



การประชุมคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติ (คสช.)

ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕

วันจันทร์ที่ ๑๒ เดือนกันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ชัยนาทเรนทร ชั้น ๒ อาคาร ๑

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕
วันจันทร์ที่ ๑๒ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร ชั้น ๒ อาคาร ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๒ รับรองระเบียบวาระการประชุม

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๕

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

๓.๑ ผลการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติทดแทนตำแหน่งที่ว่าง

ของผู้แทนผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และนายกเมืองพัทยา

นำเสนอโดย ๑. นางปิณฑิรา จันทร์ทัต ณ อยู่ทยา ประธานกรรมการสรรหา คสช.

๒. ผศ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการ คสช.

๓.๒ ความคืบหน้าการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓

นำเสนอโดย ๑. ประธานกรรมการสนับสนุนการจัดและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ
กรุงเทพมหานคร หรือผู้แทน

๒. นายปรีดา แต่อารักษ์ รองเลขาธิการ คสช.

๓.๓ การตั้งศูนย์อำนวยการสื่อสารในภาวะวิกฤต ตามมติสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ.๒๕๖๔

นำเสนอโดย ๑. นายธีรวิทย์ กลั่นเลี้ยง ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี

๒. ผศ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการ คสช.

๓.๔ ภาพรวมผลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ปี ๒๕๖๕

(รับทราบโดยเอกสาร)

นำเสนอโดย ๑. นายประทีป ฌนกิจเจริญ เลขาธิการ คสช.

๒. นายปรีดา แต่อารักษ์ รองเลขาธิการ คสช.

๓.๕ การจัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปี สุขภาพแห่งชาติ “พลังภาคี

สร้างสังคมสุขภาวะ” (รับทราบโดยเอกสาร)

นำเสนอโดย ๑. นายประทีป ฌนกิจเจริญ เลขาธิการ คสช.

๒. นายสุทธิพงษ์ วสุโสภานนท์ รองเลขาธิการ คสช.

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุม

๔.๑ ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๘ และเขตพื้นที่ ๙

- นำเสนอโดย ๑. นายณรงค์ พลละเอียด ประธาน กขป. เขตพื้นที่ ๘
๒. ศ.(พิเศษ) สำเร็จ แหียงกระโทก ประธาน กขป. เขตพื้นที่ ๙
๓. นายปรีดา แต่อาร์ักษ์ รองเลขาธิการ คสช.

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของ สช.

- นำเสนอโดย ๑. นายวิชัย โชควิวัฒน์ ประธานกรรมการบริหารฯ (คบ.)
๒. ผศ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการ คสช.

๕.๒ ผลการขับเคลื่อนและการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒

- นำเสนอโดย ๑. นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ประธานกรรมการขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐ (ฝ่ายฆราวาส)
๒. ผศ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการ คสช.

๕.๓ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ (แทนชุดเดิมที่ครบวาระ)

- นำเสนอโดย ๑. นายประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการ คสช.
๒. ผศ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการ คสช..

๕.๔ การประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน (Retreat) เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไปของ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

- นำเสนอโดย ๑. นายประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการ คสช.
๒. ผศ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการ คสช.

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่น ๆ

๖.๑ นัดหมายการประชุม ครั้งที่ ๖/๒๕๖๕

(วันจันทร์ที่ ๑๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ น.)

๖.๒ เรื่องอื่น (ถ้ามี)

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑.๒ รับรองระเบียบวาระการประชุม

สรุปสาระสำคัญ

การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ ในวันจันทร์ที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๕ มีระเบียบวาระเพื่อทราบ จำนวน ๕ เรื่อง ระเบียบวาระสืบเนื่องจากการประชุม จำนวน ๑ เรื่อง ระเบียบวาระเพื่อพิจารณา จำนวน ๔ เรื่อง และระเบียบวาระอื่น ๆ จำนวน ๑ เรื่อง ซึ่งในการประชุมครั้งนี้มีระเบียบวาระที่สำคัญ ได้แก่ (๑) แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของ คสช. (๒) ผลการขับเคลื่อนและการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (๓) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ (แทนชุดเดิมที่ครบวาระ) (๔) การประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน (Retreat) เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไปของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดพิจารณารับรองระเบียบวาระการประชุม คสช. ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ ตามที่ฝ่ายเลขานุการเสนอ

มติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕

(มีเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๒)

สรุปสาระสำคัญ

ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ฝ่ายเลขานุการ ได้จัดทำรายงานการประชุม และเสนอต่อคณะกรรมการฯ

ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๒

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรด

- ๑) พิจารณารายงานการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕
- ๒) รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕

มติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(ร่าง) รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕
วันจันทร์ที่ ๑๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุม Sapphire ชั้น ๓ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี
(ประชุม ณ สถานที่ประชุม และประชุมผ่านระบบสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์)

ผู้มาประชุม ณ สถานที่ประชุม

๑.	นายสาธิต ปิตุเตชะ	รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข	รองประธาน กรรมการ
๒.	นาวาตรีสุธรรม ระหงษ์	เลขาธิการรัฐมนตรี แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
๓.	นายพิศาล พงศาพิชณ์	เลขาธิการสำนักงานมาตรฐาน สินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตร และสหกรณ์	กรรมการ
๔.	นายฉัญญา เนติธรรมกุล	รองปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๕.	นายชัยวัฒน์ ชื่นโกสุม	รองปลัดกระทรวงมหาดไทย แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
๖.	นายศุภกิจ บุญศิริ	รองอธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรม แทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม	กรรมการ
๗.	พล.ต.ท.คำณวิทย์ ธูปกระจ่าง	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปทุมธานี	กรรมการ
๘.	นายประภัสร์ ภูเจริญ	นายกเทศมนตรีเมืองลำพูน	กรรมการ
๙.	นายแหลม ศรีนุ้ย	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนมะนาว	กรรมการ
๑๐.	รศ.ทัศนีย์ บุญทอง	ผู้แทนสภาการพยาบาล	กรรมการ
๑๑.	นายธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล	ผู้แทนทันตแพทยสภา	กรรมการ
๑๒.	นายสุวิทย์ อีร์กุลชน	ผู้แทนสภาเภสัชกรรม	กรรมการ
๑๓.	นายสมชัย เจ็ดเสริมอนันต์	ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
๑๔.	นางสมใจ ลือวิเศษไพบูลย์	ผู้แทนสภากายภาพบำบัด	กรรมการ
๑๕.	นางชนินญา ชัยสุวรรณ	ผู้แทนสภาการแพทย์แผนไทย	กรรมการ
๑๖.	นายไพศาล บางชวด	ผู้แทนสภาการสาธารณสุขชุมชน	กรรมการ
๑๗.	รศ.จันทร์ชัย เจริญประเสริฐ	ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นตาม กฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ	กรรมการ

๑๘.	นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๑๙.	นางอัจฉรา เขียววิชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒๐.	นางสาวศรีโสภา มีเจริญ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒๑.	นางสุวรรณา บุญกล้า	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒๒.	นางสาวโสภภาพรรณ กาสมสัน	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒๓.	นางมุกดา อินต๊ะสาร	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
๒๔.	นายมนตรี อิ่มเอก	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑	กรรมการ
๒๕.	นายวีระ รัตนศิริกุลชัย	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๒	กรรมการ
๒๖.	นายเหรียญ บุญสำลี	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๓	กรรมการ
๒๗.	ผศ.สุรพงษ์ ปนาทกุล	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๔	กรรมการ
๒๘.	นายพนัส พุกษ์สุนันท์	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๕	กรรมการ
๒๙.	นายสุรศักดิ์โยธิน บุรณานนท์	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๖	กรรมการ
๓๐.	นายสุทธินันท์ บุญมี	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๗	กรรมการ
๓๑.	นางนิสิต ศักย์พันธ์	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๘	กรรมการ
๓๒.	นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๙	กรรมการ
๓๓.	นายนพภา พันธุ์เพ็ง	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๐	กรรมการ
๓๔.	นายสุชีพ พัฒน์ทอง	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๑	กรรมการ
๓๕.	นางกัลยา เอี้ยวสกุล	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๒	กรรมการ
๓๖.	นายวิชัย โชควิวัฒน์	ผู้แทนองค์การภาคเอกชนเขต ๑๓	กรรมการ
๓๗.	นายประทีป ธนกิจเจริญ	เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการและ เลขานุการ
๓๘.	ผศ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี	รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการ
๓๙.	นายสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพล	รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้มาประชุมผ่านระบบสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์

๑.	นายพินิจ หิรัญโชติ	ผู้แทนแพทยสภา	กรรมการ
----	--------------------	---------------	---------

ผู้ไม่มาประชุม เนื่องจากติดภารกิจ

๑.	นายอนุทิน ชาญวีรกูล	รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน กรรมการ
๒.	ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร หรือ นายกเมืองพัทยา)	อยู่ระหว่างการสรรหาผู้แทน	

ผู้มาให้ข้อมูล ณ สถานที่ประชุม

- | | | |
|----|------------------------|---|
| ๑. | นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ | ประธานกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพ
กลุ่มแรงงานข้ามชาติ |
|----|------------------------|---|

ผู้มาให้ข้อมูล ผ่านระบบสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์

- | | | |
|----|----------------------|--|
| ๑. | นายศุภกิจ ศิริลักษณ์ | ประธานกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพ
กลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ |
| ๒. | นางจอมขวัญ โยธาสมุทร | หัวหน้าโครงการประเมินผลการดำเนินงานฯ |
| ๓. | นายสุวิทย์ สมบัติ | รองประธานกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑ |
| ๔. | นายธีระ วงษ์เจริญ | รองประธานกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๖ |

ผู้มาร่วมประชุม ณ สถานที่ประชุม

- | | | |
|-----|-----------------------------|--------------------------------------|
| ๑. | นายปรีดา แต่อรักษ์ | รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| ๒. | นางนิรชา อัครวีรากุล | พนักงาน สช. |
| ๓. | นายจารึก ไชยรักษ์ | พนักงาน สช. |
| ๔. | นายสมเกียรติ พิทักษ์กมลพร | พนักงาน สช. |
| ๕. | นางจุฑามาศ โมฬี | พนักงาน สช. |
| ๖. | นางสาวยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์ | พนักงาน สช. |
| ๗. | นางสาวนภินทร ศิริไทย | พนักงาน สช. |
| ๘. | นางสาววิไลวรรณ สิริสุทธิ | พนักงาน สช. |
| ๙. | นางสาววันวิสา แสงทิม | พนักงาน สช. |
| ๑๐. | นางสาวช่อฉัตร สุนทรพะลิน | พนักงาน สช. |
| ๑๑. | นางสาวสุภาภรณ์ ดำรงค์พันธ์ | พนักงาน สช. |
| ๑๒. | นางสาวปรานอม ไอสาร | พนักงาน สช. |
| ๑๓. | นายชูชาติ ตริรัตน์ยานนท์ | พนักงาน สช. |
| ๑๔. | นายพรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์ | พนักงาน สช. |
| ๑๕. | นางสาวกัญญาพัชร นาดี | พนักงาน สช. |
| ๑๖. | นางวันเพ็ญ ทินนา | พนักงาน สช. |
| ๑๗. | นางสาวสนทยา ทิมเรือง | พนักงาน สช. |

ผู้มาร่วมประชุมผ่านระบบสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์

- | | | |
|----|---------------------------|--------------------------|
| ๑. | ศ.สยามพร ศิรินาวิน | ประธาน กขป. เขตพื้นที่ ๑ |
| ๒. | นางสาวเพชรรุ่ง เขาวกรวัชร | ผู้แทนกขป. เขตพื้นที่ ๑ |
| ๓. | ผศ.สมตระกูล ราศิริ | ผู้แทนกขป. เขตพื้นที่ ๒ |
| ๔. | นางสุนทร ทองคาพงษ์ | ผู้แทนกขป. เขตพื้นที่ ๒ |
| ๕. | นายจักรพันธ์ นาน่วม | ผู้แทนกขป. เขตพื้นที่ ๖ |

๖.	นางสาวจุฬาลักษณ์ มังคละแสน	ผู้แทนกขป. เขตพื้นที่ ๗
๗.	นายสิทธิพล เหล่าสิงลา	ผู้แทนกขป. เขตพื้นที่ ๘
๘.	นายวีระชัย ก้อนมณี	ผู้แทนกขป. เขตพื้นที่ ๙
๙.	นางสาววาสนี วงศ์อินทร์	ผู้แทนกขป. เขตพื้นที่ ๑๑
๑๐.	นางสาวกมลทิพย์ อินทะโณ	ผู้แทนกขป. เขตพื้นที่ ๑๒
๑๑.	นายชูชัย ศรีขำนิ	ที่ปรึกษา สช.
๑๒.	นางนัตยา พรหมทอง	พนักงาน สช.
๑๓.	นายทรงพล ตู่ละทา	พนักงาน สช.
๑๔.	นางสาวกนกวรรณ รัปพรดี	พนักงาน สช.
๑๕.	นางสาวณนุต มธูรพจน์	พนักงาน สช.
๑๖.	นายสันทกิจ รัตนกุล	พนักงาน สช.
๑๗.	นางสาวปนัดดา ขาวสะอาด	พนักงาน สช.
๑๘.	นางสาวนงลักษณ์ ยอดมงคล	พนักงาน สช.
๑๙.	นางสาวรัตนา เอิบกิ่ง	พนักงาน สช.
๒๐.	นางสาวชญาดา เขียววิบูล	พนักงาน สช.

เริ่มประชุม เวลา ๑๓.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ้งว่า นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตัดภารกิจเร่งด่วน จึงได้มอบนายสาธิต ปิตุเตชะ รองประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นประธานการประชุมแทน

ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

นายสาธิต ปิตุเตชะ ทำหน้าที่ประธานการประชุม ได้แจ้งที่ประชุม ดังนี้

๑. ขอแสดงความยินดีและต้อนรับ นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา ที่ได้รับการสรรหาเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทดแทนตำแหน่งที่ว่างของกลุ่มผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต ๙

๒. สถานการณ์โควิด-19 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นสายพันธุ์ BA.5 แต่อัตราผู้ป่วยหนักที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยเสียชีวิตไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล และการจ่ายยาจะเป็นดุลพินิจของแพทย์ เราควรเดินทางผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ แต่ยังคงควรป้องกันตัวเอง ด้วยการใส่หน้ากากอนามัย และพึงระวังการติดเชื้อ ซึ่งสามารถติดเชื้อซ้ำได้

๓. ขอให้ภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมหาดไทยช่วยกันกระตุ้นเรื่องการผลิตวัคซีนเข็มบูสเตอร์ โดยเฉพาะกลุ่ม ๖๐๘ ควรมีสถานที่ที่เปิดให้ฉีดวัคซีนเพิ่มเติมนอกจากที่โรงพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชน ซึ่งปัจจุบันในส่วนของกรุงเทพมหานครจะมีบริการที่ศูนย์ฉีดวัคซีนกลางบางซื่อ

๔. รองนายกรัฐมนตรี (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) ได้เข้าร่วมสมัชชาใหญ่ขององค์การนิทรรศการนานาชาติ (BIE) ครั้งที่ ๑๗๐ ที่กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส และได้เสนอว่าไทยพร้อมเป็นเจ้าภาพจัดงานเอ็กซ์โปวาระพิเศษ ในปี พ.ศ.๒๕๗๑ ที่จังหวัดภูเก็ต ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการคัดเลือกประเทศจัดงาน โอกาสของประเทศไทยถ้าได้รับเป็นเจ้าภาพจะช่วยเพิ่มศักยภาพการท่องเที่ยว ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) เศรษฐกิจ ความเชื่อมั่น และระบบสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อไทยอย่างมาก

มติที่ประชุม รับทราบเรื่องแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๒ รับรองระเบียบวาระการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ้งระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ มีระเบียบวาระเพื่อทราบ จำนวน ๔ เรื่อง ระเบียบวาระสืบเนื่องจากการประชุม จำนวน ๑ เรื่อง ระเบียบวาระเพื่อพิจารณา จำนวน ๕ เรื่อง และระเบียบวาระอื่น ๆ จำนวน ๑ เรื่อง ซึ่งในการประชุมครั้งนี้มีระเบียบวาระที่สำคัญ ได้แก่ (๑) มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (๒) มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ (๓) แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ (๔) แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนและขับเคลื่อนธรรมาวุธว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

การประชุมครั้งนี้ ฝ่ายเลขานุการขอถอนระเบียบวาระเพื่อพิจารณา เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพคนพิการ (แทนชุดเดิมที่ครบวาระ)

มติที่ประชุม ๑. เห็นชอบให้ถอนระเบียบวาระ ๕.๕ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพคนพิการ (แทนชุดเดิมที่ครบวาระ)

๒. รับรองระเบียบวาระการประชุม คสช. ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ และให้นำระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณามาพิจารณาก่อน ตามด้วยระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ และระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องสืบเนื่อง ตามลำดับ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๕

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการฯ ได้จัดทำรายงานการประชุมและเสนอต่อคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาและรับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

๓.๑ ผลการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติทดแทนตำแหน่งที่ว่างของผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต ๙ นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เชิญให้ นางปิติพร จันทร์ทัต ณ อยู่ธยา ประธานกรรมการสรรหา คสช. เป็นผู้รายงาน ดังนี้

๑. มาตรา ๑๓ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดองค์ประกอบของ คสช. ที่มาจาก ๓ ภาคส่วน ได้แก่ ภาคราชการและการเมือง ภาควิชาการและวิชาชีพ และภาคประชาสังคมและประชาชน มีนายกรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ โดยกรรมการมาจากการดำรงตำแหน่งและการสรรหาด้วยวิธีการเลือกกันเอง โดยมีคณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการสรรหา ตามมาตรา ๑๙ และ ๒๐

๒. ในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕ รับทราบความคืบหน้าการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติทดแทนตำแหน่งที่ว่างของผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต ๙ ที่อยู่ระหว่างกระบวนการสรรหา

๓. คณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่มีนางปิติพร จันทร์ทัต ณ อยู่ธยา เป็นประธานกรรมการ ได้ดำเนินการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๑๓ (๑๐) กลุ่มผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต ๙ เสร็จสิ้นแล้ว โดยมีนายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา ผู้แทนจากชมรมผู้สูงอายุ ๓๐ กันยายนสุรมาหาชัยเทคโนโลยีพัฒนา จังหวัดนครราชสีมา (องค์กรสาธารณประโยชน์) เป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย รายชื่อผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต ๙ ที่ได้รับเลือกกันเองเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๑

มติที่ประชุม รับทราบ ผลการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติทดแทนตำแหน่งที่ว่างของผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต ๙

๓.๒ ความคืบหน้าการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เชิญให้นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ เป็นผู้รายงานดังนี้

๑. ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ในการประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๕ มีมติรับทราบผังกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ รวมถึงแผนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๕ แล้วนั้น และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ฝ่ายเลขานุการ ได้จัดทำเอกสาร “สาระสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕-๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖” เพื่อใช้ในการเผยแพร่ไปยังภาคีเครือข่ายและสื่อสารสาธารณะต่อไป

๒. ตามมาตรา ๔๒ วรรค ๓ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) มีอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการเกี่ยวกับการจัดประชุมและหลักเกณฑ์อื่นที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และมาตรา ๔๓ กำหนดให้ คจ.สช. มีหน้าที่ในการจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพ

แห่งชาติ กำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการประชุม ซึ่งต้องประกาศให้ประชาชนทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วันก่อนวันประชุม ในการนี้ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕- ๑๖ ได้จัดให้มีการประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ และมีมติเห็นชอบ **หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๕-๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖** และประกาศ “ประเด็นที่อยู่ระหว่างการพัฒนาเพื่อจัดให้เป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕-๑๖” พร้อมทั้งเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็น จำนวน ๓ ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ : การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจใหม่ (BCG Model) โดยมี นายพิพัฒน์ รัชกิจประการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เป็นประธาน

ประเด็นที่ ๒ : การขจัดความยากจนตามโมเดล BCG: การยกระดับเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยอยู่ระหว่างการทบทวนประธาน

ประเด็นที่ ๓ : หลักประกันรายได้พื้นฐานถ้วนหน้าหรือบำนาญถ้วนหน้า โดยมี นายสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นประธาน

๓. สำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีความคืบหน้าการดำเนินงาน ดังนี้

๓.๑ โครงการประกวดการออกแบบอัตลักษณ์ (Key Visual) ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สนใจทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นต่อไป (Next Generation) ได้เข้ามามีส่วนร่วมสร้างสรรค์ผลงานการออกแบบกราฟิก และจะนำผลงานที่ชนะการประกวดไปใช้ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ ต่อไป

๓.๒ กิจกรรมขยายการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคนรุ่นต่อไป (Next Generation) ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ร่วมออกแบบ...ร่วมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคนรุ่นต่อไป (Next Generation) ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕” เมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๕ มีตัวแทนองค์กรเยาวชนและคนรุ่นใหม่เข้าร่วม ทั้งจากส่วนกลางและภูมิภาค ผลการจัดกิจกรรมดังกล่าว ทำให้ทราบถึงประเด็นสาธารณะที่แต่ละกลุ่ม/องค์กรกำลังขับเคลื่อนอยู่ เช่น สุขภาพจิตในวัยรุ่น บุหรี่ไฟฟ้า หลักประกันสุขภาพสำหรับนักศึกษา การลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา ความเท่าเทียมทางเพศ เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างความร่วมมือและสนับสนุนให้ เครือข่าย Next Gen ร่วมกันกำหนดประเด็นงานร่วม และรูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่มีความหลากหลายและสร้างสรรค์ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕

ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๒

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

๑. การพัฒนาประเด็นเพื่อเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ ประเด็นที่ ๒ การขจัดความยากจนตามโมเดล BCG: การยกระดับเศรษฐกิจของครัวเรือน เสนอให้เชิญกรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ร่วมเป็นเจ้าภาพในการพัฒนาประเด็น เนื่องจากมีนโยบายขับเคลื่อนแก้ปัญหาความยากจนในจังหวัด

มติที่ประชุม รับทราบ ความคืบหน้าการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕

๓.๓ การประเมินผลการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เชิญให้นางจอมขวัญ โยธาสมุทร หัวหน้าโครงการประเมินผลการดำเนินงานฯ เป็นผู้รายงานดังนี้

๑. พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ระบุการมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งมีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง โดยมาตรา ๒๕ (๕) ระบุให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

๒. คสช. ได้ดำเนินงานตามแผนงานหลัก คสช. เพื่อรองรับการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นระยะเวลา ๑๕ ปีแล้ว จึงจัดให้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ ภายใต้แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” มีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

๒.๑) การก่อตัวของแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policy หรือ HiAP) ในการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย และการขยายแนวคิด HiAP ไปยังรัฐบาล หน่วยงาน และภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการออกกฎหมาย (พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) มุ่งทำความเข้าใจพลวัตและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปของระบบสุขภาพที่ทำให้แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ประสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ทั้งในส่วนที่เป็นนโยบายสุขภาพและนโยบายอื่นๆ (institutionalization of HiAP)

๒.๒) บทบาทของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในการขับเคลื่อนการดำเนินการตามแนวคิด HiAP โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม และผลจากการขับเคลื่อน โดยมุ่งประเมินบทบาทของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฯ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวคิด HiAP ที่อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม และผลจากการขับเคลื่อนในระยะ ๑๔ ปีที่ผ่านมา โดยพิจารณาผลที่เกิดขึ้นตามเจตนารมณ์ของการดำเนินงาน HiAP ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฯ และผลที่อยู่นอกเหนือจากเครื่องมือ หรือการดำเนินงานที่กำหนดในกฎหมายดังกล่าว

๓. ผลการศึกษาโดยสรุป พบว่า (๑) การประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฯ ทำให้แนวคิดเรื่อง “สุขภาพ” มีความหมายครอบคลุมเรื่อง “สุขภาพะ” และแนวทางการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการอภิบาลระบบสุขภาพของรัฐอย่างเป็นทางการ โดยมีการกำหนดเครื่องมือที่เอื้ออำนวยให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ “ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง” (Deliberative democracy) และมีกลไกการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน และมีกรรมการจากภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานด้านสุขภาพของทุกภาคส่วน ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า กฎหมายฉบับนี้เป็น “เครื่องมือ” ที่ทำให้ “การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง (๒) บทเรียนของการนำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ

ไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งแนวคิด และความคาดหวังในระยะถัดไป เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำสู่เป้าหมายการปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวทาง Health in All Policy และได้มีข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

๓.๑ ระดับนโยบาย

(๑) คสช. เพิ่มกลไกและความเข้มข้นของการสื่อสารและกระบวนการสร้างความเข้าใจต่อประเด็นการปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพใหม่ภายในองค์กร และกับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่าง เช่น หน่วยงานรัฐ ธุรกิจเอกชน และประชาชน

(๒) คจ.สช. ใช้วิธีการมีส่วนร่วมที่หลากหลายกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นในช่วงขาขึ้นมติสมัชชาฯ เพื่อเป็นให้พลังที่เพียงพอของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนและปฏิบัติตามมติสมัชชาฯ

(๓) ผู้แทน คสช. (ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร) เพิ่มความเชื่อมโยงกับฐานสนับสนุนทางสังคมในมิติ ต่าง ๆ เพื่อให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาและทิศทางของนโยบาย รวมถึงสามารถขับเคลื่อนนโยบาย แผนหรือโครงการในทางปฏิบัติผ่านเครือข่ายได้

(๔) คสช. พัฒนากลไกหรือแรงจูงใจเพื่อให้ผู้แทน คสช. (ภาครัฐ) ที่มีอำนาจในการตัดสินใจหรือสร้างพันธะสัญญา (Commitment) เข้าร่วมประชุมมากขึ้น

๓.๒ ระดับขับเคลื่อน

(๕) สช. นำแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” มาเป็นเป้าหมาย (Ends) ในการดำเนินงาน ไม่ใช่เป็นเพียงเครื่องมือหรือวิธีการ (Means)

(๖) สช. วางบทบาทเป็น “ผู้อำนวยการอภิบาล (Metagovernor)” ที่ทำหน้าที่วางกรอบและอำนวยการอภิบาลสุขภาพ (Metagovernance for health) ในทุกระดับและรูปแบบ

(๗) สช. ในฐานะผู้อำนวยการอภิบาลพิจารณาใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย เช่น กลยุทธ์แบบไม่ก้าวกาย (Hands-off) ที่เน้นกำหนดหรือวางกรอบกติกาของกระบวนการ และกลยุทธ์แบบก้าวกาย (Hands-on) ที่เน้นแสดงบทบาทเป็นผู้เล่นในกระบวนการ เป็นต้น

(๘) สช. ผลักดันให้หน่วยงานในภาคนโยบายอื่น ๆ มีกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เช่น การมีสมัชชาพลเมืองในภาคส่วนนโยบายการศึกษา หรือสิ่งแวดล้อม ควบคู่กับการทำสมัชชาพลเมืองที่ให้น้ำหนักกับสุขภาพในมิติทางจิต สังคม และปัญญามากขึ้น เพื่อให้ทางเลือกในการพัฒนานโยบายแบบมีส่วนร่วมกลายเป็นกระแสหลัก

ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๓

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

๑. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องบทบาทหน้าที่ของ คสช. ที่เป็นกลไกสำคัญตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ

๒. ข้อเสนอเชิงนโยบายของงานวิจัย ในข้อ ๖ ที่ว่า สช. วางบทบาทเป็น “ผู้อำนวยการอภิบาล หรือ Metagovernor” นั้น ไม่ควรใช้คำว่า Metagovernor เพราะอาจทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนได้

๓. ข้อเสนอต่องานวิจัย

๓.๑) กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์เชิงลึกมีระดับใดบ้าง ทั้งนี้ คสช. ควรมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการให้ข้อมูลความเห็น จึงเสนอให้มีการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนร่วมกัน

๓.๒) งานวิจัยควรศึกษาในระดับพื้นที่ด้วย เพื่อให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

๓.๓) การประเมินผลการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ ครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อประเมินภาพรวมแนวคิด นโยบาย และผลลัพธ์ โดยใช้วิธีการประเมินจากเอกสารเป็นหลักและสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายจำนวน ๕๐ ท่าน ซึ่งมีข้อมูลทั้งระดับชาติและพื้นที่ จึงไม่ได้เก็บข้อมูลในระดับพื้นที่โดยตรง

๓.๔) จากข้อเสนอแนะของงานวิจัยที่เสนอให้ คสช. เพิ่มคณะกรรมการทางนโยบายชุดเล็ก เพื่อเพิ่มความคล่องตัวและประสิทธิผลในการทำงาน จะสอดคล้องกับข้อเสนอในวาระ ๕.๓ และ ๕.๔ ซึ่งเป็นการเพิ่มบทบาทของ คสช. ในคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ด้วย

๓.๕) ควรปรับเอกสารให้ชัดเจนทั้งหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ขอบเขตการศึกษา และความเชื่อมโยงกับ คสช. หรือกลไก เครือข่ายต่าง ๆ ของ สช.

๔. ผลการประเมินการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ มีข้อเสนอหลายข้อที่เกี่ยวข้องกับบทบาท คสช. จึงควรมีกระบวนการสนับสนุนให้ คสช. ได้แลกเปลี่ยน ระดมความเห็น เพื่อกำหนดทิศทางแนวทางในการดำเนินงานร่วมกันตามหน้าที่และอำนาจ ในมาตรา ๒๕ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ

มติที่ประชุม รับทราบ การประเมินผลการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ และมอบผู้ประเมินฯ พิจารณาข้อเสนอแนะของ คสช. เพื่อปรับใช้ต่อไป

๓.๔ ความร่วมมือระหว่าง สช. กับ Thai PBS และภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนปลุกกรุงเทพฯ

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นำเสนอความร่วมมือระหว่าง สช. กับ Thai PBS และภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนปลุกกรุงเทพฯ ด้วยเอกสาร โดยมีสาระสำคัญดังนี้

๑. “เครือข่ายปลุกกรุงเทพฯ” มาจากการรวมตัวขององค์กร ภาคประชาชน คนรุ่นใหม่ และสื่อมวลชนที่ทำงานเชิงประเด็นเกี่ยวกับเมืองในมิติต่าง ๆ ร่วมกับสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวมจำนวน ๘๔ เครือข่าย ได้จัดเวทีระดมข้อเสนอเชิงนโยบายจากภาคประชาชนพร้อมรับฟังวิสัยทัศน์ของผู้สมัครผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร จัดทำเป็น “สมุดปกขาว” รวบรวมข้อเสนอเชิงนโยบายของประชาชนเพื่อเป็นทิศทางการพัฒนาและติดตามการเปลี่ยนแปลงของกรุงเทพฯ และได้เสนอต่อผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครคนใหม่ หลังวันเลือกตั้ง ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๒. กระบวนการพัฒนาข้อเสนอในเวทีเสียงกรุงเทพฯ ของเครือข่ายปลุกกรุงเทพฯ ได้ระดมข้อเสนอเชิงนโยบายจากภาคประชาชน แบ่งจัดเป็น ๖ เวที ใน ๖ ประเด็น ได้แก่ เมืองน่าอยู่ เมืองปลอดภัย เมืองทันสมัย เมืองเป็นธรรม เมืองสร้างสรรค์ และเมืองมีส่วนร่วม โดยวางฐานคิดอยู่บนลักษณะของเมือง โดยทุกเวทีจะมีการถ่ายทอดสดผ่านเว็บไซต์ของเครือข่ายสื่อสารสาธารณะ รวมถึงช่องทางการสื่อสารของเครือข่าย และแต่ละเวทีมีการจัดสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม ๒๕๖๕ ณ สถานที่แตกต่างกัน

๓. สช. ร่วมกับสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส และเครือข่ายองค์กรต่าง ๆ ได้จัดเวที “เมืองสุขภาพ” เพิ่มเติมรวมเป็นเวทีที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๕

๔. ผลจากกระบวนการทางสังคมดังกล่าว ทำให้มีการยกระดับข้อเสนอเชิงนโยบายและคำถามสำคัญเสนอต่อว่าที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครในการพัฒนาระบบสุขภาพกรุงเทพฯ ดังนี้

๔.๑ สร้างความเข้าใจเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านเครื่องมือภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้กับว่าที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

๔.๒ เปิดเวทีให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ได้แลกเปลี่ยนพูดคุย สานพลังเครือข่ายและติดตามการทำงาน รวมทั้งร่วมทำงานกับว่าที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่อง ผ่านเครื่องมือ กลไก โดยมีข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Physical Health และ Mental Health) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และประชาชนทุกช่วงวัยสามารถเข้าถึงได้

๕. หลังยื่น “สมุดปกขาว” ที่รวบรวมข้อเสนอเชิงนโยบายของประชาชนต่อว่าที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครคนใหม่แล้ว “เครือข่ายปลุกกรุงเทพฯ” จะจัดกิจกรรมเพื่อติดตามข้อเสนอและร่วมขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ข้อเสนอดังกล่าวเห็นผลสัมฤทธิ์

รายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๔

มติที่ประชุม รับทราบ ความร่วมมือระหว่าง สช. กับ Thai PBS และภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนปลุกกรุงเทพฯ

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุม

๔.๑ ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๑ และเขตพื้นที่ ๒

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เชิญให้ผู้แทนคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๑ และเขตพื้นที่ ๒ เป็นผู้รายงาน

๑. การดำเนินงานของ กขป. เขตพื้นที่ ๑ นำเสนอโดย นายสุวิทย์ สมบัติ รองประธาน กขป.เขต ๑ สรุปได้ดังนี้

๑.๑ วิสัยทัศน์ คือ “ระบบสุขภาพพื้นที่ล้าหน้าเกิดการเชื่อมประสาน บูรณาการ ผลักดันสู่ความเข้มแข็งและเกิดผลต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมในฐานวิถีล้าหน้า”

๑.๒ ผลการดำเนินงาน มีประเด็นขับเคลื่อนที่สำคัญ ๓ ประเด็น ได้แก่

๑) การบริหารจัดการฝุ่นควันและไฟฟ้า บูรณาการการทำงานร่วมกันในระดับเขต มีการจัดทำยุทธศาสตร์การจัดการไฟฟ้าของภาครัฐ ภาคประชาชนและเอกชน ในการบริหารจัดการคน ไฟและฝุ่นควัน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ผ่านการขับเคลื่อนจากสภามหาวิทยาลัยภาคเหนือที่มีเครือข่ายครอบคลุมทั้ง ๘ จังหวัดภาคเหนือ โดย (๑) เกิดระบบการเฝ้าระวังปัญหาฝุ่นควันครอบคลุมทุกจังหวัดและอำเภอ (๒) การป้องกันฝุ่นควัน ได้มีการสนับสนุนงบประมาณผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีมาตรการ/ธรรมเนียมปฏิบัติ (๓) วิธีการจัดการไฟ มีการจัดทำข้อมูลชี้เขตพื้นที่ ระหว่างเขตป่าที่ชุมชนต้องดูแลเขตป่ารอยต่อที่ชาวบ้านดูแล และในส่วนที่ดูแลไม่ถึงทั้งเขตป่าอุทยาน เขตป่าอนุรักษ์ บริเวณที่มีการทำไร่หมุนเวียนเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลรักษาป่าตามแนวเขตที่ยังขาดผู้ดูแลที่ชัดเจน

๒) ประเด็นสุขภาพะสูงวัยล้าหน้า (๑) เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่าย (๒) เกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย นวัตกรรม เครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็ง (๒) มีพื้นที่

ต้นแบบและศูนย์เรียนรู้ในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ ใน ๔ มิติ และ (๓) มีมติเสนอให้มีการจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพสูงวัยล้านนา”

๓) สุขภาวะพระสงฆ์ล้านนา (๑) เกิดการประสานการทำงานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายในการขับเคลื่อนการแก้ไขสถานะและสิทธิและการเข้าถึงบริการกลุ่มที่มีสถานะและสิทธิเข้าสู่กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อการแก้ปัญหาเด็กไร้รัฐไร้สัญชาติ ชีวิตที่ไร้หลักประกัน รวมถึงพระสงฆ์ สามเณรที่ไร้รัฐไร้สัญชาติ (๒) เกิดความร่วมมือทางวิชาการ และการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์หลักสูตร โรงเรียนพระปริยัติ (๓) ยกระดับความสำเร็จ “การพัฒนาพระคิลานุปัฏฐาก สู่ใบประกอบวิชาชีพผู้ช่วยพยาบาล” และ “พระสงฆ์ พระคิลานุปัฏฐาก นิสิต ภิกษุณี ภายใต้อาณัติขับเคลื่อนพัฒนาหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิต การบริหารพระสงฆ์อาพาธและดูแลผู้สูงอายุ”

๑.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา คือ (๑) กำหนดวาระร่วม เชื่อมเครือข่าย เชื่อมประเด็น ตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ระหว่างเขตหรือพื้นที่ใกล้เคียงกันหรือร่วมกับภาคีสมัชชาสุขภาพของแต่ละจังหวัด (๒) ส่งเสริมการรับรู้ให้กับประชาชนหรือภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้เข้าใจและรู้จัก กขป. ให้มากขึ้น

๒. การดำเนินงานของ กขป. เขตพื้นที่ ๖ นำเสนอโดย นายธีระ วงษ์เจริญ รองประธาน กขป. เขต ๖ สรุปดังนี้

๒.๑ กำหนดวิสัยทัศน์ “บ้านเมืองน่าอยู่ อาหารปลอดภัย คนมีวินัย ไร้โรคภัย ประชาชนทุกกลุ่มมีความสุขสมบูรณ์”

๒.๒ ผลการดำเนินงาน มีประเด็นขับเคลื่อนที่สำคัญ ๔ ประเด็น ได้แก่

๑) สร้างการรับรู้และเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ โดยการกำหนดเป้าหมายบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงาน และขยายเครือข่ายความร่วมมือครบทุกภาคส่วน ทั้งเครือข่ายหน่วยงาน องค์กร และภาคประชาชน เกิดการหนุนเสริมการทำงานเครือข่ายของคณะอนุกรรมการ กขป. ระดับจังหวัด ในการเชื่อมโยงแผนงานเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่าย และจัดทำบันทึกความร่วมมือ (MOU) “การบูรณาการขับเคลื่อนเขตสุขภาพเพื่อประชาชนภาคตะวันออก”

๒) ประเด็นการลดการบาดเจ็บจากการจราจร (๑) บูรณาการการทำงานและเชื่อมโยงการพัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่าย ในการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน และลดการบาดเจ็บจากการจราจร และ (๒) เกิดความร่วมมือและการจัดทำแผนการขับเคลื่อนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดระยอง โดยมีเป้าหมายลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตในเยาวชน ร้อยละ ๕ ต่อปี (พื้นที่นำร่อง จ.ฉะเชิงเทรา และระยอง) ในกลุ่มเด็กและเยาวชนในพื้นที่

๓) ประเด็นความมั่นคงทางอาหาร เกิดแผนงานบูรณาการจากเวทีเกษตรกรอินทรีย์คลังอาหาร และยากับการรับมือในสถานการณ์โควิด-19 พัฒนาพื้นที่นำร่องในการสร้างความมั่นคงทางอาหารและชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน

๔) ประเด็นเด็กและเยาวชน (๑) บูรณาการการขับเคลื่อนขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมจากการป้องกันการสูบบุหรี่และการตั้งครกในเด็กและเยาวชน ไปสู่ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่หลากหลาย และให้ความสำคัญกับกลไกการมีส่วนร่วมของผู้นำเด็กและเยาวชน และ (๒) เกิดการบูรณาการเสริมสร้างความเข้มแข็งและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสภาเด็กและเยาวชนในการพัฒนาสังคมสุขภาวะ การขับเคลื่อน

เครือข่าย Young Ambassador และเครือข่ายครูผู้ประสานงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในสถานศึกษา การพัฒนาโลกและสร้างความร่วมมือเครือข่ายในการขับเคลื่อนพัฒนายุวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.)

๒.๓ ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการดำเนินงาน กขป. คือ กลไกการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานราชการบางส่วนยังติดขัดในประเด็นหน้าที่ ความรับผิดชอบ และการสั่งการของหน่วยงานที่ยังต้องดำเนินการให้เป็นไปตามระบบและวิธีบริหารจัดการทางราชการไม่เกิดความคล่องตัวเท่าที่ควร

๒.๔ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา กขป. ต่อ คสช. มีดังนี้

๑) จัดสัมมนาแบบ Onsite เพื่อเชื่อมเครือข่าย กขป. เขตทั้ง ๑๓ เขต หรือพื้นที่ภูมินิเวศน์ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

๒) ส่งเสริมเรื่องการสื่อสารประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะ เพื่อให้ประชาชนหรือหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ ได้เข้าใจและรู้จัก กขป. มากขึ้นนำไปสู่การสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

๓) กำหนดวาระร่วมในการแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานระดับนโยบาย ตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการกำหนดนโยบายแบบคู่ขนานในพื้นที่และเสริมพลังเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๑

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

๑. กขป. เขตพื้นที่ ๖ ควรรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เรื่องที่ดินทำกิน เพราะหลายพื้นที่มีปัญหาจากการเวนคืนที่ดินของเขตเศรษฐกิจพิเศษ

๒. ขอยกตัวอย่างการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ของ กขป. เขตพื้นที่ ๖ เช่น สถาบันบริหารจัดการธนาคารที่ดินได้มีการสนับสนุนการใช้ประโยชน์ที่ดินทางการเกษตร ที่ตำบลทับไทร อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี โดยอาจจะเชื่อมโยงการทำงานกับประเด็นความมั่นคงทางอาหารของ กขป. เขตพื้นที่ ๖ ได้

๓. กขป. เป็นกลไกเชิงนโยบายในพื้นที่ ที่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง และในการดำเนินงานจนเกิดขึ้นผลลัพธ์ (Outcome) บางประเด็นอาจต้องใช้เวลาขับเคลื่อนนานพอสมควร

มติที่ประชุม รับทราบ ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๑ และเขตพื้นที่ ๖ และ มอบ กขป. ทั้งสองเขตพื้นที่พิจารณาข้อเสนอแนะของ คสช. เพื่อปรับใช้ต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เชิญให้นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ ประธานกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ นำเสนอภาพรวมการดำเนินงาน และเชิญให้ นายสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพล รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รายงาน โดยรายงานดังนี้

๑. คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ได้ดำเนินการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในเรื่องการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ บนหลักคิดของการปกป้องสุขภาพแรงงานข้ามชาติเป็นพื้นฐานสำคัญในการปกป้องสุขภาพคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และกลุ่มแรงงานข้ามชาติถือเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจไทย โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ซึ่งเป็นเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ เพื่อให้ประชาชนและหน่วยงานทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ วิชาการ และประชาสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การเสนอแนะและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

๒. การประชุม คสช. ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ คณะกรรมการได้พิจารณาให้ความเห็นชอบแนวทางการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และ (ร่าง) ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยมอบให้ สช. ประสานความร่วมมือกับสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

๓. คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ ได้จัดให้มีการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๕ ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี มีหน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชนและประชาสังคม จำนวน ๒๐๖ คน จาก ๑๓๒ หน่วยงาน เข้าร่วมแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ โดยมีมติเห็นชอบ ดังนี้

๓.๑ ให้มีการบูรณาการแรงงานข้ามชาติเข้าสู่นโยบายพัฒนาประเทศ อันได้แก่ นโยบายและยุทธศาสตร์การบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ เป็นต้น การพัฒนายุทธศาสตร์ระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ โดยการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน รวมไปถึงให้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๗๐) ให้ครอบคลุมกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และการทบทวนกฎหมายที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบันบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน นำไปสู่การลด ละ เลิกกฎหมายที่ไม่มีความจำเป็น ล้าสมัย ไม่สะดวก สร้างภาระต่อการปฏิบัติ

๓.๒ การพัฒนาหลักประกันสุขภาพที่มีเสถียรภาพครอบคลุมแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม โดยคำนึงถึงระยะเวลาในการพำนักอยู่ในประเทศไทยและระดับการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคม โดยบริหารจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติให้สอดคล้องกับงบประมาณที่รัฐจัดเก็บจากแรงงานข้ามชาติ ต้นทุนบริการของหน่วยบริการแต่ละระดับ และระดับรายได้และความสามารถที่จะจ่ายของแรงงานข้ามชาติ การเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ประกันตนในกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้มีสิทธิเป็นผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคม และจัดให้มีการรับเรื่องร้องเรียนที่แรงงานข้ามชาติเข้าถึงได้อย่างเป็นมิตร (Friendly service)

๓.๓ การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมแรงงานข้ามชาติ กระจายตัวครอบคลุมพื้นที่ชุมชนแรงงานข้ามชาติหนาแน่น และจัดบริการเชิงรุกมุ่งส่งเสริมป้องกันโรคและสร้างความรอบรู้

ทางสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการจับกรอบอัตรากำลังและงบประมาณ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้สามารถรองรับแรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้ประกันตนทั้งในระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพได้ครอบคลุมพื้นที่ต่าง ๆ มากขึ้น

๓.๔ การพัฒนาฐานข้อมูล องค์ความรู้ และเผยแพร่สร้างความตระหนักรู้ มุ่งเน้นบูรณาการฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งระบบเพื่อการใช้งานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนานวัตกรรมเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยนโยบายสาธารณะนี้มุ่งเน้นให้แรงงานข้ามชาติได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ โดยการมีหลักประกันสุขภาพที่เข้าถึงและได้รับบริการอย่างเป็นธรรมโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๑ เอกสาร ๑, ๒, ๓ และ ๔

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

๑. มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นฯ นี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับสิทธิสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน มีมติสำคัญ คือ มติที่ ๑ บูรณาการแรงงานข้ามชาติเข้าสู่นโยบายพัฒนาประเทศ (๖ มาตรการ) โดยมีสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นหน่วยงานหลักที่จะกำหนดหรือบูรณาการเป็นนโยบายความมั่นคงแห่งชาติ และเกิดแผนปฏิบัติการระดับกระทรวงนำไปปฏิบัติตามแผนนโยบายความมั่นคงแห่งชาติ

๒. มีข้อสังเกตว่ามติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นฯ ด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ครอบคลุมกลุ่มแรงงานด้านการเกษตรที่เป็นแรงงานชั่วคราว หรือเฉพาะฤดูกาลที่เข้ามาประเทศไทยในช่วงเวลาระยะสั้นหรือไม่ เช่น กลุ่มรับจ้างเก็บผลไม้

๓. มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นฯ มีลักษณะเป็นนโยบายสาธารณะ ดังนั้นในการเขียนมติจึงกำหนดข้อเสนอเป็นกรอบกว้าง ๆ ส่วนรายละเอียดในแง่ของปฏิบัติการเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่จะดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ของตนเอง

๔. มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นฯ ดังกล่าว เนื้อหาของมติมีการเสนอในเชิงประเด็นและมาตรการต่าง ๆ ค่อนข้างครบถ้วน ดังนั้นนอกจากเสนอ ครม. รับทราบแล้ว ควรมีการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

๕. เสนอตัวอย่างการขับเคลื่อนมติสมัชชาเฉพาะประเด็นฯ ให้เกิดเป็นรูปธรรม เช่น กำหนดการดำเนินงานลักษณะ Sand box ในพื้นที่นำร่องจังหวัดสมุทรสาคร ระนอง และจัดให้มีการติดตามความก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ

๖. การเสนอมติสมัชชาเฉพาะประเด็นฯ ต่อ ครม. ควรเป็นวาระเพื่อทราบหรือเพื่อพิจารณา และหน่วยงานเสนอเรื่องควรเป็นหน่วยงานใด ดังนี้

๖.๑) บทบาทของ คสช. ตามมาตรา ๒๕ (๒) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ระบุว่า มีหน้าที่เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าวพร้อมทั้งเปิดเผยให้สาธารณชนทราบด้วย ดังนั้นจึงเห็นด้วยที่จะให้ สช. เสนอมติสมัชชาเฉพาะประเด็นฯ นี้ ต่อ ครม. เป็นเรื่องเพื่อทราบหรือเพื่อพิจารณาได้

๖.๒) มีหลายเรื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาได้เสนอ ครม. เป็นเรื่องเพื่อทราบ ซึ่งส่งผลต่อการนำไปสู่การปฏิบัติน้อย ดังนั้นมติสมัชชาเฉพาะประเด็นฯ จึงควรเสนอเป็นเรื่องเพื่อพิจารณา

๖.๓) การเสนอมติสมัชชาเฉพาะประเด็น ๆ ต่อ ครม. ควรเป็นเรื่องเพื่อทราบ โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบและพิจารณาดำเนินการตามบทบาท อำนาจหน้าที่ เพื่อเป็นการให้เกียรติองค์กรที่เกี่ยวข้อง

๖.๔) มาตรา ๔๐ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า “การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คสช. กำหนด และในกรณีที่สมัชชาสุขภาพตามวรรคหนึ่ง มีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้เสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาดำเนินการให้บรรลุผลตามควรแก่กรณีต่อไป” ทั้งนี้ การทำงานของ สช. เป็นลักษณะ Soft power ที่เปิดโอกาสให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม และนำเสนอ ต่อ คสช. พิจารณาเพื่อเป็นจุดอ้างอิงในการดำเนินงานต่อไป จึงเห็นว่าไม่ควรให้กระทรวงหรือหน่วยงานอื่น ๆ เป็นผู้เสนอต่อ ครม. เนื่องจากอาจจะเป็นการของกระทรวงหรือหน่วยงานอื่น ๆ และโดยบทบาทเรื่องนี้เป็นหน้าที่ของ สช. อยู่แล้ว

๖.๕) การดำเนินงานต่าง ๆ รวมถึงการผลักดันมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นฯ ไปสู่การปฏิบัติควรใช้ทั้ง Soft power ควบคู่กับ Hard power เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานได้

มติที่ประชุม ๑. เห็นชอบ มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยมีรายละเอียดประกอบด้วยเอกสาร ๔ ส่วน ได้แก่ มติ (Draft resolution) เอกสารหลัก (Main document) แผนที่ทางเดิน (Roadmap) และภาคผนวก

๒. มอบหมายให้ สช. เสนอมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป

๓. มอบหมายให้ สช. แจ้งมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนของมติที่เกี่ยวข้องตามที่เห็นสมควร

๔. รับรองมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบวาระ ที่ ๕.๑

๕.๒ มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เชิญให้ นายศุภกิจ ศิริลักษณ์ ประธานกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ เป็นผู้รายงาน ดังนี้

๑. คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ ได้ดำเนินการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในเรื่องการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ บนหลักคิดของการดูแลสุขภาพของคนทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย เป็นมาตรการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพคนไทยทุกคน โดยในประเด็นการส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มเด็ก

และเยาวชนที่ไร้รัฐไร้สัญชาติ มีความสำคัญในแง่ของพันธสัญญาระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเข้าร่วม และประกาศคำมั่นของประเทศไทย ในการประชุมระดับสูงว่าด้วยความไร้รัฐ เพื่อยุติภาวะความไร้รัฐ ให้ได้ในปี พ.ศ.๒๕๖๗ รวมทั้งสถานการณ์ในประเทศไทยปัจจุบันยังมีกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ไม่มีหลักฐานทางทะเบียนราษฎรหรือไม่มีสัญชาติไทย จำนวน ๑๐๓,๒๒๓ คน ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ โดยการพัฒนา นโยบายสาธารณะใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ซึ่งเป็นเครื่องมือตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อให้ประชาชนและหน่วยงานทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ วิชาการ และประชาสังคม ได้เข้ามามี ส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การเสนอแนะและการพัฒนานโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ

๒. การประชุม คสช. ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบแนวทางการ จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และ (ร่าง) ข้อเสนอโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชน ไร้รัฐไร้สัญชาติ โดยมอบให้ สช. ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ

๓. คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ ได้จัดให้มีการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ เมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๕ ณ โรงแรม ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี มีหน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชนและ ประชาสังคม จำนวน ๑๔๖ คน จาก ๙๓ หน่วยงาน เข้าร่วมแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ โดยมี มติเห็นชอบ ดังนี้

๓.๑ **ด้านการแก้ไขปัญหาสถานะบุคคล** ให้มีการพัฒนาปรับปรุงมาตรการ หลักเกณฑ์ และ แนวปฏิบัติการรับรองการเกิด การจดทะเบียนทันทีหลังการเกิดเพื่อรับรองสิทธิในสัญชาติของเด็กและเยาวชน ไร้รัฐไร้สัญชาติ ในประเทศไทยให้เป็นไปตามกรอบเวลา ที่กฎหมายกำหนด

๓.๒ **การปรับปรุงกฎหมาย พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่จำเป็น** **ขั้นพื้นฐาน** การสำรวจ ติดตาม เฝ้าระวังดำเนินการดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิ ด้านสุขภาพ

๓.๓ **การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการบูรณาการจัดการฐานข้อมูล** ร่วมกันระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำกับ ติดตามการใช้บริการสุขภาพและการบริหารจัดการงบประมาณ การพัฒนา องค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันภาวะความไร้รัฐไร้สัญชาติทั้งในมิติด้านกฎหมาย การพัฒนานโยบาย การศึกษา และการจัดสวัสดิการสาธารณสุขและสังคมขั้นพื้นฐาน

๓.๔ **การรณรงค์ เผยแพร่สร้างความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดี** ในการเป็นพลเมืองและสิทธิ ด้านสุขภาพของกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ

โดยนโยบายสาธารณะนี้ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อส่งเสริมสนับสนุน พัฒนานโยบายและขับเคลื่อนมาตรการให้เด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติในประเทศไทยได้รับการคุ้มครองสิทธิ ด้านสุขภาพ ที่เท่าเทียมตามหลักการของสิทธิมนุษยชนและอนุสัญญาระหว่างประเทศ

ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๒ เอกสาร ๑, ๒, ๓ และ ๔

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

๑. เสนอว่าเอกสารหน้า ๑๔๐ ข้อ ๓.๔ “การรณรงค์ เผยแพร่สร้างความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีในการเป็นพลเมือง...” ควรเพิ่มข้อความเป็น “สร้างทัศนคติที่ดีของพลเมือง” และย่อหน้าสุดท้ายให้เพิ่มคำว่า “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กและเยาวชน” ต่อจากคำว่าสิทธิมนุษยชน เพื่อให้มุ่งเป้าหมายไปที่เรื่องเด็ก

๒. มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ หากดำเนินการขับเคลื่อนได้สำเร็จจะเป็นผลงานที่สำคัญของประเทศไทย

๓. กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย ในการจัดทำฐานข้อมูลสูติบัตรเด็ก ดังนั้นจึงควรมีการทำงานเชื่อมกับฐานข้อมูลดังกล่าว และในการขับเคลื่อนมติฯ ควรเชิญองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย เข้าร่วมสนับสนุนการดำเนินงานด้วย

๔. สช. ได้รับการประสานจากองค์การอนามัยโลก ประเทศไทย เพื่อนำมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ เสนอเป็นบทความทางวิชาการ เผยแพร่ในเวทินานาชาติต่อไป

มติที่ประชุม ๑. **เห็นชอบ** มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ โดยมีรายละเอียดประกอบด้วยเอกสาร ๔ ส่วน ได้แก่ มติ (Draft resolution) เอกสารหลัก (Main document) แผนที่ทางเดิน (Roadmap) และภาคผนวก

๒. **มอบหมายให้** สช. เสนอมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป

๓. **มอบหมายให้** สช. แจ้งมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ ให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนของมติที่เกี่ยวข้องตามที่เห็นสมควร

๔. **รับรองมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ** ระเบียบวาระ ที่ ๕.๒

๕.๓ แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เชิญให้ นายสุทธิพงษ์ วสุโสภานนท์ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รายงาน โดยได้รายงานว่า

๑. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ ตามระเบียบวาระ ๕.๑ และ ๕.๒ ข้างต้น เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นระบบ สอดคล้องกับสถานการณ์ และสามารถสานพลัง บูรณาการการดำเนินงานร่วมกันทั้งภาครัฐ ภาควิชาการวิชาชีพและภาคประชาสังคมในระดับนโยบายและขยายลงสู่พื้นที่ปฏิบัติการ

๒. อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๕ (๘) แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ จึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ มีนายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ เป็นประธานกรรมการ นายศุภกิจ ศิริลักษณ์ เป็นรองประธานกรรมการ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ และมีองค์ประกอบจากองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวนรวมไม่เกิน ๒๐ คน มีหน้าที่และอำนาจสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการและติดตามการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มประชากรที่มีความจำเพาะด้านสุขภาพดังกล่าว ให้สามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน สร้างความเป็นธรรมในสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาของประเทศต่อไป

รายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๓

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

๑. (ร่าง) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ไม่ได้กำหนดวาระการดำรงตำแหน่งของคณะกรรมการฯ และในสัดส่วนขององค์ประกอบกรรมการ ควรมีการพิจารณากรรมการจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นองค์ประกอบของกรรมการด้วย

๒. สนับสนุนการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ เนื่องจากเป็นกลไกทางด้านปฏิบัติการ และขอให้พิจารณาองค์ประกอบของกรรมการให้ครอบคลุมหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

มติที่ประชุม ๑. เห็นชอบ ให้แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ โดยมีนายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ เป็นประธานกรรมการ นายศุภกิจ ศิริลักษณ์ เป็นรองประธานกรรมการ และเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ มีองค์ประกอบจากองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจำนวนไม่เกิน ๒๐ คน มีหน้าที่และอำนาจตามเอกสารที่เสนอ

๒. มอบหมายให้ สช. ประสานกับประธานกรรมการและรองประธานกรรมการ ในการพิจารณารายชื่อกรรมการจากองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และเสนอประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาลงนามแต่งตั้งต่อไป

๓. รับรองมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบวาระที่ ๕.๓

๕.๔ แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เชิญให้ นายสุทธิพงษ์ วสุโสภานนท์ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รายงาน โดยได้รายงานว่า

๑. ตามมาตรา ๒๕ (๑) และ มาตรา ๔๖ แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่และอำนาจจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็น

กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เสนอต่อ คณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ แล้วรายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ

๒. ในการประชุม คสช. ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบต่อ ร่าง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ และมอบให้ สช. นำเสนอร่าง ธรรมนูญฯ ดังกล่าว ต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนรายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และประกาศราชกิจจานุเบกษาต่อไป ขณะนี้ สช. อยู่ระหว่างกระบวนการนำเสนอ ร่าง ธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ ต่อคณะรัฐมนตรี

๓. เพื่อให้กระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ในระยะ ๕ ปี สช. จึงเห็นควรเสนอให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ โดยมีนายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์ ในด้านระบบสุขภาพ เป็นประธานกรรมการ มีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ และมีองค์ประกอบของกรรมการอื่น ๆ ไม่เกิน ๒๐ คน

๔. การดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ ดังกล่าว เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๒๕ (๘) แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

รายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๔

ที่ประชุมมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยสังเขป ดังนี้

๑. เห็นควรให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนและติดตาม การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ เนื่องจากมีความสำคัญต่อการผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ ต่อไป

๒. การดำเนินการสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะต่างๆ นอกจากมีการดำเนินการผ่านกลไกคณะกรรมการแล้ว จะมีวิธีการหรือแนวทางในการติดตามการดำเนินงานอย่างไร

๓. ควรปรับหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการฯ ให้ครอบคลุม ดังนี้ (๑) ควรเน้นเรื่องการให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ (๒) ประสานเชื่อมโยงกลไกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ (๓) การสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและสนับสนุนให้เกิดการนำไปใช้อย่างเป็นจริง โดยมีการติดตามและประเมินผลด้วย

๔. ควรเสนอธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ให้กับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับใหม่ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการยกร่างแผน ฯ

๕. สช. มีการประสานการทำงานร่วมกับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ตามมติ UN ที่ ๔๘/๑๓ เป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีและเอื้อต่อสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชน ซึ่งอยู่ระหว่างประสานการทำงานร่วมกัน

มติที่ประชุม ๑. เห็นชอบให้ แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ มีนายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธานกรรมการ มีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ และมีองค์ประกอบของกรรมการอื่น ๆ ไม่เกิน ๒๐ คน ให้มีหน้าที่และอำนาจตามเอกสารที่เสนอ

๒. มอบหมายให้ สช. ประสานกับประธานกรรมการ ในการพิจารณารายชื่อกรรมการจากองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และเสนอประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาลงนามแต่งตั้งต่อไป

๓. รับรอง มติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบวาระที่ ๕.๔

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่น ๆ

๖.๑ นัดหมายการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕

นายประทีป ธนกิจเจริญ กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แจ้งที่ประชุมทราบ ว่า เพื่อให้การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นระบบ ฝ่ายเลขานุการจึงขอเสนอกำหนดนัดหมายการประชุม คสช. ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ ในวันจันทร์ที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ น.

มติที่ประชุม เห็นชอบ กำหนดนัดหมายการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ ในวันจันทร์ที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ น.

เลิกประชุม เวลา ๑๖.๐๐ น.

นางสาววันวิสา แสงทิม
ผู้จัดทำรายงานการประชุม

นางนิรชา อัครวีระกุล
ผศ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี
ผู้ตรวจรายงานการประชุม

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

๓.๑ ผลการสรรหากรรมการสุภาพแห่งชาติทดแทนตำแหน่งที่ว่างของผู้แทนผู้ว่าราชการ
กรุงเทพมหานคร และนายกเมืองพัทยา

(มีสไลด์ประกอบการนำเสนอหมายเลข ๓.๑ และเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๑)

สรุปสาระสำคัญ

๑. มาตรา ๑๓ แห่งพระราชบัญญัติสุภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดองค์ประกอบของคสช. ที่มาจาก ๓ ภาคส่วน ได้แก่ ภาคราชการและการเมือง ภาควิชาการและวิชาชีพ และภาคประชาสังคมและประชาชน มีนายกรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ โดยกรรมการมาจากทั้งการดำรงตำแหน่งและการสรรหาด้วยวิธีการเลือกกันเอง โดยมีคณะกรรมการสรรหากรรมการสุภาพแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการสรรหา ตามมาตรา ๑๙ และ ๒๐

๒. คณะกรรมการการเลือกตั้ง ประกาศให้มีการเลือกตั้งใหม่ของสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นของกรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๕ ดังนั้น นายกเมืองพัทยา (นายสนธยา คุณปลื้ม) จึงลาออกจากตำแหน่งนายกเมืองพัทยา เมื่อวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕ ส่งผลให้สิ้นสุดการเป็นกรรมการสุภาพแห่งชาติ และตามมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติสุภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้ดำเนินการเลือกกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลง (ภายใน ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕)

๓. การเลือกตั้งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและนายกเมืองพัทยา เสร็จสิ้นเมื่อวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ และคณะกรรมการการเลือกตั้งรับรองผลการเลือกตั้ง ดังนี้ (๑) นายชัชชาติ สิทธิพันธุ์ เป็นผู้ว่ากรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ (๒) นายปรเมศวร์ งามพิเชษฐ์ เป็นนายกเมืองพัทยา เมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๕

๔. บัดนี้ คณะกรรมการสรรหากรรมการสุภาพแห่งชาติ ที่มีนางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา เป็นประธานกรรมการ ได้ดำเนินการกระบวนการสรรหากรรมการสุภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๑๕ (๑) กลุ่มผู้แทนของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายกเมืองพัทยา เสร็จสิ้นแล้ว เมื่อวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕ โดยมีนายปรเมศวร์ งามพิเชษฐ์ นายกเมืองพัทยา เป็นกรรมการสุภาพแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการสรรหากรรมการสุภาพแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อผู้แทนของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายกเมืองพัทยา และหัวหน้าผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



ประกาศคณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รายชื่อผู้แทนของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายกเมืองพัทยา
และหัวหน้าผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้นเป็นการเฉพาะ
เป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๕

ตามประกาศคณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ เรื่อง ประกาศ วิธีการ หลักเกณฑ์และระยะเวลาการเลือกผู้แทนของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายกเมืองพัทยา และหัวหน้าผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้นเป็นการเฉพาะ เป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๕ บัดนี้ คณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว นั้น

จึงขอประกาศว่า นายปรเมศวร์ งามพิเชษฐ์ นายกเมืองพัทยา เป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๕ (๑)

ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๕ (๑) หากมีความเห็นแย้งต่อประกาศฉบับนี้ สามารถยื่นอุทธรณ์พร้อมส่งเหตุผลและหลักฐานประกอบต่อประธานกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ภายใน ๕ วัน นับจากวันประกาศ โดยคำวินิจฉัยของคณะกรรมการสรรหาฯ ให้ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นางปิติพร จันทรทัต ณ ออยุธยา)

ประธานกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓.๒ ความคืบหน้าการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓
(มีสไลด์ประกอบการนำเสนอหมายเลข ๓.๒ และเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๒)

สรุปสาระสำคัญ

๑. การจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร เป็นไปตามมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดย คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร (คจ.สก.) มีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เป็นประธาน ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานครมาแล้ว ๒ ครั้ง คือ ครั้งที่ ๑ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และครั้งที่ ๒ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

๒. ความคืบหน้าการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

๑) คณะกรรมการสนับสนุนการจัดและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ (คจ.สก.) มีมติเห็นชอบประเด็นหลัก (Theme) การจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ ภายใต้หัวข้อ “กรุงเทพฯ เมืองแห่งสุขภาวะ ปลอดภัย เศรษฐกิจดี... สร้างได้!” ประเด็นหลักดังกล่าวมาจากการเปิดรับประเด็นสาธารณะเพื่อเข้าสู่กระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน ๒๕๖๕ มีเครือข่ายเสนอทั้งสิ้น ๖๒ เครือข่าย โดยกำหนดจัดงานช่วงปลายเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมสามย่านมิตรทาวน์ฮอลล์ กรุงเทพมหานคร

๒) การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและพัฒนาเอกสารระเบียบวาระ โดย คณะอนุกรรมการวิชาการ ภายใต้ คจ.สก. ได้จัดกระบวนการ Workshop การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๒ ครั้ง จำแนกเป็น ๒ กลุ่มประเด็นใหญ่ คือ (๑) พื้นที่เศรษฐกิจ ปลอดภัย ภายใต้ความหลากหลาย (Urban Environment) (๒) สุขภาพดีวิถีเดียวกัน (Urban Health) และเรียกกลุ่มประเด็นใหญ่นี้ว่า “Pillar” เปรียบเสมือนโครงสร้างหลักที่สำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะ ซึ่งภายใต้แต่ละ Pillar จะมีกรอบและนิยามที่มาจากการแสดงความคิดเห็นทั้งของผู้เข้าร่วมกระบวนการ Workshop และผู้เสนอประเด็นผ่านระบบออนไลน์ และจะมีการจัด Workshop ครั้งที่ ๓ และ ๔ ต่อเนื่องเพื่อจัดทำเอกสารทิศทางนโยบาย/ข้อเสนอเชิงนโยบาย ทั้งสองประเด็น เตรียมเข้าสู่การพิจารณาในสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ ต่อไป

๓) การเตรียมความพร้อมและจัดกลุ่มเครือข่าย โดยคณะอนุกรรมการบริหารและเตรียมความพร้อมกลุ่มเครือข่าย มีการทบทวนการจัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร

แบ่งเป็นกลุ่มเครือข่าย ดังนี้ (๑) **กลุ่มเครือข่ายพื้นที่** (MA : Member of Area) กำหนดให้ครอบคลุมกลุ่มเครือข่ายพื้นที่ทั้ง ๕๐ เขต ประกอบด้วย สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักงานเขต ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ประธานชุมชนระดับเขต และ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับเขต (๒) **กลุ่มภาคประชาสังคม** (MS : Member of Sociality) ปรับเปลี่ยนโดยเลือกกลุ่มองค์กรที่ทำงานใน กทม. โดยดูจากประเด็นที่จะนำเข้าเป็นระเบียบวาระในปีนี้เป็นหลัก (๓) **กลุ่มหน่วยงานภาครัฐ** (MP : Member of Public servant) ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานที่มีการดำเนินงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (๔) **กลุ่มภาควิชาการ** (MK : Member of Knowledge) ประกอบไปด้วย สถาบันอุดมศึกษาทุกแห่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๔) **รูปแบบการจัดสัมมนาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓** เป็นการประชุม ณ สถานที่จัดประชุม (Onsite) ณ ห้องประชุมสามย่านมิตรทาวน์ฮอลล์ ชั้น ๕ กรุงเทพมหานคร จำนวนผู้เข้าร่วมประมาณ ๕๐๐ คน เพื่อพิจารณาและรับฟังความคิดเห็นต่อระเบียบวาระและหาฉันทามติ รวมถึงไปถึงงานจัดนิทรรศการและการเสวนาภายนอกห้องประชุม

๕) **การสื่อสารและสร้างกระแสทางสังคม สร้างการรับรู้การมีส่วนร่วม** โดยคณะอนุกรรมการบริหารและเตรียมความพร้อมกลุ่มเครือข่าย ได้ยกร่างแผนระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ดังนี้ (๑) ภาพรวมการขับเคลื่อนสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (๒) กระบวนการสัมมนาสุขภาพกรุงเทพมหานคร และ วิถีทัศน์พิธีเปิด และ (๓) รู้และเข้าใจระเบียบวาระสัมมนาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ทั้ง ๒ ระเบียบวาระ และได้เตรียมการสื่อสารขยายผลการขับเคลื่อนมติสัมมนาสุขภาพกรุงเทพมหานครในช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้สังคมรับรู้ รับทราบและร่วมขับเคลื่อนมติสัมมนาสุขภาพกรุงเทพมหานครด้วย

ทั้งนี้ ในการจัดประชุมสัมมนาสุขภาพกรุงเทพมหานครฯ ทางคณะอนุกรรมการฯ ได้มีข้อเสนอให้มี “ทูตสัมมนาสุขภาพกรุงเทพมหานคร” หรือ “Brand Ambassador” เพื่อสร้างกระแสทางสังคมให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวและตระหนักรู้ในเรื่องของกระบวนการมีส่วนร่วมครั้งนี้ โดย รองศาสตราจารย์ชัชชาติ สิทธิพันธุ์ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร รับเป็นทูตสัมมนาสุขภาพกรุงเทพมหานครแล้ว

ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๒

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรด รับทราบความคืบหน้าการเตรียมการจัดสัมมนาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ และให้ข้อเสนอแนะ

ความคืบหน้าการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓

๑. ที่มาและความสำคัญ

มาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ซึ่งเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร (คจ.สภ.) โดยมีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เป็นประธาน และ คจ.สภ. ได้มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการ ๒ คณะ ได้แก่ ๑) คณะอนุกรรมการวิชาการ มี นางภรณ์ สวัสดิ์รักษ์ เป็นประธานอนุกรรมการ และ ๒) คณะอนุกรรมการบริหารและเตรียมความพร้อมกลุ่มเครือข่าย มี นายชวินทร์ ศิรินาค รองปลัดกรุงเทพมหานคร เป็นประธานอนุกรรมการ

๒. ความคืบหน้าการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓

๒.๑ ประเด็นหลัก (Theme) การจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓

เมื่อวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมชั้น ๘ อาคารธานีนพรัตน์ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร เขตดินแดง คณะกรรมการสนับสนุนการจัดและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ (คจ.สภ.) ได้มีการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบให้สำนักประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร พิจารณาเสนอ Theme การจัดงานครั้งที่ ๓ จากคำสำคัญ ๕ คำ ดังนี้ ร่วมสร้าง กรุงเทพ สุขภาวะดี เศรษฐกิจ ปลอดภัย โดยมีข้อสรุปจากที่ประชุมผู้บริหารสำนักประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ผ่านการโหวต และเสนอต่อ ประธาน คจ.สภ. ภายใต้หัวข้อหลัก “กรุงเทพฯ เมืองแห่งสุขภาวะ ปลอดภัย เศรษฐกิจดี...สร้างได้!”

๒.๒ การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและพัฒนาเอกสารระเบียบวาระ

ทั้งนี้ ประเด็นหลักดังกล่าวมาจากการเปิดรับประเด็นสาธารณะเพื่อเข้าสู่กระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน ๒๕๖๕ มีเครือข่ายเสนอทั้งสิ้น ๖๒ เครือข่าย โดยมีกระบวนการจัดเวที Workshop การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ จำนวน ๒ กลุ่มประเด็นใหญ่

- Urban Environment “พื้นที่เศรษฐกิจ ปลอดภัย ภายใต้ความหลากหลาย”

- Urban Health “สุขภาพดีวิถีเดียวกัน”

โดยสามารถเรียกประเด็นกลุ่มใหญ่นี้ว่า “pillar” เปรียบเสมือนโครงสร้างหลักที่สำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะ ซึ่งภายใต้แต่ละ pillar จะมีกรอบและนิยามที่มาจากการแสดงความคิดเห็นทั้งของผู้เข้าร่วมกระบวนการ Workshop และผู้เสนอประเด็นผ่านระบบออนไลน์ ดังนี้

Urban Environment “พื้นที่เศรษฐกิจ ปลอดภัย ภายใต้ความหลากหลาย”



กลุ่มสิ่งแวดล้อมเมืองมีกรอบในการเชื่อมโยงมิติการพัฒนาว่า “พื้นที่เศรษฐกิจ ปลอดภัย ภายใต้ความหลากหลาย” ซึ่งภายใต้กรอบใหญ่ประกอบด้วย ๓ ประเด็นย่อย ได้แก่

๑. พื้นที่ทางเศรษฐกิจ ครอบคลุมถึง

๑.๑ เศรษฐกิจฐานราก เศรษฐกิจรายย่อย (การค้าและบริการ) ในเมือง

๑.๒ ความมั่นคงทางอาชีพและรายได้

๑.๓ ความหลากหลาย เช่น ความหลากหลายทางอาชีพ ความหลากหลาย

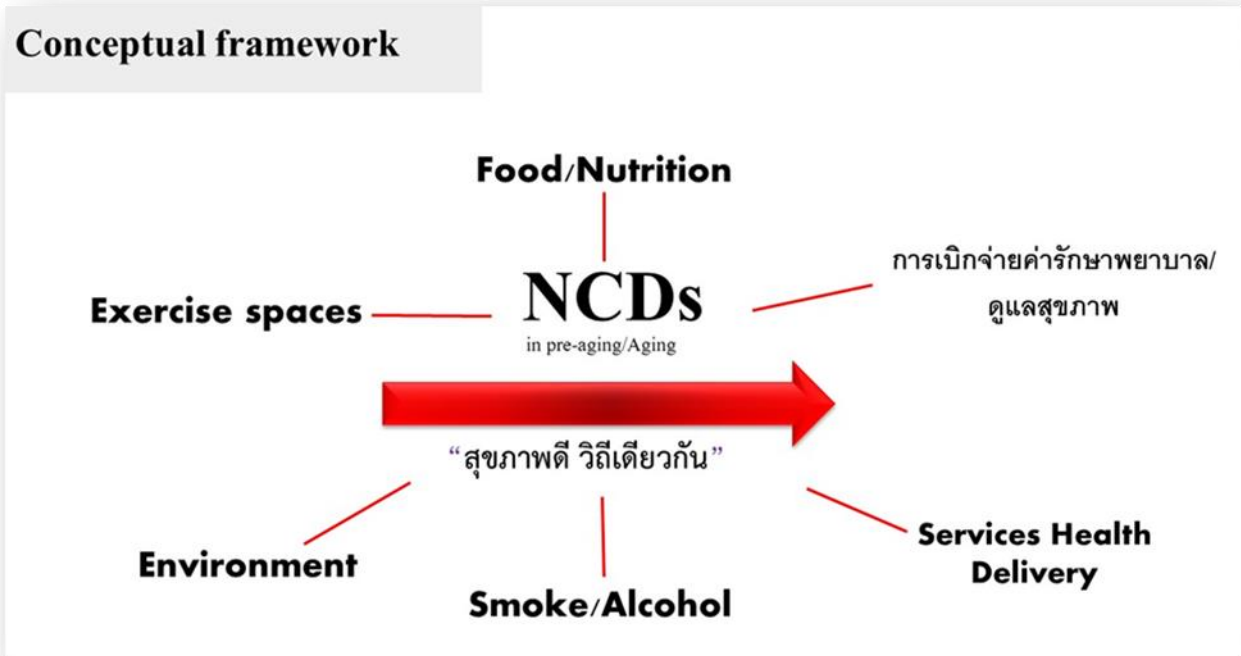
ของบริษัทพื้นที่

๒. ความปลอดภัย ครอบคลุมถึง

๒.๑ ความมั่นคงทางอาหาร และอาหารปลอดภัย

- ๒.๒ สาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม (การจัดการของเสียที่เกิดขึ้น)
- ๓. การเตรียมพร้อมรองรับความแตกต่างหลากหลาย ครอบคลุมถึง
 - ๓.๑ การสร้างกลไกการมีส่วนร่วม การแสดงออก การรับฟังและแสดงความ
คิดเห็น
 - ๓.๒ การจัดการ การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม

Urban Health “สุขภาพดีวิถีเดียวกัน”



“สุขภาพดีทุกช่วงวัยด้วยระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่เน้นคุณค่า” เป็นมิติภายใต้กรอบการพัฒนาของกลุ่มสุขภาพ ที่ได้วิเคราะห์จากข้อมูลจากการแลกเปลี่ยนใน Workshop และการเสนอประเด็นรูปแบบออนไลน์มาเชื่อมโยงเข้ากับสถิติ แนวโน้มหรือทิศทางของการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ชีวิต และกลุ่มโรค จึงได้กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรม (NCDs) ในกลุ่มวัยก่อนเป็นผู้สูงอายุ (Pre-aging) และกลุ่มผู้สูงอายุ (Aging) ออกมาเป็นจุดเริ่มต้นที่จะเป็นเป้าหมายกรอบใหญ่ในการพัฒนาไปสู่นโยบายสาธารณะในมิติสุขภาพ ประกอบด้วยประเด็นย่อย ๖ ประเด็น ดังนี้

๑. อาหารและโภชนาการ (Food/Nutrition)
๒. ระบบบริการสุขภาพ (Service Health Delivery)
๓. สิ่งแวดล้อม (Environment)
๔. การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ (Smoke/Alcohol)

๕. พื้นที่ออกกำลังกาย (Exercise spaces)

๖. การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล/การดูแลสุขภาพ

และมีประเด็นจาก Workshop ที่มีความน่าสนใจแต่ยังไม่ได้กล่าวถึง ซึ่งอาจอยู่ภายใต้ ประเด็นของระบบบริการสุขภาพ (Service Health Delivery) เช่น ระบบสุขภาพมาตรฐานเดียว ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการเข้าถึงการให้บริการสิทธิในการรักษา (บัตร ๓๐ บาท ประกันสังคม และประกันสุขภาพ)

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างแบบมีส่วนร่วม กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๑

จากการวิเคราะห์และจัดกลุ่มประเด็นข้างต้น ในการจัดกระบวนการ ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ได้มีการแบ่งกระบวนการออกเป็น ๒ ช่วง คือ

● ช่วงที่ ๑ : แลกเปลี่ยนเติมเต็ม “นิยามและกรอบในการพัฒนาประเด็น”

๒ pillars

● ช่วงที่ ๒ : กระบวนการกลุ่มย่อย “วิเคราะห์เพื่อจัดลำดับความสำคัญประเด็นย่อยภายใต้กรอบของแต่ละ pillar”

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อกรอบและนิยามของทั้ง ๒ pillars และได้ลงกระบวนการกลุ่มย่อยเพื่อให้ได้แลกเปลี่ยนแบบเจาะลึกในประเด็นที่ผู้เข้าร่วมแต่ละคนสนใจ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดกระบวนการ ครั้งที่ ๑ สามารถสรุปผล ได้ดังนี้



ปฏิทินการพัฒนาประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบายสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ดังนี้

➤ WORKSHOP ครั้งที่ ๑: วันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมชั้น ๓ ณ ศูนย์การค้า Season Mall (สนามเป้า)

ผลลัพธ์: เพื่อขมวดประเด็นย่อยให้มีความชัดเจน ภายใต้ประเด็นใหญ่ ๒ ประเด็น (เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม/สุขภาพ) และภายใต้กรอบ (Theme) “สุขภาวะคนเมืองหลังวิกฤตโควิด-19”

➤ WORKSHOP ครั้งที่ ๒: วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๕ พร้อมคณะอนุกรรมการวิชาการ ณ ห้องประชุม ๒๔๒ ชั้น ๒ อาคารศูนย์การเรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ผลลัพธ์ของ: เพื่อวิเคราะห์ Stakeholder ในการดำเนินการไปสู่การเกิดเป้าหมายย่อยที่เกิดจาก Workshop ครั้งที่ ๑

➤ WORKSHOP ครั้งที่ ๓: วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมชั้น ๓ ศูนย์การค้า Season Mall (สนามเป้า)

➤ WORKSHOP ครั้งที่ ๔: วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕ พร้อมคณะอนุกรรมการวิชาการ ณ ห้องประชุม สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส

๒.๓ กระบวนการเตรียมความพร้อมและจัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีดังนี้

บทบาทการจัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มเครือข่าย ได้ดังนี้

- **กลุ่มเครือข่ายพื้นที่** (MA : Member of Area) กำหนดให้ครอบคลุมกลุ่มเครือข่ายพื้นที่ทั้ง ๕๐ เขต ประกอบด้วย สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักงานเขต ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ประธานชุมชน ระดับเขต และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับเขต
- **กลุ่มภาคประชาสังคม** (MS : Member of Sociality) ปรับเปลี่ยนโดยเลือกกลุ่มองค์กรที่ทำงานใน กทม. โดยดูจากประเด็นที่จะนำเข้าเป็นระเบียบวาระในปีนี้เป็นหลัก
- **กลุ่มหน่วยงานภาครัฐ** (MP : Member of Public servant) ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานที่มีการดำเนินงานในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

- กลุ่มภาควิชาการ (MK : Member of Knowledge) ประกอบด้วยสถาบันอุดมศึกษาทุกแห่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- กลุ่มคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน (CO : Committee Organizer)
- กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ วิทยากร กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (EX : Exclusive)
- กลุ่มผู้ทำงาน เจ้าหน้าที่ (WK : Worker)
- กลุ่มผู้สังเกตการณ์ ผู้ติดตาม (WI : Walk In)

โดยระบุสัดส่วนของกลุ่มเครือข่ายที่จะเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ดังนี้

จำนวนผู้เข้าร่วมการประชุม	
กลุ่มเครือข่าย	จำนวนเป้าหมาย
MA	๒๕๐
MP	๗๐
MK	๗๐
MS	๑๐๐
CO	๙๐
EX	๔๖
WK	๑๐๐
WI	-
รวม	๗๒๖ (คาดการณ์มาร้อยละ ๗๔)

๒.๔ สถานที่และรูปแบบจัดสัมมนาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยรูปแบบการจัดสัมมนาสุขภาพกรุงเทพมหานครครั้งที่ ๓ เป็นรูปแบบ Onsite ๕๐๐ คน เพื่อพิจารณาและรับฟังความคิดเห็นต่อระเบียบวาระและหาฉันทามติ โดยมีห้องประชุมใหญ่ ๑ ห้อง รองรับผู้เข้าร่วมได้ ๕๐๐ คน และ ๒ ห้องประชุมย่อยรองรับคนได้ ๒๐๐ คน นอกจากนี้ยังมีลานจัดนิทรรศการและเสวนาภายนอกห้องประชุม สถานที่จัดงาน สามย่านมิตรทาวน์ฮอลล์

๒.๕ รูปแบบการสื่อสารและสร้างกระแสทางสังคม สร้างการรับรู้การมีส่วนร่วม

คณะอนุกรรมการบริหารและเตรียมความพร้อมกลุ่มเครือข่าย ได้ยกร่างแผนการสื่อสารทางสังคมและสร้างกระแสการมีส่วนร่วม เพื่อเป็นแนวทางและการเตรียมงาน โดยได้มีการหารือกับสำนักประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เตรียมจัดทำสื่อ ๓ ชั้น ระหว่างเดือน สิงหาคม-พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ดังนี้

- (๑) ภาพรวมการขับเคลื่อนสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- (๒) กระบวนการสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร และ วิถีทัศน์วิสัยเปิด
- (๓) รู้และเข้าใจระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

ทั้ง ๒ ระเบียบวาระ



และได้เตรียมการสื่อสารขยายผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานครในช่องทางต่างๆ เพื่อให้สังคมรับรู้รับทราบและร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานครด้วยการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานครครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ คณะอนุกรรมการฯ มีข้อเสนอให้มี “ทูตสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร” หรือ “Brand Ambassador” เพื่อสร้างกระแสทางสังคมให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวและตระหนักรู้ ในเรื่องของกระบวนการมีส่วนร่วม

ครั้งนี้ โดยมีบุคคลที่ อนุกรรมการเสนอ คือ ๑) รศ. ชัชชาติ สิทธิพันธุ์ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ๒) Miss Thailand Universe ๒๐๒๒ และบุคคลสาธารณะอื่น ๆ ที่อุทิศตนเพื่อสังคมและมีส่วนร่วมในการสร้าง Banner หรือ บัตรคำ เพื่อสื่อสารทาง Social Media ต่อไป

๒.๖ ทรัพยากรและงบประมาณในการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานครครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

งบประมาณการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 3/2565				
กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
กลไก สนับสนุนและขับเคลื่อนการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร (1,470,000)				
คจ.สก. (3)	ส.ค. - พ.ย. ๖5	300,000	สช.	
อนุวิชาการ	เม.ย. - พ.ย. ๖5	100,000		
อนุบริหาร/เครือข่าย	ส.ค. - พ.ย. ๖5	70,000		
พัฒนาประเด็น/กระบวนการ	พ.ค. - ต.ค. ๖5	400,000		
Urban Health	ส.ค. - พ.ย. ๖5	100,000		
Urban Environment	ส.ค. - พ.ย. ๖5	100,000		
การสื่อสารทางสังคม	ส.ค. - พ.ย. ๖5	400,000		
วันจัดงาน สมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2565 (25 พ.ย. 2565) (1,100,000)				
ค่าเดินทาง 500/คน	พ.ย. ๖5	250,000	สสส.	900,000 (ปี63)
ค่าอาหารรวมอาหารว่าง	พ.ย. ๖5	250,000		
ค่าจัดสถานที่/ทีมอำนวยความสะดวก	พ.ย. ๖5	500,000	สำนักอนามัย	400,000 (ปี64)
ค่าตอบแทนวิทยากร	พ.ย. ๖5	100,000	สช.	
รวมทั้งสิ้น		2,570,000		

๓.๓ การตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสารในภาวะวิกฤต ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

(มีสไลด์ประกอบการนำเสนอหมายเลข ๓.๓ และเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๓ เอกสาร ๑, ๒ และ ๓)

สรุปสาระสำคัญ

๑. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ มติ ๑๔.๓ การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ ซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบและมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) แจ้งมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องรับทราบ พร้อมเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) ต่อไป โดยมีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ มีมติรับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามมติ ฯ

๒. สช. จัดประชุมเตรียมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑๔.๓ การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ เมื่อวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๕ มีนางทิพย์รัตน์ นพลาธรรมย์ ประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาพะ เป็นประธาน เพื่อแจ้งมติและปรึกษาหารือแนวทางการขับเคลื่อนมติ ๑๔.๓ โดยมีผู้แทนจากหน่วยงานองค์กรและภาคีเครือข่ายประมาณ ๖๐ คน ซึ่งที่ประชุมได้ร่วมวิเคราะห์และกำหนดจุดเริ่มต้นการขับเคลื่อนจากการจัดตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสารในภาวะวิกฤต

๓. เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ สช. ได้จัดประชุมวงเล็กเพื่อปรึกษาหารือแนวทางการจัดตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสารในภาวะวิกฤต และที่ประชุมเห็นชอบให้จัดตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสาร ฯ ให้เป็นกลไกภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี จากนั้น สช. ได้ประชุมปรึกษาหารือกับหน่วยงานและภาคี ในการกำหนดโครงสร้าง องค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องในการจัดตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสารในภาวะวิกฤต เมื่อวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ณ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล กรุงเทพมหานคร มีนายธีรวัช กลั่นเลี้ยง ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นประธานการประชุม และได้สรุปแนวทางการจัดตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสารในภาวะวิกฤต ดังนี้

๓.๑ การจัดตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสารในภาวะวิกฤตนี้ เป็นการเตรียมความพร้อมที่ครอบคลุมทุกวิกฤตเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการจัดตั้งศูนย์ฯ และเน้นปฏิบัติการเฉพาะในภาวะวิกฤตเท่านั้น ส่วนในภาวะปกติให้ดำเนินการตามภารกิจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน โดยให้ศูนย์อำนวยการการสื่อสารในภาวะวิกฤตอยู่ที่สำนักนายกรัฐมนตรี

๓.๒ การแต่งตั้งคณะกรรมการชุดใหญ่ให้มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน โดยมี นายกรัฐมนตรี เป็นประธาน รองนายกรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง เป็นรองประธาน และรัฐมนตรีกระทรวง ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นกรรมการ เพื่อทำหน้าที่กำหนดทิศทางนโยบาย และครอบคลุมถึงการแต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในแต่ละ ประเด็นวิกฤต

๓.๓ หน่วยงานเลขานุการร่วม ประกอบด้วย (๑) กรมประชาสัมพันธ์ (ด้านช่องทางการสื่อสาร) (๒) กระทรวงสาธารณสุข (ด้านข้อมูลเนื้อหา) (๓) กระทรวงมหาดไทย (ด้านกลไกโครงสร้าง)

๓.๔ เสนอเรื่องการจัดตั้งศูนย์อำนวยการสื่อสารในภาวะวิกฤตต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) ผ่านรองนายกรัฐมนตรีที่กำกับดูแล เพื่อให้ ครม. มีมติเห็นชอบการจัดตั้งศูนย์อำนวยการสื่อสารในภาวะวิกฤต รวมถึงเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณกลางเพื่อดำเนินการในระยะแรกต่อไป

ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๓ เอกสาร ๑, ๒ และ ๓

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรด รับทราบความคืบหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ มติ ๑๔.๓ การจัดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ และข้อเสนอการตั้ง ศูนย์อำนวยการสื่อสารในภาวะวิกฤต และให้ข้อเสนอแนะ

มติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ความคืบหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
มติ ๑๔.๓ การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ

๑. การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑๔.๓ การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ และมีการเสนอมติดังกล่าวในการประชุม คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕ ที่มี นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน โดยที่ประชุมมีมติ เห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ และมีมติ ดังนี้ (๑) มอบหมายให้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) แจงมติให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อพิจารณา ดำเนินการในส่วนของมติที่เกี่ยวข้องตามที่เห็นสมควร (๒) มอบหมายให้คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตาม การดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) พิจารณาดำเนินการตามมติ และรายงานให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรับทราบความคืบหน้า (๓) เห็นชอบให้เสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อทราบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามภาระหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง

๒. วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๕ สช. ได้จัดประชุมเตรียมการขับเคลื่อน มติ ๑๔.๓ การจัดการการ สื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ มีนางทิพย์รัตน์ นพลดารมย์ ประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนและ ติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะ เป็นประธานการประชุม เพื่อชี้แจงมติและปรึกษาหารือแนวทางการดำเนินการตามมติ ๑๔.๓ การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม ในวิกฤตสุขภาพร่วมกัน โดยมีผู้แทนจากหน่วยงานองค์กรและภาคีเครือข่ายประมาณ ๖๐ คน อาทิ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กรมประชาสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งที่ประชุมมีข้อเสนอต่อแนวทางการขับเคลื่อนมติฯ โดยให้เริ่มต้นจากการจัดตั้งศูนย์อำนวยการสื่อสาร ในภาวะวิกฤต ก่อนจะวางแผนเชิงกลยุทธ์และปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนร่วมกันต่อไป

๓. คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติงาน (คมส.) ในการประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ที่มี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) เป็นประธานการประชุม มีมติเห็นชอบกรอบและแนวทางการขับเคลื่อนมติสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ และมอบหมายให้คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชา สุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตาม มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะ รับไปพิจารณาดำเนินการ

๔. สช. จัดประชุมหน่วยงานหลัก เพื่อปรึกษาหารือแนวทางการจัดตั้งศูนย์อำนวยการสื่อสาร ในภาวะวิกฤต เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ โดยมีผู้แทนจากสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กรมประชาสัมพันธ์ กรมสารนิเทศและ

โฆษกกระทรวงการต่างประเทศ เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือ ซึ่งที่ประชุมมีข้อสรุปพร้อมให้จัดตั้งศูนย์
 อำนวยการการสื่อสารฯ อยู่ที่สำนักนายกรัฐมนตรี และให้ยกร่างโครงสร้าง/ร่างคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ
 และกำหนดหน้าที่อำนาจของคณะกรรมการฯ

๕. ต่อมา เมื่อวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติรับทราบมติสมัชชาสุขภาพ
 แห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามมติฯ
 จากนั้นวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ สช. ได้จัดประชุมร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่าย ณ สำนักงานปลัด
 สำนักนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล กรุงเทพมหานคร และผ่านระบบออนไลน์ โดยมีนายธีรวัช กลั่นเลี้ยง
 ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นประธานการประชุม เพื่อปรึกษาหารือถึงโครงสร้าง องค์ประกอบ
 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องในการจัดตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสารในภาวะวิกฤต

๖. ข้อเสนอต่อแนวทางการจัดตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสารในภาวะวิกฤต มีดังนี้

(๑) การจัดตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสารในภาวะวิกฤตนี้ เป็นการเตรียมความพร้อม
 ที่ครอบคลุมทุกวิกฤต เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการจัดตั้งศูนย์ฯ และเน้นปฏิบัติการเฉพาะในภาวะวิกฤต
 เท่านั้น ส่วนในภาวะปกติให้ดำเนินการตามภารกิจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน

(๒) การจัดตั้งศูนย์อำนวยการฯ ให้มีศูนย์กลางอยู่ที่สำนักนายกรัฐมนตรี

(๓) การแต่งตั้งคณะกรรมการชุดใหญ่ให้มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน โดยมีนายกรัฐมนตรี
 เป็นประธาน รองนายกรัฐมนตรี เป็นรองประธาน และรัฐมนตรีกระทรวง รวมถึงภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
 เป็นกรรมการ มีหน้าที่และอำนาจกำหนดทิศทางนโยบาย รวมถึงการแต่งตั้งคณะกรรมการ หรือ
 คณะทำงานจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นวิกฤต

(๔) หน่วยงานเลขานุการร่วม ประกอบด้วย (๑) กรมประชาสัมพันธ์ (ด้านช่องทางการสื่อสาร)
 (๒) กระทรวงสาธารณสุข (ด้านข้อมูลเนื้อหา) (๓) กระทรวงมหาดไทย (ด้านกลไกโครงสร้าง)

(๕) เสนอเรื่องการจัดตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสารในภาวะวิกฤตต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.)
 ผ่านรองนายกรัฐมนตรีที่กำกับดูแล เพื่อให้ ครม. มีมติเห็นชอบการจัดตั้งศูนย์อำนวยการการสื่อสารใน
 ภาวะวิกฤต รวมถึงเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณในระยะแรกให้เบิกจ่ายจากงบประมาณกลางเพื่อดำเนินการ
 ในระยะแรกและระยะต่อไปให้จัดทำแผนงบประมาณจากหน่วยงานฝ่ายเลขานุการ

๗. การดำเนินการจากนี้ สช. จะเตรียมจัดประชุมปรึกษาหารือกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อร่วม
 วางแผนการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นรูปธรรม อนึ่ง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
 มติ ๑๔.๓ การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ เป็นมติหนึ่งที่ถูกกำหนดให้ต้องรายงาน
 ความคืบหน้าในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ ในช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๖๕ นี้

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔

สมัชชาสุขภาพ ๑๔. มติ ๓

๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๔

การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ (Participatory Communication Management in Health Crisis)

การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในวิกฤตสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพของภาครัฐ โดยมีแผนการสื่อสารที่เป็นระบบเพื่อสื่อสารไปยังประชาชน อย่างเป็นเอกภาพ โปร่งใส และเหมาะสมกับช่วงเวลา และมีศูนย์อำนวยการสื่อสาร ที่ประกอบด้วยคณะกรรมการจากทุกภาคส่วน เป็นกลไกในการปฏิบัติตามแผน ด้วยความรับผิดชอบ ด้วยภาระรับผิดชอบต่อตำแหน่งหน้าที่ของทุกฝ่าย โดยกำหนดให้มีบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกมิติ เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนทุกกลุ่ม ให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย อันจะส่งผลให้สังคมไทยผ่านพ้นวิกฤตสุขภาพไปได้โดยเร็วที่สุด

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สิบสี่

ได้พิจารณารายงาน เรื่อง การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ*

ตระหนัก ว่า การสื่อสาร เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในหลายรูปแบบ ผ่านสื่อที่หลากหลาย โดยทุกคนในสังคมยุคดิจิทัลต่างสามารถเป็นผู้ผลิตสื่อได้ด้วยตนเอง ทำให้การสื่อสารในยุคนี้เป็นไปอย่างกว้างขวาง รวดเร็ว และเข้าถึงคนจำนวนมากได้อย่างไร้พรมแดน

ห่วงใย ว่า ในวิกฤตสุขภาพ โดยเฉพาะสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 เป็นภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม เนื่องจากพบว่ามีหลายมาตรการที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ยังไม่สามารถตอบคำถาม หรือข้อสงสัยที่ประชาชนยังสับสนได้อย่างครบถ้วน ในอันที่จะสร้างความเชื่อมั่นได้ในระดับที่น่าพอใจ เนื่องจากภาครัฐยังขาดยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการภาวะวิกฤตที่ชัดเจน และยังขาดการบัญชาการในทุกระดับอย่างเป็นเอกภาพ ส่งผลให้การจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤตขาดความเหมาะสม ขาดการมีส่วนร่วม และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่อ่อนไหวและซับซ้อน ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม

กังวล ว่า ผลกระทบที่เกิดจากการสื่อสารในภาวะวิกฤตที่ยังขาดการบริหารจัดการ จะก่อให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน เกิดข่าวลวง ข่าวปลอม และข้อมูลที่ไม่ตรงกับข้อเท็จจริง กระทั่งเกิดกระแสแห่งความไม่เชื่อมั่นในภาครัฐ อันจะส่งผลให้ประชาชนในสังคมไทยไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และสอดคล้องกับมาตรการสาธารณสุข ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการจำกัดการแพร่ระบาดของโรคที่ก่อให้เกิดวิกฤตสุขภาพ อันอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม อย่างมีอาจประเมินการได้

* เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๔ / หลัก ๓

รับทราบ ว่า การสื่อสารในภาวะวิกฤตมีแนวทางในการดำเนินการ ๓ ระยะ คือ การสื่อสารในระยะก่อนเกิดวิกฤต การสื่อสารในระยะเกิดวิกฤต และการสื่อสารในระยะหลังเกิดวิกฤต โดยการสื่อสารทั้ง ๓ ระยะนี้ จำเป็นต้องมีการวางแผน และดำเนินการอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน รอบคอบ และรัดกุม โดยตระหนักถึงบริบทแวดล้อมด้านการสื่อสาร ด้านเทคโนโลยีสื่อ ด้านสถานการณ์การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนด้านนโยบาย กฎหมาย และมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ชี้แจง ว่า เมืองคอร์ก ภาคีเครือข่าย สื่อมวลชน และประชาชนจำนวนมาก ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในวิกฤตสุขภาพ ต่างมีความตื่นรู้ และตระหนักถึงปัญหาด้านการสื่อสารที่เกิดขึ้นในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ซึ่งเป็นวิกฤตสุขภาพที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน และแสดงความประสงค์ที่จะร่วมกันพัฒนาแนวทางในการสื่อสารเพื่อให้ประเทศชาติผ่านพ้นวิกฤตสุขภาพครั้งนี้ไปได้ โดยเกิดผลกระทบต่อทุกฝ่ายให้น้อยที่สุด

เห็นว่า การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ เป็นแนวทางสำคัญอย่างยิ่งที่คนในสังคมจะต้องให้ความร่วมมือ และควรมีนโยบายสาธารณะเพื่อให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันดำเนินการ และขับเคลื่อนให้เป็นรูปธรรม และปฏิบัติได้จริงตามทิศทางเส้นทางเดินของมติฯ^๒ ต่อไป

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้ภาครัฐเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ โดยกำหนดให้เป็นวาระสำคัญเร่งด่วนในระดับชาติ พร้อมกำหนดแนวทางการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพไว้เป็นการเฉพาะในแผนแม่บท ซึ่งกำหนดให้มีแผนการจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤตเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะก่อนเกิดวิกฤต ระยะเกิดวิกฤต และระยะหลังเกิดวิกฤต ทั้งแผนระยะเร่งด่วน ระยะสั้น และระยะยาว พร้อมทั้งกำหนดแผนบูรณาการการจัดการและงบประมาณที่เหมาะสมในการจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพร่วมกันกับทุกภาคส่วน โดยต้องคำนึงถึงบริบทและสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่เป็นสำคัญ
๒. ขอให้ภาครัฐกำหนดยุทธศาสตร์การจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ โดยร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งศูนย์อำนวยการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัดและอื่นๆ ตามความเหมาะสม ในรูปแบบของคณะกรรมการจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ที่สื่อสารจากจุดเดียว อย่างเป็นเอกภาพและสอดคล้องตรงกันในทุกระดับ พร้อมทั้งมีผู้อำนวยการที่มีความรับผิดชอบ และอำนาจตัดสินใจ บนพื้นฐานของผลประโยชน์ส่วนรวม เพื่อเป็นหน่วยงานกลางในการประสานงาน เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ ผลិតสื่อ และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ ที่หลากหลาย ครบถ้วนรวมทั้งการจัดการงบประมาณให้เหมาะสม ตามแผนการสื่อสารในภาวะวิกฤต พร้อมทั้งพัฒนาฐานข้อมูลหรือศูนย์ข้อมูลระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น และระดับชุมชน ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย โดยมีผู้ประสานงานที่ได้รับมอบหมายในทุกระดับอย่างชัดเจน และสามารถประสานงานได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์
๓. ขอให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับการสื่อสารในภาวะวิกฤตอย่างมีส่วนร่วมที่ครอบคลุม และทั่วถึง ทั้งเชิงประเด็นที่เป็นข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง และสำคัญในแต่ละช่วงเวลา และเชิงกลุ่มเป้าหมายที่

