



ปรับ เปลี่ยน เรียบรู้ การปฏิรูประบบสุขภาพ





ชื่อหนังสือ ปรับ เปลี่ยน เรียงรู้ การปฏิรูประบบสุขภาพ

พิมพ์ครั้งแรก ธันวาคม ๒๕๕๙

จำนวนพิมพ์ ๔,๐๐๐ เล่ม

จัดทำโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔

๓. ตสาตขวัย อ.เมือง จ. นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑

www.nationalhealth.or.th

ผู้เขียน อัมพร จันทวิฑนระ

พิมพ์โดย บริษัทพรอสเพอริสพลัส จำกัด

คำนำ

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เข้ามาทำหน้าที่เป็นแกนจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพต่อเนื่องเป็นเวลาเกือบ ๒๐ ปี เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพเชื่อมโยงไปถึงการปฏิรูปประเทศไทย มีการทำงานทางวิชาการ จัดการความรู้ และถ่ายทอดต่อสาธารณะทั้งในประเทศและต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง แม้ปัจจุบันนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะพ้นหน้าที่เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติไปแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงทำงานทางวิชาการและสนับสนุนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พิจารณาเห็นว่างานหลายชิ้นที่นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เขียน และนำเสนอในเวทีต่างๆ มีประโยชน์ต่อการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ และการทำงานตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงได้สนับสนุนให้รวมทำเป็นหนังสือ “ปรับ เปลี่ยน เรียนรู้ : การปฏิรูประบบสุขภาพ” เพื่อเผยแพร่ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ระหว่างวันที่ ๒๑-๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๙

สช.ขอขอบคุณนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ และหวังว่าหนังสือเชิงวิชาการเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยและสากลตามสมควรต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

	หน้า
(๑) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เครื่องมือปฏิรูป ๔ มิติ	๑
(๒) ระบบสุขภาพกับระบบสาธารณสุข คนละเรื่องเดียวกัน	๗
(๓) ๘ x ๘ มุมมองต่อ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐	๑๗
(๔) รสนิยมระบบสุขภาพ สู่ยุคประเทศไทย ๔.๐	๒๕
(๕) Keynote Speech "How IA/HIA contributes to Sustainable Development"	๔๓
(๖) A speech Roadmap for implementing a regional plan of action on Health in All Policies in the Americas: Putting it to work, lessons learnt from Thailand	๖๕
(๗) สร้างสุขตลอดสาย บรรยายพิเศษในการประชุม "สร้างสุขที่ปลายทาง"	๗๗



พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
เครื่องมือปฏิรูป ๔ มิติ

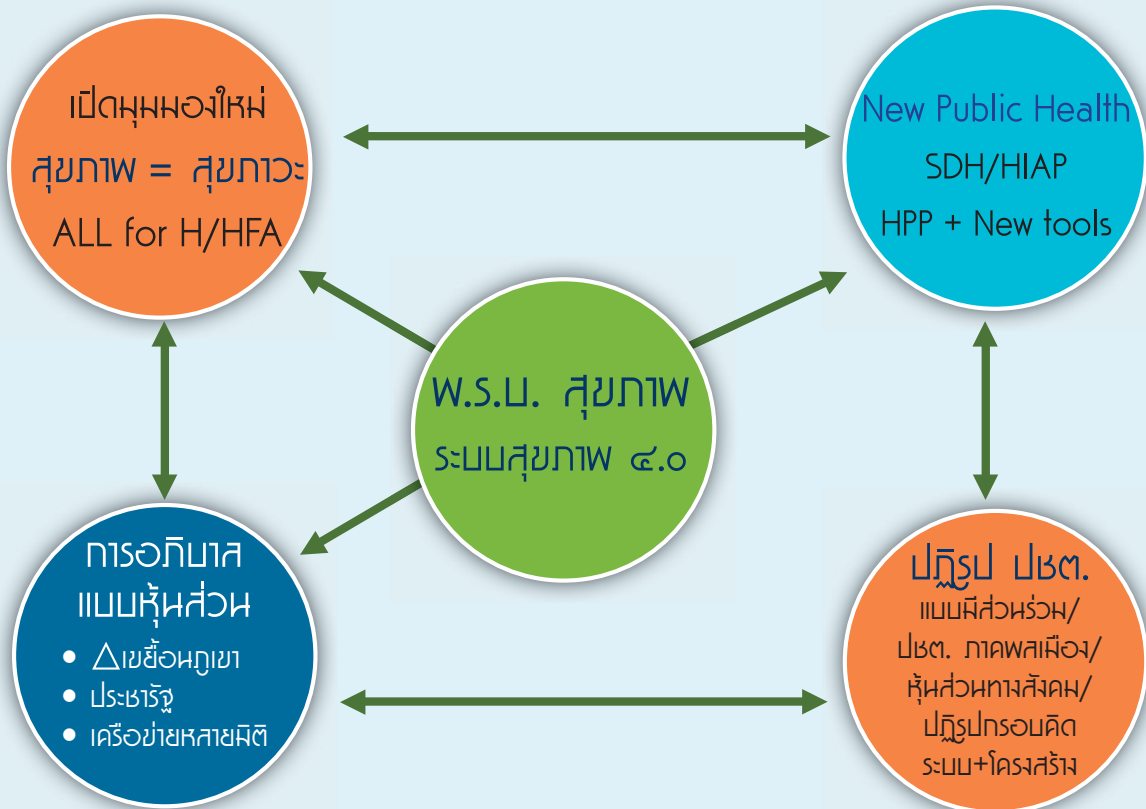


พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

เครื่องมือปฏิรูป ๔ มิติ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ มีการใช้งานอย่างเข้าปีที่ ๑๐ แล้ว นอกจากจะเป็นเครื่องมือหนึ่งในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพโดยตรงแล้ว ยังมีผลต่อการปฏิรูปสำคัญ ๔ มิติ ดังนี้

๒ ทศวรรษการปฏิรูประบบสุขภาพ



หน้า เปิดมุมมองใหม่ที่มองเรื่องสุขภาพว่าเป็นเรื่องสุขภาพ: (Well being)

ในกฎหมายให้นิยามสุขภาพ (Health) ไว้ว่าหมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ และเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งกาย ทางจิต ทางปัญญา (จิตวิทยา) และทางสังคม ให้นิยามระบบสุขภาพ (Health systems) ไว้ว่า หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

นิยามเหล่านี้ เป็นการเปิดพื้นที่ให้เรื่องสุขภาพและการดำเนินงานในระบบสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน (All for Health) ทั้งในเชิงความเป็นเจ้าของ ภาวะ สิทธิและหน้าที่ร่วมกัน ทั้งในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมไม่ให้สุขภาพเสีย รวมไปถึงการดูแลแก้ไขสุขภาพเสียให้กลับฟื้นคืนดี โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาพดีถ้วนหน้าของทุกคน (Health for All) ทุกครอบครัว ทุกชุมชน และทั้งสังคม

ขยายขอบเขตการทำงานที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน ไม่ใช่แค่เรื่องในระบบการแพทย์และสาธารณสุข (Public health systems) เท่านั้น

เปิดพื้นที่ให้ทุกคน ทุกเหล่า ทุกภาคส่วนเข้าร่วมทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมิติต่างๆ ด้านต่างๆ ได้อย่างกว้างขวาง สอดคล้องกับความเป็นจริงที่ว่า เรื่องสุขภาพเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ทุกเรื่อง

สอง เปิดทิศทางแนวทางการทำงานของระบบสาธารณสุขใหม่ (New public health systems) ที่มองเรื่องสุขภาพกว้างไกลกว่าการเจ็บไข้ได้ป่วยจากเชื้อโรค และเรื่องทางชีวการแพทย์ (Bio-medicine) มองเรื่องสุขภาพว่ามีผลกระทบทั้งบวกและลบจากปัจจัยทางสังคมรอบด้าน (Social Determinants of Health : SDH)

มองเรื่องสุขภาพว่าเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการสร้าง พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy : HPP) สร้างเครื่องมือทางสังคมใหม่ๆ ขึ้นมาใช้งานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเสริมกับเครื่องมือและแนวทางการทำงานด้านสาธารณสุขเดิมๆ (Public health interventions) ได้แก่ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment:HIA) ธรรมนูญสุขภาพ และสมัชชาสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้สอดคล้องกับแนวคิดและการขับเคลื่อนระดับสากล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (New Health Promotion Strategy) และการขับเคลื่อนให้ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies)

สาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ออกแบบการทำงานผ่านเครื่องมือและกระบวนการต่างๆ ที่เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตามแนวทางสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา แนวทางประชารัฐ และการทำงานแบบเครือข่ายหลายมิติ ที่สอดคล้องกับสังคมยุคสังคมเครือข่าย (Network society) ที่กำลังเติบโตในปัจจุบันและอนาคต

พ.ร.บ. สุขภาพฯ จึงกลายเป็นเครื่องมือปฏิรูปการทำงานจัดการสาธารณะตามแนวทาง “การอภิบาลแบบหุ้นส่วน หรือแบบเครือข่าย” (Governance by partnership/network) ซึ่งมีความสำคัญมากในโลกปัจจุบันและอนาคตที่จำเป็นสำหรับการเสริมและถักทอเข้ากับการอภิบาล โดยรัฐ (Governance by state) และการอภิบาลโดยตลาด (Governance by market)

สี่ นอกจากนี้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ยังได้ออกแบบและขับเคลื่อนมหานกที่กลายเป็นการปฏิรูปประชาธิปไตย ที่เน้นการทำงานด้วยระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory/Deliberative democracy) ประชาธิปไตยภาคพลเมือง ประชาธิปไตยทางตรง เน้นการสร้างหุ้นส่วนทางสังคม แบบให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วน ทุกสาขา

การทำงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพฯ จึงกลายเป็นแบบฝึกหัดของการทำงานตามแนวทางประชาธิปไตยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง กลายเป็นเครื่องมือส่งเสริมพัฒนาและปฏิรูปกระบวนการประชาธิปไตยที่มีขอบเขตกว้างไปกว่าเรื่องสุขภาพ

ด้วยเหตุข้างต้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งเป็นกลไกแกนกลางของ พ.ร.บ. สุขภาพฯ จึงได้รับมอบหมายให้เป็นแกนขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ซึ่งมีการต่อยอดไปสู่สภาพัฒนาการปฏิรูปแห่งชาติ สถาบันขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ และในอนาคตจะมี พ.ร.บ.แผนและขั้นตอนการปฏิรูปประเทศตามรัฐธรรมนูญ ฉบับใหม่อีกด้วย

แม้เรื่องเหล่านี้ไม่ได้เกิดจาก พ.ร.บ. สุขภาพฯ เสียทั้งหมด แต่ พ.ร.บ. สุขภาพฯ ก็มีส่วนสำคัญในการก่อคลื่นการปฏิรูปลูกต่อๆ มา เหล่านั้น และจะมีส่วนหนุนเสริมงานปฏิรูปต่างๆ ต่อไป อีกในอนาคต

นี่คือ ๔ มิติ ของการปฏิรูปที่เกิดขึ้นและเป็นไปตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาให้ก้าวหน้าต่อไป พร้อมกับการแก้ปัญหา และความท้าทายต่างๆ ไปพร้อมๆ กัน ด้วย

มีบางคนกล่าวว่า พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ของประเทศไทย มีความก้าวหน้ามาก นำไปสู่ระบบสุขภาพ ๔.๐ ที่ก้าวเลยจากเรื่องสุขภาพที่ว่าด้วยการแพทย์และสาธารณสุขไปไกลมากทีเดียว



ระบบสุขภาพกับระบบสาธารณสุข คนละเรื่องเดียวกัน



ระบบสุขภาพกับระบบสาธารณสุข

คนละเรื่องเดียวกัน

คนไทยเราค้นเคยกับคำว่า “**ระบบสาธารณสุข**” (Public health systems) มายาวนาน รู้จักกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health) ว่าทำงานเกี่ยวกับเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข

ไม่ค่อยคุ้นกับคำว่า “**ระบบสุขภาพ**” (Health systems) ซึ่งมีการใช้ชื่อนี้อย่างเป็นทางการครั้งแรกในรายงานของวุฒิสภา เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งมีการออกรายงานชื่อว่า **รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐**

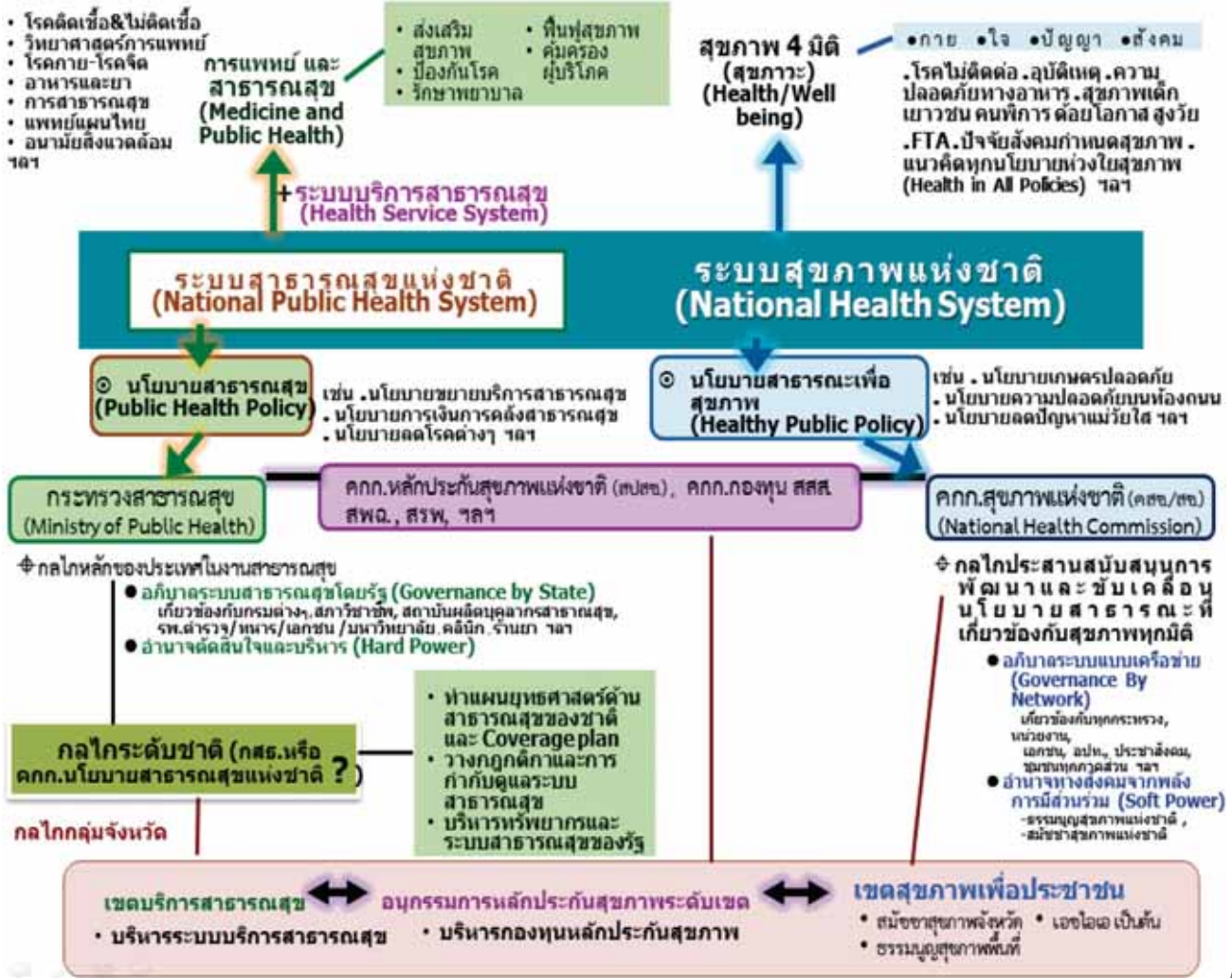
เมื่อมีการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (National Health Act) เมื่อปี ๒๕๕๐ มีการใช้คำว่า “**ระบบสุขภาพ**” เป็นทางการในระดับกฎหมายครั้งแรกในประเทศไทย โดยเนื้อหาสาระบัญญัติต่างๆในกฎหมายฉบับนี้มีทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข (Public health) และเรื่องสุขภาพที่กว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข (Health / Well being)

