

รายงาน

การประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ:
ความก้าวหน้าและเกณฑ์การคัดเลือกมติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย

(The evaluation of policy implementation of Thai National Health Assembly Resolutions:
Progression and the selection criterion for further evaluation)

โดย

เพ็ญแข ลามยิ่ง

สนับสนุนงบประมาณโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

รายงานฉบับนี้เป็นการประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติระยะที่หนึ่ง ซึ่งเป็นการสำรวจความก้าวหน้าในการดำเนินการตามมติฯ และพยายามพัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกมติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย สำหรับการประเมินในระยะที่สอง

แม้ในการจัดทำข้อเสนอเพื่อบรรจุประเด็นเข้าเป็นมติฯ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะมีกระบวนการเชิงวิชาการและมีการกำหนดรูปแบบโครงสร้างแล้วก็ตาม แต่ยังมีหลากหลายของตัวมติ อาจจากตัวประเด็น หรือองค์กรภาคีเครือข่ายเจ้าของมติฯ ทำให้ความตั้งใจที่จะจัดระบบตัวมติฯ ทำได้เพียง จัดกลุ่มตามการทำงานของยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก และแจกแจงตามลักษณะของตัวมติฯ เอง หากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจะเป็นเจ้าภาพในการสรุปสาระที่เป็นหัวใจและกลไกสำคัญที่เป็นกุญแจสู่ความสำเร็จ รวมทั้งระบุหน่วยงานองค์กรผู้มีบทบาทหลักในแต่ละมติ น่าจะทำให้การขับเคลื่อนมีทิศทางชัดเจนและเปี่ยมพลังมากขึ้น การติดตามประเมินผลก็จะกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้โอกาสและสนับสนุนงบประมาณ ทำให้มีโอกาสดำเนินงานแต่ละมติฯ และเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด ขอขอบคุณการสนับสนุนข้อมูลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จาก ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ คุณนิรชา อัครธีรากุล คุณวิสุทธิ บุญญะโสภิต และคุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา รวมทั้งความช่วยเหลือด้านการจัดการจากคุณสุภาวดี นุชรินทร์ ผู้วิจัยเองก็ได้ประโยชน์ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากแห่งชาติที่ สำนักทันตสาธารณสุขเป็นแกนอยู่ในขณะนี้

หวังว่า รายงานนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องและเกิดการถกแถลงเชิงวิชาการต่อเกณฑ์การคัดเลือกฯ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อการปรับปรุงให้นำมาใช้ได้จริง

ดร.เพ็ญแข ลาภยั้ง

18 พฤษภาคม 2555

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	E-1
บทนำ	1-1
แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	2-1
นิยามนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	2-1
ประเภทนโยบายสาธารณะ	2-2
การพัฒนานโยบายสาธารณะ	2-5
กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ	2-9
การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ	2-11
ผลการศึกษา	3-1
ความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	3-1
การพัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกนโยบายเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย	3-3
การวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา	4-1
ภาคผนวก การประชุมพิจารณาเกณฑ์การคัดเลือกมติสมัชชาแห่งชาติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย	5-1
สารบัญภาพ	
ภาพ 1.1 กลไก กระบวนการ และความคาดหวังจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	1-2
ภาพ 1.2 แนวทางการศึกษาการนำมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ	1-10
ภาพ 1.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา	1-11
ภาพ 2.1 รูปแบบการศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ	2-18
ภาพ 2.2 กรอบแนวคิดในการศึกษา	2-19
ภาพ 2.3 การประเมินมติสมัชชาในรูปแบบนโยบายสาธารณะ	2-20
ภาพ 3.1 การจัดกลุ่มมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1-3 (34 มติ)	3-3
สารบัญตาราง	
ตาราง ก เกณฑ์การคัดเลือกมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อการประเมินการนำไปปฏิบัติ	E-5
ตาราง 1.1 ผลการพิจารณามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551-2553 โดยคณะรัฐมนตรี	1-4
ตาราง 1.2 กำหนดการรายงานผลการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปปฏิบัติ	1-5
ตาราง 2.1 แนวคิดและสาระของตัวแบบในการศึกษานโยบายสาธารณะเชิงพรรณนา	2-6
ตาราง 2.2 แนวคิดและสาระของตัวแบบในการศึกษานโยบายสาธารณะเชิงเสนอแนะ	2-8
ตาราง 2.3 ตัวแบบในการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ	2-12
ตาราง 2.4 องค์ประกอบที่สัมพันธ์กับการประสพผลสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ	2-18
ตาราง 3.1 สรุปมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 34 มติ	3-4
ตาราง 3.2 การระบุให้ขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีหรือให้หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องดำเนินการ	3-30
ตาราง 3.3 จำนวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจากการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี	3-31
ตาราง 3.4 จำนวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ต้องรายงานผลการดำเนินงานตามรอบระยะเวลา จำแนกตามผลการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี	3-31
ตาราง 3.5 ความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 34 มติ	3-32
ตาราง 3.6 เกณฑ์การคัดเลือกนโยบายเพื่อการประเมินการนำไปปฏิบัติ	3-66
ตาราง 3.7 เกณฑ์การคัดเลือกมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อการประเมินการนำไปปฏิบัติ	3-67
ตาราง 3.8 ค่าคะแนนของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจากการใช้เกณฑ์คัดเลือกที่พัฒนาขึ้น	3-68
ตาราง 3.9 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุดในแต่ละกลุ่ม	3-69

บทสรุปผู้บริหาร

การประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติระยะที่ 1

: การทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา 3 ครั้ง ได้มติดัสมัชชาสุขภาพแห่งชาติรวม 34 มติ โดยมีระบบผลักดันและขับเคลื่อนผ่าน 5 ช่องทาง¹ คือ 1) เสนอมติฯ ผ่าน คสช. เพื่อเสนอคณะรัฐมนตรี (ครม.) พิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการ รวม 14 มติ 2) ทำงานร่วมกับองค์กรภาคพัฒนาที่ข้อเสนอและที่มีพันธกิจตามมติฯ โดยตรง 3) ทำงานด้วยกระบวนการเฉพาะสำหรับมติฯ ที่ไม่มีเจ้าภาพชัดเจน หรือที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่าย 4) ประสานกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หน่วยงานระดับจังหวัด และ อปท. 5) สร้างการรับรู้และความเข้าใจของสาธารณะ โดยหวังให้เข้ามามีส่วนร่วมตามมติฯ อาจเป็นการดำเนินงานหรือติดตามการทำงานขององค์กรหรือหน่วยงานอื่น ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) ตัวมติฯ จึงไม่ใช่เป้าหมายสุดท้ายในความหมายของกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Policy process) แต่คาดหวังว่าจะผ่านการเห็นชอบจาก ครม. (legitimization) และมีการนำไปปฏิบัติ (Public policy implementation) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการนโยบาย และจำเป็นต้องมีกลไกในการบริหารจัดการให้เกิดการปฏิบัติที่บรรลุตามเป้าประสงค์ตามที่กำหนดในตัวบทนโยบาย

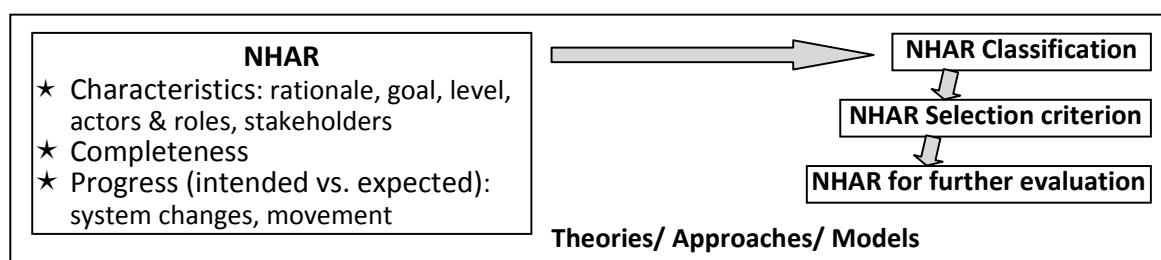
ประเด็นคำถามในการศึกษา

1. มติฯ มีความก้าวหน้าหรือไม่ อย่างไร ขึ้นกับปัจจัยอะไรบ้าง
2. ระหว่างมติฯ ที่ผ่านความเห็นชอบจาก ครม. และไม่ผ่าน มีความก้าวหน้าแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ควรใช้เกณฑ์อะไรบ้าง ในการเลือกมติฯ มาประเมิน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อวิเคราะห์ความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1-3 จำนวน 34 มติ
2. เพื่อพัฒนาเกณฑ์ในการคัดเลือกมติฯ เข้าสู่การประเมินเชิงนโยบาย

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่าง 15 ธันวาคม 2554 – 30 เมษายน 2554 รวม 4.5 เดือน

¹ อ่ำพล จินดาวัฒนะ. พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว พ.ศ. 2550-2553. ใน: ศิริธร อร์ไชย. บก. เหลียวหลังแลหน้าสู่สมัชชาสุขภาพทศวรรษที่ 2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ปับอนด์พับลิชชิง; 2554.หน้า 52.

ผลการศึกษา

สำหรับมติธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นร่มใหญ่ของระบบสุขภาพบัญญัติในความหมายกว้างจึงเป็นเสมือนรัฐธรรมนูญด้านสุขภาพ อีก 33 มติที่เหลือนั้นมีความหลากหลายของประเภทสาขา (สุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ การเมือง) ภาคส่วนที่บริหารมติ/นโยบาย (ภาคราชการ ภาคท้องถิ่น และไม่มีหน่วยงานบริหาร) ระดับของการปฏิบัติ (ส่วนกลาง ท้องถิ่น พื้นที่ และต่อเนื่องข้ามพื้นที่) โครงสร้างเนื้อหาของตัวมติ ที่มีทั้งระบุเป็นเป้าประสงค์หรือแนวทางกว้างๆ ในการดำเนินงาน ไปจนถึง มีการจัดทำยุทธศาสตร์ แผนงาน และกำหนดตัวชี้วัดอย่างชัดเจนอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ รวมทั้งการผลักดันให้เกิดเป็นรูปธรรม เมื่อพิจารณาสาระสำคัญของมติตามจุดมุ่งเน้นของยุทธศาสตร์หรือข้อเสนอ อาจจำแนกมติเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. **ระบบบริการสุขภาพ** มีภาคสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทหลัก (main actors) จำแนกตามการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้ดังนี้ มติการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพคนไทย มาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 มติการพัฒนาบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน การพัฒนาการแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน และทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักคู่ขนานกับแผนปัจจุบัน และยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย มาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ส่วนมตินโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ มาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

2. **ระบบบริการสุขภาพร่วมกับระบบบริการสังคม** จำเป็นต้องมีการจัดบริการทางสังคมเป็นฐานร่วมกับการบริการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ มตินโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแรงงานนอกระบบ จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 และมติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

3. **การจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพเพื่อการควบคุม/ปกป้องสุขภาพ** รวมการจัดการสภาพแวดล้อม main actors ทั้งในและนอกภาคสาธารณสุขต้องทำงานร่วมกัน ปัจจัยคุกคามนั้นนอกจากจะเป็นเชื้อโรค สารอันตราย และสารปนเปื้อนต่างๆ แล้ว ยังรวมปัจจัยคุกคามด้านเศรษฐกิจ/สังคม/วัฒนธรรมที่สืบเนื่องมาจากนโยบายการค้าเสรีระหว่างประเทศ การให้น้ำหนักกับความเจริญทางเศรษฐกิจมากกว่าสุขภาพประชาชนและสังคม และความไม่สมดุลกันระหว่างสิทธิ/หน้าที่ความรับผิดชอบและเสรีภาพ ในประเด็นที่เป็นปัญหาระดับสังคมหรือรุนแรง มักจำเป็นต้องมีมาตรการทางกฎหมาย รวมการบังคับใช้ สำหรับการจัดการสภาพแวดล้อมของชุมชนท้องถิ่นทั้งในเขตเมืองและชนบท อาจต้องพึ่งพาทรัพยากร วิชาการ หรือการสนับสนุนจากหน่วยงานองค์กรในลำดับขั้นเหนือกว่า นอกเหนือจากกลุ่มระบบบริการสุขภาพแล้ว มติสมัชชาแห่งชาติส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ/สิ่งแวดล้อม (จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1) โรคติดต่ออุบัติใหม่ การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการแก้ไขปัญหาวาอุบัติเหตุทางถนน (จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2)

ส่วนมติยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ
มาตรการทำให้สังคมไทยไร้เอดส์ การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และการ
ป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ มาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

4. **การสร้างเสริมความเข้มแข็งบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน** เป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้บุคคลใน
ครอบครัวหรือชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักรู้ สามารถต้านทานและมีศักยภาพในการรับมือหรือจัดการปัจจัย
คุกคามสุขภาพ ภาคสื่อสารสาธารณะถูกคาดหวังเป็น main actors ในการขับเคลื่อนด้านการศึกษาเรียนรู้
แม่มีมติฯ มุ่งหวังให้เกิดกิจกรรมทั้งระดับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน แต่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านวิชาการ
กฎหมายและงบประมาณ ได้แก่ มติผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว (จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 1) การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว และ การจัดการปัญหา
ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2) ส่วนมติการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่
พร้อม และนโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาพดี มาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

5. **การจัดการเชิงโครงสร้าง** ด้วยการพยายามปรับทิศทางการบริหารนโยบายมหภาค เช่น แผนพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การปฏิรูปการเมือง/ประเทศ นับเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นตอหรือรากเหง้าของ
ปัญหา ได้แก่ มตินโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ เกษตร
และอาหารในยุควิกฤต และ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี (จาก
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1) แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม
กรณีภาคใต้ (จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2) และร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาพดี (จาก
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3)

ความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจากการขยายขอบเขตของ “สุขภาพ” เป็น “สุขภาพดี” การดำเนินงานส่วนใหญ่จึงมักต้องเชื่อม
ประสานกับหน่วยงานราชการสังกัดอื่น รวมทั้งเครือข่ายวิชาการและภาคประชาสังคมด้านต่างๆ (ไม่ว่าจะเป็นการ
จัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ การบริหารจัดการ ปฏิบัติการ กำกับติดตาม และประเมินผล)

มติธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมีขอบเขตกว้างและเป็นนามธรรมและไม่มีแผนยุทธศาสตร์
รองรับ การรายงานความก้าวหน้าจึงน่าจะยากลำบากมากที่สุด แต่หากพิจารณาว่า เป็นร่มใหญ่ของมติสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติอีก 33 มติ หาก 33 มตินี้มีการขับเคลื่อนและเกิดการนำไปปฏิบัติ ย่อมเป็นความก้าวหน้าของแต่
ละหมวดในมตินี้ ในทางปฏิบัติ การรายงานความก้าวหน้าของมตินี้เป็นการติดตามการดำเนินงานของกลไกที่
จัดตั้งขึ้นเฉพาะ และมุ่งที่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีพื้นฐานการพัฒนาหรืออ้างอิงมาจากหมวดต่างๆ ในมติ
นี้

น่าสังเกตว่า มติฯ ที่มีข้อมูลความก้าวหน้าแล้ว มักเป็นมติฯ ที่ถึงกำหนดระยะเวลารายงาน ส่วนมติฯ ที่
ยังมีเวลาอีกนาน มักจะยังไม่มีข้อมูลความก้าวหน้า และมีมติฯ จำนวนหนึ่งที่ไม่มีการกำหนดระยะเวลาการรายงาน
ความก้าวหน้าจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่ง คสช. อาจพิจารณาและกำหนดในภายหลัง

ในเบื้องต้น **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามมติฯ** คือ มีแผนยุทธศาสตร์เป็นรูปธรรมสมบูรณ์ มี
เครือข่ายดำเนินงานอยู่แล้วเป็นทุนเดิม และมีหน่วยงานราชการหรือกลไกเดี่ยวระดับชาติรับผิดชอบโดยตรง

การศึกษานี้ยังพบว่า **น่าจะมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อดำเนินงานตามมติฯ** คือ ทักษะด้านการจัดการ/เทคนิคปฏิบัติการของหน่วยงานองค์กร main actor การต้องรายงานความก้าวหน้าต่อ ครม. ในมติฯ ที่เกี่ยวข้อง กับหลายกระทรวง/หลายหน่วยงานข้ามกระทรวงซึ่งมักมีผลบวกหากเป็นการจัดการในส่วนกลาง แต่จะไม่น่าเป็นปัจจัยบวก ต่อการดำเนินการในระดับพื้นที่ หาก ครม. หรือส่วนกลางยังแก้ปัญหาให้ไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นเรื่องใหม่ที่มีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานองค์กรที่เพิ่งเข้ามารับบทบาทใหม่นี้ ในระยะที่หน่วยงานองค์กรใหม่กำลังพัฒนาความรู้ความเข้าใจและศักยภาพจะทำให้การดำเนินงานล่าช้า ขาดประสิทธิภาพ และไม่ไปตามเป้าประสงค์ (เช่น ในยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติ อปท. ขาดแคลนบุคลากรระดับปฏิบัติการทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ)

การพัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกมติฯ เพื่อการประเมินเชิงนโยบาย

เกณฑ์การคัดเลือกมติฯ ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ **การเป็นนโยบายสาธารณะที่ดี และความยากง่ายในการนำไปปฏิบัติ** ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ข้อ 1.3 และ 1.6) ดังตาราง ก. ซึ่งกำหนดการให้ค่าคะแนน (scoring) เป็น 6/ 3/และ 0 หรือ 6/และ 0 เพื่อให้ได้คะแนนที่แตกต่างกันมาก สามารถจำแนกได้ออกเป็นกลุ่มคะแนนสูงและต่ำอย่างชัดเจน มติที่ได้คะแนนมาก หมายถึง เอื้อต่อการนำไปปฏิบัติ ตรงกันข้ามกับมติที่ได้คะแนนน้อย หากต้องการประเมินนโยบายที่มีโอกาสเป็น Best practice ควรเลือกมติที่ได้คะแนนสูง ส่วนมติที่ได้คะแนนน้อยจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาเป็นบทเรียนเพื่อการปรับปรุงกระบวนการสำคัญต่างๆ ให้ดีขึ้น การเลือกทั้งกลุ่มคะแนนสูงและต่ำจึงเป็นการเรียนรู้ทั้งในด้านบวกและลบต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ผู้จะใช้ (ให้คะแนน) เกณฑ์ชุดนี้ ต้องเป็นผู้มีความเข้าใจในตัวมติฯ เป็นอย่างดี คือ ผู้ร่วมกระบวนการจัดทำร่างมติและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามมติฯ การสรุปสาระสำคัญของแต่ละมติฯ จึงมีความจำเป็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในตัวมติฯ

จากการทดลองใช้เกณฑ์ดังกล่าวโดยนักวิจัย² (เว้นข้อ 1.3 และ 1.6 เพราะขาดข้อมูล) ได้มติฯ เพื่อประเมินในโครงการระยะที่สอง รวม 7 มติ เป็นมติฯ ที่ ครม. เห็นชอบ 3 มติ และ ครม.รับทราบ 4 มติ ได้แก่

1. มติ 2.3 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน (กลุ่มระบบบริการสุขภาพ)
2. มติ 3.2 ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ (กลุ่มระบบบริการสุขภาพและบริการสังคม)
3. มติ 1.7 บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม (กลุ่มการจัดการปัจจัยคุกคาม)
4. มติ 2.9.การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน (กลุ่มการจัดการปัจจัยคุกคาม)

² ในการศึกษา นักวิจัยยังขาดข้อมูล “ชื่อหน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้องที่เข้าร่วมในกระบวนการจัดทำร่างมติฯ” (ขาขึ้น) และ “ชื่อหน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและร่วมดำเนินงาน” ของแต่ละมติฯ ซึ่งจำเป็นในการประเมินในลำดับต่อไป ดังนั้น ในการทดลองทดสอบเกณฑ์ชุดนี้จึงเว้นข้อ 1.3 และ 1.6 ไปก่อน

5. มติ 2.8.การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (กลุ่มการสร้างเสริมความเข้มแข็งฯ)
 6. มติ 2.10 การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชนและครอบครัว (การสร้างเสริมความเข้มแข็งฯ)
 7. มติ 3.7.ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ (การจัดการเชิงโครงสร้าง)

ตาราง ก. เกณฑ์การคัดเลือกมติดีสนักสุขภาพแห่งชาติเพื่อการประเมินการนำไปปฏิบัติ

เกณฑ์	การให้คะแนน
1. การเป็นนโยบายที่ดี 1.1 ความสำคัญ/รุนแรงของประเด็นปัญหา	6= เป็นเรื่องการเจ็บป่วยหรืออันตรายถึงชีวิต 3= ไม่ใช่เรื่องการเจ็บป่วย/อันตรายถึงชีวิต แต่มีผลต่อคุณภาพชีวิต = เป็นการปรับปรุงคุณภาพประสิทธิภาพ 0= ไม่มีผลใด
1.2 ตัวบ่งชี้นโยบายสมบูรณ์ (ยุทธศาสตร์ กลไก มาตรการ เป้าหมาย งบประมาณ ระยะเวลา)	6= องค์กรประกอบสมบูรณ์ ครบถ้วน 3= ขาดบางหัวข้อที่สำคัญ 0= ขาดหลายหัวข้อที่สำคัญ
1.3 หน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้อง เข้าร่วมในกระบวนการนโยบาย	6= อย่างครบถ้วน 3= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องใน ภาครัฐ หรือเฉพาะ NGO หรือเฉพาะภาคประชาชน 0= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่จัดทำนโยบาย
1.4 มีกลไกในการขับเคลื่อน อย่างชัดเจน	6= ใช่ 0 = ไม่ใช่
1.5 มีหน่วยงานองค์กรเครือข่ายรับผิดชอบการแปลงไปสู่การปฏิบัติ อย่างชัดเจน	6= ใช่ 0 = ไม่ใช่
1.6 มีส่วนร่วมจากหน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงาน	6= อย่างครบถ้วน 3= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องใน ภาครัฐ หรือเฉพาะ NGO หรือเฉพาะภาคประชาชน 0= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบ
1.7 มีระยะเวลา เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติและเกิดผล	6= ยาวพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ 3= พอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงระดับผลผลิต 0= สั้นมาก ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงใดๆ
2. ความง่ายในการปฏิบัติ 2.1 การดำเนินงานใช้เทคโนโลยี/ความรู้ ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก สามารถดำเนินงานได้ง่าย	6= ดำเนินงานได้เลย หลังนโยบาย 3= ต้องจัดทำคู่มือ มาตรฐาน วิธีการก่อน = มีความซับซ้อนทางวิชาการ/การปฏิบัติ 0= ต้องพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติให้ครอบคลุมก่อน
2.2 การมีกฎหมาย/ระเบียบ รองรับการขับเคลื่อน/ดำเนินงาน	6= มีแล้ว 3= ไม่มี ต้องออกฯ เพิ่ม ในระดับกระทรวง/หน่วยงาน 0= ไม่มี และการออกฯ มีขั้นตอนมากใช้เวลานาน เช่น พ.ร.บ.
2.3 ไม่ขัดแย้งกับทิศทางการพัฒนาทางเศรษฐกิจ/นโยบาย/กฎหมายที่เป็นอยู่หรือมีอยู่	6= ไม่ขัดแย้งเลย 3= ขัดแย้งแต่สอดคล้องกับทิศทางการแก้ไขโลก 0= ขัดแย้งรุนแรง

บทนำ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับการพัฒนานโยบายสุขภาพสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy) ที่มีลักษณะในอุดมคติทั้ง 3 ประการ คือ **เป็นกระบวนการทางปัญญา**เพื่อพัฒนานโยบายจากฐานความรู้ด้วยการวิเคราะห์สังเคราะห์หลักฐานข้อเท็จจริง (knowledge-based policy formulation) **เป็นกระบวนการทางสังคม**ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วมเรียนรู้และร่วมกำหนดนโยบาย (ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 76) ด้วยกระบวนการที่โปร่งใส **และเป็นกระบวนการทางศีลธรรม**เพื่อความถูกต้องดีงามและประโยชน์สุขของสังคม ไม่แสวงประโยชน์เฉพาะตนเองเฉพาะกลุ่ม แม้มีความขัดแย้งในบางประเด็น แต่หากมีกระบวนการที่เหมาะสมโปร่งใสและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนย่อมส่งผลให้แต่ละภาคส่วนลดอัตตาของตนได้ และเกิดปัญญาร่วม (collective wisdom) ตามแนวคิดของ ประเวศ วะสี (2547) ¹ ซึ่งสรุปว่านโยบายของประเทศไทยมีปัญหาจากสาเหตุ 5 ประการคือ 1) ฝ่ายวิชาการ (มหาวิทยาลัย) ขาดการคิดเชิงนโยบาย อาจเพราะคุ้นเคยแต่การคิดเชิงเทคนิค 2) องค์กรนโยบายจัดทำนโยบายไม่เป็น โดยเฉพาะนโยบายข้ามหน่วยงานเพราะคุ้นเคยกับการใช้อำนาจมากกว่าใช้ปัญญา 3) นโยบายถูกพัฒนาขึ้นมาโดยคนส่วนน้อย ไม่ได้ใช้ฐานความรู้ และเพื่อประโยชน์แอบแฝงเฉพาะตนเองเฉพาะกลุ่ม 4) ระบบการศึกษาเป็นระบบที่ไม่ร่วมทุกข์ร่วมสุขและละเลยความเป็นจริงของสังคม ไม่ร่วมแก้ปัญหาสังคม เท่ากับสังคมขาดระบบคิดวิเคราะห์และตัดสินใจในเรื่องที่ลึกซึ้งซับซ้อน 5) แยกส่วนขาดเอกภาพ (ความสำเร็จของนโยบายมาจากความเป็นเอกภาพระหว่างปรัชญา นโยบาย แผน ยุทธศาสตร์ การปฏิบัติ และการสนับสนุนการปฏิบัติ)

การเป็นเวทีนำเสนอประเด็นที่ต้องการนำเสนอเป็นนโยบายและเป็นกลไกในการตัดสินใจเลือกนโยบาย (policy decision) ด้วยการยอมรับร่วมกัน (ฉันทามติ) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ เรียนรู้อย่างสมานฉันท์ และนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน ด้วยการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม ² โดยมีกระบวนการก่อนนำเข้าสู่สมัชชาเพื่อให้ได้ข้อเสนอที่มีวิชาการหรือข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุน ³ ทำให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกเบื้องต้นของกระบวนการนโยบายด้วยการปะทะสังสรรค์แบบการเมือง (political interaction) ที่มีประเด็นปัญหาและการแสวงหาทางออกร่วมกัน (deliberative interaction) และสงวนจุดต่างของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสีย แบบฉันทามติ ภาคส่วนในการสร้างความร่วมมือหรือพันธมิตร (coalition building) โดยทั่วไปได้แก่ ภาคราชการ วิชาการ สื่อมวลชน องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มผลประโยชน์และกลุ่มพลัง และภาคธุรกิจ ⁴ แต่ประเวศ วะสี (2547) ระบุชี้ชัดว่า ในการกำหนดประเด็นนโยบายสาธารณะไทยควรเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอย่างน้อย 8 ฝ่าย ได้แก่

¹ ประเวศ วะสี. กระบวนการนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2547

² พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดสาระสำคัญเกี่ยวกับ “สมัชชาสุขภาพ” ในมาตรา 3 และมาตรา 40-45 พร้อมบทบาทหน้าที่ในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพไว้ (อำพล จินดาวัฒนะ. พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพ เมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว พ.ศ. 2550-2553. ใน: ศิริธร อธิไชย. บก. เหลียวหลังแลหน้าสู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ 2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ปีบอนด์พับลิชชิ่ง; 2554. หน้า 28-65.)

³ (ร่าง) แนวทางการจัดทำร่างข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อนำเสนอพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมอนุกรรมการวิชาการ ครั้งที่ 2/ 2554 วันที่ 24 พฤษภาคม 2554.

⁴ Yinger N. Creating a window of opportunity for policy change. Averting Maternal Death and Disability Conference, Kuala Lumpur, 2003.

ประชาชน/องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน นักวิชาการ/มหาวิทยาลัย องค์กรสนับสนุนการวิจัยนโยบาย องค์กรทำงานนโยบาย ธุรกิจเอกชน การเมือง และผู้แทนองค์กรอิสระ

สมัชชาสุขภาพภายใต้กรอบคิดและเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550⁵ จึงเป็นเครื่องมือที่มีลักษณะ 3 ประการคือ **เป็นพื้นที่สาธารณะ**เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม **เป็นกลไก**ในการผลักดันนโยบายสาธารณะ และเป็นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ที่มีเป้าประสงค์ขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” กระบวนการสมัชชาจึงเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากระดับพื้นที่ทั่วประเทศสู่ระดับชาติ สรุปได้ว่า **สมัชชาสุขภาพ** เป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เฉพาะพื้นที่ และเฉพาะประเด็น ดังภาพ 1.1

ภาพ 1.1 กลไก กระบวนการ และความคาดหวังจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในประเทศไทยเป็นบทบาทของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) มติที่ได้รับฉันทามติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะเข้าสู่กระบวนการเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) โดยแต่ละมติดีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ กระทรวง กรม สำนัก/กอง องค์กร เครือข่ายในพื้นที่ (Areal Member: MA) เครือข่ายภาครัฐ (Public Member: MP) เครือข่ายวิชาการ (Knowledge Member: MK) และภาคประชาสังคม (Societal Member: MS) รับไปดำเนินการ

จากการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา 3 ครั้ง ได้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ต่อไปจะแทนด้วยคำว่า มติฯ) รวม 34 มติ สำหรับมติดีรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นร่มใหญ่ของระบบสุขภาพบัญญัติในความหมายกว้างจึงเป็นเสมือนรัฐธรรมนูญด้านสุขภาพ อีก 33 มติที่เหลือนั้นมีความหลากหลาย

⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก วันที่ 19 มีนาคม 2550.

ของประเภทสาขา (สุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ การเมือง) ภาคส่วนที่บริหารมติ/นโยบาย (ภาคราชการ ภาคท้องถิ่น และไม่มีหน่วยงานบริหาร) ระดับของการปฏิบัติ (ส่วนกลาง ท้องถิ่น พื้นที่ และต่อเนื่องข้ามพื้นที่) โครงสร้างเนื้อหาของตัวมติ ที่มีทั้งระบุเป็นเป้าประสงค์หรือแนวทางกว้างๆ ในการดำเนินงาน ไปจนถึง มีการจัดทำยุทธศาสตร์ แผนงาน และกำหนดตัวชี้วัดอย่างชัดเจนอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ รวมทั้งการผลักดันให้เกิดเป็นรูปธรรม โดยมีระบบผลักดันและขับเคลื่อนผ่าน 5 ช่องทาง⁶ คือ 1) เสนอมติฯ ผ่าน คสช. เพื่อเสนอ คณะรัฐมนตรี (ครม.) พิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการ มติฯ จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551-2553 ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คสช. และผ่านการพิจารณาของ คณะรัฐมนตรี แสดงในตาราง 1.1 2) ทำงานร่วมกับองค์กรภาคีพัฒนาที่ข้อเสนอและที่มีพันธกิจตามมติฯ โดยตรง 3) ทำงานด้วยกระบวนการเฉพาะสำหรับมติฯ ที่ไม่มีเจ้าภาพชัดเจน หรือที่เกี่ยวข้องกับหลาย หน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่าย 4) ประสานกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หน่วยงานระดับ จังหวัด และ อปท. 5) สร้างการรับรู้และความเข้าใจของสาธารณะ โดยหวังให้เข้ามามีส่วนร่วมตามมติฯ อาจเป็นการดำเนินงานหรือติดตามการทำงานขององค์กรหรือหน่วยงานอื่น

และเพื่อสร้างหลักประกันให้มีการนำไปปฏิบัติ คสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตาม การดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสม.)⁷ มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ 1) วางกลยุทธ์การขับเคลื่อน และติดตามการดำเนินงานตามมติฯ ไปสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม โดยแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน 2) ติดตามผลการดำเนินงานตามมติฯ และรายงานต่อสมัชชา สุขภาพแห่งชาติและ คสช. เป็นระยะ โดยกำหนดให้รายงานผลในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเฉพาะ ครั้ง (25 มติ) ต่อเนื่องทุก 2 ปี (3 มติ) ซึ่งในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 จะมีการรายงานผล 8 มติ และมี 4 มติที่ไม่ระบุการรายงานผล ดังตาราง 1.2 3) ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาต่อ คจ.สช. ในการพัฒนา ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อบรรจุเป็นระเบียบวาระในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 4) ให้ข้อเสนอแนะต่อ คสช. และ คจ.สช. เกี่ยวกับการดำเนินการตามมติฯ

จากระบบการขับเคลื่อนและติดตามที่กล่าวแล้ว จะเห็นได้ว่า ตัวมติฯ จึงไม่ใช่เป้าหมายสุดท้ายใน ความหมายของกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Policy process) แต่คาดหวังว่าจะผ่านการเห็นชอบจาก ครม. (legitimization) และมีการนำไปปฏิบัติ (Public policy implementation) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญ ของกระบวนการนโยบาย และจำเป็นต้องมีกลไกในการบริหารจัดการให้เกิดการปฏิบัติที่บรรลุตามเป้าประสงค์ ตามที่กำหนดในตัวบทนโยบาย

⁶ อ่ำพล จินดาวัฒนะ. พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว พ.ศ. 2550-2553. ใน: ศิริธร ไร่ไชย. บก. เหลียวหลังแลหน้าสู่สมัชชาสุขภาพทศวรรษที่ 2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ปิบบอนด์พลิชซิง; 2554. หน้า 52.

⁷ หลักการทำงานของ คสม. คือ 1) ผลักดันมติฯ สู่การปฏิบัติอย่างมียุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับเนื้อหาและองค์การที่เกี่ยวข้อง 2) คำนึงถึงการมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์และการเชื่อมประสานที่ดี ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (การมีส่วนร่วม ของภาควิชาการและวิชาชีพ ภาครัฐและการเมือง และภาคประชาสังคมและประชาชน) 3) บริหารจัดการอย่างมีศิลปะ และ 4) ต้องมีกระบวนการสนับสนุนและติดตามผลที่เหมาะสม

ตาราง 1.1 ผลการพิจารณามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551-2553 โดยคณะรัฐมนตรี

สมัชชาแห่งชาติ	มติฯ ที่ ครม. เห็นชอบ	มติฯ ที่ ครม. รับทราบ	มติฯ ที่เหลือ
1) 11-13 ธ.ค.51 รวม 14 มติ ⁸	1. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ 2. การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย 3. การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรการแพทย์ 4. วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพคนไทย	1. การพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พัฒนาธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 2. ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น 3. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี 4. เกษตรและอาหารในยุควิกฤต 5. ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6. บทบาท อปท. กับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม 7. ผลกระทบจากสื่อต่อเด็กเยาวชนและครอบครัว 8. สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครภ์ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 9. ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย 10. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ	-
2) 16-18 ธ.ค.52 รวม 11 มติ ⁹	1. แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้ 2. ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย 3. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ 4. โรคติดต่ออุบัติใหม่ 5. การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 6. การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน	1. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน 2. การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก เป็นระบบ บริการหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน 3. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 4. การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 5. การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชนและครอบครัว	-
3) 15-17 ธ.ค.53 รวม 9 มติ ¹⁰	1. มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเข็ม 2. การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารก-เด็กเล็ก 3. นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ 4. ร่วมฝ่าวิกฤติความไม่เป็นธรรมนำสังคมสู่สุขภาวะ	1. นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ (อยู่ระหว่างการเสนอ ครม.) 2. มาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ (อยู่ในระหว่างการเสนอ ครม.) 3. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการ 4. การแก้ปัญหายาเสพติดกับการตั้งครภ์ไม่พร้อม	การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

⁸ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 พ.ศ.2551. หจก.สหพัฒน์ไพศาล; 2552.

⁹ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ.2552. บริษัทศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์จำกัด (มหาชน); พิมพ์ครั้งที่ 2, 2553.

¹⁰ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553. บริษัทศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์จำกัด (มหาชน); พิมพ์ครั้งที่ 2, 2554.

ตาราง 1.2 กำหนดการรายงานผลการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปปฏิบัติ

สมัชชา	มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	การรายงานผลดำเนินงาน
ครั้งที่ 1) รวม 14 มติ	1. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ	ทุก 2 ปี เริ่มในสมัชชาครั้งที่ 3
	2. การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์	ทุก 2 ปี เริ่มในสมัชชาครั้งที่ 3
	3. วิถีเกษตรสุขภาพและการปกป้องสุขภาพของคนไทย	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 2
	4. การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 3
	5. ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ระบุ
	6. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 2
	7. ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 2
	8. สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 2
	9. ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 2
	10. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแรงงานนอกระบบ	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 2
	11. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 3
	12. เกษตรและอาหารในยุควิกฤต	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 3
	13. นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้	ระบบรายงานของกลไกการทำงาน ทุกปี
	14. ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น	ระบบรายงานขององค์กร ทุก 2 ปี
ครั้งที่ 2) รวม 11 มติ	1. ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขัดจริยธรรมเพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพผู้ป่วย	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 4
	2. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 4
	3. โรคติดต่ออุบัติใหม่	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 4
	4. การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 4
	5. การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 7
	6. แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้	ไม่ระบุ
	7. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 3
	8. การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชนและครอบครัว	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 3
	9. การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักคู่ขนานกับแผนปัจจุบัน	เฉพาะสมัชชาครั้งที่ 4

	10. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	เฉพาะสมาชิกครั้งที่ 4
	11. การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	ไม่ระบุ
ครั้งที่ 3) รวม 9 มติ	1. มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายได้นิ	เฉพาะสมาชิกครั้งที่ 4 และ 5
	2. การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก	เฉพาะสมาชิกครั้งที่ 5
	3. นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ	เฉพาะสมาชิกครั้งที่ 5
	4. ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ	ไม่ระบุ
	5. นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ	เฉพาะสมาชิกครั้งที่ 5
	6. มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ	เฉพาะสมาชิกครั้งที่ 5
	7. การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม	เฉพาะสมาชิกครั้งที่ 5
	8. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ	เฉพาะสมาชิกครั้งที่ 5, 7 และ 9
	9. การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ	ทุก 2 ปี ต่อเนื่อง เริ่มในสมาชิกครั้งที่ 4

หมายเหตุ มติที่เป็นตัวอักษรหนาและเอน เป็นมติที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ

การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติมี 2 รูปแบบคือ 1) ออกเป็นกฎหมาย/กฎ/ระเบียบ/มาตรการที่จัดทำ/ผลักดันและบังคับใช้โดยหน่วยงานภาครัฐ (ภาคราชการและท้องถิ่น) และ 2) เป็นประเด็นอ้างอิงในการปฏิบัติระดับบุคคลและชุมชนในลักษณะแยกส่วนหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) ซึ่งในกระบวนการนโยบายสาธารณะให้น้ำหนักกับรูปแบบแรกมากกว่า อย่างไรก็ตาม ในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างซึ่งซับซ้อน มักมียุทธศาสตร์และกลไกการปฏิบัติร่วมกันทั้ง 2 รูปแบบอย่างสอดคล้องกัน¹¹ ขึ้นกับภาคส่วนและระดับของการนำมาตีไปปฏิบัติ (เช่น หน่วยงานภูมิภาคสังกัดส่วนกลาง/ท้องถิ่น ภาครัฐ/เอกชน ระดับประเทศ/พื้นที่) ขณะเดียวกัน กลุ่มประชาชนก็สามารถใช้อ้างอิง (social references) เพื่อเคลื่อนไหวตอบสนองปัญหาเฉพาะกลุ่ม/ชุมชน หนุนเสริม หรือกดดันหน่วยงานภาครัฐ ในกรอบของกฎหมาย

สำหรับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 (เลื่อนกำหนดจัดเป็น 2-4 กุมภาพันธ์ 2555 จากกำหนดเดิมในเดือนธันวาคม 2554 เพราะปัญหาอุทกภัย) มีมตินำเข้า 6 มติ ได้แก่ การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการ การจัดการทรัพยากรน้ำอย่างยั่งยืน การจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น) การจัดการปัญหาโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อวดอ้างสรรพคุณทางยาที่ผิดกฎหมายทางวิทยุท้องถิ่น เคเบิลทีวี และ โทรศัพท์ดาวเทียม และความปลอดภัยทางอาหาร: การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ¹²

โดยทั่วไป ภาคส่วนที่มีบทบาท (actors) ในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ได้แก่ ฝ่ายบริหารหรือระบบราชการรวมทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาควิชาการ กลุ่มผลประโยชน์ (เช่น ธุรกิจภาคบริการเอกชน สมาคมวิชาชีพ) องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) และภาคประชาสังคม รวมทั้งสภาวิชาชีพ สำหรับนโยบายในรูปกฎหมายเฉพาะ การออกแบบระบบติดตามกำกับและมาตรการเฉพาะเป็นการสร้างความมั่นใจว่าจะมีรายงานเป็นระยะต่อคณะกรรมการ ส่วนนโยบายในรูปการจัดการที่เรียกเก็บเงินจากผู้ใช้บริการโดยตรงหรืออาจมีเงินอุดหนุนนั้น การนำไปปฏิบัติมักมีหน่วยงานประจำติดตามกำกับและสนับสนุนในประเทศที่กระจายอำนาจการบริหารราชการ การปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาลกลางต้องอาศัยความร่วมมือจากรัฐบาลหลายระดับ ต้องมีแรงจูงใจหรือลงโทษที่เหมาะสม จึงมีการนำไปปฏิบัติ การมีหน่วยงานจำนวนมากในระดับปฏิบัติการ ย่อมทำให้เกิดความล่าช้าจากระบบราชการและการบริหาร รวมทั้งอาจมีการหวงทรัพยากรและข้อมูล ขณะเดียวกัน นโยบายที่มีหน่วยงานปฏิบัติเพียงหน่วยเดียวก็อาจมีข้อถกเถียงในประเด็นว่า จะจัดวางนโยบายใหม่นั้นไว้ตรงไหน จะมอบหมายให้กำลังคนที่มีอยู่เดิมทำ จะตั้งหน่วยงานใหม่ขึ้นมา หรือจ้างหน่วยงานภายนอกทำ แม้จะซื้อบริการจากภาคเอกชน หน่วยงานนั้นก็เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในแง่ติดตาม กำกับ และควบคุม ด้านองค์กรวิชาชีพมักกังวลว่า นโยบายใหม่จะส่งผลกระทบต่อสมาชิก และมักต้องการเข้ามีส่วนร่วมในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

¹¹ Institute of Development Studies (University of Sussex). Factors influencing policy formulation, implementation and outcomes. [online]. [cited 2011 Nov 11]; Available from: URL: <http://www.eldis.org/go/topics/dossiers/meeting-the-health-related-needs-of-the-very-poor/pro-poor-health-policies/factors-influencing-policy-formulation-implementation-and-outcomes>

¹² สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ร่างระเบียบวาระการประชุม. [online]. [cited 2011 Nov 11]; Available from: URL: <http://www.samatcha.org/?q=node/428>

การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอาจได้ผลเบี่ยงเบนจากแนวคิดแรกเริ่ม ปัญหาอุปสรรคอาจมาจากลักษณะของตัวมติดเอง (เช่น ความไม่ชัดเจนในประเด็นรายละเอียด โครงสร้างของตัวบทนโยบาย)¹³ โครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการภาครัฐทั้งแบบรวมศูนย์อำนาจสู่ส่วนกลาง¹⁴ หรือกระจายอำนาจ¹⁵ ขาดการสื่อสารอย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณและการจัดการใน 3 ส่วนคือ เนื้อหาสาระนโยบาย (content) ข้อมูลข่าวสาร (information) และการสะท้อนกลับ (feed back) ระหว่างระดับนโยบายกับปฏิบัติการและระหว่างระดับปฏิบัติการด้วยกัน การขาดการสื่อสารใน 3 ส่วนนี้ ยังทำให้ขาดการสื่อสารกำลังใจต่อผู้คนด้วย ลดทอนการขับเคลื่อนใจผู้คนให้เกิดความภาคภูมิใจ กระตือรือร้น และการคิดอย่างสร้างสรรค์ เหล่านี้ย่อมเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการนโยบาย

สำหรับมิติสุขภาพแห่งชาติ (ต่อไปนี้จะใช้คำว่า มติฯ) พบว่าการนำไปปฏิบัติมีปัญหาอุปสรรค¹⁶ ใน 3 ลักษณะดังนี้

1. ตัวมติฯ ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ใน 2 ด้านคือ เนื้อหาของมติฯ ไม่เฉพาะเจาะจง คลุมเครือ เป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ หรือเกินขอบเขตของเรื่องสุขภาพ และมีปัญหาในการกำหนดกลไกรับผิดชอบ พบว่า ไม่มีการกำหนด กำหนดไม่ชัดเจน/ไม่ครอบคลุม หรือกำหนดผิดหน่วยงานองค์การ
2. ไม่มีการขับเคลื่อน พบว่า องค์กรที่ถูกระบุเป็นหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินงาน ไม่มีการนำมติฯ ไปปฏิบัติซึ่งอาจเป็นเพราะไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายตั้งแต่ต้น ผู้แทนองค์กรที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและการหาฉันทมติไม่ใช่ผู้มีบทบาทโดยตรงในเรื่องนั้น การไม่ให้ความสำคัญกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือการไม่ได้รับทราบถึงมติฯ
3. ไม่สามารถติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน เช่น ไม่สามารถแยกแยะได้ว่า ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น เป็นผลสืบเนื่องจากมติฯ หรือเป็นผลการดำเนินงานตามปกติขององค์กรหน่วยงาน การเข้าถึงข้อมูลการดำเนินงานโดยหน่วยงานองค์กรที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ การไม่ได้รับความร่วมมือจากองค์กรและหน่วยงานต่างๆ

ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ นอกจากจะขึ้นกับความยากง่ายของสถานการณ์ปัญหา ความสมบูรณ์ของตัวนโยบายสาธารณะ และการบริหารจัดการดังกล่าวแล้วยังขึ้นกับบริบทนอกเหนือตัวนโยบาย ได้แก่ ความร่วมมือหรือต่อต้านทางการเมือง/เงินทุน/งบประมาณ จากกลุ่มผลประโยชน์/กลุ่ม

¹³ แม้ในระดับสหภาพยุโรป ยังประสบปัญหาการพัฒนา นโยบายและการนำไปปฏิบัติให้เกิดผล (Dimitrakopoulous D., Richardson J. Implementing EU public policy. In: Richardson J. editor. European Union: Power and policy-making. 2nd ed. London: Routledge; 2001.)

