกแบบกิจกรรม ๖) การดำเนินกิจกรรมในชุมชน ๗) การสรุปและประเมินผลร่วมกันระหว่างประชาชนในพื้นที่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพบรรลุเป้าหมายต้องอาศัยทุนทางสังคมและคนในชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อน และจะต้องดำเนินการในพื้นที่ขนาดเล็กจึงจะเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

ชาวปัตตานีร่วมด้วยช่วยกัน ขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดและตำบลสู่ความยั่งยืน

กัลยา เอี้ยวสกุล
สมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดและตำบลในการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ที่เน้นให้คนในสังคมทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมตามแนวทางประชาธิปไตยและมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อร่วมกันหาทางออกให้กับปัญหาหรือความท้าทายที่เกิดขึ้น

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีทบทวนกระบวนการที่เริ่มตั้งแต่การคัดเลือกสมัชชาสุขภาพจังหวัดและสมัชชาสุขภาพตำบลจำนวน ๒ พื้นที่ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี และสมัชชาสุขภาพตำบลดอนทราย อำเภอมะนัง จังหวัดปัตตานี จากนั้นจึงมีการจัดสมัชชาสุขภาพในลักษณะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบปฏิบัติการจริงโดยมีกลไกการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพเป็นแกนหลัก ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๕๓ –๒๕๕๕

ผลการศึกษา

พบว่า กระบวนการสมัชชาสุขภาพทำให้เกิดการรวมพลคนจิตสาธารณะ เชื่อมเครือข่ายเป็นกลไกสมัชชาอย่างเป็นระบบ มีนโยบายสาธารณะ เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวคิดในการขับเคลื่อน คือ “การจัดการสุขภาพคนตาดำด้วยมือคนตาดำ” จนเกิดเป็นนโยบายพัฒนาท้องถิ่น มาตรการชุมชน ข้อตกลงร่วมในการปฏิบัติกับหน่วยงาน ภาคี ท้องถิ่นและชุมชนที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังขยายผลไปอีก ๒๕ ตำบลในจังหวัด อย่างไรก็ตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดยังมีประสิทธิภาพไม่เต็มที่โดยเฉพาะการติดตามและทบทวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะ ทั้งนี้มีสาเหตุเนื่องจากแกนนำมีภาระรับผิดชอบงานในหน้าที่โดยตรงด้วย ทำให้แกนนำไม่สามารถทำงานด้านนี้ได้เต็มที่ ขาดการสนับสนุนจากนักวิชาการในท้องถิ่นอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ขาดการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับจังหวัดตลอดเวลา ทำให้ขาดการสานต่อนโยบายขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้คือ การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายระดับพื้นที่จำเป็นต้องมีภาคประชาชนที่มีองค์ความรู้และปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ และควรส่งเสริมการสร้างเยาวชนรักษ์บ้านเกิด การจัดเวทีสาธารณะเพื่อติดตามและทบทวนพัฒนา นโยบายสำคัญๆที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

บทบาทของสมัชชาสุขภาพจังหวัดในการอภิบาลระบบสุขภาพ

อำพล จินดาวัฒน์ และคณะ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้ขยายขอบเขตความหมาย และกระบวนการทัศน์เรื่องสุขภาพออกไปกว้างกว่าเดิม ประกอบกับกระแสความตื่นตัวของภาคประชาสังคมและความเคลื่อนไหวประชาธิปไตยภาคพลเมือง มีส่วนกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบสุขภาพที่มีตัวแสดงใหม่ๆเพิ่มขึ้นอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดขึ้นของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ก่อให้เกิดกลไกใหม่ที่มีสถานะและบทบาทในการเชื่อมโยงทุกภาคส่วนให้เข้ากำกับดูแลระบบสุขภาพร่วมกัน แนวโน้มการอภิบาลระบบสุขภาพของไทยจึงกลายเป็นพื้นที่ทางสังคมหลากหลายมากขึ้น ไม่ได้เป็นเอกสิทธิ์เฉพาะของรัฐเท่านั้น โดยในปี ๒๕๕๔ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ส่งเสริมให้มีการพัฒนา “สมัชชาสุขภาพจังหวัด” ให้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ โดยเชื่อว่าสมัชชาสุขภาพจังหวัดจะมีบทบาทสำคัญในการหนุนเสริมการอภิบาลระบบสุขภาพของไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้น

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่มุ่งศึกษาบทบาทขององค์กรภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคธุรกิจ และภาคประชาสังคมในกระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัด (สมัชชาสุขภาพจังหวัด) เพื่อวิเคราะห์บทบาทของสมัชชาสุขภาพจังหวัดเทียบเคียงกับบทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบสุขภาพ และวิเคราะห์รูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพที่มีกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดเป็นกลไกขับเคลื่อน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน ๔ จังหวัดจาก ๔ ภาค คือ ภาคเหนือ จังหวัดลำปาง ภาคกลาง จังหวัดลพบุรี ภาคอีสาน จังหวัดอุบลราชธานี และภาคใต้ จังหวัดปัตตานี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร การสนทนากลุ่มบุคคลที่เป็นแกนนำขององค์กรที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เช่น ผู้บริหารองค์กร คณะทำงาน หรือผู้ที่มีส่วนร่วมสำคัญในกระบวนการทำงาน และการสังเกตการณ์ระยะเวลาการศึกษาในช่วงเดือนสิงหาคม ๒๕๕๓ ถึงเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๘

จากการศึกษาพบว่า บทบาทของสมัชชาสุขภาพจังหวัด มีความยืดหยุ่นสูงมาก ไม่มีข้อกำหนดตายตัวและอาจเปลี่ยนแปลงสลับกันไปมาได้ โดยเกิดขึ้นใน ๓ ลักษณะ คือ ๑) การแสดงบทบาทในนามบุคคล ๒) การแสดงบทบาทในนามองค์กร ๓) การแสดงบทบาทในนามกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด

เมื่อวิเคราะห์บทบาทของสมัชชาสุขภาพจังหวัดตามกรอบแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่มีบทบาทที่เน้นหนักเฉพาะการอภิบาลระบบสุขภาพบางด้าน คือ การกำหนดประเด็นปัญหาหรือแนวนโยบายและการประสานงานและสร้างความร่วมมือ รองลงมาคือ การสังเคราะห์และใช้ความรู้ การดูแลภาพรวม และการมีความรับผิดชอบ สำหรับบทบาทที่พบค่อนข้างน้อยหรือไม่มีเลย คือ การออกแบบระบบและการกำกับดูแล เมื่อวิเคราะห์แยกตามภาคส่วนต่างๆ พบว่า ภาครัฐมักมีบทบาทด้านการกำกับดูแลและการมีความรับผิดชอบ (ขึ้นน่านโยบายไปสู่การปฏิบัติ) ภาควิชาการมักมีบทบาทสนับสนุนด้านการสังเคราะห์และใช้ความรู้ (ขึ้นการพัฒนา นโยบาย) สำหรับภาคประชาสังคมมักมีบทบาทด้านการประสานงานและสร้างความร่วมมือ ส่วนที่เป็นบทบาทร่วมกันคือ การกำหนดประเด็นปัญหาและแนวนโยบาย

การวิเคราะห์กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาคส่วนต่างๆที่เป็นตัวแสดงสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพที่มีกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดเป็นกลไกขับเคลื่อน พบว่า กระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะ (ขาขึ้น) ในทุกพื้นที่เป้าหมายมีความโน้มเอียงไปในทางการอภิบาลแบบ

เครือข่ายมากที่สุด กล่าวคือ ไม่มีภาคส่วนใดที่แสดงบทบาทที่น่าอย่างเด็ดขาด หรือใช้อำนาจสั่งการแบบเบ็ดเสร็จ แต่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเสมอภาค และมีการอภิบาลแบบรัฐเป็นตัวเสริม คือ ยังอาศัยโครงสร้างและกลไกการทำงานของภาครัฐสนับสนุนในการประสานความร่วมมือ รวมถึงข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะที่เป็นผลจากระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด มีความโน้มเอียงไปในทาง “ฟังกลไกและอำนาจรัฐ” เป็นสำคัญ

ส่วนในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (ขาเคลื่อน) พบว่าการอภิบาลระบบสุขภาพมีลักษณะผสมผสานกันทั้ง ๓ รูปแบบ คือ ๑) ยึดหลักการประสานความร่วมมือตามแนวคิดการอภิบาลแบบเครือข่าย ที่ทุกฝ่ายยังคงเป็นอิสระต่อกัน ๒) อาศัยกลไกที่เป็นทางการของการอภิบาลแบบรัฐ คือขับเคลื่อนมติให้เป็นนโยบายรัฐ เพื่อใช้อำนาจที่เป็นทางการผลักดันไปสู่เป้าหมายได้รวดเร็วขึ้น ๓) การสอดแทรกด้วยกลยุทธ์ของการอภิบาลแบบตลาด คือ ขับเคลื่อนด้วยพื้นที่ต้นแบบเพื่อให้เห็นผลสัมฤทธิ์เป็นรูปธรรมก่อนแล้วจึงขยายผลไปสู่วงกว้าง และยังมี การใช้ศิลปะการเจรจาทางออกที่ประสานประโยชน์ร่วมกันของทุกฝ่ายไว้

อย่างไรก็ตามประเด็นนโยบายสาธารณะที่นำเข้ากระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด มักจะเป็นประเด็นที่องค์กร หน่วยงาน เครือข่ายหรือพื้นที่มีการขับเคลื่อนมาก่อนจนเกิดรูปธรรมในระดับหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อขยายความร่วมมือในการทำงานให้กว้างขวางยิ่งขึ้นและเห็นเป็นช่องทางที่มีกฎหมายรองรับในการขับเคลื่อนที่สามารถเชื่อมโยงไปยังนโยบายของจังหวัดได้

ห้องย่อยที่ ๕ แชนไฟร์ ๒๐๕

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.

การนำเสนอผลงาน

วิชาการจากพื้นที่ ห้องที่ ๒

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อรับฟังองค์ความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ประมวลเป็นงานวิชาการของคนทำงาน
๒. เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่ต่อยอดยกระดับการพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ประเด็นร่วม กระบวนการมีส่วนร่วม

๑) ประเด็นย่อย การวิเคราะห์เครือข่าย ประกอบด้วยผลงานวิชาการเรื่อง

- (๑.๑) กลไกความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลและนโยบาย ด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ : กรณีศึกษาแผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ (International trade and Health Program : ITH) และคณะกรรมการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ (National Commission on International Trade and Health Studies : NCITHS)
- (๑.๒) การวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร เพื่อการควบคุมยาสูบระดับจังหวัด

๒) ประเด็นย่อย สุขอนามัย ประกอบด้วยผลงานวิชาการเรื่อง

- (๒.๑) การพัฒนารูปแบบชุมชนปลอดภัยหรืออำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
- (๒.๒) แม่สายกับการพัฒนางานอาหารปลอดภัย
- (๒.๓) กระบวนการจัดการสุขชุมชนปลอดภัย: กรณีศึกษาที่บ้านดงอินตา หมู่ ๖ ต.บ้านเหล่า อ.แม่ใจ จ.พะเยา
- (๒.๔) การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนในเขตเทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี

๓) ประเด็นย่อย ระบบนิเวศน์และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยผลงานวิชาการเรื่อง

- (๓.๑) วิชาการผังเมืองกับการมีส่วนร่วมแบบเครือข่าย
- (๓.๒) การประยุกต์กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนามหาวิทยาลัยสีเขียวของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก
- (๓.๓) การเรียนรู้ความเปลี่ยนแปลงทางนิเวศสังคมวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้

๔) เรื่อง กองทุน

(๔.๑) การขับเคลื่อนนโยบายเงินอุดหนุนเด็กเล็ก

(๔.๒) การประยุกต์หลักการมีส่วนร่วมงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพของอบจ.หนองบัวลำภู

วิทยากร: รศ.ดร.ปาริชาติ วิสุทธิสมภาร รักษาการรองคณบดีฝ่ายแผน ประกันคุณภาพและกิจการพิเศษ

ผู้ดำเนินรายการ: ผศ.ดร.นพ.ภูติ เทชาติวัฒน์ รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

รูปแบบการดำเนินการ

๑. การนำเสนอผลงานวิชาการ รายกลุ่มประเด็นย่อย

๒. วิทยากรประจำกลุ่มให้ความเห็น จากนั้นเปิดการซักถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เข้าร่วม

(บทคัดย่อของแต่ละเรื่องอยู่ในหน้าถัดไป)

กลไกความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลและนโยบายด้านการค้าระหว่างประเทศ และสุขภาพ:กรณีศึกษาแผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศกับสุขภาพ (ITH) และคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ (NCITHS)