อาจกล่าวได้ว่า ทั้ง ๒ เรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน หรือเป็น ๒ เรื่อง ที่มีส่วนซ้อนทับเชื่อมโยงกัน และมีบางส่วนแตกต่างกัน

บางคนบอกว่าเป็น “**คนละเรื่องเดียวกัน**”

เพื่อเป็นการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และเป็นการต่อยอดความคิดและความรู้ จึงได้ร่างกรอบแนวคิด สาระสำคัญและเครื่องมือในระบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนภาพต่อไปนี้

(ร่าง) แผนภาพแสดงกรอบแนวคิด และกลไกสำคัญในระบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพแห่งชาติ



จากแผนภาพข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ระบบสาธารณสุขที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่กว้างกว่า



ระบบสาธารณสุข คือ ระบบงานหลักที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (Disease + Health hazard prevention and control) การรักษาพยาบาล (Curative) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) โดยมีระบบบริการสาธารณสุข (Health care systems) เป็นงานหลัก (Core business)

ระบบนี้มีหน้าที่ดำเนินงานเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคทางกาย โรคทางจิต การพัฒนางานด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้านอาหารและยา ด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านฯ การสาธารณสุข การอนามัยสิ่งแวดล้อม การพัฒนาวิชาการและวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น

ระบบสาธารณสุข มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกหลักของประเทศรับผิดชอบดูแลและพัฒนางานทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานผ่านการพัฒนาและขับเคลื่อน **“นโยบายสาธารณสุข”** (Public health policy) เช่น นโยบายการควบคุมป้องกันโรคฯ นโยบายการขยายบริการสาธารณสุข นโยบายการเงินการคลังสาธารณสุข นโยบายด้านหลักประกันสุขภาพ นโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทย นโยบายการกระจายยาและเวชภัณฑ์ นโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยทางอาหารและยา เป็นต้น

การดำเนินงานของระบบสาธารณสุข เน้นการ**อภิบาลโดยรัฐ** (Governance by state) เชื่อมกับ**การอภิบาลโดยตลาด** (Governance by market) ในส่วนของการบริการสาธารณสุขและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเชื่อมโยงกับ**การอภิบาลแบบหุ้นส่วน/เครือข่าย** (Governance by partnership/network) ด้วย เช่น การดำเนินงานผ่านการสาธารณสุขมูลฐาน และการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาคมสาธารณสุขในงานต่างๆ เป็นต้น

การอภิบาลระบบสาธารณสุข เป็นการใช้อำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับทิศทาง นโยบายและการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานสาธารณสุขของประเทศ (Hard power) ผ่านคณะรัฐมนตรี และมีการออกกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลาง มีหน่วยงานในสังกัดทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ลงไปถึงระดับตำบลทั่วประเทศ และมีหน่วยงานสาธารณสุขในสังกัดอื่นๆ รวมทั้งภาคเอกชนอีกเป็นจำนวนมาก

ปัจจุบัน (ช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙) มีความพยายามที่จะออกกฎหมายจัดตั้งกลไกนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ ขึ้นมาทำหน้าที่ประสานนโยบายสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และองค์กรภาคส่วนอื่นๆ เพื่อบูรณาการนโยบาย ทรัพยากร และการดำเนินงานสาธารณสุขของประเทศให้เกิดเอกภาพ เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขของประเทศเป็นไปได้ดีกว่าที่ผ่านมา รวมไปถึงความพยายามออกแบบกลไกบูรณาการระดับเขต จังหวัด อำเภอ ซึ่งทั้งหมดนี้ยังคงเน้นการอภิบาลโดยรัฐเป็นหลัก เสริมด้วยการอภิบาลรูปแบบอื่น

ระบบสุขภาพ คือ ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม (อ้างอิง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) ระบบสุขภาพจึงมีความหมายและขอบเขตกว้างกว่าระบบสาธารณสุข ซึ่งเป็นการรวมระบบสาธารณสุขอยู่ในระบบสุขภาพด้วย

ระบบสุขภาพเกี่ยวข้องกับปัญหาของระบบสาธารณสุขทั้งหมด แต่ยังคงไปถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบอื่นๆ ที่อยู่นอกระบบสาธารณสุขด้วย ได้แก่ เรื่องเกี่ยวกับอุบัติเหตุ การบาดเจ็บบนท้องถนน ความปลอดภัยทางอาหาร เกษตรปลอดภัย การลดผลกระทบต่อสุขภาพจากการพัฒนาต่างๆ ประเด็นสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็ก เยาวชน คนพิการ คนด้อยโอกาสและประชากรกลุ่มเฉพาะต่างๆ ประเด็นปัญหาอันเนื่องมาจากสังคมสูงวัย นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่กระทบกับสุขภาพ เป็นต้น

การดำเนินงานเพื่อให้เกิดสุขภาพ/สุขภาวะ ลดทุกขภาพ/ทุกขภาวะ เป็นการดำเนินการ ผ่าน **“นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ”** (Healthy Public Policy) ที่ครอบคลุมนโยบายสาธารณสุขและนโยบายสาธารณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วย เช่น นโยบายความปลอดภัยทางจราจร นโยบายการลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและอุตสาหกรรม นโยบายการแก้ปัญหาแม่วัยใส นโยบายการค้าเสรีที่กระทบกับสุขภาพ นโยบายพัฒนาอุตสาหกรรมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ นโยบายการสร้างความปลอดภัยบนถนน นโยบายส่งเสริมครอบครัวและชุมชนเข้มแข็ง ฯลฯ ซึ่งเรื่องนี้สอดคล้องกับการเคลื่อนไหวระดับสากลเรื่อง **“ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”** (Health in All Policies)

การขับเคลื่อนงานในระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นการทำงานข้ามสาขา ข้ามภาคส่วน ทั้งสังคม เป็นการทำงานที่เน้น **“การอภิบาลแบบหุ้นส่วนหรือแบบเครือข่าย”** (Governance by partnership/network) ซึ่งเน้นความร่วมมือกันด้วยอำนาจทางปัญญา/ความรู้ และอำนาจทางสังคม ที่เรียกว่า อำนาจอ่อน (Soft power) เชื่อมโยงกับการอภิบาลอีก ๒ รูปแบบที่กล่าวแล้วข้างต้น

การทำงานข้างต้นตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ออกแบบ กลไกและเครื่องมือสำหรับการทำงานไว้ ได้แก่

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ : คสช. (National Health Commission) เป็นกลไกประสานทุกภาคส่วนเพื่อร่วมกันพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพทุกมิติ

ผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่างๆ ได้แก่ ธรรมนูญสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ หรือ เอชไอเอ (Health Impact Assessment: HIA) เขตพื้นที่สุขภาพ เพื่อประชาชน (ซึ่งเป็นเครื่องมือการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมที่ใช้พื้นที่กลุ่มจังหวัดเป็นฐาน)

ในขณะเดียวกัน กลไกและการทำงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ยังเชื่อมโยงไปถึงการทำงานหนุนเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ท้องถิ่นและภาคประชาสังคม รวมไปถึงการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ปฏิรูปสังคม และปฏิรูปประเทศไทยในมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุขภาพ/สุขภาวะ เป็นการสร้างและเสริมความเข้มแข็งของการอภิบาลโดยหุ้นส่วน/เครือข่ายนั่นเอง

นอกจากการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แล้ว ยังมีเครื่องมือและกลไกอื่นๆ ร่วมประสาน สร้างเสริมการทำงานตามทิศทางแนวทางนี้อีกเป็นจำนวนมาก ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) สภาองค์กรชุมชน องค์กรสาธารณสุขประโยชน์ต่างๆ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาครัฐ และภาคชุมชนท้องถิ่นอีกเป็นจำนวนมาก

ระบบสุขภาพกับระบบสาธารณสุข จึงเป็นคณตะเรื่อมเดียวกัน เชนห้แคะ



ឆ X ឆ អុំអូងត័

W.S.P.សុបពាវអង្គចាតិ W.គ. ២៥៥០



๘ X ๘ มุมมองต่อ

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

มุมมองด้านบวก

(๑) ขยายความเรื่องสุขภาพกว้างไปถึงสุขภาพะ ทำให้กรอบคิดการทำงานไปได้กว้างขวาง เป็นคุณแก่สังคม

(๒) การทำงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ สอดคล้องอย่างยิ่งกับกระบวนทัศน์สากลในด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นแนวคิด Primary Health Care ในอดีตแนวคิด Health promotion ที่นำมาสู่ New public health paradigm, แนวคิด Social determinants of health (SDH), แนวคิด Health in All Policies (HiAP) ตลอดจนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDG) เป็นต้น

- เกิดเป็นกรณีตัวอย่างให้กับนานาประเทศที่มุ่งมั่นขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพที่กว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข

(๓) การออกแบบให้ สช. ให้มีกลไกสามเหลี่ยม (Political, Social, Knowledge) และให้นายกรัฐมนตรี ซึ่งมีอำนาจสูงสุดทางบริหารมาเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน ทำให้เชื่อมโยงอำนาจรัฐเข้ากับสังคมในการเคลื่อนงานสุขภาพในมิติกว้าง และเป็นการอภิบาลโดยหุ้นส่วน (Governance by partnership) เชื่อมกับการอภิบาล โดยรัฐ (Governance by state) ได้อย่างเป็นทางการ มีความชอบธรรมทางกฎหมาย และสอดคล้องกับสังคมยุคใหม่ที่เป็น “สังคมเครือข่าย” (Network society)

(๔) การออกแบบให้ สช. เป็นหน่วยงานของรัฐ ที่ไม่เป็นราชการ ใช้งบประมาณของรัฐได้ และมีระบบบริหารที่ยืดหยุ่น คล่องตัว เป็นฐานการทำงาน สร้างความเข้มแข็งสังคมในด้านสุขภาพหรือสุขภาวะได้อย่างสำคัญ

- สช. เป็นหน่วยงานขนาดเล็ก ไม่มีอำนาจแนวดิ่ง มีงบประมาณน้อย จึงไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าคุกคามหน่วยงาน องค์กรภาคส่วนอื่นมาก
- ถ้ารักษาสมดุลได้ดี และสานสร้างความร่วมมือและงานดีๆ ก็จะเป็น social credit ที่เป็นบารมี คุ่มครองการทำงานระยะยาวแบบ win-win-win (สังคมได้-องค์กรอื่นได้-สช.ได้) ยุทธศาสตร์สานพลัง จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญสูงสุดตลอดไป

(๕) มีเครื่องมือนโยบายตาม พ.ร.บ. สุขภาพฯ หลายชิ้น ไม่ว่าจะเป็ นธรรมนูญสุขภาพ (ที่ไปเกิดผลเป็นรูปธรรมของ Participatory Healthy Public Policy หรือ PHPP ในระดับพื้นที่จำนวนมาก) แม้ว่าผลในระดับชาติยังเกิด ผลกระทบน้อยเกินไปก็ตาม สมัชชาสุขภาพประเภทต่างๆ ก็พัฒนาไปมาก มีคน นำไปประยุกต์ใช้กับงานด้านอื่นๆ มากขึ้น และเอชไอเอ.เป็นต้น

- ในขณะเดียวกันคสช./สช.ยังสร้างกระบวนการ/กลไก/เครื่องมือ PHPP ใหม่ๆ ที่หลากหลายและเป็นนวัตกรรมได้เพิ่มเติมด้วย เช่น คณะกรรมการระดับชาติ ต่างๆ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน (ขสป.) ที่เกิด ในยุคคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ซึ่งสามารถหนุนเสริมให้เป็นเวที บูรณาการโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (Area Function Participation : AFP) โดยมีเครื่องมือ PHPP เชิงพื้นที่และประเด็นเป็นเครื่องมือทำงาน นโยบายแบบมีส่วนร่วมได้ เป็นต้น

(๖) มาตรา ๑๒ Living Will เป็นจุดเด่นและมีคุณค่าสำหรับ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ อีกจุดหนึ่ง ที่เกิดมาในจังหวัดที่สอดคล้องกับ สถานการณ์ของสังคมพอดี คือการเข้าสู่สังคมสูงวัย สังคมที่มีคนชั้นกลางมากขึ้น และบริการสุขภาพเชิงธุรกิจและมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มาก เครื่องมือ นี้จะช่วยนำไปสู่การพัฒนาหลายเรื่องไปพร้อมๆ กัน คือ การพัฒนาเชิงสิทธิ การ พัฒนาบริการทางการแพทย์ที่ดี และการพัฒนาเชิงสังคมเกื้อกูลสมานฉันท์

(๗) การเป็น สปรส. ๗ ปี ต่อด้วย สช.ชั้นปีที่ ๙ มีความต่อเนื่องในการทำงาน เป็นการวิ่งมาราธอน หรือพากันเดินขึ้นเขาสูงชันที่ต่างฝ่ายก็ไม่คุ้นเคยมา ก่อน มีจุดหมาย (Destination) อยู่ไกลมาก(ที่ปลายฝัน)

- คสช. และ สช. ได้สร้าง Social credit ได้ในระดับที่น่าพอใจ ทำงาน “ได้ระยะทาง” มาไกลพอสมควร สามารถสร้างสมดุลระหว่างสามมุม ของสามเหลี่ยมได้ดีพอใช้ ไม่เอียงไปมุมใดมากเกินไป สามารถต่อยอด ยกระดับได้อีกมาก

(๘) การทำงานของคสช.และสช.ในทุกระดับ เกิดระบบคุณค่า (Value system) ที่ให้ความสำคัญกับมิติทางมนุษย์และสังคมมากกว่า มิติเชิงอำนาจ มีวัฒนธรรมแนวราบ สานเสริม ร่วมด้วยช่วยกัน เป็นทุนทาง สังคมที่ดี

ทีมงานของ สช. เป็นคนดี ซื่อสัตย์ มุ่งมั่น ขยันทำงานเป็นเอก มีน้ำใจ มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ เก่งसानเชื่อมพลัง ซึ่งนับเป็นอีกจุดหนึ่งที่มีคุณค่ามาก



มุมมองด้านความท้าทาย

(๑) ยังคงเก่งและฉับพลันทำ “งานเคลื่อนไหวสังคม” (Social movement) มากกว่า “งานขับเคลื่อนนโยบาย” (Policy movement) ที่หลายฝ่ายมักเรียกร้อง และต้องการให้ทำไปทางนั้น

(๒) เมื่อพยายามขยายความหมายสุขภาพกว้าง เครื่องมือทำงาน แนวราบที่หลากหลาย ทำงานเกี่ยวกับกระบวนการทางนโยบายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นงานนามธรรมมากกว่ารูปธรรม และไม่ได้เป็นหน่วยปฏิบัติการเอง เพราะมีหน้าที่หลักในการประสานเชื่อมโยงหนุนเสริมแนวราบ

