

สารพัสัง

ปีที่ ๑๒ | ๑๕๕ | สิงหาคม ๒๕๖๖
www.nationalhealth.or.th

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



ธรรมนูญ

ว่าด้วย
ระบบสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๖๕

สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ



National
Health
Commission



ประมวล
ผลงาน ๔ ปี
ภาค
สารพัสัง
สร้างสุขภาพ
ท่ามกลาง
วิกฤตสุขภาพ

หลักเกณฑ์และวิธีการประเมิน

ผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ
พ.ศ. ๒๕๖๔



นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้อง
กับเรื่องการดูแลระดับประคอง
สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563

มาตรฐานการวางแผน
การดูแลล่วงหน้า
สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕

สารพัสังปีชญา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

๔

คุยกับเลขา
แขนสองข้างของ สช.
บนภารกิจสานพลัง
‘ข้ามหน่วยงาน’
ใช้พลัง Soft side
หนุนเสริมศักยภาพ
Hard side

๖

เรื่องจากปก
ประมวลผลงาน
๔ ปี สช.
กลไกสานพลัง
สร้างสุขภาวะ
ท่ามกลางวิกฤตสุขภาพ

๒๐

สัมภาษณ์พิเศษ
พูดคุยกับ
๓ รองเลขาธิการ สช.
ว่าด้วย
‘ภารกิจ-องค์กร และ ผู้นำ’

๓๔

เกาะติด คสช.
คสช.รับทราบความคืบหน้า
๓ ประเด็นที่มีความพร้อมพัฒนา
สู่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖

๓๖

เรื่องเล่าจากพื้นที่
สร้างสุขภาพได้ ครั้งที่ ๑๓
ภาคใต้แห่งความสุข เพื่อสุขภาวะแห่งอนาคต
‘สุข สู่ สุขภาวะ’

๓๘

เกาะรอยโลก
“เปิด ๔ เสาหลัก”
สร้างทศวรรษนโยบายให้หัวใจสุขภาพของ WHO

๔๐

ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง
ทำความเข้าใจ
เครื่อง่ายนักสานพลัง
สร้างสุขภาวะในพื้นที่ (คนส.)

๔๒

Right to Health
สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ
ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ :
การทำให้สิทธิผู้ป่วย
มีสภาพบังคับตามกฎหมาย

๔๔

นโยบายสร้างได้
พัฒนาการการพัฒนาและขับเคลื่อน
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๔๖

เล่าให้ลึก
“ดี-เคย์” ไม่ใช่ “วันเพ็ญจันทรคติ” (๕)

๔๘

คลิปดีที่ต้องดู
ผลงานเด่น ๔ ปี ของ สช.

สำนักงานคณะกรรมการ

สุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง

จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐

แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑

อีเมล : nationalhealth@nationalhealth.or.th

เว็บไซต์ : www.nationalhealth.or.th

คุยกับเลขา

11vnสองข้างของ สช.

บนภารกิจสามพลัง ‘ข้ามหน่วยงาน’

ใช้พลัง Soft side หนุนเสริมศักยภาพ Hard side



สวัสดิ์ศรีรับพี่น้องภาคีเครือข่ายที่รักทุกท่าน ... ไทยยังคงอยู่ในสถานการณ์การเมืองภายใต้ระบบและกลไกอำนาจที่ไม่ปกติ การเลือกนายกรัฐมนตรีและการจัดตั้งรัฐบาลจึงยังไม่สะเด็ดน้ำแม้จะผ่านเลือกตั้งใหญ่ของประชาชนมาแล้วกว่า ๓ เดือน กลับมาที่นี้ตยสารสามพลัง ประจำเดือนสิงหาคม ๒๕๖๖ ฉบับนี้ กงปภรณาธิการได้พูดคุยกันและลงความเห็นว่าจะรวบรวม ‘ดอกผล’ ที่เกิดขึ้นจากการทำงานตลอด ๔ ปีที่ผ่านมา ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นธีมหลักของเล่ม

ฉะนั้นเพื่อให้สอดคล้อง คอลัมน์คุยกับเลขาธิการฉบับนี้ ผมจึงขออนุญาตบอกเล่าถึงการทำงานบางช่วงบางตอน และขอขอบคุณภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เข้ามาร่วมมือร่วมใจกันอย่างแข็งขัน จนทำให้เราสามารถก้าวข้ามวิกฤตการณ์ครั้งใหญ่ของประเทศจากการระบาดของโควิด-19 และภาวะแทรกซ้อนมาได้เป็นอย่างดีไม่บอบช้ำมากนัก

ผมเข้ามาดำรงตำแหน่งเลขาธิการ สช. พร้อมทีมรองเลขาธิการฯ เมื่อต้นเดือน ต.ค. ๒๕๖๒ และอีก ๒ เดือนถัดมา คือในเดือน ธ.ค. ๒๕๖๒ โลกได้พบกับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ นั่นก็คือ โควิด-19 ซึ่งได้แพร่ระบาดเข้าสู่ประเทศไทยในช่วงต้นปี ๒๕๖๓ ราวๆ วันที่ ๑๓ มกราคม เกิดความแตกตื่นของประชาชนทั่วประเทศ รัฐบาลประกาศปิดกรุงเทพฯ ช่วงสงกรานต์ของปีนั้น และมีผลแทรกซ้อนสืบเนื่องต่อกันกว่า ๒ ปี กว่าที่รัฐบาลสามารถออกประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นในเดือน ก.ค. ๒๕๖๕ และปรับเข้าสู่ระยะเฝ้าระวังที่ไม่เป็นอันตรายในเดือน ต.ค. ๒๕๖๕

ตลอดช่วงเวลาที่เกิดการแพร่ระบาด แน่ใจว่าส่งผลกระทบต่อการทำงานของ สช. โดยเฉพาะการทำงานภายนอกและการทำงานเชิงพื้นที่ ฉะนั้นสิ่งที่ผมและทีมผู้บริหารสามารถร่วมกันทำได้ในช่วงแรกโดยทันทีคือการมุ่งกลับเข้ามาภายในองค์กร นั่นคือ ‘ยกระดับสมรรถนะภายในองค์กร’ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น พร้อมรับกับสถานการณ์ที่จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็ว

หากเปรียบเทียบกับร่างกาย สามารถมอง สช. ออกเป็น ๒ แขน โดย ‘แขนซ้าย’ จะทำหน้าที่หนุนเสริมการสร้างเครือข่ายและความเข้มแข็งในพื้นที่ ซึ่งที่ผ่านมา ๔ ปี สช. ทำได้ดีอยู่แล้ว หน้าที่ของผู้บริหารจึงเป็นการสานต่อให้ทำต่อไป แต่มีการเปลี่ยนเป้าหมายเล็กน้อย เช่น มุ่งสู่การฟื้นฟูเครือข่ายใหม่เพิ่มเติม เพราะเครือข่ายเดิมของเราค่อนข้างมีอายุ-อาวุโส จึงต้องเพิ่มเติมเยาวชน-คนรุ่นใหม่ เข้ามาร่วมขับเคลื่อนสังคมให้มากขึ้น

ขณะที่ ‘แขนขวา’ ต้องสานพลังหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะ ที่จะเข้ามาแก้ไขปัญหาใน ‘ประเด็นใหญ่’ ของสังคม แต่บทบาทของ สช. จะไม่ใช่บทบาทนำหรือพระเอกในการแก้ไขปัญหา เราไม่ได้ทำงานแข่งกับใคร เพราะหลากหลายเรื่องราว-ประเด็น มีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพดูแลอยู่อย่างครอบคลุมแล้ว ฉะนั้น สช. จึงทำหน้าที่เป็นองค์กรสานพลัง ชักชวนหน่วยงานที่มีทรัพยากรและองค์ความรู้ที่แตกต่างกัน เข้ามาทำงาน ‘แบบข้ามหน่วยงาน’ เพื่อให้เกิดการบูรณาการแก้ไขปัญหาเชิงระบบได้อย่างแท้จริง

พี่น้องภาคีเครือข่ายที่รักทุกท่านครับ จากประสบการณ์ทำงานใน สช. กว่า ๔ ปี ผมเห็นและสามารถพูดได้อย่างเต็มปากว่า **‘เครื่องมือ’** ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่เน้นกระบวนการ “Soft side” มีประสิทธิภาพ และมีพลังอย่างมากในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะกลไกที่เอื้อให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อร่วมกันทำงานในพื้นที่ด้านสุขภาพจะจะมีผลลัพธ์ที่ชัดเจน ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของภาคี ก็เชื่อมโยงไปยังภาพใหญ่ของสถานการณ์สุขภาพในประเทศ หรือตรงกับกรอบขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะซึ่งค่อนข้าง “Hard side” ที่รัฐบาลกำลังดำเนินการก่อนมา สช. ผมเองทำงานมานาน และเห็นจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบราชการ แต่กับเครื่องมือ Soft side ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ถือว่ามีประสิทธิภาพ และสามารถช่วยหนุนเสริม Hard side หรือนโยบายหลักของประเทศได้จริง ดังตัวอย่างที่เกิดขึ้นในสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งมีบันทึกอยู่ในนิตยสารฉบับนี้

นอกจากนี้ เนื่องด้วยเวลาที่ล่วงตัวอย่างพอดี ทำให้ตลอดระยะเวลา ๔ ปี ที่ผ่านมา เราได้ทบทวน-พัฒนา และจัดทำ ทั้งธรรมนูญฯ หลักเกณฑ์ แนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ตลอดจนคู่มือ ออกมาจำนวนหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับยุคสมัยและจะเป็นเครื่องมือให้ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปสร้างสุขภาพให้เกิดขึ้นจริง

จะเห็นได้ว่าขณะนี้เริ่มมีการรับรู้และยอมรับว่า **‘สุขภาพ’** เกี่ยวข้องกับมิติทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสิ่งแวดล้อมหรือทุกมิติทั้งหมดในสังคม การลงทุนในด้านต่างๆ ของภาครัฐจึงต้องคำนึงถึงด้านสุขภาพของทุกคน เมื่อมีการยอมรับในเรื่องนี้ ก็จะช่วยให้การทำโครงการพัฒนาต่างๆ เชื่อมโยงมายังมิติของสุขภาพ

ในอนาคต จำเป็นจะต้องมีการวางฉากทัศน์ของกระบวนการ และภาพของระบบสุขภาพอันพึงประสงค์เอาไว้ โดยเฉพาะกับการวางเป้าหมายการขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพที่กำลังเกิดขึ้น และกำลังจะเกิดขึ้น อย่างเช่นประเด็นเรื่องโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป คนสูงอายุมากขึ้นแต่คนเกิดน้อยลง

อีกเรื่องหนึ่งคือการติดตามและรู้เท่าทันการใช้เทคโนโลยี ต้องเป็นส่วนที่จะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมหากจะทำงานนโยบายสาธารณะด้านนี้ในอนาคต ขณะเดียวกันรัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ก็ต้องใช้เทคโนโลยีที่ทำให้คนส่วนใหญ่ของประเทศเข้าถึงได้ และใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพกับทุกคน หากใช้เทคโนโลยีสูง ราคาแพง ก็อาจส่งผลให้ประชาชนเข้าไม่ถึง ต้องหาจุดลงตัวที่เหมาะสมให้ได้

งานของ สช. จำเป็นต้องผลักดันให้สอดคล้องกับกระแสการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ เพราะสังคมและเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงเร็วมาก และเราคงไม่อาจมีความสุขกับประเด็นย่อยๆ ได้อีกต่อไป 🌟

เรื่องจากปก

ประมวล
ผลงาน
๕ ปี สช.



กลไก
सानพลัง
สร้างสุขภาพ
ท่ามกลาง
วิกฤตสุขภาพ

วันที่ ๑๙ ก.ย. ๒๕๖๖ จะเป็นวันสิ้นสุดวาระการดำรงตำแหน่งของ นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ ในฐานะเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) นั้นหมายความว่าในระยะเวลาอันใกล้นี้ ประเทศไทยจะได้ผู้นำองค์กรสานพลังคนใหม่ ซึ่งนับเป็นคนที่ ๔ ตั้งแต่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้

ตลอดระยะเวลา ๕ ปี ภายใต้การนำของ 'นพ.ประทีป' กว่า ๘๐% หมดไปกับการรับมือวิกฤตการณ์โควิด-19 ตั้งแต่ช่วงเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ ไปจนถึงช่วงเวลาที่สังคมไทยเข้าสู่ภาวะ 'ฟื้นฟู'



นิตยสารสถานพลัง ฉบับเดือนสิงหาคม ๒๕๖๖ ได้รวบรวมผลการดำเนินงานที่น่าสนใจตลอด ๔ ปี ทั้งในฐานะบทเรียนและข้อพิสูจน์ของการทำงาน ภายใต้กลไกและเครื่องมือตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ หรืออาจเรียกง่ายๆ ว่า 'พ.ร.บ.การมีส่วนร่วม' ที่นำไปสู่รูปธรรมในการผลักดันนโยบายเพื่อสุขภาพของประชาชนไทย ได้ชัดเจนวามณ์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะองค์กรสถานพลัง มีส่วนสำคัญในการถักทอการทำงานระดับแนวราบ เพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน หรือเรียกได้ว่าเป็นการทำงาน 'ข้ามหน่วยงาน' ที่นำไปสู่การรับมือภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มากกว่านั้น ตลอดระยะเวลา ๔ ปี สช. ยังมีกรปรับเปลี่ยนการทำงานทั้งในแง่ขององค์กร การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีกลุ่มใหม่ ตลอดจนมีการทบทวน-ปรับปรุง ทั้งหลักเกณฑ์ แนวทาง คู่มือ ไปจนถึงการสร้างนวัตกรรมทางสังคมใหม่ๆ ขึ้นเป็นจำนวนมาก



มหาวิกฤต 'โควิด-19'

ทันทีที่คณะผู้บริหาร สช. เริ่มขับเคลื่อนงานปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ก็เป็นเวลาเดียวกับที่ประเทศไทยและโลกใบนี้ ต้องเผชิญกับโรคระบาดครั้งประวัติศาสตร์ นั่นคือ 'โควิด-19'

