

# พระราชบัญญัติสงฆ์

## แผนปฏิรูป

- ฆตติการประชุมคณะอนุกรรมการ / คณะทำงาน สืบเสาะ  
 สาธารณะเพื่อการปฏิรูประบบสงฆ์แห่งชาติ ครั้งที่ 1 / 2543  
 [27 กันยายน 2543 เวลา 09.30-12.00 น.]  
 ณ สำนักงานปฏิรูประบบสงฆ์แห่งชาติ
- แยกสร้าง ความร่วมมือทางสังคมเพื่อการปฏิรูประบบ-  
 สงฆ์แห่งชาติ
- รายงานทบทวนความรู้เรื่อง นโยบาย สาธารณะเพื่อสงฆ์  
 โดย ผศ. ดร. ปัทมาภรณ์ เกษสมบูรณ์ นพ. อรรถ สวัสดิ์กุล  
 นพ. สุวิทย์ วิบลผลประเสริฐ สำนักสนับสนุนโดย สถาบันวิจัย  
 ระบบสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสงฆ์
- ขอเชิญร่วมประชุมปรึกษาหารือเรื่องการเคลื่อนไหวงาน  
 ปฏิรูประบบสงฆ์ [1 มีนาคม 2544]
- ขอเชิญร่วมประชุมปรึกษาหารือ [30 พฤษภาคม 2544]

(1) 51 2.5 / 1.1 (147 หน้า) หน้า 14

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ  
National Health System Reform Office



บันทึกข้อความ

วันที่ 30 พฤษภาคม 2546

เรื่อง ขอเชิญร่วมประชุมปรึกษาหารือ

เรียน ศ.นพ.ประเวศ วะสี, นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์, ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย, ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช, คุณโสภณ สุภาพงษ์, นพ.ชูชัย ศุภวงศ์, นพ.สุกกร บัวสาย, นพ.วิพุธ พูลเจริญ, นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, **นพ.อำพล จินดาวัฒนะ**, นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, นพ.พลเดช ปิ่นประทีป, อ.ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์, อ.พิชัย ศรีใส

ตามที่ สปรส. ได้ดำเนินงานมาจะครบ 3 ปีแล้ว ประกอบกับคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี คณะที่ 6 (ฝ่ายสังคม) ที่มี รองนายกรัฐมนตรี (ศ.ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์) เป็นประธาน ได้ให้ความเห็นชอบในหลักการให้ขยายเวลาทำงานของ คปรส. และสปรส. ออกไปอีก 2 ปี นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นไปด้วยดี สปรส. จึงขอเรียนเชิญท่านร่วมประชุมเพื่อปรึกษาหารือ เรื่อง ย่างก้าวของงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ในวันพฤหัสบดีที่ 12 มิถุนายน 2546 เวลา 16.00 -18.00 น. ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและเข้าร่วมประชุมตามวันเวลาและสถานที่ข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

อัมพล จินดาวัฒนะ

(นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ)

ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

นค  
อัมพ  
3 มิย 46

หมายเหตุ : ขอความกรุณาแจ้งการตอบรับ ที่ ปิติพร จันทรทัต ณ อยู่ชยา สปรส. โทร. 0-25902309

โทรสาร 0-25902311 ด้วย จะเป็นพระคุณ

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ  
National Health System Reform Office



บันทึกข้อความ

วันที่ 1 มีนาคม 2544

เรื่อง ขอเชิญประชุมเพื่อปรึกษาหารือเรื่องการเคลื่อนไหวยานปฏิรูประบบสุขภาพ

เรียน นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์, ศ.นพ.ประเวศ วะสี, ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี, นพ.สุจิต ศรีประพันธ์, ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช, นายโสภณ สุภาพงษ์, นพ.วิพุธ พูลเจริญ, นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, นพ.ชูชัย ศุภวงศ์, **นพ.อำพล จินดาวัฒนะ**, นพ.สุภกร บัวสาย, นพ.พลเดช ปิ่นประทีป, นพ.สุรเชษฐ์ สถิดนิรามัย, นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นพ.ขวัญชัย วิศิษฐานนท์.

ตามที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดประชุมทีมงานแกนหลักในการเคลื่อนไหวยานปฏิรูประบบสุขภาพในเรื่องของกรอบความคิดระบบปฏิรูปสุขภาพไปแล้ว เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2543 นั้น

เพื่อรายงานความคืบหน้าและปรึกษาหารืออย่างกว้างของการเคลื่อนไหวในช่วงต่อไป กระผม จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือ ในวันจันทร์ที่ 19 มีนาคม 2544 เวลา 16.00 - 18.00 น. ณ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี โดยมีประเด็นที่จะปรึกษาหารือคือ

1. ประเด็นสำคัญใน(ร่าง)กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ
  - ที่ควรนำไปสังเคราะห์องค์ความรู้เพิ่มเติม
  - ที่ควรนำไปตรวจสอบความเห็นกับภาคีต่างๆ
2. แผนการเคลื่อนไหวในช่วงปี 2544
3. การเตรียมการยกร่าง พ.ร.บ.
4. ประเด็นอื่นๆที่สำคัญ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมในวัน เวลา และสถานที่ข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

**อำพล จินดาวัฒนะ**

(นพ.อำพล จินดาวัฒนะ)

ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

*เกษม วัฒนชัย*  
11/16

*ทกม, ๕๑*

*อ.พว  
25/4/44*

# ภาพการเคลื่อนไหวสังคม เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ปี 2544

## B ระเบิดตัวกรอบฯ

- จัดกิจกรรมงานเปิดตัว
- เผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อทุกแขนง
- นำหนัก เนื้อหา และ Feed back
- HSR 50%    • กรอบฯ 50%
- ประชาชนเกิดการรับรู้ /
- อยากรู้ต่อสนใจติดตาม
- รายละเอียด
- ภาคีเกิดการตื่นตัว

## C ประชาสัมพันธ์ และเคลื่อนไหวต่อเนื่อง

- เผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อทุกแขนง
- ขยายผลจากเวทีภาคีผ่านสื่อ
- นำหนัก เนื้อหา และ Feed back
- HSR 20%    • กรอบฯ 30%    • เวทีภาคี 50% (ข้อเสนอภาคี)
- รัฐบาลจะเอียงเอะเฉพาะประเด็น มากขึ้น เข้าใจมากขึ้น
- รัฐบาลมีคณาจารย์ร่วมทำมากมาย
- ภาคีเกิดการตื่นตัว / เคลื่อนไหว

## D ระเบิดตัวลูก

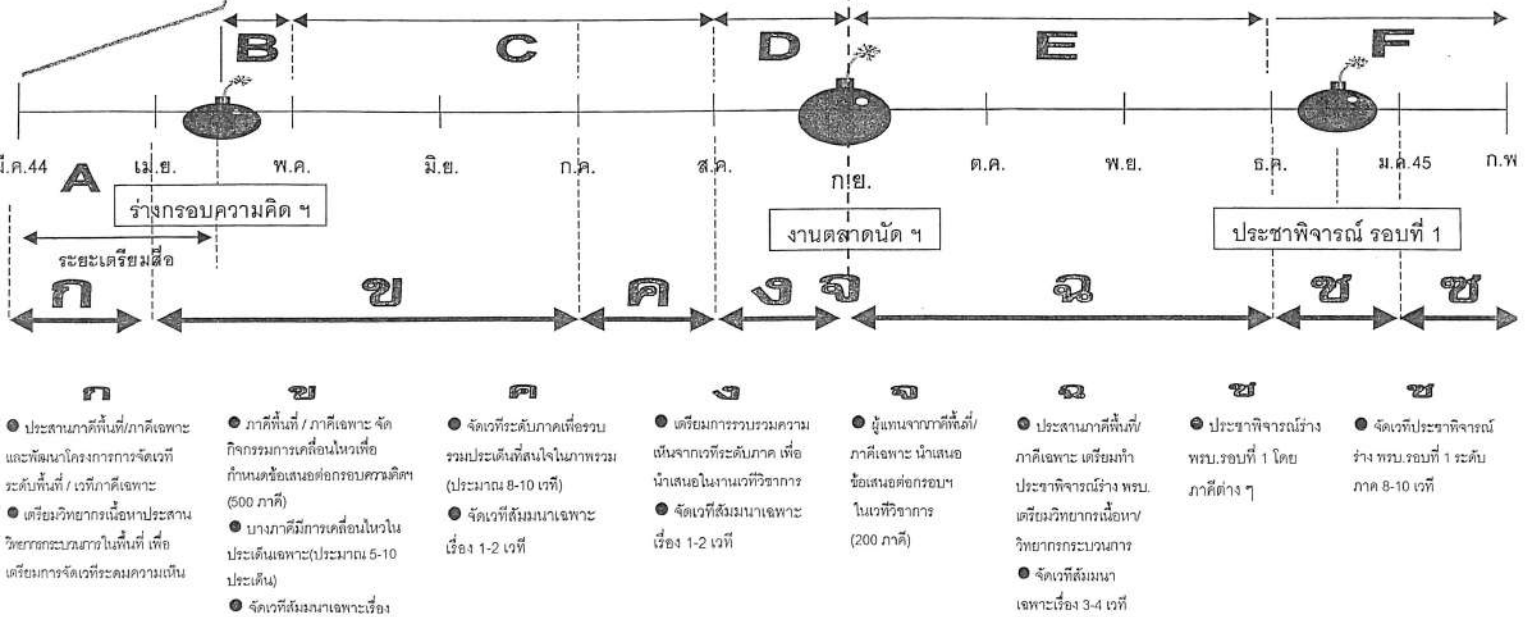
- เผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อทุกแขนง
- เชื่อมโยงเนื้อหาสูงในต่าด้าน
- นำหนัก เนื้อหา และ Feed back
- HSR 10%    • กรอบฯ 20%    • งานตลาดนัด 50%
- เวทีภาคี 20%
- ผู้ / เข้าใจเรื่อง HSR และ กรอบฯ
- ผู้ร่วมงานตลาดนัด
- อยากร่วมงานตลาดนัด
- ภาคีเข้าร่วมงานตลาดนัดฯ

## E

- ประชาสัมพันธ์ถึงพนักงาน
- ส่งกระแสสู่การปฏิรูปสุขภาพ
- พรบ.รอบที่ 1

## F

- ประชาสัมพันธ์ข้อเสนอปฏิรูปสุขภาพรอบที่ 1



- (1) ปรัชญา ฯ**
- สุขภาพ 4 มิติ (จิตวิญญาณ, สังคม, กาย, จิต)
  - สุขภาพคือ อุดมการณ์ของชาติ
  - health for all, all for health
  - ระบบสุขภาพต้องมีทิศทาง/คุณธรรม โครงสร้างครบ มีปัญญา เชี่ยวชาญ พัฒนาได้ต่อเนื่อง

- (2) สิทธิหน้าที่ ฯ**
- ทุกคนมีสิทธิในการมีสุขภาพดี
  - สิ่งแวดล้อมดี พอกุ้ยพอกิน เคารพในผู้ด้อยโอกาส
  - ท้าวมโนธรรม เล็ก/เยาวชน หญิง/ชาย หญิงมีครรภ์ ผู้เจ็บป่วยได้รับการดูแลคุ้มครองสุขภาพ
  - ประชาชนได้รับการจัดโรค/ปัญหา
  - บั้นปลายชีวิต หลังการตายได้รับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรี
  - การใช้เทคโนโลยีเกี่ยวกับชีวิตต้องรับผิดชอบต่อส่วนรวม
  - ได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค
  - รวมตัวกันจัดกิจกรรมด้านสุขภาพเองได้

- (3) บทบาทรัฐ/ท้องถิ่น/ชุมชน/ประชาชน**
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ต่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อม & สุขภาพ
  - คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน
  - จัดบริการสุขภาพทั่วถึงได้มาตรฐาน
  - รับผิดชอบต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะ
  - ควบคุมป้องกันโรค/ปัญหาที่คุกคามสุขภาพ
  - จัดระบบ กฎกติกา ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ
  - กระจายอำนาจอย่างเหมาะสม
  - ท้องถิ่นดำเนินการเพื่อสร้างสุขภาพ
  - ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกระดับ

**ถอดชิ้นส่วน ระบบสุขภาพแห่งชาติ**

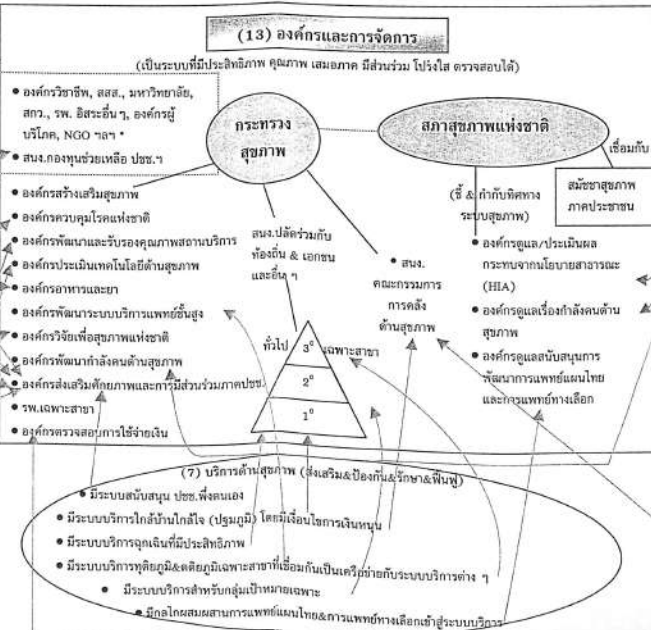
- (5) สร้างเสริมสุขภาพ**
- ทุกภาคส่วนเข้าร่วมสร้างสุขภาพ
  - ให้ความสำคัญต่อบริบทสาธารณะเพื่อสุขภาพ
  - กฎกติกาเอื้อต่อการสร้างสุขภาพ
  - บูรณาการศาสตร์/ภูมิปัญญาหลากหลาย
  - มาตรการการเงินการคลังเอื้อต่อการสร้างสุขภาพ
  - มีกลไกดูแลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม

- (11) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ**
- สนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคม
  - สนับสนุน งบ. จัดเจน
  - มีกลไกดูแลงาน คสช.
  - มีกลไกกองทุนช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาจากบริการ/ผลิตภัณฑ์

- (6) ควบคุมโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ**
- ทุกภาคส่วนร่วมควบคุมป้องกัน
  - มีกลไกที่มีสมรรถนะสูงดูแลจัดการควบคุมป้องกันโรคที่มีปัญหา (สนับสนุน-ช่วยเหลือ)
  - มีเครือข่ายองค์กรทำงานด้านนี้ที่เข้มแข็ง

- (12) การจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ**
- มีกลไกและเครือข่ายการวิจัยด้านสุขภาพและแลกเปลี่ยนผลไปใช้
  - มีการถอดบทเรียน ผลิตงาน
  - มีการจัดระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารจัดการและวางแผน
  - มีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ประชาชน

- (10) การควบคุมคุณภาพ**
- มีระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบริการด้านสุขภาพทุกระดับ
  - มีระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ



- (9) กำลังคนด้านสุขภาพ**
- ผลิต & พัฒนาคมนให้สอดคล้องกับประโยชน์สาธารณะ
  - ระบบคัดเลือกผู้ตอบสนองของชุมชนท้องถิ่น
  - ส่งเสริมการกระจายคนและากรที่มีส่วนร่วมของท้องถิ่น
  - มีกลไกระดับชาติดูแลนโยบายแผนในภาพรวม
  - มีกลไกรัฐดูแลนโยบายแผนในระดับปฏิบัติการ
  - สนับสนุนการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ\*

- (8) การเงินการคลังในระบบสุขภาพ**
- มีระบบการเงินการคลังรวมใหญ่ (เฉลี่ยทุกจังหวัด สุขได้รับสิทธิประโยชน์เท่าเทียม หลักการเดียวกันทั้งประเทศ ครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู)
  - มาตรการการเงินการคลัง มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพนำก่อน
  - แยกบทบาทดูแลการใช้จ่ายเงินออกจากบทบาทผู้ให้บริการ
  - มีกลไกดูแลในภาพรวม
  - มีกลไกตรวจสอบการใช้จ่ายเงิน

- (7) บริการด้านสุขภาพ (ส่งเสริม & ป้องกัน & รักษา & ฟื้นฟู)**
- มีระบบสนับสนุน ประชาชน พึ่งตนเอง
  - มีระบบบริการใกล้บ้านใกล้ใจ (ปฐมภูมิ) โดยมีเงินอุดหนุน
  - มีระบบบริการฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ
  - มีระบบบริการทุติยภูมิ & ตติยภูมิเฉพาะสาขาที่เชื่อมกันเป็นเครือข่ายกับระบบบริการต่าง ๆ
    - มีระบบบริการสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
    - มีกลไกผสมผสานการแพทย์แผนไทย & การแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการ

(ร่าง) ประเด็นสำคัญในกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการให้  
ประชาคมต่าง ๆ ช่วยขบคิดให้ชัด

สปรศ. : กพ. 44

ประเด็นที่ 1 เรื่องปรัชญา เจตนารมณ์และหลักการสำคัญ, เรื่องสิทธิ หน้าที่ ความเสมอภาค และเรื่องบทบาทรัฐ องค์กรส่วนท้องถิ่น ชุมชนและปัจเจกบุคคล

- เห็นด้วยหรือไม่ เพียงใด ?
- ครอบคลุมหรือไม่ ขาดอะไร ?
- เป็นจริงได้หรือไม่ อย่างไร ?

ประเด็นที่ 2 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

- หลักการในร่างเหมาะสมดีหรือยัง ?
- ระบบย่อยและมาตรการที่จะทำให้ประชาชนและทุกภาคส่วนของสังคมเข้าร่วมสร้างสุขภาพอย่างกว้างขวางได้จริง ควรเป็นอย่างไร ?
- กลไกที่เข้ามาดูแลเรื่องนโยบายสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ควรเป็นเช่นไร จึงจะน่าเชื่อว่าจะทำงานได้ผลจริง ?

ประเด็นที่ 3 ระบบบริการด้านสุขภาพ

- ระบบที่จะทำให้ประชาชนมีขีดความสามารถในการพึ่งตนเองได้ อย่างแท้จริง ควรเป็นอย่างไร ?
- ระบบบริการใกล้บ้านใกล้ใจ (บริการระดับต้น) หน้าตาควรเป็นอย่างไร จะทำให้เป็นจริงได้อย่างไร ?
- ควรมีระบบและกลไกอย่างไรในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีศักดิ์ศรี เป็นทางเลือกหนึ่งของประชาชนได้อย่างแท้จริง

ประเด็นที่ 4 ระบบคุ้มครองผู้บริโภค

- การกำหนดให้รัฐต้องสนับสนุนองค์กรผู้บริโภคภาคประชาชนที่เป็นอิสระจากทั้งรัฐ และธุรกิจเอกชน อย่างกว้างขวาง จะทำให้เป็นรูปธรรมได้อย่างไร ?

- การกำหนดให้รัฐต้องใช้งบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร ?
- การเสนอจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบปัญหาจากการใช้บริการหรือใช้ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพโดยเก็บเงินจากบริการ / ผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความเหมาะสมหรือไม่ เป็นไปได้หรือไม่อย่างไร ?
- องค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ควรมีหน้าตาและบทบาทอย่างไร ?

#### ประเด็นที่ 5 ระบบการจัดการความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

- การกำหนดให้รัฐจัดงบประมาณด้านสุขภาพ 5 % สนับสนุนการสร้างความรู้ เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร ?
- ในส่วนของระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชน จะทำให้เป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพได้อย่างไร ?

#### ประเด็นที่ 6 ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

- หลักการจัดระบบการคลังรวมหมู่เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟื้นฟู) ที่มีความเสมอภาค มีประสิทธิภาพ และได้คุณภาพ เหมาะสมแล้วหรือยัง จะทำให้เป็นรูปธรรมได้อย่างไร ควรเป็นระบบเดียวหรือหลายระบบ ?
- มาตรการทางการเงินการคลังที่จะทำให้เกิดการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพอย่างกว้างขวาง ที่น่าจะได้ผลและควรทำ มีอะไรอีกบ้าง ?

#### ประเด็นที่ 7 องค์กรและการจัดการ

- สภาสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นกลไกนโยบายและกำกับทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติควรมีความเชื่อมโยงกับภาคประชาชนอย่างไร เช่น ควรกำหนดให้มีสภาสุขภาพจังหวัด มีการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประจำปี โดยมีสำนักงานสภาสุขภาพแห่งชาติเป็นฝ่ายเลขานุการ ฯลฯ เหมาะสมหรือไม่ กลไกนี้ควรมีรูปร่างหน้าตาที่ชัดเจนอย่างไร ?
- ในส่วนของการจัดบริการด้านสุขภาพที่ปัจจุบันอยู่ในความรับผิดชอบของราชการกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหลัก บางส่วนจัดโดยภาคธุรกิจเอกชน ส่วนน้อยจัดโดยองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีการปฏิรูปจัดวางบทบาทส่วนนี้กันใหม่อย่างไร จึงจะเกิดผลดีแก่ประชาชนมากที่สุด ?

- ในกรณีมีการคิดกลไกขึ้นมาทำหน้าที่ตามระบบย่อยที่จัดวางขึ้นใหม่ จะปรับกลไกเดิมเข้าสู่กลไกใหม่ๆ ได้อย่างไร

### ประเด็นรอง

#### ประเด็นที่ 8 ระบบควบคุมคุณภาพ

- ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบริการด้านสุขภาพตามที่เสนอ เหมาะสมหรือไม่ ควรปรับอะไรอีก ?
- ระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เสนอจำเป็นหรือไม่ เหมาะสมหรือไม่ ควรปรับอะไรอีก ?

#### ประเด็นที่ 9 ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

- หลักการต่างๆ ที่วางไว้ ครบถ้วนเหมาะสมหรือไม่ ?
- การเสนอกฎเกณฑ์ดูแล 2 ระดับ เหมาะสมหรือไม่อย่างไร ?

#### ประเด็นที่ 10 ระบบการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ

- การไม่แยกโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และปัญหาที่คุกคามสุขภาพออกจากกัน เหมาะสมหรือไม่ ?
- กลไกกลางที่ดูแลเรื่องนี้ รวมทั้งการจัดเครือข่าย ควรมีหน้าตาและบทบาทอย่างไร จึงจะทำงานได้ผลจริง ?
- จะทำอย่างไรให้ทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมควบคุมป้องกันฯ ได้อย่างเป็นรูปธรรม ?



(ร่าง) ประเด็นบทบาทภาคประชาชนในร่างกรอบระบบสุขภาพแห่งชาติ  
ที่ต้องการให้ประชาคมต่าง ๆ ช่วยขบคิดให้ชัด

	หัวข้อในกรอบฯ
1. บัณฑิต / ชุมชน รวมตัวกันจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพกันเองได้	(2.2.15)
2. ประชาชนร่วมเป็นผู้แทนในกลไกของรัฐที่ดูแลงานด้านสุขภาพทุกระดับ (ต้องมีส่วนกำหนดนโยบายและดูแลการจัดการ)	(3.10)
3. ประชาชน, ครอบครัว, ประชาคม, ชุมชน, องค์กรท้องถิ่น ร่วมสร้างสุขภาพ อย่างกว้างขวางภายใต้ระบบและกลไกสนับสนุนที่ดี	(5.1)
4. ประชาชน, ประชาคม, ชุมชน, องค์กรท้องถิ่น ร่วมมีบทบาทในการควบคุม ป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพภายใต้ระบบและกลไกสนับสนุนที่ดี	(6.1)
5. ประชาชนมีและพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ภายใต้ระบบสนับสนุนที่ดี	(7.1)
6. ร่วมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ	(7.6)
7. จัดองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนที่เป็นอิสระจากภาครัฐและ ภาคธุรกิจเอกชนที่กระจายทั่วประเทศ โดยรัฐสนับสนุนงบประมาณและมีระบบ สนับสนุนชัดเจน	(11.1.1)
8. ร่วมกลไกพัฒนาและสร้างเสริมระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อเสริมศักยภาพภาคประชาชน	(12.3)
9. ร่วมกำกับระบบสุขภาพผ่านสภาสุขภาพจังหวัดและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติภาค ประชาชนที่เชื่อมโยงกับสภาสุขภาพแห่งชาติ	(ข้อเสนอใหม่)

### คำถาม

1. มีประเด็นสำคัญใดตกหล่นไปอีกบ้างหรือไม่
2. ความคมชัดของประเด็นเหล่านี้มีอะไรบ้าง สำหรับ
  - บรรจุในร่าง พ.ร.บ.
  - ทำให้เกิดการดำเนินการให้เป็นรูปธรรม
3. ต้องมีระบบ กลไก หรือเงื่อนไขใดที่จะประกันความสำเร็จของแต่ละประเด็น
4. อื่น ๆ ตามที่เห็นว่าจำเป็นต้องพิจารณา

สรุปความก้าวหน้าของอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ  
ณ วันที่ 19 มีนาคม 2544

เรื่องที่ contract ไปแล้ว		เรื่องที่ยังไม่ได้ contract		
เข้าที่ประชุมอนุกรรมการแล้ว		นักวิชาการกำลังทำ	เรื่องเก่า	เรื่องใหม่
ได้ final report แล้ว และกำลังจัดพิมพ์	รอ final report /peer review			
PMC	Consumer protection & การรับ รองคุณภาพสินค้าด้านสุขภาพ	Payment mechanism จะเข้าที่ประชุมอนุกรรมการ 30 มี.ค.นี้ (merge กับ UC)	Primary care : ยา, หันตกรรม, งาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	กลุ่ม H. public policy - religion, culture vs. H.
H. public policy : concept (พิมพ์แล้ว)	Tech. Assessment	Control diseases & negative H. impacts จะเข้าที่ประชุมอนุกรรมการ 30 เม.ย.นี้	H. information system	- Sci & tech. vs. H. - Transportation vs. H.
Integrated medicine	การพัฒนาและรับรองคุณภาพ บริการสุขภาพ	กลไกการพัฒนาวิทยาศาสตร์ระดับประเทศ จะเข้าที่ประชุมอนุกรรมการ 25 พ.ค.นี้		สุขภาพและความปลอดภัย ของแรงงาน
Universal coverage	Research	Disabled/ Elderly จะเข้าที่ประชุมอนุกรรมการ 29 มิ.ย.นี้		Archive of H. system reform
	Emergency care	Self care & family based care จะเข้าที่ประชุมอนุกรรมการ 27 ก.ค.นี้		
	H. impact assessment	การวิจัยและการพัฒนายาในประเทศไทย		
	H. personnel dev.	ระบบการชดเชยแก่ผู้ประสบปัญหาสุขภาพจากนโยบายและ การบริโภคสินค้าและบริการสุขภาพ		
		การพัฒนาสื่อมวลชนเพื่อให้เกิดผลด้านบวกในการสร้างสุขภาพ		
		การศึกษากับสุขภาพ		
		การสร้างพฤติกรรมสุขภาพในนักเขียนและเยาวชน		

March 19, 2001

INTERNATIONAL CONFERENCE

29-30 or 30-31 August 2001.

Obj. :    1. Sharing experience on Health System Reform (HSR) focus on the reform process  
          2. Networking

Expected outcomes :

1. International input for HSR movement in Thailand.
2. Sharing Thai experience

Method : paper presentation and discussion

Resource persons and participants

International : Australia, S.Korea, Japan, Singapore, Malasia, Taiwan, Philippines,  
                  : China, Vietnam, Indonesia  
Local           : MOPH, ex-MOPH

Topic

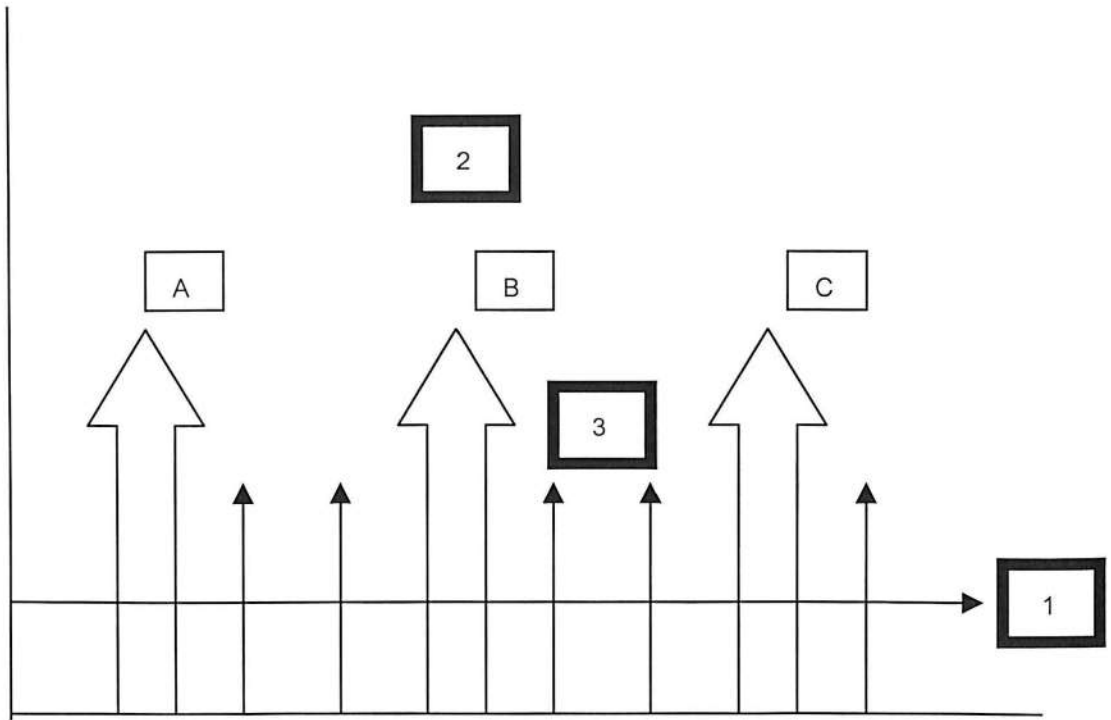
- Universal coverage      - core package
- financing including for cross boundary utilization
- drug system
- QA.
- dz. control and h. promotion
- decentralization
- autonomous hospital
- role of research and reform interface

Budget : WHO, MOPH, HSRI, HSRO, IHPP

## หลักการสื่อสารสาธารณะเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

การสื่อสารสาธารณะเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพในระยะเวลา 3 ปี (ปี 2543-2546) เป็นการสร้าง "วาระแห่งชาติ" โดยผ่านสื่อแขนงต่างๆ ทั้งสื่อมวลชนท้องถิ่นและสื่อมวลชนส่วนกลาง โดยยึดหลัก

1. **รักษากระแส เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ** ให้ยังคงในกระแสสื่อมวลชนและสร้างความตื่นตัวในเรื่องดังกล่าวในประชาชนทุกหมู่เหล่า มีกิจกรรมสนับสนุน เช่น การจัดพิมพ์หนังสือเผยแพร่ จัดหมายข่าวเวทีปฏิรูป แผ่นพับ fact sheet บทความประจำในหนังสือพิมพ์ เป็นต้น โดยกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนการปฏิรูปวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพของคนในสังคมอย่างต่อเนื่อง ทัวถึง และซึมลึก เพื่อให้คนในสังคมเข้าใจเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพและง่ายต่อความเข้าใจในการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
2. **สร้างกระแสใหญ่การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นระยะ** ในช่องทางและเวลาที่เหมาะสม เช่น การใช้กระบวนการโฆษณา การจัดสัมมนาใหญ่ การระดมสมองภาคี การขยายผลประเด็นสำคัญในสังคมเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ เป็นต้น
3. **สร้างความต่อเนื่องของข้อมูล** พยายามสอดใส่เนื้อหาที่หลากหลายเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพผ่านทางสื่อมวลชนเป็นระยะ โดยเป็นการให้ข้อมูลเนื้อหากับสื่อมวลชนทั้งก่อนและหลังจากที่ "สร้างกระแสใหญ่" เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งนี้หากไม่ดำเนินการใดๆต่อ กระแสใหญ่ที่สร้างไว้จะหายอย่างรวดเร็ว ดังนั้น สปรศ. ต้องเตรียมข้อมูลเนื้อหา/แหล่งข่าวที่พอเพียงสำหรับสื่อมวลชนที่สนใจเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ เช่น การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทางสถานีวิทย์ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ทั้งสื่อมวลชนท้องถิ่น และส่วนกลาง การจัดแถลงข่าว การจัดสัมมนาย่อยๆ เป็นต้น



แผนปฏิบัติการของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ  
(เดือนกันยายน - ธันวาคม 2543)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ			หมายเหตุ
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
P1 แผนงานวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ				
1. การประชุมระดมสมองเพื่อทบทวนและเพิ่มเติมหลักการ กลไก และประเด็นสำคัญ จำนวน 30 คน		/		ไม่รวมกิจกรรมสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ดำเนินการภายใต้ร่มของ สวรล.
2. การประชุมคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน	วันที่ 25 1 ครั้ง	วันที่ 29 1 ครั้ง	วันที่ 27	
3. การประชุมคณะทำงาน				
P2 แผนงานสร้างความร่วมมือเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ				
1. การจัดทำแผนที่ภาคีความร่วมมือ (Partnership Mapping) และเตรียมความพร้อมทีมประสานงานส่วนกลาง				
1.1 Partnership Mapping : Workshop (1 วัน x 30 คน)	/			สัปดาห์ที่ 1
1.2 สัมมนาทีมประสานงานส่วนกลาง (1 วัน x 40 คน) : P1 + P2 + P3 + P4 + P5 + LDI + อส.กทม./ปริมนทล + Key ในกระทรวงสาธารณสุข	/			สัปดาห์ที่ 4
2. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน P2				
2.1 ประชุมอนุกรรมการและคณะทำงาน	/			สัปดาห์ที่ 4
3. เตรียมความพร้อมเครือข่ายอาสาสมัครปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ				
3.1 สัมมนาภาคีวิชาชีพ 4 เครือข่าย - มหาวิทยาลัย / สถาบันผลิต (1 วัน x 30 คน) - ธุรกิจเอกชน (1 วัน x 30 คน) - สมาชิวิชาชีพและองค์กรวิชาชีพ x 4 เวที (1 วัน x 30 คน)		/		สัปดาห์ที่ 1
		/		สัปดาห์ที่ 2
		/		สัปดาห์ที่ 3
3.2 สัมมนาภาคีพื้นที่ 75 จังหวัด 12 เครือข่าย (12 เวที x 30 คน)	4 เวที	8 เวที		15 ต.ค.-30 พ.ย. 43
4. เวทีพระสงฆ์กับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ				
4.1 เวทีจุดประกาย : พุทธมณฑล (1 วัน x 500 รูป)		/		สัปดาห์ที่ 4
5. ประชุมประสานงานแกนนำเครือข่ายผู้สูงอายุ (1 วัน x 30 คน)		/		สัปดาห์ที่ 1
6. เวทีระดมความคิดเรื่อง "ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่ประชาชนต้องการ"				
6.1 ประชุมเตรียมทีมวิทยากร (2 วัน x 20 คน)			/	สัปดาห์ที่ 1
6.2 เวทีระดมความคิดแบบมีส่วนร่วมเพื่อพิจารณารูปแบบและสาระบัญญัติเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพขั้นต้นและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ - 4 ภาค (4 เวที) x 1 วัน x 100 คน - 1 เวทีวิชาชีพ x 1 วัน x 100 คน		2 เวที	2 เวที	ปลาย พ.ย. - ต้น ธ.ค.
			1 เวที	สัปดาห์ที่ 1
6.3 เวทีสรุปผลการระดมความคิด (2 วัน x 20 คน)			1 เวที	สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ			หมายเหตุ
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
P3 แผนงานสื่อสารสาธารณะเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ				
1. การผลิตสื่อสิ่งพิมพ์				
1.1 การจัดทำจดหมายข่าว "เวทีปฏิรูป" 30,000 ฉบับ	1	1	1	
1.2 การจัดพิมพ์หนังสือ "ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการจาก 6 ภาค" 5,000 เล่ม (พิมพ์ครั้งที่ 1)		/		
1.3 หนังสือการ์ตูนเผยแพร่การปฏิรูป (พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 10,000 เล่ม)			/	
1.4 หนังสือฝ่าวิกฤต 3,000 เล่ม (พิมพ์ครั้งที่ 2)	/			
1.5 แผ่นพับ 20,000 แผ่น (พิมพ์ครั้งที่ 4)	/			
1.6 หนังสือแนะนำ สปรส. (พ็อกเก็ตบุ๊กเล็ก) 10,000 เล่ม (พิมพ์ครั้งที่ 1)	/			
1.7 การจัดทำ fact sheet (2,000 -4,000 ชุด/เรื่อง)		/	/	ประมาณ 3 เรื่อง/เดือน
1.8 การจัดทำโปสเตอร์		/		
1.9 การจัดทำนิตรรศการเคลื่อนที่		/		
2. การผลิตสื่อวีดิทัศน์				
2.1 การจัดทำสารคดีสั้น 60 ตอน	/	/	/	ออกอากาศ 15 ต.ค.เป็นต้นไป
2.2 จัดทำเทปสุขภาพเพิ่ม 100 ม้วน	/			ช่อง 3 เวลา 06.00 น. และ และช่อง 11 เวลา
3. การผลิตสื่อเสียง				
3.1 การจัดทำ spot วิทยู 10 ตอน		/		
3.2 การจัดทำสารคดีสั้นทางวิทยู 30 ตอน		/	/	
4. การย่อยองค์ความรู้				
4.1 ย่อยองค์ความรู้เพื่อเผยแพร่ 15 ชิ้น	/	/	/	
5. การจัดประชุม/เสวนา/แถลงข่าว				
5.1 การจัดประชุมคณะอนุกรรมการฯ		/		
5.2 การจัดประชุมคณะทำงาน	/	/	/	
5.3 การจัดเสวนาสื่อมวลชน				
- สร้างภาคีสื่อมวลชน	/			1 เวที (1 วัน x 30 คน)
- จัดเสวนาตามสถานการณ์	/	/	/	เดือนละ 1 ครั้ง
5.4 แถลงข่าว	/	/	/	ตามสถานการณ์
6. สัมภาษณ์ความคิดเห็นประชาชน (Poll)				
6.1 สัมภาษณ์ความคิดเห็นประชาชนในประเด็นที่ประชาชนจะได้รับผลกระทบโดยตรง		/		ประเด็น PMC

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ			หมายเหตุ
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
7. การเผยแพร่กิจกรรมปฏิรูประบบสุขภาพ				
7.1 หน้า 4 หนังสือพิมพ์มติชน		/	/	(จะขอเงิน กสธ. ดำเนินการต่อไปในปี 2544)
7.2 รายการวิทยุ "เส้นทางสุขภาพ" ทุกคืนวันพุธ (ร่วมด้วยช่วยกันทุกทิศทั่วไทย)	/	/	/	
8. ดูแล web site	/	/	/	
P4 แผนงานยกย่อง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ				
1. การประชุมระดมสมองนักกฎหมายที่สนใจงานด้านสุขภาพ จำนวน 30 คน	/			2 ต.ค. 43
2. ประชุมคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน รวม 20 คน		/		
3. รวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์กฎหมายทั้งไทยและต่างประเทศ		/	/	
P5 แผนงานบริหารทั่วไป				
1. การสนับสนุนการดำเนินงานของ คปรส.				
1.1 การประชุม คปรส. ครั้งที่ 2/2543			/	7 ธ.ค. 43
1.2 สัมมนาความร่วมมือระหว่าง คปรส., คณะอนุกรรมการและคณะทำงานทุกชุด		/		24 พ.ย. 43
2. การสนับสนุนการดำเนินงานของสปรส. และภาคีต่างๆ เพื่อให้งานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ				
2.1 ค่าตอบแทนพนักงาน	/	/	/	
2.2 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุน	/	/	/	
2.3 ค่าครุภัณฑ์				
* ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสำนักงาน	/			เป็นรายการค้าง
* ค่าใช้จ่ายระบบโทรศัพท์สารสนเทศ	/			จ่ายที่กอนี้ผูกพัน
* ค่าครุภัณฑ์สำนักงานต่าง ๆ	/			ไว้แล้วตั้งแต่ ก.ค. - ธ.ค. 43



ประเด็นการหารือในการประชุมปรึกษาหารือเรื่องการเคลื่อนไหวงานปฏิรูประบบสุขภาพ

วันที่ 4 ตุลาคม 2543 เวลา 17.00-19.00 น.

ณ ห้องประชุมสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

.....

ประธาน: นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์

- ประเด็นที่ 1
- สรุปภาพรวมอย่างก้าวหน้าปฏิรูประบบสุขภาพ
    - ภาพรวม
    - อนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
    - อนุกรรมการวิชาการฯ
    - อนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคมฯ
    - อนุกรรมการสื่อสารสาธารณะ
  - รับฟังข้อคิดเห็นและเสนอแนะ

ประเด็นที่ 2      แผนงานช่วงเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2543

- รับฟังข้อคิดเห็นและเสนอแนะ

ประเด็นที่ 3      อื่นๆ - ปัญหาเรื่องงบประมาณ  
- กลไกการทำงาน

๑) ประเด็นที่ 1 ก่อตั้ง  
↓  
๑) ชาติจัดสรรงบประมาณ ?  
๑) จัด P4 ของ Sub-1 เข้า เดิมแบบ  
' 3 ปี งบประมาณ  
๑) ครรภ์ครบรอบ ๑๕ ปี  
ส่งไปหาภาคใต้  
๑) หอสมุดปรร./อน.วิเคราะห์  
ด้วย Mechanism 3 ปี งบ ๑๖ ล้าน  
อนุมัติ 1๖ ล้าน ๑๖๐๐๐ บาท  
๑) เรื่อง ๒๒ งบ ๑๖๐๐๐ บาท  
ด้วย ๒๒ งบ ๑๖๐๐๐ บาท  
3 ปี ๑๖ ล้าน ๑๖๐๐๐ บาท

(1) 28. 2.5/1.1 14 14

- ① 28.10.10.26 28.5.25 28.10.11.25  
28.10.11.25
- ② 0.10.24. 28.5.25 customer based  
0.2.28. 28.10.11.25: 28.5.25

28.10.11.25

- ① ZIP
- ② 28.10.11.25

① 28.10.11.25 1 11.25 ✓

28.10.11.25 ① integrate 28.10.11.25

PPA → 28.10.11.25 estimate

28.10.11.25 28.10.11.25

28.10.11.25 28.10.11.25

28.10.11.25

28.10.11.25 28.10.11.25 \*\*\*

① 28.10.11.25 intensive seminar

28.10.11.25 28.10.11.25

28.10.11.25

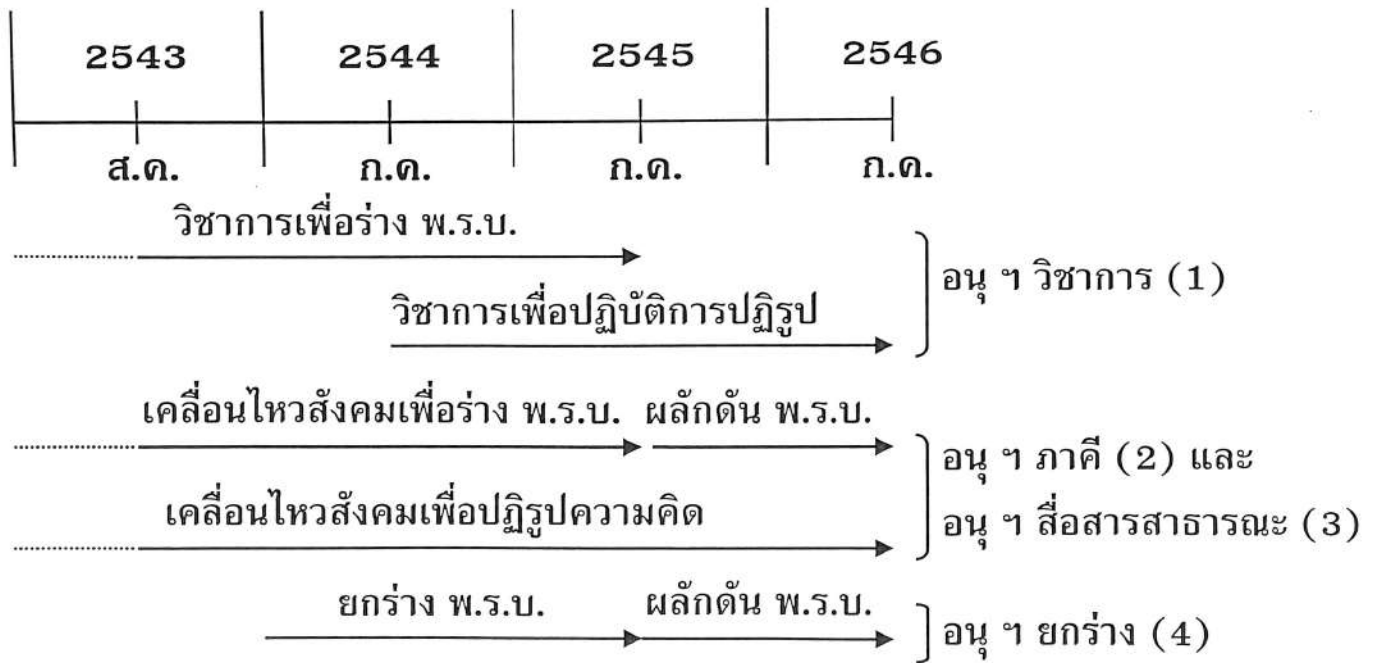
28.10.11.25

## การปฏิรูป 3 ระดับ

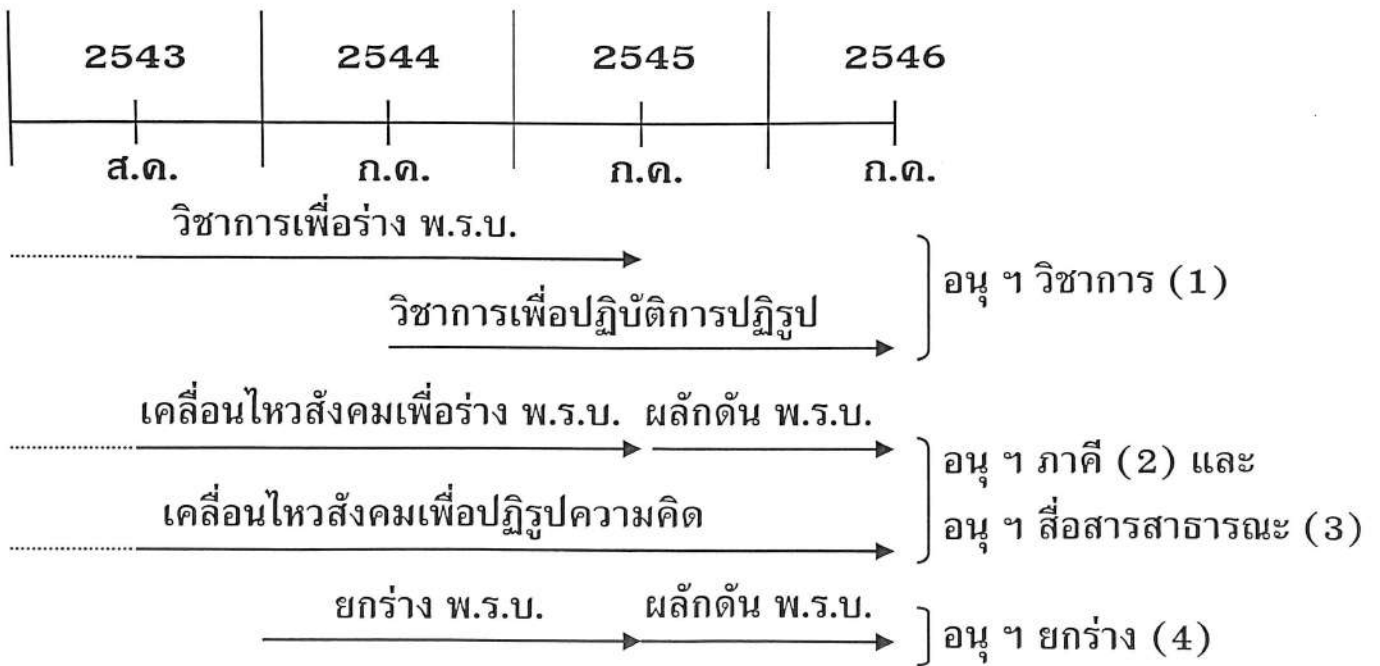


- สร้างนำซ่อม, กินอยู่แต่พอดี พอเพียง ,  
คุณภาพ - ประสิทธิภาพ - เป็นธรรม,  
ธรรมาภิบาล, ความร่วมมือ ฯลฯ
- องค์กร, กฎหมาย/ข้อบังคับ, ระบบการเงิน  
การคลัง, ระบบบริหารจัดการ, ทรัพยากร
- การปฏิบัติงาน, การจัดบริการ,  
การดำรงชีวิต

## การดำเนินงานและระยะเวลา (ช่วง 3 ปี)

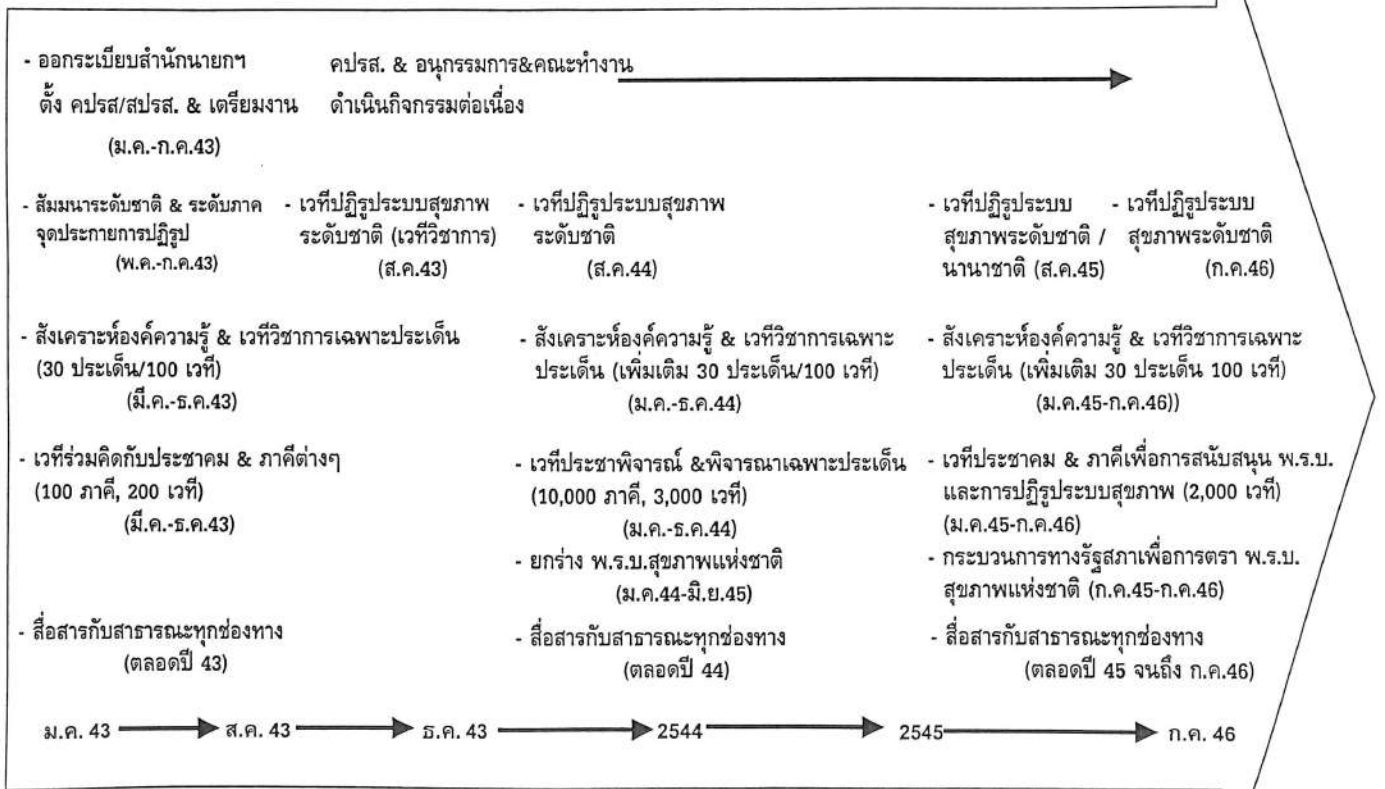


## การดำเนินงานและเว็อนเวลา (ช่วง 3 ปี)



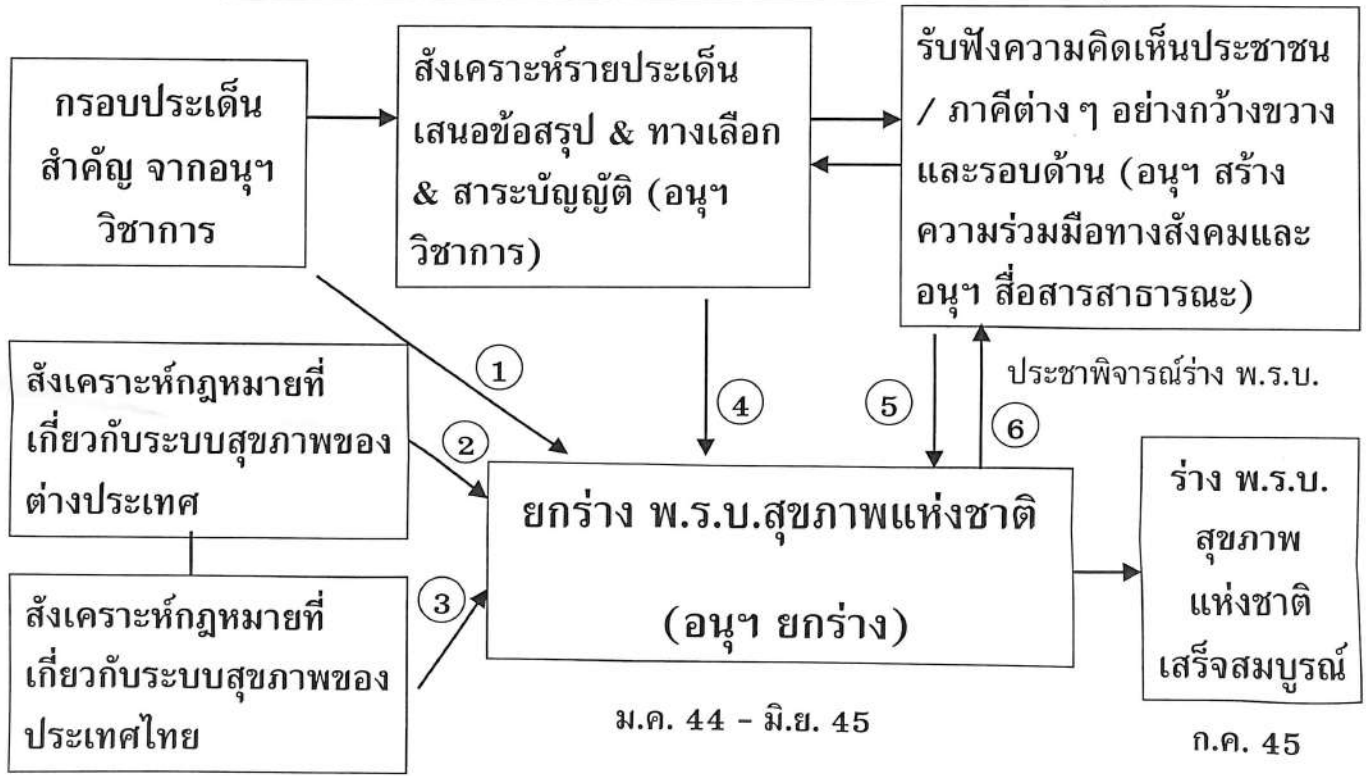
สปรศ.