- จึงมักถูกมองว่าไม่มีผลงานเป็นรูปธรรม หรือเห็นผลซ้ำ และมักถูกเรียกร้องให้ทำงานปฏิบัติการ (ซึ่งเป็นหน้าที่ของหน่วยงาน องค์กรอื่นๆ อยู่แล้ว) ซึ่งอาจทำให้งานผิดทิศทางไปได้

(๓) การทำงานอภិบาลโดยหุ้นส่วนหรือการอภิบาลโดยเครือข่าย เป็นการทำงานยุคสมัยใหม่ที่คนในสังคมไทยและหน่วยงานต่างๆ ไม่คุ้นเคย เพราะสังคมไทยชินกับการอภิบาลโดยรัฐเป็นหลักมายาวนาน

- จึงต้องมีการสร้างความเข้าใจและมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ (Interactive learning through action) อย่างเข้มข้น และต่อเนื่อง หยุดไม่ได้เลย

(๔) การเกิดสช.ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นองค์กรมีข้อดีดังกล่าวไปแล้วข้างต้น แต่ก็เกิดข้อเสียสำคัญคือเกิดระบบงานขององค์กร ที่ต้องมีความชัดเจน เป็นระบบ มีระเบียบกฎเกณฑ์กติกาเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เกิดความแข็งตัว (Rigidity) ได้ง่ายและเกิดเพิ่มขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งมีผลกระทบ ทำให้ทำงานยืดหยุ่นคล่องตัวได้ลดลง เป็นปฏิภาคผกผันกัน

(๕) เมื่อเป็นองค์กรของรัฐ ใช้งบประมาณแผ่นดินในการทำงาน แม้ไม่ใช่ราชการ แต่ก็ถูกควบคุมกำกับ ประเมินและตรวจสอบลึกและเข้มข้นมากขึ้นตลอดเวลาเหมือนเป็นราชการเข้าไปทุกที กระทบต่อพลังการทำงาน ให้ถดถอยลง ทั้งระดับเจ้าหน้าที่และระดับองค์กร ระดับของ Autonomy of management ลดลง อาจเป็นปัจจัยฉุดรั้งการทำงานให้ก้าวหน้าช้ากว่าที่ควรจะเป็น

(๖) ระบบราชการยังคงมอง คสช./สช. (เหมารวมไปกับองค์กรต่างๆ) ว่าเป็นกลไก/องค์กรแปลกแยกในระบบราชการและระบบสาธารณสุขของประเทศที่เน้นการอภิบาลโดยรัฐเป็นสำคัญ และมักถูกมองว่าทำหน้าที่ซ้ำซ้อนกับงานของส่วนราชการต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว ซึ่งคาดว่าจะเป็นแรงเสียดทานหรือแรงกีดกันไปอีกยาวนาน

(๗) ขบวนการทั้งองคาพยพใหญ่ของสังคมไทย ภาคีเครือข่ายและทีมงานสช.ยังมีความเข้มแข็งด้านวิชาการ ไม่มาก ซึ่งเป็นสมรรถนะด้านสำคัญที่ต้องได้รับการสร้างเสริมและพัฒนาอีกมาก

(๘) งานส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การเสริมสร้างสังคมสุขภาวะเป็นงานที่ต้องอาศัยบุคลากรที่สนใจงานด้านกว้างมากกว่าด้านลึกแบบวิชาชีพเฉพาะสาขา ซึ่งหากคนสนใจงานด้านนี้ได้น้อย ประกอบกับงานในแวดวงระบบสุขภาพมิให้เลือกหลากหลายองค์กรและวิถีคิดของคนรุ่นใหม่เกี่ยวกับการทำงานประจำเปลี่ยนไป จึงเป็นผลกระทบต่อการบริหารงานบุคคลที่จะเพิ่มมากขึ้น

ธรรมนูญระบบสุขภาพ สู่ยุคประเทศไทย ๔.๐



ธรรมนูญระบบสุขภาพ

สู่ยุคประเทศไทย ๔.๐

บรรยายพิเศษในการประชุมเสวนาเปิดสัมมนาธรรมนูญระบบสุขภาพ ฉบับที่ ๒

โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
สมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.)
อดีตนายกรัฐมนตรีและกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙

ณ อิมแพค เมืองทองธานี นครบุรี

เกริ่นนำ

ขอบคุณคณะกรรมการจัดงานนี้ที่ให้เกียรติเชิญมาบรรยายพิเศษในวันนี้ ทำให้ผม
ในฐานะผู้สูงวัยตอนต้น ได้ทำงานทางปัญญาเพื่อมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทุกท่านในวันนี้

หัวข้อที่กำหนดให้พูด เป็นการนำเรื่องการขับเคลื่อนงานตาม
พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ทำกันมาเป็นสิบปีแล้ว ไปเชื่อมกับคำทันสมัย
ที่กำลังมีการพูดกันหนาหู ซึ่งเป็นธรรมดาที่คนเรานิยมหาคำใหม่ เรื่องใหม่
มาชวนกันคิด ชวนกันคุย บางทีก็เป็นเหล่าเก่าในชุดใหม่ บางทีก็เป็นเหล่าใหม่
ในชุดเก่า บางทีก็เป็นเหล่าใหม่ในชุดใหม่

ผมจะพูดถึงเรื่องธรรมนูญระบบสุขภาพก่อน แล้วพูดเรื่องประเทศไทย
๔.๐ แล้วก็จะสรุปเชื่อม ๒ เรื่องเข้าด้วยกัน เป็นอันจบครับ

ธรรมนูญระบบสุขภาพ

ธรรมนูญคืออะไร?

ทำให้คิดถึงสมัยเริ่มจัดทำเอกสารร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี ๒๕๔๔ เพื่อเป็นเอกสารตั้งต้นในการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งเราคิดว่าจะทำให้เป็น “ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ” เราประชุมกันทุกวันเสาร์ อาจารย์หมอไพโรจน์ นิงสานนท์ ท่านกรุณาไปหาความหมายคำว่าธรรมนูญ มาบอกพวกเราว่าหมายถึง กฎหมาย กติกาขององค์กรหรือของหมู่คณะ ที่เรารู้จักกันดีก็คือธรรมนูญของประเทศ หรือ “รัฐธรรมนูญ” นั่นเอง

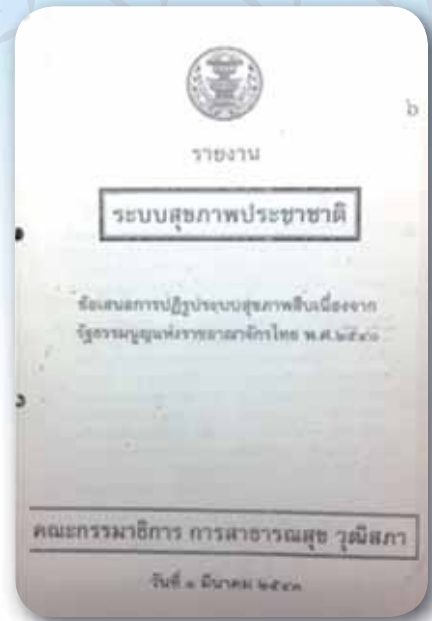


ประชุมคณะทำงานปรับปรุงร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
(สวนสามพราน ๘ ก.ย. ๒๕๔๕)

ถ้าเป็นธรรมนูญในระดับจุลภาค ก็เป็นธรรมนูญของคนหรือของครอบครัว อาจารย์หมอบรรลุ ศิริพานิช ท่านมีธรรมนูญชีวิตของตัวเองมานานแล้ว ท่านคิดเอง กำหนดเอง ปฏิบัติเอง วันนี้ท่านอายุเกิน ๙๐ ปีแล้วยังยอดเยี่ยมทั้งร่างกายและสติปัญญา นี่แสดงให้เห็นว่า ธรรมนูญที่ดีที่มีการปฏิบัติเป็นธรรมนูญที่มีชีวิต มีคุณค่า และมีคุณประโยชน์อย่างยิ่ง

เราคงเคยได้ยินหรือหลายท่านคงเคยอ่าน “ธรรมนูญชีวิต” (A Constitution for Living) ที่ท่านพรหมคุณาภรณ์ เขียนเป็นเล่มโต ท่านเขียนอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการวางรากฐานชีวิต การนำชีวิตให้ถึงเป้าหมาย การวางสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับสังคม และคนกับมรรคา ใครอ่านก็จะได้ปัญญาอย่างลึกซึ้งเลยละครับ

ที่นี้มาว่าเรื่อง “ธรรมนูญระบบสุขภาพ” ที่แต่เดิมคิดว่าจะทำ พ.ร.บ. สุขภาพฯ ทั้งฉบับ ให้เป็นธรรมนูญระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อสืบสานสาระสำคัญใน “รายงานระบบสุขภาพ ประชาชาติ” ปี ๒๕๔๓ ของคณะกรรมการธิการ การสาธารณสุข วุฒิสภา ชุดที่มีอาจารย์หมอ ประสพ รัตนากร เป็นประธานจัดทำไว้เป็นอย่างดี



รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ :
ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ
สี่มเหืองจากรัฐธรรมนูญ
แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐



หนังสือ (ร่าง)
กรอบคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อเราสังเคราะห์งานทางวิชาการมาย่อย แล้วร่างกรอบความคิด นำไปรับฟังความเห็นอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ใครๆ ก็อยากให้บรรจุเรื่องต่างๆ ลงไปในร่างกฎหมายดังกล่าว อยากให้เป็นธรรมนูญระบบสุขภาพที่ครอบคลุมทุกเรื่อง สิทธิการตรวจสุขภาพประจำปี สิทธิการตายดี การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ก่อนการออกนโยบายหรือการอนุมัติโครงการลงทุนต่างๆ การกำหนดไม่ให้บริการสุขภาพ ทำเพื่อค้ากำไร การปรับบทบาทโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ก็อยากให้ใส่ลงไปทั้งหมด

จากนั้นคณะกรรมการร่างก็มากลั่นกรองขัดเกลาให้เหลือเท่าที่เห็นว่าจำเป็นและเหมาะสม ทำเป็นร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “**ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ**” นำกลับไปรับฟังซ้ำแล้วนำมาปรับปรุงอีก

เมื่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติหรือธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี ๒๕๔๕ ก็นำเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) แล้วก็เสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ

ด้วยเหตุที่ร่างกฎหมายดังกล่าวใส่กฎ กติกา สิทธิ และกรอบทิศทางระบบสุขภาพไว้มาก จึงไปกระทบกับคนและงานบางกลุ่มบางสาขาเข้าก็เลยทำให้ร่าง พ.ร.บ.ดังกล่าวติดขัดเกือบ ๒ ปี กว่าจะหลุดไปถึงมือฝ่ายนิติบัญญัติได้

ตอนที่เราแกะเรื่องนี้ให้หลุดออกมาได้ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบหลักการส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาปรับปรุง ตรงนี้เราได้อาจารย์มีชัย ฤชุพันธุ์ เป็นหัวโตะ ช่วยปรับร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติหรือธรรมนูญระบบสุขภาพฉบับยาวให้สั้นลง

อาจารย์บอกว่า “ถ้าเราอยากย้ายต้นไม้ไปปลูกใหม่ ถ้าเอาไปทั้งต้น มีกิ่งก้านและใบเต็มไปหมด เคลื่อนที่ไปยาก ติดขัดโน่นนี่นั่น เราจึงควรริดกิ่งใบที่รุ่มร่ามออกก่อน จะได้ย้ายไปง่ายขึ้น”

“รายละเอียดหลายอย่างไม่ควรเขียนในกฎหมาย เพราะจะเกิดความตายตัว จะตีความกันแต่ในแง่กฎหมาย ถ้าอยากได้ธรรมนูญสุขภาพก็เขียนกำหนดให้กลไกภายใต้กฎหมายนี้มีหน้าที่ไปทำธรรมนูญระบบสุขภาพภายหลัง ซึ่งสามารถใส่ในเรื่องที่ต้องการและเห็นตรงกันได้ เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนก็ปรับปรุงเป็นระยะๆ ได้”

นี่จึงเป็นที่มาของการระบุใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ว่าให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่จัดทำ “**ธรรมนูญว่าด้วย**



หนังสือธรรมนูญสุขภาพคนไทย

ระบบสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกรอบทิศทางการกำหนดนโยบายของระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดให้มีการทบทวนอย่างน้อยทุก ๕ ปี

เมื่อมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แล้ว เราจึงได้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก เมื่อปี ๒๕๕๒ ที่เกิดขึ้นจากการทำงานวิชาการรองรับและเปิดรับฟังความเห็นทั่วประเทศอีกครั้งหนึ่ง มีอาจารย์หมอบรรลุ ศิริพานิช เป็นประธาน เมื่อกรมเห็นชอบธรรมนูญดังกล่าวแล้ว ก็ต้องรายงานให้ทั้งสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาทราบ เพราะเป็นส่วนที่เกิดขึ้นตามที่กฎหมายกำหนด



การประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมาธิการร่วมและสาระสำคัญของ
ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
ณ สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

ที่สำคัญคือกฎหมายกำหนดให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐทุกระดับ หมายความว่าหากหน่วยงานใดจะทำเรื่องใดๆ จะต้องสอดคล้องกับธรรมนูญระบบสุขภาพดังกล่าว

แต่หลายปีที่ธรรมนูญฉบับแรกมีผลใช้บังคับ หน่วยงานของรัฐส่วนใหญ่ ทั้งที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อมให้ความสนใจและให้ความสำคัญกับธรรมนูญระบบสุขภาพน้อยถึงน้อยมาก

สาเหตุน่าจะมาจากหลายประการ ได้แก่ หน่วยงานต่างๆ มักยึดการทำงานตามกรอบ กฎหมาย และภารกิจของตนเองเป็นสำคัญ ไม่ค่อยสนใจกฎหมายอื่น ความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของของธรรมนูญระบบสุขภาพมีน้อย จึงไม่รู้สึกว่าจะต้องให้ความสำคัญที่จะปฏิบัติตามธรรมนูญดังกล่าว

มีอยู่คราวหนึ่งที่คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) มีมติเกี่ยวกับการส่งเสริมบริการสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งขัดกับธรรมนูญระบบสุขภาพที่ใช้อยู่ในขณะนั้น เมื่อมีการรายงานต่อที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน (ขณะนั้นคือท่านนายกอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ท่านได้นำเรื่องดังกล่าวแจ้งแก่บีโอไอทันที และสั่งการให้บีโอไอกับ สช.ทำงานร่วมกัน จนในที่สุดมีการปรับมติบีโอไอให้สอดคล้องกับธรรมนูญระบบสุขภาพ



เวที สบ.เจาะประเด็น บีโอไอ จับมือ สบ. ปรับทิศทางหนุ่สุขภาพ
วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔
ณ อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี

นี่แสดงให้เห็นว่า หากมีสภาวะการนำทางการเมือง (Political leadership) ที่ให้ความสำคัญกับกรอบทิศทางระบบสุขภาพที่กลั่นมาจากการมีส่วนร่วมของผู้คนมากมาย ธรรมนูญระบบสุขภาพก็มีความหมายและเกิดประโยชน์ได้จริง

แต่ธรรมนูญระบบสุขภาพไม่ได้มีไว้เพื่อเป็นกรอบทิศทางและกติกาในการทำงานเกี่ยวกับสุขภาพสำหรับหน่วยงานรัฐเท่านั้น **นวัตกรรม**ที่เกิดจากกระบวนการจัดทำธรรมนูญระบบสุขภาพ คือเกิดการเขียนหลักสำคัญไว้ว่า ทุกภาคส่วนสามารถนำธรรมนูญระบบสุขภาพไปปรับใช้เป็นกรอบอ้างอิงในการทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ (Social reference) ได้

นี่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คิดไว้ก่อน เป็นแนวคิดบนฐานประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมที่ไม่ได้มองว่าในแต่ละระบบมีเพียงภาครัฐเท่านั้น

จุดนี้ได้กลายเป็นจุดเริ่มต้นของ **นวัตกรรมทางสังคม** ทำให้เกิด **“ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่”** เป็นการวางกฎเกณฑ์ กติกา ข้อตกลงและทิศทาง การพัฒนาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสภาวะของชุมชนท้องถิ่น โดยชุมชนท้องถิ่นและเพื่อชุมชนท้องถิ่นกันเอง

- เป็นการกำหนด **“นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน”**
- เป็นการทำให้ **“ประเด็นสุขภาพหรือสภาวะเป็นประเด็นร่วมของทุกภาคส่วน”**
- เป็น **“เครื่องมือภาคปฏิบัติของการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่”**

ถ้าท่านได้มีโอกาสไปสัมผัสการทำธรรมนูญสุขภาพของพื้นที่ ตามชุมชนท้องถิ่นต่างๆ ทั่วประเทศ ท่านจะเข้าใจเรื่องนี้เป็นอย่างดี มาถึงวันนี้ ทั่วประเทศ มีธรรมนูญระบบสุขภาพพื้นที่เกิดขึ้นและใช้แล้วมากกว่า ๔๐๐ แห่ง

การสนับสนุนการพัฒนาธรรมนุญสุขภาพพื้นที่ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๒-๒๕๕๘



ข้อมูลปรับปรุงเมื่อ มิถุนายน ๒๕๕๙ (สวค.)

ปี ๒๕๕๒-๒๕๕๖ ประกาศใช้แล้ว ๔๒ แห่ง

- ภาคเหนือ จำนวน ๑๓ แห่ง ครอบคลุม ๕ จังหวัด คือ เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน ๑๒ แห่ง ครอบคลุม ๓ จังหวัด คือ สุรินทร์ อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด
- ภาคกลาง จำนวน ๑๒ แห่ง ครอบคลุม ๒ จังหวัด คือ ฉะเชิงเทรา สระแก้ว
- ภาคใต้ จำนวน ๙ แห่ง ครอบคลุม ๓ จังหวัด คือ สงขลา ตรัง ปัตตานี

ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ ประกาศใช้แล้ว ๓๓๗ แห่ง

- สปสช.เขต ๖ ระยอง จำนวน ๑๓๓ แห่ง
- สปสช.เขต ๘ อุดรธานี จำนวน ๑๙๗ แห่ง
- ธรรมนูญสุขภาพระดับจังหวัด จำนวน ๑ แห่ง คือ
 - ธรรมนูญจันทบุรีเมืองแห่งความสุข สุขทุกวันทั้งจังหวัดจันทบุรี
- ธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอจำนวน ๔ แห่ง คือ
 - ธรรมนูญสุขภาพอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
 - ธรรมนูญสุขภาพอำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี
 - ธรรมนูญสุขภาพอำเภอนิคมพัฒนา
 - ธรรมนูญสุขภาพอำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง
- ธรรมนูญโรงเรียน
- ธรรมนูญเยาวชนอนุรักษ์รักษาตลิ่งอย่างยั่งยืน จ.สงขลา จำนวน ๑ แห่ง

แผนภาพ : การสนับสนุนการพัฒนาธรรมนุญสุขภาพพื้นที่ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๘



สงพื้นที่เยี่ยมขมและให้กำสัจใจการดำเินหมาธรรมมุขสุภภาพ
 ๓.เป็อย อ.สืออำหาจ อ.อำหาจเอธิภ



สงพื้นที่เยี่ยมขมและให้กำสัจใจการดำเินหมาธรรมมุขสุภภาพ
 ๓.แสมสวำง อ.หมองแสม อ.อุดรธานี

เมื่อพูดถึงธรรมนุญสุภภาพพื้นที่ ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางสังคมดังได้กล่าวไปแล้วขอเรียนว่าผมได้ยินเรื่องการทำธรรมนุญสุภภาพพื้นที่เป็นครั้งแรกที่ตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา มีการทำธรรมนุญสุภภาพชะแลแล้ว โดยมีนายกขุนทอง บุญยประวิตร เป็นแกนนำ (ปัจจุบันท่านเสียชีวิตแล้ว)

ผมจึงรีบไปขอเรียนรู้ดูงาน ผมต้องกล่าวถึงไว้เพื่อยกย่องชื่นชมและบันทึกไว้ว่า นวัตกรรมดี ๆ อย่างนี้เกิดโดยชุมชนท้องถิ่น ไม่ใช่เกิดจากการสั่งการหรือกำหนดจากข้างบน และขอกล่าวถึงเพื่อระลึกถึงท่านนายกขุนทองด้วยครับ



ถ่ายร่วมกับ นายขุนทอง มุทธยประวีตร
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะแก
อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา
ในการประชุมธรรมนูญสุขภาพพื้นที่
ระหว่างวันที่ ๑-๒ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๒
ณ โรงแรมบีพี สมิหลาบีช จังหวัดสงขลา

ถึงวันนี้ ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ มีการทบทวนปรับปรุงเป็นฉบับที่ ๒ แล้ว มีพัฒนาการไปหลายด้าน ท่านกำลังจะร่วมกันเปิดเล่มกันในวันนี้ อยู่แล้ว ผมไม่ขอกล่าวในส่วนนี้นะครับ



หนังสือ "รู้จักและเข้าใจสาระใน
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับที่ ๒"

ท่านทั้งหลายครับ เมื่อไม่นานมานี้ ผมมีโอกาสไปทำงานกับส่วนราชการ ด้านสาธารณสุขหน่วยหนึ่ง ได้ดูแผนการพัฒนาระบบงานสำคัญระบบหนึ่ง เป็นแผนระยะ ๕ ปี ไม่พบว่ามีภารกิจกล่าวถึงหรืออ้างอิงกรอบทิศทางระบบดังกล่าว ที่อยู่ในธรรมนูญระบบสุขภาพแม้แต่น้อย แม้กฎหมายกำหนดว่าให้มีผลผูกพัน หน่วยงานของรัฐก็ตาม

นี่เป็นเรื่องยืนยันว่า หน่วยงานของรัฐยังรู้สึกว่าการธรรมนูญระบบสุขภาพ เป็น “ส่วนเกิน” จากงานของเขา และยังไม่มีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ หรือ เห็นประโยชน์ใดๆ จากธรรมนูญระบบสุขภาพตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เช่นเดิม เป็นเรื่องน่าคิดครับ

ประเทศไทย ๔.๐

ผมขอเปลี่ยนเรื่องไปพูดถึง ความคิดเรื่องสังคม ๑.๐, ๒.๐, ๓.๐, ๔.๐ ซึ่งมาจากแนวคิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจครับ เขาให้ความหมายว่า ๑.๐ หมายถึงการพัฒนาที่เน้นภาคเกษตรเป็นหลัก, ๒.๐ หมายถึงการพัฒนาที่เน้นอุตสาหกรรมเบา, ๓.๐ หมายถึงการพัฒนาที่เน้นอุตสาหกรรมหนักและการส่งออก

ประเทศไทยเราพัฒนามาตามลำดับจาก ๑.๐ ถึง ๓.๐ ตอนนีก็ปนกัน ทั้ง ๓ แบบ จนเรามา “ติดกับดักประเทศรายได้ปานกลาง” (Middle income trap) คือหลงทำเกษตรและอุตสาหกรรมแบบที่ใช้แรงงานราคาถูก เทคโนโลยีต่ำ ต้องทำมาก แต่ได้น้อย ไม่สนใจพัฒนาปัญญา พัฒนาคนและนวัตกรรม เราจึงบินสูงไปกว่านี้ได้ยาก

ก็เลยเป็นที่มาของการตั้งเป้าหมายการบินไปที่ ๔.๐

คือมุ่งไปที่การพัฒนาที่เน้นเศรษฐกิจเชิงนวัตกรรม ทำน้อย แต่ได้มาก
 ปรับการเน้นสินค้าโภคภัณฑ์มาเป็นสินค้าเชิงนวัตกรรม อุตสาหกรรม
 ใช้เทคโนโลยี มาเป็นอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ การผลิตสินค้ามาเป็นการบริการ
 นั้นเป็นโมเดลทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็น Growth engine ที่สำคัญ
 ของประเทศ เพราะประเทศต้องได้เงินมาจากเศรษฐกิจ ถ้าเศรษฐกิจไม่เดิน
 เงินที่จะใช้พัฒนาประเทศก็ไม่มีหรือมีน้อย ไม่พอใช้พัฒนาประเทศให้ก้าวหน้า
 เรื่องนี้เกิดขึ้นในยุคปฏิรูปพหุติ สถาปปฏิรูปแห่งชาติและรัฐบาลปัจจุบัน
 จึงคิดถึงเรื่อง **“การเปลี่ยนประเทศไทย”** เรียกว่า **โมเดลไทย ๔.๐**
 กำหนดคุณลักษณะประเทศไทยไว้ ๖ ประการ คือ เป็นประเทศที่ (๑) ภูมิใจใน
 ความเป็นชาติและวัฒนธรรมของตน (๒) พัฒนาคนไทยเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์
 (๓) สังคมมีคุณภาพ (๔) สภาพแวดล้อมน่าอยู่ (๕) โครงสร้างทางเศรษฐกิจ
 แข็งแกร่ง และ (๖) มีบทบาทสำคัญในเวทีระดับภูมิภาคและโลก



Info graphic บทสรุป รหัส ประเทศไทย ๔.๐
 โดย ดร.สุวิทย์ เมธีธรรม



เขาบอกว่าต้องมี ๓ เครื่องยนต์ใหม่ (New growth engines) คือ (๑) สร้างและยกระดับผลิตภาพ (Productive growth engine) (๒) คนไทยมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม (Inclusive growth engine) และ (๓) เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน (Green growth engine)

โมเดลไทย ๔.๐ ต้องเน้นการพัฒนาที่สมดุล ๔ มิติ คือ (๑) มั่งคั่งทางเศรษฐกิจ (๒) รักรักษาสิ่งแวดล้อม (๓) สังคมอยู่ดีมีสุข และ (๔) เสริมสร้างภูมิปัญญา มนุษย์ โดยต้องยึดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง “รู้จักเติม รู้จักพอ รู้จักปัน” (อ้างอิง ดร.สุวิทย์ เมษินทรีย์: *ฐานเศรษฐกิจ ปีที่๓๕ ฉบับที่ ๓๐๘๓ สค.-กย. ๒๕๕๘*)

ที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า โมเดลประเทศไทย ๔.๐ ก็คือทิศทางการพัฒนาประเทศให้ก้าวทันยุคสมัย ตามที่นานาอารยประเทศพึงเป็นไปนั่นเอง

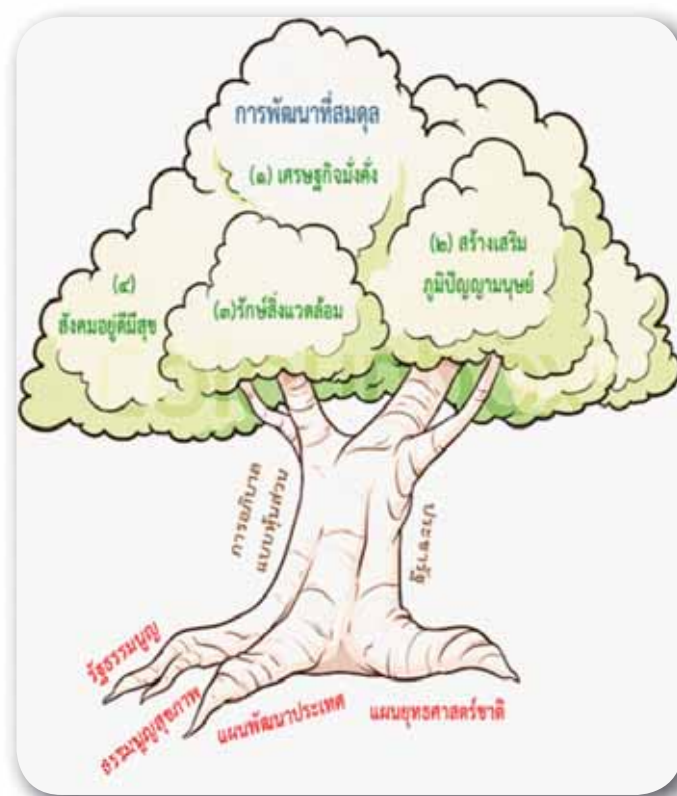
เรื่อง 2 in 1

ธรรมนูญระบบสุขภาพ เป็นกรอบทิศทางพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งหากมองให้กว้าง ก็อาจหมายรวมไปถึงระบบสุขภาพะของสังคม เน้นการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำ เพื่อให้สังคมเติบโตไปในทางที่ดี เป็นอยู่แต่พอดี พอเพียง มีความสุขทุกมิติ การขยายตัวของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เป็นความงดงามตามธรรมชาติ ที่เกิดและเติบโตตามปัญญาและความร่วมมือกันของคนในพื้นที่ สอดคล้องกับทิศทางประเทศไทย ๔.๐

ประเทศไทย ๔.๐ จะเป็นจริงได้ ประชาชนต้องมีความเป็นเจ้าของมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการดำเนินกิจการสาธารณะต่างๆ อย่างจริงจัง และเท่าเทียม ตามแนวทาง “การอภิบาลแบบหุ้นส่วน” (Governance by Partnership) ซึ่งก็คือแนวทาง “ประชารัฐ” นั่นเอง

“ธรรมนูญระบบสุขภาพ” อาจทำหน้าที่เป็น “เครื่องมือทางสังคมเล็กๆ ชิ้นหนึ่งในการร่วมขับเคลื่อนสู่ประเทศไทย ๔.๐” ได้ เพราะตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาประเทศ ๔.๐ คือ ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ซึ่งต้องวางอยู่บน “การพัฒนาที่สมดุล” ๔ ประการ คือ (๑) เศรษฐกิจมั่งคั่ง (๒) รักรักษาสิ่งแวดล้อม (๓) สร้างเสริมภูมิปัญญา มนุษย์ (๔) สังคมอยู่ดีมีสุข

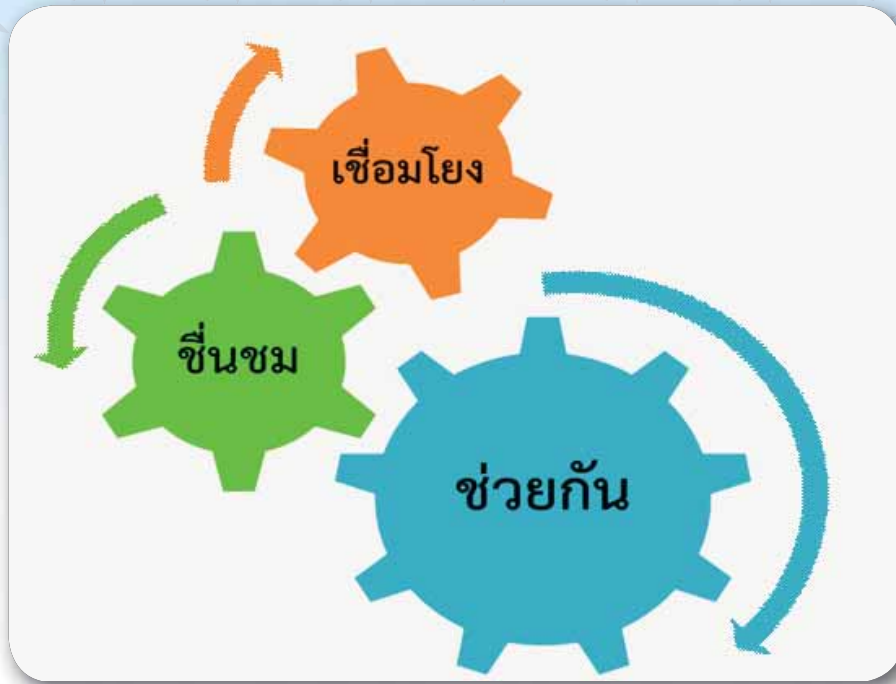
ฐานอิงเชิงเครื่องมือที่สำคัญสำหรับประเทศไทย ๔.๐ ได้แก่ (๑) รัฐธรรมนูญที่พึงประสงค์ที่เป็นของคนไทยทั้งมวล (๒) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ที่คนไทยได้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ จัดทำ และร่วมปฏิบัติ (๓) แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ และ (๔) ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ รวมไปถึง ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ชุมชนท้องถิ่นต่างๆ และแผนต่างๆ ที่ยังมีอีกมากมาย เป็นต้น



แผนภูมิต้นไม้ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างนโยบาย
 และแผนการพัฒนาประเทศ สู่ยุคประเทศไทย ๔.๐

ขอเสนอแนวทางการผลักดัน ขับเคลื่อนธรรมนูญระบบสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ ให้เกิดผลประโยชน์แก่ประเทศชาติมากกว่าที่ผ่านมา ด้วยหลัก "๓ ๒." ดังนี้





แนวทางการผลักดัน ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ด้วยหลัก "๓ ๒."