ท่ามกลางความอลหม่านที่เกิดขึ้นไปทั่วประเทศในช่วงเริ่มต้นของการระบาด สช. ในฐานะองค์กรกลางพลัง ได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุน 'นโยบายรัฐ' ด้วยการใช้นโยบายประชาชน' ในระดับพื้นที่เป็นฐาน

กล่าวให้ชัดขึ้นก็คือ ด้วยบทบาทของการเป็นหน่วยงานกลางพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) สช. ได้เข้าไปร่วมเป็นแกนกลางประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ภาคส่วนต่างๆ เพื่อหนุนช่วยมาตรการหลักของภาครัฐ ภายใต้แผน "รวมพลังพลเมืองตื่นรู้ ช่วยชาติสู้ภัยโควิด-19"

ด้วยแผนงานดังกล่าว สช. ได้บูรณาการหน่วยงานภาคีทั้งในด้านสุขภาพ ด้านปกครอง และด้านสังคม รวมกว่า ๒๖ องค์กร ที่ได้เข้ามาร่วมกันเดินหน้ายกระดับ "การรับรู้" และ "การมีส่วนร่วม" ของประชาชนในชุมชนทุกพื้นที่ ด้วยการจัดทำเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ในขณะเดียวกันนำไปสู่การกำหนดนโยบายของหน่วยงานต่างๆ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์





'สมัชชาสุขภาพ' เชื่อมระดับชาติ-พื้นที่



แน่นอนว่าสถานการณ์โควิด-19 ได้เข้ามา Disruption โลกใบเดิมให้กลายเป็น 'โลกใบใหม่' ที่คนจำนวนมากไม่คุ้นชิน และจำนวนหนึ่งปรับตัวไม่ทัน

การจัดกิจกรรมและการใช้ชีวิตของประชากรทั่วโลก จึงดำเนินเป็นไปด้วย 'วิถีใหม่' (New Normal) และการจัด **"สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ"** ก็ได้เปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบใหม่ นับตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ เป็นต้นมา ไม่ว่าจะเป็นการปรับและบูรณาการทั้ง "ขาขึ้น" และ "ขาเคลื่อน" มีการเตรียมประเด็นทางวิชาการพร้อมกัน ๒ ปี รวมทั้งให้ความสำคัญกับ "การขับเคลื่อนมิติ" เป็นต้น

ที่สำคัญคือการลดรูปแบบของการจัดประชุมและเพิ่มสัดส่วนงานที่ต้องนำเทคโนโลยีมาใช้แทน กลายเป็นการเปิดฉากเข้าสู่มิติใหม่ของการจัดสมัชชาฯ ในรูปแบบลูกผสม (Hybrid Assembly) พร้อมกันนั้นยังนำจุดได้เปรียบของเทคโนโลยีการสื่อสารมาขยายการมีส่วนร่วมของประชาชน เพิ่มการมีส่วนร่วมที่หลากหลายไปสู่เครือข่ายเยาวชน นักศึกษา และคนรุ่นใหม่มากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในยุคของ นพ.ประทีป ยังถือเป็นครั้งแรกที่เปิดพื้นที่ให้หน่วยงานองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนได้ **กล่าวถ้อยแถลง แสดงเจตนาารมณ์ สร้างพันธสัญญาร่วมขับเคลื่อนมิติสมัชชาฯ** และยังสนับสนุนให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Side Event) ขึ้นในส่วนกลางและในพื้นที่ทุกเขตสุขภาพ ก่อนวันสมัชชาฯ ทำให้เกิดความตื่นตัวเข้ามาร่วมคิดร่วมทำในกระบวนการสมัชชาสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ไม่เพียงมิติใหม่ของกลไกสมัชชาสุขภาพที่เป็นในระดับชาติเท่านั้น แต่ในช่วงระยะเวลา ๔ ปีนี้ ยังถือเป็นการเปิดฉากกลไกในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ทั้ง ๒ แห่งของประเทศขึ้นเป็นครั้งแรก นั่นคือ **สมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร** ในปี ๒๕๖๓ และ **สมัชชาสุขภาพสากลเมืองพัทยา** ในปี ๒๕๖๕ สร้างให้เกิดมิติสมัชชาฯ ต่างๆ ที่เข้ามาตอบโจทย์ปัญหาด้านสุขภาพะสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่เมืองทั้ง ๒ แห่งได้มากยิ่งขึ้น และสืบเนื่องมาถึงปัจจุบัน

ทั้งหมดนี้ ใช้งบประมาณน้อยกว่าเดิม หากแต่เพิ่มประสิทธิภาพและสร้างการมีส่วนร่วมได้มากขึ้น

จากการระบาดที่ตามมาในอีกหลายระลอก สช. ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง พร้อมขยายความร่วมมือเพิ่มเป็น ๓๖ องค์กร และยังคงเดินหน้าเพิ่มบทบาทของภาคประชาสังคมในการร่วมแก้ไขปัญหาโควิด-19 เกิดเป็นนวัตกรรมทางสังคมมากมาย เช่น ธรรมนูญหรือข้อตกลงร่วมของชุมชนในการสู้ภัยโควิด ทั้งระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด หรือการเกิดศูนย์พักคอยผู้ติดเชื้อในชุมชนแออัด-คลองเตยโมเดล ซึ่งกลายมาเป็น 'ต้นแบบ' ของนโยบาย Home Isolation และ Community Isolation ของรัฐบาล

ภายใต้กลไกการสนับสนุนของ สช. ตัวอย่างเช่น "สมัชชาสุขภาพจังหวัด" ก็ได้มีการเปิดโอกาสให้สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมและงบประมาณ เพื่อใช้ในการแสดงบทบาทหนุนช่วยรับมือกับภาระระบาดของโรค ในขณะที่ตัวหน่วยงาน สช. ก็เป็นจังหวะที่ได้ยกระดับตามแนวคิดการจัดการองค์กรสมัยใหม่ (Modern Organization) ปรับระบบการทำงาน ตลอดจนระเบียบข้อบังคับให้สอดคล้องรองรับกับสถานการณ์การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลและการสื่อสารทางไกล

จากการร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคมนี้เอง กลายเป็นสิ่งที่ทำให้ไทยได้รับการชื่นชมยกย่องจากองค์การอนามัยโลก ในฐานะประเทศที่มีการควบคุมการระบาดของโควิด-19 ได้ดีที่สุดในประเทศหนึ่งของโลก



'หลักประกันรายได้' รองรับสังคมสูงวัย

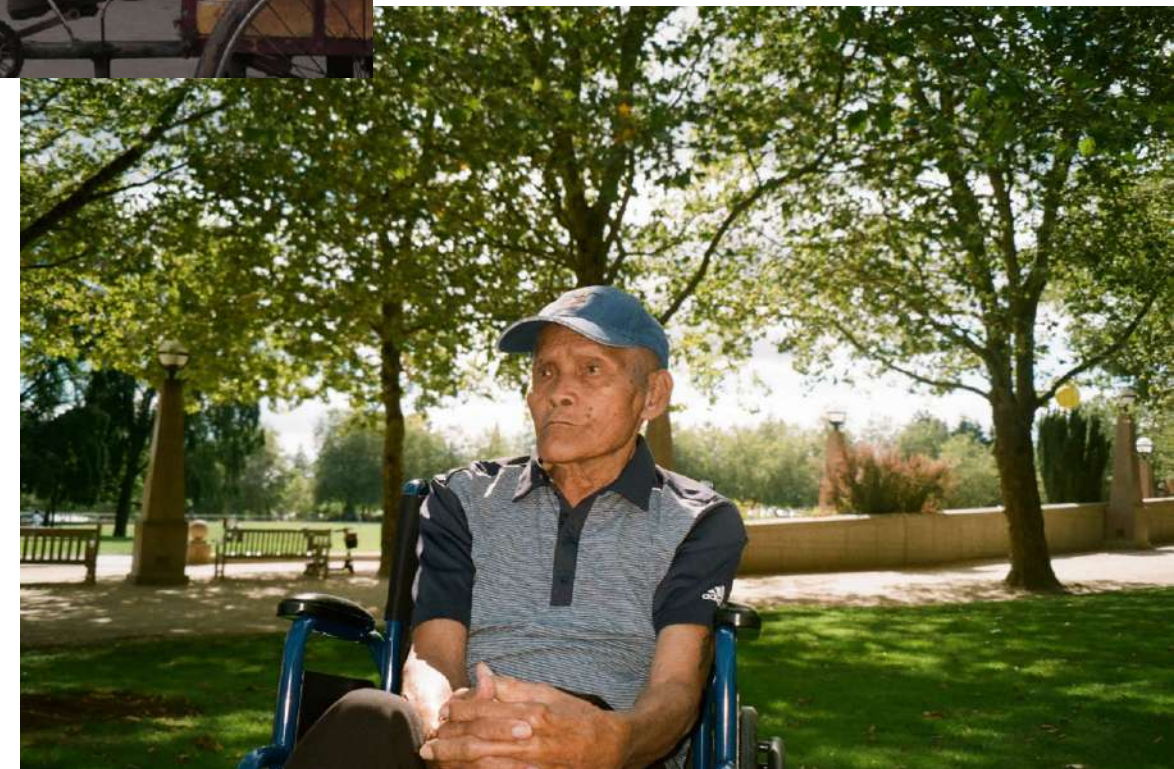
ถือเป็นวาระใหญ่ของประเทศ เมื่อไทยได้เดินทางเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และเตรียมที่จะเดินทางสู่การเป็นประเทศที่มีสัดส่วนของผู้สูงวัยมากที่สุดภูมิภาคในไม่ช้า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้จะส่งผลกระทบต่อหลายด้าน โดย สช. ก็ได้มีบทบาทสนับสนุนการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยด้วยกระบวนการ 4PW เช่นเดียวกัน

ด้วยการจัด**สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยนโยบายรองรับสังคมสูงวัย ครั้งที่ ๑** ในปี ๒๕๖๒ ได้เกิด ๔ ฉันทมติ ซึ่งผ่านความเห็นชอบของ คสช. ประกอบด้วย **มติ ๑** การออมเพื่อสังคมสูงวัย **มติ ๒** การเสริมสร้างศักยภาพและการจัดการของชมรมผู้สูงอายุ **มติ ๓** การปรับสภาพแวดล้อมรองรับสังคมสูงวัยด้วย ๑ ตำบล ๑ ศูนย์อยู่ดี **มติ ๔** ร่วมสร้างชุมชนรอบรู้สุขภาพและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ภายหลังปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เป็นต้นมา สช. ได้เดินทางติดตามและขับเคลื่อนมติดังกล่าวอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นการทบทวนสถานการณ์ นโยบาย มาตรการ และกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในรูปแบบต่างๆ

ก่อนที่ในปี ๒๕๖๕ ประเด็นนี้จะเดินทางสู่รูปธรรมด้วยการเป็น **มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ เรื่อง หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย** ที่ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันเห็นชอบเป็นกรอบทิศทางนโยบายในการสร้างให้เกิด “ระบบหลักประกันรายได้” อันเป็นการต่อยอดจากความสำเร็จของการที่ประเทศไทยมี “ระบบหลักประกันสุขภาพ” ช่วยให้ประชาชนไม่ล้มละลายจากค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล

ภายใต้กรอบทิศทางนโยบายนี้ ได้ครอบคลุมการดำเนินงานบน ๕ เสาหลัก ทั้งการพัฒนาผลิตภาพประชากร สร้างระบบการออมระยะยาว ระบบการดูแลสุขภาพ ฯลฯ โดยเฉพาะสิ่งสำคัญคือเงินอุดหนุนจากภาครัฐ หรือที่อาจเรียกว่าเป็น “บำนาญถ้วนหน้า” ซึ่งสิ่งนี้เองได้กลายเป็นหนึ่งในนโยบายหลักของหลายพรรคการเมืองในช่วงการเลือกตั้งใหญ่ครั้งที่ผ่านมา



'ทบทวน-ปรับปรุง' เพื่อไปต่อ

ภารกิจตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ อีกนัยนัยการที่ถูกดำเนินงานตลอดระยะเวลา ๔ ปีที่ผ่านมา ยังมีความคืบหน้าอีกมากไม่ว่าจะเป็น “มาตรา ๑๑” มีการจัดทำหลักเกณฑ์และวิธีการการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Commission) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ (Health Impact Assessment: HIA)

พร้อมกันนั้นยังได้เกิดการสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายสถาบันวิชาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Consortium) ในระดับภูมิภาค ที่ตั้งเป้าความครอบคลุมใน ๖ ภูมิภาค ให้มีสถาบันวิชาการในพื้นที่เป็นแกนหลักเพื่อเป็นกลไกเอื้ออำนวยให้หน่วยงานองค์กรและภาคีเครือข่าย สามารถนำ HIA ไปใช้เป็นเครื่องมือการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้ในวงกว้าง

ขณะที่การดำเนินงานของ “มาตรา ๘ และ ๑๒” ได้เกิดการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพระยะท้ายของชีวิตสู่ภาคประชาชน โดยบูรณาการสู่แผนพัฒนาระบบ

บริการสุขภาพ หรือ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดกลไกและความร่วมมือในทุกระดับ พร้อมมีเครือข่ายการดำเนินงาน ใน ๑๒ เขตบริการ ตลอดจนการจัดทำมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standard advance care planning) พ.ศ. ๒๕๖๕ หรือหนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต (Living will) เพื่อส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพของผู้ป่วย

ในส่วนของ “มาตรา ๒๕” ได้มีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งถูกนำไปใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ บนเป้าหมายระยะ ๕ ปีที่จะนำไปสู่การสร้าง “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ซึ่งยังคงติดตามเชิงรุกเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงเรื่อยมา

นอกจากนี้ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวยังได้มีการประกาศ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖

ซึ่งเป็นฉบับที่ ๒ ที่ได้รับการทบทวนและนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการสร้างสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรในระดับพื้นที่ พร้อมขยายผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรด้วยการประกาศ ธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่ครอบคลุมโรงเรียนฯ กว่า ๔๐๓ แห่งทั่วประเทศ

กระทั่งล่าสุดในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖ ที่ผ่านมา ยังได้มีการประกาศ ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา ซึ่งนับเป็นการเกิดขึ้นครั้งแรกของกรอบทิศทาง หรือข้อตกลงร่วมสำหรับนักเรียน ครู และผู้ปกครองภายในสถานศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการทั่วประเทศ เพื่อการสร้างสุขภาพทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิต ปัญญา และสังคม ให้เกิดขึ้นในสถานศึกษาและชุมชน

ทั้งหมดนี้เป็นเพียงภาพโดยสังเขปของการดำเนินงานที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลา ๔ ปี ของ สช. ก่อนที่จะถึงเวลาของการส่งไม้ต่อสู่เลขาธิการคนถัดไป ผู้จะเข้ามาทำหน้าที่สานต่อภารกิจด้านสุขภาพของประเทศนับจากนี้ 🙏



พูดคุย กับ ๓ รองเลขาธิการ คสช. ว่าด้วย ‘ภารกิจ-องค์กร และ ผู้นำ’



นพ.ปรีดา เต๋ออารักษ์

ผศ.ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี



สุทธิพงษ์ อุตสภาพด

ทีมรองเลขาธิการคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ในยุคสมัยเลขาธิการ นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ จำนวน ๓ คน มีความแตกต่าง และองค์ความรู้เฉพาะด้าน

เมื่อหลอมรวมเข้ากับภารกิจในฐานะองค์กรสถานพลังแล้ว มีความครบเครื่องและสามารถหนุนเสริมการทำงานของภาคีเครือข่ายได้อย่างโดดเด่น

เริ่มตั้งแต่หนึ่งใน ‘ผู้บุกเบิก’ สช. ที่เข้ามาสัมพันธ์กับภารกิจสถานพลังและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะมาตั้งแต่ยังไม่มีการสถาปนา สช. และถือเป็นหนึ่งกำลังสำคัญที่อยู่ทั้งเบื้องหน้าและเบื้องหลังการตรากฎหมาย พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ อย่าง **สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล** รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้จำกัดความ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ว่า คือ **“พ.ร.บ. การมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน”** ซึ่งเป็นกฎหมายที่เน้นการสานพลังการมีส่วนร่วม ที่ไม่มีการกำหนดบทลงโทษใดๆ แต่จะไปใช้บทกำหนดโทษจากกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

สุทธิพงษ์ ในฐานะรองเลขาธิการที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบและกลไกเครื่องมือ รวมทั้งการบริหารองค์กรไปด้วย ได้อธิบายว่า พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้กำหนดให้มี ‘เครื่องมือ’ สำหรับสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วม ซึ่งถือเป็น ‘หัวใจหลัก’ ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาวะดีที่เกิดขึ้นจริงในประเทศไทย

“นโยบายที่ถูกกำหนดมาจากภาครัฐเป็นสิ่งที่ดี แต่อาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีนโยบายสาธารณะจากภาคสังคมเข้าไปหนุนเสริมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงที่สุด” สุทธิพงษ์ กล่าว และยกตัวอย่างถึงนโยบายสาธารณะ ประเด็น ‘พฤติกรรมธรรมในพื้นที่ภาคใต้’ ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน มีหลายมิติซ้อนอยู่ หากใช้นโยบายรัฐอย่างเดียวจะแข็งไปและไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จึงต้องผสมผสานนโยบายจากภาคสังคมซ้อนเข้าไปด้วย เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการทำงานและขับเคลื่อนนโยบาย ทั้งแนวตั้งที่มาจากภาครัฐ และแนวนอนที่มาจากกระบวนการขับเคลื่อนของภาคประชาชน

“การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในทุกขั้นตอนของกระบวนการนโยบายสาธารณะของทุกภาคส่วน จะทำให้การขับเคลื่อนนำไปสู่ ‘ความสำเร็จ’ มากกว่าแค่การ ‘ทำเพื่อเสร็จ’ ไปเท่านั้น” สุทธิพงษ์ ระบุ

มากไปกว่านั้น แน่นนอนว่าการมีส่วนร่วมแล้วจบกันไปเลยอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากพลวัตทางสังคมที่เกิดขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีอยู่ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องยกระดับแนวทางการทำนโยบายสาธารณะ

ให้มากกว่าการมีส่วนร่วม คือต้องทำให้ภาคีเครือข่ายเป็น ‘หุ้นส่วน’ นโยบายและกระบวนการขับเคลื่อน และนำไปสู่การเป็น ‘เจ้าของร่วม’ ซึ่งจะให้นโยบายสาธารณะที่ขับเคลื่อนมีความยั่งยืน

ตลอดระยะเวลา ๔ ปี ที่ผ่านมา เกิดรูปธรรมในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะจำนวนมาก **“รองสุทธิพงษ์”** ยกตัวอย่างถึง การพัฒนาระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๗๐ การจัดทำหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ. ๒๕๖๔, การจัดทำมาตรฐานการวางแผนการดูแลดวงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕ และการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะในระดับยุทธศาสตร์ และการปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งมีตัวอย่างการขับเคลื่อน ‘ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ’ ที่ถือเป็นหนึ่งในผลงานชิ้นสำคัญของ



สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล

สช.กับภาคีเครือข่าย ซึ่งปัจจุบันนี้ได้รับการขยายผลไปสู่การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ๒.๔ แสนรูปทั่วประเทศ ที่จะได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพผ่านยุทธศาสตร์ ๑ วัด ๑ โรงพยาบาล และเมื่ออาพาธ พระสงฆ์จะไม่ใช้ผู้ป่วยอนาถา แต่จะได้รับการดูแลรักษาอย่างสมศักดิ์ศรี

“จุดเด่นของการทำงานในยุคเลขาธิการ นพ.ประทีป คือ การมุ่งเน้นยกระดับองค์กรให้เป็นหน่วยงานที่มีสมรรถนะสูง มีการนำเทคโนโลยี ระบบข้อมูลดิจิทัลมาใช้ในสำนักงาน การพัฒนาระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) ที่ใช้ในการวางแผนการทำงาน ในองค์กร ตลอดจนการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดกิจกรรม ขยายการมีส่วนร่วม ซึ่งสามารถลดการใช้งบประมาณแต่เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้สูงขึ้น” รองเลขาธิการ คสช. อธิบาย

สุทธิพงษ์ อธิบายต่อไปอีกว่า ที่ผ่านมามีความสำคัญกับความต่อเนื่องของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบ ‘พลวัต’ ที่ครอบคลุมทั้งมิติกาย ใจ ปัญญา และสังคม เพื่อให้ไปสู่การปฏิรูปด้านสุขภาพจะได้เห็นหน้าต่อไปได้ ขณะเดียวกันก็ยังคงขนานไปกับการสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้เห็นหน้าในการดึงเอาภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ

กระนั้นก็ตาม การเดินทางในช่วงเวลาที่ผ่านมา อยู่ท่ามกลางสถานการณ์สุขภาพต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้คนในทุกมิติ และยังเป็นตัวแปรสำคัญที่เชื่อมมาซึ่งการมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะ ‘สุทธิพงษ์’ วิเคราะห์สถานการณ์ออกเป็น ๔ เรื่องสำคัญ

๑. สถานการณ์สังคมสูงวัย ที่ประเทศไทยเดินเข้ามาสู่ขั้นสมบูรณ์แล้ว และกำลังจะไปสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในบางพื้นที่ ๒. สถานการณ์ของเทคโนโลยี และสถานการณ์โควิด-19 ที่เป็นการเร่งให้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง ๓. สถานการณ์สิ่งแวดล้อม กับปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM ๒.๕ ที่เป็นผลกระทบในระยะ ๒-๓ ปีที่ผ่านมา ๔. สถานการณ์ของโรค ที่ปัจจุบันคนไทยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มากขึ้น ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันด้วย

“สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีส่วนเชื่อมมาซึ่งการวางแผนกระบวนการมีส่วนร่วม นโยบายสาธารณะทั้งหมด ซึ่งล้วนสัมพันธ์กับแบบแผนการดำรงชีวิตของประชาชน และมีผลกระทบต่อกัน อย่างเช่น สังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ก็ต้องมีนโยบายสวัสดิการที่เน้นหนักและครอบคลุมมากขึ้นด้วย หรือแม้แต่โรค NCDs ที่คุกคามสุขภาพในปัจจุบัน แทนที่โรคติดต่อในอดีต เพราะพฤติกรรมการใช้ชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย” สุทธิพงษ์ ขยายความ

ในมุมมองของ ‘สุทธิพงษ์’ แล้ว ผู้ที่จะเข้ามาเป็น CEO หรือดำรงตำแหน่งเลขาธิการ คสช. คนถัดไป จำเป็นต้อง ‘มีวิสัยทัศน์ เป็นนักฝันหรือจินตนาการสู่นาคต เป็นนักสร้างเครือข่าย และสร้างพลังทีมเครือข่ายเป็น หรือที่มักพูดกันว่า Connection is power ซึ่งเป็นจุดเด่นและจุดแข็งของ สช.

วิสัยทัศน์ ในความหมายที่พูดคือ การเป็นคนที่วิสัยทัศน์ต่อเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพแบบมีพลวัต มีปรับเปลี่ยนตามบริบท ซึ่งจะช่วยให้องค์กรปรับตัวและสามารถรับกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ส่วนนักฝันหรือนักจินตนาการ ต้องมีภาพความสำเร็จที่เกิดขึ้นทั้งระหว่างทาง และความสำเร็จปลายทาง และเข้าใจว่าการสร้างฝันให้เป็นจริงได้ ต้องมีเครื่องมือ กระบวนการที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมที่ดี

ส่วนเรื่องของนักสร้างเครือข่าย ก็ต้องเป็นคนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีในเครือข่ายด้วย และแน่นอนว่าต้องเป็นเครือข่ายที่หลากหลายระดับเท่าที่จะทำได้และไปถึง สุดท้ายการสร้างพลังทีมเครือข่าย คือ สร้างทีมจากภายในองค์กรให้เป็นนักสานพลังที่มีแนวคิดในการออกไปสร้างทีมภายนอกองค์กร หรือสังคม เพื่อให้ทีมข้างนอกสะท้อนเข้ามายังทีมภายในของ สช. จะเป็นการทำงานเป็นเนื้อเดียวกัน หนุนเสริมกัน



“สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีส่วนเชื่อมมาซึ่งการวางแผนกระบวนการมีส่วนร่วม นโยบายสาธารณะทั้งหมด ซึ่งล้วนสัมพันธ์กับแบบแผนการดำรงชีวิตของประชาชน และมีผลกระทบต่อกัน...”



ผศ.ดร.ทพ.วิระศักดิ์ พุทธาศรี

“ชื่อไอคอนต่อไปของ สช. ต้องมีความยืดหยุ่นในการทำงาน มีความเด็ดขาดในการตัดสินใจ ที่ควบคุมไปกับการประเมินประนีประนอม เพื่อให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดี แต่เมื่อถึงจุดหนึ่ง ที่ต้องตัดสินใจก็ต้องทำ อีกทั้งยังต้องเลือกทำงานกับภาคีเครือข่ายที่มี ทั้งภาครัฐ ภาค วิชาการ และภาคสังคม ทั้งแบบเจาะจงและมุ่งเป้าให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมถึงไม่ ปฏิเสธทุกโอกาสที่มีเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และมีแนวคิดที่หนุนเสริม ภายใต้งค์กรให้เชื่อมต่อการทำงานภายนอก เพราะภูมิทัศน์ทางนโยบายเปลี่ยนแปลง ตามสถานการณ์ใหม่ๆ และหากทำได้จะพลิกโฉม สช. ให้มีพลังเครือข่ายนโยบายสาธารณะ และความทันสมัย เป็นองค์กรสมรรถนะสูงตามไปด้วย” รองเลขาธิการ สุธาพิชญะ ระบุ

ขณะที่ ผศ.ดร.ทพ.วิระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการ สช. ฉายภาพว่า ในภาพกว้างๆ คือทีมบริหารชุดนี้ เปิดกว้างในเรื่องการช่วยกันคิดร่วมกันทำ มีความลงตัว บริหารได้ดี โดยไม่เคยมีประเด็นความขัดแย้งเกิดขึ้นในทีมบริหารเลย ถึงแม้บางครั้งความคิดเห็นจะไม่ตรงกันก็สามารถพูดคุยกันจนได้ข้อสรุปร่วมกันได้ และเมื่อทีมตัดสินใจจะทำอะไรแล้ว ทุกคนก็จะเข้ามาช่วยกันเพื่อให้บรรลุภารกิจนั้นๆ นี่ถือว่าเป็นจุดแข็ง

อย่างไรก็ดี หากจะวิพากษ์ตัวเอง ผู้คนใน สช. ส่วนใหญ่อาจยังไม่ต้องทำความเข้าใจ เรื่อง Policy development แบบครบวงจร ตัวอย่างเช่น การทำความเข้าใจขั้นตอน การบริหารราชการแผ่นดินแบบลึกซึ้ง การพูดคุยกับภาคียุทธศาสตร์ด้านนโยบาย เช่น สภาพัตน์ ต้องทำอะไร รวมทั้งขั้นตอนการเสนอเข้าสู่คณะรัฐมนตรี (ครม.) ที่จะส่งผลกระทบต่อรูปธรรมการขับเคลื่อน

“ลำดับแรกเลยคือ พวกเราต้องทำความเข้าใจ Policies Development Cycle กล่าวคือไม่ใช่หยุดแค่ทำข้อเสนอเชิงนโยบายแล้วก็จบ ส่วนใครจะเอาไปใช้ก็เอา แบบนี้มันไม่ใช่ เพราะแบบนั้นเราก็จะจบอยู่แค่นี้ เราต้องรู้ทริคด้วย ตามที่อาจารย์ชาญเชาวน์ (ไชยานุกิจ) เคยบอกไว้ว่า เราไม่ค่อยจะเข้าใจระบบและขั้นตอนงานบริหารราชการแผ่นดิน เพราะ บางครั้งเราจะมองเป็นตัวแทนส่งข้อเสนอจากภาคประชาชน แต่จริงๆ การทำหน้าที่ให้

“เราต้องหาบุคลากร
ที่กล้าผ่าวงล้อมจากสิ่งเดิม
ทดลองแนวคิด
และของใหม่ให้เจอ...”

คำปรึกษาโดยสายสาธารณะ คุณต้องรู้ คุณถึงจะเข้าไปเล่นได้ ผมคิดว่าอันนี้คือรูปธรรม”
ผศ.ดร.ทพ.วีระศักดิ์ กล่าว

ในฐานะที่รองเลขาธิการ คสช. ท่านนี้ได้รับมอบหมายให้ดูแล ‘งานต่างประเทศ’ เป็น
หน่วยงานเฉพาะ จึงมีความเข้าใจและได้เห็น ‘ภาพสะท้อนกลับ’ มายัง สช. ผ่านมุมมองของ
นานาชาติ

ผศ.ดร.ทพ.วีระศักดิ์ เล่าว่า ขณะนี้กระแสเรื่องของกระบวนการมีส่วนร่วม และ
Social Participation เริ่มดีขึ้น และปีหน้าจะมีการนำเอาประเด็นนี้เข้าไปอยู่สมัชชานามัยโลก
(World Health Assembly: WHA) ซึ่งเราได้พูดคุยไปแล้ว

นอกจากนี้ ในเรื่องของนวัตกรรมทางสังคม หรือ Social Innovation จะเป็นสิ่งที่
เราหวังผลมากขึ้น เพราะ Social Innovation คือกระบวนการ (Process) ไม่ใช่ผลลัพธ์
(Outcome) เพราะฉะนั้นสิ่งที่เราต้องวิ่งหนุนเสริมเขาก็คือ UHC (Universal Health
Coverage) ที่เป็นมติระดับองค์การสหประชาชาติ (UN) แล้ว หรือแม้กระทั่งเรื่อง
Sustainable Development Goals (SDGs) หรือ Primary Healthcare ก็ได้

“เรื่องเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องของหน่วยงานใดเพียงหน่วยงานเดียว อย่างเรื่องระบบหลักประกันฯ
ก็ไม่ใช่เรื่องของ สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) หรือกระทรวงสาธารณสุข
เพียงหน่วยเดียว แต่เป็นเรื่องของทุกๆ คน ที่จะช่วยกันทำให้ระบบสุขภาพดีขึ้น และนี่คือ
บทบาทที่ทำทนายของเรา” ผศ.ดร.ทพ.วีระศักดิ์ ระบุ

ผศ.ดร.ทพ.วีระศักดิ์ บอกอีกว่า สช. ในยุคต่อไปจะขยายงานมากขึ้น คือต้องเชื่อมต่อ
ตั้งแต่ Global ลงมาจนถึง National และ Local ซึ่งจะทิ้งส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ได้ เพราะ
ในบางครั้งอาจต้องใช้กลยุทธ์โลกล้อมประเทศสู่การทำงานระดับพื้นที่ ตัวอย่างเช่นการ
ปรับตัวชี้วัด SDGs ตามพื้นที่ คือเปลี่ยนใหม่เป็น Localize SDGs ที่อยู่ในพื้นที่ ปฏิบัติหรือ
กินได้

“ถ้าถามว่าจะไรคือความท้าทายของ สช. ที่ตั้งอยู่มาถึง ๑๕ ปี เรามีบุคลากรหลายคน
ที่อยู่มาตั้งแต่สมัยก่อตั้งองค์กร มีบางส่วนคนที่เข้ามาสมทบระหว่างทาง หรือมีคนที่เข้ามา
ใหม่ๆ ซึ่งแน่นอนทุกวันนี้สถานการณ์บริบทสังคมเปลี่ยนไปมาก การทำงานแบบเดิมหรือ
ทำงานแบบที่เข้ามาในปีแรกๆ บางครั้งอาจไม่เวิร์ค สำหรับผู้บริหาร เราต้องหาบุคลากรที่
กล้าฝ่าวงล้อมจากสิ่งเดิม ทดลองแนวคิดและของใหม่ให้เจอ โดยทฤษฎีแล้วเอาแค่ ๑๐-๑๕%
ของคนในองค์กร ก็เพียงพอต่อการเป็นหัวรถจักร สร้างการเปลี่ยนแปลงได้ พอมีหัวรถจักร
สร้างความเปลี่ยนแปลงได้ ขบวนการที่เหลือก็ค่อยๆ เคลื่อนตามกันมาเอง” ผศ.ดร.ทพ.วีระศักดิ์
ระบุ

ทางด้าน **นพ.ปริดา แด่อารักษ์** รองเลขาธิการ คสช. ซึ่งมีประสบการณ์การนำเครื่องมือ
ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ไปใช้ประโยชน์ ตั้งแต่สมัยดำรงตำแหน่ง
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต ๘ อุตรดิตถ์ เล่าว่า ส่วนตัว
มีโอกาสได้ร่วมงานกับ สช. ตั้งแต่เป็นผู้ช่วยผู้อำนวยการ สปสช. เขต ๘ อุตรดิตถ์ โดยได้นำ
กระบวนการสมัชชาสุขภาพของ สช. ไปร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการใน
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) เพื่อจัดกระบวนการต่างๆ ให้เกิดการพูดคุย
กับทุกผู้มีส่วนได้มีส่วนเสีย โดยขณะนั้นใช้ชื่อว่า ‘สมัชชาพิจารณาหลักประกันสุขภาพ’

สำหรับกระบวนการดังกล่าว มีข้อดีคือโดยปกติการรับฟังความเห็นจะรับฟังทางเดียว
จัดหมวดหมู่แล้วส่งไปยังส่วนกลาง ส่วนตัวมองว่ากระบวนการแบบนี้ไม่ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง
และไม่เกิดการมีส่วนร่วม จึงได้พูดคุยกับภาคีเครือข่ายของ สช. จนต่อมาเกิดเป็นคณะ
ทำงานสมัชชาพิจารณาหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการดึงพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการ
ทำหน้าที่เก็บข้อมูล รับฟังความเห็น ทำเอกสารข้อเสนอ นำไปสู่การมาช่วยกันออกความเห็น



ว่าประเด็นไหนในระดับพื้นที่ หรือระดับเขตสุขภาพที่สามารถแก้ไขเองได้ รวมถึงอะไรที่
เกินศักยภาพที่ต้องให้ สปสช. ส่วนกลางเข้ามาสนับสนุน

“กระบวนการดังกล่าวทำให้จากเดิมปัญหาที่ส่งมาทั้งหมด มากกว่าครึ่งไม่ต้องส่งมาที่
สปสช. ส่วนกลาง รวมถึงยังได้เกิดการทำงานร่วมกันในพื้นที่ เกิดการติดตาม อะไรที่แก้ได้
ใครจะช่วยรับทำตรงไหน อันนี้ก็เรียกได้ว่าเป็นเคสที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรับฟัง
ความเห็นมากที่สุด ใน ๑๓ เขตสุขภาพ” นพ.ปรีดา กล่าว

นอกจากนี้ ยังได้ใช้เครื่องมือของ สปสช. ไปหนุนเสริมเรื่องการพัฒนาศักยภาพการบริหาร
กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น หรือพื้นที่ (กปท.) โดยผ่านกระบวนการ ‘ธรรมนูญ
สุขภาพ’ ในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เช่น องค์การบริหาร
ส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล ฯลฯ เข้ามาร่วม โดยมี สปสช. เขต ๘ อุดรธานี ทำหน้าที่เหมือน
พี่เลี้ยง รวมถึงช่วยกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนขณะนั้นเกิดธรรมนูญสุขภาพในหลายตำบล
กว่า ๑๐๐ แห่ง ซึ่งมีกรรมการ กปท. เป็นคณะทำงานธรรมนูญสุขภาพแต่ละพื้นที่

“ตอนนั้นเกิดการชุมนุมที่เกิดเป็นมติอะไรขึ้นมา เราก็สนับสนุนให้เกิดการแปลงธรรมนูญ
สุขภาพไปสู่การปฏิบัติมีการทำเวิร์กช็อปช่วยกันตั้งแต่เริ่มขาขึ้นไปจนถึงขาเคสเรียน เกิดการ
มีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ ทำให้การพิจารณางบประมาณของกองทุนตำบล
ชัดเจนขึ้น รวดเร็วขึ้น ซึ่งก็มีทั้งที่ได้ดีบ้าง ไม่ได้บ้างเป็นธรรมดา ล้มเหลวก็มี สำเร็จ
ก็มี แต่ส่วนใหญ่มันก็กลางๆ ไปทางบวก และในทางไม่แน่นอนก็ทำให้เกิดการพัฒนา”
รองเลขาธิการ คสช. อธิบาย

ด้วยความเข้าใจ สปสช. ในระดับหนึ่ง เมื่อเข้ามาสู่ตำแหน่งผู้บริหาร สปสช. ท่านเลขาธิการ
ได้มอบหมายให้กำกับดูแลงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นเรื่องถนัด
ก็ช่วยกันกับน้องๆ บุคลากร สปสช. ขับเคลื่อนงานกันต่างๆ เช่น ขยายธรรมนูญสุขภาพตำบล
สมัชชาสุขภาพวาระต่างๆ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ฯลฯ แต่พอเจอ
โควิด-19 ทำให้หลายอย่างหยุดชะงักไปในช่วงแรก ที่ไม่สามารถลงพื้นที่ได้ แต่ก็ถือว่า
วิกฤติเป็นโอกาส เมื่อมาตรการภาครัฐที่ลงไปยังชุมชนอาจไม่ชัดเจนในทางปฏิบัติ

นพ.ปรีดา แด่อารักษ์

“ถ้าสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขายังไม่ได้อยู่ เราอาจจะยังใช้
สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาต่อไปด้วยรูปแบบวิธีการใหม่ๆ
ที่อยู่ในบริบทการมีส่วนร่วม สปสช. ต้องพลิกแพลงให้มากขึ้น...”



สช. ซึ่งเชี่ยวชาญด้านการมีส่วนร่วมจึงประสานเพื่อนภาคีมาช่วยกันสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนในการใช้มาตรการชุมชนมาจัดการปัญหาโควิด-19 หนุนเสริมมาตรการภาครัฐให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดเป็น ‘แผนพลเมืองตื่นรู้ ช่วยชาติสู้ภัยโควิด-19’ เกิดความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ จัดวงปรึกษาหารือในท้องถิ่น และเกิดเป็นมาตรการชุมชน กระทั่งปีหลักเป็นธรรมนูญชุมชนสู้ภัยโควิด-19 ในหลายชุมชน ซึ่งต้องขอขอบคุณกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (สถ.) สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตลอดจนเทศบาล และ อบต.ต่างๆ ทั่วประเทศ ที่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ บางแห่งก็พัฒนาไปไกลถึงขนาดกลายเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่นๆ เช่น นครปฐมโมเดล คลองเตยโมเดล ฯลฯ

“ตอนนั้นหลายคน ทั้งคนในและคนนอกก็สงสัยว่าใช้ภารกิจของ สช. ใหม่ เราเลยต้องทำความเข้าใจว่าต้องคิดใหม่ว่า มันมีวิกฤต เราก็แปลงวิกฤตเป็นโอกาส เป็นโอกาสสร้างความเข้มแข็งชุมชน การมีส่วนร่วม และการสร้างกติกาชุมชน ลงพื้นที่ไม่ได้ก็ไม่เป็นไรต้องใช้ระบบอื่นเข้ามาช่วย เพราะแบบเดิมการสร้างธรรมนูญชุมชน หรือข้อตกลงชุมชนนั้น เป็นเรื่องที่ชาวบ้านไม่ได้ให้ความสำคัญ ไม่มีแรงจูงใจให้พื้นที่มาทำ แต่พอครั้งนี้มีเหตุก็เลยอาจจะตอบใจത്യ

“ในช่วงแรกยังไม่ได้ล็อกดาวนเต็มที่ยังมีเวลาให้พื้นที่ได้ทำ ก็เลยบอกให้ภายใน สช. ว่าให้เสนอพื้นที่ไปเลย จัดวงปรึกษาหารือ มันมีมาตรการตรงนี้ลงไป ตกกลงให้ช่วยกันดูแลชุมชน ป้องกันเฝ้าระวัง จะทำอย่างไรพื้นที่เขาไม่รู้ เพราะมาตรการบอกให้ทำ แต่ไม่ได้มีวิธีการลงมา ซึ่งมาตรการชุมชน กติกาชุมชน นี่ก็คือการสร้างการมีส่วนร่วม และทุกอย่างก็มีความเชื่อมโยงกับธรรมนูญทั้งนั้น” นพ.ปริดา อธิบายเสริม

รองเลขาธิการ คสช. บอกต่อไปว่า หลังจากสถานการณ์ดังกล่าวก็มีคนรู้จัก สช. มากขึ้น และหน่วยงานต่างๆ ก็คงมองเห็นว่า สช. เป็นตัวกลางที่สามารถเชื่อมประสานหน่วยงานต่างๆ ได้ รวมถึงยอมรับเวลาเชิญไปพูดคุยแลกเปลี่ยน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมเข้ามาแลกเปลี่ยน และมีความชัดเจนมากขึ้น

มากไปกว่านั้น คือการทำให้ สช. มีส่วนในการจัดการความทุกข์ หรือปัญหาของสังคมทุกสถานการณ์ ไม่ว่าจะสถานการณ์ปกติ หรือภาวะวิกฤต ไม่ใช่การมุ่งแต่เพียงเรื่องสมัชชาสุขภาพอย่างเดียว แต่บทบาทใดที่ สช. ทำได้ ก็จะเป็นบริหารจัดการทำให้มันเกิด ซึ่งทุกคนที่มาก็จะมีโอกาสได้เชื่อมโยงไปสู่สิ่งที่อยากทำ เช่น ภาคเอกชนที่เห็นก็เอาสิ่งของมาสนับสนุนผ่านกลไกความร่วมมือนี้

“จริงๆ คือความร่วมมือแบบนี้ การทำงานกับแบบข้ามภาคส่วนควรจะมีมากขึ้นในสังคมไทย ซึ่งปัจจุบันมันอาจจะยังมีข้อจำกัดอยู่ เพราะในเมืองไทยเองคนยังไม่ค่อยชินเพราะทำอะไรเองควบคุมเองมันก็ง่าย แต่ทำงานข้ามภาคส่วน การมีส่วนร่วมกับการมีส่วนร่วมแต่ไม่มีเจ้าภาพหลักมันก็ใกล้เคียงกันมาก เนื่องจากทุกคนจะรู้สึกว่าตัวเองไม่เป็นเจ้าภาพ และก็คิดว่าตัวเองไม่ต้องรับผิดชอบ” รองเลขาธิการ สช. กล่าว

นพ.ปริดา บอกว่า สช. เป็นองค์กรที่ดี และควรจะมีอยู่ในสังคม สช. ต้องทำงานร่วมมือกับ คสช. ให้เกิดศักยภาพสูงสุด และต้องขับเคลื่อนประเด็นใหญ่เชิงระบบมากกว่าประเด็นย่อย

“ถึงตอนนี้ สช. เกิดมา ๑๕-๑๖ ปีแล้ว สิ่งที่เราควรทำก็คือ ต้องกลับไปทบทวนอุดมการณ์และเจตนารมณ์ ว่าสช. ยังสอดคล้องกับสังคมอยู่ไหม กระบวนการในการหาฉันทมติยังเป็นแบบนี้หรือเปล่า ถ้าคำตอบคือใช่และองค์กรนี้ยังมีคุณค่าต่อสังคม ก็ต้องถามต่อไปว่า เครื่องมือทั้งหลายเท่าที่สถานการณ์หรือไม่ จำเป็นต้องทบทวนหรือไม่”

“ถ้าสามเหลี่ยมเขยื้อนเขายังใช้อยู่ เราอาจจะยังใช้สามเหลี่ยมเขยื้อนเขาต่อไปด้วยรูปแบบวิธีการใหม่ๆ ที่อยู่ในบริบทการมีส่วนร่วม สช. ต้องพลิกแพลงให้มากขึ้น คือถ้ากระป๋องอยู่ที่ใจ การรบก็ไร้รูปแบบตายตัว” นพ.ปริดา ระบุ

สำหรับ นพ.ปริดาแล้ว สช. ยังต้องเพิ่มเติมเรื่องการคิดนอกกรอบ (Lateral thinking) ควบคู่ไปกับการคิดแบบสร้างสรรค์ (Creative thinking) หากเราอยู่แต่ในกรอบ จะไม่เกิดวิธีการ หรือทางเลือกใหม่ ในขณะที่โลกเปลี่ยนไปเยอะแล้ว

“สช. จะ ต้องสร้างให้มีความน่าเชื่อถือ มีความชัดเจน มีข้อมูลวิชาการ มีหลัก แล้วก็มี ความทันสมัย ไม่เช่นนั้น สช. จะกลายเป็นคนดีที่ถูกลืม” นพ.ปริดา ทิ้งท้าย 🌟

คสช.รับทราบความคืบหน้า ๓ ประเด็นที่มีความพร้อม พัฒนาสู่ **สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖**



ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๔/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๐ ก.ค. ๒๕๖๖ ซึ่งมี **นายอนุทิน ชาญวีรกูล** รองนายกรัฐมนตรีและรรมว.สาธารณสุข (สธ.) ในฐานะประธาน คสช. เป็นประธาน ได้มีมติรับทราบความคืบหน้าการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งกำหนดจัดขึ้นระหว่างวันที่ ๒๑-๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๖ ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ ทางคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ได้ประกาศประเด็นที่มีความพร้อมพัฒนาเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ จำนวน ๓ ประเด็น ประกอบด้วย ๑. ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง ๒. การบริหารจัดการน้ำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรม ๓. การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ

นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ ประธานคจ.สช. เปิดเผยว่า ทั้ง ๓ ระเบียบวาระดังกล่าว คจ.สช. ได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการกำกับสนับสนุนและเชื่อมโยงกระบวนการ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการจัดกระบวนการพัฒนาข้อเสนอโยบายสาธารณะ เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการสมัชชาฯ โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลทางวิชาการที่ถูกต้องพร้อมวิเคราะห์ประเด็นสำคัญทางสังคมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับสถานการณ์ทางสังคม

พร้อมกันนี้ ในเบื้องต้นได้มีการร่างคณะทำงาน ๒ คณะ ประกอบด้วย **คณะที่ ๑ ประเด็นระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง** มีอธิบดีกรมสุขภาพจิตเป็นประธานคณะทำงาน โดยมีผู้แทนจากกรมสุขภาพจิตและนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นคณะทำงาน และเลขานุการร่วมกับ **คณะที่ ๒ ประเด็นการบริหารจัดการน้ำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรม** มีเลขาธิการสำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ (สทนช.) เป็นประธานคณะทำงาน และมีผู้แทนจาก สทนช. และนักวิชาการจากศูนย์วิจัยนวัตกรรมการบริหารจัดการน้ำชุมชนภาคอีสาน เป็นคณะทำงานและเลขานุการร่วมกับผู้แทนจาก สช.

ขณะเดียวกัน ที่ประชุม คสช. ยังได้มีมติรับทราบความคืบหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ และ ๑๕ ไม่ว่าจะเป็นมติ ๑๔.๑ **การสร้างเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19** มีการปรับแก้ พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ จัดทำคู่มือแนวทางในการจัดการขยะติดเชื้อชุมชนและ

economic well-being advancement by BCG Model) สมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนคร บรรจุกิจกรรมการขับเคลื่อนการจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG ไว้ในโครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด

ใช้บรรจุกิจกรรมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยอยู่ระหว่างประสานท้องถิ่นเพื่อนำคู่มือไปใช้ประโยชน์ต่อไป

มติ ๑๔.๒ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤต อย่างเป็นธรรม เกิดการประชุมหารือแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ และการจัดระบบบริการสุขภาพเชิงรุกของศูนย์บริการของกระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่อง

มติ ๑๔.๓ การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ มีการประชุมหารือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อเสนอร่วมกันให้จัดตั้งศูนย์อำนวยการสื่อสารในภาวะวิกฤต ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี บนแนวทาง ๒ ประการ คือ ๑. การตั้งศูนย์ฯ ควรเน้นเรื่องของสุขภาพเป็นหลัก ๒. จัดตั้งศูนย์ฯ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข หรือคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

มติ ๑๕.๑ การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน (Household

มติ ๑๕.๒ การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ได้กำหนดการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มและระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกีฬาบรรจุไว้ในนโยบายแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ฉบับที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐)

มติ ๑๕.๓ มติหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เกิดการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างการรับรู้ต่อพรรคการเมือง และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง พร้อมกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนมติ ๓ แนวทาง ได้แก่ ๑. ดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายวิชาการเพื่อติดตามและเกิดข้อเสนอตอนนโยบายของพรรคการเมือง ๒. จัดเวทีหารือกับพรรคการเมือง ๓. เตรียมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖

สร้างสุขภาพได้ ครั้งที่ ๑๓ ภาคใต้แห่งความสุข เพื่อสุขภาวะแห่งอนาคต 'สุข สู สุขภาวะ'



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา การจัดงานในครั้งนี้มีทั้งรูปแบบ Onsite และ Online ผ่านระบบ Zoom การถ่ายทอดของสถานีวิทยุ ม.อ.หาดใหญ่ โดยมีผู้เข้าร่วมกว่า ๑,๐๐๐ คน

วัตถุประสงค์ของการจัดงานสร้างสุขภาพได้ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพทุกภาคส่วนในพื้นที่ภาคใต้ได้มาพบปะแลกเปลี่ยนการขับเคลื่อนงานใน ๔ ประเด็นสำคัญ คือ ประเด็นความมั่นคงทางอาหาร ประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ ประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ และประเด็นความมั่นคงบนฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยใช้เครื่องมือและกระบวนการนโยบายสาธารณะในการเชื่อมประสาน ยุทธศาสตร์การทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่ มีกระบวนการทบทวนข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้จากปีที่ผ่านมามาจัดทำแผนขับเคลื่อน Road Map เพื่อให้ข้อเสนอถูกขับเคลื่อนให้เกิดรูปธรรม และเกิดกลไกการสานพลัง การขยายเครือข่าย การทำงานข้ามประเด็น การเกิดพื้นที่ดี ๆ และบูรณาการเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันทั้งในระดับพื้นที่ ท้องถิ่น ระดับเขตและระดับภาค

การจัดงานสร้างสุขภาพได้ ครั้งที่ ๑๓ แบ่งออกเป็น ๒ ระดับ คือ ระดับจังหวัด มีการขับเคลื่อนประเด็นสำคัญของแต่ละจังหวัดโดยใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะ จัดงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดร่วมกับงานสร้างสุขภาพได้ใน ๑๔ จังหวัด เริ่มตั้งแต่ ...

จังหวัดสตูล "รักจังสตูล สมัชชาคนสตูล ครั้งที่ ๑๐: สุขสตูล ๑๐ ประการ บนแผ่นดินอุทยานธรณีโลก" (๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดนครศรีธรรมราช "สมัชชาสร้างสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช นครศรี อยู่ดี มีสุข สุขสุภาพะคนคอน" (๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๖)

จังหวัดยะลา "ยะลาเมืองแห่งความสุข" (๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดปัตตานี "สุข สู สุขภาวะ คนตานี มีสุข" (๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดภูเก็ต "เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นโยบายสาธารณะเครือข่าย พื้นที่ต้นแบบสู่สมัชชาสร้างสุขจังหวัดภูเก็ต" (๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดสุราษฎร์ธานี "สมัชชาเมืองคนดี สุขถ้วนหน้า #๒ สุราษฎร์ธานีแห่งความสุข" (๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดกระบี่ "สมัชชากระบี่ อยู่เย็น เป็นสุข ปี ๒๕๖๖" (๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดชุมพร "สมัชชาสร้างสุขชุมพร ร่วมสร้างชุมพรน่าอยู่ กินอิ่ม นอนอุ่น ทูมมี นีลัด สดชื่น" (๒๖ - ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดระนอง "เชื่อมร้อยเครือข่ายสุขภาพ สุขสุภาพะแห่งอนาคตคนระนอง" (๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดตรัง "สมัชชาสร้างสุขตรัง: เมืองคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน" (๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดนราธิวาส "นราธิวาสสร้างสุข มือนาราบอฮาเกียต Narathiwat city of happiness" (๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดพัทลุง "สมัชชาพัทลุงมหานครแห่งความสุข ครั้งที่ ๒ คนเมืองลุงหัวขี้เมาขี้ขี้ เพื่อกำหนดอนาคตตนเอง" (๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดพังงา "สมัชชาพังงาแห่งความสุข" (๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๖)

จังหวัดสงขลา "หุ้นส่วนการพัฒนา วันพลเมืองสงขลา ประจำปี ๒๕๖๖" (๑๔ - ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖)

ทั้งนี้ในการจัดงานได้มีการส่งมอบข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับหน่วยงานในจังหวัดเพื่อนำข้อเสนอไปสู่การปฏิบัติ ผลักดันให้เป็นแผน หรือนโยบายของหน่วยงานต่างๆ ต่อไป

ระดับภาค มีกระบวนการเริ่มตั้งแต่การทบทวนข้อเสนอเชิงนโยบายที่ผ่านมามา จัดทำแผนขับเคลื่อน ปฏิบัติการเลือกพื้นที่นำร่อง และถอดบทเรียนผลการขับเคลื่อน เพื่อนำไปสู่การยกระดับเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายใน ๔ ประเด็น และนำเสนอในงานสร้างสุขภาพได้ ครั้งที่ ๑๓ ซึ่งมีผู้แทนของหน่วยงานระดับประเทศเข้าร่วม

กระบวนการเชื่อมร้อยเครือข่าย สานพลัง ผลักดัน และขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะล้วนเกิดจากความร่วมมือ ร่วมใจของพี่น้องภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ ที่นำมาซึ่ง **ภาคใต้แห่งความสุข** ยุทธศาสตร์การทำงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เน้นการจัดการความรู้ สร้างสรรค์นวัตกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ **สู่การพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพบนฐานวิถีชีวิตชาวใต้ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน** 🌱

'สร้างสุขภาพได้' เกิดจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ คือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สนับสนุนให้สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สน.ส.ม.อ.) เป็นหน่วยงานประสานงานกับองค์กรภาคีร่วมสนับสนุนหลักประกอบด้วยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน องค์กรมหาชน (พอช.) เพื่อสร้างความร่วมมือและจัดงานอย่างต่อเนื่อง งานสร้างสุขภาพได้ถูกจัดขึ้นครั้งแรกในปี ๒๕๔๙ ใช้ชื่องานว่า วาระสร้างสุขของคนใต้ "ใหม่เรายังอยู่ดีกันหม้ายพี่น้อง"

จัดขึ้นที่จังหวัดสงขลา และหมุนเวียนไปจัดตามจังหวัดต่างๆ ในภาคใต้ เมื่อวันที่ ๙ - ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ ที่ผ่านมามีการจัดงานสร้างสุขภาพได้ ครั้งที่ ๑๓ ใช้ชื่องาน **ภาคใต้แห่งความสุข เพื่อสุขภาวะแห่งอนาคต "สุข สู สุขภาวะ"** มีการบูรณาการร่วมกับการประชุมวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (HIA Forum) เรื่อง "การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเพื่อสุขภาวะแห่งอนาคตอย่างยั่งยืน : โอกาสและความท้าทาย" โดยงานในปีนี้มีจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล และสงขลาเป็นเจ้าภาพหลัก มีองค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานีเป็นประธานการจัดงาน ซึ่งจัดขึ้นที่ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี



“เปิด ๔ เสาหลัก” สร้างทุกนโยบายให้ห่วงใย สุขภาพของ WHO

ตลอดระยะเวลาการทำงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ หรือที่มีชื่อเล่นว่า “พ.ร.บ.การมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน” ได้นำแนวคิดเรื่อง Health in All Policies (HiAP) หรือการสร้างให้ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพเป็นหัวใจหลักสร้างพื้นที่แห่งการมีส่วนร่วมทางสังคม จนนำไปสู่นโยบายที่ตรงกับความต้องการของสังคม เช่น นโยบายด้านสังคมสูงวัย ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ทั้งนี้กว่า ๑๐ ปีแล้วที่แนวคิด HiAP หยั่งรากในระดับโลก โดยถูกพูดถึงอย่างเป็นทางการจากแถลงการณ์เฮลซิงกิ ใน พ.ศ. ๒๕๕๖ (2013 Helsinki Statement on HiAP) ที่สนับสนุนให้นานาประเทศใช้ HiAP พัฒนานโยบายสาธารณะจากหลายภาคส่วน และถูกระบุอยู่ในมติสมัชชาอนามัยโลกอยู่หลายครั้ง เช่น WHA ครั้งที่ ๗๔ เรื่อง Social Determinants of Health (SDH) ที่สนับสนุนให้ใช้ HiAP สร้างนโยบายที่ลดความเหลื่อมล้ำของสังคม รวมถึงการตั้งเครือข่าย Global Network for Health in All Policies (GNHiAP) ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อขับเคลื่อนงานวิชาการหรือการดำเนินงานด้าน HiAP โดย สช. ได้รับเชิญให้เป็นคณะกรรมการบริหารของเครือข่ายในนามประเทศไทย ร่วมกับอีกหลายประเทศ เช่น ฟินแลนด์ มลรัฐควิเบก แคนาดา มลรัฐเซาท์ออสเตรเลีย ประเทศออสเตรเลีย

โดยในปีนี้เององค์การอนามัยโลก สำนักงานใหญ่ ร่วมกับภาคีเครือข่ายซึ่งรวมถึงเครือข่าย GNHiAP พัฒนา “๔ เสาหลัก” เพื่อสร้างความมั่นใจในการทำงานร่วมกันกับหลายภาคส่วน ในการสร้างให้นโยบายต่างๆ คำนึงถึงเรื่องสุขภาพ และลดความเหลื่อมล้ำของสังคม โดย ๔ เสาหลักนี้ประกอบไปด้วย

เสาหลักที่ ๑ การปกครองและความรับผิดชอบ (Governance and Accountability) : เสานี้จะพูดถึงองค์ประกอบเรื่อง สภาพแวดล้อมและบทบาทภารกิจที่เอื้อคณะกรรมการที่มาจากหน่วยงานรัฐจากหลายหน่วย แผนการทำงานของรัฐที่มาจากความร่วมมือของภาครัฐ ทั้งระบบ การสนับสนุนให้เกิดโครงการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เช่น ภูมิภาคโพรมูเรีย (Pomurje region) ประเทศสโลวีเนีย มีโครงการ Mura ที่ตั้งกลไกสร้างความร่วมมือจากหลายภาคส่วนใน ๒ ระดับ คือระดับชาติและพื้นที่ โดยในระดับชาติมีกลุ่มโครงการระหว่างกระทรวงที่จะประสานงานการทำงานของกระทรวงต่างๆ โดยใช้อำนาจทางการเมือง การปกครอง ในระดับพื้นที่มีศูนย์สุขภาพ และการพัฒนาที่ทำการประสานงานกิจกรรมแนวอนภายในภูมิภาคและกิจกรรมแนวตั้งกับกลไกระดับชาติ

เสาหลักที่ ๒ ภาวะผู้นำในทุกระดับ (leadership at all levels) : เสานี้จะพูดถึงองค์ประกอบเรื่อง การผลักดันแนวคิด HiAP และแนวทางความร่วมมืออื่นๆ วัฒนธรรมการมีส่วนร่วม เครือข่ายผู้นำ HiAP การสร้างและใช้แผนแผนการทำงานของรัฐที่มาจากความร่วมมือของภาครัฐ ทั้งระบบ การมีตัวชี้วัดร่วมกันตลอดจนการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เช่น ฎาณประยุกต์ HiAP ผ่านภาวะผู้นำและการบริหารของยุทธศาสตร์ความสุขภาพรวมประชาชาติ โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวมี ๔ เสาหลัก ได้แก่ ธรรมาภิบาล การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน การอนุรักษ์ และส่งเสริมวัฒนธรรมและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

เสาหลักที่ ๓ วิธีการทำงาน (ways of working and work methods) : เสานี้จะพูดถึงองค์ประกอบเรื่อง การรักษาพันธมิตรการทำงานที่เกิดจากความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และการรักษาไว้ซึ่งการสื่อสารแบบเปิดเผย เข้าใจการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายของพันธมิตร รวมถึงการ



ร่วมออกแบบนโยบาย โครงการ แผนงาน เช่น เมืองกิติ ประเทศเอกวาดอร์ ส่งเสริมทีมพัฒนาชุมชน เพื่อนำเสียงของชุมชนสู่กระบวนการตัดสินใจเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี และมีเป้าหมายเพื่อปิดช่องว่างความไม่เท่าเทียมกัน ทางสุขภาพ ประเทศไทยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม การมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจในระดับนโยบาย ที่ส่งผลให้เกิดนโยบายที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน

เสาหลักที่ ๔ ทรัพยากรและศักยภาพ (resources, financing and capabilities) : เสานี้จะพูดถึงองค์ประกอบเรื่อง การกำหนดบทบาทและงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน HiAP ความสามารถในการดำเนินการกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ การแปลและถ่ายทอดความรู้ เช่น ประเทศฟินแลนด์ลงทุนสร้างเครือข่ายวิจัยจำนวนมาก และอย่างกว้างขวาง เพื่อสอดแทรกผลวิจัยด้าน HiAP เข้ากับกลไกรัฐบาล

ทั้งนี้ ๔ เสาหลักนี้ เป็นเพียงแนวทางของ WHO เพื่อให้ประเทศสมาชิกนำไปปรับใช้ตามบริบทของประเทศตนเอง อันจะนำไปสู่การผลิตนโยบายที่ทำให้คุณภาพชีวิตสุขภาพของประชาชนดีขึ้น

ที่มา :
* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf
* <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/09/06/default-calendar/working-together-for-equity-and-healthier-populations-sustainable-multisectoral-collaboration-based-on-health-in-all-policies-approaches>

ทำความเข้าใจ เครื่อง่ายนักรสานพลัง สร้างสุขภาวะในพื้นที่ (คนส.)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคียุทธศาสตร์ มีภารกิจสำคัญร่วมกันในการขับเคลื่อนสร้างสุขภาวะในพื้นที่ผ่านความร่วมมือและความเข้มแข็งของคนและเครือข่ายคนทำงานทั้งเก่าและใหม่ในพื้นที่

ขณะนี้พบว่าสถานการณ์ปัญหาและประเด็นท้าทายในการสร้างสุขภาวะในพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบพลวัต เกิดความตื่นตัวทางสังคมที่มีความหลากหลายทั้งแนวคิดและวิธีการของคนรุ่นใหม่และภาคีใหม่จากทุกภาคส่วน

ขณะเดียวกันที่ผ่านมาได้มีการสะสมประสบการณ์การสร้างสุขภาวะที่มีค่าสำหรับการเรียนรู้ของคนทำงานที่มีจิตสาธารณะรุ่นใหม่ ประกอบกับปัจจุบันยังพบข้อจำกัดในการทำงานของเครือข่ายในพื้นที่ในเรื่องการสร้างและขยายเครือข่ายด้านการพัฒนาขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของพื้นที่

ปี ๒๕๖๖ นี้ สช. ได้เริ่มหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักรสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่ หรือ คนส. ซึ่งต่อยอดจากหลักสูตรนักรสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาดังคมสุขภาวะ (นสน.) โดยเป็นการสร้างและขยายเครือข่ายการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปสู่กลุ่มคนรุ่นใหม่และภาคีใหม่ เพื่อยกระดับคุณภาพการทำงานและเป็นการกำลังสำคัญในการทำงานระดับพื้นที่

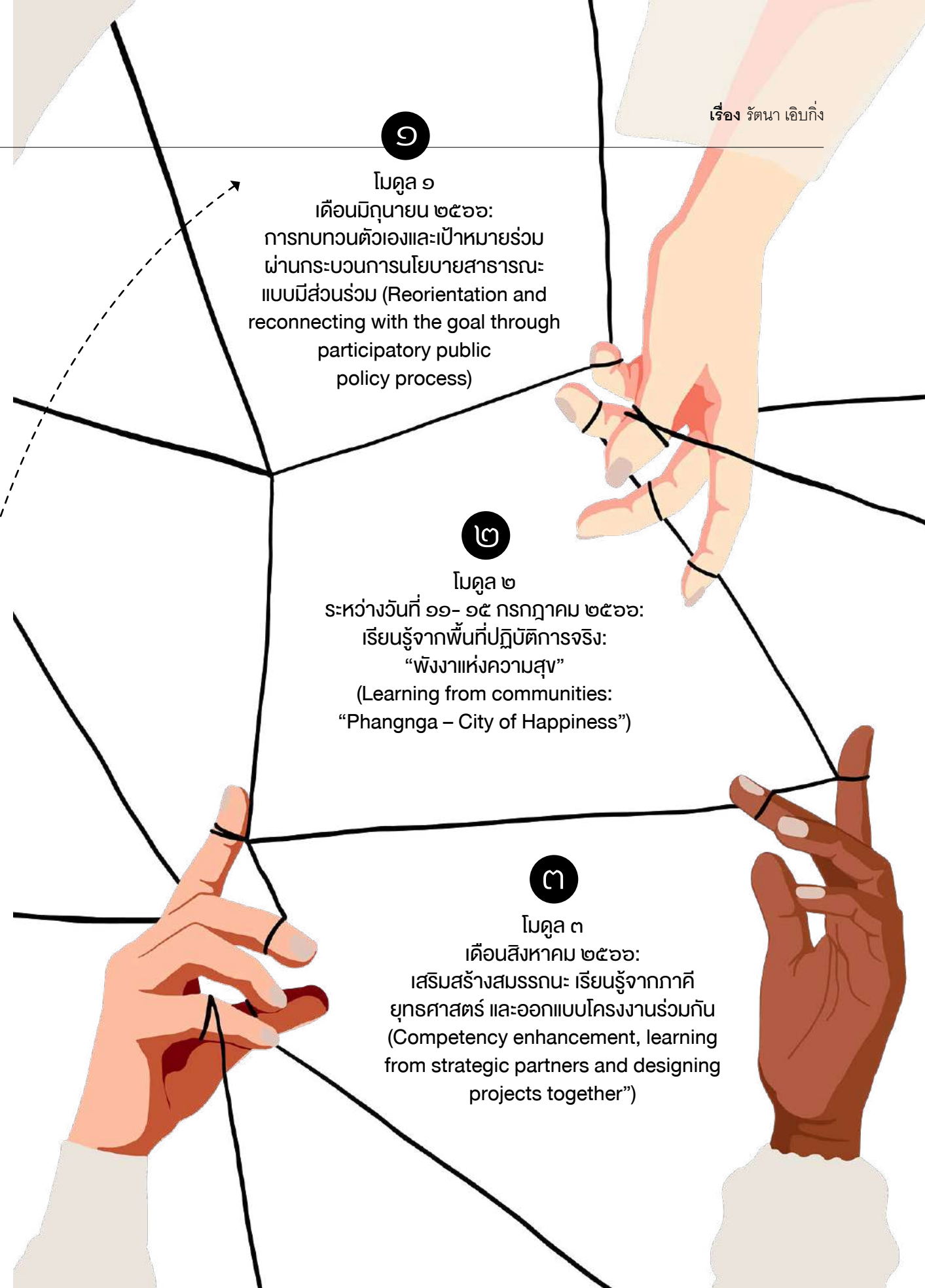
หลักสูตร คนส. มีการออกแบบเนื้อหาที่ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งด้านความรู้ ด้านสมรรถนะที่จำเป็น และ ด้านการปฏิบัติ โดยมีผู้เข้าร่วม คนส. รุ่นที่ ๑ จำนวน ๓๔ คนมาจากทั้งองค์กรภาครัฐ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) โครงการประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITAP) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลไกรวมถึงกลุ่มภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่มา

จากทั้ง กขป. สมัชชาสุขภาพจังหวัด พอช. ส่วนภูมิภาค เครือข่ายคนรุ่นใหม่ เครือข่ายวิชาการ และเครือข่ายภาคประชาสังคม โดยมีเจ้าหน้าที่ สช. เข้าร่วมหลักสูตรด้วย

สำหรับหลักสูตร คนส. นี้ สช. วางเป้าหมายการพัฒนาในช่วงแรกไว้ ๓ ปี เพื่อให้ได้ คนส. จำนวนกว่า ๒๐๐ คน โดยคาดหวังว่า หลังจากจบหลักสูตรจะเกิดภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพในการทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และเกิดความร่วมมือในการพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับภาคียุทธศาสตร์สำคัญทั้งระดับชาติและพื้นที่ พร้อมทั้งเกิดเครือข่ายการเรียนรู้และขับเคลื่อนหนุนเสริมงานร่วมกันระยะยาวของคนทำงานกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่ที่มาจากหลากหลายภาคส่วนในพื้นที่ ในการพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะระดับชาติหรือพื้นที่ เพื่อมุ่งสู่การขับเคลื่อนสู่การพัฒนาประเทศไทยต่อไป

หากท่านใดสนใจเข้าร่วมหลักสูตร คนส. รุ่นที่ ๒ รอฟังข่าวประชาสัมพันธ์การรับสมัครจาก สช. เร็วๆ นี้ นะคะ...👉

หลักสูตร คนส. ๓ โมดูล (module)



๑

โมดูล ๑
เดือนมิถุนายน ๒๕๖๖:
การทบทวนตัวเองและเป้าหมายร่วมผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Reorientation and reconnecting with the goal through participatory public policy process)

