

โครงการประเมินผลการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และการนำแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพมาใช้ในประเทศไทย



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะสังคมศาสตร์
และมนุษยศาสตร์



ดร.จอมขวัญ โยธาสมุทร*, ดร.นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท, รศ.ดร.คนางค์ คั่นธมธูรพจน์, ดร.ธีรพัฒน์ อังศุชวาล,
จุฑามาศ ปิยะวงษ์, ศรวณีย์ อวนศรี, อารยา ญาณพิบูลย์, กานติมา วิชชวรนนท์, จุฑามณี สารเสวก, กรวรรณ พูนสวัสดิ์

ที่มา

- กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพได้ดำเนินมากกว่า 20 ปี การมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นถือเป็นหนึ่งในจุดเปลี่ยนหรือผลผลิตที่สำคัญของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ
- ที่ผ่านมามีการศึกษาและประเมินการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. รวมถึงสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ *ยังไม่พบการศึกษา* การประเมินบทบาทของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการขับเคลื่อนแนวคิด HiAP หรือทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ รวมถึงการทบทวนบทบาท ความสำคัญ และการปรับตัวของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ในบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง
- ประโยชน์ >> ทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรในการดำเนินงานต่อไป และเผยแพร่บทเรียน ทั้งในและต่างประเทศ

วัตถุประสงค์การประเมิน

เพื่อประเมินพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และการนำแนวคิดทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP) มาใช้ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ย่อย

- (1) เพื่อศึกษารากฐาน การก่อตัวและการพัฒนาของแนวคิด “ทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ในสายธารการปฏิรูประบบสุขภาพไทย ว่ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางการเมืองและการพัฒนาด้านสุขภาพทั้งในระดับโลกและบริบทภายในของประเทศไทยที่สัมพันธ์กัน
- (2) เพื่อทำความเข้าใจความเป็นมาของแนวคิดนี้ที่มีความเชื่อมโยงกับการก่อตัวและการเปลี่ยนแปลงของนิยามเกี่ยวกับสุขภาพ/สุขภาพะ จนถึง นิยาม “สุขภาพ” ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และ การขยายของแนวคิดนี้ ไปสู่การปฏิบัติใน “ระบบสุขภาพ” ของประเทศไทย
- (3) ศึกษาการทำให้เป็นรูปธรรมของแนวคิด HiAP ในประเทศไทย
- (4) ศึกษาบทบาทของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ในการขับเคลื่อนแนวคิด HiAP
- (5) จัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ขอบเขตการศึกษา

- ไม่ได้เป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ (result) หรือผลการปฏิบัติงาน (performance) ของ สช. ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- แต่เป็นการทบทวนและประเมินการทำงานของแนวคิด/ความคิดเรื่อง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” เพื่อค้นหาว่าแนวคิดนี้ทำงานและใช้การในความเป็นจริงได้อย่างไร ไม่ใช่การประเมิน “ผล”
- ในกรณีนี้ ขอบเขตการศึกษาจึงเป็นการศึกษาการทำให้เป็นรูปธรรมหรือทำให้เป็นสถาบันและการปฏิบัติการของแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ในประเทศไทย ไม่ใช่การศึกษาการดำเนินกิจกรรมของ สช. และผลของการทำงานนั้น