หทัยชนก สุมาลี, ชุติมา อรรถสิทธิ์, ชะเอม พันธ์, ภาสินี มหัทธนนทวิ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากลไกเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลและนโยบายการค้าระหว่างประเทศ และสุขภาพของแผนงาน ITH และคณะกรรมการ NCITHS เพื่อวิเคราะห์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับกลไกความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลและนโยบายด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายด้านการค้าระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ระเบียบวิธีการศึกษา

โดยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง (documentary review) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร คณะอนุกรรมการกำกับดูแลแผนงานฯ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เครือข่าย) และคณะกรรมการ NC-ITHS วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลการสัมภาษณ์ร่วมกับการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษา ค้นคว้า ทบทวนเอกสาร โดยการพรรณนาข้อมูลตามปรากฏการณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ กลไกความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลและนโยบายด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ พร้อมทั้งประเมิน ความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค

ผลการศึกษา

พบว่าทั้งแผนงาน ITH และคณะกรรมการ NCITHS เป็นกลไกที่ภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องได้ เข้ามามีส่วนร่วมมีเป้าหมายเพื่อเชื่อมโยงนโยบายด้านการค้าระหว่างประเทศและด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อประชาชนไทยด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และภาคประชาสังคม มีกระบวนการดำเนินงานโดยการประมวลและเชื่อมโยงข้อมูล ความรู้และ ข้อเสนอจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อประกอบการพิจารณาในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศในประเด็นด้านสุขภาพและนโยบายสุขภาพอย่าง ครอบคลุมรอบด้าน และเสนอข้อเสนอแนะต่างๆเหล่านี้ต่อผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งรับ ทราบความคืบหน้าการเจรจาการค้าระหว่างประเทศในรอบการเจรจาต่างๆ และรับทราบความคืบหน้า การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศที่จัดทำโดยหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้รู้เท่าทันสถานการณ์ และเสนอข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ทั้งแผนงาน ITH และคณะกรรมการ NCITHS เป็นตัวอย่างของการเชื่อมโยงระหว่างข้อมูล องค์ความรู้กับนโยบาย ซึ่งต้องอาศัยศักยภาพและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการจัดทำข้อเสนอ เพื่อการพิจารณากำหนดนโยบายการเจรจาการค้าระหว่างประเทศในประเด็นด้านสุขภาพและนโยบาย สุขภาพ ดังนั้น หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องจึงควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพทั้งระดับบุคคลและ หน่วยงาน ทั้งในด้านการสร้าง/จัดการองค์ความรู้และการสร้างเครือข่ายเพื่อความเข้าใจของทุกภาค ส่วน และเพื่อประโยชน์สูงสุดจากกลไกความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลและนโยบายด้านการค้าระหว่าง ประเทศและสุขภาพต่อไป

การวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร เพื่อการควบคุมยาสูบระดับจังหวัด

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์^{๑,๒}, อรุณรักษ์ คุเปอร์ มีใย^{๑,๓}, เทียนทิพย์ ศิเยรมะขัน^๑, รติกร เพมบริดจ์^๑

^๑ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

^๒ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

^๓ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลทั้งวิธีเชิงคุณภาพและปริมาณ เพื่อวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมของการขับเคลื่อนควบคุมยาสูบใน ๗ จังหวัดที่จัดทำโครงการขับเคลื่อนมุ่งสู่จังหวัดปลอดบุหรี่โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ ด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ๑ ครั้ง จำนวน ๑๐ คนต่อจังหวัด จากผู้ที่มีบทบาทอย่างชัดเจนในเครือข่ายควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดนั้นๆ วิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัยและตารางเมทริกซ์ประชิด นำเสนอโดยการบรรยายเชิงพรรณนาและกราฟเครือข่าย โดยรายงานฉบับนี้จะนำเสนอเฉพาะการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายจังหวัดปลอดบุหรี่ ซึ่งเป็นเพียงกิจกรรมกลุ่มที่ ๑ จาก ๕ กลุ่มกิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพที่คณะวิจัยได้ศึกษาไว้ทั้งหมด

ผลการวิจัย

พบว่ากระบวนการนโยบายจังหวัดปลอดบุหรี่ของทั้ง ๗ จังหวัดในภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ มีรูปแบบเครือข่ายที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ๑) จุดจัดการโดยหน่วยงานสุขภาพภาครัฐเข้มแข็ง งานส่วนใหญ่ทำโดยสสจ. ๒) จุดจัดการเปลี่ยนตัวบอย แต่มีการร้อยเครือข่ายฯเหนียวแน่นด้วยภาคี ๓) จุดจัดการนำโดยคณะทำงานเฉพาะกิจที่ได้รับการแต่งตั้งในสำนักงานจังหวัดและเชื่อมโยงกับเครือข่ายด้านมหาดไทย ๔) จุดจัดการเป็นสสจ.เข้มแข็งต่อเนื่องและเครือข่ายเหนียวแน่น รูปแบบเครือข่ายที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับทุนทางสังคมของแต่ละจังหวัดว่ามีมากน้อยเพียงใด และจุดจัดการมีความสำคัญและมีประโยชน์มาก ซึ่งเป็นผู้ประสานงานในพื้นที่ หากจุดจัดการมีมุมมอง ทศนคติ รูปแบบและวิธีการที่ดีในการประสานเครือข่าย จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ได้มาก

ข้อเสนอแนะ

จุดจัดการที่เป็นรัฐมีจุดแข็ง เนื่องจากมีกระบวนการทางภาครัฐรองรับ ดังนั้นควรเพิ่มศักยภาพจุดจัดการภาครัฐ ในเรื่องการขยายมุมมอง ทศนคติ รูปแบบและวิธีการในการประสานเครือข่าย เพื่อเชิญชวนภาคส่วนอื่นๆทางวิชาการหรือภาคประชาสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้นในทุกๆระดับเพื่อการพัฒนากระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพพร้อมกัน

การพัฒนารูปแบบชุมชนปลอดบุหรี่อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

จ่านงค์ แก้วนาวิ, สุรินทร กลัมพากร, กิตติกร นิลมานัด, ปรีชา กานแก้ว
โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

การแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ให้มีประสิทธิผลนั้น จำเป็นต้องให้บริการป้องกันทั้งเชิงรับและเชิงรุก ซึ่งการทำงานเชิงรุกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาในครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาการพัฒนาแบบชุมชนปลอดบุหรี่อำเภอโคกโพธิ์ โดยเลือกศึกษาในตำบลทุ่งพลา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ทั้งชุมชนพุทธและมุสลิมอยู่ร่วมกัน และภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน ๑) ขั้นตอนการประเมินสถานการณ์ ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์การสูบบุหรี่ของสมาชิกในชุมชน ๒) ขั้นตอนการตัดสินใจร่วมกัน มีการนำเสนอข้อมูลปัญหาการสูบบุหรี่ในเวทีประชาคม และสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ นำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการจัดการสนทนากลุ่มเพื่อตัดสินใจแนวทางการดำเนินการในลักษณะชุมชนปลอดบุหรี่ และ ๓) ขั้นตอนการปฏิบัติการและการประเมินผล ผู้เข้าร่วมในการศึกษานี้ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายในตำบล ได้แก่ ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายกองค้การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ครูอนามัยโรงเรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชนและกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพ จำนวน ๓๐ คน ดำเนินการระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๘ ถึง ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ เก็บข้อมูลโดยวิธีการสำรวจและใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง การสนทนากลุ่มและการจัดเวทีเสวนา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย ในขั้นตอนที่ ๑ ขั้นประเมินสถานการณ์ พบครัวเรือนในตำบลทุ่งพลาทั้งหมด ๑,๐๘๕ ครัวเรือน นับถือศาสนาพุทธร้อยละ ๕๓.๖๙ ศาสนาอิสลามร้อยละ ๔๖.๓๑ ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปสูบบุหรี่เป็นเพศชายร้อยละ ๙๕.๖๕ ขั้นตอนที่ ๒ ขั้นตัดสินใจร่วมกัน ในการพัฒนารูปแบบชุมชนปลอดบุหรี่ โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ ดังนี้ ๑) การจัดสถานที่ราชการและสถานที่สาธารณะประโยชน์ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ ๒) การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในทุกหมู่บ้านรับทราบ ๓) การให้ความรู้แก่แกนนำเครือข่ายเรื่องอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ ๔) การบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ที่สมัครใจเลิกบุหรี่ ขั้นตอนที่ ๓ ขั้นตอนการปฏิบัติการและการประเมินผล พบว่ามี ๓ มาตรการหลัก ดังนี้ ๑) ร่วมด้วยช่วยกัน มีการจัดและควบคุมสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยร่วมกันกำหนดสถานที่ราชการและสถานที่สาธารณะประโยชน์และติดป้ายประกาศสถานที่ปลอดบุหรี่ของชุมชนให้เห็นอย่างชัดเจนทั้ง ๕ หมู่บ้าน พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบโดยการรณรงค์ขบวนรถแห่ประกาศเสียงตามสายในทุกชุมชน มีการควบคุมกำกับดูแลสถานที่โดยคณะทำงานประจำหมู่บ้านทั้ง ๕ หมู่บ้าน มีการรายงานผลการดำเนินงานของหมู่บ้านต่อคณะอำนวยการ และมีมาตรการร่วมด้วยช่วยกันแบบพี่น้องในการตักเตือนผู้ที่สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ โดยไม่ต้องนำมาตรการด้าน

กฎหมายมาบังคับใช้ ๒) บูรณาการอย่างสร้างสรรค์ เป็นการป้องกันการสูบบุหรี่ในชุมชนโดยการสอดแทรกกิจกรรมให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆในชุมชน ดังนี้ (๑) การจัดบอร์ดความรู้เรื่องอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพและนำความรู้เรื่องบุหรี่ที่เกี่ยวข้องกับข้อบัญญัติของศาสนาอิสลามมาสอนและแนะนำโดยผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม) ในมัสยิดในวันศุกร์ ซึ่งเป็นวันที่สมาชิกที่เป็นผู้ชายที่นับถือศาสนาอิสลามในชุมชนทุกคนร่วมละหมาดที่มัสยิด (๒) การป้องกันผู้สูบบุหรี่รายใหม่ โดยการให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔-๖ จำนวน ๒ แห่ง (๓) ให้ความรู้ผ่านผู้นำและแกนนำชุมชนในการประชุมประจำเดือน ๓) สร้างฝันให้เป็นจริงไม่ทอดทิ้งกัน เป็นกิจกรรมการบำบัดรักษาผู้ที่ติดบุหรี่ จากการดำเนินกิจกรรมส่งผลให้มีผู้เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่โดยใช้กระบวนการกลุ่ม แบบไม่ใช้ยา เมื่อติดตามครบ ๖ เดือน พบว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ ๒๒.๓๒ และมีการสรุปผลการปฏิบัติงาน ผ่านเวทีเรื่องเล่า “สิ่งดีกับชีวิตและชุมชน” โดยมีผู้เข้าร่วมคือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

จากผลการวิจัย การสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลการสูบบุหรี่ของชุมชน ส่งผลให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา เกิดการนำไปสู่กระบวนการจัดการแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน โดยการออกมาตรการของชุมชนเองและการนำหลักศาสนามาประยุกต์ใช้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมในชุมชน ที่จะป้องกันไม่ให้นักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในกลุ่มเยาวชนหรือนักเรียน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ๑) กระทรวงศึกษาธิการควรมีนโยบายให้สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานสอดแทรกเนื้อหาเรื่องบุหรี่กับสุขภาพเข้าไปในหลักสูตรของนักเรียนเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ ๒) กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายนำหลักของศาสนามาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้

แม่สายกับการพัฒนางานอาหารปลอดภัย

วรรณปกรณ์ สุดตะนา

เทศบาลตำบลแม่สาย อ.แม่สาย จ.เชียงราย

เขตเทศบาลตำบลแม่สายเป็นชุมชนที่มีความสำคัญมากชุมชนหนึ่ง เนื่องจากตั้งอยู่ชายแดนมีความสัมพันธ์ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างใกล้ชิดกับประเทศเมียนมาร์ รวมทั้งเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดเชียงราย ในแต่ละปีมีนักท่องเที่ยวเข้ามาท่องเที่ยวในอำเภอแม่สายจำนวนมาก ซึ่งผู้ที่เดินทางมาเกือบทุกคนจะใช้บริการร้านอาหาร หากร้านอาหารได้รับการกำกับดูแลด้านสุขลักษณะให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของอาหารสะอาด รสชาติอร่อยและอาหารปลอดภัย จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค ทั้งนี้ร้านอาหารจัดเป็นสถานที่จำหน่ายอาหารตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และเทศบัญญัติสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๔๓ ที่อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของเทศบาลด้วย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานด้านอาหารปลอดภัยในเขตเทศบาลตำบลแม่สาย และเพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ใช้วิธีเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายแบบเจาะจงจำนวน ๒ กลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ๑) เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลแม่สายจำนวน ๖ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และแบบสัมภาษณ์แบบปลายเปิด แล้วนำไปสัมภาษณ์เชิงลึก ๒) สมาชิกเครือข่ายชมรมผู้ประกอบการร้านอาหารจำนวน ๑๒ คน โดยรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ภาพรวมของข้อมูลที่ได้ผ่านการวิเคราะห์เชิงประเด็น เพื่อหาข้อสรุปและตีความหมายของผลหรือข้อค้นพบที่ได้จากการแสดงข้อมูล

