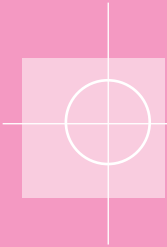




เสียงอหังง แลลหน้า สัสมัฒนาลุขทาว ทลวรรลที่ ๒

อ่ำพล จัณฑว้ฒนล





ชื่อหนังสือ : เหลียวหลัง แลหน้า สุขมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ 2

ISBN :

คำสำคัญ :

สมัชชาสุขภาพ, 1 ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ, นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ,
ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

ผู้เขียน :

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการ :

นส. ศิริธร อรไชย

พิมพ์โดย :

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ 88/39 ถ.ติวานนท์ 14 ม.4

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

www.nationalhealth.or.th, www.samatcha.org

โทรศัพท์ 02-832-9000 โทรสาร 02-832-9001

ศิลปินกรรม :

ปทุมณา สายยศ

พิมพ์ที่ :

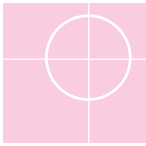
بيبอนด์ ublishing

จำนวนพิมพ์ :

พิมพ์ครั้งแรก : กรกฎาคม 2554

(ไม่สงวนลิขสิทธิ์ในการอ้างอิงหรือใช้ประโยชน์ แต่กรุณาระบุที่มาในการอ้างอิง)





คำนำ

“**สมัชชาสุขภาพ**” เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เน้นการมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือใหม่ของสังคมไทยที่มีการนำเสนอ ทดลองและพัฒนาต่อเนื่องมาเป็นเวลา 1 ทศวรรษ ตั้งแต่การเริ่มต้นกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2543 ที่ยึดแนวคิดสำคัญคือ “การสร้างสุขภาพดีนำการซ่อมสุขภาพเสีย” หรือ “**สร้างนำซ่อม**” และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนานโยบายสาธารณะทั้งปวง ซึ่งล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ้น

ในการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งคาดหวังให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย ได้ริเริ่มใช้ “สมัชชาสุขภาพ” เป็นทั้งกระบวนการในการรับฟังความคิดเห็นต่อร่างสาระสำคัญที่ควรกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และการหาฉันทามติเกี่ยวกับข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีการทดลองใช้สมัชชาสุขภาพในช่วงที่ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ยังไม่สำเร็จออกมาเป็นกฎหมายด้วย

เมื่อ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้เป็นกฎหมายในปี พ.ศ. 2550 มีการกำหนดเรื่องสมัชชาสุขภาพไว้ในกฎหมายดังกล่าว ในมาตรา 3 และมาตรา 40-45 เพื่อให้ใช้เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งก็ได้มีการดำเนินการและสนับสนุนให้มีการใช้สมัชชาสุขภาพเรื่อยมาตามลำดับ

ล่าสุด ในปี พ.ศ. 2553 มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูป(ประเทศไทย) มีการนำแนวคิดและ

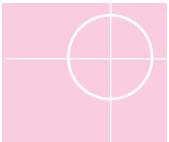


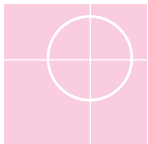


แนวทางของสมัชชาสุขภาพไปพัฒนาระดับเป็น **“สมัชชาปฏิรูป”** เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเชิงกระบวนการในการพัฒนา นโยบายสาธารณะสำหรับการปฏิรูป(ประเทศไทย) ด้วย

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบให้จัด **“การประชุมวิชาการ 1 ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ”** ขึ้น เพื่อสร้างความกระจ่างขององค์ความรู้จากการใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาต่อยอดและยกระดับให้กว้างขวางและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

บทความนี้เขียนขึ้นเพื่อศึกษาทบทวนแนวคิดและ ประมวลผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พร้อมทั้งสังเคราะห์ ประสบการณ์และบทเรียนเกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพ เพื่อใช้สำหรับการพัฒนาสมัชชาสุขภาพให้เติบโตและก้าวหน้าต่อไป





สารบัญ

คำนำ	3
พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพ	6
พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพในช่วงก่อนมี	8
พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2543 - 2549)	
• กำหนดสมัชชาสุขภาพ	8
• สมัชชาสุขภาพแห่งชาติรอบที่สอง ปี 2545	13
• ปี 2546 ทดลองสมัชชาสุขภาพต่อไป	15
• มองหลัง ระวังหน้า สมัชชาสุขภาพ ปี 2547	17
• ปี 2548 จัดต่อไป ไม่ย่อท้อ	20
• ก้าวต่อไป สมัชชาสุขภาพ ปี 2549	25
พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพ เมื่อมี	28
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว พ.ศ. 2550 – 2553	
• สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (พ.ศ. 2551-2553)	30
• สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551	44
• สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552	53
• สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553	60
ยกระดับสู่สมัชชาปฏิรูป (ประเทศไทย)	66
ประมวลบทเรียนรู้	69
สู่นาครดที่ดียิ่งกว่า	95
ส่งท้าย	101
เอกสารอ้างอิง	103

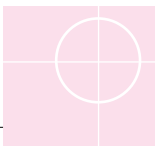




6



พัฒนาการของสมาชิกสุขภาพ



เรสลิชวอหสิง แลสหนา ๓ สมิชชลาสุขภาพ ทควรรษที่ ๒



- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่**
 - 173 เวที
 - จังหวัด
 - กลุ่มจังหวัด
 - ภาค
 - ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 64 โครงการ
 - 15 พื้นที่
 - ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 87 โครงการ (พื้นที่เป้าหมาย 15 จังหวัด)
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่**
 - 173 เวที
 - จังหวัด
 - กลุ่มจังหวัด
 - ภาค
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 64 โครงการ
 - 15 พื้นที่
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 87 โครงการ (พื้นที่เป้าหมาย 15 จังหวัด)
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่**
 - 28 จังหวัด
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 1 ประเด็น
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 5 ประเด็น
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่**
 - 33 จังหวัด
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 5 ประเด็น
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 33 จังหวัด
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่**
 - 28 จังหวัด
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 1 ประเด็น
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 5 ประเด็น
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่**
 - 33 จังหวัด
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 5 ประเด็น
- ☑ **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**
 - 33 จังหวัด

ภาพแสดงพัฒนาการสมัชชาสุขภาพ ช่วงปี พ.ศ. 2544 - 2553

2544
สถิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

2545
พิชิตณรงค์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

2546
ขับเคลื่อน สาระสำคัญในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

2547
ขับเคลื่อน สาระสำคัญในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

2548
ขับเคลื่อนสังคม เริ่มต้น “ความสุข”

2549
ขับเคลื่อนสังคม “เศรษฐกิจพอเพียงสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุข”

2550
ประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2551
พิจารณา นโยบาย สาธารณะ 14 ระเบียบวาระ

2552
พิจารณา นโยบาย สาธารณะ 11 ระเบียบวาระ

2553
พิจารณา นโยบาย สาธารณะ 9 ระเบียบวาระ

จากหลักฐานพบว่า เคยมีการจัดประชุมสมัชชาที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2531 โดยใช้ชื่อว่า “สมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ” ซึ่งจัดโดยคณะกรรมการระบอบาติวิทยาแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข จวบจนกระทั่งเมื่อมีการเริ่มขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นทางการ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ที่มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นหน่วยบริหารจัดการ จึงได้พัฒนา “สมัชชาสุขภาพ” ขึ้น และมีการดำเนินการเรื่อยมา สรุปลงเป็นพัฒนาการได้ดังนี้

พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพ ในช่วงก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2543-2549)

กำเนิดสมัชชาสุขภาพ

ในการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เมื่อปี 2544 ได้มีการเขียนกำหนดให้มีสมัชชาสุขภาพเพื่อเป็นเครื่องมือใหม่อย่างหนึ่งของระบบสุขภาพ โดยให้ความหมายว่า **“สมัชชาสุขภาพ”** หมายถึง **“กระบวนการจัดประชุมที่ให้ทุกฝ่ายได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างใช้ปัญญา และสมานฉันท์ โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพะ”**

แนวคิดของสมัชชาสุขภาพ เริ่มจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่เปิดศักราชของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วนมีสิทธิในการเข้ามีส่วนร่วมทางการเมืองได้ แต่ที่ผ่านๆ มายังไม่มีการวางระบบและกลไกรองรับที่ชัดเจน

เสถียรภาพ และสุขภาพ **สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒**



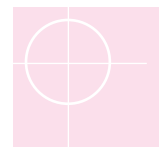
เนื่องจากเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องหนึ่งที่ต้องการการมีส่วนร่วม ตั้งแต่ระดับนโยบายไปจนถึงการปฏิบัติ จึงควรวางระบบและกลไกที่เปิดให้ทุกภาคส่วนเข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้เป็นรูปธรรม แนวความคิดเรื่องสมัชชาสุขภาพจึงเกิดขึ้น โดยหวังให้เป็นกระบวนการที่ฝ่ายต่างๆ ในสังคมเข้ามาทำงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพร่วมกันอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ โดยแต่ละฝ่ายไม่ว่าจะเป็นหน่วยราชการ ภาควิชาการ เอกชน ประชาชน หรือองค์กรภาคีต่างๆ ยังคงเป็นอิสระไม่ขึ้นแก่กัน ไม่ใช่เป็นการจัดองค์กรหรือโครงสร้างใหม่ขึ้นมา

กระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ดีต้องมีการทำงานวิชาการเพื่อสร้างปัญญาที่เพียงพอในการเสนอทางออกต่างๆ ในเรื่องสุขภาพ โดยต้องมีกระบวนการทำงานร่วมกันอย่างเป็นกัลยาณมิตร ไม่ใช่เวทีโต้แย้งถกเถียงความเห็น หรือการเรียกร้อง หรือโจมตีกัน

จากแนวคิดนี้ จึงได้มีการจัด **“การประชุมสาธิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ”** ขึ้น ระหว่างวันที่ 3 - 5 กันยายน พ.ศ. 2543 ในงาน **“ตลาดนัดสุขภาพ”** ที่เมืองทองธานี โดยเชิญภาคีปฏิรูประบบสุขภาพจากทั่วประเทศ 306 เครือข่าย จำนวน 1,599 องค์กรภาคี รวมประมาณ 2,000 คน เข้าร่วมประชุม เพื่อให้ภาคีต่างๆ ได้แสดงความคิดเห็นต่อ **“ร่างกรอบสาระสำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติ”** ที่จะนำไปยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติต่อไป

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรก ได้เห็นพ้องต้องกันให้ประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ รวม 9 ข้อไว้ดังนี้

“จากการที่ผู้แทนองค์กรภาคีต่างๆ ในสังคมไทย 306 เครือข่าย รวมเป็นจำนวนภาคีทั้งสิ้น 1,599 ภาคี ได้จัดประชุมอย่างต่อเนื่องทั่วประเทศ ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2543 เป็นต้นมา มีประชาชนเข้าร่วมกว่าหนึ่งแสนคน ผู้แทนองค์กรภาคีต่างๆ ขอร่วมกันประกาศว่า



1. ทิศทางการพัฒนาประเทศต้องมุ่งที่การสร้างสุขภาวะของประชาชนและสังคมเป็นเป้าหมายควบคู่ไปกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ
2. ระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่เน้นการสร้างสุขภาพของคนไทยและสังคมไทยทั้งมวล พร้อมกับการมีระบบซ่อมสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม
3. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีนโยบายเปิดให้ภาคประชาชนเข้าร่วมด้วยอย่างเป็นรูปธรรม เชื่อมโยงการใช้ข้อมูลองค์ความรู้และเชื่อมโยงกับภาคการเมือง เพื่อดูแลระบบสุขภาพร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
4. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีระบบประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พร้อมทั้งต้องมีระบบดูแล แก้ไขผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรมด้วย
5. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่เปิดช่องทางการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม มีการกระจายอำนาจ ลดการผูกขาด สร้างความสมานฉันท์ของคนในสังคม เฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ เอื้ออาทร ไม่เอารอดเอาเปรียบกัน และเรื่องสุขภาพต้องไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไร
6. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง มีระบบการให้ข้อมูลข่าวสารที่ง่ายและเพียงพอ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพประชาชนในเรื่องสุขภาพ
7. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่ส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นภูมิปัญญาไทยให้ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันรวมทั้งการแพทย์ทางเลือกต่างๆ เพื่อเป็นทางเลือกแก่ประชาชน โดยจะต้องมีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่ดีควบคู่กันไปด้วย
8. ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีระบบหลักประกันการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และมีระบบการเงินการคลัง ระบบกฎหมาย และระบบอื่นๆ ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพหน้าหน้าการซ่อมสุขภาพ
9. ระบบสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นระบบที่มีโครงสร้างครบถ้วน เพื่อ

แอสกี๖๗๕ ๓๓๕๗๖ ๕ สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๕



เป็นหลักประกันว่าจะสามารถคุ้มครองสุขภาพประชาชนและสังคม และสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาได้ด้วย...”

พร้อมๆ กันนั้น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานสร้างความรู้เชิงระบบ ได้มอบหมายให้นักวิชาการ นำโดย ดร.ชันทฤทัย กาญจนะจิตรา ทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพฯ และทำการศึกษาวิจัยให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ ได้ข้อสรุปส่วนหนึ่งไว้ว่า

“ข้อดี คือ ทำให้ประชาชนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นต่อนโยบายสาธารณะ ได้รับรู้ปัญหาที่เป็นรูปธรรมและกว้างมากขึ้น จุดอ่อนที่มี ได้แก่ การจัดประชุมห้องใหญ่ซ้อนกับห้องย่อยทำให้คนกระเจา นักวิชาการใช้ภาษายากเกินไป เวลาเปิดให้แสดงความคิดเห็นคนละ 2-3 นาที สั้นเกินไป ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนกลุ่มอื่นๆ ทราบและเข้าร่วมได้ ควรปรับปรุงเรื่องการแบ่งหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจน บริหารเวลาให้ดีขึ้น และควรจัดต่อเนื่อง...”

บทเรียนการจัดประชุมสชาติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรกได้กลายเป็นบันไดขั้นต้นของการสนับสนุนให้มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ขึ้นในทุกจังหวัดทั่วประเทศ และจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ในปีถัดมา

มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอในทุกจังหวัดทั่วประเทศ รวม 526 เวที ในชื่อว่า **“รวมพลังความคิด สู่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ”** ในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน 2545 มีผู้เข้าร่วมรวมทั้งสิ้นประมาณ 3 หมื่นคน และในช่วงเวลาเดียวกันนั้นมีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นต่างๆ อีก 81 เวที

จากนั้น ในช่วงเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2545 มีการจัดเวที **“สมัชชาสุขภาพจังหวัด”** ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อระดมความเห็นต่อร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ



“ในเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุดรธานี จัดที่โรงแรมเจริญศรี แกรนด์ไฮเต็ล บรรยากาศดีมาก ผู้เข้าร่วมเวทีมาจากหลากหลายองค์กรรวมประมาณ 1,000 คน มีองค์กรเจ้าภาพร่วมจัด 70 องค์กร มีการมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมเวทีศึกษาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมาก่อน มีการจัดคิวคนนำเสนอความเห็นได้อย่างเป็นระบบ ประธานสมัชชาสุขภาพไม่ใช่แพทย์ พยาบาล หรือผู้บริหาร สาธารณสุข แต่เป็นประธานร่วมระหว่างนายกสมาคมกีฬาจังหวัด นายกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด และนายกสภานายความจังหวัด เป็นภาพบรรยากาศที่แปลกใหม่ที่ประชาชนจัดเวทีนโยบายสาธารณะร่วมกันเสนอแนะการจัดทำกฎหมายเรื่องสุขภาพ ทำให้เห็นภาพว่า เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ทุกองค์กรในสังคมจริงๆ ไม่เพียงแค่มีการประชุมในห้องเท่านั้น ที่บริเวณหน้างานยังมีการจัดแสดงสาธิตกิจกรรมสุขภาพจากชุมชน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพได้ศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมเรื่องสุขภาพร่วมกันอีกด้วย งานนี้เขาถักทอแนวราบกับแนวตั้งได้เป็นอย่างดี ผู้ว่าราชการจังหวัดมาเป็นประธานเปิดสมัชชา สาธารณสุขจังหวัดและหน่วยราชการต่างๆ สนับสนุนเต็มที่ โดยภาคประชาชนเป็นแกนดำเนินการประชุม มีนักวิชาการร่วมด้วยเต็มที่ โดยเฉพาะนักวิชาการด้านกฎหมาย ช่วยกันทำการบ้านล่วงหน้าเพื่อช่วยชี้แจงทำความเข้าใจประเด็นต่างๆ ในร่าง พ.ร.บ. ให้กับประชาชนด้วยภาษาอธิบายที่ง่ายๆ นี่คือภาพสมัชชาสุขภาพที่น่าสนใจ ปิดท้ายประธานสมัชชายังบอกอีกว่า ไม่ว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจะผ่านออกมาเป็นกฎหมายเมื่อใดหรือไม่ก็ตาม ภาคประชาชนและภาคีต่างๆ ในจังหวัดอุดรธานีจะไม่หยุดอยู่แค่นี้ สมัชชาสุขภาพจังหวัดจะทำงานร่วมกันเพื่อเคลื่อนตัวสร้างสุขภาพด้วยกันต่อไป”

เสถียร หงษ์ แกสหนา สุ่มัชชาสุขภาพ ทควรรษที่ ๒



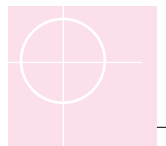
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติรอบที่สอง ปี 2545

วันที่ 8-9 สิงหาคม พ.ศ. 2545 มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นรอบที่ 2 เพื่อใช้เป็นเวทีสาธารณะรับฟังความเห็นต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ก่อนปรับปรุงเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ ใช้ประสบการณ์จากการจัดประชุมสภานิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2544 เป็นฐาน พัฒนาการจัดให้ดีกว่าเดิม โดย คปรส. แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหลายภาคส่วน มีนายไพฑูริย์ วัฒนศิริธรรม เป็นประธาน เข้ามาช่วยกันดูแลการจัดงาน มีหน้าที่วางแผนการจัดประชุม กำหนดกรอบและกติกาการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุม และระบบการจัดการทั้งหมด มีการจัดทีมทำงานหลายฝ่ายจำนวน 8 คณะ ประชุมปรึกษาหารือ วางแผนการทำงานล่วงหน้า ทำข้อตกลงร่วมกัน แบ่งบทบาทกันทำ ซึ่งเป็นการทำงานที่สนุกและมีชีวิตชีวามาก ในวันจัดสมัชชาฯ จริง จึงมีผู้คนจากหลายฝ่าย ทั้งจากมหาวิทยาลัย ข้าราชการ นักวิชาการ นักการเมือง นักพัฒนา และประชาชนจากองค์กรภาคีต่างๆ เข้ามาช่วยทำงานกันและร่วมงานกันอย่างกระตือรือร้น

สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปีนี้มี 2 ส่วน ส่วนแรกประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายภาคีปฏิรูปทั่วประเทศที่ได้ทำงานร่วมกันโดยได้จัดเวทีสมัชชาสุขภาพอำเภอ และจังหวัดมาก่อนหน้านี้ อีกส่วนหนึ่งเป็นประชาชนทั่วไปที่สมัครลงทะเบียนล่วงหน้า (โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ) ซึ่งมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ มีผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ประมาณ 4,000 คน

บางส่วนของคำกล่าวสรุปการประชุมโดยประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งนี้ กล่าวไว้ว่า



“บรรยากาศการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างอบอุ่น และสร้างสรรค์ดีมาก ด้วยฝีมือการจัดการของคณะทำงานพหุภาคีและด้วยความร่วมมือของสมาชิกสมัชชาทุกท่าน มีผู้ได้แสดงความเห็นรวม 450 คน และแสดงความเห็นด้วยลายลักษณ์อักษรอีก 318 คน มีผู้ร่วมโหวตร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติผ่านทางระบบโทรศัพท์ที่จัดไว้อีก 2,405 คน และให้ข้อคิดผ่านโทรศัพท์ 347 คน การประชุมสมัชชาสุขภาพวันแรกมีการถ่ายทอดสดทางทีวีช่อง 11 เป็นเวทิตัว 2 ชั่วโมง บ่ายวันนี้จะมีการถ่ายทอดสดผ่านไอทีวีอีก 2 ชั่วโมง และถ่ายทอดสดผ่านสถานีวิทยุเอเอ็นเอ็น และสถานีวิทยุแห่งประเทศไทยด้วย เพื่อเป็นช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของทั้งสังคมไปพร้อมๆ กัน มิใช่เป็นเวทีปิดอยู่แต่ในห้องประชุมแห่งนี้เท่านั้น”

ที่บริเวณทางเข้างานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดเป็น **“ลานสมัชชาสุขภาพ”** ที่มีการบายศรีสู่ขวัญเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ มีการแสดง การเสวนาต่างๆ ที่หลากหลาย โดยถือว่าบริเวณงานทั้งในและนอกห้องประชุมเป็นเวทีสมัชชาสุขภาพทั้งหมด มิใช่เฉพาะแคในห้องประชุมเท่านั้น

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ นายกรัฐมนตรีเดินทางมาแสดงปาฐกถาพิเศษและเป็นประธานปิดสมัชชาสุขภาพฯ ด้วย แสดงถึงการถ้อยกันทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคสังคม และประชาชนเข้าด้วยกัน



ปี 2546 ทดลองสมัชชาสุขภาพต่อไป

“สปรศ. ต่ออายุอีก 2 ปี รุกจัดสมัชชาสุขภาพ”

หนังสือพิมพ์มติชนเสนอข่าว (7 มิ.ย. 2546)

ช่วงปี 2546 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติยังติดขัดอยู่ที่รัฐบาล คปรส. แนะนำให้นำเครื่องมือในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติบางส่วนออกมาทดลองทำงานไปพลางๆ ก่อน เพื่อหาประสบการณ์สะสมไว้สำหรับการทำงานในอนาคต

คปรส. จึงเห็นชอบให้จัด “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546” มีนายไพฑูริย์ วัฒนศิริธรรม เป็นประธานคณะกรรมการจัดงาน ปีนี้ สปรศ. ได้สนับสนุนพื้นที่จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ตามความสนใจและตามกำลังของแต่ละพื้นที่ และมีการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพระดับภาคด้วย

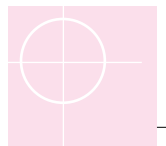
ภาคเหนือ จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เรื่อง การเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เรื่อง การเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ ประเด็นนโยบายสาธารณะที่กระทบต่อสุขภาพ (เหมือนโปแตช อุดรธานี, โครงการโขงชีมูล และปัญหาเขื่อนปากมูล) และประเด็นการผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ภาคกลาง จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เรื่อง การเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ ประเด็นบริการสาธารณสุขของครอบครัว และเรื่องนโยบายการจัดการน้ำ

ภาคใต้ แยกจัดสมัชชาสุขภาพเป็น 3 อนุภาค ได้แก่ อนุภาคฝั่งอันดามัน จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ อนุภาคใต้ตอนบนจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เรื่องภูมินิเวศน์อ่าวบ้านดอน และอนุภาคใต้ตอนล่าง จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เรื่องการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับชาวมุสลิม

เสถียรภาพ และหน้า **สมัชชาสุขภาพ ทดลองที่ 2**



นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น อีก 2 เรื่อง คือ สมัชชาสุขภาพ ว่าด้วยอาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน และสมัชชาสุขภาพ ว่าด้วยกำลังคนสาธารณสุขเพื่อชุมชน

ข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพต่างๆ สรุปรวบรวมได้เป็น 6 ประเด็น ประกอบด้วย เกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ อาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาพอย่างยั่งยืน นโยบายสาธารณะที่กระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม และการจัดการกำลังคนสาธารณสุขเพื่อชุมชน ได้นำเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ซึ่งจัดวันที่ 7-8 สิงหาคม 2546 ที่ศูนย์การประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพมหานคร มีผู้เข้าร่วมงานประมาณ 3,000 คน ส่วนใหญ่เป็น ภาคประชาชน รองลงไปเป็นภาควิชาชีพ ส่วนภาคราชการและภาคการเมืองเข้าร่วมค่อนข้างน้อย

หลังเสร็จสมัชชาสุขภาพรอบปี 46 คณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้องได้ประชุมสรุปบทเรียนร่วมกันได้ความโดยรวมว่า

“กระบวนการสมัชชาสุขภาพมีความสำคัญในแง่ของการเปิดพื้นที่ให้ ภาคประชาชนได้ขับเคลื่อนงานด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มิใช่เป็นเรื่องของภาครัฐและภาควิชาชีพทำกันเพียงลำพัง แต่กระบวนการนี้ยังไม่สามารถดึงการมีส่วนร่วมจากภาครัฐ ราชการ และวิชาชีพได้มากเท่าที่ควร ซึ่งจะต้องหาทางแก้จุดอ่อนกันต่อไปในอนาคต”

เสร็จจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สปรส. ได้นำผลสรุปข้อเสนอ นโยบายจากเวทีสมัชชาฯ เสนอต่อ คปรส. ซึ่ง คปรส. เห็นชอบให้แต่งตั้ง คณะกรรมการศึกษานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจากข้อเสนอที่เกิดจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นมาชุดหนึ่ง เพื่อหาทางผลักดันให้เกิดผลเป็นจริงต่อไป ในขณะเดียวกัน สปรส. ก็ได้ส่งข้อเสนอทั้งหมดไปยังหน่วยงาน องค์กร ประชาคมต่างๆ ทุกแห่ง เพื่อให้ช่วยกันพิจารณาว่า มีอะไรที่จะทำได้ หรือช่วยกันผลักดันให้สำเร็จตามข้อเสนอได้บ้าง ก็ลงมือทำกันได้เลย โดยไม่ต้องรอจากภาครัฐอย่างเดียว

เครือข่ายพลัง 16 หน้า ๘ **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒**



เพราะเจตนาารมณ์ของสมัชชาสุขภาพ มิได้ฝากความหวังหรือผลสำเร็จไว้กับรัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐแต่เพียงด้านเดียว หากแต่ต้องถือเป็นหน้าที่ของทุกฝ่ายในสังคมต้องช่วยกันทำข้อเสนอต่างๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องให้เกิดผลเป็นรูปธรรม เข้าทำนองร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้างสรรคสุขภาพะ

มองหลัง ระวังหน้า สมัชชาสุขภาพ ปี 2547

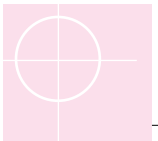
ปี พ.ศ. 2547 มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รอบที่ 4 ว่าด้วยเรื่อง เกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ เมื่อวันที่ 8-9 กันยายน 2547 มีการกำหนดคำขวัญประจำงานว่า “เกษตรปลอดภัย อาหารปลอดภัย ชีวิตปลอดภัย”

หลังงานเสร็จได้มีการจัดประชุม “เหลียวหลังแลหน้า สมัชชาสุขภาพ” ขึ้น ระหว่างวันที่ 21-22 ตุลาคม 2547 เพื่อให้คณະนักวิชาการที่เข้ามาช่วยทำการประเมินผลการจัดสมัชชาสุขภาพในภาคต่างๆ และการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นำเสนอผลการประเมิน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เกี่ยวข้อง

“ในเรื่องความร่วมมือของรัฐต่อสมัชชาสุขภาพ พบว่ามีน้อย แม้ว่าบางเวทีได้เลือกสถานที่ของรัฐเป็นที่จัดเวทีซึ่งสะดวกต่อการเข้าร่วม เช่น จังหวัดตรัง จัดที่ศาลากลางจังหวัด จังหวัดสงขลา จัดที่ห้องประชุมเทศบาลหาดใหญ่ แต่ข้าราชการเข้าร่วมน้อย ที่พัทลุงมีฝ่ายสถานศึกษาของรัฐเข้าร่วมด้วย แต่ยังไม่ที่ใดถึงขนาดนำข้อเสนอไปผลักดันการกำหนดนโยบายจังหวัดได้”

“สำหรับภาคเหนือ ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการอยู่ที่ ต้นทุนทางสังคม หวังผลแค่ในระดับหนึ่งเท่านั้น เพราะผู้ประสานงานในแต่ละจังหวัดมีการกิจหลายด้าน”

“บางจังหวัดมีการจัดการที่ดี เช่นที่ฉะเชิงเทรา มีการจัดสมัชชาสุขภาพว่าด้วยเรื่องตำบลต้นแบบสุขภาพองค์กรวม มีการแต่งตั้ง



คณะกรรมการจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีการประชุมล่วงหน้าหลายวัน แล้วก็มีการประชุมใหญ่ โดยกลุ่มย่อยนำเสนอผลทั้งก่อนจัดและหลังจัด โดยแต่ละกลุ่มต่างทำหน้าที่ของตัวเอง มีการประเมินผลและสรุปทเรียนหลังการจัด นอกจากนี้ ภาคการเมืองท้องถิ่นยังเข้ามามีส่วนร่วมและมีความเข้มแข็งด้วย”

เหล่านี้คือบางส่วนของมุมมองที่คณะผู้ประเมินในพื้นที่ได้นำเสนอ ซึ่งสรุปเป็นสาระสำคัญของข้อเสนอได้ 8 ข้อ คือ (1) ความหมายของคำว่า สมัชชาสุขภาพต้องชัดเจนและตรงกัน (2) ควรมีการประชาสัมพันธ์วันจัดสมัชชาสุขภาพให้ทั่วถึงกว่าเดิม (3) ความหมายของนวัตกรรมการสร้างสุขภาพต้องชัดเจนและตรงกัน (4) ควรมีการจัดเวทีในระดับหน่วยเล็กก่อนเพื่อให้ได้ข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่ชัดเจนและตรงประเด็น เนื่องจากในการจัดเวทีระดับจังหวัดอาจจะมีเวลาจำกัดในการได้มาซึ่งข้อเสนอที่ชัดเจนและตรงประเด็น (5) สปรส. หรือองค์กรในลักษณะเดียวกันควรสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น หนังกวิชาการในพื้นที่มาร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพหรือร่วมให้ความช่วยเหลือทางด้านวิชาการ (6) ควรให้เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพให้มากขึ้นเพื่อการสืบสานงานต่อ (7) ควรให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือการทำวิจัยของประชาชนและเป็นนโยบายสาธารณะของประชาชนจริงๆ ไม่ใช่ของรัฐ (8) ควรมีตัวอย่างของสมัชชาสุขภาพที่เป็นรูปธรรมให้ศึกษา

สำหรับการประเมินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2547 มีทั้งที่ สปรส. ในฐานะฝ่ายเลขานุการได้ทำการประเมินตนเอง มีทีมนักวิชาการจากภายนอกดำเนินการประเมินให้ สรุปข้อมูลบางส่วน ดังนี้

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2547 มีผู้เข้าร่วมเวที 3,562 คน มาจากภาคประชาชน 2,189 คน (62 %) มาจากภาควิชาการวิชาชีพ 982 คน (28 %) และมาจากภาคราชการและการเมือง 361 คน (10 %) มีคณะกรรมการและคณะทำงานช่วยกันทำงานหลายคณะรวมกันประมาณ

เครือข่ายฯ สสส หน้า ๘ **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒**



200 คน มีกิจกรรมหลัก 3 อย่างคือ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประเด็นหลัก 1 ประเด็น พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพประเด็นย่อย 10 ประเด็น และมีเวทีตลาดนัดการเรียนรู้สู่สุขภาพ

“ตลาดนัดการเรียนรู้สู่สุขภาพ เป็นการเปิดพื้นที่สาธารณะเพื่อการเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายด้านสุขภาพที่ได้ดำเนินการจนประสบความสำเร็จ เกิดบทเรียนและนวัตกรรมใหม่ๆ ที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่ผู้เข้าร่วมชมตลาดนัดครั้งนี้ ซึ่งมีหน่วยงาน องค์กร ชุมชน เครือข่ายด้านสุขภาพส่งผลงานเข้าร่วมจำนวน 73 เรื่อง แบ่งออกเป็น 3 โซน คือ โซนกินดี 19 เรื่อง โซนอยู่ดี 17 เรื่อง และโซนมีสุข 37 เรื่อง”

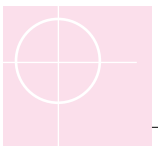
“ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่เป็นตัวแทนประชาคมสุขภาพทุกจังหวัด ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนการเดินทางและค่าที่พักจาก สป.รศ. จังหวัดละประมาณ 15-20 คน ตามขนาดของจังหวัด ในจำนวนนี้ต้องมีเด็กและเยาวชนร่วมด้วยอย่างน้อยจังหวัดละ 3 คน”

“มีการวางแผนประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนทั้งโทรทัศน์ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ เพื่อเชิญชวนสมัครเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพและเข้าร่วมเรียนรู้ในตลาดนัดการเรียนรู้ เป็นการเปิดให้ประชาชนที่สนใจเข้าร่วมงานได้ด้วย ไม่ใช่มีแต่ผู้ที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโดยตรงเท่านั้น”

ในขณะเดียวกัน ทาง สวรส. ได้มอบหมายให้นักวิชาการหลายท่าน นำโดย รศ. สุริชัย หวันแก้ว ติดตามข้อมูลวิเคราะห์และสังเคราะห์กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่กำลังเคลื่อนตัวอยู่ ทั้งในระดับภาพรวม ระดับการผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และระดับการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ ซึ่งได้นำเสนอมุมมอง ดังนี้

“แนวคิดของทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขานั้น บางทีเราก็คพบว่าสามเหลี่ยมบางด้าน เช่น ด้านอำนาจรัฐ เมื่อมีอำนาจเบ็ดเสร็จมากขึ้นอาจไม่ให้ความสำคัญ ด้านความรู้ และด้านสังคม ยุทธศาสตร์นี้อาจต้องมีการตรวจสอบและปรับเปลี่ยน

.....ในท่ามกลางการเคลื่อนไหวที่กว้างขวางขึ้นทั้งในระดับท้องถิ่น



และระดับชาติประกอบกับการมีทุนทางสังคมเกิดขึ้นมา บทบาทของภาค การเคลื่อนไหวในเรื่องการปฏิรูปสุขภาพที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับ อบต. หอการค้า ผู้พิการและอื่นๆ ล้วนแต่เป็นสิ่งที่น่าเก็บเกี่ยวมากขึ้น

.....หากเราเห็นหอการค้า หรือ อบต.บางแห่งมีบทบาทริเริ่ม ก็น่า ส่งเสริมให้มีลักษณะพหุนิยม ลักษณะการนำที่หลากหลายกว่าบุคลากรใน สาขาสุภาพแบบดั้งเดิมแต่อย่างเดียว

.....กระบวนการทัศน์ของการสร้างนำซ่อม การปฏิรูประบบสุขภาพ และสุขภาพะที่มีอยู่ มีความถูกต้องและมีความสำคัญมาก แต่ประเด็น สำคัญอยู่ที่การประยุกต์กระบวนการทัศน์สู่รูปธรรมทางท้องถิ่น เนื่องจากแต่ละ ท้องถิ่นมีปัญหาแตกต่างกัน ไม่สามารถสรุปเป็นภาพรวมได้

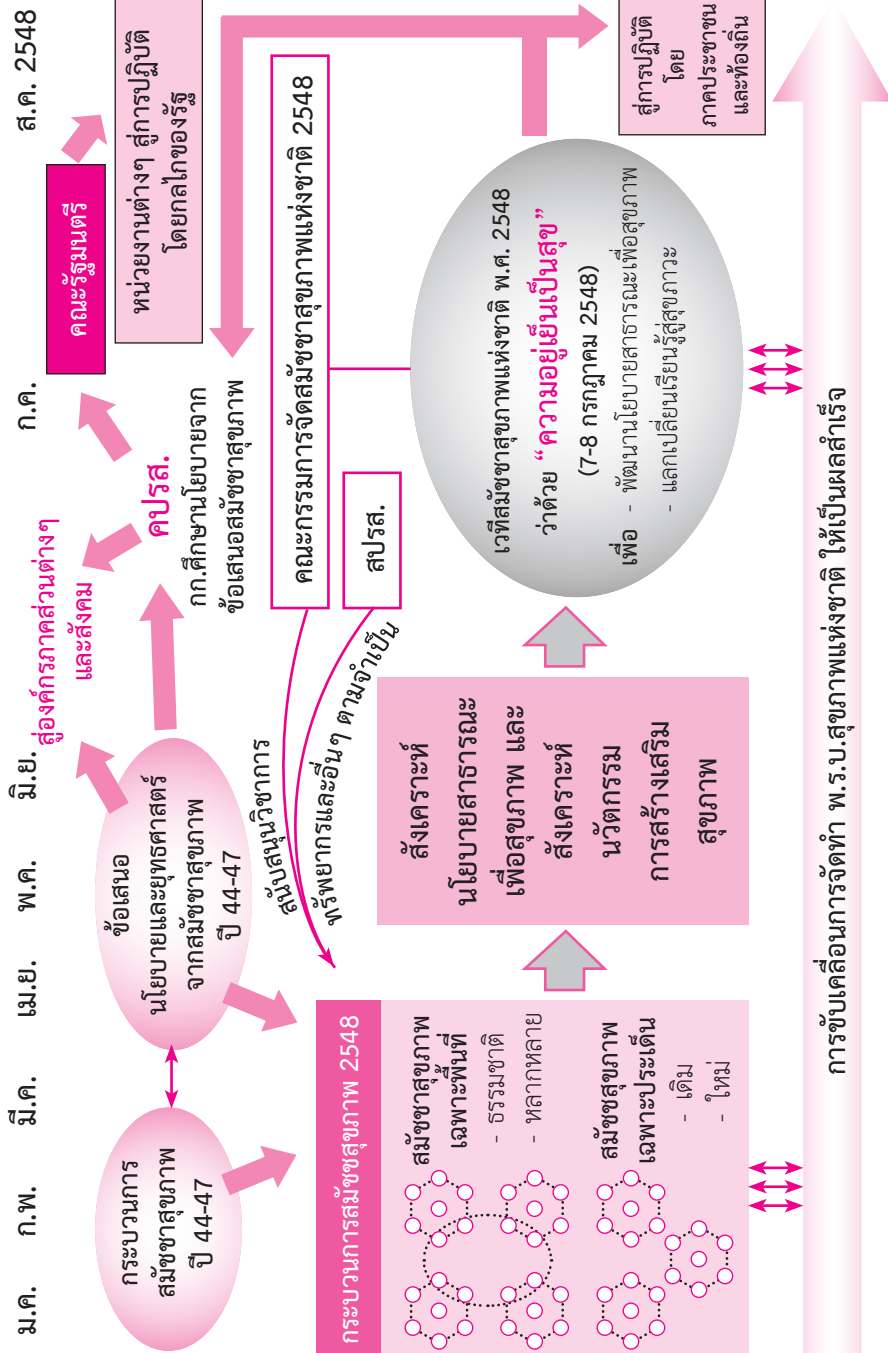
.....ทำอย่างไรจะก้าวข้ามพันยุทศาสตร์การแบ่งพวกตรงข้าม หมายถึง ทำอย่างไรจะให้เกิดการร่วมงานกับพลังปฏิรูปในทุกหน่วยงานทั้ง ส่วนราชการ ธุรกิจ ซึ่งบางส่วนก็อาจมีการตื่นตัว แต่ยังไม่ได้มีการร่วมงาน ตรงนี้ ทำอย่างไรจะใช้ยุทธศาสตร์บูรณาการที่จะดึงพลังปฏิรูปในทุกฝ่าย เข้ามาร่วมกัน.....”

ปี 2548 จัดต่อไป ไม่ย่อท้อ

เดือนกรกฎาคม 2548 มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นรอบที่ 5 มีวัตถุประสงค์ คือ สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคม และติดตาม ผลข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพปีที่ผ่านมา มา ส่งเสริมสนับสนุนแลกเปลี่ยน เรียนรู้นวัตกรรมการสร้างสุขภาพในทุกมิติ สนับสนุนการสร้าง ความเข้มแข็งทางสังคมและขยายเครือข่ายประชาคมสุขภาพ สนับสนุนการสร้าง องค์กรความรู้ใหม่ทางสังคม และร่วมกันผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้ เป็นผลสำเร็จ

โดยภาพรวม การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2548 เป็นไป ดังภาพต่อไปนี้

แหล่งอ้างอิง แหล่งที่มา **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๕**



มีการตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548 รวม 40 คน มาจากภาคราชการและการเมือง 9 คน ภาควิชาการและวิชาชีพ 19 คน และภาคประชาสังคม 12 คน มี น.พ.บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธาน กรรมการ มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิธีการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพใหม่ ได้แก่

(1) การสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น เปลี่ยนจากการที่ สปส. แสวงหาแกนประชาคมในพื้นที่ ปรีกษาหารือเพื่อรับเป็นแกนจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น มาเป็นการลงประกาศแจ้งความผ่านสื่อมวลชนแขนงต่างๆ เปิดให้องค์กรที่สนใจจัดทำโครงการขอรับการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพ ภายในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้สอดคล้องกับสาระสำคัญของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่กฤษฎีกาแก้ไขปรับปรุง พบว่ามีองค์กรที่สนใจเขียนโครงการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และเฉพาะประเด็น รวม 148 โครงการ ซึ่งท้ายที่สุดสามารถสนับสนุนจำนวน 65 โครงการ

กระบวนการทำงานนี้เป็นของใหม่ คณะทำงานแต่ละภาคทำانให้ ความสนใจและช่วยทำหน้าที่พิจารณาโครงการอย่างเข้มแข็งและเอาจริง เอาใจอย่างมาก ผู้เสนอโครงการส่วนใหญ่ก็พึงพอใจในผลการพิจารณา แต่ ยังต้องมีการประเมินผลให้ละเอียดและชัดเจนยิ่งขึ้นต่อไป เพื่อใช้ปรับปรุง และพัฒนางานในรอบปีต่อไป อีกด้วย

การเปลี่ยนแปลงนี้ ที่มองเห็นในระยะสั้นๆ คือ ทำให้ได้เครือข่าย ภาคีหน้าใหม่ที่สนใจกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพิ่มขึ้น (ประมาณ 1 ใน 3) แต่ก็ทำให้เครือข่ายภาคีเดิมส่วนหนึ่งหายไปบางส่วน

(2) การประสานภาคีแบบเจาะจงเพื่อร่วมกันพัฒนาและสนับสนุน การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง เครือข่ายหลักประกันสุขภาพ (ผ่าน สปสช.) เครือข่ายชีวิตสาธารณะเมืองน่าอยู่ (ผ่านสถาบันชุมชนท้องถิ่น พัฒนา) เครือข่ายพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิต (ผ่านมูลนิธิ



สาธารณสุขแห่งชาติ) เครือข่ายเมืองไทยแข็งแรง (ผ่านโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ) เป็นต้น

การประสานภาคีแบบเจาะจงเหล่านี้ก็เพื่อชวนเพื่อนภาคีต่างๆ เข้าร่วมจัดขบวนสมัชชาสุขภาพในส่วนที่ภาคีเหล่านั้นสนใจและเกี่ยวข้อง และร่วมจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วยกัน เพื่อสานพลังกัน

(3) มีการกำหนดวิธีการและหลักเกณฑ์การเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2548 ซึ่งจะจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 7-8 กรกฎาคม 2548 ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยลงประกาศประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนเพื่อให้ประชาชนทั่วไปที่สนใจสามารถสมัครลงทะเบียนเข้าร่วมเวทีได้ โดยกำหนดโควตาผู้สนใจไว้ประมาณ 50 % ของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพทั้งหมด ทั้งนี้ก็เพื่อให้ภาคประชาชนทั่วไปที่สนใจได้มีโอกาสเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มากขึ้นและเป็นระบบมากขึ้น

(4) สำหรับประเด็นหลักในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2548 ที่ประชุมคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2548 เห็นชอบให้ใช้ประเด็น “ความอยู่เย็นเป็นสุข” เป็นประเด็นหลักประจำปี

(5) มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพย่อยก่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหลายเวที ได้แก่ เวทีจุดประกาย เวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย “การสร้างครอบครัวและชุมชนให้อยู่เย็นเป็นสุข” เวทีสมัชชาสุขภาพว่าด้วย “เศรษฐกิจพอเพียงเพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข” เวทีสมัชชาสุขภาพว่าด้วย “การสร้างสังคมและสภาพแวดล้อมเพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข”

(6) มีการจัดประชุมในท้องประชุมใหญ่ การประชุมในท้องประชุมย่อย การจัดลานสมัชชาสุขภาพเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และการจัดเวทีรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และความคิดเห็นได้อย่างหลากหลายและเป็นอิสระ โดยทุกเรื่องจะเชื่อมโยงกับประเด็นหลักที่เน้นการสร้างความอยู่เย็นเป็นสุข ซึ่งมีเรื่องย่อยๆ ได้แก่ ประเด็นพลิกวิฤตภาคใต้ สู่อุณหภูมิอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็นพลังเด็ก-เยาวชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ เพื่อความอยู่เย็น



เป็นสุข ประเด็นอาหารและเกษตรเพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็น ศักยภาพคนพิการสู่ความอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็นชีวิตสาธารณะ เมืองน่าอยู่ สู่ความอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการสร้าง สุขภาวะเพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็นภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไทสู่ ความอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็นการขับเคลื่อน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติสู่การ เป็นเครื่องมือสร้างความอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็นยุทธศาสตร์ “เมืองไทย แข็งแรง” สู่ประเทศไทยอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็นนโยบายสาธารณะด้าน สิ่งแวดล้อม เพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็นการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข ประเด็นสื่อกับการสร้างความอยู่เย็นเป็นสุข และ ประเด็นท้องถิ่นและชุมชนกับการสร้างหลักประกันสุขภาพเพื่อความ อยู่เย็นเป็นสุข มีผู้เข้าร่วมประมาณ 3,700 คน

ในปีนี้ สสส. ในฐานะผู้สนับสนุนการทำงานของ สปรส. ส่วนที่ เกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพ ได้จัดให้มีนักวิชาการจากภายนอกคณะหนึ่ง นำทีม โดยนายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ ทำการศึกษา “กระบวนการเรียนรู้นโยบาย สาธารณะของสมัชชาสุขภาพ” โดยมีการสัมภาษณ์เชิงลึกในพื้นที่ ปฏิบัติการ 9 พื้นที่ทั่วประเทศ สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอโดยสังเขป ได้ว่า การดำเนินงานสนองตอบวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้และขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีพัฒนาการที่ชัดเจน โดยมีข้อเสนอเพื่อ ปรับปรุงข้ออ่อน 5 ประการ คือ (1) ควรกำหนดท่าทีและบทบาทของ สมัชชาสุขภาพในการปฏิรูประบบสุขภาพให้ชัดเจน (2) ควรสร้างความ ชัดเจนในด้านกรอบคิดและวิธีการของกระบวนการนโยบายสาธารณะใน สมัชชาสุขภาพ (3) ควรปรับใช้การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะที่มุ่ง ทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ครบถ้วนและเท่าทัน เพื่อให้ สามารถขับเคลื่อนนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (4) การขับเคลื่อน สมัชชาสุขภาพทุกครั้ง ควรจะต้องมีวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย และ (5) ควร กำหนดจุดยืน (positioning) ของสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้สามารถสร้าง

เครือข่ายฯ สสส. สหภาพ สู่ **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒**



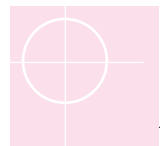
คุณค่าเพิ่ม (value added) ในท่ามกลางการเติบโตและความหลากหลาย
ของกระบวนการและองค์กรที่มุ่งทำภารกิจนโยบายสาธารณะ

ก้าวต่อไป สมัชชาสุขภาพ ปี 2549

จากการทบทวนการดำเนินงานในปี 2548 พบว่า การสนับสนุน
สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น มี
ความคลาดเคลื่อนในการทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องอยู่พอสมควร กล่าว
คือ สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่
เน้นการมีส่วนร่วม ไม่ใช่การจัดประชุมทุกๆ ไป หรือการจัดกิจกรรมรณรงค์
สร้างเสริมสุขภาพ จึงควรทบทวนการสนับสนุนกันใหม่

ดังนั้น ในปี 2549 สปรส. จึงปรับการสนับสนุนการจัดสมัชชา
สุขภาพเฉพาะพื้นที่ในจังหวัดเป้าหมาย 15 จังหวัด ได้แก่ พะเยา แพร่ น่าน
พิจิตร นครสวรรค์ อุบลราชธานี อุตรธานี กาฬสินธุ์ นครปฐม ตราด
สุพรรณบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี สงขลา และนครศรีธรรมราช เพื่อร่วมกัน
ทดลองพัฒนาสมัชชาสุขภาพให้เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ
เพื่อสุขภาพที่เป็นระบบและมีคุณภาพมากขึ้นกว่าเดิม และมีการสนับสนุน
การจัดสมัชชาสุขภาพอื่นต่อเนื่องเท่าที่สมควร รวม 33 โครงการ

สำหรับงานในระดับชาติ มีการต่อยอดการดำเนินงาน โดยจัด
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย “เศรษฐกิจพอเพียง สู้สังคมอยู่เย็น
เป็นสุข” ในระหว่างวันที่ 27-29 ตุลาคม 2549 ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมเฉลิมฉลองในวโรกาสที่ในหลวงทรงครองราชย์
ครบ 60 ปี พัฒนางานวิชาการและการสร้างพลังทางสังคมเพื่อขับเคลื่อน
สังคมอยู่เย็นเป็นสุขด้วยหลักเศรษฐกิจพอเพียง สนับสนุนการพัฒนาน
โยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรมสร้าง
สุขภาพ และเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคม มี นพ.บรรลพ ศิริพานิช เป็น
ประธานคณะกรรมการจัดงาน



ในงานนี้ มีการจัดลานสมัชชาสุขภาพเพื่อเป็นเวทีสาธิตกรณีศึกษาของบุคคล ชุมชน หน่วยงานที่ดำเนินชีวิตหรือดำเนินงานด้วยหลักเศรษฐกิจพอเพียง จนเป็นผลดีเป็นรูปธรรม มีการศึกษาเข้าร่วมนำเสนอ 71 กรณีใน 11 หมวด

มีการจัดทำหนังสือเล่มเล็กขนาดพกพา ชื่อว่า “คู่มือนำทางชีวิตรักพอ เพื่อพอ ขอดำเนินชีวิตด้วยหลักเศรษฐกิจพอเพียง” สรุปสาระสำคัญของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พร้อมนำเสนอกรณีศึกษาด้านบุคคล องค์กร และชุมชน ทั้งภาคเมืองและชนบทรวม 10 กรณี เพื่อให้ผู้อ่านได้ศึกษาเรียนรู้ได้ง่าย เพื่อจะได้เข้าใจแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น มีหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ร่วมสมทบทุนพิมพ์เผยแพร่ รวมทั้งสิ้นประมาณ 300,000 เล่ม

งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ รัฐบุรุษ เป็นประธานเปิด มีผู้คนจากทุกหมู่เหล่าเข้าร่วมงานประมาณ 5,000 คน โดยมีการประกาศเจตนารมณ์ร่วมกัน 5 ข้อ เพื่อทุกคนและทุกองค์กรที่เข้าร่วมจะได้นำไปขบคิดและปฏิบัติอย่างหลากหลายด้วย

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ ได้ให้ข้อคิดเกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพไว้ว่า

“อาจสรุปได้ว่า ในโลกนี้มีการจัดสมัชชาสุขภาพอยู่ 2 ลักษณะคือ สมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ที่จัดต่อเนื่องมาหลายสิบปีแล้ว โดยมีองค์การอนามัยโลกเป็นแกน มีประเทศสมาชิกกว่าร้อยประเทศ เป็นการจัดการกระบวนการทำงานด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ที่เปิดให้เฉพาะประเทศสมาชิกเข้ามีส่วนร่วม มีการจัดการอย่างเป็นระบบมาก แต่เข้าลักษณะภาครัฐกับภาควิชาการร่วมกันทำงานเป็นหลัก ภาคประชาชนมีโอกาสร่วมน้อยมาก จึงมีการจัดสมัชชาสุขภาพภาคประชาชน (People Health Assembly) ขึ้น โดยภาคประชาสังคมในประเทศต่างๆ เชื่อมโยงกัน จัดมาได้ 2 ครั้งแล้ว ครั้งล่าสุดที่ประเทศ Ecuador ทาง

แอสัยอหัง แอสหน้า สุ่มัษชาสุขภาพ ทควรรษที่ ๒

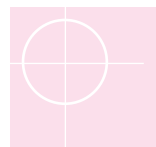


สปรส. ก็ส่งคนไปร่วมด้วย 4-5 คน นี่เป็นเวทีภาคประชาชนล้วน ซึ่งยังจัดการไม่เป็นระบบ ขาดแคลนทรัพยากรมาก ต้องปากกัดตีนถีบ และยังมีการทำงานวิชาการน้อย

สมัชชาสุขภาพของเรา เป็นความพยายามหาเส้นทางสายกลางที่สร้างกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ที่เชื่อมให้ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชนมาทำงานด้วยกัน ตามหลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่อาจารย์ประเวศฯ แนะนำ โดยภาครัฐจัดตั้งกลไกมาดูแลการจัดการ สนับสนุนทรัพยากร และประสานทุกฝ่ายเข้ามาทำงานด้วยกัน

นี่เป็นความพยายามสร้างนวัตกรรมระดับโลกกันเลย ซึ่ง สปรส. ทำหน้าที่เป็นแกนทดลองทำเรื่องนี้มาต่อเนื่อง 5-6 ปีแล้ว ก็ได้ประสบการณ์ไม่น้อย แต่รูปแบบของสมัชชาสุขภาพทุกระดับยังหนักไปในการเป็นเวทีของภาคประชาชนเป็นส่วนใหญ่ ภาครัฐ และภาควิชาการยังเข้าร่วมน้อย และการดำเนินการยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ควรมีการพัฒนาต่อไปอีก ผมคิดว่าเมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติออกมารองรับให้สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการที่เป็นทางการ คิดว่าน่าจะสามารถพัฒนาสมัชชาสุขภาพให้เป็นระบบ ชัดเจน และได้รับการยอมรับมากขึ้นเรื่อยๆ ผมคิดว่าทั่วโลกจะต้องเหลียวมาดูมาศึกษาเรียนรู้กับเราอย่างแน่นอน”

เมื่อถึงปี พ.ศ. 2550 มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีการเปลี่ยนกลไกแกนบริหารจัดการจาก สปรส. มาเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงงดการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านการบริหารจัดการ แต่ยังคงให้การสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในจังหวัดเป้าหมายต่อเนื่อง 16 จังหวัด



พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพ เมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว พ.ศ. 2550-2553

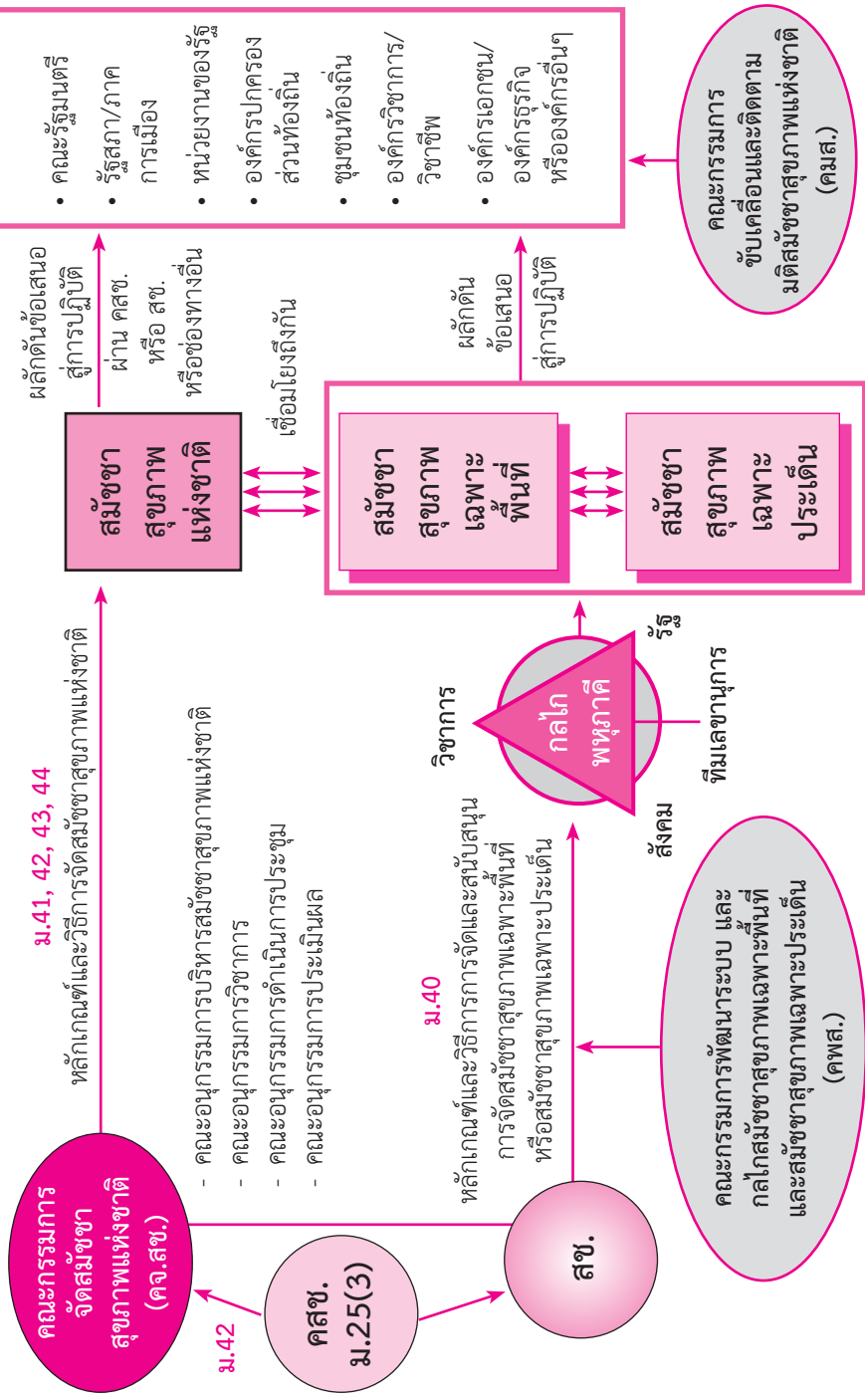
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดสาระสำคัญเกี่ยวกับ “สมัชชาสุขภาพ” ไว้ในมาตรา 3 และมาตรา 40-45 ให้ความหมายอย่างเป็นทางการไว้ว่าหมายถึง

“กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม”

กำหนดให้สมัชชาสุขภาพมี 3 ประเภท คือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพไว้ อย่างชัดเจน ดังนั้น ประสบการณ์การจัดสมัชชาสุขภาพในช่วง 6-7 ปีที่ผ่านมา สามารถมาปรับใช้และพัฒนาต่อยอดได้ทันที

สำหรับความสัมพันธ์เชื่อมโยงของสมัชชาสุขภาพทั้ง 3 ประเภท กลไกการจัดการ และการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ แสดงได้ดังภาพต่อไปนี้

เครือข่ายฯ หักงัก แลเสหนำ สู่อสมัชชาสุขภาพ กอวรสสพท่ ๒



ภาพแสดงความเชื่อมโยง กลไก และการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (พ.ศ. 2551-2553)

เมื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้แล้ว คสช. และ สช. ซึ่งมีหน้าที่สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ซึ่งต่อมา คสช. ได้ให้ความเห็นชอบหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น พ.ศ. 2550 ประกาศใช้เมื่อเดือน ธันวาคม 2550

ปี พ.ศ. 2551 มีการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เน้นการพัฒนาเชิงคุณภาพ ได้สนับสนุนการดำเนินงานใน 15 จังหวัด และกลุ่มจังหวัดทั่วไป สนับสนุนให้มีกระบวนการพัฒนาโดยมุ่งเน้นให้เกิดกลไกพหุภาคี และมีการขยายเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีการสนับสนุนไปจำนวน 87 โครงการ ครอบคลุมพื้นที่ 59 จังหวัด

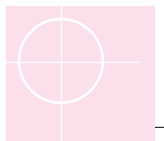
ผลที่เกิดขึ้น วิเคราะห์เป็นการพัฒนา 5 ระดับ คือ (1) ระดับที่ 1 มีการพัฒนาองค์ประกอบของการขับเคลื่อนที่สำคัญ เช่น พัฒนากลไก ขยายเครือข่าย พัฒนาข้อมูล ร้อยละ 28.9 (2) ระดับที่ 2 เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายแต่ยังไม่สามารถผลักดันให้เป็นนโยบาย ร้อยละ 25.4 (3) ระดับที่ 3 เกิดเป็นนโยบายในระดับต่างๆ ร้อยละ 38.1 (4) ระดับที่ 4 เครือข่ายต่างๆ นำมติและข้อเสนอไปปฏิบัติจนเกิดเป็นรูปธรรม ร้อยละ 11 และ (5) ระดับที่ 5 มีการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร้อยละ 6.1



เดือนเมษายน 2550 เครือข่ายประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากการพัฒนาอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุด ได้ยื่นหนังสือขอใช้สิทธิให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (เอชไอเอ.) ตามมาตรา 11 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สข.ได้สนับสนุนให้ทีมนักวิชาการไปปฏิบัติการในภาคสนามเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อเรื่องนี้

การทำเอชไอเอ. กรณีนี้ ทีมงานได้ใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือหนึ่งในการทำงาน มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ 3 ครั้ง ในหัวข้อ “ปมปริศนาของการพัฒนาระยอง” ชวนคุย ชวนคิด กำหนดทิศคนระยอง” และ “อนาคตระยองในอีก 10 ปีข้างหน้า” และมีการจัดเวทีสาธารณะย่อยๆ อีก 5 เวที แล้วสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย นำเข้าสู่การพิจารณาของเวทีสมัชชาสุขภาพอีกครั้งหนึ่งที่ กทม. ในกลางปี 2551 จากนั้นก็ปรับปรุงเป็นข้อเสนอต่อ คสช. แล้วเสนอต่อ ครม. เพื่อให้ความเห็นชอบรวม 5 ข้อ ซึ่งต่อมา ครม. ได้พิจารณาเรื่องนี้ เห็นชอบกับข้อเสนอส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาต่อ ในขณะที่เดียวกันเครือข่ายภาคประชาชนได้นำมติที่ คสช.เห็นชอบกับข้อเสนอที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปเป็นส่วนประกอบการฟ้องศาลปกครอง เพื่อให้บังคับคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมประกาศให้เขตพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่ข้างเคียงเป็นพื้นที่ควบคุมมลพิษ ซึ่งต่อมาศาลปกครองได้พิพากษาให้เป็นไปตามนั้น

ปี พ.ศ. 2552 มีการสนับสนุนต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาในระดับจังหวัด เน้นการพัฒนากลไกพหุภาคีในระดับจังหวัด การขยายเครือข่าย และการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและข้อมูลเครือข่ายใน



พื้นที่ นอกจากนี้ มีการปรับทิศทางการสนับสนุนที่เน้นในเชิงคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยการสนับสนุนพื้นที่เป้าหมายเดิม และขยายผลเป็น 28 จังหวัด ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจำแนกได้เป็น 5 ระดับ คือ (1) ระดับที่ 1 มีการพัฒนาองค์ประกอบพื้นฐานให้มีความเข้มแข็งและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น (กลไกขยายเครือข่าย และข้อมูล) ในทุกจังหวัด (2) ระดับที่ 2 เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่ยังไม่สามารถผลักดันให้เป็นนโยบาย ร้อยละ 72 (3) ระดับที่ 3 เกิดเป็นนโยบายในระดับต่างๆ ร้อยละ 14.3 (4) ระดับที่ 4 เกิดนโยบายในระดับจังหวัดและ/หรือในหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 14.3 และ (5) ระดับที่ 5 เครือข่ายต่างๆ นำมติไปปฏิบัติจนเกิดเป็นรูปธรรม เช่น นำไปสู่การออกข้อบัญญัติ อบต. ท่าศาลา เพื่อการอนุรักษ์ทรัพยากรชายฝั่ง ซึ่งเกิดมาจากสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นต้น ร้อยละ 28

ปี พ.ศ. 2553 มีการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ โดยเน้นการพัฒนาในเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุนพื้นที่เป้าหมายเดิมและพื้นที่ใหม่ รวม 33 จังหวัด และมีการสนับสนุนให้หน่วยงานองค์กรต่างๆ นำสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นไปใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมหลายกรณี

นอกจากการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นตามข้างต้นแล้ว ยังมีการสนับสนุนกลไกภาคต่างๆ เพื่อช่วยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและช่วยจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพให้กับแกนนำสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ด้วย และมีการลงนามความร่วมมือเพื่อการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับเครือข่ายพหุภาคีในจังหวัดต่างๆ ไปแล้วรวม 14 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย น่าน แพร่ เพชรบูรณ์ พิจิตร อุตรธานี หนองบัวลำภู อุบลราชธานี นครราชสีมา สระบุรี ลพบุรี ตรัง สกลนคร และนครศรีธรรมราช

สช. มีการสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในช่วงที่ผ่านมาสรุปได้ ดังนี้

แอสัย๖หสัง แอสหน้า สู่ **สมัชชาสุขภาพ ทควรรณที่ ๒**



1) แบ่งตามรูปแบบการเคลื่อนไหวเชิงกระบวนการ

1.1) แบบค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไข เป็นรูปแบบพื้นฐาน เน้นการค้นหาประเด็นปัญหาสาธารณะ แล้วจึงร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขหรือหาทางออกร่วมกันในเชิงนโยบาย ซึ่งส่วนใหญ่หลายจังหวัดจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพรูปแบบนี้

1.2) แบบสร้างภาพฝัน แล้วพัฒนาตาม เป็นการสร้างภาพในอุดมคติหรือฉันททัศน์ร่วมกัน กำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม แล้วจึงมีการวางแผนหรือค้นหาแนวทางการเดินไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ เช่น การใช้สมัชชาสุขภาพพัฒนาธรรมนูญสุขภาพอำเภอสูงเม่น จังหวัดน่าน เป็นต้น

1.3) แบบสร้างแบบอย่างที่ดี แล้วขยายสู่นโยบาย เป็นการเริ่มต้นการพัฒนาให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ หรือการถอดบทเรียนจากรูปธรรมความสำเร็จ แล้วจึงขยายผลต่อให้เกิดเป็นนโยบาย เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดฉะเชิงเทราที่เริ่มจากการพัฒนาสุขภาพระดับตำบลจนเกิดเป็นพื้นที่ต้นแบบ แล้วพยายามขยายผลสู่สาธารณะที่กว้างขึ้น เป็นต้น

1.4) แบบเฝ้าระวังเตือนภัยให้สังคม เป็นกระบวนการที่สร้างกลไกขึ้นมาเฝ้าระวังผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับชุมชนและสังคม โดยสื่อสารกับสังคมได้รู้เท่าทันทั้งเชิงข้อมูลและความรู้ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประเด็นการจัดการลุ่มน้ำที่จะพัฒนากลุ่มองค์กรเครือข่ายขึ้นมาเป็นกลไกเฝ้าระวังเตือนภัยให้กับชาวแม่ฮ่องสอน เป็นต้น

1.5) แบบการพัฒนาและติดตามผลนโยบาย เป็นการประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบายส่วนต่างๆ และวางแผนยุทธศาสตร์ที่จะขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติตามช่องทางต่างๆ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช ขับเคลื่อนจนเกิดข้อบัญญัติ อบต. ท่าศาลา ในการอนุรักษ์ทรัพยากรชายฝั่ง สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลาขับเคลื่อนคำประกาศสมิหลา (ข้อเสนอเชิงนโยบาย) สู่การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับ อปท. และสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนครขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นเกษตรเอื้อสุขภาพและ



อาหารปลอดภัยสู่การทำแผนพัฒนาระดับท้องถิ่นและจังหวัด เป็นต้น

2) แบ่งตามลักษณะการพัฒนากระบวนการหรือการสร้างพื้นที่
สาธารณะ

2.1) การประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาใช้
เป็นการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เป็นระบบและมีแบบแผนมากขึ้น
ตั้งแต่การจัดองค์ประกอบคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพ การได้มาซึ่ง
ประเด็น การพัฒนาประเด็น และกระบวนการประชุมเพื่อหาฉันทามติ
ข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยการประยุกต์แนวคิดมาจากกระบวนการจัด
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ และ
สมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงราย เป็นต้น

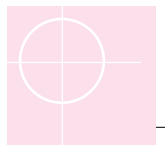
2.2) การขับเคลื่อนนโยบายด้วยกระบวนการถกแถลง
กระบวนการสมัชชาสุขภาพแบบนี้เป็นแบบที่ไม่เป็นทางการ ค่อนข้างเป็น
ธรรมชาติ ให้ความสำคัญกับความแตกต่างหลากหลายในเชิงแนวคิด
อุดมการณ์ โดยเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ถกแถลง
อย่างอิสระ และหาข้อสรุปร่วมกัน โดยพยายามแฝงกระบวนการเหล่านี้ใน
การประชุมหรือในเวทีทุกระดับ ซึ่งกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่
ส่วนใหญ่เป็นไปในรูปแบบนี้

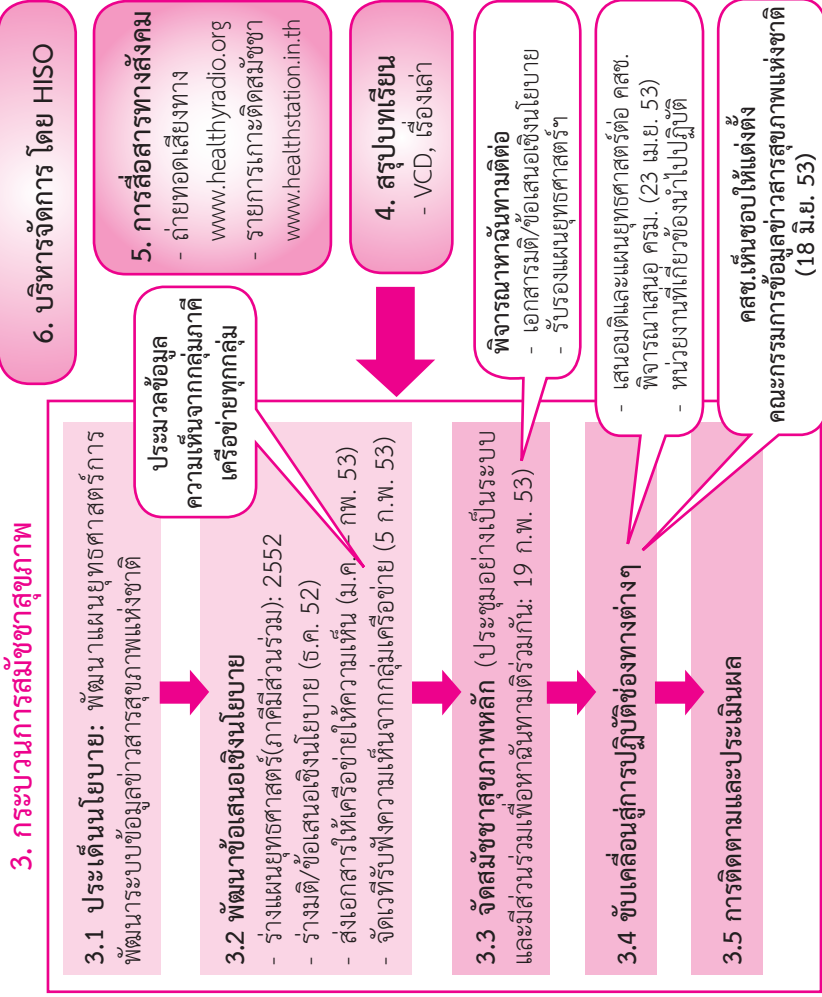
สำหรับการสนับสนุนการจัดและการใช้สมัชชาสุขภาพเฉพาะ
ประเด็นในการพัฒนานโยบายสาธารณะบางเรื่องที่สำคัญ ในปี พ.ศ. 2553
มีการสนับสนุน ได้แก่ (1) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย แผน
ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ (2) สมัชชา
สุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย ร่าง พ.ร.บ.อนามัยคุ้มครองการเจริญพันธุ์
พ.ศ. (3) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย การจัดการลุ่มน้ำภาค
เหนือตอนบน (4) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย การบริหาร
จัดการทรัพยากรลุ่มน้ำ และ (5) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย
การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของคนทำงาน

เครือข่ายฯ สสส. นำสู่ **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒**



นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนให้หน่วยงานและองค์กรอื่นๆ นำ
สมัชชาสุขภาพไปปรับใช้เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในเรื่อง
ต่างๆ ได้แก่ สนับสนุนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหาแนวทาง
นำสมัชชาสุขภาพไปใช้เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะของ
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่ สปสช. ให้การ
สนับสนุนอยู่โดยตรง สนับสนุนให้เครือข่ายแผนแม่บทชุมชน 4 ภาค นำ
แนวทางสมัชชาสุขภาพไปปรับใช้กับกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาสังคม
และเศรษฐกิจระดับตำบล 152 ตำบลทั่วประเทศ สนับสนุนให้หน่วยงาน
ท้องถิ่นและชุมชนที่สนใจจัดทำธรรมนูญสุขภาพของพื้นที่ ใช้สมัชชา
สุขภาพเป็นเครื่องมือดำเนินการ เป็นต้น





ภาพแสดงภาพรวมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ



ในปีนี้ คสช. ได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น” ขึ้น เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อทิศทางการพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นสู่ความเป็นระบบ โดยคงหัวใจสำคัญตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องการให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นช่องทางในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

คณะกรรมการชุดนี้ได้เสนอวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์การพัฒนาสมัชชาสุขภาพไว้ดังนี้

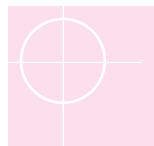
วิสัยทัศน์ สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำด้วยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกิดจากการใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือ

เป้าประสงค์ (1) สมัชชาสุขภาพมีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (2) ภาคส่วนต่างๆ มีศักยภาพและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งและกว้างขวาง (3) มติสมัชชาสุขภาพมีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และ (4) เชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาปฏิรูปประเทศไทย และระดับสากล

วัตถุประสงค์ (1) สนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และเฉพาะประเด็น และ (2) สนับสนุนการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาความขัดแย้งในพื้นที่

ยุทธศาสตร์ (1) พัฒนาศักยภาพการทำงานและความผูกพันของแกนสมัชชาสุขภาพทุกระดับ (2) สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสร้างการยอมรับและมีส่วนร่วม (3) ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ประโยชน์สมัชชาสุขภาพอย่างจริงจัง

ซึ่งข้อเสนอเหล่านี้ กำลังมีการนำไปใช้ประกอบการทำงานของ คสช. และ สช. ตามลำดับไป

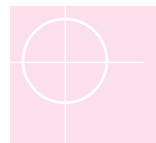




สงขลาให้เกิดสุขภาวะ มีการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือหนึ่งในการเชื่อมผู้คนทุกภาคส่วนเข้ามาคิดและทำงานร่วมกันจนได้เป็น “แผนสุขภาพจังหวัด” และขยายแนวคิดเป็นการจัดทำ “แผนสุขภาพตำบล” ใน 22 ตำบล มีการร่วมกันจัดทำ “คำประกาศสมิหลา” เพื่อแสดงทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบล และมีการบูรณาการข้อเสนอเชิงนโยบาย และดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่หลากหลาย ทั้งเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่

ในปี 2553 เครือข่ายสร้างสุขภาพจังหวัดสงขลา ได้ใช้สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้ร่วมกันประกาศ “วาระสงขลาพอเพียง” เพื่อดำเนินงานสร้างสุขภาวะของคนสงขลา ภายใต้ปรัชญานำทาง คือ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” ใช้แนวคิด “เศรษฐกิจพอเพียง” และรากฐานธรรมะในทุกศาสนา ภายใต้บริบทที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของพื้นที่ โดยมียุทธศาสตร์ร่วม 5 ประการ คือ การสร้างค่านิยม ร่วมสร้างชุมชนเข้มแข็ง พัฒนาค้นและสร้างความรู้ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และสนับสนุนและการจัดการ มีข้อเสนอเชิงนโยบายรวม 15 ประเด็น

สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา เป็นตัวอย่างหนึ่งของกระบวนการทางสังคมที่หนุนเสริมการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมและหนุนเสริมการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม และมีความก้าวหน้าไปตามลำดับ



ประยุกต์ใช้รูปแบบสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่สมุทรปราการ

จังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพอย่างเป็นระบบโดยการประยุกต์กระบวนการมาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2552 เป็นดังนี้

- กลไกการจัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดตั้งคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่มาจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ วิชาการ และภาคประชาสังคม
- การจัดกลุ่มเครือข่าย สมาชิกสมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ มี 4 ประเภท จำนวน 58 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) กลุ่มเครือข่ายพื้นที่ 6 กลุ่ม ใน 6 อำเภอ (2) กลุ่มองค์กรเอกชนและเครือข่ายภาคประชาสังคม 20 กลุ่ม (3) กลุ่มวิชาชีพ/วิชาการ 6 กลุ่ม และ (4) กลุ่มผู้แทนหน่วยงานภาคการเมือง/ราชการ 26 กลุ่ม
- ประเด็นการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2552 ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ (1) เด็ก-เยาวชนและครอบครัว (2) การพัฒนาระบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ และ (3) การจัดการภาวะน้ำหนักรเกิน
- การจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดเพื่อหาฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกัน
- มีการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติโดยคณะกรรมการเป็นกลไกดูแล

เลขาธิการสภาสุขภาพแห่งชาติ



สมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราชขับเคลื่อนนโยบายท้องถิ่น

สมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2551 ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย 3 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ เกิดครอบครัวต้นแบบ 50 ครอบครัว มีการรับในหลักการเพื่อนำข้อเสนอบรรจุเข้าสู่แผนตำบล 2 ตำบล อบต. คือ อบต. กำแพงเขา และ อบต. ขุนทะเล และโรงพยาบาลมหาราชมีการขยายกลุ่มผู้ผลิตอาหารปลอดภัยและเครือข่ายผู้บริโภค

ประเด็นการจัดการทรัพยากรชายฝั่ง ขับเคลื่อนการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง เขตอนุรักษ์พันธุ์สัตว์น้ำ/เขตห้ามคราดหอยลาย/การจัดการป่าชายเลน, สนับสนุนการทำบ้านปลา และสนับสนุนความเข้มแข็งองค์กรชาวประมงพื้นบ้าน ในพื้นที่ 2 ตำบล คือ ท่าศาลา และเกาะเพชร

ประเด็นอาสาสมัครสร้างสุขชุมชน ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบอาสาสมัครในตำบล และการประสานอาสาสมัครต่างๆ ในตำบลเพื่อกำหนดภารกิจโดยเอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง ในตำบลวังหิน

จากข้อเสนอเชิงนโยบายที่ผ่านการรับรองในสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2551 ในปี 2552 คณะทำงานสมัชชาสุขภาพประเด็นการจัดการทรัพยากรชายฝั่ง ได้ดำเนินการเพื่อติดตามผลก้นข้อเสนออย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลสำเร็จที่ผ่านมา คือ การทำ “บ้านปลา” ทั้งบ้านชั่วคราวและบ้านถาวร และการใช้ระเบิดชีวภาพเพื่อปรับปรุงสภาพหน้าดิน และที่สำคัญคือการผลักดันให้มีการออกข้อบัญญัติ อบต. ท่าศาลา ว่าด้วยการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่งอย่างยั่งยืน พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายประมงพื้นบ้านท่าศาลา คณะทำงานสมัชชาสุขภาพ และองค์การบริหารส่วนตำบลท่าศาลา โดยนายก อบต. ท่าศาลาได้แต่งตั้งคณะทำงานจากหลายภาคส่วนเพื่อยกร่างข้อบัญญัติ และมีเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อปรับปรุงร่างข้อเสนออย่าง



ต่อเนื่องถึง 8 เวที (เวทีระดับตำบล 6 เวที เวทีระดับจังหวัด 2 เวที) และมีเวทีประชาพิจารณ์ข้อบัญญัติ 1 เวที ก่อนนำเข้าสู่การพิจารณาในการประชุมสภาสมัยวิสามัญ ของ อบต. ท่าศาลา ซึ่งข้อบัญญัติดังกล่าวผ่านการรับรองเป็นเอกฉันท์ด้วยคะแนน 29 เสียง จากสมาชิกสภา อบต. 30 คน เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2552 โดยในการออกข้อบัญญัติ มีเจตนารมณ์อย่างชัดเจนในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ภายใต้นโยบายสาธารณะและการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย โดยเน้นที่ 3 จุดหลัก คือ (1) กระบวนการเฝ้าระวังแบบมีส่วนร่วม (2) การออกกติกากฎข้อบัญญัติ ประกาศจังหวัด และ (3) แผนการจัดการทรัพยากรชายฝั่ง

สมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงราย ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การจัดการขยะอันตรายจากชุมชน ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีประสิทธิภาพ แม้จะมีกฎหมายและแผนยุทธศาสตร์ในการจัดการแล้วก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากขาดความพร้อมในหลายด้าน เช่น ความเข้าใจของประชาชน การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งการเสียสมดุลของธรรมชาติ การแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรเป็นการจัดการแบบบูรณาการ ทั้งการรณรงค์สร้างความรู้ ความตระหนัก การคัดแยก การนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ รวมทั้งการมีกฎหมายที่อำนวยความสะดวกในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการจัดการขยะอันตรายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดปริมาณขยะทั้งในส่วนผู้ผลิตและ

แหล่งอ้างอิง แหล่งที่มา **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๕**

ผู้บริโภค และเกิดการจัดการขยะที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วนเป็นหัวใจสำคัญของเรื่องนี้

สมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงรายจึงหยิบยกประเด็น “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาวะ ว่าด้วย เรื่องการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน” เป็น 1 ใน 7 ประเด็นของสมัชชาสุขภาพจังหวัด ปี 2553 เป็นการนำมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 มาขับเคลื่อนต่อไปในจังหวัด

มติจากสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงรายต่อเรื่องนี้ คือ (1) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับเสนอข้อกำหนดหรือมาตรการเชิงนโยบาย เรื่องการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนแก่ผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อผลักดันให้เป็นนโยบายระดับจังหวัด (2) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับออกข้อกำหนด ข้อบังคับ ข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ หรือข้อกฎหมาย ในการจัดการขยะอันตรายชุมชน และการประกอบอาชีพเกี่ยวกับสินค้าที่ทำให้เกิดขยะอันตราย และ (3) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับสนับสนุนให้มีการจัดตั้งธนาคารขยะ เพื่อรวบรวมขยะอันตราย และการกำจัดอย่างถูกวิธี เป็นต้น

จังหวัดสกลนคร ใช้สมัชชาสุขภาพแก้ไขปัญหาสุขภาวะทางเพศ ของเด็กและเยาวชน

จากคำพูดของเด็กหญิงคนหนึ่งในการเข้าค่ายทักษะชีวิตเยาวชน บอกว่า “ทำไมผู้ใหญ่อยากให้แต่พวกหนูเป็นอนาคตของชาติ หนูขอเป็นปัจจุบันของชาติด้วย” นัยยะคือ ปัญหาของเด็กควรจะให้เด็กมีส่วนร่วม สมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนครจึงกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน สมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนคร ปี 2553 ในประเด็น “สุขภาวะทางเพศของเด็กและเยาวชน” ภายใต้อำเภอ “ทำไมหนูต้องเร่ร่อน” และมีการปรับ

กลไกการทำงานโดยเชิญผู้ที่มีประสบการณ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนมาเป็นคณะทำงานเพิ่มเติม เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ตำรวจ องค์กรเอกชน สื่อมวลชนท้องถิ่น และผู้แทนจากสภาเด็กจังหวัด เพื่อจัดทำแผนขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนครร่วมกัน รวมทั้งการทำหลักสูตรโรงเรียนสมัชชาสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับเยาวชนในการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมและการทำงานร่วมกับสมัชชาสุขภาพจังหวัด

จากสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนคร มีข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญ ได้แก่ (1) ให้องค์กรภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน ช่วยเหลือเยียวยาในกรณีตั้งครุฑไม้พึงประสงค์ มีการส่งเสริมสุขภาพ ให้ได้รับการศึกษาต่อและการประกอบอาชีพ (2) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมของเด็กและเยาวชนและการจัดการสุขภาพ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง (3) ให้หน่วยงานด้านการศึกษา รวมทั้งสถานศึกษา ร่วมจัดทำหลักสูตรเพื่อใช้ในการเรียนการสอน เนื้อหาวิชาว่าด้วยมิติหญิงชาย ทักษะชีวิต การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การวางแผนครอบครัวให้เหมาะสมกับวัย ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาหรือช่วงชั้นที่ 2 เป็นต้นไป และ (4) ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตำรวจภูธรจังหวัด สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ประกอบการหอพัก ควบคุมกำกับตรวจสอบการดำเนินการของหอพัก ให้เป็นไปตามระเบียบอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง เป็นต้น

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 25 ได้กำหนดหน้าที่ประการหนึ่งของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ไว้ว่า ให้จัดสมัชชาสุขภาพ

แอสัย๖หัง ๑๑๑หน้า ๑๑ **สมัชชาสุขภาพ ทควรรณ๑ ๑**



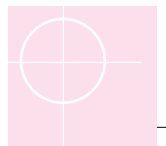
แห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง ดังนั้น เมื่อมี คสช. แล้ว คสช. จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ชุดแรกขึ้น ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2551 ให้ทำหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ อย่างเป็นทางการ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 มีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธาน มีกรรมการรวม 36 คน มาจากตัวแทนกลุ่มเครือข่ายภาคพื้นที่ภาคีรัฐ ภาควิชาการวิชาชีพ และภาคประชาสังคม

คจ.สช. วางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ จัดทำหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อใช้กำกับกรดำเนินการและสร้างความเข้าใจในกระบวนการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อสาธารณะ จัดตั้งคณะกรรมการต่างๆ ขึ้นจำนวน 5 ชุด เพื่อเตรียมงานและเตรียมการประชุม ส่งตัวแทน คจ.สช. จำนวน 7 คน ไปร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลกในเดือนพฤษภาคมปีเดียวกัน เพื่อหาประสบการณ์มาปรับใช้กับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ด้วย

“สมัชชาอนามัยโลก เป็นการประชุมสมัชชาของผู้แทนประเทศสมาชิกทั้งหมด มีระบบการเตรียมระเบียบวาระการประชุมที่ดี มีการทำงานวิชาการล่วงหน้าอย่างมีคุณภาพ และการพิจารณาออกมติในแต่ละเรื่องทำอย่างเป็นระบบ ถึงแม้ว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของเรามีผู้เข้าร่วมมาจาก 3 ภาคส่วนหลัก คือ ภาคีรัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน แตกต่างจากเขา แต่เราสามารถนำประสบการณ์ของเขาหลายอย่างมาประยุกต์ใช้ได้.....

...เราต้องถือว่าการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกคน เราต้องมีหลักการ พยายามทำงานอย่างเป็นระบบ มีกฎกติกา แต่เราก็พร้อมที่จะยืดหยุ่นเสมอ ไม่ยึดอะไรที่ตายตัว เพราะเรากำลังร่วมกันทำงานที่เป็นนวัตกรรม” (นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ)

มีการจัดกลุ่มเครือข่ายองค์กรภาคีที่จะเชิญเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพฯ ในครั้งนี้ ได้จำนวน 178 กลุ่มเครือข่าย (Constituency) ประกอบด้วย กลุ่มเครือข่ายพื้นที่ (76 จังหวัด) กลุ่มผู้แทนหน่วยงาน



ภาครัฐ จำนวน 44 กลุ่ม กลุ่มวิชาชีพ/วิชาการ จำนวน 24 กลุ่ม กลุ่มองค์กรภาคเอกชน เครือข่ายประชาสังคม จำนวน 34 กลุ่ม

มีการเปิดให้องค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ เสนอประเด็นที่เห็นว่าควรนำขึ้นมาจัดเป็นระเบียบวาระของการประชุมสมัชชาฯ มีการเสนอประเด็นทั้งสิ้น จำนวน 68 ประเด็น จาก 50 กลุ่มเครือข่าย จากนั้น คจ.สช. ก็พิจารณาคัดเลือกประเด็นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น ได้ 14 ประเด็น แล้วจัดให้มีการทำงานทางวิชาการเพื่อพัฒนาข้อเสนอรายประเด็น ส่งกลับไปให้องค์กรภาคีต่างๆ ให้ความเห็นเพิ่มเติม แล้วจัดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ก่อนการประชุมสมัชชาสุขภาพฯ มีการจัดประชุมผู้แทนกลุ่มเครือข่ายต่างๆ เพื่อสร้างความเข้าใจและเตรียมความพร้อมก่อนด้วย มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 600 คน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 จัดขึ้นระหว่างวันที่ 11-13 ธันวาคม 2551 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร มีผู้เข้าร่วมการประชุมจาก 178 กลุ่มเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิ ทูตานุทูต ผู้แทนองค์กรระหว่างประเทศ ผู้สังเกตการณ์ คณะกรรมการและคณะทำงานต่างๆ รวมทั้งสิ้น ประมาณ 1,500 คน

ที่ประชุมฯ ได้ร่วมกันพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายที่นำเข้าสู่การประชุมและให้ฉันทามติต่อข้อเสนอฯ จำนวน 14 เรื่อง โดยเรียกร้องให้ทุกภาคส่วนในสังคม ได้แก่ รัฐบาล คสช. สช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน องค์กรภาคีต่างๆ และสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนประชาชนทุกภาคส่วน ดำเนินการผลักดันมติและข้อเสนอต่างๆ ให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และให้มีการติดตามผลการดำเนินการมาเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คราวต่อไป และเสนอต่อสาธารณะต่อไปด้วย ประเด็นสาธารณะทั้ง 14 ประเด็น ได้แก่



- (1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
- (2) การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย
- (3) นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่
พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้
- (4) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการ
เจรจาการค้าเสรี
- (5) เกษตรและอาหารในยุควิกฤต
- (6) ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์
- (7) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและ
ทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม
- (8) ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่
จำเป็น
- (9) ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- (10) สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่
ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- (11) ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคม
ไทย
- (12) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะแรงงานนอกระบบ
- (13) การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากร
ทางการแพทย์
- (14) วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย

ทุกประเด็นที่ผ่านฉันทามติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีการพิจารณากันอย่างเข้มข้น โดยประเด็น “การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย” มีการพิจารณาแบบยืดหยุ่นที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ล้อมวงคุยกันอย่างลึก มีนักวิชาการฝีมือระดับโลกนั่งเป็น



ประธาน ใช้เวลาพิจารณารวมทั้งสิ้น 17 ชั่วโมง จนในที่สุดก็ได้ข้อยุติตรงกัน ออกมาเป็น “ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย” ซึ่งที่ประชุมใหญ่ก็ให้ฉันทามติรับรองในที่สุด

การพิจารณาข้อเสนอตามระเบียบวาระต่างๆ ทำโดยคณะกรรมการดำเนินการประชุม ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 โดยตัวแทนกลุ่มเครือข่ายทุกกลุ่มสามารถเข้าร่วมแสดงความเห็นได้ในนามกลุ่มเครือข่ายของตน โดยทุกกลุ่มมีเครือข่ายมีที่นั่งที่มีป้ายชื่อกลุ่มเครือข่ายแสดงไว้เป็นการเฉพาะ การจัดประชุมเช่นนี้ประยุกต์มาจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก เป็นการฝึกฝนให้คนไทยคุ้นเคยกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมอย่างเสมอกัน

ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงต่างๆ นักวิชาการมหาวิทยาลัย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และประชาชนที่หลากหลาย ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็นเพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพพร้อมกันอย่างสมานฉันท์

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ ได้มีการจัดประชุมวิชาการควบคู่ไปด้วย รวม 9 เรื่อง มีการจัดกิจกรรมลานสมัชชาสุขภาพเพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานต่างๆ ที่น่าสนใจ และมีการจัดเวทีให้ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายที่สนใจแสดงสุนทรพจน์ในหัวข้อว่า **“ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และจิตวิญญาณแห่งสมัชชาสุขภาพ”** มีผู้สนใจแสดงสุนทรพจน์ จำนวน 82 คน

ในช่วงเปิดสมัชชาฯ มีแสดงปาฐกถาพิเศษโดย น.ส.อรทัย บุญเที่ยง ตัวแทนเด็กและเยาวชน Dr.Nimal Siripala de Silva รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประเทศเนปาลในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก และ ศ.น.พ. ประเวศ วะสี ผู้ทรงคุณวุฒิด้วย

“กระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นดังพื้นที่สาธารณะที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนและสังคมร่วมกัน...ทำให้เด็กและเยาวชนได้เห็นคุณค่าและพลังที่เปี่ยมล้นในตัวเอง และเห็นคุณค่าของ

แอสัย๖๗๕๓ ๓๓๕๓๓๓ ๓ **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๕**



ผู้อื่นด้วย” (น.ส. อรทัยฯ)

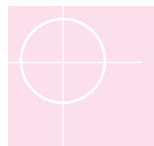
“สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการประชาธิปไตยที่ประชาชนมีส่วนร่วม อาจจะเรียกว่าทั่วประเทศเลย เรื่องสุขภาพเป็นของคนทั้งหมด ไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุข หรือของโรงเรียนแพทย์เท่านั้น ไม่ใช่เรื่องทางเทคนิคอีกต่อไป แต่เป็นกระบวนการทางสังคมทั้งหมดที่เข้ามา ร่วมกันสร้างสุขภาพ...” (ศ.นพ. ประเวศฯ)

“สมัชชาสุขภาพ เป็นพื้นที่สาธารณะรูปแบบใหม่ที่เปิดให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมทำงานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน บนพื้นฐานแห่งสิทธิและการยอมรับความแตกต่างหลากหลาย...” (คุณธีรยุทธ สุคนธวิท ตัวแทนกลุ่มเครือข่ายผู้พิการ)

ในวันสุดท้ายของสมัชชาสุขภาพฯ ก่อนการรับรองมติทั้ง 14 ระเบียบวาระการประชุม มีการเสวนาหมู่เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่สากลใน หัวข้อ “ประสบการณ์ที่ได้จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1” ผู้เข้าร่วม เสวนาประกอบด้วย Dr. Palitha Abeykoon จากประเทศศรีลังกา Dr. Sarha Escorel จากบราซิล Dr. Maureen Birmingham จากองค์การอนามัยโลก และ Dr. John Langenbrunner จาก World Bank East Asia and Pacific Region ประธาน คจ.สช. เป็นผู้ดำเนินรายการ

“ในนามของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักทางภาครัฐ ในการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายปฏิบัติให้ประชาชนมีสุขภาพดี ขอสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ และพร้อมที่จะนำข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไปสู่การปฏิบัติเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนตลอดจนส่งเสริมให้มีความร่วมมือ มากขึ้นระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับภาคสังคม ภาคประชาชน และ ภาควิชาการต่อไป” (นพ.ไพจิตร วราชาติ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

สำหรับนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ในฐานะผู้นำฝ่ายค้านในรัฐสภา กล่าวในปาฐกถาพิเศษปิดสมัชชาฯ และฝากไว้ว่า



“ประเด็นความท้าทายจากนี้ไปก็คือ การเชื่อมโยงงานของสมาชิกสุขภาพเข้ากับภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะส่วนของภาครัฐ หลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหลายกระทรวง หลายมิติ และยังมีประเด็นเรื่องผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยอย่างแน่นอน ถ้าเราไม่สามารถผลักดันมิติในหลายๆ เรื่องให้เกิดผลเป็นรูปธรรมอาจจะเกิดความอ่อนล้าในภาคสังคม...ผมคิดว่าโจทย์ใหญ่ที่สุดคือ เราต้องหารูปแบบวิธีการในการทำงานเพื่อที่จะนำเอาข้อดีทั้งหลายไปเชื่อมโยงกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันให้เป็นรูปธรรม เราอาจเลือกทำบางเรื่องให้เกิดผลสำเร็จในระยะสั้น เราคงทำทุกข้อทั้งหมดโดยเร็วไม่ได้ ผมเชื่อว่า ความสำเร็จเล็กๆ จะสามารถนำไปขยายผลได้ และจะเป็นพลังสำคัญของการขับเคลื่อนสมาชิกสุขภาพต่อไป...”

ต่อมา เดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 คสช. ได้ให้ความเห็นชอบต่อมติสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ และให้เสนอต่อ ครม. ซึ่ง ครม. มีมติรับทราบมติสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 ทั้ง 14 ประเด็น และมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการต่อไป ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำรายงานผลการดำเนินงานพร้อมทั้งปัญหาอุปสรรค แจ้งต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติด้วย และต่อมา ครม. ได้มีมติเห็นชอบกับมติสมาชิกสุขภาพฯ เป็นการเฉพาะอีก 3 เรื่องคือ (1) ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย (2) ข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ และ (3) ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องวิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพของคนไทย ตามลำดับ



นโยบายการเข้าถึงยาของคนไทย นโยบายสาธารณะจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 มีองค์กรต่างๆ เสนอประเด็นสุขภาพให้คณะกรรมการจัดงานพิจารณารวม 68 ประเด็น คณะกรรมการฯ ได้คัดเลือกพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย รวม 14 เรื่อง ซึ่งหนึ่งในนั้น คือ นโยบายการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของคนไทย ที่เสนอโดย สภาเภสัชกรรม สำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และภาคี เครือข่าย

หลังจากมีกระบวนการทำงานทางวิชาการรองรับเพื่อพัฒนา ข้อเสนอให้มีความชัดเจนแล้ว ก็มีการเปิดรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติมจาก องค์กรภาคีเครือข่ายทั่วประเทศ แล้วจึงนำเข้าสู่การพิจารณาของที่ประชุม ใหญ่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสมาชิกร่วมประชุมกว่า 1,000 คน ที่ ประชุมสมัชชาฯ มีฉันทมติรับรอง “ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของ คนไทย” และเสนอให้ คสช. พิจารณาเสนอต่อรัฐบาลเพื่อประกาศเป็น นโยบายต่อไป

กรณีเช่นนี้ ชี้ว่า “สมัชชาสุขภาพ” เป็นช่องทางใหม่ช่องทางหนึ่ง ของสังคมสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นได้จากความตั้งใจ ของภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่ไม่จำเป็นต้องริเริ่มโดยภาครัฐแบบเดิมๆ เท่านั้น

วันที่ 9 มิถุนายน 2552 คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบต่อ ยุทธศาสตร์ดังกล่าว และมีมติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำยุทธศาสตร์ ดังกล่าวไปปฏิบัติให้เกิดผล พร้อมๆ กันนั้น สช. ก็ได้มีการแต่งตั้งคณะ ทำงานขึ้นมาชุดหนึ่ง ทำหน้าที่ยกร่างแผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์ ดังกล่าวคู่ขนานกันไปด้วย โดยมี อย. ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องร่วม ทำงานอยู่ด้วย และต่อมา อย. ได้ช่วยนำเสนอร่างแผนปฏิบัติการดังกล่าว



ให้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เพื่อให้การรับรอง และนำแผนปฏิบัติการดังกล่าวไปบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ยาแห่งชาติ

นอกจากนั้น ในช่วงปี 2552 กระทรวงพาณิชย์ได้มีการนำเสนอแผนยุทธศาสตร์ทรัพย์สินทางปัญญาแห่งชาติต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีสาระสำคัญบางส่วนเกี่ยวข้องกับ “ยาและเวชภัณฑ์” ไม่สอดคล้องกับสาระที่ปรากฏในยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของคนไทยซึ่งเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 และคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบแล้ว ต่อมานายกรัฐมนตรีได้มอบหมายให้มีการปรึกษาหารือกันระหว่างกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข และ สช. และในที่สุดมีข้อตกลงร่วมกันว่า ให้มีการแยกจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทรัพย์สินทางปัญญาว่าด้วยเรื่องยาและเวชภัณฑ์เป็นการเฉพาะ ไม่ไปปนกับสินค้าและบริการอื่นๆ โดยให้นำหลักการและสาระสำคัญจากยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาฯ ไปเป็นส่วนหนึ่งในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่กระทรวงพาณิชย์รับผิดชอบ

นี่เป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ที่เริ่มทยอยส่งผลในทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้นตามลำดับ

หลังการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจบลง ได้มีการวางระบบการผลักดันและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ 5 ช่องทาง คือ (1) ผ่าน คสช. ผู้ครม. เพื่อส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติ (2) ประสานทำงานเชื่อมโยงหน่วยงาน องค์กร ภาคีที่เกี่ยวข้องโดยตรง (3) เชื่อมหน่วยงาน องค์กรภาคีเชิงยุทธศาสตร์เป็นการเฉพาะ (4) ผสมผสานกับการทำงาน สนับสนุนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และ (5) สื่อสารกับสังคมวงกว้างผ่านช่องทางต่างๆ

ในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปีนี้ มีการประเมิผลจากภายนอก นำโดย ผศ.ดร.บัญญัติ แก้วส่อง และคณะ

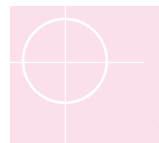
เครือข่ายฯ สช. หน้า ๕ **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๕**



คณะผู้ประเมินได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ 9 ประการ คือ (1) ปรับเป้าหมายของสมัชชาสุขภาพ โดยผสมผสานการเป็นกระบวนการเรียนรู้และการเกาะเกี่ยวทางจิตวิญญาณเข้ากับการเป็นกระบวนการให้ได้มาซึ่งนโยบายที่เป็นความเห็นร่วม (2) ปรับองค์ประกอบของ คจ.สช. ให้สมดุลระหว่าง 3 ภาคส่วน โดยเพิ่มสัดส่วนภาครัฐ (3) สร้างและพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายพื้นที่ เครือข่ายประชาสังคม และเครือข่ายวิชาชีพวิชาการ (4) วางระบบการได้มาและการคัดเลือกประเด็นบนฐานการมีส่วนร่วมและเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็นและควรมียุทธศาสตร์เชิงรุกต่อประเด็นวิกฤตของสังคมในอนาคตด้วย (5) ปรับกระบวนการพัฒนาวิชาการให้มีความเข้มแข็ง เชื่อมโยงการเรียนรู้และฐานข้อมูลส่วนกลางและพื้นที่ด้วย (6) ใช้กระบวนการทบทวนและตรวจสอบประเด็นในการสร้างความตื่นตัวและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายด้วย (7) ปรับกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพฯ ให้เกิดการเรียนรู้ และสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการเป็นตัวแทนด้วย (8) ปรับรูปแบบและกระบวนการสื่อสารทางสังคมให้เป็นกระบวนการเรียนรู้และสร้างความตื่นตัวตลอดกระบวนการ และ (9) วิจัยและพัฒนาระบบการขับเคลื่อนนโยบายต่อเนื่องด้วยหลายรูปแบบ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

คสช. แต่งตั้ง คจ.สช. ชุดที่ 2 มีกรรมการมาจากภาคส่วนต่างๆ จำนวน 38 คน โดยมีประธานเป็นคนเดิม นอกจาก คจ.สช. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ เพื่อเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่องแล้ว ก็มีการทบทวนหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยอาศัยบทเรียนที่ผ่านมาและการประเมินผลต่างๆ เป็นฐาน มีการตั้งคณะทำงานทบทวนปรับปรุงการจัดกลุ่มเครือข่ายให้ดียิ่งขึ้น ส่งตัวแทนกรรมการ 4 คนไปเรียนรู้ประสบการณ์การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 62



คจ.สช. แจ้งให้องค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่สนใจเสนอประเด็นเพื่อพิจารณาบรรจุเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาฯ มืองค์รภาคี จำนวน 57 องค์กร เสนอประเด็นรวมทั้งสิ้น 115 ประเด็น คจ.สช. ได้พิจารณาจากความสำคัญของประเด็นนโยบายสาธารณะ ความรุนแรงของผลกระทบ ความสนใจของสาธารณะ และความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบาย หรือผลต่อเนื่องให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีเป็นเกณฑ์ รวมทั้งพิจารณาพร้อมกับข้อมูลสรุปสถานการณ์ระบบสุขภาพในปัจจุบัน กำหนดเป็นระเบียบวาระการประชุม จำนวน 11 ประเด็น ได้แก่

- (1) การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- (2) โรคติดต่ออุบัติใหม่
- (3) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
- (4) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน
- (5) การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- (6) การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
- (7) การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
- (8) ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย
- (9) การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน
- (10) ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
- (11) แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้



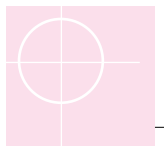
จากนั้นก็มีการบวนการทำงานวิชาการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องและนักวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แล้วส่งร่างข้อเสนอให้กลุ่มภาคีเครือข่ายให้ความเห็นเบื้องต้นเพื่อปรับแก้เตรียมนำเข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพฯ และมีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมตัวแทนเครือข่ายภาคีทุกภาคส่วนอีกรอบหนึ่งด้วย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 จัดขึ้นระหว่างวันที่ 16-18 ธันวาคม 2552 ที่ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพฯ มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 1,500 คน จาก 180 กลุ่มเครือข่าย มีการจัดประชุมวิชาการ 7 เรื่อง มีการจัดลานสมัชชาสุขภาพฯ เพื่อเป็นพื้นที่การเรียนรู้เช่นเดิม และมีการจัดแสดงความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ผ่านมา นอกจากนี้มีการจัดกิจกรรมใหม่เพิ่มขึ้นอีกอย่างหนึ่งคือ การจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพให้ผู้สนใจเข้าร่วมอีก 6 เรื่อง มีผู้สนใจเข้าร่วมเป็นจำนวนมาก

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพฯ ปีนี้ มีการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและผู้สนใจจากต่างประเทศเข้าร่วมด้วยเหมือนปีที่ผ่านมา 1 ในผู้ที่เชิญแสดงปาฐกถาพิเศษ คือ **Sir Michael Marmot** ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก มาแสดงปาฐกถาในหัวข้อ “Health equity in multiple crises through action on SDH” หรือ “ความเป็นธรรมทางสุขภาพในวิกฤตซ้ำซ้อน”

นอกจากนี้มีการจัดเวทีให้ตัวแทนกลุ่มภาคีเครือข่ายที่สนใจแสดงสุนทรพจน์ในหัวข้อ **“โอกาสและความท้าทายต่อสุขภาพะจากวิกฤตซ้ำซ้อน”** มีผู้ร่วมกล่าวสุนทรพจน์ จำนวน 78 คน

หลังเสร็จสิ้นสมัชชาสุขภาพฯ แล้ว สช. ได้เสนอมติต่อ คสช. เมื่อ คสช. เห็นชอบมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทั้ง 11 มติ จึงเสนอให้ ครม. รับทราบทุกมติ ในขณะที่เดียวกัน ครม. ก็มีมติเห็นชอบต่อมติสมัชชาสุขภาพฯ จำนวน 6 เรื่อง





อย่างไรก็ตามมีประเด็นเร่งด่วนและสำคัญที่มีการขับเคลื่อนคู่ขนานไปคณะกรรมการจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วนเพื่อการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 3 เรื่อง คือ การใช้มาตรการลักษณะสี่สัญญาณพร้อมคำเตือนในอาหารที่มีไขมัน หรือน้ำตาลหรือโซเดียม การใช้มาตรการทางภาษีและราคาของอาหารเพื่อจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และการจัดทำระเบียบว่าด้วยการตลาดเกี่ยวกับอาหารที่มุ่งเป้าหมายไปยังเด็กและมีผลต่อความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนและโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ซึ่งในแต่ละเรื่องมีความก้าวหน้าไปมาก อาทิ การขับเคลื่อนการใช้มาตรการลักษณะสี่สัญญาณพร้อมคำเตือนในอาหารที่มีไขมัน หรือน้ำตาล หรือโซเดียม ได้มีการยื่นข้อเสนอต่อประธาน คสช. และเลขาธิการ อย. เพื่อชะลอการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแสดงฉลากอาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันทีบางชนิด แม้เรื่องนี้จะยังไม่ได้ประสบผลสำเร็จ แต่ก็ได้สร้างความตื่นตัวของสังคมและเกิดประเด็นทางวิชาการที่จะนำไปพัฒนากันต่อไป

ในส่วนของการขับเคลื่อนและผลักดันมติสู่การปฏิบัติ คสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง มีนายสุพัฒน ณะพิงค์พงษ์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นประธาน เพื่อทำหน้าที่วางกลยุทธ์การขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม แสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงาน องค์กรและภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน ติดตามผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพฯ รายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และ คสช. เป็นระยะๆ ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาต่อ คจ.สช. เกี่ยวกับการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อจะบรรจุเป็นระเบียบวาระในสมัชชาสุขภาพฯ และให้ข้อเสนอแนะต่อ คสช. และ คจ.สช. เกี่ยวกับการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพฯ

คณะกรรมการติดตามได้กำหนดหลักการสำคัญในการทำงานเอาไว้ 4 ประการ คือ (1) มุ่งผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างมียุทธศาสตร์ เนื่องจาก



แต่ละมตมีเนื้อหาและผู้เกี่ยวข้องที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงต้องทำงานอย่างมี ยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับเนื้อหาและองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน แต่ละมต (2) คำนึงถึง “การมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์” และการเชื่อม ประสานที่ดี โดยยึดหลักการตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่ คำนึงถึงการมีส่วนร่วมทั้งภาควิชาการและวิชาชีพ ภาครัฐและภาค การเมือง และภาคประชาสังคมและประชาชน (3) ใช้การบริหารจัดการ อย่างมีศิลปะ และ (4) ต้องมีกระบวนการสนับสนุน และติดตามผลที่ เหมาะสม

โดยการขับเคลื่อนและผลักดันมตอาจดำเนินการผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ (1) เสนอ ครม.พิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมายให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการ (2) ทำงานร่วมกับองค์กร ภาครัฐที่เกี่ยวข้องเฉพาะ ได้แก่ หน่วยงาน องค์กรหรือภาคีเครือข่ายที่เป็น ผู้พัฒนาข้อเสนอ และหน่วยงาน องค์กรที่มีพันธกิจตามมติสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติโดยตรง (3) ทำงานด้วยกระบวนการพิเศษ โดยเฉพาะมติที่ยังไม่มี องค์กรหรือหน่วยงานใดเป็นเจ้าของที่ชัดเจน หรือมติสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติที่มีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน องค์กรหรือภาคีเครือข่าย เช่น การจัดเวทีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติใน แต่ละเรื่องเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกันและมอบหมาย งานรับผิดชอบร่วมกัน (4) เชื่อมประสานกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เฉพาะพื้นที่ โดยการประสานงานกับแกนประสานงานสมัชชาสุขภาพใน พื้นที่ และหน่วยงานระดับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ทั่วประเทศ และ (5) การทำงานผ่านช่องทางสาธารณะ เพื่อสร้างการรับรู้ และความเข้าใจของสาธารณะ โดยหวังให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนิน งานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และทำหน้าที่ติดตามการทำงานของ องค์กรหรือหน่วยงานที่มีพันธกิจ ที่สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพฯ นั้นๆ

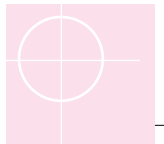
ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ สู่การ ปฏิบัติที่ค้นพบ ได้แก่ (1) ปัญหาจากตัวมต ทั้งในเรื่องการกำหนดกลไก

เลขาธิการฯ สสส หน้า ๕ **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๕**



รับผิดชอบที่พบว่า บางมติไม่มีการกำหนดให้มีหน่วยงาน องค์กรใด
รับผิดชอบ บางมติมีการกำหนดที่ไม่ชัดเจน ในขณะที่บางมติกำหนดไว้ไม่
ครอบคลุม และบางมติกำหนดความรับผิดชอบให้กับกลไกที่ไม่มีหน้าที่
รับผิดชอบ (2) ปัญหาด้านเนื้อหาของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีเนื้อหา
ที่ไม่เฉพาะเจาะจง คลุมเครือ เป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ และบางมติอาจ
เกินขอบเขตของเรื่องสุขภาพ (3) ปัญหาด้านการขับเคลื่อน พบว่า องค์กรที่
ถูกระบุให้เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานไม่มีการนำมติฯ ไป
ปฏิบัติ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา
ข้อเสนอเชิงนโยบายตั้งแต่ต้น ผู้แทนขององค์กรเข้ามาร่วมในขั้นตอนการ
พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและขั้นตอนการหาฉันทามติไม่ได้เป็นผู้ที่มี
บทบาทหน้าที่ในเรื่องนั้นอย่างแท้จริง และสาเหตุอื่นๆ เช่น การไม่ให้ความสำคัญ
สำคัญกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การไม่ได้รับทราบว่ามีมติ
สมัชชาสุขภาพ เป็นต้น และ (4) ปัญหาด้านการติดตามและรายงานผลการ
ดำเนินงาน ที่ไม่สามารถจำแนกผลการดำเนินงานที่เป็นผลสืบเนื่องจากมติ
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติกับผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานตามแผนงาน
ปกติขององค์กร หน่วยงานต่างๆ ปัญหาการเข้าไม่ถึงข้อมูลการดำเนินงาน
ที่เกิดขึ้นจากหน่วยงาน องค์กรที่มีกระจายอยู่ทั่วประเทศ และการไม่ได้รับ
ความร่วมมือจากองค์กร และหน่วยงานต่างๆ เป็นต้น

ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2 ครั้งที่ผ่านมา มีการประเมินผล
การดำเนินงานโดยทีมนักวิชาการจากภายนอก นำโดย ผศ.ดร.บัญญัติ
แก้วส่อง คณะผู้ประเมินได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรให้ความสำคัญแก่เรื่อง
ต่างๆ 7 ประการ ได้แก่ (1) การสร้างพลังการเมืองภาคประชาชนสู่การ
พัฒนาประชาธิปไตยของประเทศ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
ในการค้นหาและพัฒนารูปแบบ ขยายผลสู่ฐานพื้นที่และฐานอื่นๆ (2) การ
สร้างพลังการพัฒนาแก่กลไกภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่
ค้นหาและพัฒนากลไกที่เหมาะสมที่ได้รับการยอมรับและมีศักยภาพในการ
ประสานงานได้จริง แต่ควรดำเนินการอย่างระมัดระวังเพื่อไม่ให้เกิด



ความขัดแย้งในพื้นที่ด้วย (3) การพัฒนาระบบความเป็นตัวแทนของ
เครือข่ายภาคีภาคราชการ วิชาการวิชาชีพ เพราะที่ผ่านมา หน่วยงานส่วน
ใหญ่ไม่ค่อยให้ความสำคัญ ควรแสวงหาแนวทางที่สร้างความสนใจและ
ความตระหนักในการใช้ประโยชน์ร่วมกัน (4) การพัฒนากระบวนการ
ประชาพิจารณ์เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้บนฐานรูปธรรมของพื้นที่และ
ข้อมูลเชิงมหภาค (5) การเติมพลังชีวิตและพลังการเรียนรู้ให้แก่สมาชิก
สุขภาพ โดยเพิ่มความหลากหลายและควรค้นหาความสำเร็จของการ
ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่ที่มานำเสนอเพื่อการเรียนรู้
ร่วมกันให้มากขึ้น (6) ทบทวนเป้าหมายและสร้างนวัตกรรมการบริหาร
จัดการสื่อสารสังคม และเป้าหมายการทำงานสื่อสารทางสังคมให้ชัดเจน
เพื่อลดจุดอ่อนในการทำงานของปีที่ผ่านมา และ (7) พัฒนาและ
สนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ ควรสนับสนุน
ให้กลุ่มองค์กรภาคีสมาชิกเป็นเครือข่ายผลักดันและขับเคลื่อนนโยบาย
ในพื้นที่ โดยไม่ต้องรอผลจากฝ่ายนโยบายเท่านั้น

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553

การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ดำเนินการ
โดย คจ.สช. ชุดที่ 3 ที่ คสช. แต่งตั้งขึ้น มี รศ.ดร.ชินฤทัย กาญจนะจิตรา
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการ เป็นประธาน มีที่ปรึกษาและกรรมการจากทุก
ภาคส่วนรวม 55 คน โดยมีกรรมการใหม่เข้าร่วมทำงานประมาณ
ครึ่งหนึ่ง

คจ.สช. ตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานต่างๆ ตามระบบ มี
การทบทวนปรับปรุงหลักเกณฑ์การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้ดียิ่งขึ้น มี
พัฒนาการจัดกลุ่มเครือข่ายให้ทันสมัยและครอบคลุมมากขึ้น ได้ 182 กลุ่ม
เครือข่าย มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมกลุ่มเครือข่ายเหมือนปีที่
ผ่านๆ มา มีการเปิดรับประเด็นจากกลุ่มเครือข่ายต่างๆ มีการเสนอ
ประเด็นเข้าสู่การพิจารณา 56 ประเด็น คจ.สช. นำเข้าสู่กระบวนการ

แอสัย๖๙หัง ๓๓๙หน้า ๓ **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒**



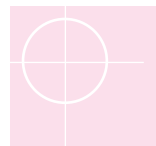
พิจารณาตามหลักเกณฑ์ เห็นชอบให้จัดเป็นระเบียบวาระการประชุม 8 ประเด็น ประกอบด้วยเรื่อง

- (1) ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ
- (2) การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับเด็กและเด็กเล็ก
- (3) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
- (4) การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
- (5) มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน
- (6) มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ
- (7) นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ
- (8) นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

จากนั้นก็ดำเนินการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายตามระบบที่มีอยู่แล้ว

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 จัดขึ้นระหว่างวันที่ 15-17 ธันวาคม 2553 ที่ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพฯ มีกิจกรรมสำคัญๆ ได้แก่

- การพิจารณาแสวงหาฉันทามติ 9 เรื่อง (มีเรื่องเสนอเป็นระเบียบวาระเร่งด่วนตามหลักเกณฑ์การจัดฯ เพิ่มมา 1 เรื่อง)
- มีการประชุมวิชาการ 7 เรื่อง กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ 6 เรื่อง และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลานสมัชชาสุขภาพฯ
- มีการแสดงสุนทรพจน์โดยผู้แทนกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ในหัวข้อว่า “ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ” จำนวน 100 คน
- มีการแสดงปาฐกถาพิเศษในพิธีเปิดและพิธีปิดสมัชชาฯ จำนวน 6 คน ในจำนวนนี้มี **Pr. Amartaya Sen** ผู้ได้รับรางวัลโนเบลสาขาสันติภาพ เมื่อปี 2541 แสดงปาฐกถาพิเศษ ในหัวข้อว่า “Building social justice to close social gaps” หรือ “การสร้างความเป็นธรรมลดช่องว่างทางสังคม” ในพิธีปิดการประชุมสมัชชาสุขภาพฯ ด้วย ซึ่งต่อมาท่านได้เขียนถึงเรื่องนี้ในวารสาร The Lancet (ดูล้อมกรอบ)



The art of medicine Learning from others

.....I end by commenting briefly on the role of public discussion in advancing good health. **Thailand has made huge use of what they call the National Health Assembly, in which there are open discussions on what problems the public faces in health care and in related fields and also on how they can be removed. This has gone with the progress made in Thailand in introducing universal public health care, and it has been nicely supplemented by feedback from the people,** with considerable gain in efficiency and reach. As a functioning democracy, India can learn from others on how the public can be engaged in advancing the health of all. There is a huge role for the media and for political leadership, of all parties, in advancing this important national cause, in making the best use of the facilities provided by democracy.

Amartya Sen

Thomas W Lamont University Professor and Professor of
Economics and Philosophy, Harvard University, Cambridge,
MA 02138, USA

asen@fas.harvard.edu

www.thelancet.com Vol 377 January 15, 2011

เรื่องสุขภาพดี และหน้า **สู่สังคมสุขภาพ ทศวรรษที่ ๕**



มติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ได้ถูกทยอยนำเสนอต่อ คสช. โดย สช. ได้เชิญหน่วยงานองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องมาประชุมเพื่อทำความเข้าใจและปรึกษาหารืออีกรอบหนึ่งก่อนการเสนอต่อ คสช. ซึ่ง คสช. ให้ความเห็นชอบแล้ว 9 เรื่อง ครม. ให้ความเห็นชอบไปแล้ว 5 เรื่อง

ได้แก่ เรื่องมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน เรื่องการควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก เรื่องนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เรื่องนโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ เรื่องร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ และ ครม. รับทราบมติไปแล้ว 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่องความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ และเรื่องการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

ในขณะเดียวกัน สช. ก็ส่งมติให้กับหน่วยงาน องค์กร ภาคีต่างๆ ไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องเช่นที่เคยปฏิบัติมาเป็นประจำทุกปี

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติรอบปีนี้ มีการประเมินผลภายนอก เช่นเคย ดำเนินการโดยทีมนักวิชาการที่มี รศ.ดร.ศุภวีย์ พลายน้อย เป็นแกนนำ ผลการประเมินสรุปได้ว่า

หลักคิดของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ยังคงเป็นหลักคิดที่ดี เป็นที่ยอมรับรูปแบบการจัด ระบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่กำหนดไว้ในภาพรวมก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงเป้าหมาย คือ ได้มติสมัชชาสุขภาพ 9 ประเด็น แต่ยังมีช่องว่างของผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ในด้านการมีพลัง มีศรัทธาร่วม มีความเป็นเจ้าของ ของ 3 ภาคส่วน (ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคประชาชน ภาครัฐ/การเมือง)

ดังนั้น การขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในครั้งต่อไป ควรให้ความสำคัญกับ กระบวนการมีส่วนร่วม ศรัทธาร่วม และความเป็นเจ้าของใน กระบวนการเชิงนโยบายของ 3 ภาคส่วน ตั้งแต่กระบวนการพัฒนา



ข้อเสนอเชิงนโยบายหรือต้นน้ำ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการมีส่วนร่วมในกระบวนการกลางน้ำ และปลายน้ำ การมีผู้อำนวยการความสะอาดเชิงนโยบาย การสร้างความเข้าใจต่อสาธารณะในด้านความสำคัญ และคุณค่าของกระบวนการนโยบายสาธารณะ การสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายใหม่ และการจัดการความสัมพันธ์เครือข่าย รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ทั้งเครือข่ายเดิมและเครือข่ายใหม่อย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษา มติ “การทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน”

ประเด็นเรื่องนี้ เสนอเข้าสู่การพิจารณาของ คจ.สช. โดยแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเครือข่าย คจ.สช. รับผิดชอบเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาฯ เนื่องจากเข้าหลักเกณฑ์ที่ คจ.สช. วางไว้ โดยมีการทำงานวิชาการรองรับ มีการปรึกษาหารือกับหน่วยงาน องค์กร ภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม อีกทั้ง กลไกขององค์การอนามัยโลกซึ่งสนับสนุนการออกมตินี้ เนื่องจากสอดคล้องกับมติของสมัชชาอนามัยโลก ก็ได้ให้คำแนะนำและสนับสนุนทางวิชาการด้วย จนในที่สุดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ได้มีมติอนุมัติต่อข้อเสนอเรื่องนี้

สาระสำคัญสรุปได้คือ เสนอให้แร่ใยหินที่เป็นวัตถุพิษ (โครโซไทล์) ให้เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ 4 ภายในปี 2554 ซึ่งหมายความว่าห้ามมีการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือครอบครอง และให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สถาบันการศึกษา และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ “การทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน”

แหล่งอ้างอิง แหล่งที่มา **คู่มือสุขภาพ กววรรษที่ ๒**



เมื่อ คสช. เห็นชอบกับมติข้างต้น ก็เสนอต่อ ครม. ซึ่ง ครม. ก็มีมติเห็นชอบตามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 มติที่ 1 มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน และมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติต่อไป พร้อมกันนั้นก็ยังมีมติเพิ่มเติม ได้แก่ ห้ามนำเข้ารายหินโครโซไทล์ และผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของรายหินโครโซไทล์ เฉพาะกรณี และห้ามผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของรายหินโครโซไทล์ที่มีวัตถุบิ่นหรือใช้ผลิตภัณฑ์อื่นทดแทนได้ โดยให้กระทรวงอุตสาหกรรมรับไปจัดทำแผนยกเลิกการนำเข้า ผลิต และจำหน่ายรายหิน และผลิตภัณฑ์ที่มีรายหินเป็นส่วนประกอบทุกชนิด โดยให้กำหนดกรอบเวลาที่ชัดเจนในแผนการดำเนินงานแล้วเสนอ ครม. อีกครั้งหนึ่ง

มอบให้กระทรวงสาธารณสุขรับไปศึกษาผลกระทบของรายหินที่มีต่อสุขภาพของผู้ใช้แรงงานและผู้บริโภคที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการกำหนดมาตรการป้องกันผลกระทบต่อด้วย

กรณีศึกษามติเรื่องนี้ พบว่า หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการเสนอเพื่อผลักดันเรื่องนี้ต่อรัฐบาลมานานแล้ว แต่การผลักดันตามระบบการเมืองแบบตัวแทนเป็นไปได้ยากมาก เพราะเป็นเรื่องที่กระทบกับผลประโยชน์ของกลุ่มธุรกิจบางกลุ่ม แต่เมื่อมีการรวมตัวกันหลายฝ่าย ทั้งฝ่ายรัฐ ฝ่ายนักวิชาการที่เกาะติดเรื่องนี้มานาน และฝ่ายประชาชน โดยใช้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นช่องทางเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จนสามารถผลักดันเป็นมติ ครม. ได้สำเร็จ และมีผลผูกพันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องรับไปดำเนินการต่อไป

อย่างไรก็ตาม มีแรงต้านจากกลุ่มธุรกิจบางกลุ่ม รวมไปถึงบางประเทศที่ส่งออกแร่ชนิดนี้ด้วย เนื่องจากเกรงว่าจะเสียผลประโยชน์จากมตินี้ ทั้งช่วงก่อนและหลังการประชุมสมัชชาสุขภาพฯ และยังมีความพยายามเคลื่อนไหวให้มีการเปลี่ยนมติ ครม. เพื่อทำให้เรื่องนี้ไม่เป็นผล ซึ่งยังต้องเป็นหน้าที่ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่เป็นเจ้าของเรื่องมาตั้งแต่ต้น ต้องติดตามเฝ้าดูผลการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดต่อไป



ยกระดับสุขมัชชาปฏิรูป (ประเทศไทย)

ประมาณกลางปี 2553 มีกระแสเรียกร้องของสังคมให้มีการปฏิรูปประเทศไทยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มความเป็นธรรมอย่างจริงจัง หลังจากประเทศไทยเข้าสู่วิกฤตความขัดแย้งและเกิดความรุนแรงต่อเนื่องมาระยะหนึ่ง ซึ่งตามมาด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูป พ.ศ. 2553 ตั้งคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) มีสำนักงานปฏิรูป (สปร.) เป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นภายใต้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยเลขานุการ เพื่อทำหน้าที่พัฒนาข้อเสนอทางนโยบายสำหรับการปฏิรูปประเทศไทยและดำเนินการให้มีการเคลื่อนไหวทางสังคมควบคู่กันไปด้วย โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 3 ปี

ในระเบียบดังกล่าวได้กำหนดให้มีการจัดสมัชชาปฏิรูประดับชาติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และสนับสนุนการจัดสมัชชาปฏิรูปเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็นเพื่อให้เป็นกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่เน้นการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการประยุกต์แนวคิดมาจากสมัชชาสุขภาพที่ได้ทดลองและดำเนินการมาก่อนแล้วนั่นเอง

ในระเบียบดังกล่าว ให้ความหมายสมัชชาปฏิรูปไว้ว่า

“สมัชชาปฏิรูป” หมายความว่า กระบวนการทางสังคมที่ให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน

และชุมชน ภาคธุรกิจ ภาควิชาการ และภาครัฐ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างหลากหลายและกว้างขวาง บนฐานของปัญญา ความรู้ และความสมานฉันท์ โดยมีการจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การมีข้อเสนอเชิงนโยบายให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณากำหนดเป็นนโยบายสาธารณะสำหรับการปฏิรูปประเทศไทย”

เสถียร หงษ์ ภาสกร สุ่มสุขสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒



ต่อมาคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.) ขึ้นเพื่อทำหน้าที่จัดสมัชชาปฏิรูปประเทศไทยระดับชาติ และให้ข้อเสนอแนะต่อการสนับสนุนสมัชชาปฏิรูปเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวได้จัดทำหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาปฏิรูประดับชาติ และหลักเกณฑ์การจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาปฏิรูปเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาปฏิรูปเฉพาะประเด็น จากนั้นก็มีการจัดสมัชชาปฏิรูปประเทศไทยระดับชาติครั้งแรกขึ้น ระหว่างวันที่ 24-26 มีนาคม 2554 มีตัวแทนกลุ่มภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนจำนวน 234 กลุ่ม เครือข่าย รวมประมาณ 1,200 คน โดยมีกระบวนการทำงานทั้งหมด คล้ายคลึงกับกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่การเสนอประเด็น การพัฒนาประเด็นเป็นข้อเสนอทางนโยบาย การประชุมเพื่อหาฉันทามติ แต่มีการขยายวงภาคีเครือข่ายอย่างกว้างขวางกว่า

สมัชชาปฏิรูปประเทศไทยระดับชาติ ครั้งที่ 1 มีการพิจารณามติ ข้อเสนอทางนโยบายที่สำคัญรวม 8 เรื่อง ได้แก่ ข้อเสนอการปฏิรูปการจัดสรรทรัพยากรที่ดินอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน ข้อเสนอการคืนความเป็นธรรมให้แก่ประชาชนกรณีที่ดินและทรัพยากร ข้อเสนอการปฏิรูปการกระจายอำนาจเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น เพื่อสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เป็นต้น โดยข้อเสนอที่ผ่านสมัชชาฯ แล้ว ได้มีการส่งมอบให้คณะกรรมการปฏิรูปและคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปปรับไปดำเนินการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตาม ซึ่งได้มีการเสนอต่อคณะรัฐมนตรีรับทราบ เพื่อส่งให้หน่วยงานต่างๆ และภาคการเมืองนำไปพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้อง

มีการประเมินผลการจัดสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 1 โดยทีมนักวิชาการภายนอก พบว่า รูปแบบการจัดกิจกรรมหลัก กระบวนการแสวงหาฉันทามติ ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง อยู่ในเกณฑ์ดี การเข้าร่วมและการมีส่วนร่วม อยู่ในเกณฑ์พอใช้ สิ่งดีที่เกิดขึ้น คือ มีการใช้กระบวนการสมัชชาฯ ในการขยายพื้นที่ทางสังคมและทางการเมือง จุดประกาย



สำนักการปฏิรูป และมีกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพิ่มขึ้น สิ่งท้าทาย ได้แก่ การพัฒนาอัตลักษณ์ของสมัชชาปฏิรูปที่แตกต่างจากสมัชชาอื่นๆ การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานตลอดกระบวนการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การมีส่วนร่วม และการสื่อสารสาธารณะ

ต่อมา คจสป. ได้สรุปบทเรียนรู้สำหรับใช้เป็นฐานการพัฒนาสมัชชาปฏิรูป โดยสรุปสิ่งที่คาดหวังไว้ได้ 9 ประการ คือ หวังให้กระบวนการสมัชชาปฏิรูป (1) เป็นกระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูปสังคมอย่างกว้างขวาง จริงจัง ต่อเนื่อง และเป็นระบบ (2) เป็นกระบวนการสร้างความเข้มแข็งของศักยภาพในการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทย (3) เป็นกระบวนการสร้างจิตสำนึกพลเมืองและพัฒนาศักยภาพของบุคคล องค์กร เครือข่ายต่างๆ ที่จะตระหนักถึงความสำคัญในการไม่พึ่งพารัฐ หรือบุคคลอื่นเพียงอย่างเดียว โดยทำให้เห็นเป็นรูปธรรม และสร้างโครงข่ายชุมชนนักปฏิบัติด้วย (4) เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนและสังคมไทยเข้าใจถึงปัญหาเชิงโครงสร้างอันเป็นรากฐานของปัญหาสังคมทั้งหมด และสามารถดำเนินการทำความเข้าใจ คลี่ความซับซ้อนเชิงโครงสร้างให้เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของประชาชนเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ (5) เป็นเวทีเปิดให้ทุกฝ่ายในสังคมที่มีความเห็นแตกต่างสุดขั้ว เข้ามาร่วมกันทำงานได้ (6) เป็นเวทีให้ภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชนได้มาร่วมกันทำความเข้าใจในปัญหาสำคัญ โดยกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมที่นำไปสู่การสร้างพันธสัญญา ร่วมกันในการแก้ปัญหาต่างๆ (7) เป็นเวทีช่วยเปิดพื้นที่ทางสังคมและพื้นที่ทางปัญญาอย่างกว้างขวาง (8) เสริมสร้างให้ภาคเครือข่ายต่างๆ เข้าใจว่าการปฏิรูปประเทศไทยไม่ได้มีเพียงแค่กระบวนการสมัชชาปฏิรูปเท่านั้น และ (9) มีอัตลักษณ์เฉพาะของตนเอง



ประหมอบทเรียนหู้

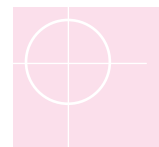
การพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ผู้คนเข้าร่วมดำเนินการเป็นจำนวนมาก ทั้งผู้ทำงานด้านสุขภาพโดยตรงและผู้อื่นจากทุกภาคส่วน เกิดเครือข่ายภาคีที่หลากหลายและขยายวงออกไปเรื่อยๆ เป็นการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ (interactive learning through action) เกิดการเรียนรู้ทางสังคม (social learning) ได้ทั้งประสบการณ์และความรู้ใหม่ ที่ประมวลเป็นบทเรียนใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1. ความหมายของสมัชชาสุขภาพ

ความหมาย “สมัชชาสุขภาพ” ที่เป็นทางการตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือ **“กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม”**

วัตถุประสงค์ที่สำคัญของสมัชชาสุขภาพ คือ การเปิดพื้นที่ทางสังคมให้กว้างขวางและหลากหลายขึ้น เพื่อให้ฝ่ายต่างๆ ในสังคม ได้มีโอกาสพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และทำงานเพื่อสาธารณะร่วมกัน ช่วยกันค้นหาทางออกหรือการมีข้อเสนอในการปฏิบัติต่อฝ่ายต่างๆ ที่เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่มุ่งผลักดันให้เกิดการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดสุขภาวะรวมทั้งการพัฒนาแนวคิดและนวัตกรรมต่างๆ ด้วย ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานอย่างสร้างสรรค์ มีการใช้ทั้งความรู้และความรัก ความเข้าใจกันและกัน โดยมีความต้องการให้คนมีสุขภาพที่ดี มีความสุข และสังคมมีสุขภาวะ

สมัชชาสุขภาพจึงมิได้มีความหมายอย่างตายตัวตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น แต่สมัชชาสุขภาพมีความหมายที่ไปไกลกว่านั้น





การใช้ระบบอำนาจ การแบ่งแยกในสังคม เมื่อสมัชชาสุขภาพเคลื่อนไป
ต้องก่อให้เกิดทิศทางร่วม เกิดแนวทางในการปฏิบัติที่ทำให้คนมีสุขภาพดี
ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีสุขภาพะ”

คุณธีรยุทธ สุคนธวิท ตัวแทนกลุ่มเครือข่ายผู้พิการเคยกล่าวไว้ว่า

“สมัชชาสุขภาพ เป็นพื้นที่สาธารณะรูปแบบใหม่ที่เปิดให้ทุกภาค-
ส่วนเข้ามาร่วมกันทำงานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ผ่านกระบวนการเรียนรู้
ร่วมกัน บนพื้นฐานแห่งสิทธิและการยอมรับความแตกต่างหลากหลาย...”

คุณวิไลวรรณ จันทรพิ้วง เครือข่ายประชาสังคมเมืองอุทัยธานี เคย
ให้สัมภาษณ์จดหมายข่าว “สานพลัง” ไว้ว่า

“สมัชชาสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่ง
กันและกัน นำไปสู่การหาทางออกของปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเกิดขึ้น
จริงแล้วในพื้นที่ ถึงแม้การแก้ปัญหาจะยังไม่ได้รับการแก้ไขในทุกจุด แต่
เป็นการเริ่มต้นที่ดีในการผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะต่อไป...”

ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวไว้ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2545 ว่า

“ต้องดูการจัดสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมา มีการขับเคลื่อนด้วยสมัชชา
สุขภาพจังหวัดก็ดี สมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็ดี ขับเคลื่อนต่อไปสังคมไทยก็
จะเคลื่อนเข้าสู่ทางสายกลางหรือมีขมิมาปฏิปทา เคลื่อนไปแล้วไม่ได้เป็น
ปฏิปักษ์กับใคร เน้นความรัก ความเอื้ออาทร ความร่วมมือคนเป็นพันๆ
ไม่ได้มีใครมาตีกันทะเลาะกัน..”

การเกิดขึ้นและการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา
เป็นการปฏิบัติการทางสังคมขนาดใหญ่ ที่ใช้เรื่องสุขภาพหรือสุขภาพะ
เป็นเป้าหมายร่วม ภาครัฐทำหน้าที่สนับสนุนทรัพยากรและการจัดการ
เพื่อให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้าร่วมทำงานด้วยกัน ถักเชื่อมทุกภาคส่วนใน
สังคมทั้งแนวตั้งและแนวนอนเข้าหากัน สมัชชาสุขภาพจึงไม่ใช่เครื่องมือ
ทำงานของภาครัฐโดยตรง แต่เป็นเครื่องมือของทุกภาคส่วนในสังคมที่
สามารถใช้ร่วมกัน



2. บทบาทและสถานะของสมัชชาสุขภาพ

จากประสบการณ์การพัฒนาสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมา สามารถสังเคราะห์ให้เห็นว่า “สมัชชาสุขภาพ” มีบทบาทและสถานะที่สำคัญทางสังคมอย่างน้อย 4 ประการ คือ

2.1 สมัชชาสุขภาพในฐานะเป็นกระบวนการของการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process : PHPP)

สมัชชาสุขภาพถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อรองรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพในทิศทาง “สร้างนำซ่อม” และมองเรื่องสุขภาพในมิติกว้างกว่าเรื่องทางการแพทย์และสาธารณสุข เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคมที่เกี่ยวข้อง สร้างช่องทางให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเสนอประเด็นปัญหาหรือแนวทางการพัฒนาสุขภาพต่างๆ ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ความคิดเห็นต่างๆ ร่วมกันถกแถลงปรึกษาหารือ เพื่อกำหนดข้อเสนอ ทิศทางหรือแนวนโยบาย หาข้อสรุปร่วมกัน ร่วมกันดำเนินการ ร่วมขับเคลื่อน ติดตามผลักต้น ร่วมปรับปรุงแก้ไข และร่วมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรู้สึกว่าเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะนั้นร่วมกัน

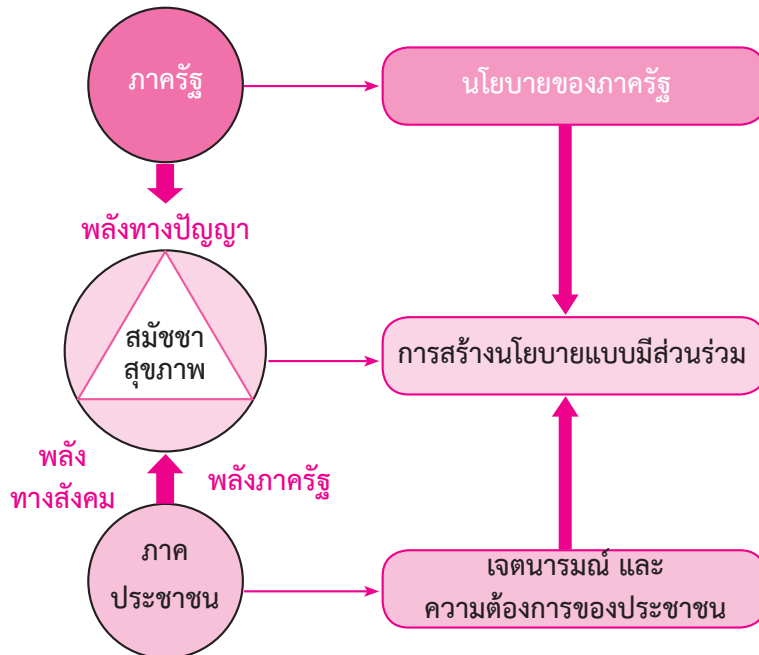
เข้าลักษณะที่ว่า “นโยบายของประชาชน พัฒนาโดยประชาชน เพื่อประชาชน”

“นโยบายสาธารณะ หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรจะดำเนินการไปในทิศทางนั้น ซึ่งรวมไปถึงนโยบายสาธารณะของภาครัฐด้วย”

“นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็น

นโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อม ทั้งทางสังคม และกายภาพ ที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี มุ่งให้ประชาชนมีทางเลือก และสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้”

กระบวนการสมัชชาสุขภาพ จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งเข้ามาปิดช่องว่างทางนโยบายระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน โดยมองเห็นคุณค่าของทุกฝ่ายในสังคม ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ อันประกอบด้วยฝ่ายการเมืองทุกระดับ ข้าราชการและพนักงานของรัฐ ภาคสังคม อันได้แก่ ประชาชน ธุรกิจ ประชาสังคมต่างๆ และภาควิชาการและวิชาชีพต่างๆ ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเพื่อร่วมกันทำงานยากๆ ให้เป็นผลสำเร็จ แม้ในทางปฏิบัติอาจจะยังไม่มีคุณสมบัติของ 3 ภาคส่วนมากนัก แต่ก็เป็นเรื่องที่อยู่ในวิสัยการพัฒนาในก้าวต่อไป (ดูแผนภาพ)



ภาพแสดงแนวความคิดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยใช้สมัชชาสุขภาพ

เสถียรภาพ และหน้า สุ่มสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒

2.2 สมัชชาสุขภาพในฐานะเป็นกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy Development Process)

ในอดีตที่ผ่านมา การดำเนินงานสาธารณะเป็นเรื่องของการเมืองระบบตัวแทนล้วนๆ ประชาชนเป็นผู้มารับผลจากนโยบายและการดำเนินการต่างๆ เท่านั้น เมื่อประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดแนวทางการปกครองแบบประชาธิปไตยที่ให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการดำเนินการเพื่อสาธารณะทั้งทางตรงและทางอ้อม มีการกำหนดทิศทางการกระจายอำนาจคืนสู่ประชาชนและชุมชนท้องถิ่น มีการกำหนดให้ประชาชนรวมตัวกันทำกิจกรรมต่างๆ เข้าร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะกับภาครัฐ รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐด้วย

แต่รูปแบบและกระบวนการที่จะปฏิบัติได้จริงยังมีจำกัด สมัชชาสุขภาพภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติซึ่งถือกำเนิดสืบเนื่องมาจากนั้น ได้สร้างช่องทางให้ภาคประชาชนและทุกภาคส่วนในสังคมมีโอกาสเข้ามาร่วมคิด ร่วมทำเรื่องที่เป็นประโยชน์แก่สาธารณะ ผ่านการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีผลกระทบกับทุกคน

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะ ทั้งในระดับชุมชนท้องถิ่น และในระดับชาติ ตามวิถีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมชัดเจนขึ้นตามลำดับ เช่น การที่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่จังหวัดพิจิตร จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสมุทรปราการ และที่อื่นๆ ได้ทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือ จนได้นโยบายสาธารณะที่ทุกฝ่ายเห็นและยอมรับตรงกันแล้ว ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปปฏิบัติจนเกิดผล หรือการที่องค์กรภาคีต่างๆ เสนอประเด็นปัญหาเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แล้วช่วยกันทำงานทางวิชาการพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย มีการ

เครือข่ายสุขภาพ ๒๕๕๓ หน้า ๕ **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒**



แสวงหาฉันทามติร่วมกัน ผลักดันไปเป็นมติ ครม.และมีการปฏิบัติตามมติ
เหล่านั้น เป็นต้น

กรณีศึกษา มติเกี่ยวกับการส่งเสริมการลงทุนในบริการสาธารณสุข

“สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 เห็นชอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มีกระบวนการยกร่างโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อใช้เป็นกรอบทิศทางกำหนดนโยบายและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในข้อ 51 ระบุว่า **“รัฐไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุข ที่มุ่งผลประโยชน์เชิงธุรกิจ”** ซึ่งต่อมาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เห็นชอบตามมติของสมัชชาสุขภาพฯ และเสนอให้ ครม. ให้ความเห็นชอบแล้ว

แต่ในเวลาต่อมา คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ.) ได้ออกมติส่งเสริมการลงทุนแก่โรงพยาบาลเอกชนเพื่อส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางการแพทย์นานาชาติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และไม่ปฏิบัติตามทิศทางที่กำหนดอยู่ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

จากนั้น ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ได้มีมติต่อมติ เรื่อง “นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” โดยในมติข้อ 1.2 ระบุว่า **“ให้คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนพิจารณาดำเนินการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ข้อ 51 โดยไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ”** ซึ่ง คสช. ได้ให้ความเห็นชอบ และส่งให้ ครม. ให้ความเห็นชอบ

ต่อมานายกรัฐมนตรี ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน และประธาน คสช. ด้วย จึงได้ให้คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ทบทวนมติที่เคยออกไปแล้ว ในขณะเดียวกันก็มีการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงาน บีโอไอ. สช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข

เสถียร หวัง แสพมา **สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ 2**



เพื่อช่วยกันหาแนวทางใหม่ในการส่งเสริมการลงทุนแก่บริการสาธารณสุขที่จะเกิดประโยชน์แก่คนไทยส่วนใหญ่ แทนแนวทางเดิมซึ่งเกิดผลดีด้านเศรษฐกิจ แต่มีผลกระทบทางลบต่อคนส่วนใหญ่

กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า สมัชชาสุขภาพ เป็นกระบวนการที่เปิดช่องทางใหม่ให้ทุกฝ่ายในสังคมมีโอกาสเข้ามาทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกัน โดยยึดประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้ง แทนที่จะปล่อยให้เป็นบทบาทภาครัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว และยังมีผลทำให้เกิดการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ เพิ่มขึ้นอีกด้วย

“ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในทางการเมือง การปกครอง ตลอดจนการกำหนดวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับการเมืองการปกครองแบบประชาธิปไตย มีเงื่อนไขสำคัญ 4 ประการ

- 1) ทุกคนสามารถยกประเด็นปัญหาหนึ่งขึ้นมา เพื่อกำหนดเป็นวาระของการประชุม สามารถเสนอทางเลือกและมีส่วนร่วมในการเลือกหรือตัดสินใจสุดท้ายได้
- 2) เป็นการประชุมที่ทุกคนสามารถพูดคุยกันอย่างทั่วถึง
- 3) มีการปรึกษาหารือหรืออภิปรายประเด็นปัญหาที่หยิบยกมาพิจารณากันอย่างกว้างขวาง ทุกคนต้องการมีส่วนร่วมในการอภิปราย และสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่
- 4) มีแนวโน้มที่พยายามจะให้เกิดความเห็นพ้องร่วมกันในประเด็นปัญหาที่พิจารณา”

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. สืบค้นจาก [http://th.wikipedia.org/wiki/Catt, Helena. 1999. Democracy in Practice. London and New York: Routledge](http://th.wikipedia.org/wiki/Catt,Helena.1999.Democracy.in.Practice.London.and.New.York:Routledge) Catt 1999, 39-56

เลอชัย อหัง ภาสกร ฐิติสมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒



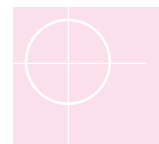
2.3 สมัชชาสุขภาพในฐานะกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจภาคประชาชนและการเคลื่อนไหวทางสังคม (People Empowerment and Social Movement)

การพัฒนาที่ผ่านมา พลังอำนาจภาครัฐและภาคธุรกิจเติบโตขึ้นอย่างมาก มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดทิศทางความเป็นไปของสังคม ส่วนพลังภาคประชาชนอ่อนแอลงตามลำดับของการพัฒนา ทั้งที่ภาคประชาชนควรมีบทบาทสำคัญสูงสุดต่อการกำหนดทิศทาง นโยบาย และความเป็นไปของสังคม

สมัชชาสุขภาพเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมกันใช้เพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งภาคประชาชนเข้ารับร่วมอย่างกระตือรือร้นมาโดยตลอด ทำให้น้ำหนักการเข้าร่วมใช้และร่วมพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพหนักไปในทางภาคประชาชน เพราะที่ผ่านมาภาคประชาชนมีพื้นที่เล่นจำกัดมากๆ ดังนั้นเมื่อมีกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นพื้นที่สาธารณะใหม่ ภาคประชาชนจึงเข้ามาร่วมกันทำงานอย่างสร้างสรรค์ เพราะกระบวนการสมัชชาสุขภาพวางจุดยืนไว้ที่การทำงานร่วมกันอย่างใช้ปัญญาและเป็นกัลยาณมิตร

การที่ภาคประชาชนได้มีโอกาสเข้ามาใช้สมัชชาสุขภาพทำงานสาธารณะ ตั้งแต่การทำความเข้าใจกับเครื่องมือ การคิดโครงการ การบริหารจัดการ การพัฒนากระบวนการ การร่วมรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้น และร่วมผลักดัน ร่วมปฏิบัติแล้วซ้ำแล้วซ้ำเล่าหลายๆ รอบ ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการทำงานสาธารณะ เกิดพัฒนาการ มีการเจริญเติบโตทางปัญญา ทางความรู้ ทางความคิด และทางการจัดการ เหล่านี้คือผลของสมัชชาสุขภาพที่กระทบทางบวกต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของพลังอำนาจภาคประชาชน

ในสังคมไทย พลังอำนาจภาคประชาชนจึงค่อยๆ เติบโตขึ้นอย่างมีความหมาย ด้วยเหตุปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน ซึ่งแน่นอนว่า



กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างเรื่องนี้ด้วยชัดเจน

มองในมุมของการใช้สมัชชาสุขภาพเพื่อการขับเคลื่อนพลังทางสังคมก็พบว่ามีการนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ หรือระดับประเด็น ไปใช้ในการเคลื่อนไหวทางสังคมอยู่น้อย ซึ่งก็เป็นเรื่องที่ดี เพราะการเกิดนโยบายสาธารณะที่ดี ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นนโยบายสาธารณะที่เป็นทางการเสมอไป อาจเป็นการร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นสาธารณะเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดการแพร่ขยายการปฏิบัติให้กว้างขวางออกไปก็ได้

ตัวอย่างสมัชชาสุขภาพแห่งชาติช่วงก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ปี 2544 และ 2545 ใช้เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะ คือ การผลักดันการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เป็นผลสำเร็จ

แต่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2546-2549 ใช้เพื่อขับเคลื่อนประเด็นสำคัญในสังคม เช่น การขับเคลื่อนสังคมสู่ความอยู่เย็นเป็นสุข การขับเคลื่อนแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นต้น

เมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว สมัชชาสุขภาพก็ยังคงถูกใช้ไปเพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและใช้ไปเพื่อการเคลื่อนไหวทางสังคมควบคู่กันไปด้วยเช่นเดิม ซึ่งในการเคลื่อนไหวตัวไปนี้ มีส่วนทำให้ภาคประชาชนที่เข้าร่วมกระบวนการ เกิดการเพิ่มพลังอำนาจขึ้นโดยทางอ้อมตลอดเวลา

2.4 สมัชชาสุขภาพในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากกรปฏิบัติของคนในสังคมไทย (Interactive Learning Through Action)

เนื่องจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพเปิดพื้นที่ให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมทำในเรื่องต่างๆ ผ่านการพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะที่ดี ที่จะเกิดผลดีต่อการสร้างสุขภาวะของสังคมไทย นอกจากนี้ สมัชชาสุขภาพยังทำหน้าที่เป็นพื้นที่ทางสังคมในการนำประสบการณ์และบทเรียน



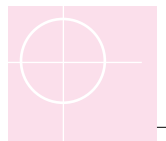
รู้ดีๆ ที่เกิดจากการปฏิบัติจริงจนเห็นผลในทีต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน
อย่างมีชีวิตชีวาไปพร้อมๆ กันอีกด้วย

ดังนั้น กระบวนการสมัชชาสุขภาพจึงกลายเป็นพื้นที่ปฏิบัติการ
ใหม่ทางสังคม ที่มีคนจำนวนมากเข้ามาร่วมคิด ร่วมทำงาน ร่วมแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ทั้งในเรื่องที่คิดและทำด้วยกัน รวมไปถึงเรื่องอื่นๆ จึงเกิดผลต่อการ
เรียนรู้ร่วมกันของคนจำนวนมาก ทั้งในเรื่องความคิด ความเข้าใจ องค์
ความรู้ และทักษะต่างๆ นอกจากนี้ ยังเกิดการเชื่อมโยงกันเป็นเพื่อน เป็น
เครือข่ายต่างๆ ที่เข้มแข็งและขยายวงออกไปได้เรื่อยๆ

สมัชชาสุขภาพจึงกลายเป็นกระบวนการเรียนรู้ของสังคมไปโดย
ปริยาย ซึ่งอาจนำไปประยุกต์หรือปรับใช้กับการดำเนินงานด้านอื่นๆ ได้
ด้วย

3. สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์

เมื่อ 10 ปีที่แล้ว สมัชชาสุขภาพเพิ่งเกิดใหม่ ไม่มีใครรู้จักและ
เข้าใจมาก่อน เมื่อมีการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพมาเรื่อยๆ มีการ
ประเมินผล วิเคราะห์ สังเคราะห์ ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ
จัดการความรู้มาอย่างต่อเนื่อง ทำให้สมัชชาสุขภาพมีความชัดเจนเพิ่มขึ้น
ตามลำดับ สามารถสังเคราะห์สมัชชาสุขภาพในเชิงคุณลักษณะที่พึง
ประสงค์สำคัญได้ 6 ประการ ที่เรียกกันว่า “เพชร 6 เหลี่ยม” ดังนี้





ภาพแสดงคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมัชชาสุขภาพ

3.1 กลไกการจัดการเป็นพหุภาคี สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม¹ อย่างแท้จริง จึงจำเป็นต้องมีการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ดังนั้น กลไกที่ทำหน้าที่ออกแบบวางแผน และการดำเนินงาน ซึ่งมีความรู้และเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะจึงมีความสำคัญ องค์ประกอบของกลไกที่ทำหน้าที่ดังกล่าวจึงมีความสำคัญ และเป็นหลักประกันความสำเร็จได้เป็นอย่างดี จากประสบการณ์ที่ผ่านมา กลไกการจัดสมัชชาสุขภาพที่เหมาะสมสูงสุด

¹ การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ข้อมูลข่าวสาร ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

แอสกี๖๙๕๓๓ ๓๓๕๙หน้า ๓๓ สมัชชาสุขภาพ กศวรส๓๓๓ ๕



มีองค์ประกอบครบทั้ง 3 ภาคส่วน คือ ภาควิชาชีพและวิชาการ ภาคการเมืองและราชการ และภาคประชาชน มาทำงานร่วมกันแบบภาคีหุ้นส่วน (partnership) ซึ่งมีภาคส่วนใดเป็นแกนหลักก็ได้ โดยอาจจัดตั้งในรูปของคณะทำงาน คณะกรรมการ หรือมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มคนทำงาน ทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการก็ได้

หากกลไกการจัดสมัชชาสุขภาพ มีแต่ภาคส่วนใดภาคส่วนเดียว มักจะไม่สามารถสร้างความร่วมมือได้อย่างแท้จริง และมีแนวโน้มทำให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเสียสมดุลไปได้มาก

3.2 มีการจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบ การจัดสมัชชาสุขภาพมุ่งที่การพัฒนาข้อเสนอและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ไม่ใช่การประชุมทั่วไป หรือการจัดเวทีวิชาการ หรือเวทีสาธารณะ สมัชชาสุขภาพมีกระบวนการ ตั้งแต่การได้มาซึ่งประเด็น การกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย กำหนดทางเลือก การตัดสินใจทางนโยบาย มีกระบวนการแสวงหาฉันทามติร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงการติดตามประเมินผล การจัดสมัชชาสุขภาพจึงต้องมีแบบแผนการดำเนินงานตั้งแต่ก่อนการประชุม ระหว่างการประชุม และหลังการประชุมต่อเนื่องเป็นวงจร

การพัฒนาสมัชชาสุขภาพทุกประเภทที่ผ่านมา มีการพัฒนาการจัดการที่เป็นระบบเรื่อยมา ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

3.3 มีการทำงานบนฐานความรู้ผสมผสานเข้ากับฐานด้านจิตใจ การพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดี ต้องอาศัยการทำงานด้วยความรู้ (evidence based) เป็นการทำงานด้วยปัญญา เมื่อมีการกำหนดประเด็นที่จะพิจารณาชัดเจนแล้ว ก็มีกระบวนการทำงานทางวิชาการเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอหรือทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่การพิจารณาให้ความเห็นชอบร่วมกัน และการปฏิบัติที่เป็นจริง ที่เกิดประโยชน์แก่ประชาชนส่วนใหญ่ มากกว่าประโยชน์ส่วนตนหรือกลุ่มคน

ในขณะเดียวกัน สมาชิกสภาที่ดี จะเน้นการให้เกียรติ เคารพ ในคุณค่าศักดิ์ศรีของกันและกัน ในฐานะเพื่อนมนุษย์และเพื่อนร่วมสังคม เดียวกัน สมาชิกสภาจึงเป็นกระบวนการที่เน้นการทำงานร่วมกันอย่าง สมานฉันท์ ไม่รังเกียจเด็ดฉันท์กัน ไม่มีการแบ่งพรรคแบ่งพวก พุดคุย ทำงานร่วมกันด้วยเหตุผลและความปรารถนาดีต่อกัน สมาชิกสภาจึง ต้องมีการออกแบบและมีการดำเนินการด้วยความประณีตละเอียดอ่อน

3.4 ทุกฝ่ายเข้าร่วมกันอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่และสมานฉันท์

สมาชิกสภาเป็นกระบวนการทำงานตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ทุกคน ทุกภาคส่วนจึงมีคุณค่าศักดิ์ศรี และมีสิทธิเท่าเทียมกัน ไม่เลือกมีเลือกจน เลือกพวก เลือกข้าง ไม่เลือกคุณวุฒิ วิทยุฒิ นั่นคือ ทุก ภาคส่วนที่เข้ามาร่วมกันอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ โดยมุ่งไปที่เป้าหมายให้ได้ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี และมีการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เกิดผลดี แก่สุขภาพอย่างแท้จริง

3.5 มีประเด็นที่พิจารณาร่วมกันอย่างชัดเจน สมาชิกสภา

ไม่ใช่เวทีบ่นปัญหา หรือเวทีแสดงความคิดเห็นทั่วไป แต่เป็นกระบวนการ พัฒนาให้ได้ข้อเสนอทางนโยบาย หรือนโยบายสาธารณะที่ดี ที่ทุกฝ่ายเห็น พ้องต้องกัน การจัดสมาชิกสภาจึงตั้งมีการกำหนดประเด็นหรือเรื่องที่จะ พิจารณาที่ชัดเจน มีการทำงานทางวิชาการรองรับที่เพียงพอ กำหนด เป็นข้อเสนอหรือทางเลือกทางนโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้ที่ประชุมสมาชิก สภาพิจารณาและแสวงหาฉันทามติร่วมกัน ซึ่งประเด็นที่นำมาพิจารณา อาจเป็นเรื่องใกล้ตัว หรือเป็นประเด็นใหญ่ที่มีผลกระทบในวงกว้างก็ได้ แล้วแต่การพิจารณากำหนดร่วมกันโดยผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นการต่อยอด ผลักดันการดำเนินงานทางนโยบายในเรื่องเดิม หรือเรื่องใหม่ก็ได้ รวมไปถึง การติดตามการปฏิบัติตามมติเดิม ๆ ด้วย

3.6 มีการผลักดันไปสู่การปฏิบัติหลายช่องทาง ผลสำเร็จของ

สมาชิกสภาไม่ได้จบลงที่การประชุมจนได้มติหรือข้อเสนอเชิงนโยบาย ร่วมกันเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการขับเคลื่อนและผลักดันมติหรือ



ข้อเสนอเหล่านั้นไปสู่การปฏิบัติจนเป็นรูปธรรม ซึ่งอาจเกิดการปฏิบัติด้วยหลายช่องทาง เช่น ผ่านอำนาจหน้าที่หน่วยงานของรัฐในทุกระดับ ผ่านการดำเนินการโดยองค์กรภาคี ชุมชนต่างๆ และประชาชนเองด้วย ดังนั้นกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่หมุนไปจนถึงการปฏิบัติตามมติหรือข้อตกลงร่วม จึงถือเป็นหน้าที่ร่วมกันทั้งหมด ไม่ใช่ปล่อยให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดรับผิดชอบไปเท่านั้น

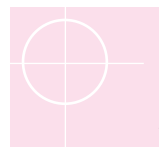
คุณลักษณะที่พึงประสงค์ทั้ง 6 ประการนี้ ไม่ใช่สูตรสำเร็จแบบตายตัว แต่เป็นกรอบการดำเนินงานที่สามารถประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทต่างๆ ได้ และจำเป็นต้องมีการพัฒนาต่อไปเรื่อยๆ

4. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทูทางสังคมที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว

ในช่วง 6-7 ปีก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติใช้อย่างเป็นทางการ การทดลองจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นการทดลองจัดเพื่อใช้เป็นทั้งกระบวนการพัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและเป็นการจัดเพื่อขับเคลื่อนประเด็นสาธารณะบางเรื่องร่วมกัน รูปแบบ และวิธีการมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปเรื่อยๆ จนกระทั่งเมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้รับการออกแบบและพัฒนา รูปแบบและกระบวนการค่อนข้างชัดเจนและเป็นระบบ มีแบบแผนและลักษณะเฉพาะของตัวเอง โดยมีการนำประสบการณ์และบทเรียนจากสมัชชาอนามัยโลกมาปรับใช้บางส่วนด้วย

จนถึงปัจจุบัน ถือได้ว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกลายเป็นการทำงานทางสังคมที่เป็นทูทางสังคมอย่างหนึ่งของประเทศไทย ที่เกิดขึ้นโดยคนไทย ดำเนินการเพื่อประโยชน์ของคนไทย สรุปลงสาระสำคัญได้ ดังนี้

1) มีคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ที่แต่งตั้งจาก คสช. เป็นรายปี ดูแลรับผิดชอบการจัดสมัชชาสุขภาพประจำปี มีการทำงานล่วงหน้าเป็นเวลานาน ประธานกรรมการเป็นได้ทั้งคนในและนอกวงการสาธารณสุขก็ได้ เป็นผู้ชายหรือผู้หญิงก็ได้ (ประธานปีที่ 1 และ 2 เป็นแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ประธานปีที่ 3 และ 4 เป็นนักวิชาการที่ไม่ใช่



คนในวงการสาธารณสุข และเป็นผู้หญิง) กรรมการทั้งหมดรวมประมาณ 40 คน มาจากทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาชน ภาคธุรกิจ และตัวแทนจากพื้นที่ระดับจังหวัด มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันทำหน้าที่ และมีคนใหม่เข้ามาทำงานแทนคนเก่าเพื่อเรียนรู้งานร่วมกันได้เป็นอย่างดี โดยสข. ทำหน้าที่เป็นเพียงกลไกเลขานุการดูแลงานด้านการบริหารจัดการเท่านั้น

2) มีการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการจัดสมัชชาสุขภาพเพื่อใช้เป็นกรอบกติกาและแนวทางในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพตลอดวงจรการทำงานทั้งปี โดยมีการทบทวนเพื่อปรับปรุงหลักเกณฑ์อย่างสม่ำเสมอทุกปี

3) มีการจัดหน่วยงาน องค์กร ภาคีต่างๆ เป็นกลุ่มเครือข่าย (constiency) เพื่อให้มีตัวแทนเข้าร่วมเป็นสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ชัดเจน ซึ่งกลุ่มเครือข่ายที่จัดมีทั้งกลุ่มเครือข่ายภาคพื้นที่ (แต่ละจังหวัดจัดเป็นหนึ่งกลุ่มเครือข่าย) กลุ่มเครือข่ายภาครัฐ (ทั้งภาคการเมืองระดับชาติ การเมืองระดับท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐต่างๆ) กลุ่มเครือข่ายภาควิชาการและวิชาชีพ และกลุ่มเครือข่ายภาคประชาชน (ทั้งภาคประชาสังคมและภาคธุรกิจ) ทำให้ทุกภาคส่วนมีที่ยืนและมีโอกาสส่งตัวแทนเข้าร่วมเป็นสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้เหมือนกัน ซึ่งแตกต่างจากสมัชชาอนามัยโลกที่มีแต่ตัวแทนภาครัฐของประเทศสมาชิกเท่านั้นที่เข้าร่วมสมัชชาฯ ได้

มีการทบทวนการจัดกลุ่มเครือข่ายเพื่อให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยยึดหลักการพยายามรวมภาคีต่างๆ เพิ่มเข้าเรื่อยๆ (inclusive) และมีการจัดกิจกรรมสร้างความเข้าใจและเตรียมความพร้อมของกลุ่มเครือข่ายต่างๆ เป็นประจำทุกปี และมีการพัฒนาวิธีการให้ดีขึ้นตลอดเวลา

4) มีการเปิดโอกาสให้องค์กร ภาค และกลุ่มเครือข่ายต่างๆ เสนอประเด็นที่ต้องการให้บรรจุเป็นระเบียบวาระในสมัชชาสุขภาพฯ ได้แล้วมีการพิจารณาประเด็นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม และมีเกณฑ์การ

แอสียออสัง แอสหนา สู่สมัชชาสุขภาพ ทควรรณที่ ๒



พิจารณาที่ชัดเจน เมื่อเลือกประเด็นได้แล้วก็มีกระบวนการทำงานทางวิชาการและการประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอทางนโยบาย แล้วส่งกลับไปให้กลุ่มเครือข่ายภาคีต่างๆ ให้ความเห็นเพื่อการปรับปรุงร่างข้อเสนอให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพฯ ซึ่งกระบวนการทำงานเหล่านี้มีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นทุกปีที่ผ่านมา

5) ประเด็นที่เสนอเข้าพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นได้ทั้งประเด็นเล็กหรือใหญ่ เป็นเรื่องประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขก็ได้ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการพัฒนาประเด็นสิ่งแวดล้อม ประเด็นทางเศรษฐกิจ หรือประเด็นอื่นๆ ที่มีผลกระทบกับสุขภาพก็ได้ทั้งสิ้น เพราะ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติได้ให้ความหมายเรื่องสุขภาพไว้อย่างกว้างว่าหมายถึง เรื่องของสุขภาพะ ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติบางปี มีการพิจารณาเรื่องที่อาจดูเหมือนว่าไม่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่จริงๆ แล้วมีผลกระทบต่อสุขภาพในทางอ้อม เช่น ข้อเสนอนโยบายการพัฒนาที่ยั่งยืน กรณีภาคใต้ ข้อเสนอการพัฒนานโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ เป็นต้น

6) ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดระบบการพิจารณาข้อเสนอทางนโยบายเพื่อแสวงหาฉันทามติร่วมกัน โดยไม่ใช่การเอาชนะคะคานด้วยเสียงข้างมาก แต่อาศัยการพูดคุยกันจนกว่าได้ข้อสรุปร่วมกัน ซึ่งกระบวนการพิจารณามตินี้ มีการประยุกต์วิธีการมาจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก โดยนำมาปรับใช้ให้เหมาะกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว

7) มีการจัดระบบการผลักดันให้ข้อเสนอทางนโยบายที่ได้จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเกิดผลในทางปฏิบัติด้วยหลายช่องทาง เช่น ผลักดันให้เป็นมติคณะรัฐมนตรี ผลักดันไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานของรัฐผลักดันไปสู่การปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร ชุมชน และภาคีต่างๆ และมีการติดตามผลการปฏิบัติตามมติเพื่อรายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและต่อสาธารณะเป็นระยะด้วย โดยมีการแต่งตั้ง



คณะกรรมการขึ้นมาทำหน้าที่สนับสนุน ผลักดัน และติดตามมติเป็นการเฉพาะด้วย

8) มีการประเมินผลการดำเนินงานทั้งแบบภายนอกและภายใน รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในระดับกรรมการ ระดับผู้ร่วมกระบวนการ และระดับผู้ปฏิบัติการ มีการสรุป วิเคราะห์ สังเคราะห์ บทเรียนและการจัดการความรู้ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีรูปแบบและกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะอันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว การดำเนินงานเหล่านี้ ยังมีความไม่สมบูรณ์อยู่มาก ทุกเรื่องจำเป็นต้องมีการปรับปรุง และพัฒนาไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

อนึ่ง การจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพตั้งแต่ช่วงมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมานี้ ได้มีการสรุปบทเรียนออกมาเป็นหลักการสำคัญในการทำงานไว้ 4 ประการ คือ

(1) **หลักการมีส่วนร่วม** ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคมที่เกี่ยวข้องในระดับที่เหมาะสม (ในมิติของเนื้อหา กระบวนการ และการจัดการ) อย่างมีศักดิ์ศรี ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ได้แก่ ฝ่ายการเคลื่อนไหวสังคม (ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน ชุมชน และสังคม) ฝ่ายสร้างองค์ความรู้ (ภาควิชาการและวิชาชีพ) ฝ่ายการเมืองและราชการ (ภาคการเมือง ภาคราชการทั้งส่วนกลาง และท้องถิ่น)

(2) **หลักยืดหยุ่น เปิดกว้างและหลากหลาย** ให้ความสำคัญกับกระบวนการ ขั้นตอน วิธีการต่างๆ แต่ก็ให้ความยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม โดยเปิดกว้างให้กับทุกภาคส่วนได้เข้าถึงสมัชชาสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ที่หลากหลายตามสภาพบริบทของแต่ละพื้นที่แต่ละประเด็น หรือตามพลวัต

เครือข่ายฯ หน้า ๘๘ หน้า ๘๘ **สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๕**



ของสังคม

(3) **หลักการเรียนรู้แลกเปลี่ยนอย่างบูรณาการ** ให้ความสำคัญกับการใช้สัมชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการสร้าง “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน” ของคนในสังคม โดยการร่วมกันคิดร่วมกันปฏิบัติ และเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน (Interactive learning through action) จนทุกฝ่ายร่วมกันเป็นเจ้าของหรือเป็นเจ้าของภาพรวมแบบพหุภาคี

(4) **หลักการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ** ให้ความสำคัญกับการทำงานบนฐานข้อมูล องค์ความรู้และภูมิปัญญา ผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะที่มีความชัดเจนและเป็นไปได้ สอดคล้องกับสถานการณ์หรือสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่แต่ละประเด็น อย่างเป็นพลวัต

5. สัมชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสัมชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หนทางยังยาวไกล

ช่วงก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีการทดลองสนับสนุนการจัดสัมชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสัมชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นหลายรูปแบบ แต่ทุกรูปแบบไม่มีการกำหนดให้จัดกลไกทำงานแบบถาวรตายตัว เพราะเกรงว่าจะเกิดปัญหาการผูกขาด และอาจมีการทำให้กระบวนการสัมชชาสุขภาพเป็นทางการหรือมีเจ้าของตายตัวมากเกินไป จึงอาศัยการทำงานกับภาคีเครือข่ายที่สนใจทำงานสาธารณะอยู่ก่อนแล้ว ไม่ว่าจะเป็ภาคีเครือข่ายที่ทำงานอยู่ในภาครัฐ ภาควิชาการ หรือเป็นภาคประชาสังคม ซึ่งผลที่เกิดตามมาก็คือ ความไม่แน่นอนของภาคีและของบุคคลที่รับผิดชอบ ความไม่ลึกซึ้งและเข้มข้นของการดำเนินงาน แต่ก็มีเครือข่ายภาคีส่วนหนึ่งที่จับงานสัมชชาสุขภาพอย่างมั่นคงและต่อเนื่องมาโดยตลอด คุณภาพของสัมชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสัมชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นจึงมีทั้งที่เข้มแข็ง และที่ลุ่มๆ ดอนๆ บางแห่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่บางแห่งหายไปเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นหลัก หรือเวทีรณรงค์กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ไป บางแห่งติดๆ ดับๆ ตามเวลาและเรี่ยวแรงของภาคีแกนนำในพื้นที่นั้นๆ





การสนับสนุนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สนใจ นำสมัชชาสุขภาพไปใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่น การสนับสนุนให้ชุมชนนำสมัชชาสุขภาพไปใช้เป็นกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ร่วมกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (เอชไอเอ) การสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นที่สนใจนำสมัชชาสุขภาพไปใช้เป็นกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพของพื้นที่ เป็นต้น

แนวทางเหล่านี้ อาจเป็นทิศทางการสนับสนุนที่น่าสนใจมากขึ้น สำหรับอนาคต

6. การยกระดับสมัชชาสุขภาพสู่การพัฒนาโยบายสาธารณะในงานที่ใหญ่กว่า

ในบรรดาการดำเนินงานที่เรียกว่า “สมัชชา” นับได้ว่าสมัชชาสุขภาพมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากที่สุด เป็นเพราะมีหน่วยงานที่ติดตามดูแลเป็นการเฉพาะ และมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นแรงหนุนที่เป็นทางการ

ดังนั้น เมื่อมีการก่อรูปกระบวนการขับเคลื่อนสังคมเพื่อการปฏิรูปประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2553 สมัชชาสุขภาพจึงถูกนำไปปรับใช้ เป็นเครื่องมือหนึ่งของการขับเคลื่อนดังกล่าว โดยเรียกชื่อใหม่ว่า “สมัชชาปฏิรูป” ซึ่งมีความหมายและสาระสำคัญทำนองเดียวกับกับสมัชชาสุขภาพ และเมื่อมีการจัดสมัชชาปฏิรูป (ประเทศไทย) ระดับชาติ ซึ่งได้ดำเนินการไปแล้ว 1 ครั้ง ก็ได้นำกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปปรับใช้ด้วย

สอดคล้องกับที่นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ผู้นำพรรคฝ่ายค้านในรัฐสภา (ในขณะนั้น) เคยกล่าวเชิงเสนอแนะไว้ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2551 ว่า

“การจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งประวัติศาสตร์นี้ เป็นผลพวงของการทำงานหนักและต่อเนื่องของหลายๆ ฝ่ายมาตลอดระยะเวลาเกือบ 10 ปี ...คุณค่าของกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้ ถือเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของความสำเร็จของสังคมไทย... ผมยังมี



ความคาดหวังว่า แบบอย่างของการจัดสมัชชาสุขภาพ จะถูกนำไปใช้ คลี่คลายปัญหาความขัดแย้งของสังคมในปัจจุบัน โดยเฉพาะความขัดแย้งทางการเมือง...”

7. การเชื่อมโยงกับสากล

แนวคิดเรื่องสมัชชาสุขภาพของไทยเป็นผลสืบเนื่องมาจากทิศทางการพัฒนาสุขภาพพระดับโลก เชื่อมโยงกับแนวคิดสำคัญ 4 เรื่อง คือ (1) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ที่ชี้แนะว่าควรให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับการ “สร้างนำซ่อม” (2) แนวคิดเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health) ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและการจัดการปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (3) แนวคิดเรื่องการให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพในนโยบายสาธารณะทุกเรื่อง (Health in All Policy) และ (4) แนวคิดการทำงานด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ผ่านการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly)

ประเทศไทยขานรับแนวคิดต่างๆ เหล่านี้มาจัดระบบ โครงสร้าง กลไก และกระบวนการที่เป็นของตัวเอง โดยคิดและทดลองทำกันเองอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานนับสิบปี หนึ่งในงานที่สำคัญนั้นก็คือ “สมัชชาสุขภาพ” ซึ่งรวมแนวคิดสำคัญทั้ง 4 ประการไว้ทั้งหมด

ในขณะที่ประเทศไทยลงมือทำงานนี้ มีการเชื่อมโยงกับเครือข่ายภาคต่างประเทศไปพร้อมๆ กันด้วย ไม่ว่าจะโดยการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิระดับโลก นักวิชาการ ผู้แทนองค์กรระหว่างประเทศเกี่ยวข้องมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมไปถึงการไปนำเสนอการดำเนินงานในแวดวงวิชาการ ในการประชุมนานาชาติและกับภาคีบางประเทศ ทั้งหมดนี้ก็เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน นำบางอย่างกลับมาพัฒนา



สมัชชาสุขภาพของเรา และอาจมีบางประเทศนำสมัชชาสุขภาพของไทยไป
ปรับใช้ตามสมควรได้ด้วย เป็นการเสริมซึ่งกันและกันอย่างเป็นธรรมชาติ

Innovation and participation for healthy public policy : the first National Health Assembly in Thailand

By Kumanan Rasanathan MBChB MPH FAFPHM, Tipicha
Posayanonda PhD, Maureen Birmingham DVM MPH and Viroj
Tangcharoensathien MD PhDs

Correspondence

Kumanan Rasanathan Department of Ethics, Equity, Trade and
Human Rights World Health Organization

Keywords : health policy, healthsystems, intersectoral action,
participation, Thailand

Abstract

Aim This paper aims to describe and disseminate the process
and initial outcomes of the first National Health Assembly
(NHA) in Thailand, as an innovative example of health policy
making.

Setting The first NHA, held in December 2008 in Bangkok,
brought together over 1500 people from government agencies,
academia, civil society, health professionals and the private
sector to discuss key health issues and produce resolutions to
guide policy making. It adapted the approach used at the
World Health Assembly of the World Health Organization.

Method Findings are derived from a literature review,

เครือข่ายหลัก แลพหน้า **คู่มือสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒**



document analysis, and the views and experiences of the authors, two of whom contributed to the organization of the NHA and two of whom were invited external observers.