หนึ่ง เชื่อมโยง ควรทำการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของรัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม และแผนสำคัญๆ อื่นๆ ที่มีอยู่ เป็นจำนวนมาก เพื่อค้นหาข้อต่อ จุดร่วม จุดต่าง ค้นหาแนวคิดที่เสริมกัน ที่จะนำพาประเทศ ไปสู่ ๔.๐ ที่เป็นรูปธรรม โดยเน้นงานด้านสังคม สุขภาวะ สุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพื่อไม่ให้ รัฐธรรมนูญระบบสุขภาพแยกตัวอยู่โดดๆ อีกต่อไป

สอง ช่วยกัน เมื่อค้นหาจุดร่วมเชิงประเด็น เชิงการปฏิบัติ เชิงพื้นที่ ฯลฯ ก็แสวงหากวิธีทำงานเชิงบูรณาการกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ร่วม (Mutual benefits) เพราะการทำงานในยุค "สังคมเครือข่าย" ไม่มีใครหรือองค์กรใดจะทำงานสำเร็จได้โดยลำพัง แต่ต้องอิงอาศัยการคิดด้วยกัน ทำด้วยกัน รับผิดชอบร่วมกัน

เก่งเดี่ยวไปได้ไม่ไกล เก่งหมู่ไปได้ไกลและไปได้ดีกว่าแน่นอน



สาม ชี้นิยม การทำงานในยุคใหม่ ที่ต้องอาศัยการสาน เสริม เติมเต็มกันและกัน ต้องใช้หลักการร่วมเรียนรู้ไปด้วยกัน เกื้อกูลกัน ชี้นิยมยกย่อง มากกว่าการกำหนด มังคัม ะเทศน์กักัน แม้รัฐธรรมนูญระบบสุขภาพในมิติทางกฎหมายกำหนดให้มีผลผูกพันหน่วยงาน ของรัฐทุกระดับ แต่ก็จะไม่เกิดประโยชน์อะไรเลย หากหน่วยงานต่างๆ ไม่เห็นประโยชน์ ไม่เห็นความสำคัญ ใช้ยุทธศาสตร์ "ชูทวนสม" ก็ยากที่ใครจะทำอะไรใครได้ จึงควรใช้มาตรการ ทางบวกให้มากที่สุด

ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เป็นกรณีตัวอย่าง ชัดเจนว่า หากใครๆ เห็นว่าเป็นประโยชน์กับเขา เขาก็คิดต่อเอง ทำเอง ได้ประโยชน์เอง องค์กรภายนอกทำแค่สนับสนุน ยกย่องชื่นชม และร่วมเรียนรู้ พัฒนาต่อยอด

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นกฎหมายเชิงระบบ เน้นการหนุน เสริมเติมเต็ม (Empowerment) ไม่ใช่กฎหมายเชิงบังคับ ธรรมนูญระบบสุขภาพ ที่เกิดขึ้นตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ก็จึงควรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

หากขับเคลื่อนธรรมนูญระบบสุขภาพให้เคลื่อนไปในแนวทางนี้ ก็จะช่วย สร้างสุขภาวะไปตลอดเส้นทาง หนุนเสริมประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และ หนุนเป้าหมายประเทศไทย ๔.๐ นั้นเอง



KEYNOTE SPEECH

"How IA/HIA contributes to Sustainable Development"



KEYNOTE SPEECH

"How IA/HIA contributes to Sustainable Development"

by

Dr. Amphon Jindawatthana, MD.

Secretary-General of National Health Commission, Thailand

at

The 1st ASEAN Conference on Impact Assessment and Mitigation:
Towards ASEAN Engagement and Sustainable Development"

25 November 2015

Naresuan University, Phitsanulok Province, Thailand

Distinguished Guests, Ladies and Gentlemen

I. Introduction

It is my great pleasure to address this international gathering.

II. From "Globalization Development" to "Sustainable Development"

- "Globalization Development", the root of problems

We all know how globalization, especially in the form of free capitalism since the Second World War, has placed development primarily in the context of economic considerations, with a firm belief that it would lead to public wellbeing. At the same time, ICT development has brought about a phenomenon of the borderless world in which the transfer of capital and information is commonplace, and certain values have exerted their influence over national cultural values the world over.



The Asia and Pacific Region is also affected by such a rapid growth. It sees more export-oriented production of goods, using up a lot of natural resources as production costs, causing an adverse impact on the environment and social. As a result of such production geared toward regional and global consumption, each country concerned is obliged to shoulder environmental and social responsibilities.

- **Global attitudinal change toward Sustainable Development & Green Growth**

The above impacts have given rise to a new development paradigm based on the principle of “justice between generations”, leading to the concept of “sustainable development that meets the need of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs.” Ladies and Gentlemen, you may still remember various world summits designed to redirect the path of development, such as the Earth Summit in Rio de Janeiro, Brazil, in 1992, which adopted the Rio Declaration on Environment and Development, and Agenda 21. The Agenda 21, of course, has become an important master plan for the world community for sustainable development. It aims to advocate socially responsible economic development, protection of natural resources and environment, and people-centered development, involving the participation of the civil society and people sectors.



Another important event was the UN Millennium Summit in 2000 in which the member countries all over the world adopted the Millennium development Goals (MDGs) aiming to (1) eradicate extreme poverty and hunger, (2) achieve universal primary education, (3) promote gender equality and empower women, (4) reduce child mortality, (5) improve maternal health, (6) combat HIV/AIDS, malaria and other diseases, (7) ensure environmental sustainability, and (8) develop a global partnership for development. After 15 years of efforts, the goals have not been reached.

In 2015 the United Nations announced Post-2015 Development Agenda with 17 Sustainable Development Goals (SDGs) covering and inter-connecting economic, social and environmental dimensions in a balanced manner. The 17 issues are (1) poverty, (2) hunger, (3) health and wellbeing, (4) education, (5) gender equality, (6) water and sanitation, (7) energy, (8) economic growth and decent work, (9) infrastructure, industry and innovation, (10) inequalities, (11) sustainable cities and human settlements, (12) sustainable consumption and production, (13) climate change and impacts, (14) marine resources, (15) ecology and bio-diversity, (16) society and justice, and (17) partnership for the goals.



As we are moving toward becoming the “ASEAN Community” with its slogan of “One Vision, One Identity, One Community” and its three main pillars of (1) ASEAN Political-Security Community, (2) ASEAN Economic Community, and (3) ASEAN Socio-Cultural Community. Its vision of sustainable development includes the management of environment and natural resources, protection, climate change, and technological development for sustainable development to ensure that the environment issue will not be an obstacle to the region’s competitiveness.

Meanwhile, countries in the Asia and Pacific Region have announced “Green Growth” as a policy platform for environmentally friendly and economic development based on sustainable consumption and production, green business and markets, sustainable infrastructure, green tax and budget reforms, eco-efficiency indicators, and investment in nature capital. All this will make sure that development efforts are geared toward maximum economic benefits for all.

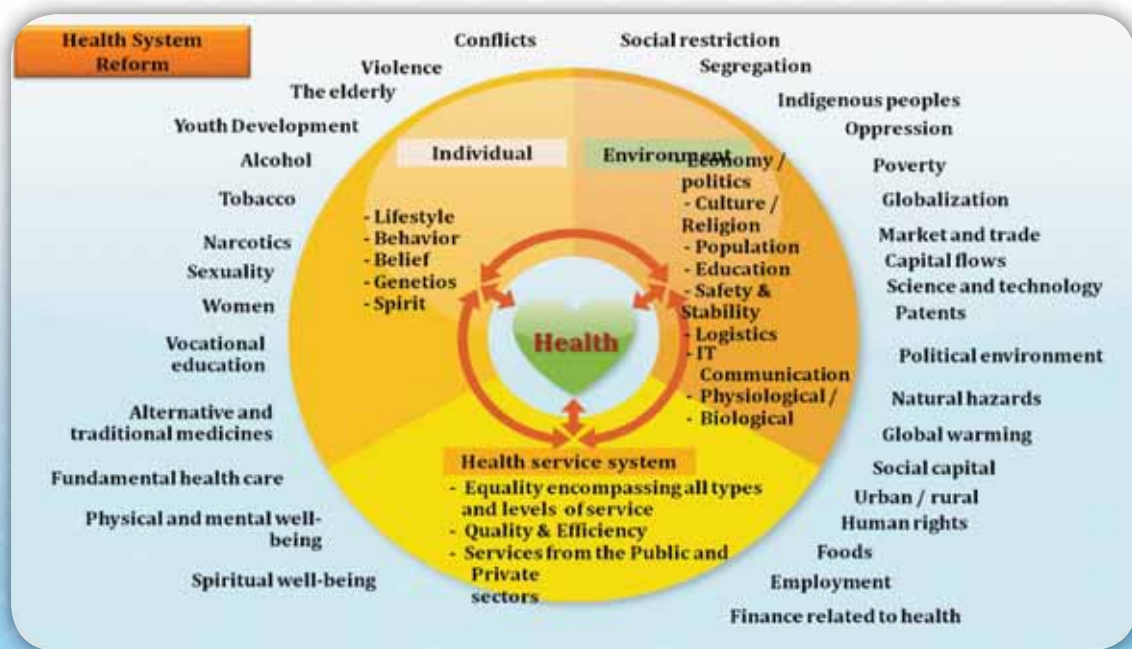


III. National Health Act : Health System Reform instrument of Thailand

- New Public Health paradigm

Ladies and Gentlemen, with regard to wellbeing or health, there have been development-oriented health reforms over the past 4 decades. In the past we tended to associate health with disease, medicine, public health, with physicians, and public health professional as major players. This approach was changed when WHO advocated the Primary Care (PHC) following the Alma Alta Declaration in 1977 and a new perspective about health has transcended the original health sector. Health requires people’s involvement and inter-sectoral collaboration. It is not confined only to the biomedical dimension but shifts to biosocial dimension.

Concept of Social Determinants of Health Leading to Health in All Policies



The impacts on health or wellbeing are determined by three different factors: (1) personal factors, such as genetics, belief, lifestyle, culture and behavior, (2) environmental factors including various social systems, e.g. public policy, communication systems, economy, commerce, industry, investment, education, and social welfare, and (3) health services systems and public health systems. If too much emphasis is placed on reparation of ill health rather than health promotion, health costs will be enormous, while health returns will be relatively low. All these three factors are collectively called “social determinants of health (SDH)”. Those of you from the health sector will be familiar with the Ottawa Charter for Health Promotion with its five health promotion strategies:

- 1) Building Healthy Public Policy
- 2) Creating Supportive Environment
- 3) Strengthening Community Action
- 4) Developing Personal Skills
- 5) Reorienting Health Services Systems.



Ottawa Charter for Health Promotion

This is a perspective of health beyond the conventional approach.



The medical technological advance has also made it possible to better prevent and cure “diseases” and considerably reduce lot of infections diseases. On the other hand, unfortunately, there are more new kind of health problems, eg: injuries, disabilities and loss of life from road accidents, diseases caused by the use of chemicals in the agricultural and industrial sectors, health behavior-induced diseases and non-communicable diseases, cancer, mental disorders, health losses caused by crime, social violence, emerging and re-emerging diseases, and diseases caused by development activities, adverse environmental impacts resulting in ecological imbalance, and cross-border diseases and health problems. Therefore, health work is beyond the conventional public health interventions.

- **Movement of Health in All Policy**

From what I mentioned above, you can see an important agenda hidden in the new paradigm of health. That is public policy. Public policy affects everything in society, including a large number of people. That is why so much importance is given to the issue of healthy public policy. As defined by WHO, healthy public policy is characterized by an explicit concern for health equity in all areas of policy and by an accountability for health impacts. The main aim of healthy public policy is to create a supportive environment to enable people to lead healthy lives. Such a policy makes health choices possible or easier for citizens. It makes social and physical environment health-enhancing. In the pursuit of healthy public policy, government sectors concerned with agriculture, trade, education, industry, and communications need to



take into account health as an essential factor when formulating policy. These sectors should pay as much attention to health as to economic considerations. (Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. WHO, Geneva, 1988)

This concept has been built upon further, and greater importance is attached to health in every public policy, which is known as “Health in All Policies” or HiAP.

- **IA/HIA, an important tool for develop Healthy Public Policies.**

Ladies and Gentlemen, today’s health impacts are not caused by any one particular factor but by a combination of related factors. Therefore, any attempt to find the causes and preventive measures, to reduce their severity, or to achieve other objectives will require a multi-disciplinary approach ranging from academic approaches to local wisdom. This approach has increasingly involved IA in health, social and environmental issues.

IA is a tool involving a number of disciplines and can be used for various purposes, such as Environmental Impact Assessment (EIA) and Social Impact Assessment (SIA).

With regard to health, “**Health Impact Assessment (HIA)**” has been developed. Thanks to WHO’s initiative and advocacy, health and safety issues are now included in the analysis of impacts resulting from social, economic and other development-related policies. WHO has encouraged European countries to develop and use HIA in the public policies, with a people-centered approach. This approach is called “Health in All Policies”.

There are 8 reasons for doing HIA. (1) environmental degradation affects people's health. (2) for any adverse health impact, immediate care and action must be taken by the public and government sectors. (3) effective prevention is better than cure and rehabilitation. (4) environmental, social and health consequences can be corrected. (5) mention about the matter has been made in laws on impact assessments in various fields. (6) HIA procedures can be included in ordinary EIA work. (7) a systematic collection of health issues will contribute to the accuracy and legitimacy of decisions made and subsequently implemented. And, (8) there is no reason to resist or refuse to do HIA. According to WHO's definition, HIA is a practical approach used to judge the potential health effects of a policy, program or project on a population, particularly on vulnerable or disadvantaged groups.