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับบทบาทของเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลแม่สายต่อนโยบายอาหารปลอดภัย พบว่า เทศบาลตำบลแม่สายควรให้ความสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมสนับสนุนชุมชนและองค์กรเครือข่ายอย่างเต็มที่ และควรมีส่วนร่วมในการรณรงค์อาหารปลอดภัยที่รับผิดชอบเนื่องจากเทศบาลตำบลแม่สายเป็นหน่วยงานที่มีการดำเนินงานใกล้ชิดกับประชาชน รวมถึงโรงเรียน ศูนย์เด็กเล็กและสถานประกอบการต่างๆ โดยการพัฒนาร้านอาหารและสร้างเครือข่ายร้านอาหารมาตรฐานจะต้องประกอบด้วย การสร้างทีมผู้ให้คำแนะนำ การตรวจประเมินร้านอาหาร การสร้างทีมและหัวหน้าทีมผู้ตรวจประเมิน การให้คำแนะนำในการพัฒนาร้านอาหาร การลงพื้นที่ตรวจประเมินร้านอาหาร การพัฒนาร้านอาหารต้นแบบและสร้างเครือข่ายร้านอาหารมาตรฐาน

ผลจากการสนทนากลุ่มเครือข่ายชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร สรุปได้ว่า การพัฒนางานอาหารปลอดภัยที่เหมาะสมของเทศบาลตำบลแม่สายต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายอาหารปลอดภัยในพื้นที่ ซึ่งการพัฒนางานอาหารปลอดภัยประกอบด้วย ๖ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การรวบรวมและวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ๒) การพัฒนาข้อเสนอจากเครือข่ายผู้ประกอบการร้านอาหาร ๓) การกำหนดนโยบายผ่านการตัดสินใจร่วมกันพร้อมทั้งการกำหนดเป้าหมายร่วมของเครือข่ายร้านอาหาร ๔) การนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยใช้รูปแบบการทำงานแบบยืดหยุ่นเื้อต่อการปรับทัศนคติ ๕) การประเมินผล โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการสรุปบทเรียนร่วมกันเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของเครือข่าย ๖) การทบทวนและปรับปรุงนโยบายให้สอดคล้องกับสถานการณ์

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานร้านอาหารเพื่อมุ่งสู่อาหารปลอดภัยในเขตเทศบาลตำบลแม่สายอย่างต่อเนื่องและมีความยั่งยืนคือ ควรมีหน่วยงานเชื่อมโยง/ประสานการทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการของการพัฒนาอาหารปลอดภัย เพื่อสนับสนุนและผลักดันให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการจัดการชุมชนปลอดภัย: กรณีศึกษาที่บ้านดงอินตา หมู่ ๖ ต.บ้านเหล่า อ.แม่ใจ จ.พะเยา

ภัทรกุล ใฝ่เครือ, ปัทมา ทองสกลรัตน์
เทศบาลตำบลบ้านเหล่า อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ข้อมูลพื้นฐาน

บ้านดงอินตา ในปัจจุบันมีประชากร ๘๐๕ คน ๑๖๐ ครัวเรือน ประชากรส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม ดำเนินชีวิตตามวิถีวัฒนธรรมอันพื้นเมือง ได้บริหารจัดการขยะโดยมุ่งเป็นชุมชนปลอดภัย ตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ และได้รับถ้วยพระราชทาน “รางวัลชนะเลิศ ชุมชนปลอดภัย เณลิมพระเกียรติ ๘๖ พรรษา ปี ๒๕๕๖ ระดับประเทศ” ทั้งๆที่ไม่มีรถเก็บขยะ ไม่มีพื้นที่รองรับการกำจัดขยะ ไม่มีเตาเผาขยะหรือหลุมฝังกลบขยะในพื้นที่ และยังดำเนินการจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้ ชุมชนปลอดภัยหมายถึงชุมชนที่สามารถบริหารจัดการขยะให้เหลือน้อยใกล้เป็นศูนย์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการจัดการขยะในชุมชนเกษตรกรรมจนเป็นชุมชนปลอดภัย

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสังเกตการณ์ ใน พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการบันทึกของครัวเรือน และข้อมูลที่รวบรวมตามแบบประเมินเพื่อส่งให้คณะกรรมการประเมินชุมชนปลอดภัยของกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องโดยผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ๑) ชาวบ้านในหมู่บ้านดงอินตา ๑๖๐ คน ๒) ผู้นำหมู่บ้าน/ผู้นำทางศาสนา ๓๕ คน ๓) ตัวแทนสถานศึกษา/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๒ คน ๔) ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและตัวแทนเทศบาลตำบลบ้านเหล่า ๔ คน วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอในเชิงบรรยาย

ภาคส่วนต่างๆที่มีส่วนร่วม	กิจกรรม		
	๑.การลดขยะ	๒.การนำมาใช้ใหม่	๓.การคัดแยกขยะ
ครัวเรือน (๑๖๐ ครัวเรือน)	-ลดถุงพลาสติกและโฟมโดยใช้ตะกร้า กล่องข้าวและใบตองบรรจุอาหาร -ทำขยะอินทรีย์เป็นปุ๋ย	-ส่งขยะทั่วไปให้บริษัท เอกชนเพื่อผลิตน้ำมัน -นำวัสดุเหลือใช้มาประดิษฐ์เป็นสิ่งของ	-ครัวเรือนคัดแยกขยะเป็น ๔ประเภท -ทำเสวียนไม้ไผ่หมักขยะเปียกและใบไม้
วัดบ้านดงอินตา	-บิณฑบาตด้วยปิ่นโตเพื่อลดถุงพลาสติก		มีจุดคัดแยกขยะ
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดงอินตา	-งดการนำขนมกรุบกรอบ นมเปรี้ยวนมหวานเข้ามาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	-นำกล่องนมมาทำสื่อการเรียนการสอนและของใช้ในศูนย์	-ฝึกการคัดแยกขยะแบบง่ายแก่เด็กเล็ก

ภาคส่วนต่างๆที่มีส่วนร่วม	กิจกรรม		
	๑.การลดขยะ	๒.การนำมาใช้ใหม่	๓.การคัดแยกขยะ
โรงเรียนบ้านดงอินตา	-งดขายขนมกรุบกรอบ งดกล่องโฟมและถุงพลาสติกในการบรรจุอาหารกลางวัน	-อบรมการประดิษฐ์สิ่งของจากวัสดุเหลือใช้	-มีกิจกรรมธนาคารขยะในโรงเรียน
รพ.สต.บ้านดงอินตา	-ใช้ถุงผ้าบรรจุยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยเรื้อรัง งดการใช้ถุงพลาสติกและกล่องโฟม	-ใช้กระดาษเขียนหรือพิมพ์ทั้ง ๒ หน้า	-มีจุดคัดแยกขยะประจำหน่วยงาน
รพ.สต.บ้านดงอินตา	-ลดการใช้ถุงพลาสติกและกล่องโฟมในการประชุม -จัดกิจกรรมวันเด็กปลอดภัย/กีฬาปลอดภัยและประกวดคัดเลือกหมู่บ้านต้นแบบ	-ใช้กระดาษเขียนหรือพิมพ์ทั้ง ๒ หน้า -นำขยะทั่วไปมาใช้งานกีฬาประจำปีของท้องถิ่น	-มีจุดคัดแยกขยะ -รวบรวมขยะอันตรายส่งต่อบริษัทเอกชนเพื่อจัดการอย่างถูกวิธี -สนับสนุนเครื่องอัดถุงพลาสติกให้ชุมชน

ผลการศึกษา

พบว่า ในพ.ศ.๒๕๕๖ บ้านดงอินตามีปริมาณขยะในแต่ละวันดังนี้ ปริมาณโดยเฉลี่ยรวมทั้งสิ้น ๑๙๐ กก. แบ่งเป็น ๑) ขยะอินทรีย์ ๑๑๔ กก. ๒) ขยะที่นำมาใช้ได้ใหม่ (รีไซเคิล) ๕๗ กก. ๓) ขยะทั่วไป ๑๔ กก.และ ๔) ขยะอันตราย ๕ กก. ซึ่งทั้งหมดเป็นขยะในครัวเรือนที่เกิดจากวิถีชีวิตประจำวันและวิถีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมของคนในพื้นที่ โดยชุมชนสามารถกำจัดขยะอินทรีย์ ขยะรีไซเคิลและขยะอันตราย ได้ทั้งหมด ยกเว้นขยะทั่วไปซึ่งคงเหลือโดยเฉลี่ยต่อวันเพียง ๓ กก. ภายใต้การจัดการแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในหมู่บ้าน ดังนี้ ปัจจัยความสำเร็จคือ การมีผู้นำหรือแกนนำที่มีจิตอาสา มีความเข้าใจและใส่ใจ มีการกระจายอำนาจโดยการปกครองเป็นคุ้ม มีกิจกรรมการจัดการขยะที่หลากหลายและต่อเนื่อง ตลอดจนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนและประสานการดำเนินการ สร้างโอกาสด้านงบประมาณและเข้าถึงข้อมูลมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์และเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ นำสู่การพัฒนาาร่วมกันโดยกำหนดข้อตกลงแนวทางปฏิบัติที่สามารถใช้ในวิถีชีวิตประจำวันได้

ข้อเสนอแนะ

ในการขยายผลการดำเนินงานของหมู่บ้านต้นแบบไปสู่หมู่บ้านอื่นๆ เขตพื้นที่ต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน สร้างภาคีเครือข่ายหนุนเสริมจากหลายภาคส่วน กำหนดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายวิธีการจัดการขยะในชุมชนแบบมีส่วนร่วม และการมีผู้นำหรือแกนนำที่มีจิตอาสาที่มีความเข้าใจและใส่ใจ เป็นปัจจัยสำคัญของการแก้ปัญหาขยะในชุมชน ทั้งนี้ ควรมีนโยบายระดับประเทศที่มีความชัดเจนในการลดขยะที่ต้นทาง

การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ของ เยาวชนในเขตเทศบาลนครแหลมฉบัง

ลัดดา เรืองปริดาภรณ์

เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี

จากสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพทางเพศที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นในกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะเปราะบาง มีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี จึงมีแนวคิดที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชน โดยการถอดบทเรียนผ่านการทบทวนและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนในเขตเทศบาลนครแหลมฉบัง ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๖

การวิจัยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร แผนยุทธศาสตร์ รายงานการประชุม รายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลแหลมฉบังและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี รวมถึงการสนทนากับกลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์ โดยทำการศึกษาในช่วงตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๕๖

ผลการศึกษา พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๑.๒ ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๖๐.๓ ในปี ๒๕๕๖ และการเข้าถึงระบบบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน (LAMPS Teen Center) เพิ่มขึ้น ๑.๔ เท่า ซึ่งเป็นผลการจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ในช่วงระยะเวลา ๔ ปี

บทเรียนที่ได้รับในการศึกษานี้ คือ แม้จะมีการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนในทุกเหตุปัจจัยแล้ว ก็อาจประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาไม่มากเท่าที่ควร แต่เมื่อได้พัฒนาให้เยาวชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรได้ง่ายขึ้น โดยออกแบบรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของกลุ่มเยาวชนแล้ว จะทำให้ปัญหาโรคเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้น

ผู้วิจัยเห็นว่า การขับเคลื่อนงานโดยใช้หลักการและมาตรการที่มีความจำเพาะเจาะจง ครอบคลุม และยั่งยืน (SCS : Specific, Coverage, Sustainability) ซึ่งได้ทดลองใช้ในการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนในเขตเทศบาลนครแหลมฉบัง จะสามารถเป็นต้นแบบการดำเนินงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆต่อไปได้

