



ປຼຶຽນສຸຂກາພ  
ປຼຶຽນຜິວຕແລະສັງຄມ

## ๑

## แผนการปฏิรูป ประเทศไทย

“การขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทย  
ยากยิ่งกว่าเข็นครกขึ้นภูเขา...  
เหมือนพากันเดินทางไกล...  
กว่าจะเห็นผลต้องใช้เวลาานมาก”

ประเทศไทยมีพัฒนาการมายาวนาน แต่ก็มีปัญหาเกี่ยวกับหลักคิดในการพัฒนาและมีปัญหาเชิงโครงสร้างหมักหมมมาเป็นเวลานานเช่นกัน ยิ่งพัฒนาไปก็ยิ่งทำให้ช่องว่างในสังคมมีมากขึ้น ความเหลื่อมล้ำมีมากขึ้น ในทุกเรื่อง ทุกมิติ ความเป็นธรรมน้อยลง การพัฒนาเอาเงินเป็นตัวตั้ง ให้ความสำคัญกับสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และการอยู่ร่วมกันน้อย เร่งให้ปลาใหญ่กินปลาเล็ก โครงสร้างบริหารประเทศก็รวมศูนย์อำนาจ เหนียวแน่น ชุมชนท้องถิ่นที่เคยพึ่งตนเองได้กลับล่มสลาย อ่อนแอลง

๕ - ๖ ปีมานี้ ประเทศไทยต้องประสบกับวิกฤตความขัดแย้งทางการเมืองรุนแรงและเรื้อรังเรื่อยมา มีผลกระทบไปทุกหย่อมหญ้า ประเด็นความเหลื่อมล้ำ ความไม่เป็นธรรม ดังกึกก้องไปทั่ว คนจน คนเล็กคนน้อย ที่ถูกกระทำจากกฎเกณฑ์กติกาที่ไม่เป็นธรรม ไม่หยุดนิ่งเฉยอีกต่อไป

สังคมเรียกร้องให้มีการปฏิรูปประเทศไทย ซึ่งเป็นการปฏิรูปเชิงโครงสร้าง หมายถึงการปรับเปลี่ยนหลักคิด ระบบ กฎเกณฑ์ กติกาสำคัญๆ เพื่อให้การพัฒนาประเทศเป็นไปเพื่อประโยชน์ของคนส่วนใหญ่อย่างแท้จริง ลดการผูกขาดอำนาจ เพิ่มอำนาจประชาชน ชุมชนและท้องถิ่นให้มากขึ้น เพื่อที่จะสามารถจัดการตนเองได้อย่างแท้จริง



ปฏิรูปประเทศ... นายแพทย์ ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย นายแพทย์ ชาญวิทย์ เกษตรศิริ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ นายแพทย์ ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ร่วมหารือกับผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

■ จาก นสพ.สยามรัฐ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๓

หลังวิกฤตการเมืองเมื่อเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๓ มีการเรียกร้องให้มีการขับเคลื่อนเพื่อปฏิรูปประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้รับมอบหมายให้จัดการประชุมปรึกษาหารือกับตัวแทนภาคส่วนต่างๆ เมื่อวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๓ ที่อิมแพค เมืองทองธานี มีผู้เข้าร่วมประชุมจากทุกภาคส่วนประมาณ ๕๐๐ คน มี **อาจารย์ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม** เป็นประธาน

ที่ประชุมมีข้อเสนอต่อการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศเชิงเนื้อหา รวม ๗ ข้อ คือ การปฏิรูป

- (๑) ความเหลื่อมล้ำในทุกด้าน
- (๒) ปัญหาการจัดสรรทรัพยากร
- (๓) ปัญหาการศึกษาเรียนรู้เพิ่มวิถีคิดการมองภาพการพัฒนาที่ยั่งยืน
- (๔) ปัญหาเด็กและเยาวชน
- (๕) ปัญหาการบริหารราชการแผ่นดิน
- (๖) ปัญหาการเมืองการปกครอง และ



■ จากนสพ. มติชน ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๓



■ คุณอนันท์ ปันยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรี ■ ศ.นพ.ประเวศ วะสี

(๗) การปฏิรูปสื่อ

ข้อเสนอเชิงกลไกและกระบวนการทำงาน ได้แก่

- (๑) ยึดแนวทางการทำงาน ๕ ส. คือ สันติภาพ สามัคคี สัตยาบรรณ สื่อสาร และส่วนร่วม
- (๒) เปิดพื้นที่ให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในทุกระดับ
- (๓) จัดกลไกที่เน้นการมีส่วนร่วมโดยรัฐบาลทำหน้าที่ให้การสนับสนุน
- (๔) เสนอให้นายกรัฐมนตรีเชิญผู้ใหญ่ในบ้านเมืองมาช่วยคิดและช่วยดูแลการขับเคลื่อนการปฏิรูป ได้แก่ นายอนันท์ ปันยารชุน นพ.ประเวศ วะสี นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม ม.ร.ว.อดิชน รพีพัฒน์ และ นายบัณฑิต อ่อนด้า เป็นต้น

“คนในสังคมปัจจุบันมักคุ้นเคยกับการใช้สมองส่วนหลัง คือการต่อสู้อาชนะ อยากให้กลับมาใช้สมองส่วนหน้า คือใช้ปัญญาให้มากขึ้น เพราะไม่มีปัญหาอะไรที่แก้ไม่ได้ ทุกอย่างสามารถแก้ได้ด้วยคนไทยกันเอง รัฐบาลควรสนับสนุนให้สังคมเข้ามาช่วยกันทำงานขับเคลื่อนการปฏิรูปอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลไม่ควรทำเอง เพราะจะกลายเป็นประเด็นทางการเมืองไปเสียหมด” ศ.นพ.ประเวศ วะสี

การประชุมปรึกษาหารือกันครั้งนี้ นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) เข้าร่วมฟังการสรุปผลการประชุมด้วย

รุ่งขึ้น (วันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๓) ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) นายกรัฐมนตรีได้มอบหมายให้ สช.ทำหน้าที่ประสานงานกับ สศช.และ สสส.พิจารณาเสนอว่าควรจัดกลไกทำงานนี้ อย่างไรจึงจะสอดคล้องและเหมาะสมกับที่ประชุมเสนอแนะไว้ โดยให้เสนอ ภายใน ๑ สัปดาห์ ในขณะที่เดียวกัน นายกรัฐมนตรีก็ได้เดินทางไปพบกับ *ท่านอานันท์ และอาจารย์ประเวศ* เพื่อเชิญมาช่วยทำงานสำคัญเรื่องนี้

ผมรีบประสานกับนายกรัฐมนตรีและผู้ใหญ่ทั้งสองท่าน ในที่สุดก็ได้ ความเห็นร่วมกันว่า ให้รัฐบาลออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการ ปฏิรูปประเทศไทย ตั้งคณะกรรมการอิสระขึ้นมา ๒ ชุด เพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อน เรื่องนี้ โดยให้ สช.ตั้งหน่วยงานขึ้นมาภายในเพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยเลขานุการ ให้กับคณะกรรมการทั้งสองชุด กำหนดให้มีเวลาทำงานต่อเนื่อง ๓ ปี แม้ว่า รัฐบาลจะพ้นหน้าที่ไปเมื่อใดก็ตาม การทำงานของคณะกรรมการตามระเบียบนี้ ก็ยังมีการดำเนินต่อไปได้โดยไม่สะดุดหยุดตัวลง

การออกแบบกลไกการทำงานครั้งนี้ อาศัยประสบการณ์สมัยเริ่ม ขับเคลื่อนงานปฏิรูประบบสุขภาพ เมื่อปี ๒๕๔๓ ที่มีการออกระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพ ตั้งคณะกรรมการปฏิรูป ระบบสุขภาพ (คปรส.) ขึ้นมาทำงาน ๓ ปี โดยให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ขึ้นมาเป็นหน่วย เลขานุการนั่นเอง

ผมรีบต้นร่างระเบียบสำนักนายฯ จาก *คุณหมอกฤษดา เรืองอารีย์- รัชต์* ผู้จัดการ สสส. ซึ่งได้ยกวางไว้เป็นเบื้องต้นแล้ว เนื่องจากก่อนหน้านั้น

ทางสสส. ได้ขยับทำงานเรื่องการปฏิรูปประเทศไทยอยู่แล้ว โดยจัด **“เวที ปฏิรูปประเทศไทย”** เชิญผู้รู้ด้านต่างๆ มาคุยกันถึงแนวทางการปฏิรูป ประเทศไทยทุกวันอังคาร สัปดาห์เว้นสัปดาห์มาก่อน เป็นเวลาพิเศษแล้ว

เราเร่งปรับปรุงร่างระเบียบสำนักนายฯ โดยปรึกษากับท่านอานันท์ฯ และอาจารย์ประเวศฯ และท่านนายกรัฐมนตรีไปพร้อมๆ กัน จนสามารถ จัดทำร่างระเบียบสำนักนายฯ ดังกล่าวเสร็จในเวลา ๑ สัปดาห์ เสนอนายก ธิบดีมนตรีให้ความเห็นชอบหลักการ และเสนอ ครม. เมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๓ แล้วส่งไปสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา ผมตามไปชี้แจง ที่กฤษฎีกาด้วย และในที่สุด ครม.ก็เห็นชอบระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูป พ.ศ.๒๕๕๓ เมื่อวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๓ โดยผมรับร่าง ที่ ครม.ให้ความเห็นชอบแล้วนั้น มาปรับรายละเอียดตามที่ ครม. แนะนำ อีกเล็กน้อย แล้วเสนอนายกรัฐมนตรีลงนามเมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๓ แล้วส่งไปประกาศในราชกิจจานุเบกษาทันทีในวันรุ่งขึ้น (วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๓)

**ระเบียบสำนักนายฯ ดังกล่าว ให้นิยามของการปฏิรูปว่า หมายถึง การใดๆ ที่กระทำโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ และโครงสร้างในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบคุณค่าของสังคม ระบบการ จัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ระบบภาษีและการเงินการคลัง ระบบ เศรษฐกิจ ระบบการศึกษา ระบบยุติธรรม ระบบการเมือง ระบบราชการ ระบบการสื่อสาร ระบบสุขภาพ ระบบสวัสดิการสังคม และระบบอื่นๆ เพื่อ นำไปสู่การเพิ่มสุขภาวะ ความเข้มแข็งและความเป็นธรรมในสังคม**

กำหนดให้ตั้งคณะกรรมการขึ้น ๒ ชุด ชุดแรกเรียกว่า คณะกรรมการ ปฏิรูป (คปร.) นายกรัฐมนตรีแต่งตั้ง *ท่านอานันท์ ปันยารชุน* อดีตนายก- ธิบดีมนตรี เป็นประธาน จากนั้นประธานได้แต่งตั้งกรรมการจำนวน ๑๙ คน



■ อาจารย์เสกสรรค์ ประเสริฐกุล

■ คุณพงศ์ไพยม วาศภูติ

■ อาจารย์บัณฑิต อ่อนดำ

เข้าร่วมทำงาน ได้แก่ นายเสกสรรค์ ประเสริฐกุล ม.ร.ว.อคิด รพีพัฒน นายสมชัย ฤชุพันธุ์ พระไพศาล วิสาโล คุณหญิงกษมา วรวรรณ ณ อยุธยา นางปราณี ทินกร แม่สมปอง เวียงจันทร์ อาจารย์นิธิ เอียวศรีวงศ์ เป็นต้น โดยแต่งตั้ง ดร.เดชรัต สุขกำเนิด เป็นเลขานุการของ คปร. ร่วมกับผู้อำนวยการ สปร. คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่คือ

(๑) กำหนดยุทธศาสตร์ แนวทาง มาตรการ และกระบวนการต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิรูป

(๒) จัดทำข้อยุติและข้อเสนอแนะต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิรูปเสนอต่อ สาธารณชนและภาครัฐ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

(๓) ประสานงานกับคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป ในการให้ได้มา ซึ่งข้อมูล ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของสาธารณชนเกี่ยวกับการปฏิรูป

(๔) ประสานงานกับคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป ในการสนับสนุน ติดตาม ผลักดันการขับเคลื่อนของสาธารณชนและภาครัฐต่อการปฏิรูป ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

(๕) แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะประเด็นหรือเฉพาะด้าน คณะอนุ- กรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่คณะ



■ แม่สมปอง เวียงจันทร์

■ ดร.เดชรัต สุขกำเนิด

■ ท่านวิทย์ รายนานนท์

กรรมการปฏิรูปมอบหมาย

ท่านอานันท์ฯ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือ เพื่อการปฏิรูป มีท่านวิทย์ รายนานนท์ เป็นประธาน ช่วยทำหน้าที่ประสาน และสนับสนุนการทำงานของ คปร. ได้เป็นอย่างดี

คณะกรรมการชุดที่ ๒ มีชื่อว่า คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) นายกรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ นพ.ประเวศ วะสี เป็นประธาน จากนั้นประธาน ได้แต่งตั้งกรรมการอีก ๒๗ คน เข้าร่วมทำงาน โดยแต่งตั้ง นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ เลขานุการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นเลขานุการของประธาน และทำหน้าที่หัวหน้าคณะทำงานวิชาการเพื่อสนับสนุนการทำงานของ คสป. อีกด้วย กรรมการชุดนี้มีหน้าที่

(๑) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูป ตลอดจนสนับสนุนการสื่อสารทางสังคม เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้รับรู้ เข้าใจ และเข้าร่วมในการปฏิรูปอย่างกว้างขวาง

(๒) ดำเนินการให้ได้มาซึ่งข้อมูล ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของ สาธารณชนเกี่ยวกับการปฏิรูป

(๓) จัดให้มีสมัชชาปฏิรูประดับชาติ และสนับสนุนให้มีการจัดสมัชชา



■ คุณปริดา คงเป็น

■ คุณเรวดี  
ประเสริฐเจริญสุข■ รศ.นิพนธ์  
พั่วงคงคร■ ท่านอดีตผู้ว่าราชการ  
จังหวัด สมพร  
ใช้บางยาง■ คุณเบติพร จันทรทัต  
ณ อยุรยา

■ ดร.วณิ ปิ่นประทีป

ปฏิรูปเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น ตามความจำเป็นและเหมาะสม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูป

(๔) ประสานงานกับคณะกรรมการปฏิรูป ในการสนับสนุน ติดตาม ผลักดันการขับเคลื่อนของสาธารณชนและภาครัฐต่อการปฏิรูปให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

(๕) แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะประเด็นหรือเฉพาะด้าน คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปมอบหมาย

ท่านอานันท์เรียกคณะกรรมการ ๒ ชุดนี้ ว่าเป็น **“แฝดอินจัน”** คือ ต้องทำการสอดประสานเป็นหนึ่งเดียวกัน แยกจากกันเด็ดขาดไม่ได้

การแต่งตั้งกรรมการ คสป. พิจารณาคณะที่มีการทำงานขับเคลื่อนประเด็นทางสังคมต่างๆ หรือขับเคลื่อนงานของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ มีการทำงานเป็นเครือข่ายอยู่ก่อนแล้ว โดยพยายามให้มีกรรมการที่มาจากหลากหลายภาคส่วนของสังคม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวของสังคมอย่างต่อเนื่องไปพร้อมๆ กัน

สำหรับ สช.ได้จัดตั้งหน่วยงานภายในขึ้นมาใหม่ เพื่อทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการให้กับคณะกรรมการทั้งสองชุด และช่วยสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดสมัชชาปฏิรูป ในฐานะที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะที่เน้นการมีส่วนร่วมมาเป็นเวลา ๑๐ ปีแล้ว โดย สช. จัดทำระเบียบเพื่อจัดตั้ง **“สำนักงานปฏิรูป” (สปร.)** ขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการบริหาร ประกาศออกมาใช้บังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๓

การประสานงานต่างๆ กับหลายๆ ฝ่ายอย่างเร่งด่วนในเวลาจำกัด เช่นนี้ ผมมี **คุณเบติพร จันทรทัต ณ อยุรยา** รองเลขาธิการ คสช. เป็นตัวช่วยที่สำคัญ งานสำเร็จลงด้วยความเรียบร้อย

ผมไปขอยืมห้องทำงานที่ตึก ๑๐ ชั้น ของสถาบันบาราศณศาตร์ ซึ่ง สวรส.เช่าไว้ มาเป็นที่ทำการชั่วคราวของ สปร. และในขณะที่ยังหาตัวผู้อำนวยการ สปร.ไม่ได้ ผมได้ไปชวน **ดร.วณิ ปิ่นประทีป** ผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานกับเครือข่ายภาคต่างๆ ทั่วประเทศมาเป็นเวลานานกว่า ๑๐ ปี ซึ่งเมื่อตอนเริ่มงานปฏิรูประบบสุขภาพที่ สปรส. เมื่อปี ๒๕๔๓ **ดร.วณิ**ก็เคยมาช่วย



■ คุณพัชรา อุบลสวัสดิ์

■ คุณปนัดดา ขาวสะอาด

ผมทำงานนี้ในระยะเริ่มต้น ให้มาช่วยทำหน้าที่รักษาการผู้อำนวยการ สปร. ไปพลางก่อน ซึ่งเธอก็ตั้งใจทำงานได้อย่างเต็มที่ และเห็นคเห็น้อยมาก สามารถประสานสนับสนุนการทำงานของ คปร.และ คสป.ได้เป็นอย่างดี ส่วนที่มงานก็ได้ข้าราชการบางคนมาช่วยงานได้แก่ *คุณพัชรา อุบลสวัสดิ์* จากกระทรวง พม. และ *คุณปนัดดา ขาวสะอาด* จากกรมควบคุมโรคมาช่วย และรับเจ้าหน้าที่ใหม่อีกส่วนหนึ่ง โดย สช.ส่งทีมงานบางคนมาช่วยงานด้วย ได้แก่ *ดร.สุรศักดิ์ บุญเทียน คุณภาคย์ สมมาตร* เป็นต้น



โลโก้ สปร.ออกแบบโดย *คุณหมอ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์* ที่เคยออกแบบ โลโก้ สปร.ส.ให้เมื่อ ๑๐ ปีก่อน โลโก้นี้แสดง ถึงพลังทางปัญญาของผู้คนทั้งสังคมที่ร่วมกันฝ่าทะเลออกจากกรอบวิธีคิด วิธีปฏิบัติ และโครงสร้างทางสังคมที่เป็นอยู่ เพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงจิตสำนึก โครงสร้างความสัมพันธ์และกฎกติกาของสังคมแบบใหม่ ที่มีความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำ

การที่ สช.ได้รับมอบหมายภารกิจพิเศษให้จัดองค์กรใหม่ขึ้นมาทำหน้าที่สนับสนุนการปฏิรูปประเทศไทยในครั้งนี้ ถือว่าเป็นบทบาทที่ สช.ควรภาคภูมิใจ เหตุผลที่ถูกเลือกให้ทำหน้าที่นี้ น่าจะเป็นเพราะ สช.มีประสบการณ์ทำงานเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพมาก่อน ตั้งแต่เป็น สปรส.เมื่อ ๑๐ ปีก่อน และทำงานนี้เรื่อยมาจนเป็น สช.ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน และอีกเหตุผลหนึ่งก็คือ สช.เป็นองค์กรของรัฐที่ไม่ใช่ราชการ ทำงานได้อย่างยืดหยุ่นและคล่องตัว อีกทั้งยังอยู่ในกำกับของนายกรัฐมนตรีโดยตรง ทำให้สามารถเชื่อมโยงการทำงานกับฝ่ายบริหารได้โดยสะดวกด้วย

เราได้ช่วยกันยกร่างแผนการทำงาน ๓ ปี ให้ คปร.และ คสป.พิจารณา แล้วก็เสนอนายกรัฐมนตรีพิจารณาเสนอ ครม. โดยขอให้รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณตลอด ๓ ปี ประมาณ ๕๖๕ ล้านบาท เพื่อการทำงานทางวิชาการ การประชุม การจัดและสนับสนุนการจัดสมัชชาปฏิรูปเพื่อเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เน้นการมีส่วนร่วม การจัดเวทีสาธารณะรูปแบบอื่นๆ รวมทั้งการสื่อสารทางสังคมด้วย

ครม.รับทราบแผนงาน ๓ ปี และอนุมัติงบกลางให้ใช้สำหรับปี ๒๕๕๔ จำนวน ๑๘๗ ล้านบาท เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๓ ในช่วงนั้นมีสื่อมวลชนบางคนโจมตีว่า คปร. คสป. และ สปร.ใช้งบประมาณมากเกินไป แถมยังกล่าวหาว่ามีการไปของงบประมาณจากหน่วยงานอื่นอีกด้วย ซึ่งเป็น การกระทำที่ไม่โปร่งใส

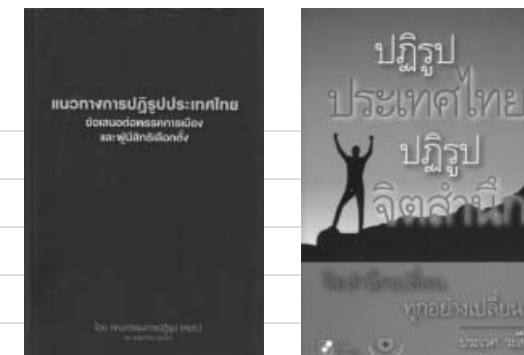
ดร.วณี รักษาการ ผอ.สปร.พยายามชี้แจงทำความเข้าใจกับสื่อมวลชน และผมก็ต้องออกมาช่วยชี้แจงด้วย





■ ผลงานสำคัญต่างๆ ส่วนหนึ่งของ คปร.

ผมเขียนบทความชื่อว่า “งบประมาณสปร. ไม่มีอะไรในกอไผ่” ให้ข้อมูลกับสื่อมวลชนว่า ในโครงการของ สปร. ที่เขียนว่า นอกจากงบประมาณที่ขอสนับสนุนจากรัฐบาลแล้ว ยังมีเงินที่หน่วยงาน องค์กรภาคีต่างๆ ที่ร่วมทำงานขับเคลื่อนงานปฏิรูปอีกด้วยนั้น หมายความว่า งานปฏิรูปประเทศไทยไม่ใช่ทำโดยคณะกรรมการ ๒ ชุดนี้เท่านั้น ยังมีองค์กรและภาคีต่างๆ ร่วมทำ โดยใช้เงินของเขาเองอีกเป็นจำนวนมาก ที่เขียนประมาณการอยู่ในแผนงานนี้ เป็นการประมาณการอย่างคร่าวๆ ซึ่งเงินเหล่านั้นเป็นเงินที่หน่วยงาน องค์กร ภาคีต่างๆ มีของเขาเอง และใช้ของเขาเอง เช่น สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) และสภาพัฒนาการเมือง ใช้งบประมาณของหน่วยงานตนเองไปสนับสนุนการจัดเวทีสาธารณะให้ภาคประชาชนเข้าร่วมคิดร่วมขับเคลื่อนขบวนการปฏิรูปประเทศไทย หรือที่ สสส.สนับสนุนการจัดเวทีปฏิรูปประเทศไทย (ซึ่งจัดมาก่อนหน้านี้เป็นปีแล้ว) หรือที่ สช. สนับสนุนการจัดสัมมนาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการปฏิรูปประเทศไทย ซึ่งทั้งหมดนี้ แต่ละองค์กรใช้งบประมาณของตนเอง สปร. ไม่ได้ไปของบประมาณจากหน่วยงานอื่นมาใช้แต่อย่างใด



■ ผลงานสำคัญต่างๆ ส่วนหนึ่งของ คปร.

การเขียนแผนงานที่มีการประมาณการเงินที่หน่วยงานต่างๆ ใช้ไว้ด้วย ก็เพื่อแสดงให้เห็นว่าการทำงานปฏิรูปไม่ใช่มีแค่ว่า คปร. และ คสป. ทำเท่านั้น ทำให้สื่อมวลชนส่วนหนึ่งเข้าใจผิดไปว่า สปร. ของงบประมาณทั้งจากรัฐบาลและจากหน่วยงานอื่นๆ พร้อมกัน ซึ่งที่จริงก็ได้ระบุคำอธิบายไว้ในหมายเหตุชัดเจนแล้ว

เหตุการณ์นี้ อาจารย์ประเวศ ให้กำลังใจว่า “การทำงานใหญ่ที่มีผลกระทบวงกว้าง ก็ยอมมีทั้งคนที่เข้าใจและไม่เข้าใจเป็นธรรมดา เราต้องอดทน และให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เพราะถ้าเรามีเจตนาทำดี ทำถูกต้อง เพื่อส่วนรวม ความจริงก็เป็นความจริงวันยังค่ำ สิ่งที่เราควรทบทวนเพื่อเป็นบทเรียน คือ การเขียน การสื่อสารอะไรออกไป ต้องระมัดระวังความเข้าใจผิดไว้ด้วยเสมอ”

การขับเคลื่อนงานของ คปร. และ คสป. เป็นไปอย่างอิสระ มีความคืบหน้าไปตามลำดับ คปร. มีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญๆ ออกมาหลายเรื่อง



■ ผลงานสำคัญต่างๆ ส่วนหนึ่งของ คปร.

ในส่วนของ คสป.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน จำนวน ๑๔ คณะ ได้แก่

- (๑) คณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูป
- (๒) คณะกรรมการเครือข่ายองค์กรชุมชนเพื่อการปฏิรูป
- (๓) คณะกรรมการเครือข่ายผู้ใช้แรงงานเพื่อการปฏิรูป
- (๔) คณะกรรมการเครือข่ายพลังสตรีเพื่อการปฏิรูป
- (๕) คณะกรรมการเครือข่ายพลังเยาวชนเพื่อการปฏิรูป
- (๖) คณะกรรมการเครือข่ายผู้พิการเพื่อการปฏิรูป
- (๗) คณะกรรมการเครือข่ายผู้เสียโอกาส คนจนเมือง และกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อการปฏิรูป
- (๘) คณะกรรมการเครือข่ายภาคธุรกิจเพื่อการปฏิรูป
- (๙) คณะกรรมการเครือข่ายอุดมศึกษาเพื่อการปฏิรูป
- (๑๐) คณะกรรมการสื่อสารเพื่อการปฏิรูป
- (๑๑) คณะกรรมการการจัลดสรทรัพยากรเพื่อความเป็นธรรม
- (๑๒) คณะกรรมการความยุติธรรมกับการปฏิรูป
- (๑๓) คณะกรรมการเครือข่ายศิลปินเพื่อการปฏิรูป

(๑๔) คณะกรรมการเครือข่ายปฏิรูปเพื่อคุณภาพชีวิตเกษตรกร

มีการขับเคลื่อนงานอย่างหลากหลายรูปแบบ เช่น คณะกรรมการการจัลดสรทรัพยากรเพื่อความเป็นธรรม และคณะกรรมการเครือข่ายผู้เสียโอกาส คนจนเมือง และกลุ่มชาติพันธุ์เพื่อการปฏิรูป จัดสมัชชาปฏิรูปเฉพาะประเด็น : **“การปฏิรูปโครงสร้างการจัดการที่ดินและทรัพยากร”** เมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ โรงแรมรามการ์เด้นส์ กทม. ผลการประชุมมีข้อเสนอตามประเด็นต่างๆ ได้แก่ การปฏิรูปโครงสร้างการจัดการที่ดิน การปฏิรูปโครงสร้างการจัลดสรทรัพยากรทะเลและชายฝั่ง การปฏิรูปโครงสร้างการจัลดสรน้ำและลุ่มน้ำ การปฏิรูปโครงสร้างการจัลดสรเมืองแร่ การสร้างและคืนความเป็นธรรมให้กับประชาชนในกรณีที่ดินและทรัพยากร เป็นต้น

คณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูปและองค์กรต่างๆ จัดสมัชชาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูป เมื่อวันที่ ๒ - ๓ มีนาคม ๒๕๕๕ ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กทม. ประกอบด้วย คณะกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนแห่งชาติ คณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูป สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ได้มีมติ ๔ ข้อ ในการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการปกครองท้องถิ่น เพื่อสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพื่อนำเสนอฝ่ายนโยบายต่อไป ประกอบด้วย

- (๑) ด้านกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ
- (๒) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ



■ บางส่วนของหนังสือเผยแพร่

(๓) ด้านการเงินการคลังท้องถิ่น

(๔) ด้านการจัดความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับท้องถิ่น เป็นต้น

นอกจากนี้ คสช.ยังได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาปฏิรูป (คจสป.) มี **คุณหมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นประธาน ได้ออกหลักเกณฑ์วิธีการจัดสมัชชาปฏิรูประดับชาติ สมัชชาปฏิรูปเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาปฏิรูปเฉพาะประเด็น เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการทำงาน และมีการจัดสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๑ ในเดือนมีนาคม ๒๕๕๕

สมัชชาปฏิรูป มีความหมายว่า กระบวนการทางสังคมที่ให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชนและชุมชน ภาคธุรกิจ ภาควิชาการ และภาครัฐ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างหลากหลายและกว้างขวาง บนฐานของปัญญา ความรู้ และความสมานฉันท์ โดยมีการจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การมีข้อเสนอเชิงนโยบายให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณากำหนดเป็นนโยบายสาธารณะสำหรับการปฏิรูปประเทศไทย



■ คุณหมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ



■ คุณศิรินา ปวีโรฬารวิทยา



■ คุณแอนนุ ชื้อสุวรรณ

สมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๑ จัดขึ้นเมื่อวันที่ ๒๔ - ๒๖ มีนาคม ๒๕๕๕ ที่อิมแพค เมืองทองธานี มีตัวแทนจากกลุ่มภาคีเครือข่ายจำนวน ๒๓๔ กลุ่มเครือข่าย เข้าร่วม รวมประมาณ ๘๐๐ คน มีการพิจารณาให้ความเห็นชอบมติสำคัญรวม ๘ เรื่อง ประกอบด้วย

- (๑) การปฏิรูปการจัดสรรทรัพยากรที่ดินอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน
- (๒) การปฏิรูปโครงสร้างการจัดการทรัพยากรทะเลและชายฝั่ง
- (๓) การคืนความเป็นธรรมให้แก่ประชาชนกรณีที่ดินและทรัพยากร
- (๔) การปฏิรูประบบประกันสังคมเพื่อความเป็นธรรม
- (๕) การสร้างระบบหลักประกันในการดำรงชีพและระบบสังคมที่สร้างเสริมสุขภาวะแก่ผู้สูงอายุ
- (๖) การสร้างสังคมที่คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน
- (๗) การปฏิรูปการกระจายอำนาจเพื่อสร้างเสริมและพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม และ
- (๘) ศิลปวัฒนธรรมกับการสร้างสรรค์และเยียวยาสังคม



■ รศ.ดร.ชินอุทัย  
กามจนจิตตรา

■ คุณดวงพร เฮงบุญ-  
พันธ์ แกนนำสำคัญใน  
การจัดตลาดนัดปฏิรูป

■ คุณจาดูร อภิชาติบุตร

ประสานงานพื้นที่เกี่ยวกับงานปฏิรูปอีกด้วย ทำให้ สปร.มีทีมงานรวมทั้งสิ้น  
เกือบ ๓๐ คน โดยยังคงทำงานกันอยู่ที่อาคาร ๑๐ ชั้นของสถาบันปราชญ์  
นราดรุณเช่นเดิม

สำหรับการทำงานของ คปร.นั้น เมื่อนายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์  
เวชชาชีวะ) ประกาศยุบสภา เพื่อจัดให้มีการเลือกตั้งทั่วไปใหม่ ท่านอานันท์  
บันยารชุน ได้ขอลาออกจากตำแหน่งประธาน คปร. ตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤษภาคม  
๒๕๕๔ เพื่อรอให้รัฐบาลใหม่พิจารณาเรื่องนี้ต่อไป ก็เป็นอันว่า คปร.ได้ยุติ  
บทบาทตั้งแต่นั้น

ในส่วนของการสนับสนุนการขับเคลื่อนการปฏิรูปในระดับพื้นที่ ผมได้  
รับมอบหมายจากอาจารย์ประเวศ วะสี ให้ทำหน้าที่ประสาน ชวนองค์กร  
หลัก ได้แก่ สสส. สปสช. สกว. พอช.และ สพม. มาร่วมกันคิดว่าจะช่วยกัน  
ดูแลสนับสนุนการเคลื่อนไหวในระดับพื้นที่อย่างไร และได้มีการแบ่งพื้นที่  
กันดูแลเพื่อช่วยกันสนับสนุนให้เกิดกลไกประสานการบูรณาการเพื่อการ  
ปฏิรูปในระดับจังหวัด เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวในพื้นที่ทั่วประเทศ  
อีกทางหนึ่งด้วย



■ เวทีเตรียมความพร้อมสมัชชาปฏิรูประดับพื้นที่  
ในวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๔

นอกจากนี้ สปร. โดย คจสพ.ได้สนับสนุนการจัดสมัชชาปฏิรูป  
เฉพาะพื้นที่ในระดับจังหวัด ทั่วประเทศในระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน  
๒๕๕๔ เพื่อให้จังหวัดได้มีกระบวนการพิจารณาข้อเสนอต่อการปฏิรูป  
ที่เชื่อมโยงกับข้อเสนอที่ผ่านการพิจารณาของสมัชชาปฏิรูประดับชาติ  
ที่ผ่านไปแล้ว (ขับเคลื่อนมติฯเคลื่อน) พิจารณาร่างข้อเสนอที่จะเข้าสู่การ  
พิจารณาของสมัชชาปฏิรูประดับชาติปี ๒๕๕๕ และพิจารณาข้อเสนอทาง  
นโยบายที่อยู่ในความสนใจของพื้นที่เองด้วย

เมื่อมีรัฐบาลใหม่ ภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี (นางสาวยิ่งลักษณ์  
ชินวัตร) เข้ามาบริหารประเทศตั้งแต่วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๔ สปร.ได้ทำ  
เรื่องสรุปรายงานการปฏิรูปทั้งหมดให้ทราบเพื่อขอรับนโยบายและขอรับการ  
สนับสนุน แต่จนถึงขณะปิดต้นฉบับ (มกราคม ๒๕๕๕) ยังไม่มีสัญญาณใดๆ  
จากรัฐบาลใหม่



## รุปรธรรม ธรรมนูญสุขภาพ

“มีชุมชนท้องถิ่นหลายแห่ง  
นำเอาแนวคิดเรื่องธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ  
ไปจัดทำเป็นธรรมนูญสุขภาพของพื้นที่  
เพื่อกำหนดเป็นกรอบนโยบาย  
การพัฒนาสุขภาพะของท้องถิ่น  
โดยท้องถิ่น เพื่อกท้องถิ่นของเขาเอง”

ในหนังสือเล่มที่ ๓ ผมเขียนเล่าเรื่องเกี่ยวกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไว้ว่า มีการจัดทำเสร็จเรียบร้อยแล้ว ครม.เห็นชอบแล้ว รายงานสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเรียบร้อยแล้ว มีชุมชนบางแห่งนำแนวคิดเรื่องนี้ไปใช้จัดทำธรรมนูญสุขภาพของชุมชนตนเองแล้วด้วย

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือกำหนดกรอบทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติ กำเนิดขึ้นตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๒๕ ที่กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ที่ครอบคลุมองค์ประกอบของสุขภาพทั้งระบบ โดยกระบวนการจัดทำ เน้นทั้งการทำงานทางวิชาการควบคู่ไปกับการเปิดให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้ามีส่วนร่วมที่หลากหลายด้วย

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรกนี้ ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๒ มีสาระสำคัญ ๑๒ หมวด จำนวน ๑๑๑ ข้อ โดยให้มีการทบทวนเป็นระยะๆ อย่างน้อยทุก ๕ ปี เพื่อให้สอดคล้องกับ



■ แผนยุทธศาสตร์ของ สวรส.

■ นพ.สมศักดิ์ ชุมศรีรัมย์

สถานการณ์ระบบสุขภาพของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป โดยธรรมชาติแล้วด้วยระบบสุขภาพฯ นี้ มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐ และทุกภาคส่วนในสังคม สามารถนำไปใช้อ้างอิงในการทำงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ (social reference)

นี้เวลาผ่านไปอีก ๒ ปี แม้ว่ารัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพที่เกิดขึ้นจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้จะไม่เป็นที่กล่าวถึงกันมากนัก เพราะเป็น “งานเย็น” แต่ก็มีส่วนออกดอกออกผลตามมาพอสมควร ซึ่งอาจมองได้ ๒ ระดับ คือ ระดับชาติ หรือมหภาค กับระดับพื้นที่ หรือจุลภาค

ในระดับมหภาค มีสิ่งที่เกิดขึ้น ได้แก่

- สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาระบบสุขภาพและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และกระทรวงสาธารณสุขได้นำสาระสำคัญของรัฐธรรมนูญฯ ไปพิจารณาประกอบการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้นำรัฐธรรมนูญฯ ไปเป็นกรอบอ้างอิงส่วนหนึ่งในการทำแผนพัฒนาที่เกี่ยวกับ

- ในหมวดที่ ๑๐ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารด้านสุขภาพ ข้อ ๙๔ ระบุว่า “ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำหนดทิศทาง และนโยบายการพัฒนากระบวนการข้อมูลด้านสุขภาพ บริหารนโยบาย ติดตามดูแล และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ”

สช.ได้ร่วมกับสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO) ภายใต้ สวรส. ดำเนินการให้มีการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนา ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๖๒ เพื่อใช้เป็นกรอบในการ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในภาพรวมของประเทศ จากนั้นก็มีการจัด สัมมนาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมให้ข้อคิดเห็นต่อร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ แล้วปรับปรุงเสนอ คสช. พิจารณาให้ความเห็นชอบ เพื่อเตรียมเสนอต่อ ครม. โดย คสช.ได้แต่งตั้ง คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติขึ้นมาชุดหนึ่ง มี นพ.สมศักดิ์ ชุมศรีรัมย์ ผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ทำหน้าที่ดูแลและ บริหารให้เกิดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ รวมถึงกำหนดข้อตกลง ร่วมกันในการดำเนินงานให้เกิดกลไกหลักด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เช่น การกำหนดมาตรฐานด้านข้อมูล การเข้าถึง เชื่อมโยง แลกเปลี่ยนข้อมูล การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ดัชนีชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ต่อมา คณะกรรมการชุดนี้ได้กำหนดประเด็นหลักในการทำงานเบื้องต้นไว้ ๔ ประเด็น ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพ การพัฒนากฎหมายและระเบียบ ที่จำเป็นด้านข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ และการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ ขณะนี้งานทั้งหมดอยู่ระหว่างการดำเนินการ ซึ่งคงจะมีผลเป็นรูปธรรมเกิดขึ้นในเวลาไม่ช้า

• ในหมวด ๑๒ การเงินการคลังด้านสุขภาพ ข้อ ๑๑๑ ได้กำหนดไว้ว่า “ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติ ทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ติดตามประเมินผล รวมถึงสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ”

ประกอบกับความห่วงกังวลเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายในด้านสวัสดิการรักษายาบาลของราชการที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบ คือ ระบบสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ จึงมีฉันทมติเรื่อง “**ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น**” โดยกำหนดให้มีการปรับปรุงประสิทธิภาพและการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบบริหารระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ร่วมกันจัดทำแผนปฏิรูปหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุก ๕ ปี และมีการทบทวนการทำงานทุก ๑ ปี เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มประสิทธิภาพระหว่างระบบหลักประกันทั้ง ๓ ระบบ

ต่อมา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงร่วมกับ สช.ได้เสนอให้รัฐบาลออก “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓” ตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (คพคส.) ขึ้นมาทำหน้าที่พัฒนาและให้ข้อเสนอแนะ และให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีในการจัดทำข้อเสนอ



■ นพ.เทียม อังสาชน



■ ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา

เพื่อการพัฒนากระบวนการเงินการคลังด้านสุขภาพ ที่สามารถจัดการกับภาระทางการเงินการคลังด้านสุขภาพ เพื่อให้ระบบมีความยั่งยืนในระยะยาว คณะกรรมการชุดนี้มีนายกรัฐมนตรีนายกรัฐมนตรีทำหน้าที่เป็นประธาน มีการตั้ง “**สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ หรือ สพคส.**” ขึ้นภายใต้ สวรส. ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการ มีอายุการทำงานไม่เกิน ๓ ปี (นับตั้งแต่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๓) มี *คุณหมอเทียม อังสาชน* อดีตผู้อำนวยการ รพศ.สระบุรี ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการ

คณะกรรมการชุดนี้ได้ กำหนดกรอบเป้าหมายการดำเนินการไว้ว่า “ประเทศไทยมีระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ และมีระบบการเงินการคลังด้านบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาค มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส มีส่วนร่วมและมีความยั่งยืน รวมทั้งผสมผสานระบบบริการสาธารณสุขผสมผสาน ที่มีคุณภาพ มีความเสมอภาค มีความต่อเนื่อง มีส่วนร่วมและมีประสิทธิภาพ” และเห็นชอบกรอบการทำงานโดยสรุป คือ ในระยะสั้น (๓ ปี) จะสนับสนุนให้มีกลไกกลางในการบริหารจัดการร่วมที่สำคัญและจำเป็น ได้แก่ กลไกกลางในการจ่ายเงินตามกลุ่มโรค การจ่ายเงินคืนย้อนกลับให้หน่วยบริการ การกำหนดมาตรฐาน

กลางข้อมูลบริการสุขภาพ การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านบริการสุขภาพ และการตรวจสอบระบบการเรียกเก็บเงินและการจ่ายเงิน ส่วนในระยะยาวได้กำหนดเป้าหมายการทำงานให้มีภาพระบบบริการสุขภาพ และระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ประกอบด้วย สัดส่วนวงเงินงบประมาณเพื่อสุขภาพ แหล่งที่มาของเงิน การจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการและพื้นที่ พร้อมยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพระดับชาติ รวมถึงภาพระบบสนับสนุนระบบสุขภาพอื่นๆ เช่น ระบบข้อมูลสารสนเทศ บริการสุขภาพ ระบบการประเมินความคุ้มค่าในการตัดสินใจเลือกใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ระบบการกำหนดสิทธิประโยชน์กลาง และระบบการกำกับกำกับการอภิบาลระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพในภาพรวม โดยจะทำการศึกษาและพัฒนาข้อเสนอทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเงินการคลัง ด้านสุขภาพ (Financial for Health) และการเงินการคลังเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข (Health Care Financing)

มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ ๒ ชุด ได้แก่ คณะอนุกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ มี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน ทำหน้าที่เป็นกลไกหลักจัดทำร่างเป้าหมาย ขอบเขตการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของคณะกรรมการฯ และพัฒนาข้อเสนอระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพตลอดจนยุทธศาสตร์การพัฒนาเพื่อนำไปสู่ระบบที่พึงประสงค์ โดยใช้การพัฒนาองค์ความรู้เป็นฐาน เพื่อพัฒนาสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายเสนอฝ่ายนโยบายพิจารณาอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง และคณะอนุกรรมการพัฒนาเทคโนโลยีด้านสังคมและการสื่อสารสาธารณะ มีนายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธาน ทำหน้าที่พัฒนาระบบกลไกการสื่อสารทางสังคมทุกรูปแบบ วิธีการและช่องทางที่หลากหลาย

เพื่อให้ทุกภาคส่วนรับรู้ เข้าใจถึงกระบวนการทำงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนการเข้าร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบด้วย

นี่ก็เป็นผลพวงเชิงกลไกที่สำคัญที่เกิดมาจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ ส่วนผลงานที่เป็นรูปธรรมข้างหน้าจะออกมาอย่างไร ก็คงต้องติดตามดูกันต่อไป

- เมื่อวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๓ คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) มีมติให้ปรับปรุงนโยบายส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมสุขภาพ ขยายขอบข่ายการส่งเสริมการลงทุนประเภทกิจการโรงพยาบาลให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยให้เรียกเป็น “ประเภทกิจการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล” และให้ประเภทกิจการดังกล่าวครอบคลุมประเภทส่งเสริมรวม ๕ กิจการ ได้แก่

- ๑) กิจการโรงพยาบาล (ปรับจากเดิมที่กำหนดให้ต้องมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนไม่น้อยกว่า ๕๐ เตียง เป็นกำหนดให้ต้องมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกินกว่า ๓๐ เตียงขึ้นไป)

- ๒) กิจการเวชศาสตร์ฟื้นฟู

- ๓) ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง

- ๔) ศูนย์บริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ

- ๕) กิจการโลจิสติกส์ เพื่อการรักษาพยาบาล

ปรากฏว่ามติดังกล่าวไม่สอดคล้องกับความในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ในหมวดที่ ๖ ว่าด้วย การบริการสาธารณสุข และการควบคุมคุณภาพ ข้อ ๔๓ วรรคสอง “การบริการสาธารณสุขต้อง



เป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และรัฐควรสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก โดยไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ” และข้อ ๕๑ “รัฐไม่พึงให้การสนับสนุนหรือให้สิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ” และ หมวด ๑๒ ว่าด้วย การเงินการคลังด้านสุขภาพ ข้อ ๑๐๖ ที่ว่า “ให้รัฐจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่มาจากแหล่งเงินซึ่งมีการจัดเก็บในอัตราก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น รวมถึงเพิ่มการจัดเก็บภาษีจากการบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจและสินค้าทำลายสุขภาพ...”