## ภาพแสดงการดำเนินงานกิจกรรมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ



หมายเหตุ ทุกกิจกรรมมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ใช้วิธีวางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างสอดคล้องประสานและใกล้ชิด โดยมี สปรส.เป็นแกนกลาง สปรส.

# งานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ



ม.ค. 44 - มิ.ย. 45

ก.ค. 45

พ.ย. 43 - ม.ค. 44

สปรส.

## อธิบาย

### ◇ ปัจจัยนำเข้าสู่การยกร่าง พ.ร.บ.

- ① กรอบประเด็นคำถามสำคัญ (จากอนุฯ วิชาการ) ใช้ยกร่าง พ.ร.บ. เป็นโครงร่างแรกได้
- ② สั่งเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของต่างประเทศ (ดร.บวรศักดิ์ + ดร.กิตติศักดิ์ + ทีมสนับสนุน + สุทธิกาญจน์)
- ③ สั่งเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในประเทศ (..... + คุณสุรัตน์ + ทีมสนับสนุน)
- ④ รับข้อมูลผลสั่งเคราะห์รายประเด็นจากอนุฯ วิชาการ มาเพื่อปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.
- ⑤ รับฟังข้อคิดเห็น / เสนอแนะจากประชาชนผ่านมาทางอนุฯ สร้างความร่วมมือทางสังคมและอนุฯ สื่อสารสาธารณะ เพื่อปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.
- ⑥ ส่งร่าง พ.ร.บ. รายประเด็นและทิ้งฉบับไปสู่การทำประชาพิจารณ์โดยผ่านอนุฯ สร้างความร่วมมือทางสังคมและอนุฯ สื่อสารสาธารณะ

### ◇ การยกร่าง พ.ร.บ. (คุณวัฒนา, ดร.บวรศักดิ์, คุณกาญจนารัตน์, ดร.กิตติพงษ์, ดร.กิตติศักดิ์, อ.แสวง, นพ.สมศักดิ์, นพ.สุวิทย์, นพ.อำพล + ทีมสนับสนุน)

สปรศ.

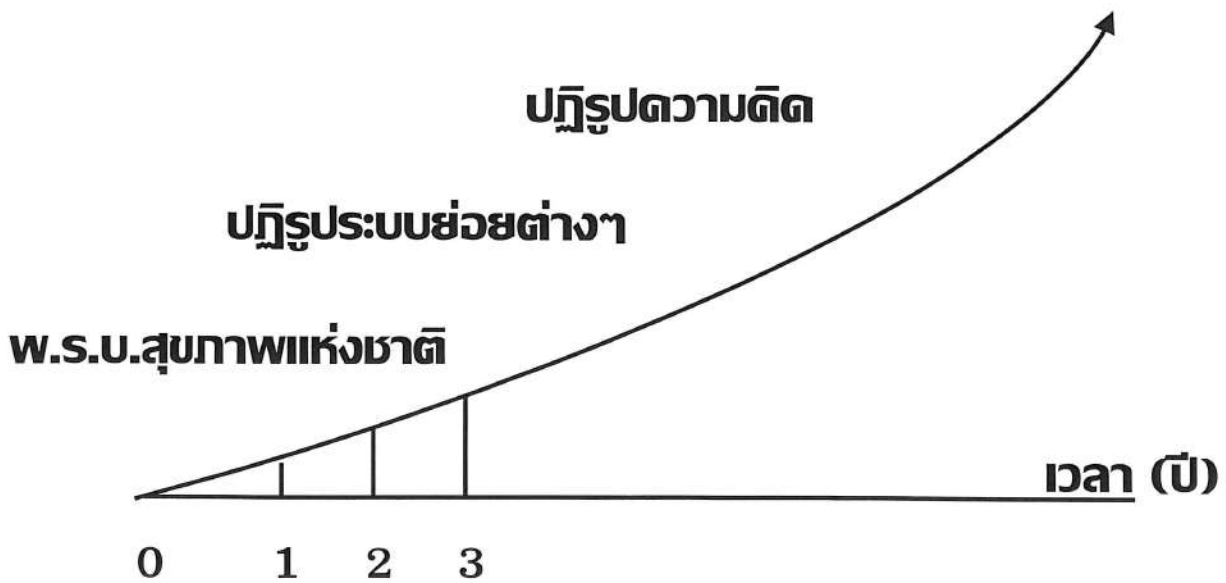


## การปฏิรูป 3 ระดับ

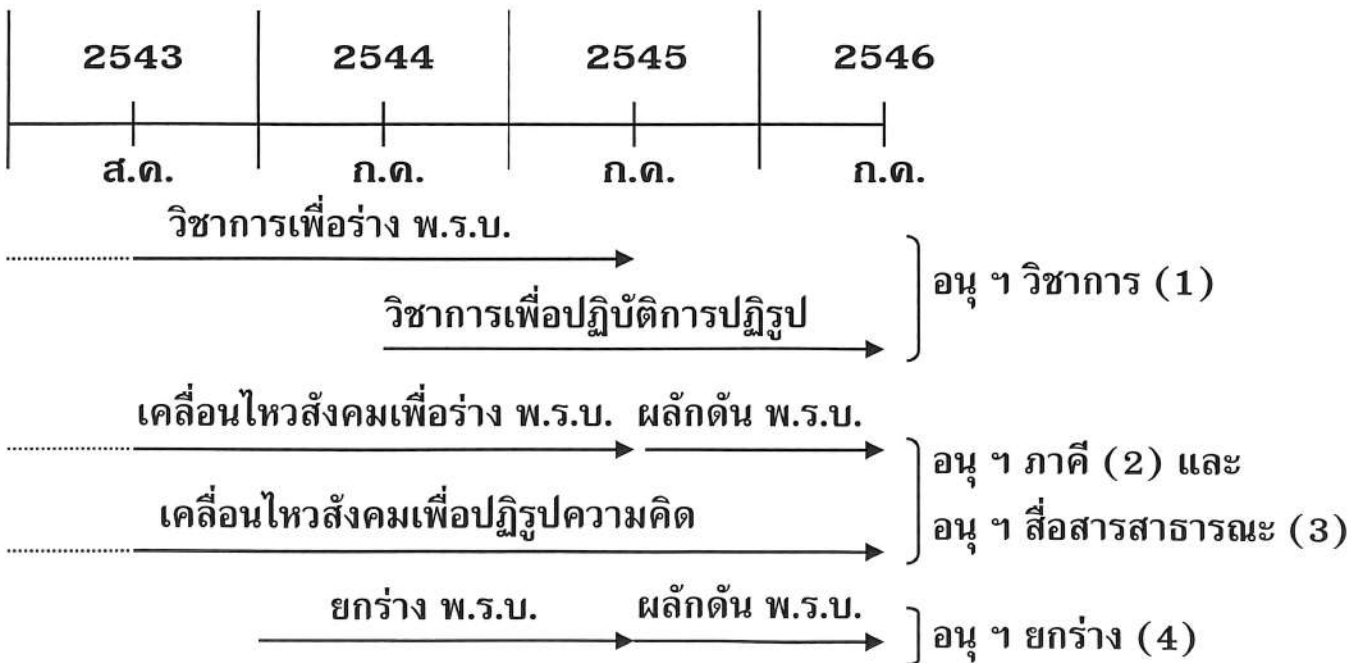


- สร้างนำซ่อม, กินอยู่แต่พอดี พอเพียง ,  
คุณภาพ - ประสิทธิภาพ - เป็นธรรม,  
ธรรมาภิบาล, ความร่วมมือ ฯลฯ
- องค์กร, กฎหมาย/ข้อบังคับ, ระบบการเงิน  
การคลัง, ระบบบริหารจัดการ, ทรัพยากร
- การปฏิบัติงาน, การจัดบริการ,  
การดำรงชีวิต

# การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

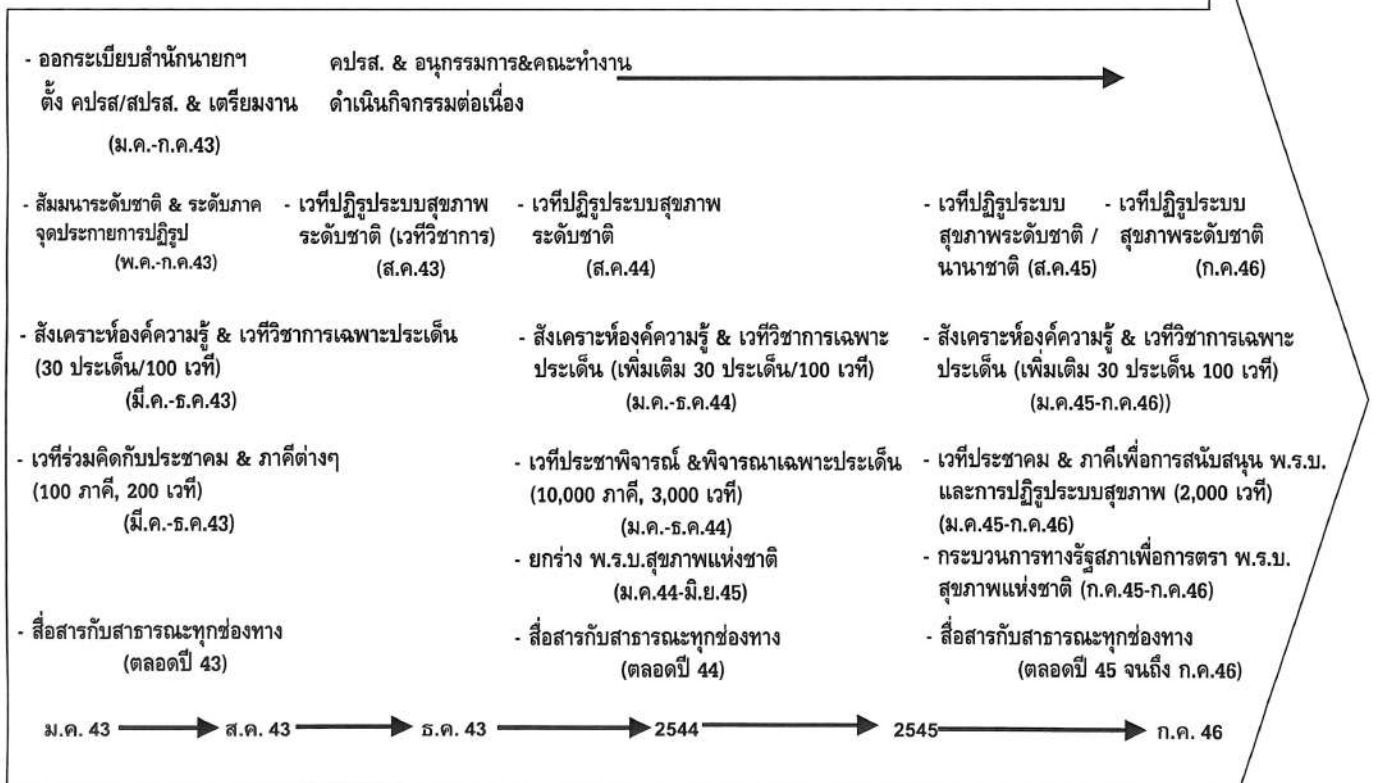


# การดำเนินงานและระยะเวลา (ช่วง 3 ปี)

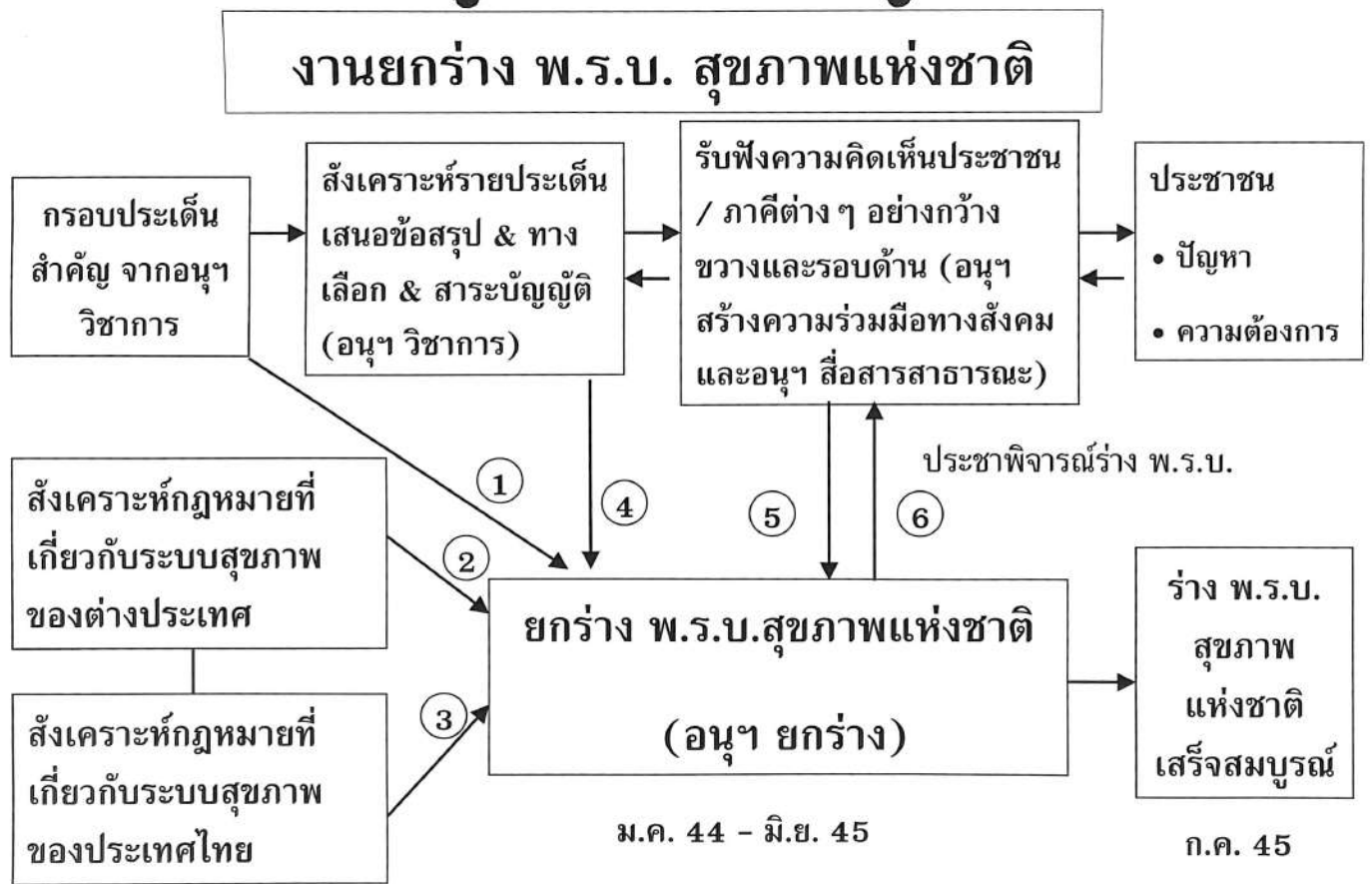


สปรศ.

## ภาพแสดงการดำเนินงานกิจกรรมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ



หมายเหตุ ทุกกิจกรรมมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ใช้วิธีวางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างสอดคล้องประสานและใกล้ชิด โดย สปรส.เป็นแกนกลาง สปรส.



พ.ย. 43 - ม.ค. 44

สปรศ.

## อธิบาย

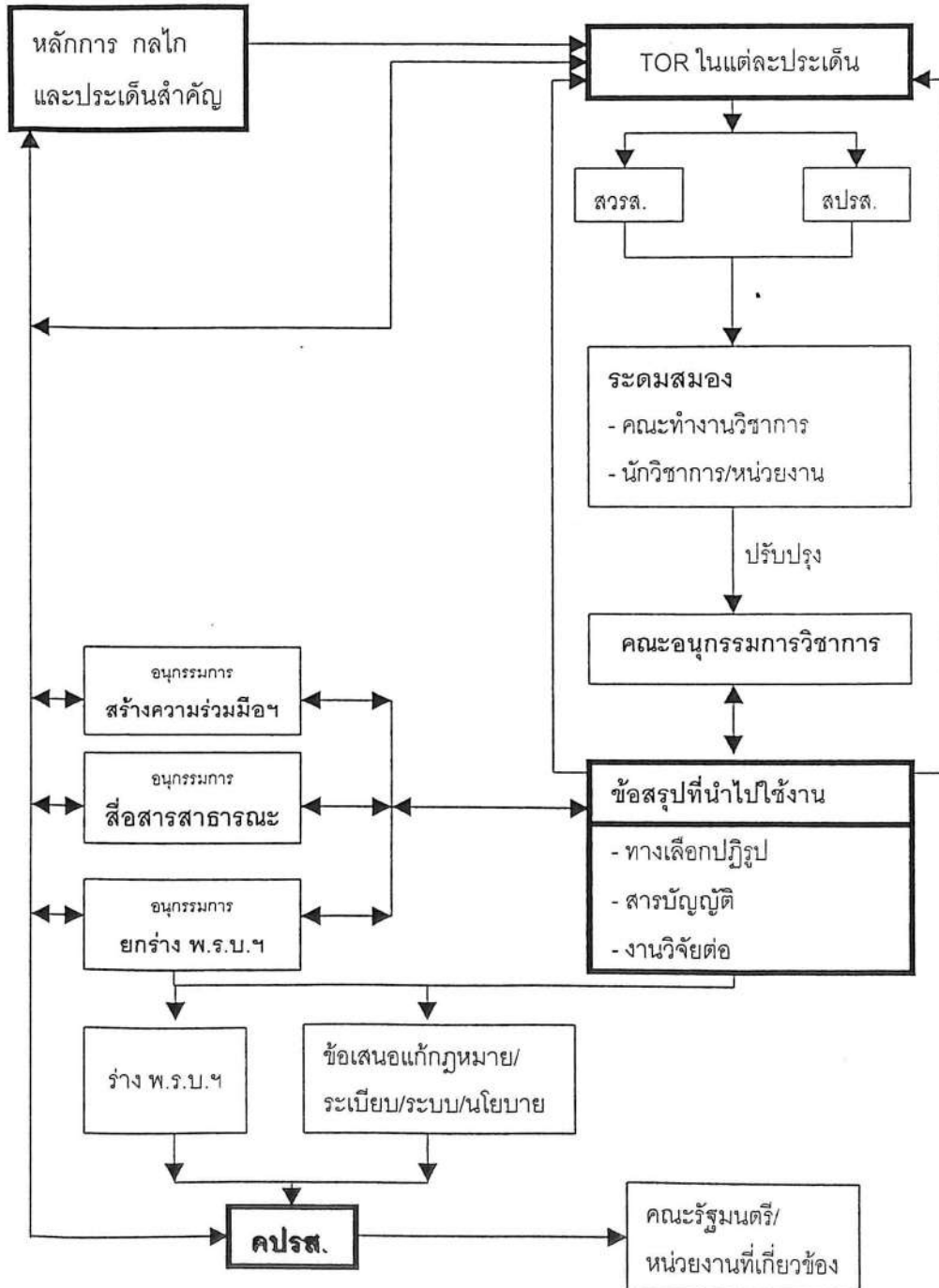
### ◇ ปัจจัยนำเข้าสู่การยกร่าง พ.ร.บ.

- ① กรอบประเด็นคำถามสำคัญ (จากอนุฯ วิชาการ) ไขยกร่าง พ.ร.บ. เป็นโครงร่างแรกได้
- ② สังเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของต่างประเทศ  
(ดร.บวรศักดิ์ฯ + ดร.กิตติศักดิ์ + ทีมสนับสนุน + สุทธิกาญจน์)
- ③ สังเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในประเทศ  
(..... + คุณสุรัตน์ + ทีมสนับสนุน)
- ④ รับข้อมูลผลสังเคราะห์รายประเด็นจากอนุฯ วิชาการ มาเพื่อปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.
- ⑤ รับฟังข้อคิดเห็น / เสนอแนะจากประชาชนผ่านมาทางอนุฯ สร้างความร่วมมือทางสังคมและอนุฯ สื่อสารสาธารณะ เพื่อปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.
- ⑥ ส่งร่าง พ.ร.บ. รายประเด็นและทิ้งฉบับไปสู่การทำประชาพิจารณ์โดยผ่านอนุฯ สร้างความร่วมมือทางสังคมและอนุฯ สื่อสารสาธารณะ

### ◇ การยกร่าง พ.ร.บ. (คุณวัฒนา, ดร.บวรศักดิ์, คุณกาญจนารัตน์, ดร.กิตติพงษ์, ดร.กิตติศักดิ์, อ.แสวง, นพ.สมศักดิ์, นพ.สุวิทย์, นพ.อำพล + ทีมสนับสนุน)

สปรศ.

แนวทางการทำงาน  
คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ



งานที่ได้ดำเนินการไปแล้ว (จนถึงวันที่ 19 กันยายน 2543)

1. ร่างหลักการ กลไก และประเด็นสำคัญ (ร่างที่ 6)
2. ร่าง Term of Reference (TOR) เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ 15 ประเด็น
3. ทบทวนและปรับปรุงส่วนที่ สวรส.กำลังดำเนินการอยู่แล้ว 8 เรื่อง
  - 3.1 ระบบบริการฉุกเฉิน (นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ)
  - 3.2 ระบบการประเมินเทคโนโลยี (นพ.มนต์ชัย ชาลาประวรรตน์ และคณะ)
  - 3.3 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา และคณะ)
  - 3.4 ระบบการควบคุม/ป้องกันโรค (นพ.ค่านวณ อึ้งชูศักดิ์ และคณะ)
  - 3.5 ระบบการพัฒนา/รับรองคุณภาพมาตรฐาน (นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ)
  - 3.6 ระบบการจัดการด้านการเงิน (HCF) (ผศ.ทวีศักดิ์ สุททกวจิติน และคณะ)
  - 3.7 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ)
  - 3.8 ระบบการจัดการงานวิจัย (นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ)
4. ดำเนินการให้มีการทบทวน/สังเคราะห์ใหม่ 11 เรื่อง ได้แก่
  - 4.1 ดำเนินการเสร็จแล้ว
    - 4.1.1 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
    - 4.1.2 ระบบบริการสุขภาพระดับต้น
    - 4.1.3 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค
    - 4.1.4 ระบบการแพทย์ทางเลือก
    - 4.1.5 ระบบการพัฒนากำลังคน

→เสร็จแล้ว เสนออนุกรรมการ 20 กย.2543

→เสร็จแล้ว เสนออนุกรรมการคราวหน้า
  - 4.2 กำลังดำเนินการ
    - 4.2.1 ระบบการเฝ้าระวัง/ควบคุม/ป้องกันโรค (นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ)
  - 4.3 กำลังหาค้นคว้าวิชาการเพื่อดำเนินการ
    - 4.3.1 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
    - 4.3.2 ระบบบริการสุขภาพผู้พิการ
    - 4.3.3 ระบบการเรียนรู้อุบัติการณ์ในโรงเรียน
    - 4.3.4 การพัฒนาศักยภาพในการดูแลและแก้ปัญหาสุขภาพตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน
    - 4.3.5 กลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพระดับประเทศ
5. ดำเนินการสนับสนุนให้มีการทบทวน/สังเคราะห์เพิ่มเติมจากผลงานในข้อ 3 และ 4
  - 5.1 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ



- 5.1.1 เขียน Concept Paper จากสองรายงานเดิม (นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์)
- 5.1.2 โครงสร้าง ระบบ และกลไกในเรื่องนี้  
(นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ นพ.อนุพงษ์ สุจริยากุล)
- 5.1.3 ประเมินผลกระทบและสถานการณ์การทำ Environmental Impact Assessment (EIA) (นพ.กาญจนศักดิ์ ผลบูรณ์/ดร.เดชรัตน์ บุญกำเนิด)
- 5.1.4 ระบบการทำ Health Impact Assessment (HIA)  
(นพ.ปัตพงษ์ / นพ.อนุพงษ์)

## รายงานการประชุม

คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๔๓

วันพุธ ที่ ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๓ เวลา ๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ๕๐๑ ชั้น ๕ อาคาร ๓ ตึกกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

### รายชื่อผู้มาประชุม

#### คณะอนุกรรมการวิชาการ

๑. ศาสตราจารย์เกษม วัฒนชัย	ประธานอนุกรรมการ
๒. ศาสตราจารย์จิตร สิทธิอมร	รองประธานอนุกรรมการ
๓. นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	รองประธานอนุกรรมการ
๔. นายวิพุธ พูลเจริญ	รองประธานอนุกรรมการ
๕. รองศาสตราจารย์กฤตยา อาชวนิจกุล	อนุกรรมการ
๖. นายชาติรี บานชื่น	อนุกรรมการ
๗. นายพงษ์พัฒน์ ปธานวนิช	อนุกรรมการ
๘. นายพลเดช ปิ่นประทีป	อนุกรรมการ
๙. ศาสตราจารย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล	อนุกรรมการ
๑๐. นางสาวรสนา โตสิตระกูล	อนุกรรมการ
๑๑. รองศาสตราจารย์จิตร ศรีสุพรรณ	อนุกรรมการ
๑๒. รองศาสตราจารย์วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศา	อนุกรรมการ
๑๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวิทย์ อุดมพาณิชย์	อนุกรรมการ
๑๔. นายอำพล จินดาวัฒนะ	อนุกรรมการ
๑๕. นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑๖. นายวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗. นางสาวเพ็ญแข ลากยั้ง	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๘. นางสาวดวงพร เฮงบุญพันธ์	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

#### คณะทำงานวิชาการ

๑. นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	ประธานคณะทำงาน
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตรุตม์ ศรีรัตนบัลล์	คณะทำงาน
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชันทนฤทัย กาญจนะจิตรา	คณะทำงาน
๔. นายบุรณชัย สมุทรภักดิ์	คณะทำงาน
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์มนต์ชัย ชालาประวรรตน์	คณะทำงาน
๖. นายวิโรจน์ ณ ระนอง	คณะทำงาน
๗. นายวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	คณะทำงาน
๘. นางสาวจี กู๊ด	คณะทำงาน
๙. นายอนุพงศ์ สุจริยากุล	คณะทำงาน

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| ๑๐. นางสาวเพ็ญแข ลากยั้ง    | คณะทำงานและเลขานุการ     |
| ๑๑. นางสาวดวงพร เฮงบุญพันธ์ | คณะทำงานและเลขานุการร่วม |

รายชื่อผู้ไม่มาประชุม (ติดภารกิจ)

คณะอนุกรรมการวิชาการ

- |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| ๑. นายแพทย์ดำรงค์ บุญยีน            | อนุกรรมการ |
| ๒. นายวุฒิพงศ์ เปรียบจรรย์วัฒน์     | อนุกรรมการ |
| ๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย | อนุกรรมการ |
| ๔. นายศิริธัญญ์ ไพโรจน์บริบูรณ์     | อนุกรรมการ |
| ๕. รองศาสตราจารย์ศุภชัย ยาวะประภาษ  | อนุกรรมการ |
| ๖. นายสงวน นิตยารัมย์พงศ์           | อนุกรรมการ |
| ๗. นายสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์           | อนุกรรมการ |
| ๘. รองศาสตราจารย์สุรพล นิตไกรพจน์   | อนุกรรมการ |
| ๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนุช อภาภิรม   | อนุกรรมการ |

คณะทำงานวิชาการ

- |   |          |
|---|----------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์   | คณะทำงาน |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์           | คณะทำงาน |
| ๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปาริชาติ สถาปิตานนท์ - สโรบล | คณะทำงาน |
| ๔. รองศาสตราจารย์ปิยะทัศน์ ทศนาวิวัฒน์            | คณะทำงาน |
| ๕. นายพงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข                       | คณะทำงาน |
| ๖. รองศาสตราจารย์เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์         | คณะทำงาน |

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| ๑. นายปรีดา แต่อารักษ์          | สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข       |
| ๒. นางวณี ปิ่นประทีป            | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ |
| ๓. นางปิติพร จันทรรัตต ณ อยุธยา | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ |
| ๔. นางสาวสุภาภรณ์ สว่างศรี      | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ |
| ๕. นายภูสิต ประคองสาย           | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข         |
| ๖. นางสาวเนาวรัตน์ ชุมยวง       | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข         |

วาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ คำสั่งแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

เลขานุการได้รายงานที่ประชุมให้ทราบว่า คปรส. ตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓๑

กรกฎาคม ๒๕๔๓ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกรรมการและเลขานุการ

คปรส. ได้มีการประชุมครั้งแรกเมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๔๓ และมีมติให้ตั้งอนุกรรมการ ๔ ชุด คือ อนุกรรมการวิชาการ อนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคม อนุกรรมการสื่อสารสาธารณะ และอนุกรรมการยกย่อง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ต่อมาได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานวิชาการขึ้น ตามคำสั่งที่ ๑/๒๕๔๓ ลงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๔๓ รายละเอียดองค์ประกอบและหน้าที่ตามเอกสารหมายเลข ๒

๑.๒ ประธานฯได้ขอให้รองประธานฯคือ นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ชี้แจงการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรองปลัดกระทรวงฯ ได้เน้นถึงการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ การปฏิรูประบบราชการ และการกระจายอำนาจ ทั้งหมดนี้กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการและจะทำขนานกันไป โดยจะเชื่อมโยงและสอดคล้องกับการเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เช่น แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนฯ ๙ น่าจะมีส่วนสำคัญที่เป็นคล้ายแผนปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพได้

ประธานได้ขอความร่วมมือจากที่ประชุมให้ช่วยเชื่อมโยงการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเข้ากับการดำเนินงานขององค์กรต่างๆ เช่น การจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข บทบาทของสถาบันการศึกษากับการปฏิรูประบบสุขภาพ การสร้างการมีส่วนร่วมทางการเมือง ทั้งหมดนี้จะสอดคล้องกับแนวคิด "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" ซึ่งจะมีภาคี ๓ ฝ่าย ฝ่ายวิชาการ (สถาบันการศึกษา/องค์กรวิชาการ) ฝ่ายประชาชน/สังคม และฝ่ายการเมือง

## วาระที่ ๒ เรื่องเพื่อทราบ

### ๒.๑ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้ชี้แจงถึงระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๔๓ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เพื่อทำหน้าที่เลขานุการกิจให้ คปรส. มีเป้าหมายสำคัญ ๒ ประการ คือ การเคลื่อนไหวสังคมเพื่อสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพ และการตรา พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยมีระยะเวลาดำเนินการชัดเจน ๓ ปี (นับแต่วันประชุม คปรส. ครั้งแรกคือ วันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๔๓ จึงครบกำหนด ๓ ปีวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๔๖)

### ๒.๒ สรุปมติการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๔๓

นพ.อำพล ได้ชี้แจงถึงสรุปมติ คปรส. ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๔๓ วันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๔๓ ว่าได้เห็นชอบในหลักการและแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งอนุมัติให้ตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานอย่างละ ๔ ชุด ดังที่กล่าวไว้ในวาระที่ ๑

๒.๓ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

นพ.อำพล ได้นำเสนอแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ รายละเอียดปรากฏในเอกสารหมายเลข ๕

ที่ประชุมได้อภิปรายซักถามถึงความชัดเจนของโครงสร้างองค์กร การทำงานระหว่าง คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ สปรส. และสวรส. ซึ่ง นพ.อำพล ได้ชี้แจงประเด็นสำคัญ ดังนี้

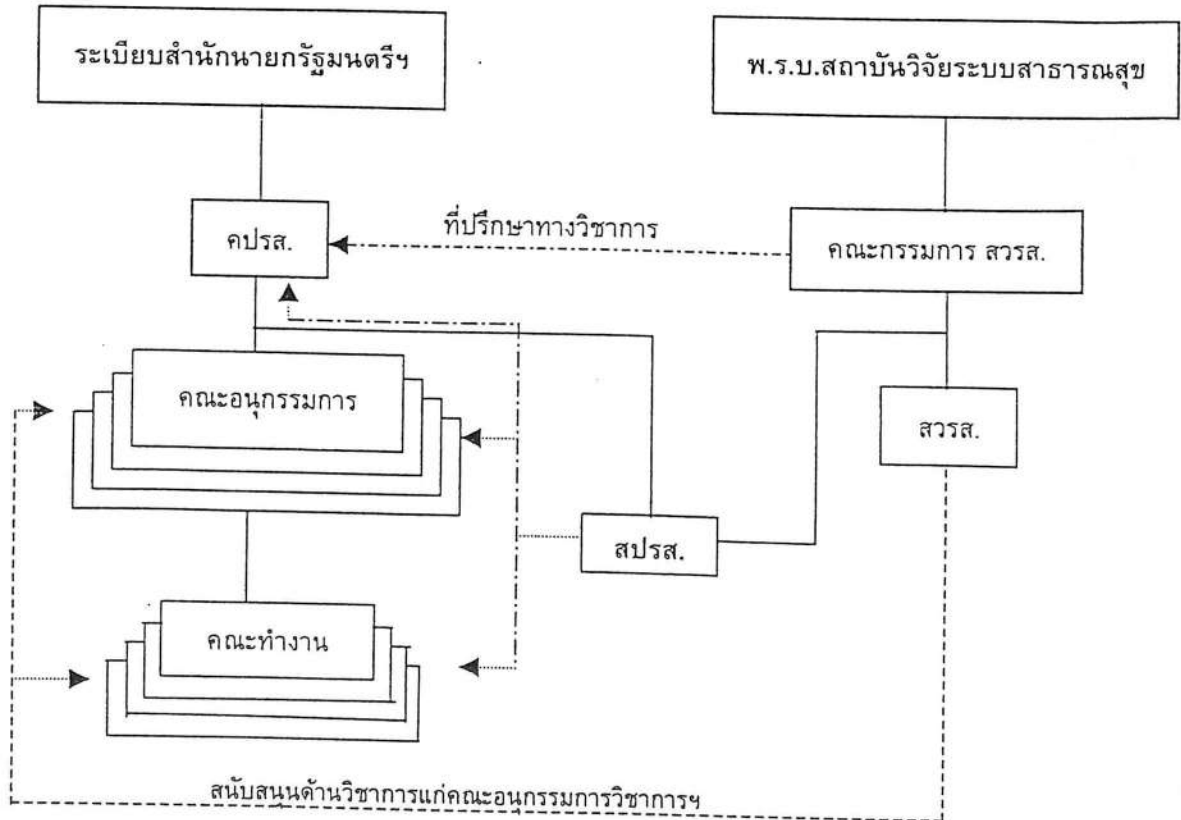
(๑.) คปรส. เป็นคณะกรรมการระดับชาติ ที่ตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นเลขานุการ

(๒.) คณะอนุกรรมการทุกชุดเป็นคณะกรรมการฯ ภายใต้ คปรส. โดย สปรส. สนับสนุนงานด้านเลขานุการ

(๓.) สปรส. เป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นภายใต้ สวรส. ตามข้อบังคับของ สวรส. เพื่อทำหน้าที่เลขานุการกิจ ให้แก่ คปรส. และคณะอนุกรรมการทุกชุด

(๔.) คณะกรรมการ สวรส. เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการของ คปรส.

ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจแสดงได้ดังภาพ



วาระที่ ๓ เรื่องเพื่อพิจารณา

๓.๑ แนวทางการทำงานของอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการฯ

เลขานุการได้เสนอแนวทางการทำงานของคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน โดยสรุปตามแผนภูมิในเอกสารหมายเลข ๖ โดยจะทำงานเชื่อมโยงและคู่ขนานไปกับคณะอนุกรรมการอีก ๓ ชุด พร้อมกันนั้นได้นำเสนอแผนการปฏิบัติงานด้วย

ที่ประชุมได้อภิปรายซักถามและให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม สรุปได้ดังนี้

(๑.) ในกรอบของการสังเคราะห์องค์ความรู้ คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการจะมีส่วนในการร่วมทำงานและรับฟังความคิดเห็นจากภาคีต่างๆ ด้วย ทั้งโดยกลไกของคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการเอง และโดยการร่วมกับคณะอนุกรรมการชุดอื่น และร่วมกับองค์กรภาคีด้วย

ดังนั้น การทำงานของคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการ นอกจากสังเคราะห์และจัดการองค์ความรู้แล้ว ยังมีการสร้างความร่วมมือภาคีคู่ขนานไปด้วย ซึ่งจะต้องร่วมกับคณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคม ทำ mapping วิเคราะห์ Stakeholders ในแต่ละประเด็นให้ชัดเจน และเปิดเวทีต่างๆ (ทั้งการประชุม จดหมายข่าว website ตู้ ปณ.) ให้ทุกฝ่าย/ทุกคนสามารถร่วมแสดงความคิดเห็นได้โดยไม่จำกัด ลักษณะการทำงานก็คือ คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการมีการสร้างเวทีวิชาการระดับหนึ่ง แต่จะเป็นผู้ที่รับผิดชอบประเด็นทางวิชาการในเวทีต่างๆ ที่คณะอนุกรรมการชุดอื่นจัดขึ้น

(๒.) ควรจะมีการจัด National Forum on Health Systems' Reform เมื่อทำงานวิชาการถึงระดับหนึ่งที่มีความชัดเจนพอสมควร ในประเด็นต่างๆ ที่จะปฏิรูป ระยะเวลาที่เหมาะสมอาจเป็นปลายปี ๒๕๔๔ หรือต้นปี ๒๕๔๕ ทั้งนี้เป็นการจัดร่วมกันโดย สวรส. และ สปรส.

วัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกภาคีได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาภาพรวมของการปฏิรูประบบสุขภาพ และข้อเสนอการปฏิรูปในประเด็นต่างๆ

(๓.) ควรจะต้องเริ่มคิดถึงกลไก/ประเด็น ที่จะทำงานหลังจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีผลใช้บังคับ ไปพร้อมๆ กันด้วย

(๔.) ควรจะพิจารณาถึงกลไกและกระบวนการที่จะบันทึกการเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ในลักษณะ Archive ซึ่งจะถือเป็น Collective accumulative wisdom เป็นบทเรียนที่สังคมไทยโดยเฉพาะคนรุ่นหลังจะได้ศึกษา รวมทั้งต่างประเทศจะได้เรียนรู้ด้วย หากมีสถาบันการศึกษาด้านประวัติศาสตร์สนใจ อาจสร้าง Archivists ระดับปริญญาเอกได้หลายคน

(๕.) การทำงานวิชาการในประเด็นต่างๆ อาจมีข้อมูล/ข้อเสนอที่ขัดแย้งกัน คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการจะต้องมีระบบที่จะประสานข้อมูลและข้อเสนอเหล่านี้ให้สอดคล้องกัน

(๖.) นอกจากปัจจัยภายในประเทศแล้ว จะต้องนึกถึง global trend and business trend ที่จะกระทบกับกระบวนการปฏิรูป โดยคณะอนุกรรมการวิชาการจะต้องสามารถ maintain integrity และ neutrality มีการเสนอทางเลือกต่างๆ ให้องค์กรภาคี และประชาชน/สังคมตัดสินใจ

(๗.) การดำเนินการด้านวิชาการ ควรวางอยู่บนแนวคิดที่ว่ากฎหมายนั้น มีทั้งส่วนขององค์ความรู้และส่วนที่เป็นการประเมินคุณค่า (value) ขององค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงต้องร่วมมือกับคณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคมจัดเวทีให้มากๆ เพื่อให้ Stakeholders มาคิดมาเสนอในประเด็นต่างๆ ตาม value ของเขา แต่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ชัดเจนคือ ใช้ระบบ knowledge management with value ร่วมกับหลักการประชาธิปไตย

(๘.) การดำเนินการของคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการ ควรจะใช้การประชุมให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เช่น อาจจัดการประชุมคณะทำงานวิชาการเท่าที่จำเป็น และให้เชิญคณะทำงานวิชาการเข้าร่วมในเวทีวิชาการทุกครั้งที่มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์/สังเคราะห์ในประเด็นต่างๆ

๓.๒ หลักการ เป้าหมาย กลไก และประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ

เลขานุการได้เสนอรายละเอียดตามเอกสารหมายเลข ๗ ซึ่งเป็นเอกสารร่างที่ ๖ และเป็นเอกสารหลักที่จะเป็นฐานในการดำเนินงานทางวิชาการ โดยที่เอกสารนี้จะปรับปรุงตลอดเวลา ตามสถานการณ์/เหตุการณ์ที่เปลี่ยนไป และตาม input ใหม่ ๆ ที่ได้จากการ interact ในเวทีต่างๆ

ที่ประชุมได้อภิปรายซักถามและให้ความเห็น สรุปประเด็นสำคัญ คือ

(๑.) ควรเน้นประเด็นความหมายของ "สุขภาพ" ให้ขยายไปถึงการ enhancement ด้วย เช่น ทำให้อายุยืนขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สมรรถนะการทำงานดำรงชีวิตดีขึ้น

(๒.) เรื่องระบบสร้างสุขภาพ ควรจะมีประเด็นการปฏิรูปมากกว่านี้

(๓.) ควรขยายกรอบความคิดให้ออกไปจากฐานคิดของแพทย์ ให้ความสำคัญและครอบคลุมฐานคิดอื่นๆ มากกว่านี้

๓.๓ ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น

นพ.ปรีดา เต๋ออารักษ์ ได้นำเสนอข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้นตามเอกสารหมายเลข ๘ ซึ่งที่ประชุมได้อภิปรายสรุปได้ดังนี้:-

(๑.) จุดที่เสนอว่าเป็นการบังคับให้ประชาชน "ต้อง" ทำต่างๆ ควรปรับให้เป็นลักษณะที่ "ประชาชนมีสิทธิ์เลือก" เช่น ปรับจาก "ต้องขึ้นทะเบียน" เป็น "มีสิทธิ์เลือกลงทะเบียน" เป็นต้น

(๒.) ควรคิดพัฒนาบริการระดับต้นให้มีคุณภาพควบคู่กันไปด้วย ถ้าบริการมีคุณภาพดีใครๆ ก็อยากมารับบริการใกล้บ้านด้วยความเต็มใจ

(๓.) ควรมีการ review ข้อมูลจากการศึกษาอื่นๆ ทั้งในประเด็นข้อเท็จจริงและการสำรวจความเห็นในมิติทางสังคมด้วย

(๔.) ควรกระจายนักวิชาการที่ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ให้มีส่วนร่วมจากหลากหลายสาขา ไม่เฉพาะแพทย์เท่านั้น

(๕.) ควรวิเคราะห์จุดแข็ง/จุดอ่อนของระบบปัจจุบัน และเสนอ model หลากๆ version ให้เลือกและให้ภาคีต่างๆ มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ไม่ควรเป็นรูปแบบเดียว

(๖.) ควรมีความชัดเจนของความสัมพันธ์ระหว่างบริการสุขภาพระดับต้นกับการกระจายอำนาจที่กำลังจัดทำแผนอยู่ และคิดให้ชัดว่าบริการสุขภาพระดับต้นเป็น non-profit หรือ for-profit หรือได้ทั้งสองอย่าง

(๗.) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น จะมีระบบความเชื่อมโยงกับระบบการจ่ายยาอย่างไร ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นจะจ่ายยาด้วยไหม

๓.๔ ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นพ.อนุพงษ์ สุจริตยกุล ได้นำเสนอข้อเสนอเพื่อการพัฒนา "นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)" รายละเอียดตามเอกสารหมายเลข ๘ ซึ่งที่ประชุมได้อภิปรายอย่างกว้างขวางและสรุปประเด็นสำคัญ ดังนี้

(๑.) ควรมีการระบุความหมายของ "สุขภาพ" ไว้ในเอกสารข้อเสนอดังกล่าว จะได้ชัดเจนถึงความเชื่อมโยงของสุขภาพกับการพัฒนาด้านอื่นๆ

(๒.) ข้อเสนอทั้งบริการสุขภาพระดับต้นและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีการเสนอให้จัดตั้งกลไกใหม่เกิดขึ้น ควรจะต้องมีการพิจารณาทั้งระบบว่าจะมีกลไกใหม่อะไรบ้าง และบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะเปลี่ยนไปอย่างไร

(๓.) ควรมีการศึกษาประสบการณ์จากการทำ Environmental Impact Assessment (EIA) เพื่อประกอบการพิจารณาเสนอเรื่อง Health Impact Assessment (HIA) ด้วย

วาระที่ ๔ เรื่องอื่นๆ

๔.๑ ประธานได้เสนอความเห็นว่าการนำเสนอข้อเสนอดังกล่าว เรื่องในครั้งนี้มีเวลาน้อยจึงอาจได้รายละเอียดไม่เพียงพอ

ดังนั้นในการเสนอคราวต่อไป ขอให้ฝ่ายเลขานุการจัดเรื่องเข้าสู่วาระครั้งละไม่เกิน ๒ เรื่อง จะได้มีเวลาพิจารณารายละเอียดมากขึ้น

๔.๒ เลขานุการเสนอความเห็นว่าการดำเนินงานควรจะเป็นลักษณะที่คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการ มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดำเนินการสังเคราะห์ข้อเสนอดังกล่าว รวมทั้งให้ความเห็นต่อข้อเสนอที่เสนอเข้าสู่ที่ประชุมด้วย ทั้งนี้ ฝ่ายเลขานุการจะได้ involve อนุกรรมการ/ผู้ทำงาน เข้าร่วมในประเด็นต่างๆ มากขึ้น

๔.๓ ประธานนัดประชุม ๓ ครั้งต่อไป ดังนี้ :-

ครั้งที่ ๒/๒๕๔๓ วันพุธที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๔๓

ครั้งที่ ๓/๒๕๔๓ วันพุธที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๔๓

ครั้งที่ ๔/๒๕๔๓ วันพุธที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๔๓

โดยข้อกำหนดเป็นวันพุธสัปดาห์สุดท้ายของเดือนเอาไว้ก่อน

ปิดประชุมเวลา ๑๒.๑๕ น.

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ  
ผู้บันทึกรายงานการประชุม



## ร่างที่ 2) ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น

นำเสนอโดย นพ.ปริดา เต๋ออารักษ์

บทสรุปนี้ได้จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว และการทบทวนประสบการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศพัฒนาแล้ว ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร ประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน

### ผลการศึกษา สรุปดังนี้

1. จากการทบทวนสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า ระบบบริการสุขภาพในอนาคต ควรพัฒนาบริการสุขภาพในระดับต้น (Primary Care) ให้มีความเข้มแข็งและครอบคลุมประชาชนมากขึ้น เพราะบริการสุขภาพระดับต้นสามารถให้บริการในลักษณะผสมผสานและองค์รวมได้ดีที่สุดซึ่งสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต เช่น โรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ที่นับวันจะทวีความสำคัญมากขึ้น นอกจากนี้ ต้นทุนในการจัดสถานบริการสุขภาพระดับต้นไม่สูงมาก เมื่อเทียบกับการจัดบริการขั้นสูง การปฏิรูประบบสุขภาพควรจัดให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นทำหน้าที่เป็นด่านแรกของการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (Gate Keeper) โดยประชาชนต้องมาใช้บริการก่อนไปสู่สถานบริการในระดับที่สูงขึ้น

2. จากการสำรวจความคิดเห็น พบว่า การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ส่วนใหญ่เห็นว่าควรจัดให้คนไทยทุกคนมีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว โดยเริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวในทันที

สำหรับหน่วยงานหรือองค์กร ที่ควรจะเป็นสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวในเขตชนบท คือ สถานีอนามัย รองลงมาเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนในเมือง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีคลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลชุมชนด้วย

ผู้ให้บริการเป็นแพทย์, พยาบาล, พนักงานอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข

ควรให้ประชาชนมาขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้าน แต่รัฐต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานทัดเทียมกัน จัดระบบที่ทำให้ประชาชนสะดวกที่สุดรวมทั้งต้อง

พัฒนาคุณภาพบริการและศักยภาพผู้ให้บริการ จัดระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบประกันสุขภาพ ระบบการเงิน การกระจายอำนาจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนควบคู่กันไป

### 3. จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น พบดังนี้

#### 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความเห็นใน 2 ลักษณะคือ ลักษณะแรก ต้องมีการพัฒนาระบบอื่น ๆ ควบคู่กันไปด้วย คือ ต้องคำนึงถึงทุกมิติที่เกี่ยวกับสุขภาพ การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นจัดบริการที่ครบวงจร การประกันสุขภาพให้ครอบคลุมคนไทยทุกคน การพัฒนาคุณภาพบริการ รวมทั้งศักยภาพผู้ให้บริการ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและดูแลสถานบริการ ลักษณะที่ 2 คือ ต้องมีการสร้างสังคมให้เข้มแข็งก่อน จึงค่อยมีการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว เพราะว่าสังคมเข้มแข็ง จะทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และไม่ป่วยง่าย จะได้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลน้อยลง รวมทั้งมองว่าการสร้างสุขภาพเป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคน

#### 3.2 ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

จะต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสหวิทยาการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรสาขาอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพระดับต้น อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัคร เป็นต้น

#### 3.3 การขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับต้น ซึ่งอาจให้ประชาชนเลือกได้โดยอิสระ แต่ต้องเป็นสถานบริการที่มีระบบควบคุมและตรวจสอบคุณภาพได้ หรือรัฐอาจจัดสถานบริการให้ประชาชนขึ้นทะเบียนตามเขตพื้นที่ แต่ก็มีความเห็นบางส่วนที่ยังไม่ยอมให้มีการขึ้นทะเบียน ด้วยเหตุผลเรื่องการจำกัดสิทธิ์ของประชาชนและอาจทำให้เกิดการผูกขาด ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการ

#### 3.4 การคุ้มครองสิทธิของประชาชนในการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

- 1) ให้มีการกำหนดมาตรฐานการจัดบริการและใช้กลไกทางสังคมในการตรวจสอบด้วย
- 2) ปรับปรุงกลไกทางการเงิน เพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงบริการได้
- 3) การพัฒนากระบวนการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

ให้ควบคู่กับให้ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ

4) ออกกฎหมายที่จะคุ้มครองสิทธิความปลอดภัยของผู้รับบริการ จากสถานบริการที่ไม่มีกฎหมายรองรับ เช่น หมอพื้นบ้าน

5) สร้างเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ตนเอง และเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลและตรวจสอบสถานบริการ

3.5 ระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มี 2 ลักษณะ โดยลักษณะแรกควรจัดในลักษณะที่เป็นเครือข่ายของสถานบริการที่หลากหลายทั้งของรัฐและเอกชน โดยให้มีการสร้างระบบสนับสนุนและระบบส่งต่อภายในเครือข่าย และระหว่างเครือข่ายในกรณีที่ทำเป็น ส่วนลักษณะที่สอง เสนอให้มีการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการด้วยกระบวนการจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งมีลักษณะเป็น Contractor กับสถานบริการในระดับที่สูงกว่า

3.6 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดบริการของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มี 2 ลักษณะคือ ร่วมตรวจสอบและควบคุมคุณภาพในการให้บริการโดยใช้กลไกต่าง ๆ เช่น กลไกทางการเงิน และการเข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการ โดยประชาชนเป็นอาสาสมัครเข้ามาดูแลสุขภาพของคนในชุมชน พร้อมกันนี้ต้องให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นรุกเข้าไปช่วยเหลือชุมชนด้วย แทนที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับรัฐฝ่ายเดียว

4. การสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศพัฒนา และประเทศกำลังพัฒนา พบดังนี้

4.1 ในประเทศพัฒนาแล้ว (กรณีศึกษา 4 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร) ภาคเอกชนเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นในรูปแบบคลินิกแพทย์เวชปฏิบัติ โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เป็นผู้ให้บริการหลัก ซึ่งบริการจะเป็นการรักษาพยาบาลมากกว่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น ใช้กลไกทางการเงินและมาตรการอื่น ๆ เช่น การกำหนดมาตรฐานบริการ เป็นต้น มีการแยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นชัดเจน สถานบริการสุขภาพระดับต้นเป็นด้านแรกของการเข้าสู่บริการสุขภาพมีการขึ้นทะเบียน (ประเทศสหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา) และมีระบบส่งต่อเป็นกลไกในการเชื่อมโยงชัดเจน สำหรับระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ มีทั้งแบบร่วมจ่ายและจ่ายตามปริมาณบริการ

4.2 ในประเทศกำลังพัฒนา (กรณีศึกษา 4 ประเทศคือ มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน) ภาครัฐเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นในชุมชน เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยมีทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรสุขภาพด้านอื่น ๆ เป็นผู้ให้บริการ ซึ่งบริการจะเน้นหนักการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น ใช้กลไกทางการเงินและมาตรการอื่น ๆ เช่น การกำหนดมาตรฐานบริการ เป็นต้น ไม่มีการแยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น สถานบริการสุขภาพระดับต้น ไม่ได้มีบทบาทเป็นด่านแรกของการเข้าสู่บริการสุขภาพที่ชัดเจน ไม่มีการขึ้นทะเบียน และระบบส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร สำหรับระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ มีทั้งแบบรัฐสวัสดิการ การร่วมจ่ายและจ่ายเองตามปริมาณบริการในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน .

#### 4.3 จุดเด่นที่น่าจะนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทย มีดังนี้

- 1) ใช้คลินิกแพทย์ภาคเอกชนร่วมเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น
- 2) ใช้กลไกทางการเงิน การกำหนดมาตรฐานบริการและองค์กฤษฎีการในการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น
- 3) มีการแยกผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการ ออกจากกันชัดเจน
- 4) มีการขึ้นทะเบียน (ประเทศสหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา)
- 5) ผู้ให้บริการหลักคือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- 6) มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐ เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

#### ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยและต่างประเทศ การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชุมระดมสมอง 2 ครั้ง ได้นำมาซึ่งประเด็นและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นในการปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสารบัญญัติ ใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. คำจำกัดความ ระบบบริการสุขภาพระดับต้น หมายถึง *ด่านแรก*ของระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ชุมชน และใกล้ชีวิตประชาชน
2. ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์

2.1 เป็นระบบที่จัดบริการในลักษณะบูรณาการ เบ็ดเสร็จ เป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงมิติด้านจิตใจ สังคม และวัฒนธรรม และสอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของคนในชุมชน

2.2 มีคุณภาพ เป็นที่เชื่อมั่น ศรัทธา และยอมรับ โดยที่ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้สะดวก มีเครือข่ายที่หลากหลาย ให้เลือกได้ ทั้งแผนปัจจุบันและระบบบริการทางเลือกอื่น ๆ รวมทั้งต้องมีระบบการเชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน ระบบบริการขั้นสูง ระบบบริการฉุกเฉินและระบบบริการสังคมอื่น ๆ

2.3 ต้องมีการกำหนดชุด "การบริการขั้นพื้นฐาน" (Basic Essential Package) ที่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความชัดเจนของระบบ และเพื่อการบริหารจัดการด้านการคลังที่มีประสิทธิภาพ

### 3. หลักการทั่วไปที่จะสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับต้น

#### 3.1 การปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพ

ต้องปรับการมองเรื่องสุขภาพว่าหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ คือเป็นสุขภาพแบบองค์รวมซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับระบบอื่น เช่น การศึกษา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ฯลฯ

3.2 ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปัจเจก ครอบครัว และชุมชน โดยการสร้างองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และสร้างระบบเชื่อมต่อกับระบบบริการระดับต้น

### 4. เงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น

#### 4.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพ 100%

เพื่อให้เกิดเอกภาพในเรื่องการเงินที่จะสร้างเงื่อนไขให้เอื้อต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น

#### 4.2 กำหนดเงื่อนไขในระบบประกันสุขภาพ

4.2.1 หลักประกันสุขภาพทุกระบบต้องครอบคลุมบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ต้องกำหนดให้ผู้มีสิทธิใช้บริการผ่านสถานบริการสุขภาพระดับต้นก่อน โดยมีข้อยกเว้นสำหรับกรณีฉุกเฉิน หรือกรณีเดินทางไปต่างพื้นที่ ทั้งนี้จะต้องมีการเลือกลงทะเบียน (Selective Registration) กับสถานบริการที่ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก ต่อเนื่อง มีข้อมูลครบถ้วน และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ

4.2.2 กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพระดับต้นให้เป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด หรือเหมาจ่ายรายหัวในบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แต่จ่ายตามรายบริการ (Fee for Service) สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4.2.3 กลไกและระบบการจ่ายเงิน จะต้องช่วยสร้างแรงจูงใจให้เกิดความนิยมบริการสุขภาพระดับต้น และเกิดการกระจายทรัพยากร และกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม เช่น อัตราการจ่ายที่ใกล้เคียงหรือดีกว่าบริการเฉพาะทาง หรืออัตราการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ห่างไกล/ทุรกันดาร รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย

4.2.4 ให้มีระบบที่ผู้มีสิทธิ์มีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) สำหรับบริการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็น ทั้งนี้ให้ยกเว้นแก่ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

#### 4.3 การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับต้น

4.3.1 องค์ความรู้ ต้องมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นอย่างจริงจัง เพื่อนำไปสู่การปฏิรูปบนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้อง ทั้งนี้ควรเป็นภาระของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับองค์กรภาคีต่าง ๆ

##### 4.3.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

1) ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นจะต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสหวิทยาการ (Multidisciplinary Personnel) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ให้บริการหลัก บุคลากรสาขาอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร ร่วมเป็นทีมสุขภาพตามลักษณะของพื้นที่

##### 2) ระบบการพัฒนากำลังคน

(2.1) หลักสูตรการเรียนการสอนทางการแพทย์และสาธารณสุขในทุกสถาบันการศึกษา ต้องเน้นการผลิตบุคลากรเพื่อบริการสุขภาพระดับต้น โดยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม รวมทั้งการผสมผสานศาสตร์สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

(2.2) มีระบบการศึกษาต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นที่ชัดเจน มีการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

4.3.3 พัฒนาระบบบริหารจัดการยา/เวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นมีบัญชียาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีระบบการร่วมกันจัดหายาที่มีประสิทธิภาพ โดยอาจได้รับยาจากสถานบริการสุขภาพระดับต้น หรือแยกไปรับยาจากร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนไว้

4.3.4 สถานบริการ ต้องเป็นสถานบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชน และต้องกำหนดให้มีมาตรฐานสถานบริการที่เท่าเทียมกัน และมีระบบการรับรองคุณภาพมาตรฐานด้วย

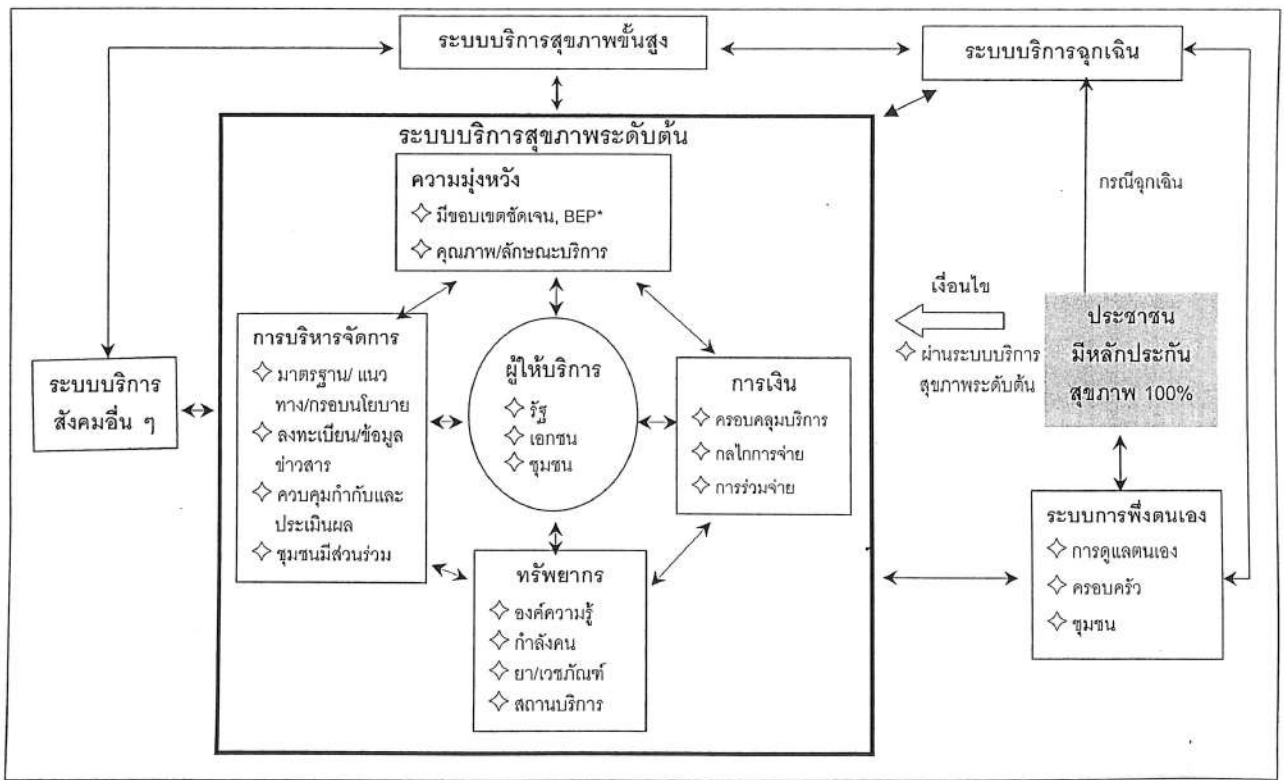
#### 4.4 องค์กรการจัดการ

4.4.1 มีองค์กร/กลไกระดับชาติ ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของสภาสุขภาพแห่งชาติ เช่น คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น ทำหน้าที่ในการกำหนดกรอบนโยบายและมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับต้น เช่น การกำหนดเงื่อนไขในหลักประกันสุขภาพทุกรูปแบบ การจัดให้มีระบบการเลือกขึ้นทะเบียนกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น การจัดระบบเพิ่มประวัตินิติสุขภาพของประชาชน การจัดการระบบส่งต่อ การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการจัดบริการสุขภาพระดับต้น

4.4.2 การมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน/องค์กรปกครองท้องถิ่น บริการสุขภาพระดับต้น จะต้องให้ชุมชน/องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล (ในกรณีสถานบริการภาครัฐ) หรือกำกับ (ในกรณีสถานบริการภาคเอกชน)

จากประเด็นและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์ของไทย สามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

แผนภูมิความเชื่อมโยงการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น



\* BEP = Basic Essential Package : ชุดบริการขั้นพื้นฐาน



### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

เพื่อให้สามารถนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพระดับต้นที่ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของสังคมไทย จึงควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ดังนี้

1. ทำการสำรวจและรับฟังความคิดเห็นประชาชน/ภาคีต่างๆ ต่อข้อเสนอการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น เพื่อให้มีการปรับปรุงข้อเสนอที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง
2. ศึกษาวิเคราะห์ความจำเป็นในการแก้ไขกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ ที่จะเอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น เช่น พ.ร.บ.ประกันสังคม
3. ทำการวิจัยเพื่อพัฒนาชุดบริการขั้นพื้นฐานที่เหมาะสม ชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน
4. พัฒนารูปแบบและระบบข้อมูลที่เหมาะสมในการให้ประชาชนมาขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับต้น
5. ศึกษาวิจัยและทดลองใช้กลไกทางการเงินเป็นเงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพระดับต้น อาทิเช่น การจัดสรรงบประมาณรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบริการสุขภาพระดับต้น
6. ทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น โดยศึกษาเต็มพื้นที่ อาทิเช่น ระดับจังหวัด หรือระดับเขต
7. ศึกษาวิจัยหลักสูตรการเรียนการสอนทางด้านกายภาพและสาธารณสุขในทุกสถาบันการศึกษา เพื่อให้ข้อเสนอในการปฏิรูปเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับต้น รวมทั้งระบบการศึกษาต่อและการรับรองมาตรฐานผู้ให้บริการ
8. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบมาตรฐานสถานพยาบาลระดับต้น รวมทั้งระบบการรับรองมาตรฐาน

รายงานการทบทวนความรู้เรื่อง  
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

โดย

ผศ.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

นพ.อนุพงศ์ สุจริยกุล

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

## คำนำ

ขณะนี้ประเทศไทยประสบกับวิกฤตทางสังคมหลายด้านจำเป็นต้องมีการปฏิรูปในหลายด้าน ในช่วงที่ผ่านมาความสำเร็จการปฏิรูปทางการเมือง โดยการมีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ที่เปลี่ยนให้ระบบการเมืองเป็นของประชาชนมากขึ้น และได้มีการออกพระราชบัญญัติปฏิรูปการศึกษาที่มุ่งปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้ของคนทั้งหมด

ในส่วนของภาคสุขภาพได้มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี จัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อดำเนินการออกพระราชบัญญัติปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบหลายด้าน ทั้งการสร้างสุขภาพและการซ่อมสุขภาพ ในกรณีนี้ได้จัดให้มีการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อใช้ในการออกพระราชบัญญัติปฏิรูประบบสุขภาพ

เอกสารนี้มุ่งทบทวนองค์ความรู้ในด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การวางกรอบและสังเคราะห์ความรู้ด้านนี้ เพื่อนำไปประกอบการจัดทำพระราชบัญญัติปฏิรูประบบสุขภาพต่อไป

คณะทำงานวิชาการ

ตุลาคม 2543

## สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	i
คำนำ	v
บทที่ 1      บทนำ	1
บทที่ 2      ผลการทบทวน	3
บทที่ 3      สรุปและข้อเสนอแนะ	33
บรรณานุกรม	35

## นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

### 1. กรอบแนวคิด

สุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล (กรรมพันธุ์ พฤติกรรม จิต-วิญญาณ) 2) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น ทางเศรษฐกิจ สังคม กายภาพ ชีวภาพ และ 3) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

การดำเนินกิจการต่าง ๆ ของรัฐ ซึ่งมีผลกระทบต่อปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น เป้าหมายการปฏิรูประบบสุขภาพที่จะมุ่งสร้างระบบที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้ จึงอยู่ที่การตัดสินใจในการดำเนินกิจการต่างๆ ของรัฐ ซึ่งรวมเรียกกันว่า “นโยบายสาธารณะ”

### 2. นิยามศัพท์

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) หมายถึง นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยในเรื่องสุขภาพอย่างชัดเจนและพร้อมจะรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพอัน อาจเกิดจากนโยบายนั้น ๆ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จึงเป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทำให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่สร้างเสริมสุขภาพ”

ตัวอย่างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ การสร้างถนนสี่ช่องทางเพื่อลดอุบัติเหตุ การลดภาษีแก่ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ

### 3. ความเป็นมาเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

#### 3.1 พัฒนาการในเวทีระหว่างประเทศ

ประเทศต่างๆ ได้มีความพยายามและทุ่มเงินลงทุนจัดบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก แต่ผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ สถานะสุขภาพของประชาชนยังไม่ดีพอและประสบปัญหาในคุณภาพชีวิตอย่างมาก แนวนโยบายระดับสากลเช่น Health For All By The Year 2000 ที่เน้นการสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญก็มีพีดานของความสำเร็จ ปัญหาสุขภาพใหม่ๆ เกิดขึ้น

กระแสแนวความคิดการพัฒนาสุขภาพอนามัยเริ่มมีการหันมาให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่น ๆ นอกกระบวนการมากขึ้น เช่นด้านเศรษฐกิจและสังคม เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าระบบบริการสุขภาพ ดังปรากฏใน กฎบัตรออกตาวา ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ที่เน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาเป็นข้อแรก มีการจัดประชุมระดับสากลหลายครั้งว่าด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพโดยการร่วมมือกันหลายสาขา การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและประชาสังคมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน เป็นแหวกกรอบแนวคิดเดิมๆ เกี่ยวกับการสาธารณสุข กลายเป็น การสาธารณสุขแบบใหม่ (New Public Health )

#### 3.2 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540

ประเทศไทยมีพัฒนาการของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันสิ่งที่เห็นเด่นชัดที่สุดคือ การประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนและบุคคลหลากหลายอาชีพ มีบทบัญญัติที่ระบุถึงแนวนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหลายมาตรา ได้แก่

มาตราที่ 59 บัญญัติไว้ว่า “...บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผล จากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือส่วนราชการท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใด ที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับตนหรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว...”

บทบัญญัติอื่น ๆ ที่มีการระบุสิทธิของประชาชนซึ่งมีผลทำให้รัฐบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ต้องปรับเปลี่ยนนโยบายและวิธีการทำงานทั้งนี้เพื่อผลประโยชน์และสุขภาพของประชาชน ได้แก่ มาตราที่ 52, 53, 54, 55, 57, 82, 86, 170

การปฏิรูประบบสุขภาพจึงควรดำเนินการให้สอดคล้องกับกฎหมายรัฐธรรมนูญ โดยการจัดทำกฎหมายย่อยที่เป็นเครื่องกำกับนโยบายของรัฐในทางที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

#### 4. ขอบเขตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

อันที่จริงอาจกล่าวได้ว่า นโยบายสาธารณะทุกเรื่องล้วนมีผลต่อสุขภาพทั้งสิ้น แต่เพื่อให้ง่ายแก่การพิจารณาอาจจัดเป็นกลุ่ม ๆ ดังนี้

4.1 นโยบายด้านสังคม เช่น การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง การปกครอง การรักษาความมั่นคง นโยบายเกี่ยวกับเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และชนกลุ่มน้อยต่าง ๆ นโยบายสาธารณสุข นโยบายการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และนโยบายที่เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร/สื่อสารมวลชน

4.2 นโยบายด้านเศรษฐกิจ เช่น นโยบายเศรษฐกิจมหภาค นโยบายด้านภาษีอากร การพัฒนาอุตสาหกรรม เกษตรกรรม การค้า การคมนาคมขนส่ง เป็นต้น

4.3 นโยบายด้านอื่น ๆ เช่น นโยบายพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี การพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติ การควบคุมมลภาวะ การพลังงาน การต่างประเทศ เป็นต้น

#### 5. ประเภทและมาตรการของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะอาจมีได้ 2 กลุ่ม และ 4 มาตรการ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเภทและมาตรการของนโยบายสาธารณะ

กลุ่มนโยบาย	มาตรการ			
	กฎหมาย	เศรษฐกิจ	การให้ความรู้	วิชาการ/เทคโนโลยี
1. เกี่ยวกับการจัดการทรัพยากร (Distributive and Re-distributive policies)	+	++++	++	++
2. เกี่ยวกับการควบคุมกำกับกิจกรรมต่าง ๆ (Regulatory policies)	++++	+	++	++

ตัวอย่างของนโยบายเกี่ยวกับการจัดการทรัพยากร เช่น นโยบายงบประมาณ นโยบายภาษี นโยบายการอุดหนุน

ตัวอย่างของนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมกำกับ เช่น นโยบายการกระจายอำนาจ นโยบายการจัดตั้งองค์การมหาชน นโยบายปฏิรูประบบราชการ

นโยบายสาธารณะในเรื่องหนึ่ง ๆ นั้น อาจมีทั้งที่เกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรและการควบคุมกำกับรวมกันอยู่ และอาจสามารถเลือกใช้มาตรการผสมกันทั้ง 4 มาตรการก็ได้

#### 6. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

##### 6.1 การเคลื่อนไหวสังคม

เพื่อให้ “สุขภาพ” เป็น “วาระแห่งชาติ (National agenda)” ซึ่งจะทำให้ทุกคนทุกฝ่ายหันมาสนใจและร่วมกันสนับสนุนระบบที่จะเสริมสร้างสุขภาพ (All for Health)

การดำเนินการในส่วนนี้อาจทำได้โดยการใช้สื่อสาธารณะ รวมทั้งการจัดเวทีและการประชุมต่างๆ เช่น การประชุม “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ”, การประชุมประจำปี สวรส. ที่ศูนย์ประชุม ไบเทค เป็นต้น โดยจะต้องจับประเด็นวิกฤตระบบสุขภาพที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ

ในโอกาสที่จะมีการเลือกตั้งครั้งใหญ่ ควรจะเคลื่อนไหวให้ประเด็นสุขภาพ และ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” อยู่ใน “วาระแห่งชาติ” ที่จะเสนอให้พรรคการเมืองต่างๆ ประกาศก่อนการเลือกตั้งว่าเป็นนโยบายที่จะดำเนินการ (commitment) ก่อนการเลือกตั้ง และมีระบบการตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นและแจ้งต่อสาธารณะด้วย

## 6.2 การจัดตั้งกลไกระดับชาติ

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ ควรจะจัดตั้งกลไกระดับชาติในการดูเรื่องสุขภาพในภาพรวม กลไกนี้ควรจะเป็น องค์กรอิสระ ที่ทำงานเชิงรุกด้านนโยบาย โดยอาจเรียกว่า “สภาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council)” โดยมีภาระหน้าที่ ดังนี้

1. กำหนดนโยบาย จัดทำมาตรฐาน ตัวชี้วัด และติดตามกำกับดูแลการดำเนินการตามนโยบายและมาตรฐาน
2. กำหนด National Health Goals and Targets ที่ชัดเจนและเน้นความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภายในและนอกภาคสาธารณสุข (Intersectoral collaboration)
3. จัดทำรายงานหรือเอกสารวิชาการ Annual Health Reports เสนอต่อรัฐบาล รัฐสภา สาธารณะประชาชนทั่วไป วงการวิชาชีพแพทย์ และการสาธารณสุขและผู้ที่มีหน้าที่กำหนดนโยบายทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ดังเช่น “รายงานของ ลาลองเด” ที่เสนอต่อรัฐบาลแคนาดา
4. กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขต่างๆ ที่จะสนับสนุนให้เกิด “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”

กลไกระดับชาตินี้ จะเป็นผู้กำหนดให้มีและทำงานเชื่อมโยงกับองค์กรอิสระที่จะทำงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” เช่น สถาบันพัฒนาการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

## 7. ข้อเสนอสารบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

7.1 กำหนดหลักการและแนวคิดที่ชัดเจน โดยเฉพาะในนิยามศัพท์ของคำว่า “สุขภาพ” เพื่อชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ

7.2 กำหนดข้อความที่แสดงเจตนารมณ์อย่างชัดเจนในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาาระบบโครงสร้างที่สนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

7.3 กำหนดหลักการให้เป็นหน้าที่ของรัฐและองค์กรทุกฝ่ายที่จะต้องร่วมกันสนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและมีหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพจากการดำเนินกิจกรรมของตน

7.4 กำหนดเงื่อนไขให้มีการศึกษาและจัดทำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment-HIA) ก่อนการดำเนินการในโครงการลงทุนขนาดใหญ่ รวมทั้งจากนโยบายสำคัญๆ ของรัฐ และให้มีระบบการติดตามผลต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ พร้อมกับการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลุล่วง

7.5 กำหนดสิทธิของประชาชนที่จะมีทางเลือกและเข้าถึงทางเลือกที่จะสร้างเสริมสุขภาพ และสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและดำเนินการในเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

7.6 กำหนดให้มีกลไกระดับชาติ เช่น สภาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council)

7.7 กำหนดกลไกระดับปฏิบัติที่จำเป็นในการสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ เช่น สถาบันพัฒนาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนการพัฒนา นโยบายสุขภาพ (National Institute of Health Intelligence)

## 8. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย

8.1 วิจัยพัฒนาวิธีการและกระบวนการในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับ 2 ประเด็น คือ

8.1.1 วิธีการศึกษาหรือระบุปัญหาสุขภาพ โดยมีทางเลือกต่าง ๆ เช่น ใช้ข้อมูลอุบัติการณ์ หรือความชุกของโรค อัตราตาย ความสูญเสียรวม เช่น DALY, YPLL

8.1.2 วิธีการจัดลำดับความสำคัญ มีทางเลือกในการจัดลำดับความสำคัญแบบต่างๆ เช่น การกำหนดเกณฑ์บอกความรุนแรงของปัญหา การคาดการณ์แนวโน้มปัญหาในอนาคต ประสิทธิภาพ-ผลของวิธีแก้ ปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันและอนาคต การจัดลำดับความสำคัญจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดสภาพ 10/90 (ปัญหาที่มีน้ำหนักร้อยละ 90 ได้ทรัพยากรร้อยละ 10)

8.2 วิจัยพัฒนาการสร้าง/สนับสนุนบทบาทของสาธารณะในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ และศึกษาผลกระทบ การมีส่วนร่วมของสาธารณะในการกำหนดนโยบายสาธารณะมีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ และมีความสำคัญของความยั่งยืนของนโยบายสาธารณะนั้นๆ ดังนั้นจึงต้องเร่งพัฒนากลวิธี และกระบวนการที่จะพัฒนา ศักยภาพและเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของสาธารณะ

8.3 วิจัยพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเฉพาะเรื่อง เช่น เรื่องสื่อสารมวลชน การสร้างความเข้มแข็งทางสังคม การพัฒนาเศรษฐกิจแบบนิเวศ การพัฒนาเทคโนโลยี การกระจายรายได้ การแก้ปัญหาคาความยากจน และการบังคับใช้กฎหมาย

8.4 วิจัยและพัฒนาเงื่อนไข ระบบ กลไก ในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อนำไปสู่การสร้างระบบ/กลไกที่จะประกันว่า HIA มีการดำเนินการอย่างรอบด้าน โปร่งใส และมองผลระยะยาว ทั้งนี้ อาจศึกษา เทียบเคียงจากการประเมินผลกระทบด้านสภาพแวดล้อมด้วย

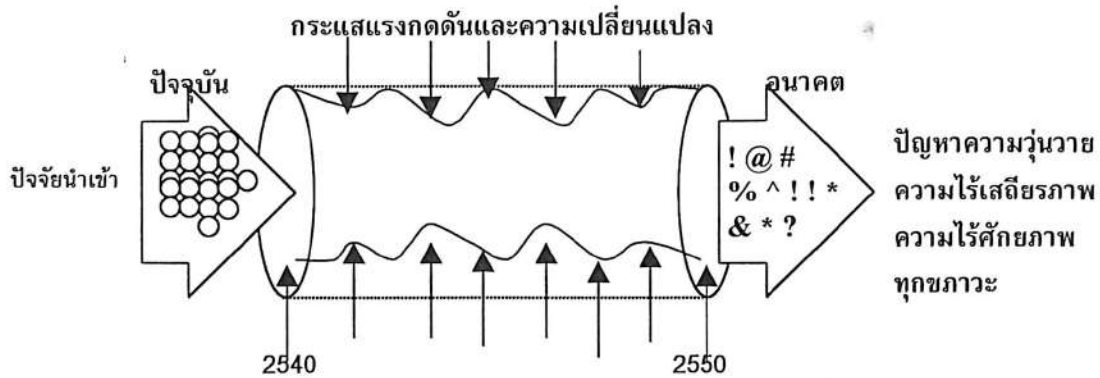


บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความเป็นมา

การวางนโยบายและการพัฒนาที่ไม่สมดุลนำไปสู่ทุกขภาวะ สุขภาพเสื่อม เกิดความโกลาหล ความวุ่นวาย ความไร้เสถียรภาพ เต็มไปด้วยปัญหาให้สะงา เวลาที่จะนำไปใช้เพื่อการพัฒนาสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามแก่ชุมชนก็จะน้อยลงไป ผู้คนในสังคมไม่สามารถใช้ศักยภาพที่ตนมีอยู่ให้บังเกิดประโยชน์ได้อย่างเต็ม ไม่สามารถสร้างประโยชน์สุข ความมั่นคง ความเท่าเทียมกันอย่างทั่วถึงได้ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว พร้อมทั้งยังสั่งสมปัญหา ความวุ่นวาย ความไร้เสถียรภาพ ให้อุ่นต่อ ๆ ไปแก้ไขกันต่อไป ดังภาพที่ 1

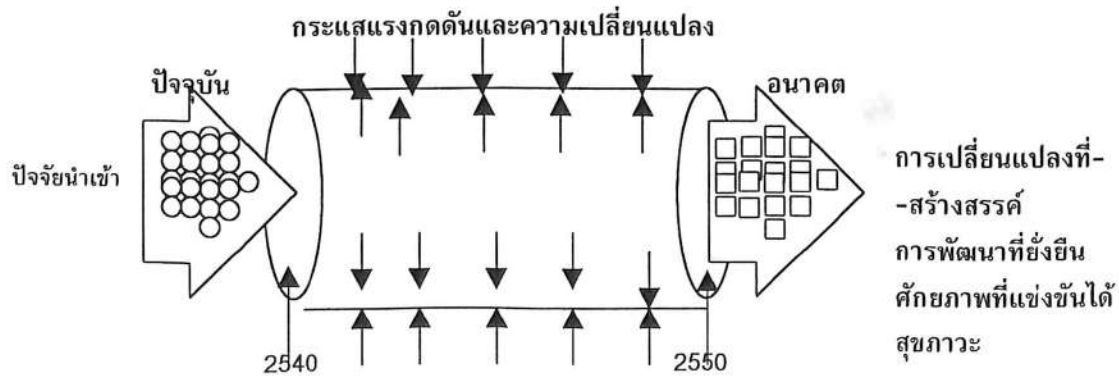
ภาพที่ 1 ภาวะการพัฒนามีปัญหา



Strategic Drift - ไม่มีวิสัยทัศน์, นโยบายที่ไม่เหมาะสม

แนวนโยบายที่เหมาะสมและสมดุล จะเอื้อให้สังคมเจริญเติบโตอย่างมั่นคง อย่างมีเสถียรภาพ และอย่างมีความยุติธรรมในทุก ๆ ด้าน อนุชนรุ่นหลังสามารถใช้ความรู้ความสามารถและศักยภาพที่พวกเขามีอยู่ได้อย่างเต็มที่เต็มภาคภูมิ เกิดการพัฒนาที่สร้างสรรค์ยั่งยืน ยุติธรรมและมีสุขภาวะ ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 การพัฒนาที่เหมาะสม



Strategic Intent - มีวิสัยทัศน์, มีนโยบายที่เหมาะสม (healthy public policy)

(ที่มาของภาพ 1,2 คัดลอกและดัดแปลงจาก: สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย (2540) วิสัยทัศน์ประเทศไทย)

นโยบายและการใช้จ่ายทรัพยากรของรัฐบาลในทุกกระทรวงทบวงกรม มีผลอย่างมากต่อความชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของคนในประเทศทั้งในทางบวกและทางลบ การปฏิรูประบบสุขภาพให้ได้ผลจึงต้องคำนึงถึงผลกระทบของนโยบาย มาตรการ และแผนงานสาขาต่าง ๆ ของรัฐบาล และหาทางปรับเปลี่ยนทิศทางของนโยบายเหล่านี้ให้เป็นไปในทิศทางที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ นั่นคือต้องศึกษา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) อย่างละเอียดลึกซึ้ง

1.2 วัตถุประสงค์

การทบทวนองค์ความรู้ครั้งนี้มุ่งศึกษาประเด็นต่อไปนี้

- 1) นิยาม กรอบแนวความคิด และประเภทของนโยบายสาธารณะ

- 2) บทเรียนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของประเทศต่างๆ และของประเทศไทย
- 3) แนวทางการกำหนดให้มีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในด้านการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

### 1.3 วิธีการศึกษา

- 1) ทบทวนเอกสาร ทั้งในและต่างประเทศ
- 2) ค้นคว้าข้อมูลจากฐานข้อมูลในอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้คำหลัก คือ Policy, Public policy, Healthy public policy, health, Law, Laws, Regulation, Regulations, Legislation
- 3) สังเคราะห์และเขียนรายงานฉบับร่าง
- 4) นำเสนอในเวทีนักวิชาการ
- 5) จัดทำข้อเสนอฉบับสมบูรณ์

### บทที่ 2 ผลการศึกษา

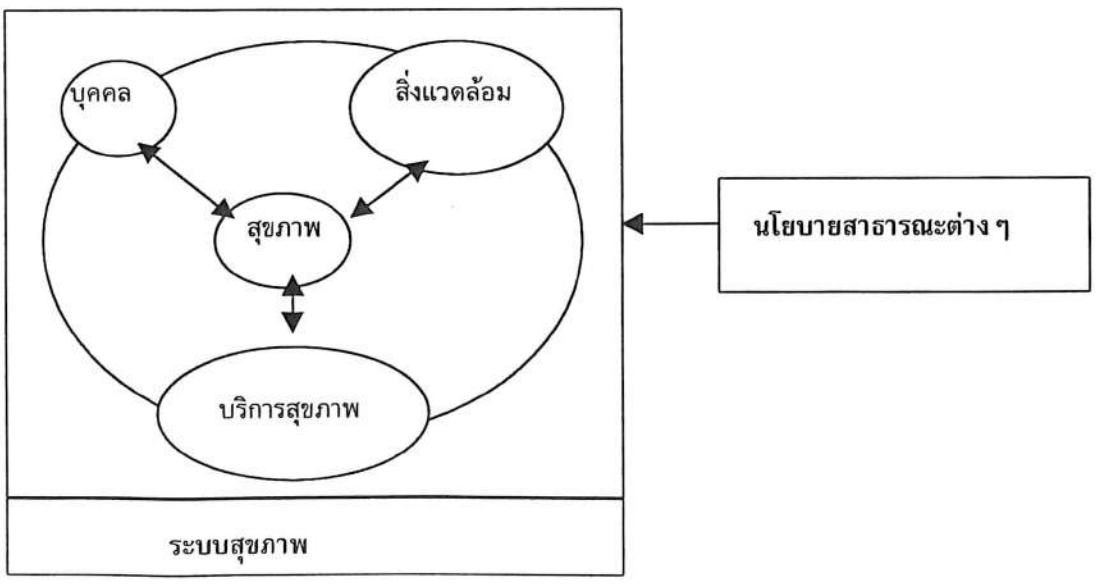
#### 2.1 กรอบแนวความคิดของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

สุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยทั้งด้านปัจเจกบุคคล (กรรมพันธุ์ พฤติกรรม จิตวิญญาณ) และสภาพแวดล้อม เช่น ทางเศรษฐกิจ สังคม กายภาพ ชีวภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ การดำเนินการต่างๆของรัฐที่มีผลต่อปัจเจกบุคคลและสภาพแวดล้อม จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

นโยบายสาธารณะสุขภาพ มีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยมาก เมื่อเทียบกับผลของนโยบายด้านเศรษฐกิจและสังคม ตัวอย่างเช่น นโยบายด้านการกระจายรายได้ อัตราค่าจ้าง อัตราเงินเฟ้อ การจัดที่อยู่อาศัย มาตรฐานที่อยู่อาศัย และการคมนาคมขนส่ง เป็นต้น นอกจากนี้ นโยบายที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้ที่ดิน การสัมปทานเหมืองแร่ และการเกษตร ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมากอีกด้วย

ดังนั้น เป้าหมายการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งสร้างระบบที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้ ส่วนสำคัญส่วนหนึ่งจึงอยู่ที่การตัดสินใจในการดำเนินกิจการทุกอย่างของรัฐ ซึ่งรวมเรียกว่า “นโยบายสาธารณะ”

ภาพที่ 3 กรอบแนวความคิด นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ



นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ อันประกอบปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดมีผลต่อสถานะสุขภาพของคนในสังคม

#### 2.2 นิยามศัพท์

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy) (WHO, 1988)

“คือนโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใย อย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น

เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี เป็นนโยบายที่มุ่งทำให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี”

#### 2.3 ขอบเขตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

อาจกล่าวได้ว่า นโยบายสาธารณะทุกเรื่องล้วนมีผลต่อสุขภาพทั้งสิ้น เพื่อให้ง่ายในการพิจารณาอาจจัดกลุ่มนโยบายสาธารณะได้ดังนี้

2.3.1 นโยบายด้านสังคม เช่น นโยบายด้านการพัฒนาระบบการเมือง การปกครอง การกระจายอำนาจ การรักษาความมั่นคง การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม สาธารณสุข นโยบายเกี่ยวกับเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และชนกลุ่มน้อยต่างๆ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ข้อมูลข่าวสารและสื่อสารมวลชน เป็นต้น

2.3.2 นโยบายด้านเศรษฐกิจ เช่น นโยบายด้านเศรษฐกิจมหภาค ภาษีอากร การพัฒนาอุตสาหกรรม เกษตรกรรม การค้า การคมนาคมขนส่ง เป็นต้น

2.3.3 นโยบายด้านอื่นๆ เช่น นโยบายด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติ การควบคุมมลภาวะ การปฏิรูปที่ดิน การพลังงาน การต่างประเทศ เป็นต้น

ภาพที่ 4 ขอบเขตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

คน : คุณภาพ ศักยภาพ ผลผลิตภาพ สุขภาพ มนุษยภาพ
การเมือง การปกครอง และกฎหมาย
เศรษฐกิจ พาณิชยกรรม เกษตร อุตสาหกรรม และต่างประเทศ
การศึกษา สังคม วัฒนธรรม และศาสนา
ประชากร สาธารณสุข
การจราจร และขนส่ง
วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม โทรคมนาคม พลังงาน และทรัพยากรมนุษย์
ระบบ : เสมอภาค เอกภาพ เสถียรภาพ (ดุลยภาพ) มีส่วนร่วม มุ่งพัฒนาให้ดีขึ้น

2.4 ประเภทของนโยบายสาธารณะ (ดัดแปลงจาก Palmer and Short, 1994)

ประเภทของนโยบายสาธารณะอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม และ 4 มาตรการ ดังนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประเภทและมาตรการของนโยบายสาธารณะ

กลุ่มนโยบาย	มาตรการ			
	กฎหมาย	เศรษฐกิจ	ให้ความรู้	วิชาการ/เทคโนโลยี
1. เกี่ยวกับการจัดการทรัพยากร (Distributive and Re-distributive Policies)	+	++++	++	++
2. เกี่ยวกับการควบคุมกิจกรรมต่างๆ (Regulatory Policies)	++++	+	++	++

ตัวอย่างของนโยบายเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร (Distributive and Re-distributive Policies) เช่น นโยบายการจัดสรรงบประมาณ นโยบายภาษี นโยบายการอุดหนุน

ตัวอย่างของนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมกำกับ (Regulatory policies) เช่น นโยบายการกระจายอำนาจ นโยบายการจัดตั้งองค์กรมหาชน นโยบายการปฏิรูประบบราชการ

นโยบายสาธารณะในเรื่องหนึ่งๆ นั้น อาจมีทั้งที่เกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร และการควบคุมกำกับรวมกันอยู่ และอาจสามารถเลือกใช้มาตรการทั้ง 4 มาตรการผสมกันได้

2.5 บทเรียนสากลเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะโดยแบ่งตามด้านต่างๆ ดังนี้:

ด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ:

2.5.1 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ มีบทเรียนดังนี้

มีหลักฐานเป็นที่ประจักษ์ว่า นโยบายเศรษฐกิจมหภาค (Macroeconomic policies) และมาตรการทางนโยบายเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำ เช่น การลดค่าของเงิน การลดค่าใช้จ่ายภาครัฐบาล ความเข้มงวดของมาตรการการเงิน การเปิดการค้าเสรี เป็นต้น มีผลทำให้ภาวะสุขภาพและโภชนาการของประชากรแย่ลง (Weil, 1990)

การวัดอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยใช้ค่า Gross Domestic Product (GDP) หรือ Gross National Product (GNP) เป็นสิ่งที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เพราะไม่ได้คำนึงถึงต้นทุนการเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของคน GNP และ GDP ชอนต้นทุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการผลิตสินค้าและบริการ เช่นเมื่อต้องเสียค่ารักษาพยาบาลและค่าทำศพเพิ่มเพราะคนตายจากมลภาวะทางอากาศ ตัวเลขนี้จะถูกนำไปคำนวณบวกเข้าไปทำให้ GNP และ GDP เพิ่ม GDP ที่มีผลจากมลภาวะจึงถูกนับบวกไปอย่างน้อย 3 ครั้ง คือ เมื่อตอนมลภาวะถูกผลิตออกมา เมื่อตอนจัดมลภาวะและเมื่อตอนคนเจ็บป่วย ตัวเลข GNP และ GDP ไม่ได้บอกอะไรเลยเกี่ยวกับความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ ไม่ได้ชี้ให้เห็นว่า ทรัพยากร รายได้ มลภาวะ กระจายไปให้ใครบ้างในสังคม

นักเศรษฐศาสตร์ ชื่อ David Pearce ประมาณไว้ว่า ในประเทศกำลังพัฒนา ควรลบค่า GDP และ GNP ด้วยความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและมลภาวะประมาณ 5-15% จึงจะเป็น GDP และ GNP ที่แท้จริง

UNICEF จึงเสนอว่าประเทศต่าง ๆ ไม่ควรใช้ GDP, GNP ต่อหัวเป็นดัชนีชี้วัดความเจริญแต่ควรใช้รายได้เฉลี่ยของคนจนที่สุดจำนวน 40% ขึ้นมา

มีการสร้างเครื่องชี้วัดอื่น ๆ เพื่อบอกระบบการเติบโตที่แท้จริง เช่น Net Economic Welfare (NEW) ซึ่งมีการวัดคุณภาพชีวิตและ มีการลบ GNP และ GDP ด้วย มลภาวะที่สินค้านั้นผลิตออกมาด้วย มีตัวชี้วัดอื่น ๆ อีกที่มีแนวความคิดคล้ายกัน เช่น Net National Product (NNP), Index of sustainable Economic Welfare (ISEW), Genuine Progress Index (GPI) (Miller, 1999)

## 2.5.2 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาอุตสาหกรรม

### กรณีศึกษา ประเทศเยอรมัน

นักการเมืองและนักธุรกิจในเยอรมันเห็นโอกาสทางธุรกิจของสินค้าปกป้องสิ่งแวดล้อม มูลค่าทางการตลาดในปี 1994 เท่ากับ \$US 408 พันล้าน กฎหมายด้านสิ่งแวดล้อมที่เข้มงวดทำให้อุตสาหกรรมในเยอรมันนี้คิดค้นเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่สะอาด เช่น เครื่องยนต์ใช้ก๊าซ โรงรถเหล็กไม้ใช้ถ่านหินและขยายเทคโนโลยีนี้ทั่วโลก

มีการทำสัญลักษณ์นางฟ้าติดที่สินค้ารับรองว่าไม่สร้างมลภาวะ บริษัทต่างชาติอื่น ๆ เมื่อต้องการทดสอบสินค้าใหม่ที่ไม่สร้างมลภาวะจะมาที่เยอรมัน มีการปฏิวัติระบบการรีไซเคิล เช่น โรงงานผลิตรถยนต์ต้องรับผิดชอบในการเก็บคืนและรีไซเคิลรถยนต์ที่ตนผลิตขึ้นส่วนรถทุกชิ้นจะมีบาร์โค้ด โรงประกอบรถยนต์จะทำหน้าที่ถอดชิ้นส่วนรถทั้งคันได้ภายใน 20 นาที

มาตรการนี้นำไปขยายใช้กับสินค้าทุกชนิดเพื่อลดพลังงานและทรัพยากรธรรมชาติ

พร้อมกันนั้นยังกำลังขยายเทคโนโลยีการรีไซเคิลนี้ไปยังประเทศอื่น รัฐบาลเยอรมันทุ่มทุนพัฒนาเทคโนโลยีโซล่าเซลล์และพลังงานไฮโดรเจนอย่างมาก ซึ่งเป็นพลังงานแห่งอนาคต มีการให้ทุนช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนา ปีละ \$US 1 พันล้าน เพื่อกระตุ้นการใช้โซล่าเซลล์และปั้มน้ำพลังลมของเยอรมัน

### นโยบายที่ควรทำ

- 1) รัฐควรมีนโยบายในการสนับสนุนอุตสาหกรรมที่สะอาด โดยอุตสาหกรรมเหล่านี้ใช้วัตถุดิบที่มีพิษน้อย ผ่านกระบวนการผลิตที่มีพิษน้อย เมื่อมีกากของเสียจากการผลิตก็สามารถบำบัดได้ง่ายด้วยต้นทุนต่ำ ผลกระทบต่อสุขภาพของคนงานหรือคนในชุมชนก็น้อย อีกทั้งไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม
- 2) รัฐควรส่งเสริมการลงทุนในนิคมอุตสาหกรรม เพราะสามารถจัดการปัญหามลภาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่รัฐจะต้องมีการประเมินผล และตรวจสอบนิคมอุตสาหกรรมอย่างเป็นระบบและเชื่อถือได้ เพื่อคนงานและชุมชนที่อยู่รอบ ๆ นิคมอุตสาหกรรมมีความปลอดภัยอย่างแท้จริง
- 3) ให้ผู้ประกอบการมีส่วนรับผิดชอบผลของการดำเนินการของตนที่เกิดกับสิ่งแวดล้อม โดยถือหลัก "ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย" เนื่องจากสภาวะการณ์ปัจจุบัน มลพิษ ต่าง ๆ ที่ผู้ประกอบการเป็นผู้ก่อขึ้น ล้วนเป็นภาระของรัฐในการบำบัดทั้งสิ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่เป็นธรรมกับประชาชนโดยทั่วไป (ซูซีย์ ศุภวงศ์ และคณะ, 2538)
- 4) รัฐต้องมีนโยบายและแผนที่ชัดเจนในการสนับสนุนอุตสาหกรรมชุมชนหรืออุตสาหกรรมในชนบท ซึ่งเป็นอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดย่อม โดยพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อการผลิตทางอุตสาหกรรมในชนบท แก้ปัญหาเรื่องการขาดอุปสงค์ในตลาดท้องถิ่น การขาดแหล่งเงินทุน การขาดความรู้ ตลอดจนความชำนาญในการบริหารจัดการ

นอกจากจะทำให้ชนบทมีรายได้เพิ่มขึ้นแล้ว แรงงานในชนบทไม่ต้องอพยพเข้าไปในเมืองใหญ่ หรือไปต่างประเทศ เขาเหล่านั้นจะได้อยู่กับครอบครัวและชุมชนของเขามากขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

5) นโยบายกระจายอุตสาหกรรมไปสู่ภูมิภาคควรมีกระบวนการรับความเห็นสาธารณะและสะท้อนความต้องการของคนในท้องถิ่น คนในชุมชนนั้น ๆ จะต้องมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง คนในท้องถิ่นควรได้รับผลตอบแทนอย่างสมควร เป็นหุ้นส่วนหรือมีส่วนในการบริหารจัดการในอุตสาหกรรม เพื่อป้องกัน ความเสี่ยงต่อมลพิษที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากมลภาวะนาชนิด ที่จะมาทำลายสุขภาพของผู้คนในชุมชน ทั้งที่อยู่ในปัจจุบันและคนรุ่นหน้า

### 2.5.3 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการว่างงาน และการขจัดความยากจน

“ความมั่นคงในการทำงาน เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน”

การว่างงานทำให้เสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพ จากหลักฐานพบว่า ในพื้นที่ที่มีอัตราการว่างงานสูง จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสูงด้วย ข้อมูลจากหลายประเทศพบว่า คนว่างงานและครอบครัว มีอัตราตายสูงกว่า (แม้จะปรับค่าด้วยปัจจัยอื่น ๆ แล้วก็ตาม) การว่างงานมีผลกระทบต่อทั้งปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาทางการเงิน รวมทั้งหนี้สิน และมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมในที่สุด

ผลกระทบในระยะแรกเริ่มต้นตั้งแต่เมื่อคนรู้สึกว่างงานของตนเอง กำลังถูกสั่นคลอน แม้ว่าจะยังไม่เกิดการตกงาน ความไม่มั่นคงของหน้าที่การงานนี้คุกคามสุขภาพ เช่น ความวิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคหัวใจ และเพิ่มปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของโรคหัวใจ

ดังนั้น คุณภาพของงานจึงมีความสำคัญพอ ๆ กับการมีงานทำ มีหลักฐานการวิจัยในประเทศอุตสาหกรรมว่า ช่วงการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และตลาดแรงงาน ประชาชนรู้สึกว่างงานที่การงานของตนไม่มั่นคงเพิ่มขึ้น ถ้ามีความรู้สึกนี้ยาวนานยิ่งเพิ่มอัตราการลางานและอัตราการใช้บริการสุขภาพ

นโยบายที่ควรทำ ควรมีเป้าหมาย 3 ประการคือ 1) ป้องกันการเกิดภาวะว่างงาน และความไม่มั่นคงในงาน 2) ลดผลกระทบที่เกิดจากการว่างงาน และ 3) ลดความถี่ในการย้ายงาน

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว รัฐบาล ต้องทำสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้ คือ 1) บริหารเศรษฐกิจของประเทศไม่ให้เกิดความผันผวนมากเกินไป ทั้งด้านสูงหรือต่ำ จะลดปัญหาการว่างงานได้ 2) การลดชั่วโมงการทำงาน อาจจะมีประโยชน์ถ้ามีการรับประกัน การมีงานทำและความพึงพอใจต่องาน 3) ยกระดับการศึกษาของประชาชนให้สูงขึ้นและพัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่อง (Marmot and Wilkinson, 1998)

### 2.5.4 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการทำงาน

“ความเครียดในที่ทำงาน เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค” ความเสี่ยงต่อการเกิดจากการปวดหลัง และโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจหลอดเลือด เป็นต้น สาเหตุของการเกิดโรคหรืออาการเหล่านี้ มักจะมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมในการทำงาน นอกจากนี้ ยังพบว่า การได้รับสิ่งตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับงานที่ทำมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจหลอดเลือด จากการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานทั้งด้านกาย จิต และสังคม มีส่วนสำคัญกับการมีสุขภาพดี นโยบายที่ควรมี ได้แก่