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๔ / หลัก ๓ / หมวด ๑

ครอบคลุมทุกกลุ่มในสังคม โดยจัดกระบวนการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ อย่างน้อย ๒ ระดับ คือ ระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ โดยอาศัยกลไกในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบด้านการสื่อสารเป็นการเฉพาะ มีบรรยากาศการสื่อสารที่สร้างสรรค์ ในทุกระดับ ด้วยภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย โดยปรากฏแหล่งอ้างอิงที่สามารถตรวจสอบได้

๔. ขอให้ภาครัฐให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจร่วมกันให้กับคนในสังคม โดยกำหนดให้มีการรับฟังข้อมูล และความคิดเห็นจากทุกฝ่าย พร้อมทั้งจัดหน่วยเฝ้าระวัง และติดตามประเด็นการสื่อสารที่ยังไม่ชัดเจน ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง สร้างความสับสนในสังคมหรืออาจส่งผลกระทบต่อสังคมในอนาคต เพื่อรวบรวม แสวงหาคำตอบ และเผยแพร่คำตอบด้วยวิธีการที่เหมาะสม ทันต่อสถานการณ์ ด้วยหลักจิตวิทยาการสื่อสาร ผ่านช่องทางที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึงสื่อท้องถิ่น และสื่อภาคประชาชน ด้วยภาษาที่เหมาะสมกับทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์จากทุกฝ่าย เพื่อรับฟัง และแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือความคิดเห็นจากประชาชนทุกกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ ด้วยความรับผิดชอบ (Responsibility) และภาระรับผิดชอบต่อตำแหน่งหน้าที่ (Accountability) ของทุกฝ่าย และคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง
๕. ขอให้ภาครัฐคำนึงถึงสิทธิ และเสรีภาพของประชาชนในการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร โดยเปิดช่องทางการสื่อสารให้ประชาชนทุกกลุ่ม ทุกช่วงวัย ได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ ด้วยข้อมูลที่ตรงกัน และเป็นเอกภาพ (Single Message) พร้อมทั้งมีความสอดคล้องกัน (Consistency) ในทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว ผ่านสื่อที่หลากหลาย ทั้งสื่อเดิม สื่อใหม่ และสื่อบุคคล โดยครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เช่น เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ คนพิการ กลุ่มเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ กลุ่มประชากรเฉพาะ กลุ่มชาติพันธุ์ แรงงานข้ามชาติ และผู้มีความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น โดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ที่มีการใช้ภาษาถิ่น และภาษาเฉพาะกลุ่มที่แตกต่างกัน
๖. ขอให้ภาครัฐให้ความสำคัญกับการกำกับทิศทาง และความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารในวิกฤตสุขภาพในสังคม โดยบังคับใช้ระเบียบ ข้อบังคับ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อย่างเหมาะสม เป็นธรรม รวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ เฝ้าระวัง จัดการกับข่าวลวง ข่าวปลอม และการบิดเบือนข้อเท็จจริงที่สร้างผลกระทบต่อความเชื่อมั่นที่มีต่อการสื่อสารของภาครัฐ และการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของทุกคนในสังคมตลอดจนประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานและช่องทางรับข้อมูลจากประชาชน ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของประชาชนในการแสดงความคิดเห็นที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปัจจุบัน
๗. ขอให้องค์กรวิชาชีพสื่อ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ให้ความสำคัญกับการกำกับดูแลการปฏิบัติหน้าที่ของสื่อ โดยกำหนดแนวปฏิบัติในการปฏิบัติงานสำหรับสื่อในวิกฤตสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งข้อกำหนด ข้อพึงปฏิบัติ ข้อห้ามปฏิบัติ และบทลงโทษที่ชัดเจนเมื่อมีการฝ่าฝืน ตลอดจนกำหนดแนวทางส่งเสริมสนับสนุนสื่อให้ปฏิบัติงานเป็นไปตามหลักจริยธรรมวิชาชีพ และกฎหมายอย่างเคร่งครัด ด้วยความรับผิดชอบต่อส่วนรวม

๘. ขอให้ภาครัฐ ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา และองค์กรวิชาชีพสื่อ ให้ความสำคัญอย่างจริงจัง ในการเสริมสร้างให้การสื่อสารในสังคมไทยเป็นไปอย่างมีคุณธรรมและจริยธรรม โดยไม่ขัดกับหลักกฎหมายของบ้านเมือง ทั้งการสื่อสารผ่านสื่อเดิม สื่อใหม่ และสื่อบุคคล พร้อมทั้งสร้างการรู้เท่าทันสื่อ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL) ให้แก่ประชาชนโดยถ้วนหน้า ผ่านการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ เพื่อให้สามารถเข้าถึง วิเคราะห์ สร้างสรรค์เนื้อหา นำไปใช้ และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการสื่อสารให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง และปลอดภัย ในวิกฤตสุขภาพ
๙. ขอให้ศูนย์อำนวยการสื่อสารในภาวะวิกฤต และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ การประเมินผล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา โดยจัดให้มีการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะวิกฤต ตลอดจนการสื่อสารในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งถอดบทเรียนการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดระยะเวลาในการประเมินผลให้สอดคล้องกับแผนการจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤตระดับชาติ
๑๐. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และทุกภาคส่วนของสังคมร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเด็นนี้อย่างเต็มความสามารถ โดยเป็นไปตามแนวทาง ทิศทาง กระบวนการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเส้นทางเดินของมติฯ
๑๑. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<p>รัฐบาล โดย ศูนย์บริหารจัดการภาวะฉุกเฉินการแพร่ระบาดของโรค^๑ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม กระทรวงแรงงาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ กรมประชาสัมพันธ์ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>๑. ขอให้ภาครัฐเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ โดยกำหนดให้เป็นวาระสำคัญเร่งด่วนในระดับชาติ พร้อมกำหนดแนวทางการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพไว้เป็นการเฉพาะในแผนแม่บท ซึ่งกำหนดให้มีแผนการจัดการสื่อสารในภาวะวิกฤตเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะก่อนเกิดวิกฤต ระยะเกิดวิกฤต และระยะหลังเกิดวิกฤต ทั้งแผนระยะเร่งด่วน ระยะสั้น และระยะยาว พร้อมทั้งกำหนดแผนบูรณาการการจัดการและงบประมาณที่เหมาะสมในการจัดการ การสื่อสารในวิกฤตสุขภาพร่วมกันกับทุกภาคส่วน โดยต้องคำนึงถึงบริบทและสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่เป็นสำคัญ</p>	<p>๑. การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพเป็นวาระสำคัญเร่งด่วนในระดับชาติ และได้แนวทางการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ ทั้ง ๓ ระยะ ที่ปรากฏในแผนแม่บท พร้อมได้แผนบูรณาการการจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ</p>	<p>ทุกภาคส่วนตระหนักถึงความสำคัญเร่งด่วนในระดับชาติที่จะต้องมีการจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ และมีความพร้อมในการบูรณาการการทำงานร่วมกันตามแนวทางการสื่อสารที่กำหนดในแผนแม่บท</p>
<p>รัฐบาล โดยศูนย์บริหารจัดการภาวะฉุกเฉินการแพร่ระบาดของโรค^๑ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับ สถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนด้านการสื่อสาร องค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมประชาสัมพันธ์ ผู้ประกอบการด้านสื่อ และด้านการสื่อสารโทรคมนาคม สื่อภาคประชาชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>๒. ขอให้ภาครัฐกำหนดยุทธศาสตร์การจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ โดยร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งศูนย์อำนวยการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัดและอื่นๆ ตามความเหมาะสม ในรูปแบบของคณะกรรมการจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ที่สื่อสารจากจุดเดียว อย่างเป็นเอกภาพและสอดคล้องตรงกันในทุกระดับ พร้อมทั้งมีผู้อำนวยการที่มีความรับผิดชอบ และอำนาจตัดสินใจ บนพื้นฐานของผลประโยชน์ส่วนรวม เพื่อเป็นหน่วยงานกลางในการประสานงาน เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ ผลิตสื่อ และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ ที่หลากหลายครบถ้วนรวมทั้งการจัดการงบประมาณให้เหมาะสม ตามแผนการสื่อสารในภาวะวิกฤต พร้อมทั้งพัฒนาฐานข้อมูลหรือศูนย์ข้อมูลระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น</p>	<p>๑. เกิดศูนย์อำนวยการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ ที่ประกอบด้วยผู้อำนวยการศูนย์ และคณะกรรมการจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นหน่วยงานกลางในการจัดการการสื่อสารอย่างเป็นเอกภาพ</p> <p>๒. ได้ฐานข้อมูล หรือศูนย์ข้อมูลระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น และระดับชุมชน ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย โดยมีผู้ประสานงานที่ได้รับมอบหมายในทุกระดับอย่างชัดเจน</p>	<p>๑. เกิดระบบการจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพ ที่มีฐานข้อมูลเชื่อมโยงกันในทุกระดับ</p> <p>๒. ประชาชนเข้าถึงฐานข้อมูลเกี่ยวกับวิกฤตสุขภาพ และใช้ประโยชน์ได้โดยตรง อย่างรวดเร็ว</p>

^๑ ศูนย์บริหารจัดการวิกฤตสุขภาพแห่งชาติ (ศูนย์บริหารจัดการภาวะฉุกเฉินการแพร่ระบาดกรณีโรคระบาดใหญ่) มาจากมติ ๑๓.๒

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
	และระดับชุมชน ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย โดยมีผู้ประสานงานที่ได้รับมอบหมายในทุกะดับอย่างชัดเจน และสามารถประสานงานได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์		
รัฐบาล โดยศูนย์อำนวยการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ ^๒ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ประกอบการด้านสื่อ และด้านการสื่อสารโทรคมนาคม สื่อภาคประชาชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	๓. ขอให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับการสื่อสารในภาวะวิกฤตอย่างมีส่วนร่วมที่ครอบคลุม และทั่วถึง ทั้งเชิงประเด็นที่เป็นข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง และสำคัญในแต่ละช่วงเวลา และเชิงกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมทุกกลุ่มในสังคม โดยจัดกระบวนการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพอย่างน้อย ๒ ระดับ คือ ระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ โดยอาศัยกลไกในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบด้านการสื่อสารเป็นการเฉพาะ มีบรรยากาศการสื่อสารที่สร้างสรรค์ ในทุกระดับ ด้วยภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสื่อที่เข้าถึงได้โดยง่าย โดยปรากฏแหล่งอ้างอิงที่สามารถตรวจสอบได้	๑. เกิดกระบวนการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพอย่างน้อย ๒ ระดับ คือ ระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ ผ่านกลไกในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และชุมชน ภายใต้บรรยากาศการสื่อสารที่สร้างสรรค์ เข้าถึงได้ง่าย และเข้าใจง่าย	๑. เกิดระบบการทำงานเพื่อจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ กลไกในแต่ละระดับได้เชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน ทั้งในเชิงข้อมูลที่ต้องการในแต่ละช่วงเวลา และในเชิงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย
รัฐบาล โดยศูนย์อำนวยการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ และ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ และกรมประชาสัมพันธ์ เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต องค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองทุนเพื่อการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์กรวิชาชีพสื่อ ผู้ประกอบการด้านสื่อ และด้านการสื่อสารโทรคมนาคม สื่อภาคประชาชน ภาคประชาสังคม และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	๔. ขอให้ภาครัฐให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจร่วมกันให้กับคนในสังคม โดยกำหนดให้มีการรับฟังข้อมูลและความคิดเห็นจากทุกฝ่าย พร้อมทั้งจัดหน่วยเฝ้าระวังและติดตามประเด็นการสื่อสารที่ยังไม่ชัดเจน ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง สร้างความสับสนในสังคมหรืออาจส่งผลกระทบต่อสังคมในอนาคต เพื่อรวบรวม แสวงหาคำตอบ และเผยแพร่คำตอบด้วยวิธีการที่เหมาะสม ทันต่อสถานการณ์ ด้วยหลักจิตวิทยาการสื่อสาร ผ่านช่องทางที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึงสื่อท้องถิ่น และสื่อภาคประชาชน ด้วยภาษาที่เหมาะสมกับ ทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์	๑. เกิดพื้นที่ในการรับฟังข้อมูล และความคิดเห็นเกี่ยวกับวิกฤตสุขภาพ จากทุกฝ่าย และมีหน่วยเฝ้าระวังประเด็นการสื่อสารที่ยังเป็นปัญหาในวิกฤตสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคม เพื่อรวบรวม แสวงหาคำตอบ และเผยแพร่คำตอบด้วยวิธีการที่เหมาะสม ทันต่อสถานการณ์ ด้วยหลักจิตวิทยาการสื่อสาร ผ่านช่องทางที่หลากหลาย	เกิดปฏิสัมพันธ์การสื่อสารเกี่ยวกับวิกฤตสุขภาพในสังคมอย่างกว้างขวาง สร้างสรรค์ และก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่าย

^๒ ศูนย์อำนวยการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ เป็นกลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
	<p>จากทุกฝ่าย เพื่อรับฟัง และแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือความคิดเห็นจากประชาชนทุกกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ ด้วยความรับผิดชอบ (Responsibility) และภาระรับผิดชอบต่อตำแหน่งหน้าที่ (Accountability) ของทุกฝ่าย และคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง</p>		
<p>รัฐบาล โดยศูนย์อำนวยการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ และกรมประชาสัมพันธ์ เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข องค์การวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม องค์การวิชาชีพสื่อ ผู้ประกอบการด้านสื่อ และด้านการสื่อสารโทรคมนาคม สื่อภาคประชาชน ภาคประชาสังคม และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>๕. ขอให้ภาครัฐคำนึงถึงสิทธิ และเสรีภาพของประชาชนในการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร โดยเปิดช่องทางการสื่อสารให้ประชาชนทุกกลุ่ม ทุกช่วงวัย ได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ ด้วยข้อมูลที่ตรงกัน และเป็นเอกภาพ (Single Message) พร้อมทั้งมีความสอดคล้องกัน (Consistency) ในทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว ผ่านสื่อที่หลากหลาย ทั้งสื่อเดิม สื่อใหม่ และสื่อบุคคล โดยครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เช่น เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ คนพิการ กลุ่มเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ กลุ่มประชากรเฉพาะ กลุ่มชาติพันธุ์ แรงงานข้ามชาติ และผู้มีความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น โดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ที่มีการใช้ภาษาถิ่น และภาษาเฉพาะกลุ่มที่แตกต่างกัน</p>	<p>๑. มีช่องทางสื่อสารข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิกฤตสุขภาพที่ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงและตรวจสอบได้ สื่อสารข้อมูลข่าวสารถูกต้อง และเป็นเอกภาพ รวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ผ่านสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายในสังคม</p>	<p>๑. ประชาชนทุกกลุ่ม ทุกช่วงวัย มีสิทธิและเสรีภาพในการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน อย่างทันทั่วถึง และเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>๒. ประชาชนสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยในสถานการณ์วิกฤตสุขภาพ</p> <p>๓. ประเทศผ่านพ้นวิกฤตสุขภาพไปได้โดยเร็ว</p>
<p>กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับ ภาคประชาสังคมด้านการสื่อสาร องค์การวิชาชีพสื่อ องค์การวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>๖. ขอให้ภาครัฐให้ความสำคัญกับการกำกับทิศทาง และความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารในวิกฤตสุขภาพในสังคม โดยบังคับใช้ระเบียบ ข้อบังคับ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม เป็นธรรม รวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ เฝ้าระวัง จัดการกับข่าวลวงข่าวปลอม และการบิดเบือนข้อเท็จจริงที่สร้างผลกระทบต่อความเชื่อมั่นที่มีต่อการสื่อสารของภาครัฐ และการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของทุกคนในสังคมตลอดจนประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานและช่องทางรับข้อมูลจากประชาชน ทั้งนี้</p>	<p>๑. มีการบังคับใช้ระเบียบ ข้อบังคับ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารในวิกฤตสุขภาพอย่างเหมาะสม เป็นธรรม รวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์</p> <p>๒. จำนวนข่าวลวง ข่าวปลอม และข่าวบิดเบือน ที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่นของประชาชนในการบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญ</p>	<p>มีการกำกับทิศทาง และความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารในวิกฤตสุขภาพในสังคมไทย อย่างเหมาะสม เป็นธรรม รวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์</p>

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<p>สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ และกรมประชาสัมพันธ์ เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับองค์กรวิชาชีพสื่อ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษาที่มีการเรียนการสอนด้านการสื่อสาร ผู้ประกอบการด้านสื่อ และการสื่อสารโทรคมนาคม สื่อภาคประชาชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>๗. ขอให้องค์กรวิชาชีพสื่อ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ให้ความสำคัญกับการกำกับดูแลการปฏิบัติหน้าที่ของสื่อ โดยกำหนดแนวปฏิบัติในการปฏิบัติงานสำหรับสื่อในวิกฤตสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งข้อกำหนด ข้อพึงปฏิบัติ ข้อห้ามปฏิบัติ และบทลงโทษที่ชัดเจน เมื่อมีการฝ่าฝืน ตลอดจนกำหนดแนวทางส่งเสริมสนับสนุนสื่อให้ปฏิบัติงานเป็นไปตามหลักจริยธรรมวิชาชีพ และกฎหมายอย่างเคร่งครัด ด้วยความรับผิดชอบต่อส่วนรวม</p>	<p>๑. มีแนวปฏิบัติสำหรับการปฏิบัติงานของสื่อในวิกฤตสุขภาพ ที่มีข้อมูลครบถ้วน และเป็นไปตามหลักจริยธรรม และกฎหมาย</p>	<p>๑. สื่อสามารถปฏิบัติงานในวิกฤตสุขภาพได้ ตามหลักจริยธรรม และกฎหมายอย่างเคร่งครัด ด้วยความรับผิดชอบต่อม</p> <p>๒. ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตนในวิกฤตสุขภาพอย่างปลอดภัย</p>
<p>รัฐบาล โดยศูนย์อำนวยการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ และกรมประชาสัมพันธ์ เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา ทุกสังกัด สถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนด้านการสื่อสาร กองทุนเพื่อการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพสื่อ ภาคประชาสังคมด้านการสื่อสาร ผู้ประกอบการด้านการสื่อสาร และด้านการสื่อสารโทรคมนาคม สื่อภาคประชาชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>๘. ขอให้ภาครัฐ ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา และองค์กรวิชาชีพสื่อ ให้ความสำคัญอย่างจริงจัง ในการเสริมสร้างให้การสื่อสารในสังคมไทยเป็นไปอย่างมีคุณธรรมและจริยธรรม และไม่ขัดกับหลักกฎหมายของบ้านเมือง ทั้งการสื่อสารผ่านสื่อเดิม สื่อใหม่ และสื่อบุคคล พร้อมทั้งสร้างการรู้เท่าทันสื่อ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL) ให้แก่ประชาชนโดยถ้วนหน้า ผ่านการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ เพื่อให้สามารถเข้าถึง วิเคราะห์ สร้างสรรค์เนื้อหา นำไปใช้ และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการสื่อสารให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง และปลอดภัย ในวิกฤตสุขภาพ</p>	<p>๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในวิกฤตสุขภาพ ให้ความสำคัญต่อคุณภาพการสื่อสารในสังคมไทย มีกิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ พร้อมเทคโนโลยีดิจิทัล ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่ม</p> <p>๒. เกิดหลักสูตร หรือชุดการเรียนรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL) ผ่านการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ</p> <p>๓. ประชาชนได้รับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ</p>	<p>๑. การสื่อสารในสังคมไทยเป็นไปอย่างสร้างสรรค์ ภายใต้หลักกฎหมาย คุณธรรมและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร</p> <p>๒. ประชาชนส่วนใหญ่ในสังคมไทยรู้เท่าทันสื่อ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL)</p>

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<p>รัฐบาล โดยศูนย์อำนวยการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ และ สถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนด้านการสื่อสาร เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ และนวัตกรรม กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข องค์การวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ภาคประชาสังคมด้านการสื่อสาร และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>๙. ขอให้ศูนย์อำนวยการสื่อสารในภาวะวิกฤต และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ การประเมินผล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา โดยจัดให้มีการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะวิกฤต และการสื่อสารในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งถอดบทเรียนการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดระยะเวลาในการประเมินผลให้สอดคล้องกับแผนการจัดการสื่อสารในภาวะวิกฤตระดับชาติ</p>	<p>๑. ได้ชุดความรู้ และผลการประเมินเกี่ยวกับการจัดการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ ที่ระบุถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ที่สอดคล้องกับ แผนการสื่อสารระดับชาติ</p>	<p>เกิดบรรยากาศแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับการจัดการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพในหมู่ประชาชนทุกระดับ โดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาการจัดการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพให้ดีขึ้นในอนาคต ร่วมกัน</p>
<p>สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกภาคส่วน</p>	<p>๑๐. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และทุกภาคส่วนของสังคมร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในประเด็นนี้ได้อย่างเต็มความสามารถ โดยเป็นไปตามแนวทาง ทิศทาง กระบวนการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเส้นทางเดินของมติฯ</p>	<p>เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในประเด็นการจัดการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม</p>	<p>เกิดการเตรียมพร้อมในการจัดการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพต่อไป</p>
<p>เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ</p>	<p>๑๑. รายงานความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจัดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖</p>		

1 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๔

2 ระเบียบวาระที่ ๒.๓

๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๔

3
4 **การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ**
5 **(Participatory Communication Management in Health Crisis)**

6
7 **๑. สถานการณ์วิกฤตสุขภาพ**

8 “วิกฤตสุขภาพ” หมายถึง ภาวะทางสุขภาพในมิติทางกาย จิต สังคม และปัญญาที่ไม่อยู่
9 ในภาวะปกติ อาจเกิดจากธรรมชาติหรือไม่ก็ได้ เป็นภาวะที่อยู่ในสถานการณ์อันตรายที่ส่งผลกระทบต่อ
10 สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม หรือสิ่งแวดล้อมโดยรวม ที่ควรต้องมีนโยบายหรือการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหา
11 ภายในเวลาที่จำกัด

12 นับตั้งแต่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อุบัติขึ้นในประเทศจีนเมื่อปลายปี ๒๐๑๙ โควิด-19 ได้ระบาด
13 ไปทั่วโลก สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้ยกให้วิกฤตการณ์นี้เป็นความท้าทายครั้ง
14 ใหญ่ที่สุดนับตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
15 เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยรวม นับเป็นสถานการณ์วิกฤตสุขภาพที่นำไปสู่วิกฤตทางเศรษฐกิจและ
16 สังคมครั้งรุนแรงเป็นประวัติการณ์ เพราะการใช้มาตรการควบคุมโรค เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม และการ
17 ปิดสถานที่ หรือปิดเมืองในประเทศต่างๆ ได้สร้างความเสียหายอย่างหนักต่อธุรกิจหลายภาคส่วน ตั้งแต่ใน
18 ภาคอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว อุตสาหกรรมการบิน ภาคการส่งออก อุตสาหกรรมน้ำมัน อุตสาหกรรมบันเทิง
19 งานบริการ ตลอดจนร้านค้าปลีกต่างๆ

20 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ที่ก่อให้เกิดวิกฤตสุขภาพ
21 ครั้งล่าสุด โดยพบผู้ป่วยสะสมทั่วโลกมากกว่า ๑๗๐ ล้านราย จำนวนผู้ป่วยรายวันเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ช่วง
22 กลางเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ จนอยู่ในระดับมากกว่า ๘ แสนรายต่อวัน ซึ่งเกิดจากการระบาดที่เพิ่มมากขึ้น
23 ในอินเดีย ผู้เสียชีวิตทั้งหมดมากกว่า ๓.๕ ล้านราย ส่วนในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสะสมจากการระบาดใน
24 ระลอกใหม่ทั้งสิ้น ๑๑๒,๓๕๔ ราย ซึ่งทำให้ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด ๑๔๑,๒๑๗ ราย ผู้เสียชีวิต
25 สะสมรวมทั้งสิ้น ๘๒๖ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔)

26 ผลกระทบทางเศรษฐกิจที่ต่อเนื่องและรุนแรงสำหรับคนบางกลุ่ม ส่งผลกระทบต่อด้านสังคมที่จะตามมาอีก
27 หลากหลาย โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กในครอบครัวยากจนมีความสามารถในการเรียนรู้
28 ออนไลน์น้อยกว่าเด็กฐานะดี ผู้ปกครองก็มีความพร้อมและความสามารถในการเรียนร่วมกับลูกน้อยกว่า
29 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวในครอบครัวเปราะบางก็เข้าถึงบริการทางการแพทย์ลดลงมากกว่า^๒ นอกจากนี้ผู้คน
30 จำเป็นต้องป้องกันตนเองเพื่อให้มีชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่แตกต่างไปจากวิถี
31 เดิมๆ สถานการณ์ปัญหาที่รุนแรง ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ซึ่งปัญหาที่ตามมา
32 ร้ายแรงที่สุด คือ ปัญหาการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต^๓ เปิดเผยว่า ในปี ๒๕๖๓ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตาย
33 สำเร็จไต่ระดับขึ้น โดยเมื่อนำใบมรณบัตรที่ระบุสาเหตุการเสียชีวิตเป็นฆ่าตัวตาย พบว่า อยู่ที่ ๗.๓ คน ต่อ
34 ประชากรแสนคน ส่วนภาวะอ่อนล้าทางอารมณ์ หรือภาวะหมดไฟในคนทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ ๖ แต่ในกลุ่ม
35 เปราะบาง คือ คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่แล้ว คนที่ต้องกักกันตัวและญาติจะอยู่ที่ร้อยละ ๑๙ นอกจากนี้

1 พบว่า การโทรปรึกษาผ่านสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ ปัญหาความเครียดส่วนใหญ่เกี่ยวกับโควิด-19 โดยใน
 2 เดือนมกราคม ๒๕๖๔ เพียงเดือนเดียวมีผู้โทรเข้ามาปรึกษาปัญหามากถึง ๑.๘ แสนคน จากที่ในปี ๒๕๖๓ ทั้งปี
 3 มีการโทรปรึกษาอยู่ที่ราว ๗ แสนคน

4 ปัจจุบันสิ่งที่ดูเหมือนจะเป็นทางออกของการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 คือ การฉีดวัคซีน^๔
 5 แต่ข้อมูลข่าวสารเรื่องผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลังการฉีดก็อาจทำให้ประชาชนบางส่วนยังตัดสินใจไม่ได้ว่าจะ
 6 ฉีดวัคซีนดีหรือไม่ ซึ่งกระทบต่อการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ และกระทบต่อการฟื้นตัวของเศรษฐกิจในภาพรวม
 7 นอกจากนี้ปัจจุบันยังไม่มีรายงานที่ชัดเจนว่า ผู้รับวัคซีนจะมีภูมิคุ้มกันยาวนานแค่ไหน และไวรัส้มักจะมีการ
 8 กลายพันธุ์อยู่ตลอดเวลา วัคซีนที่มีจะสามารถรับมือกับไวรัสได้หรือไม่ เราจึงยังไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่
 9 ชัดว่าสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 จะสิ้นสุดลงเมื่อใด

10 ๒. แนวทางการจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพในปัจจุบัน

11 สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 เป็นวิกฤตสุขภาพครั้งสำคัญที่เกือบทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่
 12 และแต่ละประเทศต่างก็มีนโยบาย หรือแนวทางในการบริหารจัดการวิกฤตดังกล่าวเพื่อจำกัด และ
 13 ลดการแพร่ระบาดของโรคลงให้ได้มากที่สุด ขณะเดียวกันข้อมูลข่าวสารในสังคมที่ประชาชนแสวงหาเพื่อการ
 14 ปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และปลอดภัย ตลอดจนข้อมูลสถิติตัวเลขเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ และผู้เสียชีวิต ข้อมูลด้านการ
 15 รักษาพยาบาล การฉีดวัคซีน และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง ต่างเป็นข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และ
 16 เป็นที่ต้องการของประชาชนทุกภาคส่วน จึงทำให้ภาครัฐ และหน่วยงาน องค์กร เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ต้องมี
 17 การสื่อสารไปยังประชาชนในประเทศ เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่สำคัญและจำเป็น

18 สำหรับแนวทางที่ประเทศไทยใช้ในการจัดการการสื่อสารในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19
 19 ประกอบด้วยมาตรการหลายประการ ดังนี้

20 (๑) การจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) เป็นหน่วยงานพิเศษเพื่อปฏิบัติหน้าที่ใน
 21 วิกฤตสุขภาพครั้งนี้ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการ ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ

22 (๑.๑) สำนักงานเลขาธิการ รับผิดชอบโดย รองเลขาธิการนายกรัฐมนตรีฝ่ายการเมือง (นาย
 23 ประทีป กิริติเรขา)

24 (๑.๒) สำนักงานประสานงานกลาง รับผิดชอบโดย เลขาธิการสำนักงานสภาพความมั่นคง
 25 แห่งชาติ (สมช.)

26 (๑.๓) ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19
 27 รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

28 (๑.๔) ศูนย์ปฏิบัติการด้านมาตรการป้องกันและช่วยเหลือประชาชน รับผิดชอบโดย
 29 ปลัดกระทรวงมหาดไทย

30 (๑.๕) ศูนย์ปฏิบัติการกระจายหน้ากากและเวชภัณฑ์สำหรับประชาชน รับผิดชอบโดย
 31 ปลัดกระทรวงมหาดไทย

32 (๑.๖) ศูนย์ปฏิบัติการด้านการควบคุมสินค้า รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงพาณิชย์

33 (๑.๗) ศูนย์ปฏิบัติการมาตรการเดินทางเข้าออกประเทศและการดูแลคนไทยในต่างประเทศ
 34 รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ

1 (๑.๘) ศูนย์ปฏิบัติการด้านการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินในส่วนที่เกี่ยวกับการสื่อสารใน
 2 อินเทอร์เน็ต รับผิดชอบโดย เลขาธิการคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการ
 3 โทรคมนาคมแห่งชาติ

4 (๑.๙) ศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความมั่นคง รับผิดชอบโดย ผู้บัญชาการ
 5 ทหารสูงสุด

6 (๑.๑๐) ศูนย์ปฏิบัติการด้านข้อมูลมาตรการแก้ไขปัญหาจากโรคติดเชื้อโควิด-19 รับผิดชอบโดย
 7 ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

8 (๑.๑๑) ศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านคมนาคมและการขนส่งทั่วราชอาณาจักร
 9 รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงคมนาคม

10 (๑.๑๒) ศูนย์ปฏิบัติการด้านมาตรการให้ความช่วยเหลือเยียวยา รับผิดชอบโดย ปลัด
 11 กระทรวงการคลัง

12 (๑.๑๓) ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมทางการแพทย์และการวิจัยและพัฒนา รับผิดชอบโดย
 13 ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยแห่งชาติ

14 (๑.๑๔) คณะที่ปรึกษาด้านธุรกิจเอกชนใน ศบค. รับผิดชอบโดย เลขาธิการสำนักงานสภา
 15 พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

16 (๑.๑๕) คณะกรรมการเฉพาะกิจเกี่ยวกับการบริหารจัดการพัสดุสำหรับป้องกัน ควบคุม หรือ
 17 รักษา รับผิดชอบโดย ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

18 (๑.๑๖) คณะกรรมการเฉพาะกิจด้านกฎหมาย รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงยุติธรรม

19 (๑.๑๗) คณะที่ปรึกษาด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมในศูนย์บริการสถานการณ์การแพร่
 20 ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) รับผิดชอบโดย ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ จรัส
 21 สุวรรณเวลา

22 (๑.๑๘) คณะกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาการผ่อนคลายการบังคับใช้มาตรการในการป้องกัน
 23 และยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) รับผิดชอบโดย เลขาธิการ สำนักงาน
 24 สภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.)

25 (๑.๑๙) ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ ท่าอากาศยานทั่วราชอาณาจักร รับผิดชอบโดย
 26 กองบัญชาการกองทัพอากาศ (บก.ทท.) ส่วนท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ/ดอนเมือง และผู้ว่าราชการจังหวัด./
 27 ผู้อำนวยการรักษาความมั่นคงภายในจังหวัด (ผอ.รมน.จว.) ส่วนท่าอากาศยานนานาชาติ ท่าอากาศยานใน
 28 จังหวัดของตน

29 (๑.๒๐) คณะกรรมการกำกับดูแลด้านผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรค
 30 โควิด-19 รับผิดชอบโดย ปลัดกระทรวงการคลัง ผ่านสื่อสังคมออนไลน์

31 (๒) การจัดตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสาร ให้ทำหน้าที่บริหารจัดการการสื่อสาร และ
 32 การประชาสัมพันธ์ของภาครัฐ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ครบคลุมทุกประเด็น และแก้ปัญหาการ
 33 บิดเบือนข้อเท็จจริงของข้อมูลข่าวสารที่ปรากฏอยู่ในสังคม

34 (๓) การจัดให้มีสายด่วน เพื่อตอบคำถาม และชี้แจงข้อมูลที่ประชาชนให้ความสนใจในประเด็นที่
 35 เกี่ยวข้องกับภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ได้แก่ สายด่วน ๑๖๖๘ ของกรมการแพทย์ สายด่วน ๑๖๖๙ ของ

- 1 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สายด่วน ๑๔๒๒ ของกรมควบคุมโรค สายด่วน ๑๓๓๐ ของสำนักงาน
- 2 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น
- 3 (๔) การผลิตและเผยแพร่สื่อในรูปแบบข้อความ คลิป และอินโฟกราฟิก ของหน่วยงานภาครัฐ และ
- 4 การเผยแพร่ส่งต่อสื่อดังกล่าวผ่านสื่อภาคประชาชน และสื่อในระดับชุมชนท้องถิ่น
- 5 (๕) การจัดทำเว็บไซต์ และเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของแต่ละหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน
- 6 และภาคประชาชน
- 7 (๖) การสร้างเฟซบุ๊กแฟนเพจ เพื่อสื่อสารข้อมูลรายวันที่ทันต่อสถานการณ์ ของแต่ละจังหวัด โดย
- 8 ความร่วมมือกับสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงาน
- 9 สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)
- 10 (๗) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของสำนักงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ข้อมูลแก่
- 11 ประชาชน และชี้แจงในประเด็นเร่งด่วน และประเด็นที่ยังสับสนเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับประชาชน
- 12 (๘) การดำเนินการตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี ในมติที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๒
- 13 ตุลาคม ๒๕๖๒ ที่ให้กระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานและเร่งรัดการดำเนินการสร้าง
- 14 การรับรู้ให้ประชาชนในท้องถิ่น โดยให้แต่ละกระทรวงส่งเนื้อหาข้อมูลการดำเนินนโยบายสำคัญของรัฐบาลให้
- 15 กระทรวงมหาดไทย และผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด เพื่อทำความเข้าใจและนำไปถ่ายทอดหรือเผยแพร่
- 16 ให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ให้ถูกต้อง รวดเร็ว และทั่วถึง โดยพิจารณาใช้ช่อง
- 17 ทางการเผยแพร่ที่หลากหลาย และเหมาะสม ตามแต่ละกรณี และกระทรวงมหาดไทยได้แจ้งให้แต่ละจังหวัด
- 18 แต่งตั้งคณะทำงานบริหารจัดการข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างการรับรู้ระดับจังหวัด หรือทีมแอดมิน (Admin)
- 19 จังหวัด และระดับอำเภอ/ท้องถิ่น หรือทีมแอดมิน (Admin) อำเภอ/ท้องถิ่น และให้กำกับและติดตามผลการ
- 20 ดำเนินการการสร้างการรับรู้สู่ชุมชน ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ท้องที่ และท้องถิ่น ตามที่กำหนด (หนังสือจาก
- 21 กระทรวงมหาดไทย ลงนามโดยปลัดกระทรวงมหาดไทย ลงวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓)
- 22 (๙) การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลโควิด-19 ดำเนินการโดยกรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งมีผู้ติดตาม ณ วันที่ ๑๕
- 23 พฤษภาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๑,๑๙๓,๒๓๕ คน เป็นการให้ข้อมูล สถิติ สถานการณ์รายวัน และข้อควรปฏิบัติ
- 24 ตามมาตรการสาธารณสุข
- 25 (๑๐) การให้ข้อเสนอแนะ โดยสภาการสื่อมวลชนแห่งชาติเพื่อเป็นแนวปฏิบัติของสื่อที่เกี่ยวข้องกับ
- 26 การนำเสนอข่าวผ่านสื่อ เรื่องวัคซีน โดยเฉพาะผลข้างเคียงต่อผู้รับการฉีด ที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ว่า มีการ
- 27 นำเสนอข่าวในเชิงผลกระทบด้านลบของการฉีดวัคซีนอย่างไม่ระมัดระวัง และเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนต่อ
- 28 อัตราส่วนการเกิดผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนในภาพรวม จนทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจผิด กระทั่ง
- 29 นำไปสู่ความหวาดกลัวของประชาชนในการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีน ซึ่งอาจทำให้สถานการณ์การแพร่
- 30 ระบาดส่งผลกระทบต่อประเทศในระยะยาวได้
- 31 สภาการสื่อมวลชนแห่งชาติ โดยคณะกรรมการจริยธรรม ได้นำข้อเสนอแนะของคณะกรรมการสภา
- 32 การสื่อมวลชนแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ มาพิจารณา เพื่อออกข้อเสนอแนะ
- 33 ต่อองค์กรสื่อมวลชนในการนำเสนอข่าวการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ดังต่อไปนี้

1 (๑๐.๑) สื่อมวลชนควรต้องนำเสนอข้อเท็จจริงเรื่องผลกระทบของวัคซีนอย่างรอบด้าน
2 ไม่ใส่ความรู้สึกหรือความคิดเห็นลงในข่าว โดยไม่ละเลยการนำเสนอผลกระทบต่อประชาชน แต่ระมัดระวังการ
3 นำเสนอข่าวและภาพข่าวที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญของข่าว

4 (๑๐.๒) สื่อมวลชนต้องนำเสนอข่าวและภาพข่าวที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนตาม
5 ข้อเท็จจริง โดยย้ำถึงข้อมูลภาพรวมที่เกิดขึ้นกับประชาชนอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะในเชิงสัดส่วนของผู้ได้รับ
6 การฉีดทั้งหมดในประเทศไทย หรือ ต่างประเทศ เพื่อไม่ทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัวจนเกินกว่าเหตุ

7 (๑๐.๓) สื่อมวลชนต้องระมัดระวังการพาดหัวข่าวที่เร้าอารมณ์เพื่อเรียกความสนใจ แต่
8 ไม่ตรงกับเนื้อหาข่าวจนทำให้เกิดความเข้าใจผิด แต่ควรใช้ถ้อยคำที่รัดกุม รอบคอบและสะท้อนสาระสำคัญ
9 ของข่าว

10 (๑๐.๔) สื่อมวลชนต้องนำเสนอข่าว โดยระบุวัน เวลา และสถานที่ให้ชัดเจน เพื่อป้องกันความ
11 เข้าใจผิดจากข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปจากปัจจุบัน โดยเฉพาะการนำเสนอผ่านรูปแบบของอินโฟกราฟิก

12 (๑๐.๕) สื่อมวลชนต้องนำเสนอข่าวและภาพข่าวด้วยความถูกต้องมากกว่าความเร็ว และเมื่อพบ
13 ความผิดพลาดเกิดขึ้นต้องแก้ไขทันทีในทุกช่องทางที่ได้นำเสนอไปแล้ว

14 (๑๐.๖) สื่อมวลชนพึงนำเสนอข่าว โดยการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่
15 ถูกต้อง ชัดเจนและรอบด้าน แต่ต้องระวังการใช้ภาษาทางการแพทย์ที่เป็นภาษาในเชิงเทคนิคมากเกินไปจน
16 อาจทำให้ประชาชนสับสน โดยต้องนำเสนอข่าวโดยเน้นภาษาที่ง่าย ชัดเจนและไม่คลุมเครือ

17 นอกจากนี้ ในการนำเสนอข่าวและภาพข่าวเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ใน
18 ภาพรวมนั้น สื่อมวลชนยังต้องยึดมั่นในแนวทางการปฏิบัติงานของสื่อมวลชนในภาวะวิกฤต ที่องค์กรวิชาชีพ
19 สื่อมวลชนและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันจัดทำขึ้นก่อนหน้านี้อีกด้วย

20 (๑๑) การสื่อสารของบุคคลและกลุ่มบุคคลในพื้นที่ชุมชน เช่น บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข
21 ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน หรือแกนนำในพื้นที่ที่มีศักยภาพในการสื่อสารและใกล้ชิดกับชุมชน ซึ่งมี
22 บทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และด้านสาธารณสุขอื่นๆ โดย
23 ในช่วงสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 อสม. มีบทบาทอย่างมากในการยับยั้งการแพร่ระบาดในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งการ
24 ช่วยเหลือประชาชนให้เข้าถึงการบริการสาธารณสุข

25 ๓. ปัญหา และผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ

26 เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดจากวิกฤตการสื่อสาร จะพบว่า การสื่อสารในสังคมในช่วงภาวะ
27 วิกฤต ถือเป็นภาพสะท้อนคุณภาพของสภาวะทางจิตของประชาชน ซึ่งคุณภาพของสภาวะทางจิตที่แตกต่าง
28 กัน นำไปสู่การส่งข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน โดยสภาวะทางจิตมี ๓ รูปแบบ คือ (๑) สภาวะที่เกิดความ
29 ตระหนก เป็นสภาวะที่สามารถรับข่าวสาร และเผยแพร่ได้ง่าย เนื่องจากยังไม่เข้าใจโรคอย่างแท้จริง (๒)
30 สภาวะการเรียนรู้ มีพฤติกรรมป้องกันตนเองมากกว่าความกลัว สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ และเรียนรู้ที่จะ
31 ป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด รวมถึงส่งข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากขึ้น และ (๓) สภาวะการพัฒนา คือ ภาวะที่
32 เริ่มเข้าใจว่า ภายใต้อาการวิกฤตโรคระบาด ทุกคนจะต้องรอดพ้นจากวิกฤตไปด้วยกัน โดยมีความคิดที่จะ
33 ช่วยเหลือผู้อื่นมากขึ้น สื่อสังคมออนไลน์เป็นสื่อที่ประชาชนให้ความสำคัญ และรู้สึกไว้วางใจ หากเกิดการ
34 สื่อสารที่สร้างความตระหนักให้แก่ผู้รับสาร จะทำให้พัฒนาการด้านการเรียนรู้ของบุคคลดังกล่าวช้าลง แต่

1 หากสื่อสารด้วยความเข้าใจ สร้างแรงบันดาลใจ ก็จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ ส่งผลให้ประชาชนสามารถ
2 เลือกรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เหมาะสม และน่าเชื่อถือ ซึ่งจะช่วยลดความตื่นตระหนกลงไปได้^๕

3 การสื่อสารในปัจจุบัน นอกจากจะมีการสื่อสารผ่านสื่อเดิม (Traditional Media) ซึ่งได้แก่ โทรทัศน์
4 วิทยุกระจายเสียง หรือสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ แล้ว ผู้คนยังสามารถติดต่อสื่อสารกันได้อย่างกว้างขวาง และรวดเร็ว
5 ผ่านสื่อใหม่ (New Media) บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้ที่มีเครื่องมือในการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์เคลื่อนที่
6 คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต ต่างสามารถเป็นผู้ผลิตข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งไปยังผู้รับสารเป้าหมายได้อย่างง่ายดาย
7 ทั้งแบบตัวต่อตัว (Interpersonal Communication) และสื่อสารกันเป็นกลุ่มผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social
8 Media)

9 เมื่อเกิดวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูล
10 ต่าง ๆ จากหลายภาคส่วน ผ่านสื่อในทุกรูปแบบ ซึ่งพบว่ามีข่าวลวง ข่าวปลอมปรากฏขึ้นเป็นจำนวนมาก
11 โดยศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (๒๕๖๔) ได้สรุปข้อมูลจากการแจ้ง
12 เบาะแส และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ระหว่างวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๓ - ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔
13 จำนวนข้อความที่มีการคัดกรองทั้งหมด ๗๓,๘๓๓,๑๙๒ ข้อความ เป็นข้อความที่เข้าหลักเกณฑ์ดำเนินการ
14 ตรวจสอบ จำนวน ๖,๗๙๑ ข้อความ โดยข้อมูลอันดับที่ ๑ คือ หมวดยศพล จำนวน ๒,๒๔๒ เรื่อง คิดเป็น
15 ร้อยละ ๖๖ หมวดยศพล จำนวน ๑๒๔ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๓๐ และหมวดยศพล จำนวน ๑๒๔
16 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๔ ตามลำดับ และที่ดำเนินการเผยแพร่ทั้งหมด ๕๐๓ เรื่อง แบ่งเป็นข่าวปลอม ๔๐๑
17 เรื่อง ข่าวจริง ๔๘ เรื่อง ข่าวบิดเบือน ๕๔ เรื่อง จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก พบว่า ในภาพรวมประชาชนมี
18 การเข้าถึงโพสต์ต่าง ๆ ของศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม จำนวน ๑๖,๓๗๙,๕๐๐ Reach และพบการมีส่วนร่วม
19 จำนวน ๑,๒๔๓,๖๔๙ Engagement (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม
20 ๒๕๖๔) นอกจากนี้ ยังได้รับความสนใจจากสื่อหลักนำข้อมูลไปนำเสนอผ่านช่องทางสื่อโทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์
21 และสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ด้วย

22 ข่าวลวง ข่าวปลอม หรือ Fake news เดิมมีการให้นิยามไว้หลากหลายความหมาย แต่จาก
23 คณะกรรมาธิการยุโรป และในบริบทการเมืองของสหรัฐอเมริกา สามารถสรุปได้ว่า^๖ “ข่าวลวง” หมายถึงข่าว
24 ที่มีเนื้อหาอันไม่เป็นข้อเท็จจริง หลอกหลอน หรือข่าวสร้างสถานการณ์ รวมถึงการเขียนข่าวที่ได้รับการ
25 สนับสนุนอย่างปิดบังหรือแอบแฝง ซึ่งนำเสนอในสื่อสังคมและแพลตฟอร์มออนไลน์อื่น ๆ จากรายงานของ
26 LSE Media Policy Project ที่ทำขึ้นโดย Tambini ในปี ๒๐๑๗ สามารถจำแนกประเภทของ Fake News ได้
27 ๖ กลุ่ม ตามลักษณะการนำเสนอเนื้อหาหรือคอนเทนต์ ดังนี้ (๑) Fabricated Content หมายถึง ข่าวปลอมที่
28 เป็นข้อมูลเท็จทั้งหมด หวังให้ประชาชนเข้าใจผิด (๒) Manipulated Content หมายถึง ข่าวบิดเบือน แม้จะมี
29 ข้อมูลหรือภาพจริง และมักพาดหัวข่าวดึงดูดความสนใจ (๓) Imposter Content หมายถึง ข่าวแอบอ้าง มี
30 แหล่งข่าวและภาพบุคคลจริงมาอ้างอิงเพื่อความน่าเชื่อถือ มักทำให้เกิดความเข้าใจผิดได้ง่าย (๔)
31 Misleading Content หมายถึง ข่าวที่นำเสนอข้อมูลซึ่งนำไปโจมตีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง พบอยู่ในข่าวการเมือง
32 (๕) False context of connection หมายถึง ข่าวที่ใช้ภาพหรือพาดหัวไม่ตรงกับเนื้อหาที่ถูกต้อง เช่น ใช้รูป
33 เหตุการณ์ในอดีต มาสร้างความแตกตื่น (๖) Satire and Parody หมายถึง เนื้อหาเสียดสี ล้อเลียน ถือเป็น
34 ข่าวปลอมที่เป็นภัยน้อยที่สุด

1 จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้บริโภครับข้อมูลข่าวสารทางออนไลน์มากขึ้น ทำให้มีการพัฒนาการเขียน
 2 ขาวลวงที่คนทั่วไปไม่สามารถรู้เท่าทัน แยกแยะ หรือกลั่นกรองได้ดีพอ ทำให้ต้องมีวิธีรับมือ และสร้างการ
 3 รู้เท่าทันให้เกิดขึ้นในหมู่ประชาชนทั่วไป

4 สถานการณ์วิกฤตสุขภาพที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง และยังมีแนวโน้มว่าจะยุติลงในเวลาอันใกล้
 5 ทำให้ประชาชนเริ่มมีสถานะเสียแรงจูงใจ (Demotivation) จากการที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขเพื่อ
 6 ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคตามที่รัฐกำหนดอย่างเข้มงวด (Pandemic fatigue)^๗ และการได้รับผลกระทบ
 7 ทางเศรษฐกิจและสังคม จึงส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ของประชาชน โดยเฉพาะการรับรู้
 8 ทางการเมืองที่ทำให้ขาดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจต่อภาครัฐ จึงรับรู้ถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจและ
 9 สังคมของตนเอง มากกว่าการตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคที่ตนเองเผชิญอยู่

10 นอกจากนี้ ด้วยสถานการณ์ทางการเมืองภายในประเทศที่มีปัญหาความขัดแย้งเรื้อรังมายาวนาน
 11 ประกอบกับเกิดความขัดแย้งทางการเมืองระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นเรื่องแหล่งกำเนิด
 12 และสาเหตุของการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ตลอดจนประเด็นเรื่องประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของ
 13 วัคซีนจากผู้ผลิตแต่ละรายในประเทศมหาอำนาจ ปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ความขัดแย้งทางความคิด
 14 และความเชื่อของประชาชนในประเทศเกิดขึ้นเป็นวงกว้าง อันเป็นอุปสรรคสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นต่อ
 15 ภาครัฐในการบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพ ท่ามกลางสถานการณ์การเมืองที่อ่อนไหว และมีความซับซ้อน
 16 ดังนั้น ในการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งต้องมีกระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างความ
 17 เข้าใจ และขอความร่วมมือจากประชาชน จึงเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น และก่อให้เกิดปัญหาความเข้าใจที่ไม่
 18 ตรงกันในทุกระดับ

20 ๔. การจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤต

21 การจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤต เป็นกระบวนการที่มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องของหลายประการ เพื่อที่จะ
 22 ทำให้การสื่อสารในวิกฤตสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน
 23 อันจะนำไปสู่การก้าวข้ามวิกฤตสุขภาพไปได้โดยเร็ว โดยมีหลักคิดที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

24 (๑) การบริหารจัดการภาวะวิกฤต ในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์หลักในการบริหาร
 25 จัดการ อย่างมีธรรมาภิบาล (Good Governance) โดยในการจัดการการสื่อสารควรมีสุนัขบัญชาการการ
 26 สื่อสารจากจุดเดียว (Single Command) เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการปฏิบัติงานในทุกระดับ
 27 ยุทธศาสตร์ดังกล่าวต้องกำหนดแนวทางให้แผนการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ในแต่ละระดับ แต่ละหน่วยงาน
 28 และแต่ละพื้นที่ มีทิศทางเป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างเป็นเอกภาพ โดย Single command^๘ หมายถึง
 29 การระดมสรรพทรัพยากรในมือ ทั้งที่เป็นทรัพยากรบุคคลและนามธรรม เข้ามาร่วมกันทำงาน เพื่อ
 30 เป้าหมาย คือความสำเร็จในภารกิจ สิ่งที่ต้องเป็นเอกภาพอย่างยิ่ง คือ ภารกิจ ไม่ใช่ผู้บัญชาการ หรือผู้นำใน
 31 การปฏิบัติการ ในวิกฤตขนาดใหญ่ระดับประเทศ ไม่มีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งมีความพร้อมสมบูรณ์ที่จะ
 32 จัดการทุกเรื่องได้ การแก้ไขปัญหาต่างๆ จะต้องใช้การบูรณาการจากทุกภาคส่วน ด้วยระบบการบูรณาการ
 33 ข้อมูล (Big data) ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดความสับสน จึงต้องมีการมอบหมายแต่งตั้ง ผู้บัญชาการเหตุการณ์
 34 หนึ่งคนเป็นผู้รับผิดชอบสั่งการทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ตามแนวทางที่เรียกว่า “Single Command”
 35 ไม่ว่าจะเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ ยานพาหนะ อาคารสถานที่ที่จะมาจากสังกัดไหน แต่หากเกี่ยวข้องกับการคลี่คลาย

1 สถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น ทุกคน ทุกสิ่ง ทุกระบบ จะต้องรับฟังคำสั่งของผู้บัญชาการเหตุการณ์เท่านั้น เพื่อ
 2 ความรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนยุ่งยากในสายการบังคับบัญชา และที่สำคัญ คือ สร้างการบูร
 3 ณาการในการทำงานให้เกิดขึ้น^๙ รวมทั้งสื่อสารข้อมูลข่าวสารสู่ประชาชนอย่างเป็นเอกภาพ (Single
 4 Message)

5 **(๒) การสื่อสารในภาวะวิกฤต (Crisis Communication)** ในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องมีการจัดการ
 6 การสื่อสาร ซึ่งทุกฝ่ายในสังคมจะต้องมีส่วนร่วมเพื่อให้วิกฤตผ่านพ้นไปโดยเร็วที่สุด เนื่องจากหากไม่สื่อสาร
 7 ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน และไม่สามารถต้านทานกระแสข่าวลวง ข่าวปลอมในสังคมได้ ข้อมูล
 8 เหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงในสังคม (Social Destabilization)^{๑๐} ทำให้ประชาชนสับสน ปฏิบัติตัว
 9 ไม่ถูกต้อง เกิดเป็นคำถาม และไม่เชื่อมั่นต่อข้อมูลข่าวสารจากภาครัฐ ขณะเดียวกันด้านผู้กำหนดนโยบาย ก็
 10 ต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อจัดทำนโยบาย และมาตรการต่าง ๆ ในการบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพให้ได้
 11 อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤต จึงจำเป็นต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ
 12 ทั้งการสื่อสารภายในหน่วยงานภาครัฐ และการสื่อสารภายนอกจากหน่วยงานภาครัฐสู่ภาคส่วนต่าง ๆ
 13 รวมทั้งการจัดการข้อมูลข่าวสารที่สะท้อนความต้องการ และความคิดเห็นของประชาชน ซึ่งการสื่อสาร
 14 ดังกล่าวต้องดำเนินการผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับช่วงเวลาและกลุ่มเป้าหมาย ทันต่อเหตุการณ์ และมีความ
 15 ถูกต้อง (Accuracy) ครบถ้วน และรอบด้าน บนพื้นฐานของความรับผิดชอบ (Responsibility) ต่อตนเองและ
 16 ผู้อื่น ตลอดจนการรับผิดชอบ (Accountability) ต่อตำแหน่งหน้าที่ของแต่ละบุคคล

17 โดยทั่วไปแล้ว การสื่อสารในภาวะวิกฤต แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ^{๑๑} คือ

18 **ระยะที่ ๑ ระยะก่อนเกิดวิกฤต (Pre-Crisis)** ที่สามารถรับรู้ได้ถึงสัญญาณของการเกิดวิกฤต และหา
 19 วิธีในการป้องกันเพื่อให้วิกฤตนั้นๆ ไม่ขยายวงกว้างออกไป ขั้นตอนการดำเนินการในระยะก่อนเกิดวิกฤต
 20 ประกอบด้วย (๑) คาดการณ์ถึงสถานการณ์การสื่อสารที่จะเกิดขึ้น (๒) ตั้งทีมงานด้านการสื่อสารในภาวะ
 21 วิกฤต (๓) เลือกตัวแทนในการแถลงข่าวที่มีประสบการณ์ และฝึกฝนให้ชำนาญ (๔) ตั้งระบบตรวจสอบ
 22 กระบวนการสื่อสาร และรับเรื่องร้องเรียน (๕) ระบุผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วม
 23 ของประชาชนทุกกลุ่ม และ (๖) เตรียมข้อมูล และข้อความในการสื่อสาร

24 **ระยะที่ ๒ ระยะเกิดวิกฤต (Crisis)** หรือช่วงที่รับรู้แล้วว่าวิกฤตนั้นเกิดขึ้นแล้ว และจะอย่างไรเพื่อ
 25 หยุดวิกฤตเหล่านั้นให้ได้โดยเร็วที่สุด การสื่อสารในระยะเกิดวิกฤตประกอบด้วย (๑) สื่อสารให้เกิดความ
 26 เชื่อมมั่น และรับมือด้วยความเข้าใจ (๒) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและการรับมือ ผ่านคู่มือและแนวปฏิบัติ
 27 ต่าง ๆ ที่เข้าใจง่าย และมีข้อความสำคัญ หรือ Key messages ที่ควรจะสื่อสารให้ครบถ้วน และ (๓) ศึกษ
 28 รับฟังเสียงตอบรับ และแก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด อย่างรวดเร็วและเหมาะสม

29 ข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง ‘คุณค่าข่าวในภาวะวิกฤตทางสังคม’^{๑๒} พบว่า คุณลักษณะของข้อมูล
 30 หรือเรื่องราวในวิกฤตการณ์ทางสังคม ๓ อันดับแรกที่สื่อมวลชนควรรายงานตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 31 สื่อมวลชน และประชาชน จากกรณีไข้หวัดนกระบาดเมื่อปี ๒๕๕๖ ได้แก่ (๑) องค์กรความรู้เกี่ยวกับโรค เช่น
 32 อาการของโรค พาหะ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการระบาด และการควบคุมการระบาด (๒) ความเสี่ยง เช่น ระบบเฝ้า
 33ระวังการกลายพันธุ์ ความพร้อมของระบบการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศ และ (๓) การแก้ไขปัญหา
 34 ของภาครัฐ เช่น นโยบายและแนวทางในการจัดการปัญหา เพื่อช่วยให้สังคมทำความเข้าใจกับปัญหาที่
 35 ซับซ้อนและไม่เคยพบมาก่อน และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

1 **ระยะที่ ๓ ระยะหลังเกิดวิกฤต (Post-Crisis)** เป็นระยะที่ต้องมีการฟื้นฟู เยียวยา รวมถึงป้องกัน
 2 ไม่ให้เกิดวิกฤตขึ้นอีกในครั้งต่อๆ ไป ขั้นตอนในการดำเนินการเกี่ยวกับการสื่อสาร ประกอบด้วย
 3 (๑) ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด (๒) ตรวจสอบข้อความหลัก (Key Message) และปรับเปลี่ยนให้
 4 เหมาะสมกับสถานการณ์และความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป และ (๓) วิเคราะห์เหตุการณ์
 5 หลังจากสิ้นสุดวิกฤต ซึ่งวิกฤตสุขภาพใดที่มีผลกระทบรุนแรง ต่อเนื่อง และยาวนานกว่าวิกฤตทั่ว ๆ ไป
 6 จำเป็นต้องมีการถอดบทเรียน และปรับเปลี่ยนการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เป็นระยะ ๆ เพื่อ
 7 ปรับเปลี่ยนการจัดการการสื่อสารให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว

8 **(๓) แนวทางจัดการการสื่อสารในระดับนานาชาติ** จากการประชุมด้านสุขภาพโลก^{๑๓} ในเดือน
 9 พฤษภาคม ๒๕๖๓ ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้ผ่านมติที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก
 10 WHA73.1 เกี่ยวกับการรับมือกับโรคโควิด-19 โดยผลการลงมติ ได้ชี้ให้เห็นว่า การจัดการกับการไหลบ่าของ
 11 ข้อมูลข่าวสาร เป็นส่วนสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีการเรียกร้องให้ประเทศ
 12 สมาชิกจะต้องจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้ กำหนดมาตรการในการรับมือกับข้อมูลที่ผิด และข้อมูลที่
 13 ถูกบิดเบือน และใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลในการรับมือดังกล่าว

14 ผลการลงมติ ยังเรียกร้องให้องค์กรนานาชาติจัดการปัญหาข้อมูลที่ผิด และข้อมูลที่ถูกต้องบิดเบือนใน
 15 โลกดิจิทัล ป้องกันการกระทำบนโลกออนไลน์ที่เป็นอันตรายซึ่งบ่อนทำลายการรับมือกับโรค ตลอดจน
 16 เผยแพร่ข้อมูลที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สู่สาธารณชน

17 นอกจากนี้ จากผลการสำรวจความเห็นประชาชน และบทเรียนจากประเทศที่สามารถรับมือกับ
 18 การแพร่ระบาดจนมีจำนวนผู้ติดเชื้อไม่มากนัก ต่างเสนอว่าในภาวะเช่นนี้ สิ่งที่ต้องมี คือการสื่อสารที่ทัน
 19 เหตุการณ์และเป็นเอกภาพ ด้วยข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง เป็นวิทยาศาสตร์ ตรงไปตรงมา หนักแน่น และชัดเจน
 20 ผ่านการแสดงความเป็นผู้หน้าที่พึงพาได้และการพินิจวิเคราะห์อย่างรอบคอบและสมเหตุสมผล เพื่อให้
 21 ประชาชนทราบว่าต้องทำอะไร จึงจะลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อได้อย่างทั่วถึง และให้ประชาชน
 22 เชื่อมั่นว่ารัฐสามารถจัดการกับภัยที่คุกคามชีวิตของเขาได้จริง รวมทั้งป้องกันไม่ให้ประชาชนต้องเสาะหา
 23 แนวทางการดูแลรักษาสุขภาพตนเองเพื่อให้ออกชีวิตจากวิกฤตสุขภาพ จนนำไปสู่ความสับสนของประชาชน
 24 และความขัดแย้งของข้อมูลในวงกว้าง ดังนั้นการจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึง
 25 ปัจจัยด้านความเหมาะสมของช่วงเวลา (Timing) ความโปร่งใสตรวจสอบได้ (Transparency) และที่สำคัญคือ
 26 ความเชื่อมั่น (Trust) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการบริหารจัดการภาวะวิกฤตโควิด-19 ของนานาชาติที่
 27 ยกระดับนโยบายด้านการสื่อสารสาธารณะ (Public Communication) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้น ด้วย
 28 หลักการบริหารงานที่มีความโปร่งใส และเปิดเผยได้^{๑๔}

29 **(๔) การวิเคราะห์ผู้รับสาร (Audience Analysis)** ในภาวะวิกฤต ผู้รับสาร คือ ประชาชนทุกคนใน
 30 สังคม ซึ่งประกอบไปด้วยคนเป็นจำนวนมาก จึงต้องมีกระบวนการในการจำแนกผู้รับสารออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ
 31 ตามลักษณะทางประชากรศาสตร์ (Demographic Characteristics) ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพ
 32 ทางสังคมและเศรษฐกิจ ศาสนา เป็นต้น ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการรับรู้ การตีความ และการ
 33 เข้าใจในการสื่อสารทั้งสิ้น^{๑๕} ดังนั้นในการจัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤต ภาครัฐ หรือผู้ส่งสารจำเป็นต้อง
 34 ให้ความสำคัญต่อความแตกต่างหลากหลายในมิติต่างๆ ของกลุ่มผู้รับสารเป้าหมาย ผู้ส่งสารจึงจะสามารถ
 35 เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปยังกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง ตรงกับความต้องการ ความสนใจ และวิถีในการใช้

1 สื่อ ของกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงการสื่อสารสองทาง (Two-way communication)
 2 ซึ่งโดยปกติแล้วการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ผู้ส่งสารจะต้องให้ความสนใจต่อการตอบสนอง และการมี
 3 ปฏิกริยาตอบกลับของผู้รับสารด้วย เนื่องจากการสื่อสารสองทางเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และโดยเฉพาะอย่าง
 4 ยิ่งในภาวะวิกฤต จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการเปิดพื้นที่เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และใช้ประโยชน์จาก
 5 ปฏิกริยาของทุกฝ่าย รวมถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบข้อมูลที่ผิด และข้อมูลที่
 6 ถูกบิดเบือน เพื่อนำมาปรับใช้ให้การจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และ
 7 สามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มให้ได้มากที่สุด

8 **(๕) เสรีภาพการแสดงออก (Freedom of Expression) หรือเสรีภาพในการพูด (Freedom of**
 9 **Speech)** เสรีภาพทั้งสองเป็นสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายและมาตรฐานสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ ซึ่ง
 10 เป็นสิทธิที่เราสามารถที่จะแสดงออกหรือสื่อสารความรู้สึกนึกคิดหรือความเห็น ทั้งด้วยการพูด การแสดง
 11 ทำทาง หรือการสื่อสารด้วยตัวหนังสือ ไม่ว่าจะบนหน้ากระดาษหรือในโลกออนไลน์ ตลอดจนในรูปแบบอื่นๆ
 12 เช่น เสียงเพลง ภาพถ่าย ภาพกราฟฟิกหรือภาพเคลื่อนไหว ฯลฯ นอกจากนี้ยังรวมถึงสิทธิในการค้นคว้า หา
 13 เข้าถึงหรือได้รับข้อมูล ความรู้สึกนึกคิด ความเห็นที่มีการสื่อสารและเผยแพร่ด้วย

14 ในระดับปัจเจกบุคคล เสรีภาพในการพูดและการแสดงออกทำให้แต่ละคนสามารถแสดงตัวตน แม้จะ
 15 แตกต่างจากคนอื่น หรือไม่สอดคล้องกับปทัสสถานของสังคมนั้น ไม่ว่าจะผ่านการแต่งตัว การระบุสถานภาพ
 16 บนเฟซบุ๊ก หรือการแสดงออกในรูปแบบอื่นๆ ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อเผชิญความไม่เป็นธรรมและกระบวนการ
 17 ยุติธรรมในประเทศไม่สามารถนำผู้กระทำผิดมารับผิดชอบได้ เสรีภาพการแสดงออกที่จะโพสต์เรื่องราวนั้น
 18 ลงสื่อสังคมออนไลน์เพื่อเรียกร้องความเป็นธรรมย่อมเป็นสิ่งจำเป็นและควรได้รับความคุ้มครอง

19 เช่นเดียวกัน ในระดับชุมชนหรือสังคมระดับประเทศ เสรีภาพในการแสดงออกคือเครื่องมือสำคัญที่
 20 คนในชุมชนใช้ในการสื่อสารกับรัฐเพื่อสะท้อนปัญหาต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับปรุง หรือป้องกันมิให้เกิดเหตุ
 21 ซ้ำ นอกจากนี้ เสรีภาพการแสดงออกยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้โลกเกิดการพัฒนาในทุกมิติ ทั้งในทาง
 22 วิชาการและผลประโยชน์สาธารณะโดยทั่วไป เพราะการที่มีคนหลายฝ่ายนำความคิดหรือข้อเสนอที่แตกต่าง
 23 กันมาอภิปรายอย่างเสรีและกว้างขวางย่อมชี้นำไปสู่ทางเลือกในการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาที่กว้างไกลและ
 24 มีประสิทธิภาพมากกว่า^{๑๖} ทั้งนี้ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ต้องอยู่บนพื้นฐานกฎหมาย จริยธรรม และ
 25 ความรับผิดชอบ โดยไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และรักษาความสงบสุขของสังคมโดยรวม

26 **(๖) การรู้เท่าทันสื่อ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีดิจิทัล (Media, Information and Digital**
 27 **Literacy: MIDL)** การที่ผู้คนจะสามารถใช้สื่อได้อย่างปลอดภัย และไม่ได้รับผลกระทบทางลบจากการสื่อสาร
 28 ที่เกิดขึ้น จำเป็นจะต้องรู้เท่าทันสื่อ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งเป็นสมรรถนะการสื่อสารด้วย
 29 ความสามารถในการเข้าถึง วิเคราะห์ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ที่มาในรูปแบบที่หลากหลาย รวมถึง
 30 การมีความเข้าใจผลกระทบของข้อมูลข่าวสารที่มีต่อสังคม ตระหนักถึงความสำคัญ และรับผิดชอบต่อข้อมูล
 31 ข่าวสาร ทั้งนี้ การรู้เท่าทันดังกล่าวยังเป็นกระบวนการสร้างสรรค์สังคมเพื่อให้พลเมืองมีทักษะในการตั้ง
 32 คำถาม วิพากษ์ วิจาร์ณ สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ และพลเมืองจะสามารถเปลี่ยนรูปแบบความสัมพันธ์จาก
 33 ผู้ถูกกระทำ (Passive) ในฐานะผู้รับสื่อ มาเป็นผู้กระทำ (Active) ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ และรู้เท่าทันการใช้
 34 สื่อ ข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีดิจิทัล ได้เป็นอย่างดี^{๑๗} ที่สำคัญ สมรรถนะนี้จะทำให้ผู้คนสามารถรับมือกับ
 35 ข่าวลวง ข่าวปลอม ได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้

1 จำเป็นต้องมีโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นเครือข่ายรองรับเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยอย่างทั่วถึง เพื่อรองรับ
2 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชนโดยเสมอภาค

3 จากสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ ก่อให้เกิดผลกระทบใน
4 วงกว้างทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งยังพบความเห็นและความเชื่อที่
5 แตกต่างหลากหลายในทุกระดับ ก่อให้เกิดข่าวลวง ข่าวปลอม การบิดเบือนข้อเท็จจริง และมีกระแสแห่ง
6 ความไม่เชื่อมั่นต่อภาครัฐเกิดขึ้นในประชาชนหลายกลุ่ม ส่งผลให้การสร้างความเข้าใจร่วมกัน และการขอ
7 ความร่วมมือจากประชาชนในการปฏิบัติตนตามมาตรการสาธารณสุข เป็นไปอย่างไม่ราบรื่น ขาดเอกภาพ
8 เกิดความสับสน และอาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการบรรลุเป้าหมายด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นเป้าหมายลำดับ
9 แรกในการแก้ปัญหาวิกฤตสุขภาพ

10 ดังนั้น ในสถานการณ์วิกฤตสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ
11 และมีแผนการจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในภาวะวิกฤตรองรับ โดยมีศูนย์บัญชาการด้านการสื่อสาร
12 จากจุดเดียวอย่างเป็นเอกภาพ และสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการในทุกระดับ ด้วยการมีศูนย์กลางการ
13 ตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นทางการ เพื่อการสื่อสารจากทุกระดับ ก่อนเผยแพร่ไปสู่ประชาชน ด้วยการมีส่วน
14 ร่วมจากทุกภาคส่วน บนความรับผิดชอบ (Responsibility) ต่อตนเองและสังคม และภาวะรับผิดชอบ
15 (Accountability) ต่อตำแหน่งหน้าที่ของแต่ละบุคคล ซึ่งประชาชนทุกกลุ่มในสังคมสามารถให้ข้อมูล ร่วม
16 ตรวจสอบ และทำหน้าที่สื่อสารออกไปในเวลาเดียวกัน ด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกัน และเป็นเอกภาพ (Single
17 Message) พร้อมทั้งมีความสอดคล้องกัน (Consistency) ในทุกระดับ ภายในเวลาที่เหมาะสม (Timing) มี
18 ความโปร่งใส (Transparency) และสร้างความเชื่อมั่น (Trust) อันจะนำไปสู่การคลี่คลายสถานการณ์ให้
19 ประเทศชาติผ่านพ้นวิกฤตสุขภาพไปได้ในที่สุด

20

21 ๕. เอกสารอ้างอิง

22 ^๑ เอกสารหลัก การบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กรณีโรคระบาดใหญ่

23 ^๒ ชากร เลิศนิทัศน์, สมชัย จิตสุชน. (๒๕๖๓). ความเปราะบางของประชาชนกลุ่มเปราะบางภายใต้
24 โควิด-19.

25 ^๓ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓).

26 ^๔ ศ.นพ.ยง ภูววรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ด้านไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์
27 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

28 ^๕ นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ รายการเจาะข่าวเช้า วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๔

29 ^๖ วรรณวิ สุจริตธรรม. (ม.ป.). Fake News รู้ทันข่าวลวง ปัญหาบนโลกออนไลน์.

30 ^๗ World Health Organization (WHO). (2020). Pandemic fatigue—reinvigorating the public to prevent
31 COVID-19.

32 ^๘ นิธิ เอียวศรีวงศ์. (๒๕๖๔). Single Command.

33 ^๙ เอกพงษ์ หริ่มเจริญ. (๒๕๖๔). การบริหารจัดการโควิด บทพิสูจน์ 'ความพร้อม' การบูรณาการภาครัฐ และ
34 ระบบ Single Command.

35 ^{๑๐} เอกสารหลัก การบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กรณีโรคระบาดใหญ่

- 1 ^{๑๑} ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. (๒๕๖๓). การสื่อสารในภาวะวิกฤต (Crisis Communication).
- 2 ^{๑๒} เสริมศิริ นิลดำ. (๒๕๕๕). คุณค่าข่าวในภาวะวิกฤตทางสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
- 3 มหาวิทยาลัย.
- 4 ^{๑๓} World Health Organization (WHO). (2020). Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy
- 5 behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation.
- 6 ^{๑๔} Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). Transparency,
- 7 communication and trust : The role of public communication in responding to the wave of
- 8 disinformation about the new Coronavirus.
- 9 ^{๑๕} ประมะ สตะเวทิน (๒๕๔๑), ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ (๒๕๔๒), กิติมา สุรสนธิ (๒๕๔๖)
- 10 ^{๑๖} โครงการอินเทอร์เน็ตเพื่อกฎหมายประชาชน (iLaw). (ม.ป.). เสรีภาพการแสดงออก เสรีภาพของทุกคน.
- 11 ^{๑๗} ณีฐฐเมธร์ ดุลคนิต, อลงกรณ์ อัสวโสวรรณ, ปราศรัย เจตสันติ, พรพรรณ อัมพรพฤติ. (๒๕๖๓). คู่มือการ
- 12 จัดการเรียนรู้เพื่อสร้างพลเมืองรู้เท่าทันสื่อ สำหรับระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิส่งเสริมสื่อ
- 13 เด็กและเยาวชน.

ด่วนที่สุด

ที่ นร ๐๕๐๕/ ๖๕๗๕๕



สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี
รับที่ 12012
วันที่ 27 มิ.ย. 65 เวลา 10.19 น.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕



เลขที่ 2047

30 ส.ค. 2565

วันที่
เวลา

เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน รองนายกรัฐมนตรี (นายอนุทิน ชาญวีรกูล)
ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ สข. สย. ๐๔๔๗/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕
สิ่งที่ส่งมาด้วย บัญชีสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วย

ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ขอให้นำเสนอคณะรัฐมนตรีรับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามมติฯ ที่เกี่ยวข้องต่อไป
ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงการคลัง กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการอุดมศึกษา
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงคมนาคม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงพลังงาน กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงยุติธรรม
กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัด
สำนักนายกรัฐมนตรี (กรมประชาสัมพันธ์) สำนักงบประมาณ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เสนอความเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อสังเกตไปเพื่อประกอบการพิจารณา
ของคณะรัฐมนตรีด้วย ความละเอียดปรากฏตามบัญชีสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วยนี้

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามมติฯ ที่เกี่ยวข้อง
ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ ทั้งนี้ ให้กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
(กรมประชาสัมพันธ์) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับข้อเสนอแนะ
ของกระทรวงศึกษาธิการ ข้อสังเกตของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และความเห็น
ของกระทรวงคมนาคมและสำนักงบประมาณไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย

จึงเรียนยืนยันมา ทั้งนี้ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตามบัญชีแนบท้าย
ทราบด้วยแล้ว

ทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

(นางประไพ คำสะกุล)

รองนายกรัฐมนตรี

รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน

ประธานกรรมการฯ

เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

กองพัฒนายุทธศาสตร์และติดตามนโยบายพิเศษ

เรียน รอง นรม. เพื่อโปรด.....ทราบ.....

โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๑๗๓๔ (กุลิศรา), ๑๕๒๒ (ทรัพย์สิน)

โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๑๔๔๖ www.soc.go.th

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@soc.go.th

(นายพลพีร์ สุวรรณฉวี)

รอง ลธ.ม.

๒๗ ส.ค. ๖๕

กร.(3) 3496

๒๗/๖๕/๒๕๖๕

สง นรม. (3) รับที่ ๐๐๙๕๓
วันที่ ๒๗ มิ.ย. ๖๕ เวลา 15.49 น.

กน.สพท. ๒๕๖๕

บัญชีรายชื่อผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แจ้งเรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔
ให้ทราบ ดังนี้

๑. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง
๒. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ
๓. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
๔. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๕. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
๖. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์
๗. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคม
๘. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
๙. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๑๐. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพลังงาน
๑๑. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์
๑๒. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย
๑๓. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม
๑๔. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน
๑๕. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวัฒนธรรม
๑๖. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ
๑๗. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๑๘. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม
๑๙. ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
๒๐. ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ
๒๑. เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ
๒๒. เลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
๒๓. ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ
๒๔. ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน
๒๕. เลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
๒๖. เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค
๒๗. ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๒๘. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒๙. เลขาธิการคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ
๓๐. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๓๑. ผู้จัดการกองทุนเพื่อการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์



ด่วนที่สุด

ที่ คค (ปคร) ๐๒๐๑/๒๖๒

กระทรวงคมนาคม

๓๘ ถนนราชดำเนินนอก

กรุงเทพฯ ๑๐๑๐๐

๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๕๐๗/ว(ล) ๑๒๑๐๒ ลงวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง ขอให้กระทรวงคมนาคมเสนอความเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ เพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงคมนาคมพิจารณาแล้ว เห็นด้วยกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ เนื่องจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว เป็นนโยบายสาธารณะที่เป็นประโยชน์สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐ ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมที่มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกมิติ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิต และมีความสอดคล้องกับภารกิจของกระทรวงคมนาคมในการดำเนินงานด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการขนส่งสาธารณะควบคู่ไปกับการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประชาชน ซึ่งได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาโครงข่ายระบบขนส่งสาธารณะที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และสามารถสนับสนุนการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ โดยเฉพาะมติ ๑ การสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโรคโควิด-๑๙ ที่กำหนดให้กระทรวงคมนาคมดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยนำเข้า) ในเส้นทางเดินของมติ ๑ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงนโยบายและภารกิจหน้าที่ของกระทรวงคมนาคมจะช่วยผลักดันให้การปฏิบัติงานตามมาตรการการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) บรรลุผลได้ ซึ่งสอดคล้องตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ มติ ๑ และเป็นการสนับสนุนให้การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการไปในทิศทางเดียวกันเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโรคโควิด-๑๙ ของประเทศได้ ทั้งนี้ ให้ถือปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ มติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง และหลักธรรมาภิบาลอย่างเคร่งครัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อประกอบการพิจารณาต่อไปด้วย จะขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายศักดิ์สยาม ชิดชอบ)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคม

สำเนาถูกต้อง

ทรงยศ น.

(นางสาวทรงยศ น. วันอ่อน)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕

สำนักงานปลัดกระทรวง กองกลาง

โทร. ๐ ๒๒๘๓ ๓๓๕๔ (ปุณิกา) โทรสาร ๐ ๒๒๘๑ ๘๗๒๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ punika.j@mot.go.th

ด่วนที่สุด

ที่ ศธ ๐๒๐๘/๑๕๗๗



กระทรวงศึกษาธิการ
กทม. ๑๐๓๐๐

ณ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการ

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะกรรมการฯ ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๕๐๗/ว(ล) ๑๒๑๐๒ ลงวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักเลขาธิการคณะกรรมการฯ ขอให้กระทรวงศึกษาธิการเสนอความเห็นเกี่ยวกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ของคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี ความทราบแล้ว นั้น

กระทรวงศึกษาธิการได้พิจารณามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ แล้ว และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

๑) มติ ๑ การสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19

เห็นด้วยกับ ผลกระทบจากวิกฤตโควิด-19 ที่ส่งผลต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อมสังคม และเศรษฐกิจ การพัฒนานโยบายสาธารณะต้องบูรณาการเชิงระบบ โดยใช้องค์ความรู้และนวัตกรรมด้านการจัดการขยะ และการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว (Bio-Circular-Green Economy : BCG) การพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างมีสุขภาวะ การสร้างจิตสำนึก และพฤติกรรมใหม่ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อสังคมของทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดเครือข่ายพลังพลเมืองในการสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อม เพื่อขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ การจัดการสิ่งแวดล้อมในทุกมิติ ควรมุ่งเน้นให้เกิดเครือข่ายพลังพลเมืองตื่นรู้ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการบูรณาการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนทั้งในด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

๒) มติ ๒ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤต อย่างเป็นธรรม

เห็นด้วยกับ การมุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนของสังคมมีการจัดการร่วมกัน เพื่อสร้างความมั่นใจว่า ประชาชนทุกคนจะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐานเท่าเทียมทั่วถึงอย่างเป็นธรรม ตามหลักการสิทธิมนุษยชน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ และมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC for all) ไม่ประสพภาวะล้มละลายจากความเจ็บป่วย ตลอดจนได้รับการเยียวยาตามความจำเป็น และเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นกลุ่มประชากรเฉพาะเพื่อความมั่นคงทางด้านสุขภาพของทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย

ข้อเสนอแนะ การเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตควรมีความพร้อม ความเท่าเทียม และความทั่วถึง ตั้งแต่ระยะแรกของการเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันและควบคุมสถานการณ์อย่างทันทั่วถึง

/ข้อเสนอ...

๓) มติ ๓ การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ

เห็นด้วยกับ การมีแผนการสื่อสารที่เป็นระบบ เพื่อสื่อสารไปยังประชาชน อย่างเป็นเอกภาพ โปร่งใส และเหมาะสมกับช่วงเวลา และมีศูนย์อำนวยการสื่อสารที่ประกอบด้วย คณะกรรมการจากทุกภาคส่วน เป็นกลไกในการปฏิบัติตามแผน ด้วยความรับผิดชอบ ด้วยภาระรับผิดชอบ ต่อตำแหน่งหน้าที่ของทุกฝ่าย โดยกำหนดให้มีบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกมิติ เพื่อก่อให้เกิด ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนทุกกลุ่ม ให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่าง ถูกต้อง ปลอดภัย อันจะส่งผลให้สังคมไทยผ่านพ้นวิกฤตสุขภาพไปได้โดยเร็วที่สุด

ข้อเสนอแนะ ควรมีการสร้างความรู้ให้กับประชาชนในการใช้วิจารณญาณ ในการเลือกรับข้อมูลข่าวสารอีกทางหนึ่ง เพื่อป้องกันอิทธิพลจากข่าวลวง ข่าวปลอม และข้อมูลที่ไม่ตรงกับ ข้อเท็จจริงซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในมาตรการต่าง ๆ ของภาครัฐ ซึ่งเป็นอุปสรรค ในการบริหารจัดการภาวะวิกฤตในภาพรวมของประเทศ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวตรีนุช เทียนทอง)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ

สำนักงานปลัดกระทรวง

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

โทร. ๐ ๒๒๘๐๒๘๖๗-๘ ต่อ ๑๘๐๘

โทรสาร ๐ ๒๒๘๑ ๙๔๑๓

สำเนาถูกต้อง

ทรงยศ

(นางสาวทรัพย์สิน วันอ่อน)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๐๙.๐๓/๑๙๓๑๐



กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๖ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๕๐๗/ว(ล) ๑๒๑๐๒ ลงวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี แจ้งให้กระทรวงสาธารณสุขเสนอความเห็น เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการรัฐมนตรี ตามที่ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงสาธารณสุข พิจารณาแล้ว เห็นสมควรรับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ ทั้งนี้ การดำเนินการตามมติดังกล่าว จะเกิดระบบ และกลไกการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID - 19 อย่างมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานกับประชาชน อันจะส่งผลให้สังคมผ่านพ้นวิกฤตสุขภาพไปได้โดยเร็ว อีกทั้ง ยังมีความสอดคล้องกับแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรค COVID - 19 สุโรครประจำถิ่น และ จะทำให้เกิดแนวทางการปฏิบัติในระยะสั้นและระยะยาวที่จะสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่จะส่งผลดี ต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพประชาชน รวมถึงจะได้มีการพิจารณาทบทวนกฎหมายเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ สำหรับผู้ไม่มีสัญชาติไทย ผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ นับเป็นเรื่องที่ดีที่จะดำเนินการ ร่วมกันทุกภาคส่วนในการนำไปปฏิบัติต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๒๓๕๕

โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๒๓๕๕

สำเนาถูกต้อง

ทรงยศ

(นางสาวทรัพย์สิน วันอ่อน)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕

ด่วนที่สุด

ที่ นร ๐๗๐๓/๕๕๓

สำนักงบประมาณ

ถนนพระรามที่ ๖ กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๖ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๕๐๗/ว(ล) ๑๒๑๐๒

ลงวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีขอให้สำนักงบประมาณเสนอความเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี กรณีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอเรื่องมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๓ มติ ดังนี้

๑. สมัชชาสุขภาพ ๑๔ มติ ๑ การสร้างเสริมสุขภาพวงสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโรคโควิด - 19

๒. สมัชชาสุขภาพ ๑๔ มติ ๒ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ

ในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม

๓. สมัชชาสุขภาพ ๑๔ มติ ๓ การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ

เพื่อรับทราบ และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไป

ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สำนักงบประมาณพิจารณาแล้วขอเรียนว่า มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๓ มติ ดังกล่าว จะช่วยสนับสนุนมาตรการของรัฐบาลในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด - 19 ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งมีเป้าหมายในการส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ซึ่งมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนการปฏิรูปประเทศ ดังนั้น เพื่อให้มติสมัชชาสุขภาพดังกล่าวที่สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบแล้ว และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแล้ว สามารถใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม นำไปพิจารณาให้เกิดการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ยั่งยืน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อประชาชน ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเห็นสมควรที่คณะรัฐมนตรีจะรับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ โดยให้ดำเนินการในลักษณะบูรณาการทั้งด้านการวางแผน

/การกำหนด...

- ๒ -

การกำหนดเป้าหมายร่วม ตัวชี้วัดผลสำเร็จและการจัดทำ รวมทั้งจัดให้มีระบบการติดตามประเมินผลแผนการปฏิบัติงาน และแผนการใช้จ่ายงบประมาณ หรือข้อตกลงร่วมกันตามภารกิจ เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ประหยัด ลดความซ้ำซ้อน และสามารถขับเคลื่อนนโยบายให้บรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ หากมีภาระค่าใช้จ่ายในงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เห็นควรให้หน่วยรับงบประมาณที่เกี่ยวข้องพิจารณาปรับแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ โอนเงินจัดสรรหรือเปลี่ยนแปลงเงินจัดสรร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ แล้วแต่กรณี ตามระเบียบ ว่าด้วยการบริหารงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ มาดำเนินการในโอกาสแรก สำหรับค่าใช้จ่ายในปีต่อ ๆ ไป เห็นควรให้ จัดทำแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ เพื่อเสนอขอตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามความจำเป็น และเหมาะสมตามขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอความเห็นประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

(นายเฉลิมพล เพ็ญสุตร)

ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ

กองจัดทำงบประมาณด้านการบริหาร

โทร. ๐ ๒๒๖๕ ๑๔๔๗

โทรสาร ๐ ๒๒๗๙ ๗๙๗๐

สำเนาถูกต้อง

วราภรณ์

(นางสาววราภรณ์ วันอ่อน)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕

ด่วนที่สุด

ที่ นร ๑๑๐๘/ ๓๖๕๖



สำนักงานสภาพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
๙๖๒ ถนนกรุงเกษม กทม. ๑๐๑๐๐

๓) มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี

อ้างถึง หนังสือสำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๕๐๗/ว(ล) ๑๒๑๐๒
ลงวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ตามที่ สำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรีขอให้สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เสนอความเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการรัฐมนตรี เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้พิจารณาแล้ว เห็นควรรับทราบ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการกับปัญหาและผลกระทบ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน การคุ้มครอง การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ และการจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ เพื่อให้ประเทศพร้อมรับกับวิกฤตสุขภาพใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีข้อสังเกตเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-๑๙ ที่กำหนดให้ สศช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บูรณาการวางแผนพัฒนาระบบ กลไก และทบทวนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการพัฒนา โมเดลเศรษฐกิจ BCG พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๙ ให้สอดคล้องกับแผนแม่บทที่เกี่ยวข้อง และปรับแผนปฏิบัติการ ให้สอดคล้องกับวิกฤตโควิด-๑๙ และโรคอื่น ๆ ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติ ทั้งการสร้างมูลค่าทางการเกษตร อุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคต รวมถึงความหลากหลาย ด้านการท่องเที่ยว การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี การสร้างการเติบโตอย่างยั่งยืนบนสังคมเศรษฐกิจสีเขียว และการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม อีกทั้งมีการจัดทำโครงการภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการขับเคลื่อน การพัฒนาประเทศด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG ที่รองรับสถานการณ์และบริบทหลังการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-๑๙ ไว้ด้วยแล้ว

๒. เนื่องจากมติสมัชชาสุขภาพระบุถึงระยะเวลาของแผนปฏิบัติการฯ เป็น พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๙ เห็นควรพิจารณาปรับปรุงเป็น พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๐ เพื่อให้สอดคล้องกับมติคณะกรรมการที่เห็นชอบ แผนฯ ไปแล้ว เมื่อวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายตฤษา พิทยานันท์)

เลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวตรีพิณ วันอ่อน)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕

กองยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนและสังคม
โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๔๐๘๕ ต่อ ๓๔๓๗ โทรสาร ๐ ๒๒๘๒ ๒๘๒๗
E-mail: Montip@nesdc.go.th

๓.๔ ภาพรวมผลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ปี ๒๕๖๕ (นำเสนอโดยเอกสาร) (มีเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๔)

สรุปสาระสำคัญ

๑. “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่” เป็นกรอบนโยบายการพัฒนาสุขภาพตามบริบทและความต้องการของพื้นที่นั้นๆ อย่างมีส่วนร่วม โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันของคนในพื้นที่ที่กำหนดทิศทางหรือแนวปฏิบัติอันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีของชุมชน หรือเป็นภาพฝัน ภาพอนาคต กติกาข้อตกลงร่วม ของคนในชุมชน” เป็นเครื่องมือที่เพิ่มทางเลือกให้กับการพัฒนาาระบบสุขภาพภาคประชาชน และเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายไปสู่การปฏิบัติได้ หัวใจของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ คือ การให้ความสำคัญกับสาระของบริบทพื้นที่ของตนเองเป็นสำคัญ โดยประยุกต์ใช้ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เป็นกรอบหรือเป็นต้นแบบ

๒. ที่ผ่านมาในพื้นที่ทั่วประเทศมีการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ทั้งระดับเขตพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ชุมชน รวมทั้งในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่อง โดยภาพรวมผลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ปี ๒๕๖๕ รวม ๑,๒๓๙ ฉบับ มีรายละเอียด ดังนี้

๒.๑ มีธรรมนูญสุขภาพตำบลหรือชื่ออื่นที่มีหลักการสำคัญคล้ายกัน ที่เกิดจากกระบวนการ 4P-W เป็นเครื่องมือสร้างสุขภาพของพื้นที่ ที่ประกาศใช้เป็นทางการหรือไม่ทางการครอบคลุม เขตพื้นที่ ๑-๑๓ จำนวน ๑,๐๗๔ ฉบับ

๒.๒ มีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ครอบคลุมถึง ข้อตกลงชุมชน ฯ/กฎกติกา/แผน/มาตรการชุมชน ฯ แผนพัฒนาสุขภาพ (แบบมีส่วนร่วม) ธรรมนูญชุมชน/ตำบล ธรรมนูญสุขภาพ หรือธรรมนูญอื่น ๆ เป็นต้น จำนวน ๑๖๕ ฉบับ (ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (โดยความร่วมมือ ระหว่าง สช. กับ สถ.))

๓. สรุปรูปแบบการใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีดังนี้

๓.๑ การใช้ธรรมนูญสุขภาพ เป็นกรอบทิศทางการสร้างสุขภาพในพื้นที่ เช่น ธรรมนูญสุขภาพชุมชน/ตำบล การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบทิศทางขอรับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

๓.๒ การใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบทิศทางด้านสุขภาพเชิงประเด็น/กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น มาตรการป้องกันสถานการณ์โรคติดต่อโควิด-19 ธรรมนูญสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ในระดับพื้นที่ และธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนพระปริยัติธรรม

๓.๓ การใช้ธรรมนุญสุภาพเป็นกรอบทิศทางด้านสุขภาพพื้นที่ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๒ เขต ประกอบด้วย เขตลาดพร้าว เขตลาดกระบัง เขตคลองสาน เขตบึงกุ่ม เขตบางคอแหลม เขตวังทองหลาง เขตทุ่งครุ เขตดอนเมือง เขตทวีวัฒนา เขตธนบุรี เขตสายไหม และเขตบางบอน

๓.๔ การใช้ธรรมนุญสุภาพเป็นกรอบทิศทางด้านสุขภาพพื้นที่ชุมชนกรุงเทพมหานคร โดยการจัดทำมาตรการการชุมชนในเขตที่มีธรรมนุญสุภาพเขตแล้ว ทั้ง ๑๒ เขต และการจัดทำ มาตรการนิติบุคคล แพต คอนโด หมู่บ้าน

๓.๕ การใช้ธรรมนุญสุภาพเป็นเครื่องมือสนับสนุนชุมชน/ตำบลเข้มแข็ง ร่วมกับสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือ พอช. โดยยกระดับจากข้อตกลงชุมชน/ตำบลเป็นธรรมนุญสุภาพชุมชน/ตำบล การพัฒนา ธรรมนุญส่งเสริมวัฒนธรรมสุจริต และการยกระดับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือธรรมนุญ สุขภาพ

๓.๖ การใช้ธรรมนุญสุภาพเป็นกรอบทิศทางในการทำแผนสุขภาพระดับพื้นที่ หรือระบบ สุขภาพชุมชน ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ขององค์การบริหารจังหวัด รองรับการถ่ายโอน สถานีนโยบายเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทร์ราชินี และ รพ.สต.

๓.๗ การเสริมสร้างบทบาท อสม. ในการใช้ธรรมนุญสุภาพเป็นเครื่องมือการสร้างกติกาส ชุมชนกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

รายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๔

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดรับทราบภาพรวมผลการขับเคลื่อนธรรมนุญสุภาพ พื้นที่ ปี ๒๕๖๕ และให้ข้อเสนอแนะ

มติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาพรวมผลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ปี ๒๕๖๕

๑. ความเป็นมา

ตามที่มาตรา ๒๕ (๑) มาตรา ๔๖ และมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ บัญญัติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน และให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม มีสถานะ ตามบทบัญญัติในมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่กำหนดให้ใช้เป็นกรอบ และแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบและประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ในทางปฏิบัติสถานะของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติสำหรับภาคีเครือข่าย อาจมีความแตกต่างกัน สัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์ ได้แก่

(๑) หน่วยงานและองค์กรของรัฐด้านสุขภาพ สามารถนำหลักการสำคัญและภาพพึงประสงค์จาก หมวดต่างๆ ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปใช้ในฐานะ “กรอบและแนวทาง” พัฒนารูปธรรมให้เกิด “นโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพ” ที่สนับสนุนภารกิจจัดการระบบสุขภาพของหน่วยงานนั้น ๆ ผ่านระบบและแผนการบริหารราชการแผ่นดิน

(๒) ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งที่เป็นหน่วยงานรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน สภาวิชาชีพ สถาบันวิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม สามารถนำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปใช้ในฐานะ “ภาพพึงประสงค์ร่วม” อันเป็นเป้าหมายที่ต้องพัฒนาไปให้ถึงในการพัฒนาระบบสุขภาพตามหลักการและเป้าหมายรวมของธรรมนูญ ฯ โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีภาคส่วนต่าง ๆ ผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เช่น การเสนอเป็นระเบียบวาระการประชุมในสมัชชาสุขภาพทุกระดับ การเสนอเป็นประเด็นในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และเครื่องมืออื่น ๆ ที่เหมาะสม

(๓) ภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ทั้งชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาคีสุขภาพรายประเด็น สามารถนำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ไปใช้ในฐานะต้นแบบของแนวคิด หลักการ เพื่อจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น” เพื่อใช้เป็นกติกาและพันธะร่วมกันของชุมชน

(๔) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ยังมีสถานะเป็นเครื่องมือสื่อสารให้คนในสังคมเข้าใจ กรอบและแนวทางของระบบสุขภาพในอนาคต ทำให้เห็นถึงความสำคัญและสามารถเลือกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ตามบริบทที่เหมาะสมของตน เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวหรือการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในสังคมไทย

โดยสรุป **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ** คือ เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ เป็นเสมือนพิมพ์เขียวที่ภาคส่วนต่าง ๆ มาร่วมกันกำหนดภาพอนาคตที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพ ทุกหน่วยงาน องค์กรรวมถึงชุมชนท้องถิ่น จึงสามารถนำไปอ้างอิงประกอบการจัดทำแผนนโยบาย รวมถึงกติการ่วมของชุมชนได้

ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ “เป็นกรอบนโยบายการพัฒนาสุขภาพตามบริบทและความต้องการของพื้นที่นั้นๆ อย่างมีส่วนร่วม โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันของคนในพื้นที่ที่กำหนดทิศทางหรือแนวปฏิบัติอันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีของชุมชน” หรือ “เป็นภาพฝัน ภาพอนาคต กติกาข้อตกลงร่วม ของคนในชุมชน” เป็นเครื่องมือที่เพิ่มทางเลือกให้กับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน และเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายไปสู่การปฏิบัติได้ หัวใจของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ คือ การให้ความสำคัญกับสาระของบริบทพื้นที่ของตนเองเป็นสำคัญ โดยประยุกต์ใช้ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เป็นกรอบหรือเป็นต้นแบบ

๒. การดำเนินงานขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ของ สช.