วิชาการผังเมืองกับการมีส่วนร่วมแบบเครือข่าย

ภารณี สวัสดิรักษ์

เครือข่ายวางแผนและผังเมืองเพื่อสังคม

การพัฒนาประเทศที่ผ่านมา มีปัญหาการใช้ประโยชน์จากพื้นที่อันเป็นผลจากผังเมือง แผนนโยบายและโครงการพัฒนาด้านต่างๆที่เป็นการพัฒนาในลักษณะแนวตั้งที่กำหนดจากส่วนกลาง ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในชุมชน สังคมและผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ กระบวนการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา ได้พยายามใช้เครื่องมือต่างๆในการแก้ปัญหาเพื่อนำไปสู่ทางเลือกและทางออกในการกำหนดมาตรการป้องกันผลกระทบ และใช้การมีส่วนร่วมในการกำหนดการใช้ประโยชน์จากพื้นที่ในอนาคตเพื่อลดความขัดแย้งในระดับโครงการ ภาคเครือข่ายในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจึงมีการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายวิชาการผังเมืองและมีการทำงานในลักษณะ “สานพลัง” โดยมีการร่วมคิดร่วมทำของเครือข่ายที่มีความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความร่วมมือในการกำหนดอนาคตของการพัฒนาที่หลากหลายเหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่ และเริ่มมีการเปลี่ยนการแก้ปัญหาความขัดแย้งจากการเผชิญหน้ามาสู่ความร่วมมือเพื่อหาทางออก ทางเลือกและข้อตกลงร่วมกัน

กรณีตัวอย่างในงานเขียนนี้ เป็นการรวบรวมประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นจริงในวิถีการอยู่ร่วมกันในสังคมของกลุ่มเครือข่ายต่างๆ โดยเลือกจากกรณีการมีส่วนร่วมใช้ผังเมืองในการป้องกันกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ กรณีการมีส่วนร่วมใช้ผังเมืองในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เป็นมิตรมีสุขภาพแห่งชาติ และกรณีการมีส่วนร่วมใช้ผังเมืองกับเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ข้อสรุปการวิเคราะห์จากกรณีตัวอย่างพบว่า การมีส่วนร่วมในลักษณะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการมีส่วนร่วมปฏิบัติการจริง (Participatory Action) ระหว่างเครือข่าย ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม นำความรู้และข้อมูลผังเมืองไปใช้ประโยชน์ในกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ได้แก่ การนำข้อมูลผังเมืองไปใช้ในการกำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาจังหวัด การนำข้อมูลและข้อกำหนดการใช้ประโยชน์จากที่ดินไปใช้ในการทำแผนตำบลและการจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อป้องกันกิจกรรมที่จะมีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ การนำข้อกำหนดการใช้ประโยชน์จากที่ดินในผังเมืองกับปัญหาด้านกิจการพลังงานมาสู่การพัฒนาสมัชชาสุขภาพในการปรับปรุงมาตรฐานและหลักเกณฑ์การใช้ประโยชน์ที่ดินในผังเมือง การใช้แผนที่ทางผังเมืองในการวิเคราะห์พื้นที่ การเชื่อมโยงระบบนิเวศ และการใช้ข้อมูลผังเมืองกับการวิเคราะห์ทางกายภาพค้นหาลักษณะเฉพาะของชุมชนและนำไปใช้ในการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพของชุมชน

สิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานร่วมกันของเครือข่าย ซึ่งมีความหลากหลาย ทำให้มีการร่วมคิด แลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ในมุมมองที่เป็นระบบมากขึ้น มิใช่การมองข้อมูลเฉพาะด้านจากแต่ละกลุ่ม เกิดความร่วมมือบนความแตกต่างของความรู้และความคิด แสวงหาจุดร่วมสู่อนาคตที่อยากเห็นร่วมกัน เป็นความร่วมมือที่ “เปลี่ยนจากการคิดค้นมาสู่การร่วมคิด” และเป็นจุดเปลี่ยนกระบวนการผังเมือง “จากการรับฟังมาสู่การมีส่วนร่วมคิดและทำ” เป็นตัวอย่างหนึ่งของการสานพลังการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะที่เป็นการอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by Network)

การวิเคราะห์จากกรณีตัวอย่าง มีข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการพัฒนากลไกและเส้นทางเชื่อมความสัมพันธ์ของเครือข่ายเพื่อพัฒนาการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่าง “รู้จักและเข้าใจ” ซึ่งกันและกัน

ให้มากขึ้น ซึ่งกลไกนี้อาจจะทำในลักษณะการจัดทำฐานข้อมูลประสบการณ์ของกลุ่มเครือข่ายเพื่อเชื่อมต่อความร่วมมือและจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดการพัฒนาเป็นเครือข่ายเชิงนโยบาย (Policy Network) และควรมีการพัฒนาเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่มีการทำงานร่วมกันในแนวนอน (Horizontal participatory network) ในกระบวนการนโยบายสาธารณะซึ่งมีขั้นตอนและการทำงานในแนวตั้ง (Vertical network) ในแต่ละขั้นตอน ซึ่งจะเป็นการเชื่อมโยงการทำงานเครือข่ายระดับชุมชนกับเครือข่ายที่ทำงานระดับนโยบายอีกด้วย

การประยุกต์กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนา มหาวิทยาลัยสีเขียวของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จ.พิษณุโลก

ธัญญณ์ภัทร์ เจริญพานิช, อรุณี กาศยานนท์
มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

มหาวิทยาลัยสีเขียวหรือมหาวิทยาลัยเชิงนิเวศ (Eco-University) คือ มหาวิทยาลัยที่มีการพัฒนา พื้นที่ อนุรักษ์และสร้างการมีส่วนร่วม ตลอดจนการบูรณาการองค์ความรู้และกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ พลังงานและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาแบบพึ่งพาตนเองบนพื้นฐานของความสมดุลระหว่างระบบนิเวศและสุขภาวะของคนอย่างมีความสุข แนวคิดของการพัฒนาสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสีเขียวและมหาวิทยาลัยที่มีการพัฒนาอย่างยั่งยืนได้ถูกนำมาใช้และพัฒนาอย่างแพร่หลายในสถาบันอุดมศึกษาของประเทศไทยหลายแห่ง เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Participatory Public Policy Process) ในการพัฒนานโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม โดยมีขอบเขตของการศึกษาอยู่ในระดับของการก่อรูปเชิงนโยบายและการกำหนดนโยบาย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแผนแม่บทพัฒนามหาวิทยาลัยสีเขียว พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๖๐ ภายใต้การดำเนินโครงการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมมหาวิทยาลัยสีเขียวของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม วิธีการศึกษาที่ใช้ คือ การวิจัยแบบเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียว การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลกระทบปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ปฏิบัติงานดูแลเกี่ยวกับอาคารสถานที่ของมหาวิทยาลัยจำนวน ๔ คน และผู้เชี่ยวชาญนักวิจัยด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน ๔ คน ประกอบกับการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและการถอดบทเรียนจากการประชุมและกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใต้โครงการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมมหาวิทยาลัยสีเขียวจำนวน ๑๑ ครั้ง เป็นเวลา ๑๒ เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ปี ๒๕๕๖ จนถึงเดือนสิงหาคม ปี ๒๕๕๗ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสังเคราะห์เพื่อจัดทำแผนนโยบายภายใต้แนวคิดกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาทำให้ได้แนวทางหลักที่เกิดจากความคิดเห็นร่วมกันในการพัฒนานโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียว ๓ แนวทาง คือ (๑) การปลูกจิตสำนึกและพัฒนาจิตใจที่ตั้งมั่นของคนในมหาวิทยาลัยในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม (๒) การพัฒนาและปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพและสภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัยให้มีคุณภาพและความเหมาะสม (๓) การส่งเสริมให้เกิดการสร้างเครือข่ายของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของคนในองค์กร จากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การปรับใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมประสบความสำเร็จ ได้แก่ การมีกลไก กระบวนการและทิศทางของนโยบายที่ชัดเจน การเปิดพื้นที่ทางสังคมให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูล และการสร้างแนวทางการพัฒนาความสัมพันธ์และเครือข่ายเชิงนโยบายที่มีบทบาทรับผิดชอบและได้รับประโยชน์ร่วมกันเพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายร่วมกันมีประสิทธิภาพผ่านการจัดกระบวนการอย่าง

เป็นระบบและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือ (๑) การกำหนดนโยบายต้องมีกรมองภาพของปัญหาและผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันและอนาคตที่อาจเกิดขึ้นภายใต้สภาวะของการเปลี่ยนแปลงอย่างรอบด้าน ตลอดจนมีการศึกษาผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมจากการพัฒนาและการดำเนินกิจกรรมทุกอย่างของมหาวิทยาลัยให้รอบด้าน (๒) ต้องมีการผลักดันกระบวนการนโยบายจากทุกระดับไปพร้อมๆกัน รวมถึงชุมชนท้องถิ่นใกล้เคียงต้องตระหนักและรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมร่วมกัน (๓) ต้องสร้างกลุ่มผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงานหลักที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการดำเนินโครงการ (๔) ต้องจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการในเชิงรูปธรรมอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (๕) ต้องพัฒนาทุนมนุษย์ภายในองค์กร (๖) ต้องพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมพื้นฐานควบคู่ไปกับการรณรงค์สร้างจิตสำนึกด้านสิ่งแวดล้อม

การเรียนรู้ความเปลี่ยนแปลงทางนิเวศ-สังคม-วัฒนธรรม ของจังหวัดชายแดนภาคใต้

นุกุล รัตนดากุล

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ไชรยา จามจรี

สำนักส่งเสริมและการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ราณี หัสสรังสี

คณะทำงานวาระทางสังคม สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความเป็นมา

ปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงและความขัดแย้งในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา นราธิวาส ปัตตานี) ยังไม่สามารถอธิบายได้ดีนัก เนื่องจากมีความจำกัดในด้านความรู้ทางสังคมศาสตร์ มักจะมีความเชื่อพื้นฐานว่าเป็นผลมาจากขบวนการแบ่งแยกดินแดน หรือความขัดแย้งและความแตกต่างทางวัฒนธรรม ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทบทวนข้อมูลและความเชื่อพื้นฐานดังกล่าว และกำหนดโจทย์การวิจัยใหม่ โดยให้ความสำคัญต่อการศึกษากการพัฒนาการของพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ผ่านประสบการณ์และความทรงจำของชาวบ้าน เพื่อทำความเข้าใจถึงปัญหาของการพัฒนาและผลกระทบที่มีต่อระบบนิเวศ-สังคม-วัฒนธรรม อัตลักษณ์ และการปรับตัวของประชาชน ตลอดจนการแสวงหาความหมายของการพัฒนาและการต่อรองของชาวบ้าน

คณะทำงานวาระทางสังคมกรณีจังหวัดชายแดนภาคใต้ เริ่มดำเนินงานเมื่อ มิถุนายน ๒๕๔๓ ประกอบด้วย เครือข่ายผู้หญิง เครือข่ายนิเวศวัฒนธรรมท้องถิ่น เครือข่ายความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัย โดยได้ให้ความสำคัญกับการทำงานในมิติสังคม วัฒนธรรม และการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในการคลี่คลายปัญหาและหาทางออกของปัญหาในจังหวัดชายแดนภาคใต้ การทำงานในช่วงสิบปี แบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระยะวิจัยชุมชนท้องถิ่น และระยะคนในพื้นที่เป็นหลัก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางนิเวศ-สังคม-วัฒนธรรม ในบริบทของความขัดแย้งในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยในระยะวิจัยชุมชนท้องถิ่น ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ผ่านการปรึกษาหารือกับนักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิ มีหมู่บ้านเป้าหมาย ๖ หมู่บ้าน แบ่งการวิจัยเป็น ๒ ส่วน คู่ขนานกันไป คือ ๑) การวิจัย “โครงการวิจัยก้ำปอง (หมู่บ้าน)” โดยเลือกหมู่บ้านที่ทำการวิจัยจาก ๒ กลุ่มน้ำ คือ ภูมินิเวศ “นา” ๒ หมู่บ้าน (ได้แก่ บ้านจะรังตาดง ตำบลท่าธง และ บ้านกือเม็ง ตำบลอาซ่อง อำเภอรามัน จังหวัดยะลา) และ ภูมินิเวศ “เล” (ทะเล) (ในพื้นที่ป่าสนทราย ๒ หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านกลาง อำเภอปานาเระ และ บ้านเทียรยา อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี และเลือกหมู่บ้าน “เล” ในพื้นที่อ่าวปัตตานี ๒ หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านตันหยงลูโล๊ะ อำเภอเมือง และ บ้านบางดาวา อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี) และ ๒) การวิจัย “โครงการเสียงจากผู้หญิง” ทำการศึกษาบทบาทของผู้หญิงในชุมชน ใน ๒ หมู่บ้าน (คือบ้านเทียรยา และบ้านตันหยงลูโล๊ะ)