๒

โมดูล ๒
ระหว่างวันที่ ๑๑- ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖:
เรียนรู้จากพื้นที่ปฏิบัติการจริง: “ฟังงาแห่งความสุข” (Learning from communities: “Phangnga – City of Happiness”)

๓

โมดูล ๓
เดือนสิงหาคม ๒๕๖๖:
เสริมสร้างสมรรถนะ เรียนรู้จากภาคียุทธศาสตร์ และออกแบบโครงการร่วมกัน (Competency enhancement, learning from strategic partners and designing projects together”)

เรื่อง รัตนา เอิบกิ่ง

สิทธิและหน้าที่ ด้านสุขภาพ ตาม พ.ร.บ. สุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ : การทำให้สิทธิผู้ป่วย มีสภาพบังคับ ตามกฎหมาย

แต่เดิมระบบสุขภาพไทยมองปัญหาสุขภาพผ่านกรอบวิธีคิดทางการแพทย์เท่านั้น จึงจำกัดบทบาทของสุขภาพอนามัยไว้ที่สถาบันและบุคลากรทางการแพทย์แยกขาดจากมิติอื่นๆ ของสังคม^๑ แต่แนวคิดสุขภาพตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เกิดจากการสังเกตพฤติกรรมการเจ็บไข้ได้ป่วยในปัจจุบันว่า เกิดมาจากปัจจัยทางชีวการแพทย์และพฤติกรรมทางสังคม

ดังนั้นระบบสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญกับพฤติกรรมหรือการกระทำของคนเราที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทุกๆ ด้านอย่างเชื่อมโยงกันระหว่างตัวบุคคล สังคมหรือชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่และสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล^๒

ด้วยเหตุนี้นิยามใหม่ของสุขภาพและสิทธิด้านสุขภาพตามกฎหมาย จึงกำหนดว่า “สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และ “ระบบสุขภาพ” หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

นิยามดังกล่าวนี้บัญญัติขึ้นเพื่อให้เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่ทุกคนในสังคมต้องมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดความเป็นสุขภาพะ ไม่ใช่หน้าที่ของรัฐหรือของบุคลากรสาธารณสุขแบบเดิม การกำหนดนิยามเช่นนี้เปรียบเสมือนการกำหนดมตินโยบายเกี่ยวกับการสาธารณสุขใหม่ของรัฐที่เปิดพื้นที่ในการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ

จัดการสาธารณสุขกับรัฐ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับแนวคิดประชาธิปไตยที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากสังคมมีความเป็นพลวัตตามกระแสโลกาภิวัตน์ของโลก สิทธิ เสรีภาพและประชาธิปไตยเป็นสิ่งที่ประชาชนเรียกร้อง

นอกจากนิยามของสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วยังมีการบัญญัติถึงเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพด้วย สิทธิด้านสุขภาพนี้เป็นสิทธิมนุษยชน สิทธิด้านสุขภาพตามที่ปรากฏในพระราชบัญญัตินี้มีพื้นฐานมาจากแนวคิดของสิทธิมนุษยชนซึ่งตั้งอยู่บนหลักการที่ว่าทุกคนมีความเป็นตัวตนของเขาเอง (Autonomy) ดังนั้นการที่จะมาทำอะไรกับเนื้อตัวร่างกายของคนนั้นจะต้องขอความยินยอมจากผู้เป็นเจ้าของร่างกายก่อน

สิทธิด้านสุขภาพดังนี้คือการนำสิทธิผู้ป่วยในการเข้ารับบริการสุขภาพตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาพยาบาล จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตตามบัญญัติให้เกิดผลในทางปฏิบัติในทางกฎหมาย สิทธิด้านสุขภาพที่พระราชบัญญัตินี้ได้บัญญัติไว้ แบ่งออกเป็น ๗ ประการ ได้แก่ (๑) สิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (๒) สุขภาพของหญิง สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเป็นในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย (๓) สิทธิในข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล (๔) สิทธิในการได้รับทราบข้อมูลเมื่อเข้ารับบริการบริการสาธารณสุข (๕) สิทธิในการได้รับทราบข้อมูลเมื่อตนเข้าร่วมงานวิจัย (๖) สิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ (๗) สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และหน้าที่ด้านสุขภาพที่พระราชบัญญัตินี้ได้บัญญัติไว้ ได้แก่ หน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

การรับรองสิทธิผู้ป่วยลงในกฎหมายมีผลให้เกิดหน้าที่แก่บุคลากรด้านสุขภาพและประชาชนทั่วไปต้องเคารพเจตนารมณ์และความต้องการของผู้ป่วยตามสิทธิผู้ป่วยเหล่านี้ หากมีผู้มาขัดขวางหรือละเมิดสิทธิเหล่านี้ เจ้าของสิทธิชอบที่จะใช้กระบวนการทางกฎหมายในการปกป้องคุ้มครองสิทธิของตนเองได้

ที่มา :
^๑ โกมาตริ จิ่งเสถียรทรัพย์, ประชาสังคมกับสุขภาพ, นนทบุรี : แผนงานวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. ๒๕๔๔, หน้า ๖๐
^๒ เดชรัตน์ สุขกำเนิด บรรณาธิการ, ระบบสุขภาพ : ความมุ่งหมายใหม่ของสังคม, นนทบุรี : แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, หน้า ๗

พัฒนาการการพัฒนาและขับเคลื่อน มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เป็นเวลากว่า ๑๕ ปีมาแล้ว ที่มีการใช้เครื่องมือสมัชชาสุขภาพแห่งชาติภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๐-๔๕ กำหนดไว้ว่าให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง โดยมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่มีนายกรัฐมนตรี ซึ่งได้รับมอบหมายจากนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน

ปัจจุบันมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจำนวน ๙๓ มติ ที่ผ่านมามีประเด็นที่ตอบสนองและเชื่อมต่อกับวาระที่ดีของสังคมไทย เช่น มติ ๑๐.๑ การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ทำให้กระทรวงมหาดไทย มีนโยบาย ๑ อำเภอ ๑ สวนสาธารณะ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นพี่เลี้ยงพัฒนาโครงการที่จะของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล (กปท.) ให้มีเรื่องกิจกรรมทางกาย มากกว่า ๗๐๐ โครงการ

มติ ๑๑.๒ ความรับผิดชอบร่วมทางสังคมเกี่ยวกับอีสปอร์ตต่อสุขภาพของผู้พัฒนาอย่างยั่งยืน เกิดประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรการและแนวทางการปกป้องคุ้มครองนักเรียนจากกิจกรรมเกมออนไลน์ในสถานศึกษา โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการลงนาม ปีนี้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เข้าสู่วันที่ ๑๖ แล้ว จึงถือโอกาสนี้ทบทวนแนวทางการทำงาน โดยขอขยายประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ดังนี้

๑. คณะทำงานพัฒนาประเด็น การพัฒนาประเด็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะมีกลไกภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) คือคณะทำงานพัฒนาประเด็นทำหน้าที่พัฒนาเอกสารวิชาการ เพื่อจัดทำชุดเอกสารร่างระเบียบวาระ ซึ่งประกอบด้วย เอกสารหลัก ร่างมติ และแผนที่ทางเดิน ตั้งแต่อดีตการแต่งตั้งประธานคณะทำงานพัฒนาประเด็นจะเป็นภาคส่วนโดยอ้อมได้จากหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา อาจจะเป็นภาควิชาการหรือภาคประชาสังคม ค้นพบว่าเกิดข้อจำกัดในการขับเคลื่อน ทำให้เกิดบทเรียนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติควรกำหนดให้หน่วยงานหลักมาเป็นประธานการพัฒนาประเด็นที่มาจาก “หน่วยงานรัฐ” ที่มีบทบาท อำนาจหน้าที่ในการขับเคลื่อนนโยบายให้บรรลุเป้าหมาย ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเกิดมรรคผลมากขึ้น

๒. ที่มาของประเด็น ตั้งแต่อดีต สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เน้นเปิดรับประเด็นจากภาคีเครือข่ายเป็นหลัก หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาเพิ่มช่องทางการได้มาซึ่งประเด็น โดยมีหลากหลายช่องทางมากขึ้น อาทิ จาก คสช./คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) เสนอประเด็น/สช. ค้นหาประเด็น และประเด็นเดิมที่สอดคล้องกับสถานการณ์ประเทศ แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนสภาพัฒน์ ฯลฯ

โดย สช. จะคัดเลือกประเด็นที่มีความพร้อม ความรุนแรงของปัญหา/สถานการณ์ ขนาดผลกระทบ ในปัจจุบันนั้นการได้มาซึ่งประเด็นมาจาก สช. ค้นหาประเด็นที่สอดคล้องกับสถานการณ์ประเทศ มีความพร้อมในการขับเคลื่อนโดยมีเจ้าภาพหลักที่อยู่ในกระบวนการตั้งแต่พัฒนาข้อเสนอไปจนถึงการขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง จะสังเกตได้ว่าในช่วง ๔ ปีหลังที่ผ่านมา คจ.สช. ได้กำหนดประเด็นที่สอดคล้องกับธีม และกรอบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไว้ตั้งแต่ต้นปีเพื่อให้ได้ประเด็นที่มีความสอดคล้องกับธีม

๓. การจัดทำแผนที่ทางเดิน ตั้งแต่ที่มีการใช้เครื่องมือ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ปี ๒๕๕๐ เป็นต้นมา มีการพัฒนา “เอกสารหลัก” ที่กล่าวถึงสถานการณ์ความรุนแรง เหตุผลของการพัฒนาประเด็น กฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้อง และ “เอกสารมติ” ที่ระบุข้อเสนอรายข้อว่าหน่วยงานใด ทำอะไร เป็นการนำนโยบายลงไปสู่การปฏิบัติ (Policy implementation) ซึ่งอาศัยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อน แต่ยังไม่เห็นเป้าหมายของมติ (Output/Outcome) ได้ชัดเจนหลังปี ๒๕๕๕ จึงได้มีการกำหนดให้จัดทำแผนที่ทางเดิน (Roadmap) เป็นต้นมา ทำให้เห็นภาพเป้าหมายผลลัพธ์และตัวชี้วัดได้ชัดเจนขึ้น เป็นการสร้างความเข้าใจต่อเป้าหมายการขับเคลื่อนร่วมกัน นับได้ว่าเป็นเอกสารชิ้นสำคัญที่ใช้ในการขับเคลื่อนมติสมัชชาฯ

๔. การปรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เดิมทีเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะมีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เคยกำหนดไว้ประมาณ ๖๐๐ เครือข่าย ทั้งนี้ สช. มีการจัดกลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็นต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (One voice) ตามกลุ่มเครือข่าย จากประสบการณ์การจัด



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา ค้นพบว่าการจัดกลุ่มเครือข่ายดังกล่าวไม่ได้มีกระบวนการปรึกษาหารือ/รับฟังความคิดเห็นกันมาก่อนเข้าสู่เวทีใหญ่ในเดือนธันวาคม แต่เป็นการให้ความคิดเห็นที่มาจากเครือข่าย/องค์กรนั้นโดยตรง ทำให้ความคิดเห็นนั้นไม่สามารถเป็น One Voice ได้แท้จริง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนการให้ความคิดเห็นเป็นรายองค์กร/เครือข่าย ไม่มีการจัดกลุ่มเหมือนที่ผ่านมา จึงเป็นความคิดเห็นขององค์กร/ภาคีเครือข่ายอย่างแท้จริง ทุกวันนี้จึงไม่มีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคือกระบวนการที่เป็นหัวใจสำคัญที่จะนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เกิดผลดอกออกผลเป็นนโยบายสาธารณะที่กินได้ คมส. เริ่มมีครั้งแรกเมื่อปี ๒๕๕๔ มีวาระ ๒ ปี มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการด้านการแพทย์และอนุกรรมการด้านสังคม มีหน้าที่หลักคือพัฒนาระบบกลไกและวางยุทธศาสตร์แนวทางการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติไปสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม คมส. ได้ใช้ “**การสานพลังความร่วมมือ**” เป็นยุทธศาสตร์หลักในการขับเคลื่อนมติ ประกอบด้วย “DENMARKSII” ได้แก่ การสร้างตัวอย่าง การหนุนเสริมการทำงาน การสร้างเครือข่าย การสร้างแรงจูงใจ การจัดการความรู้ การสื่อสารสังคม การใช้ระบบข้อมูลและการบูรณาการข้ามหน่วยงานปัจจัยความสำเร็จ การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เห็นได้ชัดคือการมีกลไกหรือเครือข่ายที่เกาะติดเรื่องราวสถานการณ์ รวมทั้งวางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนด้วย ประกอบกับการมีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นโดยตรงรับเป็นเจ้าภาพหลัก

ร่วมพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายตั้งแต่ต้นทางเพื่อร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ปัจจุบันมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ขับเคลื่อนบรรลุผลแล้วกว่า ๓๖ มติ การดำเนินงานตามแผนดังกล่าวถือเป็นบทบาทของ สช. ที่ทำงานเชิงรุกในการสร้างความร่วมมือระดับนโยบายและระดับพื้นที่

แนวทางสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่มีการเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม แม้ว่าจะเป็นแนวทางที่ถูกต้อง แต่ถึงจะมีครบทั้งสามเหลี่ยมจริงในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ไม่ได้ยืนยันว่าจะสามารถผลักดันได้สำเร็จเสมอไป ฉะนั้นการทบทวนว่าสิ่งใดที่จะต้องเปลี่ยนแปลงในกระบวนการ การพัฒนาหรือยกระดับนวัตกรรมใหม่ๆ ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายควรพัฒนาและต่อยอดให้ดีขึ้นในยุคพลวัตเช่นนี้

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ดีทำข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน 🌟

“ดี-เดย์” ไม่ใช่ “วันเพด็จศึก” (๕)



เหตุการณ์วัน ดี-เดย์ มีการนำไปเขียนเป็นหนังสือหลายเล่มและสร้างเป็นภาพยนตร์หลายครั้ง ที่มีชื่อเสียงมาก เพราะเป็นหนังฟอร์มยักษ์ซึ่งได้รับความนิยมและความนิยมสูง คือ เรื่อง The Longest Day ซึ่งในประเทศไทยตั้งชื่อว่า “วันเพด็จศึก”

