

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ

ระยะที่ 2: กรณีศึกษา 6 มติ

The evaluation of policy implementation of the National Health Assembly Resolutions

Phase 2: the study of 6 National Health Assembly Resolutions

ดร.เพ็ญแข ลาภยิ่ง

นายเสกสรรค์ พวกอินแสง

นางสาวกัญญา บุญธรรม

สนับสนุนงบประมาณโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

การประเมินกระบวนการนำมิติสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัตินี้เป็นการศึกษารายมิติ และเปรียบเทียบระหว่าง 6 มิติ ได้แก่ การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครภที่ไมพร้อม นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ และการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยกมอนามัยเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2555 (โครงการ 020)

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณ (ข้อตกลง สวรส. เลขที่ 55-021) และการสนับสนุนข้อมูลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับ ดร.จรรยาพร ศรีศลักษณ์ คุณวิสุทธิ บุญญะโสภิต และคุณนิรชา อัสวธีรากุล รวมทั้งความช่วยเหลือด้านการจัดการจากคุณสุภาวดี นุชรินทร์ อย่างกัลยาณมิตร

รายงานนี้สำเร็จลงไม่ได้ หากไม่ได้รับความกรุณาจากคณะกรรมการทุกท่าน สละเวลาให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม หวังว่ารายงานนี้จะเป็นประโยชน์ในการก่อให้เกิดการถกเถียงระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาต่อไป

ดร.เพ็ญแข ลาภยิ่ง

30 กันยายน 2556

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัยและพัฒนาธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ และ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่กรุณาแสดงความคิดเห็นและ ให้คำแนะนำต่อการศึกษานี้ ในการประชุมรวม 6 ครั้ง

การศึกษานี้ลุล่วงได้เพราะความอนุเคราะห์จากท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ ประสานงานในหน่วยงานและองค์กรตั้งรายนามข้างล่างนี้ ที่สละเวลาให้สัมภาษณ์เชิงลึกในระหว่างเดือนตุลาคม 2555- มีนาคม 2556 และหลายท่านยังได้กรุณาให้เอกสารเกี่ยวข้องที่ทรงคุณค่ามาด้วย ขอขอบพระคุณ ณ ที่นี้

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานปฏิรูป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ สถาบันสุขภาพวิถีไท

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพหาดใหญ่

วิทยาลัยราชสุดา

ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย: สำนักทันตสาธารณสุข สำนักโภชนาการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก: สำนักวิชาการ

สถาบันแพทย์แผนไทย

สำนักการแพทย์พื้นบ้าน

สำนักการแพทย์ทางเลือก

กรมการแพทย์: ศูนย์สิรินธร

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา: สำนักอาหาร

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์:

สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองเด็ก

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

กรมควบคุมมลพิษ: สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย

กระทรวงแรงงาน: ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จังหวัดปทุมธานี

องค์กรพัฒนาเอกชน: สมาคมผู้พิการทางการเคลื่อนไหว มูลนิธิสุขภาพไทย มูลนิธิบูรณะนิเวศ

ภาคประชาสังคมจังหวัดเชียงใหม่

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	E-1
บทนำ	
▪ ความเป็นมา	1/ 1
▪ วัตถุประสงค์ทั่วไป	1/ 7
▪ วัตถุประสงค์เฉพาะ	1/ 7
▪ คำถามในการศึกษา	1/ 8
▪ ขอบเขตในการศึกษา	1/ 8
▪ กรอบแนวคิดในการศึกษา	1/ 8
วิธีการศึกษา	
▪ รูปแบบการศึกษา	2/ 2
▪ ประชากรที่ศึกษา	2/ 2
▪ เกณฑ์การคัดเลือก	2/ 2
▪ เกณฑ์การคัดออก	2/ 3
▪ เกณฑ์การยุติการศึกษา	2/ 3
▪ วิธีการเก็บข้อมูล	2/ 4
▪ สถานที่ศึกษาเชิงคุณภาพ	2/ 4
▪ การวิเคราะห์ข้อมูล	2/ 6
▪ แผนงานและระยะเวลาดำเนินการ	2/ 6
▪ งบประมาณ	2/ 7
▪ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2/ 7
▪ การรักษาความลับและจัดการข้อมูล	2/ 7
▪ อคติและการป้องกัน	2/ 7
▪ ความเสี่ยงของอาสาสมัครและโครงการ/การป้องกัน/การแก้ปัญหา	2/ 7
▪ ผลประโยชน์ของอาสาสมัคร	2/ 8
ผลการศึกษา	3/ 1
• กรณีศึกษามติการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	3/ 3
• กรณีศึกษามติพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก	3/13
• กรณีศึกษามติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	3/31
• กรณีศึกษามติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ	3/63
• กรณีศึกษามตินโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ	3/75
• กรณีศึกษามติแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม	3/89
ผลการศึกษาโดยสรุป	
• ผลการขับเคลื่อนและข้อเสนอจากการเรียนรู้รายมิติ	4/ 1
➢ มติการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	4/ 1
➢ มติพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก	4/ 2
➢ มติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	4/ 4
➢ มติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ	4/11

> มตินโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ	4/13
> มติแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม	4/15
• ภาพรวมการขับเคลื่อน 6 มติ	4/17
วิจารณ์และสรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
• วิจารณ์	5/ 1
• สรุปผลการศึกษา	5/12
• ข้อเสนอต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในอนาคต	5/13
• ข้อเสนอเชิงวิชาการ	5/14
สารบัญญภาพ	
ภาพ 1.1 กลไกและกระบวนการนโยบายของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	1/ 2
ภาพ 1.2 แนวทางการศึกษาการนำมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ	1/ 7
ภาพ 1.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา	1/ 9
ภาพ 3.1 รูปแบบของฉลากโภชนาการแบบ GDA	3/47
ภาพ 4.1 โครงสร้างกลไกและผลการขับเคลื่อนมิติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	4/ 7
ภาพ 4.2 ลักษณะและปัญหาอุปสรรคในการขับเคลื่อนมิติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	4/ 8
ภาพ 4.3 สรุปการขับเคลื่อนเชิงโครงสร้าง 6 มติ	4/25
ภาพ 5.1 ความสัมพันธ์ของ “เบญจภาคี” ในกระบวนการนโยบายเพื่อสุขภาพ	5/10
สารบัญญตาราง	
ตาราง 2.1 ผลการเลือก 6 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อการประเมินการนำไปสู่การปฏิบัติ	2/ 2
ตาราง 2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทการศึกษา	2/ 3
ตาราง 2.3 วิธีการเก็บข้อมูล ประเด็น/แนวทางการศึกษา แหล่งข้อมูล จำนวนตัวอย่าง และสถานที่ศึกษา	2/ 5
ตาราง 3.1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ จำแนกรายมิติ	3/ 2
ตาราง 3.2 ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขด้านการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2551-2555	3/14
ตาราง 3.3 กลไกในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 มติ 7	3/20
ตาราง 3.4 ประธาน เลขานุการ และองค์ประกอบของกลไกขับเคลื่อนมิติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	3/37
ตาราง 3.5 วัตถุประสงค์หลักและตัวชี้วัดของแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. 2554-2558) รองรับยุทธศาสตร์การจัดการปัญหา ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	3/39
ตาราง 3.6 ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับมิติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จำแนกตามระดับ หน่วยงานและปีงบประมาณ	3/41
ตาราง 3.7 การรับรู้ของคณะกรรมการขับเคลื่อนต่อการนำมติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนไปปฏิบัติ	3/50
ตาราง 3.8 การประเมินการขับเคลื่อนและแปลงมติไปสู่การปฏิบัติ	3/56
ตาราง 3.9 ตัวชี้วัดของ สสส. ที่เกี่ยวข้องกับมิติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	3/57
ตาราง 3.10 เกณฑ์การประเมินความสำเร็จของมิติ	3/57
ตาราง 3.11 คณะกรรมการระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ สุขภาวะทางเพศวัยรุ่น	3/89
ตาราง 3.12 สรุปมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาวะของเด็กและเยาวชน สุขภาวะทางเพศและวัยรุ่นไทย กับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม	3/91
ตาราง 4.1 กลไกขับเคลื่อนและการขับเคลื่อนจำแนกรายมิติ	4/19

บทสรุปผู้บริหาร

การประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติระยะที่ 2 กรณีศึกษา 6 มติ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการนำมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อกระบวนการสมัชชา ด้วยการทบทวนเอกสาร ศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ ประชากรที่ศึกษาคือ คณะกรรมการขับเคลื่อนและผู้เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 6 มติ ได้แก่ การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การพัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ และการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

เนื่องจากบางมติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติไม่ได้จัดตั้งกลไกขับเคลื่อนโดยตรงแต่มีแกนขับเคลื่อนประเด็นนั้นอยู่ก่อนแล้วคือ NGO ที่เคยเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาประเด็นและข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่อง การจัดการขยะอันตรายจากอุตสาหกรรม และนโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ ซึ่งยังคงขับเคลื่อนหรือปฏิบัติการเชิงประเด็นอยู่ กรณีนี้จะมีกลไกเชิงโครงสร้างที่ง่ายและจำนวนน้อยกว่ากลไกภาครัฐ บุคคลที่จะให้ข้อมูลจึงอาจไม่ตรงกับระเบียบวิธีทั้งในการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ สามารถส่งแบบสอบถามถึงคณะกรรมการขับเคลื่อนเพียง 2 มติคือ มติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการซึ่งมีอัตราตอบกลับร้อยละ 70 และ 0 ตามลำดับ ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านมีเวลาว่างไม่ตรงกันและบางท่านไม่สบายใจที่จะสนทนาร่วมกับคนอื่นแม้ว่าจะต่างหน่วยงานกัน จึงปรับเป็นสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลหรือกลุ่ม 2-3 คน (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ จำแนกรายมติ

มติ	จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก (คน)	จำนวนการตอบกลับแบบสอบถาม
2.1 ขยะอันตรายจากชุมชน	4+1 (สช.)	ไม่ได้ส่ง (ไม่มีคณะกรรมการขับเคลื่อน)
2.7 พัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ	9 + 1 (สช.)	ไม่ได้ส่ง (เปลี่ยนชุดคณะกรรมการ)
2.8 น้ำหนักเกิน/โรคอ้วน	11+1 (สช.)	15 จาก 20 ชุด
3.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการ	7+1 (สช.)	1 จาก 20 ชุด
3.5 พื้นที่จัดการตนเอง (สุขภาวะ)	5+1 (สช.)	ไม่ได้ส่ง (คสช. มอบให้ สปร. ขับเคลื่อน)
3.8 วัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม	6+1 กลุ่ม (2 คน) +1 (สช.)	ไม่ได้ส่ง (เป็นกรรมการโดยตำแหน่งบริหารระดับสูง)

ข้อค้นพบสำคัญมีดังนี้

1. กระบวนการขาขึ้น

ใน 6 มตินี้ มีเพียงมติพื้นที่จัดการตนเองที่เลขาธิการคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเป็นภาคประชาสังคม เป็นหน่วยงานราชการ 2 มติ (มติการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนและมติการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม) มติการพัฒนาการแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/และทางเลือกฯ และมติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ มีการเตรียมความพร้อมโดยจัดตั้งสถาบันเฉพาะขึ้นมารองรับ (สถาบันสุขภาพวิถีไทและ

สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ตามลำดับ) ส่วนมติดีการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนใช้กลไกวิชาการ และแผนงานที่มีอยู่แล้วคือแผนงานอาหารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนไทยและแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สรุปได้ว่าเป็นกลไกภาคประชาสังคม 1 มติ ราชการ 2 มติ และอีก 3 มติเป็นกลไกวิชาการและแผนงานในองค์กรอิสระ ภายใต้กำกับรัฐ

เลขานุการในขาขึ้นนี้ถูกคาดหวังให้เป็นแกนขับเคลื่อน ซึ่งใน 6 มตินี้ มี 2 มติที่ไม่ได้ตั้งกลไกขับเคลื่อนจาก คณะทำงานพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายคือ มติการจัดการขยะอันตรายจากชุมชน และพื้นที่จัดการตนเองซึ่ง คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มอบหมายให้สำนักปฏิรูปขับเคลื่อนผ่านเวทีสมัชชาปฏิรูป มติการพัฒนาการแพทย์ แผนไทย/พื้นบ้าน/และทางเลือกฯ และมติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ และมติการจัดการ ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ให้องค์กรเลขานุการในขาขึ้นเป็นกลไกขับเคลื่อน และมติสุดท้ายใช้กลไกราชการ (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์) ประเภทหน่วยงานองค์กรที่ถูกคาดหวังให้เป็นกลไกขับเคลื่อนพบว่าเป็นกลไกราชการ 2 มติ ภาคประชาสังคม 1 มติ และอีก 3 มติเป็นกลไกวิชาการและแผนงานในองค์กรอิสระภายใต้กำกับรัฐ

มติที่มีปัญหาในงานเอกสารวิชาการมากที่สุดคือ มติพื้นที่จัดการตนเอง มีปัญหาแนวคิดระหว่างผู้เสนอ ประเด็นกับคณะอนุกรรมการวิชาการ ซึ่งรับรู้ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพและยังพบว่า ในเอกสารมติ หัวข้อความ ตระหนักกับข้อเสนอมติ ไม่เป็นเหตุเป็นผลกัน (ในความตระหนักสรุปว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นปัจจัยหลักของ ความเหลื่อมล้ำ แต่ข้อเสนอมติที่ต้องการลดความเหลื่อมล้ำยังมุ่งการจัดการตนเองภายใต้กรอบของความสัมพันธ์เชิง อำนาจที่เป็นอยู่)

ยังพบว่า เป้าหมายหลักของมติไม่ได้รับการแก้ปัญหาตามข้อมติเสมอไปเช่น มติแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม (มติสมัชชา ครั้งที่ 3) มีเป้าหมายหลักคือ การผลักดันร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองอนามัยการเจริญ พันธุ์ซึ่งเป็นข้อเสนอมติมาตั้งแต่สมัชชา ครั้งที่ 1 แต่กรมอนามัยเสนอร่าง พ.ร.บ. ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ แห่งชาติ ซึ่งยังคงอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาและมีแนวโน้มว่าจะไม่ผลักดันต่อ เครือข่าย ผู้หญิงและสุขภาพทางเพศจึงจัดทำร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ฉบับภาคประชาชน ปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนการรับฟังความเห็นจากสาธารณะ

จากเนื้อหามติ (policy content) มติที่เน้นว่ามีภาระงานในการขับเคลื่อนมากที่สุดโดยหลักการ น่าจะเป็น มติการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพราะเป็นการรวมการแพทย์ 3 กลุ่มที่มี ศาสตร์ กฎหมายควบคุม และมีการจัดการเชิงระบบ แตกต่างกันไป รวม 3 เรื่องเข้าไว้ด้วยกัน ทำให้ข้อเสนอมติ เป็นข้อเสนอร่วมและต้องขับเคลื่อน 3 เรื่องไปพร้อมๆ กัน แต่แกนในการขับเคลื่อนมติเป็นกลุ่มการแพทย์พื้นบ้าน ด้านการแพทย์แผนไทยมีหน่วยงานราชการ (ในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) ขับเคลื่อนด้าน กฎหมาย ระบบบริการ วิชาการ มาตรฐานต่างๆ และการจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย (แม้จะให้ข้อมูลว่าไม่ เกี่ยวกับมติสมัชชาแต่ก็มีทิศทางเดียวกัน) ส่วนกลุ่มการแพทย์ทางเลือกมีส่วนร่วมในมตินี้น้อยที่สุด ผลการขับเคลื่อน อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเป็นมติสมัชชาช่วยให้การแพทย์พื้นบ้านมีพื้นที่แสดงอัตลักษณ์และได้รับการยอมรับมากขึ้น จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระหว่างการขับเคลื่อน มีการ เปลี่ยนชุดคณะกรรมการและเปลี่ยนเลขานุการเป็นสำนักงานวิชาการในกรม ซึ่งจากข้อมูลเชิงคุณภาพของมตินี้เองและ มติอื่นที่ใช้กลไกราชการพบว่า มีความไม่คล่องตัวสูงและยังมีกรอบความคิดภายใต้นโยบายของผู้บริหารกรมซึ่งกรมนี้มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย

2. กระบวนการขับเคลื่อน

ปัญหาร่วมในการขับเคลื่อนของกลไกใน 5 มติ (ยกเว้นมติพื้นที่จัดการตนเอง) คือขาด strategic interaction กับผู้บริหารระดับสูงของ กสธ. เองและกระทรวงอื่นที่ควรมียุทธศาสตร์ร่วมกัน ทำให้ขาดความมุ่งมั่นตั้งใจร่วมกันในมติสมัชชา (commitment) ไม่เกิดเป้าประสงค์ร่วมกัน นโยบายหน่วยงานไม่รองรับ และกระทบการขับเคลื่อน (coalition lack) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกระทรวงที่ควรเข้ามามียุทธศาสตร์ร่วมกันมีจำนวนมากและมีสัดส่วนผู้บริหารระดับสูงมากในกลไกขับเคลื่อน (มีมากที่สุด ในมติแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม)

ความร่วมมือจากหน่วยงานราชการมีความสำคัญมากในมติที่ต้องการออกกฎหมายมาตรฐานต่างๆ และความร่วมมือจะเกิดได้ยากเมื่อยังมีข้อถกเถียงถึงความจำเป็นและเนื้อหาของกฎหมายหรือมาตรฐานนั้น หากจะทำให้เกิดความขัดแย้งหรือมีความเสี่ยงที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะร้องเรียนฟ้องร้อง หน่วยงานราชการก็อาจไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ เช่น ข้อเสนอมติให้ออกกฎหมายแสดงฉลากอาหารสำเร็จรูปด้วยสีจราจร แต่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดให้ใช้ฉลากโภชนาการแบบ GDA แทน ด้วยเหตุผลว่า สีเหลืองสีแดง เป็นการตีตราผลิตภัณฑ์โดยที่ตัวมันเองไม่ได้มีอันตรายหรือพิษ แต่อยู่ที่ผู้บริโภคมากกว่าว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมหรือไม่

มติที่มีการสื่อสารภายใน (internal communication) อยู่ในระดับดีคือ มติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของผู้พิการ (จากการสัมภาษณ์ได้ข้อมูลบุคคลและสถานการณ์ตรงกันแม้ว่าจะมีมุมมองความคิดเห็นต่างกัน) ในมติพื้นที่จัดการตนเอง ผู้เสนอประเด็นมีการสื่อสารเชิงแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการขับเคลื่อนภายในเครือข่ายจังหวัด และภาคอย่างกว้างขวางด้วยจากการสนับสนุนทุนจากองค์กรสนับสนุนทั้งในและภาคสุขภาพ การขับเคลื่อนของ สปธ. เป็นการขับเคลื่อนผ่าน อปท. อีกทอดหนึ่งภายใต้โครงการร่วมระหว่าง อปท. และ สสส. หรือ อปท. และ สปสช. อาจเป็นในความหมายชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนน่าอยู่ หรือตำบลสุขภาพะ สำหรับระดับจังหวัด สช. ได้จัดตั้งสมัชชาสุขภาพจังหวัดเป็นฐานการขับเคลื่อนภายในจังหวัดต่อไปเพื่อความยั่งยืน น่าสังเกตว่า สช. มีแนวโน้มที่จะใช้กลไกภาครัฐในการขับเคลื่อน

ศักยภาพความสามารถ (capacity) ของกลไกขับเคลื่อนนับเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ ในที่นี้หมายถึงความสามารถในการบริหารจัดการภายในและข้ามเครือข่าย มีความยืดหยุ่นในการจัดการ และมีแนวทางหรือยุทธศาสตร์หลักที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้จริง องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) หรือองค์กรวิชาการที่เคลื่อนไหวแบบ NGO มักได้เปรียบหน่วยงานราชการเพราะจะมีบริบทระบบราชการ (bureaucratic/ heirarchy context) กำกับ เช่น ระเบียบโดยเฉพาะระเบียบการเงิน นโยบาย/คำสั่งผู้บังคับบัญชา การถูกประเมินตามตัวชี้วัด

สรุปการขับเคลื่อนมติต่างๆ ได้ดังตาราง 2 และการขับเคลื่อนเชิงกลไกเป็นดังภาพ 1

ตาราง 2 กลไกขับเคลื่อนและการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ จำแนกรายมิติ

การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน		
1) ไม่มีใครรับเป็นผู้เสนอประเด็น ไม่มีเจ้าของมิติ (absolutely no commitment) 2) ไม่ได้ระบุระยะเวลารายงานผลการขับเคลื่อนมิติ 3) สข. ขาด strategic interaction กับคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติและคณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติ ในขาขึ้น (communication-coalition lack) เป้าหมายหลัก: คณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อขับเคลื่อนมาตรการในชุมชนร่วมกับ อบท. และมาตรการด้านผู้ประกอบการ หมายเหตุ: หน่วยงานองค์กรหลักขับเคลื่อนเรื่องนี้ ควรเป็นหน่วยงานองค์กรใด และเรื่องนี้จำเป็นต้องเป็นมิติสุขภาพหรือไม่		
แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม - committed เพียงบทบาทเลขาฯ ในการทำข้อเสนอเชิงประเด็นเข้าสู่สมัชชา - ระบุว่าเจ้าของประเด็นคือมูลนิธิบูรณะนิเวศ มูลนิธิบูรณะนิเวศเสนอประเด็น“ขยะพิษจากอุตสาหกรรม” และระบุว่ามตินี้เป็นของกรมอนามัย สข. ให้ข้อมูลว่าสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นผู้เสนอประเด็น	- ไม่มีการแต่งตั้งกลไกขับเคลื่อน “คณะทำงานเฉพาะกิจ” ซึ่งขอให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติและคณะกรรมการสาธารณสุข แต่งตั้ง	สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ - ดำเนินงานตามบทบาท ไม่เกี่ยวกับมิติสมัชชา - รณรงค์เผยแพร่ความรู้วิธีการกำจัดแก่ประชาชน และทำโครงการร่วมกับท้องถิ่น (สมัครใจ) ตามบทบาทหน้าที่ การกำจัดต้องลงทุนสูง มีบางเทศบาล/ อบจ. ที่เห็นความสำคัญในการลงทุน - ยังออก กม.ลูกไม่ครอบคลุม กม.ที่มี (พ.ร.บ.สิ่งแวดล้อม) NGO ด้านสิ่งแวดล้อมขับเคลื่อนระดับนโยบาย/มาตรการควบคุมอุตสาหกรรม ผ่าน social media และสื่อสารมวลชนโดยใช้ evidence จากพื้นที่/ชุมชน ด้วยงบประมาณต่างประเทศ (ไม่เกี่ยวกับมิติสมัชชา)

การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก:

- 1) มีการพัฒนาและมีแผนยุทธศาสตร์ชาติ (2550-54) มาก่อนเป็นมติสมัชชา
- 2) มีการออกแบบเชิงระบบ และจัดตั้งองค์กรเฉพาะเพื่อการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ (สถาบันสุขภาพวิถีไท)
- 3) มีเวทีขับเคลื่อน (มหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ)
- 4) มีช่องทางนโยบายโดยตรงอยู่แล้ว (คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ เสนอ กรม. ผ่าน คสช.)
- 5) การรวมการแพทย์ แผนไทย พื้นบ้านและทางเลือก ซึ่งมีแนวคิดและการจัดการเชิงระบบต่างกัน ทำให้การขับเคลื่อนและการจัดการ ยากกว่ามติดั้งเดิม
- 6) รายงานผลการขับเคลื่อนมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4

เป้าหมายหลัก: พัฒนาระบบได้แก่ ยา จัดตั้งสถาบันผลิตแพทย์แผนไทย และการบริการ (มาตรฐานและการรับรองบุคลากร และการจัดบริการ)

แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
ระยะ1 สถาบันสุขภาพวิถีไท (สสว.) (แผนงานภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท สวรส.)	คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน สุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้ง 1. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชา สุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 มติ 7 (พ.ศ. 2553) และมีคณะอนุกรรมการหลายชุดภายใต้แผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท เช่น ระบบยา การพัฒนาระบบการแพทย์- พื้นบ้าน ประธาน: นพ.ประพจน์ เกตุธรรมาศ	• ระยะแรก แกนขับเคลื่อนเป็นกลุ่มพื้นบ้าน ขับเคลื่อนได้จำกัด • NGO ด้านการแพทย์พื้นบ้านเข้าไม่ถึงกองทุนภูมิปัญญา ภายใต้กรมพัฒนาฯ • พัฒนาคำรับยาและบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับ 3 กองทุน • สสส. สนับสนุนงบในการขับเคลื่อนการแพทย์พื้นบ้าน • สปสช.เป็นเจ้าภาพการพัฒนาระบบบริการการแพทย์พื้นบ้าน/แผนไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพ • สช. ผลักดันการจัดตั้งสถาบันผลิตแพทย์แผนไทย • ผลประโยชน์จากระบบบริการมุ่งใจภาคการผลิตบุคลากร/ผู้บริหาร
ระยะ2 สำนักวิชาการ กรมพัฒนา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก	2. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555-59 (มี.ย. 2555) ประธาน: นพ.เปรม ชินวันทนนานนท์	กรมขับเคลื่อนระยะที่ 2 ตามบทบาทและนโยบายผู้บริหารกรม

การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

- 1) กลไกขับเคลื่อนและคณะทำงาน cover ผู้บริหารระดับสูงของ กสธ. และ สสส. (2 สำนัก) และองค์กรเครือข่ายที่ผลักดันมาตรการเชิงนโยบายร่วมกันอยู่แล้ว
- 2) actors จาก กสธ.ต่างมีบทบาทสูงในหน่วยงาน และ actors จากกรมอนามัยเป็นเครือข่ายใน สสส.
- 3) กลไกหลายระดับ/ หลายชุด จนผู้ทรงคุณวุฒิสืบสนบพทา และผู้ทรงคุณวุฒิที่อยู่หลายมิติ จำไม่ได้/ ไม่มีส่วนร่วม
- 4) เน้นการใช้ประสบการณ์ต่างประเทศ
- 5) ขาดการสื่อสารภายในคณะอนุกรรมการ และกับคณะทำงาน
- 6) กำหนดรายงานผลการขับเคลื่อนมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4

เป้าหมายหลัก:

- 1) คณะอนุกรรมการชุดแรก: แผนปฏิบัติการ 5 ปี
- 2) คณะอนุกรรมการชุดที่สอง: กฎหมาย (มาตรการเร่งด่วน 3 เรื่อง)

แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
แผนงานอาหารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย (IHPP) • มีศักยภาพสูงด้านวิชาการ • actors อื่นๆ ยอมรับด้านวิชาการ • เป็นแกนในขาขึ้น • committed เพียงบทบาทเลขานุการในการจัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (รับรู้บทบาทต่างจาก สช. และคณะทำงาน)	คณะกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยมี คณะอนุกรรมการ 2 ชุด 1.คณะอนุกรรมการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ ประธาน: นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา และมีคณะทำงานอีก 6 ชุด มุ่งจัดทำแผนปฏิบัติการ	• คณะทำงานส่วนใหญ่เคยอยู่ในขาขึ้น ร่วมเป็นเจ้าของมติ มุ่งปฏิบัติ • คณะทำงานไม่เห็นแผน 5 ปี ฉบับสมบูรณ์ • ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณ 5 ปี • เป็นตัวชี้วัด กสธ., กรมอนามัย, กรม คร. • ภาครัฐที่เป็นเครือข่ายใน สสส. มีการขับเคลื่อน/ปฏิบัติอิงมติ และประสานงานกันเพิ่มขึ้น แม้จะไม่มีกรอบขับเคลื่อนตามมติสมัชชา
แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ • มีศักยภาพสูงด้านวิชาการ (ขับเคลื่อน) • เป็นแกนทั้งขาขึ้น/ขาเคลื่อน • act แบบ NGO • ขับเคลื่อนแบบ social movement	2. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วน ประธาน: นพ. ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	• มาตรการเร่งด่วน 3 เรื่อง ไม่ประสบผล (มีประเด็นขัดแย้งกับธุรกิจ/หน่วยงานใน กสธ.)

ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

1. มีการออกแบบเชิงระบบ และจัดตั้งองค์กรเฉพาะเพื่อการขับเคลื่อน
 2. มีตัวแทนเครือข่ายผู้พิการ กสธ. สปสช. และ สสส. ร่วมเป็นกลไกทั้งขาขึ้นและขาเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วม
 3. เครือข่ายผู้พิการส่วนกลางเข้มแข็งเป็น active actors และมีเครือข่ายในระดับจังหวัด
 4. ขาด strategic interaction จากกระทรวงอื่น
 5. กำหนดรายงานผลการขับเคลื่อนมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5,7 และ 9
 6. มีการปรับมติ/ข้อเสนอในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติชาติ 2556 ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่มากกระทบการขับเคลื่อนมติ
- เป้าหมายหลัก: การพัฒนาระบบสนับสนุน: มาตรฐาน งบประมาณ และการรองรับมาตรการ/มาตรฐานต่างๆ

แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ขับเคลื่อนแบบ participatory relation	คณะกรรมการสุขภาพคนพิการแห่งชาติ (26 เม.ย.54) ประธาน: นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	• งบประมาณมาจาก สสส. สปสช. และงบประมาณราชการเอง • เมื่อเครือข่ายผู้พิการเรียกร้องสิทธิกดดันหน่วยงานรัฐทำงานเพิ่มขึ้น ตัวแทนหน่วยงานที่ไม่ใช่ระดับตัดสินใจตอบสนองได้ในกรณีที่ไม่ต้องปรับเปลี่ยนนโยบาย/กฎระเบียบ แต่ไม่เกิดความขัดแย้ง • เครือข่ายผู้พิการร่วมให้บริการฝึกทักษะด้วย • มีการสื่อสารภายในสม่ำเสมอ • มีเอกภาพสูงในการขับเคลื่อน • มีประเด็นต้องพัฒนา/ปฏิบัติ/จัดการ จำนวนมาก • เป็นตัวชี้วัด ก.สธ., ก.พม. • ตั้งแต่ 2553 สปสช. สนับสนุน อบจ. จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ (matching fund)

นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมนุภาพ

1. มีฐานความคิด 2 แบบคือ จัดการสุขภาวะชุมชน และกระจายอำนาจผ่านการเลือกตั้งผู้ว่าฯ
2. ความตระหนักกับข้อเสนอแนะ ไม่สอดคล้องกัน ไม่เป็นเหตุเป็นผลกัน
3. กำหนดรายงานผลการขับเคลื่อนมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5

เป้าหมายหลัก: การพัฒนากลไก มาตรการ กฎหมาย สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการตนเองด้านสุขภาวะ

เป้าหมายหลักของผู้เสนอประเด็น: จังหวัดจัดการตนเอง (กระจายอำนาจการปกครองจากส่วนกลาง)

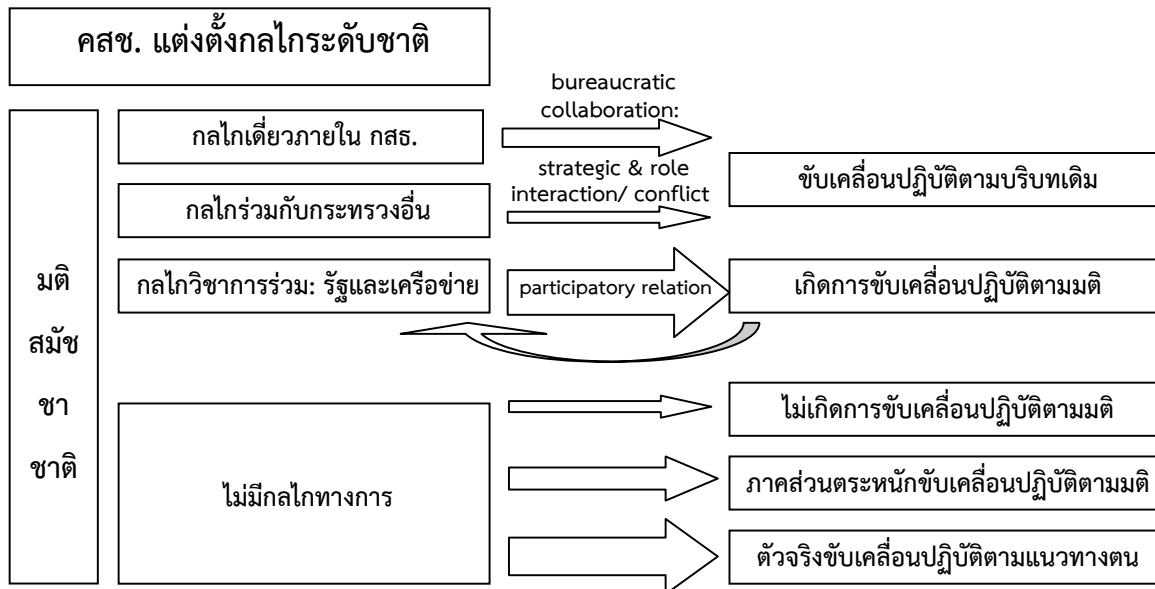
แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
ภาคประชาสังคม • เสนอประเด็นนี้และเป็นเลขานุการคณะทำงานเฉพาะประเด็นแต่อกจากกระบวนการเพราะข้อเสนอแนะแตกต่างจากความมุ่งมั่นตั้งใจของตน • ขับเคลื่อนเองแบบ social movement สปร. ขับเคลื่อนผ่านเวทีสมัชชาปฏิรูปร่วมกับ อปท. (คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปตั้งคณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูป)	• ไม่ปรากฏเอกสารแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เป็นกลไกขับเคลื่อน • มอบ สปร. ขับเคลื่อน และ อปท. ร่วมเป็นกลไกขับเคลื่อน (ด้วยงบ สสส.)	• ภาคประชาสังคมขับเคลื่อนตามแนวทางเดิมด้วยงบจากแหล่งต่างๆ • สข. จัดตั้งสมัชชาสุขภาพจังหวัดผ่าน สสจ. เกิดธรรมนูญจังหวัด/แผนยุทธศาสตร์จังหวัด/ธรรมนูญสุขภาพตำบล-หมู่บ้าน • สสส. (ไม่เกี่ยวกับมติสมัชชา) มีแผนงาน 1) สนับสนุนภาคประชาชนในโครงการชุมชนสุขภาวะ (3ปี) ผ่าน node ภาคต่างๆ 2) ตำบลสุขภาวะร่วมกับ อปท. • อบต.และเทศบาลร่วมกับชุมชนจัดทำธรรมนูญตำบลหมู่บ้าน และนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดสรรงบประมาณเทศบาล แก้ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะคนในชุมชน

แก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

- 1) กลไกขับเคลื่อน cover เครือข่ายขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะทางเพศ
 - 2) กลไกขับเคลื่อน cover ผู้บริหารระดับสูงของ กสธ. และกระทรวงที่เกี่ยวข้อง แต่ไม่เกิดความร่วมมือ
 - 3) ไม่มี shared/ common goals ระหว่างกลไกขับเคลื่อน
 - 4) ขาด strategic interaction และแรงจูงใจในการสร้างความร่วมมือจากกรมอื่น กระทรวงอื่น sectors อื่น (communication-coalition lack)
 - 5) สื่อสารทางการด้วยการประชุมคณะกรรมการ
- เป้าหมายหลัก: พ.ร.บ. และขับเคลื่อนผ่านกระทรวงต่างๆ

แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
1.สำนักงานนโยบายและแผนการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย • เป็นแกนทั้งขาขึ้น/ขาเคลื่อน • ไม่ใช่ node ขับเคลื่อนเรื่องนี้มาก่อน • ขับเคลื่อนแบบ bureaucratic collaboration 2.สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ กพม. เป็นแกนขับเคลื่อนแบบ bureaucratic collaboration (เป็น สนง.ใหม่) 3.มูลนิธิสร้างสุขภาวะ (สสส.) เป็นเจ้าของมติสุขภาวะทางเพศ ขับเคลื่อนเครือข่ายแบบ participatory relation 4.องค์กรแพช ขับเคลื่อนเครือข่ายแบบ participatory relation	1.คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (รพ. กสธ. แต่งตั้งเมื่อ เม.ย. 2552) ประธาน: รพ. กสธ. เลขานุการ: อธิบดีกรมอนามัย และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ 7 คณะ (ธ.ค. 2552) 2.คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ ประธาน: รพ. กพม. เลขานุการ: รองปลัด กพม.	• เสนอร่าง พ.ร.บ. ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (ยังไม่ผ่านสภา) ซึ่งครอบคลุมคิดและสาระต่างจากร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับประชาชน • แกนขับเคลื่อน ขับเคลื่อนผ่านโครงการของสำนักไปยัง สสจ. • เป็นตัวชี้วัดกรมอนามัย (2553-54): ตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) • เป็นตัวชี้วัด กสธ. 2ตัว (2555): ร้อยละของแม่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี ตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) • nodes สุขภาวะทางเพศของ สสส. คือ 1) กรม คร. 2) สสส. กำลังจัดทำร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ฉบับภาคประชาชน 3) องค์กรแพช 4) สำนักบริหารการสาธารณสุข สป. กสธ.

ภาพ 1 สรุปการขับเคลื่อนเชิงโครงสร้าง 6 มิติ



ในเรื่องนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เครือข่ายนโยบาย (policy network) เป็นหัวใจทั้งการจัดทำวาระนโยบาย (ในที่นี้คือประเด็นและข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งจะเป็นมติสมัชชา) และผลักดันไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของสมัชชาสุขภาพตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผู้วิเคราะห์ว่า เครือข่ายนโยบายเป็นรูปแบบการปกครองที่ใช้ทฤษฎีเกมในแง่ใครเป็นตัวแทนในกระบวนการนโยบาย (ที่สามารถสะท้อนและเสริมแรงการจัดสรรอำนาจทางสังคมและการเมือง) และควรจะหยิบยกประเด็นไหนขึ้นเป็นวาระนโยบาย เครือข่ายนโยบายที่แตกต่างกันย่อมเกิดผลต่างกัน หากเข้มแข็งเหนียวแน่นย่อมทำให้วาระนโยบายมีความต่อเนื่อง การออกแบบให้มีคณะกรรมการวิชาการในขาขึ้น อาจนับว่าเป็นการเสริมความเข้มแข็งให้เครือข่าย (คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น) ในขั้นตอนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่การพบว่า มีมติสมัชชาที่ไม่มีการขับเคลื่อนเลยหรือขับเคลื่อนไม่ต่อเนื่อง (ทั้งที่มีและไม่มีกลไกขับเคลื่อนระดับชาติ) น่าจะสรุปได้ว่าเป็นเครือข่ายหลวมหรือสะท้อนกลับถึงบทบาท คจ.สช. และกระบวนการสมัชชาได้เช่นกันว่า มีเกณฑ์คัดเลือกแกนเครือข่ายหรือไม่ และเกณฑ์คัดเลือกประเด็นที่จะเป็นวาระนโยบายและการจัดทำข้อเสนอแนะเหมาะสมหรือไม่อย่างไร

ตามแนวคิดของ Foucault องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เป็นที่มาของการโอนอำนาจรัฐในการปกครองด้วยอำนาจทางกายภาพมาเป็นระบบการอภิบาล (governance) ที่ขึ้นกับวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญโดยมีกฎหมายรองรับการทำหน้าที่ และความซับซ้อนของศาสตร์ที่ยากเกินความเข้าใจของคนทั่วไปทำให้ประชาชนยินยอมและยอมรับอำนาจนั้น

เมื่อกล่าวถึง การสร้างการมีส่วนร่วม คนทั่วไปมักนึกถึง การกระจายอำนาจหรือประชาธิปไตย แต่หากมองในมุมกลับ “การมีส่วนร่วม” และ “การยอมรับอำนาจ” ก็เป็นปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดำรงอยู่ควบคู่กันไปพร้อมๆ กับความสัมพันธ์ชุดอื่นๆ (เช่น ความสัมพันธ์ในด้านความรู้ ความสัมพันธ์ในการผลิตมติสมัชชา) ในแต่ละ

ขั้นตอนกระบวนการ ดังเช่น ในการคัดเลือกประเด็น (เป็นระเบียบวาระสมัชชา) และแกนที่จะเป็นเลขานุการ คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น (ซึ่งต่อไปจะเป็นแกนกลไกขับเคลื่อนระดับชาติ) ในการศึกษาพบว่า แม้จะมีการประชุมระหว่างหน่วยงานองค์กรที่เสนอประเด็นในเรื่องเดียวกันเพื่อหาความเห็นร่วม แต่ในหลายประเด็นมีการกำหนดหน่วยงานองค์กรที่จะเป็นเลขานุการไว้ก่อนแล้วซึ่งมีจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้คำนึงถึงความเป็น “ตัวจริง” ในเรื่องนั้นๆ (แต่อาจมีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย) หน่วยงานองค์กรที่เลือกหายอมรับอำนาจนี้ของ คจ.สช. (หรือ สช.) ก็จะอยู่ร่วมกระบวนการต่อไป ในขั้นตอนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งจะพัฒนาเป็นข้อเสนอมติ มีการปรับเปลี่ยนภาษา เนื้อหา จนถึงแนวคิดของคณะทำงานเฉพาะประเด็น กระทั่งมีเจ้าของประเด็น (ซึ่งต่อไปคือแกนเครือข่ายที่จะขับเคลื่อน) ออกจากกระบวนการเพราะข้อเสนอไม่ได้อยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ตนมุ่งมั่นตั้งใจ ต้องการแต่มีการเปลี่ยนแปลงไปโดยสิ้นเชิง น่าสังเกตว่าประเด็นอำนาจของคณะอนุกรรมการวิชาการ ไม่อยู่ในแนวทางสัมภาษณ์ของการวิจัยแต่ถูกหยิบยกขึ้นมาวิพากษ์ในทุกมิติ และเข้มข้นขึ้นในมิติพื้นที่จัดการตนเอง

การกล่าวว่า เป็นสิ่งที่หน่วยงานดำเนินการตามบทบาทอยู่แล้ว ไม่เกี่ยวข้องกับมิติสมัชชา นอกจากจะเป็นความจริงในมุมมองของผู้ให้สัมภาษณ์แล้ว ยังเท่ากับไม่ยอมรับอำนาจสมัชชาที่มากกระทบขอบเขตอำนาจของแต่ละกระทรวงกรมต่างๆ ซึ่งมีกฎหมายรองรับ เช่นเดียวกับที่ คสช. มีอำนาจตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เพราะอำนาจไม่ได้รวมศูนย์อยู่กับที่แบบตายตัวดังสมัยก่อน แต่ถ่ายเทไปตามเป้าหมายจุดหมาย ส่วนการแสดงออกซึ่งอำนาจนั้นอาจแตกต่างกันไปตามบริบท สภาพสังคมที่ขับเคลื่อนด้วยภาคเศรษฐกิจเป็นหลัก ส่งผลต่อความใหญ่เล็กของกระทรวงในทางการเมืองและอาจเป็นบริบทหนึ่งที่จะกำหนดการรับรู้เกี่ยวกับขอบเขตความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างกระทรวงเมื่อต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน ดังในข้อเสนอมติที่คาบเกี่ยวบทบาทกระทรวงอื่น (ซึ่งถูกขีดวงให้มีส่วนร่วมในระดับหนึ่งแต่ถูกมอบหมายให้นำไปปฏิบัติ) ข้อเสนอมติที่ขอให้ หน่วยงานภาครัฐดำเนินการต่างๆ ก็เท่ากับยอมรับอำนาจของภาครัฐด้วยกัน ในการศึกษา สสส. และ สปสช. ให้ความร่วมมือในระดับสูงกับมิติสมัชชา ต่างจากกระทรวงทั่วไป อาจเพราะมีบริบทและลักษณะการทำงานที่ไม่มีหน่วยปฏิบัติการเองแต่ต้องทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายมาตั้งแต่แรก

เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น จะใช้ปรัชญาและความหมายของ สมัชชาสุขภาพ และความเห็นที่มักสะท้อนกลับ สช. เป็นกรอบในการพิจารณาสรุปในรูปแบบวาทกรรม 3 ประการคือ เจ้าของประเด็นเป็นผู้ขับเคลื่อนมติ และมติสมัชชาเป็นการอ้างอิงทางสังคม และ ไม่ได้งบประมาณเพิ่มจึงขับเคลื่อนไม่ได้

วาทกรรมที่ 1. เจ้าของประเด็นเป็นผู้ขับเคลื่อนมติ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนักวิชาการภาคประชาสังคม (มิติพื้นที่จัดการตนเอง) มักพูดถึงตัวจริงตัวปลอม เพราะยอมรับกันว่า เจ้าของประเด็นที่เป็นตัวจริงในเรื่องนั้นเท่านั้นจึงจะมีความมุ่งมั่นเป็นเจ้าของมติและจริงจังในการขับเคลื่อนต่อแม้ว่าข้อเสนอมติจะออกมาไม่ตรงกับ **ความมุ่งมั่นตั้งใจต้องการ** และไม่ได้รับสนับสนุนจาก สช. ก็ตาม ก็ยังจะมีแรงขับเคลื่อนเพราะศรัทธากับความคิดและแนวทางของตนและหาทุนมาสนับสนุนจนได้

แม้ภาคราชการเป็นผู้เสนอประเด็นเป็นเลขานุการคณะทำงานจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งก็คือ “เจ้าของ” ตามนิยามของ สช. แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะขับเคลื่อนมตินั้นต่อ ในกรณีที่มีการดำเนินงานด้วยงบประมาณหน่วยงานเองมักให้ข้อมูลว่า เป็นการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ไม่เกี่ยวกับสมัชชา ในตาราง 4.1 จาก 6 มติที่ศึกษา จะเห็นความแตกต่างระหว่างแกนการขับเคลื่อนของภาคราชการและองค์กรพัฒนาเอกชน และยังเห็นชัดเมื่อเป็นกลไกประสานงานตามระบบราชการที่ข้ามกระทรวง (ซึ่งไม่ว่า กสธ.จะเป็น

แกนหรือ กพม. เป็นแกนที่พบปัญหาความไม่ร่วมมือในทำนองเดียวกัน) ซึ่งในมิติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ องค์กรวิชาการคือ สสพ. จำกัดบทบาทที่จะไม่เป็นผู้เสนอประเด็นเอง แต่ทำหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการและคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนเครือข่ายผู้พิการเจ้าของมติที่มีจุดอ่อนด้านวิชาการ

จึงเกิดคำถามตามมา 3 คำถามคือ ตัวจริงคือใคร ความเป็นเจ้าของมติเกิดขึ้นได้อย่างไร และล้าพังความเป็นเจ้าของมติเพียงพอหรือไม่ที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อน

1.1 ตัวจริงคือใคร

นักวิชาการภาคประชาสังคมให้ข้อสังเกตง่ายๆ ว่า ตัวจริงตัวปลอม ดูได้จากพฤติกรรม เช่น จะถูกดึงดูดด้วยทุนสนับสนุนมากกว่าประเด็นเคลื่อนไหว และเมื่อหมดทุนที่องค์กรสนับสนุนให้มาในเบื้องต้น (ซึ่งมักไม่มากนัก) ก็จะไม่เคลื่อนไหวต่อ แต่ถ้าเป็นตัวจริงจะเคลื่อนไหวไม่หยุดเพราะเป็นแนวคิดที่ต้องการผลักดัน ก็จะหาช่องขับเคลื่อนต่อไป นอกจากนี้ในภาคประชาชนหรือวงงานเฉพาะด้านจะมีคนรู้จักอ้างอิงกันได้คือ มีชื่อ (named) ไม่ใช่ไม่มีใครรู้จัก (nobody)

1.2 ความเป็นเจ้าของมติเกิดขึ้นได้อย่างไร

สช. นิยามว่า เจ้าของมติคือเจ้าของประเด็นที่เสนอเข้ามาและต่อไปจะเป็นแกนหรือเลขานุการในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย หากระบุหน่วยงาน หน่วยงานนั้นก็จะเป็นองค์กรขับเคลื่อน ซึ่งจะปรากฏในรายชื่อคณะกรรมการขับเคลื่อนที่ คสช. จะแต่งตั้งหลังเป็นมติสมัชชา แต่ก็พบว่า บุคคลหรือหน่วยงานที่มีชื่อปรากฏเป็นเลขานุการในรายชื่อคณะกรรมการ อย่างน้อย 3 คน 3 หน่วยงานองค์กรใน 3 มติ ให้ข้อมูลว่า ไม่ได้เป็นกลไกขับเคลื่อนตามที่ สช. เข้าใจ (และมีมติหนึ่งที่ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนจำไม่ได้ว่าตนเป็นประธาน) ขณะเดียวกัน ในทางตรงกันข้าม กลุ่มที่ไม่ปรากฏชื่ออยู่ในรายชื่อหรือในมติที่ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน กลับมีการขับเคลื่อนแต่เป็นในทิศทางที่อาจพ้องหรือต่างจากข้อเสนอมติสมัชชา ความเป็นเจ้าของจึงไม่น่าจะนิยามจากการมีชื่อในคณะกรรมการเท่านั้น แต่ต้องเริ่มมาจาก ความเต็มใจและเป็นความเต็มแบบเปี่ยมล้น และจะมีลักษณะเข้าประเด็นคำถามที่ 1.1 คือตัวจริง ในมตินโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ พบว่า มีความแตกต่างทางความแนวคิดต่อแนวทางขับเคลื่อนตั้งแต่ในวงคณะกรรมการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและในกระบวนการของคณะอนุกรรมการวิชาการ สุดท้ายผู้เสนอประเด็นยอมแพ้ต่อกระบวนการแต่ได้มาร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และขับเคลื่อนตามแนวทางของตนตามเดิมด้วยทุนสนับสนุนที่หาเอง แม้ว่าข้อเสนอมติจะเบี่ยงเบนจากแนวคิดหลักก็ตาม อาจสรุปแบบเข้าใจง่าย ๆ ในที่นี้ได้ว่า ความเป็นเจ้าของเกิดจากประสบการณ์สั่งสมจนมีความเชื่อศรัทธาในสิ่งนั้นจนไม่ยอมปล่อยวาง และเป็นข้อพิสูจน์ยืนยันได้ว่ากระบวนการพัฒนาข้อเสนอบนฐานวิชาการของคณะอนุกรรมการวิชาการที่ไม่ว่าจะมีเสียงบ่นว่าจากผู้เสนอประเด็นอย่างไรก็ตาม (เช่น เน้นพิธีการหรือเน้นภาษา กระทั่งปรับเปลี่ยนแนวทางการขับเคลื่อน) ก็ได้มีผลต่อความเป็นเจ้าของประเด็นสำหรับตัวจริง แต่อาจมีผลต่อผู้ที่ยังไม่เป็นตัวจริงและต้องขับเคลื่อนภายใต้ร่มของสมัชชา อย่างไรก็ตามแม้ว่าองค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคมยังคงขับเคลื่อนในประเด็นนั้น แต่ความคิดเห็นที่มีต่อกระบวนการของคณะอนุกรรมการวิชาการ ไม่ควรจมองข้าม หากปรัชญาสมัชชาคือการรวมพลังสามเหลี่ยมเพื่อเชื่อมโยงเขา เสียงสะท้อนของกลุ่มคนจำนวนหนึ่งบนฐานมิตรภาพ ควรที่กระบวนการสมัชชา สช. และ คจ.สช. จะเปิดใจรับฟัง

การพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นความสมบูรณ์ของ “เอกสาร” การอ้างอิงที่มาของความคิด ข้อมูล และหรือประสบการณ์ต่างประเทศ ทำให้ “นักวิจัย

นักวิชาการ” ได้รับความไว้วางใจเป็นแกนหรือเลขานุการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นเรื่องใหม่ซึ่งมักนิยมอ้างอิงประสบการณ์ต่างประเทศ ความสามารถด้านภาษาต่างประเทศจึงเป็นสิ่งจำเป็น ผวนกับการปรับรูปแบบสมัชชาสุขภาพให้มีความเป็นสากลมากขึ้นเพื่อให้สื่อสารง่ายขึ้นกับนานาชาติประเทศ

แต่ในมิติที่มีองค์ประกอบหลักเป็นเครือข่ายภาคประชาสังคม (ซึ่งให้ความสำคัญกับผลสำเร็จของการขับเคลื่อนมากกว่าผลงานวิชาการ) ยิ่งทำให้ต้องพึ่งพานักวิชาการมากขึ้น เมื่อมีการเน้นรูปแบบการเขียนการใช้คำ และสำนวนภาษา ก็มีผลให้ผู้ที่ไม่นิยมกระบวนการพิธีการที่เลียนแบบสมัชชาสุขภาพโลกเช่นนี้ เกิดความรู้สึกแปลกแยกและไม่ยินดีที่จะร่วมกระบวนการดังกล่าว ดังที่พบในมตินโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ ซึ่งโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2555) ให้ข้อคิดว่า พังระมัตระวังว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพจะกลายเป็นราชการของสมัชชาและทำให้รากหญ้ารู้สึกแปลกแยก สอดคล้องกับทัศนะของศุภวรัลย์ พลายน้อย และคณะ (2555: 148) ว่า ภาควิชาการไม่ใช่กลุ่มที่จะขับเคลื่อน หากมีจำนวนมากจะทำให้การขับเคลื่อนด้วยพลังเครือข่ายเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ การอ้างอิงแต่ประสบการณ์ประเทศพัฒนา ย่อมทำให้ผู้มีส่วนเสียมีข้ออ้างที่จะไม่เห็นด้วยหรือไม่ยอมรับ การนำมาตรการ เครื่องมือ เทคโนโลยีจากประเทศเหล่านั้นมาใช้เพราะเห็นว่าผ่านกระบวนการที่ใช้ความเห็นมากกว่ากระบวนการทางวิทยาศาสตร์ สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์แกนนำระดับพื้นที่ซึ่งเข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่า มีภาคประชาชนเข้าร่วมมากที่สุดมากกว่าภาคราชการและธุรกิจเอกชน (ศุภวรัลย์ พลายน้อยและคณะ 2555: 74) ซึ่งภาคประชาชนมีแนวโน้มจะใช้ความรู้สึกมากกว่าข้อมูลเพราะเอกสารเป็นเรื่องวิชาการที่เข้าใจยากและบางเรื่องก็ขาดข้อมูลอ้างอิง (ศุภวรัลย์ พลายน้อยและคณะ 2555: 99) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อยังไม่มีเตรียมความพร้อมด้านปฏิบัติการรองรับ มีการโต้แย้งจากภาคธุรกิจ และขาดแรงสนับสนุนในการผลักดันจากภาคประชาชน (มติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วนการจัดการปัญหาน้ำหนักรเกินและโรคอ้วน) ที่สำคัญคือ การปรับเนื้อหาโดยผู้ที่ไม่ใช่ “ตัวจริง” ในประเด็นนั้น (แม้จะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ) ก็มีโอกาสทำให้ข้อมูลและข้อเสนอในมติสมัชชา “ไม่ทัน” สถานการณ์ปัจจุบัน (จากการสัมภาษณ์คณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการและคณะกรรมการขับเคลื่อนจาก สสส.)

1.3 ลำพังความเป็นเจ้าของมติเพียงพอหรือไม่ที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อน

สำหรับองค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคม เงินทุนเป็นสิ่งจำเป็นต่อการขับเคลื่อน เพราะไม่มีงบประมาณของตนเองเช่นภาครัฐ โดยทั่วไป เงินทุนมาจากองค์กรสนับสนุนที่เห็นพ้องกับประเด็นขับเคลื่อนซึ่งไม่เกินกว่าความสามารถของตัวจริงที่จะหาแหล่งสนับสนุน (ส่วนภาครัฐ จะอยู่ในกรณีวาทกรรมที่ 3 “ไม่ได้งบประมาณเพิ่มจึงขับเคลื่อนไม่ได้”) นอกจากนี้ยังมีกรณีที่ต้องขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ (เช่น ในการออกกฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนด โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ) ซึ่งจำเป็นต้องมีกลไกกระบวนการบางอย่างสร้างความสำนึกเป็นเจ้าของร่วมกันก่อนที่จะเกิดมติเพื่อลดความเห็นแย้งสร้างเอกภาพทางความคิดความร่วมมือ (coalition) ในการผลักดันกฎหมายต่างๆ ในอีกทางหนึ่งอาจต้องสร้างเสริมความเข้มแข็งภาคประชาสังคมหรือกลุ่มที่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากกฎหมายนั้นให้มีบทบาทเพิ่มขึ้นในการขับเคลื่อนเคลื่อนไหวในฐานะเป็นผู้รับประโยชน์ เพื่อถ่วงดุลทางสังคม

วาทกรรมที่ 2. “มติสมัชชาเป็นการอ้างอิงทางสังคม”

การที่หน่วยงานจะนำมติสมัชชาไปอ้างอิงว่า ภาคประชาสังคมคาดหวังให้ “หน่วยงาน” ดำเนินการตามมติและเกิดการดำเนินการนั้น หน่วยงานต้องเล็งเห็นประโยชน์ก่อนไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ในแง่มุมใดก็ตาม หน่วยงานที่มีงบประมาณและมีโครงสร้างองค์กรไม่ซับซ้อนนัก เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล ซึ่ง

อยู่ในระดับพื้นที่ สามารถตัดสินใจและดำเนินการได้ทันที หากไม่ขัดแย้งกับวิธีปฏิบัติเดิมหรือไม่เสี่ยงต่อการผิดกฎระเบียบ และมีงบประมาณเพียงพอ เช่น เทศบาลออกเทศบัญญัติเป็นแนวทางการจัดทำธรรมนูญพื้นที่โรงพยาบาลซื้อผลิตภัณฑ์เกษตรจากกลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ กรณีเช่นนี้เป็นการอ้างอิงมติสมัชชาในเชิงหลักการเหตุผล แต่สำหรับเรื่องใหม่ๆ การมีนโยบายด้านการคลังให้อ้างอิงจะมีความจำเป็นในการเปิดช่องให้ดำเนินการเพื่อปกป้องไม่ให้หน่วยงานองค์กรที่จะดำเนินการมีความเสี่ยงต่อการผิดระเบียบการเงิน สำหรับราชการส่วนกลางที่มีสายบังคับบัญชาซับซ้อนกว่า ผู้บริหารหน่วยงานในระดับหนึ่งๆ จะมีความอิสระในการตัดสินใจได้น้อยกว่า ยิ่งอยู่ใกล้ศูนย์กลางอำนาจ ความอิสระยิ่งลดลง สอดคล้องกับรูปธรรมการอ้างอิงมติสมัชชา (อาจเป็นมติพื้นที่จัดการตนเองหรือบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม) ในระดับตำบลหมู่บ้านที่เกิดธรรมนูญเพราะการตระหนักรู้สถานการณ์ปัญหาของชุมชน (ที่เป็นเรื่องใกล้ตัว) และพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้วยทรัพยากรในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของเดวิดสัน สุขกำเนิด (2556) สรุปว่า การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ทำได้ดีกว่าระดับชาติเพราะมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนและยกร่างธรรมนูญด้วยรูปแบบ วิธีการ และภาษาที่คุ้นชิน กระบวนการยกร่างเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์หรือแนวทางการเปลี่ยนแปลง ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง และมีการติดตามต่อเนื่องทำให้เกิดการสะท้อนย้อนคิด

นอกจากในเชิงหลักการเหตุผลแล้ว การอ้างอิงมติสมัชชายังมีการอ้างอิงในเชิงประยุกต์ต่อยอดเพื่อการใช้งาน เช่น ธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือยเป็นเครื่องมือกำกับการจัดสรรงบประมาณของเทศบาล จัดเป็นนวัตกรรมด้านธรรมาภิบาลระดับท้องถิ่น อีกตัวอย่างที่น่าสนใจคือ ในมติการจัดการปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีข้อเสนอมาตรการไฟจากรซึ่งไม่ประสบผลสำเร็จในการขับเคลื่อนให้เป็นมาตรการกฎหมาย แต่มีนักวิชาการโภชนาการที่รับทราบและเกิดความคิดนำไปใช้แบบ soft law ในการจำแนกอาหารขนมโดยปรับเป็นเกรด A, B, C, D เกิดเป็นแนวคิด “จัดการตนเองในโรงเรียน” กระทั่งกลุ่มผู้ปกครองเรียกร้องไม่ให้โรงเรียนขายขนมแก่เด็ก

การที่มติสมัชชาจะถูกนำไปอ้างอิง นอกจากผู้จะอ้างอิงจะให้คุณค่าต่อกระบวนการ/เวทีสมัชชาสุขภาพแล้ว ย่อมต้องมองเห็นทั้งประโยชน์ของตัวมติและประโยชน์ของชุมชนสังคมที่จะเกิดจากมตินั้น จึงจะมีน้ำหนักในการอ้างอิง เนื้อหาสาระของมติจึงมีคุณค่ามากกว่ารูปแบบเอกสาร สำหรับข้าราชการต้องประเมินท่าทีของผู้บังคับบัญชาก่อนด้วยว่ามีทิศทางเห็นด้วยกับกระบวนการสมัชชาหรือไม่

วาทกรรมที่ 3. ไม่ได้งบประมาณเพิ่มจึงขับเคลื่อนไม่ได้

ประเด็นงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อการขับเคลื่อน จะเป็นเรื่องที่หน่วยงานราชการมักบ่นและมักเสนอว่า ควรมี ข้อพิจารณาในเรื่องนี้ 2 ประเด็นคือ หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับมติย่อมมีบทบาทในเรื่องนั้นๆ อยู่แล้ว ไม่น่าจะมีการดำเนินการนอกเหนือบทบาทหน้าที่ (การสัมภาษณ์ข้าราชการใน 5 มติมักกล่าวว่า การดำเนินงานนี้ไม่เกี่ยวกับมติสมัชชาเป็นบทบาทของหน่วยงานอยู่แล้ว) จึงไม่น่าจะไม่มีงบประมาณ เพียงแต่ต้องมีการประสานเชิงนโยบายซึ่งควรทำก่อนหรือระหว่างทำข้อเสนอเชิงนโยบายหรืออย่างช้าก็ต้องก่อนเสนอเข้าสู่เวทีสมัชชา เพื่อไม่ให้ภาคราชการรู้สึกถูกสั่งการ (ซึ่งสมัชชาไม่มีอำนาจสั่งอยู่แล้ว) หรือรู้สึกว่าถูกก้าวล่วง อีกประการซึ่งเป็นประเด็นสำคัญคือ การขับเคลื่อนไม่ได้มีความหมายเพียงทำงานให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มความครอบคลุมเท่านั้น หากได้รับงบประมาณเพิ่มแล้วแต่ยังทำงานแบบเดิมๆ แต่เพิ่มจำนวนก็ไม่อาจเป็นการขับเคลื่อน การจัดสรรงบประมาณให้ภาคราชการที่แม้จะขยันทำงานก็ได้หมายความว่า จะเกิดการขับเคลื่อน

สำหรับหน่วยงานราชการ แม้ไม่ได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมสืบเนื่องจากมติสมัชชา หน่วยงานก็ยังสามารถดำเนินงานได้ภายใต้งบประมาณ บุคลากร องค์ความรู้ และเครื่องมือเท่าที่มีในบริบทเดิม และหากตระหนักถึงความสำคัญก็สามารถปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณรองรับได้ แต่ที่สำคัญกว่างบประมาณคือ การประสานนโยบายให้เกิดระบบหรือบริบทที่เอื้อต่อการทำงาน (เช่น การเป็นตัวชี้วัด การเปิดช่องทางให้ใช้งบประมาณได้ การประสานความร่วมมือและทรัพยากรในการทำงานร่วมกับเครือข่าย สสส. สปสช.)

นอกจากนี้ภาคราชการส่วนกลางที่ไม่เคยทำงานร่วมกับเครือข่ายมาก่อน (เครือข่ายในที่นี้ ไม่ได้หมายถึงหน่วยงานภายในกำกับของตนหรือหน่วยราชการส่วนภูมิภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล) มักขาดทักษะการทำงานแบบหุ้นส่วนเคียงบ่าเคียงไหล่กับเครือข่าย รวมทั้งการทำงานร่วมกับภาคราชการด้วยตนเอง เมื่อเทียบกับองค์กรพัฒนาเอกชน และมีคำบ่นทำนองว่า “เอาแต่ประเด็นหลักของตัวเองแต่ไม่มองว่าคนอื่นจะทำอะไร” จึงไม่เกิดวัตถุประสงค์/เป้าหมายร่วมกัน เป็นเพียงเชิญคนอื่น ๆ มาช่วยคิดช่วยทำในสิ่งที่ตนต้องการทำ ขณะที่เมื่อทำงานกับองค์กรเอกชนที่มีพื้นฐานวิชาการพร้อมกับการขับเคลื่อนจะได้วิธีคิดวิธีทำงานรูปแบบการทำงานใหม่ๆ นอกเหนือจากความรู้ รูปแบบและความสัมพันธ์ในการทำงานแบบองค์กรเอกชนที่มีส่วนร่วมเสมอภาคกัน (participatory relationship หรือ equitable interaction) แม้ว่าโดยพื้นฐานจะมีอาชีพเป็นข้าราชการ จึงเหมาะสมกับการขับเคลื่อนมากกว่ารูปแบบและความสัมพันธ์แบบราชการ (bureaucratic/ hierarchical relationship) ซึ่งเมื่อเป็นความสัมพันธ์ข้ามกระทรวงจะมีปัญหาเรื่องความคิดว่า “กำลังทำงานให้กระทรวงอื่นหรือกระทรวงอื่นมาแย่งชิงบทบาทเรา เราทำงานแต่กระทรวงอื่นได้ผลงาน” ดังตัวอย่างกรณีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สิ่งยืนยันที่เป็นรูปธรรมคือ การมียุทธศาสตร์ระดับชาติหลายชุดในการแก้ปัญหาเดียวกันโดยกลุ่มหน่วยงานเครือข่ายเดียวกันแต่มีหลายเจ้าภาพในการจัดทำ (ซึ่งในยุทธศาสตร์แต่ละชุดก็จะกล่าวถึงยุทธศาสตร์ย่อยที่กระทรวงอื่นๆ ต้องเป็นเจ้าภาพร่วมหรือให้ความร่วมมือกับเจ้าภาพหลัก) การบริหารการทำงานร่วมกันแบบหุ้นส่วน (partnership management) และจัดสรรพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนสามารถมีบทบาทร่วมกันตามทักษะบทบาทและเสริมด้วยการประชาสัมพันธ์ น่าจะเป็นทางออกของปัญหานี้ได้ โดยมีขั้นตอนการประสานนโยบายในขาขึ้นมาก่อน

สรุปผลการศึกษา

ผู้เกี่ยวข้องในมติสมัชชาทั้ง 6 เห็นพ้องว่า กระบวนการสมัชชาเป็นกระบวนการเรียนรู้ของแต่ละภาคส่วนและภาคีเครือข่าย ช่วยในการพัฒนาเครือข่ายสมาชิกด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาและยังเป็นการเปิดพื้นที่แก่เครือข่าย และสปิริตสมัชชาของเครือข่ายส่วนหนึ่งเกิดจากการสื่อสารให้ตระหนักรู้และร่วมคิดเพื่อการขับเคลื่อนร่วมกันแบบหุ้นส่วน

ในกระบวนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เน้นแบบแผนมากจนกลายเป็นพิธีการซึ่งความศักดิ์สิทธิ์ของสมัชชาอยู่ที่การนำมติไปปฏิบัติให้เกิดผล ไม่ใช่พิธีการ

การมีมติสมัชชาจำนวนมากเป็นภาระของ สช. ในการ 1) จัดตั้งกลไกระดับชาติ (เช่น ขาดผู้ที่จะมาเป็นคนกรรมการ (บางคนเป็นกรรมการหลายชุดทำให้ไม่มีเวลา/ไม่มีการติดตาม) 2) จัดกระบวนการและสนับสนุนทรัพยากรในการขับเคลื่อนและติดตาม ในการ บางมติ สช. ต้องขับเคลื่อนเอง

ในบางมติพบว่า แนวคิดที่ไม่สอดคล้องกันเป็นอุปสรรคในการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างภาคส่วนและขับเคลื่อน แม้จะร่วมวงทำข้อเสนอมาด้วยกัน โดยเฉพาะในภาคราชการที่มีความเป็นใหญ่กว่าจากฐาน

งบประมาณและกำลังคน นอกจากนี้ การรวมหลายเรื่องเข้าไว้ในมิติเดียวกัน ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมได้เมื่อน้ำหนักของการขับเคลื่อนโน้มเอียงไปในบางเรื่อง

หากตัดเรื่องแนวคิดแล้ว ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนคือ ความเป็นตัวจริงของผู้เสนอประเด็นซึ่งคือ ศักยภาพและคุณภาพของแกนขับเคลื่อนและเครือข่าย กลไกหรือระบบสนับสนุน และการสื่อสาร สำหรับภาครัฐมีลักษณะ เงื่อนไข และข้อจำกัดจำนวนหนึ่ง ซึ่งอาจรวมเรียกว่า บริบทระบบราชการ ทำให้ไม่เหมาะที่จะเป็นแกนขับเคลื่อน ในการศึกษาพบว่า องค์กร/สถาบันวิชาการเหมาะสมที่จะมีบทบาทอำนวยการขับเคลื่อนบนฐานวิชาการและเครือข่ายต่างๆ ขับเคลื่อนร่วมกันอย่างเสมอภาคซึ่งภาคราชการให้ความสำคัญมากกับการแบ่งและการมีบทบาทในการขับเคลื่อน เพื่อไม่ให้เกิดความคิดว่า มาทำงานให้หน่วยงานอื่น อย่างไรก็ตามการปะทะสังสรรค์ระหว่างกันทั้งขาขึ้นและขาเคลื่อนช่วยให้เกิดการพัฒนาร่วมกันและกันในด้านการฟัง การคิดวิเคราะห์ การใช้เหตุผล และการต่อรอง

หน่วยงานราชการที่ถูกระบุในข้อเสนอแนะให้นำไปปฏิบัติมักมีปัญหา 1) ความเป็นเจ้าของร่วมเพราะขาดส่วนร่วมในขาขึ้น 2) ขึ้นกับนโยบายผู้บังคับบัญชา การอ้างอิงมติเพื่อนำมาปฏิบัติ เป็นไปได้ยากหากไม่ใช่ตัวชีวิต 3) มีการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน เปลี่ยนตำแหน่งงาน รวมทั้งมีการเปลี่ยนผู้บังคับบัญชา แต่จุดแข็งคือ มีบทบาทภารกิจเฉพาะและมีงบประมาณของตัวเอง

เมื่อเทียบกับภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนทำงานด้วยความยากลำบากกว่า เช่น มีปัญหาด้านงบประมาณที่ต้องเลี้ยงทั้งตัวเองครอบครัวและการดำเนินงาน และกลุ่มที่เคลื่อนไหวในพื้นที่มักมีปัญหาด้านวิชาการร่วมด้วย แต่กลุ่มคนเหล่านี้มีความเป็นเจ้าของประเด็นสูงและมุ่งมั่นในการขับเคลื่อน

ในการศึกษานี้ 5 ใน 6 มติ พบว่า สสส. เป็นร่มใหญ่ของการสนับสนุนการขับเคลื่อนทุกภาคส่วนทุกระดับ และเมื่อเกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ สปสช. ก็ไม่รีรอที่จะเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาด้วยทัศนะที่เปิดกว้าง น่าสังเกตว่า องค์กรหลักเหล่านี้มักมีประเด็นนโยบายสอดคล้องกันกับสมาชิกต่างๆ และมีความยืดหยุ่นในการสนับสนุน

ข้อเสนอต่อกระบวนการและการขับเคลื่อนมิติสุขภาพ

ขาขึ้น

ในการเปิดรับประเด็น ควรมี 2 ช่องทาง สำหรับประเด็นเชิงวิชาการและประเด็นเคลื่อนไหวของภาคประชาชนซึ่งเน้นการขับเคลื่อนเชิงประจักษ์ อาจจัดเป็นประเด็นเฉพาะพื้นที่หรือกลุ่มและมีการสนับสนุนเพื่อให้เครือข่ายใหม่ๆ ได้ส่งสมประสบการณ์เพื่อเป็นกำลังในชุมชนต่อไป ในแง่การตลาด ประเด็นลักษณะนี้ได้รับความสนใจมากกว่าห้องใหญ่ที่เป็นพิธีการ เพราะเป็นประเด็นมีชีวิต การเสนอประเด็นควรมีกระบวนการคัดเลือกที่เป็นธรรม ไม่ควรมีระบบเส้นสาย

ความเห็นที่กล่าวถึงกันมากในการศึกษานี้คือ แนวคิดในการทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ไม่จำเป็นต้องใช้กระบวนการสมาชิกเสมอไป และควรใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเป็นกรอบ เพื่อค้นหาประเด็นสำคัญที่สังคมไทยต้องขับเคลื่อนเชิงรุก (proactive movement) อาจใช้เวทีสมาชิกสุขภาพแห่งชาติในการติดตามประเมินนโยบายรัฐบาลที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะ วิธีคิดเช่นนี้จะทำให้ได้ใช้และพัฒนา HIA ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป หรืออาจเป็นเวทีติดตามแบบเสริมพลังในมิติที่ขับเคลื่อนยากหรือ

ขับเคลื่อนไม่ได้ การระดมความคิดในกลุ่มคนที่สนใจและให้ความสำคัญอาจเห็นช่องทางการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์แนวคิดแนวทางในการขับเคลื่อนต่อไป และไม่ควรมองข้ามแนวคิดเชิงเศรษฐกิจเพราะจะเป็นประโยชน์ที่จับต้องได้ของเครือข่าย การทำให้สมาชิกสุขภาพแห่งชาติมีความหมายและมีความสำคัญในการขับเคลื่อนจะทำให้สมาชิกเกิดศรัทธามากกว่าจะเกิดจากพิธีการ

ก่อนทำข้อเสนอ ควรต้องประเมินความสัมพันธ์เชิงนโยบาย บทบาท เพื่อการสร้างความร่วมมือ ระหว่างกลไกและกระทรวงต่างๆ โดยต้องคำนึงถึงความเป็นได้ภายใต้ข้อจำกัดของกฎหมายด้วย ในบางเรื่องอาจไม่ต้องเข้าเวทีสมัชชาก็ได้ และเป็นการสร้างการรับรู้ร่วมกันกับภาคราชการต่างๆ ในเรื่องที่ต้องเข้าเวทีสมัชชาเมื่อเป็นมติแล้ว สช. ควรสนับสนุนการประสานนโยบายระดับสูงเพื่อให้เกิดการยอมรับที่จะขับเคลื่อนและจัดตั้งกลไกร่วมกัน

ขับเคลื่อน

ในการขับเคลื่อน แกนขับเคลื่อนควรต้องมีศักยภาพในการบริหารจัดการเครือข่ายทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนและรัฐด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบหุ้นส่วนข้ามเครือข่าย และการเชื่อมต่อกระทรวงอื่น

กลไกสนับสนุน เป็นประเด็นที่กล่าวถึงใน 6 มติจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน โดยเฉพาะกลุ่มพัฒนาเอกชน โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

ควรมีการเชื่อมประสานระหว่าง สำนัก “ส” กับระดับบริหารของกระทรวงที่เกี่ยวข้องและองค์กรหลักด้านสุขภาพตั้งแต่ชาขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดร่วมระหว่างสำนัก “ส” ซึ่งมีรากฐานความคิดจากสำนักเดียวกัน (school of thought) ในด้านทรัพยากรบุคคล (เช่น นักประสานงาน นักวิจัย นักจัดการความรู้ นักขับเคลื่อนนโยบาย) และการประสานงาน/จัดการข้ามองค์กร/หน่วยงาน/กระทรวง ตัวอย่างรูปธรรม เช่น การเป็นคณะทำงาน/กรรมการในหลายชุดหลายประเด็นหลายสำนัก “ส” และมีปัญหาด้านเวลาซึ่งมีปัญหาจากภาระงานประจำอยู่แล้ว ข้อจำกัดเมื่อต้องทำงานในรูปคณะกรรมการผสมระหว่างกระทรวง รวมทั้งเครือข่าย (ตัวจริง) ได้รับการประสานจากสำนัก “ส” ต่างๆ ในการทำงานประเด็นเดียวกันด้วยเงื่อนไขของแต่ละสำนัก

สช. สสส. สปสช. และ สวรส. (รวมองค์กรในสังกัด) ควรหารือเพื่อลดความซ้ำซ้อนด้านทรัพยากรและเวลาในการบริหารจัดการประเด็นนโยบายและสนับสนุนเครือข่ายดำเนินงาน โดย

- 1) ร่วมกันกำหนดประเด็นนโยบายที่สำคัญและส่งผลกระทบสูง พร้อมกับเชื่อมประสานกับระดับบริหารของกระทรวงและองค์กรหลักตามประเด็นสุขภาพ
- 2) แจกแจงหน่วยงานองค์กรหลักและบุคคลในประเด็นนั้น รวมทั้งแบ่งปันข้อมูลในประเด็นต่างๆ เช่น แผนงานและภาคีเครือข่าย (ประเด็น/ทักษะความถนัด) เพื่อการประสานงานเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) จัดสรรทรัพยากรในการทำงานร่วมกันแก่หน่วยงานองค์กรหลักเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

โดยมีเวทีสมัชชาสุขภาพ เป็นพื้นที่เรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายและภาคส่วน สำนัก “ส” และภาคราชการ ด้วยความสัมพันธ์ดังภาพ 2 เครือข่ายนักวิชาการและองค์กรพัฒนาเอกชนมีการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพ/สุขภาวะด้วยการสนับสนุนของ สสส. ซึ่งมีศักยภาพด้านสื่อสารสังคม (ระดับมวลชน) สวรส.และองค์กรลูกมีจุดแข็งด้านวิชาการและมีเครือข่ายวิชาการทั้งระดับมหาวิทยาลัยและพื้นที่ สปสช.มีเครือข่ายบริการสุขภาพ สช. มีศักยภาพด้านกระบวนการและการประสานเครือข่ายภาคประชาชน ส่วนกระทรวง

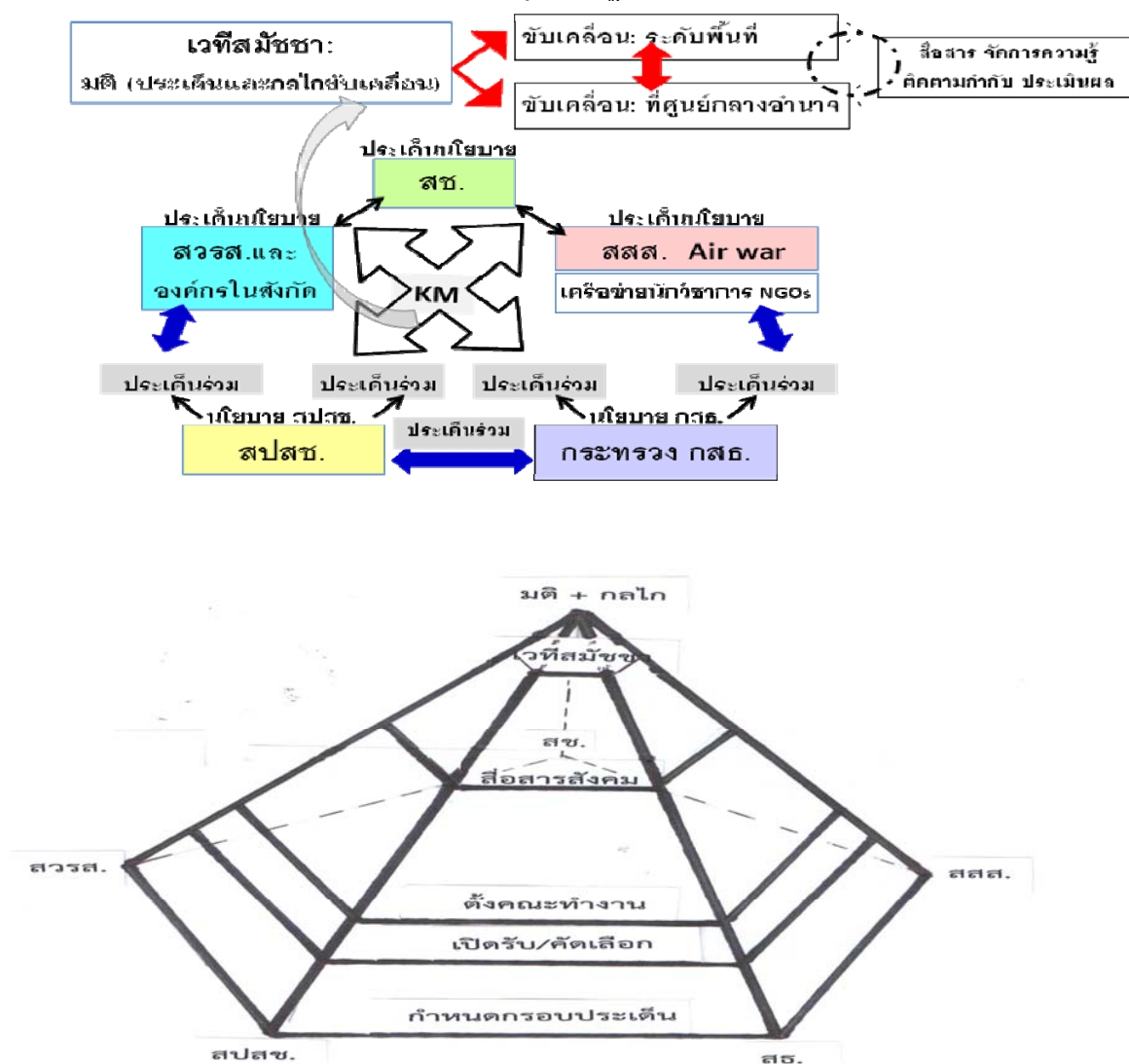
สาธารณสุขมีบุคลากร ระบบงาน และการบริหารจัดการครอบคลุมทั่วประเทศขณะที่มีข้อจำกัดงบประมาณส่วนกลาง

ทั้ง 5 องค์กรควรร่วมกันกำหนดทิศทางและจัดทำกรอบประเด็นนโยบาย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นและเป็นการสนับสนุนและเสริมพลังซึ่งกันและกันจากการแบ่งปันแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ร่วมกัน จากนั้น สช. ดำเนินการเปิดรับประเด็น จัดกลุ่ม และคัดเลือกประเด็น ขั้นตอนที่สามคือ ตั้งคณะทำงานที่มีองค์ประกอบจากภาคส่วนหลักในการขับเคลื่อนด้วยเพื่อจัดทำข้อเสนอ/ยุทธศาสตร์/แผนขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ ขั้นตอนนี้ อาจใช้เวลานาน เพื่อให้ได้สาระสำคัญ ทิศทางการขับเคลื่อน และแผน รวมทั้งแหล่งทรัพยากรสำหรับบทบาทภารกิจใหม่ตามยุทธศาสตร์แผนงานจากมติ สำหรับประเด็นข้อเสนอที่ยังไม่สมบูรณ์ ก็จะมีเวลาจัดทำพร้อมกับการเรียนรู้ ประเด็นที่มีความเฉพาะก็อาจจัดอยู่ในกลุ่มเวทีพื้นที่/เฉพาะประเด็น/วิชาการซึ่งอาจมีการระยะเวลาดำเนินการสั้นหรือจะต่อยอดเป็นประเด็นเชิงนโยบายก็ได้ หากมีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ ขั้นตอนที่สี่สารสังคมและรับฟังความเห็นนอกเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อหาเสียงสนับสนุนเป็นการถ่วงดุลกับภาคส่วนที่เสียผลประโยชน์ส่วนตน จะมีความสำคัญ เมื่อเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพซึ่งควรเป็นการเรียนรู้กระบวนการนโยบายของเครือข่ายทุกระดับ (ไม่ใช่เฉพาะนักวิชาการ/ผู้ทรงคุณวุฒิ) และส่งเสริม “การจัดการตนเอง” ทุกพื้นที่ทุกระดับ เวทีสมัชชาสุขภาพก็จะเป็นพื้นที่แสดงพลังร่วมของภาคส่วนต่างๆ ขั้นตอนนี้ ควรมีกลไกพร้อมขับเคลื่อนในเบื้องต้นหลังจากเป็นมติสมัชชา กลไกนี้ควรต้องต่อเนื่องกับคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. องค์กรสนับสนุนหลักควรร่วมกันจัดทำประเด็นนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนและฐานข้อมูลวิชาการและเครือข่ายองค์กรที่ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน เพื่อการสนับสนุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การขับเคลื่อนอย่างมีพลังขึ้นกับคุณภาพเครือข่าย จึงควรลงทุนกับการพัฒนาศักยภาพในด้านการจัดการเครือข่าย (network management) และการเรียนรู้จากการขับเคลื่อน
3. พัฒนาระบบการวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคม (social network analysis) เพื่อการใช้ประโยชน์ในข้อ 1 และ 2
4. จัดระบบสนับสนุนการถอดบทเรียนการขับเคลื่อนภาคประชาชนและผลที่เกิดขึ้นให้เป็นประสบการณ์ประเทศไทย (Thai evident)

ภาพ 2 ความสัมพันธ์ของ “เบญจภาคี” ในกระบวนการนโยบายเพื่อสุขภาพ



ภาพสามมิติของความสัมพันธ์นี้เป็นรูปทรงปิระมิดฐานห้าเหลี่ยมที่ตัดขวางเป็น 5 ขั้นตอน

ขั้น 1: 5 องค์กรร่วมกำหนดกรอบประเด็นนโยบาย

ขั้น 2: เปิดรับ/จัดกลุ่ม/คัดเลือก”ประเด็น”

ขั้น 3: ตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอ/ยุทธศาสตร์/แผนขับเคลื่อนปฏิบัติการ (ขั้นตอนนี้ใช้เวลา)

ขั้น 4: เวทีให้ความเห็น/สื่อสาร/สร้างกระแส

ขั้น 5: เวทีสมัชชาสุขภาพ เกตุมติสมัชชาและกลไกขับเคลื่อน

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา

ประเวศ วะสี (2547) สรุปปัญหานโยบายประเทศไทยว่ามีสาเหตุ 5 ประการคือ 1) ฝ่ายวิชาการ (มหาวิทยาลัย) ขาดการคิดเชิงนโยบายอาจเพราะคุ้นเคยแต่การคิดเชิงเทคนิค 2) องค์กรนโยบายจัดทำนโยบายไม่เป็น โดยเฉพาะนโยบายข้ามหน่วยงานเพราะหน่วยงานคุ้นเคยกับการใช้อำนาจมากกว่าใช้ปัญญา 3) นโยบายถูกพัฒนาขึ้นมาโดยคนส่วนน้อย ไม่ได้ใช้ฐานความรู้ เพื่อประโยชน์แอบแฝงเฉพาะตนเฉพาะกลุ่ม 4) ระบบการศึกษาเป็นระบบที่ไม่ร่วมทุกข์ร่วมสุขและละเลยความเป็นจริงของสังคม ไม่รวมแก้ปัญหาสังคม เท่ากับสังคมขาดระบบคิดวิเคราะห์และตัดสินใจในเรื่องที่ลึกซึ้งซับซ้อน 5) แยกส่วน ขาดเอกภาพ (ความสำเร็จของนโยบายมาจากความเป็นเอกภาพระหว่างปรัชญา นโยบาย แผน ยุทธศาสตร์ การปฏิบัติ และการสนับสนุนการปฏิบัติ) กระบวนการนโยบายสาธารณะในอดีต¹ จึงควรมีลักษณะ 3 ประการคือ เป็นกระบวนการทางปัญญาเพื่อพัฒนานโยบายจากฐานความรู้ด้วยการวิเคราะห์สังเคราะห์หลักฐานข้อเท็จจริง (knowledge-based policy formulation) เป็นกระบวนการทางสังคมที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วมเรียนรู้และร่วมกำหนดนโยบาย (ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 76) ด้วยกระบวนการที่โปร่งใส และเป็นกระบวนการทางศีลธรรมเพื่อความถูกต้องดีงามและประโยชน์สุขของสังคม ไม่แฝงเร้นเพื่อประโยชน์เฉพาะตนเฉพาะกลุ่ม กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (participatory public policy process) จึงเป็นกระบวนการที่สามารถมีลักษณะได้ทั้ง 3 ประการ แม้มีความขัดแย้งในบางประเด็น แต่ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมโปร่งใสและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนย่อมส่งผลให้แต่ละภาคส่วนลดอัตตาของตนได้ และเกิดปัญญาร่วม (collective wisdom)²

โดยหลักการ ภาคส่วนในการสร้างความร่วมมือหรือพันธมิตรในด้านสุขภาพ (coalition building) ครอบคลุม ภาคราชการ วิชาการ สื่อมวลชน องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มผลประโยชน์และกลุ่มพลัง และภาคธุรกิจ³ ประเวศ วะสี (2547) ระบุชี้ชัดว่า ในการกำหนดประเด็นนโยบายสาธารณะไทยควรเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอย่างน้อย 8 ฝ่าย ได้แก่ ประชาชน/องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน นักวิชาการ/มหาวิทยาลัย องค์กรสนับสนุนการวิจัยนโยบาย องค์กรทำงานนโยบาย ธุรกิจเอกชน การเมือง และผู้แทนองค์กรอิสระ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนานโยบายสุขภาพสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy) เป็นเวทีนำเสนอประเด็นที่ต้องการนำเสนอเป็นนโยบายและเป็นกลไกในการตัดสินใจเลือกนโยบาย (policy decision) ด้วยการยอมรับร่วมกัน (ฉันทามติ) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน ด้วยการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม⁴ การมีกระบวนการก่อนนำเข้าสู่สมัชชาเพื่อให้ได้ข้อเสนอที่มีวิชาการหรือข้อมูลเชิงประจักษ์

¹ โดยเนื้อหาจะหมายถึง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ

² ประเวศ วะสี. กระบวนการนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2547

³ Yinger N. Creating a window of opportunity for policy change. Averting Maternal Death and Disability Conference, Kuala Lumpur, 2003.

⁴ 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 อรไชย. บก. เหลียวหลังแลหน้าสู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ 2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ปับอนด์พิบลิชซิง; 2554.)

สนับสนุน⁵ ทำให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกเบื้องต้นของกระบวนการนโยบายด้วยการปะทะสังสรรค์แบบการเมือง (political interaction) ที่มีประเด็นปัญหาและการแสวงหาทางออกร่วมกัน แต่สงวนจุดต่างของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสีย (ภาพ 1.1)

ภาพ 1.1 กลไกและกระบวนการนโยบายของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



สมัชชาสุขภาพภายใต้กรอบคิดและเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นเครื่องมือหลักที่ลักษณะ 3 ประการคือ เป็นพื้นที่สาธารณะเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม เป็นกลไกในการผลักดันนโยบายสาธารณะ และเป็นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ที่มีเป้าประสงค์ขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” กระบวนการสมัชชาจึงเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เชื่อมโยงจากระดับพื้นที่ทั่วประเทศสู่ระดับชาติ

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

มติจากการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา 3 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1: 11-13 ธันวาคม 2551 รวม 14 มติ⁶

1. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ⁷
2. การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย
3. การพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้
4. ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น
5. การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์
6. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี

⁵ (ร่าง) แนวทางการจัดทำร่างข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อนำเสนอพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมอนุกรรมการวิชาการ ครั้งที่ 2/ 2554 วันที่ 24 พฤษภาคม 2554. เอกสารอัดสำเนา.

⁶ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 พ.ศ.2551. หจก.สหพัฒน์ไพศาล; 2552.

⁷ เป็นเสมือนรัฐธรรมนูญด้านสุขภาพที่บัญญัติในความหมายกว้างและเป็นนามธรรมที่ต้องมีหน่วยงานภาครัฐ/เอกชน/ชุมชน รับไปดำเนินการต่อทั้งในด้านการพัฒนานโยบายการนำนโยบายไปปฏิบัติ และปฏิบัติ

7. เกษตรและอาหารในยุควิกฤต
8. ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
9. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม
10. ผลกระทบจากสื่อต่อเด็กเยาวชนและครอบครัว
11. สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
12. ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย
13. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ
14. วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย

ครั้งที่ 2: 16-18 ธันวาคม 2552 รวม 11 มติ⁸

- 1) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน
- 2) โรคติดต่ออุบัติใหม่
- 3) ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย
- 4) การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
- 5) การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
- 6) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
- 7) การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- 8) แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้
- 9) ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
- 10) การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
- 11) การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชนและครอบครัว

ครั้งที่ 3: 15-17 ธันวาคม 2553 รวม 9 มติ⁹

- 1) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการ
- 2) การแก้ปัญหายัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- 3) มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหนี
- 4) การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารก-เด็กเล็ก
- 5) นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
- 6) มาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ
- 7) นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ
- 8) ร่วมฝ่าวิกฤติความไม่เป็นธรรมนำสังคมสู่สุขภาวะ
- 9) การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

⁸ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ.2552. บริษัทศิริวัฒนอินเตอร์พริ้นท์จำกัด (มหาชน); พิมพ์ครั้งที่ 2, 2553.

⁹ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553. บริษัทศิริวัฒนอินเตอร์พริ้นท์จำกัด (มหาชน); พิมพ์ครั้งที่ 2, 2554.

การจำแนกรูปแบบนโยบายสาธารณะช่วยให้เห็นถึงผู้มีบทบาท (actors) และกระบวนการนโยบายที่เกี่ยวข้อง โดยมีหลายรูปแบบตามหลักเกณฑ์ที่ใช้จำแนก ในความเป็นจริง นโยบายสาธารณะอาจมีหลายรูปแบบผสมกัน Buck (2006) จำแนกนโยบายสาธารณะในสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศทุนนิยมเสรี เป็น 4 รูปแบบ¹⁰

1) Distributive policy เป็นนโยบายเพื่อแก้ปัญหาที่สืบเนื่องจากตลาดล้มเหลวซึ่งเกิดจากตลาดไม่สมบูรณ์ในด้านต่างๆ โดยจัดสรรทรัพยากรระหว่างและภายในภาครัฐกับเอกชน เพื่อสนับสนุนภาคเอกชนที่ทำการกิจกรรมเป็นประโยชน์ต่อสังคม เช่น การวิจัยทางการแพทย์ การลดอัตราดอกเบี้ยเงินกู้แก่ชาวนา actor หลักในนโยบายรูปแบบนี้เป็นหน่วยงานภาครัฐและมีเครือข่ายนโยบายที่ชัดเจนโดยมีผลประโยชน์และเป้าประสงค์ร่วมกัน การออกนโยบายมักไม่ใช้กระบวนการทางสังคม และเมื่อมีเวทีที่เปิดโอกาสให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วม หน่วยงานที่รับผิดชอบมักไม่ประสงค์เข้าร่วมกระบวนการ

2) Competitive regulatory policy มีการออกแบบอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อการควบคุมการดำเนินการของผู้ผลิต ด้วยการจำกัดผู้ผลิตสินค้าและบริการให้มีน้อยรายโดยคัดเลือกจากกลุ่มที่เข้าแข่งขัน เพื่อให้ควบคุมได้ง่ายกว่าการมีผู้ผลิตมากมาย ปัญหาของนโยบายรูปแบบนี้คือ กระบวนการคัดเลือกผู้ผลิตซึ่งอาจมีข้อสงสัยในความโปร่งใสยุติธรรม เช่น การควบคุมกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์ การทำเหมืองแร่ การผลิตสุรา

3) Redistributive policy พัฒนารับขึ้นหลังจาก distributive policy ไม่ได้ผล โดยนำสินค้าหรือบริการที่มีค่ามาจัดสรรการถือครองใหม่ ระหว่างชนชั้นทางสังคม ชชาติพันธุ์ หรือเพศ เนื่องจากต้องระบุผู้ได้และผู้เสียผลประโยชน์อย่างชัดเจนและเปิดเผยต่อสาธารณะมากที่สุด จึงเป็นนโยบายที่ทำให้เกิดการโต้แย้งและปฏิสัมพันธ์สูงในสังคม เมื่อเทียบกับนโยบายรูปแบบอื่น เช่น กฎหมายภาษีมรดก การปฏิรูปที่ดิน

4) Protective regulatory policy เป็นนโยบายที่ควบคุมกิจกรรมภาคเอกชนแบบเชิงรุกเมื่อเทียบกับนโยบายรูปแบบอื่น ไม่เพียงแต่ระบุการกระทำที่ห้ามทำ แต่รวมถึงการให้ทำบางกิจกรรม เพื่อให้สังคมได้ประโยชน์จากวัตถุประสงค์และการกระทำที่มีเหตุมีผลในอาณาเขตสาธารณะ (public domain) เปิดเผยต่อสาธารณะในระดับปานกลาง เนื่องจากกระทบกับภาคธุรกิจเป็นอย่างมาก กระบวนการนโยบายจึงต้องผ่านการต่อรองและประนีประนอม ตัวอย่างได้แก่ กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคในการซื้อสินค้าราคาแพง เช่น บ้าน รถยนต์

กระบวนการนํานโยบายไปปฏิบัติ เป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการนโยบาย (Policy process) และจำเป็นต้องมีกลไกในการบริหารจัดการให้เกิดการปฏิบัติที่บรรลุตามเป้าประสงค์ตามที่กำหนดในตัวบทนโยบาย จากนั้นนโยบายสาธารณะนำไปสู่การปฏิบัติ (Public policy implementation) อาจเป็นไปใน 3 รูปแบบคือ ออกเป็นกฎหมาย/กฎ/ระเบียบซึ่งจัดทำ/ผลักดัน/และบังคับใช้โดยหน่วยงานภาครัฐ บุคคลจัดการ/กำกับตนเอง (individual practice) หรือภาคส่วนต่างๆ จัดการ/กำกับกันเองผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) อย่างไรก็ตาม ในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างซึ่งซับซ้อน มักต้องมียุทธศาสตร์และกลไกการปฏิบัติร่วมกันทั้ง 3 รูปแบบ¹¹ ขึ้นกับภาคส่วนและระดับของการนำไปปฏิบัติ (เช่น หน่วยงานภูมิภาคสังกัดส่วนกลาง/ท้องถิ่น ภาครัฐ/เอกชน ระดับประเทศ/พื้นที่) ขณะเดียวกัน กลุ่มประชาชนก็สามารถใช้เป็นประเด็นเคลื่อนไหวตอบสนองปัญหาเฉพาะกลุ่ม/ชุมชน หรือใช้อ้างอิง (social reference) เพื่อเคลื่อนไหวหนุนเสริมหรือกดดันหน่วยงานภาครัฐ ในกรอบของกฎหมาย

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

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>

มิติที่ผ่านกระบวนการสมัชชาแห่งชาติซึ่งเป็นฉันทามติของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงไม่ใช่เป้าหมายสุดท้ายของกระบวนการนโยบาย แต่ควรต้องมีกระบวนการในการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องตามมา แปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และดำเนินการ โดยต้องมีกลไกการบริหารจัดการเชิงระบบและประเมินผลเพื่อกำกับและปรับการดำเนินการให้บรรลุเป้าประสงค์ด้านสุขภาพ/สุขภาพ

โดยทั่วไป ภาคส่วนที่มีบทบาท (actors) ในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ได้แก่ ฝ่ายบริหารหรือระบบราชการรวมทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาควิชาการ กลุ่มผลประโยชน์ (เช่น ธุรกิจ ภาคบริการเอกชน สมาคมวิชาชีพ) องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) และภาคประชาสังคม รวมทั้งสภาวิชาชีพ สำหรับนโยบายในรูปกฎหมายเฉพาะ การออกแบบระบบติดตามกำกับและมาตรการเฉพาะเป็นการสร้างความมั่นใจว่าจะมีรายงานเป็นระยะต่อคณะกรรมการ ส่วนนโยบายในรูปการจัดบริการที่เรียกเก็บเงินจากผู้ใช้บริการโดยตรงหรืออาจมีเงินอุดหนุนนั้น การนำไปปฏิบัติมักมีหน่วยงานประจำติดตามกำกับและสนับสนุน ในประเทศที่กระจายอำนาจการบริหารราชการ การปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาลกลางต้องอาศัยความร่วมมือจากรัฐบาลหลายระดับ ต้องมีแรงจูงใจหรือลงโทษที่เหมาะสม จึงมีการนำไปปฏิบัติ การมีหน่วยงานจำนวนมากในระดับปฏิบัติการ ย่อมทำให้เกิดความล่าช้าจากระบบราชการและการบริหาร รวมทั้งอาจมีการหวงทรัพยากรและข้อมูลขณะเดียวกัน นโยบายที่มีหน่วยงานปฏิบัติเพียงหน่วยเดียวก็อาจมีข้อถกเถียงในประเด็นว่า จะจัดวางนโยบายใหม่นั้นไว้ตรงไหน จะมอบหมายให้กำลังคนที่มีอยู่เดิมทำ จะตั้งหน่วยงานใหม่ขึ้นมา หรือจ้างหน่วยงานภายนอกทำ แม้จะซื้อบริการจากภาคเอกชน หน่วยงานนั้นก็ยังเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในแง่ติดตาม กำกับ และควบคุม ด้านองค์กรวิชาชีพมักกังวลว่า นโยบายใหม่จะส่งผลอย่างไรต่อสมาชิก และมักต้องการเข้ามีส่วนร่วมในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

การจัดการและดำเนินการในกระบวนการนำไปปฏิบัติ อาจได้ผลที่แตกต่างไปจากแนวคิดแรกเริ่มของผู้ร่างมติหรือคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น ซึ่งอาจมีสาเหตุจาก ลักษณะของตัวมติเอง (เช่น ความไม่ชัดเจนในประเด็นรายละเอียด โครงสร้างของตัวบทนโยบาย)¹² โครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการภาครัฐทั้งที่เป็นแบบรวมศูนย์อำนาจสู่ส่วนกลาง¹³ หรือกระจายอำนาจ¹⁴ ขาดการสื่อสารอย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณและการจัดการใน 3 ส่วนคือ เนื้อหาสาระนโยบาย (content) ข้อมูลข่าวสาร (information) และการสะท้อนกลับ (feedback) ระหว่างระดับนโยบายกับปฏิบัติการและระหว่างระดับปฏิบัติการด้วยกัน การขาดการสื่อสารใน 3 ส่วนนี้ยังทำให้ขาดการสื่อสารกำลังใจต่อผู้คนด้วย ลดทอนการขับเคลื่อนใจผู้คนให้เกิดความภาคภูมิใจ กระตือรือร้น และการคิดอย่างสร้างสรรค์ เหล่านี้ย่อมเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการนโยบาย

ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ นอกจากจะขึ้นกับความยากง่ายของสถานการณ์ปัญหา **ความสมบูรณ์ของตัวนโยบายสาธารณะ และการบริหารจัดการดังกล่าวแล้วยังขึ้นกับบริบทนอกเหนือตัวนโยบาย** ได้แก่ ความร่วมมือหรือต่อต้านทางการเมือง/เงินทุน/งบประมาณ จากกลุ่มผลประโยชน์/กลุ่มการเมือง/

¹² แม้ในระดับสหภาพยุโรป ยังประสบปัญหาการพัฒนาและนำไปปฏิบัติให้เกิดผล (Dimitrakopoulous D., Richardson J. Implementing EU public policy. In: Richardson J. editor. European Union: Power and policy-making. 2nd ed. London: Routledge; 2001.)

