



การศึกษาบริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทย
ภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข
กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 การส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี
(A Study on the Context and Operational Approaches of
Thailand under the ASEAN Health Cooperation:
Health Cluster 1: Promoting Healthy Lifestyle)

โดย

นายพศิน พิริยหะพันธุ์

ศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมอนามัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาบริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทย ภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียน ด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 การส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดีฉบับนี้ จะไม่สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี หากปราศจากความอนุเคราะห์และการสนับสนุนจากบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมอนามัย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ปรีกษา ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการศึกษานี้เป็นอย่างดีถึงถ้วนมาโดยตลอด ทำให้การศึกษามีคุณภาพและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอบคุณหน่วยงานต่างๆในสังกัดของกรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ตลอดจนบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล ให้สัมภาษณ์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณครอบครัว และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนตลอดระยะเวลาการทำงานการศึกษา

คุณค่าและประโยชน์อันใดอันพึงมีจากการศึกษานี้ ข้าพเจ้าน้อมอุทิศให้แก่ทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความร่วมมือด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและอาเซียนในการส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพดีต่อไป

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทย ภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1: การส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี (Health Cluster 1: Promoting Healthy Lifestyle) รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ อุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนากรอบความร่วมมือของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในรูปแบบการศึกษาเชิงกรณีศึกษา (Case Study Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2567

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของประเทศไทยมีความเป็นระบบและสอดคล้องกับกรอบความร่วมมือของอาเซียน โดยมีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ประสานงานหลัก (Country Coordinator) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานประกอบด้วย ความชัดเจนของนโยบาย และโครงสร้างที่สอดคล้องกับแผนของอาเซียน การมีกลไกการประสานงานที่เป็นระบบ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ความเชี่ยวชาญของบุคลากร การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบาย ความร่วมมือที่เข้มแข็งกับองค์กรระหว่างประเทศ และบทบาทความเป็นผู้นำในเวทีระดับภูมิภาค อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังคงเผชิญกับอุปสรรคและข้อจำกัดหลายประการที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อความยั่งยืนในระยะยาว ประกอบด้วย ข้อจำกัดเชิงนโยบายและโครงสร้าง ได้แก่ การขาดการบูรณาการนโยบายระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และความไม่ต่อเนื่องของนโยบายจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ด้านทรัพยากรและบุคลากร พบว่ามีจำนวนบุคลากรจำกัดและมีภาระงานสูง รวมถึงขาดทักษะด้านภาษาและการเจรจาในเวทีระหว่างประเทศ ด้านงบประมาณ พบว่า โครงการยังคงต้องพึ่งพางบประมาณจากภายนอก ซึ่งทำให้ขาดความยั่งยืน นอกจากนี้ ระบบติดตามและประเมินผลยังขาดฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงกับประเทศสมาชิกอาเซียน และตัวชี้วัดทั้งในระดับประเทศและภูมิภาคที่ยังไม่สอดคล้องกัน การศึกษานี้ยังได้ค้นพบประเด็นที่น่าสนใจเพิ่มเติม คือ ภาระจากการเป็นประเทศผู้รับผิดชอบหลัก (Lead Country Burden) ที่ทำให้ประเทศไทยต้องรับผิดชอบภาระงานมากกว่าประเทศสมาชิกอื่น และต้องเผชิญกับการแข่งขันจากประเทศที่มีความพร้อมมากกว่า

จากข้อค้นพบดังกล่าว การศึกษาได้นำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่ ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ควรมีการสร้างกลไกบูรณาการข้ามกระทรวงอย่างเป็นรูปธรรม จัดทำนโยบายสุขภาพแห่งชาติระยะยาว และเพิ่มการลงทุนในทรัพยากรและบุคลากร ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ ที่ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การลงทุนในระบบข้อมูลและ

เทคโนโลยี และการสร้างความยั่งยืนของงบประมาณ สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรเน้นการศึกษา
เชิงเปรียบเทียบกับประเทศสมาชิกอื่น การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วน
อื่น ๆ และการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อพัฒนาระบบวัดผลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สาธารณสุขอาเซียน, กลุ่มประเด็นสาธารณสุข, การส่งเสริมสุขภาพ, วิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี

ABSTRACT

This study aims to investigate the context and operational approaches of Thailand under the ASEAN Health Cooperation, specifically focusing on Health Cluster 1: Promoting Healthy Lifestyle. The research analyzes factors contributing to its success, as well as the obstacles and limitations encountered, in order to propose recommendations for enhancing the effectiveness of Thailand's collaborative mechanisms. The study employed a qualitative research approach using a case study method. Data was collected through a comprehensive literature review and in-depth interviews with relevant executives and officials during the period of 2017 - 2024.

The findings reveal that Thailand's operational approach is systematic and well-aligned with the ASEAN cooperation framework, with the Department of Health, Ministry of Public Health, serving as the Country Coordinator. Key success factors include a clear policy framework, a systematic coordination mechanism, strong support from high-level executives, personnel expertise, the use of evidence-based policymaking, robust collaboration with international organizations such as the World Health Organization (WHO) and UNICEF, and a recognized leadership role in the regional arena. However, the operation still faces several critical obstacles and limitations that require resolution for long-term sustainability. Policy and structural limitations include the lack of full-scale inter-ministerial policy integration and a lack of policy continuity due to political changes. Regarding resources and personnel, the study found a limited number of staff with heavy workloads and a deficiency in foreign language and negotiation skills. The financial aspect also presents a challenge, as most projects rely on external funding, leading to a lack of sustainability. Furthermore, the monitoring and evaluation system lacks a central database connected to other ASEAN Member States, and national and regional indicators are not always aligned. A notable finding is the Lead Country Burden, which places a significant workload on Thailand and creates competition with other well-resourced member states.

Based on these findings, the study proposes recommendations to improve Thailand's operational effectiveness. The policy recommendations include establishing a concrete inter-ministerial integration mechanism, developing long-term national health policies, and increasing investment in resources and personnel. Operational recommendations emphasize enhancing personnel capacity, investing in data and technology systems, and building financial sustainability. Lastly, recommendations for future research include conducting comparative studies with other member states, qualitative research with various stakeholders, and quantitative research to develop more precise measurement tools for effective project outcomes.

Keywords: ASEAN Health, Health Cluster, Health Promotion, Healthy Lifestyle

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ.....	ข
ABSTRACT.....	ง
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	3
1.4 รูปแบบการศึกษา.....	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
1.6 นิยามคำศัพท์เฉพาะ.....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข.....	6
2.1.1 ความหมายของความร่วมมือระหว่างประเทศ	6
2.1.2 ลักษณะของความร่วมมือระหว่างประเทศ	6
2.1.3 ประเภทของความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพ.....	7
2.1.4 ความสำคัญของความร่วมมือระหว่างประเทศในบริบทของสุขภาพ.....	9
2.1.5 แนวคิด ทฤษฎีความร่วมมือระหว่างประเทศ.....	11
2.1.6 ลักษณะของความร่วมมือด้านสุขภาพในภูมิภาค.....	17
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ	19
2.2.1 ความหมายของปัจจัยความสำเร็จ.....	19
2.2.2 องค์ประกอบของปัจจัยความสำเร็จในความร่วมมือระหว่างประเทศ.....	20
2.2.3 ตัวอย่างของปัจจัยความสำเร็จในบริบทนโยบายสุขภาพ.....	21
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอุปสรรคและข้อจำกัด	23

2.3.1 ความหมายของอุปสรรคและข้อจำกัด.....	23
2.3.2 ขอบเขตการวิเคราะห์อุปสรรคและข้อจำกัด.....	24
2.3.3 อุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงานภายใต้กรอบความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ.....	25
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	29
3.1 รูปแบบการศึกษา.....	29
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	30
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	30
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	31
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	32
4.1 บริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1	32
4.1.1 ความเป็นมาของกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข	32
4.1.2 ข้อกรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพของอาเซียน (ASEAN Health Cluster Framework)	33
4.2 แนวทางการดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข	36
4.2.1 กลไกและโครงสร้างการดำเนินงาน.....	36
4.2.2 เป้าหมาย กลยุทธ์การดำเนินงาน ประเด็นสำคัญ และกิจกรรมในกลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1	37
4.2.3 ประเด็นสำคัญ (Health Priority) และกิจกรรมของกลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 ในบริบทของประเทศไทย	38
4.2.4 การประสานความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ.....	41
4.3 บริบทการทำงานและบทบาทของผู้ให้ข้อมูล.....	41
4.4 ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานของประเทศไทยในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1.....	44

4.5 อุปสรรคหรือข้อจำกัดของการดำเนินงานของประเทศไทยในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้าน	
สาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1.....	46
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	50
5.1 สรุปผลการศึกษา	50
5.2 อภิปรายผล.....	52
บรรณานุกรม.....	55
ภาคผนวก.....	62
แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานการดำเนินกิจกรรมภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียน	
ด้านสาธารณสุข ประเด็นสาธารณสุขที่ 1 การส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี.....	63

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 แสดงปัจจัยความสำเร็จ (CSFs) ในบริบทความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพ	22
ตารางที่ 4.1 แสดงหน่วยงานรับผิดชอบหลักจำแนกตามกลุ่มประเด็นสาธารณสุข.....	36
ตารางที่ 4.2 แสดงเป้าหมายและกลยุทธ์หลักของกลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1	37
ตารางที่ 4.3 แสดงหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานภายใต้กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1	38
ตารางที่ 4.4 แสดงกิจกรรมภายใต้กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 ที่ประเทศไทยเป็นประเทศผู้รับผิดชอบหลัก (Lead Country).....	39

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศอาเซียนที่มีความเชื่อมโยงกันทั้งด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ และสังคม วัฒนธรรม ภายใต้กรอบความร่วมมือของสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN) ประเทศสมาชิกได้ร่วมกันผลักดันการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ เพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและข้ามพรมแดน เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ หนึ่งในกลไกสำคัญของอาเซียนในการดำเนินงานด้านสุขภาพ คือความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข หรือ “ASEAN Health” แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มประเด็นสาธารณสุข เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพที่หลากหลาย โดยกลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 ครอบคลุมการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี (Health Cluster 1: Promoting Healthy Lifestyle) มีเป้าหมายหลักในการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีของประชาชนผ่านการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การขาดกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ และปัญหาสุขภาพจิต (ASEAN Secretariat, 2021)

ประเทศไทยในฐานะหนึ่งในสมาชิกก่อตั้งของอาเซียน ได้มีบทบาทอย่างต่อเนื่องในเวทีด้านสุขภาพของภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมสุขภาพผ่านนโยบายระดับชาติและโครงการที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม ความท้าทายสำคัญคือการบูรณาการนโยบายส่งเสริมสุขภาพและการคุ้มครองสุขภาพของประเทศเข้ากับกรอบความร่วมมือในระดับภูมิภาคได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบสุขภาพที่ค่อนข้างเข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การดำเนินงานภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 ยังพบข้อจำกัดในด้านการเชื่อมโยงเชิงนโยบายและการจัดการแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงาน

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีกรอบความร่วมมือที่ชัดเจน แต่ระดับของการดำเนินงานของแต่ละประเทศสมาชิกยังมีความแตกต่างกันมาก ทั้งในด้านศักยภาพ ทรัพยากร ความต่อเนื่องเชิงนโยบาย และโครงสร้าง

ภายในประเทศที่เอื้อต่อการบูรณาการนโยบายระดับภูมิภาคเข้าสู่แผนปฏิบัติการระดับชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทย แม้จะมีความก้าวหน้าในหลายด้าน แต่ยังมีข้อสังเกตว่าการดำเนินงานของไทยภายใต้ความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 มักเน้นที่การมีส่วนร่วมในเวทีการประชุมและการจัดทำรายงานตามพันธกิจ มากกว่าการมีบทบาทเชิงรุกในการเป็นผู้นำหรือเสนอแนวทางดำเนินงานร่วมระดับภูมิภาค ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมอนามัยทำหน้าที่เป็นเลขานุการและผู้ประสานงานหลักของกลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 ซึ่งต้องรับผิดชอบในการติดต่อประสานงานต่างๆ ของการดำเนินงานภายใต้กลุ่มประเด็นสาธารณสุขดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ การศึกษาบริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทย ภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อศึกษาเกี่ยวกับบริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทย ข้อได้เปรียบและจุดแข็งของประเทศไทยที่สามารถใช้ต่อยอดบทบาทในเวทีอาเซียน รวมถึงข้อจำกัดหรืออุปสรรคเชิงโครงสร้าง นโยบาย หรือระบบสนับสนุนที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างสุขภาพระดับภูมิภาค ผ่านแนวทาง “Health Regionalism” ที่เน้นการพึ่งพาอาศัยกันและการสร้างอัตลักษณ์ทางสุขภาพร่วมในภูมิภาคอาเซียน ซึ่งจะช่วยเพิ่มอำนาจต่อรองของภูมิภาคในเวทีโลก และสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ (Sustainable Development Goal 3) ภายในปี 2030 (Frenk, Gómez-Dantés, & Moon, 2014) ตลอดจนแนวคิดการประสานความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วนในลักษณะเครือข่าย หรือ “Network Governance” ที่สามารถใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์โครงสร้างการดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบอาเซียนด้านสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้เป็นการเสริมสร้างบทบาทของประเทศในเวทีสุขภาพระหว่างประเทศ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนผ่านการส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพดีอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาบริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานของประเทศไทยในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1

3. เพื่อวิเคราะห์อุปสรรคหรือข้อจำกัดของประเทศไทยในการดำเนินงานภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1

4. เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนากลไกความร่วมมือของประเทศไทยในกรอบอาเซียนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้มุ่งเน้นการศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับ

1. บทบาทของประเทศไทยในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพระดับภูมิภาค โดยใช้แนวคิด Regionalism, Network Governance และ Health Diplomacy เป็นกรอบในการวิเคราะห์

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จของประเทศไทยในการดำเนินงานตามกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1

3 . อุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงสร้าง และการประสานงาน

3.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษานี้เป็นการศึกษาบริบทภายในประเทศไทย และการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 โดยครอบคลุมหน่วยงานระดับชาติ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักหรือมีบทบาทต่อการดำเนินงานในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข ประเด็นสาธารณสุขที่ 1

3.3 ขอบเขตด้านเวลา การศึกษานี้จะใช้ข้อมูลที่เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2567 ซึ่งครอบคลุมช่วงเวลาหลังการจัดตั้งกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุขระดับกลุ่มประเด็นสาธารณสุข

3.4 ขอบเขตด้านประชากรศึกษา กลุ่มเป้าหมายของการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ระดับนโยบายในหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงานที่มีบทบาทในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมภายใต้กรอบความร่วมมือ กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 และนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ จำนวนผู้ให้ข้อมูลประมาณ 10 – 15 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

1.4 รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีลักษณะเป็นการศึกษาเชิงกรณีศึกษา (Case Study Research) มุ่งศึกษาลึกลงในกรณีเฉพาะของประเทศไทยในการดำเนินงานภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 และเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์เชิงบริบท (Context Analysis) เพื่อตรวจสอบบทบาทของประเทศไทยในระดับภูมิภาค กลไกการดำเนินงานภายในประเทศ ความเชื่อมโยงของนโยบาย และปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 ช่วยให้เข้าใจบริบท ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการทำงานภายใต้ความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 การส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงกลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายมากขึ้น

5.2 ยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน เมื่อการดำเนินงานภายใต้ความร่วมมืออาเซียนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประชาชนชาวไทยจะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี เช่น การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

5.3 เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย ผลการศึกษาจะให้ข้อมูลเชิงลึกที่จำเป็นแก่ผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการวางแผน จัดสรรทรัพยากร และกำหนดทิศทางของความร่วมมือด้านสาธารณสุขในอนาคตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิผล

5.4 สร้างองค์ความรู้และต่อยอดการศึกษาในอนาคต การศึกษานี้จะเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งสามารถนำไปต่อยอดเพื่อการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืนในภูมิภาคอาเซียน

1.6 นิยามคำศัพท์เฉพาะ

ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข หมายถึง การดำเนินงานร่วมกันระหว่างประเทศในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ผ่านกลไกต่างๆ เช่น ข้อตกลง ความตกลง กรอบการเจรจา และโครงการร่วม เพื่อยกระดับสุขภาพของประชากรทั้งในระดับชาติและภูมิภาค

อาเซียน หมายถึง สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งประกอบด้วยประเทศสมาชิก 10 ประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการส่งเสริมความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม และความร่วมมือด้านสุขภาพในภูมิภาค (ASEAN Secretariat, 2021)

ความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 หมายถึง กลุ่มประเด็นสาธารณสุขของความร่วมมือด้านสุขภาพอาเซียน ซึ่งมุ่งเน้นการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การไม่มีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เพื่อส่งเสริมสุขภาพะที่ดีในระดับภูมิภาค

ปัจจัยความสำเร็จ หมายถึง องค์ประกอบ เงื่อนไข หรือกลไกที่ส่งผลให้การดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น ความเป็นผู้นำ การมีนโยบายรองรับ ทรัพยากรที่เพียงพอ ข้อจำกัดด้านการสื่อสาร หรือขาดความต่อเนื่องของนโยบาย

อุปสรรค หมายถึง หมายถึง ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่เป็นข้อจำกัดหรือขัดขวางการดำเนินงาน เช่น โครงสร้างองค์กรที่ไม่เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน ขาดทรัพยากร ข้อจำกัดด้านการสื่อสาร หรือขาดความต่อเนื่องของนโยบาย

ภูมิภาคนิยม (Regionalism) หมายถึง แนวคิดที่อธิบายถึงการรวมตัวกันของประเทศในภูมิภาคเพื่อร่วมมือแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาเป้าหมายร่วม โดยเน้นการบูรณาการทรัพยากร ความรู้ และนโยบายในระดับภูมิภาค (Fawcett, 1995)

การบริหารจัดการแบบเครือข่าย (Network Governance) หมายถึง รูปแบบการบริหารจัดการที่อาศัยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม โดยไม่มีศูนย์กลางอำนาจเพียงฝ่ายเดียว แต่ใช้การเชื่อมโยงในลักษณะเครือข่ายเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วม (Provan & Kenis, 2008)

การทูตด้านสุขภาพ (Health Diplomacy) หมายถึง กระบวนการเจรจา ประสานงาน และสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศ เพื่อบรรลุทั้งเป้าหมายด้านสุขภาพและการเมืองระหว่างประเทศ เช่น การเพิ่มบทบาทประเทศผ่านความร่วมมือด้านสุขภาพ (Kickbusch et al., 2007)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทย รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานของประเทศไทย ภายใต้ความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1: การส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี โดยในบทที่ 2 นี้จะนำเสนอกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพ แนวคิดด้านภูมิภาคนิยมและการบริหารจัดการแบบเครือข่าย ตลอดจนงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือด้านสุขภาพในอาเซียนและประเทศไทย