ที่ผ่านมาในพื้นที่ทั่วประเทศมีการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ทั้งระดับเขตพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ชุมชน รวมทั้งในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

๒.๑ การสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่และธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็น ครอบคลุม ๑๓ เขตทั่วประเทศ เพื่อใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบนโยบายการพัฒนาสุขภาพตามบริบทและความต้องการของพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันของคนในพื้นที่ที่กำหนดทิศทางหรือแนวปฏิบัติอันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีของชุมชน

๒.๒ การพัฒนาความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

(๑) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สถ.) องค์กรบริหารส่วนจังหวัด นครปฐม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ในการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพพื้นที่ โดยการจัดหลักสูตร “นักจัดการสุขภาพระดับพื้นที่” จังหวัดนครปฐม มีผู้เข้าร่วมจาก ผอ.รพ.สต. หรือผู้แทน ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล และภาคประชาชน จากพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่รับการถ่ายโอนเข้าร่วมจำนวน ๓๗ แห่ง เมื่อวันที่ ๓-๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ ที่สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล มีผู้เข้าร่วมประมาณ ๑๒๐ คน

(๒) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับองค์กร หน่วยงานภาคี เครือข่าย เช่น กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สพสช.), สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือ พอช., กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สถ.), สมาคมองค์การบริหารจังหวัดแห่งประเทศไทย (อบจ.), สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นต้น จัดหลักสูตร “การจัดการระบบสุขภาพท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม” เพื่อพัฒนาศักยภาพของสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รองรับการถ่ายโอน สถานีนอมาลัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทร์ราชินี และ รพ.สต. ระหว่างวันที่ ๑๙-๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ ณ โรงแรมมิราเคิล มีผู้เข้าร่วมจาก อบจ. ๖๖ จังหวัดทั่วประเทศ จำนวน ประมาณ ๒๘๐ คน

(๓) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือ พอช. ภาคเหนือ โดยยกระดับจากข้อตกลงชุมชน/ตำบลเป็น ธรรมนูญสุขภาพชุมชน/ตำบล ในเขตพื้นที่ ๓ สนับสนุนการใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือสนับสนุนชุมชน/ตำบลเข้มแข็ง ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

(๔) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือ พอช. ภาคเหนือ ในการพัฒนาธรรมนูญส่งเสริมวัฒนธรรมสุจริต จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดเชียงราย (รวม ๒๕ แห่ง/ฉบับ) และการยกระดับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วยเครื่องมือธรรมนูญสุขภาพ ๕ ดีวิถีคนตราด และธรรมนูญส่งเสริมวัฒนธรรมสุจริต

(๕) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับมีองค์กรด้านสุขภาพและ คณะสงฆ์ อาทิ สำนักงานการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา, สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (พศ.), มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร), มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย (มมร), กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมลงนามบันทึกความร่วมมือ สานพลัง “ขับเคลื่อนสร้างสุขภาวะในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา” เมื่อวันที่ ๒๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ณ หอประชุมรัชมิ่งคลาจารย์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม ซึ่งการลงนามดังกล่าว เป็นการสานพลังขับเคลื่อนสุขภาวะในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา" ของ ๘ หน่วยงานภาคีเครือข่าย ร่วมกับพระสงฆ์ สามเณร บุคลากรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา ชุมชน และสังคม ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อจัดทำธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญ ในเชิงนโยบาย ระดับเขต ๑๔ เขต ทั่วประเทศ และในระดับโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญ จำนวน ๕๐๗ โรงเรียน

(๖) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือการสร้างกติกาสังคมกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

ในการประชุมเสริมสร้างบทบาท อสม. กับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในชุมชน จัดโดย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีตัวแทน อสม. ทั่วประเทศ เข้าร่วมประมาณ ๖๐๐ คน

๒.๓ การสำรวจข้อมูลนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช) โดยความร่วมมือกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (สถ.) สำรวจข้อมูลการจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ครอบคลุมถึง ข้อตกลงชุมชนฯ/กฎกติกา/แผน/มาตรการชุมชนฯ แผนพัฒนาสุขภาพ (แบบมีส่วนร่วม) ธรรมนูญชุมชน/ตำบล ธรรมนูญสุขภาพ หรือธรรมนูญอื่น ๆ เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแนวทางนโยบายในการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการระบบสุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบแบบมีส่วนร่วมได้อย่างมีคุณภาพและตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ พบว่ามีธรรมนูญพื้นที่/มาตรการชุมชน ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

๓. ผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

๓.๑ เป้าหมาย : มีธรรมนูญสุขภาพตำบลหรือชื่ออื่นที่มีหลักการสำคัญคล้ายกัน ที่เกิดจากกระบวนการ 4P-W เป็นเครื่องมือสร้างสุขภาวะของพื้นที่ ๑,๐๐๐ ตำบล/ฉบับ ที่ประกาศใช้เป็นทางการหรือไม่ทางการ

๓.๒ ผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

มีธรรมนูญสุขภาพตำบลหรือชื่ออื่นที่มีหลักการสำคัญคล้ายกัน ที่เกิดจากกระบวนการ 4P-W เป็นเครื่องมือสร้างสุขภาวะของพื้นที่ ที่ประกาศใช้เป็นทางการและยังไม่ประกาศใช้อย่างเป็นทางการ จำนวน ๑,๒๓๙ ฉบับ ประกอบด้วย

(๑) ธรรมนูญสุขภาพ หรือมาตรการชุมชน ที่ประกาศใช้เป็นทางการและยังไม่ประกาศใช้อย่างเป็นทางการ ในเขตพื้นที่ ๑-๑๓ จำนวน ๑,๐๗๔ ฉบับ

(๒) มีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ครอบคลุมถึง ข้อตกลงชุมชนฯ/กฎกติกา/แผน/มาตรการชุมชนฯ แผนพัฒนาสุขภาพ (แบบมีส่วนร่วม) ธรรมนูญชุมชน/ตำบล ธรรมนูญสุขภาพ หรือธรรมนูญอื่น ๆ เป็นต้น จำนวน ๑๖๕ ฉบับ

๓.๓ ตัวอย่างธรรมนูญสุขภาพพื้นที่/ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็น ในเขตพื้นที่ ๑-๑๓

เขตพื้นที่ ๑ จำนวน ๑๐ ฉบับ เช่น ธรรมนูญสุขภาพตำบลมะขุนหวาน ประเด็น ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อ. สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่, ธรรมนูญสุขภาพอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่, ธรรมนูญสุขภาพตำบลน้ำบ่อหลวง และ ร่างธรรมนูญชุมชนป่า

ป็นรองรับสังคมสูงวัยสู้วิกฤตสุขภาพ (โควิด-19) ระยะฟื้นฟูคุณภาพชีวิต ตำบลผาป่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นต้น

เขตพื้นที่ ๒ จำนวน ๙ ฉบับ เช่น ธรรมนูญสุขภาพเทศบาลตำบลทุ่งหลวง เพื่อ “คนในชุมชน มีสุขภาพะ อยู่ดีมีสุขอย่างยั่งยืน” ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๕, ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ “สูงวัย ใจเป็นสุข” เทศบาลตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๕, ธรรมนูญตำบล พลเมืองตื่นรู้ สู้ภัยโควิด-๑๙ ชุมชนตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย, มาตรการการควบคุมและป้องกันโรคการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-19, COVID-19) ชุมชนตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย และร่างธรรมนูญชุมชน (ความสุข) บ้านไร่ตะวันยิ้ม ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิษฐ์ เป็นต้น

เขตพื้นที่ ๓ จำนวน ๒๓๖ ฉบับ เช่น ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ระดับพื้นที่จังหวัด พิษณุโลก : ชุมชนคุณธรรม ขับเคลื่อนด้วยพลัง “บวร” วัดชะมั่ง, ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ระดับพื้นที่ จังหวัดพิษณุโลก : ชุมชนคุณธรรม ขับเคลื่อนด้วยพลัง “บวร” วัดคลองน้อย, ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ระดับพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก : ชุมชนคุณธรรม ขับเคลื่อนด้วยพลัง “บวร” วัดไผ่น้ำชุ่ม, ธรรมนูญการสร้างวัฒนธรรมสุจริตระดับชุมชนเขาชนกัน, ธรรมนูญการสร้างวัฒนธรรมสุจริตระดับชุมชนชุมตาบง, ธรรมนูญการสร้างวัฒนธรรมสุจริตระดับชุมชนทับกฤช, ธรรมนูญสร้างเสริมพฤติกรรมจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุ เพื่อลดเสี่ยง-ลดโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม หมู่ที่ ๑ บ้านท่าสำโรง, ธรรมนูญสร้างเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อลดเสี่ยง-ลดโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม หมู่ ๒ บ้านท่าสะอาด, ธรรมนูญการจัดการขยะในชุมชนบ้านบึงสำราญน้อย และ ธรรมนูญส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้และภาวะโภชนาการของนักเรียนโรงเรียนบ้านถนนงามมิตรภาพที่ เป็นต้น

เขตพื้นที่ ๔ จำนวน ๒ ฉบับ เช่น ธรรมนูญสุขภาพอำเภอ ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี (ยกระดับจากธรรมนูญสุขภาพตำบลแสงพัน จังหวัดสระบุรี) ประกอบด้วย เทศบาล ตำบลแสงพัน, เทศบาลตำบลวังม่วง, เทศบาลตำบลคำพราน และ อบต.วังม่วง (ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการ) และ ธรรมนูญชุมชนบ้านหลุบเลา ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

เขตพื้นที่ ๕ จำนวน ๑๗ ฉบับ เช่น ธรรมนูญชุมชนตำบลบ้านหาด ๕ ดี ตำบลบ้านหาด อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี, ธรรมนูญสุขภาพตำบลป่าเต็ง อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี, ธรรมนูญการลดละเลิกใช้กล่องโฟม ตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี (ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการ) และ มาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ตำบลท่าคอย อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี (ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการ) เป็นต้น

เขตพื้นที่ ๖ จำนวน ๑๗ ฉบับ เช่น ธรรมนูญป่าชุมชน ป่าชุมชนบ้านหนองม่วง ตำบลชุมแสง อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง (ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการ), ธรรมนูญสุขภาพเพื่อสุขภาพประชาชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง (ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการ)

ทางการ), ธรรมนูญสุขภาพ/กติกาชุมชน “อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ-สิ่งแวดล้อม” เครือข่าย
 ฝักระวังน้ำผิวดิน ตำบลหนองละลอก อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง (ยังไม่ประกาศอย่าง
 เป็นทางการ) และ ธรรมนูญสุขภาพ/กติกาชุมชน เครือข่ายการท่องเที่ยวชุมชนเชิงอนุรักษ์
 คลองลาวน “เพื่อสุขภาพ รักษาวิถี ประเพณี วัฒนธรรมทรัพยากรธรรมชาติ-สิ่งแวดล้อม เทศบาล
 ตำบลสุนทรภู่ อำเภอกาญจนบุรี จังหวัดระยอง (ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการ) เป็นต้น

เขตพื้นที่ ๘ จำนวน ๓๐ ฉบับ เช่น ธรรมนูญธรรมนูญสุขภาพตำบลน้ำพัน อำเภอน้ำพัน
 หนองบัว จังหวัดอุดรธานี ประเด็นป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙, ธรรมนูญ
 สุขภาพตำบลมหาชัย อำเภอลำลูกกา จังหวัดนครพนม, ธรรมนูญสุขภาพตำบลหนองย่างหิน จังหวัด
 นครพนม, ธรรมนูญสุขภาพเทศบาลตำบลเรณูนครว่าด้วยมาตรการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
 เบาหวาน พ.ศ. ๒๕๖๔, ธรรมนูญสุขภาพชุมชนตำบลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ, ธรรมนูญตำบล
 ห้วยยาง จังหวัดสกลนคร, ธรรมนูญตำบลคูสะคาม จังหวัดสกลนคร, ธรรมนูญสุขภาพตำบลนาม่วง
 ประเด็นป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จ.อุดรธานี (ยังไม่ประกาศใช้อย่างเป็น
 ทางการ) และ ธรรมนูญสุขภาพตำบลแสงสว่าง จังหวัดอุดรธานี (ยังไม่ประกาศใช้อย่างเป็น
 ทางการ)

เขตพื้นที่ ๙ จำนวน ๔๓ ฉบับ เช่น ธรรมนูญสุขภาพตำบลดงพลอง อำเภोजักราช
 จังหวัดนครราชสีมา, ธรรมนูญสุขภาพตำบลหนองแวง อำเภอนครราชสีมา, ธรรมนูญสุขภาพตำบล
 บัลลังก์ อำเภอนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา, ธรรมนูญสุขภาพตำบล
 โนนจาน อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา, ธรรมนูญสุขภาพตำบลเมืองพะโล อำเภอบัวลาย
 จังหวัดนครราชสีมา, ธรรมนูญสุขภาพตำบลบัวลาย อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา, ธรรมนูญ
 สุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา, ธรรมนูญสุขภาพตำบลในเมือง
 อำเภอนครราชสีมา และธรรมนูญสุขภาพตำบลสัมฤทธิ์ อำเภอนครราชสีมา เป็นต้น

เขตพื้นที่ ๑๐ จำนวน ๑๓๒ ฉบับ เช่น ธรรมนูญตำบลม่วง อำเภอม่วง อำเภอมหา
 ชนะชัย จ.ยโสธร, ธรรมนูญประชาชนตำบลเมืองคง อำเภอนครราชสีมา จ.ศรีสะเกษ โดยสภาองค์กร
 ชุมชนเทศบาลตำบลเมืองคง ณ หอประชุมอำเภอนครราชสีมา จังหวัดศรีสะเกษ, ธรรมนูญตำบลถือว่า
 ด้วยการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พอ.บุษราคัม จังหวัดอำนาจเจริญ, ร่างธรรมนูญ
 โควิด ตำบลแคนน้อย อำเภอนครราชสีมา จังหวัดยโสธร, ร่างธรรมนูญโควิด ตำบลตระการ อำเภอนครราชสีมา
 จังหวัดศรีสะเกษ, ร่างธรรมนูญโควิด ตำบลสังเม็ก อำเภอนครราชสีมา จังหวัด
 ศรีสะเกษ, ร่างธรรมนูญสุขภาพชุมชนตำบลนาวัง จังหวัดอำนาจเจริญ ประเด็นป้องกันการ
 แพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา Covid-19, ร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลสุภักย์โควิดตำบลโนนยาง
 อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี, มาตรการป้องกันสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนาโควิด-19
 ทต.เขื่องใน, มาตรการป้องกันสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนาโควิด-19 ตำบลค้อทอง,
 มาตรการป้องกันสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนาโควิด-19 ตำบลหัวดอน, มาตรการป้องกัน

สถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนาโควิด-19 ต.นาคำใหญ่, มาตรการป้องกันสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนาโควิด-19 ต.แดงหม้อ, มาตรการป้องกันสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนาโควิด-19 ตำบลบ้านไทย, มาตรการป้องกันสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนาโควิด-19 ตำบลกลางใหญ่, มาตรการป้องกันสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนาโควิด-19 ตำบลยางซึ้ง, มาตรการป้องกันสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนาโควิด-19 ตำบลสร้างถ่อ เป็นต้น

เขตพื้นที่ ๑๑ จำนวน ๑๗ ฉบับ เช่น ธรรมนูญการจัดการปัญหาเสพติดในกลุ่มเยาวชน ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช, ธรรมนูญพัฒนาคุณภาพชีวิตบ้านสร้าน หมู่ ๒ ตำบลหน้าเขา อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่, ธรรมนูญสุขภาพบ้านปลายทับใหม่ป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหาโรคโควิด-19 และฟื้นฟูคุณภาพชีวิต เพื่อสุขภาวะของคนในชุมชน หมู่ที่ ๕ ตำบลดินแดง อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่, ธรรมนูญสุขภาพบ้านพรุตาโรย ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง, ธรรมนูญตำบลปากน้ำ อำเภอดง จังหวัดนครศรีธรรมราช (ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการ), ธรรมนูญตำบลกรูด อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการ), ธรรมนูญตำบลลิเล็ด อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการ) และ ธรรมนูญตำบลศรีวิชัย อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการ) เป็นต้น

เขตพื้นที่ ๑๒ จำนวน ๒๓ ฉบับ เช่น ธรรมนูญสุขภาพเชิงประเด็นความมั่นคงทางอาหารกับภาวะวิกฤติโควิด ตำบลละลุ อำเภอละงู จังหวัดสตูล, ธรรมนูญสุขภาพชุมชนตำบลหน้าถ้ำ (แหล่งท่องเที่ยว/กลุ่มเปราะบางทางสังคม) ตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา, ปากัดดามัย : ธรรมนูญว่าด้วยความร่วมมือเพื่อสันติภาพ/กลุ่มเปราะบางทางสังคม เทศบาลตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา, กอดอซีหัต : ธรรมนูญสุขภาพดี(กลุ่มเปราะบางทางสังคม) ตำบลกอดอซี อำเภอรามัน จังหวัดยะลา, บาโงยชื้อยาตี : บาโงยแห่งความสุข (การจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน/กลุ่มเปราะบางทางสังคม) ตำบลบาโงย อ.รามัน จังหวัดยะลา, ธรรมนูญการบริหารจัดการน้ำ ตำบลกำแพง อำเภอละงู จังหวัดสตูล และ ธรรมนูญปันรักคนพิการ ทด.กำแพง เทศบาลตำบลกำแพง อำเภอละงู จังหวัดสตูล เป็นต้น

เขตพื้นที่ ๑๓ จำนวน ๕๔๐ ฉบับ เช่น ธรรมนูญเขตตลาดพร้าว, เขตตลาดกระบ้ง, เขตคลองสาน, เขตบึงกุ่ม, เขตบางคอแหลม, เขตวังทองหลาง, เขตทุ่งครุ, เขตดอนเมือง, เขตทวีวัฒนา, เขตธนบุรี, เขตสายไหม และเขตบางบอน (๒) มาตรการชุมชนในเขตที่มีธรรมนูญสุขภาพเขตแล้ว ทั้ง ๑๒ เขต และการจัดทำมาตรการนิติบุคคล แพต คอนโด หมู่บ้าน

๔. สรุปผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ดำเนินการสนับสนุนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่และธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็นบรรลุเป้าหมายตามแผนงานโครงการ โดยสรุปรูปแบบการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ปี ๒๕๖๕ ได้ดังนี้

(๑) การใช้ธรรมนูญสุขภาพ เป็นกรอบทิศทางการสร้างสุขภาวะพื้นที่ เช่น ธรรมนูญสุขภาพชุมชน/ตำบล, การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ การใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบทิศทางการรับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

(๒) การใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบทิศทางด้านสุขภาพเชิงประเด็น/กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น มาตรการป้องกันสถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนาโควิด-19, ธรรมนูญสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล, ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ในระดับพื้นที่ และธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนพระปริยัติธรรม

(๓) การใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบทิศทางด้านสุขภาพพื้นที่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ใน ๑๒ เขต ประกอบด้วย เขตลาดพร้าว เขตลาดกระบัง เขตคลองสาน เขตบึงกุ่ม เขตบางคอแหลม เขตวังทองหลาง เขตห้วยขวาง เขตดอนเมือง เขตทวีวัฒนา เขตธนบุรี เขตสายไหม และเขตบางบอน

(๔) การใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบทิศทางด้านสุขภาพพื้นที่ชุมชนกรุงเทพมหานคร โดยการจัดทำมาตรการชุมชนในเขตที่มีธรรมนูญสุขภาพเขตแล้ว ทั้ง ๑๒ เขต และ การจัดทำมาตรการนิติบุคคล แพต คอนโด หมู่บ้าน

(๕) การใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือสนับสนุนชุมชน/ตำบลเข้มแข็ง ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือ พอช. โดยยกระดับจากข้อตกลงชุมชน/ตำบลเป็นธรรมนูญสุขภาพชุมชน/ตำบล การพัฒนาธรรมนูญส่งเสริมวัฒนธรรมสุจริต และการยกระดับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือธรรมนูญสุขภาพ

(๖) การใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบทิศทางการทำแผนสุขภาพระดับพื้นที่ หรือ ระบบสุขภาพชุมชน ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ขององค์การบริหารจังหวัดรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทร์ราชินีและ รพ.สต.

(๗) การเสริมสร้างบทบาท อสม. ในการใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือการสร้างกติกาสังคมกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง/แหล่งข้อมูล

๑. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
๒. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙
๓. รายงานผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๔ สำนักขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๔. รายงานผลการสำรวจข้อมูลนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๕ การจัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปี สุขภาพแห่งชาติ “พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาวะ” (นำเสนอโดยเอกสาร)

(มีเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๕ เอกสาร ๑ และ ๒)

สรุปสาระสำคัญ

๑. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ก่อให้เกิดกลไกและกระบวนการขับเคลื่อน การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สู่ปฏิบัติการสร้างสังคมสุขภาวะที่ ต่อเนื่องมาจากขบวนการการขับเคลื่อนวิถีคิด การสร้างจิตสำนึกสุขภาพใหม่ การขยายมิติสุขภาพ ให้กว้างขึ้นครอบคลุม ๔ มิติ ภายใต้หลักการปฏิรูประบบสุขภาพ

๒. ตลอดระยะเวลา ๑๕ ปี ของการดำเนินงานตามเป้าหมาย กลไก กระบวนการ และภารกิจ ที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง ได้เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำงาน ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาไปสู่สังคมสุขภาวะ ซึ่งได้สร้างองค์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และสร้างเครือข่ายการพัฒนาที่กว้างขวางออกไปเป็นจำนวนมาก จนมีผลงานหลายด้านเป็นที่ ประจักษ์ต่อสังคมและสามารถขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในหลายเรื่องจนบรรลุผล ทั้งในระดับ พื้นที่และระดับชาติ

๓. สช. และภาคีเครือข่ายจึงได้ร่วมกันจัดงาน เวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปี สุขภาพ แห่งชาติ “พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาวะ” เพื่อเป็นเวทีนโยบายสาธารณะ (Public Policy Forum) ที่จะนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนานโยบายสาธารณะกับการสร้างสังคมสุขภาวะในช่วง ระยะเวลาที่ผ่านมา และเสนอทิศทางการพัฒนาในอนาคตร่วมกันในระยะต่อไป โดยมีแนวคิดสำคัญ และวัตถุประสงค์ คือ (๑) เพื่อนำเสนอผลงานที่เป็นประสบการณ์และบทเรียน และความก้าวหน้าเชิงรูปธรรมที่เกิดขึ้น จากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฯ ในระยะที่ผ่านมา (๒) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในประเด็น สำคัญของประเทศ และนำไปสู่การกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ในอนาคตร่วมกัน และ (๓) เพื่อสร้างพลังภาคีเครือข่ายสู่การสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และขับเคลื่อนแนวคิด HiAP ให้เป็นรูปธรรม

๔. การจัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปี สุขภาพแห่งชาติ กำหนดจัดขึ้นระหว่างวันที่ ๒๗-๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ มีรูปแบบการจัดแบบลูกผสมระหว่างการประชุม ณ สถานที่ประชุม (On site) และการประชุมทางไกลผ่านระบบสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ (On line) โดยมีเนื้อหา การนำเสนอ ประกอบด้วย (๑) ภาพรวมการขับเคลื่อนงานที่ผ่านมา (มุมมองนานาชาติ ประสบการณ์บุคคล) (๒) รูปธรรมความสำเร็จของการทำงาน (ตัวแทนเครือข่ายแต่ละประเด็น) (๓) กระบวนการนโยบายสาธารณะที่จะไปต่อ (ตัวแทนของผู้ที่ขับเคลื่อนกระบวนการนโยบาย

สาธารณสุข) และ (๔) ทิศทางและโอกาสการทำงานในอนาคต (เช่น ประเด็น Global agenda SDGs การเมืองยุคใหม่ การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ และมุมมองของภาคี ยุทธศาสตร์) โดยมีองค์กรร่วมจัด ได้แก่ ภาคียุทธศาสตร์ในส่วนกลาง กขป. ทั้ง ๑๓ เขต และสมาชิก สุขภาพจังหวัดทุกจังหวัด สำหรับกลุ่มเป้าหมายจะสัมพันธ์กับกับกิจกรรมของแต่ละวัน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (๑) องค์กรภาคีเครือข่ายเกิดความเข้าใจในทิศทางและ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฯ ในอนาคต (๒) เกิดองค์ความรู้เรื่องกระบวนการนโยบายสาธารณะ แบบมีส่วนร่วมสำหรับนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพไทยในอนาคต

รายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๓.๕ เอกสาร ๑ และ ๒

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรด รับทราบการจัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปี สุขภาพ แห่งชาติ “พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาวะ” และให้ข้อเสนอแนะ

มติ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

แนวทางและรูปแบบการจัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปี สุขภาพแห่งชาติ
“พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาวะ”

ที่	ประเด็น	แนวทางและรูปแบบการจัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปี ฯ
๑	Theme	“พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาวะ”
๒	ชื่องาน	“๑๕ ปี สุขภาพแห่งชาติ”
๓	โลโก้	ภาพสัญลักษณ์ที่สื่อให้เห็น ๑๕ ปีของพลังภาคี ที่ร่วมขับเคลื่อนสร้างสังคมสุขภาวะอย่างต่อเนื่อง และมุ่งไปข้างหน้า
๔	คลิป/โปสเตอร์สื่อสาร	สื่อสารประชาสัมพันธ์ตามหมวดหมายกิจกรรมสำคัญขององค์กร และสื่อสารให้มากในช่วงเดือนก.ย.- ต.ค. ๒๕๖๕
๕	วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อนำเสนอผลงานที่เป็นประสบการณ์และบทเรียนและความก้าวหน้าเชิงรูปธรรมที่เกิดขึ้น จากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตามเจตนารมณ์ของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ฯ ในระยะที่ผ่านมา</p> <p>๒. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในประเด็นสำคัญของประเทศ และนำไปสู่การกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในอนาคตร่วมกัน</p> <p>๓. เพื่อสร้างพลังภาคีเครือข่ายสู่การสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และขับเคลื่อนแนวคิด HiAP ให้เป็นรูปธรรม</p>
๖	วันจัดงาน (onsite และ online)	<ul style="list-style-type: none"> ● วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๕ (เช้าและบ่าย) ส่วนกลาง สช. จัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปีฯ โดย (เช้า) เน้นนำเสนอภาพรวมการขับเคลื่อนงานที่ผ่านมาและ (บ่าย) เน้นนำเสนอรูปธรรมความสำเร็จของการทำงาน ● วันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ (เช้าและบ่าย) ส่วนกลาง สช. จัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปีฯ โดย (เช้า) เน้นนำเสนอกระบวนการนโยบายสาธารณะ (เครื่องมือตาม พ.ร.บ.สุขภาพฯ) และ (บ่าย) เน้นนำเสนอทิศทางและโอกาสในการทำงานต่อไป
๗	กลุ่มเป้าหมาย	แบ่งตามกิจกรรมแต่ละวัน
๘	องค์กรร่วมจัด	ภาคียุทธศาสตร์ในส่วนกลาง กขป. ทุกเขต และสมัชชาจังหวัดทุกจังหวัด
๙	การสื่อสารประชาสัมพันธ์	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานภายใน สช. สอดแทรกกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับการจัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปีฯ หรือ นำ logo และ

ที่	ประเด็น	แนวทางและรูปแบบการจัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปี ๆ
		<p>คลิปไปสื่อสารและใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ทำคลิปและโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ ● บอร์ดหรือป้ายของกระทรวงสาธารณสุข ● อื่นๆ
๑๐	เนื้อหาและรูปแบบการจัดเวทีนโยบายสาธารณะฯ	<p>๑. ภาพรวมการขับเคลื่อนงานที่ผ่านมา วิธีการดำเนินงาน (Input นำเข้า)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● รายงานการประเมิน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ ● มุมมองนานาชาติ เช่น WHO..... ● ประสบการณ์บุคคล เช่น นพ.อำพล จินดาวัฒนะ, นพ.พลเดช ปิ่นประทีป, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ , นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ และคนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ● อื่นๆ <p>๒. รูปธรรมความสำเร็จของการทำงาน วิธีการดำเนินงาน (Input นำเข้า)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เลือกระเด็น (ที่มีความสำเร็จ/ยังดำเนินการไม่บรรลุผล หรือมีอุปสรรค) ที่มีผลกระทบวงกว้าง มีกลไกและรูปธรรม การทำงานที่ชัดเจน มีความท้าทายแต่ละประเด็น โดยมีภาคียุทธศาสตร์เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อน (ตัวอย่างเช่น สังคมสูงวัย PM 2.5 ความมั่นคงทางอาหารโรคระบาด ธรรมนูญพระสงฆ์ ระบบการจัดการอาหารชาติพันธุ์ ฯลฯ) ● ประชุมกลุ่มย่อยกับเจ้าภาพแต่ละประเด็นเพื่อจัดทำงานวิชาการตามประเด็น โดยกำหนดรูปแบบสั้น ๆ และจัดทำเอกสารวิชาการเพื่อประกอบการวิพากษ์ และเติมเต็มข้อมูลในห้องย่อยให้สมบูรณ์เพื่อให้เห็นทิศทางในการทำงาน ● ตัวแทนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องแต่ละประเด็นนำเสนอ ● ได้เอกสารวิชาการแต่ละประเด็น (input นำเข้าแต่ละห้องแต่ละประเด็น)

ที่	ประเด็น	แนวทางและรูปแบบการจัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปี ๆ
		<p>๓. กระบวนการนโยบายสาธารณะ (ที่จะไปต่อ) วิธีการดำเนินงาน (Input นำเข้า)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กระบวนการนโยบายสาธารณะ คนรุ่นใหม่ ● กระบวนการนโยบายสาธารณะ กทม. ● กระบวนการนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ (ถ้ามี) ● กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ผ่านกลไกต่างๆ เช่น HIA commission HIA consortium multisectoral ● ได้เอกสารวิชาการกระบวนการนโยบายสาธารณะ จำนวน ๑ เล่ม <p>๔. ทิศทางและโอกาส (หาวิทยากรนำเสนอ) วิธีการดำเนินงาน (Input นำเข้า)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ประเด็นที่เป็นทิศทางใหญ่ของประเทศ (นพ.ประเวศ วะสี) ● ประเด็น Global agenda SDGs (วิทยากรต่างประเทศ เช่น UNDP ประเทศไทย) ● ประเด็นการเมืองยุคใหม่เพื่อปลุกกระแส จูงใจในการทำงาน/เลือกตั้ง (Next gen เช่น นายศานนท์ หวังสร้างบุญ ผู้นำท้องถิ่น เทศบาล อบจ. ผู้ว่า/รองผู้ว่าฯ กทม. ฯลฯ) เพื่อให้เกิดแนวคิดใหม่ๆ ในการทำงาน ● การขับเคลื่อนธรรมนูญชาติฯ ฉบับที่ ๓ (คณะกรรมการขับเคลื่อนฯ) ● มุมมองของภาคียุทธศาสตร์ เช่น คณะกรรมการสิทธิ ตัวแทนกระทรวงต่าง ๆ (คนทำงาน) เป็นตัวอย่างการนำกระบวนการไปใช้อย่างไร? ใช้ได้จริงหรือไม่?
๑๑	สถานที่จัดงาน ส่วนกลาง	<ul style="list-style-type: none"> ● โรงแรมอัศวิน แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร
๑๒	บทบาทภายใน สช.	ทุกสำนักและส่วนงานได้รับมอบหมายงานและออกแบบงานตามเนื้อหาและรูปแบบการจัดเวทีนโยบายสาธารณะ ๑๕ ปีๆ โดยมีร่องเลขฯ กำกับดูแลตามกลุ่มภารกิจงาน



(ร่าง) กำหนดการงาน ๑๕ ปี สุขภาพแห่งชาติ “พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาวะ”

วันที่ ๒๗ - ๒๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ณ โรงแรมอัสวิน แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

(รูปแบบ Onsite online และ ถ่ายทอดผ่าน FB Live)

วันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ (เหลือवलั้ง)

- ๐๘.๓๐ - ๐๙.๓๐ น. ลงทะเบียนและเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม
- ๐๙.๓๐ - ๐๙.๔๕ น. วัตถุประสงค์ และการแสดง “๑๕ ปี พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาวะ”
- ๐๙.๔๕ - ๑๐.๑๕ น. ปาฐกถาเปิดงาน “การเมืองกับการพลิกฟื้นวิกฤตประเทศ และสุขภาวะของประชาชน”
โดย นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
กล่าวรายงานโดย นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ๑๐.๑๕ - ๑๐.๔๕ น. ปาฐกถานำ “ย้อนรอยปฏิรูประบบสุขภาพไทย กับก้าวต่อไปสู่ความยั่งยืน”
โดย นพ.อำพล จินดาวัฒนะ สมาชิกวุฒิสภา และอดีตเลขาธิการกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ๑๐.๔๕ - ๑๒.๐๐ น. เรื่องเล่ารูปธรรม “พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาวะ”
๑. พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ
โดย พระครูอมรชัยคุณ เจ้าคณะตำบลสีคิ้ว และเจ้าอาวาสวัดสุขชัยคุณาราม
 ๒. มาตรการของประชาชนกับการสู้ภัยโควิด-19 ในกรุงเทพมหานคร
โดย ครูประทีป อึ้งทรงธรรม ฮาตะ มูลนิธิดวงประทีป
 ๓. บทเรียนการขับเคลื่อนเกษตรปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
โดย นายวิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ มูลนิธิชีววิถี
 ๔. การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยใช้ยาอย่างสมเหตุผล
โดย ดร.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา
 ๕. ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน
โดย นางจงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี ผู้จัดการโครงการเด็กไทยแก้มใส
- ดำเนินรายการโดย นายสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๑๒.๐๐ - ๑๓.๓๐ น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน และชมกิจกรรมลานพื้นที่กลาง

๑๓.๓๐ - ๑๔.๔๕ น.

ห้องใหญ่ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หนึ่งใน “ความมั่นคงทางอาหาร จากชุมชนสู่ตลาดโลก”

โดย ๑. ดร.วนิดา กำเนิดเพ็ชร์ ผู้อำนวยการสำนักการเกษตรต่างประเทศ

สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

๒. นายวิชัย เทียงจิตร เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดเลย

๓. นายปริญญา เลิศสุวรรณสิทธิ์ เครือข่ายผู้ประกอบการคนรุ่นใหม่ จังหวัดชัยนาท

๔. ดร.เดชรัต สุขกำเนิด ผู้อำนวยการศูนย์นโยบายเพื่ออนาคต

ดำเนินรายการโดย ดร.ทพ.วีรศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ห้องย่อย ๑ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอง “ธรรมนูญพื้นที่ นวัตกรรมการพัฒนาและแก้ปัญหาของชุมชน”

โดย ๑. นพ.วงวัฒน์ ลีวลักษณ์ อดีตผู้ตรวจราชการกรุงเทพมหานคร

๒. นางทัศน อินตะแก้ว ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านสันท้าว จังหวัดเชียงใหม่

๓. นายอุเทน แสงนาโก ปลัดเทศบาลตำบลเอราวัณ จังหวัดเลย

๔. นายชาคริต โภชะเรือง เลขาธิการมูลนิธิชุมชนสงขลา จังหวัดสงขลา

ดำเนินรายการโดย นายจารึก ไชยรักษ์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ห้องย่อย ๒ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สาม “หลากหลายประสบการณ์จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด”

โดย ๑. นางศิริพร ปัญญาเสน เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดลำปาง

๒. นายอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ

๓. นายรอซี้ดี เลิศอรียะพงษ์กุล เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดยะลา

๔. ดร.จักรพันธ์ นาน่วม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดสระแก้ว

ดำเนินรายการโดย นายบัณฑิต มั่นคง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๑๔.๔๕ - ๑๖.๐๐ น.

ห้องใหญ่ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สี่ “กขป. กับภารกิจสานพลังที่ทำนายในพื้นที่”

โดย ๑. ผศ.ดร.สมตระกูล ราศิริ ประธานกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๒

๒. นายประชา เตรรัตน์ ประธานกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ ๖

๓. นายณรงค์ พลละเอียด ประธานกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๘

๔. นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ประธานกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

เขตพื้นที่ ๑๒

ดำเนินรายการโดย นพ.ปรีดา แต่อารักษ์ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ห้องย่อย ๑ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หัว “คนกรุงเทพร่วมสร้างมหานครสุขภาวะ”

- โดย ๑. สิบเอกดุขฎิ ธิธรนกุล (ไซโย) ประธานสภาเด็กเยาวชนกรุงเทพมหานคร
๒. นางสาวณาดยา แวววิธคุดต์ ผู้อำนวยการศูนย์สื่อสารนโยบายสาธารณะและ
วาระทางสังคม ไทยพีบีเอส
๓. ดร.พิมพ์รภักษ ดุขฎิอิสรียกุล มูลนิธิเฟรดดิก เนาวมัน
๔. ดร.นพ.วิรุฬ ลิมสวาท ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ดำเนินรายการโดย เตชิต ชาวบางพรหม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ห้องย่อย ๒ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทก “Global Agenda on Social Participation”

- โดย ๑. ดร.วลัยพร พัทธนนถม ผู้อำนวยการกองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
๒. นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ กรรมการ International Alliance of Patients’
Organization
๓. นาย เฉลิมศักดิ์ กิตติตระกูล กรรมการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์
๔. นายสุวินัย จิระบุญศรี ประธานสมาพันธ์นิสิตนักศึกษาแพทยนานาชาติ
แห่งประเทศไทย (IFMSA-Thailand)

ดำเนินรายการโดย นางสาวณนุต มธรรพจน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ๒๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ (แลหน้า)

- ๐๘.๓๐ – ๐๙.๓๐ น. **ลงทะเบียน และเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม**
- ๐๙.๓๐ – ๑๐.๑๐ น. **ปาฐกถาพิเศษ “๑๕ ปี พลังภาคีสร้างสังคมสุขภาวะ”**
โดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี
- ๑๐.๑๐ – ๑๐.๓๐ น. **ปาฐกถา “จินตนาการ สร้างสังคมสุขภาวะของคนรุ่นใหม่”**
โดย นายศานนท์ หวังสร้างบุญ รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
- ๑๐.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. **ห้องใหญ่ ล้อมวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หนึ่ง “ธรรมนูญสุขภาพฯ ฉบับที่ ๓
แนวคิดและการขับเคลื่อน”**
โดย ๑. นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ รองประธานกรรมการจัดทำธรรมนูญ
ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓
๒. นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ ประธานกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
เขตพื้นที่ ๑๐
๒. นายกรด โรจนเสถียร สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย

๔. นายสมยศ ฤทธิ์ธรรมนาถ องค์การบริหารส่วนตำบลนาทอน จังหวัดสตูล
ดำเนินรายการโดย นางสาวนภินทร ศิริไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ห้องย่อย ๑ ล้อมวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอง “HIA การขับเคลื่อนระดับชาติและพื้นที่”

โดย ๑. นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไก
การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

๒. ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

๓. นายวิเชษฐ์ จินานุรักษ์ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
เทศบาลตำบลเชียงรากน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๔. นายเจริญ ถิ่นเกาะแก้ว เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ จังหวัดภูเก็ต

ดำเนินรายการโดย ดร.นาตยา พรหมทอง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

**ห้องย่อย ๒ ล้อมวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สาม “ส่องดู ๓ ประเด็นสำคัญในสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕”**

๑. การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC)

โดย นางบงกชรัตน์ โมลี ผู้อำนวยการกองนโยบายการท่องเที่ยวและกีฬาแห่งชาติ

๒. การขจัดความยากจนตามโมเดล BCG: การยกระดับเศรษฐกิจของครัวเรือน

โดย ดร.กาญจนา วานิชกร รองผู้อำนวยการ สำนักงานสภานโยบาย
การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ

๓. ประเด็นหลักประกันรายได้พื้นฐานถ้วนหน้า

โดย นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ มุลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ดำเนินรายการโดย นายสมเกียรติ พิทักษ์กมลพร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ
แห่งชาติ

๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๐๐ - ๑๓.๒๐ น.

นำเสนอผลการประเมิน “๑๕ ปี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
กับการสร้างสังคมสุขภาวะ”

โดย ดร.จอมขวัญ โยธาสมุทร สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑๓.๒๐ - ๑๔.๓๐ น.

นานาทัศน์ “Health in All Policy ในมุมมองขององค์กรยุทธศาสตร์”

โดย ๑. นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. นายกฤษดา สมประสงค์ ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน

๓. นายปรเมศวร์ งามพิเชษฐ์ นายกเมืองพัทยา และกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ดำเนินรายการโดย ดร.ธีรรัตน์ พันทวี วงศ์ธนะเอนก กรรมการบริหาร สำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

- ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น. นำเสนอ “ครึ่งทศวรรษที่สอง กับภารกิจการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
เพื่อสุขภาพ ของ สช.”
โดย นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ๑๔.๔๕ - ๑๕.๐๐ น. วิดีทัศน์ประมวลภาพ และการแสดงปิดงาน

หมายเหตุ วิทยากรและผู้ดำเนินรายการอยู่ระหว่างการประสานงาน อาจมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุม
--

๔.๑ ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๘ และเขตพื้นที่ ๙
(มีสไลด์ประกอบการนำเสนอหมายเลข ๔.๑ และเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๑)

สรุปสาระสำคัญ

เพื่อให้การรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ตามที่กำหนดในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ ทั้ง ๑๓ เขตพื้นที่ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง กขป. เขตพื้นที่ ๘ และเขตพื้นที่ ๙ ขอรายงานผลการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. การดำเนินงานของ กขป. เขตพื้นที่ ๘ กำหนด **วิสัยทัศน์** เป็นกลไกสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพระดับเขตที่เป็นต้นแบบในการสานพลังภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสังคมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วม โดยมี **พันธกิจ** (๑) กำหนดเป้าหมาย ทิศทาง ยุทธศาสตร์ และแนวทางการขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วม (๒) ดำเนินการ หรือ ประสาน ให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะ (๓) ติดตามและประเมินผล เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะให้เกิดประสิทธิผล

มีการจัดทำ**ยุทธศาสตร์** ๔ ด้าน ได้แก่ (๑) การสนับสนุนกลไกและเสริมพลังภาคีเครือข่าย (Empowerment) (๒) การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information System and KM) (๓) การสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Policy Facilitation) (๔) การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และการประเมินผล (Management and Evaluation)

๑.๒ ผลการดำเนินงานสำคัญ

๑) สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมประสานเชิงนโยบาย (Policy Facilitation) โดยประธาน กขป. เขต ๘ และคณะกรรมการ กขป. ร่วมกับกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดทุกจังหวัดทุกจังหวัด เชื่อมประสานงานผู้ว่าราชการจังหวัด ๗ จังหวัด เพื่อนำเสนอบทบาทหน้าที่ กขป. และขอรับการสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะในแต่ละจังหวัด

๒) ประเด็นความมั่นคงทางอาหารและอาหารปลอดภัย เพื่อเสริมสร้างเศรษฐกิจฐานรากใน ๗ จังหวัดแอ่งสกลนคร มีการบูรณาการหนุนเสริมการทำงานร่วมกับกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด ๗ จังหวัด เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายและแผนงานหน่วยงานระดับจังหวัด เช่น คณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและยกระดับสุขภาวะประชาชนจังหวัดเลย บรรจุประเด็นอาหาร

ปลอดภัยให้กลไก พขอ. ดำเนินงานทุกพื้นที่ นโยบายจังหวัดหนองบัวลำภูประเด็นเกษตรอินทรีย์วิถีหนองบัวลำภู อาหารปลอดภัยจากท้องนาสู่พาข้าว เป็นต้น

๓) ประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุ ในการสร้างสุขภาวะ/แก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ สำนักภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนากลไกชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ เกิดฐานข้อมูลนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เขตพื้นที่ ๘

๔) ประเด็นธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ในการสร้างสุขภาวะ/แก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) สนับสนุนงบประมาณโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพระสงฆ์ในระดับตำบลในพื้นที่จังหวัดนครพนม จำนวน ๒๔ แห่ง และจังหวัดหนองคาย ๙ แห่ง

๕) ประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช. เขต ๘ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ เกิดข้อตกลงเชิงนโยบายในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ สนับสนุนการให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง เป้าหมายอำเภอละ ๑ ตำบล รวม ๘๘ ตำบล ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) ดำเนินการจำนวน ๘๑ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๐๔ เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในระดับหมู่บ้าน ตำบล กลุ่มเป้าหมายมีแนวโน้มค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และได้สรุปรูปแบบเสนอต่อ กขป. ให้หน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ นำไปดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๖) ประเด็นเด็กและเยาวชน มีการตกลงความร่วมมือ กับเครือข่าย ๒๐ หน่วยงานร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมายและกรอบแนวทางการดำเนินงานร่วม รวบรวมประเด็นและองค์ความรู้ แต่ละเครือข่ายในจังหวัดสกลนคร นครพนม บึงกาฬ เลย อุดรธานี โดยนำบทเรียนมาออกแบบและร่วมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายรุ่นต่อไป (Next Generation) ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และนำเสนอ กขป. เขตพื้นที่ ๘ เพื่อเป็นประเด็นขับเคลื่อนในปี ๒๕๖๖

๒. การดำเนินงานของ กขป. เขตพื้นที่ ๙ กำหนด วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ คือ สานพลังภาคีเครือข่าย สร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เพื่อสุขภาวะนครชัยบุรินทร์อย่างยั่งยืน **พันธกิจประกอบด้วย** (๑) สร้างความร่วมมือประสานงานของ กขป. เขตพื้นที่ ๙ ด้วยความเข้าใจและการปฏิบัติในอุดมการณ์ กขป. เขตพื้นที่ ๙ ที่แท้จริง (๒) บูรณาการงานสุขภาวะของหน่วยงาน องค์กรภาคี เครือข่าย ที่มีอยู่แล้วในเขต ๙ อย่างกลมกลืน มีประสิทธิภาพและคุณภาพ (๓) กระตุ้นและพัฒนาภาคประชาชนให้มีส่วนร่วม กล้าเรียกร้องต่อสู้เพื่อสิทธิและผลประโยชน์ของประชาชนด้าน

สุขภาพ และความเหลื่อมล้ำ และ (๔) สร้างและพัฒนาสุขภาพของคนในนครชัยบุรีนทร์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเท่าเทียมและยั่งยืน

๒.๑ มีผลการดำเนินงานสำคัญ ดังต่อไปนี้

๑) ประเด็นการพัฒนาระบบปฐมภูมิภาคประชาชน โดย กขป. เขตพื้นที่ ๙ ร่วมกับ สปสช. เขต ๙ และเขตสุขภาพที่ ๙ ของกระทรวงสาธารณสุข “Kick off ๓ ภาคี ร่วมสร้างสุขภาพดี ชาวนครชัยบุรีนทร์” ส่งผลให้มีการขับเคลื่อนประเด็น (๑) การเข้าถึงบริการกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) (๒) การเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็ก (๓) การเข้าถึงบริการกลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ และ (๔) การยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพผ่านแผนงานสุขภาพร่วมกับภาคีสุขภาพ ในเขตพื้นที่ ๙ รวมทั้งมีการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เรื่อง โครงการความร่วมมือเพื่อบูรณาการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของเขตสุขภาพที่ ๙ ภายใต้ความร่วมมือ ของเขตสุขภาพที่ ๙ มทส. บริษัทโนวา ดิส กขป. เขตพื้นที่ ๙

๒) ประเด็นสานพลังสู้ภัยโควิด-19 มีข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นการดูแลสุขภาพ ปฐมภูมิกลุ่มประชากรเฉพาะ เรื่อง ผู้สูงอายุติดเตียง และพระสงฆ์ในภาวะวิกฤตโควิด-19 อย่างเป็นธรรม ของ กขป. เขตพื้นที่ ๙

๓) ประเด็นพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ เกิดแผนความร่วมมือในการตรวจคัดกรอง ตามตัวชี้วัดของหน่วยงานด้านสุขภาพ และโครงการศึกษาสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดนครราชสีมา ได้รับงบประมาณจากหน่วยงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยมีการถวายเป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้นแก่เจ้าคณะจังหวัด นครราชสีมา รองเจ้าคณะจังหวัดนครราชสีมา และคณะสงฆ์มหานิกาย จำนวน ๔๕๐ รูป และ ธรรมยุต จำนวน ๑๐๐ รูป รวมทั้งสิ้น ๕๕๐ รูป

ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๔.๑

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดรับทราบผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อ ประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๘ เขตพื้นที่ ๙ และให้ข้อเสนอแนะ

มติ

.....

.....

.....

ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๘ และเขตพื้นที่ ๙

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดอำนาจหน้าที่ให้คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) กำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ นโยบายยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางและวิธีการในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๖๐ และกำหนดให้ คสช. พิจารณารายงานผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑-๑๓ ปีละ ๑ ครั้ง

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร ในฐานะฝ่ายเลขานุการร่วมของ กขป. ได้สนับสนุนการดำเนินงานของ กขป. ทั้ง ๑๓ เขตพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง และ กขป. เขตพื้นที่ ๑๓ ได้รายงานผลการดำเนินงานให้ คสช. ทราบ ในการประชุม คสช. ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕ กขป. เขตพื้นที่ ๓ และ เขตพื้นที่ ๑๐ ได้รายงานผลการดำเนินงานให้ คสช. ทราบในการประชุม คสช. ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๕ กขป. เขตพื้นที่ ๔ และ เขตพื้นที่ ๗ ได้รายงานผลการดำเนินงานในการประชุมคสช. ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ และ กขป. เขตพื้นที่ ๑ และ เขตพื้นที่ ๖ ได้รายงานผลการดำเนินงานในการประชุม คสช. ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ ตามลำดับ

เพื่อให้การรายงานผลการดำเนินงานของ กขป. ทั้ง ๑๓ เขตพื้นที่ ต่อ คสช. เป็นไปอย่างต่อเนื่อง กขป. เขตพื้นที่ ๘ และเขตพื้นที่ ๙ จึงขอรายงานผลการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๘

๑. ความเป็นมา/บริบทในเขตพื้นที่

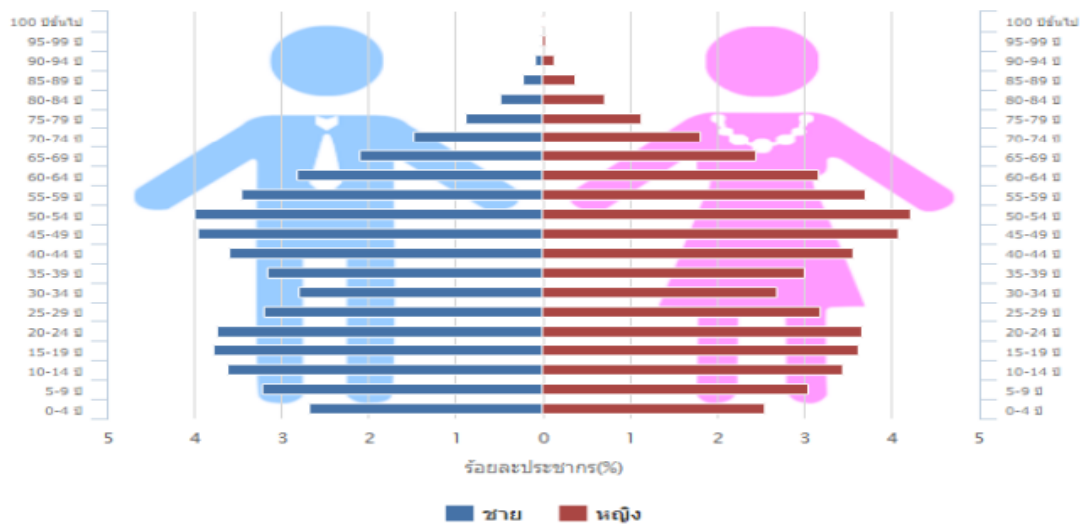
เขตพื้นที่ ๘ ตั้งอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประกอบด้วย ๗ จังหวัด ๘๗ อำเภอ ๖๔๒ ตำบล ๖,๑๘๔ หมู่บ้าน เทศบาลนคร ๒ แห่ง เทศบาลเมือง ๙ แห่ง เทศบาลตำบล ๒๒๖ แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล ๔๖๗ แห่ง มีประชากร ๕,๕๓๙,๓๙๔ คน อัตราการเพิ่มของประชากรมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง พบสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒๐.๓๗ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ร้อยละ ๑๘.๖๔ และคาดการณ์ว่า ปีพ.ศ. ๒๕๗๓ จะมีสัดส่วนเด็กเพียง ร้อยละ ๑๗.๐ พบสัดส่วนวัยทำงานลดลงเช่นเดียวกัน ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ร้อยละ ๖๔.๑๓ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ร้อยละ ๖๓.๕๐ และคาดการณ์ว่า พ.ศ. ๒๕๗๓ จะมีวัยทำงานเหลือเพียง ร้อยละ ๕๗.๗ ขณะที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจนเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัย ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ร้อยละ ๑๕.๕๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ร้อยละ ๑๗.๘๖ และคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ. ๒๕๗๓ จะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ ๒๕.๓

ตารางที่ ๑ ข้อมูลประชากรเขตพื้นที่ ๘ ย้อนหลัง ๕ ปี (ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔)

จังหวัด	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
บึงกาฬ	421,625	423,031	423,259	424,068	422,042
หนองบัวลำภู	510,734	511,641	511,571	512,732	509,470
อุดรธานี	1,578,783	1,583,09	1,579,437	1,586,25	1,567,983
เลย	639,800	641,666	638,772	642,921	638,736
หนองคาย	520,363	521,886	516,005	520,885	517,435
สกลนคร	1,145,949	1,149,471	1,151,172	1,153,244	1,146,936
นครพนม	716,873	718,028	716,955	718,928	717,201
เขตสุขภาพที่ 8	5,534,127	5,548,813	5,537,171	5,559,035	5,519,803

ที่มา : ข้อมูลทะเบียนราษฎร จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 มกราคม 2564

ภาพที่ ๑ พีระมิดประชากร เขตพื้นที่ ๘ ปี ๒๕๖๔



ที่มา : ข้อมูลทะเบียนราษฎร จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๔

ภาพที่ ๒ สัดส่วนและแนวโน้มของประชากร เขตพื้นที่ ๘



ที่มา : พ.ศ.๒๕๖๑และ ๒๕๖๔ ข้อมูลทะเบียนราษฎร จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๔, พ.ศ. ๒๕๖๓

จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๘๓ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หน่วยบริการสาธารณสุขทั้งสิ้น ๑,๐๕๖ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลระดับศูนย์ (ระดับ A จำนวน ๒ แห่ง) โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) จำนวน ๕ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) จำนวน ๔ แห่ง โรงพยาบาล

ชุมชนจำนวน ๗๗ แห่ง มีจำนวนเตียงตามกรอบทั้งสิ้น ๗,๖๙๕ เตียง คิดเป็น ๑.๓๘ เตียงต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน (เป้าหมาย ๒ เตียงต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร) อัตราส่วนวิชาชีพหลัก แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ๑ คน ต่อประชากร จะเห็นได้ว่ายังมีภาวะรับผิดชอบต่อประชากรสูงเมื่อเทียบกับอัตราส่วนที่ควรมี

อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากร การลดลงของประชากรวัยเด็ก และการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยผู้สูงอายุ ส่งผลต่ออัตราส่วนการพึ่งพิงของประชากร กล่าวคือ ใน ปี พ.ศ.๒๕๖๑ ประชากรวัยแรงงาน ๑๐๐ คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็ก ๓๒ คนและผู้สูงอายุ ๒๔ คน ขณะที่ ปี พ.ศ.๒๕๖๔ ประชากรวัยแรงงาน ๑๐๐ คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็ก ๒๙ คน และผู้สูงอายุ ๒๘ คน และคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ประชากรวัยแรงงาน ๑๐๐ คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็ก ๒๙ คนและผู้สูงอายุ ๔๔ คน จะเห็นว่า ปี พ.ศ. ๒๕๗๓ รับภาระเลี้ยงดูเด็ก เท่ากับปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ในขณะที่รับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง ๑.๖ เท่า รายละเอียดตาม ภาพที่ ๓

ภาพที่ ๓ อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรในเขตพื้นที่ ๘



ที่มา : พ.ศ.2561 และ 2564 ข้อมูลทะเบียนราษฎร จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 2 ธันวาคม 2564, พ.ศ.2573 จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผลิตภัณฑ์ภาคต่อหัว (GRP) ในช่วง ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๘) ผลิตภัณฑ์ภาคต่อหัว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกภาค ยกเว้นภาคเหนือที่มี แนวโน้มลดลง โดยภาคตะวันออกมีผลิตภัณฑ์ภาคต่อหัวมากที่สุด ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ มี ผลิตภัณฑ์ภาคต่อหัวใกล้เคียงกัน ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือมีผลิตภัณฑ์ภาคต่อหัวน้อยที่สุด ความยากจนพิจารณาจากการวัดรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค ในช่วง ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) มี แนวโน้มลดลงทุกภาค ซึ่งเป็นผลมาจากการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนคนจนมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลาง ขณะที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนคนจนน้อยที่สุด สัดส่วนคนจนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ.๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ใน พ.ศ.๒๕๕๙ พบว่า สัดส่วนคนจนเขตเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ ๑๓.๘ สัดส่วน คนจนเขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๑๒.๔ รองจากภาคใต้ อัตราการมีงานทำประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนการมีงานทำใน พ.ศ. ๒๕๕๙ ลดลงร้อยละ ๑-๘ ในทุกเขตสุขภาพ เมื่อ เปรียบเทียบกับ พ.ศ.๒๕๕๕ โดยสถานการณ์ล่าสุดใน พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๘ มีอัตราการทำงานต่ำกว่า ค่าประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด

๒. สถานการณ์สำคัญด้านสุขภาพ/สุขภาพในเขตพื้นที่

๒.๑ สถานะสุขภาพประชาชนเขตสุขภาพที่ ๘ อัตราส่วนที่ควรมีสถานะสุขภาพตามกลุ่มวัย ปี ๒๕๖๔ (ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔) พบว่า กลุ่มแม่และเด็ก อัตราการตาย ๑๘.๘๘ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (๕ ราย) เกินเกณฑ์พัฒนาการสมวัยผลงานร้อยละ ๗๕.๕๗ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๘๕ สาเหตุการตาย ๓ อันดับแรก

ได้แก่ หัวใจล้มเหลว การติดเชื้อในกระแสเลือด และมะเร็งเซลล์ตับ ผู้ป่วยนอก ๕ อันดับ ตามกลุ่มโรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เนื้อเยื่อผิดปกติ การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนและบริการทันตกรรม ผู้ป่วยใน ๕ อันดับตามกลุ่มโรค ได้แก่ ปอดบวม โลหิตจาง การบาดเจ็บ และภาวะแทรกซ้อนการคลอด การดูแลมารดาอื่น ๆ ปัญหาการตั้งครรภ์ โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงเป็นโรคระบาดในพื้นที่แต่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ โรคที่ต้องเฝ้าระวังอื่น ๆ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง ปอดบวมและปอดอักเสบ อาหารเป็นพิษ โรคไข้เลือดออก และโรคไข้หวัดใหญ่

๒.๒ การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นการสร้างกระบวนการทำงานในลักษณะการบูรณาการข้ามภาคส่วน โดยใช้พื้นที่ระดับกลุ่มจังหวัดเป็นฐานในการทำงานแบบมีส่วนร่วม จัดการประเด็นหรือปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่ โดยจำเป็นต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม (ทางสุขภาพ) ของเขตพื้นที่ของตนเอง เพื่อให้ตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และระดมสรรพกำลัง ทั้งองค์ความรู้ ความคิด และทรัพยากร ในการขับเคลื่อนร่วมกันก่อนจะนำไปปฏิบัติภายใต้กลไกหรือกฎระเบียบตามภารกิจความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๓ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๘ (กขป. เขตพื้นที่ ๘) เกิดขึ้นตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เมื่อวันที่ ๙ เดือนสิงหาคม ๒๕๖๔ โดยมีผลตั้งแต่วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔ กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงาน ผู้แทนกลุ่มเครือข่าย องค์กรวิชาชีพ/วิชาการและประชาสังคมที่มีศักยภาพและต้นทุนที่จะมาหนุนเสริมการทำงานในเขตพื้นที่ (เครือข่ายประเด็นร่วม สรรพกำลัง ฯลฯ) ในด้านการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในพื้นที่ ได้แก่

๑) จำนวน ๕ จังหวัดใน ๗ จังหวัด คือ หนองบัวลำภู เลย หนองคาย อุดรธานี และบึงกาฬ เป็นกลุ่มยุทธศาสตร์จังหวัดอีสานตอนบนส่วนที่ ๑ ที่มีการบูรณาการและงบประมาณด้านต่างๆร่วมกัน

๒) ภาควิชาเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ทั้ง ๗ จังหวัดมีความสัมพันธ์ที่ดี และร่วมกิจกรรมการขับเคลื่อนประเด็นร่วมกันในพื้นที่ของแต่ละจังหวัด คือ การขับเคลื่อนประเด็นอาหารปลอดภัย การขับเคลื่อนธรรมนูญตำบลพื้นที่เขต ๘ ฯลฯ

๓) ร่วมกับเครือข่าย (Node) สสส. ใน ๗ จังหวัด จัดทำฐานข้อมูลศูนย์เรียนรู้ในประเด็นผ่านเว็บไซต์ www.thaiisan.org คือ ประเด็นผู้สูงอายุ ประเด็นการจัดการขยะ ประเด็นเกษตรอินทรีย์ และ ประเด็นเด็ก/เยาวชน

๔) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต ๘ ประกอบด้วย ภาคราชการที่เป็นเจ้าภาพการขับเคลื่อนงาน เช่น เขตสุขภาพที่ ๘ สปสช.เขต ๘ สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค ๙ คณะกรรมการภาคประชาสังคมที่มีประสบการณ์ด้านนโยบายสาธารณะ เช่น อดีตผู้ว่าราชการจังหวัด อดีตผู้ตรวจกระทรวงสาธารณสุข ภาควิชาการที่ขับเคลื่อนกิจกรรม ฯลฯ ภาคหอการค้าและอุตสาหกรรม และกรรมการจากภาควิชาชีพสาธารณสุขในพื้นที่

๕) มีแนวทางการขับเคลื่อนประเด็นตามโครงสร้างการสานพลังภาคี เครือข่าย

๓. เป้าหมายการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กขป.เขตพื้นที่ ๘

วิสัยทัศน์ (Vision) เป็นกลไกสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพระดับเขตที่เป็นต้นแบบในการสานพลังภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสังคมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วม

พันธกิจ (Mission)

๑. กำหนดเป้าหมาย ทิศทาง ยุทธศาสตร์ และ แนวทางการขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วม

๒. ดำเนินการ หรือ ประสาน ให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างสังคมสุขภาวะ

๓. ติดตาม และ ประเมินผล เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะให้เกิดประสิทธิผล

ยุทธศาสตร์ (Strategy)

ยุทธศาสตร์ที่ ๑.การสนับสนุนกลไกและเสริมพลังภาคีเครือข่าย (Empowerment)

เป้าประสงค์ (Expected Outcome : กขป. และ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีความร่วมมือเชิงคุณภาพ ในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

กลวิธี/มาตรการ (Tactics):

๑.๑. การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเชิงคุณภาพ และเสริมพลังภาคีเครือข่าย (Networking & Empowerment)

๑.๒. การพัฒนาความเป็นภาคีหุ้นส่วนในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Partnership)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒.การพัฒนากระบวนการข้อมูลสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information System and KM)

เป้าประสงค์ (Expected Outcome : กขป. มีระบบฐานข้อมูลที่เป็นสาธารณะ และสามารถใช้ประโยชน์ในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้

กลวิธี/มาตรการ (Tactics):

๒.๑. การพัฒนาศูนย์ข้อมูลกลาง (Database Center)

๒.๒. การสนับสนุนจัดการความรู้ระดับพื้นที่ (Knowledge Management)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Policy Facilitation)

เป้าประสงค์ (Expected Outcome : ประเด็นนโยบายสาธารณะระดับเขต ได้รับการผลักดันสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

กลวิธี/มาตรการ (Tactics):

๓.๑.การสนับสนุนกระบวนการนโยบายสาธารณะระดับเขตในเชิงประเด็น (Issue based approach)

๓.๒.การประสานความร่วมมือระดับนโยบาย (Policy coordination)

๓.๓.การแสวงหาเครือข่าย บูรณาการงบประมาณ และระดมทุนทางสังคม (Resource mobilization)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และการประเมินผล (Management and Evaluation)

เป้าประสงค์ (Expected Outcome : กขป. เป็นกลไกที่มีเอกภาพ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สามารถสะท้อนผลลัพธ์จากการดำเนินงานใช้เชิงประจักษ์ได้

กลวิธี/มาตรการ (Tactics):

๔.๑.การพัฒนาศักยภาพ กขป. และกลไกที่เกี่ยวข้อง (Capacity building)

๔.๒.การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Monitoring and evaluation)

๔.๓.การสื่อสารสาธารณะ (Public Communication)

จากสถานะสุขภาพ ปัญหา และความต้องการของประชาชน ตลอดจนสถานการณ์แนวโน้มภาวะการพึ่งพิงของประชาชน จึงจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการแก้ไขปัญหา สร้างสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ตลอดจนถึงการสร้างความเข้มแข็ง ของภาคประชาชน ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ ให้เกิดประสิทธิภาพ และส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนในเขตพื้นที่ โดยมีกลไกการขับเคลื่อนที่เป็นสื่อกลาง คือ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๘ กำหนดประเด็นขับเคลื่อนในการสร้างสุขภาพ/แก้ไขปัญหาทุกขภาวะในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ทั้งสิ้น ๘ ประเด็นได้แก่

๑. ความมั่นคงทางอาหารและอาหารปลอดภัย เพื่อเสริมสร้างเศรษฐกิจฐานรากใน ๗ จังหวัด
แอ่งสกลนคร

๒. สุขภาพผู้สูงอายุ ในการสร้างสุขภาวะ/แก้ไขปัญหายุทธศาสตร์

๓. ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ในการสร้างสุขภาวะ/แก้ไขปัญหายุทธศาสตร์

๔. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

๕. สุขภาวะเด็กและเยาวชน

๖. ชยะทั่วไปและชยะติดเชื้อ

๗. การบริหารจัดการโควิด -19

๘. การพัฒนาระบบสื่อและการประชาสัมพันธ์บทบาท

๔. ประเด็นขับเคลื่อน ในการสร้างสุขภาวะ/แก้ไขปัญหาทุกขภาวะของ กขป. เขตพื้นที่ ๘ ประกอบด้วย

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
<p>๑. ประเด็นความมั่นคงทางอาหารและอาหารปลอดภัย เพื่อเสริมสร้างเศรษฐกิจฐานรากใน ๗ จังหวัด แอ่งสกลนคร</p>	<p>ปัจจัยภายใน - ภายนอก ต่อห่วงโซ่อาหาร ความมั่นคงด้านอาหารและอาหารปลอดภัย มีความผันผวนเปลี่ยนแปลง สร้างผลกระทบต่อประเด็น มีผลต่อผู้คนที่อยู่ในระบบห่วงโซ่การผลิต การบริโภค การจำหน่าย การพึ่งตนเองให้มีชีวิตรอด มีสุขภาพดี แข็งแรง ปลอดภัย และการเสริมสร้างความสมดุลด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ๑) สภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านภูมิศาสตร์ (Climate Change) มีผลกระทบต่อการผลิตในห่วงโซ่อาหาร ต่อผู้คนที่ทำเกษตร ผลิตได้ในปริมาณน้อยลง ๒) เกษตรกรเป็นกลุ่มผู้ผลิตต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ในด้านอาหาร มีผลกระทบจากวิกฤตโควิด-19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ถึงปัจจุบัน และเป็นกลุ่มผู้มีรายได้ไม่มั่นคง มีภาวะหนี้สินมากที่สุดและรายได้น้อยที่สุด ๓) ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัว กำลังหลักในการผลิตของสังคมชนบทมีผู้สูงวัยในกลุ่มนี้ด้วย ดังนั้น เกษตรกรหลักในครัวเรือนที่เป็นแรงงานการผลิตเพื่อดูแลคนในครอบครัว จึงมีภาวะการทำงานที่ต้องดูแลกลุ่มผู้สูงอายุด้วย เป็นภาระหนักทั้งกายใจที่เกษตรกรต้องรับภาระหนักในการผลิตอาหารเพื่อสร้างความมั่นคงด้านอาหารและอาหารปลอดภัย ๔) ภาคการเกษตรกรรม ยังคงใช้สารเคมี ปุ๋ย ยากำจัดแมลงในการเกษตร และสารเร่งชนิดต่าง ๆ เกษตรปลอดภัย เกษตรอินทรีย์ เป็นสถานการณ์ที่ยังน่ากังวลในความมั่นคงด้านอาหารและอาหารปลอดภัย ๕) กำลังคนผลิตในภาคการเกษตรด้านอาหารมีจำนวนน้อย ๖) นโยบายด้านการเกษตรปลอดภัย เกษตรอินทรีย์ ของรัฐบาล หน่วยงานระดับจังหวัด มีความชัดเจนแต่ขาดการบูรณาการ</p>	<p>๑) สานพลังภาคีเครือข่ายหลักที่เป็นรูปธรรม ในการขับเคลื่อนโดยยึดกลไกร่วมจากฐานคิด สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ภาครัฐ/การเมือง วิชาการ ประชาสังคม) (พชต. พชอ. พชจ. สมัชชาสุขภาพ สถาบันการศึกษา สถานประกอบการ เป็นต้น) ๒) มีพื้นที่ขับเคลื่อน ประเด็น ร้อยละ ๕๐ ของพื้นที่ระดับอำเภอ ภายในปี ๒๕๖๕ ๓) มีพื้นที่ต้นแบบระดับชุมชนในการขับเคลื่อนประเด็น จังหวัดละ ไม่น้อยกว่า ๒ พื้นที่ ภายในปี ๒๕๖๕ ๔) ผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะผ่าน ธรรมนูญตำบล / วาระตำบล / วาระจังหวัด จังหวัดละไม่น้อยกว่า ๒ นโยบาย</p> <p>เป้าหมายการดำเนินงาน (ขาเคลื่อน) ๑) มีพื้นที่ขับเคลื่อนประเด็น เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕๐ ของพื้นที่ระดับอำเภอ (จังหวัดหนองคายหนองบัวลำภู เลย อุดรธานี สกลนคร นครพนม) (ขาเคลื่อน) ๒) มีพื้นที่ต้นแบบระดับชุมชน ที่ขับเคลื่อนประเด็นจังหวัดละไม่น้อยกว่า ๒ พื้นที่ (จังหวัดหนองคาย หนองบัวลำภู เลย</p>	<p>แผนการดำเนินงาน ๑. การขับเคลื่อนประเด็นเชิงพื้นที่ และขับเคลื่อนแผนบูรณาการ กิจกรรม- แต่งตั้งอนุกรรมการประเด็น (เตรียมกลไกพื้นที่แบบมีส่วนร่วม) - จัดประชุม (ออนไลน์) ปฏิบัติการ ออกแบบแผนงาน แนวทาง เครื่องมือ ในการขับเคลื่อนประเด็นตามแผนบูรณาการแบบมีส่วนร่วม - สื่อสารสาธารณะเพื่อหนุนพลังกลไก ๗ จังหวัด ผลลัพธ์ - มีกลไกเครือข่ายบูรณาการ ขับเคลื่อนประเด็น ๗ จังหวัด ตัวชี้วัด - แผนงานบูรณาการ ขับเคลื่อนประเด็นของแต่ละจังหวัด - กลไกบูรณาการ (คำสั่ง กขป.๘) ๗ จังหวัด หนุนเสริมขับเคลื่อนประเด็น - ช่องทางสื่อสารออนไลน์ของ อนุกรรมการประเด็น</p>

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
		<p>อุดรธานี สกลนคร นครพนม) (ขาเคลื่อน) ๓) มีการนำข้อเสนอเชิงนโยบาย สู่การปฏิบัติ ผลักดันเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ผ่านธรรมนูญสุขภาพตำบล (จังหวัดหนองคาย หนองบัวลำภู เลย อุดรธานี สกลนคร) ความก้าวหน้าการดำเนินงาน</p> <p>๑. มีข้อเสนอเชิงนโยบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ราชพื้นที่จังหวัด (จังหวัดหนองคาย, หนองบัวลำภู, เลย) - ราชพื้นที่ตำบล (จังหวัดอุดรธานี, สกลนคร, นครพนม) <p>๒. ประเด็นขับเคลื่อนรายจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเด็นนโยบายสาธารณะด้านความมั่นคงทางอาหารและอาหารปลอดภัย (จังหวัดสกลนคร) - ประเด็นเกษตรอินทรีย์วิถีหนองบัวลำภู อาหารปลอดภัยจากห้องนาสู่พาข้าว (จังหวัดหนองบัวลำภู) - จังหวัดเลย สถานศึกษา รร.บ้านนาตาต อ.ผาขาว, - จังหวัดอุดรธานี MOU → อบจ., เกษตร, เกษตรและสหกรณ์, สสจ., สพม. ที่ ๒๐, สพป. ที่ ๑-๔, ท้องถิ่นจังหวัด, ปกครองจังหวัด, มรภ. 	<p>ปฏิบัติการระดับจังหวัด ประเด็นความมั่นคงทางอาหารฯ</p> <p>๒. แผนบูรณาการกับหน่วยงานองค์กร และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (กิจกรรมผ่านสมัชชาสุขภาพจังหวัด)</p> <p>กิจกรรม - การจัดทำแผนบูรณาการประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานในจังหวัด เช่น เกษตรจังหวัด, ปศุสัตว์, พขอ., พชต. เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาตลาดเกษตรอินทรีย์ ตลาดสีเขียว ร่วมกับเกษตรจังหวัด เกษตรอำเภอ และสหกรณ์จังหวัด - การพัฒนาสื่อสารสาธารณะเพื่อการประชาสัมพันธ์ ขยาย เผยแพร่ ต่อยอดร่วมกับหน่วยงานระดับจังหวัด/อำเภอ - การพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่านธรรมนูญสุขภาพตำบล - การเสนอแผนงานผ่านหน่วยงานระดับจังหวัด (สสจ. / เกษตรจังหวัด), ระดับอำเภอ (สสอ. / พขอ. / อำเภอ), ระดับตำบล (เทศบาลตำบล)

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
		<p>อุดรธานี, มรภ.สวนสุนันทา ตลาด → ตลาด ท.อ.หนองแสง, ตลาดจริงใจ เซ็นทรัลอุดร, เซ็นทรัลอุดร - จังหวัดนครพนม ทำธรรมเนียม → ทต.เรณูนคร, อบต.หนองย่างชั้น, อบต.บ้านค้อ, อบต.มหาชัย MOU → ม.นครพนม, พมจ., ทสจ. ประเด็น...อาหารปลอดภัย/ผู้สูงอายุ (จังหวัด นครพนม)</p>	
<p>๒. ประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุ ในการสร้างสุขภาวะ/แก้ไข ปัญหาทุกขภาวะ</p>	<p>เขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๘ ดูแลรับผิดชอบ ๗ จังหวัด ดูแลประชากรจำนวน ๕,๕๑๒,๐๙๐ คน (สปสช., มกราคม ๒๕๖๓) ได้ กำหนดโครงสร้างการบริหารงานออกเป็น ๓ ส่วน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. คณะอนุกรรมการเลขานุการร่วม ๒. คณะอนุกรรมการวิชาการและยุทธศาสตร์ ๓. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเชิงประเด็นยุทธศาสตร์ <p>จังหวัดการพัฒนา กขป. เขตพื้นที่ ๘ ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ เป็นช่วงของการเรียนรู้ (Learn) ประกอบด้วย กิจกรรม ๔ กิจกรรม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ๒. ประเมินสถานการณ์ ๓. สร้างสัมพันธภาพและกำหนดเป้าหมายร่วม ๔. กำหนดเป้าหมายและทิศทางการดำเนินงาน 	<p>กำหนดวิสัยทัศน์ (vision): ระยะเวลา ๔ ปี ภายใต้บริบทการขับเคลื่อน ของ กขป. เขตพื้นที่ ๘ “กลไกขับเคลื่อน ประเด็นผู้สูงอายุระดับเขตมีความเข้มแข็ง สามารถสานพลังเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ”</p> <p>พันธกิจ (Mission):</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนประเด็น ผู้สูงอายุระดับเขต ๒. พัฒนารฐานข้อมูล องค์ความรู้ทางวิชาการ และถอดบทเรียนพื้นที่ที่มีการปฏิบัติที่ดี ๓. สนับสนุนภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้มีการ สานพลังเพื่อสร้างพื้นที่รูปธรรมการพัฒนา 	<p>ยุทธศาสตร์:</p> <p>S1 เชื่อมประสานภาคีเครือข่ายใน พื้นที่และจังหวัด ในการพัฒนาพื้นที่ ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชน</p> <p>S2 หนุนเสริมให้เกิดการขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่</p> <p>S3 สร้างบทเรียนเพื่อขยายผลและ ผลักดันเชิงนโยบาย</p> <p>ข้อเสนอแนะ:</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สนับสนุนกลไกการทำงานให้เชื่อม กับ พชอ. ในแต่ละพื้นที่ ๒. ผลักดันให้มีการเชื่อมงานระหว่าง

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
	<p>ปี ๒๕๖๒ เป็นช่วงของการสร้าง (Build) ประกอบด้วยกิจกรรม ๕ กิจกรรม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนากลไกการดำเนินงาน ๒. เชื่อมประสานหน่วยงานภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๓. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพรายประเด็น ๔. ค้นหาพื้นที่ต้นแบบรายประเด็น ๕. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ <p>ปี ๒๕๖๓ เป็นช่วงของเติบโต (Growth)</p> <p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการขับเคลื่อน คือ การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกับกองทุนสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ซึ่งต้องได้รับการถอดบทเรียนและสังเคราะห์เป็นชุดความรู้เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะ (อย่างน้อยจำนวน ๒ แห่ง)</p>	<p>คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ</p> <p>๔. ผลักดันเชิงนโยบายและขยายผล</p> <p>เป้าประสงค์:</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การบูรณาการทั้งระดับนโยบาย กลไกสู่การปฏิบัติ ๒. มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสามารถใช้อ้างอิงข้อมูลในการขับเคลื่อน ๓. รูปธรรมของชุมชนที่มีกลไกการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุและการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ๔. เกิดนโยบายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และมีผลขยายผล <p>การดำเนินงานโครงการ:</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สืบหาฐานข้อมูลนวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ๒. ถอดบทเรียน ๓. จัดเตรียมเวที Show & Share นวัตกรรมเด่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบออนไลน์ ๔. คัดเลือกพื้นที่ที่จะร่วมการทำงานกับ กขป. จำนวนอย่างน้อย ๒ พื้นที่ (เห็นการทำงานร่วมของ สช. สสส. สปสช. กส.) ครอบคลุมกลุ่ม 	<p>สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์</p> <p>๓. ขยายรูปแบบนวัตกรรมผู้สูงอายุนำรูปแบบไปขยายในพื้นที่อื่น</p> <p>ข้อเสนอแนะต่อ กขป. ๘:</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ร่วมติดตาม ผลักดันให้มีการกำหนด เป้าหมาย ทิศทางและแผนงานในการดำเนินการและพัฒนาในระดับเขตสุขภาพเกี่ยวกับการเตรียมรองรับสังคมสูงวัย ๒. ออกแบบการทำงานร่วมกับพื้นที่ต้นแบบให้เกิดกลไกเชื่อมประสานระหว่าง สสส. สปสช. สช. และ กส. พร้อมทั้งมีการวัดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของงานผู้สูงอายุ ๓. สนับสนุนให้สถาบันวิชาการและทีมสื่อเข้าร่วมหนุนเสริมการทำงานกับคณะกรรมการ กขป. และลักษณะทีมสนับสนุนวิชาการกลางเพื่อสังเคราะห์งาน และสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจวิธีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
		<p>เตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ</p> <p>๕. ร่วมสนับสนุนกลไกการดำเนินงานในพื้นที่ ด้วยกระบวนการวิจัยหรือสนับสนุนการเชื่อมประสานการดำเนินงานตามบริบท</p> <p>๖. สรุปรบทเรียนและร่วมเวที โขว์ แชร์ เชื่อม กับ สสส.</p>	<p>และการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่ต้นแบบ</p>
<p>๓. ประเด็น ธรรม นูญ สุขภาพพระสงฆ์ในการสร้างสุขภาวะ/แก้ไขปัญหาทุกขภาวะ</p>	<p>พระภิกษุสามเณรจากข้อมูลพื้นฐานทางพระพุทธศาสนาของจังหวัดในพื้นที่ ๗ จังหวัดอีสานตอนบน ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ มีวัดมหานิกาย ๕๑๘๒ แห่ง ธรรมยุต ๑๐๙๓ แห่ง รวมวัด ๖,๒๗๕ แห่ง พระภิกษุมหานิกาย ๒๒,๑๕๑ รูป สามเณรมหานิกาย ๙,๖๓๕ รูป รวมพระภิกษุสามเณรมหานิกาย ๓๑,๗๘๖ รูป พระภิกษุธรรมยุต ๕,๕๘๕ รูป สามเณรธรรมยุต ๑,๒๕๖ รูป รวมพระภิกษุสามเณรธรรมยุต ๖,๘๔๑ รูป รวมพระภิกษุสามเณรในพื้นที่ ๗ จังหวัดอีสานตอนบนทั้งสิ้น ๓๘,๖๒๗ รูป</p> <p>สถานการณ์ ผู้ป่วยพระภิกษุ เขตสุขภาพที่ ๘ พบข้อมูลการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๗,๘๕๙ รูป คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๒ จากพระภิกษุสามเณรในพื้นที่ ๗ จังหวัดอีสานตอนบนทั้งสิ้น ๓๘,๖๒๗ รูป</p> <p>๕ อันดับโรค กรณีผู้ป่วยนอก ได้แก่ ๑. ความดันโลหิตสูง ๒. เบาหวาน ๓. การตกแต่งและเย็บแผล ๔. ภาวะแพ้อาหาร และ ๕. การตรวจตาและการมองเห็น</p> <p>๕ อันดับโรคกรณีผู้ป่วยใน ได้แก่ ๑. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๒. ภาวะแพ้อาหารกับลำไส้อักเสบ ๓. ปวดบวม ๔. ท้องร่วงอาหารเป็นพิษ และ ๕. เบาหวาน</p>	<p>ยุทธศาสตร์ : S1 ส่งเสริมการสร้างการมีส่วนร่วมให้ อปท.และชุมชนร่วมขับเคลื่อนธรรมนุญพระสงฆ์ S2 ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพระสงฆ์ในระดับพื้นที่ เชื่อมงบ กองทุน กปท. S3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธบูรณาการแบบมีส่วนร่วม ที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย และวัตรปฏิบัติ</p> <p>S1 ส่งเสริมการสร้างการมีส่วนร่วมให้ อปท.และชุมชนร่วมขับเคลื่อนธรรมนุญพระสงฆ์</p> <p>ผลการดำเนินงาน จำนวน อปท. และชุมชน ที่สนใจเข้าร่วมขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ ในพื้นที่ต้นแบบจังหวัดนครพนม ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๗ แห่ง ขยายผล</p>	<p>๑. แผนการขับเคลื่อนธรรมนุญพระสงฆ์ ส่งเสริมการสร้างการมีส่วนร่วมให้ อปท. และชุมชน ร่วมขับเคลื่อนหรือจัดทำธรรมนุญพระสงฆ์ในระดับตำบล และจัดทำโครงการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพระสงฆ์ ในระดับตำบล เชื่อมงบ กองทุน กปท.</p> <p>๒. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธบูรณาการแบบมีส่วนร่วม ที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย และวัตรปฏิบัติ</p>

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
	<p>การเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๒,๕๐๘ รูป คิดเป็นร้อยละ ๖.๕ โดยส่งในเขต จำนวน ๑,๓๓๖ รูป คิดเป็นร้อยละ ๓.๖ ส่งต่อนอกเขต จำนวน ๒๗๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๗</p> <p>จุดแข็ง :พระเป็นศูนย์รวมจิตใจ เป็นที่เคารพ ญาติโยมให้การดูแลอย่างดี พระมีพระวินัยและปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเป็นแบบอย่างที่ดี มีกลุ่มหรือแกนนำพระนักพัฒนาเผยแพร่ความรู้ มีพระครูหรือเจ้าอาวาส เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ หน่วยงาน พศ. มีการขึ้นทะเบียนวัด / ข้อมูลวัดตัวอย่าง วัดเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ (สมุนไพรร) เชื่อมวัฒนธรรมท้องถิ่น</p>	<p>ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๐ แห่ง</p> <p>S2 ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพระสงฆ์ในระดับพื้นที่ เชื่อมงบ กองทุน กปท.</p> <p>ผลการดำเนินงาน จำนวน กองทุน กปท.ที่สนับสนุนงบประมาณโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พระสงฆ์ในระดับตำบล</p> <p>๑) ประชาสัมพันธ์ ชี้แจงกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือ พื้นที่ (กปท.) เป้าหมาย ๑๐ แห่ง ๒) สร้างกลไกการขับเคลื่อนงานระดับตำบล (อยู่ระหว่างดำเนินการ)</p> <p>S3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธบูรณาการแบบมีส่วนร่วม ที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย และวัตรปฏิบัติ</p> <p>ผลการดำเนินงาน ๓.๑) ถวายเป็นอภิมหาลัทธิพัฒนาพระนักเทศน์เพื่อสุขภาพ อยู่ระหว่าง การพัฒนาหลักสูตร มีแผนจัดอบรมไตรมาส ๓-๔ ๓.๒) อบรมพระคิลานุปัฏฐากไปแล้ว ในเขตสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๔๐๒ รูป ๓.๓) สนับสนุนให้มีกลไกประสานงาน</p>	

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
		<p>หลักประกันสุขภาพวิถีพุทธฯ คุ่มครองสิทธิ พระภิกษุ และ สามเณรในพื้นที่เป้าหมายในพื้นที่เขต ๘ จำนวน ๓๗ แห่ง ๓.๔) ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพและวัดรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน ๑,๑๙๖ วัด และวัดรอบรู้จำนวน ๖ วัด</p> <p>ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 สายพันธุ์ โอไมครอน ส่งผลต่อการจัดประชุม On site และการขับเคลื่อนกิจกรรมในพื้นที่ • การเลือกตั้งนายก อบต.ส่งผลต่อการอนุมัติ แผนโครงการเชื่อมงบประมาณ กองทุน กปท. เกิดความล่าช้า • มีข้อจำกัดด้านงบประมาณขับเคลื่อนงาน “ประเด็นพระสงฆ์” ใช้วิธีบูรณาการหน่วยงานทุกภาคที่เกี่ยวข้อง 	
<p>๔) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)</p>	<p>อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากร เขตสุขภาพที่ ๘ ปี พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คิดเป็น ๕๑๑.๕๓, ๕๒๕.๒๘ และ ๕๘๐.๑๐ ตามลำดับ ส่วนปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (ข้อมูล HDC วันที่ ๑๘ ส.ค.๖๔) เท่ากับ ๔๒๔.๑๗ และอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ มีแนวโน้มลดลง คิดเป็น ๑,๐๐๔.๒๕ และ ๙๙๒.๖๖ ตามลำดับ</p>	<p>เป้าหมาย :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ๒. ลดอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 	<p>๑. สร้างความร่วมมือระหว่าง คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุตรธานี และสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ในการขับเคลื่อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs)เป็นประเด็นร่วม</p>

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหาของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
	<p>ส่วนปี พ.ศ.๒๕๖๓ มีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ ๑,๐๓๕.๘๓ และปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ ๙๒.๙๘ พบว่า เป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ ๘๙.๕๖ กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๘.๙๔ และกลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ ๐.๘๖ ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๙๒.๘๔ พบว่า เป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ ๙๐.๗๒ กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๕.๕๓ และกลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ ๓.๓๒</p>	<p><u>การดำเนินกิจกรรม</u></p> <p>๑. ร่วมประชุมกำหนดแผนงานและแนวทางการขับเคลื่อน ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๒ ครั้ง</p> <p>๒. ร่วมประชุมและชี้แจงบทบาทหน้าที่ของ กขป. ในการขับเคลื่อนประเด็นกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๗ ครั้ง</p> <p>๓. ติดตามผลการดำเนินงานระดับจังหวัด กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (On site) จังหวัดละ ๑ แห่ง รวม ๗ แห่ง และ on line ผ่านระบบ Zoom จำนวน ๘๐ แห่ง</p> <p>๔. รวบรวมรายงานผลการดำเนินงานจากระบบการลงทะเบียน และ Dashboard ประชุมหารือเพื่อหาโอกาสการพัฒนาต่อไป</p> <p><u>ผลลัพธ์</u></p> <p>กลุ่มปกติ BMI เกินลดลงจากร้อยละ 48.28 เหลือ 45.18 และรอบเอว เกินลดลงจากร้อยละ 46.71 เหลือ 43.74</p> <p>กลุ่มเสี่ยง ตรวจคัดกรอง DM ภายใน 90 วัน ร้อยละ 62.97 (เป้าหมายร้อยละ 80)</p> <p>ตรวจคัดกรอง HT ภายใน 90 วัน ร้อยละ 93.33 (เป้าหมายร้อยละ 80)</p> <p>กลุ่มเสี่ยงคัดกรองด้วย AI</p>	<p>ในการดำเนินงาน</p> <p>๒. สร้างความเข้าใจและสนับสนุน กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะ และธรรมนูญสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป้าหมาย</p> <p>๓. ติดตาม ความก้าวหน้าการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
		<p>ได้รับการติดตามและดูแลโดยสม ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงรณรงค์โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 74.74 และมีอัตราเกิดเบาหวานรายใหม่ร้อยละ 1.09</p> <p>ข้อเสนอ โอกาสการพัฒนา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขยายผลชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCD - ผลักดันอาหารลดเค็มเป็นวาระพื้นที่ - เข้มข้นเรื่องส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย - ถอบทเรียน Role Model และ Best Practice 	
<p>๕. ประเด็น สุขภาวะเด็กและเยาวชน</p>	<p>จากสถานการณ์วิกฤตไวรัส โควิด-19 ในระยะเวลา ๓ ปี ที่ผ่านมา (ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔) ได้สร้างผลกระทบกับเด็กเยาวชนอย่างมาก จากการปิดโรงเรียนเป็นเวลานาน ส่งผลให้อัตราการทางการเรียนรู้ถดถอยของเด็กสูงถึง ๔๐ เปอร์เซ็นต์ โดยทักษะการอ่าน ทักษะทางวิชาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ นอกจากนี้เด็กยังใช้เวลาอยู่กับโทรศัพท์มือถือและโลก Social on line ซึ่งนำมาสู่การขาดทักษะชีวิต การปรับตัวเข้ากับสังคมและการรู้เท่าทันสื่อ ส่งผลต่อสุขภาวะในระยะยาว ดังนั้น กขป. ๘ จึงให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนประเด็นด้านสุขภาวะเด็กและเยาวชน โดยมีวิสัยทัศน์ว่า เด็กและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ ๘ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะชีวิตและทักษะทางสุขภาพเพื่อนำไปสู่ความมีสุขภาวะที่ดี</p>	<p>๑) ผลักให้เกิดความร่วมมือระหว่าง กขป. และภาคีเครือข่ายด้านเด็กและเยาวชนในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม</p> <p>๒) กขป. มีระบบฐานข้อมูลด้านเด็กและเยาวชนที่เป็นสาธารณะ และมีการนำไปใช้ประโยชน์ในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อเด็กและเยาวชนได้</p> <p>๓) ประเด็นนโยบายสาธารณะด้านเด็กและเยาวชนระดับพื้นที่ได้รับการผลักดันสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>๑) การพัฒนากลไกความร่วมมือความเป็นภาคีหุ้นส่วน (Partnership) ในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคีเครือข่ายด้านเด็กและเยาวชน (Networking & Empowerment)</p> <p>๒) การพัฒนาศักยภาพ กขป. และกลไกที่เกี่ยวข้องด้านเด็กและเยาวชน (Capacity building)</p>

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
		<p>วิสัยทัศน์ (vision) เด็กและเยาวชนในเขตพื้นที่ ๘ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะชีวิตและทักษะทางสุขภาพเพื่อนำไปสู่ความมีสุขภาวะที่ดี</p> <p>พันธกิจ ๑) สานพลังภาคีเพื่อให้เกิดการพัฒนาโครงการ/พื้นที่ต้นแบบในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ/ทักษะชีวิตเพื่อสุขภาวะของเด็กและเยาวชน ๒) สานพลังภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ประเด็นเด็กและเยาวชน ๓) ติดตาม และประเมินผล เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะเด็กและเยาวชน</p> <p>เป้าหมายประสงค์</p> <p>๑. กขป. และ ภาคีเครือข่ายด้านเด็กและเยาวชนมีความร่วมมือในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม</p> <p>๒. กขป. มีระบบฐานข้อมูลด้านเด็กและเยาวชนที่เป็นสาธารณะ และมีการนำไปใช้ประโยชน์ในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อเด็กและเยาวชนได้</p> <p>๓. ประเด็นนโยบายสาธารณะด้านเด็กและเยาวชนระดับพื้นที่ ได้รับการผลักดันสู่การ</p>	<p>๓) การพัฒนาศูนย์กลางข้อมูลกลางด้านเด็กและเยาวชน (Database Center)</p> <p>๔) การสนับสนุนจัดการความรู้ด้านเด็กและเยาวชน (Knowledge Management)</p> <p>๕) การสนับสนุนกระบวนการนโยบายสาธารณะประเด็นเด็กและเยาวชน (Issue based approach)</p> <p>๖) การประสานความร่วมมือระดับนโยบายด้านเด็กและเยาวชน (Policy coordination)</p> <p>๗) การแสวงหาเครือข่ายบูรณาการการใช้ทรัพยากร และระดมทุนทางสังคม (Resource mobilization)</p>

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหาของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
		ปฏิบัติของหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	
<p>๖. ประเด็นขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อ</p>	<p>ในพื้นที่ กขป.๘ มี อป. ๗๑๖ แห่ง สถานที่กำจัดขยะที่ไม่ถูกต้องจำนวน ๒๗๑ แห่ง ส่วนใหญ่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้รับผิดชอบในการกำจัดขยะตามบทบาทของหน่วยงานนั้น กำจัดโดยการเทกองกลางแจ้ง โดยอาจมีการขุดหลุมหรือเทกองบนพื้น สถานที่บ่อทิ้งขยะที่ไม่ถูกต้องมักอยู่ในพื้นที่ป่าหรือพื้นที่สาธารณะประโยชน์ บางพื้นที่มีการเผาทำให้เกิดเป็นมลพิษต่อคุณภาพอากาศในบริเวณใกล้เคียง ปัญหาการกำจัดขยะแบบเทกองก่อให้เกิดปัญหาน้ำชะขยะที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพดินและน้ำบริเวณนั้น จากการดำเนินงานสำรวจข้อมูลการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รวม ๗๑๖ แห่ง มีแนวโน้มปริมาณขยะเพิ่มขึ้น พบว่าในเขตสุขภาพที่ ๘ อุดรธานี ๗ จังหวัดอีสานตอนบนจังหวัดที่มีภาวะเสี่ยงด้านการจัดการขยะปลายทางมากที่สุด คือ จังหวัดเลย ทั้งนี้เพราะมีปริมาณขยะสะสมค่อนข้างมาก มีหลาย อป. ที่มีการปิดบ่อขยะ ส่วนหนึ่งอยู่ในพื้นที่ต้นน้ำชั้น 1A (เทศบาลเมืองต้องแบกรับภาระมากขึ้น) รองลงมาคือ จังหวัดนครพนม ส่วนจังหวัดที่มีการจัดการขยะต้นทางได้ค่อนข้างดี คือ จังหวัดสกลนคร ปัญหาของ Clustering และ การจัดการของ อป. ในพื้นที่ สสภ. ๙ คือ ๑. เจ้าภาพ (NODE) ไม่มีพื้นที่ ในเขต อป. ของตน / มีการบริหารจัดการนอกพื้นที่ – มีการพัฒนาข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง อป. (บาง อป. ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข เช่น การจัดการขยะ 3 Rs ให้มากที่สุดก่อนนำมาทิ้งร่วม) อป. ที่ร่วมทิ้งขยะอยู่ห่างไกล ขาดงบฯ ขาดรถขนขยะ (การตกลงราคาทิ้งขยะ / ต้น ขึ้นอยู่แต่</p>	<p>วิสัยทัศน์ (vision): สิ่งแวดล้อมดี ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะและขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง</p> <p>พันธกิจ : ส่งเสริมศักยภาพ อปท. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชน ให้มีความเข้าใจตระหนักและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขยะ</p> <p>เป้าหมายประสงค์ : ลดปริมาณขยะ เพิ่มการนำไปใช้ประโยชน์จัดการอย่างถูกต้อง และลดผลกระทบจากการจัดการขยะ</p>	<p>ยุทธศาสตร์:</p> <p>ขยะทั่วไป</p> <p>๑. สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนัก ให้ประชาชนลดและคัดแยกขยะ ๒. สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ๓. ส่งเสริมนวัตกรรมพัฒนาศักยภาพของ อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>ขยะติดเชื้อ</p> <p>๑. สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจให้ชัดเจน (ค่านิยมและแนวทางการปฏิบัติ) ๒. ถอดบทเรียน ปัญหาและการจัดการขยะติดเชื้อจากสถานการณ์ COVID-19 ๓. ส่งเสริมนวัตกรรมและพัฒนาศักยภาพของ อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
	<p>ละกลุ่ม / ราคาไม่เท่ากัน) ๒. เจ้าภาพ (NODE) ไม่สามารถบริหารจัดการได้ตามเงื่อนไข เช่น เทศบาลเมืองเลยมี ๔๐ อป. มาร่วมทิ้งขยะเพราะพื้นที่ลุ่มน้ำถูกสั่งปิด (แต่ใน MOU มีเพียง ๒๕ อป.) ประกอบกับเทศบาลเมืองเลยเปิดระบบมานานขาดการซ่อมไม่ได้มาตรฐาน มีพื้นที่ไม่เพียงพอตัวอย่างอำเภอภูกระดึงขอใช้ประโยชน์จากกรมป่าไม้ ไม่พอกับการพัฒนาระบบ / แต่ไม่รวมพื้นที่กับ อป. ช้างเคียง (อบต. ศรีฐาน) ๓.การขอใช้พื้นที่ป่าสงวนฯ อย่างเป็นทางการล่าช้า เอกชนไม่ร่วม / พื้นที่น้อย ราคาที่ดินสูง เอกชนไม่กล้าลงทุน / การศึกษา EIA กระทำได้ยาก (กรณีจะพัฒนาขยะเป็นพลังงาน) ๔. จังหวัดสะอาดเน้นต้นทาง 3Rs (มีตัวชี้วัดกำกับ) แต่ไม่มุ่งเน้นการจัดการขยะปลายทาง ๕. สำหรับการจัดการขยะราย อป. พบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการเทกองบนพื้น (open dumping) ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดและเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ปริมาณขยะเพิ่มมากขึ้นก็จะกลายภูเขาขยะ ขยะอาหารจะเกิดการเน่าเสียและย่อยสลาย เกิดกลิ่นเหม็นเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของพาหะนำโรคต่างๆ เช่น หนู แมลงสาบ แมลงวัน ฯลฯ</p>		
<p>๗. ประเด็นการบริหารจัดการ COVID-19</p>	<p>อัตราการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ลดต่ำลง แต่อัตราป่วย อัตราตายทุกจังหวัดลดลง</p>	<p>ช่วยแก้ไขปัญหาผลกระทบจากโควิด-19 ตามนโยบายของรัฐบาล โดยเฉพาะเน้นที่การดูแลกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง และขับเคลื่อนประเด็นพลเมืองตื่นรู้</p> <p>วิสัยทัศน์ (vision): ประชาชนสุขภาพดีปลอดภัยจาก COVID-19</p> <p>พันธกิจ : สร้างเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมที่ดี มีภูมิคุ้มกัน</p>	<p>ยุทธศาสตร์ :</p> <p>๑. การป้องกันไม่ให้เกิด</p> <p>๑.๑. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนปฏิบัติตาม DMHTTV</p> <p>๑.๒. การฉีดวัคซีนป้องกันให้ครอบคลุมอย่างต่ำร้อยละ ๗๐ โดยเฉพาะกลุ่ม ๖๐๘</p> <p>๑.๓. การสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกอย่าง</p>

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
		<p>เป้าหมายประสงค์ : ลดการเจ็บป่วย ลดการตายและลดผลกระทบจาก COVID-19</p>	<p>เข้มแข็ง เพื่อลดข่าวปลอมที่จะสร้างความสับสนให้กับประชาชน</p> <p>๑.๔. มีธรรมนูญสุขภาพระดับหมู่บ้าน/ตำบลในการบริหารจัดการ COVID-19</p> <p>๒. การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>๒.๑. การเร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อให้ครอบคลุมด้วยชุดตรวจอย่างง่าย ATK</p> <p>๒.๒. การตรวจยืนยันด้วยวิธีมาตรฐาน RT-PCR การค้นหาผู้สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างทั่วถึง</p> <p>๒.๓. การแยกผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเพื่อการจัดการที่แตกต่างกัน เข้าสู่ HI, CI, Hospital, Hospital</p> <p>๒.๔ การเตรียมการเรื่องฟ้าทะลายโจร</p> <p>๓. การฟื้นฟูสุขภาพและจัดการสิ่งแวดล้อม</p> <p>๓.๑. การเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบการจัดการขยะติดเชื้อ</p> <p>๓.๒. การเฝ้าระวังข่าวลือจากช่องทางต่างๆ โดยตอบโต้ที่เหมาะสมและรวดเร็ว</p>

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
			๓.๓. การจัดหาแหล่งเงินทุนเพื่อสนับสนุนผู้ได้รับผลกระทบ
๘. ประเด็นการพัฒนา ระบบสื่อและการ ประชาสัมพันธ์บทบาท กขป. เขตพื้นที่ ๘		ประชาสัมพันธ์การทำงาน กขป. พัฒนาสื่อ ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ ๘ เป้าหมายประสงค์ : ประชาสัมพันธ์การทำงาน กขป. พัฒนาสื่อด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ ๘	<p>ยุทธศาสตร์ : บทบาท ภารกิจ อนุกรรมการการสื่อสารและ ประชาสัมพันธ์ กขป.เขต ๘ คือ</p> <p>๑. สื่อสาร ประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ และภารกิจของ กขป. ให้ประชาชน ทั่วไปได้รับรู้</p> <p>๒. สื่อสารข้อมูล ข่าวสาร การประชุม มติที่ประชุม ประเด็นยุทธศาสตร์ และ การขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพของเขต สร้างความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมใน สังคม</p> <p>๓. เกาะติดประเด็นยุทธศาสตร์หลัก ยุทธศาสตร์รอง โดย นำเสนอ ความก้าวหน้า และการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง</p> <p>๔. การจัดทำเว็บไซต์ และเผยแพร่ข้อมูล ที่เชื่อถือได้ และเป็นปัจจุบัน ผ่าน เว็บไซต์ของ กขป.เขต ๘</p> <p>๕. การสร้างเฟซบุ๊กแฟนเพจ เพื่อสื่อสาร ข้อมูลของ กขป.เขต ๘ กับภาคีเครือข่าย</p>

ประเด็นการขับเคลื่อน	ข้อมูลสถานการณ์สำคัญของประเด็น	เป้าหมาย/ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา ของประเด็น	กระบวนการ/แนวทางการดำเนินงาน
			ทุกภาคส่วนใน ๗ จังหวัด ๖. ผลิต และเผยแพร่สื่อ ข้อความ คลิป อินโฟกราฟฟิก ส่งผ่านทุกช่องทางสื่อ ทั้งในระดับประเทศ ระดับเขต ระหว่าง เขต และระดับชุมชนท้องถิ่น

๕. ผลการดำเนินงาน

เนื้อหาในส่วนนี้ เป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานสำคัญของ กขป. เขตพื้นที่ ๘ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔-ปัจจุบัน) เป้าหมายของแผนงานการขับเคลื่อนประเด็น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เป้าหมายของการขับเคลื่อน ประเด็น/สถานการณ์	ความก้าวหน้าการดำเนินงาน/ ผลการดำเนินงาน	สิ่งที่จะดำเนินการต่อ/ แผนการดำเนินงานระยะต่อไป
<p>กำหนดเป้าหมายการขับเคลื่อน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ความมั่นคงด้านอาหาร/อาหารปลอดภัย ๒. การขับเคลื่อนธรรมาภิบาลสุขภาพพระสงฆ์สู่การปฏิบัติ ๓. การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและการรองรับสังคมสูงวัย ๔. การพัฒนาสุขภาพทางเพศเด็กและ เยาวชน ๕. ลดอัตราเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ ลดอัตราป่วย ๖. การจัดการขยะและขยะอันตราย ๗)การบริหารจัดการ COVID-19 ๘. พัฒนาระบบสื่อและการประชาสัมพันธ์บทบาท <p><u>กำหนดแผนงาน</u> คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต ๘ จำนวน ๓-๔ ครั้ง ๒. การประชุมเลขานุการร่วมและผู้ประสานงานประเด็นการขับเคลื่อนในพื้นที่ จำนวน ๓ ครั้ง ๓. การประชุมของคณะกรรมการขับเคลื่อนประเด็น แต่ละประเด็นสามารถประชุมได้ตามแต่ศักยภาพและความพร้อมของคณะกรรมการ ๔. กิจกรรมการสรุปทเรียนและข้อมูลการขับเคลื่อนร่วมกันก่อนปิดโครงการ 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ทั้ง ๗ ประเด็นการขับเคลื่อนมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วยคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต ๘ ภาคีเครือข่ายที่มีความเกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ของ ๗ จังหวัด ๒. คณะกรรมการมีการจัดทำยุทธศาสตร์หรือแนวทางการขับเคลื่อน แต่ละประเด็นพร้อมประสานภาคีที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนมีการรายงานทุกไตรมาส ๓. แต่ละประเด็น มีการขับเคลื่อนในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับทุนเดิมของประเด็นนั้น ๆ เช่น ประเด็นอาหารปลอดภัยสามารถขับเคลื่อนได้ครอบคลุมทั้ง ๗ จังหวัด เนื่องจากมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง 	<p>ในช่วงระยะเวลาที่เหลือของโครงการถึงสิ้นกันยายน ๒๕๖๕ มีกิจกรรมที่จะดำเนินการ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การประชุมแลกเปลี่ยนบทเรียนการขับเคลื่อนประเด็นในพื้นที่ของคณะกรรมการและ กขป.เขตพื้นที่ ๘ ๒. การจัดประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต ๘ ครั้งสุดท้าย เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน และกำหนดกิจกรรมระยะต่อไป <p><u>กิจกรรมในปี ๒๕๖๖</u></p> <p>กิจกรรมขับเคลื่อน ได้แก่ ประเด็นความมั่นคงทางอาหาร และความปลอดภัยทางอาหาร ประเด็นสุขภาพเด็กและเยาวชน สุขภาพผู้สูงอายุ และเพิ่มประเด็นมะเร็งท่อน้ำดี</p>

๖. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการดำเนินงาน กขป.