ภาพยนตร์เรื่องนี้สร้างจากหนังสือของคอร์เนเลียส ไรอัน (Cornelius Ryan) ซึ่งเขียนและพิมพ์เผยแพร่เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๒ หนังสือสร้างเสร็จและนำออกฉายเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๕ อำนวยการสร้างโดยดาร์ริล เอฟ. ซานนัค (Darryl F. Zanuck) มีผู้กำกับ ๓ คนคือ เคน แอนนาकिन (Ken Annakin) รับผิดชอบการถ่ายทำจากด้านอังกฤษและฝรั่งเศส แอนดรูว์ มาร์ตัน (Andrew Marton) รับผิดชอบการถ่ายทำจากด้านอเมริกัน และเบิร์นฮาร์ด วิคกี (Bernhard Wicki) รับผิดชอบการถ่ายทำจากด้านเยอรมัน

ภาพยนตร์สร้างในแบบละครสารคดี (Docudrama) แบบขาว-ดำต่อมาทำเป็นสีออกเป็นเทประบบ วีเอชเอส ในปี ๒๕๓๗ ซึ่งเป็นปีครบรอบ ๕๐ ปี ของเหตุการณ์ มีฉากดาราตั่งมากมายจากนานาชาติเช่น จอห์นเวย์น, โรเบิร์ต มิทซัม, ริชาร์ด เบอร์ตัน, ฌอน คอนเนอรี, เฮนรี ฟอนดา, ปีเตอร์ ลอว์ฟอร์ด, รอด สไตเกอร์, โรเบิร์ต แวกเนอร์, พอล แองกา ผู้แต่งเพลงมายเวย์ ผู้แสดงหลายคนมีเพียงบทเล็กๆ เท่านั้น

เนื่องจากภาพยนตร์เรื่องนี้สร้างขึ้นหลังเหตุการณ์เพียง ๑๗ ปี หลายคนที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์จึงยังมีชีวิตอยู่และความทรงจำยังดี หลายคนได้เข้าร่วมแสดงในภาพยนตร์เรื่องนี้ เช่น ริชาร์ด ทอดด์ (Richard Todd) ซึ่งเป็นผู้ร่วมในหน่วยพลร่มเข้าจู่โจมยึดสะพานเพกาซัส อันเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญได้สำเร็จอย่างงดงาม ทอดด์ได้รับการเสนอให้แสดงเป็นตัวเอง แต่เขาเลือกแสดงเป็นพันตรีจอห์น โอเวิร์ต ผู้นำหน่วยพลร่มนั้น เขาสวมหมวกเบเรต์ใบเดียวกับที่สวมในเหตุการณ์จริง แต่ติดเบดจ์ใหม่เป็นของจอห์น โอเวิร์ต

ตัวละครสำคัญ คือ นายพลไอเซนฮาวร์ ขณะนั้นยังมีชีวิตอยู่ มีการพิจารณาจะให้ท่านมาแสดงบทของตัวเอง แต่ช่างแต่งหน้าดูแล้วไม่สามารถแต่งให้หนุ่มเท่าในเหตุการณ์จริงได้ จึงให้เฮนรี เกรท (Henry Grace) ซึ่งอยู่ในวงการสร้างภาพยนตร์มานานแต่ไม่เคยเป็นผู้แสดงเลย เกรทแสดงได้ดีเยี่ยมแม้เสียงไม่เหมือน

ชาร์ลตัน เฮสตันอยากแสดงเป็นพันโทเบนจามิน เอช. แวนเดอร์วูร์ท แต่สุดท้ายเลือกจอห์น เวย์น ซึ่งตอนนั้นอายุ ๕๕ แล้ว ขณะที่ในเหตุการณ์จริงแวนเดอร์วูร์ทอายุแค่ ๒๗

ฌอน คอนเนอรี แสดงบทเล็กๆ ในภาพยนตร์เรื่องนี้ ก่อนแสดงเป็นเจมส์ บอนด์ จนโด่งดัง ต่อมาได้แสดงเป็นพลตรีรอย เออร์คูฮาร์ท (Roy Urquhart) ในภาพยนตร์เรื่อง A Bridge Too Far ซึ่งสร้างจากหนังสือของคอร์เนเลียส ไรอัน เช่นกัน เป็นเรื่องของกรรยกยึดสะพานเพกาซัส ในวันดี-เดย์ ส่วนริชาร์ด เบอร์ตัน มาแสดงบทเล็กๆ ในภาพยนตร์เรื่องนี้ระหว่างที่ถ่ายทำภาพยนตร์เรื่องคลีโอพัตราในโรม กำลังว่างและกำลังเบื่อๆ จึงโทรหา ดาร์ริล เอฟ. ซานนัค ขอมานำแสดงบทอะไรก็ได้ในภาพยนตร์ The Longest Day ตกกลงบินมาเองและได้แสดงบทเล็กๆ โดยแสดงฟรี

เฮนรี ฟอนดา แสดงเป็นพลจัตวาอีโอดอร์ รุสเวลต์ จูเนียร์ รองผู้บัญชาการกองพลทหารราบที่ ๔ รอด สไตเกอร์ แสดงเป็นผู้บัญชาการกองเรือพิฆาต ของกองทัพเรือสหรัฐ โรเบิร์ต มิทซัม เป็นพลจัตวานอร์แมน โคตา ผู้ช่วยผู้บัญชาการกองพลทหารราบที่ ๒๙ พอล แองกา แสดงเป็นพลทหารในหน่วยจู่โจมที่ ๒ ฌอน คอนเนอรี แสดงเป็นพลทหารפלדנאגאן ซึ่งเป็นตัวละครสมมุติ และริชาร์ด เบอร์ตัน แสดงเป็นนักบินจู่โจม เดวิด แคมป์เบลล์ ซึ่งเป็นตัวละครสมมุติเช่นกัน

นอกจากดาราตั่งแล้ว คนสำคัญหลายคนที่มีส่วนในเหตุการณ์วันดี-เดย์ ทั้งฝ่ายอักษะและฝ่ายพันธมิตร ได้รับเชิญเป็นที่ปรึกษาในการสร้างภาพยนตร์เรื่องนี้ เช่น นายพลเฟรดเดอริค มอร์แกน รองเสนาธิการกองบัญชาการพันธมิตร จอห์น โอเวิร์ต หัวหน้าฝูงบินจู่โจมยึดสะพานเพกาซัส มาร์ทีน โคเน็ก ผู้บัญชาการกองกำลังฝรั่งเศสเสรี พันตรีเวอร์เนอร์ ฟูลสคัท นายทหารเยอรมันคนแรกที่มองเห็นกองทัพเรือพันธมิตรโผล่ออกมาจากหมอกเหนือน่านน้ำนอร์ม็องดี ลูซี รอมเมล ภริยาหม้ายของจอมพลเออร์วิน รอมเมล ก็ปรากฏตัวในภาพยนตร์ด้วย

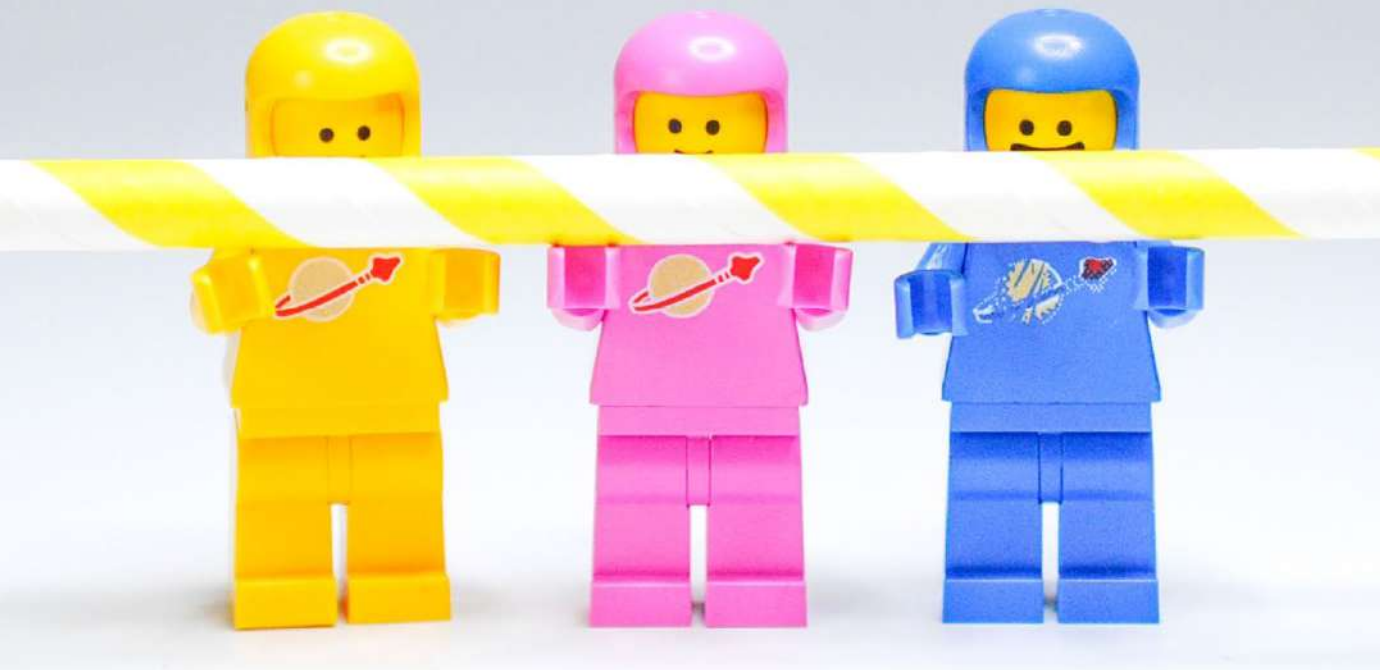
ภาพยนตร์เรื่องนี้ได้รับรางวัลตุ๊กตาทอง ๒ รางวัล จากที่เสนอทั้งหมด ๕ รางวัล และได้รับรางวัลอื่นๆ อีกเสียงวิจารณ์ส่วนใหญ่เป็นการยกย่องชมเชย หนึ่งได้จัดทำเป็นดีวีดีออกจำหน่ายเมื่อ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๔๔

อ่าน “ดี-เดย์” ไม่ใช่ “วันเพด็จศึก” (๑-๔)
ได้ใน นิตยสารสารคดี ฉบับ ๑๕๑-๑๕๔

ผลงานเด่น ๔ ปี ของ สช.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) แกนหลักในการสานพลังเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วน เป็นหน่วยงานในการสร้างและขับเคลื่อนงานนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมทั้งระดับชาติ และระดับพื้นที่ เพื่อสร้างสังคมสุขภาพะให้แก่ประชาชนคนไทยทุกคนอย่างยั่งยืน

สานพลังฉบับนี้จึงอยากเชิญชวนทุกท่านรับชมผลงานเด่น 4 ปี ของ สช. ภายใต้เครื่องมือหลัก และงานที่โดดเด่น 🌟



EDITORIAL

JAMJAM

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เจ้าของ
นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ ที่ปรึกษา
นพ.ปรีดา แต่อรักษ์ บรรณาธิการบริหาร
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ
ชนิษฐา แซ่เอี้ยว
แคทรียา การาม
นภินทร ศิริไทย
บัณฑิต มั่นคง
พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน
ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์
ชูชาติ ตริรัตน์ยานนท์
พรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์
ชญัญชิตา จันทร์หมื่น

ที่อยู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐ แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑
อีเมล nationalhealth@nationalhealth.or.th
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

ติดต่อกองบรรณาธิการ
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด
๓๕๓/๔๔๕ หมู่บ้าน The Connect
๗/๑ ถ.เทิดราชัน แขวงสีกัน เขตดอนเมือง
กทม. ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ ๐๘ ๗๑๗๑ ๘๙๔๔



มาทำความเข้าใจ



ฉันทมติ ≠ จันทามติ



ที่มา - กระทรวงสาธารณสุขใช้ระบบสุขภาพ
ฉบับที่ 49 ซึ่งลงนาม พ.ศ. 2557

"ความเห็นพ้องของคนส่วนใหญ่"

- ✗ ฉันทามติ
- ✓ ฉันทมติ, ฉันทานุมติ

CONSENSUS

"ความเห็นพ้องของคนทั้งหมด"

- ✓ มติเอกฉันท์

UNANIMOUS

สมัชชาสุขภาพ

หนึ่งในเครื่องมือพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่เกิดขึ้นตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นแนวทางการพัฒนาโยบายสาธารณะตามระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการประชุมเพื่อแสวงหา "ฉันทมติ" ของภาคีเครือข่ายโดยที่ไม่มีเสียงคัดค้านจากสมาชิกและไม่ใช้การโหวต



ฉันทมติ

มาจากคำภาษาบาลี "ฉนฺ" หมายถึง "เห็นด้วย" และ "มติ" หมายถึง "ความเห็นพ้องของคนส่วนใหญ่"

ฉันทานุมติ

คำที่ถูกต้องตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน แปลว่า ความเห็นชอบตามโดยความพอใจ, การได้รับมอบหมายด้วยความเต็มใจ

ฉันทามติ

เป็นการสร้างคำเลียนแบบคำว่า "ฉันทานุมติ" หากแยกศัพท์แล้ว คำว่า "ฉันทามติ" จะมาจากคำว่า "ฉนฺ" หมายถึง "เห็นด้วย" และ "มติ" หมายถึง "ความเห็นพ้องของคนส่วนใหญ่" กล่าวโดยสรุปคือแปลว่า "ความเห็นชอบ"

FYI:

ปี 2557 เลขานุการราชบัณฑิตยสถาน ได้ส่งจดหมายถึง เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการชำระพจนานุกรม ราชบัณฑิตยสถาน ระบุว่าคำที่สื่อความหมาย "ความเห็นพ้องของคนส่วนใหญ่" คือ "ฉันทมติ" ส่วนคำว่า "ฉันทามติ" นั้นให้ความหมายในทางตรงกันข้าม