¹⁴ ในการบริหารราชการแบบรวมศูนย์สู่ส่วนกลาง การปฏิบัตินโยบายมักเป็นไปตามการสั่งการเพื่อตอบสนองศูนย์อำนาจบังคับบัญชา หน่วยปฏิบัติจึงรับผิดชอบเฉพาะงานส่วนของตน แทนที่จะสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ เกิดช่องว่างในการทำงานข้ามหน่วยงานและการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม

¹⁵ ในการบริหารราชการแบบกระจายอำนาจซึ่งคือ การจัดสรรอำนาจในการบริหาร ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจจึงมีจำนวนมากกว่าการบริหารแบบรวมศูนย์ และในระดับปฏิบัติการเองก็ไม่จำเป็นต้องยึดวัตถุประสงค์ของระดับนโยบายเสมอไป (Mazmanian DA, Sabatier PA. Implementation and Public Policy. Dallas: Scott, Foresman & Co., 1983.) ไม่ว่าจะเกิดจากการไม่ยอมรับนโยบาย หรือเพราะสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นในพื้นที่แตกต่างออกไปก็ตาม ผู้ประสานนโยบายต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้นโยบายประสบความสำเร็จ

¹⁶ อ่ำพล จินดาวัฒนะ. พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว พ.ศ. 2550-2553. ใน: ศิริธร อร์ไชย. บก. เหลียวหลังแลหน้าสู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ 2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ปิบบอนด์พัลลขี; 2554. หน้า 58-59.

การเมือง/ข้าราชการ/สื่อมวลชน และปัญหาความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างองค์กรหลักกับองค์กรที่เกี่ยวข้องซึ่งส่งผลถึงปัจจัยนำเข้าของการดำเนินนโยบายในด้านทรัพยากรและเทคโนโลยี รวมทั้งสมรรถนะ/ความสามารถขององค์กรหลักในการบริหารจัดการและติดตามกำกับ

เงื่อนไขของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างประสบผลมี 5 ประการ¹⁷

1. มีทฤษฎีและวิทยาการรองรับ เชื่อมโยงกลุ่มเป้าหมายเข้ากับเป้าประสงค์ของแผนงานโครงการของนโยบาย

2. มีเป้าประสงค์ชัดเจนซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการนำไปปฏิบัติ ที่กลุ่มเป้าหมายยอมรับและร่วมมือ ปัญหาเกิดจากการมีหลายเป้าประสงค์ที่ขัดแย้งกัน มีข้อโต้แย้งจำนวนมาก และข้อมูลไม่สมบูรณ์ เป้าประสงค์ที่เรียกร้องให้มีการปรับพฤติกรรมอย่างสุดโต่งย่อมทำให้เกิดการไม่ไว้วางใจต่อต้าน และไม่ให้ความร่วมมือ ได้อย่างมากเช่นกัน

3. มีผู้นำองค์กรที่มีทักษะและทรัพยากรที่จำเป็น สนับสนุนวัตถุประสงค์

4. ได้รับการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากหุ้นส่วน (partners) ที่อาจได้รับผลกระทบจากนโยบาย

5. เป็นนโยบายที่ไม่ขัดแย้งกับนโยบายสาธารณะอื่นๆ และคำนึงถึงเงื่อนไขทางสังคมเศรษฐกิจ

สำหรับนโยบายแบบมีส่วนร่วม ความร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบายเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ โดยที่การไม่ให้ความร่วมมืออาจเกิดจาก

1. ขาดการสื่อสารนโยบายไปยังกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายไม่รับรู้ว่าจะเหมาะสมสำหรับพวกเขา หรือไม่ชัดเจนว่าพวกเขาถูกคาดหวังให้ทำอะไร

2. กลุ่มเป้าหมายไม่มีเวลา ทักษะ ทรัพยากร หรือความสามารถ ที่จะเข้าร่วมนโยบาย

3. กลุ่มเป้าหมายไม่เห็นด้วยกับนโยบาย (ด้านทฤษฎีหรือการนำไปปฏิบัติ) ไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องนั้น หรือขัดแย้งกับผลประโยชน์ส่วนตน หรือวิถีการพัฒนานโยบายไม่เหมาะสม

4. การปฏิบัติตาม ทำได้ยาก แม้ว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ต้องการเข้าร่วมนโยบาย

5. ประชาชนรับรู้ที่รัฐบาลหรือหน่วยงานรัฐออกนโยบายมาอย่างไม่ชอบธรรมหรือไม่ถูกต้องตามกฎหมาย จึงไม่ยอมรับ

ในทัศนะของ Theodoulou & Kofinis (2004)¹⁸ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีความท้าทาย 3 ประการคือ

1) เป้าประสงค์ของนโยบายที่ชัดเจน (clarity of policy goals) ซึ่งนอกจากจะช่วยกำหนดทิศแล้วยังใช้ในการประเมินนิติความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2) ขุมปัญญาสารสนเทศ (information intelligence) ข้อมูลและการสะท้อนกลับเป็นความจำเป็นเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการปฏิบัตินโยบายและประเมินการปฏิบัติของ actors ในเบื้องต้น ข้อมูลและการสะท้อนกลับยังเป็นมาตรวัดความร่วมมือและความขัดแย้งระหว่าง actors ด้วย

3) แผนยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ (strategic planning) ซึ่งผู้ประเมินภายนอกใช้เป็นกรอบการประเมินศักยภาพของ actors ตามภารกิจและเป้าประสงค์ ที่สำคัญคือ actors ก็ใช้ประเมินตนเองได้ด้วย

¹⁷ GRADUATE CENTER FOR PUBLIC POLICY AND ADMINISTRATION. [online]. [cited 2011 Nov 11]; Available from: URL:<http://www.csulb.edu/~msaintg/ppa590/implemen.htm>

¹⁸ Theodoulou S Z, Kofinis C. The Art of the Game: Understanding American Public Policy Making. Belmont, CA: Wadsworth, 2004.

ดังนั้น ในการศึกษากระบวนการนำมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องศึกษาทบทวน/วิเคราะห์ตัวบทมติและนโยบายที่เกี่ยวข้องด้วย และใช้เป็นกรอบการประเมินความสำเร็จต่อไป (ภาพ 1.2)

ภาพ 1.2 แนวทางการศึกษาการนำมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ

การนำไปปฏิบัติ	นโยบาย	
	นโยบายดี ปฏิบัติได้ดี	นโยบายไม่ดี ปฏิบัติได้ดี
	นโยบายดี ปฏิบัติได้ไม่ดี	นโยบายไม่ดี ปฏิบัติได้ไม่ดี

อย่างไรก็ตาม แม้ว่า การประเมินกระบวนการนำมติฯ หรือนโยบายไปปฏิบัติจะช่วยให้ทราบการบรรลุเป้าประสงค์ของนโยบายและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการซึ่งจะสะท้อนกลับในการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อสร้างหลักประกันว่า มติฯ จะถูกนำไปสู่การปฏิบัติเป็นรูปธรรม แต่ในทางปฏิบัติ มีปัญหา 2 ประการคือ ควรประเมินมติฯ/นโยบายทั้งหมดหรือเพียงบางส่วน และหากต้องการประเมินมติฯ/นโยบายบางส่วน จะเลือกด้วยเกณฑ์อะไร อย่างไร การทบทวนมติฯ จากการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทั้ง 3 ครั้ง และวิเคราะห์ให้ทราบสถานการณ์ความก้าวหน้า (State of the Art) นอกจากจะมีประโยชน์ในการจัดทำระบบจำแนกมติฯ (classification) แล้วยังนำไปสู่การพัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกมติฯ มาประเมิน ในบริบทกระบวนการนโยบายแบบมีส่วนร่วมของประเทศไทย และจะนำมาใช้เป็นกรอบการออกแบบการประเมินกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติต่อไป

ประเด็นคำถามในการศึกษา

1. มติฯ มีความก้าวหน้าหรือไม่ อย่างไร ขึ้นกับปัจจัยอะไรบ้าง
2. ระหว่างมติฯ ที่ผ่านความเห็นชอบจาก ครม. และไม่ผ่าน มีความก้าวหน้าแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ควรใช้เกณฑ์อะไรบ้าง ในการเลือกมติฯ มาประเมิน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อวิเคราะห์ความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1-3 จำนวน 34 มติ
2. เพื่อพัฒนาเกณฑ์ในการคัดเลือกมติฯ เข้าสู่การประเมินเชิงนโยบาย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาแนวคิดทฤษฎีในการจัดประเภทนโยบายสาธารณะ การวิเคราะห์นโยบาย กระบวนการพัฒนานโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบาย
2. เพื่อวิเคราะห์และจัดระบบมติฯ ในมิติ
 - 2.1 ลักษณะ: ความเป็นมา เป้าประสงค์ของมติฯ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีบทบาทหลัก ในแต่ละมติ/ประเด็น และมีบทบาทอย่างไร มุ่งให้ผลประโยชน์แก่กลุ่มเฉพาะ/สังคม ในมิติอะไร (เสมอภาค เป็นธรรม ประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ)
 - 2.2 ความสมบูรณ์ของตัวมติฯ (การตอบได้ว่า “อย่างไร” ขึ้นกับเนื้อหาในเอกสารทางการที่จะทบทวน)
 - ยุทธศาสตร์และแผนงานในการขับเคลื่อนมติฯ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร

- มีการกำหนดเป้าหมายภายในกรอบระยะเวลาดำเนินการอย่างชัดเจน หรือไม่ อย่างไร
- มีโครงสร้างและกลไกในแต่ละระดับหรือไม่ อย่างไร (อำนวยการ บริหารจัดการ ดำเนินการ ติดตาม และประเมินผล)

- มีการระบุผลลัพธ์ที่คาดหวังต่อสุขภาพ/สุขภาวะ หรือไม่ อย่างไร
- มีระบบติดตามมติฯ หรือไม่ อย่างไร
- มีแผนการประเมินผล (เปรียบเทียบก่อน/หลังการนำมติฯ ไปปฏิบัติ) หรือไม่ อย่างไร

2.3 ระดับความก้าวหน้าของมติฯ (การตอบได้ว่า “อย่างไร” ขึ้นกับเนื้อหาในเอกสารที่จะทบทวน)

- มีการขับเคลื่อน/เคลื่อนไหวอย่างไร หรือไม่ โดย actor ไດ
- มีการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ/โครงสร้าง หรือไม่ อย่างไร

ระเบียบวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเอกสารโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์และจัดประเภทมติฯ

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล ประกอบด้วย

1) แนวคิดทฤษฎีของกระบวนการนโยบาย การวิเคราะห์นโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบาย จากฐานข้อมูลบทความวิชาการต่างประเทศและไทย

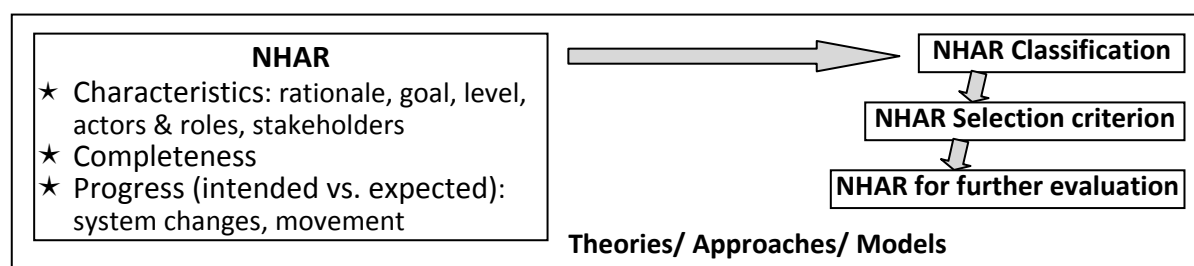
2) เอกสารทางการของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการจัดทำข้อเสนอกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตัวมติฯ และความก้าวหน้า (การออกนโยบายเฉพาะ การดำเนินการ ติดตามกำกับ และประเมินผล)

การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลและวิธีการรวบรวมข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)¹⁹ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จำแนกมติ (NHAR classification) และสังเคราะห์เกณฑ์ในการคัดเลือกมติสมัชชาเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีตัวแบบ นำมาจัดกลุ่มมติฯ ตามลักษณะของตัวมติฯ (สาขา เป้าประสงค์ ระดับการนำไปปฏิบัติ ประเภท/รูปแบบของหน่วยงานหลักในการนำเสนอประเด็นและขับเคลื่อน/ดำเนินการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งความสมบูรณ์และระดับความก้าวหน้าของมติฯ (ภาพ ภาพ 1.3)

ภาพ 1.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา



ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่าง 15 ธันวาคม 2554 – 30 เมษายน 2554 รวม 4.5 เดือน

¹⁹ ตรวจสอบได้หลายวิธีคือ 1. ด้านข้อมูล (data triangulation) จากแหล่งข้อมูลต่างกัน (เวลา/สถานที่/บุคคล) 2. ด้านผู้เก็บข้อมูล (investigator triangulation) ด้วยการมีผู้วิจัยหลายคน 3. ด้านทฤษฎี (theory triangulation) 4. ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) ด้วยการใช้อย่างน้อย 2 วิธีในการเก็บข้อมูลเดียวกัน เช่น สังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์หรือใช้ข้อมูลจากแหล่งเอกสารร่วมด้วย

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้เป็นการทบทวนแนวคิดทฤษฎีในการนิยามและจัดประเภทนโยบายสาธารณะ การศึกษา นโยบายสาธารณะ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ และการนำไปปฏิบัติ อย่างเป็นขั้นเป็นตอน นำไปสู่ การสังเคราะห์กรอบแนวคิดในการศึกษามาติฯ และต่อไปนี้จะใช้คำว่า “นโยบายฯ” แทนคำว่า “นโยบาย สาธารณะ”

นิยามนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นักวิชาการให้ความหมายของนโยบายสาธารณะอย่างหลากหลายจัดเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. เป็นการตัดสินใจกระทำของรัฐบาล^{1, 2} เพื่อตอบสนองทางการเมือง³ โดยใช้อำนาจตามความชอบธรรมในการจัดสรรคุณค่าและผลประโยชน์⁴
2. เป็นแนวทางของรัฐบาลเพื่อแก้ปัญหาและมีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลนำไปปฏิบัติ⁵ ให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้⁶
3. เป็นแผนงานและโครงการที่ประกอบด้วยเป้าประสงค์ คุณค่า และการปฏิบัติ⁷

ขณะที่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้ความหมายว่าหมายถึง “นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี มุ่งให้ประชาชนมีทางเลือก และสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้”⁸

จึงอาจสรุปความหมายของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตามหลักการได้ว่า เป็นเจตจำนงหรือการตอบสนองทางการเมือง (Political will or response) ของภาครัฐในรูปแบบของแนวทางปฏิบัติหรือแผน (plan) เพื่อแก้ปัญหา และมีการกระทำ (action) หรือปฏิบัติ (practice) โดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ (objectives) เพื่อสุขภาพหรือสุขภาวะที่เอื้อต่อสุขภาพรวมถึงการไม่ทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพหรือสุขภาวะ

กระบวนการนโยบายประกอบด้วยขั้นตอน การระบุปัญหา การพัฒนานโยบาย (Policy formulation) การตัดสินใจกำหนดวัตถุประสงค์และทางเลือกนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินนโยบายและการทำให้ต่อเนื่อง

¹ Dye, T R. Understanding public policy. Englewood Cliff, New Jersey, Prentice Hall; 1995.

² Sharkansky I. Policy analysis in political science. Chicago, Markham; 1970.

³ Lineberry R L. Government in America: People, politics and policy. Boston, Little, Brown and Co.; 1981.

⁴ Easton D. A framework for political analysis. Englewood Cliff, New Jersey, Prentice Hall; 1965.

⁵ Anderson J E. Public policy making. New York, Praeger Publishers; 1975.

⁶ กุศลธนา พงศธร. หลักการกำหนดนโยบายของรัฐ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2520.

⁷ Lasswell H D, Caplan A. Power and society. New Haven, Yale University Press; 1976.

⁸ อ่ำพล จินดาวัฒน์. ประมวลบทเรียนรู้. ใน: ศิริธร อธิไชย. บก. เหลียวหลังแลหน้าสู่สมัชชาสุขภาพทศวรรษที่ 2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ปีบอนด์พับลิชชิ่ง; 2554. หน้า 72-73.

ประเภทนโยบายสาธารณะ

การจำแนกประเภทนโยบายสาธารณะ สะท้อนถึงแนวคิดทฤษฎีและกระบวนการที่ใช้ สาระ หรือ บทบาทหน้าที่ ทำให้เห็นถึงผู้แสดงบทบาท (actors) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งในความเป็นจริง อาจมีลักษณะ หลายประเภทผสมกัน เกณฑ์จำแนกประเภทมีหลายรูปแบบ ดังนี้

1. จำแนกตามสาระของนโยบายฯ จากประสบการณ์ของสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศทุนนิยมเสรี Lowi (1964)⁹ และ Buck (2006)¹⁰ แบ่งนโยบายเป็น 4 กลุ่มคือ นโยบายการจัดสรร (Distributive Policy) จัดสรร ทรัพยากรใหม่ (Redistributive Policy) กฎเกณฑ์/ข้อบังคับ (Regulative Policy) และการออกกฎหมาย (Constituent Policy)

1.1 Distributive Policy เป็นนโยบายที่แก้ปัญหาสืบเนื่องจากตลาดล้มเหลวซึ่งเกิดจากตลาดไม่ สมบูรณ์ในด้านต่างๆ โดยจัดสรรทรัพยากรระหว่างและภายในภาครัฐกับเอกชนเฉพาะกลุ่ม เพื่อสนับสนุน ภาคเอกชนที่ผลิตสินค้าหรือกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เช่น การวิจัยทางการแพทย์ การลดอัตราดอกเบี้ย เงินกู้แก่ชาวนา การจัดสรรที่ดินเพื่อการเกษตร actor หลักในนโยบายรูปแบบนี้เป็นหน่วยงานภาครัฐและมี เครือข่ายนโยบายชัดเจนที่มีผลประโยชน์และเป้าประสงค์ร่วมกัน มักไม่ใช้กระบวนการทางสังคมในการออก นโยบาย เมื่อมีเวทีที่เปิดโอกาสให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วม หน่วยงานรับผิดชอบนโยบายก็มักไม่ประสงค์เข้าร่วม กระบวนการ

1.2 Redistributive Policy พัฒนามาหลังจาก distributive policy ไม่เกิดผล เป็นการนำ ทรัพยากรหรือสินค้าที่มีคุณค่ามาจัดสรรการถือครองใหม่ เป็นการถ่ายเททรัพยากรจากกลุ่มหนึ่งไปสู่อีกกลุ่มหนึ่ง เพื่อความเป็นธรรมในสังคมระหว่างชนชั้นทางสังคม ชาติพันธุ์ หรือเพศ เช่น ภาษีมรดก การปฏิรูปที่ดิน เนื่องจากมีการระบุผู้ได้และผู้เสียผลประโยชน์อย่างชัดเจน และเปิดเผยต่อสาธารณะมากที่สุด จึงเป็นนโยบายที่ ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์สูงในสังคมซึ่งอาจเป็นการโต้แย้ง เมื่อเทียบกับนโยบายรูปแบบอื่น เช่น กฎหมายภาษีมรดก การปฏิรูปที่ดิน

1.3 Regulatory Policy เพื่อควบคุมพฤติกรรมของบุคคลหรือองค์กรอย่างเจาะจง มักทำให้มีต้นทุน สูงขึ้น เช่น ผู้ขับขี่และคนโดยสารต้องสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์¹¹ โรงงานต้องมี ระบบบำบัดของเสีย¹²

▪ Self-Regulatory Policy เป็นการให้อำนาจกลุ่มบุคคลหรือองค์กรควบคุมดูแลกันเอง มัก เกี่ยวข้องวิชาชีพเฉพาะ (Lowi 1964) เช่น พระราชบัญญัติวิชาชีพต่างๆ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ¹³ พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล¹⁴

⁹ Lowi TJ. American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory. World Politics 1964; 16(4):677-715.

¹⁰ Buck SJ. Chapter 3:The public policy process. in Understanding Environmental Administration and Law. Island Pr, Chicago, U.S.A. 2006.

¹¹ พระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550 ณ วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 29 ธันวาคม 2550 เล่ม 124 ตอนที่ 101 ก ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2522.

¹² ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง กำหนดชนิดและขนาดของโรงงาน กำหนดวิธีการควบคุมการปล่อยของเสีย มลพิษ หรือสิ่งใดๆ ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม กำหนดคุณสมบัติของผู้ควบคุมดูแล ผู้ปฏิบัติงานประจำ และหลักเกณฑ์การขึ้น ทะเบียนผู้ควบคุมดูแลสำหรับระบบป้องกันสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ประกาศ ณ วันที่ 5 เมษายน 2545 ในราชกิจจานุเบกษา ฉบับ ประกาศทั่วไป วันที่ 7 พฤษภาคม 2545 เล่ม 119 ตอนที่ 37.

▪ Protective regulatory policy เพื่อควบคุมกิจกรรมภาคเอกชนแบบเชิงรุกเมื่อเทียบกับนโยบายรูปแบบอื่น นอกจากห้ามพฤติกรรมบางอย่างแล้ว ยังกำหนดให้ทำบางกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อหรือคุ้มครองสังคม นโยบายประเภทนี้เปิดเผยต่อสาธารณะในระดับปานกลาง และเนื่องจากกระทบกับภาคธุรกิจเป็นอย่างมาก กระบวนการนโยบายจึงต้องผ่านการต่อรองและประนีประนอม (Buck 2006) เช่น การพิมพ์ภาพและคำเตือนภัยของบุหรี่ที่ซอง¹⁵

▪ Competitive regulatory policy ออกแบบอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อการควบคุมการดำเนินการของผู้ผลิต ด้วยการจำกัดผู้ผลิตสินค้าและบริการให้มีน้อยรายเพื่อให้ควบคุมได้ง่ายกว่าการมีผู้ผลิตมากมาย โดยคัดเลือกจากกลุ่มที่เข้าแข่งขัน ปัญหาของนโยบายแบบนี้คือ กระบวนการคัดเลือกผู้ผลิตซึ่งอาจมีข้อสงสัยในความโปร่งใสยุติธรรม (Buck 2006) เช่น การควบคุมกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์ การทำเหมืองแร่ การผลิตสุรา

1.4 Constituent policy เป็นนโยบายให้อำนาจหน้าที่ขององค์กรในการบริหารหรือจัดการด้านกฎหมาย รวมทั้งนโยบายการคลัง เช่น พระราชกำหนด 4 ฉบับ¹⁶

2. จำแนกตามการแทรกแซงระบบเศรษฐกิจ

2.1 นโยบายเพิ่มแรงจูงใจ (Incentive based policy)

2.1.1 มีนโยบายเสริมระบบตลาด (Market based) เช่น กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา การแปรรูปกิจการให้เป็นเอกชน (privatization) การประกัน

2.1.2 ใช้มาตรการทางภาษี (tax) ค่าธรรมเนียม (fee) หรือเงินอุดหนุน (subsidies)

2.2 นโยบายมุ่งให้เกิดการปฏิบัติ (Direct public action)

2.2.1 ใช้มาตรการบังคับ (Command and control) เพื่อกำกับ (regulation) การผลิต

2.2.2 แทรกแซงการผลิตสินค้าเพื่อสาธารณะ (Public production) เนื่องจากตลาดล้มเหลว

3. จำแนกตามสถาบันที่ออกนโยบาย เช่น พระราชบัญญัติ (ฝ่ายนิติบัญญัติ) พระราชกำหนด (ฝ่ายบริหาร) กฎกระทรวง (ภาคราชการ)

ผู้จัดทำและตัดสินใจเชิงนโยบายมักมุ่งทำนโยบายให้เป็นกฎหมายเพราะเห็นว่าเป็นวิธีหนึ่งที่ทรงพลังที่สุดในการยกระดับสุขภาพประชาชน¹⁷ การจะเป็น นโยบายสาธารณะ จึงควรต้องผ่านกระบวนการทางนิติ

¹³ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2542 ใน ราชกิจจานุเบกษา วันที่ 18 พฤษภาคม 2542 เล่ม 116 ตอนที่ 39 ก.

¹⁴ พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2552 ใน ราชกิจจานุเบกษา วันที่ 22 มิถุนายน 2552 เล่ม 126 ตอนที่ 41 ก.

¹⁵ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงผลและข้อความในฉลากของบุหรี่ซิการ์เรต พ.ศ. 2552 ประกาศ ณ วันที่ 24 สิงหาคม 2552 ใน ราชกิจจานุเบกษา วันที่ 30 กันยายน 2552 เล่ม 126 ตอนพิเศษ 143 ง หน้า 14.

¹⁶ ยกร่างโดยคณะกรรมการยุทธศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูและสร้างอนาคตประเทศ (กยอ.) คณะรัฐมนตรีเห็นชอบหลังจากเสนอร่างเพียง 15 วัน เมื่อ 10 มกราคม พ.ศ. 2555 พระราชกำหนด (พ.ร.ก.) 4 ฉบับนี้ได้แก่ 1) พ.ร.ก. ปรับปรุงการบริหารหนี้เงินกู้ที่กระทรวงการคลังกู้เพื่อช่วยเหลือกองทุนเพื่อการฟื้นฟูและพัฒนาระบบสถาบันการเงิน 2) พ.ร.ก. ให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อลงทุนวางระบบบริหารจัดการน้ำและสร้างอนาคตประเทศ เพื่อการจัดตั้งกองทุนสร้างอนาคตประเทศ วงเงิน 3.5 แสนล้านบาท 3) พ.ร.ก. กองทุนประกันภัย เพื่อจัดตั้งกองทุนรับประกันภัยต่อ 5 หมื่นล้านบาท และ 4) พ.ร.ก. ให้อำนาจกระทรวงการคลังปล่อยสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำให้กับผู้ประกอบการที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาน้ำท่วม

¹⁷ Gostin L. Public Health Law. Berkley: University of California Press; 2008. อ้างใน Wong G, Pawson R, Owen L. Policy guidance on threats to legislative interventions in public health: a realist synthesis. BMC Public Health 2011, 11:222. Available on: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/222>

บัญญัติหรือกระบวนการทางการเมืองในหน่วยงานหรือองค์กรที่รัฐบาลมอบอำนาจ หาไม่แล้ว แม้ประชาชนจะนำไปปฏิบัติอย่างกว้างขวางในระดับชุมชน ก็ควรนับเป็นเพียงข้อตกลง กติกา วัฒนธรรม ประเพณี หรือบรรทัดฐานของสังคม ในทางกลับกัน ก็ไม่จำเป็นว่า ประชาชนจะปฏิบัติตามกฎหมายนั้น เสมอไป

อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่ว่า มาตรการแทรกแซงเพื่อสุขภาพทุกมาตรการควรเป็นนโยบายสาธารณะและเป็นกฎหมายเสมอไป Wong G และคณะ (2011)¹⁸ เสนอลักษณะ 4 ประการที่อันตรายในการทำมาตรการเป็นกฎหมาย จากกรณีศึกษาการห้ามสูบบุหรี่ในยานพาหนะที่มีเด็กอยู่ภายใน ซึ่งสามารถใช้ตรวจสอบเบื้องต้นว่าควรนำมาตรการสุขภาพใดๆ มาทำเป็นกฎหมายหรือไม่

1. การระบุปัญหาไม่เหมาะสม นั่นคือ ความรุนแรงของปัญหามากพอที่จะทำเป็นกฎหมายหรือไม่ (ให้แสดงข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าการสัมผัสควันบุหรี่ (ปัจจัยเสี่ยง) ในรถเป็นผลเสียต่อสุขภาพ ค่าความเป็นพิษจากการสูบบุหรี่ในรถอยู่ในระดับไหน ถ้าในรถมีการระบายอากาศ สถานการณ์จะเปลี่ยนไปหรือไม่ ระดับความเป็นพิษนี้เปรียบได้กับสถานการณ์เสี่ยงอื่นๆ ที่มีการบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่อยู่แล้วหรือไม่ และอันตรายที่อาจเกิดได้นี้สอดคล้องกับมาตรฐานอากาศที่มีการรับรองเป็นทางการอย่างไร)

2. ขาดการสนับสนุนทางสังคม ในการออกกฎหมายฉบับหนึ่งควรต้องมีการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่ (การสนับสนุนโดยรวม มีมากขนาดไหน การสนับสนุนจากกลุ่มผู้สูบบุหรี่อยู่ในระดับไหน อะไรกระตุ้นให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนจะขึ้นกับขอบเขตและความสำเร็จของกฎหมายก่อนหน้านี้ที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงานและสาธารณะหรือไม่)

3. พลังของกลุ่มต่อต้าน กลุ่มต่อต้านเป็นกลุ่มกดดันที่มีพลังหรือไม่ (มีบริษัทบุหรี่ต่อต้านมาตรการนี้เป็นการเฉพาะหรือไม่ และในอนาคต พวกเขาจะทำอะไรเพื่อต่อต้าน)

4. การบังคับใช้กฎหมาย สามารถบังคับใช้ได้จริงหรือไม่ (การละเมิดกฎหมายที่เกิดในระยะเวลาสั้นมากในพื้นที่เฉพาะจะเอื้อให้ผู้สูบบุหรี่ฝ่าฝืนกฎหมายเพราะคิดว่ามีความเสี่ยงต่ำที่จะถูกจับได้ ด้วยทรัพยากรที่จำกัด/การตรวจจับยาก/และการที่เป็นเรื่องสุขภาพ การบังคับใช้กฎหมายจึงขึ้นกับการทำงานของตำรวจเป็นสำคัญ และจำเป็นต้องมีมาตรการอื่นร่วมด้วยหรือไม่ เพื่อสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมาย)

¹⁸ Wong G, Pawson R, Owen L. Policy guidance on threats to legislative interventions in public health: a realist synthesis. BMC Public Health 2011, 11:222 available on <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/222>

การพัฒนา นโยบายสาธารณะ

จำแนกแนวทางการศึกษา นโยบาย ตามขั้นตอนนโยบายได้ 2 แบบ คือ

1. การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive approach) หรือนโยบายศึกษา (policy study) เกี่ยวกับสาระนโยบาย (Policy Content) และขั้นตอนของกระบวนการนโยบาย ปัจจัยกำหนดนโยบาย ผลผลิตผลลัพธ์ และผลกระทบ เพื่อพัฒนารอบแนวคิดทฤษฎีใหม่ๆ โดยไม่สนใจการพัฒนาการดำเนินงานนโยบายที่ดีกว่าเดิม จากการทบทวนวรรณกรรมของ Hanney et al. (2003) สรุปสาระของทฤษฎีในกลุ่มนี้¹⁹ ได้ดังตาราง 2.1

2. การศึกษาเชิงเสนอแนะ (Prescriptive approach) หรือนโยบายศาสตร์ (Policy Sciences)²⁰ ใช้เทคโนโลยีด้านการจัดการสมัยใหม่ศึกษาเพื่อพัฒนาให้นโยบายและหรือมาตรการดีขึ้น เป็นการประยุกต์ทฤษฎีที่มีสู่การปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ตามสภาพความเป็นจริง จึงต้องใช้สหวิทยาการ ได้แก่ เศรษฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์²¹ มักเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) สาระของทฤษฎีในกลุ่มนี้ สรุปได้ดังตาราง 2.2

โดยสรุป ตัวแบบสถาบัน กระบวนการ และระบบ สามารถใช้วิเคราะห์ได้ทั่วไป ตัวแบบผู้นำและเฉพาะส่วนเพิ่ม ใช้ได้อย่างเด่นชัดในกรณีที่เป็นกฎหมาย ตัวแบบกลุ่มผลประโยชน์และเครือข่ายเหมาะกับนโยบายที่เน้นปฏิสัมพันธ์หรือการมีส่วนร่วมของกลุ่มผลประโยชน์ ตัวแบบเหตุผล มีข้อจำกัดในการใช้ ตัวแบบทฤษฎีเกมเหมาะกับวงการธุรกิจที่ไม่เปิดเผยข้อมูลให้คู่แข่งทราบ แม้ตัวแบบสถาบันทางการเมืองจะเหมาะสมกับนโยบายสาธารณะในความหมายที่เป็นกฎหมาย แต่นักวิชาการด้านนโยบายให้ความสำคัญกับระบบราชการและตัวข้าราชการซึ่งอยู่ภายใต้รัฐบาล (ข้าราชการการเมือง) ว่ามีส่วนสำคัญและมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายเช่นกัน รวมทั้งการนำไปปฏิบัติให้บรรลุผล เพราะสัมพันธ์กับคนกลุ่มต่างๆ²²

การกำหนดระเบียบวาระนโยบาย (agenda setting) อาจได้รับอิทธิพลจาก 3 กลุ่มคือ ขนชั้นนำ²³ กลุ่มผลประโยชน์²⁴ และระบบย่อย

ในระบบการเมืองแบบประชาธิปไตยเสรีนิยม มีกลไกจัดสรรอำนาจระหว่างกลุ่มผลประโยชน์และกลุ่มอำนาจตลอดเวลา ในระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม มีการกระจายอำนาจระหว่างองค์กรธุรกิจ (ผู้บริหาร พนักงาน และนักลงทุน) และผู้บริโภค แต่ตามแนวคิดพหุนิยม (Pluralist perspective) การกระจายอำนาจระหว่างกลุ่มต่างๆ มักไม่เท่าเทียมกัน กระบวนการกำหนดระเบียบวาระเป็นการตอบสนองให้กลุ่มผลประโยชน์ที่มีบทบาทเด่นได้ระบุปัญหาและกดดันให้ปัญหานั้นเป็นวาระสาธารณะหรือต่อต้านปัญหานั้น

ตามแนวคิดระบบย่อย (subgovernment perspective) ผู้มีบทบาทในการกำหนดวาระนโยบายมี 3 กลุ่มคือ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรตัวหลักในคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานราชการที่รับผิดชอบ และกลุ่มประชาชนที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงอาจจำแนกวาระเป็น 2 ประเภทคือ วาระสาธารณะ (public agenda) กำหนดโดยหน่วยงานตัดสินใจเชิงนโยบาย และวาระประชาชน (popular agenda) ซึ่งรอทำเป็นวาระสาธารณะ

¹⁹ Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. Health Research Policy and Systems 2003, 1:2. Available on <http://www.health-policy-systems.com/content/1/1/2>

²⁰ แม้จะเป็นการศึกษาเชิงเสนอแนะ แต่มีส่วนที่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาร่วมด้วย จึงต้องใช้สหวิทยาการ

²¹ ข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาเฉพาะกรณีนี้ อาจพัฒนาเป็นทฤษฎีได้เช่นกัน (Induction approach)

²² Lester JP, Stewart J Jr. Public Policy: An evolutionary approach, 2nd ed. Belmont, CA: Wadsworth, 2000.