- 1) พัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงาน จะนำไปสู่การทำงานอย่างมีความสุขสมบูรณ์ มีผลผลิตในการทำงานสูงขึ้น และมีความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น
- 2) พัฒนาการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของพนักงานในทุกระดับ ซึ่งจะส่งผลดีทั้งต่องานและสุขภาพ
- 3) รูปแบบของสถานที่ทำงาน เพื่อให้พนักงานสามารถควบคุมตนเอง ปรับให้มีความหลากหลายของลักษณะงานและการมีโอกาสปรับปรุงงานของตนให้ดีขึ้น
- 4) มีระบบการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ทั้งในรูปของงาน และรางวัลอื่น ๆ
- 5) พัฒนาสถานที่ทำงานให้ถูกต้องตามหลัก ergonomics

### 2.5.5 นโยบายสาธารณะด้านการขนส่งและคมนาคม

การขนส่งโดยรถยนต์ส่วนตัวมีต้นทุนแฝงให้กับสังคมจำนวนมาก เช่น ค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดอุบัติเหตุ การเสียชีวิต มลภาวะทางอากาศ มลภาวะทางเสียง การใช้ภาษีอุดหนุน ค่าน้ำมัน การแบ่งแยกคนในสังคม ภาวะเครียดการสูญเสีย

พื้นที่สีเขียวเพื่อสร้างถนน ซึ่งยังขยายยังมีรถมากขึ้น ความเร็วในการเดินทางลดลงเรื่อย ๆ สูญเสียเวลาทำงาน ซึ่งคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจมหาศาล ทำให้เกิดการพึ่งพาพลังงานจากฟอสซิลคือน้ำมัน กล่าวสำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา ยังมีต้นทุนทางการทหารเพื่อปกป้องแหล่งน้ำมันในตะวันออกกลางอีกด้วย ต้นทุนแฝงรวมประมาณ ๘ US 300 พันล้าน ต่อปี แต่การกระจายต้นทุนนี้กลับไปให้ผู้บริโภคจะทำให้ยาก

ควรส่งเสริมการใช้จักรยานและขนส่งมวลชน แต่ก็ทำได้ยาก เช่น ประเทศจีน ซึ่งเดิมใช้จักรยานเป็นพาหนะเป็นส่วนใหญ่ เมื่อคนมีรายได้มากขึ้น ก็จะหันมาใช้รถมอเตอร์ไซด์หรือรถยนต์แทน ในประเทศอินโดนีเซีย ห้ามใช้รถจักรยาน เพราะกีดขวางรถยนต์และต้องการแสดงให้เห็นว่าประเทศมีความเจริญ การขนส่งมวลชน เช่น รถไฟใต้ดิน มีต้นทุนค่าก่อสร้างและการดำเนินการสูง ต้องอยู่ในเขตชุมชนหนาแน่น จึงจะมีกำไร และมีความไม่ยืดหยุ่นด้านเส้นทางการขนส่งมวลชนโดยใช้รถบัสหลาย ๆ ขนาด ช่วยแก้ปัญหาได้ เช่น ที่เมือง Curitiba ประเทศ Brazil (ดูกรณีศึกษา)

#### กรณีศึกษา .....

เมือง Curitiba มีประชากร 2.1 ล้านคน เป็นเมืองที่สะอาดน่าอยู่และมีเศรษฐกิจดี มีต้นไม้ทั่วทุกหนแห่ง เพราะเจ้าหน้าที่แจกต้นไม้ให้ประชาชนปลูกและดูแล 1.5 ล้านต้น การตัดต้นไม้ต้องขออนุญาต ถ้าตัด 1 ต้นต้องปลูกทดแทน 2 ต้น เคยมีปัญหาน้ำท่วมยาวนานในช่วงปีทศวรรษ 60 จึงมีการจำกัดการก่อสร้างบริเวณนั้น สร้างทะเลสาบเพื่อกักน้ำ ออกกฎหมายปกป้องทางระบายน้ำ เปลี่ยนริมน้ำแม่น้ำให้เป็นสวนสาธารณะ หยุดปัญหาน้ำท่วมและกลับเพิ่มจำนวนพื้นที่สีเขียวต่อประชากร

อากาศที่นี้สะอาด เพราะพึ่งพารถยนต์น้อย มีทางจักรยาน 145 กิโลเมตร และกำลังสร้างเพิ่มขึ้น ถนนบางสายใจกลางเมืองห้ามรถผ่าน โดยที่ร้านค้าต่าง ๆ ก็ร่วมมือ โรงงานร้างถูกเปลี่ยนเป็นโรงเล่นกีฬา และสถานพักผ่อนเล่นต่าง ๆ

ความสำเร็จของเมือง Curitiba เกิดจากการวางแผนด้านการขนส่งและการใช้ที่ดินอย่างผสมผสาน ระบบรถโดยสารได้รับการวางระบบอย่างสมบูรณ์ดีกว่ารถไฟใต้ดินหรือรถราง ซึ่งแพงและไม่ยืดหยุ่น และอาจจะถือว่าดีที่สุดในโลก

แนวคิดการวางระบบคือออกแบบให้เมืองพัฒนาอยู่ในแนวทางหลัก 5 สาย ซึ่งแผ่รัศมีออกจากใจกลางเมืองเหมือนซี่ล้อรถจักรยาน เส้นทางหลักนี้จะมีบัสเลนโดยเฉพาะ ระบบรถโดยสารใช้รถบัส ซึ่งสะอาดและไม่ก่อให้เกิดมลภาวะจนคน วันละ 1.5 ล้านคน ในราคาถูกและไม่ต้องเสียเงินอีก เมื่อจะต่อรถสายอื่น อาคารที่อยู่อาศัยใกล้เส้นทางรถบัสสำคัญต้องเป็นตึกสูงเท่านั้น และต้องเหลือชั้นล่าง 2 ชั้น ทำเป็นร้านค้าเพื่อลดความจำเป็นในการเดินทาง เมืองนี้จึงมีมลภาวะทางอากาศต่ำมาก

เมืองนี้สามารถรีไซเคิล กระดาษได้มากกว่า 70% (เท่ากับต้นไม้ 1,200 ต้นต่อวัน) และครัวเรือนแยกขยะ โลหะ แก้ว พลาสติก นำไปรีไซเคิลได้มากกว่า 60% นำไปขายคืนแก่อุตสาหกรรมมากกว่า 340 แห่งของเมือง

มีการซื้อที่ดินได้ทิศทางลม จัดเป็นนิคมอุตสาหกรรมมีถนน บ้านพัก โรงเรียน บริการต่าง ๆ รถบัส และออกกฎหมายควบคุมมลภาวะทางอากาศและน้ำอย่างเข้มงวด ซึ่งมีผลทำให้ดึงดูดนักลงทุน

ที่นี่ดูแลคนจนโดยการฝึกอบรมทักษะอาชีพให้โดยใช้รถบัสเก่ามาดัดแปลงให้เป็นที่พักงาน เก็บค่าเรียนราคาถูก แต่ละคนจะฝึกงานให้ 3 เดือน ก่อนย้ายในที่อื่น คนจนจะมีรายได้จากการค้าของเก่า เพื่อเป็นค่าอาหารและค่ารถ แต่จะได้รับบริการทางการแพทย์ฟรี มีศูนย์เลี้ยงเด็ก 40 แห่ง อัตราตายของทารกลดลงมากกว่า 60% นับจากปี 1977

แม้จะมีปัญหาการอพยพเข้าเมืองเพิ่มขึ้นและปัญหาสลับเหมือนเมืองอื่น แต่ชาว Curitiba มีความภาคภูมิใจและอยากร่วมมือกันพัฒนาเมืองให้ดียิ่งขึ้นไปอีก และมีผู้บริหารเมืองที่ใส่ใจชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน คือ นาย Jaime Lerner ซึ่งเคยเป็นสถาปนิกและครูในวิทยาลัย เป็นผู้นำที่กระตือรือร้น ได้เป็นนายกเทศมนตรีมาแล้ว 3 สมัย

.....  
 “การคมนาคมเพื่อสุขภาพ หมายถึง การลดการใช้รถยนต์ และสนับสนุนให้ใช้การเดินทางเท้าและจักรยาน ร่วมกับการมีระบบขนส่งมวลชนที่ดี”

จักรกลต่าง ๆ ลดการใช้แรงงาน ทั้งในที่ทำงาน และที่บ้าน ผู้คนต้องหาทางออกกำลังกายโดยวิธีอื่น ๆ โดยการลดการใช้รถยนต์ เพิ่มการเดินหรือใช้จักรยาน และขนส่งมวลชน

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันโรคหัวใจและลดความอ้วน ซึ่งทำให้เป็นเบาหวานช้าลง ทำให้มีความรู้สึกสบาย ทำให้คนแก่ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

การลดภาวะจราจรบนถนน ลดอัตราตายจากอุบัติเหตุ แม้ว่าการใช้จักรยานจะมีอุบัติเหตุได้เช่นกัน แต่พบน้อย

เมืองที่วางแผนสิ่งแวดล้อมอย่างดี มีการแยกทางเดินเท้า ช่องทางจักรยานออกจากถนนรถยนต์ทำให้เพิ่มความปลอดภัยสูงขึ้น

การใช้จักรยานและเดินเท้ากระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น รถยนต์แยกผู้คนและถนนแยกชุมชนสองฝั่งออกจากกัน

จำนวนถนนที่มากขึ้นหมายถึงการแย่งที่ทางสังคมแย่งทางเดินเท้า ทำให้คนเดินเท้าลดลงและเปลี่ยนเขตชานเมืองต้องพึ่งพารถยนต์มาก และคนที่ไม่มียานยนต์ เช่น เด็กและคนชราจะถูกโดดเดี่ยว เมื่อมีการโดดเดี่ยวทางสังคม และไม่มีปฏิสัมพันธ์กันในชุมชน ทำให้สุขภาพแย่งลง

การลดการใช้รถยนต์ ทำให้ลดภาวะมลพิษทางอากาศจากท่อไอเสีย ลดการใช้เชื้อเพลิง ซึ่งไม่มีทดแทนและไม่ทำให้โลกร้อนขึ้น

การใช้จักรยานและการเดินเท้าไม่ทำให้มีโรคจากมลภาวะทางอากาศ ไม่มีเสียงรบกวน ทำให้ระบบนิเวศของเมืองไม่เสียสมดุล

การใช้จักรยาน การเดิน และการใช้ระบบขนส่งมวลชน ส่งเสริมสุขภาพใน 4 ด้าน ได้แก่ เป็นการออกกำลังกาย ลดอุบัติเหตุ สร้างสรรค์การมีมนุษยสัมพันธ์ ลดปัญหามลพิษทางอากาศ นโยบายด้านการคมนาคมและขนส่ง ควร

- 1) ให้ความสำคัญกับจักรยานและการเดินเท้า สำหรับการเดินทางในระยะสั้นโดยเฉพาะในเขตเมือง สำหรับการคมนาคมที่ไกลมากขึ้นควรจะมีระบบขนส่งมวลชนมารองรับ และเชื่อมโยงกับพื้นที่นอกเขตเมือง
- 2) ควรใช้ระบบการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการเดินทาง เช่น ลดการสนับสนุนในด้านสร้างถนนเพิ่มการสนับสนุนในระบบขนส่งมวลชน เพิ่มภาษีรถยนต์ และเพิ่มราคาค่าจอดรถ
- 3) ปรับระบบการใช้ประโยชน์จากที่ดิน เช่น เพิ่มพื้นที่สีเขียวบนถนน ลดขนาดของที่จอดรถ เพิ่มพื้นที่ผิวทางจักรยานและเดินเท้า เพิ่มช่องทางเดินรถประจำทาง
- 4) ในการขยายถนนและสร้างเครือข่ายถนนทั่วประเทศ ต้องถือเป็นนโยบายที่จะลงทุนในการออกแบบและการก่อสร้างที่ทำให้เกิดความปลอดภัยในการเดินทาง โดยเฉพาะการออกแบบก่อสร้างบริเวณสะพาน ทางโค้ง ทางแยก รวมทั้งการติดตั้งป้ายสัญญาณจราจรและไฟส่องสว่าง นอกจากนี้ยังควรมีมาตรการเสริม เช่น การบังคับใช้กฎหมายหมวกกันน็อคและเข็มขัดนิรภัย
- 5) รัฐต้องเร่งรัดดำเนินการแก้ไขถนนบริเวณที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยทั่วประเทศ ให้ถูกหลักวิศวกรรมจราจร รวมทั้งมีแผนงาน โครงการ มาตรการต่าง ๆ ในการลดอุบัติเหตุจราจรอย่างชัดเจน
- 6) การประกาศระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายที่ถือว่าผิดกฎหมายถ้าขับขี่ยานพาหนะ อุบัติภัยยานยนต์จากการขับขี่ยานพาหนะ ด้วยฤทธิ์แอลกอฮอล์ เป็นอุบัติเหตุยานยนต์ชนิดที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย และควรใช้สื่อสารมวลชนช่วยประชาสัมพันธ์กิจกรรมให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้ขับขี่ยานพาหนะและเกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะถูกจับ อันจะนำไปสู่การปลูกฝังค่านิยมไม่ขับขี่ยานพาหนะในขณะเมาสุราในระบอบประชาธิปไตยที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดในโลก ด้วยมาตรการตรวจจับยังพบว่า ร้อยละ 21 ของผู้ขับขี่ยานพาหนะที่เสียชีวิตยังมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 0.05 มก.ต่อ ดล. (ลดลงจากเดิมร้อยละ 57 ในเวลา 15 ปี) (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2540; ชูชัย และคณะ, 2538)

#### 2.5.6 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาเกษตรกรรมและด้านอาหาร

“อาหารดี เป็นประเด็นทางการเมือง” การมีอาหารที่มีคุณภาพและปริมาณเพียงพอ เป็นแกนกลางที่สำคัญต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพดีและสุขสบาย การขาดอาหารและการบริโภคอย่างไม่ครบถ้วนทำให้เกิดโรค การ



บริโภคมากเกินไปทำให้เกิดโรคหัวใจ เบาหวานมะเร็ง โรคตาเสื่อม อ้วนและฟันผุ ประเทศต่าง ๆ จะพบทั้งปัญหาภาวะขาดอาหาร และภาวะอาหารล้นเกิน

ประเด็นสำคัญของงานสาธารณสุขคือ การมีอาหารที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอและราคาเหมาะสม การสามารถเข้าถึงหรือซื้ออาหารได้มีผลต่อพฤติกรรมการกินมากกว่าโครงการศึกษาด้านอาหาร

การเปลี่ยนผ่านของลักษณะของทางระบาดวิทยาของโรคในประเทศอุตสาหกรรม จากโรคติดต่อไปสู่โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดสมอง และมะเร็ง มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเปลี่ยนผ่านของลักษณะของอาหาร ซึ่งพบว่าการบริโภค ไขมัน น้ำตาล มาก

เป็นเรื่องแปลก ที่พบว่าโรคอ้วน พบในคนจนมากกว่าคนรวย

การค้าขายอาหารเป็นอุตสาหกรรมใหญ่ของโลก มีผลต่ออุปทานด้านอาหาร คณะกรรมการระหว่างประเทศซึ่งทำหน้าที่ควบคุมมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร คือ Codex Alimentarius เป็นตัวแทนของผู้ผลิตมากกว่าประชาชน

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อความแตกต่างของคุณค่าของอาหารที่บริโภค แล้วมีผลต่อความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพในที่สุด คนจนกินอาหารสำเร็จรูปแทนอาหารสดมากขึ้น คนแก่ คนตกงาน และครอบครัวที่มีรายได้น้อยมักจะกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ แต่ทุกกลุ่มกินอาหารที่มีไขมันสูง ทั้งคนรวยและคนจน

เป้าหมายของงานโภชนาการเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ ต้องเน้นที่การกินผักสด ผลไม้สด พืชตระกูลถั่ว และธัญพืชที่ไม่ขัดสี และต้องลดการกินเนื้อสัตว์ น้ำตาลและเกลือ

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญมากกว่า 100 คณะ เห็นด้วยกับแนวทางนี้

**กรณีศึกษา 1.** ในประเทศออสเตรเลีย การเพิ่มการผลิตเนื้อไม่มัน (lean meat) ของผู้ผลิตเนื้อ เป็นนโยบายที่ริเริ่มโดยภาคเอกชนที่ต้องการส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดการบริโภคไขมัน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยที่รัฐบาลโดยกระทรวงพาณิชย์ยอมรับให้มีมาตรการภาษีเพื่อส่งเสริมการผลิตเนื้อไม่มัน นโยบายลดภาษีในกรณีนี้ถือเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งที่นโยบายนี้ไม่ได้กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข

**2.** ในหลายประเทศ เช่น ประเทศบังคลาเทศ อัล ซาวาดอร์ อินเดีย เคนยา และเปรู มีการศึกษาที่ยืนยันชัดเจนว่า โครงการพัฒนาที่ทำกินและการถือครองที่ดิน (Land policy and resettlement) ขนาดของการถือครองที่ดิน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดในเชิงบวกกับระดับรายได้ การบริโภค และภาวะสุขภาพ

**3.** ในกรณีของไทยยังมีปัญหาการมุ่งปลูกพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยว ซึ่งทำให้เกิดความไม่มั่นคงและผลกระทบทางลบ ทั้งด้านอาหาร ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ของชุมชนทั่วประเทศอย่างรุนแรง

**นโยบายที่ควรทำ** องค์กรทั้งในภาครัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรท้องถิ่นหรือระดับชาติ ควรจะมีนโยบายเกี่ยวกับอาหารดังนี้

- 1) สามารถจัดหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง สด ใหม่ สำหรับทุกคน
- 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกด้าน รวมถึงผู้บริโภค มีส่วนในการติดตาม กำกับ ตรวจสอบ การออกกฎระเบียบด้านอาหาร
- 3) ส่งเสริมการเกษตรและอุตสาหกรรมอาหาร ที่รักษาระบบชาติและสิ่งแวดล้อม
- 4) ปกป้อง ผู้ผลิตอาหารในระดับท้องถิ่น จากกลุ่มการค้าอาหารในระดับโลก
- 5) ให้ความรู้ประชาชนในการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เสริมทักษะการเตรียมอาหาร และมารยาทในการรับประทานอาหารร่วมกันที่ถูกต้อง
- 6) พัฒนานโยบายเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ โดยใช้องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์
- 7) รัฐต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนการทำไร่นาสวนผสม เพื่อให้เกษตรกรรายย่อย ชาวนาอยู่รอดได้ แทนการสนับสนุนการปลูกพืชเดี่ยวเพื่ออุตสาหกรรมส่งออก เนื่องจากทำให้เกษตรกรต้องเป็นหนี้สิน มีปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการใช้ปุ๋ยมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งส่งผลให้ต้องลงทุนสูงขึ้น ดินเสื่อมสภาพเร็วขึ้น ซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม

8) รัฐควรให้ข้อมูลข่าวสารและให้คำปรึกษาทางวิชาการแก่เกษตรกรอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อให้เกษตรกรได้รับความปลอดภัยจากสารพิษ นอกจากนี้ต้องเข้มงวดกวดขันกับผู้ประกอบการผลิตสารกำจัดศัตรูพืช ให้มีค่าเตือนและวิธีการใช้ที่ชัดเจน

9) รัฐควรสนับสนุนการศึกษาวิจัยให้มีการพัฒนาการใช้สารที่สกัดจากธรรมชาติในการกำจัดศัตรูพืช เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของเกษตรกรและสิ่งแวดล้อมในระยะยาว

นโยบายสาธารณะด้านสังคม:

2.5.7 นโยบายเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ชุมชนและประชาสังคม เพื่อเพิ่มแรงยึดเหนี่ยวกันในสังคม

“สภาพเศรษฐกิจและสังคมส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชาชน ดังนั้นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพย่อมเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจอย่างแท้จริง”

ชีวิตของคนคนหนึ่งมีลำดับช่วงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญดังนี้ ระยะการปรับตัวทางอารมณ์ในช่วงวัยเด็ก ระยะการเปลี่ยนจากระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานไปยังการศึกษาตอนปลาย การเริ่มทำงาน การมีครอบครัว การเปลี่ยนงาน การเกษียณ ประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มที่เสียโอกาสจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในทุกช่วงการเปลี่ยนผ่านของชีวิต

กลุ่มคนที่อยู่ในสถานะทางสังคมที่ไม่สูง จะมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยที่รุนแรงและตายก่อนวัยอันสมควรอย่างน้อย 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มคนที่อยู่ในสถานะทางสังคมสูงหรือค่อนข้างสูง ความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพนี้ สะท้อนออกมาให้เห็นในรูปความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัย การเสียโอกาสในด้านวัตถุของประชาชน และการขาดความกลมกลืนทางสังคม

การเสียโอกาสในด้านวัตถุ พิจารณาได้ทั้งในเชิงสัมบูรณ์และสัมพัทธ์ ตัวอย่างเช่น มีสินทรัพย์น้อย การศึกษาต่ำ ว่างาน สภาพที่อยู่ไม่เหมาะสม เป็นต้น การเสียโอกาสเช่นนี้มีแนวโน้มที่จะกระจุกตัวในคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ดังนั้น เมื่อคนกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับภาวะความเครียดจากสภาพเศรษฐกิจและสังคม อยู่ตลอดเวลา พวกเขา ก็จะประสบกับปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางด้านสุขภาพที่รุนแรงไม่สิ้นสุด

มิตรภาพ สัมพันธภาพที่ดี และเครือข่ายที่เข้มแข็ง จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทุกระดับทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และชุมชน

การมีเรื่องพุงทางสังคม และความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการมีสุขภาพดี เป็นทั้งทรัพยากรในทางอารมณ์ และในทางปฏิบัติแก่ผู้คน การเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มีการสื่อสารและการยึดถือค่านิยมร่วมกัน ทำให้คนมีความรู้สึกว่าได้รับการดูแลได้รับความรัก มีความภาคภูมิใจ และรู้สึกชีวิตมีค่า สิ่งนี้ช่วยปกป้องสุขภาพ

เรื่องพุงทางสังคมมีทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน ความโดดเดี่ยวทางสังคมหรือการถูกกีดกัน มีผลทำให้อัตราตายสูงขึ้น ทำให้อัตราการรอดชีวิตหลังจากเกิดโรคหัวใจขาดเลือดลดลง มีความรู้สึกสุขสบายน้อย อัตราการเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่า อัตราเกิดความพิการเมื่อเป็นโรคเรื้อรังสูงกว่า

การเข้าถึงเรื่องพุงทางสังคม ผันแปรตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล คนยากจนมักถูกกีดกันและโดดเดี่ยว

แรงยึดเหนี่ยวทางสังคม ช่วยปกป้องบุคคลและสุขภาพซึ่งจะเกิดขึ้นได้ บุคคลในสังคมต้องมีการไว้วางใจและเคารพซึ่งกันและกัน

สังคมที่มีช่องว่างทางรายได้สูง มีแนวโน้มที่จะมีแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมต่ำ มีอาชญากรรมรุนแรงสูง และอัตราตายสูง

มีการศึกษาวิจัยพบว่าชุมชนที่มีแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมสูงจะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำ และจะกลับไปมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเมื่อแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมลดลง

การศึกษาเชิงทดลอง ชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีสามารถที่จะลดความเครียดกลุ่มทดลอง ซึ่งมีความเสี่ยงสูง เมื่อได้รับการส่งเสริมทางสังคม ทำให้ผลการรักษาโรคหัวใจได้ผลดี ผู้ป่วยมะเร็งมีอายุยืนยาวขึ้น และผลการตั้งครรภในกลุ่มเสี่ยงออกมาดี

ในชุมชน การลดช่องว่างของรายได้ และภาวะการกีดกันทางสังคม จะช่วยให้สังคมมีความร่วมมือกัน และสุขภาพดีขึ้น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในโรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน จะทำให้ประชาชนเห็นคุณค่าของสุขภาพของตน

การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ชุมชน และประชาสังคม เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ในอดีตที่ผ่านมาชุมชนถูกกระทำให้อ่อนแอลงจนไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ทั้งนี้เนื่องจากการวางแผนพัฒนาที่ผ่านมา ล้วนแล้วแต่ถูกกำหนดจากส่วนกลางทั้งสิ้น ได้ละเลยเพิกเฉยต่อการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ทางออกของปัญหาทางสังคมที่เป็นความหวังและมีพลังแฝงมหาศาลคือ พลังประชาสังคม

ประชาสังคม (Civil society) หมายถึง การที่กลุ่มคนทั้งหลายในสังคมมีจิตสำนึกร่วมกัน มารวมตัวกันด้วยมิตรภาพ ด้วยความสมานฉันท์ ในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกัน จนเกิดเป็นองค์กรขึ้น และมีโครงสร้างและกระบวนการที่เชื่อมโยงสมาชิกในกลุ่ม หรือเชื่อมโยงองค์กรประชาสังคมต่าง ๆ เข้าด้วยกันเป็นเครือข่าย เพื่อช่วยกันแก้ปัญหาสังคม

กระบวนการประชาสังคมกับสุขภาพ เน้นที่การสร้างหุ้นส่วนสุขภาพ ให้เกิดขึ้นในหมู่ประชาชน องค์กรชุมชน ร่วมกับภาครัฐ และภาคธุรกิจเอกชน ในแนวคิดนี้ ประชาคมหรือชุมชน จะต้องร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมหาทรัพยากร ร่วมปฏิบัติการ ร่วมติดตามประเมินผล อย่างแข็งขัน จนสามารถเกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ เน้นการใช้ความเข้มแข็งหรือพลังของสังคม นำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อเกิดสังคมสุขภาพดีด้านสุขภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2540)

ในปัจจุบัน นโยบายด้านการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเป็นสิ่งกำหนดไว้แล้วในกฎหมาย เพราะองค์กรในท้องถิ่นทั้งที่เป็นองค์กรของรัฐท้องถิ่น และองค์กรชุมชนท้องถิ่น มีความเหมาะสมมากที่สุด ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง เช่น ปัญหาสังคม ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากชุมชนเหล่านี้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัญหาดังกล่าว

นโยบายด้านสังคมและการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรในท้องถิ่น ที่ควรทำ

- 1) สนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์กรชุมชนท้องถิ่น องค์กรชุมชนท้องถิ่นที่ไม่ใช่องค์กรของรัฐท้องถิ่น แต่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐทั้งด้านการเงิน วิชาการ และข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น อันเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน ให้ชุมชนมีความคิดริเริ่ม มีความสามารถตัดสินใจภายใต้ดุลยพินิจของตนเอง ซึ่งจะมีผลทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถลดหรือคลี่คลายปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ความล้มเหลวทางการศึกษา ความไม่มั่นคง ปลอดภัยในงาน และช่องว่างรายได้ของคนในสังคม ช่วยบรรเทาปัญหาและปรับปรุงสภาพชีวิตให้ดีขึ้น
- 2) กระจายอำนาจโดยการจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรของรัฐท้องถิ่น และให้กับองค์กรชุมชนท้องถิ่น ให้สามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 3) พัฒนาองค์กรชุมชนท้องถิ่นควบคู่ไปกับองค์กรของรัฐท้องถิ่น เพื่อให้มีศักยภาพในการทำหน้าที่ ตรวจสอบ กำกับ และประเมินผลองค์กรของรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) พัฒนาความเป็นประชาสังคมในท้องถิ่นต่าง ๆ ทั้งในเขตเมืองและชนบท ในหลายรูปแบบเหมาะสมกับสภาพของท้องถิ่น โดยการพัฒนากลยุทธ์ของกระบวนการระดมพลังในสังคม (Social Mobilization) การพัฒนาประเพณีวัฒนธรรมที่มีคุณค่า การศึกษาประวัติศาสตร์ของท้องถิ่น การสร้างศูนย์วัฒนธรรมในระดับท้องถิ่น และการพัฒนาสถาบันศาสนาในระดับท้องถิ่นเพื่อระดมศักยภาพของทุกส่วนในการสร้างชุมชนรูปแบบใหม่ ๆ ที่จะมาร่วมกันพัฒนาสังคม
- 5) สนับสนุนและอุดหนุนให้ชุมชนสามารถจ้างบุคลากรสาธารณสุขเอง
- 6) สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้สูงอายุที่ยังช่วยตัวเองได้ ได้ช่วยกันดูแลผู้ที่ช่วยตัวเองไม่ได้
- 7) รัฐจะต้องหลีกเลี่ยงการเข้าไปปรับภาวะการจัดบริการด้วยตนเอง ในเรื่องที่ประชาชนหรือชุมชนสามารถช่วยตัวเองหรือจัดบริการได้

### 2.5.8 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับชนกลุ่มน้อยและการกีดกันทางสังคม

การกีดกันทางสังคมทำให้เกิดทุกข์และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การกีดกันทางสังคมส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ และการตายก่อนวันอันสมควร ไม่เพียงแต่ความขาดแคลนทางกายภาพ ยังส่งผลต่อสภาวะทางสังคม สภาพจิตใจ และปัญหาอื่น ๆ ในการดำรงชีวิต

ปัญหาความยากจน การว่างงาน คนเร่ร่อน ผู้อพยพ ชนกลุ่มน้อย ชาวเขา เป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงขึ้นในหลายประเทศ รวมทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วบางแห่ง กลุ่มคนเหล่านี้รวมถึงลูกหลานมักจะถูกกีดกันจากสังคม เช่น สิทธิการเป็นพลเมือง โอกาสการทำงาน โอกาสทางการศึกษา เป็นต้น ก่อให้เกิดปัญหาตามมามากมาย รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ

สังคมที่ยึดถือนโยบายหลักความเท่าเทียมกัน มักจะมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนดีกว่า

#### นโยบายที่ควรมี

การแก้ไขปัญหการกีดกันทางสังคมนี้จำเป็นที่จะต้องดำเนินมาตรการในหลายระดับ ได้แก่

- 1) มาตรการทางกฎหมาย เพื่อช่วยป้องกันสิทธิของผู้อพยพและชนกลุ่มน้อย และป้องกันปัญหาในการแบ่งแยกชนชั้น
- 2) มาตรการทางสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และสวัสดิการขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิต
- 3) การสนับสนุนทางการเงินได้แก่ ค่าแรงขั้นต่ำที่เหมาะสม การศึกษาและนโยบายที่เกี่ยวกับการว่างงาน
- 4) รายได้และความมั่งคั่ง ควรจะมีนโยบายในการกระจายรายได้และความมั่งคั่งอย่างเป็นธรรม

### 2.5.9 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการบริการพื้นฐานโดยเฉพาะเด็กและสตรี

“การเริ่มต้นชีวิตที่ดี หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็ก” สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสมระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น สูบบุหรี่ ได้คุณค่าทางอาหารไม่เพียงพอ ย่อมส่งผลโดยตรงต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ เช่น ทารกที่มีพัฒนาช้าในระยะแรก มีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบหัวใจ หลอดเลือด ทางเดินหายใจ ไต และตับอ่อน ในวัยผู้ใหญ่ มารดาที่สูบบุหรี่ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจของเด็ก ซึ่งจะลดการทำงานของระบบทางเดินหายใจ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งขึ้น เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

นโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อการบรรลุสุขภาพที่ดีในช่วงเริ่มต้นของชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่ยากจน นโยบายควรจะให้มีความสำคัญในด้าน

- 1) ลดจำนวนผู้ปกครองที่สูบบุหรี่
- 2) ให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพ ให้เข้าใจพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของเด็ก
- 3) จัดโปรแกรมการศึกษาวิจัยก่อนเข้าเรียน เพื่อกระตุ้นการพัฒนาทางสติปัญญาและทางพฤติกรรม
- 4) ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนก่อนวัยเรียน เพื่อเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก
- 5) ส่งเสริมให้แม่ทุกคนมีโอกาสอยู่ในสภาวะแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจที่เหมาะสม
- 6) เพิ่มโอกาสทางการศึกษาแก่ประชาชนทุกวัย เนื่องจากการศึกษามีความเกี่ยวข้อง กับการตระหนักถึงความสำคัญ ของสุขภาพ และการดูแลตนเองเบื้องต้น
- 7) ขยายหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมบริการสุขภาพจำเป็นพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการและในชุมชน และจะต้องไปให้ถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ทั้งในเมืองและชนบท
- 8) ควรจะขยายการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ไปสู่กลุ่มที่มีอาชีพอิสระ โดยเฉพาะเกษตรกรและผู้ประกอบการรายย่อย
- 9) การพัฒนาโลกที่จะกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานบริการทั้งในภาครัฐและเอกชน การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อความสะดวกของผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการระดับต้นในชนบทและเขตเมืองที่จะต้องเชื่อมโยงกัน

### 2.5.10 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสารเสพติด แอลกอฮอล์ และบุหรื

“ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้น ทำให้ประชาชนพึ่งพาแอลกอฮอล์ ยาเสพติดและบุหรืมากยิ่งขึ้น การใช้สารเสพติด เป็นผลจากการแตกสลายของสังคมและเป็นปัจจัย ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ มันเป็นเพียงการหลีกเลี่ยงจากภาวะเครียดชั่วขณะ แต่ทำให้ปัญหาเลวร้ายลง การติดสุรา ยาเสพติดและบุหรื ล้วนแล้วแต่ สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านลบทางเศรษฐกิจ และสังคม

ในรัสเซีย พบว่าในช่วง 10 ปีที่มีความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม อัตราตายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก (อุบัติเหตุ ความรุนแรง พิษสุรา การบาดเจ็บและการฆ่าตัวตาย) ประเทศอื่น ๆ ก็พบเช่นเดียวกัน

การสูบบุหรืก็เช่นกัน อัตราการสูบบุหรืที่สูงและเลิกยาก พบว่าสัมพันธ์กับปัจจัยด้านลบทางเศรษฐกิจและสังคม ไม่ว่าจะวัดโดยใช้เครื่องชี้วัดใด (สภาพบ้าน รายได้ต่ำ หย่าร้าง ตกงาน ไร้บ้าน)

การสูบบุหรืเป็นแหล่งดูรายได้ของคนจน เป็นสาเหตุปัญหาสุขภาพและการตายก่อนวัยที่สำคัญ นิโคตินในบุหรืไม่ได้ช่วยลดความเครียดหรือช่วยปรับอารมณ์แต่อย่างใด

การโฆษณาเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ในเมืองไทยได้รับอนุญาตให้ทำอย่างแพร่หลายมาก ก่อให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุจราจร และปัญหาทางสังคม เช่นการทะเลาะเบาะแว้ง ผิดหลักศีลธรรมในหลายศาสนา

ในกรณีการควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทยได้นำเอามาตรการต่างๆมาใช้ ได้แก่ การขยายเขตปลอดบุหรืทั่วประเทศ การห้ามหน่วยงานของรัฐรับการอุปถัมภ์จากบริษัทบุหรื การพัฒนาฐานข้อมูลด้านบุหรืและสุขภาพ การห้ามแพร่ภาพการสูบบุหรืทางสื่อมวลชนทุกชนิด การปรับโครงสร้างระบบบริการทุกระดับเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย สนับสนุนการสร้างเครือข่ายสุขภาพ การเฝ้าระวังราคาบุหรืต่างประเทศ และการใช้มาตรการภาษีบุหรือย่างเหมาะสม เป็นต้น

#### นโยบายที่ควรทำ

- 1) ในระดับนโยบายจำเป็นที่จะต้องควบคุมกำกับไม่ให้สิ่งเสพติดแพร่หลาย โดยผ่านทางกลไกราคา ภาษี การขึ้นทะเบียน การห้ามโฆษณา อย่างเข้มแข็งต่อไป
- 2) ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับพิษภัยของยาเสพติด การสูบบุหรื และการดื่มสุรา
- 3) ส่งเสริมการศึกษาเพื่อป้องกันไม่ให้วัยรุ่นติดยาเสพติด การสูบบุหรื และการดื่มสุรา
- 4) มีนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคมที่เข้มแข็ง เพราะนโยบายการป้องกันปราบปรามยาเสพติดจะสัมฤทธิ์ผลก็ต่อเมื่อมีนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคมที่เข้มแข็งรองรับ
- 5) แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการควบคุมการสูบบุหรืได้ตึจนเป็นที่ยกย่องของ WHO แต่ยังมี ความจำเป็นที่จะต้องแสวงหาวิธีการควบคุมที่ได้ผลดียิ่งขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง เพราะสภาพปัญหาเปลี่ยนแปลง เช่น การค้าบุหรืเถื่อน การโฆษณาแฝงในภาพยนตร์ที่ฉายทางโทรทัศน์ และความลำบากในการบังคับใช้กฎหมายที่มี เป็นต้น

### 2.5.11 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาการศึกษา

การศึกษาเป็นเครื่องเพิ่มพลังและศักยภาพที่สำคัญของสังคม แต่ปัจจุบันมีความอ่อนแออย่างมาก ขณะนี้มีพระราชบัญญัติปฏิรูปการศึกษาเกิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

#### นโยบายด้านการศึกษาเพื่อสุขภาพ ควร

- 1) กระจายการศึกษาอย่างทั่วถึง ต้องให้กระจายทั่วถึงทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ ทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน โดยที่ประชาชนชาวไทยได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานนี้โดยเท่าเทียมกัน ปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายขยายการศึกษาภาคบังคับ ซึ่งจะเป็ผลดี เพราะจะมีผลด้านบวกต่อสุขภาพของผู้ด้อยโอกาส
- 2) หลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนต้องมุ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมอนามัยที่ดี รู้จักดูแลและปกป้องสุขภาพของตนเองได้
- 3) ต้องมีนโยบายที่จะมุ่งเน้นการปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้ให้ประชาชนได้เพิ่มศักยภาพในการพัฒนาพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มุ่งสร้างภูมิปัญญาที่ใ้คนไทยสามารถคิดและตัดสินใจด้วยตนเองในการบริโภค ไม่ตกเป็นเหยื่อการ

โฆษณา ระบบการตลาดและการส่งเสริมการขาย และสามารถดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของชุมชนได้

- 4) ต้องมุ่งสร้างเด็กไทยให้รู้จักคิด มีวิจารณญาณ โดยไม่ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาและระบบการส่งเสริมการขาย
- 5) ควรีผลต่อการสร้างจิตสำนึกในการดูแลรักษาสีงแวดล้อมในชุมชนของตนเอง
- 6) หลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนเป็นไปเพื่อให้เกิดวิจารณญาณ มีจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมเพื่อประโยชน์สุขของชุมชน ซึ่งจะส่งผลด้านบวกต่อสุขภาพ
- 7) ต้องสร้างจิตสำนึกให้ทุกคนรับผิดชอบสุขภาพตนเอง โดยการสร้างพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

#### 2.5.12 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาข้อมูลข่าวสารและสื่อเพื่อสุขภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารและสื่อสารมวลชนเป็นเครื่องมือการศึกษาจากระบบที่มีอิทธิพลสูงมาก มีศักยภาพสูงที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม สีงแวดล้อม และสุขภาพได้ แต่ปัจจุบันยังตกอยู่ใต้อิทธิพลจากระบบการค้าและการตลาดแบบเสรีซึ่งก่อให้เกิดค่านิยมบริโภคนิยมและวัตถุนิยม รวมทั้งการครอบงำของวัฒนธรรมจากต่างประเทศอย่างมาก นโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อมวลชนควรมุ่งเน้นการขยายโอกาสในการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องของประชาชนเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

#### นโยบายที่ควรทำ

- 1) รัฐบาลควรกำหนดว่าจะใช้งบประมาณด้านสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 เพื่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อสาธารณะสุขต่าง ๆ รูปแบบของสื่อที่ใช้จะต้องมีประสิทธิภาพสูง ครอบคลุมกว้างขวาง ทั้งนี้จะต้องมุ่งเน้นสัมฤทธิ์ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าการมุ่งเน้นการวัดกิจกรรม
- 2) ต้องมีการดำเนินการทุกวิถีทางที่จะทำให้คนไทยทุกคนมีสัมมาทิสึเกี่ยวกับสุขภาพมีค่านิยมในการที่จะมีสุขภาพดีเห็นความสำคัญของการสร้างพฤติกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี และป้องกันมิให้เจ็บป่วย เช่น ส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อสุขภาพ สนับสนุนการณรงค์ให้เกิดพฤติกรรมที่ดีด้านสุขภาพโดยเฉพาะตั้งแต่วัยเด็ก
- 3) การกำหนดมาตรการจูงใจและบังคับให้ภาคเอกชนได้จัดทำและมีส่วนในการระดมพลังในการเผยแพร่ข้อมูล เช่น รายการสุขภาพในสถานีวิทยุ โทรทัศน์ต่าง ๆ
- 4) การกำกับดูแลหรือควบคุมข่าวสารต่าง ๆ โดยเฉพาะโฆษณาที่สื่อไปถึงประชาชนให้ได้ ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นธรรม และครบถ้วน ห้ามการโฆษณาบริการหรือผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ สุรา
- 5) พัฒนาศักยภาพขององค์กรประชาชนและชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการใช้สื่อสารมวลชนเพื่อการรณรงค์ด้านสุขภาพ ทั้งโดยการสนับสนุนงบประมาณและมาตรการทางกฎหมาย (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2540)

#### 2.5.13 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับประชากรและความเป็นเมือง

ระหว่างปี 1950 ถึง 1997 จำนวนประชากรที่อยู่ในเขตเมืองทั่วโลกเพิ่มขึ้น 12 เท่า จาก 200 ล้านคนเป็น 2.5 พันล้านคน คาดว่าภายในปี คศ. 2025 จะเพิ่มเป็น 5.5 พันล้านคน เท่ากับจำนวนประชากรทั้งหมดของโลกในปัจจุบัน จำนวนประชากรในเขตเมืองของประเทศกำลังพัฒนาจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ภายใน 20 ปี มีแนวโน้มสำคัญดังนี้

- 1) จำนวนประชากรในเขตเมืองทั่วโลกจะคิดเป็น 63% ในปี คศ.2025
- 2) จำนวนประชากรในเขตเมืองในประเทศกำลังพัฒนาจะคิดเป็น 57% ในปี คศ.2025และโตขึ้นในเมืองเดิม ซึ่งมีปัญหาความขาดแคลนน้ำ อาหาร ที่อยู่อาศัย งาน ระบบสุขภาพ และบริการพื้นฐานต่าง ๆ อย่างมากอยู่แล้ว
- 3) คนจนจะอพยพไปอยู่ในเขตเมืองเพิ่มขึ้น จะมีคนจนทั่วโลกจำนวนรวม 1 พันล้านคน อาศัยอยู่ในเขตสลัม

กรณีศึกษา : ปัญหาของเมืองเม็กซิโกซิตี

เม็กซิโกซิตีมีประชากร 15.6 ล้านคน เพิ่มขึ้นปีละ 750,000 คน มีอัตราการว่างงาน 50% มีปัญหาอาชญากรรมสูง มีมลภาวะทางเสียงและอากาศมาก ประชากร 1 ใน 3 อยู่ในเขตสลัม ซึ่งไม่มีน้ำประปา ไฟฟ้า ระบบสุขภาพ อัตราการเกิดโรค Dysentary และ hepatitis สูง มีจำนวนรถยนต์ 4 ล้านคัน มีโรงงาน 30,000 แห่ง มีมลภาวะทาง

อากาศสูง ไม่มีทางระบายออกเพราะเมืองตั้งอยู่ระหว่างภูเขา การหายใจในอากาศที่นี้เทียบได้กับการสูบบุหรี่ 2 มวน ต่อวัน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพราะปัญหามลภาวะทางอากาศ คิดเป็น ๘US 1.5 พันล้านต่อปี กุมารแพทย์ประมาณว่า การเจ็บป่วยของเด็กที่นี้ 85% เกิดปัญหามลพิษในอากาศ บริษัทและหน่วยงานที่จ้างคนจากประเทศอื่นเข้ามาทำงาน ต้องจ่ายเงินให้พิเศษชดเชยความเสี่ยงต่อมลภาวะนี้ ประมาณ 100,000 คนต่อปีตายก่อนวัยอันสมควร เพราะปัญหา มลพิษทางอากาศและทางน้ำ

การประชุมของสหประชาชาติในปี 1994 ที่เมือง Cairo ประเทศ Egypt เรื่องประชากรและการพัฒนามี ประเทศต่าง ๆ 180 ประเทศเข้าร่วมได้ตั้งเป้าหมายด้านประชากรไว้ว่าจะรักษาจำนวนประชากรโลกไว้ไม่ให้เกิน 7.8 พันล้านคนในปี 2050 แทนที่จะเป็น 11-12.5 พันล้านคน

นโยบายที่ควรทำ

- 1) ให้บริการฟรีด้านการคุมกำเนิด
- 2) ปรับปรุงบริการอนามัยแม่และเด็ก
- 3) บรรจุเอานโยบายด้านประชากรเข้าไปในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
- 4) ส่งเสริมสถานะและการศึกษาของสตรีและเด็กผู้หญิง
- 5) เพิ่มบทบาทผู้ชายในการเลี้ยงดูลูกและการคุมกำเนิด
- 6) จัดความยากจน
- 7) ลดและขจัดพฤติกรรมการผลิตและการบริโภคที่ทำลายสิ่งแวดล้อมมาก

นโยบายประชากรที่ได้ผลต้องทำสิ่งต่าง ๆ ข้างต้นไปพร้อมกัน

นโยบายด้านอื่น ๆ:

2.5.14 นโยบายสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อม

ผลกระทบจากการพัฒนาที่มีต่อสิ่งแวดล้อมมีขอบเขตแผ่กระจายไปทั่วโลก ซึ่งในที่สุดจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของคน Miller (1999) ได้สรุปแนวโน้มและสภาพปัญหาของปัญหาของสิ่งแวดล้อมในระดับโลก ไว้ดังนี้

ประชากรโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 5.84 พันล้านคนในปี ค.ศ.1997 เป็น 8 พันล้านคนในปี ค.ศ.2025

อายุขัยเฉลี่ยของคนในประเทศกำลังพัฒนาน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว 10 ปี และอัตราการตายของเด็กทารกสูงกว่า 7.1 เท่า

อัตราเพิ่มของประชากรในประเทศกำลังพัฒนา 69 ประเทศสูงเกินกว่าอัตราการผลิตรายปีชจากปี 1988 ถึง 1995 ทั่วโลกจับปลาได้ลดลง 7.5%

มีจำนวนคนที่มีอาหารไม่พอกิน เพิ่มขึ้น ทั่วโลก 1 ล้านคน ต่อปี การบริโภคทรัพยากรของคนเมือง มีผลต่อพื้นที่การเกษตร ป่าไม้ การประมง การทำเหมืองในพื้นที่ห่างไกลออกไป มีผลกระทบต่อความหลากหลายทางชีวภาพ และการเสื่อมคุณภาพของสิ่งแวดล้อม

ทุก ๆ 1 ชั่วโมง สิ่งมีชีวิตต่าง ๆ จะสูญพันธุ์ไป 2-8 ชนิด จากกิจกรรมของมนุษย์ จำนวนป่าไม้ที่เพิ่มขึ้นในบางพื้นที่ เป็นเพียงป่าไม้เพื่อตัดขาดความหลากหลายทางชีวภาพ

อัตราการทำลายป่าไม้ธรรมชาติยังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องถ้ายังคงอัตรานี้ ป่าจะหมดภายใน 30-50 ปี ป่าธรรมชาติเป็นแหล่งที่อยู่ของสิ่งมีชีวิตสายพันธุ์ต่าง ๆ มากกว่า 50% ของโลก

การสูญเสียหน้าดินที่อุดมสมบูรณ์ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แอมलगต่าง ๆ ดื้อต่อยาฆ่าแมลงเพิ่มขึ้น

ปัญหาโลกร้อน กำลังมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรม และความหลากหลายทางชีวภาพที่ลดลงเป็นต้นทุนที่มหาศาลของสังคม

คนจำนวน 1.2 พันล้านคน ขาดแคลนน้ำดื่มภายในปี 2025 จะมีคนจำนวนอย่างน้อย 3 พันล้านคนใน 90 ประเทศขาดแคลนน้ำอย่างเรื้อรัง เชื้อโรคและระบบชลประทานขนาดใหญ่นำไปสู่ปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง

อัตราการใช้พลังงานจากฟอสซิลและสินแร่ มีความเร็วแบบ Exponential มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างหนักในด้านมลภาวะต่อดินน้ำและอากาศ

ราคาของพลังงานจากฟอสซิลไม่ได้รวมต้นทุนทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพไว้ด้วย ทำให้ราคาถูกเกินจริง ส่งผลทำให้กระตุ้นการใช้เกินจำเป็น และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น

การกำจัดหรือนำขยะกลับมาใช้ซ้ำส่วนใหญ่เป็นขยะจากเมืองซึ่งเป็นเพียงส่วนน้อยขยะส่วนใหญ่มาจากการทำเหมืองการผลิตพลังงานจากฟอสซิล จากการเกษตร จากอุตสาหกรรมและเป็นส่วนที่ยังไม่มีการนำกลับมาใช้ซ้ำ

ผลร้ายต่อสุขภาพของสารเคมีส่วนใหญ่ (ต่อระบบประสาทภูมิคุ้มกันและต่อมไร้ท่อ) มักจะถูกประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง

ความสำเร็จในการควบคุมมลภาวะของบางประเทศ มีผลทำให้ประชาชนละเลยการป้องกัน และมีแนวโน้มใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น

### ปัญหาสิ่งแวดล้อมของไทย

ประเทศไทยมีทำเลที่ตั้งและสภาพภูมิอากาศที่เอื้ออำนวยต่อความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ ความหลากหลายทางชีวภาพของพรรณพืชและสัตว์ป่า และความเหมาะสมต่อการทำการเกษตร แต่ความอุดมสมบูรณ์นี้เปรียบเสมือนดาบสองคม เพราะทำให้เราเคยชินต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างไม่คำนึงถึงอนาคตและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่จะตามมา

ปัจจุบัน ประเทศไทยจึงต้องเผชิญกับปัญหาสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติอย่างรุนแรง ปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาตินี้ เป็นปัญหาที่กว้างและครอบคลุมไปถึงหลายๆ ด้าน อันได้แก่ ปัญหามลพิษทางอากาศ ทั้งในรูปของก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ก๊าซมีเทน ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ฝุ่นละออง ควันและอื่นๆ

แม้จะมีการตั้งกระทรวงใหม่มาดูแลด้านสิ่งแวดล้อมโดยตรงและมีกฎหมายสิ่งแวดล้อมขึ้นมาซึ่งยังไม่สามารถจัดปัญหาต่างๆ ให้หมดหรือทุเลาไปได้โดยง่าย จำเป็นที่จะต้องศึกษาบทเรียนจากที่ต่างๆ และบทเรียนในอดีต

### บทเรียนด้านกฎหมายสิ่งแวดล้อมของสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกามีการออกกฎหมายสิ่งแวดล้อมมากมายหลายฉบับ ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ กฎหมายสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไป 2 ฉบับ พลังงาน 4 ฉบับ คุณภาพน้ำ 8 ฉบับ คุณภาพอากาศ 2 ฉบับ ควบคุมเสียง 2 ฉบับ การจัดการของเสียและทรัพยากรธรรมชาติ 4 ฉบับ การควบคุมสารพิษและขยะนิวเคลียร์ 5 ฉบับ การควบคุมสารกำจัดศัตรูพืช 1 ฉบับ การคุ้มครองสัตว์ป่า 16 ฉบับ การอนุรักษ์และการใช้พื้นที่ดิน 17 ฉบับ

มาตรการต่าง ๆ ที่กฎหมายเหล่านี้ใช้ เพื่อปกป้องสิ่งแวดล้อม แบ่งได้เป็นดังนี้

- 1) กำหนดมาตรฐานหรือเพดานหรือระดับการปล่อยมลภาวะชนิดต่าง ๆ (เช่น Federal water Pollution Control Act และ Clean Air Acts)
- 2) ตรวจสอบความปลอดภัยของสารใหม่ ๆ ก่อนนำไปใช้แพร่หลาย (เช่น Toxic Substance Control Act)
- 3) กำหนดให้มีการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม อย่างครบถ้วนรอบด้านก่อนจัดทำโครงการที่รับผิดชอบโดยรัฐบาล (เช่น National Environmental Policy Act)
- 4) ประกาศเขตสงวนเพื่อแยกหรือปกป้องระบบนิเวศน์ ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งมีชีวิตจากอันตรายหรือการถูกทำลาย (เช่น Wilderness Act and Endangered Species Act)
- 5) ส่งเสริมการอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ (เช่น Resource Conservation and Recovery Act และ National Energy Act)

