



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยการประเมินผลภายนอก การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3

ศุภวัชย์ พลายน้อย และคณะ
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

กรกฎาคม 2554

คำนำ

รายงานโครงการวิจัยการประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 ฉบับนี้เป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ หลังจากที่คุณวิจัยได้นำเสนอรายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 1 ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมและการพัฒนากรอบการประเมินและตัวชี้วัด รายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 2 ซึ่งเป็น การนำเสนอรายงานผลการประเมินเบื้องต้น และร่างรายงานฉบับสมบูรณ์มาเป็นลำดับ

ในรายงานฉบับสมบูรณ์นี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญทั้งหมด 9 บท โดยบทที่ 1, 2, 3 นำเสนอที่มา หลักการ ฐานคิด และการออกแบบการประเมิน ในบทที่ 4, 5, 6, 7 เป็นการนำเสนอผลการประเมินตาม ระบบโครงสร้างกลไกในภาพรวม และตามวงจร “ขาขึ้น” ต้นน้ำ กลางน้ำ และ “ขาเคลื่อน” ปลายน้ำ และ บทสุดท้ายเป็นบทสรุปและข้อควรพิจารณาดำเนินการต่อไป

คณะผู้วิจัยจากหลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาประชากรศึกษา ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขอขอบคุณผู้มีส่วนได้เสียทุกท่าน โดยเฉพาะ บุคลากรของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและภาคีเครือข่ายที่กรุณาแบ่งปันเวลา รวมทั้งข้อมูล และความรู้ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการประเมิน คณะผู้วิจัยหวังว่ากระบวนการและผลลัพธ์ของการ ประเมินครั้งนี้จะมีส่วนในการช่วยเกื้อหนุนต่อความพยายามในการขับเคลื่อนสังคมไทยไปสู่สังคมสุขภาวะ ที่พึงปรารถนาร่วมกัน

คณะผู้วิจัย
กรกฎาคม 2554

บทคัดย่อ

โครงการวิจัยประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 (The External Evaluation of 3rd National Health Assembly 2011)

โครงการวิจัยประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินรูปแบบการจัดระบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ วิธีวิทยาที่ใช้ในการประเมินครั้งนี้ใช้แนวทางการประเมินแบบผสมวิธี ขั้นตอนหลักในการประเมินคือ 1) การพัฒนารอบแนวคิด ที่พิจารณาความเชื่อมโยงทั้งระบบ ตั้งแต่หลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ กระบวนการพัฒนาข้อเสนอนโยบาย (ขาขึ้น) หรือต้นน้ำ กระบวนการพิจารณาร่างมติในเวทีสมัชชาชาติหรือกลางน้ำ และกระบวนการนำมติไปปฏิบัติ (ขาเคลื่อน) หรือปลายน้ำ 2) พัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดการประเมิน 3) เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผล 4) นำเสนอผลเบื้องต้นแก่ผู้มีส่วนได้เสีย 5) สรุปผลการประเมิน

ผลการประเมินพบว่า หลักคิดของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติยังคงเป็นหลักคิดที่ดีเป็นที่ยอมรับ รูปแบบการจัดระบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่กำหนดไว้ในภาพรวม ก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงเป้าหมายคือ ได้มติสมัชชาสุขภาพ 9 ประเด็น แต่ยังมีช่องว่างของผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ในด้านการมีพลัง มีศรัทธาร่วม มีความเป็นเจ้าของของภาคี 3 ภาคส่วน (ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคประชาชน ภาครัฐ/ภาคการเมือง) ดังนั้นการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในครั้งต่อไป ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วม ศรัทธาร่วม และความเป็นเจ้าของในกระบวนการนโยบายของ 3 ภาคส่วน ตั้งแต่กระบวนการพัฒนาข้อเสนอโยบายหรือต้นน้ำ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการมีส่วนร่วมในกระบวนการกลางน้ำ และปลายน้ำ การมีผู้อำนวยการความสะดวกรับนโยบาย (policy facilitator) การสร้างความเข้าใจต่อสาธารณะในด้านความสำคัญและคุณค่าของกระบวนการนโยบายสาธารณะ การสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายใหม่ การรักษาความเข้มแข็ง มุ่งมั่นของเครือข่ายเดิม การจัดการความสัมพันธ์เครือข่าย รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายทั้งเครือข่ายเดิมและเครือข่ายใหม่อย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอข้างต้นเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นต่อสัมฤทธิ์ผลของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



ABSTRACT

External Evaluation of 3rd National Health Assembly 2011

This External Evaluation of the 3rd National Health Assembly 2011 aims to evaluate the system and process of the National Health Assembly and to evaluate its performance in achieving its desired outcomes. It adopts a mixed-methods methodology. The key steps in evaluation include: 1) development of a conceptual framework that considers the entire system's linkages, from the NHA's key concepts, administrative structure and mechanisms, development of policy agendas (upstream), consideration of draft resolutions in the NHA (midstream) and implementation of resolutions (downstream); 2) development of key result areas and indicators used in evaluation; 3) data collection and data analysis; 4) Findings presentation to stakeholders; 5) final report conclusion

The evaluation found that the NHA was widely accepted as a sound concept. The NHA's general system organization and process produced objective outcomes which included 9 NHA agendas. However, there were gaps in policy process outcomes in terms of empowerment, collective appreciation, and sense of ownership among partners from 3 sectors (academic/professional, civil society, government/political). Therefore, the next round in advancing the NHA should focus more on enhancing participatory policy processes, generating collective appreciation and sense of ownership among the 3 sectors. All should have a common understanding and shared vision of involvement in each step: from the development of agenda setting (upstream), which influenced the quality of midstream and downstream participation. In addition, policy facilitation, public understand of public policy processes, strengthening new partners, partnership management and continual capacity building for existing partners were necessary conditions for the NHA's success.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
บทคัดย่อ	
บทสรุปผู้บริหาร	1
บทที่ 1 บทนำ: โครงการวิจัยการประเมินผลภายนอก การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3.....	11
บทที่ 2 การพัฒนากรอบแนวคิดในการประเมินและตัวชี้วัดการประเมิน.....	15
บทที่ 3 องค์ประกอบตัวชี้วัดการประเมิน.....	51
บทที่ 4 ผลการประเมิน หลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และระบบบริหารจัดการภาพรวม.....	66
บทที่ 5 ผลการประเมิน การประเมินต้นน้ำ.....	85
บทที่ 6 ผลการประเมิน การประเมินกลางน้ำ.....	108
บทที่ 7 ผลการประเมิน การประเมินปลายน้ำ.....	140
บทที่ 8 บทสรุปผลการประเมินและข้อควรพิจารณา.....	155
บรรณานุกรม.....	164
ภาคผนวก	
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	ผลการประเมินหลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	71
4.2	ผลการประเมินระบบบริหารจัดการภาพรวม	83
5.1	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินตนเองด้านการจัดการกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสีย	88
5.2	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านการทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย	93
5.3	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านการได้มาของประเด็นหรือระเบียบวาระ	95
5.4	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านกระบวนการกระบวนการคัดเลือกและพัฒนา ระเบียบวาระ	96
5.5	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่และ ประเด็นสู่การปฏิบัติ	98
5.6	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านการขับเคลื่อนบนฐานความรู้	100
5.7	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านคุณภาพของประเด็นที่นำเข้าสู่การประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	103
5.8	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านคุณภาพของพหุภาคีที่เข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	104
6.1	การปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	110
6.2	การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดำเนินการประชุม	111
6.3	จำนวนกลุ่มเครือข่าย และจำนวนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3	113
6.4	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามการเป็นสมาชิกเครือข่าย	114
6.5	การเตรียมการของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	115
6.6	เอกสารและร่างมติประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	116
6.7	กระบวนการประชุมพิจารณาร่างมติ	117
6.8	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย จำแนกตามการเป็น สมาชิกเครือข่าย	118
6.9	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อประเด็นการประเมินกระบวนการเสริมศักยภาพ เครือข่ายของผู้ที่เข้าผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	119
6.10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อสมรรถนะที่ต้องการได้รับการพัฒนาของผู้ที่เข้า ผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	120
6.11	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามการเป็นสมาชิกเครือข่าย	121

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
6.12	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของการจัดกิจกรรมของ จำแนกตามการเป็นสมาชิกเครือข่าย	122
6.13	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อประเด็นที่ได้เรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกระบวนการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	124
6.14	เปรียบเทียบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นต่อประเด็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ	125
6.15	เปรียบเทียบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อการประเมินกระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่าย ของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่าย	126
6.16	เปรียบเทียบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นต่อประเด็นการเรียนรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ	127
6.17	ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมงานต่อการเตรียมความพร้อมและกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	128
6.18	ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมงานต่อกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย	130
6.19	ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมงานต่อกระบวนการเรียนรู้ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเรื่องที่ต้องการเรียนรู้ เพิ่มเติม	131
6.20	ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมงานต่อภาพรวมของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	132
6.21	ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมงานต่อรูปแบบการจัดงานในครั้งต่อไป	135

สารบัญแผนภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงองค์ประกอบของยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ศ.นพ.ประเวศ วะสี)	26
2	แสดงคุณลักษณะของสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ 6 ประการ	27
3	แสดงระบบและกลไกของสมัชชาสุขภาพทั้ง 3 แบบ	30
4	โครงสร้างคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553	36

บทสรุปผู้บริหาร (Executive summary)

1. บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ก่อกำเนิดขึ้นจากแนวความคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพ (Health system development) กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพจากแบบเชิงรับมาเป็นแบบเชิงรุก โดยเน้นที่ระบบการป้องกันมากกว่าการแก้ไขหรือที่เรียกว่า “สร้างนำซ่อม” ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ และนโยบายเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“สมัชชาสุขภาพ” ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่เกิดขึ้นจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยสมัชชาสุขภาพมีความหมายว่าเป็น **“กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม”**

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนด ให้จัดขึ้นในระดับชาติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในปี พ.ศ.2553 นี้ กำหนดจัดขึ้นระหว่างวันที่ 15-17 ธันวาคม 2553 ซึ่งนับเป็นครั้งที่ 3 และก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพระดับชาติระหว่างปี พ.ศ.2544-2549 รวม 6 ครั้ง (ดำเนินการโดย สปรส.) หากนับรวมการจัดในปี พ.ศ. 2553 นี้ นับว่าเป็นการจัดทั้งสิ้นแล้ว 9 ครั้ง

ทุกครั้งที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สปรส.ในอดีตและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดให้มีการประเมินผลต่อเนื่องกันมาทุกครั้ง และในปี พ.ศ.2553 ซึ่งเป็นปีที่ 3 ของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้จัดให้มีการประเมินผลขึ้นอีกครั้งหนึ่งโดยมุ่งหวังว่าผลการประเมินจะนำไปสู่การพัฒนาการดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในปีต่อ ๆ ไป

2. วัตถุประสงค์การประเมิน

1. เพื่อประเมินรูปแบบการจัดระบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร
2. เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ 5 ประการ คือ
 - 1) มีความสำคัญ มีพลัง มีศรัทธาร่วม มีความเป็นเจ้าของร่วมกัน และเป็นที่ยอมรับของสังคม
 - 2) ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความยืดหยุ่นและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
 - 3) มีความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น รวมทั้งกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอื่น ๆ
 - 4) เน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับชาติ และระดับสากล หรือประเด็นในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญ
 - 5) มีมติหรือข้อเสนอ ที่สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลได้และเป็นที่ยอมรับของสังคม

3. ขอบเขตการประเมิน

ประเภทสมัชชาสุขภาพ 3 ประเภท คือ

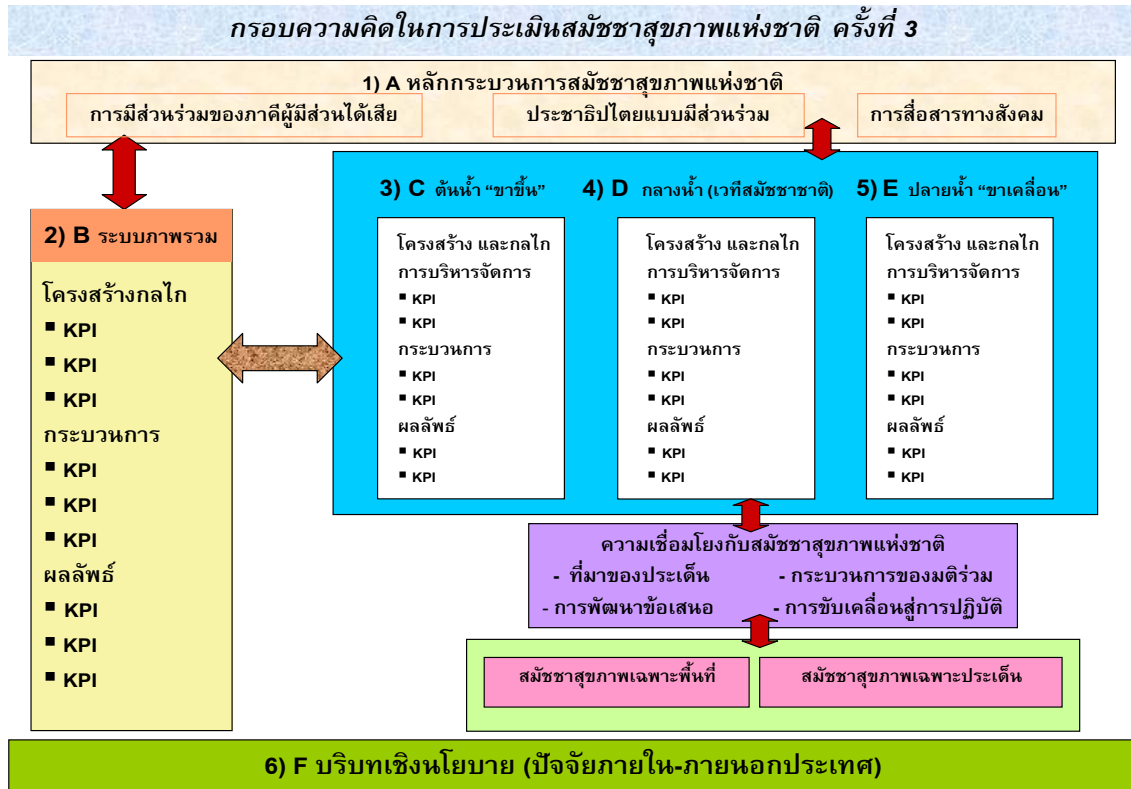
- สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่
- สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

4. ประเด็นในการประเมิน

- 1) กลไกในการดำเนินงานทั้งในส่วนของ คสช. คจสช. อนุกรรมการฝ่ายต่าง ๆ
- 2) เนื้อหาองค์ประกอบ ระเบียบวาระการประชุม การได้มาซึ่งระเบียบวาระการทำงานวิชาการต่าง ๆ
- 3) กระบวนการนโยบาย การก่อเกิดนโยบาย การตัดสินใจ การปฏิบัติตามนโยบาย การติดตามประเมินผลนโยบาย
- 4) รูปแบบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การรับรองมติ
- 5) การบริหารจัดการ การเงิน เอกสาร สถานที่
- 6) ผลที่เกิดขึ้นในเชิงรูปธรรมและนามธรรม

5. ฐานคิดในการพัฒนากรอบแนวคิดการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3

- 1) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ อย่างเป็นวงจรถัดเนื่อง (ทั้งขาขึ้น, ขาลง และเริ่มวงจรมใหม่)
- 2) กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำเป็นต้องให้ความสำคัญ ตั้งแต่การเตรียมการ คือ ต้นน้ำหรือ “ขาขึ้น” กลางน้ำ (เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ) และเมื่อสิ้นสุดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จะนำมาตีไปสู่การขับเคลื่อนในเชิงปฏิบัติ ที่เรียกว่า ปลายน้ำ หรือ “ขาลง”
- 3) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น 4 ประการ ดังนี้
 - (1) ที่มาของประเด็น
 - (2) การพัฒนาข้อเสนอ
 - (3) กระบวนการของมติร่วม
 - (4) การขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ
- 4) กระบวนการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเชิงพื้นที่และสมัชชาเชิงประเด็น ดำเนินการภายใต้คุณลักษณะที่พึงประสงค์ คือ การมีส่วนร่วม 3 ภาคี ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (ความมีพลัง มีศรัทธาร่วม ความเป็นเจ้าของ และการจัดการตนเอง) และการสื่อสารทางสังคม (สร้างการตื่นรู้ และความตระหนักร่วมของสังคม)
- 5) ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ 3 กลุ่ม (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น)
- 6) การขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 มีทุนเดิม (ที่อาจเป็นผลทางบวก/ลบ) จากการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1, 2 และมีบริบททางสังคมที่เกิดขึ้น หรือดำรงอยู่เดิมที่อาจเอื้อหรือไม่เอื้อต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ



6. องค์ประกอบและตัวชี้วัดการประเมิน (Key Performance Indicator - KPI)

องค์ประกอบและตัวชี้วัดการประเมิน ได้รับการพัฒนาขึ้นภายใต้หลักการแนวคิดและกรอบการประเมิน องค์ประกอบและตัวชี้วัดได้รับการให้นิยามความหมาย เพื่อให้ทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้องเข้าใจตรงกัน

องค์ประกอบและตัวชี้วัด มีดังนี้

ระบบประเมิน	องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด
A หลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	3	6
B ระบบบริหารจัดการภาพรวม	8	18
C การประเมินต้นน้ำ	8	21
D การประเมินกลางน้ำ	3	11
E การประเมินปลายน้ำ	3	20

วิธีวิทยาที่ใช้ในการประเมิน ใช้แนวคิดและเทคนิควิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพผสมผสานกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์เที่ยงตรงภายใต้บริบทที่เป็นจริง ดังนั้นตัวชี้วัดและการได้มาของข้อมูลตัวชี้วัดจึงประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่หลากหลายทั้งการสังเกต สัมภาษณ์แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การวิเคราะห์จากเอกสาร การใช้แบบสอบถาม การมีส่วนร่วมในกระบวนการถอดบทเรียน เป็นต้น

7. ผลการประเมินและข้อควรพิจารณา

7.1 รูปแบบการจัดระบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

1) หลักคิดของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553

สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม สำหรับสมัชชาสุขภาพประเทศไทยใช้กระบวนการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาโดยรวมพลัง 3 ส่วน คือ พลังปัญญา (ภาควิชาการ/วิชาชีพ) พลังทางสังคม (ภาคประชาชน) และพลังแห่งอำนาจรัฐ หรืออำนาจการเมือง

สมัชชาสุขภาพในประเทศไทยดำเนินการตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 40 ที่ยึดหลักการมีส่วนร่วม หลักยึดหยุ่น หลักการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนอย่างบูรณาการ และหลักดำเนินการอย่างเป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับการทำงานบนฐานข้อมูล องค์ความรู้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในแต่ละพื้นที่

หลักคิดของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 เป็นไปตามหลักคิดสมัชชาสุขภาพสากล มีความสอดคล้องกับพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ มีพลังและรูปแบบของสมัชชาสุขภาพมีความครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่ม คือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

2) ระบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ระบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่กำหนดไว้ ในภาพรวมก่อให้เกิดผลลัพธ์ได้มติดตามเป้าหมาย แต่ยังมีช่องว่างในการยกระดับผลลัพธ์เชิงกระบวนการ คุณภาพการจัดการและคุณภาพผลงาน (รายละเอียดจะนำเสนอในข้อควรพิจารณา)

7.2 การประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์

การประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ 5 ประการ สรุปผลการประเมินได้ดังนี้

ผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย	ผลการประเมิน
1. มีความสำคัญมีพลัง มีศรัทธาร่วม มีความเป็นเจ้าของร่วมกันและเป็นที่ยอมรับของสังคม	1. กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีความสำคัญมีพลังในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ แต่ยังมีข้อจำกัดในความเป็นเจ้าของร่วมกัน และเป็นที่ยอมรับของสังคมวงกว้าง
2. ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความยืดหยุ่น และมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน	2. การดำเนินกระบวนการสมัชชาสุขภาพดำเนินการอย่างมีขั้นตอนเป็นระบบ มีความยืดหยุ่น แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องความเร่งรัดในบางขั้นตอน และยังขาดความสมดุลของการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งคุณภาพการมีส่วนร่วม

ผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย	ผลการประเมิน
<p>3. ความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น รวมทั้งกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอื่นๆ</p>	<p>3. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ในด้านที่มาของประเด็นเชิงนโยบาย และกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย มีกระบวนการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากองค์กรหน่วยงาน และภาคีเครือข่าย และเชื่อมโยงข้อมูลวิชาการ และข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การขับเคลื่อนในพื้นที่ แต่เงื่อนไขของความสำเร็จขึ้นอยู่กับทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมในพื้นที่กับความสอดคล้องกับประเด็นที่พื้นที่ได้รับการหนุนเสริมจากหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ</p>
<p>4. เน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับชาติ และระดับสากล หรือประเด็นระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญ</p>	<p>4. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 มีทั้งประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับสากล ระดับชาติ ระดับพื้นที่ แต่น้ำหนักส่วนใหญ่ของประเด็นนโยบายสาธารณะเป็นประเด็นระดับชาติ หรือระดับสากล จึงมีเพียงบางพื้นที่เท่านั้นที่มีประเด็นทางนโยบายของตนที่สอดคล้องกับระดับชาติ และระดับสากล มีความจำเป็นที่พื้นที่ต้องรับรู้และให้ความสนใจประเด็นในระดับมหภาคเพิ่มขึ้น เนื่องจากในที่สุดจะมีผลกระทบต่อพื้นที่ ข้อมูลเชิงวิชาการที่สนับสนุนประเด็น หลายประเด็นมีสาระเป็นข้อมูลเชิงเทคนิคที่ไม่ง่ายต่อการสื่อสารทำความเข้าใจกับสาธารณะและบางเรื่องยังเป็นข้อถกเถียงเชิงวิชาการที่ยังไม่มีข้อสรุปตกผลึก สำหรับประเด็นเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็นต้องการการหนุนเสริมความเข้มแข็งของข้อมูลวิชาการ</p>
<p>5. มีมติหรือข้อเสนอที่สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลได้ และเป็นที่ยอมรับทางสังคม</p>	<p>5. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 มีมติ 9 ประเด็น (รวมทั้งประเด็นการป้องกันผลกระทบจากความตกลงการค้าเสรีที่เป็นวาระเร่งด่วน แต่ไม่รวมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา) มติบางมติได้รับการตอบสนองนำไปปฏิบัติ เช่น การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม แต่บางมตียังมีข้อถกเถียงในเรื่องผลประโยชน์ที่ได้รับ และสิ่งที่ต้องแลก (trade-off) และบางมตินำเสนอในภาพกว้าง ขาดข้อเสนอที่เป็นนวัตกรรมทางเลือก (policy option) จึงมีผลต่อการขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ</p>

7.3 ข้อควรพิจารณาในการพัฒนารูปแบบ การจัดระบบกระบวนการ และผลสัมฤทธิ์สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการและคุณภาพผลงาน คณะผู้ประเมินมีข้อเสนอเพื่อการพิจารณาดังนี้

7.3.1 ด้านหลักคิดของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- 1) ในภาพรวมสังคมยังขาดความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของสมัชชาสุขภาพ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม จึงควรพัฒนาความรู้ความเข้าใจในเรื่องสมัชชาสุขภาพ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในสมาชิกของสังคมโดยรวมให้เกิดขึ้นโดยเร็วและดำเนินการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง
- 2) ยุทธศาสตร์พลัง 3 ส่วน ยังขาดความสมดุล พลังปัญญา (ภาควิชาการ/และวิชาชีพ) มีส่วนร่วมน้อย ภาควิชาสถาบันอุดมศึกษาควรได้รับการผลักดันให้แสดงบทบาทและความรับผิดชอบในการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ภาคประชาชนควรได้รับการพัฒนาความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง และภาครัฐหรือภาคการเมืองต้องมีการผลักดันให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการใช้อำนาจแบบ top-down มาสู่การทำงานแนวระนาบ การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรผนวกการผสมพลัง 3 ภาคส่วนตลอดกระบวนการตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ ในกระบวนการต้นน้ำการพัฒนาข้อเสนอนโยบายจากปัญหาสาธารณะที่เป็นความต้องการร่วมของ 3 ภาคส่วน จะสามารถสร้างความเป็นเจ้าของเพิ่มขึ้นได้

อนึ่ง ในระหว่างกระบวนการกลางน้ำและปลายน้ำที่ทุกภาคส่วนเรียนรู้และเติบโตไปด้วยกันจะสร้างความเข้มแข็งในกระบวนการนโยบายสาธารณะแก่สังคม

- 3) การสื่อสารทางสังคม ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารสาธารณะที่เป็นระบบต่อเนื่องและหลากหลายในทุกภาคส่วน

7.3.2 ด้านรูปแบบระบบกลไก

- 1) ลดอำนาจของกลไกส่วนกลางให้เน้นไปทำหน้าที่สนับสนุน (facilitate, support) และพัฒนาความเข้มแข็งกลไกระดับพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาความเชื่อมโยงกลไกระดับพื้นที่และส่วนกลางอย่างเป็นระบบ
- 2) จัดให้มีกระบวนการ share vision/share mission ของภาคี 3 ภาคส่วน และยกระดับการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ที่สร้างการมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์ของภาคีภาควิชาการ/ภาควิชาชีพที่เป็นหลักในการสร้างองค์ความรู้ และภาคีภาคราชการและการเมืองที่มีพลังในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
- 3) ควรมีระบบและกลไกการพัฒนาศักยภาพของสมาชิก และองค์กรเครือข่ายสมัชชาทั้ง 3 ภาคีให้มีความศรัทธาและพร้อมต่อการเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งระบบการ

- จัดการความสัมพันธ์ของเครือข่าย (partnership management) ทั้งภายในเครือข่ายและระหว่างเครือข่าย
- 4) มีกลไกการติดตามและประเมินอย่างเชื่อมโยงและเป็นระบบทั้งส่วนสมัชชาชาติ สมัชชาเฉพาะพื้นที่ และเฉพาะประเด็น ที่สามารถสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างทันการณณ์ (constant feedback)
 - 5) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การตัดสินใจต้องอยู่บนพื้นฐานข้อมูลวิชาการที่เพียงพอทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ควรสร้างโครงสร้างแรงจูงใจให้ภาคีภาคีวิชาการมีบทบาทเห็นความสำคัญ มีส่วนร่วมและสนับสนุนพลังทางวิชาการมากขึ้น
 - 6) จุดเด่นของสมัชชา คือ การเสวนาเรียนรู้ระหว่างกันภายใต้หลักฐานข้อมูล ภาคีภาคีวิชาการ/วิชาชีพ ควรได้รับการสนับสนุนให้มีความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ข้อเสนอจนถึงการขับเคลื่อนมติ
 - 7) พัฒนากลไกปรับดุลอำนาจของ 3 ภาคส่วนให้มีความสมดุลในความสัมพันธ์โดยเฉพาะความสมดุลด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (power relation)
 - 8) รูปแบบกลไกสมัชชาสุขภาพที่ยึดตาม รูปแบบขององค์กรอนามัยโลกถูกต้องข้อสังเกตถึงความเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมการเรียนรู้ของสังคมไทย ข้อควรพิจารณาในประเด็นนี้ คือ ควรวิจัยและพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เหมาะสม โดยรูปแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น อาจไม่จำเป็นต้องมีขั้นตอนกระบวนการเหมือนกันอาจแตกต่างกันตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่นั้น แต่ทุกขั้นตอนกระบวนการยึดหลักการการมีส่วนร่วมและถกแถลงโต้แย้งด้วยข้อมูลเหตุผล และได้ข้อสรุปอย่างมีฉันทามติ
 - 9) ประเด็นสมัชชาที่มีทั้งประเด็นเย็นที่มีความเห็นร่วมสอดคล้องเชิงวิชาการสูง ในขณะที่ประเด็นร้อนจะมีความเห็นต่างและมีข้อขัดแย้งเชิงวิชาการและผลประโยชน์อาจออกแบบขั้นตอนกระบวนการสมัชชาแตกต่างกัน

7.3.3 ด้านกระบวนการต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ

- 1) ประเด็นปัญหาที่จะนำมาสู่กระบวนการนโยบายสาธารณะระดับชาติในแต่ละช่วงปีไม่จำเป็นต้องมีหลายประเด็น แต่ควรเป็นประเด็นที่สนองความต้องการในการแก้ปัญหาของสาธารณะอย่างแท้จริง เพราะจะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีพลังร่วมที่เป็นปึกแผ่นในการขับเคลื่อน ควรเป็นประเด็นนโยบายใหม่หรือประเด็นนโยบายเดิมที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งหรือความไม่เป็นธรรมในสังคม
- 2) ให้ความสำคัญในการคัดเลือกและวิเคราะห์เครือข่ายภาคีในแต่ละประเด็น เพื่อให้ได้ตัวแทนเครือข่ายที่ตรงประเด็นที่ครอบคลุมทุกภาคส่วน ในขณะที่เดียวกันอาจมีความจำเป็นที่ต้องทำความเข้าใจเรื่อง “ความเป็นตัวแทนของเครือข่าย”

- 3) ให้นำหนักความสำคัญในกระบวนการพัฒนาระเบียบวาระจากพื้นที่ที่เน้นสร้างการเรียนรู้ (learning) มากกว่ารับรู้ (reception) การมีส่วนร่วมมากกว่าเพียงการร่วมมือ การหนุนเสริมทางวิชาการของภาควิชาการในพื้นที่ตลอดกระบวนการเป็นสิ่งสำคัญ
- 4) มีการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนินการประชุมให้เข้าใจ สิทธิหน้าที่ กติกาและกระบวนการ โดยในพื้นที่อาจมอบให้เป็นบทบาทของแกนนำเครือข่ายช่วยทำหน้าที่นี้
- 5) การเสนอวาระเร่งด่วนมีการดำเนินการอย่างรีบเร่งจึงควรทบทวนแนวปฏิบัติ ในเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการให้มีความเหมาะสม ควรให้มีระยะเวลาพอเพียงในการจัดทำร่างเอกสาร และผ่านกระบวนการพิจารณาจากเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสียอย่างลุ่มลึกรอบด้านมากขึ้น
- 6) ควรมีการนำเสนอนวัตกรรมต้นแบบการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพของพื้นที่ที่ดำเนินการได้จริงเพื่อเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้แก่พื้นที่อื่นๆ
- 7) ให้ความสำคัญในการปรับทัศนคติที่มีต่อกันระหว่าง 3 ภาคี ให้เกิดความเป็นกัลยาณมิตรในการทำงานที่มีความเท่าเทียมกันที่มีคู่แข่ง หรือศัตรูคู่ตรงข้าม หากแต่ยอมรับการอยู่ร่วมกันและการต้องจัดการประเด็นทางสังคมร่วมกัน

8. คุณค่าสิ่งที่ดีของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553

จากผลการประเมินและการถอดบทเรียน พบว่า กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 มีสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นหลายประการดังต่อไปนี้

- 1) เป็นเวทีสาธารณะเปิดโอกาสให้กับผู้ที่ไม่เคยมีโอกาสได้เสนอปัญหาความทุกข์ร้อน และร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะ
- 2) เป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพประชาชนให้เป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ (active citizen)
- 3) สร้างกระบวนการเรียนรู้การทำงานร่วมกันในการเผชิญปัญหาที่มีความรุนแรงและเร่งด่วนในสังคม
- 4) มีการใช้องค์ความรู้เชิงวิชาการ เป็นข้อมูลสนับสนุนการหาทางออกร่วมกัน เพื่อการคลี่คลายปัญหาอย่างสันติและมีขั้นตอนธรรม
- 5) กระบวนการสมัชชาระดับชาติเป็นพื้นที่ในการสร้างผู้นำสมัชชาระดับพื้นที่

กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติช่วยให้คนในสังคมมีพื้นที่สาธารณะของการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ตนเองและเรียนรู้ผู้อื่น การรู้เขารู้เราจะลดช่องว่างของความขัดแย้ง และจะนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างเสมอภาคและเป็นธรรมในสังคม

9. การใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน

การประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กระบวนการประเมินเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ที่เชื่อมั่นว่าการประเมินที่ดำเนินการภายใต้หลักการมีส่วนร่วมการเรียนรู้ประเมินตนเองและเสริมพลัง จะเป็นกลไกที่สำคัญในการสร้างความรู้เพื่อบริหารจัดการประเด็นปัญหาที่ซับซ้อน และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบัน ดังนั้นข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสารและการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามจะได้รับการนำมาสังเคราะห์เป็นผลการประเมินเบื้องต้น และเป็นข้อมูลป้อนกลับสู่ผู้บริหารและภาคีเครือข่าย เพื่อก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์การเรียนรู้จากผลการประเมินร่วมกัน คณะผู้ประเมินได้นำเสนอผลการประเมินในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมิน 2 เวที คือ

- 1) เวทีสรุปบทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 ณ ภูวนาสีรีสอร์ท เขาใหญ่ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ในวันที่ 6 มกราคม 2554 มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 70 คน ประกอบด้วยผู้บริหารและคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ รวมทั้งบุคลากรที่จะทำหน้าที่ในคณะกรรมการชุดใหม่ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ.2554
- 2) เวทีการประชุมปฏิบัติการ “การจัดการความรู้จากการประเมินเพื่อการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” วันที่ 12 มีนาคม 2554 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง กรุงเทพฯ มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 50 คน ประกอบด้วย แกนนำภาคีเครือข่ายเฉพาะพื้นที่ เครือข่ายเฉพาะประเด็น เครือข่ายภาควิชาการ และบุคลากรสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

โดยวัตถุประสงค์หลักของทั้ง 2 เวที เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 ได้ครุ่นคิดทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาด้วยวิถีวิทยาการถอดบทเรียนผนวกกับการเรียนรู้ผลการประเมินที่ได้จากคณะผู้ประเมิน โดยจุดเน้นที่สำคัญของเวที คือ **ใช้ความรู้จากการประเมินไปสู่การกำหนดทิศทางการดำเนินงานในอนาคตร่วมกัน**

ผลการจัดประชุม 2 เวที พบว่าผู้บริหาร และคณะกรรมการทั้งชุดเก่า และใหม่ รวมทั้งภาคีเครือข่ายได้ร่วมเรียนรู้ผลการประเมินเบื้องต้น ที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีต่อไป

ส่งท้าย:

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการต่อเนื่องทุกปีมาเป็นระยะเวลา 3 ปี สมัชชาสุขภาพเป็น “กระบวนการ” ที่ให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยน “องค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์” เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยจัดให้มีการประชุม “อย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” ความสำเร็จของสมัชชาสุขภาพจึงไม่เพียงได้ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแต่ความสำคัญอยู่ที่ “กระบวนการ” ที่ได้มาของข้อเสนอแนะนโยบาย หากพิจารณาความสำเร็จในเชิงมิติที่เกิดขึ้นในสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 1 จำนวน 14 มติ ครั้งที่ 2 จำนวน 11 มติ ครั้งที่ 3 จำนวน 9 มติ (ไม่นับรวมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา) รวมทั้งสิ้นมีข้อเสนอมติสมัชชา 34 มติ ซึ่งนับว่าประสบความสำเร็จในเป้าหมายเชิงปริมาณ แต่ความสำเร็จเชิง “กระบวนการ” ที่หวังผลกรมีส่วนร่วมของภาคีภาคส่วนต่างๆ ในการแลกเปลี่ยน “องค์ความรู้”

และการเรียนรู้อย่างสมานฉันท์” มีการพัฒนาไปได้ไม่มากนัก ผลการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปีได้สะท้อนโอกาสของการพัฒนา แต่การพัฒนาอาจมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาความเชื่อมโยงองค์รวมทั้งระบบ และเลือกกลยุทธ์เชิงนวัตกรรมที่เป็นไปได้มาทดลองดำเนินงาน การขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในปีต่อ ๆ ไปควรให้น้ำหนักความสำคัญในการออกแบบกิจกรรมที่คำนึงถึงผลลัพธ์เชิงกระบวนการให้มากขึ้น และผู้มีส่วนได้เสียพึงตระหนักว่าผลลัพธ์เชิงกระบวนการจำเป็นต้องอาศัยการบ่มเพาะที่ประณีต นอกจากนี้ยังควรนำเอาปรากฏการณ์ปัจจัยเงื่อนไขรูปธรรมการขับเคลื่อนนโยบายที่เป็นผลมาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแต่ละครั้งมาเรียนรู้ร่วมกันทั้งในด้านกระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (results) มากขึ้น แทนที่จะมุ่งผลิตข้อเสนอเชิงนโยบายเป็นหลักเช่นที่ผ่านมา

ในหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมาสมัชชาสุขภาพก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายในกระบวนการนโยบายสาธารณะก่อให้เกิดความตื่นตัวของสังคมด้านสุขภาวะได้ระดับหนึ่ง จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้ของสังคมให้เพิ่มขึ้น ในทศวรรษหน้าการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพต้องเผชิญกับบริบททางสังคมและการเมืองที่ซับซ้อนมากขึ้น สมัชชาสุขภาพจำเป็นต้องแสวงหาเครื่องมือทางสังคมใหม่ ๆ และสานพลังร่วมกับ “สมัชชาอื่น ๆ” และการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสียที่มีมากขึ้นในสังคมไทย

บทที่ 1

บทนำ: โครงการวิจัยประเมินผลภายนอก การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3

1. ความเป็นมา

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ก่อกำเนิดขึ้นจากแนวความคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพ (Health system development) กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพจากแบบเชิงรับมาเป็นแบบเชิงรุก โดยเน้นที่ระบบการป้องกันมากกว่าการแก้ไขหรือที่เรียกว่า “สร้างนำซ่อม” ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและนโยบายเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ด้วยวัตถุประสงค์ของการประกาศใช้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ให้เป็นกฎหมายแม่บทในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมุ่งสนับสนุนให้ประชาชนรู้เท่าทัน และมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมระบบและนโยบายสุขภาพที่ดี อันจะทำให้ประชาชนสามารถดูแลและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงได้บัญญัติรับรองสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพไว้หลายประการ รวมถึงการจัดให้มีองค์กร/กลไกเพื่อรองรับการดำเนินงานดังกล่าว

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นกลไกที่จัดตั้งขึ้นภายใต้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็นหน่วยงานนิติบุคคลในกำกับนายกรัฐมนตรีและเป็นองค์กรเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) แม้ว่า สช.จะเป็นองค์กรที่เพิ่งก่อตั้งขึ้นใหม่อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ.2550 แต่กระบวนการรวมทั้งขบวนการและระบบการขับเคลื่อนสู่ภาวะความเป็นสถาบันขององค์กรนี้ ได้มีประวัติพัฒนาการเรียนรู้ในกระบวนการนโยบาย (policy process) ของแกนนำผู้เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายมาก่อนหน้านั้นแล้ว นับระยะเวลาถึงปัจจุบันรวมประมาณ 10 ปี ภายใต้การขับเคลื่อนหลักของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

การดำเนินงานตามพันธกิจของ สช. ในด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม นั้น ใช้วิธีการ **“สมัชชาสุขภาพ”** ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่เกิดขึ้นจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยได้ให้ความหมายสมัชชาสุขภาพไว้ว่าเป็น **“กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม”**

วัตถุประสงค์ที่สำคัญของสมัชชาสุขภาพคือ การเปิดพื้นที่สาธารณะทางสังคมอย่างกว้างขวาง และหลากหลาย เพื่อให้ฝ่ายต่าง ๆ ในสังคม ได้มีพื้นที่ในการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อค้นหาทางออกหรือการมีข้อเสนอในการปฏิบัติต่อฝ่ายต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่มุ่งหวังให้เกิดการผลักดันไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาวะรวมทั้งการนำไปสู่การพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ ที่ดีงาม

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนดให้จัดขึ้นในระดับชาติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในปี พ.ศ.2553 นี้ กำหนดจัดขึ้นระหว่างวันที่ 15-17 ธันวาคม 2553 ซึ่งนับเป็นครั้งที่ 3 และก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพระดับชาติระหว่างปี พ.ศ.2544-2549 รวม 6 ครั้ง (โดย สปรส.) หากนับรวมการจัดในปี พ.ศ.2553 นี้ นับว่าเป็นการจัดทั้งสิ้นแล้ว 9 ครั้ง

ทุกครั้งที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สปรส.ในอดีตและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดให้มีการประเมินผลต่อเนื่องกันมาทุกครั้ง และในปี พ.ศ.2553 ซึ่งเป็นปีที่ 3 ของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีกฎหมายรองรับภายใต้บทบาทของ สช. ได้มอบหมายให้คณาจารย์และนักวิจัยจากสาขาวิชาประชากรศึกษา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นคณะผู้รับผิดชอบดำเนินการ

2. วัตถุประสงค์การประเมิน

1. เพื่อประเมินรูปแบบการจัดระบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
2. เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ 5 ประการ*

3. ขอบเขตการประเมิน

ประเภทสมัชชาสุขภาพ 3 ประเภท คือ

- สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่
- สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

* ได้แก่ 1) มีความสำคัญ มีพลัง มีศรัทธาร่วม มีความเป็นเจ้าของร่วมกัน และเป็นที่ยอมรับของสังคม 2) ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความยืดหยุ่นและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 3) มีความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น รวมทั้งกระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะอื่น ๆ 4) เน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับชาติ และระดับสากล หรือประเด็นในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญ และ 5) มีมติหรือข้อเสนอ ที่สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลได้และเป็นที่ยอมรับของสังคม

4. ประเด็นในการประเมิน

- 1) กลไกในการดำเนินงานทั้งในส่วนของ คสช. คจสช. อนุกรรมการฝ่ายต่าง ๆ
- 2) เนื้อหาคำประกอบ ระเบียบวาระการประชุม การได้มาซึ่งระเบียบวาระการทำงานวิชาการต่าง ๆ
- 3) กระบวนการนโยบาย การก่อเกิดนโยบาย การตัดสินใจ การปฏิบัติตามนโยบาย การติดตามประเมินผลนโยบาย
- 4) รูปแบบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การรับรองมติ
- 5) การบริหารจัดการ การเงิน เอกสาร สถานที่
- 6) ผลที่เกิดขึ้นในเชิงรูปธรรมและนามธรรม

5. วิธีวิทยาในการประเมิน (Evaluation Methodology)

การประเมินครั้งนี้เป็นการประเมินภายนอก (External Evaluation) มุ่งตอบโจทย์การประเมินที่กำหนดขึ้น โดยคณะอนุกรรมการประเมินผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2553

วิธีวิทยาที่จะใช้ในการประเมินครั้งนี้ ใช้แนวทางประเมินแบบบูรณาการหรือแบบผสมวิธี (Mixed-methodology) พิจารณา 3 องค์ประกอบหลักคือ การออกแบบโครงการ การดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนหลัก ๆ ในการดำเนินการประเมิน

- 1) ทบทวนวรรณกรรมและวางกรอบการประเมิน โดยพิจารณาความครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้
 - Concept design
 - Program design
 - Session design
 - Activity design
 - Program management
 - Program results
- 2) พัฒนารอบการประเมิน
- 3) สร้างตัวชี้วัดหลัก (Key Result Areas-KRAs) และตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Key Performance Indicators-KPIs) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- 4) กำหนดหน่วยงานการประเมิน (Unit of analysis) แหล่งข้อมูล (Sources of data) เครื่องมือ/วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collecting methods) และวางแผน ออกแบบ การวิเคราะห์ข้อมูลการประเมิน รวมทั้งรูปแบบการรายงานผล
- 5) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสารและผู้มีส่วนได้เสีย

- 6) วิเคราะห์ข้อมูล-จัดทำรายงานผลการประเมินเบื้องต้น
- 7) จัดการความรู้จากการประเมินโดยนำเสนอผลต่อผู้บริหาร และภาคีผู้มีส่วนได้เสียเพื่อการวางแผนในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในปีต่อไป
- 8) การจัดทำรายงานการประเมิน 3 ฉบับ ดังนี้
 - 8.1 รายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 1 รายงานรายละเอียดของการทบทวนวรรณกรรม และการพัฒนากกรอบแนวคิดในการประเมิน และตัวชี้วัดในการประเมิน
 - 8.2 รายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 2 เป็นรายงานผลเบื้องต้นจากการประเมิน
 - 8.3 ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์
 - 8.4 รายงานฉบับสมบูรณ์
- 9) ระยะเวลาดำเนินการประเมินระหว่างเดือนสิงหาคม 2553-พฤษภาคม 2554

6. จริยธรรมการวิจัย

การประเมินครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (สาขาสังคมศาสตร์) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองหมายเลข COA.No.2010/112.2511

7. ผลที่ได้รับจากการประเมิน

ได้ข้อเสนอในการยกระดับคุณภาพการจัดการ (management) และยกระดับคุณภาพผลงาน (performance) ของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 1

บทนำ: โครงการวิจัยประเมินผลภายนอก การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3

1. ความเป็นมา

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ก่อกำเนิดขึ้นจากแนวความคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพ (Health system development) กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพจากแบบเชิงรับมาเป็นแบบเชิงรุก โดยเน้นที่ระบบการป้องกันมากกว่าการแก้ไขหรือที่เรียกว่า “สร้างนำซ่อม” ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและนโยบายเพื่อนำไปสู่วิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ด้วยวัตถุประสงค์ของการประกาศใช้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ให้เป็นกฎหมายแม่บทในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมุ่งสนับสนุนให้ประชาชนรู้เท่าทัน และมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมระบบและนโยบายสุขภาพที่ดี อันจะทำให้ประชาชนสามารถดูแลและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงได้บัญญัติรับรองสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพไว้หลายประการ รวมถึงการจัดให้มีองค์กร/กลไกเพื่อรองรับการดำเนินงานดังกล่าว

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นกลไกที่จัดตั้งขึ้นภายใต้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็นหน่วยงานนิติบุคคลในกำกับนายกรัฐมนตรีและเป็นองค์กรเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) แม้ว่า สช.จะเป็นองค์กรที่เพิ่งก่อตั้งขึ้นใหม่อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ.2550 แต่กระบวนการรวมทั้งขบวนการและระบบการขับเคลื่อนสู่ภาวะความเป็นสถาบันขององค์กรนี้ ได้มีประวัติพัฒนาการเรียนรู้ในกระบวนการนโยบาย (policy process) ของแกนนำผู้เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายมาก่อนหน้านั้นแล้ว นับระยะเวลาถึงปัจจุบันรวมประมาณ 10 ปี ภายใต้การขับเคลื่อนหลักของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

การดำเนินงานตามพันธกิจของ สช. ในด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม นั้น ใช้วิธีการ **“สมัชชาสุขภาพ”** ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่เกิดขึ้นจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยได้ให้ความหมายสมัชชาสุขภาพไว้ว่าเป็น **“กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม”**

วัตถุประสงค์ที่สำคัญของสมัชชาสุขภาพคือ การเปิดพื้นที่สาธารณะทางสังคมอย่างกว้างขวาง และหลากหลาย เพื่อให้ฝ่ายต่าง ๆ ในสังคม ได้มีพื้นที่ในการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อค้นหาทางออกหรือการมีข้อเสนอในการปฏิบัติต่อฝ่ายต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่มุ่งหวังให้เกิดการผลักดันไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาวะรวมทั้งการนำไปสู่การพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ ที่ดีงาม

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนดให้จัดขึ้นในระดับชาติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในปี พ.ศ.2553 นี้ กำหนดจัดขึ้นระหว่างวันที่ 15-17 ธันวาคม 2553 ซึ่งนับเป็นครั้งที่ 3 และก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพระดับชาติระหว่างปี พ.ศ.2544-2549 รวม 6 ครั้ง (โดย สปรส.) หากนับรวมการจัดในปี พ.ศ.2553 นี้ นับว่าเป็นการจัดทั้งสิ้นแล้ว 9 ครั้ง

ทุกครั้งที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สปรส.ในอดีตและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดให้มีการประเมินผลต่อเนื่องกันมาทุกครั้ง และในปี พ.ศ.2553 ซึ่งเป็นปีที่ 3 ของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีกฎหมายรองรับภายใต้บทบาทของ สช. ได้มอบหมายให้คณาจารย์และนักวิจัยจากสาขาวิชาประชากรศึกษา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นคณะผู้รับผิดชอบดำเนินการ

2. วัตถุประสงค์การประเมิน

1. เพื่อประเมินรูปแบบการจัดระบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
2. เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ 5 ประการ*

3. ขอบเขตการประเมิน

ประเภทสมัชชาสุขภาพ 3 ประเภท คือ

- สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่
- สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

* ได้แก่ 1) มีความสำคัญ มีพลัง มีศรัทธาร่วม มีความเป็นเจ้าของร่วมกัน และเป็นที่ยอมรับของสังคม 2) ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความยืดหยุ่นและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 3) มีความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น รวมทั้งกระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะอื่น ๆ 4) เน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับชาติ และระดับสากล หรือประเด็นในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญ และ 5) มีมติหรือข้อเสนอ ที่สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลได้และเป็นที่ยอมรับของสังคม

4. ประเด็นในการประเมิน

- 1) กลไกในการดำเนินงานทั้งในส่วนของ คสช. คจสช. อนุกรรมการฝ่ายต่าง ๆ
- 2) เนื้อหาคำประกอบ ระเบียบวาระการประชุม การได้มาซึ่งระเบียบวาระการทำงานวิชาการต่าง ๆ
- 3) กระบวนการนโยบาย การก่อเกิดนโยบาย การตัดสินใจ การปฏิบัติตามนโยบาย การติดตามประเมินผลนโยบาย
- 4) รูปแบบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การรับรองมติ
- 5) การบริหารจัดการ การเงิน เอกสาร สถานที่
- 6) ผลที่เกิดขึ้นในเชิงรูปธรรมและนามธรรม

5. วิธีวิทยาในการประเมิน (Evaluation Methodology)

การประเมินครั้งนี้เป็นการประเมินภายนอก (External Evaluation) มุ่งตอบโจทย์การประเมินที่กำหนดขึ้น โดยคณะอนุกรรมการประเมินผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2553

วิธีวิทยาที่จะใช้ในการประเมินครั้งนี้ ใช้แนวทางประเมินแบบบูรณาการหรือแบบผสมวิธี (Mixed-methodology) พิจารณา 3 องค์ประกอบหลักคือ การออกแบบโครงการ การดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนหลัก ๆ ในการดำเนินการประเมิน

- 1) ทบทวนวรรณกรรมและวางกรอบการประเมิน โดยพิจารณาความครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้
 - Concept design
 - Program design
 - Session design
 - Activity design
 - Program management
 - Program results
- 2) พัฒนารอบการประเมิน
- 3) สร้างตัวชี้วัดหลัก (Key Result Areas-KRAs) และตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Key Performance Indicators-KPIs) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- 4) กำหนดหน่วยงานการประเมิน (Unit of analysis) แหล่งข้อมูล (Sources of data) เครื่องมือ/วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collecting methods) และวางแผน ออกแบบ การวิเคราะห์ข้อมูลการประเมิน รวมทั้งรูปแบบการรายงานผล
- 5) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสารและผู้มีส่วนได้เสีย

- 6) วิเคราะห์ข้อมูล-จัดทำรายงานผลการประเมินเบื้องต้น
- 7) จัดการความรู้จากการประเมินโดยนำเสนอผลต่อผู้บริหาร และภาคีผู้มีส่วนได้เสียเพื่อการวางแผนในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในปีต่อไป
- 8) การจัดทำรายงานการประเมิน 3 ฉบับ ดังนี้
 - 8.1 รายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 1 รายงานรายละเอียดของการทบทวนวรรณกรรม และการพัฒนากกรอบแนวคิดในการประเมิน และตัวชี้วัดในการประเมิน
 - 8.2 รายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 2 เป็นรายงานผลเบื้องต้นจากการประเมิน
 - 8.3 ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์
 - 8.4 รายงานฉบับสมบูรณ์
- 9) ระยะเวลาดำเนินการประเมินระหว่างเดือนสิงหาคม 2553-พฤษภาคม 2554

6. จริยธรรมการวิจัย

การประเมินครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (สาขาสังคมศาสตร์) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองหมายเลข COA.No.2010/112.2511

7. ผลที่ได้รับจากการประเมิน

ได้ข้อเสนอในการยกระดับคุณภาพการจัดการ (management) และยกระดับคุณภาพผลงาน (performance) ของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 2

การพัฒนากรอบแนวคิดในการประเมินและตัวชี้วัดการประเมิน

ในการพัฒนากรอบการประเมินผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ คณะผู้ประเมินได้ทำการทบทวน (review) องค์กรความรู้เรื่องที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นฐานความคิดในการออกแบบกรอบแนวคิดในการประเมิน ดังนี้

- 2.1 องค์กรความรู้และอัตลักษณ์ของสมัชชาสุขภาพ
- 2.2 แนวคิด/ตัวแบบการประเมิน
- 2.3 การพัฒนากลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ
- 2.4 ผลการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 และ 2
- 2.5 ที่มาของประเด็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3

2.1 องค์กรความรู้และอัตลักษณ์ของสมัชชาสุขภาพ

2.1.1 หลักสากลของสมัชชา (assembly or general assembly)

1) วัตถุประสงค์ของการจัดสมัชชา

สมัชชา เป็นกระบวนการดำเนินงานร่วมกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอันเป็นประเด็นการประชุมสมัชชาอย่างมีระบบ สม่่าเสมอและต่อเนื่อง ระหว่างภาคีสมาชิกที่มีปณิธานและเป้าหมายร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้มแข็งและความก้าวหน้าให้ชุมชนและสังคม อันจะก่อให้เกิดการพัฒนาสังคมอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน การจัดสมัชชาไม่ว่าจะเป็นการประชุมสมัชชาในระดับพื้นที่ ระดับภูมิภาค ระดับชาติ หรือระดับนานาชาติ มีวัตถุประสงค์หลักคล้ายคลึงกัน แต่มีการกำหนดขอบข่ายของวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันได้ตามระดับของสมัชชา วัตถุประสงค์ของการจัดสมัชชาโดยทั่วไปมีดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย และคณะ, 2551)

(1) เพื่อสร้างกระแสในวงกว้าง กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว ปลุกเร้าให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาเรื่องที่เป็นประเด็นการประชุมสมัชชา รวมทั้งเพื่อสร้างความสนใจ เสนอความรู้และให้ข้อมูลที่ทันสมัยแก่ประชาชนเพื่อให้ได้รับรู้ข่าวสาร และสถานการณ์ในเรื่องที่เป็นประเด็นการประชุมสมัชชา และรูปแบบกลไกการขับเคลื่อนแบบสมัชชา

(2) เพื่อส่งเสริม สนับสนุน เชื่อมประสานให้เกิดและขยายเครือข่ายภาคีองค์กรภาคประชาชน และภาคประชาสังคม ให้มีบทบาทในการแสดงความคิดเห็น ติดตาม และกระตุ้นการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งสื่อต่าง ๆ ในเรื่องที่เป็นประเด็นการประชุมสมัชชา

(3) เพื่อตอกย้ำความสำคัญของเรื่องที่เป็นประเด็นการประชุมสมัชชา และกระตุ้นให้สาธารณชนรับรู้ และใส่ใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาของเรื่องที่เป็นประเด็นการประชุมสมัชชา เกิดความรับผิดชอบในการเฝ้าระวัง ติดตาม วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ เกิดการรวมตัวเพื่อแสวงหาแนวทางแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น

(4) เพื่อจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ที่ได้จากผลการปฏิบัติที่ดีในรอบปีที่ผ่านมา เกี่ยวกับเรื่องที่เป็นประเด็นการประชุมสมัชชา ทำให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน มีเป้าหมายร่วมกัน และมีส่วนร่วมในการร่วมมือร่วมพลังทำงาน เพื่อประโยชน์ของชุมชน สังคม และประเทศชาติ

(5) เพื่อสังเคราะห์บทเรียน องค์ความรู้ ผลการพัฒนาสื่อ และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่เป็นประเด็นการประชุมสัมมนา นำสู่การเผยแพร่ต่อสาธารณชน และการใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางเพื่อการพัฒนาสังคม

(6) เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชน สื่อมวลชน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน สถาบันทางสังคมทุกสถาบัน ได้เรียนรู้ มีความเข้าใจและชื่นชมกับผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เกิดจิตสำนึกในการร่วมมือ ร่วมพลังทำงาน และให้ความร่วมมือเพื่อพัฒนาชุมชน และสังคมในเรื่องที่เป็นประเด็นการประชุมสัมมนาอย่างต่อเนื่อง

(7) เพื่อส่งเสริมการใช้สมัชชาเป็นกลไกสำคัญระดับนานาชาติต่อการสร้างความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ ความเป็นปึกแผ่นในการปกครองแบบประชาธิปไตย และการส่งเสริมสนับสนุนความร่วมมือในเรื่องที่เป็นประเด็นการประชุมสมัชชา

2) ลักษณะของกระบวนการสมัชชา

ในการจัดการประชุมตามกระบวนการสมัชชาจะมีการดำเนินงานได้เป็นสองแบบ คือ แบบแรก เป็นการดำเนินงานจัดสมัชชาเป็นครั้งแรก และแบบที่สอง เป็นการดำเนินงานจัดสมัชชาต่อเนื่องจากสมัชชาที่จัดในวงจรรอบที่ผ่านมา การดำเนินงานจัดสมัชชาทั้งสองแบบ มีรูปแบบ วัตถุประสงค์หลัก และการดำเนินงานทุกขั้นตอนเหมือนกัน แตกต่างกันที่ขั้นตอนแรกของการดำเนินงานเท่านั้น

ลักษณะของกระบวนการสมัชชามีการดำเนินงานเป็นวงจรต่อเนื่องเป็นแบบเกลียว (spiral) เพื่อขับเคลื่อนเรื่องที่เป็นประเด็นการประชุมสมัชชา นิยมจัดเป็นวงจร แต่ละรอบของวงจรใช้เวลาหนึ่งหรือสองปี การจัดสมัชชาแต่ละรอบ ต้องมีการระดมกำลังความคิดและพลังสร้างสรรค์จากภาคีสมาชิกทุกระดับ ทุกภาคส่วนในสังคม โดยมีการจัดการประชุมสมาชิกเป็นเวทีระดับท้องถิ่น และระดับภูมิภาคก่อน จากนั้นนำผลการประชุมไปสู่การจัดประชุมครั้งสุดท้ายในรูปเวทีสมัชชาระดับชาติหรือระดับนานาชาติ อันเป็นกิจกรรมสำคัญที่สุดของกระบวนการสมัชชา โดยทั่วไปกิจกรรมการจัดเวทีสมัชชาระดับชาติ/นานาชาติใช้เวลาการประชุม 3-5 วัน มีกิจกรรมหลากหลาย กิจกรรมสำคัญ ประกอบด้วย การจัดเวทีประชุมใหญ่สำหรับผู้แทนสมาชิกทั้งหมดได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและประกาศเจตนารมณ์ร่วมกัน การแสดงผลงานหรือความสำเร็จของการดำเนินงานจากผลการปฏิบัติที่ดีงาม (good practice) ในรอบปีที่ผ่านมาของภาคีสมาชิก เพื่อเป็นตัวอย่าง/ต้นแบบสำหรับการเรียนรู้และการขยายผล กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การเรียนรู้ร่วมกัน การเสริมสร้างความร่วมมือร่วมพลังของผู้แทน (delegates) สมาชิก และเพื่อให้การจัดสมัชชาบรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย ภาคีสมาชิกสมัชชามีหน้าที่ (function) โดยตรงในการดำเนินงานแบบร่วมมือร่วมพลัง (collaboration) ทุกขั้นตอน

การเสริมสร้างความร่วมมือรวมพลังของผู้แทน (delegates) สมาชิกดังกล่าว มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1) การแสดงศักยภาพ เป็นการนำผลการศึกษา/การปฏิบัติ (study/actions) ในสมัชชาปีที่ผ่านมาของภาคีสมาชิกมาแสดงให้เห็นแก่สาธารณชนเห็นเป็นพยาน (public witness)