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข

2.1.1 ความหมายของความร่วมมือระหว่างประเทศ

ความร่วมมือระหว่างประเทศ (International Cooperation) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่จัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการระหว่างประเทศ รัฐบาล องค์กรระหว่างประเทศ หรือภาคส่วนต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหา สนับสนุนการพัฒนา หรือส่งเสริมผลประโยชน์ร่วมในด้านต่าง ๆ เช่น การเมือง เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และโดยเฉพาะด้านสุขภาพ (Keohane & Nye, 2001) ความร่วมมือลักษณะนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่ปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพสามารถข้ามพรมแดนได้อย่างรวดเร็ว

ในบริบทของสุขภาพ ความร่วมมือระหว่างประเทศหมายถึงกระบวนการที่รัฐหรือองค์กรจากประเทศต่าง ๆ ดำเนินการร่วมกันเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบในระดับโลกหรือภูมิภาค เช่น โรคติดต่อ การระบาดใหญ่ ปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อม หรือความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Kickbusch & Szabo, 2014)

2.1.2 ลักษณะของความร่วมมือระหว่างประเทศ

ความร่วมมือระหว่างประเทศถือเป็นกลไกสำคัญในการเผชิญกับความท้าทายระดับโลก ที่ประเทศใดประเทศหนึ่งไม่สามารถจัดการได้โดยลำพัง โดยเฉพาะในบริบทของสาธารณสุข ความร่วมมือดังกล่าวไม่ได้มีเพียงการให้ความช่วยเหลือ แต่ยังเป็นเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างรัฐ

การสร้างบทบาทในเวทีระหว่างประเทศ และการร่วมกันกำหนดทิศทางของนโยบายสุขภาพโลก (Kickbusch & Szabo, 2014) ความร่วมมือระหว่างประเทศก็มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. การมีเป้าหมายร่วมกัน (Shared Goals) หมายถึงการที่ประเทศหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง มีความเห็นพ้องในวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ตัวอย่างเช่น ความร่วมมือในการควบคุมโรคติดต่อ การเสริมสร้างระบบสุขภาพ หรือการตอบสนองต่อภัยสุขภาพฉุกเฉินระดับภูมิภาคและโลก การมีเป้าหมายร่วมจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินความร่วมมือ (Fidler, 2001)

2. การตั้งอยู่บนพื้นฐานของผลประโยชน์ร่วม (Mutual Benefit) กล่าวคือ ประเทศที่เข้าร่วมจะได้รับประโยชน์ในลักษณะที่เสริมสร้างผลประโยชน์ของตนเองไปพร้อมกับการสนับสนุนเป้าหมายร่วมของกลุ่ม เช่น การได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยี การเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร และการเพิ่มบทบาทของประเทศในเวทีระหว่างประเทศ ลักษณะนี้ทำให้ความร่วมมือมีความสมัครใจและยั่งยืนมากกว่าการให้ความช่วยเหลือฝ่ายเดียว (Keohane & Nye, 2001)

3. ความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยกัน (Interdependence) โดยเฉพาะในโลกยุคใหม่ที่มีความท้าทายด้านสุขภาพ เช่น โรคอุบัติใหม่ ภาวะโลกร้อน หรือความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ไม่ได้จำกัดอยู่ในประเทศใดประเทศหนึ่ง หากแต่ส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ระหว่างประเทศ การที่ประเทศต่าง ๆ ร่วมมือกันจึงไม่ได้เป็นเพียงทางเลือก แต่เป็นความจำเป็น (Youde, 2012)

4. การยึดถือหลักความเสมอภาคและการเป็นหุ้นส่วน (Equity and Partnership) ประเทศที่มีศักยภาพสูงและประเทศที่กำลังพัฒนาควรมีบทบาทอย่างเท่าเทียมในการตัดสินใจร่วม และได้รับประโยชน์จากความร่วมมืออย่างเป็นธรรม ซึ่งถือเป็นหัวใจของหลักธรรมาภิบาลด้านสุขภาพระดับโลก (Gostin & Friedman, 2013)

2.1.3 ประเภทของความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพ ความร่วมมือระหว่างประเทศ (international cooperation) ในบริบทของสุขภาพเป็นแนวทางการดำเนินงานที่ประเทศต่าง ๆ หรือองค์กรพหุภาคีร่วมกันจัดการปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบข้ามพรมแดน โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนทรัพยากร ความรู้ทางวิชาการ และการประสานงานเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดประโยชน์ร่วมกันอย่างเป็นระบบ (Kickbusch, Silberschmidt, & Buss, 2007) ภายใต้กรอบความร่วมมือดังกล่าว สามารถจำแนกประเภทของความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพออกได้เป็น 5 ประเภทหลัก ได้แก่ ความร่วมมือทวิภาคี ความร่วมมือพหุภาคี ความร่วมมือระดับภูมิภาค ความร่วมมือทางวิชาการ และความร่วมมือภายใต้

กรอบองค์การระหว่างประเทศ ซึ่งแต่ละประเภทมีลักษณะ กลไก และจุดเด่นที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความร่วมมือทวิภาคี (Bilateral Cooperation) หมายถึงความร่วมมือระหว่างประเทศ 2 ประเทศ โดยมีข้อตกลงหรือบันทึกความเข้าใจเฉพาะเจาะจงร่วมกัน เช่น ความร่วมมือด้านการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคระหว่างประเทศไทยกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว หรือไทยกับญี่ปุ่น ซึ่งดำเนินการผ่านหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น JICA (Japan International Cooperation Agency), KOICA (Korea International Cooperation Agency), USAID (United States Agency for International Development) เป็นต้น

ความร่วมมือประเภทนี้มีจุดเด่นคือความยืดหยุ่นสูง และสามารถตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะกลุ่มเป้าหมายได้อย่างตรงจุด เช่น การจัดบริการสุขภาพชายแดน การส่งผู้เชี่ยวชาญลงพื้นที่ หรือการฝึกอบรมบุคลากรเฉพาะทาง (Fidler, 2001)

2. ความร่วมมือพหุภาคี (Multilateral Cooperation) ซึ่งเป็นการรวมตัวของหลายประเทศหรือหลายองค์กรในเวทีเดียวกัน โดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับภูมิภาคหรือระดับโลก เช่น การเข้าร่วมของประเทศต่าง ๆ ในองค์การอนามัยโลก (WHO), ธนาคารโลก (World Bank), GAVI, Global Fund หรือ UNAIDS โดยข้อดีของความร่วมมือพหุภาคีคือ การมีทรัพยากรขนาดใหญ่ มีความชอบธรรมในระดับนานาชาติ และสามารถระดมทรัพยากรสนับสนุนประเทศที่มีข้อจำกัดได้อย่างทั่วถึง เช่น กองทุน Global Fund ที่สนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียในประเทศรายได้น้อย (Ooms et al., 2017)

3. ความร่วมมือระดับภูมิภาค (Regional Cooperation) เป็นความร่วมมือที่เน้นการประสานงานระหว่างกลุ่มประเทศในภูมิภาคเดียวกัน เช่น ASEAN, EU หรือ African Union เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพร่วมในภูมิภาค เช่น โรคเขตร้อน ภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของแรงงานเคลื่อนย้าย ในกรณีของอาเซียน ประเทศสมาชิกมีความร่วมมือด้านสุขภาพผ่าน “ASEAN Health Cooperation Framework” และการจัดตั้ง Health Cluster ทั้ง 4 กลุ่ม เพื่อประสานงานด้านโรคติดต่อ การเตรียมพร้อมด้านภัยพิบัติ สุขภาพแม่และเด็ก และความมั่นคงด้านยา (ASEAN Secretariat, 2021) ข้อดีของความร่วมมือระดับภูมิภาคคือความเข้าใจบริบทท้องถิ่นที่ลึกซึ้ง การประสานงานที่ใกล้ชิด และการพัฒนากลไกทางเทคนิคอย่างยั่งยืน เช่น การจัดตั้ง ACPHEED (ASEAN

Centre for Public Health Emergencies and Emerging Diseases) เพื่อเป็นศูนย์กลางด้านภาวะฉุกเฉินสุขภาพในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

4. ความร่วมมือทางวิชาการ (Technical Cooperation) หมายถึงการที่ประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศสนับสนุนการถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และความเชี่ยวชาญให้แก่ประเทศที่มีข้อจำกัด เช่น การอบรมแพทย์ระบาดวิทยา การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ หรือการสนับสนุนระบบวัคซีนและห้องปฏิบัติการ โครงการประเภทนี้มักดำเนินผ่านหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น WHO, IHR focal point, CDC หรือองค์กรไม่แสวงผลกำไร เช่น PATH, Médecins Sans Frontières โดยมีเป้าหมายคือการเสริมสร้างขีดความสามารถ (capacity building) และความยั่งยืนในระยะยาว (Gostin et al., 2019)

5. ความร่วมมือภายใต้กรอบองค์การระหว่างประเทศ (Organizational Framework Cooperation) ความร่วมมือประเภทนี้หมายถึงการที่ประเทศต่าง ๆ ดำเนินงานภายใต้ข้อผูกพันตามกรอบระหว่างประเทศ เช่น กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations - IHR) ของ WHO ซึ่งกำหนดให้ประเทศสมาชิกต้องแจ้งเตือนโรคอุบัติใหม่ การปฏิบัติตามข้อกำหนดนี้เป็นการร่วมมือเชิงระบบที่มีความต่อเนื่องและจำเป็นต่อการรับมือวิกฤตด้านสุขภาพระดับโลก (World Health Organization, 2005) กรอบความร่วมมือที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control - FCTC) หรือข้อตกลง Minamata Convention on Mercury ที่เน้นการลดการใช้สารเคมีอันตรายในภาคสุขภาพ

การจำแนกประเภทของความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพช่วยให้สามารถวางแผนยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสมกับเป้าหมายและบริบทของประเทศ การมีความเข้าใจลักษณะของความร่วมมือแต่ละประเภทจะช่วยให้ภาครัฐและองค์กรสุขภาพสามารถเลือกใช้กลไกความร่วมมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบโต้ภัยต่อความท้าทายด้านสุขภาพในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลก

2.1.4 ความสำคัญของความร่วมมือระหว่างประเทศในบริบทของสุขภาพ

ในยุคโลกาภิวัตน์ที่การเดินทาง การค้า และข้อมูลข่าวสารสามารถเคลื่อนผ่านพรมแดนได้อย่างรวดเร็ว ระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ จึงมีอาจแยกตัวอยู่อย่างโดดเดี่ยวได้อีกต่อไป ความร่วมมือระหว่างประเทศกลายเป็นกลไกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการรับมือกับปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและข้ามพรมแดน ไม่ว่าจะเป็นการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ภาวะโลกร้อน ความเหลื่อมล้ำ

ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือการเคลื่อนย้ายของแรงงานและผู้ลี้ภัย หนึ่งในบทเรียนที่ชัดเจนที่สุดในศตวรรษที่ 21 คือสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเปราะบางของระบบสุขภาพโลก และความจำเป็นในการมีโครงสร้างความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ ในช่วงแรกของการระบาด ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อไวรัสถูกจำกัดอยู่ภายในประเทศต้นทาง ความล่าช้าในการเผยแพร่ข้อมูล การปกปิดข้อมูล และการขาดกลไกตอบสนองร่วม ทำให้ไวรัสแพร่กระจายสู่ระดับโลกในเวลาอันสั้น (World Health Organization, 2021) ภายใต้บริบทนี้ การแบ่งปันข้อมูลอย่างโปร่งใส การประสานมาตรการระหว่างประเทศ และการสนับสนุนประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด กลายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถของโลกในการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกเหนือจากการรับมือกับโรคระบาดแล้ว ความร่วมมือระหว่างประเทศยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทแต่ละประเทศ ความร่วมมือในลักษณะนี้สามารถช่วยย่นระยะเวลาการพัฒนาทางวิชาการและการถ่ายทอดนวัตกรรม เช่น การที่ประเทศพัฒนาแล้วร่วมมือกับประเทศกำลังพัฒนาในการวิจัยวัคซีน และถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิต ทำให้สามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงวัคซีนในประเทศรายได้ต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกหนึ่งความสำคัญที่ไม่อาจมองข้ามได้คือ บทบาทของความร่วมมือระหว่างประเทศในการเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด ผ่านโครงการช่วยเหลือแบบการสนับสนุนทางวิชาการ เช่น โครงการขององค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพขั้นพื้นฐานในประเทศแอฟริกา หรือความร่วมมือทวิภาคีระหว่างไทยกับประเทศในกลุ่มน้ำโขงในการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคข้ามพรมแดน (Ooms, Derderian, & Melody, 2017) ความร่วมมือเหล่านี้ไม่เพียงช่วยลดภาระโรคในประเทศเป้าหมาย แต่ยังส่งผลดีต่อประเทศผู้ให้ความช่วยเหลือในฐานะผู้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสุขภาวะของประชาคมโลก นอกจากนี้ ความร่วมมือระหว่างประเทศยังมีบทบาทสำคัญในการกำหนดมาตรฐานสุขภาพร่วมกันในระดับสากล ตัวอย่างที่เด่นชัดคือ กฎอนามัยระหว่างประเทศ หรือ International Health Regulations (IHR) ซึ่งกำหนดให้ประเทศสมาชิกต้องรายงานเหตุการณ์สาธารณสุขที่อาจเป็นภัยคุกคามต่อโลกภายในกรอบเวลาที่กำหนด รวมถึงเตรียมพร้อมและมีมาตรการตอบสนองเบื้องต้นต่อภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (WHO, 2005) การมีมาตรฐานร่วมกันช่วยลดความเสี่ยงของการระบาดใหญ่ที่ไม่ได้รับการควบคุม และสร้างความเชื่อมั่นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศ

ภายใต้บริบทของการเมืองระหว่างประเทศ ความร่วมมือด้านสุขภาพยังเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญของ “การทูตสุขภาพ” (Health Diplomacy) ซึ่งมีบทบาทเชื่อมโยงนโยบายสุขภาพเข้ากับนโยบายต่างประเทศ โดยอาศัยเวทีระหว่างประเทศในการผลักดันผลประโยชน์ร่วมด้านสุขภาพ เช่น การเจรจาข้อตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) หรือการจัดตั้งกลไกสนับสนุนประเทศรายได้น้อยให้สามารถเข้าถึงยา วัคซีน และเวชภัณฑ์ (Kickbusch & Szabo, 2014) ในระดับภูมิภาค ความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุขเป็นตัวอย่างของความพยายามร่วมกันในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่กระทบทั้งภูมิภาค เช่น การจัดตั้ง ASEAN Health Clusters ที่ครอบคลุมการป้องกันโรคติดต่อสุขภาพจิต สุขภาพแม่และเด็ก และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การดำเนินการเหล่านี้อาศัยกลไกการประสานงานระหว่างประเทศสมาชิกและการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ เช่น WHO และธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (ADB) เพื่อขับเคลื่อนโครงการร่วม เช่น การฝึกอบรมบุคลากรด้านระบาดวิทยาภาคสนาม หรือการพัฒนาศูนย์เฝ้าระวังโรคข้ามพรมแดน (ASEAN Secretariat, 2021) บทเรียนจากการระบาดของโรคโควิด 19 ได้ตอกย้ำว่า แม้จะมีความร่วมมือหลายระดับ แต่การกระจายทรัพยากร เช่น วัคซีน และข้อมูล ก็ยังมีลักษณะไม่เท่าเทียม ความเปราะบางของกลไกความร่วมมือที่ขาดความเป็นธรรม เช่น การกักตุนวัคซีนของประเทศร่ำรวย หรือการไม่เปิดเผยข้อมูลจากบางประเทศ กลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟูระบบสุขภาพโลก (Moon, Röttingen, & Frenk, 2022)

กล่าวโดยสรุป ความร่วมมือระหว่างประเทศในบริบทของสุขภาพมิได้เป็นเพียงแนวทางเชิงนโยบาย หากแต่เป็นกลไกที่สำคัญในการรักษาเสถียรภาพของสังคมโลก ความท้าทายด้านสุขภาพในอนาคต เช่น โรคอุบัติใหม่ ความเหลื่อมล้ำที่ลึกซึ้งขึ้น และภัยจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ล้วนต้องการระบบความร่วมมือที่ยั่งยืน โปร่งใส และมีความเท่าเทียม เพื่อสร้างโลกที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงสุขภาพที่ดีโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

2.1.5 แนวคิด ทฤษฎีความร่วมมือระหว่างประเทศ

2.1.5.1 แนวคิดภูมิภาคนิยม (Regionalism) เป็นแนวคิดที่สะท้อนความพยายามของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเดียวกันที่จะรวมกลุ่มกันเพื่อสร้างอัตลักษณ์ร่วม พัฒนาเป้าหมายร่วม และจัดการกับความท้าทายที่มีลักษณะข้ามพรมแดน โดยมักปรากฏในรูปของความร่วมมือทางเศรษฐกิจ การเมือง ความมั่นคง และสังคม ซึ่งรวมถึงด้านสุขภาพด้วย (Fawcett, 1995) แนวคิดนี้ได้รับความสำคัญมากขึ้นในช่วงหลังสงครามเย็น โดยเฉพาะเมื่อโลกเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ที่ทำให้ประเทศต้องเผชิญกับปัญหา

ที่ซับซ้อนและหลากหลายร่วมกัน ภูมิภาคนิยมมีทั้งมิติในเชิงโครงสร้างและกระบวนการ โดยในเชิงโครงสร้าง หมายถึงการจัดตั้งองค์กรระหว่างประเทศระดับภูมิภาค เช่น สหภาพยุโรป (EU) สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN) หรือสหภาพแอฟริกา (AU) ที่มีพันธกิจร่วมกันในการส่งเสริมเสถียรภาพและพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของภูมิภาค (Hurrell, 1995) ขณะที่ในเชิงกระบวนการ ภูมิภาคนิยมสะท้อนถึงการดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำกรอบความร่วมมือ การสร้างนโยบายสอดคล้องกัน หรือการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีและความรู้ ในบริบทของสุขภาพ ภูมิภาคนิยมมีบทบาทสำคัญมากขึ้น เนื่องจากโรคระบาดและปัญหาสุขภาพไม่จำกัดอยู่ในเขตแดนของประเทศเดียว เช่น การระบาดของ COVID-19 ได้แสดงให้เห็นว่าประเทศในภูมิภาคต้องประสานงานกันอย่างใกล้ชิดทั้งด้านข้อมูล การควบคุมการเดินทาง การกระจายวัคซีน และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค (Kickbusch & Szabo, 2014)