บทเรียนการใช้กฎหมายเหล่านี้พบว่า กฎหมายหลายฉบับมีแต่สำนวนโวหารเกี่ยวกับเป้าหมายแต่ไม่ชี้ชัดวิธีการบรรลุเป้าหมายปล่อยให้เป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่และศาลเป็นผู้ตัดสิน

แต่ในกรณีอื่นๆ ที่มีการกำหนดแนวทางการออกกฎหมาย โดยระบุหลักการต่างๆ ดังต่อไปนี้ หนึ่งหรือหลายข้อ ได้แก่



- 1) ต้องไม่มีความเสี่ยงเลย เช่น Safe Drinking Water and Clean Water Acts
- 2) ต้องไม่มีความเสี่ยงที่ไร้เหตุผล เช่น Food, Drug and Cosmetic Act
- 3) ต้องมีมาตรฐานภายใต้เทคโนโลยีที่ดีที่สุดเท่าที่มีในปัจจุบัน เช่น Clean Air, Clean Water และ Safe Drinking Water Acts
- 4) ต้องมีการประเมิน Risk และ Benefit เช่น Pesticide Act ซึ่งกำหนดหน่วยงานรัฐต้องมีการทำ Risk assessment ในทุกการตัดสินใจ
- 5) ต้องมีการประเมิน Cost และ Benefit เช่น Toxic Substances Control Act ซึ่งให้อำนาจ Office of Management and Budget (น่าจะหมายถึง สำนักงบประมาณ) สั่งระงับหรือชะลอการออกกฎหมายหรือคำสั่งใด ๆ ของรัฐบาลที่ไม่ได้พิสูจน์ว่าคำสั่งนั้น ๆ จะก่อให้เกิดภาระทางงบประมาณหรือต้นทุนแก่สังคมน้อยที่สุด

#### Cost-benefit Analysis

การประเมิน Cost-benefit ในทางปฏิบัติมักจะมีปัญหาเพราะอยู่ที่การกำหนด discount rate เพื่อระบุมูลค่าของสิ่งแวดลอมในอนาคต ซึ่งทำได้ยาก เพราะทรัพยากรธรรมชาติไม่ใช่ตึกหรืออาคาร รวมทั้งการประเมิน Benefit นั้นกระทำโดยใคร เพราะแต่ละคนให้คุณค่าสิ่งต่าง ๆ ไม่เท่ากัน

ตัวอย่างเช่น มิงงานวิจัย (ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรม) พบว่า การทำตามมาตรฐานกฎหมายปกป้องแรงงานจาก Vinyl Chloride มีต้นทุน US\$ 65-90 พันล้าน ทั้งที่จริงมีต้นทุนเพียงแค่ US\$ 1 พันล้านเท่านั้น

การกำหนดให้มีการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) หรือ การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

- 1) การระบุชนิดของ Hazards
- 2) การประมาณโอกาสที่ความเสี่ยงแต่ละชนิดอาจจะเกิดขึ้น
- 3) การจัดลำดับความเสี่ยง (เปรียบเทียบโดยประมาณการจำนวนคนที่จะได้สัมผัสและได้รับผลกระทบรุนแรง โดยใช้ข้อมูลในอดีตหรือการทดลองหรือใช้โมเดลทางสถิติ)
- 4) การแจกแจงทางเลือกเพื่อขจัดหรือลดความเสี่ยง
- 5) การตัดสินใจเพื่อลดหรือขจัดความเสี่ยง (Risk management) และ
- 6) การเผยแพร่สู่สาธารณะ (Risk communication)

บทเรียนในสหรัฐพบว่า การจัดลำดับความเสี่ยงของประชาชนทั่วไปไม่ตรงกับของผู้เชี่ยวชาญ เพราะถูกอิทธิพลของสื่อมวลชนซึ่งนิยมเล่นข่าวใหม่ ๆ หรือเรื่องที่พบบ่อย เช่น นักวิทยาศาสตร์วิจัยพบว่า สิ่งที่เป็นความเสี่ยงลำดับสูงต่อสุขภาพมนุษย์ได้แก่ Indoor air pollution, Outdoor air pollution, Worker exposure to chemical, Drinking water contamination, Pesticide residues in food, Toxic chemical in consumer products แต่ประชาชนทั่วไปคิดว่าสิ่งเหล่านี้มีความเสี่ยงต่ำ

#### ข้อจำกัดของการประเมินความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงเป็นศาสตร์น้องใหม่มีข้อจำกัดและความไม่แน่นอนหลายประการ เช่น การขาดข้อมูลที่เพียงพอ เพราะมีสารเคมีใหม่ ๆ ออกมามากมายและที่มีอยู่ในปัจจุบัน 72,000 ชนิด เรามีความรู้เพียงแค่ 10% เท่านั้น

การวิจัยเพื่อสร้างความรู้ต้องใช้ทุนสูงต้องใช้คนและสัตว์ทดลองจำนวนมาก และถึงแม้ว่าจะประเมินความเสี่ยงของสารหรือเทคโนโลยีอันหนึ่งได้ และเราก็ไม่สามารถประเมินผลของปฏิกิริยาของสารนี้กับสารอื่น ๆ มากมายได้ เช่น การทดลองเพื่อศึกษาผลของปฏิกิริยาของสาร 500 ชนิดที่สำคัญ ที่ละ 3 ชนิด ต้องใช้การทดลองทั้งหมด 20.7 ล้านการทดลอง (ด้วยนี้การป้องกันไม่ให้เกิดมลภาวะ จึงเหมาะสมกว่าการเน้นที่การควบคุมผลกระทบของมลภาวะ)

### คำถามสำคัญในการประเมินความเสี่ยง

- 1) ข้อมูลหรือโมเดลการประเมินความเสี่ยงที่มีอยู่มีความเที่ยง (reliable) หรือไม่
- 2) ใครได้ประโยชน์จากการปล่อยสารนี้สู่สิ่งแวดล้อม ใครสูญเสีย ใครตัดสินใจ
- 3) ควรประเมินความเสี่ยงระยะสั้นหรือระยะยาว ใครจะตัดสินใจ
- 4) เป้าหมายการวิเคราะห์อยู่ที่การตัดสินใจว่าความเสี่ยงเท่าไรที่ยอมรับได้หรืออยู่ที่ว่าจะทำอย่างไรจึงจะลดความเสียหายให้น้อยที่สุด (Prevention approach)
- 5) ใครควรเป็นผู้ประเมินหรือวิเคราะห์ ใครจะเป็นผู้ตรวจสอบผลหน่วยงานรัฐบาลหรือหน่วยงานอิสระหรือสาธารณะ
- 6) จะพิจารณาผลกระทบเฉี่ยวหรือผลกระทบสะสม เช่น ยาฆ่าแมลง 1 ชนิด มีความเสี่ยงทำให้คนเป็นมะเร็งตาย ปีละ 1 คน (อยู่ในเกณฑ์) แต่ถ้ามียาฆ่าแมลงจะเข้าสู่ตลาดทั้งหมด 40 ชนิด และแต่ละชนิดมีระดับความเสี่ยงในเกณฑ์ จะยอมรับหรือไม่
- 7) ระดับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับคนงาน ควรมีเกณฑ์สูงกว่าประชาชนทั่วไปหรือไม่ คนงานและครอบครัวมีสิทธิกำหนดเกณฑ์หรือไม่

รัฐบาลสหรัฐประมาณการณ่ว่า สารเคมีอันตรายทำให้คนงานตาย 50,000-70,000 คนต่อปี ครั้งหนึ่งตายจากโรคมะเร็ง และทำให้เจ็บป่วย 350,000 คนต่อปี และในประเทศกำลังพัฒนาจะมากกว่านี้ Peter Montague ผู้เชี่ยวชาญด้านสารพิษ เหน็บแนมว่า “การประเมินความเสี่ยง คือ การทำให้ประชาชนยอมรับโดยดูซิว่าจำเป็นต้องมีคนจำนวนหนึ่งถูกฆ่าทุกปี เพื่อดำรงไว้ซึ่งวิถีชีวิตอันทันสมัยของคนที่เหลือ”

นักอุตสาหกรรมชอบการประเมินความเสี่ยงมากเพราะความรู้ปัจจุบันเกี่ยวกับผลกระทบของสารพิษต่าง ๆ มีน้อย และข้อมูลที่มีก็มักจะไม่สรุปชัด (Controversial) จึงกลายเป็นการไปส่งเสริมให้ อุตสาหกรรมอ้างได้ว่าได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์แล้วว่าไม่มีผลเสียหรือนำไปอ้างในศาลเพื่อไม่บังคับใช้กฎหมายหรือเลื่อนออกไปนับปีได้

#### กรณีศึกษา

รัฐบาลของ 11 ประเทศในยุโรปแต่งตั้งที่มิวิจัยที่มีนักวิทยาศาสตร์และวิศวกรที่ดีที่สุด 11 ทีม มาประเมินความเสี่ยงของโรงงานเล็ก ๆ แห่งหนึ่ง ซึ่งมีสารพิษเพียงอย่างเดียว คือ แอมโมเนีย ผลปรากฏว่ามีความเห็นขัดแย้งซึ่งกันและกัน และให้ความเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรงงานนี้ถึง 25,000 แบบ โดยอิงสมมติฐานและความน่าจะเป็นต่าง ๆ เปรียบเสมือนการใช้ปืนเรดาร์วัดความเร็วของรถยนต์คันหนึ่ง ซึ่งวิ่งด้วยความเร็ว 160 กม.ต่อชม. แล้วรายงานว่าวัดได้ 0.16-160,000 กม.ต่อชม.

#### ทางออกที่เหมาะสม

การประเมินความเสี่ยงและการวิเคราะห์ Risk benefit อาจจะมีประโยชน์ในกรณีต่อไปนี้

- 1) เพื่อรวบรวมจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่มี
- 2) บ่งชี้สารพิษสำคัญ
- 3) หาจุดเน้นเพื่อวิจัย
- 4) ช่วยตัดสินใจว่าควรใช้เงินเท่าไร เพื่อลดความเสี่ยง
- 5) กระตุ้นประชาชนทั่วไปสนใจเกี่ยวกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ผู้ที่เห็นจุดอ่อนของ Risk assessment และ Risk benefit analysis เสนอว่า เครื่องมือช่วยการตัดสินใจที่ควรใช้เป็นหลักคือ

- 1) มองหาทางเลือกที่มีอยู่ทั้งหมดในการจัดการสารเคมีหรือเทคโนโลยีหนึ่ง ๆ
- 2) ดึงสาธารณะมาร่วมอภิปรายออกความเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และข้อจำกัดของทางเลือกต่าง ๆ เหล่านั้น อย่างกว้างขวาง

เป้าหมายของวิธีนี้ไม่ใช่เพื่อหาว่าความเสี่ยงระดับไหนที่ยอมรับได้ แต่เพื่อหาทางเลือกที่เสียหายน้อยที่สุด เพราะจะนำไปสู่ทางออกแบบ Pollution Prevention ในที่สุด

ตัวอย่างนโยบายสาธารณะเพื่อลดมลภาวะและกากของเสียที่อันตรายต่อสุขภาพ

1. การออกกฎหมายห้ามหรือควบคุมการปล่อยมลภาวะ (Regulation)
2. การชดเชยรายได้เพื่อส่งเสริมการรักษาสิ่งแวดล้อม (Subsidies)
3. การถอนการชดเชยเมื่อมีการทำลายสิ่งแวดล้อม (Withdrawing harmful subsidies)
4. การให้สิทธิการค้าถ้าไม่ปล่อยมลภาวะเกินเพดาน (Tradable rights)
5. การเก็บภาษีสิ่งแวดล้อมจากปริมาณของเสียหรือทรัพยากรที่ใช้ (Green taxes)
6. การเก็บเงินผู้ใช้บริการโดยรวมต้นทุนทางสิ่งแวดล้อมในราคาสินค้าด้วย (User fees)
7. การให้วางเงินมัดจำค่าป้องกันมลภาวะ (Pollution-Prevention Bonds)

บทเรียน : แต่ละมาตรการข้างต้นมีข้อดีและข้อจำกัด รวมทั้งมีผลกระทบอื่น ๆ ดังนี้

- 1) การใช้กฎหมาย (Regulation) วิธีการนี้ใช้ในสหรัฐอเมริกาได้ผลดี แต่ผู้นำอุตสาหกรรมบอกว่าบางครั้งกฎหมายกระด้างและระบุรายละเอียดมากเกินไป ทำตามได้ยาก ควรเพียงกำหนดเป้าหมายและให้อุตสาหกรรมหาวิธีการเอง
- 2) การอุดหนุนหรือถอนการอุดหนุน (subsidizing or withdrawing harmful subsidies) การใช้มาตรการเหล่านี้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ต้องการและป้องกันพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ แต่วิธีนี้มักจะมีปัญหาในการตัดสินใจทางการเมือง เพื่อถูกกลุ่มผลประโยชน์เบี่ยงเบนการอุดหนุนได้
- 3) การให้สิทธิการค้า (Tradable rights) เช่น มีการตั้งเพดานมลภาวะที่จะปล่อยออกมาหรือทรัพยากรที่จะใช้ ถ้าบริษัทหนึ่งใช้ไม่หมดตามเพดานสามารถนำไปค้าขายหรือโอนให้ผู้อื่นได้ แต่วิธีการนี้อาจจะทำให้บริษัทที่รั่วรัยซื้อสิทธิไปมาก ๆ และสร้างมลภาวะมากได้ เป็นเพียงการย้ายมลภาวะแค่นั้นเอง และควบคุมระดับเพดานได้ยากกว่าปล่อยออกมาเท่าไรแล้ว
- 4) ภาษีสิ่งแวดล้อม (Green taxes หรือ Effluent fees) เป็นการบรรจุต้นทุนสิ่งแวดล้อมเข้าไปในต้นทุนการผลิตและการบริโภคด้วย โดยคิดภาษีจากหน่วยมลภาวะที่ปล่อยออกมาหรือหน่วยทรัพยากรที่ใช้ เป็นต้น จากประสบการณ์ของประเทศ Netherlands พบว่า วิธีนี้ทำให้บริษัทคิดค้นนวัตกรรมเพื่อลดมลภาวะและใช้ทรัพยากรน้อยลง อัตราภาษีนี้ จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการศึกษาพบว่า ภาษีนี้ทำให้มีการปล่อยสารโลหะมีพิษลงสู่น้ำลดลง 86-97% ระหว่างปี 1976 และ 1994 ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ อัตราค่าภาษีคิดโดยนักการเมืองมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง และนักการเมืองคิดว่าวิธีนี้เป็นเครื่องมือเพิ่มรายได้มากกว่าการรักษาสิ่งแวดล้อม
- 5) การเก็บเงินผู้บริโภค (User fees) วิธีนี้มีการคิดต้นทุนทางสิ่งแวดล้อมทั้งหมดรวมเข้าไปในสินค้าและบริการและผู้บริโภคเป็นผู้จ่าย แต่ผู้ผลิตและผู้บริโภคมักไม่ยินดีเพราะราคาสินค้าจะสูงเกินไปและเดิมผู้ชดเชยคือรัฐบาลซึ่งนำเงินมาจากผู้เสียภาษีคนอื่น ๆ ที่จะไม่เกี่ยวข้องหรือใช้สินค้านี้
- 6) การวางเงินมัดจำค่าป้องกันมลภาวะ (Pollution prevention bonds) เมื่อธุรกิจต้องการลงทุนใด ๆ ต้องวางเงินมัดจำค่าป้องกันมลภาวะที่อาจเกิดขึ้น โดยคำนวณจากสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดโดยผู้เชี่ยวชาญ เมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งรัฐจะคืนเงินให้พร้อมดอกเบี้ยหักด้วยต้นทุนค่าสิ่งแวดล้อมหรือเมื่อชดเชยค่าเสียหายต่าง ๆ ครบแล้ว แน่แน่นอนว่านักธุรกิจต่อต้านวิธีนี้ การใช้ Regulation มีต้นทุนการบังคับใช้ใน USA มีการคำนวณว่ารัฐต้องจ่ายเงินประมาณ \$US 130 พันล้านต่อปี ถ้าใช้วิธีการตลาดอาจลดต้นทุนนี้ได้ หนึ่งในสามถึงครึ่งหนึ่ง

วิธีการที่ดีที่สุดคือ ใช้ทั้งสองวิธีผสมกัน ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องนี้เพิ่มเติม

### 2.5.15 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

กรณีศึกษา: Genetic Engineering

วิศวกรรมพันธุศาสตร์โดยเทคโนโลยี Recombinant DNA สามารถใส่ยีนส์ของคนที่ผลิต Growth Hormone เข้าไปในหนูทำให้หนูตัวโตกว่าปกติ สามารถทำให้แบคทีเรียทำลายสารพิษ ใช้แบคทีเรียในการสกัดโลหะ ใช้ผลิตวัคซีน

ยารักษาโรคหัวใจ ยาโรคเบาหวาน ยาโรคมะเร็ง ใช้วินิจฉัยโรคเอดส์ และโรคมะเร็ง ใช้ผลิตภัณฑ์โมโนทำให้พืชโตกว่าปกติ ทนแมลง อยู่ได้นาน

แต่เทคโนโลยีเหล่านี้อาจมีผลกระทบที่คาดไม่ถึงได้ การใช้ฮอร์โมนจากการแต่ง DNA เพื่อให้วัวเร่งผลิตนมได้มากขึ้น ทำให้เต้านมอักเสบง่าย จึงต้องเพิ่มการใช้ยาปฏิชีวนะ ทำให้เกิดภาวะเชื้อแบคทีเรียดื้อยาแพร่กระจายยิ่งขึ้น

ความหลากหลายทางชีวภาพจะลดลงเพราะถูกแทนที่โดยพันธุ์ที่ตกแต่งยีนส์ ซึ่งในที่สุดคือการลดทางเลือกในการผสมข้ามพันธุ์ ปัจจุบันธัญพืชสำคัญ 20 ชนิดของโลกมีความหลากหลายของพันธุ์ลดลง 70% ไปแล้ว

มีงานวิจัยเมื่อเร็ว ๆ นี้ ศึกษาผู้ป่วยเอดส์ที่มี Lymphoma พบว่าเชื้อ HIV สามารถเจาะเข้าไปในเซลล์และกระตุ้นยีนส์ที่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งได้ ถ้าเป็นจริงการทดลองวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ อาจกระตุ้นการเกิดโรคมะเร็งได้

วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสมจะเป็นคำตอบให้แก่ประเทศในการแก้ปัญหาต่างๆ แต่ต้องจัดกรให้เหมาะสม

ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ (2540) ได้เสนอแนวนโยบายสาธารณะด้านนี้ดังนี้

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้โลกปัจจุบันเปรียบเสมือนหมู่บ้านที่มีการติดต่อกันได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว ประกอบกับความเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของประเทศไทยทำให้สังคมตกอยู่ในกระแสของการแปรเปลี่ยน

วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นส่วนสำคัญหนึ่งขององค์ความรู้ดังกล่าวและจะมีบทบาทสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ในสังคมอนาคต

ปัญหาสำคัญก็คือ ทำอย่างไรจึงจะมีสมดุลที่ระหว่างการสร้างและใช้องค์ความรู้และระหว่างการสร้างและใช้ผลผลิตเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนขึ้นได้ ในปัจจุบันนี้ยังไม่สมดุลที่ดี กล่าวคือ มีแต่การใช้ผลผลิตเป็นส่วนใหญ่เท่านั้น การสร้างผลผลิตแม้มีอยู่บ้าง ก็เป็นเพียงส่วนน้อยและมีก็อยู่ในลักษณะ "ทำตามสั่ง" จากเทคโนโลยีที่นำเข้ามาจากต่างประเทศทั้งด้านโดยแทบไม่มีการสร้างและใช้องค์ความรู้ของไทยเองเลย

เทคโนโลยีบางแขนงที่กำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วตามแนวโน้มของโลก และมีบางแขนงควรได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษ เนื่องจากสอดคล้องกับแนวโน้มความต้องการของสังคมไทยในอนาคต

ในด้านนโยบาย ประเด็นที่สำคัญคือการทำที่สามารถตัดสินใจได้แต่เนิ่น ๆ ว่าควรที่จะติดตามและพัฒนาวิชาการในแขนงต่างๆ มากน้อยเพียงใด เพื่อจะได้ดำเนินการให้เกิดผลได้ทันการ เพราะการติดตามและพัฒนาสาขาเฉพาะทางแต่ละสาขาต้องใช้เวลาอันนาน ทั้งในแง่การสร้างกำลังคนและโครงสร้างพื้นฐานโดยทั่วไป

ตามปรกติจะต้องใช้เวลาสิบปีไม่ว่าจะทุ่มเทเต็มที่เพียงใดก็ตาม การประเมินวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแขนงต่างๆ ที่น่าจะมีมีความสำคัญสำหรับสังคมไทยในอนาคต จากแนวโน้มการพัฒนาของสังคมและวิทยาการภายนอก จะช่วยให้สามารถกำหนดแนวนโยบายดังกล่าวได้

การที่แนวโน้มของโลกเป็นไปในทางที่จะมีความบรรจบเชื่อมโยงกันระหว่างวิทยาการสาขาต่างๆ โดยแต่ละสาขาก็มีรากฐานที่ลึกซึ้งขึ้นเป็นลำดับนั้น ย่อมสรุปได้ว่า จำเป็นที่จะต้องมีความสามารถพื้นฐานอย่างกว้างๆ ไว้ในทุกสาขาวิชาการที่สำคัญ โดยไม่อาจจะเลยสาขาใดสาขาหนึ่งได้

โดยเฉพาะวิทยาศาสตร์พื้นฐาน ซึ่งจะยังคงเป็นแหล่งกำเนิดวิทยาการประยุกต์ใหม่ในอนาคตเช่นเดียวกับที่เคยเป็นมา ส่วนสาขาเฉพาะทางที่ประเมินได้ว่ามีความสำคัญนั้น ก็จะต้องพัฒนาและสร้างความสามารถขึ้นมาทั้งในระดับพื้นฐานและระดับประยุกต์ซึ่งเป็นการต่อยอดขึ้นไป

แม้จะมีการเน้นที่บางสาขาที่น่าจะมีความสำคัญมากในอนาคต แต่ก็จะต้องก่อให้เกิดความเชื่อมโยงทั้งระบบด้วย ไม่ให้มีการขาดเป็นบางช่วงและเมื่อระดับความสามารถของประเทศโดยรวมยิ่งสูงขึ้น ในอนาคตยิ่งจะต้องเน้นความสำคัญของการศึกษาวิจัยระดับพื้นฐานมากขึ้น

ความสำคัญของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอยู่ที่สามารถสนับสนุนทั้งภาคการผลิตด้านอุตสาหกรรม การเกษตร และภาคบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนที่มีความทันสมัยและมีพลวัตสูง

แนวโน้มในอนาคตบ่งถึงความสำคัญของภาคอุตสาหกรรมที่มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะที่มีความเชื่อมโยงกับภาคเกษตรกรรม เช่น อุตสาหกรรมอาหาร และที่มีความเชื่อมโยงกับภาคบริการ เช่น อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ อาจจัดแบ่งกลุ่มอุตสาหกรรมเป็นกลุ่ม “อุตสาหกรรมรุ่งอรุณ” และ “อุตสาหกรรมโพลีเพล้”

อุตสาหกรรมกลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศอุตสาหกรรมใหม่ เป็นอุตสาหกรรมที่มีมูลค่าเพิ่มสูงและมักมีเนื้อหาทางเทคโนโลยี เช่น อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ อุตสาหกรรมยาและสารอาหารจากเทคโนโลยีชีวภาพ อุตสาหกรรมวัสดุและเคมีภัณฑ์เฉพาะทาง เป็นต้น

อุตสาหกรรมกลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มอุตสาหกรรมเก่าที่ได้ใช้กันมาในยุคเดิม เมื่อวัตถุดิบและพลังงานยังหาได้ง่าย และยังไม่มีความตระหนักเรื่องผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมมากเช่นในปัจจุบัน เป็นอุตสาหกรรมที่ไม่มีความยั่งยืน แม้จะยังมีความสำคัญอยู่มาก เนื่องจากเคยเป็นแกนในการผลิตสินค้าประเภทวัตถุดิบ เช่น เหล็กกล้า เคมีภัณฑ์หนัก สิ่งทอ เพื่อป้อนอุตสาหกรรมอื่น ๆ ต่อไป

แต่นับวันมีแต่จะถูกแทนที่ไป โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมใหม่เข้ามาแทนที่ ซึ่งจะสามารถผลิตสินค้าเช่นเดียวกันหรือดีกว่าได้ โดยไม่ต้องใช้คนงานและพลังงานมากหรือมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมแบบเดิม

มีการย้ายถิ่นฐานโดยย้ายเครื่องจักรไปยังประเทศที่ยังต้องการพัฒนาว่า ซึ่งมีค่าแรงที่ถูกและมาตรการด้านสิ่งแวดล้อมยังไม่เคร่งครัดนัก ในระยะยาวไม่ควรถือว่าอุตสาหกรรมโพลีเพล้เป็นสิ่งที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทยในอนาคต และควรมีนโยบายเร่งให้มีการก้าวกระโดด เพื่อผลิตสินค้าประเภทเดียวกันได้ด้วยเทคโนโลยีที่ยั่งยืนกว่าและไม่ก่อปัญหาเท่าเดิม

ความต้องการของสังคมไทยในภาคการเกษตรในอนาคต จะมีแนวโน้มไปสู่การเกษตรที่ยั่งยืน และมีความหลากหลายมากขึ้นกว่าเดิม การเกษตรซึ่งมีสมดุลกับการรักษาป่าและสิ่งแวดล้อม การเกษตรที่มีได้มุ่งเพียงการเพิ่มผลผลิตของพืชสัตว์ เพื่อการขายเท่านั้น แต่มุ่งในการที่เกษตรกรจะอยู่ได้อย่างไม่ต้องพึ่งกลไกตลาดมากนัก

แนวโน้มเช่นนี้หมายความว่า ในด้านพันธุ์พืชและสัตว์นั้น จะมีความต้องการสายพันธุ์ที่มีความหลากหลายขึ้น และไม่ต้องพึ่งปัจจัยเสริม (ปุ๋ยและยาปราบศัตรูพืช ยาปฏิชีวนะ) มากนัก ในด้านการเพาะปลูกและเพาะเลี้ยง จะมีความต้องการที่จะทำได้ในพื้นที่จำกัด และไม่ก่อให้เกิดมลภาวะมากนัก ในด้านเทคโนโลยีหลังการเก็บเกี่ยวจะต้องการเทคโนโลยีที่ลดความเสียหายระหว่างหรือหลังการเก็บเกี่ยว และที่ช่วยยืดระยะเวลาการเก็บมากขึ้น

วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจะมีบทบาทสูงยิ่งในการสนองความต้องการของสังคมในภาคบริการ ในการบริการของภาคเอกชน เช่น การธนาคาร การสื่อสารมวลชน การรักษาพยาบาลโดยโรงพยาบาลเอกชน จะมีการนำเทคโนโลยีในรูปแบบต่างๆ มาใช้เพื่อการแข่งขันกันมาก

ในด้านการศึกษานั้น วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสารสนเทศกำลังก่อให้เกิดการปฏิวัติด้านวิธีการและหลักการอย่างมากมายทั่วโลก สื่อการเรียนมีรูปแบบและพลังมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และการศึกษาในอนาคตจะมีลักษณะของการเรียนด้วยตนเอง โดยอาศัยสื่อเหล่านี้มากขึ้น

ในด้านสาธารณสุขนั้น วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจะมีความสามารถที่สนองความต้องการของสังคมได้ทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน

ประเด็นที่สำคัญด้านนโยบายก็คือ จะกำกับการพัฒนาอย่างไร ไม่ให้ทั้งบุคคลและรัฐต้องสิ้นเปลืองทรัพยากรเกินความจำเป็น

รัฐเองจะต้องเน้นการใช้และการพัฒนาในระดับชุมชนมากกว่าระดับบุคคล ในด้านการป้องกันและการอนามัยมากกว่าการรักษา

ระบบราชการซึ่งเป็นภาคบริการส่วนที่สำคัญมาก ก็มีความจำเป็นต้องใช้และพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมากขึ้น ซึ่งประเด็นที่สำคัญอยู่ที่การพัฒนาข้าราชการให้สามารถติดตามความก้าวหน้าใหม่ๆ และนำมาใช้ปรับปรุงงานและการบริการของตนเองได้ เช่น การจัดเก็บภาษีอากร การควบคุมการนำเข้าและส่งออก การทำนายอากาศ การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น

ความต้องการของสังคมไทยในการจัดหาและอนุรักษ์พลังงานและแหล่งน้ำ ก็มีมิติทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอยู่มากมาย เช่น การหาแหล่งพลังงานที่เหมาะสมสำหรับชนบท และมีความยั่งยืน เช่น พลังงานแสงอาทิตย์ พลังงานลม พลังงานจากแหล่งน้ำขนาดเล็ก การอนุรักษ์พลังงานในครัวเรือนและอุตสาหกรรม การกักเก็บและอนุรักษ์น้ำสำหรับการเกษตร เป็นต้น

ปัญหาเรื่องความเหมาะสมของการพัฒนาพลังงานนิวเคลียร์ก็ยังไม่มีการพิจารณาให้ถึงจุดที่จะตัดสินใจได้ เหล่านี้เป็นเรื่องที่จะต้องนำมาศึกษาแล้วกำหนดนโยบายที่มีขั้นตอนแน่นอนต่อไป

หน่วยงานและกลุ่มบุคคลต่าง ๆ มีบทบาทที่แตกต่างกันในอันที่จะปลูกฝังและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและนำมาใช้ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างเหมาะสม

เป้าหมายและแนวทางในอนาคตบางประการเพื่อให้คนทุกกลุ่มในชาติได้ร่วมกันมุ่งไปให้ถึงภายใน 20 ปีข้างหน้า อันจะเป็นการก้าวไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนโดยใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือสำคัญ

#### นโยบายที่ควรทำ

1) กำหนดเป้าหมายในด้านต่าง ๆ และหาทางใช้การพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาช่วยทำให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ เป้าหมายด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม : ให้มีปลาในแม่น้ำเจ้าพระยาช่วงกรุงเทพฯ ภายใน พ.ศ. 2550 ให้ปริมาณขยะต่อคนลดลงครึ่งหนึ่งจากปัจจุบัน และให้มีการหมุนเวียนกลับมาใช้อย่างจริงจังภายใน พ.ศ. 2550; เป้าหมายด้านสารสนเทศ : ให้มีดาวเทียมของไทยที่วิศวกรและนักวิทยาศาสตร์ของไทยเป็นผู้ร่วมออกแบบและสร้างภายใน พ.ศ. 2550 ให้มีโทรศัพท์หนึ่งเครื่องต่อ 5 คนภายใน พ.ศ. 2545 และหนึ่งเครื่องต่อ 2 คน ภายใน พ.ศ. 2555; เป้าหมายด้านพลังงาน : ให้มีการใช้พลังงานที่หมุนเวียนได้ (แสงอาทิตย์ ลม ชีวมวล) อย่างจริงจังภายใน พ.ศ. 2550 ให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีประสิทธิภาพในการใช้พลังงานดีที่สุดในโลกและลดมลพิษจากการใช้เชื้อเพลิงให้อยู่ในมาตรฐานเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้วภายใน พ.ศ. 2555; เป้าหมายด้านการจราจร : ให้มีระบบวางแผนและควบคุมการจราจรโดยคอมพิวเตอร์ในเมืองสำคัญทุกเมืองภายใน พ.ศ. 2545 ให้ประชาชนโดยทั่วไปใช้เวลาไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมงในการเดินทางในระยะ 10 กิโลเมตรในกรุงเทพฯ ภายใน พ.ศ. 2555; เป้าหมายด้านการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทั่วไป : ให้การศึกษาวិทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทั้งในระดับโรงเรียนและสูงกว่านั้นมีคุณภาพดีในระดับแนวหน้าของภูมิภาค ระบบอุดมศึกษาของประเทศผลิตบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของทั้งหมด โดยเน้นการกระจายอย่างทั่วถึงกัน ภายใน พ.ศ. 2545 ให้นักวิจัยไทยมีผลงานตีพิมพ์ในข่ายได้รับรางวัลโนเบล ภายใน พ.ศ. 2555

2) ระดมสรรพกำลังเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายในข้อ 1)

3) ในส่วนของการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ควรลงทุนในการวิจัยและพัฒนาอย่างเต็มที่ โดยควรจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 2 หรืออาจใช้บางส่วนของมูลค่าการขายยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น ร้อยละ 0.2 ของยอดขาย (แบบญี่ปุ่น) เพื่อสนับสนุนการวิจัย ทั้งนี้ควรมีกองทุนที่มีขนาดใหญ่พอที่จะกำหนดทิศทางการวิเคราะห์วิจัยและพัฒนาด้านนี้ของประเทศได้ โดยให้สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชนสามารถขอทุนวิจัยได้

4) สร้างแรงจูงใจให้แก่ักวิจัยและธุรกิจเอกชนในการลงทุนทำวิจัยในด้านนี้

5) สิ่งที่มีความสำคัญยิ่งคือต้องลงทุนในการพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์

6) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการผลิตผลิตภัณฑ์และบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ผู้บริโภค เช่น ยา เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย สถานบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ และสามารถเป็นธุรกิจส่งออกได้ โดยเฉพาะการพัฒนาสมุนไพรเพื่อการส่งออก ทั้งนี้จะต้องมุ่งพัฒนาคุณภาพทั้งด้านตัวผลิตภัณฑ์ บริการ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งราคาที่เป็นธรรมและจริยธรรมในทางธุรกิจด้วย

7) รัฐจะต้องเร่งพัฒนาองค์กรคุ้มครองของรัฐ องค์กรเอกชน และองค์กรประชาชน ให้มีความเข้มแข็งทางวิชาการ เพื่อที่จะช่วยกันกำกับ และตรวจสอบพฤติกรรมของผู้ประกอบธุรกิจข้อ 6) ด้วย

### 2.5.16 นโยบายสาธารณะด้านการต่างประเทศและความร่วมมือในระดับนานาชาติ

ปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประเทศหนึ่งๆ มีผลกระทบไปถึงประเทศอื่นๆ ได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจาก การติดต่อเดินทางทำได้อย่างรวดเร็วในปัจจุบัน จะพบโรคเขตร้อนได้ทั่วไป ไม่จำกัดเฉพาะประเทศในเขตร้อนเท่านั้น

นอกจากนี้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของโลกก็กำลังส่งผลกระทบต่อทั่วโลก เพราะเกี่ยวโยงกันไปหมด เช่น ปัญหาโลกร้อนขึ้น อัตราการใช้ไม้ของประเทศญี่ปุ่นทำให้การทำลายป่าของประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

การระดมพลังทางสังคมเพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้จึงมีอาจจำกัดเฉพาะสังคมภายในประเทศเท่านั้น การร่วมมือ ต่างประเทศ เพื่อระดมพลังจัดปัญหาสุขภาพร่วมกัน ก็มีความสำคัญที่จะต้องดำเนินการมากขึ้น เช่นความร่วมมือใน ระดับประเทศเพื่อนบ้านและประเทศภูมิภาคเดียวกัน หรือภายใต้องค์กรโลก เช่น WHO, WTO

ในปัจจุบันธุรกิจและการค้ามีลักษณะข้ามชาติ บทบาทขององค์การการค้าโลกจึงสำคัญมาก เพื่อปกป้องสิ่งแวดล้อมและสุขภาพมนุษย์ องค์การการค้าโลกควรมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

- 1) ลดภาษีหรือยกเว้นภาษีนำเข้าแก่ประเทศที่คิดต้นทุนทางสิ่งแวดล้อมทั้งหมดในราคาสินค้า
- 2) ข้อตกลงทางการค้าควรพิจารณาที่ประโยชน์ที่จะเกิดแก่สิ่งแวดล้อม คนงาน และคนจนที่สุด 40%
- 3) ตั้งมาตรฐานขั้นต่ำด้านสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภคและสุขภาพคนงานใช้กับทุกประเทศที่เข้าร่วม
- 4) อนุญาตให้แต่ละประเทศตั้งกฎเกณฑ์ที่เข้มงวดกว่าข้อ 3 ได้
- 5) กรรมการกำหนดมาตรฐานต้องมีตัวแทนจากนักสิ่งแวดล้อม ผู้บริโภค นักสุขภาพ และ แรงงาน ทั้ง จากประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว
- 6) เปิดประชาพิจารณาระดับโลก
- 7) เมื่อมีความขัดแย้งต้องยึดถือมาตรฐานข้อตกลงด้านสิ่งแวดล้อมโลก

แต่ประชาชนของประเทศเครือข่ายต่างๆ ต้องกดดันอย่างแรง ดังเช่นการรวมตัวขององค์กรพัฒนาเอกชน นานาชาติ ต่อรองทางนโยบายกับ WTO ที่เมือง Seattle USA

## 2.6 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Making Healthy Public Policy)

หัวใจสำคัญของการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ จะต้องประกอบด้วย

2.6.1 การมีภาวะผู้นำ (Political leadership, Leadership of Department of Health and other government departments)

2.6.2 การแสดงเจตจำนงแน่วแน่ (Commitment from the top) ในการดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

2.6.3 การสร้างพลังด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน (Empowering the people)

2.6.4 การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพดี (Healthy settings)

2.6.5 การสร้างภาคีเพื่อสุขภาพ (Health partnership, Health alliance) การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างองค์กรระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น และความรับผิดชอบของสาธารณชนในเรื่องสุขภาพ จะเป็นพลังสำคัญที่จะผลักดันการเจริญเติบโตของนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ

2.6.6 การมีพันธะที่จะรับผิดชอบ (Accountability) รัฐบาลและองค์กรต่างๆ ในฐานะที่มีหน้าที่ควบคุม ทรัพยากรจะต้องรับผิดชอบต่อประชาชนในผลพวงอันเนื่องมาจากนโยบายต่างๆ ของตนเองหรือการขาดนโยบายที่ สำคัญ และรัฐบาลต้องมีพันธะที่จะวัดผลกระทบด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากนโยบายต่างๆ ของตนเอง และรายงานต่อ สาธารณะชนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ได้ผล จะต้องอาศัยมาตรการที่หลากหลายประสานสอดคล้องกัน

## 2.7 การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

กระบวนการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายสาธารณะมีความสำคัญมาก เพราะหมายถึงการจัดสรรทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาจะได้สอดคล้องกัน ถึงกระนั้นก็ยังพบว่า การจัดสรรทรัพยากรของโลกและประเทศต่างๆ มีลักษณะ 10/90 หมายถึงปัญหาที่มีความสำคัญเพียง 10% แต่ได้ทรัพยากรไปตั้ง 90 % ดังนั้นจึงควรมีกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายที่เหมาะสม

## 2.8 รูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากประสบการณ์ของประเทศต่างๆ

### 2.8.1 การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบประสานหลายฝ่าย

ตัวอย่างเช่น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย มีลักษณะนโยบายที่เกิดขึ้นโดยการกำหนดร่วมกันจากหลายๆหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การขึ้นราคาบุหรี่ เกิดจากการให้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัยจากองค์การพัฒนาเอกชน และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง เป็นต้น

### 2.8.2 การกำหนดให้มีมาตรการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอนามัย (Health Impact Assessment)

ในโครงการลงทุนขนาดใหญ่

นโยบายและโครงการพัฒนาจำนวนมากมีผลกระทบสุขภาพ ในบางกรณี โครงการที่มีประโยชน์ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน บางครั้งก็มีผลเสียต่อสุขภาพอย่างคาดคิดไม่ถึง (World Bank, 1997)

การรายงานการประเมินผลทางด้านสุขภาพอนามัย (Health impact statement) น่าจะเป็นกลไกสำคัญที่สามารถใช้หยุดยั้งนโยบายสาธารณะที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ คล้ายๆกับการรายงานการประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อม

การรายงานการประเมินผลทางด้านสุขภาพอนามัย เป็นเครื่องมือของรัฐบาลเพื่อใช้ตรวจสอบนโยบายสาธารณะที่กำหนดโดยหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุขก่อนพิจารณาอนุมัติโครงการ โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญ ได้ศึกษาและตรวจสอบว่า จะไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากโครงการดังกล่าว

ในประเทศออสเตรเลีย การรายงานการประเมินผลทางด้านสุขภาพอนามัย จะถูกรวมอยู่กับการรายงานการประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพราะให้ความสำคัญกับประเด็นด้านสุขภาพของประชาชนมากพอๆกับมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นการรวมรายงานทั้งสองเข้าด้วยกัน อาจจะช่วยให้การอนุมัติโครงการมีความโปร่งใสมากขึ้น

### 2.8.3 การกำหนดระบบภาษีเพื่อสุขภาพ

มีการกำหนดมาตรการภาษีสรรพสามิต เพื่อนำรายได้ส่วนนี้ สนับสนุนกองทุนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนในหลายประเทศ ดังอย่างเช่น

**VicHealth** ตั้งขึ้นโดยกฎหมาย (Tobacco Act 1987) รายได้มาจากเงินภาษีพิเศษ เรียกว่า ภาษีส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเก็บมาจากฐานภาษีบุหรี่ ภาษีนีเป็นส่วนหนึ่งของภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ของรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย (Victorian License Fee)

**Western Australia Health promotion foundation** ตั้งขึ้นโดยกฎหมาย (Tobacco Control 1990) มีรายได้จากเงินภาษีสรรพสามิตบุหรี่ที่กั้นไว้โดยเฉพาะ เงินที่รัฐสภาให้เป็นครั้งคราว และเงินอื่นๆที่มูลนิธิรับมา หรือหาได้โดยชอบด้วยกฎหมาย

**Health Sponsorship Council (New Zealand)** ตั้งขึ้นโดยกฎหมาย (Smoke-free Environment Act 1990) รายได้มาจากงบประมาณอุดหนุนประจำปี เน้นโครงการหลัก 3 โครงการที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ ไม่สูบบุหรี่ เน้นที่วัยรุ่นชาวเมารี และบุคคลทั่วไป ลดอุบัติเหตุจากรถ และต่อต้านโรคมะเร็งผิวหนังจากแสงแดด (Smoke-free, Street-skills, Sunsmart)

**Finland** มีนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และได้ออกกฎหมาย (Tobacco Control Act 1976) กำหนดให้จัดตั้งกองทุน Health Education Fund โดยรัฐจัดสรรเงินงบประมาณจากรายได้ภาษีสรรพสามิตในอัตราที่แน่นอน



California of the US มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้กฎหมาย California Tobacco Tax and Health Promotion Act 1988 มีการจัดตั้งกองทุน Cigarettes and Tobacco Products Surtax Fund ซึ่งเป็นเงินจากภาษีพิเศษที่จัดเก็บจากผู้จำหน่ายบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ

Canada ไม่มีกฎหมายจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพโดยตรง แต่มีกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ (Tobacco Product Control Act 1988) มี Health Promotion Branch เป็นผู้บริหารโครงการ Tobacco Demand Reduction Strategy ซึ่งได้รับเงินทุนสนับสนุนจากภาษีพิเศษจากกำไรการผลิตบุหรี่

โดยภาพรวมประเทศต่าง ๆ ใช้มาตรการทางภาษีศุลกากรมาใช้เพื่อเป็นแหล่งรายได้ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านทางกองทุนส่งเสริมสุขภาพ เช่นการนำภาษีสรรพสามิต 1-2% ที่เก็บจากบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มาเป็นรายได้ของกองทุนส่งเสริมสุขภาพ

#### 2.8.4 การกำหนดเป้าหมายสุขภาพแห่งชาติ (Nutbeam and Wise, 1996)

ในระดับรัฐบาลกลาง: ประเทศออสเตรเลีย ได้ใช้การกำหนดเป้าหมายสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลวิธีในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ 2 ครั้งเพื่อพัฒนาภาวะสุขภาพของชาวออสเตรเลีย และลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ

ครั้งแรกดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2531 ได้ตั้งจุดมุ่งหมายและเป้าหมายทางสุขภาพไว้ 3 ด้าน (20 goals 65 targets) ได้แก่ เน้นกลุ่มประชากรที่ด้อยฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญ และโรค/ภาวะที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และได้จัดอันดับความสำคัญ 5 อันดับแรกคือ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมโภชนาการ การป้องกันการบาดเจ็บ สุขภาพผู้สูงอายุ และการป้องกันมะเร็ง มาตรการส่วนใหญ่ เป็นมุมมองด้านการแพทย์ ยังมุ่งเป้าหมายไปที่กลุ่มโรค เป็นมาตรการภายในระบบสาธารณสุข มากกว่ามาตรการระหว่างสาขา

ต่อมาได้มีการกำหนดเป้าหมายสุขภาพครั้งที่สอง เมื่อปี พ.ศ. 2536 โดยครั้งนี้ได้มีการปรับปรุงให้สำคัญแก่ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากปัจจัยการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedical factors) ให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพมากขึ้น และเปิดโอกาสให้หน่วยงานรัฐบาล หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่รัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาชน/กลุ่มผู้สนใจมาร่วมกันกำหนดเป้าหมาย จุดมุ่งหมายและเป้าหมายทางสุขภาพที่ดั่งใหม่ (ชุดที่ 2) มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การตายและการป่วยที่ป้องกันได้ 2) วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง 3) ความรู้และทักษะด้านสุขภาพ และ 4) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

#### 2.8.5 การกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติ

เพื่อปรับระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ มีการกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพของชนเผ่าพื้นเมือง และนโยบายสุขภาพของสตรี ยุทธศาสตร์สุขภาพของสตรีที่ไม่รู้ภาษาอังกฤษ ยุทธศาสตร์อนามัยชนบท โดยเสนอให้จัดตั้งองค์กรระดับชาติรับผิดชอบในการประสานงานและดำเนินการเรื่องอนามัยชนบท มีการกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านอาหารและโภชนาการ จัดทำโครงการณรงค์ต่อต้านสิ่งเสพติดแห่งชาติ โครงการณรงค์โรคเอดส์แห่งชาติ โครงการปฏิรูปสุขภาพจิตแห่งชาติ และโครงการเมืองสุขภาพดี เป็นต้น

ออสเตรเลียประสบความสำเร็จอย่างมากในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนจากนอกภาคสาธารณสุข เช่น การเคหะ การคมนาคม การศึกษา และการเกษตร กิจกรรมร่วมระหว่างภาคที่สำคัญ ได้แก่ โครงการปรับปรุงโภชนาการของชาวออสเตรเลีย โครงการลดอุบัติเหตุจากรถ โครงการเมืองน่าอยู่ และโครงการเมืองสุขภาพดี เป็นต้น

#### 2.8.6 การจัดตั้งมูลนิธิเพื่อเป็นแหล่งทุนอุดหนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

รัฐบาลในระดับมลรัฐหรือเขตปกครองของออสเตรเลีย จัดตั้งมูลนิธิเพื่อเป็นแหล่งทุนอุดหนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งวิกตอเรีย (VicHealth) ในมลรัฐวิกตอเรีย, มูลนิธิออสเตรเลียใต้ ในมลรัฐออสเตรเลียใต้, มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพ ในมลรัฐออสเตรเลียตะวันตก เป็นต้น ทั้งหมดได้รับทุนสนับสนุนจากภาษีบุหรี่ และพระราชบัญญัติเกี่ยวกับยาสูบ นอกจากนั้นยังมีโครงการที่สนใจในเขตปกครองเหนือ คือ โครงการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ (มีการจัดเก็บภาษีเพิ่ม ถ้าจำหน่ายแอลกอฮอล์เข้มข้นเกิน 3%)

กองทุนส่งเสริมสุขภาพของรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย (Victoria Health Promotion Foundation - VicHealth) จัดตั้งปี พ.ศ. 2530 มีรายได้ หรืองบประมาณการดำเนินงานกิจกรรม มาจากเงินร้อยละ 5 ที่ได้จากภาษี บุหรี่ (ภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่) คิดเป็นประมาณ 20 ล้านเหรียญออสเตรเลีย หรือ กว่า 500 ล้านบาท เป็นองค์กรที่มี กฎหมายรองรับ (กฎหมายยาสูบ ปี 2530) มีโครงสร้างบริหารคล่องตัวอย่างเอกชน แต่อยู่ภายใต้การกำกับของรัฐใน รูปของคณะกรรมการ มีหน้าที่หลักในการวางแผนสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน โดย สนับสนุนทุนการดำเนินงานให้ โครงการที่สนับสนุนครอบคลุมทุกด้าน มีกระบวนการการตลาดเพื่อสังคม (Social marketing) มาใช้ในการโฆษณาเพื่อสุขภาพ คือขยายพฤติกรรมหรือการดำเนินชีวิตที่จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพดีให้แก่ สังคม โดยอาศัยกีฬาและศิลปะเป็นสื่อ

#### 2.8.7 การจัดทำเอกสารมุมมองใหม่เกี่ยวกับสุขภาพของชาวแคนาดา

แคนาดาเป็นประเทศที่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าสองทศวรรษและประสบความสำเร็จจน ได้ชื่อว่าเป็นผู้นำทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพได้กลายเป็นประเด็นทางการเมืองในประเทศแคนาดาเมื่อ ปี พ.ศ. 2517 เมื่อมีการนำเสนอเอกสารชื่อ “มุมมองใหม่เกี่ยวกับสุขภาพของชาวแคนาดา” หรือที่รู้จักกันทั่วไปว่า “รายงานลาลองเด” ของนายมาร์ก ลาลองเด รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการในขณะนั้น

นอกเหนือจากรายงานของลาลองเด ยังมีกฎบัตรรอดตาว่า และเอกสารเรื่อง “การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า: กรอบแนวคิดแห่งการส่งเสริมสุขภาพ” ถือเป็นแนวคิดสำคัญที่เร่งเร้าให้รัฐบาลกลาง และรัฐบาลท้องถิ่นหันมาปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ปรับเปลี่ยนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดั้งเดิมที่เน้นการให้สุศึกษาเพื่อเปลี่ยนวิถีชีวิตและ พฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคล มาเน้นเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ การทำงาน และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ

#### 2.8.8 การสร้างกลไกสนับสนุนและโครงสร้างพื้นฐานสำหรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

รัฐบาลกลางของแคนาดาได้มีการกำหนดกลยุทธ์ที่มีขอบข่ายกว้างขวางในการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่เน้นการ ปฏิบัติการร่วมกันกับหน่วยงานสาขาต่าง ๆ มีการเสริมสร้างโครงการส่งเสริมสุขภาพในระดับจังหวัดหรือเขตปกครองให้ เข้มแข็ง โดยกลวิธีผสมผสาน มีการปฏิบัติการตามฐานชุมชน (setting approach) บางจังหวัด เช่น จังหวัดยูกอนมีการ ออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งยูกอน มีโครงการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญได้แก่ การแก้ไขปัญหายาเสพติด บุหรี่ อุบัติ เหตุจากรถ และเอดส์ โครงการป้องกันโรคหัวใจ ส่งเสริมโภชนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย รณรงค์ป้องกันโรค เอดส์ ลดการบริโภคยาสูบ มะเร็งเต้านม ยุทธศาสตร์ยาระดับชาติ โครงการพัฒนาเด็กที่มุ่งขจัดความยากจนและส่งเสริมสุขภาพของเด็ก โครงการพัฒนาสังคมในการป้องกันอาชญากรรม

มีการดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น การให้สิทธิถือครองที่ดิน การปกครองตนเองของชนเผ่าพื้น เมือง การพัฒนาชุมชนเพื่อแก้ปัญหาเสพติดและแอลกอฮอล์ การคุ้มครองสัตว์ป่า การควบคุมการปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

#### 2.8.9 การสร้างคู่มือและโครงสร้างสำหรับผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

รัฐบริติชโคลัมเบีย มีการสร้างคู่มือและจัดตั้งองค์กรสำหรับผลักดันและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สร้างกระบวนการเชื่อมโยงการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จัดทำคู่มือ ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินโครงการสำคัญซึ่งได้รับทุนอุดหนุนจากรัฐบาลโดยตรง เช่น โครงการเสริมสร้างอนามัยชุมชน และโครงการชุมชนสุขภาพดี

#### 2.5.8 Valencian Strategic Health Plan ของ The Valencian Community ประเทศสเปน

ในปี ค.ศ.1990 ชุมชนวาเลนเซีย ประเทศสเปน ได้ริเริ่มทำแผนงาน/โครงการ เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า จากการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของชาววาเลนเซีย พบว่าปัญหาทางสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่นอกภาคสาธารณสุข ดังนั้น การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกกระทรวง ทบวง กรม ของรัฐบาล ไม่ใช่เพียงแต่กระทรวงสาธารณสุข

การที่จะสามารถบรรลุซึ่งความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชนชาววาเลนเซียให้ได้เฉกเช่นประเทศในภูมิภาคยุโรป จำเป็นต้องสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อจูงใจให้คนในสังคมตระหนักและเห็นความสำคัญของการ

ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งทางกายและสังคม และระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม

ในยุทธศาสตร์ว่าเลนเซียได้ระบุเรื่องการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพว่า “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นการกำหนดนโยบายสาธารณะที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ” มีการกำหนดเป้าหมายระดับชาติที่ชัดเจน ดังที่ปรากฏในเป้าหมายอันดับสอง ในแผนยุทธศาสตร์ว่า “ภายในปี ค.ศ. 2000 ทุกหน่วยงานของรัฐบาลว่าเลนเซีย จะสร้างนโยบายที่มีการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานหลายสาขา โดยมีปรัชญาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน” (Valencian, 1996)

ในเดือนกันยายน 1994 โครงการการลงทุนเพื่อสุขภาพ ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

เศรษฐกิจของว่าเลนเซีย มีรายได้หลักจากภาคการท่องเที่ยวและภาคการเกษตร นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวและการเกษตรมักมีผลกระทบต่อสุขภาพ ประเด็นและสิ่งท้าทายคือ จะต้องวิเคราะห์เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วม (shared goals) ที่กระทรวงที่เกี่ยวข้องทั้งสามได้ประโยชน์ร่วมกัน และมีผลดีต่อสุขภาพ แล้วกำหนดเป็นนโยบายเพื่อปฏิบัติ (a common agenda) โดยแต่ละกระทรวงต้องวิเคราะห์ภารกิจที่กระทรวงสนใจจะทำ และกำหนดภารกิจใหม่ที่สามารถบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

ในที่ประชุมเชิงปฏิบัติการ จะต้องนำเสนอมาตรการทางนโยบายต่อผู้บริหารระดับสูง ทั้ง 3 กระทรวง เพื่อแสดงว่า ถ้าดำเนินการตามนโยบายแล้ว กระทรวงการท่องเที่ยว กระทรวงการเกษตร และกระทรวงสาธารณสุข จะได้ประโยชน์อะไรบ้าง โดยวิธีการดังกล่าว พื้นที่สองแห่งถูกกำหนดเป็นพื้นที่เป้าหมายในโครงการนำร่อง ได้ดำเนินการ 3 โครงการ ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับอาหาร (Food) โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยว (Inland Tourism) และ โครงการการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพดี (Healthy Tourism) มาตรการต่างๆที่ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น อาชีวอนามัย และคุณภาพชีวิตของคนงานภาคเกษตร ภัยอันตรายที่อาจเกิดกับนักท่องเที่ยว ผลกระทบจากการผลิตอาหารต่อสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ

**2.8.10 การจัดทำนโยบายสาธารณะแบบองค์รวมของประเทศสกอตแลนด์ (The Possible Scot: a healthier Scotland) (Scottish Office Department of Health, 1998)**

รัฐบาลสกอตแลนด์ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอเอกสารปกเขียว เรื่อง “Working Together for a Healthier Scotland” มีใจความสำคัญว่า นโยบายสุขภาพอยู่นอกเหนือขอบเขตของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาสาธารณสุขในสกอตแลนด์เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพสังคมที่ย่ำแย่ การขาดทักษะการดำเนินชีวิตที่ดี ความไม่เท่าเทียมกันในระดับรายได้และความมั่งคั่ง และการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมและพฤติกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมที่ทำเพื่อเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และเพื่อปรับปรุงความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้นย่อมส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี ภายใต้การนำของรัฐบาลสกอตแลนด์ และมูลนิธิสภาของสกอตแลนด์ (Scottish Council Foundation) ได้ริเริ่มเสนอแนวคิดและมาตรการในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพดังนี้ (Scottish Council Foundation, 1998)

- 1) เสนอให้การดำเนินกิจกรรมของรัฐบาลต้องมีลักษณะเป็นองค์รวม (Holistic Government)
- 2) มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐมากขึ้น (Cross-departmental)
- 3) มีประสานงานกันกับบุคคลนอกภาครัฐบาลมากขึ้น (Non-governmental actors)

นโยบายสาธารณะจึงมีลักษณะเป็นนโยบายที่มองในองค์รวม มีความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงนโยบายของรัฐทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่นเข้าด้วยกัน โดยมีเป้าประสงค์คือทำให้นโยบายสาธารณะทุกด้าน เป็นนโยบายที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการมองปัญหาสุขภาพว่าเกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย (a new model of health)

### 2.8.11 การกำหนดตัวชี้วัดการพัฒนาแบบองค์รวม

ได้มีการกำหนดกลุ่มตัวชี้วัดที่เรียกว่า a Scotland index ในการติดตามประเมินความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลง และรายงานทุกปี

ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้ ครอบคลุมปัจจัยที่กำหนดการมีสุขภาพดีทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง กายภาพและจิตวิญญาณ

นอกจากนั้น มีการกำหนดวิสัยทัศน์ เรียกว่า The Possible Scot บนพื้นฐานปรัชญาที่ว่า ประชาชนชาวสกอตทุกคน ควรมีโอกาสทราบถึงเป้าประสงค์ชีวิตตัวเอง และเขาเหล่านั้นจะอุทิศชีวิตให้กับสังคม

นโยบายสาธารณะหลายด้านที่เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความไม่เป็นธรรมในสังคมได้รับการกล่าวถึง ได้แก่ นโยบายด้านขนส่ง นโยบายด้านที่อยู่อาศัยนโยบายด้านการศึกษา และนโยบายด้านการกระจายรายได้ เป็นต้น

### 2.8.12 การรณรงค์การออกเสียงเลือกตั้งเพื่อสุขภาพ "Vote For Health"

การพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นมีความสำคัญไม่น้อยกว่าในระดับชาติ นโยบายสาธารณะที่กำหนดและตัดสินใจโดยรัฐบาลท้องถิ่น เช่น การใช้ที่ดิน สถานที่ตั้งโรงงานอุตสาหกรรม มาตรฐานที่อยู่อาศัย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ทำเลที่ตั้งศูนย์การค้า ล้วนแต่เกิดขึ้นในระดับท้องถิ่น จึงควรเสริมสร้างความเข้มแข็งในบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ

ในขณะที่มีการเคลื่อนไหวเพื่อปรับเปลี่ยนนโยบายในระดับชาติและระดับภาค ประชาชนในท้องถิ่นก็สามารถผลักดันให้มีการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นได้ โดยผ่านทางสื่อมวลชน ด้วยการเขียนจดหมายถึงบรรณาธิการ และชั้นนำประเด็นที่สนใจแก่โทรทัศน์ท้องถิ่น สื่อวิทยุและผู้สื่อข่าวหนังสือพิมพ์ ชี้นำหรือต่อรองกับผู้บริหารท้องถิ่นที่สนใจในประเด็นเดียวกัน

ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์ที่ดีเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่นโครงการรณรงค์การออกเสียงเลือกตั้งเพื่อสุขภาพ "Vote For Health" ในการเลือกตั้งรัฐบาลระดับท้องถิ่น ที่ดำเนินการโดย Park Community Health Service ในรัฐออสเตรเลียใต้ กิจกรรมรณรงค์ในโครงการนี้ เน้นการให้ข้อมูลแก่ประชาชนว่าควรเลือกผู้บริหารท้องถิ่นอย่างไร และวิพากษ์ถึงบทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพดีของประชาชนในชุมชน ตลอดจนตีแผ่หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าผู้สมัครเลือกตั้งแต่ละคนมีทัศนคติต่อเรื่องสุขภาพอย่างไร (Langford, 1996)

WHO ได้ผลักดันให้มีการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยเสนอให้มีการดำเนินโครงการเมืองสุขภาพดี เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่นในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เน้นให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการร่วมมือในลักษณะพหุภาคี เพื่อร่วมกันดำเนินนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โครงการเมืองสุขภาพดีตอกย้ำถึงความจำเป็นต้องมีความร่วมมือของหุ้นส่วนสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชน และการดำเนินการมีทิศทางชัดเจน เพื่อลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพของชนชั้นต่างๆ ในสังคมด้วย (Wass, 1994)

### 2.8.13 โครงการเมืองนำอยู่ (Healthy City Project)

โครงการเมืองสุขภาพดี เป็นความพยายามในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในเมืองหลัก โดยเน้นความร่วมมือของภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ผ่านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ในปี 1992 WHO ได้มีการจัดประชุมเกี่ยวกับติดตามความก้าวหน้าของโครงการ Healthy Cities Project ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของโครงการ การประชุมได้ให้ความสำคัญการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และทบทวนสิ่งที่เมืองสุขภาพดีที่เข้าร่วมโครงการนี้ได้ปฏิบัติ

ที่ประชุมได้ครอบคลุมประเด็นในการกำหนดนโยบายและนำนโยบายไปปฏิบัติ ในด้านต่างๆ เช่น การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย และการจราจร นโยบายการขยายตัวของเขตเมือง และโครงการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ กว่า 40 กรณีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการ

เงื่อนไขแห่งความสำเร็จของโครงการ คือ

- 1) มีการวางแผนที่ดี ได้รับการยอมรับและผลักดันจากนักการเมือง มีการสร้างพหุภาคี และการมีส่วนร่วมของประชาชน
- 2) แนวคิดและกลวิธีในการดำเนินการต้องมีความชัดเจน เป็นรูปธรรม และง่ายต่อการปฏิบัติ
- 3) เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- 4) เสริมสร้างเครือข่ายสนับสนุนระดับชาติและระดับท้องถิ่นให้เข้มแข็ง และขยายแนวคิดไปทั่วภูมิภาค
- 5) สร้างกลไกการประสานกับภาคีอื่นที่มีผลต่อการขยายตัวของเขตเมือง
- และ 6) ส่งเสริมให้มืองค์กรระหว่างประเทศเพื่อสนับสนุนการเคลื่อนไหวโครงการ

#### 2.8.14 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยชุมชน (Health Action, New Zealand)

Health Action เป็นองค์กรที่ดำเนินโครงการ/กิจกรรม โดยการริเริ่มของชุมชน เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อม/บรรยากาศทางสังคมและการเมืองที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี

แทนที่จะใช้กลวิธีรุนแรงทำให้สุขภาพเสื่อมถอยจากแสงแดดอย่างที่เคยปฏิบัติมา Health Action หันมาจัดการปัญหาโรคมะเร็งผิวหนังที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของกลุ่มผู้บริหารสาธารณสุข และกลุ่มต่างๆ ที่สนใจปัญหาในระดับท้องถิ่น ด้วยการจัดและหลีกเลี่ยงการใช้สารคลอโรฟลูออโรคาร์บอนที่มีผลทำลายโอโซนในชั้นบรรยากาศ

มีการชี้แนะหรือต่อรองกับผู้บริหารท้องถิ่นให้มินโยบายลดการใช้สารคลอโรฟลูออโรคาร์บอนที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้มีการออกกฎหมายป้องกันการทำลายโอโซนในชั้นบรรยากาศ ส่งเสริมให้ร้านค้าต่างๆ หันมาใช้/ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ทำลายโอโซนในระดับประเทศ ในเวลาต่อมา (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2540)

#### 2.8.15 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับสถาบัน (Institutional level - Healthy workplace, Health Promoting Hospital, Health Promoting School)

นอกจากนโยบายสาธารณะที่กำหนดโดยรัฐบาล นโยบายอีกจำนวนมากที่กำหนดโดยองค์กรและสถาบัน สามารถส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสมาชิกในองค์กรและสถาบันนั้น เช่น นโยบายของที่ทำงาน โรงเรียน และโรงพยาบาล เป็นต้น มีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสมาชิก เนื่องจากสมาชิกต้องมีปฏิสัมพันธ์กับองค์กร

ขณะเดียวกัน ยังส่งผลกระทบต่อคนที่อยู่ในชุมชน แม้ว่าไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับองค์กรก็ตาม ดังเช่นกรณีตัวอย่างคนงานที่สัมผัส/ปนเปื้อนสารก่อมลพิษในที่ทำงาน ต้องเจ็บป่วยล้มตายจำนวนมาก ขณะที่คนงานกลับไปบ้าน สมาชิกในครอบครัวก็ได้รับผลกระทบจากเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนสารก่อมลพิษ

วิธีการสร้างนโยบายสาธารณะในระดับสถาบัน (Healthy institutional policy) จะแตกต่างไปตามสถาบัน ความสัมพันธ์ของสถาบันกับสาธารณะ และความสัมพันธ์ของสมาชิกกับสถาบัน การดำเนินการต้องเป็นไปตามบรรทัดฐานในการสื่อสารของสถาบัน สมาชิกในองค์กรและสถาบัน สามารถเขียนจดหมายถึงกรรมการผู้จัดการ หรือสื่อสารถึงผู้บริหารที่รับผิดชอบประเด็นที่สนใจ การกระทำเช่นนี้โดยสมาชิกในองค์กรจำนวนมาก จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายได้

## 2.9 ตัวอย่างรูปธรรมของ Healthy Public Policy ในประเทศไทย

### 2.9.1 กรณีการทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment - EIA) เพื่อแก้ไขป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อม

แนวความคิดเพื่อสิ่งแวดล้อมถือว่า สิ่งแวดล้อมเป็นสมบัติของทุกคน มิใช่เป็นของคนใดคนหนึ่ง เพราะฉะนั้นทุกคนมีสิทธิที่จะปกป้องรักษาให้สภาพสิ่งแวดล้อมของโลกดำรงอยู่เพื่อมวลมนุษยชาติตลอดไป รวมไปถึงการเรียกร้องมิให้ผู้นั้นผู้ใดมาทำลายให้สิ่งแวดล้อมและสภาวะแวดล้อมเสียไป

แนวคิดนี้พัฒนามาจากหลักสิทธิมนุษยชนที่ว่า มนุษย์มีสิทธิที่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี รัฐจะต้องเข้ารับการดำเนินการจัดให้มีหลักประกันขั้นต่ำที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยความผาสุก (วีระ โลจายะ, 2540)

กฎหมายรัฐธรรมนูญปัจจุบัน มีบทบัญญัติที่กล่าวถึงคุณภาพสิ่งแวดล้อมหลายมาตรา (บรรทัดดี อุวรรณโณ, 2542) ดังเช่น ในหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 79 บัญญัติว่า รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนให้มีส่วนร่วม ในการสงวน บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพ อย่างสมดุล รวมทั้งมีส่วนร่วมในการส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดภาวะมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน

บทบัญญัติในกฎหมายรัฐธรรมนูญกำหนดว่า การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่จะก่อผลกระทบต่ออย่างรุนแรง ต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ต้องทำอย่างน้อย 2 อย่าง

1) รายงานศึกษาและประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และต้องให้องค์การอิสระ คือตัวแทนขององค์การพัฒนาเอกชน และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษา ที่จัดการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมให้ความเห็นประกอบโครงการดังกล่าวถึงผลดีผลเสียทางเศรษฐกิจและสังคมก่อน

2) การที่องค์การดังกล่าวจะให้ความเห็นชอบได้ ประชาชนและภาคประชาสังคมซึ่งจะได้รับผลจากโครงการดังกล่าว จะมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงาน และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นผ่านทางกระบวนการประชาธิปไตย ตามมาตรา 59 หรือ ผ่านการให้ความเห็นขององค์การอิสระที่ประกอบด้วยองค์การเอกชนด้านสิ่งแวดล้อม และสถาบันอุดมศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม (สุนีย์ มัลลิกะมาสย์, 2542)

พรบ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 กำหนดประเภทของโรงงานอุตสาหกรรมไว้ 22 ประเภทที่ต้องจัดทำรายงาน EIA ด้วยลักษณะสภาพของโครงการมีอัตราความเสี่ยงสูงการเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ กองทุนทดแทนความเสียหายต่อสุขภาพจากมลพิษ ยังได้รับการกล่าวถึง ขณะนี้อยู่ระหว่างการศึกษาคำความเป็นไปได้ในการจัดตั้ง ( สุนีย์ มัลลิกะมาสย์, 2543)

2.9.2 กรณีการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ กับการกำเนิดของ พรบ. ยาสูบ 2 ฉบับ (พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พรบ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535) และนโยบายการขึ้นภาษีบุหรี่ ด้วยเหตุผลเพื่อสุขภาพครั้งแรก

ตัวอย่างกิจกรรมและโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อควบคุมอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ที่ได้มีการดำเนินการได้แก่

- 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการเลิกสูบบุหรี่ โดย นพ. โรเจอร์ เนลสัน โรงพยาบาลมิชชั่น
- 2) โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ของมูลนิธิหมอชาวบ้าน
- 3) วิจารณ์รณรงค์เรียกร้องสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยชมรมแพทย์ชนบท และมูลนิธิแพทย์ชนบท
- 4) ให้ความรู้เรื่องโทษภัยจากการสูบบุหรี่ ให้ข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะในรูปแบบใหม่ผ่านทางสื่อมวลชนทุกแขนง ใช้กลยุทธ์ social marketing ในการเชื่อมโยงทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์
- 5) สร้างค่านิยมใหม่ จากที่สังคมยึดถือ การสูบบุหรี่เป็นเสรีภาพของผู้สูบ (การสูบบุหรี่เป็นของโก้เก๋) ไปสู่สังคมที่ยึดถือและเคารพสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่
- 6) จัดสัมมนาระดับชาติ พัฒนาฐานข้อมูลด้านบุหรี่และสุขภาพ
- 7) มาตรการการเกี่ยวกับการโฆษณาบุหรี่ ห้ามการโฆษณาบุหรี่ในที่สาธารณะ และสื่อทุกชนิด ทั้งทางตรงและทางอ้อม
- 8) กำหนดให้บุหรี่เป็นสินค้าควบคุมฉลากและห้ามโฆษณา
- 9) ให้นำหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง เป็นเขตปลอดบุหรี่
- 10) รณรงค์คัดค้านบริษัทข้ามชาติในสหรัฐฯ ที่ต้องการขยายตลาดบุหรี่
- 11) การบินไทย ประกาศให้เที่ยวบินภายในประเทศ เป็นเที่ยวบินปลอดบุหรี่
- 12) จัดตั้งคลินิกช่วยแก้ปัญหาผู้ติดบุหรี่ที่ไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง
- 13) รัฐสภาผ่านร่าง พรบ. ยาสูบ 2 ฉบับ เพื่อควบคุมบริโภคยาสูบ
- 14) รัฐบาลยินยอมให้ตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ และจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการทุกปี

15) รัฐบาลขึ้นภาษีบุหรี่ด้วยเหตุผลเพื่อสุขภาพ เป้าหมายที่กลุ่มเยาวชน

16) การออกกฎกระทรวงให้เปิดเผยส่วนประกอบของบุหรี่

ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

1) การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชน และการเคลื่อนไหวรณรงค์อย่างต่อเนื่อง

2) มีผู้นำที่สามารถ

3) มีการประสานงานกับพันธมิตรนานาชาติ ด้วยเครือข่ายคอมพิวเตอร์ Globalink ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา

4) มีการดำเนินงานบนฐานของความรู้ มีการทบทวน รวบรวมองค์ความรู้จากทั่วโลก รวมทั้งการศึกษาวิจัยและพัฒนาภายในประเทศ

5) การดำเนินงานไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง แต่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ

6) มีกลยุทธ์ที่ครบถ้วนในการดำเนินงาน คือ การให้สุศึกษาและข้อมูลต่อสาธารณ

7) มีกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ กำหนดค่าเตือนบนซองบุหรี่ กำหนดเขตปลอดบุหรี่ และมีนโยบายเพิ่มภาษี

บุหรี่

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

1) การจัดตั้งหน่วยงาน (สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ) ภายใต้ระบบราชการ

2) กลไกภาครัฐไม่ได้แสดงบทบาทที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

3) นโยบายของภาครัฐขาดความต่อเนื่อง กฎหมายไม่มีผลในทางปฏิบัติเท่าที่ควร เช่น การขายบุหรี่แก่เยาวชน และการดูแลตามข้อกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่

2.9.3 กรณีการรณรงค์ควบคุมโรคเอดส์ (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2541)

ตัวอย่างกิจกรรมและโครงการรณรงค์เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

1) เปิดกว้างให้สังคมได้รับรู้เข้าใจสถานการณ์ และแง่มุมต่างๆ ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (สร้างการมีส่วนร่วมในภาคสังคมประชาชน)

2) มีการเฝ้าระวังโรคเอดส์ในทุกจังหวัด และปรับเปลี่ยนระบบข้อมูลเพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ

3) เปลี่ยนแนวคิดจากการแก้ปัญหาโรค ซึ่งเป็นภารกิจของภาคสาธารณสุข มาเป็นประเด็นทางสังคม และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นภารกิจของสังคมประชาชน

4) ระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรเอกชน องค์กรพัฒนาชุมชน และกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งมีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาเอดส์ ให้มาผนึกกำลังกับภาคราชการ ในฐานะพันธมิตร

5) รัฐบาลนายอานันท์ ประกาศว่าเอดส์เป็นปัญหาและความหายนะของสังคม และได้กำหนดโครงสร้างทางนโยบายหลายส่วน (การจัดองค์กรบริหารนโยบายด้านเอดส์ โดยมีตัวแทนภาคราชการ ภาคเอกชน องค์กรเอกชน และตัวแทนผู้ติดเชื้อ อยู่ในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ และอนุกรรมการทุกคณะ และยังมีกลไกระดับรอง กระจายอยู่ทั่วประเทศ ลงไปถึงระดับท้องถิ่น) เน้นการสร้างกระแสสังคม และสนับสนุนบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนอย่างชัดเจน รวมทั้งให้ความรู้แก่สาธารณสุขชนโดยกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางงบประมาณป้องกันและแก้ไขโรคเอดส์ จากที่เคยจัดงบประมาณตามแผนงาน/โครงการย่อยๆ เป็นแผนงบประมาณด้านสังคม และแผนงบประมาณด้านสาธารณสุข ตามโครงสร้างของแผนยุทธศาสตร์ โดยมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรเอกชน และชุมชนรวมอยู่ด้วย

#### 2.9.4 กรณีป้องกันอุบัติเหตุจรรยา (บัญชี แก้วส่อง และคณะ, 2541)

กฎหมายแม่บทเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจรรยา มี 3 ฉบับ คือ พรบ. จรรยาทางบก พ.ศ. 2522, พรบ.ขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 และ พรบ. รถยนต์ พ.ศ. 2522 แผนป้องกันอุบัติเหตุภัยแห่งชาติ ถูกบรรจุครั้งแรกในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5

ตัวอย่างกิจกรรมและโครงการรณรงค์ เพื่อควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจรรยา

- 1) มีการจัดตั้งหน่วยประสานงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และจัดทำแผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนน
- 2) มีกฎหมายและมาตรการเพิ่มความปลอดภัยในการจราจรมากขึ้น
- 3) มีการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อจราจรที่ปลอดภัย เช่น ขยายถนนเป็น 4 ช่องจราจร การแก้ไขจุดอันตรายบนถนน ระบบตรวจสอบการออกแบบถนน

ปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อความสำเร็จ

- 1) ขาดความเป็นเอกภาพในการดำเนินงาน คณะอนุกรรมการป้องกันอุบัติเหตุฯ ไม่มีบทบาทในการดำเนินงานโดยตรง งบประมาณเป็นของหน่วยงานต่างๆ ขาดการประสานงานที่เป็นระบบ
- 2) มีโครงสร้างของคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในระดับจังหวัดที่ดี แต่ขาดกลไกหรือทีมงานป้องกันอุบัติเหตุในระดับปฏิบัติการ
- 3) มีกฎหมายจราจร แต่ขาดการบังคับใช้กฎหมาย
- 4) มีมาตรการนโยบายสาธารณะ ได้แก่ กฎระเบียบและมาตรการทางกฎหมายที่มีผลโดยตรงต่อความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ตรวจจับความเร็ว ห้ามขับรถขณะมีเมามา การกำหนดชั่วโมงการทำงานของพนักงานขับรถ

#### 2.9.5 กรณีการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพ ในประเทศไทย

กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการจัดตั้งองค์กร หรือกลไกเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างกลไกระดับชาติที่จะส่งเสริมสุขภาพของประชาชนผ่านภาคีต่างๆ ในสังคมไทย โดยมุ่งพัฒนาสมรรถนะของประเทศไทยที่จะมีโครงการและมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่มีสัมฤทธิ์ผลสูงด้วยต้นทุนต่ำ ปลูกฝังความตระหนักและส่งเสริมค่านิยมของคนไทยที่จะมีสุขภาพดี มากกว่าเน้นการรักษาเยียวยาเมื่อเจ็บป่วยแล้ว

ทำหน้าที่สนับสนุนบุคคล หน่วยงาน และองค์กรจากภาคีต่างๆ ให้ดำเนินงานร่วมกันในลักษณะประชาคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนคนไทย โดยจัดระบบโครงสร้างองค์กร และสนับสนุนทางการเงินเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและเข้มแข็ง ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจัง โดยได้มีกระบวนการจัดทำข้อเสนอเพื่อจัดตั้ง สถาบันและกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สกส.) ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2539

ในร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ มีเงื่อนไขสำคัญ คือ เป็นองค์กรมหาชน (Executive agency) ขนาดเล็ก ต้องมีความคล่องตัวในการบริหารงาน มีประสิทธิภาพสูง ปราศจากการแทรกแซงทางการเมือง และมีงบประมาณจำนวนที่แน่นอนและต่อเนื่อง แหล่งรายได้ของกองทุน มาจากเงินงบประมาณ โดยมี 3 แนวทาง คือ ทุนประเดิมจากงบประมาณแผ่นดิน งบประมาณเงินอุดหนุนประจำปี และงบประมาณจากการผูกพันภาษีบุหรีกับการส่งเสริมสุขภาพ (ภาษีค่าแสดมปียาสูบ หรือกำหนดภาษีใหม่ - Surtax)

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน เน้นให้ความรู้วิชาการ ปรับสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยง ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างภาพลักษณ์สุขภาพ และสนับสนุนองค์กรประชาชน ตลอดจนการวิเคราะห์มาตรการภาษีสรรพสามิตที่นำมาผูกพันกับการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (กรณีภาษีบุหรี) การผูกพันภาษีบุหรีเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยสร้างมโนทัศน์ และกระตุ้นประชาชนให้ตระหนักถึงภาระของสังคมที่มาจากบุหรี และสร้างความเข้าใจว่า สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมิใช่เรื่องเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่ก่อให้เกิดภาระต่อสังคม



### บทที่ 3 สรุปและข้อเสนอแนะ

เอกสารฉบับนี้ได้ทบทวนประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ครอบคลุมประเด็น นิยาม ประเภท กรอบแนวความคิด กระบวนการจัดทำนโยบาย และบทเรียนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านต่างๆ สุดท้ายผู้ทบทวนขอเสนอแนะเพื่อการพัฒนา “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังนี้

#### 3.1 การเคลื่อนไหวสังคม

เพื่อให้ “สุขภาพ” เป็น “วาระแห่งชาติ (National agenda)” ซึ่งจะทำให้ทุกคนทุกฝ่ายหันมาสนใจและร่วมกันสนับสนุนระบบที่จะเสริมสร้างสุขภาพ (All for Health)

การดำเนินการในส่วนนี้อาจทำได้โดยการใช้สื่อสาธารณะ รวมทั้งการจัดเวทีและการประชุมต่างๆ เช่น การประชุม “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ”, การประชุมประจำปี สวรส.ที่ศูนย์ประชุม ไบเทค เป็นต้น โดยจะต้องจับประเด็นวิกฤตระบบสุขภาพที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ

ในโอกาสที่จะมีการเลือกตั้งครั้งใหญ่ ควรจะเคลื่อนไหวให้ประเด็นสุขภาพ และ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” อยู่ใน “วาระแห่งชาติ” ที่จะเสนอให้พรรคการเมืองต่างๆ ประกาศก่อนการเลือกตั้งว่าเป็นนโยบายที่จะดำเนินการ (commitment) ก่อนการเลือกตั้ง และมีระบบการตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นและแจ้งต่อสาธารณะด้วย

#### 3.2 การจัดตั้งกลไกระดับชาติ

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ ควรจะจัดตั้งกลไกระดับชาติในการดูแลเรื่องสุขภาพในภาพรวม กลไกนี้ควรจะเป็น องค์กรอิสระ ที่ทำงานเชิงรุกด้านนโยบาย โดยอาจเรียกว่า “สภาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council)” โดยมีภาระหน้าที่ ดังนี้

1. กำหนดนโยบาย จัดทำมาตรฐาน ตัวชี้วัด และติดตามกำกับดูแลการดำเนินการตามนโยบายและมาตรฐาน
2. กำหนด National Health Goals and Targets ที่ชัดเจนและเน้นความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภายในและนอกภาคสาธารณสุข (Intersectoral collaboration)
3. จัดทำรายงานหรือเอกสารวิชาการ Annual Health Reports เสนอต่อรัฐบาล รัฐสภา สาธารณะ ประชาชนทั่วไป วงการวิชาชีพแพทย์ และการสาธารณสุขและผู้ที่มีหน้าที่กำหนดนโยบายทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ดังเช่น “รายงานของ ลาลองเด” ที่เสนอต่อรัฐบาลแคนาดา
4. กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขต่างๆ ที่จะสนับสนุนให้เกิด “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”

กลไกระดับชาตินี้ จะเป็นผู้กำหนดให้มีและทำงานเชื่อมโยงกับองค์กรอิสระที่จะทำงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” เช่น สถาบันพัฒนาการศึกษาผลกระทบต่อด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

#### 3.3 ข้อเสนอสารบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

1) กำหนดหลักการและแนวคิดที่ชัดเจน โดยเฉพาะในนิยามศัพท์ของคำว่า “สุขภาพ” เพื่อชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ

2) กำหนดข้อความที่แสดงเจตนารมณ์อย่างชัดเจนในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาาระบบโครงสร้างที่สนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

3) กำหนดหลักการให้เป็นหน้าที่ของรัฐและองค์กรทุกฝ่ายที่จะต้องร่วมกันสนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและมีหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบต่อด้านสุขภาพจากการดำเนินกิจกรรมของตน

4) กำหนดเงื่อนไขให้มีการศึกษาและจัดทำกระบวนการประเมินผลกระทบต่อด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment-HIA) ก่อนการดำเนินการในโครงการลงทุนขนาดใหญ่ รวมทั้งจากนโยบายสำคัญๆ ของรัฐ และให้มีระบบการติดตามผลต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ พร้อมกับการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลุล่วง

5) กำหนดสิทธิของประชาชนที่จะมีทางเลือกและเข้าถึงทางเลือกที่จะสร้างเสริมสุขภาพ และสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและดำเนินการในเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

6) กำหนดให้มีกลไกระดับชาติ เช่น สภาการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council) กำหนดกลไกระดับปฏิบัติที่จำเป็นในการสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น สถาบันพัฒนาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนการพัฒนาโยบายสุขภาพ (National Institute of Health Intelligence)

### 3.4 ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย

3.4.1 วิจัยพัฒนาวิธีการและกระบวนการในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับ 2 ประเด็น คือ

1) วิธีการศึกษาหรือระบุปัญหาสุขภาพ โดยมีทางเลือกต่าง ๆ เช่น ใช้ข้อมูลอุบัติการณ์หรือความชุกของโรค อัตราตาย ความสูญเสียรวม เช่น DALY, YPLL

2) วิธีการจัดลำดับความสำคัญ มีทางเลือกในการจัดลำดับความสำคัญแบบต่างๆ เช่น การกำหนดเกณฑ์บอกความรุนแรงของปัญหา การคาดการณ์แนวโน้มปัญหาในอนาคต ประสิทธิภาพของวิธีแก้ปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันและอนาคต การจัดลำดับความสำคัญจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดสภาพ 10/90 (ปัญหาที่มีน้ำหนักร้อยละ 90 ได้ทรัพยากรร้อยละ 10)

3.4.2 วิจัยพัฒนาการสร้าง/สนับสนุนบทบาทของสาธารณะในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ และศึกษาผลกระทบ การมีส่วนร่วมของสาธารณะในการกำหนดนโยบายสาธารณะมีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ และมีความสำคัญของความยั่งยืนของนโยบายสาธารณะนั้นๆ ดังนั้นจึงต้องเร่งพัฒนากลวิธี และกระบวนการที่จะพัฒนาศักยภาพและเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของสาธารณะ

3.4.3 วิจัยพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเฉพาะเรื่อง เช่น เรื่องสื่อสารมวลชน การสร้างความเข้มแข็งทางสังคม การพัฒนาเศรษฐกิจแบบนิเวศ การพัฒนาเทคโนโลยี การกระจายรายได้ การแก้ปัญหาความยากจน และการบังคับใช้กฎหมาย

3.4.4 วิจัยและพัฒนาเงื่อนไข ระบบ กลไก ในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อนำไปสู่การสร้างระบบ/กลไกที่จะประกันว่า HIA มีการดำเนินการอย่างรอบด้าน โปร่งใส และมองผลระยะยาว ทั้งนี้ อาจศึกษาเทียบเคียงจากการประเมินผลกระทบด้านสภาพแวดล้อมด้วย

## บรรณานุกรม

- ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. 2538.
- ธีระ พันธุมานิช. วิสัยทัศน์ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม : จะเหลืออะไร (หรือไม่) ใน 25 ปี ข้างหน้า. ใน สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. วิสัยทัศน์ประเทศไทย มุมมองของสมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สำนักงาน ก.พ. กรุงเทพฯ 2540.
- ธีรพล อรุณกลีกร และคณะ. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540.
- บรรดศักดิ์ อวรรณโณ. รัฐธรรมนูญนำรัฐ : รวมสาระและคำบรรยายหลักกฎหมายรัฐธรรมนูญ กรุงเทพฯ : วิทยุชน 2542 หน้า 83-85.
- บัญญัติ แก้วส่อง และคณะ. วิชาการของการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.
- ประเวศ วะสี. บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ : อภิวัดน์ชีวิตและสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. กรุงเทพฯ. 2541.
- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องมาตรการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุจราจร. ใน วิทยาชาติ บัญชาชัย และคณะ. โครงการควบคุมอุบัติเหตุจราจร จังหวัดขอนแก่น . โรงพยาบาลขอนแก่น. 2540.
- ยงยุทธ ยุทธวงศ์. นโยบายสาธารณะด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโดยรวม : ปัจจัยของการสร้างสังคมอนาคต. ใน สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. วิสัยทัศน์ประเทศไทย มุมมองของสมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สำนักงาน ก.พ. กรุงเทพฯ 2540.
- วิทูร พลเจริญ และคณะ. วิชาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.
- วีระ โลจายะ. กฎหมายสิทธิมนุษยชน กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2522.
- ศุภชัย ยาวะประภาษ. นโยบายสาธารณะ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2540.
- สุนีย์ มัลลิกะมาลย์. การบังคับใช้กฎหมายสิ่งแวดล้อม. ศูนย์กฎหมายและการพัฒนาสิ่งแวดล้อม คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์นิติธรรม. พ.ศ. 2542 . หน้า 202.
- สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และคณะ. การศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกองทุนทดแทนความเสียหายต่อสุขภาพจากมลพิษ. 2543. หน้า 92.
- สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. วิสัยทัศน์ประเทศไทย มุมมองของสมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สำนักงาน ก.พ. กรุงเทพฯ 2540.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. วิชาการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ. โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. 2540.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. วิสัยทัศน์ระบบสาธารณสุขไทย. ใน สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. วิสัยทัศน์ประเทศไทย มุมมองของสมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สำนักงาน ก.พ. กรุงเทพฯ 2540.
- Health Cities Australia : Starting Out. Australia Commonwealth Health Association. Sydney. 1992.
- Langford B. Community action in Health Promotion, in Healthy Environments in the 90's: the community health approach. Papers from the 3<sup>rd</sup> National Conference of the Australian Community Health Association, Sydney. 1990.

- Miller, G.T. Environmental science : working with the earth. 7<sup>th</sup> edition Wadsworth Publishing Company. Belmont, CA.1999.
- Marmot, M. and Wilkinson, R (eds) Social determinant of health: The solid facts. WHO.EUROPE, Geneva. 1998.
- Nutbeam, D. and Wise, M. Australia : Planning for better health, Opportunities for health promotion through the development of national health goals and targets. In Health Promotion: an Anthology. Pan American Health Organization. Scientific Publication No. 557. 1997.
- Palmer, G.R. and Short , S.D. Health care and public policy, 2 nd edition MacMillan Education Australia, South Melbourne,1994.
- Phillips-Ree S, Sanderson C, Herriot M, May A. The Changing face of Health: a primary health care casebook. South Australian Health Commission and South Australian Community Health Association. Adelaide 1992: 54-55.
- Scottish Council Foundation. Holistic Government : Option for a devolved Scotland Edinburgh. 1998.
- Scottish Office Department of Health. Working Together for a Healthier Scotland. Edinburgh. The Stationery Office, 1998.
- Tesh, S. Disease Causality and Politics. Journal of Health Politics: Policy and Law. 1981, 6(3), 369-390.
- Valencian. Building healthy public policies with tourism and agricultural as partners: Notes from the first Phase of a WHO / Europe demonstration project in the Community, Spain, Region for Health Leading Edge No 2, July 1996.
- Wass, A. Promoting Health: The Primary Health Care Approach. Sydney Harcourt Brace Company. 1994.
- WHO. Adelaide Recommendations on healthy public policy. WHO Geneva. 1988.
- World Bank. UPDATE: Health Aspects of Environmental Assessment. Environmental Assessment Sourcebook. Environment Department: The World Bank. No. 18, July 1997.
-

(1) สัปดาห์ 2.5/1.1

กล่อง 14

[92]

## MAPPING OF STAKEHOLDERS FOR EACH AREA 4 ตุลาคม 2543

AREA	ภาคการเมือง	ภาครัฐ/ด้านนโยบาย/ กำนัน	ภาคท้องถิ่น	ระบบบริการ ภาครัฐ	ระบบบริการภาคเอกชน	ธุรกิจ/ อุตสาหกรรม/ สมาคม	NGO	กลุ่มประชาชน	นักวิชาการ	สมาคม, กลุ่ม และ สภาวิชาชีพ	International
1. ส่งเสริมสุขภาพ											
Health Impact Assessment	กรม.สิงหนคร, กรม.สธ. 2 สภา	BOI, ก.วิทย์, กรมควบคุมมลพิษ, กรมอนามัย, กศร.									WHO, UNICEF, UNDP
Promotion of healthy workplace, city, community, school		กรมอนามัย	อบต. เทศบาล, อบจ.	H.Promotion Hosp	H.Promotion Hosp	IE&C, promotion of healthy goods, ธุรกิจโฆษณา	ชมรมดาวพิเศษ, City Radio				
Taxation policy for healthy, non-healthy goods and services		กรมสรรพากร, กรมสรรพสามิต, กรมศุลกากร	อบต., เทศบาล, อบจ.								
Sport for health		กรมพลศึกษา				นายจ้างส่งเสริมการออกกำลังกาย	สมาคมกีฬาต่างๆ	ชมรมกีฬา ฯลฯ	วิจัย จัดทำ evidence		
Road safety		ก.คมนาคม, กฎหมายและการบังคับใช้		EMS	EMS					วิศวกรรมสถาน	
Healthy behaviour promotion		กศร.									
Recreation parks, playgrounds, sport grounds.		สำนักงานประมาณ	อบต. เทศบาล, อบจ.					ชมรม กลุ่มสังคม ร่วมกำหนด กับท้องถิ่น			
2. การควบคุมโรค											
Disease surveillance structure and control function	กรม. สธ	กรมต. กองระบาด, กรมปลัดสัตว์.	อบต. เทศบาล	กรมวิทย์			NGO เอดส์ ฯลฯ	กลุ่มสังคมต่างๆ Healthy behavior NCD	Training FETP,		
3. ระบบบริการสุขภาพ											
Role of private pharmacy – PMC.		อย.		สสจ.	ร้านขายยา, เภสัชชุมชน	TPMA, PPA, GPO, สมาคมร้าน			คณะเภสัชฯ		WHO

(1) ลช. 2.5 | 1.1 กล้อง 14

[93]

AREA	ภาคการเมือง	ภาครัฐด้านนโยบาย/ ก้ากับ	ภาคท้องถิ่น	ระบบบริการภาครัฐ	ระบบบริการภาคเอกชน	ธุรกิจ จุดสาหกรรมสมาคม	NGO	กลุ่มประชาชน	นักวิชาการ	สมาคม, กลุ่ม และสมาชิวิชาชีพ	International
Hospital in drug dispensing						ขายยา สมาคมเภสัชชุมชน					
Structure, ownership, role and function, Primary Medical Care, Reorientation of hospital role and function, Referral and relationship PMC and hospital care, Facility planning, capital investment policy, Governance of health care system	กมร. ปกครอง 2 สภา, คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ, คณะกรรมการกระจายอำนาจไปสู่ปกครองท้องถิ่น	กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน กพ. ดำเนินงบประมาณสภาพัฒนา	อบต, เทศบาล, อบจ.	สถานพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	สมาคม โรงพยาบาลเอกชน	ชมรมคลินิก ชมรมโพลีคลินิก		กลุ่มประชาชนต่างๆ ในจังหวัด	นว. วิทยาศาสตร์ นิติศาสตร์	ชมรมแพทย์ชนบท, เภสัชชนบท พันต. ภูธร, ชมรม สสจ. ชมรม รพศ. รพท.	WHO, International experience in decentralization, devolution
Emergency Medical Services				EMS – training of EMT	EMS – training of EMT	บ.ประกันวินาศภัย พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	มูลนิธิปกเด็กตั้ง จส.100 City Radio	✓	Training of EM Team		
Promotion, supports of self-care, home care, Integration of health, community and social services		ประชาสัมพันธ์ Financing and other supports to home care	เทศบาล อบต. อุดหนุนเครือข่าย	Interface hospital – family – community	Interface hospital – family – community	Training of home carers			R&D model development, carer training manual		
4. Alternative medicine											
R&D goods and services, domestic consumption/ export, Promotion of		สถาบันแพทย์แผนไทย, กรมวิทยาศาสตร์ GPO กรมส่งเสริมการส่งออก ทพท.		โรงพยาบาล เบ็ดทางเลือก alternative medicine	เบ็ดทางเลือก alternative medicine	ลงทุน R&D	ชีวิต ธรรมชาติ บำบัด ฯลฯ ชมรมแพทย์แผนไทย, แผนจีน นวดแผน		R&D สนุนโพร		

๓๗ สร. ๒.๕/๑.๑

กลุ่ม 14

[94]

AREA	ภาคการเมือง	ภาครัฐด้านนโยบาย/กำกับ	ภาคท้องถิ่น	ระบบบริการภาครัฐ	ระบบบริการภาคเอกชน	ธุรกิจ อุตสาหกรรม สมาคม	NGO	กลุ่มประชาคม	นักวิชาการ	สมาคม, กลุ่ม และสภาวิชาชีพ	International
alternative medicine							ไทย				
Consumer protection, IE&C, Regulatory function - safety, quality, efficacy, advertising	กมธ. สธ.	กองการประกอบโรคศิลป์ อย. กรมวิทยาศาสตร์ ความปลอดภัย					สมาคมคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	ประชาชนต่างๆ			
5. ระบบการคลังสุขภาพ											
Universal coverage, Development of core benefit package + personal health promotion services, Provider payment methods	กมธ. สธ.	สำนักงานประมาณสภาพัฒนาฯ ก.สธ. กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม ก.คลัง	เทศบาล อบต. และอบจ.			บ.ประกันชีวิต ประกันสุขภาพ สมาคม ประกันวินาศภัยและประกันชีวิต			Evidence on core service + drug packages	4 สภาวิชาชีพ	WHO EIP cluster
6. Quality of care											
Extend coverage of HA and CQI, Extension of accreditation to PMC, pharmacy: Linkage of Accreditation Institute with Purchaser of care		สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล, ก. สธ. ก.คลัง (CSMBS) ประกันสังคม		Commitment to CQI	Commitment to CQI	ISO9002 ธุรกิจ ประกันวินาศภัย ประกันชีวิต	ชมรม ผู้บริโภค สมาคมคุ้มครองผู้บริโภค		จัดหา Evidence, พัฒนา guideline		
Compliance to the Declaration of Patient's Right 2541		กองประกอบโรคศิลป์					สมาคมคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	กลุ่มประชาคมต่างๆ ในพื้นที่	วิจัย ประเมินผล สังเคราะห์สถานการณ์	4 สภาวิชาชีพ	
7. Health Technologies											
Tech Assessment Institute, role and function, Policy on		กรมการแพทย์ อย. กองประกอบโรคศิลป์ สนม. ประกัน				สมาคมผู้ประกอบการเครื่องมือแพทย์	สมาคมคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ		วิจัย ประเมินผล ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประ		

(1) สร. 2.5 / 1.1 ก่อตั้ง 14

[95]

AREA	ภาคการเมือง	ภาครัฐด้านนโยบาย/กำกับ	ภาคท้องถิ่น	ระบบบริการภาครัฐ	ระบบบริการภาคเอกชน	ธุรกิจ จุดสามกรมสมาคม	NGO	กลุ่มประชาคม	นักวิชาการ	สมาคม, กลุ่ม และสภาวิชาชีพ	International
diffusion, Regulation and enforcement, Information and intelligence for policy development, Linkage of TA and purchaser of care, International linkages (OTA, Cochrane etc.) Linkage TA with Medical Curriculum, practice guideline		สังคม กรมบัญชีกลาง							สิทธิภาพของเทคโนโลยีการแพทย์		
R&D and export medical devices potentials.		สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สภาวิจัย, ฯลฯ กองทุน R&D, สถาบันวิจัยวัสดุแห่งชาติ สวทช. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย									
B. Human Resources											
Manpower production policy and plan, Distribution, Continuous Education, Public private relationship, Payment of manpower:	กรม.สธ.	สภาพัฒน์, สำนักงาน กพ. สำนักงาน ปรมาณ, ก.สธ. มหาวิทยาลัย				คณะแพทย มหาวิทยาลัยเอกชน				4 สภาวิชาชีพ หลัก สูตร ขบรรม short course, licensing and re-licensing. Promotion of ethical conducts	



(๓) สร. 2.5/1.1      กล้อง 14

[๑๖]

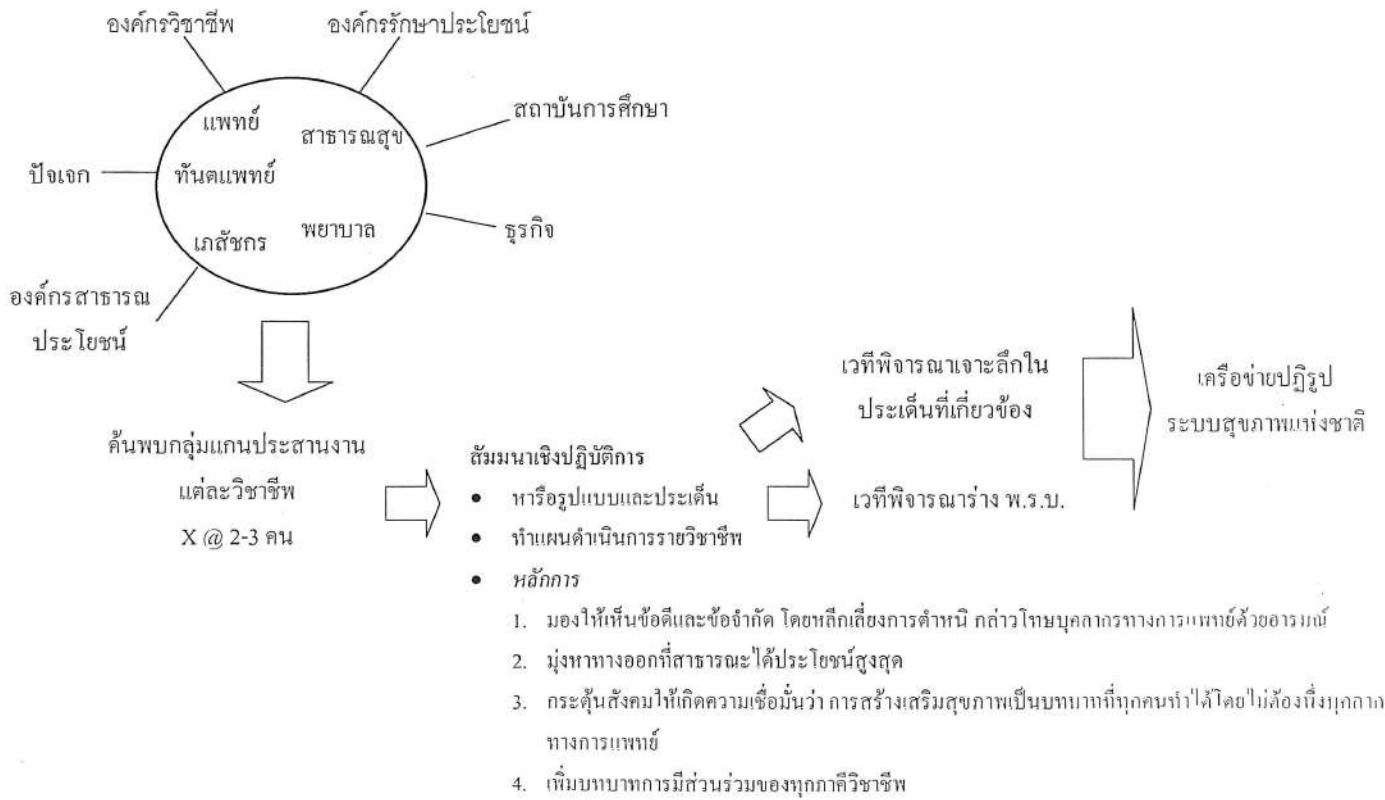
AREA	ภาคการเมือง	ภาครัฐด้านนโยบาย/กำกับ	ภาคท้องถิ่น	ระบบบริการภาครัฐ	ระบบบริการภาคเอกชน	ธุรกิจ อุตสาหกรรม สมาคม	NGO	กลุ่มประชาคม	นักวิชาการ	สมาคม, กลุ่ม และ สภาวิชาชีพ	International
linkage with purchasers											
9. Consumer Protection											
Surveillance systems, Grievance procedures		กองประกอบโรคศิลป์, อย. กรมวิทย์ฯ					สมาคมคุ้มครองผู้บริโภค	กลุ่มประชาคมต่างๆ สื่อมวลชน		สหภาพความ 4 สภาวิชาชีพ	
10. Health information system											
Health Status Monitoring, Health risks and behaviour Surveillance Info to monitor equity in health status, access and financing		สำนักนโยบายและแผน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กองระบาดวิทยา (sentinel surveillance) ระบบเฝ้าระวังโรค สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข						รับทราบข้อมูลผ่านสื่อมวลชน	วิจัย ประเมินผล ติดตาม กำกับ		WHO