2) การเปิดโอกาส ให้ภาคีสมาชิกได้พบกัน ประสานสัมพันธ์ รวมพลัง ร่วมคิด ร่วมมือร่วมใจ และร่วมทำกิจกรรมต่างๆ อันจะนำไปสู่การเรียนรู้ การพัฒนาตนเอง และสร้างข้อตกลงร่วมกันเป็นปฏิญญาของภาคีสมาชิกต่อสาธารณชนในการปฏิบัติตนในอนาคต และ

3) การเพิ่มศักยภาพ เพื่อขยายและเสริมสร้างความเข้มแข็งของโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาคีสมาชิก รวมทั้งเพื่อพัฒนาเครือข่ายภาคีสมาชิก โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดมความคิด และการผนึกกำลังเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ และเพื่อวางแผนการศึกษา/การปฏิบัติร่วมกันระหว่างภาคีสมาชิกสำหรับปีต่อไป โดยมีเป้าหมายที่การพัฒนาประเด็นสำคัญที่เป็นหัวข้อการประชุมเป็นเป้าหมายขั้นต้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาสังคมเป็นเป้าหมายสุดท้าย (Northern Forum General Assembly, 2003; Unitarian Universalist Association (UUA), 2005; United Nations General Assembly (UNGA), 2006 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย และคณะ, 2551)

3) วงจรและขั้นตอนของสมัชชา

การดำเนินงานสมัชชาในแต่ละวงจรมีสาระสรุปขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1) การรวมตัวของภาคีสมาชิก/การนัดประชุมภาคีสมาชิก ในกรณีที่เป็นการจัดสมัชชาครั้งแรก การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ เป็นการรวมตัวกันระหว่างกลุ่มบุคคล/องค์กร/หน่วยงานที่มีความสนใจร่วมกันในเบื้องต้น เพื่อดำเนินการจัดประชุมสมัชชาเป็นครั้งแรก ในกรณีที่เป็นการจัดสมัชชาต่อเนื่องจากสมัชชา ปีที่ผ่านมา การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ เป็นการนัดหมายเพื่อดำเนินการประชุมภาคีสมาชิก เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของสมัชชาในปีที่ผ่านมา เพื่อนำประเด็นเข้าสู่สมัชชาในรอบใหม่

2) การประชุมวางแผนงานร่วมกัน ทั้งแผนงานระยะสั้นและระยะยาว โดยการประชุมระดมความคิดจากภาคีสมาชิกทุกหน่วยงานและทุกระดับ และการหามาตรการร่วมกันที่จะขับเคลื่อนในส่วนที่ต้องการจะพัฒนา

3) การศึกษาค้นคว้าทางวิชาการ การพิจารณาทางเลือกในกิจกรรมหลากหลาย

4) การดำเนินการตามแผนงาน มีกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อย ๆ เพื่อนำผลการประชุมจากเวทีย่อยไปสู่เวทีใหญ่ ในสมัชชาแต่ละระดับ ทั้งสมัชชาระดับพื้นที่ สมัชชาระดับจังหวัด และสมัชชาระดับชาติ

5) การจัดประชุมสมัชชาใหญ่ ซึ่งมีกิจกรรมหลากหลาย รวมทั้งการประเมินผลสมัชชา เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน และพัฒนาการดำเนินงานสมัชชาในรอบต่อไป

6) การดำเนินงานหลังสมัชชา เพื่อนำเจตนารมณ์ร่วมสู่แผนปฏิบัติการ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม รวมทั้งการวางแผนติดตามผลการปฏิบัติการเพื่อนำสู่สมัชชาในรอบต่อไป

จากการดำเนินงานทั้งหมดก่อให้เกิดการพัฒนาและการขยายเครือข่ายความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างภาคีสมาชิกที่ยั่งยืน นำไปสู่การผนึกกำลังดำเนินการขับเคลื่อนเรื่องที่เป็นประเด็นการประชุมสมัชชา อันจะทำให้เกิดการพัฒน และสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน สังคม และประเทศชาติ

4) รูปแบบของการจัดสมัชชา

จากแนวคิดและหลักการของสมัชชาดังกล่าว ได้มีการนำไปปฏิบัติอย่างแพร่หลายทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย โดยรูปแบบของกระบวนการสมัชชาที่นำมาใช้มีความหลากหลายและแตกต่างกันไป จากการศึกษาการจัดสมัชชาทั้งในประเทศและต่างประเทศของ นางลักษณ์ วิรัชชัย และคณะ (2551) พบว่า รูปแบบของการจัดสมัชชา สามารถจำแนกออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ได้ 3 รูปแบบ คือ

(1) จำแนกตามระดับของสมาชิกสมัชชา

การจัดสมัชชาทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศมีระดับการจัดตั้งที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสมาชิกที่ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนสมัชชา การจำแนกรูปแบบของสมัชชาด้วยระดับของสมาชิกจึงแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ คือ สมัชชาระดับหน่วยงาน/องค์กร สมัชชาระดับชาติ และสมัชชาระดับนานาชาติ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ก) สมัชชาระดับหน่วยงาน/องค์กร เป็นสมัชชาที่มีสมาชิกจำนวนจำกัดเฉพาะที่ปฏิบัติงานร่วมกันในหน่วยงานหรือในองค์กร หรือองค์กรวิชาชีพต่างๆ สมาชิกทุกคนจะเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับหน่วยงาน/องค์กรนั้นๆ และมีคุณลักษณะร่วมบางประการ การดำเนินการของสมาชิกจะมีเป้าหมายในขอบเขตที่จำกัด การได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะมีขอบเขตจำกัด เช่น สมัชชาคนตาบอด สมัชชาเกสักรรม สมัชชาเยาวชนภูเขา สมัชชาเกสักรรม สมัชชาประชาธิปไตย สมัชชาองค์กรสังฆมณฑล และสมัชชาสงฆ์ไทย เป็นต้น

ข) สมัชชาระดับชาติ เป็นการจัดสมัชชาที่ต้องการสร้างกระแสในวงกว้าง มีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียจากการจัดสมัชชาหลายระดับ ต้องการพื้นที่ในการจัดสมัชชาที่หลากหลาย เพื่อสะท้อนความต้องการของสมาชิกหรือการมีเป้าหมายร่วมกัน และให้มีความครอบคลุมกันพื้นที่หรือประเด็นการจัดสมัชชาที่แตกต่างกัน และหล่อหลอม มีการจัดตั้งคณะกรรมการ และอนุกรรมการดำเนินงานอย่างชัดเจน และได้รับการสนับสนุนจากหลายภาคส่วนของสังคม เช่น สมัชชาคุณธรรมแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสมัชชา Unitarian Universalist Association (UUA) (2005) เป็นต้น

ค) สมัชชาระดับนานาชาติ โดยส่วนใหญ่แล้ว สมาชิกของสมัชชาคือประเทศ การจัดสมัชชามีเป้าหมายสำคัญคือ การอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกในการขับเคลื่อนประเด็นที่มีความสำคัญในระดับภูมิภาคหรือในระดับโลก เช่น สมัชชาสหประชาชาติ (United Nations General Assembly, 2006) สมัชชา Northern Forum General Assembly (2003) และสมัชชา International Association for the Promotion of Co-operation with Scientist from the New Independent States of the Former Soviet Union (INTAS) (2005) เป็นต้น

(2) จำแนกตามการดำเนินการจัดสมัชชา

การจำแนกรูปแบบสมัชชาขึ้นอยู่กับการดำเนินการจัดสมัชชา สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ

ก) สมัชชาเฉพาะกิจ/วิสามัญ (ad hoc) เป็นสมัชชาที่มีการดำเนินการของสมัชชาที่ดำเนินการตาม กระแสความต้องการของสังคม ในแต่ละปี อาจมีการจัดเป็นสมัชชาย่อยหลายๆ ครั้ง แต่แต่ละครั้งจะมีการตั้ง ประเด็นที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคม หรือความต้องการของสมาชิกสมัชชาเพื่อ ขับเคลื่อนประเด็นใดประเด็นหนึ่ง เช่น สมัชชาคนจน สมัชชาแห่งชาติไทย เป็นต้น

ข) สมัชชาถาวร/สามัญ/ประจำ (permanent) เป็นการจัดสมัชชาที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทุก ๆ ปี มีการกำหนดเป้าหมายของสมัชชาที่ชัดเจน การขับเคลื่อนด้วยการจัดสมัชชาแต่ละครั้งจะมุ่งไปยัง เป้าหมายเดิม เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาครอบครัว และสมัชชาสหประชาชาติ เป็นต้น

(3) จำแนกตามลักษณะการดำเนินงาน

การจำแนกรูปแบบการจัดสมัชชาขึ้นอยู่กับการดำเนินการดำเนินงานในการขับเคลื่อนสมัชชา แบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ คือ

ก) สมัชชาขับเคลื่อนประเด็นทางสังคม (social activities, social issues) เป็นสมัชชาที่จัดขึ้นเพื่อ ต้องการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาที่มีความสำคัญที่เกิดขึ้นในสังคม ต้องการการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา จากหลายกลุ่ม หลายหน่วยงาน เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาครอบครัว สมัชชาเอดส์ สมัชชาการศึกษานานาชาติ และสมัชชาคุณธรรม เป็นต้น

ข) สมัชชาประชาคมสังคม (social group) เป็นการจัดสมัชชาที่ต้องอาศัยพลังความร่วมมือของ สมาชิก ขนาดไม่ใหญ่มากนัก เฉพาะในกลุ่มของสมาชิกในสังคมบางกลุ่ม เช่น สมัชชาคนตาบอด สมัชชาคนจน สมัชชาผู้สูงอายุ สมัชชาเยาวชนภูเขา สมัชชาคนตาบอด สมัชชาแห่งชาติไทย และสมัชชาป่าชุมชน เป็นต้น

ค) สมัชชาองค์กรทางสังคม (social organization) เป็นการจัดสมัชชาที่ต้องอาศัยการขับเคลื่อนใน ลักษณะขององค์กรต่าง ๆ เช่น สมัชชาองค์กรเอกชน สมัชชาเกสักรรรม สมัชชาประชาธิปไตย สมัชชาองค์กร- สังคมชนบท และสมัชชาสงฆ์ไทย เป็นต้น

2.1.2 สมัชชานานาชาติ

ปัจจุบันการจัดสมัชชาแพร่หลายไปทั่วโลก เนื่องจากทุกประเทศตระหนักถึงความสำคัญของสมัชชา ในฐานะเป็นกลไกขับเคลื่อน/พัฒนาระดับเศรษฐกิจ การศึกษา คุณธรรมจริยธรรม สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร ธรรมชาติ และอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการจัดสมัชชาในระดับหน่วยงาน ระดับชาติ และระดับนานาชาติอย่างต่อเนื่อง ในการนำเสนอการจัดสมัชชานานาชาติในครั้งนี้ ได้รวบรวมเฉพาะสมัชชา ที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ได้แก่ สมัชชาสหประชาชาติ (United Nations General Assembly, 2006) Northern Forum General Assembly (2003) International Association for the

Promotion of Co-operation with Scientist from the New Independent States of the Former Soviet Union (INTAS) (2005) และ World Health Organization (2010) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) สมัชชาสหประชาชาติ (United Nations General Assembly)

สหประชาชาติ จัดสมัชชาใหญ่เป็นประจำทุกปี เรียกว่า “สมัชชาสหประชาชาติ (United Nations General Assembly = UNGA)” โดยเริ่มจัดสมัชชาเป็นครั้งแรกตั้งแต่ ค.ศ.1945 และจัดสมัชชาต่อเนื่องเรื่อยมาทุกปีจนถึงปัจจุบัน

สมัชชาสหประชาชาติคือการประชุมของประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ ประเทศสมาชิกของสหประชาชาติจะประชุมสมัชชาใหญ่ซึ่งอาจเปรียบได้กับรัฐสภาของโลก โดยมีประธานสมัชชาที่ได้รับการเลือกมาจากประเทศสมาชิก ซึ่งทุกประเทศสามารถเสนอญัตติแก่ที่ประชุมได้ การประชุมจะใช้เวลานานสองสัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มักจะเปิดสมัยประชุมในวันอังคารสัปดาห์ที่สามของเดือนกันยายน และมักปิดสมัยประชุมในช่วงคริสต์มาส อย่างไรก็ตาม อาจมีการเรียกประชุมสมัยวิสามัญได้หากมีการร้องขอจากคณะมนตรีความมั่นคงหรือจากประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ ซึ่งมักเกิดขึ้นในกรณีที่มีประเด็นฉุกเฉินเร่งด่วนที่อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงปลอดภัยและสันติภาพของประชาคมโลก

สมัชชาสหประชาชาติเป็นที่ประชุมและถกปัญหาต่าง ๆ ที่เข้าสู่วาระการประชุม และเป็นที่แสดงความเห็น ให้คำปรึกษา ข้อเสนอ ข้อแนะนำ ตลอดจนข้อโต้แย้ง แก่ประเทศสมาชิก รวมทั้งคณะมนตรีความมั่นคงแห่งสหประชาชาติ อย่างไรก็ตาม สมัชชาแห่งนี้จะไม่พิจารณาให้ข้อคิดเห็นต่อประเด็นที่กำลังอยู่ในการพิจารณาของคณะมนตรีความมั่นคง เว้นแต่จะได้รับการร้องขอจากคณะมนตรีความมั่นคงเอง

เมื่อที่ประชุมสหประชาชาติมีญัตติที่สำคัญ จะต้องมีการลงมติโดยประเทศสมาชิกจำนวนอย่างน้อยสองในสามเพื่อให้มีการผ่านมติ อย่างเช่น การประชุมเกี่ยวกับสันติภาพและการรักษาความปลอดภัย การเลือกสมาชิกขององค์การ การรับสมาชิก การยุติสถานะสมาชิก การขับไล่สมาชิกและเรื่องของการจัดสรรงบประมาณ ส่วนญัตติอื่นจะยึดถือตามเสียงข้างมาก ไม่ว่าประเทศจะมีขนาดใหญ่หรือเล็ก ร่ำรวยหรือยากจนต่างมีสิทธิออกเสียงได้เพียงเสียงเดียว แม้ว่าคำตัดสินของสมัชชาใหญ่มีได้ถือเป็นข้อผูกมัดแต่ก็เป็นมติที่มีน้ำหนักเท่ากับเป็นความเห็นของรัฐบาลโลก สมัชชาใหญ่สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ภายใต้ขอบเขตขององค์การสหประชาชาติ ยกเว้นเรื่องสันติภาพและการรักษาความปลอดภัยซึ่งเป็นการตัดสินใจของคณะมนตรีความมั่นคงแห่งสหประชาชาติ

สมัชชาสหประชาชาติเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจเฉพาะในการจัดทำงบประมาณของสหประชาชาติ ซึ่งได้รับการบริจาคจากรัฐสมาชิกทั้งหมดโดยขึ้นอยู่กับข้อตกลง ยกเว้นในเรื่องงบประมาณแล้ว มติของสมัชชาแห่งนี้ไม่มีสภาพบังคับใด ๆ ในทางกฎหมายต่อประเทศสมาชิก ผลของมติเป็นเพียงการแสดงออกร่วมกันของประเทศสมาชิกเท่านั้น

การจัดสมัชชาครั้งสำคัญคือ สมัชชาครั้งที่ 55 หรือ “สมัชชาสหัสวรรษ (Millennium Assembly)” เรื่อง “The United Nations for the twenty-first century” ซึ่งสหประชาชาติจัดขึ้นเพื่อรับสหัสวรรษใหม่ เมื่อปี ค.ศ.2000 โดยกำหนดวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ

(1) เพื่อให้ประเทศภาคีสมาชิกได้ร่วมกันพิจารณาทบทวนบทบาทของสหประชาชาติ

(2) เพื่อให้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาสหประชาชาติเข้าสู่สหัสวรรษใหม่ อันจะนำโลกไปสู่ความสันติสุขและการพัฒนา กิจกรรมสำคัญของสมัชชาครั้งนี้ประกอบด้วยสมัชชาที่จัดคู่ขนานกัน 2 สมัชชา คือ สมัชชาประชาชน (Peoples Assembly) และสมัชชาเยาวชน (Youth Assembly)

สมัชชาประชาชนอันเป็นกิจกรรมในสมัชชาสหัสวรรษครั้งที่ 55 ปี ค.ศ. 2000 และการจัดสมัชชาเยาวชน ในสมัชชาครั้งที่ 60 ในปี ค.ศ.2005 มีรายละเอียดดังนี้

สมัชชาประชาชน ในสมัชชาสหัสวรรษครั้งที่ 55

สมัชชาประชาชน (Peoples Assembly or Millennium NGO Forum) เป็นสมัชชาที่สหประชาชาติจัดขึ้น โดยเลขาธิการสหประชาชาติ นาย Kofi Annan ได้เชิญชวนให้องค์การที่ไม่ใช่ภาครัฐ (non-government organizations) เป็นผู้จัด ผลปรากฏว่าองค์กร Campaign for a More Democratic UN (CAMDUN) และ Action Coalition for Global Change (ACGC) of Northern California รับผิดชอบการจัดสมัชชา โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 4 ประการ คือ

(1) เพื่อเฝ้าระวังปัญหาความขัดแย้งและเสริมสร้างกลไกการป้องกันปัญหาความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น

(2) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามสนธิสัญญาสหประชาชาติ

(3) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานและความร่วมมือรวมพลังระหว่างสหประชาชาติกับองค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ

(4) เพื่อเป็นองค์การทำหน้าที่เปรียบได้กับกองคัพพสำคัญของสหประชาชาติในการจัดสมัชชา กระบวนการสมัชชาครั้งนี้ มีการจัดตั้งข่าย Millennium Peoples’s Assembly Network ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงานระหว่างองค์กร และเป็นแหล่งทรัพยากรบุคคลที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการจัดสมัชชาประชาชนต่อไป (Non-Government Organization = NGO, 1997)

การจัดสมัชชาประชาชน ของ Millennium Peoples’s Assembly Network มีกระบวนการดำเนินงานเป็นขั้นตอนรวมทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ

(1) การประชุมเพื่อจัดตั้งสภาที่ปรึกษาการวางแผนเตรียมการ (Provisional Planning Consultative Council) และการประชุมเพื่อเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารสมัชชา

(2) การจัดสมัชชาประชาชนระดับชาติ (National Peoples Assembly or Millennium NGO Forums) ช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน 1999 สมัชชาระดับชาติที่สำคัญ ได้แก่ the Hague Appeal for Peace 1999, The Seoul 1999 Conference on “The Role of NGOs in the 21 st Century” และ The Montreal 1999 Conference.

(3) การจัดสมัชชาในระดับทวีป (Continental Peoples Assembly or Millennium NGO Forums) ช่วงเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 1999

(4) การจัดสมัชชาในระดับนานาชาติ หรือสมัชชาประชาชน โดยจัดคู่ขนานกับการจัดสมัชชาใหญ่ของสหประชาชาติ ช่วงเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2000

ประเด็นที่น่าสังเกตในการจัดสมัชชาประชาชน มี 2 ประเด็นคือ ประเด็นแรก แม้ว่าสมัชชาประชาชนจะเสร็จสมบูรณ์แล้ว แต่ Millennium People's Assembly Network อันเป็นองค์กรเครือข่ายความร่วมมือและเป็นแหล่งรวมทรัพยากรบุคคล ผู้รับผิดชอบการจัดสมัชชาประชาชนยังคงดำเนินการอย่างแข็งขันสืบต่อมาในการจัดสมัชชาในระดับท้องถิ่น สมัชชาในระดับชาติ สมัชชาในระดับทวีป และสมัชชาในระดับโลก เพื่อการประสานและส่งเสริมสนับสนุนให้พลโลกได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของสหประชาชาติ อันจะนำไปสู่ธรรมาภิบาลโลกอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ประเด็นที่สอง การจัดสมัชชาทุกครั้ง Millennium People's Assembly Network ให้ความสำคัญในการจัดเวทีสาธารณะและพัฒนากิจกรรม โดยเน้นการเสนอข่าวผ่านสื่อทุกรูปแบบ เพื่อดึงความสนใจและได้รับความร่วมมือจากประชาชนโลก

สมัชชาเยาวชน ในสมัชชาสหประชาชาติ ครั้งที่ 60

สมัชชาเยาวชน (Youth Assembly) เป็นหนึ่งในสมัชชาที่สำคัญ ซึ่งสหประชาชาติได้เริ่มจัดมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1995 สำหรับสมัชชาเยาวชนในสมัชชาสหประชาชาติ ครั้งที่ 60 เป็นสมัชชาเยาวชน ครั้งที่ 10 (United Nations, 2000) จัดขึ้นในเดือนตุลาคม 2006 โดยเริ่มต้นจากการประชุมอภิปรายโต๊ะกลม (roundtable) ของตัวแทนเยาวชนจากทั่วโลก เรื่อง “Young People: Making Commitment Matters” เพื่อสรุปสาระเกี่ยวกับบทบาทของเยาวชนในสังคมโลก โดยเปิดเสรีให้ตัวแทนประเทศสมาชิก องค์กรทั้งภาครัฐและไม่ใช่ภาครัฐ และผู้สนใจเข้าร่วมประชุมได้ จากนั้นมีการจัดทำสารสรุปที่ได้จากการประชุมเพื่อนำเสนอในเวทีสมัชชาสหประชาชาติต่อไป กิจกรรมสำคัญของสมัชชาเยาวชน ในสมัชชาสหประชาชาติเป็นการประชุมใหญ่ (plenary meetings) ของตัวแทนจากประเทศภาคีสมาชิก โดยมีตัวแทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน เข้าร่วมประชุม เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินงานโครงการเยาวชน โดยใช้เวลาในการประชุมทั้งวัน กิจกรรมย่อยในสมัชชาประกอบด้วย การเสนอผลงานของเยาวชนในช่วงสิบปีที่ผ่านมาโดยเลขาธิการสหประชาชาติ การประชุมทบทวนแผนปฏิบัติการของโลกเกี่ยวกับเยาวชน การนำเสนอสรุปสาระจากการประชุมอภิปรายโต๊ะกลม การประชุมให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับเยาวชน การพบตัวแทนเยาวชนระดับชาติ การรับฟังข่าวสารเกี่ยวกับเยาวชนจากทั่วโลก และการประชุมแลกเปลี่ยนข้ามแก๊สสื่อมวลชน (United Nations, 2006)

2) Northern Forum General Assembly

Northern Forum General Assembly (2003) เป็นสมัชชาในระดับนานาชาติที่จัดขึ้นโดยกลุ่มประเทศ/สาธารณรัฐในทวีปยุโรปภาคเหนือ ในบริเวณ Lapland ซึ่งอยู่ในเขตอาร์คติก อันประกอบด้วย ประเทศนอร์เวย์ ฟินแลนด์ สวีเดน และสาธารณรัฐภาคเหนือของไซบีเรีย ได้แก่ Komi, Khanty-Mansiysk, Sakha สมัชชาใหญ่ 2003 เป็นการประชุมระดับผู้ว่าการ (Governors) ที่ Saint Petersburg, Florida เมื่อ 24

เมษายน 2003 วัตถุประสงค์หลักของสมัชชา คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ประชาชนมีความปลอดภัยทางกายภาพและทางสังคม มีวัฒนธรรมอันดี มีสิ่งแวดล้อมที่บริสุทธิ์ รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน ภาคีสมาชิกที่เข้าประชุม ประกอบด้วย องค์กรภาครัฐ และองค์กรภาคธุรกิจ 17 องค์กร โดยได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากองค์กรนานาชาติ เช่น Arctic Council, Five Nordic Nations' Joint Nordic Industrial Fund, European Union's Interregional Northern Periphery Program และรัฐบาลสหรัฐอเมริกา รวมทั้งกระทรวงต่าง ๆ ได้แก่ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสภาพแวดล้อม กระทรวงการค้าและอุตสาหกรรม และกระทรวงศึกษาธิการ กิจกรรมในสมัชชา ได้แก่ การดำเนินงานตามโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการเพื่อการท่องเที่ยวแบบยั่งยืน (Project for Sustainable Tourism) โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อจัดเวที หรือช่องทางการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจอันดีร่วมกัน นำไปสู่การรวมพลังทำงานเพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวมระดับนานาชาติ

3) สมัชชา INTAS (INTAS General Assembly)

International Association for the Promotion of Co-operation with Scientists from the New Independent States of the Former Soviet Union (INTAS) (2005) เป็นองค์การที่เกิดขึ้นหลังจากการล่มสลายของสหภาพโซเวียต ประกอบด้วยประเทศสมาชิกที่เป็นรัฐอิสระใหม่ (New Independent States = NIS) ที่รวมตัวกันเพื่อสนับสนุนให้มีการบูรณาการที่ดีขึ้นระหว่างสังคมวิชาการและอุตสาหกรรมทางวิทยาศาสตร์ของ NIS กับชุมชนวิจัยของยุโรป (European Research Communities) INTAS จัดสมัชชามาตั้งแต่ปี ค.ศ.1993 และจัดสมัชชาครั้งล่าสุดเมื่อเดือนเมษายน 2005 วัตถุประสงค์ของสมัชชาคือ การส่งเสริมความพยายามระดับนานาชาติด้านกิจกรรมการวิจัยทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นกลไกสำคัญสำหรับการสร้างความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ ความเป็นปึกแผ่นในการปกครองแบบประชาธิปไตย และการส่งเสริมสนับสนุนความร่วมมือทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ระหว่างนักวิทยาศาสตร์ของสมาคมนักวิทยาศาสตร์นานาชาติกับนักวิทยาศาสตร์ของ NIS กล่าวโดยสรุป INTAS มุ่งสนับสนุนให้การดำเนินงานของประเทศสมาชิกเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างประเทศสมาชิกกับสหภาพยุโรป (European Union = EU) เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของประเทศสมาชิก

กิจกรรมของสมัชชา INTAS ได้แก่ การสำรวจความต้องการที่หลากหลายในการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศสมาชิก การนำเสนอโครงการสนับสนุนด้านการวิจัยทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การแต่งตั้งสภาที่ปรึกษาทำหน้าที่จัดลำดับความสำคัญของประเด็นการวิจัย ประเมิน และคัดสรรโครงการวิจัยเพื่อให้การสนับสนุน การเชื่อมประสานการสนับสนุนด้านทรัพยากร การศึกษาติดตามปัญหาในการบริหารทรัพยากร การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานของประเทศสมาชิก การเผยแพร่สารสนเทศและผลงานจากประเทศสมาชิก การพัฒนาและการสนับสนุนนักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่ของประเทศสมาชิก การประชุมเสวนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การพัฒนาโครงสร้างทางวิทยาศาสตร์ของประเทศสมาชิก และการสร้างหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่เชื่อมความสัมพันธ์ (Bridge Builder) เพื่อช่วยให้เกิดการ

เชื่อมประสานที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพระหว่างประเทศสมาชิกกับประเทศในเครือสหภาพยุโรป (EU) สำหรับกิจกรรมการประชุมใหญ่ประจำปีเป็นการเสนอผลงานที่เป็นความร่วมมือทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีระหว่างประเทศสมาชิก INTAS กับสมาชิกสหภาพยุโรป (EU) ภายใต้การสนับสนุนของ INTAS การประชุมเพื่อทบทวนนโยบาย ยุทธศาสตร์ บทบาท และกิจกรรมของ INTAS รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมาเพื่อระดมความคิดให้ได้แนวนโยบาย ยุทธศาสตร์ บทบาท และกิจกรรมที่มีประโยชน์ และตรงตามความต้องการของประเทศสมาชิก รวมทั้งได้แนวทางดำเนินการพัฒนาเชิงรุกเพื่อให้ INTAS ได้ทำประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกเข้าร่วม EU research area ต่อไป

4) สมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA)

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก เป็นการประชุมประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี ในช่วงเดือนพฤษภาคม ณ สำนักงานองค์การสหประชาชาติ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส ถือเป็นเวทีสูงสุดในระดับนโยบายของงานด้านสาธารณสุขในระดับโลก เพื่อกำหนดนโยบายและอนุมัติงบประมาณ โดยมีผู้แทนจากรัฐบาลของประเทศสมาชิกรวม 193 ประเทศเข้าร่วมประชุม

ธรรมนูญของ World Health Organization (WHO) ระบุให้มีการจัดประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA) ทุกปี ปีละ 1 ครั้ง และจัดให้มีการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก (Executive Board: EB) ทุกปี ปีละ 2 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของสมัชชาที่สำคัญ ดังนี้

(1) จุดมุ่งหมาย

การประชุมสมัชชาอนามัยโลกประจำปี เป็นการจัดทำนโยบายสุขภาพสำหรับทั่วโลก (Global Health Policy) จุดมุ่งหมายหลักคือ การจัดทำข้อตกลง (resolution) ของประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญในแต่ละปี ซึ่งข้อตกลงแต่ละฉบับ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

- ส่วนที่หนึ่ง คือ บทนำ (preamble paragraph) เป็นการกล่าวถึงเหตุผลและความสำคัญของประเด็นนั้น ๆ รวมทั้งการอ้างอิงถึงบทบัญญัติต่าง ๆ ที่จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับส่วนที่สอง ต่อไป

- ส่วนที่สอง คือ เนื้อหาเพื่อการปฏิบัติ (operative paragraph) เป็นการระบุว่าต้องการให้ประเทศสมาชิก และผู้อำนวยการทั่วไป (general director) ของ WHO ทำอะไรบ้างในประเด็นเหล่านี้

(2) การเสนอวาระการประชุม

การเสนอวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลก มีขั้นตอนดังนี้

ก) การกำหนดวาระการประชุมสมัชชา ดำเนินการโดยคณะกรรมการบริหาร (EB: Executive Board) ซึ่งมีการประชุมปีละสองครั้งคือ เดือนมกราคม และเดือนพฤษภาคม ของทุกปี

ข) ประเทศที่เป็นกรรมการใน EB จะเป็นผู้เสนอเรื่องเข้าที่ประชุม เรื่องดังกล่าวอาจเกิดจากประเทศนั้น ๆ เอง หรือประเทศในภูมิภาคเดียวกัน นำเรื่องมาฝากให้เสนอเข้าสู่การประชุม

ค) ผู้นำเสนอต้องเตรียมเอกสารประกอบในรูปรายงาน (report) หรือรายงานพร้อมร่างมติ (draft resolution)

ง) ผู้แทนประเทศที่เป็นสมาชิก EB ที่ร่วมประชุม อาจจะมีการเสนอแก้ไขเนื้อหา ข้อความต่าง ๆ หาข้อสรุปว่าตกลงยอมรับการเสนอแก้ไขหรือไม่ ประเทศที่สังเกตการณ์สามารถอภิปรายขอแก้ไขได้ แต่ต้องให้ประเทศภูมิภาคเดียวกันที่เป็นสมาชิก EB ออกเสียงรับรอง

จ) ในร่างมติหรือรายงาน จะมีส่วนที่เรียกร้องไปยังส่วนต่าง ๆ เช่น ขอเรียกร้องให้ผู้ดำเนินการ WHO จัดสรรทรัพยากรสนับสนุนการแก้ปัญหา หรือ เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกใช้มาตรการต่าง ๆ หรือให้กรรมการรับทราบรายงาน เป็นต้น

ฉ) เรื่องที่ผ่านขั้นนี้แล้ว จะถูกกำหนดให้เป็นวาระการประชุมสมัชชาต่อไป

(3) กระบวนการทำข้อตกลง

การได้มาซึ่งข้อตกลงแต่ละฉบับต้องเกิดจากความเห็นชอบอย่างเป็นเอกฉันท์จากประเทศสมาชิกทุกประเทศ เพราะแต่ละประเทศมีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงจากข้อตกลงนั้น ๆ กระบวนการพิจารณาให้ได้มาซึ่งข้อตกลงนั้นอยู่ภายใต้ธรรมนูญของ WHO แต่จะมีรายละเอียดของกระบวนการและวิธีการที่ไม่เหมือนกัน มีความยากง่ายต่างกัน เวลาในการพิจารณาไม่เท่ากัน

(4) ผู้เข้าร่วมสมัชชาอนามัยโลก (WHA)

ตามธรรมนูญของ WHO มาตราที่ 11 กำหนดให้ประเทศสมาชิกแต่ละประเทศมีตัวแทนประเทศ (delegates) ได้ไม่เกิน 3 คน ในจำนวนนี้จะต้องมี 1 คน เป็นหัวหน้าคณะตัวแทนประเทศ (chief delegates) และมาตราที่ 12 ยังกำหนดให้ตัวแทนประเทศสามารถมีผู้แทนและที่ปรึกษาได้โดยไม่จำกัดจำนวน

(5) กระบวนการประชุม

ในการประชุมแต่ละปี เมื่อเริ่มการประชุมจะมีการเลือกประธานการประชุม และแบ่งการประชุมเป็นสองคณะ เรียกว่า Committee A (เป็นวาระทางเทคนิค เช่น แนวทางการป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ การตกลงกฎกติกาด้านสุขภาพอนามัยระหว่างประเทศ ฯ) และ Committee B (เป็นวาระด้านงบประมาณดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก ซึ่งจะนำผลการตรวจสอบบัญชีของผู้ตรวจสอบภายนอกมานำเสนอด้วย)

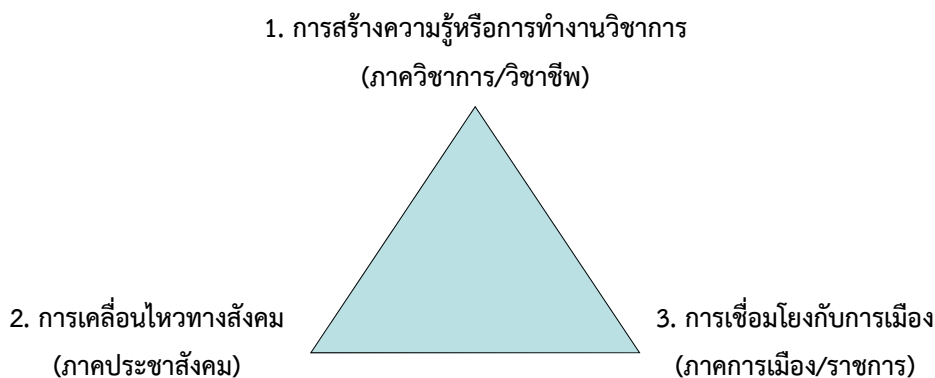
อย่างไรก็ตาม การแบ่งการประชุมเป็นสองคณะแยกห้องประชุมกันดังกล่าว หากคณะใดผ่านวาระได้เร็ว จะมีการพิจารณาวาระจากอีกคณะหนึ่งมาพิจารณา

การประชุมสมัชชาอนามัยโลกในอดีตใช้เวลาประมาณ 10 วัน จนกระทั่งปี ค.ศ.2009 มีปัญหาการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่เอ สายพันธุ์ใหม่ 2009 จึงได้ลดวันประชุมลงเหลือจำนวน 5 วัน และในปี ค.ศ. 2010 ก็ยังคงกำหนดวันประชุมเป็นจำนวน 5 วัน เท่าเดิม ซึ่งในปี ค.ศ.2010 เป็นการการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 63 จัดระหว่างวันที่ 17 – 21 พฤษภาคม 2553 ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส โดยมี H.E. Mr. Mondher Zenaïdi รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสาธารณรัฐตูนิเซีย เป็นประธานการประชุม และมีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 2,800 คน ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและข้าราชการระดับสูง จากประเทศสมาชิก รวม 193 ประเทศ สำหรับประเทศไทยมีนายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหัวหน้าคณะผู้แทนไทยเข้าร่วมการประชุม

สมัชชาอนามัยโลกดังกล่าว ได้เป็นต้นแบบที่สำคัญให้กับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย ที่ได้มีการดำเนินจัดประชุมไปแล้ว จำนวน 2 ครั้ง ในปี พ.ศ.2551 และ พ.ศ.2552

2.1.3 สมัชชาสุขภาพ ใน พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการทางสังคมที่เชื่อมโยงหลายภาคส่วนในสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมทำงานด้วยกันเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยได้นำยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ที่เสนอโดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี มาเป็นพื้นฐานสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการและกลไกในการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ เพื่อทำงานที่ยากให้สำเร็จด้วยการให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วนในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมทำด้วยกันดังแผนภาพ



แผนภาพ 1 แสดงองค์ประกอบของยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ศ.นพ.ประเวศ วะสี)

หลักการสำคัญและหลักการดำเนินงานของสมัชชาสุขภาพ

1. หลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพ

หลักการสำคัญที่เป็นพื้นฐานของสมัชชาสุขภาพเพื่อให้เป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย หลักการสำคัญ 3 ประการ คือ

- (1) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมในการร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ร่วมกันถกแถลงปรึกษาหารือ เพื่อกำหนดทิศทางแนวนโยบาย ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ร่วมปรับปรุงแก้ไข และร่วมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนทุกฝ่ายในสังคมรู้สึกว่าเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะนั้นร่วมกัน
- (2) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม
- (3) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาที่ยากและซับซ้อน โดยพึ่งพาพลัง 3 ส่วนที่เชื่อมโยงกัน คือพลังทางปัญญา พลังทางสังคมและพลังแห่งอำนาจรัฐหรืออำนาจทางการเมือง

2. หลักการดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพ

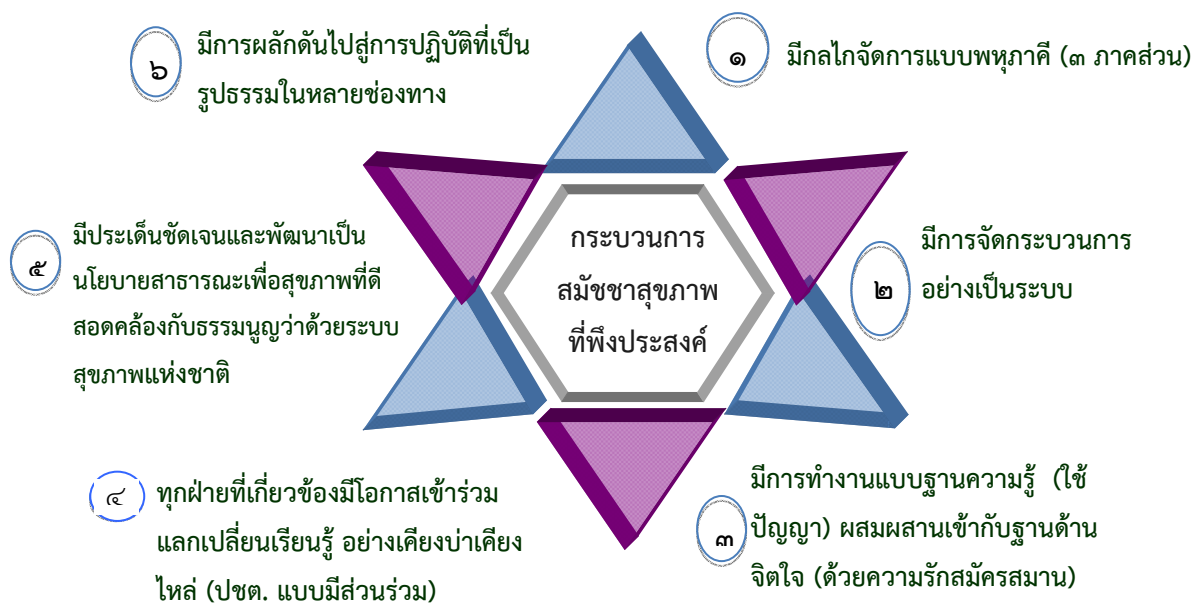
การจัดสมัชชาสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ตามมาตรา 40 มีหลักการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- (1) **หลักการมีส่วนร่วม** ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมในระดับที่เหมาะสม (ในมิติของเนื้อหา กระบวนการ และการจัดการ) อย่างมีศักดิ์ศรี ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา
- (2) **หลักยืดหยุ่น** เปิดกว้างและหลากหลาย ให้ความสำคัญกับกระบวนการ ขั้นตอนวิธีการต่าง ๆ ที่ยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม และเปิดกว้างให้กับทุกภาคส่วนได้เข้าถึงสมัชชาสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ที่หลากหลายตามสภาพบริบทของแต่ละพื้นที่แต่ละประเด็น หรือตามพลวัตของสังคม
- (3) **หลักการเรียนรู้แลกเปลี่ยนอย่างบูรณาการ** ให้ความสำคัญกับการใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการสร้าง “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน” ของคนในสังคม โดยการร่วมกันคิดร่วมกันปฏิบัติ และเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน (Interactive learning through action) จนทุกฝ่ายร่วมกันเป็นเจ้าของหรือเป็นเจ้าภาพร่วมกันแบบพหุภาคี
- (4) **หลักดำเนินงานอย่างเป็นระบบ** ให้ความสำคัญกับการทำงานบนฐานข้อมูล องค์กรความรู้ และภูมิปัญญา ผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะที่มีความชัดเจนเป็นไปได้ สอดคล้องกับสถานการณ์หรือสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่แต่ละประเด็น อย่างเป็นพลวัต

คุณลักษณะสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์

สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ มีคุณลักษณะที่สำคัญ 6 ประการ คือ

สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์



แผนภาพ 2 แสดงคุณลักษณะของสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ 6 ประการ

- (1) **กลไกการจัดเป็นกลไกพหุภาคี** สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จึงจำเป็นต้องมีกลไกที่ทำหน้าที่ออกแบบ วางแผนและการดำเนินงานที่มีความรู้ และเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ฉะนั้นองค์ประกอบของกลไกที่ทำหน้าที่ดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างมาก ซึ่งจากประสบการณ์ของ สช. ที่ผ่านมากลไกการจัดสมัชชาสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุดจะมีองค์ประกอบครบทั้ง 3 ภาคส่วน ทั้งภาควิชาชีพและวิชาการ ภาคการเมือง และราชการ และภาคประชาสังคมและประชาชน มาทำงานร่วมกันแบบภาคีหุ้นส่วน ซึ่งอาจจะออกมาในรูปของคณะทำงาน คณะกรรมการหรือมีการรวมตัวกันเป็นทีมทำงานก็ได้
- (2) **มีการจัดการอย่างเป็นระบบ** การจัดสมัชชาสุขภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมิใช่เป็นเพียงการจัดเวทีวิชาการหรือเวทีสาธารณะทั่ว ๆ ไป แต่เป็นเวทีที่มีเป้าหมายเพื่อหาฉันทามติร่วมกันของผู้เข้ามาร่วมเวทีในการกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย กำหนดทางเลือก การตัดสินใจทางนโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงการติดตามประเมินผล ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องมีกระบวนการจัดการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การได้มาซึ่งประเด็นเชิงนโยบาย การทำงานวิชาการ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมเวที ตลอดจนวิธีการประชุม เพื่อให้ได้มาซึ่งมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับต่าง ๆ
- (3) **ใช้ฐานความรู้ผสมผสานเข้ากับฐานด้านจิตใจ** สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ ซึ่งหมายถึงการใช้ข้อมูล วิชาการและความรู้ หรืออาจเรียกว่า “ปัญญา” เป็นฐานในการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่ได้ใช้อารมณ์ความรู้สึกเป็นที่ตั้ง นอกจากนั้นยังเป็นกระบวนการที่ไม่รังเกียจเด็ดฉันท์กัน ไม่มีการแบ่งพรรคแบ่งพวก ยึดความสมานฉันท์ หรืออาจเรียกว่า “ความรักสมัครสมาน” เป็นกรอบในการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันด้วย ฉะนั้นสมัชชาสุขภาพจึงต้องมีความประณีตในการออกแบบและจัดการ เพราะเป็นกระบวนการที่ใช้ความรัก ใช้ปัญญา ใช้ความรู้ ใช้ความสมานฉันท์ เป็นฐานในการทำงาน
- (4) **ทุกฝ่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมกันอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่กัน** สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ที่หมายถึงเป็นกระบวนการของประชาชน เพื่อประชาชนและโดยประชาชน ที่คำนึงถึงความเท่าเทียมกันของทุกภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมกันทำงาน และทำงานกันอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ โดยมุ่งไปที่เป้าหมายในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
- (5) **มีประเด็นชัดเจน** ด้วยเหตุที่สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ฉะนั้นในการทำงานจึงจำเป็นต้องมีประเด็นเชิงนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งไม่จำเป็นต้องประเด็นที่ใหญ่ก็ได้ โดยอาจเริ่มจากประเด็นเล็ก ๆ ใกล้ตัว โดยประเด็นเชิงนโยบายที่เกิดขึ้นต้องมีกระบวนการค้นหาร่วมกัน และนำไปพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายโดยอาศัยข้อมูล วิชาการและองค์ความรู้รองรับร่วมกัน

- (6) มีโอกาสผลักดันไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในหลายช่องทาง ผลสำเร็จของการจัดสมัชชาสุขภาพ ไม่ได้จบลงที่การมีมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายเท่านั้น แต่ต้องมีกระบวนการขับเคลื่อนและผลักดันมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นไปสู่การปฏิบัติ และถือเป็นหน้าที่ร่วมกันของทุกฝ่ายที่จะนำมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นไปทำงานตามบทบาทหน้าที่ตน โดยไม่ปล่อยให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นผู้ดำเนินการ แต่เพียงลำพัง

ระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพ

1) รูปแบบของสมัชชาสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้สมัชชาสุขภาพ มี 3 รูปแบบ คือ

- (1) สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม โดยการใช้อาณาบริเวณที่แสดงขอบเขตเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ
- (2) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม โดยใช้ประเด็นสาธารณะเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ
- (3) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชนในระดับชาติ โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม

2) ระบบและกลไกของสมัชชาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพเป็นนวัตกรรมทางสังคมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้น ถือเป็นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการเพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยใช้เรื่อง “สุขภาพ” หรือ “สุขภาพะ” เป็นเป้าหมายร่วมกัน

สุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่ในการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ฉะนั้น องค์กร หน่วยงานและภาคีเครือข่ายใดที่ประสงค์จะนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นไปใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และประสงค์จะรับการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและงบประมาณ จึงต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการดังกล่าว อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การนำสมัชชาสุขภาพไปใช้เป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อาจสนับสนุนให้มีกลไกเข้าไปสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ ให้แก่กลไกการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ทั้งนี้ก็เพื่อให้กระบวนการทำงานและได้ข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีคุณภาพ และมีการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นไปสู่การปฏิบัติผ่านช่องทางต่าง ๆ ต่อไป

ความเชื่อมโยงระหว่างสมัชชาสุขภาพแต่ละรูปแบบ

นอกเหนือจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นจะสามารถพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและนำไปปฏิบัติภายในพื้นที่หรือภายในประเด็นที่กำหนดแล้ว ยังอาจมีความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ ดังนี้

- (1) ความเชื่อมโยงในเรื่องที่มาของประเด็นเชิงนโยบาย กล่าวคือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะมีการเปิดรับประเด็นเชิงนโยบายจากองค์กร หน่วยงานและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั่วประเทศ ฉะนั้น ข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกิดขึ้นจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่ต้องอาศัยพลังความร่วมมือจากนอกพื้นที่หรือมีความต้องการขยายขอบเขตให้กว้างขึ้นก็สามารถเสนอเข้าสู่การพิจารณา เพื่อกำหนดเป็นระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ เช่น ระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ทุพพทุฒธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้และระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 2 เรื่องแผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้ ก็เป็นระเบียบวาระจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เป็นต้น
- (2) ความเชื่อมโยงในกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งมีความเชื่อมโยงใน 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่ 1 เป็นความเชื่อมโยงที่เกิดจากขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายก่อนนำเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะมีกระบวนการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากองค์กร หน่วยงาน และภาคีเครือข่ายอย่างกว้างขวาง ซึ่งสามารถนำไปจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เพื่อร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ ลักษณะที่ 2 เป็นความเชื่อมโยงที่เกิดจากการนำข้อมูล วิชาการตลอดจนข้อเสนอเชิงนโยบายที่จัดทำขึ้นสำหรับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปใช้ประกอบในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นก็ได้

- (3) ความเชื่อมโยงในกระบวนการแสวงหาฉันทามติร่วมกัน เป็นความเชื่อมโยงที่เกิดขึ้นระหว่างการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นสามารถส่งตัวแทนที่ได้รับการเห็นชอบจากสมาชิกในกลุ่ม ตามจำนวนที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้ในแต่ละกลุ่มเครือข่าย เข้าร่วมประชุมและเป็นตัวแทนในการเสนอความคิดเห็นในนามกลุ่มเครือข่ายตนในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อแสวงหาฉันทามติ ร่วมกับกลุ่มเครือข่ายอื่นต่อข้อเสนอเชิงนโยบายในแต่ละระเบียบวาระได้
- (4) ความเชื่อมโยงในกระบวนการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นความเชื่อมโยงภายหลังการมีฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายที่กำหนดเป็นระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว บทบาทหน้าที่สำคัญของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็คือ การนำมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องไปขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในพื้นที่หรือในกลุ่มเครือข่ายตน โดยอาจใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนก็ได้

ความเชื่อมโยงระหว่างสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่คาดหวังให้เกิดขึ้น เพื่อให้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อย่างแท้จริง

สภาพความสำเร็จของสมัชชาสุขภาพ

จากการทบทวนองค์ความรู้เรื่องสมัชชาสุขภาพดังกล่าวแล้ว คณะผู้ประเมินมองเห็นนัยยะ และความสำคัญของสมัชชาสุขภาพดังนี้

- สมัชชาสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่ออกแบบขึ้น เพื่อช่วยให้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็นไปได้จริง
- ความสำเร็จของสมัชชาสุขภาพน่าจะแสดงได้ด้วยเรื่องต่อไปนี้
 - การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาวะของสังคมที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย
 - ความสามารถในการผลักดันเรื่องสุขภาวะของสังคม เพื่อนำสู่สังคมสุขภาวะ
 - ความสามารถในการสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และเรียนรู้เรื่องสุขภาวะในสังคมวงกว้างด้วยการสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีคิดระบบคุณค่าและพฤติกรรมสุขภาวะ
 - การพัฒนาทักษะ ความสามารถของภาคีในการติดตามดูแลการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ และภาคส่วนอื่น ๆ ในการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาวะ
 - ความสามารถในการระดมความร่วมมือในการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และการสื่อสารสาธารณะ (Social communication)
 - ความเติบโตเข้มแข็งของสมัชชาสุขภาพที่เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อสุขภาวะองค์กรวม มีการเรียนรู้และปฏิบัติการเรื่องกระบวนการนโยบาย (policy process) สุขภาวะในสังคม
 - ความเข้มแข็งของสมัชชาสุขภาพในการรองรับพันธกิจต่างๆ ได้ตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

2.2 แนวคิด/ตัวแบบการประเมินสมัชชา

การประเมินสมัชชา (assembly) มีลักษณะแตกต่างจากการประเมินการประชุมใหญ่ทั่วไป เพราะสมัชชาเป็นกระบวนการ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลาย ที่ภาคีสมาชิกร่วมกันดำเนินการและเรียนรู้ โดยต่อเนื่องตลอดปี โดยมีกิจกรรมการจัดงานสมัชชาที่เป็นการประชุมใหญ่เป็นกิจกรรมสำคัญใช้เวลา 3-5 วัน การประเมินสมัชชาจึงควรดูทั้งกระบวนการ เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงกระบวนการสมัชชาในปีต่อไป ดังนั้น การประเมินสมัชชาที่สมบูรณ์ จึงต้องเป็นการประเมินที่มีการดำเนินการต่อเนื่องตลอดทั้งกระบวนการสมัชชา ไม่ใช่การประเมินกิจกรรมการประชุมสมัชชาใหญ่ ในระดับชาติเพียง 3-5 วันเท่านั้น

การประเมินสมัชชาสามารถนำแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินโครงการมาประยุกต์ใช้ได้ โดยรูปแบบที่ใช้ในการประเมินโครงการมีอยู่หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการประเมิน ลักษณะการดำเนินงานของโครงการ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้เสีย การประเมินโครงการจึงมีอาจใช้การประเมินแบบใดเพียงแบบเดียว แต่ควรนำจุดเด่นของการประเมินแต่ละแบบมาบูรณาการเข้าด้วยกันเพื่อให้การประเมินสอดคล้องกับธรรมชาติของโครงการและเกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพของโครงการเป็นไปอย่างต่อเนื่องครบถ้วนทุกมิติ (Office of Medical Education, 2004)

จุดเด่นที่สำคัญประการหนึ่งของการประเมินแบบบูรณาการจึงอยู่ที่การบูรณาการเพื่อประโยชน์สูงสุดของการประเมินโครงการ ซึ่งอาจแบ่งลักษณะการบูรณาการได้เป็น การบูรณาการวิธีการประเมิน การบูรณาการบุคลากรในการประเมิน และการบูรณาการทรัพยากรในการประเมิน นอกจากนี้การประเมินแบบบูรณาการยังมีจุดเด่นที่การให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ธรรมชาติของโครงการอีกด้วย

การประเมินแบบบูรณาการมีขั้นตอนการประเมินเช่นเดียวกับการประเมินทั่วไป มีส่วนต่างที่ต้องมีการสร้างโมเดลตรรกะ (logic model) ที่เป็นหัวใจสำคัญของการประเมินแบบบูรณาการ โมเดลตรรกะแบบบูรณาการเปรียบเสมือนแผนที่สำหรับนักประเมินได้เรียนรู้ธรรมชาติของโครงการที่มุ่งประเมิน เป็นโมเดลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยของโครงการ เช่น เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ปัจจัยนำเข้า กิจกรรม และผลผลิตของโครงการ ซึ่งช่วยให้นักประเมินสามารถกำหนดรูปแบบการประเมิน แหล่งข้อมูลและวิธีการรวบรวมข้อมูลสำหรับการประเมินโครงการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการประเมิน

ในการพัฒนารอบการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 นี้ เป็นการบูรณาการแนวคิดการประเมินหลายตัวแบบ ร่วมกับการทบทวนองค์ความรู้ดังกล่าวข้างต้น ตัวอย่างแนวคิดการประเมินอาทิเช่น

- (1) การประเมินเพื่อพัฒนา (developmental evaluation) โดย Micheal Quinn Patton (2011)
- (2) การประเมินแบบความร่วมมือ (collaborative evaluation) ภายใต้ฐานคิด “ทำให้ดีขึ้นร่วมกัน” doing better together (Goodrich, D., 2010)
- (3) การประเมินแบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (deliberation democratic evaluation) Howe, K.R. and Ashcraft, C., (2005)

2.3 การพัฒนากลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

2.3.1 ความเป็นมา

สมัชชาสุขภาพถือกำเนิดจากแนวคิดที่ต้องการจะมี “กลไกกำหนดนโยบายสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” ซึ่งเริ่มต้นขึ้นมาในสังคมไทยนานกว่ายี่สิบปี โดยมีการจัด “สมัชชาสาธารณสุข” และการเสนอให้มีการจัดตั้ง “สภาสาธารณสุข” ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2542-2543 เมื่อมีความพยายามขับเคลื่อนปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการ และเป็นระบบอีกครั้งหนึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งรับผิดชอบการทำงานวิชาการเพื่อสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้มอบหมายให้นักวิชาการทำการสังเคราะห์องค์ความรู้และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับกลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายที่มีส่วนร่วมของประชาชนและท้องถิ่น งานวิชาการชุดนี้เสนอทางเลือกกลไกซึ่งมี “สมัชชาสุขภาพ” เป็นองค์ประกอบที่สำคัญร่วมกับการมี “สภาสุขภาพแห่งชาติ” และ “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ”

ในปี พ.ศ.2544 มีการจัดเวทีสาธิตสมัชชาสุขภาพขึ้นเป็นครั้งแรก ในงาน “ตลาดนัดสุขภาพ” หลังจากนั้นได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีตลอดช่วงเวลาที่มีการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

เวทีสมัชชาสุขภาพก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

พ.ศ.2544 “เวทีสาธิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ”

พ.ศ.2545 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย “การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ”

พ.ศ.2546 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาสาระสำคัญในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...

พ.ศ.2547 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย “อาหารและเกษตรเพื่อสุขภาพ: ภัยคุกคามจากสารเคมี”

พ.ศ.2548 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย “ความอยู่เย็นเป็นสุข”

พ.ศ.2549 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย “เศรษฐกิจพอเพียง สู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุข”

สมัชชาสุขภาพในสถานะใหม่เมื่อมีกฎหมายรองรับ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 25 (3) กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่จัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และในมาตรา 40 การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือสนับสนุนประชาชนรวมตัวกันจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นโดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คสช. กำหนด

ถือเป็นการเริ่มต้น “นับหนึ่ง” ของกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่มีกฎหมายรับรองในปี พ.ศ.2551

ผลการดำเนินงานของ สช.: การพัฒนากลไกและกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy: HPP)

สรุปประเด็นสำคัญ

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 25 (4) กำหนดไว้ว่าให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่และอำนาจในการจัดให้มีหรือส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

กลไกและกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในช่วงที่ผ่านมา มีจุดอ่อนที่สำคัญอย่างน้อย 5 ประการ คือ

- 1) ประชาชนเข้าไม่ถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะ
- 2) ให้ความสำคัญของคุณค่าและมิติต่างๆ ไม่สมดุลกัน
- 3) การสร้างนโยบายสาธารณะขาดข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีน้ำหนักเพียงพอ
- 4) ขาดกระบวนการประเมินผลกระทบและกำหนดทางเลือกที่หลากหลาย
- 5) ขาดระบบการติดตาม ตรวจสอบประเมินผลนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นและลงมือดำเนินการไปแล้ว

ดังนั้น เพื่อให้เกิดกลไกและกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามความหมายใหม่ที่ว่า “เป็นทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่า เชื่อว่า ควรจะดำเนินการไปทางนั้น และเป็นทิศทางหรือแนวทาง ขั้นตอน กระบวนการ ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ เพื่อช่วยสร้างช่วยความสัมพันธในการตัดสินใจของภาครัฐว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ ที่ล้วนส่งผลกระทบต่อประชาชน ชุมชน และสังคม” สช. จึงได้มีการสนับสนุนให้เกิดกลไกและกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย รวมทั้งผลักดันการติดตามให้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้นได้รับการนำไปสู่การปฏิบัติได้แท้จริงในทุกระดับ

2.3.2 โครงสร้าง/กลไกการบริหารจัดการและงบประมาณการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3

เพื่อให้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเป็นไปในแนวทางดังกล่าวข้างต้น สช. ได้จัดโครงสร้าง/กลไกการบริหารจัดการและงบประมาณสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มีสาระสำคัญโดยสรุป ดังนี้

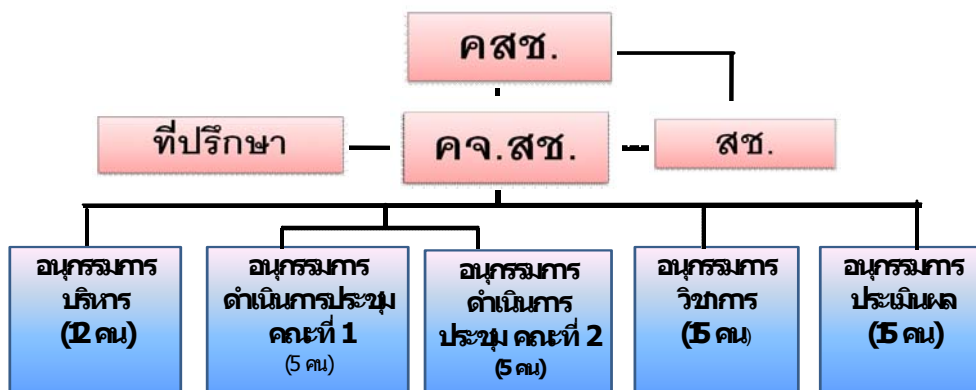
1) โครงสร้าง/กลไกการบริหารจัดการ

ระบบการบริหารจัดการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 จำแนกเป็น 3 ระบบหลัก ๆ ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการ ระบบปฏิบัติการ และระบบสนับสนุน

(1) ระบบบริหารจัดการ มีคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการและเื้ออำนวยการให้งานสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ตามข้อกำหนดในหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มีจำนวน 57 คน ประกอบด้วยที่ปรึกษา จำนวน 15 คน และคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 42 คน (คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ 12/2552 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553) มีที่มาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 11 คน (ผู้แทนจาก คสช. 4 คน และผู้ทรงคุณวุฒิอื่น 7 คน) ผู้แทนกลุ่ม 31 คน (ผู้แทนจังหวัด เอกชน/ภาคประชาสังคม วิชาการ/วิชาชีพ ภาครัฐ/การเมือง) โครงสร้างคณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ครั้งที่ 3 ประกอบด้วยคณะกรรมการต่าง ๆ 4 ชุด คือ

- ก) คณะอนุกรรมการบริหาร
- ข) คณะอนุกรรมการดำเนินการประชุม (แบ่งย่อยเป็น 2 คณะ คือ คณะอนุกรรมการดำเนินการประชุม คณะที่ 1 และคณะอนุกรรมการดำเนินการประชุม คณะที่ 2)
- ค) คณะอนุกรรมการวิชาการ และ
- ง) คณะอนุกรรมการประเมินผล



แผนภาพ 4 โครงสร้างคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 ตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ 12/2552 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 กำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการจัดสมัชชาฯ ไว้ ดังนี้

- วางแผนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553
- เชื่อมประสานกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เพื่อเกื้อกูลการทำงานระหว่างกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด

- อำนวยความสะดวก ติดตามและกำกับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 ให้เป็นที่เรียบร้อย
- ดำเนินการรวบรวมข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อผลักดันสู่การปฏิบัติ
- แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานเพื่อดำเนินการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น
- หน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

(2) ระบบการปฏิบัติการ กลุ่มทำงานในเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยกลุ่มภาคีเครือข่าย ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ทั้งภาคการเมือง ภาควิชาการ ภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม จำนวน 182 กลุ่ม/เครือข่าย

องค์ประกอบของกลไกปฏิบัติการ ประกอบด้วย

- กลุ่มเครือข่ายพื้นที่ 75 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร จำนวน 76 กลุ่ม
- กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคม ชุมชนและเอกชน จำนวน 32 กลุ่ม
- กลุ่มเครือข่ายภาควิชาชีพ/วิชาการ จำนวน 27 กลุ่ม
- กลุ่มเครือข่ายภาคการเมือง/ราชการ/องค์กรภาครัฐ จำนวน 47 กลุ่ม

บทบาทหน้าที่ของกลไกปฏิบัติการ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

ก) ช่วงก่อนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- จัดกระบวนการประชุมและให้ความคิดเห็นต่อเอกสารร่างมติ 1 และร่างมติ 2
- พิจารณาคูบุคคลที่เหมาะสมในการเป็นผู้แทนกลุ่มเครือข่าย รวบรวมและจัดส่งรายชื่อเพื่อลงทะเบียนเข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- พิจารณาคูบุคคลในนามกลุ่มเครือข่ายเพื่อกล่าวสุนทรพจน์

ข) ช่วงระหว่างการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- เข้าร่วมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- ทำหน้าที่เป็นผู้แทนกลุ่มเครือข่ายในการเข้าร่วมประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอความคิดเห็นต่อประเด็นที่กลุ่มเครือข่ายได้พิจารณาแล้วในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ
- ทำหน้าที่เป็นผู้แทนกลุ่มเครือข่ายในการตัดสินใจดำเนินการลงมติในนามของกลุ่มเครือข่าย

ค) ช่วงหลังการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- ประสานงานกับสมาชิกในกลุ่มเครือข่าย เพื่อถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และนำมติ/ผลการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสื่อสารกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เพื่อพิจารณาและกำหนดแนวทางการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายในการขับเคลื่อนมติต่างๆ อย่างเหมาะสม

(3) ระบบสนับสนุน หน่วยงานหลักในการสนับสนุนงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 คือ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งดำเนินการใน 3 เรื่องหลัก ได้แก่

ก) การสนับสนุนการจัดการ ดำเนินการโดยเข้าไปทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการของการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในระดับคณะกรรมการจัดงานและคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ตลอดจนทำหน้าที่ในการเชื่อมประสานกับกลุ่มภาคี/เครือข่ายในการขับเคลื่อนปฏิบัติการระดับพื้นที่

ข) การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่ม/เครือข่ายทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการดำเนินงานของคณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ค) การสนับสนุนวิชาการ สช. มีบทบาทในการหนุนเสริมกระบวนการพัฒนาข้อเสนอและประเด็นทางวิชาการในหลายลักษณะ เช่น การเข้าร่วมเป็นคณะทำงานกำหนดระเบียบวาระ การเข้าร่วมให้ความเห็นทางวิชาการ การให้ข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานทางวิชาการ เป็นต้น

2) งบประมาณ

งบประมาณสนับสนุนงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 ในแผนงานประจำปี 2553 ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จำแนกเป็น 3 โครงการ ได้แก่

(1) โครงการเตรียมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 งบประมาณรวม 20.67 ล้านบาท ประกอบด้วยกิจกรรม/โครงการย่อย ได้แก่

- การทบทวนหลักเกณฑ์การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- กำหนดร่างระเบียบวาระการประชุมและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- การพัฒนาศักยภาพกลุ่มเครือข่ายและการเชื่อมโยงสมัชชาพื้นที่/ประเด็น
- สนับสนุนการบริหารจัดการคณะกรรมการฯ
- ติดตามข้อเสนอเชิงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา
- การประเมินผล
- การสื่อสารทางสังคม

(2) โครงการสนับสนุนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ งบประมาณรวม 31.40 ล้านบาท ประกอบด้วยกิจกรรม/โครงการย่อย ดังนี้

- สนับสนุนการจัดเวทีวิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านสมัชชาฯ เฉพาะพื้นที่
- จัดประชุมคณะกรรมการฯ
- สนับสนุนการจัด AHA กลุ่มเป้าหมาย
- สนับสนุนการจัด AHA กลุ่มขยายผล
- สนับสนุนงานวิจัยด้านสมัชชาสุขภาพ

- จัดเวทีสรุปบทเรียน
- กระบวนการสื่อสารทางสังคม
- จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่
- สนับสนุนการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเพื่อเลือกผู้แทนจังหวัด

(3) โครงการสนับสนุนสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น งบประมาณรวม 2.6 ล้านบาท ได้แก่ การสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านสมัชชาฯ เฉพาะประเด็น

งบประมาณดังกล่าว เป็นค่าใช้จ่ายในส่วนของงานเตรียมงานสมัชชาฯ ส่วนค่าใช้จ่ายในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 จะไปปรากฏอยู่ในแผนงานประจำปี 2554 เนื่องจากช่วงเวลาของการจัดงานกำหนดจัดวันที่ 15-17 ธันวาคม 2553 ซึ่งเป็นปีงบประมาณ 2554 (ปีงบประมาณ 2554 เริ่มวันที่ 1 ตุลาคม 2553) ในช่วงการจัดทำรายงานการประเมินนี้ยังไม่ทราบวงเงินค่าใช้จ่ายที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 (ซึ่งปรากฏงบประมาณในแผนงานปี 2553) คาดว่าไม่น่าจะต่ำกว่า 23.42 ล้านบาท

2.4 ผลการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 และ 2

นับแต่ปี 2551 มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว 2 ครั้ง และมีการประเมินผลโดย ดร.บัญญัติ แก้วส่องและคณะ ซึ่งมุ่งประเมินรูปแบบและกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นหลัก มีขอบเขตการประเมินผลที่อ้างอิงจากหลักเกณฑ์ฯ และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมถึงบริบทตัวนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

2.4.1 ผลการประเมินสมัชชาแห่งชาติปี พ.ศ.2551

รูปแบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

- รูปแบบการใช้เอกสารใช้ได้ดีกับสังคมไทย เพราะร้อยละ 84 อ่านเอกสารมาล่วงหน้า
- Design การทำงานแบบ network ใช้ได้พอสมควรแต่ภาคราชการมีส่วนร่วมน้อย
- กระบวนการของสมัชชา
 - กระบวนการได้มาและคัดเลือกประเด็น เวลาสั้นเร่งรัด ขาดการมีส่วนร่วม
 - กระบวนการพัฒนาวิชาการ ขาด Evidence-based จากพื้นที่ ขาดปฏิสัมพันธ์เท่าที่ควร
 - กระบวนการทบทวนและตรวจสอบประเด็น สร้างการเรียนรู้ได้ loop เดียวต้องรับนำผลเสนอส่วนกลางเนื่องจากมีเวลาจำกัด
 - กระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้ผลลัพธ์ที่กำหนดแต่มุ่งเป้าไปที่การได้ข้อเสนอที่มีความเห็นพ้องกันมากไป รวดรัด ขาดกระบวนการนำสู่การเห็นพ้องแบบประณีต

ผลลัพธ์และความสำเร็จของสมัชชาสุขภาพ

- การเห็นความสำคัญของประเด็นนโยบาย (มักเน้นประเด็นที่ตัวเองเกี่ยวข้อง)
- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายหลายระดับ (ภาคราชการน้อย, การมีส่วนร่วมบางช่วงไม่เข้มข้น)
- เกิดการมีส่วนร่วม แต่ความเป็นเจ้าของของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติยังค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับที่ผ่านมา ขาดพื้นที่ที่แสดงออก, บางกลุ่มเป็นเจ้าของประเด็นปกป้องประเด็นของตนเองสูงไป
- มุ่งผลสัมฤทธิ์เอกสารมติมาก/มีข้อเสนอมาก/ค่อนข้างขาด Learning Space ร่วมกันในงาน
- กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งระบุว่าต้องการนำนโยบายที่ได้ไปปฏิบัติ
- ในแง่ความประหยัดของการใช้จ่ายมีประสิทธิภาพค่อนข้างต่ำ บางรายการใช้จ่ายโดยไม่คำนึงถึงประสิทธิภาพมากนัก การพัฒนาประเด็นทางวิชาการคณะกรรมการมีประสิทธิภาพดี ส่วนประสิทธิผลการจัดประชุมต้องรอดูการขับเคลื่อนนโยบายในระยะต่อเนื่อง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- ประสบการณ์การจัดสมัชชาที่ผ่านมา 6 ปี
- ประสิทธิภาพของ คจ.สช.
- ระบบการสนับสนุน
- การมีส่วนร่วมของภาคี
- ความเป็นมืออาชีพของทีมวิชาการกลาง

ข้อเสนอ

- สร้างส่วนผสมที่เหมาะสม ระหว่างมิติการเรียนรู้กับกระบวนการเกาะเกี่ยวของกลุ่มพลังเครือข่ายสมัชชา และการได้มาซึ่งข้อเสนอที่มีพลังต่อการขับเคลื่อนสังคม
- องค์กรประกอบ คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ควรเน้นการมีองค์ประกอบที่สมดุลระหว่างพลังขับเคลื่อน 3 กลุ่ม
- พัฒนาความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายและพื้นที่
- เชื่อมโยงการเรียนรู้ฐานข้อมูลส่วนกลาง และรูปธรรมจากพื้นที่
- ยกระดับคุณภาพกระบวนการโดยให้เน้นการนำเสนอข้อมูลความคิดของกลุ่มมากกว่านำเสนอมุมมองเฉพาะตน
- ปรับรูปแบบและกระบวนการสื่อสารทางสังคม ให้สร้างกระบวนการการเรียนรู้และตื่นตัวตลอดช่วงกระบวนการสมัชชาทั้งหมด
- ค้นหาแบบรูปธรรมภาคีเครือข่ายและกระบวนการเรียนรู้ร่วม เช่น รูปธรรมการขับเคลื่อนนโยบายของพื้นที่
- ควรใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อพัฒนา “รูปแบบและกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับต่างๆ”

2.4.2 ผลการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ.2552

- เครือข่ายที่เข้ามามีส่วนพัฒนาข้อเสนอทางนโยบายมีความเป็นตัวแทนกลุ่มเครือข่ายอย่างน้อยในระดับหนึ่ง
- กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มกลไกภาคีเครือข่ายเป็นไปอย่างกว้างขวางทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาข้อเสนอทางนโยบาย
- กระบวนการพัฒนาข้อเสนอทางนโยบายใช้ประเด็นพื้นที่/ประเด็นสาธารณะของกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยมีข้อมูลความเป็นจริงประกอบ
- ผลของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีนี้ได้ข้อเสนอทางนโยบาย 11 ประเด็น
- เครือข่ายเห็นคุณค่าความสำคัญของนโยบายสาธารณะ บางเรื่องทำเป็นนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่

ข้อเสนอ

- ใช้ PAR และการสื่อสารทางสังคม (Social Communication) เพื่อเพิ่มพลังการเมือง
- สร้างพลังการพัฒนาแก่กลไกภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่
- เพิ่มความเป็นตัวแทนกลุ่มกลไกภาคีเครือข่ายราชการและกลุ่มวิชาการวิชาชีพ
- พัฒนาระบบการประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้บนฐานรูปธรรมพื้นที่และข้อมูลเชิงมหภาค
- เติมพลังชีวิตและพลังการเรียนรู้ให้แก่สมัชชา
- ทบทวนเป้าหมายและสร้างนวัตกรรมการบริหารจัดการสื่อสารสังคม ทบทวนเป้าหมายของการทำงานสื่อสารสังคม
- พัฒนาสนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสู่ปฏิบัติการ/มีการสนับสนุนให้กลุ่มองค์กรสมาชิกรวมตัวเป็นเครือข่ายเพื่อการผลักดันขับเคลื่อน Community Based Public Policy (CBPP)

2.4.3 ข้อเสนอแนะต่อผลการประเมิน

ข้อเสนอแนะสำหรับการประเมินผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมาคือ ผลการประเมินส่วนใหญ่เป็นประโยชน์ได้ข้อเสนอต่อการพัฒนาปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลผลิต (output) เป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อการใช้ทรัพยากรสาธารณะ (accountability to taxpayers) ความคุ้มค่า ผลการประเมินชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จ ข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคที่ต้องก้าวผ่าน (limitations of practice)

อย่างไรก็ตาม คณะผู้ประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2553 นี้มีความเห็นว่ายังสามารถใช้กลไกการประเมินเพื่อการพัฒนา (evaluation for development) สมัชชาสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประเมินที่นำสู่ข้อสรุปเพื่อการตัดสินใจ (summative decisions) และการประเมินเชิงพัฒนาการ (Developmental evaluations) เพื่อสนองการพัฒนานวัตกรรมทางสังคมท่ามกลางบริบทที่มีความซับซ้อน

และพลวัต การประเมินผลลัพธ์ และผลกระทบที่ทำให้ข้อค้นพบที่สะท้อนข้อจำกัดในด้านหลักคิด (limitations of concepts) ในระดับต่างๆ รวมถึงข้อค้นพบเพื่อพัฒนากลไกเชิงระบบ และเชิงนโยบายที่ไปไกลกว่าข้อเสนอเชิงเทคนิคเท่านั้น การประเมินดังกล่าวนี้ควรจะต้องพิจารณาสังเคราะห์พัฒนาการ (cross-cutting) การขับเคลื่อนปฏิบัติการและการขับเคลื่อนความคิดด้านสมัชชาสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มมีความเคลื่อนไหวเรื่องนี้จนถึงปัจจุบัน อีกทั้งเรียนรู้ความเคลื่อนไหวและปฏิบัติการจากบทเรียนในต่างประเทศ ที่มีบริบทสอดคล้องกับสังคมไทยด้วย

ตัวอย่างประเด็นโจทย์ที่ควรประเมินเรื่องสมัชชาสุขภาพตามกรอบความคิดข้างต้น

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีบทบาทเอื้อ (contribution) ต่อการก่อตัว (emergence) การดำรงอยู่ (existence) และพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพในสังคมไทยอย่างไร
2. อะไรคือผลลัพธ์ (outcomes) และผลกระทบ (impacts) ที่เกิดขึ้นจากการเอื้อให้มีขบวนการด้านสมัชชาสุขภาพของ สช. โดยพิจารณาในด้านต่อไปนี้ เช่น
 - 2.1 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (ผ่านการปฏิบัติ)
 - 2.2 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเครือข่าย (network) ด้านการเรียนรู้สุขภาวะองค์กรรวม
 - 2.3 ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับชาติ/ระดับท้องถิ่น
 - 2.4 ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาเครื่องมือขับเคลื่อนสู่สุขภาวะ (เช่น HIA, KM, Dialogue, forum, Issue Book, Deliberative Democracy และ Social technique อื่น ๆ)
 - 2.5 ผลลัพธ์ด้านการสร้างองค์ความรู้เพื่อพัฒนาสังคมสุขภาวะในบริบทไทย (เช่น Theory of change ด้านปฏิบัติการและการเรียนรู้ของขบวนการสุขภาวะ องค์ความรู้ผ่านปฏิบัติการด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะ การเมืองของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การขจัดหรือลดความเสี่ยงทางนโยบาย การพัฒนาความเชื่อมั่นของสังคม ในการนิยามอัตลักษณ์และร่วมสร้างสังคมสุขภาวะ ฯลฯ เป็นต้น)
 - 2.6 ผลกระทบ (impacts) ด้านสุขภาวะในสังคม

อย่างไรก็ตามโจทย์ข้างต้นเป็นเพียงข้อเสนอที่คณะผู้ประเมินเห็นว่าควรมีการศึกษาและประเมินผลเพื่อชี้ให้เห็นถึงระดับคุณภาพการของสมัชชาสุขภาพ และสช.ต่อไป

2.5 ที่มาของประเด็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3

2.5.1 ที่มาของข้อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากองค์กรต่างๆ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 กำหนดจัดขึ้นระหว่าง วันที่ 15 – 17 ธันวาคม 2553 ณ หอประชุมสหประชาชาติ ถนนราชดำเนินนอก กรุงเทพฯ คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 (คจ.สช.) ได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคีต่างๆ ในการกำหนดระเบียบวาระการประชุมในเชิงประเด็นและการดำเนินงานทางวิชาการเพื่อให้ได้ร่างข้อเสนอ/มติ ที่จะนำเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดย คจ.สช. ได้เปิดโอกาสให้องค์กรภาคีและเครือข่ายต่างๆ ทั้ง 3 ภาคส่วน และเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ 76 จังหวัด เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ในขั้นตอนการกำหนดระเบียบวาระการประชุมในเชิงประเด็น (Agenda setting) ซึ่งถือได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2553 คจ.สช. ได้เชิญเครือข่าย/องค์กรต่าง ๆ ให้ร่วมเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ส่งไปที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อให้ คจ.สช. พิจารณาคัดเลือกและบรรจุเป็นระเบียบวาระการประชุมฯ โดยให้เครือข่ายจัดทำข้อเสนอระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้

- 1) หัวข้อเรื่องหรือประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ต้องการเสนอ
- 2) ชื่อเครือข่าย/องค์กรที่เสนอและผู้รับผิดชอบ (พร้อมหมายเลขโทรศัพท์และสถานที่ติดต่อ)
- 3) ความเป็นมาและความสำคัญของประเด็นทั้งในเชิงพื้นที่และประชากร (ระบุความเป็นมาและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้เกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบ)
- 4) ระดับการมีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 5) ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ต้องการผลักดันให้เกิดขึ้นในระดับชาติ

ทั้งนี้มีองค์กร/เครือข่ายต่างๆ ได้เสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จำนวน 52 ข้อเสนอ จาก 36 องค์กร/เครือข่าย ข้อเสนอดังกล่าวเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยส่วนใหญ่เป็นประเด็นเกี่ยวกับหมวด 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่มีผู้เสนอ 20 ประเด็น ในกลุ่มประเด็นสังคมและสิ่งแวดล้อม การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านบุหรี่ยาสูบ แอลกอฮอล์ การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันยาเสพติด และอนามัยเจริญพันธุ์ รองลงมาเป็นประเด็นเกี่ยวกับหมวด 4 การเสริมสร้างสุขภาพที่มีผู้เสนอ 15 ประเด็น ในกลุ่มประเด็นการเสริมสร้างสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน กลุ่มแรงงาน และกลุ่มผู้พิการ ทั้งนี้ไม่มีข้อเสนอเกี่ยวกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข อนึ่งข้อเสนอจากระดับเครือข่ายในพื้นที่ในช่วงปีนี้มีอยู่ไม่มากนักซึ่งคณะผู้ประเมินเห็นว่าน่าจะเป็นปัญหาคุณภาพการจัดการ โดยเฉพาะในเรื่องการจัดการความสัมพันธ์เครือข่ายและอาจเป็นปัญหาคุณภาพการมีส่วนร่วมประกอบกัน

2.5.2 ระเบียบวาระการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นมติสมัชชาสุขภาพ

หลังจากที่ได้รับข้อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะจากองค์กร/เครือข่ายต่างๆ แล้ว คจ.สช. จะดำเนินการพิจารณาข้อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อบรรจุเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งผ่านกระบวนการกลั่นกรองจากคณะอนุกรรมการวิชาการ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา คือ ความสำคัญของประเด็นนโยบายสาธารณะ ความรุนแรงของผลกระทบ ความสนใจของสาธารณะ และความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายหรือผลต่อเนื่องให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดี

2.5.3 หลักการพัฒนาร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

ภายหลังจากได้ประเด็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 ซึ่งถือเป็นกรอบนำในการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 แล้ว ได้มีการกำหนดแผนการทำงานเพื่อจัดทำร่างแรกของเอกสารหลักและร่างมติ โดยแบ่งคณะทำงานออกเป็นคณะต่างๆ เพื่อรับผิดชอบในรายประเด็นร่างมติในชื่อของแกนทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 ซึ่งแกนวิชาการดังกล่าวจะดำเนินการร่วมกับทีมวิชาการประเด็นร่างมติฯ

2.5.4 ขั้นตอนการจัดทำร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

หลังจากที่คณะกรรมการได้กำหนดร่างระเบียบวาระการประชุมเชิงประเด็นแล้ว อนุกรรมการวิชาการจะดำเนินการจัดกระบวนการปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างกลุ่มเครือข่ายที่ร่วมเสนอประเด็นและภาคี/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในประเด็นนั้นๆ เพื่อพัฒนาให้ได้ประเด็นเชิงนโยบายที่ชัดเจน และจัดตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น เพื่อดำเนินการจัดทำรายงานเชิงวิชาการและสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดทำร่างข้อเสนอ/มติ ประเด็นนโยบายสาธารณะแต่ละระเบียบวาระ เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป โดยมีแผนการดำเนินงานในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและร่างมติ ระหว่างเดือนมีนาคมจนถึงเดือนธันวาคม 2553 ดังนี้

- 1) การกำหนดร่างระเบียบวาระการประชุมเชิงประเด็น (กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม)
- 2) การจัดทำเอกสารร่างแรก (มิถุนายน – สิงหาคม)
- 3) กลุ่มเครือข่ายจัดกระบวนการรับฟังความเห็นต่อเอกสารร่างแรก (1 กันยายน – 15 ตุลาคม)
- 4) การปรับปรุงเอกสารเพื่อจัดทำเอกสารร่างที่สอง (16 ตุลาคม – 30 พฤศจิกายน)
- 5) ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายจัดเตรียมความเห็นของกลุ่มต่อร่างที่สอง (1 – 14 ธันวาคม)

2.5.5 ข้อเสนอร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

เมื่อ คจ.สช. พิจารณาข้อเสนอขององค์กรต่างๆ แล้ว สรุปให้มีร่างระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 ประกอบด้วยระเบียบวาระการประชุมเชิงประเด็น จำนวน 10 ระเบียบวาระ โดยเป็นประเด็นที่มีการเสนอใหม่ จำนวน 9 ระเบียบวาระ และเป็นระเบียบวาระการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 1 ระเบียบวาระ ดังนี้

- 1) ร่วมฝ่าวิกฤติความเป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ
- 2) หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง
- 3) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
- 4) การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
- 5) มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน
- 6) มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ
- 7) นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ
- 8) การแก้ไขปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางเคเบิลทีวี โทรทัศน์ดาวเทียม วิทยุชุมชน อินเทอร์เน็ต (ซึ่งยกเลิกและไม่ได้นำเข้าพิจารณาในช่วงการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และมีการพิจารณาวาระเร่งด่วนเข้ามาทดแทน)
- 9) นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
- 10) รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา

ส่วนประเด็นอื่นๆ ที่องค์กร/เครือข่ายต่างๆ เสนอเข้ามา แต่ไม่ได้ถูกกำหนดเป็นระเบียบวาระการประชุมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ได้พิจารณากลั่นกรอง และแบ่งข้อเสนอออกเป็นกลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มประเด็นที่สมควรเสนอในห้องประชุมวิชาการ กลุ่มประเด็นที่จะนำไปผนวกกับการติดตามมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา และกลุ่มที่ยังต้องมีการพัฒนาให้มีความชัดเจน โดยคณะกรรมการได้ประสานงานกับผู้เสนอประเด็นในแต่ละกลุ่มเพื่อดำเนินการพัฒนาข้อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะต่อไปตามความเหมาะสม

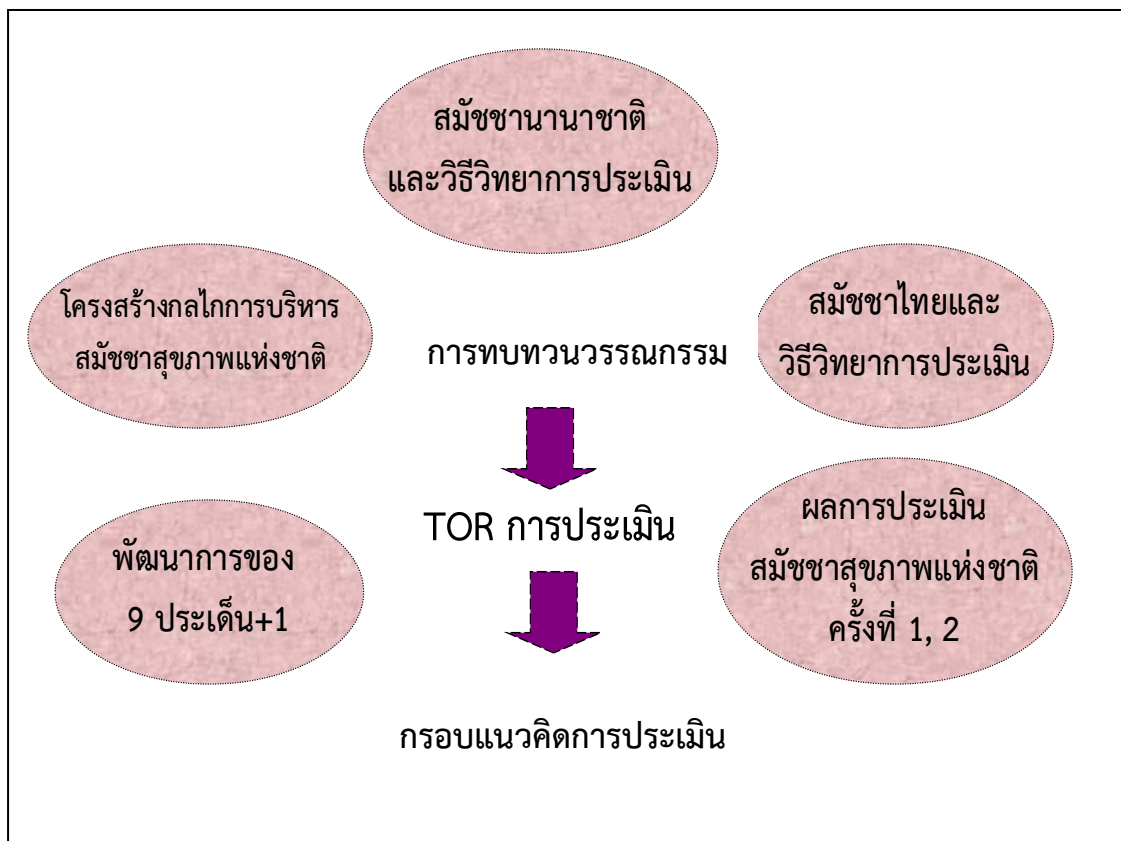
เปรียบเทียบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1-3

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1	มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2	มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3
<ol style="list-style-type: none"> 1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ 2) การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย 3) นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ทุพพิกขณ์ 4) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี 5) เกษตรและอาหารในยุควิกฤต 6) ยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 7) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม 8) ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น 9) ผลกระทบจากสื่อต่อเด็กเยาวชนและครอบครัว 10) สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 11) ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย 12) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะแรงงานนอกระบบ 13) การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ 14) วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย (1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้ 3) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน 4) ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย 5) ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ 6) โรคติดต่ออุบัติใหม่ 7) การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน 8) การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 9) การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน 10) การพัฒนาการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว 11) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 	<ol style="list-style-type: none"> 1) มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน 2) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ 3) การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง 4) นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ 5) นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ 6) มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ 7) ร่วมฝ่าวิกฤติความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ 8) การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม 9) การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะจากความตกลงการค้าเสรี (วาระเร่งด่วน) 10) รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา

สรุป

จากบทบาทหน้าที่ของ สช. ต่อการขับเคลื่อนนโยบายด้านสาธารณสุขด้านสุขภาพนั้น เป็นการปรับกระบวนการพัฒนานโยบายจากนโยบายที่กำหนดโดยรัฐ (State centered) เป็นนโยบายที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือ ดำเนินการผ่านการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็น การพัฒนาระบบ/หลักเกณฑ์การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ตลอดจนการจัดกลไกทำงานพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ บทเรียนของการพัฒนาและดำเนินงานนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการต้องปรับแนวคิดของกระบวนการนโยบายที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจากนโยบายนั้น และจะต้องสนับสนุนการปรับโครงสร้างองค์กร เพื่อเปิดโอกาสให้องค์กรเอกชน และประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอนโยบาย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พร้อมทั้งมีระบบการติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน

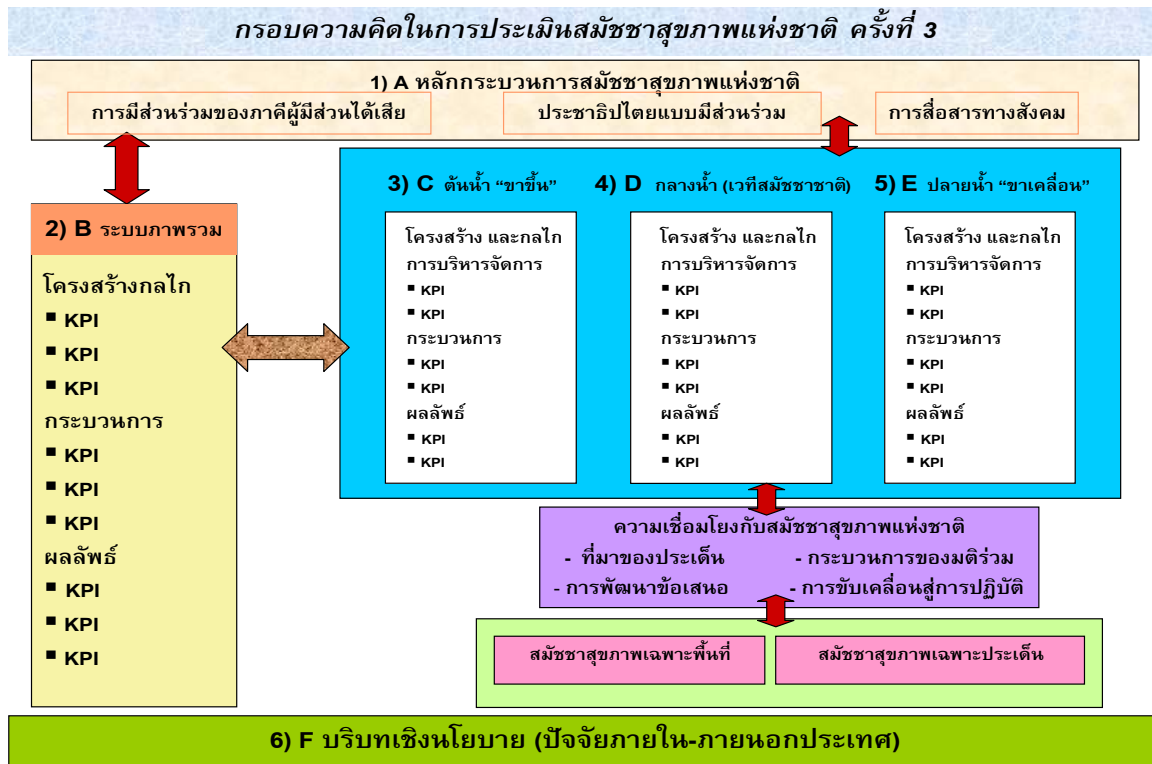
จากการทบทวนองค์ความรู้ข้างต้นผนวกกับเงื่อนไขการประเมินตามข้อกำหนด (TOR) นำมาสู่การพัฒนากรอบการประเมินผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 ซึ่งจะกล่าวในลำดับต่อไป



2.6 ฐานคิดเบื้องต้นในการพัฒนากรอบแนวคิดการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3

- 1) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ อย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง (ทั้งขาขึ้น, ขาเคลื่อน และเริ่มวงจรใหม่)
- 2) กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำเป็นต้องให้ความสำคัญ ตั้งแต่การเตรียมการ คือ ต้นน้ำ หรือ “ขาขึ้น” กลางน้ำ (เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ) และเมื่อสิ้นสุดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จะนำ มติไปสู่การขับเคลื่อนในเชิงปฏิบัติ ที่เรียกว่า ปลายน้ำ หรือ “ขาเคลื่อน”
- 3) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น 4 ประการ
 - (1) ที่มาของประเด็น
 - (2) การพัฒนาข้อเสนอ
 - (3) กระบวนการของมติร่วม
 - (4) การขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ
- 4) ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเชิงพื้นที่และสมัชชาเชิงประเด็น ดำเนินการ ภายใต้อุณหภูมิที่พึงประสงค์ คือ การมีส่วนร่วม 3 ภาคี ประชาธิปไตยแบบมี ส่วนร่วม (ความมี พลัง มีศรัทธาร่วม ความเป็นเจ้าของ และการจัดการตนเอง) และการสื่อสารทางสังคม (สร้างการ ตื่นรู้ และความตระหนักร่วมของสังคม)
- 5) ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ 3 ระดับ (ระดับชาติ ระดับสากล และระดับพื้นที่)
- 6) การขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 มีทุนเดิม (ที่อาจเป็นผลทางบวก/ลบ) จากการขับเคลื่อน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1, 2 และมีบริบททางสังคมที่เอื้อหรือไม่เอื้อต่อการขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ

2.7 กรอบความคิดการประเมิน



กรอบแนวคิดการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ที่พิจารณาทั้งระบบจะประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1) **A: หลักคิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ** ตลอดการประเมินจะยึดถือหลักการของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่สำคัญ 3 ประการ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และการสื่อสารทางสังคม
- ส่วนที่ 2) **B: ระบบภาพรวม** ครอบคลุมโครงสร้างกลไก รวมทั้งกระบวนการบริหารจัดการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ได้กำหนดไว้เป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน
- ส่วนที่ 3) **C: ต้นน้ำ “ขาขึ้น”** พิจารณาองค์ประกอบโครงสร้างกลไก กระบวนการ และผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ในช่วงการเตรียมการโดยผลลัพธ์ของต้นน้ำ จะได้ประเด็นวาระที่เข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (กลางน้ำ)
- ส่วนที่ 4) **D: กลางน้ำ “เวทีสมัชชาชาติ”** พิจารณาโครงสร้างกลไก กระบวนการ และผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ โดยผลลัพธ์ของกลางน้ำจะได้มิติที่จะนำไปสู่ขาเคลื่อน หรือปลายน้ำต่อไป

- ส่วนที่ 5) E: ปลายน้ำ “ขาเคลื่อน” เป็นการพิจารณาผลของการนำมติไปปฏิบัติ โดยในส่วนนี้ใช้หลักการประเมินที่ครอบคลุมโครงสร้าง กลไก กระบวนการและผลลัพธ์ เช่นเดียวกับต้นน้ำ และกลางน้ำ เพียงแต่แตกต่างกันในรายละเอียดของตัวชี้วัดการประเมิน
- ส่วนที่ 6) F: บริบทเชิงนโยบาย (ปัจจัยภายใน-ภายนอก) ซึ่งเป็นบริบทที่มีพลวัต ไม่แน่นอน จึงมิได้กำหนดตัวชี้วัดแต่ผู้ประเมินจะวิเคราะห์บริบทประกอบการตีความผลการประเมิน

บทที่ 3

องค์ประกอบและตัวชี้วัดการประเมิน

องค์ประกอบและตัวชี้วัดการประเมิน ได้รับการพัฒนาขึ้นภายใต้หลักการแนวคิดและกรอบการประเมิน ดังที่ได้นำเสนอในบทที่ 2 องค์ประกอบและตัวชี้วัดจะได้รับการให้นิยามความหมาย เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าใจตรงกัน

วิธีวิทยาที่ใช้ในการประเมิน ใช้แนวคิดและเทคนิควิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพผสมผสานกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์เที่ยงตรงภายใต้บริบทที่เป็นจริง ดังนั้นตัวชี้วัดและการได้มาของข้อมูลตัวชี้วัดจึงประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งการสังเกต สัมภาษณ์แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การวิเคราะห์จากเอกสาร การใช้แบบสอบถาม การมีส่วนร่วมในกระบวนการถอดบทเรียน เป็นต้น (ดูรายละเอียดของเครื่องมือการประเมินในภาคผนวก)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะนำมาสังเคราะห์สรุปผลการประเมิน และให้ข้อเสนอทิศทางการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในระยะต่อไป

รายละเอียดขององค์ประกอบและตัวชี้วัด มีดังนี้

ระบบประเมิน	องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด
A หลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	3	6
B ระบบบริหารจัดการภาพรวม	8	18
C การประเมินต้นน้ำ	8	21
D การประเมินกลางน้ำ	3	11
E การประเมินปลายน้ำ	3	20

หลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและกลไกการบริหารจัดการภาพรวม

A. หลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
A-1. การมีส่วนร่วมของภาคีผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders)	ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่สำคัญในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ (อาทิเช่น กลุ่มเครือข่ายสมาชิก ทั่วโลก คณะกรรมการ คณะทำงานทุกระดับ ฯลฯ) มีความครบถ้วน ครอบคลุมทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพในขั้นตอนต่างๆ ตามหลักเกณฑ์หรือแนวทางที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ	- เอกสาร - key informants - แกนประสานจังหวัด - ผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	- การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม - แบบสัมภาษณ์ - แบบสอบถาม
A-1.1 ความครบถ้วนของภาคส่วนต่างๆ	ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่สำคัญในกระบวนการสมัชชาสุขภาพมีตัวแทนจากทั้ง 3 ภาคส่วน (ภาคประชาชน/ชุมชน/เอกชน, ภาคการเมือง/ราชการ/องค์กรรัฐ และภาควิชาการ/วิชาชีพ) อย่างครบถ้วนทั้งในระดับพื้นที่และระดับส่วนกลาง		
A-1.2 ความครบถ้วนของผู้ได้รับผลกระทบ	ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่สำคัญในกระบวนการสมัชชาสุขภาพมีความครอบคลุมผู้ที่ได้รับผลกระทบจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทั้งผู้ได้รับประโยชน์และผู้เสียประโยชน์ในสัดส่วนที่เหมาะสม		
A-1.3 คุณภาพการมีส่วนร่วม	ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่สำคัญในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพลเมืองที่ตื่นรู้จัดการตนเอง (active citizen) อย่างเห็นคุณค่า มีความรู้ ความเข้าใจ มุ่งมั่น ทุ่มเท ทำงานร่วมกันโดยยอมรับความแตกต่าง มีความรับผิดชอบร่วมเพื่อให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพบรรลุเป้าหมาย ในกระบวนการ/ขั้นตอนต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> • การร่วมแลกเปลี่ยนทางความคิดที่หลากหลาย (productive deliberation) • การร่วมตัดสินใจ (collective decision) โดยมุ่งผลดีทั้งระยะสั้นและระยะยาว • การร่วมกันออกแบบขั้นตอนต่างๆ ด้านการเรียนรู้ในกระบวนการนโยบาย • การปฏิบัติโดยรู้สึกร่วมชะตาเดียวกัน • การร่วมพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (productive relationship) • การร่วมประเมินผลถอดบทเรียนและจัดการความรู้ มีการเรียนรู้ข้ามกลุ่มเพิ่มเติมจากที่ตนเองสนใจหรือรับผิดชอบ เพื่อคุณภาพการเรียนรู้และการเชื่อมโยงด้านสุขภาพของคร่ำรวม 		

A. หลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
A-2 ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม	กระบวนการสมัชชาสุขภาพเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่สำคัญ มีอิสระในการแสดงความเห็นและการตัดสินใจจากข้อมูลที่เป็นจริงโดยฉันทามติ	- เอกสาร - key informants	- การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม
A-2.1 การใช้กระบวนการประชาธิปไตยแบบถกเถียง (deliberative democracy)	<p>ผู้มีส่วนได้เสียใช้กระบวนการประชาธิปไตยแบบถกเถียงเป็นวงจรต่อเนื่อง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีพื้นที่สาธารณะและพื้นที่เรียนรู้ (public space, learning space) ร่วมกัน • มีกระบวนการปรึกษาหารือ/ถกเถียงกันโดยยอมรับความเห็นแตกต่างยอมรับข้อมูลหลากหลายแตกต่างจากที่ตนเองเชื่อ • มีวิธีการจัดการความขัดแย้ง หรือความเห็นต่าง การตีความต่าง โดยใช้ข้อมูลความเป็นจริงสนับสนุน • มีข้อสรุปร่วมกันเพื่อการลงมือปฏิบัติหรือเดินหน้าต่อไปได้ (consensus, the most doable way) 	- แกนประสานจังหวัด - ผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	- แบบสัมภาษณ์ - แบบสอบถาม
A-2.2 กระบวนการพิจารณาตัดสินใจจากข้อมูลที่เป็นจริงโดยฉันทามติ	<p>การตัดสินใจในเรื่องใดๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาตัดสินใจได้ เกณฑ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • ข้อมูลที่เป็นจริง ทั้งความรู้จากภายในและภายนอก • ฉันทามติ • ความรับผิดชอบลงมือทำร่วมกัน (making change) โดยไม่เรียกร้องรัฐหรือผู้อื่นมาทำแทน 		
A- 3 การสื่อสารทางสังคม	การสื่อสารสาธารณะด้วยรูปแบบและช่องทางต่างๆ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพทั้งก่อน ระหว่างและหลังการจัดสมัชชา เพื่อสร้างการตื่นตัวและเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมได้รับรู้และมีส่วนร่วม (public understanding)		
A-3.1 ประสิทธิภาพของการสื่อสาร	<p>การสื่อสารทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการจัดสมัชชาที่มีประสิทธิภาพโดยพิจารณาจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> • ความสามารถสื่อสารกับสังคมในวงกว้าง • มีคุณภาพการสื่อสารโดยการเปิดเผยข้อมูลและมีความโปร่งใสในข้อมูล • การสื่อสารอย่างต่อเนื่องจนสังคมเกิดความเข้าใจในกระบวนการสมัชชาและเกิดการเคลื่อนไหวทางสังคม (กระเพื่อม) • มีการเคลื่อนไหวจนเกิดพลังทางการเมืองจากภาคสังคมหรือภาคประชาชน • การมีวงจรป้อนข้อมูลกลับและปฏิสัมพันธ์ในการสื่อสาร (interactive learning) 		



B. ระบบบริหารจัดการภาพรวม

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
โครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ		- เอกสาร	- แบบสัมภาษณ์
B-1 การออกแบบองค์กร (organizational design)	การออกแบบให้มีโครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ กระบวนการสมัชชาสุขภาพทุกระดับ การคัดเลือก/แต่งตั้ง บุคลากรเข้าสู่กลไกฝ่ายต่างๆ รวมถึงองค์ประกอบและ การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของกลไกในระดับต่างๆ	- key informants - แกนประสาน จังหวัด	- แบบสอบถาม
B-1.1 การมีอยู่และความพอเพียงของกลไกฝ่ายต่างๆ	จำนวนและองค์ประกอบ (composition) ของกลไกฝ่ายต่างๆ ทุกระดับเมื่อเปรียบเทียบกับภารกิจ (program adequacy) ที่ทำให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพบรรลุเป้าหมาย	- บุคลากร สข.	
B-1.2 การกำหนดบทบาทภารกิจ (roles & functions) ของกลไกต่างๆ	บทบาทและภารกิจของกลไกฝ่ายต่างๆ ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ มีความชัดเจน สอดคล้องประสานกัน		
B-1.3 การคัดเลือกหรือแต่งตั้งบุคลากร (recruitment) เข้าสู่กลไกฝ่ายต่างๆ	หลักเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรเข้าสู่กลไกฝ่ายต่างๆ โดยพิจารณาจาก <ul style="list-style-type: none">• ปริมาณ (จำนวน)• ศักยภาพคนทำงาน (competency) ที่สอดคล้องกับบทบาท/หน้าที่• ความมุ่งมั่นจริงจังในการปฏิบัติตามบทบาท/หน้าที่• เวลาที่บุคลากรมีให้กับโครงการ (time allocation)• การจัดให้มีการ share vision/share mission ในเรื่องกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และสุขภาวะองค์กรของบุคลากรฝ่ายต่างๆ เพื่อให้ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ		
กระบวนการ			
B- 2 การขับเคลื่อนบนฐานความรู้	การดำเนินงานของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ มีการใช้องค์ความรู้ สร้างความรู้ การให้ความรู้และการแบ่งปันความรู้		
B-2.1 การสร้างและใช้ความรู้	การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนบนฐานข้อมูลความรู้ (evidence based) หรือ fact based ทั้งความรู้ที่เป็น explicit, tacit ความรู้จากบริบทพื้นที่และผลการประเมินการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมา		
B-2.2 การแบ่งปันความรู้ (knowledge sharing)	กระบวนการสมัชชาสุขภาพมีการแบ่งปันความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งภายในและภายนอก การเรียนรู้จากการปฏิบัติ เชื่อมโยงในแนวระนาบ และมีการรวบรวมชุดความรู้ในรูปเอกสารหรือสื่ออื่นๆ เพื่อเผยแพร่		



B. ระบบบริหารจัดการภาพรวม (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
B-3 การพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนได้เสีย	การจัดให้มีการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการ ทันท่วงทีสถานการณ์ ให้กับผู้มีส่วนได้เสีย	- เอกสาร - key informants - แคนประสานจังหวัด	- แบบสัมภาษณ์ - แบบสอบถาม
B-3.1 การพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนได้เสีย	การพัฒนาผู้มีส่วนได้เสียด้านกระบวนการนโยบาย สาธารณะและสุขภาพองค์กรรวม พิจารณาจาก <ul style="list-style-type: none">• สอดคล้องกับความต้องการจำเป็น• ทันท่วงทีสถานการณ์• อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ• มีการติดตามผลมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน		
B-4 การบริหารความเสี่ยง	กระบวนการสมัชชาสุขภาพมีขอบข่ายกว้างขวาง มีภาคีที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก มีความหลากหลาย ความซับซ้อน ในวัฒนธรรมวิถีปฏิบัติที่แตกต่าง จึงต้องคำนึงถึงคุณภาพการจัดการที่ต้องบริหารความเสี่ยงล่วงหน้าทันการณ์ ซึ่งประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none">- การวิเคราะห์ความเสี่ยง- การประเมินผลกระทบ- การป้องกันแก้ไข		
B-4.1 ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์	การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ และวางแผนทางป้องกันความเสี่ยง		
B-4.2 ความเสี่ยงด้านการเงิน	การวิเคราะห์การจัดการด้านการเงิน ประเมินความคุ้มค่าทางการเงิน และวางแผนทางเพิ่มประสิทธิภาพทางการเงิน		
B-4.3 ความเสี่ยงด้านกลไกการสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างทันการณ์ (reflection)	การจัดให้มีโครงสร้างกลไกการติดตามประเมินผลภายใน การประเมินผลการดำเนินงาน และแนวทางการใช้ประโยชน์จากผลการประเมินอย่างทันเวลา		
ผลลัพธ์			
B-5 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	การบริหารจัดการและควบคุมการดำเนินการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามแผนงาน/เป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ทรัพยากรและระยะเวลาในการดำเนินงาน		
B-5.1 ประสิทธิภาพด้านการจัดการ	ระบบการทำงานที่รวดเร็ว/ยืดหยุ่นสอดคล้องกับอัตลักษณ์ของสมัชชาสุขภาพ สามารถปฏิบัติงานสำเร็จเป็นไปตามแผนที่วางไว้		
B-5.2 ประสิทธิภาพด้านการเงิน	ความสามารถในการใช้จ่ายเงินได้ตรงตามวัตถุประสงค์		

B.ระบบบริหารจัดการภาพรวม (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
B-6 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสีย	ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้งด้านการบริหารจัดการ กระบวนการ และผลลัพธ์การดำเนินงาน	- เอกสาร - key informants	- แบบสัมภาษณ์ - แบบสอบถาม
B-6.1 ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการ	ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพด้านการบริหารจัดการ	- แคนประสานจังหวัด	
B-6.2 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดสมัชชา	ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพด้านกระบวนการที่ใช้ ทั้งกระบวนการต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ		
B-6.3 ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ของกระบวนการสมัชชา	ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพด้านผลลัพธ์การดำเนินงานที่เกิดขึ้น		
B-7 การเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย	ความเข้าใจและรู้ถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะการเข้าใจสภาวะองค์กรวม และการเรียนรู้ตามหลักการมีส่วนร่วม การทำงานในแนวระนาบ การมีปฏิสัมพันธ์ และการบูรณาการ (Participation, Horizontal, Interactive และIntegration หรือ PHII)		
B-7.1 ความเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะ	ความเข้าใจและเห็นด้วยในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม		
B-7.2 การเข้าใจสภาวะองค์กรวม	ความเข้าใจ เห็นด้วย และสามารถเชื่อมโยงมิติต่างๆ เข้ากับเรื่องสภาวะองค์กรวม		
B-7.3 การเรียนรู้ตามหลัก PHII (Participation, Horizontal, Integrated และ Interactive)	ความเข้าใจ เห็นด้วยในการเรียนรู้ในกระบวนการนโยบายที่ใช้หลักการมีส่วนร่วม การทำงานในแนวระนาบ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน และการบูรณาการ ที่แสดงออกโดยการมีเป้าหมายร่วมกัน การเข้าใจในเนื้อหาที่ขับเคลื่อนร่วมกัน และการมีปฏิบัติการร่วมกัน		
B-8 การบริหารเครือข่าย	การประสาน สนับสนุน และจัดการความสัมพันธ์เพื่อให้ภาคีเครือข่ายและผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีความรับผิดชอบโดยตรง (Authority stakeholders) กับกระบวนการสมัชชาสุขภาพดำเนินงานได้ตามเจตนารมณ์		
B-8.1 การบริหารเครือข่าย	การประสาน สนับสนุน และจัดการความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบโดยตรง (authority stakeholders) โดยพิจารณาจาก <ul style="list-style-type: none"> • การรับรู้ของเครือข่ายว่าตนมีบทบาทเป็นพันธมิตรทางยุทธศาสตร์ (strategic alliances) • การบริหารแบบสนับสนุนเอื้ออำนวยความสะดวก • มีลักษณะของผู้นำกลุ่ม (collective leadership) • มีการบริหารแบบมีส่วนร่วม และสร้างความสัมพันธ์แนวราบ นำผู้คนที่ตื่นรู้หลากหลายมาปฏิบัติการร่วมกัน • การเป็นเครือข่ายของเครือข่าย (network of networks) ของ สช. • ความไว้วางใจ (trust) ระหว่างเครือข่าย 		

C. การประเมินต้นน้ำ “ขาขึ้น”

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
โครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ			
C-1 การจัดการกลุ่มเครือข่าย ผู้มีส่วนได้เสีย	การได้มาของภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้เสีย อนุกรรมการวิชาการที่มีคุณภาพ และการคัดเลือกตัวแทนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	- เอกสาร - คณะกรรมการชุดต่างๆ - สมาชิกกลุ่มเครือข่าย	- แบบสังเกต - แบบสัมภาษณ์ - แบบสอบถาม
C-1.1 การได้มาของภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้เสียที่มีคุณภาพ	หลักเกณฑ์การคัดเลือกภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้เสีย พิจารณาจากการเป็นที่ยอมรับของคนในพื้นที่ และความเกี่ยวข้องในประเด็น รวมถึงมีภาคีเครือข่ายใหม่ (ที่มีสัดส่วนสมดุลของ 3 ภาคส่วน)		
C-1.2 การได้มาของอนุกรรมการวิชาการ	หลักเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรเข้าสู่อนุกรรมการวิชาการ พิจารณาจากปริมาณ (จำนวน) ศักยภาพคนทำงาน (competency) ที่สอดคล้องตามบทบาทหน้าที่ เวลาที่บุคลากรมีให้กับโครงการ (time allocation)		
C-1.3 การคัดเลือกตัวแทนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	กระบวนการคัดเลือกตัวแทนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พิจารณา <ul style="list-style-type: none"> • ความครอบคลุมทั้งสามภาคส่วน ทั้งภาคประชาชนและเอกชน ภาควิชาชีพและวิชาการ และภาคราชการและการเมืองและมีความเป็นตัวแทนที่ดีของภาคส่วนต่างๆ และของพื้นที่ • ความพร้อมของตัวแทนในการเข้าร่วมขบวนการสมัชชาสุขภาพ เช่น ความพร้อมด้านเวลา ด้านองค์ความรู้ ประสบการณ์ ฯลฯ 		
กระบวนการ			
C-2 การทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย	การทำตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มเครือข่ายได้ครบถ้วนตามแนวทางการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบาย		
C-2.1 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียเพื่อนำเข้ามาเป็นภาคีเครือข่าย (inclusive)	การใช้กรอบในการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการสมัชชา โดยพิจารณามิติเชิงพื้นที่ หรือมิติเชิงองค์กรที่ครอบคลุมทั้ง 3 ภาคส่วนไม่ตัดผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มใดออกไป ทำให้มีความครบถ้วนในภาคประชาชนและเอกชน ภาควิชาชีพและวิชาการ และภาคราชการและการเมือง และจัดเป็นกลุ่มเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกภาคส่วน		
C-2.2 การทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย	กลุ่มเครือข่ายได้ทำหน้าที่คัดเลือกประเด็นเชิงนโยบายที่เกิดจากข้อตกลงร่วมกันของสมาชิกในเครือข่ายของตน การเข้าร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย การจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นร่วมของสมาชิกภายในกลุ่มเครือข่าย ต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่ถูกกำหนดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่		
C-2.3 การดำเนินงานขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	ภาคีเครือข่ายได้ทำหน้าที่ ในการร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น การเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนมติ และการติดตามรายงานผลการดำเนินงานตามมติอย่างต่อเนื่อง		

C. การประเมินต้นน้ำ “ขาขึ้น” (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
กระบวนการ (ต่อ)			
C-3 การได้มาของประเด็นหรือระเบียบวาระ	การออกแบบกระบวนการในการกำหนดและพัฒนาประเด็นการพัฒนาข้อเสนอประเด็นเชิงนโยบาย	- เอกสาร - คณะกรรมการ - ชุมชนต่างๆ - สมาชิกกลุ่มเครือข่าย	- แบบสังเกต - แบบสัมภาษณ์ - แบบสอบถาม
C-3.1 การกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย	การกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย มีการพิจารณาจากข้อมูลทางวิชาการ ข่าวสารจากสื่อสาธารณะ สถานการณ์ของพื้นที่/ประเด็น สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ความสนใจร่วมของสังคม นโยบายของรัฐ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา		
C-3.2 การพัฒนาข้อเสนอ (เอกสารหลัก/ร่างมติ)	การใช้ข้อมูลทางวิชาการเชิงลึกเป็นพื้นฐานในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ความมีเหตุมีผล มีขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มเครือข่ายที่มีคุณภาพ และนำความคิดเห็นมาปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย		
C-4 กระบวนการคัดเลือกและพัฒนาระเบียบวาระ	การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกประเด็นหรือระเบียบวาระ คุณภาพของเอกสารวิชาการ และระเบียบวาระ คุณภาพของการรับฟังความคิดเห็นของเครือข่ายในพื้นที่ และการปรับปรุง		
C-4.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกประเด็นเข้าสู่สมัชชาสุขภาพ	มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นโดยพิจารณาจากความสำคัญของประเด็น ความรุนแรงของผลกระทบ ความสนใจของสาธารณะ และความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบาย และคณะกรรมการฯ ได้นำเกณฑ์นั้นมาใช้ในการพิจารณาคัดเลือกประเด็น		
C-4.2 กระบวนการพิจารณาเอกสารร่างมติ	การตรวจสอบเอกสารของอนุกรรมการวิชาการที่พิจารณาเรื่องข้อมูลหลักฐานอ้างอิง มีข้อมูลที่สมบูรณ์ ทันต่อความเคลื่อนไหวของสถานการณ์ มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล เอกสารหลักกับเอกสารมติมีความสอดคล้องกัน		
C-4.3 คุณภาพของการรับฟังความคิดเห็นของเครือข่ายในพื้นที่	ในการรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มเครือข่ายในพื้นที่ มีการกำหนดผู้เข้าร่วมที่เป็นตัวแทนของประเด็นและภาคี และเป็นผู้ที่เข้าใจประเด็นที่แท้จริง การทำความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่ที่พิจารณาร่างเอกสารแก่ผู้เข้าร่วมประชุม มีกติกากาการประชุมที่ชัดเจน และการบริหารจัดการให้เป็นไปตามกติกา การได้แสดงข้อมูลความคิดเห็นอย่างทั่วถึง และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการรับฟังความคิดเห็น		
C-4.4 การปรับปรุงเอกสารมติ	มีการนำความคิดเห็นของเครือข่ายในพื้นที่มาปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบายก่อนนำเข้าสู่มัชชาชาติ โดยดำเนินการอย่างประณีต ทันเวลา		

C. การประเมินต้นน้ำ “ขาขึ้น” (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
กระบวนการ (ต่อ)			
C-5 การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่และประเด็นสู่การปฏิบัติ	วิธีการและรูปแบบการร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น การเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนมติ และการติดตามรายงานผลการดำเนินงานตามมติของกลุ่มเครือข่าย	- เอกสาร - คณะกรรมการชุดต่างๆ - สมาชิกกลุ่มเครือข่าย	- แบบสังเกต - แบบสัมภาษณ์ - แบบสอบถาม
C-5.1 การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น	วิธีการและรูปแบบที่กลุ่มเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น และการเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น		
C-5.2 การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น	วิธีการและรูปแบบที่กลุ่มเครือข่ายดำเนินการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น		
C-6 การขับเคลื่อนบนฐานความรู้	การดำเนินงานของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ มีการสร้างความรู้ การใช้ความรู้และการแบ่งปันความรู้		
C-6.1 การสร้างและใช้ความรู้	การสร้างความรู้จากการทำงานและการใช้ความรู้ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ		
C-6.2 การแบ่งปันความรู้	ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพการแบ่งปันความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอก การรวบรวมชุดความรู้ในรูปแบบเอกสารเพื่อเผยแพร่		
ผลลัพธ์			
C-7 คุณภาพของประเด็นที่นำเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	เอกสารหลักและเอกสารมติ มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม มีข้อมูลสนับสนุนที่เป็นไปตามหลักวิชาการ และการนำเสนอประเด็นที่ไม่ได้เข้าสู่มติในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ		
C-7.1 เอกสารหลักและเอกสารร่างมติเป็นไปตามหลักวิชาการ	เอกสารหลักและร่างมติ มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม ข้อมูลหลักฐานอ้างอิงที่สมบูรณ์ ทันท่วงทีของสถานการณ์ มีความเที่ยงตรงของข้อมูล เอกสารหลักกับเอกสารมติมีความสอดคล้องกัน		
C-7.2 การนำเสนอประเด็นที่ไม่ได้เข้าสู่มติ	วิธีการและรูปแบบการนำเสนอข้อเสนอมติที่ไม่ได้นำเข้าสู่ระเบียบวาระและมติ เป็นการประชุมวิชาการในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ		

C. การประเมินต้นน้ำ “ขาขึ้น” (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
ผลลัพธ์ (ต่อ)			
C-8 คุณภาพของพหุภาคีที่เข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความครอบคลุมกลุ่มและเป็นตัวแทนเครือข่ายตามพื้นที่ และตามภาคส่วนหลัก มีความรู้และเข้าใจต่อประเด็นสมัชชาสุขภาพของพื้นที่และประเด็นในภาพรวมและของตน และมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสาร - คณะกรรมการชุดต่างๆ - สมาชิกกลุ่มเครือข่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - แบบสังเกต - แบบสัมภาษณ์ - แบบสอบถาม
C-8.1 องค์ประกอบ	ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความครอบคลุมกลุ่มเครือข่ายตามพื้นที่ และตามภาคส่วนหลักตามจำนวนที่คณะกรรมการกำหนด		
C-8.2 ความเป็นตัวแทน	ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่ายตามพื้นที่ และตามภาคส่วนหลัก และเป็นผู้ที่มีความรู้และเข้าใจต่อประเด็นสมัชชาสุขภาพของพื้นที่และประเด็นในภาพรวมและของตน		
C-8.3 การเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม	ผู้เข้าร่วมประชุมได้ศึกษารายละเอียดเอกสารการประชุมและร่างมติ (ถ้ามี) ปรึกษาในกลุ่มเครือข่ายของตน และแสดงความคิดเห็นต่อเอกสารการประชุมในนามของกลุ่มเครือข่าย		



D. การประเมินกลางน้ำ “เวทีสมัชชาชาติ”

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
โครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ			
D-1 โครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ	การจัดรูปแบบโครงสร้างในการบริหารจัดการของเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	- คณะอนุกรรมการบริหารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	- แบบสังเกต
D-1.1 การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการบริหารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และอำนาจของคณะอนุกรรมการบริหารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 (หมวดที่ 2)		
D-1.2 การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการดำเนินการประชุม	การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และอำนาจของคณะอนุกรรมการดำเนินการประชุมตามที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์และวิธีการ จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 (หมวดที่ 2)	- คณะอนุกรรมการดำเนินการประชุม	- แบบสังเกต
D-1.3 กลไกการจัดแบบพหุภาคี	การมี 3 ภาคส่วนที่สำคัญ คือ ภาคประชาชน ภาครัฐ และภาควิชาการ/วิชาชีพ เข้าร่วมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	- เอกสารการลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม	- แบบประเมินภาคีผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
D-1.4 การเตรียมการของผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	การดำเนินการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีความเข้าใจและมีทักษะในการเข้าร่วมการประชุมอย่างมีประสิทธิภาพตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 (หมวดที่ 3)	- ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ประมาณ 2,500 คน)	- แบบสอบถาม - การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

D. การประเมินกลางน้ำ “เวทีสมัชชาชาติ” (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
กระบวนการ			
D-2 กระบวนการเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	การดำเนินการของกิจกรรมทั้งหมดที่จัดให้มีขึ้นในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	- เอกสาร ประชุม - ผู้เข้าร่วมการ ประชุมฯ	- แบบประเมิน เอกสาร - แบบสอบถาม - แบบสัมภาษณ์ เจาะลึก
D-2.1 เอกสารและร่างมติประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	การมีเอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่กระชับ ชัดเจน เป็นรูปธรรม มีข้อมูลสนับสนุน และเป็นไปตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกำหนด		
D-2.2 กระบวนการประชุมพิจารณาร่างมติ	กระบวนการประชุมเพื่อพิจารณาร่างมติเป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553	- ผู้เข้าร่วมการ ประชุมพิจารณา ร่างมติ	- แบบสังเกต - แบบสอบถาม - แบบสัมภาษณ์ เจาะลึก
D-2.3 กระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่าย	กิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย (ช่วงเย็น) มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของเครือข่าย	- ผู้เข้าร่วม กิจกรรมเสริม ศักยภาพฯ	- แบบสังเกต - แบบสอบถาม - แบบสัมภาษณ์ เจาะลึก
D-2.4 กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัดเป็นกลุ่มสนทนา ลานเสวนา การจัดเสวนา การจัดนิทรรศการ และการแสดงอื่น ๆ มีความเหมาะสมสอดคล้องกับเรื่องสุขภาพของครอบครัวและนโยบายสุขภาพ	- ผู้เข้าร่วม กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้	- แบบสังเกต - แบบสอบถาม - แบบสัมภาษณ์ เจาะลึก
D-2.5 การมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่อง	ผู้เข้าร่วมประชุมเรียนรู้ อยู่ร่วมในกระบวนการตลอดช่วงเวลาสมัชชาสุขภาพ (3 วัน)	- ผู้เข้าร่วมการ ประชุมฯ	- แบบสังเกต - แบบสอบถาม - แบบสัมภาษณ์ เจาะลึก
ผลลัพธ์			
D-3 ผลลัพธ์เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	ผลที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	- เอกสารรับรอง มติ	- แบบประเมิน เอกสาร
D-3.1 มติที่ได้จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	ผลการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทำให้ได้มติ/ข้อเสนอต่อการนำไปปฏิบัติให้เกิดผลและเป็นที่ยอมรับของสังคม	- ผู้เข้าร่วมการ ประชุมสมัชชาฯ	- แบบสังเกต - แบบสัมภาษณ์ เจาะลึก
D-3.2 การเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย	การได้เรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่าย <ul style="list-style-type: none"> เรียนรู้อย่างสมานฉันท์เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและสุขภาพของครอบครัว ความต้องการเรียนรู้ต่อเนื่องหรือเรื่องที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม 	- ผู้เข้าร่วม กิจกรรม แลกเปลี่ยน เรียนรู้	- แบบสังเกต - แบบสอบถาม - แบบสัมภาษณ์ เจาะลึก



E. การประเมินปลายน้ำ “ขาเคลื่อน”

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
โครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ			
E-1 กลไกการบริหารจัดการ	ให้ความสำคัญกับการจัดการองค์กรเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และศักยภาพของบุคลากรแกนนำในการขับเคลื่อน	- เอกสาร - key informants	- แบบสังเกต - แบบสอบถาม
E-1.1 ความพร้อมด้านงบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวก	ความเป็นไปได้ที่องค์กรภาคีเครือข่ายที่มีความรับผิดชอบโดยตรงจะสนับสนุนงบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ	- แกนประสานจังหวัด/องค์กรที่มีการขับเคลื่อนนโยบาย	
E-1.2 ความชัดเจนของการกำหนดบทบาทหน้าที่	มีการกำหนด และสื่อสารถึงบทบาทหน้าที่ขององค์กรภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร		
E-1.3 สัมพันธภาพขององค์กรภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อน	องค์กรภาคีเครือข่ายมีประสบการณ์ทำงานร่วมกันมาก่อนและมีความคุ้นเคยกับการทำงานแบบเครือข่ายเป็นพื้นฐานของการเกิดสัมพันธภาพ		
E-1.4 ความชัดเจนต่อแนวทางและบทบาทในการขับเคลื่อนนโยบาย	บุคลากรที่รับผิดชอบในการขับเคลื่อนนโยบาย มีความเข้าใจต่อแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง		
E-1.5 ศักยภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	บุคลากรแกนนำในการขับเคลื่อนควรมีศักยภาพที่เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย		
กระบวนการ			
E -2 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ	การแปลงนโยบายไปสู่แผนงาน/โครงการ และการปฏิบัติตามแผนงานโครงการตามวงจรของการบริหารแผนงาน/โครงการ		
E-2.1 ความเชื่อมโยงในการขับเคลื่อนข้อเสนอ	นโยบายสาธารณะที่ขับเคลื่อนนั้น ควรมีความสอดคล้องหรือเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับทิศทางของ (อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง) - ความสอดคล้องระดับสากล - ความต้องการของประเทศ/ธรรมนูญสุขภาพ - มีความสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่		
E-2.2 การผสมผสานแผนงาน/โครงการ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานขององค์กรภาคีเครือข่าย	ยุทธศาสตร์สำคัญประการหนึ่งในการขับเคลื่อน คือ หากแผนงาน/โครงการนั้น สามารถบูรณาการให้เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำขององค์กรภาคีเครือข่ายได้ จะทำให้แผนงาน/โครงการมีความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืน		

E. การประเมินปลายน้ำ “ขาเคลื่อน” (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
กระบวนการ (ต่อ)			
E-2.3 ความยึดมั่นและ ดำเนินการตามแผนงาน/ โครงการ	การดำเนินการตามแผนงาน/โครงการที่ได้กำหนดไว้	- เอกสาร - key informants	- แบบสังเกต - แบบสอบถาม
E-2.4 ความหลากหลายของ ช่องทางในการขับเคลื่อน	<p>มีการผสมผสานช่องทางในการขับเคลื่อนที่หลากหลายได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - สช.ผลักดันให้เป็นมติคณะรัฐมนตรี - ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอเชิงนโยบาย - ทำงานร่วมกับองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง - ทำงานด้วยกระบวนการพิเศษในกรณีที่ไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง - เชื่อมประสานกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็น - ทำงานผ่านช่องทางสาธารณะเพื่อสร้างการรับรู้ของสาธารณะ 	- แกนประสานจังหวัด/องค์กรที่มีการขับเคลื่อนนโยบาย	
E-2.5 ความสม่ำเสมอและ ต่อเนื่องของการติดตามและ ประเมินผลแผนงาน/โครงการ	การขับเคลื่อนนโยบายจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง		
E-2.6 การนำผลการประเมิน ไปใช้พัฒนาแผนงาน/โครงการ	การประเมินผลจะต้องมีการรายงาน และมีกระบวนการในการนำผลไปใช้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน		
E-2.7 การพัฒนาศักยภาพที่ องค์กรภาคีเครือข่ายได้รับเพื่อ ขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการ	การพัฒนาศักยภาพให้กับภาคีเครือข่ายระหว่างกระบวนการขับเคลื่อนนโยบาย ในศักยภาพที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อน หรืออาจหมายถึงศักยภาพที่เหมาะสมกับแต่ละบทบาท		
E-2.8 ความสามารถขององค์กร ภาคีเครือข่าย ในการจัดกระบวนการ เรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะ	เป็นความสามารถในการวิเคราะห์ ออกแบบ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ		

E. การประเมินปลายน้ำ “ขาเคลื่อน” (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก/ตัวชี้วัด	นิยาม	แหล่งข้อมูล	วิธีรวบรวมข้อมูล
E-3 ผลของการขับเคลื่อนนโยบายระดับ 3: รูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (พิจารณาผลสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1, 2 และ 3)	การเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ถือว่าการผลของการขับเคลื่อนในขั้นสูงประกอบไปด้วยการเปลี่ยนแปลงในเชิงปัจเจก และการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ	- เอกสาร - key informants - แกนประสาน	- แบบสังเกต - แบบสอบถาม
E-3.1 การเปลี่ยนแปลงในระดับปัจเจก (เชิงปริมาณได้แก่ กรณีตัวอย่างเชิงคุณภาพได้แก่ ความพึงพอใจต่อผลที่เกิดขึ้น)	ผลจากการขับเคลื่อนนโยบายต่อความเข้าใจและพฤติกรรมของสาธารณะ รวมทั้งความพึงพอใจต่อผลที่เกิดขึ้น	จังหวัด/องค์กรที่มีการขับเคลื่อนนโยบาย	
E-3.2 การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ (เชิงปริมาณได้แก่ กรณีตัวอย่างเชิงคุณภาพได้แก่ ความพึงพอใจต่อผลที่เกิดขึ้น)	ผลจากการขับเคลื่อนนโยบายต่อระบบสุขภาวะในหน่วยสังคมนั้นๆ เช่น มาตรการหรือข้อกำหนดทางกฎหมาย เกิดวิธีการดำเนินการใหม่ รวมทั้งความพึงพอใจต่อผลที่เกิดขึ้น		
E-3.3 ความเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะ	ประชาชนในหน่วยสังคมนั้นมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของกระบวนการนโยบายสาธารณะ		
E-3.4 ความสามารถคิดเชื่อมโยงไปสู่สุขภาวะองค์รวม	ประชาชนในหน่วยสังคมนั้นสามารถคิดเชื่อมโยงผลของนโยบายสาธารณะไปสู่สุขภาวะองค์รวมได้		
E-3.5 ความสามารถขององค์กรภาคีเครือข่ายในการใช้หลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเด็นสุขภาวะอื่น	องค์กรภาคีเครือข่ายนำหลักการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมไปขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในประเด็นอื่นๆต่อไปได้		
E-3.6 ความสัมพันธ์ที่ดีขององค์กรภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ	การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะร่วมกันอย่างต่อเนื่องมีผลให้องค์กรภาคีเครือข่ายเกิดความสัมพันธ์ที่ดีและมีความไว้วางใจกัน		
E-3.7 การเกิดขึ้นขององค์กรภาคีเครือข่ายใหม่ที่สนใจในนโยบายสาธารณะร่วมกัน	องค์กรภาคีเครือข่ายใหม่ที่เกิดขึ้นหลังจากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในประเด็นใดประเด็นหนึ่งสะท้อนให้เห็นการเกิดขึ้นของเครือข่ายเชิงนโยบาย (policy network)		

บทที่ 4

ผลการประเมิน

หลักการบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและระบบบริหารจัดการภาพรวม

4.1 เกริ่นนำ

จากกรอบแนวคิดการประเมิน ซึ่งจำแนกมิติการประเมินออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ 1) หลักการบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2) ระบบบริหารจัดการภาพรวม 3) การประเมินต้นน้ำหรือช่วงขาขึ้น 4) การประเมินกลางน้ำหรือช่วงการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 5) การประเมินปลายน้ำหรือช่วงขาเคลื่อน และ 6) บริบทเชิงนโยบาย ดังนำเสนอในบทที่ 2 และ 3 นั้น

ในบทนี้เป็นการนำเสนอผลการประเมินหลักการบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและระบบบริหารจัดการภาพรวมอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของสมัชชาสุขภาพทั้งต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ

4.2 ระเบียบวิธีการประเมิน

4.2.1 แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูล/ผู้ให้ข้อมูลการประเมินหลักการบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและระบบบริหารจัดการภาพรวม ประกอบด้วย เอกสาร (คู่มือ คำสั่งต่างๆ ฯลฯ) และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ได้แก่ แกนนำเครือข่ายระดับพื้นที่ แกนประสานจังหวัด คณะกรรมการและอนุกรรมการคณะต่างๆ หรือผู้เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง และผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 3

4.2.2 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

พัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

- 1) แบบวิเคราะห์เอกสาร
- 2) แบบสังเกต (การเข้าร่วมจัดกิจกรรม)
- 3) แบบสอบถาม (เชิงปริมาณและคุณภาพ)
- 4) แบบสัมภาษณ์
- 5) เวทีสรุปบทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2554 ณ โรงแรมภูวนาลี รีสอร์ท เขาใหญ่ จ.นครราชสีมา
- 6) เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ “การจัดการความรู้จากการประเมินเพื่อการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” เมื่อวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ.2554 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง กรุงเทพฯ

4.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการเก็บรวบรวมจากแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า และใช้การแปลผลตามหลักของการแบ่งอันตรภาคชั้น (Class Interval) ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด

4.3 ผลการประเมิน

4.3.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลการประเมินในส่วนที่เป็นแบบสอบถาม จำนวน 22 คน ประกอบด้วยแกนประสานจังหวัด และภาคีเครือข่าย โดยเป็นเพศชายร้อยละ 39.1 และเพศหญิงร้อยละ 56.5 ส่วนใหญ่เป็นภาคีเครือข่ายที่มาจากภาคประชาชนร้อยละ 56.5 รองลงมาภาครัฐ ร้อยละ 21.7 วิชาชีพร้อยละ 8.7 และภาคส่วนอื่นๆ ร้อยละ 8.7 ตามลำดับ

4.3.2 หลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพเป็นนวัตกรรมทางสังคมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นถือเป็นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการเพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยใช้เรื่อง “สุขภาพ” หรือ “สุขภาพะ” เป็นเป้าหมายร่วมกัน โดยมีหลักการพื้นฐานสำคัญ 3 ประการ คือ

- (1) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมในการร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ร่วมกันถกแถลงปรึกษาหารือ เพื่อกำหนดทิศทางแนวนโยบาย ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามร่วมปรับปรุงแก้ไข และร่วมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนทุกฝ่ายในสังคมรู้สึกว่าเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะนั้นร่วมกัน
- (2) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม
- (3) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาที่ยากและซับซ้อน โดยใช้พลัง 3 ส่วนที่เชื่อมโยงกัน คือพลังทางปัญญา พลังทางสังคมและพลังแห่งอำนาจรัฐหรืออำนาจทางการเมือง

การประเมินหลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ เป็นการประเมินโดยยึดหลักการพื้นฐานดังกล่าว ซึ่งจำแนกเป็นองค์ประกอบหลัก 3 ด้านคือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีผู้มีส่วนได้เสีย 2) ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และ 3) การสื่อสารทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การมีส่วนร่วมของภาคีผู้มีส่วนได้เสีย

การประเมินองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของภาคีผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่สำคัญในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ อาทิเช่น กลุ่มเครือข่ายสมาชิก กลไกคณะกรรมการ คณะทำงานทุกระดับ ฯลฯ ในด้านความครบถ้วนของภาคส่วนต่างๆ ความครบถ้วนของผู้ได้รับผลกระทบ และคุณภาพการมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพในขั้นตอนต่างๆ ตามหลักเกณฑ์หรือแนวทางที่กำหนดไว้ ซึ่งผลการประเมินจากแบบสอบถามในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมากในทุกตัวชี้วัด (ค่าเฉลี่ย = 3.91, 3.76 และ 3.57 ตามลำดับ)

อย่างไรก็ตาม ในด้านความครบถ้วนของภาคส่วนต่างๆ และความครบถ้วนของผู้ได้รับผลกระทบนั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งที่เป็นแกนนำระดับพื้นที่ รวมถึงคณะกรรมการจัดการประชุมมีความเห็นสอดคล้องกันว่า แม้จะมีผู้เข้าร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพครบถ้วนจากทุกภาคส่วน แต่สัดส่วนของภาคส่วนต่างๆ ไม่สมดุลเท่าที่ควร ผู้เข้าร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นตัวแทนจากภาคประชาชน มากถึงร้อยละ 50 ส่วนภาครัฐ/ภาคการเมืองและภาควิชาการเข้าร่วมในสัดส่วนค่อนข้างน้อย สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากความไม่สนใจ ขาดความตื่นตัว รู้สึกว่าเป็นเรื่องไกลตัว รวมถึงไม่เชื่อมั่นว่าสมัชชาจะทำให้เกิดการแก้ปัญหาของประชาชนได้จริง สาเหตุอีกประการหนึ่ง คือ การมีช่องทางในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดำเนินงานของตนเองอยู่แล้วโดยเฉพาะในส่วน of ภาครัฐ จึงทำให้ขาดความสนใจเข้าร่วมในกระบวนการสมัชชาฯ สำหรับผู้ได้รับผลกระทบที่เป็นผู้เสียประโยชน์ที่เข้าร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพนั้น ไม่อาจจะระบุได้ว่ามีจำนวนหรือสัดส่วนเท่าใด

“กลุ่มผู้เข้าร่วมมีจำกัด สัดส่วนของ 3 ภาคส่วนไม่สมดุล บางพื้นที่บางประเด็นไม่ครบ 3 ภาคส่วน”

“ขาดการมีส่วนร่วมเพราะดูเหมือนเป็นเรื่องไกลตัว ขาดความเชื่อมั่นว่าสมัชชาจะทำให้เกิดการแก้ทุกข์ของพี่น้องประชาชน”

(ความเห็นคณะกรรมการจัดงานในการประชุมสรุปบทเรียนฯ 6 มกราคม 2554)

“ภาคการเมืองเข้าร่วมน้อยประมาณ 10% ภาครัฐ/ราชการประมาณ 40% ภาคประชาชน 50% แม้จะมาร่วมประชุมครบทั้ง 3 ส่วน แต่มักจะขาดตัวแทนจากภาครัฐและภาควิชาการ”

“จำนวนครั้งที่ประชุมและจำนวนผู้มีส่วนได้เสียจริงๆ มีน้อยเกินไป คนที่เสียประโยชน์ไม่รู้ว่ามีแค่ไหน”

(สัมภาษณ์แกนนำระดับพื้นที่ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 16 ธันวาคม 2553)

“ผู้ร่วมประชุมมาร่วมประชุมบ่อย สาเหตุเป็นไปได้ว่าไม่ให้ความสนใจ อาจไม่มีความตื่นตัว โดยเฉพาะภาครัฐ เพราะมีช่องทางนโยบายของตัวเองอยู่แล้ว”

(การประชุมสรุปบทเรียนฯ 6 มกราคม 2554)

สรุปได้ว่าแม้ภาคีผู้มีส่วนได้เสียอาจจะมีครบองค์ประกอบ 3 ภาคส่วน แต่สัดส่วนในแต่ละองค์ประกอบยังขาดความสมดุลโดยมักเน้นหนักไปที่ภาคประชาชนหรือภาคประชาสังคมมากกว่า

ด้านคุณภาพการมีส่วนร่วม ซึ่งหมายถึงการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพลเมืองที่ตื่นรู้จัดการตนเอง (active citizen) อย่างเห็นคุณค่า มีความรู้ ความเข้าใจ มุ่งมั่น ทุ่มเท ทำงานร่วมกันโดยยอมรับความแตกต่าง มีความรับผิดชอบร่วมเพื่อให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพบรรลุเป้าหมายในกระบวนการ/ขั้นตอนต่างๆ อาทิเช่น การร่วมแลกเปลี่ยนทางความคิดที่หลากหลาย (productive deliberation) การร่วมตัดสินใจ (collective decision) โดยมุ่งผลดีทั้งระยะสั้นและระยะยาว การร่วมกันออกแบบขั้นตอนต่างๆ ด้านการเรียนรู้ในกระบวนการนโยบาย การปฏิบัติโดยรัฐสีก่อร่วมชะตาเดียวกัน การร่วมพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (productive relationship) การร่วมประเมินผลถอดบทเรียนและจัดการความรู้ มีการเรียนรู้ข้ามกลุ่มเพิ่มเติมจากที่ตนเองสนใจหรือรับผิดชอบ เพื่อคุณภาพการเรียนรู้และการเชื่อมโยงด้านสุขภาวะองค์กรนั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า แขนงในระดับพื้นที่ยังมีข้อจำกัดในด้านความรู้ ความเข้าใจในเรื่องกระบวนการสมัชชา กระบวนการนโยบายสาธารณะ และประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เพราะพบว่าการจัดกิจกรรมหรือการประชุมสมัชชาในพื้นที่ บ่อยครั้งที่ยังมีลักษณะของการปรับทุกข์หรือต้องการให้ผู้อื่นดำเนินการให้ เช่น เรียกร้องภาครัฐ (บริโศภภาครัฐ) เป็นส่วนใหญ่ และเน้นการประชุมมากกว่าการคำนึงถึงเนื้อหาและผลลัพธ์ตามเป้าหมาย รวมถึงเรื่องคุณภาพการมีส่วนร่วม ประกอบกับแกนนำและสมาชิกสมัชชาในพื้นที่มีบทบาทซ้ำซ้อนอยู่ในหลายเครือข่าย ทำให้การประสานการปฏิบัติงานภายในเครือข่ายมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการ การให้เวลาเพื่อให้เกิดความประณีตในกระบวนการ รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อความมุ่งมั่น ทุ่มเท และการจัดลำดับความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรม

“แกนนำไม่เข้าถึง “สมัชชา” “ประชาธิปไตย” มากนัก ขาดหลักสูตรและเวทีฝึกฝนแกนนำ ก่อนออกไปจัดกระบวนการ การประชุมแต่ละครั้งของแกนนำ มักเน้นเทคนิคกระบวนการ “ประชุม” มากกว่าคำนึงถึงเนื้อหาและผลที่ต้องการให้เกิดขึ้น”

“มักจะจัดประชุมและกิจกรรมแบบมานั่งปรับทุกข์และอำนวยความสะดวกแบบต่างๆ กันไป”

“แกนนำและสมาชิกฯ มักจะซ้ำซ้อนกันอยู่ทุกเครือข่าย อาจจะไม่เอื้อในการประสานและปฏิบัติงานเครือข่าย”

(สัมภาษณ์แกนนำระดับพื้นที่, 16 ธันวาคม 2553)

2) ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

การประเมินองค์ประกอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เป็นการประเมินในด้านการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่สำคัญในกระบวนการสมัชชาสุขภาพมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นโดยใช้กระบวนการประชาธิปไตยแบบถกแถลง (Deliberative Democracy) และกระบวนการพิจารณาตัดสินจากข้อมูลที่เป็นจริงโดยฉันทามติ

โดยหลักการของกระบวนการประชาธิปไตยแบบถกแถลงของผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรเป็นวงจรที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหมายถึงการมีพื้นที่สาธารณะและพื้นที่เรียนรู้ (Public Space, learning space) ร่วมกัน มีกระบวนการปรึกษาหารือ/ถกเถียงกันโดยยอมรับความเห็นแตกต่าง ยอมเปิดรับข้อมูลหลากหลายแตกต่างจากที่ตนเองเชื่อ มีวิธีการจัดการความขัดแย้ง หรือความเห็นต่าง การตีความต่าง โดยใช้ข้อมูลความเป็นจริงสนับสนุน รวมถึงการมีข้อสรุปร่วมกันเพื่อการลงมือปฏิบัติหรือเดินหน้าต่อไปได้ (Consensus, The most doable way) ฯลฯ

ในส่วนของกระบวนการพิจารณาตัดสินควรพิจารณาจากเกณฑ์ข้อมูลที่เป็นจริง ทั้งความรู้จากภายในและภายนอกโดยฉันทามติ และความรับผิดชอบลงมือทำร่วมกัน (making change) โดยไม่เรียกร้องรัฐหรือผู้อื่นมาทำแทน

ผลการประเมินจากแบบสอบถาม พบว่า มีการใช้กระบวนการประชาธิปไตยแบบถกแถลงและกระบวนการพิจารณาตัดสินจากข้อมูลที่เป็นจริงโดยฉันทามติ ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.57 และ 3.74 ตามลำดับ)

แกนนำที่มีบทบาทในการจัดสมัชชาระดับพื้นที่ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเห็นแตกต่างกัน จะเปิดโอกาสให้มีการนำเสนอต่อที่ประชุมเพื่อตัดสินใจร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ในขั้นของการตัดสินใจ พบว่า ยังมีลักษณะ “ว่าตามๆ กัน และมักลงท้ายด้วย “แล้วแต่แกนนำ”” ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของกระบวนการฯ และสำนึกร่วมในการเป็นพลเมืองแบบใหม่ว่ายังมีจุดอ่อนอยู่พอสมควร โดยเฉพาะหากแกนนำขาดความรู้หรือไม่ทราบข้อมูลข้อเท็จจริงในประเด็นที่ขับเคลื่อน ขาดทักษะในการนำกระบวนการ (facilitation skill) จะทำให้เกิดภาวะการถดถอยบนฐานความรู้สึกและความต้องการมากกว่าการใช้ข้อมูลที่เป็นจริงและรับฟังกันอย่างรอบด้าน และยังคงเป็นการมีส่วนร่วมในแบบร่วมรับรู้ (participation in the reception process) มากกว่าจะมีส่วนร่วมในแบบเรียนรู้ร่วมกัน (participation in the learning process)

“หากมีความเห็นต่าง ต้องเสนอต่อที่ประชุม แต่ก็มักจะว่าตามๆ กัน และมักลงท้ายด้วย “แล้วแต่แกนนำ”

“ความไม่รู้ของแกนนำ บางทีก็ไม่มีเวลา โอกาสหาข้อมูลจริง”

(สัมภาษณ์แกนนำระดับพื้นที่, 16 ธันวาคม 2553)

3) การสื่อสารทางสังคม

หมายถึงการสื่อสารสาธารณะด้วยรูปแบบและช่องทางต่างๆ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการจัดสมัชชา เพื่อสร้างการตื่นตัวและเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมได้รับรู้และมีส่วนร่วม (public understanding) โดยพิจารณาจาก ความสามารถสื่อสารกับสังคมในวงกว้าง มีคุณภาพการสื่อสาร โดยการเปิดเผยข้อมูลและมีความโปร่งใสในข้อมูล การสื่อสารอย่างต่อเนื่องจนสังคมเกิดความเข้าใจใน กระบวนการสมัชชาและเกิดการเคลื่อนไหวทางสังคม (กระเพื่อม) มีการเคลื่อนไหวจนเกิดพลังทางการเมือง จากภาคสังคมหรือภาคประชาชน การมีวงจรป้อนข้อมูลกลับและปฏิสัมพันธ์ในการสื่อสาร (interactive learning)

ผลการประเมิน พบว่า ประสิทธิภาพของการสื่อสารมีผลการดำเนินงานในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.43)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แกนนำและจากการสรุปทบทวนหลังการจัดสมัชชา พบว่า แม้ความเห็น ในภาพรวมถึงประสิทธิภาพการสื่อสารจะอยู่ในระดับมาก แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการสื่อสาร เนื่องจากการสื่อสารยังคงมีลักษณะเป็นการสื่อสารภายในภาคส่วนเดียวกัน แต่การสื่อสารระหว่าง 3 ภาค ส่วนเกิดขึ้นไม่มากนัก และมักเป็นบทบาทของส่วนกลาง (สช.) เป็นหลัก

“การสื่อสารยังไม่ต่อเนื่อง เป็นแบบโครงการใคร โครงการมัน”

“การสื่อสารต่อกันระหว่าง 3 ภาคส่วนยังมีน้อย”

(สัมภาษณ์แกนนำระดับพื้นที่ที่เข้าร่วมงานสมัชชาฯ, 17 ธันวาคม 2554

และการสรุปทบทวนฯ 6 มกราคม 2554)

รายละเอียดผลการประเมินหลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ผลการประเมินหลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. การมีส่วนร่วมของภาคีผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders)			
1.1 ความครบถ้วนของภาคส่วนต่างๆ	3.91	0.81	มาก
1.2 ความครบถ้วนของผู้ได้รับผลกระทบ	3.76	0.70	มาก
1.3 คุณภาพการมีส่วนร่วม	3.57	0.88	มาก
2 ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม			
2.1 การใช้กระบวนการประชาธิปไตยแบบถกแถลง (Deliberative Democracy)	3.57	0.86	มาก
2.2 กระบวนการพิจารณาตัดสินใจจากข้อมูลที่เป็นจริงโดยฉันทามติ	3.74	0.64	มาก
3. การสื่อสารทางสังคม			
3.1 ประสิทธิภาพของการสื่อสาร	3.43	0.93	มาก

4.3.3 ระบบบริหารจัดการภาพรวม

ระบบการบริหารจัดการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 จำแนกเป็น 3 ระบบหลัก ๆ ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการ ระบบปฏิบัติการ และระบบสนับสนุน

1. ระบบบริหารจัดการ จำแนกเป็น 2 ระดับ

ระดับส่วนกลาง มีคณะกรรมการหลัก 2 ชุด คือ

1) คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จำนวน 40 คน ประกอบด้วยคณะที่ปรึกษา จำนวน 14 คน และคณะกรรมการจำนวน 26 คน มีบทบาทในการพัฒนาระบบ กลไกและแนวทางการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็นเพื่อให้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการชุดนี้ มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จำนวน 10 คน

2) คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) จำนวน 55 คน ประกอบด้วยที่ปรึกษา จำนวน 14 คน และคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 41 คน เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการและเฝ้าอำนวยการให้งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

โครงสร้างคณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ตามข้อกำหนดในหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ประกอบด้วยคณะอนุกรรมการต่าง ๆ 4 ชุด คือ

- (1) คณะอนุกรรมการบริหาร จำนวน 13 คน
- (2) คณะอนุกรรมการดำเนินการประชุม จำนวน 10 คน (แบ่งเป็น 2 คณะ คือ คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ 1 และคณะที่ 2)
- (3) คณะอนุกรรมการวิชาการ จำนวน 17 คน และ
- (4) คณะอนุกรรมการประเมินผล จำนวน 16 คน

ระดับพื้นที่

มีคณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นกำหนดไว้ ซึ่งไม่ได้กำหนดจำนวนไว้ชัดเจน แต่แนะนำแนวทางการจัดองค์ประกอบคณะทำงานฯ ไว้ว่า ควรเป็นแบบพหุภาคีที่สมดุลระหว่าง 3 ภาคส่วน (ภาคการเมืองหรือหน่วยงานรัฐ ภาควิชาชีพหรือวิชาการ และภาคประชาสังคมหรือภาคประชาชน) ให้ทำหน้าที่วางแผน อำนวยการ ติดตาม และเชื่อมประสานการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น

2. ระบบการปฏิบัติการ กลุ่มทำงานในเชิงปฏิบัติการในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยกลุ่มภาคีเครือข่าย ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ทั้งภาคการเมือง ภาควิชาการ ภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม จำนวน 182 กลุ่ม/เครือข่าย ประกอบด้วย

- กลุ่มเครือข่ายพื้นที่ 75 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร จำนวน 76 กลุ่ม
- กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคม ชุมชนและเอกชน จำนวน 32 กลุ่ม
- กลุ่มเครือข่ายภาควิชาชีพ/วิชาการ จำนวน 27 กลุ่ม
- กลุ่มเครือข่ายภาคการเมือง/ราชการ/องค์กรภาครัฐ จำนวน 47 กลุ่ม

3. ระบบสนับสนุน หน่วยงานหลักในการสนับสนุนงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 คือ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งดำเนินการใน 3 เรื่องหลัก ได้แก่

- การสนับสนุนการจัดการ ดำเนินการโดยเข้าไปทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการของการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในระดับคณะกรรมการจัดงานและคณะกรรมการชุดต่างๆ ตลอดจนทำหน้าที่ในการเชื่อมประสานกับกลุ่มภาคี/เครือข่ายในการขับเคลื่อนปฏิบัติการระดับพื้นที่

- การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่ม/เครือข่ายทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการดำเนินงานของคณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- การสนับสนุนวิชาการ สช. มีบทบาทในการหนุนเสริมกระบวนการพัฒนาข้อเสนอและประเด็นทางวิชาการในหลายลักษณะ เช่น การเข้าร่วมเป็นคณะทำงานกำหนดระเบียบวาระ การเข้าร่วมให้ความเห็นทางวิชาการ การให้ข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานทางวิชาการ เป็นต้น

การประเมินระบบบริหารจัดการภาพรวมครั้งนี้ เป็นการประเมินระบบบริหารจัดการกล่าวดังกล่าวใน 3 มิติ 8 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) มิติโครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ 1 องค์ประกอบ คือ การออกแบบองค์กร 2) มิติกระบวนการ 3 องค์ประกอบ คือ การขับเคลื่อนบนฐานความรู้ การพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนได้เสีย และการบริหารความเสี่ยง 3) มิติผลลัพธ์ 4 องค์ประกอบ คือ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสีย การเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย และการบริหารเครือข่าย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การออกแบบองค์กร

หมายถึงการออกแบบให้มีโครงสร้างกลไกการบริหารจัดการกระบวนการสมัชชาสุขภาพทุกระดับ การคัดเลือก/แต่งตั้งบุคลากรเข้าสู่กลไกฝ่ายต่างๆ รวมถึงองค์ประกอบ และการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของกลไกในระดับต่างๆ

การประเมินโครงสร้างกลไกการบริหารด้านการออกแบบองค์กร ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด คือ การมีอยู่และความพอเพียงของกลไกฝ่ายต่างๆ การกำหนดบทบาทภารกิจ (roles & functions) ของกลไกต่างๆ และการคัดเลือกหรือแต่งตั้งบุคลากร (recruitment) เข้าสู่กลไกฝ่ายต่างๆ ผลการประเมินจากแบบสอบถามพบว่า อยู่ในระดับปานกลางในทุกตัวชี้วัด (ค่าเฉลี่ย = 3.27, 3.22 และ 3.36 ตามลำดับ) เนื่องจากโครงสร้าง

กลไกการบริหารจัดการกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมา นั้น แม้จะมีการออกแบบอย่างเป็นระบบ มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติ พบว่ายังมีข้อจำกัดอยู่ในบางประการ กล่าวคือ

การมีอยู่และความพอเพียงของกลไกฝ่ายต่างๆ ซึ่งหมายถึงจำนวนและองค์ประกอบ (composition) ของกลไกฝ่ายต่างๆ ทุกระดับเมื่อเปรียบเทียบกับภารกิจ (program adequacy) ที่ทำให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพบรรลุเป้าหมายนั้น ยังมีช่องว่างของการเชื่อมต่อระหว่างส่วนกลางกับระดับพื้นที่ ข้อมูลที่ได้จากการเข้าร่วมสังเกตการจัดกิจกรรมในวาระต่างๆ การสัมภาษณ์แกนนำระดับพื้นที่ที่เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงข้อมูลจากการสรุปทบทวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหลังเสร็จสิ้นการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2554 ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นตรงกันว่าควรต้องมีการปรับปรุงหรือจัดให้มีกลไกการบริหารจัดการเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในส่วนของกลไกระดับภาคหรือกลไกกลุ่มพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสมัชชาเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็นกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงกลไกของ สช. ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนสมัชชาในพื้นที่อย่างจริงจัง

“ต้องพัฒนาให้มีกลไกสนับสนุนเป็นกลุ่มจังหวัดหรือสร้างกลไกร่วมโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง”
(สัมภาษณ์แกนนำระดับพื้นที่, 16 ธันวาคม 2553)

“กลไกการบริหารจัดการในส่วนของ สช. ยังขาดกลไกการขับเคลื่อนในพื้นที่ เราน่าจะมี node ของเราเอง”

(ความเห็นคณะกรรมการจัดงานในการประชุมสรุปทบทวนฯ 6 มกราคม 2554)

การกำหนดบทบาทภารกิจ (roles & functions) ของกลไกต่างๆ ที่ควรมีความชัดเจน สอดคล้องประสานกัน เพื่อให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีการกำหนดบทบาทภารกิจเป็นแนวทางไว้ อย่างชัดเจนในคู่มือแนวทางการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็น ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้กลไกระดับต่างๆ มีบทบาทหน้าที่หลักในแนวทางเดียวกันคือ ด้านการวางแผนการจัดกระบวนการสมัชชาในระดับที่ รับผิดชอบ การอำนวยความสะดวก ติดตามและกำกับกระบวนการสมัชชาให้เกิดความเรียบร้อย การเชื่อม ประสานการทำงานระหว่างกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้ยังพบว่า กลไกการบริหารจัดการแต่ละพื้นที่มีความเข้มแข็งในระดับที่แตกต่างกัน ขาดการเชื่อมโยงประสานกันอย่างเป็นระบบ อันเป็นผลมาจากการขาดกระบวนการเรียนรู้ และความเข้าใจในกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างแท้จริง

“กลไกแต่ละพื้นที่ แต่ละจังหวัดมีความเข้มแข็งแตกต่างกัน เนื่องจากยังขาดกระบวนการเรียนรู้ และขาดความเข้าใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพ”

(สัมภาษณ์แกนนำระดับพื้นที่, 17 ธันวาคม 2553)

“ความเข้มแข็งของกลไกจังหวัดยังทำแบบเดิมๆ กับคนกลุ่มเดิมๆ ขาดการสนับสนุนความเข้มแข็งของกระบวนการจากส่วนกลาง

(ผู้เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 17 ธันวาคม 2553)

“ขาดการวางแผน การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ในระดับพื้นที่ที่เชื่อมโยงกับระดับชาติ”
(การประชุมสรุปบทเรียนฯ 6 มกราคม 2554)

“การบริหารจัดการยังเข้มแข็งน้อย ไม่มีประสิทธิผล ขาดความเชื่อมโยงกับพื้นที่และ
เครือข่ายต่างๆ”
(ความเห็นกรรมการที่ปรึกษาในการประชุมสรุปบทเรียนฯ 6 มกราคม 2554)

การคัดเลือกหรือแต่งตั้งบุคลากร (recruitment) เข้าสู่กลไกว่ายต่างๆ หลักเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากร
เข้าสู่กลไกว่ายต่างๆ โดยหลักการควรพิจารณาจากปริมาณ (จำนวน) ศักยภาพคนทำงาน (competency) ที่
สอดคล้องกับบทบาท/หน้าที่ ความมุ่งมั่นจริงจังในการปฏิบัติตามบทบาท/หน้าที่ เวลาที่บุคลากรมีให้กับ
โครงการ (time allocation) รวมถึงการจัดให้มีการ share vision/share mission ในเรื่องกระบวนการ
จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และสุขภาวะองค์รวมของบุคลากรฝ่ายต่างๆ
เพื่อให้ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พบว่า การคัดเลือกบุคลากรเข้าสู่กลไกว่ายต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
กลไกระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่มีบทบาทการขับเคลื่อนสังคมอยู่ก่อนแล้ว เป็นแกนนำเก่าหรือคน
หน้าเดิม โดยอาจจะมองข้ามหรือไม่ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นความมุ่งมั่นทุ่มเท และเวลาที่จู่จิดตนให้กับ
การทำงานในเชิงคุณภาพและความละเอียดอ่อนมากนัก ดังความเห็นความผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งที่กล่าวว่า

“แกนนำ และผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติ แต่มีงานหลายด้าน ปัญหาใหญ่ที่สำคัญ คือ เวลา
ของแกนนำ ผู้ปฏิบัติงาน”

“เลือกคนเก่าๆ เดิมๆ มิได้มองถึงความมุ่งมั่น หลักเกณฑ์การเลือกมิได้พูดถึงกันเลย คล้ายๆ
กับแกนนำว่าไปเองเถอะ”

(ผู้เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพและข้อมูลจากแบบสอบถาม)

นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนและศักยภาพคนทำงาน รวมถึงการจัดให้มีการกระบวนการ share
vision/share mission ในเรื่องกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และ
สุขภาวะองค์รวม กล่าวคือ

จำนวนตัวแทนที่เป็นกลไกเชิงพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภาคประชาชน ภาคการเมืองท้องถิ่นและระดับชาติ
มีบทบาทน้อย และในส่วนของภาครัฐส่วนใหญ่จะเป็นตัวแทนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ในบาง
พื้นที่ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของกลไกขับเคลื่อนไว้อย่างชัดเจน โดยให้เหตุผลว่าสมัชชาสุขภาพเป็นงาน
อาสาสมัครและคณะทำงานมีภารกิจและกิจการของตนเองอยู่ อาศัยความมีจิตสาธารณะ อยากเข้าร่วมงาน
เป็นเกณฑ์ นอกจากนี้ แกนนำบางคนยังมีความซ้ำซ้อนในบทบาทหน้าที่ (ปฏิบัติงานในหลายคณะฯ) แม้จะ
มีข้อดีในด้านความมีใจ การประสานงาน และความเชื่อมโยงระหว่างสมัชชาเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็น และ
ระดับชาติ แต่อาจเป็นข้อจำกัดในด้านความหลากหลายเชิงประเด็นของการขับเคลื่อนสมัชชา เนื่องจาก

อาจทำให้เกิดการเลือกเรื่องหรือประเด็นเฉพาะที่แกนนำหรือผู้ทำหน้าที่กลไกการขับเคลื่อนมีความถนัดและสนใจเป็นหลัก

“ผู้เป็นตัวแทนไม่เข้าใจกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างลึกซึ้ง”

“สมัชชาสุขภาพเป็นงานอาสาสมัครและคณะทำงานมีภารกิจ งานของตนเองอยู่ หวังแต่มีจิตสาธารณะ อยากเข้าร่วมงาน จึงไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ตายตัว”

“กำหนดหลักเกณฑ์ 3 ภาคส่วนเท่ากัน แต่การปฏิบัติภาคประชาชนมากที่สุดจำนวนน่าจะเพิ่ม เพราะตัวแทนจากภาคการเมืองมีน้อย ภาครัฐส่วนใหญ่เป็นสาธารณสุข”

(แกนนำระดับพื้นที่และผู้เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ, 17 ธันวาคม 2553)

ประเด็นการ share vision/share mission ในเรื่องกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และสุขภาวะองค์กรรวมที่ผ่านมา พบว่า มีลักษณะเป็นการชี้แจงทำความเข้าใจถึงแนวทางและกระบวนการสมัชชาผ่านเวทีการประชุมที่จัดขึ้นในพื้นที่ โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสข. ช่วงเริ่มต้นของสมัชชาสุขภาพแต่ละปี และสอดแทรกความรู้ความเข้าใจเข้าไปในกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่แต่ละพื้นที่จัดกิจกรรมขึ้น การจัดทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และสุขภาวะองค์กรรวมอย่างเป็นทางการหรือเวทีเฉพาะนั้น ยังไม่ปรากฏเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน การดำเนินงานในลักษณะดังกล่าวทำให้คุณค่าของกระบวนการสมัชชาสุขภาพถูกกลดทอนลง เพราะแต่ละภาคส่วนหรือแต่ละฝ่ายอาจไม่สามารถเชื่อมโยงประเด็นการขับเคลื่อนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันได้

“ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพ หลายภาคส่วนคิดว่าเป็นเรื่องสาธารณสุขเป็นหลัก ไม่รู้ว่าหน้าที่ในการขับเคลื่อนเป็นของใครและใครได้รับประโยชน์”

(สัมภาษณ์แกนนำระดับพื้นที่, 16 ธันวาคม 2553)

“คุณค่าของกระบวนการสมัชชาของทุกภาคส่วน ขาดการเชื่อมโยงกัน ภาครัฐอาจมองว่ามีช่องทางอื่นในการนำเสนอนโยบายอยู่แล้ว ภาควิชาการสนใจเพียงเรื่องการสร้างองค์ความรู้หรืองานวิชาการ ภาคธุรกิจอาจไม่เคยรู้จักสมัชชาสุขภาพ และยังไม่เห็นประสิทธิภาพของมติสมัชชาสุขภาพ”

(ความเห็นคณะกรรมการจัดงานฯ ในการประชุมสรุปบทเรียนฯ 6 มกราคม 2554)

2) การขับเคลื่อนบนฐานความรู้

สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ ซึ่งหมายถึงการใช้ข้อมูล วิชาการและความรู้ หรืออาจเรียกว่า “ปัญญา” เป็นฐานในการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่ได้ใช้อารมณ์ความรู้สึก หรือความประทับใจส่วนตัวเป็นที่ตั้ง นอกจากนั้นยังเป็นกระบวนการที่ไม่รังเกียจเดียดฉันท์กัน ไม่มีการแบ่งพรรคแบ่งพวก ยึดความสมานฉันท์ หรืออาจเรียกว่า “ความรักสมัครสมาน” เป็นกรอบในการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันด้วย ฉะนั้นสมัชชาสุขภาพจึงต้องมีความประณีตในการออกแบบและจัดการ เพราะเป็นกระบวนการที่ใช้ความรัก ใช้ปัญญา ใช้ความรู้ ใช้ความสมานฉันท์ เป็นฐานในการทำงานดังที่เรียกว่าการทำงานเชิงบวก

การประเมินการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพบนฐานความรู้ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ การสร้างและใช้ความรู้ และการแบ่งปันความรู้ (knowledge sharing) ผลการประเมินจากแบบสอบถาม ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า การสร้างความรู้และใช้ความรู้ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพนั้นอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.53) แต่การแบ่งปันความรู้กลับอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.24)

การสร้างความรู้และใช้ความรู้ ในการประเมินครั้งนี้หมายถึงการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนบนฐานข้อมูลความรู้ (evidence based) หรือ fact based ทั้งความรู้ที่เป็น explicit, tacit ความรู้จากบริบทพื้นที่และผลการประเมินการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมา จากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่า การสร้างความรู้และใช้ความรู้ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับการขับเคลื่อนของกลไกส่วนกลาง โดยเฉพาะกลไกของ สช. ส่วนกลางซึ่งมีการจัดทำเอกสารรวบรวมองค์ความรู้ที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เป็นชุดความรู้เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทั้งที่เป็นคู่มือแนวทางการดำเนินงานต่างๆ ชุดความรู้เพื่อผลิตสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ กรณีตัวอย่างของสมัชชาสุขภาพที่เข้มแข็งในพื้นที่ต่างๆ เป็นต้น ส่วนในระดับพื้นที่ความเข้มแข็งในเรื่องนี้ยังต้องได้รับการยกระดับเพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งมีความเห็นว่าการสร้างความรู้และใช้ความรู้ นั้น มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของกระบวนการสมัชชาและกลไกการขับเคลื่อนของแต่ละพื้นที่ แต่ละจังหวัด หรือแต่ละประเด็น พื้นที่ที่มีกระบวนการเข้มแข็ง มีกลไกที่มีประสิทธิภาพ จะมีการรวบรวมและจัดเก็บความรู้ สร้างเป็นชุดความรู้ที่มีศักยภาพที่จะเป็นระบบ แต่ในด้านการเผยแพร่อาจไม่ขยายผลในวงกว้างมากนัก ส่วนใหญ่จะผลิตและใช้ภายในเครือข่ายของตน ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกกลุ่มหนึ่งระบุว่า ไม่ทราบว่าการบวนการสมัชชาสุขภาพที่ตนเองเกี่ยวข้องอยู่นั้น มีการสร้างความรู้และใช้ความรู้ ใดๆ เพราะกลไกการบริหารสมัชชาฯ ไม่มีกองเลขานุการหรือกำหนดให้มีผู้ทำหน้าที่นี้ อีกทั้งเครือข่ายจำนวนมากยังขาดทักษะในการผลิต และจัดการความรู้

“มีการรวบรวมและจัดทำเอกสารเรื่องที่ขับเคลื่อน เพื่อใช้เรียนรู้และสื่อสารในเครือข่าย พวกเรา”

“ไม่ทราบ เพราะไม่มีกองเลขที่เป็นตัวตนจริงๆ”

(ผู้เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ, 17 ธันวาคม 2553)

ส่วนการแบ่งปันความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอก การเรียนรู้จากการปฏิบัติเชื่อมโยงในแนวระนาบ และมีการรวบรวมชุดความรู้ในรูปเอกสารหรือสื่ออื่นๆ เพื่อเผยแพร่ นั่น พบว่า ข้อดีของกระบวนการสมัชชาสุขภาพคือ เป็นเวทีสาธารณะที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่เคยมีโอกาสได้เสนอปัญหาความทุกข์ร้อนและร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ รวมถึงเกิดกระบวนการเรียนรู้ของภาคีที่เข้าร่วม อย่างไรก็ตาม การเรียนรู้จากการแบ่งปันความรู้ผ่านเวทีในกระบวนการสมัชชาสุขภาพส่วนใหญ่มักเป็นการเรียนรู้ภายในเครือข่าย ยังต้องการยกระดับคุณภาพการมีส่วนร่วม กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการสมัชชาที่ได้รับการสนับสนุนโดยเฉพาะงบประมาณจาก สช. เป็นหลักการเรียนรู้ระหว่างปีๆ ที่ดำเนินการเองในลักษณะการจัดการตนเอง (self-organizing) โดยเครือข่ายเกิดขึ้นยังไม่มากนักความร่วมมือหรือตื่นตัวของอปท.ในเรื่องนี้ยังมีไม่เข้มข้นจริงจังพอ อีกทั้งยังไม่สามารถยกระดับไปสู่กระบวนการเรียนรู้ข้ามกลุ่มหรือข้ามเครือข่าย การบริหารจัดการในระดับพื้นที่เองนั้นยังมีข้อจำกัดเนื่องจากแต่ละเครือข่ายมักต้องทำตามเงื่อนไขของแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนอยู่ ซึ่งมักจะมีข้อจำกัดในด้านระยะเวลา งบประมาณ การสร้างกระบวนการเรียนรู้ข้ามกลุ่ม จึงมักเป็นบทบาทของ สช. ในฐานะกลไกสนับสนุน ซึ่งผู้เข้าร่วมในการแบ่งปันความรู้ข้ามกลุ่ม/ข้ามเครือข่าย ส่วนใหญ่เป็นแกนนำในการขับเคลื่อนซึ่งทำกิจกรรมลักษณะนี้มาค่อนข้างนาน สมาชิกทั่วไปมีโอกาสเข้าร่วมเรียนรู้ค่อนข้างน้อย นับเป็นข้อจำกัดด้านคุณภาพการมีส่วนร่วมและกระบวนการเรียนรู้ โดยเฉพาะความรู้เรื่องกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และสุขภาวะองค์กรรวม ซึ่งเป็นแก่นสาระสำคัญของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

“เป็นเวทีสาธารณะที่เปิดโอกาสให้คนที่ไม่เคยมีโอกาส ได้มีโอกาสเสนอปัญหาความทุกข์ร้อนและร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ”

“เกิดกระบวนการเรียนรู้ของภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วม”

“การเรียนรู้การทำงานร่วมกันของกลุ่มเครือข่ายไม่ค่อยมี สช.ต้องเป็นธุระจัดเวทีให้เครือข่ายได้พูดคุยกัน”

“เพิ่มกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การออกแบบกลไกการทำงานร่วมกัน ระหว่างเครือข่าย

(ความเห็นคณะกรรมการจัดงานฯ ในการประชุมสรุปบทเรียนฯ 6 มกราคม 2554)

3) การพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนได้เสีย

การพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการสมัชชาสุขภาพหมายถึง การจัดให้มีการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการ ทันท่วงทีสถานการณ์ ให้กับผู้มีส่วนได้เสีย รวมถึงมีการติดตามผลมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน

ผลการประเมิน ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า การพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการสมัชชาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.32) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกฝ่ายทั้งผู้เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพ แกนนำระดับพื้นที่ คณะกรรมการฯ ส่วนกลาง รวมถึงบุคลากรของ สช. มีความเห็นตรงกันว่า การพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนได้เสียเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ เพราะผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปรากฏผลค่อนข้างชัดเจนว่า คุณภาพของผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเรื่องกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และสุขภาพองค์กรรวม ยังมีข้อจำกัดอยู่แม้จะเป็นกลุ่มคนเดิมที่เคยร่วมกระบวนการนี้มาหลายครั้งแล้วก็ตาม อีกทั้งยังมีปัญหาคุณภาพการมีส่วนร่วมการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง และยังต้องเพิ่มคุณภาพ/ศักยภาพวิทยากรกระบวนการทั้งด้านกระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการนโยบาย (learning และ policy facilitator) ในประเด็นต่างๆ ดังความเห็นต่อไปนี้

“ผู้เกี่ยวข้องขาดความรู้สึกรู้สึกของความเป็นเจ้าของ ขาดความเรียบง่าย (too complicate)

ขาดความเชื่อมั่นว่าสมัชชาจะทำให้เกิดการแก้ทุกข์ของพี่น้องประชาชน”

“ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพยังไม่ลึกซึ้ง”

“ข้อจำกัดของคุณภาพคน ข้อจำกัดของความเป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่าย”

“การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนเกี่ยวกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

เช่น ทำหลักสูตรในโรงเรียน ฝึกอบรมในพื้นที่”

“ความเชื่อ-การยอมรับ ต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพ”

(ประมวลความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์และจากแบบสอบถาม)

4) การบริหารความเสี่ยง

กระบวนการสมัชชาสุขภาพมีขอบข่ายกว้างขวาง มีภาคีที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก มีความหลากหลาย ความซับซ้อนในวัฒนธรรมวิถีปฏิบัติที่แตกต่าง จึงต้องคำนึงถึงคุณภาพการจัดการที่ต้องบริหารความเสี่ยง ล่วงหน้าทันการณ์ ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ความเสี่ยง การประเมินผลกระทบ และการป้องกันแก้ไข

การประเมินการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด คือ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ความเสี่ยงด้านการเงิน ความเสี่ยงด้านกลไกการสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างทันการณ์ (reflection) ผลการประเมินจากแบบสอบถาม พบว่ามีการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลางในทุกตัวชี้วัด (ค่าเฉลี่ย = 2.98, 3.27 และ 3.39 ตามลำดับ) ซึ่งตัวชี้วัดการบริหารความเสี่ยงด้านกลยุทธ์มีค่าต่ำสุดในองค์ประกอบนี้

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา ยังไม่มีการดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ และวางแนวทางป้องกันความเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน อีกทั้งมองเห็นว่าเรื่องนี้เป็นหน้าที่หลักของผู้ตัดสินใจทางยุทธศาสตร์ในส่วนกลางระดับพื้นที่ยังไม่ตระหนักเท่าที่ควรในบทบาทด้านนี้หรือมักเป็นฝ่ายรอรับมากกว่ายอมตามการกำหนดจากส่วนกลาง

ส่วนความเสี่ยงด้านการเงิน การวิเคราะห์การจัดการด้านการเงิน ประเมินความคุ้มค่าทางการเงิน และวางแผนทางเพิ่มประสิทธิภาพทางการเงินนั้น การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการจัดกระบวนการสมัชชาในพื้นที่ ถูกกำหนดโดยส่วนกลาง คือ สข. แม้ผู้ให้ข้อมูลในระดับพื้นที่ส่วนหนึ่งมีความเห็นพอใจกับการสนับสนุนของ สข. และสามารถใช้จ่ายงบประมาณได้ตามที่กำหนด แต่จากการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์แกนนำระดับพื้นที่ พบว่า สข. สนับสนุนงบประมาณการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็นในวงเงินที่เท่ากันคือ ประมาณ 50,000 บาท แก่ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ โดยดำเนินการเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งน่าที่จะมีความแตกต่างหลากหลายของพื้นที่ ดังพบจากการสะท้อนว่า สข.ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนกระบวนการเชิงพื้นที่ในน้ำหนักที่เท่าเทียมกัน โดยใช้วงเงินงบประมาณเป็นตัวกำหนด มิได้ให้ความสำคัญหรือมีการพิจารณาถึงความยากง่าย ความเร่งด่วน และขอบเขตภาระงานของผู้ที่ได้รับผลกระทบในประเด็นที่ขับเคลื่อน ประกอบกับการบริหารจัดการในระดับพื้นที่มักดำเนินงานตามความคุ้นชิน คือปฏิบัติตามเงื่อนไขของแหล่งทุน ซึ่งในกรณีนี้คือ การปฏิบัติตามระเบียบของ สข. เป็นหลัก การดำเนินงานในทางปฏิบัติจึงมีลักษณะรวบรัดเพื่อให้งานเสร็จ เกิดความเรียบร้อย และมักมีแนวทางปฏิบัติคล้าย ๆ กันกับทุกปีตามแนวปฏิบัติ ซึ่งบางครั้งอาจเสี่ยงต่อผลสัมฤทธิ์ของภารกิจ

ความเสี่ยงด้านกลไกการสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างทันการณ์ (reflection) ซึ่งหมายถึงการจัดให้มีโครงสร้างกลไกการติดตามประเมินผลภายใน การประเมินผลการดำเนินงาน และแนวทางการใช้ประโยชน์จากผลการประเมินในงานที่ต้องมีการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์อย่างทันเวลา (on-going evaluation) นั้น ยังไม่พบว่ามี การจัดให้มีโครงสร้างกลไกการติดตามประเมินผลภายในทั้งในระดับส่วนกลาง และระดับพื้นที่ การติดตามประเมินผล มีลักษณะเป็นการติดตามและรายงานผลเมื่อการจัดกิจกรรมในพื้นที่เสร็จสิ้นลง แม้ส่วนกลางจะจัดให้มีคณะกรรมการประเมินผลในโครงสร้างของคณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพก็ตาม แต่บทบาทของคณะกรรมการดังกล่าว เป็นการทำหน้าที่กำกับดูแลการประเมินผลการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการประเมินภายนอกเป็นหลัก ทำให้ขาดกลไกการสะท้อนการดำเนินงานที่ทันเวลา (constant feedback)

5) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

เป็นการประเมินการบริหารจัดการและควบคุมการดำเนินการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามแผนงาน/เป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ทรัพยากรและระยะเวลาในการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัดคือ ประสิทธิภาพด้านการจัดการ และประสิทธิภาพด้านการเงิน

ผลการประเมินจากแบบสอบถาม พบว่า อยู่ในระดับมากทั้ง 2 ตัวชี้วัด (ค่าเฉลี่ย = 3.50 และ 3.68 ตามลำดับ)

ประสิทธิภาพด้านการจัดการ หมายถึง ระบบการทำงานที่รวดเร็ว/ยืดหยุ่นสอดคล้องกับอัตลักษณ์ของสมัชชาสุขภาพ สามารถปฏิบัติงานสำเร็จเป็นไปตามแผนที่วางไว้ แม้ผลการประเมินซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่ามีประสิทธิภาพมาก แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งระบุว่า ระบบการทำงานของเครือข่ายในพื้นที่

บางแห่ง ขาดความยืดหยุ่น ค่อนข้างความรวบรัดเพื่อให้กิจกรรมเสร็จตามกำหนด ตัวอย่างเช่น การจัดสมัชชาพื้นที่เพื่อพิจารณาร่างเอกสาร ในบางพื้นที่ยังคงจัดกิจกรรมตามกำหนด แม้ว่าเอกสารที่จะใช้ในการพิจารณาขาดความสมบูรณ์และมีความล่าช้า ขณะที่หลายพื้นที่มีการเลื่อนกำหนดการจัดเวทีพิจารณาาร่างเอกสารออกไป เพื่อรอความพร้อมของเอกสาร เป็นต้น

ประสิทธิภาพด้านการเงิน ในการประเมินนี้พิจารณาถึงความสามารถในการใช้จ่ายเงินได้ตรงตามวัตถุประสงค์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่าเครือข่ายสามารถใช้จ่ายเงินที่ได้รับสนับสนุนได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ซึ่งมีข้อสังเกตว่า เป็นการใช้จ่ายเพื่อให้จัดกิจกรรมครบถ้วนในเชิงปริมาณภายในวงเงินที่ได้รับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการจัดเวทีที่มีค่าใช้จ่ายที่สัมพันธ์กับจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยมิได้คำนึงถึงคุณภาพการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย และความคุ้มค่าด้านการเงิน (value for money) มากนัก รวมถึงความครอบคลุมผู้ได้รับผลกระทบ ความครอบคลุมตัวแทนจากทุกภาคส่วน ดังกล่าวแล้วในการประเมินเรื่องการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านการเงิน

6) ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสีย

เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการในภาพรวมโดยพิจารณาจากความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้งด้านการบริหาร ซึ่งประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัดคือ ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการ ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดสมัชชา และความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ของกระบวนการสมัชชา

ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพด้านการบริหารจัดการ ซึ่งหมายถึงการสนับสนุนงบประมาณ วิชาการ การติดต่อประสานงาน และการจัดการจากส่วนกลาง (สช.) พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.36) พร้อมให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า พอใจกับคณะทำงานของ สช.มาก เพราะการจัดงานหรือการสนับสนุนของ สช.ไม่ปิดกั้น แต่เปิดโอกาสให้ทุกเครือข่ายมีพื้นที่แสดงความเห็น อย่างไรก็ตาม ด้านการประสานงาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งสะท้อนว่า ยังมีข้อจำกัดเรื่องความโปร่งใสและการมีส่วนร่วม เพราะเป็นการประสานผ่านแกนนำเพียงคนเดียวเป็นหลัก หากแกนนำไม่สื่อสารต่อหรือสื่อสารไม่ครบถ้วนจะส่งผลต่อการรับรู้และการดำเนินงานอาจไม่สอดคล้องหรือตรงกับวัตถุประสงค์

ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพมีความพึงพอใจด้านกระบวนการที่ใช้ ทั้งกระบวนการต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ และความพึงพอใจผลลัพธ์การดำเนินงานที่เกิดขึ้นในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.77 และ 3.74 ตามลำดับ)

7) การเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย

เป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย ซึ่งหมายถึง ความเข้าใจและรู้ถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะ การเข้าใจสุขภาพของครอบครัว และการเรียนรู้ตามหลักการมีส่วนร่วม การทำงานในแนวระนาบ การมีปฏิสัมพันธ์ และการบูรณาการ (PHII) ผลการประเมินทั้ง 3 ตัวชี้วัด อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.86, 3.73 และ 3.91 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามต้องตีความผลการประเมินนี้ในแง่การรับรู้เรื่องการเรียนรู้ด้านกระบวนการนโยบายสาธารณะในเชิงคุณภาพการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นด้วย

8) การบริหารเครือข่าย

หมายถึงการประสาน สนับสนุน และจัดการความสัมพันธ์เพื่อให้ภาคีเครือข่ายและผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีความรับผิดชอบโดยตรง (authority stakeholders) กับกระบวนการสมัชชาสุขภาพฯ ดำเนินงานได้ตามเจตนารมณ์โดยพิจารณาจากการรับรู้ของเครือข่ายว่าตนมีบทบาทเป็นพันธมิตรทางยุทธศาสตร์ (strategic alliances) การบริหารแบบสนับสนุนเอื้ออำนวยความสะดวก การมีลักษณะของผู้นำกลุ่ม (collective leadership) มีการบริหารแบบมีส่วนร่วม และสร้างความสัมพันธ์แนวราบ นำผู้คนที่ตื่นรู้หลากหลายมาปฏิบัติกร่วมกัน การเป็นเครือข่ายของเครือข่าย (network of networks) ของ สช. และความไว้วางใจ (trust) ระหว่างเครือข่าย ปรากฏผลการประเมินอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.76) อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์แนวลึกพบว่า สช. มีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญ หรือยกระดับการจัดการคุณภาพความสัมพันธ์กับเครือข่ายให้มากขึ้น (partnership management)

รายละเอียดผลการประเมินระบบบริหารจัดการภาพรวม ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ผลการประเมินระบบบริหารจัดการภาพรวม

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. โครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ: การออกแบบองค์กร (organizational design)			
1.1 การมีอยู่และความพอเพียงของกลไกฝ่ายต่างๆ	3.27	1.03	ปานกลาง
1.2 การกำหนดบทบาทภารกิจ (roles & functions) ของกลไกต่างๆ	3.22	0.84	ปานกลาง
1.3 การคัดเลือกหรือแต่งตั้งบุคลากร (recruitment) เข้าสู่กลไกฝ่ายต่างๆ	3.36	0.95	ปานกลาง
2. กระบวนการ: การขับเคลื่อนบนฐานความรู้			
2.1 การสร้างและใช้ความรู้	3.53	0.90	มาก
2.2 การแบ่งปันความรู้ (knowledge sharing)	3.24	0.80	ปานกลาง
3. กระบวนการ: การพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนได้เสีย			
3.1 การพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนได้เสีย	3.32	0.78	ปานกลาง
4. กระบวนการ: การบริหารความเสี่ยง			
4.1 ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์	2.98	1.07	ปานกลาง
4.2 ความเสี่ยงด้านการเงิน	3.27	0.86	ปานกลาง
4.3 ความเสี่ยงด้านกลไกการสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างทันการณ์ (reflection)	3.39	0.71	ปานกลาง
5. ผลลัพธ์: ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ			
5.1 ประสิทธิภาพด้านการจัดการ	3.50	0.86	มาก
5.2 ประสิทธิภาพด้านการเงิน	3.68	0.84	มาก
6. ผลลัพธ์: ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสีย			
6.1 ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการ	3.36	0.81	ปานกลาง
6.2 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดสมัชชา	3.77	0.83	มาก
6.3 ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ของกระบวนการสมัชชา	3.74	0.81	มาก
7. ผลลัพธ์: การเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย			
7.1 ความเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะ	3.86	0.89	มาก
7.2 การเข้าใจสุขภาวะองค์กรรวม	3.73	0.93	มาก
การเรียนรู้ตามหลัก PHII (หลักการมีส่วนร่วม การทำงานในแนวระนาบ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและการบูรณาการ)	3.91	0.87	มาก
8. ผลลัพธ์: การบริหารเครือข่าย			
8.1 การบริหารเครือข่าย	3.76	0.89	มาก

4.4 ข้อสังเกตและข้อควรพิจารณา

จากผลการประเมินข้างต้น คณะผู้ประเมินมีข้อสังเกตเพื่อการพิจารณาดังนี้

- ด้านกลไกการบริหารจัดการ
 - ควรมียุทธศาสตร์การจัดการที่มุ่งประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพ ความสัมพันธ์ และการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
 - อุปสรรคที่สำคัญของการมีส่วนร่วมของภาคีภาครัฐ คือ วัฒนธรรมนโยบายภาครัฐที่ยึดแนวทางนโยบายแบบ Top-down
 - พัฒนากลไกการสนับสนุนเป็นกลุ่มจังหวัด/สร้างกลไกร่วม 3 ภาคส่วนโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสมัชชาเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็นกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงกลไกของ สช. ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนสมัชชาในพื้นที่อย่างจริงจัง
 - จัดให้มีกระบวนการ share vision/ share mission และความรู้ความเข้าใจในแนวคิดเรื่องสมัชชาสุขภาพและกระบวนการนโยบาย
 - จัดให้มีกลไกการประเมินภายในเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างทันการณ์
- ด้านระบบสนับสนุน
 - ควรมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้เกิดการยกระดับผลลัพธ์และคุณภาพการจัดการ
 - การสนับสนุนงบประมาณในแต่ละพื้นที่ควรพิจารณาจาก ความยากง่าย ความเร่งด่วน และขอบเขตภาระงานของผู้ที่ได้รับผลกระทบ
- การพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนได้เสีย
 - การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนเกี่ยวกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพ, กระบวนการนโยบายสาธารณะ และกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม
 - การพัฒนาศักยภาพแกนนำ ผู้ประสาน ภาคีเครือข่ายในพื้นที่และ ทีมเลขานุการของระดับพื้นที่
 - ค้นหาและสร้างแกนนำใหม่ๆ ของทุกภาคส่วน
- การสื่อสาร
 - พัฒนาระบบการประชาสัมพันธ์ การสื่อสารทางสังคม (social communication) การให้ความรู้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ (เปิดพื้นที่อย่างกว้างขวาง) ทั้งสมัชชาเฉพาะพื้นที่และสมัชชาเฉพาะประเด็น เชื่อมสู่สมัชชาชาติ
 - เพิ่มช่องทางการสื่อสาร ประสานงานมากกว่าการประสานผ่านแกนนำในจำนวนจำกัด และเป็นแกนนำเดิมเท่านั้น
 - สื่อสารต่อสาธารณะให้เข้าใจร่วมว่า “สมัชชาสุขภาพ” เป็นเรื่องของทุกฝ่ายมิใช่เพียงผู้เกี่ยวข้องเฉพาะด้านสาธารณสุข/สุขภาพเท่านั้น

บทที่ 5

ผลการประเมินต้นน้ำ (Upstream Evaluation)

5.1 เกริ่นนำ

การประเมินต้นน้ำสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 เป็นการรวบรวมสารสนเทศเพื่อใช้พิจารณาการประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางสมัชชาสุขภาพที่ได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ที่ต้องการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพแบบองค์รวมให้เกิดขึ้นในบริบทสังคมไทยภายใต้แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างสมานฉันท์ เพื่อทำงานที่ยากให้สำเร็จด้วยการให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วนในสังคมได้เข้ามาร่วมกันคิดร่วมกันทำ

ในบทนี้เป็นการนำเสนอสาระสำคัญในการประเมินผลกระบวนการสมัชชาสุขภาพในส่วนต้นน้ำ “ขาขึ้น” มุ่งเน้นที่ขั้นตอนกระบวนการเตรียมตัว (preparation phase) และกิจกรรมเชิงกระบวนการต่างๆ ก่อนเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (NHA; National Health Assembly) ที่จัดขึ้นเมื่อวันที่ 15-17 ธันวาคม 2553 ณ หอประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเนื้อหาสำคัญจะประกอบด้วย กลไกการจัดสมัชชาสุขภาพ การจัดกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสีย รวมทั้งการออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดประเด็นและพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย การแสวงหาฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนข้อเสนอสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลอันเป็นกระบวนการสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ดี โดยได้นำหลักเกณฑ์ของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ควรจะเป็นมาเป็นแนวทางในการกำหนดตัวชี้วัดการประเมินต้นน้ำ (สมัชชาขาขึ้น)

5.2 ระเบียบวิธีการประเมินต้นน้ำ

5.2.1 แหล่งข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในส่วนของ การประเมินต้นน้ำ ประกอบด้วย ภาศึเครือข่าย ทั้งที่เป็นแกนนำจังหวัดสมาชิกเครือข่าย และคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพชุดต่างๆ

5.2.2 เครื่องมือ และการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถาม ที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับองค์ประกอบและตัวชี้วัดในส่วนต้นน้ำ โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) โดยกำหนดเป็น 5 ระดับ แล้วนำมาแปลผลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ที่แบ่งช่วงการแปลผลตามหลักของการแบ่งอันตรภาคชั้น (class interval) มีความหมายในการประเมิน ดังนี้

- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด

2) **แบบสัมภาษณ์เชิงลึก** ประกอบด้วยแนวคำถามตามองค์ประกอบและตัวชี้วัดระดับต้นน้ำ ใช้สำหรับสัมภาษณ์ภาคีเครือข่าย แกนประสานจังหวัด แกนนำเครือข่ายระดับพื้นที่และคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพ

3) **แบบสังเกตการจัดกิจกรรม** กระบวนการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ และการประชุมของคณะกรรมการชุดต่างๆ เป็นแบบที่ใช้บันทึกข้อมูลจากการสังเกต เอกสาร และการสัมภาษณ์ในการประเมินกิจกรรมต้นน้ำ (กระบวนการขาขึ้น) จากการเข้าร่วมกิจกรรมของทีมผู้ประเมินทั้งกิจกรรมของส่วนกลาง (คจ.สช./ คณะอนุกรรมการวิชาการ) และกิจกรรมระดับพื้นที่ (เวทีสมัชชาระดับพื้นที่ เวทีประชุมระดับพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ)

4) ข้อมูลจากการประชุมวิชาการสรุปทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2554 ณ โรงแรมภูวนาลี รีสอร์ท เขาใหญ่ จ.นครราชสีมา

5) เวทีการประชุมปฏิบัติการ “การจัดการความรู้จากการประเมินเพื่อขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” วันที่ 12 มีนาคม 2554 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง กรุงเทพฯ

5.3 ผลการประเมิน

ผลการประเมินสมัชชาสุขภาพในส่วนต้นน้ำ เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากหลายส่วน ได้แก่ เอกสารที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้ให้ข้อมูลคือ ภาคีเครือข่ายทั้งที่เป็นแกนประสานจังหวัด สมาชิกเครือข่าย และคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพชุดต่างๆ

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.3.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลการประเมินต้นน้ำในส่วนที่เป็นแบบสอบถามประเมินตนเอง จำนวน 22 คน ประกอบด้วยแกนประสานจังหวัด และภาคีเครือข่าย โดยเป็นเพศชายร้อยละ 39.1 และเพศหญิงร้อยละ 56.5 ส่วนใหญ่เป็นภาคีเครือข่ายที่มาจากภาคประชาชนร้อยละ 56.5 รองลงมาภาครัฐ ร้อยละ 21.7 ภาควิชาชีพร้อยละ 8.7 และภาคส่วนอื่นๆ ร้อยละ 8.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังได้สัมภาษณ์เชิงลึกแกนประสานจังหวัด ภาคีเครือข่าย และคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติชุดต่างๆ

5.3.2 ผลการประเมินรายองค์ประกอบและตัวชี้วัด

ผลการประเมินนี้ นำเสนอผลจากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเรียงลำดับการนำเสนอตามตัวชี้วัดของการประเมิน ดังต่อไปนี้

1) **องค์ประกอบที่ 1 ด้านโครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ** ประกอบด้วย 1 ตัวชี้วัดคือ การจัดการกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(1) การจัดการกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับต้นน้ำให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทั้งนี้เพราะสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น การมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นแนวทางที่จะทำให้การจัดทำร่างข้อเสนอเชิงนโยบายจนถึงแนวทางสู่การปฏิบัติเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายที่ได้จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเกิดสัมฤทธิ์ผล

การจัดการกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงเป็นประเด็นที่ใช้ในการพิจารณาถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้คณะผู้ประเมินได้กำหนดขอบเขตในการจัดการกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ครอบคลุมถึงการคัดเลือกเครือข่ายในภาคีที่เป็นที่ยอมรับของคนในพื้นที่ หลักเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรเข้าสู่อนุกรรมการวิชาการของสมัชชาและการคัดเลือกบุคลากรเข้าสู่อนุกรรมการของสมัชชาสุขภาพ กระบวนการคัดเลือกตัวแทนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพที่มีความครอบคลุมทั้ง 3 ภาคส่วน และกระบวนการคัดเลือกตัวแทนเครือข่ายเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพมีความเป็นตัวแทนที่ดีของภาคส่วนต่างๆ และตัวแทนของพื้นที่

ผลจากประเมินโดยแบบสอบถาม พบว่า ภาคีเครือข่ายได้ประเมินตนเองในการจัดการกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการคัดเลือกภาคีเครือข่ายพิจารณาจากการเป็นที่ยอมรับของคนในพื้นที่ มีหลักเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรเข้าสู่อนุกรรมการวิชาการ พิจารณาจากปริมาณ (จำนวน) เวลาที่บุคลากรมีให้กับโครงการ (time allocation) และจากศักยภาพคนทำงาน (competency) และกระบวนการคัดเลือกตัวแทนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้พิจารณาความครอบคลุมทั้งสามภาคส่วน ทั้งภาคประชาชนและเอกชน ภาควิชาชีพและวิชาการและภาคราชการและการเมือง และตัวแทนของพื้นที่ รวมทั้งความเป็นตัวแทนที่ดีของภาคส่วนต่างๆ และตัวแทนของพื้นที่ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.81, 3.51 และ 3.85 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินตนเองด้านการจัดการกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสีย

n=22

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. การคัดเลือกภาคีเครือข่าย พิจารณาจากการเป็นที่ยอมรับของคนในพื้นที่	3.81	0.75	มาก
2. หลักเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรเข้าสู่อนุกรรมการวิชาการ พิจารณาจากปริมาณ (จำนวน) เวลาที่บุคลากรมีให้กับโครงการ (time allocation) และจากศักยภาพคนทำงาน (competency)	3.51	0.75	มาก
3. กระบวนการคัดเลือกตัวแทนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้พิจารณาความครอบคลุมทั้งสามภาคส่วน ทั้งภาคประชาชนและเอกชน ภาควิชาชีพ และวิชาการ และภาคราชการและการเมือง และตัวแทนของพื้นที่ และความเป็นตัวแทนที่ดีของภาคส่วนต่างๆ และตัวแทนของพื้นที่	3.85	0.94	มาก

อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ประเมินใช้การรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจะพบว่ามีรายละเอียดข้อมูลและความหลากหลายในความเห็นเพิ่มขึ้นดังจะได้เสนอต่อไป

จากการสัมภาษณ์ภาคีเครือข่าย พบว่า ในภาพรวม ตัวแทน/ผู้ประสาน/แกนนำมาจากบุคคลที่มีประสบการณ์ดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นในพื้นที่อยู่แล้ว โดยมีลักษณะเป็นผู้มีจิตอาสา ตั้งใจทำงาน มีประสบการณ์กับคนและกลุ่มที่หลากหลาย ทำให้การจัดการกลุ่มเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นไปตามแนวทางการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกล่าวคือ กลุ่มเครือข่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสียตามโครงสร้างการบริหารจัดการของสมัชชาสุขภาพมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีกระบวนการทำงานโดยยึดหลักยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่พึ่งพาพลัง 3 ส่วนที่เชื่อมโยงกันคือ พลังปัญญา (ภาควิชาการ) พลังสังคม (ภาคประชาชน) และพลังแห่งอำนาจรัฐหรืออำนาจทางการเมือง (ผู้แทนหน่วยงานภาคราชการ) อีกทั้งยังเป็นตัวแทนเครือข่ายที่เป็นที่ยอมรับของคนในพื้นที่ที่สามารถสะท้อนปัญหาความต้องการ ทราบถึงทุกขั้วร้อนและมีความคลุกคลีกับประเด็น ตลอดจนเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงหลักในการขับเคลื่อนประเด็นในระดับพื้นที่มาอย่างต่อเนื่องทั้งเชิงประเด็นร้อนและประเด็นเย็น* ซึ่งจะทำให้ความ

* จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้มีการให้คำอธิบายเกี่ยวกับประเด็นร้อนและประเด็นเย็นไว้อย่างน่าสนใจกล่าวคือ ประเด็นร้อนหมายถึงประเด็นที่เกี่ยวกับความทุกข์ร้อนที่เกิดขึ้นที่รอคอยการแก้ไขปัญหามาจากกลไกของรัฐส่วนกลางไม่ได้ ต้องมีการจัดการปัญหาด้วยพื้นที่ที่เกิดขึ้นและขยายผลเชื่อมโยงไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นที่มาของสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ที่เชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าการมีส่วนร่วมของบางภาคส่วนจะยังคงน้อยอยู่ก็ตาม ดังข้อมูลที่ว่า ตนเองเน้นที่การผลักดันเชิงนโยบาย ส่วนประเด็นเย็นหมายถึงการขับเคลื่อนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดำรงชีวิตที่ต่อจากอัตราระยะเวลาและการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้าใจที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (สรุปความจากการสัมภาษณ์ผู้แทนเครือข่ายพื้นที่, 15 ธันวาคม 2553)

ร่วมมือเกิดภายในพื้นที่ที่เกิดขึ้นและขยายผลเชื่อมโยงไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นที่มาของสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ที่เชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าการมีส่วนร่วมของบางภาคส่วนจะยังคงมีจำนวนน้อยอยู่เมื่อเทียบกับภาคส่วนอื่นก็ตาม ดังข้อมูลที่ว่า

“ที่มาที่ไปก่อนที่จะมาสมัชชา (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ) เกิดขึ้นจากการที่ชาวบ้านในพื้นที่รวมกลุ่มกันเอง.. ไม่มีผลประโยชน์อะไรแอบแฝง.. เริ่มต้นจากแกนนำบางคนที่ชวนชาวบ้านคุยกันเองก่อน ต้องเป็นคนที่ได้รับยอมรับความร่วมมือถึงจะเกิดขึ้นได้”

“.. การทำงานและความร่วมมือที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากความสัมพันธ์ส่วนตัวเป็นส่วนใหญ่แต่ที่สำคัญคือต้องเป็นคนที่ชาวบ้านยอมรับให้ความร่วมมือ โดยมีตัวหลักในการทำงานขับเคลื่อนในแต่ละประเด็น”

“จากสิ่งที่เราได้รับรู้ ได้ทำมา ก็มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำงานข้ามเครือข่าย.. ในส่วนของภาคีเครือข่ายมีความครอบคลุมทั้ง 3 ภาคส่วน แต่ภาครัฐมีส่วนร่วมน้อย บางทีก็เป็นในลักษณะของการปักป้าย ถ่ายรูป”

(สัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพ, 15 ธันวาคม 2553)

ในอีกประการหนึ่ง การจัดการกลุ่มเครือข่ายที่ส่วนได้ส่วนเสียต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ในกรณีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขาดการตระหนักรู้ถึงปัญหา ขาดความใส่ใจ และสำนึกในการเป็นเจ้าของปัญหา ร่วม จำเป็นที่แกนนำภาคีเครือข่ายต้องสร้างความเข้าใจ สร้างการรับรู้และการตระหนักรู้ถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องเน้นการทำงานเชิงรุกและการพัฒนาความสัมพันธ์อันดี ดังข้อมูลที่ว่า

“.. มองว่าทุกภาคส่วนยังไม่รู้สึกเป็นเจ้าของ ยังไม่มีจิตสาธารณะ โดยเครือข่ายที่เข้ามาร่วมจะเป็นแบบหลวมๆ ประกอบด้วยกลุ่มพระสงฆ์ ซึ่งส่วนมากจะมาจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในส่วนของนักวิชาการจะมาจากราชภัฏ แต่ก็ยังเข้ามาร่วมน้อย ทำให้ประเด็นที่เกิดขึ้นจากพื้นที่ไม่ค่อยชัดเจน ส่วนมากจะทำตามส่วนราชการสั่ง คัดเองหายาก”

(สัมภาษณ์แกนประสาน, 16 ธันวาคม 2553)

“ในการจัดสมัชชาฯ ในระดับพื้นที่ เรามีทุนเดิมที่ชาวบ้านเป็นพวกเดียวกับเราอยู่แล้ว และในส่วนที่เห็นด้วยก็เข้ามาร่วมได้เลย ส่วนกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยต้องใช้การให้ความรู้.. .. ก็ทำความเข้าใจกับชาวบ้าน จะใช้วิธีลงไปในพื้นที่ พูดคุยโดยทุกๆ กลุ่มที่เกี่ยวข้องจะส่งตัวแทนมาพูดคุยกลุ่มละ 5 คน”

(สัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพ, 15 ธันวาคม 2553)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีกระบวนการคัดเลือกตัวแทนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พิจารณาถึงความครอบคลุมทั้งสามภาคส่วน แต่สัดส่วนของภาคส่วนที่เข้าร่วมขึ้นกับเนื้อหาของประเด็นบางประเด็นซึ่งหากประเด็นระดับชาติไม่สอดคล้องกับประเด็นพื้นที่ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชนจะไม่สนใจ ภาคราชการและการเมือง จะเข้าร่วมมากกว่าภาคประชาสังคมและภาคเอกชน เพราะเป็นหน้าที่และมีเจ้าหน้าที่รับเรื่องจากส่วนกลางส่งมาดำเนินการ ส่วนภาคประชาสังคมและเอกชน ยังขาดความรู้ในวงกว้างที่จะเข้าร่วมในการเรียนรู้ประเด็นระดับชาติ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“มองว่าสมัชชาสุขภาพในครั้งนี้เป็นลักษณะของ top down มากกว่า ซึ่งคุณเฉพาะประเด็นที่ สช. กำหนด โดยเชิญประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง ในส่วนที่ทางพื้นที่หรือทางจังหวัด เสนอมา ยังเงียบ ไม่มีการนำความคิดเห็นของกลุ่มมาปรับปรุงในร่างข้อเสนอเลย”

(สัมภาษณ์เครือข่ายภาคราชการ, 16 ธันวาคม 2553)

“บางมิติขาดการมีส่วนร่วมเพราะดูเหมือนเป็นเรื่องไกลตัว ขณะที่บางมิติทุกภาคส่วนยอมรับว่าเป็นปัญหาเหมือนกัน”

“กระบวนการสมัชชาซึ่งขาดการเชื่อมโยงการทำงาน ภาครัฐอาจมองว่ามีช่องทางอื่นในการนำเสนอนโยบายสาธารณะอยู่แล้ว เช่น เสนอ กรม. หรือรัฐมนตรี ภาควิชาการสนใจเพียงเรื่องของการสร้างองค์ความรู้หรืองานวิชาการ ส่วนภาคธุรกิจอาจจะไม่เคยรู้จักสมัชชาสุขภาพและยังไม่เห็นประสิทธิภาพของมติสมัชชาสุขภาพ”

(ข้อมูลจากการประชุมวิชาการสรุปบทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3,

6 มกราคม 2554)

นอกจากนี้ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทั้ง 3 ภาคส่วนมีสัดส่วนการเข้าร่วมของประเด็นระดับชาติในจำนวนที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความยากง่ายของประเด็น และระดับความสนใจในประโยชน์ที่จะได้ของประเด็นระดับชาติในพื้นที่จะมีมากน้อยเพียงใด ซึ่งให้เห็นถึงช่องทางในการพัฒนาการคัดเลือกผู้เข้าร่วมกระบวนการนโยบายสาธารณะ ในทางกลับกันหากเป็นประเด็นในพื้นที่ ภาคประชาสังคมและเอกชน มีสัดส่วนการเข้าร่วมสูงมากกว่าภาคราชการ/การเมือง ทั้งนี้เนื่องจากภาคประชาสังคม/เอกชน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของประเด็นพื้นที่ที่เข้าร่วมสูงกว่า แต่อย่างไรก็ดีภาคราชการ/การเมืองจะเข้าร่วมหรือให้การสนับสนุน หากภาควิชาชีพ/วิชาการเข้าร่วมกับภาคประชาสังคม/เอกชน ทั้งนี้เนื่องจากภาคราชการ/การเมือง มีความเชื่อในภาคนักวิชาชีพ/วิชาการ ดังข้อมูลที่ว่า

“ภาคีเครือข่ายมีความครอบคลุมทั้ง 3 ภาคส่วน โดยภาควิชาการส่วนใหญ่เชิญมาจากส่วนกลาง เช่น กระทรวงสาธารณสุข อาจารย์มหาวิทยาลัย โดยจะเน้นที่มีจิตอาสา ส่วนภาคธุรกิจก็จะเป็นหอการค้า สโมสรโรตารี ในส่วนของภาคประชาชนในพื้นที่มีความเข้มแข็งหลายกลุ่ม”

(สัมภาษณ์ตัวแทนเครือข่ายภาคประชาสังคม, 16 ธันวาคม 2553)

“สัดส่วนส่วนใหญ่เป็นภาคประชาสังคมมากกว่าสัดส่วนอื่น ภาครัฐ ภาควิชาการ”

(ข้อมูลจากการประชุมวิชาการสรุปบทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3,

6 มกราคม 2554)

อย่างไรก็ดี แม้ว่ากระบวนการคัดเลือกตัวแทนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพที่มีความครอบคลุมทั้ง 3 ภาคส่วน และกระบวนการคัดเลือกตัวแทนเครือข่ายเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพมีความเป็นตัวแทนที่ดีของภาคส่วนต่างๆ และตัวแทนของพื้นที่ มีความครบถ้วนในเชิงองค์ประกอบ แต่ผู้แทนของแต่ละภาคส่วนที่คัดเลือกไว้เข้าร่วมการประชุมสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ไม่สม่ำเสมอขาดความต่อเนื่อง ทำให้ข้อเสนอเชิงประเด็นทั้งประเด็นร้อนและประเด็นเย็นยังขาดพลังที่จะยกระดับนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

“การจัดเวทีสมัชชาในพื้นที่ได้ผลดีมาก ได้รู้ว่าชาวบ้านต้องการอะไร ทำให้ทุกภาคส่วนได้มาคุยกัน ในส่วนของนักวิชาการก็เข้ามาร่วมด้วย.. แต่หากจะพิจารณาประเด็นการเรียนรู้ของคนในพื้นที่มองว่ายังไม่ได้ผลเท่าที่ควร เหมือนจะเป็นเพียงทำให้ชาวบ้านรับรู้และมีความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น..

“..มองว่าเป็นการปลูกจิตสำนึกให้คนที่มีส่วนรับผิดชอบ แล้วส่งต่อไปยังเด็กและเยาวชน โดยภาครัฐยังมีส่วนร่วมน้อย ทำให้ชาวบ้านต้องลงมาลุยเยอะ”

(สัมภาษณ์เครือข่ายพื้นที่, 15 ธันวาคม 2553)

“ภาคธุรกิจเข้ามามีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนบ้าง แต่ยังไม่ต่อเนื่อง ภาคประชาชนและภาคประชาสังคมเป็นกลไกที่ยืดหยุ่นเกินไป ไม่มีความต่อเนื่อง แต่มีความเข้มแข็งในเรื่องของการเกาะกลุ่ม”

(สัมภาษณ์ผู้แทนภาคราชการในพื้นที่, 16 ธันวาคม 2553)

“เกิดการถกแถลง เสนอทางออก การคลี่คลายปัญหา.. ..เป็นการสร้างพื้นที่ทางสังคมให้เกิดการถกแถลง และสร้างฉันทามติ เพิ่มช่องทางการนำเสนอนโยบายสาธารณะ.. ..เป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน.. ถือว่าเป็นช่องทางในการนำเสนอโยบายสาธารณะของภาคประชาสังคม แต่ขาดการเชื่อมโยงสมัชชาเฉพาะพื้นที่ สมัชชาเฉพาะประเด็นกับสมัชชาชาติ ทำให้อ่อนพลังในการผลักดันนโยบาย”

(ข้อมูลจากการประชุมวิชาการสรุปบทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3,

6 มกราคม 2554)

ในอีกแง่หนึ่ง การจัดการกลุ่มเครือข่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่บางพื้นที่ จำเป็นที่แกนนำภาคีเครือข่ายต้องสร้างความเข้าใจ สร้างการรับรู้และการตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องเน้นการทำงานเชิงรุกและการพัฒนาความสัมพันธ์อันดี

“ในการจัดสมัชชาฯ ในระดับพื้นที่ เรามีทุนเดิมที่ชาวบ้านเป็นพวกเดียวกับเราอยู่แล้ว และในส่วนที่เห็นด้วยก็เข้ามาร่วมได้เลย ส่วนกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยต้องใช้การให้ความรู้.. ก็ทำความเข้าใจกับชาวบ้าน จะใช้วิธีลงไปในพื้นที่ พูดคุยโดยทุกๆ กลุ่มที่เกี่ยวข้องจะส่งตัวแทนมาพูดคุยกลุ่มละ 5 คน”

(สัมภาษณ์เครือข่ายพื้นที่, 15 ธันวาคม 2553)

จากข้อมูลข้างต้นพออนุมานได้ว่าเครือข่ายพื้นที่อาจให้ความสนใจมากกับประเด็นที่ตนเอง หรือพื้นที่เกี่ยวข้องโดยตรงซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เข้าใจได้ อย่างไรก็ตาม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความจำเป็นต้องพัฒนาการรับรู้-เรียนรู้ที่เชื่อมโยงมิติต่าง ๆ เข้าด้วยกันในภาพของสุขภาวะองค์รวมตลอดจนพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และความสนใจในเนื้อหาสาระที่ออกนอกตัวเองสนใจทุกขั้วรอบ และปัญหาของผู้อื่นกลุ่มอื่นด้วย

2) องค์ประกอบที่ 2 ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัดคือ การทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย การได้มาของประเด็นหรือระเบียบวาระ กระบวนการคัดเลือกและพัฒนาระเบียบวาระ การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่และประเด็นสู่การปฏิบัติ การขับเคลื่อนบนฐานความรู้

(1) การทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย

กระบวนการสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ซึ่งถือเป็นขั้นตอนสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พบว่าในเชิงกระบวนการสมัชชาในระดับพื้นที่ให้ความสำคัญกับการมีพลัง มีความสำคัญ มีศรัทธาร่วม ความเป็นเจ้าของร่วมกัน มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความยืดหยุ่นและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนตามหลักการสมัชชาที่พึงประสงค์

การพิจารณาถึงการทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในฐานะแกนนำประสานงานจึงเปรียบเสมือนการทำหน้าที่ผู้ประสานงานเพื่อนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่เข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ต้องมีการพิจารณาถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในมิติด้านพื้นที่ระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด มีการคัดเลือกประเด็นที่เกิดจากข้อตกลงร่วมกันของสมาชิก นอกจากนี้ การทำบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายต้องมีส่วนสนับสนุนการขับเคลื่อนหรือการติดตามรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็นในช่วงที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง

ผลจากการประเมินโดยแบบสอบถาม พบว่า การดำเนินงานของภาคีเครือข่าย มีกรอบในการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการสมัชชา และการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการสมัชชาพิจารณามิติเชิงพื้นที่คือ ระดับตำบล ระดับอำเภอ และ ระดับจังหวัด ภาคีเครือข่ายได้ทำหน้าที่คัดเลือกประเด็นเชิงนโยบายที่เกิดจากข้อตกลงร่วมกันของสมาชิกในเครือข่ายของตน ได้การเข้าร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และได้จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นร่วมของสมาชิกภายในกลุ่มเครือข่ายต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่ถูกกำหนดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพ ภาคีเครือข่ายได้ร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็นอย่างต่อเนื่อง เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่

หรือประเด็นในช่วงที่ผ่านมา และได้จัดให้มีการติดตามรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่ หรือประเด็นอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.66, 3.87 และ 3.53 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านการทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. การดำเนินงานของภาคีเครือข่าย มีกรอบในการวิเคราะห์ให้ผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการสมัชชา และการวิเคราะห์ให้ผู้มีส่วนได้เสียเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการสมัชชาพิจารณามติเชิงพื้นที่ คือ ระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด	3.66	0.78	มาก
2. ภาคีเครือข่ายได้ทำหน้าที่คัดเลือกประเด็นเชิงนโยบายที่เกิดจากข้อตกลงร่วมกันของสมาชิกในเครือข่ายของตน ได้การเข้าร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และได้จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นร่วมของสมาชิกภายในกลุ่มเครือข่ายต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่ถูกกำหนดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพ	3.87	0.96	มาก
3. ภาคีเครือข่ายได้ร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็นอย่างต่อเนื่อง เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็นในช่วงที่ผ่านมา และได้จัดให้มีการติดตามรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น	3.53	1.04	มาก

อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ ภาคีเครือข่าย และคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีข้อค้นพบที่หลากหลายแตกต่างกันออกไป กล่าวคือ พบว่าโดยภาพรวมภาคีเครือข่าย มีช่องทางการพิจารณาประเด็นพื้นที่อยู่แล้วเนื่องจากมีความใกล้ชิดและเฝ้าติดตามประเด็นที่เป็นปัญหาในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง หรือใช้ช่องทางของกลุ่มการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ภาคประชาชนหรือทำหนังสือเอกสารยื่นต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง รวมทั้งในระดับพื้นที่จะมีการพูดคุยประชุมแลกเปลี่ยนกันอยู่ต่อเนื่อง ดังนั้น ในการคัดเลือกประเด็นสมัชชาชาติ การประชุมเครือข่ายหรือกระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่อร่างเอกสาร จึงเข้าช่องทางดังกล่าวได้ โดยเฉพาะประเด็นระดับชาติที่สอดคล้องกับพื้นที่ที่จะดำเนินการได้สะดวกขึ้น ดังข้อมูลที่ว่า

“ก่อนจะมีการทำหนังสือมา เริ่มต้นจากชาวบ้านคุยกันเองก่อน เช่น ชาวบ้านไม่เอา ทำให้โรงงานนิวเคลียร์หลุดไปเลย ทำให้โครงการย้ายไปจังหวัดอื่น ชาวบ้านที่นั่นก็ร่วมกันต่อต้านอีก”

“การพูดคุยกันของชาวบ้านมีข้อดีคือ เราพูดกันตลอด ภาครัฐไม่สามารถช่วยอะไรได้มาก ทางชาวบ้านจึงทำหนังสือยื่นไป...”

(สัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายพื้นที่ที่เข้าร่วมงานสมัชชาฯ, 16 ธันวาคม 2553)

อย่างไรก็ตาม กระบวนการรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกภายในกลุ่มเครือข่ายต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย พบว่า มีข้อจำกัดในเรื่องความครอบคลุมของภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมพิจารณาร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยผู้ที่เข้าร่วมให้ข้อคิดเห็นส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับแกนประสานจังหวัดและไม่มีโอกาสศึกษาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายมาก่อน ทำให้กระบวนการรับฟังความคิดเห็นร่วมของสมาชิกภายในกลุ่มเครือข่ายต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายของพื้นที่ เป็นไปอย่างขาดความรอบคอบ นอกจากนี้ บุคคลในพื้นที่ที่เข้าร่วมพิจารณาร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย ยังเป็นกลุ่มคนที่มาร่วมตามความสะดวก ขาดความต่อเนื่องของการร่วมกระบวนการ ดังข้อมูลที่ว่า

“ในการรับฟังความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายของบางพื้นที่ ทำไปแบบแกนๆ ธิบาย ทำ คนเข้าร่วมไม่ได้ศึกษาเรื่องที่พิจารณาอย่างจริงจัง”

“คนที่เข้าร่วมรับฟังความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายในพื้นที่ ก็มีเพียงคนที่สนิทกับแกนประสานเท่านั้น”

“การเข้าร่วมพิจารณาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายมีหลายรอบ ในแต่ละรอบผู้ที่เข้าร่วมรับฟังความคิดเห็นก็มาตามที่จะเชิญได้ ตามความสะดวกของเครือข่าย”

(สัมภาษณ์เครือข่ายพื้นที่, 16 ธันวาคม 2553)

(2) การได้มาของประเด็นหรือระเบียบวาระ

การได้มาของประเด็นหรือระเบียบวาระ พิจารณาจากการกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย และการใช้ข้อมูลทางวิชาการเชิงลึกเป็นพื้นฐานในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผลจากการประเมินโดยแบบสอบถามพบว่า การกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย มีการพิจารณาจากสถานการณ์ของพื้นที่/ประเด็น สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ความสนใจร่วมของสังคม นโยบายของรัฐ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา และส่วนกลางมีการใช้ข้อมูลทางวิชาการเชิงลึกเป็นพื้นฐานในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ใช้หลักความมีเหตุผล มีขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มเครือข่ายที่มีคุณภาพ และมีการนำความคิดเห็นของกลุ่มเครือข่ายมาปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.69 และ 3.77ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านการได้มาของประเด็นหรือระเบียบวาระ

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. การกำหนดประเด็นเชิงนโยบายมีการพิจารณาจากสถานการณ์ของพื้นที่/ประเด็น สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ความสนใจร่วมของสังคม นโยบายของรัฐธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา	3.69	0.83	มาก
2. ส่วนกลางมีการใช้ข้อมูลทางวิชาการเชิงลึกเป็นพื้นฐานในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ใช้หลักความมีเหตุผล มีขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มเครือข่ายที่มีคุณภาพ และมีการนำความคิดเห็นของกลุ่มเครือข่ายมาปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย	3.77	0.78	มาก

แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ภาคีเครือข่าย กลับพบว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่บางพื้นที่ยังคงมีข้อจำกัดและความแตกต่าง (variation) ในเรื่องของการแลกเปลี่ยนพูดคุยเพื่อพัฒนาประเด็นหรือระเบียบวาระสำหรับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยข้อจำกัดนั้นอาจเกิดขึ้นทั้งในส่วนของบุคคลและกระบวนการ กล่าวคือในแง่ของบุคคล ส่วนใหญ่การจัดสมัชชาฯ ขาดความหลากหลายและความต่อเนื่องของผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ ประกอบกับผู้เข้าร่วมมักเป็นกลุ่มคนกลุ่มเดิม ส่วนกระบวนการก็ดำเนินการตามรูปแบบเท่านั้น ผู้เข้าร่วมยังไม่ได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ประเด็นที่เกิดขึ้นจากสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ในบางพื้นที่ไม่สามารถยกระดับหรือสามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาหรือความต้องการในพื้นที่ได้อย่างชัดเจน ดังข้อมูลที่ว่า

“สมัชชาในส่วนของจังหวัดยังไม่เห็นเป็นรูปธรรม โดยเวทียังเลือกเฉพาะคนรู้จักที่เคยทำกันมาก่อน โดยประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่จะเป็นคนกลุ่มรากหญ้าและคนชั้นกลาง ประเด็นที่เกิดจากพื้นที่ไม่ค่อยชัดเจน ส่วนมากจะทำตามส่วนราชการสั่ง ที่คิดเองหายาก”

(สัมภาษณ์แกนประสานจังหวัด, 16 ธันวาคม 2553)

“ข้อเสนอที่เกิดขึ้นมาจากกลุ่มคนที่จำกัด เครือข่ายที่เสนอก็ยังวงจำกัด... ข้อจำกัดของคุณภาพคน ข้อจำกัดของความเป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่าย รวมถึงข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้กระบวนการมีส่วนร่วมน้อยลง”

(ข้อมูลจากการประชุมวิชาการสรุปบทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3,

6 มกราคม 2554)

(3) กระบวนการคัดเลือกและพัฒนาระเบียบวาระ

กระบวนการคัดเลือกและพัฒนาระเบียบวาระ พิจารณาจากการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกประเด็น การตรวจสอบเอกสารของอนุกรรมการวิชาการ การรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มเครือข่ายในพื้นที่ และการนำความคิดเห็นของเครือข่ายในพื้นที่มาปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบายก่อนนำเข้าสู่สมัชชาชาติ

ผลการประเมินจากแบบสอบถาม พบว่า ส่วนกลางมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นโดยพิจารณาจากความสำคัญของประเด็น ความรุนแรงของผลกระทบ ความสนใจของสาธารณะ และความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบาย การตรวจสอบเอกสารของอนุกรรมการวิชาการที่พิจารณาเรื่อง ข้อมูลหลักฐานอ้างอิง มีข้อมูลที่สมบูรณ์ ทันท่วงทีต่อความเคลื่อนไหวของสถานการณ์ มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล เอกสารหลักกับเอกสารมติมีความสอดคล้องกัน ในการรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มเครือข่ายในพื้นที่ มีการกำหนดผู้เข้าร่วมที่เป็นตัวแทนของประเด็นและภาคี และเป็นผู้ที่เข้าใจประเด็นที่แท้จริง และมีการทำความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่พิจารณาร่างเอกสารแก่ผู้เข้าร่วมประชุม มีกติกาการประชุมที่ชัดเจน และมีการบริหารจัดการให้เป็นไปตามกติกา การได้แสดงข้อมูลความคิดเห็นอย่างทั่วถึง และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการรับฟังความคิดเห็น และส่วนกลางมีการนำความคิดเห็นของเครือข่ายในพื้นที่มาปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบายก่อนนำเข้าสู่สมัชชาชาติ อย่างประณีตและทันเวลา ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.73, 3.64, 3.54 และ 3.64 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5.4

ตารางที่ 5.4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านกระบวนการคัดเลือกและพัฒนาระเบียบวาระ

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ส่วนกลางมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นโดยพิจารณาจากความสำคัญของประเด็น ความรุนแรงของผลกระทบ ความสนใจของสาธารณะ และความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบาย	3.73	0.94	มาก
2. การตรวจสอบเอกสารของอนุกรรมการวิชาการที่พิจารณาเรื่อง ข้อมูลหลักฐานอ้างอิง มีข้อมูลที่สมบูรณ์ ทันท่วงทีต่อความเคลื่อนไหวของสถานการณ์ มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล เอกสารหลักกับเอกสารมติมีความสอดคล้องกัน	3.64	0.73	มาก
3. ในการรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มเครือข่ายในพื้นที่ มีการกำหนดผู้เข้าร่วมที่เป็นตัวแทนของประเด็นและภาคี และเป็นผู้ที่เข้าใจประเด็นที่แท้จริง และมีการทำความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่พิจารณาร่างเอกสารแก่ผู้เข้าร่วมประชุม มีกติกาการประชุมที่ชัดเจน และมีการบริหารจัดการให้เป็นไปตามกติกา การได้แสดงข้อมูลความคิดเห็นอย่างทั่วถึง และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการรับฟังความคิดเห็น	3.54	0.66	มาก
4. ส่วนกลางมีการนำความคิดเห็นของเครือข่ายในพื้นที่มาปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบายก่อนนำเข้าสู่สมัชชาชาติ อย่างประณีต และทันเวลา	3.64	0.85	มาก

ในส่วนของการสัมภาษณ์ พบว่า การกำหนดและคัดเลือกประเด็นหรือวาระมาพิจารณาที่ดำเนินการผ่านการจัดเวทีสมัชชาในพื้นที่ ค่อนข้างให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ที่เข้าร่วมเวทีทั้งในแง่ของการรับรู้ การตื่นตัว และการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ทั้งในแง่ความสำคัญของประเด็น ความรุนแรงของผลกระทบ ตลอดจนการค้นหาคำตอบไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบาย ซึ่งกลุ่มแกนนำเครือข่ายที่ได้สนใจในประเด็นปัญหาจะมีการนำเสนอข้อมูลหรืออาจเป็นหน่วยงานภายนอกพื้นที่โดยเฉพาะอย่างสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่ได้เข้ามาร่วมสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ในเวทีสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ทั้งด้านกระบวนการและระบบข้อมูล ซึ่งสร้างการตื่นตัวและการเรียนรู้ของคนในพื้นที่ได้เป็นอย่างมาก ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ในพื้นที่ที่มีการเคลื่อนไหวกันเยอะ ทั้งอาจารย์ที่มหาวิทยาลัย กระบวนการสมัชชามีเวทีคัดเลือกตามที่ได้รับโจทย์ หลังจากนั้นมีการคัดเลือกในระดับจังหวัด.. กระบวนการถ่ายทอดของพื้นที่ก็พยายามเสนอประเด็นขึ้นมาจากพื้นที่ และอยากได้ในระดับพื้นที่ เช่น ชาวบ้านได้มีโอกาสมาเรียนรู้ในระดับประเทศบ้าง ซึ่งประโยชน์จะเกิดขึ้นกับชุมชนโดยตรง”

“การจัดเวทีสมัชชาในพื้นที่ได้ผลดีมาก ได้รู้ว่าชาวบ้านต้องการอะไร ทำให้ทุกภาคส่วนได้มาคุยกัน ในส่วนของนักวิชาการก็เข้ามาช่วยด้วย.. ..หากจะพิจารณาประเด็นการเรียนรู้ของคนในพื้นที่ ทำให้ชาวบ้านรับรู้และมีความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น”

“ในการจัดรับฟังความคิดเห็นต่อร่างมติจังหวัดได้ทำทั้ง 2 รอบมีภาคีมาเข้าร่วมหลายภาคส่วน แต่ด้วยความรีบเร่งอาจทำให้มีเวลาอภิปรายกันได้ไม่มากนัก”

“ในส่วนของ สช. มีส่วนช่วยได้เยอะ ในหลายๆ ประเด็น เช่น ช่วยเรื่องระบบฐานข้อมูล ช่วยสะท้อนข้อมูลในเวทีระดับพื้นที่”

(สัมภาษณ์กลุ่มภาคีเครือข่าย, 15 ธันวาคม 2553)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแกนประสานในพื้นที่ได้จัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายก่อนนำเข้าสู่สมัชชาชาติ ตามที่กำหนดไว้ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แต่พบว่าส่วนกลางได้นำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากเวทีรับฟังความคิดเห็นของพื้นที่ มาปรับปรุงเอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบายได้เพียงบางส่วน ส่งผลให้เกิดข้อสงสัยจากภาคีเครือข่ายและมีการอภิปรายความคิดเห็นต่อเอกสารหลักและร่างมติค่อนข้างมากในวาระการรับรองมติ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลยังได้สะท้อนความเห็นว่าการบวนการในระดับต้นน้ำที่เกี่ยวกับการกำหนดและคัดเลือกประเด็นหรือวาระมาพิจารณาที่ดำเนินการผ่านการจัดเวทีสมัชชาในพื้นที่ควรดำเนินการแบบมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้น ซึ่งเป็นการเรียนรู้ในกระบวนการสมัชชาที่มุ่งสู่การสร้างการยอมรับแบบฉันทามติอย่างมีเหตุผล ดังข้อมูลที่ว่า

“เครือข่ายได้รับฟังความคิดเห็นต่อร่างมติ 2 รอบ และได้ส่งข้อเสนอแนะให้ ส่วนกลางแล้ว แต่ไม่เห็นมีการแก้ไขในเอกสารที่นำเข้าการประชุมเลย ก็ไม่เข้าใจว่า กรรมการพิจารณาจากอะไร”

(สัมภาษณ์แกนประสานจังหวัด, 15 ธันวาคม 2553)

“ประเด็นที่ส่งเข้าสู่สมัชชาชาติขาดกระบวนการในพื้นที่.. ควรเพิ่มช่วงระยะเวลา ในการพัฒนาต่อร่างมติให้เกิดความคมชัดอย่างมีส่วนร่วมแท้จริง พัฒนาหลักเกณฑ์ ความพร้อมอย่างเข้มข้นก่อนสมัชชาชาติ.. เพื่อมิให้เป็นการให้ความเห็นจาก ความรู้สึก และเกิดการโต้แย้งที่บางมติเป็นเชิงกดดันมากกว่าเป็นฉันทามติ”

(ข้อมูลจากการประชุมวิชาการสรุปบทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3, 6 มกราคม 2554)

อนึ่ง เนื่องจากปีนี้เป็นปีแรกที่มีการนำเสนอประเด็นวาระเร่งด่วนเข้าสู่การพิจารณา ผลการประเมิน พบว่า อาจจำเป็นต้องทบทวนกระบวนการ ขั้นตอนของการพิจารณาวาระเร่งด่วนที่ต่างไปจากแนวทางปกติ

(4) การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่และประเด็นสู่การปฏิบัติ

การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่และประเด็นสู่การปฏิบัติ พิจารณาจากกลุ่มเครือข่ายได้ร่วม ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น และได้เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ พื้นที่หรือประเด็น

ในด้านที่กลุ่มเครือข่ายได้ร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น และได้เป็นเจ้าภาพหลัก ในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น ผลการประเมินโดยแบบสอบถาม พบว่า อยู่ในระดับ ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย= 3.38) ดังแสดงในตารางที่ 5.5

ตารางที่ 5.5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่และ ประเด็นสู่การปฏิบัติ

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
กลุ่มเครือข่ายได้ร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น และได้เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่หรือ ประเด็น	3.38	0.88	ปานกลาง

จากการสัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายและคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพ พบว่ามี การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพพื้นที่และประเด็นสู่การปฏิบัติมีบางพื้นที่ที่เกิดผลที่เป็นรูปธรรม สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ ดังกรณีตัวอย่างประเด็น HIA จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ที่จังหวัดระยอง ในกรณีมาบตาพุดที่เน้นกระบวนการสร้างการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์ในพื้นที่เพื่อให้เกิดการตระหนักและเห็นถึงความจำเป็น ภาวะวิกฤติที่จะเกิดขึ้น โดยรูปแบบการเรียนรู้มีทั้งกระบวนการเรียนรู้ภายในพื้นที่ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อขยายผลไปยังเครือข่ายข้ามพื้นที่ เน้นที่การเกาะเกี่ยวผู้คน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเข้ามาเป็นภาคีร่วมในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น และขยายผลการเรียนรู้ดังกล่าวไปยังประเด็นด้านสุขภาวะอื่นๆ ทำให้เห็นถึงความต่อเนื่อง ตลอดจนความยั่งยืนที่เกิดขึ้น

“มองว่าเป็นการปลูกจิตสำนึกให้คนที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ แล้วส่งต่อไปยังเด็กและเยาวชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายข้ามอำเภอและระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีระยองเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นการต่อยอดการทำงานของเราเมื่อได้เห็นการทำงานในพื้นที่อื่นๆ โดยการแลกเปลี่ยนระหว่างเครือข่าย จะเน้นการคุยกันในวงเล็กๆ ไม่เน้นจำนวนเยอะๆ โดยเน้นประเด็นสำคัญๆ และเลือกคนที่มีเจตนาจริงจังเดียวกันมาเข้าร่วม ซึ่งบทเรียนที่ได้ เมื่อเราเข้าไป เราจะเห็นชุมชนมีส่วนร่วม ให้ความร่วมมือ โดยเราเข้าไปแนะนำความรู้ และเขาก็นำไปประยุกต์ใช้ โดยในพื้นที่เน้นสุขภาวะที่ดี ซึ่งแตกต่างจากเมื่อที่ภาครัฐจะชี้แนะ..”

“กรณีตัวอย่างของการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น เช่น มีการถ่ายทอดการทำเกษตรปลอดสารพิษจากรุ่นพ่อสู่รุ่นลูก และมีการต่อยอดไปเรื่อยๆ มีการเชื่อมโยงกับเรื่องสุขภาวะของจังหวัดระยอง โดยกรณีของมาบตาพุด มีส่วนในการเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ โดยเน้นเรื่อง HIA เป็นการผลักดันสู่นโยบาย โดยมีกฎหมายบังคับว่าต้องทำ ไม่ทำไม่ได้”

(สัมภาษณ์ตัวแทนภาคีเครือข่ายจังหวัด, 15 ธันวาคม 2553)

“การขับเคลื่อนในพื้นที่มีทั้งประเด็นร้อนและประเด็นเย็น เช่น เกษตร อาหาร ปลอดภัย โดยมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดำรงชีวิต เช่น เกษตรอินทรีย์ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งชาวบ้านจะเน้นชีวิตไร้ทุกข์”

(สัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายจังหวัด, 15 ธันวาคม 2553)

“ในพื้นที่ได้นำมติจากสมัชชาชาติไปขับเคลื่อน โดยเชื่อมโยงกับบริบทและงานเดิมที่ดำเนินการอยู่ เช่น เรื่องสิ่งแวดล้อม ที่มีเครือข่ายด้านสิ่งแวดล้อมมีความพยายามทำงานร่วมกันในพื้นที่จากหลายภาคส่วน การมีมติในสมัชชาชาติเป็นการเสริมให้ประเด็นที่เราเคลื่อนกันอยู่ได้รับความสนใจและได้รับการสนับสนุนจากหลายฝ่าย”

(สัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายจังหวัด, 15 ธันวาคม 2553)

“ทุกภาคส่วนได้รับรู้ได้เข้าใจ อย่างน้อยที่สุดคือได้พูดคุยกัน ทำให้ทุกภาคส่วนได้ทำงานร่วมกัน และนำไปสู่การผลักดันนโยบายข้ามกลุ่ม ข้ามพื้นที่ อาจไม่ใช่ระดับชาติ แต่เมื่อ ครม. หรือรัฐบาลเห็นก็นำไปสู่การผลักดันนโยบายระดับชาติ”

(ข้อมูลจากการประชุมวิชาการสรุปทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3,

6 มกราคม 2554)

(5) การขับเคลื่อนบนฐานความรู้

การขับเคลื่อนบนฐานความรู้ พิจารณาจากการพัฒนาความรู้ที่ได้จากการทำงานและการมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย

ผลจากการประเมินตนเองโดยแบบสอบถาม พบว่า มีการพัฒนาความรู้ที่ได้จากการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย และ มีการรวบรวมข้อมูลความรู้ในรูปเอกสาร สิ่งพิมพ์หรือสื่ออื่นๆ ที่สมาชิกเครือข่ายสามารถเข้าถึงง่าย และส่วนกลางจัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย และมีการเผยแพร่ความรู้จากที่ได้จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.42 และ 3.54) ดังแสดงในตารางที่ 5.6

ตารางที่ 5.6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านการขับเคลื่อนบนฐานความรู้

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. มีการพัฒนาความรู้ที่ได้จากการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย และ มีการรวบรวมข้อมูลความรู้ในรูปเอกสาร สิ่งพิมพ์หรือสื่ออื่นๆ ที่สมาชิกเครือข่ายสามารถเข้าถึงง่าย	3.42	0.77	มาก
2. ส่วนกลางจัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย และมีการเผยแพร่ความรู้จากที่ได้จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ	3.54	0.89	มาก

อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายทำให้ได้ข้อมูลการประเมินที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า กระบวนการสมัชชาในระดับพื้นที่ยังขาดการเรียนรู้ข้ามเครือข่ายในวงกว้าง และการเปิดรับวิสัยทัศน์ในระดับสากล ทั้งนี้สาเหตุสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนบนฐานความรู้ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในลักษณะการเรียนรู้ข้ามเครือข่ายในวงกว้างและสู่ความเป็นบริบทสากลหรือเชื่อมโยงสู่บริบทโลกได้นั้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความรู้ที่มีอยู่ในระดับพื้นที่ยังคงกระจัดกระจาย แยกส่วน และไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบสะท้อนกลับ (reflection) กล่าวคือการเรียนรู้ตลอดจนผลลัพธ์จากกระบวนการเรียนรู้ถูกถ่ายทอดอยู่ในวงจำกัดและไม่ได้ถูกนำไปใช้ขยายผล เชื่อมโยงและมีการแพร่กระจายไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม แต่กลับเป็นว่า ความรู้ที่เกิดขึ้นมีการนำเสนอ ถ่ายทอดในกลุ่มเป้าหมายที่จำกัด ไม่มีการขยาย

ผลหรือสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างกว้างขวาง ขาดกระบวนการสร้างการเรียนรู้และการเผยแพร่การเรียนรู้ในกระบวนการสมัชชาให้ย้อน กลับไปในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายที่ควรเกิดขึ้นในลักษณะวงจรต่อเนื่อง (spiral) ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ อย่างน่าสนใจว่า

“.. สมัชชาฯ ยังมีปัญหาเรื่องการถ่ายทอดเรื่องราวของภาคประชาชน จากการได้เข้าร่วมมา 2 ปี พบว่าส่วนมากจะเป็นพวกเก่าๆ และน่าจะยกระดับจากชุมชนให้มีโอกาสได้เข้าร่วมในระดับชาติ ซึ่งวิทยากรกระบวนการต้องมีการเรียนรู้มากขึ้น แล้วส่งไปขับเคลื่อนทางสังคม โดยมาเรียนรู้ที่นี้แล้วกลับไปต่อยอดขยายผล”

(สัมภาษณ์ภาคีเครือข่าย, 15 ธันวาคม 2553)

“ประเด็นที่ส่งเข้าสู่สมัชชาชาติขาดกระบวนการในพื้นที่ ..ระบบการเตรียม การร่างมตียังไม่สมบูรณ์ตามหลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ”

“เครือข่ายขาดความรู้เรื่องการบริหารจัดการ การประสานงาน ขาดการวางแผนเป้าหมายที่ชัดเจนว่าแต่ละประเด็นให้ใครมีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อน”

(ข้อมูลจากการประชุมวิชาการสรุปบทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3, 6 มกราคม 2554)

อย่างไรก็ดี พบว่ากระบวนการจัดสมัชชาตั้งแต่ระดับพื้นที่สู่สมัชชาชาติถือเป็นการเปิดพื้นที่ทางสังคมเพื่อเสริมพลัง (empowering) และสร้างการเรียนรู้ทางสังคมให้กับผู้คนในสังคมให้เกิดการรับรู้ การตระหนักถึงการเป็นเจ้าของประเด็นปัญหาหรือเอาธุระกับสังคมในเรื่องที่ระบบโครงสร้างสังคมที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาใหญ่ทั้งในระดับเชิงโครงสร้างหรือมีความรุนแรงที่สร้างผลกระทบต่อพื้นที่นั้น รวมทั้งเป็นแนวทางให้เกิดปฏิบัติการทางสังคม (social praxis) ในการแก้ไขปัญหาผ่านการจัดการเรื่องราวภายในพื้นที่ของตนเอง ดังข้อมูลที่ว่า

“เป็นเวทีสาธารณะที่เปิดโอกาสให้คนที่ไม่เคยมีโอกาส ได้มีโอกาสเสนอปัญหา ความทุกข์ร้อนและร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะ”

“เกิดการเรียนรู้จากการร่วมกระบวนการสำหรับสมาชิกใหม่ที่สนใจหลาย ๆ กิจกรรม”

“เกิดการสร้างจิตวิญญาณ มีความทุ่มเทและศรัทธาต่อกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในรูปแบบสมัชชา”

“เจ้าของปัญหาเป็นเจ้าของในการขับเคลื่อนเป็นหลักโดยเฉพาะภาคประชาสังคม ที่เกิดการเรียนรู้ เกิดการพัฒนาคนทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้คนถูกสร้างให้เอาธุระกับสังคม... บางมติสามารถนำไปสู่การปฏิบัติ คลี่คลายปัญหา”

“..เกิดกระบวนการเรียนรู้ของภาคีที่เข้าร่วม และสามารถนำไปปรับใช้ในการจัดกระบวนการสมัชชาในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น.. สร้างความเท่าเทียมทางสังคมทุกคนมีสิทธิออกเสียง”

(ข้อมูลจากการประชุมวิชาการสรุปทบทวนการจัสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3, 6 มกราคม 2554)

3) องค์ประกอบที่ 3 ด้านผลลัพธ์ นอกเหนือจากปริมาณร่างมติที่นำเสนอเข้าสู่การพิจารณาทั้งหมด 9 ประเด็น (ดังรายละเอียดในบทที่ 2) การประเมินผลลัพธ์ในส่วนนี้ให้ความสำคัญในด้านคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัดคือ คุณภาพของประเด็นที่นำเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และคุณภาพของพหุภาคีที่เข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

(1) คุณภาพของประเด็นที่นำเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

คุณภาพของประเด็นที่นำเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาจากคุณภาพของเอกสารหลักและร่างมติ และส่วนกลางจัดให้มีการนำเสนอข้อเสนอที่ไม่ได้นำเข้าสู่ระเบียบวาระและมติ เป็นการประชุมวิชาการในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ผลการประเมินจากการสังเกตกระบวนการทำงานและสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่า เอกสารหลักและร่างมติ ในกระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเอกสารหลักและร่างมติดูแลการวิชาการและคณะทำงานได้ดำเนินการอย่างมีขั้นตอนที่ละเอียดและมีการใช้ข้อมูลทางวิชาการเพื่อเสริมคุณภาพของเอกสารหลักและร่างมติ ทำให้เนื้อเอกสารและข้อเสนอมีคุณภาพ ดังข้อมูลที่ว่า

“การพัฒนาเอกสารและข้อเสนอนโยบายมีคุณภาพมากขึ้น โดยมีการใช้หลักฐานวิชาการหนักแน่นและประเด็นข้อเสนอมีความคมชัดมากขึ้น

(ข้อมูลจากการประชุมวิชาการสรุปทบทวนการจัสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3, 6 มกราคม 2554)

อย่างไรก็ตาม ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ยังคงต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจกับเอกสารหลักและร่างมติแก่ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นเวลานาน และยังต้องใช้เวลาในการชี้แจงเกี่ยวกับคำและข้อมูลที่ปรากฏในเอกสาร ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเอกสารหลักและร่างมติ อาจไม่ชัดเจนหรืออาจเนื่องมาจากผู้เข้าร่วมประชุมไม่ได้ศึกษาเอกสารมาก่อน และจากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมประชุม พบว่า มีเอกสารหลักและร่างมติ บางเรื่องไม่สอดคล้องกัน ขาดการใช้ข้อมูลข้อเท็จจริงรองรับหรืออ้างอิง และมีการใช้คำศัพท์ทางวิชาการที่เข้าใจยากส่งผลให้ผู้เข้าร่วมประชุมไม่สนใจที่จะอ่าน ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ว่า

“ก่อนที่จะมาเข้าสมัชชาในครั้งนี้ ก็มีการศึกษาข้อมูลมาบ้าง ไม่มากนัก”

(สัมภาษณ์ตัวแทนเครือข่ายภาคประชาสังคม, 16 ธันวาคม 2553)

“ก่อนที่จะมาเข้าร่วมสมัชชาในครั้งนี้ มีการศึกษาข้อมูลมาพอสมควรจากเอกสารที่ทางจังหวัดให้คู่ยกกันก่อน”

(สัมภาษณ์แกนประสานจังหวัด, 16 ธันวาคม 2553)

“ก่อนมาประชุมสมัชชาสุขภาพ ยังไม่ได้อ่านเอกสารต่างๆ เลย เนื่องจากไม่มี (เอกสารแจก) ให้ และไม่ทราบว่า download ได้”

(สัมภาษณ์เครือข่ายภาคราชการ , 16 ธันวาคม 2553)

“เอกสารเป็นเรื่องวิชาการ มีค่าที่ไม่เข้าใจหลายที่ ชาวบ้านๆ อย่างพวกเราอ่านแล้ว เข้าใจยาก”

“ในเอกสารบางเรื่องขาดการใช้ข้อมูลข้อเท็จจริงมาอ้างอิง”

(สัมภาษณ์ตัวแทนเครือข่ายภาคประชาสังคม, 16 ธันวาคม 2553)

ในด้านข้อเสนอเชิงนโยบายที่ไม่ได้นำเข้าสู่ระเบียบวาระและมติ ส่วนกลางจัดให้มีการนำเสนอ ข้อเสนอที่ไม่ได้นำเข้าสู่ระเบียบวาระและมติ เป็นการประชุมวิชาการในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่สอดคล้องกับจุดประสงค์ของกลุ่มเครือข่ายที่เสนอข้อเสนอมา จากการประเมินตนเองโดยแบบสอบถาม พบว่าอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.55) ดังแสดงในตารางที่ 5.7

ตารางที่ 5.7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านคุณภาพของประเด็นที่นำเข้าสู่การประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ส่วนกลางจัดให้มีการนำเสนอข้อเสนอที่ไม่ได้นำเข้าสู่ระเบียบวาระและมติ เป็นการประชุมวิชาการในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่สอดคล้องกับจุดประสงค์ของกลุ่มเครือข่ายที่เสนอข้อเสนอมา	3.55	0.74	มาก

จากการสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมประชุมพบว่า การจัดให้มีห้องวิชาการที่เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายได้นำเสนอประเด็นที่น่าสนใจหรือเป็นประเด็นปัญหาที่ควรได้รับการพิจารณาจากสังคม เป็นส่วนที่มีประโยชน์ที่ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายที่มีความสนใจในประเด็นปัญหาเหล่านั้น ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือข้อมูลระหว่างกัน เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในระดับหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหานั้นๆ ในโอกาสต่อไป ดังความเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม ดังนี้

“แม้ว่าประเด็นที่เครือข่ายส่งเข้ามาไม่ได้นำเข้าสู่ข้อพิจารณาเป็นมติสมัชชาแห่งชาติ แต่ก็ดีใจที่ได้รับความคิดเห็นให้มีการจัดพูดคุยกันในห้องวิชาการ ได้เจอเจอและแลกเปลี่ยนความคิดกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ซึ่งมีความสนใจร่วมกัน เชื่อว่าจะสามารถรวมตัวกันขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาต่อไป”

สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมประชุม, 16 ธันวาคม 2553

(2) คุณภาพของพหุภาคีที่เข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

คุณภาพของพหุภาคีที่เข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาจาก ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ผลจากการประเมินตนเองโดยแบบสอบถาม พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความครอบคลุมกลุ่มเครือข่ายตามพื้นที่ และตามภาคส่วนหลัก ตามจำนวนที่คณะกรรมการกำหนด ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่ายตามพื้นที่ และตามภาคส่วนหลัก และเป็นผู้ที่มีความรู้และเข้าใจต่อประเด็นสมัชชาสุขภาพของพื้นที่และประเด็นในภาพรวมและของตน และผู้เข้าร่วมประชุมได้ศึกษารายละเอียดเอกสารการประชุมและร่างมติ (ถ้ามี) รวมทั้งได้ปรึกษาในกลุ่มเครือข่ายของตน และแสดงความคิดเห็นต่อการประชุมในนามของกลุ่มเครือข่าย ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.86, 3.65 และ 3.64 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5.8

ตารางที่ 5.8 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินด้านคุณภาพของพหุภาคีที่เข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความครอบคลุมกลุ่มเครือข่ายตามพื้นที่ และตามภาคส่วนหลัก ตามจำนวนที่คณะกรรมการกำหนด	3.86	0.94	มาก
2. ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่ายตามพื้นที่ และตามภาคส่วนหลัก และเป็นผู้ที่มีความรู้และเข้าใจต่อประเด็นสมัชชาสุขภาพของพื้นที่และประเด็นในภาพรวมและของตน	3.65	0.79	มาก
3. ผู้เข้าร่วมประชุมได้ศึกษารายละเอียดเอกสารการประชุมและร่างมติ (ถ้ามี) รวมทั้งได้ปรึกษาในกลุ่มเครือข่ายของตน และแสดงความคิดเห็นต่อการประชุมในนามของกลุ่มเครือข่าย	3.64	0.85	มาก

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายสะท้อนคุณภาพของพหุภาคีที่เข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่พบว่าในหลายกลุ่มพื้นที่ หลายกลุ่มเครือข่ายได้ให้ความสนใจและความสำคัญต่อการเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติโดยได้มีการเตรียมความพร้อม สร้างความเข้าใจ การคัดเลือกตัวแทนพหุภาคีเครือข่ายที่จะเข้าไปเป็นผู้แทนเครือข่ายในการเสนอความคิดเห็นโดยมีการกำหนดคุณสมบัติที่สำคัญ 3 ประการคือ ความสนใจในประเด็นร่างมติ การแสดงความคิดเห็นต่อร่างเอกสาร และความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายที่สามารถสะท้อนถึงความคิดเห็นและความต้องการของภาคีเครือข่าย หรือในบาง

พื้นที่ที่มีการประชุมเพื่อสร้างความเข้าใจและข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับมติสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ที่เชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ว่า

“.. เริ่มต้นด้วยพัฒนาชุมชนซึ่งเป็นภาครัฐ เชิญภาคประชาสังคมและผู้ที่เกี่ยวข้อง มาร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนในประเด็นต่างๆ โดยมีตัวหลักในการทำงานขับเคลื่อนในแต่ละประเด็น เช่น เรื่องลุ่มน้ำ ป่าชุมชน เป็นต้น...มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสานงานข้ามกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการเกี่ยวร้อยกันข้ามจังหวัดและในระดับภาคกลาง...ก่อนที่จะมาเข้าร่วมงานสมัชชาในครั้งนี้ มีการประชุม เลือกรวมการ เพื่อคัดเลือกผู้ที่จะมาร่วมงานในครั้งนี้ ”

(สัมภาษณ์ตัวแทนเครือข่ายภาคประชาสังคม, 16 ธันวาคม 2553)

“มาร่วมในประเด็นการตั้งครุฑไม้พร้อม โดยก่อนที่จะมาร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้มีการประชุมกันมาก่อนแล้ว 2 ครั้ง”

(สัมภาษณ์กลุ่มเครือข่ายภาคราชการ, 16 ธันวาคม 2553)

“ก่อนที่จะมาเข้าร่วมงานสมัชชานี้ มีการเข้าร่วมสมัชชาล้านนามาก่อน ”

“ .. เกณฑ์การเข้าร่วมสมัชชาพิจารณาใน 3 ประเด็นคือ ตัวเขาสนใจประเด็นไหน พิจารณาจากการแสดงความคิดเห็น และการให้ความร่วมมือระหว่างเครือข่าย”

(สัมภาษณ์ตัวแทนภาคราชการ, 15 ธันวาคม 2553)

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายยังพบว่า บางส่วนผู้เข้าร่วมประชุมมีการเตรียมพร้อมก่อนเข้าประชุมแต่ยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากเอกสารการประชุมไม่ถึงมือ หรือถึงมือแต่ไม่ได้อ่านเอกสาร นอกจากนี้ ยังพบว่าแม้ว่าอ่านเอกสารแล้วไม่เข้าใจในเนื้อหา เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในเรื่องนั้นๆ จึงไม่ได้แสดงความคิดเห็นตามบทบาทความเป็นตัวแทนกลุ่มเครือข่าย ดังข้อมูลที่ว่า

“ภาคีเครือข่ายบางส่วนอาจจะศึกษารายละเอียดเอกสารการประชุมและร่วมมติ แต่ในการร่วมประชุมนั้นไม่ค่อยกล้าแสดงออก อาจจะมีพื้นฐานความเข้าใจน้อย”

(สัมภาษณ์แกนนำจังหวัด, 17 ธันวาคม 2553)

5.4 ข้อสังเกต และข้อควรพิจารณา

1) ข้อสังเกตและข้อควรพิจารณาต่อกระบวนการต้นน้ำ

(1) การคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพบุคคล (แกนนำ) เข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

จากหลักการสมัชชาที่เป็นการเชื่อมประสานให้ภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในสังคมผ่านกระบวนการเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรัชญาหรือ และการถกแถลงร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่ข้อตกลงร่วมกันและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น บุคคลที่เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาจึงมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพของสมัชชาโดยรวม ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการต้นน้ำด้านการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพบุคคลกล่าวคือ ด้านการคัดเลือกบุคคล ควรมีการวิเคราะห์เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในแต่ละ

ประเด็นและพื้นที่อย่างครอบคลุมอันหมายถึงภาคีที่มีส่วนร่วม โดยภาคีที่มีส่วนร่วมควรเป็นภาคีที่มีทั้งผู้ที่มีส่วนได้และผู้ที่มีส่วนเสีย และควรให้ความสำคัญกับการเป็นตัวแทนของภาคีเครือข่าย หรือเป็นบุคคลสำคัญต่อการขับเคลื่อนประเด็น เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนความต้องการจากภาคีเครือข่ายนั้นๆ ไม่ใช่ความต้องการเฉพาะบุคคล

นอกจากนี้ ควรพิจารณาเรื่องการพัฒนาแกนนำในพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่จำเป็นต้องสร้างผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ให้เกิดขึ้นทั้งผู้อำนวยความสะดวกด้านกระบวนการ (process facilitator) ผู้อำนวยความสะดวกด้านการเรียนรู้ (learning facilitator) และผู้อำนวยความสะดวกด้านนโยบาย (policy facilitator) ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพผู้อำนวยความสะดวก 3 ประเภทนี้อย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพสู่ขั้นตอนกลางน้ำ และขั้นตอนปลายน้ำหรือการขับเคลื่อนประเด็นสมัชชาให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

(2) รูปแบบและกระบวนการพัฒนาระเบียงวาระจากพื้นที่

กระบวนการพัฒนาระเบียงวาระจากพื้นที่ เป็นกระบวนการสำคัญที่จะก่อให้เกิดการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ดี สิ่งที่ควรพิจารณาคือ การกำหนดรูปแบบของการเตรียมความพร้อมของการนำข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดมีร่างมติในจำนวนที่เหมาะสม เป็นรูปธรรม ร่วมสมัย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในระดับพื้นที่เพื่อสร้างความรู้สึกลงถึงการเป็นเจ้าของร่วม และควรพิจารณาเพิ่มช่องทาง/รูปแบบของวิธีการเสนอร่างระเบียบวาระจากพื้นที่ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับความเป็นจริงของพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนาข้อเสนอวาระปัญหาของพื้นที่หรือวาระจากพื้นที่ที่ต้องส่งเสริมให้พื้นที่เกิดกิจกรรมช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในระดับที่หรือข้ามพื้นที่ นอกจากนี้ควรมีการสื่อสารกับพื้นที่เพื่อให้ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารการพิจารณาระเบียงวาระของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พื้นที่สามารถเตรียมความพร้อมต่อการนำประเด็นเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

(3) วิธีการได้มาซึ่งประเด็น

วิธีการได้มาซึ่งประเด็นที่นำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ควรกำหนดให้มีวิธีการที่หลากหลายมากขึ้น อาจพิจารณาวิธีการที่ไม่มีเอกสารทางวิชาการเป็นเรื่องหลัก เนื่องจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่อาจไม่สามารถพัฒนาเอกสารทางวิชาการได้ในขั้นต้น ควรกำหนดให้มีขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอจากพื้นที่โดยความช่วยเหลือจากส่วนกลางในระยะต่อมาหลังจากการพิจารณาประเด็นที่สำคัญเพื่อนำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแล้ว ในกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเชิงประเด็นหรือพื้นที่ควรมีการทำงานวิชาการที่เข้มข้น มีข้อมูลข้อเท็จจริงทางวิชาการประกอบการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงความคิดเห็นในกระบวนการสมัชชาทุกระดับ ทั้งนี้ ข้อมูลทางวิชาการที่ใช้ประกอบการพิจารณาควรมีข้อมูลทั้งสองด้าน (เชิงบวกและเชิงลบ) โดยยึดหลักมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างแท้จริงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่มีส่วนได้เสียและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

(4) การหนุนเสริมทางวิชาการ (technical support) ด้านกระบวนการสมัชชา

รูปแบบของสมัชชาถือเป็นกระบวนการที่เป็นระบบแตกต่างจากเวทีวิชาการและเวทีสาธารณะทั่วไป ที่ต้องการความรู้และการสนับสนุนทางวิชาการเกี่ยวกับกระบวนการสมัชชาทั้งในเชิงวิชาการและการปฏิบัติแก่ภาคีเครือข่ายและผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชา ที่รวมถึงการสร้างความร่วมมือจากภาคส่วนที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคราชการและภาควิชาการซึ่งเป็นแกนภาคีที่มีความสำคัญในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ผ่านการมีส่วนร่วมในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มและข้ามกลุ่มเกี่ยวกับกระบวนการสมัชชา สถานการณ์และการแก้ไขปัญหาในประเด็นที่เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย เป็นต้น ดังนั้น ควรพิจารณาการส่งเสริมให้เกิดการหนุนเสริมทางวิชาการตั้งแต่ในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ในการเข้าร่วมกระบวนการสมัชชามากกว่าการสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นครั้งคราวเท่านั้น

2) ข้อเสนอแนะและข้อควรพิจารณาต่อผลลัพธ์ต้นน้ำ

(1) การเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ

เนื่องจากจุดมุ่งหมายหลักของสมัชชาสุขภาพคือกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมผ่านกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ดังนั้น การจะทำให้กระบวนการสมัชชามีคุณภาพ จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมให้มีคุณภาพ ตั้งแต่สมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ให้เข้าใจในสิทธิหน้าที่ กติกาและแนวทางการดำเนินการประชุมสมัชชา รวมทั้งการศึกษารายละเอียดของเอกสารวิชาการในแต่ละประเด็นให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ ตลอดจนตัวแทนที่มาจากภาคีเครือข่าย ควรที่จะมีการปรึกษาหารือในกลุ่มของตนเองก่อน เพื่อให้การนำเสนอในเวทีสมัชชาเป็นการนำเสนอข้อมูลจากกลุ่มภาคีเครือข่ายที่แท้จริง นอกจากนี้ อาจมีการพิจารณาถึงการพัฒนาศักยภาพการทำงานเครือข่าย โดยผ่านการปฏิบัติการร่วมกัน เรียนรู้จากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของร่วมกันและมีกิจกรรมที่เน้นการเสริมพลังพื้นที่อย่างต่อเนื่องทั้งในระดับต้นไปจนถึงการขับเคลื่อนมติประเด็นสมัชชา

(2) คุณภาพของเอกสารนำเข้าการประชุมสมัชชาสุขภาพ

เอกสารที่นำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย เอกสารหลัก เอกสารร่างมติ ที่เป็นผลจากกระบวนการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ต้นน้ำที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิชาการและการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นของพื้นที่ ที่มีหลักเกณฑ์กำหนดแนวทางปฏิบัติไว้เป็นอย่างดี หากในทางปฏิบัติ ควรพิจารณาให้ความสำคัญกับการสื่อสารข้อมูลการปรับปรุงแก้ไขเอกสารระหว่างคณะกรรมการวิชาการและพื้นที่เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

(3) การนำเสนอวาระเร่งด่วน

การนำเสนอวาระเร่งด่วนภายในระยะเวลาจำกัดมีผลต่อคุณภาพของการมีส่วนร่วมและความพร้อมของเอกสารวิชาการ จึงควรทบทวนหลักเกณฑ์ กระบวนการของการนำเสนอประเด็นวาระเร่งด่วน

บทที่ 6

ผลการประเมินกลางน้ำ (Mid-stream Evaluation)

6.1 เกริ่นนำ

การวิจัยและประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 ของการประเมินกลางน้ำนั้น ได้อาศัยกรอบแนวคิดในการประเมินที่ได้พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการประเมิน ดังมีรายละเอียด องค์ประกอบและตัวชี้วัดตามที่ได้กล่าวแล้วในบทที่ 3

6.2 ระเบียบวิธีการประเมินกลางน้ำ

ผู้ประเมินได้พัฒนาเครื่องมือการประเมินตามตัวชี้วัด (รายละเอียดในภาคผนวก) ซึ่งประกอบด้วย

- แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3
- แบบสังเกตการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 (ส่วนที่ 1 การปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการบริหารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ)
- แบบสังเกตการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 (ส่วนที่ 2 การปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการดำเนินการประชุม)
- แบบสังเกตการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 (ส่วนที่ 3 การประชุมพิจารณาร่างมติ)
- แบบสังเกตการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 (ส่วนที่ 4 การประชุมวิชาการ)
- แบบสังเกตการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 (ส่วนที่ 5 กิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย)
- แบบสังเกตการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 (ส่วนที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบต่าง ๆ)
- แบบสังเกตการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 (ส่วนที่ 7 ผลลัพธ์)
- แบบประเมินภาคี (ส่วนที่ 1 แบบประเมินภาคี)
- แบบประเมินภาคี(ส่วนที่ 2 แบบประเมินเอกสาร)
- แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้เข้าร่วมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในระหว่างวันที่ 15-17 ธันวาคม 2553 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่จัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการเก็บรวบรวมจากแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า ที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับ และใช้การแปลผลตามหลักของการแบ่งอันตรภาคชั้น (Class Interval) ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับน้อยที่สุด
- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด

สำหรับประชากรในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนทั้งสิ้น 2,000 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 322 คน (เก็บข้อมูลจริงจำนวน 395 คน ซึ่งมากกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้) โดยจำนวนประชากรที่เข้าร่วมในงานในครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,883 คน (น้อยกว่าประชากรที่คาดการณ์เพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง)

6.3 ผลการประเมิน

ผลการประเมินตามกรอบแนวคิดการประเมินและตัวชี้วัดในระดับกลางน้ำ มีดังต่อไปนี้

6.3.1 ตัวชี้วัดด้านโครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ

ตัวชี้วัดด้านโครงสร้างกลไกการบริหารจัดการในการประเมินกลางน้ำ มีจำนวนทั้งสิ้น 4 ตัวชี้วัด ประเมินจากเอกสาร แบบสังเกต แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ได้ผลการประเมินตามตัวชี้วัด ดังนี้

1) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการบริหารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 ในหมวดที่ 2 ข้อ 3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสังเกต ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 6.1 การปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

บทบาทหน้าที่/ผลการปฏิบัติ	รายละเอียด
1. บริหารจัดการประชุมตามหลักเกณฑ์ฯ ผลการปฏิบัติ <input checked="" type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ	มีการจัดประชุมตามหลักเกณฑ์ จากการรายงานสถานการณ์การประชุมต่อที่ประชุมของคณะกรรมการบริหารแต่ละท่าน
2. พิจารณากลับกรองข้อเสนอแนะในการบรรจุระเบียบวาระการประชุมเพิ่มเติม ผลการปฏิบัติ <input checked="" type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ	ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้ได้มีวาระเร่งด่วนที่เสนอโดยกลุ่มเครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพ จำนวน 1 ระเบียบวาระ ที่ได้รับการบรรจุเข้าสู่การประชุมเพิ่มเติม
3. สนับสนุนและประสานงานกับคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ผลการปฏิบัติ <input checked="" type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมของคณะกรรมการบริหารในช่วงเย็นของวันงาน เพื่อพิจารณาประเมินสถานการณ์และร่วมแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น - ที่ประชุมเตรียมแนวทางแก้ปัญหาสำหรับวันถัดไป เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ผู้เข้าร่วมงานทราบถึงการเปลี่ยนแปลงเวลาและสถานที่จัดประชุม - ที่ประชุมเสนอถึงการพิจารณาติที่จะให้ไปห้องยืดเยื้อ โดยควรเป็นมติ ที่มีกลุ่มผู้สนใจจริงๆ เพื่อเปิดโอกาสให้มีการอภิปรายกัน และมีประเด็นใดที่ควรจะยืดเยื้อบ้าง - คณะกรรมการแต่ละท่านจะรายงานสถานการณ์ในห้องประชุมของตนเองและระยะเวลาที่คาดว่าจะแล้วเสร็จของการปรับแก้ร่างมติระเบียบวาระของตนเอง
4. การแก้ไขปัญหาสำคัญต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการประชุม ผลการปฏิบัติ <input checked="" type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - จากการรายงานสถานการณ์ของคณะกรรมการแต่ละท่าน จะไม่พบปัญหาที่รุนแรง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการพยายามให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นอยู่ในกรอบของการแก้ไขมติ และอยู่ในเวลาที่กำหนด - มีการแก้ไขปัญหาเรื่องการจัดที่นั่งในห้องประชุมของการประชุมในช่วงแรก ๆ ที่มีคนเข้าร่วมประชุมจำนวนมาก และผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านไม่มีที่นั่ง โดยมีผู้อื่นมานั่งที่ของตน และบางคนไม่นั่งตามที่ทางทีมงานได้กำหนดไว้ (ตามที่วางป้ายแต่ละกลุ่ม) จึงนำป้ายชื่อกลุ่มออกมาวางด้านนอก เมื่อกลุ่มใดเข้าประชุมให้นำป้ายของตนเองเข้าไปด้วย
5. อื่น ๆ ผลการปฏิบัติ <input checked="" type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ	คณะกรรมการบริหารมีการพูดคุยถึงภาพรวมของการจัดงานในปีนี้อย่างดี โดยพบว่าผู้มาร่วมงานไม่ค่อยสนใจเข้าร่วมประชุมและมีความสนใจปัญหาต่าง ๆ น้อยลงกว่าปีก่อน โดยหลังจากพิธีเปิดงาน ในแต่ละห้องประชุมคนเข้าร่วมแก้ไขร่างมติก่อนข้างบางตา บางคนกลับก่อนการจัดงานเสร็จสิ้น

2) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดำเนินการประชุม

การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดำเนินการประชุม หมายถึง การปฏิบัติตามบทบาท หน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการดำเนินการประชุมตามที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 ในหมวดที่ 2 ข้อ 3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสังเกตได้ผลดังนี้

ตารางที่ 6.2 การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดำเนินการประชุม

บทบาทหน้าที่/ผลการปฏิบัติ	รายละเอียด
<p>1. บริหารจัดการประชุมในวาระที่ได้รับมอบหมาย</p> <p>ผลการปฏิบัติ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบถึงการพิจารณาแก้ไขร่างมติ โดยเรียงตามลำดับที่ของระเบียบวาระ เช่น ประเด็นที่ 1.1, 1.2, 1.3 ต่อไปอย่างต่อเนื่อง - เลขานุการจะอ่านร่างมติในแต่ละข้อให้ที่ประชุมรับทราบ ก่อนการพิจารณาแก้ไข - ให้ตัวแทนเครือข่ายที่เข้าร่วมประชุม ยกป้ายชื่อกลุ่มตั้งฉากกับโต๊ะเมื่อต้องการแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ และฝ่ายเลขานุการจะเป็นผู้จัดลำดับการอภิปราย ไม่เกินคนละ 3 นาที และจะมีจอภาพแสดงเวลาที่เหลือในการอภิปราย แต่มีการยืดหยุ่นเรื่องเวลาให้พอสมควร - ฝ่ายเลขานุการจะแสดงการเปลี่ยนแปลงแก้ไขร่างมติในจอภาพใหญ่ เพื่อให้ทุกคนรับทราบทั่วกัน - ประธานจะช่วยสรุปและขัดเกลารายละเอียดในแต่ละประเด็นที่แก้ไข และขอความคิดเห็นจากคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น และจากผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด เพื่อการยอมรับเป็นเอกฉันท์ - ฝ่ายเลขานุการจะนำร่างมติจากการพิจารณาไปปรับแก้และขัดเกลารายละเอียดให้สละสลวยอีกครั้ง เพื่อนำเสนอที่ประชุมรับทราบในการพิจารณาแก้ไขในการประชุมครั้งต่อไป - เมื่อมีการพิจารณาแก้ไขเสร็จสิ้น ฝ่ายเลขานุการนำไปปรับภาษาให้สละสลวยจะนำกลับมาเสนอให้ที่ประชุมรับทราบก่อนการเสนอเพื่อรับรองร่างมติ - บางครั้งประธานอนุญาตให้อภิปรายเกินเวลาที่กำหนด ในการให้ข้อเสนอแนะที่น่าสนใจจากหลาย ๆ ท่าน ทำให้ใช้เวลาการพิจารณานานขึ้น - หากมีข้อเสนอแนะใหม่ ๆ หรือการเพิ่มเติมประเด็น ประธานจะให้ผู้เข้าประชุมท่านอื่น ๆ แสดงความเห็นเพื่อพิจารณาร่วมกันถึงการยอมรับหรือปฏิเสธการเพิ่มเติมประเด็นใหม่ ๆ

ตารางที่ 6.2 การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดำเนินการประชุม (ต่อ)

บทบาทหน้าที่/ผลการปฏิบัติ	รายละเอียด
2. จัดตั้งคณะทำงานพิจารณาร่างมติในระเบียบวาระที่มีความคิดเห็นแตกต่างกันมากและไม่สามารถหาข้อยุติได้ ผลการปฏิบัติ <input checked="" type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ	มีการให้คณะทำงานย่อยได้ร่างมติขึ้นใหม่ในระเบียบวาระที่มีความคิดเห็นแตกต่างกันมาก และไม่สามารถหาข้อยุติได้ คือ ระเบียบวาระเรื่องการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ
3. อื่น ๆ ผลการปฏิบัติ <input checked="" type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ปฏิบัติ	- การไม่เข้มงวดกับการจำกัดเวลาของการอภิปรายแต่ละคน ช่วยทำให้บรรยากาศในห้องประชุมผ่อนคลาย นำไปสู่การยอมรับร่างมติจากตัวแทน เครือข่ายต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น - ทำหน้าที่ของประธานที่พร้อมจะรับฟังจากทุก ๆ ความคิดเห็น ช่วยทำให้บรรยากาศในห้องประชุมดีขึ้น แต่บางครั้งทำให้การแก้ไขร่างมติในแต่ละประเด็นเยิ่นเย้อ ใช้เวลานานเกินไป

3) กลไกการจัดแบบพหุภาคี

กลไกการจัดแบบพหุภาคี หมายถึง การมี 3 ภาคส่วนที่สำคัญ คือ ภาคประชาชน ภาครัฐ และภาควิชาการ/วิชาชีพ เข้าร่วมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เก็บข้อมูลจากเอกสารการลงทะเบียนผู้เข้าร่วมการประชุม และตรวจสอบจากข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้ผลดังนี้

(1) กลุ่มเครือข่ายและจำนวนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพเข้าร่วมการประชุมฯ จำนวน 182 กลุ่มเครือข่าย รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนองค์กรระหว่างประเทศ สื่อมวลชน คณะกรรมการและคณะทำงานต่าง ๆ เข้าร่วม เป็นจำนวนรวมทั้งสิ้น 1,883 คน จำแนกได้ดังนี้

ตารางที่ 6.3 จำนวนกลุ่มเครือข่าย และจำนวนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3

ลำดับ	ประเภทกลุ่มเครือข่าย	จำนวนกลุ่มเครือข่ายทั้งหมด	จำนวนกลุ่มเครือข่ายที่เข้าร่วม	จำนวนผู้เข้าร่วม
1.	กลุ่มเครือข่ายพื้นที่	76	76	724
2.	กลุ่มเครือข่ายภาคสังคมและเอกชน	32	31	138
3.	กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพและราชการ	47	40	119
4.	กลุ่มเครือข่ายวิชาการ	27	25	63
5.	กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ	-	-	95
6.	ผู้สังเกตการณ์	-	-	111
7.	คณะทำงาน	-	-	463
8.	บุคคลทั่วไป	-	-	120
9.	สื่อมวลชน	-	-	50
รวม				1,883

(2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ในส่วนของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ที่เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามการเป็นสมาชิกเครือข่ายนั้น ถือเป็นกลุ่มตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงสัดส่วนประชากรที่เข้าร่วมทั้งหมดได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 395 คน พบว่า ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 เป็นแบบพหุภาคี โดยมีสัดส่วนของภาคประชาชนมากที่สุด (ร้อยละ 55.18) รองลงมาเป็นภาควิชาการ/วิชาชีพ (ร้อยละ 17.97) ภาครัฐ (ร้อยละ 17.72) ผู้สังเกตการณ์ (ร้อยละ 7.38) และผู้ทรงคุณวุฒิ (ร้อยละ 1.77) โดยผู้เข้าร่วมเป็นผู้หญิง (ร้อยละ 50.63) และผู้ชาย (ร้อยละ 40.37) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน มีอายุเฉลี่ย 46.08 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 44.56) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมงาน (ร้อยละ 54.43) และผ่านการคัดเลือกในการเป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่ายเพื่อเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าภาครัฐ ภาควิชาการ มีร้อยละของผู้เข้าร่วมที่เป็นผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเป็นตัวแทนต่ำกว่าภาคประชาชน ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.4

ตารางที่ 6.4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จำแนกตามการเป็นสมาชิกเครือข่าย

ข้อมูลทั่วไป	รวม (n=395)	สมาชิกเครือข่าย					
		ภาคประชาชน (n=218) ร้อยละ 55.18	ภาครัฐ (n=70) ร้อยละ 17.72	ภาควิชาการ/ วิชาชีพ (n=71) ร้อยละ 17.97	ผู้สังเกตการณ์ (n=29) ร้อยละ 7.38	ผู้ทรงคุณวุฒิ (n=7) ร้อยละ 1.77	
เพศ							
ชาย	ร้อยละ	49.37	60.09	44.29	32.39	34.48	0
หญิง	ร้อยละ	50.63	39.91	55.71	67.61	65.52	100.00
อายุ							
อายุต่ำสุด-สูงสุด (ปี)		15-76	15-72	28-56	23-63	30-76	38-69
อายุเฉลี่ย (ปี)		46.08	46.39	42.96	46.41	50.24	47.14
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)		11.44	12.46	7.00	9.82	13.65	14.94
ระดับการศึกษา							
ต่ำกว่าปริญญาตรี	ร้อยละ	22.53	36.24	0	5.63	20.69	0
ปริญญาตรี	ร้อยละ	44.56	45.41	52.86	30.99	62.07	0
ปริญญาโท	ร้อยละ	27.59	18.35	38.57	52.11	6.90	42.86
ปริญญาเอก	ร้อยละ	5.32	0	8.57	11.27	10.34	57.14
เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2							
ไม่เคยเข้าร่วม	ร้อยละ	54.43	54.59	51.43	47.89	72.41	71.43
เคยเข้าร่วม 1 ครั้ง	ร้อยละ	25.57	20.64	31.43	36.62	20.69	28.57
เคยเข้าร่วม 2 ครั้ง	ร้อยละ	20.00	24.77	17.14	15.49	6.90	0
การผ่านการคัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มเครือข่าย							
ผ่านการคัดเลือก	ร้อยละ	65.82	73.39	55.71	56.34	55.17	71.43
เป็นตัวแทนโดยไม่มีการคัดเลือก	ร้อยละ	34.18	26.61	44.29	43.66	44.83	28.57

4) การเตรียมการของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การเตรียมการของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง การดำเนินการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีความเข้าใจและมีทักษะในการเข้าร่วมการประชุมอย่างมีประสิทธิภาพตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 ในหมวดที่ 3 ข้อ 5 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.59, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.04) โดยมีการศึกษารายละเอียดของเอกสารการประชุมในแต่ละระดับวาระการประชุมและร่างมติอย่างละเอียดรอบคอบ และมีการปรึกษากันภายในกลุ่มเครือข่ายของตนเอง และมีการแสดงความคิดเห็นต่อเอกสารประชุมและร่างมติในนามของกลุ่มเครือข่าย ในระดับมาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.5

ตารางที่ 6.5 การเตรียมการของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

(n=395)

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ			
1. การศึกษารายละเอียดของเอกสารการประชุมในแต่ละระดับวาระการประชุมและร่างมติอย่างละเอียดรอบคอบ	3.65	0.99	มาก
2. การปรึกษากันภายในกลุ่มเครือข่ายของตนเอง และมีการแสดงความคิดเห็นต่อเอกสารประชุมและร่างมติในนามของกลุ่มเครือข่าย	3.53	1.09	มาก
รวม	3.59	1.04	มาก

แม้ว่าส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมการประชุมจะได้มีการศึกษาเอกสารการประชุมอย่างละเอียดก่อนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้วก็ตาม แต่จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้เข้าร่วมประชุมพบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนหนึ่งไม่ได้มีการศึกษาเอกสารก่อน บางคนไม่ได้รับเอกสารหรือได้รับช้า และบางคนศึกษามาคร่าว ๆ ก่อนการเข้าร่วมการประชุม ดังเช่นคำกล่าวของผู้เข้าร่วมการประชุมที่กล่าวว่า

“มีการศึกษามาก่อนล่วงหน้า แต่ไม่ละเอียดมากนัก ต้องมาอ่านเพิ่มเติมวันประชุม”

“มาเข้าร่วมประชุมแทนเพื่อน จึงไม่ได้ศึกษาข้อมูลมาก่อน ทำให้ไม่ค่อยเข้าใจเวลาประชุม”

“ได้รับเอกสารล่วงหน้าแบบกระชั้นชิด ทำให้ศึกษารายละเอียดได้ไม่รอบด้าน เพราะมีเวลาน้อย”

“ศึกษามาพอสมควร แต่มีบางวาระภาษาบางอย่างเข้าใจยาก”

“ไม่ได้รับเอกสารก่อนมาประชุม เลยไม่ได้อ่านมาก่อน”

6.3.2 ตัวชี้วัดด้านกระบวนการเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ตัวชี้วัดด้านกระบวนการเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นการดำเนินการของกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดที่จัดให้มีขึ้นในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยตัวชี้วัดจำนวนทั้งสิ้น 5 ตัวชี้วัด ได้ผลการประเมินตามตัวชี้วัด ดังนี้

1) เอกสารและร่างมติประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารและร่างมติประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง การมีเอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่กระชับ ชัดเจน เป็นรูปธรรม มีข้อมูลสนับสนุน และเป็นไปตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกำหนด จากการเก็บข้อมูลโดยใช้การประเมินเอกสารแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีความคิดเห็นว่เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้มีความกระชับ ชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีข้อมูลสนับสนุนที่เพียงพอ ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.83, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.76) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.6

ตารางที่ 6.6 เอกสารและร่างมติประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

n=395

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
เอกสารและร่างมติประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ			
เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้มีความกระชับ ชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีข้อมูลสนับสนุนที่เพียงพอ	3.83	0.76	มาก

แม้ว่าผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่จะเห็นว่าเอกสารประกอบการประชุมในครั้งนี้มีความกระชับ ชัดเจน เป็นรูปธรรมแล้วก็ตาม แต่จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้เข้าร่วมบางคนก็พบว่ายังไม่ค่อยเข้าใจกับเอกสารการประชุมที่ดีพอ ดังเช่นคำกล่าวที่ว่า

“บางถ้อยคำสำนวนยังมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน อ่านไม่ค่อยเข้าใจ”

“บางอย่างไม่ค่อยชัดเจน เป็นรูปธรรมค่อนข้างยาก”

“บางประเด็นไม่มีการอธิบายความหมายของคำบางคำ ทำให้สมาชิกเข้าใจไม่ตรงกัน”

“ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ บางคำเป็นศัพท์เทคนิคทางการแพทย์”

2) กระบวนการประชุมพิจารณาร่างมติ

กระบวนการประชุมพิจารณาร่างมติ หมายถึงกระบวนการประชุมเพื่อพิจารณาร่างมติเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีความเห็นว่าการจัดกระบวนการประชุมเพื่อพิจารณาร่างมติเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สมานฉันท์ มีการปฏิบัติตามกฎ กติการายาทของการประชุม โดยเฉพาะการรักษาเวลาและมารยาทในการแสดงความคิดเห็น อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.89, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.68) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.7

ตารางที่ 6.7 กระบวนการประชุมพิจารณาร่างมติ

n=395

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
กระบวนการประชุมพิจารณาร่างมติ			
การจัดกระบวนการประชุมเพื่อพิจารณาร่างมติเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สมานฉันท์ มีการปฏิบัติตามกฎ กติการายาทของการประชุม โดยเฉพาะการรักษาเวลาและมารยาทในการแสดงความคิดเห็น	3.89	0.68	มาก

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเห็นว่ากระบวนการประชุมพิจารณาร่างมติจะมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก แต่ก็มีผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติบางคนที่ยังไม่เหมาะสม ดังเช่นคำกล่าวที่ว่า

“การบริหารจัดการดูวุ่นวาย ขาดความเป็นระบบ”

“บางประเด็น ประทานที่ประชุมสรุปเร็วเกินไป คิดตามไม่ทัน”

“การประชุมค่อนข้างยืดเยื้อ น่าเบื่อ สรุปไม่ได้ ใช้เวลานานเกินไป ทำให้ต้องออกจากห้องประชุม”

“บางครั้งคิดว่ารวบรัดเกินไป แต่ก็พอรับได้”

“ผู้เข้าร่วมประชุมต้องเข้าใจบทบาทของตนเองว่าเป็นการเสนอในนามเครือข่าย ไม่ใช่ในนามส่วนตัว”

3) กระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่าย

กระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่าย หมายถึง กิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย (ช่วงเย็น) มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของเครือข่าย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (58.48 %) ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 41.52 ดังตารางที่ 6.8

ตารางที่ 6.8 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย จำแนกตามการเป็นสมาชิกเครือข่าย

การเข้าร่วมกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย		รวม (n=395)	สมาชิกเครือข่าย				
			ภาคประชาชน (n=218)	ภาครัฐ (n=70)	ภาควิชาการ/ วิชาชีพ (n=71)	ผู้สังเกตการณ์ (n=29)	ผู้ทรงคุณวุฒิ (n=7)
ไม่ได้เข้าร่วม กิจกรรม	ร้อยละ	58.48	61.93	54.29	56.34	37.93	100.00
เข้าร่วม กิจกรรม	ร้อยละ	41.52	38.07	45.71	43.66	62.07	0

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย มีความเห็นว่าในภาพรวมมีความเหมาะสมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.95, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.72) โดยข้อที่ผู้เข้าร่วมประชุมคิดว่าจะมีความเหมาะสมมากที่สุด คือ ความรู้ความสามารถของวิทยากรในกระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่าย รองลงมาคือ รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะของเครือข่ายที่เข้าร่วมกิจกรรม ความเหมาะสมของหัวข้อการเสริมศักยภาพเครือข่าย ความสะดวกและความเหมาะสมของรูปแบบการลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมฯ และความเหมาะสมของเวลาในการจัดกิจกรรมฯ ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 4.15, 4.00, 3.99, 3.96 และ 3.63) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.9

ตารางที่ 6.9 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อประเด็นการประเมินกระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่ายของผู้ที่เข้าผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ n=164

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ประเด็นการประเมินกระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่าย			
1. ความสะดวกและความเหมาะสมของรูปแบบการลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมฯ	3.96	0.74	มาก
2. ความเหมาะสมของเวลาในการจัดกิจกรรมฯ	3.63	0.87	มาก
3. ความเหมาะสมของหัวข้อการเสริมศักยภาพเครือข่าย	3.99	0.68	มาก
4. ความรู้ความสามารถของวิทยากรในกระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่าย	4.15	0.63	มาก
5. รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะของเครือข่ายที่เข้าร่วมกิจกรรม	4.00	0.68	มาก
รวม	3.95	0.72	มาก

ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนไม่ได้เข้าร่วม และมีความคิดเห็นดังนี้

“ไม่ควรเริ่มต้นเย็นมากนัก สนใจอยากเข้าฟัง แต่ก็ล้ามาทั้งวัน เลยกลับที่พัก ไม่ได้เข้าร่วม”

“ไม่ได้เข้าร่วม เพราะกิจกรรมจัดเย็นเกินไป”

“อยากเข้าร่วม แต่บริหารเวลาไม่ได้”

“เป็นเรื่องที่มีประโยชน์และน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง แต่ยังติดอยู่ห้องยี่ดื้อ ออกไปร่วมก็เสียทางนี้ เลยไม่ได้เข้าร่วม”

จากการสอบถามถึงความต้องการได้รับการพัฒนาสมรรถนะของสมาชิกเครือข่ายต่าง ๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับการพัฒนาในภาพรวมระดับมาก โดยสมรรถนะที่ต้องการได้รับการพัฒนามากที่สุด คือ การถอดบทเรียนและการสังเคราะห์ความรู้ รองลงมา คือ การประเมินผล การพัฒนานโยบาย สาธารณะแบบมีส่วนร่วมการบริหารและเสริมพลังเครือข่าย และการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 4.25, 4.15, 4.15, 4.06 และ 3.94) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.10

ตารางที่ 6.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อสมรรถนะที่ต้องการได้รับการพัฒนาของผู้ที่เข้าผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ n=395

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
สมรรถนะที่ต้องการได้รับการพัฒนา			
1. การถอดบทเรียนและการสังเคราะห์ความรู้	4.25	0.76	มากที่สุด
2. การประเมินผล	4.15	0.76	มาก
3. การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม	4.15	0.91	มาก
4. การจัดการกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	3.94	0.92	มาก
5. การบริหารและเสริมพลังเครือข่าย	4.06	0.86	มาก
รวม	4.11	0.84	มาก

4) กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัด เป็นกลุ่มสนทนา ลานเสวนา การจัดเสวนา การจัดนิทรรศการ และการแสดงอื่น ๆ มีความเหมาะสมสอดคล้องกับเรื่องสุขภาพของครอบครัวและนโยบายสุขภาพ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เมื่อพิจารณาการเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเป็นสมาชิกเครือข่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการจัดนิทรรศการมากที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมในลานเสวนา กิจกรรมการจัดเป็นกลุ่มสนทนา และ กิจกรรมสาธิตต่าง ๆ ตามลำดับ (ร้อยละ 76.96, 70.38, 69.11, และ 63.29) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.11

ตารางที่ 6.11 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามการเป็นสมาชิกเครือข่าย

กิจกรรมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้		รวม (n=395)	สมาชิกเครือข่าย				
			ภาคประชาชน (n=218)	ภาครัฐ (n=70)	ภาควิชาการ/ วิชาชีพ (n=71)	ผู้สังเกตการณ์ (n=29)	ผู้ทรงคุณวุฒิ (n=7)
1. กิจกรรมการจัดเป็นกลุ่มสนทนาของผู้เข้าร่วมสมัชชาระหว่างภาคีเครือข่าย							
ไม่ได้เข้าร่วม	ร้อยละ	30.89	31.19	22.86	42.25	13.79	57.14
เข้าร่วม	ร้อยละ	69.11	68.81	77.14	57.75	86.21	42.86
2. กิจกรรมในลานเสวนา							
ไม่ได้เข้าร่วม	ร้อยละ	29.62	30.28	14.29	49.30	13.79	28.57
เข้าร่วม	ร้อยละ	70.38	69.72	85.71	50.70	86.21	71.43
3. กิจกรรมการสาธิตต่าง ๆ							
ไม่ได้เข้าร่วม	ร้อยละ	36.71	39.45	18.57	52.11	13.79	71.43
เข้าร่วม	ร้อยละ	63.29	60.55	81.43	47.89	86.21	28.57
4. กิจกรรมการจัดนิทรรศการ							
ไม่ได้เข้าร่วม	ร้อยละ	23.04	22.94	14.29	38.03	6.90	28.57
เข้าร่วม	ร้อยละ	76.96	77.06	85.71	61.97	93.10	71.43

เมื่อพิจารณาว่าผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คิดว่ากิจกรรมใดมีความเหมาะสมต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน พบว่ากิจกรรมในลานเสวนาเป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมมากที่สุด รองลงมา คือ การจัดนิทรรศการ การเป็นกลุ่มสนทนา และการสาธิต (ค่าเฉลี่ย = 3.97, 3.72, 3.70 และ 3.70) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.12

ตารางที่ 6.12 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของการจัดกิจกรรม
จำแนกตามการเป็นสมาชิกเครือข่าย

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
กิจกรรมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้		
1. การจัดเป็นกลุ่มสนทนาของผู้เข้าร่วมสมัชชาระหว่างภาคีเครือข่าย (n=273)	3.70	0.85
2. กิจกรรมในลานเสวนา (n=278)	3.97	0.79
3. การสาธิตต่าง ๆ (n=250)	3.70	0.84
4. การจัดนิทรรศการ (n=304)	3.72	0.84

ผู้เข้าร่วมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้ให้ความคิดเห็นที่หลากหลายจากการเข้าร่วมกิจกรรม
ดังเช่นคำกล่าวที่ว่า

“การเรียนรู้มีหลายรูปแบบ หลายกิจกรรม ได้รับความเพลิดเพลินและเปิดมุมมองใหม่ ๆ”

“ลานเสวนาช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องต่าง ๆ นอกเหนือจากที่เคยรู้แล้ว”

“ยังไม่ได้เข้าร่วม ได้แต่ดูผ่าน ๆ เพราะตั้งใจจะมาประชุมพิจารณาดีมากกว่า จึงยังไม่ค่อยสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม”

“เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ดี แต่ไม่ได้เข้าร่วมจริงจัง ได้แต่มองผ่าน ๆ เพราะมาทุกปี
กิจกรรมก็เหมือนๆ เดิม ไม่มีความแตกต่าง”

5) การมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่อง หมายถึง ผู้เข้าร่วมประชุมเรียนรู้ อยู่ร่วมในกระบวนการตลอดช่วงเวลา
สมัชชาสุขภาพ (3 วัน) เก็บข้อมูลจากการสังเกต พบว่า ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่อยู่ร่วมใน
กระบวนการตลอดช่วงเวลา 3 วัน แต่เป็นการเข้าร่วมในกิจกรรมที่แตกต่างกันออกไป ทำให้บางช่วงเวลาใน
ห้องพิจารณาระเบียบวาระมีกลุ่มเครือข่ายอยู่ในห้องประชุมน้อย แต่ก็ยังมีผู้เข้าร่วมประชุมส่วนหนึ่งที่อยู่ไม่
ครบ 3 วัน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเครือข่ายวิชาชีพและราชการ (MP) กลุ่มเครือข่ายวิชาการ (MK) กลุ่ม
ผู้ทรงคุณวุฒิ (EX) และผู้สังเกต- การณ์ (OB) จากการสังเกตการณ์เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่าง
ต่อเนื่องทั้ง 3 วัน พบว่า ผู้เข้าร่วมมีการกระจายการเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ แตกต่างกันไป โดยการ
พิจารณาระเบียบวาระซึ่งเป็นกิจกรรมหลักของงานจะมีผู้เข้าร่วมมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบจำนวน
ผู้เข้าร่วมงานในวันแรกกับวันสุดท้ายในช่วงพิธีปิด จากการสังเกตพบว่าจำนวนคนที่มีส่วนร่วมที่ต่อเนื่อง
ตลอดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีประมาณ ร้อยละ 80 ของผู้เข้าร่วมงานทั้งหมด

6.3.3 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวนทั้งสิ้น 2 ตัวชี้วัด ประเมินจากเอกสาร แบบสังเกต แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ได้ผลการประเมินตามตัวชี้วัด ดังนี้

1) มติที่ได้จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติที่ได้จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง ผลการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทำให้ได้มติ/ข้อเสนอต่อการนำไปปฏิบัติให้เกิดผลและเป็นที่ยอมรับของสังคม จากการเข้าร่วมการสังเกตในห้องประชุมของคณะอนุกรรมการดำเนินการประชุมทั้ง 3 คณะ และในการรับรองมติในห้องประชุมใหญ่ของทีมวิจัย พบว่าคณะอนุกรรมการดำเนินการประชุมทั้ง 3 คณะ ได้มีการพิจารณาระเบียบวาระตามที่ได้รับมอบหมาย โดยมีสมาชิกเครือข่ายสมัชชาสุขภาพทุกภาคส่วนร่วมกันพิจารณาและอภิปราย รวมทั้งให้ข้อคิดในแต่ละระเบียบวาระ จนทำให้มีฉันทามติร่วมกันต่อประเด็นสาธารณะรวม 9 ประเด็น ซึ่งได้ร่วมกันเรียกร้องให้ทุกภาคส่วนในสังคม อันได้แก่ รัฐบาล คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน องค์กรภาคีต่าง ๆ และสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนประชาชนทุกภาคส่วน ดำเนินการผลักดันมติและข้อเสนอต่าง ๆ ให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และให้มีการติดตามผลการดำเนินการมาเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเสนอต่อสาธารณะต่อไป ประกอบด้วย 9 มติ ดังนี้

- | | |
|----------------------|---|
| สมัชชาสุขภาพ 3 มติ 1 | มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายไยหิน |
| สมัชชาสุขภาพ 3 มติ 2 | ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ |
| สมัชชาสุขภาพ 3 มติ 3 | การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก |
| สมัชชาสุขภาพ 3 มติ 4 | นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ |
| สมัชชาสุขภาพ 3 มติ 5 | นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ |
| สมัชชาสุขภาพ 3 มติ 6 | มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ |
| สมัชชาสุขภาพ 3 มติ 7 | ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรมนำสังคมสู่สุขภาวะ |
| สมัชชาสุขภาพ 3 มติ 8 | การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม |
| สมัชชาสุขภาพ 3 มติ 9 | การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ |

2) การเรียนรู้ของภาคเครือข่าย

การเรียนรู้ของภาคเครือข่าย หมายถึง การได้เรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายโดยเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและสุขภาวะองค์กรวม และความต้องการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องหรือเรื่องที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม จากแบบสอบถามเกี่ยวกับประเด็นที่ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้ พบว่า ในภาพรวมผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.02) โดยประเด็นที่ผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้เรียนรู้มากที่สุด คือ การได้เรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ รองลงมาคือ การได้เรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาวะองค์กรวม และการได้เรียนรู้ประเด็นที่เป็นระเบียบวาระการประชุมได้อย่างชัดเจนและสามารถนำไปขับเคลื่อนในพื้นที่ของตนเองได้ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 4.10, 3.98 และ 3.98) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6.13

ตารางที่ 6.13 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อประเด็นที่ได้เรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ n=395

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ประเด็นที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ			
1. การได้เรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ	4.10	0.70	มาก
2. การได้เรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาวะองค์กรวม	3.98	0.77	มาก
3. การได้เรียนรู้ประเด็นที่เป็นระเบียบวาระการประชุมได้อย่างชัดเจนและสามารถนำไปขับเคลื่อนในพื้นที่ของตนเองได้	3.98	0.79	มาก
รวม	4.02	0.75	มาก

6.4 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อทำการเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในประเด็นต่าง ๆ กับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้ผลดังนี้

6.4.1 เปรียบเทียบความคิดเห็นในประเด็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จากการเปรียบเทียบความคิดเห็นในประเด็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า อายุ จำนวนการเข้าร่วมงานฯ และการผ่านการคัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มเครือข่ายที่แตกต่างกัน ทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแตกต่างกันตามไปด้วย โดยกลุ่มผู้เข้าร่วมที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี เคยเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาแล้ว 1 ครั้ง และผ่านการคัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่าย เป็นผู้ที่มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 6.14

ตารางที่ 6.14 เปรียบเทียบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นต่อประเด็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ n = 395

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (S.D.)		t	df	F	p-value
การเป็นสมาชิกเครือข่าย						
1. ภาคประชาชน	3.70	0.73			1.95	0.14
2. ภาครัฐ	3.78	0.64				
3. ภาควิชาการ/วิชาชีพ	3.89	0.63				
จำนวนการเข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2						
1. ไม่เคยเข้าร่วม	3.72	0.66			3.13	0.04*
2. เคยเข้าร่วม 1 ครั้ง	3.85	0.68				
3. เคยเข้าร่วมทั้ง 2 ครั้ง	3.59	0.75				
การผ่านการคัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มเครือข่าย						
1. ผ่านการคัดเลือก	3.82	0.68	4.10		393	0.04*
2. เป็นตัวแทนโดยไม่มีการคัดเลือก	3.53	0.66				

6.4.2 เปรียบเทียบความคิดเห็นในประเด็นกระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่าย

จากการเปรียบเทียบความคิดเห็นในประเด็นกระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่ายกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า การผ่านการคัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่ายที่แตกต่างกันทำให้มีความเห็นต่อกระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่ายที่แตกต่างกันตามไปด้วย โดยกลุ่มผู้ที่ผ่านการคัดเลือกมีความเห็นว่ากระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่ายมีความเหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่เป็นตัวแทนโดยไม่มีการคัดเลือก ดังแสดงในตารางที่ 6.15

ตารางที่ 6.15 เปรียบเทียบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อการประเมินกระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่าย ของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการเสริมศักยภาพเครือข่าย n=164

ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อการประเมิน กระบวนการเสริมศักยภาพ เครือข่าย(S.D.)		t	df	F	p- value
การเป็นสมาชิกเครือข่าย						
1. ภาคประชาชน	3.95	0.61			0.08	0.93
2. ภาครัฐ	3.97	0.63				
3. ภาควิชาการ/วิชาชีพ	4.00	0.50				
การเข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2						
1. ไม่เคยเข้าร่วม	3.99	0.59			1.43	0.24
2. เคยเข้าร่วม 1 ครั้ง	3.98	0.66				
3. เคยเข้าร่วมทั้ง 2 ครั้ง	3.81	0.42				
การผ่านการคัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มเครือข่าย						
1. ผ่านการคัดเลือก	4.07	0.57	3.93	162.00		0.00*
2. เป็นตัวแทนโดยไม่มีคัดเลือก	3.71	0.51				

6.4.3 เปรียบเทียบความคิดเห็นในประเด็นการเรียนรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จากการเปรียบเทียบความคิดเห็นในประเด็นการเรียนรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าการผ่านการคัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่ายที่แตกต่างกันทำให้มีความคิดเห็นต่อประเด็นการเรียนรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่แตกต่างกันตามไปด้วย โดยกลุ่มผู้ที่ผ่านการคัดเลือกมีความเห็นว่าได้เรียนรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมากกว่ากลุ่มที่เป็นตัวแทนโดยไม่มีคัดเลือก ดังแสดงในตารางที่ 6.16

ตารางที่ 6.16 เปรียบเทียบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นต่อประเด็นการเรียนรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

n=395

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อการเรียนรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (S.D.)		t	df	F	p-value
การเป็นสมาชิกเครือข่าย						
1. ภาคประชาชน	4.00	0.70			0.77	0.46
2. ภาครัฐ	4.12	0.51				
3. ภาควิชาการ/วิชาชีพ	4.03	0.72				
การเข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2						
1. ไม่เคยเข้าร่วม	3.96	0.67			2.22	0.11
2. เคยเข้าร่วม 1 ครั้ง	4.10	0.64				
3. เคยเข้าร่วมทั้ง 2 ครั้ง	4.08	0.63				
การผ่านการคัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มเครือข่าย						
1. ผ่านการคัดเลือก	4.07	0.68	2.08	393.00		0.04*
2. เป็นตัวแทนโดยไม่มี การคัดเลือก	3.92	0.61				

6.5 ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

6.5.1 ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านการเตรียมความพร้อมและกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จากผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 395 คนได้ให้ข้อเสนอแนะการเตรียมความพร้อมและกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 12.15 โดยมีรายละเอียดประเด็นข้อเสนอแนะ ดังแสดงในตารางที่ 6.17

ตารางที่ 6.17 ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมงานต่อการเตรียมความพร้อมและกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (n = 46)

ประเด็นข้อเสนอแนะ	ร้อยละ
1. เอกสารการประชุม	
1.1 การจัดส่งเอกสารการประชุมล่าช้า ควรจัดส่งเอกสารให้เครือข่ายผู้เข้าร่วมประชุม ล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน เพื่อเครือข่ายจะได้จัดประชุมพิจารณาเอกสารร่วมกันได้รอบด้านมากขึ้น	50.00
1.2 เอกสารประกอบการประชุมเนื้อหาควรรัดกุมและกระชับมากกว่านี้	4.35
1.3 การจัดส่งเอกสารล่วงหน้าให้เครือข่ายที่เข้าร่วมประชุมได้ศึกษาก่อนหน้าก่อน หากมีข้อเสนอแนะหรือมีความคิดเห็นที่จะแก้ไขและปรับเปลี่ยนข้อความ ควรที่จะเปิดช่องทางให้มีการจัดส่งเข้ามาก่อนการประชุม โดยในวันประชุมผู้จัดจะมีเอกสารที่ปรับเปลี่ยนจากข้อเสนอแนะแจกให้ใหม่ และนำเข้าสู่เวทีสมัชชา	2.17
1.4 ข้อมูลสนับสนุนเป็นข้อมูลจากฝ่ายเสนอด้านเดียว ขาดข้อมูลรอบด้านจากภาคเอกชน, ภาคธุรกิจ ซึ่งแม้ได้เคยชี้แจงและนำเสนอแล้ว แต่ไม่ได้พิจารณาสรุปในเอกสารหลักหรือภาคผนวก	2.17
2. การคัดเลือกสมาชิกเครือข่ายจังหวัดเข้าร่วมประชุม	
2.1 การเตรียมผู้แทนสมาชิกเครือข่ายจังหวัด ที่จะเข้าร่วมการประชุมสมัชชาฯ ควรเตรียมบทบาทให้ชัดว่าเป็นผู้แทนจังหวัดไม่ใช่เสนอความคิดเห็นส่วนตัว	6.52
2.2 ควรให้แต่ละจังหวัดเตรียมเนื้อหาเป็นมติของจังหวัดหรือภาคก่อนเข้าสมัชชาชาติ	6.52
2.3 การปรึกษากันภายในกลุ่มเครือข่ายต่อเอกสารประชุมและร่างมติควรกำหนดให้มีการดำเนินการประชุมโดยใช้รูปแบบเดียวกันกับเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	2.17
2.4 ประชาสัมพันธ์ให้กว้างขวาง เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้รับโอกาสเข้าร่วมเครือข่าย เพราะกลไกจังหวัดไม่เปิดกว้างให้กลุ่มอื่นๆ ให้เข้าร่วมกระบวนการ	2.17
2.5 ลดจำนวน คัดกรองผู้เข้าร่วมงาน เพื่อคุณภาพของการประชุม	2.17

ตารางที่ 6.17 ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมงานต่อการเตรียมความพร้อมและกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ต่อ)

(n = 46)

ประเด็นข้อเสนอแนะ	ร้อยละ
2.6 ขอให้พิจารณาในเรื่องตัวแทนของเครือข่ายต่าง ๆ ซึ่งอาจมีการซ้ำซ้อนในแต่ละปี อาจให้มีการหมุนเวียนกัน ไม่เห็นด้วยกับการที่เป็นตัวแทนจะเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2, ครั้งที่ 3 ในบุคคลเดียวกัน ทั้งนี้อาจเป็นกระบวนการคัดเลือกของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม อยากให้มีการกระจายกันออกไป	2.17
2.7 การจัดการกระบวนการในระดับจังหวัดยังพบว่ามีปัญหาในเรื่องของการประสานบุคคลและตัวแทนที่เข้าร่วมทำให้มีผู้เข้าร่วมบางส่วนที่ไม่ได้ตามประเด็นที่ตั้งแต่แรกไม่สามารถอภิปรายหรือนำเสนอข้อมูลได้อย่างชัดเจน เสนอให้มีการวางระบบในการจัดการเรื่องของตัวแทนในการเข้าร่วมที่เป็นระบบและรัดกุมกว่านี้	2.17
2.8 ส่งเอกสารตรงกับบุคคลที่มาร่วมงานได้อย่างถูกต้องแท้จริงโดยผู้ประสานงานในพื้นที่ควรมีความชัดเจนในบุคคล	2.17
3. กระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพ	
3.1 เวทีสมัชชาไม่ควรเป็นเวทีพูดแสดงความคิดเห็นเพียงอย่างเดียว	4.35
3.2 ไม่ควรเอาประเด็นการเมืองและเอาบุคคลที่เป็นตัวขัดแย้งทางการเมืองเข้ามาในกระบวนการประชุม	2.17
3.3 ประธานที่รับผิดชอบในแต่ละประเด็น ต้องชัดเจนในการปรับประเด็นที่สมาชิกเสนอในเวทีและสามารถชี้แจงได้ชัดเจนว่า สมาชิกเสนออยู่ส่วนไหนของการปรับ และประธานต้องหนักแน่นไม่เปิดเวทีอภิปรายในส่วนที่สมาชิกอภิปรายไปแล้ว	2.17
3.4 การเสนอความคิดเห็นต่างๆ ของเครือข่าย ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้สังเกตการณ์ มีความหลากหลาย เปลี่ยนแปลงมาก อาจต้องให้ฝ่ายเลขาหรือฝ่ายวิชาการ มีการทำความเข้าใจกับผู้เข้าร่วมถึงกติกา การรับข้อเสนอแนะ กติกาการสรุป ย่อ รวบรวมความซึ่งไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้เสนอ จึงทำให้เกิดความขัดแย้ง ใช้เวลามากในแต่ละประเด็น อาจจะต้อง มีเอกสารปะไว้หน้าห้องก่อนเข้าห้องประชุม เพื่อให้สมาชิกสามารถตรวจสอบได้ว่า ข้อเสนอแนะถูกรับไป และปรับเปลี่ยนเป็นแบบใดเพื่อติดตามและตรวจสอบได้	2.17
3.5 การให้เวลานำเสนอเพียงเครือข่ายละ 3 นาที รอบละ 1 ครั้ง ถือว่าน้อยกับเนื้อหาที่ค่อนข้างมีรายละเอียด ซึ่งการประชุมสมัชชาน่าจะได้แลกเปลี่ยนกันมากกว่านี้ และบางที่การรีบเร่งการปรับเปลี่ยนข้อมติโดยอภิปรายน้อย มติที่ได้อาจไม่ได้ประสิทธิภาพเพียงพอ	2.17
3.6 มีการจัดกิจกรรมซ้อนกันหลายกิจกรรม โดยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่น่าสนใจแต่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมหรือมากกว่า 1 กิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมการกล่าวสุนทรพจน์ที่ผู้กล่าวมีการเตรียมความพร้อมมาดีมาก แต่มีผู้เข้าชมน้อย	2.17

6.5.2 ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย

จากผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย จำนวน 164 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 56.09 โดยมีรายละเอียดข้อเสนอแนะ ดังแสดงในตารางที่ 6.18

ตารางที่ 6.18 ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมงานต่อกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย (n = 92)

ประเด็นข้อเสนอแนะ	ร้อยละ
1. รูปแบบการจัดกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย	
1.1 จัดกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมทั้งผู้จัดและผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งกิจกรรมที่สามารถฝึกปฏิบัติได้	6.52
1.2 จัดกิจกรรมที่หลากหลายและนำไปใช้ได้จริง	6.52
1.3 จัดกิจกรรมในลักษณะของเวที/ลานสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในพื้นที่ของเครือข่าย	4.35
1.4 จัดกิจกรรมในลักษณะของเวที/ลานสนทนาให้เครือข่ายได้แสดงกิจกรรมต่างๆที่เป็นการเสริมศักยภาพ	4.35
2. ระยะเวลาของการจัดกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย	
2.1 ควรจัดกิจกรรมเสริมศักยภาพเป็นระยะๆและต่อเนื่อง	15.22
2.2 ไม่ควรจัดกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย ซ้อนในเวลาเดียวกันหลายกิจกรรม	10.87
2.3 ควรจัดกิจกรรมเสริมศักยภาพทั้งในระดับพื้นที่และระดับภูมิภาค	10.87
2.4 ควรเพิ่มช่วงเวลาของการจัดกิจกรรม เป็นช่วงเวลาพักกลางวัน ช่วงเช้า หรือช่วงบ่าย	7.61
3. ประเด็นที่ต้องการให้จัดกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย	
3.1 การเสริมองค์ความรู้เพื่อมีประเด็นที่เชิงพื้นที่ เชิงนโยบาย ให้พื้นที่เข้าใจจุดมุ่งหมายเดียวกัน ทั้งระดับบริหารระดับปฏิบัติการ	4.35
3.1 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาเยาวชน	2.17
3.2 การจัดฝึกอบรมเรียนรู้ด้านกระบวนการต่าง ๆ	2.17
4. แนวทางการเสริมศักยภาพเครือข่าย	
4.1 สนับสนุนให้เครือข่ายทำสมัชชาเกี่ยวกับประเด็นร้อนอย่างเต็มที่	4.35
4.2 พัฒนาเครือข่าย ให้มีการยกระดับไปสู่ สภาประชาชน	2.17
4.3 การอาศัยทุนเดิมหรือทุนทางสังคมของภาคีเครือข่าย เพราะทุนเดิมของเครือข่ายมีประเด็นในพื้นที่กิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะศักยภาพ ต้องมีวัฒนธรรมและมีพื้นที่เป็นตัวตั้งของการพัฒนา	2.17
4.4 ควรมีการประเมินความต้องการได้รับการพัฒนาที่เป็นการเสริมศักยภาพเครือข่าย	2.17
4.5 อบรมให้ความรู้แก่เครือข่ายที่ยังไม่เข้มแข็ง	2.17
5. การจัดทำเอกสารเพื่อเสริมศักยภาพเครือข่าย	
5.1 การรายงานความก้าวหน้า มติที่ได้จากการประชุมสมัชชาสุขภาพครั้งที่1-3 / การทบทวนความสำเร็จ	5.43
5.2 ควรสรุปเนื้อหา/ประเด็นที่ได้จากการจัดกิจกรรมเผยแพร่ให้กับเครือข่ายในพื้นที่	4.35
5.3 ควรมีเอกสารหรือข้อมูลการทำงานหรือการมีกิจกรรมต่างๆส่งถึงเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง	2.17

6.5.3 ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อกระบวนการเรียนรู้ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเรื่องที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม

จากผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 395 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการเรียนรู้ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเรื่องที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 15.70 โดยมีรายละเอียดข้อเสนอแนะดังแสดงในตารางที่ 6.19

ตารางที่ 6.19 ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมงานต่อกระบวนการเรียนรู้ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเรื่องที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม (n = 62)

ประเด็นข้อเสนอแนะ	ร้อยละ
1. การนำเสนอพื้นที่ต้นแบบต่อแนวทางการขับเคลื่อนตามมติที่ได้จากเวทีสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อแนวทางการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรมความสำเร็จ	22.58
2. เพิ่มระยะเวลาของการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	9.68
3. การจัดกิจกรรมเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับการลงมติในห้องประชุม ทำให้คนอยู่ร่วมในห้องประชุมน้อย	8.06
4. ต้องการให้มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ลงในระดับพื้นที่ที่ได้รับงบประมาณเพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนตามมติ เพื่อให้ระดับปฏิบัติการมีการทำงานที่สามารถเชื่อมโยงได้อย่างเป็นระบบ และมีทีมวิชาการในพื้นที่เป็นทีมปรึกษา	8.06
5. การจัดกิจกรรมที่มีช่วงเวลาเชื่อมชอนกัน ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่สนใจได้ครบถ้วน	6.45
5. เพิ่มการจัดนิทรรศการและการสาธิตให้มากขึ้น โดยเฉพาะการจัดนิทรรศการแบบมีชีวิต	6.45
6. ขอให้ตัวแทนเจ้าหน้าที่ภาครัฐฯ มีส่วนร่วมมานั่งฟังการกล่าวสุนทรพจน์ เพื่อทราบถึงแนวคิดของเครือข่ายสมาชิกสมัชชาแห่งชาติแต่ละกลุ่มองค์กรนำเสนอเพื่อแก้ไขปัญหาของประเทศต่อไป ด้วยพลังของภาคประชาสังคม	4.84
7. การนำเสนอวิถีภูมิปัญญาโดยอาจจะนำศิลปะ วัฒนธรรมของภูมิภาคมาแสดงในงาน	1.61
8. มีการสอน/เรียนรู้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ หรือเน้นสิ่งที่เป็นวิถีชีวิต ภูมิปัญญา หรือ ท้องถิ่นมีการสอน/เรียนรู้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ หรือเน้นสิ่งที่เป็นวิถีชีวิต ภูมิปัญญา หรือ ท้องถิ่น	1.61
9. นำเสนอรูปแบบการประเมินผล การขับเคลื่อนสมัชชาฯ ที่มีการดำเนินการในพื้นที่ ที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง	1.61
10. นำเสนอวิถีภูมิปัญญาโดยอาจจะนำศิลปะ วัฒนธรรมของภูมิภาคมาแสดงในงาน	1.61
เรื่องที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม	
1. ควรติดตามประเมินผลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม	8.06
2. การสร้างความเข้มแข็งขององค์กรเครือข่าย	6.45
3. เทคนิควิธีการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม	6.45
4. ความสมานฉันท์โดยกระบวนการสันติวิธี	3.23
5. การจัดการความขัดแย้ง	3.23

6.5.4 ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อภาพรวม

จากผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 395 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นที่ควรต้องปรับปรุงสำหรับการจัดงานในครั้งนี้ จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 34.68 โดยมีรายละเอียดข้อเสนอแนะดังแสดงในตารางที่ 6.20

ตารางที่ 6.20 ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมงานต่อภาพรวมของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (n = 137)

ประเด็นข้อเสนอแนะ	ร้อยละ
1. การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	
1.1 ปัญหาความล่าช้าในการพัฒนาเอกสารหลักและเอกสารร่างมติ ทำให้บางมติไม่ผ่านการปรึกษาหารือในกลุ่มเครือข่ายมาก่อน	4.38
1.2 ควรคัดเลือกสมาชิกเครือข่ายที่เข้าร่วมประชุมเป็นระบบมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน ทำให้ได้ผู้ที่สนใจอย่างจริงจัง เข้าร่วมงาน ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการดำเนินงานต่างๆไปขยายผล ในพื้นที่	2.92
1.3 การจัดส่งเอกสาร หนังสือเชิญสมาชิกเครือข่ายเข้าร่วมประชุมมีความล่าช้าและ บางจังหวัดไม่ได้รับเอกสาร/หนังสือ	2.19
1.4 ควรเชิญกระทรวง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงในแต่ละระดับยวาระเข้าร่วมประชุมเพื่อนำเสนอความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ ในการทำงานให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น	2.19
1.5 ควรส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมงานฯ ตรงต่อสมาชิกเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่นเดียวกับการดำเนินงานในปี 2551- 2552 ซึ่งการดำเนินงานผ่านผู้ประสานเพียงคนเดียวของการจัดงานในครั้งนี้ อาจส่งผลให้มีผู้ที่ได้รับการประสานไม่ชัดเจนในรายละเอียดหรือไม่ได้รับการประสานเข้าร่วมประชุม	1.46
2. กระบวนการสมัชชาสุขภาพ	
2.1 ควรชี้แจงแนวปฏิบัติ ก่อนที่จะให้มีการลงมติรับวาระการประชุม รวมทั้งการเข้มงวดผู้แสดงความคิดเห็น ไม่ควรปล่อยให้มีการพูดไปเรื่อยและกว้างเกินไปในการเสนอการแก้ไขประเด็น เพื่อรักษาเวลาการอภิปราย จะได้อยู่ในกรอบเวลาที่กำหนด	5.84
2.2 ไม่สามารถควบคุมเวลาของการดำเนินการประชุมให้เป็นไปตามหมายกำหนดการที่แจ้งไว้ได้ ส่งผลให้เกิดความสับสนของวาระที่ต้องลงมติ	5.11
2.3 การติดป้ายแสดงวาระที่กำลังพิจารณาดำเนินการ/หัวข้อการประชุมวิชาการ หน้าห้องประชุม ให้เป็นปัจจุบันตรงกับหัวข้อที่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้ที่สนใจจะได้เข้าตามประเด็นได้ถูกต้อง	4.38
2.4 การจัดที่นั่งของสมาชิกเครือข่ายผู้เข้าร่วมประชุม กรณีที่เครือข่ายมีสมาชิกกลุ่มจำนวนมาก เช่น เครือข่ายธุรกิจเพื่อสุขภาพ มี 20 กลุ่ม แต่มีป้ายและไม่โครโฟนที่แสดงความคิดเห็นเพียงจุดเดียว ทำให้โอกาสในการแลกเปลี่ยนไม่เท่าเทียมกัน	3.65
2.5 การกำหนดมารยาทหรือข้อควรปฏิบัติของผู้เข้าที่ร่วมประชุม กรณีที่มีการพูดคุยเสียงดังและมีการใช้โทรศัพท์	2.92

ตารางที่ 6.20 ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมงานต่อภาพรวมของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ต่อ) (n = 137)

ประเด็นข้อเสนอแนะ	ร้อยละ
2.6 สมาชิกเข้าร่วมห้องประชุมบางตา อาจเกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายไม่ได้แบ่งกันรับผิดชอบเข้าร่วมประชุมในแต่ละห้องส่วนใหญ่ในกลุ่มจังหวัด มีที่นั่งว่างทั้งหมด(ไม่มีตัวแทนเข้าร่วม)ในห้อง เสนอให้แต่ละกลุ่ม/เครือข่าย แบ่งจัดคนเข้าห้องประชุมให้ครบทุกประเด็นตามที่ได้มอบหมายให้รับผิดชอบ	2.92
2.7 ควรมีการประสานให้ชัดเจนว่าผู้เข้าร่วมประชุมตามที่นั่งที่จัดไว้จะเข้าร่วมประชุมหรือไม่ เนื่องจากที่ผ่านมามีที่นั่งว่างจำนวนมาก เพื่อที่จะได้มีการปรับให้ผู้สนใจต้องการใช้ที่นั่งพร้อมไมค์เพื่อแสดงความคิดเห็น	2.19
2.8 ระเบียบวาระเพื่อรายงานความก้าวหน้าควรจัดให้รายงานในห้องประชุมรวมเพื่อให้สามารถพิจารณาร่างมติที่เป็นข้อเสนอใหม่ได้ทันที	2.19
2.9 ควรสร้างบรรยากาศการประชุมแบบผ่อนคลาย ไม่เคร่งเครียด เร่งรีบ เพื่อให้เกิดบรรยากาศ ที่สร้างกำลังใจเน้นการคิดอย่างสันติ	1.46
2.10 การเสนอประเด็นเพิ่มเติม ควรรับไว้อย่างครบถ้วนและคณะทำงานควรติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้นเนื่องจากเวลาในการเสนอแค่ 3 นาที บางประเด็นไม่เพียงพอและเหลือสมาชิกบางท่านประหม่าที่จะพูดออกไมโครโฟน	1.46
2.11 การให้เกียรติและรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกโดยสันติวิธีไม่ควรล้อเลียน จนสมาชิกไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นต่อ	0.73
3. กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	
3.1 มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้บ่อย ไม่หลากหลาย ควรให้มีการจัดนิทรรศการและลานเสวนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้ครบทุกภาค	4.38
3.2 การจัดกิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย ควรจัดเมื่อห้องประชุมวิชาการหรือห้องยึดเยื้องจบแล้ว จะได้มีเฉพาะคนที่สนใจจริง ๆ	2.19
3.3 การจัดลานเสวนาควรแยกเป็นสัดส่วน เพื่อให้มีเสียงของการจัดกิจกรรมอื่น ๆ แทรกเข้ามา	1.46
3.4 การแสดงดนตรีในวันที่ 16 ธันวาคม 2553 เสียงดังไม่เข้าบรรยากาศ ถ้าจะดีควรจะเน้นการบรรเลงดนตรีพื้นเมืองของภูมิภาคต่าง ๆ หรือการแสดงเพลงแบบคลาสสิกจะเป็นการผ่อนคลายสมองที่เมื่อยหล้าใน การรับข้อมูลทางวิชาการได้มากยิ่งขึ้น	0.73
4. ระบบการลงทะเบียน	
4.1 ระบบการลงทะเบียนล่วงหน้า ควรมีการแจ้งตอบรับการเข้าร่วมงานและแจ้งล่วงหน้าก่อนเริ่มงานอย่างน้อย 7 วัน	2.19
4.2 ควรกำหนดให้มีการลงทะเบียนทุกวัน เพื่อเป็นการดึงดูดให้สมาชิกต้องเข้าร่วมงานทุกวัน	1.46

ตารางที่ 6.20 ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมงานต่อภาพรวมของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ต่อ) (n = 137)

ประเด็นข้อเสนอแนะ	ร้อยละ
5 การประชาสัมพันธ์	-
5.1 ควรมีการประชาสัมพันธ์ภายในงานเป็นระยะต่อกิจกรรมและการรับรองมติที่จะเกิดขึ้นในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง	3.65
5.2 การประชาสัมพันธ์การจัดงานฯ ครั้งนี้ให้กับภาคเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและหลากหลาย	2.19
6. การอำนวยความสะดวกแก่ผู้เข้าร่วมงาน	-
6.1 การปรับปรุงเรื่องของการจัดบริการอาหาร ในประเด็น จำนวนโต๊ะน้อย ต้องรอคิวนาน รสชาติอาหารไม่อร่อย จุดบริการอาหารว่างน้อย และควรจัดบริการอาหารเพื่อสุขภาพ	13.14
6.2 ระยะเวลาของการจัดงานมีน้อย เนื่องจากมีประเด็นและสิ่งที่น่าสนใจเรียนรู้จำนวนมาก	4.38
6.3 สถานที่จอดรถน้อยและไม่สะดวกสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม	3.65
6.4 ควรเพิ่มจุดบริการน้ำดื่ม	2.92
6.5 สถานที่การประชุมควรจัดแห่งเดียวกันกับที่พักของผู้เข้าร่วมประชุม	2.92
7. ข้อเสนอแนะภาพรวมของการจัดงาน	-
7.1 การจัดทำกระเป่าเอกสารแจกให้กับผู้ที่ลงทะเบียนเข้าร่วมงาน เนื่องจากการเข้าร่วมงานมีการแจกเอกสารเป็นจำนวนมาก	2.19
7.2 ควรจัดให้มีเวทีกลางในการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นต่างๆที่เกี่ยวกับกับการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	2.19
7.3 มีการชี้แจงรายละเอียดส่วนต่าง ๆ ของการจัดงาน ให้ชัดเจนล่วงหน้า เพื่อที่สมาชิกเครือข่ายที่เข้าร่วมงาน จะได้ทำความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติต่าง ๆ เป็นการเสริมสร้างความเข้าใจเบื้องต้นแก่ผู้เข้าร่วมงานโดยรวม	1.46
7.4 การจำกัดข้อเสนอที่เข้าสู่เวทีควรลดน้อยลง เน้นสิ่งที่สำคัญกับสถานการณ์ทางสังคมในปัจจุบันเป็นหลัก เช่น การป้องกันผลกระทบจาก FTA กลับกลายเป็นวาระเร่งด่วน	1.46
7.5 พิธีเปิด ยังไม่ดึงดูดหรือสร้างความสนใจมากเท่าที่ควร	1.46

6.5.5 ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อรูปแบบการจัดงานในครั้งต่อไป

จากผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 395 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อต่อรูปแบบการจัดงานในครั้งต่อไป จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 15.44 โดยมีรายละเอียดข้อเสนอแนะดังแสดงในตารางที่ 6.21

ตารางที่ 6.21 ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมงานต่อรูปแบบการจัดงานในครั้งต่อไป (n = 61)

ประเด็นข้อเสนอแนะ	ร้อยละ
1. การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	
1.1 เพิ่มระยะเวลาของการจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพ	11.48
1.2 ควรเพิ่มโควตาผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละจังหวัด โดยอาจเพิ่มการมีส่วนร่วมของกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่ตรงกับวาระที่จะพิจารณา นอกเหนือจากเครือข่ายสมาชิกสมัชชา เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ หรือเพิ่มในสัดส่วนที่เป็นตัวแทนของชุมชน เพื่อให้มีโอกาสนำเสนอประเด็นต่าง ๆ ไปขับเคลื่อนต่อในชุมชน	9.84
1.3 ควรเปิดโอกาสให้ผู้สนใจทั่วไปสมัครเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ โดยคัดกรองจากการเสนอความเห็นและแนวทางในการเข้าร่วม รวมทั้งให้นักเรียนนักศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ให้มากยิ่งขึ้น	6.56
1.4 การจัดงานอาจแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1.ส่วนการประชุมและเวทีวิชาการ 2. ส่วนกิจกรรมที่แสดงหรือเสนอผลต่อสาธารณะที่คนภายนอกสามารถเข้ามาเรียนรู้ ชมนงานนวัตกรรมใหม่ที่จัดแสดง	4.92
1.5 ควรมีการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหมุนเวียนไปในภูมิภาคต่างๆ	3.28
1.6 การใช้สถานที่ที่ไม่ต้องใช้งบประมาณมาก แต่ขอให้มีพื้นที่ที่สามารถจัดกิจกรรมต่างๆได้	3.28
1.7 เพิ่มเติมหัวข้อประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ทางสังคม ณ ปัจจุบันมากขึ้น	3.28
2. กระบวนการสมัชชาสุขภาพ	
2.1 ข้อเสนอสมัชชา ต้องผลักดันเข้าสู่วาระชาติและนโยบายทางการเมืองของพรรคที่พรรคฯจะต้องเดินตามในระยะต่อไป อาจปรับรูปแบบสถานะของสมัชชาสุขภาพ ไปสู่การเป็น "สมัชชาประชาชน" (สภาประชาชน) ที่เป็นที่ยอมรับทุกฝ่ายที่กำหนดทิศทางและติดตามผลการพัฒนาประเทศให้หนักการเมืองเดินตามรอยนี้	4.92
2.2 ควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ที่ได้จากการประชุมฯ ผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะโทรทัศน์	4.92
2.3 การถอดบทเรียนต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพว่าได้ผลเพียงใดและ บรรลุเป้าหมายหรือไม่	4.92
2.4 การจัดการและบริหารเวลาให้สอดคล้อง โดยการจัดงานในครั้งนี้มีเวลาคลาดเคลื่อนมาก	3.28

ตารางที่ 6.21 ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมงานต่อรูปแบบการจัดงานในครั้งต่อไป (ต่อ)

(n = 61)

ประเด็นข้อเสนอแนะ	ร้อยละ
3. กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	
3.1 เพิ่มการจัดนิทรรศการในระดับพื้นที่ ที่สามารถจัดทำระบบสุขภาพได้อย่างก้าวหน้า โดยการเปิดพื้นที่ให้กับเครือข่าย/พื้นที่ต้นแบบ นำเสนอผลงานที่เกิดขึ้น (ความสำเร็จ) จากการนำประเด็นการขับเคลื่อนงานสมัชชาสุขภาพในปีที่ผ่านมา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดการเชื่อมภาคีเครือข่ายในระหว่างพื้นที่ประเด็น	16.39
3.2 ควรกำหนดให้แต่ละเครือข่ายนำเสนอผังงานการขับเคลื่อนด้านสุขภาพตามมติของแต่ละจังหวัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน	9.84
3.3 ควรจัดให้มีสัมมนาการระหว่างกลุ่มในช่วงเย็น เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละภาค เกิดการสร้างเครือข่ายภายนอกพื้นที่	4.92
3.4 ควรเพิ่มการนำเสนอผลงาน/นวัตกรรมที่เป็นผลผลิตของการขับเคลื่อนความก้าวหน้าของภารกิจสมัชชา ครอบคลุมทุกประเด็น	4.92
3.5 ลานเสวนา ควรเพิ่มประสบการณ์จริงจากปัญหาในพื้นที่เพื่อเป็นต้นแบบ และต่อยอดความรู้/ประสบการณ์ดี ๆ ที่แต่ละพื้นที่มีเพื่อสามารถนำไปปรับใช้ในท้องถิ่น	3.28

6.6 ข้อเสนอแนะ

6.6.1 จากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือหลายชนิด พบว่า มีข้อมูลบางส่วนที่มีความแตกต่างกันระหว่างข้อมูลในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งควรจะได้มีการวิเคราะห์และพิจารณาอย่างละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1) ในเรื่องของเตรียมการของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จากข้อมูลในเชิงปริมาณ พบว่าผู้เข้าร่วมมีการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าร่วมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.59) แต่ข้อมูลในเชิงคุณภาพจากการสังเกตและสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่แม้มีการเตรียมความพร้อมแต่อาจมีปัญหาเชิงคุณภาพของการเตรียมตัวเพื่อการเข้าร่วมสมัชชาที่ดีพอ คือ ไม่ได้อ่านเอกสารอย่างละเอียดมาก่อนการประชุม และไม่ได้มีการปรึกษาหารือกันภายในกลุ่มอย่างรอบคอบก่อนจะมานำเสนอในที่ประชุมสมัชชา โดยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าเอกสารส่งมากกระชั้นชิดมาก หรือบางคนก็ไม่ได้รับเอกสารก่อนการประชุม

2) สำหรับเอกสารและร่างมติประกอบการประชุม แม้ว่าในเชิงปริมาณจะตอบว่ามีความเหมาะสม กระชับ ชัดเจน ในระดับมากก็ตาม แต่จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้เข้าร่วมสมัชชา พบว่ามีหลายประเด็นที่ผู้เข้าร่วมสมัชชามีความเห็นว่ามีปัญหาความคลุมเครือ เข้าใจยาก ไม่ชัดเจน และอ่านไม่ค่อยเข้าใจ จึงแสดงให้เห็นว่าแม้ว่าเอกสารและร่างมติในภาพรวมจะมีความเหมาะสม แต่ในรายละเอียดบางส่วนก็ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนเข้าใจง่ายสำหรับกลุ่มเครือข่ายที่มีพื้นฐานที่หลากหลาย หรือไม่เช่นนั้น ควรเอื้อให้มีกระบวนการเตรียมตัวของเครือข่ายให้พร้อมมาก่อนพอสมควร

6.6.2 ในการประชุมเพื่อพิจารณาระเบียบวาระการประชุม พบว่ามีการเข้านั่งประจำที่ของสมาชิก เครือข่ายที่บางตา จนเกิดปรากฏการณ์ “ป้ายขาว” คือ มีป้ายขาวที่ระบุชื่อเครือข่ายตั้งไว้ โดยไม่มีผู้แทน เครือข่ายเข้านั่งประจำที่ จากการพูดคุยกับผู้เข้าร่วมสมัชชา ได้ให้ข้อมูลว่ากลุ่มเครือข่ายส่วนใหญ่ไม่ได้มี การวางแผนแบ่งหน้าที่ในการเข้าร่วมการประชุมอย่างชัดเจน ทำให้มีผู้แทนเครือข่ายต่างคนต่างเข้า กิจกรรมตามที่ตนเองสนใจ โดยขาดการบริหารจัดการการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพของสมาชิกจากกลุ่ม เครือข่ายอย่างเป็นระบบ

6.6.3 ผู้เข้าร่วมสมัชชาบางส่วนเห็นว่าสถานที่จัดสมัชชาไม่เหมาะสม พื้นที่ไม่กว้างขวาง การเดินทางไม่ สะดวก การเข้าออกค่อนข้างยากลำบาก มีปัญหาที่จอดรถ บรรยากาศเป็นทางการมากเกินไป จนเกิดความ เกร็ง และความกลัวต่อการแสดงความคิดเห็นต่อที่ประชุม

6.6.4 วิธีการคัดเลือกผู้แทนเข้าร่วมประชุมของตัวแทนเครือข่ายสมัชชาพื้นที่ (รหัส MA) มีความ หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด โดยพบว่าส่วนใหญ่ยังขึ้นอยู่กับแกนประสานกลุ่มเดิม ๆ ที่อาจมี ลักษณะค่อนข้างผูกขาดและไม่กระจายให้ครบทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ในสัดส่วนที่เหมาะสม

6.6.5 การเสนอวาระเร่งด่วนตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในหมวดที่ 4 ข้อ 7.1 (4) ได้ทำให้กระบวนการพัฒนาเอกสารหลัก และร่างมติ ทำอย่างเร่งรีบ โดยมีเครือข่ายจำนวนน้อยที่ได้เข้า ไปมีส่วนร่วม ทำให้ประเด็นถูกกำหนดทิศทางโดยกลุ่มเครือข่ายที่เป็นผู้เสนอประเด็นเป็นหลัก จึงควรมีการ พิจารณาหลักเกณฑ์และวิธีการเสนอวาระเร่งด่วนให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นในอนาคตต่อไป

6.6.6 การนำวิธีการ Regional One Voice มาใช้ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ นับว่ามีประโยชน์ใน การใช้เป็นพลังการขับเคลื่อนของกลุ่มเครือข่ายในระดับภูมิภาค เป็นการหยั่งเสียงกันมาก่อนล่วงหน้าใน ระดับภาค แต่เมื่อนำมาเสนอในวันสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พบว่าแนวคิดนี้กลับถูกละเลย และขาด มาตรการควบคุมกำกับให้มติของภาคเป็น One Voice โดยส่วนใหญ่ยังเป็นการต่างคนต่างเสนอในระดับ พื้นที่จังหวัดเหมือนเช่นที่เคยปฏิบัติมาในปีก่อนหน้า

6.6.7 จากการติดตามการพิจารณาแก้ไขร่างมติในแต่ละรอบ พบว่าบางประเด็นมีการพิจารณาซ้ำไปซ้ำ มา มีประเด็นใหม่เสนอเพิ่มเติมเข้ามาอีก โดยไม่ใช่ประเด็นที่ต้องพิจารณาทบทวนจากการประชุมในรอบที่ ผ่านมา

6.6.8 ในประเด็นวาระที่ต้องมีการพิจารณายืดเยื้อ พบว่ามีสมาชิกเครือข่ายเข้าร่วมประชุมในจำนวน น้อยคน ซึ่งส่งผลให้การพิจารณาไม่กว้างขวางและไม่ละเอียดรอบคอบเท่าที่ควร

6.6.9 การมีกิจกรรมที่หลากหลาย ทำให้ผู้เข้าร่วมสมัชชาสามารถที่จะเลือกเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเอง สนใจได้ แต่ก็ทำให้กิจกรรมหลักของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคือการพิจารณาร่างมติ ถูกลดความสำคัญลง และบางกิจกรรมมีการจัดในเวลาเดียวกัน ทำให้สมาชิกเครือข่ายต้องเลือกเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรม หนึ่ง เช่น การพิจารณาวาระยืดเยื้อกับการพัฒนาศักยภาพในช่วงเย็น

6.6.10 การตีความคำว่า “ฉันทามติ” ยังมีความคลุมเครือ เนื่องจากบางประเด็น สมาชิกเครือข่ายมีการ สงวนความคิดเห็น และขอให้บรรจุข้อความที่แสดงถึงความกังวลและความห่วงใยต่อเอกสารมติในระเบียบวาระการประชุม ซึ่งต้องอาศัยการตีความว่าลักษณะเช่นนี้ถือเป็นฉันทามติที่เป็นการเห็นพ้องต้องกันหรือไม่

6.7 ข้อเสนอแนะ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือหลายแบบในระหว่างการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ระหว่างวันที่ 15-17 ธันวาคม 2553 พบว่าในภาพรวมของการจัดสมัชชาในครั้งนี้ เป็นไปตาม หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553 ตามที่กำหนดไว้ แต่มีข้อค้นพบบางประเด็นที่ สามารถนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการจัดงานและการยกระดับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้นได้ ดังนี้

6.7.1 ข้อเสนอต่อโครงสร้างกลไก

1) โครงสร้างของคณะอนุกรรมการดำเนินการและคณะทำงานในการประชุมเพื่อพิจารณาระเบียบวาระในแต่ละห้องประชุมมีความเหมือนกัน แต่กลไกในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการในแต่ละคณะ (คณะที่ 1, 2, 3) มีความแตกต่างกันบ้างในด้านการสรุปผลเป็นฉันทามติ ดังนั้นจึงควรกำหนดรายละเอียด ในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการดำเนินการ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้มีความชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2) ควรมีกลไกการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกเครือข่ายสมัชชาสุขภาพทุกประเภท (MS, MK, MA) ให้มีความพร้อมต่อการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

3) การอำนวยความสะดวก และการสนับสนุนผู้เข้าร่วมประชุมยังมีปัญหาบางจุด เช่น การประชาสัมพันธ์ การสื่อสารทางสังคมให้ทั่วถึง การเปลี่ยนแปลงกำหนดการบ่อย การสับสนในการรับเอกสาร ระบบเสียงในห้องประชุมใหญ่ การบริการอาหารกลางวันและอาหารว่างที่ไม่สะดวก เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมี การทบทวนและปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งควรมีการทบทวนสถานที่การจัดงานใหม่ ให้มีความสะดวก กว้างขวาง และสามารถจัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น

6.7.2 ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการ

1) ระเบียบวาระทั้งหมดไม่มีที่มาจากสมาชิกเครือข่ายสมัชชาพื้นที่ (รหัส MA) ทั้งที่เป็นกลุ่มเครือข่าย ที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด ดังนั้นจึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีระเบียบวาระที่มีที่มาจาก เครือข่ายสมัชชาในพื้นที่ให้มากยิ่งขึ้น

2) การคัดเลือกตัวแทนของภาคีเครือข่ายเข้าร่วมการประชุม พบว่าบางพื้นที่เป็นกลุ่มเดิม/ผูกขาด ทำให้กลุ่มอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ไม่มีโอกาสในการเข้าร่วมงาน ดังนั้นจึงควรมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก ผู้เข้าร่วมให้มีความเหมาะสม และครอบคลุมทั้งสามภาคส่วนให้มากยิ่งขึ้น

3) การเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมสมัชชา บางคนไม่ได้รับเอกสาร ไม่พยายามทำความเข้าใจหรือไม่ได้รับการอธิบายในเนื้อหาบางส่วนที่เข้าใจยาก จึงควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมเพิ่มมากขึ้น

4) ยังมีการนำเสนอความคิดเห็นส่วนบุคคลที่ไม่สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของเครือข่ายหรือสะท้อนให้เห็นถึงความคิดเห็นของเครือข่ายนั้น ๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีข้อกำหนดหรือหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนมากขึ้นต่อการนำเสนอเพื่อพิจารณาร่างมติในนามของกลุ่มเครือข่าย

5) Regional One Voice มีหลักการที่ดี แต่การนำมาใช้ในครั้งนี้นี้ยังไม่บรรลุผลเพราะยังมีการนำเสนอที่ขัดแย้งกันเองของจังหวัดในแต่ละภูมิภาค จึงควรมีมาตรการควบคุมกำกับให้ Regional One Voice สามารถเกิดผลในทางปฏิบัติได้จริงในอนาคตต่อไป

6) ในวาระเร่งด่วน มีการดำเนินการอย่างเร่งรีบ เครือข่ายส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ดังนั้นจึงควรพิจารณาทบทวนแนวทางปฏิบัติในเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวาระเร่งด่วน ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และควรมีระยะเวลาในการจัดทำร่างเอกสารที่เพียงพอ รวมทั้งให้เครือข่ายได้มีโอกาสในการเข้าร่วมพิจารณาในขั้นตอนต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง

7) การพิจารณาในวาระยืดเยื้อ มีเครือข่ายเข้าร่วมน้อย อาจทำให้การพิจารณาไม่รอบด้านและไม่ละเอียดรอบคอบ จึงควรมีหลักเกณฑ์กำหนดการเข้าร่วมในวาระยืดเยื้อให้มีจำนวนผู้แทนที่มากพอต่อการพิจารณา

8) การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย จัดในช่วงเวลาเย็นเกินไป และเวลาตรงกันกับวาระยืดเยื้อ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนไม่ได้เข้าร่วม จึงควรมีการบริหารจัดการให้มีช่วงเวลาที่มีความเหมาะสมมากขึ้น

9) ควรมีการนำเสนอนวัตกรรมการขับเคลื่อนมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของพื้นที่เพื่อเป็นต้นแบบให้กับผู้เข้าร่วมงาน ซึ่งผู้เข้าร่วมงานส่วนหนึ่งมีความต้องการเห็นรูปธรรมของการปฏิบัติตามมติในพื้นที่

10) ควรทำความเข้าใจในหลักเกณฑ์การประชุมให้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะลักษณะของการสรุปมติด้วยฉันทามติ ว่าควรมีรูปแบบใดได้บ้าง และกรณีให้มีการบันทึกข้อกังวลไว้ในมติถือว่าเป็นฉันทามติด้วยหรือไม่ เพราะมติที่มีข้อห่วงใยหรือข้อกังวลจะมีผลต่อประสิทธิภาพการนำไปขับเคลื่อนต่อไป

บทที่ 7

ผลการประเมินปลายน้ำ (Downstream Evaluation)

7.1 เกริ่นนำ

การประเมินปลายน้ำสำหรับกรณีของการประเมินการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ให้ความสำคัญกับการประเมินภายหลังการรับรองมติจากที่ประชุมซึ่งประกอบด้วยตัวแทนทุกภาคส่วน มติจากที่ประชุมจึงเปรียบเสมือนเป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม กระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน อย่างไรก็ตาม มติจากที่ประชุมหรือนโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นมาในแต่ละปีนั้นเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของกระบวนการนโยบายสาธารณะเท่านั้น ขั้นตอนต่อไปคือการนำมติหรือนโยบายฯ เหล่านี้ไปขับเคลื่อนจนเกิดผลเป็นรูปธรรม การประเมินว่านโยบายสาธารณะที่ได้พัฒนาขึ้นจากการจัดสมัชชาสุขภาพทั้ง 2 ครั้ง และการจัดสมัชชาสุขภาพในกรณีอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้นำไปสู่การขับเคลื่อนให้เกิดผลมากน้อยเพียงใดเป็นบทบาทหน้าที่ของการประเมินปลายน้ำที่จะกล่าวถึงในบทนี้ ตามกรอบแนวคิดในการประเมินที่ได้กล่าวไปแล้วในบทที่ 2 การประเมินปลายน้ำจะให้ความสำคัญกับกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อกระบวนการดังกล่าว โดยจะนำเสนอตามลำดับดังนี้

7.2 ขอบเขตของการประเมิน

1. ช่วงเวลา การประเมินปลายน้ำจะครอบคลุมมติจากการประชุมสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 1 – 3 แต่เนื่องจากระยะเวลาการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 3 หลังเวทีสมัชชาชาติมีช่วงระยะเวลาสั้น ดังนั้นรายงานฉบับนี้ น้ำหนักส่วนใหญ่จึงเป็นผลการขับเคลื่อนมติของสมัชชาครั้งที่ 1 และ 2
2. ระดับของการประเมิน การประเมินปลายน้ำจะให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับชาติ อันเป็นผลจากมติที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ควบคู่ไปกับการประเมินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับท้องถิ่นตามประเด็นที่ท้องถิ่นให้ความสนใจด้วยที่เป็นเช่นนี้เพราะในการพัฒนาประเด็นนโยบายจนออกมาเป็นมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น ส่วนหนึ่งก็เกิดขึ้นจากการรวมประเด็นในพื้นที่/ กลุ่มองค์กรภาคีเครือข่าย สนใจและดำเนินการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ เฉพาะประเด็นอยู่ แต่ก็ยังมีอีกหลายประเด็นที่ไม่ได้ถูกบรรจุไว้ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็นเหล่านี้พื้นที่หรือองค์กรภาคีเครือข่ายก็จะไปดำเนินการขับเคลื่อนเอง ซึ่งคณะประเมินก็ไม่ได้ละเอียดที่จะประเมินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของพื้นที่ด้วยเช่นกัน

7.3 ระเบียบวิธีการประเมิน

ในเบื้องต้นคณะผู้วิจัยอาศัยข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง อาทิ รายงานการประชุม รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และอื่นๆ มีการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดงานจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังอาศัยข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้เก็บข้อมูลกับภาคีเครือข่ายที่มาร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วยจำนวนหนึ่ง รวมทั้งข้อมูลจากการประชุมวิชาการสรุปบทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2554 และการประชุมเชิงปฏิบัติการ “การจัดการความรู้จากการประเมินเพื่อการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” เมื่อวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ.2554

คณะผู้วิจัยนำข้อมูลจากทุกแหล่งดังกล่าวข้างต้น มาวิเคราะห์และสรุปผลตามกรอบแนวคิดการประเมินปลายน้ำ ที่เน้นกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ รวมทั้งปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ซึ่งในหัวข้อต่อไปจะได้นำเสนอผลการประเมินตามลำดับ

7.4 ผลการประเมิน

7.4.1 ข้อสังเกตต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 – 3

หากพิจารณาที่ลักษณะของมติแต่ละข้อที่ได้จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทั้ง 3 ครั้ง บนหลักการของการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายตามหลักนโยบายสาธารณะแล้วจะพบว่า มติส่วนใหญ่มีความเข้มข้นจริงจัง และหากดำเนินการตามมติอย่างครบถ้วนจะก่อให้เกิดประโยชน์และนำพาสังคมไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ตัวอย่างมติที่น่าสนใจ เช่น

“ให้กระทรวงการคลังพิจารณา เพิ่มภาษีการนำเข้าแร่ใยหิน และลดอัตราภาษีการนำเข้าของสารที่นำมาใช้ทดแทนที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยกำหนดเป็นเงื่อนไขพิเศษที่จะไม่กระทบต่อการจัดเก็บภาษีของสารอื่นที่อยู่ในรหัสเดียวกัน”

“ออกหรือปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ ที่มีอยู่ให้เอื้อต่อการสนับสนุนให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรด้านคนพิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าเป็นหน่วยร่วมในการจัดบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ”

“ให้กระทรวงแรงงานเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี กรมบัญชีกลาง และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ศึกษาเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ ในการขยายสิทธิการลาคลอด และพิจารณาปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิลาคลอดให้เป็น 180 วัน...”

“ให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ สำนักงานมัยกรุงเทพมหานครและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลที่มีศักยภาพในการจัดการข้อมูลและให้ความรู้แก่ประชาชนไทย...”

“สนับสนุนให้มีการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ในหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลการเจรจาการค้าเสรี...”

“ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ส่งเสริมการผลิตเมล็ดพันธุ์ข้าวชุมชนหรือศูนย์ผลิตเมล็ดพันธุ์ข้าวชุมชน”

“สนับสนุนการวิจัย การรวบรวมข้อมูล และจัดให้มีศูนย์ให้ความรู้และให้คำแนะนำ ปรึกษาการทำเกษตรอินทรีย์ เกษตรปลอดภัย หรือเกษตรธรรมชาติที่เหมาะสมกับพื้นที่”

“เร่งรัดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นค้นหา ช่วยเหลือบุคคลไร้รัฐ ไร้สัญชาติที่พำนักในประเทศไทย ประชาชนชาวไทยที่ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก เพื่อให้สามารถเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า”

“ขอให้รัฐบาลและทุกภาคส่วนของสังคมไทย ให้สัตยาบันว่าจะให้ความสำคัญกับผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม ไม่น้อยไปกว่าผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ในทุกกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกลไกการค้าระหว่างประเทศ และแสดงจุดยืนในการป้องกันผลกระทบดังกล่าวต่อผู้เจรจาต่างประเทศ”

มิติข้างต้นเป็นเพียงตัวอย่างของมติหรือนโยบายจากที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา แต่จากการศึกษามติทั้งหมดจากสมัชชาสุขภาพแล้วพบว่า มีการกระจายไปอย่างเหมาะสม กล่าวคือ **นโยบายเหล่านี้ประกอบไปด้วยนโยบายที่น่าจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหาโดยตรง** เช่น การผลักดันกฎหมาย การดำเนินการเพื่อแก้ไขเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยทันที นโยบายกลุ่มนี้มีมากที่สุด **นโยบายกลุ่มที่สองคือ นโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงาน** เช่น การสร้างฐานข้อมูล การประสานความร่วมมือ การสร้างความรู้ด้วยการวิจัย เป็นต้น นโยบายกลุ่มนี้มีจำนวนมากเป็นอันดับที่สอง และนโยบายที่มีน้อยที่สุดคือ **นโยบายที่ชักจูงให้เห็นความสำคัญ หรือให้เกิดพลังในการทำงาน** เช่น การสร้างความตระหนัก การรณรงค์ การสื่อสารต่อสาธารณะ เป็นต้น การที่นโยบายจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระจายตัวไปในลักษณะเช่นนี้ ทำให้มั่นใจได้ว่า หากการดำเนินการเป็นไปตามนโยบายเหล่านี้เป็นอย่างดี ย่อมจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่คาดหวังไว้

นอกจากจุดแข็งของตัวนโยบายที่ผ่านมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวแล้วนั้น ตัวนโยบายเองก็มีความสอดคล้องกับสากลในหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง เยาวชนและครอบครัว แร่ใยหิน แรงงานนอกระบบ การเข้าถึงยา เป็นต้น รวมทั้งยังมีความสอดคล้องกับการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยไม่มากนักน้อย ทำให้ดูเหมือนว่ามีความเป็นไปได้ที่นโยบายดังกล่าวจะสามารถขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติได้จริง

7.4.2 ข้อสังเกตต่อการขับเคลื่อนมติ

การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพให้เกิดผลตามที่คาดหวังไว้นั้น จำเป็นต้องอาศัยพลังการขับเคลื่อนอย่างมาก ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

1) มติจากสมัชชาสุขภาพส่วนใหญ่จะระบุให้หน่วยงานอื่น ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน เป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งมักจะเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ ไม่มากนักน้อย และอาจมีการดำเนินการอยู่ก่อนแล้ว อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายเป็นองค์กรอื่นนั้น ต้องอาศัยการยอมรับ การมีส่วนร่วม รวมทั้งการกำกับดูแลติดตามอย่างมาก จึงจะเกิดผล เพราะบางเรื่องก็เป็นเรื่องใหม่สำหรับหน่วยงาน หากไม่ทำความเข้าใจอาจจะทำให้ดูเหมือนไปเพิ่มภาระให้กับหน่วยงานได้

2) มติส่วนใหญ่ต้องอาศัยทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณในการดำเนินการไม่น้อย ซึ่งกระบวนการทางงบประมาณของหน่วยงานโดยเฉพาะหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีการเตรียมการล่วงหน้าเป็นปี และอาจไม่สอดคล้องกับการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพซึ่งมักจะออกมาในช่วงเดือนธันวาคม ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของปีงบประมาณใหม่แล้ว จึงอาจมีผลให้การดำเนินการตามมติไม่สามารถดำเนินการได้หรือต้องล่าช้าออกไป ในบางเรื่องอาจก่อให้เกิดความเสียหายได้

3) มติหลายข้อระบุให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน แม้ว่าที่ผ่านมามีความพยายามในการบูรณาการงานของหน่วยงานต่างๆ เข้าด้วยกัน แต่ยังมีปัญหาอยู่มาก เราจึงเห็นการทำงานในประเด็นเดียวกันซ้ำซ้อนกันอยู่มากในสังคมไทย การให้หน่วยงานทั้งสามภาคส่วนทำงานร่วมกันจึงไม่ใช่เรื่องง่ายและต้องใช้ศักยภาพสูงมากในการทำงานร่วมกัน

4) การขับเคลื่อนมติที่แม้จะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการชัดเจน ก็เชื่อว่าดำเนินการได้โดยง่าย เพราะมติที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น มักมีฐานคิดบางอย่างแทรกอยู่ ทำให้การดำเนินการตามมติต้องคำนึงถึงฐานคิดเหล่านั้นด้วย อาทิ การทำงานแบบมีส่วนร่วม การทำงานบนฐานความรู้ การสื่อสารสาธารณะ การมีศรัทธาร่วม การเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ฯลฯ ซึ่งอาจมีผลให้หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องปรับตัวและปรับวิธีการทำงานอยู่ไม่น้อย

5) มติในนโยบายหลายข้อเกี่ยวข้องกับการปรับปรุงหรือพัฒนาข้อกำหนด ซึ่งต้องอาศัยพลังทางการเมืองในการผลักดันให้ข้อกำหนดหรือกฎหมายต่างๆ ผ่านการพิจารณา รวมทั้งยังต้องการเวลามากพอสมควรในการดำเนินการตามขั้นตอน

6) มติในบางประเด็นที่ไม่ได้ระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบรวมทั้งวิธีการดำเนินงานอย่างชัดเจนนั้น อาจพิจารณาได้ทั้งเป็นความเสี่ยงและเป็นโอกาส ในด้านความเสี่ยงอาจมองว่าความไม่ชัดเจนในตัวองค์กรที่จะมาดำเนินการรวมทั้งสิ่งที่จะต้องปฏิบัตินั้น ทำให้การขับเคลื่อนมติเป็นไปได้ยากขึ้น ในส่วนของโอกาสก็พบว่า ตัวมติเองก็เป็นแหล่งอ้างอิง ที่ทำให้หน่วยงานจำนวนไม่น้อย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานวิชาการต่างๆ ที่สนใจในประเด็นเดียวกันกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้นำเอามติไปขับเคลื่อนเองได้อย่างเป็นรูปธรรมได้เช่นเดียวกัน

สรุปได้ว่าการขับเคลื่อนมติหรือนโยบายสาธารณะจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ต้องอาศัยพลังหลายประการทั้งพลังเครือข่าย พลังทรัพยากร พลังการเมือง และอื่นๆ

7.4.3 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะจากสมัชชาสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดทำเอกสาร 3 ฉบับที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ.2552 จำนวน 6 เรื่อง เอกสารสรุปผลการประชุมตามระเบียบวาระที่ 12 เรื่อง รายงานการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 2 พ.ศ.2552 จำนวน 6 เรื่อง และรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ.2553 จำนวน 8 เรื่อง ซึ่งเอกสารทั้ง 3 ฉบับได้มีรายละเอียดการติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างละเอียดแล้ว คณะผู้ประเมินจะจัดระบบการนำเสนอใหม่โดยจะสกัดประเด็นสำคัญๆ ตามกรอบแนวคิดการประเมินปลายน้ำ ดังนี้

รูปแบบการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารพบว่า การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพอาจเป็นไปได้ 4 รูปแบบ แต่ละรูปแบบมีการดำเนินการดังนี้

1. การขับเคลื่อนผ่านศูนย์กลางของการตัดสินใจเชิงนโยบายของประเทศ กล่าวคือ คสช. นำมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เสนอต่อนายกรัฐมนตรี (ประธาน คสช.) เพื่อนำเข้าสู่คณะรัฐมนตรีและผลักดันให้นำไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน หรือในบางประเด็นก็ผ่านกระบวนการทางสภา ได้แก่วุฒิสภาและสภาผู้แทนราษฎร จนประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา ตัวอย่างเช่น ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น การขับเคลื่อนในรูปแบบนี้มีข้อดีสี่ประการ คือ **ประการแรก** การได้ใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาอย่างครบถ้วนทั้งพลังความรู้ พลังการมีส่วนร่วมและพลังการเมือง มีผลให้มีความเป็นไปได้ที่จะขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้จริง **ประการที่สอง** มติคณะรัฐมนตรีแม้ไม่ปรากฏหมายแต่หากมติจากสมัชชาสุขภาพได้ผ่านการรับรองจากคณะรัฐมนตรี ย่อมเป็นเครื่องรับประกันถึงความชอบธรรมของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ในฐานะเป็นเครื่องมือหนึ่งของกระบวนการนโยบายสาธารณะ ที่จะทำให้หน่วยงานราชการต่างๆ ตามที่ปรากฏในมติสมัชชาสุขภาพต้องมีความรับผิดชอบที่จะดำเนินการตามมติ **ประการที่สาม** มติคณะรัฐมนตรีสามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงในการจัดทำแผนงานโครงการของหน่วยงานได้ ซึ่งจะช่วยให้แผนงานโครงการมีความสำคัญ น่าสนใจ และมีโอกาสได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการ **ประการสุดท้าย** นอกจากจะเป็นแหล่งอ้างอิงในการจัดทำแผนงานโครงการแล้ว มติสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมติคณะรัฐมนตรี หรือประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วนั้น ยังใช้เป็นแหล่งอ้างอิงเมื่อมีนโยบายอื่นที่ขัดแย้งกับมติสมัชชาสุขภาพด้วย เช่น กรณีนโยบายส่งเสริมการลงทุนในโรงพยาบาล ที่เสนอโดย ที่ประชุมคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) และได้รับการร้องเรียนจากเครือข่าย 22 องค์กรว่าขัดแย้งกับธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ข้อ 51 ที่ว่า รัฐไม่พึงให้การสนับสนุนหรือให้สิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ มีผลให้นโยบายดังกล่าวถูกระงับไป

ภายหลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี มีการตัดสินใจเชิงนโยบายระดับสูงแล้ว จะเกิดกระบวนการที่นำไปสู่การขับเคลื่อนหลายขั้นตอนด้วยกัน ซึ่งก็ประกอบไปด้วยการตั้งคณะกรรมการขึ้นมารับผิดชอบ การแปลงนโยบายไปสู่แผนยุทธศาสตร์ การสื่อสาร การติดตามและอื่นๆ ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