¹³ ในการบริหารราชการแบบรวมศูนย์สู่ส่วนกลาง การปฏิบัตินโยบายมักเป็นไปตามการสั่งการเพื่อตอบสนองศูนย์อำนาจที่บังคับบัญชา หน่วยปฏิบัติจึงรับผิดชอบเฉพาะงานส่วนของตน แทนที่จะสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ เกิดช่องว่างในการทำงานข้ามหน่วยงานและการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม

¹⁴ ในการบริหารราชการแบบกระจายอำนาจ ซึ่งคือ การจัดสรรอำนาจในการบริหาร ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจจึงมีจำนวนมากว่าการบริหารแบบรวมศูนย์ และในระดับปฏิบัติการเองก็ไม่จำเป็นต้องยึดวัตถุประสงค์ของระดับนโยบายเสมอไป (Mazmanian, D. A., Sabatier, P. A. Implementation and Public Policy. Dallas: Scott, Foresman & Co., 1983.) ไม่ว่าจะเกิดจากการไม่ยอมรับหรือเพราะสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นในพื้นที่แตกต่างออกไปก็ตาม ผู้ประสานนโยบายจึงต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้นโยบายประสบความสำเร็จ

ข้าราชการ/สื่อมวลชน และปัญหาความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างองค์กรหลักกับองค์กรที่เกี่ยวข้องซึ่งส่งผลถึงปัจจัยนำเข้าของการดำเนินนโยบายในด้านทรัพยากรและเทคโนโลยี รวมทั้งสมรรถนะ/ความสามารถขององค์กรหลักในการบริหารจัดการและติดตามกำกับ

อาจสรุปเงื่อนไขของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างประสบผลได้ 5 ประการ¹⁵

1. มีทฤษฎีและวิทยาการรองรับ เชื่อมโยงกลุ่มเป้าหมายกับเป้าประสงค์ของแผนงานโครงการนโยบาย
2. มีเป้าประสงค์ชัดเจนซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการนำไปปฏิบัติ ที่กลุ่มเป้าหมายยอมรับและร่วมมือ ปัญหาเกิดจากการมีหลายเป้าประสงค์ที่ขัดแย้งกัน มีข้อโต้แย้งจำนวนมาก และข้อมูลไม่สมบูรณ์ เป้าประสงค์ที่เรียกร้องให้มีการปรับพฤติกรรมอย่างสุดโต่งยอมทำให้เกิดการไม่ไว้วางใจ ต่อต้าน และไม่ให้ความร่วมมือ เช่นกัน
3. มีผู้นำองค์กรที่มีทักษะและทรัพยากรที่จำเป็น สนับสนุนวัตถุประสงค์
4. ได้รับการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากหุ้นส่วน (partners) ที่อาจได้รับผลกระทบจากนโยบาย
5. เป็นนโยบายที่ไม่ขัดแย้งกับนโยบายสาธารณะอื่นๆ และคำนึงถึงเงื่อนไขทางสังคมเศรษฐกิจ

สำหรับนโยบายแบบมีส่วนร่วม ความร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบายเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญ การไม่ให้ความร่วมมืออาจเกิดจาก

1. ขาดการสื่อสารนโยบายไปยังกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายไม่รับรู้ว่าจะเหมาะสมสำหรับพวกเขา หรือไม่ชัดเจนว่าพวกเขาถูกคาดหวังให้ทำอะไร
2. กลุ่มเป้าหมายไม่มีเวลา ทักษะ ทรัพยากร หรือความสามารถ ที่จะเข้าร่วมนโยบาย
3. กลุ่มเป้าหมายไม่เห็นด้วยกับนโยบาย (ด้านทฤษฎีหรือการนำไปปฏิบัติ) ไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องนั้น หรือขัดแย้งกับผลประโยชน์ส่วนตน หรือวิธีการพัฒนานโยบายไม่เหมาะสม
4. การปฏิบัติตาม ทำได้ยาก แม้ว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ต้องการเข้าร่วมนโยบาย
5. ประชาชนรับรู้ว่ารัฐบาลหรือหน่วยงานรัฐออกนโยบายโดยไม่ชอบธรรมหรือไม่ถูกต้องตามกฎหมาย จึงไม่ยอมรับ

ในทัศนะของ Theodoulou & Kofinis (2004)¹⁶ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีความท้าทาย 3 ประการคือ

1) เป้าประสงค์ของนโยบายที่ชัดเจน (clarity of policy goals) ซึ่งนอกจากจะช่วยกำหนดทิศแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการประเมินนโยบายในมิติความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

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

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

ดังนั้น ในการศึกษากระบวนการนำมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องศึกษาทบทวน/วิเคราะห์ในตัวบทนโยบายด้วย และใช้เป็นกรอบการประเมินความสำเร็จต่อไป (ภาพ 1.2)

¹⁵ GRADUATE CENTER FOR PUBLIC POLICY AND ADMINISTRATION. [online]. [cited 2011 Nov 11]; Available from: URL:<http://www.csulb.edu/~msaintg/ppa590/implemen.htm>

¹⁶ Theodoulou S Z, Kofinis C. The Art of the Game: Understanding American Public Policy Making. Belmont, CA: Wadsworth, 2004.

ภาพ 1.2 แนวทางการศึกษาการนำมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ

การนำไปปฏิบัติ	นโยบาย	
	นโยบายดี ปฏิบัติได้ดี	นโยบายไม่ดี ปฏิบัติได้ดี
	นโยบายดี ปฏิบัติได้ไม่ดี	นโยบายไม่ดี ปฏิบัติได้ไม่ดี

แม้ว่า การประเมินกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะช่วยให้ทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ และการบรรลุเป้าประสงค์ของนโยบาย แต่การทบทวนและวิเคราะห์ให้ทราบสถานการณ์ความก้าวหน้าของมติสมัชชาจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทั้ง 3 ครั้งเพื่อพัฒนาเกณฑ์ในการคัดเลือกมติสมัชชาเพื่อการประเมิน เป็นขั้นตอนที่จำเป็นและสำคัญที่จะนำไปสู่การออกแบบการประเมินกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติต่อไป

การศึกษานี้จึงแบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นการทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อพัฒนาเกณฑ์ในการคัดเลือกมติสมัชชาสำหรับการประเมินเชิงนโยบาย แล้วเสร็จในเดือนพฤษภาคม 2555

ระยะที่ 2 เป็นการประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งแผนงานและงบประมาณจะกำหนดหลังจากได้ผลการศึกษาในระยะที่หนึ่งแล้ว ในระยะเวลา 8 เดือน

ต่อไปนี้จะใช้คำว่า มติฯ แทน มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษากระบวนการนำมติฯ ไปสู่การปฏิบัติ
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อกระบวนการสมัชชา การจัดการ และปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของนโยบายจากมติฯ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานโยบาย
 - สัดส่วน โอกาส และความโปร่งใส ในการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ กำหนดนโยบาย และมอบหมายและรับรู้บทบาท ของภาคส่วนต่างๆ สมดุลกัน หรือไม่ อย่างไร โดยเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละมติ/ประเด็น (ภาคประชาชน วิชาชีพ ภาคเอกชน และภาครัฐ) รวมทั้งวิธีการคลี่คลายให้หลุดจากความขัดแย้งมาเป็นข้อเสนอ
 - ใช้ข้อมูลความรู้เป็นฐาน (knowledge-based policy formulation) หรือไม่ อย่างไร
2. เพื่อศึกษากระบวนการแปลงมติฯ/นโยบายไปสู่การปฏิบัติ
 - ระยะของการดำเนินนโยบาย: มีการนำไปปฏิบัติแล้วหรือไม่ เพราะอะไร
 - บริบทสำคัญที่ส่งผลด้านบวก/ลบต่อการปฏิบัติ
 - ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนมากน้อยอย่างไร และมีส่วนในการขับเคลื่อน/ปฏิบัติ/การติดตาม ตามบทบาทที่คาดหวังหรือไม่
 - มีการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบหรือไม่ อย่างไร

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของมติฯ/นโยบาย

• ดำเนินการได้บรรลุเป้าประสงค์ด้านสุขภาพตามที่คาดหวังหรือไม่ อย่างไร ประเมินจากอะไร มีการติดตามอย่างไร

• ปัจจัยความสำเร็จคืออะไร ประเมินจากอะไร

• มีผลกระทบนอกเหนือความคาดหวังหรือไม่ อย่างไร ปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ และข้อเสนอแนะ

• มีการเรียนรู้จากกระบวนการนโยบายหรือไม่ อย่างไร

• มีการถอดบทเรียนร่วมกับภาคส่วนอื่นหรือไม่ อย่างไร

4. เพื่อจัดทำข้อเสนอองค์ประกอบกลไกเชิงโครงสร้างและหรือเงื่อนไขจำเป็นต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ด้านสุขภาพ และยกระดับการเรียนรู้ร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ

คำถามในการศึกษา

1. มติฯ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบหรือไม่อย่างไร เพราะอะไร

2. การแปลงไปสู่การปฏิบัติเป็นไปตามที่ควรจะเป็นหรือไม่ และเกิดผลอะไร อย่างไร มีปัจจัยเอื้อหรือปัญหาอุปสรรคอะไร

3. ควรปรับปรุงกระบวนการพัฒนานโยบายอย่างไร เพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ด้านสุขภาพ/สุขภาวะ

ขอบเขต ศึกษาเฉพาะกระบวนการนำมติ/นโยบายไปปฏิบัติหรือ “ขับเคลื่อน” ในกรอบของมติจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1-3 (พ.ศ. 2551-2553)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

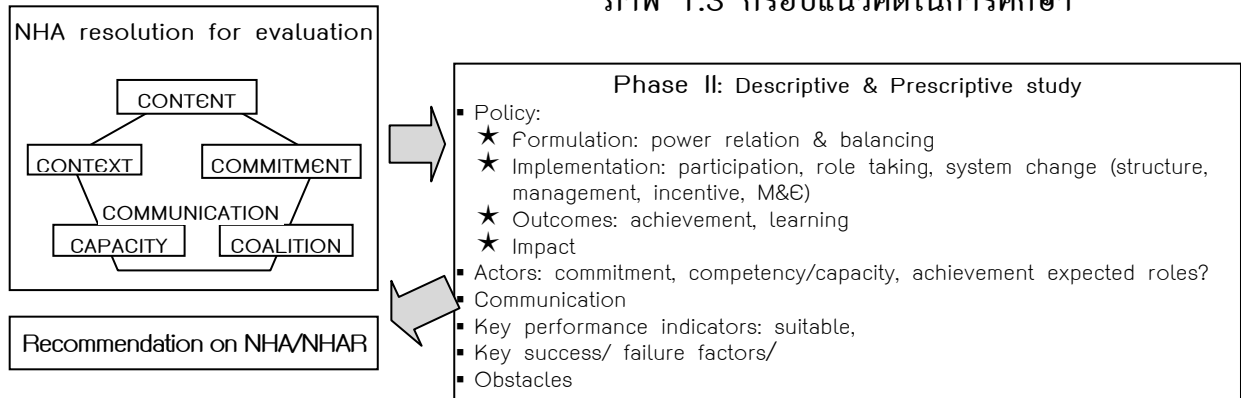
ในการประเมินการนำนโยบายไปปฏิบัติปรับจากกรอบความคิด 5C Protocol ของ Brynard PA 2005¹⁷ ได้แก่ เนื้อหาสาระของตัวบทนโยบาย (content) บริบท (context) ซึ่งในการศึกษานี้เน้น **บริบทเชิงสถาบัน**¹⁸ ที่เกี่ยวข้อง (relevant institutional context) เพราะมีอิทธิพลต่อการยอมรับ/นำนโยบายไปปฏิบัติ มากกว่าบริบททางสังคมวัฒนธรรม/เศรษฐกิจ/การเมืองในวงกว้าง (socio-cultural /economic/political contexts) **ความมุ่งมั่น** (commitment) ของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะ

¹⁷ Brynard PA. Policy implementation: Lessons for service delivery. 27th AAPAM annual roundtable conference, Zamezi Sun Hotel, Livingstone, Zambia. 5th-9th December 2005.

¹⁸ ในทางสังคมศาสตร์ สถาบันคือรูปแบบของการบริหารจัดการในด้านหนึ่งๆ ที่ถูกจัดตั้งขึ้นในลักษณะเป็นทางการ สามารถแบ่งสถาบันได้ 4 แบบ คือ 1) สถาบันทางการเมือง (political power institution) ได้แก่ รัฐบาล และ พรรคการเมือง 2) สถาบันทางเศรษฐกิจ (economic institution) ทำหน้าที่ผลิตและจัดสรรสินค้าและบริการทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและสาธารณะ อาจเป็นองค์กรเอกชนหรือภาครัฐ 3) สถาบันทางสังคมวัฒนธรรม (socio-cultural institution) ทำหน้าที่จัดระเบียบในทางความเชื่อ ค่านิยม ความต้องการผลประโยชน์ และการแสดงออกในทางสังคม ได้แก่ องค์กรศาสนา กลุ่มผลประโยชน์ สมาคม 4) สถาบันทางเครือญาติ (kinship institution) ได้แก่ ครอบครัว วงศ์วานเครือญาติ รวมถึงสมาคมเครือญาติ (Damien Kingsbury. Political Development. New York : Routledge, 2007) ในการประเมินจึงต้องทราบก่อนว่า สถาบันใดเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการนโยบายแต่ละขั้นตอน เช่น รับผิดชอบนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ บังคับใช้นโยบายในสังคม

องค์กรบริหารหลักรวมทั้งคณะกรรมการระดับชาติของแต่ละมติด้านสืบเนื่องจาก (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 1.3)

ภาพ 1.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา



ข้อมูลในการศึกษานี้ จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ข้อมูลความคาดหวัง เป้าหมาย หรือความต้องการของนโยบาย (expected) ใน 3 ด้าน คือ
 - 1.1 ปัจจัยเบื้องต้นที่จะใช้ในการดำเนินงานนโยบาย (Intended antecedents) เช่น ข้อมูลสถานการณ์ ความรู้ความเข้าใจ ความเป็นเจ้าของ ความมุ่งมั่น
 - 1.2 กระบวนการหรือการปฏิบัติ (Intended transactions) พิจารณาถึงปฏิสัมพันธ์ที่จะเกิดขึ้นในโครงการนโยบาย เช่น ระบบ กลไก วิธีการ
 - 1.3 ผลลัพธ์ที่จะได้จากโครงการ (Intended outcomes) อาจเป็นผลสัมฤทธิ์หรือทัศนคติที่สังเกตเห็นหรือวัดได้
2. ข้อมูลจากสิ่งที่เกิดขึ้นโดยการสังเกต (observed) หรือวัดจากความเป็นจริง (actual) เช่น ข้อมูลจากแบบรายงาน การสัมภาษณ์ และแบบทดสอบ ใน 3 ด้าน โดยมีข้อมูลความคาดหวังเป็นกรอบ คือ
 - 2.1 ปัจจัยเบื้องต้นหรือสิ่งที่มีอยู่ก่อน (Actual or Observed antecedents)
 - 2.2 กระบวนการ หรือการปฏิบัติ (Actual or Observed transactions) เช่น กลไกปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรนโยบายกับหน่วยปฏิบัติและระหว่างหน่วยปฏิบัติกับหน่วยปฏิบัติ (ในพื้นที่)
 - 2.3 ผลลัพธ์ (Actual or Observed outcomes)

บทที่ 2

วิธีการศึกษา

เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างการศึกษาทั้งโครงการในทั้งสองระยะ โดยไม่ต้องย้อนกลับไปอ่านรายงานผลการศึกษาระยะที่ 1 จึงขอกล่าวถึงวิธีการศึกษาและผลการศึกษาระยะแรก¹ โดยสรุปด้วย

การศึกษาในระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเอกสาร โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากเอกสารทางการซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในความครอบครองของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดกลุ่มมติ และสังเคราะห์เกณฑ์ในการคัดเลือกมติสมัชชาเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย

การจัดกลุ่มมติ

จัดกลุ่มมติเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและบริการสังคม การจัดการปัจจัยคุกคาม การสร้างเสริมความเข้มแข็งบุคคล/ชุมชน และการจัดการเชิงโครงสร้างของสังคม

เกณฑ์ในการคัดเลือกมติสมัชชาเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย

เกณฑ์ในการคัดเลือกมี 2 องค์ประกอบคือ

1. การเป็นนโยบายที่ดี ได้แก่ ความสำคัญ/รุนแรงของประเด็นปัญหา เป็นประเด็นปัญหาที่ระบบงานปกติที่มีอยู่ไม่รองรับ ตัวบทนโยบายสมบูรณ์ (ยุทธศาสตร์ กลไก มาตรการ เป้าหมาย งบประมาณ ระยะเวลา) มีทฤษฎีวิทยาการรองรับมาตรการและเชื่อมโยงกับเป้าประสงค์สามารถลด/ป้องกัน/แก้ไขปัญหาได้อย่างคุ้มค่า หน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้อง เข้าร่วมในกระบวนการนโยบาย มีกลไกในการขับเคลื่อน อย่างชัดเจน มีหน่วยงานองค์กรเครือข่ายรับผิดชอบการแปลงไปสู่การปฏิบัติ อย่างชัดเจน มีส่วนร่วมจากหน่วยงานองค์กร/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงาน มีระยะเวลา เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติและเกิดผล ระดับการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งหวังหรือระดับของผลลัพธ์ของนโยบาย

2. ความง่ายในการปฏิบัติ ได้แก่ การดำเนินงานใช้เทคโนโลยี/ความรู้ ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก สามารถดำเนินงานได้ง่าย การมีกฎหมาย/ระเบียบ รองรับการใช้ขับเคลื่อน/ดำเนินงาน ไม่ขัดแย้งกับทิศทางการพัฒนาทางเศรษฐกิจ/นโยบาย/กฎหมายที่เป็นอยู่หรือมีอยู่

จากการทดลองใช้เกณฑ์การคัดเลือกมติฯ (พิจารณาจากจากคะแนนสูงและต่ำ กระจายตามการแบ่งกลุ่มมติ 5 กลุ่ม) ร่วมกับการหารือกับผู้จัดการงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยนำข้อมูลวิเคราะห์แนวทางการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติของ สช. มาร่วมพิจารณาด้วย ได้มติที่ควรนำมาประเมินในโครงการระยะที่สอง 6 มติ ดังตาราง 2.1

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytical study) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 6 มติข้างต้นจากการศึกษาระยะที่ 1 ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรที่ศึกษา

คณะกรรมการและองค์กร/เครือข่ายหลักในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและขับเคลื่อน ใน 6 มติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีบทบาทหลักในคณะกรรมการ หรือองค์กร/เครือข่ายที่รับผิดชอบการนำมติไปปฏิบัติ

¹เพ็ญแข ลาภยั้ง. การประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติระยะที่ 1: ความก้าวหน้าและเกณฑ์การคัดเลือกมติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555.

ตาราง 2.1 ผลการเลือก 6 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อการประเมินการนำไปสู่การปฏิบัติ

มติ	ประเภทมติ	การรายงาน	การขับเคลื่อน
การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก	ระบบบริการสุขภาพ	สมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ 4	บทบาทของ คมส./สช. ▪ ตั้งกลไกคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมิติ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ประสานการทำงานกับกลไกที่มีอยู่
ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ	ระบบบริการสุขภาพ/บริการสังคม	สมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ 5, 7 และ 9	▪ ขับเคลื่อนโดยองค์กรที่พัฒนาข้อเสนอคือ สวรส.โดยสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) เป็นแกนขับเคลื่อน ▪ จะเสนอคสช.จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพะคนพิการแห่งชาติ บทบาทของ คมส./สช. ประสานการทำงานกับกลไกที่มีอยู่
การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	การสร้างเสริมความเข้มแข็งบุคคล/ชุมชน	สมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ 4	กรม. เห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานเกี่ยวข้องดำเนินการ ▪ คณะกรรมการขับเคลื่อนฯจัดทำร่างแผนปฏิบัติการเสร็จแล้ว บทบาทของ คมส./สช. ▪ ตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ประสานงาน กสธ.
การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม	การสร้างเสริมความเข้มแข็งบุคคล/ชุมชน	สมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ 5	บทบาทของ คมส./สช. ▪ ประสานงาน กสธ./ ก.พัฒนาสังคมฯ ▪ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันกำหนดจุดคานงัดและจัดทำแผนปฏิบัติการ (เชื่อมโยงกับมติสุขภาพะทางเพศ 2551)
มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายเียน	การจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพะ	สมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ 4 และ 5	กรม. เห็นชอบ และมอบหมายหน่วยงานเกี่ยวข้องไปดำเนินการ บทบาทของ คมส./สช. ▪ สช. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานเกี่ยวข้องเป็นประจำ ▪ ประสานงาน ก.สาธารณสุข ▪ หนุนเสริมการทำงานของเครือข่ายนื้ออย่างต่อเนื่อง
นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ	การจัดการเชิงโครงสร้าง	สมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ 5	กรม. เห็นชอบ แต่มีข้อสังเกตเพิ่มเติม บทบาทของ คมส./สช. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมกันกำหนดจุดคานงัด และจัดทำแผนปฏิบัติการ

คมส. ย่อมาจาก คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สช. ย่อมาจาก สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ สวรส.ขอให้เปลี่ยนมิติมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายเียน จึงเปลี่ยนเป็น การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งอยู่บนกลุ่มเดียวกัน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

ในการศึกษาเชิงปริมาณ

1) คณะกรรมการ ได้แก่ คณะทำงานวิชาการเฉพาะมติ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเฉพาะมติ

2) ทีมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ ขั้้นและขาเคลื่อน

3) ตัวแทนองค์กรรับผิดชอบการนำมติไปปฏิบัติ (ในทางปฏิบัติคือ หัวหน้าหน่วยงาน)

4) เครือข่ายที่รับผิดชอบการนำมติไปปฏิบัติ (ในทางปฏิบัติคือ ผู้จัดการและผู้ประสานงาน)

ในการศึกษาเชิงคุณภาพ

1) ประธาน/เลขานุการ/หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากประธาน ในชุด คณะทำงานวิชาการเฉพาะมติ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเฉพาะมติ

2) ทีมรับผิดชอบงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ ขั้้น หรือขาเคลื่อนของ สช.

3) ผู้บริหารองค์กรหรือบุคลากรกลุ่มงานรับผิดชอบการนำมติไปปฏิบัติ

4) เป็นแกนนำหรือผู้ประสานงานเครือข่ายที่รับผิดชอบการนำมติไปปฏิบัติ

และยินยอมลงนามเป็นอาสาสมัครและลงนามรักษาความลับจากการสนทนากลุ่ม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ที่ส่งแบบสอบถามกลับมาแต่ 1) ไม่ทำเครื่องหมายยินยอมตอบแบบสอบถามโดยไม่ลงนาม 2) ไม่ตอบแบบสอบถามในส่วนของการนำมติไปปฏิบัติ 3) ไม่ตอบแบบสอบถามแม้แต่ข้อเดียว
2. เชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถจัดสรรเวลาให้ได้หรือไม่อยู่ในประเทศไทย เกินเวลา 3 เดือน (กำหนดเก็บข้อมูล 3 เดือน) ผู้ที่ไม่ยินยอมลงนามรักษาความลับจากการสนทนากลุ่ม

เกณฑ์การยุติการศึกษา (discontinuous criteria)

การยุติหรือออกจากการศึกษาของอาสาสมัคร อาจเป็นโดยความต้องการของอาสาสมัครเอง หรือผู้วิจัยขอให้ออกจากการศึกษา ในกรณีดังต่อไปนี้

ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ อาสาสมัครอึดอัดใจหรือไม่สบายใจมากจนไม่สามารถให้ข้อมูลต่อไปได้ อาสาสมัครต้องการออกจากการศึกษาไม่ว่าสาเหตุใด หรืออาสาสมัครสนทนาไม่เป็นมิตรหรือรบกวนอาสาสมัครคนอื่นจนทำให้เสียบรรยากาศการสนทนากลุ่ม

ส่วนการศึกษาเชิงปริมาณ จะมีการตรวจสอบความครบถ้วนของการให้ข้อมูลตั้งแต่ออกแบบการบันทึก จึงมีเพียงการคัดเข้าหรือคัดออก ไม่มีเกณฑ์ยุติหรือเลิกการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทการศึกษา ดังตาราง 2.2.

ตาราง 2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทการศึกษา

ประชากร	การศึกษาเชิงปริมาณ		การศึกษาเชิงคุณภาพ	
	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
คณะทำงานวิชาการเฉพาะมติ	ทุกคน	20 คน*6 มติ =120 คน	ประธาน/รองประธาน และฝ่ายเลขานุการ	2 คน
งานขาขึ้น สช.	ทุกคน	5 คน	ผู้จัดการและผู้ประสานงาน	2 คน
คสมส.	ทุกคน	20 คน	ประธาน/รองประธาน และฝ่ายเลขานุการ	2 คน
งานขาเคลื่อน สช.	ทุกคน	5 คน	ผู้จัดการและผู้ประสานงาน	2 คน
คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเฉพาะมติ	ทุกคน	20 คน*6 มติ =120 คน	ประธาน/รองประธาน และฝ่ายเลขานุการ	2 คน*6 มติ =12 คน
องค์กร/เครือข่ายรับผิดชอบการนำมติไปปฏิบัติ เฉพาะมติ	ผู้บริหาร/บุคลากรกลุ่มงานและ แกนนำ/ผู้ประสานงานเครือข่าย MA/MP/MS/MK	4 คน*1องค์กร *4 เครือข่าย*6มติ=96 คน	ผู้บริหารองค์กร และ แกนนำเครือข่าย	2 คน*1องค์กร *4เครือข่าย*6มติ =48 คน

แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลกลาง

1. บุคคลผู้ให้ข้อมูลหลัก คือผู้ที่ เป็นคณะกรรมการ ระหว่าง พ.ศ. 2551-2554 ดังนี้ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.)

2. เอกสารทางการ: รายงานการประชุม จดหมายเวียน รายงานผลที่ออกโดย สช. สวรส. หรือคณะกรรมการ

แหล่งข้อมูลเฉพาะมติ

1. บุคคลผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ ประธานและเลขานุการ และกรรมการที่ถูกกล่าวถึงว่ามีบทบาทในชุดคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น (พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย) และคณะกรรมการขับเคลื่อนแต่ละมติ

2. เอกสารทางการ: รายงานการประชุม จดหมายเวียน รายงานผล ที่เกี่ยวข้องในแต่ละมิติ ที่ออกโดยกระทรวง กรม สำนัก/กอง และองค์กร/เครือข่าย หรือคณะกรรมการในแต่ละมิติ

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ประสานขอรายชื่อ/การติดต่อคณะกรรมการ ตัวแทนองค์กร/เครือข่าย 6 มติ จาก สช.
2. ประชุมผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการสัมภาษณ์ชาวสุขภาพแห่งชาติทั้งขาขึ้น² และขาเคลื่อน จาก สช. และ สวรส. (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) เพื่อขอความเห็นต่อแบบสอบถามและปรับปรุง
3. การศึกษาเชิงปริมาณ (เดือนที่ 2-3) จัดส่งแบบสอบถามชุด 1 (สำหรับคณะกรรมการ/คณะทำงาน) และชุด 2 (สำหรับองค์กร/เครือข่าย) พร้อมหนังสือนำเสนอเป็นทางการถึงกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคำชี้แจงอาสาสมัครในหน้าแรกของแบบสอบถาม โดยมีข้อความขอคำยินยอมก่อนให้อาสาสมัครตอบข้อคำถาม โดยไม่ต้องลงนาม
4. การศึกษาเชิงคุณภาพ (เดือนที่ 3-6)
 - 4.1 ประสานงานกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพทางโทรศัพท์หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ก่อนเชิญเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประเด็นสัมภาษณ์/สนทนา เวลาที่ใช้ ประโยชน์ ความเสี่ยงและการดูแลป้องกัน และประโยชน์ของการศึกษาและของอาสาสมัคร เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการศึกษา จะนัดหมายเวลาและสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก (สถานที่ทำงาน) และส่งหนังสือเชิญเป็นทางการถึงแต่ละคน
 - 4.2 ก่อนการสนทนากลุ่ม/สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยหลักจะแจกเอกสารแนะนำอาสาสมัคร ชี้แจงความเป็นมาและวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการศึกษา (มีการบันทึกเสียง) ประเด็นในการสนทนากลุ่ม/สัมภาษณ์เชิงลึก ความเสี่ยงและการดูแลป้องกัน และประโยชน์ของการศึกษาและของอาสาสมัคร เมื่อซักถามจนเข้าใจถ่องแท้แล้วจึงขอคำยินยอมให้อาสาสมัครลงนามในใบยินยอมพร้อมการรักษาความลับจากสนทนา และใส่ซองปิดผนึกให้ผู้วิจัยหลักจัดเก็บ และจำกัดผู้เข้าถึงข้อมูล หากอาสาสมัครในการสนทนากลุ่มท่านใด ไม่ต้องการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับท่านอื่นๆ สามารถแจ้งให้นักวิจัยทราบเพื่อเปลี่ยนเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกแทนได้ในขั้นตอนประสานงาน ก่อนสนทนากลุ่ม และระหว่างสนทนากลุ่ม
 - 4.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลาประมาณ 1½ ชั่วโมง ส่วนสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง
5. ถอดเทป จัดกลุ่มเนื้อหาตามประเด็นหลัก/ประเด็นย่อย (เดือนที่ 4-7)
6. ตรวจสอบข้อมูลและวิธีการรวบรวมข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)³ และวิเคราะห์ (เดือนที่ 6-7)
7. จัดทำรายงาน นำเสนอผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการกำกับทิศ (สวรส.) และปรับปรุง (เดือนที่ 7-8)

สถานที่ศึกษาเชิงคุณภาพ

ที่ทำงานหรือสถานที่ที่อาสาสมัครสะดวก เช่น ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงาน กรม สถาบัน) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานประกันสังคม หรือสถานที่ตั้งเครือข่าย

วิธีการเก็บข้อมูล ประเด็น แหล่ง/ผู้ให้ข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และสถานที่ศึกษา สรุปดังตาราง 2.3

² เนื่องจากมีข้อคำถามเกี่ยวกับกระบวนการนโยบาย

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

ตาราง 2.3 วิธีการเก็บข้อมูล ประเด็น/แนวทางการศึกษา แหล่งข้อมูล จำนวนตัวอย่าง และสถานที่ศึกษา

วิธีการเก็บข้อมูล	ประเด็น/แนวทางการศึกษา	แหล่ง/ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (ตาราง ข)	สถานที่
เชิงปริมาณ เครื่องมือ: • แบบสอบถาม ส่งทางไปรษณีย์	ประเด็นวิเคราะห์ (แยกมิติ และภาพรวม) ▪ สัดส่วน โอกาส และความโปร่งใส ในการมีส่วนร่วมของภาคส่วน/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการนำเสนอประเด็น ขับเคลื่อน และปฏิบัติการ ▪ การจัดความสัมพันธ์ระหว่างมิติสมาชิกกับบทบาทของหน่วยงานในระดับยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนนโยบาย และปฏิบัติการ (เปิดบทบาท/หนุนเสริม/ไม่มีผล) ▪ การบริหารจัดการเชิงระบบ โครงสร้าง กลไก ▪ แบบแผน/วิธีการนำไปปฏิบัติ และการขับเคลื่อน ▪ การติดตามกำกับให้ได้ผลผลิต/ผลลัพธ์ ตามความคาดหวัง ▪ ผลที่ได้เปรียบเทียบกับที่คาดหวัง และผลกระทบ ▪ ปัจจัยความสำเร็จ/ล้มเหลวของการแปลงมติไปสู่การปฏิบัติ ▪ ปัญหาอุปสรรค	แบบสอบถามชุดคณะกรรมการ ▪ คณะทำงานวิชาการเฉพาะมติ ทุกคน ▪ งานขาขึ้น สช. ทุกคน ▪ คมส. ▪ งานขาเคลื่อน สช. ▪ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเฉพาะมติ ทุกคน แบบสอบถามชุดองค์กร/เครือข่าย ▪ ผู้บริหารองค์กร/ทีมรับผิดชอบงาน ▪ แกนนำ/ผู้ประสานงานเครือข่าย MA/MP/MS/MK	ประมาณ 270 คน 96 คน	สถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง : สช./ สวรส.หรือภายในบริเวณกระทรวง สธ./ พม./ สำนักงานประกันสังคม/ ที่ตั้งเครือข่าย
วิจัยเอกสาร	มิติสมาชิกสุขภาพแห่งชาติและนโยบายสาธารณะในประเทศที่รวมศูนย์อำนาจ/กระจายอำนาจ 1. ลักษณะ/สาระ/ความสมบูรณ์/ยุทธศาสตร์ ของตัวบทนโยบาย 2. การบริหารจัดการเชิงระบบ โครงสร้าง กลไก 3. บริบท เงื่อนไข ปัจจัยความสำเร็จ/ล้มเหลว ของนโยบาย ผลดำเนินการของหน่วยงาน/เครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง	▪ มิติสมาชิกไทย: เอกสารทางการ: รายงานการประชุมจดหมายเวียน เอกสาร ผลดำเนินการ ของกระทรวง กรม สำนัก/กอง และองค์กร/เครือข่าย ที่เกี่ยวข้องในแต่ละมิติ ▪ รายงานการประเมินนโยบายสาธารณะต่างประเทศ ▪ เอกสารทางการจาก สช. สวรส. หรือรายงานสาธารณะ	-	สช.
เชิงคุณภาพ	มิติบริบท บทบาท ศักยภาพ การบริหารจัดการ กระบวนการ และการประเมินผล 1.กระบวนการพัฒนานโยบาย > สัดส่วน โอกาส และความโปร่งใส ในการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ กำหนดนโยบาย การมอบหมายและรับรู้บทบาทของภาคส่วนและวิธีการคลี่คลายความขัดแย้ง > การใช้ข้อมูลความรู้เป็นฐาน (knowledge-based policy formulation) > ผู้รับผลประโยชน์จากนโยบาย 2.การให้ความหมาย (meaning) ต่อ > กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ > ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ของกระบวนการนโยบาย > ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกสุขภาพกับหน่วยงาน (การสื่อสารและเชื่อมประสานบทบาท) 3.การรับรู้/ความเป็นเจ้าของ/ความมุ่งมั่น ในเนื้อหาและบทบาทหน้าที่ 4.บทบาทและศักยภาพขององค์กร 5.การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ: การบริหารจัดการและกระบวนการ (ยุทธศาสตร์ กลไกเชิงโครงสร้าง แผนงานและตัวชี้วัด การดำเนินงาน และการติดตาม) 6.การประเมินความสำเร็จ และปัจจัยความสำเร็จ/ล้มเหลว 7.ปัญหาอุปสรรคแนวทางแก้ไข และข้อเสนอแนะ	สัมภาษณ์เชิงลึก ▪ ประธาน/เลขานุการคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับชาติ 2 คน/มิติ ▪ ผู้บริหารระดับกระทรวง/กรม/กอง (main actors) 2 คน/มิติ ▪ ประธาน/เลขานุการคณะทำงานวิชาการเฉพาะมติ 2 คน/มิติ ▪ ประธาน/เลขานุการคณะอนุกรรมการวิชาการ คจ.สช. และ คมส. รวม 4 คน สนทนากลุ่ม ▪ ผู้ประสานงานเครือข่าย MA/MP/MS/MK รวม 8 คน/มิติ/ครั้ง (รายมิติและเปรียบเทียบประเภทของมิติ)	40 คน 48 คน	สถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง : สช./ สวรส.หรือภายในบริเวณกระทรวง สธ./ พม./ สำนักงานประกันสังคม อาจต้องออกเก็บข้อมูลในต่างจังหวัดตามที่ ประธาน/เลขานุการคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับชาติให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล 4 ลักษณะ ตามกรอบ 5C และการสื่อสาร

1. วิเคราะห์เนื้อหาหมติในกรอบของนโยบายสาธารณะ (content analysis)
 - 1.1) ลักษณะ/สาระ/ความสมบูรณ์ของตัวบทนโยบายเพื่อใช้เป็นกรอบการพิจารณาการนำไปปฏิบัติ
 - 1.2) วิเคราะห์ยุทธศาสตร์ในการนำมติไปสู่การปฏิบัติของคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) ที่ทำหน้าที่ติดตาม (follow) ขับเคลื่อน (advocate) และรายงาน (Report) ต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
 - 1.3) วิเคราะห์บริบทที่เอื้อหรือขัดขวางการนำมติไปปฏิบัติ เช่น โครงสร้าง/วัฒนธรรมการทำงานของกระทรวง/กรม ภายใต้กรอบบทบาทเดิมของหน่วยงานและบทบาทใหม่ตามมติสมัชชา
 - 1.4) กระบวนการแปลงแต่ละมติไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย
 - 1.4.1) การสื่อสารมติ โครงสร้าง กลไก และความเป็นเจ้าของของหน่วยงานระดับกระทรวง กรม กอง องค์กร เครือข่ายในพื้นที่ (MA) เครือข่ายภาครัฐ (MP) ภาคประชาสังคม (MS) เครือข่ายวิชาการ (KA) ในฐานะ actors ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่
 - 1.4.2) การดำเนินงานตามบทบาทที่รับรู้และรับมอบมา
 - 1.4.3) แบบแผนการนำมติไปปฏิบัติ ผ่านวิธีการต่างๆ ซึ่งสะท้อนความรู้สึกเป็นเจ้าของประเด็นหรือระดับการเรียนรู้อย่างเป็นพลวัตร และขับเคลื่อนมติให้ก้าวหน้าไปอย่างไร (เช่น การจัดเวทีสร้างความรู้ความเข้าใจ การจัดระบบ/ระเบียบตัวเอง นวัตกรรมในพื้นที่)
 - 1.4.4) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้หนุนเสริมการทำงานของกระทรวง กรม สำนัก/กอง องค์กร เครือข่าย MA MP MS และ MK อย่างไร
 - 1.4.5) ข้อควรระวังในการนำสู่การปฏิบัติ
 - 1.5) ปัจจัยเอื้อหรือขัดขวางต่อความสำเร็จของการแปลงมติไปสู่การปฏิบัติ ในระดับยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน กลไกเชิงโครงสร้างรองรับการขับเคลื่อน/ดำเนินงาน แผนงาน/โครงการ ผลลัพธ์ (มุ่งผลสัมฤทธิ์)
2. วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis)
 - 2.1) การให้ความหมายต่อกระบวนการและความสำเร็จของนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
 - 2.2) การรับรู้ขอบเขตบทบาทและเนื้อหาสาระแต่ละมติ ของหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
 - 2.3) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องจากกระทรวง กรม สำนัก/กอง องค์กร เครือข่ายในพื้นที่ (Areal Member: MA) เครือข่ายภาครัฐ (Public Member: MP) ภาคประชาสังคม (Societal Member: MS) เครือข่ายวิชาการ (Knowledge Member: MK) คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น คณะอนุกรรมการวิชาการ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) และ คสมส. ในการตัดสินใจของแต่ละมติ และแรงจูงใจในการทำตามมติ
 - 2.4) ศักยภาพของหน่วยงาน/บุคคลในการรับมติไปปฏิบัติ (การจัดการ และติดตามกำกับ)
 - 2.5) ศักยภาพของหน่วยงานและเครือข่ายในการนำแต่ละมติไปปฏิบัติ (การดำเนินการ)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนกับหลังดำเนินการตามมติฯ ในระดับกลไก กระบวนการ และผลลัพธ์ (ถ้ามี)
4. วิเคราะห์เครือข่ายทางสังคม เน้นความสัมพันธ์ในการขับเคลื่อน/ประสานปฏิบัติบทบาท/ติดตามภายในและระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะกับสมัชชาสุขภาพ

แผนงานและระยะเวลาดำเนินการ

ระยะที่ 1 การทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพัฒนาเกณฑ์ในการคัดเลือกมติสมัชชาสำหรับการประเมินเชิงนโยบาย ดำเนินการระหว่าง 15 ธันวาคม 2554 – 15 พฤษภาคม 2555

ระยะที่ 2 การประเมินกระบวนการนำมติสภาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติการศึกษา 6 มติ ดำเนินการหลังจากได้ผลการศึกษาระยะที่ 1 แล้ว ระหว่าง กรกฎาคม 2555- กุมภาพันธ์ 2556 รวม 8 เดือน แต่ในทางปฏิบัติโครงการนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยเมื่อ 20 กันยายน 2555

งบประมาณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รวม 826,000 บาท

รายการ/กิจกรรม	จำนวนเงิน (บาท)	เดือนที่
1. ค่าตอบแทนนักวิจัยและค่าจ้างพนักงาน	350,000	1-8
2. ค่าดำเนินการ	476,000	
▪ ประสานงาน/รวบรวมเอกสาร และค่าใช้จ่ายวัสดุสำนักงานและวัสดุคอมพิวเตอร์	20,000	1-8
▪ พัฒนาและทดสอบเครื่องมือ/เก็บ-จัดการ-วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ/สรุป	50,000	2-3
▪ ค่าตอบแทนผู้ประสานงานในพื้นที่ 5000 บาท*5คน	25,000	2-6
▪ ค่าเดินทาง 4 จังหวัดและ กทม. (45,000บาท*4จังหวัด) +5000 บาท	185,000	3-6
▪ ค่าตอบแทนผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มคนละ 400 บาท	68,000	3-6
▪ ค่าอาหารว่าง/เครื่องดื่ม 50 บาท*66คน (6มิติ)	3,000	3-6
▪ ถอดเทป จัดกลุ่มเนื้อหาตามประเด็นหลัก/ประเด็นย่อย 400 บาท*200 ชั่วโมง	80,000	4-7
▪ ค่าจัดทำรายงานและรายงานฉบับสมบูรณ์ 2,500 บาท*2ครั้ง	5,000	7-8
▪ จัดเวทีนำเสนอ(ร่าง)ผลประเมินมติสภาต่อผู้เกี่ยวข้อง	40,000	8
▪ ปรับรายงาน และจัดส่ง สช. สวรส. คณะกรรมการ และอาสาสมัคร		

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. รายงานความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบเพื่อขับเคลื่อนมติสภาสุขภาพแห่งชาติ (6 มติ) ไปสู่การปฏิบัติ ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัจจัยเอื้อและปัญหาอุปสรรค
2. ข้อเสนอปรับปรุงกระบวนการสภาสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนามติสภาและการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ด้านสุขภาพหรือสุขภาพะ

การรักษาความลับและการจัดการข้อมูล

การศึกษาเชิงปริมาณมีการรักษาความลับ 3 ขั้นตอนคือ 1) ในแบบสอบถาม มีเพียงข้อความขอคำยินยอมในการเข้าร่วมโครงการโดยไม่ต้องลงนาม 2) ไม่ถามชื่อผู้ตอบและหน่วยงาน ป้องกันการเชื่อมโยงคำตอบกับตัวผู้ตอบและหน่วยงาน 3) ในการนำเสนอรายงานหรืออ้างอิงข้อมูลไม่ระบุชื่อผู้ตอบ คณะกรรมการและองค์กรเครือข่าย และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมไม่ใช่รายบุคคล

การศึกษาเชิงคุณภาพ มีการรักษาความลับ 3 ระดับคือ 1) ระดับอาสาสมัครด้วยกัน จะขอให้อาสาสมัครลงนามรักษาความลับจากการสนทนา ท้ายใบยินยอม 2) ระดับคณะวิจัย จะเก็บข้อมูลเอกสารและแถบเสียงรวมทั้งเอกสารเกี่ยวกับอาสาสมัครทั้งหมดเป็นความลับ จำกัดผู้เข้าถึงข้อมูล โดยแยกใบยินยอมและเอกสารลงนามรักษาความลับ ใส่ซองแยกและปิดผนึก ให้ผู้วิจัยหลักเก็บรักษาและจำกัดผู้เข้าถึงข้อมูล สำหรับข้อมูลดิบที่บันทึกในกระดาษหรือไฟล์เสียงจะถูกทำลายหลังจากมีการเผยแพร่ผลการศึกษาและตีพิมพ์ในวารสารวิชาการแล้ว 3) ระดับการรายงาน นำเสนอ หรืออ้างอิงข้อมูล จะใช้สามัญนามและรหัสแทนการระบุชื่อคณะกรรมการ องค์กรเครือข่าย และตัวบุคคล และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมไม่ใช่รายบุคคล

อคติและการป้องกัน

ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้มีบทบาทหลักใน 6 มติซึ่งมีความเข้าใจ/ข้อมูล/และประสบการณ์ตรง แต่มีการป้องกันอคติจากข้อมูล เพิ่มเติม โดยรวบรวมข้อมูล (ปริมาณและคุณภาพ) จากหลายแหล่งและตรวจสอบก่อนนำมาวิเคราะห์ นอกจากนี้ในแบบสอบถามจะไม่ถามชื่อผู้ตอบและหน่วยงาน และให้ผู้ตอบส่งกลับทางไปรษณีย์ตอบรับโดยไม่ต้องมีหนังสือส่งจากหน่วยงานหรือบุคคล การรักษาความลับในการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ผู้ตอบมั่นใจในการตอบตามข้อมูลหรือความคิดเห็นของเขา

ความเสี่ยงของอาสาสมัครและโครงการ/การป้องกัน/การแก้ปัญหา

ข้อมูลในการศึกษานี้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเป็นข้อมูลการดำเนินงานและความคิดเห็นในการดำเนินงาน ไม่ใช่เรื่องพฤติกรรมส่วนตัว ประกอบกับการรักษาความลับ/ปกป้องตัวอาสาสมัคร จึงมีความเสี่ยงไม่มากที่อาสาสมัครจะเกิดความเสียหายทั้งทางร่างกายจิตใจหรือสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเสี่ยง/การปกป้องอาสาสมัคร และผลประโยชน์ของการศึกษาต่ออาสาสมัครและต่อสังคม ใน 2 รูปแบบตามวิธีการศึกษาคือ

การศึกษาเชิงปริมาณ จะระบุไว้ในหนังสือขอความร่วมมือซึ่งเป็นหนังสือนำเสนอแบบสอบถามถึงกลุ่มตัวอย่างโดยตรง และมีคำชี้แจงอยู่ในหน้าแรกของแบบสอบถาม พร้อมข้อความขอคำยินยอมโดยไม่ต้องลงนามเมื่อส่งคำตอบกลับมาย่อมแสดงถึงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยปริยาย โดยไม่สามารถให้เชื่อมโยงชื่อผู้ตอบกับคำตอบได้โดยง่าย นอกจากนี้ หากอาสาสมัครรู้สึกอึดอัดใจหรือไม่สบายใจที่จะต้องตอบคำถามบางข้อหรือแสดงความคิดเห็นในประเด็นใด ก็มีสิทธิที่จะไม่ตอบหรือแสดงความคิดเห็นได้ และสามารถติดต่อพูดคุยกับนักวิจัยถึงปัญหาใดๆ ก็ตามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยซึ่งอาจก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ

การศึกษาเชิงคุณภาพ หลังจากประสานงาน ชี้แจง และนัดหมายทางโทรศัพท์หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึงวันเวลาสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกแล้ว จึงจะส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่มในวันเก็บข้อมูล นักวิจัยจะแจกเอกสารแนะนำอาสาสมัครและชี้แจงอีกครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการศึกษา และแม้จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้แล้วก็ถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานและผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการปฏิบัติงาน (จากมาตรการรักษาความลับและปกป้องอาสาสมัคร) นอกจากนี้ หากอาสาสมัครท่านใดรู้สึกอึดอัดใจหรือไม่สบายใจที่จะต้องตอบคำถามบางข้อหรือแสดงความคิดเห็นในประเด็นใด ก็มีสิทธิที่จะไม่ตอบหรือแสดงความคิดเห็นหรือแจ้งให้นักวิจัยหยุดการบันทึกเสียง และสามารถพูดคุยกับนักวิจัยถึงปัญหาใดๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจได้

สำหรับการสนทนากลุ่มซึ่งเป็นแสดงความเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างอาสาสมัครแต่ละคนโดยไม่พาดพิงพฤติกรรมส่วนบุคคลและไม่ตัดสินชี้ถูกผิดนั้น จะมีการชี้แจงกติกา ก่อน แต่หากอาสาสมัครท่านใดไม่สบายใจที่จะสนทนาร่วมกับอาสาสมัครท่านอื่นหรือท่านหนึ่งท่านใด ก็สามารถแจ้งนักวิจัยให้เปลี่ยนเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกในภายหลังแทนได้

อาสาสมัครจะได้รับค่าตอบแทนคนละ 300 บาทเป็นค่าเสียเวลาไม่ว่าจะให้ข้อมูลครบถ้วนหรือไม่ก็ตาม

ผลประโยชน์ของอาสาสมัคร

แม้ว่าอาสาสมัครจะไม่ได้รับประโยชน์เป็นการส่วนตัวจากการศึกษานี้ แต่จะมีการคืนข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์เป็นภาพรวมและรายงานผลการศึกษาอย่างเป็นทางการซึ่งเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการและปรับปรุงการดำเนินงานในความรับผิดชอบของอาสาสมัคร นอกจากนี้ ในระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม อาสาสมัครมีโอกาสดูความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพและตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตน และปัญหาอุปสรรคและผลกระทบที่เกิดขึ้น การได้แลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์และความคิดเห็นในกลุ่มสนทนา เป็นการเสริมกำลังใจและคุณค่าระหว่างผู้ปฏิบัติงานในแวดวงเครือข่ายด้วยวัตถุประสงค์ร่วมกันคือการพัฒนาการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ด้านสุขภาพหรือสุขภาวะของประชาชนและชุมชน

บทที่ 3 ผลการศึกษา

เนื่องจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแต่ละมติแตกต่างกันในที่มา ลักษณะของสาระสำคัญ และองค์ประกอบของกลไกพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและการขับเคลื่อน รวมทั้งยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน ในบทนี้จึงรายงานผลแยกเป็นรายมติก่อน เพื่อนำไปสรุปรวมในบทที่ 4

เนื้อหาในแต่ละมติมาจากการประมวลข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลเชิงคุณภาพหรือข้อมูลเชิงปริมาณ (ถ้ามี) โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนหลักคือ

- 1) ข้อมูลทั่วไปและบริบทเฉพาะของมติ
- 2) การเสนอประเด็นเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย
- 3) การขับเคลื่อนดำเนินงานของกลไก เพื่อแปลงไปสู่การปฏิบัติ
- 4) ความคิดเห็นต่อกระบวนการสมัชชาและข้อเสนอแนะ

เอกสารที่เกี่ยวข้องนอกจากจะเป็นคำสั่งและแผนแล้ว จะเน้นรายงานการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานซึ่งศุภวรัญ พลายน้อยและคณะ (2554)¹ จำแนกเป็น 4 ระดับคือ 1) คณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผล ดำเนินการและจัดทำเป็นรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกปี 2) ดำเนินการโดยคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมาเฉพาะมติ 3) ติดตามประเด็นทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมติ 4) เป็นติดตามการดำเนินงานระดับพื้นที่ ในมติดำเนินการนอกระบบงานราชการปกติ ทั้งนี้ในบางมติดำเนินการติดตามได้บางระดับ รวมทั้งการประเมินการนำแผนปฏิบัติการไปใช้ เพื่อเป็นข้อมูลสอบทานกับข้อมูลเชิงคุณภาพ

เนื่องจากบางมติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติไม่ได้จัดตั้งกลไกขับเคลื่อนโดยตรงแต่ มี focal point หรือกลไกขับเคลื่อนประเด็นนั้นอยู่ก่อนแล้วคือ NGO ที่เคยเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาประเด็นและข้อเสนอเชิงนโยบาย (เช่น การจัดการขยะอันตรายจากอุตสาหกรรม นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ) ยังคงขับเคลื่อนหรือปฏิบัติการเชิงประเด็นอยู่ ก็จะมีกลไกเชิงโครงสร้างที่ง่ายและจำนวนน้อยกว่ากลไกภาครัฐ

สำหรับมติที่มีการตั้งกลไกเกือบทั้งหมดเป็นไปในรูปคณะกรรมการ คณะกรรมการที่เป็นผู้บริหารระดับสูง มักส่งตัวแทนเปลี่ยนกันมาซึ่งเลขานุการคณะกรรมการก็ไม่แน่ใจหากจะระบุชื่อ บางชุดไม่มีการประชุม ไม่มีการสื่อสารติดตามผู้ไม่เข้าประชุม ทำให้ขาดการรับรู้ และไม่ประสงค์จะให้ข้อมูล และจากการประสานงานเบื้องต้นกับหน่วยงานหลักที่ต้องดำเนินการตามข้อเสนอมติมักได้รับข้อมูลว่าไม่ได้ดำเนินงานตามมติสมัชชาแต่เพราะมีบทบาทโดยตรงในเรื่องนั้นๆ และสมัชชาไม่ได้สนับสนุนการทำงาน นักวิจัยจึงงดการทบทวนเอกสารภายในหน่วยงานเลขานุการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ คจสช. และ คมส. ได้ปรับเป็นการนำเสนอและแลกเปลี่ยนในการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศ (สวรส.) และ คมส. แหล่งบุคคลที่จะให้ข้อมูลจึงอาจไม่ตรงกับระเบียบวิธีที่ตั้งใจไว้ทั้งในการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยสามารถส่ง

¹ ศุภวรัญ พลายน้อยและคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554.

แบบสอบถามถึงคณะกรรมการขับเคลื่อนได้เพียง 2 มติคือ มติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการซึ่งมีอัตราตอบกลับร้อยละ 70 และ 0 ตามลำดับสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านมีเวลาว่างไม่ตรงกันและบางท่านมีปัญหาเรื่องความไม่สบายใจที่จะสนทนาร่วมกับคนอื่นแม้ว่าจะต่างหน่วยงานกัน จึงปรับเป็นสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลหรือกลุ่ม 2-3 คน (ตาราง 3.1)

ตาราง 3.1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ จำแนกรายมิติ

มิติ	จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก (คน)	จำนวนและร้อยละการตอบกลับแบบสอบถาม
2.1 ขยะอันตรายจากชุมชน	4+1 (สช.)	ไม่ได้ส่ง (ไม่มีคณะกรรมการขับเคลื่อน)
2.7 พัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ	9 + 1 (สช.)	ไม่ได้ส่งเพราะเปลี่ยนชุด
2.8 น้ำหนักเกิน/โรคอ้วน	11+1 (สช.)	8
3.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการ	7+1 (สช.)	0
3.5 พื้นที่จัดการตนเอง (สุขภาวะ)	5+1 (สช.)	ไม่ได้ส่ง (ขับเคลื่อนผ่าน สปร.ซึ่งมีประเด็นอื่นของตนเองด้วย)
3.8 วัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม	6+1 กลุ่ม (2 คน) +1 (สช.)	ไม่ได้ส่ง

และเพื่อให้รายงานมีความกระชับ เนื้อหาในบทนี้จะ เป็นผลจากการวิเคราะห์สรุปประเด็นจากแนวคิดหรือสถานการณ์โดยประมวลและสอบทานระหว่างข้อมูลแหล่งต่างๆ ในการนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ จะเน้นข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีบทบาทหลักในเหตุการณ์หรือประเด็นย่อยนั้นๆ โดยจะเสนอข้อมูลจากภาคส่วนที่มีบทบาทต่างๆ กันซึ่งน่าจะมีมุมมองต่างกัน เพื่อการตรวจสอบข้อมูลและนำเสนอข้อมูลอย่างเป็นธรรมกับทุกฝ่าย แต่จะไม่ระบุตำแหน่งผู้ให้ข้อมูลอย่างเจาะจง รวมทั้งชื่อเฉพาะของบุคคล/องค์กรที่อาจเกิดความเสียหาย เพื่อไม่ให้ทราบว่าเป็นใครให้ข้อมูล ยกเว้นกรณีที่เป็นการทำหน้าที่ตามบทบาทเฉพาะองค์กรหรือหน่วยงานหนึ่งเดียวในประเทศที่รับรู้กันโดยทั่วไปอยู่แล้ว เช่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานปฏิรูป (สปร.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การไม่ระบุชื่อจึงไม่เกิดประโยชน์ใดๆ และอาจทำให้เข้าใจผิดได้ว่าเป็นองค์กรหรือหน่วยงานอื่น หากจำเป็นต้องคำอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจได้ดีขึ้น จะอยู่ในวงเล็บและมีคำว่า “—นักวิจัย” ต่อท้าย หากต้องมีการอธิบายยาวขึ้นจะใส่เป็นเชิงอรรถ รวมทั้งการอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อความสะดวกของผู้อ่านก็จะใส่เป็นเชิงอรรถ

กรณีศึกษามติการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

มตินี้เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ซึ่งคณะรัฐมนตรีรับทราบและไม่มีการระบุระยะเวลาให้รายงานผลการดำเนินงาน เนื่องจากมตินี้ไม่มีการจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนในส่วนกลาง การศึกษานี้จึงเริ่มสัมภาษณ์เชิงลึกเลขานุการคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและบุคคลที่เลขานุการกล่าวถึง (snowball technique) รวม 5 คน เป็นบุคลากรสังกัดกรมอนามัย กรมควบคุมมลพิษ องค์การพัฒนาเอกชน และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารทางการที่เผยแพร่ในรูปสิ่งพิมพ์และในระบบอินเทอร์เน็ตของกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมมลพิษ และองค์การพัฒนาเอกชน (NGO) คือ FTA watch และมูลนิธิบูรณะนิเวศ

ตามมตินี้ ข้อเสนอการพัฒนาและกิจกรรมโดยสรุปได้แก่ การพัฒนานโยบายและหลักสูตรท้องถิ่นด้านการจัดการขยะอันตรายจากชุมชน กำหนดมาตรการให้การออกแบบ/ผลิต/ใช้ผลิตภัณฑ์ปลอดภัยต่อสุขภาพและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม การรณรงค์ให้ประชาชนบริโภคปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการวิจัยและพัฒนากิจการขยะอันตรายที่ท้องถิ่นดำเนินการได้ เป้าหมายสุดท้ายคือ ความเข้มแข็งของภาคประชาชนในการบริโภคและการจัดการในชุมชนโดยการส่งเสริมสนับสนุนของภาครัฐในแต่ละระดับ และความรับผิดชอบของภาคประกอบการเอกชนในกระบวนการผลิตและการจัดการจากผลิตภัณฑ์อย่างครบวงจร โดยมีข้อเสนอให้ตั้งกลไกเพื่อขับเคลื่อนและดำเนินการคือ คณะทำงานเฉพาะกิจจัดการขยะอันตรายจากชุมชน (จัดตั้งโดยคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และคณะกรรมการสาธารณสุข) และศูนย์บริหารจัดการขยะอันตรายจากชุมชนระดับจังหวัด ผู้มีบทบาทและมีส่วนได้ส่วนเสียในมตินี้ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย กรมควบคุมโรค) ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (กรมควบคุมมลพิษ) อุตสาหกรรม (กรมโรงงานอุตสาหกรรม) ศึกษา มหาไพบูลย์ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและกรมการปกครอง) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการ นักวิชาการ NGO ภาคประชาสังคม และชุมชน²

1. การเสนอประเด็นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

ในการเสนอประเด็นเพื่อรับการคัดเลือกเข้ากระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) พิจารณาให้เป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชา 11 ประเด็นโดยหนึ่งในนั้นเป็นเรื่องการจัดการขยะซึ่งมี 2 เรื่องคือ การพัฒนาระบบจัดการขยะมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนเสนอโดยสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย และเรื่องขยะอิเล็กทรอนิกส์: แนวโน้มปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเสนอโดยมูลนิธิบูรณะนิเวศในนามกลุ่มศึกษาและรณรงค์มลภาวะอุตสาหกรรมและอนุกรรมการประสานนโยบายและแผนการดำเนินงานว่าด้วยการจัดการสารเคมีภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการสารเคมี

“ทราบว่ากรมควบคุมมลพิษเขายกร่างกฎหมายฉบับหนึ่งเป็นพระราชบัญญัติว่าด้วยการจัดการซาก electronic ซึ่งเป็นกฎหมายที่เขายกร่างมานานแล้ว พอรู้เรื่องนี้เราแถลงข่าวที่จุฬา เสร็จแล้วพวกเราทำจดหมายถึงกรมการค้าต่างประเทศขอตัวร่างสัญญา ซึ่งสุดท้ายกระทรวงต่างประเทศให้เราไปดู เราตั้งตัวแทนประมาณ 10 คนไปดูก็แบ่งกันดู ตัวสัญญามันหนามากเลยแยกมาดูกฎที่ว่าด้วยเรื่องสินค้า แหล่งกำเนิด และถิ่นกำเนิด เราเจอว่ามันมีเยอะเต็มไปหมดเลย ถ้าคนที่ไม่ได้ตามเรื่องพวกนี้อาจไม่รู้

² สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552.

....จะมี part หนึ่งว่าวัสดุอะไรก็ตามที่ไม่สามารถหรือไม่เหมาะกับการนำมาใช้อีก เหมาะแก่การกำจัดทิ้งอย่างเดียวก็ถือเป็นสินค้าแบบหนึ่ง ทำให้เรารู้กันมากในปี 50 สู้กันมาก..... เป็นที่ทราบว่าทำไมเราต้องมาอยู่กับมัน”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

“น่าจะเป็นประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนว่าประชาชนได้รับผลกระทบ ถึงได้มีมูลนิธิ NGO เสนอประเด็นนี้ขึ้นมา ในเวทีที่เป็นลักษณะเวทีหารือกัน เรามาจับช่วงตอนเป็นหน่วยหลักตอนที่ทำมติ ทำทุกกระบวนการขั้นตอนครบถ้วน จนกระทั่งเกิดเป็นมติออกมา”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

ต่อมาในวันที่ 30 มิถุนายน 2552 สข. ได้จัดประชุมหน่วยงานองค์กรที่เสนอประเด็นและที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ ผู้เข้าร่วมการประชุมนี้เป็นตัวแทนจากกรมอนามัย กรมควบคุมมลพิษ (กองแผนงานและประเมินผล: กผป. และสำนักจัดการกากของเสียอันตราย: สจก.) กรมโรงงานอุตสาหกรรม สำนักส่งเสริมและพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลลำสนธิ และกลุ่มศึกษาและรณรงค์มลภาวะอุตสาหกรรมฯ รวม 13 คนและมีข้อสรุปว่า ควรเสนอเรื่อง การจัดการขยะใน 2 ประเด็นสำคัญเพื่อจัดทำร่างเอกสารสำคัญและร่างมติคือ การตระหนักรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการจัดการขยะอันตราย และความพร้อมของท้องถิ่นในการรับรู้และและการมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดการขยะอันตราย

“กรมอนามัยเชิญประชุมครั้งแรก กรมส่งไป 2 หน่วย คือ กองแผนงานและประเมินผล ที่ประชุมได้ discuss กันเป็นภาพรวมในเชิงนโยบาย เขาจะเน้นความเสี่ยงของชุมชนเป็นหลักโดยยังไม่แตะอุตสาหกรรม ถ้าเน้นเรื่องการจัดการขยะอันตราย ต้องแยกเป็น 2 ประเด็นคืออุตสาหกรรมกับชุมชน อุตสาหกรรมเขาบอกว่า เป็น zero waste เขาบริหารจัดการได้หมด ในทางปฏิบัติมันไม่ใช่ ในขณะที่เรื่องของชุมชนที่มีการคุยกัน มองว่าในประเด็นนี้เรื่องของชุมชนการมีส่วนร่วมของภาคครัวเรือน ผู้ประกอบการมีน้อย แล้วของเสียอันตรายส่วนใหญ่ถูกทิ้งไปกับดินทั่วไป ไม่มีการจัดการที่ถูกต้องด้วย เขาถึง scope ไปที่ชุมชนก่อน เพราะว่าเขามองว่าทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการได้ตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง.....ถ้ามองบทบาทหน่วยงานภาครัฐต้องดูแลทุกซอกทุกมุม ของประชาชน เราไม่ควรเลือกประเด็นใดประเด็นหนึ่ง การบริหารจัดการที่ถูกหลักธรรมาภิบาลคือ ทุกเรื่องที่เป็นผลกระทบต่อประชาชนเราต้องมาดูแล”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

จากนั้นมีการส่งอนุกรรมการวิชาการภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ.2552 จำนวน 27 คน (ที่ปรึกษา 4 คนและคณะทำงาน 23 คน) โดยมี ดร.ไชยยศ บุญญกิจ รองประธานสถาบันสิ่งแวดล้อมไทยเป็นประธานคณะทำงาน และนักวิชาการในงานขยะพิษของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นเลขานุการ เมื่อเปรียบเทียบกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่ระบุในข้อเสนอแล้ว กล่าวได้ว่า คณะทำงานชุดนี้มีตัวแทนจากหน่วยงานองค์กรนอกกรมที่มีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้อย่างครบถ้วนทั้งจากภาคราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรพัฒนาเอกชน³

เมื่อสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นสำนักงานเลขานุการได้จัดทำโครงการในนามกรมอนามัยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก สข. และจัดตั้งคณะจัดทำด้านเอกสารวิชาการรองรับอีกจำนวน 9 คน เป็นบุคลากรในสังกัดกรมอนามัย 6 คนคือ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม 5 คนและศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุขอีก 1 คน ส่วนผู้

³ คำสั่งอนุกรรมการวิชาการภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่ 8/2552 เรื่องคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย. สั ง ณ วันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ.2552.

ทำงานอีก 3 คนเป็นตัวแทนสำนักงานเทศบาลนนทบุรี สำนักจัดการกากของเสียอันตราย (สจก.) สังกัดกรมควบคุมมลพิษ และมูลนิธิ⁴

“ตอนแรกเป็นขยะ electronic เราเป็นคนผลักดัน พอเป็นขยะชุมชน มันก็เหมาะกับกรมอนามัยมาก เขาเสนอแน่นอนเราถึงได้ถอนตัว ตอนแรกคุณ.....ผลักดันให้เราเป็นเลขา แต่เรายืนยันว่าไม่เหมาะเพราะว่าประเด็นไม่ใช่ความถนัดของเราและไม่ใช่งานที่เราถนัดอยู่ ถ้าเป็นขยะ electronic เรายังมีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ..... เท่าที่ฟังจากน้องสองคนที่ไปประชุมทุกครั้ง เหมือนเขายืนยันว่ากรมอนามัยต้องการเป็นเจ้าของเรื่องนี้ เรายังบอกน้องเขาไป ถ้าเขาต้องการเป็นเจ้าของเรื่องอยู่ในทีมเลขา ก็ให้เขาทำ จริงๆ มันใกล้กับงานของเขามากกว่า แต่จะมีการเกี่ยงกันใครจะพัฒนางาน paper วิชาการซึ่งอันนั้นเราอาสาทำให้ ไหนๆ เราก็อยู่ในคณะทำงาน..... ถ้าเป็นขยะจากครัวเรือนไม่มีกฎหมายควบคุม ฉะนั้นอยู่ที่ระบบการจัดการว่าระดับเทศบาลจะจัดการอย่างไร กรมอนามัยซึ่งดูแลเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชนก็จะเกี่ยวข้องกับชุมชนด้วย เหมือนเขามีแผนกล่วนที่ว่าด้วยอนามัยชุมชนประมาณนั้น มันจะตรง line ของเขามากกว่า ไม่ใช่เรา”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

เมื่อจัดทำข้อเสนอแล้วมีคณะทำงานวิชาการพิจารณาอีกขั้นหนึ่ง อาจมีการปรับแก้ร่วมกับเลขานุการ คณะทำงานซึ่งผู้ทำงานอื่นๆ ไม่รับทราบว่ามีเปลี่ยนแปลงอย่างไร กระทั่งเข้าสู่เวทีสมัชชา

“ตอน debate ทำไมกรมไม่ทำโน่น ทำไมไม่ทำนี่ ผมก็บอกว่าสิ่งที่ท่านบอกผมทำมาหมดแล้ว แต่มันไปไม่ได้ เพราะว่าหลายๆ เรื่องมันเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน...หลังจากที่คุยกันไว้แล้วทางฝ่ายเลขา ก็ปรับหัวข้อ มีคนกลั่นกรองอยู่ 4-5 คนเข้าไปดูที่คณะทำงานเสนอขึ้นไป บางประเด็นอาจหลุด บางประเด็นอาจเวอร์ไป พอผ่านตรงนั้นแล้ว ไม่เห็น เห็นก็โน่นเวทีใหญ่เลย มีบางประเด็นที่มันหลุดออกไป ก็เป็นได้ที่มีผลในเชิงของการบริหารจัดการ ถ้าไม่ใหญ่มากจนเกินไป บางอันเราก็ยอมรับได้ ถ้าสิ่งที่คุณเสนอมันทำได้หรือทำไม่ได้มันก็อาจจะมียกข้อโต้แย้งได้ ทางผู้ใหญ่จะมองว่าคุณปล่อยหลุดมาได้ยังไง วันนั้นมีผู้ใหญ่ comment ในบางประเด็นว่ามันหลุดมาได้ยังไง”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

2. การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

แม้ว่าจะมีตัวแทนหน่วยงานภาคีราชการที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอเฉพาะประเด็น แต่มีการปรับเปลี่ยนสาระข้อเสนอมติที่กระทบหน่วยงานราชการนอกสังกัดกรมอนามัยใน 2 ระยะคือ การพิจารณาของคณะกรรมการและในเวทีสมัชชา ประเด็นนี้ย่อมส่งผลถึงความร่วมมือภายหลังเป็นมติสมัชชา โดยเฉพาะเมื่อข้อเสนอมีลักษณะให้หน่วยงานองค์กรต่างๆ ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่แล้ว รวมทั้งการจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนมติขึ้นใหม่ ซึ่งหลังจากเป็นมติสมัชชาแล้ว ไม่เกิดการจัดตั้งกลไกคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อขับเคลื่อนเนื่องจากคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ⁵ และแม้แต่คณะกรรมการสาธารณสุขเองที่กรมอนามัยเป็นหน่วยงานเลขานุการ⁶ ต่างก็เห็นว่า ไม่ใช่บทบาทของคณะตนแต่เป็นบทบาทของอีกคณะหนึ่ง

ประเด็นนี้หน่วยงานสำนักงานเลขานุการในคณะกรรมการทั้ง 2 ชุดได้สะท้อนว่าคณะกรรมการแต่ละชุดสามารถออกนโยบายในเรื่องนี้ได้อยู่แล้ว และปัญหาอยู่ที่การแปลงไปสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ซึ่งแม้จะมีกลไกในส่วนกลางตามข้อเสนอมติก็ไม่มีผลอะไร สถานการณ์เช่นนี้เป็นตัวอย่างรูปธรรมของการรับรู้ความเข้าใจที่ไม่

⁴ คำสั่งกรมอนามัย ที่ 1213/2552 เรื่องแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาเอกสารวิชาการและร่างข้อเสนอเชิงนโยบายในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. สืบ ณ วันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2552.

⁵ ภายใต้ว พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535

⁶ ภายใต้ว พ.ร.บ. การสาธารณสุขแห่งชาติ พ.ศ. 2535 และปรับปรุง พ.ศ. 2550

สอดคล้องกันระหว่างเลขานุการคณะกรรมการเฉพาะประเด็น คณะอนุกรรมการวิชาการของ คจ.สช. เวทีสมัชชา และหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบโดยตรงภายใต้กรอบของกฎหมาย ขณะที่สังคมเปลี่ยนแปลงไปจากการขับเคลื่อนด้วยเศรษฐกิจและเทคโนโลยี

“ราชการด้านพื้นที่แนวๆ อยู่มาสั่งทำโน่นนี่ ก็ต้องดูว่า คุณไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา 2 สิ่งที่คุณสั่งมา ทำแล้วผิดหรือเปล่า รายงานท่านอธิบดีท่านก็อึ้ง ส่วนใหญ่กรมดำเนินการอยู่แล้วหน่วยงานที่กำกับดูแลดำเนินการอยู่แล้ว...บริบทของการดำเนินงานไม่ได้ง่ายเหมือนที่สมัชชาจะกำหนดว่าคุณต้องได้แบบนี้ การปฏิบัติของหน่วยงานราชการมีบทบาทภารกิจที่แบ่งงานแบ่งส่วนราชการกันชัดเจน หน่วยงานด้วยกันจะไปก้าวก่ายบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานอื่นไม่ได้ ไม่สามารถฟ้องร้องต่อกันได้ นั่นคือสิ่งที่สมัชชาต้องทำความเข้าใจว่าบทบาทใครแคไหน เขาจะทำตามที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมายที่ถือครอง”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการเฉพาะประเด็น

“ตัวคณะกรรมการเฉพาะกิจไม่ได้ตั้งขึ้นมา มีคนมาเพิ่มให้ตอนหลัง ตอนที่ debate กับตรงนี้เคยพูดไว้แล้วว่า คณะกรรมการทั้งสองคณะมีบทบาทหน้าที่ของเขาเฉพาะอยู่แล้ว เขาสามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้ขอบเขตของเขา ไม่จำเป็นต้องตั้งใหม่ อย่าลืมว่าประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติก็นายก คณะกรรมการสาธารณสุขก็นายก สรุปแล้ว head เป็นคนเดียวกัน เพียงแต่ว่าจะมอบหมายให้ใครเป็นประธาน โดยหลักแล้วคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนเป็นฝ่ายเลขา ของคณะกรรมการสาธารณสุขเป็นกรมอนามัย สองหน่วยงานคุยกันทำงานร่วมกันอยู่แล้ว แนวทางหรือนโยบายทั้งสองกระทรวงส่วนใหญ่สอดคล้องกัน แต่มีปัญหา implement ระดับพื้นที่เท่านั้นเอง สุดท้ายก็มาวิเคราะห์กันว่าทำไมทำแบบนี้ แล้วเราจะปรับปรุงกันยังไง จะมีไม่มีกลไกใหม่ก็ไม่มีมีความหมาย ส่วนตัวมองว่าคณะกรรมการอาจเป็นตัวสร้างปัญหาให้เรา ขณะนี้การตั้งคณะกรรมการมันไม่จำเป็น เพียงแต่ว่าวิธีการแนวทางการดำเนินงานต่างหากจะทำยังไง เพราะปัญหาเรื่องการจัดการเรื่องขยะชุมชน นโยบายเรามีหลักการปฏิบัติในเชิงพื้นที่เป็นเรื่องของ อบต. เขาเป็น jigsaw ตัวสำคัญ เขาเป็น broker ถ้า broker ระดับพื้นที่ไปไม่เป็น นโยบายสวยหรูยังก็ไม่มีทางประสบความสำเร็จ”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการเฉพาะประเด็น

“มติที่ 2 ข้อใหญ่และมีหนึ่งข้อย่อย ข้อที่ 1 มันเป็นการมองภาพของการบูรณาการภาพรวมไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติและคณะกรรมการสาธารณสุข และให้จัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ นายกเป็นประธานกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการสาธารณสุข คือเขาก็ตั้งเองก็ได้ ก็ผลักดันมาให้เป็นการตั้งในมติ ตอนที่ท่านผอ.คนแรกก็เสนอ ไม่มีการทำความเข้าใจก่อนว่าอำนาจหน้าที่คณะกรรมการแต่ละคณะที่มีอยู่จะทำได้ซึ่งจริงๆ เรื่องนี้ถูกเสนอไปที่หลายหน่วยงาน ไปที่กรมควบคุมมลพิษครั้งหนึ่ง ทางโน้นเขามองว่าเป็นเรื่องของกระทรวงสาธารณสุขฯ ก็เสนอเข้าไปยังคณะกรรมการสาธารณสุขฯ บอกว่ามันไม่ใช่อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขฯ ที่จะตั้งคณะกรรมการที่ประกอบไปด้วยหน่วยงานต่างๆ สื่อมวลชนหรืออะไร ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน คือตอนที่ท่านผอ.คนแรกก็เสนอ แต่ไม่ได้เข้าใจ พอเราไปดูหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุข เขาไม่มีหน้าที่มาทำขับเคลื่อนในลักษณะอย่างนี้ เช่น การออกกฎกระทรวงที่เกี่ยวกับการจัดการกับชุมชน”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการเฉพาะประเด็น

“ถ้าเทียบสอง พ.ร.บ.ตอนปรับปรุง พ.ร.บ.การสาธารณสุขฉบับใหม่ พวกเราไปเขียนคำนิยามละเอียดยิบให้กลายเป็นคู่มือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั้งหมดและสิ่งแวดล้อมเข้ามาด้วย ตอนนั้นไม่ได้คิดว่ามันจะกลับมากระทบกับ พ.ร.บ.สิ่งแวดล้อมมหาดล เราที่ยอมรับ ก็ดีด้วย กลายเป็นว่า 2 พ.ร.บ.เกือบลูกซิ่งกันและกัน ถ้าคุณตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุขแล้ว ทำได้คุณทำไป แต่ตราบใดที่คุณทำไม่ได้หรือคุณฝ่าฝืน พ.ร.บ.การสาธารณสุข สิ่งแวดล้อมจะเข้าไปจับคุณ จึงเป็นสิ่งที่เกือบลูกกัน แต่จะมีข้อดีข้อเสียในการทำงานบ้าง ข้อขัดแย้งก็มี ก็มาทำงานร่วมกัน....ทางเราเน้นเรื่องขององค์ความรู้และเทคโนโลยี เราถ่ายทอดเรื่องความรู้ เทคโนโลยีและมาตรการออกไป คล้ายๆ กับกรมอนามัย บทบาทแตกต่างกันนิดหน่อย เพียงแต่เราไม่ก้าวก่ายหน้าที่กัน เวลาเราจะทำอะไร อันนี้หน้าที่คุณๆ ก็ไปทำตาม พ.ร.บ.ของคุณ”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการเฉพาะประเด็น

3. การขับเคลื่อนแก้ปัญหาขยะพิษ

แม้ว่าจะไม่เกิดกลไกขับเคลื่อนตามที่ระบุในมติ แต่ประเด็นปัญหานี้เป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐอยู่แล้ว รวมทั้งมูลนิธิฯ (NGO) ที่เสนอประเด็นนี้ก็เป็นผู้เล่นสำคัญ จึงมีการดำเนินงานไปตามบทบาทภารกิจของตนโดยเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์ปัญหาเกิดขึ้นในพื้นที่

“เราไม่ใช้หน่วยงาน implement ดำเนินการ หรือมีบทลงโทษเขาแบบกรมแรงงาน ชื่อกรรมนี้ ตามหลักมันควรจะคุมได้ทุกอย่าง ภายใต้พระราชบัญญัติส่งเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อม ปี 35 มิได้ให้อำนาจกับกรม....ในการบริหารจัดการตรงนั้น พระราชบัญญัติกำหนดค่าหากมี พ.ร.บ. ฉบับใดอยู่แล้ว ให้ถือ พ.ร.บ. นั้นเป็นหลัก ของกรมแรงงานเขาก็มีของเขาเรื่องของเสียจากอุตสาหกรรมเลยไปใช้ พ.ร.บ. กรมแรงงานเป็นหลัก กรมเป็นนโยบายและวิชาการ”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“เรามีการยกย่องราชกฤษฎีกาในการเรียกคืนซากผลิตภัณฑ์ของเสียอันตราย เครื่องใช้ไฟฟ้าที่ใช้แล้วอย่างถ่านไฟฉาย หรือหลอดฟลูออเรสเซนต์แล้วราชกฤษฎีกาต้องอยู่ภายใต้ พ.ร.บ. มาตรการคลังเพื่อสิ่งแวดล้อม ณ เวลานั้นมีการทบทวน พ.ร.บ. ใหม่ แล้วจะเน้นเรื่องภาษีหรือค่าธรรมเนียมที่ปล่อยมลพิษน้ำเสียกับอากาศเป็นต้น เรื่องของของเสียอันตรายเราออกก่อน เกรงว่าหลังจากมีประกาศออกมา กลัวประชาชนจะรับไม่ได้ เพราะเมื่อมีการกำหนดมาตรการนี้ขึ้นมา สุดท้ายประชาชนก็ต้องจ่ายเงินมากขึ้น อุตสาหกรรมเขาคือธุรกิจ มองกำไรเป็นหลัก เมื่อมีมาตรการของราชการเข้าไปมีต้นทุนเพิ่มเข้าไป เขาจะบวกทั้งหมดเสร็จในการค้าขาย พอมีมาตรการมันก็จะเพิ่มอยู่ในสินค้าที่เราซื้อ เป็นการผลักภาระทางอ้อมอยู่แล้ว”

“กรมพยายามบอกท้องถิ่นว่า การจัดการขยะ น้ำเสีย อากาศ ของเสียอันตราย เป็นหน้าที่ของเขา แต่ท้องถิ่นเขาคุ้นเคยกับขยะที่ทิ้งอัตราค่าธรรมเนียมของขยะ ตอนนี้เป็น 20 บาท แต่ของเสียอันตรายเขาไม่คุ้นเคย..... ตามหลักการแล้วของเสียอันตรายจะต้องมีการตั้งราคาอีกทางหนึ่งเพราะว่าการจัดการของเสียอันตรายไม่เหมือนกับขยะทั่วไป”

“กรมเสนอพระราชบัญญัติ 3R ในนั้นมีการตั้งกองทุนแล้วพูดถึงการจัดการของเสียอันตราย ยกย่องมานานแล้วแต่ยังไม่ผ่านสภาหลายรัฐบาลมาแล้ว ถ้ามีการตั้งกองทุนขึ้นมาก็คงจะมีการ charge จากผู้ผลิต ที่สุดท้ายผู้ประกอบการจะผลักภาระให้ประชาชนอยู่แล้ว รัฐบาลมองว่าอาจจะยังไม่เร่งด่วน”

ผู้บริหารหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“เรื่องของการจัดการของเสียอันตรายมันอยู่ในเรื่องของแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ เป็นแผนที่ทำร่วมกับกรมควบคุมมลพิษ แต่มันไม่ได้มาจาก 2 คณะนี้ (หมายถึง คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติก็นายก คณะกรรมการสาธารณสุข—นักวิจัย)”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“หน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้ออกนโยบายเพื่อให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นเป็นผู้ปฏิบัติ เมื่อมีพระราชบัญญัติกระจายอำนาจไปแล้ว ท้องถิ่นจะใช้อำนาจตาม พ.ร.บ. กระจายอำนาจ ประเด็นสำคัญของการจัดการจะดีหรือจะล้มหรือไม่เหลวอยู่ที่ท่านนายกเทศบาลเมือง เทศบาลท้องถิ่น อบต. เหล่านั้นที่ถือว่าเป็นผู้ปฏิบัติในเชิงพื้นที่ แต่ไม่ได้บอกว่าหน่วยงานกลางไม่ได้มีส่วนร่วม ไม่ใช่ เรายังทำร่วมอยู่ งบประมาณส่วนกลางจะน้อยลง และจะไปปรากฏที่ท้องถิ่นเป็นหลัก แผนการจัดการอนุรักษสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัดก็ให้เงินกับท้องถิ่นไปสนับสนุนการกำจัดขยะเรื่องของการจัดการของเสียอันตราย มันคือเรื่องของการกระจายอำนาจ ท้องถิ่นมีหน้าที่ต้องไปบริหารจัดการพื้นที่ของตนเอง กรมเข้าไปก้าวล้ำอำนาจของท้องถิ่นไม่ได้ แต่เราที่กำลังจะทำให้คือองค์ความรู้ เพื่อให้ท่านไปบริหารจัดการตนเอง”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“กรมควบคุมมลพิษเขาเห็นปัญหาเขาเอง เขอยากจัดการ แต่ว่าช่วงที่เราทำเรื่องขยะอันตรายพอมีภาคประชาสังคมพูดเรื่องนี้ เขาอาศัยอันนี้เป็นโมเมนตัมอันหนึ่งทำต่อ เหมือนสาธารณสุขสนใจ แม้เขาไม่ค่อยชอบเรา แต่สามารถเอาไปอ้างอิงใช้ในการขับเคลื่อนต่อไปได้ เพราะว่ารายการสินค้าที่เป็นขยะภายใต้ข้อตกลงนี้มันไปขัดแย้งกับกฎหมายสิ่งแวดล้อมอยู่ประมาณ 32

รายการ ขณะที่อยู่ติดกรม.....ยังไม่กล้าขัดแย้งเลย แต่เขาแอบส่งข้อมูลให้เรา คืออำนาจทางการเมืองกับเศรษฐกิจมัน over rule ล้าเยอะมาก ที่เรารู้เรื่องขยะอันตรายจากกรมการค้าเสรี หน่วยงานราชการตื่นตัวกันมาก ทั้ง สก. สภาที่เชิญเราไปให้ข้อมูล”

“เราต่อสู้เรื่องมลพิษ ไม่สามารถทำงานแบบแนวทางเดียวได้ ต้องคุยนานกันไป บางกรณีอาจต้องสร้าง evidence บางกรณีควรสร้างมวลชน บางกรณีต้องทำสองอย่างคู่กันไปเลย ยกตัวอย่างกรณีมาบตาพุดเรารู้กันมาหลายปี ไม่มีอะไรสิ้นสะเทือนเลย จนกระทั่งได้รับความช่วยเหลือจาก NGO ในอเมริกา เขามีความเชี่ยวชาญเรื่องการติดตาม วิเคราะห์มลพิษอากาศ มาอบรมให้เรา เอาเครื่องมือที่เก็บมลพิษอากาศมาให้เราทดลองใช้ เราเอาไปเก็บอากาศที่มาบตาพุดส่งไปวิเคราะห์ที่อเมริกา ทำอยู่ 5 เดือน งบประมาณเขาก็มาให้เราด้วย เสร็จแล้วได้รายงาน.... แกล้งข่าว ตุลาคมปี 48 คาดไม่ถึงว่ามันมี impact มาก เราเชิญ นิคม นิคมมากันหมดเลยเพื่อ defend ตัวเองเพราะในอากาศที่เราตัวเจอๆ ประมาณ 40 ชนิดมีประมาณ 5-6 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็งมีความเข้มข้นสูงมาก พฤศจิกายนปี 48 ทั้งกรมควบคุมมลพิษ กรมควบคุมอุตสาหกรรม โรงงานอุตสาหกรรมหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแห่กันไปตรวจ VOC กันหมด หลังจากนั้นประกาศค่ามาตรฐาน VOC ออกมา VOC ไม่ได้กลายเป็นเรื่องยากอีกแล้วสำหรับชาวบ้าน ไม่เป็นเรื่องที่หน่วยงานราชการต้องมาโต้เถียงว่ามันตรวจยาก ค่าตรวจมันแพง เมื่อเราตรวจได้ argument พวกนี้เลยหายไป ล่าสุด พรอทที่ทำดูม ปราจีนบุรี เราเอาปลาช่อนไปตรวจ เป็นอีกหนึ่งของการสร้าง evidence ด้วย ตรวจเสร็จเราแกล้งข่าว...ทั้งกรมควบคุม กรมโรงงาน สาธารณสุขจังหวัด กรมอนามัย ฝ่ายอุตสาหกรรมและทางจังหวัดก็แห่ไป รวมทั้ง DSI ด้วย ลงไปดูพื้นที่ มีการเก็บปลา เก็บน้ำเพื่อตรวจสอบว่าที่เราตรวจเจอมน้ำเชื่อถือไหม สุดท้ายเขาตรวจเจอคล้ายๆ เราแต่สิ่งที่เขาตรวจไม่ได้คือเส้นผม lab ของเมืองไทยไม่สามารถตรวจวิเคราะห์เส้นผมได้ เราได้ส่งตัวอย่างไปวิเคราะห์ที่อเมริกา....เรื่องข้อโต้แย้งงานของเราว่าเชื่อถือหรือไม่ ก็หายไป เริ่มมีการพูดว่าต้องมีการควบคุมเรื่องปรอทและโรงงานที่อยู่ริมแม่น้ำปราจีนทั้งหมดตลอดลำน้ำ ถ้าเราตรวจเจ้าพระยาเขาก็จะตามไปดูเจ้าพระยา เรารู้สึกไม่ควรให้เรามาเป็นตัวกระตุ้นแต่เขาควรจะไปอีกชั้นหนึ่งทำเองไม่ต้องรอให้เรากระตุ้น”

“มีมติเรื่อง FTA สมัชชาเฉพาะประเด็นอันนั้นเราช่วยทำ part เฉพาะเรื่องที่เป็นขยะอันตราย คนขับเคลื่อนข้างหลังเป็น FTA watch เราก็คือเป็นส่วนหนึ่งของ FTA watch ดูเฉพาะเรื่องขยะอันตรายให้เขา อีกเรื่องที่เกี่ยวข้องคือ HEIA คือการปฏิรูป EIA ...”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

เมื่อเป็นมติสมัชชาแล้วหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งหน่วยงานที่เสนอมติเองไม่นำไปปฏิบัติจนเกิดการแก้ปัญหาเรื่องนั้นได้จริง ก็จะมีผลสะท้อนกลับมายัง สข. เอง ในทางกลับกัน การที่หน่วยงานราชการต่างดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ดังเช่นที่ดำเนินการหลังมีมติสมัชชา ก็เท่ากับว่า ไม่จำเป็นต้องเป็นมติสมัชชานั้นเอง

“สข. ขับเคลื่อนจนมีมติ มติผ่านการอนุมัติจาก ครม. เสร็จแล้วมีคำสั่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติ พอมาถึงขั้นสุดท้ายไม่มีการนำไปปฏิบัติต่อไปมติของ สข. เองจะไม่มีผลความหมายโดยสิ้นเชิง มันจะกลายเป็นของตกในหน่วยงานราชการ อันนี้ไม่ควรให้มันเกิดขึ้น”

“เราสามารถจับมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาระเบียงปฏิบัติของท้องถิ่นหรือทำระบบบริการจัดรับทิ้งให้มีระบบการรวบรวมขยะอันตรายจากชุมชนที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยบทบาทอำนาจหน้าที่กรมอนามัยทำได้”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

สำหรับภาครัฐก็เช่นเดียวกับมติดีอื่นๆ ที่มีปัญหาในการขับเคลื่อนทางสังคม และเมื่อผู้บริหารหรือนักวิชาการที่เคยเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาข้อเสนอมีการโยกย้ายเปลี่ยนแปลงตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ การดำเนินงานก็จะขึ้นกับผู้รับผิดชอบคนใหม่ ว่ามีวิธีคิดกับเรื่องนั้นๆ อย่างไร สอดคล้องกันหรือไม่ การดำเนินงานตามมติจะขัดแย้งกับวิธีปฏิบัติทางราชการ เป็นการเพิ่มภาระงาน หรือทำให้หน่วยงานมีความเสี่ยงถูกร้องเรียนฟ้องร้อง หรือไม่ โดยเฉพาะเมื่อไม่มีงบประมาณมาสนับสนุน

“เราพยายามผลักดันพอจะขับเคลื่อนมันเหมือนติดขัด ไม่รู้จะผลักดันในลักษณะไหน ถ้าหากว่าทำภายใต้อำนาจหน้าที่เราก็อายุ เช่น เรื่องของ พ.ร.บ. ตัวกฎหมายหรือการขับเคลื่อนเชิงสังคม”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“ชุมชนจะบริหารจัดการได้หรือไม่ ไม่ได้อยู่ที่ อปท. อย่างเดียว ไม่ได้อยู่ที่หน่วยงานส่วนกลางอย่างเดียว ต้องบูรณาการทุกภาคส่วน กลไกสำคัญอยู่ที่ประชาชนโดยมีรัฐเป็นผู้นำ มองว่าตอนนี้กฎหมายไม่ได้ล้าสมัย เป็นกฎหมายอ้อมซอมและบทลงโทษน้อย ถ้าวันใดแค่ทิ้งปากกาตัวเดียว มันมีสารเคมีอยู่ในนี้ โดนปรับห้าหมื่น ต้องเสียเงินห้าหมื่นกับเรื่องแค่นี้ เมืองไทยจะสะอาดขึ้นเยอะ สิ่งสำคัญคือการมีส่วนร่วม จิตสำนึกของคน จิตสำนึกของผู้ประกอบการ จิตสำนึกของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งทุกอย่างคือจิตสาธารณะ”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“เดี๋ยวนี้อาจไม่ได้รับผิดชอบขยะพิษแล้ว ทำเรื่องขยะทั่วไป ตอนนี้น้ำขยะจะแบ่งไปตามความรับผิดชอบ.... ตอนนี้เราทำเรื่อง health care waste management ที่จะประชุมวันที่ 19 มีส่วนหนึ่งที่จะเกี่ยวกับตัวนี้ด้วยเป็น medical waste.... ตอนนี้ทำทดลองใน 36 โรงพยาบาลทั่วประเทศ สมควรใจด้วย เราเลือกด้วยให้เขาเก็บข้อมูลและสำรวจข้อมูลตอนนี้ของเสียพวกนี้มีอะไรบ้าง จะดูระบบบริหารจัดการ”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

4. ความคิดเห็นต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

แม้ว่าหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทรับผิดชอบในเรื่องนี้มีการประสานงานกันอยู่แล้ว แต่เวทีสมัชชาก็เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้มุมมอง ข้อมูล และความคิดเห็นระหว่างหน่วยงานกับภาคประชาสังคม ที่อาจสะท้อนถึงระดับนโยบายและการเมือง นอกจากนี้ หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องก็คาดหวังว่าการเป็นสมัชชาสุขภาพจะส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณง่ายขึ้นหรือมากขึ้นแต่ในความเป็นจริงไม่ได้มีผลใดๆ

“ระหว่างที่ debate กันถ้ามีข้อมูลที่คลาดเคลื่อน ในฐานะที่รับผิดชอบก็ท้วงท้วงว่าใช้ไม่ใช้ มีมุมมองยังงี้ คนที่เข้าร่วมคณะทำงานก็ทำหน้าที่ของตัวเองแล้ว บางท่านมาจาก NGO ก็มองอีกมุมหนึ่งหายไปนิดหนึ่ง ก็บอกว่ามุมมองนั้นมันไม่ใช่ในแนวทางปฏิบัติมันคนละแนวทางนี่คือสิ่งที่เราสามารถสะท้อนกันได้ มันเป็นเรื่องของการแลกเปลี่ยนและได้ข้อสรุปร่วมกัน”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“สมัชชาจะช่วยเหมือนกับเป็นตัวเร่ง บางทีหน่วยงานราชการทำบางเรื่องเสนอขึ้นไป เบื้องบนอาจบอกว่ายังไม่เร่งด่วนรอไว้ก่อนได้ แต่ถ้าสมัชชามาเป็นตัวเร่งก็มองว่าปัญหาหนักกว้างขึ้นก็จะให้ความสำคัญ ก็มีการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งมันเป็นเรื่องการลงทุน ต้องสร้างเป็นสถานที่บำบัด เชิญชวนเอกชนมารับจ้างจัดการซึ่งจะมีค่าใช้จ่าย พอมีค่าใช้จ่าย พวกเทศบาลซึ่งต้องเป็นคนจ่ายเงิน อาจจะมองว่าน่าจะไปจ่ายด้านอื่นดีกว่า อย่างเช่น สร้างถนน สร้างประปา เรื่องของเสียอันตรายเก็บไว้ก่อนก็ได้ แต่พอมีสมัชชามากระตุ้น ประชาชนที่เป็นฐานเสียงจากการเลือกตั้งไม่ว่าจะเป็นระดับชาติหรือท้องถิ่นให้ความสนใจสูงแทนที่จะมานั่งเรื่องไฟฟ้า ประปา ถนน ก็หันมาเรื่องโครงสร้างทางสิ่งแวดล้อมมากขึ้น”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“มองว่าสมัชชา OK ถึงแม้จะไม่ใช่อำนาจในการผลักดันอะไร แต่สมัชชามีมติ ครม. รองรับ ฉะนั้นข้อเสนอของสมัชชาเป็นข้อเสนอที่ดีช่วยกระตุ้นให้กับหน่วยงานของทางราชการให้กับรัฐบาล ว่านี่คือเสียงสะท้อนของภาคประชาชนนะ มันไม่ได้เกิดจากเสียงสะท้อนจากหน่วยงานราชการทั้งหมด การเข้าไปร่วมกับสมัชชาจะมีกลุ่มที่หลากหลาย มีผู้แทนผู้ประกอบการ มีประชาชน มีหน่วยงานภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วม ฉะนั้นตรงนี้นี่มันคือสิ่งสะท้อนว่ามุมมองของผู้ที่ปฏิบัติคือหน่วยงานราชการมีมุมมองยังงี้ ภาคประชาชน เอกชนมีมุมมองยังงี้กับ partnership การบริหารจัดการ อันนี้เป็นสิ่งที่ดี ผมเห็นด้วยกับแนวทางสมัชชาในระดับหนึ่ง แต่บางครั้งสิ่งที่สมัชชาเสนออาจจะก้าวล้ำเส้นมากเกินไป ซึ่งเรารู้และพยายามสร้างความเข้าใจ”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“สิ่งที่สมัชชาเสนอมา ดูแล้วไม่ถึง 20% ที่รัฐบาลจะเอาไปปฏิบัติ พอจะปฏิบัติมันมีผลกระทบกับประชาชน บางเรื่องต้องออกเป็นกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ บางเรื่องอาจจะเป็นกฎกระทรวงได้หรือเป็นกฎเกณฑ์ต่างเขารับเลย แต่ออกเป็นพระราชบัญญัติมันต้องชั่งน้ำหนักเพราะถ้าออกเป็นพระราชบัญญัติแล้วไปแพ้เสียงในสภา คุณเสร็จเลยทั้งที่เป็นสิ่งที่ดีก็ตาม”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น

ณ ปัจจุบันกระบวนการสมัชชาซึ่งมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติรองรับ เป็นกระบวนการที่เป็นทั้งความหวังและเครื่องมือของภาคประชาชนและ NGO ในการปกป้องดูแลสุขภาพชุมชน ตัวอย่างรูปธรรมได้แก่กรณีขอใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 11 เพื่อขอให้มีการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายสาธารณะที่มาจากอุตสาหกรรมที่ตำบลแม่ถอดจังหวัดลำปาง⁷ การใช้กระบวนการสมัชชาในการจัดการปัญหาทรัพยากรชุมชนเช่น ธรรมนูญลุ่มน้ำภูมิ⁸ การบริหารจัดการน้ำโครงการส่งน้ำและโครงการบำรุงรักษาเขื่อนกระเสียว⁹ การจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลในการจัดการให้เกิดธรรมาภิบาลท้องถิ่นในเทศบาลตำบลเปือย¹⁰ ส่วนธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแลและธรรมนูญสุขภาพบ้านแม่ทอมตก หมู่ 2 จังหวัดสงขลา จัดทำขึ้นเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน¹¹

ในทัศนะ NGO การพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ในบางกรณีมีความจำเป็นในการพิสูจน์ว่าเกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพซึ่งจะเป็นการสร้างความยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดเวทีอภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นดังที่ใช้ในกระบวนการฯขึ้นหรือการสร้างนโยบายนั้นไม่เพียงพอในการขับเคลื่อนแก้ปัญหา สุขภาวะ เมื่อแหล่งทุนในประเทศไม่สนับสนุนงบประมาณ การทำงานเคลื่อนไหวของ NGO จึงลำบากขึ้น แม้ สช. จะสนับสนุนการเคลื่อนไหวระดับชุมชนและมีประสบการณ์ความสำเร็จของการใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นเครื่องมือปกป้องสุขภาพชุมชนแต่กรณีมักเป็นอำนาจภาครัฐระดับชุมชนเช่นกัน เช่น ท้องถิ่น แต่ในระดับประเทศ จากประสบการณ์ที่ผ่านมากรณีมาตาศพ NGO มีความเห็นว่า สช. หลีกเลี่ยงการกระทบรัฐบาล (นโยบายส่งเสริมการลงทุนภาคอุตสาหกรรม) อาจเพราะไม่ต้องการสร้างแรงเสียดทานเนื่องจากต้องการให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (conflict of interest) และกลไกสมัชชาสุขภาพจะไม่สามารถตรวจสอบนโยบายหรือโครงการของรัฐบาลหรือโครงการภาคเอกชนที่รัฐบาลสนับสนุน ได้เลย

“สมัชชาเป็นความหวังหรือเป็นสิ่งใหม่สำหรับคนไม่น้อยเลย หลายคนเห็นว่ากระบวนการสมัชชาเป็นกระบวนการที่เข้มแข็งสำหรับประชาชน เป็นกระบวนการอันเดียวที่น่าจะผลักดันให้องค์ความรู้ต่างๆ มันเกิดขึ้นได้ มันก็จริงและไม่จริง เพราะว่าในส่วนของพัฒนาองค์ความรู้มันเกิดอยู่แล้ว แต่การพัฒนาองค์ความรู้ในรูปแบบของสมัชชาที่น่าจะเป็นความรู้ที่ต้องประมวลเอาอะไรต่างๆ เข้ามาเป็นระบบมากขึ้น แต่เรารู้สึกว่ากระบวนการแบบนี้ไม่สามารถสร้างความรู้ใหม่ได้ องค์ความรู้ใหม่ที่จะเกิดขึ้นได้มันต้องตามติดอย่างต่อเนื่อง และศึกษานำมาวิเคราะห์ต้องมี evidence base”

⁷ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ค้นคนปฏิรูป: ธรรมนูญสุขภาพตำบลแม่ถอด. พลิกวิกฤตเมืองเหล็ก ใน สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ. ปีที่ 5 ฉบับที่ 32 เดือนกุมภาพันธ์ 2556.

⁸ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ลายแทงสุขภาพ: พื้นชีวิตลุ่มน้ำภูมิด้วยธรรมนูญ. ใน สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 31 เดือนมกราคม 2556.

⁹ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สช.ออนไลน์ ใน สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 24 เดือนกรกฎาคม 2555.

¹⁰ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ลายแทงสุขภาพ: ชาวบ้านเปือยร่วมสร้างธรรมาภิบาลด้วยธรรมนูญสุขภาพ. ใน สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 23 เดือนมิถุนายน 2555.

¹¹ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ค้นคนปฏิรูป: เส้นทางธรรมนูญสุขภาพระดับหมู่บ้านฉบับแรกของไทย. ใน สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 23 เดือนมิถุนายน 2555.

“ตอนที่เรานำชาวบ้านมาพบตาพุดให้มายื่นหนังสือเพื่อขอให้ใช้มาตรา 11 ของตัว พ.ร.บ.สุขภาพ คือเรียกร้องให้มีการทำ HIA ที่มาพบตาพุด ชาวบ้านก็มายื่น เป็นกรณีแรกที่มีการยื่นขอใช้มาตรา 11.....เราก็คาดหวังว่าจะเป็นการหา evidence ของผลกระทบที่มันเกิดขึ้น เป็นงานสิ่งแวดล้อมหรือเป็นเรื่องสุขภาพเพราะผลมันไปไกลกว้างลึกมาก แต่กระบวนการสมัชชาคือเวทีที่เอาคนที่เกี่ยวข้องภาคส่วนประชาชน NGO นักวิชาการ เข้ามาพูดคุย ออกความเห็น มันสร้าง evidence ไม่ได้ มีการอภิปรายกัน แลกเปลี่ยนกันว่า การใช้มาตรา 11 ใน พ.ร.บ. ควรจะออกมาในรูปแบบไหน...มันก็ถูกบิดไปดูภาพรวมของการพัฒนาจังหวัดซึ่งเป็นผลกระทบมาจากในพื้นที่มาพบตาพุด ผลจากกระบวนการสมัชชากรณีนี้ มันจึงกลายเป็นกระบวนการสมัชชาที่ product ออกมาคือหนังสืออนาคตระยะของ 1 เล่ม ส่วนหนึ่งเป็นมติของ สข.ที่ส่งให้กับ ครม.อนุมัติเมื่อ พฤษภาคม ปี 52 แต่มติสมัชชาออกมาเมื่อ มิถุนายน 51 ซึ่งมติของ สข. มันไม่ได้แตะเรื่องการศึกษาผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา ไม่ได้มุ่งไปสู่การสร้างหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ทางทางแพทย์หรือทางวิชาการที่มันขาดจริงๆ มันไม่มี แล้วจำเป็นต้องมี”

“เวลาเสนอขอทุนกับหน่วยงานของไทย ตัวอย่างการศึกษาสิ่งแวดล้อมเขาไม่ค่อยสนใจแต่ผลออกมาแล้วเขาหยิบไปพูด จะหยิบแค่ตรงนี้จริงๆ ก็แปลกดี สกว. สข. ไม่ให้ สสส.ก็ไม่นับสนุน แต่เวลาเรานำเสนอเป็นที่ตื่นตาตื่นใจ แล้วคุณก็ไปพูดซ้ำๆ”

“เขาให้เราทำในรูปของกระบวนการ พอถึงจุดที่จะต้องพัฒนาองค์ความรู้จริงๆ ที่เป็น evidence เขาจะไม่ให้แล้ว เขาจะเน้นการจัดเวทีแต่ละเวที สำหรับเรา รู้สึกว่าสิ้นเปลืองงบประมาณ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง จัดเวทีครั้งหนึ่งมันเยอะ พอถึงขั้นพัฒนาความรู้จริงๆ งบประมาณไม่ออก.....ช่วงหลังเหมือนเป็นแพชั่นไปแล้วเรื่องชุมชนเข้มแข็ง ใครก็ทำชุมชนเข้มแข็ง เราสงสัยว่ามันคืออะไร เป็นการจัดเวที จัดแล้วจัดเล่าหรือเปล่า มันไม่สามารถพัฒนาวิธีการอื่นภายใต้คำว่าชุมชนเข้มแข็งได้หรือ”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

แม้ว่าในฐานะ NGO มีความเห็นว่า การต้องยอมรับความเห็นในกระบวนการสมัชชา ทำให้มีข้อเสนอมากขึ้นจนขาดความชัดเจน เป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนตามแนวทางของ NGO แต่ก็ยังคงเห็นความสำคัญของเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในการเป็นช่องทางการขับเคลื่อนด้านสุขภาวะสังคมไทย โดยเสนอประเด็นการปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/ EHIA) เป็นระเบียบวาระที่ 2.5 ในรายการเอกสารสำหรับการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555

“บางทีเขาตีกรอบของเอกสารวิชาการมันแคบ บางทีสาระที่มันสื่อออกไปมันน้อยมาก มติก็ต้องเกลี้ยกันจนเป็นที่ยอมรับทุกฝ่าย พอมันเบลอๆ อาจจะเป็นผลเสียต่อการณรงค์มากกว่า...ถ้าเห็นว่ามีช่องทางที่จะดันที่นอกเหนือมติ เราก็คจะทำ”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

5. ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ตัวแทนภาคีรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้เล่นหลักเรื่องขยะอันตรายเสนอให้มีการทบทวนบทบาทสมัชชาแห่งชาติและต้องตระหนักถึงขอบเขตของบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐที่ไม่สามารถก้าวข้ามกันได้ และควรให้ความสำคัญกับ KPI ดังนั้นกรณีที่ต้องจำเป็นต้องอาศัยภาคีการดำเนินการ การระบุเพียงข้อเสนอในมติให้กระทรวง ทบวง กรม ทำอะไรนั้นไม่เพียงพอเพราะจะมีแรงต้านโดยเฉพาะเมื่อเป็นบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย สข. ควรจัดประชุมหารือในผู้บริหารระดับสูงของแต่ละกระทรวงและกรมเพื่อแบ่งบทบาทดำเนินงานก่อนการตั้งคณะทำงานเฉพาะขับเคลื่อนซึ่งจะทำงานต่อไปได้ง่ายขึ้น

“สมัชชาต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตัวเองให้ดีกว่า และต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานอื่นๆ ว่าเขามีขอบเขตอำนาจหน้าที่มากน้อยแค่ไหน ถึงแม้ว่าจะเขียนเป็นภาพรวมในระดับใหญ่ต้องระบุว่าหน่วยงานที่เข้าไปกำกับดูแลหลักคือใคร.....นโยบายการจัดการตรงนี้เรารู้อยู่แล้ว เห็นด้วยกับแนวทาง เพียงแต่ว่ากลไกที่นำไปสู่ตรงนี้ไม่ง่าย นโยบายเขียนสวยหรูได้ แต่ปฏิบัติทำได้หรือเปล่า นั่นคือสิ่งที่สะท้อนให้เห็นปัจจุบันว่า นโยบายดีมาก แต่การปฏิบัติมันไปไม่ถึง”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“ตรงที่ทำความเข้าใจความนโยบายกับข้อมูลวิชาการ เราผ่านแล้ว แต่ตรง decision making แล้ว implement มันอยู่ในระบบกลไกอยู่ใน KPI ตรงไหน ถ้าเกี่ยวข้องกับระบบราชการ ถ้าไม่มี KPI ไม่มีแผนงบประมาณกลไกรองรับเป็น KPI อย่างไรเขาก็ไม่ทำตามนโยบาย คุณต้องไปเซตระบบในลักษณะแบบนี้ต่อ หวังว่าให้เขาเป็นคณะทำงานแล้วเขาไปวางแผน ไม่พอแล้ว ไม่ใช่เสนอลอยๆ แล้วจะเข้าระบบเขาได้อย่างไร เราอาจจะทำอีกขั้นตอนหนึ่งหลังจากมีมติไปแล้ว ไปทำขั้น policy กับพวกบริหารหน่วยงานต่างๆ ซึ่งอันนี้ถ้าฟังกลุ่มเครือข่ายยังบารมีไม่พอที่ต้องอาศัย คจสช. กับ สช. ช่วยตั้งวงระดับสูง ช่วยเข้าไปทำให้มันอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ที่จะ implement กับ กรม กอง กับ KPI จะตกลงกันง่ายขึ้น”

นักวิชาการใน คจ.สช.

กระบวนการสมัชชาสามารถเป็นได้ทั้งเวทีแลกเปลี่ยนแบ่งปันข้อมูลและความคิดเห็น และสร้างองค์ความรู้ซึ่งอาจเป็นเรียนรู้ประสบการณ์จากต่างประเทศหรือภายในประเทศไทยเอง ในอีกด้านหนึ่งควรส่งเสริมสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้จากชุดข้อมูลเชิงประจักษ์ใหม่ๆ ด้วย เนื่องจากในปัจจุบันบริบทในมิติต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนซึ่งต้องอาศัยระยะเวลากว่าจะมีอาการแสดง (symptom) ในบางกรณีจึงจำเป็นต้องตรวจหาร่องรอยอาการ (sign) ด้วยแนวคิดระบบาติวิทยาซึ่งเป็นการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ที่ได้รับการยอมรับ

“เรามองว่า approach ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมันต้องมี 2 แนวทาง หนึ่งยังคงกระบวนการแบบนี้ไว้แบบเดิมเพื่อเป็นแนวราบคือสร้างฐานที่กว้าง ระดมคนเสียงของคนมาสนับสนุนในการทำ Health public policy อีกแนวทางหนึ่งแนวตั้ง เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่แข็งและเข้มแข็งให้กับทางชีววิชาการ คือการสร้าง evidence จริงๆ เราเชื่อภาคประชาชนทำได้ถ้ามีที่เลี้ยงที่ดี มีที่ปรึกษา มีทรัพยากรให้เขา”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

สำหรับข้อเสนอแนะต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชา “เจ้าของประเด็น” น่าจะเป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จ (ซึ่งสอดคล้องกับฐานคิดว่า เจ้าของประเด็นเป็นผู้ขับเคลื่อน) คุณลักษณะของเจ้าของประเด็นนอกเหนือจากความผูกพันเป็นเจ้าของมติแล้ว ศักยภาพในการบริหารจัดการเครือข่าย และการมีความสัมพันธ์ที่จะดึงดูดผู้คนที่มีความสามารถเข้ามาช่วยในการพัฒนาข้อเสนอและขับเคลื่อน ก็เป็นสิ่งจำเป็น หากสามารถแก้ปัญหาโดยหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ตามกรอบกฎหมายได้โดยตรง ก็ไม่จำเป็นต้องเข้าเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

“จริงๆ เป็นเรื่องที่เรารวบกันอยู่แล้ว เท่าที่ตัวเองเกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ ไม่เห็นว่ามติดของ สช. ที่มีการนำไปสู่การ implement จริงๆ เหมือนหน่วยงานที่ปฏิบัติ คือหน่วยงานต่างๆ ภายใต้กระทรวงพวกนี้ หรือระดับเจ้ากระทรวงเขาไม่เห็นด้วยเขาก็ไม่ทำอะไรกันจริงๆ เขาก็จะมีงานในความรับผิดชอบของเขาอยู่แล้ว มติแบบนี้มาเพิ่มภาระหน้าที่ให้เขา ไม่แน่ว่าไม่มีงบประมาณให้ด้วยหรือเปล่า มันต้อง integrate เข้าไปในแผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงาน อันไหนที่เป็น extra แล้วไปแย้งกับสิ่งที่เขาเคยปฏิบัติหรือไปแย้งกับนโยบายดั้งเดิมของเขา มันก็ยากที่เขาจะทำ.....”

“มันขึ้นอยู่กับใครเป็นเจ้าของมติ มติไหนที่นี้ก็ต้องย้อนกลับมาดูว่า ผู้ที่เสนอมตินั้นเป็นอย่างไร กรณีที่สมบูรณ์แก่ต้องการกุมเรื่องการผลิตการพัฒนามติกับตัวเอกสารวิชาการ เราก็ช่วย แกเป็นเลขานุการยกย่องทั้งหมดเราเป็นคนทำให้ เมื่อมีมติออกมาแกก็จะถือว่านั่นเป็นประโยชน์ของคนงาน เขาก็ขับเคลื่อนต่อ ให้มันมีผลในทางปฏิบัติให้มากที่สุด กรณีของการปฏิรูประบบ EHIA ตอนนี้สภามีกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติมันยังถูกเข้าไปเปรียบกับคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมายด้วย ตอนนี้เราถูกแต่งตั้งเข้าไปเป็นอนุกรรมการกฎหมายดูแลเรื่องการปฏิรูป EHIA เอมติผนวกเข้าไป มันจะมีการขับเคลื่อนต่อ”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

“ถ้ากรมอนามัยสนใจเรื่องนี้แล้วเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ (ขยะอันตรายจากชุมชน-นักวิจัย) อาจทำเป็นโครงการนำร่องกับ อบต. ลองพัฒนา model ขึ้นมา... พอสำเร็จ ใครๆ ก็จะมาดู มาศึกษา แล้วขยายผลต่อไปเองไม่ต้องมีกรรมการก็ได้”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

กรณีศึกษามติการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

การศึกษามตินี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกคณะเลขานุการคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น และบุคคลที่คณะเลขานุการอ้างอิง (snowball technique) รวม 7 คน และการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารทางการที่เผยแพร่ในรูปสิ่งพิมพ์และในระบบอินเทอร์เน็ตของกระทรวงสาธารณสุข และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. บริบทเฉพาะมติ

ประเด็นการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกมีกลไกเชิงวิชาการซึ่งตั้งขึ้นระหว่างการขับเคลื่อนงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพผ่านงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติและเวทีสมัชชาเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ชาติด้วยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) รวมทั้งทำงานวิจัยเชิงระบบสะสมความรู้ไปพร้อมๆ กับขับเคลื่อนร่วมกับภาครัฐและเครือข่ายต่างๆ

“ตั้งแต่มหกรรมครั้งแรกๆ มี document paper ของคุณหมอโกมาตรออกมาว่าควรมีสถาบันที่ขับเคลื่อนเชิงระบบเป็นกลไกที่ไม่ใช่ของรัฐไม่ใช่ภายใต้กรมเพื่อเป็นอิสระแล้วมองเชิงยุทธศาสตร์ เชิงระบบในการขับเคลื่อนระบบการแพทย์แผนไทยทางเลือกพื้นบ้าน ขณะเดียวกันต้องพัฒนาองค์ความรู้ด้วย คุณหมอโกมาตรให้ก่อนที่จะทำยุทธศาสตร์ครั้งที่ 1 ปี 50-55 ประมาณปี 49 แกะเขียนไว้ตั้งแต่ปี 47-48 ซึ่งเราก็ผลักดันให้เกิดสถาบันสุขภาพวิถีไทขึ้น”

นักวิชาการภาคประชาสังคมในระบบราชการ

ด้านภาครัฐ นโยบายด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านนับเริ่มต้นชัดเจนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) โดยปรากฏ “ให้มีการส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม” ด้วยอิทธิพลของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก และต่อเนื่องในแผนฉบับต่อๆ มา สำหรับแผนพัฒนาการสาธารณสุขเริ่มจากโครงการวิจัยยาและสมุนไพร และพัฒนาขยายขอบเขต กระทั่ง พ.ศ. 2535 มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในแผนพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ซึ่งมีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย: สมุนไพรไทยสู่สากล สมุนไพรไทยจึงมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนภาคเศรษฐกิจ¹² ความสำคัญของเรื่องนี้ขึ้นกับนโยบายระดับกระทรวงโดยเฉพาะเมื่อรัฐมนตรีให้ความสำคัญดังปรากฏเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขและเกือบทุกกรม ดังตาราง 3.2 สังเกตได้ว่า คำที่ปรากฏในตัวชี้วัดของกรมอื่นๆ คือ “การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” ส่วนคำว่า “การแพทย์พื้นบ้าน” ปรากฏเฉพาะในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

¹² ประพจน์ เกตุรากาศ, รุจิรา ทวีรัตน์, วิชัย จันทร์กิติวัฒน์. นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ใน รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด, 2553.

ตาราง 3.2 ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขด้านการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2551-2555

ระดับ	2551	2552	2553	2554	2555
กระทรวง สาธารณสุข (1)	-	-	-	-	- มีแพทย์แผนไทยประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน 76 จังหวัด - ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและ/หรือทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขสังกัด กสธ.
สป.กสธ. (2)	- ประชาชนและเครือข่ายได้รับการถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน ทางเลือก และสมุนไพรที่ได้รับการพัฒนา - จำนวนพื้นที่ที่มีการถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน ทางเลือก และสมุนไพรไทยสู่ชุมชน - เครือข่ายชุมชนที่มีการใช้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน ทางเลือก และสมุนไพรไทยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	ธุรกิจบริการด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริมให้แข่งขันได้ในต่างประเทศ		ธุรกิจบริการสุขภาพ(ธุรกิจบริการสุขภาพใน 3 ประเภท คือ 1.บริการรักษาพยาบาล 2.บริการส่งเสริมสุขภาพ 3.พัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร) ได้รับการพัฒนา	ธุรกิจบริการสุขภาพ (4 ประเภท คือ 1.บริการรักษาพยาบาล 2.บริการส่งเสริมสุขภาพ 3.พัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร 4.บริการแพทย์แผนไทยและทางเลือก) ได้รับการพัฒนา
กรมพัฒนา การแพทย์แผน ไทยฯ (3)	องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน ทางเลือกและสมุนไพร ได้รับการพัฒนาและถูกนำไปถ่ายทอด (5 เรื่อง/ปี)	- องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน ทางเลือกและสมุนไพร ได้รับการพัฒนาและถูกนำไปถ่ายทอด (5 เรื่อง/ปี) - องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ทางเลือกและสมุนไพร มีการศึกษาวิจัยและพัฒนา 8 เรื่อง - นำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ทางเลือก และสมุนไพรที่ได้รับการพัฒนา และถูกนำไปถ่ายทอด/แล้วเสร็จตามกำหนด	- องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน ทางเลือกและสมุนไพร ได้รับการพัฒนาและถูกนำไปถ่ายทอด (5 เรื่อง/ปี) - องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ทางเลือกและสมุนไพร มีการศึกษาวิจัยและพัฒนา 10 เรื่อง - นำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ทางเลือก และสมุนไพรที่ได้รับการพัฒนา และถูกนำไปถ่ายทอด/แล้วเสร็จตามกำหนด	- องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน ทางเลือกและสมุนไพร ได้รับการพัฒนาและถูกนำไปถ่ายทอด (5 เรื่อง/ปี) - องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ทางเลือกและสมุนไพร มีการศึกษาวิจัยและพัฒนา 10 เรื่อง - นำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ทางเลือก และสมุนไพรที่ได้รับการพัฒนา และถูกนำไปถ่ายทอด/แล้วเสร็จตามกำหนด	- องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน ทางเลือกและสมุนไพร ได้รับการพัฒนาและถูกนำไปถ่ายทอด (5 เรื่อง/ปี) - นำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ทางเลือก และสมุนไพรที่ได้รับการพัฒนา และถูกนำไปถ่ายทอด/แล้วเสร็จตามกำหนด
กรมการแพทย์ (4)	จัดการองค์ความรู้ด้านการแพทย์เฉพาะทาง และการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	จัดการองค์ความรู้ด้านการแพทย์เฉพาะทาง และการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	พัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์เฉพาะทาง และการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	พัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์เฉพาะทาง และการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	

ระดับ	2551	2552	2553	2554	2555
กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์ (5)	▪ พัฒนาสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์ที่มี คุณภาพและปลอดภัย	▪ พัฒนามาตรฐานห้องปฏิบัติการ ด้านอาหารและยา ▪ วิจัยสมุนไพรที่ดำเนินการแล้วเสร็จ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อ ภาครัฐและเอกชน	▪ พัฒนาถ่ายทอดความรู้และ เทคโนโลยี และพัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ สุขภาพจากสมุนไพร ▪ แจ้งเตือนภัยคุณภาพ ความ ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ จากสมุนไพร ▪ ศึกษาวิจัยผลิตภัณฑ์สุขภาพจาก สมุนไพร หม่อน		▪ ผู้รับบริการได้รับประโยชน์จาก ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่ได้รับการรับรองตาม มาตรฐานสากล ▪ ประชาชนและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องได้รับประโยชน์จาก ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ สมุนไพร และการแจ้งเตือนภัย.
อย. (6)	▪ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีประสิทธิภาพ คุณภาพและมาตรฐาน (อาหารและ ยา 61 แห่ง/ ศูนย์นวัตกรรม คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพ 1 แห่ง)				
กรมสุขภาพจิต (7)			▪ พัฒนางค์ความรู้การแพทย์เฉพาะ ทางการแพทย์แผนไทยและ ทางเลือกในระดับกลุ่มภารกิจ	▪ พัฒนางค์ความรู้การแพทย์เฉพาะ ทางการแพทย์แผนไทยและ ทางเลือกในระดับกลุ่มภารกิจ	

- ที่มา: 1) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คำรับรองการปฏิบัติราชการ ระหว่าง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กับ ผู้ตรวจราชการกระทรวง และ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ประจำปีงบประมาณ 2555.
- 2) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัด สป.สธ. ประจำปีงบประมาณ 2551, 2552, 2554, 2555.
- 3) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2552-2555. [cited 2012 Dec 15]; Available from:
URL: <http://bps.ops.moph.go.th/plan4year2/planmoph3.pdf>
- 4) กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์. คำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ. [cited 2012 Dec 15]; Available from: URL:
<http://www.dms.moph.go.th/psd/kpi/kpi.htm>
- 5) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. คำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2551-2555.
- 6) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี (พ.ศ.2551-2554) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
- 7) กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2553. 2554

หมายเหตุ: ในปีที่ไม่ปรากฏเป็นตัวชี้วัด อาจเป็นเพราะไม่สามารถสืบค้นข้อมูลได้ หรือไม่ได้มีเรื่องนี้เป็นตัวชี้วัดก็ได้

1.1 การจัดทำข้อเสนอเชิงประเด็น

การจัดทำข้อเสนอเชิงประเด็นเรื่องการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อเสนอเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 แตกต่างจากมติอื่นตรงที่ เป็นการต่อยอดประเด็นที่ได้จากสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อขับเคลื่อนงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ¹³ วันที่ 3-4 กันยายน 2552 ซึ่งเมื่อครั้งกระบวนการสมัชชาเฉพาะประเด็นนี้เปิดรับประเด็นเชิงนโยบายปรากฏว่ามีผู้เสนอถึง 20 ประเด็นจาก 26 หน่วยงานองค์กร การที่ม็อบคัดสรรใจเสนอประเด็นเข้ามาจำนวนมากน่าจะเป็นเพราะมีการขับเคลื่อนงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องทุกปีโดยมีพื้นที่ขับเคลื่อนที่สำคัญคือ เวทีสมัชชาสุขภาพ (เริ่มตั้งแต่เวทีสภามัชชาสุขภาพ พ.ศ. 2544) และมหกรรมสมุมนไพรแห่งชาติ

“คือระยะแรกไม่ค่อยมีคนสนับสนุน ไม่ได้บอกว่าเขาเห็นว่าเรื่องดีหรือไม่ดี แต่มันเหมือนเป็นเรื่องวัฒนธรรม คนที่มาทำเรื่องนี้ก็เพราะชอบและเห็นเรื่องนี้มีประโยชน์ เลยเกาะกลุ่มกันมา คอยกันตลอด มีงานบ้างไม่มีงานบ้าง ก็ยังแบบปรึกษาหารือกัน... คุณหมอโกมาตรก็ตั้งข้อสังเกตว่าเรื่องนี้ได้รับความสำคัญจาก สช. เรียกว่าการทำงานแบบ สช. จะเคลื่อนอะไรเขาก็มีโจทย์ถามเราซึ่งที่เราเข้ามาเพราะว่าไม่มีพื้นที่ไหนเปิดให้กับพื้นบ้านแผนไทยและแพทย์ทางเลือกเลยนอกจาก สช.”

นักวิชาการทำงานภาคประชาสังคม

เมื่อจำนวนประเด็นมีมาก คณะอนุกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นจึงจัดประชุมร่วมกับ 23 เครือข่าย และจัดกลุ่มประเด็นใหม่ได้ 5 กลุ่มคือ การพัฒนาระบบยาไทยและสมุนไพร ระบบการแพทย์พื้นบ้าน การจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก¹⁴ และคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติตั้งคณะอนุกรรมการรองรับกลุ่มประเด็นเหล่านี้ ประเด็นการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก จึงมีพัฒนาการมาใน 4 เส้นทางหลักคือ

- 1) การขับเคลื่อนงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในเวทีสภามัชชาสุขภาพ พ.ศ. 2544 และต่อเนื่องทุกปีถึง พ.ศ. 2549 โดยมูลนิธิสุขภาพไทยและองค์กรเครือข่าย
- 2) แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2550-2555¹⁵ จัดทำโดยคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อ 12 มิถุนายน 2550
- 3) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47 (7) และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 7 (มีกระบวนการจัดทำร่างใน พ.ศ. 2551)
- 4) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2552

¹³ จัดร่วมกับการประชุมวิชาการประจำปีในงานมหกรรมสมุมนไพรแห่งชาติครั้งที่ 6

¹⁴ สถาบันสุขภาพวิถีไทย. กงล้อที่เคลื่อนไป 1 รอบปี: จากสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ สู่ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 มติ 7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา, 2553.

¹⁵ เกี่ยวเนื่องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10

1.2 ฐานองค์ความรู้และงานวิชาการ

ลักษณะเฉพาะของมตินี้ที่สำคัญอีกประการคือ ต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ภูมิปัญญาไทยตามระบบวิทยาศาสตร์ที่สามารถตรวจสอบและเรียนรู้ได้เพื่อการต่อยอดพัฒนา อาจเป็นการชำระความรู้ดั้งเดิม เปรียบเทียบกับองค์ความรู้ภูมิปัญญาต่างประเทศ หรือวิจัยพัฒนาสร้างความรู้ใหม่ จึงมีงานต้องทำจำนวนมากและต้องอาศัยทักษะความเชี่ยวชาญของบุคลากรแขนงต่างๆ รวมทั้งขับเคลื่อนเครือข่ายกันอีกยาวนาน เนื่องจากหน่วยงานในระบบราชการรองรับได้ไม่เพียงพอ¹⁶ และคนที่มีความรู้ความเข้าใจในการแพทย์สาขาต่างๆ นับวันจะน้อยลงเพราะเกษียณโดยที่ยังไม่มีแผนรองรับปัญหานี้ และแหล่งงบประมาณก็เป็นปัญหาสำคัญ

“ทุกอย่างมันศูนย์เลย ไม่สามารถหาจากทั่วโลกมาได้เลย การแพทย์แผนไทยก็ค่อยๆหายไปเรื่อยๆ พื้นบ้านก็เป็นเฉพาะตรงนั้น ไม่มีฐานความรู้ของสากลหรือของชาติที่จะสนับสนุน...กรมไม่พอ เราจึงสร้างองค์กรอื่นขึ้นมาเพื่อประกอบให้ไปได้ เอา สช. เอา สถาบันสุขภาพวิถีไทย สวรส. เพื่อจะพากันไปได้ไม่ให้งานชะงัก เขาได้เงิน สสส. มาเขาก็ผลักดันสถาบัน ช่วย สสส. เข้าไปเชื่อมโยงกับภูมิภาค เชื่อมโยงกับมหาวิทยาลัยบางแห่ง..... คุยกับ สสส. ตลอดว่างานอื่นมีงานทั่วโลกมาค้ายัน แต่งานตรงนี้เป็นงานที่ต้องก่อร่างสร้างตัวมา...ต้องสร้างความรู้ใหม่ สมุนไพรตัวนี้รักษาโรคได้จริงไหม ต้องสร้างความรู้ใหม่ อย่างชาเขียวได้ผลไหม.... งานวิจัยอาจารย์แพทย์แผนไทยลำบากมาก ต้องมาเขียน proposal ต้องมา defend กับ EC (คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย-นักวิจัย) ต้องมา defend กับกองทุนภูมิปัญญาว่าจะได้เงิน พอไปทำก็ทำยากมากๆ ถ้าหมอแผนปัจจุบันถ้าไปทำวิจัยยาตะวันตก...ได้เงินมีผู้ช่วยมีทีมมีเลข ทำเสร็จมีคนมาเขียนรายงานให้ แล้วก็ไปเที่ยวต่างประเทศ ตรงนี้ตรงกันข้ามหมดเลย”

นักวิชาการทรงคุณวุฒิอดีตผู้บริหาร

“ภาค NGO กับภาคประชาสังคมเคลื่อนไหวมาก่อน สบรส. เคลื่อนปี 45 ซึ่งตอนนั้นยังไม่มีกรม เรื่องนี้ไม่มีที่ยืน ก็หวังว่าจะใช้กระบวนการสมัชชาตั้งใจจะออกมาเป็นกฎหมาย ระบุไว้ใน พ.ร.บ. ตอนนั้นยังไม่มีกรม ผัง body ในคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย¹⁷ เรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ จำเป็นต้องมีคณะกรรมการให้ได้ ไม่ได้อยู่ในตัวกฎหมาย (พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ-นักวิจัย) จึงมาอยู่ในรัฐธรรมนูญ ช่วยกันใส่เข้าไปให้ได้ พอใส่แล้ว function จะเป็นยังไงก็ต้องดูต่อไป”

นักวิชาการ NGO

“ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ด้านคือ องค์กรที่ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ งานแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ไม่มีการพัฒนาคนในองค์กรเราเลย ถ้าไม่มีความรู้ไม่เชี่ยวชาญพอที่จะไปทำเรื่องพวกนี้ ข้อ 1-5 มัน run ได้ไหม นับวันคนในเหล่านี้อาจกำลังถูกทอนลงทุกวันด้วยการเกษียณ”

ผู้บริหารระดับหน่วยงาน

1.3 สามประเด็นในหนึ่งเดียว

การรวมการแพทย์หลายมิติเข้ามาอยู่ในมตินี้เดียวกันโดยมีกลไกขับเคลื่อนไม่ครบทุกมิติคือ มีคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพด้านการแพทย์พื้นบ้าน คณะกรรมการพัฒนายาไทยและสมุนไพร คณะกรรมการพัฒนาและจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ และคณะกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 มติ 7 ขาดเรื่องการแพทย์ทางเลือก อีกทั้งกลุ่มคนที่เป็นคณะเลขานุการก็มีประสบการณ์การทำงานเครือข่ายด้านการแพทย์พื้นบ้านอาจทำให้การขับเคลื่อนมีความโน้มเอียงไปทางการแพทย์พื้นบ้านและแผนไทยมากกว่า โดยเฉพาะการทำงานวิชาการเชิงระบบเพื่อออกการกฎหมายมาตรการรองรับ

¹⁶ สถาบันการแพทย์แผนไทยตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2535 สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ส่วนกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2546

¹⁷ ตั้งขึ้นภายใต้ พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2543 สมัยนายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (เสนอโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย) และมีกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยสนับสนุนการดำเนินงาน

“เราพบว่าเครือข่ายของหมอพื้นบ้านกับชุมชนมีเจตนารมณ์ที่ชัดเจนที่สุดที่เขาจะดูแลสุขภาพของชุมชนกันเอง พอเป็นแผนไทยมันจะเข้าไปอยู่เรื่องวิชาชีพ ทางเลือกค่อนข้างจะเป็นแพทย์แผนปัจจุบันบวกกับกลุ่มคนที่ทำทางด้านนี้ มักเป็นเรื่องการประกอบวิชาชีพกับมีเรื่องของความต้องการเฉพาะกลุ่มและเป็นธุรกิจเสียเยอะ....คนละบริบทวัฒนธรรมใช้ไหม การมาใส่อยู่ในกล่องเดียวกันมันก็เป็นเรื่องยากพอสมควร มีผลที่จะเคลื่อนตัวมิติ...ทำให้บางครั้งมันไม่สามารถที่จะแหลมคมหรือพุ่งเป้าไปที่ทางใดทางหนึ่งแล้วก็กระจายออกใช้ไหม เหมือนกับว่าถ้าไม่ทำอันนี้ก็กลายเป็นกีดกันเขาออก หรือไม่เอาเข้ามามีส่วนร่วม”

นักวิชาการทรงคุณวุฒิภาคประชาสังคม

“มันเคยมีคำถามบางประเด็นที่หลุดไปอย่างเช่น การแพทย์ทางเลือก ตอนปี 54, 53 จัดเวทีขึ้นมาแล้วก็เอาประเด็นเรื่องแพทย์ทางเลือกขึ้นมาเลย มีอยู่ปีหนึ่ง พอเสร็จแล้วมันก็ยังต้องติดตาม”

นักวิชาการองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ

“เครือข่ายแพทย์ทางเลือกแต่ละสาขาลากหลายมากกว่าแผนไทย มากกว่าแผนปัจจุบัน แล้วแต่ละข่ายใช้จะถูกกัน ต่างก็บอกตัวเองดีกว่าคนอื่น ไม่แตกต่างจากแผนไทยก็บอกว่าของแผนไทยดี แผนไทยเหมือน jigsaw ตัวหนึ่งในศาสตร์ทางเลือก... พ.ร.บ. แพทย์แผนไทยก็มีกลุ่มที่ได้ประโยชน์ และกลุ่มที่เสียประโยชน์ กลุ่มที่ได้ประโยชน์คือพวกแพทย์แผนไทย กลุ่มที่เสียประโยชน์คือวิชาชีพอื่นๆ พื้นบ้านมีกฎหมาย back up ทางเลือกไม่มีกฎหมาย back up มันจะไปคู่ขนานกันได้ไง แผนปัจจุบันมีกฎหมาย back up เยอะแยะ professional ที่มาเล่นทางเลือกก็เป็นพวกนอกคอกในสายตาของ professional เดียวกัน”

ผู้บริหารระดับหน่วยงาน

“พอถูกคาดหวังว่ามันเป็นระบบที่มันกว้างกว่านั้น ก็อาจขยับได้แค่บางมุม ณ ตอนนั้นหาคนทำแบบนั้นยาก มันคือเรื่องใหม่ ไม่มีใครที่จะเป็นอะไรได้ขนาดนั้น”

นักวิชาการด้านประชาสังคมในระบบราชการ

2. การจัดทำร่างและข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

แม้ว่าการขับเคลื่อนงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมีช่องทางของตัวเอง 3 ช่องทางคือ คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติจัดทำข้อเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) โดยตรง ขับเคลื่อนผ่านธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และงานมหกรรมสมุนไพรรักษาโรค แต่ก็มีข้อเสนอเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ด้วยเพราะหวังผลการสื่อสารขับเคลื่อนในวงกว้าง โดยสถาบันสุขภาพวิถีไท (สสว.) เสนอประเด็นเชิงนโยบาย 3 เรื่องคือ การรับรองสิทธิหมอพื้นบ้าน การจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ และการพัฒนาระบบยาไทยและยาจากสมุนไพรรักษาโรค ซึ่ง คจ.สช. ตั้งคณะกรรมการพัฒนาวิชาการประเด็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติมีนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์เป็นประธานและ สสว.เป็นองค์กรเลขานุการ

ในเรื่องนี้ มีประเด็นโต้แย้งทางแนวคิดซึ่งมีผลต่อข้อเสนอเดิมใน 2 คู่คือ ระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน เนื่องจากสังคมวิชาชีพในปัจจุบัน ยอมรับการแพทย์กระแสหลัก การแพทย์ระบบอื่นๆ จึงเป็นทางเลือก ดังนั้นจึงควรเป็นการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกอย่างเดียวไม่ต้องมีคำอื่นอีก ข้อโต้แย้งของกลุ่มการแพทย์แผนไทยคือ ในอดีต การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์กระแสหลักของประเทศ และชื่อนี้ยังมีนัยของความเป็นภูมิปัญญาของชาติ อีกทั้งชื่อกรมยังมีคำว่า การแพทย์แผนไทยด้วย ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ขอให้ระบุแยกกับการแพทย์แผนไทยเพราะมีวิถีชีวิตและการจัดการเชิงนโยบายไม่เหมือนกัน อย่างไรก็ตามทิศทางการแพทย์พื้นบ้านคือ เมื่อพัฒนาความรู้การแพทย์พื้นบ้านให้เป็นระบบที่เป็นหลักสูตรถ่ายทอดได้ก็จะต้องถูกผนวกเป็นการแพทย์แผนไทย ส่วนที่ไม่สามารถทำให้มีการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบก็จะสูญหายไปตามอายุขัยของตัวหมอเจ้าของภูมิปัญญานั้น

“การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์ทางเลือก ที่จริงเป็นกรมพัฒนาการแพทย์ทางเลือกก็จบแล้ว เขาต้องเขียนเพื่อจะเน้นว่ามีการแพทย์แผนไทยนะ นี่มันเป็นเรื่องของชาตินิยม ส่วนการแพทย์พื้นบ้านเป็นท้องถิ่นนิยม คล้ายกับของชาวบ้านก็เลยเน้นสองอันนี้ สองอันนี้ก็ต่างกันด้วย”

นักวิชาการทรงคุณวุฒิอดีตผู้บริหาร

“ถือว่าแผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของทางเลือก แต่ในนิยามนี้ทางเลือกไม่ใช่แผนไทย ถ้าเรามองแบบแยกส่วนว่า ทางเลือก แผนไทยจะต้องตัดเทียมมันเป็นวิธีมองที่แคบเกินไป เวลาเขาป่วยศาสตร์เดียวไม่สามารถช่วยเขาได้ ถ้าเราป่วย อะไรก็ได้ที่ทำให้เราหายดี เราเอาหมด เราหายเราปลอดภัยประหยัดเงินอันนั้นเรายิ่งชอบ.....ยาแผนไทยมีราคาแพง พวกนั้นมันเป็น nich market แล้ว preparation ไม่ได้ ความเชื่อเกิดได้ 2 อย่าง คือความเชื่อที่มาจากศรัทธา และความเชื่อที่มาจากปัญญา ที่มาจากปัญญาคือมีข้อมูลความรู้ที่มัน support เพียงพอและคนที่ตัดสินใจใช้ แผนไทยสมุนไพรมันมากับความเชื่อ”

ผู้บริหารหน่วยงานในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

“ในประเทศไทย อะไรที่ไม่ใช่การแพทย์ตะวันตกคือการแพทย์ทางเลือก เอานวดไทยไปอยู่เมืองจีน จีนเรียกนวดไทยว่าการแพทย์ทางเลือก... คนที่มาประชุมร้อยทั้งร้อยไม่เข้าใจคำ 3 คำนี้ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกเลยสับสน”

ผู้บริหารหน่วยงานในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

“หมอพื้นบ้านเขาเขียนภาษาขอมภาษาใต้ เขาไม่มีทางสอบแบบแพทย์แผนไทย..แต่จริงๆ แล้วภูมิปัญญาความรู้นั้นเท่ากัน พอเราชี้แจงคุณหมอ....แกเข้าใจแล้วไปชี้แจงรัฐมนตรีสมัยนั้นก็ยอมให้พื้นบ้านแยกออกจากแผนไทย เป็นสถาบันการแพทย์พื้นบ้านเทียบเท่าสำนักกรมยังพยายามมองว่าหมอพื้นบ้านคล้าย ๆ แพทย์แผนไทย จะต้องมาฝึกอบรม ยังมีคำพูดนี้อยู่ แต่เราไม่เห็นด้วย เราค้านกันมาตลอด”

นักวิชาการทำงานภาคประชาสังคม

“แหล่งรายได้ของหมอพื้นบ้านจะไม่ใช้แค่รักษาอย่างเดียว หมอพื้นบ้านจะสัมพันธ์กับต้นไม้ ตอนหลังอาจมีธุรกิจเกี่ยวกับการเพาะขยายพันธุ์วัตถุดิบหรือมีแบรนด์ในการทำวัตถุดิบส่งขายที่อาจไม่ได้ใช้ความเป็นวิชาชีพหมออย่างเดียวแล้วแต่ความกลมกลืน”

นักวิชาการ NGO

“เชื่อว่าในความเป็นจริง ใครทำตำราว่าด้วยเรื่องการเรียนการสอนแบบพื้นบ้านมันจะถูกดูดเข้าไปในสถาบันการศึกษาหรือหน่วยบริการซึ่งก็มีแนวโน้มว่าจะอยู่ในร่มของแผนไทยแน่นอน”

นักวิชาการ NGO ด้านพื้นบ้าน

“พ.ร.บ. (พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556-นักวิจัย) ออกมาแล้วอันนี้เป็นจุดเปลี่ยนแปลงมาก เพราะว่ามันมีช่องในการพัฒนาสาขาแพทย์พื้นบ้านที่อาจจะออกมาได้หลายช่อง ทั้งระดับมหาวิทยาลัยที่ยกฐานะและความเป็นวิชาชีพในต้นนิยามมันจะมีสาขาอื่นๆ ของคำว่าพื้นบ้านด้วย และมีอย่างน้อย 2 มาตรการที่พูดถึงมันต้องนำไปสู่การเรียนการสอน กับอีกมาตรการยกเว้นให้เกิดการรับรองในชุมชนยังให้หมอพื้นบ้านใช้วิชาชีพดูแลตนเองได้ มันต้องไปเกี่ยวข้องกับการออกกฎระเบียบซึ่งจะมีผลทั้งส่งเสริมหรือทำลาย ต้องทำให้พอดีๆ เพราะว่าคนจะมาเป็นช่องทางการค้าได้ ได้คุยกันหลายรอบตั้งใจให้เคลื่อนคือทาง..... ต้องมีส่วนเคลื่อนจับมือกับ สช. ด้วย ไม่งั้นพื้นบ้านอาจจะถูกทำลาย อีกแง่ก็ใช้โอกาสนี้ในการพัฒนาความรู้เพราะมันเปิดช่อง ความเป็นไปได้ 3 ระดับ คือ 1 ก้าวเข้าสู่เป็นวิชาชีพอีกสาขาหนึ่ง ต้องพัฒนา ต้องเปิดโอกาส อาจจะมีบางคณะ มหาลัยบางแห่งอาจจะมีหลักสูตรนี้”

นักวิชาการ NGO ด้านพื้นบ้าน

3. การรับรองเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีฉันทามติรับรองมตินี้ และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กำหนดให้รายงานผลการดำเนินงานมตินี้ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4

สาระสำคัญโดยสรุปของมติ¹⁸ ได้แก่ ขอให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกองการประกอบโรคศิลปะเป็นกลไกหลักร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานให้สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 หมวด 7 ซึ่งสรุปการดำเนินงานได้ดังนี้คือการรวมกลุ่มเครือข่าย เป็นสภาการแพทย์พื้นบ้านและสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การจัดทำแผนพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยชุมชนในด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก การตรากฎหมายว่าด้วยยาไทย/จากสมุนไพรไทย การจัดระบบบริการการแพทย์พื้นบ้านและแผนไทยควบคู่กับแผนปัจจุบันในระบบประกันสุขภาพ และการจัดทำแผนจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบใน 4 ภูมิภาคอย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง โดยกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาตำรับยาแห่งชาติอย่างน้อย 100 ตำรับ ใน 3 ปี และบรรจุนายา/ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลัก แห่งชาติ อย่างน้อย 20 รายการใน 3 ปี และมีข้อเสนอเชิงกลไกได้แก่ กลไกระดับจังหวัดในการส่งเสริมสนับสนุนบทบาทและพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้าน และสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องกับมตินี้ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กองการประกอบโรคศิลปะ) กระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) กรมบัญชีกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และเครือข่ายสุขภาพ/การแพทย์แผนไทย/การแพทย์พื้นบ้าน/การแพทย์ทางเลือก

มีการหารือถึงแนวทางขับเคลื่อนมิติระหว่าง สช. สวรส. สสท. อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และคณะตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการประสานกลไกเกี่ยวข้องที่มีอยู่แล้ว 3 คณะและจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนเพิ่มเติมคือ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 มิติ 7 ดังตาราง 3.3 คณะกรรมการทุกชุดตั้งโดยคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ และมีนางดารณี อ่อนชมจันทร์ สถาบันสุขภาพวิถีไท (สสว.) เป็นเลขานุการ

ตาราง 3.3 กลไกในการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 มิติ 7

ชื่อคณะอนุกรรมการ	ประธาน/ หน่วยงานองค์กร	ปีที่แต่งตั้ง (พ.ศ.)
พัฒนาระบบสุขภาพด้านการแพทย์พื้นบ้าน	นายวีระพงษ์ เกรียงสินยศ มูลนิธิสุขภาพไทย	พ.ย. 2552
พัฒนายาไทยและสมุนไพร	รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	พ.ย. 2552
พัฒนาและจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ	นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์	พ.ค. 2553
ขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 มิติ 7	นายแพทย์ประพจน์ เกตุรากาศ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	พ.ค. 2553 (ปัจจุบันเป็นชุดใหม่)

4. การขับเคลื่อนเพื่อนำมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ

ในการพัฒนาระบบการแพทย์ชุมชนให้เป็นทางเลือกที่เป็นที่ยอมรับ ณ ปัจจุบันต้องมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่พิสูจน์ได้ในด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย และราคาจะเป็นตัวกำหนดความแพร่หลาย กรณีเป็นบริการที่ไม่มีความเสี่ยง หากสถานพยาบาลหรือ อปท. ยอมรับก็สามารถเข้าไปอยู่ในระบบภาครัฐได้ทันที สำหรับ

¹⁸ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ.2552. บริษัทศิริวัฒนา อินเทอร์เน็ตจำกัด (มหาชน); พิมพ์ครั้งที่ 2, 2554.

สปสข. รับเป็นเจ้าภาพในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ส่วนการแพทย์พื้นบ้านส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในวิถีชุมชน

“ถ้าจะทำให้การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ทางเลือกเป็นที่ยอมรับทั่วโลก ต้องอิงหลักฐานพิสูจน์หลักใหญ่ๆ มีอยู่ 3 ข้อ คือ ใช้ได้ผลจริง ปลอดภัย ราคาเข้าถึงได้ การแพทย์แผนไทยมี evident น้อยมาก ตำราจีนมีคนเขียนรวมแล้วประมาณ 5 หมื่นเล่มแล้วพัฒนาต่อเนื่องขยายไปเรื่อยๆ เป็นทางเลือกที่ใหญ่ ตำราไทยพอสืบย้อนไปจริงๆ มีตำราไม่เกิน 5 เล่ม ก็พยายามสร้างพัฒนาตำราพัฒนางานเอาสมุนไพรมาศึกษาเรื่องนวดให้เป็นระบบขึ้นเพื่อให้มันมี evident และรวบรวม evident ที่มีอยู่ทั่วโลกเพื่อให้มันเข้มแข็งขึ้น....ต้องมีภูมิปัญญา”

“จ้างหมอพื้นบ้านในชุมชนมานวด เงินเดือนถูกๆ เก็บค่านวดชั่วโมงละ 100 บาท แบ่งให้โรงพยาบาล 40 หมอนวดได้ 60 ก็อยู่ได้ทั้งคู่ ให้บริการดีมากคนยังติดมาก แกกก็ได้เงินเยอะ นี่คือการเอาการแพทย์พื้นบ้านเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาล”

นักวิชาการทรงคุณวุฒิอดีตผู้บริหาร

“แพทย์แผนไทยใช้ตำราเป็นหลัก เพราะฉะนั้นจะคุ้นชินกับการสอบการอ่านมีทฤษฎีอย่างชัดเจน แล้วสอบใบประกอบโรคศิลปะมาตั้งแต่มี พ.ร.บ. ใบประกอบโรคศิลปะ ที่นี้หมอพื้นบ้านมีวัฒนธรรมความหลากหลายอยู่ในท้องถิ่น เรื่องนี้เราจะทำงานในอีกแง่มุมหนึ่ง แต่หมอพื้นบ้านถูกจี้จนแสบแล้ว ในการทำงานเราใช้วิธีของสาธารณสุขมูลฐานขึ้นมารองรับ เป็น self care ถ้าเค้าไม่ได้เปิดเป็นคลินิกรักษา.....พอที่ไหนเงินเยอะแป๊บเดียวก็เป็นข่าว....2537 ที่เชียงใหม่ หมอพื้นบ้านช่วยเหลือตัวยาลแล้วสาธารณสุขจังหวัดไปจับ เขาต่อสู้กัน มึนงานวิจัยขึ้นมา ตอนนั้นเกิดการรวมตัวเป็นหมอเมือง แล้วมี NGO มาทำงานร่วม...เพียงแค่ว่าก็ไปเก็บข้อมูลทำวิทยานิพนธ์ต่อเรื่องบทบาทของหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื่อที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลมันเป็นยังไงกันแน่ มันเป็นจุดหนึ่งของประวัติศาสตร์ที่หมอพื้นบ้านได้กลับมามีบทบาทในสังคมอีกครั้งหนึ่ง... ถามว่าหมอพื้นบ้านอยู่ได้ไหม ถ้าไม่เชื่อมกับโรงพยาบาลก็อยู่ได้”

นักวิชาการองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ

“ตอนนี้ สปสข. ก็มองว่าการแพทย์แผนไทยที่เป็นระบบการแพทย์จะต้องเกิดขึ้น เพราะฉะนั้นมันมีโครงการสนับสนุนให้มีแพทย์แผนไทยอยู่ในโรงพยาบาล....ระบบหลักประกัน ระบบคู่ขนาน ก็มีเรื่องยาไทยกับเรื่องแพทย์แผนไทย ชูดยาไทยก็มีอาจารย์ล่ำสัวเข้าไปผลักดัน ตอนนั้นก็ 71 รายการ”

นักวิชาการองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ

“พอนโยบายลงมามันทำให้คนเกิดการเรียนรู้ ถ้าพื้นที่ที่มีต้นทุนอยู่แล้วมันไปได้เลย การแพทย์แผนไทย เราไปทำทั่วภาคเหนือภาคอีสาน เราไม่ค่อยคิดถึงภาคใต้ มีมากที่สุดที่สุราษฎร์ มีมากอยู่แล้ว ไม่ได้ import เข้าไป พอมีนโยบาย 2552 ลงเลย แล้วก็ตามแพทย์แผนไทยเอง ที่ สสจ. สกส. เกลี้ยกล่อมปรับนโยบายเขาก็ศึกษา คิดวางระบบบา ระบบคน ระบบงานและก็เทคโนโลยีเอาประสบการณ์ด้านอื่นมาใช้ เช่น ทำโรงพยาบาลต้นแบบหาจุดเด่นของแต่ละที่ ให้แต่ละที่ขับเคลื่อนงานไปในแบบที่ตัวเองถนัด ขับจุดเด่นของแต่ละที่ให้ชัด แล้วค่อยเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ตอนนี้เขามีระบบยาของจังหวัด มีตลาดกลางของจังหวัด มีการแลกเปลี่ยนกัน สุนทรียะจากกาบเชิงมาบางตัว”

“ที่คุยล่าสุดนี้ สำนักวิชาการกรมพัฒนาจะทำ ที่ผ่านมาเขารวบรวมอยู่พักหนึ่งทำขึ้นเป็นฐานข้อมูลของกรม ให้คน search ได้ แต่ตามสถานการณ์ไม่ทัน พื้นที่ไปเร็วกว่าเรามาก อยากจะให้เป็น digital library ทั้งนี้ก็ยังไม่ได้ทำ ที่ยังไม่ได้ทำก็มีอีกหลายโจทย์ เพิ่งไปพบคุณหมอโกมาตรมา มันมาคุยทิศทางกันอีกรอบคล้ายๆ กับ มีหลายเรื่อง เราอยู่ตรงกลางเราจะทำอะไร กรมเขาทำอะไร ไปเสริมกันตอนนี้ ทำยังไงให้มันเสริมกันได้ ไม่ต้องทำซ้ำ”

“public policy ยังไม่มี คือตอนนี้พยายามผลักดันให้เป็นเรื่องที่ทุกคนร่วมกันตัดสินใจ อย่างโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบมันน่าจะมีการผลักดันของภาคส่วนต่าง ๆ ให้เกิด แต่พอมาลงจริง ๆ ก็เป็นไปได้ยาก เลยให้เป็นเรื่องของท้องถิ่นกับรัฐ”

นักวิชาการองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ

เนื่องจากชุดความคิดที่รองรับการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายตั้งแต่แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไทและมตีสัมชชาเป็นชุดเดียวกันและโน้มเอียงไปด้านการแพทย์พื้นบ้าน ต่างจากชุดความคิดของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีระบบการแพทย์แผนตะวันตกเป็นใหญ่ เมื่อมตีสัมชชามีเจตจำนงให้การแพทย์พื้นบ้านแผน

ไทย คู่ขนานทัดเทียมกับแผนปัจจุบัน จึงปรากฏความไม่ลงรอยทางความคิด นอกเหนือไปจากความรู้สึกถูกระทบอำนาจหน้าที่เพราะมติขอให้กรมดำเนินการต่างๆ เหมือนสมัชชามีอำนาจมาสั่งการภาคีราชการทั้งที่เป็นบทบาทกรรมอยู่แล้ว

“ตั้งแต่ข้อหั่วข้อมติ 2 ข้อ 7 ปี 52 เป็นการแพทย์คู่ขนาน ผู้บริหารบางท่านไม่เห็นด้วย เพราะเขามองการแพทย์แผนไทยเป็นระบบ integrate เข้าไปในระบบบริการหลัก บ้านเราเป็นบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน แนวทางอนามัยโลกเสนอคือเพิ่มระบบ integrate เข้าไปเลย เช่นระบบการตรวจวินิจฉัยดูธาตุอย่างเดียวยังไม่พอ ต้องวัดความดัน ต้องเจาะเลือด”

ผู้บริหารระดับหน่วยงาน

“แผนไทย ทางเลือก พื้นบ้าน แผนปัจจุบันเป็นแห่งใครแห่งมันไม่สามารถเกี่ยวกันได้เลยซึ่งมันไม่ใช่ ต้องบูรณาการกัน”

ผู้บริหารระดับหน่วยงาน

“มติสมัชชาพามา implement ในกรมบางท่านเห็นด้วย บางท่านไม่เห็นด้วย มติสมัชชาสุขภาพใส่ไว้ในหน้า 23 เอามาใส่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ (ฉบับที่ 2—นักวิจัย) มติครั้งที่ 2 เขียนในเรื่องการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศของการแพทย์คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีประเด็นต่างๆ ระบุว่าให้ทำโน้นทำนี้ ตอนนั้นผมร่วมอยู่ด้วย จำไม่ได้ ผมไปในฐานะไหนจำไม่ได้... พอปี 54 ก็เชิญไปในฐานะติดตามมติสมัชชาพอครบ 2 ปีเขาจะติดตาม ตามความรู้สึก OK ไม่ซีเรียส บางข้อเห็นด้วย บางข้อไม่เห็นด้วย มองว่ามันเป็นความเห็น บางอย่างก็เป็นความจำเป็นที่ต้องทำ บางเรื่องเป็นเรื่องที่เขาอยากจะทำ บางเรื่องเป็นกิลเลทที่ยากให้ทำ มันมีอยู่เยอะแยะอะไรเป็นภารกิจของกรมที่เราเอามาทำ แล้วก็มาดูความจำเป็น อะไรที่มันจำเป็น ต้องทำ ควรทำ และน่าทำ ไม่ควรทำด้วย ก็รับมาดู พอไปเสนอผู้บริหารบางท่านก็เห็นด้วย บางยุค อธิปไตยเปลี่ยนบ่อย บางท่านเห็นวามมติสมัชชาทำโดย สช. สช. เป็นใครมาสั่งให้กรมทำโน้นทำนี้จริงๆ ส่วนใหญ่เป็นประเด็นความเป็นเจ้าของ มติสมัชชาบอกให้ทำอย่างนั้นๆ ผู้บริหารถามว่าสมัชชาเป็นใคร จะให้กรมทำตามได้อย่างไร แต่บางท่านก็เห็นด้วย ต้องทำร่วมกับภาคีเครือข่าย เรียนจริงๆ บางช่วงที่เราจะผลักดันงานในมติสมัชชา ก็อยู่เรื่อยๆแต่ละเรื่องมันไปถึงไหน”

ผู้บริหารระดับหน่วยงาน

“ประเมินจากคนทำงานมองว่า เวลาเราเขียนแผนหรือยุทธศาสตร์เราให้คนอื่นทำ เขียนคำใหญ่ ๆ เลย กระทรวง คนอื่นทำทั้งนั้น เราทั้งหมดภาระหน้าที่แล้ว เราก็ก็นำไปทำงานในพื้นที่เราต่อ....ยุทธศาสตร์มันกว้างหน้า แต่กลไกจะคิดมายังไง เพื่อให้อิสระคล่องตัว แล้วก็ไปขับเคลื่อนได้จริง ถ้าไปอยู่กับกรมมันก็มีข้อดี แต่ในขณะที่เดียวกันเขาก็มีข้อติดขัดในเชิงโครงสร้างตัวเขาเอง เป็นข้อจำกัดอยู่แล้วแล้วเราจะทำยังไง”

นักวิชาการองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ

นอกจากนี้อาจมีปัญหาการสื่อสารและความเข้าใจเพราะเป็นศาสตร์ที่ยากและเปลี่ยนอธิปไตยบ่อย ท่านที่เข้าใจและสนับสนุนก็ทำให้หน่วยงานดำเนินงานสนับสนุนมติได้ ส่งผลต่อการวางแผนดำเนินงานแม้แต่ในระยะสั้น บางท่านให้ข้อมูลเพิ่มว่ามีรอยร้าวระหว่างกลุ่มที่มีบทบาทในการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เมื่อครั้งจัดตั้งสถาบันสุขภาพวิถีไท

“อายุกรม 10 ปี มีอธิบดี 9 คน มาปีเดียวก็มีผล 3-4 เดือนต้องไปชี้แจงงานว่าทำยังไง หลังจากนั้นก็เตรียมเกษียณ เป็นกรมเล็ก งบประมาณก็น้อย ศาสตร์ยาก งานสาธารณสุขชุมชน สาธารณสุขมูลฐาน มันเป็นเรื่องเหมือนความรู้ที่เราคุ้นเคย ในสถานการณ์จริง KM ให้มันสอดคล้องกัน ศาสตร์ก็เฉพาะ ต้องพัฒนาความชัดเจนของ body of knowledge ทฤษฎีที่ว่าด้วยคัมภีร์นั้นนี้ก็ยาก ถ้ารักจริงเราจะพบภูมิปัญญาของชาวบ้าน เช่น ไปรู้วิชาการใช้ไปถึงไปรักษาของตะวันตก จริงๆ เป็นภูมิปัญญาของเรา”

นักวิชาการพื้นบ้านในระบบราชการ

“บางช่วงเวลาเราไป defend งานกับผู้บริหาร เราต้องรู้ว่าผู้บริหารชอบงานอะไร อ้างเรื่องมติสมัชชา บางท่านเห็นด้วยให้ทำร่วมกับภาคีเครือข่าย น่าจะต้องมา run ต่อ เรื่องนี้ไม่ได้เป็นบทบาทของกรม ทำไม่ต้องมาทำ บางยุคไป defend ตามแผน

ยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท แล้วแต่ บางทีกรมก็ทำหน้าที่ตามบทบาท อำนาจหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวง มีแค่ไหน ต้องทำแค่นั้น แล้วแต่บางยุค บางท่าน เพราะมีการเปลี่ยนแปลง”

ผู้บริหารระดับหน่วยงาน

“ที่ผ่านมามีจะเป็นคุณ..... เขาไม่ได้มาสื่อสารกับพวกเรา เรายังไม่รู้ว่ามีมติปีนี้อยู่เกี่ยวข้องกับกรมเราไหม ผู้บริหารก็ไม่ได้มาสื่อสารกับเรา ว่ามตินี้ เรื่องนี้เป็นของกรมเรา”

นักวิชาการในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

“ตอนนั้นกระแสมันสูง เขาจะยึดกรมแล้ว เขาจะตั้งหน่วยใหม่คือสถาบันสุขภาพวิถีไท จริงๆ เขาเข้าใจผิด จริงๆ ก่อตั้งขึ้นมาใหม่ภายใต้ functional ของ สวรส. แบบอิสระ เคลื่อนบนข้อจำกัดที่รัฐทำไม่ได้ ยุทธศาสตร์เป็นร่มที่อ้างอิง สร้างเครื่องมือในการทำงานก็เป็นร่มที่ไม่บรรลุตฤประสงค์ มันเกิดการแยกส่วน แต่ภาพงานของเราไม่ทิ้งกันเยอะ เพราะมันเป็นงานใหม่ มี 4-5 ด้านที่สำคัญ การจัดการความรู้ การพัฒนาระบบบริการ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ การคุ้มครองภูมิปัญญาฯ กรมนี้เกิดขึ้นพร้อมกับ พ.ร.บ. คุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542”

นักวิชาการพื้นบ้านในระบบราชการ

ด้านแหล่งทุนสนับสนุนการพัฒนาโดยตรงคือ กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 และมีประกาศคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการในการให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนกิจกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2549 ด้วยดอกผลจากกองทุน¹⁹ เงินกองทุนมาจากงบประมาณแผ่นดิน แม้ว่ากองทุนจะอยู่ในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ แต่มีหน้าที่ในการช่วยเหลือหรือสนับสนุนทุกภาคส่วนทั่วประเทศ ในการจะขอใช้นอกภารกิจกรมก็พบว่ามีปัญหาแม้แต่การขับเคลื่อนภายใต้คณะกรรมการภูมิปัญญาท้องถิ่น

“พอสมัยคุณหมอมงคลมันก้าวกระโดดตอนนั้น 170, 180 ล้าน ตอนหลังลดลงมาเหลือ 140-150 ล้าน มันมีความหมายนะที่จะทำอะไร ทุกปีต้อง defend แต่ว่า body คณะกรรมการติดเป็นระบบราชการเยอะ มันขาดทิศทางและต้องอิงกับอธิบดีๆ ก็อิงกับนักการเมืองๆ มีเงินอยู่ที่ไหนก็ไป..... ว่าไปแล้วต้องเจรจาเงินโยกย้ายอยู่เหมือนกันว่าจะสนับสนุนกันยังไง”

นักวิชาการ NGO

“ตอนนี้ กลไกบอร์ดชาติ ในส่วนของเลขาคณะต้องขับเคลื่อนระบบให้ไปทำงานจริงๆ ส่วนของกรมเปลี่ยนผู้บริหารบ่อย ต้องทำความเข้าใจใหม่ทุกรอบทุกครั้ง ไม่งั้นคุณจะไม่ได้รับการยอมรับเพราะกรมเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่จะขับเคลื่อน สวรส. ส่วนหนึ่ง สข. ส่วนหนึ่ง ถามว่าภาพใหญ่จะให้ขยายยังไง ภาพเล็กจะขยายยังไง ตอนนี้มันอีกลักอื้อเหลือ เป็นส่วนหนึ่งของกรมที่ต้องรับผิดชอบ ไป defend ขอเงินกองทุน (กองทุนคุ้มครองภูมิปัญญา—นักวิจัย) 2 รอบไม่ผ่าน เงินที่ flow เข้ามาใช้จัดประชุมเฉพาะเป็นของ สข. แต่เราต้องการได้เงินขยายทำอย่างอื่นร่วมด้วย ขอในนามคำสั่งนี้ เห็นโดยใครมีหมดเลย เพราะคณะกรรมการกองทุนมองว่ามันไม่ได้ทำให้กับกรม คือเขาก็ protect เรื่องของงาน ของกรม ของภูมิปัญญา จะมีทั้งคณะกรรมการ กระทรวงการคลัง มีทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ พอไป defend เอามาทำตรงนี้ กรมจะได้อะไร กรมเป็นแค่ part หนึ่ง จะออกเงินให้ทั้งหมด มันต้องมีเงื่อนไข กองทุนไม่ได้ใหญ่มาก ประมาณ 120 กว่าล้านแค่นั้นเอง ถามว่ากองทุนเป็นแห่งชาติ ใช่ คือเจ้าของเป็นกรม ท่านวิชัยอยู่ 5 ปี ท่านพยายามเซ็นให้ทุกคนมีฐานะเป็นผู้ดูแลการแพทย์แผนไทยทั้งประเทศไทย”

นักวิชาการในระบบราชการ

¹⁹ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2552-2553. กรุงเทพฯ. บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด, 2553.

ในปัจจุบัน มีการปรับเปลี่ยนประธานและเลขานุการในคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมติโดยมีสำนักวิชาการ
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นสำนักงานเลขานุการ ร่วมกับ สวรส. (แผนงานสุขภาพวิถีไท)
และ สช. ทั้งที่เดิมมีการตัดสินใจให้องค์กรเลขานุการอยู่นอกระบบราชการเพื่อความคล่องตัว แต่ข้อดีคือ เป็น
บทบาทหน้าที่โดยตรงของกรม กรมบริหารจัดการกองทุนคุ้มครองภูมิปัญญา และกรมสามารถดำเนินการด้าน
กฎหมายมาตรการต่างๆ นอกเหนือจากการค้นคว้าพัฒนาองค์ความรู้ในการแพทย์ 3 สายนี้ เช่น การรับรองหมอ
พื้นบ้านและสามารถมอบหมายให้หน่วยงานราชการระดับภูมิภาคดำเนินการแทนได้ สำหรับสถาบันสุขภาพวิถีไท ลด
รูปเป็นแผนงานภายในของ สวรส. และมีบทบาทด้านวิชาการเชิงระบบ

“สวรส. สช. และมีกรม มี 3 ส่วนช่วยกัน ขับเคลื่อนเป็นเครือข่าย เกื้อหนุนกัน มีเลขาเชื่อมอยู่...อธิบดีที่จะทำงานนี้ได้ต้อง
เข้าใจ เข้าใจโครงสร้าง เข้าใจกลไก เข้าใจข้อจำกัด เข้าใจวิธีการ เข้าใจเครือข่าย เข้าใจอะไรต่อมิอะไรมากมาย”

นักวิชาการทรงคุณวุฒิอดีตผู้บริหาร

“สมัยคุณหมอสุพรรณมาชัยย์ทุกส่วนหมดเลย มีผลเยอะ คุณหมอนำทีมออกทุกส่วนออกจากจุดเดิม....ทุกอย่างมันรวมกัน
หมด เหมือนง่ายขึ้น...ทำโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ...แผนไทยซึ่งแต่เดิมอยู่ในถ้ำ ก็ออกมาร่วมมือกับคนอื่น...ตอนที่กรมรับ ได้
ใจจะรู้สึกกรมเปิดพื้นที่ที่จะเชื่อมกับภายนอก แล้วกรมจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภายนอกมากขึ้น”

นักวิชาการองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ

“ถ้าหากการเคลื่อนเชื่อมกับหน่วยงานหลักได้มันเป็นเรื่องที่ดีมาก รอบนี้คิดขึ้นมาก้าวหน้ามาก ถ้าจะให้ก้าวหน้าที่สุด สำนัก
ยุทธศาสตร์ต้องมีส่วนในเชิงรุกด้วย มีบางอันเป็นประเด็นภายในที่ไม่สามารถเชื่อมกับยุทธศาสตร์ชาติได้ กลายเป็น approach เฉพาะ
คน อย่างเราท่านผู้ทรงคุณวุฒิมอบเรื่องยุทธศาสตร์การบริการไป review แผนไทย พื้นบ้าน ทางเลือก มีอาจารย์ที่ early retire ไป
แล้วทำวิชาการ ขณะนั้นเราไม่มีกระบวนการ interact ในกลุ่มเลย ทีมอาจารย์คิดว่า การเคลื่อนแบบราชการแบบนั้นมันเป็น.... พยายาม
ที่จะก่อรูปกลไกเล็กๆ เป็นส่วนหนึ่งของ สวรส. ขึ้นมาเพื่อที่จะขับเคลื่อนเรื่องนี้ พอเป็นยุทธศาสตร์เอากลับมาคุยกับผู้บริหารบอกเขา
จะใช้ก็ต่อเมื่อเขาเอาไปอ้างอิง แต่จริงๆ เป็นงานที่เขาทำอยู่แล้ว”

นักวิชาการพื้นบ้านในระบบราชการ

“อิทธิพลแนวคิดเรื่องกฎหมายการประกอบโรคศิลป์กับมาตรฐานทำให้สมัยนั้นคุณหมอสุพรรณ (อธิบดีกรมในขณะนั้น—
นักวิจัย) กับพี่สาวหาช่องทางว่าจะทำยังไง....โดย พ.ร.บ. ประกอบโรคศิลป์ ที่เปิดช่องมาตรา 33 (3 ค.) ให้รับรองหมอพื้นบ้านได้
คนที่รับรองได้คือ หน่วยงานของรัฐหรือกระทรวงสาธารณสุข ก็เปิดช่องนี้ขึ้นมา ทำเรื่องรับรองโดยขึ้นทะเบียนกับกระทรวง ตอนนั้นก็
ทำให้จังหวัดสามารถรับรองหมอพื้นบ้านได้ ที่สกลนครเพิ่งรับรองเกือบทั้งจังหวัดไปเมื่อเดือนกันยายน”

นักวิชาการองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ

ด้านการขับเคลื่อนขององค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ซึ่งมีประสบการณ์ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นมีการศึกษา
พัฒนาใน 2 รูปแบบคือ ระบบการแพทย์พื้นบ้านในระบบหลักประกันสุขภาพ (ซึ่ง สปสช. เป็นเจ้าภาพและสนับสนุน
งบประมาณให้ศึกษาพัฒนา) และระบบการแพทย์พื้นบ้านชุมชน ด้วยงบประมาณจาก สสส. รวมทั้งเงินกองทุนระดับ
พื้นที่ และยังมีการจัดทำระบบจัดการความรู้ที่ควรต้องทำแต่ยังไม่สามารถทำได้ การหางบประมาณสนับสนุนนั้นวัน
จะเป็นปัญหาสำหรับ NGO เมื่อเทียบกับภาคราชการ แม้จะมีกองทุนคุ้มครองภูมิปัญญา แต่อยู่ภายใต้ระบบราชการ
กรม ไม่ได้มีการสนับสนุนเครือข่ายทั่วประเทศ

“เราเคลื่อน 2 ระดับคือระดับ พยายามแต่ยังไม่สำเร็จ เป็นระดับของหน่วยบริการ...ในระบบ สปสช. มีกฎหมายความ
เป็นวิชาชีพมันต้องพัฒนาในส่วนนี้ แต่ตัวภูมิความรู้มาจากชุมชนหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น อีกแบบคือการพึ่งตนเอง แบบนี้จริงๆ มีผล
พอสมควร...เกิดมี guideline เกิดการยอมรับ เขตภาคเหนือทำ มันรู้พื้นของเดิมในชุมชนและสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ด้วย”

นักวิชาการ NGO

“อบต.วังแสงมีการทำ service พอดีเฉพาะนายก อบต.วังแสง เห็นงานหมอฟันที่บ้านแล้วเข้าใจ เขาตั้งเป็นกลุ่มกองทุนของเขาเอง หมอฟันบ้านที่มีการรักษาโรค เขาจะได้ค่ารักษาจากกองทุนตรงนั้นเวลาเราไม่สบายเราไปรักษา เขาก็สามารถได้ค่ารักษาพยาบาล เลยกี่ตรงกับ concept ตัวเขาอาจจัดการรวนไปในพื้นที่ใกล้ๆ ในการให้การดูแลรักษา คือในเชิงระบบต้องหาวิธีการใหม่ๆ ที่จะช่วย เช่นงานวิจัยที่ที่กระรอกทำในกลุ่ม อบต.ที่จะทำให้หมอฟันบ้านอยู่ในชุมชน มี Model แบบนี้ไหม อบต. ควรจะรับรองหมอฟันบ้านใหม่ ตามมาตรา 33 (1) (ค) หรือรับรองกันอยู่ในชุมชน รับรองอยู่ในจังหวัด ให้เขาสามารถดูแลชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี... โชนสังขละมีพวกที่เป็นเชื้อสายมอญจะมีการรวมกลุ่มกันทุกปี เขาพูดถึงสมุนไพรรทางพม่ามีมากกว่าทางไทย จะล้มมนากันทุกปี มาแลกเปลี่ยนกัน มีอย่างนี้เยอะแต่ไม่มีคนมา mapping”

นักวิชาการ NGO

“ทุกวันนี้ NGO เป็นไปตามแหล่งทุน ต้องอาศัยแหล่งทุนอยู่แล้ว เรื่องนี้เอาเปรียบ NGO ที่ราชการคุณไม่เคยตั้งคำถามว่า คุณสามารถพึ่งตนเองระยะยาวได้ไหม คุณได้งบประมาณแผ่นดินกันทุกปี พอมาถาม NGO จะเอาผลงานดีเลิศ อย่าง สสส. กรรมการบางคนเขาทำงานมา 3-4 ปี จะยังยืนยงถ้าไม่ได้รับทุน ได้หรือเปล่า กรมอนามัยสู้กับโรคอ้วนมากี่ปีแล้ว มันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แค่ไหน... ในความเป็นจริงต้องยอมรับเลยว่าไม่มีทาง แคนาดาหรือเยอรมันเขาเลิกตั้งคำถามนี้กับ NGO แล้วว่า คุณจะมียืนยงไปไหน... เป็นหน้าที่ของรัฐให้คนพวกนี้ทำในบางมิติที่ราชการไม่ถนัด ไม่ได้หมายความว่าใครดีกว่าใคร”

“กองทุนคุ้มครองภูมิปัญญา แกว่ง tactic เอาไว้ เพื่อจะเคลื่อนไหว และมีทัศนคติว่าเคลื่อนไหวเฉพาะราชการก็ลำบาก แก่คิดถึงพวก NGO ด้วย... ก็เอื้อที่จะให้ทุนกับคนอื่น แก่ล้มเลิกคิดพอมายู่ภายใต้ระบบราชการมากๆ ก็จะถูกซบทรัพย์ากรไปไว้ที่ส่วนราชการหมดไม่กระจายออกมา เมื่อปีก่อนกองทุนนี้ โดน สตง. ประเมิน 80% อยู่ในกรมต้องกระจายออกข้างนอก ก็ไปที่ สสจ. แต่ก็ยังอยู่ในกลไกระบบราชการ”

นักวิชาการ NGO

ในการประเมินการขับเคลื่อนพัฒนาประเด็นนี้ เมื่อวัดจากเป้าหมายตามข้อเสนอแนะ กล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จ แต่ในรายละเอียดที่เป็นการปฏิบัติของภาคราชการซึ่งมีรายละเอียดด้านกฎเกณฑ์มาตรฐานยังอยู่ในระยะที่ต้องจัดทำปรับปรุงแก้ไขตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

“ในฐานะคนทำงาน มองผลสำเร็จมี 3 เรื่องเป็นรูปธรรมก็คือ รพ.แพทย์แผนไทยต้นแบบ การมีแพทย์แผนไทยไปปฏิบัติงานในระบบ ยามีทะเบียนยาให้หมอได้ใช้ให้หมอได้ส่งจ่าย องค์การเภสัชจะต้องจัดรูปการผลิตยาขึ้นมาในระดับเครือข่าย อันนี้เป็นภาพที่เราคิดมาตั้งแต่สมัยที่เราทำเรื่องสมุนไพรร 5 ชุด ตอนทำสารฐานข้อมูลฐาน”

นักวิชาการองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ

“เรื่องวิชาชีพก็ทำสำเร็จแล้ว ตำแหน่งในโรงพยาบาลก็มีเจ้าภาพ (สปช.—นักวิจัย) การใช้สมุนไพรมีเพิ่มขึ้น สมุนไพรร้อยละ 10 รายการก็ได้ครบแล้ว จริงๆ ขับเคลื่อนได้เยอะ แต่ขับเคลื่อนยากที่สุดคือเรื่องของพื้นที่บ้าน เพราะว่าหมอฟันบ้านอยู่กระจัดกระจายมาก เราสามารถทำให้เขาได้ไปประกอบโรคศิลปะได้ ถึงแม้เขาจะได้ไปประกอบโรคศิลปะเขาก็ยังประพฤติตัวเหมือนเดิม ยังรักษาชาวบ้านอยู่แถวนั้น เพียงแต่เราให้ความสำคัญเขามากขึ้น ให้เกียรติเขามากขึ้น”

นักวิชาการทรงคุณวุฒิอดีตผู้บริหาร

“โรงพยาบาลที่เขียนรายยังไม่เกิด โทไปคุยกับอาจารย์ เพราะแกมีแนวคิด ผมมาเตรียมทุกอย่างไว้แล้ว แต่ไม่มีใครหนุนเลย ขาดการหนุนให้เกิดโครงสร้าง กระทรวง มหาวิทยาลัยไม่ได้หนุนอะไรเลย แก่ดันด้วยตัวเอง.... ที่ มอ. เขาตั้งโรงพยาบาลในคณะแพทย์แผนไทย อันนี้ในเชิงนโยบายกับการบริหาร ไปได้”

นักวิชาการองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ

5. ความเห็นต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

แม้กลุ่มเครือข่ายภูมิปัญญาวิถีไทจะมีพัฒนาการการขับเคลื่อนต่อยอดต่อเนื่องร่วมกับองค์กรสนับสนุน เช่น สวรส. สปส. และนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิภาครัฐ จนมีแผนยุทธศาสตร์และกลไกระดับชาติ รวมทั้งกลไกการเงิน การคลังภายใต้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แต่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นเวทีที่มีพลัง และได้รับการยอมรับจากภาคีการอื่นๆ สามารถนำมติสมัชชาไปใช้อ้างอิงได้ในการสื่อสารทำความเข้าใจกับ เครือข่ายด้วยกันและภาครัฐ (เช่น อปท. สตง.) หรือขอรับการสนับสนุนจากองค์กรสนับสนุน (เช่น สสส. สปสช.) นอกเหนือจากความภาคภูมิใจร่วมกันที่เกิดจากการขับเคลื่อนจนได้เป็นมติสมัชชา อีกทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสเปิด พื้นที่ให้กลุ่มการแพทย์พื้นบ้านซึ่งควบคู่มากระบบสุขภาพชุมชน มีที่ยืนที่อยู่ในสังคมโดยเฉพาะเมื่อภาคีการที่ เกี่ยวข้องผลักดันกฎระเบียบรองรับหมอพื้นบ้านทำให้หมอพื้นบ้านมีตัวตนขึ้นมาในระบบสังคม

“ถ้าพูดถึงจุดแข็ง 1) เป็นแหล่งอ้างอิงในการที่เราจะไปทำงานเรื่องนี้ แต่ก่อนไม่มีพื้นที่หรือนโยบายที่ชัดเจนเราก็อ้างอิง ธรรมนูญอ้างอิง พ.ร.บ. ภาคประชาสังคมได้ใช้เยอะ บางทีเราอ้างมติเพราะไม่รู้จะสื่อสารกับภาครัฐยังไง มันจะอยู่ตรงไหนของระบบ สุขภาพ 2) เป็นพื้นที่ให้แต่ละคนทุกภาคส่วนเข้ามาแชร์ได้มากที่สุด.. ด้วยตัวนี้ เราก้ทำให้การแพทย์พื้นบ้านมีพื้นที่มีตัวตน”

นักวิชาการองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ

“กับ สสส. ที่ผ่านมานั้น refer ต่อกัน มันมีผล สสส. ก็สนับสนุน สช. ให้ทำกระบวนการ สิ่งที่เราขอทุนไปและอิงกับมติ สมัชชา ก็เท่ากับผ่านการกลั่นกรอง ผ่านการระดมความเห็นมาแล้ว พอเราขอทุนในการขับเคลื่อนก็มีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ก็ถือว่ามีข้อดี พยายามบอกพรรคพวก เรามีส่วนร่วมในการทำทั้งตัวมติสมัชชา กับแผนยุทธศาสตร์ชาติ (แผนยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการพัฒนาภูมิ ปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2550-2554 ซึ่ง ค.ร.ม.เห็นชอบในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550—นักวิจัย) พยายามใช้อ้างอิงไว้ ไม่มีใคร สนใจเลยแผนยุทธศาสตร์ชาติแม้กระทั่งคนในกรมเอง พออธิบดีมาใหม่หรือคนบางส่วนฉันก็อยากจะทำแผนยุทธศาสตร์ของฉันแบบนี้ พวกเราเอามาใช้งาน พอพิมพ์เป็นหนังสือมีลงลายเซ็นมติ ค.ร.ม.ปี 52 ผมจะแจกให้ อบต. เห็นไหมผ่าน ครม. สิ่งที่เราทำก็ไปเคลื่อนอยู่ ในชุมชน ทำให้ อบต.มือใหม่คิดจะทำเรื่องนี้ บางที สตง. มาตรวจใช้เงินเท่านี้ พวกนี้ใช้เป็นยันต์กันผีได้ มีมติเห็นไหม ไม่มีอะไรเกิน เลย ครม.ก็อนุมัติ ในพื้นที่เราก้ใช้ประโยชน์แบบนี้ ทั้งหมดนี้กองทุนไม่ได้ support อะไร เราเพียงแต่ทำงานผ่านเงิน สสส. กลไก อื่นๆ”

นักวิชาการ NGO

สำหรับผู้บริหารภาคีการทั้งที่มีและไม่มีบทบาทในกระบวนการสมัชชาสุขภาพมีความเห็นว่า กระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์และมติสมัชชาถูกชักนำโดยกลุ่มคนที่มีชุดความคิดเดียวกัน เมื่อนำการแพทย์ทั้งสาม เรื่องมารวมเป็นมติเดียวจึงไม่เกิดความสมดุลทางความคิดและยุทธศาสตร์ และเวทีสมัชชาเป็นเวทีความเห็น ไม่ได้ใช้ ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้อย่างมากพอ

“จริงๆ แล้ว party หลักๆ มีภาครัฐทำตามบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย ภาคเอกชนซึ่งเป็นภาคธุรกิจ ถ้าภาคประชาชนคือ NGO ทั้งหมด มองในเรื่องของไอเดีย OK เขาอยากจะพูดอยากเสนออะไร เราก้รับฟังหมด จริงๆ ภาครัฐเองก็ไม่อยากจะคัดค้านหรอก แต่เรารู้ว่าอะไรที่มันอยู่นอกกฎหมายเราก้ทำให้ไม่ได้ บางทีเขาก็ไม่เถียงว่ามันทำไม่ได้นะ ถ้าอยากจะให้ทำ คุณก็แก้กฎหมายมาสิ ส่วนใหญ่ในเวทีตรงนั้นเป็นเวทีของภาคประชาชนเป็นส่วนใหญ่ พวกภาคธุรกิจก็น้อยอยู่แล้ว”

ผู้บริหารระดับหน่วยงานในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

“มองว่าการทำสมัชชาเป็นแค่พิธีกรรมเหมือนการลงประชามติ คนไม่ได้อ่าน คนชอบก็เข้าไป สมัชชาดีสำหรับการเป็นการ เคลื่อนในบางเรื่อง แต่ที่เป็นเรื่องการวางยุทธศาสตร์อาจจะไม่ใช่วิธีนี้ เพราะต้องการความสมดุลและความคิดรอบด้านจริงๆ จริงๆ พอ เรารู้เชิงลึกเรารู้ว่าเราจะ drive ให้มันออกไปทางไหน กลุ่มตัวอย่างที่เราเลือกเข้ามา methodo เลือกกลุ่มตัวอย่างผิดก็มีปัญหา ยุทธศาสตร์มันก็ผิดได้ การเอากิจกรรมมามันดูเหมือนเป็นตัวแทนแต่บางทีตัวแทนข้อมูลมันอาจผิดก็ได้”

ผู้บริหารระดับหน่วยงานในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

6. ข้อเสนอต่อการพัฒนาตามมติและต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

1. หากมองในด้านการตอบสนองนโยบายภายใต้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ก็ควรเป็นบทบาทของกรมที่จะค้นหา และขยายผลนวัตกรรมพื้นบ้านเพื่อลดการพึ่งพาต่างประเทศและส่งออก หรือข้อเสนอที่มองจากจุดแข็งของสถาบัน แพทย์ไทย-จีนในการผลิตแพทย์แผนจีนซึ่งจัดเป็นบทบาทหนึ่งที่รองรับการเป็นประชาคมอาเซียนได้

“กรมต้องคิดเหมือนกันว่าเศรษฐกิจแบบนี้ต้องเน้นแบบพึ่งตนเองได้ ทางด้านศาสตร์การรักษาภายในประเทศ เทคโนโลยีที่ มั่นสอดคล้องนี้คือจุดแข็งของเรา กรมนี้ต้องวิเคราะห์ตนเองให้ได้ อย่างผู้ป่วย longterm care ผู้สูงอายุมีเยอะ ที่เรา ไม่ต้องไปซื้อ เครื่องมือสำหรับผู้สูงอายุ เรามีหมอฟันบ้านที่เราผลิตอย่างไม้พองป่าบุญมี ที่เรารวบรวมองค์ความรู้หมอบ้านมา เครื่องมือสำหรับ rehab คนไข้ของเขาไม่มีราคา มีการต่อไม้เป็นรถ 3 ล้อ เนื่องจากล้อหนึ่งเอาไว้แบกรับ ต่อเองสำหรับคนไข้ฝึกเดิน พาหมอชุมชนที่สนใจ เรื่องนี้ไปตามเยี่ยมหมอฟันบ้าน คุณหมอแผนใหม่ยังทิ้ง กำลังรวบรวมอยู่หมอฟันบ้านใช้อะไร ถ้าคิดแบบอินเตอร์จะมี product อะไร สร้างมูลค่า”

นักวิชาการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

“จีนยอมรับสถาบันแพทย์ไทย-จีน สมมุติเราขอเป็นสถาบันสอน ไม่ต้องตัดไหมหาวิทยาลัย อาจจะต้องตั้งเป็นสถาบันการแพทย์ ผลิตแพทย์จีนขึ้นในประเทศไทย แต่สอนเป็น international course ไม่ใช่ผลิตไว้ใช้ในประเทศ แต่ผลิตเพื่อให้นักทั่วโลกมาเรียน ไม่ใช่ เรื่องที่จะไปกระจายไปทั่วประเทศ”

ผู้บริหารหน่วยงานราชการ

2. ควรมุ่งประเด็นที่สำคัญโดยใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นฐาน เพื่อจะได้สามารถประสาน นโยบายและบริหารจัดการทรัพยากรที่มีในภาคส่วนและองค์กรสนับสนุนต่างๆ (เช่น กองทุนคุ้มครองภูมิปัญญาฯ สสส. สปสช. สวรส. กระทรวงสาธารณสุข) ให้เกิดกลไกและระบบสนับสนุนเพื่อการขับเคลื่อนประเด็นที่เป็น ยุทธศาสตร์หลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

“ในธรรมนูญจะมีอยู่ประมาณ 12 เรื่อง ควรจะโฟกัส 12 เรื่องนี้ต้องเป็น Proactive และก็คิดว่าอะไรจะเกิดขึ้น จะเกิดระบบ และกลไกในการเข้าไปหลัก 12 เรื่องนี้ให้ไปสู่ความสำเร็จอย่างไร โดยงบประมาณทั้งปกติทั้งจาก สปสช. สสส. หรือความมีส่วนร่วมของ เครือข่าย สช. และเมื่อต้องเปลี่ยนทุก 5 ปี ก็หมายความว่าเรื่องไหนที่มีความสำเร็จ ไขใหม่ เรื่องนั้นก็ไม่ต้องมานั่งเขียนใหม่ ก็ไปอยู่ใน งานปกติไป บางเรื่องบางปัญหามันคลี่คลายที่กลไกปกติ ก็ไม่ต้องมาใส่ สอง มีเรื่องอะไรเป็นเรื่องสำคัญที่เราสนับสนุน ถามว่าภูมิ ปัญญาท้องถิ่นสำคัญไหม ถ้าคิดว่าสำคัญ เขาก็ต้องฟังเป้า 5 ปี ข้างหน้าอยากจะเห็นอะไรเกิดขึ้น และเขาสามารถทำงานบูรณาการกับ สปสช. ได้ เช่น ระบบบริการ สปสช. เป็นพระเอกเป็นเจ้าภาพเลย เจ้าภาพกับเจ้าของเงิน ก็ไปจับมือกับ สปสช. เรื่องนี้เอาอย่างไร จะทำ ยังไงให้ชุมชนเข้มแข็ง และทำแค่เรื่องเดียวอันนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยใจว่า ไม่ต้องมาขอทุกเรื่อง เรื่องระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง รูปธรรมมันคืออะไร แล้ว สช. ก็ใส่เงิน สสส. ใส่เงิน เพื่อเคลื่อนให้สำเร็จภายใน 5 ปี อย่างนี้จะเห็นอะไรที่มันเป็นรูปธรรมแห่งความสำเร็จ 30-40 เรื่องจะเอาเงินที่ไหน.... สสส. บางครั้งก็ลงไปทำเลยชวนเครือข่ายไปแต่เมื่อสร้างคนสร้างทีมงานแผนงานเสร็จเขาถอนออก ไม่ได้ ไปทำตลอด”

นักวิชาการทรงคุณวุฒิด้านพื้นบ้าน

“ไม่รู้มันเป็นราชการแบบไทยๆ หรือเปล่า ถ้าไม่ได้ร่วมไม่ได้คิดก็ไม่เป็นของเรา ทุกคนรู้หมด พอมาทำงานงบประมาณ ประจำปี แผนไทยพื้นบ้านทางเลือก ก็คิดของเราใหม่ ไม่ได้เอามาขับเคลื่อนเลย ตอนปลายๆ จะมา mapping ก็เข้าได้ๆ งานแบบนี้ เข้ามาเสียตอนที่รายงาน มีพอฉบับได้ เขียนมติดีเมื่อ 2 ปีก่อน เขียนแบบสวยหรู มีแต่เรื่องไม่ได้ทำ แต่ก็บอกว่ากำลังศึกษาเป็นอย่ำนั่น จริงๆ...ครบ 2 ปีตั้งคณะกรรมการมา แล้วเลือกคนมาประชุม แล้วก็ประมวล โอ้ย! มันเดินแล้วมันทำตรงโน้นดีแล้ว ไม่ต้องพูดอื่นไกล เอาจานของผมนี่ได้ รายงานไปแล้ว แต่อันที่ไปเกี่ยวข้องกับ อย. กับกองการประกอบโรคศิลป์ ไม่ได้ทำอะไรเลย พอครบ 2 ปีพยายาม เรียกเขามาประชุม เขาไปได้อะไร ไปเยอะแยะ”

นักวิชาการ NGO

“สข. ต้องมีกลไกในการสนับสนุนมิติ ไม่ต้องสนับสนุนเงินทองก็ได้มีการสนับสนุนตั้งหลายแบบ..เวลาตามตามได้ทั้งแบบสำเร็จไม่สำเร็จหรือตามแบบ empowerment หรือตามแบบเอามาขยายผลคือมาช่วยทำให้เขาทำงานได้คล่อง แล้วแต่วิธีคิด”

นักวิชาการ NGO

“คิดว่ามันขาดขบวนการหรือการสร้างกลไกในการสนับสนุนนะ เพราะว่าหลายหน่วยงานก็จะมีปัญหา พอเขาจะไปเคลื่อนแล้วทำอย่างไร เพราะไม่มีแรงสนับสนุนใช้ไหม เขาต้องหาเงินทำกันเองในบางเรื่อง สข. ต้องคิดว่าจะมีระบบและกลไกในการไปเคลื่อนมิติสมัชชาได้อย่างไร ไม่งั้นก็มีแต่ paper work. เข้าใจว่า สข. สนใจเฉพาะ HIA เท่าที่เห็นนะ ก็ไปทุ่มเทงบประมาณกับการไปสนับสนุนงานนี้ค่อนข้างเยอะ ในขณะที่แผนอื่นๆ น้อย”

นักวิชาการทรงคุณวุฒิด้านพื้นบ้าน

“ถ้าเคลื่อนเรื่องนี้จริง ต้องมี office ไม่ต้องใหญ่โตมาก มีคนอย่างน้อยคนสองคนเป็นเจ้าหน้าที่ประจำแต่แน่นอนฝ่ายเลขาอาจจะไปราชการ เลขาอาจจะมาจากกรม หรือ สวรส. ส่วนหนึ่ง พูดถึงชุดหมอวิชัยก่อนนะ ถ้าไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำไม่มีทางเลย จะมาประชุมแบบว่าตามสะดวก อยากรู้ว่าพอมีมิติแบบนี้แล้วคนที่เข้ามาเกี่ยวข้องโดยเฉพาะฝ่ายเลขาจากกรม คุณ....คงจะมีงานร้อยแปด มตินี้เป็นส่วนหนึ่ง มันต้องออกแบบชัดเจน ต้องทำงานกับเลขาก็ต้องทำงานกับประธานด้วย ผมเป็นประธานที่ผ่านมามีผมต้องทำเองทั้งหมดทำทุกเรื่องตั้งแต่เบิกตั้งค์ แล้วพอผมได้ผลงานแล้วผมควรต้องไปรายงานที่ชุดใหญ่บ้าง แต่มันไม่เคยถูกออกแบบเอาไว้ ผมอยากไปรายงานในเรื่องที่ผมทำว่าจะเคลื่อนต่ออย่างไร”

นักวิชาการ NGO

“สข. จะต้องทำงานกับกระเป๋าดังคือกระทรวงการคลัง ถ้ากระทรวงการคลังเห็นว่าทั้งมิติสมัชชา และแผนยุทธศาสตร์ชาติเป็นสิ่งที่ชี้เรียด ต่อไปใครจะลงทุนให้กับไปคูใหม่ ไม่ว่ากระทรวงทรัพย์ กระทรวงเกษตร เพราะในแผนยุทธศาสตร์ชาติเราไปแตะเรื่องแหล่งวัตถุดิบ....มิติเรื่องสุขภาพมันสำคัญเรื่องสุขภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เลือกไปปรับที่เขาปรับได้ก่อน องค์กรต่างๆ ต้องมาดูธรรมนูญของเรา ต้องไปคิดและไปแตกอันนี้นั้นน่าสนใจ ขอให้เขาทำเรื่องนี้สำเร็จได้ไหม ไม่ต้องมาสนใจพวก NGO ก็ได้งบประมาณมากขึ้นในหน่วยราชการอะไรก็แล้วแต่ ปี 57-58 มาดูมาอ่านเล่มนี้....อย่าง สปสช. โดยเฉพาะแนวคิดเรื่องกองทุนสุขภาพตำบลซึ่งมีหัวแผ่นดินเป็นกองทุนที่ใกล้ชิดกับชุมชนอยู่แล้ว เป็นไปได้ไหมที่จะออกแนวนโยบายว่าขอให้กองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นในสัดส่วน 10-15% ใช้วิธีคิดแบบการเงินการคลังในการขับเคลื่อนนโยบาย ถ้าเรื่องนี้เป็นตัวชี้วัดการพึ่งตนเองของชุมชน คนก็คิดโครงการในพื้นที่มาทันที”

นักวิชาการ NGO

3. ไม่รับแรงผลิตยุทธศาสตร์หรือมิติสมัชชา ควรให้เวลากับงานวิชาการเพื่อความรอบคอบเป็นที่ยอมรับซึ่งจะทำให้เกิดขับเคลื่อนได้จริง คำหลักที่ใช้ต้องมีนิยามที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับของภาคส่วนที่มีบทบาทหลักด้วยและข้อเสนอต้องอยู่บนสอดคล้องกับกฎหมายและต้องคำนึงถึงความยั่งยืนในโลกแห่งความเป็นจริง มากกว่าจะมองความยั่งยืนเพียงมีภาคราชการมาดำเนินการเท่านั้น เช่น ความก้าวหน้าและคงอยู่ของแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. (เพราะเมื่อเป็นวิชาชีพแล้วมันคำนึงถึงความก้าวหน้า สวัสดิการ และระบบสนับสนุนการทำงาน) แม้ว่าการรับรองหรือออกกฎเกณฑ์ต้องอาศัยภาคราชการแต่ก็มีข้อจำกัด เช่น ผู้บริหารเปลี่ยนบ่อย ไม่เห็นความสำคัญ ไม่มีความเข้าใจ

“อย่าเอาเงื่อนไขเวลา มา lock สมัชชามองว่าเป็นแค่ความเห็น คนที่จะมาออกความเห็นต้องมีความจริงอยู่ในมือ ถึงจะมาจากจังหวัดก็ตาม ความจริงตัวนี้ต้องถูกส่งให้ไปอ่านต้องเลือกคนที่ทำการบ้านจริงๆ มา จะได้ไม่ฉาบฉวย มีที่มาที่ไปเชื่อถือได้ ขับเคลื่อนไม่ว่าจะลงไปที่กรมไหนก็ไม่น่ามีปัญหา ถ้ามัน scientific พอ สุดท้ายกระบวนการวิจัยของ สข. ก็ต้องเกิดมาจากฐาน สวรส. สข. อาจจะตั้งคณะอนุกรรมการมาพิจารณา paper ของ สวรส. พอเสร็จยุทธศาสตร์เอาไปประชาสัมพันธ์”

ผู้บริหารระดับหน่วยงานในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

“จะเขียนยังงี้ก็ได้แต่คำว่าคู่มือมันไม่ควรใช้ และการพัฒนาแต่ด้านของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันและไม่เอาทุกอย่างมาคู่ขนานกัน มันไม่ถูก”

ผู้บริหารระดับหน่วยงานในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

4. ลดการประชาสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดีในมุมมองของผู้เกี่ยวข้องในวงการ โดยเฉพาะเมื่อ ศักยภาพยังไม่ถึง เช่นกรณีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ

“มหาวิทยาลัยที่เปิดสอนแพทย์แผนไทย ศิริราช ธรรมศาสตร์ เขายังไม่กล้าพูดคำว่า ต้นแบบ อยู่ดีๆ สกนกรเป็นต้นแบบ แพทย์แผนไทย ตอนนี้กระทรวงสาธารณสุขทำโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยตัวอย่าง เช่น รพ.อภัยภูเบศร วังน้ำเย็น อุทอง... ประมาณ 10 กว่าที่ เราไม่เคยให้ข่าวเพราะเราต้องศึกษาดูก่อน concept มันต่างกันคือเป็นเอกเทศ จัดตั้งโรงพยาบาลให้เป็นเอกเทศ ไม่ยุ่งกับ แผนปัจจุบัน สุดท้ายมันทำไม่ได้เพราะระบบบริการมันต้องโยง ตอนแรกตั้ง 3 แห่ง เพิ่มของกรมไปอีกที่เป็น 4 ที่ ทำไปสักระยะๆ พอมี ข่าวออกมาว่าเป็นต้นแบบ มหาวิทยาลัยอื่นไม่เห็นด้วย”

ผู้บริหารระดับหน่วยงานในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

“เพิ่งประชุม service plan ส่วนของแพทย์แผนไทยที่อยู่ใน รพ.สต. ตอนนี้เราทำเรื่องไปให้กระทรวงพิจารณาอยู่ ตอนนี้ ตำแหน่งราชการที่ได้มามีอยู่แค่เดียว ต้องมาเรียง priority ก่อนหลัง ให้วิชาชีพอื่นด้วย สายที่ไม่ใช่วิชาชีพก็ต้องให้เขาด้วย”

ผู้บริหารระดับหน่วยงานในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรณีศึกษามติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

การศึกษามตินี้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเฉพาะโดยปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทบทวนที่มีบทบาทในกระบวนการสมัชชาทั้งห้าขึ้นและขาเคลื่อน 3 คน และส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงคณะกรรมการจำนวน 20 คน อัตราตอบกลับ 75 % (ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2555) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกประธานและเลขานุการคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน และบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลคนก่อนหน้าอ้างอิง (snowball technique) รวม 10 คน

1. ข้อมูลทั่วไปและบริบทเฉพาะมิติ

ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เป็นการจับกลุ่มจากประเด็นปัญหาที่มีความหลากหลาย (เช่น โภชนาการ อาหารปลอดภัย ภาวะอ้วนในเด็ก) ที่นักวิชาการและกลุ่มเครือข่ายด้านนี้เสนอเข้ามายังสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศเป็นแกนหลัก ให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญว่า โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสำคัญและเป็นภาระหนักด้านสุขภาพในเกือบทุกประเทศ²⁰ รวมทั้งไทย โดยประเทศกำลังพัฒนาและยากจนมีอัตราเสียชีวิตสูงกว่าประเทศรายได้ปานกลางและสูง ซึ่งการมีน้ำหนักเกินมาตรฐานและโรคอ้วนเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่ประชุมองค์การสหประชาชาติ 19-20 กันยายน 2554 ณ กรุงนิวยอร์กยังมีมติโดยสรุปคือ ขอให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมรับผิดชอบในการรับมือกับปัญหานี้²¹

“ประเด็นนี้เชื่อมกับมติองค์การอนามัยโลก สถานการณ์ค่อนข้าง global....”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน

“เรื่องอ้วน สถานการณ์มันแรง เป็นปัญหาใหญ่ของโลก ในสากลมันไปด้วยกันระหว่าง diet และ activity, obesity ก็จะมีอยู่ในนั้นตลอด.....ที่โตรอนโตและซิดนีย์ด้วยเราเป็น member เกิดเครือข่ายสากล GAPA Global Advocacy for Physical Activity หนึ่งใน mission ใหญ่คือเรื่องนี้”

อนุกรรมการขับเคลื่อนและจัดทำแผนปฏิบัติการจาก สสส.