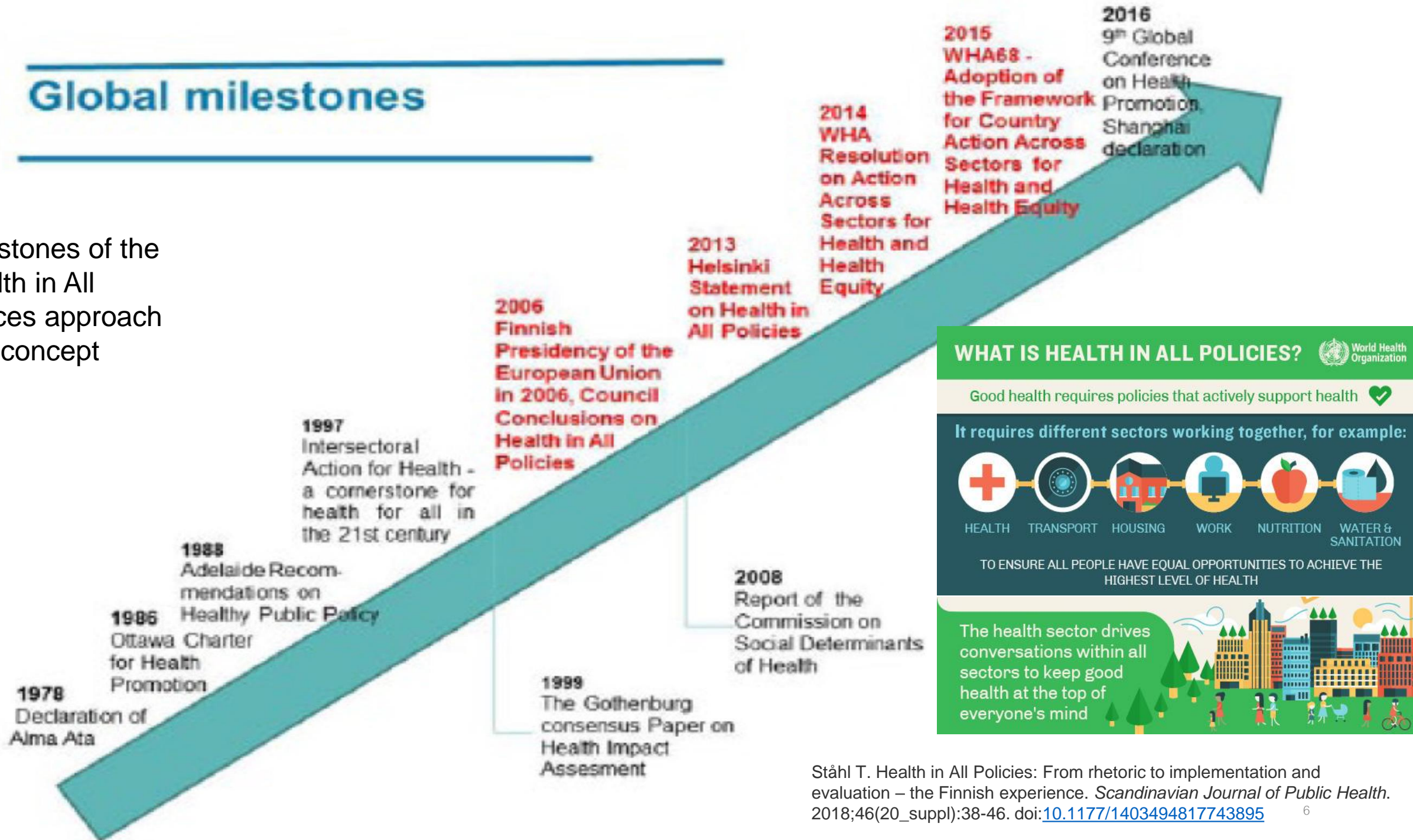
วิธีการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล


- การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก
- ข้อมูลที่เก็บได้แก่ เอกสารบันทึกเหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ที่บันทึกเรื่องราวการก่อตัวของการปฏิรูประบบสุขภาพ มาจนถึงกระบวนการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และเอกสารนโยบาย
- การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 คน (45 sessions) ในประเด็น
 - การก่อตัวของการปฏิรูประบบสุขภาพ กระบวนการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
 - การนำแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพมาดำเนินงานตามกลไกที่กำหนดใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
 - การปรับนิยามสุขภาพใหม่ การสร้างการมีส่วนร่วมสาธารณะ และความร่วมมือหลายภาคส่วนผ่านกลไกตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- ผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ 3 คน อ่านบทสัมภาษณ์ทุกบทและเอกสาร ที่เกี่ยวข้องที่ได้จากการสืบค้นทุกเรื่องเพื่อหาประเด็นหลัก (themes) และประเด็นรอง (subthemes) ข้อยุติตามกรอบการศึกษา
- การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติ ให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2565 เลขที่ สคม. 022/2565