การเก็บข้อมูล โดยนักวิจัยชาวบ้านที่ได้รับการฝึกทักษะในการเก็บข้อมูล ใช้การสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์ การประชุมเสวนาแลกเปลี่ยน การปรึกษาหารือกลุ่มย่อยเรื่อยๆ ใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็นเพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูล

ผลการวิจัย

พบว่า ๑) แม้ว่าพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความหลากหลายทางธรรมชาติและทรัพยากรในระบบนิเวศแบบต่างๆ อยู่มาก ทั้ง ภูเขา แม่น้ำ ป่าดิบชื้น พรุ ที่ราบลุ่ม ป่าสนทราย ป่าชายเลน และทะเล แต่การขาดการจัดการ การดูแล และการพัฒนาอย่างเข้าใจ ทำให้มีภัยคุกคามความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งการถูกทำลายและการใช้อย่างเกินขีดจำกัดของกลุ่มธุรกิจและอุตสาหกรรม ทำให้ชาวประมงพื้นบ้านรอบๆ พื้นที่อ่าวและชายฝั่งทะเล ต้องเผชิญกับปัญหาสัตว์น้ำที่ลดลง มีความยากลำบากในการดำรงชีวิต รายได้ลดลง กลายเป็นปัญหาของคนในชุมชน ส่งผลให้คนในชุมชนส่วนหนึ่งต้องออกไปรับจ้างที่มาเลเซีย ๒) นอกจากนั้น ยังพบว่าบทบาทผู้หญิงในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปมาก ต้องกลายเป็นผู้แบกรับภาระทางเศรษฐกิจมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อแบ่งเบาภาระผู้ชายที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งสูญเสียอาชีพจากการสูญเสียทรัพยากรในชุมชน และในกรณีชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ ผู้หญิงต้องกลายเป็นผู้นำครอบครัวแทนสามีหรือคนในครอบครัวที่สูญเสียไป มีกรณีที่น่าสนใจ ที่มีผู้หญิงในชุมชนบางคน ซึ่งผ่านกระบวนการ เยียวยา สามารถปรับเปลี่ยนบทบาท มาทำงานเพื่อชุมชนสังคม ที่นับว่าเป็นบทบาทสำคัญของกระบวนการพัฒนาและการสร้างสันติภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้บนฐานของความเข้าใจนิเวศ-สังคม-วัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การฟื้นฟูทรัพยากรในระบบนิเวศมีความสำคัญมาก เพราะมีผลต่อการมีรายได้และความเป็นอยู่ของคนในพื้นที่ รวมถึงการฟื้นฟูอาชีพให้มีความมั่นคง และการส่งเสริมบทบาทผู้หญิงในกระบวนการพัฒนาและการสร้างสันติสุขและสันติภาพในพื้นที่ เป็นสิ่งที่ต้องทำควบคู่กันไปเพื่อให้เกิดความมั่นคงและสันติในจังหวัดชายแดนภาคใต้ การมีโครงการพัฒนาเป็นจำนวนมากที่นำลงไปปฏิบัติในพื้นที่ พร้อมทั้งงบประมาณและบุคลากรของรัฐเป็นจำนวนมาก จนเกิดสภาวะของ “การครอบครองอาณาบริเวณครั้งใหม่” (Re-territorialization) หาได้ทำให้สถานการณ์ในพื้นที่ชายแดนดีขึ้นไม่ และอาจเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้พื้นที่นี้มีภาวะที่ “ไร้สันติภาพ” ด้วยเหตุงบประมาณอย่างมหาศาลนั้น

การขับเคลื่อนนโยบายเงินอุดหนุนเด็กเล็ก

ราณี หัสสรังสี, กอบกาญจน์ ตระกูลวาริ
คณะทำงานวาระทางสังคม สถาบันวิจัยสังคม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับคณะทำงานด้านเด็ก

ช่วงวัยเด็กเล็ก ๐-๖ ปี เป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดในด้านพัฒนาการของชีวิต ทั้งเรื่องสติปัญญา ร่างกายและอารมณ์ หากมีพัฒนาการใดๆ ที่พลาดไปในช่วงเวลาดังกล่าว ก็จะไม่สามารถเรียกคืนกลับมาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งศักยภาพในการเรียนรู้ที่จะส่งผลไปตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ เด็กเล็กจึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่และจัดให้มีการคุ้มครองทางสังคม ซึ่งหลายประเทศทั่วโลกมีนโยบายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กเล็กเป็นสวัสดิการพื้นฐานในการสนับสนุนครอบครัว ในประเทศไทยมีเด็กวัยนี้แค่ ๑.๒๖ ล้านคนเท่านั้นที่รัฐดูแลผ่านระบบประกันสังคม โดยให้เงินสงเคราะห์บุตรเดือนละ ๕๐๐ บาท ยังเหลือเด็กอีก ๔ ล้านคนที่อยู่นอกระบบประกันสังคมซึ่งรัฐยังไม่ได้ดูแล คณะทำงานวาระทางสังคม สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงร่วมกับคณะทำงานด้านเด็กจัดทำโครงการขับเคลื่อนนโยบายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กเล็ก ดำเนินงานในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๕๖ ถึง พฤษภาคม ๒๕๕๗ โดยมีวัตถุประสงค์คือ ๑. เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในภาคประชาสังคมเรื่องเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กเล็ก ๒. ระดมความรู้และประสบการณ์จากนักพัฒนาองค์กรพัฒนาภาคเอกชน คนทำงานด้านสังคม นักนโยบายและนักวิชาการที่ทำงานด้านเด็ก ๓. พัฒนายุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายเงินอุดหนุนเลี้ยงดูเด็กเล็ก

ในการขับเคลื่อนนโยบายนี้ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ การประสานเครือข่ายภาคประชาสังคม การเสริมศักยภาพ การสร้างฐานคิดเรื่องเงินอุดหนุนฯ ในการศึกษาสถานการณ์นั้น เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน ๑๘ คน และการสนทนากลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ปกครองเด็กที่ใช้บริการขององค์กรพัฒนาภาคเอกชนด้านเด็ก กลุ่มผู้ใช้แรงงานทั้งในระบบและนอกระบบ กลุ่มชาวบ้านในชนบท ๑๑ กลุ่ม จำนวน ๑๕๐ คน เปิดเวทีรับฟังข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นแบบมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม ๔ ครั้ง ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จำนวน ๑๒๐ คน ใช้แบบสอบถามประเมินผลในแต่ละครั้งและการสังเกต และจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ จำนวน ๓๐ คน โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมแบบเฉพาะเจาะจงผ่านคำแนะนำของนักวิชาการ นักพัฒนาองค์กรพัฒนาภาคเอกชนด้านเด็ก ผู้หญิง แรงงาน นักพัฒนาชนบทและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำข้อมูลมาประมวลวิเคราะห์เชิงประเด็นและจัดทำยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบายเงินอุดหนุนเลี้ยงดูเด็กเล็ก

จากการระดมความรู้และประสบการณ์ทำให้ได้รับทราบข้อมูลปัญหาเด็กเล็กในระดับพื้นที่ ผู้ปฏิบัติงานสนามยืนยันว่าเงินอุดหนุนฯ แม้จะจำนวนน้อยแต่เป็นประโยชน์มากสำหรับครอบครัวที่ขาดแคลน ในด้านการขับเคลื่อนนโยบายนั้น ที่ผ่านมากองทุนเงินอุดหนุนฯ ได้พบอุปสรรคว่า มีประเด็นที่อ่อนไหวทางการเมือง กล่าวคือ มีการตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการเงินอุดหนุนฯ ว่าเป็นนโยบาย “ประชานิยม” ซึ่งจะถูกหยิบฉวยไปใช้เป็นประโยชน์ทางการเมือง ทำให้รัฐบาลลังเลที่จะดำเนินนโยบายนี้ ความเข้าใจในหน้าที่(function)ของเงินอุดหนุนฯ ในการคุ้มครองทางสังคมแก่เด็กเล็กและสามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างประชานิยมกับสวัสดิการสังคมว่าเงินอุดหนุนฯ นี้เป็นส่วนหนึ่งในบริการทางสังคมที่รัฐพึงจัดให้กับประชาชนของตน จึงเป็นเนื้อหาหลักในกระบวนการขับเคลื่อน

เคลื่อนนโยบาย โดยร่วมกับนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่อง การคุ้มครองทางสังคมและการจัดการเชิงเทคนิค วิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของการจัดการเรื่อง เงินอุดหนุนฯ ทั้งแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มเป้าหมายกับการให้แบบถ้วนหน้า การให้แบบมีเงื่อนไขกับการให้แบบไม่มีเงื่อนไข และได้นำความรู้แลกเปลี่ยนกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพัฒนายุทธศาสตร์ การขับเคลื่อนเรื่องเงินอุดหนุนฯ พัฒนากลยุทธ์การสร้างกระบวนการทางสังคมในการขับเคลื่อน นโยบายเงินอุดหนุนฯ กลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะเรื่องการดูแลเอาใจใส่เด็กเล็ก กลยุทธ์สร้างกลไก เชิงสถาบันด้านเด็กเพื่อให้เกิดการทำงานเรื่องเด็กอย่างบูรณาการ ผู้ร่วมโครงการได้ข้อสรุปร่วมกัน ว่ารัฐควรมีนโยบายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กเล็กแบบถ้วนหน้าสำหรับเด็กอายุ ๐-๖ ปีทุกคนๆ ละ ๖๐๐ บาทต่อเดือน เสนอต่อรัฐบาลร่วมกับนักนโยบายและนักวิชาการที่ขับเคลื่อนนโยบายเรื่องนี้ และเมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๓ คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ทดลองนำร่องเงินอุดหนุนสำหรับเด็กแรก เกิดจนถึงอายุ ๑ ปี คนละ ๔๐๐ บาทต่อเดือน สำหรับบุตรของผู้ที่อยู่นอกระบบประกันสังคม โดย เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ต.ค.๒๕๕๔ ถึงวันที่ ๓๐ ก.ย.๒๕๕๔

การขับเคลื่อนนโยบายเรื่องนี้ สังคมยังต้องการความรู้เชิงวิชาการและเชิงเทคนิคมาอธิบาย ร่วมกับประสบการณ์ชีวิตและสังคมของประชาชน การแลกเปลี่ยนความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักคิดและ วิธีการจัดการ เพื่อภาคประชาสังคมจะสามารถมีส่วนร่วมในการคิดและพัฒนาเรื่องนี้ร่วมกับนัก นโยบายและนักวิชาการให้มีความลึกซึ้งและรอบด้านต่อไปจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเรื่องนี้เป็นเรื่อง เกี่ยวข้องกับคนส่วนใหญ่หรือสังคมวงกว้าง การกำหนดนโยบายจึงจำเป็นต้องให้เกิดการถกเถียง อย่างกว้างขวางจากฐานล่างด้วย

การประยุกต์หลักการมีส่วนร่วมงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู

มานพ เชื้อบัณฑิต

องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู

องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูได้ริเริ่มดำเนินการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์ เพื่อดูแลคนพิการและผู้พิการจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ เป็นต้นมา เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ รวมถึงสนับสนุนกายอุปกรณ์และเครื่องช่วย ความพิการ แต่ยังไม่เคยมีการประเมินผลและถอดบทเรียนของการดำเนินงานดังกล่าว การศึกษา นี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ และถอดบทเรียนการบริหาร จัดการกองทุนฯ โดยทบทวนเอกสารและสนทนากับกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานจำนวน ๖๔ คน เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๕๓

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของกองทุนฯในระยะแรกเมื่อเริ่มก่อตั้ง (๒๕๕๓-๒๕๕๕) เป็นการดำเนินงานตามกรอบแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งการให้ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เป็นหน้าที่โดยตรงของหน่วยบริการสาธารณสุข ส่วนองค์การ บริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในฐานะผู้ร่วมทุน กลับไม่มีบทบาทที่ชัดเจนในการมีส่วนร่วมในการ ดูแลระบบสุขภาพระดับจังหวัด เป็นแต่เพียงผู้ทำหน้าที่จ่ายค่าชดเชยบริการให้แก่หน่วยบริการแทน สปสช.เท่านั้น ต่อมาเมื่ออบจ.หนองบัวลำภูได้ให้ความสำคัญกับหลักการมีส่วนร่วมสำหรับภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานของกองทุนฯมากขึ้นในช่วงปี ๒๕๕๕-๒๕๕๗ จึงพบว่ากลุ่มเป้าหมายคือผู้พิการและผู้ ที่จำเป็นจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มากขึ้นเมื่อเทียบกับการดำเนินงานในช่วงแรก และยังได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังการฟื้นฟู ในด้านอื่นๆที่จำเป็นในการดำรงชีพ เช่น การปรับสภาพบ้าน การปรับสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ การจัดตั้งกลุ่มเพื่อจัดทำอุปกรณ์เครื่องช่วยและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่คนพิการ นอกจากนี้ยัง พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าว ช่วยให้คนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการ หรือกลุ่ม ที่ได้รับการฟื้นฟู มีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพได้มากขึ้น

จากการดำเนินงานของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพของอบจ.หนองบัวลำภู สรุปได้ว่ากระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทุกขั้นตอน ทำให้ภารกิจของ กองทุนฯมิได้มีเพียงเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เท่านั้น แต่กองทุนฯสามารถทำภารกิจ ได้ในหลายมิติที่เชื่อมโยงกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งมิติทางด้านการศึกษา ส่งเสริมด้านสังคมและมิติใน เชิงบูรณาการ ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาได้ตามความจำเป็นและความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรต่อไป

PLENARY SESSION 4

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘
เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๓๐ น.
ห้องแกรนด์โคมอนด์บอลรูม อิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี



คุณประชา เตรีตน์



ดร.คุณหญิงกษมา วรวรรณ ณ อยุธยา



รศ.ดร.ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์

หัวข้อ

กระบวนการมีส่วนร่วม หัวใจของ การพัฒนานโยบายแบบประชาธิปไตย

วิทยากร

๑. คุณประชา เตรีตน์ กรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญฯ ประธานกรรมการวิสามัญการมีส่วนร่วมและรับฟังความคิดเห็นของประชาชน อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงมหาดไทยและผู้ว่าราชการจังหวัดนราธิวาส ชลบุรี สุราษฎร์ธานี
๒. ดร.คุณหญิงกษมา วรวรรณ ณ อยุธยา อดีตปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (กพฐ.)
๓. รศ.ดร.ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ อาจารย์ประจำคณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ผู้วิจัยประเมินพันธกิจสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(๒๕๔๘) ประเมินผลแผนงานสร้างการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ(๒๕๔๙) รูปแบบโครงสร้างองค์การเพื่อรองรับการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๐)

ผู้ดำเนินรายการ: คุณกรรณิการ์ กิจติเวชกุล ผู้ดำเนินรายการเข้าทันโลก เอฟเอ็ม ๙๖.๕ และนักวิชาการอิสระ

ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาโยบายสาธารณะ หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกทุกภาคส่วนของชุมชนหรือองค์กรเข้ามาบิบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจอย่างโปร่งใสและเปิดเผยในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ต่อหลักการหรือกิจกรรมสาธารณะใดๆที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของพวกเขา ทั้งในเชิงปัจเจกบุคคลและภาพรวม

ระดับของการมีส่วนร่วม มีหลายระดับ เริ่มตั้งแต่ ร่วมออกแบบร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมหารือ ร่วมตัดสินใจและร่วมขับเคลื่อน ผ่านการสนับสนุนเชิงกลไก กำลังคนและกำลังเงินโดยองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ บางองค์กรก็สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องเพียงในนาม (nominal participation) เพื่อให้สามารถพูดได้ว่าได้มีการดึงพวกเขาเข้ามาร่วมในกระบวนการแล้ว บางองค์กรสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมที่ดึงทักษะและภูมิปัญญาชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนในแผนการขององค์กร (instrumental participation) และบางองค์กรสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่ให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม

ในการเจรจา ตัดสินใจและดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงและยั่งยืน (representative and transformation participation)

ปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จและชอบธรรมของการมีส่วนร่วม คือ ผู้เกี่ยวข้องรู้และเข้าใจวัตถุประสงค์ของนโยบาย รู้และเข้าใจบทบาทและความรับผิดชอบของตน รู้และเข้าใจในสิทธิของตนและชุมชนในการตัดสินใจประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตนหรือชุมชน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการคุกคามและการบงการจากกลุ่มคนหรือองค์กรที่มีอำนาจ ขณะที่ฝ่ายนโยบาย นักนโยบายและองค์กรที่มีอำนาจต้องยอมรับและให้คุณค่ากับกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายอย่างเท่าเทียมกัน

พัฒนาการการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ว่า “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” กฎหมายนี้ได้กำหนดให้มีเครื่องมือทางนโยบายที่มีความชอบธรรม เน้นการเปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (พลังนโยบาย พลังวิชาการ พลังประชาชน) ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพและการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

รายละเอียดของการประชุมในห้องย่อยที่ ๑ - ๕

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘
เวลา ๑๔.๔๕ – ๑๖.๓๐ น.

ห้องย่อยที่ ๑ แชนไฟร์ ๒๐๑

หัวข้อ

การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในระบบหลักประกันสุขภาพ

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

๑. คุณสุภาพร ถิ่นวัฒนากุล ผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
๒. คุณบุญยืน ศิริธรรม ผู้แทนภาคประชาชนในระดับพื้นที่
๓. นพ.รัฐพล เจริญวิชานนท์ ประธานกลุ่มภารกิจงานสาขาเขตและการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้ดำเนินรายการ: คุณพูนชัย ไตรภูธร หัวหน้ากลุ่มงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา

ความเป็นมา

ระบบหลักประกันสุขภาพเป็นนโยบายสาธารณะที่รัฐบาลดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีกฎหมายรองรับคือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งเป็นหลักประกันสำหรับประชาชนไทยทุกคนที่ได้รับการคุ้มครองสิทธิเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐานมากกว่า ๑๒ ปีที่ผ่านมาประชาชนภาคประชาสังคมต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบมาโดยตลอด มีการกำหนดในกฎหมายถึงกลุ่มประชาชน องค์กรประชาชน ที่ทำงาน ๔ ด้าน (ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้หญิง เยาวชน ผู้ป่วยเรื้อรัง แรงงาน เกษตรกร ชุมชนแออัด และชนกลุ่มน้อย) ให้เข้าเป็นคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพทั้งในระดับชาติ ระดับเขต ระดับจังหวัด นอกจากนี้ ประชาชนยังมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ ผ่าน “ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน” ในจังหวัดโดยองค์กร/เครือข่ายประชาชนที่ทำงานด้านต่างๆ อย่างน้อย ๔ ด้านที่ระบุในกฎหมายเพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิ การคุ้มครองสิทธิของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ หรือเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ตามมาตรา ๕๐(๕) การสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ การสร้างกลไกเฝ้าระวังและติดตามการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ หรือการพยายามส่งเสริมให้ภาคประชาชนได้จัดระบบการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาและบริบทของชุมชนภายใต้งานพัฒนาการจัดระบบการดูแลสุขภาพเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคภาคประชาชน หรือในอีกหลายๆ ประเด็นที่ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ

ห้องย่อยที่ ๒ แชนไฟร์ ๒๐๒

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘
เวลา ๑๔.๔๕ – ๑๖.๓๐ น.

หัวข้อ

ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

- ๑) ผศ.ดร.ภาคภูมิ ฤกษ์เมธ
- ๒) คุณศุภณัฐ เพิ่มพูนวิวัฒน์

ผู้ดำเนินรายการ: ดร.สตีธร ธนานิธิโชติ

ความเป็นมา

กระบวนการลูกขุนพลเมืองเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) นำมาใช้ในกระบวนการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพประเด็นการจัดระบบดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกระบวนการลูกขุนพลเมืองเป็นเครื่องมือใหม่ที่ สช. มีการนำมาใช้เป็นครั้งแรก บทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินกระบวนการลูกขุนพลเมืองจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง สมควรที่จะได้มีการหยิบยกขึ้นมาอภิปรายระดมความคิดเห็นในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องและผู้สนใจทั่วไป เพื่อทราบถึงข้อดี-ข้อเสีย รวมถึงความเหมาะสมในการนำกระบวนการลูกขุนพลเมืองมาใช้ในกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและการทำงานของ สช. และหน่วยงานอื่นๆ ที่มีบทบาทคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ บทเรียนดังกล่าวจะนำไปสู่การพัฒนาเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญสำหรับการพัฒนาเครื่องมือใหม่ๆ ในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในอนาคต

ห้องย่อยที่ ๓ แชนไฟร์ ๒๐๓

วันหยุดที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๔.๔๕ – ๑๖.๓๐ น.

หัวข้อ

กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อความเป็นธรรม ทางสังคมและสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

- ๑) ดร.ประกาศิต กายะสิทธิ์ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก ๙) สสส.
- ๒) คุณนพวรรณ พรหมศรี เลขาธิการมูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)
- ๓) คุณชนิษฐา ปรชานิชกุล ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน
- ๔) ผู้แทนเครือข่ายคนไร้บ้าน

ผู้ดำเนินรายการ: คุณธณภูมิ สามีคดีการมย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ความเป็นมา

ประชากรกลุ่มเฉพาะ ภายใต้แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ หมายถึง “ประชากรกลุ่มที่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพชีวิต ถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ได้มีโอกาสที่เท่าเทียมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดหลักประกันพื้นฐานทางสังคมที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ หรือ หมายถึงกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางต่อการสูญเสียสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มมุสลิม กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มคนผู้มีปัญหาสถานะบุคคล กลุ่มคนเร่ร่อน/คนไร้บ้าน และกลุ่มผู้ป่วยข้างถนน”^๓ แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะเป็นการดำเนินงานที่มุ่งลดความไม่เป็นธรรมทางสังคม^๔ และความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ^๕ บนฐานสังคมสวัสดิการ สังคมสัมมาชีพ และสังคมไร้การกีดกัน

เพื่อลดความแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพเพื่อการดำรงชีพอย่างมีสุขภาวะ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร ทั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยหรือสถานะทางสังคมและสถานะทางสุขภาพส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกันและส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรในกลุ่มต่างๆด้วยระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน การดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะจึงต้องคำนึงถึงการทำงานในมิติสุขภาพในความหมายกว้าง (ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก) เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายในการสร้างสังคมสุขภาวะเพื่อทุกคน

^๓ แผนหลักสสส.๒๕๕๘- ๒๕๖๐, แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) , ๒๕๕๕, น ๙๙.

^๔ ความไม่เป็นธรรมทางสังคม คือ ความแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนทางสังคมขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพที่เพื่อดำรงชีพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น การศึกษา ที่อยู่อาศัย การทำงาน รายได้ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การสื่อสารคมนาคม การมีส่วนร่วมในสังคม ฯลฯ สมาชิกในสังคมควรเข้าถึงสิทธิและโอกาสนี้โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนั้น สังคมที่เป็นธรรมจะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนยกระดับสมาชิกที่มีสถานะต่ำกว่าเพื่อลดช่องว่าง

^๕ ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ คือ ความแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิและโอกาสที่จะเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพที่เพื่อดำรงชีพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น บริการสุขภาพทั้งด้านการป้องกันส่งเสริม การลดความเสี่ยง และการเยียวยา สมาชิกในสังคมควรเข้าถึงสิทธิและโอกาสนี้โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากความแตกต่างของลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ชนชั้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนั้น สังคมที่เป็นธรรมจะให้ความสำคัญกับการดูแลสมาชิกที่มีสถานะทางสุขภาพต่ำกว่าและมีความเสี่ยงสูงกว่าเพื่อลดช่องว่าง

ห้องย่อยที่ ๔ แชนไฟร์ ๒๐๔

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๔.๔๕ – ๑๖.๓๐ น.

หัวข้อ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ

หัวใจของการปฏิรูปที่ใช้พื้นที่เป็นฐาน

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

- ๑) นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ อำเภอหนองวี จังหวัดสงขลา
- ๒) ผศ.ดร.นพ.ภูดิท เตชาดิวัฒน์ รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
- ๓) นพ.จรัส สิงห์แก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่
- ๔) คุณจินตนา เกษรสันต์ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี

ผู้ดำเนินรายการ: นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

ความเป็นมา

ระบบสุขภาพอำเภอเป็นรูปแบบหนึ่งของการอภิบาลระบบสุขภาพแบบเครือข่ายที่มีขนาดพื้นที่และจำนวนประชากรพอเหมาะสำหรับการบูรณาการนโยบายและความต้องการของภาคีรัฐ-ประชาสังคม-วิชาการ สามารถสนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแม่นยำ

กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้ใช้ระบบสุขภาพอำเภอเป็นกลไกขับเคลื่อนงานสร้างสุขภาพภาวะต่างๆ อาทิ การสร้างทีมหมอครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น และทำให้ทุกครอบครัวเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็นอย่างเป็นธรรม ไม่มีผู้ถูกทอดทิ้งในชุมชน ระบบสุขภาพอำเภอหลายแห่งมีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นแผนแม่บทด้านสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมในการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน

จึงกล่าวได้ว่าระบบสุขภาพอำเภอเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ทำให้เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชน โดยประชาชน และเพื่อประชาชน ซึ่งเป็นอุดมการณ์และจิตวิญญาณของระบอบประชาธิปไตย

ห้องย่อยที่ ๕ แชนไฟร์ ๒๐๕

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๑๔.๔๕ – ๑๖.๓๐ น.

หัวข้อ

พลังพลเมือง... เปลี่ยนประเทศไทย

ผู้ร่วมอภิปรายนำ

- ๑) นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ
- ๒) คุณประยงค์ ดอกกล้าโย
- ๓) คุณสวีน ต้นอุตุ
- ๔) นพ.พลเดช ปิ่นประทีป
- ๕) คุณไมตรี จงไกรจักร์

ผู้ดำเนินรายการ: คุณปริดา คงแป้น

ความเป็นมา

ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงการปกครองมาเป็นระบอบประชาธิปไตยมาตั้งแต่ปี ๒๔๗๕ ตั้งแต่นั้นจนถึงปัจจุบัน ได้เกิดเหตุการณ์ต่างๆมากมาย มีรัฐธรรมนูญที่ใช้ในราชอาณาจักรไทยถึง ๑๙ ฉบับ (ณ เดือนธันวาคม ๒๕๕๓) แต่กลับไม่ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศอย่างที่หวังไว้

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้เขียนไว้ในหนังสือ “ปฏิรูปสังคม ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเข้มแข็ง พลังพลเมืองเข้มแข็ง หัวใจของการปฏิรูปประเทศไทย” ว่าการเปลี่ยนแปลงประเทศไทยทำได้ยากเนื่องจากมีปัจจัยหนุนเนื่องกันอย่างสลับซับซ้อน จุดคานงัดของความซับซ้อนอยู่ที่พลังพลเมือง

พลังพลเมืองเกิดจาก

๑. ประชาชนมีจิตสำนึกพลเมือง คือจิตสำนึกเพื่อส่วนรวม
๒. เป็นพลเมืองที่มีความรู้ข้อมูลข่าวสาร (Informed citizen) มีปัญญารู้เท่าทันในกิจการบ้านเมือง
๓. เป็นพลเมืองกัมมันตะ (Active citizen) มีความตื่นตัว กระตือรือร้นร่วมตัวร่วมคิดร่วมทำในกิจการบ้านเมืองในเรื่องต่างๆ

ที่ผ่านมา ประเทศไทยเกิดพลังพลเมืองในหลายพื้นที่ หลายประเด็น แต่จะอย่างไรให้เกิดการสร้างพลังพลเมืองเกิดขึ้นทั่วทั้งประเทศ

สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (สปส.) ในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่ทำงานเพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ ภายใต้อำนาจสำนักงานปฏิรูป (สปร.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี และถึงแม้จะสิ้นสุดความเป็นสำนักงานปฏิรูปเมื่อปี ๒๕๕๖ แต่ก็ยังมีภารกิจในการประสานและสนับสนุนให้สังคมเกิดการเคลื่อนไหวเพื่อการสร้างสุขภาวะอย่างต่อเนื่อง

การทำงานที่ผ่านมาทำให้เห็นตัวอย่างอย่างเป็นรูปธรรมของพลังพลเมืองที่ขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ซึ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง สังคมเข้มแข็งและมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

เพื่อให้พลังพลเมืองเกิดขึ้นทั่วทั้งประเทศไทย สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะจึงได้จัดการเสวนา “พลังพลเมือง...เปลี่ยนประเทศไทย” เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงระหว่างผู้นำพลังพลเมืองไปขับเคลื่อนการทำงานพัฒนาในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในด้านพลังงาน ที่ดินและจังหวัดจัดการตนเอง นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการที่ทำงานด้านการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มาสะท้อนสิ่งที่เกิดขึ้นอีกด้วย

วันที่สามของการประชุม
วันศุกร์ที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘

PLENARY SESSION 5

วันศุกร์ที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เวลา ๙.๐๐ – ๑๐.๑๕ น.

ห้องแกรนด์โคมอนด์บอลรูม อิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี



รศ.ดร.จรี วิจิตรวาทการ



ศ.สุริชัช หวันแก้ว



ดร.สุวิทย์ เมธินทรีย์

หัวข้อ

ลดความเหลื่อมล้ำ...

ทางออกที่ต้องไปให้ถึงของประชาธิปไตยไทย

วิทยากร

๑. รศ.ดร.จรี วิจิตรวาทการ สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ เลขาธิการมูลนิธิองค์กรเพื่อความโปร่งใสในประเทศไทย อดีตอธิการบดีสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
๒. ศ.สุริชัช หวันแก้ว ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๓. ดร.สุวิทย์ เมธินทรีย์ สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ ประธานกรรมการวิสามัญจัดทำวิสัยทัศน์และออกแบบอนาคตประเทศไทย

ผู้ดำเนินรายการ: นายก่อเขต จันทเลิศลักษณ์ ผู้อำนวยการฝ่ายข่าว สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส

ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้อง

การกระจายตัวไม่ทั่วถึงของโอกาส ในคนต่างวัย ต่างเพศ ต่างเชื้อชาติ ต่างภูมิภาค มีให้พบทุกแห่งมาช้านาน ความพยายามร่วมกันของนานาประเทศที่จะร่วมลดความเหลื่อมล้ำจึงมีมาตั้งแต่การประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติเมื่อกว่า ๖๐ ปีที่ผ่านมา

ความพยายามในการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำ แม้รัฐบาลไทยจะให้ความสำคัญกับการสร้างสวัสดิการเพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำ ไม่ว่าจะเป็นการให้สิทธิการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมมากขึ้น การให้สิทธิเรียนฟรี การประกันสังคมสำหรับแรงงานนอกระบบ สวัสดิการสำหรับคนชรา คนพิการ แต่ก็ยังมีปัญหาในเรื่องมาตรฐานที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างอย่างมากระหว่างงบประมาณที่เป็นรายจ่ายของสวัสดิการแต่ละกลุ่มในระบบหลักประกันสุขภาพ การแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำต้องมองให้กว้างกว่าเรื่องสวัสดิการ แต่ต้องครอบคลุมจนถึงการลดความเหลื่อมล้ำในอำนาจ ศักดิ์ศรี รายได้และความมั่งคั่งด้วย

การแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำ เป็นกิจเร่งด่วนสำหรับประเทศไทย เพราะแม้ภาวะยากจนจะได้รับการแก้ไขลดหน้า แต่ช่องว่างของรายได้และสิทธิขั้นพื้นฐานที่ยังคงเติบโตระหว่างคนต่างถิ่น ต่างฐานะก็เป็นสาเหตุของความขัดแย้งทางการเมืองอย่างที่เห็นอยู่ในปัจจุบัน จนส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ

ปาฐกถาปิด

พลังพลเมือง สร้างสังคมสุขภาวะ

องค์ปาฐก ศ.ธีรยุทธ บุญมี

วัน - เวลา วันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘ เวลา ๑๑.๐๐ - ๑๑.๓๐ น.

สถานที่ ห้องแกรนด์ไดมอนด์บอลรูม อิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี



ศ.ธีรยุทธ บุญมี

ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้อง

พลเมือง^๖ หมายถึงประชาชนหรือราษฎรที่รู้สึกเป็นเจ้าของรัฐ กระตือรือร้น เอาใจใส่การทำงานของรัฐบาล และสามารถแก้ไขปัญหาส่วนรวมได้ในระดับหนึ่ง มิใช่รอให้รัฐบาลมาแก้ไขเท่านั้น

การปฏิรูปประเทศไทยเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะ ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ คำว่า “สุขภาพ” และ “สุขภาวะ” เป็นคำที่นำมาใช้ในความหมายซ้อนทับกัน หมายถึงการมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคมและปัญญา เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ซึ่งการปฏิรูปเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะต้องมุ่งสร้างชุมชนท้องถิ่นและพลังพลเมืองให้เข้มแข็ง มีการร่วมคิดและร่วมทำในทุกพื้นที่ชุมชน ทุกองค์กร ทุกประเด็นอย่างมีการบูรณาการและความครอบคลุม ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สุขภาพ การศึกษาและประชาธิปไตย เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจและสังคม^๗

การปฏิรูปต้องเกิดขึ้นทุกระดับ มีความจำเป็นต่อการเสริมพลังพลเมือง กล่าวคือ ระดับโครงสร้างและอำนาจ ระดับความเชื่อและค่านิยม และระดับวิถีปฏิบัติ

เจตนารมณ์ของร่าง รัฐธรรมนูญใหม่ฯ สร้างพลเมืองให้เป็นใหญ่ (การเมืองใสสะอาดและสมดุล) หนุนสังคมที่เป็นธรรม นำชาติสู่สันติสุข จะเป็นจริงได้อย่างไร ท่ามกลางแรงเสียดทานของระบบสังคมในปัจจุบัน

^๖ อเนก เหล่าธรรมทัศน์. การเมืองภาคพลเมือง. สถาบันพระปกเกล้า (กรุงเทพฯ : ๒๕๕๔) หน้า ๑๔

^๗ ชุมชนเข้มแข็ง ประเทศมั่นคง. คณะกรรมการปฏิรูปด้านสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส (กรุงเทพฯ : ๒๕๕๗) หน้า ๒-๕

ลานนิทรรศการภายในงาน

จัดบริเวณลานชั้น ๒ ของอาคารอิมแพ็คฟอรัม เพื่อเป็นพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ รวมถึงนำเสนอกรณีตัวอย่าง รูปธรรมการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรภาคี ภายใต้ประเด็น “ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย” โดยจัดพื้นที่เป็น ๓ ส่วน ดังนี้

๑. **Landmark** เป็นมุมจัดแสดงสัญลักษณ์ที่สื่อถึงรูปธรรมของแนวคิดหลักของงาน คือ “ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย” เพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานได้ถ่ายภาพเป็นที่ระลึก

๒. **เวทีกลาง** เป็นเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learn) ในประเด็นที่น่าสนใจ ตามประเด็นหลักและวัตถุประสงค์ของงาน

กำหนดการเวทีกลาง

วันพุธที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๘

เวลา	กิจกรรม
๑๐.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	เปิดลาน แนะนำกิจกรรมต่างๆภายในลานนิทรรศการ
๑๑.๓๐ - ๑๓.๐๐ น.	มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: เรื่องจริง...ที่สัมผัสได้
๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น.	กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามโซนต่างๆภายในลานฯ
๑๖.๐๐ - ๑๗.๓๐ น.	การปฏิรูประบบสุขภาพในรัฐธรรมนูญใหม่

วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๘

เวลา	กิจกรรม
๐๙.๓๐ - ๑๐.๓๐ น.	มาตรา ๑๒ ในชีวิตจริง ไม่อิงนิยาย
๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.	ธรรมนูญพื้นที่กับการหนุนเสริมกองทุนสุขภาพตำบล
๑๒.๓๐ - ๑๕.๐๐ น.	CHIA เครื่องมือเสริมสิทธิชุมชน
๑๕.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.	ระบบสุขภาพชุมชน “สร้างไม่ยาก หากเข้าใจ”

๓. **นิทรรศการ ๙ ปี สช. (รู้จักและเข้าใจ สช.)** นำเสนอ ย้อนรอย (Life review) ๙ ปี ของการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ แสดงให้เห็น ลำดับเวลา (timeline) ของการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพของ สช.

๔. **นิทรรศการกรณีศึกษารูปธรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านเครื่องมือตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐** ประกอบด้วยการนำเสนอกิจกรรม กลไก กระบวนการ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านเครื่องมือต่างๆ ดังนี้

๑) ขบวนการเคลื่อนไหวสมัชชาสุขภาพ ทั้งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และความเชื่อมโยงกับสากล

๒) ขบวนการธรรมนูญระบบสุขภาพ ทั้งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ระดับต่างๆ ทั้งธรรมนูญสุขภาพจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้านและธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็น

๓) ขบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ทั้งระดับชาติ และระดับชุมชน (CHIA)

๔) ขบวนการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิด้านสุขภาพ

๕. นิทรรศการกรณีศึกษารูปธรรมความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะขององค์กรเจ้าภาพร่วมจัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักของงาน ประกอบด้วย

๑) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.)

๒) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

๓) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

๔) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๕) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.)

๖) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

๗) กระทรวงสาธารณสุข

๖. สรุปผลการจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจัดขึ้นในช่วงก่อนการประชุมวิชาการฯ (เดือนพฤษภาคม – มิถุนายน ๒๕๕๘) จำนวน ๓ เรื่อง ดังนี้

๑) ทักษะการถอดบทเรียนการทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

๒) การเชื่อมข้อมูลองค์ความรู้สู่นโยบาย (Bridging evidence to policy)

๓) การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายโดยชุมชน

๗. กิจกรรมอื่นๆ ประกอบด้วยจุดถ่ายภาพ จุดจำหน่ายของที่ระลึก และกิจกรรมเกมต่างๆ



- สำเนา -

คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๓ / ๒๕๕๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สช.