“แผนงานด้านอาหาร สสส. มีการทำงานเป็น connection กันอยู่เดิมก่อนแล้วทั้งโภชนาการสมวัย เด็กไทยไม่กินหวาน คัดกรองผู้บริโภค ก่อนหน้านั้น เข้าใจว่า IHPP ไปประชุมองค์การอนามัยโลกแล้วพูดกันว่าเป็นปัญหาที่ประเทศทั่วโลกต้องมาช่วยกันทำ แล้วมาตั้งหาอาหารใน IHPP ก่อนเป็นปีละ พอทำขับเคลื่อนนโยบาย เค้กก็มองช่องทางนี้ละก็เสนอเลยหลังจากเป็นประเด็น IHPP ก็แจ้งเครือข่าย จะตั้งเป็นคณะทำงานเพื่อผลักดันให้เป็นมติสมัชชา นี่เท่าที่รู้”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำแผนปฏิบัติการ

“มีคนเสนอวาระค่อนข้างหลากหลายพยายาม group กลุ่มนี้สนใจทำเรื่องโภชนาการ ทำเรื่องน้ำหนักเกิน เอมารวมกันความจริงทุกกลุ่มไม่ได้เสนอเรื่องนี้ชัดเท่าไร บางคนเสนอเรื่อง food safety เรื่อง nutrition เป็น theme ว่า กระแสหลักพูดถึงน้ำหนักเกินก็เลย group มา บางคนพูดเรื่องน้ำหนักเกินเฉพาะเด็ก ...ก็เป็นกระบวนการหาฉันทามติ วันนั้น ใครมีคนเยอะใครเสียงดังก็อาจจะมียุทธียุทธกับคนอื่นมากหน่อย เรามีการพูดคุยกันไว้มาก่อน ประเด็นที่น่าจะเลือก ก็ขงใจอยู่อ้วนในเด็กกับอ้วนทั่วไป ตกลงเอาอ้วนทั่วไป”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น/ จัดทำร่างแผนปฏิบัติการ และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน

²⁰ องค์การอนามัยโลกรุกแก้โรคอ้วนในเด็ก คุมการตลาดและโฆษณาขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม อาหารขยะ ขยายครอบคลุมในประเทศสมาชิกทั่วโลก. จุฬาสัมพันธ์ 2552;52(29):4.

²¹ NCD report country profile 2011: WHO. อ้างอิงใน โครงการพัฒนาเพื่อความร่วมมือนในระดับสากล แผนงานส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อในระดับโลกและประเทศไทย.

1.1. กลไกพัฒนาประเด็นและข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการวิชาการภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 18-20 คน ประกอบด้วย กลุ่มนักวิชาการ/นักโภชนาการ/นักวิจัยอาหาร/ตัวแทนหน่วยงานด้านการกีฬา สังกัดมหาวิทยาลัย กระทรวง (สาธารณสุข: กรมอนามัย, เกษตรและสหกรณ์ และการท่องเที่ยวและกีฬา) กลุ่มเครือข่ายด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) ด้านอาหาร และองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และผู้ประกอบการร้านอาหาร โดยนักวิจัยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ²² เป็นทีมเลขานุการคณะทำงาน²³ เครือข่ายที่เป็นคณะทำงาน เช่น คคส. มีบทบาทติดตามเคลื่อนไหวในประเด็นกลยุทธ์การตลาดการโฆษณาอาหารเด็กมาก่อน^{24, 25} และยังมีส่วนร่วมในประเด็นอื่นด้วย เช่น ประเด็นเกี่ยวกับยา/ระบบยา การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และมติการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต

“ตอนที่เริ่มขึ้น กลุ่มแผนงานก็เข้าไปเกือบหมด นมแม่ ไม่กินหวาน แล้วก็มีเครือข่ายคนไทยไร้พุง เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เรียกว่าภาคีของแผนอาหารและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นหลัก เป็นระดับผู้รับผิดชอบหลักของแผนของโครงการ เหมือนเอางานที่เคลื่อนไหวอยู่แล้วเชิงนโยบาย ต้องให้เครดิตแผนงานผู้บริโภค รู้สึกว่าเขาจุดติดแล้วก็ไป involve เยอะกับสมัชชาสุขภาพ แล้วก็ไม่ใช่แค่เข้าขึ้นหาเคลื่อนไหว เป็นมติเสร็จก็เป็นแผน เหมือนเราปักธงร่วมกันตั้งแต่ตอนต้นแล้วก็รับงานไปทำ เพราะถือเห็นร่วมกันแล้ว ”

อนุกรรมการขับเคลื่อนและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ จาก สสส.

“คนของ สสส. ที่อยู่ในช่วงนี้ (หมายถึงตัวแทน สสส. ที่ทำงานร่วมกับ สข. ในขาขึ้น---นักวิจัย) ไม่ได้ทำงานกับประเด็นและภาคี โดยหน้าที่ต้องกลับมาเชื่อมกับเรา บางครั้งเขาก็เข้าไปประชุมเมื่อวาระเอกสารทำเสร็จแล้ว ไม่สามารถ voice ถ้ารู้ล่วงหน้าจะได้คุยกันก่อนแล้วเตรียมประเด็นไป หรืออย่างน้อยคน สสส. ก็ต้องมา insist เราว่าเราต้องเข้า รอบนี้สำคัญ หลุดไม่ได้ มันไม่มีกระบวนการข้างในด้วย นี่ไม่ได้โทษ สข. นะ”

“ในมติด้านข้างคิดว่า ข้อนี้ของใคร ข้อนี้ชัดเลยว่าเกือบทั้งหมดของกรมอนามัย... ไม่กินหวานก็รับ เรื่องอาหารในโรงเรียนก็รอบโรงเรียน..... คนที่ทำทั้งหมดคือเครือข่าย เป็น stakeholder ที่ขับเคลื่อนเรื่องนี้อยู่ ไม่ได้ไปในหมวกของกรมอนามัย แต่ตัวคนอยู่กรมอนามัย แล้วบังเอิญมีบางมติ ในที่ประชุมบอกว่า แขนงกลางควรเป็นกรมอนามัย เค้ายกชี้ว่า เป็นกรมอนามัย..... ตามยุทธศาสตร์ กลุ่มที่หนึ่งจะตรงลงมากรมอนามัยเกือบทั้งหมด กลุ่มที่สองออกกำลังกาย สามบริการ สุดท้ายกรมการแพทย์รักษา”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำแผนปฏิบัติการ

²² ต่อมาพัฒนาเป็นแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย (Food and Nutrition Policy for Health Promotion Program: FHP) ในสำนักงานดังกล่าว ด้วยงบประมาณ สสส.

²³ คำสั่งคณะกรรมการวิชาการภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่ 8/2552 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย สั่ง ณ วันที่ 24 กรกฎาคม 2552. โดยมี รศ.พญ.ลัดดา เหมาะสุวรรณ เป็นประธานและ นพ.ทักษพล ธรรมรังสี เป็นเลขานุการ

²⁴ คำประกาศกรุงเทพฯ โดยผู้เข้าร่วม “การประชุมอาเซียนว่าด้วยการทำการตลาดอาหารให้กับเด็ก ณ กรุงเทพฯ” วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551. [on line] 27 กันยายน 2554 [สืบค้นเมื่อ 26 ธันวาคม 2555]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://thaihealthconsumer.org/>

²⁵ หนังสือถึง ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี ผ่านรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ลงวันที่ 11 มกราคม 2551 เรื่อง การออกประกาศกรมประชาสัมพันธ์ เรื่อง “หลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจทางวิทยุโทรทัศน์ที่มีผลกระทบต่อเด็ก” ตามมติคณะรัฐมนตรี และมติของ กกช. [on line] 27 กันยายน 2554 [สืบค้นเมื่อ 26 ธันวาคม 2555]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://thaihealthconsumer.org/>

คณะทำงานชุดนี้ได้จัดทำยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาผวนกอยู่ในร่างข้อเสนอเชิงนโยบายด้วย ซึ่งประกอบด้วย 4 กลุ่มยุทธศาสตร์ ได้แก่ ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้บริการที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม ต่อเนื่องสม่ำเสมอ พัฒนาและสนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดบริการดูแลสุขภาพภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนรวมถึงผลกระทบทางสุขภาพ และพัฒนาความเข้มแข็งของกระบวนการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน²⁶ แตกต่างจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ที่ส่วนใหญ่จัดทำยุทธศาสตร์หลังจากเป็นมติสมัชชาแล้ว ยกเว้น มติการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยที่มีการจัดทำยุทธศาสตร์เสนอพร้อมมติ²⁷

“เราก็ตกลงว่าทำยุทธศาสตร์ เนื่่อมติเป็นงาน endorse ยุทธศาสตร์แล้วก็ผลิตยุทธศาสตร์เป็น ภาคผนวกของมติขึ้นไปพร้อมกัน ต่างจากมติเรื่องแอลกอฮอล์ที่บอกให้ไปทำยุทธศาสตร์แล้วค่อยกลับมาใหม่ ยุทธศาสตร์ต้องเป็นภาพกว้างมี 4 ยุทธศาสตร์ใหญ่ 1. การกิน 2. กิจกรรมออกกำลังกาย 3. System กับ treatment 4. ระบบสนับสนุน ไม่ลงรายละเอียดเหมาะกับการเป็นยุทธศาสตร์”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น จัดทำร่างแผนปฏิบัติการ และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน

“ถ้าอ่านดีๆ จะมีทั้งสองส่วน มีทั้งที่เครือข่ายทำอยู่แล้วเอามาใส่ในแผนเพื่อให้การขับเคลื่อนมันไปได้เร็วขึ้น แต่ก็มีบางส่วนที่เขียนเพิ่มขึ้นที่ดูต้องไปทำ ไม่งั้น ไม่บรรลุ เช่น กรณีรอบโรงเรียน ไม่เคยคิดจะทำ แต่มีการบอกว่าต้องทำ ไปปรับทำตามภาค ก็มีข้อเสนอ เค้าต้องการผลักดันให้สมบูรณ์ขึ้น พอมีประเด็นอย่างนี้ก็ต้องการแรงขับเคลื่อน จบจากการเป็นเลขา เราเขียนงบประมาณและเขียนด้วยว่า การขับเคลื่อนตามมติข้อ 1.5 จะทำได้เมื่อเราต้องได้แรงเสริมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก เนื่องจากอำนาจในการสั่งการทั้งหมดอยู่ที่ท้องถิ่น ในร่างรับฟังความคิดเห็น มีการสรุปว่า มีช่องทางทำให้เรื่องนี้เป็นจริงได้โดยผ่านกระบวนการอะไรอย่างไบบ้าง แต่เรื่องนี้ยากเพราะไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ที่จะทำให้มันเกิด มันยาก”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำแผนปฏิบัติการ

แม้จะมีกรอบของการจัดทำเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบายแต่มีการผลักดันมาตรการแทรกแซง (intervention based policy) ให้เป็นมาตรการเร่งด่วนบรรจุในมติ

“ขบวนการที่น่าสนใจคือ มีแรงพยายามเข้ามาใส่ในมติแล้วเรียกภาวะเร่งด่วน ถ้าไม่มีเรื่องด่วนก็ค่อย ๆ ทำไป.....ตอนที่ตกลงกันตอนแรก มันเป็นมติในเชิง procedural policy ตัวเนื่่อมติเป็นเรื่อง process โดยไม่ลง intervention, intervention จะย้ายมาอยู่ในยุทธศาสตร์ มันเป็นเรื่องร่วมกันว่า ต้องทำ ๆ ก็ขอขยับขึ้นมาก่อน ก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ในการประชุมอนามัยโลกก็มี ซึ่งเหมือนจะเน้นไปในเชิง policy เช่นภาษี จะเป็น intervention based เลย มันทำให้ผิวดิน แต่ด้วยความเข้าใจเขา เรียกว่ามี demand ที่อยากเห็นเรื่องพวกนี้เกิดก่อน ฐานอันนี้ก็ไป endorse ที่ ครม. ด้วย”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น จัดทำร่างแผนปฏิบัติการ และอนุกรรมการขับเคลื่อน

“.....ดูจากข้อมูลในมือและโอกาสทั้งเรื่องการตลาดและสัญลักษณ์สี มองร่วมกันว่าน่าจะเป็นจุดคานงัดสำคัญที่จะปกป้องสุขภาพ ในแง่ส่งเสริมสุขภาพก็ต้องทำแต่อาจจะค่อยเป็นค่อยไป แต่เรื่องระบบกำกับเห็นว่า ถ้าทำได้ก่อนก็จะสกัดปัญหาได้ ถ้าสามารถผลักดันได้ก็น่าจะรีบทำ แล้วก็มีข้อมูลรองรับเยอะ มีหลายส่วนที่ทำได้ เรื่องฉลากด้วย ไม่กินหวานทางโภชนาการก็มีข้อมูลรองรับอยู่ เรื่องการตลาด เราก็เก็บข้อมูลไว้ระดับหนึ่งแล้ว มติระดับโลก support อยู่ ตรงนี้น่าจะเป็นประเด็นสำคัญ ถ้าเคลื่อนได้ จะช่วยให้เรื่องนี้ไปได้เร็ว”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน

²⁶ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สมัชชาสุขภาพ 2 มติ 8 การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน. ใน รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552.

²⁷ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติ 1.2 การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย ใน รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551.

1.2 การรับรองเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนผ่านการรับรองจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2²⁸ ให้เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2552

“วันที่เข้าสมัชชาเราก็ไปช่วยตอบคำถามเป็น resource person ก็มีการคุยกัน ประเด็นมันไม่จบ ถูกไล่เข้าห้องย่อย คือเวทีสมัชชามติมันเยอะ มติหนึ่งเค้าจะฟังตรงว่า อันนี้เรียบริบย่อยได้ไหมใน process ห้องใหญ่ จบ เรื่องนี้เค้าคาดว่าจะไม่เรียบริบย่อย จะส่งเราเข้าห้องเล็กคุยกันให้จบเพื่อมาเสนอในวันรุ่งขึ้น stakeholder ไปกันค่อนข้างครบ ก็แบ่งกันคร่าวๆ ว่า มติไหนใครทำอะไรจะรับเป็นเจ้าภาพ กรมการแพทย์มาร่วมด้วย ก็อยากจะมีส่วนร่วม เป็นส่วนที่เพิ่มขึ้นมา รู้สึกจะเรื่องรักษาโรคอ้วน พอเป็นมติ กลับมาทุกคนก็รอว่าจะทำอะไรต่อ”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

“ประเด็นนมแม่ถูกผลักดันเข้ามาในห้องเล็กโดยมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคเค้าบอกว่าถ้าจะทำเรื่องนี้ต้องดูตั้งแต่เล็กไปจนโตเลย พอเด็กเล็กเค้าก็ว่าประเด็นสำคัญคือ นมแม่”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เสนอมตินี้ต่อคณะรัฐมนตรีซึ่งเห็นชอบเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2553 และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กำหนดให้รายงานผลการดำเนินงานมตินี้ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4

“ตั้งแต่ต้น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติตั้งใจให้อยู่แค่มาตรา 40 ให้ผูกพันคนด้วยใจ ให้ commitment ด้วยใจ แล้วก็ไปทำกันเยอะ ทีนี้มีหลายประเด็นที่เราทำกันยังไม่เกิด ภาวศึเครือข่ายก็บอกว่า เราต้องใช้อำนาจเช่นเดียวกับธรรมนูญสุขภาพที่เราไปทำคือผ่านมาตรา 48 ให้บังคับให้ผ่านคณะรัฐมนตรีเห็นชอบ แล้วประกาศกลับมาเป็นนโยบาย มันไปได้สองทางคือธรรมนูญก็ได้ สมัชชาก็ได้”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน

1.3 กลไกขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2553 คสช. ได้แต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มีบทบาทกำหนดแนวทางการขับเคลื่อน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามมตินี้ คณะกรรมการชุดนี้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ 2 ชุด²⁹ ได้แก่

1. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติการการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการให้แล้วเสร็จภายในเดือนกรกฎาคม 2554³⁰ โดยแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการใน 6 ประเด็น ประกอบด้วย

²⁸ จัดระหว่างวันที่ 16-18 ธันวาคม 2552 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร

²⁹ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4. สมัชชาสุขภาพ 4/หลัก7/ผนวก1: รายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. วันที่ 2-4 กุมภาพันธ์ 2555 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร.

³⁰ จากการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนโดยมีนายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน เมื่อวันอังคารที่ 17 สิงหาคม 2553

- 1.1 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 1.2 การควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และสินค้าอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูง
- 1.3 การรณรงค์สาธารณะ การให้ข้อมูล สร้างความรู้ และความตระหนักถึงปัญหาผลกระทบจากปัญหาโรคอ้วนอย่างต่อเนื่อง
- 1.4 ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเหมาะสมต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- 1.5 พัฒนาและสนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดการบริการดูแลสุขภาพภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงผลกระทบทางสุขภาพ
- 1.6 การพัฒนาความเข้มแข็งของกระบวนการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

คณะกรรมการขับเคลื่อนฯ ได้ติดตามความคืบหน้าในการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการฯ และให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงร่างแผนปฏิบัติการฯ จากนั้นมีการจัดเวทีสาธารณะ 4 ภูมิภาค ขอความคิดเห็นต่อร่างแผนปฏิบัติการฯ จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วนเพื่อการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (มติข้อ 3.2–3.4 ของยุทธศาสตร์) ได้แก่

1) เร่งรัดการใช้มาตรการลักษณะสีสัญญาณพร้อมคำเตือนในอาหารที่มีไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียม โดยจัดทำร่างตัวอย่างฉลากสีสัญญาณและแนวทางการใช้สีสัญญาณที่ผ่านความเห็นชอบจากที่ประชุมนักวิชาการด้านโภชนาการ และยื่นต่อนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และประธาน คสช.

2) ใช้มาตรการทางภาษีและราคาของอาหารเพื่อจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยมีการศึกษารูปแบบที่ควรจะดำเนินการในประเทศไทย จัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเชื่อมโยงกับการใช้มาตรการสีสัญญาณ และเสนอให้ดำเนินการในเครื่องดื่มที่มีรสหวานก่อนขยายไปอาหารประเภทอื่นๆ

3) จัดทำระเบียบว่าด้วยการตลาดเกี่ยวกับอาหารที่มุ่งเป้าหมายไปยังเด็ก และมีผลต่อความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายผลักดัน (ร่าง) พ.ร.บ.การตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ที่ร่วมพัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่าย เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นเด็กตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 1 พ.ศ. 2552

ประธาน เลขาธิการ และองค์ประกอบของกลไกขับเคลื่อนมติ สรุปลำดับตาราง 3.4 จากองค์ประกอบคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับชาติ คณะอนุกรรมการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วน รวมทั้งคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการอีก 6 ชุด) เห็นได้ว่า มีตัวแทนหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทหลักในระดับผู้บริหารและนักวิชาการจากกระทรวง/ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) / สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)/ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)/ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) นักวิชาการมหาวิทยาลัย เครือข่ายนักวิชาการและองค์กรเอกชนที่ทำงานร่วมกับ สสส. นำสังเกตว่า สสส.เข้ามามีส่วนร่วมเป็นกรรมการเกือบทุกชุดโดยเป็นผู้บริหารและนักวิชาการในสองสำนัก (สำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงรอง และสำนักรณรงค์และสื่อสารสาธารณะเพื่อสังคม) กล่าวได้ว่า การออกแบบเชิงโครงสร้างของกลไกขับเคลื่อนมตินี้มีความครบถ้วนสมบูรณ์มากเมื่อเทียบกับมติอื่น จากรายชื่อของภาคส่วนที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่ร่วมเป็นกรรมการ อนุกรรมการ และคณะทำงาน อีกทั้งยังมีองค์ประกอบของกลุ่มภาคีเครือข่ายที่

ทำงานร่วมกันมาก่อนในการสนับสนุนของ สสส. (แผนงานคุ้มครองผู้บริโภค แผนงานโภชนาการ เครือข่ายฐานทรัพยากรอาหาร เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน แผนงานทุนอุปถัมภ์เพื่อสนับสนุนกิจกรรมปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสถานศึกษา และแผนส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ) จึงน่าจะเป็นหลักประกันในการขับเคลื่อนให้บรรลุวัตถุประสงค์ นับเป็นจุดแข็งของมตินี้

“ตอนแรกก็คิดการใหญ่ ก็คือกรรมการ สสส. มองว่าเป็นปัญหาใหญ่ จนกระทั่งปี 52-53 ตอนที่เริ่มทำมติ เรื่องอ้วนต้องระดมกำลังไม่ใช่เฉพาะใน สสส. ต้องเอาหลายหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข แล้วก็อาจจะนอกกระทรวงด้วย มาทำงานด้วยกัน ตอนนั้นเป็นแผนงานอาหาร..... ในแง่ของการประสานงานควรมีใครเกี่ยวข้องหลัก ๆ บ้าง มันเป็นเรื่องที่ทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน พยายามจนเห็นว่าใครมีบทบาทตรงไหน ต้องมาช่วยกัน ก็ OK ในขั้นเริ่มต้น จะมีปัญหาตอนปฏิบัติการ บอกเสร็จคนที่มาก็ไม่ใช่ที่ส่งกันมา ความยากตรงนี้อยู่ที่ว่า มันเป็น concern หลักของเขาหรือยัง ขององค์กรที่มา หรือคนที่มาจับเรื่องนี้จริงจังหรือเปล่า นี่คือผลของงานที่มีประสิทธิภาพซึ่งก็ต้องบอกว่าไม่เต็มที่เรา แรก ๆ ประชุมบ่อยเดือนละ 2 ครั้ง ต้องเร่งให้ออก กรรมการต้องประชุมช่วงไหนบ้าง มอบหมายให้คณะทำงานไปทำงานต่อ ที่เยอะมากคือชุดที่ไปทำแผน ซึ่งกระบวนการทำแผนจะทำให้มีส่วนร่วมมากขึ้น จากแผนนี้ก็เอาไปใส่ในแผนการทำงานของตัวเองด้วย พอประมาณปี 54 ได้แผนไปทำประชาพิจารณ์ พอเสร็จ 54 ใน สสส. แผนงานอาหารยกเป็นแผนอาหารไปอยู่อีกสำนักหนึ่ง พออยู่อีกสำนักหนึ่งถ้าเขาไม่ request คงไม่มีโอกาสเข้าไปทำอะไรได้ ตอนนั้น สสส. ก็ตั้งเป้า 10 ปี ว่าเด็กอ้วนต้องไม่เกิน 10% มันมีทิศทางที่ตั้งไว้แล้ว การเพิ่มอัตราการบริโภคผัก ผลไม้ของคนไทย”

“มตินี้ต้องบอกว่ามันเขียนไว้เยอะมากแต่ละข้อต้องใช้เวลายาวนานทั้งนั้น บางข้อเป็นประเด็นที่ สสส. ทำอยู่แล้ว เพียงแต่ไปปักนโยบายไว้ ตัวแผนงานก็เคลื่อนไป”

อนุกรรมการขับเคลื่อนและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ จาก สสส.

“เราดูตามกลุ่มยุทธศาสตร์ area เกี่ยวข้องกับใครมากน้อยเราก็เชิญเขามาเป็นหลัก มีกล่องยุทธศาสตร์ภายในกล่องก็มี working group แจกออกไปมีประธานมีเลขา เรียกว่า core group ก็คงไม่ผิดเพราะรู้จักกันมาก่อน ว่าทำอะไรมาบ้าง มันต่อมาจากสมัยครั้งที่ 1 มีโปรเฟสเซอร์จากอังกฤษเขาเป็นเจ้าแม่เรื่องการกินผักที่อังกฤษ เราก็คิดว่าง่าย ๆ ว่าช่วยจัดเวทีให้เขามาเล่าให้ฟังเชิญภาคีที่สนใจมาแลกเปลี่ยนกัน มีการ brief สถานการณ์ในประเทศ มีการทำกรบ้านทางวิชาการ เป็นครั้งแรกที่เข้ามาทำเรื่อง obesity overweight หลังจากนั้นเราก็เริ่มรู้จักกันในวงการนี้แล้ว และเขาก็คงรู้จักกันมาระดับหนึ่ง ตอนทำมันก็เลยไม่รู้สึกละเลยหน้า ไม่รู้สึกใครถูกทิ้งไป..... คืออย่างน้อยมี 2 ด้าน ตอนนั้นเรื่องการกินกับการออกกำลังกายมันอยู่สำนัก 2 กับสำนัก 5 สอง ตัวมติดีพาดพิงเขาเยอะเหมือนกัน

“สสส. ก็มีกระบวนการพัฒนาที่น่าสนใจในเรื่องนี้ มีการยกระดับเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย เป็นแผนหลัก ซึ่งอาจจะมาจากบอร์ดเขาให้ด้วย แต่ว่าหน้างานก็คือ ทำให้มีความพร้อมในการขับเคลื่อนเรื่องนี้มากขึ้น ตัวผมเองก็รับ..... มาจาก สสส. อีก grant หนึ่ง”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น/ จัดทำร่างแผนปฏิบัติการ และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน

“ที่ผ่านมามีได้ถูกเชิญร่วมวงใดๆ เลย มาเกี่ยวตอนมติผ่านออกมาแล้ว มาขอให้เข้าร่วมเป็นประธานชุดหนึ่ง แต่งานเยอะมากขอให้หมอบ..... เป็นไปก่อนแล้วเราช่วยกัน มีภาคี มีอาจารย์ เข้าไปร่วม (หมายถึง ผู้จัดการแผน/แผนงาน และนักวิชาการของ สสส. เป็นคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการในประเด็นนี้—นักวิจัย) นี่จะเข้าไปช่วยตลอดยกย่อง ช่วย review ดูให้ตลอดช่วงที่ทำแผนปฏิบัติการ ปีนี้ก็มีภาคีเราเสนอเข้าไปตั้งสามเรื่อง (หมายถึงสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 5—นักวิจัย) แต่เราไม่เคยถูกเชิญเลย จะถูกเชิญตอนจัดสมัชชาจริง มีหนังสือมาเชิญร่วมประชุมในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนใหญ่จะเป็นอย่างนั้น ก็ไปบ้างไม่ได้ไปบ้าง อย่างน้อยถ้าเชิญเรา ก็จะได้มีผู้แทนไป แต่เครือข่ายเราไปอยู่แล้ว จะว่าไปแล้ว เครือข่ายเหล่านี้ไม่ได้ทำงานกับ สสส. เจ้าเดียว คงทำงานของเค้าอยู่แล้ว ถึงจะทำกับ สสส. หรือทำกับใครก็ตาม แต่เค้าก็ไม่ได้เป็นเครือข่าย สข. ไม่ได้คิดว่าจะต้องมีเราเข้าไปทุกครั้ง แต่เนื่องจากข้อเสนอนี้ในมติส่วนใหญ่มักจะบอกว่า สสส. ต้องทำนั่นต้องทำนี่ หลายครั้งพอเห็นมติ..... พอเห็นข้อเสนอ..... เครือข่ายเราเสนออีกแบบ ส่วนใหญ่จะถูกเขียนถูก shaped ในสิ่งที่ so simple โดยทีมวิชาการ สข. นี่ก็ feed back กลับไป”

อนุกรรมการขับเคลื่อนและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

ตาราง 3.4 ประธาน เลขานุการ และองค์ประกอบของกลไกขับเคลื่อนมติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

กลไก	จำนวน(คน)	ประธาน/ เลขานุการ	องค์ประกอบ
คณะกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน คณะกรรมการชุดนี้แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการ 2 ชุด	23	นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล/ นพ.ทักษพล ธรรมรังสี	กสธ.- รองปลัด/ ผู้ตรวจราชการ กรมอนามัย- รองอธิบดี/ สำนักโภชนาการ อย. – ผอ.สำนักอาหาร สวรส.- ผอ. IHPP - นักวิจัย สช. – ผอ.สำนักสมัชชาสุขภาพ สปสช. – รองเลขาธิการ/ ผจก.กองทุน PP สสส. – ผอ.และ นวก. สำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาวะและลดปัจจัยเสี่ยงรอง - ผอ. สำนักณรงค์และสื่อสารสาธารณะเพื่อสังคม - แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ/ แผนงานโภชนาการ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค- ผจก.
1. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ 6 ประเด็น	20	นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา/ นพ.ทักษพล ธรรมรังสี	กสธ.- ผู้ตรวจราชการ/ สนย. กรมอนามัย- รองอธิบดี/ สำนักโภชนาการ กรมควบคุมโรค – สำนักโรคไม่ติดต่อ อย. – ผอ.สำนักอาหาร สวรส.- ผอ. IHPP – นักวิจัย สสส. – ผอ.และ นวก. สำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาวะและลดปัจจัยเสี่ยงรอง - ผอ. สำนักณรงค์และสื่อสารสาธารณะเพื่อสังคม - แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ/ แผนงานโภชนาการ/ เครือข่าย เด็กไทยไม่กินหวาน/ แผนส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ
2. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วนเพื่อการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	24	นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล/ เลขานุการร่วม น.ส.ทิพย์วรรณ ปริญาศิริ ผศ. วรรณภา ศรีวิริยานภาพ นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต น.ส.กรรณิการ์ กิจติเวชกุล	กสธ.- รองปลัด/ ผู้ตรวจราชการ กรมอนามัย- รองอธิบดี/ สำนักโภชนาการ อย. – รองเลขาธิการ/ นักวิชาการอาหารและยา/ ผอ.สำนักอาหาร สถาบันวิจัยโภชนาการ มหิดล- ผอ. มหาวิทยาลัย- แพทย์/ นักกฎหมาย สวรส.- ผอ. IHPP - นักวิจัย สช. – ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผอ.สำนักสมัชชาสุขภาพ สสส. – ผู้จัดการ - แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ/ เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน

1.4 แผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วน

แผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์มตินี้แล้วเสร็จโดยมีกระบวนการรับฟังความเห็นจากผู้เกี่ยวข้องใน 4 ภาค และส่งมอบให้ สช. เมื่อ 10 ตุลาคม 2554 เป็นแผนสำหรับดำเนินการในช่วง 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2554-2558 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและสนับสนุนสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบและกลไกในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพ และมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

- 1) สนับสนุนให้เกิดการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วนแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม
- 2) สนับสนุนให้เกิดการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วนแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม
- 3) จำกัดและลดขนาดและความรุนแรงของผลกระทบจากภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วน

แผนปฏิบัติการนี้ประกอบด้วย 4 วัตถุประสงค์หลักและมีตัวชี้วัด สรุปได้ดังตาราง 3.5 โดยมีแนวทางในการขับเคลื่อน 4 แนวทางหลัก³¹ คือ

1. การผลักดันมาตรการ หมายถึง การผลักดันนโยบาย/มาตรการที่มีความสำคัญในลำดับต้นที่ควรดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์
2. การขับเคลื่อนสังคม หมายถึง การพัฒนาความพร้อม การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการเสริมแรงในสังคมหรือพื้นที่ตนเองเพื่อเสริมประสิทธิภาพการดำเนินมาตรการ
3. การพัฒนาศักยภาพ หมายถึง การพัฒนาศักยภาพคน องค์กร และเครือข่าย เพื่อเสริมประสิทธิภาพการดำเนินมาตรการ
4. การติดตามประเมินผล หมายถึง การติดตามประเมินผลการผลักดันมาตรการ การขับเคลื่อนสังคม และการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานและตัวชี้วัดขั้นพัฒนา เพื่อวัดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และประเมินความยั่งยืนการดำเนินการ

³¹ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วน. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วน. สัญญาเลขที่ สช. 54-ช-005. ตุลาคม 2554.

ตาราง 3.5 วัตถุประสงค์หลักและตัวชี้วัดของแผนปฏิบัติการ 5 ปี (พ.ศ. 2554-2558) รองรับยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

วัตถุประสงค์หลัก	ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐาน	ตัวชี้วัดขั้นพัฒนา
ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	• <u>ความชุกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนและควบคุมโภชนาการตามวัย</u> จนถึงอายุ ≥ 2 ปี • อัตราการบริโภคผักและผลไม้ของประชากร ≥ 400 กรัมต่อวัน จำแนกตามกลุ่มอายุ	• ความชุกของการบริโภคอาหารไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูง จำแนกตามกลุ่มอายุ • จำนวนผู้ผลิต ผู้ประกอบ และผู้บริการที่ผลิต/ปรุงอาหารสุขภาพ • <u>จำนวนหน่วยงานและโรงเรียนที่ควบคุมการจำหน่ายอาหารที่มีน้ำตาล หรือไขมัน หรือโซเดียมสูง และเครื่องดื่ม ในและรอบบริเวณโรงเรียน</u> • จำนวนนวัตกรรม หรือชุดความรู้ที่ได้รับการพัฒนาเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม • มีรายงานประจำปี เพื่อรายงานผลการดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมแก่ประชาชนจำแนกตามพื้นที่ กลุ่มอายุ และเพศ
ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสมต่อเนื่องสม่ำเสมอ	<u>ความชุกของประชาชนที่มีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายอย่างเพียงพอเหมาะสม</u>	• จำนวนหน่วยงาน ภาคส่วน และชุมชนที่มีแผนปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน • จำนวนองค์กร/พื้นที่ต้นแบบในแต่ละภูมิภาค • จำนวนสถาบันการศึกษาที่พัฒนากิจกรรมเสริมหลักสูตรที่สนับสนุนให้มีกิจกรรมที่เพียงพอและเหมาะสมต่อสุขภาพ
พัฒนาและสนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดบริการดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงผลกระทบทางสุขภาพ	• <u>ผลงานการบริการผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนตามกลุ่มอายุ</u> • <u>หน่วยบริการคลินิกและบุคลากรสาธารณสุขที่มีการคัดกรองและการบำบัดรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน</u> • การมีระบบข้อมูลภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนและความผิดปกติ ที่เป็นมาตรฐานเดียวและสามารถปรับใช้ร่วมกันทั่วประเทศ	• จำนวนเครื่องมือและแนวทางการคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่ได้รับการพัฒนาและนำไปใช้ปฏิบัติจริง • จำนวนสถานพยาบาลที่มี DPAC ที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ มีรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนรวมถึงผลกระทบทางสุขภาพ • จำนวนพื้นที่ที่สามารถใช้ระบบข้อมูลภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้จริง และมีประสิทธิภาพเป็นไปตามเป้าหมาย • มีการจัดทำรายงานการติดตามประเมินผลการคัดกรอง และการบริการอื่นๆที่ได้รับการพัฒนาไปใช้
พัฒนาศักยภาพของระบบการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย • สร้างความมุ่งมั่นและบูรณาการงานของแต่ละภาคส่วน/หน่วยงาน และในทุกระดับ • สร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและทุกระดับ • พัฒนากลไกการจัดการความรู้ • สร้างเวทีสาธารณะระดับประเทศ		

2. การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขต่อปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

กรมที่มีบทบาทหลักคือ กรมอนามัย (สำนักโภชนาการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ และกองออกกำลังกาย) และกรมควบคุมโรค (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ) ส่วนสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นหน่วยงานจัดทำแผนและนโยบายในภาพรวมของกระทรวง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งเป็นหน่วยงานเทียบเท่ากรม มีบทบาทด้านกำกับ (regulation) หน่วยงานที่มีบทบาทในมิตินี้ คือ สำนักอาหาร (เดิมชื่อ กองควบคุมอาหาร) โดยการออกกฎหมายจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกับและรับฟังข้อเสนอจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง แบบแผนการทำงานจึงต่างไปจากกรมอนามัยและกรมควบคุมโรค นอกจากนี้ สำนักอาหารยังเป็นสำนักงานเลขานุการร่วมในคณะกรรมการอาหารแห่งชาติด้วย

จากการทบทวนแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขและกรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน สรุปได้ดังตาราง 3.6 ซึ่งแสดงตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จำแนกตามระดับหน่วยงานและปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดของกรมอนามัยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 เป็นต้นมา แตกต่างจากปี 2551-52 โดยเน้นพัฒนาการ รูปร่างสมส่วน น้ำหนักตัวตามเกณฑ์ ส่วนด้านโภชนาการ เป็นตัวชี้วัดเมนูสุขภาพและการควบคุมการบริโภคน้ำตาลในโรงเรียนประถมศึกษา สำหรับภาวะอ้วน เพิ่มการชั่งน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงหรือค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) แทนการวัดรอบเอวเพียงอย่างเดียว และเพิ่มตัวชี้วัดการออกกำลังกาย

ด้านกรมควบคุมโรค ก็มีการเปลี่ยนแปลงในทำนองเดียวกันกับกรมอนามัย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 มีการระบุโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากภาวะอ้วน แต่มิได้ระบุถึงการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และเพิ่มตัวชี้วัดในการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวัง เพื่อมุ่งให้เกิดการควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานอย่างเข้มแข็ง โดยเพิ่มตัวชี้วัด “อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน” ในปีงบประมาณ 2555

ตาราง 3.6 ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับมติดการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จำแนกตามระดับหน่วยงานและปีงบประมาณ

ระดับ	2551	2552	2553	2554	2555
กระทรวง (คำรับรองการปฏิบัติราชการ ระหว่างผู้ตรวจราชการ และ ปลัดกระทรวง)	-	-	-	-	▪ ต่าบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบล นมแม่เพื่อสายใยรักแห่ง ครอบครัว
กรมอนามัย (ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมอนามัย และตัวชี้วัดสำคัญ ระดับกรม)	▪ รร.ส่งเสริมสุขภาพ/ชมรม สร้างสุขภาพ ดำเนินการวัด รอบเอวปีละ 2 ครั้ง ▪ ประชาชนอายุ > 15 ปี ขึ้นไป ชายมีรอบเอว < 90 ซม./ หญิงมีรอบเอว < 80 ซม. ▪ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ≥ 6 เดือน ▪ ทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม ▪ มารดาที่มีอายุ < 20 ปี คลอด บุตร	▪ รร.ส่งเสริมสุขภาพ/ชมรม สร้างสุขภาพ ดำเนินการวัด รอบเอวปีละ 2 ครั้ง ▪ ประชาชนอายุ > 15 ปี ขึ้นไป ชายมีรอบเอว < 90 ซม./ หญิงมีรอบเอว < 80 ซม. ▪ ชมรมสร้างสุขภาพ/ รร. ส่งเสริมสุขภาพ ระดับ มัธยมศึกษาในเขตเมือง/ และ หน่วยงานราชการส่วน ภูมิภาคระดับจังหวัดในอำเภอ เมืองดำเนินการวัดรอบเอวปี ละ 2 ครั้ง ▪ พัฒนาอนามัยแม่และเด็ก : รพ.สายใยรักแห่งครอบครัว	▪ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ อายุ ครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ ▪ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ ครรภ์ก่อนคลอด ตามเกณฑ์ ▪ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ใน สถานบริการสาธารณสุข ได้รับการ ตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับคำแนะนำทาง ทันตสุขภาพ ▪ เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการ สมวัย ▪ เด็ก 0-5 ปี ที่มีภาวะอ้วน ▪ เด็กอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีการ เคลื่อนไหวออกแรง/ออก กำลังเพียงพอต่อสุขภาพ ▪ ประชาชนที่มีพฤติกรรมใน การเลือกบริโภคอาหารนอก บ้านที่ได้รับรองเมนูสุขภาพ ▪ ศพด.ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน อย่างน้อย 1 แห่งต่อตำบล	▪ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ อายุครรภ์ ครบ 12 สัปดาห์ ▪ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์ ก่อนคลอด ตามเกณฑ์ ▪ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ใน สถานบริการสาธารณสุข ได้รับการ ตรวจสุขภาพช่องปาก และได้รับคำแนะนำทางทันตสุขภาพ ▪ เด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง/สูงกว่าเกณฑ์รวมกัน มี รูปร่างสมส่วน/น้ำหนักตัวตาม เกณฑ์ ▪ เด็ก 6-18 ปี มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง/สูงกว่าเกณฑ์รวมกัน มี รูปร่างสมส่วน ▪ เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ▪ ศพด.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 1 แห่ง/ตำบล ▪ โรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์ มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับทอง ▪ ร้อยร. ประถมศึกษาไม่จำหน่าย หรือจัดน้ำอัดลมให้เด็ก ▪ ร้อยละสมาชิกชมรมออกกำลังกาย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการออก	▪ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ครบ 12สัปดาห์ และได้รับการตรวจสุขภาพช่อง ปาก และคำแนะนำทางทันต สุขภาพ ▪ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ ครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ▪ หญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอด 0-6 เดือนที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ▪ เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการ สมวัย ▪ เด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง/สูงกว่าเกณฑ์ รวมกัน มีรูปร่างสมส่วน/ น้ำหนักตัวตามเกณฑ์ ▪ เด็ก 6-18 ปี มีส่วนสูงตาม เกณฑ์ค่อนข้างสูง/สูงกว่าเกณฑ์ รวมกัน มีรูปร่างสมส่วน ▪ เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีภาวะ อ้วน ▪ ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้ วัดรอบเอว/ มีภาวะอ้วน (น้ำหนักเทียบกับส่วนสูงหรือค่า BMI)/ มีภาวะอ้วนลงพุง

ระดับ	2551	2552	2553	2554	2555
				กำลังกายตามเกณฑ์	▪ ศูนย์การเรียนรู้องค์กรต้นแบบไร้พุง ▪ ศพด.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 1 แห่งต่อตำบล ▪ โรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ▪ รร. ประถมศึกษาไม่จำหน่ายหรือจัดน้ำอัดลมให้เด็ก ▪ ร้อยละสมาชิกชมรมฯ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการออกกำลังกายตามเกณฑ์
กรมควบคุมโรค <i>(ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมควบคุมโรค และตัวชี้วัดสำคัญระดับกรม)</i>	▪ พัฒนาศูนย์บริการร่วมหรือเคาน์เตอร์บริการประชาชน ▪ อัตราป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (ติดเชื้อHIVในหญิงตั้งครรภ์ ต่อแสนประชากร/ ทารกตาย 1 ปีแรก ต่อพันเกิดมีชีพ/ มารดาตาย ต่อแสนเกิดมีชีพ/ ตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อแสนประชากร) ▪ สถานบริการมีคุณภาพมาตรฐานตามที่กำหนด และประชาชนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ▪ จังหวัดที่มีการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญได้ตามมาตรฐาน (โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต) ▪ คปสข. ที่มีการวิเคราะห์	▪ พัฒนาศูนย์บริการร่วมหรือเคาน์เตอร์บริการประชาชน ▪ ลดอัตราป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ▪ สถานบริการมีคุณภาพมาตรฐานตามที่กำหนด และประชาชนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ▪ ดำเนินการให้หน่วยงานสาธารณสุขสามารถปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ▪ จังหวัดมีสถานบริการสาธารณสุขดำเนินการตามมาตรฐานแนวทางการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	▪ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM โดยการตรวจเลือด (Fasting Capillary Blood Glucose หรือ Fasting Plasma Glucose) ▪ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้ตรวจวัดความดันโลหิต หากภาวะ pre-HT หรือ HT และได้รับการคัดกรองโดยการเจาะเลือด หากภาวะ pre-DM หรือ DM ▪ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะ pre-DM หรือ DM/ pre-HT หรือ HT ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ▪ ใน 3-6เดือน pre-DM ได้รับการติดตามผลเลือด (FPG)	▪ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM โดยการตรวจเลือด (Fasting Capillary Blood Glucose หรือ Fasting Plasma Glucose) ▪ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้ตรวจวัดความดันโลหิต หากภาวะ pre-HT หรือ HT และได้รับการคัดกรองโดยการเจาะเลือด หากภาวะ pre-DM หรือ DM ▪ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะ pre-DM หรือ DM/ pre-HT หรือ HT ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	▪ ประชาชน 35 ปีขึ้นไป ได้รับคัดกรองDM/HTตามมาตรฐานที่กำหนด ▪ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวาน (pre-DM) ปี 5 4 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (DM) ปี 2555 ไม่เกินร้อยละ 5/กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูง (pre-HT) ปี 2554 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง(HT) ปี 2555ไม่เกินร้อยละ 10 ▪ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะ pre-DM หรือ DM/ pre-HT หรือ HT ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ▪ จังหวัดมีระบบ/กลไกบริหารจัดการพัฒนาให้เกิด “อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน”

ระดับ	2551	2552	2553	2554	2555
	ติดตามสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขสำคัญ และนำความรู้มาใช้ในการวางแผนการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคภัยสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ ▪ ถ่ายทอดความรู้ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม	▪ คปสข. ที่มีการวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขสำคัญ และนำความรู้มาใช้ในการวางแผนการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคภัยสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ ▪ จังหวัดมีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง (สุขภาพดีวิถีไทย) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	และ pre-HT ได้รับการติดตามความดันโลหิต (BP) ▪ pre-DM, DM, pre-HT, HT ได้รับการเสริมทักษะ		

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดระดับกรม ปีงบประมาณ 2551-55

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คำรับรองการปฏิบัติราชการระหว่างผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. การเปรียบเทียบแผนปฏิบัติการการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนกับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดในแผนปฏิบัติการ 5 ปี ตัวชี้วัดของกรมอนามัยและกรมควบคุมโรค (ตาราง 3.6) เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่เป็นส่วนน้อย (subset) ของตัวชี้วัดในตาราง 3.5 ทั้งที่ผู้บริหารและนักวิชาการได้เข้าร่วมเป็นกลไกขับเคลื่อนและคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ เนื่องจากยังไม่มีกรอบขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการตามขั้นตอนที่ร่วมกันกำหนดไว้³² หน่วยงานดังกล่าวจึงดำเนินงานภายใต้บริบทและทรัพยากรเดิม

การขับเคลื่อนในทิศทางเดียวกับยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ 5 ปี จะเกิดได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด ขึ้นกับศักยภาพและบทบาทในหน่วยงานเป็นสำคัญ

“กลายเป็นว่าหน่วยงานไหนทำ หน่วยงานนั้นปฏิบัติไป ยังไม่เห็นเรียกมาทบทวนนโยบายว่าออกไปแล้วทำอะไรได้บ้าง..... เวลาทำแผนเราก็แทบไม่ได้หันกลับมามองว่าตัวอะไรบ้าง แต่ทำในงานปกติเช่น คนไทยไร้พุง หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการเรื่องผักผลไม้ อาหารปลอดภัย เรื่องของร้านค้าร้านตลาดทำเรื่องเมนูสุขภาพแสดงพลังงาน ร้านค้าเขายังไม่แสดง แต่เข้ามาสู่ระบบมากขึ้นขอการรับรองเมนูสุขภาพในการคำนวณคุณค่าพลังงาน กองเราไม่ทิ้งมันนี่เอามาขับเคลื่อนในโครงการสมัย ไม่ใช้โรคอ้วนอย่างเดียว”

นักวิชาการในคณะทำงานร่างแผนปฏิบัติการ

การไม่ได้เป็นตัวชี้วัดหรือนโยบายของกรม/กระทรวง (ซึ่งแสดงถึงความสำคัญ) มีผลต้องงบประมาณรวมทั้ง การถูกเปลี่ยนบทบาทความรับผิดชอบงานหรือย้ายสถานที่ทำงาน ก็เป็นอุปสรรคในการแปลงมติไปสู่การปฏิบัติในระบบราชการ เช่นกัน แต่เนื่องจากมตินี้ มีการออกแบบในขาขึ้นโดยมี สสส. เป็นเจ้าภาพร่วมพร้อมภาคีในแผนงานหลัก จึงเป็นช่องทางให้เครือข่ายนักวิชาการสามารถขับเคลื่อนได้

“จริง ๆ ถ้าไปคุมมติที่มันเคลื่อนได้ก็จะเป็นภาคี สสส.ทั้งนั้น เพราะตอนนี้มันไม่ค่อยมีแหล่ง support ในลักษณะที่จะไปทำงานใหม่ ๆ”

อนุกรรมการขับเคลื่อนระดับบริหาร สสส.

“ถ้าเราทำงานตามระบบเนี่ย เคลื่อนมติแทบไม่ได้เลยเพราะติดงบประมาณ พอจะผลิตสื่อไม่มีดั่งค์ จัดอบรมก็ไม่มีเงินงบประมาณแต่ละปีได้มาไม่มากพอ.... สมมุติว่าวันหนึ่ง WHO ชูประเด็นอ้วน โลงเลยนะ กลายเป็นนโยบาย จากประสบการณ์การขับเคลื่อนโรคอ้วนขาด policy advocacy โดยส่วนตัวมันต้องมีอะไรสักอย่าง เราบอกผู้บริหารว่าเรามีแผนอยู่ตรงนี้นะ ก็โอเคก็ทำไปสิ..... วงที่ตัวเองทำวิชาการเคลื่อนไปได้ค่อนข้างมาก ภายใต้แผนอาหารของ สสส. แต่พอมาทำในราชการ ข้อจำกัดอันหนึ่งก็คืองบประมาณที่มันมีปัญหางบประมาณก็เนื่องจากว่ามันไม่ใช่งานสำคัญของสำนัก ไม่ใช่ตัวชี้วัด ดีที่สุด ต้องเป็นตัวชี้วัดในหน่วยงานเกี่ยวข้องทั้งหมดเลย เป็นตัวชี้วัดของภาครัฐ”

“ถ้าไม่ได้อยู่ในหน้าที่เราดูแลเรื่องนี้ พอมอบให้คนทำ เขาจะไม่เอา คำเห็นว่ามันไม่ใช่งานเค้า เค้าก็ยังทำงานเดิมอยู่”

นักวิชาการในคณะทำงานร่างแผนปฏิบัติการ

³² ประโยชน์สรุปจาก รายงานการติดตามผลการปฏิบัติตามมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 ระหว่างวันที่ 2-4 กุมภาพันธ์ 2555 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร มีการสรุปปัญหาและข้อเสนอแนะว่า “สช. ควรสร้างกลไกการขับเคลื่อนหรือประชาสัมพันธ์ให้เกิดการประสานความร่วมมือจากภายนอกหน่วยงาน/องค์กรด้านสุขภาพ รวมถึงการให้ความสำคัญต่อความร่วมมือในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการที่จัดทำขึ้น และการติดตามประเมินผลการนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติด้วย”

ตัวชี้วัดส่วนที่เป็น subset ของตัวชี้วัดของแผนปฏิบัติการซึ่งดำเนินงานโดยกรมอนามัย คือ

1. ความชุกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน และควบคู่กับอาหารตามวัย
2. จำนวนหน่วยงานและโรงเรียนที่ควบคุมการจำหน่ายอาหารที่มีน้ำตาล หรือไขมัน หรือโซเดียมสูง และเครื่องดื่ม ในและรอบบริเวณโรงเรียน
3. ความชุกของประชาชนที่มีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายอย่างเพียงพอเหมาะสม
4. หน่วยบริการคลินิกและบุคลากรสาธารณสุขที่มีการคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

น่าสังเกตว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนเป็นตัวชี้วัดกรมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 กล่าวได้ว่า “การผลักดันมาตรการขยายเวลาการลาคลอดจาก 90 วันเป็น 180 วันพร้อมจ่ายค่าตอบแทน” จากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของคณะทำงานวิจัยเพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) หนุนเสริมงานของกรมอนามัย ซึ่งในปีงบประมาณ 2555 มีการดำเนินงานนอกเหนือจากตัวชี้วัดกรมได้แก่ การพัฒนาต้นแบบครอบครัวนมแม่ ศูนย์เรียนรู้แม่เพื่อการพัฒนาเด็กในชุมชน และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก

ด้านกิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย มีการดำเนินงานนอกเหนือจากตัวชี้วัดกรม ได้แก่ ศูนย์เรียนรู้องค์กรต้นแบบไร้พุง โครงการรณรงค์ลดน้ำหนักตามเทศกาล (เช่น ทำความดีเข้าพรรษา ลดน้ำหนักสลายพุง) ส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในชุมชน พัฒนาชมรมสร้างสุขภาพด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และป้องกันและบำบัดรักษาโรคด้วยการออกกำลังกาย ในด้านบริการมีการพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลของรัฐให้มีคลินิกไร้พุง (diet and physical activity clinic: DPAC) และพัฒนาศักยภาพสถานออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ รวมทั้งมีการจัดทำสื่อเพื่อสนับสนุนในบางโครงการ นอกจากนี้ ยังมีโครงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2556-2560³³

การดำเนินงานดังกล่าวมักเป็นการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้รับผิดชอบงานเพื่อพัฒนาองค์ความรู้/มาตรฐาน/และต้นแบบระดับและความครอบคลุมของการดำเนินงานภายใต้บริบทปัจจุบันของหน่วยงานกรมอนามัยค่อนข้างจำกัด

ที่น่าสนใจคือ กรรมการระดับบริหารในกลไกขับเคลื่อนซึ่งต่อมาเป็นผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและเป็นผู้รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์กระทรวง “ลดหวานมันเค็ม” พยายามจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนข้ามกระทรวงเพื่อให้เกิดการจัดการอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ แต่มีปัญหาการประสานงานภายนอกเช่นกัน

“สข. มีแผนปฏิบัติการอยู่นะเอามาบูรณาการมาด้วยกันอีกทีให้เป็นแผน คือตอนนี้วิถีไทยมี 5 ยุทธศาสตร์ใหญ่ แต่ตอนนี้เอายุทธศาสตร์ 5 มาเป็นแผนปฏิบัติใหม่ คือตอนนี้มันไปติดค้างอยู่ตรงนี้ ของมติอำนวยการที่แผนปฏิบัติใหม่ มันเอา 2 แผนมารวมกันเป็นแผนเดียวผมเองผมยังอยากได้ WHO มาช่วย ดึงคนอื่นร่วมกับเราได้ไหม เวลาเชิญประชุมคนอื่น ระหว่างเราเชิญกับ WHO เชิญ เขาเกรงใจเขามา ถ้า สข. สามารถทำให้กระทรวงอื่นเค้าเกรงใจ เชิญแล้วมา เป็นโปรโมเตอร์ที่ดีได้ คือเป็นแม่สื่อที่ดีได้จะมี power”

อนุกรรมการขับเคลื่อนระดับผู้บริหารกระทรวง

“ท่านลงทุนลงแรงกับเรื่องนี้เยอะพอควร ทุกวันนี้ก็ยังไม่ถึง พยายามตั้ง office (สำนักงานบริหาร ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยหรือ สสว.—นักวิจัย) และไปเป็นผู้อำนวยความสะดวก เข้าใจว่าเป็นข้อจำกัดเรื่องเวลาและกำลังคน ตามโครงสร้างกระทรวง

³³ กรมอนามัย. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและโครงการสำคัญ กรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ 2555. เอกสารอัดสำเนา.

ความจริงมีบมะ อดล่ำทำเรื่องลดน้ำหนักทำบุญเข้าพรรษา เหมือนต้องการทีมมากกว่าที่จะหนุนเสริม คณะกรรมการในสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยด้วย เคยเรียกประชุมไปครั้งหนึ่ง แต่ความที่เป็นคณะอสังการมากทุกกระทรวงทุกภาคส่วน ต่างคนต่างมาอย่างไม่รู้เรื่องสอง ไม่มีคนที่รู้เรื่องและลงทุนกับเรื่องนี้อย่างจริงจังเป็นทีมเลย คนที่เกาะติดเรื่องนี้จริงจังของกรมอนามัยคือ ดร. แต่เค้าก็ไม่ยอมไปอยู่ตรงนั้นเต็มตัว ตอนนั้นก็ย้ายไปต่างจังหวัด ทำให้หน่วยงานนี้ไม่ค่อยโตเท่าไร”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

“สธ. ก็มีการกิจประจำของเขา อย่างแผนสุขภาพดีวิถีไทยเขียนดีมากแต่เขาก็เคลื่อนยาก เคยไปประชุม เรียกผู้เกี่ยวข้องเข้ามาทั้งหมด มีภาคเอกชนหรือหน่วยงานอื่น ๆ หมุนคนใหม่ ๆ มาเรื่อย ๆ เขากังง แผนสุขภาพดีวิถีไทยคืออะไร ก็ได้ต่อเนื่อง พอสักครั้งสองครั้งก็หายเงียบ เข้าใจว่าพยายามเป็นแผนบูรณาการภายในกระทรวง มั่นยาก บางท่านภารกิจประจำที่มีมันก็เยอะแล้ว คนก็ไม่พอบประมาณก็น้อย”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

ขณะที่มีผู้คาดหวังว่า กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทในการขับเคลื่อนและติดตามการนำไปปฏิบัติ

“เขาควรจะ monitor แล้วกระตุ้น ก็ควรจะได้ มีนโยบายที่ไปแก้ปัญหาสุขภาพคนของประชาชนสร้างความมีส่วนร่วมนโยบาย”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

“เมื่อวันก่อน ปลัดกระทรวงใหม่ มานั่งหัวโต๊ะที่ สวรส. เราก็เอามตินี้ว่ามันมีอยู่แล้วไปพยายามผลักดันเข้าไปในนโยบายของปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือสิ่งที่สช.ทำได้ คือไม่ทำเองเพราะเราไม่มีกำลังไม่มีนักวิชาการตรงนี้เราพยายามเชื่อมบูรณาการนโยบาย”

อนุกรรมการขับเคลื่อนระดับบริหาร สช.

สำหรับสำนักอาหาร มีบทบาทในการป้องกันโรคอ้วนในทารกและเด็กโดยออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ห้ามเติมน้ำตาล น้ำผึ้ง หรือวัตถุให้ความหวานในอาหารทารกและอาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2547³⁴ รวมทั้งการใช้จุลินทรีย์โพรไบโอติก^{35, 36} โดยทำงานร่วมกับแผนงานอาหาร สสส.

“ก็ให้ทุน อย.ในฐานะที่เขาเป็นทีมเลขของคณะกรรมการแห่งชาติ ก็มีการขับเคลื่อนเรื่องโภชนาการ”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

“เรื่องอุตสาหกรรมอาหารที่ลดหวานมันเค็ม อย.ก็ contact เราทุกปี (หมายถึง contact แผนงานของ สสส.-นักวิจัย) เพื่อขอไปทำ นอกจากจะสำรวจอาหารให้เรารู้ว่า มี low sugar มีอยู่เท่าไรในท้องตลาด เค้าจะเริ่มทำ MOU กับบริษัททั้งหลายว่าให้มืออาหารพวกนี้เป็นทางเลือกในท้องตลาดมากขึ้น อย.ทำถึงขนาดนี้แล้ว”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

ส่วนข้อเสนอของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วนที่ให้ออกกฎหมายบังคับการแสดงผลของอาหารสำเร็จรูปในรูปสัญลักษณ์ไฟจราจรเขียวเหลืองแดงในเครื่องดื่มบางประเภทซึ่งเป็น 1 ใน 3 มาตรการเร่งด่วนนั้น

³⁴ ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 122 ตอนพิเศษ 9 ง. วันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2548. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 287) พ.ศ. 2547 เรื่อง อาหารทารกและอาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก (ฉบับที่ 3).

³⁵ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 หน้า 21 ตอนพิเศษ 86 ง วันที่ 3 สิงหาคม 2554. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้จุลินทรีย์โพรไบโอติกในอาหาร.

³⁶ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 129 หน้า 36 ตอนพิเศษ 189 ง วันที่ 18 ธันวาคม 2555 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 346) พ.ศ. 2555. เรื่อง การใช้จุลินทรีย์โพรไบโอติกในอาหาร (ฉบับที่ 2).

สำนักอาหารพิจารณาแล้วมีความเห็นต่างและออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันทีบางชนิด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2554 ให้อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภคทันทีในภาชนะบรรจุพร้อมจำหน่าย 5 ชนิด (มันฝรั่งทอดกรอบหรืออบกรอบ ข้าวโพดคั่วหรืออบกรอบ ข้าวเกรียบหรืออาหารขบเคี้ยว ชนิดอบพอง ขนมปังกรอบ แครกเกอร์หรือบิสกิต และเวเฟอร์สอดไส้) แสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม³⁷ ตามแบบจีดีเอ (GDA : Guideline Daily Amounts) หรือ ฉลาก หวาน มัน เค็ม³⁸ ในสีเดียว (monochrome) ดังภาพ 3.1 พร้อมข้อความ “บริโภคแต่น้อยและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ”

“ไฟจราจรต้องมี reference profile แต่ข้อมูลไม่พอที่จะผลักดันเรื่องนี้ แล้วยัง ไม่มีใครลงทุนตรงนี้ ขณะที่ GDA มันอยู่ข้างหลังอยู่แล้วและง่าย.... ออ. ไม่ทิ้งไฟจราจรแต่ค่อยๆ เคลื่อน ประเด็นคือ เราต้องสร้างเครื่องมือให้ผู้บริโภค ระดับองค์กร ต้องมีนโยบายออกกำลังกาย เป็น soft policy แต่ก็เป็น hard ในองค์กรเค้าได้คือเป็น KPI”

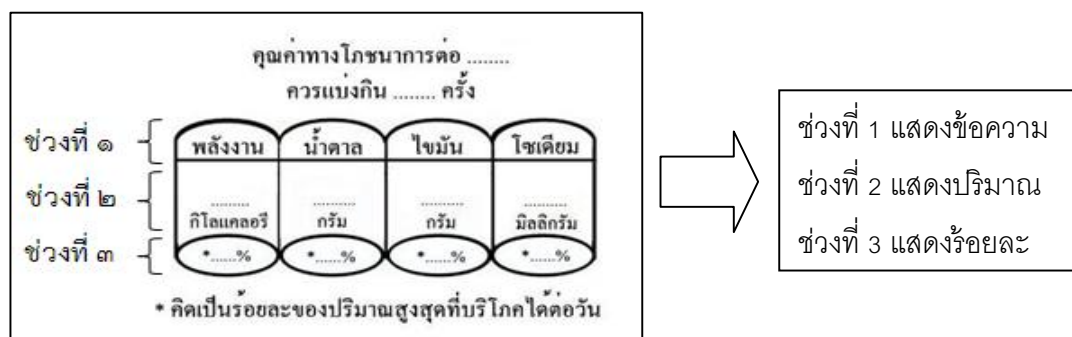
อนุกรรมการขับเคลื่อนจาก ออ.

ซึ่งประเด็นทำให้เป็น KPI ในองค์กร สอดคล้องกับความเห็นของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“ข้าราชการต้องประเมิน competency ถูกไหม ต้องทดสอบสมรรถภาพนะ คุณเดิน 2.4 กิโลเมตรผ่าน อย่างนี้ การบินไทย ผมก็สนับสนุน หุ่นไม่ดียุบไม่ได้ ไม่ได้รื้อถอนสิทธิเค้า อ้วนมีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร”

อนุกรรมการขับเคลื่อนระดับบริหารกระทรวง

ภาพ 3.1 รูปแบบของฉลากโภชนาการแบบ GDA



ที่มา: สำนักอาหาร. แนวทางในการเรียนรู้ฉลากโภชนาการแบบ GDA. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2555.

³⁷ ค่าพลังงาน ไขมัน และโซเดียม อ้างอิงจากค่า Thai Recommended Daily Allowance (Thai RDI) ซึ่งก็คือ ปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ส่วนน้ำตาล อ้างอิงจาก WHO และมติที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ

³⁸ โดยแสดงค่าดังกล่าวต่อหนึ่งหน่วยบรรจุภัณฑ์ไว้ด้านหน้าบรรจุภัณฑ์ และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 24 สิงหาคม 2554 สีของขอบทรงกระบอกให้แสดงสีใดสีหนึ่ง ได้แก่ สีดำหรือสีน้ำเงินเข้มหรือสีขาว และต้องติดกับสีพื้นของฉลาก สีพื้น ภายในรูปทรงกระบอกต้องเป็นสีขาวเท่านั้น และเส้นขีดภายในรูปทรงกระบอกทุกเส้นให้เป็นเส้นสีดำ หรือสีน้ำเงินเข้ม และต้องเป็นสีเดียวกับสีตัวอักษรที่แสดงภายในรูปทรงกระบอก

ใน พ.ศ. 2555 มีประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการโฆษณาอาหารสำหรับทารกหรืออาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522)³⁹ และลงนามความร่วมมือกับคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ในการควบคุมการโฆษณาอาหารและยาโอ้อวดเกินจริงในเคเบิลทีวี ทีวี่ดาวเทียม และวิทยุชุมชน มีผลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556⁴⁰ นอกจากนี้ มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขรองรับการจัดการน้ำนมที่ปลอดภัย (จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 เดือนกุมภาพันธ์ 2555) ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เดือนธันวาคม 2555⁴¹ ในบริบทปัจจุบัน สำนักงานอาหารในบทบาท regulator ต้องทำงานด้วยความรอบคอบในการออกกฎหมายเพื่อสุขภาพของประชาชน ขณะที่ต้องระมัดระวังสุขภาพของหน่วยงานเองด้วย

“มติสมัชชาควรเป็น guideline การออกกฎหมายต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วม โปร่งใส ตรวจสอบได้ แล้วไม่อิงกติกาการค้าตอนนี้กฎหมายที่ค้าคือเราคือมาตรการ GRP ภาคเอกชนพยายามให้ภาครัฐเซ็น MOU ว่าเมื่อจะออกกฎอะไร ต้องมี good regulation practice ถ้าไม่ทำจะตัด GSP ออ.เหมือนถูกตรึงไม่รู้กี่ด้าน”

อนุกรรมการขับเคลื่อนจาก อย.

4. การขับเคลื่อนนิติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เพื่อแปลงไปสู่การปฏิบัติ

จากแบบสอบถามที่ส่งถึงคณะกรรมการขับเคลื่อนนิติทุกท่าน และประธานและเลขานุการคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนิติ 2 ชุดและคณะทำงาน 6 ชุด รวม 20 ท่าน⁴² (ไม่รวมผู้เกษียณอายุที่ยุติบทบาทในมตินี้แล้ว สำหรับท่านที่เป็นกรรมการหลายชุดจะส่งแบบสอบถามให้ชุดเดียว) ได้รับกลับมา 15 ชุด ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2555 คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 75 และนำเสนอข้อมูลนี้ ร่วมกับข้อมูลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ในจำนวนผู้ตอบ 15 คน เป็นชาย 9 คน (ร้อยละ 60.0) และหญิง 6 คน (ร้อยละ 40.0) อายุเฉลี่ย 53 ปี 2 เดือน ด้านความเกี่ยวข้องกับมตินี้ 8 คน (ร้อยละ 53.3) ตอบว่า เป็นเฉพาะกรรมการขับเคลื่อนหรือติดตามมติหรือขับเคลื่อน และมี 5 คน (ร้อยละ 33.3) ร่วมเป็นคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นหรือขาขึ้นด้วย สำหรับภาคส่วนหรือสังกัดนั้น 7 คน (ร้อยละ 46.7) ตอบว่า เป็นตัวแทนหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง รองลงมาคือ เป็นนักวิชาการหรืออยู่ในองค์กรวิชาการ 5 คน (ร้อยละ 33.3) ที่เหลือเป็นฝ่ายเลขานุการ เครือข่ายองค์กรเอกชน และอยู่ใน สช. อย่างละ 1 คน ระยะเวลาเฉลี่ยของการเข้ามามีบทบาทในมตินี้ คือ 2 ปี 8 เดือน ทั้งนี้ผู้ตอบ 8 คน (ร้อยละ 53.3) มีบทบาทในมติดังกล่าวโดยร่วมเป็นคณะทำงานในขาขึ้นอย่างเดียว ขาเคลื่อนอย่างเดียว ทั้งขาขึ้นและขาเคลื่อน และระบุว่า เป็นฝ่ายเลขานุการ อย่างละ 2 คนเท่ากัน

³⁹ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ประกาศ ณ วันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2555.

⁴⁰ เดลินิวส์ออนไลน์ วันศุกร์ที่ 28 ธันวาคม 2555. คณะอนุกรรมการผู้บริโภคด้านวิทยุ-โทรทัศน์ วางกรอบทำงานปี 56 ดูแลโฆษณาอาหารและยาเกินจริง หลังทีวี่ดาวเทียม-เคเบิล รับใบอนุญาตในกำกับ ด้าน อย. ระบุน หากพบการร้องเรียนลงโทษทันที. แหล่งข้อมูล <http://www.dailynews.co.th/technology/174800> เป็นบทบาทตามแผนแม่บทกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. 2555-2559)

⁴¹ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 129 ตอนพิเศษ 187 ง หน้า 63 วันที่ 13 ธันวาคม 2555. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 347) พ.ศ. 2555. เรื่อง วิธีการผลิตอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ.

⁴² กรรมการบางท่านโทรศัพท์ถามว่า ตนเป็นกรรมการตั้งแต่เมื่อไร บางท่านหาหรือว่า เป็นเรื่องนานมาแล้วจนจำไม่ได้ ควรจะตอบแบบสอบถามหรือไม่ สะท้อนว่า น่าจะมีปัญหาด้านการสื่อสารในขั้นตอนแต่งตั้งคณะกรรมการ หรือเชิญประชุม หรือหลังการประชุม ทำให้กรรมการที่ไม่ได้เข้าประชุม ขาดการรับรู้

ตาราง 3.7 แสดงการรับรู้ต่อการนำดินนี้ไปปฏิบัติ ร้อยละ 73.3 ตอบว่า อยู่ในขั้นตอนการนำไปปฏิบัติ น่าสังเกตว่า มี 1 คนตอบว่า จัดทำแผนปฏิบัติการแล้วแต่ไม่มีการขับเคลื่อนเชิงนโยบายต่อ ตรงกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่คณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการชุดต่างๆ ระบุตรงกันว่า ไม่มีการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการหลังจากส่งมอบให้ สช. แล้วในเดือนตุลาคม 2554 คณะทำงานจัดทำแผนไม่ทราบสาเหตุ สะท้อนถึงการสื่อสารภายในระหว่างแกนกับคณะทำงาน มีแต่การขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วน⁴³ ซึ่งเครือข่ายเหล่านี้ก็ร่วมขับเคลื่อน ด้วย

“ไม่แน่ใจว่าใคร.....พูดว่า สภาพของกรรมการชุดนี้ก็จะจบลงเมื่อแผนเสร็จ เราก็คิดว่ามันเราก็หมดหน้าที่ มาตั้งคำถามตัวเองว่า เอ๊ะแล้วใครจะเอาตรงนี้ไปทำต่อหรือต่างหน่วยงานต่างทำกันเอง”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น/ จัดทำร่างแผนปฏิบัติการ/และอนุกรรมการขับเคลื่อน

“ถ้าดูตามยุทธศาสตร์ มีธงเดียวนะคือ คนไทยมีภาวะโภชนาการเกินลดลง ตอนทำร่างยุทธศาสตร์พยายามมองทั้งฝั่ง supply และ demand เลยออกมาเป็นยุทธศาสตร์แบบนี้ ไม่แน่ใจหรอกว่า มีการทำตามแผนปฏิบัติการหรือไม่ แต่เนื่องจากแต่ละยุทธศาสตร์ เวลาเขียนมองหาตัวเจ้าภาพอยู่แล้ว เจ้าภาพเหล่านั้นก็ทำเรื่องเหล่านั้นด้วย ทำให้เรื่องที่เป็นยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนด้วยตัวมันเอง เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการหรือไม่ ไม่รู้”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

“รู้ว่าแผนปฏิบัติการเสร็จแล้ว แต่ยังไม่เคยเห็น final plan คณะทำงานก็ร่างส่งไป มีการรวม แล้วทำสมัชชารายภาคด้วย เราเคยไปภาคหนึ่งด้วย เราคิดว่า process นั้น OK แต่ว่าเค้าก็เอามารวม เค้าจัดประชุมผู้ประกอบการที่ไม่เกี่ยวข้องกับมาตรการภาษีด้วยนะ เราจำได้แต่กลุ่มที่.....(ที่ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นเลขานุการ--นักวิจัย) แต่เค้าไม่เคยพิมพ์เป็นเล่มแจกนะ เราเคยถามหมอ.....ว่า แล้วอย่างไรต่อ คุณหมอ.....ก็ไม่ได้บอกอะไรเรา เราคิดว่ามันขาดการเชื่อมโยงหลังแผนเสร็จแล้ว แต่เนื่องจากทุกคนที่ทำงานแผนอาหารอยู่ในแผนนี้ และทุกคนรับรู้อยู่แล้วว่าแผนจะเคลื่อนไปทางไหน แต่ถามว่ามันเป็นแกนล่อให้ทุกคนหมุนไปตามนี้หรือเปล่า ไม่น่าจะใช้ เพราะทุกคนก็ยังทำภายใต้ภารกิจของตัวเอง เช่น ลดการบริโภคอาหารหวานในสถานศึกษา ก็จะทำต่อเนื่อง นโยบายทั้งหลายก็จะขับเคลื่อนภายใต้ไม่กินหวาน พยายามขับเคลื่อนโรงเรียนปลอดน้ำตาลลดน้ำหวานออกไปเรื่อยๆ จนเป็นนโยบาย”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

สำหรับกลไกหรือระบบติดตามกำกับการนำดินนี้ไปปฏิบัติ ประมาณครึ่งหนึ่งตอบว่า มีกลไก ส่วนที่เหลือตอบว่า ไม่ทราบไม่แน่ใจ และไม่มี ร้อยละ 26.7 และ 20.0 ตามลำดับ (ตาราง 3.7)

“IHPPเป็นเจ้าภาพประเด็นแต่ตอนที่น่าแผนไปปฏิบัติจริง ใครคือแกนหลักที่มากำกับหรือติดตามว่านโยบายนี้ทำถึงไหน ต้องขับเคลื่อนยังไร มีการคุยกันไหมถ่ายทอดไหม ตัวเองหลุดวงหรือเปล่าไม่แน่ใจ”

คณะทำงานร่างแผนปฏิบัติการ

⁴³ สัญญาสิทธิบัตรสิ่งประดิษฐ์ การใช้มาตรการทางภาษีและราคาในอาหารและเครื่องดื่ม และการตลาดเกี่ยวกับอาหารเด็ก (Code of Marketing) ซึ่งเสนอมาตรการการควบคุมการตลาด การโฆษณา และร่วมผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก

ตาราง 3.7 การรับรู้ของคณะกรรมการขับเคลื่อนต่อการนำมติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนไปปฏิบัติ

1. การนำมตินี้ไปปฏิบัติ (n=15)	จำนวน (คน)
• อยู่ระหว่างการปฏิบัติ หรือสื่อสาร/ถ่ายทอดไปยังหน่วยงาน/องค์กร/บุคคลเกี่ยวข้อง	11 (73.3)
• มีการปฏิบัติแต่ไม่แน่ใจว่าจบหรือยัง (ทั้งเรื่องเร่งด่วน+การวางแผนปฏิบัติการ)	1 (6.7)
• ปฏิบัติจนจบแล้ว	1 (6.7)
• จัดทำแผนปฏิบัติการแล้วแต่ไม่มีการขับเคลื่อนเชิงนโยบายต่อ	1 (6.7)
• ไม่ทราบไม่แน่ใจ	1 (6.7)
2. กลไกหรือระบบติดตามกำกับ การนำมตินี้ไปปฏิบัติ (n=15)	จำนวน (คน)
• มี (คณะทำงานติดตามเฉพาะ 1-2 ปีแรก คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตาม 4 ยุทธศาสตร์ ...)	8 (53.3)
• ไม่มี	3 (20.0)
• ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	4 (26.7)

ตัวเลขในวงเล็บ คือ ร้อยละ

การประเมินการแปลงมติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วนไปสู่การปฏิบัติ

จากตาราง 3.8 ความเหมาะสมในการขับเคลื่อนเป็นนโยบายสุขภาพมีคะแนนรวมในระดับปานกลางค่อนข้างมาก (ร้อยละ 84.7) โดยเห็นพ้องกันในระดับมากที่สุดและมาก (ร้อยละ 93.3) ว่าเป็นประเด็นที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนเป็นนโยบายสุขภาพ แต่เห็นว่าสังคมยอมรับมตินี้ในระดับมากและมากที่สุด เพียงร้อยละ 64.3% การระบุดกลไกขับเคลื่อนและการระบุหน่วยบริหารจัดการในการแปลงมติไปสู่การปฏิบัติ ได้คะแนนปานกลางค่อนข้างมาก แต่ระยะเวลาขับเคลื่อนและปฏิบัติให้ได้ผลตามเป้าประสงค์ ได้คะแนนปานกลางค่อนข้างน้อย

“มติดอกมา ถ้าหน่วยงานไม่ตระหนัก ไม่เห็นเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมาทำแผนให้บูรณาการกับงานปกติ ก็เป็นมติดลอย ยังมองว่าทำสมัชชาเร็วเกินไปหรือเปล่า สังคมยังไม่ตระหนักมากพอ.... มุมตัวเองว่ามติดังนี้ยังไม่เคลื่อนไปเท่าไร”

คณะทำงานร่างแผนปฏิบัติการ

“....ประเด็นถัดมาอย่าง 1.6 อาหารสุขภาพ เป็นงานกรมอนามัยเลย 1.2 อุตสาหกรรมอาหารร้านอาหารผลิตอาหารที่มีพวกนี้ต่ำ เดิมกรมอนามัยกับ ออย. ต้องรับไป เห็นการเคลื่อนตัวของกรมอนามัยใหม่ ไม่เห็น มีกลไกที่จะทำให้แผนปฏิบัติการที่เขียนไว้เกิดใหม่ ก็ยังไม่เห็นนะ แต่เราเห็นว่า ออย. รับเป็นเจ้าภาพและเริ่มเคลื่อนเรื่องนี้อยู่ กลายเป็นว่า ทุกคน ณ ขณะนี้ คนที่เกี่ยวข้องกับมตินี้ ต่างมีมติในใจ รู้ว่าตัวรับอะไรมา และต่างคนต่างไปดิ้นรนเพื่อจะหาเงินทางบเพื่อจะขับเคลื่อนภายใต้หมวกของตัวเอง ต่างคนต่างเคลื่อนของตัวเอง บังเอิญว่าประเด็นร่วม พอทุกคนเคลื่อนออกมาก็เหมือนหนุนแรงกันเท่านั้นเอง ที่นี้ เราได้อะไรเป็นชิ้นเป็นอัน เป็นกอบเป็นกำจากแผนปฏิบัติการนี้ พุดตามตรง ไม่คิดว่าที่ สสส. ให้เงินมาทำงาน.....หรือกรมอนามัยให้งบประมาณมาทำงาน มันเกิดจากแผนปฏิบัติการนี้ เพราะเมื่อเกิดแผนปฏิบัติการแล้วในนั้นมีงบประมาณด้วย ไปไหนต่อ ส่งให้ สช.แล้วไงต่อ”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

การขับเคลื่อนมติได้คะแนนรวมอยู่ในระดับปานกลางและน้อย (ร้อยละ 55.6 และ 20.0 ตามลำดับ) การสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายหรือสังคมรับทราบและตระหนัก ได้คะแนนปานกลางไปถึงมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) ขณะที่การสื่อสารสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนปฏิบัติการด้วยกัน ได้คะแนนปานกลางไปถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 86.7) ด้านศักยภาพของกลไกขับเคลื่อน และความเป็นเอกภาพสอดคล้องระหว่างกลไกขับเคลื่อนมติกับภาคส่วนปฏิบัติการ ได้คะแนนปานกลางรวมกับน้อย ร้อยละ 93.3 (ตาราง 3.8)

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพว่า ภาคส่วนปฏิบัติการขาดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของมติ แม้แต่คณะอนุกรรมการบางท่านก็ไม่ทราบว่าเป็นกรรมการ (บางท่านเป็นประธาน) ไม่ทราบความคืบหน้า ไม่ได้รับการติดต่อหลังแผนปฏิบัติการส่งมอบให้ สช. ไปแล้ว การที่มีเครือข่ายมี connection กันมาก่อน ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการจัดการและขับเคลื่อนส่วนที่เป็นภาพรวมได้อย่างมีพลัง (แต่เป็นการขับเคลื่อนเฉพาะประเด็นของตนโดยมีเครือข่ายอื่นร่วมเป็นภาคี) ประกอบกับการสื่อสารที่มุ่งความสำเร็จให้เกิดเป็นบันทึกประเทศไทย ทำให้บางภาคส่วนเข้าใจว่า เบื้องหลังการขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วนเลียนแบบต่างประเทศให้เกิดผลสำเร็จนั้น เป็นเพราะต้องการสร้างผลงานเด่นเพื่อนำเสนอในเวทีนานาชาติ มากกว่าจะยึดผลประโยชน์ของสังคมไทย ความไม่เป็นเอกภาพสอดคล้องระหว่างกลไกขับเคลื่อนมติดกับภาคส่วนปฏิบัติการ ส่งผลลดทอนพลังและเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ แต่ในระยะยาวกระทรวงสาธารณสุขคงต้องนำมาเป็นนโยบายเพราะความสำคัญของเรื่องที่ต้องการอนามัยโลกเรียกร้องให้สมาชิกดำเนินการ แต่จะเชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการที่จัดทำขึ้นหรือไม่ เป็นอีกประเด็นหนึ่ง

“สองส่วนนะ ส่วนหนึ่งคือ มติ กระทรวงไม่ได้ร่วมคิดร่วมทำด้วย คุณไปคิดอะไรมา คุณก็มาโยนให้เรา.....ถ้าเขาไม่มีส่วนร่วมตอนเริ่ม ไม่มีความรู้ความสามารถ มันก็ไม่เกิด ตอนนั้นกวีวิชาการกระทรวงในกรมมีปัญหาใหม่มันอาจมีปัญหาก็คือ..... กระทรวงศึกษาฯยังทางใหญ่ พวกกระทรวงสาธารณสุขทำอะไรกัน เขาอาจมองว่าเป็นกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้มองว่าไปในนามส่วนตัวด้วยซ้ำ.....คนมาทำเครือข่ายเขาตั้งจากใครมาละตั้งคนที่สนิทๆ กันจาก expert ใหม่ มี power จริงในเรื่องนั้นใหม่ สมมุติว่าสช.เขาตั้งทุกคนที่อื่นนี่คือบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย ใครต่อใครตามกฎหมายที่เป็น mission เขา บางส่วนเป็น expert คนที่พูดเสียงดังใครฟังแล้วเชื่อเข้ามาช่วยใหม่ ต้องเริ่มกลับมาหันหน้ามาคุยกัน.....เอ็นจีโออย่างเดียวไม่พอนะ พยายามดึงให้ครบถ้วนเปล่าไม่รู้ละ.....บางคนไปในนามส่วนตัว ไม่ใช่อธิบดีมอบ กรมไม่รู้เรื่อง”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

“ชุดนี้ สงสัยไม่ได้ประชุม เพราะผมเป็นประธาน ไม่ประทับใจ จำไม่ได้ คิดว่าอาจประชุมแค่ครั้งสองครั้ง ชุดนี้ ไม่ work”

อนุกรรมการขับเคลื่อน

“ไม่แน่ใจว่าใคร.....พูดว่า สภาพของกรรมการชุดนี้ก็จะจบลงเมื่อแผนเสร็จ เราก็คิดว่ามันเราก็หมดหน้าที่ มาตั้งคำถามตัวเองว่า เอ๊ะแล้วใครจะเอาตรงนี้ไปทำต่อหรือต่างหน่วยงานต่างทำกันเอง IHPP เป็นเจ้าภาพประเด็นแต่ตอนที้นำแผนไปปฏิบัติจริง ใครคือแกนหลักที่มากำกับหรือติดตามว่านโยบายนี้ทำถึงไหน ต้องขับเคลื่อนยังไง มีการคุยกันไหมถ่ายทอดไหม ตัวเองหลุดวงหรือเปล่าไม่แน่ใจ.....ยังไม่เห็นเรียกมาทบทวนนโยบายว่าออกไปแล้วทำอะไรได้บ้าง.....”

คณะทำงานร่างแผนปฏิบัติการ

“ไม่เคยมีการติดตามจาก สช. หรือจากแกน เค้าตามในที่ประชุมใหญ่เมื่อสมัชชารอบที่แล้ว (สมัชชาครั้งที่ 4—นักวิจัย) จริงๆ ดูเหมือนเค้าจะเตรียมกันเองเรียบร้อยแล้ว แล้วเชิญเรา ที่.... นักวิชาการที่ทำเรื่องนี้สามสี่คน ไปรอนั่งเพื่อจะมีคำถาม วันนั้น IHPP ก็ทำสรุปภาพรวมว่า แผนปฏิบัติการเสร็จแล้ว มีการเคลื่อนตัวอะไรบ้างแล้วก็รายงานในที่ประชุม จบ แต่ไม่ได้ตอบ ไม่มีใครถามเข้าใจว่า process ของ สช. ในห้อง มันเป็นพิธีการ อาจเป็นว่าการรายงานมติเป็นวาระ แบบวาระประจำซึ่งคนที่มาเค้าสนใจมติใหม่ทีเค้าจะขับเคลื่อนมากกว่าจะตามฟัง ตรงนี้จะมีกลุ่มคนซึ่งอยู่ในเครือข่ายในแวดวงที่ทำเรื่องนี้ ที่ไปนั่งฟัง แต่ต่างคนต่างก็รู้ละว่า ขึ้นตอนมันไปถึงไหนแล้ว มันก็ไม่มี comment อะไร”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

“เรื่องการขับเคลื่อนให้มันเกิดจริง เคยมีคุยกัน ก็ถามว่า แล้ว สช. จะช่วยอะไรเราต่อได้ นอกจากมีมติออกมา สช. บอกไม่ใช่หน้าที่เค้า เค้ามีสิ่งทีออกเป็นมติเยอะมากในแต่ละปี เพราะฉะนั้นหน้าที่หลักควรจะเป็นของเจ้าของประเด็นที่ต้องการใช้กลไกของ สช. เพื่อให้เป็นมติออกมา ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การดำเนินการ การติดตาม ก็ตาม กลไก สช. มีไว้เพื่อเอื้ออำนวยให้คนสามารถขับเคลื่อนเรื่องของตัวในภาพกว้างได้และมีการรับรู้ทุกภาคส่วน นั่นคือ คำตอบที่เค้าชี้แจงในที่ประชุมสมัชชาซึ่งเราก็ออ OK นะ ไม่ได้มีปัญหาอะไร โดยรวม ส่วนตัวเลย เข้าไปทำงานชุดนั้น แล้วก็ทีมงานของเครือข่ายเอง เราได้อะไรจากมตินี้ มันก็ได้เยอะพอสมควร ก็ได้ตามอิทธิฤทธิ์ของมติสมัชชาที่จะให้ได้ พูดง่ายๆ เวลาเสนอ จะบอกว่ามันผ่านสมัชชามาแล้ว เป็นที่รับรู้ของคนทั่วไป

เพียงแต่ว่า ระดับ decision maker เค้าให้ความสำคัญแค่ไหนต่างหาก ประเด็นที่สอง สสส.ให้ความสำคัญแค่ไหนด้วย ขึ้นกับผู้บริหาร สสส.จะมอง เข้าใจว่า สสส. มองในแง่เค้าเป็น funder และสนับสนุน ทุกคนมองอย่างนี้ละ ยอยากทำ ฉันทสนับสนุน ยกไปหาทางขับเคลื่อน สมัชชาก็จะมองว่า คุณคิดว่าเรื่องคุณสำคัญ คุณมาผ่านชั้น ชั้นใช้กลไกทำให้ทุกคนรับรู้เรื่องของคุณหมด แล้วชั้นก็ใช้กลไกตาม พ.ร.บ. เพื่อสนับสนุนคุณเป็นทางการ ได้รับการยอมรับ นโยบายเห็นก็ต้องสนับสนุน นี่คือนี่ที่เราบอกว่า เค้าคิดนะ ปัญหาสำคัญอยู่ที่ก่อนตรงกลางคือ stakeholder ทั้งหมด จะทำงานอย่างไรให้ synergy กันได้ เกิดกระบวนการอย่างไร ทำอย่างไรให้แผนปฏิบัติการที่ช่วยกันคิด เกิดการขับเคลื่อนอย่างมีพลังจริง connection ที่มี เวทีที่มี เป็นธรรมชาติ ไม่พอนะ”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

“ในต่างประเทศเน้น action เป็น task force ทั้งนั้น แล้วบอกไปเลย 5 ปี อย่างอังกฤษรัฐบาลตั้ง Change for life รวมทุกหน่วยงาน เริ่มจากเรื่องอ้วนในเด็กแล้วขยายไปหลายเรื่อง เป็นตัวอย่างที่ดีมากที่รัฐบาลเห็นความสำคัญ”

อนุกรรมการขับเคลื่อนและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

“ถ้าสำเร็จก็เป็นข่าวสาร เป็น out standing ว่าประเทศไทยทำได้ อังกฤษเค้า claim ว่าได้ผล เราก็อยากลองดู”

อนุกรรมการขับเคลื่อน

“นโยบายของเค้าคือ present international เค้าไม่สนใจประชาชน ถ้าวัดว่าประชาชนได้อะไรจากการทำงานของชุมชน ประชาชนไม่ได้ประโยชน์”

อนุกรรมการขับเคลื่อนระดับหัวหน้าหน่วยงาน

การนำมติไปสู่การปฏิบัติ ได้คะแนนรวมปานกลาง มาก น้อย และมากที่สุด ร้อยละ 39.7, 27.4, 26.0 และ 2.7 ตามลำดับ และมีผู้ไม่ทราบไม่แน่ใจร้อยละ 4.1 ภาคส่วนปฏิบัติการเห็นชอบหรือยอมรับบทบาทในมตินี้ ได้คะแนน “น้อย” ในสัดส่วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 40.0 ทำนองเดียวกับ ร้อยละ 42.9 ให้คะแนนภาคส่วนปฏิบัติการมีการปรับหรือเปลี่ยนแปลงระบบงานรองรับบทบาทในมตินี้ “น้อย” น่าสังเกตว่า มีผู้ให้คะแนนมากในข้อความซับซ้อนยุ่งยากในปฏิบัติการ ถึงร้อยละ 64.3 (ตาราง 3.8)

มตินี้มีสองส่วนคือ มาตรการเร่งด่วนซึ่งมีการขับเคลื่อนทางสังคมจึงเป็นที่รับรู้กัน ส่วนที่เป็นการจัดทำแผนปฏิบัติการซึ่งส่งมอบให้ สข. แล้วและไม่มีการสื่อสารให้คณะทำงานจัดทำแผนทราบข่าวคราว ดังกล่าวมาข้างต้นแล้ว เมื่อแผนนี้เจียบ ก็เป็นธรรมดาอยู่เองที่จะไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบงานรองรับการแปลงมติไปสู่การปฏิบัติ น่าสนใจว่าคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายภายใต้การสนับสนุนของ สสส. แล้วนำกลับมาใช้ในการทำงานภายใต้การสนับสนุนของ สสส. หรือไม่ ถ้า “ใช่” จะเกิดการปฏิบัติ ซึ่งในกรณีนี้ สสส.จะเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนแผน แม้ว่าจะเป็นเพียงบางส่วนของแผนก็ตาม

“ตั้งมติสมัชชามากำหนดเป้าใหญ่ของ สสส. เหมือนกัน ตัวชี้วัดพวกนี้ สสส. ไม่ได้เป็นคนทำ ณ ปัจจุบันที่มีการสนับสนุนทุนไป ก็พยายามจะบอกคนที่มารับทุนเรา ให้ตั้งตัวชี้วัดเข้าไปใส่ในตัวโครงการ เวลาเขาเขียนโครงการมาก็พยายามใส่เรื่องผลผลิต..... ก็ใส่เท่าที่ใส่ได้ โครงหนึ่งเขาอาจจะแค่ตอบตัวนี้ ไม่ได้ตอบทุกตัว ทำอย่างนั้นไม่ได้ ไม่มีใครรับทุนถ้าต้องตอบทุกตัว”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

“ตอนที่.....มาขอให้ช่วยกันทำ พวกเรายังรู้สึกว่ แล้วไงละเพราะแผนปฏิบัติการเราก็ต้องทำอยู่แล้วเราก็มี่ แล้วทำไมต้องมาเขียนพวกนี้ด้วย...เมื่อสามเดือนที่แล้วเคยให้ภาคีที่เสนอประเด็นสมัชชานำเสนอใน executive board ของแผน ก็รับทราบ เพราะว่าหัวใจคือการขับเคลื่อนแผนเป็นหลัก แล้ววาระของ สข. เป็นเรื่องเฉพาะ scope มันเล็ก งานที่เราทำมันใหญ่กว่านั้น อย่างแผนอาหารทั้งแผนดูตั้งแต่ต้นทางผู้ผลิตเกษตรจนถึงกระบวนการตลาด การจะทำให้คน access healthy food ถึงผู้บริโภค เรื่องอ้วนอยู่แค่ตรงนี้ อย่างป็นี่เรื่องเกษตรปลอดสารเคมี มันอยู่ตรงนี้ เวลาเข้าไป กรรมการก็รับทราบ (หมายถึง executive board---นักวิจัย)”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

อย่างไรก็ตาม ผู้เกี่ยวข้องภายนอก สช. เห็นว่า ควรนำแผนนี้มาผ่านการรับรองจากสมาชิกอีกครั้ง หรือ สช. ต้องมีกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อจัดการให้แผนนี้อยู่ในมือหน่วยงานที่มีบทบาทโดยตรง ไม่เช่นนั้นก็เท่ากับ สช. ทิ้งมันไป ช่วงรอยต่อระหว่างแผนปฏิบัติการเสร็จและส่งมอบให้ สช. จึงมีประเด็นน่าสนใจที่สามารถเป็นบทเรียนในอนาคตได้ว่า “ควรทำอะไรหรือไม่กับแผนปฏิบัติการนี้” คณะกรรมการขับเคลื่อนเห็นควรให้ผ่านการรับรองจากเวทีสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ และเป็นการประกาศความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ และเครือข่ายในการจัดการปัญหานี้อย่างเป็นทางการต่อสาธารณะ ขณะที่ทาง สช. เห็นว่าควรขับเคลื่อนได้เลย ไม่จำเป็นต้องนำกลับเข้าเวทีสมาชิกอีก

“จำเป็นต้องนำแผนปฏิบัติการเข้าสมาชิก เพราะมันเป็นคำสั่งสมาชิกว่าให้ตั้งกรรมการให้ไป develop แผนนำมาส่ง ถ้าไม่เข้าคุณก็เขียนและไม่ผ่านพิธีกรรมอะไรเลย คสช. อนุมัติก็โอเค แต่ไม่สวย ยัง prefer ที่สมาชิกแห่งชาติ ก็ไม่เข้าใจว่าทำไมออกไปแล้วต้องออกไปเลย แล้วไปที่ คสช. อีกรอบหนึ่ง คสช. รับทราบแล้ว คสช.ทำอะไรบ้าง จากแผนปฏิบัติการครั้งนี้ รับทราบแล้วให้ลงไปปฏิบัติต่อกี่ไป อันนั้นคือการนับหนึ่งของ action plan แต่ไม่เกิดกระบวนการแบบนี้.... ยังเจียบอยู่”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น จัดทำร่างแผนปฏิบัติการ และคณะกรรมการขับเคลื่อน

“ทีมเลขาอาจมีส่วน liberate ให้คนที่ เป็น authority อย่างกรมอนามัย ถ้าแผนเสร็จ สช. ต้องจัดกระบวนการให้ main authority รับไป อาจเป็นกรมอนามัย คร. สช. ก็จะได้จบภารกิจเรื่องนี้ ต้องเป็น สช. ไม่ใช่ (ชื่อบุคคล-นักวิจัย) หรือต้องระบุบทบาทให้ชัดเจนขึ้น หรือร่วมกันผลักดันถึงจุดที่จะเคลื่อนต่อโดย main authority สช. ก็ถอยออกมา แล้ว monitor หรือ สช. เลือกจะทิ้งไปเลย”

อนุกรรมการขับเคลื่อนอดีตข้าราชการ

ด้าน สสส. บูรณาการแผนงานย่อยที่เกี่ยวข้องจัดตั้งเป็นแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ อยู่ภายใต้สำนักนรณรงค์และสื่อสารสาธารณะเพื่อสังคม (เดิมในสำนักนี้มีแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอยู่แล้วคือแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย และกีฬาเพื่อสุขภาพ และแผนสื่อสารสุขภาวะและสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม) สำนักนี้จึงมีบทบาทภาระงานเพิ่มขึ้นและเป็นบทบาทเกี่ยวข้องกับมตินี้อย่างสำคัญ แต่การพัฒนาเชิงโครงสร้างของ สสส. นี้คู่ขนานไปกับสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ (มิใช่ว่าเป็นเพราะมีมตินี้เกิดขึ้น) ทั้งนี้การสนับสนุนของ สสส. เป็นไปตามกรอบนโยบายที่เน้นการพัฒนาต้นแบบจากฐานความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์ ประเด็นสำคัญจึงอยู่ที่ข้อเสนอและทิศทางการขับเคลื่อนตามมติสมาชิกสอดคล้องกับประเด็นและทิศทางที่ สสส. จะขับเคลื่อนตามแผนหลักหรือไม่ ส่วนการสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติครอบคลุมทั้งประเทศควรเป็นบทบาทของ สปสช. และควรต้องสอดคล้องกันระหว่าง สสส. สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข

“ตุลาปีที่แล้ว สสส. ตั้งแผนใหม่ล่าสุดขึ้นมาเรียก อาหารเพื่อสุขภาวะ งานเกี่ยวข้องที่เคยกระจายอยู่กับหมอ ก็โอนมาหมด... เราเคลื่อนของเรามาตลอด สปีท์ที่ผ่านมาเราอยู่ใน congress ใหญ่ๆ ของเรื่องนี้หลายครั้งและเราไป endorse Toronto Charter ปี 2010 แล้วกฎบัตรนี้พูดเรื่องนี้ทั้งนั้นเลย Toronto Charter อาจคล้ายมติสมาชิกก็ได้ แต่ไม่ได้เข้าร่วมมติ สช. แต่แรกก็เลยไม่รู้สักว่ามี commitment หรือผูกพันใดๆ....ชัดเจนว่า advocacy ไม่ใช่แค่มีมติแล้ว endorse กัน แต่พูดถึงกระบวนการที่จะผลักดัน policy ระดับสากลระดับประเทศ ถ้าถามตัวเอง ที่มาที่ไปของการเกิดแผนอาหารหรือการที่ สสส. focus เป้าหมายมาเรื่องน้ำหนักเกินเรื่องอ้วนที่ชัดเจนนี้ ตัวเองว่าไม่ได้มีผลมาจากมติสมาชิก (หมายถึงสมาชิกสุขภาพไทย—นักวิจัย) แต่เวลาเขียนแผนหลักต่างๆ ใน review literature ก็ refer ถึงว่าเรื่องอ้วนสำคัญ....เครือข่ายยังทำงานใกล้ชิดกับเรามากๆ ทุกวันนี้เราก็ดันงานกันไปเยอะแยะก็ไม่ได้เห็นมีใคร refer ถึง เราไป connect ไปดันหลายเรื่อง เครือข่ายที่เกาะกันตลอดก็ไม่มีใครมองว่า ที่ทำเพราะเป็นมติสมาชิก”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

“ตั้งแต่ปีที่ผ่านมา ในแผนหลัก สสส. แผนอาหารกับออกกำลังกาย จะระบุตัวชี้วัดเกี่ยวกับเรื่องการจัดการปัญหาของเด็กอ้วนตั้งแต่อายุ 6-14 ปี ให้ไม่เกินร้อยละ 10 ภายในปี 56 แผน 3 ปี จริงๆ มันอยู่ในแผน 10 ปีด้วย เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้

แผนออกกำลังกายก็เพิ่มแผนกิจกรรมทางกายแต่ตัวชีวิตร่วมก็คือการจัดการปัญหาของเด็กอ้วน ควบคุมไม่ให้เกิด.... ตัวชีวิตที่ สสส. ระบุคือตั้งมาจากมติ ดึงมาระบุไว้เลย ไปดูบางตัวเช่น เพิ่มอัตราบริโภคผัก ผลไม้อยู่ในสุขภาพวิถีไทยแผนของกระทรวง”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

“เข้าใจว่า สสส.เริ่มปรับตัว จะด้วยมติสมัชชาหรืออะไรก็แล้วแต่ ถึงเกิดแผนอาหารเพื่อสุขภาพขึ้นมา เริ่มสนใจอย่างจริงจัง stakeholder หลักๆ อย่าง สสส. เคลื่อนเต็มตัวแน่นอน ผู้บริหารคงเอาใจจริงจัง ไม่ปฏิเสธการขับเคลื่อนของภาคีทั้งหลาย ในขณะที่ผู้บริหารกระทรวง กรมอนามัย อันนี้ไม่แน่ใจ เป็นธรรมชาติที่ผู้บริหารต้องการอะไร ในแต่ละช่วง แล้วแต่ความสนใจ ตัวนี้สุดท้ายก็ช่วยเหลือเหมือนเป็นกลไกหนึ่งบวกกับ UN ประกาศเรื่องโรคอ้วนบวกกับองค์การอนามัยโลก สุดท้ายก็หนีไม่พ้นที่จะทำให้ผู้บริหารกระทรวงต้องทำเรื่องนี้ เพียงแต่ว่า ทำแล้วยึดตามแผนปฏิบัติการของ สส.หรือไม่ นั่นอีกเรื่องหนึ่งนะ แล้วแต่คนขง ถ้าคนขงอยู่ในวงนี้ ต่อให้ไม่เปิดดู ทุกคนก็เขียนอยู่ดีเพราะความคิดก็อยู่ในเรื่องงาน ถามว่า ระดับ policy maker ของสองส่วนนี้คุยกันไหม ลำบากนะ ไม่คิดว่า มองตรงกัน สสส.ก็มีวิธีทำงานของตัวเอง กระทรวงก็มีวิธีทำงานของตัวเอง บางทีไม่ซ้อนทับกันบางทีก็ขัดแย้งกันด้วย ตรงนี้ต้องแก้ด้วยกลไกหลักที่จะเชื่อมตรงกลาง ส่วนระดับปฏิบัติงานพยายามที่จะทำงานด้วยกันและหนุนเสริมกันอยู่แล้ว สสส.ก็มีข้อจำกัด ไม่สามารถสนับสนุนการ implement ที่เป็นหน้ากระดานได้ นั่นคือ mission มองเรื่องนโยบายเป็นหลัก เชื่อว่าการขับเคลื่อนนโยบายที่สั่งการได้เลย ผลจะมาเอง แต่จากประสบการณ์เรบอกกว่า ถ้ากลไกในองค์กรไม่เอาด้วยนโยบายก็จืดสนิท แต่ สสส. ก็เป็นความหวังอยู่นะ ถ้ามีกลไกหรือคณะอะไรซักชุดที่ขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างจริงจัง ที่ปล่อยวางผลประโยชน์ตัวเองลงบ้าง สิ่งที่ยืนยันไว้ทุกอย่างมันพร้อมจะเดิน ขนาดไม่ได้ยึดที่เขียนนะ มันยังมาได้ถึงขนาดนั้นใน 2 ปีที่ผ่านมาภายใต้การทำงานของเครือข่ายที่ขับเคลื่อนประเด็นของตัวเอง ยังเคลื่อนมาได้ตั้งเยอะขนาดไม่มีกลไกหลัก ถ้ามีกลไกหลักที่จริงจัง จะไปได้อีก”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

“ต้องลงไปปฏิบัติให้เห็นว่า ด้วยเงื่อนไขการทำงานแบบ สปสช. มันจะเกิดได้อย่างไร ยกตัวอย่างก่อนหน้านี้ สปสช. ไม่สนใจเรื่องอาชีวอนามัยของแรงงานนอกระบบ สสส. ให้แผนงานแรงงานนอกระบบไปปฏิบัติการจากพื้นที่เลย ไปเอนกวิชาการที่สนใจอาชีวอนามัย สำนักควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ สคร.เขตที่สนใจอาชีวอนามัย เอาอาสาสมัครมาพัฒนา มาเจาะ ปัญหาโรคที่ทำให้ปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบมีอะไรบ้าง ป้องกันอย่างไร จนได้โมเดลพื้นที่ขึ้นมา เขียนเป็นโมเดลที่มันจะทำงานได้ แล้วก็ทดลองทำระดับจังหวัดที่มันใหญ่ขึ้น ถ้าไม่มีปฏิบัติการรองรับให้เห็นว่า ทำอะไรได้บ้างองค์กรอื่น ๆ จะทำอะไรได้บ้าง”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

ถ้า สสส. จะเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนมติอาจโดยการสื่อสารสังคมหรือทำงานขับเคลื่อนระดับพื้นที่เนื่องจากเครือข่ายของ สสส. เข้ามามีบทบาทเสนอประเด็นในเวทีสมัชชาสุขภาพและขับเคลื่อนมติ ผู้บริหาร สสส. มีความเห็นว่า มีโอกาสเป็นไปได้ หากทิศทางการขับเคลื่อนและข้อเสนอของมติ สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของ สสส. ที่สำคัญที่สุดคือ ต้องมีการประสานความร่วมมือร่วมใจกันตั้งแต่ข้างขึ้น เพื่อให้ได้มติดีที่มีสาระสำคัญและทิศทางการขับเคลื่อนสอดคล้องกับแผนหลักของ สสส. หรือร่วมกันกำหนดหากเป็นประเด็นปัญหาใหม่ เป้าหมายและตัวชี้วัดของ สสส. ที่เกี่ยวข้องกับมตินี้ แสดงดังตาราง 3.9

“ต้องดูก่อนว่าจะเคลื่อนอะไร..... เราไม่ได้ปฏิเสธกระบวนการนโยบายสาธารณะ เราทำ policy advocacy ⁴⁴ เราไม่ปฏิเสธ ถ้าเห็นช่องทางและโอกาส..... แล้วบังเอิญ สิ่งที่เราบอกให้เราทำ เราทำไปแล้ว แล้วกว้างกว่ามติ เช่นที่กำลังทำอยู่ และผลก็ไปมาก healthy space เป็นมติ ครม. ตั้งแต่สมัยคุณอภิสิทธิ์ รัฐบาลนี้ก็รับ เพิ่งเสนอกับรัฐมนตรีคนใหม่ ปลายปีที่แล้ว ชงเรื่องนี้เสนอนายก ก็ไม่ได้คิดว่าทำเพราะมติสมัชชา แต่เห็นเป็นจังหวะและโอกาส แต่ตอนเสนออาระใด ๆ ก็จะมี background ข้อมูลว่า ต้องทำเพราะคนไทยอ้วนเท่าไร ปัญหาวิกฤตยังไ้ จะขัดตลอด เมื่อสองอาทิตย์ที่ผ่านมา ประชุมบอร์ด สสส. ก็เสนอยุทธศาสตร์บูรณาการเพื่อลดโรค

⁴⁴ สสส.มี 3 ช่องทางส่งข้อเสนอเชิงนโยบายได้แก่ 1) ครม. ซึ่งนายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการบริหาร สสส. และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน 2) สำนักงานที่ปรึกษาคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 3)ส่งตรงไปที่กระทรวงที่เกี่ยวข้องเลย เช่น เรื่อง physical activity ของผู้มีรายได้น้อยที่อยู่บ้านแออัด คือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และการเคหะแห่งชาติ และตั้งเป้าลดภาวะน้ำหนักเกินของผู้อาศัยบ้านแออัดทั่วประเทศ

อ้วน โยงให้เห็นว่าต้องทำ 2 เรื่องคือ active people และ active place รัฐมนตรีเองก็พูดเลยว่า อันนี้ชัดมากๆ แล้ว active place ทำกับคมนาคมเมื่อวานคุยกับผู้ว่าการทาง ทางหลวง เรื่องปรับทางเดินเท้า งานก็เคลื่อนตลอด และสมัชชาที่ไม่เคย contact เรา ไม่เคย offer ว่าเรามาฝึกกำลังกันใหม่ จะได้แรงขึ้น เสียงเราจะดังขึ้นเวลาไป negotiate กับใคร ไม่เคยมี.....ไม่เคย treat เราเป็น partner ไม่มีใครบอกว่า เป็นผู้ประสานมติ จัดวางหารือร่วมกัน มีงานยากที่ทำไม่ได้ มารวมพลังกัน.... นี่แผนปฏิบัติการเสร็จแล้ว”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

ด้าน สช. หลังจากจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนชุดต่างๆ แล้วได้ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนมติเร่งด่วน สำหรับการขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติการ มีความเข้าใจว่าควรเป็นบทบาทของคณะกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน อย่างไรก็ตาม หลังจากไม่เกิดการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ ทาง สช. ได้พยายามประสานแผนกับ สสส. กระทรวงสาธารณสุขซึ่งจัดทำแผนสุขภาพวิถีชีวิตไทย (ผ่านความเห็นชอบจาก ครม.) และแผนงานเครือข่ายโรคไม่ติดต่อ (ThaiNCDnet)

“กรมเห็นชอบมติ แล้วมีการประชุมหารือกันว่าเรื่องนี้ทำอย่างไรต่อ เพราะว่ามีคณะกรรมการอาหารเข้าไปเกี่ยวข้อง เรา ก็เชิญทางคณะกรรมการอาหาร คณะกรรมการบอก ไม่ได้ดูเรื่องพฤติกรรม ดูเรื่องตัวอาหาร เพราะฉะนั้นหน้าที่นี้น่าจะอยู่ที่ สช. สช. ก็ตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนมติ ถ้าดูในคำสั่งครอบคลุม PDCA คือ plan do check act นะไม่ได้ทำแผนอย่างเดียว ในคำสั่งนี้ ขับเคลื่อนแนวทางอะไรเยอะแยะไปหมด สช. หนุนเงินไปก่อนหนึ่ง ล้านกว่าบาทไปทำแผน..... มตินี้มีมาตรการเร่งด่วนอยู่ 3 ข้อ ก็มี การตั้งอนุกรรมการอีกนะ... เราเข้าไปหนุน.....จัดประชุมเป็นสิบสิบครั้ง จนได้ข้อเสนอขึ้นมาทั้ง 3 เรื่อง เช่น เรื่องสัญญาณสี ได้ข้อเสนอ ว่า 3 สี เราก็ประสานงานทาง อย. ทาง อย. ขอเอาเป็นลักษณะสีเดียวกันก่อน มาตรการภาษี ได้แค่ข้อเสนอ จบแล้ว อันที่ 3 code นมแม่ไม่น่าสอดคล้องกับมติปีถัดมาเรื่องของกลยุทธ์การตลาดอาหารก็เลยเอาตรงนั้นมาทำงานต่อ มีมติต่อซึ่งขณะนี้กำลังทำงานกับ ทางกรมอนามัย อย. เครือข่ายศูนย์นมแม่ เป้าหมาย 2 ข้อคือ การออก พรบ. ยกย่องจากกระเปาะกระทรวงสาธารณสุข เป็น พรบ. กับ ขยายวันลาคลอดจาก 90 วันเป็น 180 วัน..... เรา ก็เอาสาระสำคัญของร่างแผนมตินี้เข้าไปบูรณาการกับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวง สาธารณสุข กรรมการระดับกลไกมี สช. ด้วย คือเกิดการเชื่อม อันที่ 2 มีอนุกรรมการอยู่สองสามคณะ คณะอนุระดับนโยบายกับอนุ พัฒนาสุขภาพชุมชนที่มี สช. อันที่ 3 ภาควิชาเครือข่ายที่ทำงานด้านนี้โดยเฉพาะแกนสมัชชาสุขภาพในจังหวัด ไปเป็นกรรมการใน คณะทำงานขณะทำแผนระดับกระทรวงสาธารณสุข เอาแผนเราไปสอดไปบูรณาการไปผลักดันเข้ากับแผนหลักขององค์กรที่เรามีพันธกิจปกติ กระทรวงเขาทำเรื่องนี้ ตั้งสำนักสุขภาพวิถีไทยขึ้นมาเลย ทางที่สองคือองค์การอนามัยโลกสนับสนุนประเทศไทยอยู่ 5 เรื่อง 1 ใน 5 คือ NCD ตั้งเครือข่าย NCD net ฝักก็เป็นกรรมการทางนี้ อีก ฝักก็เอาสาระต่างๆ เข้าไปบรรจุขับเคลื่อนผ่านเครือข่าย NCD net ทำงานประชุมกันแล้วก็ขับเคลื่อน เราพยายามผลักดันให้บรรจุในแผนขององค์กรหลักทั้ง สสส. ทั้งเครือข่าย NCD net ของ กระทรวงสาธารณสุข”

อนุกรรมการขับเคลื่อนระดับบริหาร สช.

ด้านการติดตามประเมินผลมติ ส่วนใหญ่ให้คะแนนระดับปานกลาง ยกเว้น ความก้าวหน้าหรือความสำเร็จของมตินี้ซึ่งได้คะแนนน้อย ในสัดส่วนที่มากที่สุด (ร้อยละ 40.0) และแนวโน้มที่จะบรรลุเป้าประสงค์ด้าน สุขภาพ มีสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 40.0) ระหว่าง คะแนนปานกลาง กับ น้อยและน้อยที่สุด ส่วนใหญ่เห็นว่า มตินี้มีความก้าวหน้าหรือความสำเร็จ ในระดับน้อยและน้อยที่สุด รวมร้อยละ 53.3 และมีผู้ตอบ ไม่ทราบไม่แน่ใจ ร้อยละ 13.3 (ตาราง 3.8) ความสำเร็จของมตินี้ (คะแนนน้อย) น่าจะเป็นการประเมินจากการขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วนซึ่ง ได้ผลลัพธ์ต่างจากที่ตั้งเป้าหมายไว้

ตาราง 3.8 การประเมินการขับเคลื่อนและแปลงมติไปสู่การปฏิบัติ

(5=ดีที่สุดมากที่สุด 4=ดี/มาก 3=ปานกลาง 2=แย่น้อย 1=แย่มากน้อยที่สุด 9=ไม่ทราบไม่แน่ใจ)

องค์ประกอบในการประเมิน	5	4	3	2	1	9	รวม
1. ความเหมาะสมในการขับเคลื่อนเป็นนโยบายสุขภาพ							
ก.ความสำคัญของประเด็น (ขนาด/ความรุนแรง/ผลกระทบต่อสังคม) n=15	66.7	26.7	6.7	0.0	0.0	0.0	100
ข.การมีส่วนร่วมของหน่วยงาน/องค์กร/ภาคีเครือข่ายในการยกร่างประเด็น n=15	13.3	33.3	40.0	13.3	0.0	0.0	100
ค.ความสมบูรณ์ครบถ้วนของเนื้อหา (ยุทธศาสตร์ กลไก มาตรการ เป้าหมาย ตัวชี้วัด) n=15	6.7	66.7	20.0	6.7	0.0	0.0	100
ง.ความชัดเจนในการระบุกลไกขับเคลื่อนมติ/ยุทธศาสตร์/นโยบาย n=15	6.7	26.7	53.3	13.3	0.0	0.0	100
จ.ความชัดเจนในการระบุหน่วยบริหารจัดการเพื่อแปลงสู่การปฏิบัติ n=15	0.0	33.3	46.7	13.3	6.7	0.0	100
ฉ.ระยะเวลานานพอจะขับเคลื่อนและปฏิบัติให้ได้ผลตามเป้าประสงค์ n=15	0.0	13.3	53.3	26.7	6.7	0.0	100
ช.การยอมรับของสังคมต่อมตินี้ n=15	28.6	35.7	14.3	7.1	14.3	0.0	100
รวม	17.3	33.7	33.7	11.5	3.8	0.0	100
2. การขับเคลื่อน/แปลงมตินี้ไปสู่การปฏิบัติ							
ช.การมีกลไกขับเคลื่อนอย่างชัดเจน n=15	13.3	13.3	60.0	6.7	6.7	0.0	100
ฌ.ศักยภาพของกลไกขับเคลื่อน (เช่น มีภาคส่วนหลักที่มีพลัง) n=15	0.0	6.7	73.3	20.0	0.0	0.0	100
ญ.การมีหน่วยบริหารจัดการในการแปลง/ถ่ายทอดมติสู่การปฏิบัติ n=15	0.0	33.3	46.7	13.3	6.7	0.0	100
ฎ.การสื่อสารสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนปฏิบัติการด้วยกัน หรือระหว่างหน่วยบริหารจัดการ (ถ้ามี) กับภาคส่วนปฏิบัติ n=15	0.0	13.3	60.0	20.0	6.7	0.0	100
ฏ.การสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายหรือสังคมรับทราบ/ตระหนัก n=15	6.7	26.7	46.7	13.3	6.7	0.0	100
ฐ.ความเป็นเอกภาพระหว่างกลไกขับเคลื่อนมติดกับภาคส่วนปฏิบัติการ n=15	6.7	0.0	46.7	46.7	0.0	0.0	100
รวม	4.4	15.6	55.6	20.0	4.4	0.0	100
3. การนำมติไปปฏิบัติ							
ท.ภาคส่วนปฏิบัติการเห็นชอบ/ยอมรับบทบาทในมตินี้ n=15	6.7	20.0	33.3	40.0	0.0	0.0	100
ฒ.บทบาทนี้สอดคล้องกับบริบท/วัฒนธรรมของภาคส่วนปฏิบัติการ n=15	0.0	33.3	53.3	13.3	0.0	0.0	100
ณ.ภาคส่วนปฏิบัติการมีทรัพยากรพอเพียงดำเนินงานตามบทบาท n=15	6.7	6.7	53.3	26.7	0.0	6.7	100
ด.ภาคส่วนปฏิบัติการปรับเปลี่ยนระบบงานรองรับบทบาทในมตินี้ n=14	0.0	14.3	35.7	42.9	0.0	7.1	100
ต.ความซับซ้อนยุ่งยากในการปฏิบัติการ เช่น ต้องวิจัยพัฒนาเทคโนโลยี/รูปแบบ/วิธีการ ออกกฎหมายใหม่รองรับ พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติ n=14	0.0	64.3	21.4	7.1	0.0	7.1	100
รวม	2.7	27.4	39.7	26.0	0.0	4.1	100
4. การติดตามประเมินผลมติ							
ถ.มีกลไก/ระบบติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามมติ n=15	6.7	20.0	33.3	20.0	6.7	13.3	100
ท.การปฏิบัติตามมติเกิดผลผลิต ในด้านปริมาณ n=15	0.0	20.0	46.7	13.3	6.7	13.3	100
ธ.การปฏิบัติตามมติเกิดผลผลิต ในด้านคุณภาพ n=15	0.0	20.0	20.0	33.3	13.3	13.3	100
น.การปฏิบัติตามมตินี้มีแนวโน้มบรรลุเป้าประสงค์ด้านสุขภาพสุขภาวะ n=15	0.0	6.7	40.0	33.3	6.7	13.3	100
บ.มีความก้าวหน้าหรือความสำเร็จของมตินี้ n=15	0.0	0.0	33.3	40.0	13.3	13.3	100
รวม	1.3	13.3	34.7	28.0	9.3	13.3	100

ตาราง 3.9 ตัวชี้วัดของ สสส. ที่เกี่ยวข้องกับมาตรการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ	แผนอาหารเพื่อสุขภาพ
เพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพียงพอในกลุ่มอายุ 11 ปีขึ้นไป *	เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างพอเพียง (400 กรัมต่อวันหรือ 5 ส่วนมาตรฐาน)
ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี **	ลดอัตราชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ในเด็กวัยเรียน อายุ 6 - 14 ปี
มีพื้นที่สุขภาวะต้นแบบที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย-การออกกำลังกายและกีฬา	เด็กวัยเรียนและวัยทำงาน เกิดความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติ มีแนวโน้มเปลี่ยนพฤติกรรม มีทักษะ และมีค่านิยมการบริโภคอาหารสุขภาพ
มีนวัตกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกาย และด้านการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มวัยต่างๆ	มีต้นแบบของการส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพและโภชนาการ และต้นแบบการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 20 กรณี
กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติและค่านิยมสนับสนุนแนวทางกีฬาตลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่	มีต้นแบบของระบบกระจายอาหารสุขภาพ
	มีนโยบายระดับชาติและท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมอาหารสุขภาพ
	มีงานวิชาการ ฐานข้อมูล เครื่องมือชี้วัด ที่ใช้เป็นฐานความรู้ในการพัฒนายุทธศาสตร์อาหารเพื่อสุขภาพและนำสู่เป้าหมาย

* ยุทธศาสตร์และเกณฑ์ชี้วัดร่วมกับองค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ

** ยุทธศาสตร์และวัดผลร่วมกับเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

ที่มา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ข้อมูลองค์กร <http://corp.thaihealth.or.th/about>

ความสำเร็จของมาตรการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ในแง่การวัดผล ครึ่งหนึ่งตอบว่า ควรประเมินความสำเร็จของมตินี้เทียบกับผลผลิต/ผลลัพธ์/ผลกระทบ รองลงไปคือวัตถุประสงค์ และการเป็นกระแสสังคมร้อยละ 21.4 และ 14.3 ตามลำดับ(ตาราง 3.10)

ตาราง 3.10 เกณฑ์การประเมินความสำเร็จของมติ

เกณฑ์อันดับหนึ่งในการประเมินความสำเร็จของมติ	จำนวน (คน)
ผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบ	7 (50.0)
วัตถุประสงค์	3 (21.4)
การเป็นกระแสสังคม	2 (14.3)
จำนวนองค์กรเครือข่ายที่ร่วมดำเนินการ	1 (7.1)
เป้าหมาย	1 (7.1)

ตัวเลขในวงเล็บ คือ ร้อยละ

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ความสำเร็จในนี้จะกล่าวถึงเฉพาะมาตรการเร่งด่วน เนื่องจากยังไม่มีกระบวนการนำแผนปฏิบัติการ 5 ปีไปปฏิบัติ

ประสบการณ์ความสำเร็จของการขับเคลื่อนมาตรการกำกับในต่างประเทศ มีหลากหลายและไม่ได้มีสูตรสำเร็จตายตัว การเมืองน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญในประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศพัฒนา กระแสสังคมมีอิทธิพลสูงสำหรับมาตรการเร่งด่วน เมื่อบริบทเปลี่ยน ผลสำเร็จอาจกลายเป็นอดีตเพราะการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง และต้องเริ่มต้นใหม่ เช่น กรณีประกาศกรมประชาสัมพันธ์ การกำหนดระยะเวลาจึงอาจมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติ (เพราะมีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้) ต่างจากการดำเนินงานกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป

“ถ้านักการเมืองเห็นความสำคัญ อย่างมาเลยอยู่ๆ รัฐบาลก็ประกาศไม่ให้โฆษณา junk food ใน TV ไม่รู้ที่มาที่ไปเหมือนกัน บางประเทศ ทำเรื่องนี้นานแล้ว แต่รัฐบาลไม่สนใจ อย่างแคนาดา รัฐควิเบกเป็นการเมืองและภาคประชาชนด้วยก็เป็นมิติเฉพาะรัฐนี้รัฐเดียว รัฐอื่นก็ไม่ได้สนใจทำ..... ในอังกฤษแม้เป็น volunteer แต่ก็มีการทำกัน อย่างอื่นก็มีบางประเทศทำได้ บางประเทศก็ทำไม่ได้”

“มติเร่งด่วนจะมีเป้าชัดว่า จะวิ่งไปที่ไหน อย่างการตลาด เราเคยไปถึง กรมประชาสัมพันธ์มีประกาศออกมาแล้ว มีหลักเกณฑ์ชัดแล้วว่าประกาศอะไร ที่นี้กฎหมายเปลี่ยน ประกาศนี้ก็หมดอายุไปพร้อมกับกฎหมาย พอ กสทช.เกิด กรมประชาสัมพันธ์ไม่ได้เป็น big regulator แล้ว.....งานคุ้มครองเราตาม แต่ กสทช. ตอนนี้เน้นการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการเป็นหลัก”

อนุกรรมการขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วน

กรณี สัญญาณสีจราจร ยังไม่เป็นผล โดย ออย. ซึ่งเป็นหน่วยงานออกกฎหมายได้ประเมินข้อมูลและฐานภาคประชาชนที่สนับสนุน ณ ขณะนั้น ได้ข้อสรุปว่า นอกจากหน่วยงานจะมีความเสี่ยงด้านกฎหมายแล้ว ยังจะมีปัญหาในการจัดการและดำเนินงาน (เช่น เกณฑ์มาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับจากทุกภาคส่วน ฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์ประเภทอาหาร/ขนม/เครื่องดื่มต่างๆ และห้องปฏิบัติการตรวจระบุสี) แม้ว่าสัญญาณสีจราจรจะเข้าใจได้ง่ายกว่า GDA การขับเคลื่อนให้บรรลุผลในอนาคต นอกจากจะพัฒนาส่วนขาดและลดทอนข้อกังวลต่างๆ แล้ว จำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมในวงกว้าง

มาตรการเร่งด่วน การโฆษณาอาหารและขนมที่กระทบต่อเด็ก ⁴⁵ อาจมองว่าประสบผลร่วมกับมติการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4) ทั้งนี้ ตั้งแต่มกราคม 2556 คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์จะมีอำนาจควบคุมการโฆษณาอาหารและยาโอ้อวดเกินจริงในเคเบิลทีวี ทีวี่ดาวเทียม และวิทยุชุมชน ซึ่งควบคุมได้เฉพาะผู้ประกอบการที่ได้รับใบอนุญาตจาก กสท. โดยลงนามความร่วมมือกับ ออย. ในการใช้ฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการรับรองจาก ออย.ภายใต้แผนแม่บทกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2555-2559^{46, 47} แต่ไม่ได้มีความเฉพาะเจาะจงดังประกาศกรมประชาสัมพันธ์

⁴⁵ ภาควิชาการสื่อสารมวลชนได้เสนอให้ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 กระทั่งมีประกาศกรมประชาสัมพันธ์แล้ว เรื่อง หลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจทางวิทยุโทรทัศน์ที่มีผลกระทบต่อเด็ก 2551 แต่มีการเปลี่ยนแปลงอำนาจหน้าที่มาอยู่ภายใต้โครงสร้างใหม่ คือ คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)

⁴⁶ ประกาศคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ เรื่อง แผนแม่บทการบริหารจัดการคลื่นความถี่ (พ.ศ. 2555) แผนแม่บทกิจการกระจายเสียง และกิจการโทรทัศน์ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2555 - 2559) และแผนแม่บทกิจการโทรคมนาคม ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2555-2559). ราชกิจจานุเบกษา หน้า 2 เล่ม 129 ตอนพิเศษ 63 ง วันที่ 4 เมษายน 2555.

⁴⁷ เดลินิวส์ออนไลน์ วันศุกร์ที่ 28 ธันวาคม 2555. คณะอนุกรรมการผู้บริโภคด้านวิทยุ-โทรทัศน์ วางกรอบทำงานปี 56 ดูแลโฆษณาอาหารและยาเกินจริง หลังทีวี่ดาวเทียม-เคเบิล รับใบอนุญาตในกำกับ ด้าน ออย. ระบุ หากพบการร้องเรียนลงโทษทันที. แหล่งข้อมูล <http://www.dailynews.co.th/technology/174800> เป็นบทบาตามแผนแม่บทกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. 2555-2559)

ส่วนมาตรการทางภาษีและราคาของอาหาร และการจัดระเบียบว่าด้วยการตลาด (code of marketing) ยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ รวมทั้ง (ร่าง) พระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก ซึ่งต่อเนื่องกับการขับเคลื่อนมติการควบคุมกลยุทธการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3

การเรียนรู้จากกระบวนการและการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์

ผู้มีบทบาทในมตินี้เห็นพ้องกันว่า “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ให้ประโยชน์ในการเรียนรู้ของคณะทำงานช่วงที่จัดทำประเด็น/ข้อเสนอ และแผนปฏิบัติการ และเวทีสมัชชาฯ ทำให้ตระหนักถึง “คุณค่า” ที่เพิ่มขึ้นในงาน ขณะเดียวกันก็เป็นความหวังว่า การเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะหนุนเสริมการทำงานที่เป็นอยู่ เช่น เมื่อมีความสำคัญเพิ่มขึ้นน่าจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงาน มีการสนับสนุนกลไกการทำงานจาก สช. สำหรับผู้นอกกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ก็มีความประทับใจในการเป็นเวทีถกแถลงแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และน่าจะเป็นเครื่องมือในการตกลงร่วมกัน ติดตาม และกำหนดการดำเนินงานต่อ

“ถ้าพลิกอีกด้านหนึ่ง มันกำลังเรียกร้องให้คุณทำ แทนที่จะบอกว่าเป็นการสั่ง แต่คือ consensus ของสังคมร่วมกัน ถ้ามันสอดคล้องกันดี คุณต้องใช้ประโยชน์จากตรงนี้..... มติสมัชชาในการรับรองก็คือเสียงเรียกร้องของสังคม ให้คุณทำแบบนั้น คุณไม่ทำก็ไม่ใช้เรื่องผิดเพราะมัน soft law..... โดยวัฒนธรรมของสังคมประชาธิปไตยจะต้องเข้าที่สมัชชาที่ทุกคนมีส่วนร่วม มีความศักดิ์สิทธิ์อยู่ตรงนั้น แล้วคุณจะไม่พอไม่เป็นไร”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและอนุกรรมการขับเคลื่อน

“area ที่จะไม่ไปสร้างศัตรูกับใครเลยก็เยอะนะ แต่มีส่วนที่เผชิญหน้ากับธุรกิจอยู่ในบางประเด็นก็ไม่ทั้งหมด ก็อยากจะอาศัย สช. อยู่นะ แต่ละปีจะพูดคุยกันอย่างเนี้ย ค่าก็ต้องมี feed back เรื่องขนมเรื่องน้ำตาลเรื่องอะไรอย่างนี้ในเวทีซึ่งหลากหลายระดับชาติ แล้วเป็นเวทีระดับจังหวัด สมัชชาจังหวัดก็ยกขึ้นมาคุยได้แต่ละจังหวัด อิมแตกต่างกันทั้งในแง่ ME ในแง่จะเดินต่อ ผมเองผมอยากได้เครื่องมือของ สช. ค่าเขามีสมัชชาชาติเจอกันเฉพาะประเด็น”

อนุกรรมการขับเคลื่อนมิติระดับบริหารกระทรวง

“งบประมาณอาจจะเรื่องการทำงานเป็นเครือข่าย ส่วนหนึ่งมันเป็นบ็อกซ์ส่วนหนึ่งมันจะไม่เชิงบ เช่น การที่เขาได้มาเจอกัน มีกระบวนการทำงาน ให้ได้เรียนรู้ในการทำงาน เป็นเครือข่ายพันธมิตรภาคีร่วมกัน ถ้า สสส. ตั้งกระบวนการทำ step 1,2,3 เขาก็ได้เรียนรู้การทำงาน เป็นขั้นเป็นตอน เป็นมืออาชีพมากขึ้นเรื่อยๆ”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

(ถ้าไม่มีมตินี้) “เครือข่าย สสส. เขาก็ทำงานของเขาไป แต่ไม่แน่ใจว่าจะมีเป้าร่วม เช่นการจัดการปัญหาเด็กอ้วน ณ ปัจจุบันแผนนี้เจอกันแล้วเมื่อปีที่ผ่านมา เมื่อก่อนแต่ละเครือข่ายก็อยู่ภายใต้เป้าของตัวเองแต่ว่าก็จะมีการแลกเปลี่ยนกัน เมื่อก่อนมีหลายประเด็น นอกจากกลุ่มอาหาร คุ่มครองผู้บริโภค สุขภาพจิต เยอะมาก 8-9-10 ประเด็น มีแลกเปลี่ยนกันปีละครั้งสองครั้ง ณ ปัจจุบันย้ายแผนอาหารมาอยู่สำนัก 5 เขาก็มีการคุยกันทั้ง 3 กลุ่ม ขนตัวหลักเข้ามาคุยกัน พัฒนาโมเดลว่าจะทำอะไร เขาเลือกทำ 2 พื้นที่ที่เขตภาษีเจริญกับที่สงขลา ก็ได้แผน แต่ละคนก็ทำงานของตัวเองอยู่ด้วย แต่ว่าพยายามดึงเขามาทำงานในพื้นที่ให้เป็นต้นแบบ เห็นผลงานจริง ๆ ว่าทำแล้วเกิดการเปลี่ยนแปลง ปีนี้ก็หวังว่าจะมีการขยายเริ่มไปทำในพื้นที่มากขึ้น”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

แม้มีนักวิชาการและหน่วยงานขับเคลื่อนแผนเป็นกรรมการและคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการค่อนข้างครบถ้วน แต่ในการสื่อสารสังคม ยังขาดหน่วยงานปฏิบัติอื่นๆ ร่วมด้วย การดำเนินงานเฉพาะแผนการสื่อสารสุขภาพของ สสส. จะมีข้อจำกัดในระยะยาว

“วงสื่อสารที่คิดกันไม่ใช่ผู้ปฏิบัติ อาจเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ผู้ปฏิบัติจริง ๆ ด้านสื่อสารต้องเป็นกรมประชาสัมพันธ์ของทีวีต่าง ๆ เขาควรจะมีส่วนร่วม แต่เขียนแผนโดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ได้มีส่วนร่วมมันก็ลำบาก.....พอตั้งเสร็จ แยกย้ายไปอยู่สงขลา ตอนแรกแกอยู่ ThaiPBS ก็จะมีส่วนช่วยได้ คนที่ถูกตั้งบางทีก็อาจจะไม่รู้ตัวก็ได้ แต่มีการเสนอชื่อ”

“เวลาออกสื่อคนเขาเห็นอาจจะกระตือรือร้นก็ได้ ได้คนทั่วประเทศ อาจได้ผลมากกว่า แต่ว่าสื่อก็ออกได้ไม่นานไม่สามารถออกได้ต่อเนื่อง เห็นโฆษณาขายเครื่องต้ม ขนมันฝรั่ง เราเห็นทุกวัน ถ้ากลุ่มอาหารที่ไปทำจริง ๆ มันทำได้ คนจำนวนหนึ่ง คนที่มาทำกับสส. มันทำได้โมเดล แล้วก็พยายามผลักดันให้มันเกิดการบังคับทางกฎหมายนโยบาย ผลักได้ก็ได้ผลกันคนวงกว้าง ผลักไปยังผู้ผลิต.... ภายใต้สำนัก 5 เป็นด้านบรรณคดีอย่างเดียว งานที่เพิ่มขึ้น ณ ปัจจุบัน มีการปรับทิศไปเรื่อย ๆ เขาก็หันมาทำเรื่องอาหารและออกกำลังกายมากขึ้น กลุ่มเป้าหมายก็อยากให้น่าสนใจ อ่าน กำลังทำรายการอยู่ 3 รายการ จัดการปัญหาอ่าน life style การกิน การมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น ตั้งแต่ให้ความรู้กับกลุ่มเด็ก มี reality ของคนวัยทำงาน เขากินอยู่อย่างไร แล้วจะกระตือรือร้นอย่างไรให้คนปรับกินอยู่ดีขึ้น การให้ความรู้กับพ่อแม่ การให้ความรู้กับเด็ก ๆ ประมาณสัปดาห์ละครั้ง (หมายถึง พ.ศ. 2556-นักวิจัย) จะฉายทาง ThaiPBS”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

นอกจากประสบการณ์การทำงานร่วมกันแล้ว ภาคส่วนยังมีประสบการณ์เฉพาะในส่วนที่เป็นบทบาทของตนหรือหน่วยงานของตน เช่น ภาระหนักของฝ่ายเลขานุการ นอกเหนือจากงานวิชาการแล้ว ยังเป็นตัวกลางรองรับความขัดแย้งต่างๆ ซึ่งทักษะในการจัดการเหล่านี้มีความสำคัญต่อกระบวนการทั้งขาขึ้นและขาลง ได้แก่ การจัดการกรรมการในฐานะหุ้นส่วน (partnership management) ความขัดแย้งจากผลประโยชน์ (conflict of interest) และการจัดการให้เกิดความเห็นพ้องหรือฉันทามติ (consensus)

“เรื่องแรกเป็นเรื่อง partnership management ตั้งแต่ต้นจะอย่างไรให้เขารู้สึก involve ไม่สั่งเขา อันที่ 2 COI management ถ้าเป็นการจัดการเรื่องบุหรี่ยาสูบจะไม่ involve เลย ต่อเมื่อ policy เสร็จ บอกคุณจะทำตัวอย่างไรให้ compat กับ policy นี่มากที่สุด แต่อาหารเป็นเทาอ่อน ๆ น้ำอัดลมมี energy เเท่านี้เอง จะไปควบคุมอะไรเขา อันที่ 3 ว่าจะเกิด consensus....คนในวงที่โหดที่ไม่โหดก็มีเยอะ เราในฐานะเป็นคนรับลูกมาจากสมัชชา ก็ตามลูกต่อ ก็ต้องเริ่มคุยกันใหม่ เพราะมันก็หนีกันไปไม่พ้น วงการนี้มันมีแค่นี้ แต่ด้วยความที่ว่่าเรื่องนี้น่ากว้าง ยาก เกี่ยวข้องกับคนมาก คนก็เลือกใช้วิธีแบบนี้ ซึ่งไม่ใช่เฉพาะประเทศไทย ทั้งโลกก็เป็นแบบนี้ ขอเอา target ก่อนเป็น indicator หลังจากนั้นค่อยมาดูว่าจะทำอะไร แล้วค่อยคิดถึง monitor คือกระบวนการมันเป็นแบบนี้”

“มี 2-3 ประเด็นที่น่าคิดคือ ตัว issue มันยากหรือง่าย กว้างหรือแคบ เกี่ยวข้องมากหรือน้อย ถ้าเป็นในทางแรกคือ กว้าง ยาก เกี่ยวข้องมาก พวกนี้ต้องคิดถึงในเชิงยุทธศาสตร์ ขอกินเป็นคำ ๆ ไปทีละนิด เป็นยุทธศาสตร์ที่น่าจะไข่มากกว่าทั้ง 2 เรื่อง (มติแอลกอฮอล์ และมตินี้---นักวิจัย) คือมันไม่สามารถบรรลุสำเร็จในวันเดียวได้ แต่ความรู้สึกของคน ถ้าเข้ามาแล้วข้ามมันจะ fade out ไปเอง อันที่ 2 เข้ามาแล้วรู้สึกไม่ทันใจ ก็ต้องระวัง พอเป็นภาวะเร่งด่วน จะรู้สึกแย่ว่า ขับเคลื่อนไม่ได้อย่างที่เราคิด ฉะนั้นสำเร็จอย่างที่เราคิด”

เลขานุการคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน

“สมัชชาก็ไม่เคย contact เราไม่เคย offer ว่าเรามาผนึกกำลังกันใหม่ จะได้แรงขึ้น เสียเราจะได้ตั้งขึ้นเวลาไป negotiate กับใคร ไม่เคยมี.....ไม่เคย treat เราเป็น partner ไม่มีใครบอกว่า เป็นผู้ประสานมติ จัดวางหารือร่วมกัน มีงานยากที่ทำไม่ได้ มารวมพลังกัน.... นี่แผนปฏิบัติการเสร็จแล้วไง นี่ไม่ได้ blame กันนะ แต่ควรวิเคราะห์กระบวนการ”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

“มตินี้ทำให้การทำงานของคณะกรรมการอาหารชาติมีความชัดเจนขึ้น เริ่มมีการเชื่อมต่อระหว่างคณะกรรมการอาหารชาติกับมติสมัชชา อันนี้เป็นสิ่งที่เราสังเกตเองนะ”

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ

เนื่องจากมตินี้มีประเด็นขัดแย้งกับภาคธุรกิจและมีความเห็นต่างระหว่างคณะทำงาน/กรรมการ ในการประสานและติดตามการขับเคลื่อนจึงควรมีบุคคลหรือหน่วยงานที่ได้รับการยอมรับหรือยอมรับจากกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม

“คนที่เป็ที่ยอมรับคนเดียอาจไม่เหมาะกับทุกหน่วยงาน คนนี้อาจจะไปประสานกับคนที่อยู่ตรงกลางอีกทีเช่นผู้ประกอบการอาจจะฟัง อย. คนนี้ก็อาจจะไปประสานกับ อย. มาคุยกัน 3 คน แม้จะเป็นบุคคลเครือข่ายที่เกาะติดเรื่องนี้ประเด็นนี้คิดว่าเขาไม่ได้เป็ที่ยอมรับของทุกกลุ่มคือ กลุ่ม สธ. ก็อาจจะยอมรับ แต่ผู้ประกอบการอาจจะไม่ยอมรับ”

กรรมการขับเคลื่อนมติ อนุกรรมการขับเคลื่อน และคณะทำงานจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจาก สสส.

ปัญหาอุปสรรคการขับเคลื่อนมติไปสู่การปฏิบัติ สรุปจากความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ได้ดังนี้

ภาคราชการสาธารณสุข มีภาระงานมาก กำลังคนไม่พอ เมื่อยังไม่เป็นนโยบายที่ชัดเจน จึงเป็นการทำงานตามบริบทเดิมๆ กรณีมาตรการเร่งด่วน แม้จะเสนอโดยเครือข่ายและ NGO แต่ต้องออกกฎหมายและกำกับโดยหน่วยงานราชการ ความสำเร็จจึงขึ้นกับความสามารถทำให้หน่วยงานออกกฎหมายเห็นพ้องด้วย

ภาคธุรกิจ ยังคำนึงถึงผลประโยชน์มากกว่าสุขภาพ โดยมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์และการตลาดเป็นเครื่องมือสำคัญที่มีอำนาจสูงต่อผู้บริโภค ขณะที่การกระจายอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพยังไม่ทั่วถึงและมีราคาแพง ประกอบกับภาคราชการมีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารความรู้ที่จำกัด

กลไกขับเคลื่อน ที่มีอยู่ ขาดการรับรู้บทบาทในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ มีการสื่อสารน้อยภายในคณะกรรมการด้วยกัน ระหว่างคณะกรรมการชุดต่างๆ และกับหน่วยงานเกี่ยวข้อง ส่งผลถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมกันดำเนินงาน แม้จะมีการดำเนินงานภายใต้ระบบงานปกติหรือแผนงานของ สสส. แต่ก็เกินไปเฉพาะประเด็น ขาดเอกภาพและพลังในการขับเคลื่อน การสื่อสารสาระสำคัญของมติดังจำเป็นมากเพื่อให้ระดับพื้นที่เข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ และยังส่งผลให้การรับรู้ของสังคมถึงภาพรวมของมติและการขับเคลื่อนด้วย

ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติที่บรรลุผล (จากความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง)

1. ทุกภาคส่วนมองเห็นประโยชน์ร่วมกัน ทำให้เป็นกระแสสังคม มีความมุ่งมั่นทางการเมือง และทำให้เป็นนโยบายของผู้บริหารระดับสูงสุดและเป็นนโยบายในทุกองค์กรทุกระดับ ไม่เป็นเพียงตัวชี้วัดเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข และมีการติดตามผลงานจริงจัง โดยมีการเชื่อมประสาน/ทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้เกิดความร่วมมือและสามารถทำงานร่วมกันโดยลดทอนอคติให้เหลือน้อยที่สุด

2. การมีกลไกประสานการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพและมีความมุ่งมั่นในการขับเคลื่อนเป็นการเฉพาะ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนและติดตามการทำงานเป็นระยะ

3. แต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้องระบุบทบาทหน้าที่ของตนให้ชัดเจนพร้อมงบประมาณจากแหล่งต่างๆ อย่างเพียงพอ หน่วยงานหลักที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นเจ้าภาพพร้อมรับผิดชอบความสำเร็จและแก้ไขเมื่อล้มเหลว

4. ในการแปลงไปสู่การปฏิบัติ ต้องมีการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางองค์ความรู้จากตัวอย่างรูปธรรมของการปฏิบัติการจริงในระดับพื้นที่ที่ป้องกันได้ผลหรือลดปัญหาได้จริงว่า เกิดจากมาตรการสำคัญอะไรบ้าง และบทบาทหน่วยงานใดบ้าง และจัดเวทีเพื่อระดมศักยภาพและบูรณาการการปฏิบัติในระดับพื้นที่ ดังประสบการณ์ตรงของอนุกรรมการขับเคลื่อนระดับบริหาร สสส.ท่านหนึ่ง “ถ้ามันมีปฏิบัติการจริง พื้นที่แล้วเห็นชัดแล้วว่าเจ้าภาพ 1,2,3,4,5 ต้องมีบทบาทอย่างนั้นๆ ดูความมีส่วนร่วมที่เลื้อยขึ้นมาเติมกัน มันมี evident มา support ชัยชนะมาเป็นนโยบายได้ เข้าสมัชชาอีกทีหนึ่ง

ไม่เงิ่นม้นจะล่อยมากแต่อย่าไปเดิมอะไรให้มันมากไป ทำให้มันเล็ก ๆ ทำให้มันเล็ก ๆ ให้มัน concise ไม่ได้มานั่งฝันจากนโยบายเพียงอย่างเดียว....ยกตัวอย่างก่อนหน้านี้ สปสช. ไม่สนใจเรื่องอาชีวอนามัยของแรงงานนอกระบบ สสส. ให้ทำแผนงานนอกระบบ ทีมแผนงาน ทีมภาควิชา สสส. ก็ไปปฏิบัติการจากพื้นที่เลย แผนงานต้องไปเอานักวิชาการที่สนใจอาชีวอนามัย สคร. ที่สนใจอาชีวอนามัย เอาอาสาสมัครมาพัฒนา เจอปัญหาโรคในการทำงานของกลุ่มนี้มีอะไรอยู่บ้าง ป้องกันอย่างไร จนกระทั่งได้ model พื้นที่ขึ้นมา ที่มันจะทำงานได้ แล้วก็ทดลองทำระดับจังหวัดที่ใหญ่ขึ้น”

กรณีศึกษามติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

การศึกษามตินี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเลขานุการคณะกรรมการและคณะกรรมการขับเคลื่อน และบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลคนก่อนหน้านี้อ้างถึง (snowball technique) รวม 8 คน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารทางการที่เผยแพร่ในระบบอินเทอร์เน็ตของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กพม.) สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)⁴⁸ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และเครือข่ายคนพิการ

1. ข้อมูลทั่วไปและบริบทเฉพาะมติ

ประเทศไทยจัดตั้งกองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ ใน พ.ศ. 2483 เพื่อการสงเคราะห์คนพิการที่ไร้ที่พึ่ง ต่อมาเมื่อมีพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) พื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 โดยกระทรวงสาธารณสุขเข้าไปมีบทบาทมากขึ้น ในปัจจุบันมี พ.ร.บ. ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งสร้างความตื่นตัวเกิดความเคลื่อนไหวทั้งในภาครัฐที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายผู้พิการเอง กลไกสำคัญของ พ.ร.บ.นี้คือ

- 1) คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และเลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติเป็นเลขานุการ
- 2) สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) ซึ่งมีฐานะเทียบเท่ากรมในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อเสนอนโยบาย แผนหลัก และโครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเห็นชอบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินงาน
- 3) กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมีคณะกรรมการและสำนักงานระดับจังหวัด

ต่อมาในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2551 รัฐบาลไทยเป็นภาคีและยื่นสัตยาบันสารตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการขององค์การสหประชาชาติ

เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ก็จะมีผู้พิการเพิ่มขึ้นจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ร่างกายร่วมกับโรคเรื้อรัง นอกเหนือจากอุบัติเหตุซึ่งมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี และยังมีปัญหาในกลุ่มหญิงมีครรภ์และทารกมีผลให้ทารกส่วนหนึ่งมีความพิการแต่กำเนิด ดังนั้นนับวันสถานการณ์จะมีขนาดปัญหาเพิ่มขึ้น

เมื่อผู้พิการไม่ว่าเป็นประชากรในระบบใดเมื่อขึ้นทะเบียนตามประเภทความพิการ⁴⁹ และได้รับบัตรประจำตัวคนพิการ (ท.74) จะมีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ 26 ประเภท การรักษาพยาบาล รวมอุปกรณ์และสื่อส่งเสริมพัฒนาการตามสิทธิประโยชน์จากสถานพยาบาลในภาครัฐและเอกชนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย⁵⁰

⁴⁸ เริ่มจาก “แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย” เป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2547 คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีมติให้ตั้งเป็นสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2552 เพื่อการพัฒนาเชิงระบบรองรับภาวะสุขภาพที่มีความพิการจากสาเหตุต่างๆ และภาวะสูงอายุ (URL : <http://www.healthability.com>)

⁴⁹ ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. เล่ม 129 ตอนพิเศษ 119 ง. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา 26 กรกฎาคม 2555

⁵⁰ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552. ประกาศ ณ วันที่ 30 กันยายน 2552 ลงนามโดยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข

มตินี้แตกต่างจากมติอื่นอย่างเด่นชัดตรงที่เครือข่ายผู้พิการซึ่งมีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง (stakeholder) และกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมเป็นผู้เสนอประเด็นเองร่วมกับศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ⁵¹ ไม่ได้เสนอโดยนักวิชาการหรือองค์กรที่เพียงแต่มีความสนใจ เครือข่ายผู้พิการนับเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทั้งที่เป็นกฎหมายสำหรับผู้พิการโดยตรง จนถึงร่วมรณรงค์แก้รัฐธรรมนูญในฐานะพลเมืองไทย โดยมีตัวแทนรณรงค์บุกเบิกที่มีบทบาทในระดับประเทศเช่น สมาชิกวุฒิสภา

ลักษณะเฉพาะอีกประการหนึ่งคือ มติองค์กรตัวแทนผู้พิการแยกย่อยตามลักษณะความพิการที่แตกต่างกันใน 7 ประเภท (ได้แก่ ความพิการทางการเห็น ได้ยินหรือสื่อความหมาย การเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ และทางอภิสติ) ⁵² ซึ่งมีประเด็นปัญหาและความต้องการแตกต่างกัน แก่นนำองค์กรอาจเป็นตัวผู้พิการเองหรือเครือข่าย มีทั้งองค์กรตัวแทนในระดับประเทศและระดับจังหวัดซึ่งเป็นกลไกดำเนินงานร่วมกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และยังเป็นเครือข่ายภาคประชาชน 1 ใน 9 ด้านของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ⁵³ โดยเป็นหนึ่งในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ⁵⁴ ความเข้มแข็งและกระตือรือร้นของเครือข่ายผู้พิการน่าจะเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้บทบาทภาคประชาชนในมตินี้โดดเด่น มีความเป็นเจ้าของเรื่องนี้อย่างสูง สื่อสารสะท้อนความต้องการของผู้พิการได้ตรงความต้องการและชัดเจน ตั้งคำถามกับภาครัฐและสังคมไทย และติดตามความคืบหน้า หน่วยงานที่ไม่สามารถตอบสนองได้จึงอาจรู้สึกถูกกดดันให้ตกอยู่ในฐานะจำเลย

“สมาคมคนตาบอดจะเข้มแข็งมากๆ เข้ามาดูแลกันตั้งแต่เด็กถ้ารู้ เรามีอาจารย์ตาบอดเยอะ เขาก็ยังผูกพันสมาคมยังทำงานให้สมาคมช่วยสมาคมเป็นปากเป็นเสียงให้สมาคม แต่กลุ่มคนพิการประเภทอื่นความผูกพันตรงนั้นมันน้อย ... กลุ่มตาบอดจะเก่งขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย สมาคมเคลื่อนไหวทางร่างกายก็ active แต่...ไม่เป็นเอกภาพเท่าไรเลยยิ่งทำให้วิชาการน้อย หูหนวกมีปัญหาที่สุดเพราะว่าขาดล่าม ตอนนี้มีระบบล่ามทางไกล กระทรวง พม. เข้ามาช่วยตรงนี้เขามีระบบการให้บริการล่ามซึ่งพัฒนาแต่ก็เป็นการนำร่องอยู่ประมาณ 3-4 จังหวัด ล่ามเป็นเรื่องใหญ่ ล่ามไม่พอ เราก็เป็นแหล่งผลิตล่ามผลิตไม่ทัน งบรัฐบาลก็ไม่ให้มากมายเท่าไร”

นักวิชาการและคณะทำงานเฉพาะประเด็น

“ช่วงหลังมีชมรมครูหรือผู้ปกครองเด็กพิการค่อนข้างเยอะ เวลาเคลื่อนไหวจะเป็นเชิงการเมือง ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสติกค่อนข้างไปได้ไกลกว่ากลุ่มอื่น จาก back ground ที่เขามีอยู่ เขารู้ว่าเป็นบทบาทวิชาชีพไหนทำเรื่องนี้อย่างไร....ระยะหลังกลุ่มผู้พิการจะเคลื่อนไหวกับประกันสังคมแรงมากกว่า สปสช. อาจเพราะประกันสังคมไม่ตอบสนองในสิ่งที่เขาต้องการให้เป็นลักษณะสังคมสงเคราะห์ ซึ่งไม่ใช่ภารกิจของประกันสังคมแต่เป็นกระทรวงพัฒนาสังคมต่างหากที่ตรงนี้ ต้องแยกกันให้ออก เขามองว่ากระทรวง พม. มีเงินไม่เยอะมหาศาลเหมือนประกันสังคม ถ้าเราทำไป ก็เจอกลุ่มแรงงานประท้วงกลับมาอีกว่าเอาเงินของฉันไปใช้ตรงนี้ได้ยังไง เงินเป็นของนายจ้างลูกจ้าง”

นักวิชาการและตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

⁵¹ องค์กรหลักด้านผู้พิการของกระทรวงสาธารณสุขคือ ศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (กรมการแพทย์) และสถาบันราชานุกูล (กรมสุขภาพจิต) มีบทบาทร่วมพัฒนากฎหมายคนพิการ จัดทำเกณฑ์ประเมินความพิการ กฎหมายด้านการแพทย์และสิทธิประโยชน์ด้านการแพทย์ และถ่ายทอดเทคโนโลยีการให้บริการ โดยในอดีตทำงานร่วมกับกระทรวงมหาดไทยซึ่งต่อมาเป็นกระทรวงแรงงาน ปัจจุบันประสานงานกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ศึกษาธิการพลลังงาน เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และวิทยาศาสตร์

⁵² ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. เล่ม 129 ตอนพิเศษ 119 ง. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา 26 กรกฎาคม 2555

⁵³ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เครือข่าย สปสช. สืบค้นจาก http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-network_performance.aspx

⁵⁴ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เกี่ยวกับองค์กร. สืบค้นจาก http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_board.aspx

“ภาคราชการภาคนี้การเมืองเหมือนกับว่าไม่อยากเป็นจำเลย เหมือนเป็นความบกพร่องของภาครัฐ ความบกพร่องของนโยบาย.... อย่างเราผลักดันเรื่องสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคนพิการ... เพราะว่าความพิการยังติดตัวอยู่ ก็เลยเปลี่ยนไปแก้ที่สภาพแวดล้อม รณรงค์เรื่องสิ่งแวดล้อมเรื่องเดียวกันก็เหมือนกับไปทะเลาะกับเขานะ ทั้งที่ไม่ทำคุณก็ผิดกฎหมายหรือทำแบบผิดๆ กลายเป็นต่อล้อต่อเถียง เลยเหมือนกับภาครัฐไม่อยากจะเข้ามาเพราะมาแล้วกลายเป็นจำเลย”

ตัวแทนเครือข่ายผู้พิการ

2. การเสนอประเด็นเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เดิมความต้องการหลักของกลุ่มผู้พิการเป็นเรื่องความเป็นอยู่ทั่วไป เมื่อมีสำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) และมีตลาดนัดสุขภาพจึงได้มีความพยายามนำเสนอประเด็นสุขภาพผ่านเวทีสุขภาพคนพิการแต่ประเด็นขึ้นกับประเภทและลักษณะความพิการของกลุ่มที่เข้ามามีบทบาทนำ ทำให้องค์กรพิการประเภทอื่นไม่มีส่วนร่วม เมื่อเครือข่ายผู้พิการจัดทำประเด็นหลักร่วมกันก็ยังพบปัญหาด้านวิชาการแม้ว่าจะมีคณะกรรมการสุขภาพคนพิการรองรับ กระทั่ง พ.ศ. 2552 สสพ. เข้ามาช่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างกลุ่มต่างๆ โดยมีแนวคิดที่ว่า อาจทำข้อเสนอเชิงประเด็นร่วมกับกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ผู้พิการก็ได้ (เช่น การเข้าถึงยาของกลุ่มพิการทางจิต) เมื่อเครือข่ายผู้พิการและศูนย์สิรินธรฯ เสนอประเด็นความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 สสพ. ก็เป็นสำนักงานเลขานุการคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“จากมติสมัชชาปี 47 มีคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ ทำงานร่วมกับเรามาประมาณ 3 ปี 47, 48, 49 และก็มีทดลองสมัชชารูปแบบใหม่ในปี 50....พอเปิดรับประเด็น เราก็เสนอตั้งแต่สมัชชาชาติครั้งที่ 1 เลย ปรากฏว่าต่างเครือข่ายต่างส่ง เลยเป็นประเด็นแตกย่อยไม่มีข้อมูลทางวิชาการรองรับ ปีที่ 2 ก็ไปทำความเข้าใจกับเพื่อนๆ ในเครือข่าย ถ้าเราส่งประเด็นแตกย่อยมันไม่มีพลังในการขับเคลื่อน ต้องหาประเด็นร่วม ก็ได้ประเด็นร่วมมาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ....เข้าไปถึงรอบ final แล้วตก....ทำงานมาเยอะแยะแต่พอจะเสนอระดับนโยบายไม่มีข้อมูลวิชาการเพราะว่าสมัชชาเขาใช้ฐานความรู้ พวกเราเคยชินกับการทำงานในฐานความรู้ลึก...สข. สนับสนุนกลไกซึ่งมีภาควิชาการแต่พูดตรงๆว่า ได้ตัวไม่จริงเพราะว่าเขาคงงานยุ่งๆ มารวมกัน ประชุมแต่ละทีก็ยาก แล้วต่างคนต่างกลับบ้านแล้วคราวหน้ามาประชุมกันใหม่”

ตัวแทนเครือข่ายผู้พิการ

“เป็นกรรมการอยู่อันหนึ่งเรียกว่ากรรมการประเมินการบริหารองค์กร ทาง พก.เขาให้โอกาสคนพิการไม่ว่าจะเป็นระดับชมรมหรือสมาคมเข้าสู่รับรองมาตรฐานเพื่อที่จะได้สิทธิประโยชน์ อาจจะมีเงินช่วยเหลือจากกองทุนส่งเสริมอะไรเข้ามา ลองไปประเมินแล้วพบว่าอ่อนแอมากโดยเฉพาะเรื่องความรู้เชิงวิชาการอ่อนแอมาก จะเรียกร้องสิ่งที่เป็นพื้นฐานเงินช่วยเหลือประมาณนี้ แต่การมองว่าระบบบริการศูนย์ควรจะเป็นอย่างไร ไม่มี ยังน้อยมากๆ ดูก็รู้ว่าองค์กรคนพิการ ข้างบนเข้มแข็ง (องค์กรในส่วนกลาง-นักวิจัย) แต่พอลงไปข้างล่าง (ระดับจังหวัด-นักวิจัย) มองเชิงระบบไม่ออก นอกจากว่าเบี้ยคนพิการควรจะมีเพิ่ม ควรจะมีอุปกรณ์เพิ่มขึ้น

นักวิชาการด้านคนพิการ

“รู้สึกจะปีที่ 3 ก็ยังไม่มีความคิดของตัวเองแต่แต่กลุ่มช่วยกันทำการบ้านแล้วไปเข้าเวทีอื่น กลุ่มพิการทางจิตก็ไปได้เข้าเวทีการเข้าถึงยา เข้าปีที่ 4 ก็มาคุยกันว่าจะทำประเด็นอะไรซึ่งเขายังสานประเด็นต่อเนื่องมาเรื่อย ๆ จากการเรียนรู้ สสพ.เองไม่ได้เป็นคนเสนอประเด็นคือเราจะตามจากกระบวนการช่วย facilitate ถ้าพร้อมก็จะเสนอแต่ถ้าไม่ก็ไม่เสนอ ปีที่ 4 มีการเสนอมา 2 ทางคือเครือข่ายคนพิการโดยกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่เป็นอัมพาตกับศูนย์สิรินธร เสนอประเด็นคล้ายกันคือเรื่องความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ แต่ศูนย์สิรินธรเสนอประเด็นกว้างกว่า”

ตัวแทน สสพ.

“มตินี้ทำร่วมกับทางคนพิการ รู้สึกจะมีของกลุ่มคนพิการเสนอไปครั้งหนึ่งแล้วแต่รู้สึกจะเป็นเรื่องเข้าถึงด้านความเป็นธรรมเฉพาะผู้พิการที่รุนแรง มาครั้งที่ 3 มีหนังสือมาจาก สข. แค่ว่าจากหนังสือราชการแล้วเราก็ร่างส่งเลยโดยไม่ได้นำปรึกษากับคนพิการ ไปถึงก็ประเด็นคล้ายกันก็รู้ทีหลังเพราะว่าเพิ่งมาเข้าร่วมสมัชชาเมื่อครั้งที่ 3”

ตัวแทนศูนย์สิรินธรฯ คนที่ 1

“คิดว่าประเด็นที่เข้ามามีชีวิตเป็นเรื่องของหลายหน่วยงานรวมกัน ไม่ใช่เราทำเองได้ แต่ต้องการหลาย ๆ หน่วยเข้ามาช่วยกัน.....แต่ต้องมีความเป็นไปได้ ที่จะทำได้ 3-5 ปี ตอนเสนอไม่ได้ข้อนี้”

ตัวแทนศูนย์สิทธิฯ คนที่ 2

“เราแทบไม่ได้เสนอประเด็นอะไรเข้าไป เรื่องพิการ เราก็เข้าใจว่าทางองค์กรคนพิการเป็นคนเสนอแล้วเวลาเขาเสนอเขาก็ไม่ได้มองเป็นเรื่องของ สปสช. หรือเรื่องของใครหน่วยไหน เขาเสนอในความต้องการของเขา”

ตัวแทน สปสช.

3. การพัฒนาประเด็นและข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อคณะกรรมการวิชาการภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) คัดเลือกเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2553 ให้เรื่องนี้เป็น 1 ใน 5 ประเด็นจากการเสนอทั้งหมดของ 36 องค์กร 52 ประเด็น ในเดือนมิถุนายน 2553 คณะกรรมการวิชาการภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะประเด็นจำนวน 20 คนเพื่อพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย (ตามเงื่อนไขข้อกำหนดของคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ) เข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ หัวหน้างานในหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง (เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันราชานุกูล ศูนย์สิทธิฯ สำนักนโยบายและแผนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ตัวแทนองค์กรผู้พิการ และนักวิชาการระดับมหาวิทยาลัย โดยมีสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) เป็นองค์กรเลขานุการ ในมุมมองสังคม ผู้พิการเป็นกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ในหลักการแล้วประเด็นนี้จึงไม่มีความเห็นขัดแย้ง เพียงแต่หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องจะสามารถดำเนินการได้มากน้อยเพียงใด แต่การทำงานด้วยกลไกจัดตั้งและกระบวนการที่เน้นกรอบกติกาตายตัว อาจทำให้บางองค์กรรู้สึกว่ามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง แม้ว่ากลุ่มเครือข่ายองค์กรต่างๆ ส่วนหนึ่งได้ร่วมกันทำงานมาก่อนในรูปคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ (ยุคแรก) ขณะเดียวกันความต้องการการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายผู้พิการทุกประเภทก็ทำให้ได้ข้อเสนอร่วมที่ไม่มีความเฉพาะเจาะจงหรือไม่ชัดเจนตรงกับความต้องการของแต่ละเครือข่ายซึ่งส่งผลต่อการขับเคลื่อนเพื่อตอบสนององค์กรผู้พิการแต่ละประเภท

“พอจับฐานความรู้ สุดท้ายก็ได้คุณหมอวัชรนาแผนงานสร้างเสริมสุขภาพบริการสังคมไทยซึ่งตอนนี้เป็นสถาบันแล้วเข้ามาช่วยแล้วก็ได้ทีมคุณหมอสุวิทย์เข้ามาเป็นคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น เลยก้อยๆ เป็นรูปร่างแล้วเสนอสำเร็จในครั้งที่ 3”

ตัวแทนเครือข่ายผู้พิการในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“พอเสนอเข้ามาแล้ว ความมีน้ำหนักของข้อมูลวิชาการยังไม่พอ ทาง สช. ประสานมาทาง สสพ. ให้เข้าไปช่วยทำเอกสารทางวิชาการหรือทำให้มันมีกระบวนการที่มันชัดเจนมากขึ้นซึ่งก็ใช้เวทีการมีส่วนร่วมของเขาเหมือนเดิม โดยเฉพาะจากภาค provider จากภาคคนพิการ ก็ต้องเชิญทั้ง 2 ทีมเข้ามา เราก็เข้าไปเป็นคณะทำงานวิชาการ ใช้ความเข้มแข็งของทุกส่วนเข้ามาช่วยกันทำให้เป็นเอกสารวิชาการ เป็นประเด็นที่มีข้อมูลทางวิชาการ แต่ก็ไม่ได้เกิดการมีส่วนร่วมไปจนถึงรากหญ้าทั้งหมด คนพิการทั้งหมดก็ไม่ได้มาเข้าสมัชชาคนพิการ ไม่สามารถดึงทั้งหมดเข้ามาได้ คนที่ไม่ได้เข้าแต่แรกก็มาตามตอนท้าย ๆ ยังเป็นความรู้ที่อยากได้อะไรก็มาเติมใส่ให้มันเยอะไปหมด ตอนนั้นคณะทำงานทางวิชาการก็พยายามดูว่าถ้ามันเชื่อมโยง เราขึ้นโครงแล้วเข้าไปวางเป็นรายละเอียดของโครงประเด็นไหนของโครงได้ก็จะใส่เข้าไปให้ แต่พยายามไม่ให้แตกกระจายออกไป ซึ่งจะเห็นว่ามติของคนพิการมีรายละเอียดมีประเด็นย่อยเยอะ กระบวนการก็จะมาทำนองนี้...”

ตัวแทน สสพ. และเลขานุการคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“ส่วนใหญ่เราจะเห็นหน้าเห็นตากัน ตัวเองอยู่ในฐานะนักวิชาการที่สนใจงานด้านนี้ เขาก็เลยชวนเข้าไป จะมีคณะกรรมการสุขภาพด้านคนพิการเข้าใจว่าคงจะลืมาจากสุขภาพแห่งชาติซึ่งก็มีอนุกรรมการเป็นคณะย่อยลงมาดูแลสุขภาพด้านคนพิการ ตอนนั้นการทำงานไม่ค่อย active ยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเป็นระบบ เหมือนกับปีหนึ่งประชุมครั้งหนึ่ง ในช่วงประมาณปี 53 มีการนำเสนอเรื่องคนพิการ งานวิชาการในด้านคนพิการในช่วงปี 50, 51 ยังค่อนข้างอ่อนมาก เลยให้มารวบรวมว่าการดำเนินงานด้านคนพิการที่ผ่านมาอะไรไปบ้าง น่าจะเป็นในปี 51 หรือ 52 ก็เลยมาอยู่ในกลุ่มกรรมการสุขภาพด้านคนพิการมาตลอด ในตอนหลังคล้ายเปลี่ยนประธาน แล้วพอปี 53 ประเด็นคนพิการก็ถูกบรรจุเข้าไป”

“มีตัวแทนคนพิการประเภทต่างๆ มากด้วยกัน แน่แน่นอนว่ามี leader ใครเสียงดังก็ค่อนข้างนำไปในทิศทางนั้น มติมันกว้างยากนะ มติอื่นกลุ่มเป้าหมายชัด น้ำหนักเกินโรคอ้วน การตั้งครุฑก็ไม่พร้อม.....แต่เรื่องพิการเหมือนเป็นภาพเปลือยเพราะ sensitive เจาะจงกลุ่มนี้กลุ่มนั้นก็พอใจ เลยไม่สามารถจะลงไปได้ๆ ได้ ไม่เหมือนพิการทางจิตเรื่องยา ลงปุ๊บแก้ใจได้เลย”

นักวิชาการในคณะกรรมการเฉพาะประเด็น

4. การรับรองเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีฉันทามติรับรองมตินี้และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เสนอมตินี้ต่อคณะรัฐมนตรีซึ่งรับทราบเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2554 และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติ และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กำหนดให้รายงานผลการดำเนินงานมตินี้ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5, 7 และ 9

สาระสำคัญโดยสรุปของมติ⁵⁵ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบการคลังเพื่อดูแลสุขภาพคนพิการให้มีความเสมอภาคด้วยแนวคิดและการบริหารจัดการที่สอดคล้องกัน โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ 2) การเพิ่มประเด็นการพัฒนาสุขภาพคนพิการในแผนส่งเสริม/พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนายุทธศาสตร์จังหวัด และดำเนินการโดย คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ/จังหวัด/และกรุงเทพมหานคร 3) การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพื่อการพัฒนาศักยภาพสถานบริการและกำลังคนในทุกสังกัด 4) การกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สาธารณสุข มหาดไทย ศึกษาธิการ แรงงาน คมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และกระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา 5) การพัฒนาศักยภาพการวิจัยโดย สสพ. สวรส. และสถาบันการศึกษา และมีข้อเสนอเชิงกลไกได้แก่ 1) ขอให้ คสช.แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพคนพิการเพื่อเชื่อมประสานหน่วยงานองค์กร ขับเคลื่อน ติดตามการดำเนินงานตามมติฯ และสนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้อง และ 2) พัฒนากองทุนดูแลคนพิการระดับพื้นที่ จากกองทุนสุขภาพระดับตำบลด้วยความร่วมมือของ สปสช. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ก่อนนำเข้าเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 มีการรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรซื้อบริการซึ่งมีผู้เสนอว่า ข้อเสนอสมควรเริ่มจากนิยามคำสำคัญให้ชัดเจนเข้าใจตรงกันก่อน

“ตอนท้ายก่อนเวทีใหญ่ ฟังความคิดเห็นอีกที ตัวแทนคนพิการที่ละกลุ่ม อีกกลุ่มหนึ่งที่เราน่าสนใจฟังคือกลุ่มที่ดูแลหลักประกัน ทำความต้องการของคนพิการให้เป็นระบบหน่อยเขาก็พร้อมจะตอบสนองนะ แต่ถ้าสมมุติว่ามาแบบกระจัดกระจายเขา ไม่เป็นระบบแล้ว ก็จะได้ปีนี้ ครึ่งหน้าอาจจะเปลี่ยนไม่ได้แล้ว ที่ว่าเป็นหลักประกันจะได้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลัก ราชการก็แทบจะทำอะไรไม่ได้ ของประกันสังคมก็แทบจะทำอะไรไม่ได้เช่นกัน”

ตัวแทนคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น

⁵⁵ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553. บริษัทศิริวัฒนา อินเทอร์เน็ตจำกัด (มหาชน); พิมพ์ครั้งที่ 2, 2554.

“เรื่องสมัชชาบางที่ก็ไปกับบุคคลบางที่ก็ไปกับหน่วยงาน ตอนนี้หลายเรื่องเกี่ยวกับ สปสช. หลายหน่วยงาน อย่างพิการเกี่ยวกับเราโดยตรง.....มองในเชิงของความร่วมมือเราเป็น *strategic partner* เป็นเรื่อง สปสช. โดยตรงที่จะต้องจัดบริการตรงนี้..... ส่วนใหญ่มั่นคึกจาก project ที่เราร่วมมือกันมากกว่า แล้วเขา develop ยกเป็นประเด็นที่เขารู้สึกว่ายังไม่ *get through* เข้าสมัชชาเพื่อให้ช่วยผลักดันอีกแรงหนึ่ง”

ตัวแทน สปสช. และตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

“กระบวนการของ สช. ที่มีหนังสือเวียนมาให้เราเสนอนั้นดี แต่ในเรื่องงานวิชาการที่น่าเสนอออกไปว่าต้องอย่างโน้นอย่างนี้เหมือนระหว่างการประชุม ผู้ร่วมการประชุมไม่ค่อยมีอิสระในด้านความคิด ลักษณะเหมือนมีคนนำตลอด ไม่เป็นอิสระในการเสนออะไรนอกกรอบ เหมือนมีกรอบของเขาวางไว้แล้วเอาเราเป็น *participant* เพื่อให้มีส่วนร่วมแค่นั้น แต่การมีส่วนร่วมถือว่าไม่ผ่าน ยังไม่มีส่วนร่วมที่แท้จริง เหมือนกับว่าเรียกองค์ประชุมให้ครบเพื่อให้ยอมรับในสิ่งที่เขาคิดไว้แล้ว บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของการบริการทั่วประเทศไม่ได้มีบทบาทในการเสนอกฎที่ชัดเจนในสมัชชา ด้วยเหตุผลอะไรก็ไม่รู้ไม่เข้าใจ มันเป็นลักษณะบทบาทการทำงานมองดูบางครั้งซ้ำซ้อนกับงานบางอย่างของเรา ไม่เคลียร์กันให้ชัดคือไม่เคลียร์บทบาทไม่เคลียร์ในบางเรื่องที่เราเกี่ยวพันกับองค์กร ส. ทั้งหลายและสมัชชาด้วย”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“เวลาประชุมก็บอกว่ารับทราบปัญหา มีหน้าที่แค่นำเสนอขึ้นไป การตัดสินใจไม่ได้อยู่กับเรา องค์กรเราต้องฟังบอร์ดมากกว่า ถ้าบอร์ดไม่เอาด้วยก็ไม่สามารถดำเนินการได้เพราะว่ากฎหมายระบุชัดเจนว่าให้ขึ้นอยู่กับมติของบอร์ด....ณ ปัจจุบันเมื่อเทียบกับอดีต คนพิการถือว่าดีขึ้นมาก แค่ 10 ปีเท่านั้น ทุกอย่างมันต่างกันค่อนข้างเห็นได้ชัด คำว่าเป็นธรรม เป็นนามธรรม ต้องตอบให้ได้ว่า ระดับไหนถึงเรียกว่าเป็นธรรม เป็นธรรมกับใคร กับคนพิการ กับผู้จ่ายเงินสมทบ กับประชาชนทั่วไป ความต้องการของคนไม่มีที่สิ้นสุด....วนกลับมาที่จุดเดิมว่าคุณต้องการพิจารณาในแง่อะไร ถ้าพิจารณาในแง่งบประมาณของประเทศ คำว่าเป็นธรรมหมายความว่าจะต้องเองบมาลงกับคนพิการอย่างเดียวหรือเปล่า ต้องพิจารณาในส่วนอื่นๆ ด้วยหรือเปล่า ก็ *feed back* กลับไปให้รับรู้.... คำสวยหรู ฟังแล้วดูดี บางทีก็ทำให้เกิดปัญหา เช่นคำว่าบูรณาการ *meaning* ที่แท้จริงคืออะไร ทุกคนตอบไม่ได้และยังหาข้อสรุปไม่ได้ แล้วมันจะไปถึงจุดนั้นได้อย่างไร จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ต่อการทำงาน ต่อคุณภาพชีวิต ชีวิตของใคร ชีวิตของคนระดับกลางก็แบบหนึ่ง ระดับสูงก็แบบหนึ่ง ระดับล่างก็แบบหนึ่งสิทธิเสมอภาคระหว่างสิทธิ เรา *classify* คนไทยอยู่สามกลุ่ม จริงๆไม่ใช่.....เดี๋ยวนี้นักการเมืองชอบประชานิยมเพราะทำให้ฐานเสียงดีขึ้น แต่ไม่ได้มองในระยะยาวความมั่นคงว่ามันจะเป็นไปได้ไหม ความยั่งยืนที่จะทำให้มันตลอดรอดฝั่ง บางทีก็เป็นปัญหาซับซ้อน ไม่ใช่ 1+1 เท่ากับ 2 เสมอไป หลายๆ ตัวต้องมา *review* กันใหม่ ต่อให้ดีเลิศขนาดไหนก็ตาม บางคนยังบอกว่าไม่เป็นธรรม อย่างที่บอกมันเป็นนามธรรมมันขึ้นอยู่กับความต้องการของกลุ่มคน ไม่มีการคุยกันว่าแปลว่าอะไร ไม่มีคำตอบ เท่ากับว่าไม่มีเพดาน ไปเรื่อยๆ ถึงแค่นั้นก็มีความไม่เป็นธรรม.....ผู้ประสพภัยจากรถชนกัน คนๆ หนึ่งอาจเป็นทั้งผู้ประสพกันตนทั้งลูกจ้างและประชาชนทั่วไป เขาจะใช้งบไหนก็ได้ ผู้ประสพภัยมีประกันสังคมก็สามารถใช้ได้ ตามหลักการกองทุนผู้ประสพภัยอันนี้ต้อง *support* คนที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตรงนี้ทำไมทุกคนไม่ไป *force* ตรงนั้นว่าจ่ายออกมาสิๆ เงินของคุณเหมือนกันทิศทาง แผน เป้าหมายจะมองบนความต้องการข้อเรียกร้องของคนพิการ มันไม่ใช่เป็นการตอบใจทยอยในลักษณะนั้น”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

5. การขับเคลื่อนมติไปสู่การปฏิบัติ

หลังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 เมื่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) รับทราบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามมติเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2554 คสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพคนพิการเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2555 โดยมีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐเป็นประธานกรรมการและมีเลขานุการร่วม 3 องค์กรได้แก่ สภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย ศูนย์สิทธิสตรี และ สสพ.⁵⁶

⁵⁶ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555. สมัชชาสุขภาพ 5/ หรือ 7: การรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ผ่านมาระยะ การส่งเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ. เอกสารประกอบสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ระเบียบวาระที่ 2.10 วันที่ 19 ธันวาคม 2555.

กระบวนการเสนอมติให้ ครม. พิจารณารับทราบใช้เวลาประมาณ 4 เดือน (จากธันวาคม 2553- เมษายน 2554) และอีก 1 ปีจึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพคนพิการเป็นกลไกขับเคลื่อนซึ่งมีระยะเวลา 7 เดือนก็ถึงกำหนดรายงานผลการดำเนินงานครั้งแรก (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5) อีกทั้งก่อนที่ ครม. จะรับทราบมตินี้ได้ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2555 ทำให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ⁵⁷ ถูกยุบ จึงขาดกลไกสำคัญในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และกฎระเบียบต่างๆ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ

จากองค์ประกอบคณะกรรมการสุขภาพคนพิการมีตัวแทนหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทหลักในระดับผู้บริหารและนักวิชาการจากกระทรวง/ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)/ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)/ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) นักวิชาการมหาวิทยาลัย และเครือข่ายผู้พิการประเภทต่างๆ การออกแบบเชิงโครงสร้างของกลไกขับเคลื่อนนี้มีความครบถ้วนสมบูรณ์มากเช่นเดียวกับมิติภาวะนั้นหนักเกินและอ้วน ต่างจากอีก 4 มติ จากรายชื่อของภาคส่วนที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่ร่วมเป็นกรรมการ อีกทั้งยังมีองค์ประกอบของกลุ่มภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันมาก่อนในการสนับสนุนของ สสส. และ สวรส. จึงน่าจะเป็นหลักประกันในการขับเคลื่อนให้บรรลุวัตถุประสงค์ นับเป็นจุดแข็งของมตินี้ แต่การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐนอกภาคสาธารณสุขยังคงอยู่ในระดับต่ำด้วยการส่งนักวิชาการหมุนเวียนกันมาประชุมทำให้ไม่มีความต่อเนื่องและอาจเป็นการสะท้อนว่า หน่วยงานเหล่านั้นตระหนักว่าสามารถดำเนินบทบาทที่ชัดเจนของตนได้โดยไม่ต้องอาศัยกลไกนี้มาติดตามการดำเนินงานของตน เช่นเดียวกับตัวแทนหน่วยงานหนึ่งให้ความเห็นไว้ ดังนั้นมติสมัชชาจะมีประโยชน์เมื่อช่วยลดอุปสรรคในการพัฒนาระบบต่างๆ หากไม่แล้วก็จะมีความสำคัญน้อยกว่า พ.ร.บ. ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของกระทรวง พม. ซึ่งก็มีข้อจำกัดในการขับเคลื่อนเช่นกัน

“พม.คือตัวหลัก focal point เลยเพราะกฎหมายเสนอในกระทรวงเขา ตั้งแต่ 2534 แต่ตอนนั้นเขายังเป็นหน่วยเล็กในกรมประชาสงเคราะห์ พอกฎหมายปี 34 ออกมา ต้องมีกฎกระทรวง ก็ต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่สมัย ผอ.คนแรก ๆ”

นักวิชาการในหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

“เงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้มาจากสถานประกอบการเป็นหลัก ที่ไม่จ้างคนพิการก็ส่งเงินเข้ากองทุนแล้วรัฐบาลสนับสนุนบางส่วน ปีสองปีก่อนโชคดีได้เงินหยวกเข้ามาประมาณสองพันกว่าล้าน การใช้กองทุนยังไม่ตรง เอาไปแบ่งให้สมาคมคนพิการแห่งชาติแปลแล้วไปจัดทำโครงการ ส่วนใหญ่เป็นโครงการฝึกอาชีพคนพิการ รมรณรงค์สร้างความเข้มแข็งให้องค์กร ไม่ได้ลงไปในเรื่องของการพัฒนาสุขภาพ กองทุนจังหวัดจะมีเงินเข้าไปหาละบาทโดย matching fund กับทางจังหวัดเข้าไปพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แต่ต้องทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบวกเข้ากับแผน ส่งเข้ามาเกือบครบแล้วแต่อย่างทำโครงการพัฒนาอาชีพ อะไรอย่างนี้ ยังไม่เห็นแผนพัฒนาจังหวัดไหนลงไปถึงเรื่องของการดูแลสุขภาพเพราะว่าตัวหลัก ผู้ว่า พมจ. ก็จะมองในเชิงสังคม หมอที่เป็นหนึ่งในกรรมการด้วยก็ยังไม่มองไม่ออกว่าเงินก้อนนี้จะไปดูแลเรื่องของการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างไร แล้วก็เชื่อว่ากรรมการชุดนี้จะ work มันใหญ่เกินไปพอเวลาประชุมกัน เท่าที่ดูวาระประชุมคือพิจารณาเงินกู้ประกอบอาชีพเป็นหลัก เขาก็จะมองว่าเบี้ยยังชีพน้อยไปเบี้ยได้ไม่ครบตามเวลาไม่มีอาชีพ สุขภาพมาทีหลัง น้อยรายอาจจะบอกว่าเขานอนป่วยอยู่ตั้งนานแล้วเป็นพิการตั้งนานแล้วเลยไม่มีใครเข้ามาดูแลที่จะขึ้นมาช่วยดั่งไม่มี เขาไม่รู้จะทำอย่างไร สองในระดับผู้นำไม่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้มากเพียงพอส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องอาชีพเท่าที่เห็นก็จะมีคนที่พูดถึงสุขภาพอยู่ไม่กี่คน ผู้ช่วยเป็นเรื่องสำคัญถ้าคนพิการไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้วันทั้งวันนอนเฉยๆ สุขภาพมันพัง”

⁵⁷ นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการ

“คณะกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแห่งชาติไม่ work นายบอกว่าจะเรียกประชุมที่ ผู้ใหญ่ยุ่งๆ กันหมด ส่วนใหญ่ก็เป็นระดับ ปลัดกระทรวง นายกเองกำลังยุ่งเหมือนกัน ไม่ลงมาเรื่องนี้หรอก อีกด้านหนึ่งก็ไม่เอาตัวแทนปลัด เขากลับส่งผู้ปฏิบัติมาไม่มีอำนาจ ตัดสินใจ กรรมการใหญ่ก็ทำเชิงนโยบายๆ ก็รอๆ อยู่ไม่ได้ลงมาเท่าไร”

นักวิชาการในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

“มี พ.ร.บ. ใหญ่ปี 50 คมอยู่แล้ว ในนั้นให้อำนาจกระทรวง.....สามารถทำประกาศได้เยอะแยะแล้ว นายกเป็นประธานอยู่ใน คณะกรรมการแห่งชาติ เราจะทำประกาศ รัฐมนตรีเราก็เซ็นได้ ไม่ต้องสร้างกฎหมายใหม่ ไม่เห็นด้วยกับการทำกฎหมายมาเยอะแยะ แล้ว implement ไม่ได้ หลายกฎหมายของศูนย์ของกระทรวงเราไม่ work คือต้องดูจากความเป็นจริงว่ามีช่องทางให้เราออกกฎหมาย ได้ ไม่ใช่ไม่มี แต่การ implement เป็นหน้าที่ที่ปลัดจะต้องผลักดัน แม้ประกาศที่เราออกรัฐมนตรีเซ็น เราเรียกประชุมกันเป็นปีกว่าจะ ได้”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

“สมัชชาตั้งกรรมการชุดหนึ่งเรียกประชุมไปรู้สึกจะครั้งหนึ่ง ไม่ได้เข้า ติดประชุม ให้น้องเข้าแทน ก็มารายงาน เขาก็ติดตาม ว่าในมติต่างๆ ทางเราทำอะไรไปบ้าง เหมือนกับกากับแทนที่จะช่วยผลักดัน ที่เขากำกับ เรามีทั้งหมดมีผลงานออกมาเยอะอยู่แล้ว”

“เราคาดหวังมาช่วยกันทำงาน เป็นเครือข่ายทำงานเป็น partnership มากกว่า ไม่ใช่เรื่องงบประมาณ บทบาทชัดเจนแล้ว ก็ควรจะกรอบการทำงานที่ชัดเจนโดยการมีส่วนร่วม ไม่ใช่มีบางกลุ่มมาชักนำแล้วทำให้เกิดสิ่งที่ไม่ดีเองอยากจะทำเพื่อจะแย่งผลงาน หรือแย่งอะไร บางครั้งก็อึดอัด ทำงานน่า share share fare”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

ในทัศนะของนักวิชาการและเครือข่ายผู้พิการซึ่งเป็นคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นเห็นตรงกันว่า การ ขับเคลื่อนและดำเนินการเป็นไปตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มากกว่าตติสมัชชา

“มันก็มีทำข้อ 1 ข้อ 2 เหมือนเห็นเนื้อเห็นหนังอยู่บ้าง ถามว่ามันจะไปได้อีกแค่ไหน อย่างไร เป็นผลจากสมัชชาจริง ๆ เลย หรือเปล่า มันไม่ใช่สักทีเดียว เพียงแต่คนพิการเขารู้สึกว่าเวทีที่เขาเข้ามาเกี่ยวข้องกับเยอะหรือไม่เขาก็จะมีประเด็นที่จะเอามาพูดกับฝ่ายรัฐ ก็เอาเรื่องเดียวกันมาพูดเป็นคำเดียวกัน ไม่อย่างนั้นพูดคนละเรื่องก็จะเห็นไม่ไป ถามว่าเป็นประโยชน์ไหม เป็นประโยชน์พอสมควรไม่ มาก ไม่ใช่ตัวหลักหลัก”

นักวิชาการในหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

“ถ้าถามว่าสมัชชาสุขภาพเมื่อมีแล้วก่อให้เกิดนำไปสู่การปฏิบัติอย่างไร ไม่เห็นความชัดเจนเลย การรับรู้ทั่วไปก็น้อยมาก ขณะที่ตัวเองซึ่งอยู่ในแวดวงพอสมควร ไม่ค่อยเข้าใจได้รู้แล้วยังงี้ต่อมา.... ผลที่ออกมา ไม่มีกลไกในการเคลื่อนต่อ เท่าที่สังเกตรู้สึก ว่ายังไม่เห็นผลอะไรจากการทำสมัชชา”

นักวิชาการด้านคนพิการ

“สุดท้ายก็สำเร็จมาเป็นมติแล้วก็ภูมิใจกันมากเลยทีไรแล้ว แล้วก็ส่งไปให้เครือข่ายขับเคลื่อนต่อไปในระดับจังหวัดระดับพื้นที่ถึง บางเรื่องบางประเด็นออกมา สุดท้ายก็ติดตามผลปรากฏมัน work ปีแรกปีเดียว หมายถึงก็แค่ปีเดียวเพราะว่ามันทำต่อเนื่องตั้งแต่ สมัชชา 4 ภาค.....แต่มันเป็นประเด็นร่วม มี พ.ร.บ. ปี 50 เลือกจัดการปฏิบัติ คือสอดคล้องกับกฎหมายคนพิการพอดี เลยถูก ขับเคลื่อนตัวบทกฎหมายมากกว่าตติสมัชชา.....ไปตามผลการปฏิบัติตามตติสมัชชาสุขภาพคนพิการว่าจะมีว่าใครทำอะไรอย่างไร ถ้าไม่ คิดมาก โอเค ก็เป็นผลจากตติสมัชชา แต่ข้อเท็จจริงแล้วไม่ค่อยมีใครเอาตติสมัชชาไปอ้างเท่าที่ควรส่วนต่างจังหวัดไม่ได้เข้ามาเรียนรู้ตรง นี้ก็เลยไม่สามารถเอาไป implement ในพื้นที่ เลยยังมีช่องว่างอยู่ เคยสอบถามเรื่องนี้ มีใครเคยเอาตติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเข้าไป พูดในประชุมอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดบ้างไหม ปรากฏว่ามีอยู่สองสามจังหวัดเท่านั้นเอง”

ตัวแทนเครือข่ายผู้พิการ

ด้วยโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ขององค์กรดูแลระบบประกันและสวัสดิการภายใต้กฎหมายเฉพาะต่างกันระหว่าง สปสช. (ภาคสาธารณสุข) สปส. (กระทรวงแรงงาน) และกรมบัญชีกลาง (กระทรวงการคลัง) ซึ่งมีประเด็นปัญหาบูรณาการสิทธิประโยชน์และทรัพยากรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้พิการโดยเฉพาะเมื่อเนื้อหามติใช้ถ้อยคำที่มีการรับรู้เข้าใจไม่ตรงกัน โดยที่ สปสช. จะสามารถตอบสนองได้ดีกว่าอีกสององค์กร อาจเพราะมีบทบาทหน้าที่ดูแลประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศในด้านสุขภาพโดยตรง และซื้อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และการรักษาจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก สำหรับกระทรวงแรงงานซึ่งมีขอบเขตบทบาทหน้าที่กว้างกว่าเรื่องสุขภาพนั้นมีกฎหมายสำคัญเป็นกรอบการดำเนินงานคือ พ.ร.บ. กองทุนเงินทดแทน และ พ.ร.บ. ประกันสังคมซึ่งนายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนตาม พ.ร.บ. 2 ฉบับนี้ กระทรวงแรงงานมีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานในจังหวัดปทุมธานีและระยองเพื่อป้องกันความพิการแก่คนงานที่สูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพจากการทำงานตาม พ.ร.บ. กองทุนเงินทดแทน ต่อมาขยายให้บริการผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพนอกเหนือจากการทำงานด้วย ศูนย์ดังกล่าวบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และอาชีพได้แห่งละ 200 รายต่อปีซึ่งรองรับคนงานที่จำเป็นได้เพียงประมาณร้อยละ 5 สปส.จึงมีแผนจะสร้างศูนย์เพิ่มในจังหวัดเชียงใหม่และขอนแก่น และที่สงขลาเป็นลำดับต่อไป ส่วนกรมบัญชีกลางซึ่งดูแลสวัสดิการข้าราชการนั้นทำหน้าที่ซื้อบริการโดยไม่มีหน่วยบริการสุขภาพเอง ผู้พิการจำเป็นต้องรับบริการในหลายมิติแต่แหล่งบริการแต่ละสังกัดยังรองรับได้จำกัดต้องอาศัยระยะเวลาในการพัฒนาศักยภาพรวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานด้วยกระบวนการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพสูงภายใต้งบประมาณที่จำกัดด้วยข้อจำกัดในบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กรบริหารระบบประกันและสวัสดิการ การบูรณาการร่วมกันอาจต้องอาศัยนโยบายระดับเหนือกระทรวงเพราะแม้ว่าจะมีทุนเดิมในหน่วยงานกระทรวงต่างๆ อยู่บ้าง ก็ยังมีเรื่องที่ต้องพัฒนาอีกมากในกระทรวงหลักทุกกระทรวงในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ และตำบล

“ในสำนักงาน กฎหมายสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นกฎหมายที่บังคับอยู่แล้ว หรือแม้แต่ในเรื่องของการจ้างงานคนพิการ ประกันสังคมก็ให้ความสำคัญ ประกันสังคมเองเป็นหน่วยงานที่ serve ตรงนี้ได้ดีกว่า ค่อนข้างเฉพาะ อีกอย่างประกันสังคมเองมีศูนย์ฟื้นฟูอยู่แล้ว คนพิการในระบบที่มารับการฟื้นฟูที่นี่ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการฟื้นฟูที่นี่เสร็จแล้ว ส่วนหนึ่งก็ไปทำงานตามสำนักงานประกันสังคมอะไรต่างๆ เราก็คิดสัดส่วนคิดว่าประกันสังคมมีทั้งหมดกี่คน สามารถที่จะจ้างได้กี่คน”

“กองทุนเงินทดแทนพยายามจะเพิ่มบทบาทตรงนี้ให้ทุก รพ. มีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ support ทุนในการฝึกอบรมแพทย์และให้ในเรื่องเกี่ยวกับ safety อะไรต่างๆ ปัญหาอยู่ที่ว่ามันเนื่องจากการทำงานใหม่ ต้องบวกกับงานวิจัย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ก็ต้องมองงานในเชิงวิจัยเช่นเดียวกัน ณ ปัจจุบันงานวิจัยในส่วนนี้ไม่เยอะเท่าที่ควร...ใช้ดอกผลของกองทุนเงินทดแทนส่วนหนึ่งไป support งานวิจัยให้กับสถาบันความปลอดภัย ไม่ใช่แค่มองในเชิงอุบัติเหตุ แต่มองในเรื่องโรคด้วย สิ่งแวดล้อมในการประกอบอาชีพด้วย”

“ทุกวันนี้การบริหารใช้จ่ายเรื่องวัสดุ ครุภัณฑ์ การก่อสร้างของศูนย์ฟื้นฟูฯ เราใช้ดอกผลจากกองทุนเงินทดแทน เงินเดือนบุคลากรเป็นส่วนงบประมาณรัฐบาล ในแง่ของการทำงาน ณ วันนี้เรายังเป็นปัญหา กลุ่มผู้ประกันตนทุพพลภาพ พอใช้เสร็จ นายจ้างที่เป็นคนจ่ายเงินเข้าระบบ เขาโวย กลายเป็นว่ากองทุนประกันสังคมต้องจ่ายเงินเข้ามาสมทบ..... ในแง่ของความละเอียดอ่อน บางครั้งคนข้างนอกไม่รู้.....ขณะเดียวกันคนนอกก็มองว่า คนพิการที่อยู่ใกล้ศูนย์นี้น่าจะใช้ได้ จะขอเข้ามาใช้ ถามว่านายจ้างจะยอมไหม โดยสามัญสำนึกของเจ้าหน้าที่เราก็คงยากให้บริการ เมื่อมีเงื่อนไขอย่างนี้เราก็ทำไม่ได้”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

“งบประมาณปกติไม่มีบงใหม่เลย ที่เกิดจากอันนี้ ในแง่เวทีเรียนรู้ความชอบธรรมของมติที่มีกระบวนการที่ดี หมายถึงว่าประเด็นพวกนี้ก็อ้างอิงได้ ในเวลาที่เราต้องการจะผลักดันอะไรบางอย่างในนโยบายของกระทรวง”

“ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขมีตัวหนึ่ง ร้อยละของคนพิการในจังหวัดนั้นที่ได้รับสวัสดิการอย่างน้อยหนึ่งอย่าง นโยบายระดับปลัดหรือท่านผู้ตรวจราชการไม่ค่อยลิ้มเรื่องฟื้นฟู แต่ถ้าเป็นระดับโรงพยาบาลเขามักมองเรื่องฟื้นฟูเป็น priority หลังเพราะเป็นกิจกรรมที่สร้างไม่ง่าย ขาดทุน และก็กินเตียง เขาจะรับเป็น OPD ๆ ถ้าไรแต่ถ้าเป็น IPD ไม่ทำไร เพราะฉะนั้นก็ยังมีปัญหาวุ่นวาย”

อัมพฤกษ์พอ discharge จาก รพ.จังหวัดก็กลับบ้านไปเลย ไม่มี subacute care ไม่ได้ฟื้นฟูทำอะไรต่อ กลับบ้านเลยไปติดบ้านติดเตียง ระบบพวกนี้คือส่วนที่เราจะพัฒนาขึ้นแล้วก็ทำร่วมกับ สปสช.”

“subacute care, activity ชัดแล้วแต่ค่าใช้จ่ายไม่ชัด แต่จะไม่มีใครทำเพราะว่าเงินไม่น่า ถ้าจะทำก็ทำได้ ไม่ใช่หมอ rehab ก็มีพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟูกระจายไปทั่ว”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

“ต้อง define โรงพยาบาลสักกลุ่มหนึ่งที่ดูแล้วมีความสนใจ ทำโมเดลให้โรงพยาบาลอื่นเห็นแต่ตอนนี้ที่เห็นโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ผอ.โรงพยาบาลและภรรยา active มากทำทุกเรื่องพยายามทำให้โรงพยาบาลเป็นของชุมชนแล้วคนพิการก็เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน คืองานพิการยังไม่ได้เด่นมากแต่มองเห็นความเป็นไปได้ตั้งใจ ไม่งั้นเขามองไม่ออก เขาก็นึกว่าเยี่ยมบ้านทำกายภาพเสร็จจบ”

นักวิชาการด้านคนพิการ

“พม. ในเชิงสังคมจะเพิ่มเบี้ยคนพิการ ทำเรื่องของอาชีพคนพิการอย่างไร พอเรื่องการฟื้นฟูทางด้านการแพทย์ งบประมาณอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งตัวหลักคือศูนย์สิรินธร ไม่แน่ว่าตอนนั้นนโยบายศูนย์สิรินธรจะอย่างไร เหมือนกับว่าผู้ใหญ่จะให้ทำเฉพาะการฟื้นฟูคนพิการทางด้านร่างกายเคลื่อนไหวมากกว่าจะไปทำทางอื่น ถ้าคนพิการกลุ่มอื่นก็ขาดตัวเล่นหลักเลย”

“บางที่ประเด็นคมๆ จะเกิดขึ้นมาได้ กลุ่มนักวิชาการกลุ่มแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะต้องลงมาดูมาช่วยเลย เราพยายามหาว่าใครสนใจเรื่องช่องปาก ทันตแพทย์สนใจก็ทำ....พอทำขึ้นมาเห็นเป็นประเด็นค่อยๆ ดีขึ้นพัฒนาได้ดีขึ้น หลายๆ จุดหมอมือคลุกคลีกับคนพิการเข้ามาช่วยในเรื่องนี้ก็จะดีขึ้น แต่ว่าน้อย ส่วนมากหมอมองคนพิการเป็นคนไข้พอรักษาเสร็จจบ ไม่มองแบบ holistic ว่าหลังจากรักษาแล้วต่อไปชีวิตเขาจะอยู่ในสังคมอย่างไร need อะไร ไม่ใช่พอรักษาเสร็จก็จบ”

“สมาคมระดับประเทศเองที่มีความเข้มแข็งเชิงวิชาการก็คือสมาคมคนตาบอด มีสถาบันเน้นการวิจัย ได้อาจารย์มหาวิทยาลัยช่วยกัน มี back ground ทางมหาวิทยาลัยเหมือนนักวิชาการไปในตัว เพราะว่าการศึกษาเขาดีแล้วมีความรักกลุ่มก่อน”

นักวิชาการด้านคนพิการ

ข้อจำกัดของมตินี้มี 3 ประการคือ มีระยะเวลาดำเนินงานยังไม่นานนักหลังจากการตั้งคณะกรรมการคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังซึ่งเป็นกลไกสำคัญถูก ครม. ยุบไปก่อนที่ คร.ม. จะรับทราบมติ และมติเกือบทุกข้อต้องได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารกระทรวงอื่นๆ ซึ่งเป็นปัญหาร่วมที่พบในมติอื่นเช่นกัน จึงกลับมาใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 (ซึ่งเป็นเวทีที่ต้องรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานครั้งแรก) ปรับข้อเสนอมติให้เร่งรัดการดำเนินงานที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีสาระโดยสรุป⁵⁸ ดังนี้

1) ให้สามกองทุนหลักปรับสิทธิประโยชน์ด้วยการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและผู้แทนองค์กรคนพิการ ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ ให้องค์กรด้านคนพิการและ อปท. ร่วมจัดบริการสุขภาพสำหรับคนพิการได้ และระหว่างนี้ขอให้ สปสช.สนับสนุนองค์กรด้านคนพิการร่วมจัดบริการในรูปแบบรายโครงการ (project based) ต่อไปก่อน

2) ขอให้ศูนย์สิรินธรฯ เร่งประกาศใช้ “แนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552”

3) ให้คณะกรรมการสุขภาพคนพิการประสานและสนับสนุนการดำเนินการ และการดำเนินการตามมติแล้วรายงานความคืบหน้า ต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7

การปรับข้อเสนอติดอย่างเป็นทางการนี้นับเป็นครั้งแรกของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่มีการนำมติกลับเข้ามาปรับปรุงให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม (focus) มากขึ้นว่า จะมุ่งอะไร จะทำอะไร และมีการบันทึกเป็น

⁵⁸ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555. สมัชชาสุขภาพ 5/ หรือ 7: การรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ผ่านมารีเรื่อง การสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ. เอกสารประกอบสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ระเบียบวาระที่ 2.10 วันที่ 19 ธันวาคม 2555.

ลายลักษณ์อักษรซึ่งหน่วยงานเกี่ยวข้องก็จะนำไปอ้างอิงอย่างหวังผลได้จริง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จาก นักวิชาการ คณะทำงาน และคณะกรรมการ ที่คาดหวังให้กระบวนการสมัชชาช่วยในการผลักดันการทำงาน แทนที่ หน่วยงานองค์กรต่างๆ ต้องทำงานในบริบทเดิมๆ แล้วถูกติดตามจากคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

6. ข้อคิดเห็นและการเรียนรู้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ผู้มีบทบาทในมติเห็นพ้องกันว่า “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ให้ประโยชน์ในการเรียนรู้ของคณะทำงานช่วงที่ จัดทำประเด็น/ข้อเสนอ และเวทีสมัชชาฯ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจตระหนักถึง “คุณค่า” ของความสำเร็จจากการ ทำงานร่วมกัน ขณะเดียวกันก็เป็นความหวังว่า การเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะหนุนเสริมการทำงานที่เป็นอยู่ มีการสนับสนุนกลไกการทำงาน และน่าจะเป็นเครื่องมือในการตกลงและทำงานร่วมกัน ในกระบวนการพัฒนา ข้อเสนอเชิงวิชาการที่ผ่านมา เป็นโอกาสที่ผู้ทำงานด้านผู้พิการต่างสังกัดต่างวิชาชีพได้พบปะทำงานร่วมกัน ได้เรียนรู้ ความคิดเห็นและความคาดหวังซึ่งกันและกัน และแบ่งปันข้อมูลระหว่างกัน รวมทั้งการปะทะสังสรรค์ต่อรองระหว่าง เครือข่ายผู้พิการกับหน่วยงานภาครัฐ การเรียนรู้เหล่านี้จะช่วยสร้างความเข้าใจระหว่างกันและมีการปรับท่าทีบทบาท เข้าหากัน เพราะอย่างไรก็ต้องทำงานร่วมกันต่อไป

“เราเสนอทุกปี ถ้าเครือข่ายของผู้พิการจริงๆ ไม่มีทางพัฒนามติและผลักดันเข้าไปสมัชชาชาติเพราะจะต้องไปทำขบวนการ ระดับพื้นที่ก่อน สร้างการมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ ตอนนั้นเราก็ทำสมัชชา 4 ภาคก่อนที่จะได้ตรงนี้ออกมา....เป็นประเด็นร่วมแล้วใช้ได้กับ ทุกกลุ่ม เวลาไปพูด ตาบอดเห็นด้วย หูหนวกก็เห็นด้วย ผู้ปกครองก็บอกว่าใช่จริง.... กระบวนการก็คัดเลือกคนเหมือนกับค่อยๆ คัดเลือก ว่าคุณจะทำมติสมัชชาต้องใช้ฐานความรู้คุณไม่มีคุณต้องไปหาคนที่ เป็นพันธมิตรกับคุณก็เลยสมัครเข้ามาด้วยกันทำ สุดท้ายก็สำเร็จมา เป็นมติแล้วก็ภูมิใจกันมากเลยทีนี้นี้แล้วก็ส่งไปให้เครือข่ายขับเคลื่อนต่อไปในระดับจังหวัดระดับพื้นที่ซึ่งบางเรื่องบางประเด็นออกมา..... แล้วก็ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติรับรองก็มีแก๊สเราถือว่าเราไปเรียนรู้แล้วก็ภูมิใจก็ส่งให้เครือข่ายไปขับเคลื่อนต่อ”

ตัวแทนเครือข่ายผู้พิการในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“เวลาประชุมตามจังหวัดต่าง ๆ ทางหมอ rehab ก็ดึงผู้พิการเข้ามาร่วมด้วยก็จะมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ได้เจอกันบ่อย ๆ พูด ภาษาเดียวกัน ก็มาจัด priority ด้วยกัน เราก็รู้ว่าจริง ๆ แล้วเขายากได้อะไร เขาเห็นอะไร ซึ่งมันทำให้กระบวนการชัดขึ้น.....เวลา ประชุมที่ สสพ. เป็นผู้แทนที่อยู่แถวนี้ ไม่ได้มาจากทั่วประเทศ”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

“คุณอ้างกฎหมายอย่างโน้นอย่างนี้ คุณก็ต้องแก้ได้ คนที่จะพูดก็ไม่สามารถ discuss ตัวบทกฎหมายอะไรได้ ไม่มีใครพูด รู้ ว่าพูดไปไม่มีประโยชน์แล้วเป็นประเด็นให้คนพิการเอามาโจมตีได้ ไม่งั้นเหมือนเรารั้งแคนพิการมันก็ขึ้นอยู่กับคณะทำงานตรงนั้น บางทียึดตัวตน ความเป็นตัวตนมันทำให้เกิดเป็นปัญหาได้เหมือนกัน เวลาทำงานตามความเคยชิน บางทีไม่ได้ละลายตัวเองว่า เรา ต้องคุยในเรื่องหลักการ เรื่องอะไรต่างๆ กลางๆ.... มันก็แชร์เท่าที่ตัวเองจะแชร์ได้เท่านั้นเอง.... กระบวนการศึกษาก็มี พรบ.ของเขายู่ เหมือนกัน คือทุกอย่างมันมีกรอบของตัวเอง คำว่าคนพิการของกระทรวงศึกษาอีกแบบหนึ่ง นิยามของคำว่าคนพิการไม่ค่อยจะ เหมือนกัน... ถ้าเราฟังเสียงคนพิการเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่ง ต้องคุยตามหลักเหตุและผล และสิ่งที่มีความเป็นไปได้มากขึ้น”

นักวิชาการตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

7. ข้อเสนอต่อการขับเคลื่อนและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

การวิจัยเชิงนโยบายด้านคนพิการยังมีน้อย ทั้งการตรวจสอบสถานการณ์ความพิการ การเข้าถึงบริการ ความจำเป็นและต้องการของคนพิการในด้านต่างๆ ศักยภาพและความพร้อมของสถานพยาบาล การประเมินการปฏิบัติและอื่นๆ และมีข้อเสนอต่อการวิจัยเกี่ยวกับผู้พิการ (เช่น ความเหมาะสมของการจ้างงานคนพิการ) ให้ใส่ใจผู้พิการลงไปด้วย แทนที่นักวิจัยจะนึกคิดเองแล้วได้ผลที่ขึ้นาสังคม และควรให้ความสำคัญกับประเมินผลความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

“กระทรวงแรงงานจะขอทุน สกว. ทำวิจัยเรื่องโอกาสในการจ้างงานที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ เพื่อจะใช้เป็นแผนที่ให้สถานประกอบการและนายจ้างรู้ว่า คนพิการประเภทไหนเหมาะกับอะไร คุณจะมารู้ได้ไงกรอบความคิดของคนไม่พิการ จะมีภาพเรียบร้อยแล้วตาบอดทำอย่างงั้นๆ หูหนวกเป็นพนักงานโรงแรมปูที่หลับปิดที่นอน ไม่ต้องสื่อสารกับใคร ถ้าพิการทางสติปัญญาที่ทำ routine ถ่ายเอกสารเดินเอกสาร แล้วก็ไปขึ้นน้ำส้ม..... มุมมองพวกนี้จะไปล็อกแล้วมันจะออกมาว่าคนตาบอดเหมาะสมกับงานอาชีพหนึ่งสองสามสี่ห้า แล้วมีผลกระทบกับสังคมวงกว้าง คุณต้องการรับพนักงาน key word Excel ได้ คุณก็ไปกำหนด spec ออกตำแหน่งงานที่สามารถใช้โปรแกรม word Excel ได้ ใครมีความสามารถพวกนี้ก็ได้ ขณะนี้เราได้สถาบันวิจัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตแห่งประเทศไทยจะทำศูนย์จัดหางานภาคเอกชนของคนพิการ จะมี job code, job analysis, job bank ต้องการมาคุยกับสถานประกอบการ ไม่กำหนดเป็นวุฒิ กำหนดเป็นความสามารถ”

ตัวแทนเครือข่ายผู้พิการ

“ต้องใช้เงินต้องลงทุนเพื่อติดตามประเมินเหมือนวิจัยเพราะมันเป็นการกระตุ้น ตอนนั้นยังไม่ได้คิดเท่าไร คิดแต่คำ wording พยายามจะให้ชัดให้ตรงกับที่เราอยากจะได้”

นักวิชาการในหน่วยงานในคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ

“งานวิจัยในเชิงนโยบายมันต้องมีคนที่สนใจงานนโยบายจริงๆ จังๆ เขาก็มีสไตล์ของเขา เลยไม่สามารถทำออกมาในเชิงของผลงานของสถาบันเราได้ มีกลไกอันหนึ่งในเชิงวิชาการคือคณะกรรมการระดับชาติคนพิการซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการกับประมาณอีก 8 สถาบัน จัดประชุมวิชาการทุกปีแต่ไม่เป็นโครงการใหญ่ที่จะไปขับเคลื่อนเชิงนโยบายได้..... มตินี้ว่าสนใจมากแต่ยังไม่มีกระบวนการรวบรวมปัญหาเรื่องการสุขภาพคนพิการ ต่างจากปัญหาสุขภาพของคนไม่พิการตรงไหนบ้าง เมื่อมีปัญหาแล้วบริการสุขภาพมีแล้วหรือยัง ถ้ามันมีมันเข้าถึงได้แค่ไหน”

นักวิชาการด้านคนพิการ

เครือข่ายผู้พิการเสนอ คจ.สช. ให้คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการเสนอประเด็นด้านสุขภาพ ไม่ควรปิดกั้นอาจจัดเป็นเวทีเฉพาะประเด็นเฉพาะกลุ่ม แม้คำว่าผู้พิการในมตินี้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยแต่ทางกลุ่มผู้เสนอเห็นว่ากลุ่มเด็กเล็กมีความเฉพาะเจาะจงในการพัฒนาด้านสุขภาพ

“ครั้งที่สี่ก็มีคนเสนอ เครือข่ายเด็กพิการเสนอ คจ.สช. ก็ทำนองว่า ขาชั้นนั้นยากไปทำขาเคลื่อนดีกว่า ไปดูซิประเด็นของคุณอยู่ในครั้งที่ 3 นั้นแหละ ผมต้องใช้เวลาเรียนรู้หลายปีแล้ว พอเปิดรับประเด็นคุณก็บอกว่าใครก็ได้เสนอ พอเสนอก็ต้องถูก proof เรื่องคนพิการจะมีจดหมาย respond กลับไปประมาณว่าเข้าช้อนกับมติสมัชชาครั้งที่ 3 เข้าช้อนนี้ บังเอิญเราเป็น คจ.สช. ด้วย ก็บอกว่าเขามาแล้วไม่เป็นไรเรื่องงานวิชาการก็ไปจับแผนงานคุณหมอวิชา คุณหมอก็ตอบประมาณว่าทำขาเคลื่อนก่อนดีไหม ปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมจับต้องได้หรือมีความก้าวหน้าก่อนไหม ก่อนที่จะพัฒนาประเด็นใหม่คือยังไม่สามารถสร้างเป็นมติระดับชาติได้ เขาก็เหมือนกับผ่องๆไป ระยะหลังก็เลยไม่มีคนส่ง....เราพูดถึงทุกกลุ่มนะแต่เราใช้คำใหญ่คือคนพิการ เขาก็มองประเด็นของกลุ่มเขา.....ก็เหมือนกับว่าไม่เปิดโอกาสให้ประเด็นเล็กประเด็นน้อยเข้าสู่สมัชชา เขาจะมีแบบสอบถามอยู่ตัวหนึ่ง...มีความจำเป็นแค่ไหนที่ต้องใช้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในการแก้ปัญหา”

ตัวแทนเครือข่ายผู้พิการ

กรณีศึกษามตินโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ

ผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในการศึกษานี้คือ เลขานุการคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและบุคคลที่บุคลากรจาก สช. อ้างถึง (snowball technique) เป็นผู้มีบทบาทภาคประชาสังคมรวม 5 คน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารที่เผยแพร่ในรูปสิ่งพิมพ์และระบบอินเทอร์เน็ตของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานปฏิรูป (สปร.)⁵⁹

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 นี้ คณะรัฐมนตรีรับทราบและระบุระยะเวลาให้รายงานผลการดำเนินงานในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 และไม่มีการตั้งกลไกขับเคลื่อนตามข้อเสนอของมติ แต่มอบให้คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.)⁶⁰ ขับเคลื่อน

มตินี้อาจจัดอยู่ในกลุ่มการสร้างเสริมความเข้มแข็งบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน หรือการจัดการความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างอำนาจ⁶¹ ขึ้นกับนิยามคำว่า “การจัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ”

ประเทศไทยยังคงรวมศูนย์อยู่ที่ประเทศไทยใช้การปกครองระบอบประชาธิปไตยและเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ การรวมศูนย์เป็นอุปสรรคต่อการสร้างภาคประชาสังคมในทุกระดับ ทำให้ทั้งท้องถิ่นและประชาชนอ่อนแอ⁶² ขาดพลังอำนาจและทรัพยากรในการจัดการตนเอง เมื่อพิจารณาจากความตระหนักของมติที่ต้องการปรับเปลี่ยนสมดุลอำนาจ สมดุลในการบริหารงบประมาณระหว่างการบริหารราชการส่วนกลาง การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น องค์กรนโยบาย องค์กรสนับสนุนงบประมาณกับชุมชน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถตัดสินใจกำหนดทิศทางการพัฒนาบริหารจัดการชุมชนของตนเองร่วมกับหน่วยงาน และภาคอื่นๆ ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญอย่างแท้จริง⁶³ มตินี้ก็ควรมุ่งจัดความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างอำนาจใหม่ แต่หากพิจารณาข้อเสนอของมติที่มุ่งการสร้างเสริมความเข้มแข็งบุคคล/ครอบครัว/ชุมชนในการจัดทำแผนงานโครงการของชุมชน โดยมีหน่วยงานองค์กรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและงบประมาณ จะเห็นได้ว่า ข้อเสนอนี้ไม่สอดคล้องกับความตระหนักของมติ เมื่อนิยามต่างกันก็ส่งผลถึงแนวทางการขับเคลื่อนต่อไปด้วย

“พื้นที่ขนาดเล็กมันได้จัดการไปแล้ว การบูรณาการจังหวัดหรือจังหวัดบูรณาการหมายถึงการทำแผนร่วมกับภาครัฐแล้วทำให้แผนประชาชนได้รับการยอมรับจากภาครัฐแล้วร่วมมือกัน มันคนละนัยยะกับจังหวัดจัดการตนเอง เพราะจังหวัดจัดการตนเองไม่ใช่เป็นเรื่องแผนประชาชนให้ภาครัฐยอมรับ แต่ส่วนกลางไม่ต้องมายุ่งกับพื้นที่มากแล้วพื้นที่ต้องมีความกล้าที่จะสร้างขีดความสามารถของตัวเองที่จะมาจัดการตนเอง”

ตัวแทนภาคประชาสังคม

⁵⁹ จัดตั้งเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2553 ตามมติคณะรัฐมนตรี เป็นหน่วยงานภายในของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการปฏิรูป คณะกรรมการสถาปนาปฏิรูป คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูป 2553

⁶⁰ เป็นกลไกภายใต้คณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) มีระยะเวลาทำงานถึงมิถุนายน 2556 และตั้งคณะกรรมการองค์กรเครือข่าย 14 ชุด

⁶¹ เพ็ญแข ลาภยิ๊ง. การประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติระยะที่หนึ่ง: ความก้าวหน้าและเกณฑ์การคัดเลือกมติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; รายงานการวิจัย. 2555.

⁶² เสกสรรค์ ประเสริฐกุล. โลกไร้พรมแดนในประเทศที่มีพรมแดน: ความขัดแย้งระหว่างระเบียบอำนาจแบบรัฐชาติกับสังคมโลกาภิวัตน์. ปาฐกถาวิชาการเนื่องในโอกาส 60 ปี คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วันที่ 20 พฤศจิกายน 2552. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์.

⁶³ นาดยา แท่นนิล. รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553: ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรมนำสังคมสู่สุขภาวะ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

“ทางภาคประชาชนก็คิดว่าเรื่องนี้เชื่อมโยงได้เพราะว่านิยามสุขภาพเราไม่ใช่เรื่องร่างกายอย่างเดียว เป็นเรื่องจิตใจ สังคม เพราะฉะนั้นควรยอมรับเรื่องที่ไม่ใช่บริการสุขภาพ....ความหมายเรื่องสุขภาพถูกครอบงำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ กระทั่งคนมาเคลื่อนไหวสมัชชาเอง ก็คิดว่าเรื่องนี้ใช้ น่าจะผลักดันต่อได้”

นักวิชาการใน คจ.สช.

1. การเสนอประเด็นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

ประเด็นนี้เสนอโดยภาคประชาสังคมที่เคลื่อนไหวในพื้นที่ภาคเหนือและใต้ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานกับองค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) มาก่อน ด้วยแนวคิดกระจายอำนาจโดยเสนอในประเด็นจังหวัดจัดการตนเองด้วยสมมติฐานว่าจะบริหารจัดการในมิติต่างๆ ได้มีประสิทธิภาพมากกว่ารวมศูนย์อำนาจ

“สิ่งที่จะเป็นชุมชนจัดการตนเองถูกคุดอกอยู่ส่วนกลางหมด กฎหมายทุกฉบับเขียนให้อำนาจส่วนกลางหมด ไม่ได้เขียนให้กับท้องถิ่น นี่คือการรวมศูนย์อำนาจที่ได้ ใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง มตินี้ถ้าเราตีความลงไปแล้ววิเคราะห์คิดว่ามีประโยชน์มาก..... ภาษีทุกวันนี้ 25% ให้กับท้องถิ่นแล้วใน 25% ถูกบังคับใช้ ดังนั้นเหลืออีก 10 เป็นค่าบริหารจัดการ เหลือบทำถนนเส้นเดียวก็หมดแล้ว ท้องถิ่นจะไปไม่รอด ในโครงสร้างแบบนี้ทุกอย่าง เป็นการบริหารท้องถิ่นไม่ใช่รัฐบาลท้องถิ่น ในต่างประเทศ 75% มันอยู่ที่ 25 มันอยู่ที่ไหน อำนาจของท้องถิ่นมันมีมากขึ้นขนาดไหน..... มีโครงการก็จะมาลงเชียงใหม่ ก็จะมีปัญหาว่าจะต้องคอยคัดค้านโครงการเหล่านี้ ที่ท้องถิ่นหรือประชาชนในท้องถิ่นไม่ได้มีส่วนคิด ตอนนั้นเข้าใจว่าคนจำนวนมากอาจยังไม่คุ้นกับ จังหวัดจัดการตนเองที่เสนอเพราะเป็นรูปธรรมกว่า พื้นที่จัดการตนเอง คำว่าพื้นที่อาจมีหลายระดับ แต่โฟกัสเกี่ยวกับหน่วยการปกครองที่ใหญ่ขึ้นที่เรียกว่าจังหวัดยังไม่มีใครเสนอ”

“ทุกวันนี้มันรุนแรงมันปะทะกันระหว่างโครงสร้าง อำนาจ ถ้าพูดถึงความรุนแรง พื้นที่เล็กมันง่ายกว่าที่ประชาชนจะลุกขึ้นมากำกับดูแล ประเมินจากสถานการณ์ทั่วโลก การรวมศูนย์ทั้งหลายมันไปไม่ได้ เมื่อไรรวมศูนย์จะสร้างความขัดแย้งสูงมาก”

ตัวแทนภาคประชาสังคมในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ที่ทำหายแนวคิดรวมศูนย์อำนาจส่วนกลาง ระหว่างการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย จึงมีการอภิปรายและปรับเปลี่ยนทั้งภาษาและแนวคิด กระทั่งผู้เสนอประเด็นออกจากกระบวนการจัดทำข้อเสนอและมีนักวิชาการในกระบวนการสมัชชาสุขภาพมาจัดทำต่อ ในที่สุดมีการเปลี่ยนจากจังหวัดจัดการตนเอง มาเป็นพื้นที่จัดการตนเองและมีข้อเสนอมิติในแนวทางให้ภาคประชาชนเข้าร่วมกับภาครัฐ แม้ว่ามติจะออกมาไม่ตรงกับประเด็นที่เสนอในครั้งแรก ผู้เสนอก็ยอมรับว่าต้องคำนึงถึงความคิดและการยอมรับของคนอื่นๆ ด้วย ขณะที่ภาคประชาสังคมหรือภาคประชาชนมีจุดอ่อนในด้านวิชาการและการทำข้อเสนอเชิงวิชาการ คณะอนุกรรมการวิชาการก็มีจุดอ่อนในด้านแนวคิดสังคมวิทยาและประสบการณ์ตรงในการขับเคลื่อนสังคม อย่างไรก็ตาม ถ้ามองในแง่การนำเสนอความคิดจากประสบการณ์ของบุคคลออกสู่วงกว้างโดยไม่ต้องลงทุนเอง ผู้เสนอประเด็นนี้ก็ยังคงคิดว่า คุ่มค่า

“เรื่องที่เสนอเข้าไปเป็นนิยามใหม่ วาทกรรมใหม่ ซึ่งใช้กรอบวิธีคิดเก่ามามอง มันก็เหมือนจะเป็นไปไม่ได้ อย่าไปคิดมันเลย เรื่องนี้ไม่มีทางหรอก เข้าไปแล้วก็จะแค่คิดว่าเป็นพื้นที่หนึ่งที่ต้องขยายพื้นที่ความคิด มีความเชื่อและศรัทธาแบบนี้ เชื่อว่าทุกอย่างที่เคยทำมานั้นมาอยู่ที่ตรงนี้ แต่เขาจะเชื่อหรือไม่ ก็เป็นเรื่องที่ต้องแลกกัน ต้องสู้กับอารมณ์ที่ว่าคิดได้แต่ทำไม่ได้.....อาจต้องมีสัดส่วนการผสมที่คลุกกันได้ในวิชาการ กรอบการมองถ้าเขา comment เสนอจากประสบการณ์ที่ทำมาก็รับฟังได้...มันความเป็น NGO แต่เวลาเข้าเวทีใหญ่มันมีภาคประชาชนอยู่ พวกนี้จะช่วยเพราะเขาเห็นว่าการรวมศูนย์มันทำลายหลายเรื่องมาก เลยเสนอให้แรงกว่าเดิมซึ่งคิดว่าอยากให้ภาควิชาการที่ comment ในเวทีรู้ว่า ประชาชนเขาคิดอย่างไร ที่ไปเสนอที่กระทรวงสาธารณสุขมีคนหนึ่ง comment เรื่องนี้ น่าสนใจถึงแม้ว่ามันจะเป็นเรื่องยากแต่ก็เป็นเรื่องที่น่าทำน่าจะมีมติดอกมา เราก็ได้กำลังใจ ”

ตัวแทนภาคประชาสังคมในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“พอยกร่างไป ถูกปรับแก้ 6 ครั้ง กระทั่งร่างเองก็ถูกปรับแก้ด้วย ช่วงหลังๆ แกก็ถอยออกไปแล้วไม่มาประชุม มาอยู่ 3 ครั้ง (แก หมายถึงผู้เสนอประเด็น-นักวิจัย).....รู้สึกเรื่องนี้อนุกรรมการวิชาการเกือบจะขอลงแล้วบอกเรื่องนี้ข้อมูลไม่พอ มติมันยังออกมาไม่ชัด พวกเราไม่ยอม เราก็มีสิทธิเพราะเป็น คจ.สช. พวกเราก็บอก ทำได้ ก็มาเขียนให้ชัดก็มานั่งทำกันแล้วมาพิจารณา”

นักวิชาการใน คจ.สช.

“ในทีมบอกว่า คำว่า จังหวัดมันอาจจะตรงเกินไป fix เกินไป มันจะไปสร้างผลกระทบ มันยังไม่ได้ปลดล็อกบางเรื่อง ก็เลยกลายมาเป็นพื้นที่จัดการตนเองซึ่งมันอาจเป็นระดับตำบล ระดับลุ่มน้ำ ระดับจังหวัด ขอให้มันมีนัยยะในความหมาย แบบนี้เปิดเสร็จในตัว แล้วใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง”

“ไม่ได้อย่างที่คิดไว้เสียทีเดียว แต่ว่าทหรหรือมตินี้ก็เป็นประโยชน์ก็ทำให้คิดได้อยู่เหมือนกันเรื่องที่เรานเสนอไปบางทีมันแรงสำหรับหลายคนซึ่งเราคิดว่าเราไม่แรง แต่ว่ามันแรงสำหรับหลายคน ก็ทำให้เราได้ว่ามันอาจจะกลาง ๆ พอถึงที่สุด เราต้องหาจุดตรงกลางได้ ก็พอใจในมติที่ออกมา แต่ถามว่ามันสนใจไหม ไม่สนใจตามที่เราคิด แต่ทำให้เราเรียนรู้ได้ว่าในสังคมมันยังมีคนอื่นอีกหลายพวกที่เราจะต้องสร้างพื้นที่ทางความคิดออกไป ดังนั้นล้าหน้าไปมากมันจะถูกตีกลับมาเป็นธรรมดา เราก็ต้องทำใหม่ให้สอดคล้องไปตามจังหวัดที่มีอยู่ ถามว่าคุ้มไหมก็คิดว่าคุ้ม ไม่ต้องจัดเอง สช.จัดเวทีให้ แล้วก็ไปพูดในสิ่งที่จะเสนอว่าเป็นอย่างไร เราไม่ต้องไปเชิญใครมาก็ดีตรงที่เราได้ขยายพื้นที่ทางความคิดอันนี้”

“ระหว่างการปฏิบัติที่ทำอยู่ มีประเด็น มีเจตจำนง มีข้อเสนอในตัวมันเอง แต่คนเหล่านี้อาจไม่กดดันที่จะทำให้เป็นวิชาการหรือเอกสารที่จะเป็นมติ แต่ก็ทำให้เรื่องนี้กว้างขวาง กลายมาเป็นวาทกรรมที่ถูกเถียงกันมากขึ้น ซึ่งถามว่าคุ้มไหมกับการลงทุนกับการไปยกร่างมตินี้ ก็คิดว่าคุ้ม”

ตัวแทนภาคประชาสังคมในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

2. การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอของมตินี้จากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติโดยสรุปประกอบด้วย

1. จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนากลไกการจัดการตนเองและพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นให้จัดการตนเองได้ในทุกระดับด้วยการ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ในทุกระดับ (สัดส่วนผู้แทนภาคประชาชนกับภาคประชาสังคมรวมกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) โดยมีแผนงานและโครงการของชุมชนร่วมกับท้องถิ่นและ/หรือราชการส่วนภูมิภาค โดยมีงบประมาณสนับสนุนในสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของงบประมาณที่ดำเนินการด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่ 2) พัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองให้กับชุมชนท้องถิ่น 3) ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ในทุกระดับ

2. การวิจัยปฏิบัติการรูปแบบการปกครอง/โครงสร้าง/ความสัมพันธ์ ที่เอื้อต่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นตามบริบทของพื้นที่ ให้แล้วเสร็จภายใน 2 ปีเพื่อรายงานผลต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ในระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

องค์กรเกี่ยวข้องในมตินี้ได้แก่ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน เครือข่าย อบท. (สมาคม อบจ. แห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคม อบต. แห่งประเทศไทย) สภาองค์กรชุมชน เครือข่ายองค์กรชุมชน ภาคประชาสังคม สมัชชาสุขภาพจังหวัด คณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) ซึ่งมีสำนักงานปฏิรูป (สปร.) รองรับ

ภาคประชาสังคมผู้เสนอประเด็นมีความเห็นสอดคล้องกับ สช. ว่า ต้องขับเคลื่อนมติจนเกิดเจตจำนงทางการเมืองของภาคประชาชนซึ่งจะเป็นตัวกำหนดแนวทางขึ้นต่อไป ส่วนผลจะออกมาเป็นรูปแบบใดก็ขึ้นกับแต่ละพื้นที่

“มติเป็นที่ยืนยันว่ามันผ่านความเห็นของคนมาไม่น้อย แต่เครื่องยืนยันแบบนี้มันไม่พอ ต้องใช้มติมหาชน คิดว่าเรื่องนี้ต้องทำให้ชัดถึงขั้นเจตจำนงทางการเมืองของประชาชนให้ได้ ประชาชนต้องสร้างการเมืองภาคพลเมืองของตนเอง ประชาชนทุกพื้นที่ต้อง

ชัดและประกาศขอจัดการตนเอง เจตจำนงจะถูกพัฒนาออกไปเป็นรูปธรรมอื่น ๆ เช่น กฎหมายเป็นอุปสรรคก็เสนอกฎหมาย การเรียนรู้ของประชาชนไม่พอก็สร้างการเรียนรู้ของประชาชนสร้างความเข้มแข็งของประชาชน”

ตัวแทนภาคประชาสังคมในคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น

“พิจิตรเอาประเด็นที่เป็นปัญหาเชิงกลุ่มเป้าหมายเน้นที่ผู้สูงอายุและคนพิการเพราะว่ามีเยอะ สองกลุ่มนี้เข้มแข็งเข้าไปพูดกับ อบจ. กับผู้ว่าได้ เป็นตัวเคลื่อนไหว ของพิษณุโลกเป็นกลุ่มราชการ สสจ. ส่วนใหญ่เป็นฐานสมาชิก เป็นฐานจัดประชุมเครือข่ายต่างๆ”

นักวิชาการใน คจ.สช.

อาจสรุปได้ว่า การขับเคลื่อนนี้มี 2 แนวทางหลักตามการนิยามคำว่า จัดการตนเอง แนวทางแรกสอดคล้องกับข้อเสนอของมติคือ การใช้กระบวนการสมาชิกสุขภาพในระดับพื้นที่อาจเป็นระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หรือหมู่บ้าน ผลผลิตของแนวทางนี้คือ แผนยุทธศาสตร์จังหวัด/ธรรมนูญพื้นที่/แผนแม่บทชุมชน ตัวอย่างรูปธรรมจากการใช้กระบวนการสมาชิกในการจัดการปัญหาทรัพยากรในชุมชน ได้แก่ ธรรมนูญลุ่มน้ำภูมิ⁶⁴ การบริหารจัดการน้ำโครงการส่งน้ำและโครงการบำรุงรักษาเขื่อนกระเสียว⁶⁵ สำหรับธรรมนูญสุขภาพตำบลเปื่อยใช้ในการจัดการให้เกิดธรรมาภิบาลท้องถิ่นในเทศบาลตำบลเปื่อย⁶⁶ ส่วนธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแลและธรรมนูญสุขภาพบ้านแม่ทอมตก หมู่ 2 จังหวัดสงขลา ใช้แก้ปัญหาสุขภาพชุมชน⁶⁷ รวมทั้งการขอใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 11 เพื่อขอให้มีการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายสาธารณะที่ตำบลแม่ถอดจังหวัดลำปาง⁶⁸

“ชะแลมีประมาณ 10 เรื่อง จำได้เรื่องลดเหล้า เขาทำทะเบียนคุมประวัติคนในตำบลบอกว่าคนนี้ตั้งใจจะลดเหล้า คนนี้จะลดจะเลิกอะไร ตำบลเปื่อยพอมีธรรมนูญ ทุกงานของ อ.บ.ต. ที่จะจัดสรรงบประมาณ เกือบ 10 ล้าน ต้องตอบให้ได้ว่าเชื่อมกับรัฐธรรมนูญข้อไหน คำเขียนประเด็นในหัวกระดาษเลยยังถ่ายรูปแบบเลย”

ตัวแทน สช.

สปร. ในนามคณะกรรมการสุขภาพปฏิรูปเป็นกลไกขับเคลื่อนนี้ตามที่ สช. มอบหมาย แต่การทำเวทีสมาชิก (แม้จะมีเครือข่ายองค์กรที่กว้างกว่าเรื่องสุขภาพทั้งในระดับประเทศและพื้นที่) อาจยังไม่เพียงพอ กลไกขับเคลื่อนต้องมีบทบาททางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนให้ระดับพื้นที่ด้วยโดยต้องขึ้นกับประเด็นความต้องการของพื้นที่เอง ด้าน สช. คงบทบาทเพียงสนับสนุนกระบวนการและสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้เกิดการรับรู้และเกิดกระบวนการเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ที่สนใจ

“มติดอกไปแล้วไม่ถูกนำไปปฏิบัติเพราะมันไม่มีกลไกที่จะไปปฏิบัติ สช. เองก็ไม่มีกลไกขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างจริงจัง สปร. เน้น social movement ไม่ได้เน้นนโยบายภาพรวม เน้นการจัดการพื้นที่”

นักวิชาการใน คจ.สช.

⁶⁴ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ลายแทงสุขภาพ: พันชีวิตลุ่มน้ำภูมิด้วยธรรมนูญ. ใน สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 31 เดือนมกราคม 2556.

⁶⁵ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สช.ออนไลน์ ใน สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 24 เดือนกรกฎาคม 2555.

⁶⁶ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ลายแทงสุขภาพ: ชาวบ้านเปื่อยร่วมสร้างธรรมาภิบาลด้วยธรรมนูญสุขภาพ. ใน สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 23 เดือนมิถุนายน 2555.

⁶⁷ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ค้นคนปฏิรูป: เส้นทางธรรมนูญสุขภาพระดับหมู่บ้านฉบับแรกของไทย. ใน สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 23 เดือนมิถุนายน 2555.

⁶⁸ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ค้นคนปฏิรูป: ธรรมนูญสุขภาพตำบลแม่ถอด. พลิกวิกฤตเหมืองเหล็ก ใน สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ. ปีที่ 5 ฉบับที่ 32 เดือนกุมภาพันธ์ 2556.

“อยากทำเค้ก็ hotline มาที่เรา มีตำบลน้อยยากทำ ทางเราก็จัดกระบวนการสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ พาไปดูต้นแบบ เช่นชะแล้เกิดอะไร..... ให้เขาเกิด inspiration ของจริง”

ตัวแทน สข.

ส่วนการขับเคลื่อนในจังหวัดที่ต้องการออก พ.ร.บ. เพื่อ “จังหวัดจัดการตนเอง” การเลือกตั้งผู้ว่าราชการจังหวัดอาจเป็นเพียงแคมเปญ เพราะแท้จริงคือ การจัดตั้งเขตปกครองพิเศษ การขับเคลื่อนตามแนวทางนี้ ต้องมีการจัดทำเอกสารซึ่งอาจต้องแสวงหาความช่วยเหลือด้านวิชาการและงบประมาณจากองค์กรต่างๆ ในการใช้/การสร้างความรู้และข้อมูล การวิจัยพัฒนาเฉพาะกรณี การพัฒนาโครงสร้าง (เช่น สภาร่าง พ.ร.บ. สภาพลเมือง) และการจัดการตนเองในด้านต่างๆ เพื่อใช้เป็นฐานขับเคลื่อนซึ่งจะทำให้การขับเคลื่อนมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน การขับเคลื่อนเองก็เป็นตัวเชื่อมประสานความคิดและการสนับสนุนจากองค์กรเครือข่ายต่างๆ เข้าด้วยกัน สามารถขยายแนวร่วมความคิดและการขับเคลื่อนกว้างขวางออกไป

“เราสำรวจในเชียงใหม่มีหน่วยงานราชการที่มาจากส่วนกลาง 250 หน่วย เฉพาะกระทรวงเกษตร มี 48 หน่วย ไม่ได้ขึ้นกับผู้ว่า ขึ้นกับกรมกองของเขาเอง มติเรื่องนี้ต้องเอาไปทำให้เกิดรูปธรรมเพราะรูปธรรมของพื้นที่จะเป็นกระแสที่จะทำให้กลุ่มทั้งหลายมาให้ความสนใจ ต้องทำให้เขาคึกให้ได้ พ.ร.บ.ที่เสนอไปมันจะได้ถ้ากระแสขึ้น ดังนั้นต้องก่อกระแสเพราะกระบวนการนี้เป็นเรื่องกระบวนการทางการเมืองมันไม่ใช่เรื่องเสนอกฎหมายเท่านั้นเองแต่ต้องกฎหมายมาเป็นเครื่องมือในการสร้างกระบวนการทางการเมือง ดังนั้นมติแบบนี้ต้องแปรรูปลงไปเป็นรูปธรรมแล้วสร้างรูปธรรมในพื้นที่ทั้งหลายขึ้นมา ทำให้พื้นที่จัดการตนเองให้เป็นรูปธรรมมากที่สุด ในความหมายที่มันมีอำนาจต่อรอง และเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง..... อันนี้ก็เป็นหลักการไว้ รายละเอียดแต่ละจังหวัดก็ต่างกันไป แต่ว่าความยุ่งยากในทางกฎหมายก็ลดลง”

“ขับเคลื่อนโครงสร้างข้างบนต้องขับเคลื่อนด้วยความรู้หรือเรื่องข้อเสนอด้วยการเจรจา การขับเคลื่อนพื้นที่รูปธรรมก็ต้องขับเคลื่อนทางสื่อ การขับเคลื่อนทางสังคมก็ต้องขับเคลื่อนไปกับพวกนักการเมือง เราก็มองขับเคลื่อนให้มันน้ำหนักทั้ง 2 ด้านนี้ขึ้นไป... ฟังคนอื่นในเรื่องของ connection แต่เนื้อหาเราต้องเป็นคนนำเสนอ....องค์ความรู้จะช่วยให้การขับเคลื่อนเรามีน้ำหนัก การเคลื่อนไหวของเราใช้ข้อมูลใช้ความรู้ ก็มีนักวิชาการเข้ามาช่วย ตอนนี้อยาก 3-4 ทุนมาทำวิจัยเรื่องสภาพลเมืองเพราะเราเสนอใน พ.ร.บ. ด้วย คือเรื่องสำคัญเพราะจะมีฝ่ายบริหารและฝ่ายสภามหาชน แต่มันไม่มีที่ไหนมาก่อน ต้องศึกษาที่เหมาะสมมันเป็นอย่างไร สร้างรูปธรรมหรือทำให้พื้นที่มันเด่นชัด สมมติถ้าเราจัดการตนเองสาธิตสุขเราจะเห็นแบบไหน ถ้าเราจัดการตนเองการศึกษาหลักสูตรเราจะเป็นแบบไหน ถ้ากลุ่มต่าง ๆ สร้างและถอดความรู้ของตนขึ้นมาบอกว่าจัดการตนเองตั้งแต่ตำบลขึ้นมาสู่ระดับที่มันใหญ่ขึ้น แบบนี้น้ำหนักในการขับเคลื่อนเราจะชัดเจน”

ตัวแทนภาคประชาสังคมในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“ถ้าจะทำเรื่องของเขตปกครองพิเศษจัดการตนเองซึ่งอาจจะเป็นแบบพหุวิทยาหรือประเทศ เรื่องที่จะต้องทำคือ การศึกษา การเงินงบประมาณ เรื่องสุขภาพ เรื่องทุนหรือเศรษฐกิจของจังหวัด ยกเว้นที่จะให้รัฐบาลส่วนกลางทำคือความมั่นคง ระบบเงินตรา การต่างประเทศ ระบบเงินตราค่าเงินบาท.... ต้องยกกร่างรูปแบบการปกครองตนเอง ร่างสภาฎแก้มหานคร ร่าง พ.ร.บ.ฎแก้มหานคร หลังจากยกกร่างแล้ว จะมีคนมา voice ก็ต้องมีกลไกอีกอันหนึ่งคือ สภาร่าง พ.ร.บ.”

นักวิชาการใน คจ.สข.

การสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณจากองค์กรต่างๆ เช่น สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) สำนักปฏิรูป (สปร.) สภาพัฒนาการเมือง สสส. สปสช. สร้างความไม่สะดวกต่อการขับเคลื่อนได้เช่นกัน เพราะแต่ละองค์กรก็มีโจทย์ความต้องการต่างกันในรายละเอียด การยึดยุทธศาสตร์และเป้าหมายหลักร่วมกันย่อมทำให้การสนับสนุนมีประสิทธิภาพมากขึ้น และผู้รับการสนับสนุนก็ทำงานได้สะดวกขึ้น

“เรามีประเด็นก็ขายประเด็นนี้ไป ถ้าเขาเห็นด้วยเขาก็มาร่วมลงทุน ตอนนี้มีหลายหน่วยมาร่วมลงทุน สสส. สกว. พอช. ถ้าชวนไปทำเรื่องอื่นก็ไม่ทำ focus เราอยู่ตรงนี้ ไม่รู้จะทำเรื่องอื่นทำไม เรื่องนี้ถือว่าเป็นหลักการสำคัญของเรื่องราวทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ทั้งหมดที่เราวิเคราะห์มา...ที่สำคัญองค์กรทั้งหมดต้องทำงานถึงลูกถึงคน อย่าหวานแหว่ยแค่ว่าจ่ายเงิน”

“ปัญหาที่ผ่านมา องค์กรทั้งหลายไม่บูรณาการกันต่างคนต่างทำในซีกของตัวเอง (หมายถึงองค์กรที่เข้ามาสนับสนุนการขับเคลื่อนภาคประชาชน-นักวิจัย) แต่ว่าตอนนี้มีข้อตกลงตามอนุภาคว่าจะบูรณาการกันในเรื่องนี้ คือพื้นที่เป็นตัวตั้ง พื้นที่จัดการตนเอง หลายองค์กรก็เข้ามาคุยกัน ซึ่งอันนี้ก็ดี แต่ละองค์กรมีทุนแตกต่างกัน สภาพพัฒนาการเมืองมีทุนเรื่องพื้นที่เพราะสมาชิกรวมมาจากแต่ละจังหวัดมีสภาองค์กรชุมชนเป็น back up สปร. เป็นเหมือนตัวยืนยันเรื่องนี้ สข. เหมือนกับมีพื้นที่มีเครือข่ายของตัวเอง บวกกันเข้าก็มีกำลังมากขึ้น ตอนนี้เป็นอนุภาค 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนเป็นกลไกสนับสนุนเรื่องนี้เพื่อจะเคลื่อน 8 จังหวัด ตอนนี้มี 11 อนุภาคในประเทศไทยหน่วยงานทั้งหลายก็มาตั้งเป็นกลไกในภาคด้วย แล้วก็บวกเข้ากับพื้นที่ ภายใต้ สปร. สาระอยู่ที่ว่าจะบูรณาการด้วยประเด็น พอประเด็นมันเข้ากันก็ร่วมมือกันได้ องค์กรทั้งหลายตอนนี้ก็คือนวัตกรรม เป็นการขยับจากมติของ สข.”

ตัวแทนภาคประชาสังคมในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“อย่างเรื่องกลไกที่ขับเคลื่อนหรือทำหน้าที่รองรับแหล่งทุน (เช่น สปร. พอช. สปสข. สสส.-นักวิจัย) ที่เข้ามาก็พยายามทำแต่ไม่ต่อเนื่อง เครือข่ายหรือกลุ่มเชิงประเด็นก็จะพยายามนำเสนองานของตนเอง....เป้าหมายของเราคือพึ่งพาตนเอง ประเด็นสำคัญคือต้องบูรณาการ เราเจอปัญหาคือต่างคนต่างทำแล้วเราไม่รู้กัน ถ้าไม่บูรณาการมันจะเดินต่อไปไม่ได้...ความต้องการของแต่ละองค์กรนี้อาจจะมีอิทธิพลต่อการที่เราจะร่วมกันทำงานไม่ใช่ต่างคนต่างทำ ยุทธศาสตร์หลักคือ สร้างประเด็นที่ทำงานร่วมกัน และประเด็นที่ท้าทายทำต่อมุ่งไปที่ชุมชนท้องถิ่นให้เกิดความเข้มแข็ง”

นักวิชาการใน คจ.สข.

ความเคลื่อนไหวของพื้นที่จัดการตนเองเกิดจากมติสมัชชาหรือ สปร. หรือไม่ ไม่ใช่ประเด็นสำคัญ แต่แน่นอนว่า กระบวนการสมัชชาเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพชัดเจนในเรื่องนี้ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้และสื่อสารนอกเหนือจากความตั้งใจมุ่งมั่นต้องการของกลุ่มองค์กรในพื้นที่ ดังรูปธรรมในพื้นที่ที่กล่าวแล้ว

“ไม่มี สปร. พื้นที่ที่ทำอยู่ ภูเก็ตมี paper จังหวัดภูเก็ตจัดการตัวเองทำตั้งแต่ 20 ปีที่แล้ว มีการร่าง พ.ร.บ. มา 3-4 ครั้ง ครั้งหนึ่งเทศบาลภูเก็ต อีกฉบับหนึ่งเป็น อบจ. ทำ.... กระบวนการแบบนี้มีมาตลอด... อย่างธรรมนูญอำนาจเจริญ จังหวัด คำบล มันเกิดขึ้นจาก สข. หรือ สปร.หรือเปล่า ไม่นะ เพียงแต่เขามาใช้เครื่องมือของสมัชชาซึ่ง สข.หรือ สปร.ไปร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้ มันก็เกิดการขยายตัว”

นักวิชาการใน คจ.สข.

สำหรับกลุ่มจังหวัดที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในประเด็นนี้หรือยังไม่ใช่ “ตัวจริง” ในเรื่องนี้แต่หากมีงบประมาณสนับสนุนในการจัดเวทีก็อาจเข้ามารับการสนับสนุน ซึ่งจะประเมินได้ว่าเป็นตัวจริงหรือไม่ จากพฤติกรรม

“แกนที่เข้ามาทำมีทั้งตัวจริงและตัวปลอม จะเจอปัญหาก็คือหลายๆ กับที่เราทำตอนต้น”

นักวิชาการใน คจ.สข.

“พวกนี้ก็จะไม่มีทรัพยากรพอที่จะทำต่อ จะทำได้แค่เวที สปร. ให้ 100,000-200,000 จัดเวทีเสร็จก็ไ้รายงานไป แล้วไม่เคลื่อนต่อ แต่ถ้าเป็นตัวจริงมันจะเคลื่อนไม่หยุด เพราะเป็น concept ที่เขาอยากผลักดัน ก็จะหาช่องขับเคลื่อนกันไป”

นักวิชาการใน คจ.สข.

การติดตามความก้าวหน้าของมตก็เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ อาจต้องสนับสนุนกลไกจังหวัดหรือใช้กลไกอื่นในการติดตาม นอกเหนือจากส่งหนังสือทางการสอบถามหรือเชิญผู้เกี่ยวข้องมาประชุม

“สข.ไปมุ่งทำเรื่องกระบวนการสมัชชาแต่ไม่นึกถึงมุมแบบครบวงจร...มันขยับไม่ได้มันเป็นแค่ข้อเสนอ กระบวนการติดตามมติมันคงไปไม่รอด เป็น indicator สำคัญนะตัวสมัชชาเนี่ย มีงบประมาณ.....ล้านต่อปี สมัชชาพื้นที่ประมาณ....ล้านต่อปี การประเมินการนำไปปฏิบัติการทบทวนมีประมาณ 2-5 ล้านบาทต่อปี เน้นการประชุมคณะทำงาน”

นักวิชาการใน คจ.สข.

“คณะกรรมการติดตามมติต้องเป็นกลุ่มเคลื่อนไหว แล้วเอาคนหนึ่งที่มีบารมีสักหน่อยเป็นประธาน ไม่ต้องใหญ่มาก อย่าเป็นทางการมาก จะเคลื่อนไหวได้ ตัวอย่างมติที่ดิน เราคุยกันแค่ 10 กว่าคน เอาตัวแทนเครือข่ายปฏิรูปที่ดินภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคใต้ 4-5 คน มาแต่ละครั้งมันมีความคืบหน้าเยอะ เราใช้เงินไปกับการประชุมแค่นั้น เงินเคลื่อนไหวไปหาในพื้นที่ทำเอง”

ตัวแทน สปร.

ด้านกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน จัดทำโครงการตำบลจัดการสุขภาพ ผลผลิตคือแผนสุขภาพตำบลละ 1 แผน โดยอาจบูรณาการเข้ากับข้อบัญญัติของ อบต. หรือเสนอขอใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล⁶⁹ แต่ยังไม่ปรากฏเป็นตัวชี้วัด และน่าสังเกตว่าไม่มีการกล่าวถึงการขอใช้งบประมาณจากเครือข่ายบริการสุขภาพระดับต้น (CUP)

“ที่ไม่ขยับคือหน่วยงานราชการ ระบบสุขภาพชุมชนทำให้เกิด self care ยังมองในลักษณะของงานสาธารณสุข ถ้าเราดูออกตาวา เรื่องของกระบวนการนโยบายสาธารณสุข มันไม่ใช่เรื่อง health อย่างเดียว อาจจะต้องมองมิติความเป็นธรรม ความเหลื่อมล้ำ มิติเรื่องการเมือง”

นักวิชาการใน คจ.สข.

“เงิน CUP ก็เป็นเงิน รพ. ตอนนี้เอาไปเน้นเรื่องของการรักษาอย่างเดียวไม่ได้เน้นเรื่องการป้องกัน”

ตัวแทน สปร.

3. การขับเคลื่อนโดยสำนักงานปฏิรูป (สปร.)

ด้านสมัชชาปฏิรูปมีจุดหมายเน้นปรับสมดุล (ไม่ใช่การรื้อถอน) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ด้วยการปฏิรูปโครงสร้างเชิงอำนาจ (แทนการใช้คำว่า กระจายอำนาจ) เพื่อให้พื้นที่จัดการตนเองได้ใน 4 มิติ (การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การจัดการทางเศรษฐกิจ ทางสังคม ทางการเมือง) โดยมีโจทย์การพัฒนาแบบกลไกแต่ละระดับ (ประเทศ ภาค จังหวัด ตำบล) เนื่องจากมตินี้ระบุให้ กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ทุกระดับต้องมีสัดส่วนของภาคประชาสังคมรวมกันอย่างน้อยไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และมีงบประมาณสนับสนุนจากท้องถิ่นในสัดส่วนที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของงบประมาณที่ดำเนินการด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ สปร.จึงเน้นการทำงานร่วมกับ อบต. ในการพัฒนากลไกระดับพื้นที่ รวมทั้งร่วมกับ สปสข. พัฒนารูปแบบการสมทบเงินของชุมชนเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเพื่อให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมนอกเหนือจากการร่วมเป็นคณะกรรมการกองทุน

“พอมันมาเป็นสมัชชาปฏิรูปมันก็ค่อนข้างที่จะเป็นรูปธรรมมากขึ้นในการขับเคลื่อน มันทำได้กว้างขึ้นไม่ว่าจะเป็นเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การจัดการทรัพยากรต่างๆ.... เราก็เชื่อว่าหลังขบวนการปฏิรูปนี้แล้ว อาจจะมีกลไกนี้สนับสนุนเขาเพียงแต่ว่ากลไกนั้นมันจะเรียกเรื่องปฏิรูปหรือจะเรียกชุมชนเข้มแข็งก็ว่าไป”

⁶⁹ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. การจัดการสุขภาพชุมชนแนวใหม่: แผนสุขภาพตำบลสู่ตำบลจัดการสุขภาพ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เอกสารแผนพับ.

“(มติที่ออกมาเปลี่ยนไปจากที่เสนอเข้ามามากเกินไป--นักวิจัย) มันเปลี่ยนไปมาก เราใช้บทเรียนของ สช. เราจะยกเว้นมติเรา ต้องดูว่ามีเจ้าของหรือเปล่า เครือข่ายตามติดเรื่องนี้หรือเปล่า ต้องถามเลยว่าเครือข่ายจะเอาไปเคลื่อนไหวอย่างไร ไม่ใช่ให้รัฐบาลทำใครจะไปบังคับรัฐบาลได้ เราหนุนให้ขับเคลื่อน แต่ไม่ได้มีงบประมาณมากพอ ก็ต้องหาแหล่งงบประมาณเองด้วย”

“เราสนับสนุนว่าชุมชนที่มีกองทุนสวัสดิการให้เอาดอกผลของกองทุนมาสมทบในกองทุนตำบล เมื่อปี 54 ได้ศึกษาให้ สปสช. 15 กองทุน เลือกกองทุนที่มีการบริหารจัดการที่ดี นายก อบต. เข้าใจบทบาทของชุมชน ก็พบว่าใน 15 กองทุน ชุมชนเขาเอา ดอกเบี้ยของกองทุนหมู่บ้านมาสมทบ เช่นสมทบปีละ 10,000 วิธีนี้ชุมชนเขาจะรู้สึกว่าเราสามารถเสนอโครงการขอเงินกองทุนมา จัดการเรื่องต่างๆ ที่สะท้อนการจัดการตนเองเรื่องสุขภาพ เศรษฐกิจ อื่นๆ ได้ ถ้าไม่ได้สมทบเลยจะถูกกำหนดโดย สปสช. ให้ทำแค่ 4 เรื่องงานส่งเสริมป้องกันรักษาฟื้นฟู ถ้าสมทบมากเขาอาจขอไปทำแผนรณรงค์เรื่องนั้นเรื่องนี้ ปลูกผักปลอดสาร....ในประสบการณ์ของ พวกเราคิดว่าในการเคลื่อนไหวของภาคประชาชน ถ้าทำกิจกรรมไปเรื่อยๆ ชุมชนจะมีประสบการณ์ในการจัดการตัวเองบางเรื่องไม่ว่า จะเป็นอาชีพ วัฒนธรรม ต่างๆ แต่ว่าในขณะเดียวกันเขาควรจะมีกองทุนของเขาเองในพื้นที่ กำลังคุยกับ สปสช. เขาควรทำให้กองทุนนี้ มันแข็งแรงเพราะว่าพูดถึงพื้นที่ ต้องพูดถึง 3 ระดับตั้งแต่ตำบลหรือหมู่บ้านหรือชุมชน แล้วจังหวัด แต่อาจยังไม่ได้”

ตัวแทน สปร.

แนวคิดสมัชชาปฏิรูปสนับสนุนการกระจายอำนาจซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะมีบทบาท เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญ⁷⁰ โดยเฉพาะเมื่อบูรณาการมติดสมัชชาสุขภาพและสมัชชาปฏิรูปที่ อปท. เกี่ยวข้องเข้า ไว้ด้วยกัน การขับเคลื่อนเรื่องนี้มีหลายมิติมีหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และเกี่ยวข้องกับกฎหมายซึ่งต้องใช้ระยะ เวลานาน ด้าน อปท. คณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูปซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการสมัชชา ปฏิรูปต้องการออก พ.ร.บ. สถาปนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเป็นอิสระจากกระทรวงมหาดไทยซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่ จะจัดการตนเองร่วมกับภาคประชาชน แต่กระบวนการรัฐสภาใช้เวลานานโดยเฉพาะเมื่อรัฐบาลยังไม่เห็นความสำคัญ

“มันก็ถูกอ้างอิงในสมัชชาปฏิรูประดับชาติ การกระจายอำนาจ อปท. พอช. กรมการปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็นแกน ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เราก็เอามติดสมัชชาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูปมาแล้วก็นโยบายจัดการพื้นที่ ตนเอง (มติดสมัชชาสุขภาพ--นักวิจัย) มติดสมัชชาปฏิรูปครั้งที่ 1 เหมือนกับช่วยขับเคลื่อนมติดสมัชชาสุขภาพมติดที่ 7 ด้วย.... พอมันถูก อ้างอิงในสมัชชาปฏิรูปปรากฏว่า อปท. ผลักดันเรื่องนี้อย่างจริงจังเครือข่าย อปท. เขามองว่าถ้าเขาแก้ไขระเบียบบางอย่างมันจะทำให้ เขาสามารถให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกับท้องถิ่นในการจัดการบางเรื่องของท้องถิ่นได้ พอเชื่อแบบนี้เขาก็เลยมีเป้าหมายชัดเจนว่า เขาอยากจะทำพระราชบัญญัติสภาการปกครองส่วนท้องถิ่น เอาท้องถิ่นออกมาจากกระทรวงมหาดไทย แล้วก็มีผู้แทนภาคประชาชน ผู้แทนสภาท้องถิ่น ผู้แทนบริหารท้องถิ่น อันนี้เป็นก้าวอย่างที่สำคัญแล้วเขาก็พยายามที่จะผลักดันเรื่องนี้มาตลอดเลย..รัฐบาลก็ไม่ยอม กระจายอำนาจ ถ้าอย่างนั้นแก้ไขกฎหมายเดิมได้ไหม อันนี้คือช่องทางที่เขาพยายามทำ”

ตัวแทน สปร.

คณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูปจัดสมัชชาของ อปท. เองด้วยเครือข่ายร่วมสร้าง ชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ จากสมัชชาครั้งล่าสุดเมื่อ 2 มีนาคม พ.ศ. 2556 ด้วยงบประมาณ สสส. และ สปร.ร่วมสมทบ มี มติว่าด้วยแนวทางการสร้างพลเมืองภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการของ อปท. ที่เกี่ยวข้องกัมมัติพื้นที่จัดการตนเอง คือ การจัดทำธรรมนูญท้องถิ่น แนวทางปฏิบัติงานด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน พัฒนาระบบยุติธรรม พัฒนาประชาธิปไตยชุมชน และสนับสนุนให้จัดตั้งธนาคารเวลาหรือธนาคารความดีเพื่อกระตุ้นจิตสำนึกพลเมือง⁷¹ เป็นการปรับเปลี่ยนทิศทางจากเดิมที่เน้นเรื่องการออก พ.ร.บ. มาเป็นการออกข้อบัญญัติซึ่งทุกแห่งสามารถทำได้เอง เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยเน้นการพัฒนาคนด้วยการสร้างจิตสำนึกของความเป็นพลเมือง

⁷⁰ คณะกรรมการปฏิรูป. ข้อเสนอการปฏิรูปโครงสร้างอำนาจ. สำนักงานปฏิรูป. บริษัท ที คิว พี จำกัด, 2554.

⁷¹ คณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูป. สารสำคัญการดำเนินงานคณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อ การปฏิรูปปี 2555-2556. เอกสารอัดสำเนา.

“ประสบการณ์ของเครือข่าย อบท. ก็คงมองว่าไปผลักดันกฎหมายก็เป็นเรื่องยากก็เลยมาจัดการออกเทศบัญญัติเองเลยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม อาจจะเป็นแนวทางที่สำคัญเวลาพูดถึงคำว่าพื้นที่จัดการตนเอง”

ตัวแทน สปร.

“พื้นที่” ในระดับตำบลหมู่บ้าน จะเห็นภาพองค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน แต่ในระดับจังหวัดจะมีมิติและองค์กรหลากหลายในแง่บทบาท ประเภท และระดับชั้นขององค์กร รวมทั้งความเกี่ยวข้องกับคนกลุ่มต่างๆ

“เวลาเราพูดถึงจังหวัดจัดการตนเองน่าจะพูดถึงองค์กรประสานระดับจังหวัดที่มันมีภาคีต่างๆ เข้ามา ขณะนี้ทาง สปร. เองไปติดตามมติเรื่องนี้ก็พบว่ามีจังหวัดที่ทำงานหลากหลาย...เน้นออกกฎหมาย พ.ร.บ. ให้ชุมชนทำธรรมนูญขึ้นมาแล้วมารวมเป็นจังหวัด บางจังหวัดเรียกจังหวัดจัดการตนเองเหมือนกันแต่ว่าเน้นทำยุทธศาสตร์จัดการจังหวัด บางพื้นที่ไม่เรียกจังหวัดจัดการตนเองทำธรรมนูญตำบลทดลองดูก่อน บางจังหวัดใช้ประเด็นทำกองทุนสวัสดิการทั้งจังหวัด”

“เวลามองสเกลจังหวัดต้องหาคณบดีมีระดับหนึ่งนั่งหัวโต๊ะก็สามารถรวบรวมผู้คนสร้างความเป็นปึกแผ่น อย่างกรณีขับเคลื่อนเชิงประเด็น พะเยาคุณครูมุกตามีเครดิตมากตั้งแต่เป็น สนช.แล้วแกจับติดเรื่องของกองทุนสวัสดิการ แล้วต่อมาผู้ว่าเห็นชัดเรื่องของการมีกองทุนสวัสดิการที่จะช่วยแก้ปัญหาหนี้ก็กระจายเต็มพื้นที่ทั้งจังหวัดได้ หรือมุกดาหารเอง พ่อสุพรรณ ลอยหาเหมือนเป็นปราชญ์ของคนมุกดาหาร ก็ได้รับการสนับสนุนจาก พอช. ให้มีกองทุนสวัสดิการ.... อำนาจเจริญ เขาเขียนประวัติศาสตร์ของการพัฒนาทำธรรมนูญจังหวัด อันหนึ่งที่เขาพยายามเน้นให้มีจิตใจเสียสละทำงานเพื่อส่วนรวมอันนั้นมันจะถูกถ่ายทอดมาเป็นรุ่นๆ”

ตัวแทน สปร.

4. ความเห็นต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ในมุมมองด้านประชาสังคม การมุ่งให้ภาครัฐตามที่ระบุในข้อเสนอติดตามดำเนินการ และสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคประชาชนเพื่อทำให้เกิดการปฏิบัติตามระบอบราชการเพื่อความยั่งยืนนั้นไม่น่าจะใช่ความหมายของ **นโยบายสาธารณะ** ภาคประชาสังคมเห็นว่า ในการขับเคลื่อนไม่ควรวิ่งกลับไปเป็นงานประจำ แต่ควรขับเคลื่อนด้วยกลไกที่เกิดจากกระบวนการสมัชชาโดยเจ้าของประเด็น (ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สช.) ดังนั้นเรื่องที่จะเป็นมติและมีนโยบายจึงต้องมีความเฉพาะ แทนที่จะเป็นเรื่องทั่วไป ดังนั้นตามความหมายนี้ หน่วยงานภาครัฐไม่ควรเป็นผู้เสนอเรื่องจัดการได้ตามบทบาทหน้าที่อยู่แล้วเข้าเวทีสมัชชา หรือเสนอให้ภาครัฐดำเนินงานแบบปกติ ทั้งนี้มีผู้เสนอรูปธรรมความแตกต่างระหว่างการขับเคลื่อนเชิงนโยบายกับการดำเนินงานตามบทบาทของภาครัฐ เช่น งานศพปลอดเหล้า เริ่มจากหนึ่งการขับเคลื่อนจากคนเป็นกลุ่มเป็นชุมชนเป็นหมู่บ้านตำบลอำเภอ ขยายวงกว้าง แต่ถ้าขอให้กรมศาสนาอบรมศีลห้า (ข้อสุราเมรัย) ก็ไม่เป็นนโยบาย

“เราเริ่มเป็นระบบเป็นกระบวนการแล้วก็ทำไปเป็น routine อีกกลุ่มหนึ่งบอกว่า ทำทำไม routine เรื่อง public policy ต้องไม่ใช่งาน routine มันเป็นงานท้าทาย ต้องมีอะไรใหม่ๆ กลุ่มหลังๆ ก็ว่าเวทีนี้ไม่ใช่แล้วต้องไปหาเวทีอื่น แต่ว่าอันนี้ก็เป็นธรรมดาของสังคมไทย คนก็ต้องไปหานวัตกรรมใหม่ๆต่อสู้กับนโยบายเดิม ตอนนีเราสู้แบบพรรคคอมมิวนิสต์ก็ไม่ใช่ สู้แบบ NGO ก็ไม่ใช่ สู้แบบประชาสังคมก็ไม่ใช่ สามัคคีทุกฝ่ายทำร้ายตัวเองไปเรื่อยๆ มาสู้แบบสมัชชา มาสู้ในโรงแรมใน UN มันก็ต้องมีคนกลุ่มหนึ่งที่สรุปว่าไม่ใช่ถ้าอย่างนั้นต้องไปหาอันใหม่ ถ้าไม่ใช่ แล้วอะไรคือใช่ คล้ายๆ ว่าลองแล้วพิสูจน์ตัวเอง เราก็ต้องสรุปบทเรียนอันเดิมก่อนว่า มันไม่ใช่แต่ว่านี้เขายังไม่ได้สรุปว่าเขายังไม่ใช่ ก็จะมีสรุปว่ามันเป็นระบบระเบียบแล้วทำเป็นงานประจำได้แล้ว stable ยั่งยืนแบบนี้แล้วเป็นเวทีที่มากพบปะเรียนรู้ตามกัน ประเทศไทยถ้ามีอะไรเป็นกฎหมายแล้วต้องมีงานประจำ..... จะไปทำนโยบายสาธารณะ แต่แต่ละปีจะไปเยาะเรื่องทำไม เยอะกลุ่มทำไม ทำไมไม่ high light เรื่องดีๆ สักเรื่องสองเรื่อง เนื่องจากเขา (สช.—นักวิจัย) ต้องไปสามัคคีกับทุกฝ่าย พอ high light ก็มีจุดอ่อนว่ากลุ่มอื่นจะไม่เข้าร่วมไม่มีส่วนร่วม เช่นถ้าเรื่องอุบัติเหตุเรื่องเดียว ก็มีกลุ่มที่ทำเรื่องอุบัติเหตุมา ผลประเมินต้องชี้ให้เห็นถ้าทำนโยบายสาธารณะหลายๆ เรื่องข้อเสนอเล็กๆ น้อยๆ เต็มไปหมด ทำนโยบายไม่ high light เป็นปัญหามากมันเยาะเกิน ตามไม่ไหว ก็เลยไม่ได้สักเรื่อง”

นักวิชาการใน คจ.สช.

การยึดกรอบกระบวนการของสมัชชาสุขภาพโลกมาใช้กับการทำนโยบายเพื่อปฏิบัติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทำให้มีความเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนพิธีการและรูปแบบเอกสารดังกล่าว และการใช้คำว่า ขอให้หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของเขายู่แล้วนั้นตรงกับแนวคิดและความหมายของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือไม่ โดยเฉพาะเมื่อหน่วยงานราชการไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจลงมติด้วย การดำเนินการตามที่สช. และสมัชชาต้องการ จะเกิดขึ้นได้หรือไม่

“เรามีปัญหามาก คำว่านโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ การเขียนว่าขอให้หน่วยงานรัฐบาลไปทำอย่างนั้นอย่างนี้ใช้หรือเปล่า เรื่อง concept เรื่องความหมาย 2. เรื่องแบบฟอร์มข้อความ ทุกคนก็มาหลากหลาย มาเรียนรู้ มาถูกรอบที่บอกว่านี่คือมาตรฐานของ WHO (World Health Assembly--นักวิจัย) ที่เราจะเอามาทำสมัชชาเรา เราก็ถูกตีความคำว่านโยบายสาธารณะว่า ต้องมีข้อมูลวิชาการข้างหน้านั่นก่อน เรื่องอะไรก็ตาม มีข้อมูลวิจัย มีข้อมูลสถานการณ์ มีหลักฐาน มีตัวอย่างมาก่อน 3. เรามีปัญหาเรื่องความเข้าใจในการทำนโยบายว่า แค่มีนโยบายแค่นั้น และเสร็จที่สมัชชาว่ามีมตินโยบาย หรือว่าต้องมีการ implement policy decision making ในมติสมัชชานี้ก็จะมีปัญหาเรื่องจำนวนคนที่ไปมีมติ ใช้เวทีสมัชชาไป decision มติว่าเอาอย่างนี้แต่ stake holder ใน policy เขาไม่ได้มา decision กับคุณด้วย พอเขาไม่ได้มา คุณไปบอกให้กระทรวง กรม อบต.ทำนู่นทำนี่ เขาไม่ได้มาลงมติดกับคุณ เขาก็ไม่ implement policy ขึ้นถัดมาคุณก็ต้องมีปัญหาแล้ว.... มันอยู่ที่ใจล้วนๆ ว่าคุณเห็นด้วยกับมตินี้แล้วคุณอยากเป็นคนทำอยู่แล้ว พอได้มตินี้คุณก็ไปเขียนแผนเพื่อให้ได้งบประมาณองค์กรมาทำมากขึ้น ถ้ามันไปด้วยกันแบบนี้อย่างน้อยก็มีการปฏิบัติ.....ราชการก็มีระบบแข็งแรงใครเข้าไปอยู่ก็กลัวระเบียบกลัว KPI กันหมด.....ก็ถูกตึง แต่ยังไม่เปลี่ยนแปลงในหลายปีที่ผ่านมา”

“format ซึ่งพูดทุกครั้ง แล้วทำไมมันต้องมีหัวข้อแบบนี้ ไม่เอาได้ไหม เขาบอกไม่ได้ มันไปสู่การปฏิบัติตามนโยบาย แล้วไปสู่นโยบายอย่างไรก็ไม่เห็นความเชื่อมโยง ถ้าเราอ่านแต่ละหัวข้อมันไม่ได้เชื่อมโยงไปสู่นโยบายเลย...คุณทำเองเลย ไปขอความร่วมมือใคร แล้วก็เคลื่อนไหวไปเลย ไม่ใช่ไปขอให้หน่วยงานเขามาทำอันนั้นอันนี้ ใช้คำว่า ขอให้ มันก็คิดแล้ว ยิ่งดูในรายละเอียดไปขอให้เขาทำในสิ่งที่เป็นบทบาทอำนาจหน้าที่เขายู่แล้วแต่เขาไม่ทำ เราก็มาเขียนแล้วมันइनนโยบายหรือเปล่า มาไล่ดูแต่ละอันมันเป็นปฏิบัติทั้งนั้น การเขียนนโยบายต้องเขียนในเชิงทิศทางแนวทางที่เป็นนามธรรมบวกกับรูปธรรมให้มันไปด้วยกัน..... เราไม่ใช่กรรมการนโยบายของหน่วยงานนั้น เราเลย ขอให้ เต็มไปหมด ขนาดเป็นเองยังยาก แล้วไปขอให้เขาทำนโยบายอีกยิ่งยากเข้าไปอีก แล้วไม่มีสิทธิไปขอให้เขาทำแผนปฏิบัติการแล้วมีงบประมาณกลไกเพื่อรองรับมติด้วยอีก”

นักวิชาการใน คจ.สช.

ระบบการพิจารณาก่อนการลงและให้ความเห็นชอบของคณะกรรมการวิชาการ (pre-authorization) ในกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย สะท้อนถึงวิธิตดการรวมศูนย์อำนาจ ไม่ได้มีความเชื่อมั่นกับการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (fully participation) โดยเฉพาะกับประเด็นที่เสนอโดยภาคประชาสังคมซึ่งเสนอว่าในการวิจารณ์และเสนอแนะ ควรอิงประสบการณ์รูปธรรมของการเคลื่อนไหวในพื้นที่ มากกว่าจะใช้ความเห็นของบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์โดยเฉพาะเรื่องนอกพรมแดนการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุข และมีข้อเสนอให้ทดลองยกเลิกระบบนี้

“คิดว่าคณะวิชาการอาจต้องมีสัดส่วนที่ตรงกัน ไม่แน่ว่าภาควิชาการที่ comment เขายู่ในพื้นที่เหมือนเราหรือเปล่า”

ตัวแทนภาคประชาสังคมในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“ปัญหาคืออนุวิชาการไม่เข้าใจเนื้อหา ก็เลยไปเปลี่ยนคำเปลี่ยนอะไรเขา จนผิดความหมายของผู้เสนอเพราะว่าไปเข้าใจเอาเอง ท่าทีของอนุวิชาการเสียงแข็งไป เวลามาแลกเปลี่ยนที่เขาเขียนออกมา เหมือนตั้งคำถามตรวจสอบเขา แล้วให้เขากลับไปทำใหม่ แทนที่จะช่วยเขาให้ชัดเจน เหมือนอนุตรวจสอบไม่ใช่อนุวิชาการ ที่จริงเจตนาการมีอนุวิชาการให้ช่วยทำให้การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร smooth เข้าใจตรงกัน แต่ว่าไปตรวจสอบเขาจนเขาเบื่อ”

นักวิชาการใน คจ.สช.

“การทำนโยบายพวกนี้ต้องกล้าต้องเชื่อเรื่องการกระจายอำนาจแบบมีส่วนร่วมโดยเฉพาะระดับที่ตัดสินใจ อะไรก็ต้องมาขึ้นต่อตรงกลางตัดสินใจสุดท้าย แล้วก็ใช้อำนาจมันก็เกิดการผัดผ่อน... คือ เขาไม่เชื่อเรื่องนี้จริงๆ ผู้นำไม่เชื่อเรื่องนี้จริงๆ พอไม่เชื่อก็ปล่อยไปไม่ได้สักอัน พอปล่อยไปได้ มันก็เป็นอัตลักษณ์ภาพลักษณ์ของผู้นำไป กลไกต่างๆ ก็จะอ่อนไม่กล้ามาขับเคลื่อนต่อสู้ ที่

จริงก็แลกเปลี่ยนอยู่ตลอดแต่การเปลี่ยนแปลงมันยังไม่เกิด เนื่องจากว่าการจัดกลไก โครงสร้างอำนาจมันอยู่ในระบบแบบนี้ถ้ายอมลง สมมุติถ้าลองเลิกอนุวิชาการ คจสช. มาตัดสินกลุ่มเครือข่ายนี้ว่าเขียนอย่างไรแล้วตัดสินใจ ให้เขากำหนดประเด็น (ที่จะเป็นข้อเสนอใน มติ—นักวิจัย) ของเขาเองอาจจะดีกว่า”

นักวิชาการใน คจ.สช.

ที่สำคัญ การจัดทำนโยบายไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการสมัชชาเสมอไป หากมีเครื่องมือที่เหมาะสม และเป็นเรื่องที่อยู่ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้ว

“ธรรมนูญสุขภาพเป็นแนวทางหลักเหมือนรัฐธรรมนูญ สช. ต้องรู้ว่าเรื่องที่เสนอเข้ามาอยู่ในกรอบธรรมนูญสุขภาพใหม่มี หลักหรือสาระสำคัญอย่างไร การก่อตัวทางเลือกการตัดสินใจต้องสอดคล้องกับธรรมนูญ คุณมี HIA ก็เอามาทำเรื่องพวกนี้ เป็น เครื่องมือที่ทำการบริหาร ในกระบวนการสมัชชา ปัญหาหลักคือเครื่องมือ มีไหม กระบวนการนโยบายไม่จำเป็นต้องสมัชชาก็ได้ เข้า คสช. เลยก็ได้ถ้า HIA ไปประเมินว่ามีปัญหาไม่ถูกต้องตามธรรมนูญ หมอ....บอกว่า คสช. สช. ทำแค่เสนอแนะนโยบายเท่านั้นเพราะ เป็น advisory board...คิดว่าตอนนี้เขาทำสมัชชาเพื่อนโยบาย ของเราต้องเน้นนโยบายสมัชชา”

นักวิชาการใน คจ.สช.

“เหมือนว่ามติที่เข้มข้นออกมามันไปตายเอาดาบหน้า หวังไปเข้า ครม. เพื่อให้เห็นว่ามันถูกรับรองและถูกเอาไปอ้างอิง แล้ว กลับมาคิดทีหลังว่า มันจะเคลื่อนต่อไหม... สช. มีปัญหาเรื่องระบบคิด เพราะติด pattern แบบนี้ คนเข้าร่วมประชุมก็ถอยออก ๆ”

นักวิชาการใน คจ.สช.

มตินี้มีแนวทางและระดับการขับเคลื่อนต่างกันออกไป และมี สปร. สนับสนุนกระบวนการให้เกิดการ ขยายตัวทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ ด้านผู้เสนอประเด็น แม้ว่าข้อเสนอออกมาไม่ตรงกับความต้องการ มุ่งมั่นตั้งใจ ต้องการแต่ก็ไม่ได้มีอิทธิพลต่อแนวทางการขับเคลื่อน เนื่องจากมีความชัดเจนตั้งแต่แรกอยู่แล้วและต้องแสวงหา ช่องทางและทุนในการขับเคลื่อนเอง สำหรับผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนนั้น ไม่มีใครบอกได้ว่าจะเป็นอย่างไร เพราะ เป็นเรื่องที่กลุ่มคนที่ขับเคลื่อนต้องร่วมกันคิดร่วมกันเคลื่อน

“เรื่องนี้เคยเสนอกับ พอช. (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน-นักวิจัย) มาก่อนแล้ว แต่เขาปรับนิดเดียวเพราะเขาไม่เชื่อว่ามันจะ ทำได้ พอช. ให้ทุนมาไม่กว้างขวางไม่มีฐานคนฟัง สช. เป็นเวทีแรกที่หยิบไปทำให้เป็นมติเพราะตอนนั้นยังไม่มีใครยอมรับวาทกรรมนี้ทำให้เรื่องนี้กลายเป็นวาทกรรมที่สำคัญ พอเป็นมติแบบนี้ ในปีต่อไปจะมีคล้ายมติแบบนี้ซ้ำลงไปในเวทีจังหวัด รูปธรรมเราถูกยกไป เป็นมติ มติก็มา back up ให้เรา ทุกวันนี้มีอยู่ 3-4 back up คือ 1. ว่าด้วยรัฐธรรมนูญหลายมาตราโดยเฉพาะ 281 ว่าด้วยการ ปกครองตนเอง 2. ว่าด้วยสุขภาพสุขภาพแห่งชาติ 3. ข้อเสนอของคณะกรรมการปฏิรูปโดยท่านอานันท์ ปันยารชุน”

“ไม่ได้ผูกเรื่องนี้กับเรื่องสมัชชา มันมีแนวทางขับเคลื่อนของมันเองอยู่แล้ว สมัชชาเป็นเพียงแค่ช่องทางหนึ่ง ถึงผลตอบรับจะดี หรือไม่ดีอย่างไร เราก็เคลื่อนของเราในลักษณะที่จะยืนยันเรื่องนี้”

“คำตอบมันจะชัดเจนอย่างไร ไม่ใช่หน้าที่เราคนเดียว ทุกคนต้องช่วยกันค้นหาว่าจริง ๆ มันคืออะไร คำว่าจัดการตนเองมัน อาจจะมียามียีสสามสิบสาม องค์ความรู้ แล้วแต่คนช่วยคิด เรื่องนี้ (ขณะนั้นอยู่ในช่วงการรณรงค์สร้างการรับรู้ในพื้นที่และขอชื่อ สนับสนุน พ.ร.บ.เชียงใหม่มหานคร-นักวิจัย) เป็นการเปิดฉากรณรงค์ที่นอกเหนือจากปัญญา มันก้าวไปสู่ศรัทธา”

ตัวแทนภาคประชาสังคมในคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

“เพราะว่าสมัชชาแปลว่าเวทีสมานฉันท์จัดอะไรไปมันก็ดูอ่อนว่าไม่มีอะไร พอไปพื้นที่แล้วไม่มีการ set ระบบกลไกระบบ สนับสนุนอะไรทั้งหลายไปเคลื่อน เพราะฉะนั้นคนก็ไปอาศัยช่องทางอื่นเคลื่อน อย่าง 26 จังหวัดแทบไม่ได้พูดถึงมติสุขภาพที่ ขับเคลื่อนต่อมันเคลื่อนด้วยตัวของมันเอง ขยายเครือข่ายก็มา due กับสำนักปฏิรูป ไป พอช. สสส. สปสช. ก็ไปผลักดันละที่ กลายเป็นไม่ได้ใช้มติสมัชชาหรือ สช.”

นักวิชาการใน คจ.สช.

สำหรับกลไกในการขับเคลื่อนมิติพื้นที่จัดการตนเอง หาก สข. ต้องการขยายผลมิตินี้ ไม่ว่าจะขับเคลื่อนในแนวทางไหนก็ตาม ควรเลือกจังหวัดทำเป็นพื้นที่ทดลองก่อนให้เกิดรูปธรรมในแต่ละพื้นที่แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน โดยต้องหานักเคลื่อนไหวในพื้นที่ที่เป็นตัวจริงให้ได้ก่อน ไม่ควรยึดองค์กรเป็นหลักมากกว่า “คน” การให้กลไกราชการเช่น สสจ. เป็นกลไกขับเคลื่อนระดับพื้นที่แบบหน้ากว้างนั้นสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองระดับพื้นที่แบบบูรณาการเข้ากับอำนาจรัฐ แต่จะไม่ยืดหยุ่นสำหรับการจัดตนเองในความหมายที่ต้องการการกระจายอำนาจจากส่วนกลาง

“สิ่งที่ยังไปไม่ได้มีอยู่สองสามเรื่อง อย่างเรื่อง คน หมายถึง ตัวนักเคลื่อนไหวในพื้นที่ เรื่องนี้อาจเป็นประเด็นที่สำคัญ ถ้ามิตินี้จะสัมฤทธิ์ผล เรื่องคนเป็นเรื่องสำคัญ 2. โฟกัสพื้นที่ทำ ไม่ทำเสมอเหมือนกันหมดทุกจังหวัดเพราะแต่ละจังหวัดจะมีปัจจัยแตกต่างกันออกไป ถ้า สข. จะทำประมาณ 10-12 จังหวัด แล้วก็จังหวัดนำร่องจะทำให้การขับเคลื่อนเรื่องนี้มันโฟกัสมากขึ้น สร้างพื้นที่รูปธรรม แล้วใช้พื้นที่รูปธรรมสร้างพื้นที่การเรียนรู้ มิตินี้ก็จะได้ผล ถึงที่สุดถ้าจะ follow มติต่อไป มันจะต้องยกระดับจังหวัดต้นแบบเหล่านี้มาเป็นองค์ความรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน เชิญใหม่ถ้า approach ผ่านสมัชชาสุขภาพจังหวัด (สสจ.—นักวิจัย) จะไปไม่ได้ ต้อง approach โดยกระบวนการอื่น การชี้ขาดเรื่องนี้ ระบุองค์กรยังไม่ได้ มันต้องลงไปดูคน หมายถึง คุณที่ active บางทีคนนั้นก็ไปเชื่อมหลายเครือข่าย สมัชชาสุขภาพก็เข้ามาเป็นครั้งเป็นคราว หลังจากนั้นดึงเอาเครือข่ายทั้งหลายเอามาเป็นเงื่อนไขในการทำงาน ต้องจัดความสัมพันธ์ของจังหวัดเพื่อให้นั่นลงตัว”

ตัวแทนภาคประชาสังคมในคณะกรรมการเฉพาะประเด็น

“ปัญหาตอนนี้ให้ สสจ. เป็น secretariate ของสมัชชา บางจังหวัดไม่สนใจอยู่แล้ว งานฝากเขาก็ไม่ active ไม่เคลื่อนไหว มันก็ไปไม่ได้...เดิมกลุ่มที่ทำเรื่องพวกนี้มันไม่ใช่กลุ่ม สสจ. ถ้า สข. เอาทรัพยากรไปอยู่ที่ สสจ. มันก็คนละเรื่องอยู่แล้ว”

นักวิชาการใน คจ.สข.

5. ข้อเสนอแนะต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ตามแนวคิดที่ว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจกำหนดความเป็นธรรมซึ่งส่งผลถึงสุขภาวะในความหมายกว้างกว่าสุขภาพบุคคล นโยบายสาธารณะจึงควรหยิบยกประเด็นนี้ขึ้นมาพิจารณาแทนที่จะเป็นเรื่องโรคเรื้อรังกลุ่มวัย มติ “การจัดการตนเอง” เป็นตัวอย่างในกรณีนี้ซึ่งต้องมีฐานความศรัทธาในการกระจายอำนาจแต่เนื้อหาข้อเสนอของมติดังนี้เป็นไปตามแนวคิดรวมศูนย์อำนาจราชการสู่ศูนย์กลาง

“ขณะที่กรรมการบางคนเราซีเรียสเรื่อง content เรื่องนโยบายสาธารณะ.... ทางวิชาการมีกลุ่มเครือข่ายพันธมิตรที่ชัดเจน ดูความเป็นไปได้ที่จะทำเรื่องนี้เรื่องนั้นหาข้อมูลให้แน่นๆ แล้วค้นต่อเมื่อได้ เข้ามา ในบางแง่มุมมันก็ย้อนกลับไปที่เราตีความคำว่า นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพคืออะไร มันครอบคลุมขนาดไหน หรือว่าจะเอาหมดเลยประเด็นเล็กประเด็นน้อย...โจทย์ใหญ่ของเราที่ยิ่งใหญ่กว่าคือการต่อสู้นโยบายสาธารณะในทางอำนาจกับการเมืองที่จะเกิดผลดีต่อประชาชนคืออะไร ทุกกลไกต้องคิดว่า จะต้านทานพวกนี้อย่างไรจะประชาชนเติบโตรู้เท่าทัน เป็นโจทย์ที่มันยาก เราต้องคิดเรื่องยากๆ จะไปทำตามความเคยชินอย่างนี้ไม่ได้”

นักวิชาการใน คจ.สข.

ในการสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อนำมติไปปฏิบัติและการติดตามประเมินผล มีความเห็นต่างจาก สข. ที่มีความคิดว่า บทบาทของ คสช. คือ เสนอนโยบาย ส่วนเจ้าของประเด็นเป็นผู้ขับเคลื่อนมิติ สข. จึงไม่จำเป็นต้องสนับสนุนใดๆ ยกเว้นเรื่องที่ สข. ให้ความสำคัญ ขณะที่นักวิชาการซึ่งทำงานภาคประชาสังคมเห็นว่าแม้ สข. จะไม่มีงบประมาณเพียงพอแต่ก็ควรมีบทบาทร่วมกับองค์กรสนับสนุนอื่น ๆ ในการจัดระบบสนับสนุนกลไกในพื้นที่ในการขับเคลื่อนและติดตาม แทนการทุ่มงบประมาณส่วนใหญ่ไปกับเวทีสมัชชา

“ทาง สข. มองว่าการติดตามมิติไม่ต้องใช้งบประมาณ เป็นเรื่องของเครือข่ายที่จะไปทำงาน อาจไม่ถูกต้องทั้งหมดเพราะว่ามีมติขึ้นมา มีรายละเอียดว่าใครจะต้องไปทำอะไร แต่ว่าเราจะไปผลักภาระว่าเป็นหน้าที่ของเครือข่าย จะไม่สนับสนุน ไม่ได้ อย่างนั้นมัน

เป็นแต่มติเฉยๆ บางเครือข่ายก็ไม่ได้มีงบประมาณมากมาย ต้องจัดงบประมาณให้เขาส่วนหนึ่ง ขณะนี้พอดูงบประมาณรวมไม่ว่าจะเป็นของ สช. หรือของเรา กลับไปใช้งบเพื่อการร่างมติเยอะมาก แล้วใช้งบสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนตามมติเป็นส่วนน้อยเปรียบเทียบกับระบบสุขภาพ เราก็เทเงินไปกับการรักษา การส่งเสริมสุขภาพเราก็ทำน้อยแทนที่เราจะเอางบมาสร้างความเข้มแข็งแข็งแรงให้ชุมชน เรากลับหมดงบประมาณไปกับการเตรียมงานเชิงวิชาการซึ่งเราก็อยากได้งานวิชาการที่ค่อนข้างดีมาสสนับสนุนมติ แต่เราหมดงบประมาณไปกับการทำเวทีเยอะมาก แล้วมาหมดหนกๆ ก็คือเวทีสมัชชา.....งบที่เราลงไปในการขับเคลื่อนมติมันเป็นเวทีส่วนหนึ่ง แต่บางเรื่องเป็นงานที่เขาต้องไปตามจากองค์กรนั้นองค์กรนี้หรือไปคิดให้ทำเป็นรูปธรรมมากขึ้น น่าจะมีงบที่เป็นหัวเชื้อให้เขาลักหน่อย ประชุมคณะกรรมการชุดนั้นชุดนี้เพื่อตีงภาคีต่างๆ ทางงบประมาณที่จะมาต่อ....การขับเคลื่อนมติมันไม่ใช่ว่าอยู่ดีๆ ไปชวนใครก็ได้ ต้องมีเครดิตพอสมควรที่จะไปดึงบางกลไกบางองค์กรที่เขาเป็นองค์กรรับบ สสส. อยู่แล้ว รับบ สปสช. อยู่แล้ว พอมีมติสมัชชาแล้วมันสอดคล้องแล้วเขาสามารถโยกงบตัวนี้มาใช้ได้ ซึ่งต้องอาศัยกลไกระดับจังหวัดเป็นกลไกที่ไม่ใช่รวมตัวกันชั่วคราวเสร็จแล้วก็กระจายกันไป....ขณะนี้ก็มีบางจังหวัดเท่านั้นที่ไปถึง อย่างเช่น สมาคมประชาสังคมชุมพร หรือขอนแก่นก็ตั้งเป็นมูลนิธิ”

ตัวแทน สปร.

กรณีศึกษามติการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

มตินี้เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 ที่คณะรัฐมนตรีรับทราบและกำหนดให้รายงานผลการดำเนินงานในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 การศึกษามตินี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเลขานุการคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นและบุคคลที่ผู้บริหารที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กล่าวถึง (snowball technique) ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กพม.) และองค์กรพัฒนาเอกชน รวม 8 คน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารทางการที่เผยแพร่ในรูปสิ่งพิมพ์และระบบอินเทอร์เน็ตของ กสธ. กพม. สสส. และองค์กรพัฒนาเอกชนได้แก่ มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) และองค์กรแพธ

1. ข้อมูลทั่วไปและบริบทเฉพาะมติ

ประเด็นปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมนับเป็นปัญหาสังคมที่รวมมิติด้านการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไว้ด้วย จากข้อเสนอมตินี้ หน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนแก้ปัญหานี้ได้แก่ กพม. และ กสธ. และมีกลไกระดับชาติในตาราง 3.11 พื้นฐานความคิดหลักซึ่งกำหนดมุมมองส่งผลต่อวิธีการดำเนินงาน แนวคิดด้านสังคมโดยเฉพาะโครงสร้างหน้าที่เน้นการคุ้มครองประคับประคองและสงเคราะห์เยียวยาผู้ประสบปัญหา หน่วยงานตามแนวคิดนี้ได้แก่ กพม. ศึกษาธิการ มหาดไทย และวัฒนธรรม ด้านการแพทย์และสาธารณสุขจะรองรับด้านบริการเช่น การรับฝากครรภ์ การรักษาผลกระทบจากการทำแท้ง ในเชิงป้องกันเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลและเพศศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา อุดมศึกษา และประถมศึกษาตอนปลาย

ตาราง 3.11 คณะกรรมการระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ สุขภาวะทางเพศวัยรุ่น

คณะกรรมการระดับชาติ	ประธาน	เลขานุการ
คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ (พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กแห่งชาติ 2546)	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	รองปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และตั้งสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติขึ้นมาภายหลัง
คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ	นายกรัฐมนตรี	ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กพม.
คณะกรรมการพัฒนานโยบายการเจริญพันธุ์แห่งชาติ	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	อธิบดีกรมอนามัย
คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ	รองนายกรัฐมนตรี	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อ สสส. มีแผนงานสุขภาวะทางเพศ⁷² ในสำนักสองโดยสนับสนุนการทำงานของมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิงให้ดำเนินงานร่วมกับกรมควบคุมโรคและองค์กรแพธ สำหรับประเด็นปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมอาจจัดอยู่ในแผนงานสุขภาวะกลุ่มเฉพาะด้วยคือ กลุ่มเด็กและวัยรุ่น ด้านองค์กรแพธมีโครงการร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการเพื่อสร้างการตระหนักรู้ด้านเพศศึกษาแก่เด็กในระบบโรงเรียนด้วยงบประมาณจากกองทุนโลก (global fund) ร่วมกับรับงบประมาณเสริมจาก สสส. องค์กรพัฒนาเอกชนก็มีแนวคิดเพศสภาพ (gender) คือ

⁷² สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ข้อมูลองค์กร. Available from URL:// <http://corp.thaihealth.or.th/about>

ปัญหาทางเพศล้วนมีสาเหตุมาจากความไม่เท่าเทียมทางเพศและอาจนำไปสู่ความรุนแรงทางเพศ แต่ในการสื่อสารกับ สสส. หน่วยงานราชการ และสังคมไทยซึ่งมีแนวคิดอนุรักษนิยมมักมองว่าเรื่องนี้ล่อแหลมทำให้ต้องปรับวิธีการ

“ตอนที่นายกมลสิทธิ์เข้ามา address เรื่องท้องไม่พร้อมในวัยรุ่น เรียกว่าเป็น input จากประธานบอร์ด จริงๆ เราเริ่มจะทำ อยู่แล้วเพราะมันเป็นประเด็นที่คนพูดถึงมาก (เทียบกับอ้วน) จริงๆ อ้วนแทบจะไม่มีใครพูดถึง สุขภาวะทางเพศมี 3 ประเด็นหลัก โรค เอดส์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรุนแรง และท้องไม่พร้อม ก็ไปจัดสัมมนาตัวเอง ช่วงนั้นเพิ่งมีสัมมนากันใหม่ๆ”

ผู้บริหาร สสส.

“ต้องมีความระมัดระวังสูงมาก จะโดนสังคมโจมตี ช่วงแรกของการทำงานไม่ใช่สื่อของ สสส. เลย จะใช้ new media หมด เลย.... 3 ปีการนัดความคิดเริ่มได้ผล.....ก็ค่อยๆ มาด้วยกัน พอเปิดมากขึ้นเราก็อำนาจเชิงความคิดได้มากขึ้น พูดเรื่องเพศไม่ต้องพูด conservative แบบเดิม สสส. จะมาออกแคมเปญรณรงค์ลงสวนตัว ไม่ต้องไปออกเสียต๋ายเงิน การต่อสู้เชิงแนวคิดในเรื่อง gender และ sexuality กับ สสส. ทั้งคนทำงานและผู้ทรงคุณวุฒิค่อยๆ แปรเปลี่ยนมากขึ้น แต่ยังไม่ถึงขั้นพูดเป็นเสียงเดียวกัน”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

ด้านกระทรวงสาธารณสุขจัดให้ประเด็นนี้อยู่ในงานอนามัยการเจริญพันธุ์ (reproductive health) ซึ่งกรมอนามัยในสมัยอภิตินรงค์ศักดิ์ อังคะสุพล⁷³ ผลักดันให้สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์⁷⁴ และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานอื่นใน กสธ. จัดทำร่าง “ระบบอนามัยการเจริญพันธุ์” บรรจุในร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ หมวดสร้างเสริมสุขภาพ

ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 สสส. เสนอประเด็น “สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” และผ่านการรับรองจากสมาชิกสมัชชาสาระสำคัญและข้อเสนอของมติสุขภาวะทางเพศฯ แสดงดังตาราง 3.12 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบทบาทของภาคสาธารณสุข ข้อเสนอการพัฒนาในระดับชาติคือ (ร่าง) พ.ร.บ. คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์และกองทุนสุขภาพสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 รับรองมติการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ซึ่งก็มีส่วนเสริมข้อเสนอของมติสุขภาวะทางเพศฯ ข้อที่ 1 (ตาราง 3.12)

⁷³ ขณะนั้นนายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุพล มีบทบาทในการทำงานร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเป็นประธานคณะกรรมการร่างธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติหมวดสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

⁷⁴ ผู้อำนวยการสำนักนี้เพิ่งย้ายเข้ามาทำงานในส่วนกลางและเป็นผู้อำนวยการ เครือข่ายความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกับหน่วยงานราชการต่างกรมต่างกระทรวงและองค์กรพัฒนาเอกชน จึงมาจากนักวิชาการในสำนัก

ตาราง 3.12 สรุปมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาวะของเด็กและเยาวชน สุขภาวะทางเพศและวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

สมัชชา ชาติ	มติ	ข้อเสนอ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อเสนอกลไก
1	สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้คสช. ผลักดันให้เกิดนโยบาย/แผนปฏิบัติการและรายงานในสมัชชาชาติครั้งที่ 2	1. การเน้นสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อสุขภาวะทางเพศ/ทักษะชีวิตสำหรับทุกเพศ/วัย 2. การจัดตั้งที่פקพิง/คุ้มครองสิทธิทุกจังหวัดให้บริการครบวงจร 3. การสนับสนุนให้ประกันสุขภาพ รวมบริการยุติการตั้งครรภ์ (ตามข้อกำหนดของกฎหมาย) 4. การสนับสนุนวิจัยและทำฐานข้อมูล 5. การพัฒนา 1) ระบบให้การปรึกษาทุกระดับ 2) ระบบยุติธรรมที่ปราศจากอคติทางเพศ ในทุกระดับ 6. (ร่าง) พ.ร.บ. คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์	• กระทรวงศึกษา/สาธารณสุข/พม./ วัฒนธรรม/ ยุติธรรม สำนักงานอัยการสูงสุด • สสส. สปสช. สวรส. องค์การวิชาการ • องค์การวิชาชีพ อปท. ภาคประชาสังคม • องค์การ/เครือข่ายเด็ก เยาวชนและครอบครัว • องค์การ/เครือข่ายผู้หญิง	• กลไกควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: ศูนย์บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ครบวงจรทุกระดับ • ที่פקพิง/คุ้มครองสิทธิทุกจังหวัด ให้บริการครบวงจร แก่ผู้ประสบปัญหา • กองทุนสุขภาพสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ • กลไกเฝ้าระวังปัญหาสุขภาวะทางเพศในระดับท้องถิ่น
2	การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้รัฐบาลและหน่วยงานเกี่ยวข้องเร่งดำเนินการและรายงานในสมัชชาชาติครั้งที่ 3	1. การจัดทำ ร่าง พ.ร.บ. ส่งเสริมครอบครัว 2. การวิจัยและพัฒนากลไก/รูปแบบสร้างเสริมสุขภาวะและการขับเคลื่อน ในทุกระดับ 3. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาวะ	• กระทรวง พม./ สาธารณสุข/ ศึกษา/ มหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น// วัฒนธรรม/การท่องเที่ยว/ยุติธรรม/แรงงาน • สำนักงานตำรวจแห่งชาติ • สสส. อปท. สถานศึกษา • สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย • องค์การ/เครือข่ายเด็ก เยาวชนและครอบครัว • นักวิชาการ ธุรกิจสื่อ/โฆษณา สื่อมวลชน	• คณะกรรมการร่วมเพื่อวิจัยพัฒนากลไกขับเคลื่อน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย/ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว • กลไกนโยบายสาธารณะ: กระบวนการสมัชชาครอบครัวแห่งชาติ
3	การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ให้หน่วยงานเกี่ยวข้องดำเนินการรายงานในสมัชชาชาติครั้งที่ 5	1. การดำเนินนโยบาย/ยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ และการป้องกัน/แก้ไขปัญหาเด็ก/เยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อมภายในปี 2554 2. การพัฒนาการเรียนการสอนเพศศึกษาและจัดระบบแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ระหว่างศึกษา 3. ให้ อปท. บรรลุงานสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในเด็ก/เยาวชน ในแผน 3 ปี และกำหนดเป็นนโยบายของอปท. และดำเนินงานด้วยงบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น/พื้นที่	• คกก.พัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ คกก.คุ้มครองเด็กแห่งชาติ คกก.ส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ คกก.สถานศึกษา คกก.นโยบาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แห่งชาติ คกก. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่ • เครือข่ายผู้ปกครอง/ ครอบครัวและชุมชน /เด็กและเยาวชน NGO ภาคิเครือข่ายสุขภาวะทางเพศ กระทรวงศึกษา/พม.สาธารณสุข/วัฒนธรรม สสส. สปสช. อปท.	• คณะกรรมการขับเคลื่อน ในระดับจังหวัด

ที่มา: เพ็ญแข ลาภยิ่ง. การประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติระยะที่หนึ่ง: ความก้าวหน้าและเกณฑ์การคัดเลือกมติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; รายงานการวิจัย. 2555.

2. การเสนอประเด็นเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

หลังจากประเด็นการอนามัยการเจริญพันธุ์บรรจุในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 เรื่องสุขภาพทางเพศฯ กรมอนามัยก็ได้เสนอนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553- 2557) และรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2552 และแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติเพิ่มเติมเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2552⁷⁵

ส่วน สคส. ซึ่งขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 เรื่องสุขภาพทางเพศ ร่วมกับเครือข่ายและจัดทำร่าง พ.ร.บ. คู่ครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รายงานความก้าวหน้าในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 วันที่ 16-18 ธันวาคม 2552 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ได้เสนอประเด็นปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม เข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 และเป็นเลขานุการคณะกรรมการเฉพาะประเด็น องค์การขับเคลื่อนเรื่องนี้จึงเปลี่ยนจาก NGO เจ้าของมติสมัชชาครั้งที่ 1 มาเป็นสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

สรุปคือ ขณะที่ NGO และภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนเรื่องท้องไม่พร้อมและพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 เรื่องสุขภาพทางเพศ ก็มีการเสนอประเด็นปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเข้าสู่เวทีสมัชชาอีกในเนื้อหาอนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อการดำเนินงานตามบทบาทของหน่วยงานสะท้อนถึงการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่าง สข. และหน่วยงานราชการ

“ตอนที่เรายพยายามทำให้มีเรื่องนี้อยู่ในวาระก็น่าจะ 3-4 ปีแล้ว ตอนเรื่องสุขภาพทางเพศเสร็จแล้ว จะเป็นท้องไม่พร้อมซึ่งจริงๆ เป็นเรื่องเดียวกัน ตอนนั้นเราดันเรื่องของบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น เสร็จแล้วพอหนึ่งปีผ่านไปมันก็มีสมัชชาอีกที จังหวะก็เป็นเรื่องอื่นไปแล้ว จำได้ว่าเคยมีวงสนทนากันประมาณว่าไม่เข้าใจว่าวิธีการดำเนินการมันเป็นอย่างไร ในเมื่อมันเพิ่งทำเรื่องนี้มันยังไม่ไปไหนเลย แบบเพิ่งเริ่มคุยกัน แล้วพอปีนี้เป็นอีกวงหนึ่งแล้ว agenda ก็เป็นเรื่องอื่นไปแล้ว”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

“พอมีหนังสือจาก สข. ให้เสนอ ก็มาถามพวกเรว่าอยากเสนออะไร ใครคิดอะไรก็มาประชุมกัน ก็เอาตัวนี้เข้าไปเสนอเวลา สข. เขาเรียกประชุม..... ที่เราอยากได้เพราะว่าเรื่องมันทำยาก ต้องการความร่วมมือมาก คือถ้ามันจะมีอะไรที่เป็นตัวช่วยผลักดัน เราอยากได้ทั้งนั้น เพราะว่า ทำอะไรเราจะอ้างธรรมนูญ เราไม่รู้ว่าเขาจะเห็นด้วยกับธรรมนูญหรือไม่”

อดีตนักวิชาการในสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

“เป็นมติสมัชชาไม่น่าแปลกเพราะก็เป็นงานที่เราทำอยู่แล้ว แต่อาจทำให้มองว่างานทำอยู่แล้วไปเขียนเป็นมติทำไมก็ได้เนะ”

อดีตนักวิชาการในหน่วยงานเลขานุการคณะกรรมการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์

“เรา่วมเป็นเจ้าภาพในการผลักดันให้ออกเป็นมติ”

ตัวแทนหน่วยงานในคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น

⁷⁵ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557). กรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2, 2555.

3. การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

แม้ว่าประเด็นข้อปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม แต่ยุทธศาสตร์และกลไกเป็นเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ซึ่งกรมอนามัยผลักดันเป็นข้อเสนอบรรจุในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ข้อ 31 มาก่อนแล้วและเสนอเข้าเวทีสมัชชาเพื่อการขับเคลื่อนผ่านเวทีนี้ ส่วนเครือข่ายองค์กร NGO และสำนักบริหารการสาธารณสุข (สำนักงานปลัด กสธ.) เข้าร่วมเพราะเป็นโอกาสในการขับเคลื่อนเรื่องที่ตนทำกันอยู่แล้ว แต่ข้อเสนอก็ยังคงเป็นไปตามกรอบความคิดกรมอนามัย หลักเสียงประเด็นขัดแย้ง

“ในฐานะที่รับผิดชอบงานนี้ ทำงานตามกรอบยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์ ไม่ได้ทำภายใต้กรอบมติสมัชชา แต่สองกรอบนี้คือเรื่องเดียวกันเพราะเนื้อหาหมตสมัชชาอยู่ในเนื้อหานโยบายยุทธศาสตร์เกือบทั้งหมดและร่าง พ.ร.บ. ด้วย เพียงแต่เอามาเขียนใหม่เป็นมติสมัชชาแค่นั้นเอง เพราะว่าถ้ารอระบบรอกฎหมายมันช้า ก็ถอดเป็นมติสมัชชา”

ตัวแทนหน่วยงานในสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

“ถามว่ามีส่วนในการขับเคลื่อนหรือไม่ ไปเกี่ยวกับอันนี้ยังงี้ ตอบไม่ได้ ก็ไปร่วมเพราะทำอยู่แล้วก็ทำต่อแต่ถามว่าทำเพราะว่ามันเป็นมติสมัชชาหรือเปล่า ไม่ใช่ ที่เข้าไปมีส่วนร่วม ก็ไปบอกว่าสำคัญะเรื่องนี้ ตอนนี้ทำอะไรอยู่และควรจะทำอะไร”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

“จริงๆ กรมอนามัยเพิ่งมาจับเรื่องนี้ ก่อนหน้านั้นคิดว่าเขาควรจะทำนานแล้ว มาทำกับกรมควบคุมโรคเราก็ถามตลอดว่างานนี้มัน mandate กรมอนามัย อย่างเรื่อง sexual health ของวัยรุ่น”

“เราก็ไม่คิดว่า พ.ร.บ. อนามัยการเจริญพันธุ์เกี่ยวกับสมัชชาด้วยซ้ำ มาช่วยเรื่อง พ.ร.บ. เพราะว่าอยู่ใน network ของอาจารย์กฤติยาทำเรื่องท้องไม่พร้อมกันแล้วก็ใน พ.ร.บ. มีประเด็นนี้ด้วย ก็ช่วยมาดันให้ตัว พ.ร.บ. ครบเครื่องเรื่องนี้หน่อย สำนักอนามัยเป็น focal point อันนี้ก็รู้กันอยู่ แต่รู้ว่าเพราะว่าอันนี้มี UNFPA หนุนด้วยและเราเองก็ทำงานอยู่ใน UNFPA เวลาที่จะทำเรื่องนี้มันเหมือนกับอยู่ในเครือข่ายกันอยู่แล้ว ในตัว พ.ร.บ. มีบางประเด็นที่เราไม่ได้ อย่างเช่น ประเด็นเรื่องแท้งคนก็จะลังเลใจอันนี้ก็เป็นเรื่อง negotiate กัน อย่างนี้ทางกรมรู้สึกไม่ได้ คือเขียนไปปฏิบัติเขาไม่ทำ อย่างงั้นไม่เขียนดีกว่าหรืออะไรแบบนี้ คือเราอาจจะไม่เห็นด้วย เสียส่วนใหญ่ในที่ประชุมคุยกันแล้วว่า อย่างนี้ ถอยคนละก้าว”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

“มีความรู้สึกว่าการอนามัยยังลังเล โดยเฉพาะประเด็น sensitive เรื่องยุติการตั้งครรภ์ แม้กระทั่งเรื่อง guideline ของแพทยสภาที่วามติของแพทยสภา เกณฑ์การยุติการตั้งครรภ์ ยังพูดไม่ค่อยเต็มปาก แต่ปัญหามันเกิดกับพื้นที่ถ้าเราไม่หาทางออกให้เขา คือมีนโยบายลงไปแล้ว มีการตรวจราชการแบบบูรณาการแล้ว แต่ว่าแนวทางการแก้ปัญหายังไม่ชัดเจน”

นักวิชาการ กสธ.

ในปีก่อนการเสนอประเด็นนี้เข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 กรมอนามัยได้จัดทำนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (พ.ศ. 2553-2557) และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติจำนวน 33 คน เมื่อ 27 เมษายน พ.ศ. 2552 (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานและอธิบดีกรมอนามัยเป็นเลขานุการ กรรมการโดยตำแหน่งอื่นๆ เป็นผู้บริหารระดับกระทรวง กรม นักวิชาการ และองค์กรด้านเด็กและสตรี) และในเดือนธันวาคม 2552 มีการตั้งคณะอนุกรรมการตามจำนวนยุทธศาสตร์อีก 7 คณะ ต่อมาคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบนโยบายยุทธศาสตร์นี้เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2553⁷⁶

⁷⁶ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557). กรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2, 2555.

4. การขับเคลื่อนและดำเนินงานตามมติสมัชชา

ข้อเสนอด้านการออกกฎหมายของมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 นี้ คือ เร่งรัดผลักดันให้เกิด พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ภายใน พ.ศ. 2554 ข้อเสนอนี้มีตั้งแต่มติสุขภาพะทางเพศ (สมัชชาครั้งที่ 1) และมีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นสำหรับพิจารณาร่างนี้โดยภาคประชาชน ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาครัฐเมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๓⁷⁷

ต่อมากรมอนามัยได้จัดทำร่างใหม่ในชื่อ ร่าง พ.ร.บ. ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติซึ่งค้างอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา จึงนำนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนามีการเจริญพันธุ์แห่งชาติมาใช้เป็นกรอบการดำเนินงาน (ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ย่อยได้แก่ การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ การส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ การพัฒนากฎหมาย กฎ และระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ และการพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ)⁷⁸

หลังจากคณะรัฐมนตรีเห็นชอบนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนามีการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553-2557 และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติแล้ว นายกรัฐมนตรีอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะซึ่งตระหนักถึงปัญหานี้ก็ได้ให้นโยบายแก่ กพม. และ สสส. ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554 ได้มอบหมายให้ กพม. (กระทรวงเจ้าภาพในงานด้านสังคม) จัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวและเยาวชนตั้งครม.ไม่พร้อม⁷⁹ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและให้คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติวางระบบการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานให้ทราบอย่างต่อเนื่อง

ด้านเครือข่ายด้านผู้หญิงและสุขภาพทางเพศได้จัดทำร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศฉบับภาคประชาชน โดยมุ่งหวังในการแก้ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่ทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่องทั้งการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปัญหาลักษณะทางเพศที่ไม่ชัดเจน ร่างฉบับนี้มี 5 หมวด 44 มาตรา มาตราที่กระตุ้นความสนใจของสังคมคือ มาตรา 15 มุ่งให้เกิดการ

⁷⁷ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กรมอนามัย – สข. – มูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง จัดเวทีเร่งหาทางออก พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์. สืบค้นจาก URL: <http://www.samatcha.org/?q=node/283>

⁷⁸ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามีการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557). กรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2, 2555 หน้า 25.

⁷⁹ โดยขอให้แต่ละส่วนราชการเร่งดำเนินการดังนี้ **กระทรวงศึกษาธิการ** จัดระบบให้แม่วัยเยาว์กลับมาเรียนต่อหลังคลอดบุตรและพัฒนาหลักสูตรการสอนวิชาเพศศึกษาให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละช่วงวัย **กระทรวงแรงงาน** ช่วยให้แม่วัยเยาว์รับการอบรมวิชาชีพและจัดหางานให้ทำ **กระทรวงสาธารณสุข** ให้ความรู้สุขภาพะทางเพศหรือจัดบริการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ **กระทรวงวัฒนธรรม** ดูแลในเรื่องมิติทางสังคมและวัฒนธรรมไทยเพื่อให้เด็กและเยาวชนรักนวลสงวนตัว **กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร** ตรวจสอบเรื่องการเผยแพร่รูปภาพ คลิป เว็บไซต์ ที่สื่อไปในทางลามกอนาจารในสื่ออิเล็กทรอนิกส์และสื่อต่างๆ **สำนักงานตำรวจแห่งชาติ** ตรวจตราสถานที่เสี่ยงสำหรับเด็กและเยาวชน และเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชน **กระทรวงมหาดไทย** ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการตามยุทธศาสตร์ เพื่อลดปัญหาเด็กและเยาวชนให้ได้ผลอย่างจริงจัง **กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ** ดูแลกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖

ดูแลกลุ่มเยาวชนที่ต้องให้ได้รับการศึกษา และมาตรา 23 หวังให้มีการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีลักษณะชีววิทยาทางเพศไม่ชัดเจน ทั้งนี้มีการเปิดรับฟังความคิดเห็นต่อร่างฉบับนี้จนถึงสิ้นเดือนตุลาคม 2556⁸⁰

เนื่องจากนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาตินี้เกิดขึ้นเพื่อการบริหารราชการแผ่นดิน (จากอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการข้อที่ 1 กำหนดนโยบาย กรอบทิศทางที่เกี่ยวกับการบริหารราชการแผ่นดินโดยเฉพาะการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์)⁷ ซึ่งเสมือนเป็นงานของกระทรวงสาธารณสุขแต่อาศัยความร่วมมือจากกระทรวงอื่น จึงไม่เหมาะสมกับเรื่องที่ต้องขับเคลื่อนสังคมเพื่อสร้างความตระหนักรู้และความเข้มแข็งแก่กลุ่มเป้าหมาย สำหรับคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติของ กพม. ก็มีรูปแบบเช่นนี้และก็พบปัญหาในทำนองเดียวกัน

“teen pregnancy เป็นปัญหาลังคม ปัญหาสาธารณสุขเป็นแค่ปัญหาปลายเหตุ ส่วนปัญหาลังคม บทบาทที่เราทำค่อนข้างน้อย ต้องขับเคลื่อนด้วยองค์กรข้างนอกมากกว่า ปีแรก 53 พอยุทธศาสตร์ออก แต่ละกระทรวงที่เป็นประธานอนุกรรมการกลายเป็นต้องเป็นลูกน้องเขา เค้ามองว่าเป็นงานเราหมด ผอ. สำนักหนึ่ง (กระทรวงอื่น-นักวิจัย) เป็นเลขา กลายเป็นเราต้องนัดปลัดเขาเอง ต้องประชุมปีละ 2 ครั้ง กลายเป็นประชุมได้ครั้งเดียว เหมือนมีนายสามสี่กระทรวง เราเข้าใจว่า พอเข้า ครม. อนุมัติออกมาตั้งกรรมการ ก็หวังว่า distribute ในฐานะเลขา board ใหญ่ให้แต่ละภาคส่วนรับทราบ ประธานเลขาคณะอนุกรรมการแต่ละชุดก็ต้อง run”

ตัวแทนหน่วยงานและคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์

“มติสมัชชาไม่ค่อยแพร่หลาย บางทีผู้แทนของแต่ละกรมไป ก็ไม่ได้มาขยายผล พอไม่ได้ขยายผลมันก็เลยไม่กว้างขวาง public มันไม่เห็น แต่ว่าเห็นอยู่แล้วว่า โครงสร้างกระบวนการทำงานเขาแข็งแรง”

ตัวแทนหน่วยงานใน กพม.

“ที่ผ่านมาแม้จะมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน มี 8 กระทรวงหลักที่รับผิดชอบเกี่ยวข้อง แต่เหมือนว่าต่างคนต่างทำมันไม่ function ทางกระทรวงวางแผนเบื้องต้น ตั้งคณะทำงานขึ้นมา คณะทำงานมีตั้งแต่ปี 54 ไม่ทันสมัย เราก็มารับปรับ... อันที่ 2 กำลังจะจัดประชุม work shop เพื่อดูว่ากระบวนการทำงานต่าง ๆ function ไม่ function เพราะอะไร ขณะเดียวกันทาง สคต. ทำแบบสอบถามลงพื้นที่เนื่องจากเราโอนงบประมาณให้เขาทำด้วย ให้เขาตอบมาว่าข้อมูลสถิติผลงานหรือสภาพการณ์ปัญหาในพื้นที่เป็นอย่างไร”

ตัวแทนหน่วยงานใน กพม.

จุดอ่อนอีกประการหนึ่งของกลไกคณะกรรมการที่ประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่มีชื่อเสียงคือ เวลาที่มีให้และการให้ความสำคัญ หากไม่สามารถจัดการประชุมและตัดสินใจในนโยบายสำคัญ ก็ไม่สามารถขับเคลื่อนใดๆ ได้แม้ในระดับปฏิบัติการกระทรวงต่างๆ จะมีความสัมพันธ์กันอยู่ ด้านคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติของ กพม. ก็พบปัญหาการจัดประชุมคณะกรรมการระดับชาติเพื่อการประสานนโยบายเช่นกัน

“ตกลงกันเรื่องนี้ให้ พม. รับในที่ประชุมใหญ่ของกรรมการแห่งชาติ เขาโอเคข้างในจะประกอบด้วยอะไร ให้เขาคิดมาให้ เราอาจจะร่างให้เขาแล้วให้เขาเพิ่มมาอยากได้อะไร อยากได้ใครจะส่งให้ คณะกรรมการไม่ work มาก เหมือนงานประจำเขาเยอะ เขาก็มีนโยบายของเขา..... ถ้า สช. เข้ามาช่วยก็ไม่ต่าง ปัญหาคือทั้ง 6 ชุด คนมันเข้าไปเข้ามา เหมือนกับว่าเรื่องมันเกี่ยวข้องกันตอนหลังเขาเปลี่ยนวิธีใหม่ คือ จัดประชุมทีเดียว 6 ชุด และนั่งเป็นกลุ่ม ๆ พอได้บ้าง ปีต่อ ๆ ไป....เชิญประชุมเขาก็มา แต่บางทีก็เปลี่ยนคนมาเวลาประชุมอาจจะติด ขอลงงานก็พอได้บ้างอยู่ พม. ก็ส่งมาให้”

อดีตนักวิชาการในหน่วยงานเลขานุการคณะกรรมการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์

⁸⁰ สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สืบค้นจาก URL:// <http://www.women-family.go.th/wofa/home.php?mode=normal&mod=focus.detail&id=324>

“ประชุม board รอบหน้าปี 56 จะเสนอเลิกคณะอนุทั้งหมด เสนอคณะทำงาน 2-3 ชุด วิชาการกับติดตามประเมินผล พอแล้ว ที่ผ่านมา พยายามตั้งตามยุทธศาสตร์ แต่ไม่ work”

ตัวแทนหน่วยงานและคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์

“ตอนแรกเราทำคำสั่งเป็น 2 ระดับ 8 กระทรวงหลัก จะเป็นระดับใหญ่ พอตั้งแล้วก็ไม่ค่อยประชุมถึงประชุมก็ส่งผู้แทนมาก็จะเป็นปัญหา เราก็เข้าใจว่าผู้บริหารไม่ได้มีเวลามาก เพราะฉะนั้นใครก็ได้ที่มีภารกิจเกี่ยวข้อง เรามองว่ากลไกทำงานน่าจะอยู่ระดับปฏิบัติเป็นหลักที่จะช่วยได้ กรรมการที่ตั้งมาตอนแรกตั้ง 2 ชุด ชุดหนึ่งจะเป็นระดับใหญ่ ปลัดเป็นประธาน อีกชุดเป็นรองปลัดแล้วก็ย่อย ๆ ลงมา ท่าน.....มองว่าให้รวมเป็นคณะเดียว เราก็เลือกคณะปฏิบัติไว้”

ตัวแทนหน่วยงานใน กพม.

เมื่อยุทธศาสตร์ท้องไม่พร้อมของ กพม. จัดทำขึ้นใน พ.ศ. 2554 (ภายหลังนโยบายกรมอนามัย) และใช้กลไกคณะกรรมการที่มีอยู่เดิมที่มีบทบาทกว้าง จึงมีการตั้งคณะทำงานขึ้นมารองรับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ โดยเฉพาะคือสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ เพราะเป็นสำนักใหม่จึงไม่ปรากฏในคณะกรรมการระดับชาติของกรมอนามัยซึ่งตั้งขึ้นมาก่อน

“จะชวนคุยเรื่องท้องไม่พร้อมแต่เขาไปเชิญสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว สำนักส่งเสริมสถาบันครอบครัวซึ่งเขาเคยทำแม่ข่ายไต่ตั้งแต่หลายปีมาแล้ว ปัจจุบันเขาไม่ได้ทำ ก็ยังบอกไปเลยว่าทำไมไม่เชิญ สคต. (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติเด็ก-นักวิจัย) สคต. มียุทธศาสตร์ตัวนี้แล้วมันตรงกันเลย”

ตัวแทนหน่วยงานใน พม.

การมียุทธศาสตร์ของ กพม. ขึ้นมาในภายหลังมติสมัชชาอาจสะท้อนถึงบทบาทในประเด็นปัญหานี้ ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่สำหรับภาคราชการแม้ในกระทรวงเดียวกัน

“เชื่อว่า ในสมัยก่อน ไม่ควรมีสองยุทธศาสตร์แก้ปัญหาเดียวกัน แต่ปัจจุบัน ไม่ใช่แบบนั้น พม.ก็ทำส่วน พม. เราก็ทำในส่วนเรา แต่ยุทธศาสตร์ที่เราเสนอมา ไม่ใช่เราทำคนเดียว พม.ก็ต้องมาช่วย ศึกษาก็ต้องมาช่วย มหาดไทยก็ต้องมาช่วย ถ้าเราเสนอเข้าไปก่อนแล้ว ถ้า พม. หรือกระทรวงอื่นจะเสนอเข้ามาอีก เลขาสำนักนายกที่ทรงก่อนจะขงเสนอเข้า ครม.ก็ควรจะดูความซ้ำซ้อน ไม่ใช่ใครเสนอมา ก็ประกาศออกไป พอประกาศออกไปแล้วมาเรียกร้องให้บูรณาการกันทีหลัง ยุทธศาสตร์ของ พม.หลายข้อเป็นงานสาธารณสุข เขาเขียนขึ้นมาเพราะพวกเราไปช่วยกันเดิม NGO ด้วย คนที่ช่วยร่างก็คือคนที่ช่วยร่างให้เราเหมือนกัน เพียงแต่ทำกันคนละเวที สมมติออกมามี 100 งาน เป็นงานที่เค้า action เองไม่เท่าไร”

ตัวแทนหน่วยงานและคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์

“สาธารณสุขไปช่วยเขาคิดไปช่วยเขาเขียน แผนมันก็เลยบางอย่างเหมือนกัน อย่างท้องไม่พร้อมเราก็สงสัยว่า พม. ทำยุทธศาสตร์ตัวเองได้อย่างไร ถามว่า พม. มาเกี่ยวอะไรกับเรื่องนี้สาธารณสุขเป็นหลัก..... แล้วก็ส่งมาให้เรา เสร็จแล้วมาบอกว่าบทบาทหน้าที่ของเขาเป็นอย่างนี้ มันซ้อนกับของเรา แถมยังให้เรารายงานข้อมูลให้เขาด้วย....เลยบอกว่าเรื่องนี้ สนย. ต้องเป็นแกน ต้องเรียกคุยทั้งกรมสุขภาพจิตทั้งกรมอนามัย”

นักวิชาการ กสธ.

“ทางสาธารณสุขเสนอยุทธศาสตร์เข้า ครม. ไปก่อนเดือนสิงหา ของปีเสนอไปเดือนธันวา ถ้าถามว่ามันขัดแย้งกันไหม ไม่เลยเพราะว่าอันนั้นเน้นด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่ของพีเน้นกลุ่มคนที่เป็นปัญหากลุ่มคนนอกกระบบกลุ่มคนอะไรอย่างนี้ ในระดับส่วนกลางมันจะบูรณาการกันได้ไม่ได้ไม่รู้ แต่ในพื้นที่มันมีกลไกที่บูรณาการกันได้อยู่แล้ว บังเอิญยุคนั้นนายกอภิสิทธิ์มอบ พม. เป็นเจ้าภาพบูรณาการเพราะเขามองในแง่ปัญหาสังคมตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่ได้มองเรื่องสุขภาพ เป็นปัญหาสังคมที่ว่าทำไมเด็กมันท้องเยอะเขาก็เลยให้ พม. เป็นเจ้าภาพ แต่ว่า เรื่องตั้งครรภ์แพทย์พยาบาลก็จะรู้วิธีการคุมกำเนิด ก็ต้องเชิญสาธารณสุข พม.มาอยู่ในพื้นที่ เราก็จะอ้างยุทธศาสตร์ของเรามากขึ้น ยุทธศาสตร์เราจะลงกลุ่ม มันมีความเกือบเหมือนเกือบต่าง”

ผู้จัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ในการผลักดันให้เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แม้เจ้าของมติภาคราชการจะมีความมุ่งหวังการสนับสนุนเชิงกลไกหรือการจัดการเพื่อขับเคลื่อนร่วมกับกลุ่มเครือข่ายที่ร่วมกันพัฒนาข้อเสนอ โดยเฉพาะเมื่อต้องมีการประสานข้ามกระทรวง แต่งบประมาณก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ภาคราชการคาดหวังว่าจะได้เพิ่มจาก สช. สสส. หรือ สปสช. เพราะได้รับงบประมาณน้อยจากระบบปกติ

“ปีที่แล้ว (2555--นักวิจัย) เป็นตัวชี้วัดกรมแต่อาจะเป็นแรก ๆ ส่วนใหญ่กองแผนส่วนยุทธศาสตร์จะเป็นคนเอาเข้ากลุ่มนโยบาย ไม่ค่อยมีเงิน....เขียนขอ สสส. ยากมาก มีคนขอย่อยเรื่อย กิจกรรมที่เราจะทำมันเหมือนเขาทำไปแล้ว”

“ถ้าเปลี่ยนผู้อำนวยการหลังจากเป็นมติสมัชชา ไม่แน่ใจว่าจะมีปัญหาไหม แต่จะมีปัญหาที่นักวิชาการที่ดูแลงานพวกนี้ที่จะต้อง defend ให้ได้ว่าสิ่งที่เขียนไปนักวิชาการหรือคนที่ดูแลงานพวกนี้เองจะทำได้ไหม มันตรงบทบาทของเราหรือเปล่า หรือเป็นสิ่งที่เขาทำอยู่แล้ว”

อดีตนักวิชาการในหน่วยงานเลขานุการคณะกรรมการพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์

“พอถึงงานด้านสังคม เงินไปอยู่ที่ สสส. หรือมีที่อื่นอีกไม่รู้ สสส.บอกเสนอโครงการแล้ว defend เงินไปทำ กระบวนการนี้รู้ก็คน ก็เพิ่งมารู้เมื่อไม่นานมานี้....”

ตัวแทนหน่วยงานและคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์

ในการขับเคลื่อนงานภาคสังคม ศักยภาพและภาวะผู้นำขององค์กรขับเคลื่อนเป็นสิ่งจำเป็น โดยปรับบทบาทจากหน่วยงานที่ดำเนินแผนงานโครงการในแนวดิ่งมาเป็นองค์กรประสานงานทั้งความคิดและการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย (เพื่อการบรรลุเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ที่มีร่วมกัน) โดยไม่ละเลยข้ามผู้คนที่ดำเนินงานในเรื่องนั้น และบริหารจัดการเพิ่มขึ้นทั้งแนวราบและดิ่ง โดยยึดภาพรวมทั้งยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และเป้าหมายของมติเป็นหลัก ไม่ใช่ดำเนินงานแบบหน่วยงานเดียวตามแบบเดิม สำนับเครือข่ายที่ทำงานร่วมกับ NGO ซึ่งมีแนวคิดหลักเชิงสังคมพบว่า มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งความรู้ วิธีคิด วิธีทำงาน และรูปแบบการทำงาน เป็นการพัฒนาศักยภาพไปในตัว

“รู้จากแพธ จาก สสส. ไม่ได้ถูกเชิญไป อยู่นอกห้อง ไม่มีสิทธิเข้าไปในห้องไปแสดงความคิดเห็น”

“แต่ละกรมของเราเหมือนทำภารกิจของตัวเองเป็นหลัก ไม่ค่อยจะบูรณาการกันในเชิงการทำงาน ทุกคนก็มุ่งเน้นภารกิจของตัวเอง เวลาเราไปประชุม เขาจะเอาประเด็นหลักของเขาว่าเรามีความคิดเห็นไปช่วยเขาคิดทำอะไร แต่ไม่ได้มองคนอื่นจะทำอะไร แล้วจะออกมาเป็นงานได้อย่างไร เอาประเด็นเขาเป็นตัวตั้ง เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์เราก็ไปแต่เขาก็จะมองในเรื่องเพศศึกษาถ้าจะสอนคุณจะอย่างไร ที่เราไปมาจะเป็นแบบนี้มากกว่า....เราทำกับ แพธ กับ สสส. เราถือว่า เราไม่ได้งานอย่างเดียว สิ่งที่เราได้คือวิธีคิด วิธีทำงาน รูปแบบการทำงานใหม่ ความรู้ต่าง ๆ เราถือเป็นผลพลอยได้ที่สำคัญ”

นักวิชาการ กสธ.

5. การขับเคลื่อนและดำเนินงานนอกเหนือจากยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อมของ กพม.⁸¹ ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ย่อย ซึ่งแม้ว่าคณะรัฐมนตรีรับรองหลังมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์ของกรมอนามัย แต่หลักการและเหตุผลโดยเฉพาะชื่อของยุทธศาสตร์ที่ตรงไปตรงมาอาจสื่อให้เข้าใจได้ว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งการปกป้องและดูแลกลุ่มเป้าหมายนี้ได้ตรงกว่ายุทธศาสตร์ของกรมอนามัย ยุทธศาสตร์ทั้งสองมียุทธศาสตร์ย่อยดังตาราง 3.13

ตาราง 3.13 การเปรียบเทียบยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์และยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (กรมอนามัย พ.ศ. 2552)	ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชน ตั้งครรภ์ไม่พร้อม (กพม. พ.ศ. 2554)
1. การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ	1. ด้านการป้องกัน
2. การส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม	2. ด้านการช่วยเหลือและบำบัดฟื้นฟู
3. การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่ มีคุณภาพและประสิทธิภาพ	3. การเสริมสร้างบทบาทและองค์ความรู้แก่กลุ่มผู้นำทาง ความของเด็กและเยาวชน
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพ ทางเพศแบบบูรณาการ	4. การขจัดสิ่งยั่วยุและอิทธิพลทางสื่อ
5. การพัฒนากฎหมาย กฎ และระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญ พันธุ์และสุขภาพทางเพศ	5. ด้านการผลักดันนโยบาย
6. การพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีอนามัยการเจริญ พันธุ์และสุขภาพทางเพศ	6. การสำรวจข้อมูล การพัฒนาระบบงาน และการติดตามผล

แม้ว่ายุทธศาสตร์นี้เกิดภายหลังมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 แต่ กพม. ต้องใช้ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในทุกระดับตั้งแต่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล ด้วยเหตุผลว่า เมื่อตั้งครม.แล้วต้องไปรับบริการสาธารณสุขและการแพทย์ ในด้าน กสธ. หากไม่ปรากฏเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงหรือกรมก็จะเป็นการติดตาม กพม. จึงเสมือนเป็นเจ้าภาพหลักและ กสธ. เป็นหน่วยปฏิบัติการ

“เวลารวบรวมภาพของจังหวัดมีหน่วยไหนบ้างที่ทำเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในสาธารณสุขจะขอข้อมูล สสจ. โรงพยาบาล รพ.สต. บางแห่งก็เล่นเยอะ ขณะเดียวกัน พม. เองก็มีงบประมาณทำโครงการนี้เหมือนกัน เขตพื้นที่การศึกษาก็มีเหมือนกัน สาธารณสุขจะมีข้อมูลเยอะเพราะว่าเวลาคนตั้งครรภ์เขาไปตรวจ พอได้ข้อมูลมาแล้วอาจจะไปลงกลุ่มแม่ตั้งครรภ์วัยเยาว์สัมภาษณ์เขาเป็นข้อมูลทางด้านสังคมกับอาสาสมัครในพื้นที่ (อพม.—นักวิจัย) เขารู้ตัวหญิงตั้งครรภ์พร้อมไม่พร้อมอยู่ตรงไหน”

ตัวแทน พมจ.

⁸¹ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม. ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.

สำหรับการดำเนินงานของ กพม. จากยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (ท้องไม่พร้อม) มีการจัดสรรงบประมาณให้สำนักงาน พม. จังหวัด และด้วยบทบาทศักยภาพที่แตกต่างกันและข้อจำกัดด้านทรัพยากรทำให้เกิดการบูรณาการในพื้นที่โดยอัตโนมัติ ข้อสังเกตประการหนึ่งคือ ไม่ว่าจะด้วยยุทธศาสตร์กระทรวงใด แต่การดำเนินงานยังเป็นไปตามบริบทเดิม หากมีงบประมาณมากก็จะขยายการดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่เพิ่มขึ้น และให้พื้นที่รายงานมายังส่วนกลาง

“เราจะบูรณาการจังหวัดว่าจะเตรียมยกเป็นวาระของจังหวัดให้ทุกส่วนมาร่วมกันคิดร่วมกันทำเพราะว่าสาธารณสุขกับ พม. แก้ปัญหาไม่ได้ ต้องเอาเขตพื้นที่การศึกษาเข้ามาด้วย.... ในเชิงป้องกันเราทำอยู่แล้วแต่งบประมาณน้อย”

“เราต้องหาข้อมูลให้ อพม. ไป x-ray พื้นที่ เรื่องตัวเลขต้องลงพื้นที่จริง ถ้ามีลูกเมื่อพร้อมก็จะไปเป็นงานอีกกรมหนึ่ง สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวที่เขาเน้นเรื่องสตรีทั่วไป รู้เลยตอนตั้งกระทรวงนี้ เขาไม่ได้คิดเรื่อง management เรื่องโครงสร้างในการทำงานงบประมาณอย่างนี้ คนของ พม. นิดเดียวเกษียณไปก็ไม่ได้เพิ่ม....”

พมจ. และเป็นผู้จัดทำยุทธศาสตร์ท้องไม่พร้อม

“ที่ผ่านมา เป็นตัวชี้วัดของกระทรวง ที่ไหนไม่ทำก็ถูกตำหนิ อันนี้แน่นอน แต่ปี 56 อาจถูกถอดกำลังคุยกันอยู่ ถ้าไม่มีศูนย์อนามัยก็ตามได้ แต่ถ้าปลัดสั่ง ผู้ตรวจสั่งก็ดีกว่า.... เราพยายามทำเวที KM, youth friendly health service เราทำหนังสือลงพื้นที่ แค่อัดอบรมให้พื้นที่.... ถ้าเราถือเงิน ให้ implement ก็จะแจ้งจังหวัดได้เงินเท่านี้ในการจัดทำ clinic รายงาน ถ่ายรูป ตอนนี้อยู่ไม่มีระบบนี้ ก็ทำเวทีปีละครั้งสองครั้ง นำเสนอผลงานหรือประกวดผลงาน ที่ไหนสนใจก็ส่งประกวด ให้ศูนย์ไปดูก่อน มอบโล่มอบรางวัลได้แค่นี้... เพิ่งขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่สาม พัฒนาระบบบริการ สามปีที่ผ่านมา ทำมาตรฐาน pilot แล้ว scale up ลงพื้นที่ ... ปีนี้ มหาวิทยาลัยมีวัยรุ่นเยาวชนอยู่เยอะ น่าจะตั้ง friendly health service เลยเริ่มเขียนโครงการและเพิ่งขอ สสส. ไป แต่ยังไม่ได้รับคำตอบ กับ สสส. ขอสนับสนุนงบประมาณจัดอบรมใส่ห่วง ผังยาคุมกำเนิดให้บุคลากรในโรงพยาบาล”

ตัวแทนหน่วยงานและคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์

ยังมีโครงการรณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นภายใต้โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวฯ หรือ STOP TEEN MOM หยุด! การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตั้งแต่ปี 2553 เป็นโครงการในพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ร่วมกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เพื่อลดหรือชะลอปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นไทยให้น้อยลงที่สุดและอยู่ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 โดยจัดกิจกรรมรณรงค์เช่น สร้างวิทยากรเครือข่ายเยาวชน (โรงเรียนต้นแบบ) เวทีเสวนา “Think Before LOVE” กิจกรรม “ลองท้องมัย” (แล้วเธอจะรู้สึก) กิจกรรม “Love Say Yes Sex Say No”: คิดให้ได้ รักให้เป็น และประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ละครโทรทัศน์ “น้องใหม่ร้ายบริสุทธิ์”⁸²

“แนวคิด Stop teen mum ตอนนี้อยู่ขี้นจาก conservative สุดๆ เขาอยากให้ no sex แต่ตอนนี้เขายอมรับ safe sex เราใส่เนื้อหาเรื่องคุมกำเนิดลงไปได้ แต่อย่าพูดเรื่องแท้ง แสงใจ”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

“ถ้าเรื่องรณรงค์ พม. ลงทุนเยอะกว่า สสส. ถ้าตรงกันกับ พม. เราก็ไปประชุมกับเขาบ้าง”

ผู้บริหาร สสส.

“ที่จริงเรื่องท้องไม่พร้อม พม. เป็นหลัก ได้งบประมาณมากที่สุดในเรื่องนี้...พอเราไปเห็นวิธีจัดงานแบบใช้เงินเยอะ จัด event เยอะมาก เสียเวลาพวกเรามาก... มีงานหนึ่งจ้าง organizer ๗ กิตติต่อเรามา เอาเยาวชนมาเยอะแต่ไม่รู้จะทำอะไร ช่วยมาจัดโปรแกรมให้หน่อย ตอนแรกเราไม่รู้สักอะไร.....เขาก็จะทำแค่นี้ เขาจะเอาพิธีเปิด ถ่ายรูปแค่นี้”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

⁸² กิจกรรมจัดทำและเผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อออนไลน์. www.stopteenmom.com

ด้านสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากมติ ครม. เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2542 ให้จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตจากความรุนแรง ใน รพ. ของรัฐทุกแห่ง ในชื่องานบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤต ใน พ.ศ. 2544 กองโรงพยาบาลภูมิภาคซึ่งปัจจุบันคือสำนักบริหารการสาธารณสุข (สบส.) ได้เริ่มดำเนินการในโรงพยาบาล 20 แห่ง ใน พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลกสนับสนุนงบประมาณให้จัดประชุมระดับชาติและมติที่ประชุมให้ กพม. เป็นเจ้าภาพหลักเรื่องนี้มีหน้าที่ประสานนโยบายกับหน่วยงานอื่น ในปีต่อมา มีโครงการเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษาสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถของ กพม. มีการจัดทำมาตรฐานศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Center: OSCC) โดย สบส. พัฒนาหลักสูตรอบรมบุคลากรในโรงพยาบาล ส่วนงบประมาณการจัดอบรมมาจาก กพม. และมีตัวชี้วัดร่วมกัน (joint KPI) ปัจจุบัน งานบริการช่วยเหลือในศูนย์พึ่งได้เป็นตัวชี้วัดในแผนงานพัฒนาด้านสาธารณสุขและติดตามตัวชี้วัดโดย สนย. ด้วยงบประมาณราชการและรับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน

“ตอนนั้นมีคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ รัฐธรรมนูญปี 40 ประเทศไทยไปรับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก แล้วก็ต้องทำให้เกิดเป็นจริงขึ้นมา ปัญหาความรุนแรงยังไม่มีหน่วยไหนที่จะมาดูแลอย่างกระทรวงสาธารณสุขเรา ถ้าบาดเจ็บมาเข้าโรงพยาบาล หมอก็ให้ยา เย็บแผล เข้าเผือกแล้วกลับบ้านไป... จะเอาผลการรักษาให้ จะกลับไปจะทำมาหากินอย่างไรไม่เกี่ยวกับเรา ศูนย์นี้ต้องการให้เราดูเชื่อมโยงด้านกฎหมาย สวัสดิการสังคม... ผอ.กองโรงพยาบาล⁸³ แต่งตั้งคณะกรรมการระดับกระทรวงขึ้นมาแล้วดึงกรมสุขภาพจิตกรมอนามัยมาทำคู่มือ ทำนาร่อง 20 จังหวัด ปี 45 ท่านชาญวิทย์มาเป็น ผอ. ให้งบเพิ่มให้ติดตาม 20 จังหวัดนาร่องปี 46-47 สำนักไปอยู่กรมสนับสนุน ผอ.ยังเป็นคนเดิม ก็สนับสนุนเรื่องนี้มาโดยตลอด เท่าที่กำลังเงินของเราจะทำได้ ส่วนหนึ่งเราหาจากข้างนอกด้วย...นานๆ ทีก็จัด event เหมือนกับประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ที่เราได้รับทราบ ขณะเดียวกันเราก็ทำวิจัยบ้าง”

“ตอนอยู่กรมสนับสนุนโดนกรมตีตลอดว่าไม่ใช่งานกิจดูแลมาตรฐาน รพ. แต่ที่ รพ. ได้ HA เพราะเขานำเสนอรูปแบบการทำงานแบบทีมหรือมาตรฐานในการดูแลคนไข้ ระบบการรักษาความลับ ระบบฐานข้อมูล พอเสนอ OSCC ผ่านแล้ว ตรงนี้เป็นจุดแข็งที่ทำให้เราไม่ท้อ....เราก็ทำภายใต้พันธกิจของกรมสนับสนุนคือเป็นลักษณะวิชาการ งานตรงนี้เราไม่เคยขาด ทุกปีจะต้องมีกิจกรรมมาตลอด ขณะเดียวกันเครือข่ายเขาเชิญประชุมที่ไหนก็ไปหมด ท่านชาญวิทย์จะให้นโยบายเลยว่า ให้ไป ไปแล้วอยู่ไม่ได้นาน เอาเอกสารมาก็ยัดดี เหมือนกับเราสร้างเครือข่ายไปในตัว”

นักวิชาการ กสธ.

ด้าน สสส. มียุทธศาสตร์และแผนงานในสำนักสอง โดย สคส. เป็นกลไกขับเคลื่อนเพื่อเชื่อมโยงกระทรวงต่างๆ ลงไปถึงพื้นที่ ร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศซึ่งเป็นวงกว้างกว่าการขับเคลื่อนของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่วนองค์กรแพชซึ่งรับทุนจากกองทุนโลกทำงานเป็นหุ้นส่วนกับสำนักเขตการศึกษาและ สสจ. นอกจากนี้ กรมควบคุมโรคซึ่งบริหารกองทุนโลก ก็มีการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะเอดส์ ขณะที่กรมอนามัยก็มีจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นเช่นกันแต่มีขอบเขตการทำงานที่จำกัดกว่า การมีจุดบริการหลายจุดหลายรูปแบบในพื้นที่สำหรับกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน สะท้อนถึงการทำงานที่ไม่บูรณาการกันของส่วนกลาง

จากรายชื่อเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงท้องไม่พร้อม (CHOICE) ที่มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) จัดทำขึ้นพบว่า ณ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 มีหน่วยงานภาครัฐจำนวน 34 แห่ง (ในจำนวนนี้เป็นศูนย์พึ่งได้/ศูนย์คุ้มครองเด็กและสตรี ในโรงพยาบาลสังกัด กสธ. 12 แห่ง) ภาคเอกชน 24 แห่ง และหน่วยงานวิชาการ 4 แห่ง

“กำลังใช้โอกาส UNFPA เชิญมาอยู่ในวาระการประชุมสุขภาพทางเพศ เข้าปีที่ 4 ที่ 5 พอมีประเด็นเรื่องวัยรุ่นตั้งครรภ์ UNFPA มีการกิจหลักเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์เขาอยากจะช่วยขับเคลื่อนเป็นเจ้าภาพพาไปดูงาน เป็นการทำ network ระหว่าง 3 กระทรวง และ NGO และ Campaign เพศศึกษา เราอยากจะผ่าทางตันนี้ จะเอา 3-4 กระทรวงมาร่วมทำงานภายใต้กลไกใหม่ยังงี้ ใช้เงิน สสส.

⁸³ ในปี 2544 กองโรงพยาบาลภูมิภาครวมเข้ากับกองสาธารณสุขภูมิภาคเป็นสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ

ในการทำเป็นกลไกกลางขึ้นมา แล้วลองทำนำร่องในจังหวัดที่มีความพร้อมหรือเสนอตัวเข้าร่วมโครงการ จะต้อง matching fund ด้วย สสส. ก็เดิมลงไปด้วย กระทรวงที่เข้ามาเป็น partner ต้องไปดูฝ่ายปฏิบัติของตัวเองในจังหวัดที่จะเข้ามาต่อกัน....ที่อิงกฤษเขาพยายามผ่าทางตันแบบนี้ เรามี department of child health พอเขาต้องการรู้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ เรามีประมาณ 4-5 หมิ่น case ต่อปี ของเราแสนกว่าเอง เขาก็ตั้ง unit หนึ่งขึ้นมาที่รัฐบาลลงทุนเป็น unit เล็กๆ แล้วจ้างคน full time ให้ทำหน้าที่ขับเคลื่อนในกระทรวงที่เกี่ยวข้องไปด้วยกันและลงไปท้องถิ่น แต่รัฐบาลลงทุนตั้งเป็นกองทุนเรื่องท้องของวัยรุ่นและท้องถิ่นจะ team up ทีมงานขึ้นมา แล้ว matching fund กับทุนรัฐบาลกลาง”

“ส่วนใหญ่ไม่มีใครมาสนใจว่าเกิดอะไรขึ้น มาสนใจตอนจัดประชุม กลายเป็นจัดงาน event ซึ่งเดี๋ยวนี้มาลงทุนกับ event แบบนี้ ถ้าประชุมแต่ละครั้งมีความต่อเนื่องสะสมบทเรียนต่อยอดไปเรื่อยๆ ก็ OK ประชุมไม่ใช่งานแต่เป็นเครื่องมือหนึ่งของการผลักดันงาน....รอบปีที่แล้วเริ่มทำความรู้จักกรมอนามัย ก่อนหน้านี้นี้มีระยะห่างกัน”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

“Global fun ให้ทุนผ่านสำนักเอดส์ไป set up ให้เกิดคลินิกวัยรุ่นเน้นเรื่อง HIV, STD อย่างนี้ ส่วนเรื่อง ท้องไม่พร้อมทั้งหลายก็เพิ่งจะมาขยับในช่วงปีสองปีนี้ กรมอนามัยจะทำเรื่องท้องไม่พร้อม จะรอว่าพอไปถึงจังหวัดถึงอำเภอแล้วจะเป็นยูนิตเดียวกันหรือเปล่า เพราะงานลงคนละขา”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

“ตอนนี้อำนาจจริงๆ คือต้องไปทำงานกับพื้นที่ เราก็ดูเลือกทำจังหวัดนำร่อง 4-5 แห่ง เราลงไปพื้นที่ use friendly clinic ปรากฏว่ากรมอนามัยก็ตั้งมาตรฐานไว้ตัวหนึ่ง กรมควบคุมโรคก็ตั้งไว้อีกแบบหนึ่ง ที่ทำมานานกว่าคือควบคุมโรค กรมอนามัยในพื้นที่สายส่งเสริมทำเฉพาะอนามัยแม่และเด็ก ไม่เคยจัดการปัญหาอย่างเช่นวางแผนครอบครัวในวัยรุ่น ไม่เคยทำ นี่ก็เป็นข้อจำกัดหนึ่งที่ทำงานกันแบบไม่บูรณาการ”

ผู้บริหาร สสส.

6. ความคาดหวังและการเรียนรู้จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ผู้มีบทบาทในมติเห็นพ้องกันว่า “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ให้ประโยชน์ในการเรียนรู้ของคณะทำงานช่วงที่จัดทำประเด็น/ข้อเสนอ และเวทีสมัชชาฯ ทำให้เกิดความตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาและทางออกแม้ว่าจะมีการทำงานประสานข้ามกระทรวงกันอยู่แล้วก็ตาม ขณะเดียวกันก็เป็นความหวังว่า การเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะหนุนเสริมการทำงานที่เป็นอยู่ มีการสนับสนุนกลไกการทำงาน และน่าจะเป็นเครื่องมือในการตกลงและทำงานร่วมกัน และยอมรับเมื่อ สข. ติดตามการดำเนินงานตามมติในรูปแบบหนังสือทางการ

“มีโอกาสเจอกระทรวงอื่น การทำงานเราเจอกันอยู่แล้ว แต่เราได้อีกเวทีหนึ่งที่สะท้อนปัญหาสังคมที่เราเคยฟังมาว่าเขา มีกระบวนการอย่างนั้น ได้คำตอบสังคมเป็นอย่างนั้น พม. เองมี พมจ. ในต่างจังหวัดอีกมุมหนึ่งที่ช่วยหาข้อมูลสะท้อนให้เราเห็นปัญหาสังคมมาเหมือนกัน เรามีกระบวนการมาดี check and balance เพราะว่าของเรากันท้องถิ่นตอบ แต่เขาเชิญคนมาเหมือนอย่างเวทีที่ไปร่วม กระบวนการคนละอย่างกัน ส่วนใหญ่ปัญหาเด็กและเยาวชนสมัชชาฯก็ตอบมาอย่างนั้น ต้องแก้กันแน่แล้ว ตัวบ่งชี้ชัดเจนยิ่งขึ้น”

ตัวแทน พม. ด้านการคุ้มครองเด็ก

“ตามความเข้าใจก็น่าจะช่วยผลักดันงานที่เป็นประเด็นในสมัชชาถ้าออกมาเป็นมติแล้วก็น่าจะขับเคลื่อนได้เร็วขึ้น ถ้าเรามีอะไรทำอยู่แล้ว ก็จะช่วยกันผลักดันงาน แต่ในทางปฏิบัติ มีไม่มีสมัชชาสุขภาพ ไม่ต่างกัน เราก็อำนาจเราอยู่แล้ว”

ตัวแทนหน่วยงานและคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์

“สข. เหมือนเป็นคนทำให้เกิดเป็นประเด็นขึ้นมา จริง ๆ ถ้าจะมีอะไรสักอย่างก็จะดีเพราะ สข.จะมี contact กับจังหวัด เองงานนโยบายตรงนี้ให้เขาหยิบจับทุกอัน เพราะมีสมัชชาสุขภาพจังหวัด อยากให้เขาเป็นคนช่วยทำ”

“คิดแต่ว่าเป็นมติสมัชชาแล้ว เราน่าจะได้ กว่าจะได้เงินมามันลำบาก ระบบกรมเหลือเงินเมื่อไรถึงจะให้เรามาทำ.... ทุกครั้งที่เราพูดถึงนโยบายตัวนี้ เราจะชี้ให้เห็นว่าเรื่องนี้มันมีนโยบายไม่ว่าจะเป็นธรรมนูญก็ใส่เข้าไป นโยบายตัวนี้ เกิดอยู่ที่ไหนบ้างมันสำคัญเพราะอะไรบ้าง”

“ไม่รู้สิอะไร เวลา สช. มีหนังสือติดตามมตินี้มาที่นี้เพราะถือว่าเป็นข้อเสนอใหม่ดี เราก็ไปขอร้องจากคนที่เขาทำมาให้ เพราะเราจะเป็นตัวนโยบาย.....

อดีตนักวิชาการในหน่วยงานเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาอำนวยการเจริญพันธุ์

7. ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ในช่วงที่ทำข้อเสนอ (ขาขึ้น) มีผู้เสนอให้ คจ.สช. หรือ สช. ช่วยในการพัฒนาศักยภาพองค์กรที่จะเสนอประเด็นและขับเคลื่อนมติจากบทเรียนความสำเร็จและล้มเหลวของมติต่างๆ และเมื่อเป็นมติแล้ว คสช. ควรจัดประชุมผู้กำหนดนโยบายระดับสูงของกระทรวงหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับมติ เพราะองค์กรพัฒนาเอกชนหรือภาคประชาชนหรือแม้แต่หน่วยงานในกระทรวงที่ต้องขับเคลื่อนมตินี้ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากระดับบริหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต่างมียุทธศาสตร์ของหน่วยงานเอง ในกรณีมติสุขภาพทางเพศและปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวมทั้งมติดีอื่นๆ น่าจะสามารถนำกลับมาทบทวนปรับปรุงข้อเสนอและนำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพใหม่ได้

“มอง 2 เรื่อง ขาหนึ่งน่าจะเพิ่ม capacity building ขาขึ้น คนที่จะเข้ามาทำขาขึ้น ตอนนี้องค์กรสมัชชาสุขภาพเดินมาจนมันเกิดบทเรียนแล้ว พอได้คุย อ้อ เครือข่ายคนพิการเขาทำแบบนี้ เขามอง เขาวิเคราะห์ ดึงกลไกในประเทศมาใช้แบบนี้ มันเป็นเรื่องที่เครือข่ายต่างประเด็นไม่รู้ คนตรงกลางคือคนที่อยู่สมัชชาจะได้เห็นขาขึ้นตั้งแต่จุดเริ่มต้นเลย จนผ่านมติ ครม. ได้บทเรียนตรงนี้ ขาขึ้นมันน่าจะเอา lesson learn จากประเด็นอื่นๆ ย้อนกลับมาเป็น orientation กับภาคีเครือข่ายที่จะเสนอประเด็นเข้า หรือพอได้รับการคัดเลือกแล้วเป็นวาระ มันน่าจะมี orientation ว่ามันเคยมีบทเรียนจริงๆ ถ้ารู้ สปสช. อะไรยังไง ก็คง force กลไกเข้าไป ตั้งแต่ตอนนั้น พอฟังมันมีการขอแก้ไขมติได้ใหม่ ข้อมติอันเก่าเอามาปิดฝุ่นและมา update แล้วเสนอกลับไปใหม่เป็นข้อมติปีต่อไป ขาเคลื่อนมองว่า ไม่อยากให้ สช. ยุติบทบาทเพียงแค่ว่าเสนอเข้าสู่ ครม. ออกมาเป็นข้อมติ อยากให้ คสช. เป็นเจ้าภาพอย่างน้อยสักครั้ง ร่วมกับเจ้าภาพของมตินั้นจัดประชุมที่เป็น high level จริงๆ อันนี้คือข้ออ่อนของเรา เพราะว่าถ้าเป็นภาคประชาชน อยู่ๆ เราไปจัด high level policy มันยาก ถ้า คสช. ทำให้เราสักครั้งสองครั้ง และได้เล็งเห็นว่าสภาพตัวจริงของประเด็นได้รับการยอมรับหรือเกิด working group สำหรับมติขึ้นมา working group อาจทำให้ขาเคลื่อนมันดีขึ้น สังเกตทุกข้อมติที่เคยอ่าน มันไม่มีเนื้อหาว่าเป็นของกระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง ทุกข้อมติดีลักษณะต้องมาทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ มันเป็นการยากที่จะฝากให้เจ้าภาพเป็นหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง มันจะเข้าลักษณะเดิมว่าเป็นงานของหน่วยงานนั้นกระทรวงอื่นก็จะไม่เข้ามา ทุกข้อมติเป็น concept เชิงบูรณาการ แต่ประเด็นวัยรุ่นตั้งครรภ์มันจุดติดแล้ว ในแง่กระทรวง พม. ก็เห็นว่าเป็นเรื่องของตัวเอง ไม่ใช่แค่สาธารณสุขเราที่เห็น กระทรวงศึกษาธิการเห็นเพราะถูกเพื่อนกระทรวงมาตลอด น่าจะใช้โอกาสนี้กับประเด็นที่ถูกเรียกว่าไม่ใช่ของคนใดคนหนึ่ง ใช้โอกาสแบบนี้ลองทำดู ถ้าสมมติ คสช. จะเป็นเจ้าภาพ เอาทั้งสองมติ 2 ปีเข้ามาทบทวนมองไปข้างหน้าด้วยกัน ระหว่างหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ลองดูความเป็นไปได้ว่ามันจะเกิด working group ที่เป็น manager team กลางขึ้นมา คิดว่า สสส. พร้อมจะรับลูก”

ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน

บทที่ 4 ผลการศึกษาโดยสรุป

เพื่อความต่อเนื่องจากบทที่ 3 และเข้าใจภาพรวมได้ง่ายขึ้น ในบทนี้จะขอเสนอผลสรุปการขับเคลื่อนรายมิติ และภาพรวม 6 มิติ

1. การขับเคลื่อนและข้อเสนอจากการเรียนรู้รายมิติ

1.1 มติการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

มตินี้เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 คณะรัฐมนตรีรับทราบ และไม่มีการระบุระยะเวลาให้รายงานผลการดำเนินงาน ความขัดแย้งสับสนของมตินี้พบได้ตั้งแต่กระบวนการขาขึ้น สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมและมูลนิธิบูรณะเขตต่างให้ข้อมูลว่า อีกฝ่ายเป็นเจ้าของประเด็น ตนเพียงแค่เข้ามาช่วยทำเอกสารข้อเสนอเชิงนโยบาย ขณะที่ผู้บริหารท่านหนึ่งของ สช. ให้ข้อมูลว่า เจ้าของประเด็นคือสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม มตินี้จึงเป็นอีกหนึ่งมิติที่หน่วยงานราชการเป็นเจ้าของแต่กำหนดบทบาทเพียงแค่ทำข้อเสนอเชิงนโยบายส่งเข้าสมัชชา

จากข้อเสนอมิติที่ขอให้มีการตั้งกลไกคณะทำงานเฉพาะไม่ได้รับการตอบสนองจากคณะกรรมการระดับชาติที่เกี่ยวข้องทั้งในกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัยเป็นหน่วยงานเลขานุการคณะกรรมการ) โดยที่มีการส่งสัญญาณจากกรมควบคุมมลพิษในระหว่างการทำข้อเสนอเชิงนโยบายก่อนเข้าเวทีสมัชชามาก่อนแล้ว สะท้อนถึงขอบเขตของพลังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ถูกจำกัดตามกรอบอำนาจหน้าที่ของภาครัฐ และควรเป็นบทเรียนสำคัญของกระบวนการสมัชชาว่า หากไม่ได้รับการยอมรับและเต็มใจร่วมมือจากภาคราชการแล้ว ก็ยากที่จะเกิดการขับเคลื่อนมิติตามแนวทางข้อเสนอที่ขอให้หน่วยงานราชการต่างๆ ดำเนินการ

เมื่อไม่เกิดกลไกที่สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมและ สช. คาดหวัง อีกทั้งไม่ได้รับงบประมาณเพิ่มไม่ว่าจากทางใดก็ตาม มตินี้ก็เป็นอีกหนึ่งมิติที่มีการดำเนินงานภายใต้บทบาทภารกิจและกรอบกฎหมายของแต่ละหน่วยงานเอง และเนื่องจากนักวิชาการและผู้บริหารระดับสำนักจากหน่วยงานทั้งสองกรมที่เคยเป็นคณะทำงานวิชาการเปลี่ยนหน้าที่การทำงานหรือสถานที่ทำงานจนไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องขยะพิษจากชุมชนแล้ว ปัจจุบันการดำเนินงานในประเด็นนี้จึงเป็นไปตามบริบทของแต่ละหน่วยงานดั้งเดิม ไม่ต่างไปจากก่อนหน้าที่จะเกิดมตินี้ สถานการณ์เช่นนี้มีผลลดความศรัทธาต่อพลังของสมัชชาในระยะยาว

สำหรับมูลนิธิบูรณะเขตกำหนดบทบาทการเคลื่อนไหวในประเด็นขยะพิษจากอุตสาหกรรมและการประกอบการ มีแนวทางและประสบการณ์การเคลื่อนไหวที่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพิสูจน์ยืนยันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพของประชาชน และรายงานสาธารณะให้สังคมและภาครัฐตระหนักถึงปัญหาและกระตุ้นให้ภาครัฐออกมาตรการนโยบาย และเมื่อไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในประเทศก็จะแสวงหาความร่วมมือและสนับสนุนด้านเทคโนโลยีและงบประมาณจากเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศพัฒนา

ข้อเสนอจากการศึกษามตินี้

1. ควรต้องประเมินความสัมพันธ์เชิงนโยบายและบทบาท ทั้งกับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น โดยเฉพาะเมื่อหวังใช้ พ.ร.บ. ของกระทรวงเป็นเครื่องมือดำเนินงาน ในกรณีเป็นเรื่องที่ต้องเข้าเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ควรต้องประสานนโยบายกับผู้บริหารระดับสูงก่อนการจัดทำข้อเสนอ

2. เมื่อ สช. คาดหวังให้เจ้าของประเด็นเป็นผู้ขับเคลื่อนมติ เจ้าของประเด็น (ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือ NGO) ก็ควรต้องเป็นผู้เล่นตัวจริงในเรื่องนั้นหรืออย่างน้อยต้องมีประสบการณ์ขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานหรือเครือข่ายอื่น เพื่อให้สามารถพัฒนาเพิ่มศักยภาพให้มีทักษะในการบริหารจัดการเครือข่าย การมีเพียงบทบาทเกี่ยวข้องในระบบราชการนั้นไม่เพียงพอ และไม่ควรเป็นการส่งเสริมบทบาทของหน่วยงานราชการโดยไม่คาดหวังผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนมติ ความพยายามหนุนบทบาทหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขที่ยังไม่มีความพร้อมและไม่เกิดการขับเคลื่อนมติ นอกจากจะกระทบภาพลักษณ์ของ สช. และความศรัทธาต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว ยังกระทบต่อความสัมพันธ์กับภาคประชาสังคม

3. ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายควรให้ความสำคัญกับการใช้งานวิชาการเชิงประจักษ์หรือข้อมูลร่วมกับข้อกฎหมาย เพื่อจะได้ทราบข้อจำกัดหรือความจำเป็นในการดำเนินการด้านกฎหมาย

4. เมื่อเป็นมติสมัชชาและจำเป็นต้องประสานนโยบายข้ามกระทรวง สช. ควรเข้ามาอำนวยความสะดวกประชุมอย่างน้อยหนึ่งครั้งเพื่อสร้างการยอมรับร่วมกันและตั้งคณะทำงานเฉพาะมติ (task force)

5. การฝากความหวังในการขับเคลื่อนกับหน่วยงานภาครัฐมีความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายตำแหน่งหน้าที่การงานของทั้งระดับบริหารและนักวิชาการที่จะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก การบูรณาการให้เป็น KPI ของหน่วยงานและมีงบประมาณรองรับ อาจเป็นมาตรการป้องกันความเสี่ยงได้

1.2 มติการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

มตินี้ขับเคลื่อนโดยเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมาก่อน มีเวทีรองรับในการสร้างกระแส (มหกรรมสมุนไพรแห่งชาติและเวทีสมัชชา ตั้งแต่สมัยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ) และเวทีวิชาการ (การประชุมวิชาการประจำปีในมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ) ในอีกด้านหนึ่ง คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติและตั้งสถาบันสุขภาพวิถีไท (สสว.) ให้เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้และเป็นกลไกวิชาการเชิงระบบ และมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท แกนกลไกการขับเคลื่อนเป็นกลุ่มการแพทย์พื้นบ้าน เมื่อเป็นมติสมัชชาที่มีเจตจำนงให้การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก คู่ขนานทัดเทียมกับแผนปัจจุบัน จึงปรากฏประเด็นความแตกต่างทางความคิดและแนวทางขับเคลื่อนดังนี้

1. ความเป็นใหญ่กว่าระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน แนวความคิดความเข้าใจและการยอมรับที่แตกต่างกันนี้ส่งผลต่อการขับเคลื่อนในระบบราชการ

2. ความไม่ลงรอยทางความคิดระหว่างกลุ่มสมัชชาสุขภาพ (รวมองค์กรพัฒนาเอกชน) และกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีระบบการแพทย์แผนตะวันตกเป็นใหญ่ ภาคราชการบางส่วนรู้สึกถูกสมัชชาสั่งให้ดำเนินการทั้งที่เป็นบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายอยู่แล้ว แม้ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย (ขาขึ้น) มีตัวแทนหน่วยงานเข้าร่วมเป็นคณะทำงาน แต่ก็ถูกมองว่าเป็นคนที่มีชุดความคิดต่างจากคนทั่วไปในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การตั้ง สสว. เพื่อเป็นกลไกวิชาการเป็นองค์กรภายในสังกัดของ สรรส. ก็ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นคู่แข่งด้านวิชาการ

การขับเคลื่อนมิติที่ผ่านมาเกิดจากพลังของกลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่น (การแพทย์พื้นบ้าน) เป็นหลัก ขาดการมีส่วนร่วมจากกลุ่มการแพทย์ทางเลือก นอกจากนี้ ความพยายามผลักดันสร้างโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบด้วยการประชาสัมพันธ์วงกว้างแต่ขาดการสื่อสารทำความเข้าใจกับภาคส่วนบริหารและวิชาการเช่น กรม กระทรวง มหาวิทยาลัย มีผลต่อความไม่เข้าใจไม่ยอมรับไม่เห็นด้วยกับการใช้คำว่า “ต้นแบบ” และอาจเป็นอุปสรรคในการสร้างแนวร่วมหรือความช่วยเหลือในด้านวิชาการ งบประมาณ และการจัดการ ในระยะต่อไปได้

ภาคราชการมีข้อจำกัดในการเป็นกลไกหลักขับเคลื่อนมิตินี้จากปัจจัย 3 ประการคือ

- 1) มีแนวคิดการแพทย์กระแสหลักและทางเลือก มีแนวคิดสนับสนุนให้มีการผนวกการแพทย์แผนไทยเข้าในการแพทย์แผนปัจจุบัน มากกว่าจะเป็นการพัฒนาแบบ “คู่ขนาน” ตามข้อมติ
- 2) ผู้บริหารเปลี่ยนบ่อยจนไม่มีความเข้าใจหรือไม่เห็นความสำคัญ ขณะที่ระยะเวลาในตำแหน่งไม่นาน
- 3) มีกรอบความคิดจำกัดขอบเขตบทบาทหน้าที่ตามนโยบายของผู้บริหาร

เมื่อประเมินผลเทียบกับเป้าหมายของมติแล้วโดยรวมมีความก้าวหน้า บางเรื่องยังมีปัญหาอุปสรรคที่ต้องหาทางแก้ไขกันต่อไป (เช่น การจัดทำมาตรฐานและระบบการคัดกรองแพทย์พื้นบ้านเพื่อการรับรองโดยกรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ) บางเรื่องที่ยังไม่ได้ดำเนินการ บางเรื่องขับเคลื่อนโดยกลุ่มภายนอกกลไกที่ คสช. แต่งตั้งสำหรับการจัดตั้ง โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ มีคำถามว่า จำเป็นต้องมีคณะแพทยศาสตร์รองรับหรือไม่ และหากไม่มี จะดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพหรือไม่ ในภาวะปัญหาสุขภาพทั้งโรคติดเชื้อ โรคเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่

ข้อเสนอจากการศึกษามตินี้

1. โดยธรรมชาติของการแพทย์แต่ละระบบ มีเรื่องที่ต้องพัฒนาอีกมากใช้เวลาอีกนาน การสำรวจและวิจัยพัฒนาองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นในศาสตร์ต่างๆ เป็นเรื่องสำคัญ แต่เรื่องที่สำคัญควบคู่กันไปคือ การจัดการฐานข้อมูลและความรู้ภูมิปัญญาอย่างเป็นระบบซึ่งจะนอกจากจะเป็นการเผยแพร่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันแล้ว ยังแสดงถึงการยอมรับในศาสตร์และตัวตนของเจ้าของภูมิปัญญานั้น
2. ด้านกระบวนการสมัชชา มตินี้เป็นตัวอย่างของการรวมเรื่องที่มีศาสตร์ ตัวผู้ให้บริการ และการจัดการเชิงระบบแตกต่างกันของการแพทย์ 3 กลุ่มเข้าด้วยกัน แต่มีแกนเครือข่ายกลุ่มเดียวจัดทำประเด็นและขับเคลื่อน ย่อมทำให้การมีส่วนร่วมและการยอมรับจากกลุ่มอื่นลดลง ขณะเดียวกันผลจากการขับเคลื่อน ก็ไม่ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่ม เพราะความเฉพาะเจาะจงของแต่ละกลุ่ม (เช่น แนวคิด กฎหมายเฉพาะ ลักษณะการบริการ) เช่นนี้แล้ว เท่ากับว่า การรวม 3 กลุ่มเข้าด้วยกันก็ไม่ได้ประโยชน์ตามที่ควรจะเป็นและเกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างกลุ่ม จึงควรมีการทบทวนประเมินการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ เช่น ควรขับเคลื่อนการแพทย์แต่ละกลุ่มแยกกันหรือไม่ (เนื่องจากมีเรื่องต้องพัฒนาอีกมากอีกนาน และแต่ละกลุ่มก็มีเครือข่ายของตน) ควรมีการปรับขยายแนวคิดแนวทางใหม่หรือไม่ (เป็นไปได้หรือไม่ ที่อาจคิดไม่ครบหรือคิดมากไปหรือไม่ได้คิดไว้ในสมัชชาครั้งนั้น) และควรกำหนดเป้าหมายในการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรมในระยะต่อไป

ตัวอย่างด้านแนวคิดเช่น การมีแนวคิดเชิงเศรษฐกิจ เช่น ค้นหาวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ภูมิปัญญาไทในด้านการฟื้นฟูสภาพ นอกจากจะเป็นการตอบสนองกลุ่มผู้ทุพพลภาพหรือพิการแล้ว ยังตอบสนองนโยบายเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (creative economy) เป็นการยกระดับคุณค่าผลงานซึ่งจะนำความภาคภูมิใจแก่เจ้าของ

นวัตกรรมนั้น และยังเป็นแหล่งรายได้แก่เจ้าของและชุมชนด้วยหากมีการผลิตฐานชุมชน เท่ากับเป็นการขับเคลื่อนในหลายทิศทางหลายระดับไปโดยปริยาย

3. ขณะเดียวกันกลุ่มแกนหลักในการขับเคลื่อนก็ให้ข้อมูลว่า ไม่ได้รับการสนับสนุนจาก สช. ในการขับเคลื่อนในเรื่องที่ยากกว่าและต้องทำมากกว่ามติดั้งเดิม และต้องการการสนับสนุนทั้งกลไกและการประสานนโยบายในการสนับสนุนทั้งจากภาครัฐและองค์กรอิสระในกำกับรัฐ (เช่น กองทุนคุ้มครองภูมิปัญญาฯ สสส. สปสช. สวรส. กระทรวงสาธารณสุข) จึงควรมีการประสานนโยบายกับภาคส่วนหลักให้เข้าใจเห็นชอบตรงกัน ก่อนนำเข้าเวทีสมัชชา (ซึ่งด้วยเวลาที่ใช้ในการพิจารณาและแสดงฉันทามติทำให้เป็นเวทีความเห็น ไม่ใช่เวทีวิชาการ หรือเวทีตัดสินใจเชิงนโยบาย) เมื่อเป็นมติแล้ว จะได้ประสานการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีในภาคส่วนและองค์กรสนับสนุนต่างๆ ให้เกิดกลไกและระบบสนับสนุนเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์หลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่า สปสช. และ สสส. จะตอบสนองต่อมติสมัชชาเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่ในระยะยาวด้วยทรัพยากรที่จำกัด การสนับสนุนการขับเคลื่อนและดำเนินงานมติสมัชชาที่มีออกมาอย่างต่อเนื่องอาจเกิดปัญหาประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการสนับสนุน

4. ควรทบทวนการจัดทำมติสมัชชาสุขภาพในอนาคตโดยใช้ธรรมาภิบาลว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นฐานในการเลือกประเด็นสำคัญที่ไม่สามารถใช้กลไกปกติจัดการได้ เพื่อลดภาระของ สช. (ด้านเวลา บุคลากร และทรัพยากร) จะทำได้ข้อ 3 ได้

5. ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายควรให้ความสำคัญกับการใช้งานวิชาการเชิงประจักษ์หรือข้อมูลร่วมกับข้อมูลภูมิปัญญา เพื่อจะได้ทราบข้อจำกัดหรือความจำเป็นในการดำเนินการด้านกฎหมาย

6. ควรติดตามประเมินแบบเสริมพลัง แทนการจัดประชุมภาคส่วนที่เกี่ยวข้องหรือส่งหนังสือสอบถามการดำเนินงานเป็นทางการซึ่งเป็นการติดตามที่ไม่เกิดผลสะท้อนกลับไปสู่การพัฒนาการขับเคลื่อน อีกทั้งการดำเนินงานในภาคราชการส่วนใหญ่เป็นไปตามบทบาทปกติของหน่วยงาน ไม่ใช่การตอบโจทยมติสมัชชา แต่ก็มักประนีประนอมส่งผลงานมาให้ใส่เป็นผลการขับเคลื่อนดำเนินงานตามมติ

1.3 มติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรุนแรงและโรคอ้วน

ประเด็นนี้เสนอโดยกลุ่มนักวิชาการที่มีความเห็นสอดคล้องกันกับเครือข่ายและ NGO ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เมื่อเป็นมติซึ่งมียุทธศาสตร์และกรอบการขับเคลื่อนกำหนดไว้แล้ว¹ จึงมาประสานระดับผู้บริหาร (กระทรวง กรม สำนัก) ให้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการในกลไกขับเคลื่อนซึ่งออกแบบครอบคลุมหน่วยงานเครือข่ายระดับบริหาร ปฏิบัติ และสนับสนุน อย่างครบถ้วน

ด้านแผนปฏิบัติการ 5 ปีเมื่อจัดทำแผนเสร็จแล้วและส่งมอบให้ สช. (ตุลาคม 2554) ยังไม่เกิดกลไกกระบวนการประสานและสนับสนุนตามแผน ประกอบกับกรรมการระดับผู้บริหารที่เคยประสานไว้ เช่น ผอ.สำนักโรคอ้วน มีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งงานหรือเกษียณอายุราชการ ส่วนข้าราชการนักวิชาการบางส่วนก็มีการเปลี่ยนตำแหน่งงานหรือถูกเปลี่ยนบทบาทภาระงาน เมื่อผู้บังคับบัญชาปัจจุบันไม่ได้ให้ความสำคัญ (เช่น ไม่มอบหมายให้เป็นบทบาทภาระงานของนักวิชาการนั้น ไม่กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดบุคคล/สำนัก/กรม ไม่จัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดให้) หรือมีนโยบายเร่งด่วนที่สำคัญกว่า นักวิชาการโดยทั่วไปจึงมักไม่สามารถอ้างอิงมตินี้เพื่อแปลงไปสู่การปฏิบัติ ส่วน

¹ กรณาดูเนื้อหาบทที่ 8 การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรุนแรงและโรคอ้วน. ใน รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552

กลุ่มนักวิชาการที่เป็นแกนในการจัดทำแผนสามารถบูรณาการตัวชี้วัดและแปลงแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติได้เพียงบางส่วน เพราะโดยกระบวนการที่ผ่านมาและการสื่อสาร ทำให้ผู้บังคับบัญชาขาดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของมติ ประกอบกับไม่เกิดการประสานและจัดการที่สนับสนุนปฏิบัติการตามแผนนี้ ส่วนที่ขับเคลื่อนได้คือ ส่วนที่เป็นแผนงานโครงการกิจกรรมดั้งเดิมของหน่วยงาน (ซึ่งถูกนำมาใส่ไว้ในแผนด้วย) และเป็นแผนงานภายใต้การสนับสนุนของ สสส. ซึ่งไม่ใช่เนื้อเดียวกับแผนปฏิบัติการตามมตินี้ ขณะที่แม้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ ก็พบปัญหาในการขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์ข้ามกระทรวง/หน่วยงานเช่นกัน

มาตรการเร่งด่วนมีการระบุทิศทางและเป้าหมายในการขับเคลื่อนไว้แล้วว่าเป็นมาตรการด้านกฎหมายที่เสนอโดยหน่วยงานระดับกรม กระทรวง และเหนือกระทรวง (เนื่องจากองค์กรเจ้าของมติมีการขับเคลื่อนเรื่องนี้ร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นมาระยะหนึ่งแล้ว ก่อนที่จะเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงมีความชัดเจนในทิศทางและสาระสำคัญ) องค์กรเจ้าของประเด็นซึ่งตระหนักในความเป็นเจ้าของมติขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วนอย่างแข็งขัน ขณะที่หน่วยงานที่เป็นหน่วยแปลงไปสู่การปฏิบัติที่ร่วมเป็นกรรมการขับเคลื่อนซึ่งมีความเห็นต่างกัน ไม่เกิดความรู้สึก ร่วมเป็นเจ้าของมติอย่างแท้จริงและรู้สึกว่าการกำหนดให้ปฏิบัติ (ออกกฎหมาย)

กรณี สัญญาณสีจราจร ยังไม่เป็นผล ณ ขณะนี้ แต่มีการประกาศ monochrome GDA เนื่องจากหน่วยงานออกกฎหมายต้องเผชิญหน้ากับภาคธุรกิจโดยตรง เมื่อประเมินข้อมูลและฐานภาคประชาชนที่จะสนับสนุน ณ ขณะนั้นได้ข้อสรุปว่า นอกจากหน่วยงานจะมีความเสี่ยงด้านกฎหมายแล้ว ยังมีปัญหาในการจัดการและดำเนินงาน (เช่น เกณฑ์มาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับจากทุกภาคส่วน ฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์ประเภทอาหาร/ขนม/เครื่องดื่มต่างๆ และห้องปฏิบัติการตรวจระบุสี) แม้ว่าโดยตรรกะแล้ว สัญญาณสีจราจรเข้าใจได้ง่ายกว่า GDA ก็ตาม การขับเคลื่อนให้บรรลุผลในอนาคต นอกจากจะพัฒนาส่วนขาดและลดทอนข้อกัวยึดต่างๆ แล้ว จำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมในวงกว้างกว่ากลุ่มภาคีเครือข่าย

การผลักดันหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก (code of marketing of Breastmilk Substitutes) ให้เป็นกฎหมาย ยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ (ปัจจุบันเป็นเพียงประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการโฆษณาอาหารสำหรับทารกหรืออาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522)² รวมทั้ง (ร่าง) พระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก

มาตรการภาษีและราคา ยังไม่เป็นผล ณ ปัจจุบัน ยังขับเคลื่อนต่อโดยแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ³ นอกจากจะเป็นเรื่องใหม่สำหรับหน่วยงานปฏิบัติแล้วยังมีข้อกัท้วงในวิธีปฏิบัติของการจัดเก็บภาษีที่จะเกิดการเลือกปฏิบัติได้

การโฆษณาอาหารและขนมที่กระทบต่อเด็ก⁴ แม้จะมีการควบคุมการโฆษณา “ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ” ในเคเบิลทีวี ทีวีดาวเทียม และวิทยุชุมชน ภายใต้แผนแม่บทกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ฉบับที่

² สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ประกาศ ณ วันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2555.

³ วิทยา กุลสมบุญ. รายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน. ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2554 วันที่ 2-4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555.

⁴ ภาคีเครือข่ายด้านคุ้มครองผู้บริโภคมีการเคลื่อนไหวให้ควบคุมโฆษณาอาหารและขนมที่กระทบต่อเด็ก ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 และมีการประกาศกรมประชาสัมพันธ์แล้ว เรื่อง หลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจทางวิทยุโทรทัศน์ที่มีผลกระทบ

1 พ.ศ. 2555–2559⁵ เริ่มตั้งแต่มกราคม 2556 และมีความร่วมมือกับ ออย. ในการใช้ฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการรับรองจาก ออย.⁶ ซึ่งเป็นความสำเร็จของการขับเคลื่อนการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4) แต่จะนับเป็นความสำเร็จร่วมของมติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนด้วยหรือไม่ ขึ้นกับหลักเกณฑ์ว่ามีความเฉพาะเจาะจงกับอาหารและขนมที่กระทบต่อเด็กด้วยหรือไม่ด้วย

องค์กรที่มีความมุ่งมั่นเป็นเจ้าของมติและตั้งใจจริงในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายมักมุ่งผลักดันกฎหมายควบคุมภาคธุรกิจซึ่งคือฝ่ายเสียผลประโยชน์ ขณะที่หน่วยงานปฏิบัติและผู้จะได้รับประโยชน์ มีบทบาทอย่างจำกัด จึงควรต้องพึงกลไกกระบวนการในการสร้างความเป็นเจ้าของมติ ร่วมกับหน่วยงานราชการที่มีบทบาทในการออกกฎหมายนั้นก่อน ร่วมกับการสร้างเสริมความเข้มแข็งภาคประชาชนให้มีบทบาทเพิ่มขึ้นในการขับเคลื่อน/เคลื่อนไหวในฐานะเป็นผู้รับประโยชน์ เพื่อถ่วงดุลทางสังคม

โดยสรุปกระบวนการข้างต้นที่มีเนื้อหามาตรการเร่งด่วนในมตินี้ ได้เครือข่ายตัวจริงมาร่วมพัฒนาข้อเสนอ มีการออกแบบเพื่อหวังผลในการขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากเนื้อหาหมติมีส่วนที่ต้องผลักดันมาตรการทางกฎหมาย (เร่งด่วน) ผนวกกับการสื่อสารน้อยกับคนวงนอกเครือข่ายและเป็นเรื่องขัดแย้งกับผลประโยชน์ธุรกิจ (มีข้อถกเถียงด้านข้อมูลประสบการณ์ประเทศไทย/ระบบรองรับที่ต้องการให้เกิด/และเสียงสนับสนุนจากภาคสังคมกว้าง) หน่วยงานราชการที่เข้าร่วมเป็นกลไกขับเคลื่อนในภายหลังจากเป็นมติสมัชชาแล้ว จึงขาดการมีส่วนร่วมและรู้สึกถูกกำหนดให้ปฏิบัติ เมื่อมีความเห็นแย้งจึงขาดเอกภาพ (↓ coalition) การบริหารการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการแบบหุ้นส่วน (partnership management) และจัดสรรพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนสามารถมีบทบาทร่วมกัน น่าจะเป็นทางออกของปัญหานี้ได้

สำหรับกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการ (ภายหลังจากเป็นมติสมัชชา) 6 เรื่องนี้ มีนักวิชาการจากหน่วยงานองค์กรหลักที่เป็นเครือข่ายกับ สสส. เข้ามาเป็นแกนคณะทำงาน และมีตัวแทนหน่วยงานทั้งระดับปฏิบัติ บริหาร และสนับสนุน เข้ามาร่วมด้วย แต่ระดับบริหาร (กระทรวง/กรม/สำนัก และ สสส.) ไม่ได้มีการประสานเชิงนโยบายมาก่อนในขั้นต้น ทั้งที่หน่วยงานก็มีนโยบายและดำเนินงานในประเด็นเหล่านี้อยู่แล้วจึงขาดความเป็นเจ้าของมติ (↓ commitment) และเมื่อแผนปฏิบัติการเสร็จในเวลาประมาณหนึ่งปีและผ่านไปอีกประมาณหนึ่งปียังไม่เกิดการสนับสนุนและขับเคลื่อนตามแผนซึ่งน่าจะเป็นบทบาทของคณะกรรมการขับเคลื่อนมติ แต่คณะทำงาน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนรวมทั้งแกนของกรรมการขับเคลื่อนมติ เห็นพ้องกันว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติควรมีบทบาทในการประสานจัดตั้งกลไกขึ้นใหม่ เพื่อจัดการส่งมอบให้หน่วยงานที่มี

ต่อเด็ก แต่ไม่มีการบังคับใช้ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงอำนาจหน้าที่มาอยู่ภายใต้โครงสร้างใหม่คือ คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)

⁵ เฉพาะผู้ประกอบการที่ได้รับใบอนุญาตจาก กสท. ตาม ประกาศคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ เรื่อง แผนแม่บทการบริหารคลื่นความถี่ (พ.ศ. 2555) แผนแม่บทกิจการกระจายเสียง และกิจการโทรทัศน์ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2555 - 2559) และแผนแม่บทกิจการโทรคมนาคม ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2555-2559). ราชกิจจานุเบกษา หน้า 2 เล่ม 129 ตอนพิเศษ 63 ง วันที่ 4 เมษายน 2555.

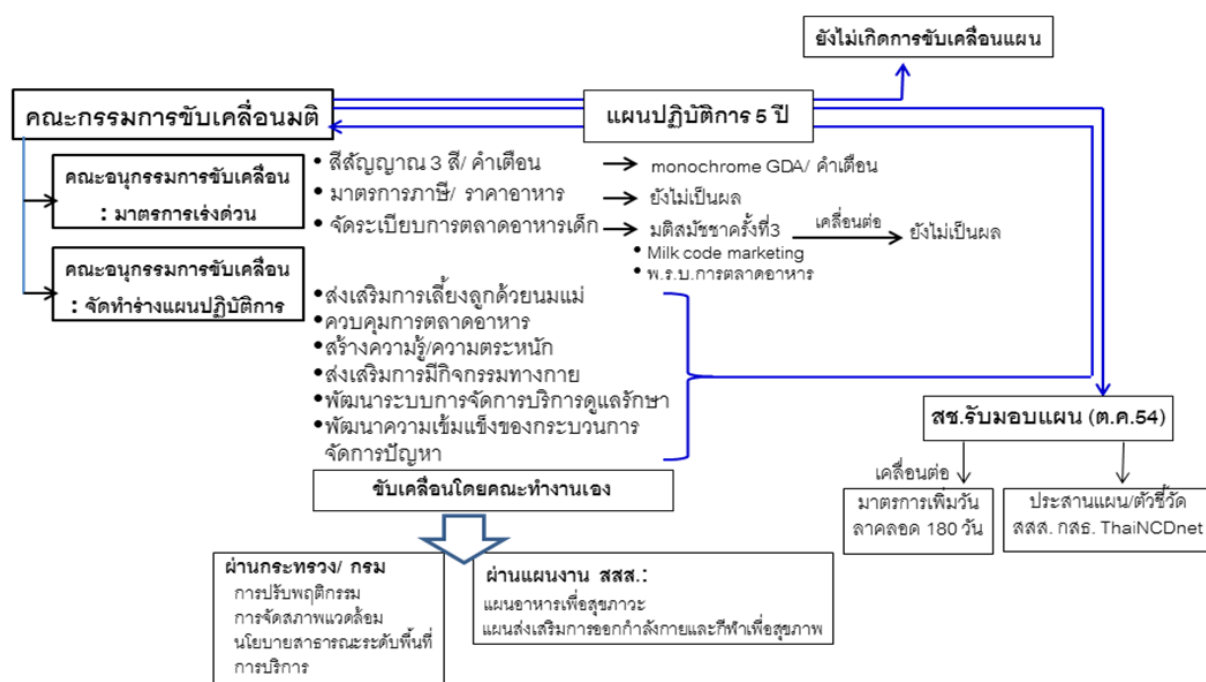
⁶ เดลินิวส์ออนไลน์ วันศุกร์ที่ 28 ธันวาคม 2555. คณะอนุกรรมการผู้บริโภคด้านวิทยุ-โทรทัศน์ วางกรอบทำงานปี 56 ดูแลโฆษณา อาหารและยาเกินจริง หลังทีวีดาวเทียม-เคเบิล รับใบอนุญาตในกำกับ ด้าน ออย. ระบุ หากพบการร้องเรียนลงโทษทันที. แหล่งข้อมูล <http://www.dailynews.co.th/technology/174800> เป็นบทบาทตามแผนแม่บทกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. 2555–2559)

บทบาทหน้าที่รับผิดชอบต่อไป สะท้อนถึงการรับรู้บทบาทของคณะกรรมการขับเคลื่อนเองซึ่งอาจเกิดจากการสื่อสารน้อย (↓ communication) หรือข้อจำกัดในการประสาน จัดการ สื่อสาร และขับเคลื่อนของแกนนำ (↓ capacity)⁷ เนื่องจากแผนปฏิบัติการมีถึง 6 ประเด็น ต้องมีคณะทำงาน 6 ชุด นอกจากการติดตามเชื่อมโยงด้านหลักการ/สาระสำคัญของประเด็นต่างๆ แล้ว ยังมีภาระด้านการจัดการและวิชาการเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ประกอบกับยังมีมาตรการที่ต้องขับเคลื่อนเร่งด่วนอีก เหล่านี้เป็นจุดอ่อนของมตินี้

เมื่อเปรียบเทียบกับแล้ว การขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วนมีพื้นที่ข่าวสารมากกว่าด้านแผนปฏิบัติการ หากจะมีการตัดสินใจเลือกขับเคลื่อนบางประเด็น (อาจด้วยทรัพยากร/เวลาจำกัด หรือด้วยความตระหนักเป็นการส่วนตัว) ก็เกิดคำถามชวนคิดเพื่อเป็นบทเรียนประสบการณ์ต่อมติดอื่นๆ ว่า จำเป็นหรือไม่ที่จะต้องมียุทธศาสตร์ปฏิบัติการที่ครบถ้วน หากมาเลือกขับเคลื่อนและผลักดันเพียงบางมาตรการในภายหลัง การค้นหามาตรการสำคัญที่ส่งผลกระทบสูงในกระบวนการข้างขึ้นเพื่อกำหนดเป็นมาตรการขับเคลื่อนภายในกรอบเวลาและกำลังที่มีจำกัด ส่วนการปฏิบัติการควรเป็นการตัดสินใจและระดับพื้นที่ที่มีกรมวิชาการ/กระทรวง/สพช./สสส. ร่วมส่งเสริมและสนับสนุน น่าจะเหมาะสมกว่าการมุ่งเน้นความสมบูรณ์ในการจัดการปัญหานั้นๆ เพราะความรู้สึกเป็นเจ้าของและความมุ่งมั่นของนักวิชาการโดยลำพังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนหรือนำไปขับเคลื่อนต่อได้อย่างสมบูรณ์ในภาคราชการ

โครงสร้างเชิงกลไกและผลการขับเคลื่อนมติสรุปได้ดังภาพ 4.1 ส่วนปัญหาอุปสรรคสรุปดังภาพ 4.2

ภาพ 4.1 โครงสร้างกลไกและผลการขับเคลื่อนมติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน



⁷ จากข้อมูลการสัมภาษณ์ 1) ประธานคณะกรรมการชุดหนึ่งไม่ทราบว่าตนเป็นประธาน จำไม่ได้ว่ามีการประชุมและมีผลงานใดบ้าง สะท้อนถึงการประสาน จัดการ และสื่อสาร ที่น้อย 2) คณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการล้วนไม่เคยแผนฉบับสุดท้าย (ฉบับที่ส่งให้ สช.) ไม่ทราบว่า เมื่อส่งมอบแผนให้ สช. แล้วมีกระบวนการใดต่อ คณะทำงานบางคนถามไปแต่ไม่ได้รับคำตอบ

การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่น่าสนใจในระดับกระทรวงคือ กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย⁹ ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้สามารถเป็นแกนขับเคลื่อนได้เต็มที่

ด้านกระบวนการ แผนปฏิบัติการไม่เกิดการนำไปปฏิบัติหน้ากว้าง เพราะอุปสรรคสำคัญ 2 ประการ

1) ขาดการประสานสร้างการมีส่วนร่วมในขาขึ้นกับผู้บริหารระดับกระทรวง/กรม/สำนัก ซึ่งลดทอนความผูกพันต่อมติ (แม้จะบูรณาการเป็นตัวชี้วัดระดับกรมได้บ้างก็ตาม) เป็นอุปสรรคสำคัญของการนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติในหน้ากว้างในระดับพื้นที่ซึ่งต้องอาศัยกลไกราชการส่วนกลางส่งมอบนโยบายแก่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น แม้กระทรวงสาธารณสุข เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีอำนาจตัดสินใจ ก็ยังจำเป็นต้องมีการสื่อสารและประสานจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

2) จากข้อ 1 ยังส่งผลต่อการยอมรับมติจากหัวหน้าหน่วยงานและมีผลในการจัดสรรทรัพยากรของหน่วยงานและความมั่นคงในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ในกระทรวงสาธารณสุข

3) การพัฒนาต้นแบบหรือศูนย์เรียนรู้ที่จะสามารถดำเนินการได้ตามเงื่อนไขของ สปสช. ยังจำกัด (ไม่ว่าจะโดยการสนับสนุนของหน่วยงานเองหรือ สสส.) ซึ่งจำเป็นต้องการขยายผลในระบบสุขภาพหรือระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ด้วยการสนับสนุนด้านการจัดการและงบประมาณจาก สปสช. ต่อไป เพราะหากขยายพื้นที่ดำเนินงานภายใต้โครงการของกรมโดยลำพัง ก็จะมีปัญหาทางงบประมาณดำเนินงาน จึงจำเป็นต้องมีกลไกร่วมทำงานแบบหุ้นส่วน รวมทั้งศักยภาพผู้บริหารหน่วยงานและบุคลากรในด้านแนวคิดและทักษะในการทำงานข้ามองค์กรที่มุ่งผลลัพธ์ร่วมกัน

สำหรับ สสส. ซึ่งเป็นองค์กรหลักที่สนับสนุนการทำงานภาคีเครือข่าย นอกจากจะมีแผนหลักและตัวชี้วัดเกี่ยวเนื่องกับมตินี้แล้ว ยังมีแผนหลักในสุขภาวะอื่นๆ ที่สอดคล้องกับมติสมัชชาด้วย¹¹ การประสาน/แลกเปลี่ยนแบ่งปันความคิด ประสบการณ์ และทรัพยากร จึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาดำเนินการอย่างยิ่ง

แม้ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้เห็นพ้องกับ สช. ว่า สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่ง สช.หวังให้เป็นนโยบายที่มีชีวิต¹² และ สช. พยายามพัฒนากระบวนการมาเป็นลำดับ แต่การให้ความหมาย “แบบมีส่วนร่วม” ที่นำไปสู่ปฏิบัติการ (operational definition) น่าจะแตกต่างกันไปจากมตินี้พบว่า ภาคส่วนนอก สช. ให้ความหมาย “การมีส่วนร่วม” ในเกือบทุกขั้นตอนของกระบวนการขาขึ้น (เช่น การตั้งคณะทำงานเฉพาะประเด็น การปรับแก้ภาษาและเนื้อหาของข้อเสนอรายประเด็นโดยคณะอนุกรรมการวิชาการ รูปแบบ/การสรุป/ตัดสินใจการประชุมในเวทีสมัชชา การระบุในมติหรือในที่ประชุมคณะทำงานให้หน่วยงานองค์กรใดทำอะไร) เนื่องจากกระบวนการขาขึ้นมีความสำคัญที่ส่งผลถึงขาเคลื่อน สอดคล้องกับการประเมินของศุภวัณย์ พลายน้อยและคณะ (2554) ว่า ในด้านผลลัพธ์ของกระบวนการมีประเด็นปัญหาด้านพลัง ทรัพยากรร่วม และความเป็นเจ้าของ

⁹ เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์กระทรวงซึ่งเป็นแผนที่สอดคล้องกับมตินี้ แต่ยังไม่ประสบปัญหาการจัดการ บุคลากรที่มีศักยภาพ และการสร้างความร่วมมือกับกระทรวงอื่น สมควรได้รับการสนับสนุนในการประสานจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อเป็นกลไกหลักภาคีราชการในการขับเคลื่อนร่วมไปในทิศทางเดียวกับมตินี้

¹⁰ จากการทบทวนรายงานผลการดำเนินงานกรมอนามัย ปีงบประมาณ 2555

¹¹ พิจารณาจากเป้าประสงค์และแผนหลักของ สสส. <http://www.thaihealth.or.th>

¹² จารึก ไชยรักษ์, สุรศักดิ์ บุญเทียน, สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล และคณะ. สมัชชาสุขภาพ เครื่องมือใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2, 2551 หน้า 16.

ของภาคส่วนวิชาการ/วิชาชีพ ประชาชน รัฐ/การเมือง จึงควรให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วม ศรัทธาร่วม และความเป็นเจ้าของในกระบวนการนโยบายของ 3 ภาคส่วน ตั้งแต่กระบวนการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายหรือต้นน้ำ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการมีส่วนร่วมในกระบวนการกลางน้ำและปลายน้ำ¹³ ประเด็นปัญหาการมีส่วนร่วมจาก “ตัวจริง” ในแต่ละประเด็น นอกจากจะสะท้อนให้เห็นที่ โครงสร้างและเนื้อหาแล้ว ยังส่งผลต่อการขับเคลื่อนมติ และเป็น ปัญหาในการติดตามรายงานผลต่อ คสช.¹⁴

ประเด็นสำคัญคือ ควรลงทุนด้านเวลาเพิ่มขึ้นเพื่อการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าภาพหลัก (กระทรวง/ กรม สสส. สปสช. สวรส. และ สช. ซึ่งมีบทบาทและจุดแข็งแตกต่างกัน) ผ่านการสื่อสารในทุกขั้นตอนอย่างสม่ำเสมอ ทั้งแนวราบระหว่างผู้มีบทบาทในแต่ละภาคส่วนหรือระหว่างกรมการด้วยกัน และแนวดิ่งภายในแต่ละหน่วยงาน องค์การ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและตรงกัน¹⁵ และพัฒนาความร่วมมืออย่างไว้นื้อเชื่อใจและปลอดภัย เป็นการ ลดทอนข้อจำกัดในการทำงานร่วมกัน กระทั่งได้ความคิดที่ตกผลึกเพื่อออกแบบการขับเคลื่อนที่ปฏิบัติได้จริงท่ามกลาง ทรัพยากรที่นับวันจะจำกัดยิ่งขึ้น เพื่อลดโอกาสที่จะได้มติสมัชชาที่มีข้อจำกัดในการขับเคลื่อนนำไปปฏิบัติได้เพียง บางส่วนซึ่งเบี่ยงเบนไปจากจุดมุ่งหมายเดิม ส่วนกลไกขับเคลื่อนที่มีพลังจะเป็นผลตามมาจากการลงทุนใน กระบวนการมากขึ้น และควรให้เพิ่มน้ำหนักให้กับกระบวนการขับเคลื่อนมติเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ รวมทั้งการ ติดตามผลักดันมติเดิมซึ่งน่าจะเป็น “คุณค่าแท้จริง” ของสมัชชาสุขภาพ นอกจากนี้ ควรเปิดโอกาสให้มีการกลับเข้า มารายงานผลที่เกิดขึ้นต่อตัวแทนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเวลาที่เหมาะสม เพื่อการสื่อสารระหว่างกันและเป็นการ รายงานสาธารณะ (public report) รูปแบบหนึ่ง

ข้อเสนอจากการศึกษาดินนี้

“ขาขึ้น”

1. ในการพิจารณาประเด็นปัญหาที่เสนอเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพ ควรคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมมี บทบาทสำคัญในประเด็นนั้นเป็นอันดับแรก จึงควรลงทุนเวลาในการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้เสนอประเด็นและ ค้นหาบุคคล/เครือข่าย/หน่วยงานที่เป็น “ตัวจริง” ในเรื่องนั้น (ภาครัฐ/เอกชน) ซึ่งจะเป็น “ตัวจริง” ในการขับเคลื่อน จึงอาจต้องร่วมพัฒนาไปด้วยกันในระยะเวลาหนึ่ง

เมื่อยึดหลักการ “เจ้าของประเด็นเป็นผู้รับผิดชอบและเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนมติ” เจ้าของ ประเด็นหรือตัวหลักไม่ควรเป็นเพียงนักวิชาการที่มีความสนใจตามกระแส นักวิชาการควรเป็นเพียงผู้สนับสนุน “เจ้าของประเด็นตัวจริง” ในการพัฒนาข้อเสนอซึ่งกลไกวิชาการของ สวรส. หรือองค์กรลูกควรเข้ามา มีบทบาทร่วมใน การสนับสนุนด้านวิชาการ และเตรียมมองหางบประมาณในการขับเคลื่อนได้ด้วย

2. ควรรวบรวมวิเคราะห์/สังเคราะห์ประสบการณ์การเรียนรู้จากปฏิบัติการจริงในพื้นที่ของประเทศไทย (แทนที่จะให้ความสำคัญกับประสบการณ์ประเทศพัฒนา) อาจเป็นตัวอย่างความสำเร็จหรือล้มเหลว เพื่อใช้ในการสร้าง

¹³ ศุภวัธย์ พลายน้อยและคณะ. ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554.

¹⁴ อ่ำพล จินดาวัฒน์. เหลียวหลังแลหน้าสู่สมัชชาสุขภาพทศวรรษที่ 2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2, 2555.

¹⁵ เช่น สช.คาดหวังให้องค์กรที่ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนภายใต้คณะกรรมการขับเคลื่อนฯ แต่หน่วยงานและเครือข่าย คาดหวังให้ สช. เป็นแกนกลางในการจัดตั้งกลไกทางการใหม่ (ที่มีประธานเป็นบุคคลเป็นที่ยอมรับของกระทรวงอื่น) เพื่อทำงานข้าม กระทรวงร่วมกัน หรือ สสส. คาดหวังให้มีการประสานความคิดและความร่วมมือตั้งแต่ขาขึ้น

องค์ความรู้และข้อเสนอในการพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และในการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักและแรงหนุนจากภาคประชาชน/สังคม

“ก่อนเคลื่อน”

ควรนำแผนปฏิบัติการหรือมาตรการที่จัดทำขึ้นอย่างมีส่วนร่วมหลังเป็นมติสมัชชา กลับไปเข้าสมัชชาอีกครั้ง โดยหยิบยกประเด็นของแผนและมาตรการที่สำคัญ เพื่อสื่อสาร/หารือ/ขอรับการรับรอง ขั้นตอนนี้มีประโยชน์โดยสรุป ดังนี้

1. เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องจากเวทีสมัชชาครั้งก่อนด้วยความเคารพภาคส่วนต่างๆ ที่เคยออกเสียงให้มตินี้ ก่อนที่จะนำไปขับเคลื่อนและปฏิบัติการ
2. เป็นการสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วมกับหน่วยงานที่เพิ่งเข้ามามีส่วนร่วมเป็นกรรมการ (หลังจากเป็นมติสมัชชา) ให้รับรู้กระบวนการที่เวทีสมัชชาให้การรับรองแผนปฏิบัติการหรือมาตรการที่ตนมีส่วนร่วมจัดทำ
3. กรณีที่มีความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ของสังคมกับธุรกิจหรือกับบางหน่วยงาน จะเป็นการหาเสียงสนับสนุนหรือฉันทามติ โดยต้องให้เวลาที่ประชุมถกแถลงอภิปรายอย่างพอเพียง

ในอนาคต การนำข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นต่างๆ ขอการรับรองจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ออกมาเป็นมติ ควรมียุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพร้อมกลไกในการขับเคลื่อน (ขั้นตอนที่สาม) เพื่อให้ได้ประโยชน์ทั้ง 3 ข้อข้างต้น เพื่อสงวนเวลาของเวทีสมัชชาไว้สำหรับการติดตามการขับเคลื่อนของภาคส่วนต่างๆ

“ขับเคลื่อน”

การอิงนักวิชาการภาคราชการโดยทั่วไปจะมีความเสี่ยงเพราะมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งงานและความรับผิดชอบ รวมทั้งยังขึ้นกับผู้บังคับบัญชา ทำให้ขาดการบริหารจัดการที่ต่อเนื่อง สารระมัดระวังที่ต้องขับเคลื่อนโดยภาครัฐ จึงควรให้เวลากับการประสานระดับบริหารและหน่วยงานที่มีบทบาทหลักและสร้างความเป็นเจ้าของร่วมต่อการจัดการปัญหานั้น ส่วนที่ขับเคลื่อนโดยเครือข่าย แม้ความเข้มแข็งของเครือข่ายและภาคีจะเป็นปัจจัยสำคัญ แต่ก็ควรมีกลไกประสานงานสร้างความสัมพันธ์และเป็นกันชนกับหน่วยงานราชการ รวมทั้งสนับสนุนการขับเคลื่อนสู่สังคมวงกว้าง

เนื่องจากการทำงานด้านสุขภาพเป็นการทำงานระยะยาว การขับเคลื่อนโดยวางแผนให้หลีกเลี่ยงการปะทะและลดพฤติกรรมความขัดแย้งแม้มีความเห็นแย้ง น่าจะเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับสังคมไทย โดยเฉพาะเมื่อ “ตัวจริง” จากแต่ละภาคส่วนยังคงต้องทำงานร่วมกันต่อไป หากจำเป็นต้องผลักดันท่ามกลางความคิดเห็นหรือผลประโยชน์ที่ขัดแย้ง (ซึ่งเกิดได้ตลอดเวลา) ควรคำนึงถึงเสียงสนับสนุนจากสังคมวงกว้างนอกเหนือจากเสียงสนับสนุนของภาคีเครือข่ายกันเอง และควรมีการสื่อสารความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติอย่างต่อเนื่อง

1.4 มติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

มตินี้แตกต่างจากมติอื่นที่เครือข่ายผู้พิการซึ่งมีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงร่วมเสนอประเด็น (เสนอเข้าสมัชชาทุกครั้ง) และกระตุ้นหรือรื้อฟื้นที่จะมีส่วนร่วมเพื่อเรียกร้องปกป้องสิทธิ และได้ประสบการณ์ตรงจากกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงวิชาการ เกิดการยอมรับพลังความรู้ และมีการสร้างกลไกสนับสนุนการจัดการด้านความรู้เป็นการเฉพาะ คือ มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อคนพิการ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้ประโยชน์แก่คณะทำงานในข้างขึ้นจากการได้เรียนรู้ความคิดเห็นและความคาดหวังซึ่งกันและกัน และแบ่งปันข้อมูลระหว่างกัน รวมทั้งการปะทะสังสรรค์ต่อรองระหว่างเครือข่ายผู้พิการกับหน่วยงานภาครัฐ การเรียนรู้เหล่านี้จะช่วยสร้างความเข้าใจระหว่างกันและมีการปรับท่าทีบทบาทเข้าหากัน และสืบเนื่องมาถึงขาคเลือน ผลสำเร็จของการเป็นมติสมัชชายังทำให้เกิดความภาคภูมิใจตระหนักถึง “คุณค่า” ของความสำเร็จจากการทำงานร่วมกันและก็หวังว่า มติสมัชชาจะหนุนเสริมการทำงานที่เป็นอยู่ มีการสนับสนุนกลไกการทำงาน และน่าจะเป็นเครื่องมือในการตกลงและทำงานร่วมกันต่อไป

การออกแบบกลไกขับเคลื่อนมีองค์ประกอบจากภาคส่วนต่างๆ และได้รับการตอบสนองในระดับดีจาก สปสช. และ สสส. รวมทั้งศูนย์สิริธรซึ่งมีบทบาทเฉพาะกลุ่มความพิการ แต่เนื่องจากการบริการและฟื้นฟูสภาพมีค่าใช้จ่ายสูงและ สปสช. และ สสส. จะมีภาระในการสนับสนุนมติดื่นๆ อีกในอนาคต จึงควรให้ความสำคัญกับการประสานให้เกิดระบบสนับสนุนร่วมจากองค์กรต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

มตินี้มีการปรับข้อเสนอเดิมอย่างเป็นทางการซึ่งเป็นครั้งแรกของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีการนำมติกลับเข้ามาปรับปรุงให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้นซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปอ้างอิงได้ตรงจุดเพื่อช่วยผลักดันการทำงานได้แท้จริง และยังเป็นประสบการณ์เรียนรู้แก่มติดื่นๆ ถึงการทบทวนประเมินข้อเสนอมติของตน

ข้อเสนอจากการศึกษามตินี้

1. ควรมีการวิจัยเชิงนโยบายด้านคนพิการเช่น การสำรวจสถานการณ์ความพิการ การเข้าถึงบริการ ความจำเป็นและต้องการของคนพิการในด้านต่างๆ ศักยภาพและความพร้อมของสถานพยาบาล การประเมินการปฏิบัติงาน ในการวิจัยเกี่ยวกับผู้พิการโดยเฉพาะที่จะมีผลโดยตรงต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้พิการซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ เช่น ความเหมาะสมของการจ้างงานคนพิการ ให้คำนึงถึงผู้พิการด้วย แทนการที่นักวิจัยจะนึกคิดเอาเอง
2. ควรมีการประเมินผลความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการเข้าถึงโครงสร้างกายภาพที่จำเป็นต่อชีวิตความเป็นอยู่และสังคมของคนพิการ เป็นระยะ เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนกลับการขับเคลื่อนและการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งจะเป็นการติดตามผลไปด้วย
3. เนื่องจากเครือข่ายผู้พิการมีความคาดหวังสูงกับเวทีสมัชชาจึงไม่ควรปิดกั้นในการเสนอประเด็น อาจจัดเป็นเวทีเฉพาะประเด็นเฉพาะกลุ่ม เนื่องจากมตินี้รวมผู้พิการทุกประเภทไว้ด้วยกัน ในความเป็นจริง แต่ละกลุ่มย่อมต้องการเสนอประเด็นที่มีความเฉพาะเจาะจงในด้านสุขภาพซึ่งก็คือการขับเคลื่อนต่อเนื่องจากมตินี้เอง

1.5 มตินโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ (ต่อไปจะใช้คำว่ามติพื้นที่จัดการตนเอง)

มตินี้ขยายพรมแดนทางความคิดต่อบทบาทสาธารณะและการจัดการตนเอง ด้วยความแตกต่างระหว่างแนวคิดสาธารณสุขกับแนวคิดสังคมศาสตร์ โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นเวทีแรกที่ทำให้เกิดวาทกรรม “พื้นที่จัดการตนเอง” เป็นที่รับรู้ ถกเถียง และกลายเป็นประเด็นสาธารณะ แม้เนื้อหาข้อเสนอเดิมจะไม่ตรงกับที่ผู้เสนอประเด็นมุ่งมั่นตั้งใจต้องการแต่ก็เกิดกระบวนการต่อเนื่องตามมาที่เป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อน ขณะเดียวกัน ข้อเสนอหรือบรรณของจังหวัดเชียงใหม่จัดการตนเองก็ถูกหยิบยกเป็นตัวอย่างในการเรียนรู้ของกลุ่มเครือข่ายด้วย

นิยามที่แตกต่างกันต่อ “นโยบายสาธารณะ” เป็นตัวกำหนดกระบวนการจัดทำและการขับเคลื่อนมติ หากนโยบายสาธารณะเป็นบทบาทของภาครัฐในการขับเคลื่อนเพราะภาครัฐมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย มี ทรัพยากร และเพื่อความยั่งยืน โดยให้ภาคประชาชนเสนอความคิดเห็นและแผนงานต่างๆ ในความหมายนี้ ภาคประชาชนเป็นฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐที่เป็นแกน โดยมติสมัชชาเสมือนเป็นรัฐธรรมนูญให้แต่ละภาคส่วนทำความเข้าใจและอ้างอิง (ดังตัวอย่างรูปธรรมในการขอใช้มาตรา 11 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ)

คำถามตามมาคือ รัฐธรรมนูญ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งแผนชาติต่างๆ สามารถรองรับบทบาทของภาคประชาชนในลักษณะนี้ได้อย่างเพียงพอหรือไม่ หรือยังจำเป็นต้องผลิตมติสมัชชาใหม่ๆ ขึ้นมาอีก หากมีเครื่องมือตรวจสอบกลั่นกรองที่เหมาะสมโดยใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบในการจัดทำประเด็นขับเคลื่อนนโยบาย ก็ไม่จำเป็นต้องนำประเด็นนั้นเข้าเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กรณีที่ภาคราชการต้องเป็นกลไกหลักร่วมขับเคลื่อน ควรมีกระบวนการหารือร่วมจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ในประเด็นหลักจนตกลงผลึกร่วมกันก่อนจะนำเข้าเวทีสมัชชาเพื่อขจัดแรงต้าน และด้วยวิธีนี้ ก็เป็นไปได้ว่าบางเรื่องอาจเป็นนโยบายได้เลยโดยไม่ต้องนำเข้าเวทีสมัชชา

ส่วนภาคท้องถิ่นมีลักษณะต่างจากภาคราชการ ตรงที่ต้องการเสียงประชาชนในการเลือกตั้ง จึงมีทัศนคติและทักษะการทำงานด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมกว้างกว่า ดังจะเห็นได้จากคณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูปมีการปรับเปลี่ยนทิศทางจากเดิมที่เน้นเรื่องการออก พ.ร.บ. มาเป็นการออกข้อบัญญัติซึ่งทุกแห่งสามารถทำได้ทันที เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา

สำหรับความหมายอีกด้านของนโยบายสาธารณะ กระบวนการสมัชชาเป็นทั้งพื้นที่และเครื่องมือที่ภาคประชาสังคมเข้าร่วมกันคิด/ขับเคลื่อน/ติดตามเรียนรู้/และรับผลที่เกิดขึ้น ในประเด็นสำคัญเพียงปีละไม่กี่เรื่องโดยสมัชชาต้องระดมการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนหลัก (สสส. สปสช. สภาพัฒนาการเมือง พอช.) ในการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนให้การขับเคลื่อนดำเนินการไปได้ด้วยดี ในความหมายนี้ ภาคประชาสังคมเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนและภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วม โดยที่ภาครัฐรวมทั้งวิธีคิดแบบรวมศูนย์อำนาจเป็นเพียงส่วนประกอบไม่ใช่กระบวนการและกลไกหลัก

อย่างไรก็ตาม แม้มตินี้จะมีการให้ความหมายการจัดการตนเองต่างระดับกัน แต่ไม่เป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนของภาคประชาสังคมในระดับพื้นที่เพราะการขับเคลื่อนย่อมต้องมาจากฐานความคิดซึ่งขึ้นกับทัศนคติและประสบการณ์ของกลุ่มคนที่เข้ามาขับเคลื่อน มากกว่าจะมีรูปแบบตายตัว รูปแบบและผลผลิตที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงความหลากหลายของกระบวนการคิดและการมีส่วนร่วมของกลุ่มคนกลุ่มคิดในแต่ละพื้นที่ที่ต้องการขับเคลื่อน นำสังเกตว่า การใช้กระบวนการสมัชชาสร้างธรรมนูญหรือแผนสุขภาวะและใช้ประโยชน์จากอย่างเป็นรูปธรรมเกิดขึ้นในระดับตำบลหมู่บ้านได้เร็วกว่าในระดับจังหวัด อาจเพราะเป็นระดับขนาดเล็ก เมื่อเผชิญสถานการณ์ปัญหาที่ใกล้ตัว

และตระหนักรู้ประโยชน์ของกระบวนการสมัชชาแล้วสามารถรวมพลังความคิด จัดการ และดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเร็วกว่า แม้ไม่มีกลไกขับเคลื่อนส่วนกลาง กระบวนการสมัชชาหรือมตินี้ก็ถูกอ้างอิง (social reference) เพราะเห็นคุณค่าว่ามีประโยชน์ แต่อาจต้องได้รับความช่วยเหลือด้านกระบวนการจาก สช. หรือพื้นที่รุ่นพี่ ขณะที่ในระดับจังหวัดซึ่งมีกลไกสมัชชาจังหวัดที่ สช. เมื่อได้ผลแล้วมักต้องการบูรณาการเข้ากับแผนหรือยุทธศาสตร์จังหวัดต่อไป ตามแบบแผนของหน่วยงานราชการ

ข้อเสนอจากการศึกษามตินี้

1. หากเห็นพ้องกันว่า จุดยุทธศาสตร์ของการจัดการตนเองอยู่ที่ “พื้นที่” องค์กรที่สนับสนุนการขับเคลื่อนภาคประชาสังคม ควรให้ความสำคัญกับ “การพัฒนาคนในพื้นที่” แทนการอิงองค์กรราชการ สมัชชาพื้นที่ควรกระตุ้นพลังความคิดพลังภาคประชาชนซึ่งมีโอกาสและทรัพยากรไม่มากนักเมื่อเทียบกับภาคราชการ และไม่ควรถูกรอด้วยวัฒนธรรมราชการ

2. เพื่อเป็นการสนับสนุนการเรียนรู้ภาคประชาสังคม องค์กรที่สนับสนุนการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ของภาคประชาสังคมในพื้นที่ ควรจัดระบบการสนับสนุนการถอดบทเรียนและการเรียนรู้ประสบการณ์ในรูปแบบเอกสารวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และอ้างอิงประสบการณ์ประเทศไทย แทนการอ้างอิงแต่ประสบการณ์ต่างประเทศ ซึ่งมักเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับภาคส่วนนี้ และองค์กรสนับสนุนควรบูรณาการระบบสนับสนุนเพื่อประสิทธิภาพขององค์กรและผู้รับการสนับสนุนเอง

3. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติน่าจะเป็นกลไกตอบสนองการพัฒนา นโยบายภาคประชาชนเป็นหลัก (ราชการเป็นส่วนเสริมเพราะมีช่องทางและงบประมาณอยู่แล้ว) กระบวนการควรเอื้อให้ภาคประชาสังคมเข้าถึงและมีส่วนร่วมได้ทุกขั้นตอน แทนการยึดรูปแบบสมัชชาสุขภาพโลก (ซึ่งเป็นเวทีราชการของประเทศสมาชิก) ที่ภาคประชาสังคมตัวจริง เข้าถึงได้ยากแต่เอื้อต่อนักวิชาการ ซึ่งจะเป็นการลดปัญหาการขับเคลื่อนโดยปริยายเนื่องจากภาคประชาสังคมตัวจริงจะมีความเป็นเจ้าของประเด็นสูงและมีศักยภาพที่จะแสวงหาการสนับสนุนมาขับเคลื่อน ไม่เป็นภาระของ สช. ประเด็นที่จะนำเข้าเวทีสมัชชาควรเป็นเรื่องที่ชุมชนและท้องถิ่น จัดการเองไม่ได้ ต้องมีการจัดการในส่วนกลาง เช่น การออกกฎหมายหรือปรับแก้กฎหมาย

4. ควรให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนมติ โดย สช. ควรประสานการจัดทำประเด็นนโยบาย ร่วมกับกระทรวงหลักและสถาบันวิชาการเพื่อค้นหากรอบประเด็นที่เหมาะสม ควบคู่ไปกับการเสนอประเด็นจากภาคประชาสังคม และเมื่อเป็นมติสมัชชาแล้ว สช. ควรจัดกระบวนการประสานนโยบายระดับสูงร่วมกับภาครัฐอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่ออำนวยความสะดวกในการขับเคลื่อนต่อให้กลไกหลักและกลไกร่วมที่มาจากหลายภาคส่วน

5. การติดตามมติ ควรเป็นกระบวนการเสริมพลังซึ่งจะมีคุณค่าต่อการขับเคลื่อนต่อ มากกว่าการมารายงานผลที่ดำเนินการไป

1.6 มติการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

การขับเคลื่อนดำเนินงานของเครือข่ายด้านสุขภาพทางเพศและการจัดทำ ร่าง พ.ร.บ. คู่สมรสและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ฉบับภาคประชาชน เป็นการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาครั้งที่ 1 ในมติสุขภาพทางเพศ ส่วนสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์พัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติมากกว่าจะเป็นการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม มตินี้จึงเป็นอีกหนึ่งมติที่หน่วยงานราชการเป็นเจ้าของและต้องการผลักดันงานในบทบาทหน้าที่ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยคาดหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุในข้อเสนอแนะ และเมื่อไม่ได้รับงบประมาณเพิ่ม การดำเนินงานในประเด็นปัญหานี้ก็เป็นไปตามบทบาทภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

สำหรับคณะกรรมการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติก็เช่นเดียวกับคณะกรรมการระดับชาติในระบบราชการทั่วไปคือ กรรมการโดยตำแหน่งบริหารระดับสูงส่งเจ้าหน้าที่หรือนักวิชาการผลัดเปลี่ยนกันมาประชุมหรือไม่เข้าประชุม อาจเป็นเพราะไม่มีเวลาพอหรือไม่ตระหนักถึงความสำคัญจนขาดการมีส่วนร่วม มองอย่างผิวเผิน ชื่อยุทธศาสตร์ที่พ้องกับชื่อสำนักอาจทำให้หน่วยงานอื่นรู้สึกว่ามีงานให้สำนักนี้ แทนที่จะแก้ปัญหาในกลุ่มวัยรุ่น

แม้ว่ากระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กพม.) จะจัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (ท้องไม่พร้อม) และคณะรัฐมนตรีรับรองหลังมติสมัชชาและยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์ แต่หลักการและเหตุผลที่สอดคล้องกับชื่อของยุทธศาสตร์ซึ่งตรงไปตรงมา อาจสื่อให้เข้าใจได้ว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งคุ้มครองปกป้องดูแลกลุ่มเป้าหมายนี้ได้ตรงกว่ายุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์ อย่างไรก็ตาม ด้วยทรัพยากรที่จำกัดของ กพม. กลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องได้รับการจากภาคสาธารณสุข (ตรงกับยุทธศาสตร์การช่วยเหลือและบำบัดฟื้นฟู) และการดำเนินงานของ กพม. ยังเน้นการประชาสัมพันธ์ ทำให้บทบาทภาระงาน และภาระงบประมาณ ยังอยู่ที่ภาคสาธารณสุขเป็นหลัก

ด้านองค์กรพัฒนาเอกชนซึ่งได้เปรียบภาคราชการตรงที่มีทักษะในการทำงานร่วมกับเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศทั้งในส่วนกลางและระดับพื้นที่นั้น กำหนดบทบาทการขับเคลื่อนและดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และแผนของแหล่งทุน (กองทุนโลกและ สสส.) มีงบประมาณทั้งเพื่อการขับเคลื่อนสังคม (รณรงค์เผยแพร่) และเพื่อดำเนินงานประกอบกับแนวคิดและแนวทางการทำงานที่มุ่งที่ตัวเด็กและเยาวชน ทำให้สามารถประสานและทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐต่างๆ (ทั้งในและนอกสังกัด กสธ.) ได้คล่องตัวกว่า นอกจากนี้ เครือข่ายยังได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดประโยชน์ในแง่พัฒนาศักยภาพการทำงาน ต่างจากการทำงานร่วมกับหน่วยงานราชการที่ทำงานตามการบริหารราชการแนวดิ่ง

ข้อเสนอจากการศึกษามตินี้

1. ควรต้องประเมินความสัมพันธ์เชิงนโยบายและบทบาท ทั้งกับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น โดยเฉพาะเมื่อหวังใช้ พ.ร.บ. ของกระทรวงเป็นเครื่องมือดำเนินงาน ในกรณีเป็นเรื่องที่ต้องเข้าเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ควรต้องประสานนโยบายกับผู้บริหารระดับสูงก่อนการจัดทำข้อเสนอ

2. เมื่อ สข. คาดหวังให้เจ้าของประเด็นเป็นผู้ขับเคลื่อนมติ เจ้าของประเด็น (ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือ NGO) ก็ควรต้องเป็นผู้เล่นตัวจริงในเรื่องนั้นหรืออย่างน้อยต้องมีประสบการณ์ขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานหรือเครือข่ายอื่นเพื่อจะสามารถพัฒนาเพิ่มศักยภาพให้มีทักษะในการบริหารจัดการเครือข่าย การมีเพียงบทบาทเกี่ยวข้องในระบบราชการนั้นไม่เพียงพอ และไม่ควรเป็นการส่งเสริมบทบาทของหน่วยงานราชการโดยไม่คาดหวังผลลัพธ์ของการ

ขับเคลื่อนมิติ ความพยายามหนูนบทบาทหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขที่ยังไม่มีความพร้อมและไม่เกิดการขับเคลื่อนมิติ นอกจากจะกระทบภาพลักษณ์ของ สช. และความศรัทธาต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว ยังกระทบต่อความสัมพันธ์กับภาคประชาสังคม

3. ข้อเสนอของมติสมัชชาควรมีเหตุผล ชัดเจนและตรง และสามารถแก้ปัญหาประเด็นนั้นได้จริง
4. เมื่อเป็นมติสมัชชาแล้วและจำเป็นต้องประสานนโยบายข้ามกระทรวง สช. ควรเข้ามาอำนวยความสะดวกประชุมอย่างน้อยหนึ่งครั้งเพื่อสร้างการยอมรับร่วมกันและตั้งคณะทำงานเฉพาะมติ (task force)
6. การฝากความหวังในการขับเคลื่อนกับหน่วยงานภาครัฐมีความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายตำแหน่งหน้าที่การงานของทั้งระดับบริหารและนักวิชาการที่จะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก การบูรณาการให้เป็น KPI ของหน่วยงานและมีงบประมาณรองรับ อาจเป็นมาตรการป้องกันความเสี่ยงได้
7. ควรเปิดโอกาสให้มีการปรับปรุงข้อเสนอมติผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพซึ่งอาจจำเป็นเนื่องจากสถานการณ์และบริบทเปลี่ยนไป

2. ภาพรวมการขับเคลื่อน 6 มติ

2.1 กระบวนการขาขึ้น

ใน 6 มตินี้ มีเพียงมติพื้นที่จัดการตนเองที่เลขานุการคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเป็นภาคประชาสังคม เป็นหน่วยงานราชการ 2 มติ (มติการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนและมติการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม) มติการพัฒนาการแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/และทางเลือกฯ และมติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ มีการเตรียมความพร้อมโดยจัดตั้งสถาบันเฉพาะขึ้นมารองรับ (สถาบันสุขภาพวิถีไทและสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ตามลำดับ) ส่วนมติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรุนแรงและอ้วนใช้กลไกวิชาการและแผนงานที่มีอยู่แล้วคือแผนงานอาหารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนไทยและแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพสรุปได้ว่าเป็นกลไกภาคประชาสังคม 1 มติ ราชการ 2 มติ และอีก 3 มติเป็นกลไกวิชาการและแผนงานในองค์กรอิสระภายใต้กำกับรัฐ

เลขานุการในขาขึ้นนี้ถูกคาดหวังให้เป็นแกนขับเคลื่อน ซึ่งใน 6 มตินี้ มี 2 มติที่ไม่ได้ตั้งกลไกขับเคลื่อนจากคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายคือ มติการจัดการขยะอันตรายจากชุมชน และพื้นที่จัดการตนเองซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มอบหมายให้สำนักปฏิรูปขับเคลื่อนผ่านเวทีสมัชชาปฏิรูป มติการพัฒนาการแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/และทางเลือกฯ และมติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ และมติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักรุนแรงและอ้วน ให้องค์กรเลขานุการในขาขึ้นเป็นกลไกขับเคลื่อน และมติสุดท้ายใช้กลไกราชการ (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์) ประเภหน่วยงานองค์กรที่ถูกคาดหวังให้เป็นกลไกขับเคลื่อนพบว่า เป็นกลไกราชการ 2 มติ ภาคประชาสังคม 1 มติ และอีก 3 มติเป็นกลไกวิชาการและแผนงานในองค์กรอิสระภายใต้กำกับรัฐ

มติที่มีปัญหาในงานเอกสารวิชาการมากที่สุดคือ มติพื้นที่จัดการตนเอง มีปัญหาแนวคิดระหว่างผู้เสนอประเด็นกับคณะกรรมการวิชาการ ซึ่งรับรู้ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพและยังพบว่า ในเอกสารมติ หัวข้อความตระหนักกับข้อเสนอมติ ไม่เป็นเหตุเป็นผลกัน (ในความตระหนักสรุปว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นปัจจัยหลักของความเหลื่อมล้ำ แต่ข้อเสนอมติที่ต้องการลดความเหลื่อมล้ำยังมุ่งการจัดการตนเองภายใต้กรอบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เป็นอยู่)

ยังพบว่า เป้าหมายหลักของมติไม่ได้รองรับการแก้ปัญหาตามข้อมติเสมอไปเช่น มติแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (มติสมัชชาฯ ครั้งที่ 3) มีเป้าหมายหลักคือ การผลักดันร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นข้อเสนอมาตั้งแต่สมัชชาฯ ครั้งที่ 1 แต่กรมอนามัยเสนอร่าง พ.ร.บ. ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ซึ่งยังคงอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาและมีแนวโน้มว่าจะไม่ผลักดันต่อ เครือข่ายผู้หญิงและสุขภาพทางเพศจึงจัดทำร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ฉบับภาคประชาชน ปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนการรับฟังความเห็นจากสาธารณะ

จากเนื้อหามติ (policy content) มติที่นับว่ามีภาระงานในการขับเคลื่อนมากที่สุดโดยหลักการ น่าจะเป็นมติการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพราะเป็นการรวมการแพทย์ 3 กลุ่มที่มีศาสตร์ กฎหมายควบคุม และมีการจัดการเชิงระบบ แตกต่างกันไปทั้ง 3 เรื่องเข้าไว้ด้วยกัน ทำให้ข้อเสนอมติเป็นข้อเสนอร่วมและต้องขับเคลื่อน 3 เรื่องไปพร้อมๆ กัน แต่แกนในการขับเคลื่อนมติเป็นกลุ่มการแพทย์พื้นบ้านด้านการแพทย์แผนไทยมีหน่วยงานราชการ (ในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) ขับเคลื่อนด้าน

กฎหมาย ระบบบริการ วิชาการ มาตรฐานต่างๆ และการจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย (แม้จะให้ข้อมูลว่าไม่เกี่ยวกับมติสมัชชาแต่ก็มีทิศทางเดียวกัน) ส่วนกลุ่มการแพทย์ทางเลือกมีส่วนร่วมในมตินี้น้อยที่สุด ผลการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเป็นมติสมัชชาช่วยให้การแพทย์พื้นบ้านมีพื้นที่แสดงอัตลักษณ์และได้รับการยอมรับมากขึ้นจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระหว่างการขับเคลื่อน มีการเปลี่ยนชุดคณะกรรมการและเปลี่ยนเลขานุการเป็นสำนักงานวิชาการในกรม ซึ่งจากข้อมูลเชิงคุณภาพของมตินี้เองและมติอื่นที่ใช้กลไกราชการพบว่า มีความไม่คล่องตัวสูงและยังมีการบิดเบือนความคืบหน้าได้นโยบายของผู้บริหารกรมซึ่งกรมนี้มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย

2.2 กระบวนการขับเคลื่อน

ปัญหาร่วมในการขับเคลื่อนของกลไกใน 5 มติ (ยกเว้นมติพื้นที่จัดการตนเอง) คือขาด strategic interaction กับผู้บริหารระดับสูงของ กสธ. เองและกระทรวงอื่นที่ควรมีบทบาทร่วม ทำให้ขาดความมุ่งมั่นตั้งใจร่วมกันในมติสมัชชา (commitment) ไม่เกิดเป้าประสงค์ร่วมกัน นโยบายหน่วยงานไม่รองรับ และกระทำการขับเคลื่อน (coalition lack) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกระทรวงที่ควรเข้ามามีบทบาทร่วมมีจำนวนมากและมีสัดส่วนผู้บริหารระดับสูงมากในกลไกขับเคลื่อน (มีมากที่สุด ในมติแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม)

ความร่วมมือจากหน่วยงานราชการมีความสำคัญมากในมติที่ต้องมีการออกกฎหมายมาตรฐานต่างๆ และความร่วมมือจะเกิดได้ยากเมื่อยังมีข้อถกเถียงถึงความจำเป็นและเนื้อหาของกฎหมายหรือมาตรฐานนั้น หากจะทำให้เกิดความขัดแย้งหรือมีความเสี่ยงที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะร้องเรียนฟ้องร้อง หน่วยงานราชการก็อาจไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ เช่น ข้อเสนอมติให้ออกกฎหมายแสดงฉลากอาหารสำเร็จรูปด้วยสีจราจร แต่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดให้ใช้ฉลากโภชนาการแบบ GDA แทน ด้วยเหตุผลว่า สีเหลืองสีแดง เป็นการตีตราผลิตภัณฑ์โดยที่ตัวมันเองไม่ได้มีอันตรายหรือพิษ แต่อยู่ที่ผู้บริโภคมากกว่าว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมหรือไม่

มติที่มีการสื่อสารภายใน (internal communication) อยู่ในระดับดีคือ มติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของผู้พิการ (จากการสัมภาษณ์ได้ข้อมูลบุคคลและสถานการณ์ตรงกันแม้ว่าจะมีมุมมองความคิดเห็นต่างกัน) ในมติพื้นที่จัดการตนเอง ผู้เสนอประเด็นมีการสื่อสารเชิงแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการขับเคลื่อนภายในเครือข่ายจังหวัด และภาคอย่างกว้างขวางด้วยการสนับสนุนทุนจากองค์กรสนับสนุนทั้งในและภาคสุขภาพ การขับเคลื่อนของ สปธ. เป็นการขับเคลื่อนผ่าน อปท. อีกทอดหนึ่งภายใต้โครงการร่วมระหว่าง อปท. และ สสส. หรือ อปท. และ สปสช. อาจเป็นในความหมายชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนน่าอยู่ หรือตำบลสุขภาพะ สำหรับระดับจังหวัด สช. ได้จัดตั้งสมัชชาสุขภาพจังหวัดเป็นฐานการขับเคลื่อนภายในจังหวัดต่อไปเพื่อความยั่งยืน น่าสังเกตว่า สช. มีแนวโน้มที่จะใช้กลไกภาครัฐในการขับเคลื่อน

ศักยภาพความสามารถ (capacity) ของกลไกขับเคลื่อนนับเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ ในที่นี้หมายถึงความสามารถในการบริหารจัดการภายในและข้ามเครือข่าย มีความยืดหยุ่นในการจัดการ และมีแนวทางหรือยุทธศาสตร์หลักที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้จริง องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) หรือองค์กรวิชาการที่เคลื่อนไหวแบบ NGO มักได้เปรียบหน่วยงานราชการเพราะจะมีบริบทระบบราชการ (bureaucratic/ hierarchy context) กำกับ เช่น ระเบียบโดยเฉพาะระเบียบการเงิน นโยบาย/คำสั่งผู้บังคับบัญชา การถูกประเมินตามตัวชี้วัด

สรุปการขับเคลื่อนมติต่างๆ ได้ดังตาราง 4.1 และสรุปกลไกเป็นดังภาพ 4.3

ตาราง 4.1 กลไกขับเคลื่อนและการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำแนกรายมิติ

การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน		
1) ไม่มีใครรับเป็นผู้เสนอประเด็น ไม่มีเจ้าของมิติ (absolutely no commitment) 2) ไม่ได้ระบุระยะเวลารายงานผลการขับเคลื่อนมิติ 3) สข. ขาด strategic interaction กับคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติและคณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติ ในขาขึ้น (communication-coalition lack) เป้าหมายหลัก: คณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อขับเคลื่อนมาตรการในชุมชนร่วมกับ อบท. และมาตรการด้านผู้ประกอบการ หมายเหตุ: หน่วยงานองค์กรหลักขับเคลื่อนเรื่องนี้ ควรเป็นหน่วยงานองค์กรใด และเรื่องนี้จำเป็นต้องเป็นมิติสมัชชาสุขภาพ หรือไม่		
แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม • committed เพียงบทบาทเลขาฯ ใน การทำข้อเสนอเชิงประเด็นเข้าสู่สมัชชา • ระบุว่าเจ้าของประเด็นคือมูลนิธิบูรณะนิเวศ มูลนิธิบูรณะนิเวศเสนอประเด็น“ขยะพิษจากอุตสาหกรรม” และระบุว่ามตินี้เป็นของกรมอนามัย สข. ให้ข้อมูลว่าสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นผู้เสนอประเด็น	• ไม่มีการแต่งตั้งกลไกขับเคลื่อน “คณะทำงานเฉพาะกิจ” ซึ่งขอให้ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติและ คณะกรรมการสาธารณสุข แต่งตั้ง	สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ • ดำเนินงานตามบทบาท ไม่เกี่ยวกับมิติสมัชชา • รณรงค์เผยแพร่ความรู้วิธีการกำจัดแก่ประชาชน และทำโครงการร่วมกับท้องถิ่น (สมัครใจ) ตามบทบาทหน้าที่ การกำจัดต้องลงทุนสูง มีบางเทศบาล/ อบจ. ที่เห็นความสำคัญในการลงทุน • ยังออก กม.ลูกไม่ครอบคลุม กม.ที่มี (พ.ร.บ.สิ่งแวดล้อม) NGO ด้านสิ่งแวดล้อมขับเคลื่อนระดับนโยบาย/มาตรการควบคุมอุตสาหกรรม ผ่าน social media และสื่อสารมวลชนโดยใช้ evidence จากพื้นที่/ชุมชน ด้วยงบต่างประเทศ (ไม่เกี่ยวกับมิติสมัชชา)

การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก:

- 1) มีการพัฒนาและมีแผนยุทธศาสตร์ชาติ (2550-54) มาก่อนเป็นมติสมัชชา
- 2) มีการออกแบบเชิงระบบ และจัดตั้งองค์กรเฉพาะเพื่อการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ (สถาบันสุขภาพวิถีไท)
- 3) มีเวทีขับเคลื่อน (มหกรรมสมุนไพรวงศาติ)
- 4) มีช่องทางนโยบายโดยตรงอยู่แล้ว (คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ เสนอ กรม. ผ่าน คสช.)
- 5) การรวมการแพทย์ แผนไทย พื้นบ้านและทางเลือก ซึ่งมีแนวคิดและการจัดการเชิงระบบต่างกัน ทำให้การขับเคลื่อนและจัดการ ยากกว่ามติดื่นๆ
- 6) รายงานผลการขับเคลื่อนมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4

เป้าหมายหลัก: พัฒนาระบบได้แก่ ยา จัดตั้งสถาบันผลิตแพทย์แผนไทย และการบริการ (มาตรฐานและการรับรองบุคลากร และการจัดบริการ)

แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
ระยะ1 สถาบันสุขภาพวิถีไท (สสว.) (แผนงานภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท สวรส.)	คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน สุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้ง 1. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชา สุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 มติ 7 (พ.ศ. 2553) และมีคณะอนุกรรมการหลายชุดภายใต้แผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท เช่น ระบบยา การพัฒนาระบบการแพทย์- พื้นบ้าน ประธาน: นพ.ประพจน์ เกตุระกาศ	• ระยะแรก แกนขับเคลื่อนเป็นกลุ่มพื้นบ้าน ขับเคลื่อนได้จำกัด • NGO ด้านการแพทย์พื้นบ้านเข้าไม่ถึงกองทุนภูมิปัญญา ภายใต้กรม พัฒนาฯ • พัฒนารับยาและบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับ 3 กองทุน • สสส. สนับสนุนงบในการขับเคลื่อนการแพทย์พื้นบ้าน • สปสช.เป็นเจ้าภาพการพัฒนาระบบบริการการแพทย์พื้นบ้าน/แผน ไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพ • สช. ผลักดันการจัดตั้งสถาบันผลิตแพทย์แผนไทย • ผลประโยชน์จากระบบบริการจูงใจภาคการผลิตบุคลากร/ผู้บริหาร
ระยะ2 สำนักวิชาการ กรมพัฒนา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก	2. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555-59 (ม.ย. 2555) ประธาน: นพ.เปรม ชินวันทนนานนท์	กรมขับเคลื่อนระยะที่ 2 ตามบทบาทและนโยบายผู้บริหารกรม

การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

- 1) กลไกขับเคลื่อนและคณะทำงาน cover ผู้บริหารระดับสูงของ กสธ. และ สสส. (2 สำนัก) และองค์กรเครือข่ายที่ผลักดันมาตรการเชิงนโยบายร่วมกันอยู่แล้ว
- 2) actors จาก กสธ.ต่างมีบทบาทสูงในหน่วยงาน และ actors จากกรมอนามัยเป็นเครือข่ายใน สสส.
- 3) กลไกหลายระดับ/ หลายชุด จนผู้ทรงคุณวุฒิสนับสนุนบทบาท และผู้ทรงคุณวุฒิที่อยู่หลายมิติ จำไม่ได้/ ไม่มีส่วนร่วม
- 4) เน้นการใช้ประสบการณ์ต่างประเทศ
- 5) ขาดการสื่อสารภายในคณะกรรมการ และกับคณะทำงาน
- 6) กำหนดรายงานผลการขับเคลื่อนมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4

เป้าหมายหลัก:

- 1) คณะอนุกรรมการชุดแรก: แผนปฏิบัติการ 5 ปี
- 2) คณะอนุกรรมการชุดที่สอง: กฎหมาย (มาตรการเร่งด่วน 3 เรื่อง)

แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
แผนงานอาหารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย (IHPP) • มีศักยภาพสูงด้านวิชาการ • actors อื่นๆ ยอมรับด้านวิชาการ • เป็นแกนในขาขึ้น • committed เพียงบทบาทเลขานุการในการจัดทำแผนปฏิบัติการ 5 ปี (รับรู้บทบาทต่างจาก สช. และคณะทำงาน)	คณะกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยมี คณะอนุกรรมการ 2 ชุด 1. คณะอนุกรรมการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ ประธาน: นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา และมีคณะทำงานอีก 6 ชุด มุ่งจัดทำแผนปฏิบัติการ	• คณะทำงานส่วนใหญ่เคยอยู่ในขาขึ้น ร่วมเป็นเจ้าของมติ มุ่งปฏิบัติ • คณะทำงานไม่เห็นแผน 5 ปี ฉบับสมบูรณ์ • ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณ 5 ปี • เป็นตัวชี้วัด กสธ., กรมอนามัย, กรม คร. • ภาครัฐที่เป็นเครือข่ายใน สสส. มีการขับเคลื่อน/ปฏิบัติอิงมติ และประสานงานกันเพิ่มขึ้น แม้จะไม่มี การขับเคลื่อนตามมติสมัชชา
แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ • มีศักยภาพสูงด้านวิชาการ (ขับเคลื่อน) • เป็นแกนทั้งขาขึ้น/ขาเคลื่อน • act แบบ NGO • ขับเคลื่อนแบบ social movement	2. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วน ประธาน: นพ. ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	• มาตรการเร่งด่วน 3 เรื่อง ไม่ประสบผล (มีประเด็นขัดแย้งกับธุรกิจ/หน่วยงานใน กสธ.)

ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

1. มีการออกแบบเชิงระบบ และจัดตั้งองค์กรเฉพาะเพื่อการขับเคลื่อน
2. มีตัวแทนเครือข่ายผู้พิการ กสธ. สปสช. และ สสส. ร่วมเป็นกลไกทั้งขาขึ้นและขาเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วม
3. เครือข่ายผู้พิการส่วนกลางเข้มแข็งเป็น active actors และมีเครือข่ายในระดับจังหวัด
4. ขาด strategic interaction จากกระทรวงอื่น
5. กำหนดรายงานผลการขับเคลื่อนมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5,7 และ 9
6. มีการปรับมติ/ข้อเสนอในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติชาติ 2556 ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่มากระทบการขับเคลื่อนมติ

เป้าหมายหลัก: การพัฒนาระบบสนับสนุน: มาตรฐาน งบประมาณ และการรองรับมาตรการ/มาตรฐานต่างๆ

แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ขับเคลื่อนแบบ participatory relation	คณะกรรมการสุขภาพคนพิการแห่งชาติ (26 เม.ย.54) ประธาน: นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	• งบประมาณขับเคลื่อนมาจาก สสส. สปสช. และงบประมาณราชการเอง • เมื่อเครือข่ายผู้พิการเรียกร้องสิทธิกดดันหน่วยงานรัฐทำงานเพิ่มขึ้น ตัวแทนหน่วยงานที่ไม่ใช่ระดับตัดสินใจตอบสนองได้ในกรณีที่ไม่ต้อง ปรับเปลี่ยนนโยบาย/กฎระเบียบ แต่ไม่เกิดความขัดแย้ง • เครือข่ายผู้พิการร่วมให้บริการฝึกทักษะด้วย • มีการสื่อสารภายในสม่ำเสมอ • มีเอกภาพสูงในการขับเคลื่อน • มีประเด็นต้องพัฒนา/ปฏิบัติ/จัดการ จำนวนมาก • เป็นตัวชี้วัด ก.สธ., ก.พม. • ตั้งแต่ 2553 สปสช. สนับสนุน อบจ. จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่ จำเป็นต่อสุขภาพ (matching fund)

นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ

1. มีฐานความคิด 2 แบบคือ จัดการสุขภาวะชุมชน และกระจายอำนาจผ่านการเลือกตั้งผู้ว่าฯ
2. ความตระหนักกับข้อเสนอมติ ไม่สอดคล้องกัน ไม่เป็นเหตุเป็นผลกัน
3. กำหนดรายงานผลการขับเคลื่อนมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5

เป้าหมายหลัก: การพัฒนากลไก มาตรการ กฎหมาย สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการตนเองด้านสุขภาวะ

เป้าหมายหลักของผู้เสนอประเด็น: จังหวัดจัดการตนเอง (กระจายอำนาจการปกครองจากส่วนกลาง)

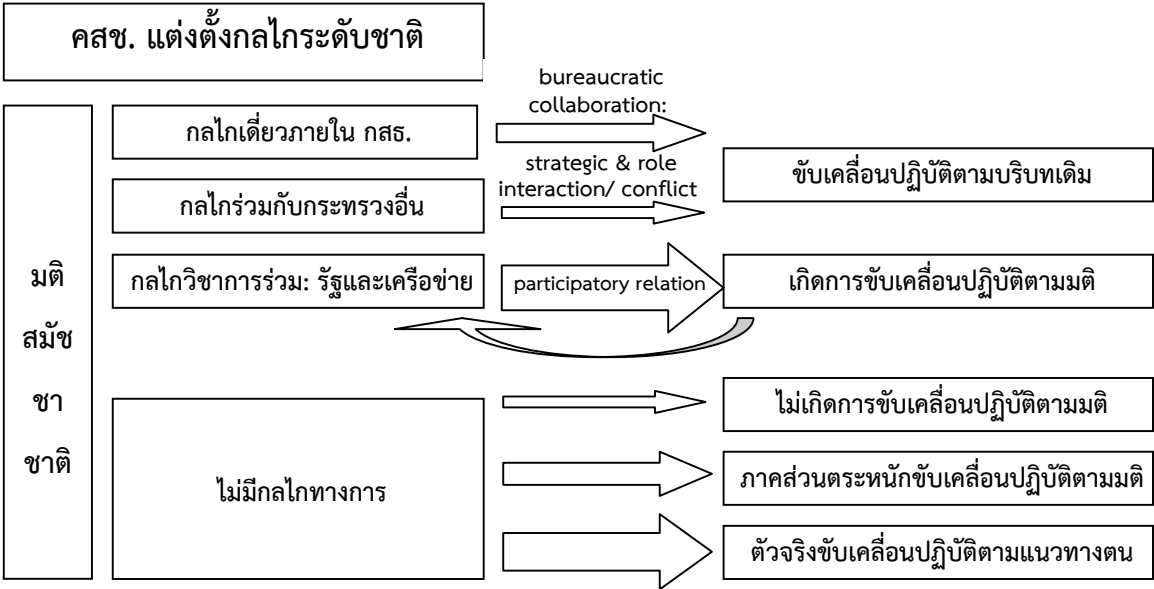
แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
ภาคประชาสังคม • เสนอประเด็นนี้และเป็นเลขานุการ คณะทำงานเฉพาะประเด็นแต่อกจากกระบวนการเพราะข้อเสนอมติ ต่างจากความมุ่งมั่นตั้งใจของตน • ขับเคลื่อนเองแบบ social movement สปร. ขับเคลื่อนผ่านเวทีสมัชชาปฏิรูป ร่วมกับ อปท. (คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปตั้งคณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูป)	• ไม่ปรากฏเอกสารแต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เป็นกลไกขับเคลื่อน • มอบ สปร. ขับเคลื่อน และ อปท. ร่วมเป็นกลไกขับเคลื่อน (ด้วยงบ สสส.)	• ภาคประชาสังคมขับเคลื่อนตามแนวทางเดิมด้วยงบจากแหล่งต่างๆ • สข. จัดตั้งสมัชชาสุขภาพจังหวัดผ่าน สสจ. เกิดธรรมนูญจังหวัด/แผนยุทธศาสตร์จังหวัด/ธรรมนูญสุขภาพตำบล-หมู่บ้าน • สสส. (ไม่เกี่ยวกับมติสมัชชา) มีแผนงาน 1) สนับสนุนภาคประชาชนในโครงการชุมชนสุขภาวะ (3ปี) ผ่าน node ภาคต่างๆ 2) ตำบลสุขภาวะร่วมกับ อปท. • อบต.และเทศบาลร่วมกับชุมชนจัดทำธรรมนูญตำบลหมู่บ้าน และนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดสรรงบประมาณเทศบาล แก้ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะคนในชุมชน

แก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

- 1) กลไกขับเคลื่อน cover เครือข่ายขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะทางเพศ
 - 2) กลไกขับเคลื่อน cover ผู้บริหารระดับสูงของ กสธ. และกระทรวงที่เกี่ยวข้อง แต่ไม่เกิดความร่วมมือ
 - 3) ไม่มี shared/ common goals ระหว่างกลไกขับเคลื่อน
 - 4) ขาด strategic interaction และแรงจูงใจในการสร้างความร่วมมือจากกรมอื่น กระทรวงอื่น sectors อื่น (communication-coalition lack)
 - 5) สื่อสารทางการด้วยการประชุมคณะกรรมการ
- เป้าหมายหลัก: พ.ร.บ. และขับเคลื่อนผ่านกระทรวงต่างๆ

แกนขับเคลื่อน	กลไกขับเคลื่อนระดับประเทศ	การขับเคลื่อน
1.สำนักงานนายเจริญพันธุ์ กรมอนามัย • เป็นแกนทั้งขาขึ้น/ขาเคลื่อน • ไม่ใช่ node ขับเคลื่อนเรื่องนี้มาก่อน • ขับเคลื่อนแบบ bureaucratic collaboration 2.สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ กพม. เป็นแกนขับเคลื่อนแบบ bureaucratic collaboration (เป็น สนง.ใหม่) 3.มูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) เป็นเจ้าของมติสุขภาวะทางเพศ ขับเคลื่อนเครือข่ายแบบ participatory relation 4.องค์กรแพช ขับเคลื่อนเครือข่ายแบบ participatory relation	1.คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (รพว. กสธ. แต่งตั้งเมื่อ เม.ย. 2552) ประธาน: รพว. กสธ. เลขานุการ: อธิบดีกรมอนามัย และแต่งตั้งคณะกรรมการ 7 คณะ (ธ.ค. 2552) 2.คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ ประธาน: รพว. กพม. เลขานุการ: รองปลัด กพม.	• เสนอร่าง พ.ร.บ. ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (ยังไม่ผ่านสภา) ซึ่งครอบคลุมคิดและสาระต่างจากร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับประชาชน • แกนขับเคลื่อน ขับเคลื่อนผ่านโครงการของสำนักไปยัง สสจ. • เป็นตัวชี้วัดกรมอนามัย (2553-54): ตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) • เป็นตัวชี้วัด กสธ. 2ตัว (2555): ร้อยละของแม่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี ตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) • nodes สุขภาวะทางเพศของ สสส. คือ 1) กรม คร. 2) สคส. กำลังจัดทำร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ฉบับภาคประชาชน 3) องค์กรแพช 4) สำนักบริหารการสาธารณสุข สป. กสธ.

ภาพ 4.3 สรุปการขับเคลื่อนเชิงโครงสร้าง 6 มิติ



บทที่ 5 วิจัยและสรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

1. วิจัยผลกระทบการศึกษา

ในเรื่องนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เครือข่ายนโยบาย (policy network) เป็นหัวใจทั้งการจัดทำวาระนโยบาย (ในที่นี้คือประเด็นและข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งจะเป็นมติสมัชชา) และผลักดันไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของสมัชชาสุขภาพตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผู้วิเคราะห์ว่า เครือข่ายนโยบายเป็นรูปแบบการปกครองที่ใช้ทฤษฎีเกมในแง่ใครเป็นตัวแทนในกระบวนการนโยบาย (ที่สามารถสะท้อนและเสริมแรงการจัดสรรอำนาจทางสังคมและการเมือง) และควรจะหิบบกประเด็นไหนขึ้นเป็นวาระนโยบาย เครือข่ายนโยบายที่แตกต่างกันย่อมเกิดผลต่างกัน หากเข้มแข็งเหนียวแน่นย่อมทำให้วาระนโยบายมีความต่อเนื่อง^{1, 2} การออกแบบให้มีคณะกรรมการวิชาการในขาขึ้น อาจนับว่าเป็นการเสริมความเข้มแข็งให้เครือข่าย (คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น) ในขั้นตอนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่การพบว่า มีมติสมัชชาที่ไม่มีการขับเคลื่อนเลยหรือขับเคลื่อนไม่ต่อเนื่อง (ทั้งที่มีและไม่มี การแต่งตั้งกลไกขับเคลื่อนระดับชาติ) น่าจะสรุปได้ว่าเป็นเครือข่ายหลวมหรือสะท้อนกลับถึงบทบาท คจ.สช. และกระบวนการสมัชชาได้เช่นกันว่า มีเกณฑ์คัดเลือกแกนเครือข่ายหรือไม่ และเกณฑ์คัดเลือกประเด็นที่จะเป็นวาระนโยบายและการจัดทำข้อเสนอแนะนั้นเหมาะสมหรือไม่อย่างไร

ตามแนวคิดของ Foucault องค์การฐานความรู้วิทยาศาสตร์เป็นที่มาของการโอนอำนาจรัฐในการปกครองด้วยอำนาจทางกายภาพมาเป็นระบบการอภิบาล (governance) ที่ขึ้นกับวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญโดยมีกฎหมายรองรับการทำหน้าที่ และความซับซ้อนของศาสตร์ที่ยากเกินความเข้าใจของคนทั่วไปทำให้ประชาชนยินยอมและยอมรับอำนาจนั้น³

เมื่อกล่าวถึง การสร้างการมีส่วนร่วม คนทั่วไปมักนึกถึง การกระจายอำนาจหรือประชาธิปไตย แต่หากมองในมุมกลับ “การมีส่วนร่วม” และ “การยอมรับอำนาจ” ก็เป็นปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดำรงอยู่ควบคู่กันไปพร้อมๆ กับความสัมพันธ์ชุดอื่นๆ (เช่น ความสัมพันธ์ในด้านความรู้ ความสัมพันธ์ในการผลิตมติสมัชชา) ในแต่ละขั้นตอนกระบวนการ ดังเช่น ในการคัดเลือกประเด็น (เป็นระเบียบวาระสมัชชา) และแกนที่จะเป็นเลขานุการคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น (ซึ่งต่อไปจะเป็นแกนกลไกขับเคลื่อนระดับชาติ) ในการศึกษาพบว่า แม้จะมีการประชุมระหว่างหน่วยงานองค์กรที่เสนอประเด็นในเรื่องเดียวกันเพื่อหาความเห็นร่วม แต่ในหลายประเด็นมีการกำหนดหน่วยงานองค์กรที่จะเป็นเลขานุการไว้ก่อนแล้วซึ่งมีจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้คำนึงถึงความเป็น “ตัวจริง” ในเรื่องนั้นๆ (แต่อาจมีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย) หน่วยงานองค์กรที่เลือกหายอมรับอำนาจนี้ของ คจ.สช. (หรือ สช.) ก็จะอยู่ร่วมกระบวนการต่อไป ในขั้นตอนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งจะพัฒนาเป็นข้อเสนอมติ มีการปรับเปลี่ยนภาษา เนื้อหา จนถึงแนวคิดของคณะทำงานเฉพาะประเด็น กระทั่งมีเจ้าของประเด็น (ซึ่งต่อไปคือแกนเครือข่ายที่จะ

¹ Marsh D, Rhodes R.A.W. Policy Networks in British Government. Oxford; Clarendon Press, 1992.

² Rhodes R.A.W. Understanding Governance. Buckingham: Open University Press, 1997.

³ Clegg S, Pitsis T, Rura-Polley T, Marosszeky M. Governmentality Matters: Designing an Alliance Culture of Inter Organisational Collaboration for Managing Projects. Organization Studies, 2002; 23/3: 317-337.

ขับเคลื่อน) ออกจากกระบวนการเพราะข้อเสนอไม่ได้อยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ตนมุ่งมั่นตั้งใจต้องการแต่มีการเปลี่ยนแปลงไปโดยสิ้นเชิง

น่าสังเกตว่าประเด็นอำนาจของคณะกรรมการวิชาการ ไม่อยู่ในแนวทางสัมพันธของการวิจัยแต่ถูกหยิบยกขึ้นมาวิพากษ์ในทุกมิติ และเข้มข้นขึ้นในมิติพื้นที่จัดการตนเองและมิติที่คาบเกี่ยวบทบาทกระทรวงอื่น (ซึ่งถูกชี้แจงให้มีส่วนร่วมในระดับหนึ่งแต่ถูกมอบหมายให้นำไปปฏิบัติ)

การกล่าวว่า เป็นสิ่งที่หน่วยงานดำเนินการตามบทบาทอยู่แล้ว ไม่เกี่ยวข้องกับมิติสมัชชา นอกจากจะเป็นความจริงในมุมมองของผู้ให้สัมภาษณ์แล้ว ยังเท่ากับไม่ยอมรับอำนาจสมัชชาที่มากกระทบขอบเขตอำนาจของแต่ละกระทรวงกรมต่างๆ ซึ่งมีกฎหมายรองรับ เช่นเดียวกับที่ คสช. มีอำนาจตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เพราะอำนาจไม่ได้รวมศูนย์อยู่กับที่แบบตายตัวดังสมัยก่อน แต่ถ่ายทอดไปตามเป้าหมายจุดหมาย ส่วนการแสดงออกซึ่งอำนาจนั้นอาจแตกต่างกันไปตามบริบท สภาพสังคมที่ขับเคลื่อนด้วยภาคเศรษฐกิจเป็นหลัก ส่งผลต่อความใหญ่เล็กของกระทรวงในทางการเมืองและอาจเป็นบริบทหนึ่งที่จะกำหนดการรับรู้เกี่ยวกับขอบเขตความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างกระทรวงเมื่อต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน ดังในข้อเสนอมิติที่คาบเกี่ยวบทบาทกระทรวงอื่น (ซึ่งถูกชี้แจงให้มีส่วนร่วมในระดับหนึ่งแต่ถูกมอบหมายให้นำไปปฏิบัติ) ข้อเสนอมิติที่ขอให้ หน่วยงานภาครัฐดำเนินการต่างๆ ก็เท่ากับยอมรับอำนาจของภาครัฐด้วยกัน ในการศึกษา สสส. และ สปสช. ให้ความร่วมมือในระดับสูงกับมิติสมัชชา ต่างจากกระทรวงทั่วไป อาจเพราะมีบริบทและลักษณะการทำงานที่ไม่มีหน่วยปฏิบัติการเองแต่ต้องทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายมาตั้งแต่แรก

เพื่อความกระชับ ในบทนี้จะวิจารณ์สรุปเฉพาะเนื้อหาส่วนที่สำคัญภายใต้ปรัชญาและความหมายของสมัชชาสุขภาพ (กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นช่องทางการเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มุ่งหวังให้เกิดการผลักดันไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ)⁴ และความเห็นที่สะท้อนกลับ สช. เป็นประจำในรูปแบบวาทกรรม 3 ประการคือ เจ้าของประเด็นเป็นผู้ขับเคลื่อนมิติ และมิติสมัชชาเป็นการอ้างอิงทางสังคม และ ไม่ได้งบประมาณเพิ่มจึงขับเคลื่อนไม่ได้

วาทกรรมที่ 1. เจ้าของประเด็นเป็นผู้ขับเคลื่อนมิติ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนักวิชาการภาคประชาสังคม (มิติพื้นที่จัดการตนเอง) มักพูดถึงตัวจริงตัวปลอม เพราะยอมรับกันว่า เจ้าของประเด็นที่เป็นตัวจริงในเรื่องนั้นเท่านั้นจึงจะมีความมุ่งมั่นเป็นเจ้าของมิติและจริงใจในการขับเคลื่อนต่อแม้ว่าข้อเสนอจะออกมาไม่ตรงกับ **ความมุ่งมั่นตั้งใจต้องการ** และไม่ได้รับงบประมาณจาก สช. ก็ตาม ก็ยังมีแรงขับเคลื่อนเพราะศรัทธากับความคิดและแนวทางของตนและหาทุนมาสนับสนุนจนได้

แม้ภาคราชการเป็นผู้เสนอประเด็นเป็นเลขานุการคณะทำงานจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งก็คือ “เจ้าของ” ตามนิยามของ สช. แต่ก็ได้หมายความว่า จะขับเคลื่อนมันต่อไป ในกรณีที่มีการดำเนินงานด้วยงบประมาณหน่วยงานเองมักให้ข้อมูลว่า เป็นการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ไม่เกี่ยวกับสมัชชา ในตาราง 4.1 จาก 6 มิติที่ศึกษา จะเห็นความแตกต่างระหว่างแกนการขับเคลื่อนของภาคราชการและองค์กรพัฒนาเอกชน และยังเห็นชัดเมื่อเป็นกลไกประสานงานตามระบอบราชการที่ข้ามกระทรวง (ซึ่งไม่ว่า กสธ.จะเป็นแกนหรือ กพม. เป็นแกน ก็พบปัญหาความไม่ร่วมมือในทำนองเดียวกัน) ซึ่งในมิติความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

⁴ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สมัชชาสุขภาพ: ก้าวที่ผ่านมาและก้าวต่อไปของสมัชชาสุขภาพ. 15 มีนาคม 2555.

องค์กรวิชาการคือ สสพ. จำกัดบทบาทที่จะไม่เป็นผู้เสนอประเด็นเอง แต่ทำหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการและคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนเครือข่ายผู้พิการเจ้าของมติที่มีจุดอ่อนด้านวิชาการ

จึงเกิดคำถามตามมา 3 คำถามคือ ตัวจริงคือใคร ความเป็นเจ้าของมติเกิดขึ้นได้อย่างไร และถ้าฟังความเป็นเจ้าของมติเพียงพอหรือไม่ที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อน

1.1 ตัวจริงคือใคร

นักวิชาการภาคประชาสังคมให้ข้อสังเกตง่ายๆ ว่า ตัวจริงตัวปลอม ดูได้จากพฤติกรรม เช่น จะถูกดึงดูดด้วยทุนสนับสนุนมากกว่าประเด็นเคลื่อนไหว และเมื่อหมดทุนที่องค์กรสนับสนุนให้มาในเบื้องต้น (ซึ่งมักไม่มากนัก) ก็จะไม่เคลื่อนไหวต่อ แต่ถ้าเป็นตัวจริงจะเคลื่อนไหวไม่หยุดเพราะเป็นแนวคิดที่ต้องการผลักดัน ก็จะหาช่องขับเคลื่อนต่อไป นอกจากนี้ภาคประชาชนหรือแรงงานเฉพาะด้านจะมีคนรู้จักอ้างอิงกันได้คือ มีชื่อ (named) ไม่ใช่ไม่มีใครรู้จัก (nobody)

1.2 ความเป็นเจ้าของมติเกิดขึ้นได้อย่างไร

สช. นิยามว่า เจ้าของมติคือเจ้าของประเด็นที่เสนอเข้ามาและต่อไปจะเป็นแกนหรือเลขานุการในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย หากกระบวนการหน่วยงานนั้นก็เป็นองค์กรขับเคลื่อน ซึ่งจะปรากฏในรายชื่อคณะกรรมการขับเคลื่อนที่ สช. จะแต่งตั้งหลังเป็นมติสมัชชา แต่ก็พบว่า บุคคลหรือหน่วยงานที่มีชื่อปรากฏเป็นเลขานุการในรายชื่อคณะกรรมการ อย่างน้อย 3 คน 3 หน่วยงานองค์กรใน 3 มติ ให้ข้อมูลว่า ไม่ได้เป็นกลไกขับเคลื่อนตามที่ สช. เข้าใจ (และมีมติหนึ่งที่ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนจำไม่ได้ว่าตนเป็นประธาน) ขณะเดียวกัน ในทางตรงกันข้ามกลุ่มที่ไม่ปรากฏชื่ออยู่ในรายชื่อหรือในมติที่ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน กลับมีการขับเคลื่อนแต่เป็นในทิศทางที่อาจพ้องหรือต่างจากข้อเสนอสมัชชา ความเป็นเจ้าของจึงไม่น่าจะนิยามจากการมีชื่อในคณะกรรมการเท่านั้น แต่ต้องเริ่มมาจาก ความเต็มใจและเป็นการเต็มแบบเปี่ยมล้น และจะมีลักษณะเข้าประเด็นคำถามที่ 1.1 คือ ตัวจริง ในมตินโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ พบว่า มีความแตกต่างทางความแนวคิดต่อแนวทางขับเคลื่อนตั้งแต่ในวงคณะกรรมการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและในกระบวนการของคณะกรรมการวิชาการ สุดท้ายผู้เสนอประเด็นยอมแพ้ต่อกระบวนการแต่ได้มาร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และขับเคลื่อนตามแนวทางของตนตามเดิมด้วยทุนสนับสนุนที่หาเอง แม้ว่าจะข้อเสนอมติจะเบี่ยงเบนจากแนวคิดหลักก็ตาม อาจสรุปแบบเข้าใจง่ายๆ ในที่นี้ได้ว่า ความเป็นเจ้าของเกิดจากประสบการณ์สั่งสมจนมีความเชื่อศรัทธาในสิ่งนั้นจนไม่ยอมปล่อยวางและเป็นข้อพิสูจน์ยืนยันได้ว่า กระบวนการพัฒนาข้อเสนอบนฐานวิชาการของคณะกรรมการวิชาการที่ไม่ว่าจะมีเสียงบ่นว่าจากผู้เสนอประเด็นอย่างไรก็ตาม (เช่น เน้นพิธีการหรือเน้นภาษา กระทั่งปรับเปลี่ยนแนวทางการขับเคลื่อน) ก็ได้มีผลต่อความเป็นเจ้าของประเด็นสำหรับตัวจริง แต่อาจมีผลต่อผู้ที่ยังไม่เป็นตัวจริงและต้องขับเคลื่อนภายใต้ร่มของสมัชชา อย่างไรก็ตามแม้ว่าองค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคมยังคงขับเคลื่อนในประเด็นนั้น แต่ความคิดเห็นที่มีต่อกระบวนการของคณะกรรมการวิชาการ ไม่ควรจ้องมองข้าม หากปรัชญาสมัชชาคือการรวมพลังสามเหลี่ยมเพื่อเชื่อมโยงเขา เสียงสะท้อนของกลุ่มคนจำนวนหนึ่งบนฐานมิตรภาพ ควรที่กระบวนการสมัชชา สช. และ คจ.สช. จะเปิดใจรับฟัง

การพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นความสมบูรณ์ของ “เอกสาร” การอ้างอิงที่มาของความคิด ข้อมูล และหรือประสบการณ์ต่างประเทศ ทำให้ “นักวิจัยนักวิชาการ” ได้รับความไว้วางใจเป็นแกนหรือเลขานุการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นเรื่องใหม่ซึ่งมักนิยมอ้างอิงประสบการณ์

ต่างประเทศ ความสามารถด้านภาษาต่างประเทศจึงเป็นสิ่งจำเป็น ผนวกกับการปรับรูปแบบสมัชชาสุขภาพให้มีความเป็นสากลมากขึ้นเพื่อให้สื่อสารง่ายขึ้นกับนานาประเทศ

แต่ในมิติที่มีองค์ประกอบหลักเป็นเครือข่ายภาคประชาสังคม (ซึ่งให้ความสำคัญกับผลสำเร็จของการขับเคลื่อนมากกว่าผลงานวิชาการ) ยิ่งทำให้ต้องพึ่งพานักวิชาการมากขึ้น เมื่อมีการเน้นรูปแบบการเขียน การใช้คำ และสำนวนภาษา ก็มีผลให้ผู้ที่ไม่นิยมกระบวนการพิธีการที่เลียนแบบสมัชชาสุขภาพโลกเช่นนี้ เกิดความรู้สึกแปลกแยกและไม่ยินดีที่จะร่วมกระบวนการดังกล่าว ดังที่พบในมตินโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ ซึ่งโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ให้ข้อคิดว่า พึ่งระมัดระวังว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพจะกลายเป็นราชการของสมัชชา และทำให้รากหญ้ารู้สึกแปลกแยก⁵ สอดคล้องกับทัศนะของศุภวัลย์ พลายน้อยและคณะว่า ภาควิชาการไม่ใช่กลุ่มที่จะขับเคลื่อน หากมีจำนวนมากจะทำให้การขับเคลื่อนด้วยพลังเครือข่ายเป็นไปได้ยาก⁶ นอกจากนี้ การอ้างอิงแต่ประสบการณ์ประเทศพัฒนา ย่อมทำให้ผู้มีส่วนเสียมีข้ออ้างที่จะไม่เห็นด้วยหรือไม่ยอมรับ การนำมาตรการ เครื่องมือ เทคโนโลยีจากประเทศเหล่านั้นมาใช้เพราะเห็นว่าผ่านกระบวนการที่ใช้ความเห็นมากกว่ากระบวนการทางวิทยาศาสตร์ สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์แกนนำระดับพื้นที่ซึ่งเข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่า มีภาคประชาชนเข้าร่วมมากที่สุดมากกว่าภาคราชการและธุรกิจเอกชน⁷ ซึ่งภาคประชาชนมีแนวโน้มจะใช้ความรู้มากกว่าข้อมูลเพราะเอกสารเป็นเรื่องวิชาการที่เข้าใจยากและบางเรื่องก็ขาดข้อมูลอ้างอิง⁸ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อยังไม่มีเตรียมความพร้อมด้านปฏิบัติการรองรับ มีการโต้แย้งจากภาคธุรกิจ และขาดแรงสนับสนุนในการผลักดันจากภาคประชาชน (มติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนการจัดการปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วน) ที่สำคัญคือการปรับเนื้อหาโดยผู้ที่ไม่ใช่ “ตัวจริง” ในประเด็นนั้น (แม้จะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ) ก็มีโอกาสทำให้ข้อมูลและข้อเสนอในมติสมัชชา “ไม่ทัน” สถานการณ์ปัจจุบัน⁹

1.3 ลำพังความเป็นเจ้าของมติเพียงพอหรือไม่ทำให้เกิดการขับเคลื่อน

สำหรับองค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคม เงินทุนเป็นสิ่งจำเป็นต่อการขับเคลื่อน เพราะไม่มีงบประมาณของตนเองเช่นภาครัฐ โดยทั่วไป เงินทุนมาจากองค์กรสนับสนุนที่เห็นพ้องกับประเด็นขับเคลื่อนซึ่งไม่เกินความสามารถของตัวจริงที่จะหาแหล่งสนับสนุน (ส่วนภาครัฐ จะอยู่ในกรณีวาทกรรมที่ 3 “ไม่ได้งบประมาณเพิ่มจึงขับเคลื่อนไม่ได้”) นอกจากนี้ยังมีกรณีที่ต้องขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ (เช่น ในการออกกฎหมายระเบียบ ข้อกำหนด โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ) ซึ่งจำเป็นต้องมีกลไกกระบวนการบางอย่างสร้างความสำนึกเป็นเจ้าของร่วมกันก่อนที่จะเกิดมติเพื่อลดความเห็นแย้ง สร้างเอกภาพทางความคิดความร่วมมือ (coalition) ในการผลักดันกฎหมายต่างๆ ในอีกทางหนึ่งอาจต้องสร้างเสริม

⁵ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. พินิจสมัชชา: วิพากษ์และข้อพึงสังวรณ ใน สมัชชาสุขภาพ:ปรัชญาแนวคิดและจิตวิญญาณ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: บริษัทสามติพริ้นติ้งอีคิวิเพนทส์จำกัด; 2555. และพึ่งระมัดระวังอีก 3 ประเด็นคือ วิกฤต ความเป็นตัวแทน การถกแถลงกับการผลักดันมติสมัชชา และฉันทามติกับฉันทาคติ

⁶ ศุภวัลย์ พลายน้อยและคณะ. ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554 หน้า 148.

⁷ ศุภวัลย์ พลายน้อยและคณะ. ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554 หน้า 74.

⁸ ศุภวัลย์ พลายน้อยและคณะ. ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2553. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554 หน้า 99.

⁹ จากข้อมูลการสัมภาษณ์ คณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการและคณะกรรมการขับเคลื่อนจาก สสส.

ความเข้มแข็งภาคประชาสังคมหรือกลุ่มที่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากกฎหมายนั้นให้มีบทบาทเพิ่มขึ้นในการขับเคลื่อนเคลื่อนไหวในฐานะเป็นผู้รับประโยชน์ เพื่อถ่วงดุลทางสังคม

วาทกรรมที่ 2. “มติสมัชชาเป็นการอ้างอิงทางสังคม”

การที่หน่วยงานจะนำมติสมัชชาไปอ้างอิงว่า ภาคประชาสังคมคาดหวังให้ “หน่วยงาน” ดำเนินการตามมติ และเกิดการดำเนินการนั้น หน่วยงานต้องเล็งเห็นประโยชน์ก่อนไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ในแง่ภูมิใดก็ตาม หน่วยงานที่มีงบประมาณและมีโครงสร้างองค์กรไม่ซับซ้อนนัก เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในระดับพื้นที่¹⁰ สามารถตัดสินใจและดำเนินการได้ทันที หากไม่ขัดแย้งกับวิถีปฏิบัติเดิมหรือไม่เสี่ยงต่อการผิดกฎระเบียบ และมีงบประมาณเพียงพอ เช่น เทศบาลออกเทศบัญญัติเป็นแนวทางการจัดทำธรรมนูญพื้นที่ โรงพยาบาลซื้อผลิตภัณฑ์เกษตรจากกลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ กรณีเช่นนี้เป็นการอ้างอิงมติสมัชชาในเชิงหลักการเหตุผล แต่สำหรับเรื่องใหม่ๆ การมีนโยบายด้านการคลังให้อ้างอิงจะมีความจำเป็นในการเปิดช่องให้ดำเนินการเพื่อปกป้องไม่ให้หน่วยงานองค์กรที่จะดำเนินการมีความเสี่ยงต่อการผิดระเบียบการเงิน สำหรับราชการส่วนกลางที่มีสายบังคับบัญชาซับซ้อนกว่า ผู้บริหารหน่วยงานในระดับหนึ่งๆ จะมีความอิสระในการตัดสินใจได้น้อยกว่า ยิ่งอยู่ใกล้ศูนย์กลางอำนาจ ความอิสระยิ่งลดลง สอดคล้องกับรูปธรรมการอ้างอิงมติสมัชชา (อาจเป็นมติพื้นที่จัดการตนเองหรือบทบาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม) ในระดับตำบลหมู่บ้านที่เกิดธรรมนูญเพราะการตระหนักรู้สถานการณ์ปัญหาของชุมชน (ที่เป็นเรื่องใกล้ตัว) และพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้วยทรัพยากรในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของเดชรัตน์ สุขกำเนิด สรุปว่า การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ทำได้ดีกว่าระดับชาติเพราะมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนและยกร่างธรรมนูญด้วยรูปแบบ วิธีการ และภาษาที่คุ้นชิน กระบวนการยกร่างเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์หรือแนวทางการเปลี่ยนแปลง ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง และมีการติดตามต่อเนื่องทำให้เกิดการสะท้อนย้อนคิด¹¹

นอกจากในเชิงหลักการเหตุผลแล้ว การอ้างอิงมติสมัชชายังมีการอ้างอิงในเชิงประยุกต์ต่อยอดเพื่อการใช้งาน เช่น ธรรมนูญสุขภาพตำบลเปื่อยเป็นเครื่องมือกำกับการจัดสรรงบประมาณของเทศบาล จัดเป็นนวัตกรรมด้านธรรมาภิบาลระดับท้องถิ่น อีกตัวอย่างที่น่าสนใจคือ ในมติการจัดการปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีข้อเสนอมาตรการไฟจราจรซึ่งไม่ประสบผลสำเร็จในการขับเคลื่อนให้เป็นมาตรการกฎหมาย แต่มีนักวิชาการโภชนาการที่รับทราบและเกิดความคิดนำไปใช้แบบ soft law ในการจำแนกอาหารขนมโดยปรับเป็นเกรด A, B, C, D เกิดเป็นแนวคิด “จัดการตนเองในโรงเรียน” กระทั่งกลุ่มผู้ปกครองเรียกร้องไม่ให้โรงเรียนขายขนมแก่เด็ก

การที่มติสมัชชาจะถูกนำไปอ้างอิง นอกจากผู้จะอ้างอิงจะให้คุณค่าต่อกระบวนการ/เวทีสมัชชาสุขภาพแล้วย่อมต้องมองเห็นทั้งประโยชน์ของตัวมติและประโยชน์ของชุมชนสังคมที่จะเกิดจากมตินั้น จึงจะมีน้ำหนักในการอ้างอิง เนื้อหาสาระของมติดึงมีคุณค่ามากกว่ารูปแบบเอกสาร สำหรับข้าราชการต้องประเมินท่าทีของผู้บังคับบัญชาก่อนด้วยว่ามีทิศทางเห็นด้วยกับกระบวนการสมัชชาหรือไม่

¹⁰ หนังสือพิมพ์เดลินิวส์. สธ.สองพี่น้องนำร่องสุขภาพวิถีชีวิตไทย. วันพุธ 2 มกราคม 2556. หน้ากีฬา/ภูมิภาค-ปกครองท้องถิ่น

¹¹ เดชรัตน์ สุขกำเนิด. ประเมินและทบทวนแนวคิดธรรมนูญสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2556.

วาทกรรมที่ 3. ไม่ได้งบประมาณเพิ่มจึงขับเคลื่อนไม่ได้

ประเด็นงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อการขับเคลื่อน จะเป็นเรื่องที่หน่วยงานราชการมักบ่นและมักเสนอว่า ควรพิจารณาในเรื่องนี้มี 2 ประเด็นคือ หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับมติด้อยมีบทบาทในเรื่องนั้นๆ อยู่แล้ว ไม่น่าจะมีการดำเนินการนอกเหนือบทบาทหน้าที่ (การสัมภาษณ์ข้าราชการใน 5 มติ มักกล่าวว่า การดำเนินงานนี้ไม่เกี่ยวกับมติสมัชชาเป็นบทบาทของหน่วยงานอยู่แล้ว) จึงไม่น่าจะไม่มีงบประมาณ เพียงแต่ต้องมีการประสานเชิงนโยบายซึ่งควรทำก่อนหรือระหว่างทำข้อเสนอเชิงนโยบายหรืออย่างช้าก็ต้องก่อนเสนอเข้าสู่เวทีสมัชชา เพื่อไม่ให้ภาคราชการรู้สึกถูกสั่งการ (ซึ่งสมัชชาไม่มีอำนาจสั่งอยู่แล้ว) หรือรู้สึกถูกก้าวร้าว อีกประการซึ่งเป็นประเด็นสำคัญคือ การขับเคลื่อนไม่ได้มีความหมายเพียงทำงานให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มความครอบคลุมเท่านั้น หากได้รับงบประมาณเพิ่มแล้วแต่ยังทำงานแบบเดิมๆ แต่เพิ่มจำนวนก็อาจจะเป็นการขับเคลื่อน การจัดสรรงบประมาณให้ภาคราชการที่แม้จะขยันทำงานก็มีได้หมายความว่า จะเกิดการขับเคลื่อน

สำหรับหน่วยงานราชการ แม้ไม่ได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมสืบเนื่องจากมติสมัชชา หน่วยงานก็ยังสามารถดำเนินงานได้ภายใต้งบประมาณ บุคลากร องค์ความรู้ และเครื่องมือเท่าที่มีในบริบทเดิม และหากตระหนักถึงความสำคัญก็สามารถปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณรองรับได้ แต่ที่สำคัญกว่างบประมาณคือ การประสานนโยบายให้เกิดระบบหรือบริบทที่เอื้อต่อการทำงาน (เช่น การเป็นตัวชี้วัด การเปิดช่องทางให้ใช้งบประมาณได้ การประสานความร่วมมือและทรัพยากรในการทำงานร่วมกับเครือข่าย สสส. สปสช.)

นอกจากนี้ภาคราชการส่วนกลางที่ไม่เคยทำงานร่วมกับเครือข่ายมาก่อน (เครือข่ายในที่นี้ ไม่ได้หมายถึงหน่วยงานภายในกำกับของตนหรือหน่วยราชการส่วนภูมิภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล) มักขาดทักษะการทำงานแบบหุ้นส่วนเคียงบ่าเคียงไหล่กับเครือข่าย รวมทั้งการทำงานร่วมกับภาคราชการด้วยตนเอง เมื่อเทียบกับองค์กรพัฒนาเอกชน และมีคำบ่นทำนองว่า “เอาแต่ประเด็นหลักของตัวเองแต่ไม่มองว่าคนอื่นจะทำอะไร” จึงไม่เกิดวัตถุประสงค์/เป้าหมายร่วมกัน เป็นเพียงเชิญคนอื่นมาช่วยคิดช่วยทำในสิ่งที่ตนต้องการทำ ขณะที่เมื่อทำงานกับองค์กรเอกชนที่มีพื้นฐานวิชาการพร้อมกับการขับเคลื่อนจะได้วิธีคิดวิธีทำงานรูปแบบการทำงานใหม่ๆ นอกเหนือจากความรู้ รูปแบบและความสัมพันธ์ในการทำงานแบบองค์กรเอกชนที่มีส่วนร่วมเสมอภาคกัน (participatory relationship หรือ equitable interaction) แม้ว่าโดยพื้นฐานจะมีอาชีพเป็นข้าราชการ จึงเหมาะสมกับการขับเคลื่อนมากกว่ารูปแบบและความสัมพันธ์แบบราชการ (bureaucratic/ hierarchical relationship) ซึ่งเมื่อเป็นความสัมพันธ์ข้ามกระทรวงจะมีปัญหาเรื่องความคิดว่า “กำลังทำงานให้กระทรวงอื่นหรือกระทรวงอื่นมาแย่งชิงบทบาทเรา เราทำงานแต่กระทรวงอื่นได้ผลงาน” ดังตัวอย่างกรณีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สิ่งยืนยันที่เป็นรูปธรรมคือ การมียุทธศาสตร์ระดับชาติหลายชุดในการแก้ปัญหาเดียวกันโดยกลุ่มหน่วยงานเครือข่ายเดียวกันแต่มีหลายเจ้าภาพในการจัดทำ (ซึ่งในยุทธศาสตร์แต่ละชุดก็จะกล่าวถึงยุทธศาสตร์ย่อยที่กระทรวงอื่นๆ ต้องเป็นเจ้าภาพร่วมหรือให้ความร่วมมือกับเจ้าภาพหลัก) การบริหารการทำงานร่วมกันแบบหุ้นส่วน (partnership management) และจัดสรรพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนสามารถมีบทบาทร่วมกันตามทักษะบทบาทและเสริมด้วยการประชาสัมพันธ์ น่าจะเป็นทางออกของปัญหานี้ได้ โดยมีขั้นตอนการประสานนโยบายในขาขึ้นมาก่อน

2. สรุปผลการศึกษา

กระบวนการสมัชชาเป็นกระบวนการเรียนรู้ของแต่ละภาคส่วนและภาคีเครือข่าย ช่วยในการพัฒนาเครือข่ายสมาชิกด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาและยังเป็นการเปิดพื้นที่แก่เครือข่าย สปิริตสมัชชาของเครือข่ายส่วนหนึ่งเกิดจากการสื่อสารให้รับรู้รับทราบและตระหนักเพื่อการขับเคลื่อนร่วมกัน

ในกระบวนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และเน้นแบบแผนมากจนกลายเป็นพิธีการซึ่งความศักดิ์สิทธิ์ของสมัชชาอยู่ที่การนำมติไปปฏิบัติให้เกิดผล ไม่ใช่พิธีการ

การมีมติสมัชชาจำนวนมากเป็นภาระในการ 1) จัดตั้งกลไกระดับชาติ (เช่น ขาดผู้ที่จะมาเป็นคณะกรรมการ (บางคนเป็นกรรมการหลายชุดทำให้ไม่มีเวลา/ไม่มีการติดตาม) 2) จัดกระบวนการและสนับสนุนทรัพยากรในการขับเคลื่อนและติดตาม ในการ บางมติ สข. ต้องขับเคลื่อนเอง

ในบางมติพบว่า แนวคิดที่ไม่สอดคล้องกันเป็นอุปสรรคในการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างภาคส่วนและขับเคลื่อน แม้จะร่วมวงทำข้อเสนอมาด้วยกัน โดยเฉพาะในภาคราชการที่มีความเป็นใหญ่กว่าจากฐานงบประมาณและกำลังคน นอกจากนี้ การรวมหลายเรื่องเข้าไว้ในมติเดียวกัน ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมได้เมื่อน้ำหนักของการขับเคลื่อนโน้มเอียงไปในบางเรื่อง

หากตัดเรื่องแนวคิดแล้ว ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนคือ ความเป็นตัวจริงของผู้เสนอประเด็นซึ่งคือศักยภาพและคุณภาพของแกนขับเคลื่อนและเครือข่าย กลไกหรือระบบสนับสนุน และการสื่อสาร สำหรับภาครัฐมีลักษณะ เงื่อนไข และข้อจำกัดจำนวนหนึ่ง ซึ่งอาจรวมเรียกว่า บริบทระบบราชการ ทำให้ไม่เหมาะที่จะเป็นแกนขับเคลื่อน ในการศึกษาพบว่า องค์กร/สถาบันวิชาการเหมาะที่จะมีบทบาทอำนวยการขับเคลื่อนบนฐานวิชาการและเครือข่ายต่างๆ ขับเคลื่อนร่วมกันอย่างเสมอภาคซึ่งภาคราชการให้ความสำคัญมากกับการแบ่งและการมีบทบาทในการขับเคลื่อน เพื่อไม่ให้เกิดความคิดว่า มาทำงานให้หน่วยงานอื่น อย่างไรก็ตามการปะทะสังสรรค์ระหว่างกันทั้งขาขึ้นและขาเคลื่อนช่วยให้เกิดการพัฒนาร่วมกันและกันในด้านการฟัง การคิดวิเคราะห์ การใช้เหตุผล และการต่อรอง

หน่วยงานราชการที่ถูกระบุในข้อเสนอมติให้นำไปปฏิบัติมักมีปัญหา 1) ความเป็นเจ้าของร่วมเพราะขาดส่วนร่วมในขาขึ้น 2) ขัดกับนโยบายผู้บังคับบัญชา การอ้างอิงมติเพื่อนำมาปฏิบัติ เป็นไปได้ยากหากไม่ใช่ตัวชีวิต 3) มีการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน เปลี่ยนตำแหน่งงาน รวมทั้งมีการเปลี่ยนผู้บังคับบัญชา แต่จุดแข็งคือ มีบทบาทภารกิจเฉพาะและมีงบประมาณของตัวเอง

เมื่อเทียบกับภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนทำงานด้วยความยากลำบากกว่า เช่น มีปัญหาด้านงบประมาณที่ต้องเลี้ยงทั้งตัวเองครอบครัวและการดำเนินงาน และกลุ่มที่เคลื่อนไหวในพื้นที่มักมีปัญหาด้านวิชาการร่วมด้วยแต่กลุ่มคนเหล่านี้มีความเป็นเจ้าของประเด็นสูงและมุ่งมั่นในการขับเคลื่อน

ในการศึกษา 5 ใน 6 มติ พบว่า สสส. เป็นร่มใหญ่ของการสนับสนุนการขับเคลื่อนทุกภาคส่วนทุกระดับ และเมื่อเกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ สปสช. ก็ไม่รีรอที่จะเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาด้วยทัศนะที่เปิดกว้าง น่าสังเกตว่า องค์กรหลักเหล่านี้มักมีประเด็นนโยบายสอดคล้องกันกับสมัชชาต่างๆ และมีความยืดหยุ่นในการสนับสนุน

3. ข้อเสนอต่อกระบวนการและการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ

ชาขึ้น

ในการเปิดรับประเด็น ควรมี 2 ช่องทาง สำหรับประเด็นเชิงวิชาการและประเด็นเคลื่อนไหวของภาคประชาชนซึ่งเน้นการขับเคลื่อนเชิงประจักษ์ อาจจัดเป็นประเด็นเฉพาะพื้นที่หรือกลุ่มและมีการสนับสนุนเพื่อให้เครือข่ายใหม่ๆ ได้ส่งสมประสบการณ์เพื่อเป็นกำลังในชุมชนต่อไป ในแง่การตลาด ประเด็นลักษณะนี้ได้รับความสนใจมากกว่าห้องใหญ่ที่เป็นพิธีการ เพราะเป็นประเด็นมีชีวิต การเสนอประเด็นควรมีกระบวนการคัดเลือกที่เป็นธรรม ไม่ควรมีระบบเส้นสาย

ความเห็นที่กล่าวถึงกันมากในการศึกษาคือ แนวคิดในการทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ไม่จำเป็นต้องใช้กระบวนการสมัชชาเสมอไป และควรใช้ธรรมาภิบาลว่าด้วยระบบสุขภาพเป็นกรอบ เพื่อค้นหาประเด็นสำคัญที่สังคมไทยต้องขับเคลื่อนเชิงรุก (proactive movement) อาจใช้เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในการติดตามประเมินนโยบายรัฐบาลที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะ วิธีคิดเช่นนี้จะทำให้ได้ใช้และพัฒนา HIA ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป หรืออาจเป็นเวทีติดตามแบบเสริมพลังในมิติที่ขับเคลื่อนยากหรือขับเคลื่อนไม่ได้ การระดมความคิดในกลุ่มคนที่สนใจและให้ความสำคัญอาจเห็นช่องทางการเปลี่ยนยุทธศาสตร์แนวคิดแนวทางในการขับเคลื่อนต่อไป และไม่ควรมองข้ามแนวคิดเชิงเศรษฐกิจเพราะจะเป็นประโยชน์ที่จับต้องได้ของเครือข่าย ดังข้อเสนอที่ 2 มติการพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ การทำให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความหมายและมีความสำคัญในการขับเคลื่อนจะทำให้สมาชิกเกิดศรัทธามากกว่าจะเกิดจากพิธีการ

ก่อนทำข้อเสนอ ควรต้องประเมินความสัมพันธ์เชิงนโยบาย บทบาท เพื่อการสร้างความร่วมมือ ระหว่างกลไกและกระทรวงต่างๆ โดยต้องคำนึงถึงความเป็นได้ภายใต้ข้อจำกัดของกฎหมายด้วย ในบางเรื่องอาจไม่ต้องเข้าเวทีสมัชชาก็ได้ และเป็นการสร้างการรับรู้ร่วมกันกับภาคราชการต่างๆ ในเรื่องที่ต้องเข้าเวทีสมัชชา เมื่อเป็นมติแล้ว สข. ควรสนับสนุนการประสานนโยบายระดับสูงเพื่อให้เกิดการยอมรับที่จะขับเคลื่อนและจัดตั้งกลไกร่วมกัน

ขับเคลื่อน

ในการขับเคลื่อน แกนขับเคลื่อนควรมีศักยภาพในการบริหารจัดการเครือข่ายทั้งองค์กรพัฒนาเอกชน และรัฐด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบหุ้นส่วนข้ามเครือข่าย และการเชื่อมต่อกระทรวงอื่น

กลไกสนับสนุน เป็นประเด็นที่กล่าวถึงใน 6 มติจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน โดยเฉพาะกลุ่มพัฒนาเอกชน โดยมีข้อเสนอดังนี้

ควรมีการเชื่อมประสานระหว่าง สำนัก “ส” กับระดับบริหารของกระทรวงที่เกี่ยวข้องและองค์กรหลักด้านสุขภาพตั้งแต่ชาขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดร่วมระหว่างสำนัก “ส” ซึ่งมีรากฐานความคิดจากสำนักเดียวกัน (school of thought) ในด้านทรัพยากรบุคคล (เช่น นักประสานงาน นักวิจัย นักจัดการความรู้ นักขับเคลื่อนนโยบาย) และการประสานงาน/จัดการข้ามองค์กร/หน่วยงาน/กระทรวง ตัวอย่างรูปธรรม เช่น การเป็นคณะทำงาน/กรรมการในหลายชุดหลายประเด็นหลายสำนัก “ส” และมีปัญหาด้านเวลาซึ่งมีปัญหาจากภาระงานประจำอยู่แล้ว ข้อจำกัดเมื่อต้องทำงานในรูปคณะกรรมการผสมระหว่างกระทรวง รวมทั้งเครือข่าย (ตัวจริง) ได้รับการประสานจากสำนัก “ส” ต่างๆ ในการทำงานประเด็นเดียวกันด้วยเงื่อนไขของแต่ละสำนัก

สข. สสส. สปสช. และ สวรส. (รวมองค์กรในสังกัด) ควรหารือเพื่อลดความซ้ำซ้อนด้านทรัพยากรและเวลาในการบริหารจัดการประเด็นนโยบายและสนับสนุนเครือข่ายดำเนินงาน โดย

- 1) ร่วมกันกำหนดประเด็นนโยบายที่สำคัญและส่งผลกระทบสูง พร้อมกับเชื่อมประสานกับระดับบริหารของกระทรวงและองค์กรเครือข่ายหลักตามประเด็นสุขภาพ
- 2) แจกแจงหน่วยงานองค์กรเครือข่ายหลักและบุคคลในประเด็นนั้น รวมทั้งแบ่งปันข้อมูลในประเด็นต่างๆ เช่น แผนงานและภาคีเครือข่าย (ประเด็น/ทักษะความถนัด) เพื่อการประสานงานเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) จัดสรรทรัพยากรในการทำงานร่วมกันแก่หน่วยงานองค์กรเครือข่ายหลักเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

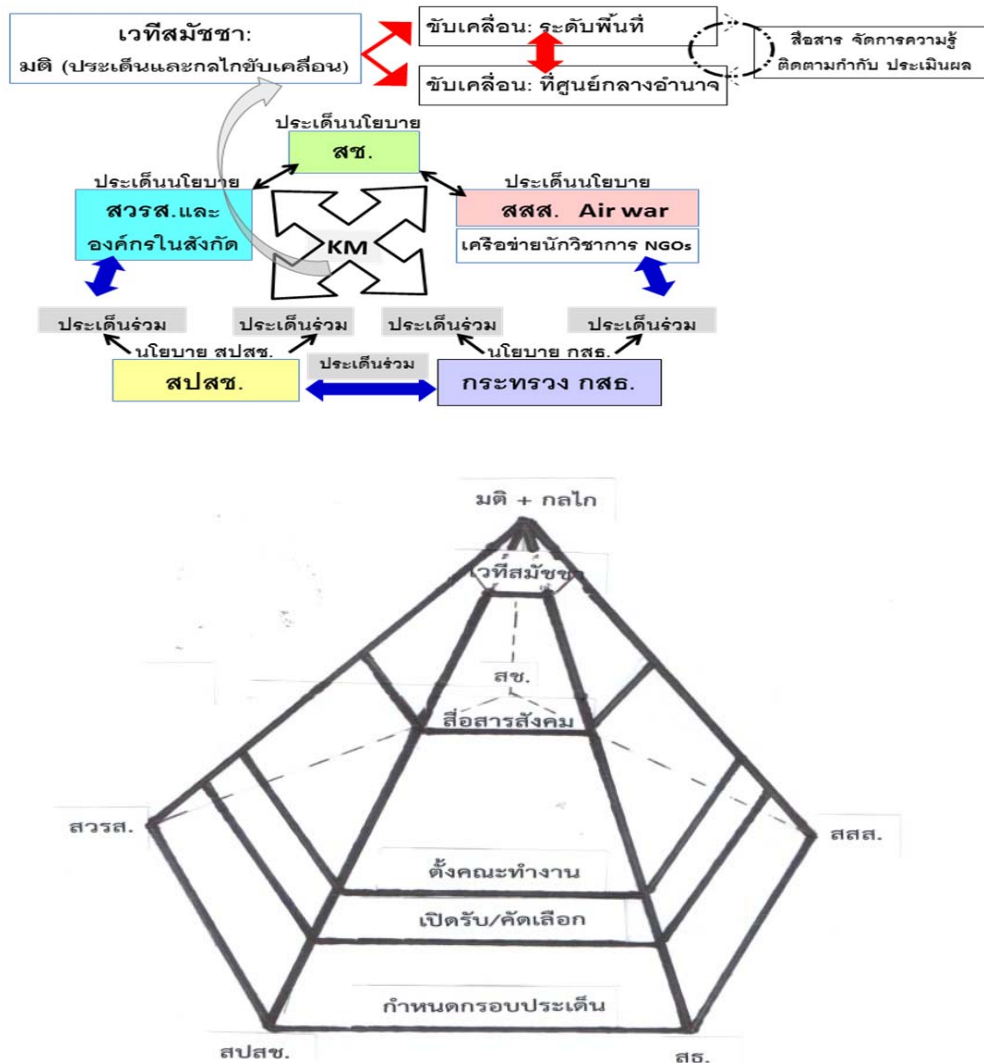
โดยมีเวทีสมัชชาสุขภาพ เป็นพื้นที่เรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายและภาคส่วน สำนัก “ส” และภาคราชการ ด้วยความสัมพันธ์ดังภาพ 5.1 เครือข่ายนักวิชาการและองค์กรพัฒนาเอกชนมีการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพ/สุขภาวะด้วยการสนับสนุนของ สสส. ซึ่งมีศักยภาพด้านสื่อสารสังคม (ระดับมวลชน) สวรส. และองค์กรลูกมีจุดแข็งด้านวิชาการและมีเครือข่ายวิชาการทั้งระดับมหาวิทยาลัยและพื้นที่ สปสช. มีเครือข่ายบริการสุขภาพ สข. มีศักยภาพด้านกระบวนการและการประสานเครือข่ายภาคประชาชน ส่วนกระทรวงสาธารณสุขมีบุคลากรระบบงาน และการบริหารจัดการครอบคลุมทั่วประเทศขณะที่มีข้อจำกัดงบประมาณส่วนกลาง

ทั้ง 5 องค์กรควรร่วมกันกำหนดทิศทางและจัดทำกรอบประเด็นนโยบาย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นและเป็นการสนับสนุนและเสริมพลังซึ่งกันและกันจากการแบ่งปันแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ร่วมกัน จากนั้น สข. ดำเนินการเปิดรับประเด็น จัดกลุ่ม และคัดเลือกประเด็น ขั้นตอนที่สามคือ ตั้งคณะทำงานที่มีองค์ประกอบจากภาคส่วนหลักในการขับเคลื่อนด้วยเพื่อจัดทำข้อเสนอ/ยุทธศาสตร์/แผนขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ ขั้นตอนนี้อาจใช้เวลาาน เพื่อให้ได้สาระสำคัญ ทิศทางการขับเคลื่อน และแผน รวมทั้งแหล่งทรัพยากรสำหรับบทบาทภารกิจใหม่ตามยุทธศาสตร์แผนงานจากมติ สำหรับประเด็นข้อเสนอที่ยังไม่สมบูรณ์ ก็จะมีเวลาจัดทำพร้อมกับการเรียนรู้ ประเด็นที่มีความเฉพาะก็อาจจัดอยู่ในกลุ่มเวทีพื้นที่/เฉพาะประเด็น/วิชาการซึ่งอาจมีการระยะเวลาดำเนินการสั้นหรือจะต่อยอดเป็นประเด็นเชิงนโยบายก็ได้ กรณีที่อาจมีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ ขั้นตอนสื่อสารสังคมและรับฟังความเห็นนอกเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อหาเสียงสนับสนุนเป็นการถ่วงดุลกับภาคส่วนที่เสียผลประโยชน์ส่วนตน จะมีความสำคัญ เมื่อเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพซึ่งควรเป็นการเรียนรู้กระบวนการนโยบายของเครือข่ายทุกระดับ (ไม่ใช่เฉพาะนักวิชาการ/ผู้ทรงคุณวุฒิ) และส่งเสริม “การจัดการตนเอง” ทุกพื้นที่ทุกระดับ เวทีสมัชชาสุขภาพก็จะ เป็นพื้นที่แสดงพลังร่วมของภาคส่วนต่างๆ ขั้นตอนนี้ ควรมีกลไกพร้อมขับเคลื่อนในเบื้องต้นหลังจากเป็นมติสมัชชา กลไกนี้ควรต้องต่อเนื่องกับคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

5. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. องค์กรสนับสนุนหลักควรร่วมกันจัดทำประเด็นนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนและฐานข้อมูลวิชาการและเครือข่ายองค์กรที่ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน เพื่อการสนับสนุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การขับเคลื่อนอย่างมีพลังขึ้นกับคุณภาพเครือข่าย จึงควรลงทุนกับการพัฒนาศักยภาพในด้านการจัดการเครือข่าย (network management) และการเรียนรู้จากการขับเคลื่อน
3. พัฒนาระบบการวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคม (social network analysis)
4. จัดระบบสนับสนุนการถอดบทเรียนการขับเคลื่อนภาคประชาชนและผลที่เกิดขึ้นให้เป็นประสบการณ์ประเทศไทย (Thai evident)

ภาพ 5.1 ความสัมพันธ์ของ “เบญจภาคี” ในกระบวนการนโยบายเพื่อสุขภาพ
(สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา)



ภาพสามมิติของความสัมพันธ์นี้เป็นรูปทรงปิระมิดฐานห้าเหลี่ยมที่ตัดขวางเป็น 5 ขั้นตอน

- ขั้น 1: 5 องค์กรร่วมกำหนดกรอบประเด็นนโยบาย กระทรวงในที่นี้รวมถึงกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย
- ขั้น 2: เปิดรับ/จัดกลุ่ม/คัดเลือก”ประเด็น”
- ขั้น 3: ตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอ/ยุทธศาสตร์/แผนขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ (ขั้นตอนนี้ใช้เวลา)
- ขั้น 4: เวทีให้ความเห็น/สื่อสาร/สร้างกระแส
- ขั้น 5: เวทีสมัชชาสุขภาพ เกิดมติสมัชชา กลไกขับเคลื่อน และการสนับสนุนร่วมจากองค์กรในขั้นที่ 1