Subsequently, at the international level, it is recommended that HIA be carried out in four ways: (1) as set out in WHO's guidelines, (2) applied to risk assessment, (3) as suggested by ADB, and (4) using general methodology.

- **National Health Act : Health System Reform in Thailand**

Ladies and Gentlemen, as a member of WHO, Thailand had taken action to improve, develop and change its health work on a regular basis. This was first taken upon by Health Systems Research Institute (HSRI) in 1992 at the time when the country was undertaking a series of reforms in various sectors, giving rise to greater role of the civil society sector, democratization, and people's participation in public management. The drafting of the Constitution of the Kingdom of Thailand 1997 changed the public view. The public became more aware that health was not an individual issue; it was a public concern, giving rise to the idea of *“health system reforms based on the principle of participation of all sectors concerned”*.



In 1999 HSRI started collaborating with its partner networks to develop an approach together with the tools of ***“Healthy Public Policy(HPP) and HIA”***.

At the same time attempts were made to inform the public about the health dimension of public policy to ensure proper understanding when the mechanisms and tools were put in place. More importantly, action has been taken continuously to develop the capacity of the partner networks ever since. Now we have in place important tools for creating wellbeing for the public and community by having ***“all the development projects or the policies of the government sector assessed, supervised and monitored to ensure that they take into account the health of the public in every dimension.”***

All the process and knowledge acquired eventually led to the drafting of the National Health Act which officially came into force in 2007. A new definition of ***“health”*** was adopted. ***Health now refers to the state of human beings which is perfect in physical, mental, spiritual and social aspects, all of which are holistic in balance*** refers to overall relations in connection with health.

“Health impact assessment” means a social learning process in the analysis and prediction of one or more positive and negative health impacts on the public that may occur as a result of policies, projects or activities if they are implemented at the same time in the same area, involving the application of various tools and appropriate participatory processes designed to support decision-making beneficial to the health of the people in short and long terms.



The Act sets up a National Health Commission (NHC) as a national mechanism, consisting of the Prime Minister as Chairperson, the Minister of Public Health as Vice-chairperson, and an equal number of representatives from three sectors as members, i.e. the public sector from the central and local authorities, the sector comprising professional organizations and qualified persons, and the civil sector. This is horizontal, cross-sectoral combination of health system networks designed to promote the development of various healthy public policies at all level and link the governance by government, governance by market and governance by network.

A National Health Statute was developed with an emphasis on the participation of every sector in the society. The statute serves as the framework for setting the direction of the national healthy public policy and strategy.

Support is given to the organization of health assemblies at national and local levels, as well as issue-based health assemblies, designed to open the public space for people from all sectors, including the government sector, professional sector, academic sector, people sector and private sector and to encourage them to come together to develop health-related policies and to ensure their successful implementation.

The Act also supports the use of Health Impact Assessment as a tool for social learning and for assessing the health impacts as a result of public policies and other development activities and projects. It covers a community-driven HIA by which the work is carried out by networks in the form of “*HIA Commission*” and “*HIA Consortium*” comprising workers from agencies/organizations concerned, academics, and the



civil society. These members will work together to develop systems, mechanisms and procedures. They also join force with more than 8 universities in technical and human development fields.

However, Thailand is relatively new to this kind of work, with only a decade of experience. There is still much to learn and develop. This conference is, therefore, a great opportunity for learning and exchange of experiences. This is good news. Better still, if we can expand our cooperation and this interactive learning through action further in our future endeavors.

IV. Driving the social movement towards health-conscious society and public wellbeing

- **In Country (Activities with other Sectors)**

Ladies and Gentlemen, action taken to support the Thai society to use Health Impact Assessment as a tool for healthy public policy development in a participatory manner is done through different four channels. I will mention some examples here:

Channel 1: HIA Work is carried out in accordance with law concerning authorization and supervision. It was first incorporated in the 1997 Constitution of the Kingdom of Thailand, especially in Section 67, paragraph 2, which states that any project or activity that may seriously affect the community in the quality of environment, natural resource and health shall carry out EHIA. Eleven types of projects are spelled out and cooperation must be undertaken with the Ministry of Natural Resources and Environment to come up with procedures for public scoping and

public review in the assessment, thereby allowing the community to get access to information on the projects and voice its concern on what is going on in its area. In a nutshell, this approach is designed to promote the participation of the people sector.

Channel 2: Invitation is made to agencies/organizations concerned with public policy development to make use of HIA as a tool for collection of information in a more comprehensive manner through participation of all sectors concerned. Such information will form an important basis for decision-making and policy planning, taking into account various impacts and concerns. This is still an on-going process. Work is being done together with the Food and Drug Administration (FDA) regarding how best to use HIA in the free trade agreement between Thailand and European Union on access to drugs.

Channel 3: Support is given to protect the community rights to request HIA for any concerns that may arise regarding projects or public policy in its area. In addition to the 11 types of projects mentioned in Channel 1, there are other examples, such as HIA of the industry in Maptaphut area and in Rayong province, which urged the government to pay greater attention to mechanisms and action as stipulated in Section 67 of the 1997 Constitution of the Kingdom of Thailand, and to come up with measures for environmental and health protection in the areas concerned. Another incident was the leakage of chemicals of a private company, leading to the cabinet's resolution instructing agencies concerned to develop systems for monitoring, early warning, supervision, and follow-up as well as how best to handle the situation when it happens in a rapid and comprehensive manner.



Channel 4: Attempts are made to enhance and develop the capacity of the local community to make use of HIA for greater community-driven learning process on HIA. An example of CHIA is the gold, iron and copper mine in Loei province. It was used to set the provincial strategies. Another example is the deep-sea port and industrial area project at Tha Sala district, Nakhon Si Thammarat province. It was used to push forward the HIA initiative, leading to the announcement that the area is a provincial food-protection area, while a network of Community HIA practitioners has been created. Another example is the policy on biomass policy set by a number of provinces that has now been integrated into HIA consideration process.

- **Across Country HIA in ASEAN (AFPHIA , GMS-PH)**

Ladies and Gentlemen, as Thailand has been conducting and advocating HIA in a concrete manner both at policy and local community levels, it was entrusted to act as the lead agent in HIA coordination in ASEAN. The country organized Asia and Pacific Region on HIA Conference in 2008, at which a regional commitment was made to develop the Asia and Pacific region into a society of wellbeing. The commitment was known as “Cheingmai Declaration”, recommending a creation of joint working mechanisms in the ASEAN Community with the ASEAN Secretariat and national ASEAN secretariats in each country serving as focal points.

On subsequent occasions, a number of workshops were organized with the aim to achieve “HIA: A Foundation for the Well-being of the ASEAN Community” and to Construct a Caring and Sharing



Community: Roles of HIA. A series of follow-up meetings were also organized on a regular basis, forming part of the work of the annual Senior Official Meeting on Health Development (SOMHD).

In its 6th SOMHD meeting, a resolution was passed to put in place an informal mechanism known as ASEAN Focal Point on Health Impact Assessment (AFPHIA), consisting of representatives of the ministries of public health and academics from ASEAN member countries. A meeting is being held parallel to this international conference, and a resolution has been passed to entrust Thailand with the main responsibility of developing the capacity of personnel of ASEAN member countries in HIA. That is the rationale of the organization of this international conference. Nevertheless, HIA advocacy will need technical and empirical evidence as a basis for its work to promote greater understanding and reduce potential conflicts. We need to seek cooperation with academic institutes as our networks. Our first network was the Greater Mekong Sub-Region Public Health Academic Network, which cohosted the 7th conference in 2015 together with the Faculty of Public Health, HUE University of Medicine and Pharmacy. After the conference, consultation was held on official cooperation to use HIA as a tool for technical development that would meet social requirements and to push forward its use as part of healthy public policy. Attempts would be made to develop curriculums or human resource development programs in preparation for future changes in the ASEAN Community.



There will be a signing of MOU between National Health Commission Office (NHCO) and Hue University of Medicine and Pharmacy, Vietnam, after I finish my presentation here.

- **To Global: WHA , IAIA**

Ladies and Gentlemen, in view of the rapid changes in global development, we need to keep abreast of potential impacts and situations. Attending conferences organized by leading organizations that play an important role in policy-making or capacity building is an important strategy to advocate the implementation of HIA.

For example, it is important to participate in the World Health Assembly (WHA), organized by WHO, so that we are aware of the policy and procedures that can be used in our work. This will be a great opportunity for an exchange of knowledge and experience. Recommendations or cooperative efforts can be taken up, for instance. At the Meeting of Experts on Measuring Health Equity and Health Impact Assessment toward Health in All Policies held in New Delhi, India, consultations were made on HIA preparation and methodology appropriate to Southeast Asian countries. At the Expert Consultation on Impact Assessment as a tool for multi-sector action for health, talks were held to come up with the best possible tool to help policy-makers promote sustainable participation in health matters from every sector.

Presentation of technical papers or lessons learned from the experience of HIA advocacy at conferences organized by International Association for Impact Assessment (IAIA) is another opportunity to make



known and learn about a variety of IA approaches in different contexts. It is a great learning experience as well as an opportunity to expand the global HIA networks.

Support was also given to HIA Consortium to bring its technical presentation to the notice of such international conferences as Asia and Pacific HIA Conference and International HIA Conference, and receive training on Community–Driven Health Impact Assessment at Coady International Institute, Canada. The idea was to develop and strengthen HIA work by the people’s sectors.

V. The moving Forward of IA/HIA in ASEAN

Ladies and Gentlemen, Thailand’s HIA experience over the past decade has shown how IA/HIA plays an important role in conflict reduction, problem-solving and setting of development direction. This is only the beginning. When we are the ASEAN Community in only some days away, the situation will become more complex with regard to the merging of relationships, development activities and potential problems. As Thailand is entrusted with the lead role in HIA advocacy in ASEAN, it has come up with a road map as follows:

(1) Knowledge generation & management

To support capacity development of the partner networks in HIA work at every level through technical and research works, exchange of knowledge and experience, conferences, workshops, training programs, field work, development of data systems, and dissemination to target groups and the public on a regular basis



(2) Collaboration: Government, Academic, Private Sector, Civil Sector, and so on

To create and expand more partner networks to cover the work in both area-related and issue-related manners, resulting in greater collaboration, common objectives and common interests, leading to policy recommendations for healthy public policy development in a truly participatory manner

(3) Integration to ASEAN Blueprint

Attempts have been made to put HIA into practice and elevate AFPHIA to be a formal mechanism for sustainable development and action in the ASEAN region, to ensure wellbeing of the ASEAN community. This is in line with the expectation for ASEAN to be “a concert of Southeast ASEAN nations, outward looking, living in peace, stability and prosperity, bonded together in partnership in dynamic development and in a community of caring society.”

VI. Conclusion

Ladies and Gentlemen, during the last three days you may have learnt about the impacts that have occurred in the country and across the borders, the efforts to solve problems by various sectors according to the local and regional contexts, and the development of the process that will make it possible for more sectors to participate.



As a tool to create greater opportunity and as a process that will allow every social sector to participate in the sharing and caring, IA/HIA will make it possible to find appropriate development alternatives at the activity and project levels as well as in the setting of public policy that may have far-ranging impacts whether positive or negative. It is also in line with the participatory democratic model.

I, therefore, wish to invite you all to join the partnership of using IA/HIA as a tool for greater knowledge generation whereby more effective cooperation mechanisms can be developed to enhance positive outcomes and reduce negative impacts, as well as creating public policy conducive to wellbeing of all sectors, to peaceful coexistence and to true sustainable development.

Thank you.



A Speech

Roadmap for implementing a regional plan of action on Health in All Policies in the Americas: Putting it to work, lessons learnt from Thailand



A Speech

Roadmap for implementing a regional plan of action on Health in All Policies in the Americas: Putting it to work, lessons learnt from Thailand

By Dr. Amphon Jindawatthana

Secretary General of National Health Commission, Thailand

At 22nd IUHPE World Conference

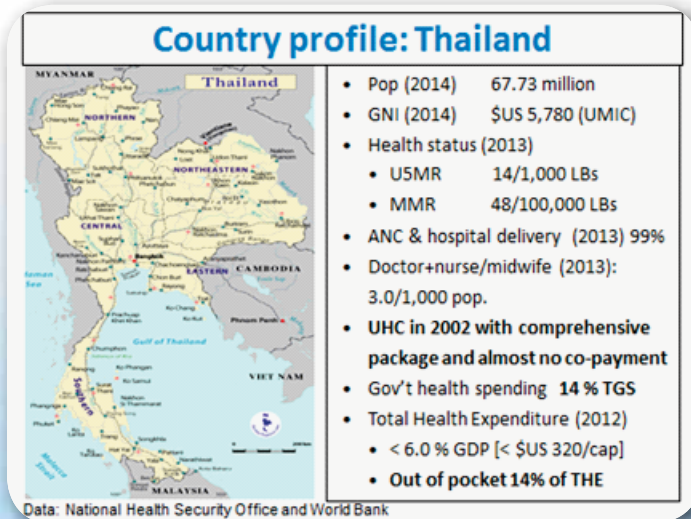
Tuesday 24 May 2016, 13.30-15.00

Ladies and Gentlemen,

I am honoured to be invited by WHO to share Thailand's experience on implementing Health in All Policies to all of you today.

Overview of Thailand

Thailand is an upper middle income country where located in South East Asia. We are a part of ASEAN which is an integration of ten Southeast Asian countries. The total number of a combined population in ASEAN is approximately 600 (625) million . Thailand itself has nearly 70 million.



¹https://en.wikipedia.org/wiki/Association_of_Southeast_Asian_Nations

The country is divided by 76 provinces. Despite of the democratic country, the government administration seems to be centralized. Decision making and administration is decentralized down to local authority level.

During the past 3 decades, the country has developed in a speedy manner. We are rated by the World Bank as an upper middle income country. Poverty has declined substantially over the last 30 years from 67% in 1986 to 11% in 2014 as incomes have risen. However, an income disparity between the poor and the rich is widening .

Many people know Thailand in a view of delicious food and beautiful beach. Apart from tourism, our health system is well recognized in a global community. 100% of population has health care coverage. The health service infrastructure is covered from sub-district level to district, provincial, and central levels.

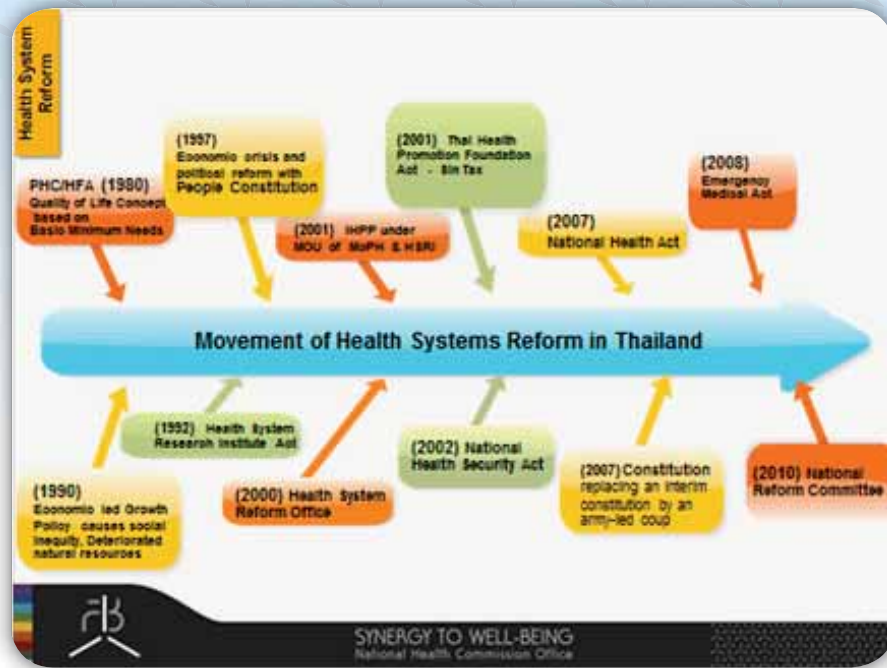
The top ten causes of death fall to NCDs and road accident. We started to realize that health of population is determined by factors beyond health such as political, social, economic and environmental factors (as we call SDH).