## P.2 แผนงานสร้างความร่วมมือทางสังคมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

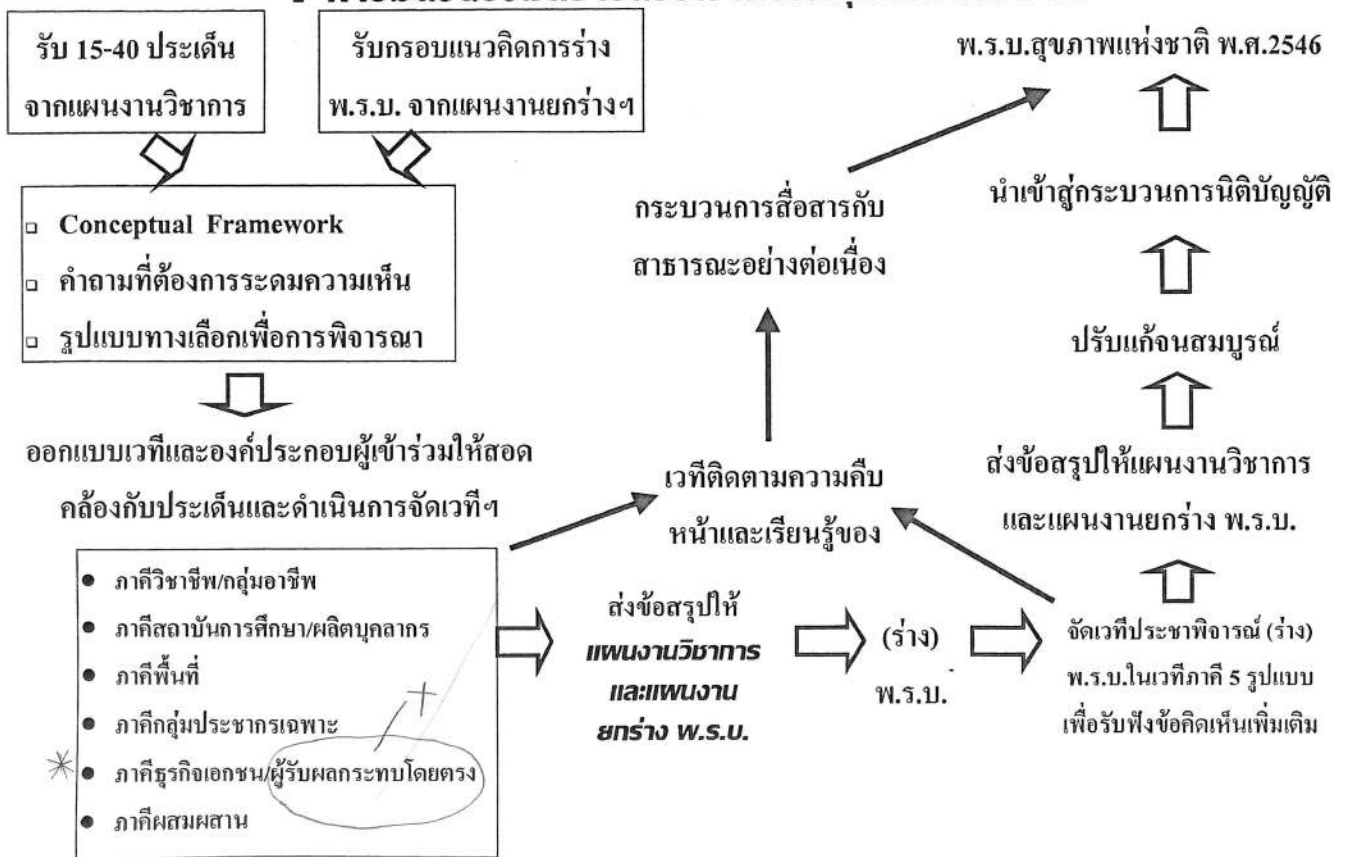
- ทิศทาง** → ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ปฏิรูปความเข้มแข็งของสังคมไทย
- หนทาง** → การเคลื่อนไหวเชิงสังคม-วัฒนธรรม ผ่านกระบวนการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
- องค์ประกอบ** → การเคลื่อนไหวสังคม 3 ขบวนการ

- การหนักกำลังภาคีวิชาชีพ
- การมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
- การปรับวิถีคิดเรื่องสุขภาวะภาคปฏิบัติ

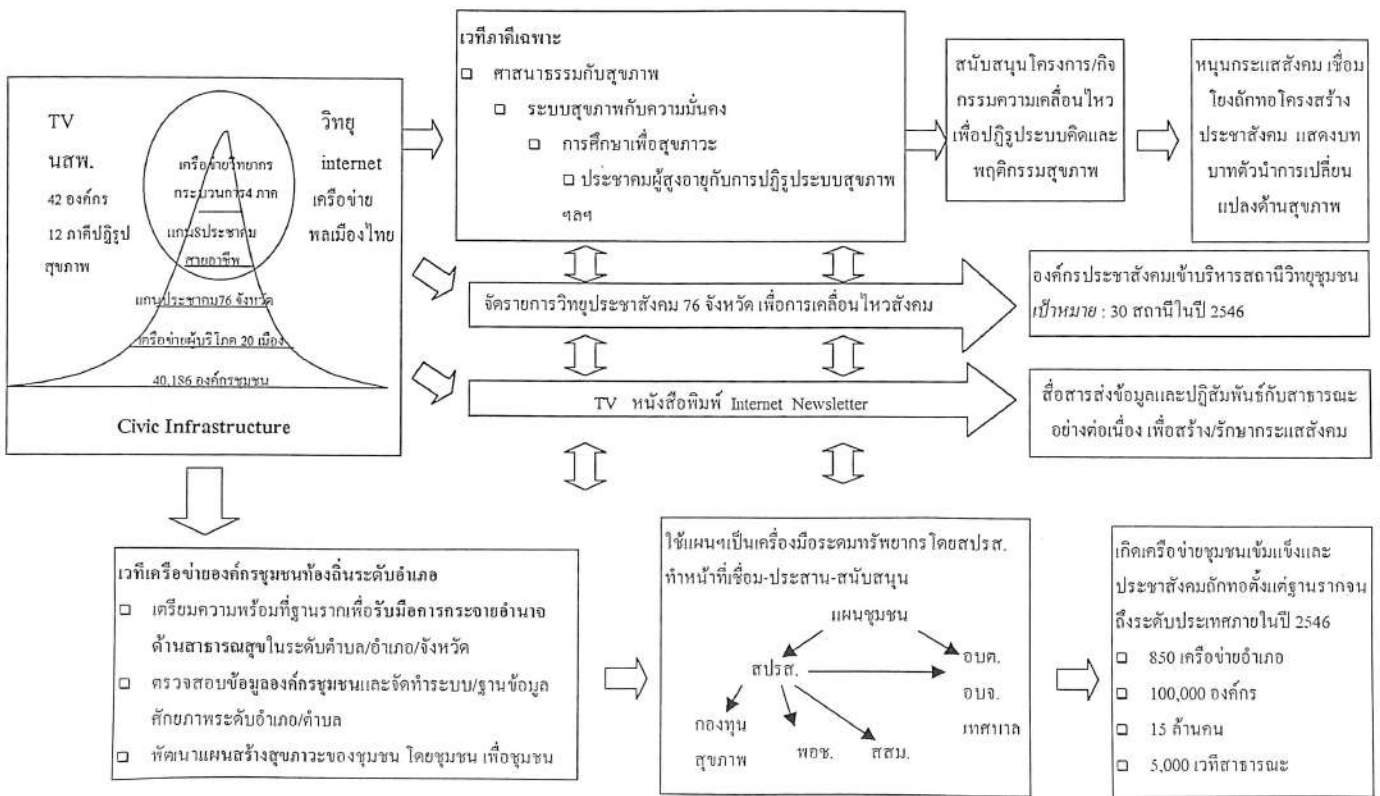
### การพัฒนากำลังภาควิชาชีพ



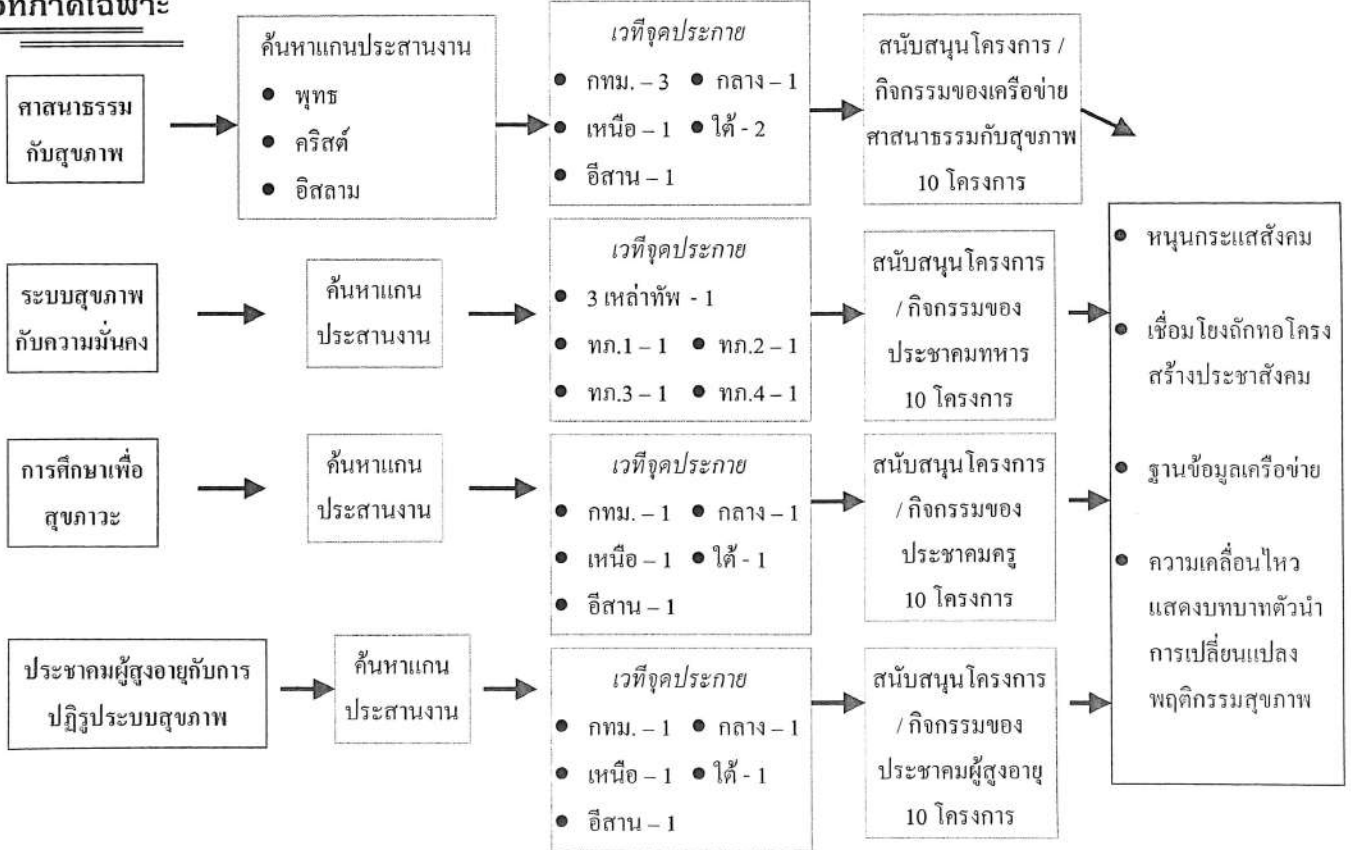
### □ การมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ



### การปรับวิถีคิดเรื่องสุขภาวะภาคปฏิบัติ



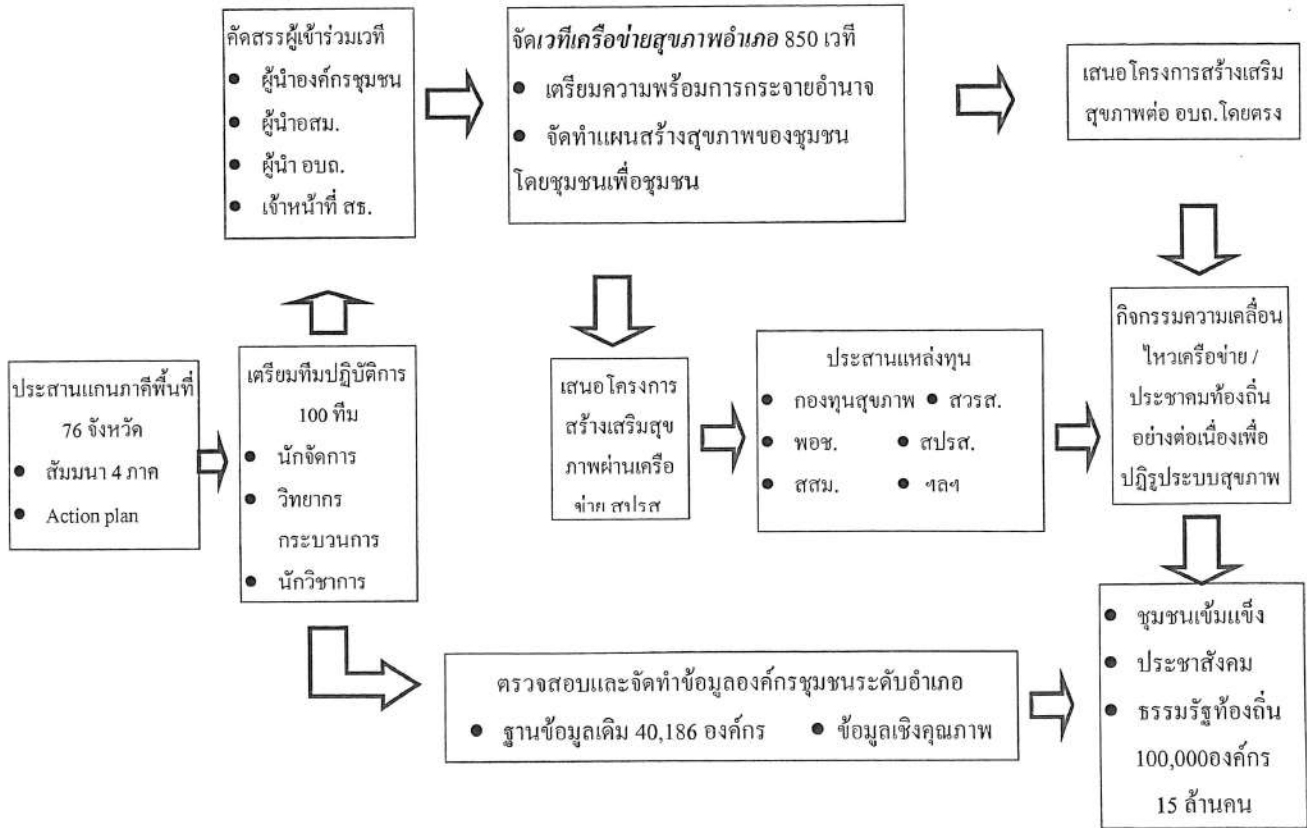
เวทีภาคีเฉพาะ



### วิทย์ประชาสังคม

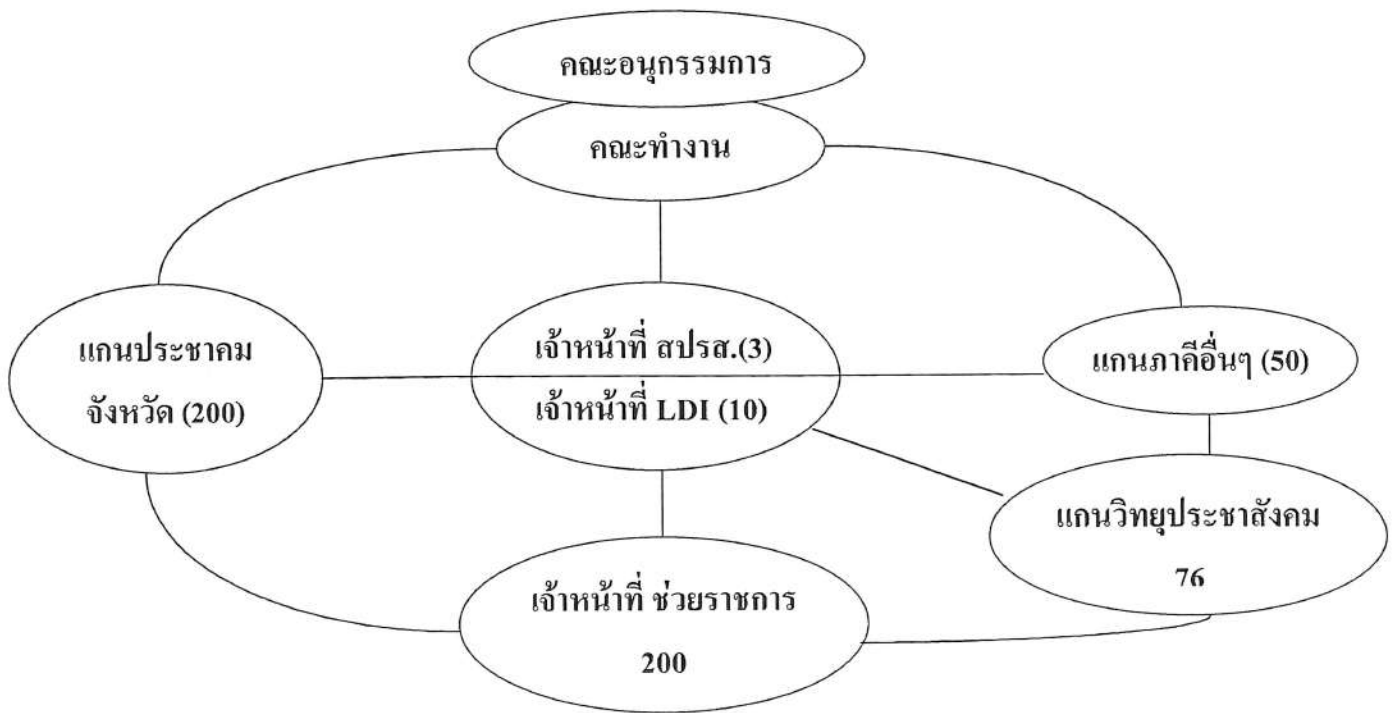


เวทีเครือข่ายองค์กรชุมชนท้องถิ่นระดับอำเภอ





### การจัดกำลังคน และเครือข่ายปฏิบัติงานของ P.2



## การสื่อสารสาธารณะที่ดำเนินการในช่วงเตรียมการ (มกราคม – กรกฎาคม 2543)

การสื่อสารสาธารณะที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (ชั่วคราว) ได้ดำเนินการในช่วงเตรียมการ (มกราคม – กรกฎาคม 2543) สรุปสังเขปได้ดังนี้

### 1. การจัดทำฐานข้อมูล

จัดทำฐานข้อมูลภาคีต่างๆ รวมทั้งฐานข้อมูลสื่อสารมวลชนเพื่อใช้ประโยชน์ในการประสานงานและเชื่อมโยงความร่วมมือ

### 2. การสัมมนาระดับชาติและระดับภูมิภาค

จัดสัมมนาระดับชาติเรื่อง “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ” เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 ณ โรงแรมสยามซิตี มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 300 คน และจัดเวทีจุดประกายในระดับภูมิภาคในหัวข้อเดียวกันอีก 6 แห่ง คือ จังหวัดนครราชสีมา (13 กรกฎาคม 2543), จังหวัดเชียงใหม่ (24 กรกฎาคม 2543), จังหวัดขอนแก่น (25 กรกฎาคม 2543), จังหวัดนราธิวาส (27 กรกฎาคม 2543) จังหวัดนครศรีธรรมราช (3 สิงหาคม 2543) และจังหวัดพิษณุโลก (3 สิงหาคม 2543) เพื่อจุดประกายความคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการสัมมนาดังกล่าวมีภาคีสื่อมวลชนเข้าร่วมประมาณร้อยละ 40 ของผู้เข้าร่วมสัมมนาทั้งหมด

### 3. การเสวนาสื่อมวลชนเฉพาะประเด็น

จัดเสวนาสื่อมวลชนเกี่ยวกับประเด็นเหตุการณ์ในสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ 3 ครั้ง

- “มองเชิงระบบกรณีชื้อขายไต”
- “กรณีโคบอลต์ 60” จัดร่วมกับสมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย
- “โรคเขื่อนท่า” จัดร่วมกับสมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย

### 4. สำรวจความคิดเห็นประชาชน

จัดทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน 2 เรื่อง (ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบคโพลล์)

- ประชาชนคิดอย่างไรต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เมษายน 2543)
- ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (สิงหาคม 2543)

และจัดแถลงข่าวพร้อมทั้งจัดการเสวนาสื่อมวลชนเกี่ยวกับผลการสำรวจทั้ง 2 ครั้ง

### 5. จัดทำสื่อสิ่งพิมพ์

- จัดทำจดหมายข่าว “เวทีปฏิรูปเพื่อสุขภาพคนไทย” ออกเป็นรายเดือนส่งกระจายไปยังภาคีต่างๆ ประมาณ 30,000 ภาคี (ถึงระดับ อบต. ,สถานีอนามัย และประชาคมชาวบ้าน) เริ่มดำเนินการเดือน มีนาคม 2543

- จัดทำเอกสารข้อมูลทางวิชาการ (fact sheet) สำหรับสื่อมวลชนและประชาชนทั่วไป รวม 24 เรื่อง

- จัดพิมพ์เอกสารเผยแพร่และหนังสือต่างๆ ได้แก่ หนังสือ “สุขภาพในฐานะอุดมการณ์มนุษย์”, หนังสือ “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ (3 พฤษภาคม 2543)”, หนังสือ “ร่วมฝ่าทาง

ต้นเพื่อสุขภาพคนไทย”, หนังสือ “ปฏิรูประบบสุขภาพ อะไรทำไม? อย่างไร?”, หนังสือ “ปฏิรูประบบสุขภาพ สิทธิ? หน้าที่? ของคนไทย”, แผ่นพับ “ปฏิรูประบบสุขภาพ : เพื่อสร้างความสุขและเพิ่มคุณค่าชีวิตคนไทย”, แผ่นพับ “แนะนำ สปรส.” รวม 7 เล่ม เพื่อใช้ในการเผยแพร่ข้อมูล ความเคลื่อนไหว และแลกเปลี่ยนข้อความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

6. การเผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อมวลชน

6.1 ติดต่อประสานงานเพื่อให้วิทยากรร่วมรายการวิทยุ – โทรทัศน์ รวมประมาณ 50 ครั้ง

6.2 ติดต่อประสานงานเพื่อการเผยแพร่บทความ ข่าวสาร ตามสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ รวมประมาณ 100 ชิ้น

6.3 สร้างเครือข่ายวิทยุชุมชนในพื้นที่ 20 จังหวัดคือ กรุงเทพฯ, กาญจนบุรี, กาลสินธุ์, ขอนแก่น, เชียงใหม่, ตราด, นครราชสีมา, นครสวรรค์, นราธิวาส, น่าน, นุรีรัมย์, ปัตตานี, พะเยา, พิจิตร, มหาสารคาม, ราชบุรี, ลพบุรี, สุราษฎร์ธานี, สุรินทร์ และ ปราจีนบุรี เพื่อร่วมสร้างกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ

7. เปิดช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชน

7.1 ตู้ปณ.9 ปณฝ.ตลาดขวัญ นนทบุรี 11002 (มีประชาชนร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็น “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ” เข้ามาแล้วประมาณ 100 คน)

7.2 เปิด Web site ชื่อ [http:// www.hsro.or.th](http://www.hsro.or.th) เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายนมีผู้เข้ามาเยี่ยมชมแล้วประมาณ 5,000 ครั้ง

มติการประชุมคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานสื่อสารสาธารณะ  
เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่1/2543

27 กันยายน 2543 เวลา 09.30 – 12.00 น.

ณ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

1.ที่ประชุมรับทราบ

- 1.1. ที่ประชุมรับทราบระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ซึ่งนายกรัฐมนตรีได้ลงนามและประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 117 ตอนพิเศษ ง. ลงนามเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2543
- 1.2. องค์ประกอบคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน
- 1.3. การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานสื่อสารสาธารณะเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 34 ท่าน ตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 2/2543 เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2543
- 1.4. ความจำเป็น ทิศทาง และยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจน หลักการ เป้าหมาย กลไก และประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- 1.5. การดำเนินการสื่อสารสาธารณะที่ดำเนินการในช่วงเตรียมการ (มค.- กค.2543)

2.ที่ประชุมเห็นชอบ

2.1 หลักการทำงานสื่อสารสาธารณะ

- 2.1.1 การปฏิรูประบบสุขภาพนอกจากจะเป็นการปฏิรูปที่ระดับความคิด (ทฤษฎี)ต่อเรื่องสุขภาพแล้วยังเป็นการปฏิรูประดับโครงสร้าง ซึ่งจะต้องจัดทำกฎหมายขึ้นมาเป็นเครื่องมือ นับเป็นงานใหญ่ที่ยากและท้าทายเป็นอย่างยิ่ง ต้องอาศัยการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วน ร่วมกับการเคลื่อนไหวทั้งสังคม และการเชื่อมโยงกับภาคการเมือง ดังนั้น การสื่อสารสาธารณะจึงเป็นกลไกที่สำคัญและจำเป็นต้องใช้ควบคู่กับกลไกอื่นๆ
- 2.1.2. สื่อสารมวลชนมีศักยภาพสูงมากหากมีการนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพจะเกื้อหนุนและผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพให้สำเร็จได้ อย่างไรก็ตามในการสื่อสารสาธารณะเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น จำเป็นต้องใช้การสื่อสารทุกช่องทางที่จะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนแนวคิดด้านสุขภาพของประชาชนจากการช่อมมาเป็นการสร้างสุขภาพคู่ขนานกันไปด้วย
- 2.1.2 การใช้ศักยภาพของสื่อมวลชนควรอยู่บนพื้นฐานของความร่วมมืออย่างเคียงบ่าเคียงไหล่มากกว่าเชิงพาณิชย์

## 2.2 ยุทธศาสตร์การสื่อสารสาธารณะ

### 2.2.1 ยุทธศาสตร์การสร้างเครือข่ายภาคี

สร้างเครือข่ายภาคีสื่อมวลชนทุกแขนงทั้งระดับประเทศ ระดับท้องถิ่น และระดับรากหญ้า ผันิ่กกำลังเคลื่อนไหวกการปฏิรูประบบสุขภาพพร้อมกัน โดยต้องให้ความรู้ สร้างความเข้าใจที่ชัดเจน และกระตุ้นจิตสำนึกของสื่อมวลชนให้มีความกระตือรือร้นที่จะเข้ามาเป็นแนวร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ มากกว่าที่จะเป็นเพียงผู้ส่งผ่านข้อมูลข่าวสาร

### 2.2.2 ยุทธศาสตร์การเรียนรู้ร่วมกันโดยการกระทำ

หมายถึงการเรียนรู้ร่วมกับสื่อมวลชน และประชาคม/องค์กรภาคีต่างๆ จากการทำงานร่วมกัน แล้วทำการพัฒนาปรับปรุงกลยุทธและวิธีการทำงานไปพร้อมๆกัน

### 2.2.3 ยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้ที่ง่ายต่อการสื่อสารสาธารณะ

เนื่องจากความรู้ที่เกี่ยวกับเรื่องระบบสุขภาพเป็นเรื่องที่ค่อนข้างเข้าใจยาก คนไทยส่วนใหญ่มักมีความเข้าใจในบางประเด็น หรือเข้าใจปัญหาเป็นเรื่องๆไป จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้เรื่องที่ยากนี้ ง่ายต่อการเข้าใจทั้งสำหรับสื่อมวลชน และประชาชนทั่วไป

## 2.3 แนวทางและรูปธรรมการสื่อสารสาธารณะที่ควรจะดำเนินการ

2.3.1. การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการและคณะทำงานสื่อสารสาธารณะจะต้องสอดประสานไปกับการเคลื่อนไหวกของคณะอนุกรรมการด้านอื่นๆ ดังนั้น จึงควรจัดให้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนข้อมูล และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2.3.2. ควรสร้างความรู้ที่ง่ายต่อการเผยแพร่ข้อมูลของสื่อสารมวลชน และง่ายต่อความเข้าใจของผู้รับสื่อ โดยอาจแยกเป็นข้อมูลสำหรับสื่อกระแสหลัก และสื่อกระแสรอง และคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มด้วย

2.3.3 ควรประสานงานกับแผนงานอื่นๆอย่างใกล้ชิด และคิดหาแนวทางที่จะพลิกประเด็นให้การเคลื่อนไหวกด้านต่างๆเหล่านั้น กลายเป็นประเด็นที่สื่อมวลชนสนใจ

2.3.4. ควรดำเนินงานสื่อสารสาธารณะอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เป็นเพียงการรณรงค์

2.3.5. นอกจากการให้ข้อมูลแล้ว น่าจะจัดให้สื่อมวลชนได้พบกับทุกขภาวะจริงๆที่เกิดขึ้นในสังคม ที่สะท้อนปัญหาของระบบ และจะโยงไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพได้

2.3.6 ควรเผยแพร่สื่อที่มีอยู่แล้ว คือ จดหมายข่าวเวทที่ปฏิรูป ให้เข้าถึงประชาชนทั่วไปอย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น

\*\*\*\*\*

**แผนยุทธศาสตร์และแผนงาน  
การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ  
พ.ศ. 2543 - 2546**

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (ดปส.)

ฉบับปรับปรุงเดือนตุลาคม 2543

## สารบัญ

	หน้า
ความนำ	1
หลักการและเหตุผล	2
วัตถุประสงค์	3
กรอบความคิดรวบยอดของแผน	3
ยุทธศาสตร์และเป้าหมาย	4
แผนงาน	6
กลไกการดำเนินงาน	7
สรุปหลักการ เป้าหมายและกลไกการดำเนินงาน	8
ระยะเวลาดำเนินการ	9
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	9
การประเมินผลและการปรับแผน	9
แผนงานตามยุทธศาสตร์	10
แผนปฏิบัติการแลแผนงบประมาณ	15
ภาพแสดงการดำเนินกิจกรรมฯ	29

### ผนวก 1

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543

และผังภูมิแสดงองค์ประกอบของ คปรส.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

## ความนำ

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๓ กำหนดให้มีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีอำนาจหน้าที่คือ

- (๑) เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) เสนอแนะให้มีการปรับปรุงนโยบาย โครงสร้าง ระบบการทำงาน หรือระบบงบประมาณที่เกี่ยวข้องในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยยึดแผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ และให้คำนึงถึงมิติ ก.พ. เรื่องทิศทางและจุดเน้น การปรับบทบาทและภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข
- (๓) ดำเนินการยกร่างกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายให้กฎหมายดังกล่าวมีผลใช้บังคับภายในระยะเวลาสามปี นับแต่วันที่คณะกรรมการประชุมครั้งแรก
- (๔) เสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีให้มีการปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- (๕) จัดให้มีข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้สาธารณชนได้รับทราบ ได้เข้าใจ และสามารถมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- (๖) จัดให้มีการสัมมนา การประชุม การประชาพิจารณ์ หรือกิจกรรมอื่นใดที่มุ่งประสงค์ให้ประชาชน หน่วยงาน และกลุ่มผลประโยชน์ที่จะได้รับผลกระทบจากการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อมูล และข้อเสนอสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างกว้างขวาง
- (๗) จัดให้มีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัยเพื่อกำหนดแนวทาง กลยุทธ์ และมาตรการในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และเพื่อประโยชน์สำหรับการดำเนินการให้มีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ
- (๘) สนับสนุนการพัฒนานโยบายหรือการปรับปรุงโครงสร้างหรือระบบงานอันอาจถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของ การปฏิรูประบบสุขภาพ

(๙) ประสานงานและแก้ไขปัญหาขัดข้องในการดำเนินงานการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

(๑๐) ปฏิบัติการอื่น ๆ ตามที่นายกรัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

โดยการดำเนินการข้างต้น มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่งเป็นองค์กระอิสระภายในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการ

คปรส. ประชุมครั้งแรกไปแล้วเมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๔๓ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ให้ความเห็นชอบหลักการของแผนยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งฝ่ายเลขานุการได้ปรับปรุงและจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์และแผนงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานต่อไป

ทั้งนี้จะได้มีการปรับปรุงแก้ไขแผนให้ทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์และการดำเนินงานจริงเป็นระยะ ๆ ไป

ตุลาคม ๒๕๔๓



## หลักการและเหตุผล

1. สุขภาพคือสภาวะที่ดีทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ อยู่ในสังคมที่มีสันติสุข ไม่เฉพาะการไม่พิการหรือไม่มีโรคเพียงเท่านั้น สุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนควรมีโอกาสที่จะเข้าถึงการมีสุขภาพดีได้อย่างแท้จริง โดยทุกคน ทุกส่วนของสังคมจะต้องมีส่วนร่วมสร้างสุขภาพดี

2. สุขภาวะของคนไทยยังห่างไกลอุดมคติอีกมาก แม้บางสิ่งจะดีขึ้น เช่น คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น โรคติดต่อหลายชนิดหมดไป หลายชนิดลดน้อยลงไปมาก ปัญหาการขาดสารอาหารลดลง ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพลักษณะใช้ มีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอมากขึ้น บริการด้านสุขภาพกระจายทั่วถึงมากขึ้น เป็นต้น แต่ในทางตรงกันข้ามคนไทยต้องประสบทุกขภาวะมากขึ้นด้วยเหมือนกัน คนไทยต้องเจ็บป่วย ล้มตาย อย่างไม่สมควรจากอุบัติเหตุ อาชญากรรมความรุนแรง มลภาวะ สารพิษตกค้าง โรคเอดส์ ยาเสพติด ปัญหาด้านสุขภาพจิต โรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง และปัญหาที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมอีกมากมาย

3. ในขณะเดียวกันระบบบริการด้านสุขภาพซึ่งมีสมมติฐานตั้งอยู่ที่การทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี กลับมีปัญหาความผิดพลาดมากมาย โดยระบบบริการดังกล่าวมุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ คือซ่อมสุขภาพเสียเป็นสำคัญ ละเลยการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบบริการขาดประสิทธิภาพ ใช้จ่ายเงินมากแต่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำขาดคุณภาพและมาตรฐาน รวมทั้งมีปัญหาความไม่เป็นธรรมอยู่โดยทั่วไป จนกล่าวได้ว่าระบบบริการมีความผิดพลาดถึงระดับที่จะต้องมีการปฏิรูปเป็นการด่วน

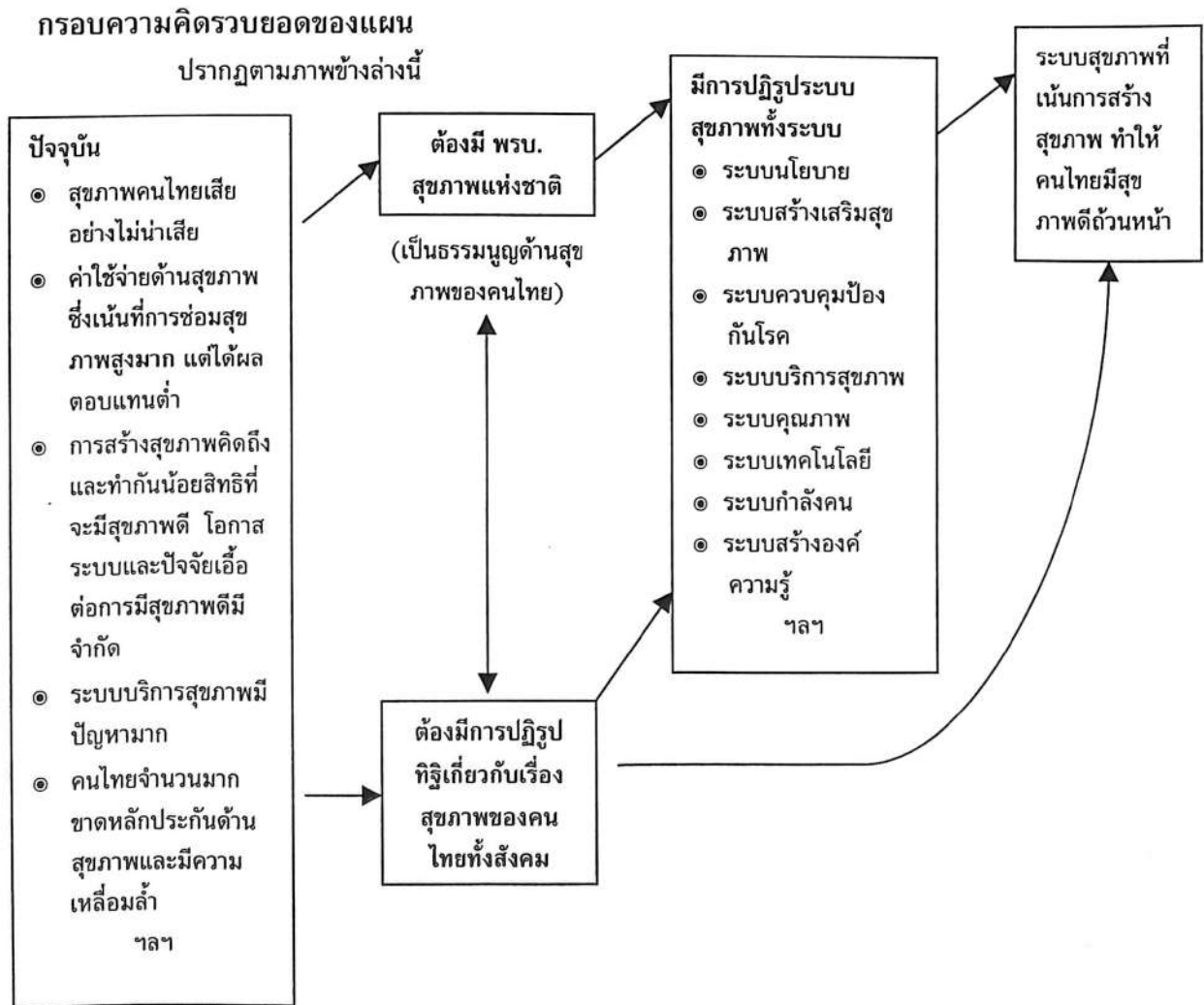
4. เนื่องจากเรื่องสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับระบบต่างๆ อย่างกว้างขวาง และเป็นพลวัต ไม่ว่าจะเป็นระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจ ระบบสังคม ระบบอาหาร ระบบสิ่งแวดล้อม ระบบยา ระบบวัฒนธรรม และอื่นๆ อีกมาก มิใช่มีความหมายแคบๆ อยู่กับระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล ยา เทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์เพียงเท่านั้น ดังนั้น การจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้าได้จริง จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างองค์รวม เป็นระบบ และเป็นรูปธรรม

5. การปฏิรูประบบสุขภาพของชาติเป็นเรื่องใหญ่และยาก เพราะมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องต่างๆ กว้างขวางดังได้กล่าวไปแล้ว ประกอบกับระบบต่างๆ รวมทั้งระบบบริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนได้จัดวางตัวเองไว้ก่อนแล้ว ดังนั้น การจะปฏิรูประบบสุขภาพของชาติให้เป็นผลสำเร็จจำเป็นต้องมีการสร้างกฎหมายแม่บท เพื่อใช้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของคนทั้งชาติ เพื่อกำหนดเจตนารมณ์ หลักการ ทิศทางของการพัฒนาสุขภาพให้ชัดเจน กำหนดระบบ โครงสร้าง กติกา และเงื่อนไขสำคัญ เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพให้ได้ผลอย่างแท้จริง

6. การตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นความจำเป็นและมีความสำคัญยิ่ง เพื่อเป็นก้าวสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้าของคนในชาติอย่างจริงจัง โดยในขณะที่มีกรดำเนินการจัดทำกฎหมาย ควรใช้เป็นโอกาสในการปฏิรูปความคิดของสังคมไทยในเรื่องสุขภาพและการปฏิรูประบบย่อยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไปพร้อม ๆ กันด้วย

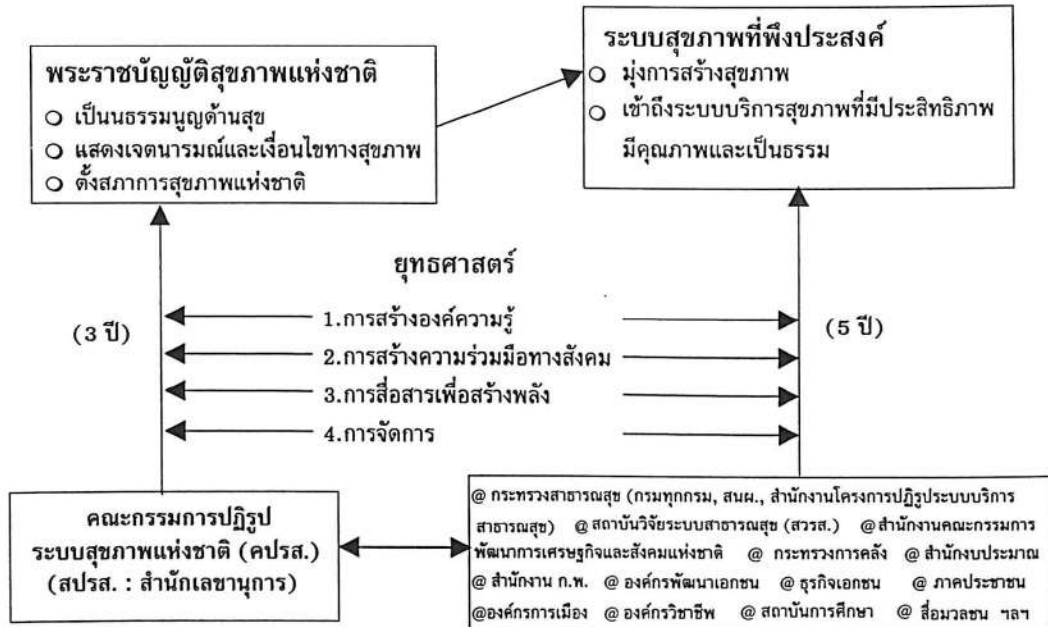
**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อสร้างให้เกิดการตระหนักในการสร้างสุขภาพนำหน้าการซ่อมสุขภาพและการรวมพลังทั้งสังคม เพื่อผลักดันให้เกิดระบบเพื่อการมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้าอย่างแท้จริง
2. เพื่อให้มีการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
3. เพื่อให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นรูปธรรม เป็นระบบ และเป็นขั้นเป็นตอน โดยคำนึงถึงประโยชน์ของมหาชนเป็นที่ตั้ง



### ยุทธศาสตร์และเป้าหมาย

ปรากฏตามภาพข้างล่างนี้



### ยุทธศาสตร์ 4 ประการของแผนยุทธศาสตร์

#### 1. ยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้

ในปัจจุบันมีการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในแง่มุมต่าง ๆ อยู่มาก แต่เป็นไปอย่างกระจัดกระจาย ยุทธศาสตร์นี้เน้นการสังเคราะห์องค์ความรู้ให้ครอบคลุมทุกด้านทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ เพื่อนำสาระหลักที่สำคัญไปสู่การกำหนดสาระบัญญัติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และนำข้อสังเคราะห์ในเชิงรูปแบบ เชิงระบบ เชิงมาตรการและอื่น ๆ ไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้เป็นรูปธรรมต่อไป

#### 2. ยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือทางสังคม

ในปัจจุบันมีหน่วยงาน องค์กร ประชาคม กลุ่มคน และผู้คนจำนวนมากให้ความสนใจและกระตือรือร้นที่จะหาทางปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ระบบที่ดีกว่าอยู่แล้ว ยุทธศาสตร์นี้มุ่งประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อระดมสรรพกำลังทางสติปัญญา ศักยภาพ ความคิดเห็น รวมทั้งความมุ่งมั่นที่จะนำไปสู่การตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในเบื้องต้น การปฏิรูปความคิดของคนไทยเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้เป็นผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมในขั้นถัดไป

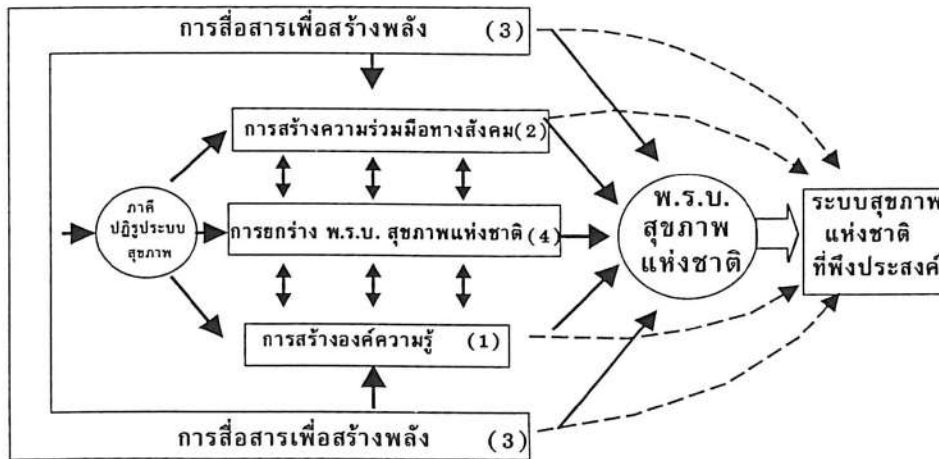
#### 3. ยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อสร้างพลัง

การเคลื่อนไหวสังคมเพื่อให้เกิดเป็นกระแสสังคมสำหรับการปฏิรูปสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับคนทั้งชาติเป็นเรื่องใหญ่ที่มีความสำคัญมาก การใช้ยุทธศาสตร์การสื่อสารอย่างเป็นระบบ กว้างขวางและต่อเนื่อง จึงเป็นความจำเป็นเพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ความร่วมมือที่จะเป็นแรงผลักดันและขับเคลื่อนการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การปฏิรูปวิธีคิด และการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้เป็นผลสำเร็จได้จริง

4. ยุทธศาสตร์การจัดการ

ยุทธศาสตร์นี้ มุ่งที่ใช้พลังการบริหารจัดการ ซึ่งประกอบไปด้วยการกำหนดทิศทาง การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การประเมินผล และการประสานงานกับทุกภาคที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นภาคการเมือง ภาคราชการ ภาค นักวิชาการ ภาคผู้คนในแวดวงวิชาชีพ ภาคประชาชน ภาคเอกชน และอื่น ๆ เพื่อผลักดันให้การตราพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติประสบผลสำเร็จ และได้พระราชบัญญัติที่ดี เกิดประโยชน์สูงสุดแก่มหาชนเป็นสำคัญ รวมทั้งเป็นตัว ผลักดันไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในขั้นต่อไป

สำหรับการเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่เป้าหมายนั้น สามารถแสดงให้เห็นได้ดังภาพต่อไปนี้



## แผนงานตามแผนยุทธศาสตร์

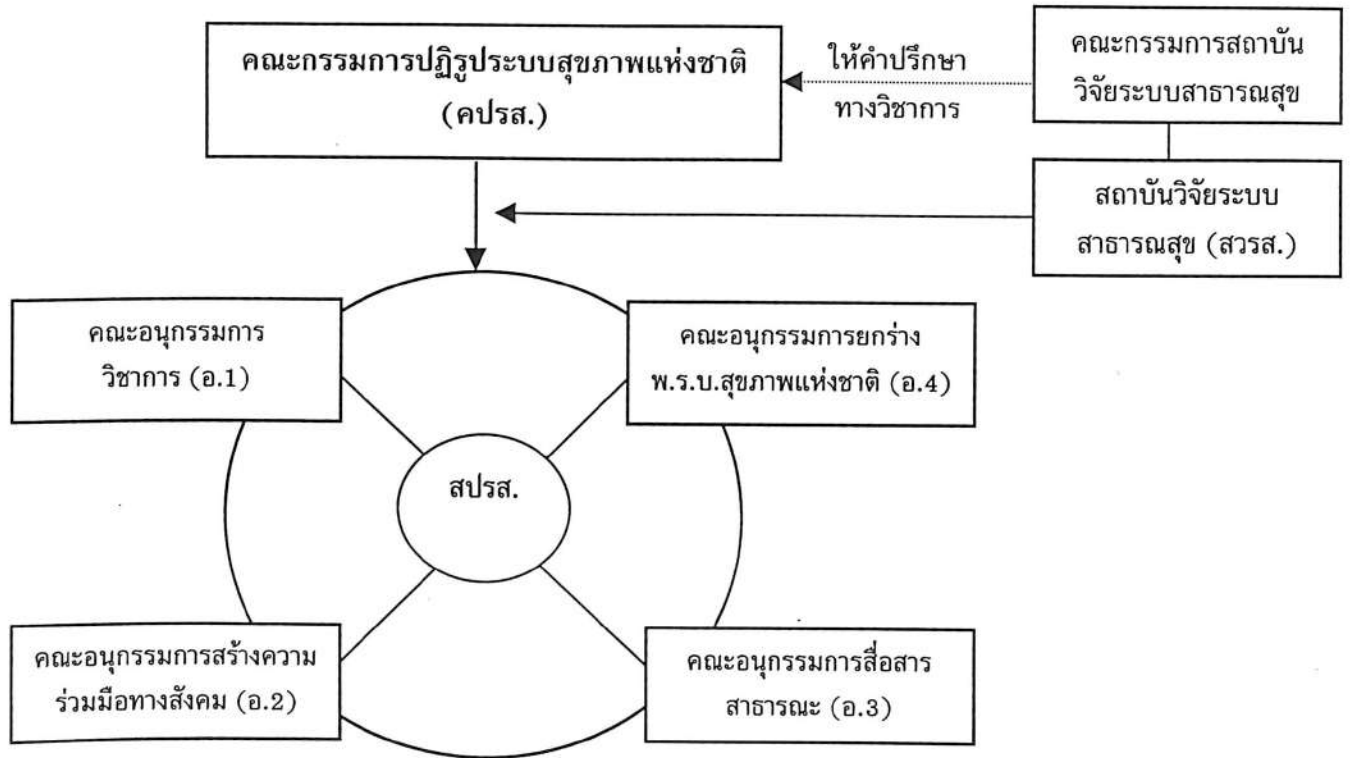
จัดแบ่งออกเป็น 5 แผนงาน ดังนี้

ยุทธศาสตร์	แผนงาน
1. ยุทธศาสตร์การสร้างความรู้	1. <u>แผนงานวิชาการ (อ.1)</u> ดำเนินการสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งระดับสากล ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม
2. ยุทธศาสตร์สร้างความร่วมมือทางสังคม	2. <u>แผนงานสร้างความร่วมมือทางสังคม (อ.2)</u> ดำเนินการเคลื่อนไหวเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพร่วมกับภาคี เครือข่าย องค์กรต่างๆ และประชาชนอย่างกว้างขวาง เพื่อรับฟังความคิดเห็น จัดทำประชาพิจารณ์การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม
3. ยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อสร้างพลัง	3. <u>แผนงานสื่อสารสาธารณะ (อ.3)</u> ดำเนินการเคลื่อนไหวสังคมผ่านระบบและกลไกด้านสื่อสารมวลชนแขนงต่างๆ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อสร้างความร่วมมืออย่างกว้างขวางในกระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และสร้างให้เกิดการปฏิรูปวิถีชีวิตด้านสุขภาพของคนไทยไปสู่การรุกเพื่อสร้างสุขภาพ
4. ยุทธศาสตร์การจัดการ	4. <u>แผนงานจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (อ.4)</u> ดำเนินการยกร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างกว้างขวาง และการใช้องค์ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย และผลักดันให้การจัดทำ พรบ.ดังกล่าวประสบผลสำเร็จภายในสามปี
	5. <u>แผนงานบริหารทั่วไป</u> ดำเนินการบริหารจัดการทั่วไป ประสานงาน สนับสนุนให้กระบวนการจัดทำร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติและการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นไปอย่างราบรื่น เกิดประสิทธิผลและประสิทธิผลสูงสุด

### กลไกการดำเนินการ

งานทั้งหมดอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ “คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.)” โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระภายในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) เป็นสำนักงานเลขานุการ