Results Fourteen agenda items were discussed and resolutions passed. Potential early impacts on policy making have included an increase in the 2010 public budget for Thailand's universal health coverage scheme as total public expenditure has decreased; cabinet endorsement of proposed Strategies for Universal Access to Medicines for Thai People; and establishment of National Commissions on Health Impact Assessment and Trade and Health.

Discussion The NHA was successful in bringing together various actors and sectors involved in the social production of health, including groups often marginalized in policy making. It provides an innovative model of how governments may be able to increase public participation and intersectoral collaboration that could be adapted in other contexts. Significant challenges remain in ensuring full participation of interested groups and in implementing, and monitoring the impact of, the resolutions passed.

doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00656.x

2011 Blackwell Publishing Ltd Health Expectations. The World Health Organization retains copyright and all other rights in the manuscript of this article as submitted for publication.

วิจัยสุขภาพ และ หน้า ๑๑ **ฉบับสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒**



แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามชาติ

Mr. Md. Akramul Haque, Chief Executive Officer, DASCOH, Bangladesh มาร่วมเรียนรู้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 แล้วเขียนรายงานเผยแพร่ในเอกสารเผยแพร่ของ Asian Health Institute, Japan, Series no.87, May 2011 ส่วนหนึ่งเขียนว่า

“Lessons from National Health Assembly

...I learned from the NHA about how to support intersectoral action among civil societies, private sector, academia, professional sector, politician, and government sector in developing Healthy Public Policies together for a better healthy society. I also realized the importance of increasing the awareness and the level of commitment by all partners at all levels in driving healthy public policy through the participatory process of NHA, which creates ownership and support in policy execution. Indeed, it is prime to pursue extensive and long-term capacity building of all partners through the strong evidence based process of NHA, which moves forward to policy reform commission. It has been recommended to disseminate the participatory healthy public policy development process as a best practice of Thailand to the developing countries. International observer participants may select from neighboring Asian countries comprising government, private sector and civil society to replicate the learning in their concern countries. For observer participants, one-day orientation by the NHC is more effective to understand in depth the whole long process of the NHA. One-day field visit may add to understand the health program of Thailand.”

เครือข่ายพลัง แลกผลมาสู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒



Institutionalizing participation in Brazil and Thailand

“Brazil and Thailand are two countries that have shown impressive improvements in health and reductions in health inequities over the last twenty years. They have also been at the forefront of increasing public participation in policy-making.....

In Thailand, civil society assemblies over the last decade have led to the institutionalization of the National Health Assembly, held annually (as mandated by the new National Health Act) since 2008. It brings together over 1500 people from government agencies, academia, civil society, health professionals and the private sector to discuss key health issues and produce resolutions to guide policy making, adapting the machinery used at the WHO World Health Assembly. Policy impacts from Assembly resolutions have included protection of health budgets for universal health coverage, endorsement of strategies for universal access to medicines, and establishment of National Commissions on Health Impact Assessment and Trade and Health...”

Further information can be found at <http://en.nationalhealth.or.th/>

More information on the Brazilian and Thai experiences can be found by consulting the following publications: Cornwall A, Shankland A. Engaging citizens: lessons from building Brazil’s national health system. Soc Sci Med. 2008; 66: 2173-84. Rasanathan K, Posayanonda T, Birmingham M,

เครือข่ายวิจัย แลสุขภาพ สหประชาชาติ ๒



Tangcharoensathien V. Innovation and participation for healthy public policy: the first National Health Assembly in Thailand. *Health Expect.* 2011 doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00656.x.

(World Conference on Social Determinants of Health (WCSDH): Technical Paper page 20)

สู่อนาคตที่ดียิ่งกว่า

จากบทเรียนรู้อ้างต้น ยังมีรายละเอียดปลีกย่อยอีกมาก ซึ่งทุกเรื่องจำเป็นต้องมีการพิจารณาสำหรับการพัฒนาการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ 2 ต่อไป

ต่อไปนี่คือการสังเคราะห์บทเรียนในภาพรวมเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ ดังนี้

1. โอกาส

สมัชชาสุขภาพไม่ใช่เรื่องที่แยกออกมาโดดๆ แต่สมัชชาสุขภาพดำรงอยู่ในสังคมซึ่งอยู่ในท่ามกลางโอกาสดีต่างๆ ได้แก่

1.1) เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน เกี่ยวข้องกับทุกคนและทุกภาคส่วน ดังนั้น การพัฒนาสมัชชาสุขภาพในฐานะเป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการมีสุขภาพเสีย จึงเป็นเรื่องของทุกคน และทุกภาคส่วนสามารถเข้าร่วมได้ทั้งสิ้น

1.2) สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือทางสังคมที่มีแนวคิดและแนวทางสอดคล้องกับทิศทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งสังคมกำลังตื่นตัวและเรียกร้องการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และสอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพดี นำการซ่อมสุขภาพเสีย

เสถียรภาพ และหน้า สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒



การพัฒนาสมัชชาสุขภาพจึงเป็นงานที่สอดคล้องกับทิศทางของสังคม จึงน่าจะได้รับการขานรับและร่วมมือจากทุกภาคส่วนมากขึ้นตามลำดับ

1.3) สมัชชาสุขภาพมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติรองรับอย่างเป็นทางการ มีกลไกรับผิดชอบหลักทั้ง คสช. และ สช. มีการบริหารจัดการและติดตามสนับสนุนอย่างเป็นทางการ จึงมีความชอบธรรมในการสนับสนุนให้สมัชชาสุขภาพพัฒนาก้าวหน้าและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนและสังคมต่อไป ไม่ขาดตอน

2. ภาวะคุกคาม

ในท่ามกลางความเป็นไป อาจมีบางอย่างที่เป็นภาวะคุกคามหรือมีผลกระทบต่อการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ ได้แก่

2.1) บางภาคส่วนในสังคม ได้แก่ ภาครัฐ และภาควิชาการ/วิชาชีพ มีเครื่องมือ ช่องทาง หรือกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเดิมอยู่แล้ว เช่น ช่องทางการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านระบบการเมืองแบบตัวแทน ผ่านระบบราชการ ผ่านระบบการเจรจาต่อรอง เป็นต้น ดังนั้น ส่วนหนึ่งของผู้ที่อยู่ในภาคส่วนเหล่านั้นอาจไม่เห็นความสำคัญของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านสมัชชาสุขภาพ จึงอาจสนใจเข้ามามีส่วนร่วมน้อย หรือไม่สนใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วม

2.2) อาจมีภาคส่วนมีทัศนคติว่า สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของภาคประชาชนในการเคลื่อนไหวเพื่อมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ และบางส่วนอาจไม่คุ้นเคยกับกระบวนการทำงานที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ต้องมีการปรึกษาหารือ มีการถกเถียง รับผิดชอบ แลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และความคิดกันและกันอย่างเสมอกัน ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันแบบแนวราบ จึงอาจเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่สนใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วม

2.3) นโยบายสาธารณะบางเรื่อง que พัฒนาผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพอาจไปกระทบกับผลประโยชน์ของคนบางกลุ่มบางหมู่ จนก่อให้เกิดแรงต้านได้

เครือข่ายพลัง แสวงหา สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๕



3. จุดแข็ง

3.1) สมัชชาสุขภาพมีพัฒนาการต่อเนื่องมาเป็นเวลา 10 ปี มีองค์ความรู้ที่ชัดเจนเพิ่มขึ้นตามลำดับ ทั้งในเรื่องของแนวคิด เป้าหมาย แบบแผน กระบวนการ และวิธีการทำงาน มีผู้เข้าร่วมกันพัฒนาและร่วมเรียนรู้ไปพร้อมๆ กันเป็นจำนวนมาก สามารถต่อยอดบทเรียนการพัฒนาต่อไปได้เรื่อยๆ ถ้ามีการสนับสนุนและมีการเชื่อมโยงการทำงานอย่างต่อเนื่อง

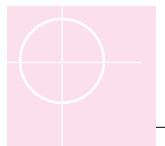
3.2) การพัฒนาสมัชชาสุขภาพมีความหลากหลาย ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีระบบและแบบแผนการทำงานชัดเจน สามารถพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมได้ดีขึ้นเรื่อยๆ และนโยบายที่ได้ก็มีการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติเป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งมีการดำเนินงานที่หลากหลายทั้งในแง่ระดับการดำเนินงาน และในแง่การใช้เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และในแง่การใช้ไปเพื่อขับเคลื่อนประเด็นสาธารณะต่างๆ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่จึงถูกนำไปใช้กับงานที่หลากหลายออกไปตามลำดับ

สิ่งเหล่านี้คือทุนที่สามารถใช้สำหรับการพัฒนาต่อยอดไปได้เรื่อยๆ

3.3) กระบวนการสมัชชาสุขภาพ มุ่งสานพลังความร่วมมือทุกภาคส่วนเข้าด้วยกันตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพื่อร่วมกันทำเรื่องยากให้สำเร็จ ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานที่มุ่งสันติ แสวงหาความสมานฉันท์ ไม่เป็นปฏิปักษ์กับใคร จึงเป็นจุดแข็งอีกข้อหนึ่งของสมัชชาสุขภาพ

4. ความท้าทาย

4.1) การเข้าร่วมใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพทุกประเภท ยังมีความไม่สมดุลของ 3 ภาคส่วน โดยภาพรวมภาคประชาชนมีความกระตือรือร้นเข้าร่วมใช้และร่วมพัฒนาสมัชชาสุขภาพมากที่สุด



การดำเนินงานในทศวรรษต่อไป จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจกับองค์กรภาคีในทุกภาคส่วนให้ลึกมากขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน เห็นประโยชน์ เข้าร่วมใช้ และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สมัชชาสุขภาพให้เพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยเรื่องนี้จำเป็นต้องวางยุทธศาสตร์ และแผนการทำงานอย่างปรารถนิต

4.2) การเข้าร่วมใช้สมัชชาสุขภาพในทุกประเภทที่ผ่านมา ยังมีคำถามถึงเรื่องความเป็นตัวแทนของกลุ่มภาคีเครือข่าย ว่ามีความเป็นตัวแทนมากน้อยเพียงใด หรือยังเป็นการเข้าร่วมในลักษณะส่วนบุคคล หรือไม่ชัดเจน เช่น เป็นข้าราชการ หรือนักวิชาการ หรือบุคคลจากองค์กรต่างๆ มาร่วม แต่ต้นสังกัดไม่ทราบ ไม่ได้ส่งมา

เรื่องนี้ไม่มีสูตรสำเร็จตายตัวเหมือนแนวทางประชาธิปไตยแบบตัวแทน เพราะกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นงานขับเคลื่อนสังคมในแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม จึงต้องระวังการติดกับดักเรื่องความเป็นตัวแทนอย่างตายตัว จึงควรให้การเป็นตัวแทนเป็นไปอย่างหลวมๆ แต่ไม่ปล่อยให้การเข้าร่วมใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล หรือมีความคลุมเครือมากเกินไป โดยควรมีการทบทวนหลักการ มีการกำหนดหลักเกณฑ์ กติกา และมีแบบแผนที่อธิบายได้ชัดเจนมากขึ้น

ซึ่งการพัฒนาสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 3 ครั้งล่าสุดที่ผ่านมา ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ค่อนข้างมาก สามารถนำมาปรับใช้กับการพัฒนาสมัชชาสุขภาพประเภทอื่นๆ ได้

4.3) การพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งเป็นทั้งกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมไปพร้อมๆ กัน ที่ผ่านมา คสช. และ สช. ทำหน้าที่สนับสนุนให้กลุ่มบุคคลหรือองค์กรพหุภาคีที่สนใจ รับเป็นแกนหรือกลไกบริหารจัดการ ไม่มีการกำหนดหน่วยงานหรือองค์กรรับผิดชอบตายตัว เพื่อให้เกิดการผูกขาด อีกทั้งมีข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการที่ไม่สามารถทำ



เช่นนั้นได้ และมีการสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนา ศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องควบคู่กันไปด้วย

จากบทเรียนที่ผ่านมา พบว่า กลไกการจัดการยังมีความเป็น ธรรมชาติสูง มีการเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอน เพราะมีงานอื่นต้องทำเป็นหลัก อยู่แล้ว บางส่วนยังขาดความชัดเจนในหลักคิด ความรู้ความเข้าใจ และ ทักษะการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่งเรื่องนี้มีผลกระทบต่อความ สำเร็จของการใช้สมัชชาสุขภาพให้เกิดประโยชน์อย่างดีที่สุด

เรื่องนี้เป็นความท้าทายต่อการพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในทศวรรษต่อไป ซึ่งจำเป็นต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์และยุทธวิธีที่ เหมาะสม โดยต้องคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่

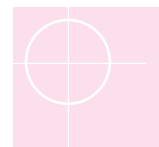
- การกำหนดกลไกพหุภาคี แกนบริหารจัดการที่เป็นกึ่งทางการ มีความถาวรในระดับหนึ่ง ซึ่งจะสามารถส่งมอบประสบการณ์ องค์ความรู้ และสมรรถนะในการพัฒนางานให้ก้าวหน้าได้อย่างต่อเนื่อง

- การสนับสนุนทรัพยากร องค์ความรู้ การบริหารจัดการ การ พัฒนาศักยภาพและอื่นๆ เพื่อให้กลไกพหุภาคีทำงานได้อย่างเข้มแข็งและ ต่อเนื่อง

- การพัฒนาศักยภาพให้เกิดแกนนำการบริหารจัดการที่ สามารถเป็น “นักสานพลังและนักจัดการ” (Synergizer and Manager) และเป็น “ผู้เอื้ออำนวยกระบวนการพัฒนานโยบาย” (Process and Policy Facilitator : PPF) ที่มีคุณภาพ ซึ่งนอกจากจะเป็นผลดีต่อการ พัฒนาสมัชชาสุขภาพแล้ว ยังเป็นการพัฒนาคนให้มีความสามารถสำหรับ การทำงานพัฒนาสังคมด้านอื่นๆ ไปพร้อมๆ กันด้วย

- ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรภาคีในพื้นที่ต่างๆ เข้าใจ เห็นความสำคัญ และนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับการ พัฒนานโยบายสาธารณะอื่นๆ เพิ่มขึ้นด้วย

4.4) การพัฒนาการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อใช้เป็น กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ยังไม่กว้างขวางและ





เข้มแข็ง มีองค์กรหรือหน่วยงานนำไปใช้ประโยชน์ไม่มากนัก ยังจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจและสนับสนุนให้กว้างขวางและเข้มแข็งยิ่งขึ้น

4.5) การพัฒนาสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง แต่ก็มีเรื่องที่ควรคำนึงถึง ได้แก่ การพัฒนาความร่วมมือของทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอนของสมัชชาสุขภาพฯ การพัฒนาคุณภาพการทำงานในทุกขั้นตอนของกระบวนการสมัชชาสุขภาพฯ การพัฒนาความรู้สึกรับรู้เป็นเจ้าของสมัชชาสุขภาพฯ และการพัฒนาระบบสนับสนุน ติดตาม และผลักดันมติหรือข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพฯ ให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

4.6) เนื่องจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นพัฒนาการทางสังคมที่เป็นนวัตกรรม ตลอดเวลาที่มีการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ เกิดความรู้ใหม่ที่ได้จากการปฏิบัติ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา จึงควรมีการสนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ เพื่อถอดบทเรียนด้วยวิธีการต่างๆ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็ผลดีต่อการพัฒนาสมัชชาสุขภาพโดยรวมได้มากขึ้น

4.7) การนำแนวคิดและแนวทางของสมัชชาสุขภาพไปปรับใช้ เป็นเครื่องมือหนึ่งของการขับเคลื่อนงานปฏิรูปประเทศไทยซึ่งเป็นงานที่ใหญ่และยากมาก เป็นความท้าทายที่สูงขึ้นไปอีกระดับหนึ่ง ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพกระบวนการสมัชชาปฏิรูปอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดผลดีต่อประเทศชาติอีกมาก และจะทำให้สังคมได้บทเรียนในการทำงานทางสังคมที่สลับซับซ้อนและยากเพิ่มขึ้นอีกด้วย



ส่งท้าย

การพัฒนาสมัชชาสุขภาพ เป็นแบบฝึกหัดทางสังคมที่เรียนลัดไม่ได้ เป็นเส้นทางเลือกอีกสายหนึ่งสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เป็นการทำงานเพื่อมุ่งป้องกัน ลด และขจัดปัญหา ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมหาชน โดยมีหลักการสำคัญ คือ การสร้างสุขภาพดี นำการซ่อมสุขภาพเสีย ด้วยกระบวนการทัศน์ใหม่และเครื่องมือใหม่ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติของสังคม เป็นเสมือนการเดินทางไกลไปด้วยกัน (long journey) ที่มีเป้าหมายปลายทางอยู่ไกลมาก (far destination) จึงยังต้องร่วมกันเดิน ร่วมกันปฏิบัติ ร่วมกันทดลอง อย่างอดทน และมุ่งมั่น ทำไปเรียนรู้ไป ปรับไป พัฒนาไป โดยยึดหลักการ มีความเป็นระบบ มีแบบแผน แต่ยืดหยุ่นได้

เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งของการพัฒนานโยบายสาธารณะ และการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

10 ปีที่ผ่านมา นับเป็นเพียงก้าวแรกที่สมัชชาสุขภาพได้สร้างประโยชน์แก่สังคม และสร้างสมประสบการณ์จนกลายเป็นบทเรียนรู้ของสังคมได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งจะต้องมีก้าวที่สอง ก้าวที่ควรจะแข็งแรงและมั่นคงกว่าเดิมต่อไป

ปัจจุบันและอนาคตช่วงต่อจากนี้ไป โลกกำลังก้าวเข้าสู่ภาวะเลื่อนไหล ทุกอย่างมีความไม่แน่นอนสูง (Chaotic World) ระบบ โครงสร้าง กลไก และกระบวนการต่างๆ ที่มีความแข็งตัว และดำเนินงานบนแนวทางแบบเดิมๆ อย่างตายตัว จะเริ่มทำงานได้ผลน้อยลง หรือทำงานไม่ได้ผลการทำงานต่างๆ จึงต้องมีความไวต่อการปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา

การพัฒนาสมัชชาสุขภาพจึงไม่มีสูตรสำเร็จ หรืออ้างอิงทฤษฎีใดตำราใดได้อย่างเบ็ดเสร็จ ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติของ



คนจำนวนมาก ทำให้เกิดประสบการณ์ที่กลายเป็นความรู้ใหม่อยู่เสมอ และต้องการการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง หยุดไม่ได้

เพราะความสำเร็จวันนี้ อาจกลายเป็นความล้มเหลวไปได้ในเวลาอันรวดเร็ว และความไม่สำเร็จวันนี้ ก็อาจกลายเป็นความสำเร็จในวันข้างหน้าได้เช่นกัน

เช่นเดียวกับจุดแข็งในวันนี้ อาจกลายเป็นจุดอ่อนในวันหน้า และจุดอ่อนในวันนี้ ก็อาจกลายเป็นจุดแข็งขึ้นมาได้ การเฝ้าติดตามเอาใจใส่ต่อการเปลี่ยนแปลง การขบคิด และการพัฒนาอย่างไม่หยุดนิ่ง จะเป็นสิ่งประกันความสำเร็จ และเป็นเครื่องป้องกันความล้มเหลวไปพร้อมๆ กัน

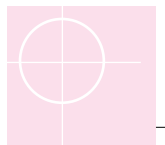
องค์การอนามัยโลกจัดสมัชชาอนามัยโลกมาเป็นปีที่ 64 แล้ว ส่วนสมัชชาสุขภาพของประเทศไทยเริ่มอย่างไม่เป็นทางการมาได้ 10 ปี และดำเนินการอย่างเป็นทางการมาได้เพียง 4 ปี

สมัชชาสุขภาพจึงยังมีอนาคตที่ต้องพัฒนาไปอีกยาวไกล ซึ่งการเดินทางไกลเช่นนี้ ในระหว่างทางที่เดินไป ควรรู้จักชื่นชมและมีความสุขกับความสำเร็จ แม้เพียงเล็กน้อย เพื่อเป็นกำลังใจสำหรับการเดินทางในก้าวที่ยากขึ้นต่อไป



เอกสารอ้างอิง

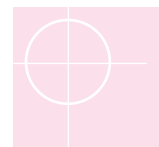
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. (2546). **สมัชชาสุขภาพระดับภาค/เฉพาะประเด็น ร่วมคิด ร่วมสร้างเส้นทางสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ สามดี พรินติ้ง อีควิปเมนท์.
- วิพุธ พูลเจริญ, สมบัติ เทศกุล, นาวิณ โสภากุมิ และคณะ. (2548). **รายงานการศึกษากระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะของสมัชชาสุขภาพ**.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สหพัฒนาไพศาล.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2550). **ปฏิรูปสุขภาพ : ปฏิรูปชีวิตและสังคม (เล่ม1)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มนัสฟิล์ม.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2550). **ปฏิรูปสุขภาพ: ปฏิรูปชีวิตและสังคม (เล่ม2)**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : มนัสฟิล์ม.
- เดชรัต สุขกำเนิด, ศุภกิจ นันทะวรการ, วิภาว ชื่นชิต และคณะ. (2552). **อนาคตระยะของเส้นทางสู่สังคมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คุณาไทย.
- บัญญัติ แก้วส่อง และคณะ. (2552) **รายงานการประเมินผลสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551**.
- มาโนช พรหมสิงห์, กาญจนา ทองทั่ว, ธีรพล อ้นมัย และคณะ. (2552). **ก้าวอย่างและทางเดิน (1) เรื่องเล่าจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ พัลลิสซิ่ง.
- ศิริธร อรไชย, สุรศักดิ์ บุญเทียน, ชญาดา ฟักน่วม. (2552). **ก้าวอย่างและทางเดิน (2) เรื่องเล่าจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ พัลลิสซิ่ง.



- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เจ เอส การพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). รายงานสานพลัง 1. รายงานประจำปี พ.ศ. 2551.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สหพัฒนไพศาล.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2552). **การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ปิยอนต์ พัลลิสซิ่ง.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2552). **สาระจากการบรรยายการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ปิยอนต์ พัลลิสซิ่ง.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2552). **ปฏิรูปสุขภาพ: ปฏิรูปชีวิตและสังคม (เล่ม3)**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- จารึก ไชยรักษ์ และวิสุทธิ บุญญะโสภิต. (2553). **จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างไร แนวทาง (Guideline) การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : วีกิ.
- ชาคริต โภชะเรือง และ ถนอม ชุนเพ็ชร. (2553). **คืนชีวิต...ให้ทะเล กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราชเพื่อการอนุรักษ์ทรัพยากรชายฝั่งอย่างยั่งยืน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : วีกิ.
- ชาคริต โภชะเรือง และ ถนอม ชุนเพ็ชร. (2553). **เมล็ดพันธุ์สมิหลา กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : วีกิ.



- บัญญัติ แก้วส่อง, อมร สุวรรณนิมิตร, กนกศักดิ์ แก้วเทพ และคณะ. (2553). รายงานการประเมินผลสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2552. ปภาวี ไชยรักษ์ และวิสุทธิ บุญญะโสภิต. (2553). ผลิดอก ออกผล 2553: สรุปผลการประชุมตามระเบียบวาระที่ 12 เรื่อง รายงานการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : วีกิ. พนมศักดิ์ เอมอยู่. (2553). กว่าทศวรรษ : วิชชาสมัชชาสุขภาพจังหวัด พิจิตร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : วีกิ. วิสุทธิ บุญญะโสภิต, จารึก ไชยรักษ์, นาดยา แทนนิล และคณะ. (2553). สมัชชาสุขภาพ เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โอวิทย์. สุรศักดิ์ บุญเทียน และศิริธร อรไชย. (2553). การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ : หลักคิดเพื่อการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : วีกิ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553). รายงานสานพลัง 2. รายงานประจำปี พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศรีเอทมายด์. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553). รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศิริวัฒนา อินเตอร์พรีนท์. อภิญญา ตันทวิวงศ์. (2553). รู้จัก และ เข้าใจสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น กรณีศึกษา สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ที คิว พี.



เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ. (2554). เอกสารประกอบการประชุม
เชิงปฏิบัติการ “สรุปบทเรียนการจัดสมัชชาปฏิรูประดับชาติครั้งที่
ที่ 1 พ.ศ. 2554”. เรื่อง ผลเบื้องต้นการประเมินสมัชชาปฏิรูป
ระดับชาติครั้งที่ 1 และข้อเสนอต่อการขับเคลื่อนระยะต่อไป. วันที่
11 มิถุนายน 2554 โรงแรมเดอะ ไทค์ รีสอร์ท บางแสน ชลบุรี.

ศุภวัธย์ พลายน้อย และคณะ. (2554). ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์.
โครงการวิจัยการประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่ง
ชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553. เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานปฏิรูป (สปร.). (2554). เอกสารประกอบการประชุม. เรื่อง สรุป
ผลการถอดบทเรียนการจัดสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 1.
เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554). (ร่าง) รายงานสาน
พลัง 3. รายงานประจำปี พ.ศ. 2553. เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554). รวมมติและข้อเสนอ
จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพฯ : ศิริวัฒนา อินเตอร์พรีนซ์.

Sen A. (15 Jan 2010). *The art of med.* Learning. *The Lancet*
Vol 377, 200-201.

Haqve Md. and Cargarilla – Parungao M. (May 2011). **Here and
there.** *The Third Annual Health Assembly of Thailand.*
Asian Health Institute Japan Series No. 87. (13-18).