Health System Reform in Thailand

Thailand has kept developing the health system and strengthening health promotion for the last 30 years. The crucial point is an establishment of Health Systems Research Institute in 1992. The kick-off stage is to generate knowledge for health systems reform and shift the health paradigm from bio-medical dimension to socio-medical dimension.

² <http://www.worldbank.org/en/country/thailand/overview>





WHO has snowballed the approach of primary health care to health promotion, social determinants of health and recently health in all policies. We have adopted and advanced these approaches to fit our socio-political context.

The outstanding examples of the advancement are

1) The health promotion funding mechanism that draws upon a 2 percent surcharge levied on alcohol and tobacco excise tax. In 2001, the Parliament issued Thai Health Promotion Foundation Act to establish a progressive financial mechanism for health promotion. This foundation works as a catalytic funding agency for all sectors to implement various innovative health promotion activities in a broader scope and nationwide.

2) The healthy public policy development mechanism that underlines public participation in the policy process. In 2007, the Parliament issued National Health Act to establish the National Health

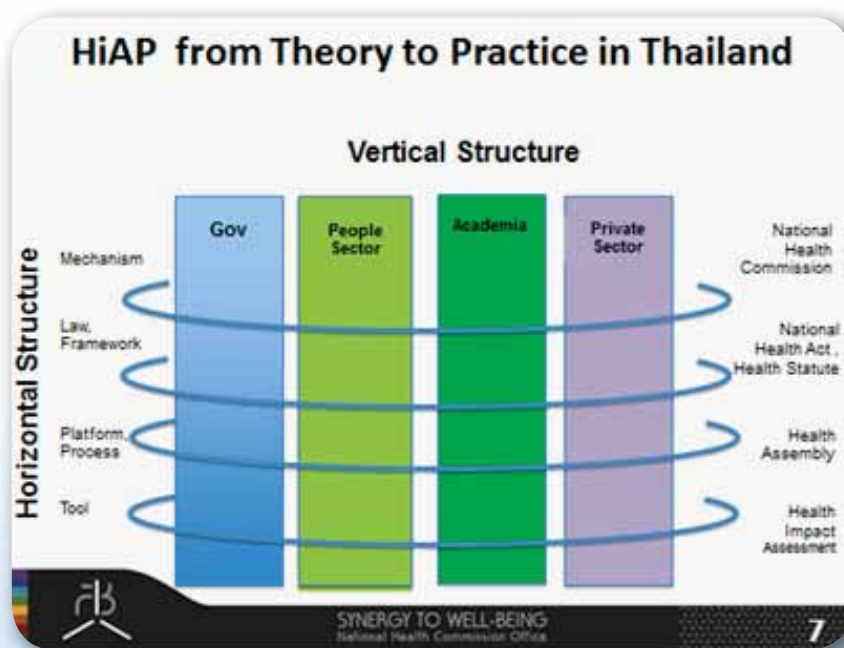


Commission which is mandated to give advices on health related policies and strategies to the Cabinet and other related organizations and to support the process of developing healthy public policy in a participatory manner.

I would like to put spotlight to this mechanism that at the end leads to health in all policies. The nature of state policy development is vertical while people sector and private sector have their own interests and demands.

Hardware and Human ware for Health in All Policies

How can we weave a sophisticated silk cloth by vertical threads and horizontal threads? This is the art of implementing health in all policies. Thailand has designed both hardware, software, and human ware for this purpose.



Hardware and software mean a working mechanism, laws/framework, platform, policy process and tools

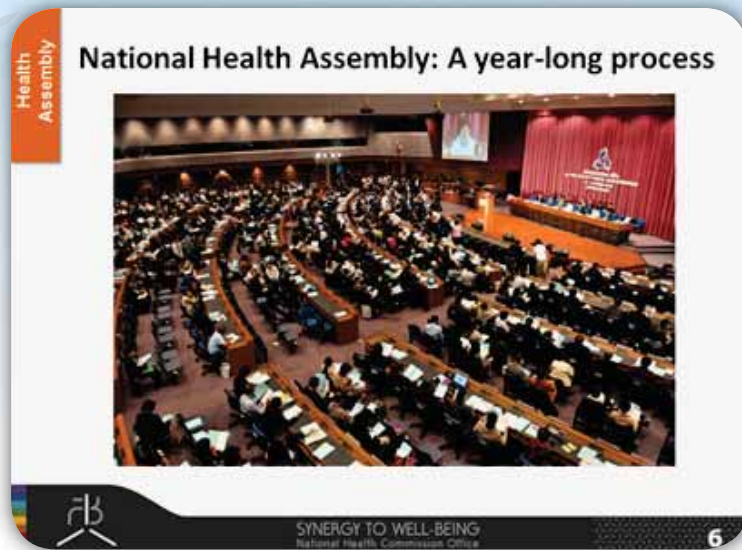
The National Health Commission is the mechanism to enable health in all policies. The composition of the Commission comprises government sector, academia/professionals and people sector equally, 13 seats each. Looking the balance of health and non-health sectors, the number of seats of the non-health sector is 1.5 times more than that of the health sector. On top of that, the chair of the Commission is Prime Minister.



This picture shows the former Prime Minister chaired the National Health Commission meeting which I acted as Secretary General.

As said before, a working culture which many countries face is silo mentality. It is requisite to find a neutral platform for everyone to be able to dialogue, raise their concerns, and find solutions together. Health Assembly is both the platform and the process that can come up for solutions to implement at all levels. For Thailand, not only the government sector, but also people sector and academia attend the health assembly.

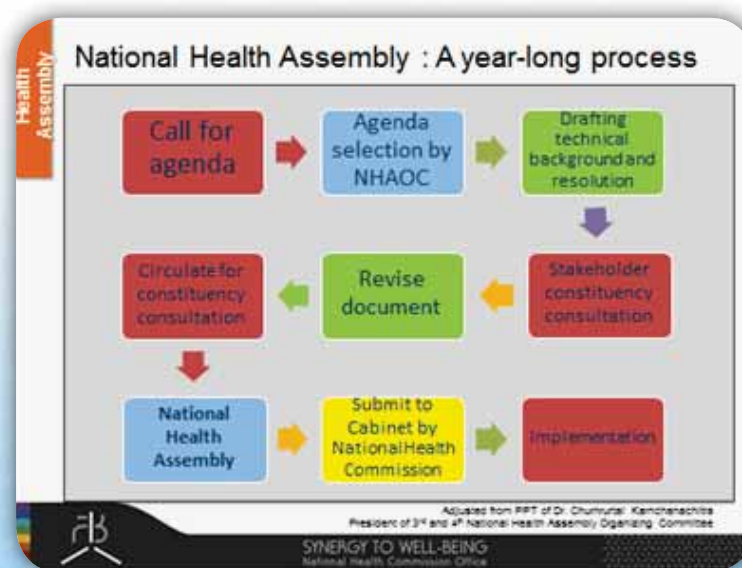




This picture shows the annual National Health Assembly meeting.

Since the past 8 years until now, we have 4 presidents of the National Health Assembly. Only the first one that was a public health professional, the second one was from academic sector, the third one was from private sector, and the fourth one was from civil sector.

A health assembly has 3 types. Area based health assembly and issue based health assembly. The last one is the National Health Assembly which is convened annually.



The national health assembly's resolutions, which are adopted by consensus basis, are submitted to the National Health Commission for further action or go to the Cabinet.

Apart from that, we also have health impact assessment as well as community driven health impact assessment implemented. Laws as the National Health Act and framework as the Statute on National Health System encourage all sectors to action for health.

All the hardware and software I mentioned is crucial. However, the human ware is indispensable. Capacity building is necessary for both health and non-health sectors. Both sectors should be trained together by the way of interactive learning through action because what we expect from a capacity building programme is not only new knowledge and skills, but also new attitude that health is a jointly responsibility of everyone.



Never-ending challenges

Despite the fact that we have the hardware, software, and human ware for HiAP, implementing it faces many challenges. We had the National Health Assembly's resolution on banning chrysotile asbestos in 2010. This resolution was passed to the Cabinet and finally became the Cabinet resolution. As of now, Thailand still cannot ban asbestos. The danger of asbestos is debatable between Ministry of Health and Ministry of Industry.



Policy coherence between trade and health is not an easy job, but we can collect small but beautiful successes and disseminate these successful stories and encourage everyone to do so.

I would like to present you some interesting stories.

First, we had National Health Assembly's resolution on impact of international trade agreement on health and wellbeing. Of course, this resolution has not moved that much because Ministry of Health and Ministry of Commerce have their own standing point.



This kind of conflict cannot be solved easily, but we are able to set up National Commission on International Trade and Health Study under National Health Commission comprising Ministry of Health, International Health Policy Foundation, Ministry of Commerce, and Federation of Thai Industries, and other related organizations.

This Commission jointly studies the impact of international trade agreement on health and wellbeing. Through working together, their relationship from not talk to each other at the beginning has improved to be able to dialogue to each other.

Although the resolution has not been moved so far and a policy cannot be decided until now, I am certain that the trust gained from working together let them talk, discuss and find different views before any decisions made.

Second story is One Health and Anti-Microbial Resistant (AMR) issues which came to National Health Assembly in 2013 and 2015 respectively. Both issues were proposed by academia network that was aware of strong collaboration between Ministry of Health and Ministry of Agriculture to combat these issues. Besides, farmers and public in general need to know about the crisis of antimicrobial drugs resistance and practice a rational use of drugs.

The Ministry of Health, who is a constituency of the National Health Assembly as well as a member of the National Health Commission, is requested to cooperate the National Health Assembly's resolutions to their strategic plan and the action plan for solving AMR to submit to the Cabinet.

As you know, AMR reduction is a global issue and will be an agenda at United Nations General Assembly in this September. The global movement as such cannot be succeeded if a country level is not responsive.



Conclusion

In conclusion, we have learned that if we want to make Health for All happen by using HiAP approach and health promotion strategy, we have to move the work for health from the shoulder of public health sectors to all sectors that we call “All for Health for Health for All” strategy by using the concept we call “the Triangle that moves the mountain”.

It means that we have to combine energy of three angles:

- 1) Political energy
- 2) Academic/ Knowledge energy
- 3) Social energy

To be the “Super Energy” for health.

Thailand has designed the new systems of work on health in this way of thinking.

Ladies and Gentlemen,

I feel very happy to know that the Pan American countries are fortunate to have PAHO actively facilitated the implementation of Health in All Policies not only at the regional, but also at country levels.



สร้างสุขตลอดสาย
บรรยายพิเศษในการประชุม "สร้างสุขที่ปลายทาง"
โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
สมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ



สร้างสุขตลอดสาย

บรรยายพิเศษในการประชุม "สร้างสุขที่ปลายทาง"

โดย นายแพทย์อัมพล จินดาวัฒนะ สมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ
ณ. ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๙

เกริ่นนำ

ก่อนผมพินหน้ที่เสขาริการคณะกรรหการสุขภาพแห่งชาติ เราได้เตรียมการ
จัดงานประชุม "สร้างสุขปลายทาง" ที่มีขึ้นในวันดีและพรุ่งนี้ เพื่อต่อยอดการดำเนินงาน
ตามมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐ ที่ขับเคลื่อนอย่างเป็นทางการมาได้ ๑๐ ปี

ขอขอบคุณคณะกรรมการจัดงานที่ให้เกียรติผมมาบรรยายพิเศษ
แม้พันตำแหน่งหน้าที่ไปแล้วก็ตาม

ท่านผู้มีเกียรติครับ ชีวิตคนเราที่เกิดมา เหมือนสายธารธรรมชาติ
ที่หมุนเนื่องไหลไปตามครรลอง มีหลายสิ่งหลายอย่างที่เรากำหนดเองไม่ได้
แต่ก็มีหลายอย่างที่เรากำกับระดับประคองให้เป็นไปในทางดีทางชอบได้ตาม
สมควร

ความดี ความถูกต้องเหมาะสม เรากำหนดได้ ถ้าเราคิดถูกต้องชอบ
และทำถูกต้องชอบ ความสุขก็เช่นกัน เราสร้างได้ตลอดสายธารชีวิต ถ้าเรารู้จัก
การออกจากทุกข์ที่มาทดสอบเราตลอดเวลา

นี่จึงเป็นที่มาของหัวข้อเรื่องบรรยายพิเศษ "สร้างสุขตลอดสาย"
เพื่อเสริมกับการประชุมสร้างสุขที่ปลายทาง

ดร.เป็วย อังภากรณ ท่านได้เขียน “จากกรรมมารดา ถึงเชิงตะกอน”

ที่เราทุกคนคุ้นเคยกันดี นั่นก็คือการนำเสนอแนวคิดและแนวทางการสร้างสุขตลอดสายเชิงระบบที่เป็นอมตะ ซึ่งเราทุกคนต้องมีหน้าที่ช่วยกันผลักดันขับเคลื่อนและลงมือปฏิบัติให้เป็นจริงให้ได้มากที่สุดเพื่อร่วมกันสร้างสังคมสุขภาวะ

ย่อหน้า

เมื่อมองย้อนกลับไปในยุคสมัยอดีต สมัยที่สังคมไม่ยุ่งยากซับซ้อน เช่นทุกวันนี้ คนเกิดมามีชีวิตและสิ้นชีวิตจากไปอย่างง่าย ๆ เป็นปกติธรรมดา ชีวิต สังคม สุขภาพ เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมไม่ได้แยกขาดจากกันเป็นระบบย่อยๆ

เกิดแก่เจ็บตายเป็นธรรมชาติธรรมดา

ผู้คนอยู่ร่วมกันแบบอิงอาศัย เมื่อเกิดก็ช่วยกันดูแลกันตั้งแต่ในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน เจ็บไข้ได้ป่วยก็ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน พึ่งพาอาศัยกันแบบยาขอหม้อวาน อยู่กับวิถีชุมชน วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ ศาสนาและวิถีทางจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกับธรรมชาติ เมื่อถึงบั้นปลายชีวิตก็จากกันไป ไม่ฝืนธรรมชาติ

ดังที่ท่าน **พุทธทาส ภิกขุ** กล่าวไว้ว่า “เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต คนโบราณไม่หอบสังขารหนีความตาย ตรงกันข้ามเขาเตรียมตัวตาย เตรียมความพร้อมที่จะตายอย่างสงบ เป็นธรรมชาติธรรมดา”

วิถีชีวิตและความเป็นไปของชุมชนมีปกติตลอดสาย แม้ไม่สุขไปเสียหมด มีโรคภัย เหตุการณ์ทางธรรมชาติและความเป็นไปของการอยู่ร่วมกันที่ทำให้เกิดทุกข์ แต่ทุกอย่างก็เป็นไปอย่างง่าย ๆ ไม่สลับซับซ้อน มีสุขร่วมเสพ มีทุกข์ร่วมต้าน ชีวิตมีโอกาสสร้างสุขตลอดสาย มากกว่าทุกข์ตลอดสาย แต่นั่นก็ไม่ใช่อะไรที่เสียที่เดียว