สข.ซึ่งทราบเรื่องนี้ทางสื่อมวลชน จึงได้รายงานต่อที่ประชุม คสช. เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๓ นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ประธาน คสช. ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนด้วย จึงได้ดำเนินการให้มีการทบทวนมติดังกล่าว เนื่องจากเห็นว่าไม่สอดคล้องกับความในรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ โดยมอบหมายให้ สข. ร่วมปรึกษาหารือกับสำนักงานส่งเสริมการลงทุน (ที่มี ดร.อรรชกา สีบุญเรือง เป็นเลขาธิการ) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วันที่ ๑๘ ม.ค. ๒๕๕๔ สข. จึงได้จัดประชุมปรึกษาหารือเรื่องนี้ ร่วมกับเลขาธิการบีไอโอ.และทีมงาน มีผู้ทรงคุณวุฒิเข้าร่วมหารือ ได้แก่ นางหิรัญญา สุจินัย ที่ปรึกษาด้านการลงทุน บีไอโอ นพ.สุรพจน์ สุวรรณพานิช ที่ปรึกษาสมาคมโรงพยาบาลเอกชน นางศิรินา ปวโรฬารวิทยา กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากภาคธุรกิจ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวง



■ ดร.อรรชกา สีบุญเรือง ■ คุณหิรัญญา สุจินัย ■ นพ.ดร. ยศ ติธัชพัฒนานนท์

สาธารณสุข นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ผู้แทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มี นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ที่ปรึกษา สข. เป็นประธานการประชุม ที่ประชุมเห็นว่าการส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมสุขภาพนั้น แม้จะช่วยสร้างรายได้ให้แก่ประเทศ ส่งเสริมการท่องเที่ยว หรือพัฒนา ด้านความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ แต่ขณะนี้ระบบบริการสุขภาพในประเทศยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำทั้งระหว่างระบบที่แตกต่างกัน และระหว่างเมืองกับชนบทซึ่งปัญหาสำคัญคือการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งด้านจำนวนและการกระจายตัว การส่งเสริมอุตสาหกรรมบริการสุขภาพจึงเป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะสมองไหล (brain drain) ของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขไปยังโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ที่ภาวะสมองไหลไม่ได้อยู่ที่แพทย์ทั่วไปเป็นหลัก แต่อยู่ที่ระดับผู้เชี่ยวชาญ (super specialist) ซึ่งใช้เวลาสั่งสมประสบการณ์จาก

โรงพยาบาลภาครัฐมายาวนาน และยังเป็นการสูญเสียอาจารย์แพทย์ออกจากระบบรัฐอีกด้วย ทั้งนี้ กิจการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทำให้เกิดภาวะสมองไหล ได้แก่ กิจการศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง กิจการเวชศาสตร์ฟื้นฟู และศูนย์บริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่ต้องการบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

จึงมีข้อเสนอเบื้องต้นให้บีโอไอพิจารณาเร่งการส่งเสริมการลงทุนในกิจการประเภทที่มีผลกระทบมากและชัดเจนก่อน ได้แก่ กิจการศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง กิจการเวชศาสตร์ฟื้นฟู และศูนย์บริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ ขณะเดียวกันที่ประชุมได้เสนอให้บีโอไอ ปรับแนวทางการส่งเสริมการลงทุนที่สอดคล้องกับหลักการกิจการเพื่อสังคม (social enterprise) ตามที่นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ประธาน บีโอไอ มอบหมายไว้ โดยพลิกจากการสนับสนุนการบริการอุตสาหกรรมสุขภาพขนาดใหญ่ที่มักให้บริการชาวต่างชาติ มาสนับสนุนระบบบริการสุขภาพภายในประเทศให้เข้มแข็ง ซึ่งสอดคล้องตามธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพ เช่น การส่งเสริมโรงพยาบาลเอกชนที่มุ่งมั่นเข้าร่วมเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (primary care) โดยเฉพาะในเขตเมือง และเสนอให้ บีโอไอ ปรึบลดขนาดโรงพยาบาลที่ได้มีมติสนับสนุนจาก ๓๐ เสียงขึ้นไป เป็น ๓๐ เสียงลงมาเพื่อสนับสนุนโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ให้บริการปฐมภูมิซึ่งเป็นบริการที่มีประโยชน์และจำเป็นสำหรับคนไทย

สำหรับการส่งเสริมโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ควรพิจารณาโรงพยาบาลที่เน้นบริการรองรับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้จะเป็นการสร้างภาพลักษณ์ใหม่ของ บีโอไอ ที่ส่งเสริมการลงทุนเพื่อลดช่องว่างทางสังคม ไม่ใช่ส่งเสริมการลงทุนเพื่อผลประโยชน์หรือผลกำไรเท่านั้น

ต่อมาคณะกรรมการ บีโอไอได้มีมติให้ชะลอการดำเนินการตามมติคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๓ ออกไปก่อน และได้มีการทำงานทางวิชาการร่วมกันระหว่าง บีโอไอ และ สช. โดยมีทีมนักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข จากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) นำโดย นพ.ดร.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เป็นหัวหน้าทีมทำงานวิชาการร่วมกับดร.ชะเอม พัทธี จากสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) จนกระทั่งได้ข้อเสนอทิศทางการส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมสุขภาพในส่วนของสถานพยาบาลที่น่าสนใจ คือ เสนอให้ส่งเสริมการลงทุนแก่สถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน หรือสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนขนาดไม่เกิน ๓๐ เตียง โดยผู้รับการส่งเสริมการลงทุนต้องอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ/หรือระบบประกันสังคม หรือมีข้อผูกพันว่าจะต้องเข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ/หรือ ระบบประกันสังคม ภายในระยะเวลา ๓ ปี นับจากวันที่ขอรับการส่งเสริมการลงทุน และต้องอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ/หรือ ระบบประกันสังคม ตลอดระยะเวลาที่ได้รับสิทธิยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล จากนั้นทาง บีโอไอก็ได้นำร่างข้อเสนอดังกล่าวไปจัดกระบวนการรับฟังความเห็น ก่อนที่จะปรับปรุงเสนอต่อคณะกรรมการ บีโอไอพิจารณา

การทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานบีโอไอ, HITAP และ สช.ครั้งนี้ เป็นไปอย่างราบรื่นและเข้าอกเข้าใจกันและกันอย่างดี โดยยึดประโยชน์ของประเทศชาติและของประชาชนส่วนใหญ่เป็นเป้าหมายเดียวกัน

หนึ่งในช่วงที่ทำงานวิชาการครั้งนี้ เราได้เชิญผู้เกี่ยวข้องจากทุกๆ ฝ่ายมาประชุมปรึกษาหารือ เพื่อระดมความคิดเห็นในทุกแง่มุมร่วมกัน ในจำนวนนั้น มีการเชิญสมาคมโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมด้วย แต่สมาคมดังกล่าวไม่ส่งผู้แทนเข้าร่วม โดยในวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ สมาคมโรงพยาบาลเอกชนได้ทำหนังสือถึงนายกรัฐมนตรี เพื่อขอความชัดเจนในนโยบายของรัฐต่ออุตสาหกรรมสุขภาพภาคเอกชน โดยแจ้งว่า ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ ขัดรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๒๙ มาตรา ๘๐ และมาตรา ๘๗ ซึ่ง สช.ได้ปรึกษาที่ปรึกษากฎหมายหลายท่าน ทุกท่านให้ความเห็นว่าไม่มีประเด็นใดๆ ที่ขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญฯ

- ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ หมวด ๗ ว่าด้วยการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ข้อ ๖๐ ระบุเป้าหมายไว้ว่า “มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบที่มีมาตรฐานในการบริการ การศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากรอย่างน้อย ภาคละ ๑ แห่ง” ทั้งนี้ก็เพื่อวางทิศทางอนาคตว่าประเทศไทยควรมีการพัฒนาโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่เป็นเอกเทศ

ด้วยกรอบทิศทางนี้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาเขตสกลนคร ซึ่งมีการพัฒนาการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยมาก่อนแล้วหลายปี ได้ร่วมกับองค์กรหลายภาคส่วน ได้แก่ ภาคประชาชน นำโดยหลวงปู่แพบ สุภัทโท และคณะศิษยานุศิษย์ ผู้ว่าราชการจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครและหน่วยงานในสังกัด แขวงทางสกลนคร ริเริ่มจัดทำโครงการก่อตั้ง



■ หลวงปู่แพบ สุภัทโท วาดิลาฤกษ์ (ต่อมาท่านมรณภาพ เมื่อวันที่ ๑ พ.ย. ๒๕๕๓)



■ ดร.พรรณศิริ กุลนาถศิริ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขร่วมวาดิลาฤกษ์

“โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยสกลนคร” ขึ้นที่อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร เพื่อหวังให้เป็นโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการริเริ่มความคิดและการดำเนินงานด้วยศักยภาพของพื้นที่เอง โดยไม่ต้องรอการกำหนดนโยบายจากส่วนกลางตามระบบดั้งเดิม

โรงพยาบาลแห่งนี้ จะมีระบบการแพทย์ที่มี ๓ มิติ ประกอบด้วย

- (๑) มิติการแพทย์เชิงศาสนาและวัฒนธรรม
- (๒) มิติการแพทย์เชิงมนุษยธรรมและจริยธรรม และ
- (๓) มิติการแพทย์เชิงประจักษ์

ภารกิจหลัก คือการเยียวยาผู้ป่วย การสร้างความรู้ การสร้างคน และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

มีพิธีวางศิลาฤกษ์การก่อสร้างเมื่อวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๓ โดยมีหลวงปู่แพบ สุภัทโท เป็นประธานฝ่ายสงฆ์ และ สช.ได้ประสานท่านรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ดร.พรรณศิริ กุลนาถศิริ) ไปร่วมเป็นประธานฝ่ายฆราวาส นายสมบัติ ตริวัฒน์สุวรรณ ผู้ว่าราชการจังหวัดสกลนคร ศ.นพ.เอก ชนะศิริ นายกิตติมศักดิ์สมาคมศิษย์เก่าศิริราชฯ



■ รพ.การแพทย์แผนไทยสกลนคร  
ระหว่างการก่อสร้าง

พ.ต.เพียร จรรย์สืบศรี ที่ปรึกษา มทร.อีสาน ผศ.ดร.วิโรจน์ ลิ้มไขแสง รองอธิการบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา นพ.เปรม ชินวันทนนานนท์ ประธานมูลนิธิ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ นพ.ชรัตน์ วสุธาดา นพ.สสจ.สกลนคร นายสิทธิรัตน์ รัตนวิจารย์ รองนายกอบจ.สกลนคร นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พล.ต.ต.อุดม จำปาจันทร์ ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดสกลนคร อาจารย์สุเชียร นามวงศ์ คณบดีคณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

เนื่องที่การก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลมี ๒๕ ไร่ และจะมีพื้นที่อีก ๔๖๒ ไร่ จัดทำเป็นสวนป่าสมุนไพร สำหรับเป็นแหล่งพัฒนาและแหล่งศึกษาเรียนรู้สำหรับนักศึกษาและประชาชนต่อไปในอนาคต

ก่อนการวางศิลาฤกษ์ สช.ได้เชิญผู้เกี่ยวข้องจัดแถลงข่าวเมื่อวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๓ ประกอบด้วย นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ นายสิทธิรัตน์ รัตนวิจารย์ รองนายก อบจ.สกลนคร และ อาจารย์วิวัฒน์ ศรีวิชา จากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน และผมร่วมแถลงข่าว



■ แถลงข่าว รพ.การแพทย์แผนไทยสกลนคร  
(มี.ค. ๕๓)

“หลวงปู่ก็ได้ยื่นมือเข้ามาช่วยแพทย์แผนไทย ผลิตหมอ ผลิตยา ให้คนเราได้ดูอยู่เย็นเป็นสุข คนเจ็บคนไข้ ก็มีแต่พยายายอยู่ตลอดปี ตลอดชาติ ทุยกยา หมอ เราเต็มแผ่นดินไทยอยู่ แต่เราไม่รู้ว่าจะนำมาใช้ อย่างไร เราก็มาตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยของเรากันมันเกี่ยวข้องกับ ความเมตตา มีน้ำจิตน้ำใจ ช่วยกันคนละนิดละหน่อย ถ้าไม่มีตรงนี้ โลกของเรา ก็ไม่อยู่เย็นเป็นสุขแล้ว” หลวงปู่แพบ สุภัทโท

การกำเนิดของ รพ.แพทย์แผนไทยสกลนครแห่งนี้ เป็นความมั่งงามอย่างยิ่ง เพราะถือกำเนิดขึ้นที่พื้นที่ซึ่งเป็นแหล่งอารยธรรมสำคัญที่เรียกว่า “แอ่งสกลนคร” ซึ่งเป็นทั้งแหล่งวัฒนธรรมที่เจริญมาช้านาน และเป็นพื้นที่ ภูมิเนวคที่อุดมสมบูรณ์และมีความหลากหลายทางธรรมชาติ คือเทือกเขา ภูพาน ที่สำคัญคือ การเกิดของโรงพยาบาลแห่งนี้ นำโดยเกจิอาจารย์ที่ควร แก่การเคารพอย่างสูง คือ หลวงปู่แพบ สุภัทโท ร่วมกับภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และหน่วยในพื้นที่ ไม่ใช่เกิดจากการกำหนดโดยส่วนกลาง

การกำเนิดของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยเอกเทศแห่งแรกของ ประเทศไทย ที่ริเริ่มโดยองค์กรหลายภาคส่วนในพื้นที่เช่นนี้จึงเป็นความ มั่งงามของการทำงานด้านสุขภาพ ที่ทุกภาคส่วนในสังคมริเริ่มและมีส่วนร่วม



■ อ.สุदारักษ์ เดชภูมิ ■ ผศ.วิโรจน์ ลิ้มไชแสง ■ ผศ.ดร.ไชษิต ศรีภูธร

ได้อย่างอิสระและสร้างสรรค์ เป็นตัวอย่างของการปลดปล่อยศักยภาพของสังคม หลังจากที่ถูกรอกรบงำโดยส่วนกลางมาอย่างยาวนาน โดยมีธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นเข็มทิศนำทาง

สำหรับผู้เป็นตัวตั้งตัวตีในการประสานงาน และการหาพื้นที่บริจาคเพื่อก่อสร้างโรงพยาบาลแห่งนี้ก็คือ อาจารย์สุदारักษ์ เดชภูมิ (คุณติ่ม) เป็นผู้มีความเลื่อมใสในพระพุทธศาสนาและศรัทธาในพระสงฆ์ที่ช่วยพัฒนาท้องถิ่น เป็นทั้งกรรมการและจิตอาสาในการสร้างโรงพยาบาลแห่งนี้

โครงการนี้เกิดขึ้นและเดินหน้ามาได้อย่างงดงาม ก็ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้นำ ในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาเขตสกลนคร ที่ประกอบด้วย ผศ.ดร.วิโรจน์ ลิ้มไชแสง รองอธิการบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา ผศ.ดร.ไชษิต ศรีภูธร คณบดีคณะทรัพยากรธรรมชาติ อาจารย์วิวัฒน์ ศรีวิชา รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา ผศ.พิเชษฐ์ เวชวิฐาน หัวหน้าสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย และอาจารย์ในคณะทรัพยากรธรรมชาติอีกหลายคน

ในการวางแผนการเปิดโรงพยาบาลนี้ ทางโรงพยาบาลฟังโคนซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียงที่มี คุณหมอวรรณกร เล่าสู่ฮังกูร ซึ่งเป็น



■ อ.วิวัฒน์ ศรีวิชา ■ ผศ.พิเชษฐ์ เวชวิฐาน ■ นพ.วรรณกร เล่าสู่ฮังกูร

คนอำเภอฟังโคนโดยกำเนิดให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ โดยจะมีการจัดระบบใช้ทรัพยากรและใช้ระบบการบริการบางอย่าง เช่น ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ฯลฯ ร่วมกัน ซึ่งนับเป็นความร่วมมือกันในระดับพื้นที่ที่น่าชื่นชมอย่างยิ่ง

สำหรับกองหลัง ที่ทำหน้าที่สนับสนุนทั้งกำลังใจ และร่วมกันคิด ร่วมกันแนะนำสนับสนุนช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดมาโดยตลอด นอกจาก คุณหมอวิชัย แล้ว ก็มี คุณหมอเปรม ชินวันทนานนท์ ประธานมูลนิธิรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ คุณหมอประพจน์ เกตุรากาศ กรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ คุณหมอปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย

ผมเคยเดินทางไปเยี่ยมโครงการนี้ครั้งหนึ่งเมื่อวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๕๔ พร้อมกับ คุณหมอเปรม คุณหมอประพจน์ คุณหมอปราโมทย์ และคณะเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแสวงหาแนวทางการสนับสนุนให้โรงพยาบาลแห่งนี้เติบโตและเจริญก้าวหน้าตามที่ทุกฝ่ายต้องการ

นอกจากที่สกลนครแล้ว ก็ยังมีความพยายามเคลื่อนไหวจากหลายๆ ฝ่าย เพื่อการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยตามแนวคิดในธรรมนุญว่า



■ นพ.ประพจน์ เกตุรังกา ■ ศ.นพ.เปรม ชินวินทนานนท์

ด้วยระบบสุขภาพฯ ในภูมิภาคอื่นๆ ด้วย เช่น ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เป็นต้น

• ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ ข้อ ๕๖ ระบุเป้าหมายว่า “ให้มีรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ อย่างพอเพียง อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ของรายการยาทั้งหมด และได้รับการส่งเสริมและใช้ในระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศ”

คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่มี นพ.สุวิทย์ วิบุล-ผลประเสริฐ เป็นประธาน ได้พิจารณาเพิ่มยาไทยและยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอีก ๗๑ รายการ ใน ๑๒ กลุ่ม ได้แก่ ยารักษากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) เช่น ยาหอมทิพโอสถ ยารักษาในกลุ่มสูติศาสตร์รีเวชวิทยา เช่น ยาประสะไพล ยากลุ่มบำรุงโลหิต ยารักษากล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ยาแก้ลมอัมพฤกษ์ ยาธรณีสันตะฆาต และยา กลุ่มบำรุงธาตุ เช่น ยาสตรีเกสรมาศ ยาสตรีพิภัก เป็นต้น

หลังจากนั้น คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้ให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ ๒๕ พ.ค. ๒๕๕๔ มีผลทำให้มียาไทยและยาสมุนไพรในบัญชียา



■ บ้านดินตัวอย่าง แนวคิดสร้างหอพักผู้ป่วยที่สกลนคร

ยาหลักแห่งชาติ รวมทั้งสิ้น ๗๑ รายการ คิดเป็นประมาณร้อยละ ๒๐ ของรายการยาทั้งหมด

ที่ผมเล่ามาข้างต้น เป็นส่วนหนึ่งของผลพวงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่เกิดขึ้นในรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้ยังมีผลที่เกิดตามมาในระดับพื้นที่ คือการที่ชุมชนท้องถิ่นนำเอาแนวคิดเรื่องธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ ไปพัฒนาเป็นธรรมนูญสุขภาพของท้องถิ่น เพื่อใช้เป็นกรอบกำหนดทิศทางหรือนโยบายการพัฒนาสุขภาพของท้องถิ่น โดยท้องถิ่น เพื่อคนในท้องถิ่นเอง

นับถึงเดือนตุลาคม ๒๕๕๔ มีชุมชนท้องถิ่นจัดทำธรรมนูญสุขภาพของชุมชนสำเร็จไปแล้ว จำนวน ๑๓ แห่ง ได้แก่

- (๑) ตำบลชะแล อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสงขลา
- (๒) อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่
- (๓) ตำบลเหมืองหม้อ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่
- (๔) ตำบลวัดโบสถ์ อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก
- (๕) ตำบลแม่ถอด อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง
- (๖) ตำบลริมปิง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

- (๗) ตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์
- (๘) ธรรมนูญกองทุนกลางตำบลพิจิตร อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา
- (๙) ตำบลเป็อย อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ
- (๑๐) อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
- (๑๑) ตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
- (๑๒) ธรรมนูญลุ่มน้ำภูมี อำเภอรัษฎา อำเภอกวนเนียง  
อำเภอบางกล่ำและอำเภอหาดใหญ่บางส่วน จังหวัดสงขลาและ
- (๑๓) ตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

สำหรับพื้นที่ที่อยู่ในระหว่างการจัดทำ มีอีกประมาณ ๒๗ แห่ง และได้รับการเสริมพลังเรียนรู้เพิ่มเติมในปี ๒๕๕๔ อีก ๓๒ แห่งกระจายอยู่ในทุกภาคของประเทศ

ในขณะเดียวกัน สช.ได้สนับสนุนการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ ได้แก่ ประสานกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจัดส่งชุดความรู้และคู่มือการนำธรรมนูญฯ ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่นให้แก่ อปท.ทั่วประเทศ รวม ๘,๐๐๐ แห่ง ประสานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจัดส่งชุดความรู้และคู่มือการนำธรรมนูญฯ ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้แก่แกนนำ อสม.รวม ๕,๐๐๐ แห่ง ประสาน พอช.จัดส่งชุดความรู้และคู่มือการนำธรรมนูญฯ ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้แก่ชุมชนพื้นที่ปฏิบัติการจัดทำแผนชีวิตชุมชนเชิงคุณภาพตำบล ยุทธศาสตร์การพัฒนานปี ๒๕๕๓-๒๕๕๔ จำนวน ๑๕๒ ตำบล (๑,๖๐๐ หมู่บ้าน) และร่วมกับภาคีเครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเอง ๔ ภาค จัดกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมระดับตำบล นำร่อง ๑๕๒ ตำบล ภายใน ๓ ปี (๒๕๕๔ - ๒๕๕๖) เป็นต้น



■ หนังสือคู่มือและการถอดบทเรียนต่างๆ



■ พิธีลงนามข้อตกลงธรรมนูญสุขภาพ อำเภอสารภี จังหวัดใหม่ เมื่อวันที่ ๕ พ.ค. ๕๔



■ พิธีลงนามข้อตกลงธรรมนูญสุขภาพ อำเภอสูงเม่น ณ รพ.สูงเม่น จ.แพร่ เมื่อวันที่ ๒๔ ก.พ. ๕๓

เหล่านี้ คือหน่ออ่อนของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยชุมชนท้องถิ่นได้ใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเป็นสิ่งอ้างอิงสำหรับการทำงานของเขา ซึ่ง สช.ทำหน้าที่สนับสนุนเพียงกำลังใจ ความรู้ความเข้าใจ เอกสาร วิทยากรและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องและผู้สนใจเท่านั้น ส่วนใหญ่เขาทำกันเองโดยงบประมาณของพื้นที่เอง โดย สช.เข้าไปสนับสนุนเพียงบางส่วน ซึ่งน้อยมาก

สิ่งที่ สช.ดำเนินการแล้วค่อนข้างได้ผลดี ก็คือการจัดโครงการศึกษาดูงานชวนเครือข่ายภาคีที่สนใจเรื่องการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ไปร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในพื้นที่จริง โดยจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ คนในพื้นที่ก็ได้มีโอกาสเรียนรู้กับคนจากที่อื่น คนจากที่อื่นก็ได้เรียนรู้กับคนในพื้นที่ สามารถนำแนวคิดและแนวทางไปปรับใช้กับพื้นที่ชุมชนท้องถิ่นของตนเองได้ จึงมีการขยายผลออกไปอย่างช้าๆ แต่เป็นธรรมชาติ

### ธรรมนูญสุขภาพ อำเภอสองเม่น จังหวัดแพร่

ธรรมนูญสุขภาพสูงเม่น เป็นธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอบรรดาแรกของประเทศไทยประกาศใช้เมื่อวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๒ โดยชาวอำเภอสองเม่น จังหวัดแพร่ ได้ร่วมกันจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพชาวสูงเม่น” ขึ้น มี นายสานิต เขมวัฒน์ นายอำเภอสองเม่นเป็นประธาน มีนายแพทย์แสงชัย พงศ์พิชญ์-

พิทักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น ร่วมกับคุณเทรียน เขียนโพธิ์ สาธารณสุขอำเภอสูงเม่น เป็นแกนหลัก โดยจัดกระบวนการให้ประชาชนทุกตำบลมีส่วนร่วมคิด ร่วมยกวางแผนได้ธรรมนูญสุขภาพที่มาสาระสำคัญทั้งสิ้น ๑๑ หมวดรวม ๓๓ ข้อ

ธรรมนูญสุขภาพสูงเม่นกำหนดให้ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นธงนำสำหรับการสร้างสุขภาวะ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การลดปัญหา ยาเสพติด การลดอุบัติเหตุ การลดโรคที่เป็นปัญหาท้องถิ่น การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การจัดตั้งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน การกำหนดให้กองทุนสุขภาพตำบลดำเนินการโดยใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบ การกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้นักเรียนในท้องถิ่นได้ไปเรียนเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อกลับมาทำงานในท้องถิ่นของตน การกำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพระดับตำบลเป็นประจำทุกปีเพื่อร่วมกันพัฒนางานที่เกี่ยวกับสุขภาพ การจัดตั้งวิถุชุมชนเพื่อใช้เป็นช่องทางการสื่อสารด้านสุขภาพและเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการทำงานตามธรรมนูญสุขภาพ เป็นต้น •





## ธรรมนูญสุขภาพตำบลริมปิง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน “อายุมัน ขวัญยืน”

ชาวริมปิงประสบกับปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทั้งการรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คณะกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการสนับสนุนของเทศบาลตำบลริมปิง จึงได้จัดกระบวนการจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพตำบลริมปิง” ขึ้น เป็นเครื่องมือสร้างการเรียนรู้ของชุมชนในการจัดการสุขภาพของตนเอง ผ่านการทำงานทางวิชาการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพตำบลริมปิง ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๔ มี ๑๒ หมวด ๕๗ ข้อ มีสาระสำคัญ เช่น การกำหนดให้พระบิณฑบาตอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง การรักษาศีลห้า การละเว้นอบายมุข การคิดเชิงสร้างสรรค์ การส่งเสริมให้เด็กมีจิตอาสา การกำหนดมาตรการควบคุมกำกับการรวมกลุ่มในเชิงไม่สร้างสรรค์ของเด็กและเยาวชน การกำหนดให้ชาวริมปิงร่วมกันสร้างพฤติกรรม การบริโภคที่เอื้อต่อสุขภาพดี มีพฤติกรรมใช้อุปกรณ์ป้องกัน

ภัยในการประกอบอาชีพ มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภัยพิบัติ และการสนับสนุนและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเกษตรปลอดสารพิษ รวมถึงส่งเสริมอาชีพท้องถิ่นด้วย

โดยให้มี “สำนักธรรมนูญสุขภาพตำบลริมปิง” ที่สนับสนุนโดยเทศบาลตำบลริมปิง ทำหน้าที่เป็น “ธนาคารความรู้ด้านสุขภาพ” ของชุมชนด้วย •



## ธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ

ด้วยปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น ท้องร่วง ไข้เลือดออก วัณโรค เป็นต้น โรคที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภค ได้แก่ เบาหวาน ความดัน โรคหัวใจ เป็นต้น ปัญหาทางสังคม ปัญหายาเสพติด ที่กำลังคุกคามความสุขของคนตำบลเปือย ๑๓ หมู่บ้าน ประชากรราว ๗ พันกว่าคน ทั้งๆ ที่ในท้องถิ่นมีต้นทุนที่ดีทางด้านศาสนา วัฒนธรรม ความร่วมมือของประชาคมที่เข้มแข็ง จึงเป็นความปรารถนา

อันแรงกล้าของผู้นำท้องถิ่นที่จะทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาและพร้อมที่จะใช้เครื่องมือใหม่ในการพัฒนาให้ตำบลเปือยรุ่งโรจน์อย่างแท้จริง พอดีกับในช่วงปลายปี ๒๕๕๓ นายรุ่งโรจน์ โคมรักษ์ นายกเทศมนตรีตำบลเปือย และนายวิรัตน์ พุ่มจันทร์ รอง นพ.สสจ.อำนาจเจริญ ได้มีโอกาสไปร่วมเวทีเสริมพลังเรียนรู้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่ตำบลชะแล้ จ.สงขลา ยังไม่ทันที่การเรียนรู้จะจบลง ท่านนายกฯ ถึงกับประกาศท่ามกลางผู้ร่วมเรียนรู้จากพื้นที่อื่นๆ ว่า ตำบลเปือยจะประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ ณ วันที่ ๒๐ มี.ค. ๒๕๕๔ ซึ่งเป็นวัน อสม.แห่งชาติ

เมื่อกลับมาท้องถิ่นของตนได้เริ่มขยายแนวความคิดสร้างความเข้าใจแก่ผู้บริหาร พนักงาน แล้วรีบปรับแผน ปรับโอนงบประมาณ ขออนุมัติสภาเทศบาลเพื่อให้ประชาชนชาวตำบลเปือยร่วมกันสร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือยภายในวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๔ โดยใช้ ๓ กลยุทธ์ ได้แก่

๑. ประกาศเจตนารมณ์ ยืนยัน มุ่งมั่น
๒. การสร้างกลไกขับเคลื่อน
๓. สร้างการจัดการเชิงระบบ

ชาวตำบลเปือยใช้เวลาในการชักทอ ยกวาง รับฟัง ค้นหาเอกลักษณ์ จนสามารถประกาศใช้ได้ตามที่ปักธงไว้เป็นความภาคภูมิใจท่ามกลางความเหน็ดเหนื่อยจริงๆ ความฝันของคนตำบลเปือยที่มีร่วมกันในธรรมนูญสุขภาพฉบับที่ ๑

ที่มี ๑๐ หมวด ๔๑ ข้อ นี้ก็คือ “คนตำบลเปือย อยู่ดีมีแฮ้ง ฮักแพงแบ่งปัน สร้างสรรค์เฮียนฮู้ อยู่เย็นเป็นสุขถ้วนหน้า ภายในปี ๒๕๕๔” ซึ่งเมื่อแปลความแล้วก็ตรงกับนิยามของสุขภาพ ๔ มิติ คือ กาย จิต ปัญญาและสังคม ไม่เพียงเท่านั้น ได้มีการนำธรรมนูญสุขภาพเข้าสู่สภาเทศบาลเพื่อให้ความเห็นชอบและออกเป็นเทศบัญญัติสนับสนุนการขับเคลื่อนในปี ๒๕๕๕ ให้แก่องค์กรชุมชนต่างๆ ที่จดทะเบียนถูกต้องและมีผลการดำเนินงานไม่น้อยกว่า ๑ ปี ทำโครงการต่างๆ โดยอ้างอิงธรรมนูญสุขภาพ รวม ๖๒ โครงการ งบประมาณรวมทั้งสิ้น ๑๐ ล้านบาท นับว่าเป็นนวัตกรรมของธรรมนูญสุขภาพที่มีชีวิตฉบับแรกของอีสาน •



■ ธรรมนูญสุขภาพของพื้นที่ต่างๆ



■ ธรรมนูญสุขภาพของพื้นที่ต่างๆ



ธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือพัฒนาโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพอีกรูปแบบหนึ่ง ที่กำลังมีการทดลองใช้และพัฒนา ในหลายมิติ โดยมีผู้คนที่สนใจจากหลายภาคส่วนเข้าร่วมใช้ประโยชน์ เพิ่มขึ้นตามลำดับ

ประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ล้วนเป็นบทเรียนหนึ่งของสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้มีคณะกรรมการติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มีอาจารย์หมอบรรลุ คิริพานิช เป็นประธาน คอยเฝ้าติดตาม สังเคราะห์ และสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ต่อไป

“วิชา หรือ ปัญญา  
คือการรู้ทั้งหมด รู้ทั่ว รู้เท่ากัน  
นำความรู้ไปพัฒนาต่อยอดได้  
เกิดความรักความเข้าใจ  
ในเพื่อนมนุษย์และสรรพสิ่ง”

## ๓

## หนึ่งทศวรรษ สมัชชาสุขภาพ

แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยที่ก่อตัวมานานกว่า ๒ ทศวรรษ สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนมุมมองเรื่องสุขภาพ จากแบบแยกส่วน มุ่งเน้นการขยายบริการการแพทย์และสาธารณสุข ที่เน้นการซ่อมสุขภาพเสียหรือรักษาโรคเป็นหลัก มาสู่การมองแบบองค์รวม เน้นการ “สร้างนำซ่อม” เป็นแนวคิดที่มองว่าเรื่องสุขภาพไม่ใช่แค่เรื่องมดหมอ หยูกยา การรักษาพยาบาล หรือเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่สุขภาพเป็นเรื่องสุขภาพะ ๔ มิติ คือ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลและสัมพันธ์กับระบบต่างๆ ของสังคม ดังที่ ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวว่า “สุขภาพหรือสุขภาพะเป็นเรื่องที่บูรณาการอยู่ในการพัฒนาคนุश्यและสังคมทั้งหมด เป็นเรื่องที่อยู่เลยพรมแดนทางการแพทย์และสาธารณสุขไปมาก” (Health is integral in total human and social development)

การมีสุขภาพดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องกับสุขภาพอีกมากมาย อาทิ พฤติกรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมและสภาพ-

แวดล้อม รวมถึงระบบต่างๆ ในสังคม และระบบนโยบายสาธารณะซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมด้วย

แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพพัฒนามาพร้อมๆ กับแนวคิดการปฏิรูปทางการเมืองของประเทศไทย ซึ่งมีการเปลี่ยนผ่านจากประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative Democracy) เป็นหลัก มาสู่ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ที่มองว่าทุกภาคส่วนของสังคมควรจะได้เข้ามามีส่วนร่วมทางด้านการเมือง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านสุขภาพที่ว่า “สุขภาพเป็นของทุกคน ดังนั้นคนทุกคน ทุกภาคส่วนควรจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพในทิศทางสร้างสุขภาพนำซ่อมสุขภาพ”

จากแนวคิดข้างต้น สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่งเป็นองค์กรที่เกิดขึ้นจากการออกกระเปียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพจากทุกภาคส่วน ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพโดยวางเป้าหมายให้มีการประกาศใช้ “กฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บทของระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยได้ริเริ่มกระบวนการอย่างเป็นระบบมานับตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ เป็นต้นมา

ในการดำเนินงานดังกล่าว ได้เปิด “พื้นที่สาธารณะ” ให้ทุกฝ่ายและทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามาร่วมคิด ร่วมทำงาน ผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้อำนาจของ “สมัชชสุขภาพ” ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยข้อมูลองค์ความรู้ แบบสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่ทางออกร่วมกันอย่างเป็นกัลยาณมิตร โดยเริ่มใช้ “สมัชชสุขภาพ” เป็นกระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่อร่างสาระสำคัญที่ควรกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และการหาฉันทามติ

เกี่ยวกับข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ มีการทดลองจัดสมัชชสุขภาพในช่วงที่การจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติยังไม่สำเร็จ ด้วยการสนับสนุนการจัดสมัชชสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชสุขภาพแห่งชาติทุกปี ตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ ถึงปี ๒๕๔๙

เมื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ สำเร็จออกมาเป็นกฎหมาย มีผลบังคับใช้ในวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๐ ได้ให้ความหมายของ “สมัชชสุขภาพ” ว่าเป็น “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” โดยกำหนดสาระสำคัญเกี่ยวกับสมัชชสุขภาพไว้ในมาตรา ๔๐ - ๔๕ จากนั้นก็ได้สนับสนุนให้มีการใช้สมัชชสุขภาพเป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเรื่อยมา

กล่าวได้ว่า “สมัชชสุขภาพ” มีพัฒนาการมาเป็นเวลาถึง ๑๐ ปีแล้ว น่าจะมีการถอดบทเรียนเรื่องนี้กันอย่างจริงจังสักครั้ง ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมจากผู้คนเป็นจำนวนมาก เพราะการพัฒนาสมัชชสุขภาพเกิดจากผู้คนที่หลากหลายจำนวนมากได้ร่วมคิดร่วมทำมาตลอด จึงคิดกันว่าน่าจะจัดประชุมวิชาการที่มองเลยไปว่าการประชุมวิชาการ เพราะการพัฒนาสมัชชสุขภาพที่ผ่านมา นอกจากทำให้เกิดทั้งองค์ความรู้ทางวิชาการแล้วยังพบว่าทำให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อประโยชน์ของสาธารณะ เกิดความรัก ความเข้าใจ ความผูกพัน และเกิดเครือข่ายการทำงานที่เชื่อมกับการทำงานสาธารณะอื่นๆ อย่างต่อเนื่องเรื่อยมา ที่อาจเรียกได้ว่าเกิด “ปัญญา” จากการทำงานร่วมกัน



■ เอกสารประชาสัมพันธ์และคู่มือ  
การประชุมวิชาการ ๑ ทศวรรษ สมัชชาสุขภาพ

ในปี ๒๕๕๔ จึงได้มีการจัด “การประชุมวิชาการ ๑ ทศวรรษ สมัชชาสุขภาพ” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความกระฉับกระเฉงขององค์ความรู้ (ปัญญา) จากการใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาต่อยอดและยกระดับให้กว้างขวางและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ๓ ประการ คือ

(๑) เป็นเวทีในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้บทเรียนเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy) ด้วยกระบวนการสมัชชาสุขภาพในช่วง ๑ ทศวรรษที่ผ่านมา

(๒) เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพจากการปฏิบัติจริง และ

๑ **วิชา** แปลว่า ปัญญา หมายถึง การรู้ทั้งหมด การรู้แจ้ง เป็นการนำความรู้ไปพัฒนาต่อยอด

วิชา แปลว่า ความรู้ ู้เป็นเรื่องๆ เฉพาะส่วน

อ้างอิง :

- ๑) ประเวศ วะสี. พันฟูปฏิไทยด้วยศาสตร์พระราชาสถาปนมหาวชิราลัยเพื่อพ่อ. คม ชัด ลึก. ฉบับวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๐.
- ๒) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒. กรุงเทพมหานคร : ราชบัณฑิตยสถาน.
- ๓) ลัมมา คิตลิน.ข้อมูล-สารสนเทศ-ความรู้-ปัญญา. โพสต์ทูเดย์. ฉบับวันที่ ๓๐ ต.ค. ๒๕๕๐.



■ รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์ ■ นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข ■ ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลักษณ์

(๓) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาศักยภาพกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในการใช้สมัชชาสุขภาพไปเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

คสช.ได้แต่งตั้งให้ รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์ ผู้ทรงคุณวุฒิอาวุโส เป็นประธานคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการครั้งนี้ มีกรรมการอีก ๑๗ คน ได้แก่ นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข (รองประธาน), รศ.ดร.บุญยงค์ เกศเทต, ผศ.ดร.กาสัก เต๊ะขันหมาก, ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลักษณ์, ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ, ผศ.พัชรินทร์ ดำรงกิตติกุล, ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรัฐภูมิ, ผศ.มนตรา พงษ์นิล, ดร.กาญจนา กาญจนสินีทธิ์, คุณกาญจนา ทองทั่ว, นพ.พนัส พฤกษ์สุนันท์, ดร.สมพันธ์ เตชะอธิก, คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล, คุณอรุณพิณ ชูเกาะทวด เป็นต้น

คณะกรรมการเตรียมการจัดประชุมกันอย่างขยันขันแข็ง สำหรับในส่วนของ สช. มี คุณนิรชา อัครวิฑูรกุล เป็นแกนทำงานหลัก ร่วมกับน้องใหม่ใจเต็มร้อยคือ น้องไบเตย (น.ส.মনชนก พรหมรัตน์) มีคุณวิฑูรติ บุญญะโสภิต เป็นผู้คอยหนุนเสริมอย่างใกล้ชิด



■ ผศ.มนตรา พงษ์นิล ■ คุณอรุพิน ชูเกาะหวอด ■ คุณกาญจนา ทองทั่ว

การประชุมจัดที่โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ ในวันที่ ๗ - ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๕ มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งจากที่ สช. เขียวตัวแทนกลุ่มเครือข่ายสมัชชสุขภาพจากทุกจังหวัด กลุ่มเครือข่ายภาคประชาชน กลุ่มเครือข่ายภาควิชาการวิชาชีพ และกลุ่มเครือข่ายภาครัฐ รวมประมาณ ๗๐๐ คน ผู้ทรงคุณวุฒิอีกประมาณ ๑๐๐ คน และยังมีผู้สนใจสมัครลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมอีกกว่า ๔๐๐ คน งานนี้มีองค์กรเจ้าภาพหลักได้แก่ สช. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เครือข่ายสมัชชสุขภาพล้านนา และเครือข่ายสมัชชสุขภาพทั่วประเทศ มีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่อนุเคราะห์รับเป็นแกนบริหารจัดการการประชุมที่เข้มแข็งมาก

พิธีเปิดการประชุม ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของตัวแทนภาคส่วนต่างๆ จำนวน ๔ ท่าน ผ่านสื่อมัลติมีเดีย ได้แก่ นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ศ.นพ.ประเวศ วะสี ผู้ทรงคุณวุฒิ นายไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม อดีตรองนายกรัฐมนตรี ผู้ทำหน้าที่ประธาน คสช.คนแรก นพ.มงคล ณ สงขลา อดีต รมว.สาธารณสุข รองประธาน คสช.คนแรก คุณแม่ชี



■ ดร.กาญจนา กาญจนสินีพันธ์ ■ คุณวิสุทธิ์ (โต) คุณนริชา (กึ่ง) และน้องไบเตย

คັນสนีย์ เสถียรสุด อดีตกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มล.ปนัดดา ดิศกุล ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่ ศ.ดร.พงษ์ศักดิ์ อังกลีทธิ อธิการบดีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ น.ส.ผ่องศรี อินทสุวรรณ ตัวแทนเครือข่ายภาคประชาสังคม และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ อดีตประธานกรรมการจัดสมัชชสุขภาพแห่งชาติ

“ความมุ่งมั่นของกระบวนการสมัชชสุขภาพประการที่หนึ่ง อยู่ที่จิตใจที่อยากทำเพื่อส่วนรวม เพื่อเพื่อนมนุษย์ ประการที่สอง กระบวนการเป็นการเคารพศักดิ์ศรีของคนทุกคนเท่าเทียมกันหมด ประการที่สาม เป็นประชาธิปไตยสมานฉันท์ มาร่วมคิดร่วมทำ ร่วมสร้างสรรค์แบบมีส่วนร่วม ประการที่สี่ ถ้ายังมีความเห็นต่าง เขาก็จะให้คนที่เห็นต่างกันไปคุยกันในห้องกัลยาณมิตร คุยกันจนเห็นร่วมกันได้ ก็กลับเข้าสู่สมัชชาฯ เวลาที่มีฉันทามติ ประธานจะเคาะ “โป๊ก” ทุกคนจะรู้สึกซาบซ่านขึ้นมาว่า เราได้ทำงานเป็นผลสำเร็จ

เพราะฉะนั้น กระบวนการสมัชชสุขภาพทำให้คนมีความสุข มีความสร้างสรรค์ เป็นพลังที่มหัศจรรย์มาก”

**ศ.นพ.ประเวศ วะสี**



■ รศ.ดร.ธนารักษ์ สุวรรณ-  
ประพิศ คณบดีคณะ  
พยาบาลศาสตร์ มช. ■ ทีมทำงานของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

“ในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมีเรื่องใหม่อยู่หลายเรื่อง เรื่องของสมัชชาสุขภาพเป็นหนึ่งในเรื่องเหล่านั้น อันนี้คือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมไทย...เราพบความเปลี่ยนแปลงว่า

(๑) ชาวบ้านพึ่งพาตัวเองมากขึ้น

(๒) ส่วนราชการต่างๆ เริ่มบูรณาการกันมากขึ้น...เราคาดหวังว่าในวันข้างหน้ากระบวนการสมัชชาสุขภาพจะเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาสังคมและทุกคนเข้าถึงได้”

**ผ่องศรี อินทสุวรรณ**

หลังการเปิดประชุม เจ้าดวงเดือน ณ เชียงใหม่ ในนามตัวแทนเครือข่ายสมัชชาสุขภาพล้านนาได้กล่าวต้อนรับอย่างประทับใจ

“ขอต้อนรับท่านทั้งหลายด้วยความยินดี และเราชื่นชมยินดีเป็นอย่างยิ่ง ที่เห็นท่านทั้งหลายมีความรักที่จะสร้างสรรค์สุขภาพอันดีงามของคนไทย เพราะว่าสมัชชาสุขภาพนั้นเป็นเรื่องของพวกเราทั้งหลาย ไม่ว่าจะอายุเท่าไร เราดูแลตัวเองและดูแลเพื่อนฝูง ดูแลคนข้างเคียงและดูแลเพื่อนร่วมชาติของเรา นับว่าจิตใจของพวกเรานั้นเป็นกุศล เราได้มาร่วม



■ มล.ปนัดดา ดิสกุล ■ คุณแม่ชีคันทน์สนีย์  
เสถียรสุด ■ พี่ผ่องศรี อินทสุวรรณ

ประชุมกันเพื่อใช้ความคิด ใช้สติปัญญา มารวมพลังกัน เรียนรู้ร่วมกัน ในการที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน อันเป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ”

มีการแสดงปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “**ปรัชญา แนวคิด และจิตวิญญาณของสมัชชาสุขภาพ**” โดย คุณหม่อมโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้ซึ่งเฝ้าติดตามการปฏิรูประบบสุขภาพและการพัฒนาสมัชชาสุขภาพมาตั้งแต่ยุคเริ่มต้น

“สมัชชาสุขภาพเปรียบประหนึ่งสายธารใหญ่ที่ไหลลัดเลาะไปในภูมิภาคอันสลบซับซ้อนของสยามประเทศ เส้นทางการไหลของสายธารใหญ่นี้แล้ว จะเป็นไปได้ตามอำเภอใจก็ไม่ ภูมิภาคสองฟากฝั่ง ทั้งภูเขาเนินดินและหินผา ต่างมีส่วนกำหนดสายธารสายนี้ให้ไหลเร็วช้าหรือว่าวากวน

กระนั้นก็ดี สิ่งหนึ่งที่ชัดเจนของสายธารแห่งการมีส่วนร่วมสายนี้ก็คือ มันไม่เคยหยุดนิ่ง มันไหลและไหลอย่างไม่หยุดหย่อน ราวกับจะรู้ว่าหากมันหยุดนิ่งลงเมื่อใด สายธารน้ำใสสะอาดที่เคยซึมซาบอาบเลี้ยงสร้างสรรค์สรรพสิ่ง ก็จะกลายเป็นลำธารที่ตื้นเขิน และจะเป็นแหล่งสะสมของซากพืช ซากสัตว์ที่จะส่งกลิ่นเหม็นออกมาในที่สุด





■ ศ.ดร.พงษ์ศักดิ์  
อังกสิทธิ์

■ เจ้าดวงเดือน  
ณ เชียงใหม่

■ คุณหมอโกมาตร  
จึงเสถียรทรัพย์  
วันแสดงปาฐกถา

ความดีสำหรับสมัชชาฯ คือชีวิตสาธารณะ จึงอยากให้สมัชชาฯ ก้าวไปข้างหน้า โดยเห็นความดีของชีวิตสาธารณะเป็นพื้น ความงามเป็นพลังขับเคลื่อนและความจริงของสมัชชาฯ คือสิ่งที่ทำแล้วได้ผล เราไม่ได้สนุกสนานกับการถกเถียงกันบนหลักการที่เลื่อนลอย เรามีความสุขความทุกข์และชีวิตของผู้คนในพื้นที่เป็นเดิมพัน ถกเถียงกันไปก็ไม่ได้ข้อสรุปที่ทุกคนเห็นด้วย แต่ขอให้ข้อสรุประดับหนึ่งที่มีปฏิบัติและเราเดินไปด้วยกัน เพื่อที่จะหาทางออกร่วมกัน...ทั้งหมดเป็นความหวังของสมัชชาฯ ทั้งหมดเป็นสิ่งที่เราจะเสนอให้กับสังคมที่นับวันจะสิ้นหวังไปกับกระบวนการและกลไกต่างๆ ในสังคมไทยมากขึ้นตามลำดับ”

**นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์**

ในงานนี้ มีการอภิปรายหมู่หลายรายการ ได้แก่

- (๑) มองหานโยบายสมัชชาสุขภาพ
- (๒) สมัชชาสุขภาพ : เดินที่ละก้าวกินข้าวที่ละคำ
- (๓) สมัชชาสุขภาพกับ เอชไอเอ.
- (๔) สมัชชาสุขภาพกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ



■ ปกรายงานวิชาการของคุณหมอโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

(๕) นานาทัศนะ : สมิชสุขภาพเฉพาะประเด็น

(๖) ก้าวต่อไป : สมิชสุขภาพแห่งชาติ - ขาขึ้น

(๗) ก้าวต่อไป : สมิชสุขภาพแห่งชาติ - ขาเคลื่อน

(๘) เวทีไทย-เทศ “สมิชสุขภาพ : จากสากลสู่ไทย จากไทยสู่สากล

(๙) ความท้าทายใหม่ : สมิชสุขภาพกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพของภาครัฐ

มีผู้เสนอผลงานวิชาการพัฒนาสมัชชสุขภาพเข้ามาทั้งสิ้นจำนวน ๖๕ เรื่อง คณะกรรมการพิจารณาให้นำเสนอด้วยวาจาจำนวน ๔๒ เรื่อง โดยการนำเสนอเป็นแบบที่เปิดให้ทั้งผู้นำเสนอ ผู้เข้าร่วมประชุม และผู้ทรงคุณวุฒิได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบสองทาง ทำให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันที่แตกต่างไปจากการจัดประชุมวิชาการตามปกติทั่วไป

นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอผลงานในรูปแบบของโปสเตอร์อีกจำนวน ๒๓ เรื่อง

นอกจากกิจกรรมข้างต้นแล้ว ในช่วงเช้าวันที่สอง มีเวทีที่เปิดโอกาสให้เครือข่ายภาคีจากพื้นที่ ๔ ภาค ได้แยกกันระดมสมอง “ถอดบทเรียน



■ ภาพบางส่วนของบรรยากาศ การอภิปรายหมู่ในงานนี้

สมัชชาสุขภาพสู่ทศวรรษหน้า” ร่วมกัน เพื่อค้นหายุทธศาสตร์และแนวทางการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในอนาคตต่อไปด้วย บรรยากาศเป็นไปอย่างสนุกสนาน เป็นกันเอง แต่ได้สาระอย่างมากทีเดียว

สำหรับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้นอกห้อง เรียกชื่อว่า “วิชาการนอกห้อง” มีกิจกรรมให้ผู้สนใจได้เลือกเรียนรู้ตามอัธยาศัย ได้แก่ “เรียนผ่านเลนส์” มุมเสวนา นิทรรศการ และเรียนการผลิตหนังสือ เป็นต้น

ในฐานะที่ผมได้เข้าร่วมทำงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติกับเครือข่ายภาคีต่างๆ มาตั้งแต่ยุคเริ่มต้น ผมจึงถือโอกาสนี้เขียนหนังสือ



■ การเสนอผลงานวิชาการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ



■ ผลงานวิชาการสมัชชาสุขภาพแบบโปสเตอร์

■ บริเวณลานลานานาจัดแสดงนิทรรศการ และซุ้มต้อนรับ

ขึ้นมา ๑ เล่ม รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสังเคราะห์บทเรียนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพอันเป็นการจัดการความรู้แบบหนึ่ง ใช้ชื่อว่า “เหลียวหลังแลหน้าสู่สมัชชาสุขภาพทศวรรษที่ ๒” ไว้ด้วย

ในภาคบ่ายของวันที่สอง มีการประมวลสรุปบทเรียนจากเวทีการประชุมเพื่อมองทิศทาง “ทศวรรษหน้า สมัชชาสุขภาพ” สรุปความได้ว่า

**มุมมองพื้นฐานต่อสมัชชาสุขภาพมี ๕ ประเด็น คือ**



■ ปกหนังสือ เหนียวหลัง  
แลหน้า สู้สมัชชา  
สุขภาพ ทศวรรษที่ ๒



■ ส่วนหนึ่งของบรรยากาศ  
เวทีระดมสมองฯ



■ วิชาการนอกห้อง :  
วงเล่า...เคล้าสมัชชา

■ วิชาการนอกห้อง : การทำหนังสือ

ประเด็นที่หนึ่ง สมัชชาสุขภาพ ไม่ใช่เป็นเครื่องมือเดียวของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ยังมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นคล้ายๆ เข็มทิศของระบบสุขภาพ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพก็เป็นนโยบายสาธารณะด้วยตัวของมันเอง ประเด็นสำคัญๆ ในธรรมนูญฯ เป็นเป้าหมายที่ทุกภาคส่วนนำไปอ้างอิงในการทำงานได้ เป็นการเปลี่ยนกรอบความคิดจากการที่รัฐทำทั้งหมด เป็นว่าตอนนี้ใครๆ ก็เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปพร้อมกันได้ อีกเรื่องหนึ่งก็คือ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพหรือ เอชไอเอ. นี่ก็เป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมอีกเครื่องมือหนึ่ง นอกนั้นก็ยังมี การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านช่องทางอื่นๆ ภายใต้บทบาทหน้าที่ของ คสช. อีกด้วย สมัชชาสุขภาพเป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

ประเด็นที่สอง สมัชชาสุขภาพเป็นเพียงหนึ่งในเส้นทางของการพัฒนานโยบายสาธารณะและการขับเคลื่อนสังคมเท่านั้น สมัชชาสุขภาพไม่ใช่คำตอบของทุกเรื่อง ไม่ใช่เป็นเครื่องมือเดียว ถ้าการพัฒนาโยบายสาธารณะเป็นแม่น้ำสายใหญ่ สมัชชาสุขภาพก็เป็นเพียงแม่น้ำสายหนึ่งที่ต้องเชื่อมโยงหนุนเสริมเข้ากับแม่น้ำสายอื่นๆ ด้วย



■ วิชาการนอกห้อง : เปลี่ยนชุดแข็ง...แปลงเป็นเข้าใจ

ประเด็นที่สาม สมัชชสุขภาพไม่ใช่ของ สช. สมัชชสุขภาพเป็นเครื่องมือทางสังคม ซึ่งเป็นสมบัติร่วมกันของคนไทยทุกภาคส่วนที่ได้ร่วมกันคิด ร่วมกันพัฒนา และร่วมกันใช้มาจนถึงทุกวันนี้

ประเด็นที่สี่ สมัชชสุขภาพมีสองด้านคล้ายๆ กับมีกายกับจิต คือด้านที่เห็นได้ จับต้องได้ เช่น มีกระบวนการทำงานอย่างไร ผู้คนเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างไรผลที่ได้นำไปสู่การปฏิบัติอย่างไร แต่สมัชชสุขภาพยังมีอีกด้านหนึ่งที่ลึกกว่านั้น คือด้านที่ทำให้ผู้คนที่มิจิตสาธารณะได้เข้ามาคิดและทำงานเพื่อสาธารณะด้วยกัน ทำให้เกิดความเชื่อมโยง หนุนเสริมผูกพัน และนำไปสู่การเป็นมิตรที่ทำงานอื่นๆ ร่วมกันต่อไป ไม่ใช่จับแค่การมาร่วมกันจัดสมัชชสุขภาพ

ประเด็นที่ห้า สมัชชสุขภาพเป็นกระบวนการที่เชื่อมั่นในอำนาจอ่อน (soft power) ไม่ใช่กระบวนการที่ใช้อำนาจไปบังคับใคร ไปกดดันใคร หรือไปสั่งให้ใครทำอะไร แต่สมัชชสุขภาพเชื่อเรื่องคุณค่าศักดิ์ศรีของทุกฝ่าย ไม่ว่าจะทำอะไร ต้องใช้เวลาในการพูดคุยกัน ใช้จังหวะ ใช้โอกาส



ในการเจรจา ใช้การขยับตัวเข้าหากัน ใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้วก็ใช้พลังในการทำงานร่วมกัน คือพลังความรู้ พลังความรักความเข้าใจกัน

สำหรับการมองมิตีคุณค่าและกลยุทธ์การพัฒนาสมัชชสุขภาพในทศวรรษที่ ๒ สรุปดังนี้

สมัชชสุขภาพมีมิตีที่สำคัญ ๒ ประการ คือ

(๑) มิตีการเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เน้นการมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process : PHPPP) ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเข็มนาฬิกา และ

(๒) มิตีการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement)

ทั้งสองมิตินี้เป็นของคู่กันแยกออกจากกันเด็ดขาดไม่ได้ เหมือนหยินกับหยาง เหมือนแขนขวากับแขนซ้าย ถ้าดูที่กระบวนการสมัชชสุขภาพแห่งชาติที่จัดอย่างเป็นทางการผ่านมา ๒ - ๓ ปี จะเห็นว่าเน้นที่การพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมากกว่าการเคลื่อนไหวทางสังคม แต่ถ้าดูที่การจัดสมัชชสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในชุมชนท้องถิ่น ส่วนใหญ่เน้นที่การ

เคลื่อนไหวทางสังคมนำหน้าการพัฒนา นโยบายสาธารณะ ซึ่งไม่มีอะไรผิดหรือถูก หรืออะไรดีกว่าอะไร ต้องแล้วแต่สถานการณ์และวัตถุประสงค์ของการทำงานนั้นๆ บางครั้งก็อาจเน้นทั้งสองมิติไปพร้อมๆ กันก็ได้

ในขณะเดียวกัน สมัชชาสุขภาพมีคุณค่าสำคัญ ๔ ประการ คือ

คุณค่าที่หนึ่ง **สมัชชาสุขภาพทำหน้าที่เป็นกระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม** จาก Ottawa Charter เมื่อปี ๒๕๒๘ เรียกว่า Healthy Public Policy เรามาเติม Participatory เพื่อเน้นว่าเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมให้หนักแน่น โดยพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพให้เป็นเครื่องมือนี้

คุณค่าที่สอง **สมัชชาสุขภาพทำหน้าที่เป็นกระบวนการการพัฒนา ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมภาคปฏิบัติ** (Participatory Democracy) สมัชชาสุขภาพจึงมีคุณค่าในฐานะเป็นเครื่องมือพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมไปพร้อมๆ กันด้วย

คุณค่าที่สาม **สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการที่มีส่วนสำคัญในการ สร้างเสริมพลังของภาคสังคม** ให้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมทำงานสาธารณะ คือ social empowerment ทำให้ผู้คนจากทุกภาคส่วนเข้ามาทำงานด้วยกัน สังคมก็จะมีพลังเข้มแข็งขึ้น มีความสามารถมากขึ้น รู้เท่าทันมากขึ้น ทำงานที่ยากได้มากขึ้น

คุณค่าที่สี่ **สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันด้วยการ ปฏิบัติของคนในสังคม** (Interaction Learning Through Action) ไม่มี

สูตรสำเร็จ ไม่มีใครรู้มากกว่าใคร เราพัฒนามาด้วยกัน เรียนรู้ด้วยกัน ทำด้วยกันตลอด ๑๐ ปีที่ผ่านมา และยังต้องเรียนรู้กันไปเรื่อยๆ สิบบปี มีคนเก่าคนใหม่เข้ามาร่วมเรียนรู้กันไปเรื่อยๆ กลายเป็นการปฏิรูปการศึกษาหรือปฏิรูปการเรียนรู้ไปพร้อมๆ กันด้วย

**สำหรับกลยุทธ์การพัฒนาสมัชชาสุขภาพในทศวรรษที่ ๒ สรุปได้ ๕ ประการ คือ**

หนึ่ง **สร้างสมดุล ๓ ภาคส่วนและเพิ่มความเป็นเจ้าของ** มุ่งปรับสมดุลการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชนหรือสังคม และภาควิชาการ ให้เป็นสามเหลี่ยมที่สมดุลมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหาทางชวนภาครัฐและภาควิชาการเข้ามาร่วม เข้ามาใช้สมัชชาสุขภาพเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น เพิ่มความรู้สึกและการเป็นเจ้าของสมัชชาสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่ายสามารถนำสมัชชาสุขภาพไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง ไม่จำเป็นต้องรอการสนับสนุนจาก คสช. และ สช. เท่านั้น

สอง **พัฒนาระบบและแบบแผนสมัชชาสุขภาพ ผสมผสานกับความเป็นธรรมชาติที่หลากหลาย** สนับสนุนให้มีการพัฒนาสมัชชาสุขภาพให้เป็นระบบ (systematic) และมีแบบแผน (pattern) ที่เหมาะสม ที่มีความเป็นธรรมชาติธรรมชาติอยู่ด้วย ไม่เป็นกระบวนการที่แข็งหรือเป็นทางการตายตัวมากเกินไป แต่ก็ต้องไม่ปล่อยให้ไปอย่างไรก็ได้ และควรสนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรมสมัชชาสุขภาพให้มีความหลากหลาย ทั้งรูปแบบและวิธีการ แต่มีหลักการเดียวกัน โดยพัฒนาการสื่อสารทางสังคมอย่างต่อเนื่องด้วย

สาม ขยายเครือข่ายภาคีและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแกนนำองค์กร ภาคีและเครือข่ายอย่างจริงจัง เพื่อให้มีคน องค์กร และเครือข่ายใหม่ๆ เข้าร่วมมากขึ้น และพัฒนาคน แกนนำ องค์กร เครือข่าย ให้มีศักยภาพ ตั้งแต่ความเข้าใจ ทำเป็น และช่วยกันพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพ ให้ก้าวหน้าและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

สี่ สนับสนุนการขับเคลื่อนการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม สนับสนุนการผลักดันการปฏิบัติตามมติ ข้อเสนอนโยบายที่เกิดจากสมัชชาสุขภาพ ให้เกิดผลเป็นรูปธรรมในระดับต่างๆ ให้ชัดเจนมากขึ้น โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ต้องถือเป็นหน้าที่ร่วมกันในการปฏิบัติ และสนับสนุน ผลักดัน และติดตามอย่างต่อเนื่อง

ห้า หนุนเสริมการปฏิรูปประเทศไทยและเชื่อมโยงกับสากล นำสมัชชาสุขภาพไปสนับสนุนการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทยที่เป็นขบวนการเคลื่อนไหวกว้างขวางที่ใหญ่กว่า และนำไปเชื่อมโยงกับสากลเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ยุกระดับการพัฒนาต่อ ยอดขึ้นไปเรื่อยๆ

ในพิธีปิดการประชุมวิชาการครั้งนี้ ได้รับเกียรติจาก ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย องคมนตรี แสดงปาฐกถาพิเศษ “สมัชชาสุขภาพ : ความท้าทายในทศวรรษหน้า” ด้วย

“...ผู้เข้าร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพได้นำความรู้ประสบการณ์ มาแลกเปลี่ยน เรียนรู้กันในรูปแบบของการเป็นกัลยาณมิตร แล้วถักทอร่วมกันจนกลายเป็นแนวทางที่ใช้กับระบบสุขภาพทั้งประเทศ



■ ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย

งานของสมัชชาสุขภาพไม่ใช่งานที่เห็นผลได้ทันที ต้องเก็บไปพิจารณาให้เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน แต่ละสถานการณ์ แล้วดอกผลมันจะค่อยๆ เบ่งบานไปทั่ว...สมัชชาสุขภาพในทศวรรษหน้าต้องคำนึงถึงสิ่งที่จะมากกระทบกับระบบสุขภาพของมนุษยชาติ หรือที่เราใช้คำว่า “ปัจจัยสุขภาพ” รวมถึงแนวโน้มในระดับสากลด้วย เช่น ระเบียบโลกใหม่ การสื่อสารมวลชน และระบบการค้าและการเงิน...”