ผู้บริหาร สช. (อดีต/ปัจจุบัน.)	10
คจสช. (อดีต/ปัจจุบัน.)	6
คสช. (อดีต/ปัจจุบัน.)	6
นักวิชาการ (+ประเมินผล)	6
ภาคประชาสังคม	5
ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะประเด็น	4
คบ. (อดีต/ปัจจุบัน.)	4

Global milestones







Milestones of the Health in All Policies approach and concept



WHAT IS HEALTH IN ALL POLICIES? 


Good health requires policies that actively support health 

It requires different sectors working together, for example:

HEALTH TRANSPORT HOUSING WORK NUTRITION WATER & SANITATION

TO ENSURE ALL PEOPLE HAVE EQUAL OPPORTUNITIES TO ACHIEVE THE HIGHEST LEVEL OF HEALTH

The health sector drives conversations within all sectors to keep good health at the top of everyone's mind 

การพัฒนาของรากฐานแนวคิด HiAP ในประเทศไทย

ช่วงเวลา (พ.ศ.)	บริบทโลก	บริบทไทย	กลไกและการดำเนินการด้านสุขภาพ	รากฐานแนวคิด HiAP
2475	- พ.ศ. 2483 เริ่มสงครามโลกครั้งที่ 2	- พ.ศ. 2475 การเปลี่ยนแปลงการปกครอง		
2485	- พ.ศ. 2488 เริ่มสงครามเย็น - พ.ศ. 2491 ก่อตั้ง WHO	- พ.ศ. 2485 ยุคการเมือง “สร้างชาติ” จอมพล ป.พิบูลสงคราม - พ.ศ. 2504 แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 1	- พ.ศ. 2485 กระทรวงสาธารณสุข	“สาธารณสุข” “อนามัย” นิยามสุขภาพในธรรมนูญ WHO
2516	- พ.ศ. 2521 Alma Ata “Health for All” - พ.ศ. 2529 Ottawa “Health Promotion” - วิฤตเศรษฐกิจโลก/ไทย	- พ.ศ. 2516 “เหตุการณ์ 14 ตุลา” - พ.ศ. 2519 “เหตุการณ์ 6 ตุลา” - พ.ศ. 2534-5 พฤษภาทมิฬ การปฏิรูปการเมือง	พ.ศ. 2518 “โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.)” - พ.ศ. 2520 สาธารณสุขมูลฐาน - พ.ศ. 2521 แพทย์ชนบท - พ.ศ. 2525 ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) - พ.ศ. 2526 บัตรสุขภาพ - พ.ศ. 2535 สรรส.	- สิทธิการรักษา - สาธารณสุขมูลฐาน - ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) “ระบบสาธารณสุข”
2540		- พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน - พ.ศ. 2544 รัฐบาล “ทักษิณ” การปฏิรูประบบราชการ	- พ.ศ. 2543 รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ - พ.ศ. 2543 สปรส. - พ.ศ. 2544 สสส. - พ.ศ. 2545 สปสช.	“ระบบสุขภาพ”
2550	- พ.ศ. 2557 Helsinki “HiAP”		- พ.ศ. 2550 พรบ. สุขภาพแห่งชาติ และ สช.	นิยามสุขภาพองค์รวม
2559			- พ.ศ. 2559 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 2	นิยาม “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”

15 ปี สังคมไทยได้อะไรจากการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550: มองผ่านเครื่องมือ/กลไกตาม พ.ร.บ.