ประเด็น/สถานการณ์	ข้อค้นพบ /บทเรียน
๑. ภาวะผู้นำ (Leadership)	ภาวะผู้นำของประธานและคณะกรรมการในการขับเคลื่อนประเด็นร่วม และ ขอการสนับสนุนจากผู้ว่าราชการจังหวัด
๒. ศักยภาพของคณะกรรมการ	ศักยภาพของคณะกรรมการส่งผลต่อการขับเคลื่อน และประสานการดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนด
๓. ความหลากหลายของคณะกรรมการที่มาจากรายภาคส่วน	ที่มาของคณะกรรมการที่มาจากภาครัฐ เอกชน ประชาชน ประชาสังคม องค์กรวิชาชีพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นต่างๆ ได้หลากหลาย รวมถึงการบูรณาการ คน เงิน วัสดุอุปกรณ์
๔. ระบบเทคโนโลยี การสื่อสารที่สามารถเข้าถึงการทำงานได้รวดเร็ว	การประชุม และติดตามงานทางระบบ Online ช่วยให้สามารถประสานงานการขับเคลื่อนได้รวดเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่าย การสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงานผ่านสื่อ อิเล็กทรอนิกส์ ได้อย่างกว้างขวาง

๖. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา กขป.

๑. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ หรือ การหนุนเสริม กขป. อย่างต่อเนื่อง
๒. การเชื่อมเครือข่ายระหว่างเขต ๑-๑๓ และภาคหรือร่วมกับภาคีสมาชิกสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพแต่ละจังหวัด
๓. สื่อสารประชาสัมพันธ์สาธารณะ เพื่อสร้างความเข้าใจและรู้จัก กขป. ให้มากขึ้น
๔. หาแหล่งทุน สนับสนุนโครงการของ กขป. ทำกิจกรรมแต่ละประเด็นให้เกิดความต่อเนื่องและมีผลงานชัดเจนเป็นรูปธรรม ร่วมกับภาคีเครือข่ายตระกูล ส เช่น สสส. สปสช.และ สธ. รวมถึงกองทุนต่าง ๆ ที่แต่หน่วยงานของแต่ละกระทรวง ทบวงกรมที่มีการจัดตั้งตามกฎหมายอยู่แล้ว

ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๙



การดำเนินงานของ กขป. เขตพื้นที่ ๙ กำหนด วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ คือ สานพลังภาคีเครือข่าย สร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เพื่อสุขภาวะนครชัยบุรีรัมย์อย่างยั่งยืน และ พันธกิจ ประกอบด้วย (๑) สร้างความร่วมมือประสานงานของ กขป.๙ ด้วยความเข้าใจและการปฏิบัติในอุดมการณ์ กขป. เขตพื้นที่ ๙ ที่แท้จริง (๒) บูรณาการงานสุขภาวะของหน่วยงาน องค์กร ภาคี เครือข่าย ที่มีอยู่แล้วในเขต ๙ อย่างกลมกลืน มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ (๓) กระตุ้นและพัฒนาการภาคประชาชนให้มีส่วนร่วม และกล้าเรียกร้องต่อสู้เพื่อสิทธิและผลประโยชน์ของประชาชนด้านสุขภาวะ และความเอื้อมล้ำ และ (๔) สร้างและพัฒนาสุขภาวะของคนในนครชัยบุรีรัมย์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเท่าเทียม และยั่งยืน

ผลการดำเนินงานสำคัญ มีดังนี้

๑. ประเด็นการพัฒนาระบบปฐมภูมิภาคประชาชน โดย กขป. เขตพื้นที่ ๙ ร่วมกับ สปสช. เขต ๙ และ เขตสุขภาพที่ ๙ ของกระทรวงสาธารณสุข “Kick off ๓ ภาคี รวมสร้างสุขภาพดีชาวนครชัยบุรีรัมย์” ส่งผลให้มีการขับเคลื่อนประเด็น (๑) การเข้าถึงบริการกลุ่มโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) (๒) การเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็ก (๓) การเข้าถึงบริการกลุ่มกอนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ และ (๔) การยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพผ่านแผนงานสุขภาพร่วมกับภาคีสุขภาพในเขตพื้นที่ ๙ รวมทั้งมีการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เรื่อง โครงการความร่วมมือเพื่อบูรณาการการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของเขตสุขภาพที่ ๙ ภายใต้ความร่วมมือของเขตสุขภาพที่ ๙, มทส., บ.โนวา ติส, กขป. เขตพื้นที่ ๙

๒. ประเด็นสานพลังสู้ภัยโควิด-19 มีข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นการดูแลสุขภาพปฐมภูมิกลุ่มประชากรเฉพาะ เรื่อง ผู้สูงอายุติดเตียงและพระสงฆ์ในภาวะวิกฤตโควิด-19 อย่างเป็นธรรม ของ กขป. เขตพื้นที่ ๙

๓. ประเด็นพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ เกิดแผนความร่วมมือในการตรวจคัดกรองตาม ตัวชี้วัดของหน่วยงานด้านสุขภาพและโครงการศึกษาสถานการณสุขภาพพระสงฆ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ

สุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดนครราชสีมา ได้รับงบประมาณจากหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยมี การถวายการตรวจคัดกรองเบื้องต้นแก่เจ้าคณะจังหวัดนครราชสีมา รองเจ้าคณะจังหวัดนครราชสีมา และคณะ สงฆ์มหานิกาย จำนวน ๔๕๐ รูป และธรรมยุต จำนวน ๑๐๐ รูป รวมทั้งสิ้น ๕๕๐ รูป

๔. ประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพในร้านยา ดำเนินการหรือประสานและสนับสนุนให้เกิดการ ขับเคลื่อนงาน การเข้าถึงบริการสุขภาพในร้านยาเขตนครชัยบุรินทร์ ตามเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ของ กขป. เขตพื้นที่ ๙

ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

๑. การบูรณาการข้อมูลสุขภาพะทุกกลุ่มวัยของทุกหน่วยงานในพื้นที่ เชื่อมโยงพื้นที่รูปธรรมการจัดการ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภาคชุมชน โดยใช้พื้นที่ ชุมชน ท้องถิ่น เป็นฐาน และเป็นเจ้าของระบบสุขภาพของ ตนเอง

๒. สร้างแนวทางการคืนข้อมูลสุขภาพะทุกกลุ่มวัยของทุกหน่วยงานโดยยึดพื้นที่เป็นฐานในเชื่อมโยง พื้นที่รูปธรรม

๓. มีเป้าหมายการจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภาคชุมชน โดยใช้พื้นที่ ชุมชน ท้องถิ่น เป็นฐาน เพื่อให้ประชาชนเป็นเจ้าของระบบสุขภาพของตนเองที่แท้จริง

ตาราง แสดงความก้าวหน้าการดำเนินงานแต่ละประเด็น

ประเด็นนโยบาย สาธารณะ	เป้าหมายของการ ขับเคลื่อนประเด็น	แผนการดำเนินงาน	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน	บทบาทในการดำเนินงาน ของ กขป.	ปัญหาอุปสรรค
<p>๑. ประเด็นพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิภาคประชาชน</p>	<p>กขป. เขตพื้นที่ ๙ มีการบูรณาการระบบจัดการสุขภาพปฐมภูมิภาคชุมชน ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาพื้นที่ และการลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง</p>	<ul style="list-style-type: none"> •ชี้แจงประสาน บูรณาการผ่านกลไกจังหวัด •ค้นหาพื้นที่ต้นแบบการดำเนินงาน ที่มีการดำเนินงานปฐมภูมิ (ตามข้อ ๑) โดยได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนตำบล หรือ สสส. ในกลุ่มเป้าหมาย NCD พระสงฆ์ •จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อขยายการดำเนินงานตามต้นแบบ •ขับเคลื่อนการทำงานด้วยคณะทำงานร่วมกับบอนุจังหวัดและภาคีเครือข่าย •สรุป ประเมิน ผลงานนำเสนอร่วมกับคณะทำงานวิชาการ 	<p>แต่งตั้งคณะทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประชุมคณะทำงานชี้แจงแนวการบูรณาการ การดำเนินงาน • ประสานความร่วมมือผ่านกลไกอนุกรรมการ กขป.ระดับจังหวัด • บูรณาการ การขับเคลื่อนงานเขตสุขภาพต้นแบบ เชื่อมโยง : <ul style="list-style-type: none"> - เขตสุขภาพที่ ๙ (หน่วยบริการ) - สปสช. เขต ๙ (กองทุนตำบล - เครือข่ายประชาสังคม (กขป.) *๓ เรื่อง (๑) แม่และเด็ก (๒) NCD ผู้สูงอายุ และ (๓) การยกระดับบัตรทอง 	<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการหรือประสานและสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนงานระบบสุขภาพปฐมภูมิภาคชุมชนเขตนครชัยบุรินทร์ ตามเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ของ กขป. เขตพื้นที่ ๙ 	<p>สถานการณ์โควิด-19</p> <ul style="list-style-type: none"> • การจัดประชุมโดยระบบ Onsite/Online (Zoom meeting)
<p>๒. ประเด็นพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ</p>	<p>ขับเคลื่อนตัวชี้วัดและเป้าหมายของแผนงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ ให้เกิดมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องกับประเด็นเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ กขป.เขตพื้นที่ ๙</p>	<p>ประสานการทำงานกับอนุกรรมการของ กขป. ทั้ง ๔ จังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> • ให้มีการดำเนินงานด้านสุขภาพพระสงฆ์เป็นงานสำคัญ ได้แก่ พัฒนาคุณภาพพระบบริการ การจัดการเชิงสังคมและสุขภาพพระสงฆ์ ให้มีความต่อเนื่อง <p>• บูรณาการ การปฏิบัติงาน</p>	<p>แต่งตั้งคณะทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประชุมคณะทำงานชี้แจงแนวการบูรณาการ การดำเนินงาน • ประสานความร่วมมือระดับเขต ร่วมกับ เขตสุขภาพที่ ๙, สปสช.เขต ๙, สสส.สน.๓, สคร.๙, ศอ.๙, สนง.พระพุทธรักษา, อบจ.,รพ.จิตเวช, เครือข่ายประชาสังคม • ประสานความร่วมมือผ่าน 	<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการหรือประสานและสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนงานตามเป้าหมายและตัวชี้วัด การขับเคลื่อนพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพเขตนครชัยบุรินทร์ ตามเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ของกขป.เขตพื้นที่ ๙ 	<p>สถานการณ์โควิด-19</p> <ul style="list-style-type: none"> • การจัดประชุมโดยระบบ Onsite /Online (Zoom meeting)

ประเด็นนโยบาย สาธารณะ	เป้าหมายของการ ขับเคลื่อนประเด็น	แผนการดำเนินงาน	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน	บทบาทในการดำเนินงาน ของ กขป.	ปัญหาอุปสรรค
		<p>ของแต่ละองค์กรทุกภาคส่วน ในการนำเป้าหมาย ๖ ประการ ตัวชี้วัด ๕๐ ข้อ ไปปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทาง เดียวกัน</p> <p>• พัฒนาวัดเป้าหมายการบูรณา การสุขภาพพระสงฆ์ เชื่อมกับ การจัดระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิภาคชุมชน</p>	<p>กลไกอนุกรรมการ กขป. สปสช. ระดับจังหวัด</p>		
<p>๓. ประเด็นสานพลัง จิตอาสาสู้ภัยโควิด- 19</p>	<p>ดำเนินการหรือประสาน และสนับสนุนให้เกิดการ ขับเคลื่อนงานสานพลังจิต อาสาสู้ภัยโควิดตาม เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ของ กขป.เขตพื้นที่ ๙</p>	<p>จัดทำแผนงานและเป้าหมาย การขับเคลื่อนงานคณะทำงาน สานพลังจิตอาสาสู้ภัยโควิด- 19 เขตนครชัยบุรีนทร์</p> <p>๑) ประสานกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและ ภาคเอกชนภายในและ ภายนอกพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุน การมีส่วนร่วมให้ระบบสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิผลสอดคล้องกับการ สานพลังจิตอาสาสู้ภัยโควิด- 19 ตามความจำเป็นของ ประชาชนและชุมชนในพื้นที่</p> <p>๒) เสนอแนะและให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการดำเนินงานสาน พลังจิตอาสาสู้ภัยโควิด ต่อ หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๓) กระตุ้น หนุนเสริม ติดตาม</p>	<p>• แต่งตั้งคณะทำงาน • ประชุมคณะทำงานชี้แจง แนวการบูรณาการ การ ดำเนินงาน • ประสานความร่วมมือระดับ เขต ร่วมกับ เขตสุขภาพที่ ๙, สปสช. เขต ๙, สคร.๙, อบจ., เครือข่าย ประชาสังคม, จิตอาสา • ประสานความร่วมมือผ่าน กลไกอนุกรรมการ กขป. ระดับ จังหวัด</p>	<p>ดำเนินการหรือ ประสานและสนับสนุนให้ เกิดการขับเคลื่อนงานสาน พลังจิตอาสาสู้ภัยโควิดเขต นครชัยบุรีนทร์ ตาม เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ของ กขป. เขตพื้นที่ ๙</p>	<p>• สถานการณ์โควิด-19 • การจัดประชุมโดยระบบ Onsite/ Online (Zoom meeting)</p>

ประเด็นนโยบาย สาธารณะ	เป้าหมายของการ ขับเคลื่อนประเด็น	แผนการดำเนินงาน	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน	บทบาทในการดำเนินงาน ของ กขป.	ปัญหาอุปสรรค
		<p>การดำเนินงานตามแผนงาน โครงการต่าง ๆ ของ สธ., สช., สปสช., สสส. และหน่วยงานที่ เกี่ยวกับประเด็นงานสาน พลังจิตอาสาสู้ภัยโควิด-19 ๔) เครือข่ายสานพลังจิตอาสา นักเทคนิคการแพทย์บริการ ตรวจโควิด-19 (ATK)</p>			
<p>๔. ประเด็นการเข้าถึง บริการสุขภาพในร้านยา</p>	<p>ขับเคลื่อนโครงการ การเข้าถึงบริการสุขภาพใน ร้าน ยา</p>	<p>๑) คัดกรองความเสี่ยง โรคเรื้อรัง ๒) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้เสพยาสูบ ๓) ลดความแออัดใน โรงพยาบาล ๔) เกสซ์กรจิตอาสาคัดกรอง และติดตามความปลอดภัย หลังบริการฉีดวัคซีนป้องกัน โควิด-19 ในชุมชน ๕) ร้ายาร่วมแจก ATK ๖) เกสซ์กรจิตอาสาดูแลความ ปลอดภัยการไต่ยาผู้ป่วยโควิด- 19 ในระบบ CI, HI ร่วมกับ หน่วยงานในพื้นที่</p>	<p>แต่งตั้งคณะทำงานประชุม คณะทำงานชี้แจงแนวการบูร ณาการ การดำเนินงาน ประสานความร่วมมือระดับ เขต ร่วมกับ เขตสุขภาพ ที่ ๙ สปสช. เขต ๙ สคร.๙ ศอ.๙ รพ.จิตเวชฯ อบจ. ประสาน ความร่วมมือผ่านกลไก อนุกรรมการ กขป .ระดับ จังหวัด</p>	<p>. ดำเนินการหรือประสานและ สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อน งาน การเข้าถึงบริการสุขภาพ ในร้านยาเขตนครชัยบุรินทร์ ตามเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ของ กขป.เขตพื้นที่ ๙</p>	<p>. สถานการณ์โควิด-19 . การจัดประชุมโดยระบบ Onsite/ Online (Zoom meeting) โครงการลดความ แออัดของโรงพยาบาล . ขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่าง ร้านยากับโรงพยาบาล (ระบบ ส่งต่อ-ส่งกลับ) . ประชาชนบางคนไม่ต้องการ ตรวจคัดกรองโรค ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับ การคัดกรองโรคเพื่อรับการ รักษา . ประชาชนยังไม่ทราบกิจกรรม ประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึงใน ทุกภาคส่วนและขาดความ ต่อเนื่อง . ภาระค่าใช้จ่ายในการลงทุน ดำเนินกิจกรรมของร้านยา</p>

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑ แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
ของ สช.

(มีสไลด์ประกอบการนำเสนอหมายเลข ๕.๑ และเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๑)

สรุปสาระสำคัญ

๑. ตามมาตรา ๓๔ (๒) แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้เลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่จัดทำแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีของ สช. เสนอคณะกรรมการบริหารสำนักงานฯ (คบ.) ซึ่งเลขาธิการ คสช. ได้จัดทำแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยการมีส่วนร่วมของพนักงาน สช. และ คบ. มีมติเห็นชอบแผนดังกล่าวแล้ว ในการประชุม คบ. ครั้งที่ ๔/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๔ และเพื่อให้แผนการดำเนินการฯ ดังกล่าวมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จึงเห็นควรเสนอ คสช. เพื่อพิจารณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมก่อนประกาศใช้ในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ นี้

๒. แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของ สช. สอดคล้องกับแผนงานหลักของ สช. ฉบับที่ ๔ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐ และมีรายละเอียดสาระสำคัญโดยสรุป ดังนี้

๒.๑ **สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อเป้าหมายการทำงานของ สช.** ประกอบด้วย (๑) สภาพสังคมและสภาพแวดล้อม (๒) ทิศทางโลกและทิศทางประเทศ (๓) ความท้าทายต่อการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (๔) คสช. กับบทบาทการให้ข้อเสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อ ครม. เกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ และการอภิบาลระบบแบบหุ้นส่วน (๕) การใช้เครื่องมือต่าง ๆ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฯ สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (๖) การสร้างขีดความสามารถภาคีเครือข่ายในกระบวนการนโยบายสาธารณะ และ (๗) การปรับตัวในการทำงานให้สอดคล้องและเท่าทันบริบทที่เปลี่ยนแปลง

๒.๒ **สถานการณ์สำคัญที่มีผลต่อแผนการดำเนินงานของ สช. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖** ประกอบด้วย (๑) ระบบสุขภาพหลังวิกฤติการระบาดโรคโควิด-19 (๒) สภาพเศรษฐกิจของประเทศตกต่ำ (๓) ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลและรูปแบบการทำงานที่เปลี่ยนไป และ (๔) นโยบายคณะกรรมการบริหารสำนักงานฯ (คบ.) ที่ให้ สช. ทบทวนปรับลดงานที่สำคัญน้อยและเพิ่มงานสำคัญของประเทศมากขึ้น

๒.๓ แนวทางการทำงานของ สช. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประกอบด้วย (๑) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในประเด็นปัญหาสำคัญของประเทศร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (๓) การสนับสนุนกระบวนการพัฒนา และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะทุกระดับ และ (๔) การพัฒนาระบบบริหารจัดการภายในและกำลังคนของ สช. เพื่อนำไปสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง

๒.๔ แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของ สช.

๒.๔.๑ เป้าหมายและตัวชี้วัด

(๑) หน่วยงานระดับชาติมีการนำ มติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอแนะนโยบายไปสู่ การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยงาน

(๒) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ได้นำไปพัฒนาเป็น แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัด ไม่น้อยกว่า ๑๐ พื้นที่

(๓) องค์กรความรู้ หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ ไม่น้อยกว่า ๕ เรื่อง

(๔) สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพฯ มีมติหรือนโยบายสาธารณะ ที่บูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ เครือข่ายกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ ไม่น้อย กว่า ๒๐ จังหวัด

(๕) เกิดศูนย์เรียนรู้แนวคิดและกระบวนการเตรียมความพร้อมรองรับสังคม สูงวัยของพื้นที่ และหรือ Health in All Policy ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง

(๖) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง มีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will) ร้อยละ ๑๐

(๗) หน่วยงานเป้าหมาย มีการนำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยงาน

(๘) สช. มีระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ แบบมีส่วนร่วมทั้งระดับชาติและพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๒ ระบบ

(๙) ระบบงานของ สช. มีการพัฒนาเป็นองค์กรดิจิทัล มีสมรรถนะสูง มีธรรมาภิบาล และมีระบบข้อมูลสนับสนุนภารกิจได้

(๑๐) ผลการตรวจสอบการดำเนินงานของ สช. จากหน่วยตรวจสอบทั้ง ภายในและภายนอก ไม่พบการทุจริตทางการเงิน

๒.๔.๒ วงเงินงบประมาณดำเนินการตามแผนงาน โครงการ ปึงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รวมวงเงินงบประมาณ ๑๘๖.๐๘ ล้านบาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๒.๔.๒.๑ ปึงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ สช. มีงบประมาณในการดำเนินงาน ตามแผนงาน โครงการ วงเงินทั้งสิ้น จำนวน ๑๗๘.๘๔ ล้านบาท จำแนกที่มางบประมาณ ดังนี้

(๑) งบประมาณได้รับจัดสรรจากสำนักงบประมาณ (ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และคณะกรรมการวิสามัญฯ ของ สส. และ สว. แล้ว) จำนวนเงิน ๑๖๐.๗๒ ล้านบาท

(๒) ประมาณการเงินสะสมคงเหลือจากการดำเนินงานประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวนเงิน ๑๘.๑๒ ล้านบาท

๒.๔.๒.๒ ประมาณการงบประมาณคงเหลือยกมาจากโครงการพิเศษ ปึงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวนเงิน ๖.๗๐ ล้านบาท

๒.๔.๒.๓ ประมาณการเงินรายได้สะสมคงเหลือประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวนเงิน ๐.๕๔ ล้านบาท

๒.๔.๓ แผนงาน โครงการ เป้าหมายและตัวชี้วัด และงบประมาณ ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของ สช. ประกอบด้วย ๓ แผนงาน ๑๘ โครงการ จำนวนเงิน ๑๗๔.๘๗ ล้านบาท โครงการพิเศษ ๑ โครงการ จำนวนเงิน ๖.๗๐ ล้านบาท

ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๑

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดรับทราบและพิจารณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ต่อแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ปึงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของ สช.

มติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ส่วนที่ 1 สถานการณ์และแนวทางการดำเนินงาน

1.1 สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อเป้าหมายการทำงานของ สช.

1.1.1 สภาพสังคมและสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย (1) ผลกระทบจากวิกฤติการระบาดของโควิด-19 (2) ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น (3) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร/สังคมสูงวัย (4) ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (5) การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและวัฒนธรรมทางสังคม (6) รูปแบบการดูแลรักษาสุขภาพและการรักษาพยาบาล (7) การขยายตัวของความเป็นเมืองและการให้ความสำคัญกับชนบท/ชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น (8) สถานการณ์เศรษฐกิจโลกและเศรษฐกิจภายในประเทศ (9) การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ/ภัยพิบัติ (10) การเปลี่ยนแปลงดุลอำนาจของโลกและภูมิทัศน์รัฐศาสตร์ที่มีแนวโน้มที่จะมีเสถียรภาพลดลง

1.1.2 ทิศทางโลกและทิศทางประเทศ ประกอบด้วย (1) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal: SDGs) (2) การผสมผสานของการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (Bio-Circular-Green' Economy: BCG Model) (3) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หรือ “สร้างนำซ่อม” (4) ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of Health: SDH) (5) แนวทางทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policy : HiAP) (6) ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ และแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 ความท้าทายต่อการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบด้วย (1) ระบบสุขภาพหลังวิกฤติการระบาดโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบสุขภาพครั้งสำคัญ (2) การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (3) ระบบและนโยบายรองรับสังคมสูงวัย (4) เทคโนโลยีกับรูปแบบการทำงานที่เปลี่ยนไป รวมถึงบทบาทของคนรุ่นใหม่ (5) ความเข้มแข็งของชุมชน (ชุมชนเมืองและชนบท) ในการรับมือวิกฤตสุขภาพ (6) การปรับตัวของระบบสุขภาพอาจไม่เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม

1.1.4 คสช. กับบทบาทการให้ข้อเสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อ ครม. เกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ และการอภิบาลระบบแบบหุ้นส่วน ในการสนับสนุนหรือขับเคลื่อนให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพ ด้วยการพัฒนาระบบรับมือปรับตัวต่อวิกฤติปัญหา ด้านสุขภาพ/สุขภาพะ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ/สุขภาพะ การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมด้านสังคมและสุขภาพ เป็นต้น

1.1.5 การใช้เครื่องมือต่างๆ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพฯ สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นให้มีรูปแบบที่ตอบสนองความต้องการการใช้งานของเครือข่ายและประชาชนที่หลากหลายกลุ่ม สามารถปรับเปลี่ยนใช้วิธีการที่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์และพื้นที่ แต่ยังคงความสามารถและหลักการที่สำคัญไว้ได้ มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่ง่าย สะดวกและรวดเร็ว เช่น การออกแบบกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา เป็นต้น

1.1.6 การสร้างขีดความสามารถของภาคีเครือข่ายในกระบวนการนโยบายสาธารณะ โดยการจัดให้มี หรือส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ให้สอดคล้องกับกระแสการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอน บริบทการพัฒนาประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป

1.1.7 การปรับตัวในการทำงานให้สอดคล้องและเท่าทันบริบทที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวขององค์กรให้เป็นหน่วยงานที่มีธรรมาภิบาลและพัฒนาให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง ให้สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายตามภารกิจเพื่อประโยชน์สุขของประเทศชาติและประชาชนอย่างแท้จริง

1.2 สถานการณ์สำคัญที่มีผลต่อแผนการดำเนินงานของ สช. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1.2.1 ระบบสุขภาพหลังวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 วิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบสุขภาพครั้งสำคัญ ทั้งระบบสุขภาพเขตเมือง และระบบสุขภาพชุมชนเมืองและชนบท ในวงกว้างทั่วประเทศ รวมทั้งส่งผลต่อรูปแบบของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ต้องลดรูปแบบ ขั้นตอนกระบวนการให้ง่ายโดยใช้เทคโนโลยีมาช่วยเพื่อให้ตอบสนองต่อสถานการณ์

1.2.2 สภาพเศรษฐกิจของประเทศตกต่ำ อันเนื่องมาจากวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้งบประมาณในภาพรวมของภาครัฐลดลง และสถานการณ์ด้านงบประมาณของ สช. ที่ถูกปรับลดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อภารกิจสำคัญของ สช. ในการตอบสนองต่อประเด็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพของประเทศ

1.2.3 ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลและรูปแบบการทำงานที่เปลี่ยนไป เป็นการกระตุ้นให้เกิดการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในการทำงานมากขึ้น และทำให้รูปแบบการทำงานเปลี่ยนไป ซึ่งส่งผลให้องค์กรมีการปรับรูปแบบการทำงานมีความยืดหยุ่นมากขึ้น สามารถทำงานจากบ้านหรือ ทำงานระยะไกลได้ อีกทั้งเป็นการลดปฏิสัมพันธ์ทางกายภาพของคนในสังคม โดยหันมาใช้ช่องทางการสื่อสารแบบออนไลน์และการประชุมทางไกลแทนการพบปะโดยตรง รวมทั้งรูปแบบกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่ต้องใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการดำเนินงานมากขึ้นเช่นกัน

1.2.4 นโยบายคณะกรรมการบริหาร (คบ.) ให้ สช. ทบทวนปรับลดงานที่สำคัญน้อย และเพิ่มงานสำคัญของประเทศมากขึ้น รวมทั้งการปรับภารกิจงานให้สอดคล้องกับแผนงานหลักของ สช. ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570 รองรับการทำงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

1.3 แนวทางการทำงานของ สช. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1.3.1 การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในประเด็นปัญหาสำคัญของประเทศร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ โดยสนับสนุนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม มุ่งเน้นการเพิ่มบทบาทการให้ข้อเสนอแนะด้านสุขภาพในประเด็นปัญหาสำคัญของประเทศต่อรัฐบาลและบูรณาการการขับเคลื่อนระบบสุขภาพกับงานสำคัญอื่น ๆ อาทิ การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติ การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา ของประชาชนภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจใหม่ การขจัดความยากจนภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจใหม่ การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยอย่างบูรณาการ หลักประกันรายได้พื้นฐานถ้วนหน้า หรือบำนาญถ้วนหน้า การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของ กทม. ผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของสังคม เป็นต้น

1.3.2 การขับเคลื่อนธรรมณูญาด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 โดยการพัฒนากลไกและเครือข่ายความร่วมมือทุกระดับในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทยตามกรอบและแนวทางของธรรมณูญาด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการนำธรรมณูญา ไปอ้างอิงหรือเป็นกรอบในการพัฒนาการดำเนินงานทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพแห่งชาติ และผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ รวมทั้งระบบการจัดเก็บข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย

1.3.3 การสนับสนุนกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะทุกระดับ โดยพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่หลากหลาย และสามารถประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ รวมถึงการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อหนุนเสริมกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม อีกทั้งสนับสนุนการสร้างและใช้หลักฐานทางวิชาการในการปฏิรูปและขับเคลื่อนระบบสุขภาพ เช่น (1) การพัฒนาภาคีเครือข่ายในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ (2) การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (3) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะประเด็นการเข้าถึงสิทธิ ด้านสุขภาพกลุ่มประชากรที่มีความจำเพาะด้านสุขภาพ (3) การยกระดับและเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายสมัชชาจังหวัดในการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัด/นโยบายจังหวัด (4) การสนับสนุนคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) แก้ไขปัญหาสุขภาพด้านสุขภาพในพื้นที่ และ (5) การใช้ธรรมณูญาสุขภาพตำบล/มาตรการชุมชนเป็นกรอบในการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับวิกฤตโควิด-19 ในพื้นที่ เป็นต้น

1.3.4 การพัฒนาระบบบริหารจัดการภายในและกำลังคนของ สข. เพื่อนำไปสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง โดยพัฒนาระบบข้อมูลและระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนภารกิจการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมายกระดับการทำงานและมุ่งสู่การเป็น Digital Office และ Smart Office

ส่วนที่ 2 แผนการดำเนินงาน และงบประมาณ

2.1 ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง)

2.1.1 ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านที่ 3 การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ประเด็นแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี แผนย่อยการใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี

2.1.2 ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านที่ 4 การเสริมสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ประเด็นแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 15 พลังทางสังคม แผนย่อยการรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก

2.1.3 แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ที่เชื่อมโยงกับแผนการขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) ดังนี้

(1) **กิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ 2 (BR0702) การปฏิรูปเพื่อเพิ่มเติมประสิทธิภาพและประสิทธิผล** ของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย

(2) กิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ 3 (BR0703) การปฏิรูประบบสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริหาร ที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม

(3) กิจกรรมปฏิรูปประเทศที่ 5 (BR0705) การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบ บูรณาการ คล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น

2.2 แผนงานหลักของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570 เพื่อรองรับการทำงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คป.) เห็นชอบแผนงานหลักของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2570 เพื่อรองรับการทำงาน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และใช้เป็นกรอบการจัดทำแผนการดำเนินงาน แผนการเงิน และงบประมาณประจำปี

2.3 ผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 ของ สช.ตามแผนงานหลักของ สช. ฉบับที่ 3 (ฉบับปรับปรุง)

การดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน แผนการเงิน และงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2565 ของ สช. ซึ่งได้รับผลกระทบมาจากสถานการณ์วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งนี้ยังมีปัจจัย ความท้าทายในอนาคต อาทิ สถานการณ์ระบบสุขภาพหลังโควิด-19 ที่อาจส่งผลกระทบต่อแผนการดำเนินงาน แผนการเงิน และงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของ สช.

2.4 เอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของสำนักงานงบประมาณ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ต้องดำเนินการตามเป้าหมาย ผลผลิต กิจกรรม และตัวชี้วัด ที่ระบุในเอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของสำนักงาน งบประมาณ (ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและคณะกรรมการวิสามัญฯ ของ สส. และ สว. แล้ว) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.4.1 ผลสัมฤทธิ์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ: ประชาชนมีขีดความสามารถและมีส่วนร่วม ในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

(1) จำนวนประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ไม่น้อยกว่า 200,000 คน

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

(1) ร้อยละ 25 ของข้อเสนอเชิงนโยบายถูกนำไปกำหนดเป็นแผน/นโยบาย และ/หรือยุทธศาสตร์ของ หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง

2.4.2 เป้าหมายการให้บริการของหน่วยงาน: ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ แบบมีส่วนร่วม

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

(1) ข้อเสนอเชิงนโยบายได้รับการขับเคลื่อนจนเกิดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม จำนวน 120 เรื่อง

(2) เกิดศูนย์เรียนรู้เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้กระบวนการและแนวคิดการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยของพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของพื้นที่ต้นแบบ (หรือไม่น้อยกว่า 9 แห่ง)

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

- (1) ร้อยละ 40 ของนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้รับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ
- (2) ประเด็นที่ได้รับการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ด้วยกลไกบูรณาการเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน จำนวน 15 ประเด็น

2.5 วงเงินงบประมาณในการดำเนินการตามแผนงาน โครงการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รวมวงเงินงบประมาณทั้งสิ้น 186.08 ล้านบาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) งบประมาณสำหรับการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 **จำนวนเงิน 178.84 ล้านบาท** จำแนกที่มาของงบประมาณ ดังนี้

(1) งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงบประมาณ (ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และคณะกรรมการวิสามัญฯ ของ สส. และ สว. แล้ว) **จำนวนเงิน 160.72 ล้านบาท**

(2) งบประมาณการเงินสะสมคงเหลือจากการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 **จำนวนเงิน 18.12 ล้านบาท**

2) งบประมาณจากโครงการพิเศษ ซึ่งประมาณการงบประมาณคงเหลือจากการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 **จำนวนเงิน 6.70 ล้านบาท**

3) ประมาณการเงินรายได้สะสมคงเหลือประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 **จำนวนเงิน 0.54 ล้านบาท**

2.6 แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของ สช.

เพื่อให้การดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สอดคล้องกับสถานการณ์ข้างหน้า โดยเฉพาะสถานการณ์และระบบสุขภาพหลังโควิด-19, สถานการณ์ด้านงบประมาณ, นโยบายของคณะกรรมการบริหารฯ (คบ.) ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและรูปแบบการทำงานที่เปลี่ยนไป และแผนงานหลักของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570 รองรับการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 รวมทั้งรองรับเป้าหมาย ผลผลิต กิจกรรม และตัวชี้วัด ที่ระบุในเอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของสำนักงบประมาณ

สช. จึงได้จัดทำแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกหน่วยงานในสำนักงาน โดยมีเป้าหมาย ตัวชี้วัด กรอบวงเงินงบประมาณ และแผนงาน โครงการสำคัญ ดังรายละเอียดแผนงาน โครงการ กิจกรรม เป้าหมาย ตัวชี้วัด และงบประมาณปรากฏในเอกสารภาคผนวก ก และภาคผนวก ข

หมายเหตุ

- 1) งบประมาณตามรายการของกิจกรรม โครงการ และแผนงาน สามารถปรับเกลียได้ตามความเหมาะสม ยกเว้นงบประมาณของกิจกรรมการบริหารเงินเดือนและสวัสดิการ 68.1862 ล้านบาท ปรับเกลียได้เฉพาะกรณีมีงบประมาณของกิจกรรมดังกล่าวเหลือจ่าย ให้สามารถปรับเกลียไปใช้ในกิจกรรม โครงการ และแผนงานอื่นๆ ได้

ภาคผนวก ก

เป้าหมายและตัวชี้วัดแผนการดำเนินงาน แผนการเงิน และงบประมาณ ประจำปี พ.ศ. 2566 ของ สช.

ตัวชี้วัด/เจ้าภาพหลัก	ค่าเป้าหมาย			น้ำหนัก 100
	ระดับ 1 (50-74)	ระดับ 2 (75-89)	ระดับ 3 (90-100)	
1. หน่วยงานระดับชาติมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า 10 หน่วยงาน	หน่วยงานระดับชาติมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม < 7 หน่วยงาน	หน่วยงานระดับชาติมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 7-9 หน่วยงาน	หน่วยงานระดับชาติมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ≥ 10 หน่วยงาน	14
2. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัด ไม่น้อยกว่า 10 พื้นที่	ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัด < 7 พื้นที่	ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัด 7-9 พื้นที่	ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัด ≥ 10 พื้นที่	14
3 องค์ความรู้ หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ ไม่น้อยกว่า 5 เรื่อง	องค์ความรู้ หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ <3 เรื่อง	องค์ความรู้ หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ 3-4 เรื่อง	องค์ความรู้ หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ ≥ 5 เรื่อง	14
4. สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพฯ มีมติหรือนโยบายสาธารณะ ที่บูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ เครือข่ายกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 20 จังหวัด	สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพฯ มีมติหรือนโยบายสาธารณะ ที่บูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ เครือข่ายกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ < 15 จังหวัด	สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพฯ มีมติหรือนโยบายสาธารณะ ที่บูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ เครือข่ายกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ 15-19 จังหวัด	สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพฯ มีมติหรือนโยบายสาธารณะ ที่บูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ เครือข่ายกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ ≥ 20 จังหวัด	12
5. เกิดศูนย์เรียนรู้แนวคิดและกระบวนการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยของพื้นที่ และหรือ Health in All Policy ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า 10 แห่ง	เกิดศูนย์เรียนรู้แนวคิดและกระบวนการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยของพื้นที่ และหรือ Health in All Policy ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น < 7 แห่ง	เกิดศูนย์เรียนรู้แนวคิดและกระบวนการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยของพื้นที่ และหรือ Health in All Policy ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7-9 แห่ง	เกิดศูนย์เรียนรู้แนวคิดและกระบวนการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยของพื้นที่ และหรือ Health in All Policy ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ≥ 10 แห่ง	12

ตัวชี้วัด/เจ้าภาพหลัก	ค่าเป้าหมาย			น้ำหนัก 100
	ระดับ 1 (50-74)	ระดับ 2 (75-89)	ระดับ 3 (90-100)	
6. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง มีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will) ร้อยละ 10	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will) < ร้อยละ 7	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will) ร้อยละ 7-9	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will) ≥ ร้อยละ 10	8
7. หน่วยงานเป้าหมาย มีการนำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่า 10 หน่วยงาน	หน่วยงานเป้าหมาย มีการนำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน < 7 หน่วยงาน	หน่วยงานเป้าหมาย มีการนำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน 7-9 หน่วยงาน	หน่วยงานเป้าหมาย มีการนำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ≥ 10 หน่วยงาน	8
8. สช. มีระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมทั้งระดับชาติและพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 2 ระบบ	สช. มีการออกแบบและเตรียมการจัดทำระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมทั้งระดับชาติและพื้นที่	สช. มีระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะมีส่วนร่วมทั้งระดับชาติและพื้นที่ 1 ระบบ	สช. มีระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะมีส่วนร่วมทั้งระดับชาติและพื้นที่ ≥ 2 ระบบ	6
9. ระบบงานของ สช. มีการพัฒนาเป็นองค์กรดิจิทัล มีสมรรถนะสูง มีธรรมาภิบาล และมีระบบข้อมูลสนับสนุนภารกิจได้	คะแนนจากผลการประเมินสถานะการเป็นระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0) ไม่น้อยกว่า 300 คะแนน	คะแนนจากผลการประเมินสถานะการเป็นระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0) ไม่น้อยกว่า 350 คะแนน	คะแนนจากผลการประเมินสถานะการเป็นระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0) ไม่น้อยกว่า 400 คะแนน	6
10. ผลการตรวจสอบการดำเนินงานของ สช. จากหน่วยตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก ไม่พบการทุจริตทางการเงิน	ผลการตรวจสอบการดำเนินงานของ สช. จากหน่วยตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก พบการทุจริตทางการเงิน > 2 รายการ	ผลการตรวจสอบการดำเนินงานของ สช. จากหน่วยตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก พบการทุจริตทางการเงิน 1-2 รายการ	ผลการตรวจสอบการดำเนินงานของ สช. จากหน่วยตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก ไม่พบการทุจริตทางการเงิน	6

ภาคผนวก ข

รายละเอียดแผนงาน โครงการ กิจกรรม เป้าหมายและตัวชี้วัด และงบประมาณ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566



หรือดาวน์โหลดได้ที่ <https://shorturl.asia/2GaeM>

๕.๒ ผลการขับเคลื่อนและการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒

(มีสไลด์ประกอบการนำเสนอหมายเลข ๕.๒ และเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๒ เอกสาร ๑ และ ๒)

สรุปสาระสำคัญ

๑. สืบเนื่องจากการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อเป็นกรอบแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาวะของพระสงฆ์ที่คณะสงฆ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำบนหลักการ “ใช้ทางธรรมนำทางโลก” มีการประกาศใช้ต่อสาธารณชนอย่างเป็นทางการในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑ มีมติรับทราบธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ และเร่งรัดการจัดตั้งกลไกและการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ โดยมอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการรายงานความคืบหน้าให้ที่ประชุมทราบอย่างต่อเนื่อง นั้น

๒. ต่อมาคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ได้ออกคำสั่งที่ ๐๑/๒๕๖๑ แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อกำหนดทิศทางและแผนการขับเคลื่อน ติดตาม รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติฯ มีสมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า เป็นประธานฝ่ายสงฆ์ และนายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ประธานฝ่ายฆราวาส มีหน่วยงานภาคีร่วมขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงปัจจุบัน ซึ่งได้จัดทำรายงานผลการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วย ๑) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์เพื่อการเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพ ๒) การตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ในวัดทุกรูป ๓) การอบรมพระคิลานุปัฏฐาก และวัดส่งเสริมสุขภาพที่มีโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ๔) วัดร่วมพัฒนาชุมชนคุณธรรม ตามโครงการชุมชนคุณธรรมขับเคลื่อนด้วยพลัง บวร และ ๕) การสื่อสารสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฯ ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๒ เอกสาร ๑

๓. ได้มีการประเมินผลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ฯ ตามรายหมวด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มีข้อค้นพบสำคัญหลายประการสำหรับนำมาปรับแนวทางหรือวิธีการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ เช่น **หมวด ๒** พบว่า พระสังฆาธิการยังไม่เข้าใจและขาดความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อการจัดระบบและกลไกในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์ในวัด **หมวดที่ ๓** พบว่า ขาดการรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลกลางเกี่ยวกับสภาวะการณพระสงฆ์ที่จะนำไปสู่การวางแผนสร้างเสริมสุขภาวะพระสงฆ์อย่างเป็นระบบ **หมวดที่ ๔** พบว่า การมีส่วนร่วมของพระสงฆ์กับชุมชน สังคม และการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ในแต่ละระดับทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ยังมีข้อจำกัด **หมวดที่ ๕** การขับเคลื่อนธรรมนูญ

สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ พบว่า การขับเคลื่อนยังมีข้อจำกัดในการบูรณาการกลไก/นโยบายภายนอก เช่น แผนปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา การขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ในระดับพื้นที่มีตัวแบบที่น่าสนใจหลายประเด็น แต่การถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และขยายผลอย่างเป็นระบบยังมีข้อจำกัด

๓. คณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๔ มีมติเห็นชอบให้มีการทบทวนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ตามที่กำหนดในธรรมนุญฯ หมวด ๕ ข้อที่ ๓๗ และอยู่ระหว่างเสนอแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการทบทวนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่ง พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงนามโดยสมเด็จพระมหาธีรจารย์ ประธานฝ่ายสงฆ์ เพื่อร่วมวางกรอบและแนวทางในการทบทวนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ฯ โดยนำข้อมูลผลการประเมินธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ฯ ตามรายหมวด และการจัดกระบวนการรับฟังความเห็นต่าง ๆ มาประกอบ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๓.๑ เพื่อทบทวนและปรับปรุงธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๓.๒ เพื่อจัดทำข้อเสนอต่อกลไกและแนวทางการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

๓.๓ เพื่อสื่อสาร สร้างการรับรู้ และมีส่วนร่วมกระบวนการทบทวนปรับปรุงและขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ แก่ภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายบรรพชิต ฆราวาส และประชาชนทั่วไป ดังมีรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๒ เอกสาร ๒

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดพิจารณา

๑. รับทราบและให้ข้อเสนอแนะต่อผลการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อ สช. และคณะกรรมการขับเคลื่อนฯ จะได้รวบรวมสรุปถวายรายงานต่อสมเด็จพระสังฆราช ต่อไป

๒. เห็นชอบและให้ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการทบทวนและจัดทำธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒

มติ

.....

ผลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐
และการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒

๑. ความเป็นมา

จากแนวโน้มของสถานการณ์การเจ็บป่วยของพระสงฆ์ที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อ อาทิ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และภาวะไขมันในเลือด นำมาสู่การผลักดันเรื่องพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพเข้าสู่ระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕ ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๑/๒๕๕๖ วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๖ มีมติรับทราบ และมอบหมายให้ ๑) เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแจ้งมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ ให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตามที่เห็นสมควรต่อไป และ ๒) คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) พิจารณาแสวงหาวิธีการผลักดันและขับเคลื่อน

ต่อมาเมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ อนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาพ ภายใต้อำนวยการของ คมส. ได้แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” ขึ้น โดยมีพระพรหมบัณฑิต เจ้าอาวาสวัดประยุรวงศาวาส กรรมการมหาเถรสมาคม และนายฐาตุร ดิษฐอำนาจ ที่ปรึกษารัฐมนตรี นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธานคณะทำงาน มีองค์ประกอบคณะทำงานมาจากภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งฝ่ายสงฆ์และฆราวาส ซึ่งคณะทำงานฯ มีมติเห็นชอบแนวทางการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพที่จัดทำขึ้น โดยในแผนปฏิบัติการฯ ด้านการพัฒนาระบบฯ ให้มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ที่สามารถใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยให้สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ เครือข่ายสังฆะเพื่อสังคม เครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย สถาบันการศึกษาของสงฆ์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ทำงานร่วมกัน โดยใช้หลักการสำคัญ คือ “ทางธรรม นำทางโลก”

มติ คณะกรรมการมหาเถรสมาคม ครั้งที่ ๗/๒๕๖๐ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๐ มติที่ ๑๙๑/๒๕๖๐ รับทราบการดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ ที่กำหนดให้ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติเพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ร่วมกันสนับสนุน “โครงการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ” โดยมีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) เป็นองค์กรประสานหลัก จัดกระบวนการให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติร่วมกัน และมีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องในการยกย่อง ได้แก่ กรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย (มมร.) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สสส. สช. โดยมีนักวิชาการร่วมทำงานด้วย ได้มีกระบวนการรวบรวมองค์ความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ การรับฟังความเห็น ๕ เวที (เวที ๔ ภาค และคณะสงฆ์ธรรมยุต ๑ เวที) ซึ่งมีทั้งฝ่ายฆราวาส และคณะสงฆ์ทั้งจากมหานิกายและธรรมยุต ซึ่งได้นำความเห็นที่รวบรวมได้มาใช้ในการยกย่อง ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

พ.ศ. และนำเสนอต่อคณะกรรมการด้านสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม และวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ คณะกรรมการด้านสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมที่มีพระพรหมวชิรญาณ (ปสฤทธ์เชมงฺโกโร) กรรมการมหาเถรสมาคม และประธานฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม เป็นประธาน ได้มีมติ เห็นชอบธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติพุทธศักราช ๒๕๖๐ ให้เป็นแผนงานด้านสาธารณสุขสงเคราะห์ของ มหาเถรสมาคม และนำไปประกาศใช้ เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๐ ณ ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐ และนำเสนอธรรมนูญฯ ต่อที่ประชุมคณะกรรมการมหาเถรสมาคม เพื่อทราบ

ต่อมาได้มีการรายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพฯ ต่อที่ประชุม คสช. ครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑ มีมติรับทราบธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ และเร่งรัดการจัดตั้งกลไกและการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ โดยมอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการ รายงานความคืบหน้าให้ที่ประชุมทราบอย่างต่อเนื่องนั้น และในการประชุม คสช. ครั้งที่ ๔/๒๕๖๑ วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๑ พล.อ.ฉัตรชัย สาริกัลยะ รองนายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มอบนโยบายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ขับเคลื่อนธรรมนูญพระสงฆ์สู่การปฏิบัติให้เห็นผลเป็นรูปธรรม โดยให้นำ ๒ โครงการสำคัญ ได้แก่ “๑ วัด ๑ โรงพยาบาล/รพ.สต.” ที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ และ “โครงการขับเคลื่อนชุมชนคุณธรรมพลัง บวร (บ้าน วัด โรงเรียน)” ที่กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม ดำเนินการ มาขับเคลื่อนภายใต้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติด้วย โดยเมื่อวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๑ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับหน่วยงานภาคี ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ทั้งฝ่ายสงฆ์และฆราวาส จัดเวที “เปิดตัวการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่พื้นที่” ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยาเขตขอนแก่น ถือเป็นการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติสู่พื้นที่อย่างเป็นทางการ



ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ มีหลักปฏิบัติประกอบด้วย ๕ หมวด คือ **หมวดที่ ๑** ปรัชญาและแนวคิดหลักของธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์แห่งชาติ **หมวดที่ ๒** พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองตามหลักพระธรรมวินัย **หมวดที่ ๓** ชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย **หมวดที่ ๔** บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม และ **หมวดที่ ๕** การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ

การได้มาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบันเกิดจากความร่วมมือของหน่วยงานและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องมากกว่า ๑๐ หน่วยงาน ได้แก่ มหาเถรสมาคม (มส.) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย (มมร.) สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (พศ.) กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม (วธ.) กระทรวงมหาดไทย (มท.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรุงเทพมหานคร มูลนิธิสังฆะเพื่อการพัฒนา เครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ บนหลักการธรรมนำโลก ได้รับเมตตาจาก**สมเด็จพระมหาธีรจารย์ (ปสฤทธิ์ เขมงคโร)** กรรมการมหาเถรสมาคม ประธานคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม เป็นประธาน ด้วยพิจารณาว่าเป็นภารกิจที่สอดคล้องกันกับงาน **“บำบัดทุกข์ บำรุงสุข: ด้วย การสงเคราะห์ เกื้อกูล พัฒนา บูรณาการ”** ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา

กลไกในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ ประกอบด้วย

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๖๐ แต่งตั้งเมื่อวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ มี **สมเด็จพระมหาธีรจารย์** เป็นประธานฝ่ายบรรพชิต **นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา** เป็นประธานฝ่ายคฤหัสถ์ โดยได้เสนอให้มหาเถรสมาคมได้ทราบก่อนการแต่งตั้ง

๒. คณะอนุกรรมการฯ จำนวน ๔ คณะ มีองค์ประกอบจากคณะสงฆ์ และหน่วยงานองค์กรภาคีหลัก ได้แก่

๒.๑ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนด้านการจัดการข้อมูลพระสงฆ์ มีสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (พศ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

๒.๒ คณะอนุกรรมการวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ที่มี กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (พศ.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

๒.๓ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนด้านการสื่อสารสาธารณะ ที่มี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

๒.๔ คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์และการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่มีกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (พศ.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

๓. เป้าหมายและยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฯ

จากการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๑ คณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้กำหนดเป้าหมายการขับเคลื่อนตามหมวดหมู่ในธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ ไว้ดังนี้

เป้าหมายการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐

	ประเด็นงานสำคัญ	เป้าหมาย	สอดคล้องธรรมนูญฯ หมวดที่
๑	พัฒนาระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์	๑) มีระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ที่เป็นปัจจุบัน ๒) พระสงฆ์เข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง	หมวด ๓ ข้อ ๑๘ , ๒๔ , ๒๘ หมวด ๒ ข้อ ๑๒
๒	พัฒนาพระคิลานุปัฏฐาก	๑) มีพระคิลานุปัฏฐากครอบคลุมทั่วประเทศ ๒) วัดมีระบบ กลไกดูแลสุขภาพพระสงฆ์	หมวด ๒ ทุกข้อ หมวด ๓ ข้อ ๑๙ , ๒๐ , ๒๑ หมวด ๔ ข้อ ๒๖
๓	งานวัดส่งเสริมสุขภาพให้มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	๑) วัดมีจุดประสานงานเรื่องสุขภาพพระสงฆ์ ๒) วัดมีพื้นที่สำหรับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ มีกุฏิสงฆ์อาพาธ	หมวด ๒ ข้อ ๙ , ๑๐ , ๑๑ , ๑๒ หมวด ๔ ข้อ ๒๘
๔	การสื่อสารที่ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจแก่พระสงฆ์ คณะสงฆ์ และประชาชน	คณะสงฆ์ ประชาชนทั่วไป รู้ เข้าใจการเสริมสร้างสุขภาพพระสงฆ์	หมวด ๒ ข้อ ๗ หมวด ๓ ข้อ ๑๕ , ๑๖
๕	การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ระดับพื้นที่	ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฯ มีการการปฏิบัติระดับพื้นที่	หมวด ๕ ทุกข้อ หมวด ๓ ข้อ ๒๓ หมวด ๔ ข้อ ๒๙
๖	การติดตาม ประเมินผล และการจัดการความรู้	๑) มีความรู้ บทเรียนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ปีละ ๑ ชุด ๒) มีผลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์	

๔. สรุปผลการดำเนินงาน

(๑) ผลการดำเนินงานใน ๕ กิจกรรมหลัก มีดังนี้

(๑.๑) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ เพื่อการเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพ

สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ทำการตรวจสอบฐานข้อมูลสิทธิบริการสาธารณสุขของพระภิกษุและสามเณร ยอดสะสมตั้งแต่สิงหาคม ๒๕๖๒ - กรกฎาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑๖๔,๐๐๔ รูป มีดังนี้ สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๑๔๑,๗๕๗ รูป แบ่งออกเป็น

- พระภิกษุ และสามเณร ที่สังกัดวัด ตรงกับจังหวัดที่มีสิทธิ จำนวน ๑๑๕,๓๒๗ รูป
- พระภิกษุ และสามเณร ที่สังกัดวัด ไม่ตรงกับจังหวัดที่มีสิทธิ จำนวน ๒๖,๔๓๐ รูป
- สิทธิว่าง จำนวน ๒๐๓ รูป

(๑.๒) มีการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ในวัดทุกรูป

กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ ผลการดำเนินงานในการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ทำได้เกินเป้าหมาย จากเดิมที่ตั้งเป้าหมายไว้ ๕,๐๐๐ แห่ง ทำได้ ๑๐,๔๙๑ แห่ง เพิ่มขึ้น ๒ เท่า ของค่าเป้าหมาย ซึ่งพบว่าเป็นวัดที่จับคู่ ๑ วัด ๑ สถานพยาบาล จำนวน ๙,๖๒๒ แห่ง (คิดเป็น ๙๑.๗%) ที่เหลือเป็นวัดที่ไม่ได้จับคู่กับสถานพยาบาล มีจำนวนพระที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรค รวมจำนวน ๘๑,๕๔๒ รูป แบ่งเป็น

- พระสงฆ์ อายุ ๑๘-๕๙ ปี รวมจำนวน ๖๐,๖๖๐ รูป จำแนกเป็น
 - กลุ่มปกติ ๔๖,๕๐๓ รูป
 - กลุ่มเสี่ยง ๑๐,๓๑๑ รูป
 - กลุ่มป่วย ๓,๘๔๖ รูป
- พระสงฆ์ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป รวมจำนวน ๒๐,๘๘๒ รูป จำแนกเป็น
 - กลุ่มปกติ ๑๓๑๔๓ รูป
 - กลุ่มเสี่ยง ๔,๕๑๕ รูป
 - กลุ่มป่วย ๓,๒๒๔ รูป

ทั้งนี้ จากผลการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์พบว่า มีกลุ่มที่เสี่ยง และป่วย ๒๖.๙% ซึ่งมีแนวโน้มจะพบในกลุ่มที่อายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป และพบโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าโรคเบาหวาน

(๑.๓) มีพระคิลานุปัฏฐากที่ผ่านการอบรม

กรมอนามัยจัดอบรมพระคิลานุปัฏฐากรวมทั้งสิ้น ๙,๕๘๘ รูป (ข้อมูล ณ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕) ประกอบด้วย

- หลักสูตรพระคิลานุปัฏฐากแบบออนไซต์ (onsite) ๙,๒๓๙ รูป
- หลักสูตรพระคิลานุปัฏฐากแบบออนไลน์ ผ่านระบบเรียนออนไลน์ กรมอนามัย ๓๔๙ รูป

(๑.๔) วัดส่งเสริมสุขภาพที่มีโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

กรมอนามัยได้สนับสนุนการดำเนินงานเรื่องวัดส่งเสริมสุขภาพ จากข้อมูลจำนวนวัดที่มีทั้งหมด ๔๒,๔๗๓ แห่ง ผ่านการประเมินรับรองเป็น วัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ ๑๓,๙๖๘ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๓๒.๘๙

(๑.๕) วัดร่วมพัฒนาชุมชนคุณธรรม ตามโครงการชุมชนคุณธรรมขับเคลื่อนด้วยพลัง บวร

กรมการศาสนาได้บูรณาการโครงการที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม (โครงการชุมชนคุณธรรมน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงขับเคลื่อนด้วยพลังบวร) ซึ่งผลการดำเนินงานมีเครือข่ายวัดเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการธรรมนุญสุภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๔,๙๑๑ วัด

(๒) การขับเคลื่อนธรรมนุญสุภาพพระสงฆ์ฯ ในสถานการณ์ โควิด-19

เป็นการหนุนเสริมความร่วมมือระหว่างฝ่ายบรรพชิตและฝ่ายคฤหัสถ์ ในการให้ความช่วยเหลือ บรรเทาทุกข์แก่ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบ ที่สอดคล้องกับธรรมนุญสุภาพพระสงฆ์แห่งชาติฯ **หมวด ๒** ที่ว่าด้วย พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย และ**หมวด ๔** ที่ว่าด้วยบทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ อาทิเช่น

- ใช้สถานที่ของวัดจัดตั้งศูนย์พักคอยในวัด (CI)
- ให้ความสงเคราะห์แก่พุทธศาสนิกชนในการรับมือกับภัยผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- Facebook Live “วิสาขบูชา” อิมบุญ สุขใจ ปลอดภัยโควิด-19
- จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือในลักษณะจุดรับและกระจายของบริจาค
- จัดตั้งโรงงานและจัดการให้เป็นไปตามหลักสุขอนามัย
- งดการจัดพิธีหรือการบริการใด ๆ ที่ต้องให้บุคคลจำนวนมากมารวมกัน
- พัฒนาพื้นที่วัดเป็นสวนสมุนไพรสำหรับเป็นยาป้องกันและรักษาโรคและสนับสนุนงานเศรษฐกิจ

พอเพียง

๕. ผลประเมินการขับเคลื่อนธรรมนุญสุภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ได้จัดทำโครงการสังเคราะห์ผลการดำเนินงานตามธรรมนุญสุภาพพระสงฆ์แห่งชาติ และพัฒนาระบบฐานข้อมูล แผนที่สุขภาวะพระสงฆ์ในการขับเคลื่อนธรรมนุญสุภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เพื่อการพัฒนาหรือต่อยอดการสร้างสุขภาวะพระสงฆ์ ชุมชน และสังคม โดยจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอในเชิงปฏิบัติการ โดยมีข้อค้นพบและข้อเสนอแนะต่อการขับเคลื่อนธรรมนุญสุภาพพระสงฆ์ในระยะต่อไปดังนี้

หมวดที่ ๒ พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย

ข้อค้นพบ พระสงฆ์ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพระสังฆาธิการซึ่งส่งผลกระทบต่อการจัดระบบและกลไกในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์ในวัด รวมถึงการรับรู้เรื่องระบบบริการสาธารณสุขและสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะ

○ ควรบรรจุเนื้อหา เรื่องระบบและกลไกในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขและสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ ไว้ในหลักสูตรอบรมพระสังฆาธิการของคณะสงฆ์ และสถาบันการศึกษาสงฆ์ทุกระดับ โดยให้มีการติดตาม หนุนเสริม ประเมินและพัฒนาหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง

○ ควรสนับสนุนให้เกิดระบบในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์ในวัด เช่น ตูยาคุณภาพ กุฎิสงฆ์อาพาธ อวารสสุตท้าย

○ ควรพัฒนากลไกพระคิลานุปัฏฐากให้ได้รับการรับรองสถานะและมีบทบาทในการปฏิบัติงาน ภายใต้กลไกของคณะสงฆ์อย่างชัดเจน

หมวดที่ ๓ ชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย

ข้อค้นพบ ขาดการรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลกลางเกี่ยวกับสภาวะการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่จะนำไปสู่ การวางแผนสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์อย่างเป็นระบบ การบูรณาการองค์ความรู้และทรัพยากรในระดับพื้นที่ยัง พบได้น้อย รวมถึงการดำเนินการยังขาดการบูรณาการเป้าหมายร่วมกัน และการประสานความร่วมมือยังไม่สอดคล้องตามวิถีทางวัฒนธรรมสงฆ์ ประกอบกับพุทธศาสนิกชนและผู้ประกอบการขาดความตระหนักและใส่ใจ ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้วยปัจจัย ๔ เช่น อาหารบิณฑบาต น้ำปานะ สังฆทาน ยารักษาโรค ฯลฯ

ข้อเสนอ

○ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางสุขภาพพระสงฆ์ (bigdata) ที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของรัฐ เช่น การจัด Temple Folder

○ รัฐควรส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐทุกระดับและภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม ร่วมกันดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้วยปัจจัย ๔ ที่มีคุณค่าทางโภชนาการตามพระธรรมวินัย รวมถึงใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการและธรรมาภิบาลอย่างจริงจังในกลุ่มผู้ผลิตและผู้ค้าอาหารบิณฑบาตและสังฆทาน

หมวดที่ ๔ บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม

ข้อค้นพบ ในภาพรวมมีการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ครอบคลุมทุกหมวด แต่ในหมวดที่ ๔ พระสงฆ์เป็นผู้นำด้านสุขภาพทางจิตและปัญญาของชุมชนและสังคม ซึ่งเป็นบทบาทของพระสงฆ์โดยตรงยังมี รูปธรรมน้อยกว่าหมวดอื่น ๆ การมีส่วนร่วมของพระสงฆ์กับชุมชน สังคม และการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ในแต่ละระดับทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ยังมีข้อจำกัด

ข้อเสนอ

○ ส่งเสริมให้คณะสงฆ์เปิดพื้นที่วัดให้มีกิจกรรมหรือปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตและปัญญา พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์สู่การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงชุมชนสุขภาพเชิงปฏิบัติการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในสถาบันการศึกษาสงฆ์และองค์กรสงฆ์โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

○ สนับสนุนให้พระสงฆ์เข้าไปมีบทบาทในกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ เช่น กขป. , พขอ.

○ สนับสนุนให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ในระดับพื้นที่ โดยสอดคล้องกับกลไกการปกครองของคณะสงฆ์ทั้งในระดับหน ระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล

หมวดที่ ๕ การขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ

ข้อค้นพบ การขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ยังมีข้อจำกัดในการบูรณาการกลไก/นโยบายภายนอก เช่น แผนปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา การขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ในระดับพื้นที่มีตัวแบบที่น่าสนใจหลายประเด็น เช่น กองบุญสุขภาพพระสงฆ์ กองบุญหน้าเมรุ HUB ด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และชุมชน อาวาสสุดท้าย(สำนักสงฆ์ป่ามะขาม/สันติภาวัน) Temple Folder แต่การถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และขยายผลในระดับพื้นที่อื่นๆ ยังมีข้อจำกัด

ข้อเสนอ

- สนับสนุนให้เกิดกลไกการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ ผ่านเครื่องมือหรือกระบวนการนโยบายสาธารณะ เช่น สมัชชาพระสงฆ์หรือธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ระดับพื้นที่
- การขยายผลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ในระดับพื้นที่ โดยการสนับสนุนการเชื่อมโยงความร่วมมือ บูรณาการองค์ความรู้และทรัพยากรบนพื้นฐานการสร้างเสริมสุขภาวะของคณะสงฆ์ ชุมชน และสังคม



(ร่าง) คำสั่งประธานคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม

ที่ /๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการทบทวนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐

ตามมติมหาเถรสมาคม ครั้งที่ ๗/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ มติที่ ๑๙๑/๒๕๖๐ เรื่อง การดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพที่กำหนดให้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติขึ้น เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศ บนหลักการใช้ “ทางธรรมนำทางโลก” โดยได้ประกาศต่อสาธารณชนอย่างเป็นทางการในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๖๐

ตามหมวด ๕ ข้อที่ ๓๗ ระบุให้มีการทบทวนธรรมนูญอย่างต่อเนื่อง โดยพึงให้มีการทบทวนธรรมนูญฉบับนี้อย่างน้อยทุก ๕ ปี บัดนี้ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐ ใกล้ครบวาระที่จะต้องมีการทบทวนแล้ว เพื่อให้การทบทวนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น จึงเห็นควรให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการทบทวนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑.๑ องค์ประกอบ

- | | |
|--|-----------|
| ๑.๑.๑ สมเด็จพระพุฒาจารย์ (สนิท ชวนปญโญ) | ที่ปรึกษา |
| ประธานคณะกรรมการฝ่ายปกครอง | |
| ๑.๑.๒ สมเด็จพระมหาธีรวงศ์ (สุชิน อคฺคชิโน) | ที่ปรึกษา |
| ประธานคณะกรรมการฝ่ายสาธารณูปการ | |
| ๑.๑.๓ สมเด็จพระมหาธีรจารย์ (ปสฤทธ์ เขมงฺกโร) | ที่ปรึกษา |
| ประธานคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ | |
| ๑.๑.๔ พระพรหมโมลี (สุชาติ ฐมฺมรตโน) | ที่ปรึกษา |
| ประธานคณะกรรมการฝ่ายศาสนศึกษา | |
| ๑.๑.๕ พระพรหมบัณฑิต (ประยูร ธมฺมจิตโต) | ที่ปรึกษา |
| ประธานคณะกรรมการฝ่ายศึกษาสงเคราะห์ | |

๑.๒ คณะทำงาน

- | | |
|---|-----------------------------|
| ๑.๒.๑ พระเทพเวที (พล อภาภโว) | ประธานคณะทำงานฝ่ายสงฆ์ |
| ๑.๒.๒ พระมงคลธรรมวิธาน ,ดร.(สำเร็จ ภูริจิตโต) | รองประธานคณะทำงานฝ่ายสงฆ์ |
| ๑.๒.๓ พระมงคลวชิรากร (สมบัติ ญาณวโร) | รองประธานคณะทำงานฝ่ายสงฆ์ |
| ๑.๒.๔ นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | ประธานคณะทำงานฝ่ายฆราวาส |
| ๑.๒.๕ ผศ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี | รองประธานคณะทำงานฝ่ายฆราวาส |
| ๑.๒.๖ พระมหาประยูร โชติวิโร,ดร. | คณะทำงาน |
| ๑.๒.๗ ผู้แทนจากมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย | คณะทำงาน |

๑.๒.๘	ผู้แทนจากมหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย	คณะทำงาน
๑.๒.๙	ผู้แทนจากสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ	คณะทำงาน
๑.๒.๑๐	ผู้แทนจากสำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม	คณะทำงาน
๑.๒.๑๑	ผู้แทนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ	คณะทำงาน
๑.๒.๑๒	ผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะทำงาน
๑.๒.๑๓	ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๑.๒.๑๔	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๑.๒.๑๕	นายประจักษ์วิช เล็บนาค	คณะทำงาน
๑.๒.๑๖	นายบุญช่วย คูใจ	คณะทำงาน
๑.๒.๑๗	นายวิสุทธิ์ บุญญะโสภิต	คณะทำงาน
๑.๒.๑๘	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาและขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะระดับชาติ	คณะทำงานและเลขานุการ
๑.๒.๑๙	ผศ.ปฏิธรรม สำเนียง	คณะทำงานและเลขานุการร่วม
๑.๒.๒๐	นางสาวนงลักษณ์ ยอดมงคล	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒.๒๑	นางสาวสิริกร เค้าภูไทย	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒.๒๒	นางสาวสุนันทา ปินะทาโน	ผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ วางแนวทางกระบวนการและกรอบดำเนินการทบทวนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์

๒.๒ ยกร่างธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ....(ฉบับปรับปรุง) โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินผล
การทบทวนและข้อเสนอเพื่อปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐ และจัดกระบวนการมีส่วนร่วม
อย่างกว้างขวาง ทั้งการสื่อสาร การรับฟังความเห็น และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

๒.๓ จัดกระบวนการสร้างความร่วมมือขององค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ
พระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ....(ฉบับปรับปรุง) ตามข้อเสนอกลไกและแนวทางขับเคลื่อนที่เห็นพ้องร่วมกัน

๒.๔ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๐

มอบหมาย

๒.๕ แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(สมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า)

ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐

๕.๓ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ (แทนชุดเดิมที่ครบวาระ)

(มีสไลด์ประกอบการนำเสนอหมายเลข ๕.๓ และเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๓ เอกสาร ๑, ๒ และ ๓)

สรุปสาระสำคัญ

๑. ตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ ๕/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๘ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ และคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ ๕/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๑ ได้ยกเลิกคำสั่งที่ ๕/๒๕๕๘ และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ มีนายวิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน โดยมีวาระการดำรงตำแหน่ง ๔ ปี นับตั้งแต่วันแต่งตั้ง ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้มีกำหนดครบวาระวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕ นี้

๒. คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจ (๑) ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงาน และองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดผลเป็นรูปธรรม (๒) ประสานสนับสนุนหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย นโยบายและแผนพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ (๓) สนับสนุนการจัดทำแผนพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท (๔) แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น (๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

๓. คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบให้จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน คณะกรรมการฯ และเสนอแต่งตั้งคณะกรรมการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ (แทนชุดเดิมที่ครบวาระ) เนื่องจากมีบทบาทหน้าที่สำคัญโดยเฉพาะการขับเคลื่อนตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ที่มีโครงสร้างของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และการดูแลงานระดับชาติ เช่น การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การรับรองหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ การรับรองงานเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น

๔. ต่อมา คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบรายงานผลการดำเนินงานของ คณะกรรมการฯ เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการชุดต่อไป และเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้รับทราบและเห็นชอบต่อทิศทางการดำเนินงาน ดังรายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๓ เอกสาร ๑

๕. เพื่อให้การขับเคลื่อนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงเห็นควรเสนอแต่งตั้งคณะกรรมการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ (ชุดใหม่) มีนายวิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานกรรมการ มีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ มีเลขาธิการมูลนิธิสุขภาพไทย และผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ และมีองค์ประกอบของกรรมการอื่น ๆ รวมไม่เกิน ๒๐ คน มีวาระการดำรงตำแหน่ง ๔ ปี โดยมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๕.๑) ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาภูมิปัญญาไทย วิถีไท และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

๕.๒) ประสานสนับสนุนหน่วยงานองค์กรและเครือข่ายในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย นโยบาย และแผนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

๕.๓) ส่งเสริมและสนับสนุนคุณค่าและการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท

๕.๔) สนับสนุนการดำเนินการคัดเลือกและรับรองหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ

๕.๕) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

๕.๖) ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

รายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๓ เอกสาร ๒ และ ๓

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรด

๑. รับทราบ รายงานผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ

๒. เห็นชอบ ให้แต่งตั้งคณะกรรมการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ (ชุดใหม่) มีนายวิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานกรรมการ มีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ มีเลขาธิการมูลนิธิสุขภาพไทย และผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ และมีองค์ประกอบของกรรมการอื่น ๆ รวมไม่เกิน ๒๐ คน มีวาระการดำรงตำแหน่ง ๔ ปี โดยให้มีหน้าที่และอำนาจตามที่เสนอ

รายงานผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๕)

๑. บทนำ

การส่งเสริมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญของประเทศไทยที่ก่อให้เกิดทั้งคุณค่าและมูลค่าจำนวนมาก โดยได้รับการพัฒนาเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จนเกิดเป็นยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ทั้งหมด ๓ ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๔ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ และฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ - ๓

รายงานผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) จัดทำขึ้นเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติชุดต่อไป โดยมีหลักการสำคัญคือ

(๑) เป็นการรายงานผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีวาระการดำรงตำแหน่ง ๔ ปี พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ โดยครบวาระในวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕

(๒) เป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานที่กระชับ ชัดเจน และมีข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป

๒. ความเป็นมาของคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ ๕/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๑ เป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) เพื่อให้การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมี นายวิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธานกรรมการ มี นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายชอย สุชนิพิง เป็นรองประธานกรรมการ มีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ มี เลขาธิการมูลนิธิสุขภาพไทย และผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ และองค์ประกอบของกรรมการอื่นๆ รวมทั้งทั้งหมด ๓๐ คน ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้มีวาระการดำรงตำแหน่ง ๔ ปี นับจากวันลงนามคำสั่งแต่งตั้ง

๓. ผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย

๓.๑ การเป็นกลไกระดับประเทศในการส่งเสริมพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

๓.๒ การคัดเลือกและรับรองหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ

๓.๓ นวดไทย ได้รับขึ้นทะเบียนมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของมนุษยชาติ ยูเนสโก

- ๓.๔ การสนับสนุนพื้นที่นำร่องเพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการพัฒนาโลก
เชื่อมโยงการขับเคลื่อนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับพื้นที่
- ๓.๕ การจัดทำแนวทางการจัดระบบความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- ๓.๖ การศึกษาป้าชุมชนกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
- ๓.๗ การร่วมจัดงานมหกรรมสมุนไพรและอาหาร และงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ
- ๓.๘ การประสานและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ
- ๓.๙ การพัฒนานวัตกรรมกลไกฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการฯ

รายละเอียดโดยสังเขป มีดังนี้

๓.๑ การเป็นกลไกระดับประเทศในการส่งเสริมพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกสำคัญในการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ ๑ - ๒ และยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) โดยสาระสำคัญของยุทธศาสตร์ฯ สอดคล้องกับนโยบายหลักของรัฐบาลตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) และในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้มีบทบาทในการยกย่องและจัดกระบวนการอย่างมีส่วนร่วมในการจัดทำร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ “**หมวดการส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ**” ซึ่งได้นำเสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเป็นที่เรียบร้อย ขณะนี้อยู่ระหว่างกระบวนการเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี เพื่อประกาศใช้ต่อไป

๓.๒ การคัดเลือกและรับรองหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ

คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เห็นความสำคัญของหมอพื้นบ้าน รวมถึงแพทย์แผนไทยอีกจำนวนมากที่มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในการส่งเสริมดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ และสร้างความรู้ความยั่งยืนด้านการพึ่งตนเองด้านสุขภาพในชุมชน จึงได้จัดให้มีกระบวนการคัดเลือกและรับรองหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ ซึ่งมีนายแพทย์เปรม ชินวันทนนานนท์ เป็นประธานคณะทำงานพิจารณาคัดเลือกหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ เพื่อให้การคัดเลือกหมอไทยดีเด่นแห่งชาติเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม และได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วน ทำให้เกิดการเชิดชูเกียรติและสร้างขวัญกำลังใจของหมอพื้นบ้าน หมอแผนไทย ที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ และสร้างการยอมรับต่อองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านในวงกว้าง ทั้งนี้ กิจกรรมดังกล่าวได้ดำเนินการตั้งตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ จนถึงปัจจุบัน รวมกว่า ๑๒ ปี โดยในปีล่าสุด พ.ศ. ๒๕๖๕ หมอไทยดีเด่นแห่งชาติ ได้แก่ พ่อหมอเอี้ยะ สายกระสุน

๓.๓ นวดไทย ได้รับขึ้นทะเบียนมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของมนุษยชาติ ยูเนสโก

คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย นางอุษา กลิ่นหอม (หัวหน้าโครงการ) นายประพจน์ เกตุราภาค นายยงศักดิ์ ตันติปิฎก นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ และนางสาวอรนุช มะลิลา เป็นผู้ดำเนินการจัดทำเอกสารเรื่องนวดไทย ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการสงวนรักษามรดกทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ ในวาระการประชุมของยูเนสโกในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ และได้เข้าสู่กระบวนการพิจารณา จนกระทั่งได้รับการประกาศขึ้นทะเบียน “นวดไทย” (Nuad Thai) เป็นรายการตัวแทนมรดกวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ของมนุษยชาติ (Intangible Cultural Heritage) จากองค์การยูเนสโก (UNESCO) ณ กรุงโบโกตา สาธารณรัฐโคลอมเบีย เมื่อวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๒

๓.๔ การสนับสนุนพื้นที่นาร่องเพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการพัฒนาไกลเชื่อมโยงการขับเคลื่อนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ได้แก่

๓.๔.๑ การศึกษารูปแบบการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการสัมมนาผู้รู้เห็น การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต โดยความร่วมมือระหว่างนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มูลนิธินายแพทย์ธารา อ่อนชมจันทร์ ร่วมกับแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหมอพื้นบ้าน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง ๔ พื้นที่ ได้แก่ (๑) โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว (๒) โรงพยาบาลแม่สรวย อำเภอแม่สรวย (๓) โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า อำเภอเวียงป่าเป้า และ (๔) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน ประชากรที่ศึกษาทั้ง ๔ อำเภอ ประกอบด้วย กลุ่มหมอพื้นบ้าน บุคลากรในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดระบบบริการ ได้แก่ ผู้บริหาร สหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจ ๔ ประเด็น คือ (๑) ต้นทุนทางสังคม (๒) กระบวนการดำเนินงาน (๓) รูปแบบการบูรณาการ และ (๔) ผลลัพธ์ที่เกิดได้ในภาพรวมของพื้นที่ นอกจากนี้ ยังพบโมเดลรูปแบบบูรณาการการทำงานระหว่างสถานบริการระดับปฐมภูมิและหมอพื้นบ้านในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ รักษา และฟื้นฟูสุขภาพในระบบสุขภาพชุมชน

๓.๔.๒ การศึกษาการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อใช้ในระบบสุขภาพชุมชน (นาร่อง ๖ ตำบล) จังหวัดอุดรธานี

สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาตำบล ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ใน ๖ ตำบล ของจังหวัดอุดรธานี ได้แก่ (๑) ตำบลจอมศรี อำเภอเพ็ญ (๒) ตำบลกุดสระ อำเภอเมือง (๓) ตำบลผาสุก อำเภอกุมภวาปี (๔) ตำบลนาไหม อำเภอบ้านดุง (๕) ตำบลดอนกลอย อำเภอพิบูลย์รักษ์ และ (๖) ตำบลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม นอกจากนี้ เครือข่ายจังหวัดอุดรธานียังจัดทำโครงการศึกษาการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อใช้ในระบบสุขภาพของชุมชน จังหวัดอุดรธานี มีแผนการขยายผลดำเนินการ เพื่อค้นหาศักยภาพของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและพัฒนาให้เกิดการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผลต่อไป

๓.๕ การจัดทำแนวทางการจัดระบบความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้วางกรอบและแนวทางประเด็นการจัดระบบความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพไว้ว่า “เนื่องจากการจัดระบบความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านมีน้อยเมื่อเทียบกับการแพทย์แผนไทย (เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ และการนวดไทย) นอกจากนี้การแพทย์พื้นบ้านได้รับการรับรองให้เป็นวิชาชีพหนึ่งของการแพทย์แผนไทยตาม พ.ร.บ.วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ จึงควรทำการจัดระบบความรู้การแพทย์พื้นบ้านโดยเร็ว” และได้ริเริ่มให้มีการจัดระบบภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านจากหมอไทยดีเด่น ที่คณะกรรมการได้ทำการคัดเลือกไว้แล้ว เพื่อเก็บรวบรวมความคิดความเชื่อ วัตรปฏิบัติ องค์ความรู้ แบบแผนการบำบัดรักษา และนำมาเผยแพร่ ส่งเสริมให้เป็นกรอบและแนวทางที่ดีของหมอพื้นบ้านไทย

๓.๖ การศึกษาป่าชุมชนกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ มอบหมายให้ นางสาวพยอม ดินน้อย กรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ศึกษาป่าชุมชนกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในช่วงระหว่างเดือนเมษายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยเนื้อหาการศึกษาประกอบด้วย สถานการณ์ของป่าไม้ประเทศไทย ความสำคัญของป่าชุมชน ป่าชุมชนกับการคุ้มครองสมุนไพรมตาม พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ป่าชุมชนกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน กรณีศึกษาป่าชุมชนใน ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย ทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับป่าชุมชนกับสมุนไพรม

๓.๗ การร่วมจัดงานมหกรรมสมุนไพรมและอาหาร และงานมหกรรมสมุนไพรมแห่งชาติ

คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก องค์การเภสัชกรรม มูลนิธิส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว มูลนิธิสุขภาพไทย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิชีววิถี มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย) มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว และองค์กรภาคี เครือข่ายด้านสุขภาพ จัดงานมหกรรมสมุนไพรมและอาหาร ครั้งที่ ๑ - ๓ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้เรียนรู้การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ทั้งในมิติอาหาร สมุนไพรม และการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพด้วยการพึ่งพาตนเอง และได้เปิดพื้นที่ให้เครือข่ายระดับพื้นที่ได้แสดงผลงานด้วย นอกจากนี้ยังร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดงานงานมหกรรมสมุนไพรมแห่งชาติเป็นประจำทุกปี

๓.๘ การประสานและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ

คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินการจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกับภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ นักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือกลไกเฉพาะ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายตามยุทธศาสตร์ชาติภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย

๓.๘.๑ การแต่งตั้งอนุกรรมการ จำนวน ๒ ชุด ได้แก่ (๑) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และ (๒) คณะอนุกรรมการจัดการความรู้ ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย

๓.๘.๒ การสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในการศึกษาวิจัยระบบบริการการแพทย์แผนไทย

๓.๘.๓ การสนับสนุนความร่วมมือกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยบูรณาการงานตามแผนแม่บทสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ และร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ดำเนินการจัดทำข้อมูลชุดสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการใช้แพทย์แผนไทยกับหญิงตั้งครรภ์

๓.๘.๔ การประสานงานและหารือกับกระทรวงวัฒนธรรม เสนอให้หมอไทยดีเด่นแห่งชาติเป็นสาขาหนึ่งของศิลปินแห่งชาติ

๓.๘.๕ การสนับสนุนให้เกิดการนำเสนอประเด็น “การบูรณาการระบบบริการ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน เพื่อระบบสุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์” ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑ เมื่อวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๑

๓.๙ การพัฒนานวัตกรรมกลไกฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการฯ

สนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีองค์ประกอบ ๓ หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และมูลนิธิสุขภาพไทย ซึ่งการพัฒนากลไกดังกล่าว ถือเป็นกลไกประสานขับเคลื่อนและติดตามนโยบาย (Delivery unit) มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ ประสานทีมเลขานุการ และประสานกับคณะกรรมการ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานด้านการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

๔. ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานต่อไป

จากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ มีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานต่อไป ดังนี้

ข้อเสนอแนะต่อประเด็นการส่งเสริมบทบาทของหมอพื้นบ้าน/หมอไทยดีเด่น

- (๑) ส่งเสริมและสนับสนุนให้กลไกการขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้าน โดยคัดกรองหมอพื้นบ้านที่มีความรู้และประสบการณ์จริง (ไม่ใช่หมอพื้นบ้านที่มุ่งเชิงพาณิชย์ และให้ความรู้เข้าข่ายชวนเชื่อ)
- (๒) ควรจัดให้มีแนวทางการสนับสนุนการสืบทอดภูมิปัญญาไทยอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการสืบทอดภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านของคนรุ่นใหม่ ซึ่งจะเป็นการอนุรักษ์จากรุ่นต่อรุ่นอย่างต่อเนื่อง
- (๓) ควรสนับสนุนให้ท้องถิ่นมีแนวทางในการการอนุรักษ์ สืบสาน และพัฒนาภูมิปัญญาในแต่ละพื้นที่ ให้เติบโตอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะภูมิปัญญาด้านสุขภาพ รวมไปถึงวัฒนธรรม วิถีชีวิตไทยและสังคม
- (๔) เสนอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนการใช้ทุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น” (กปท.) ดำเนินงานเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน/ภูมิปัญญาไทย
- (๕) ควรฟื้นฟูและสนับสนุนให้ผู้ที่มีวุฒิการศึกษาด้านการแพทย์ที่อยู่ในพื้นที่นั้น เข้ามามีบทบาทในการร่วมศึกษาและส่งเสริมภูมิปัญญาไทยในชุมชน

ข้อเสนอแนะต่อประเด็นการจัดการองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย/สมุนไพร

- (๑) ควรมีการจัดการองค์ความรู้ของหมอไทยดีเด่นอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะตำรับยาเชิงประจักษ์ และอาจมีการเสนอเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งจะทำให้เกิดคุณค่าและคุณประโยชน์อย่างชัดเจน
- (๒) ควรมียุทธศาสตร์ส่งเสริม “ยาสมุนไพรประจำบ้าน” เป็นยาที่ใช้กับโรคพื้นฐานหรือเป็นยาที่มีความจำเป็นในครัวเรือน โดยพิจารณาคัดเลือกจากรายการยาสามัญประจำบ้านที่เคยประกาศ และรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร
- (๓) ควรสนับสนุนการศึกษาวิจัยงานวิชาการ รวมถึงระบบบริการการแพทย์แผนไทยให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อรับรองมาตรฐานและความน่าเชื่อถือของยาสมุนไพร และทำให้เห็นว่าภูมิปัญญาไทยรวมถึงสมุนไพรมีคุณค่าและมูลค่าอย่างมหาศาลทั้งในแง่สุขภาพและเศรษฐกิจ
- (๔) รัฐสนับสนุนทุนในการจัดระบบความรู้ด้านยาสมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านอย่างเป็นระบบ เช่น ความรู้จากหมอไทยดีเด่น การแพทย์พื้นบ้านของภูมิภาคต่างๆ เนื่องจากมีความหลากหลายและแตกต่างกัน
- (๕) ควรส่งเสริมการจัดทำวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับพืชสมุนไพรอย่างครบวงจร และประเมินวิทยานิพนธ์ด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นแบบอย่างของวิทยานิพนธ์ที่ดี ซึ่งจะเป็นการพัฒนาการศึกษาวิจัยของนักศึกษาแพทย์แผนไทยในระดับต่างๆ และบุคลากรสาธารณสุขด้านการแพทย์แผนไทย

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนากลไกและการบูรณาการ

- (๑) ควรพัฒนาให้มีกลไกติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง หรือสนับสนุนให้กลไกคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ (ภายใต้ พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.๒๕๖๒) ดำเนินการ เนื่องจากงานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับหลายกระทรวง ทบวงกรม และหน่วยงาน

- (๒) บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจทั้งในด้านนโยบาย ความรู้ กฎหมาย กฎเกณฑ์ ข้อบังคับ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- (๓) สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงการพัฒนาภูมิปัญญาไทยสู่ความยั่งยืนด้านอื่นกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านการท่องเที่ยว โดยขับเคลื่อนเป็นเมืองสมุนไพรครบวงจร เป็นต้น

ทั้งนี้ ควรแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการต่อไป โดยมีโครงสร้างคณะกรรมการ หน้าที่และอำนาจเช่นเดิม แต่ปรับลดจำนวนกรรมการให้กะทัดรัดขึ้น



QR Code

รายงานผลการดำเนินงานฉบับสมบูรณ์



ประวัติ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

๑. การศึกษา

- ปริญญาตรี สาขาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สำเร็จการศึกษา พ.ศ.๒๕๑๓
- ปริญญาโท สาขา Public Health ณ Tulane University สหรัฐอเมริกา สำเร็จการศึกษา พ.ศ. ๒๕๒๒
- หนังสืออนุมัติ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิกและแขนงสาธารณสุขศาสตร์ จากแพทยสภา พ.ศ. ๒๕๓๐

ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านส่งเสริมสุขภาพ (นายแพทย์ ๑๑)

๒. สถานที่ทำงาน สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ ตำแหน่ง ที่ปรึกษาอาวุโส

๓. ตำแหน่งงานด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

- พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๕๑ รองประธานชมรมส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย ๓ สมัย (Forum for Ethical Review Committees in Thailand : FERCIT)
- พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๕๓ ประธานชมรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกตะวันตก (Chairman) , (Forum for Ethical Review Committees in Asia and Western Pacific : FERCAP)
- พ.ศ. ๒๕๔๕ – ปัจจุบัน ประธาน เครือข่ายพัฒนาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Chairman) , (Strategic Initiative for Developing Capacity in Ethical Review : SIDCER)
- พ.ศ. ๒๕๔๖ – ปัจจุบัน ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ใน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- พ.ศ. ๒๕๕๐ – ปัจจุบัน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ใน สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) (รับพิจารณาโครงการวิจัยทุกประเภท)
- พ.ศ. ๒๕๕๗ – ๒๕๖๓ ประธานคณะกรรมการพัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ใน สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม
- พ.ศ. ๒๕๕๙ – ปัจจุบัน กรรมการในคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (กระทรวงสาธารณสุข)

๔. ตำแหน่งหน้าที่อื่นๆ เฉพาะที่สำคัญ

- กรรมการผู้แทนผู้สูงอายุ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ – ปัจจุบัน
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สภามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม พ.ศ. ๒๕๕๖ – ปัจจุบัน
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สภามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ปัจจุบัน

๕. ตำแหน่งในองค์กรภาคประชาสังคม

- ประธานมูลนิธิโกมลคีมทอง พ.ศ. ๒๕๔๙ – ปัจจุบัน
- ประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยใน
พระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พ.ศ. ๒๕๕๐ – ปัจจุบัน
- ประธานมูลนิธิ ๑๔ ตุลา พ.ศ. ๒๕๕๐ – ปัจจุบัน
- ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท พ.ศ. ๒๕๕๐ – มี.ค.๖๔
- ประธานมูลนิธิสุวรรณนิมิต พ.ศ. ๒๕๕๒ – ปัจจุบัน
- ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๕๑ – ปัจจุบัน
- ประธานมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์
(ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ) พ.ศ. ๒๕๕๐ – ปัจจุบัน
- รองประธานมูลนิธิเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๕ – ปัจจุบัน

๖. เกียรติประวัติ/ตำแหน่งพิเศษ

ตำแหน่งสำคัญในอดีต

- เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา พ.ศ. ๒๕๔๓ – ๒๕๔๕
- อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ พ.ศ. ๒๕๔๕ – ๒๕๕๐
- ประธานคณะกรรมการองค์การเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๐ – ๒๕๕๕
- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๒ – ๒๕๔๓
- ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๓๙ – ๒๕๔๒
- รองอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๔๐ – ๒๕๔๒
- ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๓ – ๒๕๓๔
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. ๒๕๓๐ – ๒๕๓๓

ตำแหน่งพิเศษ

- รองเลขาธิการแพทยสภา ๒ สมัย พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๓๔
- เภรัญญิกแพทยสภา ๓ สมัย พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๖
- เลขาธิการแพทยสภา ๑ สมัย พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๖
- กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งติดต่อกัน ๙ สมัย พ.ศ. ๒๕๒๘-๒๕๔๖
- กรรมการแพทย์ ประกันสังคม ๕ วาระ พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๘ / ๒๕๔๔-๒๕๔๖
และ พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๖
- ประธานกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทย ๒ วาระ พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๒
- ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงาน
เกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๑
- กรรมการ คณะกรรมการปฏิรูป พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๔
- กรรมการคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๖
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและรองประธานกรรมการ
คนที่สอง สสส. พ.ศ. ๒๕๔๘ – ๒๕๕๗

- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ และประธานกรรมการบริหาร สช. พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๘
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๕๗

๗. เหรียญ/เครื่องราชอิสริยาภรณ์ที่ได้รับ

- ตริตาภรณ์มงกุฎไทย (ต.ม.) ๕ ๖.ค. ๒๕๒๒
- ทวีติยาภรณ์มงกุฎไทย (ท.ม.) ๕ ๖.ค. ๒๕๒๖
- ทวีติยาภรณ์ช้างเผือก (ท.ช.) ๕ ๖.ค. ๒๕๓๑
- ประถมาภรณ์มงกุฎไทย (ป.ม.) ๕ ๖.ค. ๒๕๓๕
- ประถมาภรณ์ช้างเผือก (ป.ช.) ๕ ๖.ค. ๒๕๓๘
- มหาวชิรมงกุฎ (ม.ว.ม.) ๕ ๖.ค. ๒๕๔๑
- เหรียญจักรพรรดิมาลา (ร.จ.พ.) ๕ ๖.ค. ๒๕๔๑
- มหาปรมาภรณ์ช้างเผือก (ม.ป.ช.) ๕ ๖.ค. ๒๕๔๖

๘. รางวัลที่ได้รับ

- แพทย์ชนบทดีเด่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล พ.ศ. ๒๕๒๙
- ศิษย์เก่าดีเด่น สมาคมนิสิตเก่าคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.๒๕๔๖
- ศิษย์เก่าดีเด่น โรงเรียนบ้านนา “นายกพิทยากร” จ.นครนายก พ.ศ.๒๕๔๖
- เหรียญเกียรติยศ The Belgian Royal Academy of Medicine สำหรับผู้แสดงปาฐกถาพิเศษประจำปี The Joseph J. Hoet Lecture on Ethics พ.ศ. ๒๕๔๗
- วิทยาศาสตร์ดุซงึ่บัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาวิชาแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ พ.ศ. ๒๕๔๙ และ ปริญญาดุซงึ่กิตติมศักดิ์ สาขาการแพทย์แผนไทยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน พ.ศ. ๒๕๕๔
- รางวัลเชิดชูเกียรติ “เพชรสยาม” สาขาพัฒนาสังคมด้านสาธารณสุข ของสำนักศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม พ.ศ. ๒๕๕๐
- โล่เกียรติยศ การต่อต้านคอร์รัปชัน จากคณะกรรมการประชาสัมพันธ์ต่อต้านคอร์รัปชัน พ.ศ. ๒๕๕๐
- โล่เกียรติยศ ในการดำเนินการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา จากเครือข่ายธุรกิจเพื่อสังคม (Social Venture Network : SVN) พ.ศ. ๒๕๕๑
- รางวัลเชิดชูเกียรติ บุคคลที่ทำคุณประโยชน์ให้แก่วงการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (รางวัลซุนซือเหมี่ยว)
- รางวัลบุคคลเกียรติยศ ในโอกาสครบรอบ ๖๐ ปี มหาวิทยาลัยแพทย์แผนจีนเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน พ.ศ. ๒๕๕๘
- รางวัลนักสิทธิมนุษยชนดีเด่น พ.ศ. ๒๕๖๑
- เกียรติบัตร รางวัลผู้มีคุณูปการต่อวงการแพทย์แผนจีน จากสมาคมแพทย์แผนจีนแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓



คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๕ / ๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ

อนุสนธิคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ ๕/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ นั้น

เพื่อให้การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๕ (๘) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๑ จึงขอยกเลิกคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๕/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๘ และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | |
|---|------------------|
| ๑.๑ นายวิชัย โชควิวัฒน์ | ประธานกรรมการ |
| ๑.๒ นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | รองประธานกรรมการ |
| ๑.๓ นายชอย สุขพิณี | รองประธานกรรมการ |
| ๑.๔ อธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญา | กรรมการ |
| ๑.๕ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น | กรรมการ |
| ๑.๖ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑.๗ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| ๑.๘ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |
| ๑.๙ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| ๑.๑๐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยสกลนคร | กรรมการ |
| ๑.๑๑ ผู้อำนวยการกองนโยบายเทคโนโลยีเพื่อการเกษตร และเกษตรกรรมยั่งยืน สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ | กรรมการ |
| ๑.๑๒ นายกสภการแพทย์แผนไทย | กรรมการ |
| ๑.๑๓ นายกสภาคผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย
คนตาบอดในประเทศไทย | กรรมการ |
| ๑.๑๔ คณบดีคณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) : ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ซ.ติวานนท์ ๑๔ ต.ติวานนท์ ๓.๓๓๓๖๖๖ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

National Health Commission Office : Floor 3, National Health building, 88/39 Moo 4, Soi Tiwanon 14, Tiwanon Rd., Mueang District, Nonthaburi 11000 Thailand

Tel. +66-2832-9000 Fax. +66-2832-9001 www.nationalhealth.or.th Email : nationalhealth@nationalhealth.or.th

"สหพลังปัญญา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ"

๑.๑๕ หัวหน้าสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	กรรมการ
๑.๑๖ รองศาสตราจารย์จิราพร ลีมีปานานนท์	กรรมการ
๑.๑๗ รองศาสตราจารย์นพมาศ สุนทรเจริญนนท์	กรรมการ
๑.๑๘ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สำลี ใจดี	กรรมการ
๑.๑๙ นายชัยพฤกษ์ ค้อมศิริรินทร์	กรรมการ
๑.๒๐ นางสาวดลิดา ชั่งสิริพร	กรรมการ
๑.๒๑ นางสาวเบญจวรรณ บัวขวัญ	กรรมการ
๑.๒๒ นายประพจน์ เกตราภาค	กรรมการ
๑.๒๓ นายเปรม ชินวันทนนานนท์	กรรมการ
๑.๒๔ นางสาวพยอม ตีน้อย	กรรมการ
๑.๒๕ นางเย็นจิตร เตชะดำรงสิน	กรรมการ
๑.๒๖ นายสันติสุข โสภณศิริ	กรรมการ
๑.๒๗ นางอุษา กลิ่นหอม	กรรมการ
๑.๒๘ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการ
๑.๒๙ เลขาธิการมูลนิธิสุขภาพไทย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๐ ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. อำนาจและหน้าที่

๒.๑ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

๒.๒ ประสานสนับสนุนหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย นโยบาย และแผนพัฒนากฎมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

๒.๓ สนับสนุนการจัดทำแผนพัฒนากฎมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท

๒.๔ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติมีวาระการดำรงตำแหน่ง ๔ ปี นับแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

พลเอก



(ฉัตรชัย สาริกัลยะ)

รองนายกรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน

นายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๕.๔ การประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน (Retreat) เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไปของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (มีสไลด์ประกอบการนำเสนอหมายเลข ๕.๔ และเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๔)

สรุปสาระสำคัญ

๑. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ในการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ มีกรรมการหลายท่านเสนอแนะว่าควรมีกระบวนการสนับสนุนให้ คสช. ได้แลกเปลี่ยน ระดมความเห็น เพื่อกำหนดทิศทาง แนวทางในการดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจร่วมกัน รวมทั้งเตรียมการสรุปผลการดำเนินงานก่อนสิ้นสุดวาระการดำรงตำแหน่งในปลายปี ๒๕๖๖

๒. เพื่อเป็นการสนับสนุนบทบาทของ คสช. ดังกล่าว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงเสนอให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน (Retreat) เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไปของ คสช. โดยเบื้องต้นกำหนดจัดในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ในรูปแบบการประชุม ณ สถานที่ประชุม (On site) มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๒.๑) เพื่อให้ คสช. ได้วางแนวทาง และทิศทางในการดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจ โดยรวมร่วมกัน

๒.๒) เพื่อพัฒนากระบวนการทำงานของ คสช. ในการหนุนเสริมการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ และแผนงานหลักของ สช. ฉบับที่ ๔ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐

๒.๓) เพื่อพัฒนาบทบาทของ คสช. ต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

รายละเอียดตามเอกสารประกอบระเบียบวาระที่ ๕.๔

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อคณะกรรมการได้โปรดพิจารณา

๑. เห็นชอบ ให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน (Retreat) เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไปของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และให้ข้อเสนอแนะ

๒. มอบหมายให้ สช. ประสานผู้เกี่ยวข้องและเตรียมการในรายละเอียดการประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว

โครงการ การประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน (Retreat) เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไปของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๑. หลักการและเหตุผล

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีเจตนารมณ์เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งมีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง โดยที่สุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล มาตรา ๑๓ ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีองค์ประกอบจาก จาก ๓ ภาคส่วน ได้แก่ ภาคราชการและการเมือง ภาควิชาการและวิชาชีพ และภาคประชาสังคมและประชาชน โดยมีนายกรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรี ที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ และมาตรา ๒๕ กำหนดหน้าที่และอำนาจของ คสช. ไว้ โดย คสช. มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ ๔ ปี

คสช. ชุดปัจจุบัน (ชุดที่ ๔) มีนายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ได้ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๒ และจะครบวาระการดำรงตำแหน่งในวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๖ และในการประชุม ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ มีกรรมการหลายท่านให้ข้อเสนอแนะว่าน่าจะมีการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไปของ คสช.

เพื่อเป็นการสนับสนุนบทบาทของ คสช. และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะดังกล่าว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงเห็นควรจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน (Retreat) เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไปของ คสช. ขึ้น

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทาง และทิศทางในการดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจโดยรวมของ คสช.

๒.๒ เพื่อพัฒนากระบวนการทำงานและหนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามหน้าที่และอำนาจของ คสช.

๓. กลุ่มเป้าหมาย

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ชุดที่ ๔ จำนวน ๔๐ คน และผู้บริหารรวมทั้งเจ้าหน้าที่ สช. ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๕ คน

๔. รูปแบบและระยะเวลาดำเนินการ

เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เวลา ๑ วัน ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ในกรุงเทพฯ หรือจังหวัดปริมณฑล

๕. ผู้รับผิดชอบโครงการ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๖.๑ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีแนวทาง และทิศทางในการดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ บริบทของประเทศ

๖.๒ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีการหนุนเสริมกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกัน