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย

คณะกรรมการจัดงานได้มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะที่สำคัญๆ ไว้ว่า

- ควรสร้างโอกาสหรือพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ให้คนในพื้นที่ได้เรียนรู้และพัฒนางานวิชาการเพิ่มขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสมัชชาสุขภาพ เช่น ความคิดรวบยอด การดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน การสังเคราะห์ถึงข้อค้นพบฯลฯ โดยมีข้อสังเกตว่า โดยพื้นฐานแล้วภาคีเครือข่ายมีความตั้งใจ เพียงแต่ขาดกระบวนการและคนที่จะช่วยลำดับหรือชุด “คุณค่า” ที่มีหรือที่ทำอยู่ ออกมานำเสนอต่อสาธารณะและใช้ประโยชน์ร่วมกัน หากมีการ

พัฒนาร่วมกันเป็นระยะๆ น่าจะเกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ

• ควรมีการออกแบบและมีกลไกในการเก็บกรณีตัวอย่างที่น่า  
สมัชชสุขภาพไปใช้ ทั้งในกรณีของการนำไปใช้แล้วได้ผล หรืออยู่ในช่วง  
ของการพัฒนาต่อ ในขณะที่เดียวกับที่มีการถอดบทเรียนตามสถานการณ์  
ของกรณีดังกล่าวคู่ขนานไปด้วย ทั้งนี้เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้เพื่อการ  
พัฒนาและเผยแพร่

• ควรมีระบบการจัดการที่ก้าวพ้นจากการเป็นเพียง **“กรณีตัวอย่าง”**  
ในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง เพื่อให้มีการนำกรณีตัวอย่างไปพัฒนาใช้ในวงกว้าง

• ควรมีการสกัดแก่นสาร สัจจะแท้เนื้อหาและสิ่งที่ได้จากการ  
ประชุมที่เชียงใหม่ ให้เป็น **“วิชา”** และขยายผลต่อ

• การพัฒนานโยบายสาธารณะในรูปแบบและกลไกของสมัชชา  
สุขภาพควรให้ฝังตัว และจัดให้มีการพัฒนา เติบโตอยู่ในระบบการศึกษา  
เช่น จัดให้อยู่ในหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น

• ควรมีการพัฒนาสมัชชสุขภาพเพื่อเตรียมการสู่สถานการณ์ใหม่  
ของความเป็น **“ประชาคมอาเซียน”**

• การจัดประชุมที่เชียงใหม่เน้นเป็นการสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการ  
จัดประชุม และทำหยาการประชุมวิชาการต่างๆ ที่จัดขึ้น เนื่องจากผู้คนและ  
เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดงาน มีกระบวนการ  
แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การยกระดับสมัชชสุขภาพ

• การเชื่อมกระบวนการสมัชชสุขภาพเข้ากับกระบวนการอื่นๆ เป็น  
หัวใจสำคัญมากกว่าการสร้างกลุ่มเครือข่าย เนื่องจากกลุ่มเครือข่ายมีอยู่แล้ว

• ควรพยายามยกระดับจากการเป็นเพียง **“หุ้นส่วน”** สมัชชสุขภาพ  
ไปเป็น **“เจ้าของ”** สมัชชสุขภาพ ซึ่งจะเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

- การประชุมที่เปิดรับกลุ่มเป้าหมายใหม่ (กลุ่มที่ลงทะเบียนเข้า  
ร่วมงาน) เป็นสิ่งที่ดี ควรสร้างการมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวไว้ด้วย
- ควรมีการจัดงานในลักษณะนี้ทุกๆ ๓ - ๕ ปี ไม่ต้องรอจนครบ ๑๐ ปี

ก็เป็นอันว่า งานที่สำคัญสำเร็จไปอีกหนึ่งงานหนึ่ง ด้วยความร่วมมือร่วมใจ  
กัลยาณมิตร ผู้คนจำนวนมากที่ร่วมกันพัฒนาสมัชชสุขภาพกันมานาน  
รวมทั้งเพื่อนใหม่ๆ ที่หนุนเนื่องกันเข้ามารู้จักกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน และ  
จะทำงานร่วมกันต่อไปในอนาคต เพื่อให้สังคมไทยดีขึ้น มีสุขภาวะเพิ่มขึ้น  
ซึ่งเป็นเป้าหมายปลายทางร่วมกันของเราทุกคน •





## ก้าวไปข้างหน้า สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

“สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ  
ไต่ระดับการพัฒนาไปเรื่อยๆ  
ซึ่งเป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วน  
ที่จะเข้ามาเป็นเจ้าของร่วมกันใช้  
และร่วมกันพัฒนาต่อไปแบบไม่รู้จบ”

หลังจากมีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการตาม  
พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ครั้งแรกเมื่อปี ๒๕๕๑ ก็มีการจัดครั้งที่  
๒ และครั้งที่ ๓ มาตามลำดับ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ  
เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่มีวงจรรดำเนินงานต่อเนื่องทั้งปี ไม่ใช่แค่  
การจัดประชุมเพียง ๒ - ๓ วันเท่านั้น โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงที่เรียกว่าเป็น  
“ขาขึ้น” คือช่วงที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจสช.)  
เปิดให้ภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่สนใจเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ  
เข้าสู่การพิจารณาเป็นระเบียบวาระของการประชุมสมัชชาฯประจำปี จากนั้น  
คจสช. ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากทั้งภาคประชาชน วิชาการ และภาครัฐ  
ก็พิจารณาคัดเลือกประเด็นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย

- (๑) ความสำคัญของประเด็นนโยบายสาธารณะ
- (๒) ความรุนแรงของผลกระทบ
- (๓) ความสนใจของสาธารณะ และ
- (๔) ความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายหรือผลต่อเนื่องให้เกิด  
แนวปฏิบัติที่ดี

เมื่อเลือกประเด็นได้แล้ว ก็จัดให้มีคณะทำงานวิชาการที่มีองค์ประกอบจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มาทำการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ แล้วพัฒนาเป็นร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดเวทีให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมกันพิจารณาให้ความเห็น มีการส่งร่างข้อเสนอทางเชิงนโยบายเหล่านั้นให้เครือข่ายภาคีต่างๆ ได้ให้ข้อคิดเห็นเพื่อนำมาปรับปรุงร่างข้อเสนอฯ จากนั้น คจสช.ก็นำไปบรรจุเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชสุขภาพแห่งชาติประจำปี เพื่อให้ที่ประชุมสมัชชสุขภาพฯ พิจารณาหาฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายเหล่านั้น

หลังเสร็จสิ้นการประชุมสมัชชสุขภาพแห่งชาติ ได้ฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายต่างๆ แล้ว ก็ให้นำเสนอต่อ คสช.เพื่อพิจารณา เรื่องใดที่คสช.เห็นชอบด้วย และต้องเสนอเข้า ครม.ก็เสนอไปตามลำดับเพื่อให้ครม.ให้ความเห็นชอบมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม บางเรื่องก็เสนอต่อหน่วยงาน องค์กร ภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพิจารณาดำเนินการโดยไม่ต้องเข้า ครม. บางเรื่ององค์กรภาคีที่เป็นสมาชิกสมัชชสุขภาพแห่งชาติก็มีหน้าที่นำไปหาทางปฏิบัติให้เกิดผลกันเองโดยไม่ต้องรอหน่วยงานของรัฐ เรียกว่ามติจากสมัชชสุขภาพแห่งชาติมีช่องทางไปสู่การปฏิบัติหลายทาง ส่วนจะเกิดผลในการปฏิบัติมากน้อยแค่ไหน เป็นเรื่องที่กำลังทดลอง ช่วยกันขับเคลื่อนและติดตามผลักดันกันอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการส่วนหลังนี้ เดิมเราเรียกว่าเป็นงาน “ขาลง” แต่ฟังดูแล้วไม่ค่อยดี *คุณครูสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์* จึงช่วยคิดชื่อเรียกให้ใหม่ว่าเป็นงาน “**ขาเคลื่อน**” ซึ่งดูว่าทุกคนจะชอบและใช้ชื่อนี้กันเรื่อยมา

อาจกล่าวได้ว่า ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ผ่านกระบวนการสมัชชสุขภาพแห่งชาติ เป็นข้อเสนอที่ริเริ่มมาจากหลายๆ ฝ่าย ไม่ใช่เป็นของฝ่ายหนึ่ง



■ นพ.สุวิทย์  
วิบูลผลประเสริฐ



■ พญ.ประนอม คำเที่ยง

ฝ่ายใดโดยเฉพาะ ทุกฝ่ายเป็นเจ้าของข้อเสนอร่วมกัน และเมื่อเป็นมติออกมา ทุกฝ่ายก็มีหน้าที่ขับเคลื่อน ผลักดัน และติดตามให้ข้อเสนอเหล่านั้นเกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม อาจเรียกว่าเป็นนโยบายของทุกฝ่าย โดยทุกฝ่ายเพื่อทุกฝ่ายก็ว่าได้ และกระบวนการทำงานสมัชชสุขภาพก็เป็นวงจรต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ไม่มีที่สิ้นสุด

คจสช. ที่เป็นผู้ดูแลกระบวนการสมัชชสุขภาพแห่งชาติ ๒ รอบแรก มี *คุณหมอสุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ* เป็นประธาน คจสช. ที่ดูแลงานรอบปีที่ ๓ และ ๔ มี *รศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา* เป็นประธาน ส่วนกรรมการมีจากทุกภาคส่วน มีทั้งหน้าเก่าและหน้าใหม่สลับกันมาช่วยทำงาน เพื่อเป็นการเรียนรู้และสืบทอดการทำงานสาธารณะนี้ไปพร้อมๆ กัน ทุกท่านไม่มีเงินเดือน แต่มาช่วยกันทำงานด้วยจิตสาธารณะ

ปี ๒๕๕๑ สมัชชสุขภาพแห่งชาติมีฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จำนวน ๑๔ เรื่อง ได้แก่

- (๑) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย

- (๓) นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุ-วัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้
- (๔) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี
- (๕) เกษตรและอาหารในยุควิกฤต
- (๖) ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (๗) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม
- (๘) ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น
- (๙) ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- (๑๐) สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครม.ที่ไม่พร้อมและเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- (๑๑) ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย
- (๑๒) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะแรงงานนอกระบบ
- (๑๓) การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์
- (๑๔) วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๒ ที่ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพฯ มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ ๑,๕๐๐ คน จาก ๑๘๐ กลุ่มเครือข่าย มีการจัดประชุมวิชาการ ๗ เรื่อง มีการจัดลานสมัชชาสุขภาพฯ เพื่อเป็นพื้นที่การเรียนรู้ และมีการจัดแสดงความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



■ บรรยายการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



■ ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรัฐภูมิ

■ ประธาน คจสช.ส่งมอบหน้าที่

ครั้งที่ผ่านมามีด้วย นอกจากนี้ ยังมีการจัดกิจกรรมใหม่เพิ่มขึ้น คือ การจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอีก ๖ เรื่อง มีผู้สนใจเข้าร่วมเป็นจำนวนมาก



■ Sir Michael Marmot

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพฯ ปีนี้ มีการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและผู้สนใจจากต่างประเทศเข้าร่วมด้วยเหมือนปีที่ผ่านมา ๑ ในผู้ที่เชิญมาแสดงปาฐกถาพิเศษ คือ Sir Michael Marmot ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก มาแสดงปาฐกถาในหัวข้อ **“Health equity in multiple crises through action on SDH”** หรือ **“ความเป็นธรรมทางสุขภาพในวิกฤตซ้ำซ้อน”**

นอกจากนี้ ยังมีการจัดเวทีให้ตัวแทนกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ได้แสดงสุนทรพจน์ในหัวข้อ **“โอกาสและความท้าทายต่อสุขภาพจากวิกฤตซ้ำซ้อน”** มีผู้ร่วมกล่าวสุนทรพจน์ จำนวน ๗๘ คน

โดยในปีนี้มีฉันทามติต่อข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจำนวน ๑๑ เรื่อง ประกอบด้วย

- (๑) การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- (๒) โรคติดต่อบุติใหม่
- (๓) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง



■ นพ.สุรพงษ์ สุวรรณพานิช



■ รศ.ดร.ดรุณี รุจรกานต์

- (๔) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน
- (๕) การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- (๖) การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
- (๗) การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
- (๘) ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย
- (๙) การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน
- (๑๐) ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
- (๑๑) แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้

หลังเสร็จสิ้นสมัชชาสุขภาพฯ แล้ว สช. ได้เสนอมติต่อ คสช. เมื่อ คสช. เห็นชอบมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทั้ง ๑๑ มติ จึงเสนอให้ ครม. รับทราบ



■ คุณสรพงษ์ พรหมเท้า



■ ผศ.สุปรีดา  
อดุลยานนท์



■ ดร.ไชยยศ บุญญากิจ

ทุกมิติ และ ครม. เห็นชอบต่อมติสมัชชาสุขภาพฯ จำนวน ๖ เรื่อง  
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๓ จัดขึ้นระหว่างวันที่  
๑๕ - ๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๓ ที่ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพฯ มีกิจกรรม  
สำคัญๆ ได้แก่

การพิจารณาหาฉันทามติต่อข้อเสนอนโยบาย ๙ เรื่อง (มีเรื่องเสนอ  
เป็นระเบียบวาระเร่งด่วนตามหลักเกณฑ์การจัดเพิ่มมา ๑ เรื่อง) ประกอบด้วย

- (๑) ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ
- (๒) การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับเด็กและเด็กเล็ก
- (๓) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
- (๔) การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
- (๕) มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน
- (๖) มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ
- (๗) นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ
- (๘) นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
- (๙) การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะและสังคมจากการค้าเสรี  
ระหว่างประเทศ

นอกจากพิจารณาหาฉันทามติแล้ว ยังมีการประชุมวิชาการ ๗ เรื่อง กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ๖ เรื่อง และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลาน สัมชชาสุขภาพฯ มีการแสดงสุนทรพจน์โดยผู้แทนกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ในหัวข้อว่า “ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาพะ” จำนวน ๑๐๐ คน

ในการประชุมสัมชชาสุขภาพแห่งชาติปีนี้ มีการแสดงปาฐกถาพิเศษ ในพิธีเปิดและพิธีปิดสมัชชาฯ จำนวน ๖ คน ในจำนวนนี้มี Pr. Amartaya Sen ผู้ได้รับรางวัลโนเบลสาขาเศรษฐศาสตร์ เมื่อปี ๒๕๕๑ แสดงปาฐกถา พิเศษ ในหัวข้อว่า “**Building social justice to close social gaps**” หรือ “**การสร้างความเป็นธรรม ลดช่องว่างทางสังคม**” ในพิธีปิดสมัชชา สุขภาพฯ ด้วย

ในปาฐกถาพิเศษตอนหนึ่ง ท่านกล่าวไว้ว่า “ประเทศไทยถือเป็น ประเทศที่เจริญทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะความสำเร็จในเรื่อง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้กระนั้น ประเทศไทยก็ยังเผชิญกับปัญหา ช่องว่างทางสังคม ซึ่งไม่ใช่เรื่องแปลก เพราะเกิดขึ้นทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาระหว่างชนชั้น ระหว่างเพศ ระหว่างภูมิภาคหรือชนบทและเมือง และระหว่างคนกลุ่มต่างๆ ในสังคม ทางเดียวที่จะแก้ปัญหานี้ได้ คือการ ยอมรับว่าปัญหานี้มีอยู่จริง เพื่อจะได้ร่วมกันหาทางออกด้วยกัน ซึ่งเป็น ความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งรัฐบาล พรรคฝ่ายค้าน และประชาชน ดังนั้น เวทีที่เปิดให้ทุกคนสามารถพูดคุยหารือ (dialogue) กันได้ เช่น สมัชชชา สุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นตัวอย่างที่ดีและน่าสนใจ”

มติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ได้ถูกทยอยนำเสนอต่อ คสช. โดย สช.ได้เชิญหน่วยงานองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องมาประชุมเพื่อทำความเข้าใจและปรึกษาหารืออีกรอบหนึ่งก่อนการเสนอต่อ คสช. ซึ่ง คสช.ให้



■ สส.ชลอน่าน ศรีแก้ว, คุณคำ นายพล และคุณพรรณสิริ กุลนาถศิริ ผู้แสดงปาฐกถาพิเศษ



■ บรรยายการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



■ ดร.สำลี เปลี่ยนบางช้าง



■ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ อดีตนายกรัฐมนตรี



■ ศาสตราจารย์ ดร.อมตยา เซน เข้าเยี่ยมคารวะ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี เนื่องในโอกาสเดินทางมาประเทศไทยเพื่อเป็นองค์ปาฐก ในพิธีปิดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓

ความเห็นชอบแล้ว ๙ เรื่อง กรม.ให้ความเห็นชอบไปแล้ว ๕ เรื่อง ได้แก่ เรื่องมาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน เรื่องการควบคุมมลพิษทางอากาศสำหรับทารกและเด็กเล็ก เรื่องนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เรื่องนโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ เรื่องร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ และ กรม.รับทราบมติไปแล้ว ๓ เรื่อง ได้แก่ เรื่องความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ และเรื่องการแก้ปัญหายารุ่นไทยกับการตั้งครุฑที่ไม่พร้อมในขณะเดียวกัน สช.ก็ส่งมติให้กับหน่วยงาน องค์กร ภาคีต่างๆ นำไปพิจารณา ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องเช่นที่เคยปฏิบัติมาเป็นประจำทุกปี

ก่อนเปิดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี ๒๕๕๓ นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ก็ได้แสดงปาฐกถาพิเศษปิดท้ายด้วย ท่านกล่าวถึง สมัชชาสุขภาพ ในตอนหนึ่งว่า “ท่านทั้งหลายซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว อย่าผูกขาด เครือข่ายต้องขยายออกไป อย่าปล่อยให้สมัชชาสุขภาพ กลายเป็นเหมือนกับหน่วยงานในอดีต ที่เราเองเคยตำหนิเอาไว้ ว่าในที่สุดเราก็คิดกันเอง ทำกันเอง แต่เราต้องช่วยกันทำให้เวทีนี้ขยายเครือข่ายไปสู่



■ ศาสตราจารย์อมาตยา เซน

พี่น้องประชาชน และชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ ในหลากหลายสาขาอาชีพ และพื้นที่อย่างแท้จริง และถ้าหากท่านทำตรงนี้สำเร็จและเดินหน้าไปได้ นอกเหนือจากผลผลิตที่เป็นข้อมติสมัชชาสุขภาพที่มีคุณค่ามหาศาล สำหรับสังคมไทยและรัฐบาลแล้ว ยังจะสร้างคุณค่าในการที่เราจะสร้าง วัฒนธรรมใหม่ในการทำงาน ในการเอาชัยกับทุกปัญหาที่พี่น้องประชาชน จะต้องเผชิญ ไม่เว้นแม้แต่ปัญหาซึ่งยึดเยื้อเรื้อรังที่เกิดขึ้นในทุกที่อย่าง เช่น ปัญหาความไม่เป็นธรรมในสังคม ผมมั่นใจในพี่น้องประชาชนคนไทย มั่นใจในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ”

นอกจาก Pr. Amartya Sen จะแสดงปาฐกถาพิเศษในการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว ในวันรุ่งขึ้น คือวันเสาร์ที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๓ สช.ยังได้จัดเวทีสาธารณะขึ้นที่ศูนย์ประชุมสิริกิติ์ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สนใจ เข้าฟังการบรรยายพิเศษของ Pr. Amartya Sen เรื่อง **“ความยุติธรรม : จากแนวคิดสู่วิถีปฏิบัติ” (THE IDEA OF JUSTICE : FROM IDEA TO ACTION)** อีกด้วย โดยมี นพ.มงคล ณ สงขลา อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้กล่าวแนะนำวิทยากร และ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติและประธานกรรมการบริหารของ สช. กล่าวขอบคุณ



■ นพ.มงคล ณ สงขลา

■ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์

■ คุณอรยา สูตะบุตร

มีคุณสฤณี อาชวานันทกุล เป็นอาสาสมัครรับหน้าที่ช่วยแปลภาษา และมีคุณอรยา สูตะบุตร เป็นพิธีกร มีผู้สนใจเข้าร่วมฟังประมาณ ๕๐๐ คน ในจำนวนนี้มีท่านอานันท์ ปันยารชุน ประธานคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) เข้าร่วมฟังและกล่าวแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมด้วย

หลังเสร็จงานนี้ได้เดือนเศษๆ Pr. Amartya Sen ได้แวะกลับมา เยี่ยมเมืองไทยอีกครั้งหนึ่ง สช. โดยคุณณนุด มธุรพจน์ ทำหน้าที่วิเทศ-สัมพันธ์ได้พาท่านไปเยี่ยมเยียนพื้นที่จังหวัดนครปฐมที่ท่านเคยมาทำงาน เมื่อ ๔๗ ปีก่อน และได้จัดเวลาที่คุยกันวงเล็กเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางปัญญา กับท่านเป็นพิเศษอีกด้วย

สำหรับการขับเคลื่อนและผลักดันมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ออกมา ทุกปีเพื่อนำไปสู่การปฏิบัตินั้น สช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง (ที่เรียกชื่อเล่นๆ ว่า **“คณะกรรมการขาเคลื่อน”**) มีที่สุพัฒน์ ธาระพงศ์พงษ์ กรรมการสุขภาพแห่งชาติจากภาคประชาชน เป็นประธาน เพื่อทำหน้าที่วาง กลยุทธ์การขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพ





■ คุณสถนี  
อาชวานันทกุล

■ ผู้ร่วมการพูดคุยวงเล็กกับศาสตราจารย์อมตยา เซน

แห่งชาติไปสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม แสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงาน  
องค์กรและภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนติดตามผลการดำเนินงานตาม  
มติสมัชชาสุขภาพฯ รายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และ คสช. เป็นระยะๆ  
ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาต่อ คจ.สช. เกี่ยวกับการพัฒนาข้อเสนอ  
เชิงนโยบายเพื่อจะบรรจุเป็นระเบียบวาระในสมัชชาสุขภาพฯ และให้ข้อเสนอ  
แนะต่อ คสช. และ คจ.สช. เกี่ยวกับการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพฯ

คณะกรรมการชุดนี้ได้กำหนดหลักการสำคัญในการทำงานไว้ ๔  
ประการ คือ

(๑) มุ่งผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างมียุทธศาสตร์ เนื่องจากแต่ละมติมี  
เนื้อหาและผู้เกี่ยวข้องแตกต่างกัน ดังนั้น จึงต้องทำงานอย่างมียุทธศาสตร์  
และสอดคล้องกับเนื้อหาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละมติ

(๒) คำหนึ่งถึง **“การมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์”** และการเชื่อมประสาน  
ที่ดี โดยยึดหลักยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่คำหนึ่งถึงการมีส่วนร่วม  
ทั้งภาควิชาการ และวิชาชีพ ภาครัฐและการเมือง และภาคประชาสังคมและ  
ประชาชน

(๓) ใช้การบริหารจัดการอย่างมีศิลปะ และ



■ การประชุมคณะกรรมการชาเคลื่อน

(๔) ต้องมีกระบวนการสนับสนุนและติดตามผลที่เหมาะสม

โดยการขับเคลื่อนและผลักดันมติอาจดำเนินการผ่านช่องทางต่างๆ  
ได้แก่

(๑) เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมาย  
ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการ

(๒) ทำงานร่วมกับองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องเป็นการเฉพาะ ได้แก่  
หน่วยงาน องค์กรหรือภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้พัฒนาข้อเสนอ และหน่วยงาน  
องค์กรที่มีพันธกิจตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติโดยตรง

(๓) ทำงานด้วยกระบวนการพิเศษ โดยเฉพาะมติที่ยังไม่มีองค์กร  
หรือหน่วยงานใดเป็นเจ้าของที่ชัดเจน หรือมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มี  
ความเกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย เช่น การจัดเวทีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับ  
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในแต่ละเรื่องเพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการ  
ทำงานร่วมกันและมอบหมายงานรับผิดชอบร่วมกัน

(๔) เชื่อมประสานกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ โดย  
การประสานงานกับแกนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ และหน่วยงานระดับจังหวัด

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกรูปแบบทั่วประเทศ และ

(๕) การทำงานสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจต่อสาธารณะ โดยหวังให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และทำหน้าที่ติดตามการทำงานขององค์กรหรือหน่วยงานที่มีพันธกิจสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพฯ นั้นๆ

ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ สู่การปฏิบัติ ที่ค้นพบ ได้แก่

(๑) ปัญหาจากตัวมติ ทั้งในเรื่องการกำหนดกลไกรับผิดชอบที่พบว่า บางมติไม่มีการกำหนดหน่วยงาน องค์กรได้รับผิดชอบ บางมติมีการกำหนดชัดเจน ที่บางมติกำหนดไว้ไม่ครอบคลุม และบางมติกำหนดความรับผิดชอบให้กับกลไกที่ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบ

(๒) ปัญหาด้านเนื้อหาของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เช่น เนื้อหาที่คลุมเครือไม่เฉพาะเจาะจง เป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ และบางมติดาจเกินขอบเขตของเรื่องสุขภาพ

(๓) ปัญหาด้านการขับเคลื่อน พบว่า องค์กรที่ถูกระบุให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบไม่มีการนำมติฯ ไปปฏิบัติ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายตั้งแต่ต้น ผู้แทนขององค์กรเข้ามาร่วมในขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและขั้นตอนการหาฉันทามติ ไม่ได้เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในเรื่องนั้นอย่างแท้จริง และสาเหตุอื่นๆ เช่น การไม่ให้ความสำคัญกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพ การไม่ได้รับทราบว่ามีมติสมัชชาสุขภาพ เป็นต้น และ

(๔) ปัญหาด้านการติดตามและรายงานผล ที่ไม่สามารถจำแนกผลสืบเนื่องจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกับผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน



■ คจสช.ปี ๒๕๕๔

ตามแผนงานปกติขององค์กร หน่วยงานต่างๆ ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากหน่วยงานองค์กรที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ และการไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร เป็นต้น

สำหรับการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๔ ซึ่งเป็นการจัดอย่างเป็นทางการเป็นรอบหลัง มี คจสช.ทั้งหน้าเก่าและหน้าใหม่ช่วยกันดูแลและเตรียมการอย่างคึกคักเช่นทุกปีที่ผ่านมา มีองค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ ส่งประเด็นเข้าสู่การพิจารณาของ คจสช. รวม ๘๑ เรื่อง จากองค์กรผู้เสนอ ๖๗ องค์กร และองค์กรสนับสนุน จำนวน ๑๔๔ องค์กร

คจสช.ได้พิจารณาคัดเลือกประเด็นที่สมควรพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย เข้าสู่การพิจารณาของที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จะจัดขึ้นระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ จำนวน ๖ เรื่อง ประกอบด้วย

๑. การสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของผู้ใช้แรงงาน
๒. การจัดการทรัพยากรน้ำอย่างยั่งยืน
๓. การจัดการภัยพิบัติ โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง



■ ประชุม คจสช.ปี ๒๕๕๔

๔. การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น)
๕. การจัดการปัญหาโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
๖. ความปลอดภัยทางอาหาร : การใช้น้ำมันทอดซ้ำ

ปีนี้มีกรอบทบทวนการจัดกลุ่มเครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติใหม่ จากเดิม ๑๘๒ กลุ่มเครือข่าย ปรับใหม่เป็น ๒๐๖ กลุ่มเครือข่าย รวมจำนวน ๗๘๙ องค์กร (ไม่รวมกลุ่มสมาชิกจากพื้นที่ ๗๗ จังหวัด - กลุ่ม MA) โดยเปิดโอกาสให้องค์กรภาคีเครือข่ายที่ตกไป ได้เข้ามาาร่วมกัน พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยปีนี้ได้ปรับวิธีการเตรียมความพร้อมและสร้างความร่วมมือของกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ให้เข้มข้นมากขึ้น โดยยึดหลักความเชื่อพื้นฐาน ๓ ข้อ คือ

- (๑) เชื่อมั่นในความเป็นเพื่อนภาคี
- (๒) เชื่อมั่นในการทำงานด้วยกัน
- (๓) เชื่อมั่นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ซึ่งแบ่งกิจกรรมในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่าย เป็น ๓ ระดับ ได้แก่

- (๑) ระดับสร้างความเข้าใจ
- (๒) ระดับแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงลึก และ
- (๓) ระดับพัฒนาศักยภาพ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ มีการจัดการที่เป็นระบบ มีหลักเกณฑ์และวิธีการ ในขณะเดียวกันก็เป็นการ ดำเนินการเพื่อให้สังคมเกิดการเคลื่อนไหวไปพร้อมๆ กัน

สมัชชาสุขภาพ ไม่ใช่เครื่องมือทางสังคมที่สมบูรณ์แบบ และไม่ใช้ เครื่องมือเดียว แต่เป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีการพัฒนามายาวนานด้วยการ ปฏิบัติจริง

**แต่ละปีที่ผ่านมา สมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็ได้ระดับการพัฒนาขึ้นไปเรื่อยๆ ซึ่งเป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วน จะได้เข้ามาเป็นเจ้าของ ร่วมกันใช้ และร่วมกันพัฒนาต่อไปแบบไม่รู้จบ •**

## ๕

## พัฒนาการ สมัชชาสุขภาพพื้นที่ และประเด็น

“สี่ใจที่เราทั้งหลาย  
ก้าวพ้นความเป็นนักพัฒนาปัจเจก  
มาเป็นนักพัฒนาเชิงระบบ  
ภายใต้การรวมตัวกัน  
เป็นภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพล้านนา”

หลังจากที่มีการทดลองจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นมาตั้งแต่ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และเมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว สช.ก็มีหน้าที่สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพทั้ง ๒ ประเภทนี้มาอย่างต่อเนื่อง

ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้ความสำคัญกับการพัฒนากลไกพหุภาคีในระดับจังหวัด การขยายเครือข่าย และการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและข้อมูลเครือข่ายในพื้นที่ นอกจากนี้ มีการปรับทิศทางการสนับสนุนที่เน้นคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยการสนับสนุนพื้นที่เป้าหมายเดิม และขยายผลเป็น ๒๘ จังหวัด ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจำแนกได้เป็น ๕ ระดับ คือ

ระดับที่ ๑ มีการพัฒนาองค์ประกอบพื้นฐานให้มีความเข้มแข็งและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น (กลไก เครือข่าย และข้อมูล)

ระดับที่ ๒ เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่ยังไม่สามารถผลักดันให้เป็นนโยบาย

ระดับที่ ๓ ผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะในระดับต่างๆ

ระดับที่ ๔ เกิดนโยบายในระดับจังหวัดและ/หรือในหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และ

ระดับที่ ๕ เครือข่ายต่างๆ นำมติไปปฏิบัติจนเกิดเป็นรูปธรรม เช่น นำไปสู่การออกข้อบัญญัติ อบต. ท่าศาลา เพื่อการอนุรักษ์ทรัพยากรชายฝั่ง ซึ่งเกิดมาจากสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นต้น

ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่เป้าหมายเดิมและพื้นที่ใหม่ รวม ๓๓ จังหวัด และมีการสนับสนุนให้หน่วยงานองค์กรต่างๆ นำสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นไปใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมหลายกรณี

นอกจากการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นตามข้างต้นแล้ว ยังมีการสนับสนุนกลไกภาค เพื่อช่วยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและช่วยจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพให้กับแกนนำสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ด้วย และมีการลงนามความร่วมมือเพื่อการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับเครือข่ายพหุภาคีในจังหวัดต่างๆ ไปแล้วรวม ๑๔ จังหวัด ได้แก่ เชียงราย น่าน แพร่ เพชรบูรณ์ พิจิตร อุตรดิตถ์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี นครราชสีมา สระบุรี ลพบุรี ตราด สกลนคร และนครศรีธรรมราช

มีการสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สรุปได้ ดังนี้

## ๑. แบ่งตามรูปแบบการเคลื่อนไหวเชิงกระบวนการ

๑.๑ **แบบค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไข** เป็นรูปแบบพื้นฐานเน้นการค้นหาคำประเด็นปัญหาสาธารณะ แล้วจึงร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขหรือหาทางออกร่วมกันในเชิงนโยบาย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในรูปแบบนี้

๑.๒ **แบบสร้างภาพฝันแล้วพัฒนาตาม** เป็นการสร้างภาพในอนาคตหรือจากทัศนวิสัยร่วมกัน โดยกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม แล้วจึงมีการวางแผนหรือค้นหาแนวทางการเดินไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ เช่น ใช้สมัชชาสุขภาพพัฒนาธรรมมัญญสุขภาพอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ เป็นต้น

๑.๓ **แบบสร้างแบบอย่างที่ดี** แล้วขยายสู่นโยบาย เป็นการเริ่มต้นพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ หรือการถอดบทเรียนจากความสำเร็จ แล้วจึงขยายผลเป็นนโยบาย เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่เริ่มจากการพัฒนาสุขภาพระดับตำบลจนเกิดเป็นพื้นที่ต้นแบบ แล้วพยายามขยายผลสู่สาธารณะที่กว้างขึ้น เป็นต้น

๑.๔ **แบบเฝ้าระวังเตือนภัยให้สังคม** เป็นกระบวนการสร้างกลไกขึ้นมาเฝ้าระวังผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับชุมชนและสังคม โดยสื่อสารกับสังคมได้รู้เท่าทันทั้งเชิงข้อมูลและความรู้ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดแม่ฮ่องสอน ขับเคลื่อนประเด็นการจัดการลุ่มน้ำโดยพัฒนากลุ่มองค์กรเครือข่ายขึ้นมาเป็นกลไกเฝ้าระวังเตือนภัยให้กับชาวแม่ฮ่องสอน เป็นต้น

๑.๕ **แบบพัฒนาและติดตามผลนโยบาย** เป็นการประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบายส่วนต่างๆ และวางแผนยุทธศาสตร์ที่จะขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติตามช่องทางต่างๆ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช ขับเคลื่อนจนเกิดข้อบัญญัติ อบต. ท่าศาลา ในการอนุรักษ์ทรัพยากรชายฝั่ง สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา ขับเคลื่อนคำประกาศสมิหลา (ข้อเสนอเชิงนโยบาย) สู่การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับอปท. และสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนครขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นเกษตรเพื่อสุขภาพและอาหารปลอดภัยสู่การทำแผนพัฒนาระดับท้องถิ่นและจังหวัด เป็นต้น



■ สมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ (๒๘ ก.ย. ๕๒)



■ สมัชชาสุขภาพจังหวัดพิจิตร (๒๘ ก.ย. ๕๒)



■ สมัชชาสุขภาพจังหวัดชุมพร (๑๙ ต.ค. ๕๓)



■ สมัชชาสุขภาพจังหวัดตรัง (๗ ต.ค. ๕๓)



■ สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา (๑๑ ต.ค. ๕๔)



■ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย  
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูล  
ข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ (๑๙ ก.พ. ๕๓)



■ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย  
ร่าง พ.ร.บ. อนามัยคุ้มครองการเจริญ  
พันธุ์ พ.ศ. ... (๑๖ ส.ค.๕๓)

๒. แบ่งตามลักษณะการพัฒนากระบวนการหรือการสร้างพื้นที่  
สาธารณะ

๒.๑ การประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาใช้

เป็นการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เป็นระบบและมีแบบแผนมากขึ้น  
ตั้งแต่การจัดองค์ประกอบคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพ การได้มา  
ซึ่งประเด็น การพัฒนาประเด็น และกระบวนการประชุมเพื่อหาฉันทมติ  
ข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยการประยุกต์แนวคิดจากกระบวนการสมัชชา  
สุขภาพแห่งชาติที่ใช้รูปแบบนี้ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ  
และสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงราย เป็นต้น

๒.๒ การขับเคลื่อนนโยบายด้วยกระบวนการถกแถลง เป็นแบบ

ไม่เป็นทางการ ค่อนข้างเป็นธรรมชาติ ให้ความสำคัญกับความแตกต่าง  
หลากหลายในเชิงแนวคิด อุดมการณ์ โดยเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้แลกเปลี่ยน  
เรียนรู้ร่วมกัน ถกแถลงอย่างอิสระ และหาข้อสรุปร่วมกัน โดยพยายาม  
แฝงกระบวนการเหล่านี้ในการประชุมหรือในเวทีทุกระดับ ซึ่งกระบวนการ  
สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นไปในรูปแบบนี้

สำหรับการสนับสนุนการจัดและการใช้สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น  
ในการพัฒนาโยบายสาธารณะที่สำคัญ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้แก่

- (๑) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยร่าง พ.ร.บ. อนามัยคุ้มครองการเจริญพันธุ์ พ.ศ. ....
- (๓) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยการจัดการลุ่มน้ำภาคเหนือตอนบน

(๔) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ และ

(๕) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของคนทำงาน

นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนให้หน่วยงานและองค์กรอื่นๆ นำสมัชชาสุขภาพไปปรับใช้เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในเรื่องต่างๆ ได้แก่ สนับสนุนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำสมัชชาสุขภาพไปใช้เป็นพัฒนานโยบายสาธารณะของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สนับสนุนให้เครือข่ายแผนแม่บทชุมชน ๔ ภาค นำแนวคิดสมัชชาสุขภาพไปปรับใช้กับกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจระดับตำบล ๑๕๒ ตำบลทั่วประเทศ สนับสนุนให้หน่วยงานท้องถิ่นและชุมชนที่สนใจจัดทำธรรมนูญสุขภาพของพื้นที่ ใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือดำเนินการ เป็นต้น

ในปี ๒๕๕๓ คสช. ได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น” ขึ้น มีคุณหมอสุนทร วิบูลย์ผลประเสริฐ อดีตประธานคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๒ เป็นประธาน ทำหน้าที่พัฒนาระบบกลไก และแนวทางการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อให้เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อ คสช. ในการสนับสนุนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น สนับสนุนให้มีการจัดการความรู้และ

พัฒนาศักยภาพเพื่อพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และติดตามสนับสนุนและประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอย่างต่อเนื่อง

คณะกรรมการชุดนี้ได้พัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (๒๕๕๕ - ๒๕๕๗) ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ และยุทธศาสตร์การพัฒนสมัชชาสุขภาพไว้ดังนี้

#### วิสัยทัศน์

“สานพลังเครือข่ายในพื้นที่และเชิงประเด็นเพื่อสร้างสุขภาวะ”

#### เป้าประสงค์

- (๑) สมัชชาสุขภาพมีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
- (๒) ภาคส่วนต่างๆ มีศักยภาพและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งและกว้างขวาง
- (๓) มติสมัชชาสุขภาพมีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และ
- (๔) เชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาปฏิรูปประเทศไทย และระดับสากล

#### ยุทธศาสตร์

- (๑) พัฒนาศักยภาพและความผูกพันของแกนสมัชชาสุขภาพทุกระดับ
- (๒) ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ประโยชน์สมัชชาสุขภาพอย่างจริงจัง และ
- (๓) สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสร้างการยอมรับและมีส่วนร่วม

ในปี ๒๕๕๔ คณะกรรมการได้ดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ฯ และการจัดทำแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน สช. ก็ได้นำเสนอสนับสนุนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ควบคู่กันไป ดังนี้

### ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาศักยภาพและความผูกพันของแกนสมัชชาสุขภาพทุกระดับ

- การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแกนนำสมัชชาสุขภาพผ่านกลไกวิชาการภาค

- สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของกลุ่มสมาชิกพื้นที่จังหวัด (กลุ่ม MA) ตั้งแต่การเสนอประเด็นนโยบาย (เช่น เครือข่ายล้าหนา - ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบนเสนอประเด็นสุขใจไม่คิดสั้น - และกลุ่ม ๑๔ จังหวัดภาคใต้ เสนอประเด็นการจัดการภัยพิบัติ) และการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อเอกสารร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ ของจังหวัดต่างๆ

- ร่วมกับเครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเอง ๔ ภาค จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำเพื่อประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการจัดทำแผนพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมระดับตำบล ๔ เวที (๔ ภาค)

### ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ประโยชน์สมัชชาสุขภาพอย่างจริงจัง

- การพัฒนาสมัชชาสุขภาพระดับภาค/อนุภาค เช่น การสนับสนุนเครือข่ายพื้นที่ล้าหนา (๘ จังหวัด ภาคเหนือตอนบน) สนับสนุนเครือข่าย

สมัชชาสุขภาพ ๑๔ จังหวัดภาคใต้เตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพภาคใต้ปี ๒๕๕๔ เป็นต้น

- การพัฒนาสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด มีการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งพัฒนาสู่การจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนให้มากขึ้น

- การพัฒนาสมัชชาสุขภาพระดับตำบล เช่น

(๑) ร่วมมือกับสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พัฒนาแนวทาง (guideline) การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือ

(๒) ร่วมกับเครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเอง ๔ ภาค จัดทำคู่มือชุดความรู้การวางแผนพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมชุมชนเพื่อการจัดการตนเอง และ

(๓) ร่วมกับแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สสส. สปสช. สวรส. สธ. และ สช.) เพื่อวางแผนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนระดับตำบลร่วมกัน

- การหนุนเสริมการปฏิรูปประเทศไทย การหนุนเสริมกระบวนการจังหวัดเป้าหมายที่ สช. รับผิดชอบ ๖ จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดเชียงราย นครปฐม ขอนแก่น อ่างทอง ฉะเชิงเทรา และตรัง

- การสนับสนุนให้หน่วยงานองค์กรต่างๆ จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เช่น ศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติ จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙) สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยร่าง พ.ร.บ. อนามัยคุ้มครองการเจริญพันธุ์ พ.ศ.....



**ยุทธศาสตร์ที่ ๓ สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างการยอมรับและมีส่วนร่วม**

- สื่อสารการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านสมาชิกสุขภาพ ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ เช่น สถานีวิทยุและโทรทัศน์เพื่อสุขภาพแห่งชาติ (www.healthstation.in.th) จดหมายข่าว “สานพลัง” และ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

- การบันทึกเรื่องราวกระบวนการสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็น เช่น หนังสือเทคโนโลยีกับกระบวนการสมาชิกสุขภาพ หนังสือรู้จักและเข้าใจสมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็น กรณีศึกษาสมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ และหนังสือสังเคราะห์ปัญญา พัฒนาวิชาชีพสมาชิกสุขภาพ เป็นต้น

ในปี ๒๕๕๔ สช. ยังสนับสนุนกระบวนการสมาชิกสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับทุกจังหวัด และกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบการสมาชิกสุขภาพให้มีความเป็นระบบและมีส่วนร่วมมากขึ้น แต่ทั้งนี้การสนับสนุนยังขึ้นอยู่กับศักยภาพและความพร้อมของแต่ละจังหวัดด้วย โดยในปี ๒๕๕๔ สำนักงานสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานทั้งสิ้น ๓๖ จังหวัด ส่วนจังหวัดอื่นๆ มีการสนับสนุนในรูปแบบอื่น เช่น การสนับสนุนด้านวิชาการ การพัฒนาศักยภาพแกนสมาชิกสุขภาพและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างจังหวัดในภาค/อนุภาค และการสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมในกระบวนการสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

โดยสรุปภาพรวม สามารถประมวลพัฒนาการสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่ระดับจังหวัดได้ ดังนี้

**ระยะต้นน้ำ** หมายถึง การพัฒนาระบบกลไกและการกำหนดประเด็นนโยบาย เช่น สมาชิกสุขภาพจังหวัดพิษณุโลก เพชรบูรณ์ หนองคาย กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด บุรีรัมย์ พังงา ยะลา และนราธิวาส

**ระยะกลางน้ำ** หมายถึง การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย (**การจัดทำเอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย จัดสมาชิกสุขภาพย่อยเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย**) และการจัดกระบวนการสมาชิกสุขภาพจังหวัดเพื่อให้ได้ฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย เช่น สมาชิกสุขภาพจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน ลำพูน พิจิตร อุทัยธานี ลพบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ เลย อุดรธานี ขอนแก่น มหาสารคาม นครราชสีมา สุรินทร์ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ชุมพร สุราษฎร์ธานี พัทลุง

**ระยะปลายน้ำ** หมายถึง การขับเคลื่อนและติดตามข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เช่น สมาชิกสุขภาพจังหวัดแพร่ เชียงราย สมุทรปราการ ชุมพร ตรัง ระนอง สงขลา

สำหรับการสนับสนุนสมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็น ได้แก่

**๑) สมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การปฏิรูปประเทศไทย “ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ”** เป็นการจัดสมาชิกสุขภาพเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

ประเด็น **“ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ”** เสนอเข้าสู่สมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยมติดังกล่าวได้ผ่านฉันทามติสมาชิกสุขภาพแห่งชาติและ คสช.เห็นชอบมติดังกล่าวเมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๓ รวมทั้งข้อเสนอดังกล่าวถูกใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการปฏิรูปประเทศไทยและการดำเนินการของภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**๒) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ด้านจริยธรรมและความปลอดภัยนาโนเทคโนโลยี (๒๕๕๕ - ๒๕๕๙)** โดยศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ได้จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ด้านจริยธรรมและความปลอดภัยนาโนเทคโนโลยี (๒๕๕๕ - ๒๕๕๙) และได้รับความเห็นชอบแผนดังกล่าวจากสมาชิกสมัชชาสุขภาพที่มาจากผู้แทนภาคส่วนต่างๆ กว่า ๒๐๐ คน รวมทั้งฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ สู่การปฏิบัติด้วย

การขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติได้มีการนำเสนอผลการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (คพส.) เพื่อทราบเมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๔ เสนอคณะกรรมการบริหารศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติ เพื่อเสนอต่อ กวทช. นำเสนอต่อ ครม. เมื่อวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๔ และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีมติรับทราบในที่ประชุมวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๔

**๓) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท** จัดโดยคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย เพื่อพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ ๒ ซึ่งสมาชิกสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นได้เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์ และมีฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าว และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีมติรับทราบแล้วเมื่อการประชุมวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๔

**๔) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย การสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงาน** โดยการสนับสนุนสภาเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย เป็นแกนหลักในการประสานเชื่อมร้อยภาคีทุกภาคส่วน ทั้งภาคนโยบาย ภาควิชาชีพ/วิชาการ และภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันจัดทำเอกสารร่างข้อเสนอประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของคนงานกรณีการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของคนทำงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรม เพื่อเสนอบรรจุเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ได้พิจารณาบรรจุประเด็นดังกล่าวเป็น ๑ ใน ๖ ระเบียบวาระแล้ว โดยใช้ชื่อระเบียบวาระ เรื่อง การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการ

**๕) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย การบริหารจัดการกลุ่มน้ำ** โดยการสนับสนุน ไทย วอเตอร์ พาร์ทเนอร์ชิพ (TWP) เป็นแกนหลักในการประสานเชื่อมร้อยภาคีทุกภาคส่วน ทั้งภาคนโยบาย ภาควิชาชีพ/วิชาการ และภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันจัดทำเอกสารร่างข้อเสนอประเด็น การบริหารจัดการกลุ่มน้ำ เพื่อเสนอบรรจุเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ได้พิจารณาบรรจุประเด็นดังกล่าวเป็น ๑ ใน ๖ ระเบียบวาระแล้ว โดยใช้ชื่อระเบียบวาระ เรื่อง การบริหารจัดการทรัพยากรกลุ่มน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนให้หน่วยงานองค์กรต่างๆ ที่สนใจนำแนวคิด “สมัชชาสุขภาพ” ไปปรับใช้ ได้แก่



■ สมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (๒๗ ก.ย. ๕๔)



■ สมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (๒๗ ก.ย. ๕๔)

๑) **สมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๔** โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชนและผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นองค์กรฝ่ายเลขาในการจัดกระบวนการโดยประยุกต์ใช้หลักคิด (concept) กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการดำเนินการ โดยมีการจัดสมัชชาเวทีหลัก เมื่อวันที่ ๒๖ - ๒๘ กันยายน ๒๕๕๔ ณ โรงแรมบางกอกพาเลส กรุงเทพมหานคร กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย การปาฐกถาพิเศษเรื่อง **“การขับเคลื่อนกลไกด้านเด็กและเยาวชน”** การเสวนาเรื่อง **“จากฐานข้อมูลสู่ทิศทางการพัฒนาเด็กและเยาวชน”** การจัดแสดงนิทรรศการจากเครือข่ายผู้ทำงานด้านเด็กและเยาวชน และการหาฉันทมติใน ๓ ประเด็นหลัก คือ

- (๑) กฎหมายด้านเด็กและเยาวชนกับการบังคับใช้กฎหมาย
- (๒) แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ และ
- (๓) Kick off สมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ปี ๒๕๕๕

ผลผลิตสำคัญจากการจัดกระบวนการสมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๔ คือ **“หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ”** เพื่อใช้เป็นแนวทางการ



■ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี ๑๒ ม.ค. ๒๕๕๔

จัดกระบวนการอย่างเต็มรูปแบบต่อไปในปี ๒๕๕๕ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน (๒๕๕๔). รายงานการประชุมคณะกรรมการจัดสมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๕๔ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๔.)

๒) **สมัชชาครอบครัว กรุงเทพมหานคร ๒๕๕๔ “การขับเคลื่อนศักยภาพชุมชน เพื่อความอบอุ่นของครอบครัว”** โดยอนุกรรมการอำนวยการจัดสมัชชาครอบครัว ร่วมกับสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร สมาคมครอบครัวศึกษาแห่งประเทศไทย มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว สถาบันชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว และสถาบันรักลูก ได้มีการนำหลักคิด (concept) กระบวนการสมัชชาสุขภาพไปดำเนินการ โดยมีการจัดทำเอกสารหลักและร่างมติ และมีการจัดสมัชชาครอบครัวกรุงเทพมหานคร ประจำปี ๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๔ ที่โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ (คณะทำงานจัดสมัชชาครอบครัว (๒๕๕๔). เอกสารหลักและข้อเสนอสมัชชาครอบครัวกรุงเทพมหานคร ๒๕๕๔. สมัชชาครอบครัว กรุงเทพมหานคร ๒๕๕๔ “การขับเคลื่อนศักยภาพชุมชน เพื่อความอบอุ่นของครอบครัว”.)



■ คุณสุทธิพงษ์  
วสุโสภาพล

■ คุณนรินทร์ แพงคำ

■ ครุमुกตา อินตะสาร

**๓) สัมชชาผู้สูงอายุ** (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) อยู่ระหว่างการพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการจัดฯ โดยนำกระบวนการจัดสัมชชสุขภาพแห่งชาติไปประยุกต์ใช้

“กระบวนการสัมชชสุขภาพ ทำให้เกิดมุมมองหลากหลาย ถ้าเป็นวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่สัมชชสุขภาพ ความเห็นต่างๆ จะเกิดจากผู้ที่มีระดับความคิดเห็น ซึ่งเป็นคนที่หน่วยงานเจ้าของเรื่องมีอยู่ในใจอยู่แล้ว ด้วยวิธีนี้เราจะไม่ค่อยได้ข้อมูลแปลกๆ ที่คิดไม่ถึง แต่กระบวนการสัมชชสุขภาพทำแบบตรงไปตรงมา ไม่มีใบสั่ง เป็นผู้เกี่ยวข้องที่มาจากการจัดวางโดยภูมิศาสตร์โดยหน่วยงานหรืออะไรก็แล้วแต่ ทำให้เราได้แนวคิดที่หลากหลายและได้มาเร็ว ไม่ต้องกระทุ้งมาก ต่างจากผู้แทนจากภาครัฐ อะไรที่หัวหน้าหน่วยไม่ได้สั่ง ผู้แทนเขาก็จะสงบปากสงบคำ แต่ชาวบ้านเขาไม่มีใครมาสั่งเขาคิดและพูดค่อนข้างเสรี”

**ดร.เลอสรร ธนสุกาญจน์** จาก สวทช.

นอกจากการสนับสนุนการใช้สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนา  
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของพื้นที่และองค์กรภาคีต่างๆ แล้ว สช.ยังได้  
สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการทำงานและการพัฒนาศักยภาพของ  
เครือข่ายภาคีต่างๆ ที่อย่างต่อเนื่อง ด้วยรูปแบบที่หลากหลาย จนปรากฏ  
เป็นนวัตกรรมต่างๆ ได้แก่

#### ● การสร้างเครือข่ายสุขภาพบนฐานวัฒนธรรม

เริ่มต้นที่ภาคเหนือตอนบน เมื่อเดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้มีเวที  
เครือข่ายแกนประสานงานสมัชชาสุขภาพ ในพื้นที่ ๘ จังหวัดได้มาปรึกษา  
หารือและระดมความคิดร่วมกันของผู้ประสานงาน ที่จังหวัดเชียงใหม่ร่วมกับ  
ผู้ประสานงานพื้นที่ ของ สช. ในขณะนั้น คือคุณสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพ ได้ร่วม  
แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาภาคีการขับเคลื่อนงาน  
พื้นที่กับผู้ประสานงานสมัชชาสุขภาพทั้ง ๘ จังหวัด ที่ประชุมได้จุดประกาย  
ความคิดร่วมกัน และต่างมีความเห็นที่ตรงกันว่า “เราจะใช้วัฒนธรรม  
ล้านนา คนเมืองอุ้งกันเป็นฐานความสัมพันธ์เพื่อเชื่อมผู้คนมาทำงานร่วมกัน  
อย่างฉันท์พี่น้องพี่น้อง” ซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดเริ่ม การรวมตัว ร่วมคิดงานด้วยกัน  
วางแผนด้วยกัน และพัฒนาการทำงานรูปแบบใหม่ ไปพร้อมๆ กัน โดยเรียก  
การรวมกลุ่มนี้ว่า “เครือข่ายสมัชชาสุขภาพล้านนา” ประกอบด้วย ๘ จังหวัด  
คือ เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ และน่าน  
โดยมี พ่อเลือน ธนะแพทย์ อดีตพัฒนาการจังหวัดเชียงราย คุณสมชัย  
รัตนจันทร์ อดีตนายก อบต.ท่าสาย อ.เมือง จ.เชียงราย เป็นแกนประสานคน  
ลำคัญในระยะแรกและเชื่อมกับแกนประสานจังหวัดทั้ง ๘ จังหวัด อาทิ  
พล.ต.ต.รักษชาติ ราชกิจ (เชียงราย), ดร.วันทนีย์ ชวพงศ์ (เชียงใหม่),  
ครูมุกดา อินต๊ะสาร (พะเยา), คุณสุวิทย์ สมบัติ (แพร่), คุณวิชัย นิลคง

(น่าน), คุณชาย อุทธิยะ (ลำปาง), คุณนุพพันธ์ คำธิตา (ลำพูน), คุณไสรัจจ์  
ปวงคำคง (แม่ฮ่องสอน), คุณคันสนีย์ อินสาร (เครือข่ายศิลปินล้านนา),  
คุณนิรันดร์ แพงคำ (เครือข่ายการจัดการทรัพยากรลุ่มน้ำ) เป็นต้น

หลักคิดและแนวทางสำคัญในระยะเริ่มต้น นอกจากจะใช้**ภูมินิเวศ  
วัฒนธรรมล้านนา** เป็นฐานในการเชื่อมโยงเครือข่ายที่ผ่านกระบวนการ  
สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับความต้องการ  
ของพื้นที่แล้ว ยังได้สร้างกลไกเครือข่าย ๓ ภาคส่วน ทั้งภาคการเมืองและ  
ราชการ ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม มาเชื่อมร้อยกันเสมือน  
“**ผู้สานพลังกันและกัน**” ได้มาพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน  
อย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางและหลากหลายตั้งแต่ระดับ  
ประเด็นพื้นที่เล็กๆ ขึ้นมาจนถึงระดับเครือข่ายในพื้นที่จังหวัดและเชื่อม  
ขึ้นมาจนถึงเครือข่าย ๘ จังหวัดล้านนา ทำให้เห็นภาพการประกอบเครื่อง  
กลไกกระบวนการที่เชื่อมโยงกันขึ้นมา สิ่งหนึ่งที่น่าสนใจคือ การจัดให้มี  
การขับเคลื่อนโดยใช้พลังกลุ่มองค์กรเครือข่ายที่มีบทบาทในการหนุนเสริม  
ซึ่งกันและกัน ทำหน้าที่ในการเชื่อมประสานและขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่  
ไปพร้อมๆ กัน หรือจะเรียกง่ายๆ ว่า “**กระบวนการพากันไป**” ซึ่งเป็นกรรวม  
กลุ่มเครือข่ายต่างๆ ที่มีพลังมากกว่าการดำรงอยู่แบบเดี่ยวๆ

จากกลไกกระบวนการขับเคลื่อนของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพล้านนา  
ทั้ง ๘ จังหวัด ที่ดำเนินงานร่วมกันมาอย่างต่อเนื่อง จะเป็นเครือข่ายที่เกิดขึ้น  
โดย**ธรรมชาติและผสมผสานกับการคิดสร้างสรรค์** ที่มาจากฐานทุนของ  
การพัฒนาในพื้นที่มาก่อนแล้วมีพัฒนาการต่อยอดเชื่อมมาเป็นระยะๆ  
ตามศักยภาพของพื้นที่และโอกาสการสนับสนุนจากภายในและนอกพื้นที่  
**ผสมผสานกับการออกแบบ** ตามกระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะ



■ โลโก้สมัชชาสุขภาพ  
ล้านนา

■ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประชุม  
เครือข่ายสมัชชาสุขภาพล้านนา  
(๑๐ - ๑๑ ก.ย. ๕๓)

เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในระยะ ๓ - ๔ ปีที่ผ่านมา ที่เน้นการสร้างคน  
กลไก กระบวนการ เครือข่าย เพื่อพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ  
แบบมีส่วนร่วม ที่มีประเด็นและกระบวนการที่ชัดเจนมากขึ้นและคาดหวังผล  
ในการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในพื้นที่ได้

นอกจากนี้ ยังได้มีการพัฒนากลไกประสานงานพื้นที่/ประเด็น ด้วย  
มีการค้นหา **แกนประสานงานประเด็น/พื้นที่** ซึ่งมีข้อดีคือ ผู้ประสานงาน  
จะสามารถดำเนินการบริหารจัดการได้อย่างเต็มที่และต่อเนื่อง อันจะมีผล  
ต่อการขับเคลื่อนประเด็น/โครงการ ให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้  
รวมทั้งเปิดโอกาสให้บุคคลดังกล่าว ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อเป็นแกน  
ประสานงานใหม่ในพื้นที่จังหวัดและเครือข่ายระหว่างจังหวัด (ล้านนา)  
เพิ่มขึ้น แต่ก็อาจจะมีข้อจำกัดอยู่บ้าง โดยเฉพาะแกนประสานงานที่ยัง  
ติดวิธีคิดและรูปแบบการทำงานที่ต้องได้รับการมอบหมายมาก่อน รวมทั้ง  
ความสามารถในการประสานงานกับกลุ่ม/องค์กร/หน่วยงาน/เครือข่ายที่มี  
อยู่ในพื้นที่ ที่มีวิถีทางและจุดประสงค์เฉพาะตนและแตกต่างกันไป จึงเป็น  
สิ่งที่ท้าทายการทำงานของเครือข่ายอย่างมาก

รูปธรรมความคาดหวังของเครือข่ายฯ คือ **การผลักดันมติหรือความเห็นร่วมและข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะต่างๆ ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นกระบวนการ** ให้หน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ภาควิชาการ และภาคการเมือง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างเป็นระบบ นำไปสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของประชาชน หรือการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่หรือท้องถิ่นได้อย่างเป็นรูปธรรม ให้ได้มากที่สุด จากการดำเนินงานในระยะที่ผ่านมาของกลไกเครือข่าย สัมชชาสุขภาพล้านนา จะมีการประชุมสัมชชาสุขภาพสัญจรทุก ๒ - ๓ เดือน ไปยังจังหวัดต่างๆ ในพื้นที่หมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพเพื่อเรียนรู้นวัตกรรม การพัฒนาของแต่ละพื้นที่ มีการประชุมวิชาการของเครือข่ายสัมชชาสุขภาพล้านนาทุกปี โดยในระยะปีแรกได้มีการพัฒนาประเด็นนโยบาย สาธารณะร่วมกันของเครือข่ายสัมชชาสุขภาพล้านนา ที่ทุกจังหวัดจะต้อง มีการปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนร่วมกัน ๖ ประเด็น คือ

- (๑) ธรรมนูญสุขภาพตำบล/อำเภอ
- (๒) การแพทย์พื้นบ้านล้านนา (หมอเมือง)
- (๓) สร้างมาตรการทางสังคมและกฎหมายเพื่อการลด ละเลิก สุรา บุหรี่
- (๔) พัฒนาอาหารปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ
- (๕) สร้างสวัสดิการชุมชนเพื่อสุขภาวะ
- (๖) การจัดการทรัพยากรลุ่มน้ำ จากนั้นก็จะนำผลการพัฒนาที่เป็น บทเรียนสำคัญมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในปีต่อไป

ในปัจจุบัน ยังคงมีการพัฒนาทั้งประเด็นและกระบวนการนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นประเด็นที่สนใจร่วมกัน (common interests) ทั้ง ๘ จังหวัด เช่น การพัฒนากระบวนการธรรมนูญสุขภาพ

ในระดับตำบล/อำเภอ/ลุ่มน้ำ เพิ่มมากขึ้น การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ล้านนา หรือหมอเมืองเป็นเครือข่ายร่วมกัน การจัดการทรัพยากรลุ่มน้ำและ การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น) (ซึ่ง ๗ ใน ๘ จังหวัดพื้นที่ ล้านนา มีสถิติการฆ่าตัวตายสูงใน ๑๐ อันดับแรกของประเทศ) เป็นต้น จากนั้นได้มีการพัฒนาเป็นกระบวนการขับเคลื่อนและผลักดันนโยบาย สาธารณะร่วมกันเพื่อแก้ไขและพัฒนาในอย่างเป็นระบบ และได้ผลักดันให้ เป็นระเบียบวาระในการประชุมสัมชชาสุขภาพแห่งชาติปี ๒๕๕๔

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า การสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีเครือข่ายสัมชชาสุขภาพ ล้านนา เป็นกระบวนการของคนหนุ่มมากที่มีความสนใจร่วมกันต่อเรื่อง สุขภาพแล้วมารวมตัวกันคิดและปฏิบัติด้วยกัน เมื่อได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันแล้ว ก็มีแนวคิด แนวทางต่างๆ ออกมา จากนั้นก็แยกกันไปปฏิบัติ ในพื้นที่/ประเด็นของตนเอง แล้วมาแลกเปลี่ยนกันอีกเป็นระยะๆ อย่างนี้ ต่อเนื่องกันไป สัมชชาสุขภาพจึงเกิดขึ้นได้โดยตลอดไม่จำกัดเวลาและประเด็น ซึ่งขึ้นอยู่กับความสนใจของคนหนุ่มมากในขณะนั้นๆ ว่าสนใจหรือทุกข์ร้อน ด้วยเรื่องอะไร? แล้วก็มารวมกันเป็นสมัชชาที่เห็นกันบ่อยๆ ทุกปี เช่น สมัชชาหมอเมือง ซึ่งเป็นทั้งเฉพาะพื้นที่/ประเด็น ซึ่งทั้งหมดก็เป็นการรวมตัว ของคนหนุ่มมากเช่นกัน เพื่อร่วมกันผลักดันและขับเคลื่อนสิ่งที่สนใจร่วมกัน หรือต้องการแก้ไขให้ดีขึ้น องค์ประกอบของสมัชชาจึงอาจแตกต่างกันไปบ้าง ส่วนใหญ่ก็มาจากภาคส่วนต่างๆ ของสังคมมารวมกันโดยไม่จำกัดบุคคล แต่ขึ้นอยู่กับความสนใจในประเด็นนั้นๆ ร่วมกันมากกว่า

“ดีใจเมื่อเราทั้งหลายก้าวพ้นความเป็นปัจเจกในการเป็นนักพัฒนา” “คนเดียวเดียวมือหนึ่งของพื้นที่” มาเป็นนักพัฒนาเชิงระบบภายใต้การรวมตัวกันของภาคีเครือข่าย “สมัชชาสุขภาพล้านนา” เข้าสู่ปีที่ ๓ แล้วกับการทำงานร่วมกันของพี่น้องภาคีเครือข่ายชาวล้านนา การใช้วัฒนธรรมทางภูมิปัญญา ภาษา การแต่งกาย อาหารการกิน จารีตประเพณีและประวัติศาสตร์ หรืออัตลักษณ์เหมือนกัน ทำให้เห็นคนเล็กคนน้อย และความหลากหลายของผู้คนและองค์กร ในภูมิภาคนี้ได้ร่วมประสาน รวมหมู่ บูรณาการ ผู้คน งานที่ทำและงบประมาณที่มีอยู่นั้น ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะนั้นสำเร็จได้ไม่ยากเลย...และเราได้พบความจริงร่วมกันว่าการทำงานภายใต้สำนึกความเป็นพลเมืองของประเทศชาติ ด้วยจิตวิญญาณของนักพัฒนาที่มีความมุ่งมั่นร่วมกันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในสังคมไทยที่พวกเราเรียกขานกันในยามนี้ว่า **การปฏิรูปหรือการจัดการตนเอง** แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดในการทำงานยามนี้คือ การที่เราทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ภายใต้การยึดหยุ่นที่มันจะสามารถทำให้การพัฒนาที่เกิดขึ้นนั้นยังยืนอยู่ในสังคมของเราตราบนานเท่านาน เป็นที่มาซึ่งพิสูจน์ด้วยผลงาน การเสนอร่างมติเข้าสู่วาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ ว่าด้วยเรื่อง **การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น)** และเรื่อง **การบริหารจัดการทรัพยากรลุ่มน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและภาคีทุกภาคส่วน** ทั้งสองเรื่องนี้เกิดจากฉันทมติร่วมกันของสมัชชาสุขภาพล้านนาว่า ภายใต้วิกฤตต่างๆ ในปัจจุบันนั้นเราจะร่วมกันทำงานเพื่อเป็นรากฐานให้ลูกหลานและประเทศชาติของเราในวันข้างหน้าต่อไป...” **คุณสมชัย รัตนจันทร์**



■ คุณสมชัย รัตนจันทร์



■ ดร.กาสัก เต๊ะชันหมาก



■ นพ.พนัส พฤกษ์สุนันท์

### ● การพัฒนาเครือข่ายสมัชชาสุขภาพภาคกลาง

ภาคกลาง มีจำนวนจังหวัดมากถึง ๒๖ จังหวัด และด้วยเหตุที่อยู่ใกล้ศูนย์กลางของประเทศ จังหวัดต่างๆ จึงมีความเข้มแข็งและความโดดเด่นแตกต่างกันมาก การพัฒนาสมัชชาสุขภาพเพื่อใช้เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของพื้นที่จึงมีความหลากหลาย และค่อนข้างลุ่มๆ ดอนๆ เมื่อเทียบกับบางภาค แกนนำภาคีเครือข่ายส่วนหนึ่งจึงพิจารณาเห็นว่า ควรให้ความสำคัญกับการวางกลไกการพัฒนาคัดยกภาพแกนนำที่เกี่ยวข้องในลักษณะของการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ดังนั้น ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ จึงมีการจัดตั้ง “คณะทำงานพัฒนาสมัชชาสุขภาพภาคกลาง” ขึ้นแบบไม่เป็นทางการ เริ่มจากการชวนแกนนำภาคีเครือข่ายภาคกลางที่ร่วมขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่ยังเป็นสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เช่น **ป่าพ่องศรี อินทสุวรรณ** จังหวัดตราด **อาจารย์รัตนา สมบูรณ์วิทย์** จากสุพรรณบุรี **พีวีเชียร คุตตวัส** จากราชบุรี **คุณทิพาภรณ์ สังข์พันธ์** จากสมุทรปราการ และ**คุณสมเกียรติ ภูธรธรรมศิริ** ร่วมกับแกนนำเครือข่ายหลังมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว เช่น **ดร.กาสัก เต๊ะชันหมาก** **นพ.พนัส พฤกษ์สุนันท์** ร่วมกันระดมความคิดเห็น



หาแนวทางการดำเนินงานของภาคกลาง โดย ดร.กมลศักดิ์ เตชะชัยนันทน์ รับเป็นประธานคณะทำงานฯ จากการหารือกัน ได้สรุปแนวทางการดำเนินงานของภาคกลางร่วมกันว่า

๑) ควรแบ่งโซนในการขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพใหม่ โดยให้แบ่งตามเขตตรวจราชการของสำนักนายกรัฐมนตรี (ตามกลุ่มจังหวัด) จะทำให้การช่วยเหลือสนับสนุนในพื้นที่สามารถทำได้สะดวกมากขึ้น เพราะสามารถดำเนินการให้เป็นส่วนหนึ่งและมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของกลุ่มจังหวัดเดียวกันได้ โดยแบ่งเป็น ๔ โซน คือ

(๑) โซนตะวันออก ประกอบด้วย ๙ จังหวัด แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม จังหวัด ได้แก่ นครนายก ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สมุทรปราการ และ สระแก้ว ระยอง ชลบุรี ตราด และจันทบุรี

(๒) โซนกลางบน ประกอบด้วย ๘ จังหวัด ได้แก่ ลพบุรี อ่างทอง สิงห์บุรี ชัยนาท สระบุรี ปทุมธานี นนทบุรี และพระนครศรีอยุธยา

(๓) โซนตะวันตก ประกอบด้วย ๘ จังหวัด ได้แก่ ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี นครปฐม กาญจนบุรี และราชบุรี

(๔) กทม.

๒) กลไกภาคต้องมีความเข้มแข็ง มีความชัดเจนในการดำเนินงาน และการจัดสรรงบประมาณอย่างเป็นธรรม ใช้ข้อมูลที่เป็นทุน/บริบท/ปัญหาของแต่ละจังหวัดเป็นฐานในการพิจารณา

๓) ศูนย์ประสานกลไกเลขาฯ ต้องขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมติที่ประชุมอย่างชัดเจนและรวดเร็ว เพื่อให้สามารถเสริมการทำงานในพื้นที่ได้ทันที เพื่อให้จังหวัด/พื้นที่ดำเนินงานต่อไปได้



■ เวทีอบรมหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพวิทยากรกระบวนการ” (๒๕ - ๒๗ พ.ค. ๕๕)

๔) ควรมีข้อตกลงในการติดตามการดำเนินงานให้ชัดเจน ถ้าสอดคล้องกับช่วงเวลาการจัดสรรงบประมาณของ สช.ได้ก็จะเป็นการดี

๕) มีแนวทางการดำเนินงานแบบช่วยเหลือกันเป็นโซน แล้วมาพบกัน ในเวทีภาคกลาง หากจังหวัดใดที่ดำเนินการได้น้อยให้โซนเป็นผู้ดูแลและสนับสนุนการดำเนินการตามความเหมาะสม

โดยมีการกำหนดคณะทำงานโซนทั้ง ๔ โซนขึ้น เพื่อจะได้ร่วมกันทำงานอย่างเป็นระบบ และกำหนดแนวทางการทำงานของภาคกลางไว้ว่าให้มีแนวทางการดำเนินงานแบบช่วยเหลือกันเป็นโซน แล้วมาพบกัน ในเวทีภาคกลาง หากจังหวัดใดที่ดำเนินการได้น้อยให้โซนเป็นผู้ดูแลและสนับสนุนการดำเนินการตามความเหมาะสม จึงได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะทำงานโซนเพื่อเป็นแนวทางการทำงานร่วมกัน คือ

(๑) การพัฒนาประเด็นร่วมของโซน

(๒) การพัฒนายุทธศาสตร์การขับเคลื่อนระดับ จังหวัด/โซน/ภาค/ชาติ

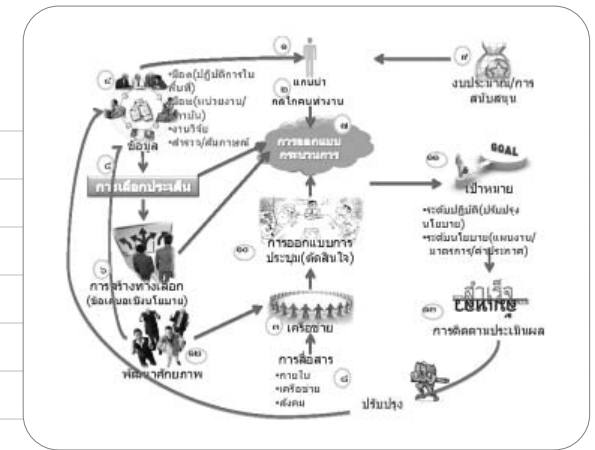
(๓) การพัฒนาศักยภาพแกนสมัชชาสุขภาพ ในเรื่อง เอชไอเอ. ธรรมนูญฯ วิทยากรกระบวนการ

(๔) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามจังหวัด

- (๕) การเชื่อมโยงงานวิชาการ
- (๖) การสรรหา คสช.
- (๗) การขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพ
- (๘) การประสานงานกับกลไก/ภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่น สปสช. สสส. พอช. เป็นต้น
- (๙) การถอดบทเรียน องค์ความรู้
- (๑๐) การสานสัมพันธ์ทางใจ เช่น กีฬา และ
- (๑๑) การสื่อสารทางสังคม

ในการทำงานของคณะทำงานฯ นอกจากคำนึงถึงการเชื่อมต่อกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว ยังมองไปถึงการเชื่อมต่อกับสมัชชาปฏิรูปถือเป็นภารกิจที่คณะทำงานต้องให้ความสำคัญและนึกถึงอยู่เสมอ ทั้งยังเห็นว่าควรพัฒนาแกนนำให้มีทักษะพื้นฐานในการทำงาน เช่น การจับประเด็น การเขียนผังความคิด (mind map) การถอดบทเรียน และการออกแบบการนำเสนอผลงาน ซึ่งทักษะเหล่านี้จะส่งผลทำให้เกิดการพัฒนาต่อการขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพให้บรรลุผลสำเร็จตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้

ในปี ๒๕๕๔ เครือข่ายภาคกลางได้จัดอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพวิทยากรกระบวนการ เพื่อสนับสนุนการสร้างพลังชุมชนและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ณ ชลพฤกษ์รีสอร์ท จ.นครนายก เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำที่มีประสบการณ์ และแกนนำที่เริ่มใหม่ ทุกจังหวัดๆ ละ ๕ คน



■ องค์ประกอบ  
การพัฒนาสุขภาพ  
๑๓ ประเด็น

นอกจากนี้ ยังได้มีการประสานงานเพื่อเตรียมผลงานวิชาการของเครือข่ายภาคกลางเข้านำเสนอในการประชุมวิชาการทศวรรษสมัชชาสุขภาพ ในวันที่ ๗ - ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๔ ที่เชียงใหม่อีกด้วย

จากการทำงานวิชาการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพสามารถสรุปบทเรียนองค์ประกอบการพัฒนาสุขภาพไว้ได้ ๑๓ ประเด็น ดังแผนภาพด้านบน

“ในส่วนของทิศทางและเครื่องมือการทำงานของภาคกลางนั้น ผมคิดว่าในการจัดงานมหกรรมเวทีสร้างสุขที่สมุทรปราการ ทางทีมงาน ม.มหิดล ได้เสนอทิศทางและเครื่องมือทำงานของภาคกลางไว้อย่างชัดเจน และคณะทำงานกลไกภาคกลาง (โดยการนำของ อ.รัตนา บำพอง บำแป้ว พิวีเชียร อ.ประเชิญ เป็นต้น) ก็พยายามออกแบบและวางจังหวะก้าวไว้แล้ว แต่ผมคิดว่าน่าจะมีอุปสรรคสำคัญในการก้าวไปสู่ความสำเร็จอย่างที่ตั้งใจไว้ หลายประการ กล่าวเฉพาะที่สำคัญ เช่น การทำงานของ สช. หลังมี พรบ. สุขภาพแห่งชาติ มีความเป็นระบบระเบียบมากขึ้น มีความคาดหวังมากขึ้น ทำให้แกนนำบางจังหวัดต้องปรับตัวตามไปด้วย เช่น แกนนำบางจังหวัดที่อาจจะคุ้นเคยกับการทำกิจกรรมในพื้นที่จับเป็นชิ้นๆ

แต่ สช.คาดหวังให้ทำงานขับเคลื่อนนโยบายระยะยาว ซึ่งต้องมีการเชื่อมประสานกับเครือข่ายต่างๆ ขยายวงมากขึ้นจากเดิม ทั้งในเชิงพื้นที่ที่ครอบคลุมทั้งจังหวัด และในเชิงเนื้อหาที่ครอบคลุมทุกมิติ รวมถึงวิธีการขับเคลื่อนงาน ที่ต้องใช้สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาต้องประสานทำความเข้าใจกับพหุภาคี (INN) และอื่นๆ อีกมาก

ผมคิดว่าคณะทำงานภาคกลางที่ตั้งขึ้น น่าจะมาทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการช่วยรักษา/พัฒนา/สร้าง คนดี/คนเก่งที่เป็นแกนนำในแต่ละจังหวัด/พื้นที่/ประเด็น ไว้ให้สามารถทำงานต่อได้อย่างมีความสุข โดยพัฒนาศักยภาพในบางเรื่องที่สำคัญ สำหรับการดำเนินงานในบทบาทข้างต้นเป็นเวทีที่ สช.และแกนนำในแต่ละจังหวัดจะได้ประสานความเข้าใจกัน เป็นเวทีและโอกาสให้แกนนำภาคกลางได้ แบ่งปัน - แลกเปลี่ยน - เรียนรู้ ซึ่งจะเป็นการพัฒนาประสบการณ์ วิธีคิด วิธีการทำงาน ศักยภาพ เป็นต้น และประสานการทำงานร่วมกันให้เกิดพลัง (synergy) ซึ่งจะเป็นการพัฒนาเป้าหมาย ทิศทาง กระบวนการทำงานจังหวัดก้าวของสมัชชาสุขภาพภาคกลางอย่างมีพลังร่วมกันและเดินไปสู่ความสำเร็จได้”

**ดร.กาสัก เต๊ะชันหมาก**

“ตั้งแต่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ประสานงานพื้นที่ภาคกลางก็ได้เห็นความมุ่งมั่นตั้งใจของกลุ่มแกนนำภาคกลางอย่างเหนียวแน่น ทุกครั้งที่ได้พบปะหรือมีประชุมทุกคนจะแสดงความห่วงใยกันอย่างใกล้ชิด หลายท่านได้ร่วมขบวนกันตั้งแต่อ่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

พัฒนาการที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป บางท่านถนัดทำกิจกรรม และการสร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชน ตำบล ในขณะที่ก็มี



■ คุณศิริธร อรไชย

ความพยายามที่จะเรียนรู้และปรับตัวให้หันมาเคลื่อนไหวกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม หลายท่านก็ไม่ถนัดรู้สึกเป็นเรื่องยากทั้งเรื่องของการทำงานตามกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และขั้นตอนต่างๆ ในการขอรับการสนับสนุน ก็เป็นหน้าที่ของ สช.ที่ต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือในการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะ ทั้งสมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และธรรมนูญสุขภาพ และเอื้ออำนวยให้ขั้นตอนในการขอรับการสนับสนุนที่ถูกต้อง และโปร่งใส”

**คุณศิริธร อรไชย** ผู้ประสานงานของ สช.

“จากการที่ได้คลุกคลีการทำงานกับขบวนแกนนำสมัชชาสุขภาพของภาคกลางพบว่า บุคคลที่เคยเข้าร่วมขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพร่วมกับ สปรส. มีอยู่หลายท่าน อาทิ ป้าพองศรี อินทสุวรรณ จากตราด พี่รัตน สมนุญรัตน์ จากสุพรรณบุรี พี่วีเชียร คุตตวัส จากราชบุรี พี่บุษบงกช ชาวกันหา จากปราจีนบุรี เป็นต้น ซึ่งถือเป็นทุนที่มีค่าอย่างยิ่ง นอกจากนี้ยังพบว่าในเขตภาคกลางมีสถาบันวิชาการหลายแห่งที่สามารถเชื่อมโยง

เข้ามาหนุนเสริมการทำงานได้ จึงพยายามชักชวนคนเหล่านี้มาร่วมกันคิด ใช้ชื่อว่า ‘คณะทำงานพัฒนาสุขภาพภาคกลาง’ ร่วมกันออกแบบการทำงานร่วมกัน และปิดจุดอ่อนที่บางจังหวัดมีอยู่ ทั้งในเรื่องของคนทำงานที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับองค์กรที่ตนเองสังกัดและกับองค์กรอื่นๆ ให้ครบสามภาคส่วน วงนี้มี ดร.กาสัก เต๊ะชั้นหมาก ทำหน้าที่เป็นหัวขบวน มีป่าหมี จากมูลนิธิบูรณะพัฒนาชนบทในพระบรมราชูปถัมภ์ รวมทั้งได้เชิญชวนคุณหมอฟันส พฤษสุนันท์ ซึ่งเป็นข้าราชการเกษียณจากกรมอนามัย แต่มีความรู้และประสบการณ์ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ‘เมืองน่าอยู่’ มาเป็นที่ปรึกษา”

**วิสุทธิ บุญญะโสภิต**

## การพัฒนาสุขภาพ ภาคใต้

หนึ่งทศวรรษการพัฒนาสุขภาพภาคใต้ นับตั้งแต่เริ่มปฏิรูประบบสุขภาพและการขับเคลื่อน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๔๓ เป็นต้นมา เป็นช่วงเวลาแห่งกระบวนการเรียนรู้และการสร้างความแข็งแกร่งให้กับพี่น้องเครือข่ายสุขภาพภาคใต้ โดยเฉพาะในกลุ่มภาคประชาสังคม ที่ดูเหมือนจะเติบโตและเข้มแข็งอย่างรวดเร็วจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งการเกาะเกี่ยวเป็นหนึ่งในเดียวของกลุ่มพื้นที่ทั้ง ๑๔ จังหวัดภาคใต้

หลัง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้เมื่อปี ๒๕๕๑ การดำเนินงานขับเคลื่อนกระบวนการสุขภาพในพื้นที่ภาคใต้ ยังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการจัดกระบวนการสุขภาพจังหวัด ซึ่งมีความแตกต่างกันตามศักยภาพของพื้นที่ ขณะที่ สช.ก็ได้สนับสนุนกลไกวิชาการภาคใต้ผ่านสถาบันจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ (สจรส.ภาคใต้) (สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ - สวรส.ภาคใต้เดิม) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เพื่อเป็นกลไกหลักในการ

พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสมัชชาสุขภาพและหนุนเสริมการทำงานในภาคีได้อย่างต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน มี *ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุทธิรัฐ* เป็นคีย์แมนสำคัญในการดำเนินงาน

ปี ๒๕๕๑ กลไกวิชาการภาคีได้ทำหน้าที่หลักในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ๑๔ จังหวัดภาคใต้ มีกิจกรรมสำคัญ คือการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะแกนนำเครือข่ายสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ๑๔ จังหวัดภาคใต้ การจัดทำแผนที่สถานการณ์สุขภาพ (Health System Mapping) ๑๔ จังหวัดภาคใต้ และการสังเคราะห์กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็น ในพื้นที่ภาคใต้

ปี ๒๕๕๒ กลไกวิชาการภาคียังทำหน้าที่หลักในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ๑๔ จังหวัดภาคใต้ โดยเน้นการหนุนเสริมการดำเนินงานในพื้นที่มากขึ้น และได้มีการปรับโครงสร้างกลไกภาคีได้เป็น **“กลไกเสริมพลัง (กลไกสร้างสุขภาพ) พื้นที่ภาคใต้”** ที่ประกอบด้วย

- (๑) คณะกรรมการบริหารและกำกับทิศทาง
- (๒) คณะที่ปรึกษากลไกภาคี
- (๓) คณะทำงานวิชาการ
- (๔) คณะทำงานเครือข่ายสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ๑๔ จังหวัด
- (๕) คณะทำงานเครือข่ายสร้างสุขเชิงประเด็น
- (๖) คณะทำงานเครือข่ายนวัตกรรมระบบสุขภาพชุมชน และ
- (๗) คณะทำงานกลไกสุขภาพระดับภาคี

ซึ่งทำให้มีผู้คนเข้าร่วมในกระบวนการมากขึ้น เช่น *ผศ.ดร.นัยนา หนูนิล* (มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์) *คุณมานะ ช่วยชู* (สมาคมตำบลบ้านดงเมืองคุณทวีศักดิ์ สุขรัตน์ (แกนสมัชชาสุขภาพสุราษฎร์ธานี) *คุณศิริพล สัจจาพันธ์*

(นักสื่อสารสาธารณะ) และ *คุณชัยพร จันท์หอม* (แกนสมัชชาสุขภาพจังหวัดตรัง) กิจกรรมสำคัญ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและปรับปรุงกลไกระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาให้เกิดสมัชชาสุขภาพจังหวัด ๓ โชน (โชนภาคใต้ตอนบน โชนภาคใต้ตอนล่าง และโชนภาคใต้ชายฝั่งอันดามัน) การลงพื้นที่หนุนเสริมกลไกระดับจังหวัดเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ท้องถิ่นประชาสังคมในจังหวัด ๑๔ จังหวัด และการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามความก้าวหน้า และสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพภาคใต้

ปี ๒๕๕๓ กลไกวิชาการภาคใต้วางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงาน ๔ ยุทธศาสตร์ คือ

- (๑) ยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาศักยภาพพหุภาคีจังหวัด เรื่องแนวทางการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด โดยแบ่งกลุ่มจังหวัด เป็น ๔ กลุ่ม
- (๒) ยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาศักยภาพ **“นักพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม”**
- (๓) ยุทธศาสตร์เพื่อจัดเวทีวิชาการสมัชชาสุขภาพภาคใต้ และ
- (๔) ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติ

ในปี ๒๕๕๓ นับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ภาคใต้อีกครั้ง เนื่องด้วยทาง สช. เตรียมจัดงาน **“๑ ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ”** ในปี ๒๕๕๔ ส่วนปี ๒๕๕๓ ได้สนับสนุนให้มีการเตรียมการโดยการจัดเวทีวิชาการระดับภาค

ซึ่งในพื้นที่ภาคใต้ที่ สช.ได้สนับสนุนกลไกวิชาการภาคผ่านสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สจรส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อจัดเวทีวิชาการ **“สมัชชาสุขภาพภาคใต้ : ๑๐ ปี พัฒนาการ สมัชชาสุขภาพ”** ขึ้นระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๓ ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติเฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลามีกิจกรรมสำคัญ คือ

๑) การนำเสนอผลงานการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ๑๔ จังหวัดภาคใต้ โดยมีการสร้างนวัตกรรมการนำเสนอที่ผู้แทนจังหวัดไม่ต้องขึ้นเวที แต่ให้นำเสนอหน้าป้ายผลงานของตนเอง และมีการถ่ายทอดสดขึ้นจอใหญ่บนเวทีกลาง เพื่อให้กรรมการรับฟังและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นรูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจอีกรูปแบบหนึ่ง

๒) การหาความเห็นร่วม (one voice) ของพี่น้องสมาชิกสมัชชาสุขภาพภาคใต้ ต่อร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๘ ระเบียบวาระ โดยการจับคู่จังหวัดร่วมกันเป็นประธานและเลขานุการในการดำเนินการในห้องประชุมย่อย และผู้แทนเครือข่ายสมัชชาสุขภาพภาคใต้เป็นประธานการดำเนินการประชุมเพื่อหาฉันทมติร่วมกันในห้องประชุมใหญ่เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพไปด้วย จากกระบวนการนี้มีประเด็นที่น่าสนใจ เช่น เรื่องนโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ ไม่สามารถหาข้อสรุปได้ จนต้องดำเนินการหาข้อยุติในห้องยึดเยื่อ เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบเมื่อสมาชิกจากจังหวัดตรังและจังหวัดปัตตานีเห็นไม่ตรงกันในเรื่องการขึ้นภาษียาสูบพื้นเมือง แต่ก็หาข้อยุติได้ในที่สุด และผลจากการประชุมครั้งนี้ทางเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ๑๔ จังหวัดภาคใต้ ได้นำข้อสรุปเพื่อให้ความ

เห็นในทิศทางเดียวกันในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ และได้มีการประชุมทำความเข้าใจร่วมกันก่อนทุกเข้าก่อนการแยกย้ายเข้าร่วมประชุมตามระเบียบวาระต่างๆ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ผ่านมา

ปี ๒๕๕๔ กลไกวิชาการภาคใต้ ยังทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ๑๔ จังหวัดภาคใต้เหมือนเดิม แต่แยกกิจกรรมการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพภาคใต้ให้ทางสมัชชาสุขภาพจังหวัดตรังและจังหวัดพัทลุงเป็นเจ้าภาพร่วม จากความเห็นชอบของสมาชิกทั้ง ๑๔ จังหวัด กิจกรรมสำคัญของกลไกวิชาการภาคใต้ ปี ๒๕๕๔ ประกอบด้วย

(๑) การหนุนเสริมกลไกจังหวัดที่ยังต้องการจัดการระดับต้นน้ำ (พัฒนาระบบและ กลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด และการออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ)

(๒) การสร้างแกนนำนักจัดการในระดับจังหวัดอย่างเข้มข้น

(๓) การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในกระบวนการปลายน้ำ (การติดตามผลักต้นและการประเมินผลนโยบายสาธารณะ)

(๔) การสร้างกลไกในระดับพื้นที่ที่จะเป็นฐานของกระบวนการสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ : การผลักต้นกระบวนการสมัชชาสุขภาพให้เป็นเครื่องมือทำงานหนึ่งในกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และ

(๕) พัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะเพื่อหนุนเสริมผลักต้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

กิจกรรมสำคัญของกลไกวิชาการภาคใต้ ในปีนี้กิจกรรมหนึ่ง คือการสร้างแกนนำนักจัดการในระดับจังหวัดอย่างเข้มข้น โดยการสนับสนุนแกนสมัชชาสุขภาพจังหวัดร่วมเข้าเรียนรู้หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต



■ สมัชชาสุขภาพภาคใต้  
๑๑ - ๑๓ ต.ค. ๒๕๕๓

สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งหลักสูตรดังกล่าวมุ่งพัฒนาบุคลากรด้านการจัดการระบบสุขภาพเป็นการเฉพาะ โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ทำงานและสามารถนำไปใช้ได้จริง วัตถุประสงค์ของหลักสูตร เพื่อสร้างนักจัดการสุขภาพที่

(๑) สามารถมองสุขภาพเชิงระบบ วิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อสุขภาพ

(๒) สามารถบ่งชี้ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพของคนในชุมชน

(๓) สามารถวิเคราะห์กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ และประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ประเมินผลการบริหารจัดการระบบสุขภาพ สังเคราะห์แนวทางเพื่อการปรับปรุงระบบสุขภาพให้มีความเสมอภาค มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และสามารถตรวจสอบได้



■ คุณชاکริต โภชะเรือง

■ คุณกัลยาทัศน์ ดั่งหวัง

■ คุณสัญญา แพทย์จะเกร็ง

(๔) เป็นนักจัดการระบบสุขภาพ มีทักษะการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ และการบริการสุขภาพ และ

(๕) มีคุณธรรม จริยธรรม และความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

แกนนำสมัชชาสุขภาพภาคใต้ที่เข้าร่วมหลักสูตรดังกล่าว เช่น คุณชاکริต โภชะเรือง แกนนำสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา คุณกัลยาทัศน์ ดั่งหวัง แกนนำสมัชชาสุขภาพจังหวัดสตูล คุณสัญญา แพทย์จะเกร็ง แกนนำสมัชชาสุขภาพจังหวัดปัตตานี เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนแกนนำสมัชชาสุขภาพเข้าร่วมหลักสูตรดังกล่าว ด้วยหวังว่าแกนนำสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด จะมีความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์ สังเคราะห์กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะทั้งเชิงพื้นที่และเชิงประเด็นในที่ภาคใต้ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพภาคใต้มีขุมพลังคนทำงานสังคมเชิงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะมากขึ้น และเกิดความเข้มแข็งของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ภาคใต้



■ ประชุมพัฒนาโครงการ AHA-IHA ภาคใต้ ๙ มีนาคม ๒๕๕๑ โรงแรมลีการ์เด้น พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา



■ เวทีสรุปบทเรียนภาคใต้ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา



■ ประชุมเชิงปฏิบัติการ แนวทางการพัฒนา PHPP ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ พื้นที่ภาคใต้ ๒๒ - ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๒



■ ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพกลไกสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ (สุราษฎร์ ชุมพร ระนอง) ๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๓ โรงแรมโดมอนด์พลาซ่า อ.เมือง จ. สุราษฎร์ธานี



■ ประชุมเชิงปฏิบัติการ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ๑๔ จังหวัดภาคใต้ ๑๕ - ๑๖ เมษายน ๒๕๕๔ โรงแรมธรรมรินทร์ ธนา จ. ตรัง



ในปี ๒๕๕๔ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพภาคใต้ทั้ง ๑๔ จังหวัด ยังคงเอกลักษณ์ของการแสวงหาความเห็นร่วม (one voice) ต่อร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไว้เช่นเดิม จึงมีการจัดสมัชชาสุขภาพภาคใต้ ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๕ มกราคม ๒๕๕๕ ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ศูนย์ตั้งอำเภอเมืองตรัง กิจกรรมหลักประกอบด้วย

(๑) การหาฉันทมติต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง การจัดการภัยพิบัติในพื้นที่ภาคใต้

(๒) การรายงานผลการติดตามและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในพื้นที่ ๑๔ จังหวัดภาคใต้ จำนวน ๓ มติ ประกอบด้วย

๑) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

๒) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้ และ

๓) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ

(๓) ห้องประชุมวิชาการ เรื่อง “กลไกและกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม พื้นที่ภาคใต้ เพื่อร่วมกันออกแบบกลไกและกระบวนการขับเคลื่อนงานในภาคใต้ปี ๒๕๕๕ และห้องวิชาการ “ธรรมนูญสุขภาพ” และ “การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA)”

(๔) การเสวนา “มุมมองกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมพื้นที่ภาคใต้” เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองและประสบการณ์ขับเคลื่อนงานจากเครือข่ายสมัชชาสุขภาพพื้นที่อื่นๆ

ผลที่ได้จากการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพภาคใต้ครั้งนี้ ทางพี่น้องเครือข่าย ๑๔ จังหวัดภาคใต้ จะนำมติจากสมัชชาสุขภาพภาคใต้

ทั้งเรื่อง การจัดการภัยพิบัติพื้นที่ภาคใต้ และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทั้ง ๓ มติ ไปดำเนินการติดตามและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในพื้นที่ภาคใต้ การนำผลสรุปจากห้องวิชาการและเวทีเสวนาสู่การพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพพื้นที่ภาคใต้ในทศวรรษหน้า (ปี ๒๕๕๕ เป็นต้นไป) การนำผลการติดตามและขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปนำเสนอในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ และการเข้าร่วมให้ความเห็นต่อร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ ด้วยความเห็นร่วมของสมาชิกกลุ่มพื้นที่ ๑๔ จังหวัดภาคใต้ ในแต่ละระเบียบวาระ

“กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ภาคใต้ ค่อยๆ เจริญเติบโตไปตามทิศทางและบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา การบ่มเพาะความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมตั้งแต่ในช่วงการปฏิรูประบบสุขภาพยุคแรกๆ เป็นฐานอันสำคัญในการสร้างแกนหลักสมัชชาสุขภาพจังหวัดทั้ง ๑๔ จังหวัด และการพัฒนางานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ภาคใต้

ต้องกล่าวว่าสมัชชาสุขภาพภาคใต้ที่ผ่านมาพัฒนามาได้ถึงจุดนี้มีกลไกวิชาการ คือสถาบันจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ (สจรส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มีอาจารย์พงศ์เทพ สุธีรัฐฉิม เป็นแกนหนุนที่สำคัญ

แต่แม้ว่าการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้งในระดับจังหวัดและระดับภาคในพื้นที่ภาคใต้ จะมีความเข้มแข็งในระดับหนึ่ง แต่หากมองลึกลงไปแล้ว ยังมีเรื่องที่ควรคำนึงถึง คือ การพัฒนาต่อเนื่อง ได้แก่การยกระดับศักยภาพกลไกสมัชชาสุขภาพในแต่ละจังหวัดให้มีความสามารถในการจัดการกระบวนการนโยบายได้อย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่



■ ประชุมเตรียมสมัชชาภาคใต้ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๔  
ห้องประชุมราชภัฏสวนดุสิต วิทยาเขตตรัง  
จังหวัดตรัง

■ จารึก ไชยรักษ์

การใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การส่งเสริมสนับสนุนให้สมัชชาสุขภาพเป็นที่ยอมรับและถูกใช้เป็นเครื่องมือกลางในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งในระดับจังหวัด และระดับภาคมากยิ่งขึ้น” จารึก ไชยรักษ์