มนุษย์มีปัญหา มีการพัฒนาความรู้ วิทยาการเทคโนโลยีก้าวหน้าไม่หยุด ส่วนหนึ่งสร้างสุขเพิ่มขึ้น เกิดการพัฒนา เกิดความเจริญ สะดวกสบาย เอาชนะ ทุกข์เติมๆ ได้ไม่น้อย แต่ในอีกด้านหนึ่งก็ก่อทุกข์ให้กับมนุษย์เพิ่มขึ้นได้แบบ ไม่ทันรู้ตัว

ในด้านสุขภาพ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญ ก้าวหน้ามาก สามารถเอาชนะโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ได้มากมาย ประกอบกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ไปพร้อมๆ กัน ทำให้ยี่ตอายุคนให้ยืนยาวขึ้น แก่ก็ไม่ง่าย ตายก็ช้าขึ้น สร้างมหัศจรรย์ให้เห็นมากมาย แต่ก็เอาชนะความตายอันเป็นปกติ ธรรมดาของธรรมชาติไม่ได้อยู่ดี

กล่าวถึงเรื่องความตายหรือปลายทางของสายธารชีวิต ในอดีตนั้น เรียบง่าย แต่เมื่อการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้น บางครั้งทำให้เราเผลอคิดว่า คนเราจะไม่ต้องตาย เพราะมีหยูกยา เครื่องไม้เครื่องมือ วิทยาการเทคโนโลยี ที่ยืดชีวิตได้มากมาย จนบางครั้ง “การฝากผีฝากไข้” ไว้กับคนที่เรารัก ญาติสนิท มิตรสหาย กลายเป็นไปฝากผีฝากไข้ไว้กับเครื่องไม้เครื่องมือ หยูกยา โรงพยาบาล หรือห้องไอ.ซี.ยู. ที่ตัดขาดจากวิถีชีวิตวัฒนธรรมและมิติทางจิตวิญญาณ

คุณพ่อสม แฝงสีคำ ลูกอีสาน ผ่านการบวชเรียนเป็นสิบปี มีครอบครัว ลูกหลาน อยู่กับวิถีธรรมชาติในชุมชนท้องถิ่น เมื่อเต่มาชราอายุได้ ๘๐ ปีเศษ เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ตามมาด้วยไตวายเรื้อรัง เข้าออกโรงพยาบาล หลายครั้งเหมือนผู้สูงวัยทุกๆ ไป แพทย์แนะนำคุณพ่อให้ฟอกเลือดด้วยน้ำเกลือ ทางช่องท้อง โดยมีภรรยาและบุตรสาวทำให้ที่บ้าน พ่อบอกไว้ว่า

“ไม่ต้องทำดีกว่า จะลำบากแม่และลูก อวัยวะพ่อเสื่อมไปตามสังขาร ปล่อยมันไปตามธรรมชาติ ถ้าพ่อจะต้องจากไป ไม่ต้องพาพ่อไปอยู่โรงพยาบาล แล้ว อยู่กับลูกหลานที่บ้านนี้แหละ นิมนต์พระมาสวดให้พ่อฟังถ้าทำได้”

นั่นคือ เจตนาการสร้างสุขที่ปลายทาง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสุข
ตลอดสาย

ลูกหลานก็สนองเจตนาของคุณพ่อ ทำให้คุณพ่อได้จากไปสู่ภพภูมิใหม่
ท่ามกลางลูกหลานญาติพี่น้องคนที่รักมากหน้าหลายตา

ท่านพุทธทาสเคยแสดงเจตนาของท่านต่อเรื่องนี้ไว้ว่า

*“ขอเถอะ ขอไม่หอบสังขารหนีความตาย ขอตายอยู่ที่สวนโมกข์
นี่แหละ”*

แต่เนื่องจากท่านเป็นบุคคลสาธารณะระดับสำคัญสูงมาก ท่านถูกนำ
ส่งเข้ารักษาในโรงพยาบาลยาวนานพอสมควร กว่าที่ท่านจะได้กลับไปละสังขาร
ที่สวนโมกข์ สมการชีวิตเรียบง่ายของท่านต้องซับซ้อนเมื่อท่านไม่รู้ตัวแล้ว

ท่านผู้มีเกียรติที่เคารพครับ

เมื่อประมาณปี ๒๕๔๓-๔๔ ช่วงที่พวกเราจัดทำกรอบทิศทางระบบสุขภาพ
แห่งชาติ เพื่อเตรียมยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ สำหรับใช้เป็น
เครื่องมือขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ เรื่องเจตนาต่อวาระสุดท้ายของ
ชีวิตถูกกล่าวถึงทั้งในการศึกษาทางวิชาการและการรับฟังความเห็นสาธารณะ
ทั่วประเทศ เมื่อมีการร่างกฎหมาย จึงมีการเขียนว่า

*“บุคคลพึงมาสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าแห่งความ
เป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และไม่เป็นการระ
ทางเศรษฐกิจทั้งแก่บุคคลและแก่สังคมโดยรวม”*

นั่นคือจุดเริ่มต้นของ “เจตนารมณ์ทางสังคม” (Social will) ที่หลอมรวมมาจากความต้องการของผู้คน ที่ผลักดันไปสู่การเขียนในกฎหมายเพื่อให้เป็นกติกาของสังคมหรือให้กลายเป็น “เจตนารมณ์ทางการเมือง” (Political will) นั่นเอง

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ออกมาเป็นกฎหมายเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๐ สารสำคัญของเรื่องนี้อยู่ในมาตรา ๑๒ ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนารมณ์ตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

ท่านผู้มีเกียรติครับ เมื่อพูดถึงการทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ผมขอกล่าวถึงบุคคลท่านหนึ่ง คือ **รศ.ปทุมพร วัชรเสถียร** ตอนนั้นท่านเป็น สนช.อยู่กับผม ท่านสนับสนุนและผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพฯ และมาตรา ๑๒ เป็นอย่างมาก หลังจากนั้นท่านได้เขียนหนังสือแสดงเจตนาสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิตท่านไว้มากมาย ทั้งเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ถ้าท่านจะต้องจากไป รวมไปถึงการดูแลจัดการงานศพที่เหมาะสม งดงาม ไม่ต้องแต่งดำก็ได้ นำดอกไม้ไปงานศพด้วย เพราะการจากไปเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ไม่ใช่งานที่ต้องเศร้าโศกเกินสมควร

ต่อมาเมื่อท่านป่วยและต้องจากเราไป ท่านได้รับการดูแลสร้างสุข ปลายทางที่งดงามตามเจตนารมณ์ของท่าน ทุกฝ่ายปฏิบัติต่อท่านด้วยความสบายใจ ด้วยความรักความเข้าใจท่าน ไม่ว่าจะเป็นแพทย์พยาบาลที่ดูแลรักษาและญาติมิตรทั้งปวง

“การจากไปอย่างสงบเป็นสิทธิที่มีผลอย่างมากต่อความปรกติสุขและอนาคตทางจิตวิญญาณของผู้ใกล้ตาย ไม่มีสิ่งประเสริฐใดๆ ที่คุณสามารถจะให้ได้นอกจากการช่วยให้บุคคลตายด้วยดี” (The Tibetan Book of Living and Dying)

สร้างความเข้าใจ

ท่านผู้มีเกียรติครับ ผมขอสรุปสาระสำคัญของเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขที่ปลายทาง ๗ ประการ ดังนี้

หนึ่ง สิทธิในชีวิตและร่างกายเป็นของบุคคลทุกคน อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน

สอง สิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลก็เป็นสิทธิของบุคคลทุกคน เมื่อเจ็บป่วยจะรักษาหรือไม่รักษาก็ได้ ไปรักษาแล้วแพทย์แนะนำให้ผ่าตัดหรือรักษาด้วยวิธีการใด ผู้ป่วยมีสิทธิตัดสินใจว่าจะรักษาหรือไม่ก็ได้ (Patient autonomy)

สาม แพทย์และบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีสิทธิหน้าที่และอำนาจในการดูแลรักษาพยาบาลตามหลักการและมาตรฐานทางจริยธรรมและวิชาการ (Doctor autonomy) ซึ่งมีปรัชญาหลักคือการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ในขณะที่สิทธิในชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยยังมีอยู่อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจึงต้องกระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และแพทย์พยาบาลเสมอ ไม่มีส่วนใดที่อิสระขาดออกจากกันได้

วิชาชีพรักษาพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง สังคมได้รับมอบความไว้วางใจในการพิจารณาดูแลเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายผู้ป่วยได้ ซึ่งมีหลักปฏิบัติวิชาชีพรักษาพยาบาลสำคัญ ๓ ประการ คือ (๑) ทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (๒) ไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย เลือกทางเลือกที่อันตรายน้อยที่สุด และ (๓) ต้องให้ความยุติธรรมและเป็นธรรมแก่ผู้ป่วยเสมอกัน ไม่เลือกปฏิบัติ

ที่ สาระสำคัญของมาตรา ๑๒ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ไม่ได้บัญญัติสิทธิใหม่ แต่เป็นการเขียนเพื่อดำรงรักษาสิทธิของบุคคลตามข้อหนึ่งไว้ โดยให้เขียนไว้ล่วงหน้าก่อนที่ตนจะเข้าสู่สภาวะที่ไม่รู้ตัว ไม่สามารถตัดสินใจรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลใดๆ ได้แล้ว ซึ่งมาตรานี้ทำให้เกิด (๑) การดำรงรักษาสิทธิในชีวิตและร่างกายของบุคคลไว้ (๒) เป็นโอกาสให้ทุกคนได้คิด เตรียมตัวตนเองและญาติพี่น้องล่วงหน้าว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ตนไม่รู้ตัวแล้ว ตนต้องการการรักษาหรือไม่อย่างไร ทุกคนก็จะทราบแนวความคิดและเจตนาของผู้ป่วยล่วงหน้า สามารถร่วมตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะแล้วได้เป็นอย่างดี และ (๓) ทำให้แพทย์พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบเจตนาของผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การดูแลรักษาที่สอดคล้องกับเจตนา นั้น โดยแพทย์พยาบาลยังคงมีสิทธิและอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยตามเดิม และได้รับการปกป้องคุ้มครอง ไม่มีความผิดเมื่อไม่ให้การรักษาที่ผู้ป่วยปฏิเสธไว้ล่วงหน้าแล้วด้วย

ห้า สาระบัญญัติตามมาตรา ๑๒ นี้ ไม่ใช่ประเด็นเชิงกฎหมายที่มีไว้ เพื่อการฟ้องร้องผิดถูกเอาผิดกัน หากแต่เป็นเครื่องมือที่ทำให้ทุกคนทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ใช้สื่อสารกันในเรื่องเกี่ยวกับชีวิต การตาย การรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างสอดคล้องกับเจตนาของเจ้าของชีวิต ซึ่งจะเขียนเป็นหนังสือไว้หรือไม่เขียนก็ได้ อาจใช้วิธีพูดคุยกันไว้ล่วงหน้า ซึ่งก็คือการ “สั่งเสีย ผากผีผากไข้” ของคนสมัยก่อนนั่นเอง



กท เนื่องจากเรื่องนี้ต้องมีการพัฒนาหลายด้านไปพร้อมๆ กัน ได้แก่ การพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลทุกระดับ การสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่เหมาะสมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและของสังคม การพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ และระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือทางสังคมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านและชุมชน

เจ็ด การพัฒนาเรื่องนี้ต้องมีการพัฒนาความรู้ ทั้งการวิจัยและจัดการความรู้ เพื่อนำมาใช้พัฒนาระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้คนทุกภาคส่วนในสังคมอย่างต่อเนื่องด้วย (Interactive learning through action) รวมไปถึงการผลักดันขับเคลื่อนทางนโยบายในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอีกมาก

ปิดท้าย

ท่านผู้มีเกียรติครับ

พระไพศาล วิสาโล ท่านกล่าวไว้ว่า “...สิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการมากที่สุดนั้น มิใช่ความรู้หรือเทคโนโลยี หากได้แก่กำลังใจและความรัก ไม่เฉพาะจากญาติมิตรและครอบครัวเท่านั้น ขวัญและกำลังใจจากแพทย์และพยาบาลก็เป็นสิ่งสำคัญมาก..”

พระพยอม กัลยาโณ ท่านเคยกล่าวไว้ว่า “บางคนเขาเห็นว่าเขาตายโง่งๆ ดีกว่าตายแบบถูกเสียบโน่นเสียบนี่ แล้วก็ตายคาเสียบ ฉะนั้นลองคิดดู คนที่เขาป่วยควรจะให้สิทธิเขา ถ้าเขาไม่ต้องการ ก็ไม่ควรเสียบ แต่ถ้าเขาต้องการ ก็ไม่เป็นไร แต่ถ้าเขาสั่งไว้ว่าเขาไม่ต้องการอย่างนั้นอย่างนี้ ก็ไม่ควรไปเสียบเขา มันเป็นชีวิตของเขานะ”

ท่านผู้มีเกียรติครับ เมื่อไม่นานมานี้ ผมได้รับคำปรึกษาจากคนรู้จักว่า อยากให้ช่วยญาติผู้ใหญ่ของเขา อายุเกือบ ๙๐ ปีแล้ว เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่รู้ตัวแล้ว หัวใจและการหายใจล้มเหลวแล้ว แต่อยู่ภายใต้เครื่องช่วยหายใจ และยากระตุ้นหัวใจที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สู้อำริรักษายาบาลไม่ไหวแล้ว อยากให้ถอดเครื่องช่วยหายใจ จะทำอย่างไรดี

เจ้าของชีวิตท่านไม่เคยสิ่งเสียอะไรไว้ ไม่เคยแสดงเจตนาหรือแสดงทัศนคติเกี่ยวกับปลายทางของชีวิตว่าจะสร้างสุขหรือสร้างทางพันธุกรรมอย่างไร ญาติพี่น้องก็ไม่เคยถาม ไม่เคยเตรียมเรื่องนี้ เจ็บป่วยทุกครั้งก็พาเข้าโรงพยาบาลให้เป็นหน้าที่ของแพทย์พยาบาลทุกครั้งมา เรียกว่าฝากผีฝากไข้ไว้กับการแพทย์ล้วนๆ

สุดท้ายนี้ ผมขอปิดท้ายว่า เราทุกคนสามารถคิดและลงมือสร้างสุขตลอดสายได้ รวมไปถึงการสร้างสุขที่ปลายทาง ซึ่งจะมาถึงเมื่อใด เราไม่ทราบล่วงหน้า

แต่ถ้าไม่เตรียมคิด เตรียมวางแผน และแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า เหมือนกรณีที่ผมเล่าไป

“เมื่อรอให้ถึงปลายทาง ก็สายเสียแล้วครับ”

“ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานพัฒนาและ
ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
ควบคู่ไปกับการทำให้ทุกภาคส่วนในสังคมได้ร่วมกันคิด
ร่วมกันทำ เพื่อการสร้างสุขภาพะตามวิถีประชาธิปไตย
แบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy)
และการอภิบาลแบบเครือข่าย (Governance by Network) ”



ปรับ เปลี่ยน เรียนรู้



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ เขต ๓ ศบ/๓๙ ถนนวิภาวดี ๑๔
หมู่ ๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๕๓๒-๕๐๐๐ โทรสาร ๐-๒๕๓๒-๕๐๐๑-๒
Email : nationalhealth@nationalhealth.or.th
www.nationalhealth.or.th