สืบเนื่องจาก การประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ตามแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งได้เปลี่ยนมุมมองสุขภาพเน้นการ “สร้างนำซ่อม” ครอบคลุมสุขภาพะ ๔ มิติ คือด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลและสัมพันธ์กับระบบต่างๆ ของสังคม โดยเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ตามยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” โดยกฎหมายได้กำหนดให้มีการพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และสิทธิด้านสุขภาพหลายประการ ซึ่งในระยะเวลาที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนากลไก กระบวนการและระบบ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีเป้าหมายเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและปฏิรูปประเทศไทยจนเกิดองค์ความรู้ รูปธรรมความสำเร็จทั้งในระดับชาติและพื้นที่ที่หลากหลาย ในวาระที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้ย่างเข้าสู่ปีที่ ๙ จึงเป็นช่วงเวลาเหมาะสม ที่สมควรจัดการประชุมวิชาการ ๙ ปี สช. ในกรอบคิดหลัก ว่าด้วย “ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย” ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโลก กระบวนการและระบบ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและปฏิรูปประเทศไทย

ดังนั้น เพื่อให้การจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สช. เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เกิดประโยชน์สูงสุด อาศัยอำนาจตามมาตรา ๒๕(๘) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๕๗ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สช. โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ ที่ปรึกษา

๑.๑.๑ นางศิริณา ปวโรฬารวิทยา

๑.๒ คณะกรรมการ

๑.๒.๑ นายมงคล ณ สงขลา

ประธานกรรมการ

๑.๒.๒ รองศาสตราจารย์ วิชาวัฒน์ เสนารัตน์

รองประธานกรรมการ

๑.๒.๓	นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	รองประธานกรรมการ
๑.๒.๔	นายพงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข	รองประธานกรรมการ
๑.๒.๕	เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการนโยบาย วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ	กรรมการ
๑.๒.๖	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒.๗	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สยมพร ศิรินาวิน	กรรมการ
๑.๒.๘	รองศาสตราจารย์ วิทยา กุลสมบูรณ์	กรรมการ
๑.๒.๙	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภูติท เตชาติวัฒน์	กรรมการ
๑.๒.๑๐	นางสาวกาญจนา กาญจนสินีท์	กรรมการ
๑.๒.๑๑	นางสาวกาญจนา ทองทั่ว	กรรมการ
๑.๒.๑๒	นายกัญจน์ ทัตติยกุล	กรรมการ
๑.๒.๑๓	นายโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	กรรมการ
๑.๒.๑๔	นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	กรรมการ
๑.๒.๑๕	นายทศพล สมพงษ์	กรรมการ
๑.๒.๑๖	นายนพดล พุ่มยิ้ม	กรรมการ
๑.๒.๑๗	นายบัญชา แก้วส่อง	กรรมการ
๑.๒.๑๘	นางเบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์	กรรมการ
๑.๒.๑๙	นางประนอม คำเที่ยง	กรรมการ
๑.๒.๒๐	นายศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	กรรมการ
๑.๒.๒๑	นายสุพจน์ สงวนกิตติพันธ์	กรรมการ
๑.๒.๒๒	นายสุรียา ยีขุน	กรรมการ
๑.๒.๒๓	เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการ
๑.๒.๒๔	นายอุกฤษฏ์ มลิินทางกูร	ผู้ช่วยเลขานุการด้านต่างประเทศ
๑.๒.๒๕	นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา	ผู้ช่วยเลขานุการด้านบริหารจัดการ
๑.๒.๒๖	นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	ผู้ช่วยเลขานุการด้านวิชาการ
๑.๒.๒๗	นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต	ผู้ช่วยเลขานุการดูแลภาพรวม

๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ วางแผนการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สช. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนาวิชาการ สนับสนุนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
- ๒.๒ อำนวยการ ดูแลสนับสนุนให้การจัดประชุมเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์ สูงสุด
- ๒.๓ ให้คำปรึกษาแนะนำแก่คณะอนุกรรมการชุดต่างๆ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ๒.๔ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน เพื่อดำเนินการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามความ จำเป็น
- ๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

(ลงชื่อ) พงศ์เทพ เทพกาญจนา

(นายพงศ์เทพ เทพกาญจนา)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รับรองสำเนาถูกต้อง



(นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา)

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ๑๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗



- สำเนา -

คำสั่งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สข.

ที่ ๑ / ๒๕๕๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการในการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สข.

อนุสนธิจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่เห็นควรให้จัดการประชุมวิชาการ ๙ ปี สข. “ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักการกระบวนการและระบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและปฏิรูปประเทศไทย นั้น

เพื่อให้การจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สข. เป็นไปด้วยความเรียบร้อย อาศัยอำนาจตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๓/๒๕๕๗ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการในการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สข. จำนวน ๓ คณะ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจดังนี้

๑. คณะอนุกรรมการจัดประชุมวิชาการ

๑.๑ องค์ประกอบ

๑.๑.๑ ที่ปรึกษา

- (๑) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สยมพร ศิรินาวิณ
- (๒) นายกิตติศักดิ์ สินธุวิช
- (๓) นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

๑.๑.๒ คณะอนุกรรมการ

- | | |
|--|------------------|
| (๑) นายพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | ประธานอนุกรรมการ |
| (๒) ผู้แทนเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| (๓) ผู้แทนเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| (๔) ผู้แทนผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข | อนุกรรมการ |
| (๕) รองศาสตราจารย์ วิทยา กุลสมบุรณ์ | อนุกรรมการ |
| (๖) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภูติหิ เตชาติวัฒน์ | อนุกรรมการ |

- ๒ -

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| (๗) นางกฤษดา แสงวงดี | อนุกรรมการ |
| (๘) นายกัญจน์ ทัดติยกุล | อนุกรรมการ |
| (๙) นายจารึก ไชยรักษ์ | อนุกรรมการ |
| (๑๐) นายชาญวิทย์ วสันต์นารัตน์ | อนุกรรมการ |
| (๑๑) นายบัญชา แก้วส่อง | อนุกรรมการ |
| (๑๒) นายประจักษ์วิช เล็บนาค | อนุกรรมการ |
| (๑๓) นายศุภกิจ ศิริลักษณ์ | อนุกรรมการ |
| (๑๔) นายสุพจน์ สงวนกิตติพันธ์ | อนุกรรมการ |
| (๑๕) นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| (๑๖) นางสาวทิพิชา โปษยานนท์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

๑.๒ หน้าที่และอำนาจ

- ๑.๒.๑ วางแผน ประเด็นและแนวทางเปิดรับงานทางวิชาการ การเลือกและรูปแบบการนำเสนอทางวิชาการภายใต้แนวคิด “ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย” โดยคำนึงถึงโอกาสของผู้นำเสนอจากหลากหลายภาคส่วน
- ๑.๒.๒ เสนอหัวข้อ รูปแบบและวิทยากรในการเสวนา อภิปรายหรือรูปแบบอื่นๆ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ/หรือพัฒนาต่อยอดผลงานวิชาการสู่การใช้ประโยชน์
- ๑.๒.๓ อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้การจัดประชุมในส่วนวิชาการเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุด ตามแนวทางของคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สข.
- ๑.๒.๔ แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อดำเนินการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น และให้คำปรึกษาแนะนำแก่คณะทำงานและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ๑.๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สข. มอบหมาย

๒. คณะอนุกรรมการจัดการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้

๒.๑ องค์ประกอบ

๒.๑.๑ ที่ปรึกษา

- (๑) นางสาวกาญจนา กาญจนสินีสิทธิ์

- (๒) นางทิพย์รัตน์ นพลดารมย์
- (๓) นางศิรินา ปวโรฬารวิทยา

๒.๑.๒ คณะอนุกรรมการ

- | | |
|--|-------------------------------|
| (๑) รองศาสตราจารย์ วิลาวัลย์ เสนารัตน์ | ประธานอนุกรรมการ |
| (๒) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เดชา ทำดี | อนุกรรมการ |
| (๓) นางสาวกาญจนา ทองทั่ว | อนุกรรมการ |
| (๔) นายชาติรี เจริญศิริ | อนุกรรมการ |
| (๕) นางสาวจันทนา เบญจทรัพย์ | อนุกรรมการ |
| (๖) นายนพดล พุ่มยิ้ม | อนุกรรมการ |
| (๗) นางเบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์ | อนุกรรมการ |
| (๘) นางประนอม คำเที่ยง | อนุกรรมการ |
| (๙) นางสาวพัชรา อุบลสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| (๑๐) นายพีธากร ศรีบุตรวงศ์ | อนุกรรมการ |
| (๑๑) นายทศพล สมพงษ์ | อนุกรรมการ |
| (๑๒) นายสุทธิพงษ์ วสุโสภาน | อนุกรรมการ |
| (๑๓) นายสุรเดช เดชคุ้มวงศ์ | อนุกรรมการ |
| (๑๔) นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต | อนุกรรมการ |
| (๑๕) นางสาวอรุพิน ชูเกาะหวาด | อนุกรรมการ |
| (๑๖) นางนาตยา พรหมทอง | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| (๑๗) นางสาวนงลักษณ์ ยอดมงคล | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

๒.๒ หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๒.๑ วางแผน ประเด็นและรูปแบบการจัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย ภายใต้แนวคิด “ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึก ประชาธิปไตย” โดยคำนึงถึงเครื่องมือต่างๆ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ด้วย
- ๒.๒.๒ เสนอหัวข้อ รูปแบบการจัดการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ก่อนและระหว่างการประชุมวิชาการ ๙ ปี สข. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ และเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามระหว่างพื้นที่และเครื่องมือของเครือข่ายภาคีต่างๆ

- ๒.๒.๓ อำนวยการ ดูแลสนับสนุนให้การจัดการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุด ตามแนวทางของคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สข.
- ๒.๒.๔ แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อดำเนินการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น และให้คำปรึกษาแนะนำแก่คณะทำงานและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ๒.๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สข. มอบหมาย

๓. คณะอนุกรรมการจัดการประชุมนานาชาติ

๓.๑ องค์ประกอบ

๓.๑.๑ ที่ปรึกษา

- (๑) ศาสตราจารย์ สุริชัย หวันแก้ว
- (๒) นายวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
- (๓) นายศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล

๓.๑.๒ คณะอนุกรรมการ

- | | |
|--|------------------|
| (๑) นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | ประธานอนุกรรมการ |
| (๒) ผู้แทนองค์การอนามัยโลก | อนุกรรมการ |
| (๓) ผู้แทนธนาคารโลก | อนุกรรมการ |
| (๔) ผู้แทนสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ | อนุกรรมการ |
| (๕) ผู้แทนมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ | อนุกรรมการ |
| (๖) ผู้แทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| (๗) ผู้แทนผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ | อนุกรรมการ |
| (๘) รองศาสตราจารย์ ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา | อนุกรรมการ |
| (๙) นางสาวทิพิชา โปษยานนท์ | อนุกรรมการ |
| (๑๐) นายพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | อนุกรรมการ |
| (๑๑) นายภูษิต ประคองสาย | อนุกรรมการ |
| (๑๒) นายภูวัต จารุกำเนตถก | อนุกรรมการ |
| (๑๓) นายวิวัฒน์ โรจนพิทยากร | อนุกรรมการ |
| (๑๔) นางสาวจี ภูิต | อนุกรรมการ |

(๑๕) นายอุกฤษฏ์ มิลินทางกูร	อนุกรรมการและเลขานุการ
(๑๖) นางสาวณนุต มธรรพจน์	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๗) นางนिरชา อัครวีรากล	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๓.๒ หน้าที่และอำนาจ

- ๓.๒.๑ วางแผน ประเด็นและรูปแบบการจัดการประชุมวิชาการนานาชาติที่เหมาะสม นำเสนอแนวคิด การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพะ โดยคำนึงถึงเครื่องมือต่างๆ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ด้วย
- ๓.๒.๒ ประสานกับคณะอนุกรรมการจัดประชุมวิชาการ เพื่อเชื่อมโยงผลจากการประชุมวิชาการนานาชาติตาม ๓.๒.๑ กับการประชุมวิชาการ ๙ ปี สช.
- ๓.๒.๓ อำนวยการ ดูแลสนับสนุนให้การจัดประชุมวิชาการนานาชาติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุด ตามแนวทางของคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สช.
- ๓.๒.๔ แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อดำเนินการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น และให้คำปรึกษาแนะนำแก่คณะทำงานและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ๓.๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สช. มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

(ลงชื่อ) มงคล ณ สงขลา

(นายมงคล ณ สงขลา)

ประธานกรรมการจัดประชุมวิชาการ ๙ ปี สช.

รับรองสำเนาถูกต้อง



(นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา)

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ๒๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