### การพัฒนาสมัชชาสุขภาพภาคอีสาน

สช. ได้สนับสนุนให้มีกลไกในระดับภาคในการหนุนเสริมการจัดสมัชชาสุขภาพในเขตจังหวัดภาคอีสาน มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ โดยเริ่มรวมตัวกันให้เกิดกลไกการทำงาน โดยเน้นการเสริมสร้างศักยภาพคนทำงาน ซึ่งเรียกกันจนติดปากว่า HADI ภาคอีสาน และร่วมกันพัฒนางานใน ๓ พื้นที่นำร่อง คือ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดเลย และจังหวัดอุบลราชธานี ผลที่ออกมาได้แนวทางการพัฒนาและพัฒนาจนเป็นหลักสูตรที่แต่ละพื้นที่สามารถเอาไปใช้ได้จริง ทั้งในระดับองค์กรและระดับของตนเอง ในปีถัดมา มีพัฒนาการต่อยอดเป็นคณะทำงานที่เป็นกลไกที่ไม่เป็นทางการระดับภาคทำหน้าที่ในการร่วมออกแบบตัดสินใจดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพ

ระดับภาค มีฐานข้อมูลองค์กรภาคี เครือข่าย และเข้าไปช่วยพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ ๗ จังหวัด

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ นอกเหนือจากดำเนินการในพื้นที่ปฏิบัติการ ๘ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย หนองบัวลำภู อุดรธานี สกลนคร สุรินทร์ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ และนครราชสีมา แล้ว ยังได้มีการจัดประชุมวิชาการ “งาน ๑๐ ปี วิชาสมัชชาสุขภาพ อีสานอยู่ดีมีแฮง ฮักแพงแบ่งปัน” บทสรุปที่ได้พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพสามารถนำทักษะไปใช้ในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ได้ เช่น เทคนิคการมีส่วนร่วมในการทำนโยบาย การถอดบทเรียน การเขียนเรื่องเล่า เป็นต้น คณะทำงานจังหวัดมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เข้าใจกระบวนการสมัชชาสุขภาพมากขึ้น และสิ่งที่สำคัญประการสุดท้าย คือคณะทำงานกลไกภาคมีบทบาท มีส่วนร่วม และกระตือรือร้นในการทำงานในขอบเขตของภาคมากขึ้น และได้แนวทางการทำงานในปีถัดมา โดยขยายงานจนครอบคลุมครบ ๒๐ จังหวัด โดยสนับสนุนให้เกิดการวิเคราะห์ศักยภาพ ทูทางสังคม และเครือข่ายในการทำงานของกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด

จากการถอดบทเรียนการทำงานที่ผ่านมาได้เกิดต้นท่อนที่สำคัญที่จะใช้ในการขับเคลื่อนกลไกระดับภาคต่อ อย่างน้อย ๕ ประการ คือ

- (๑) ทูทางด้านบุคลากร มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ เช่น ด้านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การสื่อสารทางสังคม การประสานงานภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม การจัดการความรู้ การพัฒนา กลไก เป็นต้น

(๒) ทุนด้านข้อมูล มีฐานข้อมูล ๗ จังหวัด ที่สามารถขยายผลให้ครอบคลุมทั้งภาคได้

(๓) มีพื้นที่ศึกษาดูงานในประเด็นต่างๆ เช่น การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและการสื่อสารทางสังคมที่จังหวัดเลย ธรรมนูญสุขภาพที่จังหวัดสุรินทร์ โรงเรียนสมัชชาสุขภาพที่จังหวัดสกลนคร การพัฒนานโยบายสาธารณสุขด้านเด็กและเยาวชนที่จังหวัดอุบลราชธานี หนองบัวลำภู และอุดรธานี การพัฒนานโยบายสาธารณสุขด้านเกษตรอินทรีย์ที่จังหวัดอำนาจเจริญและนครราชสีมา

(๔) มีบุคลากรจากสถาบันวิชาการในภาคที่เข้ามามีส่วนร่วม โดยเป็นทั้งคณะทำงานกลไกภาค หรือคณะทำงานจังหวัด เช่น มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล และ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นต้น

(๕) คณะทำงานกลไกภาค มีตัวแทนมาจากทุกจังหวัด ส่วนใหญ่มีฐานการทำงานร่วมกันมาก่อน และมีความตระหนักในบทบาทการพัฒนาสมัชชาสุขภาพภาคอีสาน

หากประเมินระดับการพัฒนาของขบวนสมัชชาสุขภาพในภาคอีสานจะพบว่ามีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ทั้งในแง่การพัฒนากลไกพหุภาคี องค์ความรู้สมัชชาสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสาธารณสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ยังกระจุกตัวอยู่ในบางจังหวัด ดังนั้น จึงเน้นหลักสำคัญ คือความ



■ จำวีระพล เจริญธรรม

เป็นธรรม การกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการกระจายของทรัพยากร และขยายกลุ่มเป้าหมายให้มากขึ้น และพยายามสนับสนุนการดำเนินงานครบทุกจังหวัด

ฉะนั้น ในช่วงทศวรรษหน้าของกลไกภาคอีสานจึงต้องมีระบบการทำงานเชิงยุทธศาสตร์ที่ต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการวางแผนและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อทำงานเกิดมรรคผลมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติต่างๆ ที่เอื้อต่อการทำงานด้านนโยบายสาธารณสุข ได้แก่ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พรบ.สภาองค์กรชุมชน พรบ.สภาพัฒนาการเมือง และ พรฎ.ว่าด้วยการบริหารกลุ่มจังหวัด ซึ่งแต่ละพรบ.มีองค์กรรองรับ และแต่ละองค์กรรับโจทย์เรื่องการปฏิรูปประเทศไทย การทำงานกลไกภาคและกลไกจังหวัดจึงต้องพัฒนาให้มีการขยายวงของกลไกจังหวัดออกไป

ในปี ๒๕๕๔ ต่อเนื่องถึงปี ๒๕๕๕ กำลังเกิดความเปลี่ยนแปลงในภาคอีสาน มีการรวมตัวกันของเครือข่ายภาคีแกนนำ ร่วมสรุปบทเรียน ร่วมคิด ร่วมวางแผนการขับเคลื่อนงานในอนาคต โดยหยิบยกประเด็นพื้นที่เชิงวัฒนธรรม เช่น แอ่งสกลนคร แอ่งโคราช ขึ้นมาเป็นพื้นที่ร่วมในการทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งแกนนำเหล่านั้น ได้แก่ จ้าวระพล เจริญธรรม เป็นต้น การเคลื่อนไหวเช่นนี้เป็นเรื่องที่ต้องจับตามองกันต่อไป

นอกจากสนับสนุนการพัฒนาระบบและวิธีการทำงานในระดับภาค และการสนับสนุนการพัฒนาสมัชชสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในจังหวัดต่างๆ แล้ว ในปี ๒๕๕๕ นี้ สช.ร่วมกับภาคีเครือข่ายส่วนหนึ่งได้ริเริ่มจัดทำ **“โปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม”** (Participatory Healthy Public Policy Program : PHPP-Program) โดยมีแนวคิดสำคัญ คือ กระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมนี้ ไม่ใช่กระบวนการที่อาศัยอำนาจทางกฎหมายหรืออำนาจรัฐแบบตัวแทนแต่อาศัยอำนาจการมีส่วนร่วมอย่างเป็นกัลยาณมิตร เน้นการสานพลังทุกภาคส่วนในสังคมให้เข้ามาทำงานและเรียนรู้ไปพร้อมกัน การดำเนินงานในลักษณะนี้ เป็นการใช้อำนาจทางสังคม (social power หรือ smart power) ร่วมกัน ตามแนวทางของการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) นั่นเอง ความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะที่กล่าวข้างต้น จึงขึ้นอยู่กับพลังและศักยภาพของทุกภาคส่วน ซึ่งต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ และการพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกลุ่มแกนนำขององค์กรเครือข่ายภาคต่างๆ



■ รศ.ดร.เสรี พงศ์พิศ



■ อ.สุรเชษฐ์ เวชชพิทักษ์



■ รศ.ดร.อนุชาติ พวงสำลี

วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรม คือ สร้าง **“นักสานพลัง”** หรือนักพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (PHPP) ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายนักพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (PHPP network) โดยหวังว่าแกนนำเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นแกนขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในพื้นที่ของตนและข้ามพื้นที่ได้ นอกจากนี้ ยังหวังว่าจะได้รูปแบบการจัดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สำหรับนำไปปรับใช้และขยายผลในวงกว้างต่อไปด้วย ผู้ที่เข้าร่วมเรียนรู้ในโปรแกรมมีจำนวน ๔๐ คน โดยใช้วิธีคัดเลือกจากแกนนำเครือข่ายสมัชชสุขภาพในพื้นที่ทั่วประเทศ และแกนนำจากองค์กรภาครัฐและภาควิชาการ มีเงื่อนไขว่าต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนโยบายสาธารณะหรือการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนสังคมมาพอสมควร มีความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมเรียนรู้ได้ตลอดโปรแกรม การจัดทำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ PHPP นี้ มีที่ปรึกษาที่ให้เกียรติเข้าร่วมพัฒนาโปรแกรม คือ รศ.ดร.เสรี พงศ์พิศ และ อ.สุรเชษฐ์ เวชชพิทักษ์ จากสถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน, รศ.ดร.อนุชาติ พวงสำลี



■ นพ.วิทยา  
ตันสุวรรณนันทน์

■ ผศ.ดร.พงศ์เทพ  
สุธีรรุฒิ

■ อาจารย์พิชัย ศรีใส

จากโครงการจิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, นพ.วิทยา ตันสุวรรณนันทน์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรรุฒิ จากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ อาจารย์พิชัย ศรีใส กรรมการบริหาร สช. มี คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล เป็นผู้อำนวยการโครงการ เราได้วิทยากรฝีมือคือ คุณอรุณพิณ ชูเกาะทวด จากสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) มาช่วยดูแลการจัดการกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้ตามโปรแกรมนี้ ประกอบด้วยชุดการเรียนรู้ที่เรียกว่า Core Module จำนวน ๕ ครั้ง เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงกันยายน ๒๕๕๕ รูปแบบการเรียนรู้ไม่เน้นการสอนการบรรยายแบบในระบบปกติ แต่จะเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และมีการลงพื้นที่ฝึกปฏิบัติภาคสนามด้วย

**บทเรียนการพัฒนา “สมัชชาสุขภาพ” มีมากมาย เพราะสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือของทุกภาคส่วนในสังคม จึงมีองค์กรภาคีต่างๆ นำไปทดลองใช้ ปรับปรุงและพัฒนากันอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด ที่ผมเขียนเล่าไว้นี้ เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นเอง •**

Blank lined area for notes or additional text.

## ๖

เอชไอเอ.  
สร้างสมดุล  
การพัฒนา

“เพื่อให้ เอชไอเอ.เข้ามาเป็นตัวช่วยหนึ่ง  
ในการสร้างสมดุลของการพัฒนา  
ให้สอดคล้องและเท่ากัน  
กับสภาวะโลกไร้พรมแดน”

เมื่อ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๒ ศาสตราจารย์ชานไกรฤทธิ์ บุญยเกียรติ  
กัลยาณมิตรอาวุโสของเรา พูดไว้ว่า “สช.กำลังทำงานสร้างนโยบาย  
สาธารณะ เป็นกุศลมาก แต่อย่าให้มติดะไรต่อมิอะไรออกมาแยงเกินไป  
แค่ทำเรื่องเอชไอเอ ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ในฐานะเสียงระฆังที่ช่วย  
เตือนภัยให้สังคม ว่าถ้าทำอะไรดี ต้องไม่สร้างมลพิษ ใครที่ยังไม่ตระหนัก  
เรื่องนี้ ลองศึกษามาบาดูเป็นกรณีตัวอย่าง สช.ทำเรื่องนี้เรื่องเดียว  
ก็เป็นคุณประโยชน์อันยิ่งใหญ่กับประเทศไทยแล้ว” (หนังสือ การบริหารองค์กร  
แนวใหม่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ธันวาคม ๒๕๕๓)

ผมเคยเขียนเล่าไปแล้วในหนังสือเล่มที่ ๓ ที่ผมเขียนเมื่อปี ๒๕๕๒  
ว่าในรัฐธรรมนูญ ฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.  
๒๕๕๐ ได้กำหนดให้มีเครื่องมือ เอชไอเอ. เป็นครั้งแรกของประเทศไทย  
เพื่อให้เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดี

คสช. และ สช.มีหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาระบบงาน องค์ความรู้  
และสถานพลังภาคส่วนต่างๆ ในสังคมเพื่อร่วมกันพัฒนาและใช้เครื่องมือนี้  
ตามลำดับมา โดย คสช.ได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไก  
การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ” มีคุณหมอมวิพฐ พูลเจริญ เป็นประธาน

ดูแลเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๒

เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ คสช. ที่มีนายทศ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นประธาน ได้ให้ความเห็นชอบ “**หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผล กระบวนการสุขภาพ**” ตามหน้าที่และอำนาจในมาตรา ๒๕ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระบวนการสุขภาพยกย่องขึ้นจากการทบทวนงานวิชาการ พิจารณาถึงแนวคิดหลักของ เอชไอเอ. ที่มุ่งให้เป็นเครื่องมือประกอบการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดี หวังให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสเข้ามาช่วยกันในการระดมความคิดถึงผลกระทบที่จะเกิดกับทุกภาคส่วน โดยการจัดทำร่างหลักเกณฑ์ดังกล่าว มีการเปิดเวทีรับฟังความเห็นจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวางทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ในหลักเกณฑ์ฯ ดังกล่าว มี ๔ หมวด รวม ๑๙ ข้อ ได้ให้ความหมายของ เอชไอเอ. ไว้ว่า หมายถึง “**กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของประชาชนที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการ หรือกิจกรรม อย่างเป็นระบบหรือหลายอย่าง หากดำเนินการในช่วงเวลาและพื้นที่เดียวกัน โดยมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย และมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว**”

โดยให้ความหมายของคำว่า **นโยบายสาธารณะ** ไว้ว่า หมายถึง “**ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่า หรือเชื่อว่าควรจะดำเนินการไปในทิศทางนั้น รวมถึงนโยบายที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดมาจากรัฐด้วย**”



■ หนังสือหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระบวนการสุขภาพ

การทำ เอชไอเอ. ให้ยึดหลักการสำคัญ ๗ ประการ คือ

(๑) หลักประชาธิปไตย เอชไอเอ. ต้องรับรองและส่งเสริมสิทธิของประชาชนในการมีส่วนร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตของตน

(๒) หลักความเป็นธรรม เอชไอเอ. ต้องพยายามลดความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ โดยการศึกษาและวิเคราะห์ถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับชุมชนและประชากรแต่ละกลุ่ม

(๓) หลักการใช้ข้อมูลหลักฐานอย่างเหมาะสม เอชไอเอ. ต้องระบุและใช้ข้อมูลหลักฐานที่เป็นจริงอย่างดีที่สุด โดยใช้ข้อมูลและเหตุผลเชิงประจักษ์จากสาขาวิชาและวิธีการที่หลากหลาย ทั้งข้อมูลหลักฐานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

(๔) หลักความเหมาะสมในทางปฏิบัติ เอชไอเอ. ต้องออกแบบให้เหมาะสมกับเวลาและทรัพยากรที่มีอยู่ และขอเสนอแนะจาก เอชไอเอ. ความมุ่งให้เกิดการระดมทรัพยากรและความร่วมมือทางสังคม ภายใต้บริบทที่เหมาะสมและเป็นไปได้

(๕) หลักความร่วมมือ เอชไอเอ. ต้องส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ

ระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ในสังคม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

(๖) หลักการสุขภาวะองค์รวม เอชไอเอ. ต้องมองภาพรวมของปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่กำหนดสุขภาพ หรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนและของประชาชนแบบเชื่อมโยงเป็นองค์รวม และ

(๗) หลักความยั่งยืน เอชไอเอ. ต้องมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของสังคมที่มีสุขภาวะและหลักการป้องกันไว้ก่อน เพื่อป้องกันผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชน

มีการเขียนสาระสำคัญเชิงคำแนะนำไว้ในหลักเกณฑ์นี้ว่า

“เนื่องจากการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้น ภาคส่วนต่างๆ จึงสามารถนำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง ทั้งสำหรับนโยบายส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และทั้งสำหรับนโยบายหรือกิจกรรมระดับชุมชนท้องถิ่น ไปจนถึงนโยบายสาธารณะระดับชาติหรือระหว่างประเทศ”

ได้กำหนดการทำ เอชไอเอ. ไว้เป็น ๔ กรณี ดังนี้

**กรณีที่ ๑** เป็นโครงการหรือกิจกรรมที่อาจจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ ตามมาตรา ๖๗ ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐

**กรณีที่ ๒** เป็นนโยบายสาธารณะและการดำเนินกิจกรรมด้านการวางแผนการพัฒนาที่ควรประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ที่ริเริ่มจากหน่วยงานเจ้าของโครงการ/หน่วยงานวางแผนการพัฒนา

โดยกำหนดไว้ว่า “นโยบายสาธารณะและการดำเนินกิจกรรมด้านการวางแผนพัฒนา ซึ่งอาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างรุนแรงในอนาคต ควรทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจและการป้องกันผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของประชาชนซึ่งมีดังต่อไปนี้

- การจัดทำและปรับปรุงผังเมืองที่อาจนำมาสู่โครงการหรือกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงในอนาคต
  - การจัดทำแผนภูมิภาค (เช่น แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาภาค)
  - การจัดทำแผนโครงการคมนาคม
  - การจัดทำแผนพัฒนากำลังการผลิตไฟฟ้า
  - การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาแร่/เหมืองแร่
  - การกำหนดนโยบายและ/หรือการวางแผนการเพาะปลูก/เพาะเลี้ยงสิ่งมีชีวิตที่ดัดแปลงพันธุกรรม
  - การกำหนดนโยบายและ/หรือการวางแผนทำเกษตรขนาดใหญ่
  - การกำหนดนโยบายและ/หรือการวางแผนเกี่ยวกับวัตถุอันตรายกากของเสียอันตราย และสารกัมมันตภาพรังสี
  - การกำหนดนโยบายการค้าเสรีหรือการจัดทำข้อตกลงระหว่างประเทศตามมาตรา ๑๙๐ ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๕๐
  - การวางแผนเพื่อดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดในพื้นที่ที่มีคุณค่าทางอนุรักษณ์ เช่น พื้นที่ต้นน้ำลำธาร พื้นที่ลุ่มน้ำชั้น ๑ พื้นที่ชุ่มน้ำที่มีความสำคัญระดับชาติและระดับนานาชาติ เป็นต้น”
- กรณีที่ ๓** เป็นนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่ควรประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โดยการขอใช้สิทธิจากบุคคลหรือคณะบุคคลตามมาตรา ๑๑ ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐



**กรณีที่ ๔** เป็นการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมในระดับชุมชนหรือท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งไม่อยู่ใน ๓ กรณีข้างต้น (รายละเอียดขั้นตอนวิธีการทำ เอชไอเอ. หาอ่านเพิ่มเติมได้จาก [www.thia.in.th](http://www.thia.in.th) หรือ [www.nationalhealth.or.th](http://www.nationalhealth.or.th))

หลักเกณฑ์นี้ ไม่ใช่ออกมาใช้แล้วก็หยุดนิ่งตายตัว จึงได้กำหนดไว้ว่าให้คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไก เอชไอเอ. มีหน้าที่เสนอแนะให้ทบวงการศึกษาปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เพื่อเสนอให้มีการปรับปรุงแก้ไขให้ทันสมัยและเหมาะสมเป็นประจำทุกปีด้วย

เนื่องจากปัญหาผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะมีเพิ่มมากขึ้นไปพร้อมๆ กับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็น กิจการเหมืองแร่ การพลังงาน การจัดการน้ำ การเจรจาการค้าเสรี การพัฒนาอุตสาหกรรมต่างๆ การพัฒนาเมือง นโยบายการดำเนินงานต่างๆ ฯลฯ ประกอบกับความตื่นตัวทางการเมืองของภาคประชาชนมีสูงขึ้น เครื่องมือ เอชไอเอ. จึงมีการกล่าวถึงและมีการทดลองนำไปใช้ในหลายกรณีที่ผ่านมา ตัวอย่างเช่น กรณีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่มาบตาพุดและพื้นที่ข้างเคียง ได้กลายเป็นตัวเร่งทำให้รัฐบาลต้องใส่ใจต่อการจัดกลไกและการดำเนินงานตามมาตรา ๖๗ วรยศของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.๒๕๕๐ ทำให้หลักเกณฑ์และวิธีประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ที่ คสช.กำหนด ได้ถูกนำไปเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณาก่อนอนุมัติ อนุญาตการดำเนินกิจการที่อาจมีผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพในเวลาต่อมา เป็นต้น

ในหลักเกณฑ์ เอชไอเอ. ได้สร้างเครื่องมือและช่องทางทำ เอชไอเอ. ที่กว้างกว่านั้นมาก กล่าวคือได้เขียนเปิดทางให้มีการนำ เอชไอเอ. ไปใช้สำหรับการพัฒนานโยบาย แผนงาน โครงการอื่นๆ ที่ไม่จำเป็นว่าจะต้องเข้าข่ายตามรัฐธรรมนูญเท่านั้น และยังสนับสนุนการใช้สิทธิของประชาชนในการขอให้มีการทำ เอชไอเอ.ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังสนับสนุนการทำ เอชไอเอ.ชุมชน สำหรับให้เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น และเพื่อเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไปพร้อมๆ กันด้วย

เมื่อปี ๒๕๕๓ ผมได้ทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับ เอชไอเอ. และเขียนเป็นบทความตีพิมพ์ในมติชนสุดสัปดาห์ และจัดพิมพ์เป็นหนังสือชื่อ **“เอชไอเอ. หนูนหรือจุดการพัฒนา?”** เผยแพร่ไปแล้วด้วย

สำหรับการขับเคลื่อนงาน เอชไอเอ. ในช่วงสามสี่ปีที่ผ่านมามีความคืบหน้าไปอย่างมากและรวดเร็ว จนติดตามแทบไม่ทัน ผมขอนำมาเล่าโดยสังเขปไว้ดังนี้

**หนึ่ง เอชไอเอ.ที่เกี่ยวกับมาบตาพุด**

หลังจากที่ คสช.มีมติให้เสนอ กรม.พิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบาย ๕ ข้อ และเมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๒ กรม.ได้พิจารณาเรื่องนี้ มีมติเห็นชอบ ๓ ข้อ อีก ๒ ข้อได้ส่งไปให้คณะกรรมการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกพิจารณา หนึ่งในสองข้อนั้นคือ การเสนอให้ชะลอการขยายและก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมใหม่ในพื้นที่มาบตาพุดและบ้านฉาง และให้เร่งดำเนินการตามมาตรา ๖๗ ของรัฐธรรมนูญฯ ปี ๒๕๕๐ ก่อน

มตินี้ประกอบด้วยความเคลื่อนไหวของเครือข่ายประชาชนภาคตะวันออก-

ออก จึงมีการยื่นฟ้องต่อศาลปกครองจนมีคำสั่งให้ชะลอการดำเนินโครงการในพื้นที่มาบตาพุด ๗๖ โครงการ มีผลทำให้ฝ่ายรัฐต้องรีบเร่งหยิบเรื่องมาตรา ๖๗ ขึ้นมาพิจารณาเป็นการด่วน โดยรัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา ๖๗ วรรคสองของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (คณะกรรมการ ๔ ฝ่าย) มี ท่านอานันท์ ปันยารชุน เป็นประธาน เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญ ทั้งเรื่องการจัดกลุ่มโครงการที่อาจมีผลกระทบต่อชุมชน ทั้งทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และเรื่องการจัดตั้งองค์การอิสระด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งในการทำงานสำคัญนี้ มีการแต่งตั้ง ดร.เดชรัต สุขกำเนิด ผู้ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงาน เอชไอเอ. ของ สช. ที่จับเรื่อง เอชไอเอ. (ในขณะนั้น) เข้าไปร่วมทำงานด้วย

ในช่วงปลายปี ๒๕๕๒ เมื่อ คสช. คลอดหลักเกณฑ์ เอชไอเอ. แล้วทางกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ก็ได้นำหลักเกณฑ์ดังกล่าวไปผนวกเข้ากับการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (อีไอเอ.) เพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์การทำ เอชไอเอ. ใน อีไอเอ. สำหรับกิจกรรมหรือโครงการที่เข้าข่ายอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ ตามมาตรา ๖๗ แห่งรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๕๐ ด้วย โดยออกเป็นประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง แนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๒

เรียกได้ว่าหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ออกโดย คสช. ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้เข้าไปรองรับการดำเนินงาน

ตามรัฐธรรมนูญฯ มาตรา ๖๗ วรรค ๒ ได้ส่วนหนึ่ง

หลังจากนั้นทางภาคเอกชนที่ดำเนินโครงการอยู่ที่มาบตาพุด บ้านฉาง และที่อื่นๆ ซึ่งรอการพิจารณาอนุมัติโครงการจากภาครัฐอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งที่ทำ อีไอเอ. แล้วและที่ยังไม่ได้ทำ ก็ต้องรีบทำ เอชไอเอ. ตามหลักเกณฑ์ใหม่นี้กันทันที

หลักเกณฑ์การทำ เอชไอเอ. มีความแตกต่างกับการทำ อีไอเอ. กล่าวคือ เอชไอเอ. พยายามเน้นที่กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้กว้างขวาง ตั้งแต่การกำหนดขอบเขตของการประเมินผลกระทบ (public scoping) และเมื่อมีการทำการประเมินแล้ว ก็ต้องทำผลมาเสนอต่อเวทีสาธารณะให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ ซักถามและโต้แย้ง (public review) จากนั้นจะต้องมีการปรับปรุงและประเมินให้เรียบร้อยครบถ้วน จึงจะส่งให้หน่วยงานที่มีอำนาจ พิจารณาอนุมัติต่อไป ซึ่งทั้งหมดนี้ ก็เพื่อให้เกิดระบบที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และมีโปร่งใสมากขึ้น

นอกจากนี้ ยังกำหนดให้การประเมินผลกระทบที่ต้องครอบคลุม บัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างน้อย ๙ บัจจัย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสภาพ และการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ การผลิต ขนส่ง และการจัดเก็บวัตถุอันตราย การกำเนิดและการปล่อยของเสียและสิ่งคุกคามสุขภาพ การสัมผัสสัมผัสต่อมลพิษและสิ่งคุกคามสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่ออาชีพ การจ้างงาน และสภาพการทำงานในท้องถิ่นทั้งทางบกและทางลพ การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของประชาชนและชุมชน การเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ที่มีความสำคัญและมรดกทางศิลปวัฒนธรรม ผลกระทบที่เจาะจงหรือมีความรุนแรงเป็นพิเศษต่อประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง และทรัพยากรและความพร้อมของภาคสาธารณสุข

หลังจากที่ เอชไอเอ. ได้บูรณาการไปกับการทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม กรณีที่โครงการหรือกิจกรรมที่อาจจะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ ตามมาตรา ๖๗ วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ จะต้องจัดทำรายงาน ดังกล่าวก่อนการดำเนินกิจกรรม/โครงการ อันเป็นเงื่อนไขที่กำหนดไว้ใน มาตรา ๖๗ วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ บริษัทเจ้าของโครงการ/กิจกรรม จากทั่วประเทศ ได้แจ้งการจัดเวทีกิจกรรมเวทีรับฟังความคิดเห็นเพื่อกำหนดขอบเขตและแนวทางการ ประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (public scoping) เวิร์บฟังความคิดเห็นเพื่อทบทวนร่างรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (public review) ตามกระบวนการจัดทำรายงาน เอชไอเอ. จำนวน ๒๑๘ โครงการ แบ่งเป็นการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นเพื่อกำหนดการกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ รวม ๑๓๗ โครงการ และการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นเพื่อทบทวนร่างรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ รวม ๘๑ โครงการ (ข้อมูลถึงตุลาคม ๒๕๕๔)

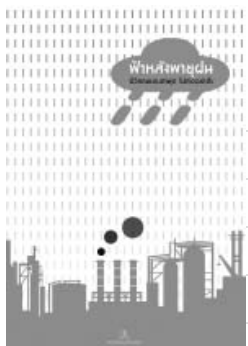
ผมเคยไปสังเกตการณ์เวที public scoping ที่ระยอง เมื่อต้นปี ๒๕๕๓ เพื่อเรียนรู้กระบวนการทางสังคมใหม่นี้ พบว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชน นักวิชาการ และข้าราชการที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาส แสดงความคิดเห็นและความห่วงใยต่อการดำเนินโครงการในแง่มุมต่างๆ ที่น่าสนใจ ทำให้ฝ่ายผู้ประกอบการและฝ่ายรัฐต้องรับฟังเสียงของกันและกันมากขึ้นกว่าการพิจารณาในระบบปิด

แต่กระบวนการนี้ยังเป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทย การจัดกระบวนการยังอยู่ในมือของฝ่ายผู้ลงทุนเป็นหลัก ส่วนหนึ่งยังเป็นการจัดตั้งประชาชน

มาร่วมเวที แต่ก็สังเกตเห็นได้ว่ามีขบวนการเคลื่อนไหวของภาคประชาชน ได้มีโอกาสเข้าร่วม และมีพื้นที่ขึ้นในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบโดยตรงกับพวกเขามากขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งนับว่าเป็นทิศทางที่ดี

ในส่วนของ “คณะกรรมการสนับสนุนศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานตามข้อเสนอของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการแก้ไข ปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพ กรณีผลกระทบจากอุตสาหกรรมในพื้นที่ ี่มาบตาพุดและจังหวัดระยอง” ที่มี ท่านผู้หญิง ดร.สุชาวัลย์ เสถียรไทย เป็นประธาน ได้ทำการศึกษาและจัดทำข้อเสนอต่อการกำหนดหลักเกณฑ์ การพิจารณาโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่าง รุนแรง โดยใช้มาบตาพุดเป็นกรณีศึกษา เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติพิจารณา ในการประชุม คสช. เมื่อวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓ ซึ่ง คสช. มีมติเห็นชอบผลการศึกษาฯ และให้เสนอต่อ ครม. เพื่อทราบและ มอบหมายให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติพิจารณาเป็นกรอบใน การทบทวนประกาศโครงการที่อาจเกิดผลกระทบรุนแรงฯ ซึ่งต่อมาวันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๓ ครม. มีมติรับทราบและมอบหมายให้คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อมแห่งชาติและคณะกรรมการวินิจฉัยข้อร้องเรียนสำหรับ โครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงฯ ้รับไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปแล้ว

คณะกรรมการชุดนี้ได้จัดเวทีสาธารณะชื่อ **“ฟ้าหลังพายุฝน ชีวิตคน มาบตาพุดไปต่ออย่างไร”** เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๓ ณ วัดหนองแพบ ต.มาบตาพุด อ.เมือง จ.ระยอง เพื่อเสนอผลการติดตามความคืบหน้า การแก้ไขปัญหาในพื้นที่มาบตาพุด และจังหวัดระยอง และแลกเปลี่ยนข้อมูล สภาพปัญหาปัจจุบันจากพื้นที่ ซึ่งผลลัพธ์จะนำไปใช้ในการติดตามการแก้ไข ปัญหาต่อไป และเพื่อนำเสนอต่อ คสช. ด้วย



■ หนังสือฟ้าหลังพายุฝน ■ เวทีสาธารณะ เรื่อง “ฟ้าหลังพายุฝน ชีวิตคน มาบตาพุด ไปต่ออย่างไร?” ๑๖ พ.ค. ๒๕๕๓

ต่อมาเมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๓ ได้เกิดเหตุการณ์สารเคมีของบริษัท อติทยา เบอร์ลา เคมิคอล จำกัด รั่วไหล ทาง สข.ได้ร่วมกับมูลนิธิ นโยบายสุขภาวะลงไปศึกษาข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ และได้จัดทำเป็นเอกสารสรุปข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขให้ คสช. รับทราบ นายกรัฐมนตรีซึ่งได้นั่งเป็นประธานการประชุมในวันนั้น เห็นว่ารายงานที่เสนอมา นั้นมีการวิเคราะห์ที่ครบถ้วน รอบด้าน และมีข้อเสนอแนะเป็นประโยชน์ จึงได้ให้นำเรื่องนี้เสนอเข้าสู่ที่ประชุม ครม. ซึ่ง ครม.เห็นชอบต่อข้อเสนอแนะดังกล่าวและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาในภาพรวมต่อไป

จากกรณีสารเคมีรั่วนี้ นำมาสู่การจัดสัมมนาวิชาการเรื่อง “การทบทวนและปรับปรุงยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยสารเคมี จังหวัดระยอง ตามกรอบแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗” เมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๓ ที่ทำเนียบรัฐบาล เพื่อทบทวนและปรับปรุงยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยสารเคมี จังหวัดระยอง ตามกรอบแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ โดย นายกฯ อภิสิทธิ์ ได้มาเป็นประธาน



■ เวทีสัมมนาวิชาการ ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล ๑๑ ส.ค. ๒๕๕๓

ในพิธีเปิดการสัมมนาด้วย

ผลลัพธ์จากการสัมมนาครั้งนี้ได้พัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายชื่อ “ข้อเสนอต่อการทบทวนและปรับปรุงยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยสารเคมีตามกรอบแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ” เสนอต่อ คสช. ซึ่งต่อมา คสช.ได้ให้ความเห็นชอบ และให้ส่งให้คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติรับไปพิจารณาตามอำนาจหน้าที่ต่อไป

ล่าสุดได้มีการจัดทำข้อเสนอ “การจัดทำมาตรการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่เกี่ยวข้อง” เสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาซึ่งเป็นการทำงานต่อเนื่องจากมติ คสช.ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๓ วันศุกร์ที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓ ที่เห็นชอบให้มีการประกาศพื้นที่คุ้มครองสิ่งแวดล้อมโดยใช้ฐานอำนาจตามมาตรา ๔๔ พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๓๕ เพื่อกำหนดมาตรการในการควบคุมและแก้ไขปัญหาในพื้นที่เขตควบคุมมลพิษ กรณีมาบตาพุด ต่อมาวันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๓ ครม. มีมติรับทราบและมอบหมายให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติรับไปพิจารณาดำเนินการ ทั้งนี้เพื่อให้มติ

กรม. ดังกล่าวเกิดการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการชุดนี้จึงได้ทำการศึกษาและจัดทำข้อเสนอเพิ่มเติมเกี่ยวกับการกำหนดมาตรการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งในพื้นที่มาบตาพุด ซึ่งอยู่ในเขตควบคุมมลพิษรวมถึงพื้นที่เกี่ยวข้อง คสช.ได้พิจารณาข้อเสนอดังกล่าวในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๔ วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๔ และมีมติเห็นชอบให้เสนอต่อกรม.พิจารณามอบหมายให้หน่วยงานตามที่ระบุในข้อเสนอรับไปพิจารณาดำเนินการต่อไป แต่ยังไม่ทันจะเสนอเข้าสู่การพิจารณาของ กรม. ก็มีการยุบสภาไปเสียก่อน ขณะนี้จึงต้องรอการเสนอใหม่ตามขั้นตอน

**สอง : เอชไอเอ กรณี นโยบายสาธารณะและกิจกรรมด้านการวางแผนพัฒนา**

ช่วงที่ผ่านมา ได้มีการผลักดันให้ทำ เอชไอเอ.กรณีการกำหนดนโยบายการค้าเสรีหรือการจัดทำข้อตกลงระหว่างประเทศตามมาตรา ๑๙๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ จนกระทั่งที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ มีมติให้มีการใช้ เอชไอเอ.เป็นเครื่องมือในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ นอกจากนี้ สช.ยังร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ทำโครงการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกรณีศึกษาผลกระทบจากข้อตกลงการค้าเสรีไทย - สหภาพยุโรป ต่อการเข้าถึงยา เพื่อเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลให้กับรัฐบาลหากจะมีการเปิดการเจรจากับสหภาพยุโรป



■ กลุ่มประชาชนมายื่นหนังสือตาม ม.๑๑ ที่ สช. กรณีบ่อขยะ อ.บ่อวิน จ.ชลบุรี ๑๑ ส.ค. ๒๕๕๔



■ การทำ เอชไอเอ.กรณีโรงไฟฟ้าชีวมวล จ.เชียงใหม่ ๑๖ - ๑๗ ก.ค ๕๓

**สาม : เอชไอเอ.ตาม ม.๑๑**

ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๑๑ ได้รับรองสิทธิให้แก่ประชาชนสามารถร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายสาธารณะได้

เมื่อมีกฎหมายนี้ เครือข่ายประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ประเดิมยื่นขอใช้สิทธินี้ไปตั้งแต่วันที่ ๙ เดือนเมษายน ๒๕๕๐ ซึ่งผมเคยเขียนเล่าไว้ในหนังสือเล่มที่ ๓ แล้ว จนมีผลกระทบไปสู่การปรับระบบการประเมินผลกระทบและการจัดการผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามมาตรา ๑๑ อีก ๙ กรณี ได้แก่ โครงการโรงไฟฟ้าชีวมวล เชื้อเพลิงกลบที่บ้านคำสร้างไชย ตำบลท่าช้าง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี โครงการโรงไฟฟ้าชีวมวล ตำบลเวียงเหนือ จังหวัดเชียงราย โครงการก่อสร้างระบบรถไฟฟ้าเมืองพัทยา กรณีโรงงานโอตานิ อำเภอนครไชยศรี จังหวัดนครปฐม กรณีหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตภาษาอังกฤษ (English Program) ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โครงการโรงไฟฟ้าถ่านหินตำบลเขาหินซ้อน จังหวัดฉะเชิงเทรา การขอประทานบัตรเหมืองแร่เหล็ก



■ การทำ เอชไอเอ.  
กรณีโรงไฟฟ้าถ่านหิน จ.ยะลา  
๒๑ ส.ค. ๕๕

■ การทำ เอชไอเอ.  
กรณีเหมืองแร่ อ.แม่ถอด จ.ลำปาง  
๓ - ๔ ก.ย. ๕๕

ของบริษัท ยูนิค วัฒนาธุรกิจ จำกัด ที่ ตำบลแม่ถอด อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง โครงการเหมืองแร่โพแทช จังหวัดอุดรธานี และล่าสุดคือโครงการเขตประกอบการอุตสาหกรรม เมโทร อินดัสเตรียล ปาร์ค จำกัด ซึ่งอยู่ที่ตำบลบางเดชะ อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี

ในการพิจารณาเรื่องเหล่านี้ สช.ไม่ได้พิจารณาเอง แต่คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพรับหน้าที่พิจารณาและให้คำแนะนำในการสนับสนุนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพตามความเหมาะสมของแต่ละกรณีฯ ไป โดยขั้นตอนการดำเนินงานจะเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เอชไอเอ. และคณะกรรมการชุดดังกล่าวได้พัฒนา “เครื่องมือกลั่นกรองความจำเป็นในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ กรณีการใช้สิทธิตามมาตรา ๑๑ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐” (Screening Tool for Health Impact Assessment) ขึ้นมา เพื่อใช้ในการพิจารณากลั่นกรองเรื่องด้วยส่วน สช. ในฐานะฝ่ายเลขานุการมีหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานตามมติของคณะกรรมการ



■ Workshop CHIA เหมืองแร่ ครั้งที่ ๒  
วันที่ ๒ - ๓ ส.ค. ๕๕ จ.สมุทรสงคราม

### สี่ เอชไอเอ.ชุมชน

แนวคิดสำคัญของ เอชไอเอ.อีกประการหนึ่งก็คือ การเสริมศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นต่างๆ ให้สามารถใช้ เอชไอเอ.เป็นกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการวิเคราะห์ คาดการณ์ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วในชุมชนของตนจากการพัฒนาต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการมีส่วนร่วมให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจการพัฒนาที่สอดคล้องกับวิถีของชุมชนและเป็นผลดีต่อสุขภาพของชุมชนมากที่สุด คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไก เอชไอเอ.จึงให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนเรื่องนี้และนับเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญที่ใช้ในการพัฒนา เอชไอเอ.ในประเทศไทย

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นต้นมา สช.ได้สนับสนุนให้มีการทำ เอชไอเอ.ในฐานะกระบวนการเรียนรู้ระดับชุมชนในหลายพื้นที่ โดยส่วนใหญ่จะไม่ได้สนับสนุนแยกเป็นชุมชนเดี่ยวๆ หากแต่สนับสนุนให้ชุมชนต่างๆ มีการเกาะเกี่ยวทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายนโยบาย เพื่อนอกจะทำให้เกิดการป้องกันแก้ไขปัญหาในชุมชนนั้นๆ แล้ว ยังส่งผลไปสู่การปรับเปลี่ยนทิศทางนโยบายสาธารณะให้ตระหนักถึงสุขภาพของชุมชนมากขึ้นด้วย เช่น กรณีแผนพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้ที่จะมีการขยายตัวของ

อุตสาหกรรมหนักไปในหลายพื้นที่ อาทิโครงการก่อสร้างท่าเรือน้ำลึกและพื้นที่อุตสาหกรรมที่ ตำบลกลาย อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช การก่อสร้างท่าเทียบเรือน้ำลึก จังหวัดสงขลา ผลกระทบจากโรงไฟฟ้าและโรงแยกก๊าซจะนะ จังหวัดสงขลา การก่อสร้างท่าเรือน้ำลึก จังหวัดสตูล การก่อสร้างนิคมอุตสาหกรรมทุ่งค่าย จังหวัดตรัง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาของเครือข่าย เอชไอเอ.ชุมชนภาคใต้ ได้ถูกพัฒนาเป็นระเบียบวาระเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่ประชุมได้มีมติรับรอง และมีการดำเนินการจนไปถึงเป็นมติคณะรัฐมนตรีแล้ว ซึ่งปัจจุบันได้มีกลไกติดตามการดำเนินการตามมติอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในหลายพื้นที่ได้ขยายแนวคิดการทำงานเอชไอเอ. ชุมชนในวงกว้างมากขึ้น เช่น ที่ ตำบลกลาย อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ขยายเป็นการทำงานของเครือข่ายประมงพื้นที่บ้านลิซล - ท่าศาลา โดยมีเป้าหมายว่าจะนำข้อมูลที่ได้จากการทำ เอชไอเอ.ชุมชนนี้ ไปผลักดันให้มีการประกาศเป็นพื้นที่คุ้มครองแหล่งอาหาร เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการทำ เอชไอเอ.ชุมชนในเครือข่ายชุมชนที่ได้รับผลกระทบและอาจได้รับผลกระทบจากการทำเหมืองแร่ ด้วย เช่น กรณีเหมืองแร่ทองคำ จังหวัดเลย การทำเหมืองหินที่ ตำบลเขาควหา อำเภอรัตถุมิ จังหวัดสงขลา การทำเหมืองแร่แมงกานีส ที่บ้านปางหินฝน อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ โครงการเหมืองแร่ในกลุ่มน้ำสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ โครงการเหมืองแร่โพแทช จังหวัดสกลนคร การปนเปื้อนสารพิษแคดเมียมจากการทำเหมืองแร่สังกะสีลุ่มน้ำแม่ตาวและแม่กุ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โครงการสำรวจและทำเหมืองแร่ทองคำในเขตรอยต่อ ๓ จังหวัดชายขอบเทือกเขาเพชรบูรณ์ (พิจิตร เพชรบูรณ์ และพิษณุโลก) และโครงการ



■ นพ.วิพุธ พูลเจริญ



■ ผศ.ดร.นพ.ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์

เหมืองแร่ถ่านหินแอ่งงาว บ้านแหงเหนือ ตำบลบ้านแหง อำเภอองาว จังหวัดลำปาง เป็นต้น

รวมถึงกรณีนโยบายพลังงานชีวมวล สข.ได้สนับสนุนให้เกิดการทำ เอชไอเอ.ชุมชน ในหลายพื้นที่ อาทิ โครงการศึกษาวิจัยประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม กรณีศึกษา โรงไฟฟ้าชีวมวลจังหวัดสุรินทร์ โรงไฟฟ้าชีวมวลพลังงานเกลือ ที่ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด โรงไฟฟ้าชีวมวล ที่ตำบลเขาไม้แก้ว อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี เป็นต้น

ปัจจุบันชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากบ่อกำจัดขยะหลายชุมชน กำลังเริ่มต้นลงมือทำ เอชไอเอ.ชุมชนและกำลังเกาะเกี่ยวกันเป็นเครือข่ายนโยบายในการขับเคลื่อนร่วมกันต่อไป

กระแส เอชไอเอ.ชุมชน ยังส่งผลให้กลุ่มคนทำงานประชาสังคม ในภาคตะวันออกได้หันมาศึกษาเครื่องมืออย่างจริงจัง ได้มีการวางแผนร่วมกันว่าจะใช้เครื่องมือนี้ในการทบทวน วิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพ จากการพัฒนาภาคตะวันออกที่ผ่านมา ปัจจุบันที่เป็นอยู่ เพื่อกำหนดอนาคต และผลักดันให้เกิดการพัฒนาที่สอดคล้องกับศักยภาพและวิถีชุมชน ภูมิภาคตะวันออกอย่างแท้จริง





■ **อนาคตบ้านฉัน : ภาพบรรยากาศการอบรมเชิง-ปฏิบัติกร การทำ เอชไอเอ. ชุมชน (community HIA หรือ CHIA) ที่จังหวัดเลย เมื่อวันที่ ๔ - ๕ มิถุนายน ๒๕๕๓ โดยมีตัวแทนจากหลายชุมชนเข้าร่วมอบรม เช่น ตัวแทนชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการทำเหมืองแร่ทองคำ ตำบลเขาหลวง อำเภอวังสะพุง ตัวแทนชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการก่อสร้างเหมืองทองแดง ตำบลนาดินดำ อำเภอเมือง จังหวัดเลย ตัวแทนชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการเวรคืนที่ดินราชพัสดุ อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ตัวแทนชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโรงงานสีข้าวโพด อำเภอ**

ท่าลี่ จังหวัดเลย รวมทั้งตัวแทนจากหน่วยงานราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วย

ช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา นับแต่ สช.ริเริ่มพัฒนาแนวคิด เอชไอเอ.ชุมชน มีชุมชนจำนวนมากสนใจและทดลองทำ จนกระทั่งสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) ได้ยอมรับให้ เอชไอเอ.ชุมชน เป็นข้อมูลหนึ่งที่ชุมชนสามารถให้กับ สผ.เพื่อใช้ประกอบการพิจารณา รายงาน อีไอเอ.ที่ทำโดยบริษัทที่ปรึกษา ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี อย่างไรก็ตาม การพัฒนา เอชไอเอ.ชุมชน ยังต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาต่อไปอีกมาก ชาวบ้านที่จังหวัดเลยเรียกขานการทำ เอชไอเอ.ของพวกเขาว่า **“เฮ็ดเอาเอง”** ซึ่งก็คือ การลงมือทำ เก็บเกี่ยว และพัฒนาข้อมูลของพวกเขา โดยพวกเขา และเพื่อพวกเขาเอง

**ห้า : เอชไอเอ. ไปอาเซียน**

หลังจากที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) รับเป็นเจ้าภาพจัดประชุม Asia and Pacific Regional on HIA Conference ปี ๒๐๐๘ ที่ประเทศไทย และที่ประชุมได้ร่วมกันประกาศปฏิญญาเชียงใหม่ ซึ่งสาระสำคัญส่วนหนึ่งได้เสนอให้มีการจัดกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในประชาคมอาเซียนเพื่อรองรับการประเมินผลกระทบข้ามพรมแดน นั่นคือจุด



■ **ประชุมเครือข่ายเอชไอเอ.ชุมชนเครือข่ายเหมืองแร่ ณ บ้านสัมมนาอาศรมวงศ์สนิท คลอง ๑๕ จ.นครนายก วันที่ ๒๘ - ๓๐ เม.ย. ๕๔**

เริ่มต้นของการขยาย เอชไอเอ.ไปสู่ภูมิภาคอาเซียน ประจวบเหมาะ กับ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ประเทศไทยเป็นประธานอาเซียน สช.จึงได้ใช้ออกาสนี้ เสนอเรื่องเข้าสู่การพิจารณา โดยทางกรมอาเซียนได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมการทั้งทางด้าน การเตรียมเอกสารและการประชุมตลอดจนร่วม ผลักดันอย่างเต็มที่

วันที่ ๒ - ๓ ตุลาคม ๒๕๕๒ สช.ได้เป็นเจ้าภาพเชิญประเทศสมาชิกอาเซียนทั้ง ๑๐ ประเทศมาประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาเอกสารเรื่อง HIA : A Foundation for the Well-being of the ASEAN Community นำเสนอต่อที่ประชุมอาเซียน ต่อมาประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพเสนอเข้าสู่ การประชุมของเจ้าหน้าที่อาวุโสด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งที่ประชุมนี้ได้ ส่งมาให้เจ้าหน้าที่อาวุโสด้านสุขภาพของอาเซียนพิจารณาในการประชุม ครั้งที่ ๕ (5<sup>th</sup> Senior Official Meeting on Health Development : SOMHD) ระหว่างวันที่ ๗ - ๙ ธันวาคม ๒๕๕๒ ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย ซึ่งที่ประชุมมีมติให้แต่ละประเทศให้ความเห็นต่อเอกสาร วิชาการฉบับดังกล่าว ก่อนที่จะนำเข้าสู่การพิจารณาให้ความเห็นชอบในการ ประชุมครั้งต่อไป



■ เวที สช.เจาะประเด็น “เหมือนแร่ทองคำ : ความมั่งคั่งหรือทุกขภาวะ” วันที่ ๑ มี.ค. ๕๕ ■ เอกสารประกอบการจัดเวที “สช.เจาะประเด็น”

ต่อมา ทาง สช.ได้นำเสนอความก้าวหน้าเรื่องการให้ความเห็นจากประเทศสมาชิกต่อที่ประชุมคณะเจ้าหน้าที่อาวุโสสำหรับคณะมนตรีประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน ครั้งที่ ๓ ที่จัดขึ้นเมื่อวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๕๓ ณ นครโฮจิมินห์ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

วันที่ ๒๕ - ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๔ มีการประชุมเจ้าหน้าที่อาวุโสด้านสุขภาพของอาเซียนครั้งที่ ๖ (6<sup>th</sup> Senior Official Meeting on Health Development : SOMHD) ณ กรุงเนปิดอว์ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ ซึ่งที่ประชุมได้มีการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน และมีมติต่อเรื่องนี้ สรุปได้ดังนี้

(๑) ที่ประชุมยินดีและพร้อมสนับสนุนการริเริ่มของประเทศไทย นอกจากนั้นแล้ว ที่ประชุมยังเห็นด้วยกับเรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) ตามที่ไว้ไว้

(๒) ประเทศไทยได้แสดงการที่จะเป็นผู้นำในการริเริ่มเรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) และการนำเรื่องนี้ไปประยุกต์ใช้ ซึ่งจะมีการรายงานก้าวหน้าในการดำเนินงานเรื่องนี้ต่อเจ้าหน้าที่อาวุโสด้านสาธารณสุขอาเซียนต่อไป



■ 5<sup>th</sup> Senior official Meeting on Health Development 7 - 9 December 2009 Renaissance Hotel, Kuala Lumpur, Malaysia

(๓) เราจะไม่มีภาระตั้งคณะทำงานเรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ แต่จะให้ประเทศสมาชิกเป็นผู้เสนอชื่อผู้ประสานงานหลัก (focal point) เรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และส่งให้สำนักงานเลขาธิการอาเซียนภายใน ๑ เดือน เพื่อแสวงหาทางทำงานร่วมกันต่อไป

(๔) ประเทศไทยจะพัฒนาข้อกำหนดสำหรับการดำเนินงาน (TOR) และกรอบการดำเนินงานเรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และจะนำมาแลกเปลี่ยน ขอความคิดเห็นกับผู้ประสานงานหลัก เรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพต่อไป

(๕) จะมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพสำหรับอาเซียน ครั้งที่ ๑ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๕ ตามที่ประเทศไทยได้เสนอไว้ต่อไป

สช.กำลังประสานเตรียมการจัดประชุม 1<sup>st</sup> HIA for ASEAN Workshop “Understanding Health Impact Assessment (HIA) : A Foundation for the Well-being of the ASEAN Community” ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๕ ที่จังหวัดภูเก็ต เพื่อปูทางสานงานนี้ต่อไปตามลำดับ



■ การประชุมเชิงปฏิบัติการ “ระบบ เอชไอเอ.ประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร ในอีก ๕ ปีข้างหน้า” ๒๙ เม.ย. ๕๓ ณ สวนสามพราน

**ทก : มองอนาคต เอชไอเอ. ๕ ปีข้างหน้า**

เพื่อเป็นการทบทวนอดีตที่ผ่านมา มองไปสู่นาคตเกี่ยวกับเรื่อง เอชไอเอ. คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกเอชไอเอจึงได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “ระบบเอชไอเอของประเทศไทย ควรเป็นอย่างไรในอีก ๕ ปีข้างหน้า” เมื่อวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๓ ณ สวนสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยเน้นการมีส่วนร่วมให้ความคิดเห็นจากทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทางศูนย์ประสานงานเอชไอเอ. ของสช.ได้ประมวลสาระสำคัญจัดทำเป็นเอกสาร แล้วจึงจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ ๒ ใช้ชื่อเวทีว่า “แลหน้า ๕ ปี เอชไอเอ. ประเทศไทย” เมื่อวันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๕๓ ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร เพื่อร่วมกันจัดทำ “แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบบ้านสุขภาพ (แผน ๕ ปี)” ซึ่งแผนฉบับนี้ได้นำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกเอชไอเอ.หลายครั้ง เพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขณะนี้อยู่ระหว่างการนำยุทธศาสตร์และสาระสำคัญที่กำหนดไว้ในแผนมาทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ให้เกิดการยอมรับร่วมกัน ก่อนที่จะจัดทำเป็นแผนฉบับสมบูรณ์ที่ทุกภาคส่วนใช้เป็นเสมือนแผนที่ทางเดินสำหรับการพัฒนางานเอชไอเอ. ในประเทศไทยใน ๕ ปีข้างหน้าต่อไป



■ เวทีวิชาการ เอชไอเอ. เรื่อง “การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบบ้านสุขภาพ (public scoping) : ปัญหาหรือความท้าทายของสังคมไทย” ๒๕ มิ.ย.๕๓ ณ โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี

“ผมมองว่า ไม่ว่าจะเป็นการประเมินผลกระทบบ้านสุขภาพ (อีไอเอ) การประเมินผลกระทบบ้านสุขภาพ (เอชไอเอ) และการประเมินผลกระทบทางสังคม (เอสไอเอ) ทั้งหมดนี้เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยให้ชาวบ้านหรือคนในท้องถิ่นนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลทรัพยากรในชุมชน แต่จะอย่างไรให้ชุมชนนำเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้ ถ้าเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ และมีการใช้อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดองค์ความรู้ที่สะสมต่อยอดไปเรื่อยๆ ในอนาคตเครื่องมือเหล่านี้จะทวีความสำคัญขึ้น สังเกตได้ว่า ขณะนี้ชาวบ้านมีความตื่นตัวทางการเมืองเยอะมาก รู้จักตั้งคำถามกับสิ่งที่เกิดขึ้น ผมคิดว่า ปรากฏการณ์นี้สำคัญ หากเขาตีปัญญาโดยมีเครื่องมือเหล่านี้ จะทำให้สังคมเราดีขึ้น การใช้กระบวนการ เอชไอเอ. ไม่ใช่บอกว่าจะไม่ล้มโครงการใดๆ แต่ต้องมามองร่วมกันว่า ทิศทางอนาคตเราจะไปกันอย่างไร”

**นายสุวิทย์ กุหลาบวงษ์** นักพัฒนาสังคม

งาน เอชไอเอ. เคลื่อนตัวไปข้างหน้าอย่างรวดเร็ว เป็นที่กล่าวถึงกว้างออกไปตามลำดับ มีการพัฒนางานเชิงวิชาการ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเสริมความเข้าใจ ช่วยกันทดลองใช้ไปเรียนรู้ร่วมกันไป เอชไอเอ.จึงเป็นอะไรที่มีการเติบโตและแตกกิ่งแตกยอดไม่หยุดนิ่งอยู่ในกฎหมาย ในกระดาษ หรือในตำราเท่านั้น

ก้าวจากนี้ไป จะมีการขยายวง เอชไอเอ.ไปยังเครือข่ายสถาบันการศึกษาและสถาบันทางวิชาการทั่วประเทศ เครือข่ายท้องถิ่นชุมชนรวมไปถึงหน่วยงานทุกระดับที่เกี่ยวข้องและที่สนใจให้เพิ่มมากขึ้น และจะขยายงานเชื่อมโยงกับสากลทั้งระดับภูมิภาคและระดับโลกให้เข้มข้นมากขึ้น เพื่อให้ เอชไอเอ.เข้ามาเป็นตัวช่วยหนึ่งในการสร้างสมดุลของการพัฒนาให้สอดคล้องและเท่าทันกับสถานะโลกไร้พรมแดน ที่ดูเหมือนว่าสิ่งต่างๆ กำลังมีผลกระทบถึงกันไปหมด •

**CHIA** (Center for Health Impact Assessment) - ศูนย์สุขภาพเพื่อสังคม

**ขั้นตอนที่ ๖ พิชัยชนะบรรทัด HIA**

**Screening**  
คัดกรองโครงการ

**Public Scoping**  
กำหนดขอบเขตการประเมิน

**Assessing**  
ประเมินผลกระทบ

**Public Reviewing**  
ตรวจสอบข้อเท็จจริง

**Reporting**  
จัดทำรายงานผลกระทบ

**Monitoring**  
ติดตามผลกระทบ

**HIA ในประเทศไทย...**

ตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ มีโครงการ HIA ที่ได้รับการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment) ในประเทศไทยแล้วจำนวน ๑๐๐ โครงการ

ปัจจุบันมีโครงการ HIA ที่ได้รับการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment) ในประเทศไทยแล้วจำนวน ๑๐๐ โครงการ

**ข้อดี**

- 1. ช่วยในการตัดสินใจของรัฐบาล
- 2. ช่วยในการตัดสินใจของประชาชน
- 3. ช่วยในการตัดสินใจของภาคประชาสังคม
- 4. ช่วยในการตัดสินใจของภาคธุรกิจ

**เส้นทาง HIA**  
ม.อ.อ.สุขภาพเพื่อสังคม

**2551**

**2552**

**2553-2554**

**2555**

“ปีแห่งการปฏิรูปการศึกษาระดับอุดมศึกษา”

“ปีแห่งการปฏิรูปการศึกษาระดับอุดมศึกษา”

“ปีแห่งการปฏิรูปการศึกษาระดับอุดมศึกษา”

“ปีแห่งการปฏิรูปการศึกษาระดับอุดมศึกษา”

## ๗

## พัฒนาระบบราชการแบบอื่น

“คณะกรรมการเหล่านี้  
ไม่มีอำนาจสั่งการใคร  
ไม่มีหน้าที่ลงมือปฏิรูปเอง  
แต่มีหน้าที่เชื่อมประสาน หนุนเสริม  
การพัฒนาระบบราชการเพื่อสุขภาพ”

นอกจากการทำหน้าที่ “สานพลัง” ในการพัฒนาระบบราชการเพื่อสุขภาพด้วยการใช้เครื่องมือหลักๆ ภายใต้อำนวยการของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว คสช. ยังได้จัดให้มีกลไกการทำงานนโยบายในรูปแบบของ “คณะกรรมการนโยบาย” (Policy Commission) เพื่อสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบราชการเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

- **คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ** คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ปัจจุบันมี **อาจารย์หมอมงคล วัฒนศิริ** เป็นประธาน ฝ่ายเลขานุการประกอบด้วย ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สนย.) ผู้อำนวยการสำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) และ สช. มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรี คสช. และหน่วยงานต่างๆ เพื่อขับเคลื่อน ผลักดันและติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

งานที่คณะกรรมการชุดนี้ขับเคลื่อนไปแล้ว ได้แก่

๑. การพัฒนาข้อเสนอเพื่อสร้างเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์



■ การประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ

และผู้ป่วย มีการนำเสนอเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี ๒๕๕๑

หลักการสำคัญของการพัฒนาความสัมพันธ์ คือ

**(๑) ต้องพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)** ซึ่งหมายความว่า ทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ และสังคม ควรเข้าใจและเคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งกันและกัน ให้ความรัก ความเข้าใจ ฟังพาอาศัย และช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างเป็นเพื่อนมนุษย์ ซึ่งในอดีต เรื่องเช่นนี้คือจุดแข็งของสังคมไทย

**(๒) ต้องสร้างเสริมความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (trust)** เพราะพื้นฐานสำคัญของการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล คือความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ถ้าทุกฝ่ายไว้วางใจกันและกัน ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันก็จะเกิดขึ้นโดยง่าย และปัญหาความไม่เข้าใจกัน ความขัดแย้งหรือการต้องต่อสู้กันก็จะลดน้อยลง และ

**(๓) ต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย (participation)** เนื่องจากปัญหาเหล่านี้มีความสลับซับซ้อน ละเอียดอ่อน และไม่สามารถตัดสิน

ถูกผิดโดยมาตรฐานหรือวิธีคิดอย่างใดอย่างหนึ่ง การดำเนินการแต่ละอย่างอาจส่งผลดีด้านหนึ่ง แต่ก็อาจส่งผลเสียอีกด้านหนึ่งได้ ดังนั้นการดำเนินการเรื่องใดๆ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักการข้อหนึ่งและสองเป็นฐาน

หนึ่งในข้อเสนอเรื่องนี้ก็คือ การสนับสนุนการจัดทำกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุขที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าของเรื่อง ซึ่งร่างกฎหมายฉบับดังกล่าว ผ่านการทำงานทางวิชาการและผ่านกระบวนการรับฟังความเห็น ผ่านคณะรัฐมนตรี ผ่านการพิจารณาตรวจแก้ของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา จนร่างกฎหมายเข้าไปอยู่ในสภาผู้แทนราษฎร เมื่อสิงหาคม ๒๕๕๓

ด้วยความจริงที่ยอมรับกันว่า การบริการทางการแพทย์ไม่ว่าจะดำเนินการให้ดีที่สุดอย่างไร ก็ยังอาจมีข้อผิดพลาดคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้เสมอ เพราะเป็นบริการที่ทำกับมนุษย์ที่มีความสลับซับซ้อนของระบบต่างๆ ในร่างกาย และยังมีปัญหาซับซ้อนของพยาธิสภาพ การเจ็บป่วยต่างๆ รวมไปถึงความซับซ้อนของวิทยาการและเทคโนโลยีที่ใช้ด้วยเสมอ ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการแพทย์เจริญก้าวหน้าที่สุด ในแต่ละปีก็ยังมีผู้ป่วยได้รับผลเสียหายจากการรักษาเป็นหมื่นเป็นแสนคน จนเกิดระบบประกันการประกอบวิชาชีพของแพทย์เนื่องจากมีการฟ้องร้องแพทย์ตามมาจำนวนมาก

ในบ้านเราก็มีแนวโน้มไปทางนั้น แต่สังคมบ้านเรายังไม่ถึงกับเป็นแบบในสหรัฐอเมริกา เพราะแพทย์ไทยส่วนใหญ่ยังให้บริการทางวิชาชีพอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ ซึ่งไม่ใช่บริการเชิงธุรกิจ คนไทยส่วนใหญ่จึงยังรัก ศรัทธา และไว้วางใจแพทย์อยู่มาก แต่การแพทย์ก็กำลังถูกทำให้เป็นบริการเชิงธุรกิจมากขึ้นเรื่อยๆ

ในประเทศแถบสแกนดิเนเวียอย่างเช่นที่สวีเดน เขามีระบบกองทุนชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยและญาติกรณีเกิดผลเสียหายอันไม่พึงประสงค์จากการรักษา โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความถูกผิดว่าผลเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากสาเหตุใดหรือเกิดจากใคร ทำให้ปัญหาการฟ้องร้องทางศาลต่ำมาก เพราะผู้เสียหายได้รับการเยียวยาอย่างเหมาะสมในระดับที่สังคมยอมรับกันได้ แพทย์ก็ไม่ต้องเป็นทุกข์ในกรณีที่เกิดปัญหาขึ้นจากการรักษาของตน ทั้งที่ตนได้พยายามทำดีที่สุดเท่าที่จะทำได้แล้ว

ในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ แพทย์มีความตั้งใจและประสงค์จะให้ผู้ป่วยของตนหายจากการเจ็บป่วยและมีสุขภาพดีที่สุดอยู่แล้ว ไม่มีแพทย์คนไหนอยากทำให้ผู้ป่วยที่ตนดูแลอยู่ได้รับความเสียหายใดๆ ขึ้น แต่ความเสียหายก็อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งที่มนุษย์ควบคุมได้และไม่ได้

ในขณะเดียวกัน ก็ไม่มีผู้ป่วยหรือประชาชนคนไหนอยากฟ้องร้องเอาเป็นเอาตายกับแพทย์ที่ให้การรักษาเขาด้วยมนุษยธรรม จริยธรรม และด้วยความตั้งใจที่ดี

ปัจจุบันในบ้านเรา เมื่อผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล สามารถฟ้องร้องทางแพ่งเรียกค่าเสียหายจากแพทย์หรือจากสถานพยาบาลที่แพทย์สังกัด ซึ่งมักต้องเสียเวลานานมาก และสามารถฟ้องคดีอาญาต่อแพทย์ผู้รักษาได้อยู่แล้ว แต่ถ้าไม่ใช่กรณีเจตนาและประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ศาลก็มักจะไม่รับฟ้อง หรือถ้ารับฟ้องก็มักจะไม่ลงโทษทางอาญาแก่แพทย์ เพราะถือว่าแพทย์ประกอบวิชาชีพช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์อยู่แล้ว ยกเว้นกรณีที่มีหลักฐานให้ศาลเห็นว่าเป็นการกระทำที่เจตนาหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น

ในขณะเดียวกัน ประชาชนประมาณ ๔๖ ล้านคนที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็สามารถขอรับเงินชดเชยช่วยเหลือกรณีที่ได้รับผลเสียหายจากรับการรักษา ตามมาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อยู่แล้ว ซึ่งตั้งแต่มีกฎหมายฉบับนี้มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ มีผู้เสียหายขอรับเงินช่วยเหลือมาแล้วประมาณ ๑,๖๐๐ คน (ข้อมูลถึงปี ๒๕๕๑) ทำให้ลดการฟ้องศาลเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายทางแพ่งหรือการฟ้องทางอาญาลงไปได้มาก

ต่อมา เมื่อมีการยกร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขขึ้น เพื่อให้มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในกรณีได้รับความเสียหายจากการรักษา โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด และที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๕๑ ก็มีมติสนับสนุนให้รัฐบาลเร่งผลักดันการออกกฎหมายฉบับนี้ เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนในทุกระบบ และครอบคลุมการรักษาทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยให้ยกเลิกการดำเนินการตามมาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ.หลักประกันฯ มาใช้ระบบนี้เหมือนกันทั้งหมด

เรื่องนี้จึงไม่ใช่เรื่องใหม่ที่จะทำให้แพทย์ได้รับผลกระทบในทางเสียหายอะไรเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามจะทำให้ผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษา ได้รับเงินชดเชยช่วยเหลือในจำนวนที่เหมาะสมและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น การฟ้องร้องทางแพ่งก็ย่อมจะลดน้อยลงตามไปอีกด้วย

สำหรับการฟ้องทางอาญา ปัจจุบันผู้ป่วยมีสิทธิฟ้องได้อยู่แล้ว ร่าง พ.ร.บ. นี้ก็ไม่ทำให้มีมากขึ้น แต่กลับมีข้อดีกว่าเดิม กล่าวคือ ในกรณีที่ผู้ป่วยขอรับเงินช่วยเหลือตาม พ.ร.บ. นี้ กฎหมายกำหนดให้มีการจัดทำเป็นสัญญาประนีประนอมยอมความ ซึ่งศาลสามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาตัดสินลดโทษหรือไม่ลงโทษทางอาญาต่อแพทย์ได้ด้วย

นั่นหมายความว่า โอกาสที่แพทย์จะได้รับโทษทางอาญาก็จะลดลงไปกว่าปัจจุบันอีก

นอกจากนั้น ร่าง พ.ร.บ. นี้ ยังสร้างช่องทางใหม่ให้ผู้ป่วยและแพทย์ได้ใช้โอกาสสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันโดยให้มีระบบการไกล่เกลี่ยแบบสมัครใจ ซึ่งระบบนี้ไม่กระทบกับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือผู้ป่วย แต่จะทำให้แพทย์และผู้ป่วยได้คุยกันอย่างเป็นเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน โดยมีคณะบุคคลและกระบวนกรที่เหมาะสมเข้ามาช่วย ซึ่งจะช่วยให้แพทย์และผู้ป่วยได้สานความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข และยังสามารถลดการฟ้องร้องอื่นๆ ได้อีกด้วย

ร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ มีหลักการและสาระสำคัญที่เป็นหัวใจสรุปได้ ๕ ประการ คือ

**หนึ่ง** มุ่งให้การช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยที่ได้รับผลเสียหายอันไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาล อย่างรวดเร็วและเหมาะสม อันเป็นหลักประกันให้กับคนทุกคนที่เข้าไปรักษาพยาบาลไม่ว่าโรงพยาบาลรัฐ หรือเอกชน (social safety net)

**สอง** ไม่มีการมุ่งให้เกิดการฟ้องร้องแพทย์หรือสถานพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นคดีแพ่งหรืออาญา (no-fault หรือ no-blame) เมื่อมีระบบที่ช่วยเหลือผู้เสียหายอย่างรวดเร็วและเหมาะสมแล้ว การฟ้องร้องทางศาลก็จะลดลงตามไปด้วย นอกจากนี้ หากมีกรณีแพทย์ถูกฟ้องคดีอาญาเกิดขึ้น และศาลพิจารณาว่าแพทย์ผิดจริง ในมาตรา ๔๕ ของกฎหมายนี้ก็เขียนช่องทางให้ศาลลดโทษหรือไม่ลงโทษอาญาแก่แพทย์ก็ยังได้

**สาม** กองทุนที่ใช้เยียวยาความเสียหาย เงินจะมาจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลราชการ ระบบประกันสังคม และอาจเก็บเพิ่มเติมบางส่วนจากสถานพยาบาล เพื่อสร้างหลักประกัน

ร่วมกันให้กับคนไทยทุกคน ซึ่งจากประสบการณ์การดำเนินงานชุดเซชความเสียหายตามมาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพที่ทำมาแล้ว ๗ ปี ใช้เงินกองทุนเพียงปีละประมาณ ๑๐๐ - ๒๐๐ ล้านบาทเท่านั้น กองทุนนี้ไม่ได้ใหญ่โตหรือจะไปถึงขั้นทำให้ระบบสุขภาพล้มละลาย และกองทุนนี้จะบริหารโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่มีใครหรือกลุ่มใดจะเข้าไปหาประโยชน์ได้อย่างที่มีบางคนเข้าใจ

**สี่** มีคณะกรรมการ ๔ ชุด ที่ประกอบด้วยบุคคลหลายฝ่ายทำหน้าที่ดูแลกำกับนโยบายและทิศทางของกองทุน ดูแลการจ่ายเงินชุดเซชความเสียหายเบื้องต้น ดูแลความเหมาะสมในการจ่ายเงินชุดเซชตามความเสียหาย และอีกชุดหนึ่งดูแลการอุทธรณ์ของผู้เสียหาย สัดส่วนของกรรมการแต่ละชุดอาจยังมีความเห็นไม่ตรงกันอยู่บ้าง ซึ่งก็น่าจะพูดคุยและปรับกันอีกได้ ในขั้นตอนนิติบัญญัติที่จะมีการพิจารณาใน ๒ สภา รวมกันถึง ๖ วาระ

**ห้า** มีระบบที่เปิดให้เลือกได้ด้วยความสมัครใจให้ทั้งฝ่ายแพทย์และผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยกันแบบเพื่อนมนุษย์ เพื่ออลบล้างคำใจต่อกัน อันเป็นการฟื้นฟูความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันอีกด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการสร้างระบบดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ที่เป็นความงามอีกอย่างหนึ่งของกฎหมายฉบับนี้

**หก** มีระบบส่งเสริมให้นำบทเรียนเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมาใช้สำหรับพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แทนที่จะต้องคอยปิดซ่อนเร้น เนื่องจากเกรงจะถูกฟ้องร้องแบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้

เมื่อร่างกฎหมายฉบับนี้เข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร โดยมีภาคประชาชนที่มีเครือข่ายผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุขเป็นแกนได้เสนอร่างกฎหมายประกอบด้วย ก็เริ่มมีปฏิกิริยาจากแพทย์บางกลุ่มออกมา





■ เลขาธิการ คสช.แถลงข่าว ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองความเสียหาย (ก.ค. ๕๓)

เคลื่อนไหวต่อต้านอย่างหนัก มีการเคลื่อนไหวประท้วงและโจมตีว่า กฎหมายฉบับนี้จะทำให้แพทย์ถูกฟ้องร้องมากขึ้น และจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ป่วยแย่ลง กลายเป็นการมองสวนทางกันโดยสิ้นเชิง สช.ได้จัดแถลงข่าวเรื่องนี้เมื่อวันพุธที่ ๒๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๓ ในหัวข้อว่า **“พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เส้นทางสู่สมานฉันท์ แพทย์ ผู้ป่วย จริงหรือ?”** สรุปสาระสำคัญได้ว่า

ร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้มีกระบวนการยกร่างมานานกว่า ๓ ปี เริ่มจากการศึกษาข้อมูลทางวิชาการโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีการยกร่าง พ.ร.บ.โดยรับฟังความเห็นจากหลายฝ่ายในสังคม จากนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงรับเป็นเจ้าภาพเสนอกฎหมายเข้าสู่ขั้นตอนปกติ ซึ่งร่างกฎหมายฉบับนี้ผ่านการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้ว มี ๕๐ มาตรา วัตถุประสงค์หลักคือ จัดให้มีกองทุนเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติกรณีที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ว่าใครผิดใครถูก เพื่อเป็นการเยียวยาผลกระทบที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเสียชีวิต พิการ หรือเกิดปัญหาแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

# ‘สช.’ ยื่นหนังสือถึง ‘อภิสหธิ์’ ● หนุนร่าง ‘พ.ร.บ.’ คุ้มครองผู้ป่วย

■ จาก นสพ.มติชน วันศุกร์ที่ ๓๐ ก.ค. ๕๓

ทำให้แพทย์ ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเผชิญหน้าหรือต้องฟ้องร้องกัน ซึ่งต้องใช้เวลานานและเป็นทุกข์ด้วยกันทุกฝ่าย

การมีกองทุนนี้ เป็นการขยายความช่วยเหลือตามมาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ปัจจุบันก็ใช้อยู่แล้ว แต่จะสามารถเพิ่มเขตแดนการช่วยเหลือในวงเงินที่สูงขึ้น และครอบคลุมประชาชนทุกคนไม่ว่าจะรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนก็ได้ จะเกิดผลดีก็คือ ทำให้การฟ้องร้องทางแพ่งเพื่อเรียกค่าเสียหายลดน้อยลง เพราะการชดเชยจากกองทุนนี้จะทำให้ผู้ป่วยและญาติพอใจมากขึ้น และเมื่อรับเงินชดเชยและทำสัญญาประนีประนอมยอมความกันแล้ว หากมีการฟ้องคดีอาญาต่อแพทย์ ศาลสามารถนำหลักฐานนี้มาพิจารณาเพื่อที่จะไม่ลงโทษหรือลดโทษให้ออกก็ได้ ถ้าศาลพิจารณาว่าแพทย์มีความผิด ซึ่งตรงนี้จะเป็ผลดีต่อแพทย์โดยตรง

หากได้ศึกษาวัตถุประสงค์หลักและสาระสำคัญของร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้ อย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้ว จะพบว่าเป็กฎหมายที่มีคุณต่อทั้งประชาชนและต่อแพทย์ ไม่ได้มีผลกระทบเสียหายต่อการประกอบวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ดังที่มีแพทย์บางกลุ่มออกมาคัดค้าน ตรงกันข้าม หากมีกฎหมายฉบับนี้ จะทำให้สถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์



■ กลุ่มแพทย์ พยาบาล ส่วนหนึ่งประท้วง พ.ร.บ.คุ้มครองฯ จาก นสพ.คม ชัด ลึก วันอังคารที่ ๘ ก.พ. ๕๕

ดีขึ้นและเย็นขึ้น การฟ้องร้องจะลดน้อยลง เหมือนอย่างประเทศสวีเดนที่มีการใช้กฎหมายทำนองนี้มาก่อน และจะไม่ใช่เหมือนประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการฟ้องร้องกันมากมาย เพราะไม่มีระบบการช่วยเหลือเยียวยาที่ดีเช่นนี้

เครือข่ายภาคประชาชนและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องออกมาแสดงความเห็นสนับสนุนร่างกฎหมายนี้ ในขณะที่เดียวกันก็มีแพทย์ออกมาเคลื่อนไหวตอบโต้อย่างรุนแรง ผมและนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ที่ออกมาให้ความเห็นสนับสนุนร่างกฎหมายฉบับนี้ ถูกกล่าวหาและโจมตีอย่างหนัก และถูกแพทย์บางคนฟ้องแพทยสภาว่าไม่ให้เกียรติเพื่อนร่วมวิชาชีพ...ไปไหน!

ร่างกฎหมายฉบับนี้ รัฐบาลที่นำโดยพรรคประชาธิปัตย์ ซึ่งเป็นผู้เสนอกฎหมายเอง แต่กลับไม่กล้าเดินหน้าต่อ จนมีการยุบสภาเลือกตั้งทั่วไปใหม่ในเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๕ ได้พรรคเพื่อไทยเข้ามาเป็นแกน

เดือนกันยายน ๒๕๕๕ คสช.ได้มีมติให้ทำเรื่องเสนอนายกรัฐมนตรี ยืนยันร่าง พ.ร.บ.ดังกล่าวต่อสภาผู้แทนราษฎร เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป ซึ่งรัฐบาลใหม่ก็ได้ยืนยันร่างกฎหมายดังกล่าวต่อสภาผู้แทนราษฎรในเดือนตุลาคม ๒๕๕๕

อนึ่ง ในช่วงเวลาที่มีการผลักดันการจัดทำกฎหมายฉบับนี้ ได้เกิด

# ผ่าตัดให้เข้าถึง-ตรจ50คน/วัน ใช้คนไข้สำรอง หมอจี้ล้นกน.คุ้มครองผู้เสียหาย

■ จาก นสพ.มติชน วันศุกร์ที่ ๘ ต.ค. ๕๓

กรณีผ่าตัดผู้ป่วยต่อกระจกแล้วติดเชื้อจนมีผู้ป่วยตาบอด ๗ รายที่โรง-พยาบาล ขอนแก่น ซึ่งเป็นการเกิดผลเสียหายจากการใช้บริการสาธารณสุขอย่างชัดเจน กรณีนี้ผู้บริหารโรงพยาบาลได้ดำเนินการช่วยเหลือและให้การเยียวยาแก่ผู้เสียหายได้อย่างรวดเร็วและดีมาก โดยไม่ต้องไปเสียเวลาพิสูจน์ถูกผิด และไม่ต้องรอให้เกิดการฟ้องร้องใดๆจนกลายเป็นกรณีศึกษาตัวอย่างของการจัดการที่ดี เรียกกันว่า “ขอนแก่น โมเดล”

การแก้ปัญหาที่ ทางโรงพยาบาลต้องหางานนอกงบประมาณมาช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยที่อยู่นอกงบประมาณหลักประกันสุขภาพเป็นจำนวนไม่น้อย ซึ่งถ้ามีกองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ก็จะแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลไปได้มาก และผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายก็จะได้รับการเยียวยาที่ดีกว่านี้ และที่แน่ๆ ก็คือ แพทย์ที่เกี่ยวข้องจะไม่ต้องตกทุกข์และยากลำบากในการหาเงินมาช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ เพราะจะมีกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยเข้ามาแบ่งเบาภาระ และไม่ต้องกลัวการถูกฟ้องตามมาอีกด้วย

สช.ร่วมกับสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ได้ส่งคนไปศึกษาและถอดบทเรียน จัดทำเป็นหนังสือ ชื่อ “เหตุเกิดที่ขอนแก่น” เผยแพร่เพื่อการเรียนรู้ด้วย



■ หนังสือถอดบทเรียน  
การจัดการกรณีความ  
เสียหายจากการรับ  
บริการทางการแพทย์

๒. ในช่วงปี ๒๕๕๓ มีประเด็นใหม่เกี่ยวกับการผลิตกำลังคนของ  
สาขารัฐสุขเกิดเป็นข่าวอีกเรื่องหนึ่ง คือการเสนอให้ทบวงหลักสูตรแพทย์  
นานาชาติ ที่สืบเนื่องจากความพยายามของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ เริ่มมีแนวคิดจัดทำหลักสูตรแพทย์นานาชาติ ตั้งแต่ปี  
๒๕๔๖ และได้ทำเรื่องขออนุมัติหลักสูตรจากแพทยสภา ซึ่งคณะกรรมการ  
แพทยสภามีมติอนุมัติหลักการหลักสูตรแพทย์ภาคภาษาอังกฤษของ มศว.  
เมื่อเดือนมกราคม ๒๕๕๓ ทั้งนี้ ก่อนแพทยสภาจะมีมติดังกล่าว กระทรวง  
สาธารณสุขเคยมีหนังสือถึงนายกแพทยสภา แสดงความเห็นต่อการเคลื่อน-  
ไหวเพื่อเปิดหลักสูตรแพทยศาสตรนานาชาติ สรุปว่า ประเทศไทยยังประสบ  
ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในทุกกระดับโดยเฉพาะในชนบท หลักสูตรดังกล่าว  
อาจมีผลกระทบต่อระบบการผลิตแพทย์และระบบบริการสาธารณสุขของ  
ประเทศ จึงควรมีการตัดสินใจอย่างรอบคอบและมีการศึกษาผลกระทบ  
อย่างจริงจัง โดยควรเน้นการผลิตแพทย์เพื่อมุ่งเน้นตอบสนองความต้องการ  
ภายในประเทศก่อน

นอกจากนี้ ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ สำนักงาน  
วิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) เคยเป็นองค์กรเจ้าภาพจัดการ

ประชุมวิชาการ “สองแพร่ง : หลักสูตรแพทย์นานาชาติ ทางเลือกระหว่าง  
โลกาภิวัตน์กับสุขภาพคนไทย” และมีข้อสรุปว่าการเปิดหลักสูตรนานาชาติ  
ย่อมทำได้ แต่ต้องคำนึงถึงช่วงเวลาที่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่เห็นว่าขณะนี้  
ประเทศไทยยังไม่มีความพร้อม

หลังแพทยสภาอนุมัติหลักการหลักสูตรจึงก่อให้เกิดกระแสความคิด  
ทั้งเห็นด้วยและคัดค้าน เครือข่ายองค์กรผู้บริโภค องค์กรผู้ป่วย และองค์กร  
พัฒนาเอกชน ๑๔ องค์กร ก็ได้ทำหนังสือขอใช้สิทธิตามมาตรา ๑๑  
ของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ให้มีการประเมินผลกระทบจากนโยบายดังกล่าว  
และขอมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบด้วย

เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ  
จึงได้จัดเวทีสาธารณะ “หลักสูตรแพทย์นานาชาติ สังคมได้อะไร” ซึ่งยัง  
คงมีทั้งความเห็นสนับสนุนและคัดค้าน ในที่สุดคณะกรรมการกำลังคนฯ  
ได้นำเรื่องนี้เข้าสู่ที่ประชุม โดยพิจารณาภายใต้กรอบทิศทางของธรรมนูญว่า  
ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้าน  
สุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความสำคัญสูงกับการกระจายบุคลากรสาธารณสุข  
อย่างเป็นธรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ โดยควบคุมมิให้  
เป็นไปตามกลไกตลาดเป็นหลัก เพื่อนำไปสู่การสร้างความเสมอภาคในระบบ  
สุขภาพ ในที่สุดได้มีมติให้แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้รับทราบและปฏิบัติ  
ตามนโยบายที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบแล้ว คือ แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษ  
กำลังคนฯ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ รวมถึงมติที่ประชุมแพทย-  
ศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๘ ที่มีเป้าหมายสอดคล้องกัน คือให้ความสำคัญ  
กับการผลิตกำลังคนเพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ โดยเฉพาะประชาชนในชนบท และให้มีการทบทวนศักยภาพและแผนการผลิต



■ เวทีเสวนา หลักสูตรแพทย์นานาชาติ  
กุมภาพันท์ ๒๕๕๓

แพทย์ของสถาบันการศึกษาต่างๆ เพื่อให้สามารถผลิตแพทย์ได้เพียงพอต่อความต้องการของประเทศได้ในระยะเวลาอันเหมาะสม ทั้งนี้ ให้เสนอแผนดังกล่าวให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบและให้การสนับสนุนต่อไป และมอบสช. ดำเนินการในส่วนที่มีการร้องขอให้มีการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายการเปิดหลักสูตรดังกล่าว

ซึ่งต่อมาคณะกรรมการ เอชไอเอ.ได้รับเรื่องดังกล่าวไปพิจารณา แต่เนื่องจาก มศว.ได้ยุติการเคลื่อนไหวเปิดหลักสูตรดังกล่าวลง ปัจจุบันจึงยังไม่มีกระบวนการประเมินผลเพราะไม่มีผู้เกี่ยวข้องที่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินกระบวนการดังกล่าว

๓. การเสนอต่ออายุโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท  
The Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors  
(CPIRD)

โครงการนี้เป็นโครงการของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นสนับสนุนการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท โดยยึดหลักให้นักเรียนในส่วนภูมิภาคได้รับการคัดเลือกเป็นแพทย์ เมื่อจบแล้วเน้นส่งไปทำงานในชนบท เป็นโครงการ

ที่มีอายุ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๖) ซึ่งโครงการนี้มีการประเมินผลพบว่า เป็นโครงการที่ดีสามารถทำให้แพทย์ตามโครงการนี้ดำรงอยู่ในชนบทได้นานกว่าแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาระบบปกติ

เดือนมิถุนายน ๒๕๕๔ ที่ประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติมีมติให้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาขยายโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ต่ออีกเป็นระยะเวลา ๕ ปี (๒๕๕๗ - ๒๕๖๑) โดยมีเป้าหมายให้ขยายสัดส่วนจำนวนนักศึกษาแพทย์ของโครงการฯ เป็นร้อยละ ๕๐ ของนักศึกษาแพทย์ทั้งหมด (ในเวลา ๕ ปี) เพื่อเป็นการกระจายแพทย์สู่ชนบทและกระจายโอกาสทางการศึกษาแก่นักเรียนที่มีภูมิลำเนาในชนบท พร้อมทั้งเสนอให้ปรับเงื่อนไขการทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาของโครงการฯ เพิ่มจากระยะเวลา ๓ ปีเป็น ๖ ปี และเพิ่มอัตราค่าปรับจาก ๔๐๐,๐๐๐ บาทเป็น ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท โดยเสนอให้ปรับปรุงสัญญาการปฏิบัติงานชดใช้ทุนภายหลังสำเร็จการศึกษาให้ยืดหยุ่นมากขึ้น เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ใกล้เคียงกันได้ และเสนอให้สนับสนุนงบประมาณในการผลิตแพทย์ของโครงการฯ ไปยังจังหวัดที่เป็นเจ้าของทุน เพื่อเป็นการสร้างความผูกพันและการรับรู้เกี่ยวกับการให้ทุนการศึกษาระหว่างแพทย์ผู้รับทุนกับพื้นที่มากขึ้น

เดือนกันยายน ๒๕๕๔ ประธานคณะกรรมการกำลังคนฯ ได้ทำหนังสือแจ้งมติดังกล่าวถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายวิทยา บุรณศิริ) เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาเสนอข้อเสนอลงขันต้นต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป ในฐานะเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทมาอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน สช.ได้นำเรื่องดังกล่าวเสนอ

ต่อที่ประชุม คสช. ซึ่งได้มีมติ “รับทราบข้อเสนอการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท โดยการขยายโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท และมอบกระทรวงสาธารณสุขนำข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ ไปพิจารณาดำเนินการด้วย รวมถึงให้แจ้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติได้รับทราบข้อสังเกตและข้อเสนอของคณะกรรมการฯ ด้วย” ซึ่ง สช. ได้ดำเนินการตามมติดังกล่าวแล้ว

ต่อมาในเดือนตุลาคม ๒๕๕๔ สหพันธ์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย (สพท.) ได้ทำหนังสือถึงประธานกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ร้องเรียนแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทดังกล่าว มีสาระโดยสรุปคือ สนับสนุนการขยายโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท แต่ไม่สนับสนุนข้อเสนอการเพิ่มเวลาชุดใช้ทุนและการเพิ่มเงินค่าปรับ ประธานคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภามีหนังสือส่งเรื่องดังกล่าวมายังเลขาธิการคณะรัฐมนตรี โดยระบุความเห็นของคณะกรรมการฯ ว่า “แนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทดังกล่าว ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอ ควรมีการพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบ โดยการระดมความคิดเห็นจากทุกฝ่ายที่ได้รับผลกระทบในเรื่องดังกล่าว...”

ทั้งนี้ คณะกรรมการและ สพท. ต่างเข้าใจว่า เรื่องนี้เป็นมติของ คสช. เมื่อสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีแจ้งเรื่องดังกล่าวมายัง สช. เรื่องจึงถูกส่งต่อมายังคณะกรรมการกำลังคนฯ ซึ่งเป็นต้นเรื่อง และเป็นโอกาสให้เกิดเวทีรับฟังความเห็น และถกเถียงระหว่างผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะนักศึกษาแพทย์รุ่นใหม่เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างกัน

เรื่องนี้เป็นบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพที่จะสานต่อนโยบายนี้ไปอีกยาว

## ● คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการชุดนี้ คสช. แต่งตั้งขึ้นเมื่อวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๕๑ มี นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานกรรมการ ผอ.สวรส. เป็นกรรมการและเลขานุการ และรองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อ ครม. และ คสช. ในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาระบบสุขภาพไทย สุขภาพวิถีไทย เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม รวมถึงสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามธรรมนูญฯ หมวด ๗ ว่าด้วยการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

คณะกรรมการฯ ดำเนินงาน โดยยึดกรอบสำคัญได้แก่

(๑) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๗

(๒) แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาระบบสุขภาพไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔) ซึ่งในปี ๒๕๕๔ ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙) โดยผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และอยู่ระหว่างเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบ

(๓) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ เรื่อง “การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน”

การดำเนินงานของคณะกรรมการฯ ใช้รูปแบบการตั้งอนุกรรมการชุดต่างๆ เพื่อการดำเนินงาน ได้แก่ อนุกรรมการพัฒนาระบบและรูปแบบ

รพ.การแพทย์แผนไทยต้นแบบ มี นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน  
 อนุกรรมการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ มี นพ.ประพจน์  
 เกตุรากาศ เป็นประธาน, อนุกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพด้านการแพทย์  
 พื้นบ้าน มี นายวีระพงษ์ เกรียงสินยศ เป็นประธาน และอนุกรรมการพัฒนา  
 ยาไทยและสมุนไพร มี รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ เป็นประธาน

ผลการดำเนินงานสำคัญที่ผ่านมา ได้แก่

๑. การสนับสนุนให้มีการนำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ  
 พ.ศ.๒๕๕๒ หมวดที่ ๗ ผลักดันเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒  
 มติ ๗ และสร้างกลไกอนุกรรมการทำหน้าที่ขับเคลื่อนในแต่ข้อสาระสำคัญ  
 ได้แก่ ศึกษาความเป็นไปได้ในการออกกฎหมายไทย การพัฒนาระบบ  
 ยาไทยและสมุนไพร ในปี ๒๕๕๔ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบยา  
 แห่งชาติได้ลงนามประกาศบัญญัติยาสมุนไพร ถึง ๗๑ รายการในบัญชียาหลัก  
 แห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนารูปแบบระบบการแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่  
 สภามอพื้นบ้าน สภามอคุ้มครองชุมชนแพทย์พื้นบ้าน สภาวิชาชีพแพทย์แผนไทย

๒. สนับสนุนการพัฒนาระบบและรูปแบบโรงพยาบาลการแพทย์แผน  
 ไทยต้นแบบ ซึ่งมีรูปธรรมเกิดขึ้นที่จังหวัดสกลนคร โดยความร่วมมือของ  
 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา วิทยาเขตสกลนคร ร่วมกับองค์กรปกครอง  
 ส่วนท้องถิ่น หน่วยราชการ คณะสงฆ์และกลุ่มแพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผน  
 ไทยในพื้นที่ร่วมกันผลักดันการเปิดโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ  
 แห่งแรกของประเทศไทย ในลักษณะโรงพยาบาลต้นแบบเอกเทศที่มุ่งใช้  
 เป็นสถาบันวิชาการ เพื่อพัฒนาบุคลากรและองค์ความรู้ ควบคู่ไปกับการให้  
 บริการประชาชน (รายละเอียดอยู่ในตอนธรรมนูญสุขภาพ)

๓. ดำเนินการให้มีการประเมินแผนและผลสำเร็จแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ



■ แผนยุทธศาสตร์ชาติฯ  
 ฉบับที่ ๒

■ พระครูอุปการพัฒน์กิจ  
 หลวงพ่อสมัย อาภาธโร

ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔) และผลักดันให้เกิดแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ  
 ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙) โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะ  
 ประเด็นที่สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

๔. สนับสนุนการจัดมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ด้วยการประกาศ  
 เกียรติคุณหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๔ คือ หลวงพ่อสมัย วัดหนอง  
 หน้ำนาง จังหวัดอุทัยธานี

#### ● คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้า

ระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ (คจคส.)

แต่งตั้งโดย คสช. เมื่อ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๒ มี นางศิรินา ปวรโพธิ์วิทยา  
 กรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นประธาน มีกรรมการที่ประกอบด้วยผู้แทน  
 จากทุกภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ วิชาการ ประชาสังคม และเอกชน

การแต่งตั้ง คจคส. นี้ สอดคล้องตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ  
 ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ เรื่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการ  
 กำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นกลไกในการ  
 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาและ

ติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศหรือนโยบายความตกลงทางการค้าระหว่างประเทศที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ อันจะนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะ หรือคำปรึกษาต่อ คสช. และกลไกเจรจาการค้าระหว่างประเทศของรัฐบาล เพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการเจรจาหรือข้อตกลงในกรณีที่มีผลกระทบด้านลบอย่างกว้างขวาง รวมถึงเพื่อพิจารณาหาแนวทางและกลไกป้องกัน ลดผลกระทบหรือเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้น ประกอบกับเป็นอีกกลไกหนึ่งที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะผลกระทบทั้งด้านบวกและลบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพจากข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศและข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสาธารณะ

ในการทำงานด้านองค์ความรู้และวิชาการซึ่งเป็นฐานการทำงานที่สำคัญนั้น ปัจจุบัน คจคส. ได้ประสานการทำงานอย่างใกล้ชิดกับคณะอนุกรรมการกำกับดูแลแผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ (International Trade and Health Program : ITH) ซึ่งแผนงาน ITH ดังกล่าว เป็นแผนงานภายใต้ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก โดยเป็นกลไกที่เกิดขึ้นเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการสร้างและบริหารองค์ความรู้ด้านการค้าระหว่างประเทศกับสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและหน่วยงาน

ในส่วนของประสานการดำเนินงานในเชิงนโยบายนั้น คจคส. ได้มีการประสานแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลความคืบหน้าในเรื่องของการเจรจาการค้าและข้อตกลงระหว่างประเทศกับหน่วยงานหลัก ได้แก่ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ และกรมทรัพย์สินทางปัญญาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากทั้ง ๒ หน่วยงานมีผู้แทนเป็นองค์ประกอบอยู่ใน คจคส. และได้เข้าร่วมประชุมทุกครั้ง นอกจากนี้ คจคส. ยังได้ส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุมอย่างต่อเนื่อง



■ การประชุม (คจคส)

ในขณะทำงานดูแลการเยียวยากรณีได้รับผลกระทบจากการเปิดเสรีการค้าและการลงทุน ซึ่งเป็นคณะทำงานที่แต่งตั้งขึ้นภายใต้คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการเจรจาความตกลงการค้าเสรีที่อยู่ภายใต้คณะกรรมการนโยบายเศรษฐกิจระหว่างประเทศ (กนศ.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ซึ่งเป็นกลไกนโยบายด้านการเจรจาการค้าระหว่างประเทศของรัฐบาลอีกด้วย

ที่ผ่านมา คจคส. ได้มีข้อเสนอเชิงนโยบายต่อ คสช. ในเรื่องการระงับการบรรจุเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่เข้าเป็นรายชื่อสินค้าภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรีไทย - สหภาพยุโรป ซึ่งประธาน คสช. ได้เห็นชอบและมีหนังสือถึง กนศ. และคณะอนุกรรมการกำกับดูแลการเจรจาความตกลงการค้าเสรีแล้ว

นอกจากนี้ คจคส. ยังได้กำหนดประเด็นที่ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงรุกเพื่อศึกษาถึงผลกระทบทั้งด้านบวกและลบต่อสุขภาพที่อาจได้รับจากข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ ได้แก่ ประเด็นผลกระทบจากการเจรจาการค้าระหว่างประเทศภายใต้กรอบอาเซียน ในประเด็นการค้าบริการและการลงทุน และประเด็นผลกระทบจากร่างกรอบเจรจา ไทย - สหภาพยุโรป ในเรื่องการเข้าถึงยาและสินค้าทำลายสุขภาพ เป็นต้น

การดำเนินงานล่าสุด สืบเนื่องจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ นั้น คจคส. ได้ประสานการทำงานอย่างใกล้ชิดกับคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (คณะกรรมการ เอชไอเอ.) เพื่อให้มีการศึกษาเรื่องการนำกระบวนการ เอชไอเอ.ไปใช้ในกระบวนการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศ เพื่อที่ในอนาคตจะได้มีข้อมูลเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากการเจรจาการค้าระหว่างประเทศไปใช้ประกอบการพิจารณา เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่ชัดเจนในการกำหนดทำที่และกรอบเจรจาการค้าระหว่างประเทศของประเทศไทย ต่อไป

#### ● คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการชุดนี้ เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกันของสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ สช. ได้ร่วมกับองค์กรภาคีที่เป็นหน่วยงานทั้งภาครัฐ วิชาการ/วิชาชีพ และภาคเอกชน ประชาสังคม ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้จัดทำร่าง “**แผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๖๒**” ขึ้น หลังจากการยกย่องและรับฟังความเห็นหลายครั้ง ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย “**การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ**” ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ มีผู้เข้าร่วมจากภาคส่วนต่างๆ กว่า ๔๐๐ คน โดยที่ประชุมได้มีฉันทามติรับรอง ร่าง แผนยุทธศาสตร์ฯ และต่อมาในเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๓ คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบต่อ



■ เวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ (กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓)

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๖๒ จึงนับเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพครั้งสำคัญ ที่หน่วยงานองค์กรภาคีจะได้ใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นแนวทางร่วมกัน โดยมีกลไกคณะกรรมการระดับชาติเป็นผู้ต่อขึ้นส่วน และติดตามดูแลภาพรวมของระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ และผลักดันให้เกิดผลสำเร็จที่เป็นรูปธรรมต่อไป

คสช.ได้แต่งตั้งคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดูแลและบริหารแผนยุทธศาสตร์ฯ โดยมี นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นประธานกรรมการ โดยมีฝ่ายเลขานุการที่เป็นพหุภาคีร่วมจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสถิติแห่งชาติ จนกระทั่งเมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓ คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบ

คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่สำคัญไว้ ๔ ประเด็น ในระยะแรก ได้แก่





■ นพ.ดาวฤกษ์  
สินธุวิชย์



■ คุณอรพรรณ  
ศรีสุขวัฒนา

๑) การพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลบริการสุขภาพ ให้สามารถนำไปใช้และเชื่อมโยงกันได้อย่างกว้างขวางและเป็นระบบ มีกลไกทำงานเป็นคณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ศึกษาและจัดทำข้อเสนอการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพของไทย และรายละเอียดแผนปฏิบัติการการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพของไทยให้กับคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ โดยให้ นพ.ดาวฤกษ์ สินธุวิชย์ เป็นประธานคณะอนุกรรมการ

๒) สนับสนุนการจัดทำชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพแห่งชาติและรายงานสถานการณ์จากชุดดัชนีดังกล่าว

๓) พัฒนากฎหมายและระเบียบที่จำเป็นเพื่อคุ้มครองข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และ

๔) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญ ปัจจุบันมีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพระดับพื้นที่ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานจริงในระดับพื้นที่ โดยได้มีการทำงานร่วมกับสถาบันจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัย

สงขลานครินทร์ และภาคีในจังหวัดสงขลา

การทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของคณะกรรมการเหล่านี้ เป็นความพยายามสานพลังทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามาทำงานร่วมกัน เพื่อพัฒนานโยบายที่สำคัญๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย ทั้งภาครัฐ เอกชนประชาชนและวิชาการ เป็นการทำงานเสริมการทำงานของหน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐที่มีหน้าที่และอำนาจทำงานเรื่องต่างๆ อยู่แล้ว โดยมี คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา ผู้อำนวยการสำนักธรรมนูญสุขภาพและนโยบายสาธารณะ กสทศ. เป็นผู้เชื่อมประสานหลัก

คณะกรรมการเหล่านี้ไม่มีอำนาจไปสั่งการใคร และไม่มีหน้าที่ลงมือปฏิบัติเอง แต่มีหน้าที่เชื่อมประสาน หนุนเสริมงานต่างๆ นโยบายเรื่องใดที่พัฒนาขึ้น เป็นเรื่องดีมีประโยชน์ หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ก็สามารถนำไปดำเนินการได้

รัฐบาล กระทรวง ทบวง กรม หน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ที่เข้าใจและตั้งใจทำหน้าที่เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน ก็จะสามารถเข้ามาร่วมใช้กระบวนการทำงานของคณะกรรมการเหล่านี้ พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องร่วมกันได้ตลอดเวลา

**เรื่องเช่นนี้ ยังต้องอาศัยเวลาในการเรียนรู้ สร้างความเข้าใจ สร้างความคุ้นเคย และสร้างความไว้วางใจกันและกันไปอีกนาน •**



## มาตรา ๑๒ กว่าคนไทยจะได้สิทธินี้

“เรื่องใดที่เป็นเรื่องดีแก่ประชาชนและสังคม  
ไม่ว่าการดำเนินการจะยาก  
หรือมีปัญหาอุปสรรคสักเพียงใด  
ในที่สุดเรื่องเหล่านั้นก็จะสำเร็จ  
ขอให้มุ่งมั่น อดทน และรู้จักแพะเมตตาด้วย”

โดยหลักการพื้นฐาน มนุษย์ทุกคนมีสิทธิในชีวิตของตนเอง บุคคล  
มีสิทธิปฏิเสธที่จะรับหรือไม่รับการรักษาพยาบาลใดๆ ก็ได้ เวลาเราเจ็บป่วย  
จะไปหาหมอหรือไม่ไปก็ได้ ไปหาแล้ว หมอตรวจวินิจฉัยแล้ว แนะนำการ  
รักษา เราจะรับการรักษานั้นทั้งหมด หรือขอรับบางส่วน หรือจะไม่ขอรับการ  
รักษาใดๆ ก็ได้อยู่แล้ว

แต่สิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลของเราไม่สมบูรณ์ เมื่อถึง  
เวลาที่เราเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่มีสติสัมปชัญญะที่จะขอรับหรือ  
ปฏิเสธการรักษาพยาบาลใดๆ ได้ การตัดสินใจที่จะให้หรือไม่ให้การรักษาใด  
แก่เรา ตกเป็นภาระของหมอและหรือญาติของเรา ซึ่งการตัดสินใจเหล่านั้น  
อาจเป็นผลดีสอดคล้องกับเจตนาของเรา หรืออาจเกิดผลเสีย หรือไม่สอดคล้อง  
กับเจตนาของเราก็ได้ ซึ่งมีกรณีปรากฏให้เห็นอยู่บ่อยๆ

ในสมัยก่อนโน้น การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะ  
สุดท้ายของชีวิตไม่ยุ่งยากสลับซับซ้อนมากนัก เมื่อถึงวาระสุดท้ายของ  
ชีวิต ผู้ป่วยมักจะได้มีโอกาสเสียชีวิตอยู่ที่บ้าน ท่ามกลางญาติสนิทมิตรสหาย  
ที่เต็มไปด้วยความรักและอบอุ่น ซึ่งเป็นการจากไปอย่างเป็นธรรมชาติ  
สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์



■ พระพิศาลธรรมพาทย์ (พระพยอม กัลยาโณ)

■ คุณชาญชวน ไชยานุกิจ

■ ดร.บรรจบ สิงคะเน

แต่เมื่อวิทยาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ามาก ในด้านหนึ่งการมีเทคโนโลยีสมัยใหม่สามารถใช้รักษาโรคภัยต่างๆ ยืดอายุผู้คนที่ให้ยืนยาวได้มากขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งนับว่าเป็นคุณแก่มนุษยชาติ

แต่ในอีกด้านหนึ่ง หยูกยาเครื่องไม้เครื่องมือเหล่านั้นก็ถูกนำมาใช้ยึดการตายให้ยาวนานออกไปได้มาก ทั้งๆ ที่การรักษาเหล่านั้นไม่มีทางจะยื้อชีวิตให้กลับคืนมาอีกได้แล้วก็ตาม การรักษาในระยะสุดท้ายที่เกินจำเป็น จึงไปเป็นเพียงแค่การรั้งหรือการยึดการตายให้ยาวนานออกไปโดยเปล่าประโยชน์

เราจึงเห็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนไม่น้อยที่ถูกบีบหัวใจ เจาะคอใส่เครื่องช่วยหายใจ ให้อาหารทางสายยาง (ถูกบีบ ถูกเจาะ ถูกเสียบ) นอนไม่รู้สติอยู่ในห้องไอซียู ท่ามกลางสายระโยงระยาง แบบที่ พระพยอม กัลยาโณ ท่านเรียกว่า **“ตายคาเสียบ”** ญาติพี่น้องได้แต่เฝ้าชะเง้อดูอยู่ต่างๆ สูญเสียศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเสียทรัพย์เกินจำเป็น ทั้งในระดับส่วนตัวและระดับสังคมโดยรวม

จึงมีเสียงเรียกร้องขอคืนสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตดังขึ้นตามลำดับในช่วงเป็นสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งในหลาย



■ ศ.นพ.วิฑูรย์ อังประพันธ์

■ คุณหมอชัย ศุภวงศ์

■ ผศ.ภญ.สำลี ใจดี

ประเทศมีกฎหมายให้สิทธิเรื่องนี้ไว้นานแล้ว ได้แก่ สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย เดนมาร์ก สิงคโปร์ แคนาดา แอฟริกาใต้ เป็นต้น

ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เผยแพร่รายงาน **“ระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐”** ในรายงานดังกล่าว หมวดที่ ๒ สิทธิ หน้าที่ ความเสมอภาค และหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชนได้ระบุคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในข้อ ๘ ไว้ว่า **“ในบั้นปลายของชีวิต บุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และไม่เป็นภาระทางเศรษฐกิจ ทั้งแก่บุคคลและแก่สังคมโดยรวม”**

นั่นคือส่วนหนึ่งของจุดเริ่มต้นอย่างเป็นทางการของการขับเคลื่อนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาจนเป็นมาตรา ๑๒ ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่บัญญัติว่า

**“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย**

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

นับตั้งแต่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๐ เราทุกคนก็มีสิทธิเขียนหนังสือแสดงเจตนาารมณ์ปฏิเสธการรักษาพยาบาล ไร้ล้วงหน้าได้ ซึ่งจะเขียนอย่างไรก็ได้ เขียนที่ไหนก็ได้ กฎหมายไม่ได้บังคับ แต่เพื่อให้การดำเนินการตามเจตนาของผู้เขียนหนังสือดังกล่าวเป็นไปอย่างดี กฎหมายกำหนดให้ไปออกเป็นกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในภายหลัง

ในหนังสือ “ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม” เล่ม ๓ ที่ผมเขียนเผยแพร่เมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๕๒ ผมได้เขียนถึงความคืบหน้าของเรื่องนี้ไว้ในบท “ขยายงานสิทธิ” สรุปได้ว่าหลังมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว สช. ได้ไปทำงานร่วมมือทางวิชาการกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อทบทวนงานทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศแล้วร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลฯ ที่จะต้องออกตามวรรค ๒ ของมาตรา ๑๒ แล้วเปิดเวทีรับฟังความเห็นจากองค์กรและบุคลากรด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ แล้วนำความเห็นเหล่านั้นมาปรับปรุงกฎกระทรวงฯ เสนอให้คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของ สช. ที่ประกอบด้วยบุคคล



■ หนังสือปฏิรูปสุขภาพ : ปฏิรูปชีวิตและสังคม เล่ม ๓ ■ นพ.ชาตรี เจริญศิริ

หลายฝ่าย ทั้งนักกฎหมาย นักวิชาการ และตัวแทนจากสภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล เป็นต้น ให้ช่วยพิจารณาจนได้ร่างกฎกระทรวงที่นิ่งแล้ว เสนอเข้าสู่การพิจารณาของ คสช. เมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๒ ซึ่งได้ให้ คสช. เห็นชอบร่างกฎกระทรวงดังกล่าวและให้เสนอต่อ ครม.ต่อไป

ในขณะเดียวกัน สช.ก็ได้ไปทำงานกับเครือข่ายแพทย์ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเครือข่ายพุทธิกา ด้วยเราเห็นตรงกันว่าควรใช้สิทธิตามมาตรา ๑๒ นี้ เป็นเรื่องนี้ควรพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายดี ซึ่งก็มีการทำงานร่วมกันก้าวหน้าไปตามลำดับ

ตอนนั้นผมรายงานความคืบหน้าของเรื่องนี้ไว้ได้เพียงเท่านั้น

มาถึงบัดนี้ เวลาผ่านมามาก ๒ ปี เรื่องนี้มีความก้าวหน้าไปมาก จึงขอรายงานเพิ่มเติมดังนี้

ร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาฯ ผ่านความเห็นชอบของ ครม.ชุดที่มี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๒ จากนั้นก็ส่งไปให้สำนักงาน

คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาตรวจแก้ไขตามขั้นตอนปกติทั่วไป โดยได้แนบความเห็นของกระทรวงยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม และสำนักงานอัยการสูงสุดไปเพื่อประกอบการตรวจพิจารณาด้วย

ช่วงนั้น สช. มี *คุณหมอลาตรี เจริญศิริ* รองเลขาธิการ คสช. เป็นแกนประสานการทำงานอย่างใกล้ชิด มี *คุณภัคพงษ์ วงศ์คำ* ทำหน้าที่ผู้ช่วย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้เชิญผู้แทนของกระทรวงยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม สำนักงานอัยการสูงสุด กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสุนนบริการ แพทยสภา และ สช. ไปร่วมชี้แจงและให้ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย โดยแพทยสภาได้ทำหนังสือเสนอความเห็นไปอย่างเป็นทางการจำนวน ๖ ข้อ (หนังสือแพทยสภาลงวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๕๓)

จากนั้นคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะที่ ๑๐ ได้ประชุมตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวงฯ รวม ๗ ครั้ง โดยได้นำความเห็นของทุกหน่วยงานมาประกอบการพิจารณาทุกประเด็นจนแล้วเสร็จ ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๓

วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๕๓ แพทยสภาทำหนังสือถึงนายกรัฐมนตรีเพื่อขอให้ชะลอการประกาศบังคับใช้กฎกระทรวง โดยอ้างว่ายังมีปัญหาในทางปฏิบัติหลายประการซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไขตามที่แพทยสภาเสนอ ซึ่งนายกรัฐมนตรีได้ส่งเรื่องให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา

ต่อมาแพทยสภาได้ทำหนังสือลงวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๓ ถึงสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาแจ้งว่าคณะกรรมการแพทยสภาได้พิจารณาแล้วในการประชุมวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๓ มีข้อเสนอขอแก้ไข ๓ ข้อ คือ ข้อ ๑ ข้อ ๓ และข้อ ๔ สำหรับข้ออื่นไม่มีการเสนอขอแก้ไขแต่อย่างใด

จากนั้นคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะที่ ๑๐ จึงได้นำความเห็นเพิ่มเติมเหล่านั้นมาประกอบการพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง โดยได้ปรับแก้ตามที่แพทยสภาเสนอ ๒ ข้อ ยืนยันตามร่างเดิมที่ตรวจพิจารณาแล้ว ๑ ข้อ โดยได้สรุปเรื่องไว้ในรายงานการทำงานของกฤษฎีกาว่า

“...อนึ่ง ภายหลังจากที่คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ ๑๐) ได้ตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวงดังกล่าวแล้วเสร็จ ปรากฏว่าในระหว่างที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาดำเนินการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีหนังสือยืนยันการเห็นชอบในการแก้ไขร่างกฎกระทรวงดังกล่าว นั้น สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรีได้มีหนังสือแจ้งว่าแพทยสภามีหนังสือกราบเรียนนายกรัฐมนตรีเพื่อขอให้ชะลอการลงนามและประกาศบังคับใช้ร่างกฎกระทรวงดังกล่าว เนื่องจากยังมีประเด็นปัญหาในทางปฏิบัติอยู่หลายประเด็นที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขตามที่แพทยสภาและหลายฝ่ายเสนอความเห็นไป ตัวอย่างเช่น ปัญหาในการตีความคำว่า “ระยะเวลาอันใกล้จะถึง” ตามนิยามคำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” การพิสูจน์ลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนา หรือการวินิจฉัยย้อนหลังว่าขณะที่ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ พร้อมทั้งแจ้งว่าหากต้องการให้แพทยสภาแก้ไขปรับปรุงร่างกฎกระทรวงดังกล่าวก็ยินดีเป็นผู้ดำเนินการให้

ต่อมา แพทยสภาได้มีหนังสือยืนยันการเห็นชอบในการแก้ไขร่างกฎกระทรวงดังกล่าวถึงสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยขอเสนอแก้ไขร่างกฎกระทรวงฯ และสำนักงานอัยการสูงสุดมีข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับร่างกฎกระทรวง ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ประเด็นปัญหาเหล่านี้ คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ ๑๐) ได้ยกขึ้นพิจารณาในชั้นการตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวงแล้ว จึงเห็นสมควรจัดทำบันทึกเพิ่มเติมสรุปความเห็นในแต่ละประเด็น ดังนี้

## ๔.๑ ข้อเสนอแก้ไขร่างกฎกระทรวงฯ ของแพทยสภา

(๑) ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ ๑ นิยามคำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาวินิจฉัยแล้วว่าจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์เห็นว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาวินิจฉัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น (ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ ๒ นิยามว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต”)

ในการตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวง คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ ๑๐) มีประเด็นพิจารณาว่า การวินิจฉัยเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิต ควรต้องกำหนดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีใช้ผู้รับผิดชอบการรักษาให้ความเห็นประกอบในลักษณะเดียวกับการวินิจฉัยภาวะสมองตายหรือไม่ ซึ่งได้สอบถามผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและมีความเห็นว่า การวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเรื่องในทางเทคนิค ควรให้แพทยสภาเป็นผู้พิจารณากำหนดแนวทางในการวินิจฉัยกรณีดังกล่าว ดังนั้น เมื่อแพทยสภาซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาวาระสุดท้ายของชีวิตได้เสนอให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยแต่เพียงผู้เดียวจึงสมควรแก้ไขตามข้อเสนอของแพทยสภา ทั้งนี้ ควรใช้ถ้อยคำว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา” เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติอื่นๆ

(๒) ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ ๓ หนังสือแสดงเจตนาจะทำที่สถานบริการสาธารณสุขหรือที่สำนักงานเขต สำนักงานอำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น ยกเว้นกรณีที่อยู่ป่วยได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแล้วขณะที่ขอทำหนังสือแสดงเจตนา หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีเหตุที่ไม่สามารถเดินทางไปทำในกรณีดังกล่าวได้ ให้เป็นดุลพินิจของแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาสามารถดำเนินการให้ได้ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุข ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร (ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ ๔)

ในการตรวจพิจารณาร่างกฎกระทรวงมีประเด็นพิจารณาว่า การทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานที่ใดซึ่งมิใช่สถานบริการสาธารณสุข สมควรให้นายอำเภอลงลายมือชื่อรับรองในหนังสือแสดงเจตนาเพื่อยืนยันว่าการแสดงเจตนาดังกล่าวเป็นเจตนาของบุคคลผู้ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่แท้จริง ซึ่งคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ ๑๐) มีความเห็นว่าการกำหนดให้เจ้าหน้าที่ของรัฐต้องรับรองหนังสือแสดงเจตนาเป็นการสร้างขั้นตอนยุ่งยากให้แก่ประชาชนเกินสมควรและไม่เหมาะสมกับสภาพสังคม ดังนั้น หากเทียบเคียงกับกรณีที่แพทยสภาเสนอแก้ไขให้กำหนดสถานที่จัดทำหนังสือแสดงเจตนา ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุข สำนักงานเขตสำนักงานอำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาแล้วเห็นว่า การกำหนดสถานที่จัดทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นการกำหนดรูปแบบของหนังสือแสดงเจตนาในลักษณะเดียวกับการกำหนดให้นายอำเภอลงลายมือชื่อรับรองในหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากในทางปฏิบัติ และประชาชนทั่วไป



■ นายกอสิทิต เวชชาชีวะ

■ รัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุข (จรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์)

ไม่อาจใช้สิทธิดังกล่าวได้เลย ด้วยเหตุนี้ จึงไม่สมควรแก้ไขตามที่แพทยสภา เสนอ

(๓) ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ ๔ เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับ การรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดย ไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดง เจตนาได้ ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือ ฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ (ร่างกฎกระทรวงฯ ข้อ ๕)

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาแล้วเห็นว่า การเพิ่มเติม ถ้อยคำดังกล่าวเพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้นและไม่กระทบต่อสาระสำคัญ จึงเห็นสมควรแก้ไขตามที่แพทยสภาเสนอ ทั้งนี้ควรใช้ถ้อยคำว่า “ผู้ประกอบ วิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา” เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติ อื่นๆ ...”



■ ประกาศราชกิจจานุเบกษา

๒๑ กันยายน ๒๕๕๓ สำนักเลขาธิการ กรม. แจ้ง สช.ว่า กฎกระทรวง ได้รับการตรวจพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเสร็จ เรียบร้อยแล้ว ให้ สช.นำเสนอต่อนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รักษาการตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ลงนาม ต่อไป

นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนาม กฎกระทรวงเมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๕๓ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓ ให้มีผลใช้บังคับเพื่อพ้นกำหนด ๒๑๐ วัน คือมีผลใช้บังคับวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ทั้งนี้เพื่อให้ สช.มีเวลา จัดทำประกาศแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข พร้อมกับ จัดทำตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาด้วย ตามที่ระบุอยู่ในข้อ ๗ ของกฎ กระทรวงดังกล่าว

สช.มอบหมายให้คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการส่งเสริมการใช้ สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพซึ่งมีตัวแทนจากหลายฝ่าย (ตั้งได้เล่าไปแล้ว) ดำเนินการยกร่างแนวทางการปฏิบัติงานฯ แล้วจัดเวทีรับฟังความเห็นจาก



■ เวที “สช.เจาะประเด็น” ๒๕ พ.ค. ๒๕๕๕

ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขที่ห้องประชุมसानใจ ๑ อาคารสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๕๕

เมื่อคณะกรรมการที่ปรึกษา จัดทำร่างประกาศแนวทางการปฏิบัติ งานฯ เสร็จเรียบร้อยแล้ว สช.ได้เสนอให้ คสช.เห็นชอบในการประชุม เมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ จากนั้นผมก็ลงนามในประกาศฯ เมื่อวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๕๕ และส่งไปตีพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๕

วันที่ ๒๕ พ.ค. ๒๕๕๕ สช.จัดเวที “**สช.เจาะประเด็น**” เรื่อง “**บั้นปลายชีวิต ลืมไม่ได้**” ที่ห้องประชุมสุขชน ๓ โดยเชิญวิทยากรหลายท่านร่วมเสวนากับสื่อมวลชน

น.พ.สุรชัย โชคครรชิตไชย รอง ผอ.รพ.พระนครศรีอยุธยา กล่าวว่า “ในฐานะที่เป็นอายุรแพทย์ ผมเห็นว่าการทำงานหนังสือแสดงเจตนาไว้ เป็นเรื่องดีและเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่เจ้าตัวสามารถทำได้ จะมีผลดีในช่วงที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างแล้ว ญาติพี่น้องจะได้ไม่ต้องทะเลาะกันอย่างที่ผ่านๆ มา แพทย์ก็จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างสบายใจ ไม่ต้องวิตกกังวล และยังช่วยลดการใช้ทรัพยากรที่เกินจำเป็นอีกด้วย”





■ คู่มือผู้ให้บริการ  
สาธารณสุข



■ หนังสือความต้องการ  
ครั้งสุดท้ายของชีวิต

น.พ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) กล่าวว่า

“หนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรา ๑๒ นี้ ถือเป็นพัฒนาการอีกขั้นหนึ่งของการแพทย์ ที่ไม่ได้มองแต่ด้านวิชาการ หากได้นำมิติทางจิตวิญญาณในการอยู่ร่วมกันและคุณค่าของชีวิตมาพิจารณาพิจารณามากขึ้น เพราะในช่วงเวลาเป็นร้อยปีที่ผ่านมา เทคโนโลยีก้าวล้ำมาก ทำให้ความตายซึ่งเป็นเรื่องปกติธรรมดา กลายเป็นเรื่องไม่ปกติ ที่ต้องมีการจัดตั้งยื้อชีวิตกันออกไป”

หลังจากเวที สช.เจาะประเด็น สื่อมวลชนให้ความสนใจเผยแพร่ข่าวนี้ ออกไปอย่างกว้างขวาง มีข่าวลงในหนังสือพิมพ์หลายฉบับ ออกทางรายการโทรทัศน์ - วิทยุ หลายช่อง ได้แก่ รายการข่าว ๕ หน้า ๑ และช่วงโต๊ะข่าว บก.ช่อง ๕ รายการหมายเหตุประเทศไทย ช่อง NBT รายการประเด็นเด็ด เจ็ดสี ช่อง ๗ รายการเจาะประเด็น ช่อง ๑๑ เป็นต้น

ต่อมา วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๔ นายกแพทยสภา (ศ.นพ.อำนาจ กุศลานันท์) ได้ออกประกาศแนวทางการปฏิบัติของแพทย์เมื่อได้รับ “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตาย

## สข.เกินหน้าแจกคู่มือแจ้ง ประกาศ “สิทธิการตาย”

■ จาก นสพ.ไทยรัฐ วันที่ ๒๖ พ.ค. ๒๕๕๕

ในวาระสุดท้ายของชีวิต” จำนวน ๖ ข้อ ไว้ดังนี้

๑. เมื่อได้รับหนังสือแสดงเจตนาฯ แพทย์ผู้เกี่ยวข้องต้องแน่ใจว่าหนังสือดังกล่าวเป็นหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่กระทำโดยผู้ป่วยขณะที่มีสติสัมปชัญญะ เช่น หนังสือแสดงเจตนาฯ ที่กระทำโดยอยู่ในความรู้เห็นของแพทย์ เช่นนี้แล้วให้ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วย ยกเว้นกรณีตามข้อ ๖

๒. หนังสือแสดงเจตนาฯ นอกเหนือจากข้อ ๑ ควรได้รับการพิสูจน์ว่ากระทำโดยผู้ป่วยจริง

๓. ในกรณีที่ยังพิสูจน์ไม่ได้ถึงความจริงแท้ของหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้ ให้ดำเนินการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพเวชกรรม

๔. การวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ที่เกี่ยวข้องในภาวะวิสัยและพฤติกรรมในขณะนั้น

๕. ไม่แนะนำให้มีการถอดถอน (withdraw) การรักษาที่ได้ดำเนินอยู่ก่อนแล้ว

๖. ในกรณีที่มีความขัดแย้งกับญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับเรื่องความจริงแท้ของหนังสือแสดงเจตนาฯ ดังกล่าว แนะนำให้ญาติผู้ป่วยใช้สิทธิทางศาล

## แพทยสภากับการออกแนวปฏิบัติ ที่สร้างความสับสนแก่บุคลากรทางการแพทย์

■ จาก นสพ.ไทยโพสต์วันที่ ๗ ก.ค. ๕๕  
บทความของ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในกรณีที่แพทย์และญาติผู้ป่วยมีความเห็นขัดแย้งกัน แทนที่แพทยสภาจะแนะนำให้แพทย์ใช้หลักการพูดคุยทำความเข้าใจกัน ซึ่งเป็นหลักเวชปฏิบัติทั่วไป แพทยสภากลับแนะนำให้แพทย์แนะนำญาติผู้ป่วยไปใช้สิทธิทางศาล

ซึ่งเรื่องนี้มีนักกฎหมายอย่างน้อย ๒ คน คือ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ คุณสมผล ตระกูลรุ่ง ได้เขียนบทความแสดงความไม่เห็นด้วยกับแนวทางที่แพทยสภาประกาศออกมา

วันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๕ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จัดเวทีสัมมนา เรื่อง “ประเด็นความเสี่ยงของแพทย์ เมื่อละเว้นการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ขอใช้สิทธิตาย” ประธานคณะกรรมการฯ (นพ.อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์) ได้มีหนังสือเชิญเลขาธิการ คสช.และ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ไปให้ข้อมูล และมีแพทย์ท่านอื่นๆ อีกจำนวนหนึ่งร่วมอภิปรายด้วย

แต่บรรยากาศของการสัมมนากลายเป็นการถล่มเรื่องมาตรา ๑๒ และกฎกระทรวง รวมไปถึงคนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเรื่องนี้



## สิทธิการตายตามธรรมชาติ

■ จาก นสพ.โพสต์ทูเดย์ วันที่ ๔ ก.ค. ๕๕

ในเวทีสาธารณะวันนั้น มีการถ่ายทอดสดผ่านวิทยุรัฐสภาด้วย มีหมอรุ่นน้องอีกคนที่เป็นกรรมการแพทยสภาหน้าใหม่ อภิปรายเสียดสีผม และต่อนท้ายยังบอกว่า ในเมื่อผมเขียนหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายไว้แล้ว ถ้าผมจะตาย ขอร้องว่าผมอย่าไปโรงพยาบาล แพทย์พวกเขามีนางนบริการผู้ช่วยอยู่มากแล้ว จะได้ไม่ต้องเสียเวลามาดูแลผม ผมได้แต่ฟังเฉยๆ ไม่ได้โต้ตอบอะไร เพราะมีกัลยาณมิตรอาวุโสให้คำถาไว้ว่า “อย่าเอาไม้สั้นไปรันซี่” ซึ่งถ้าผมจะโต้ตอบ ก็คงบอกว่า ถ้าผมจำเป็นต้องไปหาหมอ ผมจะไปหาหมอที่มีหัวใจมนุษย์ ซึ่งมีอยู่มาก

มีแพทย์ผู้หญิงที่มีจุดยืนอนุรักษ์นิยมสุดขั้วซึ่งชอบออกมาต่อต้านอะไรใหม่ๆ ที่จะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนอยู่เสมอ ลูกขึ้นอภิปรายโจมตีสข.และโจมตีพาดพิงถึงตัวบุคคล รวมทั้งผมและอาจารย์แสวงอย่างรุนแรง

พฤติกรรมที่แสดงถึงวุฒิภาวะของกลุ่มแพทย์บางส่วน สะท้อนถึงสถานการณ์ในวงการแพทย์ได้เป็นอย่างดี

วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๔ นายกแพทยสภาแถลงข่าวว่าจะเสนอคณะกรรมการแพทยสภาในวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๔ ให้พิจารณาเรื่อง

## แพทยสภาถก‘สิทธิการตาย’ ฟ้องศาลปกครองล้มกฎกระทรวง

■ จาก นสพ.มติชน วันศุกร์ที่ ๑ ก.ค. ๕๕

การฟ้องศาลปกครองให้เพิกถอนกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ โดยได้เปิดประเด็นใหม่ๆ ให้สังคมหวาดกลัวขึ้นมาอีก (ทั้งๆ ที่องค์กรแพทยสภาได้เคยยืนยันร่างกฎกระทรวงอย่างเป็นทางการไปแล้ว) เช่น การเกรงว่าแพทย์อาจติดคุกในคดีฆ่าคนตาย? ญาติผู้ป่วยอาจไม่ได้เงินประกันชีวิต หรือเงินช่วยเหลือตามมาตรา ๔๑ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ ฯลฯ

ในงานประชุมวิชาการ “๑ ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ” ที่จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๕๔ เครือข่ายประชาชนเพื่อสิทธิสุขภาพ ๔ ภาค นำโดย คุณสมชัย รัตนจันทร์ อาจารย์สมพันธ์ เตชะอธิก คุณรัตนา สมบูรณ์วิทย์ และ คุณชัยพร จันทร์หอม แถลงข่าวขอขอบคุณทุกฝ่ายที่สนับสนุนสิทธิตามมาตรา ๑๒ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ แต่ได้ตั้งคำถามต่อแพทย์บางกลุ่มว่า เหตุใดจึงออกมาเคลื่อนไหวเพื่อขัดขวางสิทธิของประชาชน และเครือข่ายประชาชนกลุ่มนี้ยังได้ไปยื่นหนังสือถึงกรรมการแพทยสภาทุกคนเมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๔ เรียกร้องให้สนับสนุนการใช้สิทธิของประชาชนตามมาตรา ๑๒ นี้ แทนที่จะออกมาขัดขวางกฎกระทรวงฯ ดังที่นายแพทย์สภาแถลงข่าวไปเมื่อปลายเดือนที่ผ่านมา



■ จาก นสพ.มติชน  
วันพุธที่ ๑๓ ก.ค. ๕๕

■ **สิทธิสุขภาพ** เครือข่ายประชาชนเพื่อสิทธิสุขภาพ ๔ ภาค นำโดยนางรัตนา สมบูรณ์วิทย์ ตัวแทนเครือข่ายประชาชนภาคกลาง ออกแถลงการณ์ขอให้แพทย์กลุ่มหนึ่งที่ออกมาคัดค้านการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา ๑๒ ในพรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้เคารพสิทธิของประชาชน ในงาน “๑ ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ” ที่โรงแรมเชียงใหม่ แกรนด์วิว จ.เชียงใหม่ เมื่อเร็วๆ นี้

“แพทยสภาเป็นองค์กรที่มีเกียรติ ตั้งขึ้นมาเพื่อให้ทำหน้าที่แทนประชาชน ในการควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ทั้งด้านการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพให้มีคุณภาพและด้านการพัฒนาจริยธรรม เพื่อให้แพทย์ปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน คำนึงถึงสิทธิและบทบาทของประชาชน ไม่ใช่ตั้งขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ปกป้องผลประโยชน์พวกเดียวกันโดยไม่สนใจความรู้สึกนึกคิดของประชาชน...” ส่วนหนึ่งของคำแถลงข่าว

วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๔ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันนิศรา มูลนิธิพัฒนาสื่อมวลชนแห่งประเทศไทย และภาคีอื่นๆ จัดเวที “ราชดำเนินเสวนา” เรื่อง “สิทธิการตายอย่างสงบทางเลือกอันชอบธรรมของผู้ป่วย?” มี ศ.นพ.วิฑูรย์ ประพันธ์ แพทย์อาวุโส อดีตอาจารย์แพทย์ศิริราช ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ แพทย์อาวุโส อดีตอาจารย์แพทย์รามธิบดี ผศ.ทัศนีย์ ทองประทีป อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ คุณสมผล ตระกูลรุ่ง นักกฎหมายอิสระ และ นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ ผู้แทนแพทยสภา เป็นวิทยากร

# ‘หมอสันต์’ ลับแพทยสภาหุยมหิม 10 ปีทำงานเลื่อม

■ จาก นสพ.ไทยโพสต์ วันพฤหัสบดีที่ ๑๔ ก.ค. ๕๕

เนื่องจากการเคลื่อนไหวต่อต้านกฎกระทรวงฯ ในช่วงที่ผ่านมา มีการพาดพิงทำนองว่าการจัดทำกฎกระทรวงที่ผ่านมา ทางสภาวิชาชีพและแพทย์ไม่ได้มีส่วนร่วม ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนไม่สับสน สช.จึงจัดแถลงข่าวอีกครั้งหนึ่งในตอนเช้าของวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๔ โดยเปิดหนังสือราชการเป็นหลักฐานยืนยันว่าทั้ง สช.และสำนักงาน เปิดให้สภาวิชาชีพมีส่วนร่วมและรับฟังความเห็นมาโดยตลอด และก่อนที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาจะสรุปการพิจารณาร่างกฎกระทรวง ก็ได้ถามความเห็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ยืนยันร่างฯ และสภาวิชาชีพแพทย์ก็ได้ให้ความเห็นขอแก้ไขเพิ่มเติมเพียง ๓ ประเด็น ซึ่งคณะกรรมการกฤษฎีกาก็รับฟังและแก้ตามที่เสนอ ๒ ประเด็นแล้ว ส่วนอีก ๑ ประเด็นเรื่องที่เสนอให้กำหนดให้ประชาชนไปทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่เขตหรืออำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น คณะกรรมการฯ เห็นว่าจะเป็นการทำให้ประชาชนไม่สามารถใช้สิทธิได้ จึงไม่แก้ตาม (ดังที่เขียนเล่าไปช่วงต้นแล้ว)

บ่ายวันเดียวกันนั้น มีการประชุมคณะกรรมการแพทยสภา หลังการประชุมมีการแถลงข่าวว่า แพทยสภาเห็นด้วยในหลักการของการมีกฎหมายเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย แต่แพทยสภาไม่เห็นด้วยว่าราย-



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาแล้วขอเรียนว่า เห็นชอบตามร่าง  
กฎกระทรวงที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณาแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ



(นายเสรี หงษ์หยก)  
รองปลัดกระทรวง ปฏิบัติราชการแทน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวง  
สำนักบริหารกลาง

■ ภาพถ่ายส่วนหนึ่งจากหนังสือของกระทรวงสาธารณสุข ๑๖ มิ.ย. ๕๓

จะรับบริการสาธารณสุข” สำหรับสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
สุข โดยส่งออกไปเมื่อวันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๔ แล้ว ในหนังสือและ  
คำแนะนำดังกล่าวระบุว่า “กระบวนการในการออกกฎหมายดังกล่าว (ซึ่ง  
หมายถึงกฎกระทรวงฯ ตามมาตรา ๑๒) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
มิได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาด้วย” ซึ่งไม่เป็นความจริง เพราะการดำเนินงาน  
ทุกขั้นตอนที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขมีผู้แทนเข้าร่วมด้วยโดยตลอด  
การพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาก็มีผู้แทนเข้าร่วม และ  
เมื่อพิจารณาตรวจแก้ร่างกฎกระทรวงเสร็จแล้ว กระทรวงฯ ก็มีหนังสือแจ้ง  
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาอย่างเป็นทางการ ยืนยันเห็นชอบร่าง  
กฎกระทรวงที่พิจารณาตรวจแก้ไขแล้วด้วย (หนังสือที่ สช.๐๒๐๑.๐๔๒.  
๒/๒๐๔๒ ลงวันที่ ๑๖ มิ.ย. ๕๓)

เมื่อผมทราบปัญหานี้ จึงรีบประสานงานกับรองปลัดกระทรวง  
สาธารณสุข (นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์) ซึ่งเป็นผู้ลงนามหนังสือส่งคำ-  
แนะนำออกไปโดยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทำให้ทราบว่ามีการเข้าใจผิดบางประการ  
กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกหนังสือลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๔ ระบุ  
คำแนะนำที่แจ้งออกไปไว้ก่อน แต่มิได้บอกว่าหนังสือเดิมให้ข้อมูลที่

ต้อง โดยในหนังสือฉบับหลังนี้กลับบอกว่า “มีประเด็นสำคัญในข้อกฎหมาย  
ที่จำเป็นต้องพิจารณาเพิ่มเติม”

นั่นเป็นเรื่องระดับกระทรวง แต่สำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง  
สาธารณสุขส่วนใหญ่ ไม่ได้รอหนังสือสั่งการใดจากกระทรวง เพราะเรื่อง  
สิทธิของประชาชนมาช้านานและโรงพยาบาลต่างๆ ต้องดูแลผู้ป่วยระยะ  
สุดท้ายอยู่แล้ว โดยโรงพยาบาลต่างๆ ได้มีการเตรียมความพร้อมของ  
บุคลากรและจัดระบบรองรับการใช้สิทธิของประชาชนกันอย่างกว้างขวาง  
รวมไปถึงโรงพยาบาลในสังกัดอื่น และเอกชนจำนวนมาก

นอกจาก สช.ได้จัดส่งเอกสารคู่มือแนวทางการปฏิบัติตามกฎ  
กระทรวงฯ และเอกสารอื่นๆ ให้แก่โรงพยาบาลทั่วประเทศ เปิดเว็บไซต์  
และเตรียมเจ้าหน้าที่ตอบข้อซักถามต่างๆ แล้ว ก็ยังมีหน้าที่ประสานวิทยากร  
ไปช่วยบรรยายในการประชุมของโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศด้วย

หนึ่งในวิทยากรที่เห็นเหนื่อยมากในการเดินสายไปบรรยายทั่ว  
ประเทศก็คือ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส นักกฎหมายชั้นครู ซึ่งท่านเข้าใจ  
และอธิบายเรื่องนี้ทั้งในมิติเชิงกฎหมายและเชิงเวชปฏิบัติได้อย่างดีเยี่ยม  
เพราะท่านคลุกคลีอยู่กับวงการแพทย์และสาธารณสุขมานานมาก ท่านเคย  
เป็นที่ปรึกษาของแพทยสภาในยุครุ่งเรืองอยู่เป็นเวลาหลายปี

สำหรับผม นอกจากต้องมีหน้าที่ออกสื่อต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลและสร้าง  
ความเข้าใจแก่สาธารณะแล้ว ก็ไปบรรยายและอภิปรายในบางเวทีเท่าที่เวลา  
และโอกาสอำนวย และได้เขียนจดหมายเปิดผนึกถึงเครือข่ายภาคีปฏิรู  
บบสุขภาพเพื่อให้ข้อมูลอีกทางหนึ่งด้วย

ในส่วนของวิชาชีพพยาบาลซึ่งสนับสนุนเรื่องนี้อย่างเต็มที่มาโดย  
ตลอด ก็ได้จัดการประชุมเครือข่ายพยาบาลเพื่อสร้างความเข้าใจและเตรียม  
ความพร้อมอย่างกว้างขวาง ได้แก่ สภาการพยาบาลจัดเวทีประชุม ๔ ภาค

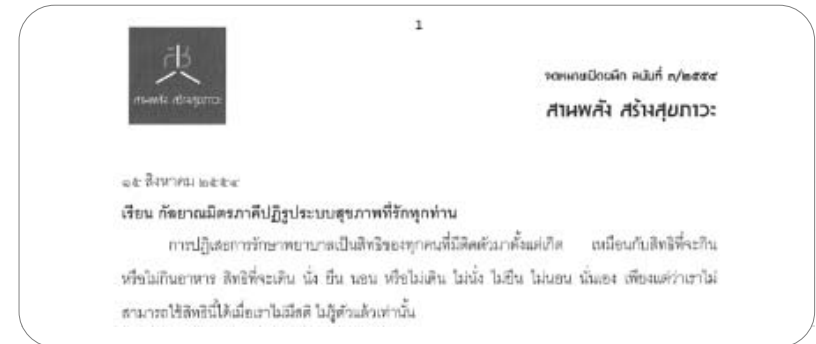


■ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส

ที่ขอนแก่น เชียงราย หาดใหญ่ และ กทม. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย  
ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ก็จัดประชุมเมื่อ  
วันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๔ ที่วิทยาลัยพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ชมรม  
ผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนก็จัดประชุมเรื่องนี้เมื่อวันที่ ๑๓  
กรกฎาคม ๒๕๕๔ และสภาอาจารย์รามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรง  
พยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๔ เป็นต้น

วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๕๔ สช.ได้จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้  
การดำเนินงานตามมาตรา ๑๒ ขึ้นที่ห้องประชุมสานใจ ๑ อาคารสุขภาพ  
แห่งชาติ ในงานนี้มีผู้ใหญ่ในสังคม ได้แก่ *อาจารย์ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม*  
*อดีตรองนายกรัฐมนตรี นพ.มงคล ณ สงขลา อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวง*  
*สาธารณสุข และ คุณศิรินา ปวโรฬารวิทยา กรรมการสุขภาพแห่งชาติ*  
*จากภาคธุรกิจเอกชน ได้เปิดเผยหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสศการรักษา*  
*พยาบาลส่วนตัวของท่านให้สื่อมวลชนดูด้วย*

ต่อมาวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๔ สช.ได้เชิญผู้แทนองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ  
ภาควิชาชีพวิชาการ และภาคสังคม จำนวน ๔๐ แห่ง เข้าร่วมประชุมเพื่อ



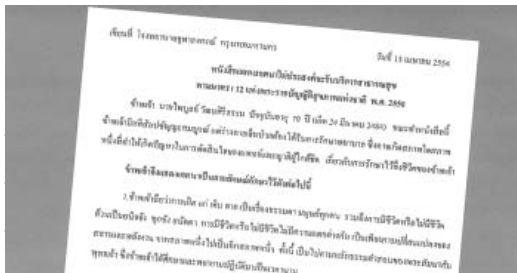
■ จดหมายเปิดผนึกถึงเพื่อนภาคี

รับฟังความคิดเห็นและแสวงหาความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการ  
สาธารณสุขและส่งเสริมสิทธิของประชาชน ประกอบด้วย กลุ่มสถาบัน  
แพทยศาสตร์ศึกษาแห่งประเทศไทย เครือข่ายสถาบันการศึกษาพยาบาล-  
ศาสตร์ สภาการพยาบาล สรพ. สปสช. สวรส. กระทรวงยุติธรรม กรมการ  
สิทธิมนุษยชน สภาหอการค้าไทย สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เสถียรธรรม-  
สถาน มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ชมรมผู้บริหารผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่ง  
ประเทศไทย ชมรมแพทย์ชนบท เครือข่ายมิตรภาพ สมาคมข้าราชการ  
บำเหน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิหมอชาวบ้าน สมาคมการศึกษา  
เรื่องความปวดแห่งประเทศไทย เป็นต้น มีองค์กรส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม  
๓๖ องค์กร

การประชุมนี้มี *นพ.มงคล ณ สงขลา* ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นประธาน  
ที่ประชุมสรุปความเห็นโดยสังเขปได้ ดังนี้

**หนึ่ง** ด้านแพทย์พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรเร่งสร้าง  
ความเข้าใจ ตั้งแต่แรกศึกษาไปจนถึงบุคลากรที่ทำงานอยู่แล้ว เพื่อเตรียม  
ความพร้อมจัดระบบรองรับงานด้านนี้ ที่ควรจะบูรณาการเข้ากับการพัฒนา





■ ภาพถ่ายหนังสือแสดงเจตนาของ อ.ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม

■ อาจารย์ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) และองค์การวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางวิชาชีพเพื่อรองรับการดำเนินงานเรื่องนี้ และช่วยกันพัฒนาศาสตร์และศิลป์ด้านนี้ให้มากยิ่งขึ้น สิ่งใดที่มีความเห็นแตกต่างกัน ควรทำความเข้าใจกันอย่างสร้างสรรค์เพื่อหาทางออกร่วมกัน โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของประชาชน

**สอง** พัฒนาสื่อต่างๆ วางแผนการสร้าง ความเข้าใจกับสังคมอย่างกว้างขวาง ธรณรงค์ให้เข้าใจเรื่องการตายดี การรักษาแบบประคับประคอง และสิทธิการปฏิเสธการรักษาพยาบาลฯ ซึ่งมีหลายองค์กรแจ้งว่ายินดีที่จะร่วมทำงานในเรื่องเหล่านี้กันต่อไป

ที่ประชุมเสนอว่า ควรใช้เรื่องนี้เป็นโอกาสทำให้สังคมได้เรียนรู้เรื่อง “การตายดี” (good death หรือ dignified death) ที่กว้างและลึกกว่าเรื่องการใช้สิทธิตามมาตรา ๑๒ และควรใช้เป็นโอกาสทำให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์พยาบาล ผู้ป่วย และประชาชน ซึ่งทุกวันนี้มีช่องว่างระหว่างกันมากขึ้นเรื่อยๆ



■ เวทีเสวนา มาตรา ๑๒ ที่ห้องประชุม สานใจ ๑ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๒ ส.ค. ๒๕๕๔



■ พิธีลงนามความร่วมมือ เครือข่ายวิชาชีพพยาบาลกับ สช. ๑๔ ก.ย. ๒๕๕๔

ดังที่ผมเล่าไปแล้วว่า เรื่องการดำเนินการตามมาตรา ๑๒ นี้ องค์การวิชาชีพการพยาบาลสนับสนุนอย่างแข็งขัน และมีส่วนร่วมผลักดันตั้งแต่สมัยการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพฯ การจัดทำกฎกระทรวงและแนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเต็มที่มาโดยตลอด

จนกระทั่งเมื่อวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๔ จึงมีพิธีลงนามความร่วมมือระหว่างองค์การวิชาชีพพยาบาลกับ สช. เพื่อส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนตามมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และสิทธิด้านสุขภาพอื่นๆ ประกอบด้วย สภาการพยาบาล (โดย ศ.วิจิตร ศรีสุพรรณ นายกสภา) สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (โดย ผศ.อังคณา สรียาภรณ์) ชมรมผู้บริหารสถานศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (โดย คุณพรรณทิพา แก้วมาตย์) เครือข่ายคณบดีและผู้บริหารสถานศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์แห่งประเทศไทย (โดย รศ.ดร.ดรุณี รุจกรกานต์) และเลขาธิการ คสช.

กล่าวได้ว่า เรื่องมาตรา ๑๒ นี้ ตั้งแต่ยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี ๒๕๔๓ เป็นประเด็นหนึ่งที่มีการพูดถึงและวิพากษ์วิจารณ์ในสังคม



**ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างเครือข่ายวิชาชีพพยาบาล  
กับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ  
ในการส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพ ตามมาตรา ๑๒  
แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**

เป็นระยะๆ เพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ในสังคม เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องหลายมิติ คือ มิติด้านกฎหมาย มิติด้านวิชาชีพ และมิติทางสังคมความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม

แต่ในช่วงตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ เป็นต้นมา เรื่องนี้เป็นที่กล่าวขวัญถึง มากกว่าช่วงที่ผ่านมา สังคมและแพทย์พยาบาลส่วนใหญ่ที่ทำงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพขานรับกันมาก เพราะเห็นประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ แต่ก็ก็มีกระแสต่อต้านจากคนบางกลุ่มแรงกว่าช่วงที่ผ่านมา มาด้วยเช่นกัน

มีอีกเรื่องหนึ่งหนึ่งที่ควรบันทึกไว้ คือ เมื่อแพทยสมาคมมีมติเมื่อ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๔ ไม่ฟ้องศาลปกครองให้ยกเลิกกฎกระทรวง หลังจากนั้นในวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๔ มีแพทย์ ๓ คน (ซึ่งเป็นแกนนำเคลื่อนไหวต่อต้าน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อปี ๒๕๕๔ ต่อต้านร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ต่อต้าน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติและมาตรา ๑๒ และต่อต้านเรื่องอื่นๆ) ก็ได้ยื่นฟ้องนายกรัฐมนตรีนคร และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขต่อศาลปกครอง เพื่อขอให้ยกเลิก



■ จาก นสพ.ไทยรัฐ  
วันที่ ๕ ส.ค. ๒๕๕๔

เพิกถอนกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา ๑๒ โดยอ้างเหตุผลว่ามีผลกระทบต่อการประกอบวิชาชีพของแพทย์ สร้างภาระให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีอำนาจสร้างหลักการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเหนือแพทย์ ฯลฯ

ศาลปกครองรับฟ้องเมื่อ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๔ เรื่องนี้จึงเข้าสู่การพิจารณาตัดสินของศาลปกครองสูงสุดต่อไป สข.ในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติก็มีหน้าที่ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลประกอบการพิจารณาดำเนินการต่อไป โดยในระหว่างการพิจารณาของศาลปกครอง ซึ่งคงจะใช้เวลาอีกไม่น้อย แต่กฎกระทรวงและแนวทางปฏิบัติที่ออกตามกฎกระทรวงฯ ก็ยังคงมีผลใช้บังคับอย่างถูกต้องสมบูรณ์ ประชาชนมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้ตามปกติ โรงพยาบาลต่างๆ สามารถจัดระบบและดำเนินการจัดบริการต่างๆ ตอบสนองสิทธิของประชาชนตามแนวทางปฏิบัติและตามกฎกระทรวงได้อย่างเป็นปกติ เรียกว่าการฟ้องศาลปกครองนี้ไม่มีผลทำให้สิทธิของประชาชนสูญหายไปไหน

# ปฏิเสธการรักษาเพียง 'ยื้อชีวิต' สิทธิคนไข้เลือกสุข...ก่อนสิ้น!

■ จาก นสพ.เดลินิวส์ วันที่ ๑๐ ส.ค. ๒๕๕๔

## สข.ยันสิทธิไม่ยื้อตาย ยังมีผลบังคับใช้อยู่

■ จาก นสพ.คม ชัด ลึก วันที่ ๑๔ ต.ค. ๕๔

ถ้าใครเข้าใจเรื่องสิทธิผู้ป่วย (patient right) หรืออำนาจในการตัดสินใจของผู้ป่วย (patient autonomy) ไม่ยึดมั่นถือมั่นว่าแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเท่านั้นที่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วย (doctor autonomy) เบ็ดเสร็จเด็ดขาด เรื่องการฟ้องร้องหรือการเอาชนะคะคานกันด้วยหลักนิติศาสตร์ก็จะไม่เกิดขึ้น เพราะการดูแลรักษาพยาบาล (medical care) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ (health care) เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยหลักด้านความเป็นมนุษย์และจิตใจมากกว่าด้านเทคโนโลยีและกฎหมาย

อาจารย์ผู้ใหญ่ให้กำลังใจว่า เรื่องใดที่เป็นเรื่องดีแก่ประชาชนและสังคม ไม่ว่าจะการดำเนินการจะยากหรือมีปัญหาอุปสรรคสักเพียงใด ในที่สุดเรื่องเหล่านั้นก็จะสำเร็จ ขอให้มุ่งมั่น อดทน และรู้จักแผ่เมตตาด้วยเสมอ •



## คสช. สอบสอง

“กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ  
เพื่อให้เกิดสุขภาวะของประชาชน  
เป็นเรื่องที่ยาก  
ทุกองคาพยพของสังคม  
ต้องเข้ามาช่วยขับเคลื่อน”

เวลาผ่านไป ไฉเหมือนโกหก เผลอเดียวเดียว พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีผลใช้บังคับมานานกว่า ๔ ปีแล้ว คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติชุดที่ ๑ ปฏิบัติหน้าที่มาครบ ๔ ปีแล้ว

เมื่อเริ่มต้น สมัยรัฐบาลนายกรัฐมนตรี พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ท่านมอบหมายให้ อาจารย์ไพฑูริย์ วัฒนศิริธรรม รองนายกรัฐมนตรีทำหน้าที่ ประธาน คสช. แทน (ช่วงพฤศจิกายน ๒๕๕๐ - มกราคม ๒๕๕๑)

เมื่อถึงสมัยรัฐบาลนายกรัฐมนตรี สมัคร สุนทรเวช ท่านมอบหมายให้ นายสุรพงษ์ สืบวงศ์ลี รองนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่ประธาน คสช. แทน (ช่วงมกราคม ๒๕๕๑ - กันยายน ๒๕๕๑)

สมัยรัฐบาลนายกรัฐมนตรี สมชาย วงศ์สวัสดิ์ ท่านมอบหมายให้ นายชวรัตน์ ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่ประธาน คสช. แทน (ช่วงกันยายน ๒๕๕๑ - ธันวาคม ๒๕๕๑)

แล้วก็มาถึงรัฐบาลที่มี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี (ช่วงธันวาคม ๒๕๕๑ - สิงหาคม ๒๕๕๔) นายกรัฐมนตรีทำหน้าที่ประธาน คสช. ด้วยตนเอง นายอภิสิทธิ์เข้าประชุม คสช. ด้วยตนเองเกือบทุกครั้ง ทำให้การขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายสาธารณะต่างๆ ทั้งที่มาจากสมัชชา



■ การประชุม คสช.ที่ทำเนียบรัฐบาล

สุขภาพ และจากการทำงานด้วยกลไกอื่นๆ ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นไปได้อย่างสะดวก ราบรื่นและเกิดผลที่ดี

เมื่อถึงรัฐบาลนายกรัฐมนตรี ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (ตั้งแต่สิงหาคม ๒๕๕๔) ท่านมอบหมายให้ พล.ต.อ. โกวิท วัฒนะ รองนายกรัฐมนตรีทำหน้าที่ ประธาน คสช. แทน.

สำหรับกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่มาจากทุกภาคส่วน คือ ภาครัฐ ๑๓ คน ภาควิชาการวิชาชีพ ๑๓ คน และภาคประชาชน ๑๓ คน เป็น องค์ประกอบที่มีความหลากหลาย

กรรมการจากภาคประชาชนชุดแรกประกอบด้วย รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์, นางดวงพร อธิวัฒน์, นายสุพัฒน์ ชนะพิงค์พงษ์, นายธีรวัฒน์ ศรีปฐมสวัสดิ์, ผศ.ดร.วิรัตน์ ปานศิลา, ศ.ดร.ศิริชัยย์ ชัยชนะวงศ์, นายสุชาติ สูงเรือง, นายณรงค์ ตั้งศิริชัย, นายสุรพงษ์ พรหมเท้า, ศจ.สนั่น วุฒิ, นางมาริษา เนตรใจบุญ, นายคล่อง ชื่นอารมณ, นพ.ประพจน์ ฆาตราภาค

“ได้มีส่วนร่วมพิจารณาแผนยุทธศาสตร์ นโยบายสาธารณะ รับทราบ รับรองมติต่างๆ ทั้งจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในระดับต่างๆ และผลักดัน

เข้าในคณะรัฐมนตรีเพื่อนำสู่การปฏิบัติ เป็นเสียงหนึ่งของคนเล็กคนน้อย บนชายขอบในสังคม เพื่อร่วมปฏิรูปชีวิตและสังคมไทย ถือเป็นเกียรติ ประวัติและความภาคภูมิใจอย่างสุดซึ้งของการเข้าดำรงตำแหน่งกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ” ศ.สนั่น วุฒิ

“จากการทำงานของ คสช. และ สช. ที่ผ่านมา เกิดผลดีหลายเรื่อง ทั้งในเมืองและชนบท เครื่องมือขับเคลื่อนที่สำคัญคือ สมัชชาสุขภาพและ ธรรมนูญสุขภาพพระดั่งพื้นที่ เกิดผลลัพธ์เชิงนโยบายสาธารณะ ทั้งในภาครัฐ ราชการ ภาคท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและประชาชน ลักวันหนึ่งในอนาคตคงกระจายตัวเต็มแผ่นดินไทย

จริงอยู่ การขับเคลื่อนบางเรื่องบางประเด็นเป็นเรื่องยาก เข้าไป กระแทกกับระบบและโครงสร้างของระบบผลประโยชน์ เช่น มาตราพุด สารเคมีภาคเกษตรกรรม FTA หรือสิทธิการตายของภาคประชาชน ต้องมองว่าเป็นเรื่องของคนไทยทุกคน มิใช่ปล่อยให้เป็นการของ สช. เท่านั้น” คุณครูสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์

“ตลอด ๔ ปีที่ได้ทำหน้าที่ คสช.รุ่นแรก ผมรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้อุทิศตน ทำงานอย่างเต็มกำลังเพื่อพัฒนาสังคมให้ถูกทิศทางตามความเป็นจริงผ่าน เครื่องมือที่กำหนดไว้ในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ๔ ปีนี้ จึงเป็น ๔ ปี แห่งการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างไม่จบไม่สิ้น เป็น ๔ ปีแห่งการทำงานที่มีคุณค่า และความหมายต่อตนเองและสังคมไทย เป็น ๔ ปี ที่ได้พบและร่วมงานกับ เพื่อนพ้องน้องพี่อย่างมากมาย และเป็น ๔ ปี ที่ได้ก้าวเดินอย่างมีความหวัง มีพลังในการขับเคลื่อนสังคมไทยในวิถีความจริง ความดี ความงาม

ขอบคุณสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่ได้หล่อหลอม ชัดเกล้าผมให้กลายเป็น

เป็นคนอีกคนหนึ่งที่ได้มีโอกาสทำประโยชน์ให้กับประเทศชาติในระดับที่กว้างมากขึ้น” **คุณสุรพงษ์ พรมเท้า**

“สมัชชาสุขภาพ ปี ๒๕๔๔ ที่มหาสารคาม เป็นสัมผัสแรกของผม ในการเข้าร่วมกระบวนการสร้างสุขภาพยุคใหม่ที่มีอุดมการณ์ “สร้างนำซ่อม” เป็นตัวนำ และเริ่มมองเห็นเค้ารางของแนวทางสร้างสุขภาพที่อาจเป็นจริงได้ในสังคมไทย

ตลอดระยะเวลา ๔ ปี ของการทำหน้าที่ คสช. มีเรื่องราวหลากหลายให้ได้สัมผัส ชีวิตของผมหมุนวนอยู่ในแวดวงของ “สมัชชาสุขภาพ - ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ - การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) และนโยบายสาธารณะว่าด้วยสุขภาพ ฯลฯ” ทุกการยกก้าวและการขยับตัวจะเกี่ยวข้องกับเรื่องต่างๆ เหล่านี้ทั้งนั้น” **อาจารย์วิริติ ปานศิลา**

“กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อให้เกิดสุขภาวะของประชาชน เป็นเรื่องที่ยากที่สุด ทุกองค์การของสังคมไทยต้องช่วยกันขับเคลื่อน

ขอชื่นชมแกนนำภาคประชาชนที่มีจิตสาธารณะ ใช้ศักยภาพของตนเอง อดทน และทนสู้ แสวงหาความร่วมมือ สนับสนุนกระบวนการ กลไก สมัชชาสุขภาพ ร่วมกับวิถีสมาชน จารีตประเพณี มาใช้แก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างสวยงามตามศักยภาพที่มีอยู่ ทำให้ประจักษ์และได้ขยายต้นแบบสู่พื้นที่อื่น พร้อมทั้งจะบูรณาการสุขภาพเล็กๆ ทั่วประเทศ โดยมี สช. ที่ต้องทำงานหนักเป็นฟันเฟืองที่ว่องไว เชื่อมร้อย ผลักดัน สนับสนุนขับเคลื่อน เป็นนโยบายสาธารณะผ่านมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” **อาจารย์สมณา ตัณฑุเศรษฐี**



■ คุณสุพัฒน์ ณะพิงค์พงษ์



■ คุณสุรพงษ์ พรมเท้า



■ รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์

“เมื่อได้เป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติแล้วได้ทำงานพบปะพูดคุยและทำงานร่วมกับคณะกรรมการหลายชุดที่มาจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคประชาสังคม ภาคราชการ และภาควิชาการวิชาชีพที่มาจากพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศแล้ว รู้สึกประทับใจและเห็นความสวยงามตรงทางจิตใจของท่านทั้งหลายเหล่านี้ ท่านมีความเสียสละ มีจิตอาสา มีความกระตือรือร้นและทำงานอย่างมีความสุข สำหรับทีมงานเจ้าหน้าที่ของ สช.ทุกคนที่ทำงานได้ดีและยิ้มแย้มแจ่มใสและต้อนรับเป็นอย่างดี เพราะท่านเลขาฯ และรองเลขาฯ บริหารจัดการงานได้ดี ผมขอชื่นชมทุกๆ คนครับ”

**คุณสุพัฒน์ ณะพิงค์พงษ์**

กรรมการทุกท่านได้มีส่วนร่วมในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของ คสช. อย่างดีมาโดยตลอด บางท่านได้ช่วยรับงานสำคัญ เช่น พี่สุพัฒน์ ณะพิงค์พงษ์ รับผิดชอบเป็นประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

สำหรับคุณสุรพงษ์ พรมเท้า ยังได้ตามไปช่วยงานขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทยอีกหลายเรื่องในเวลาต่อมา



■ คุณครูสุรินทร์  
กิจนิตย์ชีวี

■ คุณศิรินา  
ปวโรฬารวิทยา

คุณครูสุรินทร์ กิจนิตย์ชีวี ได้รับแต่งตั้งให้เป็นประธานคณะกรรมการ  
สรรหา คสช. และคุณศิรินา ปวโรฬารวิทยา เป็นประธานคณะกรรมการ  
สนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผล  
กระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ

สำหรับกรรมการจากผู้แทนองค์กรวิชาชีพก็มีอาจารย์หมอวิชัย  
โชควิวัฒน์ ได้รับแต่งตั้งให้เป็นประธานคณะกรรมการบริหาร สช. ตั้งแต่  
ธันวาคม ๒๕๕๐ ซึ่งท่านก็ได้ช่วยดูแลกำกับงานบริหารของ สช. อย่างใกล้ชิด  
และช่วยทำให้การดำเนินงานของ สช. เป็นไปอย่างราบรื่นและก้าวหน้ามา  
โดยตลอด

ส่วนกรรมการที่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็มีการหมุนเวียน  
กันเข้ามาช่วยหลายท่าน ได้แก่ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร คุณหมอ  
ชัยพร ทองประเสริฐ นายกองัดการบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ คุณหมอ  
ศราวุธ สันตินันตรักษ์ นายกองัดการบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู คุณวิชัย  
อัมราลิขิต นายกเทศมนตรีเมืองพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี คุณวีรศักดิ์  
พานิชย์วิทย์ นายกองัดการบริหารส่วนตำบลบ้านหม้อ อำเภอมือง จังหวัด  
เพชรบุรี คุณวัฒน์ศักดิ์ จังจตุฎ นายกองัดการบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง



■ คณะกรรมการสรรหา คสช.ถ่ายรูปร่วมกับ  
นายกเมืองพัทยา

อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น เป็นต้น

ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีการสรรหากรรมการ  
สุขภาพแห่งชาติคนใหม่แทนคนที่จะพ้นหน้าที่ให้เสร็จก่อนเวลาไม่น้อยกว่า  
๙๐ วัน คณะกรรมการสรรหาฯ จึงเริ่มกระบวนการสรรหา คสช. ชุดที่ ๒  
ตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๕๓ โดยมีการปรับหลักเกณฑ์วิธีการให้เหมาะสม  
ยิ่งขึ้นกว่าการดำเนินการเมื่อ ๔ ปีที่แล้ว

สำหรับกรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น กรณีผู้ว่า กทม.  
และนายกเมืองพัทยาที่ต้องเลือกกันเอง ปรากฏว่า ผู้ว่า กทม. (ม.ร.ว.สุขุมพันธุ์  
บริพัตร) ซึ่งเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติเดิมอยู่แล้วได้สละสิทธิ์ให้กับ  
นายกเมืองพัทยา (นายอิทธิพล คุณปลื้ม) เป็นแทน

สำหรับการเลือกตัวแทนนายก อบจ. ใช้วิธีเปิดรับสมัครและให้ลง  
คะแนนเลือกทางไปรษณีย์ ผลที่ได้คือ นพ.ชัยพร ทองประเสริฐ นายก อบจ.  
อำนาจเจริญ ได้รับเลือก

ตัวแทนเทศบาลและตัวแทน อบต.เปิดให้มีการสมัครและคัดเลือก  
กันเองที่ระดับจังหวัด จากนั้นให้ผู้ได้รับการเลือกระดับจังหวัดทำการเลือก  
กันเองผ่านทางไปรษณีย์ ผลคือ ร้อยตำรวจเอกคมกฤษ อินทรักษา นายก-



■ นพ.ชัยพร  
ทองประเสริฐ

■ ร.ต.อ.คมกฤษ  
อินทร์รักษา

■ คุณธีรศักดิ์  
พานิชย์วิทย์

เทศมนตรีตำบลปฐุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้เป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติจากเทศบาล และ คุณธีรศักดิ์ พานิชย์วิทย์ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหม้อ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ได้เป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติจาก อบต.

สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ ๖ ด้าน ใช้วิธีเปิดรับสมัคร แล้วให้เลือกกันเองทางไปรษณีย์ ผลที่ได้คือ

กลุ่มนโยบายสาธารณะ รัฐศาสตร์ นิติศาสตร์ คือ ศ.สุริชัย หวันแก้ว

กลุ่มการบริหาร เศรษฐศาสตร์ การต่างประเทศ คือ รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

กลุ่มธุรกิจ คือ นางศิรินา ปวโรฬารวิทยา

กลุ่มสื่อสารมวลชน เทคโนโลยีสารสนเทศ คือ นายมานิจ สุขสมจิตร

กลุ่มพัฒนาประชาชน กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น คือ ดร.อมรวิรัช นาคทรพร

กลุ่มการพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น คือ พระครูอมรชัยคุณ จากนครราชสีมา



■ ศ.สุริชัย หวันแก้ว

■ รศ.ดร.ชื่นฤทัย  
กาญจนะจิตรา

ส่วนกรรมการสุขภาพแห่งชาติจากภาคประชาชน ๑๓ คนใช้วิธีแบ่งพื้นที่แบบเดิม คือ แบ่งจังหวัดออกเป็น ๑๒ เขต ตามเขตราชการสาธารณสุขเดิม และ กทม. เป็นอีก ๑ พื้นที่แยกต่างหาก

มีการตั้งคณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ส่วนคณะกรรมการประกอบด้วยประธานคณะกรรมการเลือกตั้งประจำจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด และผู้ทรงคุณวุฒิ ๑ คน โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและท้องถิ่นจังหวัดร่วมกันเป็นฝ่ายเลขานุการ ทำหน้าที่รับสมัครตัวแทนองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ในพื้นที่สนใจ แล้วจัดให้มีการเลือกกันเอง เมื่อได้ตัวแทนระดับจังหวัดแล้วคณะกรรมการสรรหา ได้จัดการประชุมเมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๔ โดยแบ่งเป็น ๔ ภาค ภาคเหนือจัดที่พิษณุโลก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจัดที่ขอนแก่น ภาคใต้จัดที่สงขลา สำหรับภาคกลางและ กทม.จัดที่ สข. เพื่อให้ตัวแทนจังหวัดเลือกกันเองเป็นรายเขต ทำให้ได้กรรมการสุขภาพฯ ชุดใหม่จากผู้แทนประชาชน ดังนี้





■ นายมานิจ สุขสมจิตร



■ ดร.อมรรวิชัย  
นาคกรพรรพ



■ พระครูอมรชัยคุณ  
จากนครราชสีมา

- เขต ๑ นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
- เขต ๒ นางรัตนา สมบูรณ์วิทย์
- เขต ๓ นายเจษฎา มิ่งสมร
- เขต ๔ นายวิเชียร คุตตวัส
- เขต ๕ นายวีระพล สุดตรง
- เขต ๖ นายปิยกุล คุณแก้ว
- เขต ๗ นายสวัสดิ์ กตะศิลา
- เขต ๘ นางสาววิไลวรรณ จันทร์พ่วง
- เขต ๙ นายสุรเดช เดชคุ้มวงศ์
- เขต ๑๐ นายสนั่น วุฒิ
- เขต ๑๑ นายสุพจน์ สงวนกิตติพันธ์
- เขต ๑๒ นายชัยพร จันทร์หอม
- เขต ๑๓ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์



■ นพ.ณรงค์ศักดิ์  
อังคะสุวพลา



■ นางรัตนา  
สมบูรณ์วิทย์



■ นายเจษฎา มิ่งสมร



■ นายวิเชียร คุตตวัส



■ นายวีระพล สุดตรง



■ นายปิยกุล คุณแก้ว



■ นายสวัสดิ์ กตะศิลา



■ นางสาววิไลวรรณ  
จันทร์พ่วง



■ นายสุรเดช  
เดชคุ้มวงศ์



■ นายสนั่น วุฒิ



■ นายสุพจน์  
สงวนกิตติพันธ์



■ นายชัยพร จันท์รhom



■ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์

“สะท้อนถึงความเชื่อถือและความไว้วางใจของผู้แทนพื้นที่ในจังหวัดนนทบุรี และจังหวัดในเขต (นนทบุรี - ปทุมธานี - อ่างทอง - สมุทรปราการ และพระนครศรีอยุธยา) ที่มอบให้ ทำให้ผมต้องสำนึกถึงการปฏิบัติหน้าที่นี้ด้วยความมุ่งมั่น วิริยะ และพากเพียร ให้ภารกิจตามหน้าที่ที่ได้รับเลือกสำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย ผมจึงต้องตระหนักถึงความรับผิดชอบในการรับไม้ ภาระต่อจากคณะกรรมการฯ ชุดที่ ๑ ต้องศึกษาและถอดบทเรียนความสำเร็จของท่านเพื่อเป็นแนวทางในการทำงานในลักษณะ สามพลัง ปัญญา - สังคม - อำนาจการบริหารจัดการจากทุกภาคส่วน สู่จุดหมายสังคม สุขภาวะของประเทศไทยให้จงได้”

**นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา**

“คสช.เกิดจาก พรบ.สุขภาพแห่งชาติปี ๒๕๕๐ มีผู้แทนสามฝ่ายร่วมกัน โดยมีฝ่ายการเมือง ๑๓ คน มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรี

สาธารณสุขเป็นรองประธาน และรัฐมนตรีอีก ๕ คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔ คน ฝ่ายวิชาการและวิชาชีพสาธารณสุข ๑๓ คน ประชาสังคม ๑๓ คน โดยมีเลขาธิการ คสช.เป็นกรรมการและเลขานุการ ดูโครงสร้างกรรมการแล้วไม่ธรรมดา เราจะสานพลังทั้งสามได้อย่างไร คสช.รุ่นพี่บอกผมว่า การทำหน้าที่ในที่ประชุมต้องทำการบ้าน ต้องกล้าแสดงความคิดเห็นในความเข้าใจของผม คสช.มีหน้าที่สำคัญคือ กำหนดนโยบาย ทิศทาง ยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพไทยเพื่อสู่สังคมสุขภาวะ ให้คำปรึกษาและแนะนำต่อ ครม. โดยนำนโยบายจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ไปผลักดันให้มีผลทางปฏิบัติและมีการติดตามประเมินผลนโยบาย อีกเรื่องที่สำคัญคือการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพเชิงประเด็นและพื้นที่ เช่น เรื่องผู้สูงอายุ ปัญหาสารเคมีในเกษตรกร ภัยร้อนท้อง การขับสมัชชาสุขภาพระดับภาค จังหวัด ตำบล ผู้จัดการจัดการตนเอง ทั้งหมดนี้เป็นเรื่องสำคัญ ที่ผมต้องทำหน้าที่เป็นช่างเชื่อมที่ดี จากพลังปัญญาจากฝ่ายวิชาการ พลังสังคมจากเครือข่ายต่างๆ และ พลังจากภาครัฐ ให้เกิดความร่วมมือ

แน่นอนผมต้องอาศัยรูปธรรมการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัด พิจิตร เป็นฐานเรียนรู้ไปพร้อมกับเพื่อนๆ ในภาคเหนือ ผมทำคนเดียวไม่ได้ แต่ต้องการความช่วยเหลือจากพวกเรา ไปทำงาน ๔ ปีเพียงสมัยเดียว เป็นเรื่องที่ผมบอกเพื่อนๆ ที่ลงคะแนนให้ ตำแหน่งนี้ไม่มีอำนาจ ไม่มีเงินเดือน เป็นงานอาสา ต้องมีเวลากับงาน ชีวิตผมไม่คาดหวังว่าจะได้เป็นอะไร แต่เมื่อมีเหตุปัจจัยที่เหมาะสม ก็จะทำตามความสามารถ ก่อนผมไปสมัคร ได้สอบถามครอบครัวว่าคิดอย่างไร เพราะจะไม่ค่อยได้อยู่บ้าน ทางบ้านบอกเดินมาแล้วให้เดินต่อไปเพื่อสังคมไทยที่รออยู่”

**คุณสุรเดช เดชคุ้มวงศ์**

ในการทำงานสรรหา คสช. ชุดที่ ๒ นี้ คณะกรรมการสรรหา ซึ่งประกอบด้วย คุณครูสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์ นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส นายไพศาล เจียนศิริจินดา รศ.วิลาวัณย์ เสนาวิรัตน์ นางสุวรรณ อุยานันท์ ทำงานกันอย่างหนัก โดยทุกท่านต้องทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการชุดต่างๆ อย่างเหน็ดเหนื่อย เพื่ออำนวยความสะดวก ซึ่งก็สามารถทำให้การสรรหา คสช. เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

การสรรหา คสช. ในส่วนของผู้แทนองค์กรภาคประชาชนและผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือว่าเป็นงานที่ยากที่สุด เพราะต้องดำเนินการทั่วประเทศและเกี่ยวข้องกับองค์กรเป็นจำนวนมาก คณะกรรมการสรรหาจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานส่วนภูมิภาคของรัฐให้ช่วยดำเนินการ โดยมีการประชุมทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมที่โรงแรมรามาร์กเด้นท์ กรุงเทพฯ เมื่อวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ ซึ่งในงานประชุมดังกล่าว มีผู้ใหญ่ของส่วนราชการหลักที่สำคัญมาร่วมให้ความเห็นต่อการดำเนินการสรรหา คสช. ได้แก่ นายวัลลภ พริ้งพวงษ์ รองปลัดกระทรวงมหาดไทย นพ.ไพจิตร วราชิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายวีระวัฒน์ ชื่นวาริน รองอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

“คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการนโยบายสุขภาพระดับชาติหรือถ้าพูดภาษาอังกฤษก็เป็น National Health Board หรือ National Health Commission ซึ่งมีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบายของระบบสุขภาพของประเทศ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินี้มีความสำคัญกับการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ต้องนำสิ่งที่เห็นจุดแข็งทั้ง ๒ ฝ่ายมาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน ผมฝากให้ นาย



■ นพ.อำนาจ กุศลนันท์

■ รศ.ดร.ดรุณี รุจกรกานต์

■ ทพ.ศิริชัย ชูประวัตติ

แพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในฐานะที่ท่านเป็นกรรมการสรรหาในระดับจังหวัด ช่วยกันสรรหาคนดี คนเก่ง คนที่มองโลกในแง่ดี คิดทุกอย่างรอบด้าน เพราะว่ากรรมการชุดนี้เป็นกรรมการที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน และสุขภาพของประชาชนก็เป็นพื้นฐานในเรื่องของการพัฒนาสังคม พัฒนาเศรษฐกิจด้านอื่นๆ ผมจึงอยากให้กรรมการมีคุณภาพ ในฐานะของผู้บริหารของกระทรวง ผมยินดีสนับสนุนกระบวนการสรรหา”

**นพ.ไพจิตร วราชิต** ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ในส่วนของการสรรหาสุขภาพแห่งชาติที่มาจากผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ทางองค์กรวิชาชีพฯ ได้ส่งผู้แทนเข้ามาเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

|                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| นพ.อำนาจ กุศลนันท์               | ผู้แทนแพทยสภา           |
| รศ.ดร.ดรุณี รุจกรกานต์           | ผู้แทนสภาการพยาบาล      |
| ทพ.ศิริชัย ชูประวัตติ            | ผู้แทนทันตแพทยสภา       |
| รศ.(พิเศษ) กิตติ พิทักษ์นิตินนท์ | ผู้แทนสภาเภสัชกรรม      |
| คุณวราภรณ์ มโนรมณ์               | ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์ |



■ รศ.(พิเศษ) กิตติ พิทักษ์นิตินันท์

■ คุณวรรณิกา มโนรมณ์

ผศ.ดร.มณฑนา วงศ์ศิรินวรรตน์

ผู้แทนสภากายภาพบำบัด

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์

ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพ  
ที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วย  
การประกอบโรคศิลปะ ซึ่งเลือก  
กันเองจำนวนหนึ่งคน

ก็เป็นอันว่า การสรรหา คสช. ชุดที่ ๒ ที่จะเข้ารับไม้ต่อจากชุดแรก  
เสร็จเรียบร้อยไปด้วยดี ไม่มีปัญหาหรือเรื่องร้องเรียนใดๆ ความสำเร็จเช่นนี้  
เกิดขึ้นได้จากความร่วมมือและการช่วยเหลือของหน่วยงาน องค์กร ภาคี  
ต่างๆ เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ว่าราชการจังหวัด สาธารณสุขจังหวัด  
ท้องถิ่นจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ ที่สนใจและ  
ส่งผู้แทนสมัครเข้าร่วมสรรหา คสช. อย่างคึกคักพอสมควร รวมไปถึงสื่อ-  
มวลชน ทั้งส่วนกลางและพื้นที่ที่ช่วยสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ด้วย

คสช. ชุดที่ ๒ เข้ามารับไม้ต่อตั้งแต่เดือนธันวาคม ๒๕๕๔ เพื่อทำหน้าที่  
เป็นองค์คณะในการสนับสนุนและผลักดันการพัฒนานโยบายสาธารณะ



■ ผศ.ดร.มณฑนา วงศ์ศิรินวรรตน์

■ นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์

เพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมที่หลากหลายตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.  
สุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะของ  
ประชาชน

หลังจากนี้ คสช.ชุดนี้ก็ต้องเลือกประธานกรรมการบริหาร สช.  
และกรรมการบริหาร สช.ชุดใหม่ เพื่อทำหน้าที่กำกับดูแลการดำเนินงาน  
ของ สช.ตามกฎหมายต่อไป

**ทั้งหมดนี้คือส่วนหนึ่งของกลไกบริหารระบบภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพ  
แห่งชาติ ที่เน้นการมีส่วนร่วมที่หลากหลาย ไม่ใช่ปล่อยให้ผู้อยู่ภายใต้อำนาจ  
ใดอำนาจหนึ่งเท่านั้น •**

“สช.รับหน้าที่เป็น ‘ผู้สานพลัง’  
และเป็น ‘ตัวช่วย’  
ให้กิจการดีๆ ที่พึงกระทำ  
เกิดเป็นประโยชน์กับสาธารณะ”

90

## งานหนุนเสริม ริเริ่มใหม่

นอกจากงานที่ผมเล่าไปแล้ว สช.ยังได้ทำหน้าที่สนับสนุนการขับเคลื่อนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอีกหลายเรื่อง ได้แก่

### สนับสนุนการจัดตั้งหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย

เมื่อปี ๒๕๕๑ สช.ได้ร่วมมือกับสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) ที่มี คุณหม่อมโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เป็นผู้อำนวยการ จัดทำโครงการจัดตั้งหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทยขึ้น เพราะที่ผ่านมาเรื่องราวเหตุการณ์เกี่ยวกับประวัติศาสตร์สุขภาพไทยยังไม่ได้รับความสนใจที่จะรวบรวมจัดเก็บเพื่อการศึกษาเรียนรู้มากนัก ทำให้เอกสารสำคัญได้สูญหายหรือถูกทำลายไปโดยไม่รู้คุณค่า รวมถึงข้อมูลความรู้ที่สำคัญๆ ที่เป็นความทรงจำในตัวของคุณคนสำคัญหลายๆ ท่านก็จะสูญหายไปด้วย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้ริเริ่มสนับสนุนให้มีโครงการจัดตั้งหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทยขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและอนุรักษ์เอกสารหลักฐานทางประวัติศาสตร์ และข้อมูลทางวิชาการที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพไทย และเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ของบุคลากรด้านสังคมนการแพทย์และสาธารณสุข



■ ภาพการตกลงร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันการศึกษาและการวิจัย ตลอดจนสาธารณชนได้ศึกษาเรียนรู้และเกิดความเข้าใจในรากเหง้าทางประวัติศาสตร์สุขภาพไทย

สช. ได้มีการทำข้อตกลงความร่วมมืออย่างเป็นทางการกับกระทรวงสาธารณสุข ในการร่วมกันจัดตั้งหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๑ มีคณะกรรมการอำนวยการหอจดหมายเหตุฯ ที่สำคัญ คือ นพ.บรรลุ ศิริพานิช ศ.นพ.ประเวศ วะสี นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ พญ.กรรณิการ์ ตันประเสริฐ เป็นต้น เป็นสักขีพยาน

หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทยนี้ มีนโยบายในการรวบรวม จัดเก็บ และให้บริการเอกสารจดหมายเหตุ ๓ กลุ่ม คือ

๑) เอกสารหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยการรวบรวมเอกสารจากหน่วยงาน/องค์กรที่มีความเป็นมาบนเส้นทางสุขภาพ

๒) เอกสารส่วนบุคคล คือเอกสารของผู้มีคุณูปการต่อวงการแพทย์และสาธารณสุขไทย ที่ได้รับมอบมาแล้ว เช่น เอกสารของ ศ.นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว นพ.บรรลุ ศิริพานิช นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์

■ ศ.นพ. เสม พริ้งพวงแก้ว กับเอกสารที่บ้านพักของท่าน ซึ่งท่านได้รวบรวมเอกสารสำคัญต่างๆ ทั้งหนังสือ เอกสารวิชาการ หนังสือราชการ ภาพถ่าย หนังสือพิมพ์ รวมทั้งข้อเขียนและสมุดบันทึกของท่าน เพื่อให้เป็นระเบียบ ง่ายสำหรับท่านในการค้นหา ทั้งนี้ได้ดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ เอกสารและข้าวของต่างๆ นี้ และคุณพ่อจดจำได้แทบทุกชิ้นว่าอยู่ตรงไหน เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับอะไร



นพ.ยุทธนา สุขสมิติ ศ.นพ.ดร.กระแส ชนะวงค์ นายพูนทรัพย์ ปิยะอนันต์ เป็นต้น

๓) เอกสารภาคประชาชน เช่น ปรชาญ์ชาวบ้าน หรือผู้ผลิตคิดค้น เครื่องมือหรืออุปกรณ์การป้องกัน สร้างเสริมและรักษาโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน เอกสารภาคประชาชนที่ได้รับมอบมาแล้ว เช่น เอกสาร นายวิบูลย์ เข็มเฉลิม (ปรชาญ์ชาวบ้าน) นายต่วน ถ่ายเกิด (หมอพื้นบ้านจังหวัดพิจิตร) นางนิยม มุททาวัน (ผดุงครรภ์จังหวัดอุบลราชธานี) นายประภาส จเรประพาฬ (หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช) นายสวัสดิ์ จิตติภณี (หมออนามัย จังหวัดนครราชสีมา) และนายชัยพร จันท์หอม (อดีตเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดตรัง) เป็นต้น

สำนักหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย (ชั่วคราว) ตั้งอยู่ที่ ชั้น ๓ อาคาร ๑๐ ชั้น สถาบันบาราศนราดูร ซึ่งได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการรวบรวม อนุรักษ์เอกสารจดหมายเหตุ โดยจัดสถานที่ให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและมีการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นตามเกณฑ์



■ ที่ตั้ง หอจดหมายเหตุ  
ณ บริเวณ ชั้น ๓ อาคาร ๑๐ ชั้น  
สถาบันบาราศนราดูร

■ ผู้มาเยี่ยมชมและมอบเอกสาร  
จดหมายเหตุฯ

ที่กำหนด รวมทั้งเตรียมจัดระบบการให้บริการและการจัดแสดง ขณะนี้  
สามารถเปิดให้บริการได้แล้ว ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๕๔ มีทั้งการให้บริการ  
สืบค้นและเปิดให้เยี่ยมชมในส่วนจัดแสดงอุปกรณ์/เครื่องมือเกี่ยวกับการ  
ดูแลสุขภาพ รวมถึงบริการสืบค้นข้อมูลผ่านเว็บไซต์ [www.nham.or.th](http://www.nham.or.th)  
ซึ่งนับตั้งแต่เปิดให้บริการมา มีสถิติผู้เข้ามาใช้บริการเป็นที่น่าพอใจ โดย  
เฉพาะสถิติผู้เข้าชมและใช้บริการเว็บไซต์หอจดหมายเหตุฯ ตั้งแต่เดือน  
เมษายน - กันยายน ๒๕๕๔ จำนวน ๔,๓๐๕ ราย เฉลี่ย ๖๑๗ ราย/เดือน  
และสถิติการดาวน์โหลดข้อมูลจากเว็บไซต์ ตั้งแต่เดือนเมษายน - กันยายน  
๒๕๕๔ จำนวน ๒๑,๗๔๑ รายการ เฉลี่ย ๓,๖๒๓ รายการ/เดือน นับว่า  
หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทยที่ สช.ได้สนับสนุนให้มีการ  
ริเริ่มจนสามารถเปิดให้บริการได้แล้วนี้ เป็นแหล่งศึกษาค้นคว้าและเรียนรู้  
ทางด้านประวัติศาสตร์สุขภาพของไทยได้อย่างดี บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้  
ในขั้นหนึ่งแล้ว

เมื่อมีการก่อสร้างอาคารสุขภาพแห่งชาติ เราได้เตรียมพื้นที่ส่วนหนึ่ง  
ของอาคารแห่งนี้ เพื่อจัดทำเป็น “หอประวัติศาสตร์สุขภาพ” สำหรับเป็นที่



■ นพ. ไพจิตร วราชาติ ปลัดกระทรวง  
สาธารณสุข นพ.บรรลุ ศิริพานิช  
และกรรมการอำนวยการหอจดหมายเหตุฯ  
เยี่ยมชมส่วนจัดแสดง  
ในสำนักหอจดหมายเหตุฯ ที่อาคาร  
บาราศนราดูร (มีนาคม ๒๕๕๔)

■ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

จัดแสดงนิทรรศการเพื่อสร้างพื้นที่การเรียนรู้ประวัติศาสตร์สุขภาพให้เป็นพื้นที่  
แสดงความหมายของสุขภาพด้วยความหลากหลายทางวัฒนธรรมและท้องถิ่น  
สะท้อนการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพกับสังคมไทยในทางประวัติศาสตร์  
โดยใช้พื้นที่บริเวณชั้น ๑ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ขณะนี้กำลังเตรียมพัฒนาใกล้  
เสร็จแล้ว

ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน สช.ได้ร่วมกับ สวรส. และ สรพ. ซึ่งอาศัยทำงาน  
ในอาคารเดียวกัน จัดทำห้องสมุดเพื่อให้เป็นแหล่งเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่  
ของทั้งสามหน่วยงานและผู้สนใจทั่วไป ซึ่งเราได้รับความกรุณาจากครอบครัว  
คุณพ่อเสมอ ให้ใช้ชื่อห้องสมุดนี้ว่า “ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เสม พริ้งพวงแก้ว”

### สนับสนุนโครงการพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างเสริมสุขภาพ:แนวใหม่

ปี ๒๕๕๒ สช.ได้ร่วมกับองค์กรภาคีหลายแห่ง จัดทำโครงการ  
“เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาพแนวใหม่ (คชน.)”  
เพื่อสร้าง “ผู้นำ” แนวใหม่ ที่ไม่ได้มีเพียงความรู้ความสามารถในขอบเขต  
ความถนัดหรือความสนใจเฉพาะเท่านั้น แต่ยังต้องมีกระบวนการทัศน์ใหม่  
มีทักษะใหม่ที่จำเป็นต่อการทำงานในสังคมที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลง



■ หอประวัติศาสตร์สุขภาพ



■ ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เสริม พริ้งพวงแก้ว

อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีภาวะผู้นำใหม่ที่ไม่ได้นำเพียงคนเดียว แต่เชื่อมประสานกับคนอื่น ๆ เป็นภาวะผู้นำร่วม (collective leadership) และหวังว่าจะเกิดเครือข่ายการทำงานและการเรียนรู้ที่มีความเข้มแข็ง ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ ทั้งนี้โดยมี สวรรสเป็นแกนทำงาน มี สสส. ให้การสนับสนุนเรื่องงบประมาณส่วนหนึ่ง และองค์กรภาคีต่างๆ ร่วมสนับสนุนอีกส่วนหนึ่ง (ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก [www.wasi.ot.th](http://www.wasi.ot.th))

เนื่องจากพวกเราเห็นตรงกันถึงความสำคัญของการขาดแคลนผู้นำที่พึงประสงค์ และความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมให้มากขึ้น จึงได้ช่วยกันพัฒนาโครงการนี้ขึ้น มี *คุณหมอสุเทพ เพชรหมาก* และ *คุณหมอวิรุฬห์ ลิ้มสวาท* เป็นแกนหลักที่สำคัญในช่วงแรก มี *คุณรำไพ แก้ววิเชียร* จากกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนช่วยประสานที่สำคัญ

ในช่วงถัดมา มี *คุณหมอวัชรวิฑูริย์ รุ่งไพบูลย์* รองผอ. สวรรส. มาช่วยดูแลงานอยู่ระยะหนึ่ง และช่วงหลังก็ได้ *คุณหมอธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล (หมอเฮาส์)* จากคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ซึ่งเป็นผู้นำที่เข้าโครงการนี้ มาช่วยรับเป็นแกนบริหารโครงการนี้



■ รูปพิธีลงนามความร่วมมือที่สามพราน



■ นพ.วิรุฬห์ ลิ้มสวาท

การพัฒนาศักยภาพผู้นำในโปรแกรมนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมสองส่วนคือ **กิจกรรมร่วม** เป็นกิจกรรมที่ผู้นำทุกคนเข้าร่วมเหมือนกัน และ**กิจกรรมเฉพาะบุคคล** เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะและความต้องการของแต่ละคน ซึ่งดำเนินการตามแผนพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล (Individual Development Plan : IDP) ที่ผู้นำร่วมกับกัลยาณมิตรประจำตัวจัดทำติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนแผนนี้อย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมหลัก ๗ กิจกรรม ซึ่งมีอักษรย่อรวมกันเป็นคำว่า COMPANIES ประกอบด้วย

- ๑) หน่วยการพัฒนาศักยภาพหลัก (CO: Core Module)
- ๒) การดูแลโดยกัลยาณมิตร (M: Mentorship)
- ๓) โครงการพิเศษ (P: Special Project)
- ๔) กิจกรรมพิเศษ (A: Special Activity)  
เช่น คศน.ฟอรัม ซึ่งจัดประจำทุก ๒ เดือน
- ๕) ประสบการณ์ร่วมกับองค์กรภาคี (N: Node Experience)
- ๖) ประสบการณ์ในต่างประเทศ (IE: International Experience)
- ๗) การเรียนรู้ด้วยตนเอง (S: Self Study)





■ พญ.วรัชรา ริ้วไพบุลย์ ■ ทีมงานบริหารยุคบุกเบิก คศน.



■ เวทีเสวนา ในวันปฐมนิเทศ คศน. รุ่น ๑



■ พี่รุ่น ๑ แשרประสบการณ์ ให้น้องรุ่น ๒



■ ผู้นำ คศน. เขียม สช. เมื่อ ๒๑ เมษายน ๒๕๕๕

โครงการนี้ มีรุ่นพี่ๆ หลายคนทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและร่วมเรียนรู้ด้วย หรือที่ฝรั่งเรียกว่าเป็น **mentor** เราเรียกกันเองว่าเป็น **“กัลยาณมิตร”**

ในการเรียนรู้ช่วงการพัฒนาศักยภาพหลัก หรือ Core Module นี้ มีความเข้มข้นและน่าสนใจมาก มี *คุณหมอโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์* ทำหน้าที่เป็นครูใหญ่คนสำคัญ

ในระหว่างการศึกษาเรียนรู้ ผู้นำมีการจัดกิจกรรมเรียนรู้ในเรื่องที่พวกเขาสนใจไปพร้อมๆ กันด้วย เช่น มีการจัดเวทีวิชาการเกี่ยวกับการผลักดันให้คนไทยไร้สัญชาติที่มีอยู่เป็นจำนวนมากในจังหวัดชายแดนต่างๆ ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยพวกเขาได้เชื่อมโยงการทำงานเข้าด้วยกัน มีการวางจังหวะก้าวการเคลื่อนไหวทางสังคม ทำไปเรียนรู้กันไปปรับกันไป จนกระทั่งสามารถผลักดันเรื่องนี้เป็นผลสำเร็จ คนไร้รัฐไร้สัญชาติได้รับการรับรองสิทธิในหลักประกันสุขภาพ โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ อนุมัติให้จัดตั้ง **“กองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ”** สำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวนทั้งสิ้น ๔๕๗,๔๐๙ คน และอนุมัติเงิน ๔๗๒ ล้านบาทให้กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำไปดำเนินการดูแลคนไร้สัญชาติที่กระจายอยู่ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลชายแดน ๑๗๒ แห่ง ใน ๑๕ จังหวัดทั่วประเทศ

ผู้นำที่เข้าโครงการนี้มีหลากหลายทั้งจากคนที่ทำงานในภาคสุขภาพและทำงานในภาคสังคมด้านอื่นๆ รุ่นที่ ๑ มีจำนวน ๑๗ คน ได้แก่ นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ จาก รพ.จะนะ จ.สงขลา นพ.สุธี สุดดี จาก รพ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี นพ.ปวิตร วณิชชานนท์ จาก รพ.ละงู จ.สตูล นพ.ประสิทธิ์-



■ นพ.สุภัทร  
สาสุวรรธนกิจ



■ นพ.ปวิตร  
วณิชชานนท์



■ ฌมาตยา แว่ววีรคุปต์



■ ดร.ศิริวรรณ  
พิทยรังสฤษฎ์



■ ดร.สุนทรียา  
เหมือนพะวงค์



■ นพ.ประสิทธิ์ชัย  
มังจิตร



■ คุณเอธิพร วันดี



■ นพ.วรสิทธิ์  
ศรีศรีวิชัย



■ ทพ.ดร.ธงชัย  
วชิรโรจน์ไพศาล



■ ศ.พญ.วณิชชา  
ชินกองแก้ว



■ พญ.วัลย์รัตน์ ไชยฟู

ชัย มังจิตร จาก รพ.แก่งคอย จ.สระบุรี นส.กรรณิการ์ กิจติเวชกุล จากโครงการ ร่วมระหว่างฝ่ายรณรงค์เข้าถึงยาจำเป็นองค์กรหมอไร้พรมแดน นพ.สุวัฒน์ วิชัยพงษ์สุกิจ จาก รพ.เทพา จ.สงขลา พญ.สายพิน หัตถิรัตน์ จาก รพ.รามมาฯ นพ.เดชา แซ่หลี่ จาก รพ.กะป้อ จ.ปัตตานี นพ.วรวิทย์ ตันติวัฒน์ทรัพย์ จาก รพ.อุ้มผาง จ.ตาก นพ.สิริชัย นามทรงศนีย์ จาก รพ.ร.กุนินารายณ์ กาฬสินธุ์ ผศ.ภญ.วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ เกษตรกรจาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คุณฌมาตยา แว่ววีรคุปต์ ลี้อจากไทยพีบีเอส (องค์กรกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย) ดร.สุนทรียา เหมือนพะวงค์ ผู้พิพากษาจากศาลอุทธรณ์ เป็นต้น

รุ่นที่ ๒ จำนวน ๒๑ คน ได้แก่ นพ.นพพร วิวัฒน์นันท์ จาก รพ.เทพปัญญา จ. เชียงใหม่ ภก.ภาณุโชติ ทองยัง เกษตรกรจาก สสจ.สมุทรสงคราม พญ.วัลย์รัตน์ ไชยฟู จาก รพ.ปางมะผ้า จ.แม่ฮ่องสอน ทพ.ดร.ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล ทันตแพทย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศ.พญ.วณิชชา ชินกองแก้ว จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล น.ส.แสงศิริ ตรีมรรคา จากมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ นายสุพจน์ หลี่จา จากมูลนิธิพัฒนาชุมชนและ



■ ลงพื้นที่ อ.ท่าสองยาง และ อ.อุ้มผาง ■ ไปศึกษาเรียนรู้ที่สังเวชนียสถาน

เขตภูเขา (พชภ.) นายอิทธิพร วันดี จากบริษัทไลอ้อน ประเทศไทย น.ส.ทัศนีย์ วีระกันต์ ฝ่ายปฏิบัติการปฏิรูประบบเพื่อคุณภาพชีวิตเกษตรกร ชุมชนและสังคม นายธีระ วัชรปราณี จากสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า นายสุรชัย ตรงงาม ทนายความจากโครงการนิติธรรมสิ่งแวดล้อม น.ส.จิตติมา โกมลนินมี ลีอัสระ นส.โสภิต หวังวิวัฒนา จากไทยพีบีเอส เป็นต้น

การพัฒนาตามโครงการนี้ ไม่เน้นการฝึกอบรมหรือการเรียนวิชาการตามหลักสูตรแบบต่างๆ ไปแต่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ เรียนรู้จากการทำงานจริงของแต่ละคน และเรียนรู้ร่วมกับองค์กรเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่เดียวกันก็เป็นโอกาสในคนขององค์กรภาคีต่างๆ ได้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปพร้อมๆ กันด้วย และสนับสนุนให้เกาะเกี่ยวกันเป็นเครือข่ายเพื่อเชื่อมโยงหนุนเสริมการทำงานเพื่อสังคมร่วมกันไปอย่างต่อเนื่อง

**การพัฒนาศักยภาพผู้นำตามโครงการนี้ เป็นการพัฒนาแบบไม่มีวันจบ และไม่มีปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตรให้ •**

“หลายคนเชื่อมั่นว่าเครื่องมือเช่นนี้  
น่าจะมีความหมายในเชิง  
การเสริมสร้างพลังทางสังคม  
ซึ่งเป็น ‘อำนาจอ่อน’ (soft power)  
ที่จะสามารถขับเคลื่อนและผลักดันสิ่งดีให้เกิดขึ้น  
และระงับยับยั้งสิ่งไม่ดีต่อสุขภาวะของประชาชน  
และสังคมให้น้อยลง”

## บทส่งท้าย

การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ทำด้วยเครื่องมือ กลไกและ  
กระบวนการต่างๆ ที่หลากหลาย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นเพียงหนึ่งใน  
เครื่องมือต่างๆ เหล่านั้นเท่านั้น

การดำเนินงานภายใต้กลไกและเครื่องต่างๆ ของ พ.ร.บ.สุขภาพ  
แห่งชาติเคลื่อนตัวไปอย่างช้าๆ ไม่หวือหวา ไม่เป็นที่สดับรับรู้ของสังคม  
วงกว้างมากนัก เพราะเป็นการทำงานพัฒนาโดยรอบๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก  
และมักจะดูเหมือนเป็นเรื่องไกลตัวประชาชนโดยทั่วไป แต่ที่จริงแล้วมีผล  
กระทบต่อประชาชนและสังคมได้มาก

“ความสำเร็จที่สำคัญที่สุด คือกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกระดับ  
พื้นที่ เฉพาะประเด็น และระดับชาติ เสียงขึ้นชมจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะ  
ฝ่ายประชาสังคม คือ การสร้างกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนา  
นโยบายสาธารณะ โดยประชาชนมีส่วนร่วม เกิดกลไกและเครือข่ายสมัชชา  
สุขภาพทั้งในระดับจังหวัดและภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำ  
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการรับฟังความคิดเห็นอย่าง  
กว้างขวาง เป็นอีกผลสำเร็จหนึ่งที่ต่อยักคุณค่าของกระบวนการพัฒนา



■ ศ.ดร.วิททอง หงษ์วิวัฒน์

■ ศาตราภิชานไกรฤทธิ์ บุญเกียรติ

■ ดร.นฤมล ทับจุมพล

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบจากล่างสู่บน...

สช. ควรขับเคลื่อนการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่าน กลไกทางสังคมวงกว้าง ทั้งภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กร ธุรกิจเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องใหม่ซึ่งการกระจายอำนาจการปกครอง ไปสู่ท้องถิ่นกำลังเข้มแข็งขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งภาคประชาชนสังคมในท้องถิ่น ก็เติบโตไม่แพ้กัน..."

ส่วนหนึ่งจากรายงานทบทวนและประเมินผลของทีมผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ศ.ดร.วิททอง หงษ์วิวัฒน์ ศาตราภิชานไกรฤทธิ์ บุญเกียรติ นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ดร.นพ.ประยงค์ เต็มชวาลา และ รศ.นิโลบล นิมกัจริทร์ สนับสนุนโดย สสส. (ธันวาคม ๒๕๕๒)

"การขยายความสุขภาพกว้างขึ้นกว่าความหมายเดิมๆ เปิดโอกาส ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ สามารถเข้ามาร่วมกำหนดนิยาม และใช้ ความรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้น ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นได้จากการที่ ภาคีเครือข่ายตั้งแต่ระดับชุมชน พื้นที่กลุ่มด้อยโอกาส ซึ่งเคยเป็นแต่เพียง ผู้รับบริการทางการแพทย์ เครือข่ายวิชาการสาขาอื่นได้เข้ามามีส่วนร่วม

ในกระบวนการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมใน ช่องทางที่ผ่านมา...

นอกจากนี้ ยังกระตุ้นให้มีการทำงานข้ามสาขาวิชา โดยเฉพาะเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขกับองค์ความรู้ด้านอื่น เช่น สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สิ่งแวดล้อม และแม้แต่องค์ความรู้พื้นบ้านที่มาจากวิถี วัฒนธรรมด้วย...

สช. ควรทบทวนนำหน้าการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนและจัดการ นโยบายที่เกิดผลในทางปฏิบัติให้มากขึ้นกว่าการก่อรูปนโยบายสาธารณะที่ เป็นอยู่ในปัจจุบัน ความสร้างบทเรียนผลสำเร็จในการมีส่วนร่วมเชิงนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพของประชาชนจากกลไกและเครื่องมือต่างๆ ของ สช. โดยมุ่งสร้างรูปธรรมทั้งในระดับนโยบาย ระดับโครงการ และระดับพื้นที่ ส่วนร่วมท้องถิ่นที่มีความหลากหลาย และเมื่อบทเรียนความสำเร็จเหล่านี้ เป็นที่ยอมรับทั้งในเชิงการมีส่วนร่วม การปกป้องสุขภาพ การสร้างอำนาจ ต่อรองให้ประชาชน ก็จะกลายเป็นวัฒนธรรมใหม่ของสังคมไทยได้"

ส่วนหนึ่งจากรายงานการประเมินผลภายนอก ภายใต้แผน ๔ ปี (๒๕๕๐ - ๒๕๕๔) รองรับการดำเนินงานตามพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยดร.นฤมล-ทับจุมพล และคณะ (กันยายน ๒๕๕๔)

การทำงานภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นงานเชิงพัฒนาปรับเปลี่ยน วิธีคิด ระบบ และกระบวนการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วม ผ่านเครื่องมือ ทางนโยบาย ไม่มีอำนาจ หรือฤทธิ์เดชใดๆ ที่จะไปหรือบังคับใครสั่งการ หน่วยงานใด หรือองค์กรใด

เป็นความเชื่อมั่นในพลังการมีส่วนร่วม ที่ต้องอาศัยจังหวะ เวลา การเรียนรู้ และความไว้วางใจกันและกัน

ในสมัยยกว้าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เมื่อเกือบ ๑๐ ปีก่อน มีหลายคนไม่เชื่อมั่นเครื่องมือเช่นนี้ เพราะมองว่าไม่มีอำนาจอะไร ทั้งอำนาจเชิงกฎหมาย อำนาจเชิงการบังคับบัญชา และอำนาจเชิงทรัพยากร

แต่ก็มีหลายคนเชื่อมั่นว่าเครื่องมือเช่นนี้ น่าจะมีความหมายในเชิงการเสริมสร้างพลังทางสังคม ซึ่งเป็น “อำนาจอ่อน” (soft power) ที่จะสามารถขับเคลื่อนและผลักดันสิ่งดีให้เกิดขึ้น และระงับยับยั้งสิ่งไม่ดีต่อสุขภาพของประชาชนและสังคมให้น้อยลง

มีบางท่านเคยให้ข้อคิดอันเป็นการพยากรณ์ไว้ว่า ฝ่ายต่างๆ ที่มีอำนาจในสังคม จะไม่ให้ความสนใจ และไม่ให้ความสำคัญกับกลไกการดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพราะดูว่าไม่มีน้ำยาอะไร แต่ถ้าวันหนึ่ง การทำงานเริ่มเห็นผล และไปมีผลกระทบเข้ากับผลประโยชน์ของคนบางกลุ่มบางหมู่ที่มีอำนาจสูงอยู่ในสังคมเดิม เมื่อนั้น ฝ่ายผู้มีอำนาจอาจจะหันมาสนใจ และหาทางเข้ามาแทรกแซง ครอบงำหรือทำลายก็ได้

**คำพยากรณ์ข้างต้น เริ่มมีเค้าลางว่าจะเป็นจริงขึ้นมาบ้างแล้ว**  
**วันนี้ผมยังเล่าไม่ได้ แต่วันข้างหน้าเมื่อกาลเทศะเหมาะสม ผมจะเขียนเล่าเพื่อเป็นบทเรียนรัฐของสังคมต่อไปด้วย •**