2. การขับเคลื่อนโดยหน่วยงานที่ระบุตามมติสมัชชาสุขภาพ มีมติจำนวนมากจากสมัชชาสุขภาพ (โดยเฉพาะในปีที่ 2 และ 3) ที่ระบุให้หน่วยงานต่าง ๆ ไปดำเนินการ บางมติดำเนินการเอง บางมติดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่น สุข.ในฐานะเป็นหน่วยงานประสานนโยบายจะทำหน้าที่สื่อสารกับหน่วยงาน เพื่อทำความเข้าใจมติ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงสิ่งที่หน่วยงานได้ดำเนินการแล้วหรือยังดำเนินการอยู่ เพื่อเป็นช่องทางในการขับเคลื่อนมิตรร่วมกันต่อไป

3. การขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีมติสำคัญที่ สช. จะต้องเป็นผู้ดำเนินการ ได้แก่ การติดตามมติต่างๆ จากสมัชชาสุขภาพ รวมทั้งมติในเรื่องอื่น เช่น การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการค่าเสรี การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย (ผลิตภัณฑ์ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยา) เป็นต้น บทบาทที่กำหนดไว้ในมติดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินการเองและไปเชื่อมประสานให้เกิดการขับเคลื่อน

4. การขับเคลื่อนโดยหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจหมายถึง ภาครัฐ ภาคประชาสังคม หรือเครือข่ายขับเคลื่อนงานพัฒนาในพื้นที่ โดยที่หน่วยงานเหล่านี้ไม่ได้ถูกระบุความรับผิดชอบไว้ในมติ แต่มีความสนใจและเห็นด้วยกับแนวทางของสมัชชาสุขภาพ อาจมีบทบาทในสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่เฉพาะประเด็นหรือไม่ก็ได้ เรียกว่าเป็นเครือข่ายเชิงนโยบาย (Policy network)¹ ที่นำมติบางข้อไปขับเคลื่อนเอง เช่น กรณีธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ กรณีสุขภาวะทางเพศ กรณีสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว กรณีการแพทย์แผนไทย กรณีการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรุนแรงและโรคอ้วน ที่มีการขับเคลื่อนแผนงานโครงการในหลายพื้นที่ เป็นต้น การขับเคลื่อนในรูปแบบนี้แม้จะมีความยากในการติดตาม แต่ในระยะยาวถือว่ามีผลดี เพราะจะเป็นการขับเคลื่อนสังคมไปในทิศทางเดียวกันโดยไม่ต้องใช้การควบคุมจากศูนย์กลาง

เมื่อพิจารณากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะจากมติสมัชชาสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดการประเมินปลายน้ำ ในส่วนของกระบวนการมีผลการประเมินตามตารางที่ 7.1

¹ หมายถึง คน กลุ่มคน หรือองค์กร ที่มีวิถีคิด วิถีปฏิบัติในกระบวนการนโยบายสาธารณะคล้ายคลึงกัน แม้ไม่ได้ทำงานร่วมกันหรือมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันโดยตรง แต่ต่างก็ทำงานของตนบนฐานคิดเดียวกัน ตามแนวคิดเรื่องนโยบายสาธารณะเชื่อว่า หากสังคมมีเครือข่ายเชิงนโยบายที่ใหญ่และกว้างขวางแล้ว จะสามารถขับเคลื่อนสังคมไปในทิศทางเดียวกันได้ ตัวอย่างเครือข่ายเชิงนโยบายในสังคมไทยได้แก่ เครือข่ายที่เชื่อในเรื่อง สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา หรือเกษตรกรรมยั่งยืน เป็นต้น

ตารางที่ 7.1 ผลการประเมินกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะจากมติสมัชชาสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน
ความเชื่อมโยงในการขับเคลื่อนข้อเสนอ (มติ)	มติสมัชชาสุขภาพมีความสอดคล้องกับแนวทางสากลในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของนานาชาติ สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และด้วยกระบวนการพัฒนาและรับรองมติสามารถเป็นเครื่องรับประกันได้ในระดับหนึ่งว่ามติมีความสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่
การผสมผสานแผนงาน/โครงการให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานขององค์กรภาคีเครือข่าย	โดยภาพรวมยังอยู่ในระหว่างการดำเนินงานสร้างความเข้าใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานที่ขับเคลื่อนในประเด็นเดียวกัน มีการตั้งคณะทำงาน/ คณะกรรมการชุดต่างๆ มากมาย เริ่มมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในบางประเด็น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากภาคีเครือข่ายได้รายงานว่ามีการขับเคลื่อนตามรูปแบบที่ 4 คือ เครือข่ายไปดำเนินการเอง เช่น ประเด็นสุขภาวะทางเพศ ผลกระทบจากสื่อต่อเด็กเยาวชนและครอบครัว บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ประเด็นเหล่านี้ภาคีเครือข่ายมีการดำเนินการอยู่ก่อนจนสามารถผสมผสานแผนงาน/โครงการให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานปกติแล้ว และอาศัยมติสมัชชาสุขภาพไปต่อยอดการดำเนินงาน
ความยึดมั่นและดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ	มติส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างการเตรียมการ สร้างความเข้าใจ หรือพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ จึงไม่อาจประเมินได้ ในส่วนของมติที่มีการขับเคลื่อนโดยเครือข่ายเชิงยุทธศาสตร์ (รูปแบบที่ 4) มีการดำเนินการต่อเนื่องจนเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ อาทิ การจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (อ่างทอง ลำพูน สิงห์บุรี เป็นต้น) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม (เครือข่ายลุ่มน้ำท่าจีน)
ความหลากหลายของช่องทางในการขับเคลื่อน	มีความหลากหลายถึง 4 ช่องทาง ที่ผสมผสานแนวความคิดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์จากบนลงล่าง (top-down approach) จากล่างขึ้นบน (bottom-up approach) และแบบเครือข่ายการทำงาน (network approach) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความก้าวหน้าของการดำเนินงาน พบว่า หลายมติที่ สข. รับผิดชอบไปดำเนินการเองนั้น มีความก้าวหน้าอย่างเห็นได้ชัด สำหรับรูปแบบที่ 4 มีความก้าวหน้ามากโดยเฉพาะในเรื่อง ธรรมนูญสุขภาพระดับท้องถิ่น สุขภาวะทางเพศ นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนา ระบบสุขภาพ ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลกระทบจากสื่อต่อเด็กเยาวชนและครอบครัว สำหรับรูปแบบที่ 1 และ 2 โดยภาพรวมยังอยู่ในระหว่างเริ่มดำเนินการ เพราะต้องผ่านขั้นตอนในระบบปกติอีกมาก

ตารางที่ 7.1 ผลการประเมินกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะจากสมัชชาสุขภาพ (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน
ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการ	แม่ สุข. จะมีบทบาทในการติดตามสมัชชาสุขภาพ และจัดทำรายงานความก้าวหน้าทุกปีก็ตาม แต่เนื่องจากมตินั้นครอบคลุมการดำเนินงานของหน่วยงานจำนวนมาก รวมทั้ง การขับเคลื่อนมติในรูปแบบที่ 4 เองก็มีความหลากหลาย ยากแก่การติดตาม เพราะไม่ทราบแน่ชัดว่ามีพื้นที่ใดไปขับเคลื่อนบ้าง การติดตามที่มีลักษณะตั้งรับและไม่เป็นระบบ (Ad-hoc evaluation) เช่นนี้ ยากที่จะได้สารสนเทศที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการได้
การนำผลการประเมินไปใช้พัฒนา	เนื่องจากอยู่ในระหว่างเริ่มดำเนินการจึงยังไม่อาจประเมินได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนมติไปบ้างแล้ว พบว่า การนำผลการประเมินไปใช้มีไม่มากนัก หรือถ้าจะมีก็เป็นกรณีๆ ไป
การพัฒนาศักยภาพที่องค์กรภาคีเครือข่ายได้รับ และการจัดกระบวนการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ	ในช่วง 2 ปีแรก เป็นการสร้างความเข้าใจร่วมมติ เรียนรู้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ และเรียนรู้ประสบการณ์ของภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนในประเด็นเดียวกัน ยังไม่มีการพัฒนาศักยภาพที่เป็นระบบอย่างเป็นทางการ

สรุปว่าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพทั้ง 4 รูปแบบดังได้กล่าวข้างต้นนั้น อยู่ในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินงาน ในภาพรวมอาจยังไม่ครบทุกขั้นตอนของกระบวนการขับเคลื่อนนโยบาย และมีความก้าวหน้าที่มากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละรูปแบบดังได้กล่าวแล้ว ในหัวข้อต่อไปจะได้กล่าวถึงผลการขับเคลื่อนมติหรือนโยบายสาธารณะจากสมัชชาสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการขับเคลื่อนตามลำดับ

7.4.4 ผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ

จากการประเมินกระบวนการขับเคลื่อนมติหรือนโยบายสาธารณะจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ทำให้เห็นได้ว่ากระบวนการดังกล่าวอยู่ในระยะเริ่มต้น ยังไม่สามารถก่อให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมตามกรอบแนวคิดการประเมินปลายน้ำได้มากนัก หรือหากจะมีผลการดำเนินงานในแต่ละประเด็นเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ก็อาจเป็นผลที่เกิดจากการดำเนินงานตามนโยบายอื่นที่อาจไม่ได้เกิดจากสมัชชาสุขภาพโดยตรงหรือไม่ได้ใช้กระบวนการสมัชชาในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ดังนั้น การพิจารณาผลการขับเคลื่อนมติต้องแยกแยะให้ได้ว่าจะอะไรเป็นผลจากสมัชชาสุขภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาแหล่งข้อมูลต่างๆ พอสรุปได้ว่า การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมาได้ก่อให้เกิดรูปธรรมของการขับเคลื่อนดังแสดงในตารางที่ 7.2

ตารางที่ 7.2 รูปธรรมของผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ และความสอดคล้องกับตัวชี้วัด

รูปธรรมของผลการขับเคลื่อนมติ	ความสอดคล้องกับตัวชี้วัด
1. เกิดการตัดสินใจเชิงนโยบายระดับชาติ อันเนื่องนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน คสช. โดยตำแหน่งทำให้เมื่อมีเรื่องที่เกี่ยวข้อง สช.จะนำเรื่องเข้าสู่ คสช. และผลักดันสู่การตัดสินใจได้ทันที ตัวอย่างเช่น กรณีการยับยั้งนโยบายส่งเสริมการลงทุนในโรงพยาบาลไทยให้กลายเป็นศูนย์อุตสาหกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งขัดกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552	- การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ
2. เกิดแผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนมติ เช่น ยุทธศาสตร์การผลักดันธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ยุทธศาสตร์การทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ เป็นต้น การจัดทำยุทธศาสตร์ถือเป็นความก้าวหน้าสำคัญ เพราะจะทำให้เกิดรูปธรรมของการดำเนินงานมากขึ้น เพราะมีเป้าหมาย มาตรการและตัวชี้วัดชัดเจน	- ความเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะ - ความสัมพันธ์ที่ดีขององค์กรภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
3. เกิดการแปลงมติไปสู่แผนงาน/โครงการ ในระดับพื้นที่ ในที่นี้หมายถึงการที่พื้นที่ได้นำเอามติและแนวทาง หลักการสมัชชาสุขภาพไปขับเคลื่อนในพื้นที่ตามรูปแบบที่ 4 เช่น โครงการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นจังหวัดปัตตานีได้พัฒนาแผนงานเยียวยาสังคม โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ โครงการลดอันตรายจากเหล้าเพื่อลดความรุนแรงในครอบครัว โครงการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การนำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปขับเคลื่อนเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ (มีธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่เกิดขึ้นและอยู่ในระหว่างดำเนินการทั่วประเทศไม่ต่ำกว่า 20 พื้นที่) โครงการอื่นๆ อีกมากมายกระจัดกระจายไปทั่วประเทศ แต่เป็นการขับเคลื่อนในบางมิติของแต่ละประเด็นจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ซึ่งถือว่าเป็นส่วนน้อยเมื่อเทียบกับมติทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	ในระยะยาวจะนำไปสู่ - การเปลี่ยนแปลงในระดับปัจเจก - การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ - ความสามารถขององค์กรภาคีเครือข่ายในการใช้ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเด็นสุขภาพะอื่น
4. เกิดการผลักดันข้อกำหนด กฎหมายต่างๆ และอยู่ในระหว่างขั้นตอนของการดำเนินการประกาศใช้ ซึ่งมีความพยายามในการผลักดันกฎหมายตามมติมากมาย อาทิ ร่าง พรบ.การจัดตั้งกองทุนการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ร่าง พรบ.คุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน พ.ศ.... ร่าง พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.... เป็นต้น อย่างไรก็ตามการผลักดันกฎหมายเหล่านี้ให้มีผลในทางปฏิบัติอาจใช้เวลานานข้ามมาก รวมทั้งกฎหมายบางฉบับที่อิงอยู่กับรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.2550 อาจต้องขลอออกไปเนื่องจากมีการปรับรัฐธรรมนูญ เช่น กฎหมายว่าด้วยการกำหนดขั้นตอนและวิธีการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศตามเจตนารมณ์รัฐธรรมนูญ 2550 มาตรา 190 วรรค 5 เป็นต้น	- การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ - ความเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะ

ตารางที่ 7.2 รูปธรรมของผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ และความสอดคล้องกับตัวชี้วัด (ต่อ)

รูปธรรมของผลการขับเคลื่อนมติ	ความสอดคล้องกับตัวชี้วัด
5. เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงาน เช่น มีคณะทำงานหรือคณะกรรมการชุดต่างๆ จำนวนมากตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะนโยบายแห่งชาติ เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ อาทิ มีการตั้งทบวงการะบบการพัฒนารัฐบาลจังหวัดชายแดนภาคใต้ ภายใต้ร่าง พรบ.การบริหารราชการจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ.... มีการจัดตั้งศาลแพ่งคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม มีการจัดตั้งสำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้	<ul style="list-style-type: none"> - การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ - ความสัมพันธ์ที่ดีขององค์กรภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
6. เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความเข้าใจร่วมกันในประเด็นตามมติสมัชชาสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาได้เกิดเวทีลักษณะดังกล่าวขึ้นมากในทุกประเด็นตามมติ ไม่ว่าจะเป็นด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเด็กและเยาวชน ด้านการค้าเสรี และอื่นๆ การเกิดเวทีเช่นนี้ในช่วงแรกของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพถือว่ามีความจำเป็น โดยเฉพาะกับประเด็นที่ยาก กว้างขวาง และมีความสลับซับซ้อน เพราะนอกจากทำให้ภาคีเครือข่ายทั้งหลายได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันแล้ว สุข. เองก็จะได้ทราบความเคลื่อนไหวด้วยว่าในประเด็นดังกล่าวมีหน่วยงานใดขับเคลื่อนอยู่และมีผลการดำเนินงานอย่างไร ที่สำคัญก็คือ ทุกภาคส่วนจะได้มาเข้าใจถึงแนวทางการสร้างสุขภาพะบบหลักการสมัชชาสุขภาพร่วมกัน และได้เข้าใจถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมซึ่งจะมีผลดีในระยะต่อไป นอกจากนี้ในการประชุมร่วมกันนั้นอาจได้ความเห็นร่วมบางอย่างเพื่อนำไปดำเนินการต่อไป	<ul style="list-style-type: none"> - ความเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะ - ความสัมพันธ์ที่ดีขององค์กรภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ - การเกิดขึ้นขององค์กรภาคีเครือข่ายใหม่ที่สนใจในนโยบายสาธารณะร่วมกัน
7. เกิดโครงการวิจัยเชิงนโยบาย อาทิ Border measures and Counterfeit Medical Products และ Patent Law Property เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายการค้าเสรี และอื่นๆ ที่จะมีการศึกษาวิจัยตามมาในปีที่ 3	<ul style="list-style-type: none"> - ความเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะ - การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ

จะเห็นว่าการดำเนินงานในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาทั้งในปีที่ 3 ของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ก่อให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพมากมายในแต่ละปี แต่เมื่อพิจารณาถึงการขับเคลื่อนไปสู่ผลที่เป็นรูปธรรมนั้นยังไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระหว่างเริ่มหรือรอการดำเนินการหรือรอจังหวะเวลาที่เอื้ออำนวย (policy window) สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการขับเคลื่อนน่าจะมี 3 ประการ ดังนี้

1) ตัวมติเองที่บางประเด็นก็มีขอบเขตที่กว้างขวาง เกี่ยวข้องกับหน่วยงานมากและไม่สามารถหาเจ้าภาพในการดำเนินการได้ อาทิ เรื่องเด็กและเยาวชน สุขภาวะทางเพศ ทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทำให้ต้องเกิดเวทีชี้แจงทำความเข้าใจอย่างมาก และจากที่สังเกตจากเอกสารการประชุมก็พบว่าข้อสรุปจากเวทีเหล่านี้ยังไม่สามารถนำไปขับเคลื่อนให้เป็นรูปธรรมได้ มักเป็นข้อเสนอใหญ่ๆ เช่น ต้องเร่งผลักดันกฎหมาย ต้องปฏิรูปหลักสูตรการศึกษาทุกระดับ สนับสนุนงบประมาณในการขยายพื้นที่ในการทำงาน ขอให้หน่วยงานให้ทุนวิจัยไปพิจารณา เป็นต้น ซึ่งหากข้อเสนอจากเวทีเป็นเช่นนี้ การขับเคลื่อนตัวอย่างต่อเนื่องคงเป็นไปได้ยาก

2) คณะกรรมการที่เข้ามาดำเนินงานนั้นมืองค์ประกอบไม่ครบทุกภาคส่วน และบางชุดก็มีข้อสังเกตว่ามาจากภาควิชาการค่อนข้างมาก ทำให้การขับเคลื่อนที่ต้องอาศัยพลังเครือข่ายนั้นเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้แม้จะพบว่ามีการตั้งคณะกรรมการจำนวนมากแต่ก็ยังเป็นที่น่าสงสัยว่าคณะทำงานหรือคณะกรรมการเหล่านี้จะทำงานอย่างไร มีเครื่องมือหรือทรัพยากรจากที่ใดมาอำนวยความสะดวกในการทำงาน

3) ข้อจำกัดด้านกฎระเบียบขององค์กรที่จะร่วมขับเคลื่อน โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐที่มีกรอบเวลาข้อกำหนดในการดำเนินงาน ตัวอย่างเช่น หน่วยงานภาครัฐมีข้อตกลงปฏิบัติราชการล่วงหน้า (performance agreement) มีแผนปฏิบัติการล่วงหน้า 1 ปี เช่นเดียวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีแผนปฏิบัติการล่วงหน้าก่อนการลงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทำให้เมื่อมีมติแล้วจะนำไปสู่การขับเคลื่อนได้ทันทีนั้นเป็นเรื่องยาก

4) ความรู้สึกเป็นเจ้าของ หน่วยงานที่เป็นผู้ดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างน้อยเพียงใดในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หากมีส่วนร่วมมากความรู้สึกเป็นเจ้าของก็จะมี และจะเห็นประโยชน์ว่าเมื่อได้ผลักดันเป็นนโยบายระดับชาติแล้วจะมีพลังในการขับเคลื่อนต่อ แต่ถ้าหน่วยงานไม่ได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกระบวนการพัฒนามติ ก็จะไม่รู้สึกเป็นเจ้าของ และอาจไม่เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าว ซึ่งส่งผลให้ไม่เกิดการดำเนินการตามมติ

7.5 ปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อกระบวนการขับเคลื่อนและผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ

ผลการประเมินกระบวนการขับเคลื่อนและผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพทั้งสี่รูปแบบ สรุปได้ว่ามีพัฒนาการความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานแตกต่างกันไป เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการประเมินปลายน้ำ พบว่ามีปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องของหลายประการ ดังนี้

2.1 การมีส่วนร่วมของภาคีผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ข้อมูลจากเอกสารและผลการสรุปทบทวนการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ผลตรงกันว่า องค์ประกอบของผู้มีส่วนได้เสียนั้นไม่ครบถ้วนและสมดุล ตั้งแต่กระบวนการรับรองมติ เพราะตามหลักการแล้วควรมีองค์ประกอบครบทั้ง 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน แต่พบว่าบางประเด็นมีภาคเอกชนเข้าร่วมน้อยมาก หรือภาครัฐที่มาเข้าร่วมก็มาในลักษณะตัวแทน และอาจไม่กล้าตัดสินใจในประเด็นสำคัญๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระบวนการพิจารณามติที่ให้เครือข่ายไปดำเนินการนั้น มีคุณภาพของการออกแบบกระบวนการเพื่อคัดเลือกผู้มีส่วนได้เสียที่แตกต่างกัน หรืออาจเป็นเพราะความสัมพันธ์ระหว่างภาคีผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ไม่เอื้อต่อการสร้างการมีส่วนร่วม หรือเป็นเพราะกระบวนการรับรองมติในพื้นที่ที่มีความเร่งรีบก็ตาม เมื่อมติไม่ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง การขับเคลื่อนหลังการรับรองมติก็น่าจะมีปัญหาตามมา เช่น การไม่รับรู้ ไม่เข้าใจในมติ เป็นต้น

นอกจากนี้ในประเด็นผู้มีส่วนได้เสียมักพบว่า ในการขับเคลื่อนนั้นองค์กรที่รับผิดชอบมักใช้วิธีการเดิม ในขณะที่กระบวนการสมัชชาสุขภาพนั้นมีหลักการร่วมกันหลายประการดังได้กล่าวไปแล้ว ทำให้ยังมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาผู้มีส่วนได้เสียอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

2.2 การสื่อสารทางสังคม อาจกล่าวได้ว่า สข.และภาคีเครือข่ายมีการลงทุนอย่างมากในการสื่อสารทางสังคมถึงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ โดยใช้การสื่อสารหลายรูปแบบ ทั้งการสื่อสารด้วยเอกสาร การประชุมชี้แจงทำความเข้าใจต่อคณะกรรมการชุดต่างๆ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งการสื่อสารผ่านเว็บไซต์ต่างๆ แต่หากพิจารณาในแง่ของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร อาจแยกได้เป็นสองกรณี **กรณีแรก** หากเป็นการสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมติจะไปอยู่ในผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระดับสูง หรือตัวแทนหน่วยงาน ซึ่งต้องสื่อสารลงไปอีกหลายทอดกว่าจะถึงประชาชนทั่วไป มีผลให้ข่าวสารไปไม่ถึงเท่าที่ควร ดังตัวอย่างที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ไม่ได้รับรู้หรือรับทราบมติสมัชชาสุขภาพ เรื่องการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม มีเพียงส่วนน้อยที่รับรู้เรื่องเหล่านี้ ซึ่งก็มักเป็นภาคีเครือข่ายของสมัชชาสุขภาพโดยตรง **กรณีที่สอง** การสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ เฉพาะพื้นที่/ เฉพาะประเด็นจะได้ผลมากกว่า เพราะขอบเขตการสื่อสารแคบกว่านั่นเอง

มีข้อสังเกตเพิ่มเติมจากการประเมินการสื่อสารทางสังคม ที่สืบเนื่องจากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ว่า ภาคีเครือข่ายยังมีความคาดหวังต่อการทำงานของ สข. ไม่ตรงกับบทบาทที่เป็นจริงของ สข. กล่าวคือภาคีเครือข่ายยังคาดหวังให้ สข. เป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อนเรื่องต่าง ๆ ในขณะที่ตามบทบาทแล้วไม่ได้เป็นเช่นนั้น สิ่งนี้เป็นประเด็นที่จะต้องสื่อสารและทำความเข้าใจกันอย่างมากต่อไป

2.3 โครงสร้างกลไกการบริหารจัดการ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะทั้ง 4 รูปแบบดังกล่าวข้างต้น มักมีโครงสร้างกลไกการบริหารจัดการในรูปแบบที่ไม่ต่างกันมากนัก กล่าวคือ เป็นการดำเนินการในรูปคณะกรรมการ เช่น คณะกรรมการดำเนินงาน คณะกรรมการยุทธศาสตร์ คณะกรรมการติดตามและประเมินผล เป็นต้น คณะกรรมการที่รับผิดชอบขับเคลื่อนมักเป็นตัวแทนองค์กรภาคีเครือข่ายที่ดำเนินการในประเด็นนั้นอยู่ก่อน ซึ่งนอกจากกรรมการเหล่านี้จะมีความชัดเจนในบทบาทของตนเองแล้ว คณะกรรมการยังเป็นเครือข่ายเชิงนโยบายกับทาง สช. อีกด้วย การเลือกใช้กลไกที่มีอยู่เดิมในการขับเคลื่อนดินนั้นมีทั้งข้อดีและข้อจำกัด กล่าวคือ ในทางหนึ่งเป็นการต่อยอดการทำงาน ได้คน/ องค์กรที่ตรงและมีประสบการณ์จริงในประเด็นนั้น มีทรัพยากรซึ่งหมายถึงงบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และมีความชัดเจนต่อแนวทางในการดำเนินงานเพราะเป็นภาคีเครือข่ายที่มีความคุ้นเคยกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพมาก่อน แต่ในอีกทางหนึ่งก็ทำให้มีการเพิ่มขึ้นให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้วย และหากภาระงานขับเคลื่อนไม่ได้ถูกจัดลำดับความสำคัญไว้ก่อน อาจมีผลให้การดำเนินงานไม่เป็นที่คาดหวัง นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงในเรื่องของวิธีการทำงานที่มีเสียงสะท้อนจากเวทีสรุปบทเรียนว่า องค์กรภาคีเครือข่ายบางส่วนยังยึดติดกับวิธีการทำงานแบบเดิมซึ่งอาจไม่เพียงพอในการทำงานที่ต่างไปจากเดิม รวมทั้งยังอาจมีปัญหาเชิงโครงสร้าง เช่น การปรับเปลี่ยนโยกย้ายบุคลากร การเปลี่ยนตัวบุคคลที่มาร่วมเป็นคณะทำงาน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตามมติก็มีได้มีแต่กลไกเดิมเพียงอย่างเดียว มีการค้นหาเครือข่ายใหม่มาร่วมด้วย โดยเฉพาะการนำนักวิชาการหรือผู้ทรงคุณวุฒิมาร่วมเป็นคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งก็มีข้อดีตรงที่ได้คนที่มีศักยภาพและมีความพร้อมเข้ามาร่วมงานมากขึ้น

ข้อสังเกตประการต่อมาในเรื่องของกลไกการบริหารจัดการ คือการที่นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน คสช. โดยตำแหน่งนั้น ช่วยให้เอื้อต่อการขับเคลื่อนนโยบายได้ เพราะสามารถนำเรื่องเข้าสู่คณะรัฐมนตรีได้โดยตรง เห็นได้ชัดจากการยับยั้งนโยบายส่งเสริมการลงทุนในโรงพยาบาล

ข้อสังเกตประการสุดท้ายในเรื่องของกลไกการบริหารจัดการ พบว่ามีอีกหลายประเด็นของสมัชชาสุขภาพที่ยังไม่มีเจ้าภาพที่ชัดเจน โดยเฉพาะประเด็นที่ต้องมีการดำเนินงานร่วมกัน ทำให้ สช. ต้องพยายามประสานอย่างมากเพื่อให้เกิดกลไกการทำงานขึ้น มีผลให้การขับเคลื่อนมติต้องเป็นไปแบบค่อยเป็นค่อยไป

2.4 การติดตามและประเมินผล ที่จริงแล้วกลไกนี้จะอยู่ในเรื่องการบริหารจัดการ แต่เห็นว่ามีสาระนำเสนอมากจึงขอยกมานำเสนอเป็นอีกประเด็นหนึ่งต่างหาก การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการติดตามและประเมินผลเป็นอย่างมาก โดยสามารถแบ่งลักษณะของการติดตามและประเมินผลเป็น 4 ระดับ คือระดับแรกเป็นการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพ มีคณะกรรมการติดตามและประเมินผลเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการและจัดทำเป็นรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกปี ระดับที่สองเป็นการติดตามและประเมินผลในแต่ละมติ ซึ่งจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาทำหน้าที่ดังกล่าว อาทิ คณะกรรมการติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตาม

การเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ คณะอนุกรรมการติดตามนโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น **ระดับที่สาม** คือ การติดตามประเด็นทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาสุขภาพ เช่น การติดตามและประเมินผลกระทบทางสุขภาพ การติดตามและเฝ้าระวังสื่อ การติดตามสถานการณ์เด็กและเยาวชน เป็นต้น **ระดับที่สี่** เป็นการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่

เมื่อพิจารณาถึงการดำเนินงานติดตามและประเมินผลทั้ง 4 ระดับ พบว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ เป็นการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการ และจากข้อมูลที่มีในเบื้องต้นพบว่าการดำเนินงานมีลักษณะเป็นการติดตาม หรือการดำเนินงานแบบตั้งรับ (ad-hoc evaluation) เสียเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ไม่ปรากฏชัดเจนว่าทีมติดตามและประเมินผลนั้นมีผลงานอะไรบ้าง มีข้อเสนอแนะต่อการปรับเปลี่ยนอย่างไร รวมทั้งข้อเสนอแนะเหล่านั้นถูกนำมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงานหรือไม่อย่างไร จากข้อมูลเอกสารรวมทั้งการสัมภาษณ์และการสอบถามจากแบบสอบถามส่วนหนึ่งมีข้อสังเกตว่า ปัญหาการติดตามและประเมินผลที่ยังขับเคลื่อนได้ไม่เต็มที่อันเนื่องจากคณะทำงานเองที่อาจมีความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ในประเด็น แต่ยังไม่เข้าใจในการทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลดีพอ (สังเกตจากคำสัมภาษณ์สัมภาษณ์ คณะกรรมการติดตามและประเมินผลทุกท่านจะพูดถึงงานติดตามและประเมินผลน้อยมาก แต่จะกล่าวถึงเนื้อหาในประเด็นที่ตนสนใจ) อนึ่ง คำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องนี้ประการหนึ่งที่ว่า การติดตามและประเมินผลนั้นไม่ควรเป็นระบบเพราะจะทำให้แข็งตัวและไม่ยืดหยุ่นนั้น (ข้อมูลจากแบบสอบถาม) มีความจริงส่วนหนึ่ง หากแต่เมื่อมองภาพรวมแล้วการติดตามที่ยืดหยุ่นและไม่เป็นทางการนั้นจะเป็นลักษณะตั้งรับ และบางครั้งไม่ทันต่อการตัดสินใจ

2.5 การพัฒนาศักยภาพ การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพที่มีความเข้มข้นจริงจัง จำเป็นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสมกับงานที่ได้รับมอบหมาย ตัวอย่างเช่น ฝ่ายที่ทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลก็จำเป็นต้องมีศักยภาพด้านการติดตามและประเมินผลที่สัมพันธ์กับแนวทางสมัชชาสุขภาพ

7.6 สรุป

จากผลการประเมินที่ได้นำเสนอไปข้างต้น สรุปได้ว่ามติหรือนโยบายสาธารณะที่เกิดจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีความเข้มข้นจริงจังและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง แต่การขับเคลื่อนมติเหล่านั้นให้เป็นรูปธรรมต้องอาศัยพลังการขับเคลื่อนอย่างมาก ซึ่งผลการประเมินก็ชี้ให้เห็นว่านโยบายส่วนใหญ่ยังไม่ได้ดำเนินการจนก่อให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม เพราะหลายเรื่องอยู่ในระหว่างการเตรียมการ ทั้งในส่วนของการเตรียมความเข้าใจ เตรียมคน เตรียมแผนงานและอื่น ๆ ทำให้พลังการขับเคลื่อนยังไม่เพียงพอ มีอุปสรรคทั้งภายในองค์กรที่ขับเคลื่อนเองและปัจจัยภายนอก อีกทั้งการมีมติเชิงนโยบายที่ค่อนข้างมากมิต ย่อมส่งผลต่อพลังร่วมในการขับเคลื่อน อย่างไรก็ตาม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเองก็มีจุดแข็งคือมีภาคีเครือข่ายที่เชื่อและยอมรับในแนวทางของสมัชชาสุขภาพจำนวนมากและมีเพิ่มขึ้น ทำให้เครือข่ายเหล่านี้นำเอามติหลายเรื่องไปขับเคลื่อนเองในพื้นที่ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบขึ้นในระยะต่อไป

7.7 ข้อควรพิจารณา

1. มติสมัชชาสุขภาพข้อใดที่ต้องเป็นการร่วมมือกันดำเนินการของหลายหน่วยงาน และที่ผ่านมามีการพูดคุยกันระดับหนึ่งแล้ว ควรมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันเพื่อให้มีความเป็นไปได้ในการขับเคลื่อนมากยิ่งขึ้น
2. ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งต่อไป สข. ควรให้น้ำหนักในการนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพให้มากขึ้น และควรมีการเตรียมการในการนำเสนอผลการขับเคลื่อนมติ คู่ขนานไปกับการเตรียมการพัฒนาและรับรองมติใหม่
3. สข. ควรพัฒนากลไกในการติดตามมติสมัชชาสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในแต่ละประเด็นของสมัชชาสุขภาพควรมีการออกแบบให้มีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ ในรูปของคณะกรรมการ/คณะทำงานติดตามและประเมินผลให้ครบถ้วนในทุกประเด็น
4. สข. ควรมีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายที่ยังไม่คุ้นเคยกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพ แต่ต้องทำงานร่วมกันตามมติ ให้มีความเข้าใจและสามารถใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพไปทำงานร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนมติต่อไปได้ เพราะหากภาคีเครือข่ายไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่ดีพอ ก็อาจทำงานด้วยวิธีการเดิมหรือไม่สามารถทำงานร่วมกันได้ ย่อมจะส่งผลเสียต่อการขับเคลื่อนงาน
5. สข. ควรพัฒนากลไกที่จะทำให้รู้เท่าทันความเคลื่อนไหวของภาคีเครือข่าย ที่ไปขับเคลื่อนงานตามมติสมัชชาสุขภาพ โดยเฉพาะในรูปแบบที่ 4 ซึ่งในอนาคตอาจมีจำนวนมากกระจายไปทั่วประเทศ

บทที่ 8

บทสรุปผลการประเมินและข้อควรพิจารณา

การประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินรูปแบบการจัดระบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2) ประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ 5 ประการ ผลการประเมินมีดังนี้

1. รูปแบบการจัดระบบและกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

1.1 หลักคิดของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553

สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม สำหรับสมัชชาสุขภาพประเทศไทยใช้กระบวนการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาโดยเน้นพลัง 3 ส่วน คือ พลังปัญญา (ภาควิชาการ/วิชาชีพ) พลังทางสังคม (ภาคประชาชน) และพลังแห่งอำนาจรัฐ หรืออำนาจการเมือง

สมัชชาสุขภาพในประเทศไทยดำเนินการตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 40 ที่ยึดหลักการมีส่วนร่วม หลักยึดหยุ่น หลักการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนอย่างบูรณาการ และหลักดำเนินการอย่างเป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับการทำงานบนฐานข้อมูลองค์ความรู้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในแต่ละพื้นที่

หลักคิดของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 เป็นไปตามหลักคิดสมัชชาสุขภาพสากล มีความสอดคล้องกับรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขายังเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ มีพลังและรูปแบบของสมัชชาสุขภาพมีความครอบคลุมทั้ง 3 รูปแบบ คือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

2. การประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์

การประเมินผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ 5 ประการ สรุปผลการประเมินได้ดังนี้

ผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย	ผลการประเมิน
1. มีความสำคัญมีพลัง มีศรัทธาร่วม มีความเป็นเจ้าของร่วมกันและเป็นที่ยอมรับของสังคม	1. กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีความสำคัญมีพลังในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ แต่ยังมีข้อจำกัดในความเป็นเจ้าของร่วมกัน และเป็นที่ยอมรับของสังคมวงกว้าง
2. ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความยืดหยุ่น และมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน	2. การดำเนินกระบวนการสมัชชาสุขภาพดำเนินการอย่างมีขั้นตอนเป็นระบบ มีความยืดหยุ่น แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องความเร่งรัดในบางขั้นตอน และยังขาดความสมดุลของการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งคุณภาพการมีส่วนร่วม
3. ความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น รวมทั้งกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอื่นๆ	3. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ในด้านที่มาของประเด็นเชิงนโยบาย และกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย มีกระบวนการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากองค์กรหน่วยงาน และภาคีเครือข่าย และเชื่อมโยงข้อมูลวิชาการ และข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การขับเคลื่อนในพื้นที่ แต่เงื่อนไขของความสำเร็จขึ้นอยู่กับทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมในพื้นที่กับความสอดคล้องกับประเด็นที่พื้นที่ได้รับการหนุนเสริมจากหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ

ผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย	ผลการประเมิน
4. เน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับชาติ และระดับสากล หรือประเด็นระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญ	4. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 มีทั้งประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับสากล ระดับชาติ ระดับพื้นที่ แต่น้ำหนักส่วนใหญ่ของประเด็นนโยบายสาธารณะเป็นประเด็นระดับชาติหรือระดับสากล จึงมีเพียงบางพื้นที่เท่านั้นที่มีประเด็นทางนโยบายของตนที่สอดคล้องกับระดับชาติและระดับสากล มีความจำเป็นที่พื้นที่ต้องรับรู้และให้ความสนใจประเด็นในระดับมหภาคเพิ่มขึ้น เนื่องจากในที่สุดจะมีผลกระทบต่อพื้นที่ ข้อมูลเชิงวิชาการที่สนับสนุนประเด็น หลายประเด็นมีสาระเป็นข้อมูลเชิงเทคนิคที่ไม่ง่ายต่อการสื่อสารทำความเข้าใจกับสาธารณะและบางเรื่องยังเป็นข้อถกเถียงเชิงวิชาการที่ยังไม่มีข้อสรุปตกผลึก สำหรับประเด็นเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็นต้องการการหนุนเสริมความเข้มแข็งของข้อมูลวิชาการ
5. มีมติหรือข้อเสนอที่สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลได้ และเป็นที่ยอมรับทางสังคม	5. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 มีมติ 9 ประเด็น (รวมทั้งประเด็นการป้องกันผลกระทบจากความตกลงการค้าเสรีที่เป็นวาระเร่งด่วน แต่ไม่รวมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา) มติบางมติได้รับการตอบสนองนำไปปฏิบัติ เช่น การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม แต่บางมตียังมีข้อถกเถียงในเรื่องผลประโยชน์ที่ได้รับ และสิ่งที่ต้องแลก (trade-off) และบางมตินำเสนอในภาพกว้าง ขาดข้อเสนอที่เป็นนวัตกรรมทางเลือก (policy option) จึงมีผลต่อการขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ

3. ข้อเสนอเพื่อพิจารณาในการพัฒนารูปแบบ การจัดระบบกระบวนการ และผลสัมฤทธิ์ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการและคุณภาพผลงานของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะผู้ประเมินมีข้อเสนอเพื่อการพิจารณาดังนี้

3.1 ด้านหลักคิดของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

1. ในภาพรวมสังคมยังขาดความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของสมัชชาสุขภาพ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม จึงควรพัฒนาความรู้ความเข้าใจในเรื่องสมัชชาสุขภาพ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในสมาชิกของสังคมโดยรวมให้เกิดขึ้นโดยเร็ว และดำเนินการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง
2. ยุทธศาสตร์พลัง 3 ส่วน ยังขาดความสมดุล พลังปัญญา (ภาควิชาการ/และวิชาชีพ) มีส่วนร่วมน้อย ภาคสถาบันอุดมศึกษาควรได้รับการผลักดันให้แสดงบทบาทและความรับผิดชอบ ในการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ภาคประชาชนควรได้รับการพัฒนาความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง และภาครัฐหรือภาคการเมืองต้องมีการผลักดันให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการใช้อำนาจแบบ top-down มาสู่การทำงานแนวระนาบ การออกแบบ กระบวนการสมัชชาสุขภาพควรผนวกการผสมพลัง 3 ภาคส่วนตลอดกระบวนการตั้งแต่ ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ ในกระบวนการต้นน้ำการพัฒนาข้อเสนอ นโยบายจากปัญหาสาธารณะ ที่เป็นความต้องการร่วมของ 3 ภาคส่วน จะสามารถสร้างความเป็นเจ้าของเพิ่มขึ้นได้ อนึ่ง ในระหว่างกระบวนการกลางน้ำและปลายน้ำที่ทุกภาคส่วนเรียนรู้และเติบโตไปด้วยกันจะ สร้างความเข้มแข็งในกระบวนการนโยบายสาธารณะแก่สังคม
3. การสื่อสารทางสังคม ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารสาธารณะที่เป็นระบบต่อเนื่องและ หลากหลายในทุกภาคส่วน

3.2 ด้านรูปแบบระบบกลไก

1. ลดอำนาจของกลไกส่วนกลางให้เน้นไปทำหน้าที่สนับสนุน (facilitate, support) และพัฒนา ความเข้มแข็งกลไกระดับพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาความเชื่อมโยงกลไกระดับพื้นที่และส่วนกลาง อย่างเป็นระบบ
2. จัดให้มีกระบวนการ share vision/share mission ของภาคี 3 ภาคส่วน และยกระดับ การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ที่สร้างการมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์ของภาคีภาควิชาการ/ วิชาชีพ ที่เป็นหลักในการสร้างองค์ความรู้ และภาคีภาคราชการและการเมืองที่มีพลัง ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

3. ควรมีระบบและกลไกการพัฒนาศักยภาพของสมาชิก และองค์กรเครือข่ายสมัชชาทั้ง 3 ภาคีให้มีความศรัทธาและพร้อมต่อการเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งระบบการจัดการความสัมพันธ์ของเครือข่าย (partnership management) ทั้งภายในเครือข่ายและระหว่างเครือข่าย
4. มีกลไกการติดตามและประเมินอย่างเชื่อมโยงและเป็นระบบทั้งส่วนสมัชชาชาติ สมัชชาเฉพาะพื้นที่ และเฉพาะประเด็น ที่สามารถสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างทันการณ (constant feedback)
5. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การตัดสินใจต้องอยู่บนพื้นฐานข้อมูลวิชาการที่เพียงพอ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ควรสร้างโครงสร้างแรงจูงใจให้ภาคีภาคีวิชาการมีบทบาทเห็นความสำคัญ มีส่วนร่วมและสนับสนุนพลังทางวิชาการมากขึ้น
6. จุดเด่นของสมัชชา คือ การเสวนาเรียนรู้ระหว่างกันภายใต้หลักฐานข้อมูล ภาคีภาคีวิชาการ/วิชาชีพ ควรได้รับการสนับสนุนให้มีความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ข้อเสนอจนถึงการขับเคลื่อนมติ
7. พัฒนากลไกปรับดุลอำนาจของ 3 ภาคส่วนให้มีความสมดุลในความสัมพันธ์โดยเฉพาะความสมดุลด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (power relation)
8. รูปแบบกลไกสมัชชาสุขภาพที่ยึดตาม รูปแบบขององค์กรอนามัยโลกถูกต้องข้อสังเกตถึงความเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมการเรียนรู้ของสังคมไทย ข้อควรพิจารณาในประเด็นนี้ คือ ควรวิจัยและพัฒนาารูปแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เหมาะสม โดยรูปแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น อาจไม่จำเป็นต้องมีขั้นตอนกระบวนการเหมือนกันอาจแตกต่างกันตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ แต่ทุกขั้นตอนกระบวนการยึดหลักการการมีส่วนร่วมและถกแถลงโต้แย้งด้วยข้อมูลเหตุผล และได้ข้อสรุปอย่างมีฉันทามติ
9. ประเด็นสมัชชามีทั้งประเด็นเย็นที่มีความเห็นร่วมสอดคล้องเชิงวิชาการสูง ในขณะที่ประเด็นร้อนจะมีความเห็นต่างและมีข้อขัดแย้งเชิงวิชาการและผลประโยชน์อาจออกแบบขั้นตอน กระบวนการสมัชชาแตกต่างกัน

3.3 ด้านกระบวนการต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ

1. ประเด็นปัญหาที่จะนำมาสู่กระบวนการนโยบายสาธารณะระดับชาติในแต่ละช่วงปีไม่จำเป็นต้องมีหลายประเด็น แต่ควรเป็นประเด็นที่สนองความต้องการในการแก้ปัญหาของสาธารณะอย่างแท้จริง เพราะจะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีพลังร่วมที่เป็นปึกแผ่นในการขับเคลื่อน ควรเป็นประเด็นนโยบายใหม่หรือประเด็นนโยบายเดิมที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งหรือความไม่เป็นธรรมในสังคม
2. ให้ความสำคัญในการคัดเลือกและวิเคราะห์เครือข่ายภาคีในแต่ละประเด็น เพื่อให้ได้ตัวแทนเครือข่ายที่ตรงประเด็นที่ครอบคลุมทุกภาคส่วน ในขณะที่เดียวกันอาจมีความจำเป็นที่ต้องทำความเข้าใจในเรื่อง “ความเป็นตัวแทนของเครือข่าย”
3. ให้น้ำหนักความสำคัญในกระบวนการพัฒนาระเบียบวาระจากพื้นที่ที่เน้นสร้างการเรียนรู้ (learning) มากกว่ารับรู้ (reception) การมีส่วนร่วมมากกว่าเพียงการร่วมมือ การหนุนเสริมทางวิชาการของภาควิชาการในพื้นที่ตลอดกระบวนการเป็นสิ่งสำคัญ
4. มีการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนินการประชุมให้เข้าใจ สิทธิหน้าที่ กติกา และกระบวนการ โดยในพื้นที่อาจมอบให้เป็นบทบาทของแกนนำเครือข่ายช่วยทำหน้าที่นี้
5. การเสนอวาระเร่งด่วนมีการดำเนินการอย่างรีบเร่งจึงควรทบทวนแนวปฏิบัติ ในเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการให้มีความเหมาะสม ควรให้มีระยะเวลาพอเพียงในการจัดทำร่างเอกสาร และผ่านกระบวนการพิจารณาจากเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสียอย่างลุ่มลึกรอบด้านมากขึ้น
6. ควรมีการนำเสนอนวัตกรรมต้นแบบการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพของพื้นที่ที่ดำเนินการได้จริงเพื่อเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้แก่พื้นที่อื่นๆ
7. ให้ความสำคัญในการปรับทัศนคติที่มีต่อกันระหว่าง 3 ภาคี ให้เกิดความเป็นกัลยาณมิตรในการทำงานที่มีความเท่าเทียมกันที่มีใช้คู่แข่ง หรือศัตรูคู่ตรงข้าม หากแต่ยอมรับการอยู่ร่วมกันและการต้องจัดการประเด็นทางสังคมร่วมกัน

4. คุณค่าสิ่งที่ดีของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553

จากผลการประเมินและการถอดบทเรียนพบว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 มีสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นหลายประการ ดังต่อไปนี้

- 1) เป็นเวทีสาธารณะเปิดโอกาสให้กับผู้ที่ไม่เคยมีโอกาสได้เสนอปัญหาความทุกข์ร้อน และร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะ
- 2) เป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพประชาชนให้เป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ (active citizen)
- 3) สร้างกระบวนการเรียนรู้การทำงานร่วมกันในการเผชิญปัญหาที่มีความรุนแรงและเร่งด่วนในสังคม

- 4) มีการใช้องค์ความรู้เชิงวิชาการ เป็นข้อมูลสนับสนุนการหาทางออกร่วมกัน เพื่อการคลี่คลายปัญหาอย่างสันติ
- 5) กระบวนการสมัชชาระดับชาติเป็นพื้นที่ในการสร้างผู้นำสมัชชาระดับพื้นที่

กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติช่วยให้คนในสังคมมีพื้นที่สาธารณะของการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ตนเองและเรียนรู้ผู้อื่น การรู้เขารู้เราจะลดช่องว่างของความขัดแย้ง และจะนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างเสมอภาคและเป็นธรรมในสังคม

5. การใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน

การประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กระบวนการประเมินเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ที่เชื่อมั่นว่าการประเมินที่ดำเนินการภายใต้หลักการมีส่วนร่วมการเรียนรู้ประเมินตนเองและเสริมพลัง จะเป็นกลไกที่สำคัญในการสร้างความรู้เพื่อบริหารจัดการประเด็นปัญหาที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ดังนั้นข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสารและการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามจะถูกนำมาสังเคราะห์เป็นผลการประเมินเบื้องต้น และเป็นข้อมูลป้อนกลับสู่ผู้บริหารและภาคีเครือข่าย เพื่อก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์การเรียนรู้จากผลการประเมินร่วมกัน คณะผู้ประเมินได้นำเสนอผลการประเมินในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมิน 2 เวที คือ

1. เวทีสรุปบทเรียนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 ณ ภูวนาลี รีสอร์ท เขาใหญ่ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ในวันที่ 6 มกราคม 2554 มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 70 คน ประกอบด้วยผู้บริหารและคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ รวมทั้งบุคลากรที่จะทำหน้าที่ในคณะกรรมการชุดใหม่ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ.2554
2. เวทีการประชุมปฏิบัติการ “การจัดการความรู้จากการประเมินเพื่อการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” วันที่ 12 มีนาคม 2554 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง กรุงเทพฯ มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 50 คน ประกอบด้วย แกนนำภาคีเครือข่ายเฉพาะพื้นที่ เครือข่ายเฉพาะประเด็น เครือข่ายภาควิชาการ และบุคลากรสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

โดยวัตถุประสงค์หลักของทั้ง 2 เวที จะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 ได้ครุ่นคิดทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาด้วยวิธีวิทยาการถอดบทเรียนผนวกกับการเรียนรู้ผลการประเมินที่ได้จากคณะผู้ประเมินโดยจุดเน้นที่สำคัญของเวที คือ ใช้ความรู้จากการประเมินไปสู่การกำหนดทิศทางการดำเนินงานในอนาคตร่วมกัน

ผลการจัดประชุม 2 เวที พบว่าผู้บริหาร และคณะกรรมการทั้งชุดเก่า และใหม่ รวมทั้งภาคีเครือข่ายได้ร่วมเรียนรู้ผลการประเมินเบื้องต้นที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีต่อไป

ส่งท้าย:

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการต่อเนื่องทุกปีมาเป็นระยะเวลา 3 ปี สมัชชาสุขภาพเป็น “กระบวนการ” ที่ให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยน “องค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์” เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยจัดให้มีการประชุม “อย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” ความสำเร็จของสมัชชาสุขภาพจึงไม่เพียงได้ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแต่ความสำคัญอยู่ที่ “กระบวนการ” ที่ได้มาของข้อเสนอแนะนโยบาย หากพิจารณาความสำเร็จในเชิงมิติที่เกิดขึ้นในสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 1 จำนวน 14 มิติ ครั้งที่ 2 จำนวน 11 มิติ ครั้งที่ 3 จำนวน 9 มิติ (ไม่นับรวมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา) รวมทั้งสิ้นมีข้อเสนอมติสมัชชา 34 มิติ ซึ่งนับว่าประสบความสำเร็จในเป้าหมายเชิงปริมาณ แต่ความสำเร็จเชิง “กระบวนการ” ที่หวังผลกรรมมีส่วนร่วมของภาคีภาคส่วนต่างๆ ในการแลกเปลี่ยน “องค์ความรู้และการเรียนรู้อย่างสมานฉันท์” มีการพัฒนาไปได้ไม่มากนัก ผลการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปีได้สะท้อนโอกาสของการพัฒนา แต่การพัฒนาอาจมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาความเชื่อมโยงองค์รวมทั้งระบบ และเลือกกลยุทธ์เชิงนวัตกรรมที่เป็นไปได้มาทดลองดำเนินงาน การขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในปีต่อไปควรให้ความสำคัญในการออกแบบกิจกรรมที่คำนึงถึงผลลัพธ์เชิงกระบวนการให้มากขึ้น และผู้มีส่วนได้เสียพึงตระหนักว่าผลลัพธ์เชิงกระบวนการจำเป็นต้องอาศัยการบ่มเพาะที่ประณีต นอกจากนี้ยังควรนำเอาปรากฏการณ์ปัจจัยเงื่อนไขรูปธรรมการขับเคลื่อนนโยบายที่เป็นผลมาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแต่ละครั้งมาเรียนรู้ร่วมกันทั้งในด้านกระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (results) มากขึ้น แทนที่จะมุ่งผลิตข้อเสนอเชิงนโยบายเป็นหลักเช่นที่ผ่านมา

ในหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมาสมัชชาสุขภาพก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายในกระบวนการนโยบายสาธารณะก่อให้เกิดความตื่นตัวของสังคมด้านสุขภาพะได้ระดับหนึ่ง จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้ของสังคมให้เพิ่มขึ้น ในทศวรรษหน้าการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพต้องเผชิญกับบริบททางสังคมและการเมืองที่ซับซ้อนมากขึ้น สมัชชาสุขภาพจำเป็นต้องแสวงหาเครื่องมือทางสังคมใหม่ ๆ และสานพลังร่วมกับ “สมัชชาอื่น ๆ” และการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสียที่มีมากขึ้นในสังคมไทย



บรรณานุกรม

- นงลักษณ์ วิรัชชัย และคณะ. (2551). การวิจัยประเมินโครงการสมัชชาคุณธรรม: ศักยภาพ...เพื่อเพิ่มพูนคุณธรรม. กรุงเทพฯ: บริษัทพริกหวานกราฟฟิค จำกัด.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย, รุ่งนภา ตั้งจิตเจริญกุล, ชยุตม์ ภิรมย์สมบัติ. (2549). การประเมินโครงการสมัชชาคุณธรรมแห่งชาติและตลาดนัดคุณธรรมครั้งที่ 1: ศักยภาพ...เพื่อเพิ่มพูนคุณธรรม. กรุงเทพฯ: บริษัทพริกหวานกราฟฟิค จำกัด.
- เนาวรัตน์ พลายน้อยและคณะ. (2552). คู่มือระบบประเมินและตัวชี้วัดการประเมิน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล.
- บัญญัติ แก้วส่องและคณะ. (2551). ภาคผนวกข้อมูลประกอบรายงานการประเมินผลสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2551. ----- (2552). รายงานการประเมินผลสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2552. อัดสำเนา.
- พระมหาสุทิตย์ อาภากรโ (อบอูน). (2547). เครือข่าย: ธรรมชาติ ความรู้และการจัดการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2551). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. ----- (2553). ร่างแนวทางการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น. สำนักพัฒนาสมัชชาสุขภาพ. อัดสำเนา.
- (2553). ประกาศคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553. อัดสำเนา.
- (2553). บทบาทของวิทยากรกระบวนการ. เอกสารประกอบ การประชุมเชิงปฏิบัติการ “สานพลังเครือข่าย: สานพลังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” วันที่ 15 กันยายน 2553 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ หลักสี่ กรุงเทพฯ.
- (2553). คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ 12/2552 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2553. อัดสำเนา.
- (2553). การมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: นนทบุรี.
- (2553). กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการสานพลังเครือข่าย: สานพลังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, วันพุธที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: นนทบุรี.
- (2553). ร่างกำหนดการประชุมเรื่อง รวบรวมใจพร้อมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ระหว่างวันที่ 2 – 3 สิงหาคม 2553. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: นนทบุรี.



- (2553). ร่างระเบียบวาระการประชุมเชิงประเด็นในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: นนทบุรี.
- (2553). รายชื่อแกนทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: นนทบุรี.
- (2553). สรุปการประชุมคณะกรรมการทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและอนุกรรมการวิชาการ ครั้งที่ 2, วันที่ 18 สิงหาคม 2553. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: นนทบุรี.
- (2553). ขออนุมัติหลักการการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารบันทึกข้อความลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2553, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: นนทบุรี.
- (2553). สมัชชาสุขภาพ: เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- (2553). จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างไร. กรุงเทพฯ : บริษัทวิกิ จำกัด. หน้า 95-99.
- (2553). คู่มือคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553. อัดสำเนา. หน้า 76-80.
- (2553). จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างไร. กรุงเทพฯ : บริษัทวิกิ จำกัด. หน้า 20-26.
- Best, J. W. 1977. **Research in Education**. Englewood Cliff; New Jersey: Prentice-Hall.
- Coventry and Warwick Universities. (2004). Coventry Partnership Evaluation Toolkit II: Discussion and Rationale. **Making Our Voices Heard Project**, April 2004.
- Creech, H. (2001). **Measuring While You Manage: Planning, Monitoring and Evaluating Knowledge Networks, Version 1.0**. Manitoba : International Institute for Sustainable Development. Available online: <http://www.sida.se>
- Deakin University. (No date). “**Evaluation Paradigms**”. Available online: <http://www2.deakin.ed.au/Dcad/FTL/evaluation/paradigms.htm>.
- Goodrich, D.. (2010). **The Promises and Perils of Collaborative Evaluation**. AES Luntime Seminar, May 17, 2011.
- Guba,E & Lincoln,Y. (1989). **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Huse, E.F. and Bowditch,J. L. (1977).**Behavior in organizations : a systems approach to managing**. Addison-Wesley Pub. Co.: United State of America.
- Ingelstam, A. et. Al. (2005). **Partnership Evaluation of PMU-Interlife**. Sida Evaluation 06/04.Sweden: Department for Cooperation with Non-Governmental Organization, Humanitarian Assistance and Conflict Management.



- Krejcie , R.V. and Morgan, D.W. (1970). “Determining Sample Size for Research Activities”. **Educational and Psychological Measurement**. 30 (3), 607-610.
- McBride, R. & Schostak, J. (2002). **Action research**. Available online: <http://www.uea.ac.uk/care/elu/Issues/Research/Res1Ch4.html#Ch4H>.
- Narayan, D. (1993). **Participatory Evaluation**. Washington D.C.: The World Bank.
- Non-Governmental Organizations (NGO). (1997). **Millennium NGO Forum ‘The UN for the 21st Century’**. UN. Available online: <http://www.ngo.org/millennium/millennium.htm>
- Northern Forum General Assembly. (2003). **The Northern Forum as a Tool to Address Issues of Importance to Northerners**. Northern Forum Assembly Opening of Governors Summit, Saint Petersburg. Available online: <http://www.northernforum.org/download?id=149>.
- Office for the Community and Voluntary Sector. (2002). **Managing funding to Non-government organizations- From principles to practice**. Available online: <http://www.ocvs.govt.nz/publications/index.html>.
- Office of Medical Education. (2004). **Program Evaluation and Improvement Strategy**. Available online: <http://ome.med.unsw.edu.au/ome.nsf/website/evaluation.strategy>
- Owen, J.M. & Rogers, P.J. (1999). **Program Evaluation: Forms and Approaches**. London: Sage Publication.
- Unitarian Universalist Association (UUA). (2005). UUA General Assembly 2005-Forth Worth. **All Soul Quarterly Review**. 10(2): Spring/Summer. Available online: <http://www.uua.org/ga/ga05/>.
- United Nations General Assembly (UNGA). (2006). **Programme Performance of the United Nations for the Biennium 2004-2005**. United Nations. Available online: <http://www.Daccessdds.un.org/doc/UNDOC/No6/275/24/PDF/NO627524.pdf>.
- Wilson-Grau, R. and Nunez, M. (2006). **Evaluating International Social Change Networks : A Conceptual Framework for a Participatory Approach**. To be (edited and Published in *Development in Practice*). Available online: <http://portals.wi.wur.nl/files/docs/ppme/Evaluating%20International%20Social%20Change%20Networks%20Ricardo%20W%20.pdf>.



World Health Organization. (2010). **Sixty-Third World Health Assembly**. Available online:
[http:// www.who.int/entity/mediacentre/events/governance/wha/en/ index.html](http://www.who.int/entity/mediacentre/events/governance/wha/en/index.html).

Zehender, W. et.al. (2000). **Networking with Partners**. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt.
Available online: <http://www.gtz.de>.

Zimmermann, M.A. Israle, B.A., Schulz, A. & Checkoway, B. (1992). “Further explorations in empowerment theor : An Empirical analysis of psychological empowerment”.
American Journal of Community Psychologically, 20 (6) pp.707-727.

