รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมา

๑. อนุสนธิ มาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ซึ่งภายหลังที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้ ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มาแล้วจำนวน ๑๘ ครั้ง (พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๖๘) มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีฉันทมติไปแล้ว รวม ๑๐๓ มติ

๒. ในการสนับสนุนให้มีการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) ตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๖/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยมี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน มีศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา และประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข ประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะ เป็นรองประธานกรรมการ ร่วมกับคณะกรรมการจากองค์กร หน่วยงาน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๒๘ คน มีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สามารถประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง จนสามารถขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม คมส. จึงแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๒ คณะ คือ

(๑) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข ที่มี นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ เป็นประธานอนุกรรมการ

(๒) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะ ที่มี ผู้ช่วยศาสตราจารย์พงค์เทพ สุธีรวุฒิ เป็นประธานอนุกรรมการ

๓. จัดทำแนวทางการพัฒนาระบบและกลไกขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมี

๓.๑ วัตถุประสงค์: เพื่อยกระดับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

๓.๒ ยุทธศาสตร์: ยึดหลักการสานพลัง (Synergy) และการสร้างการรับรู้ทางสังคม (Social Awareness)

๓.๓ หลักการทำงาน ได้แก่ การสร้างตัวอย่าง (Demonstration) การหนุนเสริมการทำงาน (Encouragement) การสร้างเครือข่าย (Networking) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation: appreciation: recognition) การจัดการความรู้ (Knowledge management) การสื่อสารสังคม (Social communication) การใช้ระบบข้อมูล (Information system) การบูรณาการการทำงานข้ามหน่วยงาน องค์กร ข้ามภาคส่วน (Integration) ซึ่งหลักการทำงาน ๘ ข้อข้างต้นอาจเรียกเป็น “DENMarKSII”

๓.๔ กลไกการทำงานขับเคลื่อน: คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) และคณะอนุกรรมการ เพื่อยกระดับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

และมีการสนับสนุนการจัดเวทีนำเสนอความความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาสุขภาพฯ รายมติ และการร่วมกันหาแนวทางการขับเคลื่อน การจัดการกับอุปสรรคและข้อจำกัดต่างๆ การสนับสนุนการขับเคลื่อนมติฯ ของหน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

๔. เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีมติให้มีการรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกครั้ง ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติให้มีการรายงานความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ มติที่ ๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental well-being system for non-violent Thai society) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๗ มติที่ ๑ พลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาวะ (Transforming Workforce for Healthy Society) และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๗ มติที่ ๒ การท่องเที่ยวแนวใหม่ สู่สุขภาวะและเศรษฐกิจไทย (New tourism approach toward sustainable economy and well-being) โดยมติดังกล่าวได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมตรีแล้ว มีรายละเอียดดังนี้

ความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ มติที่ ๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental well-being system for non-violent Thai society) มีดังนี้

๑. การขับเคลื่อนตามเส้นทางเดินมติที่ ๑ ระบบสุขภาวะทางจิต ประกอบด้วยกลไกในระดับต่างๆ ที่เชื่อมโยงกันดังนี้

กลไก ๑.๑ ครอบครัวและกลุ่มเพื่อน

(๑.) สสส. สำนัก ๙ สถาบันเอเชียศึกษา เครือข่ายคนไร้บ้าน ขับเคลื่อนเรื่องการคัดกรองคนไร้บ้าน/คนเร่ร่อนเพื่อเข้าสู่การรักษาที่รวดเร็ว โดยใช้หลักการเพื่อนช่วยเพื่อน และพัฒนากรอบการทำงานเชื่อมกับกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่การคัดกรอง ซึ่งถ้าคัดกรองได้ไวก็จะรักษาได้ทันท่วงที

(๒.) สช. สมาคมสะมาริตันส์แห่งประเทศไทย และภาคีเครือข่าย ชวนสังคม “เริ่มต้นบทสนทนา” จาก “การรับฟัง” อย่างเข้าใจ ไม่ตัดสิน และใส่ใจสัญญาณความเปราะบางทางจิตใจของคนรอบข้าง เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัย เชื่อมต่อการช่วยเหลือ สร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย

กลไก ๑.๒ กลไกชุมชนและสังคม (สถาบันการศึกษา และสถานประกอบการ)

(๑.) สสส. สำนัก ๒ ใช้โมเดล CBRx (Community-Based Recovery Extended) “ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง” ในพื้นที่ ๑๔๐ ชุมชน เพื่อบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) ที่ได้รับการพัฒนาต่อยอดให้เน้นการฟื้นฟูระยะยาวและการคืนผู้ป่วยสู่สังคม พร้อมพัฒนานักส่งเสริมสุขภาพจิต ๘๐๐ คนใน ๑๑ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม อุทัยธานี นครปฐม น่าน ปัตตานี สิงห์บุรี สกลนคร ระยอง นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี ศรีสะเกษ

(๒.) สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) ใช้การสั่งจ่ายกิจกรรมทางสังคม (social prescribing) การส่งเสริมสุขภาพใจให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร และการปลูกฝังเยาวชนให้มีสุขภาวะทางจิตที่มั่นคง รวมถึงการสร้างนวัตกรรมทางสังคม เช่น ม้านั่งมีหู (bench with ears) เป็นกลไกส่งเสริมและป้องกันสุขภาวะทางจิตในชุมชนที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย โดยใช้อาสาสมัคร “เพื่อนรับฟัง” การปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น และการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต

(๓.) TIMS พัฒนาคู่มือองค์กรฉบับ GRACE เพื่อวางรากฐานขององค์กรที่ยั่งยืน ผ่านการดูแลบุคลากรอย่างมีมนุษยธรรมและความเข้าใจอย่างถ่องแท้

(๔.) สวรส. สนับสนุนการวิจัยแก่มูลนิธิศูนย์วิชาการสารเสพติด (มศวส.) เพื่อศึกษาแนวทาง กระบวนการผลักดัน และแบบจำลองการพัฒนาการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาวะทางจิตระดับจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน ๑๐ จังหวัด ๕ ภาค

(๕.) มหาวิทยาลัยมหิดลประกาศใช้หลักเกณฑ์ใหม่ (เมษายน ๒๕๖๙) ให้สิทธิพนักงานและบุคลากรลาเพื่อดูแลบุคคลในครอบครัวป่วยระยะสุดท้ายได้ ๓๐ วันต่อปี โดยได้รับเงินเดือน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการดูแลครอบครัวในระยะวิกฤต

(๖.) TIMS สสส. ม.มหิดล พัฒนาหลักสูตร นักปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น (Mind First Aids) ในคนพิการที่จะเป็นนักฟังพลังพิเศษขององค์กร โดยองค์กรสามารถใช้สิทธิการจ้างเหมาบริการ ตามมาตรา ๓๕ พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้

กลไก ๑.๓ นโยบายและกฎหมาย

(๑.) คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร ศึกษาหา “แนวทางการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพจิตของประชาชนทุกช่วงวัย” อนุกรรมาธิการฯ เสนอข้อเสนอเชิงนโยบายด้านงบประมาณ ประเด็นลงทุนสมดุลและยั่งยืน ๕-๑๐% และกองทุนอิสระ : เพิ่มงบประมาณสุขภาพจิตเป็น ๕-๑๐% ของงบสาธารณสุข โดยจัดสรรอย่างสมดุลระหว่างการรักษา (HealthCare) และการดูแลทางสังคม (Social Care) พร้อมจัดตั้ง กองทุนสุขภาพจิตแห่งชาติ ที่มีรายได้ยั่งยืน

(๒.) กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เสนอขอปรับปรุงพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. ๒๕๕๐ ของกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว เนื่องจากมาตรการ ตามกฎหมายเดิมไม่สามารถแก้ไขการกระทำความรุนแรงในครอบครัวได้

(๓.) พรรคประชาชน เสนอร่างนโยบาย “ตายดี” “นโยบายวันลาเพื่อการจากลา”

(๔.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.), คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข (กมธ.สธ.) และกลุ่มเครือข่ายผู้เสียหายจากการรับบริการทางจิตวิทยา ยกร่าง พ.ร.บ.สภาวิชาชีพจิตวิทยา (หรือการเพิ่มสาขาจิตวิทยาการปรึกษาในกฎหมายประกอบโรคศิลปะ) เพื่อควบคุมมาตรฐานวิชาชีพนักจิตวิทยา (โดยเฉพาะกลุ่มจิตวิทยาการปรึกษา) ให้มีจรรยาบรรณและสภาวิชาชีพควบคุมอย่างชัดเจน เช่นเดียวกับวิชาชีพจิตวิทยาคลินิกที่มีกฎหมายรองรับอยู่แล้ว

(๕.) กระทรวงยุติธรรม โดย ชมรมสหวิชาชีพผู้ทำหน้าที่นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ตาม ป.วิอาญา ร่างกฎกระทรวงกำหนดคุณสมบัตินักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ (ตาม ป.วิอาญา) เพื่อขอให้ทบทวนคุณสมบัติของผู้ที่จะเข้ามาทำหน้าที่นี้ ให้ต้องสำเร็จการศึกษาตรงสายด้านจิตวิทยาหรือสังคมสงเคราะห์โดยตรง เพื่อปกป้องเด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรม

กลไก ๑.๔ ระบบบริการสุขภาพจิต

(๑.) กรมสุขภาพจิต ใช้กลไกคณะอนุกรรมการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ ที่มีการประชุมคณะอนุกรรมการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ เป็นระยะ โดยมีคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๓ คณะได้แก่ ๑) คณะทำงานการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตาย ๒) คณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาตร์การควบคุมและป้องกันความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต และ ๓) คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน และร่วมกับ WHO และภาคีระหว่างประเทศ ได้แก่ สหภาพยุโรป (DG-ECHO) และธนาคารพัฒนาเอเชีย (ADB) จัดโครงการ “Build Better Before” เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถด้านการเตรียมความพร้อม การตอบสนอง การฟื้นฟูด้านสุขภาพจิตในภาวะฉุกเฉินและสถานการณ์วิกฤต และการจำลองจัดการฝึกซ้อมสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางจิตสังคมระดับโลก (Global Mental Health and Psychosocial Support Simulation Exercise: MHPSS)

(๒.) สปสช. สนับสนุนงบประมาณการดูแลจิตเวชเรื้อรังให้สถานพยาบาลแม่ข่าย ๕,๐๐๐ บาท/ปี/เคส รพ.ลูกข่ายได้งบประมาณ ๑๐๐๐ บาท/ปี/เคส และมีสิทธิประโยชน์ให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถมีผู้ดูแล (Care Giver) ได้ ๑ คนโดยจะได้รับเงินในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพัฒนาโครงการ “จิตเวชครบวงจรในระดับจังหวัด” โดยเลือกเขตละ ๑ จังหวัดนำร่อง เพื่อให้การดูแลเชื่อมโยงตั้งแต่เขต จังหวัดถึงอำเภอ ตำบล โดยใช้งบปกติ

๒. การขับเคลื่อนตามเส้นทางเดินมติที่ ๒ พัฒนานวัตกรรมการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพจิต

ที่เข้าถึงประชากรทุกกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสในการมีส่วนร่วม เน้นความเห็นอกเห็นใจ ไม่ผลิตซ้ำและไม่เพิกเฉยต่อความรุนแรง ตลอดจนมุ่งลดอคติและการตีตรา

(๑.) ไทยพีบีเอส มีรายการ Policy Watch Connect ๒๐๒๖ ที่เกิดจากความร่วมมือของสถาบันทางการศึกษา สถาบันพระปกเกล้า และวุฒิสภา

(๒.) Mindset Maker พัฒนาแพลตฟอร์มจิตวิทยาเชิงบวก ลดปัญหาเครียด เสี่ยงซึมเศร้าในทุกเพศทุกวัยด้วยกิจกรรมออกกำลังใจ คอร์สเรียน เครื่องมือสำหรับครอบครัว โรงเรียน มหาวิทยาลัย องค์กร ห้องสมุดเชิงบวก

(๓.) Mindset Maker พัฒนาแพลตฟอร์มจิตวิทยาเชิงบวก ลดปัญหาเครียด เสี่ยงซึมเศร้าในทุกเพศทุกวัยด้วยกิจกรรมออกกำลังใจ คอร์สเรียน เครื่องมือสำหรับครอบครัว โรงเรียน มหาวิทยาลัย องค์กร ห้องสมุดเชิงบวก

(๔.) Sati App พัฒนาโครงการ HEART Line เพื่อสนับสนุนสุขภาพจิตเชิงระบบในภาวะฉุกเฉิน เพื่อเป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการรับฟัง การประคับประคองอารมณ์ การสร้างเสริมความรู้สึกมั่นคงทางใจ

ในระยะต้น เช่น กรณีอุทกภัยที่อำเภอหาดใหญ่ โดยอาสาสมัคร ที่ผ่านการอบรม Psychological First Aid (PFA) หรือ MIND First Aid (MFA) และ Trauma Informed Care (TIC)

๓. การขับเคลื่อนตามเส้นทางเดินมติที่ ๓ พัฒนาวิธีคิดและวิธีการในการค้นหา ทำความเข้าใจ และจัดทำข้อมูลพื้นฐานหรือลักษณะสำคัญทางสุขภาวะทางจิตของประชากรกลุ่มต่างๆ ที่มีลักษณะแตกต่างกัน ตลอดจนปัจจัยและระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เพื่อนำมาสู่การออกแบบระบบ มาตรการ แนวปฏิบัติ และวัฒนธรรมการส่งเสริมและดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกบนพื้นฐานความแตกต่างและปัจจัยเหล่านั้นในองค์กรและสถานที่ต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

(๑.) สวรส. สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สสส. พม.(กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ) ศึกษาสถานการณ์ สร้างชุดข้อมูล และสร้างฐานข้อมูล (Dashboard) คนไร้บ้าน/ไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย

๔. การขับเคลื่อนตามเส้นทางเดินมติที่ ๔ มีมาตรการเฉพาะกับกลุ่มประชากรที่มีโอกาสและแนวโน้มใกล้ชิดกับความรุนแรงและความเสี่ยงทางสุขภาพจิตหรือประชากรที่มีสภาวะเปราะบาง

(๑.) กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) สนับสนุนคณะวิทยาการสื่อสาร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี โครงการสื่อสารเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพจิตในเด็กและครอบครัวในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผ่านสื่อวิทยุกระจาย เสียงและละครเร่ พัฒนาคู่มือนักจัดรายการวิทยุ : ภาวะวิกฤตและแนวทางการดูแลสุขภาพจิตเด็ก ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในกลุ่มเด็กและครอบครัวเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

(๒.) สมาคมป้องกันการฆ่าตัวตายไทย ส่งเสริมและจัดกิจกรรมศิลปะบำบัดด้วยการเจริญสติ ในกลุ่มเด็กและเยาวชนกลุ่มเสี่ยง

(๓.) ศูนย์สันติวิธี CoJOY Consulting ศูนย์ความรู้และประสานงานสุขภาวะทางปัญญา ใช้การขับเคลื่อนด้วยมิติวัฒนธรรม และมิติสุขภาวะทางปัญญา เช่น กระบวนการสันติวิธี จิตตปัญญา การใช้สติและหลักธรรมทางศาสนา เพื่อลดการตีตรา (bully) ในกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ

(๔.) สถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย (TIJ) ทำงานกับเด็กเยาวชน/ผู้ต้องขังหญิงเป็นหลัก ใช้กลไกเยียวยาผ่านการพูดคุย และกลุ่มบำบัด ในกลุ่มเปราะบางในกระบวนการยุติธรรม

(๕.) มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก กลุ่มไม้ขีดไฟ มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน จัดพื้นที่เล่น มีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กและครอบครัวในยามเกิดภาวะวิกฤติที่ต้องมาอยู่ร่วมกันในศูนย์อพยพหรือศูนย์พักพิง* ในกลุ่มเด็กในศูนย์อพยพจากสถานการณ์วิกฤติทางธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหว น้ำท่วม สงคราม/วิกฤติชายแดน

(๖.) สสส.สำนัก ๙ สถาบันเอเชียศึกษา ศึกษา วิจัย และพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางกลุ่มนี้ให้มีสิทธิ เข้าถึงสวัสดิการและได้รับการดูแลที่เหมาะสม ในกลุ่มคนไร้บ้าน

๕. การขับเคลื่อนตามเส้นทางเดินมติที่ ๕ ยกระดับและเสริมพลังกลไกประสานและขับเคลื่อนในระดับชาติและระดับพื้นที่ที่มีอยู่

(๑.) คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ จัดทำ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

(๒.) คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ระดับจังหวัด ผู้ว่าราชการเป็นประธานตามกฎหมายสุขภาพจิต มีการคัดกรองและแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นก่อนเข้ารพ. เข้ารพ. และหลังจากรพ. มีโปรแกรม WeCare คอยติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชน

(๓.) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

๖. การขับเคลื่อนตามเส้นทางเดินมติที่ ๖ ส่งเสริมและพัฒนาการฝึกทักษะและความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตในชีวิตประจำวัน

(๑.) สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) ร่วมกับสมาคมจิตวิทยาการปรึกษาแห่งประเทศไทย ผลักดัน “นักจิตวิทยาการปรึกษา” เป็นวิชาชีพที่มีมาตรฐานวิชาชีพและได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากรัฐ

(๒.) สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ศึกษาและนำเสนอองค์ความรู้เรื่องแนวทางโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของระบบที่เอื้อต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate systems) ของ Sørensen และคณะ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ๘ ด้าน มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนความรอบรู้ สุขภาพจิตในบริบทของประเทศไทย

(๓.) Tims กรมสุขภาพจิตและพันธมิตร จัดงานวันสุขภาพจิตโลก “Better Mind Better Bangkok” ทุกปีช่วงต้นเดือนตุลาคม เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องสุขภาพใจของคนไทย เนื่องจากวันที่ ๑๐ ตุลาคมของทุกปีเป็นวันสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Day)

ความท้าทายและโอกาสในการขับเคลื่อนมติ

(๑.) “มีหลายกลไก แต่ยังไม่เป็นระบบเดียวกัน” ต้องเชื่อมให้เกิด One Mental Health Ecosystem เดียวกัน หรือใช้ มติ ๑๖.๑ เป็นกรอบร่วมระดับประเทศ เชื่อมกลไกสุขภาพ–สังคม–การศึกษา–ยุติธรรม–ท้องถิ่น และกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดร่วม

(๒.) “ระบบบริการที่รักษาดี ยิ่งเพิ่มภาระใหม่” ต้องปรับสมดุลโครงสร้างบริการ จากปลายน้ำ/การรักษา (Health Care) สู่การแก้ปัญหาตั้งแต่การป้องกัน/ต้นน้ำ (Social Care) ไปจนถึงการฟื้นฟูในชุมชน โดยพัฒนาระบบกิจกรรมทางสังคม (Social Prescribing) ช่วยรักษาหรือฟื้นฟู โดยมีคนกลาง (Link Worker) ช่วยเชื่อมโยงผู้ป่วยที่ดีขึ้นกลับสู่สังคมและทำกิจกรรมในชุมชนต่อไป (อาชีพ, กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน) รวมถึงการให้อำนาจ อปท. จัดบริการการดูแลช่วยเหลือกันในชุมชน

(๓.) “สร้างทีมใหม่ ไม่พึ่งหมอเดียว” โดยสนับสนุนกำลังคนและวิชาชีพ นักบำบัดสุขภาพจิต นักกิจกรรมทางสังคม (Social Prescribing) คนกลาง (Link Worker) Peer Worker (ผู้มีประสบการณ์ตรง) สภาวิชาชีพจิตบำบัดสังคม ที่ยืดหยุ่น เพื่อรองรับการฟื้นฟูในชุมชน

(๔.) “มีข้อมูลมาก กระจายอยู่หลายหน่วยงาน แต่ใช้ข้อมูลร่วมกันยังน้อย” ต้องพัฒนา Mental Health Data Platform และมาตรฐานข้อมูลร่วมกัน ใช้ Data Analytics/AI เพื่อระบุกลุ่มเสี่ยงและออกแบบนโยบายเชิงรุก

(๕.) “มีนวัตกรรมมาก แต่ขาดการขยายผล” ต้องมีกลไก ค้นหา–ประเมิน–ถอดบทเรียน–ขยายผล

(๖.) “ประชาชนต้องเป็นผู้ร่วมสร้าง ไม่ใช่เพียงผู้รับบริการ” โดยเฉพาะผู้มีประสบการณ์ตรง ครอบครัว เยาวชน และกลุ่มเปราะบาง ควรมีบทบาทในการออกแบบระบบสุขภาวะทางจิต

(๗.) “ยาดีที่เบิกได้ & เทคโนโลยีที่เข้าถึงง่าย” โดยกำหนดแนวทางการเบิกยาที่มีประสิทธิภาพสูง (เช่น ยาที่ออกฤทธิ์ยาว) และเร่งพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทั่วถึงและเข้าถึงได้ง่าย (เช่น Telehealth แอปคัดกรอง)

(๘.) “ต้องเปลี่ยนจากการวัดกิจกรรมเป็นการวัดผลกระทบ” เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไร ⟶ ลดความรุนแรงได้หรือไม่ ⟶ ลด Stigma ได้หรือไม่ ⟶ ประชาชนมีสุขภาวะทางจิตดีขึ้นหรือไม่

จุดคานงัดเชิงระบบ เป้าหมาย และการบูรณาการ

(๑.) ใช้การอภิบาลระบบ เพื่อ “เปลี่ยนจากเรื่องของ “สาธารณสุข” เป็นเรื่องของทุกคน ทุกหน่วย งาน” โดยเพิ่มอำนาจและงบประมาณให้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ และบังคับใช้ตัวชี้วัดร่วมข้ามกระทรวง เพื่อให้สุขภาพจิตเป็นวาระของชาติ ไม่ใช่แค่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมจัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตแห่งชาติเพื่อเป็นแหล่งรายได้ที่ยั่งยืน

(๒.) ปรับสมดุลโครงสร้างบริการ เพื่อ “สร้างระบบไหลเวียน เข้าได้ ออกได้” โดยพัฒนาระบบ Social Prescribing (การเชื่อมโยงทางสังคม) โดยใช้ Link Worker เป็นคนกลางเชื่อมโยงผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นกับกิจกรรมในชุมชน เพื่อให้ออกจากระบบโรงพยาบาลสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน

(๓.) ปรับแนวคิดโครงสร้างกำลังคนใหม่ เพื่อ “ลดการพึ่งพาจิตแพทย์ ใช้ทีมดูแล” โดยใช้แนวคิด Team-base Care โดยมี จิตแพทย์เป็นที่ปรึกษา/ผู้ฝึกสอน ให้พยาบาลปฐมภูมิ/นักจิตวิทยาในชุมชนทำงานประเมินเบื้องต้น และให้ Peer Worker (ผู้มีประสบการณ์ตรง) ทำงานฟื้นฟูในชุมชน

ความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๗ มติที่ ๑ พลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาวะ (Transforming Workforce for Healthy Society) มีดังนี้

๑. การจัดตั้งกลไกเชิงนโยบายและการขับเคลื่อนระดับชาติ ตามที่ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ได้มีมติเห็นชอบในหลักการและแนวทางการขับเคลื่อนงานด้านกำลังคนด้านสุขภาพ นั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะฝ่ายเลขาธิการ ได้ดำเนินการจัดทำและเสนอ คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๑/๒๕๖๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อให้การบริหารจัดการและขับเคลื่อนนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยมี นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ เป็นประธานคณะกรรมการ และได้มี คำสั่งแต่งตั้ง อนุกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ๑/๒๕๖๘ โดยมี ศาสตราจารย์วณิชา ชื่นกองแก้ว เป็นประธานอนุกรรมการ โดยมีเป้าหมาย ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ และ แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้ สช. ได้สนับสนุนโครงการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ให้กับ มูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการบริหารจัดการกลไกคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยมีความก้าวหน้าในการขับเคลื่อน ดังนี้

(๑) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการคณะกรรมการกำลังคนแห่งชาติ มีการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๘ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๘ เมื่อ

วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๘ และ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๙ นอกจากนี้ ยังได้มีการประชุมคณะอนุกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๘ และ ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๘ โดยได้มีการดำเนินการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นกรอบทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว โดยมุ่งตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ระบบบริการสุขภาพ เทคโนโลยี และบริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ครั้งนี้เป็นการบูรณาการการดำเนินงานจากหลายภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ ภาคประชาสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อให้แผนมีความครอบคลุมทั้งด้านการผลิต การพัฒนา และการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบกำลังคนที่สามารถรองรับความท้าทายในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย ร่างแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวกำหนดกรอบการดำเนินงานไว้ ๔ ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

- พัฒนาศักยภาพประชาชนและกำลังคนภาคประชาชนอย่างจริงจัง
- ยกระดับการผลิตและพัฒนากำลังคนบนฐานสมรรถนะสาธารณสุขที่จำเป็นและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ปฏิรูประบบการทำงาน การจ้างงาน และการอภิบาลกำลังคนให้เต็มศักยภาพและเป็นธรรม
- เชื่อมโยงสุขภาวะกับโอกาสทางเศรษฐกิจอย่างสมดุล

โดยทาง คณะกรรมการฯ จะเปิดรับฟังความคิดเห็นจากหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๖๙ เพื่อเสนอต่อ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และนำเข้าสู่การพิจารณาในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้แผนดังกล่าวเป็นกรอบนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในระยะ ๑๐ปี (พ.ศ.๒๕๗๑-๒๕๘๐) ต่อไป

(๒) มูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินงานขับเคลื่อน ได้แก่

๑) พัฒนาศักยภาพประชาชนและกลุ่มเปราะบาง (ด้านสุขภาพปฐมภูมิ) ถอดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ได้แก่

- **จ.สงขลา:** จัดตั้ง *ศูนย์ซ่อมสร้างสุขชุมชน* สนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพและการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิง
- **จ.เชียงใหม่ (เทศบาลตำบลดอนแก้ว อ.แม่ริม):** พัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางผ่านนวัตกรรมสังคม เช่น *โรงเรียนออมสุข* และ *กลุ่มแปลงเกษตรอิ่มสุข*
- **จ.สุรินทร์:** ดำเนินงานผ่าน *ชมรมผู้สูงอายุ* และ *โรงเรียนเบาหวานวิทยา* เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งเสริมการดูแลตนเอง

๒) การพลิกโฉมการผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อสุขภาพแนวใหม่ ได้ดำเนินโครงการแทนคุณบ้านเกิด สำนักวิชาแพทยศาสตร์ ม.เทคโนโลยีสุรนารี จ.นครราชสีมา มุ่งผลิตแพทย์ที่มีความผูกพันกับชุมชน พร้อมปฏิบัติงานในท้องถิ่นภายใต้แนวคิด “เรียนที่ไหน ทำงานที่นั่น” การจัดการเรียนการสอนร่วมกับชุมชน (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ร่วมกับ ทม.ดอนแก้ว): บูรณาการการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง อบรมการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) และปฐมพยาบาลให้แก่พนักงาน ผู้นำชุมชน และประชาชน เพื่อสร้างนักศึกษาให้เป็น “ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะ (Health Change Agent)” และได้ดำเนินการการจัดประชุมวิชาการระดับชาติการพัฒนากำลังคนสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๘ : ภายใต้หัวข้อ “การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพ : AI ผสานหัวใจความเป็นมนุษย์” (Integrating AI and Compassionate Care)การนำเทคโนโลยี AI มาใช้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร และระบบบริการ ไม่ใช่การทดแทนมนุษย์ โดยยังคงยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีจริยธรรม และคำนึงถึงความเท่าเทียมด้านสุขภาพ

๒. กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยมียุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินงานสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาทีมหมอครอบครัว การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเสริมสร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพในระดับชุมชน

ทั้งนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินงานครอบคลุมทั้งระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชน โดยพัฒนาเครือข่ายสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน สนับสนุนเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนทุกระดับ พัฒนา อสม. ยุว อสม. อาสาสมัครครอบครัว และเครือข่ายภาคประชาชน นำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Smart อสม., หมอพร้อม และพ้นภัย มาใช้สนับสนุนการทำงาน มีเครือข่ายครอบคลุมทุกจังหวัดของประเทศ

๓. กระทรวงศึกษาธิการ ได้มีการดำเนินงานผ่านการพัฒนา **“ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา”** ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยนำแนวคิด Health in All Policies (HiAP) มาใช้เป็นกรอบการดำเนินงาน ส่งเสริมให้ผู้เรียน ครู บุคลากรทางการศึกษา และผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้สถานศึกษาจัดทำธรรมนูญสุขภาพร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย ผลสำเร็จที่สำคัญ

(๑) เกิดความร่วมมือระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๒) พัฒนาแกนนำด้านธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาในระดับพื้นที่

(๓) สถานศึกษาสามารถออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามบริบทพื้นที่

(๔) ผู้เรียน ครู ผู้ปกครอง และชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ

(๕) ขับเคลื่อนการแก้ปัญหาทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพปัญญา สุขภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา

๔. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.). มียุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านวิทยาศาสตร์และสุขภาพ มีแผนงานการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาและการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการพัฒนาหลักสูตรสหวิชาชีพด้านสุขภาพ โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพในมหาวิทยาลัย ดำเนินการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพผ่านโครงการผลิตบุคลากรสุขภาพขนาดใหญ่ของประเทศ โดยเฉพาะโครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทย ความร่วมมือของ ๒๒ สถาบันผลิตแพทย์ การบูรณาการกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการเรียนการสอน เพิ่มการผลิตแพทย์เพื่อแก้ปัญหาการกระจายบุคลากรและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ตั้งเป้าผลิตแพทย์กว่า ๑๓,๓๑๘ คน ภายในปี ๒๕๗๐

๕. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มียุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงทางสังคม แผนงานการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเปราะบาง โครงการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชน โครงการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๖. กระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มียุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับพื้นที่ แผนงานการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับชุมชน การสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับชุมชน

๗. สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ อยู่ระหว่างการยกร่างกรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๔ (พ.ศ.๒๕๗๑-๒๕๗๕)ภายใต้เสาหลักการพัฒนาทุนมนุษย์ ในประเด็นการปรับระบบบริการสุขภาพไปสู่ Value-based Healthcare และระบบสุขภาพเชิงป้องกัน

๘. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มียุทธศาสตร์การพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพ แผนงาน การวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีโครงการวิจัยระบบกำลังคนด้านสุขภาพโครงการวิจัยนโยบายสุขภาพ และได้สนับสนุนทุนวิจัยโครงการ "รายงานสถานะสุขภาพของคนไทย สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ" ดำเนินการโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) แล้วเสร็จเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

๙. สภาการสาธารณสุขชุมชน ได้ดำเนินการปรับปรุงหลักเกณฑ์การรับรองหลักสูตรและสถาบันการศึกษาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ปรับมาตรฐานหลักสูตรให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เสนอให้มีผู้แทนสภาการสาธารณสุขชุมชนร่วมเป็นกลไกระดับชาติ เพื่อให้การกำหนดนโยบายด้านกำลังคนครอบคลุมทุกวิชาชีพ

๑๐. สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) มียุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข มีแผนงานการพัฒนาการศึกษาด้านวิชาชีพสุขภาพ โครงการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข / โครงการพัฒนาทักษะบุคลากรด้านสุขภาพ และจัดทำ MOU สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๙ เพื่อยกระดับสุขภาพชุมชน โดยมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้ การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ การบูรณาการเครือข่ายความร่วมมือวิชาการ การวิจัย และการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในระดับพื้นที่

๑๑. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มียุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีแผนงานการสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน มีโครงการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพ

๑๒. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มียุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ แผนงานการสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเข้าถึงได้ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชน โครงการบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน

๑๓. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ยุทธศาสตร์การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ มีแผนงาน การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีโครงการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ โครงการนวัตกรรมทางการแพทย์

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๗ มติที่ ๒ การท่องเที่ยวแนวใหม่ สู่สุขภาวะและเศรษฐกิจไทย (New tourism approach toward sustainable economy and well-being) มีดังนี้

๑. การขับเคลื่อนตามเส้นทางเดินมติที่ ๑ พัฒนา ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานรองรับการท่องเที่ยว แบบมีคุณภาพและยั่งยืน

(๑) กองพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว กรมการท่องเที่ยว กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ดำเนินการปรับปรุงห้องน้ำ ๖๓ แห่ง ติดตั้งป้ายบอกทางในแหล่งท่องเที่ยว ๔๕๐ แห่ง

๒. การขับเคลื่อนตามเส้นทางเดินมติที่ ๒ ยกระดับคุณภาพของผลิตภัณฑ์ บริการ ภูมิปัญญา และประสบการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาวะของนักท่องเที่ยว และประชาชนในชุมชน รวมทั้งเป็นมิตรและไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

(๑) กองพัฒนาบริการท่องเที่ยว กรมการท่องเที่ยว กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ดำเนินการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อผลักดันไทยสู่ผู้นำระดับโลกในปี ๒๕๗๐ พัฒนามาตรฐานชุมชนที่เป็นมิตรกับสัตว์เลี้ยง (Pet-friendly) และพัฒนาการท่องเที่ยวคาร์บอนต่ำ

(๒) กองเวลเนส กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินการพัฒนาเส้นทางท่องเที่ยวเมืองสมุนไพรและมาตรฐาน Wellness Center กว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ตลอดจนมีการดำเนินการเรื่องThai Food Good Health ใช้ภูมิปัญญา นำสมุนไพรมาผนวกกับอาหารไทย เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีจากอาหารไทย และพัฒนา และยกระดับมาตรฐาน Thai Wellness Destination และ Wellness Community มุ่งเน้นการผสมผสานภูมิปัญญาไทย (Thainess) เข้ากับการแพทย์แผนไทย สปา และสมุนไพร เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มและมาตรฐานสากล ใช้เกณฑ์ของ UN Tourism

(๓) องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (อพท.) พัฒนาพื้นที่พิเศษ ๙ แห่ง โดยเน้นการท่องเที่ยวโดยชุมชน (CBT) ช่วยให้ชุมชนลดคาร์บอนและเชื่อมโยงตลาดคุณภาพ (Smart CBT)

(๔) สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นำข้อมูลการท่องเที่ยวเชิงธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การท่องเที่ยวอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคมสิ่งแวดล้อม และการท่องเที่ยวบนเรือสำราญมาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะต่อหน่วยงาน และพัฒนาการทำงานต่อ โดยขณะนี้อยู่ระหว่างจัดทำข้อเสนอสำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๔ สอดคล้องกับเสาหลักด้านเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว

๓. การขับเคลื่อนตามเส้นทางเดินมติที่ ๓ พัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความตระหนักรู้วัฒนธรรมท่องเที่ยวแนวใหม่ สำหรับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และนักท่องเที่ยว

(๑) กองพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว กรมการท่องเที่ยว กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา พัฒนา Mobile Application สำหรับมัคคุเทศก์ ๓ ภาษา (ภาษาไทย ภาษาจีน ภาษาอังกฤษ)

(๒) กองพัฒนาบริการท่องเที่ยว กรมการท่องเที่ยว กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา พัฒนาสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับเมืองท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยมีการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเมืองท่องเที่ยว เช่น จังหวัดกระบี่ เชียงใหม่ ประจวบคีรีขันธ์ ภูเก็ต อีกทั้งสร้างต้นแบบผู้ประกอบการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสู่มาตรฐานสากล โดยเน้นความครอบคลุมใน ๕ มิติหลัก (มิติด้านการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, มิติด้านสุขภาพร่างกาย, มิติด้านสุขภาพจิตและอารมณ์, มิติด้านโภชนาการและอาหารสุขภาพ และมิติด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม) เพื่อส่งเสริมไทย เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ สร้างต้นแบบชุมชน CBT Beauty โดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นสมุนไพรและอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมมาสร้างสรรค์กิจกรรมและบริการเชิงสุขภาพที่มีมูลค่าเพิ่มและดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงคุณภาพ เช่น ชุมชนท่องเที่ยวบ้านวังส้มซ่า พิษณุโลก ชุมชนท่องเที่ยวบ้านไหนหนัง กระบี่ วิสาหกิจชุมชนบ้านพลุจูด จังหวัดตรัง ตลาดโอ๊ะป่อย ราชบุรี และจัดทำ การท่องเที่ยวคาร์บอนต่ำ จำนวน ๑๑ เส้นทาง (อยู่ระหว่างการดำเนินการจัดทำมาตรฐานการท่องเที่ยวคาร์บอนต่ำ และจะมีการตรวจประเมินตามคุณภาพ)

(๓) กองเวลเนส กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยกระดับการนวดไทยสู่หลักสูตรระดับสูงเพื่อป้อนตลาด Wellness ที่ขาดแคลนแรงงานกว่า ๑๐,๐๐๐ คน

(๔) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา พัฒนาองค์ความรู้ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรมสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ภายใต้โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อพัฒนาการการกระจายรายได้ที่ทั่วถึงและยั่งยืน โดยมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ผ่านเว็บไซต์กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

(๕) การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ส่งเสริมให้ผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเข้าสู่กระบวนการประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับความยั่งยืนภายใต้กรอบ SDGs เน้นความยั่งยืนใน ๔ มิติ ได้แก่ ธรรมา ภิบาล เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม และมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ด้านการท่องเที่ยวของประเทศไทยให้ต่างชาติทราบผ่านการ show case ในงานต่าง ๆ

(๖) องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (อพท.) ผลักดันให้ชุมชนรับรางวัลระดับโลก เช่น Green Destinations Top ๑๐๐ และพบว่าดัชนีความสุขของคนในพื้นที่สูงถึง ๘๔.๔๗%

๔. การขับเคลื่อนตามเส้นทางเดินมติที่ ๔ กำหนดให้มีมาตรการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อการท่องเที่ยวแนวใหม่ที่เชื่อมโยงทั้งในระดับประเทศและระดับชุมชน

(๑) กองพัฒนาบริการท่องเที่ยว กรมการท่องเที่ยว กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาจัดทำ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาและส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Wellness Tourism) โดยเป็น (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับแรกที่เป็นแนวทางการส่งเสริม พัฒนา และบูรณาการ การทำงานร่วมระหว่างหน่วยงาน เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Tourism Hub) มุ่งสู่การเป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

(๒) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา อยู่ระหว่างทบวนวิธีการจัดเก็บค่าธรรมเนียมท่องเที่ยวจากชาวต่างชาติ (Tourism Fee) เพื่อเข้ากองทุนส่งเสริมการท่องเที่ยวและเตรียมทำแผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ ๔

(๓) สมัชชาสุขภาพจังหวัดกระบี่ มีการหารือร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในจังหวัดกระบี่ เพื่อเสนอให้ผู้ว่าราชการจังหวัดลงนามแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนเรื่องการท่องเที่ยว

(๔) องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (อพท.) ทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนามาตรฐานการจัดการการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (Sustainable Tourism Management Standard: STMS) เทียบเคียงกับ มาตรฐานสากล (Global Sustainable Tourism Council – Destination: GSTC-D) สำหรับจุดหมายปลายทาง เน้นการจัดการที่ยั่งยืน และทำงานร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

๕. การขับเคลื่อนตามเส้นทางเดินมติที่ ๕ สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านอุปสงค์ อุปทาน และการประเมินผลกระทบที่เกิดจากการท่องเที่ยวแนวใหม่

(๑) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สนับสนุนการวิจัยครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะความเป็นกลางทางคาร์บอน (Carbon Neutrality) เพื่อต่อยอดเป็น Net Zero

ข้อท้าทายต่อการขับเคลื่อนมติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดประชุมปรึกษาหารือการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็นการท่องเที่ยวแนวใหม่สู่สุขภาวะและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน เมื่อวันพุธที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมสานใจ ๒ ชั้น ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ อ.เมือง จ.นนทบุรี สาระสำคัญจากการประชุมพบปัจจัยสนับสนุนการท่องเที่ยวแนวใหม่สู่สุขภาวะและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน ได้แก่ การสนับสนุนจากรัฐ มีต้นแบบความสำเร็จในหลายพื้นที่ อีกทั้งมีมาตรการสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ผู้ประกอบการจะได้รับ แต่ขณะเดียวกันยังคงมีอุปสรรคด้านปัญหาเชิงโครงสร้าง งบประมาณ ข้อจำกัดด้านพื้นที่ และทักษะดิจิทัลและภาษา โดยที่ประชุมมีมติร่วมกันว่าลงพื้นที่ต้นแบบเพื่อศึกษาดูงาน ณ จังหวัดกระบี่ ระหว่างวันที่ ๒๓ – ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๙ และจากการลงพื้นที่จังหวัดกระบี่ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมการท่องเที่ยว กระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ศูนย์เศรษฐกิจการลงทุนที่ ๖

สุราษฎร์ธานี สำนักงานจังหวัดกระบี่ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดกระบี่ สมาคมการท่องเที่ยวจังหวัดกระบี่ โรงพยาบาลเกาะลันตา ชมรมฮาลาลแอนด์มุสลิมเฟรนลี่กระบี่ สมาคมธุรกิจการท่องเที่ยวเกาะลันตา เครือข่ายท่องเที่ยวชุมชนทุ่งหยีเพ็ง และ Greenery Home Network คลองยาง มีข้อสรุปในการดำเนินงาน ดังนี้

(๑) ช่องว่างสำคัญในการดำเนินงาน คือ มตินโยบายระดับชาติยังไม่อาจสร้างผลกระทบที่เป็นรูปธรรมในระดับปฏิบัติการได้อย่างเพียงพอในพื้นที่จังหวัดกระบี่ แม้การลงพื้นที่ครั้งนี้จะช่วยให้เห็นสภาพปัญหา ความต้องการ โอกาส และโครงการเดิมที่มีอยู่ชัดเจนขึ้น แต่ต้องแปลงนโยบายไปสู่โครงการ กิจกรรม ผู้รับผิดชอบ และกลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัดที่ชัดเจน

(๒) ประสานคณะกรรมการนโยบายการท่องเที่ยวแห่งชาติ (ท.ท.ช.) หรือจัดตั้งคณะทำงานร่วม (Multi – agency) เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและติดตามผลหลังการลงพื้นที่ โดยสานต่อการทำงานร่วมกับกลไกการจัดทำแผนระดับชาติและระดับภาคใต้

(๓) จัดทำยุทธศาสตร์เมืองท่องเที่ยวสุขภาวะมูลค่าสูง ประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

(๓.๑) ระบบบริหารจัดการข้อมูลและดิจิทัลเชิงรุก (Data-Driven Strategy) เปลี่ยนจากการคิดแทนนักท่องเที่ยวมาใช้ข้อมูลจริงด้านต่าง ๆ ได้แก่ ที่มา เส้นทางการเดินทางวัตถุประสงค์ รูปแบบการใช้จ่าย และความประทับใจ เพื่อออกแบบบริการที่ตรงกับความต้องการ

(๓.๒) นวัตกรรมและยกระดับคุณค่าบนฐานวิทยาศาสตร์ (Science-based Wellness) ยกระดับภูมิปัญญาไทยด้วยเทคโนโลยี และการสื่อสารคุณค่าผ่านงานวิจัยเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่นักท่องเที่ยว

(๓.๓) การบริหารจัดการองค์กรแบบยืดหยุ่นและยึดความสุขของชุมชน (Happiness-Led Implementation) ปรับโครงสร้างการทำงานในชุมชนให้มีความยืดหยุ่น คล่องตัว เพื่อลดความขัดแย้งภายใน และสร้างความยั่งยืนจากฐานราก

(๓.๔) กลไกความร่วมมือพหุภาคีและธรรมนูญพื้นที่ (Governance & Zoning) บูรณาการการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และชุมชน ผ่านข้อตกลงร่วมเพื่อลดข้อจำกัดด้านงบประมาณและความขัดแย้งทางวัฒนธรรม