ภูมิภาคนิยมมีพัฒนาการในสองลักษณะหลัก ได้แก่ ภูมิภาคนิยมแบบดั้งเดิม (Old Regionalism) และภูมิภาคนิยมแบบใหม่ (New Regionalism) โดยแบบดั้งเดิมมักเน้นประเด็นความมั่นคงทางการเมืองและการค้า ขณะที่แบบใหม่เน้นมิติสังคม ประชาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ รวมถึงสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (Hettne & Söderbaum, 2000) การขยายมิติของภูมิภาคนิยมจึงทำให้ความยืดหยุ่นและครอบคลุมมากขึ้นในการจัดการกับปัญหาเชิงซ้อน แนวคิดภูมิภาคนิยมในระดับสุขภาพมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับแนวคิด ‘สุขภาพในทุกนโยบาย’ (Health in All Policies) ซึ่งประเทศในภูมิภาคเดียวกันสามารถกำหนดมาตรการและกลไกสุขภาพร่วมกัน เพื่อส่งเสริมเป้าหมายสุขภาพที่ครอบคลุมและลดช่องว่างระหว่างประเทศ เช่น การจัดทำมาตรฐานวัคซีน กฎการเดินทางระหว่างประเทศ หรือการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (WHO, 2016)

ในกรณีของอาเซียน แนวคิดภูมิภาคนิยมสะท้อนผ่านการจัดตั้ง ASEAN Health Sector ที่ประกอบด้วยกลไกย่อย เช่น ASEAN Health Clusters ซึ่งรวมกลุ่มประเทศสมาชิกเพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพในสาขาต่าง ๆ โดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับทั้งนโยบายระดับชาติและเป้าหมายระดับภูมิภาค (ASEAN Secretariat, 2021) ลักษณะเด่นของภูมิภาคนิยมในบริบทอาเซียน คือ การยึดถือหลักการไม่แทรกแซงกิจการภายในของกันและกัน แต่เน้นการประสานงานแบบสมัครใจและสร้างฉันทามติ การดำเนินงานด้านสุขภาพจึงต้องอาศัยการเจรจาและความร่วมมือระยะยาวมากกว่าการบังคับใช้กฎหมาย (Acharya, 2012) อย่างไรก็ตาม ภูมิภาคนิยมก็เผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความ

แตกต่างด้านทรัพยากร ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ และความไม่สมดุลในการมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิก ซึ่งอาจทำให้ความร่วมมือขาดประสิทธิภาพ หรือมีประเทศใดประเทศหนึ่งเป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก โดยไม่มีการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม (Beeson, 2006) ในทางกลับกัน ความหลากหลายทางเศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของภูมิภาคอาเซียนยังอาจเป็นจุดแข็งในการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ โดยที่ยังคงอยู่ในกรอบความร่วมมือเดียวกัน ซึ่งเป็นลักษณะของภูมิภาคนิยมที่เน้นความยืดหยุ่น และการเคารพในอัตลักษณ์ของชาติสมาชิก (Stubbs, 2002) ภูมิภาคนิยมยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างบทบาทของประเทศในเวทีระหว่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศขนาดกลางและขนาดเล็กที่อาจไม่มีอำนาจต่อรองในเวทีโลก แต่สามารถรวมกลุ่มเพื่อเพิ่มพลังในการเจรจา เช่น ในการจัดซื้อยาเวชภัณฑ์ หรือการต่อรองประเด็นทรัพย์สินทางปัญญาในด้านสาธารณสุข (Lee & Pang, 2014) นอกจากนี้ แนวคิดภูมิภาคนิยมยังเอื้อต่อการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมในระดับภูมิภาค ซึ่งสามารถขับเคลื่อนการเรียนรู้ร่วม การถ่ายทอดเทคโนโลยี และการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดี (best practices) ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ (Katzenstein, 2005) อีกประการหนึ่งที่สำคัญ คือ การที่ภูมิภาคนิยมส่งเสริมให้เกิดการจัดทำดัชนีหรือระบบติดตามผลร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิก เช่น การประเมินสุขภาวะในระดับภูมิภาค การเฝ้าระวังโรคร่วม หรือการรายงานความก้าวหน้าต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งช่วยส่งเสริมธรรมาภิบาลและความโปร่งใส (UNESCAP, 2019) การส่งเสริมสุขภาพในระดับภูมิภาคยังจำเป็นต้องสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาและข้อตกลงระดับโลก เช่น กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) ของ WHO หรือกรอบสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ เพื่อให้ภูมิภาคสามารถปรับตัวและตอบสนองได้อย่างสอดคล้องกับมาตรฐานสากล (WHO, 2005)

โดยสรุป แนวคิดภูมิภาคนิยมเป็นทั้งกรอบวิเคราะห์และกลไกเชิงปฏิบัติที่มีศักยภาพในการยกระดับความร่วมมือด้านสุขภาพในอาเซียน ทั้งในแง่การตอบสนองต่อความท้าทายร่วม การสร้างบทบาทของประเทศในเวทีระหว่างประเทศ และการส่งเสริมระบบสุขภาพที่ยั่งยืนผ่านความร่วมมือในระดับภูมิภาค ดังนั้น การทำความเข้าใจแนวคิดภูมิภาคนิยมจึงมีความสำคัญต่อการออกแบบนโยบาย การพัฒนากลไกความร่วมมือ และการเสริมสร้างบทบาทของประเทศไทยในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข (ASEAN Health Cluster) ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2.1.5.2 แนวคิดการบริหารจัดการแบบเครือข่าย (Network Governance) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจมากขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในบริบทของการจัดการภาครัฐ

และนโยบายสาธารณะ แนวคิดนี้เน้นการบริหารงานผ่านความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ แทนที่จะใช้โครงสร้างลำดับชั้นแบบดั้งเดิม (Rhodes, 1997) ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนแปลงบทบาทของรัฐจากผู้ควบคุมไปสู่ผู้ประสานความร่วมมือ แนวคิดนี้ถือเป็นแนวทางในการจัดการที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะในโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่ปัญหามีลักษณะข้ามพรมแดน การจัดการด้านสาธารณสุข เช่น การควบคุมโรคอุบัติใหม่ การเสริมสร้างระบบสุขภาพ และการเฝ้าระวังโรค จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งในระดับชาติและระหว่างประเทศ (Kickbusch & Gleicher, 2012) ลักษณะสำคัญของการบริหารจัดการแบบเครือข่าย คือ การมีความสัมพันธ์แบบแนวนอน (horizontal relationships) ซึ่งแตกต่างจากระบบราชการแบบดั้งเดิมที่เน้นความสัมพันธ์แบบแนวตั้ง ความสัมพันธ์แนวนอนนี้สร้างความเสมอภาคในการตัดสินใจ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลายเข้ามามีบทบาทร่วม (Klijn & Koppenjan, 2016) นอกจากนี้ การบริหารจัดการแบบเครือข่ายยังเน้นการสร้าง confianza (trust) ระหว่างองค์กรต่าง ๆ ความไว้วางใจถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดต้นทุนในการประสานงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และทรัพยากร (Provan & Kenis, 2008)

องค์ประกอบของการบริหารจัดการแบบเครือข่ายประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย เช่น หน่วยงานของรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันวิจัย องค์กรระหว่างประเทศ และภาคประชาชน ซึ่งมีบทบาทและอิทธิพลที่แตกต่างกันไป การออกแบบโครงสร้างความร่วมมือจึงต้องมีความยืดหยุ่นและยืดโยงกับบริบทของปัญหา ในบริบทของสุขภาพ แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ในหลายระดับ เช่น การสร้างเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล การร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรพัฒนาเอกชน หรือการประสานงานระหว่างประเทศสมาชิกในกลุ่มความร่วมมือด้านสุขภาพของอาเซียน (ASEAN Secretariat, 2021) ข้อได้เปรียบของการบริหารจัดการแบบเครือข่ายคือ ความสามารถในการรับมือกับปัญหาที่มีลักษณะเชิงซ้อนและพลวัตสูง โดยอาศัยศักยภาพจากหลายองค์กรที่มีทรัพยากรและความเชี่ยวชาญต่างกัน การรวมศักยภาพนี้ช่วยให้เกิดนวัตกรรม และเพิ่มความยืดหยุ่นในการตอบสนองต่อปัญหา (Sørensen & Torfing, 2007) อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการแบบเครือข่ายก็มีข้อจำกัด เช่น ความยากในการควบคุม ความล่าช้าในการตัดสินใจ และความไม่แน่นอนของผลลัพธ์ โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีองค์กรนำ (lead organization) ที่ชัดเจน หรือเมื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน (Provan & Kenis, 2008) รูปแบบของการบริหารจัดการแบบเครือข่ายมีได้หลายลักษณะ เช่น แบบที่มีองค์กรนำ (lead organization-governed network), แบบมีศูนย์กลางกลาง (network

administrative organization), และแบบที่ไม่มีศูนย์กลาง (shared governance) ซึ่งแต่ละแบบมีความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและลักษณะของปัญหาแตกต่างกัน (Kenis & Provan, 2009) การเลือกใช้รูปแบบของการบริหารจัดการแบบเครือข่าย จึงควรพิจารณาจากความซับซ้อนของปัญหา ระดับของความไว้วางใจระหว่างองค์กร และระดับของการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หากความไว้วางใจสูง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเสมอภาค อาจเหมาะกับรูปแบบ shared governance การประยุกต์ใช้การบริหารจัดการแบบเครือข่ายในกรอบความร่วมมือด้านสุขภาพของอาเซียน แสดงให้เห็นถึงการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่น การแบ่งปันบทบาท และการประสานงานระหว่างประเทศสมาชิก โดยแต่ละประเทศมีบทบาททั้งในระดับผู้นำและผู้ร่วมขับเคลื่อนกิจกรรม (ASEAN Secretariat, 2021)

ตัวอย่างของการดำเนินงานภายใต้แนวคิดนี้ เช่น โครงการร่วมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดทำแนวทางปฏิบัติร่วมด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ หรือการวางระบบติดตามและประเมินผลร่วมกันในระดับภูมิภาค ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จของการบริหารจัดการแบบเครือข่าย ได้แก่ ความชัดเจนของบทบาท การมีเป้าหมายร่วม ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และกลไกสร้างความไว้วางใจ เช่น การประชุมสม่ำเสมอ การจัดการความขัดแย้ง และการใช้เทคโนโลยีเพื่ออำนวยความสะดวก (Klijn & Koppenjan, 2016) ในขณะเดียวกัน ความท้าทายของการบริหารจัดการแบบเครือข่ายคือ ความไม่แน่นอนทางการเมือง การเปลี่ยนแปลงของผู้นำ การขาดแคลนทรัพยากร และการไม่มีระบบติดตามผลที่เป็นมาตรฐาน การออกแบบระบบติดตามผลและการวัดความก้าวหน้าจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อสร้างความโปร่งใสและความรับผิดชอบร่วมกัน การบริหารจัดการแบบเครือข่ายยังต้องการทักษะใหม่ของผู้นำ เช่น การเป็นผู้ประสานงาน การจัดการกับความหลากหลาย และการสร้างความสัมพันธ์ที่ยั่งยืน ทักษะเหล่านี้อาจแตกต่างจากทักษะของผู้บริหารในระบบราชการแบบเดิม (Agranoff & McGuire, 2001)

โดยสรุป แนวคิดการบริหารจัดการแบบเครือข่ายเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับยุคสมัยที่ความร่วมมือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลาย การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในบริบทของอาเซียนจะช่วยเสริมสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในระดับภูมิภาค

2.1.5.3 การทูตด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Diplomacy - IHD) คือแนวคิดและกระบวนการที่เน้นการใช้กลไกทางการทูตในการจัดการปัญหาสาธารณสุขที่ข้าม

พรมแดน โดยประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ องค์การพหุภาคี และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของประชากรโลก (Kickbusch et al., 2007) แนวคิดนี้เกิดจากความตระหนักถึงความท้าทายด้านสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งโรคติดต่อ ภัยพิบัติ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสังคมต่าง ๆ มีผลกระทบข้ามพรมแดน ส่งผลให้การดำเนินนโยบายสุขภาพต้องอาศัยการประสานงานระหว่างประเทศ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (Fidler, 2010) แนวคิดการทูตด้านสุขภาพระหว่างประเทศ จึงเป็นพื้นที่บรรจบระหว่างการทูตดั้งเดิมที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ของรัฐ และนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ที่มุ่งเน้นประโยชน์ต่อประชาชน โดยมีทั้งลักษณะของความร่วมมือและการแข่งขันในเวทีระหว่างประเทศ (Lee & Smith, 2011) ตัวอย่างสำคัญ ได้แก่ การจัดทำกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations - IHR) การต่อรองกับบริษัทข้ามชาติเรื่องการเข้าถึงยารักษาโรค และการประสานงานระหว่างประเทศในสถานการณ์โรคระบาด เช่น COVID-19 ซึ่งแสดงให้เห็นบทบาทสำคัญของกลไกทางการทูตในระบบสุขภาพโลก (WHO, 2005; 2021)

บทบาทขององค์การอนามัยโลกและองค์การระหว่างประเทศ เช่น WTO, UNICEF, UNDP และ GAVI มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการทูตด้านสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลก ทำหน้าที่ทั้งในฐานะผู้อำนวยความสะดวกและผู้นำเชิงเทคนิค เพื่อให้ประเทศสมาชิกมีกรอบร่วมในการดำเนินงาน (Chan et al., 2010) ส่วนในระดับภูมิภาค องค์การอย่างอาเซียนหรือสหภาพยุโรป ก็มีบทบาทด้านการทูตด้านสุขภาพ ผ่านกลไกความร่วมมือด้านสุขภาพ เช่น กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข (ASEAN Health) ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมโยงของประเทศสมาชิก และใช้เวทีความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน (ASEAN Secretariat, 2021) หนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการทูตด้านสุขภาพคือการส่งเสริม 'สุขภาพในทุกนโยบาย' (Health in All Policies - HiAP) ซึ่งจำเป็นต้องมีการเจรจาและประสานผลประโยชน์ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภายในประเทศและในเวทีระหว่างประเทศ (Kickbusch et al., 2012) นอกจากนี้ การทูตด้านสุขภาพยังช่วยผลักดันประเด็นสุขภาพให้กลายเป็นวาระสำคัญในนโยบายต่างประเทศ เช่น การกำหนดเป้าหมายสุขภาพในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และการใช้สุขภาพเป็นเครื่องมือในการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ (Frenk & Moon, 2013)

รูปแบบของการทูตด้านสุขภาพมีหลายระดับ ได้แก่ การทูตระหว่างรัฐ (state diplomacy) การทูตผ่านองค์การพหุภาคี (multilateral diplomacy) และการทูตที่นำโดยภาคประชาสังคม (track II diplomacy) ซึ่งแต่ละรูปแบบมีบทบาทในการกำหนดกรอบความร่วมมือและนโยบาย

สุขภาพโลก (Kickbusch et al., 2007) การดำเนินการดูแลสุขภาพต้องอาศัยทักษะเฉพาะ ทั้งด้านการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การเข้าใจความหลากหลายทางวัฒนธรรม และการจัดการกับความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ของรัฐและผลประโยชน์ด้านสุขภาพสาธารณะ (Lee & Pang, 2014) การทูตด้านสุขภาพยังเป็นเวทีในการสร้างสมดุลระหว่างสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน กับกฎเกณฑ์ทางการค้าระหว่างประเทศ เช่น กรณิ TRIPS และการใช้มาตรการคุ้มครองสิทธิบัตรยาในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งแสดงให้เห็นความซับซ้อนของการทูตในยุคปัจจุบัน (Fidler, 2003)

ประเทศไทยมีบทบาทด้านการทูตด้านสุขภาพ ผ่านการเข้าร่วมในเวทีการประชุมขององค์การอนามัยโลก, อาเซียน, และการดำเนินนโยบายต่างประเทศที่คำนึงถึงสุขภาพ เช่น การขับเคลื่อนประเด็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า Universal Health Coverage (UHC) ในเวทีโลก (Tangcharoensathien et al., 2015) การดำเนินงานของไทยในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข ก็ถือเป็นการประยุกต์ใช้การทูตด้านสุขภาพในระดับภูมิภาค โดยใช้การทูตแบบเครือข่ายและสร้างพันธมิตรเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ (ASEAN Secretariat, 2021) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการทูตด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเป็นผู้นำทางการเมือง ความต่อเนื่องของนโยบาย ความเข้มแข็งของระบบข้อมูลสุขภาพ และการมีบุคลากรที่มีความรู้ทั้งในด้านสุขภาพและการทูต (Frenk & Moon, 2013) อย่างไรก็ตาม การทูตด้านสุขภาพยังเผชิญความท้าทาย เช่น ความไม่สมดุลของอำนาจระหว่างประเทศ ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ และข้อจำกัดด้านทรัพยากร ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

โดยสรุป การทูตด้านสุขภาพระหว่างประเทศไม่เพียงเป็นกลไกสนับสนุนการจัดการโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง ยั่งยืน และมีความเสมอภาคในระดับโลก

2.1.6 ลักษณะของความร่วมมือด้านสุขภาพในภูมิภาค ความร่วมมือด้านสุขภาพในระดับภูมิภาคเป็นกลไกสำคัญในการรับมือกับปัญหาสาธารณสุขร่วมกันของประเทศต่าง ๆ ที่มีบริบททางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ และสังคมใกล้เคียงกัน ความร่วมมือเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศสมาชิกในการรับมือกับโรคระบาด ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาวะของประชากรในภูมิภาค (Riggirozzi & Yeates, 2015) ลักษณะสำคัญของความร่วมมือสุขภาพในภูมิภาคคือการอาศัยหลักการพึ่งพาอาศัยกัน (interdependence) ซึ่งสะท้อนว่าประเทศต่าง ๆ

ไม่สามารถจัดการปัญหาด้านสุขภาพได้โดยลำพัง เช่น การระบาดของโรคโควิด 19 ได้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการจัดทำมาตรการร่วมกันทั้งด้านการเฝ้าระวัง การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการกระจายวัคซีน (ASEAN Secretariat, 2021) ความร่วมมือด้านสุขภาพในระดับภูมิภาคมักใช้กลไกที่ไม่เป็นทางการ (soft governance) เช่น ข้อตกลงร่วม แนวปฏิบัติ (guidelines) และเครือข่ายวิชาการ มากกว่าการใช้อำนาจบังคับ ซึ่งสะท้อนแนวทางแบบยืดหยุ่นและสร้างความไว้วางใจระหว่างประเทศสมาชิก (Chigas, 2007) ลักษณะอีกประการหนึ่งของความร่วมมือสุขภาพในภูมิภาคคือ การยึดโยงกับสถาบันระดับภูมิภาค เช่น สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN) สหภาพแอฟริกา (African Union) หรือองค์การความร่วมมือแห่งเอเชียใต้ (SAARC) โดยองค์กรเหล่านี้มีบทบาทเป็นเวทีในการประสานนโยบายระหว่างประเทศสมาชิก (Lammer, 2020)

การดำเนินงานในระดับภูมิภาคยังเน้นการใช้แนวทางข้ามภาคส่วน (intersectoral approach) โดยเชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับด้านอื่น ๆ เช่น การศึกษา สิ่งแวดล้อม และการพัฒนาเศรษฐกิจ ซึ่งสะท้อนแนวคิด 'Health in All Policies' (WHO, 2014) ลักษณะของความร่วมมือสุขภาพในภูมิภาคยังรวมถึงการแลกเปลี่ยนความรู้ เทคโนโลยี และการเสริมสร้างศักยภาพ เช่น โครงการอบรม การศึกษาดูงาน หรือ การสร้างฐานข้อมูลร่วม ซึ่งช่วยยกระดับขีดความสามารถของทั้งภูมิภาค (Kickbusch et al., 2012) ปัจจุบันภูมิภาคนิยมด้านสุขภาพ (health regionalism) มีแนวโน้มขยายตัวมากขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งการรวมกลุ่มในระดับภูมิภาคช่วยให้ประเทศสมาชิกสามารถต่อรองและกำหนดวาระสุขภาพที่ตรงกับบริบทของตนได้ดียิ่งขึ้น (Riggirozzi & Tussie, 2012) อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือสุขภาพในภูมิภาคยังมีข้อจำกัด เช่น ความไม่สมดุลของทรัพยากร ระดับการพัฒนา และระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ ความแตกต่างเหล่านี้อาจทำให้การบูรณาการนโยบายเป็นไปอย่างล่าช้าและมีความท้าทายในการประสานงาน (Balabanova et al., 2013) อีกลักษณะที่สำคัญของความร่วมมือสุขภาพในภูมิภาค คือการให้ความสำคัญกับประเด็นที่มีความอ่อนไหวทางการเมือง เช่น การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติ การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง ซึ่งต้องอาศัยความยืดหยุ่นและความเข้าใจบริบททางวัฒนธรรมและการเมืองของประเทศสมาชิก (Lee et al., 2020) ลักษณะของความร่วมมือสุขภาพในภูมิภาคมักใช้กรอบเวลาระยะกลางถึงยาว เช่น แผนปฏิบัติการ 5 ปี หรือ ยุทธศาสตร์ร่วม ซึ่งช่วยสร้างความต่อเนื่องของการดำเนินงาน และเอื้อต่อการติดตามประเมินผลร่วมกัน (ASEAN Secretariat, 2021) สำหรับความสำเร็จของความร่วมมือสุขภาพในระดับภูมิภาคยังขึ้นอยู่กับ

ผู้นำทางการเมืองและระดับของความไว้วางใจระหว่างประเทศสมาชิก โดยเฉพาะในกรณีที่มีประเทศหนึ่งทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการผลักดันวาระสุขภาพร่วม (Frenk & Moon, 2013) นอกจากนี้ยังมีการสร้างกลไกติดตามความก้าวหน้า เช่น ระบบรายงานผลตัวชี้วัดสุขภาพระดับภูมิภาค การจัดประชุมระดับรัฐมนตรี และการจัดทำรายงานสถานการณ์สุขภาพของภูมิภาคอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและความรับผิดชอบร่วมกัน (WHO SEARO, 2019) ความร่วมมือในระดับภูมิภาคยังเป็นพื้นที่สำหรับการทดลองนวัตกรรมด้านนโยบาย เช่น การใช้ระบบดิจิทัลในการติดตามโรคระบาด การบูรณาการระบบข้อมูลระหว่างประเทศ และการสนับสนุนการเข้าถึงเทคโนโลยีสุขภาพที่มีราคาย่อมเยา (Gates Foundation, 2021) ลักษณะการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับภูมิภาคจึงมีความซับซ้อนมากกว่าการทำงานแบบทวีภาคี เพราะต้องจัดการกับผลประโยชน์และลำดับความสำคัญที่แตกต่างกัน แต่หากสามารถบริหารจัดการความหลากหลายเหล่านี้ได้ จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนในระดับภูมิภาค

โดยสรุป ลักษณะของความร่วมมือสุขภาพในภูมิภาคสะท้อนถึงแนวโน้มของการจัดการสุขภาพแบบองค์รวมที่ไม่จำกัดอยู่ภายในประเทศใดประเทศหนึ่ง แต่ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดในระดับภูมิภาคเพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพร่วมกันในระยะยาว

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ (Critical Success Factors: CSFs)

2.2.1 ความหมายของปัจจัยความสำเร็จ

แนวคิดเรื่อง ปัจจัยความสำเร็จ (Critical Success Factors: CSFs) ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ 1970 โดยเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการระบุปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของโครงการ องค์กร หรือนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะในบริบทที่มีความซับซ้อนสูงและมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย Rockart (1979) ได้อธิบายว่า ปัจจัยความสำเร็จ คือ “ปัจจัยจำเป็นที่ต้องมีหรือดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้” ซึ่งหมายความว่า หากปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถควบคุมหรือพัฒนาได้อย่างเหมาะสม ความสำเร็จของโครงการหรือยุทธศาสตร์ก็必将มีความเสี่ยงที่จะไม่บรรลุผล

ปัจจัยความสำเร็จได้กลายมาเป็นเครื่องมือในการวางแผนกลยุทธ์ การบริหารจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล โดยเฉพาะในโครงการเชิงนโยบายและความร่วมมือระหว่างประเทศที่ต้องเผชิญกับความซับซ้อนทั้งเชิงโครงสร้าง สังคม การเมือง และวัฒนธรรม (Bullen & Rockart, 1981) การใช้แนวคิดของปัจจัยความสำเร็จได้ทำให้องค์กรสามารถระบุลำดับความสำคัญของการดำเนินงาน

แยกแยะกิจกรรมหลักจากกิจกรรมสนับสนุน และจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับในบริบทของความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศ ปัจจัยความสำเร็จไม่เพียงแต่ช่วยระบุว่าประเด็นใดควรได้รับการผลักดันก่อน แต่ยังช่วยสะท้อนถึงความสามารถในการสร้างความเข้าใจร่วม ความไว้วางใจ และการประสานงานข้ามพรมแดน เช่น การกำหนดปัจจัยความสำเร็จ ในการดำเนินงานภายใต้ ASEAN Health Cluster Framework จะช่วยให้ประเทศผู้นำและประเทศสมาชิกสามารถกำหนดแนวทางร่วมที่มีความเป็นไปได้สูง และสามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างเป็นระบบ (Thomson & Perry, 2006) นอกจากนี้ ปัจจัยความสำเร็จยังเชื่อมโยงกับแนวคิดของการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของร่วม (shared ownership) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความร่วมมือที่ยั่งยืนในระดับภูมิภาค องค์ประกอบที่มักได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ความเป็นผู้นำเชิงกลยุทธ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระบบติดตามประเมินผลที่โปร่งใส และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกกระดับ (Bryson et al., 2006)

2.2.2 องค์ประกอบของปัจจัยความสำเร็จในความร่วมมือระหว่างประเทศ

องค์ประกอบของปัจจัยความสำเร็จ (Critical Success Factors: CSFs) ในบริบทของความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนนโยบายและกิจกรรมร่วมอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ท่ามกลางความหลากหลายด้านระบบสุขภาพ วัฒนธรรม และระดับการพัฒนาของประเทศสมาชิก การกำหนดองค์ประกอบเหล่านี้จึงต้องอิงกับทั้งหลักการของการบริหารภาครัฐแบบมีส่วนร่วม (collaborative governance) และแนวคิดระบบเครือข่ายในระดับภูมิภาค (network governance) (Bryson et al., 2015)

องค์ประกอบแรกที่สำคัญคือ ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์และวิสัยทัศน์ร่วม (strategic leadership and shared vision) การที่ประเทศใดประเทศหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลัก (lead country) ของกิจกรรมภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียน เช่น ใน ASEAN Health Cluster จะต้องแสดงบทบาทในการกำหนดทิศทาง ขับเคลื่อนการดำเนินงาน และสร้างแรงจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิกอื่น ๆ โดยวิสัยทัศน์ร่วมจะช่วยเชื่อมโยงจุดมุ่งหมายของแต่ละประเทศเข้ากับผลประโยชน์ส่วนรวมของภูมิภาค (Crosby & Bryson, 2005) องค์ประกอบที่สองคือ กลไกการสื่อสารและการบริหารจัดการข้อมูลอย่างโปร่งใส (effective communication and transparent information management) การสื่อสารระหว่างประเทศต้องมีความชัดเจน สม่ำเสมอ และเคารพบริบทของแต่ละ

ประเทศ การมีช่องทางแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระบบ เช่น ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ กลไกรายงานผล หรือเครือข่ายผู้ประสานงานระดับชาติ จะช่วยลดความเข้าใจผิด และเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจร่วม (Gray, 1989) องค์ประกอบที่สามคือ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder engagement) ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ โดยเฉพาะการมีบทบาทของภาคประชาชน องค์กรวิชาชีพ และภาคีระหว่างประเทศ เช่น WHO, UNICEF, JICA ซึ่งจะช่วยเสริมพลังการขับเคลื่อนนโยบายให้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ มากขึ้น และสร้างความเป็นเจ้าของร่วมในโครงการ (Ansell & Gash, 2008) องค์ประกอบที่สี่คือ ระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (monitoring and evaluation system) ซึ่งช่วยให้สามารถปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การกำหนดตัวชี้วัดร่วม (common indicators) ระหว่างประเทศสมาชิก และการรายงานผลความคืบหน้าเป็นระยะ จะช่วยสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตาม และส่งเสริมความรับผิดชอบร่วมของภูมิภาค (Hatry, 2006) องค์ประกอบสุดท้ายคือ ความยั่งยืนของทรัพยากรและการสนับสนุนทางวิชาการ (resource sustainability and technical support) ทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้ ประเทศผู้นำต้องสามารถระดมทรัพยากรจากภายในประเทศและความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิกอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัด และขยายผลนโยบายในระดับภูมิภาค (Kanter, 1994)

2.2.3 ตัวอย่างของปัจจัยความสำเร็จในบริบทนโยบายสุขภาพ

ในบริบทของความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพ การระบุปัจจัยความสำเร็จ (Critical Success Factors: CSFs) ถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานมีทิศทางชัดเจนและสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยเหล่านี้ครอบคลุมทั้งมิติของการสนับสนุนเชิงนโยบาย กลไกการประสานงานระหว่างประเทศ ความพร้อมด้านทรัพยากร และความสามารถในการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อการตัดสินใจ โดยเฉพาะในกรอบความร่วมมือของอาเซียน ปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องของโครงการ ความเข้มแข็งของเครือข่าย และการสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืน การทำความเข้าใจปัจจัยความสำเร็จ จึงไม่เพียงช่วยเสริมประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน แต่ยังเป็นพื้นฐานสำคัญในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และการกำหนดนโยบายที่ตอบสนองต่อความท้าทายระดับภูมิภาค และโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำเสนอภาพรวมของปัจจัยดังกล่าวอย่างชัดเจน ตารางต่อไปนี้จะสรุปตัวอย่างปัจจัยความสำเร็จในบริบทของความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพ พร้อมยกกรณีศึกษาเพื่อสะท้อนการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

ตารางที่ 2.1 แสดงปัจจัยความสำเร็จ (CSFs) ในบริบทความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพ

ปัจจัยความสำเร็จ (CSFs)	คำอธิบาย	ตัวอย่างกรณีศึกษา
ข้อผูกพันและการสนับสนุนจากผู้นำทางการเมือง (High-Level Political Commitment)	การสนับสนุนจากรัฐบาลและผู้นำประเทศช่วยให้ความร่วมมือมีความต่อเนื่องและได้รับทรัพยากรเพียงพอ	อาเซียนร่วมกันกำหนด “ASEAN Post-2015 Health Development Agenda” และจัดตั้ง ASEAN Health Clusters
กลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ (Effective International Coordination Mechanism)	โครงสร้างและช่องทางสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างประเทศและภายในประเทศเพื่อขับเคลื่อนงาน	ระบบ National Focal Point ภายใต้ International Health Regulations (IHR 2005)
ความเชื่อถือและความโปร่งใส (Mutual Trust and Transparency)	การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจร่วมต้องอยู่บนพื้นฐานของความโปร่งใส	การรายงานสถานการณ์ COVID-19 และโรคระบาดต่อ WHO ตามข้อกำหนดของ IHR
การใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Decision Making)	ใช้ข้อมูลวิจัยและตัวชี้วัดร่วมเพื่อกำหนดทิศทางและติดตามผล	การใช้ดัชนี Global Burden of Disease เพื่อวิเคราะห์ภาระโรคในแต่ละประเทศ
การมีทรัพยากรเพียงพอและยั่งยืน (Adequate and Sustainable Resources)	มีงบประมาณ บุคลากร และโครงสร้างพื้นฐานที่เพียงพอ	กองทุนโลก (Global Fund) สนับสนุนงบประมาณในการควบคุมเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย
การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Capacity Building)	พัฒนาความรู้ด้านเทคนิค การประสานงาน และภาษาต่างประเทศ	โครงการฝึกอบรม Field Epidemiology Training Program (FETP) ในภูมิภาคอาเซียน
การบูรณาการกับนโยบายและแผนงานภายในประเทศ (Integration with National Policies)	สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ประเทศเพื่อให้เกิดการนำไปใช้จริง	แผนการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อของไทยสอดคล้องกับ Global Action Plan for NCDs ขององค์การอนามัยโลก

ปัจจัยความสำเร็จ (CSFs)	คำอธิบาย	ตัวอย่างกรณีศึกษา
การสื่อสารและการ ประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ (Effective Communication and Advocacy)	การเผยแพร่ข้อมูลและผลลัพธ์ ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ	การใช้ ASEAN Health Information Portal เป็น ช่องทางสื่อสารข่าวสารสุขภาพ

ตารางที่ 2.1 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยความสำเร็จ (Critical Success Factors: CSFs) ที่มีบทบาทสำคัญต่อความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพ โดยเฉพาะภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียน ปัจจัยเหล่านี้ถูกระบุจากการสังเคราะห์เอกสารเชิงวิชาการและกรณีศึกษาที่เกิดขึ้นจริง เพื่อสะท้อนถึงองค์ประกอบที่เอื้อต่อการบรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับภูมิภาค ตัวอย่างเช่น การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำระดับสูงจะช่วยสร้างความต่อเนื่องของนโยบายและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเพียงพอ ขณะที่การมีกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพและความเชื่อถือระหว่างประเทศจะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และหลักฐานวิชาการในการตัดสินใจ เป็นสิ่งที่จะช่วยให้การดำเนินงานมีทิศทางชัดเจนและสามารถติดตามความก้าวหน้าได้จริง การมีทรัพยากรที่เพียงพอและยั่งยืน เช่น งบประมาณ บุคลากร และโครงสร้างพื้นฐาน จะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการบูรณาการงานความร่วมมือเข้ากับนโยบายระดับประเทศ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องและสามารถนำไปใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอุปสรรคและข้อจำกัด

2.3.1 ความหมายของอุปสรรคและข้อจำกัด

อุปสรรค (Barrier) หมายถึง ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ขัดขวางหรือชะลอการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายใน เช่น การขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ หรือระบบการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ และปัจจัยภายนอก เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายขององค์กรระหว่างประเทศ หรือสถานการณ์ทางการเมืองและเศรษฐกิจที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินโครงการ (Peters et al., 2008) อุปสรรคในงานด้านความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสุขภาพมักเกี่ยวข้องกับความแตกต่างด้านภาษา วัฒนธรรม ระบบกฎหมาย และโครงสร้างการบริหารของประเทศสมาชิก ซึ่งส่งผลต่อการประสานงานและการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน (WHO, 2010)

ข้อจำกัด (Limitation) หมายถึง เงื่อนไข ปัจจัย หรือข้อกำหนดที่จำกัดขอบเขตและความสามารถในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างประเทศ ซึ่งอาจกระทบต่อประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ หรือความยั่งยืนของความร่วมมือ ข้อจำกัดเหล่านี้ อาจเกิดจากความแตกต่างด้านนโยบายและกฎหมาย โครงสร้างองค์กร ระบบบริหารจัดการ การสื่อสาร และทรัพยากรของแต่ละประเทศ (Kickbusch et al., 2007) นอกจากนี้ยังรวมถึงข้อจำกัดจากบริบทภายนอก เช่น ความตึงเครียดทางการเมือง ความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ หรือข้อจำกัดทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณและบุคลากร (Fidler, 2010)

ในกรอบความร่วมมือด้านสาธารณสุข ข้อจำกัดดังกล่าวอาจปรากฏในรูปแบบของความแตกต่างด้านมาตรฐานและวิธีการเก็บข้อมูล ความไม่สอดคล้องของระบบติดตามประเมินผล การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ล่าช้าหรือไม่ครอบคลุม รวมถึงความท้าทายในการสร้างความเข้าใจร่วมกันด้านวัฒนธรรมและภาษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินงานร่วมกัน (WHO, 2013)

2.3.2 ขอบเขตของการวิเคราะห์อุปสรรคและข้อจำกัด

1) ด้านนโยบายและโครงสร้าง การวิเคราะห์อุปสรรคและข้อจำกัดในมิติของนโยบายและโครงสร้าง จะมุ่งพิจารณาความสอดคล้องระหว่างกรอบความร่วมมือของอาเซียนด้านสาธารณสุข ประเด็นสาธารณสุขที่ 1 กับยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้เห็นถึงระดับความเชื่อมโยงและการนำไปปฏิบัติอย่างแท้จริง อีกทั้งยังวิเคราะห์บทบาทของหน่วยงานรับผิดชอบหลักของไทยว่ามีอำนาจหน้าที่ กลไกสนับสนุน และทรัพยากรเพียงพอที่จะทำหน้าที่ประสานงานและขับเคลื่อนงานร่วมกับประเทศสมาชิกหรือไม่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาโครงสร้างการบริหารและกลไกการประสานงาน ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศว่ามีประสิทธิภาพเพียงพอสำหรับการดำเนินงานในกรอบอาเซียนหรือไม่

2) ด้านกระบวนการดำเนินงาน มิติของกระบวนการดำเนินงานจะวิเคราะห์ถึงความต่อเนื่องของการขับเคลื่อนโครงการ ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากการหมุนเวียนบุคลากรที่ทำให้ความรู้และประสบการณ์สะสมสูญหาย รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพของช่องทางการสื่อสาร ทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ ว่ามีความรวดเร็วและแม่นยำเพียงใด อีกทั้งยังต้องพิจารณาระบบติดตามและ

ประเมินผลว่ามีตัวชี้วัดที่ชัดเจนหรือไม่ และข้อมูลที่ได้สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบหรือไม่

3) ด้านทรัพยากร ในด้านทรัพยากรจำเป็นต้องวิเคราะห์ถึงความเพียงพอของงบประมาณทั้งจากแหล่งภายในประเทศและความช่วยเหลือจากองค์กรระหว่างประเทศ ตลอดจนความพร้อมของบุคลากรในเชิงจำนวนและคุณภาพ โดยเฉพาะทักษะด้านภาษา การสื่อสารเชิงนโยบาย และการเข้าใจในกลไกระหว่างประเทศ นอกจากนี้ การมีเครื่องมือและเทคโนโลยีสนับสนุน เช่น ระบบฐานข้อมูล และแพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับการทำงานร่วมกัน ก็เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน

4) ด้านบริบทสังคมและวัฒนธรรม การวิเคราะห์ด้านนี้จะพิจารณาถึงความแตกต่างทางภาษา วัฒนธรรม และค่านิยมด้านสุขภาพระหว่างประเทศสมาชิก ซึ่งอาจส่งผลต่อการสื่อสาร การตีความข้อมูล และการยอมรับมาตรการร่วมกัน รวมถึงการสำรวจบทบาทของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมภายใต้ความร่วมมืออาเซียนมากน้อยเพียงใด เนื่องจากการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของภาคส่วนต่าง ๆ จะช่วยให้การดำเนินงานมีความครอบคลุมและยั่งยืนมากขึ้น

2.3.3 อุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงานภายใต้กรอบความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ

1) อุปสรรคด้านโครงสร้างและระบบการบริหารจัดการ หมายถึง ปัญหาที่เกิดจากการจัดรูปแบบโครงสร้างองค์กรและกระบวนการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานร่วมกันในกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น การมีสายการบังคับบัญชาที่ยาวและซับซ้อน การขาดหน่วยงานกลางที่มีอำนาจตัดสินใจอย่างชัดเจน หรือการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่สอดคล้องกับภารกิจจริง (Mintzberg, 1993) สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้การประสานงานข้ามหน่วยงานและข้ามประเทศเกิดความล่าช้า และขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ ความแตกต่างของระบบราชการและกระบวนการตัดสินใจระหว่างประเทศสมาชิกยังเป็นอุปสรรคสำคัญ เพราะแต่ละประเทศมีกรอบกฎหมาย มาตรฐาน และขั้นตอนการอนุมัติที่ต่างกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่สอดคล้องและยืดระยะเวลาการดำเนินโครงการ (Hanf et al., 2012) การแก้ปัญหาจำเป็นต้องมีการจัดตั้งกลไกการประสานงานที่มีอำนาจและความยืดหยุ่น พร้อมทั้งการสร้าง ความเข้าใจร่วมกันในระดับนโยบายและปฏิบัติการ

2) อุปสรรคด้านทรัพยากรและงบประมาณ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและงบประมาณเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ถูกกล่าวถึงบ่อยที่สุดในความร่วมมือระหว่างประเทศ เนื่องจากการดำเนินโครงการด้านสาธารณสุขต้องการการลงทุนทั้งในด้านบุคลากร เครื่องมือ เทคโนโลยี และงบประมาณสำหรับการประชุมหรือแลกเปลี่ยนข้อมูล (World Health Organization, 2010) การจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอ หรือไม่ตรงตามระยะเวลาที่วางแผนไว้ อาจทำให้แผนงานต้องปรับลดกิจกรรมหรือลดคุณภาพของการดำเนินงาน

ในกรอบความร่วมมือของอาเซียนด้านสาธารณสุข ข้อจำกัดด้านทรัพยากรยังรวมถึงการพึ่งพาทุนสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ เช่น WHO, UNICEF หรือ JICA ซึ่งแม้จะช่วยให้เกิดการเริ่มต้นโครงการได้ แต่หากขาดความยั่งยืนในระยะยาว อาจทำให้โครงการหยุดชะงักเมื่อสิ้นสุดการสนับสนุนทางการเงิน ดังนั้น ความสำเร็จของความร่วมมือจำเป็นต้องมีการวางแผนงบประมาณที่มั่นคง และการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสมระหว่างประเทศสมาชิก

3) อุปสรรคด้านการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูล การสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญของความร่วมมือระหว่างประเทศ แต่บ่อยครั้งจะพบอุปสรรคจากความแตกต่างด้านภาษา วัฒนธรรม และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Lewis, 2006) การตีความข้อมูลที่ต่างกันอาจทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน ส่งผลต่อการตัดสินใจและการดำเนินโครงการร่วมกัน ซึ่งในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุขนั้น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศยังพบข้อจำกัดด้านรูปแบบและมาตรฐานข้อมูล เช่น บางประเทศใช้ระบบติดตามประเมินผลที่มีตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกัน หรือมีความถี่ในการรายงานแตกต่างกัน ส่งผลให้การรวมข้อมูลระดับภูมิภาคเป็นไปได้ยาก การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องมีการพัฒนารอบมาตรฐานข้อมูลร่วม (common data framework) และช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็วและปลอดภัย

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Thanaphong Inthawong, et al. (2018) ศึกษาเรื่อง “ASEAN Health Cooperation on Non-Communicable Diseases (NCDs): Opportunities and Challenges” งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาความร่วมมือของประเทศสมาชิกอาเซียนด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) โดยใช้กรอบกลไกระดับภูมิภาค ได้แก่ Senior Officials Meeting on Health Development (SOMHD) และ ASEAN Health Ministers Meeting (AHMM) เป็นเวทีหลักในการ

กำหนดนโยบายร่วม การศึกษาครอบคลุมการวิเคราะห์บทบาทของแต่ละประเทศสมาชิกในการดำเนินมาตรการควบคุม NCDs การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการบูรณาการนโยบายจากระดับภูมิภาคสู่ระดับประเทศและชุมชน ผลการศึกษาพบว่าความสำเร็จของความร่วมมือขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ (1) ความพร้อมด้านข้อมูลและระบบสารสนเทศ ซึ่งเอื้อต่อการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (2) การสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายระดับสูง ที่ช่วยให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรและความต่อเนื่องของนโยบาย และ (3) การบูรณาการในระดับชุมชน เพื่อให้มาตรการด้านสุขภาพสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ งานวิจัยยังเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อยกระดับความร่วมมือ ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานข้อมูลด้าน NCDs ระดับภูมิภาค การจัดตั้งกลไกติดตามและประเมินผลร่วม (Joint Monitoring Mechanism) และการส่งเสริมโครงการนำร่องที่มุ่งสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถรับมือกับความท้าทายด้าน NCDs ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

Phua, K. H., & Lee, H. P. (2015) ศึกษาวิจัยเรื่อง งานวิจัย “ASEAN and public health: Progress and priorities” งานวิจัยนี้วิเคราะห์พัฒนาการของความร่วมมือด้านสาธารณสุขในกรอบอาเซียนตั้งแต่ก่อตั้งสมาคมในปี ค.ศ. 1967 จนถึงปัจจุบัน โดยเน้นการสำรวจโครงสร้างกลไกความร่วมมือทั้งในระดับรัฐมนตรี (ASEAN Health Ministers Meeting) และระดับเจ้าหน้าที่อาวุโส (Senior Officials Meeting on Health Development) ตลอดจนโครงการและกิจกรรมร่วมที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น การควบคุมโรคระบาด การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก และการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีความเข้มแข็งในระดับภูมิภาค ผลการศึกษาชี้ว่า แม้ความร่วมมือด้านสาธารณสุขในอาเซียนจะมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีความท้าทายหลายประการ เช่น ความแตกต่างของระบบสุขภาพและศักยภาพของแต่ละประเทศ การขาดมาตรฐานข้อมูลสุขภาพร่วม และข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ นักวิจัยเสนอให้เร่งสร้าง มาตรฐานข้อมูลสุขภาพระดับภูมิภาค (Regional Health Data Standards) เพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาโครงการ ฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Cross-country Health Workforce Training) เพื่อยกระดับศักยภาพบุคลากรและเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระยะยาว ข้อเสนอแนะสำคัญของงานวิจัยนี้คือ การกำหนดประเด็นสุขภาพลำดับความสำคัญร่วมกันของภูมิภาค และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศสุขภาพแบบบูรณาการ ซึ่งจะช่วยให้อาเซียนสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพข้ามพรมแดนได้อย่างทันที่และมี

ประสิทธิภาพ พร้อมทั้งเพิ่มขีดความสามารถของภูมิภาคในการเผชิญกับวิกฤตสาธารณสุขในอนาคตอย่าง
ยั่งยืน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

บทนี้นำเสนอระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาบริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทย ภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 โดยอธิบายขั้นตอนและกระบวนการศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดำเนินงานมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ และสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้อย่างครบถ้วน เนื้อหาในบทนี้ครอบคลุมถึงรูปแบบการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีลักษณะเป็นการศึกษาเชิงกรณีศึกษา (Case Study Research) มุ่งศึกษาลึกลงในกรณีเฉพาะของประเทศไทยในการดำเนินงาน ภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 และเป็นการศึกษามุ่งเน้นการวิเคราะห์เชิงบริบท (Context Analysis) เพื่อตรวจสอบบทบาทของประเทศไทยในระดับภูมิภาค กลไกการดำเนินงานภายในประเทศ ความเชื่อมโยงของนโยบาย และปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานความร่วมมือด้านสาธารณสุขภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 เช่น เจ้าหน้าที่ระดับนโยบาย หรือปฏิบัติการในกระทรวงสาธารณสุข (เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต ฯลฯ)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้บริหารที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานหรือประสานงานในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 โดยเฉพาะผู้ที่เคยเข้าร่วมประชุมระดับอาเซียน เป็นผู้ประสานงานหลักหรือมีบทบาทในการจัดทำรายงาน/ขับเคลื่อนแผนงาน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ได้แก่

- 1) มีประสบการณ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงานภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียน ด้านสาธารณสุข อย่างน้อย 1 ปี
- 2) ปฏิบัติงานอยู่ในตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน บริหาร หรือประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ
- 3) ยินยอมให้ข้อมูลในการศึกษา

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องการศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับคำถามวิจัย ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล และความเป็นปัจจุบัน
2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) พัฒนาโดยอ้างอิงจากวัตถุประสงค์การศึกษาและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวคิด Critical Success Factors (CSFs), Network Governance, International Health Diplomacy, ASEAN Health Cluster Framework แบบสัมภาษณ์จะประกอบด้วยคำถามหลักและคำถามย่อย เช่น บทบาทของท่านในการดำเนินงานภายใต้กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1, ปัจจัยใดที่เอื้อต่อความสำเร็จของกิจกรรม, อุปสรรคหรือความท้าทายที่พบในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนากลไกความร่วมมือในอนาคต
3. แบบฟอร์มขอความยินยอม (Informed Consent Form) เพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลในการศึกษาและรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล
4. เครื่องบันทึกเสียง/จดบันทึกภาคสนาม ใช้เพื่อบันทึกข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อนำมาถอดความ (transcription) และวิเคราะห์เนื้อหา

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมการก่อนเก็บข้อมูล

- 1.1 ศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบแนวคำถามสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2 พัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide)

1.3 ประสานหน่วยงานเพื่อขออนุญาตเข้าพบกลุ่มเป้าหมาย และนัดหมายวันเวลา

2. วิธีการเก็บข้อมูลหลัก: การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

2.1 ดำเนินการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

2.2 การสัมภาษณ์อาจดำเนินการแบบพบตัว (face-to-face) หรือผ่านระบบออนไลน์ เช่น Zoom หรือ MS Teams ตามความเหมาะสม

2.3 ใช้เครื่องบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ (โดยได้รับความยินยอมล่วงหน้า)

2.4 การสัมภาษณ์แต่ละรายใช้เวลาประมาณ 45–60 นาที

3. การถอดความและจัดเตรียมข้อมูล นำไฟล์เสียงมาถอดความเป็นลายลักษณ์อักษร (verbatim transcription)

4. ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และจัดเก็บไฟล์อย่างปลอดภัย พร้อมปกปิดชื่อผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อรักษาความลับ

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อแยกแยะสาระสำคัญ โดยจำแนกตามหัวข้อ ได้แก่ ปัจจัยความสำเร็จ, อุปสรรค/ข้อจำกัด, กลไกที่เอื้อต่อความร่วมมือ และข้อเสนอแนะเชิงระบบ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาบริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทย ภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียน ด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 การส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 บริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1

4.1.1 ความเป็นมาของกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความร่วมมือด้านสาธารณสุขในกรอบอาเซียนมีรากฐานมาจากกรอบทางกฎหมายและนโยบายสำคัญหลายประการ โดยเฉพาะ “กฎบัตรอาเซียน” (ASEAN Charter) ที่ประกาศใช้ในปี ค.ศ. 2008 ซึ่งได้กำหนดให้สุขภาพเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญภายใต้หลักการของประชาคมอาเซียน โดยเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน และการพัฒนาอย่างยั่งยืน (ASEAN, 2008) กฎบัตรอาเซียนถือเป็นเอกสารแม่บทที่กำหนดทิศทางการดำเนินงานของประเทศสมาชิก โดยระบุไว้อย่างชัดเจนในหมวดที่ 1 ว่าอาเซียนจะส่งเสริมสุขภาวะที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ผ่านการแลกเปลี่ยนความรู้และการสร้างเสริมระบบสุขภาพ (ASEAN Charter, Article 1.11) ภายใต้กฎบัตรอาเซียน ได้มีการพัฒนา “แผนแม่บทประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน” (ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint - ASCC) ซึ่งเป็นกลไกเชิงนโยบายหลักที่กำหนดกรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการรับมือกับโรคติดต่อและไม่ติดต่อ (ASEAN, 2016) แผนแม่บทฯ ฉบับปัจจุบัน (2025) ได้เน้นยุทธศาสตร์สำคัญ เช่น การเสริมสร้างระบบสาธารณสุขที่ครอบคลุมและเข้มแข็ง การส่งเสริมสุขภาพจิต และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพในภาวะวิกฤติ ซึ่งสะท้อนถึงมิติใหม่ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับการพัฒนาที่ยั่งยืน (ASEAN ASCC Blueprint, 2025) โดยในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับภูมิภาค มีกลไกสำคัญคือ การประชุมระดับรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข (ASEAN Health Ministers Meeting - AHMM) ซึ่งเป็นกลไกการประชุมระดับรัฐมนตรีของ

ประเทศสมาชิกอาเซียน มีบทบาทในการกำหนดนโยบายระดับสูงและกำกับทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพ (ASEAN, 2021) ซึ่งการประชุมรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขจะจัดขึ้นทุกสองปี เพื่อประเมินความคืบหน้า เสนอแนวทางเชิงยุทธศาสตร์ และผลักดันข้อริเริ่มใหม่ ๆ ด้านสุขภาพ เช่น การรับมือกับโรคโควิด 19 การส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีน และการจัดทำระบบข้อมูลสุขภาพร่วมของภูมิภาค (AHMM Joint Statement, 2020)

กลไกระดับปฏิบัติที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การประชุมเจ้าหน้าที่อาวุโสด้านสาธารณสุขอาเซียน (Senior Officials Meeting on Health Development - SOMHD) ซึ่งทำหน้าที่ในการติดตาม แปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และประสานงานโครงการต่าง ๆ ภายใต้การรับรองของการประชุมรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข (ASEAN Secretariat, 2019) ซึ่ง SOMHD จะทำหน้าที่กำกับการดำเนินงานของกลุ่มประเด็นสาธารณสุข โดยใช้แผนปฏิบัติงานแบบ 5 ปี เป็นกรอบแนวทาง (ASEAN Post-2015 Health Development Agenda – APHDA ปี 2021–2025)

4.1.2 กรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพของอาเซียน (ASEAN Health Cluster Framework) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อจัดระเบียบการดำเนินงานด้านสุขภาพให้มีความชัดเจน สอดคล้องกับบริบทของประเทศสมาชิก และสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) และแผนแม่บทประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน พ.ศ. 2568 (ASEAN Secretariat, 2021) กรอบการดำเนินงานของกลุ่มประเด็นสาธารณสุขดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นภายใต้ “ASEAN Post-2015 Health Development Agenda – APHDA” ฉบับปี 2016 – 2020 ซึ่งได้รับการริเริ่มเพื่อขับเคลื่อนความร่วมมือด้านสุขภาพของประเทศสมาชิกอาเซียนหลังปี 2015 โดยมีวิสัยทัศน์ “A Healthy, Caring and Sustainable ASEAN Community” ต่อมาปี 2021–2025 อาเซียนได้ปรับปรุงเป็นแผนการดำเนินงานฉบับใหม่ โดยได้รับการรับรองจากการประชุมอาเซียนด้านสาธารณสุขระดับเจ้าหน้าที่อาวุโส (SOMHD) ครั้งที่ 16 ในเดือนตุลาคม 2564 และการประชุมอาเซียนด้านสาธารณสุขระดับรัฐมนตรี (AHMM) ครั้งที่ 15 ในเดือนพฤษภาคม 2565 (ASEAN Secretariat, 2024) ฉบับใหม่นี้ยังคงวิสัยทัศน์เดิม แต่เพิ่มเติมกรอบแนวทางดำเนินงาน เช่น การมีส่วนร่วมของทั้งสังคมและภาครัฐ (whole-of-society/government), การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (people-centred), การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม (innovation), และการเสริมภาพลักษณ์อาเซียนในเวทีสุขภาพโลก (positioning ASEAN in global health) (ASEAN Secretariat, 2024)

กรอบการดำเนินงานนี้แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มประเด็นสาธารณสุข ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีเป้าหมายและขอบเขตเฉพาะด้าน (ASEAN Secretariat, 2021) ประกอบด้วย

กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 Promoting Healthy Lifestyle มุ่งส่งเสริมการใช้ชีวิตให้มีสุขภาพดีตลอดช่วงวัย ผ่านการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs), ลดการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์, ป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บ, ส่งเสริมสุขภาพจิต, อาชีวนามัย, การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี, และโภชนาการที่ดี

กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 2 Responding to All Hazards and Emerging Threats เตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ เช่น โรคติดต่อ ภัยทางสิ่งแวดล้อม การจัดการภัยพิบัติ และโรคใหม่ที่เกิดขึ้น โดยเน้นการเสริมระบบรับมือและประสานความร่วมมือในระดับภูมิภาค

กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 3 Strengthening Health System and Access to Care มุ่งปรับปรุงระบบสุขภาพให้รองรับการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพครอบคลุม เช่น การดูแลสุขภาพทั้งหมด (UHC), หลากหลายวิธีการรักษา (Traditional & Complementary Medicine), การดูแลกลุ่มเปราะบาง (หญิง ตั้งครรภ์ เด็ก แรงงานข้ามชาติ), พัฒนยา และพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ

กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 4 Ensuring Food Safety มุ่งส่งเสริมความปลอดภัยของอาหาร ซึ่งรวมถึงการตรวจสอบความเสี่ยงด้านอาหาร อนุมัติระบบอาหารปลอดภัย และสุขภาพสิ่งแวดล้อม เช่น น้ำดื่มและสุขาภิบาล

โดยในแต่ละกลุ่มประเด็นสาธารณสุขจะประกอบด้วยประเด็นสำคัญหรือ Health Priority ซึ่งการกำหนดประเด็นสุขภาพที่มีความสำคัญนั้น เป็นกระบวนการที่มีโครงสร้างชัดเจน โดยอาศัยทั้งข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และความต้องการร่วมของประเทศสมาชิก เพื่อสร้างแนวทางการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในระดับภูมิภาคอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ประเด็นสุขภาพสำคัญในแต่ละกลุ่มประเด็นสาธารณสุข ถูกกำหนดผ่านกระบวนการหารือของคณะเจ้าหน้าที่อาวุโสด้านสุขภาพ (Senior Officials Meeting on Health Development: SOMHD) และการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียน (ASEAN Health Ministers Meeting: AHMM) โดยมีกรอบนโยบายใหญ่ที่อ้างอิงคือ ASEAN Post-2015 Health Development Agenda และยุทธศาสตร์ ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint 2025 ซึ่งส่งเสริมแนวทางการพัฒนาสุขภาพที่ครอบคลุมเท่าเทียม ยั่งยืน และสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable

Development Goals: SDGs) การกำหนดประเด็นสำคัญในแต่ละกลุ่มประเด็นสุขภาพยังอาศัยแนวทาง “ประเทศผู้รับผิดชอบหลัก” (Lead Country Mechanism) โดยที่ประเทศสมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศ จะอาสาเป็นผู้นำประเด็นในแต่ละกลุ่มประเด็นสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน การดำเนินงาน ประสานความร่วมมือ และติดตามความก้าวหน้า โดยมีสำนักงานเลขาธิการอาเซียน (ASEAN Secretariat) ทำหน้าที่สนับสนุนเชิงเทคนิคและเชิงบริหาร ความโดดเด่นของกรอบ การดำเนินงานกลุ่มประเด็นสาธารณสุขนี้อยู่ที่ การใช้ “กลไกประเทศผู้รับผิดชอบหลัก” (Lead Country Mechanism) ซึ่งประเทศสมาชิกแต่ละรายจะรับผิดชอบเป็นผู้นำในประเด็นเฉพาะภายในกลุ่มประเด็น สาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนจากประเทศอื่น ๆ เพื่อดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติงานร่วมกันที่ กำหนดในช่วงเวลา 5 ปี โดยกำหนดเป็นแผนปฏิบัติงานปี 2564–2568 (ASEAN Health Cluster Work Programme 2021–2025) กรอบการดำเนินงานนี้ยังเปิดกว้างให้มีความร่วมมือกับองค์กรภายนอก เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO), องค์การยูนิเซฟ (UNICEF), หน่วยงานความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) และอื่นๆ เพื่อสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของ “การบริหารจัดการแบบเครือข่าย” (Network Governance) ที่เน้นการทำงานข้ามภาคส่วน (Lee & Pang, 2014) ในการกำกับดูแลภาพรวมของกรอบการดำเนินงานกลุ่มประเด็นสาธารณสุข จะมี การประชุมเจ้าหน้าที่อาวุโสด้านสุขภาพ (SOMHD) ซึ่งเป็นกลไกระดับปฏิบัติที่ทำหน้าที่ติดตาม ความก้าวหน้า ประสานงาน และรายงานต่อการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียน (ASEAN Health Ministers Meeting – AHMM) ซึ่งทำหน้าที่กำหนดนโยบายและกรอบยุทธศาสตร์ระดับสูง (ASEAN, 2021) อีกทั้งกรอบนี้ยังเน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่น เช่น ภาคประชาสังคม สถาบันวิชาการ และ ภาคเอกชน ผ่านกระบวนการเวทีหารือเชิงนโยบาย (policy dialogues) เพื่อให้การดำเนินงานมีความ ครอบคลุมและสะท้อนถึงความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในภูมิภาค (Koh, 2015) กรอบการ ดำเนินงานกลุ่มประเด็นสุขภาพของอาเซียนยังมีความยืดหยุ่นสูง เนื่องจากไม่มีลักษณะเป็นพันธกรณี บังคับ (non-binding mechanism) ซึ่งช่วยส่งเสริมความสมัครใจ ความคิดริเริ่ม และการแบ่งปันความ รับผิดชอบในประเด็นสำคัญทางสุขภาพระหว่างประเทศสมาชิก (Chandra, 2017) ประเทศไทยเองมี บทบาทสำคัญในการผลักดันงานทุกกลุ่มประเด็นสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของประเทศในการเป็น ผู้นำด้านนโยบายสาธารณสุขในระดับภูมิภาค (Tangcharoensathien et al., 2021)

โดยสรุป กรอบการดำเนินงานกลุ่มประเด็นสาธารณสุขภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุขเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่มีโครงสร้างชัดเจน ยืดหยุ่น และเปิดกว้างสำหรับความร่วมมือหลายฝ่าย ซึ่งช่วยเสริมศักยภาพของประเทศสมาชิกในการรับมือกับความท้าทายด้านสุขภาพร่วมกัน และสร้างความมั่นคงสุขภาพในระดับภูมิภาคอย่างยั่งยืน

4.2 แนวทางการดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข

4.2.1 กลไกและโครงสร้างการดำเนินงาน

การดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุขมีความเป็นระบบและสอดคล้องกับกรอบความร่วมมือของอาเซียน โดยมีการแต่งตั้งหน่วยงานหลักในประเทศเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน ขับเคลื่อนนโยบาย และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ โดยได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 123/2560 เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2560 แต่งตั้งคณะกรรมการความร่วมมือกลุ่มประเด็นสาธารณสุขอาเซียน (ระดับ Cluster) มีโครงสร้างที่ประกอบด้วยกลุ่มประเด็นสาธารณสุข 4 กลุ่ม และหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงหน่วยงานรับผิดชอบหลักจำแนกตามกลุ่มประเด็นสาธารณสุข

กลุ่มประเด็นสาธารณสุข	ประเด็นหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1	การส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี (Promoting Healthy Lifestyle)	กรมอนามัย
กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 2	การตอบโต้อันตรายและภัยคุกคามต่างๆ (Responding to all hazards and emerging threats)	กรมควบคุมโรค
กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 3	การเสริมสร้างระบบสาธารณสุขและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ (Strengthening health system and access to care)	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 4	ความมั่นใจในความปลอดภัยของอาหาร (Ensuring food safety)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

4.2.2 เป้าหมาย กลยุทธ์การดำเนินงาน ประเด็นสำคัญและกิจกรรมในกลุ่มประเด็น สาธารณสุขที่ 1

ภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 การส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี (Promoting Healthy Lifestyle) มุ่งเน้นการยกระดับสุขภาพของประชากรอาเซียนผ่านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ การเสริมสร้างสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดจนการป้องกันการบาดเจ็บและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยการกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์หลักมีความสำคัญต่อการวางทิศทางการร่วมมือของประเทศสมาชิก เพื่อให้เกิดการบูรณาการนโยบาย การปฏิบัติการ และการติดตามประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การดำเนินงานอ้างอิงจากแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) และสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เพื่อให้ตอบสนองต่อความท้าทายด้านสุขภาพของภูมิภาคในศตวรรษที่ 21 (ASEAN, 2022; WHO, 2018) โดยกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์หลักไว้ดังตารางที่ 4.2 ดังนี้

ตารางที่ 4.2 แสดงเป้าหมายและกลยุทธ์หลักของกลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1

เป้าหมาย	กลยุทธ์หลัก
เป้าหมายที่ 1 เพื่อให้ประชาคมอาเซียนบรรลุศักยภาพด้านสุขภาพสูงสุด ด้วยการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เป้าหมายที่ 2 เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในทุกช่วงวัย	1. เสริมศักยภาพและความสามารถในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพตลอดช่วงชีวิต เช่น ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย โภชนาการที่ไม่เหมาะสม ภาวะทุพโภชนาการ สุขภาพจิต การบาดเจ็บ และอันตรายในสถานที่ทำงาน
	2. ส่งเสริมนโยบายและโครงการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า นำแนวทางป้องกันและควบคุม NCDs และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมาปฏิบัติด้วยวิธีที่มีต้นทุนเหมาะสมและต่อเนื่อง
	3. เสริมสร้างเครือข่ายและการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระดับภูมิภาค ผ่านการสร้างงานรณรงค์, แลกเปลี่ยนหลักปฏิบัติที่ดี (good practices), และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกช่วงวัยและบริบทต่าง ๆ
	4. พัฒนากลไกติดตามและประเมินผลเพื่อสนับสนุน การดำเนินงาน สร้างระบบเฝ้าระวังและประเมินผลที่เข้มแข็ง สำหรับประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของการดำเนินงาน

4.2.3 ประเด็นสำคัญ (Health Priority) และกิจกรรมของกลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 ในบริบทของประเทศไทย

ประเทศไทยในฐานะหนึ่งในสมาชิกอาเซียน ได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานภายใต้กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 การส่งเสริมวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดีอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ ในบริบทของประเทศไทยนั้น การเข้าร่วมกรอบความร่วมมือดังกล่าวไม่เพียงช่วยสร้างเวทีในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์ กับประเทศสมาชิกอาเซียนอื่น ๆ แต่ยังเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพในระดับชาติให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล การดำเนินงานของไทยในประเด็นสาธารณสุขที่ 1 มุ่งเน้นทั้งการพัฒนาเชิงนโยบาย รวมถึงการพัฒนาในระดับการขับเคลื่อนนโยบาย ซึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 ได้มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานภายใต้กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1

Health Priority (HP)	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
HP 1: Prevention and control of NCDs	- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค - สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
HP 2: Reduction of tobacco consumption and harmful use of alcohol	- กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค - สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
HP 3: Prevention of injuries	- กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค
HP 4: Promotion of occupational health	- กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค - โรงพยาบาลพระปิตุลาธิราชรังสฤษฎิ์ กรมการแพทย์
HP 5: Promotion of mental health	- กรมสุขภาพจิต
HP 6: Promotion of healthy and active aging	- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ - ศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ACAI) - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
HP 7: Promotion of good nutrition and healthy diet	- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย - สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ในการดำเนินงานภายใต้แผนปฏิบัติการ ASEAN Health Cluster Work Programme 2021–2025 นั้น ได้มีการแบ่งบทบาทในการดำเนินงานโดยใช้กลไกประเทศผู้รับผิดชอบหลัก (Lead Country) ในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเป็นรูปธรรม สำหรับประเทศไทยมีกิจกรรมที่รับเป็นประเทศผู้รับผิดชอบหลัก ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 แสดงกิจกรรมภายใต้กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 ที่ประเทศไทยเป็นประเทศผู้รับผิดชอบหลัก (Lead Country)

Health Priority (HP)	กิจกรรม	หน่วยงานรับผิดชอบ
HP 1: Prevention and control of NCDs:	1.1 Promotion of telehealth on NCD response among AMS	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
	1.2 Establishment of ASEAN Burden of Disease Network to Undertake Workshops on NCDs	สำนักพัฒนานโยบาย สุขภาพระหว่างประเทศ
HP 2: Reduction of tobacco consumption and harmful use of alcohol	2.1 and dissemination of One AMS Voice Commitment in protecting from industry interference and involvement in control for i. Tobacco use ii. Alcohol consumption	(i) กองงานคณะกรรมการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค (ii) สำนักงาน คณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
	2.2 Development and implementation of work plan to operationalize the ASEAN Framework for Action on Alcohol Control	สำนักงานคณะกรรมการ ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
HP 3: Prevention of injuries	3.1 Finalization and implementation of ASEAN Standards on Data Reporting on Road Traffic Crashes	กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค
HP 4: Promotion of occupational health	4.1 Finalization and implementation of ASEAN Guideline on Occupational	โรงพยาบาลนพรัตนราช ธานี กรมการแพทย์

Health Priority (HP)	กิจกรรม	หน่วยงานรับผิดชอบ
	Health Surveillance Criteria at Workplace	
	4.2 Conduct of Regional Multisectoral Forum to Share Good Practices and Experiences Related to Occupational Health	กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
HP 5: Promotion of mental health	5.1 Finalization of ASEAN Guideline on the Integration of Mental Health into Training Programmes of Undergraduate Doctors and Nurses	กรมสุขภาพจิต
HP 6: Promotion of healthy and active aging	6.1 Operationalization of ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI)	ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI)
	6.2 Development and exchange learning programme for AMS on i. Dementia health care ii. Geriatric service unit/clinic/hospital iii. Elderly health data for referral to care	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
HP 7: Promotion of good nutrition and healthy diet	7.1 Conduct of ASEAN Breastfeeding Forum	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
	7.2 Minimum standards and guidelines on actions to protect children from the harmful impact of marketing of food and non-alcoholic beverage in the ASEAN Region	สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

4.2.4 การประสานความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ

การประสานความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศเป็นกลยุทธ์สำคัญของประเทศไทย ภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถทางวิชาการ สนับสนุนทรัพยากร และบูรณาการมาตรฐานสากลเข้าสู่การดำเนินงานในประเทศ พันธมิตรหลัก เช่น องค์การอนามัยโลก, กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF), Center for Mental Health จากมหาวิทยาลัยเมลเบิร์น, Alive and Thrive, Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA) และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) มีบทบาททั้งในด้านการให้ทุนสนับสนุน การถ่ายทอดเทคโนโลยี และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ทำให้ประเทศไทยสามารถเข้าถึงองค์ความรู้และนวัตกรรมที่ทันสมัย รวมถึงได้เรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศจากประเทศอื่น ๆ นอกจากนี้ การทำงานร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศยังช่วยให้ประเทศไทยสามารถบูรณาการมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติสากลให้สอดคล้องกับบริบทในประเทศ สิ่งเหล่านี้ช่วยยกระดับคุณภาพของนโยบายสาธารณสุขไทยให้สอดคล้องกับเป้าหมายของภูมิภาคและระดับโลก ซึ่งในระยะยาว การประสานความร่วมมือดังกล่าวยังช่วยเสริมบทบาทความเป็นผู้นำของประเทศไทยในเวทีภูมิภาคอาเซียน ผ่านการเป็นเจ้าภาพประชุมวิชาการ การเข้าร่วมคณะทำงานเฉพาะด้าน และการเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ในประเด็นสำคัญ เช่น โภชนาการเด็ก และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ ส่งผลให้ประเทศไทยไม่เพียงเสริมสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็งภายในประเทศ แต่ยังมีส่วนร่วมสำคัญในการกำหนดทิศทางความร่วมมือด้านสุขภาพของภูมิภาคอีกด้วย

4.3 บริบทการทำงานและบทบาทของผู้ให้ข้อมูล

จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1: การส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี (ASEAN Health Cluster 1: Promoting Healthy Lifestyle) ซึ่งสามารถอธิบายได้ในมิติต่าง ๆ ดังนี้

1) บริบทด้านหน่วยงานและตำแหน่งหน้าที่ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานที่มีบทบาทหลักและบทบาทสนับสนุนต่อการดำเนินงานของประเทศไทยในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 โดยมีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลัก (National Focal Point) ในการขับเคลื่อนกลยุทธ์และกิจกรรมต่าง ๆ ในกลุ่มประเด็น

สาธารณสุขที่ 1 นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น สำนักโภชนาการ หน่วยงานจากกรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ ซึ่งทำหน้าที่พัฒนาองค์ความรู้และสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการกำหนดทิศทางเชิงนโยบาย

2) บริบทด้านประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศตั้งแต่ 5–25 ปี โดยบางคนเริ่มจากงานภาคสนามด้านการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนเลื่อนระดับขึ้นมาทำงานด้านนโยบายและการประสานความร่วมมือในระดับภูมิภาค ความเชี่ยวชาญของผู้ให้ข้อมูลครอบคลุมหลายสาขา เช่น โภชนาการและความมั่นคงทางอาหาร, การควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs), สุขภาพจิต, การสูงวัยอย่างมีคุณภาพ, และการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ ทำให้สามารถให้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง ครอบคลุมทั้งในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และปฏิบัติ

3) บริบทการทำงานในเครือข่ายอาเซียน ผู้ให้ข้อมูลหลายคนมีบทบาทในเครือข่ายการทำงานของอาเซียนอย่างต่อเนื่อง ผ่านการเข้าร่วมประชุมในระดับต่าง ๆ เช่น การประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียน (ASEAN Health Ministers Meeting: AHMM) ซึ่งเป็นเวทีสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์และทิศทางการดำเนินงานระดับสูง และการประชุมเจ้าหน้าที่อาวุโสด้านสาธารณสุข (Senior Officials Meeting on Health Development: SOMHD) ที่ทำหน้าที่ติดตามความก้าวหน้าของโครงการและกำหนดรายละเอียดการปฏิบัติ รวมทั้งการประชุมเชิงเทคนิค (Technical Meetings) ที่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานระดับเทคนิคได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และองค์ความรู้กับผู้เชี่ยวชาญจากประเทศสมาชิกและองค์กรระหว่างประเทศ การมีส่วนร่วมในเวทีเหล่านี้ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถสื่อสารความต้องการของประเทศไทยต่อภูมิภาค และในทางกลับกัน สามารถนำองค์ความรู้ใหม่ ๆ มาปรับใช้ในบริบทของประเทศได้อย่างเหมาะสม

สำหรับบทบาทของผู้ให้ข้อมูล สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1) บทบาทเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมโดยตรงในการกำหนดทิศทางและกรอบยุทธศาสตร์ของประเทศไทย ภายใต้กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 ผ่านการประชุมและการหารือในระดับภูมิภาคอย่างต่อเนื่อง โดยบทบาทสำคัญประกอบด้วย การเสนอประเด็นเชิงนโยบายสำคัญที่ประเทศไทยมีศักยภาพหรือความเชี่ยวชาญ เช่น การส่งเสริมโภชนาการเด็กและเยาวชน การควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มประชากร

เพราะบาง การบูรณาการนโยบายและยุทธศาสตร์ระหว่างระดับชาติและภูมิภาค เพื่อให้การดำเนินงาน สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ ASEAN Post-2015 Health Development Agenda, ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint 2025 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) นอกจากนี้ยังมี บทบาทในการติดตามและกำกับทิศทางการดำเนินงานของประเทศสมาชิก โดยเฉพาะในโครงการที่ ประเทศไทยเป็นประเทศหลัก (Lead Country) ทำให้ไทยมีบทบาทเชิงรุกในเวทีอาเซียน

2) บทบาทเชิงปฏิบัติการ ในระดับปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลทำหน้าที่แปลงยุทธศาสตร์และโดย มุ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมตามประเด็นสุขภาพหลัก (Health Priorities) ที่เกี่ยวข้อง เช่น การพัฒนา แนวทางและคู่มือปฏิบัติในด้านต่าง ๆ เช่น การบูรณาการสุขภาพจิตในหลักสูตรการเรียนการสอนแพทย์ และพยาบาล การสร้างระบบเฝ้าระวังด้านโภชนาการ และการพัฒนากลยุทธ์ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง การดำเนินโครงการนำร่องเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของมาตรการก่อนขยายผลสู่ ระดับประเทศ การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อรายงานความก้าวหน้าแก่ฝ่ายเลขาธิการอาเซียน (ASEAN Secretariat) และใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