²³ คือ กลุ่มที่มีตำแหน่งหรือการศึกษาสูง เช่น นักธุรกิจ ทหาร นักการเมือง ตามแนวคิดชนชั้นน่านิยม (Elitist perspective)

²⁴ เป็นกลุ่มจัดตั้งโดยบุคคลเพื่อทำกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกันอย่างกระตือรือร้น

ตาราง 2.1 แนวคิดและสาระของตัวแบบในการศึกษานโยบายสาธารณะเชิงพรรณนา

ตัวแบบ	ความหมายนโยบายสาธารณะ	แนวคิดในการศึกษา	สาระ
ระบบ (System model) ²⁵	เป็นผลผลิตของระบบการเมืองที่มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม	▪ ปัจจัยหรือตัวแปรที่สัมพันธ์กัน ▪ จากการสะท้อนกลับ นโยบายตอบสนองความต้องการของประชาชนได้มากน้อยเพียงใด เพราะอะไร	ความต้องการหรือการเรียกร้อง²⁶ หรือการสนับสนุน²⁷ จากกลุ่มผลประโยชน์หรือประชาชน เป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการเมือง²⁸ เพื่อกลั่นกรองและตัดสินใจออกมาเป็นนโยบายฯ จุดเด่นคือ มีการใช้แพร่หลายจึงเข้าใจได้ง่าย และให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมของระบบการเมืองในแง่อุปสรรคหรือปัจจัยเอื้อต่อประสิทธิภาพการทำงานของระบบ จุดด้อยคือ กระบวนการภายในของ “ระบบการเมือง” อาจไม่เป็นรูปธรรม ทำให้ไม่ชัดเจน
สถาบัน (Institutional model)	เป็นผลผลิตของสถาบันหลักภาครัฐ (ฝ่ายนิติบัญญัติ บริหาร ตุลาการ และระบบราชการ)	สถาบันที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย รับผิดชอบการนำไปปฏิบัติ บังคับใช้ และตรวจสอบถ่วงดุลกันอย่างไร	การเตรียมและเสนอร่างนโยบาย อนุมัติ ประกาศเป็นนโยบาย นำไปปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขนโยบาย เป็นหน้าที่ของสถาบัน
ผู้นำ (Elite model)	เป็นผลของการจัดสรรคุณค่าในสังคม ตามความต้องการของผู้นำซึ่งมีอำนาจทางการเมืองเหนือประชาชน	▪ วิธีคิด/เหตุผลในการตัดสินใจและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ▪ ดุลอำนาจระหว่างภาคการเมืองและภาคส่วนอื่นๆ	ภาคการเมืองกำหนดนโยบายตอบสนองความต้องการของตนเองแล้วสั่งการให้ข้าราชการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผล (Top Down approach) เนื่องจากประชาชนไม่มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายฯ จึงมักไม่สะท้อนความต้องการของประชาชน และมีการต่อต้านเป็นระยะ
กลุ่มผลประโยชน์ (Interest group model)	เป็นผลของระบบการเมืองที่ต่อรอง ประนีประนอม ระหว่างกลุ่มซึ่งเปลี่ยนไปตามกลุ่มอำนาจ	การช่วงชิงต่อรองระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม และกลุ่มที่มีอิทธิพลเหนือกลุ่มอื่น	การกำหนดนโยบายต้องประนีประนอมระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ในสังคมนโยบายฯ เอื้อผลประโยชน์ของกลุ่มที่มีพลังต่อรองมากกว่า หากกลุ่มเล็กรวมตัวกันจนมีพลังต่อรองสูงขึ้นก็จะเปลี่ยนนโยบายได้ เพื่อประสานผลประโยชน์ระหว่างกลุ่มต่างๆ จนเกิดสมดุลใหม่

²⁵ Dye TR. ใน Understanding Public Policy. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc, 1992. และ Ira Sharkansky ใช้ทฤษฎีนี้โดยพัฒนามาจากแนวคิดของ David Easton

²⁶ ความต้องการหรือการเรียกร้องเชิงนโยบาย (policy demands) มาจากบุคคลหรือกลุ่มเรียกร้องให้มันนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

²⁷ การสนับสนุน (Supports) หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มยอมรับและปฏิบัติตามนโยบาย

²⁸ ระบบการเมือง หมายถึง กลุ่มของสถาบันและกระบวนการต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อทำหน้าที่จัดสรรคุณค่าทางสังคม ตามอำนาจที่ได้รับมอบหมาย

ตัวแบบ	ความหมายนโยบายสาธารณะ	แนวคิดในการศึกษา	สาระ
เครือข่าย (Network model)		บทบาทที่แตกต่างกันของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างแต่ละกลุ่มกับผู้กำหนดนโยบาย	การที่นักวิจัยเข้าร่วมเครือข่ายทางสังคม (social network) มีความสำคัญ ทำให้มีการใช้งานวิจัยมากขึ้นในกระบวนการนโยบาย ในระบบสุขภาพ วิชาชีพแพทย์มีอิทธิพลเหนือการออกนโยบาย สามารถรบบ้างเครือข่ายนโยบาย ²⁹ (ในการเสนอแนะและประเมินประเภทความรู้ที่จะนำเข้าไปปฏิบัติ) เรียกว่า professionalized policy network
กระบวนการ (Process model)	เป็นกิจกรรมทางการเมืองที่มีหลายขั้นตอน	ในกระบวนการนโยบายแต่ละขั้นตอน มีการดำเนินการอะไร อย่างไร มีการเมืองเกี่ยวข้องในลักษณะใด	ขั้นตอน 1) ระบุปัญหา/ข้อเรียกร้องให้รัฐบาล 2) กำหนดวาระ 3) กำหนดข้อเสนอและทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) เลือกทางเลือกที่ดีที่สุดในการปฏิบัติ 5) นำนโยบายไปปฏิบัติ 6) ประเมินผลนโยบาย
ทฤษฎีเกม (Game theory model)	เป็นผลท่ามกลางการแข่งขัน โดยไม่รู้ว่าคุณจะคิดและจะทำอะไร	วิธีคิดและเหตุผลในการตัดสินใจหรือเลือกกลยุทธ์ท่ามกลางสถานการณ์ที่มีการแข่งขัน	การออกนโยบายสาธารณะเป็นเพียงการคาดเดาซึ่งกันและกันแล้วตัดสินใจ หากแพ้ก็เสียหายไม่มากเพราะผ่านการพิจารณาอย่างรอบคอบแล้ว ต้องมีผู้เกี่ยวข้องสองกลุ่ม การตัดสินใจในแต่ละทางเลือกให้ผลไม่เท่ากันเพราะควบคุมสถานการณ์ไม่ได้
ถังขยะ (Garbage can model)	เป็นผลจากกระบวนการที่ยุ่งเหยิง ไม่เป็นระเบียบมากที่สุด กระบวนการหนึ่ง ไม่ได้ดำเนินการอย่างรอบคอบเป็นขั้นตอน		มีมุมมองต่างจากตัวแบบอื่นๆ เนื่องจากในการกำหนดนโยบายมีการละเลยทางเลือกจำนวนหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่ต้องการมีปัญหาหากเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย

²⁹ เครือข่ายนโยบาย (policy network) หมายถึง ความสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ของภาครัฐและกลุ่มผลประโยชน์ เช่น ชุมชนนโยบาย (policy community) ซึ่งมีความสัมพันธ์ระยะยาวระหว่างข้าราชการกับตัวแทนของกลุ่มผลประโยชน์ที่มีพลัง

ตาราง 2.2 แนวคิดและสาระของตัวแบบในการศึกษานโยบายสาธารณะเชิงเสนอแนะ

ตัวแบบ	ความหมายนโยบายสาธารณะ	แนวคิดในการศึกษา	สาระ
เหตุผล (Ration model) หรือ ends-means rationality	เป็นประโยชน์สูงสุดต่อสังคมส่วนรวมทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเกิดประโยชน์ต่อทุกกลุ่มในสังคม โดยมีวัตถุประสงค์ชัดเจน เป็นไปได้ และวัดผลได้	หลักการ/เกณฑ์/วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการตัดสินใจให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม มากขึ้น	ในการกำหนดนโยบายฯ ต้องจัดลำดับความสำคัญตามความต้องการและคุณค่าต่าง ๆ วิเคราะห์ผลดีผลเสียและเปรียบเทียบต้นทุนกับประโยชน์ที่จะได้รับ (cost-benefit analysis) ของทางเลือกต่างๆ แล้วเลือกทางเลือกที่ได้ผลสูงสุดแต่ลงทุนน้อยที่สุด จัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ยากทั้งประเภท/ปริมาณ/และการให้ค่าน้ำหนักของปัญหา เพราะความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ต้องมีความรู้/ เวลาเพียงพอ และระบบข้อมูลที่รองรับการวิเคราะห์ การตัดสินใจตามตัวแบบนี้ จึงทำได้ยาก เสียเวลาและค่าใช้จ่าย
ตัวแบบเฉพาะส่วนเพิ่ม (Incremental model)	เป็นการปรับปรุงหรือดัดแปลงนโยบายเก่า	นโยบายนี้เคยมีมาในอดีตหรือไม่ มีการแก้ไข ปรับปรุง เพิ่มเติม อย่างไร ทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร	นโยบายที่มีอยู่ถูกต้องแล้ว ไม่ต้องล้มเลิกและกำหนดขึ้นใหม่ทั้งหมด เพราะข้อจำกัด (เช่น งบประมาณ เวลา) จึงพิจารณาเฉพาะส่วนที่เพิ่มลดหรือเปลี่ยนแปลงไปจากนโยบายเดิมซึ่งเป็นที่ยอมรับอยู่แล้ว ตัวแบบนี้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสูง เพราะไม่ต้องเริ่มต้นหาข้อมูลใหม่ทั้งหมด และเป็นกลยุทธ์ทางการเมืองที่ดีเพราะผู้คนยอมรับได้ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับนโยบายใหม่ จึงลดความขัดแย้งและช่วยเสริมเสถียรภาพทางการเมือง
ผสม (Mixed Scanning)			พยายามผสมผสานส่วนดีของ Ration และ Incremental model โดยพิจารณาภาพรวมก่อน เมื่อสนใจจุดใดจึงจะเน้น ณ จุดนั้น เนื่องจากทั้งสองตัวแบบมีพื้นฐานต่างกัน ปัญหาอาจเกิดจากการที่ไม่ทราบว่าจะควรใช้ตัวแบบใด เมื่อใด
นโยบายที่เหมาะสม (Optimal Policy Making Model)			เน้นการวิเคราะห์เชิงคุณภาพและยึดเหตุผลทางเศรษฐกิจเป็นหลักในการตัดสินใจ คล้ายกับ Ration model
ทางเลือกสาธารณะ (Public choice model)	เป็นผลจากการตัดสินใจร่วมกันตามความต้องการของปัจเจกบุคคลซึ่งแสวงหาอรรถประโยชน์สูงสุดหรือสิ่งที่ดีที่สุดให้ตนเอง	หลักการ/เกณฑ์/วิธีการ จัดทำทางเลือกและการตัดสินใจ เพื่อตอบสนองความต้องการ ให้ตรงและมากขึ้น	เนื่องจากนโยบายฯ เกิดจากการตัดสินใจร่วมกันตามความต้องการของปัจเจกบุคคล จึงต้องมีทางเลือกหลากหลายให้ผู้เกี่ยวข้องได้เลือก

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ

ในแง่ทฤษฎี การตัดสินใจนโยบาย คือ การบ่งชี้ปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ และกำหนดโครงสร้างกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ แม้ว่า การพัฒนานโยบาย (policy making) จะเกิดการตัดสินใจขึ้นในระยะเวลาหนึ่ง แต่กระบวนการก่อน ขณะ และหลังการตัดสินใจ ยังมีความหมายสำคัญในแง่ปฏิสัมพันธ์ของ actors ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องระหว่างสถาบัน (โครงสร้างและกฎเกณฑ์กติกาที่หล่อหลอมการตัดสินใจ) ผลประโยชน์ของกลุ่มหรือบุคคล (ที่จะได้หรือเสียจากการเปลี่ยนแปลง) และความคิดเห็น (รวมถึงข้อโต้แย้งและหลักฐาน)³⁰

ในการศึกษาจึงควรพิจารณาปัจจัยต่างๆ เช่น บทบาทของรัฐ ผลประโยชน์และวิธีใช้อำนาจของ actors ธรรมชาติของระบบการเมืองและกลไกในการมีส่วนร่วม กฎกติกา (ที่เป็นและไม่เป็นทางการ) ที่ใช้ในกระบวนการนโยบาย การตรวจสอบบทบาทและการแสดงออกของระบบวัฒนธรรมและค่านิยม (ความเชื่อ/ความคิดเห็น/และข้อโต้แย้ง) รวมทั้งปัจจัยระหว่างประเทศที่ทำให้รัฐบาลประเทศต่างๆ พึ่งพากันเพิ่มขึ้น (ซึ่งกระทบต่ออำนาจอธิปไตยของรัฐบาลทั้งในการออกนโยบายและนำไปปฏิบัติ)³¹

ประโยชน์ของการวิเคราะห์นโยบาย (policy analysis) คือ แจกแจงให้เห็นความซับซ้อนของแรงกดดันจากพลังอำนาจต่างๆ และกระบวนการอันเป็นพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลง แต่นักวิชาการตะวันตกมีทัศนะว่า ในประเทศยากจนและรายได้ปานกลาง มีการพัฒนาและประยุกต์ใช้การวิเคราะห์กับนโยบายสุขภาพยังน้อยอยู่ โดยสรุปจากข้อมูลเชิงประจักษ์ใน sub-Saharan Africa ซึ่งอัตราการตายมารดาและเด็กลดลงช้ามาก และอัตราการตายจากเอดส์สูงขึ้น (สถานการณ์เหล่านี้เกิดจากจากปัจจัยต่างๆ เช่น ระบบสุขภาพอ่อนแอและขาดการลงทุน ทรัพยากรที่ได้รับบริจาคมาไม่พอเพียงหรือขาดการประสานงานที่ดี ขาดการเห็นพ้องร่วมกันในยุทธศาสตร์เชิงเทคนิคที่มีประสิทธิผล และมีข้อจำกัดเมื่อนำมาตรการที่ได้ผลมาขยายผล) การวิเคราะห์ที่ช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพนี้ได้คือ การตอบคำถาม “อย่างไร” และ “ทำไม นโยบายสุขภาพจึงไม่บรรลุตามที่คาดหวัง ทำงานต่างไปจากที่ตั้งใจไว้ หรือล้มเหลว” จากเดิมที่ตอบคำถามเพียง “อะไร” กระบวนทัศน์ใหม่ในการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพแนวนี้เริ่มในทศวรรษ 1990 โดยเน้นที่ 1) ผู้แสดงบทบาท (actors) 2) อำนาจ (power) และกระบวนการ (processes) ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายและนำไปปฏิบัติ และ 3) บริบทในการตัดสินใจ

การวิเคราะห์ดังกล่าวช่วย actors ในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากนโยบาย และยังนำไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการนโยบายในอนาคตได้ด้วย Buse and Dickinson 2007 สรุปว่ามีขั้นตอนดังนี้

1) อธิบายความสนใจของการเมืองที่มีต่อประเด็นสุขภาพ ทำไมการเมืองจึงเลือกทำประเด็นนั้นเป็นนโยบาย และสนับสนุนอย่างไรให้มีการพัฒนาตามมาและทำให้ยั่งยืน จากประสบการณ์นโยบายแก้ปัญหาอัตราการตายมารดาใน 5 ประเทศ พบว่า เริ่มจากการทำให้เป็นพันธะสัญญาทางการเมืองก่อน โดยโน้มน้าวผู้นำทางการเมืองให้เข้ามามีบทบาทด้านสุขภาพ ตามลำดับดังนี้

³⁰ John P. Analysing public policy. London, Cassell; 1998. อ้างใน Buse K, Dickinson C 2007.

³¹ Buse K, Dickinson C. How can the analysis of power and process in policy-making improve health outcomes? : moving the agenda. Overseas Development Institute; 2007.

- มีการรวมตัวก่อตั้งชุมชนนโยบาย (policy community)
- เสนอประเด็นต่อชุมชนที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อนักธุรกิจการเมืองหรือผู้ประกอบการทางการเมือง³² ที่สามารถกระตุ้นนโยบายรัฐบาลได้ในอินโดนีเซียและฮอนดูรัส
- จัดทำตัวชี้วัด ให้ผู้ออกนโยบายเห็นขอบเขตของปัญหา
- จัดงานขนาดใหญ่ เพื่อสนับสนุนประเด็นนั้น
- นำเสนอทางเลือกนโยบายอย่างชัดเจน เพื่อแสดงว่า สามารถรับมือกับปัญหานั้นได้

การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองอาจมีผลเปลี่ยนลำดับความสำคัญและวิธีพัฒนานโยบาย เช่น การเปลี่ยนเป็นระบอบประชาธิปไตยในไนจีเรีย ทำให้มีพื้นที่ทางการเมืองสำหรับประเด็นสังคม (เช่น การลดอัตราการตายมารดา เป็นวาระแห่งชาติ) ส่วนการเปลี่ยนผ่านเป็นประชาธิปไตยและกระจายอำนาจ ในอินโดนีเซีย มีผลลดความเข้มข้นของนโยบายปกป้องมารดา เพราะการเลือกตั้งระดับจังหวัดและอำเภอให้ความสำคัญกับประเด็นรูปธรรม (เช่น โครงสร้างพื้นฐาน) มากกว่าเรื่องสุขภาพ

2) แจกแจง stakeholder ฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายต่อต้าน โดยวิเคราะห์ผลประโยชน์ (ว่าใครได้ใครเสีย) ตำแหน่ง (position) และอิทธิพลของ actors หลัก และพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการกับกลุ่มผลประโยชน์ ข้าราชการ และนักปฏิบัติการ (technocrat) เพื่อระดมการสนับสนุน เริ่มจากการสร้างทางเลือกใหม่ๆ (เป็นการปรับพื้นฐานความคิดของ stakeholder) ทำยุทธศาสตร์ในการใช้สื่อ รวบรวมกลุ่มที่มีความเห็นเป็นกลาง สร้างความร่วมมือ และนำความเห็นตรงข้ามเข้ามาในการถกเถียงวิชาการด้วย

3) แจกแจงและระบุอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าประสงค์ด้านสุขภาพ อาจมีการบิดเบือนในช่วงนำนโยบายไปปฏิบัติซึ่งลดทอนได้โดย เพิ่มการสื่อสาร หรือ และร่วมกันทำความเข้าใจในเป้าประสงค์ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้ออกนโยบาย

4) พัฒนากระบวนการนโยบายที่มีข้อมูลวิชาการรองรับ เพื่อสร้างความมั่นใจว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ขึ้น

5) จัดทำความคาดหวังที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (วิธีการ ทางเลือก งบประมาณ และระยะเวลา) เพื่อการเปลี่ยนแปลงตามลำดับขั้น

³² Political entrepreneur อาจหมายถึง 1) ผู้กระตือรือร้นทางการเมืองหรือธุรกิจที่เป็นเจ้าของโครงการ/กลุ่ม/หรือพรรคการเมือง 2) นักธุรกิจที่อาศัยอิทธิพลทางการเมืองในการแสวงหากำไร ทำให้ได้รับการอุดหนุน คุ้มครอง หรือสัญญาจากรัฐบาล 3) ผู้มีบทบาททางการเมือง (ไม่จำเป็นต้องเป็นนักการเมือง) ที่แสวงหาความก้าวหน้าและความนิยมทางการเมืองด้วยการสร้างนโยบายให้เป็นที่ชื่นชอบของประชาชน

การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

ในอดีต การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ (Public policy analysis) มักสนใจกระบวนการกำหนดนโยบาย (policy formulation process) และประเมินผลนโยบาย (policy evaluation) ทั้งที่การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนกระบวนการที่นำนโยบายไปสู่ความสำเร็จ³³ การวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation process) มีประโยชน์มากในการอธิบายเมื่อการนำไปปฏิบัติได้ผลไม่เป็นตามที่คาดหวัง และหาทางออกว่าควรทำอย่างไร เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยทั่วไปยังคงใช้แนวคิดทฤษฎีในตาราง 2.1 และ 2.2 ส่วน ตาราง 2.3 แสดงการพัฒนาตัวแบบและการประเมินการนำนโยบายไปปฏิบัติในยุคก่อน ค.ศ. 2000 ซึ่งเป็นฐานการพัฒนาสืบเนื่องมาถึงปัจจุบัน

³³ Mazmanian DA, Sabatier PA. Implementation and public policy: with a new postscript. Latham, University Press of America; 1989.

ตาราง 2.3 ตัวแบบในการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การศึกษา	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ
Van Meter & Van Horn (1975) ³⁴	1) วัตถุประสงค์ของนโยบาย ใช้เป็นฐานประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามนโยบาย 2) ทรัพยากรจำเป็นในการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ และงบประมาณ (รวมความคล่องตัวของระบบเบิกจ่ายเงิน) 3) การติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานแต่ละระดับ (แบบเปิดเผยถูกต้องรวดเร็วและต่อเนื่องเพื่อให้รับรู้เข้าใจวัตถุประสงค์ของนโยบายและกิจกรรม ตรงกัน) 4) ลักษณะของหน่วยงานนำนโยบายไปปฏิบัติ: บุคลากร (จำนวนและทักษะความสามารถ) การบังคับบัญชาหน่วยงานย่อย การสนับสนุนทางการเมือง (จากฝ่ายบริหารและนิติบัญญัติ) การยอมรับและความสำคัญของหน่วยงาน การสื่อสารในหน่วยงาน ให้สื่อสารกันอย่างเสรี ความสัมพันธ์ (ทั้งทางการและไม่เป็นทางการ) กับหน่วยงานนโยบายระดับต่าง ๆ 5) บริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ในพื้นที่: ทรัพยากรทางเศรษฐกิจมีเพียงพอหรือไม่ ผลกระทบจากการปฏิบัติต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคม ความเห็นและการเคลื่อนไหวของประชาชน ผู้นำ พรรคการเมือง และกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ 6) ความร่วมมือของบุคลากร
Van Horn 1979 ³⁵	จากการศึกษาด้วยตัวแบบการนำนโยบายของรัฐบาลกลางไปปฏิบัติ 1) สภาพแวดล้อมของท้องถิ่น (ทัศนคติต่อนโยบายของนักการเมืองท้องถิ่นและข้าราชการ ลักษณะหน่วยงาน และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคมท้องถิ่น) 2) มาตรฐานการกำหนดทรัพยากร (ความเพียงพอด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์) ที่ขั้วเน้นความชัดเจน/ขัดแย้ง/เปลี่ยนแปลงของมาตรฐานนโยบายและวัตถุประสงค์ และความขัดแย้งของกระบวนการปฏิบัติ 3) สภาพแวดล้อมนโยบายระดับชาติ (เช่น การสื่อความหมาย การกระตุ้นส่งเสริมและการเปลี่ยนนโยบาย) 4) การติดต่อสื่อสาร: ระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับกลุ่มต่าง ๆ อย่างถูกต้องชัดเจนและเข้าใจตรงกัน 5) ทรัพยากร: จำนวนบุคลากร ขอบเขตอำนาจหน้าที่หรืออำนาจบังคับบัญชา ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ ความชำนาญงานของบุคลากร 6) ทัศนคติของนักปฏิบัติ: การยอมรับต่อนโยบายของนักปฏิบัติหรือผู้ไปปฏิบัติ 7) โครงสร้างขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ: ขนาดและความสลับซับซ้อนของโครงสร้างองค์การ มาตรฐานและขั้นตอนในการปฏิบัติงาน จำนวนองค์การที่รับผิดชอบการนำไปปฏิบัติ
Sabatier & Mazmanian 1980 ³⁶	1) ผลผลิตของนโยบาย 2) การยอมรับและปฏิบัติตามนโยบาย 3) ผลกระทบที่เกิดขึ้น 4) การรับทราบถึงผลกระทบของนโยบาย และ 5) การทบทวนเปลี่ยนแปลงในตัวบทนโยบาย
Edwards 1980 ³⁷	1) การติดต่อสื่อสาร: ระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับกลุ่มต่าง ๆ อย่างถูกต้องชัดเจนและเข้าใจตรงกัน 2) ทรัพยากร: จำนวนบุคลากร ขอบเขตอำนาจหน้าที่หรืออำนาจบังคับบัญชา ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ ความชำนาญงานของบุคลากร 3) ทัศนคติของนักปฏิบัติ: การยอมรับต่อนโยบายของนักปฏิบัติหรือผู้ไปปฏิบัติ 4) โครงสร้างขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ: ขนาดและความสลับซับซ้อนของโครงสร้างองค์การ มาตรฐานและขั้นตอนในการปฏิบัติงาน จำนวนองค์การที่รับผิดชอบการนำไปปฏิบัติ
Lipsky 1980 ³⁸	Street level bureaucrats (Bottom-up approach) การนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นกับการตัดสินใจของข้าราชการระดับล่างที่จะเลือกใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดภายใต้ข้อจำกัด

³⁴ Van Meter DS, Van Horn CE. The policy implementation process: a conceptual framework. Administration and Society 1975;6(4): 200-217.

³⁵ Van Horn CE. Policy implementation in the federal system, national goals and local implementers. Lexington, MA: Massachusetts, Heath & Company, 1979.

³⁶ Sabatier PA, Mazmanian DA. The conditions of effect implementation: a guide to accomplishing policy objective. Policy Analysis 1979;5:481-504.

³⁷ Edwards GC. Implementing public policy. Washington, DC: Congressional Quarterly Press, 1980.

³⁸ Lipsky M. Street level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

การศึกษา	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ
	ของเวลาและการติดตามกำกับหรือควบคุมจากผู้บริหารระดับสูง
Elmore 1980	กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็น Forward Mapping ซึ่งเน้นกระบวนการกำหนดนโยบายจากระดับเหนือโดยให้ความสำคัญต่อระเบียบกฎเกณฑ์ที่กำหนด และ Backward Mapping ที่เน้นการกระจายอำนาจควบคุมให้กับหน่วยงานในพื้นที่ แม้ผู้ปฏิบัติในระดับล่างจะยึดมุมมองของผู้กำหนดนโยบายระดับบน แต่เพราะพฤติกรรม/ทรัพยากร/กระบวนการขององค์กร ความซับซ้อนของการปฏิบัติงาน การเผชิญหน้ากับปัญหาและต้องตอบสนองของผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติจึงมีโอกาสใช้ดุลพินิจตัดสินใจด้วยตัวเอง มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายนโยบายให้ยืดหยุ่นไปจากเดิม หรือปรับเปลี่ยนเกณฑ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ รวมถึงการรวมกลุ่มต่อรองในระดับล่าง การเปิดโอกาสให้มีความยืดหยุ่นในการดำเนินงานย่อมช่วยทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ และต้องเชื่อมโยงย้อนกลับระหว่างจุดปฏิบัติกับระดับบน เพื่อการตัดสินใจ
Nakamura & Smallwood 1980 ³⁹	การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการนโยบายที่ต่อเนื่องกับขั้นตอนก่อนหน้าซึ่งมีผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติด้วย เงื่อนไขความสำเร็จคือ ความชัดเจนของเป้าหมาย ผู้ออกนโยบาย แนวปฏิบัติ หน่วยปฏิบัติ กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผลประโยชน์อื่น การจัดองค์กรและระเบียบของหน่วยปฏิบัติ
Sorg 1983 ⁴⁰	จำแนกพฤติกรรมข้าราชการระดับล่าง (street level bureaucrats) ในการปฏิบัติตามนโยบาย ได้ 4 แบบ คือ 1) ตั้งใจทำตามและสำเร็จ โดยพยายามตีความในเป้าหมายและวิธีการปฏิบัติ ออกมาเป็นพฤติกรรมแล้วปฏิบัติจนสำเร็จ 2) ตั้งใจทำตามแต่ไม่สำเร็จ อาจเป็นเพราะไม่เข้าใจนโยบายอย่างแท้จริงหรือทำงานบกพร่อง 3) ตั้งใจหลีกเลี่ยงและหลีกเลี่ยงได้สำเร็จ ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่ชอบหรือไม่เห็นด้วยกับนโยบาย 4) ตั้งใจหลีกเลี่ยงแต่หลีกเลี่ยงไม่สำเร็จ
Sabatier 1986 ⁴¹	ผสมผสานแบบ Top-down และ Bottom-up ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานและทรัพยากรที่ใช้ คือ 1) ปัจจัยกำหนดนโยบาย (Top-down) เป็นปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยคงที่ และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลง 2) ปัจจัยการปฏิบัติ (Bottom-up) ได้แก่ ความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติฝ่ายต่างๆ (นักการเมือง ข้าราชการ กลุ่มผลประโยชน์) และมีกลุ่มบุคคลที่สามเป็น "Policy Brokers" ตัดสินความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน ให้คลี่คลาย และนโยบายถูกนำไปปฏิบัติ
Goggin, Bowman, Lester & O'Toole, Jr. 1987 ⁴²	แม้การปฏิบัติขึ้นกับกฎระเบียบเงื่อนไขและความสามารถของหน่วยงานรัฐและหน่วยปฏิบัติ แต่อาจถูกแทรกแซงจากการต่อรองทางการเมืองระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ภาครัฐและเอกชน จึงมีปัจจัยเกี่ยวข้องทั้งระดับ Top-down และ Bottom-up ได้แก่ 1) ตัวแปรอิสระ (การขึ้นและข้อจำกัดของรัฐบาลกลางและท้องถิ่น 2) ตัวแปรแทรกซ้อน (ผลการตัดสินใจของรัฐ ความสามารถของรัฐ ข้อมูลย้อนกลับหรือการปรับ/ออกแบบนโยบายใหม่) 3) ตัวแปรตาม (การปฏิบัติตามนโยบาย)
วรเดช จันทรศร ^{43, 44}	ตัวแบบบูรณาการ ตัวแปรอิสระได้แก่ สมรรถนะขององค์กร ประสิทธิภาพในการวางแผนและควบคุม ภาวะผู้นำและความร่วมมือ และการเมือง การบริหารสภาพแวดล้อมภายนอก ตัวแปรตามคือ ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ มี 3 มิติ คือ 1) ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 2) ผลกระทบของนโยบาย 3) ประโยชน์ต่อประเทศชาติโดยรวม
ทฤษฎีอุปนัย (inductive theory)	

³⁹ Nakamura RT, Smallwood F. The politics of policy implementation. New York: Martin's Press, 1980.

⁴⁰ Sorg JD. A typology of implementation behaviors of street-level bureaucrats. Public Studies Review 1983; 2(3):391-406.

⁴¹ Sabatier PA. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. Journal of Public Policy 1986; 6(2):21-48.

⁴² Goggin ML, Lester JP, Bowman AO' M., & O' Toole, L. J., Jr. Public policy implementation: Evolution of the field and agenda for future research. Policy Studies Review 1987; 7(1):208-215.

⁴³ วรเดช จันทรศร. การนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบและคุณค่า. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ 2527; 24(4):535-554.

⁴⁴ วรเดช จันทรศร. การนำนโยบายไปปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กราฟิกฟอร์แมท, 2540.

การศึกษา	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ
Bardach 1977 ⁴⁵	การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นผลจากระบบเกม (system of games) ของหน่วยงานหรือบุคคลที่ต้องการเอาชนะซึ่งกันและกัน จึงเป็นอุปสรรคสำคัญเพราะเกิดผล 4 แบบคือ ใช้ทรัพยากรในทางที่ผิดโดยเฉพาะเงิน เป้าหมายนโยบายเบี่ยงเบน มีอุปสรรคต่อการบริหารอย่างเปิดเผย และพลังการทำงานของบุคคลและการเมืองถูกสลาย เกมในการนำไปปฏิบัติมีหลายรูปแบบ เช่น ใช้เทคนิคทำให้หน่วยงานได้งบประมาณมาแต่เข้าไปใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (easy money) ใช้เทคนิคเข้าร่วมโครงการนโยบายเพื่อรับผลประโยชน์ แต่ไม่ต้องการทำงานหรือเลือกงานง่ายๆ (easy life) บิดเบือนเป้าประสงค์ให้เกิดประโยชน์ตามที่หน่วยงานตนต้องการ (deflection of goals) รับนโยบายมาปฏิบัติแต่ไม่เปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน ยังเป็นแบบเดิม (tokenism) โต้แย้งตั้งต้นตลอดเวลาทำให้แผนงานชะงักหรือล่าช้าเกินไป (tenacity) สร้างเงื่อนไขเพื่อตนเอง/หน่วยงานตนรอดพ้นความยุ่งยากได้ตลอดเวลา (odd man out) Bardach เห็นว่า แนวคิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ตามกรอบกระบวนการทางการเมืองนี้ สามารถอธิบายปรากฏการณ์เชิงประจักษ์ได้ชัดเจน
Pressman and Wildavsky 1973 ⁴⁶ ศึกษาการนำนโยบายการสร้างงานแก่ชนกลุ่มน้อยไปปฏิบัติ ในนคร Oakland รัฐ California	1) จำนวนหน่วยงานที่เข้าร่วมกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ การประสานกิจกรรมของหน่วยงานจำนวนมากให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเป็นเรื่องยาก แม้หน่วยงานต่างๆ จะเห็นพ้องต้องกันในด้านเป้าหมายนโยบาย แต่วิธีการอาจขัดแย้งกันเพราะมุมมอง วัตถุประสงค์หลัก และการตระหนักรู้ถึงความเร่งด่วนของโครงการแตกต่างกัน 2) ความชัดเจนของโครงการ (เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และแนวปฏิบัติ) หากไม่ชัดเจน กลุ่มผลประโยชน์จะแสวงหาโอกาสดำเนินการตอบสนองวัตถุประสงค์ของพวกเขา 3) ผู้มีบทบาทหลัก (key actors) และจำนวน เกี่ยวข้องโดยตรงกับความสำเร็จของโครงการ เพราะ key actors เข้าใจนโยบายและกิจกรรมชัดเจน จึงผลักดันและสนับสนุนโครงการ และยังมีปัจจัยอื่น เช่น ความชัดเจนของหน้าที่ที่รับผิดชอบ ผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมและการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น
Elmore 1979 ⁴⁷ ศึกษาความซับซ้อนของนโยบายกับระบบควบคุมในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ	ผู้กำหนดนโยบายจะเลือกแนวทางใด ระหว่างการควบคุมกำกับด้วยสายบังคับบัญชาให้เกิดการปฏิบัติ กับการมอบอำนาจและการเพิ่มสมรรถนะการจัดการด้านบริการ พบว่ากระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติที่สลับซับซ้อนทำให้นักกฎหมายและนักบริหารเพิ่มการควบคุม ยิ่งซับซ้อนมาก การรวมศูนย์อำนาจ การควบคุมใกล้ชิด และกฎเกณฑ์ข้อบังคับจะเข้มงวดมากขึ้น จึงควรเลือกระหว่างการนำไปปฏิบัติที่สลับซับซ้อนมากแล้วเพิ่มการควบคุมตามลำดับขั้นบังคับบัญชา หรือออกแบบให้สลับซับซ้อนน้อย แล้วมอบอำนาจให้ระดับปฏิบัติ

⁴⁵ Bardach E. The implementation game: the happen after a bill becomes a law (3rd ed.). Cambridge, MA: The MIT Press, 1980.

⁴⁶ Pressman JL, Wildavsky AB. Implementation. 2nd ed. San Francisco: University of California Press. 1973.

⁴⁷ Elmore RF. Complexity and control: what legislators and administrators can do about implementation. Washington DC: Office of Education (DHEW), 1979.

ในการนำนโยบายไปปฏิบัติอาจได้ผลแตกต่างไปจากแนวคิดแรกเริ่มในกระบวนการกำหนดนโยบายซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก

- ลักษณะของตัวมติเอง เช่น ความยากง่ายของเรื่อง ความไม่ชัดเจนในประเด็นรายละเอียด โครงสร้างของตัวบทนโยบาย แม้ในระดับสหภาพยุโรปยังประสบปัญหาในการพัฒนานโยบายและการนำไปปฏิบัติให้เกิดผล⁴⁸

- โครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการภาครัฐที่เป็นแบบรวมศูนย์อำนาจสู่ส่วนกลาง หน่วยปฏิบัติมักปฏิบัติตามการสั่งการเพื่อตอบสนองศูนย์อำนาจที่บังคับบัญชาและรับผิดชอบเฉพาะงานส่วนของตน แทนที่จะสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทำให้มีช่องว่างในการทำงานข้ามหน่วยงานและการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม ส่วนการบริหารแบบกระจายอำนาจซึ่งมีผู้มีอำนาจตัดสินใจจำนวนมากกว่าการบริหารแบบรวมศูนย์ ระดับปฏิบัติการเองไม่จำเป็นต้องยึดวัตถุประสงค์ของระดับนโยบายเสมอไป⁴⁹ ไม่ว่าจะเกิดจากการไม่ยอมรับหรือเพราะสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นในพื้นที่แตกต่างกันออกไปก็ตาม ผู้ประสานนโยบายจึงต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้นโยบายประสบความสำเร็จ

- ขาดการสื่อสารอย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณและการจัดการใน 3 ส่วนคือ เนื้อหาสาระนโยบาย (content) ข้อมูลข่าวสาร (information) และการสะท้อนกลับ (feed back) ระหว่างระดับนโยบายกับปฏิบัติการและระหว่างระดับปฏิบัติการด้วยกัน การขาดการสื่อสารใน 3 ส่วนนี้ ยังทำให้ขาดการสื่อสารกำลังใจต่อผู้คนด้วย ลดทอนการขับเคลื่อนใจผู้คนให้เกิดความภาคภูมิใจ กระตือรือร้น และการคิดอย่างสร้างสรรค์ เหล่านี้ย่อมเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการนโยบาย

ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ นอกจากจะขึ้นกับความยากง่ายของสถานการณ์ปัญหา **ความสมบูรณ์ของตัวนโยบายสาธารณะ การบริหารจัดการ และขาดการสื่อสาร**ดังกล่าวแล้วยังขึ้นกับ**บริบทนอกเหนือตัวนโยบาย** ได้แก่ ความร่วมมือหรือต่อต้านทางการเมือง/เงินทุน/งบประมาณ จากกลุ่มผลประโยชน์/กลุ่มการเมือง/ข้าราชการ/สื่อมวลชน และปัญหาความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างองค์กรหลักกับองค์กรที่เกี่ยวข้องซึ่งส่งผลถึงปัจจัยนำเข้าของการดำเนินนโยบายในด้านทรัพยากรและเทคโนโลยี รวมทั้งสมรรถนะ/ความสามารถขององค์กรหลักในการบริหารจัดการและติดตามกำกับ

นอกเหนือจากระบบราชการและข้าราชการระดับบริหารแล้ว ระดับปฏิบัติการด้านหน้า (frontline implementation) ก็มีอิทธิพลสูงต่อความสำเร็จหรือล้มเหลว ในภาครัฐ อำนาจในการปฏิบัติอยู่ที่หน่วยงานและผู้ปฏิบัติระดับล่าง (street-level bureaucrats) ซึ่งมีการปฏิบัติเบี่ยงเบนจากวัตถุประสงค์ของนโยบายจากส่วนกลางได้⁵⁰

⁴⁸ Dimitrakopoulous D., Richardson J. Implementing EU public policy. In: Richardson J. editor. European Union: Power and policy-making. 2nd ed. London: Routledge; 2001.

⁴⁹ Mazmanian DA., Sabatier PA. Implementation and Public Policy. Dallas, Scott, Foresman & Co.; 1983.

⁵⁰ Lipsky M. Street-level bureaucrats: The dilemmas of the individual in public services. New York, NY: Russell Sage Foundation, 1980. อ้างใน May PJ, Winter SC. Politicians, managers, and street-Level bureaucrats: Influences on Policy Implementation. JPART 2007;19:453-476.

ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการกระทำของข้าราชการระดับล่าง 4 ประการ⁵¹ ได้แก่

1) นักการเมืองและผู้บริหารระดับเหนือกว่าที่ส่งสัญญาณให้รับรู้เข้าใจถึงเป้าหมาย ประสงค์ ความสำคัญ ของนโยบาย และการประเมิน โดยแสดงเป็นตัวหนังสือในตัวบทนโยบายและเน้นย้ำในรูปแบบต่างๆ โดยตัว นักการเมืองเองและแนวทางการสนับสนุนนโยบาย

2) กลไกปฏิบัติการ/จัดการ/และบริหาร ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติ ณ จุดปฏิบัติการ การมอบหมาย อำนาจหน้าที่ให้ผู้ปฏิบัติมีขอบเขตการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสมขณะปฏิบัติงานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

3) ความรู้และทัศนคติเชิงวิชาชีพของผู้ปฏิบัติที่มีต่องาน สถานะของงาน และผู้ใช้บริการ

4) ปัจจัยเชิงบริบทอื่นๆ เช่น ภาระงานของผู้ปฏิบัติที่มีอยู่ แรงกดดันจากภายนอกหน่วยงาน

May & Winter (2007) ทบทวนวรรณกรรมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ย้อนหลัง 25 ปี พบว่า มีการรายงานผลแตกต่างกัน แต่ผลที่แตกต่างกันนี้มาจากการระบุขอบเขต ความหมาย และที่มาของความ แตกต่างระหว่างหลักการนโยบายกับการปฏิบัติในระดับล่าง หรือเกิดจากข้อจำกัดทางทฤษฎี วิธีการ และ บริบทของการวิจัย มากกว่า จะเป็นข้อค้นพบที่ต่างกันอย่างแท้จริง โดยสรุป เพื่อให้ประสบผลสำเร็จต้อง ใส่ใจกับหน่วยงานระดับล่างร่วมด้วยซึ่งในการปฏิบัติตามนโยบายมีขั้นตอน ดังนี้

1. การพิจารณานโยบายและระดมพลัง (mobilization)

เมื่อหน่วยงานระดับล่างรับนโยบายจากหน่วยงานเหนือกว่ามา จะประเมินก่อนว่าสอดคล้องกับ เป้าหมายของหน่วยงานและตอบสนองกลุ่มเป้าหมายหรือไม่เพียงใด หาก “ไม่” ก็จะไม่ยอมรับและไม่ผูกพัน กับนโยบายเท่าที่ควร

2. การปฏิบัติ (implementation)

อาจเป็นไปได้ 3 รูปแบบคือ ไม่เกิดการปฏิบัติ เกิดการปฏิบัติโดยปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสม กับสภาพหรือข้อจำกัด จึงอาจไม่เป็นไปตามนโยบาย และมีการเรียนรู้เฉพาะเทคโนโลยี (technological learning) แต่ไม่เกิดการปฏิบัติตามนโยบาย

3. การทำให้เป็นระบบหรือเกิดความต่อเนื่อง (institutionalization or continuation)

ข้อนี้ไปถึงความสำเร็จที่แท้จริงหรือผลลัพธ์ในระยะยาวของนโยบาย แม้ว่าจะระยะเวลานโยบายนั้น ได้สิ้นสุดแล้ว แต่ยังมี การปฏิบัติต่อเนื่อง จนกลายเป็นงานประจำของผู้ปฏิบัติ

สำหรับนโยบายแบบมีส่วนร่วม ความร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบายเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ การไม่ให้ความร่วมมืออาจเกิดจาก

1. ขาดการสื่อสารนโยบายไปยังกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายไม่รับรู้ว่าจะเหมาะสมสำหรับพวกเขา หรือไม่ชัดเจนว่าพวกเขาถูกคาดหวังให้ทำอะไร

2. กลุ่มเป้าหมายไม่มีเวลา ทักษะ ทรัพยากร หรือความสามารถ ที่จะเข้าร่วมนโยบาย

3. กลุ่มเป้าหมายไม่เห็นด้วยกับนโยบาย (ด้านทฤษฎีหรือการนำไปปฏิบัติ) ไม่ให้ความสำคัญกับเรื่อง นั้น หรือขัดแย้งกับผลประโยชน์ส่วนตน หรือวิธีการพัฒนานโยบายไม่เหมาะสม

4. ปฏิบัติตามได้ยาก แม้ว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ต้องการเข้าร่วมนโยบาย

5. ประชาชนรับรู้ ว่า รัฐบาลหรือหน่วยงานรัฐออกนโยบายมาอย่างไม่ชอบธรรมหรือไม่ถูกต้องตาม กฎหมาย จึงไม่ยอมรับ

⁵¹ May PJ, Winter SC. Politicians, managers, and street-level bureaucrats: Influences on Policy Implementation. JPART 2007;19:453-476.

การนำนโยบายไปปฏิบัติ มีความหมายใน 4 มิติ^{52, 53} คือ

1. ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายนโยบาย⁵⁴ กับการปฏิบัติให้บรรลุซึ่งนอกจากนโยบายต้องมีเป้าหมาย แผนงานโครงการ หรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนแล้ว ต้องมีมาตรการที่มีประสิทธิผลด้วย
2. ศักยภาพความสามารถของบุคลากรและหน่วยงาน ในการบริหารจัดการหรือผลักดันให้กลไกสำคัญทำงาน รวมทั้งทำให้กลุ่มเป้าหมายยอมรับและปฏิบัติ มุ่งสู่ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของนโยบายได้ และจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากร รวมทั้งวิชาการและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง
3. ลักษณะและระดับความสัมพันธ์ (เช่น ความร่วมมือหรือขัดแย้ง การใช้อำนาจหรือถูกใช้อำนาจ) ระหว่างหน่วยบริหารนโยบาย หน่วยปฏิบัติ กลุ่มผลประโยชน์ และกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงความจำเป็นของหน่วยปฏิบัติในการแสวงหาความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น และทำงานร่วมกัน ในการตอบสนองต่อพันธะสัญญาต่อแรงกดดันจากสภาพแวดล้อม และต่อแรงกดดันจากหน่วยงานหรือกลุ่มอิทธิพล
4. ระดับของผลลัพธ์ที่คาดหวังจากนโยบาย เปรียบเทียบกับผลหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นหรือถูกทำให้เกิดขึ้นจากนโยบาย

ในทัศนะของ Theodoulou & Kofinis (2004)⁵⁵ การปฏิบัตินโยบายมีความท้าทาย 3 ประการคือ

- 1) เป้าประสงค์ของนโยบายต้องชัดเจนซึ่งนอกจากจะช่วยกำหนดทิศแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการประเมินนโยบายในมิติความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) ประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 2) ขุมปัญญาสารสนเทศ (information intelligence) ข้อมูลและการสะท้อนกลับเป็นความจำเป็นเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการปฏิบัตินโยบายและประเมินการปฏิบัติของ actors ในเบื้องต้น ข้อมูลและการสะท้อนกลับยังเป็นมาตรวัดความร่วมมือและความขัดแย้งระหว่าง actors ด้วย
- 3) แผนยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ (strategic planning) ซึ่งผู้ประเมินภายนอกใช้เป็นกรอบการประเมินศักยภาพของ actors ตามภารกิจและเป้าประสงค์ ที่สำคัญคือ actors ก็ใช้ประเมินตนเองได้ด้วย

สรุปเงื่อนไขในการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างประสบผลสำเร็จ⁵⁶ คือ

1. มีเป้าประสงค์ชัดเจน (ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการนำไปปฏิบัติ) ที่กลุ่มเป้าหมายยอมรับและร่วมมือ ปัญหาเกิดจากการมีหลายเป้าประสงค์ที่ขัดแย้งกัน มีข้อโต้แย้งจำนวนมาก และข้อมูลไม่สมบูรณ์ เป้าประสงค์ที่เรียกร้องให้มีการปรับพฤติกรรมอย่างสุดโต่งย่อมทำให้เกิดการไม่ไว้วางใจต่อต้าน และไม่ให้ความร่วมมือ ได้อย่างมากเช่นกัน
2. มีทฤษฎีและวิทยาการรองรับ ที่เชื่อมโยงกลุ่มเป้าหมายเข้ากับเป้าประสงค์ของแผนงานโครงการของนโยบาย หมายถึงรวมถึง ความสมบูรณ์ของตัวบทนโยบาย ยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ และมีการวางแผนประเมินเพื่อสะท้อนกลับและพัฒนาการปฏิบัติ

⁵² Hambleton R. Planning system and policy implementation. *Journal of Public Policy* 1983; 3(4):379-418.

⁵³ Barrett S, Fudge C. Eds. *Policy and action: essays on the implementation of public policy*. New York: Methuen, 1981.

⁵⁴ นโยบายคือการตัดสินใจว่าจะทำอะไร (what to do) ส่วนการบริหารจัดการ ทำให้เกิดการดำเนินงานในสิ่งที่ตัดสินใจไป

⁵⁵ Theodoulou SZ, Kofinis C. *The Art of the Game: Understanding American Public Policy Making*. Belmont, CA: Wadsworth, 2004.

⁵⁶ จากกรทบทวนวรรณกรรมข้างต้นร่วมกับการสรุปจาก GRADUATE CENTER FOR PUBLIC POLICY AND ADMINISTRATION. [online]. [cited 2011 Nov 11]; Available from: URL:<http://www.csulb.edu/~msaintg/ppa590/implemen.htm>

3. มีผู้นำองค์กรที่มีทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นในการสนับสนุนวัตถุประสงค์ของนโยบาย หมายถึง กลไกโครงสร้างและการบริหารจัดการในแต่ละระดับ และการสนับสนุนที่จำเป็น

4. ได้รับการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากหุ้นส่วนที่อาจได้รับผลกระทบจากนโยบาย โดยเฉพาะหน่วยงานปฏิบัติระดับล่าง ต้องรับรู้และมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมตั้งแต่กระบวนการนโยบาย

5. เป็นนโยบายที่ไม่ขัดแย้งกับนโยบายอื่นๆ และคำนึงถึงเงื่อนไขทางสังคมเศรษฐกิจ

ในการศึกษากระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องศึกษาทบทวน/วิเคราะห์ในตัวบทนโยบายด้วยซึ่งใช้เป็นกรอบการประเมินความสำเร็จต่อไปด้วย (ภาพ 2.1) และองค์ประกอบที่มีผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติตามนโยบายแสดงดังตาราง 2.4

ภาพ 2.1 รูปแบบการศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ

การปฏิบัติ	นโยบาย	
	นโยบายดี ปฏิบัติได้ดี	นโยบายไม่ดี ปฏิบัติได้ดี
	นโยบายดี ปฏิบัติได้ไม่ดี	นโยบายไม่ดี ปฏิบัติได้ไม่ดี

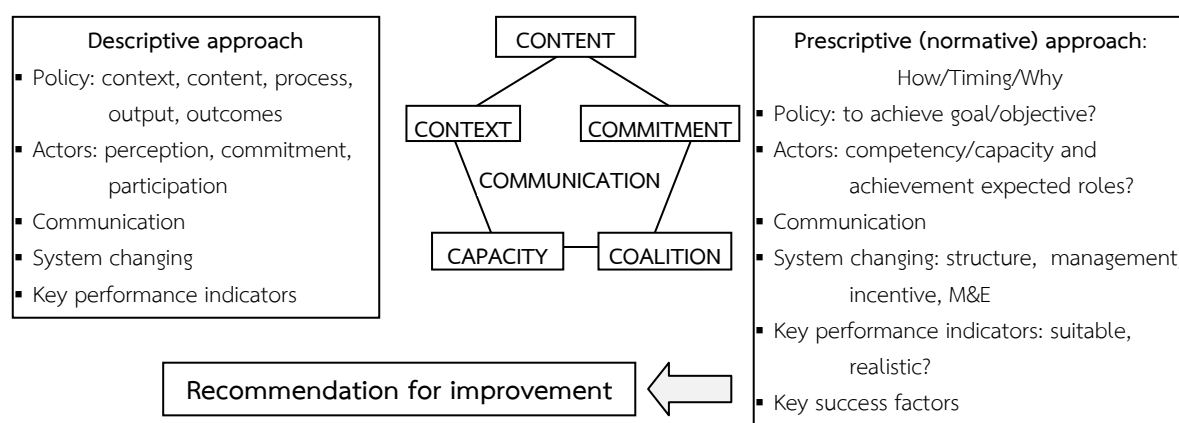
ตาราง 2.4 องค์ประกอบที่สัมพันธ์กับการประสพผลสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

องค์ประกอบ	การประสพผลสำเร็จ	
	ง่าย	ยาก
ตัวบทนโยบาย		
ระดับการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งหวัง	น้อย	มาก
เป็นเรื่องเทคนิคความรู้	ไม่ซับซ้อน	ซับซ้อน
อายุของนโยบาย	สั้น	ยาว
เป้าประสงค์ของนโยบาย	ชัดเจน	ขัดแย้งกัน
การเป็นกฎหมาย	เป็น	ไม่เป็น
ปฏิสัมพันธ์		
กลุ่มผลประโยชน์	สนับสนุน	ต่อต้าน
การสื่อสาร	ครบถ้วน	น้อย
การนำไปปฏิบัติ		
ผู้ปฏิบัติ	ทักษะความสามารถสูง	ทักษะความสามารถต่ำ
การมีส่วนร่วม	จำกัด	กว้างขวาง

ที่มา: ปรับจาก Hogwood BW, Gunn LA. Policy Analysis for the Real World. Oxford: Oxford University Press, 1984.

กรอบความคิดในการศึกษาพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมการนำนโยบายไปปฏิบัติดังกล่าวมาแล้วผนวกกับกรอบความคิด 5C Protocol ของ Brynard PA (2005)⁵⁷ (สำหรับการประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติระยะที่สอง) ได้แก่ เนื้อหาสาระของตัวบทนโยบาย (content) บริบท (context) ซึ่งรวมถึงบริบทเชิงสถาบัน⁵⁸ ที่เกี่ยวข้อง (relevant institutional context) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการยอมรับ/นำนโยบายไปปฏิบัติ มากกว่าบริบททางสังคมวัฒนธรรม/เศรษฐกิจ/การเมืองในวงกว้าง (socio-cultural /economic/political contexts) ความมุ่งมั่น (commitment) ของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์กรบริหารหลักรวมทั้งคณะกรรมการระดับชาติของแต่ละมติด้านสืบเนื่องจาก (backward relate) ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (owner) ซึ่งสัมพันธ์ (forward relate) กับความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) ในบทบาทที่รับมอบมา ศักยภาพความสามารถ (capacity) ตามบทบาทที่รับมอบ และการประสานสัมพันธ์กันอย่างมีเอกภาพระหว่างองค์กรบริหารกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (coalition of related sectors: stakeholder/interest groups) โดยมีการสื่อสาร (communication) เชื่อมโยงองค์ประกอบ 5C เข้าด้วยกัน (ภาพ 2.2)

ภาพ 2.2 กรอบแนวคิดในการศึกษา

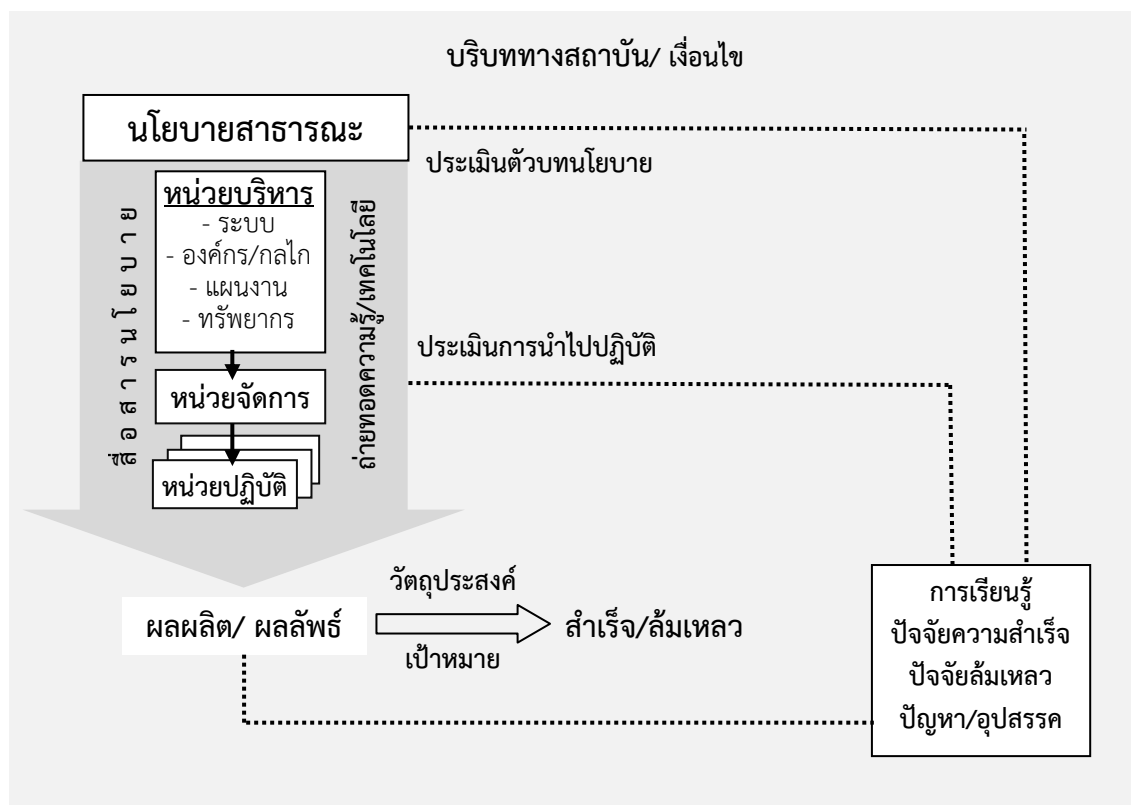


⁵⁷ Brynard PA. Policy implementation: Lessons for service delivery. 27th AAPAM annual roundtable conference, Zamezi Sun Hotel, Livingstone, Zambia. 5th-9th December 2005.

⁵⁸ ในทางสังคมศาสตร์ สถาบันคือรูปแบบของการบริหารจัดการในด้านหนึ่งๆ ที่ถูกจัดตั้งขึ้นในลักษณะเป็นทางการ สามารถแบ่งสถาบันได้ 4 แบบ คือ 1) สถาบันทางการเมือง (political power institution) ได้แก่ รัฐบาล และพรรคการเมือง 2) สถาบันทางเศรษฐกิจ (economic institution) ทำหน้าที่ผลิตและจัดสรรสินค้าและบริการทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและสาธารณะ อาจเป็นองค์กรเอกชนหรือภาครัฐ 3) สถาบันทางสังคมวัฒนธรรม (socio-cultural institution) ทำหน้าที่จัดระเบียบระเบียบในทางความเชื่อ ค่านิยม ความต้องการผลประโยชน์ และการแสดงออกในทางสังคม ได้แก่ องค์กรศาสนา กลุ่มผลประโยชน์ สมาคม 4) สถาบันทางเครือญาติ (kinship institution) ได้แก่ ครอบครัว วงศ์วานญาติ รวมถึงสมาคมเครือญาติ (Damien Kingsbury. Political Development. New York : Routledge, 2007) ในการประเมินจึงต้องทราบก่อนว่า สถาบันใดเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการนโยบายแต่ละขั้นตอน เช่น นำนโยบายไปปฏิบัติ บังคับใช้นโยบายในสังคม

ในด้านการจัดการ การนำนโยบายไปปฏิบัติและการที่จะปฏิบัติได้บรรลุวัตถุประสงค์ จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ (การสร้างระบบ จัดโครงสร้างองค์กร แผนงาน และทรัพยากร) ติดตาม และประเมินผลเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่คาดหวัง (ภาพ 2.3)

ภาพ 2.3 การประเมินผลสัมฤทธิ์ในรูปแบบนโยบายสาธารณะ



ผลการศึกษา

ความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 3 ครั้ง รวม 34 มติ มีลักษณะเด่น เช่น มียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน เช่น การเข้าถึงยาถ่วงหน้า ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน) มีแผนยุทธศาสตร์เป็นรูปธรรมที่ครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ มีเครือข่ายดำเนินงานอยู่แล้วเป็นทุนเดิม เช่น ปัญหาแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนน ระบบยา มีหน่วยงานราชการรับผิดชอบโดยตรง เช่น การแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/ทางเลือก ปัญหาแอลกอฮอล์ โรคติดต่ออุบัติใหม่ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภาวะน้ำหนักเกิน มีกลไกเดียวระดับชาติรับผิดชอบโดยตรง เช่น คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ สมัชชาครอบครัวแห่งชาติ

จากการทบทวนมติฯ นำมาสรุปเป้าหมาย ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และข้อเสนอเชิงกลไก ได้ดังตาราง 3.1 โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติซึ่งมี 12 หมวดนั้นมีลักษณะเป็นแม่บทด้านสุขภาพในความหมายกว้างรวมสุขภาพะ ปัจจัย และถูกแปลงมาเสนอเป็นมติเชิงยุทธศาสตร์หรือความร่วมมือรวมถึงมติที่มุ่งจัดการปัจจัยภายใต้บริบททางเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรม เมื่อพิจารณาสาระสำคัญของมติตามจุดมุ่งเน้นของยุทธศาสตร์หรือข้อเสนอ อาจจำแนกมติเป็น 5 กลุ่ม (ตาราง 3.1 หน้า 3- 4 ถึง 3-29) ดังนี้

1. **ระบบบริการสุขภาพ** มีภาคสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทหลัก (main actors) จำแนกตามการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้ดังนี้ มติการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพคนไทย มาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 มติการพัฒนาบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน การพัฒนาการแพทย์แผนไทยพื้นบ้าน และทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักคู่ขนานกับแผนปัจจุบัน และยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย มาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ส่วนมตินโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ มาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

2. **ระบบบริการสุขภาพร่วมกับระบบบริการสังคม** จำเป็นต้องมีการจัดบริการทางสังคมเป็นฐานร่วมกับการบริการสุขภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้แก่ มตินโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแรงงานนอกระบบ จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 และมติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

3. **การจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพเพื่อการควบคุม/ปกป้องสุขภาพ** รวมการจัดการสภาพแวดล้อม main actors ทั้งในและนอกภาคสาธารณสุขต้องทำงานร่วมกัน ปัจจัยคุกคามนั้นนอกจากจะเป็นเชื้อโรค สารอันตราย และสารปนเปื้อนต่างๆ แล้ว ยังรวมปัจจัยคุกคามด้านเศรษฐกิจ/สังคม/วัฒนธรรมที่สืบเนื่องมาจาก

นโยบายการค้าเสรีระหว่างประเทศ การให้น้ำหนักกับความเจริญทางเศรษฐกิจมากกว่าสุขภาพประชาชนและสังคม และความไม่สมดุลกันระหว่างสิทธิ/หน้าที่ความรับผิดชอบและเสรีภาพ ในประเด็นที่เป็นปัญหาระดับสังคมหรือรุนแรง มักจำเป็นต้องมีมาตรการทางกฎหมาย รวมการบังคับใช้ สำหรับการจัดการสภาพแวดล้อมของชุมชนท้องถิ่นทั้งในเขตเมืองและชนบท อาจต้องพึ่งพาทรัพยากร วิชาการ หรือการสนับสนุนจากหน่วยงานองค์กรในลำดับขั้นเหนือกว่า นอกเหนือจากกลุ่มระบบบริการสุขภาพแล้ว มติสมัชชาแห่งชาติส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ/สิ่งแวดล้อม (จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1) โรคติดต่ออุบัติใหม่ การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน (จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2) ส่วนมติยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ มาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

4. การสร้างเสริมความเข้มแข็งบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน เป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้บุคคลในครอบครัวหรือชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักรู้ สามารถต้านทานและมีศักยภาพในการรับมือหรือจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพ ภาควิชาการสาธารณะถูกคาดหวังเป็น main actors ในการขับเคลื่อนด้านการศึกษาเรียนรู้ แม่มีมติฯ มุ่งหวังให้เกิดกิจกรรมทั้งระดับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน แต่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านวิชาการ กฎหมายและงบประมาณ ได้แก่ มติผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว (จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1) การพัฒนาการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว และ การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2) ส่วนมติการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครกไม่พร้อม และนโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาพ มาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

5. การจัดการเชิงโครงสร้าง ด้วยการพยายามปรับทิศทางการกระบวนการนโยบายมหภาค เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การปฏิรูปการเมือง/ประเทศ นับเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นตอหรือรากเหง้าของปัญหา ได้แก่ มตินโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่พัฒนาธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ เกษตรและอาหารในยุควิกฤต และ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี (จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1) แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้ (จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2) และร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาพ (จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3)

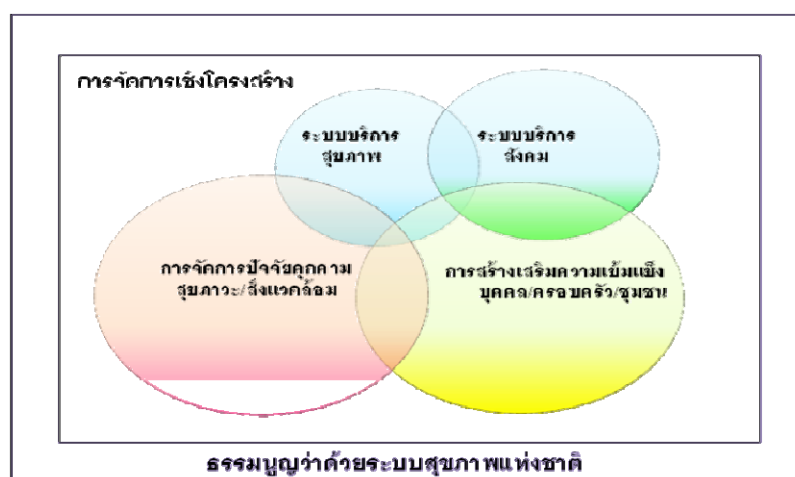
กลุ่มมติทั้ง 5 กลุ่มและความสัมพันธ์ แสดงดังภาพ 3.1 โดยมีธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นร่มใหญ่ภายใต้อุดมการณ์ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม บางมติลักษณะอยู่ในหลายกลุ่ม เช่น บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ/สิ่งแวดล้อม ในเนื้อหาหมติทั้งบทบาทในการจัดการปัจจัยคุกคาม/ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมรวมการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ และการจัดการด้านสุขภาพ (รับถ่ายโอนสถานีนอนมัย จัดงบประมาณพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ) ซึ่งอยู่ในกลุ่มระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังระบุบทบาทกระทรวงและองค์กร (เช่น สปสช. สสส.) ในการสนับสนุนและพัฒนาชุมชนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการจัดการ อนุรักษ์ ปันฟู และดูแลทรัพยากรธรรมชาติและ

สิ่งแวดล้อม แต่เมื่อพิจารณาสาระหรือเป้าประสงค์หลักเน้นบทบาท อปท. ในการจัดการปัจจัยคุกคามเพื่อสร้างสุขภาวะของชุมชนท้องถิ่น

สำหรับการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมี 4 กลุ่มยุทธศาสตร์หลัก คือ ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม ต่อเนื่องสม่ำเสมอ พัฒนาและสนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดบริการดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงผลกระทบทางสุขภาพ และพัฒนาความเข้มแข็งของกระบวนการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จึงคาบเกี่ยวระหว่างกลุ่มการสร้างเสริมความเข้มแข็งบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน (กลุ่มยุทธศาสตร์ที่ 1, 2 และ 4) และกลุ่มระบบบริการสุขภาพ (กลุ่มยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 4) และหากพิจารณาถึงยุทธศาสตร์ย่อยในกลุ่มยุทธศาสตร์ที่ 1 พบว่า ระบุถึงการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพ คือ อาหารไขมัน/น้ำตาล/ โซเดียมสูง

ดังนั้น หากมีการทบทวนสาระสำคัญหรือแก่นของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นอกจากจะทำให้จัดกลุ่มได้ชัดเจนแล้วยังจะทำให้วางระบบการติดตามและประเมินมีประสิทธิภาพด้วย เพราะจะสามารถติดตามประเมินได้ตรงจุด (precision)

ภาพ 3.1 การจัดกลุ่มมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1-3 (34 มติ)



ในการจัดกลุ่มมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวข้างต้น ไม่ได้ใช้ข้อมูลต่อไปนี้

- องค์กรผู้เสนอมติฯ เพราะข้อมูลมักไม่ชัดเจน ไม่สามารถระบุได้อย่างตายตัว เนื่องจากในกระบวนการจัดทำข้อเสนอ มักมีหลายองค์กรหน่วยงาน และเมื่อเนื้อหาสาระสำคัญของมติถูกปรับในกระบวนการสมัชชาฯ เบี่ยงเบนไปจากร่างเดิม ความรู้สึกเป็นเจ้าของอาจลดทอนลง
- การขับเคลื่อนจนเกิดการนำไปปฏิบัติเป็นรูปธรรม เพราะเจตนารมณ์ย่อมหวังให้เกิดการนำไปปฏิบัติในทุกมิติ บางมติอาจมีหลายยุทธศาสตร์หรือหลายมาตรการ ซึ่งหนึ่งในนั้นอาจเป็นเพียงการสร้างกระแส
- ความก้าวหน้าในการดำเนินงานในแต่ละมติฯ เพราะเป็นผลของการนำไปปฏิบัติซึ่งเกิดขึ้นในภายหลัง

ตาราง 3.1 สรุปมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 34 มติ

กลุ่ม	สมัชชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
-	1	ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (1) (ตามบทบัญญัติ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้เสนอกรม.เห็นชอบแล้วรายงานต่อรัฐสภา และประกาศในราชกิจจานุเบกษา และให้มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน)	1. มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นรูปธรรม 2. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อม/สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างหลากหลายและเป็นรูปธรรม 3. มีการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน/สังคม อย่างสมดุลและเชื่อมโยงกันตามหลักการ 4. มีชุมชนท้องถิ่นที่เข้มแข็งด้านสุขภาพร้อยละ ๘๐ ของตำบลทั่วประเทศ 5. รัฐมีเอกภาพในการป้องกัน/ควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทุกระดับ 6. ชุมชนเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการป้องกัน/ควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่ 7. ระบบบริการปฐมภูมิได้รับการยอมรับ/ไว้วางใจ/มีศักดิ์ศรี/เป็นที่พึ่งหลักของประชาชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นโดยสนับสนุนให้ชุมชน/ท้องถิ่นสร้างเสริมสุขภาพและพึ่งตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น 8. มีระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรมในทุกระดับ	• ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ • คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ • การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ • การสร้างเสริมสุขภาพ • การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ • การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ • การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ • การคุ้มครองผู้บริโภค • การสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ • การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ • การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข • การเงินการคลังด้านสุขภาพ	• รัฐบาล • กระทรวง • สสส. สปสช. สปส. • กรมบัญชีกลาง • อปท. • สถาบันวิชาการ • องค์กรวิชาชีพ • ภาคประชาสังคม • ชุมชน • ภาคเอกชน • NGO • สื่อมวลชน	1. แผนยุทธศาสตร์ 1) สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ 2) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ 2. กลไกเฝ้าระวัง ติดตาม และตรวจสอบสินค้าและบริการในแต่ละระดับ 3. กลไกกำหนดทิศทางและนโยบายการสร้าง/จัดการ/สื่อสาร/เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ บริหารนโยบาย ติดตามประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง รวมการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรวิจัยด้านสุขภาพ 4. กลไกนำข้อมูลสุขภาพสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และเฝ้าระวังเพื่อป้องกัน/ควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ 5. กลไกตรวจสอบกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการเตือนภัย คุ้มครองประชาชน และเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชน 6. กลไกกำหนดทิศทาง/นโยบายการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพ บริหารนโยบาย ติดตามดูแลและประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง รวมสนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 7. กองทุนสุขภาพของชุมชน 8. กลไกวางแผนการเงินการคลังสุขภาพระยะยาว ติดตามประเมิน สนับสนุนวิจัย

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
		ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (2) (ตามบทบัญญัติ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้เสนอกรมเห็นชอบแล้วรายงานต่อรัฐสภา และประกาศในราชกิจจานุเบกษา และให้มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน)	9. ชุมชน/ท้องถิ่นตระหนักถึงคุณค่าและมีบทบาทส่งเสริมสนับสนุน ใช้ และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/ทางเลือกอื่น เพื่อดูแลสุขภาพชุมชน/ท้องถิ่นอย่างเหมาะสม 10. สนับสนุนให้มีกลไกและทรัพยากรในการใช้/พัฒนาเป็นระบบ/องค์กรรวม 11. มีรายการยาไทย/ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างพอเพียง อย่างน้อย 10% ของรายการยาทั้งหมดและอยู่ในระบบบริการสาธารณสุข 12. มีระบบ/กลไกที่เข้มแข็งในการ 1) คัดกรองภูมิปัญญาท้องถิ่น ทุกระดับ 2) ส่งเสริมและคุ้มครองผู้บริโภครวม 13. การจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาและจัดการความรู้ในการวิจัย/ผลิต/พัฒนาบุคลากรและตำรา 14. มี รพ. แพทย์แผนไทย เป็นต้นแบบอย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง 15. ผู้บริโภคได้รับ 1) การปกป้อง/คุ้มครองสิทธิตามกฎหมาย 2) การพัฒนาศักยภาพให้ปกป้องคุ้มครองตนเอง/สังคม 3) ความรู้/เข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างเท่าทัน/ตัดสินใจได้ 4) ได้รับการชดเชยเยียวยาเหมาะสมโดยเฉพาะเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ/ทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาสในสังคม			

กลุ่ม	สมัยชาติ ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
		ธรรมนูญว่าด้วยระบบ สุขภาพแห่งชาติ (3) (ตามบทบัญญัติ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ให้เสนอ ครม.เห็นชอบแล้วรายงาน ต่อรัฐสภา และประกาศใน ราชกิจจานุเบกษา และให้มี ผลผูกพันหน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้องที่จะต้อง ดำเนินการต่อไปตามอำนาจ หน้าที่ของตน)	16. รัฐและภาคส่วนต่างๆ ลงทุนและมี บทบาทในการสร้าง/จัดการ/สื่อสาร/ เผยแพร่ความรู้ ให้เกิดระบบสุขภาพ บนฐานความรู้ในทุกกระดับ 17. ประชาชนได้รับการคุ้มครองเพื่อให้ ได้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง/เพียงพอ 18. มีระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี มี เครือข่ายครอบคลุมทั้งประเทศและ ประสานนานาชาติได้ 19. บุคลากรด้านสุขภาพมีคุณภาพ/ จริยธรรม/จิตสำนึกต่อสังคม อย่าง เพียงพอ กระจายทั่วถึง เป็นธรรม 20. บุคลากรสาธารณสุขบริการ ประชาชนแบบสหวิชาชีพ เชื่อม ประสานกับกำลังคนอื่นในระบบฯ 21. สัดส่วนรายจ่ายค่า บริการของ ครุภัณฑ์ไม่เกิน 20% ของรายจ่าย รวมของประเทศ ในปี 2548 22. จำนวนครุภัณฑ์ที่ประสบปัญหา วิกฤตด้านเศรษฐกิจจากการจ่าย ค่าบริการไม่เกิน 1% ในปี 2549 23. มีความเป็นธรรมในการรับ ประโยชน์จากบริการที่รัฐสนับสนุน 24. อัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้าน สุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นไม่ มากกว่าอัตราการเพิ่ม GDP 25. ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ภาค บังคับดำเนินการตามหลักการ ไม่มุ่ง ธุรกิจ			

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
ระบบบริการ สุขภาพ	1	การส่งเสริม ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยและญาติกับ บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ได้ระบุให้ขอความ เห็นชอบจาก ครม. แต่ขอให้ รัฐบาลและรัฐสภาผลักดัน เป็นวาระชาติและเร่ง กฎหมายที่ค้าง และให้เลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติเสนอ กกก./ หน่วยงาน/องค์กร/ภาคี ที่ เกี่ยวข้องดำเนินการ	- ระบบบริการทางการแพทย์มีความปลอดภัย - เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย - ธำรงรักษาความสัมพันธ์ ระหว่างการดูแลรักษา ความสมานฉันท์และร่วมมือกันในสังคมเพื่อพัฒนาให้ระบบสุขภาพเป็นที่พึงของสังคมในระยะยาว - เป้าหมายสูงสุดคือ การทำให้คนมีสุขภาพดีและสังคมมีสุขภาวะ	- ขอให้รัฐบาลและรัฐสภา 1) ผลักดันให้นโยบายสร้างความสมานฉันท์ในระบบการดูแลสุขภาพ เป็นวาระระดับชาติ 2) เร่ง กม.ที่ค้างอยู่คือ กม.คุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข และ พ.ร.ฎ.สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพรพ. - การพัฒนากลไกภาครัฐและสนับสนุนกลไกภาคประชาชน ในการจัดการ/ ให้คำปรึกษา/ข้อมูล/บริการช่วยเหลือทั้งผู้เสียหายและบุคลากรสุขภาพ - การพัฒนากระบวนการดูแลรักษา ในบริบท/ทรัพยากรที่มี โดยให้ชุมชนท้องถิ่นทุกระดับมีส่วนร่วม - ระบบคุ้มครองผู้รายงานรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการรักษาความลับของผู้ป่วย	- คณะทำงานนโยบายสาธารณะ เพื่อแก้ปัญหา (ภายใต้ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ) - กระทรวงสาธารณสุข/ ยุติธรรม - สปสข. สปส. กรมบัญชีกลาง - สถานพยาบาลรัฐ/เอกชน - กองประกอบโรคศิลปะ - สภาวิชาชีพ - บุคลากรด้านสุขภาพ - เครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข - ภาคประชาสังคม	- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล - ศูนย์สนับสนุนวิธีสาธารณสุข เป็นกลไกกลางในการแก้ไขข้อขัดแย้งที่มีอิสระ - กลไกติดตามดูแลและประสานงานกลาง ภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
ระบบบริการ สุขภาพ	1	ความเสมอภาคในการเข้าถึง และได้รับบริการ สาธารณสุขที่จำเป็น ไม่ได้ระบุให้ขอความ เห็นชอบจาก ครม. แต่ขอให้ หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการ และให้คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติจัดตั้งกลไก กำกับติดตาม		- จัดมีบริการสาธารณสุขที่หลากหลาย มีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนทั่วไป และกลุ่มเฉพาะ รวมผู้พิการ ด้วยระบบงบประมาณ/การเงินการคลังที่ยั่งยืนและเพียงพอ ด้วยการมีส่วนร่วมของ อปท. ภาคประชาสังคม และประชาชน - พัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และให้มีแผนรองรับบริการปฐมภูมิในระยะ 10 ปีข้างหน้า - จัดทำแผนปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปี เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและการบริหารจัดการ - กำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยจากพฤติกรรมเสี่ยง	- กระทรวงสาธารณสุข/คลัง (สำนักงบ กรมบัญชีกลาง)/ แรงงาน (สปส.)/มหาดไทย/ ศึกษาธิการ - สภาความมั่นคงแห่งชาติ - สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง - สปสข. สปส. กรมบัญชีกลาง - สถานพยาบาลรัฐ/เอกชน - สถาบันวิชาการ - สถานพยาบาล - อปท. - องค์กรชุมชน - สถานประกอบการ/นายจ้าง	- เวทีการประชุม/กรอบความร่วมมือกับ ประเทศเพื่อนบ้านเพื่อสุขภาวะของประชาชนในภูมิภาค - กลไกกำกับติดตาม

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
ระบบบริการ สุขภาพ	2	การพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศเพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน เสนอ กรม.อนุมัติแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ	หน่วยบริการปฐมภูมิมีความพร้อม/คุณภาพ/ศักยภาพ/สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ภายใน 5 ปีหรือ พ.ศ. 2558	- การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และแผนปฏิบัติการ (แล้วเสร็จใน 2553) และเสนอ กรม. อนุมัติให้หน่วยงานนำไปปฏิบัติ - การปรับปรุงโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขให้มี 1) กลไกกลางจัดการตามแผน 2) กลไกกำกับทิศทางและติดตามการพัฒนาในระยะยาว - การพัฒนากลไกการบริหารจัดการทรัพยากร โดยเฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ	- กระทรวงสาธารณสุข/มหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) - สปสข. สปส. กรมบัญชีกลาง - อปท. - หน่วยบริการปฐมภูมิรัฐ/เอกชน - กองประกอบโรคศิลปะ - สภาวิชาชีพ - บุคลากรด้านสุขภาพ - ภาคประชาสังคม	- กลไกกำกับทิศทางเพื่อกำกับและติดตามการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิในระยะยาว - กลไกบริหารจัดการงบและกระจายกำลังคน (รองรับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล) - กลไกอิสระติดตาม ตรวจสอบการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสข.
ระบบบริการ สุขภาพ	2	การพัฒนาการแพทย์แผนไทยพื้นบ้าน และทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักคู่ขนานกับแผนปัจจุบัน ไม่ได้ระบุให้ขอความเห็นชอบจาก กรม.แต่ให้กลไก/หน่วยงานเกี่ยวข้องดำเนินการ	- การพัฒนาตำรับยาแห่งชาติ อย่างน้อย 100 ตำรับ ใน 3 ปี - บรรจุยาไทย/ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลัก แห่งชาติ อย่างน้อย 20 รายการใน 3 ปี	- ขอให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และกองการประกอบโรคศิลปะเป็นกลไกหลักร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานให้สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 หมวด 7 - การรวมกลุ่มเครือข่าย เป็นสภาการแพทย์พื้นบ้าน/สภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย - การจัดทำแผนพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยชุมชนในด้านสุขภาพ แพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/ทางเลือก - การตรากฎหมายว่าด้วยยาไทย/จากสมุนไพรไทย - การจัดระบบบริการการแพทย์พื้นบ้าน/แผนไทย ควบคู่แผนปัจจุบัน ในระบบประกันสุขภาพ - การจัดทำแผนจัดตั้ง รพ.แพทย์แผนไทยต้นแบบใน ๔ ภูมิภาค อย่างน้อยภาคละ ๑ แห่ง	- กระทรวงสาธารณสุข(กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย กองการประกอบโรคศิลปะ)/มหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) - คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ - สปสข. สปส. กรมบัญชีกลาง - อปท. - คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย - เครือข่ายสุขภาพ/แพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/ทางเลือก	กลไกระดับจังหวัด ส่งเสริม/สนับสนุนบทบาทและพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้าน สภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
ระบบบริการ สุขภาพ	1	การเข้าถึงยาถ้วนหน้า ของประชากรไทย เสนอ กรม. เห็นชอบและสั่ง ให้ทำแผนปฏิบัติการ	• ประเทศมียาจำเป็นเพื่อ ใช้อย่างทั่วถึง ทันการณ์ และพึ่งตนเองได้ และเพื่อประโยชน์สาธารณะ • ประชาชนพึ่งตนเองในการรักษาพยาบาล เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น	1. ประสานความร่วมมือเครือข่าย 2. สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้เข้าถึงยา และมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพ 3. ส่งเสริมราคายาสอดคล้องกับค่าครองชีพ 4. พัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศ 5. ใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย 6. ใช้อย่างเหมาะสม 7. วิจัย/พัฒนายาใหม่	• คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ • สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง • กระทรวงการคลัง • องค์การเภสัชกรรม • อุตสาหกรรม/ธุรกิจยาใน/ต่างประเทศ • สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง • สภาวิชาชีพ • เครือข่ายคัมครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ • บุคลากรสุขภาพ • นักวิชาการ • ผู้ป่วย/ผู้ใช้ยา	1.สถาบันพัฒนาอุตสาหกรรมยาแห่งชาติ (บริหารกองทุนพัฒนาฯ) 2.คณะกรรมการสิทธิบัตรเภสัชภัณฑ์ (เสนอ แก้วไข พ.ร.บ.สิทธิบัตร)

กลุ่ม	สมัชชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
ระบบบริการ สุขภาพ	2	ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย เสนอ ครม. เห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานดำเนินการตามยุทธศาสตร์		- ด้านกฎหมาย ควบคุมการส่งเสริมการขายยา - การประสานความร่วมมือ 1) เครือข่ายสถาบันการศึกษาและสถานพยาบาล 2) องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ 3) ภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจยา - การเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรมโดยภาคประชาสังคม - การศึกษาเพื่อจัดทำกลไกอิสระในการติดตามตรวจสอบและรายงานสถานการณ์ แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี	- คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ - สปสข. สปส. กรมบัญชีกลาง - กระทรวงการคลัง - องค์การเภสัชกรรม - อุตสาหกรรม/ธุรกิจยาใน/ต่างประเทศ - สปสข. สปส. กรมบัญชีกลาง - สภาวิชาชีพ - เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ - บุคลากรสุขภาพ - นักวิชาการ - ผู้ป่วย/ผู้ไ้ยา - สื่อมวลชน	- คณะทำงานพัฒนาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาตามแนวทาง WHO (แล้วเสร็จใน 1 ปี) - กลไกอิสระระดับประเทศเพื่อติดตามตรวจสอบและรายงานสถานการณ์
ระบบบริการ สุขภาพ	1	สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรรภ์ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ได้ระบุให้ขอความเห็นชอบจาก ครม.แต่ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผลักดันให้เกิดนโยบายและแผนปฏิบัติการ		- การเน้นสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อสุขภาวะทางเพศ/ทักษะชีวิต สำหรับทุกเพศ/วัย - การจัดตั้งที่พักพิง/คุ้มครองสิทธิทุกจังหวัด ให้บริการครบวงจร - การสนับสนุนให้ประกันสุขภาพ รมบริการยุติการตั้งครรภ์ (ตามข้อกำหนดของกฎหมาย) - การสนับสนุนวิจัยและทำฐานข้อมูล - การพัฒนา 1) ระบบให้การปรึกษาทุกรูปแบบ 2) ระบบยุติธรรมที่ปราศจากอคติทางเพศ ในทุกระดับ	- กระทรวงศึกษา/สาธารณสุข/พม./วัฒนธรรม/ยุติธรรม สำนักงานอัยการสูงสุด - สสส. สปสข. สวรส. - องค์กรวิชาชีพ - องค์กรวิชาการ - อปท. - องค์กร/เครือข่ายเด็ก เยาวชน และครอบครัว - องค์กร/เครือข่ายผู้หญิง - ภาคประชาสังคม	- กลไกควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: ศูนย์บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ครบวงจรทุกระดับ - ที่พักพิง/คุ้มครองสิทธิทุกจังหวัด ให้บริการ ครบวงจร แก่ผู้ประสบปัญหา (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ - กองทุนสุขภาพสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ - กลไกเฝ้าระวังปัญหาสุขภาวะทางเพศในระดับท้องถิ่น

กลุ่ม	สมัย ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
ระบบบริการ สุขภาพ	1	วิกฤตเศรษฐกิจและการ ปกป้องสุขภาวะคนไทย ไม่ได้ระบุให้ขอความเห็นชอบ จาก ครม.แต่ให้รัฐบาลและ หน่วยงานดำเนินการ		• ใหัรัฐบาลและหน่วยงานดำเนินการมาตรการคุ้มครองทางสังคม (เพิ่มงบในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจัดมาตรการป้องกัน/รองรับ/ฟื้นฟูผลกระทบสำหรับผู้สูงอายุยากจน/ผู้พิการ ผู้ดกงาน/ถูกเลิกจ้าง • การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อติดตามเฝ้าระวัง/เตือนภัย • การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะระดับปฐมภูมิ • การพัฒนานโยบาย/มาตรการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อความยากจน • การปรับปรุงกระบวนการทำงานระหว่าง สปสช.และ สปส. และสังเคราะห์องค์ความรู้และบทเรียนจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540	• รัฐบาล • กระทรวงสาธารณสุข • สวรส. สสส. สกว. • สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง • อปท. • องค์กร/เครือข่ายแรงงาน	หน่วยเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบของ วิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาวะคนไทย (กระทรวงสาธารณสุข สปส. สวรส.)