15 ปี สังคมไทยได้อะไรจากการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (3)

1



การทำให้เป็นสถาบัน (Institutionalization)



2



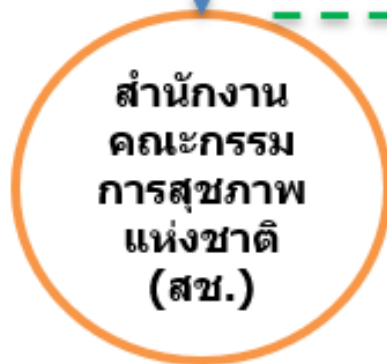
กลไกขับเคลื่อนแนวคิด

- การปรับนิยามสุขภาพใหม่ (Redefined health)-สร้างนำซ่อม : ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
- การมีส่วนร่วมของสาธารณะ (Public engagement)-กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา : สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- ความร่วมมือหลายภาคส่วน (multi-sectoral collaboration)-สานพลังสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา : คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

การปฏิบัติการ (Operationlization)



3



การดำเนินการ

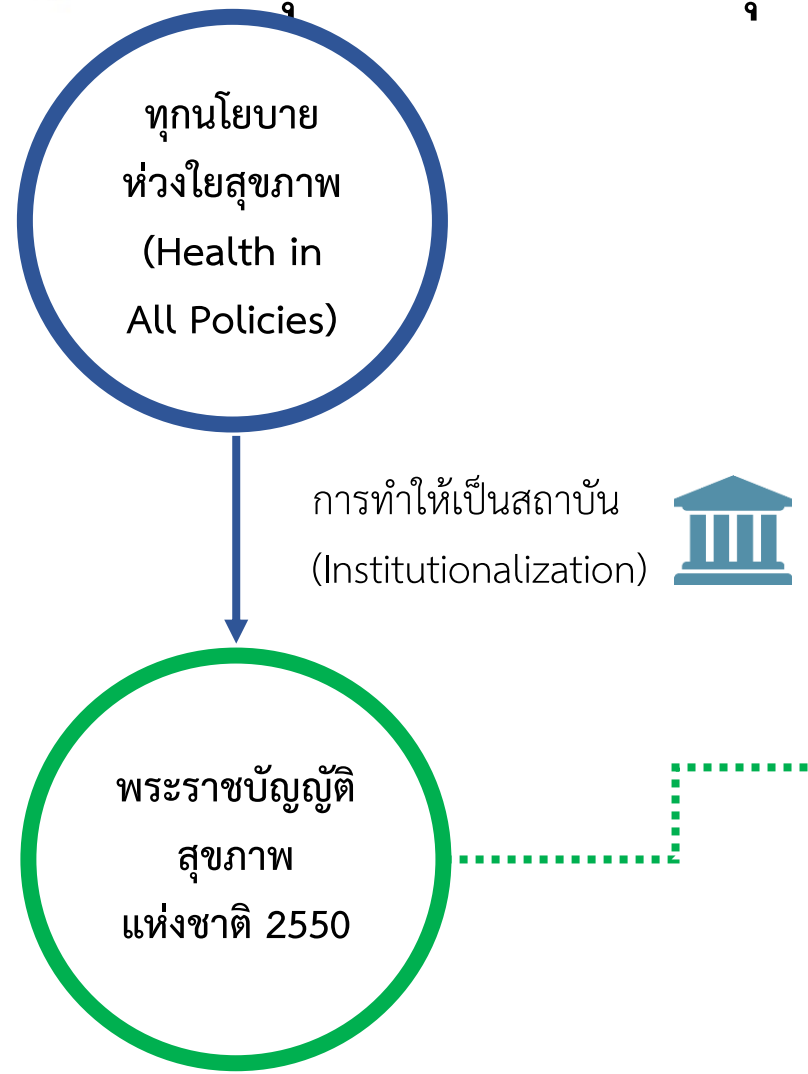
- การวางกรอบการอภิบาลสุขภาพ (Health Governance Framework)
- การจัดลำดับความสำคัญในประเด็นนโยบาย (Policy Prioritization)
- การจัดหาทางเลือกในการพัฒนานโยบาย (Policy Option)

1. แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP)” มีความเป็นมาอย่างไร ?



- แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” เป็นแนวคิดใหม่ที่มีรากฐานและการพัฒนา มาจากแนวคิดอื่น ๆ ในสายธารการปฏิรูประบบสุขภาพ ประเทศไทย
- การพัฒนาของแนวคิดนี้เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของบริบททางการเมืองและ การพัฒนาด้านสุขภาพทั้งในระดับโลกและบริบทภายในของประเทศที่สัมพันธ์กัน
- รากฐานและการพัฒนาของแนวคิดนี้เชื่อมโยงกับการก่อตัวและการเปลี่ยนแปลง ของนิยามเกี่ยวกับสุขภาพ/สุขภาพะ และกลไกในระบบสุขภาพ

2. “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (1)



- HiAP เป็นแนวคิดการพัฒนานโยบายสุขภาพแบบองค์รวม ส่งเสริมการนำประเด็นเรื่องสุขภาพในทุกมิติไปอยู่ในทุกวาระและระดับทางนโยบายของรัฐ
- ภายใต้แนวคิดนี้ ผู้กำหนดนโยบายควรสร้างการมีส่วนร่วมและความร่วมมือในการพัฒนานโยบาย ตลอดจนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบาย แผน และโครงการต่างๆ ที่มีต่อสุขภาพของประชาชนในทุกมิติ (กาย จิต สังคม ปัญญา)
- HiAP ปรากฏขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมผ่านการประกาศใช้ “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550” ผ่านกลไกสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพใหม่ (2) การมีส่วนร่วมของสาธารณะ และ (3) ความร่วมมือแบบข้ามภาคส่วน

2. “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (2)

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
2550 มีเนื้อหาที่
ครอบคลุมและ
สนับสนุนการ
ดำเนินงานตามแนวคิด
HiAP

การปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพใหม่

- สำหรับประเทศไทย สุขภาพทางปัญญาถือเป็นมิติสุขภาพที่เพิ่มเติมออกมาจากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก
- ขยายนิยามชัดเจนในหมวดสิทธิ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพสุขภาพแห่งชาติ

การมีส่วนร่วมของสาธารณะ

- กลไกเด่นที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของสาธารณะที่ระบุในพระราชบัญญัติฯ ได้แก่ กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 40, 44) และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (มาตรา 11)
- กลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและการประเมินผลกระทบสุขภาพทำให้เกิดการยกระดับการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย และการเรียนรู้ร่วมกัน

ความร่วมมือแบบข้ามภาคส่วน

- รูปธรรมของความร่วมมือแบบข้ามภาคส่วนในพระราชบัญญัติฯ ปรากฏอย่างเด่นชัดในหมวด 2 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (องค์ประกอบรัฐระดับชาติ ท้องถิ่น สังคม วิชาการ ใน/นอกภาคสุขภาพ)
- ความร่วมมือแบบข้ามภาคส่วนที่ถูกออกแบบมาในพระราชบัญญัติฯ มุ่งหวังให้เกิดการประสานเชิงนโยบายผ่านผู้แทนที่มาจากภาคส่วนต่าง ๆ ทำให้นโยบายที่ตัดสินใจมีความชอบธรรมและสอดคล้องกับทิศทางของสังคม

3. การขับเคลื่อนแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ในประเทศไทย

สช. ถือเป็นองค์กร
หลักในการ
ขับเคลื่อน HiAP ใน
ประเทศไทย ใน 3
ลักษณะ

● การวางกรอบการอภิบาลสุขภาพ

- การขับเคลื่อนเพื่อวางกรอบการอภิบาลสุขภาพโดย สช. ปรากฏอย่างเด่นชัดครั้งแรกในธรรมนูญฯ (2559)
- การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติฯ ได้เชื่อมประสานและพัฒนากลไกที่มีอยู่เดิม (เช่น การประเมินผลกระทบ) ร่วมกับการสร้างกลไกใหม่ (เช่น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) เพื่อตอบสนองเป้าหมายในการอภิบาลสุขภาพ
- สช. เน้นการประสานความสัมพันธ์ของสถาบันและหน่วยงานต่าง ๆ สะท้อนภารกิจของการอภิบาลสุขภาพ แต่ยังไม่ชัดเจนในการขับเคลื่อนให้เกิด HiAP ในฐานะเป้าหมายเชิงนโยบาย

● การจัดลำดับความสำคัญในประเด็นนโยบาย

- เนื้อหาของมติสมัชชาสุขภาพทั้ง 90 มติ (พ.ศ. 2551-2564) ให้ความสำคัญกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพอย่างครอบคลุม
- ลักษณะของมติที่พัฒนาในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นการพัฒนานโยบายใหม่

● การจัดหาทางเลือกในการพัฒนานโยบาย

- การพัฒนานโยบายสาธารณะแสดหลักเป็นแบบบนลงล่าง (top-down) ในขณะที่ สช. ให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม แบบล่างขึ้นบน (bottom-up)
- การจัดหาทางเลือกในการพัฒนานโยบายของ สช. เป็นการสนับสนุนรูปแบบการพัฒนานโยบายของรัฐที่มีอยู่ แต่ยังไม่สามารถกลายเป็นกระแสหลักของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของประเทศ

ช่องว่างการพัฒนาและการขับเคลื่อนแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”

1. การตีความเป้าหมายของแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ: สุขภาพในทุกนโยบาย (health in all policies) หรือ สุขภาพเพื่อทุกนโยบาย (health for all policies)

2. การจัดวางสถานะของ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”: วิธีการ (means) หรือ เป้าหมาย (ends)

3. การอภิบาล: การอภิบาลชั้นต้น (low-order governance) หรือ การอภิบาลชั้นสูง (high-order governance)

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาและการขับเคลื่อนแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”

1. การพัฒนาและขับเคลื่อนแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพต้องไม่จำกัดอยู่ที่ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หรือการปฏิบัติการของเครื่องมือและกลไกใดในภาคส่วนสุขภาพเป็นการเฉพาะ แต่ต้องสนใจภาพรวมของการพัฒนานโยบายสุขภาพที่สัมพันธ์กับนโยบายด้านอื่นๆ อย่างเป็นระบบ
2. ควรพัฒนากลไกหรือเครื่องมือส่งเสริม “ประโยชน์ร่วม” (co-benefits) ที่ไม่ใช่แค่ประโยชน์ทางสุขภาพที่กำหนดและตั้งต้นโดยภาคส่วนสุขภาพ แต่เป็นประโยชน์ที่สามารถแบ่งปันกันได้และพัฒนาร่วมกัน ทำให้ผู้แทนภาครัฐที่มีอำนาจในการตัดสินใจหรือสร้างพันธะสัญญา (commitment) ทางนโยบายมาเข้าร่วมมากยิ่งขึ้น
3. ควรพัฒนาเรื่องเล่า (narrative) เพื่อใช้โน้มน้าวหรือชักจูงให้ตัวแสดงนโยบายอื่นๆ นอกภาคส่วนสุขภาพเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม (co-ownership) และสนใจนำเอาประเด็นสุขภาพไปพิจารณาในการกำหนดและดำเนินนโยบายของตน
4. ควรเพิ่มกลไกและความเข้มข้นของการสื่อสารและกระบวนการสร้างความเข้าใจต่อประเด็นการปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพใหม่ ทั้งภายในองค์กร และกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่าง เช่น หน่วยงานรัฐ ธุรกิจเอกชน และประชาชน
5. เน้นเชิงหลักการ เสริมสร้างทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพใน 3 ลักษณะสำคัญ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพใหม่ การมีส่วนร่วมของสาธารณะ และความร่วมมือหลายภาคส่วน โดยพยายามหลีกเลี่ยงการระบุเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งเป็นการเฉพาะเจาะจงในเชิงเทคนิค
6. องค์กรหลักตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไม่ควรเป็นเพียงแค่ผู้เล่นหนึ่งในระบบการอภิบาลที่เกิดขึ้นเท่านั้น แต่ควรแสดงบทบาทเป็น “ผู้อำนวยการอภิบาล” ที่เน้นการประสานและอำนวยความสะดวกอภิบาลสุขภาพ