3) บทบาทในฐานะผู้แทนประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลหลายคนมีบทบาทสำคัญในฐานะ ตัวแทนประเทศไทยในเวทีอาเซียนและนานาชาติ การเข้าร่วมประชุมและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับ ประเทศสมาชิกอื่นทำให้ประเทศไทยสามารถนำเสนอผลงานและความก้าวหน้าในระดับภูมิภาค พร้อมทั้ง นำข้อมูลและนวัตกรรมจากต่างประเทศกลับมาใช้ในประเทศได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุป บริบทและบทบาทของผู้ให้ข้อมูลแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงที่เข้มแข็ง ระหว่างระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลทำหน้าที่เป็นทั้งผู้กำหนดทิศทาง, ผู้ประสานงาน, และ ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานของประเทศไทยในกรอบความร่วมมืออาเซียน ด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 มีความครอบคลุม มีระบบ และสามารถตอบสนองต่อความ ต้องการของทั้งประเทศและภูมิภาคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้จึงเป็น ฐานสำคัญในการวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และแนวทางพัฒนาเพื่อเสริมศักยภาพของประเทศไทยในฐานะผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพในภูมิภาคอาเซียนในอนาคต

4.4 ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานของประเทศไทยในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1

จากการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึก (Content Analysis) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 (ASEAN Health Cluster 1: Promoting Healthy Lifestyle) สามารถจำแนกออกเป็นหลายมิติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยด้านนโยบายและโครงสร้าง (Policy and Structural Factors)

1.1 ความชัดเจนของนโยบายและกรอบยุทธศาสตร์ ประเทศไทยมีกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการของอาเซียน เช่น ASEAN Post-2015 Health Development Agenda (APHDA) และ ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint 2025 ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติและระดับภูมิภาคมีทิศทางที่สอดคล้องกันอย่างเป็นระบบ กรมอนามัยในฐานะผู้ประสานงานหลัก (National Focal Point) มีอำนาจในการกำหนดแผนงาน กำกับดูแล และติดตามผลการดำเนินงานในประเด็นหลัก (Health Priorities) ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 กลไกการประสานงานที่เป็นระบบ การมีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่แต่งตั้งคณะทำงานและผู้ประสานงานในแต่ละประเด็นสาธารณสุข ช่วยสร้างระบบการทำงานที่เป็นทางการและต่อเนื่อง ทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่ ส่งผลให้สามารถจัดลำดับความสำคัญ วางแผน และขับเคลื่อนโครงการได้อย่างเป็นขั้นตอน

1.3 การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนเชิงนโยบายและการให้ความสำคัญจากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เป็นแรงผลักดันสำคัญทำให้โครงการและกิจกรรมสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น และได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น

2. ปัจจัยด้านวิชาการและองค์ความรู้ (Academic and Knowledge Factors)

2.1 ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของบุคลากร ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนตรงกันว่าประเทศไทยมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสูงในหลายสาขา เช่น โภชนาการ, สุขภาพจิต, การควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) และการสู่วัยอย่างมีคุณภาพ ความเชี่ยวชาญเหล่านี้ทำให้ประเทศไทยสามารถออกแบบและดำเนินกิจกรรมเชิงวิชาการที่สอดคล้องกับแนวโน้มปัญหาสุขภาพของภูมิภาค

2.2 การใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์เชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายและการดำเนินโครงการในทุกกระดับ เช่น การใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังด้านโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพของประชากร

2.3 การเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ข้อมูลยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิก เช่น การเข้าร่วมประชุมเชิงวิชาการ การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติที่ดี (best practices) ในการพัฒนากิจกรรมและนโยบายของประเทศ

3. ปัจจัยด้านความร่วมมือและเครือข่าย (Collaboration and Network Factors)

3.1 ความร่วมมือระหว่างประเทศ ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศหลายแห่ง เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO), กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF), องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) ซึ่งสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ งบประมาณ และเทคนิค ทำให้กิจกรรมสามารถดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล

3.2 กลไกการเป็นประเทศผู้รับผิดชอบหลัก (Lead Country Mechanism) บทบาทของไทยในฐานะประเทศผู้รับผิดชอบหลัก ช่วยเพิ่มศักยภาพในการกำหนดทิศทางของประเด็นสุขภาพสำคัญ และยังทำให้ไทยสามารถเป็นศูนย์กลางการประสานงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูล ในประเด็นต่าง ๆ เช่น โภชนาการ สุขภาพจิต และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.3 เครือข่ายในประเทศที่เข้มแข็ง ข้อมูลระบุว่า ประเทศไทยมีเครือข่ายภายในประเทศที่แข็งแกร่ง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เช่น เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สามารถเป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารและขับเคลื่อนกิจกรรมในระดับพื้นที่

4. ปัจจัยด้านทรัพยากรและการสนับสนุน (Resources and Support Factors)

4.1 การจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์พบว่า การจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในแต่ละปี ช่วยให้สามารถดำเนินโครงการและติดตามผลได้อย่างต่อเนื่อง แม้บางปีจะมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ แต่การบริหารจัดการที่ยืดหยุ่นทำให้โครงการไม่หยุดชะงักหรือสามารถดำเนินต่อไปได้

4.2 การสนับสนุนด้านเทคนิคและเทคโนโลยี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและระบบสื่อสารออนไลน์ เช่น Zoom, MS Teams และ LINE Group ช่วยให้การประชุมและการประสานงานกับประเทศสมาชิกอาเซียนทำได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์โควิด-19

5. ปัจจัยด้านบทบาทและภาพลักษณ์ (Leadership and Image Factors)

5.1 ความเป็นผู้นำในภูมิภาค บทบาทของไทยในฐานะผู้นำด้านนโยบายและการปฏิบัติ ในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 ทำให้ประเทศไทยได้รับความไว้วางใจจากประเทศสมาชิกอาเซียนและองค์กรระหว่างประเทศ จากการวิเคราะห์ข้อมูลระบุว่าความสำเร็จในการริเริ่มและขับเคลื่อนโครงการสำคัญหลายโครงการ ทำให้ไทยมีภาพลักษณ์ที่เข้มแข็งในภูมิภาค

5.2 การสร้างความน่าเชื่อถือผ่านผลงานเชิงประจักษ์ ผลงานที่เป็นรูปธรรม เช่น การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในหลักสูตรแพทย์และพยาบาล หรือการจัดทำระบบเฝ้าระวังโภชนาการในระดับภูมิภาค ทำให้บทบาทของไทยได้รับการยอมรับและเชื่อถือในเวทีสากล

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของประเทศไทยในการดำเนินงานภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 คือ การผสมผสานระหว่างความชัดเจนของนโยบาย ความเชี่ยวชาญของบุคลากร เครือข่ายความร่วมมือที่แข็งแกร่ง การสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ และการยอมรับจากสังคม ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ประเทศไทยสามารถรักษาบทบาทเชิงรุกและต่อยอดการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนยกระดับมาตรฐานการทำงานให้สอดคล้องกับทิศทางสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก

4.5 อุปสรรคหรือข้อจำกัดของการดำเนินงานของประเทศไทยในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1

จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) อย่างละเอียดจากการสัมภาษณ์เชิง พบว่าแม้ประเทศไทยจะมีศักยภาพสูงและบทบาทที่โดดเด่นในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 (ASEAN Health Cluster 1: Promoting Healthy Lifestyle) แต่ก็ยังเผชิญอุปสรรคและข้อจำกัดหลายประการ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านนโยบายและโครงสร้าง (Policy and Structural Constraints)

1.1 การบูรณาการที่ยังไม่ได้มีรูปแบบ แม้จะมีกลไกคณะทำงานและกรอบยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน แต่จากข้อมูลระบุว่า การบูรณาการระหว่างหลายกระทรวง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษา กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงแรงงาน ยังไม่ราบรื่น แต่ละหน่วยงานมีวัตถุประสงค์และแนวปฏิบัติที่แตกต่างกัน ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายที่ต้องใช้หลายภาคส่วนร่วมกันมักเกิดความซ้ำซ้อน และขาดความสอดคล้องเชิงกลยุทธ์ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ต้องดำเนินงานเชิงบูรณาการร่วมกับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2 ความต่อเนื่องของนโยบายที่ไม่มั่นคง ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและลำดับความสำคัญของรัฐบาลในแต่ละช่วง ส่งผลให้บางแผนงานต้องถูกปรับลดหรือเลื่อนออกไป ทำให้การดำเนินงานบางโครงการขาดความต่อเนื่อง และไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ในระยะยาว

1.3 ข้อจำกัดด้านกฎหมายและระเบียบ ข้อมูลบ่งชี้ว่า การผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารที่มีน้ำตาลสูง หรือยาสูบ ยังเผชิญความล่าช้าจากกระบวนการทางกฎหมาย และการต่อต้านจากกลุ่มอุตสาหกรรม ทำให้มาตรการบางด้านไม่สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร (Resource and Human Capacity Constraints)

2.1 บุคลากรไม่เพียงพอและภาระงานสูง จากการวิเคราะห์พบว่า จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุขมีจำกัด และต้องดูแลงานหลายด้านพร้อมกัน ทั้งงานวิชาการ งานประสานงาน และการจัดทำรายงาน ทำให้บางครั้งไม่สามารถติดตามงานเชิงลึกหรือพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ ได้อย่างเต็มที่

2.2 การเปลี่ยนแปลงบุคลากรบ่อยครั้ง จากข้อมูลสะท้อนว่า การโยกย้ายหรือเปลี่ยนตัวผู้ประสานงานหลักหรือผู้แทนในคณะทำงานบ่อยครั้ง ทำให้ต้องใช้เวลาในการปรับตัวและเรียนรู้งานใหม่ ส่งผลให้การดำเนินงานบางโครงการล่าช้า และเกิดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างประเทศ

2.3 ข้อจำกัดด้านทักษะภาษาและการเจรจา จากการวิเคราะห์พบว่าบุคลากรบางส่วนยังขาดทักษะภาษาอังกฤษและทักษะการสื่อสารเชิงนโยบายในเวทีระหว่างประเทศ ทำให้การเจรจาและการผลักดันประเด็นในเวทีอาเซียนหรือระดับนานาชาติยังไม่เต็มประสิทธิภาพ

3. ข้อจำกัดด้านงบประมาณและการสนับสนุน (Financial and Logistical Limitations)

3.1 งบประมาณไม่เพียงพอ ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่า งบประมาณที่จัดสรรเพื่อการดำเนินงานในแต่ละปีมีจำกัด และต้องแข่งขันกับภารกิจอื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้บางโครงการไม่สามารถขยายผลไปยังทุกพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมายได้ตามแผน

3.2 ความไม่ยืดหยุ่นในการบริหารงบประมาณ จากข้อมูลพบว่า ขั้นตอนการจัดสรรและเบิกจ่ายงบประมาณซับซ้อนและล่าช้า ทำให้บางครั้งไม่สามารถปรับการดำเนินงานให้ทันต่อสถานการณ์ เช่น การระบาดของโควิด-19 ที่ต้องการการตอบสนองแบบเร่งด่วน

3.3 การพึ่งพาทุนสนับสนุนจากภายนอก โครงการหลายด้านต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก, กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF), Alive and Thrive และองค์การความร่วมมือของประเทศญี่ปุ่น (JICA) หากไม่มีการต่อเนื่องของทุนสนับสนุน โครงการเสี่ยงต่อการหยุดชะงัก และขาดความยั่งยืนในระยะยาว

4. ข้อจำกัดด้านระบบติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation Constraints)

4.1 ขาดระบบข้อมูลกลางที่เชื่อมโยง จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประเทศไทยยังไม่มีระบบฐานข้อมูลกลาง ที่เชื่อมโยงกับประเทศสมาชิกอาเซียน ทำให้การรวบรวม วิเคราะห์ และเปรียบเทียบข้อมูลความก้าวหน้าในระดับภูมิภาคทำได้ยาก และบางครั้งข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

4.2 ความไม่สอดคล้องของตัวชี้วัด ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนให้เห็นว่า ตัวชี้วัดที่ใช้ในระดับประเทศและระดับภูมิภาคไม่สอดคล้องกัน ทำให้การประเมินผลและการรายงานผลไม่สามารถสะท้อนความก้าวหน้าได้อย่างเที่ยงตรง

4.3 ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ แม้จะมีการใช้แพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อประชุมและรายงานผล แต่จากข้อมูลพบว่าบางหน่วยงานยังขาดทักษะและทรัพยากรที่เพียงพอในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศขั้นสูง เช่น ระบบวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์ หรือแพลตฟอร์มฐานข้อมูลแบบบูรณาการ

5. ข้อจำกัดด้านบทบาทและภาพลักษณ์ (Leadership and Image Limitations)

5.1 ภาระจากบทบาทการเป็นผู้นำ (Lead Country Burden) บทบาทของประเทศไทยในฐานะประเทศผู้รับผิดชอบหลัก (Lead Country) ทำให้ต้องรับผิดชอบมากกว่าประเทศสมาชิกอื่น เช่น

การเป็นเจ้าภาพประชุม การจัดทำรายงาน และการติดตามโครงการ ส่งผลให้บุคลากรต้องแบกรับภาระงานจำนวนมาก และบางครั้งเกินศักยภาพด้านกำลังคนและงบประมาณ

5.2 การแข่งขันจากประเทศสมาชิกอื่น ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า ประเทศสมาชิกบางประเทศ เช่น สิงคโปร์และมาเลเซีย มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีและทรัพยากรที่มากกว่า ทำให้บทบาทของไทยในบางโครงการถูกท้าทาย และต้องพัฒนาแนวทางเพื่อรักษาความเป็นผู้นำในเวทีภูมิภาค

สรุปในภาพรวม จะเห็นได้ว่าอุปสรรคและข้อจำกัดของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 เกิดจากปัจจัยหลายมิติดังกล่าวข้างต้น ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนว่าการพัฒนาศักยภาพเชิงโครงสร้าง การเพิ่มทรัพยากรบุคลากร การลงทุนในระบบข้อมูลและเทคโนโลยี และการปรับยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความยั่งยืนในระยะยาว เป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถรักษาบทบาทเชิงรุกและเพิ่มประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนความร่วมมือด้านสาธารณสุขในเวทีอาเซียนได้อย่างต่อเนื่องและมั่นคง

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทและแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทย ภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานของประเทศไทยในกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 3) เพื่อวิเคราะห์อุปสรรคหรือข้อจำกัดของประเทศไทยในการดำเนินงานภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 และ 4) เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนากลไกความร่วมมือของประเทศไทยในกรอบอาเซียนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข กลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 การส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี เป็นไปอย่างมีระบบและสอดคล้องกับกรอบนโยบายระดับภูมิภาค โดยมีกรมอนามัยเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงาน (Country Coordinator) และมีหน่วยงานอื่น ๆ ที่รับผิดชอบในแต่ละประเด็นสำคัญ (Health Priority) ทั้งนี้ ความร่วมมือด้านสาธารณสุขในกรอบอาเซียนมีรากฐานมาจาก “กฎบัตรอาเซียน” (ASEAN Charter) ซึ่งกำหนดให้สุขภาพเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญ และมีการพัฒนา “แผนแม่บทประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน” (ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint - ASCC) เพื่อเป็นกลไกเชิงนโยบาย กรอบการดำเนินงานนี้แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มประเด็นสาธารณสุข โดยกลุ่มที่ 1 เน้นการส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต, การป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs), การลดปัจจัยเสี่ยง, การส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการบาดเจ็บ กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุขได้ใช้กลไกที่สำคัญ เช่น กลไกประเทศผู้รับผิดชอบหลัก (Lead Country Mechanism) เพื่อรับผิดชอบในประเด็นเฉพาะด้าน ซึ่งช่วยเสริมศักยภาพในการกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพในระดับภูมิภาค นอกจากนี้ ยังมีการประสานความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศอย่างต่อเนื่อง เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์ความร่วมมือของประเทศญี่ปุ่น (JICA) กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และ Alive & Thrive เพื่อรับการสนับสนุน

ด้านวิชาการ, ทรัพยากร และเทคโนโลยี ทำให้สามารถยกระดับนโยบายสาธารณสุขของไทยให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานของประเทศไทยนั้นประกอบไปด้วยหลายด้าน ได้แก่

1. ด้านนโยบายและโครงสร้าง ประกอบด้วย การมีความชัดเจนของนโยบายและกรอบยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับแผนของอาเซียน มีกลไกการประสานงานที่เป็นระบบและได้รับ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง

2. ด้านวิชาการและองค์ความรู้ บุคลากรมีความเชี่ยวชาญสูง มีการใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบาย และมีการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิก

3. ด้านความร่วมมือและเครือข่าย ประเทศไทยได้รับความร่วมมือจากองค์กรระหว่างประเทศ มีบทบาทในกลไกประเทศผู้รับผิดชอบหลัก (Lead Country Mechanism) และมีเครือข่ายในประเทศที่เข้มแข็ง

4. ด้านทรัพยากรและการสนับสนุน มีการจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการประสานงาน

5. ด้านบทบาทและภาพลักษณ์ ประเทศไทยมีบทบาทความเป็นผู้นำในภูมิภาคและได้รับความน่าเชื่อถือจากผลงานเชิงประจักษ์

แม้ประเทศไทยจะมีบทบาทที่โดดเด่นและมีปัจจัยความสำเร็จที่ชัดเจน แต่การดำเนินงานยังคงเผชิญกับอุปสรรคและข้อจำกัดหลายประการที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อความยั่งยืนในระยะยาว อุปสรรคหลักที่พบได้แก่

1. ข้อจำกัดด้านนโยบายและโครงสร้าง การบูรณาการระหว่างหลายกระทรวงยังไม่ได้มีรูปแบบ ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายที่ต้องใช้หลายภาคส่วนร่วมกันเกิดความซ้ำซ้อนและขาดความสอดคล้องเชิงกลยุทธ์ นอกจากนี้ความต่อเนื่องของนโยบายก็ไม่มั่นคงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล และการผลักดันกฎหมายยังคงล่าช้า

2. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่มีจำนวนจำกัดและมีภาระงานสูง การเปลี่ยนแปลงบุคลากรบ่อยครั้งทำให้เกิดช่องว่างในการทำงาน และบุคลากรบางส่วนยังขาดทักษะภาษาและการเจรจาในเวทีระหว่างประเทศ

3. **ข้อจำกัดด้านงบประมาณและการสนับสนุน** งบประมาณที่จัดสรรมีจำกัดและต้องพึ่งพาเงินทุนสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ซึ่งทำให้โครงการขาดความยั่งยืนในระยะยาว นอกจากนี้ขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณยังซับซ้อนและล่าช้า

4. **ข้อจำกัดด้านระบบติดตามและประเมินผล** ประเทศไทยยังขาดระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงกับประเทศสมาชิกอาเซียน ทำให้การรวบรวมข้อมูลทำได้ยาก อีกทั้งตัวชี้วัดที่ใช้ในระดับประเทศและภูมิภาคยังไม่สอดคล้องกัน

5. **ข้อจำกัดด้านบทบาทและภาพลักษณ์** การเป็นประเทศผู้รับผิดชอบหลัก (Lead Country) ทำให้ไทยต้องรับภาระงานจำนวนมากและบางครั้งเกินศักยภาพของกำลังคนและงบประมาณ ขณะเดียวกันก็ต้องเผชิญกับการแข่งขันจากประเทศสมาชิกอื่นที่มีความพร้อมมากกว่า

อุปสรรคเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ประเทศไทยจะมีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการและมีบทบาทเชิงรุกในเวทีอาเซียน แต่การพัฒนาศักยภาพเชิงโครงสร้าง, การเพิ่มทรัพยากรบุคลากร และการลงทุนในระบบข้อมูลยังเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ไทยสามารถรักษาบทบาทผู้นำและเพิ่มประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนความร่วมมือด้านสาธารณสุขในภูมิภาคได้อย่างต่อเนื่องและมั่นคงในอนาคต

5.2 อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ในประเด็นที่ใกล้เคียงกันได้ ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพรวมของความสำเร็จและข้อจำกัดของประเทศไทยในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพในระดับภูมิภาคอย่างชัดเจนขึ้น ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานของประเทศไทยภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุขนั้นมีความเป็นระบบและมีกลไกขับเคลื่อนที่ชัดเจน โดยมีหน่วยงานหลักอย่างกรมอนามัยเป็นผู้ประสานงานหลัก และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการกำกับดูแลสุขภาพในระดับภูมิภาค (Regional Health Governance) ที่เน้นความสำคัญของโครงสร้างองค์กรและนโยบายที่เข้มแข็ง (Goh, 2011) นอกจากนี้ ข้อค้นพบที่ว่า การดำเนินงานยังคงเผชิญกับอุปสรรคจากการขาดความต่อเนื่องของนโยบายและการเน้นผลประโยชน์แห่งชาติมากกว่าผลประโยชน์ร่วม ยังสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาความร่วมมือในภูมิภาคนี้ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและการเมืองที่หลากหลาย ความท้าทายเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้จะมีความตกลงร่วมกัน แต่การนำไปปฏิบัติในแต่ละประเทศยังคงขึ้นอยู่กับบริบทภายในและนโยบายของรัฐบาลในแต่ละช่วงเวลา (Srisomporn, 2016)

สิ่งที่น่าสนใจคือ การศึกษาในครั้งนี้ได้เจาะลึกถึงภาระจากการเป็นประเทศผู้นำ (Lead Country Burden) ที่งานวิจัยในอดีตอาจจะไม่ได้ลงรายละเอียดอย่างชัดเจน แม้จะมีการกล่าวถึงบทบาทของประเทศไทยในกรอบความร่วมมือ แต่การวิจัยนี้ได้ให้ข้อมูลเชิงลึกว่าการรับผิดชอบในฐานะผู้นำได้สร้างภาระงานมหาศาลให้กับบุคลากรและทำให้ต้องเผชิญกับการแข่งขันจากประเทศสมาชิกอื่น เช่น สิงคโปร์ และมาเลเซีย ที่มีความพร้อมด้านทรัพยากรมากกว่า ซึ่งเป็นมิติที่สำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาในการวางแผนนโยบายในอนาคต อย่างไรก็ตาม การวิจัยยังเน้นถึงความท้าทายเชิงโครงสร้างและระบบ ที่ไม่ค่อยถูกกล่าวถึงอย่างละเอียดในงานวิจัยอื่น ๆ ได้แก่ การขาดการบูรณาการข้อมูล และ ความไม่สอดคล้องของตัวชี้วัด ระหว่างระดับประเทศและระดับภูมิภาค ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าไม่สามารถทำได้โดยตรงและแม่นยำ

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาถึงอุปสรรคและข้อจำกัดที่ประเทศไทยต้องเผชิญในการขับเคลื่อนความร่วมมือด้านสาธารณสุขในกรอบอาเซียน การศึกษาในครั้งนี้จึงได้นำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนยิ่งขึ้น โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 แม้จะมีกลไกคณะทำงานที่ชัดเจน แต่การบูรณาการระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย ยังไม่ราบรื่น ดังนั้น จึงควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการหรือกลไกถาวรที่มีอำนาจในการประสานงานเพื่อขจัดความซ้ำซ้อนและสร้างความสอดคล้องเชิงกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพระดับชาติและระดับท้องถิ่น

1.2 เนื่องจากความไม่ต่อเนื่องของนโยบายจากการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลบ่อยครั้ง ถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความยั่งยืนของโครงการ การจัดทำนโยบายสุขภาพแห่งชาติที่มีเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนในระยะ 5-10 ปี จะช่วยให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง และสามารถกำหนดทิศทางเชิงรุกในเวทีอาเซียนได้อย่างมั่นคง

1.3 งบประมาณที่จัดสรรเพื่อการดำเนินงานในแต่ละปีมีจำกัดและต้องแข่งขันกับภารกิจอื่น ๆ รัฐบาลจึงควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะสำหรับกิจกรรมภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียน รวมถึงเพิ่มจำนวนและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ เพื่อลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศจำเป็นต้องมีทักษะที่หลากหลายนอกเหนือจากความรู้ทางวิชาการ ควรมีการจัดฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอในด้านทักษะภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารและการเจรจาต่อรองในเวทีนานาชาติ รวมถึงพัฒนาระบบการบริหารจัดการบุคลากรเพื่อลดการโยกย้ายและสร้างความต่อเนื่องในการทำงานในระยะยาว

2.2 การขาดระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงกันทำให้การรวบรวมข้อมูลและการประเมินผลทำได้ยาก ดังนั้นจึงควรลงทุนในการจัดตั้งและพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบของประเทศสมาชิกอาเซียน และกำหนดตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาค เพื่อให้การติดตามและประเมินผลแม่นยำยิ่งขึ้น

2.3 โครงการส่วนใหญ่ต้องพึ่งพางบประมาณจากภายนอก ซึ่งทำให้การดำเนินงานไม่มั่นคงในระยะยาว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำแผนการระดมทุนและการจัดสรรงบประมาณที่ยืดหยุ่น โดยการขอการสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษา เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพในระดับภูมิภาคมีความยั่งยืนด้วยตนเอง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Study): ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียนอื่น ๆ ที่มีบทบาทเด่นและมีความพร้อมสูง เช่น สิงคโปร์และมาเลเซีย เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคที่แตกต่างกัน รวมถึงศึกษาแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) เพื่อนำมาปรับใช้กับบริบทของไทย

3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายภาคส่วน ได้แก่ ภาคประชาสังคม, ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ได้มุมมองที่ครอบคลุมและหลากหลาย โดยเฉพาะในประเด็นการบูรณาการนโยบายในระดับปฏิบัติการ

3.3 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ควรมีการพัฒนาเครื่องมือสำรวจหรือแบบสอบถามที่สามารถวัดผลการดำเนินงานของโครงการสำคัญ ๆ ภายใต้กรอบความร่วมมือกลุ่มประเด็นสาธารณสุขที่ 1 เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงสถิติที่สามารถนำไปใช้วิเคราะห์ประสิทธิภาพและความก้าวหน้าของโครงการได้อย่างแม่นยำและเป็นรูปธรรม

บรรณานุกรม

- ASEAN. (2016). ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint 2025.
- ASEAN. (2020). Joint Statement of the 14th ASEAN Health Ministers Meeting.
- ASEAN. (2021). ASEAN Health Cluster 1 Work Programme 2021–2025.
- ASEAN Secretariat. (2021). ASEAN Health Cluster 1 Work Programme 2021–2025. Jakarta: ASEAN.
- ASEAN Secretariat. (2021). ASEAN Health Cluster Framework and Strategic Directions. Jakarta: ASEAN.
- Acharya, A. (2012). The making of Southeast Asia: International relations of a region. Cornell University Press.
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2001). Big questions in public network management research. *Journal of public administration research and theory*, 11(3), 295–326.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.
- Balabanova, D., Mills, A., Conteh, L., Akkazieva, B., Banteyerga, H., Dash, U., ... & McKee, M. (2013). Good health at low cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. *The Lancet*, 381(9883), 2118–2133.
- Beeson, M. (2006). ASEAN Plus Three and the rise of reactionary regionalism. *Contemporary Southeast Asia*, 28(2), 214–230.
- Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Bloomberg, L. (2006). Public value governance: Moving beyond traditional public administration and the New Public Management. *Public Administration Review*, 66(s1), 45–56.
- Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Bloomberg, L. (2015). Public value governance: Moving beyond traditional public administration and the New Public Management. *Public*

- Bullen, C. V., & Rockart, J. F. (1981). A primer on critical success factors. MIT Sloan School of Management. *Administration Review*, 75(4), 445–456.
- Chandra, A. (2017). Regional cooperation and ASEAN’s non-binding mechanisms. *Contemporary Southeast Asia*, 39(2), 234–258.
- Chigas, D. (2007). Capacities and Limits of NGOs as Conflict Managers. In C. A. Crocker, F. O. Hampson & P. Aall (Eds.), *Leashing the Dogs of War: Conflict Management in a Divided World* (pp. 553–581). Washington, DC: United States Institute of Peace Press.
- Crosby, B. C., & Bryson, J. M. (2005). *Leadership for the common good: Tackling public problems in a shared-power world*. Jossey-Bass.
- Fawcett, L. (1995). *Regionalism in world politics: Regional organization and international order*. Oxford University Press.
- Fawcett, L., & Hurrell, A. (1995). *Regionalism in World Politics: Regional Organization and International Order*. Oxford University Press.
- Fidler, D. P. (2001). *International law and public health: Materials on and analysis of global health jurisprudence*. World Health Organization.
- Fidler, D. P. (2001). The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 842–849.
- Fidler, D. P. (2003). TRIPS, pharmaceuticals, developing countries, and the Doha “solution”. *International Legal Materials*, 42(4), 1025–1048.
- Fidler, D. P. (2010). *The challenges of global health governance*. Council on Foreign Relations.
- Frenk, J., & Moon, S. (2013). Governance challenges in global health. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936–942.

- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Moon, S. (2014). From sovereignty to solidarity: A renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *The Lancet*, 383(9911), 94–97.
- Gates Foundation. (2021). 2021 Goalkeepers Report.
- Goh, G. (2011). ASEAN's Role in Health Governance. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 23(1), 127-133.
- Gostin, L. O., & Friedman, E. A. (2013). Towards a framework convention on global health: A transformative agenda for global health justice. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, 13(1), 1–75.
- Gostin, L. O., Monahan, J. T., Kaldor, J., DeBartolo, M., Friedman, E. A., Gottschalk, K., & Ross, C. (2019). The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. *The Lancet*, 393(10183), 1857-1910.
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding common ground for multiparty problems*. Jossey-Bass.
- Hanf, M., Van-Melle, A., Fraisse, F., Roger, A., Carme, B., & Nacher, M. (2012). Correlation between organizational structure and collaboration effectiveness. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2), 101–107.
- Hatry, H. P. (2006). *Performance measurement: Getting results* (2nd ed.). Urban Institute Press.
- Hettne, B., & Söderbaum, F. (2000). Theorising the rise of regionness. *New Political Economy*, 5(3), 457–472.
- Hurrell, A. (1995). Explaining the resurgence of regionalism in world politics. *Review of International Studies*, 21(4), 331–358.
- Inthawong, T., & Charoenkitkarn, W. (2018). ASEAN health cooperation on non-communicable diseases: Opportunities and challenges. *Journal of ASEAN Studies*, 6(2), 45–63.

- Kanter, R. M. (1994). Collaborative advantage: The art of alliances. *Harvard Business Review*, 72(4), 96–108.
- Katzenstein, P. J. (2005). *A world of regions: Asia and Europe in the American imperium*. Cornell University Press.
- Keohane, R. O., & Nye, J. S. (2001). *Power and interdependence* (3rd ed.). Boston: Longman.
- Kenis, P., & Provan, K. G. (2009). Towards an exogenous theory of public network performance. *Public Administration*, 87(3), 440–456.
- Kickbusch, I., Silberschmidt, G., & Buss, P. (2007). Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(3), 230–232.
- Kickbusch, I., & Szabo, M. M. (2014). A new governance space for health. *Global Health Action*, 7(1), 23507.
- Kickbusch, I., Silberschmidt, G., & Buss, P. (2007). Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(3), 230–232.
- Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Kickbusch, I., et al. (2012). *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. WHO Regional Office for Europe.
- Klijn, E. H., & Koppenjan, J. (2016). *Governance networks in the public sector*. Routledge.
- Koh, K. L. (2015). ASEAN health cooperation and public health capacity building. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1665–NP1672.
- Lammer, M. (2020). Regional health governance: A global review. *Globalization and Health*, 16(1), 1–13.

- Lee, K., & Pang, T. (2014). Health impacts of globalisation: Towards global governance. *Global Health*, 10(1), 1–7.
- Lee, K., & Smith, R. (2011). Global Health Diplomacy: A Conceptual Review. *Global Health Governance*, 5(1).
- Lee, K., & Pang, T. (2014). WHO: Retirement or reinvention? *Public Health*, 128(2), 119–123.
- Lee, K., Sridhar, D., & Patel, P. (2020). Bridging the gap: Global health diplomacy in the post-COVID era. *Global Public Health*, 15(9), 1249–1261.
- Lewis, D. (2006). *Globalization and international communication: The role of information and communication technologies*. Polity Press.
- Mintzberg, H. (1993). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Prentice-Hall.
- Moon, S., Røttingen, J. A., & Frenk, J. (2022). Global public goods for health: Weaknesses and opportunities post-COVID-19. *BMJ Global Health*, 7(2), e007684.
- Ooms, G., Derderian, K., & Melody, K. (2017). The global health funding crisis: Evaluating the role of the Global Fund. *The Lancet Global Health*, 5(5), e460–e461.
- Phua, K. H., & Lee, H. P. (2015). ASEAN and public health: Progress and priorities. *Global Health Action*, 8(1), 27624.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229–252.
- Peters, D. H., Tran, N. T., & Adam, T. (2008). *Implementation Research in Health: A Practical Guide*. Geneva: World Health Organization, Alliance for Health Policy and Systems Research.
- Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Open University Press.

- Riggirozzi, P., & Yeates, N. (2015). Locating regional health policy: Institutions, politics, and practices. *Global Social Policy*, 15(3), 212–228.
- Riggirozzi, P., & Tussie, D. (2012). *The rise of post-hegemonic regionalism: The case of Latin America*. London: Springer.
- Rockart, J. F. (1979). Chief executives define their own data needs. *Harvard Business Review*, 57(2), 81–93.
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2007). *Theories of Democratic Network Governance*. Palgrave Macmillan.
- Srisomporn, S. (2016). Challenges and Opportunities in ASEAN Public Health Cooperation: A Case Study of the ASEAN Health Sector. *Journal of International Studies*, 8(2), 55-70.
- Stubbs, R. (2002). ASEAN Plus Three: Emerging East Asian regionalism?. *Asian Survey*, 42(3), 440–455.
- Tangcharoensathien, V., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., & Thammatacharee, J. (2014). Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Thailand. *PLOS Medicine*, 11(9): e1001726.
- Tangcharoensathien, V., et al. (2021). Co-production of evidence for policies in Thailand: from concept to action. *BMJ (blog)*
- Thomson, A. M., & Perry, J. L. (2006). Collaboration processes: Inside the black box. *Public Administration Review*, 66(s1), 20–32.
- United Nations ESCAP. (2019). *Asia and the Pacific SDG Progress Report 2019*.
- WHO SEARO. (2019). *Report of the High-Level Meeting on South-East Asia Regional Health Goals*.
- World Health Organization. (2005). *International Health Regulations (2005)*, Third Edition. Geneva: WHO.

- World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO Press.
- World Health Organization. (2010). Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. WHO Press.
- World Health Organization. (2013). International health regulations (2005): Annex 1A – Core capacity requirements. WHO Press.
- World Health Organization. (2016). Health in All Policies: Training manual.
- World Health Organization. (2021). Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2022). Regional progress report on promoting healthy lifestyles in Southeast Asia. New Delhi: WHO SEARO.
- Youde, J. (2012). Global health governance. Polity.

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน
การดำเนินกิจกรรมภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข
ประเด็นสาธารณสุขที่ 1 การส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี

ส่วนที่ 1 บริบทการทำงานและบทบาทของผู้ให้ข้อมูล

- 1.1. กรุณายกบทบาทหน้าที่ของท่านในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข ประเด็นสาธารณสุขที่ 1
- 1.2 ท่านได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในลักษณะใด (เช่น การจัดประชุม การจัดทำรายงาน การเป็นผู้รับผิดชอบหลัก หรือ Focal Point ฯลฯ)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดำเนินกิจกรรม

- 2.1 ท่านเคยเข้าร่วม/มีส่วนร่วมในกิจกรรมใดภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียนด้านสาธารณสุข ประเด็นสาธารณสุขที่ 1 อย่างไรบ้าง
- 2.2 การดำเนินกิจกรรมนั้นสอดคล้องกับแผนงานของประเทศหรือยุทธศาสตร์ของอาเซียนมากน้อยเพียงใด
- 2.3 ท่านมองว่าผลลัพธ์หรือประโยชน์ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวคืออะไร

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความสำเร็จ

- 3.1 จากประสบการณ์ของท่าน องค์ประกอบใดบ้างที่เอื้อต่อความสำเร็จของกิจกรรมภายใต้ประเด็นสาธารณสุขที่ 1 เช่น การสนับสนุนจากผู้บริหาร โครงสร้างภายใน ความร่วมมือกับต่างประเทศ ฯลฯ
- 3.2 การประสานงานภายในประเทศกับต่างประเทศมีประสิทธิภาพเพียงใด อะไรที่ช่วยให้ทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนที่ 4 ข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน

- 4.1 ท่านพบปัญหาหรืออุปสรรคใดในการปฏิบัติงานภายใต้กรอบความร่วมมือนี้
- 4.2 ระบบการติดตามประเมินผล การรายงาน หรือการจัดเก็บข้อมูลของกิจกรรมมีข้อจำกัดหรือไม่
- 4.3 การประสานงานระหว่างท่านและฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการ (กรมอนามัย) มีปัญหาหรือความไม่ต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ

5.1 ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งที่ควรพัฒนาเพื่อให้การดำเนินงานของประเทศไทยในประเด็น
สาธารณสุขที่ 1 มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5.2 มีข้อเสนอแนะอย่างไรต่อการสื่อสารภายในทีม การถ่ายทอดนโยบาย หรือการสนับสนุนจาก
ระดับนโยบาย

5.3 ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรในการยกระดับกลไกหรือการสนับสนุนเชิงระบบ