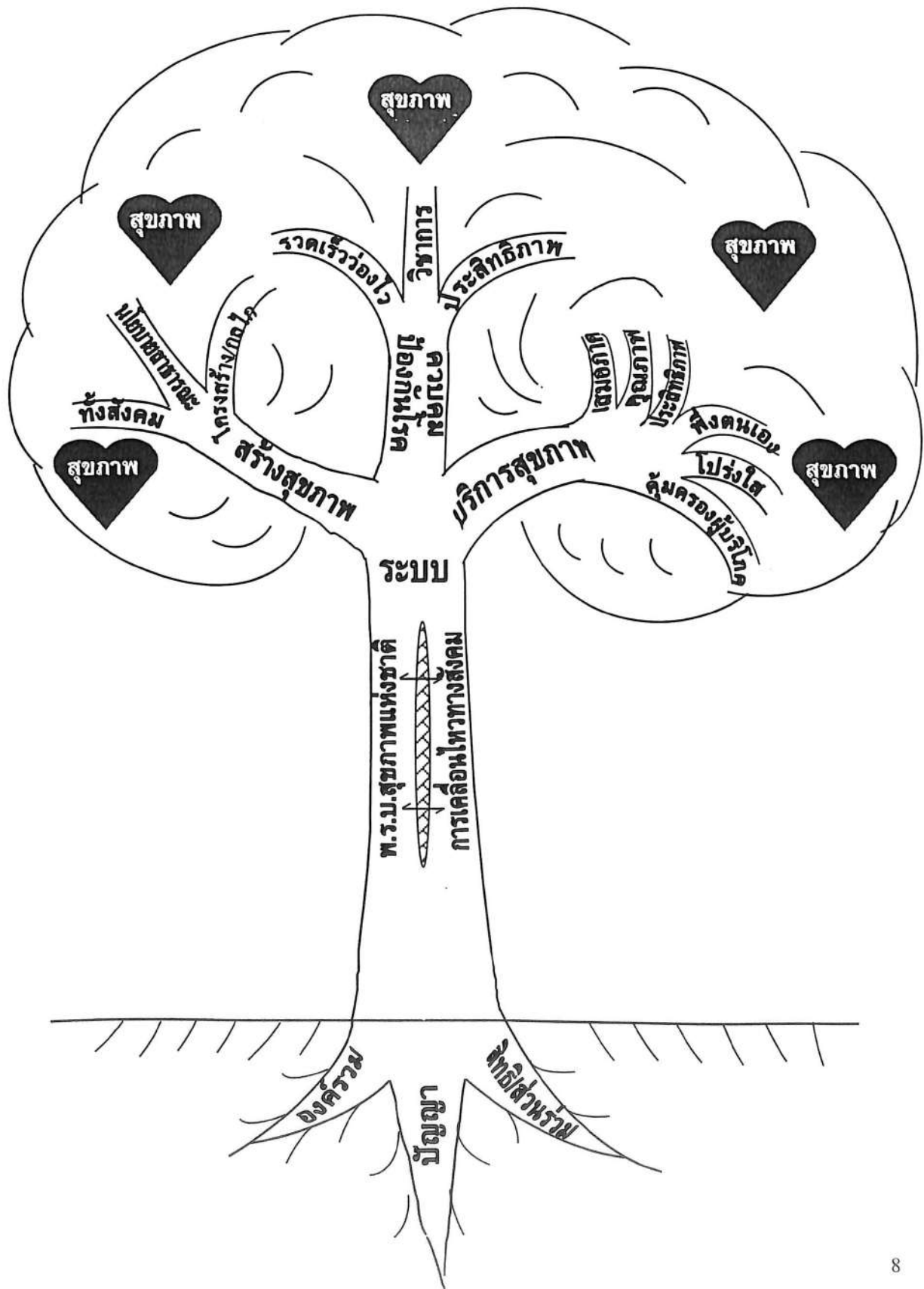
สำหรับโครงสร้างและความเชื่อมโยงของกลไกการดำเนินงานมีดังนี้



ทั้งนี้

- (1) คณะอนุกรรมการมีบทบาทหน้าที่ทั้งด้านการคิดวางแผน และลงมือดำเนินงานเองและหรือผ่าน สปรส. รวมทั้งการประเมินผลรายงานต่อ คปรส. ด้วย
- (2) คณะอนุกรรมการอาจมีมากกว่า 4 ชุด ในกรณีมีความจำเป็นต้องตั้งเพิ่มเพื่อรับผิดชอบการดำเนินงานจำเพาะเรื่อง
- (3) สปรส.ทำหน้าที่ประสานงาน สนับสนุนการทำงานของอนุกรรมการและ คปรส. รวมทั้งลงมือปฏิบัติการเองด้วย

สรุปหลักการ เป้าหมายและกลไกการดำเนินงาน  
สามารถสรุปแสดงได้ดังภาพต่อไปนี้



## องค์กรรับผิดชอบ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) โดยใช้วิธีการทำงานร่วมกับภาคีต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง

งบประมาณ ประมาณ 300 ล้านบาท จาก

1. สำนักงานประมาณ
2. กระทรวงสาธารณสุข
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4. องค์การอนามัยโลก
5. องค์กรภาคีต่าง ๆ

ระยะเวลาดำเนินการ (ไม่เกิน 3 ปี นับจากการประชุม คปรส. ครั้งแรก ซึ่งประชุมไปเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2543)  
แบ่งออกได้เป็นช่วง ดังนี้

ช่วงเตรียมการ	(มค.-กค.43)	จัดตั้ง สปปรส.ดำเนินการในลักษณะชั่วคราว
ช่วงที่ 1	(สค.-ธค.43)	จัดกลไกการทำงาน จุดประกาย สร้างกระแส สร้างความร่วมมือ โดยใช้ข้อเท็จจริงจากการสังเคราะห์เป็นเครื่องมือ
ช่วงที่ 2	(มค.44-มิย.45)	จัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
ช่วงที่ 3	(กค.45-ก.ค.46)	ดำเนินการตามขั้นตอนนิติบัญญัติเพื่อให้มีพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่สมบูรณ์และมีการปฏิรูประบบสุขภาพบางเรื่องเกิดผลเป็น รูปธรรม

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นี้ จะทำให้เกิดการปฏิรูปความคิดของคนไทยเกี่ยวกับสุขภาพ จากการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพไปสู่การรุกเพื่อสร้างสุขภาพ โดยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับประชาชนเป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของสังคมไทย อันจะนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างเป็นรูปธรรมตามลำดับไป

## การประเมินผลและการปรับแผน

ให้มีการทบทวน และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นี้ เสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ทุก 3 เดือน



## เอกสารแนบท้ายแผนยุทธศาสตร์

## แผนงานตามแผนยุทธศาสตร์

กิจกรรมหลัก	วิธีการ	2543		2544		2545		2546	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	
<b>1. แผนงานสังเคราะห์องค์ความรู้ ( ผู้รับผิดชอบ: คณะอนุกรรมการวิชาการ )</b>									
1.1. กำหนดประเด็นสำคัญเพื่อการสังเคราะห์องค์ความรู้	1.1.1. กำหนดประเด็น	←→							
	1.1.2. ทบทวนเอกสาร	←→							
	1.1.3. สร้างความเห็น	←→							
	1.1.4. ร่วม : ออกแบบสอบถามและ สํารวจ, ประชุมระดมสมอง	←→							
1.2. สังเคราะห์องค์ความรู้	1.2.1. กำหนดนักวิชาการ & กลุ่มนักวิชาการ & องค์กรที่เหมาะสม	←→							
	1.2.2. กำหนด TOR, มอบหมายงานการสังเคราะห์	←→							
	1.2.3. สร้างเว็บไซต์ทรงคุณวุฒิทางวิชาการหลากหลายสาขา เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และติดตามงาน : รับฟังการนำเสนอความคืบหน้า, การเสนอผลสังเคราะห์	←→							
1.3. การเผยแพร่องค์ความรู้	1.3.1. จัดทำเอกสารเผยแพร่ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้อย่างต่อเนื่องและกว้างขวาง	←→							
	1.3.2. จัดทำสื่อสารทางวิชาการและติดตามความเคลื่อนไหว เช่น Fact sheet, เอกสารวิชาการรูปแบบต่างๆ, web site ฯลฯ	←→							

กิจกรรมหลัก	วิธีการ	2543		2544		2545		2546	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	
1.4 นำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติ	1.4.1 จัดเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ความคิดเห็น ขยายวงกรมมีส่วนร่วม : นักวิชาการ, ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	←				→			
	1.4.2 นำสาระสำคัญไปกำหนดเป็นสาระบัญญัติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	←				→			
	1.4.3 นำสาระสำคัญไปสู่การผลักดันการสร้างรูปแบบ ระบบ กลไกการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่เป็นรูปธรรม				←			→	
<b>2. แผนงานสร้างความร่วมมือทางสังคม ( ผู้รับผิดชอบ: คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคม)</b>									
2.1 การกำหนดภาคีร่วม	2.1.1 ค้นหาบรรพมภาคีที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ : พัฒนารฐานข้อมูล	←	→						
	2.1.2 สร้างความเชื่อมโยงกับภาคีต่างๆ อย่างเป็นระบบ	←	→						
2.2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความร่วมมือ	2.2.1 จัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างภาคีอย่างต่อเนื่อง ในหลายระดับ หลายมิติ หลายประเด็น	←						→	
	2.2.2 สะกัดประเด็น สาระสำคัญ มิติ เจตนารมณ์ต่างๆ เพื่อนำไปสู่การกำหนดสาระบัญญัติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ			←				→	
	2.2.3 จัดทำสื่อเพื่อเชื่อมโยงภาคีเข้าเป็นเครือข่ายที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง	←							→

กิจกรรมหลัก	วิธีการ	2543		2544		2545		2546	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	
2.3 การเคลื่อนไหวสังคม(ร่วมกับแผน 3)	2.3.1. ติดตามนำเสนอประเด็นที่สำคัญและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นประเด็นสาธารณะสำหรับการวิพากษ์ วิจารณ์เพื่อการเรียนรู้ของสังคม และเพื่อสร้างพลังผลักดันการออกกฎหมาย & การปฏิรูประบบอย่างเป็นรูปธรรม		←					→	
<b>3. แผนงานสื่อสารเพื่อสร้างพลัง ( ผู้รับผิดชอบ: คณะอนุกรรมการสื่อสารสาธารณะ)</b>									
3.1 การย่อยความรู้สู่สาธารณะ	3.1.1. ย่อยองค์ความรู้นำเสนอต่อสาธารณะเพื่อให้เป็นประเด็นวิพากษ์ วิจารณ์ และสร้างพลังผลักดันการออกกฎหมายและการปฏิรูประบบฯ	←						→	
	3.1.2. จัดทำฐานข้อมูลเนื้อหาและประเด็นที่เกี่ยวข้องในระดับที่ง่ายต่อความเข้าใจไว้บริการผู้สนใจและสื่อมวลชน	←						→	
3.2 การสร้างเครือข่ายพันธมิตรสื่อสารมวลชน	3.2.1. จัดทำฐานข้อมูลภาคีสื่อสารมวลชนทุกแขนง	←					→		
	3.2.2. จัดทำเวทีเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสื่อมวลชน นักวิชาการ ภาคีต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างสม่ำเสมอ : พบปะพูดคุย, สัมมนา, ดูงาน สนับสนุนข้อมูล ฯลฯ	←					→		

(๓) สช. 2.5/1.1

กล่อง 14

[129]

กิจกรรมหลัก	วิธีการ	2543		2544		2545		2546	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	
3.3 จัดการเพื่อการเคลื่อนไหวสื่อ	3.3.1. จัดจ้างการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ ที่เหมาะสม : ที่วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โฟล ฯลฯ								
	3.3.2. ขอความร่วมมือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆ ตามแผนงานที่ 1, 2 และ 4 เพื่อให้สังคมเห็นความเคลื่อนไหวและเข้าร่วมขบวนการปฏิรูปอย่างต่อเนื่อง								
	3.3.3. สร้างประเด็นข่าวที่เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์และช่วงเวลา เพื่อให้เกิดการสื่อสารแก่สาธารณชนอย่างสม่ำเสมอ								
<b>4. แผนงานจัดทำร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ (ผู้รับผิดชอบ: คณะอนุกรรมการร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ)</b>									
4.1 จัดทำร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ	4.1.1. ดำเนินการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (ใช้ผลจากแผนงานที่ 1 และ 2 เป็นปัจจัยนำเข้าและนำไปเป็นปัจจัยนำเข้าของแผนงานที่ 2 และ 3 ด้วย)								
	4.1.2. การจัดทำประชาพิจารณ์รับฟังความเห็นจากประชาชนทุกหมู่เหล่าเป็นระยะๆ ร่วมกับแผนงานที่ 2 และ 3)								
	4.1.3. ดำเนินการให้ร่างพระราชบัญญัติตราเป็นกฎหมายโดยสมบูรณ์								

กิจกรรมหลัก	วิธีการ	2543		2544		2545		2546	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	
4.2 การประสานงานภาคการเมืองและ ภาคราชการ	4.2.1. วิเคราะห์ภาคีภาคการเมืองและภาคราชการ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเชื่อมโยง		←					→	
	4.2.2. จัดระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการเรียน รู้ โดยเวทีปฏิสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องเพื่อการสร้าง แนวร่วม		←					→	
4.3 การประสานสนับสนุนและ/หรือ เตรียมการให้เกิดการปฏิรูประบบ สุขภาพแห่งชาติ	4.3.1. สนับสนุนการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ในระบบ ย่อยของระบบสุขภาพแห่งชาติ		←					→	
	4.3.2. สนับสนุนการยกย่องกฎหมายด้านสุขภาพที่ เกี่ยวข้อง		←					→	
	4.3.3. เตรียมการจัดตั้งองค์กรรับผิดชอบต่อเนื่อง หลังจาก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมี ผลใช้บังคับ						←	→	
5. แผนงานบริหารทั่วไป ( ผู้รับผิดชอบ: สปรส.).									
5.1 การจัดตั้งสำนักงานและจัดระบบงาน	5.1.1. จัดหาสถานที่ตั้ง สปรส. จัดระบบงาน และ กำลังคน	←	→						
	5.1.2. บริหารสำนักงานเพื่อสนับสนุนการดำเนิน งานของ สปรส. อนุกรรมการ และคณะ ทำงานต่าง ๆ	←							→

## แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ

## 1. แผนงานสังเคราะห์องค์ความรู้ (39.9 ล้านบาท)

งาน/กิจกรรม	เป้า หมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.		
1.1 การจัดประชุมอนุกรรมการสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานตามนโยบายของ คปรส.	15 ครั้ง	-	1	5	5	3	1	-	1.5	● ค่าใช้จ่ายการจัดประชุมคณะอนุกรรมการฯ ค่าเบี้ยประชุม ค่าพาหนะ ค่าเดินทาง และอื่นๆ ครั้งละประมาณ 100,000.- บาท
1.2 กำหนดประเด็นและกรอบการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่องค์กร/สถาบันวิชาการได้มีการศึกษาไว้แล้ว (รวมการเปรียบเทียบกับต่างประเทศ)	40 เรื่อง	5	15	15	5	-	-	-	12.0	● รายงานการสังเคราะห์มีความคมชัด และมีข้อเสนอที่ควรจะเป็นสาระบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นประเด็นในการทำประชาพิจารณ์และจัดเวทีวิชาการ
1.2.1 จัดการให้มีนักวิชาการ/กลุ่มนักวิชาการ/องค์กรที่มีบทบาทอยู่ในปัจจุบันดำเนินการสังเคราะห์ในทุกประเด็น										ในพื้นที่ และเวทีวิชาการระดับชาติ
1.2.2 จัดเวทินักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสาขา ได้มาช่วยมองให้ประเด็นมีความครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย										● รายงานมีความยาวไม่เกิน 100 หน้า เอ 4 งบประมาณค่าใช้จ่ายในการดำเนินการประมาณประเด็นละ 300,000.- บาท
1.2.3 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อประสานสาระของกลุ่มประเด็นที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน รวมทั้งการจัดเวทีนำเสนอผลการสังเคราะห์แต่ละประเด็นในกลุ่มของผู้สังเคราะห์ เพื่อลดช่องว่างที่อาจเกิดขึ้นได้และประสานเชื่อมโยงให้มีความครอบคลุมของสาระโดยรวมที่สำคัญ										

(๓) สช. 2.5 / 1.1

กล่อง 14

[126]

งาน/กิจกรรม	เป้า หมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.		
1.3 การเผยแพร่ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ในแต่ละประเด็น	40 เรื่อง									
1.3.1 จัดพิมพ์ผลการสังเคราะห์เผยแพร่ โดยมุ่งใช้ประโยชน์สำหรับเครือข่ายนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ	40 เรื่อง	-	10	20	10	-	-	-	6.0	● พิมพ์เรื่องละ 3,000 เล่มๆ ละ 50.- บาท จำนวน 40 เรื่อง
1.3.2 จัดเวทีวิชาการ (Technical conference) ในแต่ละจังหวัด เขต และภาค (ในแต่ละประเด็น เพื่อให้เห็นความเฉพาะของแต่ละพื้นที่มากขึ้น)	120 เวที	-	20	30	50	20	-	-	8.4	● ค่าใช้จ่ายในการจัดเวทีละ 70,000.- บาท
1.3.3 จัดประชุมวิชาการระดับชาติ	3 ครั้ง		1		1		1		12.0	● ผู้เข้าร่วมประชุม ประมาณ 1,500 คน (อาจจะ มีชาวต่างประเทศบ้าง) ครั้งละประมาณ 4 ล้านบาท
<b>รวมงบประมาณ</b>		1.5	7.7 3.8	10.1	9.4 1.6	1.6	4.1 0.1	0	39.9	

## สรุปงบประมาณการดำเนินการ

1. ปีงบประมาณ 2543 จำนวน 9.2 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-กย.43 จำนวน 3.8 ล้านบาท)
2. ปีงบประมาณ 2544 จำนวน 23.3 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 43 จำนวน 3.8 ล้านบาท และเดือนมค.-กย.44 จำนวน 19.5 ล้านบาท)
3. ปีงบประมาณ 2545 จำนวน 7.3 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 44 จำนวน 1.6 ล้านบาท และเดือนมค.-กย.45 จำนวน 5.7 ล้านบาท)
4. ปีงบประมาณ 2546 จำนวน 0.1 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 44 จำนวน 0.1 ล้านบาท)

## 2. แผนงานร่วมมือภาคีเพื่อสร้างพลังทางสังคม ( 86.6 ล้านบาท)

งาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.		
2.1 การประชุมอนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคมและประสานเชื่อมโยงกับ คปรส. และอนุกรรมการชุดอื่น	10 ครั้ง	-	-	3	3	3	1	-	1.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>ค่าใช้จ่ายการจัดประชุมคณะอนุกรรมการฯ ค่าเบี้ยประชุม ค่าพาหนะ ค่าเดินทาง และอื่น ๆ ครั้งละประมาณ 100,000.-บาท</li> </ul>
2.2 ประสานประชาคมจังหวัด องค์กรชุมชน ภาคีและ เครือข่ายด้านสุขภาพ เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาฐานข้อมูล / จัดทำ Mapping ความเข้มแข็งขององค์กร ชุมชน และความเข้มแข็งภาคประชาสังคมระดับจังหวัด และจัดทำเป็นฐานข้อมูลเพื่อให้ประโยชน์</li> </ul>	1 ชุด	0.6							0.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้ฐานข้อมูลของ</li> <li>สปรส.</li> <li>เวทีแผนฯ 9</li> <li>เครือข่ายมูลนิธิพัฒนาไทย</li> <li>เครือข่ายองค์กรการเงินชุมชน</li> <li>เครือข่ายพลเมืองไทย</li> <li>ประชาคมของ LDI</li> <li>SIF</li> </ul>
2.3 จัดเวทีจุดประกาย <ul style="list-style-type: none"> <li>จัดเวทีประชาคมระดับจังหวัด 76 จังหวัด</li> </ul>	80 เวที x 150 คน x 2 วัน	40	40						24.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>73 จังหวัดๆ ละ 1 เวที</li> <li>เชียงใหม่ 2 เวที</li> <li>นครราชสีมา 2 เวที</li> <li>กทม. 3 เวที</li> <li>ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 300,000 บาท/เวที</li> </ul>



งาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.		
● เวทีประชาคมระดับเขตทั่วประเทศ 12 เขต x 150 คน x 2 วัน	12 เขต x 150 คน x 2 วัน	4	8						3.6	● ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 300,000 บาท/เวที
● จัดเวทีระดับภาคในส่วนกลาง 10 เวที x 150 คน x 1 วัน)	10 เวที x 150 คน x 1 วัน)		10						1.0	● ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 100,000 บาท/เวที
● สรุปและสังเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ จากทุก เวทีทั่วประเทศ	4 ครั้ง	1	2	1					0.5	● จ้างนักวิชาการสังเคราะห์ 125,000 บาท/ครั้ง
2.4 การจัดทำประชาพิจารณ์ ร่าง พ.ร.บ. สุข ภาพแห่งชาติ										
● สัมมนาที่มหาวิทยาลัยกระบวนกรเพื่อเตรียม การจัดเวทีประชาพิจารณ์ ร่าง พ.ร.บ. ทั้ง ประเทศ 4 ครั้ง	4 ครั้ง 100 ทีม x 5 คน			4					2.0	● สัมมนาครั้งละ 2 วัน แบ่งออกเป็น 4 ภาค ๆ ละ 1 ครั้ง ● ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยครั้งละ 500,000 บาท
● จัดเวทีประชาพิจารณ์ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพ แห่งชาติทั้งระดับจังหวัดและเครือข่ายใน ส่วนกลางทั่วประเทศ	100 ครั้ง x 2 วัน x 150 คน				20	80			30.0	● สัมมนาครั้งละ 2 วัน แบ่งออกเป็น 4 ภาค ๆ ละ 1 ครั้ง ● ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเวทีละ 300,000 บาท
● สนับสนุนการเคลื่อนไหวประชาพิจารณ์ ร่าง พ.ร.บ. และการปฏิรูประบบสุขภาพผ่าน เครือข่ายวิทยุชุมชนทั่วประเทศ	76 จังหวัด								5.4	● สนับสนุนงบประมาณ จังหวัดละ 70,000 บาทภายในเวลา 1.5 ปี

งาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.		
2.5 การติดตาม ร่าง พ.ร.บ สุขภาพแห่งชาติใน ชั้นนิติบัญญัติ ● สนับสนุนและประสานภาคี/เครือข่ายด้าน สุขภาพในแต่ละประเด็นที่กำหนดในสาระ บัญญัติของกฎหมายเพื่อสร้างพลังผลักดัน การออกกฎหมาย 50 เวที	50 เวที x 150 คน x 2 วัน						25	25	15	● ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเวทีละ 300,000 บาท
● สนับสนุนการจัดทำเอกสารเพื่อให้อัฒม เผยแพร่	50 ประเด็น						25	25	3.5	● ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประเด็นละ 70,000 บาท
รวมงบประมาณ		1.9	7.8	15.1	8.1	2.8	7.4	9.25	86.6	
			8.1		24.3		1.85			

## สรุปงบประมาณการดำเนินการ

1. ปีงบประมาณ 2543 จำนวน 9.7 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-กย.43 จำนวน 8.1 ล้านบาท)
2. ปีงบประมาณ 2544 จำนวน 31.3 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 43 จำนวน 8.1 ล้านบาท และเดือนมค.-กย.44 จำนวน 23.2 ล้านบาท)
3. ปีงบประมาณ 2545 จำนวน 34.5 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 44 จำนวน 24.3 ล้านบาท และเดือนมค.-กย.45 จำนวน 10.2 ล้านบาท)
4. ปีงบประมาณ 2546 จำนวน 11.1 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 45 จำนวน 1.85 ล้านบาท และเดือนมค.-มิย.46 จำนวน 9.25 ล้านบาท)

(1) ๕๕. 2-5/1.1

กล่อง 14

[130]

## 3. แผนงานสื่อสารเพื่อสร้างพลัง (112.8 ล้านบาท)

งาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.		
3.1 การประชุมอนุกรรมการสร้างความร่วมมือทางสังคมและประสานเชื่อมโยงกับ คปรส. และอนุกรรมการชุดอื่น	20 ครั้ง	-	-	4	4	4	4	4	2.0	● ค่าใช้จ่ายการจัดประชุมคณะอนุกรรมการฯ ค่าเบี้ยประชุม ค่าพาหนะ ค่าเดินทาง และอื่น ๆ ครั้งละประมาณ 100,000.- บาท
3.1.1 จัดทำฐานข้อมูลสื่อมวลชน ทำฐานข้อมูลสื่อมวลชนทุกแขนงทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น (รวมถึงสื่อบุคคลในชุมชนด้วย) เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับทำงานเคลื่อนไหวสังคม ด้วยการสื่อสารอย่างกว้างขวางและหลากหลาย	1 ชุด	1							1.0	
3.1.2 จัดทำจดหมายข่าว “เวทีปฏิรูปเพื่อสุขภาพคนไทย” จดหมายข่าวขนาด 17 นิ้วX11 นิ้ว หน้า 16 หน้า “เวทีปฏิรูปเพื่อสุขภาพคนไทย” เป็นจดหมายข่าวรายเดือน ใช้สำหรับเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับภาคีต่าง ๆ อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ	40 เล่ม (X 50,000 ฉบับ)	4	6	6	6	6	6	6	20.0	● เริ่มจัดทำมีนาคม 2543 ● ราคารวมค่าส่งฉบับละ 10 บาท
3.1.3 ข้อยอดงค์ความรู้นำเสนอต่อสาธารณะ ข้อยอดงค์ความรู้ทางวิชาการในประเด็นต่าง ๆ เพื่อสื่อสารอย่างเป็นรูปธรรมกับสาธารณชน โดยผ่านช่องทางของสื่อ เพื่อปฏิรูปความคิดด้านสุขภาพ	120 ประเด็น	20	20	20	20	20	20	-	3.6	● สนับสนุนให้นักการสื่อสารมวลชนมืออาชีพดำเนินการประเด็นละ 30,000 บาท

งาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.		
3.2 จัดพิมพ์หนังสือและเอกสารเผยแพร่ พิมพ์หนังสือเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ใน ประเด็น(ตามข้อ 3.3) ในรูปของพ็อคเก็ตบุค, คู่มือ และเอกสารในรูปแบบที่เหมาะสมกับเนื้อ หาสาระในเล่ม	100 เล่ม	10	20	20	20	10	10		25.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>● พิมพ์เล่มละ 5,000 ฉบับ</li> <li>● ค่าใช้จ่ายในการจัดพิมพ์ฉบับละ 50 บาท</li> </ul>
3.3 ประชุมสัมมนาสื่อมวลชน ประชุม สัมมนา และเสวนากับสื่อมวลชน แขนง ต่าง ๆ เพื่อสร้างความเข้าใจและระดม ข้อคิดเห็น เพื่อร่วมการผลักดันการปฏิรูประบบ สุขภาพ โดยดำเนินการทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิ ภาค	50 ครั้ง	2	8	10	10	10	5	5	2.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยครั้งละ 50,000 บาท</li> <li>● ผู้เข้าร่วมประชุม ครั้งละ 35 คน</li> </ul>
3.4 สืบหาความคิดเห็นประชาชน (Polls) จัดทำการสำรวจความคิดเห็นประชาชนใน ประเด็นที่ประชาชนทั่วไปได้รับผลกระทบโดย ตรง หรือมีประสบการณ์ตรง เช่น หลักประกัน สุขภาพ ทุกข์ของ ประชาชนต่อการใช้บริการ การบริการระดับต้นไถ่บ้าน ชุมชนสุขภาพ ฯลฯ	12 ครั้ง	2	2	2	2	2	2	-	4.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สนับสนุนให้สถาบันที่มีความชำนาญด้าน การจัดทำโพลและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป</li> <li>● ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยครั้งละ 400,000บาท</li> </ul>

(1) ศช. 2.5/1.1

กล่อ 14

[132]

งาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย./กค.-ธค.	มค.-มิย./กค.-ธค.	มค.-มิย./กค.-ธค.	มค.-มิย./กค.-ธค.	มค.-มิย.				
3.5 สร้างเครื่องมือเพื่อใช้เผยแพร่ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนประชาชนให้มีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ										
- จัดจ้างทิวทัศน์สำหรับเผยแพร่ทางทีวี	50 เรื่อง	-	10	10	10	10	10			● ค่าใช้จ่าย - เจลี่ยเรื่องละ 200,000 บาท
- จัดจ้างทำสารคดีสำหรับเผยแพร่ทางทีวี	50 เรื่อง	-	10	10	10	10	10			- เจลี่ยเรื่องละ 250,000 บาท
- จัดจ้างทำบทวิทยุเพื่อการเผยแพร่	500 เรื่อง	-	100	100	100	100	100			- เจลี่ยเรื่องละ 10,000.
- จ้างจัดทำบทความ สกู๊ป เสนอทางหนังสือพิมพ์ และนิตยสารต่าง ๆ	500 เรื่อง	-	100	100	100	100	100	5.0		● ค่าใช้จ่ายเจลี่ยเรื่องละ 10,000 บาท
- จ้างจัดรายการพิเศษทางสื่อทีวีและวิทยุ	34 เรื่อง	6	2	6	4	6	6	8.5		● ค่าใช้จ่ายเจลี่ยเรื่องละ 250,000 บาท
3.6 เผยแพร่รูปแบบ (Good Practice Models) ของสถานบริการสุขภาพ องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรชุมชนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ ในระดับต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพในที่สุด										
● สนับสนุนรายการโทรทัศน์ในการจัดทำรายการและเผยแพร่ Models ต่าง ๆ	30 ครั้ง	-	6	6	6	6	6	12.0		● ค่าใช้จ่ายเจลี่ยครั้งละ 400,000 บาท

(1) ส.ร. 2-5/1.1

ก ล ๐๖ 14

[193]

งาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.		
3.7 จัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอื่น ๆ จัดให้มีช่องทางรับฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับประชาชนผ่าน เช่น home page (อินเทอร์เน็ต), ตู้ ปณ., โทรสายด่วน เป็นต้น	3 ช่องทาง	←							0.9	● รวมถึงการปรับปรุงข้อมูลทุกเดือน
รวมงบประมาณ		8.7	9.8 10.0	20.6	10.45 10.55	20.6	8.85 8.9	4.35	112.8	

## สรุปงบประมาณการดำเนินการ

1. ปีงบประมาณ 2543 จำนวน 18.50 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.- ธค.43 จำนวน 10.00 ล้านบาท)
2. ปีงบประมาณ 2544 จำนวน 41.05 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 43 จำนวน 10.00 ล้านบาท และเดือนมค.-กย.44 จำนวน 31.05 ล้านบาท)
3. ปีงบประมาณ 2545 จำนวน 40.00 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 44 จำนวน 10.55 ล้านบาท และเดือนมค.-กย.45 จำนวน 29.45 ล้านบาท)
4. ปีงบประมาณ 2546 จำนวน 13.25 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 45 จำนวน 8.90 ล้านบาทและเดือนมค.-มิย.,46 จำนวน 4.35 ล้านบาท)

4. แผนงานการจัดทำร่าง พ.ร.บ. (54.1 ล้านบาท)

งาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.- มิย.		
4.1 การจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ										
4.1.1 การประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (เวทีกำหนดทิศทางการปฏิรูปและประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ)	2 เดือน/ ครั้ง (18 ครั้ง)	-	3	3	3	3	3	3	49.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมคณะกรรมการ (273,000 บาท/ครั้ง)</li> <li>● ค่าอาหาร ค่าเดินทาง และที่พัก (กรณีที่มีการมารวมจากต่างจังหวัด) ครั้งละ 40,000 บาท)</li> <li>● ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการคนละ 5,000 ถึง 8,000 บาท</li> <li>● กรรมการจำนวน 42 คน</li> </ul>
4.1.2 การจัดประชุมอนุกรรมการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ/คณะทำงาน ● ประชุมคณะอนุกรรมการร่าง พ.ร.บ.และประสานเชื่อมโยงกับ คปรส. และอนุกรรมการชุดอื่น	15 ครั้ง		2	3	3	3	3	3	1.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● คณะอนุกรรมการฯ 2 ชุด ๆ ละ 15 คน และคณะทำงาน 2 ชุด ๆ ละ 8 คน</li> <li>● ค่าใช้จ่ายการจัดประชุมคณะอนุกรรมการฯ ค่าเบี้ยประชุม ค่าพาหนะ ค่าเดินทาง และอื่น ๆ ครั้งละประมาณ 100,000.- บาท</li> </ul>

(๓) ส.ร. 2.5/1.1

กล่อง 14

[135]

งาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.		
● จัดประชุมคณะทำงานและประสานเชื่อมโยงกับ คปรส. อนุกรรมการชุดอื่น และคณะทำงานชุดอื่น	30 ครั้ง		2	6	8	8	6	-	0.9	● ค่าใช้จ่ายการจัดประชุมคณะทำงาน (ค่าเบี้ยประชุม ค่าพาหนะ ค่าเดินทาง และอื่น ๆ) ครั้งละประมาณ 30,000.- บาท
4.2 สนับสนุนการพัฒนารูปแบบของระบบย่อยของระบบสุขภาพโดยรวม (ได้จากข้อเสนอของแผนสังเคราะห์องค์ความรู้)	5 โครงการ		1	1	1	1	1		2.5	● สนับสนุนโครงการละ 5 แสนบาท
รวมงบประมาณ		0	5.4 3.56	9.18	5.72 3.52	9.24	6.19 2.99	8.3	54.1	

## สรุปงบประมาณการดำเนินการ

1. ปีงบประมาณ 2543 จำนวน 5.40 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค..43 จำนวน 3.56 ล้านบาท)
2. ปีงบประมาณ 2544 จำนวน 18.46 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 43 จำนวน 3.56 ล้านบาท และเดือนมค.-กย.44 จำนวน 14.90 ล้านบาท)
3. ปีงบประมาณ 2545 จำนวน 18.95 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 44 จำนวน 3.52 ล้านบาท และเดือนมค.-กย.45 จำนวน 15.43 ล้านบาท)
4. ปีงบประมาณ 2546 จำนวน 11.29 ล้านบาท (ช่วงเดือนตค.-ธค. 45 จำนวน 2.99 ล้านบาท และเดือนมค.-มิย..46 จำนวน 8.30 ล้านบาท)



(1) สร. 2.5/1.1

กลอง 14

[136]

5. แผนงานบริหารงานทั่วไป (25.44 ล้านบาท)

งาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546		งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.			
5.1 ระบบการจัดการ 5.1.1 การจัดระบบงานภายใน สปรส. ● การจัดหาพนักงานและลูกจ้างแบบทำงาน เต็มเวลาไม่เกิน 15 คน									21.96	(1) ค่าจ้าง ● ปี 2543 เดือนละ 350,000 บาท ● ปี 2544 เดือนละ 380,000 บาท	
(1) ผู้ประสานงานวิชาการ (มีทักษะด้านความ คิดรวบยอด และด้านการจัดการ) 3 คน (2) ผู้ประสานงาน(มีทักษะการจัดการและสื่อ สาร) 3 คน (3) เลขานุการผู้บริหาร 2 คน (สำหรับผู้ อำนวยการ ประธานอนุกรรมการกร่าง ฯลฯ) ● จัดหาและตกแต่งสำนักงาน ● จัดระบบคอมพิวเตอร์ และการสื่อสาร ● จัดระบบการเงินและบัญชี ● จัดระบบการอำนวยความสะดวกในการ ทำงาน										● ปี 2545-2546 เดือนละ 400,000 บาท (18 เดือน) (2) ปี 2543 มีค่าใช้จ่ายในการจัดระบบภายใน ใน สปรส.(6.0 ล้านบาท) ● ตกแต่งสำนักงาน 2.5 ล้านบาท ● ระบบคอมพิวเตอร์ 1.5 ล้านบาท ● วางระบบบัญชีการเงิน 30,000 บาท ● จัดระบบอำนวยความสะดวก 2.0 ล้านบาท	

งาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546	งบประมาณ (ล้านบาท)	หมายเหตุ
		มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.-มิย.	กค.-ธค.	มค.- มิย.		
5.2 การประสานและเชื่อมโยงการดำเนินงาน ด้านการปฏิรูประบบสุขภาพของสปรส. และองค์กรภาคี									3.48	(2) ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าสาธารณูปโภคและ อื่น ๆ ● ปี 2543 เดือนละ 60,000 บาท ● ปี 2544 เดือนละ 80,000 บาท ● ปี 2545-2546 เดือนละ 100,000 บาท (18 เดือน)
5.3 การสนับสนุนการดำเนินงานของ คปรส., คณะอนุกรรมการ, คณะทำงาน, ภาคีและ เครือข่ายเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ										
รวมงบประมาณ		4.46	5.23 1.23	2.76	1.38 1.38	3.00	1.5 1.5	3.0	25.44	

## สรุปงบประมาณการดำเนินการ

1. ปีงบประมาณ 2543 จำนวน 9.69 ล้านบาท (ช่วงเดือนคค.-ธค..43 จำนวน 1.23 ล้านบาท)
2. ปีงบประมาณ 2544 จำนวน 5.37 ล้านบาท (ช่วงเดือนคค.-ธค. 43 จำนวน 1.23 ล้านบาท และเดือนมค.-กย.44 จำนวน 4.14 ล้านบาท )
3. ปีงบประมาณ 2545 จำนวน 5.88 ล้านบาท (ช่วงเดือนคค.-ธค. 44 จำนวน 1.38 ล้านบาท และเดือนมค.-กย.45 จำนวน 4.50 ล้านบาท)
4. ปีงบประมาณ 2546 จำนวน 4.50 ล้านบาท (ช่วงเดือนคค.-ธค. 45 จำนวน 1.5 ล้านบาท และเดือนมค.-มิย..46 จำนวน 3.00 ล้านบาท)

(1) สช. 2.5/1.1

กล่อง 14

[138]

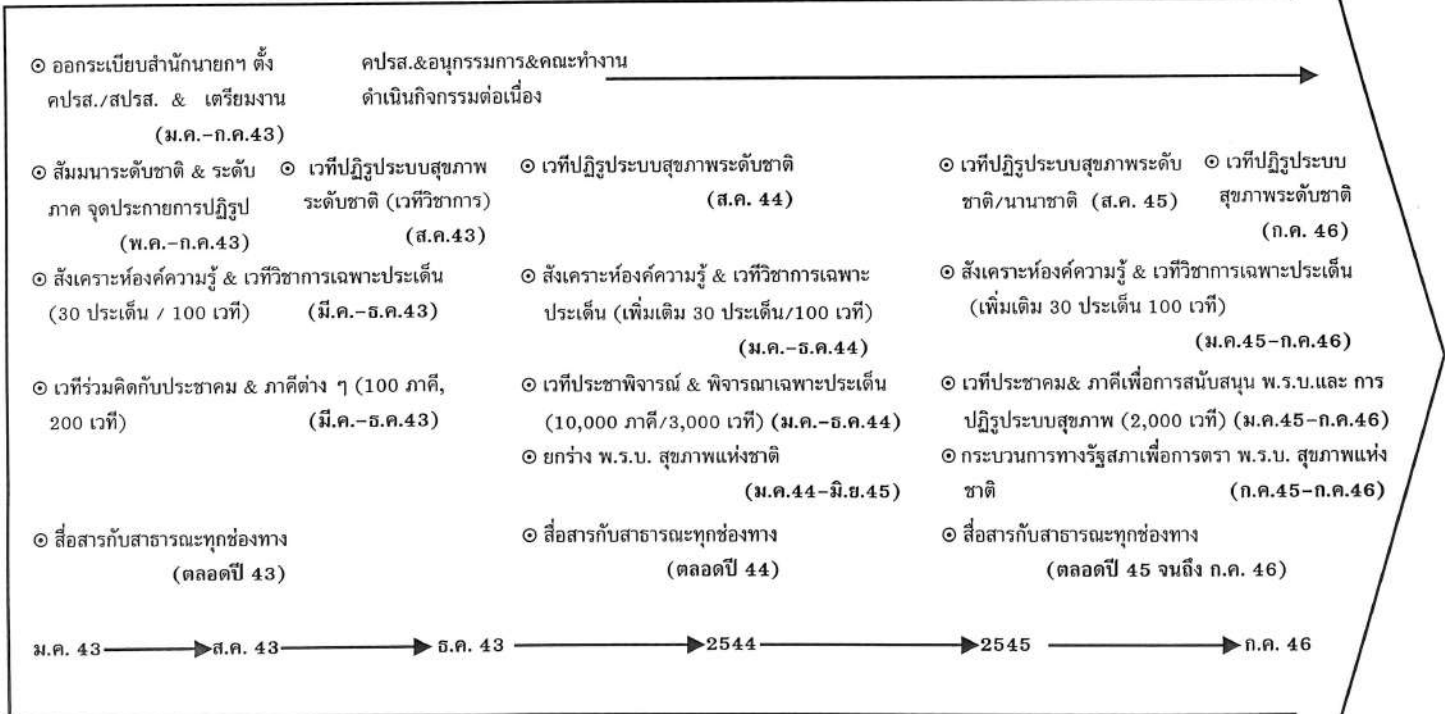
สรุปแผนงบประมาณรายแผนงานและรายปีดังนี้

แผนงาน/ปีงบประมาณ	2543	2544	2545	2546	รวม
1. แผนงานสังเคราะห์องค์ความรู้	9.2	23.3	7.3	0.1	39.9
2. แผนงานสร้างความร่วมทางสังคม	9.7	31.3	34.5	11.1	86.6
3. แผนงานสื่อสารเพื่อสร้างพลัง	18.5	41.0	40.0	13.3	112.8
4. แผนงานร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	5.4	18.5	18.5	11.3	53.7
5. แผนงานบริหารทั่วไป	9.7	5.4	5.9	4.5	25.5
รวมทุกแผนงาน	52.5	119.5	106.2	40.3	318.5

หมายเหตุ

- (1) ปี 2543 ได้รับงบประมาณ 20 ล้านบาท และยังคงยึดตามแผนเดิม โดยปรับไปดำเนินกิจกรรมปีงบประมาณ 2544 และขอรับการสนับสนุนงบประมาณในปี 2544 เป็นเงิน 32.5 ล้านบาท
- (2) รวมงบประมาณปี 2544 153 ล้านบาท (32.5 + 119.5)

### ภาพแสดงการดำเนินกิจกรรมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ



หมายเหตุ ทุกกิจกรรมมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ใช้วิธืวางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างสอดคล้องประสานและใกล้ชิด โดยมี สป.ร.ส. เป็นแกนกลาง

(สำเนา)  
ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี  
ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ  
พ.ศ. ๒๕๔๓

โดยที่ระบบสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน ยังไม่สามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีพอ ปัญหาโรคและภัยอันตรายหลายประการยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ระบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพยังขาดประสิทธิภาพไม่ทั่วถึง และไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย สมควรมีการดำเนินการเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ สร้างระบบสุขภาพให้มีมาตรฐานคุณภาพและค่าใช้จ่ายที่ยุติธรรม ตลอดจนดำเนินการให้มีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายแม่บทในการปฏิรูประบบสุขภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๘) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๕ นายกรัฐมนตรี โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๓”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“ระบบสุขภาพแห่งชาติ” หมายความว่า ระบบทั้งมวลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมอันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

“ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” หมายความว่า กระบวนการใด ๆ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการจัดการระบบสุขภาพแห่งชาติให้เป็นระบบที่มุ่งให้ประชาชนทั้งมวลสามารถมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ตลอดจนมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็น อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และมีคุณภาพได้มาตรฐาน

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้อำนวยการ” หมายความว่า ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ”

ข้อ ๔ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” เรียกโดยย่อว่า “คปรส.” ประกอบด้วย

- |   |                      |
|---|----------------------|
| (๑) นายกรัฐมนตรี  | เป็นประธานกรรมการ    |
| (๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข  | เป็นรองประธานกรรมการ |
| (๓) รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี<br>ซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมาย   | เป็นรองประธานกรรมการ |
| (๔) ผู้ทรงวุฒิซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้ง<br>จากกรรมการผู้ทรงวุฒิตาม(๑๘)คนหนึ่ง  | เป็นรองประธานกรรมการ |
| (๕) ปลัดกระทรวงการคลัง  | เป็นกรรมการ          |
| (๖) ปลัดกระทรวงพาณิชย์  | เป็นกรรมการ          |
| (๗) ปลัดกระทรวงมหาดไทย  | เป็นกรรมการ          |
| (๘) ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม  | เป็นกรรมการ          |
| (๙) ปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี<br>และสิ่งแวดล้อม  | เป็นกรรมการ          |
| (๑๐) ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ  | เป็นกรรมการ          |
| (๑๑) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข   | เป็นกรรมการ          |
| (๑๒) ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย  | เป็นกรรมการ          |
| (๑๓) เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา   | เป็นกรรมการ          |
| (๑๔) เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน  | เป็นกรรมการ          |
| (๑๕) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ<br>และสังคมแห่งชาติ  | เป็นกรรมการ          |
| (๑๖) ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ   | เป็นกรรมการ          |
| (๑๗) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  | เป็นกรรมการ          |
| (๑๘) ผู้ทรงวุฒิด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข<br>ด้านการบริหาร ด้านสื่อสารมวลชน<br>ด้านพัฒนาชุมชน ด้านกฎหมาย<br>ด้านเศรษฐศาสตร์และด้านพัฒนากลุ่ม<br>ประชาชนเป้าหมายเฉพาะ ซึ่งนายกรัฐมนตรี<br>แต่งตั้งจำนวนไม่เกินสิบสี่คน | เป็นกรรมการ          |

(๑๙) ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบ

สุขภาพแห่งชาติ

เป็นกรรมการและเลขานุการ

(๒๐) เจ้าหน้าที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

แห่งชาติซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวน

ไม่เกินสองคน

เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๕ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิมีวาระการดำรงตำแหน่งวาระเดียวตามวาระของ

คณะกรรมการ

ในกรณีที่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระหรือในกรณีที่มีการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มขึ้นในระหว่างที่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งแต่งตั้งไว้แล้วยังมีวาระอยู่ในตำแหน่ง ให้ผู้ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนหรือเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มขึ้นอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งได้แต่งตั้งไว้แล้ว

ในกรณีที่มีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ ในระหว่างที่ยังมิได้แต่งตั้งกรรมการขึ้นแทนให้กรรมการที่เหลืออยู่ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการต่อไปได้

ข้อ ๖ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจะพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) นายกรัฐมนตรีให้ออก

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๖) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

ข้อ ๗ การประชุมของคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการที่มีอยู่จึงจะเป็นองค์ประชุม

ถ้าประธานไม่อยู่ในที่ประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม หากประธานและรองประธานไม่อยู่ หรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือตามเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งเสียงในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งเสียงเป็นเสียงชี้ขาด

/ข้อ ๘ ....

ข้อ ๘ ให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) เสนอแนะให้มีการปรับปรุงนโยบาย โครงสร้าง ระบบการทำงาน หรือระบบงบประมาณที่เกี่ยวข้องในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยยึดแผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ และให้คำนึงถึงมติ ก.พ. เรื่อง ทิศทางและจุดเน้น การปรับบทบาทและภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข
- (๓) ดำเนินการยกร่างกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายให้กฎหมายดังกล่าวมีผลใช้บังคับภายในระยะเวลาสามปี นับแต่วันที่คณะกรรมการประชุมนัดแรก
- (๔) เสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีให้มีการปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติ คณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- (๕) จัดให้มีข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้สาธารณชนได้รับทราบ ได้เข้าใจ และสามารถมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- (๖) จัดให้มีการสัมมนา การประชุม การประชาพิจารณ์ หรือกิจกรรมอื่นใดที่มุ่ง ประสงค์ให้ประชาชน หน่วยงาน และกลุ่มผลประโยชน์ที่จะได้รับผลกระทบจากการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อมูล และข้อเสนอสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่าง กว้างขวาง
- (๗) จัดให้การศึกษา วิเคราะห์ วิจัยเพื่อกำหนดแนวทาง กลยุทธ์ และมาตรการในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และเพื่อประโยชน์สำหรับการดำเนินการให้มีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ
- (๘) สนับสนุนการพัฒนา นโยบายหรือการปรับปรุงโครงสร้างหรือระบบงานอันอาจ ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ
- (๙) ประสานงานและแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นในการดำเนินงานการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- (๑๐) ปฏิบัติการอื่น ๆ ตามที่นายกรัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ ๙ ให้คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินการอย่าง หนึ่งอย่างใดตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ให้นำข้อ ๗ มาใช้บังคับกับการประชุมของคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานโดยอนุโลม

/ ในการ...



ในการปฏิบัติหน้าที่ ให้คณะกรรมการหรือคณะทำงานมีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐจัดส่งเอกสาร ข้อมูล และชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามความจำเป็น

ข้อ ๑๐ ให้มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานภายในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ รวมทั้งเป็นหน่วยงานในการบริหารและจัดการดำเนินงานตามภารกิจที่คณะกรรมการมอบหมาย

ให้สำนักงานมีผู้อำนวยการเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่ของสำนักงานและรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของสำนักงาน ขึ้นตรงต่อคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ข้อ ๑๑ ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) รับผิดชอบในงานธุรการ งานวิชาการ งานการประชุม งานประชาสัมพันธ์ และงานเลขานุการของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน

(๒) รับผิดชอบในการบริหารงาน บริหารเงิน บริหารบุคลากร และบริหารพัสดุ ตามที่คณะกรรมการกำหนด

(๓) ติดตามสถานการณ์ ศึกษาและรวบรวมข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน

(๔) ประสานงานและเสนอแนะแนวทางในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติแก่คณะกรรมการ

(๕) ปฏิบัติงานหรือดำเนินการอื่นใดตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ข้อ ๑๒ ให้คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการแก่คณะกรรมการในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑๓ ให้คณะกรรมการและสำนักงานยุบเลิกไปเมื่อกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติมีผลใช้บังคับ แต่ต้องไม่เกินสามปีนับแต่วันที่คณะกรรมการประชุมนัดแรก

ข้อ ๑๔ ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย เพื่อประโยชน์ในการบริหารงานของสำนักงาน นายกรัฐมนตรีอาจมีคำสั่งให้ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการหรือสำนักงานอาจขอให้คณะรัฐมนตรีให้พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐไปช่วยปฏิบัติงานเป็นเจ้าหน้าที่ของสำนักงานได้ โดยถือว่าเป็นการปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานตามปกติ โดยจะให้ไปช่วยปฏิบัติงานเต็มเวลา บางเวลา หรือนอกเวลาก็ได้

ข้อ ๑๕ ให้คณะกรรมการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการและสำนักงาน

/ข้อ ๑๖....

ข้อ ๑๖ ให้นำบทบัญญัติตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ระเบียบ  
ข้อบังคับ และมติคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมาใช้โดยอนุโลมกับการบริหารสำนักงาน

ข้อ ๑๗ ให้นายกรัฐมนตรีรักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๓

(ลงชื่อ) ชวน หลีกภัย  
(นายชวน หลีกภัย)  
นายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ : ระเบียบนี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 117 ตอนพิเศษ 75 ง.  
ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2543

**สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)**  
**National Health System Reform Office (HSRO)**

เป็นสำนักงานอิสระ ในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  
ตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ  
กรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.)

คปรส. ตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการ  
การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 มีนายกรัฐมนตรี  
เป็นประธานกรรมการ มีกรรมการโดยตำแหน่ง ๑๗ คน ผู้ทรง  
คุณวุฒิ ๑๔ คน มีอายุการทำงานไม่เกิน ๓ ปี นับจากวันที่ ๙  
สิงหาคม ๒๕๔๓ มีวัตถุประสงค์หลักสรุปได้ดังนี้

- สร้างกระแสการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้านสุขภาพของคนไทย  
จากการช่อมสุขภาพมาสู่การสร้างสุขภาพ เพื่อการมี  
สุขภาพดีถ้วนหน้า
- สนับสนุนการเคลื่อนไหวของสังคม โดยการเข้าร่วมและ  
สนับสนุนกิจกรรมที่จะสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน  
ชุมชน สังคม และองค์กรทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการ  
ตัดสินใจในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ
- สนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้  
ในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ สำหรับ  
บรรจุเป็นสาระบัญญัติใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ  
และเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม  
ในระยะถัดไป
- ประสานงานกับภาคการเมือง ภาคราชการ หน่วยงาน  
องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความร่วมมือผลักดัน  
การปฏิรูประบบสุขภาพอย่างกว้างขวาง

**สำนักงาน**

ชั้น 2 อาคารด้านทิศเหนือของสวนสุขภาพ (ถ.สาธารณสุข ๖)

ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

หรือ ตู้ ปณ.๙ ปณฝ. ตลาดขวัญ ๑๑๐๐๒

โทรศัพท์ : ๕๙๑-๒๓๐๔ โทรสาร : ๕๙๑-๒๓๑๑

E-mail address : hsro@hsro.or.th

Homepage : <http://www.hsro.or.th>

66776

4 ม.ค. 43