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
ระบบบริการ สุขภาพ	3	นโยบายการเป็น ศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติ เสนอ ครม. เห็นชอบและมอบ หน่วยงานเกี่ยวข้อง ดำเนินการ		- การศึกษา 1) ผลกระทบ 2) การใช้มาตรการการคลัง ป้องกัน/ลดผลกระทบด้านลบจากนโยบายนี้ แนวทางให้ ภาคเอกชนในนโยบายนี้คืนกำไรให้สังคม - การไม่สนับสนุน/ไม่ให้สิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุน กับบริการสาธารณสุขที่มุ่งผลประโยชน์เชิงธุรกิจ - การดำเนินนโยบายนี้โดยไม่กระทบต่อการบริการสุขภาพ คนไทย - การจัดทำแผนการผลิต การจัดการและมาตรการธำรง รักษาบุคลากรการแพทย์/สาธารณสุขทดแทนการสูญเสีย บุคลากรจากผลกระทบของนโยบายนี้	- กสธ. (สนย. กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ) / ก.ศึกษา/ ก.พาณิชย์ - คกก.สนับสนุนการศึกษาและ ติดตามการเจรจาการค้า ระหว่างประเทศที่มี ผลกระทบต่อสุขภาพและ นโยบายสุขภาพ - คกก.กำลังคนด้านสุขภาพ แห่งชาติ - คกก.ส่งเสริมการลงทุน - สวรส. - สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง - สถานพยาบาลรัฐ/เอกชน - คณะแพทยศาสตร์ - สถาบันการศึกษา	- ระบบการติดตามและประเมินผลกระทบที่ จะเกิดกับระบบสาธารณสุขไทย - ศูนย์ข้อมูลที่มีศักยภาพในการจัดการข้อมูล และให้ความรู้แก่คนไทย

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
ระบบบริการ สุขภาพ/ บริการสังคม	2	การพัฒนาบริการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ อยู่ในภาวะพึ่งพิง ไม่ได้ระบุให้ขอความ เห็นชอบจาก ครม. แต่ขอให้ หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการ		- กำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเป็นวาระแห่งชาติ - การจัดการดูแลนี้ใช้ครอบครัว/ชุมชนเป็นฐานหลัก - การระบุงการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ไว้ในเทศบัญญัติ ข้อบัญญัติ/แผนพัฒนาท้องถิ่นพร้อมแผนพัฒนาบุคลากรที่รับผิดชอบ และฐานข้อมูลผู้สูงอายุ - พัฒนาความรู้ความเข้าใจ/ศักยภาพ อปท. ญาติผู้เกี่ยวข้อง - การจัดทำมาตรฐานการดูแล และการกำกับดูแลมาตรฐานบริการ - การให้หน่วยบริการปฐมภูมิดูแล/ฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/จัดพร้อมอุปกรณ์ และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อจำเป็น - การจัดทำหลักสูตรในทุกระดับ และการผลิตบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง	- กระทรวงพม./ มหาตไทย/ สาธารณสุข /ศึกษา/ วัฒนธรรม/แรงงาน/ คมนาคม/เกษตรและสหกรณ์ - สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง - สถานพยาบาลรัฐ/เอกชน - สถาบันวิชาการ - อปท. - องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ - สภาการพยาบาล - ชมรม/สภาผู้สูงอายุ	- คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ในชุมชน - ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ (เป็นศูนย์สาธิตแก่ อปท.) - กลไกระดับชาติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมจากชุมชน ท้องถิ่นและผู้สูงอายุ

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
ระบบบริการ สุขภาพ/ บริการสังคม	3	ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ไม่ได้ระบุให้เสนอ ครม. เห็นชอบ แต่ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติจัดทำข้อเสนอแนะต่อ ครม. และให้หน่วยงานเกี่ยวข้องดำเนินการ และให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ		1. การพัฒนาระบบการคลังเพื่อดูแลสุขภาพคนพิการให้มีความเสมอภาค (ด้วยแนวคิดและการบริหารจัดการ สอดคล้องกัน) 2. บรรจุการพัฒนาสุขภาพคนพิการ (ในแผนส่งเสริม/พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) ในแผนพัฒนายุทธศาสตร์จังหวัดและดำเนินการ 3. การพัฒนาศักยภาพสถานบริการทุกสังกัด รวมทั้งกำลังคน (แผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ) 4. การกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง 5. การพัฒนาศักยภาพการวิจัย	• คกก.พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ • คกก.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ • คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด • เครือข่ายองค์กรด้านคนพิการ • สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ • สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง • กระทรวงการคลัง /พม./สาธารณสุข/ มหาดไทย/ศึกษา/แรงงาน/คมนาคม/เทคโนโลยีสารสนเทศ/การท่องเที่ยว	• กองทุนดูแลคนพิการระดับพื้นที่ • คณะกรรมการสุขภาพคนพิการ
ระบบบริการ สุขภาพ/สังคม	1	นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแรงงานนอกระบบ ไม่ได้ระบุให้ขอความเห็นชอบจาก ครม. แต่ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งกลไกติดตามการร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและสร้างหลักประกันทางสังคมแก่แรงงานนอกระบบ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่		• การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายความปลอดภัยในการทำงานในการสนับสนุนวิชาการแก่บุคลากรสาธารณสุข/ อปท./กลุ่มแรงงานนอกระบบ • การพัฒนาจิตสำนึกความปลอดภัยในการทำงานแก่กลุ่มแรงงานนอกระบบ นายจ้าง และเจ้าของสถานประกอบการ • การสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างบูรณาการที่เหมาะสมต่อแรงงานนอกระบบ • ให้อปท.มีนโยบายการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบและดำเนินการ	• กระทรวงแรงงาน (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน) /อุตสาหกรรม /เกษตรและสหกรณ์/มหาดไทย /เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร/สาธารณสุข (กรมควบคุมโรค หน่วยบริการปฐมภูมิ) • สวรส. สสส. สกว. • สปสช. สปส. • อปท.	• ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ด้านแรงงานและการให้คำปรึกษา • กองทุนประกันความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพในชุมชน • กลไกติดตามการร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและสร้างหลักประกันทางสังคมแก่แรงงานนอกระบบ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
สร้างเสริม ความเข้มแข็ง	1	ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว ไม่ได้ระบุให้ขอความ เห็นชอบจาก ครม.แต่ให้ หน่วยงานเกี่ยวข้อง ดำเนินการ		1. ร่วมผลักดันกองทุนเพื่อการผลิตสื่อสร้างสรรค์ทุกรูปแบบ 2. การรณรงค์ให้สื่อมวลชนตระหนักถึงบทบาทการผลิตสื่อที่ดี/ รับผิดชอบต่อผลกระทบ 3. การส่งเสริม/สนับสนุนให้เกิดกลไกเรียนรู้เท่าทันสื่อ 4. การสร้างความเข้มแข็งในกระบวนการควบคุม/คัดกรองสื่อ รวม โฆษณา 5. การสนับสนุนวิจัยพัฒนาและประเมินผลกระทบ	- กระทรวง พม./ สาธารณสุข/ ศึกษา/ มหาดไทย (กรม ส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น)/ วัฒนธรรม/การ ท่องเที่ยว/ยุติธรรม/แรงงาน - สำนักงานตำรวจแห่งชาติ - สสส. - อปท. - สถานศึกษา - สภาเด็กและเยาวชนแห่ง ประเทศไทย - องค์กร/เครือข่ายเด็ก เยาวชน และครอบครัว - นักวิชาการ - ธุรกิจสื่อรวมโฆษณา - สื่อมวลชน	- คณะกรรมการ ควบคุม กำกับดูแล สื่อ อินเทอร์เน็ต และเกมคอมพิวเตอร์ - กลไกในการติดตาม

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
สร้างเสริม ความเข้มแข็ง	2	การพัฒนาโลกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็กเยาวชน และครอบครัว ไม่ได้ระบุให้ขอความเห็นชอบจาก ครม.แต่ให้รัฐบาลและหน่วยงานเกี่ยวข้อง เร่งดำเนินการ		1.การจัดทำ ร่างพ.ร.บ.ส่งเสริมครอบครัว 2. การวิจัยและพัฒนาโลก/รูปแบบสร้างเสริมสุขภาวะฯ และการขับเคลื่อน ในทุกระดับ 3.จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาวะฯ	- กระทรวง พม./ สาธารณสุข/ ศึกษา/ มหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น)/ วัฒนธรรม/การท่องเที่ยว/ยุติธรรม/แรงงาน - สำนักงานตำรวจแห่งชาติ - สสส. - อปท. - สถานศึกษา - สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย - องค์กร/เครือข่ายเด็ก เยาวชน และครอบครัว - นักวิชาการ - ธุรกิจสื่อโฆษณา - สื่อมวลชน	- คณะกรรมการร่วมเพื่อวิจัยพัฒนาโลกขับเคลื่อน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย/ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาวะของเด็กเยาวชน และครอบครัว - กลไกนโยบายสาธารณะ: กระบวนการสมัชชาครอบครัวแห่งชาติ

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
สร้างเสริม ความ เข้มแข็ง	3	การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับ การตั้งครุฑไม่พร้อม ไม่ได้ระบุให้เสนอ กรม. เห็นชอบ แต่ให้หน่วยงาน เกี่ยวข้องดำเนินการ		1. การดำเนินนโยบาย/ยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยเจริญ พันธุ์แห่งชาติ และการป้องกัน/แก้ไขปัญหาเด็ก/เยาวชน ตั้งครุฑไม่พร้อมภายในปี 2554 2. การพัฒนาการเรียนการสอนเพศศึกษาและจัดระบบ แก้ปัญหา การตั้งครุฑระหว่างศึกษา 3. ให้ อปท. บรรจุนานสุภาพะทางเพศและ อนามัยการเจริญพันธุ์ในเด็ก/เยาวชน ในแผน 3 ปี และกำหนดเป็น นโยบายของ อปท. และดำเนินงาน ด้วยงบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น/พื้นที่	• คกก.พัฒนานามัยการเจริญ พันธุ์แห่งชาติ • คกก.คุ้มครองเด็กแห่งชาติ • คกก.ส่งเสริมการพัฒนาเด็ก และเยาวชนแห่งชาติ • คกก.สถานศึกษา • คกก.นโยบายเครื่องตี๋ม แอลกอฮอล์แห่งชาติ • คกก.ควบคุมเครื่องตี๋ม แอลกอฮอล์ ในพื้นที่ • เครือข่ายผู้ปกครอง/ ครอบครัวและชุมชน /เด็ก และเยาวชน • เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน • ภาคิเครือข่ายสุภาพะทางเพศ • สสส. สปสช. • กระทรวงศึกษา/พม. • สาธารณสุข/วัฒนธรรม • อปท.	• คณะกรรมการขับเคลื่อน ในระดับจังหวัด

กลุ่ม	สมัยชาติครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
สร้างเสริมความเข้มแข็ง	2	การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เสนอ ครม.เห็นชอบและมอบหมายคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการอาหารแห่งชาติทำแผนปฏิบัติการ	ระยะสั้น แผนงาน มาตรการ และการพัฒนากฎหมาย ระเบียบ รวมมาตรการทางสังคมในการจัดการปัญหาภายในปี 2554 ระยะกลาง • ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวยาวอย่างน้อย 6 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ภายในปี 2557 • พฤติกรรมบริโภคและได้รับพลังงานจากอาหารเหมาะสมตามวัย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 บริโภคผักผลไม้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 และบริโภคไขมัน/น้ำตาล/โซเดียมสูง ลดลง 50% ภายในปี 2557 • กิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ไม่น้อยกว่า 80% ภายในปี 2557 ระยะยาว • ความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกิน และโรคอ้วน ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี และ 15 ปี ขึ้นไป น้อยกว่า 10% และ 25% ตามลำดับ ภายในปี 2562	• มี 4 กลุ่มยุทธศาสตร์หลัก คือ 1) ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 2) ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสมต่อเนื่องสม่ำเสมอ 3) พัฒนาและสนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดบริการดูแลสุขภาพภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงผลกระทบทางสุขภาพ 4) พัฒนาความเข้มแข็งของกระบวนการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	• กระทรวงสาธารณสุข/ อุตสาหกรรม/เกษตรพาณิชย์/แรงงาน/คมนาคม/คลัง • คกก.อาหารแห่งชาติ • ออย. • อุตสาหกรรม/ร้านอาหาร/ร้านค้า • สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง • สสส. สปส. กรมบัญชีกลาง • อปท. • ภาคเอกชน • ชุมชน วัด โรงเรียน สถานประกอบการ ที่ทำงาน ศูนย์อาหาร • หน่วยงานวิชาการ	

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
การจัดการ ปัจจัยคุกคาม	2	โรคติดต่ออุบัติใหม่ เสนอ ครม.เห็นชอบ		• เสนอ ครม.จัดตั้งคณะกรรมการโรคติดต่ออุบัติใหม่ระดับชาติ • การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ	• กระทรวงสาธารณสุข/มหาดไทย/เกษตรฯ/ ทส./วิทย์/ศึกษา/อุตสาหกรรม/พม./แรงงาน/กลาโหม/คมนาคม • สปสช. • สำนักงานรัฐมนตรี • สำนักงานตำรวจแห่งชาติ • ภาคเอกชน • หน่วยงานวิชาการ • อปท. • ภาคประชาสังคม	กลไกจัดการปัญหาและดูแลรับผิดชอบการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ (มีอำนาจสั่งการในภาวะฉุกเฉิน)
การจัดการ ปัจจัยคุกคาม	1	ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย ไม่ได้ระบุให้ขอความเห็นชอบจาก ครม. แต่ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ		ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายและการใช้ HIA เป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	• รัฐบาล กระทรวง • สวรส. สสส. สกว. • สถาบันการศึกษา • ภาคเอกชน • สมาคมวิชาชีพ/ภาคอุตสาหกรรม/ธุรกิจ • NGO • อปท. • ชุมชน	คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
การจัดการ ปัจจัยคุกคาม	1	ยุทธศาสตร์ในการจัดการ ปัญหาจากเครื่องดัด แอลกอฮอล์ ไม่ระบุให้ขอความเห็นชอบ จาก ครม. แต่ให้ คณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติประกาศเป็นวาระ แห่งชาติและท้องถิ่น และแจ้ง ต่อ ครม.และคณะกรรมการ กระจายอำนาจให้แก่ อบท. พิจารณาดำเนินการตาม อำนาจหน้าที่อย่างเคร่งครัด ต่อไป		1. ประกาศเป็นวาระแห่งชาติและท้องถิ่น 2. การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใน 1 ปีและเสนอในสมัยชาชาติ ครั้งที่ 2 3. นโยบายทุกระดับต้องมีมาตรการเพื่อ 1) ลดการบริโภค 2) ลดความเสี่ยงของการบริโภค 3) พันฟูเยียวยาแก้ไขผู้ ประสบปัญหา ในประชากรทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และเยาวชน	• คกก.นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ (นายกฯ เป็นประธาน) • คกก.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ/จังหวัด • คกก.กระจายอำนาจให้แก่ อบท. • กระทรวงสาธารณสุข/ศึกษา/แรงงาน/พาณิชย์/คลัง (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรมสรรพสามิต) • สำนักงานตำรวจแห่งชาติ • ผู้ว่าราชการจังหวัด • อบท. • เครือข่ายควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ ศูนย์วิจัยเพื่อควบคุมการบริโภคสุรา มูลนิธิเมาไม่ขับ • สสส. สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง • อุตสาหกรรม/ธุรกิจสุรา • ผู้นำชุมชน-ศาสนา • สื่อมวลชน • ชุมชน	

กลุ่ม	สมัยชาติครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
การจัดการปัจจัยคุกคาม	2	ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ เสนอ กรม.เห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานพิจารณาดำเนินการ	- ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของสังคม - ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมความชุกของผู้บริโภค - ลดความเสี่ยงของการบริโภค (ปริมาณ/รูปแบบการบริโภค และพฤติกรรมหลังบริโภค) - จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค	การควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวาระแห่งชาติ จังหวัดและท้องถิ่น - การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ - การปรับเปลี่ยนค่านิยมและแรงสนับสนุนในการดื่ม - การลดอันตรายจากการบริโภค - การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ - การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็งโดยมีมาตรการหลัก/รอง/สนับสนุน ในแต่ละยุทธศาสตร์ โดยจัดทำแผนปฏิบัติการทุกระดับที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ	- คกก.นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ (นายภา เป็นประธาน) - คกก.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ/จังหวัด - กระทรวงสาธารณสุข/ศึกษา/แรงงาน/พาณิชย์/คลัง (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรมสรรพสามิต) - กรมการประกันภัย - สำนักงานตำรวจแห่งชาติ - ผู้ว่าราชการจังหวัด - อปท. - มูลนิธิเมาไม่ขับ - สสส. สปสช. สปส. - กรมบัญชีกลาง - อุตสาหกรรม/ธุรกิจ/ผู้ค้าสุรา - สถานประกอบการ - ผู้นำชุมชน-ศาสนา - สื่อมวลชน - ชุมชน	- ระบบการปรับอัตราภาษีสรรพสามิตสุรา - กลไกควบคุมปัญหาระดับท้องถิ่น (งบจากระบบภาษีบำรุงท้องถิ่น) - กลไกความร่วมมือในการพัฒนาหลักสูตรและสื่อ - ระบบแรงจูงใจในการไม่ดื่มและระบบจัดการปัญหา - ระบบคัดกรองผู้มีความเสี่ยงและบำบัดรักษาในระบบบริการและประกันสุขภาพ - ระบบและกลไกส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้เคยประสบปัญหา - ระบบเฝ้าระวังการปกป้องผลประโยชน์ทางธุรกิจบนผลกระทบของสังคม ในกระบวนการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกระดับ - ระบบตรวจสอบและติดตามประเมินผลการดำเนินการ

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
การจัดการ ปัจจัยคุกคาม	2	การแก้ไขปัญห อุบัติเหตุทางถนน ไม่ได้ระบุให้ขอความ เห็นชอบจาก ครม.แต่ให้ หน่วยงานเกี่ยวข้อง ดำเนินการ	ลดอัตราการสูญเสียจากอุบัติเหตุทาง ถนน (อัตราการเกิดอุบัติเหตุและ เสียชีวิตในปี 2563 ลดลงร้อยละ 50 ของอัตราในปี 2553 สวมหมวกนิรภัย คาดเข็มขัดนิรภัย งด ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่ เป็น 100% ภายในปี 2554 เพิ่มสัดส่วนการเดินทางด้วยระบบขนส่ง สาธารณะ อย่างน้อยร้อยละ ๓๐ ในอีก ๕ ปี ข้างหน้า โดยเฉพาะในเมือง ภูมิภาค	• ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนเป็นกลไกหลัก • การบังคับใช้กฎหมาย • ผลักดัน: มาตรการภาษีรถจักรยานยนต์ การยกระดับ มาตรฐานการออกแบบอนุญาตขับรถ แผนชุมชน/ มาตรการทางสังคมและท้องถิ่น ด้านความปลอดภัย • การลดระดับพาดานปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ • ผลักดันนโยบายปลอดแอลกอฮอล์ในผู้ขับรถ เชิงพาณิชย์/ สาธารณะ ภายในปี 2554 • การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ครอบคลุมและเข้าถึง ทุกกลุ่มเป้าหมาย • ผลักดันกฎหมายที่เอื้อให้ท้องถิ่น/ภาคประชาสังคมมีส่วน ร่วมพัฒนา/กำกับดูแลระบบขนส่งสาธารณะ • เร่งรัดกำหนดแบบและมาตรฐานรถโดยสารสาธารณะ	• ศูนย์อำนวยการความ ปลอดภัยทางถนน • สำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบ ธุรกิจประกันภัย • กระทรวงมหาดไทย/ สาธารณสุข/คมนาคม (กรมการขนส่งทางบก)/ ศึกษา/พม./วัฒนธรรม • สำนักงานตำรวจแห่งชาติ • ธุรกิจประกันภัย • อุตสาหกรรมยานยนต์/ผู้แทน จำหน่าย • ผู้ประกอบการรถ/เรือโดยสาร • สภาองค์กรชุมชน • อปท. • ภาคประชาสังคม • สื่อมวลชน • ผู้ขับขี่	คณะทำงานแก้ไข พ.ร.บ.คุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
การจัดการ ปัจจัยคุกคาม	3	มาตรการในการควบคุมปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ เสนอ ครม. เห็นชอบและมอบ หน่วยงานเกี่ยวข้อง ดำเนินการ		- การสนับสนุน/ดำเนินงานตาม 1) แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-7 2) กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของ WHO โดยเฉพาะการป้องกันการแทรกแซงจากอุตสาหกรรมยาสูบ - การปรับโครงสร้างภาษียาสูบ/ห้ามธุรกิจยาสูบทำกิจกรรม CSR - การให้หลักประกันการเข้าถึงการบำบัด - การห้ามโฆษณา/ส่งเสริมการตลาดประชาสัมพันธ์ /ให้ทุนทุกสื่อ - จัดการเรียนรู้/ป้องกัน และแก้ไขปัญหา/คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่	- คกก.ควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) - กระทรวงสาธารณสุข/คลัง/เทคโนโลยีสารสนเทศ/วัฒนธรรม/มหาดไทย/สำนักงานตำรวจแห่งชาติ/การท่องเที่ยว/กรมประชาสัมพันธ์/สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง - อุตสาหกรรม/ธุรกิจยาสูบ	- คณะกรรมการขับเคลื่อนและดำเนินการระดับจังหวัด - กลไกเฝ้าระวังและติดตามการโฆษณา การส่งเสริมการตลาด และการให้ทุนอุปถัมภ์ระดับจังหวัด
การจัดการ ปัจจัยคุกคาม	3	มาตรการทำให้ สังคมไทยไร้รายเฝื่อน เสนอ ครม. เห็นชอบและมอบ หน่วยงานเกี่ยวข้อง ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ และเร่งรัดการดำเนินการใน บางมาตรการ	ยกเลิกการนำเข้า/ผลิต/ จำหน่าย แร่เฝื่อนและผลิตภัณฑ์ เพื่อลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ/ สังคม/ สิ่งแวดล้อม/สุขภาพของคนงาน ผู้บริโภคและสาธารณสุขภายในปี 2555	ขอให้ ครม. มอบหมายหน่วยงานเกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ ให้สังคมไทยไร้รายเฝื่อน ดังนี้ - ยกเลิกการใช้และป้องกันอันตรายด้วยมาตรการกฎหมาย - ส่งเสริม/สนับสนุนการใช้สารทดแทนที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ รวมบริหารจัดการเพื่อควบคุม/ลด/ เลิกใช้ - เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้สาธารณสุขทราบและพัฒนา ระบบข้อมูลข่าวสาร - พัฒนาการวินิจฉัยโรคระบบเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม	- กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย กรมควบคุมโรค)/แรงงาน อุตสาหกรรม/คลัง/พาณิชย์/วิทย์/พม./มหาดไทย/ทรัพยากรธรรมชาติ - เครือข่ายองค์กรผู้บริโภค - สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง - สสส. สวรส. สกว. - สถาบันการศึกษา - อุตสาหกรรม/ธุรกิจ	- กองทุนช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากรายเฝื่อน - ศูนย์ข้อมูล (เปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณชน/หน่วยงานเกี่ยวข้อง เป็นประจำทุกปี) - แผนเฝ้าระวังปัญหาและติดตามการดำเนินงาน(นำเสนอผลสู่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง) - หน่วยตรวจประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม/สุขภาพ ในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศ

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
การจัดการ ปัจจัยคุกคาม (กลยุทธ์ การตลาด)	3	การควบคุมกลยุทธ์ การตลาดอาหาร สำหรับทารกและเด็ก เล็ก เสนอ ครม. เห็นชอบและ มอบหน่วยงานเกี่ยวข้อง ดำเนินการ	ผลักดัน ร่าง พ.ร.บ.การตลาดอาหาร ทารก/เด็กเล็ก ให้สำเร็จในปี 2555	1.การควบคุมการตลาดอาหาร/ทารก/เด็กเล็ก โดยใช้ พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ.2522 เป็นเครื่องมือ 2.การสร้างกระแสและการเฝ้าระวังการตลาด 3.การขยายสิทธิลาคลอด เพิ่มสิทธิลาเป็น 180 วัน และได้ ค่าจ้างระหว่างลา 4.การส่งเสริม/สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถาน ประกอบการ/ที่ทำงาน	- กระทรวงสาธารณสุข/ มหาดไทย/พาณิชย์/พม./ แรงงาน/อุตสาหกรรม - อปท. - สถาบันการศึกษา - สนง. คกก.สิทธิมนุษยชน แห่งชาติ - สสส. - ภาคประชาชน:เครือข่าย โภชนาการสมวัย/มูลนิธิ เครือข่ายครอบครัว มูลนิธิเพื่อ ผู้บริโภค สหพันธ์องค์กร ผู้บริโภค - องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ - ภาคเอกชน: สภาอุตสาหกรรม แห่งประเทศไทย สมาคมผู้ผลิต อาหารทารกและเด็กเล็ก สภา หอการค้าแห่งประเทศไทย สมาคมโฆษณาธุรกิจแห่ง ประเทศไทย	กองทุนสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (จากภาษีการนำเข้าหรือรายได้จากการ จำหน่ายผลิตภัณฑ์นมผสมจากต่างประเทศ)
การจัดการ ปัจจัยคุกคาม	1	บทบาทองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพ และทรัพยากรธรรมชาติ/ สิ่งแวดล้อม ไม่ได้ระบุให้ขอความ เห็นชอบจาก ครม.แต่ให้ หน่วยงานเกี่ยวข้อง ดำเนินการ		เน้นบทบาท อปท.ในการ สร้างความรู้/ความเข้าใจ แก่ประชาชน เป็นแกนหลัก จัดทำสมัชชาสุขภาพท้องถิ่น/เชิงประเด็น และจัดการใน ท้องถิ่น โดยหน่วยงานภาครัฐและมหาวิทยาลัย ส่งเสริม สนับสนุน และติดตาม	- อปท. - ชุมชน - กระทรวงสาธารณสุข/ มหาดไทย/ศึกษา/ อุตสาหกรรม/เกษตร/ ทรัพยากรธรรมชาติ - มหาวิทยาลัย - สปสข.	- กองทุนการศึกษาเฉพาะด้านเพื่อการพัฒนา บุคลากร (โดยอปท.) - กลไกประเมินผลกระทบในระดับชุมชน จังหวัด และประเทศ

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
การจัดการ ปัจจัยคุกคาม	2	การจัดการขยะอันตรายจาก ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วน ไม่ได้ระบุให้ขอความ เห็นชอบจาก ครม.แต่ให้ หน่วยงานเกี่ยวข้อง ดำเนินการ		1. นโยบาย/หลักสูตรท้องถิ่นด้านการจัดการขยะอันตรายจาก ชุมชน 2. มาตรการให้การออกแบบ/ผลิต/ใช้ผลิตภัณฑ์ปลอดภัยต่อ สุขภาพและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม 3. การรณรงค์ให้ประชาชนบริโภคปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 4. การวิจัยและพัฒนาการจัดการขยะอันตรายที่ท้องถิ่น ดำเนินการได้	- กระทรวงสาธารณสุข (กรม อนามัย กรมควบคุมโรค)/ ทรัพยากรธรรมชาติ (กรม ควบคุมมลพิษ)/ อุตสาหกรรม (กรมโรงงานอุตสาหกรรม)/ ศึกษา/มหาดไทย (กรม ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง) - อปท. - ผู้ประกอบการ - นักวิชาการ - NGO - ภาคประชาสังคม - ชุมชน	- คณะทำงานเฉพาะกิจจัดการขยะอันตราย จากชุมชน - ศูนย์บริหารจัดการขยะอันตรายจากชุมชน ระดับจังหวัด
การจัดการ ปัจจัยคุกคาม	3	การป้องกันผลกระทบต่อสุข ภาวะจากการค้าเสรีระหว่าง ประเทศ เสนอ ครม. เห็นชอบและสั่ง การหน่วยงานเกี่ยวข้อง ดำเนินการ		- การทำ HIA จากการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศรวม ภาระผูกพัน - การจัดทำกรอบการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศที่ไม่ ขัดแย้งกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ/นโยบาย/ ยุทธศาสตร์ชาติอื่น และไม่สร้างข้อผูกพันจนกว่าจะมี ข้อมูลวิชาการ - กำหนดหลักเกณฑ์/วิธีการใช้ HIA ประกอบการพิจารณา กำหนดประเภทสินค้า/ บริการ/ลงทุน/ทรัพย์สินทาง ปัญญา ในกระบวนการ การเจรจา - ประสาน/สนับสนุนกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศให้ ดำเนินงานตามมติสมัชชา	- รัฐบาล - กรมเจรจาการค้าระหว่าง ประเทศ - กระทรวงพาณิชย์/ สาธารณสุข/ศึกษา/ อุตสาหกรรม/เกษตร ทรัพยากรธรรมชาติ/ สสส. สวรส. - ภาคเอกชน/NGOที่ไม่มี ผลประโยชน์ทับซ้อน	คณะกรรมการกำกับทิศทางการประเมินผล กระทบด้านสุขภาพ (มีคณะกรรมการพัฒนา ระบบ/กลไกการประเมินผลกระทบด้าน สุขภาพ และคณะกรรมการสนับสนุน การศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าเสรี ระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ/ นโยบายสุขภาพ ร่วมเป็นกรรมการ)

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
การจัดการเชิง โครงสร้าง	3	นโยบายสนับสนุนพื้นที่ จัดการตนเองเพื่อสังคมสุข ภาวะ เสนอ ครม. พิจารณาเป็น นโยบายสำคัญ และมอบ องค์กร/เครือข่ายตามระบ จัดตั้งกลไกจัดการตนเองและ พัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่น และเสนอ คกก.ปฏิรูป (คปร.) และ คกก.สมาชิกปฏิรูป (คสป.) ใช้เป็นแนวทางจัดทำ ข้อเสนอและผลักดันเป็น รูปธรรม		1.การมีกลไกดำเนินงาน/ พัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่น ด้วยงบประมาณไม่น้อยกว่า 30 % ของงบ ดำเนินการด้านสุขภาวะ 2.การมีกลไกร่วมให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทในการทำแผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ ดำเนินงาน และติดตาม กำกับ/ประเมินผล 3.การวิจัยปฏิบัติการรูปแบบการปกครอง/โครงสร้าง/ ความสัมพันธ์ ที่เอื้อต่อการจัดการตนเองของชุมชน ท้องถิ่น ตามบริบทของพื้นที่ 4.ให้บรรจุ“พื้นที่จัดการตน เองเพื่อสังคมสุขภาวะ” เป็น ระเบียบวาระสมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เพื่อการติดตาม ประเมินผล	•สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน •เครือข่ายอปท.: สมาคม อบจ. แห่งประเทศไทย สมาคม สันนิบาตเทศบาลแห่ง ประเทศไทย สมาคมอบต. แห่งประเทศไทย •สภาองค์กรชุมชน •เครือข่ายองค์กรชุมชน/ ภาค ประชาสังคม/ สมาชิกสุขภาพ จังหวัด •คปร./คสป.	•กลไกจัดการตนเองและพัฒนาศักยภาพ ชุมชนท้องถิ่น (มีผู้แทนชุมชนในสัดส่วนไม่น้อยกว่า 60%) •กลไกจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ ในทุกระดับ (มีสัดส่วนผู้แทนภาค ประชาชน/ประชาสังคมรวมกันไม่น้อยกว่า 60%) •กลไกพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเอง ให้กับชุมชนท้องถิ่น
การจัดการเชิง โครงสร้าง	1	นโยบายแห่งชาติเพื่อการ พัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดน ภาคใต้ ให้คณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ ผลักดันให้รัฐบาล กำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติ	-	1.จัดรูปแบบการปกครองส่วนภูมิภาค/ท้องถิ่นแบบใหม่ 2.ปฏิรูประบบความยุติธรรม 3.ด้านการศึกษา 4.ด้านเศรษฐกิจ 5.ด้านการปฏิรูปสังคม ประเพณี วัฒนธรรม 6.ด้านสุขภาพ การแพทย์ สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม และ ความปลอดภัย	•รัฐบาล •กระทรวง •สวรส. สถาบันวิชาการ •สปสช. •อปท. •ผู้นำ/องค์กรศาสนา •ภาคประชาสังคม •ภาคเอกชน •ชุมชน	•ทบวงการบริหารการพัฒนาจังหวัดชายแดน ภาคใต้ •สมัชชา/สภาประชาชนจังหวัดชายแดน ภาคใต้ •คณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์ •ศาลแผนกคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม •กองทุนปราศจากดอกเบี้ยสำหรับโรงเรียน/ สถาบัน ถึงระดับบัณฑิตศึกษา •สภาเศรษฐกิจชายแดนใต้ •องค์กร/สถาบันจัดการทรัพยากรในทะเล •ศูนย์วิทยาศาสตร์อาหารฮาลาล •กองทุนประกันภัย/สวัสดิการสังคมตาม หลักการศาสนาและมีกฎหมายรองรับ •สถาบันพัฒนาผู้นำศาสนา •ศูนย์วัฒนธรรมและภาษามลายูปัตตานี •แผนแม่บทการพัฒนาสื่อมวลชนในท้องถิ่น

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
การจัดการเชิง โครงสร้าง	2	แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบน ฐานการพึ่งตนเองด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมกรณีภาคใต้ <i>ขอให้ ครม .มอบหมาย คณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทบทวนร่าง แผนพัฒนา เศรษฐกิจภาคใต้และแผนอื่น ที่เกี่ยวข้อง</i>		• บูรณาการแผนพัฒนาเศรษฐกิจภาคใต้และแผนพัฒนาอื่น ให้เน้น 1) การพัฒนาคุณภาพชีวิต/การศึกษาเพื่อสร้าง คนคุณภาพ สู่สมดุลทางสุขภาวะอย่างยั่งยืน 2) การ ส่งเสริมการเกษตรยั่งยืน และระบบเศรษฐกิจพอเพียง • ภาคประชาชนร่วมกำหนดประเด็นในการพัฒนา	• รัฐบาล • คณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ • กระทรวง • สวรส. สถาบันวิชาการ • สปสช. • อปท. • ผู้นำ/องค์กรศาสนา • ภาคประชาสังคม • ภาคเอกชน • ชุมชน	• คณะกรรมการทบทวนร่างแผนแม่บทพัฒนา พื้นที่เศรษฐกิจภาคใต้อย่างยั่งยืน • กลไกประเมินผลกระทบจากการพัฒนา
การจัดการเชิง โครงสร้าง	1	เกษตรและอาหารในยุควิกฤต <i>ไม่ได้ระบุให้ขอความเห็นชอบ จาก ครม.แต่ให้รัฐบาล หน่วยงาน และคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการ</i>	ส่งเสริมระบบเกษตรอินทรีย์แบบครบ วงจร/ ไร้สารพิษเพื่อการพึ่ง ตนเอง และความมั่นคงทางอาหารของ เกษตรกรรายย่อย	1. ส่งเสริม/สนับสนุนให้ชุมชน/ท้องถิ่นมีส่วนร่วมจัดทำและ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการพัฒนาเกษตรอินทรีย์/ไร้ สารพิษระดับพื้นที่ 2. สร้างความมั่นคงทางอาหารในทุกกลุ่มวัย 3. สนับสนุนด้านวิชาการ/ มาตรการการเงินการคลัง/ การตลาดแก่เกษตรกรรายย่อยและสืบสานให้เกิด เกษตรกรรุ่นใหม่ (ยกระดับความเป็นธรรมและความ มั่นคง ด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ สุขภาพ และส่งเสริม ศักยภาพในการรวมกลุ่มเพื่อจัดสวัสดิการช่วยเหลือ กันเอง รวมทั้งผู้ประกอบการธุรกิจเกษตรอินทรีย์ตลอด สายการผลิต	• สนง.คณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ • คณะกรรมการอาหาร แห่งชาติ • กระทรวงเกษตร/ สาธารณสุข/ศึกษา • หน่วยงานนโยบายและ ยุทธศาสตร์ความมั่นคงทาง อาหาร • เครือข่ายเกษตรกรและอาหาร • สปสช. สปส. • อปท. • นักวิชาการ • กลุ่มเกษตรกร • ภาคประชาชน	1. ระบบเฝ้าระวังเพื่อเตือนภัยวิกฤตทาง อาหาร 2. ระบบรับรองมาตรฐานและความปลอดภัย ของอาหารและสินค้าเกษตร 3. ระบบเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการใช้ สารเคมีในกลุ่มเกษตรกรและผู้บริโภค 4. กลไกเพื่อการเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทาง โภชนาการในประชากรกลุ่มเสี่ยง 5. เครือข่ายพัฒนานโยบายด้านเกษตรและ อาหารเพื่อสุขภาพ

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์/ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
การจัดการ เชิงโครงสร้าง	3	ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่ เป็นธรรม นำสังคมสู่สุข ภาวะ เสนอ ครม. เห็นชอบและ เชื่อมประสานกับ คณะกรรมการปฏิรูป (คปร.)/ คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) และผลักดันให้เป็น รูปธรรม		• การลดความเหลื่อมล้ำ/เพิ่มความเป็นธรรม สู่สังคมสุข ภาวะ โดยการปฏิรูปด้านเศรษฐกิจ/การจัดการ ทรัพยากร/สังคมและสุขภาวะ/ประชาธิปไตยและ การเมือง/การศึกษา/สื่อ • การปฏิรูประบบการวิจัยและระบบการสร้างปัญญา สาธารณะ • ปฏิรูปกระบวนการนโยบายสาธารณะ	• รัฐบาล • คปร./คสป. • สมาชิก/เครือข่ายสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ • สภาพัฒนาการเมือง • สภาองค์กรชุมชน • กระทรวง • อปท. • ชุมชน	• กลไกปฏิรูประบบการวิจัยแห่งชาติและระบบ การสร้างปัญญาสาธารณะ • กลไกจัดการความไม่เป็นธรรม ทุกระดับ
การจัดการเชิง โครงสร้าง	1	การมีส่วนร่วมของภาค ประชาชนในการกำหนด นโยบายการเจรจาการค้าเสรี ไม่ได้ระบุให้เสนอ ครม. เห็นชอบ แต่ให้หน่วยงาน เกี่ยวข้องดำเนินการ		• การส่งเสริม/สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมของภาค ประชาชนในการเสนอร่างกฎหมายขั้นตอนและวิธีการ จัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 มาตรา 190 วรรค 5 • การสนับสนุนให้ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีตัวแทน สังเกตการณ์ ติดตาม และรายงานผล • การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลการ เจรจา • การรับฟังความคิดเห็นของประชาชนอย่างน้อย 2 ครั้ง • การกำหนดหลักการ/มาตรการป้องกัน หลีกเลี่ยง และ รองรับผลกระทบจากการบังคับใช้ข้อตกลง ในกรอบเวลา และผู้รับผิดชอบชัดเจนเสนอต่อรัฐสภาก่อนเจรจาและ ก่อนลงนาม	• กระทรวงพาณิชย์ /เกษตร และสหกรณ์/ ต่างประเทศ/ ศึกษาสาธารณสุข/แรงงาน/ องค์กรวิชาการ • องค์กรวิชาชีพ • ภาคเอกชน • ภาคประชาสังคม • ภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ	คณะกรรมการศึกษาและติดตามการเจรจา การค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อ สุขภาพ/นโยบายสุขภาพ

หมายเหตุ มติที่เป็นตัวอักษรหนาและเอน เป็นมติที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ

การผลักดันและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระทำผ่าน 5 ช่องทาง¹ คือ

- 1) เสนอมติฯ ผ่าน คสช. เพื่อเสนอคณะรัฐมนตรี (ครม.) พิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการ
- 2) ทำงานร่วมกับองค์กรภาคีพัฒนาที่ข้อเสนอและมีพันธกิจตามมติฯ โดยตรง
- 3) ทำงานด้วยกระบวนการเฉพาะสำหรับมติฯ ที่ไม่มีเจ้าภาพชัดเจน หรือที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน องค์กรภาคีเครือข่าย
- 4) ประสานกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หน่วยงานระดับจังหวัด และ อปท.
- 5) สร้างการรับรู้และความเข้าใจของสาธารณะ โดยหวังให้เข้ามามีส่วนร่วมตามมติฯ อาจเป็นการดำเนินงานหรือติดตามการทำงานขององค์กรหรือหน่วยงานอื่น

จาก 34 มติ เป็นมติที่ขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี (ครม.) รวมมติที่ระบุให้รัฐบาลและรัฐสภาผลักดันเป็นนโยบาย/วาระแห่งชาติ ให้รัฐบาลอนุมัติแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ ให้รัฐบาลมอบหมายให้หน่วยงานหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องนำไปพิจารณาทบทวน รวมทั้งให้รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ซึ่งมีนัยยะถึงการให้ความเห็นชอบเช่นกัน รวม 19 มติ (จากสมัชชาชาติครั้งที่ 1, 2 และ 3 จำนวน 6, 6 และ 7 มติตามลำดับ) อีก 15 มติ ไม่ได้ระบุให้ขอความเห็นชอบจาก ครม. แต่ขอให้หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องดำเนินการ (เป็นจากสมัชชาชาติครั้งที่ 1, 2 และ 3 จำนวน 8, 5 และ 2 มติ ตามลำดับ) ดังตาราง 3.2 ทั้งนี้เป็นมติที่ ครม. เห็นชอบแล้วจำนวน 14 มติ (ซึ่งชื่อมติเป็นตัวอักษรเอนและหนา) และสรุปเป็นข้อมูลเชิงปริมาณได้ดังตาราง 3.3

ด้านการติดตามความคืบหน้า มีการจัดตั้งกลไกติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นรูปธรรมโดยในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 (ก่อนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) โดยเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ² ทั้งนี้ 25 มติถูกกำหนดให้รายงานผลดำเนินการในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เฉพาะครั้ง และส่วนใหญ่เป็นการรายงานผลเพียงครั้งเดียว มีเพียงมติมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหนี และมติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ที่ให้รายงานผลในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2 ครั้ง (ครั้งที่ 4 และ 5) และ 3 ครั้ง (ครั้งที่ 5, 7 และ 9) ตามลำดับ จำนวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ต้องรายงานผลการดำเนินงานตามรอบระยะเวลา จำแนกตามผลการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี แสดงดังตาราง 3.4

¹ อำพล จินดาวัฒนะ. พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้ว พ.ศ. 2550-2553. ใน: ศิริธร อรไชย. บก. เหลียวหลังแลหน้าสู่สมัชชาสุขภาพทศวรรษที่ 2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ปับอนด์พัลลขิง; 2554. หน้า 52.

² มติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2552 วันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ณ ห้องประชุม ตึกสันติไมตรี (หลังใน) ทำเนียบรัฐบาล

ตาราง 3.2 การระบุให้ขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีหรือให้หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องดำเนินการ

มติที่ขอความเห็นชอบจาก ครม. รวมให้รัฐบาล/รัฐสภาผลักดันเป็นนโยบาย/วาระแห่งชาติ อนุมัติแผน หรือดำเนินการ รวม 19 มติ	มติที่ขอให้หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องดำเนินการรวม 15 มติ
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (1)	ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (1)
การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ (1)	การพัฒนาการแพทย์แผนไทยพื้นบ้านและทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักคู่กับแผนปัจจุบัน (2)
การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน (2)	การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (2)
การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย (1)	ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ (3)
ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย (2)	สุขภาพทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (1)
โรคติดต่ออุบัติใหม่ (2)	การแก้ปัญหาภัยรุมไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (3)
การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (2)	ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (1)
มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยร้าว (3)	การแก้ไขปัญหามลพิษทางถนน (2)
มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ (3)	นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแรงงานนอกระบบ (1)
วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพคนไทย (1)	ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย (1)
ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (2)	ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว (1)
การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก (3)	การพัฒนาโลกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว (2)
นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ (3)	บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ/สิ่งแวดล้อม (1)
นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ (1)	การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (2)
มติแผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ภูมิภาคใต้ (2)	การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี (1)
นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (3)	
เกษตรและอาหารในยุควิกฤต (1)	
ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ (3)	
การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ (3)	

ตัวเลขในวงเล็บข้างท้าย คือ ครั้งของสมัชชาแห่งชาติ

ตาราง 3.3 จำนวนมติสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรแห่งชาติจากการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี

ครั้งสมาชิก จำนวนมติ	การเสนอ ครม. (มติ)			ผลการพิจารณา(มติ)	
	ไม่ระบุให้เสนอ	เห็นชอบ เปรียงรัด มอบหมาย ประกาศเป็นนโยบาย/วาระชาติ		เห็นชอบ	รับทราบ
1 14	9	5		4	10
2 11	2	9		6	5
3 9 *	2	7		4	4

* มติการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ ยังไม่ได้ให้นำเสนอสู่ ครม.

ตาราง 3.4 จำนวนมติสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรแห่งชาติที่ต้องรายงานผลการดำเนินงานตามรอบระยะเวลา จำแนกตามผลการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี

ครั้งสมาชิก	การพิจารณาของ ครม.		รอบรายงานในสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรแห่งชาติ		ตามระบบของ องค์กร/กลไก	ไม่ระบุ
	ผล	จำนวนมติ	ทุก 2 ปี	เฉพาะครั้ง		
1	เห็นชอบ	4	2	2	-	-
	รับทราบ	10	-	7	2	1
2	เห็นชอบ	6	-	5	-	1
	รับทราบ	5	-	4	-	1
3	เห็นชอบ	4	-	3	-	1
	รับทราบ	4	-	4	-	-
	มติฯ ที่เหลือ	1 *	1	-	-	-

* คือ มติการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

ตาราง 3.5 (หน้า 3-33 ถึง 3-64) แสดงความก้าวหน้าของมติสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรแห่งชาติ 34 มติ เปรียบเทียบกับข้อเสนอหลัก ส่วนใหญ่เป็นการขับเคลื่อนและดำเนินการโดยองค์กร/หน่วยงาน/กลไก ในส่วนกลาง อาจประมาณว่า เป็นการขับเคลื่อนและดำเนินการในส่วนที่เป็นสาระสำคัญของมติฯ ก่อน และเนื้อหาของมติฯ ส่วนที่ยังไม่ได้ขับเคลื่อนอาจมีความสำคัญรองลงไปหรือไม่ใช่สาระสำคัญที่แท้จริง

ตาราง 3.5 ความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 34 มติ

กลุ่ม	สมัชชา ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
-	1	ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ตามบทบัญญัติ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้เสนอ ครม.เห็นชอบแล้วรายงานต่อรัฐสภา และประกาศในราชกิจจานุเบกษา และให้มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน	1. แผนยุทธศาสตร์ 1) สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ 2) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ 2. กลไกเฝ้าระวัง ติดตาม และตรวจสอบสินค้าและบริการในแต่ละระดับ 3. กลไกกำหนดทิศทางและนโยบายการสร้าง/จัดการ/สื่อสาร/เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพ บริหารนโยบาย ติดตามประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง รวมการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรวิจัยด้านสุขภาพ 4. กลไกนำข้อมูลสุขภาพสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และเฝ้าระวังเพื่อป้องกัน/ควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ 5. กลไกตรวจสอบกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการเตือนภัย คุ้มครองประชาชน และเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชน 6. กลไกกำหนดทิศทาง/นโยบายการพัฒนา ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ บริหารนโยบาย ติดตามดูแลและประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง รวมสนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 7. กองทุนสุขภาพของชุมชน 8. กลไกวางแผนการเงินการคลังสุขภาพระยะยาว ติดตามประเมิน สนับสนุนวิจัย	ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 175 ง. วันที่ 2 ธ.ค.2552 (23 มี.ค.52) คสช. เห็นชอบแต่งตั้ง คกก.ติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (น.พ.บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธาน และเลขาธิการ คสช. เป็นกรรมการ/เลขานุการ) คกก.ชุดนี้แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การผลักดันธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ สู่การปฏิบัติปี ๒๕๕๓-๒๕๕๖ (นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธานอนุกรรมการ) ★ มีเป้าหมาย 3 ประการคือ 1) การได้รับการยอมรับและผูกพันเป็นฐานอ้างอิง เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานจากหน่วยงานและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน 2) เกิดการดำเนินงานทางด้านสุขภาพที่มีทิศทางสอดคล้องกับเป้าหมายของธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ และ 3) มุ่งสร้างความรู้อย่างพอเพียงเพื่อการขับเคลื่อนและหรือทบทวนปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไป ★ การขับเคลื่อน ประกอบด้วย 1) ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติเป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำแผนทุกระดับ 2) สร้างกระบวนการขับเคลื่อนสาระที่เป็นประเด็นสำคัญของธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติด้วยหลักการตลาดเชิงสังคม 3) การสื่อสารทางสังคม 4) การจัดการความรู้ และ 5) ติดตามและประเมินผล สร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อน (26 ธ.ค.52) คสช. เห็นชอบแต่งตั้ง คกก.พัฒนากฎวิจัยระบบสุขภาพ สนับสนุนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ศ.วิจารณ์ พานิช เป็นประธาน ผอ.สวรส.เป็นกรรมการ/เลขานุการ) สช. จัดส่งชุดความรู้และคู่มือ การนำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติไปใช้ระดับ อปท. และชุมชน ให้ อปท. ทั่วประเทศ และเครือข่าย อสม. มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่หลายแห่งเช่น ตำบลชะแล้ (สงขลา) เหมืองหม้อ (แพร่) ริมปิง (ลำพูน) แม่ถอด (ลำปาง) วัดโบสถ์ (พิษณุโลก) อำเภอสูงเม่น (แพร่) และเฉพาะประเด็น เช่น ลุมน้ำภูมิ (สงขลา) และกองทุนกลาง (สงขลา)	รายงานทุก 2 ปี เริ่มในสมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ 3

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
				1) การสร้างเสริมสุขภาพ - กรมอนามัย กสธ. นำไปอ้างอิงในการเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนานามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗) และ กรม. ประกาศเป็นนโยบายประเทศ - เม.ย.54 สนย. สป.กสธ. เผยแพร่กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ พ.ศ.2554-8 2) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ - มีการพัฒนาระบบและกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่ง คสช.ประกาศใช้หลักเกณฑ์การใช้การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในระดับนโยบาย และมีการนำไปใช้ในหลายชุมชน - มีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย “โรคติดต่ออุบัติใหม่” เสนอต่อ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปัจจุบัน กรม. เห็นชอบ และ มอบหมาย กสธ. ดำเนินการ - มีการจัดตั้งเครือข่าย “ชมช่องว่างทางสังคม” เป็นกลไกร่วมในการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เคลื่อนไหวทางสังคม เผยแพร่ต่อสาธารณะเพื่อสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ 3) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ - มีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย “การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ” “การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย” และ “นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” เสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ 4) การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ - มีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย “การพัฒนาการแพทย์แผนไทย / พื้นบ้าน/และทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน” เสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 - มีการจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยแห่งแรกที่สกลนคร	

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
				5.การคุ้มครองผู้บริโภค • ใช้จัดทำร่างกฎหมายจัดตั้งองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค (ทำงานร่วมกับทางรัฐสภา) • แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำดัชนีชี้วัดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 6.การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ • ใช้จัดทำยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๙ “การจัดการความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน” 7.การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ • ใช้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแห่งชาติ ด้วยกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดย สวรส. สสส. กสธ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สช. และสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ ซึ่ง ครม. เห็นชอบแล้ว 8.การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข • ใช้จัดทำโครงการจัดการกำลังคนระดับพื้นที่ ปัจจุบัน เริ่มโครงการขับเคลื่อนแผนแม่บทกำลังคนด้านสุขภาพในภาคอีสาน • ใช้จัดเวทีสาธารณะเรื่อง หลักสูตรนานาชาติสังคมคืออะไร • คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ จัดทำแผนการลงทุนกำลังคนด้านสุขภาพ 9.การเงินการคลังด้านสุขภาพ • ใช้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 มีการตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (นายกรัฐมนตรี เป็นประธาน) เพื่อพัฒนาข้อเสนอในการสร้างความเป็นธรรมของคนไทยที่มีหลักประกันสุขภาพแตกต่างกัน	

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
บริการ สุขภาพ	1	การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ขอให้รัฐบาลและรัฐสภาพลัดต้นเป็นวาระชาติและเร่งกฎหมายที่ค้าง และให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอคณะกรรมการ/หน่วยงาน/องค์กร/ภาคี ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ	1. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2. ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข เป็นกลไกกลางในการแก้ไขข้อขัดแย้งที่มีอิสระ 3. กลไกติดตามดูแลและประสานงานกลาง ภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ	• (29 ธ.ค.51) คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการติดตามนโยบายส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ (นพ.สุพรรณ ศรีธรรมา เป็นประธาน นพ.ทินกร โนรี เป็นเลขานุการ) • (5มิ.ย.52) ภาคประชาชน (ตัวแทนเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย ชมรมเพื่อนโรคไต เครือข่ายศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน และ มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค) ยื่นร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการบริการสาธารณสุข พ.ศ.... ภาคประชาชน ต่อประธานสภาผู้แทนราษฎร • (9มิ.ย.52) ครม. เห็นชอบข้อเสนอทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ตามมติ คสช. (26 ธ.ค.51) และให้ กสธ. กระทรวงยุติธรรมและหน่วยงานเกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการต่อไป • (11ส.ค.52) สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยคณะกรรมการกฤษฎีกา (ชุดพิเศษ) ประชุมร่วมกับ กสธ. สปสช. สำนักงานศาลยุติธรรม สำนักงรับข้อพิพาท สำนักงานอัยการสูงสุด แพทยสภา สมาคมโรงพยาบาลเอกชน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และ สช. (นายโสภณ รัตนกร เป็นประธาน) พิจารณาผลประชาพิจารณ์ที่ กสธ.ดำเนินการ และข้อร้องเรียนของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เพื่อใช้เป็นข้อมูลปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ.... • (16ก.ย.52) คกก.กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบให้ปรับ บทบาทหน้าที่ของ คกก.ติดตามนโยบายส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย/ญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ให้ครอบคลุมมิติ สมัชชาชาติ I และเห็นชอบให้เร่งรัดดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการบริหารสถานบริการสาธารณสุข และการเข้าถึงเวชระเบียน • สำนักงานกฤษฎีกาพิจารณาและจัดทำบันทึกสรุปสาระสำคัญของ ร่าง พ.ร.บ.สร้างเสริมความสัมพันธ์ในระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ.... โดยจัดแบ่งเป็น 8 หมวด	รายงานทุก 2 ปี เริ่มในสมัยฯแห่งชาติครั้งที่ 3

กลุ่ม	สมัย ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
บริการ สุขภาพ	1	ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ขอให้หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการ และให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งกลไกกำกับติดตาม	- เวทีการประชุม/กรอบความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านเพื่อสุขภาวะของประชาชนในภูมิภาค - กลไกกำกับติดตาม	(16ก.พ.52) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบในหลักการให้ประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานาน หรือที่เกิดในประเทศไทยแต่ยังพิสูจน์สัญชาติไม่ได้ให้มีหลักประกันสุขภาพ และให้เสนอเรื่องเข้าสู่ ครม. เพื่อขออนุมัติในหลักการและงบประมาณจ่ายรายหัว ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 (4มี.ค.52) สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อการเฝ้าระวังสภาวะไร้รัฐ (SWIT) ทำหนังสือขึ้นชมและขอขอบคุณ สปสช. ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2552 (23 มี.ค.53) ครม.อนุมัติให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข (การส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรค) กับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตั้งแต่ 1 เม.ย. 53 ให้ สปสช. ดำเนินการและอนุมัติตั้ง “กองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” โดยจัดงบประมาณปี 2553 ให้หน่วยบริการ สำหรับ 457,409 คน เป็นเงิน 472.8ล้านบาท และขอตั้งงบประมาณชดเชย รวมทั้งงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวปรับตามโครงสร้างอายุ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 - สสส.จัดตั้งกลไกทำงานผลักดันนโยบายรัฐตามมติ ครม. 23 มี.ค.53 1) คทง.ติดตามความเคลื่อนไหวระดับนโยบาย 2) คทง.ระดับพื้นที่เพื่อช่วยเหลือประชากรกลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงบริการอย่างแท้จริง (ด้วยกลไกศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ที่มีอยู่) 3) คทง.สื่อสารสาธารณะ - จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานไทย-พม่า (ศสมช.) ในระนอง ด้วยแผนงานการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบระดับจังหวัดด้านสุขภาพ/NGO/หน่วยงานรัฐในพื้นที่ และพัฒนาโลกเพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ และจัดให้มีอาสาสมัครลำเลียงประชาชนด้านสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ในเชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน (30 มี.ย.53) ครม.แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (นายกฯ เป็นประธาน รวม.คลัง/สาธารณสุข/แรงงาน เป็นรองประธาน ผอ.สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ เป็นเลขานุการ) และเห็นชอบร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....	รายงานตามระบบรายงานขององค์กร ทุก 2 ปี

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
				• เครือข่ายสุขภาพชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง (คชส) ร่วมกับโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ (คพรส.) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาติพันธุ์ เครือข่ายประชาสังคม แพทย์ชนบท NGO ร่วมเป็นกลไกระดับพื้นที่ จัดเวทีสร้างความเข้าใจเรื่องกองทุนฯ ในระดับจังหวัด/ภาค และประสานงานร่วมกับกลไกศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคเหนือ • (30ส.ค.53) ครม. เห็นชอบแนวนโยบายฟื้นฟูวิถีชีวิตชาวกะเหรี่ยงด้วยมาตรการระยะสั้นดำเนินการใน 6-12 เดือน เสนอโดยกระทรวงวัฒนธรรม ให้กระทรวงมหาดไทยพิจารณาให้ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว บุตรที่เกิดในประเทศก็ขอสัญชาติไทยได้ตามกฎหมายสัญชาติ และให้สำนักงานสภามั่นคงแห่งชาติให้ความร่วมมือในเรื่องบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยที่อพยพเข้ามาตั้งแต่ 3 ต.ค. 2528 ให้เป็นคนต่างด้าวมีถิ่นอยู่ถาวรในไทย บุตรที่เกิดในประเทศก็ขอสัญชาติไทยได้ กระทรวงสาธารณสุข/ศึกษา/และมหาดไทยสนับสนุนทุนการศึกษาในระดับอุดมศึกษา โดยเฉพาะสาขาในการพัฒนาชุมชน และให้ สปสช.จัดสรรงบรายหัวให้ชาวกะเหรี่ยงที่ทำประวัตและมีสิทธิอาศัยในประเทศเช่นเดียวกับคนไทย • กสธ. สนับสนุน อปท. จัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ สปสช. สนับสนุนกองทุนสุขภาพตำบล ส่วน สสส. สนับสนุน ตำบลสุขภาพะ • มีตัวแทนภาคประชาชนเข้าร่วมในกลไกในระดับชาติจนถึงพื้นที่ เช่น เป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วม ระดับจังหวัดและท้องถิ่นมีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนประจำจังหวัดและ อปท. และร่วมเป็นกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพตำบล • มีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ • (16ม.ค.55) นายกฯ มอบกรมบัญชีกลางศึกษาระบบรักษาพยาบาล 3 กองทุนหลัก ให้มีบริการขั้นพื้นฐานเท่าเทียมกัน (ศึกษาโดยบริษัททิพย์ประกันภัย) • (16ก.พ.55) คกก.พัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ 1) สิทธิประโยชน์พื้นฐานของ 3 กองทุนหลัก 2) กรอบการทำงานในเรื่องผู้ป่วยฉุกเฉิน การส่งต่อให้ครอบคลุมทั้ง 3 กองทุน และ 3) กระบวนการได้มาซึ่งชุดสิทธิประโยชน์ใหม่ๆ	

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
บริการ สุขภาพ	2	การพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน เสนอ กรม.อนุมัติแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ	• กลไกกำกับทิศทางเพื่อกำกับและติดตามการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศในระยะยาว • กลไกบริหารจัดการงบและกระจายกำลังคน (รองรับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล) • กลไกอิสระติดตาม ตรวจสอบการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.	• 13 ก.ค.53 สช. จัดประชุมหารือกับ กสธ. สปสช. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สวรส. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถาบันพระบรมราชชนก และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) • ให้จัดทำ “แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” โดยให้ กสธ.เป็นแกน (เสนอ นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล รองปลัดฯ เป็นประธานคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และ นพ.เกษม เวชสุธานนท์ ผอ.สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สป.รพ.สต.) เป็นเลขานุการคณะทำงานทำงานร่วมกับ สนย. และภาคอื่นๆ สารสำคัญของแผนควรให้ความสำคัญในประเด็น กำลังคน บทบาทของท้องถิ่น และการจัดระบบบริการปฐมนิเทศในเขตเมือง ภายใน 3 เดือน • กสธ.ตั้งกลไกดูแลระบบบริการปฐมนิเทศ โดยปรับ “สำนักบริหารการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศ (สบพป.)” เป็น “สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สป.รพ.สต.)” เป็นกลไกตั้งต้นที่ทำหน้าที่ดูแลระบบบริการปฐมนิเทศตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้คณะกรรมการอำนวยการสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ยังไม่เป็นหน่วยงานอิสระ ที่มีงบประมาณรองรับชัดเจน)	• เดิมมีแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมนิเทศ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2550-4 • ในระยะเริ่มต้น เจ้าหน้าที่อาจสับสนอยู่บ้าง และการจัดสรรงบประมาณยังชะงัก ทำให้การดำเนินงานตามนโยบายนี้ล่าช้ากว่ากำหนด • กสธ. ควรจัดการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย รพ.สต. • รายงานในสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 3

กลุ่ม	สมาชิกครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
บริการสุขภาพ	2	การพัฒนาการแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน และทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักคู่ขนานกับแผนปัจจุบัน ให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และกองการประกอบโรคศิลปะเป็นกลไกหลัก ร่วมกับหน่วยงาน ภาครัฐที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ/วิชาการ/ประชาสังคมดำเนินการ • กลไกที่ควรเข้ามาเกี่ยวข้อง 1) กลไกคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์พื้นบ้านในคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ภายใต้ พรบ.คุ้มครองและส่งเสริมการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ) 2) กองทุนพื้นฟูระดับ อบต./เทศบาล (สปสช.) 3) กลไกภาคประชาสังคม (เครือข่ายหมอพื้นบ้าน 8 จังหวัดภาคเหนือ) 4) กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 5) สป. กสธ.ควรร่วมเป็นองค์กรหลักบูรณาการบทบาทและกลไกระดับจังหวัด หรือไม่	• กลไกระดับจังหวัด ส่งเสริม/สนับสนุนบทบาทและพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้าน สภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย • ระดับชุมชนท้องถิ่น 1) สภาการแพทย์พื้นบ้าน 2) แผนพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/ทางเลือก ด้วยงบ อปท. • กลไกศึกษาความเป็นไปได้ในการตรวจหาหมายยาไทยและยาจากสมุนไพรไทย เพื่อส่งเสริมการใช้ยาไทยและสมุนไพรของประเทศ • แผนปฏิบัติการ/งบเพื่อพัฒนาตำรับยาผลิตภัณฑ์ยาไทยและสมุนไพรไทย อย่างน้อย 100 ตำรับ ยาระดับชาติภายใน 3 ปี • การปรับปรุงองค์ประกอบ คกก.พัฒนาระบบยาแห่งชาติ และกระบวนการพิจารณา • บรรจุนโยบายและยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ อย่างน้อย 20 รายการใน 3 ปี • การจัดระบบบริการการแพทย์พื้นบ้าน/แผนไทย ควบคู่แผนปัจจุบัน ในหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ทุกระบบในทุกระดับ • แผนจัดตั้ง รพ.แพทย์แผนไทยต้นแบบใน 4 ภูมิภาค อย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง	• ยังไม่มีกลไกการประสานงานในส่วนกลาง ภูมิภาค และจังหวัด • มีแผนและปฏิบัติการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในบางพื้นที่ (จังหวัดอุดรธานี) • กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ได้เสนอเพิ่ม การแพทย์พื้นบ้าน เป็นอีกประเภทหนึ่งในสาขาการแพทย์แผนไทย ต่อคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย • มีการเสนอ ร่าง พ.ร.บ.การแพทย์แผนไทย พ.ศ..... ฉบับประชาชน และ ฉบับ กสธ. เข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร • คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบยาไทยและสมุนไพร (การตรา กม.) • มีการเสนอ ร่าง พ.ร.บ. ยาสมุนไพร แยกจาก พ.ร.บ.ยา • ร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 2 อยู่ระหว่างเสนอให้ ครม. เห็นชอบ (เมื่อ ครม. เห็นชอบแล้ว จะทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบยา) • คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้แต่งตั้ง คทง. ผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านยาจากสมุนไพร ซึ่งมีองค์ประกอบของแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์เพิ่มขึ้น • ประกาศรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วจำนวน 71 รายการ ในปี 2554 (เดิมมี 19 รายการ) • กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เสนออัตราค่าจ้างแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. ทั่วประเทศ ภายใน 5 ปี • สปสช. เพิ่มงบกองทุนพัฒนาการแพทย์แผนไทยทุกปี (ต่อประชากร) • คกก.พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ แต่งตั้ง คกก.เพื่อขับเคลื่อนและจัดทำร่างกรอบการจัดตั้ง รพ.แพทย์แผนไทยต้นแบบ 4 แห่ง 1) คณะทรัพยากรธรรมชาติ ม.เทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร 2) คณะแพทย์แผนไทย ม.ราชภัฏเชียงใหม่ 3) คณะแพทย์แผนไทย ม.สงขลานครินทร์ สงขลา 4) สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ • (ก.ค. 2553) ก.แรงงาน สนับสนุนโดยเพิ่มคะแนนประเมินให้สถานพยาบาลที่มีบริการนในการคัดเลือกสถานพยาบาลในดวงใจของ สปส.	• ยังไม่มีกฎหมายรองรับ การจัดตั้ง สภาการแพทย์พื้นบ้าน ควรใช้คำว่า “กลุ่ม/ชมรม/สมัชชาการแพทย์พื้นบ้าน” แทนคำว่า “สภาการแพทย์พื้นบ้าน” • อปท.ส่วนใหญ่ ยังไม่รับประเด็นนี้เป็นนโยบายหลัก • ควรผ่าน คสช. เสนอให้รัฐบาลนำผลการวิจัยการก่อตั้งสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ไปประกอบการพิจารณาแปรรูปนิติในการประชุมกรรมการบริหารวาระ 2 • ในประเทศพัฒนา ส่วนใหญ่ไม่แยก พ.ร.บ.ยาสมุนไพรและยาแผนปัจจุบัน เพราะดูแลโดยหน่วยงานรัฐหน่วยเดียวกัน • การเสนอแผนยุทธศาสตร์ฯอยู่ในช่วงเปลี่ยนรัฐบาล • ควรสนับสนุนให้บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่าง รพช. รพ.สต. และระบบสุขภาพชุมชน • รพ.แพทย์แผนไทยต้นแบบเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย กสธ.ควรประสาน/สนับสนุน • รายงานใน สมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 4 (2555)

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
บริการ สุขภาพ	1	การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย เสนอ กรม. เห็นชอบและสั่งให้ทำแผนปฏิบัติการ	1. ยุทธศาสตร์ ▪ ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา ▪ สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้เข้าถึงยา และมีส่วนร่วมดูแล สร้างเสริมสุขภาพ ▪ ส่งเสริมราคายาในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน ▪ การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ ▪ การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย ▪ การใช้ยาอย่างเหมาะสม ▪ การวิจัยและพัฒนาใหม่ 2. กลไก ▪ ยกร่างแผนปฏิบัติการ และติดตามผลการดำเนินงานตามแผน ▪ สถาบันพัฒนาอุตสาหกรรมยาแห่งชาติ (บริหารกองทุนพัฒนา) ▪ คณะกรรมการสิทธิบัตรเภสัชภัณฑ์ (เสนอแก้ไข พ.ร.บ.สิทธิบัตร) 3. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการในยุทธศาสตร์เร่งด่วน/ทันที	• กรม. มอบให้ คกก.พัฒนาระบบยาแห่งชาติ เป็นกลไกจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย และติดตามผลการปฏิบัติงาน • (2 มิ.ย.52) สช.แต่งตั้ง คกก.จัดทำแผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย (รองปลัด กสธ. เป็นประธาน เลขธิการ อย. เป็นเลขานุการ) และเสนอแผนต่อ คกก.พัฒนาระบบยาแห่งชาติ • (27พ.ค.52) สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทยจัดเสวนา การเข้าถึงยาของคนไทย...ทำไมใช้ยาแพง ?	รายงานในสมาชิกแห่งชาติครั้งที่ 3

กลุ่ม	สมัย ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
บริการ สุขภาพ	2	ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย เสนอ ครม. เห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานดำเนินการตามยุทธศาสตร์	1. ยุทธศาสตร์ ▪ ด้านกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการขายยา ▪ ประสานความร่วมมือเครือข่าย ▪ ประสานความร่วมมือองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ ▪ ประสานความร่วมมือภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจยา ▪ ภาคประชาสังคมเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม 2. กลไก ▪ คณะทำงานพัฒนาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาตามแนวทาง WHO (แล้วเสร็จใน 1 ปี) ▪ กลไกอิสระระดับประเทศเพื่อติดตามตรวจสอบและรายงานสถานการณ์	• (20 ก.ค. 53) ครม. เห็นชอบต่อ มติฯ ตามที่ คสช. เสนอและมอบคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติร่วมกับภาคส่วนที่ไม่มีส่วนได้เสียกับธุรกิจยาดำเนินการ • (2 ก.ย. 53) คกก.พัฒนาระบบยาแห่งชาติ เห็นชอบต่อ นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ • คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ • (18 ม.ค. 54) คกก. แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมจริยธรรมผู้ส่งขายและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม (ประกอบด้วย สปสช. สปส. กบก. สภาวิชาชีพ และภาคส่วนเกี่ยวข้อง) • (14 มี.ค. 54) ครม. เห็นชอบต่อ นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ • (10 ต.ค. 54) คทง.ขับเคลื่อนฯ จัดกระบวนการรับฟังความเห็นต่อร่าง หลักเกณฑ์จริยธรรมฯ • (ม.ค.55) คทง.ขับเคลื่อนฯ เสนอ ร่าง หลักเกณฑ์จริยธรรมฯ ต่อ คกก. ส่งเสริมการใช้ยาฯ และ คกก.พัฒนาระบบยาแห่งชาติตามลำดับ • คทง.ขับเคลื่อนฯ ร่วมกับ สปสช. สปส. กบก. กำลังทำแผนพัฒนาข้อเสนอจัดตั้งองค์การอิสระเพื่อจัดทำ 1) กลไกติดตามตรวจสอบและรายงานสถานการณ์ การส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมในระดับประเทศ 2) แผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมจริยธรรมผู้ส่งขายและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม พ.ศ. 2555-9	• แม้ในมติฯ จะมียุทธศาสตร์ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมฯ แต่ในทางปฏิบัติต้องพัฒนานโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติก่อน และไม่ได้มีการเตรียมงบประมาณไว้ การดำเนินการตามมติฯ จึงล่าช้ากว่ากำหนด • มีข้อเสนอให้ 1) มีการรายงานผลการดำเนินงานต่อสาธารณะเพื่อสร้างเสริมแนวปฏิบัติที่ดี มีจริยธรรม 2) พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมภาคประชาชนเป็นกลไกเสริมการทำงานของภาครัฐ 3) ให้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและสภาวิชาชีพต่างๆ เป็นหน่วยงานในการติดตามตรวจสอบ 4) ให้มีหน่วยงานรับผิดชอบกองทุนส่งเสริมองค์ความรู้โดยไม่ต้องพึ่งบริษัทฯ • รายงานในสมัยฯแห่งชาติครั้งที่ 4 (2555)

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
บริการ สุขภาพ	1	สุขภาพทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การ ตั้งครกไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผลักดัน ให้เกิดนโยบาย/แผนปฏิบัติการ และสร้าง เสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย	1. หน่วยงานดำเนินการ ▪ สร้างภูมิคุ้มกัน/ทักษะชีวิต ผ่านระบบ การศึกษา/สื่อมวลชน ▪ สร้างความเข้มแข็งแก่ระบบให้การปรึกษา ถึง ระดับชุมชนและครอบครัว ▪ ควบคุมการนำเสนอเนื้อหาของสื่อ 2. กลไก ▪ ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: ศูนย์บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญ พันธุ์ ครอบคลุมทุกระดับ ▪ ที่พักพิง/คุ้มครองสิทธิทุกจังหวัด ให้บริการ ครบวงจร แก่ผู้ประสบปัญหา ▪ (ร่าง) พ.ร.บ. คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ▪ กลไก (ระดับชาติ) ดำเนินการ ประสานงาน พัฒนา และ ติดตามประเมินผล โดยมีงบประมาณอย่างเพียงพอ ▪ กองทุนสุขภาพสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ ▪ เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพทางเพศในระดับ ท้องถิ่น	• 31 มี.ค.52 สช. จัดประชุมหน่วยงานเกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครือข่าย การทำงาน • 29 เม.ย.52 คกก.พัฒนานโยบายการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ประชุมครั้งที่ 1/2552 (รัฐมนตรีช่วย กสธ. เป็นประธาน) พิจารณาร่างนโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2552-6) • 15 ก.ค.52 ประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 1 “เกิดน้อย ไม่ด้อยคุณภาพ” จัดโดยกรมอนามัยและองค์การภาคี	รายงานในสมัยชาแห่งชาติครั้งที่ 2
บริการ สุขภาพ	1	วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพ ภาวะคนไทย ให้รัฐบาลและหน่วยงานดำเนินการ	1. ให้รัฐบาล: เพิ่มงบจัดหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า และจัดมาตรการป้องกัน/รองรับผลกระทบ สำหรับผู้สูงอายุยากจนและคนพิการ 2. ให้หน่วยงาน: สร้างเสริมสุขภาพของประชาชนใน ข้อ 1 พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริการ สาธารณสุข/จัดการกับพฤติกรรมเสี่ยง 3. กลไก: หน่วยงานเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบของ วิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพคนไทย (กระทรวง สาธารณสุข สปส. สวรส.)	• 2552 กสธ.แต่งตั้ง คกก.เฝ้าระวังและติดตามผลกระทบวิกฤต เศรษฐกิจต่อสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของไทย (ผอ. สนย.เป็น ประธาน นักวิชาการ IHPP เป็นเลขานุการ) และตั้งศูนย์ติดตาม สถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ (Health Intelligent Unit : HIU) เป็นหน่วยเฉพาะกิจ ในสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นคณะทำงาน • 27 มี.ค. 52 สสส.เห็นชอบแนวทางการขับเคลื่อน 6 ยุทธศาสตร์ รองรับผลกระทบทางสุขภาพอันเนื่องมาจากวิกฤตเศรษฐกิจ (การ จัดการความรู้และข้อมูลสารสนเทศ การสร้างทักษะในการเผชิญ วิกฤติ การสร้างคุณภาพชีวิต การส่งเสริมสถานประกอบการและ ชุมชนเข้มแข็ง การแก้ไขผลกระทบทางสังคมที่ร้ายแรง และความ มุ่งมั่นสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน) และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการกำกับทิศ ทางการดำเนินงานตามแนวทางการรองรับผลกระทบทางสุขภาพอัน เนื่องมาจากวิกฤตเศรษฐกิจ (นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน) กำหนดแนวทางการทำงานและจัดทำโครงการในแต่ละยุทธศาสตร์ และนำไปสู่การปฏิบัติ	รายงานในสมัยชาแห่งชาติครั้งที่ 2

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
บริการ สุขภาพ	3	นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติ เสนอ กรม. เห็นชอบและมอบหน่วยงาน เกี่ยวข้องดำเนินการ	- สนับสนุนข้อมูลแก่ คกก.สนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ เพื่อการศึกษา 1) ผลกระทบจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ 2) การใช้มาตรการทางการคลังป้องกันและลดผลกระทบด้านลบจากนโยบายนี้ และแนวทางให้ภาคเอกชนคืนกำไรแก่สังคมโดยยึดหลักความเป็นธรรมต่อทุกภาคส่วน - คกก.ส่งเสริมการไม่สนับสนุนหรือให้สิทธิพิเศษทางภาษี/การลงทุน แก่บริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นประโยชน์เชิงธุรกิจ (ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อ ๕๑) - ระบบการติดตามและประเมินผลกระทบที่จะเกิดกับระบบสาธารณสุขไทย - ศูนย์ข้อมูลที่มีศักยภาพในการจัดการข้อมูลและให้ความรู้แก่คนไทย		รายงานในสมัยฯแห่งชาติครั้งที่ 5

กลุ่ม	สมัย ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
บริการ สุขภาพ/ สังคม	2	การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องดำเนินการ	1. การผลักดันนโยบายท้องถิ่น(เทศบัญญัติและข้อบัญญัติท้องถิ่น) ด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนการตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผล แบบมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม 2. กลไกระดับชาติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมจากชุมชน ท้องถิ่นและผู้สูงอายุ 3. คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ในชุมชน 4. ฐานข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มภาวะพึ่งพิงในทุกตำบล/ท้องที่ 5. จัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงหรือครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ 6. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ (เป็นศูนย์สาธิตแก่ อปท.) 7. ให้สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ให้บริการทางการแพทย์/การพยาบาลขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะเพื่อกำกับดูแลมาตรฐาน 8. อาสาสมัครชุมชนดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน 9. เพิ่มเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง (ไม่ต่ำกว่าเส้นความยากจน) 10. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) มอบหมายให้หน่วยงานเกี่ยวข้องจัดทำแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในภารกิจที่รับผิดชอบ ตั้งแต่ปี 2554	• (27ก.พ.49) คกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ให้ อปท.บริหารจัดการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในท้องถิ่น (ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ คนพิการด้วย) โดย สปสช. โอนงบ 37.5 บาท/ประชากร (ในปี 2553 เพิ่มเป็น 40 บาท) ให้ท้องถิ่นจ่ายสมทบในอัตราร้อยละ 10, 20 และ 50 สำหรับ อปท.ขนาดเล็ก/กลาง/และใหญ่ ตามลำดับ ในปี 2555 อปท.เข้าร่วมโครงการร้อยละ 99 ของพื้นที่ทั้งหมด • ฐานข้อมูลฯ ยังเป็นเฉพาะพื้นที่ ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบเชิงบูรณาการระหว่าง อปท./กสธ./พม. หรือหน่วยงาน กสธ. • กระทรวง พม. มีโครงการศึกษาข้อกำหนดในการประเมินความจำเป็นของผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ประเมินจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และแนวทางการจัดบริการสวัสดิการสังคมของอปท./สมาชิกครอบครัว ให้แก่ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม • กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์แนวทาง “การจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุและคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” มี 4 แผนงาน (ให้บริการสุขภาพอนามัย/ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรผู้สูงอายุ และคนพิการ/ส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของผู้สูงอายุและคนพิการ/การบริหารจัดการระบบพัฒนาคุณภาพชีวิต) ให้อปท.จัดทำแผนงาน/งบ/และบุคคลรับผิดชอบ และปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรม ตั้งแต่ปี 2551 • ก.แรงงานจัดจ้างศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุ กรมการจัดหางานดำเนินโครงการส่งเสริมผู้สูงอายุให้ม้งานทำ ต.ค. 51-52 อบรม 175 รุ่น 4,207 คน • กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานดำเนินโครงการส่งเสริมสวัสดิการแรงงานด้านเศรษฐกิจโดยอบรมความรู้จักงานในการจัดการการเงิน/หนี้ 1 รุ่น 111 คน (ระหว่าง ม.ค.-มี.ค. 53) และจัดกิจกรรมให้ลูกจ้างรู้จักการออมในสถานประกอบการ 3,315 และ 4,329 แห่ง ระหว่าง ต.ค.-ธ.ค. 52 และ ม.ค.-มี.ค. 53 ตามลำดับ • (12 พ.ย.52) กสธ.ประกาศให้ “การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” เป็นกิจการที่เป็นอันตราย ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535	• มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ในระดับน้อย แม้จะมี คทง. ทั้งในส่วนของ กสธ. และ พม. • หลักเกณฑ์แนวทางฯ ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับผู้สูงอายุและคนพิการทั่วไป ไม่ใช้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง • อปท. มีบทบาทน้อยในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรมอนามัยอาจต้องสนับสนุนด้านความรู้ความเข้าใจและเทคนิควิชาการ รวมระบบข้อมูล • ศูนย์ดูแลเป็นของภาครัฐ อยู่ในเขตเมือง ไม่กระจายทุกจังหวัด • ขาดระบบการขึ้นทะเบียนประเภทของสถานบริการและการให้บริการชนิดต่างๆ ทั้งสถานบริการ สถานดูแลกลางวัน หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งของภาครัฐและเอกชน • การบริการสวัสดิการสังคมของอปท. มีปัญหาความต่อเนื่อง (เมื่อเปลี่ยนผู้บริหาร) และสนับสนุน การทำงานของอาสาสมัครชุมชน และการอบรม ยังไม่สามารถทำให้อาสาสมัครชุมชนมีทักษะความรู้ความเชี่ยวชาญเพียงพอ • รายงานในสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 4 (2555)

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
				• คกก.ผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) เห็นชอบการจัดทำ แผนปฏิบัติการ ผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2554-6) • กผส. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดำเนินการและติดตามประเมินผล • กผส. อนุมัติหลักการให้ใช้งบจาก “กองทุนผู้สูงอายุ” สนับสนุนการดำเนินการตามแผนฯ ในกรณีเร่งด่วน (ต้องผลักดันให้เกิดผลตามเป้าหมายที่กำหนดในปี 2554 • ร่างระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยสภาการพยาบาลเป็นแกน เพื่อเสนอต่อเครือข่ายสมาคมสุขภาพแห่งชาติ • ร่าง มาตรฐานสถานบริบาล โดย คกก.เพื่อผลักดันฯ อยู่ในขั้นตอนของกองการประกอบโรคศิลปะ (มีแนวโน้มทำเป็นศูนย์ดูแลพักพิงรายวันในชุมชน เชื่อมโยงกับ รพ.สต.) • ร่าง มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ โดยกระทรวง พม. รอการรับฟังความคิดเห็นจากสาธารณะ • (21 ม.ค.54) กสธ. แต่งตั้ง คทง.ตามแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ปลัด กสธ.เป็นประธาน ผอ.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุและ ผอ.สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวง พม. เป็นเลขานุการร่วม และจัดตั้งคณะทำงานย่อย ๑๐ ชุด ดำเนินการตามแผนนี้ • (24 ก.พ.54) สนง.ส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (กระทรวง พม.) แต่งตั้ง คทง.ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ผอ.สำนักฯ เป็นประธาน มีตัวแทนกองทุนผู้สูงอายุ กสธ. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักกิจการสตรีและครอบครัว สนง.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร เป็นคณะทำงาน) • กสธ.ดำเนินการด้าบลดันแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (ในปี 2554 มี 118 ตำบล และมี 30% ในปี 2558) • คกก.เพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร่วมกับอปท. พัฒนาเครื่องมือ “แบบประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว” และนำไปใช้ในปี 2555	

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
				- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย/อปท./และ รพสต.คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน 20 ตำบล (ม.ย.53-ก.พ.54) สภาการพยาบาลแต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการกำหนดระบบและหลักเกณฑ์มาตรฐานกิจการการให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและพัฒนาหลักสูตรการศึกษาและอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” (ประกอบด้วย ผู้แทนกระทรวง พม. กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กสธ. กศ. กระทรวงแรงงาน สภาการพยาบาล) จัดทำ ร่างกรอบการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ที่มีความเจ็บป่วย) สำหรับภาครัฐและเอกชน - ตั้งแต่ปี 54 กระทรวง พม.กำหนดให้ 1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุทั้ง 12 แห่ง เป็นศูนย์ดูแลกลางวันและดูแลชั่วคราว รวมผู้สูงอายุทั่วไปด้วย และมีหน้าที่อบรมการจัดสวัสดิการสังคม/การดูแลผู้สูงอายุแก่ อปท. 2) สถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 15 แห่งที่โอนให้ อปท. ยังคงเป็นศูนย์พึ่งพิง - มีศูนย์ฟื้นฟูสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (มักตั้งในวัด) ส่วนในภาคเอกชนให้บริการดูแลระยะยาว ดูแลกลางวัน และดูแลชั่วคราว มีหลักสูตร (ระยะสั้น) ผู้ช่วยดูแล/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของกระทรวงศึกษา สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (พม.) กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน (กระทรวงแรงงาน) และกรมอนามัย - กระทรวง พม. จัดอบรมความรู้การดูแลผู้สูงอายุแก่ จนท. อปท. 1,539 แห่ง/7,961 คน และการสร้างกลไกอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (ภาวะพึ่งพิง/มีปัญหาเดือดร้อนทางสังคม) ที่บ้าน ใน 1,539 เขต (ม.ย.54) คกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด (อบจ. ร่วมกับ สปสช.) ให้คนพิการ/ผู้สูงอายุรวมในภาวะพึ่งพิงได้รับการ/อุปกรณ์จำเป็น (26 ก.ค. 54) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นให้จังหวัดแจ้ง อบจ. ดำเนินกองทุนฟื้นฟูฯ ตามประกาศ ในปี 55 นำร่องใน 12 จังหวัด (18 ต.ค. 54) ครม. เห็นชอบให้เบี้ยยังชีพรายเดือนของผู้สูงอายุเป็นแบบขั้นบันไดโดยผู้สูงอายุ 60-69, 70-79, 80-89 และ 90 ปีขึ้นไป ได้รับ 600, 700, 800 และ 1,000 บาท ตามลำดับ	

กลุ่ม	สมัย ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
บริการ สุขภาพ/ สังคม	3	ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง ด้านสุขภาพแห่งชาติจัดทำข้อเสนอแนะต่อ กรม. และให้หน่วยงานเกี่ยวข้องดำเนินการ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้ง คณะกรรมการสุขภาพคนพิการ	- กองทุนดูแลคนพิการระดับพื้นที่ - คณะกรรมการสุขภาพคนพิการ		รายงานในสมัยฯแห่งชาติครั้งที่ 5, 7 และ 9
บริการ สุขภาพ/ สังคม	1	นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพะแรงงานนอก ระบบ ให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดตั้ง กลไกติดตามการยกร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับการคุ้มครองและสร้างหลักประกันทาง สังคมแก่แรงงานนอกระบบ รวมการบังคับ ใช้กฎหมายที่มีอยู่	6 กระทรวงและ สปสช. พัฒนาฐานข้อมูล แรงงานนอกระบบ และพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายให้สามารถสนับสนุนวิชาการแก่ บุคลากรสาธารณสุข อปท. และกลุ่มแรงงาน นอกระบบ - หน่วยงาน สนับสนุนการพัฒนาบริการ สาธารณสุข - อปท. มีนโยบายการจัดการสุขภาพของ แรงงานนอกระบบ - กลไก - ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ด้านแรงงานและ การให้คำปรึกษา - กองทุนประกันความเสี่ยงจากการประกอบ อาชีพในชุมชน (อปท.) - กลไกติดตามการยกร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับการคุ้มครองและสร้างหลักประกันทาง สังคมแก่แรงงานนอกระบบ รวมการบังคับ ใช้กฎหมายที่มีอยู่	23 เม.ย. 52 ศูนย์ประสานงานเครือข่ายแรงงานนอกระบบระดับชาติ ยื่นข้อเสนอเพื่อสร้างหลักประกันสำหรับแรงงานนอกระบบในช่วง วิกฤตเศรษฐกิจ รวม 3 ข้อ 26 พ.ค. 52 กรม. รับทราบข้อสรุปข้อเสนอของเวทีสมัยฯแรงงาน นอกระบบตามที่กระทรวงแรงงานเสนอ รวม ๔ ข้อ 23 มิ.ย. 52 กรม. เห็นชอบร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน พ.ศ.....ตามที่กระทรวงการแรงงานเสนอ และได้เสนอสภา ผู้แทนราษฎรพิจารณาต่อไป - กรม. เห็นชอบต่อร่าง พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ.... โดยจะขยายสิทธิ ประโยชน์ ผู้ประกันตนมาตรา 40 (ผู้ประกันตนภาคสมัครใจ) จาก 3 กรณี เป็น 5 กรณี 1 ก.ย. 52 กรม. รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการขยายความคุ้มครอง ประกันสังคมแก่คู่สมรสและบุตรของผู้ประกันตน ตามที่กระทรวง แรงงานเสนอ และให้กระทรวงแรงงานรับความเห็นของ กสธ. ไป พิจารณาดำเนินการต่อไป 8 ก.ย. 52 สวรส. จัดประชุมระดมความคิดเห็นทางเลือกนโยบายใน การสร้างหลักประกันสุขภาพครอบครัวผู้ประกันตนในระบบ หลักประกันสังคม 4 มิ.ย. 53 สช. จัดงานเสวนาแรงงานนอกระบบกับความมั่นคงทาง สุขภาพ 23 มิ.ย. 54 กรม. เห็นชอบร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน พ.ศ..... ตามที่กระทรวงแรงงานเสนอและให้นำเสนอสภา ผู้แทนราษฎรพิจารณาต่อไป 29 พ.ย. 54 กรม. เห็นชอบหลักการแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ แรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2555-9 ตามที่กระทรวงแรงงานเสนอ และให้ หน่วยงานเกี่ยวข้องในแผนยุทธศาสตร์ฯ ดำเนินการตามแนวทางใน แผนยุทธศาสตร์ฯ	รายงานในสมัยฯแห่งชาติครั้งที่ 2

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
สร้างเสริม ความ เข้มแข็ง	1	ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และ ครอบครัว ให้หน่วยงานเกี่ยวข้องและทุกภาคส่วน ดำเนินการ	1. ร่วมกันผลิตสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวทุกรูปแบบ 2. รณรงค์ให้สื่อมวลชนตระหนักถึงบทบาทในการผลิตสื่อ 3. สร้างความเข้มแข็งให้กับกระบวนการควบคุม และคัดกรองสื่อ 4. กลไก ▪ กองทุนในการผลิตสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว ▪ กลไกด้านการเรียนรู้เท่าทันสื่อ การพัฒนา และติดตามสื่อสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวระดับชาติ จังหวัด ชุมชน และครอบครัว ▪ คณะกรรมการควบคุมกำกับดูแล สื่อ อินเทอร์เน็ตและเกมคอมพิวเตอร์ ▪ กลไกในการติดตามการดำเนินงานตามกฎหมายควบคุมสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เกม คอมพิวเตอร์ และเกมออนไลน์	• (22 ส.ค. 51) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ พ.ศ.2551 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่งตั้งคณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ (นายกฯ เป็นประธาน รมว.กระทรวงวัฒนธรรม เป็นรองประธาน และปลัดกระทรวงวัฒนธรรม เป็นกรรมการ/เลขานุการ) มีหน้าที่เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรการในการดำเนินงานด้านการพัฒนาสื่อ ปลอดภัยและสร้างสรรค์ต่อ ครม. • (4 มี.ค.52) สภาผู้แทนราษฎรรับร่าง พ.ร.บ.จัดสรรคลื่นความถี่และ กำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียงวิทยุโทรทัศน์ และ กิจการโทรคมนาคม พ.ศ.... ในวาระที่ 1 • (18 มี.ค.52) คกก.พัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ (รอง นายกฯ ทำหน้าที่เป็นประธาน) แต่งตั้ง คกก. 5 ชุด ขับเคลื่อนงาน (จัดทำยุทธศาสตร์พัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ปราบปราม สื่อที่เป็นภัยต่อสังคม กองทุนเพื่อพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ พัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ระดับจังหวัด และศูนย์ปฏิบัติการ สื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์) • (23 มี.ค. 53) ครม.อนุมัติหลักการ ร่าง พ.ร.บ.กองทุนพัฒนาสื่อ ปลอดภัยและสร้างสรรค์ พ.ศ..... ตามที่กระทรวงวัฒนธรรมเสนอ และให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา • (12มี.ย.52) คกก.จัดทำยุทธศาสตร์สื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ เสนอยุทธศาสตร์ ต่อ คกก.สื่อปลอดภัยสร้างสรรค์ (ยุทธศาสตร์การ บังคับใช้กฎหมาย การสนับสนุนการพัฒนาสื่อปลอดภัยและ สร้างสรรค์ การสร้างเสริมวัฒนธรรมการบริโภคสื่ออย่างเหมาะสม การกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการสื่อทุกแขนงอย่างเป็นระบบ การรณรงค์และประชาสัมพันธ์) • (28 ก.ค.52) ครม.เห็นชอบร่างกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของ ประเภทภาพยนตร์ พ.ศ. และร่างกฎกระทรวงว่าด้วยการ อนุญาตและการประกอบกิจการร้านวิทยุทัศน์ พ.ศ. ตามที่ กระทรวงวัฒนธรรมเสนอ • (มี.ย. 53) สถานีวิทยุเพื่อเด็กเยาวชนและครอบครัว 105FM เป็นสื่อ วิทยุเพื่อสาธารณะอย่างเต็มรูปแบบ ไม่มีโฆษณา จัดโดยเครือข่าย วิทยุเด็กเยาวชน ร่วมกับ สสส. และสถานีโทรทัศน์แห่งประเทศไทย จัดแบ่งช่วงเวลาที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น 0600-0800 และ 1500-1800 น.สำหรับเด็กระดับชั้นอนุบาล-ประถมศึกษา • เกิด "เครือข่ายคนตัวเล็ก" สนับสนุนการเรียนรู้เพื่อเด็กและ ครอบครัวมากขึ้น	รายงานในสมาชิกแห่งชาติครั้งที่ 2

กลุ่ม	สมัย ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
สร้างเสริม ความ เข้มแข็ง	2	การพัฒนาโลกการมีส่วนร่วมเพื่อสุข ภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้รัฐบาลและหน่วยงานเกี่ยวข้อง เร่ง ดำเนินการ	1. กระทรวง พม. • เร่งจัดทำร่าง พ.ร.บ.ส่งเสริมครอบครัว • ตั้งคณะกรรมการร่วมเพื่อวิจัยพัฒนากลไก ขับเคลื่อน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย/ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว 2. กลไกนโยบายสาธารณะ: กระบวนการสมัชชา ครอบครัวแห่งชาติ	▪ (ต.ค.-ธ.ค. 52) กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานออกตรวจแรงงาน เพื่อคุ้มครองแรงงานเด็กให้ได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย ระหว่าง ต.ค.-ธ.ค. 52 และ ม.ค.-มี.ค. 53 จำนวน 534 และ 1,485 คน ตามลำดับ (กฎหมายห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีทำงาน)	รายงานในสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 3
สร้างเสริม ความ เข้มแข็ง	3	การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรกไม่ พร้อม ให้หน่วยงานเกี่ยวข้องดำเนินการ	1. การดำเนินนโยบาย/ยุทธศาสตร์การพัฒนา อนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ และการป้องกัน/ แก้ไขปัญหเด็ก/เยาวชนตั้งครรกไม่พร้อม ภายในปี 2554 2. การพัฒนาการเรียนการสอนเพศศึกษาและ จัดระบบแก้ปัญหา การตั้งครรกระหว่างศึกษา 3. ให้ อปท. บรรจุงานสุขภาวะทางเพศและ อนามัยการเจริญพันธุ์ในเด็ก/เยาวชน ในแผน 3 ปี และกำหนดเป็น นโยบายของ อปท. และ ดำเนินงานด้วยงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่น/พื้นที่ 4. กลไก: คณะกรรมการขับเคลื่อนระดับจังหวัด		รายงานในสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 5

กลุ่ม	สมัยชาติครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
สร้างเสริม ความ เข้มแข็ง	2	การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน เสนอ กรม.เห็นชอบและมอบหมาย คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ คณะกรรมการอาหารแห่งชาติทำ แผนปฏิบัติการ	• แผนปฏิบัติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ภายใน1ปี • มาตรการเร่งด่วน 1) มาตรการลักษณะสี่สัญญาณพร้อมคำเตือนในอาหารที่มีไขมัน / น้ำตาล/โซเดียม ประสานกับ คทง.จัดทำร่างแผนปฏิบัติการประเด็นการควบคุมการตลาดอาหารฯ และภาควิชาการ 2) มาตรการทางภาษีและราคาของอาหารเพื่อจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 3) ระเบียบว่าด้วยการตลาดเกี่ยวกับอาหารที่มุ่งเป้าหมายไปยังเด็ก และมีผลต่อความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	• (21 มิ.ย.53) สช.แต่งตั้ง คกก.ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน • (28 ก.ค.53) คกก.ขับเคลื่อนฯ แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วนเพื่อจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เพื่อขับเคลื่อน 3 มาตรการเร่งด่วน มาตรการ 1: 1) นิยาม/หลักเกณฑ์ปริมาณไขมัน/น้ำตาล/โซเดียม 2) ร่างตัวอย่างฉลากสี่สัญญาณและแนวทางการใช้สี่สัญญาณ เสนอต่อนายกฯ รวม.สาธารณสุข และประธาน คสช. พร้อมหนังสือขอแรงสนับสนุนการใช้มาตรการลักษณะสี่สัญญาณ 3) ข้อเสนอในการออกประกาศ กสช. บังคับใช้สี่สัญญาณในผลิตภัณฑ์อาหารเป้าหมาย มาตรการ 2: ข้อเสนอให้ดำเนินมาตรการทางภาษีและราคาในเครื่องดื่มที่มีรสหวานก่อน มาตรการ 3: 1) ร่าง เกณฑ์การควบคุมการโฆษณา/ส่งเสริมการขาย/แสดงฉลาก ที่มีผลให้บริโภคมากขึ้นหรือบริโภคด้วยเข้าใจผิด 2) ร่างระเบียบการโฆษณาและการส่งเสริมการขายอาหารเด็ก 3) ร่าง พ.ร.บ.การตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก (กำลังจัดทำ) • (16 ส.ค.53) คกก.ขับเคลื่อนฯ แต่งตั้ง คทง.จัดทำร่างแผนปฏิบัติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และส่งมอบให้ สช. (10 ต.ค.54) • ยังไม่มีกลไกขับเคลื่อน/ประชาสัมพันธ์วงกว้าง ให้ได้ความร่วมมือจากภายนอกภาคสุขภาพ และติดตามประเมินผลการนำไปปฏิบัติ • ยังมีความเห็นที่หลากหลายต่อการดำเนินการใช้มาตรการลักษณะสี่สัญญาณพร้อมคำเตือน	• ภาควิชาการขยายราชการกังวลผลกระทบต่อสถานภาพขององค์กร • ยังไม่มีการจัดเก็บภาษีอาหาร/เครื่องดื่ม เพื่อการจัดการปัญหาสุขภาพ มาตรการทางภาษีและราคาฯ จึงเป็นเรื่องใหม่ • กรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) เพิ่งเริ่มปฏิบัติงาน ยังไม่มีการบังคับใช้เกณฑ์ควบคุมโฆษณา • รายงานใน สมัชชาชาติครั้งที่ 4 (2555)

กลุ่ม	สมัย ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
การจัดการ ปัจจัย คุกคาม	2	โรคติดต่ออุบัติใหม่ เสนอ กรม.เห็นชอบ	กลไกระดับชาติ - คณะกรรมการโรคติดต่ออุบัติใหม่ระดับชาติ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ภายใน ๑ ปี - กลไกจัดการปัญหาและดูแลรับผิดชอบการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ (มีอำนาจสั่งการในภาวะฉุกเฉิน)	(16 ส.ค.53) กรม.เห็นชอบให้ “คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกันควบคุมและแก้ไขสถานการณ์โรคไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่และโรคระบาดร้ายแรงในมนุษย์” (คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 111/2553, 26 พ.ค. 53) เป็นกลไกดำเนินการตามมติ และมอบหมายกระทรวง/หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องดำเนินการ (14 ม.ค.53) คณะกรรมการอำนวยการแต่งตั้ง “คอกก.ประเมินและจัดทำแผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาระบาดโรคไข้หวัดนกและการเตรียมพร้อมรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่” (อธิบดีกรมควบคุมโรคและกรมปศุสัตว์เป็นประธาน ผู้แทน ผอ.สำนักงานงบประมาณเป็นรองประธาน) (2 มี.ค.54) กสธ. แต่งตั้ง คกก.จัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่ พ.ศ. 2555-9 ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ WHO ประจำประเทศไทย สสส. สปสช. สวรส. และสพฉ. (17 มี.ย.54) กสธ.แต่งตั้ง คทง.จัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2555-9 (แผนยังไม่แล้วเสร็จ)	- คกก.จัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ มีองค์ประกอบจากหน่วยงานภาครัฐและวิชาการ - ข้อจำกัด 1) ระดับบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ยังไม่นำพอใจ 2) การมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและสื่อ ยังน้อย - รายงานใน สมัชชาชาติแห่งชาติ ครั้งที่ 4 (2555)

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
การจัดการ ปัจจัย คุกคาม	1	ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้าน สุขภาพในสังคมไทย ให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการ ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ	- คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ - สนับสนุนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นและชุมชนก่อนมีการพัฒนานโยบายสาธารณะของท้องถิ่น หรือก่อน ดำเนินกิจกรรม	(26 ธ.ค.51) คสช. แต่งตั้ง คกก.พัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (นพ.วิพุธ พูลเจริญ เป็นประธาน สช. เป็นเลขานุการ) ดำเนินการตามมตินี้ มีศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Coordinating: HIA Co-Unit) ภายใต้ สช. เป็นสำนักงานเลขานุการของ คกก.ฯ - สช. แต่งตั้ง คทง. ยกร่างระบบ กลไก หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ (นพ.วิพุธ พูลเจริญ เป็นประธาน) (4 มิ.ย.52) คกก.พัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออกประชุมพิจารณาข้อเสนอของ คสช. และมอบหมายหน่วยงานเกี่ยวข้องดำเนินการ (26 มิ.ย.52) คสช. ประชุมเห็นชอบให้ สช. ประสานงานกับกระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานเลขาธิการอาเซียน และหน่วยงานเกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันการพัฒนาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาภูมิภาคอาเซียน (ก.ค.-ส.ค. 52) HIA Co-Unit จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากหน่วยงานภาคเอกชน เครือข่ายสมาชิกสุขภาพ ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากโครงการพัฒนาและนโยบายสาธารณะ นักวิชาการ NGO (5 ส.ค. 52) คณะกรรมการรัฐมนตรีเศรษฐกิจ (รศก.) ประชุมมอบหมายให้ 1) สนง.คกก.กฤษฎีกาเร่งพิจารณาแนวทางการได้มาซึ่งองค์กฤษฎีการัฐธรรมนูญมาตรา 67 วรรคสอง 2) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของโครงการหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง และ 3) กสธ./สช. ร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน (7 ส.ค.52) สมาคมต่อต้านสภาวะโลกร้อนทำหนังสือถึงประธาน คสช. ให้ข้อเสนอแนะต่อ ครม.เกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพและปัญหาการไม่ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 67 วรรคสอง รวม ๕ ข้อ	รายงานในสมาชิกแห่งชาติครั้งที่ 2

กลุ่ม	สมัย ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
การจัดการ ปัจจัย คุกคาม	1	ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติประกาศ เป็นวาระแห่งชาติและท้องถิ่น และแจ้งต่อ กรม.และคณะกรรมการกระจายอำนาจ ให้แก่ อปท.พิจารณาดำเนินการตามอำนาจ หน้าที่อย่างเคร่งครัด	- ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ แล้วเสร็จภายใน 1 ปี - กลไกความร่วมมือของหน่วยงานเกี่ยวข้อง ในการจัดการปัญหา - อปท.เป็นแกนหลักในระดับท้องถิ่น	(31ส.ค. 52) คกก.กระจายอำนาจให้แก่ อปท. (คกถ.) รับทราบมตินี้ (20-21ส.ค. 52) การประชุมสัมมนาระดับชาติ เรื่อง อุบัติเหตุจากรถครั้งที่ 9 "พลังเครือข่าย เพื่อถนนปลอดภัย" (2 ก.ย.52) คกก.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กรุงเทพมหานคร ประชุมครั้งที่ 1/2552 หาแนวทางการแก้ไขปัญหาร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งอยู่ใกล้สถานศึกษา - สช. ได้แต่งตั้ง คกก.จัดทำแผนยุทธศาสตร์จัดการปัญหาแอลกอฮอล์ (30 มิ.ย.52) คกก.จัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ความเห็นชอบกรอบร่างยุทธศาสตร์ และแผนการรับฟังความคิดเห็น	ไม่ระบุระยะเวลาการรายงาน

กลุ่ม	สมัย ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
การจัดการ ปัจจัย คุกคาม	2	ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ ระดับชาติ เสนอ กรม.เห็นชอบและมอบหมาย หน่วยงานพิจารณาดำเนินการ จัดทำแผนปฏิบัติการทุกระดับที่สอดคล้อง กับแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ ระดับชาติ	1. ระบบการปรับอัตราภาษีสรรพสามิตสุรา 2. กลไกควบคุมปัญหาระดับท้องถิ่น (งบจาก ระบบภาษีบำรุงท้องถิ่น) 3. กลไกความร่วมมือในการพัฒนาหลักสูตร/สื่อ 4. ระบบแรงจูงใจในการไม่ดื่มและระบบจัดการ ปัญหา 5. ระบบคัดกรองผู้มีความเสี่ยงและบำบัดรักษา ในระบบบริการและประกันสุขภาพ 6. ระบบและกลไกส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้เคย ประสบปัญหา 7. ระบบเฝ้าระวังการปกป้องผลประโยชน์ทาง ธุรกิจบนผลกระทบของสังคม ในกระบวนการ จัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในทุกระดับ 8. ระบบตรวจสอบและติดตามประเมินผลการ ดำเนินการ	• (20 ก.ค. 53) กรม. เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ ระดับชาติ • (9 ส.ค. 53) คกก.นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ เห็นชอบ แผนยุทธศาสตร์ฯ และมอบหมาย สนง.คกก.ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค เป็นกลไกจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับ แผนยุทธศาสตร์ฯ (ได้ ร่าง แผนปฏิบัติการที่รับฟังความคิดเห็นจาก หน่วยงานใน 4 ภาคแล้ว) • ออกกฎหมาย (อนุบัญญัติ) เกี่ยวกับพนักงานเจ้าหน้าที่ การแต่งตั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้แทนองค์กรเอกชน ใน คกก.ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การห้ามขาย และการโฆษณาประชาสัมพันธ์ • จัดทำข้อตกลงความร่วมมือในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ระหว่างกระทรวง สาธารณสุขกับ 20 กระทรวง 8 สำนักงาน กับผู้ว่าราชการ 75 จังหวัด และกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น อบท. และกทม. • (18 ม.ค.54) คกก.นโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ หรือความ เป็นไปได้ในการจัดเก็บค่าธรรมเนียมเพิ่มเติมหรือจัดสรรงบจากภาษี สรรพสามิตสุรา เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ • แต่งตั้ง คกก.พิจารณาการกระทำความผิดตาม พ.ร.บ.2551 และ คกก. ป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดตาม พ.ร.บ.2551 • พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวังและรับเรื่อง ร้องเรียนการละเมิดกฎหมาย • กลไกเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายคือ 1) ศูนย์ร้องเรียนฯ ทง Call center 02 5903342 และ www.thaiantialcohol.com 2) ทีมเฉพาะ กิจ (ทำงานเชิงรุก) ร่วมกับ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สสจ. ตำรวจ ผู้ว่าราชการจังหวัด อบท. และเครือข่ายภาคประชาสังคม • โครงการเครือข่าย “สถานประกอบการเข้าใจ ร่วมใจ ปฏิบัติตาม กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์”	• ในการทำแผนปฏิบัติการ (centralized plan) การกำหนด เป้าหมายการดำเนินงาน รายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา ดำเนินงาน แต่ละหน่วยงานต้อง มั่นใจว่าจะได้รับงบประมาณ สนับสนุน มิฉะนั้นจะเป็นภาระแก่ หน่วยงานของตน • เน้นการออกกฎหมาย 1) มัก กระทบภาคธุรกิจ และเป็น มาตรการบังคับประชาชน เช่น การกำหนดวัน/สถานที่ห้ามขาย ห้ามบริโภค จึงมีการปรับตัวเน้น ภาพลักษณ์เชิงบวก และแสดง ความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) 2) ต้องใช้พนักงานเจ้าหน้าที่ จำนวนมากในการบังคับใช้ กฎหมาย 3) เครือข่ายในพื้นที่ ต้องมี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ กฎหมายด้วยในการทำงานเฝ้า ระวังและบังคับใช้กฎหมาย ประกอบกับ centralized plan อาจเป็นสาเหตุให้ จังหวัด/ชุมชนมี บทบาทน้อย • รายงานในสมัยฯแห่งชาติครั้งที่ 4 (2555)
การจัดการ ปัจจัย คุกคาม	2	การแก้ไขปัญหามลพิษทางถนน ให้หน่วยงานเกี่ยวข้องดำเนินการ	• ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนเป็น กลไกหลักประสานทุกภาคส่วน • สำนักงานตำรวจแห่งชาติบังคับใช้กฎหมายอย่าง เข้มงวดจริงจัง ต่อเนื่อง • คทง.แก้ไขพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ		รายงานในสมัยฯแห่งชาติครั้งที่ 7

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
การจัดการ ปัจจัย คุกคาม	3	มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อ สุขภาพด้านยาสูบ เสนอ ครม. เห็นชอบและมอบหน่วยงาน เกี่ยวข้องดำเนินการ	- คณะกรรมการขับเคลื่อนและดำเนินการระดับ จังหวัด - กลไกเฝ้าระวังและติดตามการโฆษณา การ ส่งเสริมการตลาด และการให้ทุนอุปถัมภ์ ระดับ จังหวัด		รายงานในสมัยฯแห่งชาติครั้งที่ 5
การจัดการ ปัจจัย คุกคาม	3	มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน เสนอ ครม. เห็นชอบและมอบหน่วยงาน เกี่ยวข้องดำเนินการตามยุทธศาสตร์ และ เร่งรัดการดำเนินการในบางมาตรการ	- แผนในการยกเลิกการนำเข้า ผลิตและจำหน่าย แร่ใยหินและผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็น ส่วนประกอบ - การกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์ที่ใช้สารทดแทน แร่ใยหิน - กองทุนช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากแร่ใยหิน - ศูนย์ข้อมูล (เปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะ/ หน่วยงานเกี่ยวข้อง เป็นประจำทุกปี) - แผนเฝ้าระวังปัญหาและติดตามการดำเนินงาน (นำเสนอผลสู่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง) - หน่วยตรวจประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม/ สุขภาพ ในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศ	อยู่ในระหว่างจัดทำแผนการยกเลิกการนำเข้า ผลิต และจำหน่ายฯ วัสดุ 5 ชนิดคือ กระเบื้องมุงหลังคา กระเบื้องยางปูพื้น ท่อซีเมนต์ สังกะสี กระเบื้องแผ่นเรียบ และผ้าเบรก/คลัทช์ (พิจารณาจาก ปริมาณการผลิตสูง มีวัสดุอื่นทดแทน หรือมีผลิตภัณฑ์ประเภท เดียวกันที่ทำจากวัสดุอื่น) โดยกรมโรงงานอุตสาหกรรมรอมผล การศึกษา ทำให้ยังจัดทำ มาตรฐานผลิตภัณฑ์ที่ใช้สารทดแทนแร่ ใยหิน ไม่ได้เช่นกัน ใช้ พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕, ๒๕๔๔ และ ๒๕๕๑ ในการ กำหนดปริมาณการนำเข้าได้ โดยไม่จำเป็นต้องกำหนดให้เป็นวัตถุ อันตรายชนิดที่ ๔ (ซึ่งจะทำให้นำเข้าวัตถุนั้นไม่ได้เลย ยกเว้น นำมาใช้วิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ) กำลังศึกษาด้านทุนผลประโยชน์ของการใช้หรือไม่ใช้แร่ใยหินต่อ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม งบ WHO) กระทรวงอุตสาหกรรม/แรงงาน/และสาธารณสุขร่วมกันดำเนินการ ตามมาตรการเฝ้าระวังความเสี่ยง (อ้างอิงมาตรฐานสหรัฐอเมริกา) โครงการวิจัยเร่งด่วนสำหรับการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงที่รับ สัมผัสแร่ใยหินในประเทศไทย (การวินิจฉัย/รายงาน และพัฒนา มาตรฐานการทำงานอย่างปลอดภัย) มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสุขภาพ ตรวจวินิจฉัยโรค ตรวจ วิเคราะห์ตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ รวมการแลกเปลี่ยนทาง วิชาการกับทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ 1) ร่วมกับ บริษัทคอมพิวเตอร์เนชั่นแนล (1994) จำกัด สร้างนวัตกรรมผ้า เบรกไร้ใยหิน และติดตั้งให้แท็กซี่ 500 คัน 2) กำลังวิจัยและพัฒนา สารประกอบอนินทรีย์ประเภท Wollastonite 3) กำลังวิจัยร่วมกับ ม.มหิดล พัฒนาเส้นใยอินทรีย์สังเคราะห์ ยังไม่มีศูนย์ข้อมูลฯ เผยแพร่โดย 1) สคบ.(ตั้งบอออกตรวจในปี 2555) 2) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาฯ 3) เวที สช.เจาะประเด็น 4) กสธ.ผลิตเอกสารให้ร้านจำหน่ายวัสดุ แจกผู้บริโภคโดยตรง ผ่านสื่อสารมวลชน และ website กสธ.	ขาดข้อมูลว่าอะไร/ไม่มีแร่ใยหิน เพราะมีขีดจำกัดในการตรวจ วิเคราะห์ หน่วยงานในประเทศที่ ตรวจวิเคราะห์ได้มีเพียง สำนักงาน พัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี แห่งชาติ (สวทช.) ศูนย์เครื่องมือ วิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จุฬาลงกรณ์ฯ และภาควิชาวัสดุ ศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ฯ หากกระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (มอก.) สำหรับสินค้าที่ใช้สาร ทดแทนแร่ใยหิน ก็ย่อมมีผลผูกพัน ผู้เกี่ยวข้องอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้อง แก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕ เพื่อ กำหนดไม่ให้วัสดุที่มีแร่ใยหิน เป็นส่วนประกอบในการก่อสร้าง ต่อเติม หรือซ่อมแซมอาคาร ราชการ รายงานในสมัยฯแห่งชาติครั้งที่ 4 (2555)

กลุ่ม	สมัชชา ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
				- กสร.ประสานกับสำนักควบคุมและตรวจสอบอาคารของมหาดไทย เพื่อให้เป็นแกนในการสื่อสารกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการควบคุมด้านการรื้อถอน ซ่อมแซมต่อเติมอาคารที่มีการใช้แร่ใยหินในวัสดุก่อสร้างเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และยังได้แจ้งให้สำนักควบคุมและตรวจสอบอาคารให้รับทราบแล้วว่าขณะนี้ทางนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยมหิดลได้ทำการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการรื้อถอนสิ่งก่อสร้างที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ และกำลังจัดทำคู่มือในเรื่องดังกล่าวอยู่ ซึ่งหากคู่มือดังกล่าวแล้วเสร็จ ทางกระทรวงมหาดไทยยินดีที่จะนำไปเผยแพร่ยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อใช้เป็นข้อมูลต่อไป - สนง.เศรษฐกิจการคลังวิเคราะห์สาเหตุที่สินค้าที่ใช้วัตถุดิบอื่นแทนแร่ใยหินมีราคาสูงขึ้นไม่ได้เป็นเพราะอัตราภาษี - กระทรวงการคลังกำลังปรับปรุง ร่าง พ.ร.บ. มาตรการการคลังเพื่อสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ... ซึ่งจะมีการจัดตั้งกองทุนภาษีและค่าธรรมเนียมสิ่งแวดล้อมเพื่อฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม/ชดเชยผู้เสียหายหรือผู้ได้รับผลกระทบจากการรั่วไหลหรือแพร่กระจายของมลพิษ และจะหารือกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติฯ	
การจัดการ ปัจจัย คุกคาม	3	การควบคุมกลยุทธ์การตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก เสนอ ครม. เห็นชอบและมอบหน่วยงาน เกี่ยวข้องดำเนินการ	กองทุนสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (จากภาษีการนำเข้าหรือรายได้จากการจำหน่าย ผลิตภัณฑ์นมผสมจากต่างประเทศ)		รายงานในสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 5

กลุ่ม	สมัชชา ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
การจัดการ ปัจจัย คุกคาม	1	บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ/สิ่งแวดล้อม ให้หน่วยงานเกี่ยวข้องดำเนินการ	• กองทุนการศึกษาเฉพาะด้านเพื่อการพัฒนาบุคลากร (โดยอปท.) • กลไกประเมินผลกระทบในระดับชุมชน จังหวัด และประเทศ	สวรส.เป็นองค์กรประสานการติดตามการดำเนินงานตามมตินี้ พบว่า • อปท. ส่วนใหญ่ไม่ได้รับทราบมติฯ แต่มีการกำหนดแผนงานด้านสุขภาพ ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม สอดคล้องและเชื่อมโยงกับมติฯ ตามพันธกิจอยู่แล้ว ส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการตามกระบวนการนโยบายสาธารณะและการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และยังไม่สามารถเชื่อมโยงถึงนโยบายระดับชาติ • หลายพื้นที่จัดเวทีสมัชชาสุขภาพในระดับจังหวัดหรือท้องถิ่นปีละครั้ง เพื่อยกระดับประเด็นปัญหาสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ • ช่องทางที่ อปท. ส่วนใหญ่ใช้รับฟังความคิดเห็นจากประชาชนคือ การทำประชาคม ประชุมสัญจร และรับเรื่องร้องเรียนผ่านกลองรับฟังความคิดเห็น • ส่วนน้อยมีระบบเฝ้าระวังสุขภาพ จัดตั้งชมรมอาสาสมัครด้านสิ่งแวดล้อม จัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชนอย่างเป็นระบบ และประเมินผลกระทบฯ รวมทั้งร่วมมือกับ NGO หรือหน่วยงานวิชาการในการประเมินฯ • ส่วนใหญ่มีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขและอสม.หลายรูปแบบ หลายแห่งใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลร่วมกับงบ อปท. ส่งเยาวชนในพื้นที่เรียนพยาบาล ส่ง อสม. เรียน กศน./ หลักสูตรของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และอบรม อสม. ในด้านสุขภาพ แต่บรรจผู้สำเร็จการศึกษาเข้าทำงานใน อปท. ได้จำกัด • มีการปรับใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จัดการทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ร่วมกับกลุ่มองค์กรชุมชน และมีตัวอย่างโครงการจัดทำแผนพลังงานชุมชน • ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานสร้างจิตสำนึกและความตระหนักให้คนในชุมชนรักและหวงแหนทรัพยากรธรรมชาติ บางแห่งเชื่อมประสานเรื่อง “สุขภาพ” เข้ากับ “สิ่งแวดล้อม” มีเครื่องมือตรวจสอบและสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนที่เน้นให้ภาคส่วนต่างๆ ร่วมกันสร้างจิตสำนึก เกิดเป็นข้อบัญญัติท้องถิ่น เช่น คัดแยกขยะ • บางแห่งมีการแก้ไขปัญหาสุขภาพในบริเวณพื้นที่ที่อยู่ใกล้เคียงกัน แต่ละแห่งพบปัญหา เช่น ขยะ น้ำเสีย มลพิษทางอากาศ อปท. มีการกิจจัดการสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติอยู่แล้ว โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดในภาพรวมหรือปัญหารุนแรง เช่น กำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล จัดตั้งกองทุนขยะชุมชน เฝ้าระวังปัญหาหมอกควันในภาคเหนือ • (10 พ.ย.52) สช. สนับสนุนกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด 30จังหวัด	• ปัญหา 1) มตินี้มีเนื้อหาขอบเขตกว้างขวางไม่เฉพาะเจาะจง 2) อปท. ส่วนใหญ่ ยังไม่ได้ดำเนินการตามมติเพราะไม่ได้รับทราบมติฯ และไม่ได้รับนโยบายจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น 3) บุคลากรสังกัด อปท. มีความรู้ความเข้าใจต่อกระบวนการสมัชชา และการจัดการสุขภาพ ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม น้อย 4) อปท.แต่ละแห่งให้ความสำคัญกับนโยบายที่แตกต่างกัน • ควรกำหนดเป้าหมายในมติแต่ละข้อให้ชัดเจน และจัดลำดับความสำคัญ เน้นการจัดการสุขภาพก่อน • ควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนให้อปท. จัดทำแผน/กิจกรรมพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อย่างเป็นระบบ • ควรถอดบทเรียน อปท. ต้นแบบจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งเรียนรู้และขยายผล • รายงานในสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 2

กลุ่ม	สมาชิก ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
				- มีการประกาศ คกก.สุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ - อปท.จัดตั้งกองทุนสุขภาพแล้ว 3,190 แห่ง และจะขยายให้ครอบคลุมทุกแห่ง - กลไกดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนมัยไปยัง อปท. ในระดับชาติ คือ คกก.กระจายอำนาจให้แก่ อปท. และ คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับสาธารณสุขให้แก่ อปท. ส่วนกลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์ กสธ. เป็นองค์กรหลักประสานในส่วนกลางหรือระดับนโยบาย แต่ยังไม่สามารถสร้างความเข้าใจเรื่องการถ่ายโอนให้ทั้งฝ่ายท้องถิ่นและสาธารณสุข - การถ่ายโอน สอ. 22 แห่งแก่ อปท. เมื่อ พ.ย. 2550 เป็นจุดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่าง อปท. สอ. อสม. และประชาชน ต่อมาถ่ายโอนอีก 6 แห่งรวมเป็น 28 แห่ง (เป้าหมาย 35 แห่งในปี 2552) พบว่ามีปัญหาจากความแตกต่างระหว่าง อปท. และ กสธ. ในด้านระเบียบงานบุคลากร สิทธิประโยชน์ แนวทางการจัดสรรงบประมาณ สุขภาพถ้วนหน้าให้หน่วยบริการ - มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการถ่ายโอน สอ. ที่ กสธ. - คกก.กระจายอำนาจให้แก่ อปท. (คกถ.) รับทราบมตินี้และขอให้ สธ.เร่งรัดการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการ - กสธ. ยังไม่เตรียมการจัดทำแผนปฏิบัติการฉบับใหม่ (ปี 2553) - กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติฯ ดำเนินงานอนุรักษ์และจัดการการใช้ประโยชน์ทรัพยากรธรรมชาติอย่างสมดุล จัดหลักสูตรที่เหมาะสมกับท้องถิ่น พัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับบทบาทและภารกิจของกระทรวง ผลิตและสร้างจิตสำนึกของประชาชนทุกฝ่าย รวมทั้งสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และ สํารวจรวบรวมข้อมูลความหลากหลายทางชีวภาพระดับท้องถิ่น (ก.ย.54) 1) กสธ.ร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติจัดประชุมระดมสมอง ร่างแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2555-9 ภายใต้กฎบัตรความร่วมมือด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก และเสนอต่อ คกก.อนามัยสิ่งแวดล้อมและ ครม. 2) ประกาศปณิญาว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกมีแผนระดับชาติที่บูรณาการงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
การจัดการ ปัจจัย คุกคาม	2	การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ให้หน่วยงานเกี่ยวข้องดำเนินการ	1.คกก.สิ่งแวดล้อมแห่งชาติและ คกก.สาธารณสุข พิจารณาจัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจจัดการขยะ อันตรายจากชุมชนเพื่อ • จัดทำนโยบายการจัดการขยะอันตรายจากชุมชน รวมทั้งส่งเสริม/ควบคุมให้มีการลดปริมาณขยะ อันตรายจากชุมชน • ประสาน ทบพวน และขับเคลื่อนแผนและ นโยบายฯ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน • ผลักดันให้ อปท.กำหนดเป็นวาระสำคัญ 2.ผลักดันการกำหนดมาตรการแก่ผู้ประกอบการ 3.ส่งเสริมความรู้ สร้างความตระหนัก • ศูนย์บริหารจัดการขยะอันตรายจากชุมชนระดับ จังหวัด โดย อบจ.	▪ (ก.ค. 2553) กรมควบคุมมลพิษ (ก.ทรัพยากรฯ) จัดเตรียมระบบ การจัดการมลพิษและของเสียอันตรายภายใน 2554 (ตาม พ.ร.บ. การสาธารณสุข ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2550 และแผนจัดการคุณภาพ สิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2550-2554 ★ มาตรการผลักดันให้ผู้ประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัย และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมโดยกำหนดหลักเกณฑ์การจัดซื้อจัดจ้าง สินค้าและบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ★ มาตรการสนับสนุน อปท. (เทศบาลนคร/เมือง 22 แห่ง) โดย พัฒนารูปแบบ/วิธีการปฏิบัติที่มาตรฐาน จัดทำคู่มือปฏิบัติงานของ อปท. (เก็บรวบรวม ขนส่ง กำจัดของเสียอันตรายจากชุมชน และให้ ความรู้กับชุมชน) มีโครงการนำร่อง โดยยกย่องประกาศกรมควบคุม มลพิษเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติในการกำจัดของเสีย อันตรายจากชุมชน และร่างหลักสูตรอบรมเรื่องการจัดการของเสีย อันตรายจากชุมชน ร่วมกับหน่วยงานอื่น/เอกชนเพื่อเรียกคืนของ เสียอันตรายจากชุมชน ▪ แผนอนาคต ในปี 2554 สนับสนุน อปท.ที่เหลืออีก 7 แห่ง และ ออกอนุบัญญัติภายใต้ พ.ร.บ.เครื่องมือทาง เศรษฐกิจเพื่อการ จัดการสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ... ของ ก.คลัง ▪ (16 มิ.ย. 2553) คกก.การกระจายอำนาจให้แก่ อปท. มีมติเห็นชอบ ให้ ก.มหาดไทย (อปท.) รับไปดำเนินการ	ไม่ระบุระยะเวลารายงาน
การจัดการ ปัจจัย คุกคาม	3	การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก การค้าเสรีระหว่างประเทศ เสนอ ครม. เห็นชอบและสั่งการหน่วยงาน เกี่ยวข้องดำเนินการ แต่ คสช. ให้ศึกษา ออกแบบกระบวนการประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพจากการเจรจาการค้าระหว่าง ประเทศและจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะ ประเด็น ก่อนนำเสนอมติต่อรัฐบาล (22เม.ย.2554)	คณะกรรมการกำกับทิศทางการประเมินผล กระทบด้านสุขภาพ (มีคณะกรรมการพัฒนาระบบ/กลไกการ ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และ คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตาม การเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศที่มี ผลกระทบต่อสุขภาพ/นโยบายสุขภาพ ร่วมเป็น กรรมการ)	▪ กรอบกระบวนการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศที่เหมาะสมของ ประเทศไทย ที่รวมการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในกระบวนการ เจรจาด้วย เสนอต่อ “คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตาม การเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและ นโยบายสุขภาพ” เพื่อให้กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศนำไปใช้ ในการเจรจา ▪ สช.ยังไม่ได้จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นกำหนดหลักเกณฑ์ และ วิธีการใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) ประกอบการพิจารณาเพื่อกำหนดประเภทสินค้า การบริการ การลงทุน ทรัพย์สินทางปัญญาและอื่นๆ ในกระบวนการ เจรจาการค้าระหว่างประเทศ	รายงานในสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 4 (2555) และต่อไปทุก 2 ปี

กลุ่ม	สมัยชา ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
การจัดการ โครงสร้าง	3	นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อ สังคมสุขภาวะ เสนอ ครม. พิจารณาเป็นนโยบายสำคัญ และมอบองค์กร/เครือข่ายตามระดับจัดตั้ง กลไกจัดการตนเองและพัฒนาศักยภาพ ชุมชนท้องถิ่น และเสนอ คกก.ปฏิรูป (คปร.) และคกก.สมัชชาปฏิรูป (คสป.) ใช้ จัดทำข้อเสนอและผลักดันเป็นรูปธรรม	1. กลไกจัดการตนเองและพัฒนาศักยภาพชุมชน ท้องถิ่น (มีผู้แทนชุมชนในสัดส่วนไม่น้อยกว่า 60%) 2. กลไกจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ใน ทุกระดับ (มีสัดส่วนผู้แทนภาคประชาชน/ ประชาสังคมรวมกันไม่น้อยกว่า 60%) 3. กลไกพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองให้กับ ชุมชนท้องถิ่น		รายงานในสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 5
การจัดการ โครงสร้าง	1	นโยบายแห่งชาติเพื่อพัฒนาระบบ สุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดน ภาคใต้ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผลักดัน ให้รัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติ	1. ทบวงการบริหารการพัฒนาจังหวัดชายแดน ภาคใต้ 2. สมัชชา/สภาประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้ 3. คณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์ 4. ศาลแผนกคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม 5. กองทุนปราศจากดอกเบี้ยสำหรับโรงเรียน/ สถาบัน ถึงระดับบัณฑิตศึกษา 6. สภาเศรษฐกิจชายแดนใต้ 7. องค์กร/สถาบันจัดการทรัพยากรในทะเล 8. ศูนย์วิทยาศาสตร์อาหารฮาลาล 9. กองทุนประกันภัย/สวัสดิการสังคมตาม หลักการศาสนาและมีกฎหมายรองรับ 10. สถาบันพัฒนาผู้นำศาสนา 11. ศูนย์วัฒนธรรมและภาษามลายูปัตตานี 12. แผนแม่บทการพัฒนาสื่อมวลชนในท้องถิ่น	- มีการประชุมจัดทำประเด็นข้อเสนอ 1) การจัดรูปแบบการปกครอง ส่วนภูมิภาค/ท้องถิ่นแบบใหม่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 2) การ ปฏิรูประบบความยุติธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 3) การศึกษา 4) นโยบายด้านเศรษฐกิจ 5) นโยบายด้านการปฏิรูปสังคม ประเพณี วัฒนธรรม 6) ด้านสุขภาพ การแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย - ครม.เห็นชอบหลักการร่าง พ.ร.บ.การบริหารราชการจังหวัดชายแดน ภาคใต้ พ.ศ. ... ตามที่กระทรวงมหาดไทยเสนอ (สอดคล้องกับ นโยบายรัฐบาลที่แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 30 ธ.ค.2551) - ครม.อนุมัติหลักการโครงการของ คอ.บต. 9 โครงการ (ม.ค.52) ครม.แต่งตั้งคณะกรรมการรัฐมนตรีพัฒนาพื้นที่พิเศษ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามที่ สนง.คกก.พัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติเสนอ - ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (คอ.บต.) ได้ออก ประกาศเรื่องแบ่งส่วนงานศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดน ภาคใต้ พ.ศ.2554 - องค์กรประชาสังคม 20 องค์กรจัดตั้งสภาประชาสังคมชายแดน ภาคใต้ เป็นทางการ - ครม.เห็นชอบ ร่างกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมกิจการกองทุนชะกาต ตามที่กระทรวงพท.เสนอ (สอดคล้องกับบัญญัติศาสนาอิสลาม) และ ให้มี คกก.ส่งเสริมกิจการกองทุนชะกาต - ครม.เห็นชอบสนับสนุนสถาบันการเงินชุมชนในระบอบอิสลาม (Islamic micro credit) ตามที่กระทรวงมหาดไทยเสนอ	รายงานในสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 2

กลุ่ม	สมัย ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
การจัดการ โครงสร้าง	2	แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการ พึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้ <i>ขอให้ ครม .มอบหมายคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทบทวนร่าง แผนพัฒนาเศรษฐกิจภาคใต้ และแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง</i>	- คณะกรรมการทบทวนร่างแผนแม่บทพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาคใต้อย่างยั่งยืน - กลไกประเมินผลกระทบจากการพัฒนา		ไม่ระบุระยะเวลาการรายงาน
การจัดการ โครงสร้าง	1	เกษตรและอาหารในยุควิกฤต <i>ให้รัฐบาล หน่วยงาน และคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการ</i>	- ระบบเฝ้าระวังเพื่อเตือนภัยวิกฤตทางอาหาร - ระบบรับรองมาตรฐานและความปลอดภัยของอาหารและสินค้าเกษตร - ระบบเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีในกลุ่มเกษตรกรและผู้บริโภค - กลไกเพื่อการเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในประชากรกลุ่มเสี่ยง - เครือข่ายพัฒนานโยบายด้านเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ	- มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย) เป็นแกนเครือข่ายพัฒนานโยบายสาธารณะด้านเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ ขับเคลื่อนตามมตินี้ (17 มี.ค.52) ครม.เห็นชอบร่างพ.ร.บ.สภาเกษตรกรแห่งชาติ พ.ศ. ...ตามที่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เสนอ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรลงมติรับหลักการร่างพ.ร.บ.สภาเกษตรกรแห่งชาติ พ.ศ.... วาระ ๑ โดยให้ใช้ร่างของ ครม.เป็นหลัก (ส.ส.ฝ่ายรัฐบาล/ฝ่ายค้านร่วมหนุน) (11 ต.ค. 54) ครม.เห็นชอบให้ขยายเวลาชำระหนี้โครงการจัดหาปุ๋ยเคมีนำเข้าจากต่างประเทศของกรมส่งเสริมสหกรณ์ ตามที่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เสนอ (29 พ.ย.54) ครม.เห็นชอบแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาเกษตรอินทรีย์ และมอบหมายให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นหน่วยงานหลักจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการโดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานเกี่ยวข้อง องค์กรพัฒนาเอกชน เกษตรกรและเครือข่ายเกษตรกรต่อไป ตามที่สนง.คกก.พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอ	รายงานในสมัยฯแห่งชาติครั้งที่ 3
การจัดการ โครงสร้าง	3	ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำ สังคมสู่สุขภาวะ <i>เสนอ ครม. เห็นชอบและเชื่อมประสานกับ คกก.ปฏิรูป (คปร.)/ คกก.สมัชชาปฏิรูป (คสป.) และผลักดันให้เป็นรูปธรรม</i>	- กลไกปฏิบัติการวิจัยแห่งชาติและระบบการ สร้างปัญญาสาธารณะ - กลไกจัดการความไม่เป็นธรรม ทุกระดับ		ไม่ระบุระยะเวลาการรายงาน

กลุ่ม	สมัย ครั้งที่	มติ	ข้อเสนอหลัก	ความก้าวหน้า	หมายเหตุ
การจัดการ โครงสร้าง	1	การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการ กำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี ให้หน่วยงานเกี่ยวข้องดำเนินการ	1.คสช.ส่งเสริม/สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม ของภาคประชาชนในการเสนอร่างกฎหมาย กำหนดขั้นตอนและวิธีการจัดทำหนังสือสัญญา ระหว่างประเทศ 2.หน่วยงานที่รับผิดชอบการเจรจา • จัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน เพื่อศึกษาผลกระทบอย่างรอบด้าน อย่าง น้อย 2 ครั้ง • กำหนดหลักการและมาตรการ ป้องกัน หลีกเลี่ยง และรองรับผลกระทบ 3.กลไก: คณะกรรมการศึกษาและติดตามการ เจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อ สุขภาพ/นโยบายสุขภาพ	• (23 มี.ค. 52) คสช.มีมติแต่งตั้ง คณะกรรมการศึกษาและติดตาม การเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ • (8 ต.ค. 52) คสช.มีมติแต่งตั้ง คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษา และติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อ สุขภาพและนโยบายสุขภาพ (เลขาธิการ คสช.เป็นกรรมการและ เลขานุการ) • 15 ธ.ค. 53 คณะอนุกรรมการกำกับการเจรจาความตกลงการค้า เสรี เห็นชอบกรอบการค้าเสรีไทย-สหภาพยุโรปและมอบหมาย ประธานผู้แทนการค้าไทยศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นก่อนเสนอ ครม. พิจารณาและเสนอให้สภาผู้แทนราษฎรเห็นชอบตามมาตรา 190 • ผลการพิจารณาของ คกก.สนับสนุนการศึกษาและติดตามการ เจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบาย สุขภาพ 1) ผลกระทบและมาตรการรองรับกรณีการเจรจาการค้า ระหว่างประเทศกลุ่มประเด็นการค้าบริการ 2) การลงทุน: การเปิด ตลาดบริการภายใต้อาเซียนสาขาสุขภาพ การจัดทำความตกลง การค้าเสรีไทย-สหภาพยุโรป โดยเฉพาะกรณีสินค้าเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และบุหรื • คกก.ฯ เห็นชอบให้วิจัยใน 1) Border measures และ Counterfeit medical products และ 2) Patent Law Treaty โดยให้มีผู้แทนจาก คกก.ฯ ร่วมให้ข้อคิดเห็น/แลกเปลี่ยนใน กระบวนการศึกษา • คกก.ฯ เห็นชอบให้เสนอ สกว. จัดทำแผนสนับสนุนการศึกษา ผลกระทบด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเจรจาฯ • เสนอให้มีผู้แทนจาก คกก.ฯ เป็นผู้ทำงานใน คทง.ดูแลการเยียวยา กรณีได้รับผลกระทบจากการเปิดเสรีการค้าและการลงทุน (ภายใต้ คอกก.กำกับดูแลการเจรจาความตกลงการค้า) • เว็บไซต์เผยแพร่ข้อมูลการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ (www.thaifta.com)	รายงานในสมัยฯแห่งชาติครั้งที่ 3

หมายเหตุ มติที่เป็นตัวอักษรหนาและเอน เป็นมติที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ

จากความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ตาราง 3.5 หน้า 3-33 ถึง 3-64) สมมติฐานในเบื้องต้น ปัจจัยที่น่าจะส่งผลต่อการดำเนินงานตามมติฯ คือ มีแผนยุทธศาสตร์เป็นรูปธรรมสมบูรณ์ (เช่น ยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติ การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนัก) มีเครือข่ายดำเนินงานอยู่แล้วเป็นทุนเดิม (เช่น ยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติ อุบัติเหตุทางถนน การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนัก) มีหน่วยงานราชการรับผิดชอบการนำไปปฏิบัติ (เช่น การแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/ทางเลือก ยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ โรคติดต่ออุบัติใหม่ การตั้งครุฑไม้พร้อม ปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน) หรือมีกลไกเดียวขับเคลื่อนในระดับชาติโดยตรง (เช่น คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ สมัชชาครอบครัวแห่งชาติ ส่วนมติฯ ที่ไม่มีสถาบัน/หน่วยงานสาธารณสุขรับผิดชอบโดยตรง จะเป็นภารกิจของ คสช. ขับเคลื่อนโดย คสช./สช.

ถ้าสมมติฐานนี้เป็นจริง มติที่ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ เป็นเรื่องใหม่ หรือเรื่องที่ยังไม่มีเครือข่ายดำเนินงาน ไม่มีหน่วยงานราชการ/กลไกรับผิดชอบโดยตรง ก็น่าจะไม่มีคามก้าวหน้าอย่างมีนัยสำคัญ แต่น่าสังเกตว่าไม่ได้เป็นเช่นนี้เสมอไป เช่น กรณีการพัฒนาการแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/ทางเลือกให้เป็นระบบสุขภาพหลักคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมอบหมายให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และกองการประกอบโรคศิลปะเป็นกลไกหลัก และมีหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ วิชาการ และประชาสังคมดำเนินการ พบว่า มีการดำเนินงานเชิงวิชาชีพในระดับส่วนกลาง (ผ่านคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ประกาศรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และการเสนอ ร่าง พ.ร.บ. การแพทย์แผนไทย) แต่ยังไม่มีการประสานงาน (ทั้งในส่วนกลาง ภูมิภาค และจังหวัด) เชื่อมโยงการทำงานของหน่วยงานภาคีแต่ละระดับ ทำนองเดียวกับมติยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ การออกกฎหมาย (อนุบัญญัติ) เป็นหนึ่งในมาตรการหลัก แต่มีจุดอ่อนในการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายและการเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ซึ่งต้องอาศัยพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและการเฝ้าระวัง ขณะที่มติระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย เป็นเรื่องใหม่ที่มีการจัดการโดย สช. ร่วมกับเครือข่ายวิชาการที่มีกลไกร่วมในการดำเนินงานเป็นทุนเดิม โดย คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดย สช. เป็นเลขานุการ) เป็นกลไกดำเนินการตามมติฯ และมีศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (หน่วยงานภายใต้ สช.) เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ และผลักดันให้เป็นเครื่องมือในกระบวนการนโยบายสาธารณะและโครงการภาครัฐ นอกเหนือจากกลไกประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม

การเป็นมติใหม่จึงไม่ใช่ปัจจัยล้าพียงที่จะมีผลท่วงความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามมติฯ แต่ขึ้นกับทักษะด้านการจัดการ/เทคนิค/และดำเนินการของหน่วยงานองค์กรที่เข้ามาเป็นเจ้าภาพในประเด็นใหม่นั้นๆ

ข้อพิจารณาต่อไปคือ มติที่ผ่านความเห็นชอบจาก ครม. ย่อมถูกกลั่นกรองจาก คสช.³ ก่อนเสนอเข้า ครม. และเมื่อ ครม. เห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานกลไกร่วมจากกระทรวง/สถาบันดำเนินงาน ย่อมเป็นหลักประกันในการขับเคลื่อนของภาคราชการที่เกี่ยวข้อง และการระบุให้ต้องรายงานความก้าวหน้าต่อ ครม. เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับมติฯ ที่เกี่ยวข้องกับหลายกระทรวง/หน่วยงานข้ามกระทรวง พบว่ามีความก้าวหน้า แม้จะเป็นเรื่องซับซ้อนที่มีประเด็นที่อาจขัดแย้งกันระหว่างหน่วยงานแม้ต่างจะมีหลักการร่วมกันบนประโยชน์ของประชาชนและประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นการจัดการในระดับหน่วยงานส่วนกลาง จะมีความก้าวหน้าและโอกาสประสบผลสำเร็จ

³ มติฯ ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คสช. ส่วนหนึ่งไม่ผ่านความเห็นชอบจาก ครม. น้ำหนักจึงอยู่ที่ ครม. มากกว่า คสช.

สูงหากประสานให้เกิดความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ (หมายถึง มีทางออกหรือไม่ก่อความเสียหายรุนแรงต่อภาคเศรษฐกิจด้วย)

นอกจากนี้ มติที่มีการดำเนินงานในระดับพื้นที่ด้วยหน่วยงานองค์กรนอกภาคกระทรวงสาธารณสุข เช่น อปท. ซึ่งเป็นองค์กรที่อยู่ในระยะของการพัฒนาด้วย จึงมักมีปัญหาความพร้อมขององค์กรที่จะรับเป็นนโยบายองค์กรที่สืบเนื่องจากความตระหนักความรู้ความเข้าใจของผู้บริหาร/บุคลากร และงบประมาณ ในหลายมิติเรื่องที่เป็นบทบาทใหม่ของ อปท. จึงมีปัญหาการดำเนินงานระดับพื้นที่ เนื่องจากอยู่ในระยะของการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในบทบาทใหม่และพัฒนาทักษะความสามารถ จึงห่วงความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามมติ

การพัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกมติสมาชิกแห่งชาติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย

เนื่องจากการประเมินการนำไปปฏิบัติ หลังจากเป็นมติสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ กรอบการพัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกมติฯ เพื่อการประเมินเชิงนโยบายจึงให้ความสำคัญกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 กรอบการพัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกมติฯ ประกอบด้วย นิยามเงื่อนไข ปัจจัยความสำเร็จ/ปัญหาอุปสรรคของการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ ความเหมาะสมในการทำเป็นกฎหมาย (กรณีที่มีการนำมาตรการมาทำเป็นกฎหมาย) หรือมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องอยู่แล้ว ในกรณีที่มีการดำเนินงานต้องมีกฎหมายรองรับ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. แผนงาน/โครงการที่สมบูรณ์ มีประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เป็นแผนงาน/โครงการที่พยายามแก้ปัญหาที่มีความสำคัญหรือรุนแรงซึ่งระบบงานปกติที่มีอยู่ไม่สามารถจัดการกับปัญหานี้ได้ หรือเป็นประเด็นปัญหาใหม่ โดยมีทฤษฎีวิทยาการรองรับและเชื่อมโยงกับเป้าประสงค์ โดยหน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้องยอมรับ (ประเมินการยอมรับได้จาก การเข้าร่วมในกระบวนการนโยบาย รวมทั้งดำเนินการ) มีความสมบูรณ์ของเนื้อหาสาระของตัวบทนโยบาย ไม่ควรขัดแย้งกับนโยบายอื่นๆ และคำนึงถึงเงื่อนไขทางสังคมเศรษฐกิจ⁴ ที่สำคัญคือมาตรการที่ระบุสามารถลด/ป้องกัน/แก้ไขปัญหาหรือบรรลุผลที่ต้องการได้อย่างคุ้มค่า⁵

2. ระบุให้มีกลไกการขับเคลื่อนที่มีศักยภาพเพียงพอ อาจเป็นกลไกที่มีอยู่ หรือจัดตั้งขึ้นมาเฉพาะ

3. ระบุองค์กรหน่วยงานเป็นเจ้าของ รับผิดชอบการนำไปปฏิบัติ (บริหารจัดการ/ดำเนินการ/ติดตามประเมินผล) โดยบริบทด้านภาระงานและงบประมาณขององค์กรหน่วยงาน ต้องไม่ก่อให้เกิดปัญหามากจนเป็นอุปสรรคต่อความรับผิดชอบรวมทั้งทักษะความสามารถตามบทบาทดังกล่าว^{6,7,8,9,10,11,12,13,14}

⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นร่วมกับการสรุปจาก GRADUATE CENTER FOR PUBLIC POLICY AND ADMINISTRATION. [online]. [cited 2011 Nov 11]; Available from: URL:<http://www.csulb.edu/~msaintg/ppa590/implemen.htm>

⁵ Buse K, Dickinson C. How can the analysis of power and process in policy-making improve health outcomes? : moving the agenda. Overseas Development Institute; 2007.

⁶ Van Meter DS, Van Horn CE. The policy implementation process: a conceptual framework. Administration and Society 1975;6(4): 200-217.

⁷ Van Horn CE. Policy implementation in the federal system, national goals and local implementers. Lexington, MA: Massachusetts, Heath & Company, 1979.

⁸ Sabatier PA, Mazmanian DA. The conditions of effect implementation: a guide to accomplishing policy objective. Policy Analysis 1979;5:481-504.

⁹ Edwards GC. Implementing public policy. Washington, DC: Congressional Quarterly Press, 1980.

¹⁰ Lipsky M. Street level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

¹¹ Nakamura RT, Smallwood F. The politics of policy implementation. New York: Martin's Press, 1980.

4. ความยากง่ายของการปฏิบัติตามนโยบาย¹⁵ ขึ้นกับ การใช้ความรู้เทคโนโลยี รวมทั้งระยะเวลาของตัวนโยบาย ก็เป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติ นอกจากนี้ ระดับการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งหวังหรือระดับของผลลัพธ์ก็มีความสำคัญ^{16, 17} จากการทบทวนมติสมัชชาแห่งชาติ กลุ่มการจัดการเชิงโครงสร้าง (นโยบายมหภาค) ย่อมส่งผลในวงกว้างกว่า กลุ่มการจัดการปัจจัยคุกคาม และการสร้างเสริมความเข้มแข็งบุคคล ครอบครัวชุมชน ส่วนกลุ่มระบบบริการสุขภาพ/บริการสังคม ผู้ได้รับประโยชน์คือปัจเจกบุคคล

จากกรอบความคิดสี่ประการข้างต้น นำมาจัดทำเป็นชุดของเกณฑ์การคัดเลือกนโยบายสาธารณะได้ดังตาราง 3.6 โดยจัดเป็น 2 กลุ่มคือ **การเป็นนโยบายสาธารณะที่ดี และความยากง่ายในการนำไปปฏิบัติ** ซึ่งนอกจากใช้แนวคิดการบริหารจัดการ (ที่เน้นความสมบูรณ์ของแผน มีทฤษฎีวิทยาการรองรับและเชื่อมโยงกับเป้าประสงค์ มาตรการมีประสิทธิภาพ) แล้วยังให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ข้อ 1.5 และ 1.7) ในเบื้องต้น ผู้วิจัยกำหนดการให้คะแนนมีค่า 0-5 ซึ่งจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญในวันที่ 2 พฤษภาคม 2555 ณ ห้องประชุมสุปัญญา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ประชุมมีความเห็นว่า ให้คะแนนยาก จึงปรับการให้คะแนน มีระดับค่าน้อยลง

เมื่อใช้เกณฑ์ชุดนี้ทดสอบกับนโยบายสาธารณะใดๆ หากได้คะแนนมากหมายถึง เอื้อต่อการนำไปปฏิบัติ ตรงกันข้ามกับนโยบายที่ได้คะแนนน้อย ส่วนการใช้ค่าคะแนนระดับใดเป็นตัวเลือกนโยบายไปประเมินการแปลงไปสู่การปฏิบัติ ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการประเมิน เช่น หากต้องการประเมินนโยบายที่มีโอกาสเป็น Best practice ต้องเลือกที่ได้คะแนนสูง ส่วนการประเมินนโยบายที่ได้คะแนนน้อย จะเป็นประโยชน์ในการศึกษาเป็นบทเรียนเพื่อการปรับปรุงกระบวนการสำคัญต่างๆ ให้ดีขึ้น หากเลือกทั้งกลุ่มคะแนนสูงและต่ำเพื่อการประเมินก็จะเป็นการเรียนรู้ทั้งในด้านบวกและลบต่อกระบวนการนโยบาย

สำหรับการนำมาเกณฑ์มาปรับใช้กับการคัดเลือกมติฯ ไปประเมินการนำไปปฏิบัติ ได้ตัดข้อ 1.2 “เป็นประเด็นปัญหาที่ระบบงานปกติที่มีอยู่ไม่รองรับ” และข้อ 1.4 “มีทฤษฎีวิทยาการรองรับมาตรการและเชื่อมโยงกับเป้าประสงค์สามารถลด/ป้องกัน/แก้ไขปัญหาได้อย่างคุ้มค่า” ในตาราง 3.6 ออก เนื่องจากมีกลไกและกระบวนการกลั่นกรองในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย (ขาขึ้น) อยู่แล้ว และตัดข้อ 1.9 “ระดับการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งหวังหรือระดับของผลลัพธ์ของนโยบาย” (ในตาราง 3.6) เนื่องจากมติฯ มุ่งหวังระดับสังคมชุมชนอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องนำมาเป็นเกณฑ์

เพื่อให้ค่าคะแนนที่ได้ สามารถจำแนกกลุ่มมติฯ เป็น 2 กลุ่มที่เอื้อและไม่เอื้อต่อการนำไปปฏิบัติ ได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงกำหนดระดับคะแนนในแต่ละข้อให้มีระยะห่างเพิ่มขึ้น เช่น 6, 3, 0 แทน 2, 1, 0 และยังเป็นการให้คะแนนที่ง่ายอยู่

¹² Sorg JD. A typology of implementation behaviors of street-level bureaucrats. Public Studies Review 1983; 2(3):391-406.

¹³ Sabatier PA. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. Journal of Public Policy 1986; 6(2):21-48.

¹⁴ Goggin ML, Lester JP, Bowman AO' M., & O' Toole, L. J., Jr. Public policy implementation: Evolution of the field and agenda for future research. Policy Studies Review 1987; 7(1):208-215.

¹⁵ Dimitrakopoulous D., Richardson J. Implementing EU public policy. In: Richardson J. editor. European Union: Power and policy-making. 2nd ed. London: Routledge; 2001.

¹⁶ วรเดช จันทรร. การนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบและคุณค่า. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ 2527; 24(4):535-554.

¹⁷ วรเดช จันทรร. การนำนโยบายไปปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กราฟิกฟอร์แมต, 2540.

ตาราง 3.6 เกณฑ์การคัดเลือกนโยบายเพื่อการประเมินการนำไปปฏิบัติ

เกณฑ์	การให้คะแนน
1.การเป็นนโยบายที่ดี	
1.1 ความสำคัญ/รุนแรงของประเด็นปัญหา	2= เป็นเรื่องการเจ็บป่วยหรืออันตรายถึงชีวิต 1= ไม่ใช่เรื่องการเจ็บป่วยหรือชีวิต แต่มีผลต่อคุณภาพชีวิต = เป็นการพัฒนาคุณภาพประสิทธิภาพ 0= ไม่มีผลใด
1.2 เป็นประเด็นปัญหาที่ระบบงานปกติที่มีอยู่ไม่รองรับ	1= ใช่ 0 = ไม่ใช่
1.3 ตัวบทนโยบายสมบูรณ์ (ยุทธศาสตร์ กลไก มาตรการ เป้าหมาย งบประมาณ ระยะเวลา)	2= องค์กรประกอบสมบูรณ์ ครบถ้วน 1= ขาดบางหัวข้อที่สำคัญ 0= องค์กรประกอบขาดหลายหัวข้อที่สำคัญ
1.4 มีทฤษฎีวิทยาการรองรับมาตรการและเชื่อมโยงกับเป้าประสงค์ สามารถลด/ป้องกัน/แก้ไขปัญหาได้อย่างคุ้มค่า	2= มีวิทยาการรองรับอย่างแพร่หลาย 1= มีวิทยาการรองรับอย่างจำกัด 0= ไม่มีวิทยาการรองรับ
1.5 หน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้อง เข้าร่วมในกระบวนการนโยบาย	2= อย่างครบถ้วน 1= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในภาครัฐ หรือเฉพาะ NGO หรือเฉพาะภาคประชาชน 0= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่จัดทำนโยบาย
1.6 มีกลไกในการขับเคลื่อน อย่างชัดเจน	1= ใช่ 0 = ไม่ใช่
1.7 มีหน่วยงานองค์กรเครือข่ายรับผิดชอบการแปลงไปสู่การปฏิบัติ อย่างชัดเจน	1= ใช่ 0 = ไม่ใช่
1.8 มีส่วนร่วมจากหน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงาน	2= อย่างครบถ้วน 1= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในภาครัฐ หรือเฉพาะ NGO หรือเฉพาะภาคประชาชน 0= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบ
1.9 มีระยะเวลา เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติและเกิดผล	2= ยาวพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ 1= พอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงระดับผลผลิต 0= สั้นมาก ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงใดๆ
1.10 ระดับการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งหวังหรือระดับของผลลัพธ์ของนโยบาย	2= วงกว้างระดับสังคม/ประเทศ/ทุกกลุ่ม 1= ระดับปัจเจกบุคคล 0= ไม่ระบุไว้ หรือไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง
2. ความง่ายในการปฏิบัติ	
2.1 การดำเนินงานใช้เทคโนโลยี/ความรู้ ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก สามารถดำเนินงานได้ง่าย	2= ดำเนินงานได้เลย หลังนโยบาย 1= มีความซับซ้อน พอสมควร 0= มีความซับซ้อนมาก ต้องใช้เวลาพัฒนาศักยภาพ
2.2 การมีกฎหมาย/ระเบียบ รองรับการขับเคลื่อน/ดำเนินงาน	2= มีแล้ว 1= ไม่มี และออกได้ในระดับกระทรวง/หน่วยงาน 0= ไม่มี และมีขั้นตอนมากใช้เวลานาน
2.3 ไม่ขัดแย้งกับทิศทางการพัฒนาทางเศรษฐกิจ/นโยบาย/กฎหมาย ที่เป็นอย่างหรือมีอยู่	1= ไม่ขัดแย้งเลย 0= ขัดแย้งรุนแรง

ตาราง 3.7 เกณฑ์การคัดเลือกมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อการประเมินการนำไปปฏิบัติ

เกณฑ์	การให้คะแนน
1. การเป็นนโยบายที่ดี 1.1 ความสำคัญ/รุนแรงของประเด็นปัญหา	6= เป็นเรื่องการเจ็บป่วยหรืออันตรายถึงชีวิต 3= ไม่ใช่เรื่องการเจ็บป่วย/อันตรายถึงชีวิต แต่มีผลต่อคุณภาพชีวิต = เป็นการปรับปรุงคุณภาพประสิทธิภาพ 0= ไม่มีผลใด
1.2 ตัวบทนโยบายสมบูรณ์ (ยุทธศาสตร์ กลไก มาตรการ เป้าหมาย งบประมาณ ระยะเวลา)	6= องค์ประกอบสมบูรณ์ ครบถ้วน 3= ขาดบางหัวข้อที่สำคัญ 0= องค์ประกอบขาดหลายหัวข้อที่สำคัญ
1.3 หน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้อง เข้าร่วม ในกระบวนการนโยบาย	6= อย่างครบถ้วน 3= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องใน ภาครัฐ หรือเฉพาะ NGO หรือเฉพาะภาคประชาชน 0= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่จัดทำนโยบาย
1.4 มีกลไกในการขับเคลื่อน อย่างชัดเจน	6= ใช่ 0 = ไม่ใช่
1.5 มีหน่วยงานองค์กรเครือข่ายรับผิดชอบการแปลง ไปสู่การปฏิบัติ อย่างชัดเจน	6= ใช่ 0 = ไม่ใช่
1.6 มีส่วนร่วมจากหน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายที่ เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงาน	6= อย่างครบถ้วน 3= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องใน ภาครัฐ หรือเฉพาะ NGO หรือเฉพาะภาคประชาชน 0= เฉพาะหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบ
1.7 ระยะเวลาของนโยบาย เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติ และเกิดผล	6= ยาวพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงระดับผลลัพธ์ 3= พอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงระดับผลผลิต 0= สั้นมาก ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงใดๆ
2. ความง่ายในการปฏิบัติ	
2.1 การดำเนินงานใช้เทคโนโลยี/ความรู้ ไม่ซับซ้อน ไม่ ยุ่งยาก หน่วยปฏิบัติสามารถดำเนินงานได้ง่าย	6= ดำเนินงานได้เลย หลังนโยบาย 3= ต้องจัดทำคู่มือ มาตรฐาน วิธีการก่อน = มีความซับซ้อนทางวิชาการ/การปฏิบัติ 0= ต้องพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติให้ครอบคลุมก่อน
2.2 การมีกฎหมาย/ระเบียบ รองรับการขับเคลื่อน/ ดำเนินงาน	6= มีแล้ว 3= ไม่มี ต้องออกฯ เพิ่ม ในระดับกระทรวง/หน่วยงาน 0= ไม่มี และการออกฯ มีขั้นตอนมากใช้เวลานาน เช่น พ.ร.บ.
2.3 ไม่ขัดแย้งกับทิศทางการพัฒนาทางเศรษฐกิจ/ นโยบาย/กฎหมายที่เป็นอยู่หรือมีอยู่	6= ไม่ขัดแย้งเลย 3= ขัดแย้ง แต่สอดคล้องกับทิศทางกระแสโลก 0= ขัดแย้งรุนแรง

จากการใช้เกณฑ์คัดเลือกที่พัฒนาขึ้นกับ 33 มิติ โดยนักวิจัย ได้คะแนนดังตาราง 3.8 เมื่อนำมาจัดกลุ่ม มิติตามการได้รับความเห็นชอบจาก ครม. โดยเรียงเป็นกลุ่มที่ได้คะแนนสูงสุดและต่ำสุด กลุ่มคะแนนสูงอันดับต้นๆ เป็นมิติในกลุ่มระบบบริการ ส่วนกลุ่มคะแนนน้อยเป็นมิติ ในกลุ่มระบบบริการสุขภาพและบริการสังคม การ สร้างเสริมความเข้มแข็ง และจัดการเชิงโครงสร้าง ส่วนมิติ ในกลุ่มจัดการปัจจัยคุกคามได้คะแนนสูงและต่ำอย่าง ละ 2 มิติ จากนั้น เลือกมิติ เพื่อประเมินเชิงนโยบาย จากแต่ละกลุ่มอย่างน้อย 2 มิติ โดยกระจายกลุ่มคะแนน (สูง/ต่ำ) เนื่องจากกลุ่มระบบบริการมีค่าคะแนนสูง 4 มิติ จึงเลือกมิติ 2.3 ซึ่งสัมพันธ์กับมิติ 3.2 กลุ่มจัดการปัจจัย คุกคามเป็นมิติ 2.9 และ 1.7 กลุ่มการสร้างเสริมความเข้มแข็งเป็นมิติ 2.8 และ 2.10 ส่วนกลุ่มจัดการเชิงโครงสร้าง มิติ ที่มีคะแนนต่ำสุดคือ 3.7 (ในกลุ่มนี้ ไม่มีมิติ ที่ได้คะแนนสูง) รวมเป็น 7 มิติ ดังตาราง 3.9

ตาราง 3.8 ค่าคะแนนของมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจากการใช้เกณฑ์คัดเลือกที่พัฒนาขึ้น

สมัชชา	มิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	คะแนน
ครั้งที่ 1) 14 มิติ	1. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ	-
	2. การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย	42
	3. นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนา ระบบสุขภาพในพื้นที่พัฒนาธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้	24
	4. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี	27
	5. เกษตรและอาหารในยุควิกฤต	30
	6. ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	24
	7. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม	18
	8. ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น	39
	9. ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว	21
	10. สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	24
	11. ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย	30
	12. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแรงงานนอกระบบ	33
	13. การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์	27
	14. วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพคนไทย	39
ครั้งที่ 2) 11 มิติ	1. การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	36
	2. แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้	21
	3. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน	39
	4. ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพผู้ป่วย	39
	5. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ	39
	6. โรคติดต่ออุบัติใหม่	30
	7. การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักคู่ขนานกับแผนปัจจุบัน	24
	8. การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	39
	9. การแก้ไขปัญหามลพิษทางถนน	39
	10. การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชนและครอบครัว	21
	11. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	24
ครั้งที่ 3) รวม 9 มิติ	1. มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายโยหิน	30
	2. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของชนพิการ	21
	3. การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับเด็กและเด็กเล็ก	24
	4. นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ	24
	5. นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ	27
	6. มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ	36
	7. ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ	12
	8. การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม	33
	9. การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ	27

หมายเหตุ มิติฯ ที่ใช้ตัวอักษรหนาและเอน คือ มิติฯ ที่ ครม. เห็นชอบ

ตาราง 3.9 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุดในแต่ละกลุ่ม

กลุ่ม	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด
ระบบบริการสุขภาพ	2.3.การพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน 39	
ระบบบริการสุขภาพและบริการสังคม	-	3.2 ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ 21
การจัดการปัจจัยคุกคาม	2.9.การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน 39	1.7.บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม 18
การสร้างเสริมความเข้มแข็ง	2.8.การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 39	2.10 การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชนและครอบครัว 21
การจัดการเชิงโครงสร้าง	-	3.7.ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ 12

หมายเหตุ มติฯ ที่ใช้ตัวอักษรหนาและเอน คือ มติฯ ที่ ครม. เห็นชอบ

วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

การจัดกลุ่มมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จากสาระสำคัญของมติฯ ตามจุดมุ่งเน้นของยุทธศาสตร์หรือข้อเสนอ อาจจำแนกมิติเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

ระบบบริการสุขภาพ	(1) การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย สภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ ตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพคนไทย
	(2) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน การพัฒนาการแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน และทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักคู่ขนานกับแผนปัจจุบัน ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย
	(3) นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
ระบบบริการสุขภาพร่วมกับบริการสังคม	(1) นโยบายสาธารณะเพื่อสภาวะแรงงานนอกระบบ
	(2) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
	(3) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
การจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพเพื่อการควบคุม/ปกป้องสุขภาพ/สภาพแวดล้อม	(1) ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ/สิ่งแวดล้อม
	(2) โรคติดต่ออุบัติใหม่ การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การแก้ไขปัญหามลพิษทางถนน
	(3) ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้ยาพิษ การควบคุมกลยุทธการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ
การสร้างเสริมความเข้มแข็งบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน	(1) ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว
	(2) การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
	(3) การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาพ
การจัดการเชิงโครงสร้าง	(1) นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่พัฒนาระบบจังหวัดชายแดนภาคใต้ เกษตรและอาหารในยุควิกฤต การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี
	(2) แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้
	(3) ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สภาวะ

ตัวเลขในวงเล็บคือ ครั้งของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การจัดกลุ่มนี้เป็นไปตามยุทธศาสตร์หลักหรือสาระสำคัญของมติฯ แม้บางมติฯ มีลักษณะในหลายกลุ่ม หากมีการทบทวนสาระสำคัญหรือแก่นของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นอกจากจะทำให้จัดกลุ่มได้ชัดเจนแล้ว ยังจะทำให้วางระบบการติดตามและประเมินมีประสิทธิภาพด้วย เพราะจะสามารถติดตามประเมินได้ตรงจุด (precision) และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจากการขยายขอบเขตของ “สุขภาพ” เป็น “สุขภาพะ” การดำเนินงานส่วนใหญ่จึงมักต้องเชื่อมประสานกับหน่วยงานราชการสังกัดอื่น รวมทั้งเครือข่ายวิชาการและภาคประชาสังคมด้านต่างๆ (ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ การบริหารจัดการ ปฏิบัติการ กำกับติดตาม และประเมินผล)

มติธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมีขอบเขตกว้างและเป็นนามธรรมและไม่มีแผนยุทธศาสตร์รองรับ การรายงานความก้าวหน้าจึงน่าจะยากลำบากมากที่สุด แต่หากพิจารณาว่า เป็นร่มใหญ่ของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอีก 33 มติ หาก 33 มตินี้มีการขับเคลื่อนและเกิดการนำไปปฏิบัติ ย่อมเป็นความก้าวหน้าของแต่ละหมวดในมตินี้ ในทางปฏิบัติ การรายงานความก้าวหน้าของมตินี้เป็นการติดตามการดำเนินงานของกลไกที่จัดตั้งขึ้นเฉพาะ และมุ่งที่ข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีพื้นฐานการพัฒนาหรืออ้างอิงมาจากหมวดต่างๆ ในมตินี้

มีข้อสังเกตว่า มติฯ ที่มีข้อมูลความก้าวหน้าแล้ว (แม้จะยังดำเนินการได้ไม่ครบตามข้อเสนอในตัวมติฯ) มักเป็นมติฯ ที่ถึงกำหนดระยะเวลารายงาน ส่วนมติฯ ที่ยังมีเวลาอีกนาน มักจะยังไม่มีข้อมูลความก้าวหน้า และมีมติฯ จำนวนหนึ่งที่ไม่มีการกำหนดระยะเวลาการรายงานความก้าวหน้าจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่ง คสช. อาจพิจารณาและกำหนดในภายหลัง

ในเบื้องต้น **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามมติฯ** คือ มีแผนยุทธศาสตร์เป็นรูปธรรมสมบูรณ์ มีเครือข่ายดำเนินงานอยู่แล้วเป็นทุนเดิม และมีหน่วยงานราชการหรือกลไกเดี่ยวระดับชาติรับผิดชอบโดยตรง การศึกษานี้ยังพบว่า **น่าจะมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อดำเนินงานตามมติฯ** คือ ทักษะด้านการจัดการ/เทคนิคปฏิบัติการของหน่วยงานองค์กร main actor การต้องรายงานความก้าวหน้าต่อ ครม. ในมติฯ ที่เกี่ยวข้อง กับหลายกระทรวง/หลายหน่วยงานข้ามกระทรวงซึ่งมักมีผลบวกหากเป็นการจัดการในส่วนกลาง แต่จะไม่เป็นปัจจัยบวก ต่อการดำเนินการในระดับพื้นที่ หาก ครม. หรือส่วนกลางยังแก้ปัญหาให้ไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นเรื่องใหม่ที่มีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานองค์กรที่เพิ่งเข้ามารับบทบาทใหม่นี้ ในระยะที่หน่วยงานองค์กรใหม่กำลังพัฒนาความรู้ความเข้าใจและศักยภาพจะทำให้การดำเนินงานล่าช้า ขาดประสิทธิภาพ และไม่ปฏิบัติตามเป้าประสงค์ (เช่น ในยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติ อปท. ขาดแคลนบุคลากรระดับปฏิบัติการทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ)

เกณฑ์การคัดเลือกมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย

เพราะตีความว่า มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอาจทำให้เกิดนโยบายสาธารณะหนึ่งหรือหลายนโยบาย ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ ซึ่งในประเทศพัฒนาได้มีการวางแผนประเมินแต่ละนโยบาย เป็นปกติอยู่แล้ว ข้อมูลที่ได้จึงเป็นการวิพากษ์/ประเมินนโยบาย และการสรุปลักษณะของนโยบายที่ดีที่จะสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพบรรลุเป้าประสงค์ และเนื่องจากการประเมินในการศึกษาระยะที่ 2 มุ่งที่กลไก/กระบวนการ ในการนำไปปฏิบัติตามมติฯ ในเบื้องต้น จึงพัฒนาเกณฑ์ในการเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อการประเมินการนำไปปฏิบัติ จากหลักการ 4 ประการ (แผนงาน/โครงการที่สมบูรณ์ มีประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระบุให้มีกลไกการขับเคลื่อนที่มีศักยภาพเพียงพอ ระบุองค์หน่วยงานเป็นเจ้าของรับผิดชอบการนำไปปฏิบัติ และความยากง่ายของการนำไปปฏิบัติ) แต่จัดใหม่เป็น 2 กลุ่ม คือ นโยบายสาธารณะที่ดี (ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม) และความยากง่ายของการนำไปปฏิบัติ จากนั้นจึงปรับเกณฑ์ชุดนี้มา ใช้กับการเลือกมติฯ เพื่อการประเมินการนำไปปฏิบัติ โดยลดทอนข้อที่ไม่จำเป็นและปรับตัวเกณฑ์ให้สอดคล้องกับลักษณะของมติฯ ภายใต้บริบทกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ประโยชน์ของเกณฑ์การคัดเลือกมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย

เกณฑ์การคัดเลือกฯ พัฒนามาจากหลักการ 4 ประการ จึงเป็น เกณฑ์ชุด ไม่ใช่เกณฑ์เดียว การคัดเลือกมติฯ ด้วยเกณฑ์ชุดดังกล่าวจะได้มติฯ ที่มีศักยภาพในการนำไปปฏิบัติ มากน้อยตามคะแนนที่ได้ ช่วยลดทอนอคติส่วนบุคคลจากความชอบไม่ชอบ หรือความต้องการส่วนบุคคลที่แอบแฝงในการประเมินการนำไปปฏิบัติ

ในการคัดเลือกมติฯ ไปประเมิน ควรเลือกทั้งกลุ่มคะแนนสูงและต่ำ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านบวกและลบ เพื่อการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จุดอ่อนของเกณฑ์การคัดเลือกมติสมัชชาเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย

เนื่องจากเป็น “เกณฑ์ชุด” ในเบื้องต้น ผู้ใช้เกณฑ์จึงอาจรู้สึกวุ่นวาย ให้คะแนนยากแม้จะระบุความหมายของค่าคะแนนไว้ด้วยก็ตาม (ความเห็นจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2555 กรุณาดูภาคผนวก) และเมื่อนำเกณฑ์ชุดนี้มาใช้กับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ก็ยังมีจุดอ่อนเพิ่มขึ้น เพราะมติฯ ส่วนใหญ่มีความซับซ้อน มีหลากหลายยุทธศาสตร์/เป้าประสงค์/และมาตรการ เป็น complex policy โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ใช้เกณฑ์เป็นบุคคลภายนอกที่อาศัยเพียงการอ่านจากตัวหนังสือที่บันทึกตัวมติฯ เป็นเอกสาร ผู้วิจัยจึงปรับการให้ค่าคะแนน แต่หากผู้ให้คะแนนเป็นตัวหลักเป็นตัวจริงในกระบวนการฯ และเป็นผู้รับผิดชอบการติดตามความก้าวหน้าซึ่งเข้าใจสาระสำคัญของตัวมติฯ ความยุ่งยากเหล่านี้จะหมดไป

ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ยังมีความห่วงใยว่า การประเมินกลไกกระบวนการอาจทำให้ผลการประเมินภาคประชาชนซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกระบวนการสมัชชาสุขภาพและอาจนำไปขับเคลื่อนในพื้นที่ในประเด็นนี้ หากพิจารณาจากตัวมติฯ จะพบว่า main actors ในการขับเคลื่อนและปฏิบัติจะระบุเป็นกลไกราชการ/อปท. หรือหน่วยงาน/องค์กร/เครือข่ายเฉพาะที่มีตัวตนซึ่งอยู่ในข้อ 1.3 และ 1.6 อยู่แล้ว มากกว่า จะเป็นเครือข่ายหรือกลุ่มประชาชนลอยๆ ทั่วไป (แม้จะกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของเครือข่ายหรือภาคประชาชนลอยๆ ในเกือบทุกมติฯ ก็ตาม) นอกจากนี้ โดยธรรมชาติของการเคลื่อนไหวของเครือข่ายหรือภาคประชาชนที่มีความเป็นเจ้าของในแต่ละประเด็น มักมีข้อมูลข่าวสารให้ติดตามร่องรอยความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับเครือข่ายเฉพาะได้ ผ่าน

ช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์หรือจากการสนับสนุนงบประมาณหรือบุคลากรโดยเครือข่ายเฉพาะหรือ สช. ภาคประชาชนเดี่ยวโดดๆ ที่ไม่ร่วมในเครือข่ายใดๆ ไม่น่าจะเป็น กลไกหลักในการขับเคลื่อนและปฏิบัติตามมติฯ กลุ่มเหล่านี้จึงไม่ใช่เป้าหมายหลักของการประเมินผลเชิงนโยบาย

โดยสรุป ผู้จะใช้ (ให้คะแนน) เกณฑ์ชุดนี้ ต้องเป็นผู้มีความเข้าใจในตัวมติฯ เป็นอย่างดี คือ ผู้ร่วมกระบวนการจัดทำร่างมติและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามมติฯ โดยการสรุปสาระสำคัญของแต่ละมติฯ ก็มีความจำเป็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในตัวมติฯ และจะติดตามประเมินได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

ในการทดลองใช้เกณฑ์ดังกล่าวซึ่งนักวิจัยขาดข้อมูล “ชื่อหน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้องที่เข้าร่วมในกระบวนการจัดทำร่างมติฯ” (ขาขึ้น) และ “ชื่อหน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและร่วมดำเนินงาน” ของแต่ละมติฯ ซึ่งจำเป็นในการประเมินในลำดับต่อไป จึงเว้นข้อ 1.3 และ 1.6 ไปก่อน ได้มติฯ เพื่อประเมินในโครงการระยะที่สอง รวม 7 มติ เป็นมติฯ ที่ ครม. เห็นชอบ 3 มติ และ ครม. รับทราบ 4 มติ ได้แก่

1. มติ 2.3 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน (กลุ่มระบบบริการสุขภาพ)
2. มติ 3.2 ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ (กลุ่มระบบบริการสุขภาพและบริการสังคม)
3. มติ 1.7 บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม (กลุ่มการจัดการปัจจัยคุกคาม)
4. มติ 2.9.การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน (กลุ่มการจัดการปัจจัยคุกคาม)
5. มติ 2.8.การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (กลุ่มการสร้างเสริมความเข้มแข็งฯ)
6. มติ 2.10 การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชนและครอบครัว (การสร้างเสริมความเข้มแข็งฯ)
7. มติ 3.7.ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ (การจัดการเชิงโครงสร้าง)

ภาคผนวก

การประชุมพิจารณาเกณฑ์การคัดเลือกมติสมัชชาแห่งชาติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย

วันพุธที่ 2 พฤษภาคม 2555 เวลา 1600-1900 น.

ณ ห้องประชุมสุปัญญา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วม

ผู้เชี่ยวชาญ

1. ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (ประธานการประชุม)
2. ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
3. ดร.นพ.ยศ ธีระวัฒนานนท์ ผู้อำนวยการโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
4. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
5. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
6. นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
7. นางนิรชา อัครธีรากุล สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
8. นางสุภาวดี นุชรินทร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ผู้สังเกตการณ์

9. ภญ.ศิตาพร ยังกง
10. นางอินทิรา ยมาภัย
11. ภญ.พิศพรรณ วีระยิ่งยง
12. น.ส. จอมขวัญ โยธามุท โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
13. นายทรงยศ พิลาสันต์
14. ภญ.ธนพร บุชบาลย์
15. น.ส. เยาวรีย์ ดอเลาะ

นักวิจัย

16. ดร.ทพญ.เพ็ญแข ลาภยั้ง สำนักทันตสาธารณสุข

คำถามและประเด็นอภิปรายในที่ประชุม

- จะเลือกมติฯ ไปเพื่อประเมินอะไร
- ขอบเขตการประเมินการนำไปปฏิบัติ
- ความหมายของ หน่วยงานองค์กรเครือข่าย ที่จะประเมิน
- สมัชชาจังหวัด/พื้นที่หรือเครือข่ายหรือ NGO ที่อยู่ในบัญชีของ สช. สวรรส. และได้รับงบประมาณสนับสนุน ถือว่า เป็นองค์กรจัดตั้ง มีความเป็นทางการหรือไม่ หรือเป็นภาคประชาชนโดยแท้

ความเห็นโดยรวมจากที่ประชุม

- ต้องรู้ก่อนว่าจะใช้เกณฑ์เลือกไปเพื่อประเมินอะไร
- หากประเมินเฉพาะหน่วยงานราชการ จะเป็นการละเลย การขับเคลื่อนภาคประชาชน
- เกณฑ์ยุ่งยากและ score ยาก แม้จะมีการระบุความหมายของค่าคะแนนด้วยก็ตาม
- เกณฑ์นี้ไม่สามารถนำไปใช้กับนโยบายทั่วไปได้ ต้องใช้กับมติสมัชชา เท่านั้น

ข้อเสนอโดยรวมจากที่ประชุม

1. ไม่ต้องทำเกณฑ์ ให้เลือกเลยจาก

- 1.1 สํารวจบุคคล/หน่วยงาน/เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และเลือกจากผลตอบกลับมา เช่น มีการดำเนินการหรือไม่มีการดำเนินการ หรือตอบ หรือไม่ตอบ แล้วแต่เราจะใช้เกณฑ์อะไร
- 1.2 ประเมินตัวเราเองว่า ทำไหวแค่ไหน เช่น 3-4 มติ ก็เลือกมติดิที่ตัวเรามีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจและมีอะไรให้เราเรียนรู้ มาเพียง 3-4 มติ ที่ทำไหว และจะเกิดการเรียนรู้ของตัวนักวิจัย เพราะหากประเมินตามเกณฑ์แล้ว ทำไม่ไหว ก็ไม่มีประโยชน์

2. ควรใช้เกณฑ์ง่ายๆ ในการเลือกมติดิฯ เช่น

- ครม.เห็นชอบ/ไม่เห็นชอบ
- มีระยะเวลาให้นำไปปฏิบัติเพียงพอคือ มติฯจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1
- กระบวนการหลังเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เช่น สช. ส่งต่อกลไกรับผิดชอบ สช.ขับเคลื่อนเอง สช.เป็นเจ้าภาพเชิญชวนผู้เกี่ยวข้องมาร่วมตัวสร้างเครือข่ายการทำงาน
- เลือกมติดิจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรก เพื่อการเรียนรู้เปรียบเทียบกับครั้งถัดมาว่า สช.มีการปรับเปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง
- เลือกมติดิที่ต้องรายงานความก้าวหน้าในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งต่อไป (ธันวาคม 2555)
- เลือกตามความสนใจของนักวิจัย

3. จะใช้เกณฑ์อะไรก็ได้แล้วแต่ความสนใจและภูมิหลังของนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมติดิฯ