

บทความพิเศษ

Special article

โมเดลพลังสี่ภาคส่วนสู่การยกระดับ การทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

บัณฑิต ศรไพศาล พ.บ., วว. (จิตเวชศาสตร์), M.P.H., Ph.D.*, **, ***

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ พ.บ., วว. (จิตเวชศาสตร์)****

ค่านวณ อึ้งชูศักดิ์ พ.บ., ส.ม.*****

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ พ.บ., M.P.H.*****

ไพโรจน์ เสาน่วม พ.บ., วท.ด. (เวชศาสตร์ชุมชน)*****

Jürgen Rehm, Ph.D.*, **, *****

* Institute for Mental Health Development, Centre for Addiction and Mental Health, Canada

** Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

***** ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

***** มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

***** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

***** Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy & Center for Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany

วันรับ:	30 มี.ค. 2563
วันแก้ไข:	13 มิ.ย. 2563
วันตอบรับ:	25 มิ.ย. 2563

บทคัดย่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable diseases - NCDs) ที่สำคัญสี่โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรค- มะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง ก่อให้เกิดการเสียชีวิตและภาวะโรคต่อโลกและประเทศไทยอย่างมาก ซึ่ง ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงสี่ประการ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ได้รับประทาน อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการขาดกิจกรรมทางกาย การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต้องการการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วน (Multisectoral collaboration) ที่กว้างขวางไปกว่าเพียงการดำเนินงานของ กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น คณะผู้เขียนประสงค์ที่จะนำเสนอกรอบแนวคิด “โมเดลพลังสี่ภาคส่วนสู่การยกระดับ การทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ซึ่งเป็นโมเดลที่ปิดจุดอ่อนของโมเดลการทำงานหลายภาคส่วนที่ ใช้กันอยู่ในปัจจุบันที่หวังพึ่งภาครัฐให้เป็นผู้ริเริ่มเป็นหลักเท่านั้น โดยที่โมเดลพลังสี่ภาคส่วนนี้มุ่งประสานทุกภาค ส่วนเข้ามาร่วมทำงาน จากกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (whole-of-Ministry of Public Health) สู่หน่วยงานภาครัฐ ทั้งหมด (whole-of-government) และสู่สังคมไทยทั้งหมด (whole-of-society) โมเดลนี้แบ่งภาคีเครือข่ายออกเป็นสี่ภาคส่วนใหญ่ คือ (1) กลุ่มระบบปฏิบัติการที่เป็นทางการ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐ ทั้งหมด (2) กลุ่มระบบปฏิบัติการที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ กลุ่มปฏิบัติการนอกภาครัฐทั้งหมด ได้แก่ ภาคประชา- สังคม เอ็นจีโอ ภาคธุรกิจ เป็นต้น (3) กลุ่มระบบพัฒนาที่เป็นทางการ ได้แก่ แหล่งทุน และองค์กรระหว่างประเทศ

และ (4) กลุ่มระบบพัฒนาที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ เครือข่ายนักวิชาการ โมเดลพลังสี่ภาคส่วนนี้จะสามารถดึงและสนับสนุนให้องค์การทุกภาคส่วนทั้งประเทศได้ริเริ่ม ได้แสดงศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ-เรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง กลยุทธ์ห้าประการที่จะช่วยยกระดับการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วน คือ (1) ภาวะผู้นำร่วม (2) การใช้และสร้างความรู้ (3) การชักจูงเครือข่ายและผลักดันสังคม (4) การเป็นศูนย์กลางการจัดการมืออาชีพ ประกอบด้วย การจัดทำข้อมูล การจัดโครงสร้างและกระบวนการสนับสนุนการทำงาน การจัดทำแผนและชุดดัชนีชี้วัดต่างๆ การจัดให้มีกลไกการติดตามและประเมินผล และการจัดสรรงบประมาณ และ (5) การโน้มน้าวให้ผู้นำสูงสุดมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและมีเจตจำนงทางการเมืองที่มุ่งมั่น (political commitment) ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดขึ้นในตนเองอย่างแท้จริง การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ. 2573 ย่อมไม่ไกลเกินเอื้อมหากสามารถดำเนินการทำงานร่วมกับภาคีใหญ่ทั้งสี่ภาคส่วนดังกล่าวข้างต้นและดำเนินกลยุทธ์ทั้งห้านี้ได้

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อ โมเดล การทำงานหลายภาคส่วน เครือข่าย การป้องกันและควบคุมโรค ประเทศไทย

ทำไมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงมีความสำคัญสูง?

ภาระที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases – NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการขาดกิจกรรมทางกาย เป็นที่ประจักษ์ทั่วโลก โรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อให้เกิดการเสียชีวิตถึง 41 ล้านคนจากคนที่เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลกในปี 2016 (พ.ศ. 2559) คิดเป็นร้อยละ 71.0 มีจำนวนถึง 15 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 37.0 ของ 41 ล้านคน) ที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร คือ เสียชีวิตระหว่างอายุ 30–70 ปี และที่สำคัญมาก คือ ร้อยละ 78.0 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และร้อยละ 85.0 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนวัยอันควร (Premature death) เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง⁽¹⁾ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจทั้งในระดับครัวเรือนและระดับประเทศ⁽²⁾ ประมาณการเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงปี พ.ศ. 2554–2568 (ค.ศ. 2011–2025) ของทั้งโลก จะอยู่ที่ประมาณ 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หากไม่ดำเนินการอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมในระดับโลก อีกทั้งยังจะทำให้ประชากรทั่วโลก

ติดอยู่ในความยากจนเป็นจำนวนหลายล้านคน⁽³⁾

สำหรับประเทศไทย จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีจำนวนถึง 368,872 คน ในปี พ.ศ. 2557 (จากผู้เสียชีวิตทั้งหมด 549,172 คน คิดเป็นร้อยละ 67.0) จำแนกเป็นผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 122,581 คน โรคมะเร็ง 96,988 คน โรคเบาหวาน 30,529 คน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 22,531⁽⁴⁾ หากจำแนกสาเหตุการเสียชีวิตจากภาวะทางสรีรวิทยา พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดการเสียชีวิต จำนวน 52,318 คน ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง 29,179 คน และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 30,986 คน และหากจำแนกสาเหตุการเสียชีวิตจากพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต 54,610 คน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 21,843 คน การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ 21,650 คน และการขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ 11,453 คน⁽⁵⁾ ภาระโรคที่วัดด้วยจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียไป (disability adjusted life year – DALY) ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เท่ากับ 10.5 ล้าน DALYs คิดเป็นร้อยละ 70.0 ของจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียไปจากโรคทุกชนิดรวมกัน⁽⁶⁾

ในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) รับรอง

แผนยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นครั้งแรก (Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases) โดยระบุถึงความสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการต้องแก้ปัญหาด้วยการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ⁽⁷⁾ ต่อมา มีการเสนอแผนปฏิบัติการ (action plan) สองฉบับต่อกันเพื่อรองรับการทำงาน คือ Global Action Plan on NCDs 2008–2013⁽⁷⁾ และ Global Action Plan on NCDs 2013–2020⁽⁸⁾ ซึ่งในแผนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโลกนี้⁽¹⁾ ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงาน จำนวน 6 ข้อ และเสนอดัชนีชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน ทั้งด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาระบบบริการ และผลลัพธ์ว่าด้วยการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต รวม 25 ดัชนี พร้อมทั้งเสนอเป้าหมายที่ประเทศสมาชิกจะกำหนดตามความสมัครใจเพื่อบรรลุผลให้ได้ในปี ค.ศ. 2025 (พ.ศ. 2568) รวม 9 เป้าหมาย ต่อมาการประชุมสมัชชาอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายเชิงกระบวนการระยะสั้นขึ้นในปี ค.ศ. 2015 และ ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559) โดยกำหนดเป็นดัชนีเชิงกระบวนการ 10 ตัว^(9,10) เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการเป็นระยะก่อนจะถึงปีที่เป็นปีครบกำหนดเป้าหมาย

ในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยจัดให้มีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554–2563⁽¹¹⁾ และในปี พ.ศ. 2555 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำแผนเป้า 10 ปีของหน่วยงานครอบคลุมปีพ.ศ. 2555–2564⁽¹²⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560–2564)⁽¹³⁾ ซึ่งได้กำหนดให้มีเป้าหมายผลลัพธ์ในปี พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2021) ไว้ 9 เป้าหมาย สอดคล้องกับข้อเสนอแนะ Global Action Plan 2013–2020 ขององค์การอนามัยโลก ทั้งนี้แผนต่าง ๆ เหล่านี้ได้เรียกร้องให้เกิด “การทำงานร่วมมือหลายภาคส่วน” (multisectoral collaboration) อย่างจริงจังด้วยเนื่องจากมาตรการหลายๆ ประการอยู่นอกเหนือขอบเขตอำนาจ

ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การขึ้นภาษี การควบคุมการโฆษณา เป็นต้น⁽⁸⁾

สถานการณ์ความก้าวหน้าเชิงผลลัพธ์ตามเป้าหมายโลก 9 ประการของประเทศไทยยังห่างจากเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁴⁾ โดยมีถึง 6 ใน 9 ดัชนีที่แนวโน้มยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ และอีกสามเป้าหมายไม่มีข้อมูล รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

1. อัตราการตายก่อนวัยอันควรด้วย 4 โรคหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้นจาก 343.1 ในปี 2552 เป็น 355.3 ในปี พ.ศ. 2556 โดยที่จริงเป้าหมายคือต้องลดลงให้เหลือ 257.3 ต่อแสนประชากรในปี 2568

2. ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นจาก 6.7 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปีในปี 2553 เป็น 6.9 ในปี 2557 ทั้งที่เป้าหมายคือจะต้องลดลงให้เหลือ 6.03 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปีในปี 2568

3. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.5 ของประชากรไทย ในปี 2552 เป็นร้อยละ 19.2 ในปี 2557 โดยเป้าหมายที่จะต้องลดลงให้ถึง คือ ร้อยละ 16.7 ในปี 2568

4. ความชุกของการสูบบุหรี่ แม้จะลดลงจากร้อยละ 21.4 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 20.7 ในปี 2556 แต่ก็ยังไม่ใช่นโยบายที่จะสามารถลดลงไปถึงเป้าหมายที่ร้อยละ 14.9 ในปี 2568

5. ค่าเฉลี่ยของการบริโภคเกลือ/โซเดียมจะต้องลดลงร้อยละ 30.0 จากระดับค่าเฉลี่ย 3,256 มิลลิกรัมต่อวันในปี 2552 เป็น 3,246 มิลลิกรัมต่อวันในปี 2568 แต่ดัชนีนี้ยังไม่มีข้อมูลหลังจากปี 2552 จึงยังไม่ทราบแนวโน้ม

6. ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี 2557 โดยที่จริงจะต้องลดลงไปให้ถึงร้อยละ 16.1 ในปี 2568

7. ความชุกของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและโรคเบาหวานในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 ทั้งที่ความจริงจะต้อง

ควบคุมให้เท่าเดิมคือที่ระดับร้อยละ 6.9 ให้ได้ในปี 2568 และความชุกของภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.7 ในปี 2552 เป็น 37.5 ในปี 2557 ทั้งนี้ในความเป็นจริงจะต้องรักษาระดับความชุกให้ได้ที่ระดับร้อยละ 34.7 ในปี 2568 (เป้าหมายนี้ มีดัชนีย่อยมากกว่าหนึ่งตัว)

8. อย่างน้อยร้อยละ 50.0 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับยาและคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประเทศไทยไม่มีข้อมูลสำหรับดัชนีนี้โดยตรง แต่ศิริวรรณ ทิพย์รังสฤษฎ์ วิเคราะห์ว่าเป้าหมายร้อยละ 50.0 นี้ น่าจะบรรลุได้ เพราะประเทศไทยมีระบบบริการเฉพาะโรคโดยเฉพาะคลินิกโรคเรื้อรังที่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยความดันและหลอดเลือดอย่างครอบคลุม⁽¹⁴⁾

9. ร้อยละ 80.0 ของสถานบริการของรัฐและเอกชน มียาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเทศไทยก็ไม่มีข้อมูลนี้โดยตรงเช่นกัน แต่ศิริวรรณ ทิพย์รังสฤษฎ์ วิเคราะห์ไว้ในทำนองเดียวกันว่าประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงน่าที่สถานบริการต่างๆ จะมียาและเทคโนโลยีที่จำเป็นอย่างเพียงพอ⁽¹⁴⁾

จึงน่าเป็นห่วงอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทยที่มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมาก และผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังไม่บรรลุผลที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งดัชนีข้อ 1-7 ซึ่งเป็นดัชนีด้านการป้องกัน ซึ่งต้องการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานของรัฐหลายหน่วยงานที่ไม่ใช่เพียงกระทรวง-สาธารณสุข หากระบบการป้องกันและควบคุมไม่ประสบความสำเร็จ เช่นนี้ต่อไป จะมีผู้ป่วยจำนวนมาก และประเทศจะต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการรักษาในอนาคต ประเทศไทยตกอยู่ในสถานการณ์เช่นนี้ทั้งที่มีกฎหมายและแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ ที่เน้นการดำเนินงานหลายภาคส่วนมากมาย⁽¹⁵⁻²⁶⁾ ทั้งการควบคุมบุหรี่⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์^(19,20) อาหาร⁽²¹⁻²⁴⁾ กิจกรรมทางกาย²⁵ และภาชีสรรพสามิตโดยรวม⁽²⁶⁾ ได้อย่างไร บทความเชิงวิเคราะห์นี้จึงนำเสนอชุดความคิดการทำงานที่ควรจะมี

มีการปรับเปลี่ยนจำนวนหนึ่งเพื่อที่จะดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สำเร็จผลดังที่ตั้งใจไว้ต่อไป

ทำไมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงต้องการการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วน (multi-sectoral collaboration)?

ธรรมชาติของโรคแต่ละประเภทต้องการวิธีและระบบการรักษา ควบคุม และป้องกันที่แตกต่างกัน เมื่อพูดถึงการรักษา โรคติดเชื้อจากเชื้อแบคทีเรียสามารถใช้ยาปฏิชีวนะไปฆ่าเชื้อโรคได้ โรคติดเชื้อไวรัสทั่วไปใช้วิธีการรักษาตามอาการในช่วงที่ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคเอง โรคเรื้อรังที่มีส่วนเกิดจากพฤติกรรม (เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) ต้องใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน เมื่อพูดถึงการป้องกัน วัคซีนสามารถใช้ป้องกันโรคติดเชื้อจากแบคทีเรียและไวรัสบางชนิดได้ แต่การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นมีความซับซ้อนเป็นอย่างมาก ตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เช่น การเลิกสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา การลดการทานอาหารหวาน/มัน/เค็ม การเพิ่มการทานผักและผลไม้ การลดพฤติกรรมเนือยนิ่งและการเพิ่มการออกกำลังกาย ไปจนถึงการปรับสภาพแวดล้อมให้เข้าถึงอาหารสุขภาพและสถานที่ออกกำลังกายได้ง่าย การเข้าถึงบุหรี่ สุราและอาหารหวาน/มัน/เค็มได้ยากและมีราคาแพง ทั้งนี้การจะปรับสภาพแวดล้อมนั้นต้องการนโยบายสาธารณะซึ่งเกินขอบเขตอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การขึ้นภาษีสินค้าทำลายสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบของกระทรวงการคลัง การควบคุมการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นหน้าที่ของกระทรวงพาณิชย์ การกำหนดให้นายจ้างมีการดูแลด้านสุขภาพและสวัสดิการของลูกจ้างอย่างเหมาะสมเป็นหน้าที่ของกระทรวงแรงงาน เป็นต้น การทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนจึงถูกเน้นย้ำอย่างมีนัยสำคัญในยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ^(7-11,13,15-26) ดังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ทั่วโลกกว่า

มาตรการ Best Buys ที่ถูกนำเสนอโดยองค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติสามารถที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงและลดการเสียชีวิตและภาระโรคที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้เป็นผลสำเร็จ ตัวอย่างของมาตรการ Best Buys เหล่านี้ได้แก่ การขึ้นภาษีเพื่อลดการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การควบคุมการโฆษณาบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมการตลาดนมผง การควบคุมการเข้าถึงบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยการจำกัดอายุขั้นต่ำของผู้ที่สามารถซื้อสินค้าเหล่านี้ได้ และการลดการบริโภคเกลือ เป็นต้น^(7,8)

ตัวอย่างที่ชัดเจนมากที่ทำให้เห็นความสำคัญของการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนที่มีต่อการป้องกันโรคในประเทศไทย คือ การควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 นอกเหนือไปจากการเห็นอย่างชัดเจนว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องทำงานกันอย่างหนักแล้ว เราได้เห็นความสำคัญของกระทรวงพาณิชย์ในการควบคุมสินค้าหน้ากอนามัยและสินค้าอื่น (เช่น ไข่) ให้มีอย่างเพียงพอและไม่ให้มีราคาแพง ความสำคัญของกระทรวงมหาดไทยในการออกมาตรการจำกัดเวลาออกนอกเคหสถาน การดำเนินการควบคุมการเดินทางเข้าออกจังหวัดต่างๆ และการกักบริเวณกลุ่มเสี่ยงเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส ตลอดจนเห็นความสำคัญของนายกรัฐมนตรีต่อการขับเคลื่อนองคคพพการแก้ไขปัญหทั้งระบบ และที่สำคัญเราได้เห็นพลังของประชาชนทั่วไปที่ได้ช่วยเหลือกันเองอย่างน่าประทับใจ

การที่เราเห็นความสำคัญของการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนในการต่อสู้กับการระบาดของไวรัส COVID-19 นี้ได้ชัดเจน น่าจะเป็นเพราะว่าโรคติดเชื้อนี้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ระยะเวลาสัมผัสเชื้อโรคกับการเกิดโรคนานาน (เฉลี่ย 7 วัน) และอัตราการเสียชีวิตก็สูงในระดับหนึ่ง จัดได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ “สำคัญ และเร่งด่วน” จึงเกิดความตื่นตัวที่จะต้องจัดการกับปัญหาได้ไม่ยาก ตรงกันข้าม การป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น ไม่มีเชื้อโรคให้เห็นว่าจะหลีกเลี่ยงเชื้อโรคอย่างไร ระยะเวลา

จากการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงถึงการเกิดโรคนั้นมีระยะเวลายาวนาน ทำให้ไม่สามารถมองเห็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นรูปธรรม หรือไม่สามารถเห็นความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมในเวลาอันสั้น ซึ่งจัดได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ “สำคัญ แต่ไม่เร่งด่วน” ทำให้ไม่เกิดความตื่นตัวได้ง่ายตามธรรมชาติ กระนั้นก็ตาม เราต้องสามารถเรียนรู้จากบทเรียนการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ให้เห็นถึงความจำเป็นของการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนให้ได้^(7-11,13) โดยไม่ต้องรอให้มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นไปเรื่อยๆ กว่านี้ ทั้งนี้ขณะนี้ มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยถึงปีละเกือบ 370,000 คน ซึ่งมากกว่าการเสียชีวิตจากเชื้อไวรัส COVID-19 หลายเท่าตัวมาก

ในระดับโลกเขาแนะนำวิธีการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนไว้อย่างไร?

ข้อแนะนำถึงวิธีการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนเป็นข้อแนะนำมาตรฐานในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^(27,28) เช่น

ตัวอย่างที่ 1 องค์การอนามัยโลกจัดทำเอกสารเสนอสมัชชาองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2015 ในหัวข้อ “การทำงานร่วมมือหลายภาคส่วน (action across sectors หรือ multi-sectoral action)” โดยแนะนำให้ดำเนินการ 6 องค์ประกอบ⁽²⁷⁾ ได้แก่

(1) แสดงความจำเป็นและลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำงานแบบหลายภาคส่วน เช่น จัดทำข้อมูลต้นทุนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้นทุนการไม่ทำอะไร และควรทำให้มั่นใจได้ว่าผู้นำทางการเมืองระดับสูงเห็นชอบและต้องการที่จะดำเนินการ

(2) จัดให้มีโครงสร้างและกระบวนการสนับสนุนการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วน เช่น หน่วยงานที่เป็นเลขานุการที่ทำหน้าที่ประสานงาน

(3) ทำแผนดำเนินการแบบมีส่วนร่วม โดยให้มีการเห็นชอบร่วมกันในวัตถุประสงค์ กิจกรรมและระยะเวลาดำเนินการ และควรมีการจัดสรรกำลังคนและงบประมาณ

อย่างเพียงพอ

- (4) สนับสนุนให้เกิดการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม
- (5) พัฒนาศักยภาพส่วนต่างๆ
- (6) จัดให้มีกลไกการติดตามและประเมินผล

ตัวอย่างที่ 2 องค์การอนามัยโลกภูมิภาค South-East Asia จัดทำเอกสารแนะนำแนวทางการจัดให้มีกลไกการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนในระดับประเทศเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้นเช่นกัน โดยแนะนำว่ากลไกนี้ต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ⁽²⁸⁾ คือ

- (1) ต้องมีเจตจำนงทางการเมือง (political commitment) ระดับสูงสุด (ต้องสูงกว่าระดับกระทรวงต่างๆ)
- (2) ต้องมีการระบุขอบเขตและภารกิจที่กลไกการประสานงานหลายภาคส่วนที่ชัดเจน
- (3) ต้องมีเลขานุการที่เข้มแข็ง และผู้ประสานที่เข้มแข็งของแต่ละกระทรวง
- (4) ต้องมีแผนการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนร่วมกันที่ระบุงบประมาณไว้ชัดเจน และมีการจัดสรรงบประมาณไว้ให้กับการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนเป็นการเฉพาะ

(5) ต้องมีชุดดัชนีชี้วัดความรับผิดชอบชุดใหญ่ ทั้งดัชนีเชิงกระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ เป็นต้น

จากข้อเสนอแนะเหล่านี้ สามารถสรุปได้ว่าการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนต้องการ “ศูนย์กลางการจัดการมีอาชีพ” โดยต้องดำเนินการจัดทำข้อมูล จัดโครงการสร้างและกระบวนการทำงาน จัดทำแผน จัดทำชุดดัชนีชี้วัดต่างๆ จัดให้มีกลไกการติดตามและประเมินผล และจัดสรรงบประมาณเป็นการเฉพาะ

ประเทศไทยมีแผนการทำงานร่วมมือ

หลายภาคส่วนแล้ว แต่ทำไมยังไม่สำเร็จ?

ประเทศไทยได้ดำเนินการตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกแนะนำนี้เป็นอย่างดี ทั้งแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563⁽¹¹⁾ และแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)⁽¹³⁾ ซึ่งมีองค์ประกอบ

ที่สำคัญตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกดังกล่าวข้างต้นค่อนข้างครบถ้วน นอกจากประเทศไทยจะมีแผนยุทธศาสตร์ที่มุ่งแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีกลไกเพิ่มเติมพิเศษจากความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ภายใต้โครงการที่ชื่อว่า WHO Country Cooperation Strategy (CCS) ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะที่หนึ่งในปี 2012-2016 (พ.ศ. 2555-2559) โดยเน้นการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนขึ้น⁽³¹⁾ อย่างไรก็ตามผลการประเมินอย่างเป็นทางการของโครงการนี้ พบว่า พันธกิจการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนนั้นไม่ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้ไม่มีการเรียกประชุมคณะกรรมการระดับชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานเลยสักครั้งเดียวในระยะเวลาแปดปีของแผน แม้จะมีนายกรัฐมนตรีมาแล้วหลายคนก็ตาม⁽²⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับข้อแนะนำเพื่อการพัฒนาที่สำคัญจากคณะทำงาน UN Task Force on NCDs มาตรวจเยี่ยมการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประเทศไทย ในช่วงวันที่ 28-30 สิงหาคม พ.ศ. 2561 (ค.ศ. 2018) ที่เสนอแนะไว้ว่าควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้นมาใหม่ ให้ประกอบด้วยกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และให้สำนักนายกรัฐมนตรีเป็นผู้ติดตามความก้าวหน้าของเป้าหมายในระดับประเทศ⁽³⁰⁾ ซึ่งเป็นข้อเสนอที่ประเทศไทยได้กำหนดให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธานมาโดยตลอดอยู่แล้ว ทั้งหมดนี้จึงเป็นการแสดงให้เห็นว่าแม้ประเทศไทยจะมีแผนการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนแล้วแต่ก็ยังไม่สำเร็จ ซึ่งคณะผู้เขียนวิเคราะห์สาเหตุไว้สามประการ ดังนี้

1. ขาดการกำหนดวงเงินงบประมาณสำหรับแต่ละยุทธศาสตร์/กิจกรรมต่างๆ และการจัดสรรงบประมาณไว้ให้ดำเนินการเป็นการเฉพาะ ดูรายละเอียดการวิเคราะห์องค์ประกอบที่สำคัญของแผนทั้งสองแผนได้ในตารางที่ 1

โมเดลพลังสี่ภาคส่วนสู่การยกระดับการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 1 องค์ประกอบที่สำคัญของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 และแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)^(11,13)

องค์ประกอบที่สำคัญ	แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย (พ.ศ. 2560-2564)	แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2554-2563
1. การมีข้อมูลแสดงความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	- มี	- มี
2. การมีโครงสร้างและกระบวนการสนับสนุนการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วน (มีหน่วยงานเลขานุการที่ชัดเจน)	- มีการระบุว่าจะมีการสร้างระบบบริหารจัดการและกลไกการดำเนินงานวิธีใหม่ (การจัดตั้งศูนย์และสร้างต้นแบบการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ)	- มีการระบุให้สำนักโรคไม่ติดต่อ และสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยเป็นกลไกเลขานุการ
3. การมีแผนดำเนินการแบบมีส่วนร่วม:	- มี	- มี
ก. การมีกิจกรรมดำเนินการ และชุดดัชนีชี้วัด	- มีการกำหนด 5 ยุทธศาสตร์ 14 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3 ยุทธวิธีร่วม 11 ยุทธวิธีรายยุทธศาสตร์ และ 29 แผนงาน	- มีการกำหนด 6 ยุทธศาสตร์ 20 กลยุทธ์ และ 27 ตัวชี้วัด
ข. การมีการระบุหน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบ	- มี	- มี
ค. การมีการระบุงบประมาณดำเนินการ	- ไม่มี	- ไม่มี
4. การจัดให้มีกลไกติดตามประเมินผล	- มีการระบุว่าจะมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังประเมินผล และพัฒนาคุณภาพอย่างบูรณาการ และระบุหน่วยงานหลักและหน่วยงานสนับสนุนไว้กว่ายี่สิบหน่วยงาน	- มีการกำหนดให้สำนักโรคไม่ติดต่อ และสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยเป็นผู้ดำเนินการ
5. การมีเจตจำนงทางการเมืองระดับสูง	- แผนยุทธศาสตร์ผ่านการรับรองโดยคณะรัฐมนตรี - นายกรัฐมนตรีเป็นประธานอำนวยการแผน - รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานบริหารแผน	- แผนยุทธศาสตร์ผ่านการรับรองโดยคณะรัฐมนตรี - รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานขับเคลื่อน

2. ขาดผู้นำระดับสูงสุดที่มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและมีเจตจำนงทางการเมืองที่มุ่งมั่นเพียงพอต่องานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ^(27,28) ดังที่มีงานวิจัยที่พบว่าวิสัยทัศน์ของผู้นำจะทำให้รู้ว่าเราจะมุ่งไปทางไหน⁽³¹⁾ ผู้นำที่ไม่มีวิสัยทัศน์จะไม่มีผู้ยินยอมติดตาม⁽³²⁾ และผู้ตามจะมุ่งมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงก็ต่อเมื่อผู้นำของเขามุ่งมั่นต่อการ

เปลี่ยนแปลงในระดับสูงเช่นกัน⁽³³⁾ ผู้เขียนวิเคราะห์ว่าประเทศไทยมีแผนการทำงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นอย่างดีในระดับหนึ่ง^(11,13,30) และต่อเนื่องเป็นเวลาสิบปีแต่ก็ยังไม่สามารถสร้างการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนที่เข้มแข็งได้สำเร็จ⁽³¹⁾ เป็นเพราะขาดผู้นำที่ว้าว แม้ว่าจะมีแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ จะได้ผ่านการ

รับรองจากคณะรัฐมนตรี และมีชื่อนายกรัฐมนตรีเป็นประธานการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ผลการดำเนินงานเท่านี้ยังไม่เพียงพอจะทำให้งานขับเคลื่อนไปได้ ด้วยว่าเมื่อ นายกรัฐมนตรีมอบหมายผู้แทนมาเป็นประธานองค์ประชุมต่างๆ ก็มอบหมายตัวแทนเช่นกัน (สภาพการณ์เช่นนี้ถูกระบุไว้ในเอกสารขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนทั้งสองฉบับที่นำเสนอไว้ข้างต้น^(27,28) และผู้อ่านหลายคนก็คงจะมีประสบการณ์ตรงเห็นสภาพการณ์เช่นนี้ในประเทศไทยเช่นกัน) อีกทั้งองค์ประกอบที่สำคัญของการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนที่วิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 1 ข้างต้นว่ามีอยู่ นั้น ก็ต้องมีเจตจำนงทางการเมืองอย่างแท้จริงของผู้นำสูงสุดของประเทศจึงจะทำให้องค์ประกอบเหล่านั้นมีคุณภาพและความเข้มข้นสูงสุด ไม่ว่าจะเป็นการทำให้กระทรวงต่างๆ มาร่วมทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือการให้มีการติดตามประเมินผลอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดการจัดสรรงบประมาณดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นการเฉพาะและเพียงพอ ทั้งหมดนี้สะท้อนสภาวะการขาดผู้นำสูงสุดที่มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและมีเจตจำนงทางการเมืองที่มุ่งมั่นเพียงพอต่อการป้องกันและความคุมโรคไม่ติดต่อ ในความเป็นจริง คือ ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์จะต้องเห็นผลกระทบระยะยาวของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เห็นความซับซ้อนเชื่อมโยงว่าการแก้ไขปัญหานี้ต้องการการทำงานของหลายภาคส่วน เห็นความคุ้มค่าของการลงทุนแก้ปัญหาที่เริ่มตั้งแต่วันนี้ว่าจะส่งผลกระทบใหญ่ในอนาคต และเห็นว่าความมุ่งมั่นอย่างแท้จริงของผู้นำสูงสุดเท่านั้นที่จะนำพาการทำงานข้ามส่วนไปข้างหน้าได้จริง⁽³¹⁾

สาม ขาดความต่อเนื่องของผู้นำระดับสูง ในรอบ 30 ปีที่ผ่านมา จาก พ.ศ. 2533 ถึง 2563 ประเทศไทยมีนายกรัฐมนตรี 13 คน เฉลี่ยคนละ 2 ปี 4 เดือน⁽³⁴⁾ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 29 คน เฉลี่ยคนละ 1 ปี⁽³⁵⁾ การรอฟังพาดูผู้นำสูงสุดที่มีวิสัยทัศน์และมีเจตจำนงทางการเมืองที่มุ่งมั่นจะแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างแท้จริงนั้น นอกจากจะเป็นเรื่องที่ยากแล้ว แม้

จะได้ผู้นำเช่นนี้มาก็จะอยู่ในตำแหน่งได้ไม่นาน ไม่สามารถที่จะผลักดันการเปลี่ยนแปลงที่ต้องใช้เวลาเป็นสิบๆ ปีได้ ดังเช่นการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ จึงเกิดคำถามว่าเพียงผู้นำที่สมบูรณ์ แต่ขาดความต่อเนื่องนั้นจะดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้จริงหรือภายใต้โครงสร้างทางการเมืองของประเทศแบบนี้

จากการวิเคราะห์ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น คณะผู้เขียนจึงเสนอแนวคิดที่ว่า การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ควรเพียงที่จะรอฟังความพร้อมของผู้นำสูงสุด แต่ควรมีแนวคิดที่พร้อมดำเนินการได้ตลอดเวลา โดย “อาศัยภาวะผู้นำร่วมทุกระดับ (collective leadership)”⁽³⁶⁻³⁸⁾ โดยใช้กรอบแนวคิด “โมเดลพลังสี่ภาคส่วนสู่การยกระดับการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” (4-Quadrant Multisectoral Collaboration Model for the Prevention and Control of NCDs) (จากนี้จะเรียกโดยย่อว่า “โมเดลพลังสี่ภาคส่วน” (4-Quadrant Model หรือ 4QM)) กรอบแนวคิดนี้จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องต่างๆ สามารถใช้ศักยภาพความเป็นผู้นำของตนเองในการทำพันธกิจของตนเองพร้อมไปกับการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมได้ และหากเมื่อใดก็ตามเกิดมีผู้นำสูงสุดที่มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและเจตจำนงที่มุ่งมั่นต่องานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ งานทั้งหมดก็จะขับเคลื่อนไปข้างหน้าได้อย่างก้าวกระโดดในช่วงนั้น เปรียบเสมือนการปลูกต้นไม้ของชาวบ้าน ประชาชนก็ปลูกต้นกล้าไป รดน้ำไปตามกำลังที่มี ไม่รอนิ่งดูตาย ต้นกล้าก็จะเติบโตไปตามกำลัง แต่เมื่อใดที่มีฝนตกหรือผู้นำนำน้ำมาแจกจ่าย ต้นไม้ก็โตเร็วเป็นพิเศษ หากประชาชนไม่รดแต่ฝนหรือผู้นำที่จะนำน้ำมาให้ เมื่อถึงเวลานั้นอาจไม่มีต้นกล้าที่แข็งแรงพอที่จะเติบโตได้

กรอบแนวคิด “โมเดลพลังสี่ภาคส่วนสู่การยกระดับการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”

กรอบแนวคิดโมเดลพลังสี่ภาคส่วน (4QM) เป็น

กรอบแนวคิดที่คณะผู้เขียนสังเคราะห์ขึ้นจากประสบการณ์การทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงหลายปีที่ผ่านมา บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎี “ภาวะผู้นำร่วม” (collective leadership)⁽³⁶⁻³⁸⁾ ที่เน้น “เครือข่ายผู้นำ” มากกว่า “ผู้นำเดี่ยว” เน้นโครงสร้างแบบเครือข่ายมากกว่าโครงสร้างแบบสายบังคับบัญชาแนวดิ่ง เน้นเรื่องการกระจายอำนาจการตัดสินใจมากกว่าการรวมอำนาจการตัดสินใจ เน้นเรื่องอำนาจบนฐานความรู้มากกว่าอำนาจตามตำแหน่ง เน้นเรื่องการสื่อสารหลายทิศทางมากกว่าการสื่อสารจากบนลงล่าง และเน้นเรื่องความร่วมมือมากกว่าการสั่งการ เป็นต้น

การดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขหรือแม้แต่กระทรวงต่างๆ และระบบราชการทั้งหมดในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นับเป็น “ภาคเป็นทางการ (formal sector)” ซึ่งจะไม่เพียงพอ^(7-8,27,28) ด้วยว่าบุคคลครอบครัว ชุมชนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และองค์กรหรือสถานที่ทำงานร่วมกันสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ การทำงานป้องกันและแก้ไขโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ผลจึงต้องดึง “ภาคส่วนที่ไม่เป็นทางการ (Informal sector)” เข้ามาร่วมด้วย เช่น เครือข่ายศาสนาต่างๆ องค์กรไม่แสวงหากำไร (NGOs) ภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย เครือข่ายเยาวชน ธุรกิจเอกชน สื่อมวลชน และนักวิชาการ เป็นต้น บางเครือข่ายสามารถส่งผลกว้างขวาง บางเครือข่ายอาจส่งผลได้ในขอบเขตการทำงานเล็กๆ ของตน แต่เมื่อรวมกันแล้วก็จะได้ผลรวมที่ใหญ่ขึ้นแน่นอน การดำเนินการใดๆ ที่ดีจะต้องมีการลงมือปฏิบัติ (implementation) และการพัฒนา (improvement) เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไป การลงมือปฏิบัติ คือ การทำสิ่งที่ดีที่สุดในวันนี้ ส่วนการพัฒนา คือ การทำให้การปฏิบัติดีขึ้นในวันหน้า การลงมือปฏิบัติการของระบบปฏิบัติการ (system implementation) ที่มีอยู่เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เห็นผลในเร็ววันเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน แต่การดำเนินการของระบบพัฒนา (system improvement) เพื่อให้เกิดระบบการปฏิบัติที่ดีขึ้นในอนาคตเป็นเรื่องที่ต้องทำคู่ขนานกัน

ไปไม่เช่นนั้นเราก็จะได้ประโยชน์สูงสุดเท่าที่ระบบปัจจุบันมีอยู่เท่านั้น ดังเช่น De Bono E นักคิดคนสำคัญคนหนึ่งของโลกเปรียบเทียบไว้ว่า หากเราฝึกพิมพ์ดีดแบบนิ้วชี้สองนิ้ว แม้ว่าเราจะพิมพ์คล่องขึ้นเพียงใดก็ตาม เราก็ไม่มีทางพิมพ์ได้เร็วเท่ากับพิมพ์สัมผัสนิ้วนี้ เพียงแต่เราต้องฝึกพิมพ์นิ้วนี้ควบคู่ไปกับการใช้งานการพิมพ์แบบสองนิ้วชี้ในช่วงแรกคู่ขนานกันไป⁽³⁹⁾

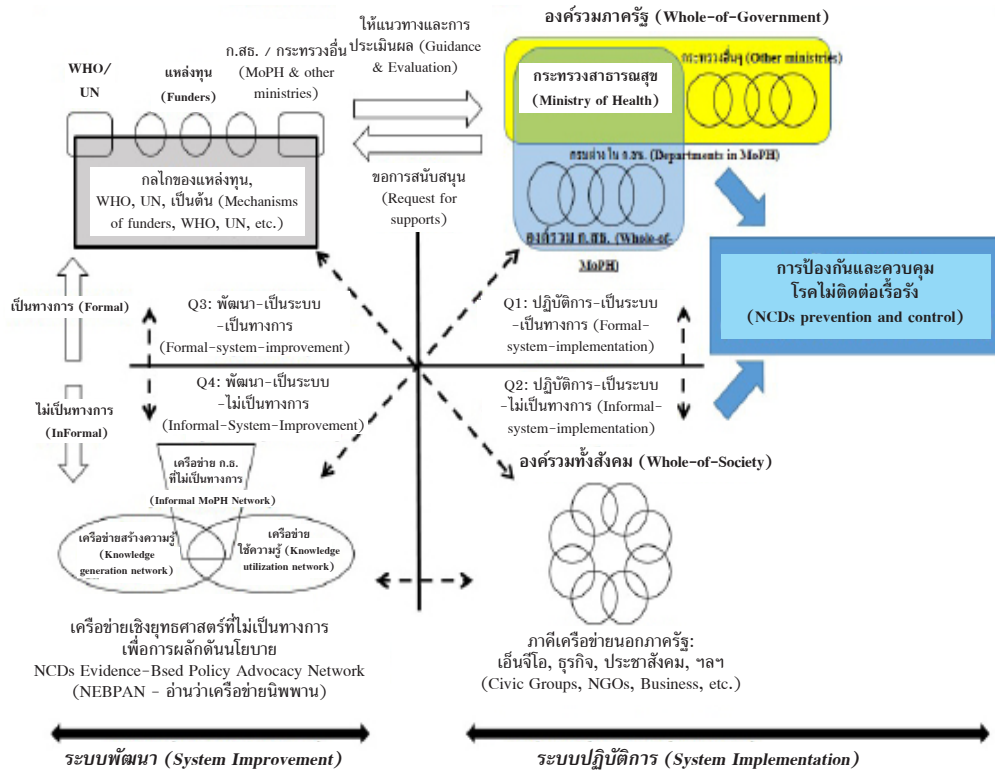
กรอบแนวคิด 4QM นี้ (ดูภาพที่ 1 ประกอบ) แบ่งภาคีเครือข่ายออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (1) กลุ่มระบบปฏิบัติการที่เป็นทางการ (Formal System-Implementation) (2) กลุ่มระบบปฏิบัติการที่ไม่เป็นทางการ (Informal System-Implementation) (3) กลุ่มระบบพัฒนาที่เป็นทางการ (Formal System-Improvement) และ (4) กลุ่มระบบพัฒนาที่ไม่เป็นทางการ (informal system-improvement) พื้นฐาน “หลักการคู่” ที่ใช้แบ่งภาคีเครือข่ายนี้ คือ “เป็นทางการ กับ ไม่เป็นทางการ (formal vs. informal)” และ “ระบบปฏิบัติการ กับ ระบบพัฒนา (System Implementation vs. System Improvement)” (หมายเหตุ: เพื่อให้ง่ายต่อการอ่าน ผู้เขียนจะใช้คำย่อ Q แทน Quadrant ควบคู่ไป โดยใช้ Q1, Q2, Q3, และ Q4 สำหรับกลุ่มสี่กลุ่มดังกล่าวข้างต้นตามลำดับ)

กลุ่มที่ 1 ภาคีเครือข่าย “กลุ่มระบบปฏิบัติการที่เป็นทางการ” (formal system-implementation group) [Q1]

ประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ และรวมถึงหน่วยงานภาครัฐทั้งหมด องค์การพหุนี้มีมีความสำคัญมากตรงที่เป็นระบบใหญ่ที่สุดที่จะส่งผลกว้างขวางที่สุด และอยู่ภายใต้ระบบการทำงานเดียวกันที่มีโอกาสจะขับเคลื่อนร่วมกันอย่างพร้อมเพียงหากมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล มีเจตจำนงทางการเมืองที่มุ่งมั่น และมีฝีมือในการทำงาน “Whole-of-MoPH” (Whole-of-Ministry of Public Health) คือ “องค์กรรวมกระทรวงสาธารณสุข” หมายถึง การทำงานบูรณาการเป็นองค์กรรวมระหว่างกรมต่างๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ผู้นำที่จะมีอิทธิพลต่อองค์กรรวมกระทรวงสาธารณสุข คือ รัฐมนตรี

ภาพที่ 1 โมเดลพลังสี่ภาคส่วนสู่การยกระดับการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4-Quadrant Multisectoral Collaboration Model for the Prevention and Control of NCDs



และปลัดกระทรวงสาธารณสุข “whole-of-government” คือ “องค์รวมภาครัฐ” หมายถึง การทำงานบูรณาการเป็นองค์รวมระหว่างหน่วยงานของรัฐทั้งหมดของประเทศไทย ผู้นำที่จะมีอิทธิพลต่อหน่วยงานของรัฐทั้งหมด คือ นายกรัฐมนตรี “องค์รวมกระทรวงสาธารณสุข” จะต้องเน้นการทำ “นโยบายสุขภาพ” (health policies) ส่วน “องค์รวมภาครัฐ” จะต้องเน้นการทำ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” (healthy public policies)

กลุ่มที่ 2 ภาคีเครือข่าย “กลุ่มระบบปฏิบัติการที่ไม่เป็นทางการ” (informal system-implementation group) [Q2]

ประกอบด้วยหน่วยงาน องค์กร เครือข่าย สมาคม ชมรม กลุ่มคน และบุคคลต่างๆ ที่ไม่ได้เป็นหน่วยงานของรัฐ แต่มีความมุ่งมั่นและลงมือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในขอบเขตเท่าที่ตนทำได้ ซึ่งได้ตั้งแต่ ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ

ตนเอง (เลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุรา ทานผักผลไม้มากขึ้น ออกกำลังกายมากขึ้น เป็นต้น) ครอบครัดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชมรมผู้ป่วยเบาหวานที่ช่วยเหลือกันเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ออกเยี่ยมแนะนำการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้ป่วยติดเตียงตามบ้าน วัดที่สนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ไปจนถึงองค์กร/บริษัท/ห้างร้านที่ดูแลให้พนักงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งสิ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากสามารถสร้างความรู้จากการทำงานและเผยแพร่ความรู้ นั้น หรือลงมือโน้มน้าวภาคีเครือข่ายอื่นๆ ให้หันมาให้ความสำคัญต่อการป้องกันและแก้ไขโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป อีกทั้งการชักชวนเครือข่ายกันเองให้ขยายใหญ่ขึ้นและแข็งแกร่งขึ้นจะสามารถสนับสนุนการทำงานของกันและกันได้ และส่งผลต่อระบบที่เป็นทางการได้อย่างมีพลังมากยิ่งขึ้นต่อไป ภาคีเครือข่าย

ในภาคส่วนนี้สามารถเรียกรวมกันได้ว่าเป็น “องค์รวมทั้งสังคม” (whole-of-society) ซึ่งสิ่งที่กลุ่ม “องค์รวมทั้งสังคม” นี้ทำร่วมกัน เรียกได้ว่าเป็น “การปฏิบัติร่วม” ซึ่งจะนำไปสู่ “ผลกระทบร่วม” (collective impact) ต่อไป

กลุ่มที่ 3 ภาคีเครือข่าย “กลุ่มระบบพัฒนาที่เป็นทางการ” (formal system-improvement group) [Q3]

ประกอบด้วยหน่วยงานที่เป็นทางการที่มุ่งหมายให้เกิดระบบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดี แต่ไม่มีพันธกิจในการลงมือปฏิบัติการโดยตรง กลุ่มนี้ได้แก่ หน่วยงานผู้ให้ทุนหรือบริหารทุน [เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)] และองค์กรระหว่างประเทศ (เช่น องค์การอนามัยโลก สหประชาชาติ) ด้วยว่าการพัฒนาต้องใช้เวลา กลุ่มนี้ควรมุ่งให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบสู่อนาคตที่ดีขึ้นควบคู่ไปกับการที่กลุ่ม Q1 พยายามลงมือปฏิบัติการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยที่กลุ่มนี้มักจะถูกรับการสนับสนุนจาก Q1 ซึ่งควรจะสนับสนุนตามความเหมาะสมอย่างเต็มที่ แต่พันธกิจหนึ่งที่สำคัญที่ Q3 ควรทำซึ่งจะช่วยให้ระบบพัฒนาทำหน้าที่ของตนได้อย่างเหมาะสม คือ การแนะนำทิศทางและการติดตามและประเมินผล (guidance and evaluation) ทั้งนี้ แหล่งทุนสามารถใช้การบริหารทุนในการกำหนดทิศทางพัฒนาได้ ส่วนองค์กรระหว่างประเทศสามารถใช้ความรู้ทางเทคนิค บทบาทและเครือข่ายที่ตนมีในการสนับสนุนการพัฒนาเชิงระบบได้

กลุ่มที่ 4 ภาคีเครือข่าย “กลุ่มระบบพัฒนาที่ไม่เป็นทางการ” (formal system-improvement group) [Q4]

ประกอบด้วยหน่วยงานวิชาการและเครือข่ายนักวิชาการ รวมถึงบุคลากรของหน่วยงานของรัฐที่ประสงค์จะทำงานป้องกันและแก้ไขโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยไม่ได้ทำเพราะเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เป็นทางการโดยตรง แต่ต้องการทำเพราะมีใจรักที่จะทำ กลุ่มนี้จะ เป็นกลุ่มซึ่งไม่ได้ลงมือปฏิบัติการโดยตรงเหมือน Q1 และ Q2 และไม่มีบารมีหรืออำนาจ (เช่นอำนาจทุน หรืออำนาจ

องค์กร) เหมือน Q3 แต่จะเป็นกลุ่มที่ทำงานโดยใช้ความรู้ซึ่งจะสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงผ่านการปรับเปลี่ยนแนวคิดแบบไม่เป็นทางการได้ กลุ่ม Q4 นี้มี “อำนาจความรู้” กลุ่มนี้ประกอบด้วยเครือข่ายสามเครือข่ายที่เชื่อมประสานกัน (1) เครือข่ายสร้างความรู้ เป็นเครือข่ายของหน่วยงาน/นักวิชาการที่ทำงานสร้างความรู้สำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (2) เครือข่ายใช้ความรู้ เป็นเครือข่ายของหน่วยงานต่าง ๆ ที่จะนำความรู้ไปใช้ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ามาเรียนรู้ร่วมกันแบบไม่เป็นทางการ และ (3) เครือข่ายกระทรวงสาธารณสุขแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งจะมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มเครือข่ายใช้ความรู้แต่มีเขตเป็นกระทรวงสาธารณสุข การรวมตัวทำงานทางวิชาการ (คือ สร้างความรู้และใช้ความรู้) นี้มีความสำคัญมาก เพราะการสร้างความรู้เป็นพันธกิจที่ต้องใช้เวลาจึงต้องลงทุน (ทั้งเงินและบุคลากร) ควบคู่ไปกับการปฏิบัติการไม่ควรถูกความเร่งรีบของการปฏิบัติการมาเป็นอุปสรรค เช่น ฝ่ายบริหารมักขอให้ได้ความรู้มาใช้ภายในเวลา 1-3 เดือน หรือฝ่ายบริหารไม่ลงทุนสร้างกลไกการติดตามประเมินผลตั้งแต่ต้นหรือเข้มแข็งเพียงพอ แต่ต้องการผลการประเมินเมื่อถึงเวลาต้องของบประมาณรอบใหม่ เป็นต้น เครือข่ายทั้งสามนี้ต้องทำงานร่วมกัน โดยเครือข่ายสร้างความรู้ต้องรับโจทย์จากเครือข่ายใช้ความรู้ อีกสองเครือข่ายแล้วป้อนกลับคำตอบคืนไปเมื่อหาคำตอบได้แล้ว การทำงานประสานร่วมมือกันในลักษณะไม่เป็นทางการนี้มีข้อดีกว่าการประสานงานกันเป็นทางการ คือ (1) ได้คนที่มีความรู้และมีใจรักทำงานอย่างต่อเนื่องมากกว่าที่จะเป็นบุคลากรที่ถูกส่งมาประชุมแทนเป็นครั้ง-คราวสลับหน้ากันไป (2) สามารถประชุมกันได้บ่อยกว่าและพร้อมที่จะทำการบ้านต่อเนื่องหลังจากจบการประชุม แต่ที่แน่นอน ข้อเสีย คือ คนที่มีใจรักอาจมีไม่มาก และมักมีทรัพยากรในการทำงานที่จำกัด ทั้งนี้ กลุ่ม Q4 ทั้งกลุ่ม ต้องรับโจทย์จากกลุ่ม Q1-3 ทั้งหมดเพื่อมาช่วยหาคำตอบและส่งคำตอบคืนเมื่อหา คำตอบได้แล้ว ด้วยการ ทำงานของสามเครือข่ายใน Q4 นี้มีความสำคัญมากต่อ

การพัฒนาเชิงระบบระยะยาว จึงตั้งชื่อให้กับเครือข่ายนี้เป็นพิเศษว่า “เครือข่ายเชิงยุทธศาสตร์ที่ไม่เป็นทางการเพื่อการผลักดันนโยบาย” (NCDs Evidence-Based Policy Advocacy Network หรือ NEBPAN – อ่านว่า เครือข่ายนิพพาน)

ข้อพิจารณา

1) การเสนอรอบแนวคิดนี้ ไม่ได้มุ่งหมายที่จะแบ่งภาคีเครือข่ายออกเป็นสี่กลุ่มโดยแบ่งขาดออกจากกันแน่นอน แต่ละบุคคลก็จะมีบทบาทหน้าที่ทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และสามารถทำได้ทั้งการปฏิบัติการและการพัฒนาไปพร้อมกัน การแบ่งตามที่เสนอนี้จึงเป็นการแบ่งคร่าว ๆ แต่ทำไปเพื่อให้เห็นบทบาทของกลุ่มต่าง ๆ ที่ไม่ใช่มีเพียงกลุ่ม Q1 เท่านั้น เรายังมีภาคีเครือข่ายในกลุ่ม Q2 อีกมากมายที่ควรให้โอกาสและดึงมาร่วมทำงาน พร้อมทั้งควรมีสันับสนุนการผลักดันให้เป็นเครือข่ายและสนับสนุนการสร้างศักยภาพให้กับกลุ่มเหล่านี้ด้วย หน่วยงาน Q3 ควรที่จะสนับสนุนการพัฒนาเชิงระบบด้วยตลอดจนการติดตามและประเมินผลไม่เพียงสนับสนุนปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น และเครือข่าย Q4 ควรที่จะสร้างความรู้และเผยแพร่ความรู้อย่างต่อเนื่องสนับสนุนกลุ่มอื่น ๆ ทั้งหมดทั้งในมิติสนับสนุนระบบปฏิบัติการและระบบพัฒนา

2) โมเดล 4QM นี้ อาจสามารถปิดจุดอ่อนของโมเดลการทำงานหลายภาคส่วนโดยทั่วไปที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันได้ ขณะนี้ ข้อเสนอแนะการทำงานหลายภาคส่วนโดยส่วนใหญ่เน้นไปที่เสนอแนะให้ Q1 ทำงานได้ดีขึ้น (ซีแને How to) เช่น จัดทำข้อมูล จัดให้มีกลไกเลขานุการการประสานงาน จัดให้มีการทำแผน มีชุดดัชนีชี้วัด เป็นต้น แต่ไม่ได้เป็นข้อเสนอแนะที่เปิดโอกาสให้ภาคี Q2 Q3 และ Q4 มีบทบาทขึ้นมาได้ จึงเป็นข้อเสนอที่ปิดโอกาสการระดมพลังทั้งสังคมมาแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และนี่อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ดูเหมือนว่าการทำตามข้อเสนอแนะให้เพิ่มการทำงานหลายภาคส่วนจะไม่คืบหน้าเท่าที่ควร ขอ

ยกตัวอย่างของการขับเคลื่อนของ Q1 ที่เกิดจาก Q อื่น ๆ ดังนี้

2.1) กรณีที่พนักงานรถไฟเมาแล้วทำการข่มขืนเด็กหญิงบนรถไฟและผลักตกรถไฟจนเสียชีวิตนั้น ต่อมาเครือข่ายรณรงค์ป้องกันภัยแอลกอฮอล์เข้าพบและยื่นข้อเสนอคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติให้กำหนดนโยบายห้ามขายและห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนรถไฟ ซึ่งต่อมาได้กลายเป็นนโยบายจริงขึ้นมา⁽⁴⁰⁾ กรณีนี้เป็นตัวอย่างของ Q2 ทำให้ Q1 พัฒนา

2.2) กรณีที่กรมการโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกที่มีชื่อว่า Country Cooperation Strategy (CCS) on NCDs ได้เชิญคณะ UN Task Force on NCDs มาเยี่ยมประเทศไทยในวันที่ 28-30 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ทำให้นายกรัฐมนตรีเรียกประชุมเพื่อติดตามความคืบหน้าการทำงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย⁽³⁰⁾ กรณีนี้เป็นตัวอย่างของ Q3 ทำให้ Q1 พัฒนา

2.3) กรณีที่มีการสร้างและเผยแพร่ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางต่อเนื่อง มีส่วนทำให้ในที่สุดมีการกำหนดพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นที่มาของการกำเนิด สสส.⁽⁴¹⁾ กรณีนี้เป็นตัวอย่างของ Q3 ทำให้ Q1 เกิดการพัฒนา

ทั้งนี้ ภาคีเครือข่าย Q2 สามารถที่จะดำเนินการตามบทบาทของตนในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ดีที่สุด และสร้างความรู้จากการปฏิบัติและเผยแพร่ความรู้ให้คนอื่นปฏิบัติได้อย่างเดียวกันหรือดียิ่งขึ้นไป ภาคีเครือข่าย Q3 สามารถที่จะเสนอแนะทิศทางที่สำคัญให้กับ Q1 และสนับสนุนให้เกิดการติดตามและประเมินผลการทำงานของ Q1 เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบควบคู่ไปกับการปฏิบัติการเฉพาะหน้า และภาคีเครือข่าย Q4 สามารถที่จะรับโจทย์การสร้างความรู้จาก Q1 Q2 และ Q3 มา แล้วสร้างความรู้เพื่อตอบโจทย์เหล่านั้นอย่างมีคุณภาพ และเร็วที่สุด และต่อ

เนื่อง และทุก Q สามารถที่จะสื่อสารทั้งรับและให้ ถักทอ โน้มน้าว และผลักดัน Q อื่น ๆ ให้พัฒนาขับเคลื่อนไปข้างหน้าให้มากที่สุดอย่างสร้างสรรค์

5 กลยุทธ์การยกระดับการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

5 กลยุทธ์การยกระดับการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนที่ผู้เกี่ยวข้องภาคส่วนต่างๆ สามารถ หรือควร หรือต้องดำเนินการเพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประสบความสำเร็จในอนาคต ได้แก่

1. กลยุทธ์ “ภาวะผู้นำร่วม” (collective leadership strategy) ทุกคนในทุกหน้าที่ในทุกระดับล้วนมี “ภาวะผู้นำ” ในตัวทั้งสิ้น (leadership)⁽⁴²⁾ เรามีหน้าที่ได้ก็ทำไป แต่ภาวะผู้นำคือเราเริ่มต้นทำได้เองโดยไม่ต้องรอใครสั่ง หรือไม่ต้องรอให้สถานการณ์พร้อม เรียกว่า สามารถ “ริเริ่มได้” (be proactive)⁽⁴²⁾ ด้วยตนเอง การลงมือทำไปเรื่อยๆ ของเราจะเหนี่ยวนำผู้อื่นให้เห็นและอยากทำบ้างโดยไม่ต้องบอกกล่าว และผลงานทั้งระบบจะเกิดการสะสมต่อยอดต่อเนื่องไปเอง⁽³⁶⁻³⁸⁾ ตัวอย่างหนึ่งของความสำเร็จของภาวะผู้นำร่วม คือ การทำงานของ “กลุ่มสามพราน” ที่กลุ่มนายแพทย์และนักวิชาการด้านสาธารณสุขประชุมสม่ำเสมอต่อเนื่องทุก ๆ เดือนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แล้วแยกย้ายกันไปทำงานของตนอย่างเข้มแข็ง เป็นต้น

2. กลยุทธ์ “การใช้และสร้างความรู้” (knowledge management strategy)⁽⁴³⁾ “ใช้ความรู้” ในการทำงานพร้อมกับ “สร้างความรู้” จากการทำงาน การใช้ความรู้ คือ การศึกษาความสำเร็จและความล้มเหลวจากประสบการณ์ของตนเองและคนอื่น ผ่านการศึกษาเอกสารและผู้อื่นต่าง ๆ การสร้างความรู้ คือ การสรุปบทเรียนจากการปฏิบัติและให้ผู้อื่นสามารถเรียนรู้ได้ ซึ่งสามารถทำได้ตั้งแต่การวิจัยเต็มรูปแบบไปจนถึงการบันทึกเป็นเอกสารเป็นบทความ หรือแม้แต่เป็นคลิปเสียงหรือคลิปวิดีโอที่จะสามารถเผยแพร่ทางช่องทางต่าง ๆ ได้ เครื่องมือการเรียนรู้

ที่สำคัญสองเครื่องมือ คือ (1) ชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice – COP) ซึ่งเป็นการเรียนรู้โดยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน เช่น กลุ่มแพทย์ กลุ่มพยาบาล กลุ่มชาวไร่ผลไม้ กลุ่มครูเด็กปฐมวัย เครือข่ายพ่อแม่ เป็นต้น และ (2) การประเมินเทียบเคียงกับมาตรฐาน (benchmarking) ซึ่งเป็นการเรียนรู้โดยจัดประเมินวัดความสามารถด้านกระบวนการหรือด้านผลลัพธ์ของเรา/องค์กรของเรา กับความสามารถของบุคคล/องค์กรที่ทำได้ดีที่สุดในหมู่ของบุคคล/องค์กรที่ทำงานในลักษณะเดียวกัน เช่น ประเมินว่าชุมชนเราทำได้ดีเพียงใดเมื่อเทียบกับชุมชนที่มีคนออกกำลังกายจำนวนมาก แล้วหาทางพัฒนาการทำงานของเราให้ดียิ่งขึ้น เป็นต้น

3. กลยุทธ์ “ถักทอเครือข่ายและผลักดันสังคม” (networking and advocacy strategy)⁽⁴³⁾ ด้วยการถักทอเครือข่ายผู้ที่สนใจและผลักดันให้สังคมหันมาทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเท่าที่จะทำได้ โดยพยายามสื่อสารไปยังผู้กำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ เท่าที่จะมีโอกาส (เรียกว่า policy advocacy) และพยายามสื่อสารไปยังสื่อมวลชนหรือผ่านช่องทางสื่อโซเชียลมีเดียเท่าที่จะมีโอกาส (เรียกว่า media advocacy) เพื่อกระตุ้นให้ผู้คนต่าง ๆ เห็นความสำคัญและรู้ถึงวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากยิ่งขึ้น โดยมุ่งขยายเครือข่ายการทำงานและบูรณาการการทำงานให้หนุนเสริมพลังกันได้ (synergy) โดยเริ่มต้นจาก องค์กรรวมกระทรวงสาธารณสุข (Whole-of-Ministry of Public Health) องค์กรรวมภาครัฐ (whole-of-government) และองค์กรรวมทั้งสังคม (whole-of-society) ซึ่งรวมถึงการร่วมมือกับแหล่งทุน องค์กรระหว่างประเทศ และเครือข่ายนักวิชาการ^(27,28) ทิศนคติที่สำคัญสองประการสำหรับผู้ที่จะประสงค์จะดำเนินกลยุทธ์นี้ คือ “มีฉันทะหรือมีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะบรรลุผลสัมฤทธิ์ให้ได้ (goal oriented)” และ “รู้ว่าการจะบรรลุผลสัมฤทธิ์นั้นได้ ต้องทำงานร่วมกับบุคคลอื่นเท่านั้น (work through other people)” ทั้งนี้ความต้องการบรรลุเป้าหมายจะทำให้เรา

มุ่งเดินไปข้างหน้า ส่วนความต้องการจะถักทอและโน้มน้าวให้ผู้คนมาร่วมกันเดินไปข้างหน้าด้วยกันจะเกิดขึ้นก็เพราะรู้ว่านั่นคือสิ่งเดียวที่จะทำให้บรรลุถึงเป้าหมายได้ ทุกคนและทุก Q สามารถที่จะเป็นผู้ริเริ่มและส่งผลให้ Q1 ขับเคลื่อนได้ดังตัวอย่างที่นำเสนอไว้ที่หมายเหตุสำคัญที่สองข้างต้น

4. กลยุทธ์ “ศูนย์กลางการจัดการมืออาชีพ” (professional central management strategy) โดยให้มีการดำเนินการตามชุดข้อเสนอแนะมาตรฐาน^(27,28) ได้แก่ (i) จัดทำข้อมูลให้เห็นความสำคัญและลำดับความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ii) จัดโครงสร้างและกระบวนการสนับสนุนการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วน (เช่น มีหน่วยงานเลขานุการเพื่อการประสานงานที่เข้มแข็ง กำหนดบุคคลหลักในกระทรวงต่าง ๆ) (iii) จัดทำแผนการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนแบบมีส่วนร่วมและทำให้เกิดการยอมรับแผนจากทุกฝ่าย มีชุดดัชนีชี้วัดทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ (iv) จัดให้มีการติดตามและประเมินผลที่เข้มแข็ง และจัดให้มีการนำเสนอผลการติดตามและประเมินผลถึงผู้นำสูงสุด และ (v) จัดสรรงบประมาณทั้งจากกระทรวงต่าง ๆ และจากส่วนกลางโดยเฉพาะเพื่อการดำเนินการทั้งระบบ

ห้า กลยุทธ์ “โน้มน้าวผู้นำสูงสุด” (top-leader advocacy strategy) กลยุทธ์นี้เน้นการโน้มน้าวให้ผู้นำสูงสุดมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและมีเจตจำนงทางการเมืองที่มุ่งมั่นในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างแท้จริง การรับเป็นประธานแต่ในนามและมอบหมายผู้แทนให้ไปดำเนินการ ตลอดจนการในห้องคาพยพต่างๆ ที่มีอยู่ในโครงสร้างเดิมทำงานประจำไปเรื่อยๆ ไม่ได้เป็นการแสดงภาวะผู้นำที่แท้จริง^(7,8,27,28) มีสองวิธีในการโน้มน้าวผู้นำสูงสุด คือ (1) การสื่อสารโดยตรงถึงผู้นำสูงสุด ซึ่งเป็นได้ทั้งแบบเป็นทางการ ได้แก่ การนำเสนอในการประชุม การนำเสนอผ่านคำกล่าวรายงานหรือคำกล่าวเปิดงานประชุมสำคัญๆ ที่ผู้นำระดับสูงสุดมาเป็นประธาน หรือแบบไม่เป็นทางการ เช่น การนำเสนอแนวคิดในโอกาสที่พบอย่างไม่เป็นทางการ หรือการนำ

เสนอผ่านบุคคลในครอบครัวของผู้นำสูงสุด เป็นต้น และ (2) การสื่อสารผ่านสาธารณะ ได้แก่ การนำเสนอข้อมูลผ่านสื่อมวลชน หรือการจัดกิจกรรมที่สื่อมวลชนสนใจจนกลายเป็นข่าวนำเสนอไปถึงผู้นำสูงสุดได้ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยบริหารทุน

หน่วยบริหารทุนมีโอกาสในการเป็นผู้ริเริ่มสูงเนื่องจากงบประมาณเป็นพลังขับเคลื่อนที่สามารถส่งอิทธิพลต่อ Q อื่น ๆ ได้ไม่ยากนัก ข้อเสนอแนะพิเศษสำหรับหน่วยบริหารทุนมีดังนี้ หน่วยงานบริหารทุนควรจะสนับสนุนทุนให้กับการทำงานของทุก Q อย่างเหมาะสม แบบ “น้ำมันเชื้อเพลิง” หรือ “น้ำมันหล่อลื่น” แล้วแต่บทบาทของหน่วยงานบริหารทุน (ทั้งนี้ “น้ำมันเชื้อเพลิง” หมายถึง การสนับสนุนงบประมาณนั้นเป็นการสนับสนุนหลักในการทำให้ระบบขับเคลื่อนไปได้ ส่วน “น้ำมันหล่อลื่น” หมายถึง การสนับสนุนงบประมาณนั้นเป็นการสนับสนุนเพียงเล็กน้อยในจุดที่สำคัญแล้วมีผลทำให้ระบบขับเคลื่อนไปได้ดีขึ้น) การสนับสนุนนี้ควรมุ่งให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างภาคเป็นทางการและภาคส่วนที่ไม่เป็นทางการ และมุ่งให้เกิดการทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานในระบบปฏิบัติการกับหน่วยงานในระบบพัฒนา โดยการสนับสนุนนี้ควรทำให้แต่ละ Q ทำพันธกิจของตนได้สะดวกขึ้น พร้อมไปกับการสนับสนุนให้แต่ละ Q สร้างความรู้จากการทำงานและเผยแพร่ความรู้นั้นให้กว้างขวางด้วย สนับสนุนให้แต่ละ Q ถักทอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใน Q ของตนเอง และสนับสนุนให้แต่ละ Q สามารถถักทอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้าม Q ได้ และสุดท้ายสนับสนุนให้ทุก Q พัฒนาภาวะผู้นำในตนเองและร่วมกันโน้มน้าวผู้นำสูงสุดให้มีวิสัยทัศน์และเกิดเจตจำนงทางการเมืองต่อการป้องกันและแก้ไขโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตนเองอย่างแท้จริง

บทสรุป

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ป่วย ครอบครัว ระบบบริการ และสังคมทั้งสังคมอย่างมากและ

จะมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะเป็นผลกระทบจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในยุคปัจจุบัน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งรวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้วยนั้นต้องการการทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนที่กว้างขวางกว่าเพียงกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ข้อจำกัดที่ทำให้การทำงานร่วมมือหลายภาคส่วนในประเทศไทยไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากขาดภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและเจตจำนงที่มุ่งมั่นต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างแท้จริง การบริหารจัดการเครือข่ายตามกรอบโมเดลพลังสี่ภาคส่วน (4-Quadrant Model) พร้อมกับกลยุทธ์ทั้งห้าประการ จะทำให้องค์กรต่าง ๆ ของทั้งระบบสามารถนำภาคส่วนที่ไม่เป็นทางการ (Informal sector) มาสนับสนุนการทำงานของภาคส่วนที่เป็นทางการ (Formal sector) สามารถที่จะทำให้ระบบพัฒนา (System Improvement) ทำงานควบคู่ไปกับระบบปฏิบัติการ (System implementation) ที่ต้องทำการแก้ไขเฉพาะหน้าได้อย่างเป็นระบบ อันจะนำไปสู่การบรรลุผลการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ อย่างไรก็ตามข้อควรตระหนักที่สำคัญที่สุด คือ การดำเนินการเรื่องใหญ่ที่ซับซ้อนและเห็นเป็นรูปธรรมจับต้องได้ยากให้สำเร็จนั้น ต้องการภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและมีเจตจำนงทางการเมืองที่มุ่งมั่น จากบุคคลทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำระดับสูงสุดของประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Engelgau M, Rosenhouse S, El-Saharty S, Mahal A. The economic effect of noncommunicable diseases on households and nations: a review of existing evidence. *J Health Commun* 2011;16(Suppl 2):75-81.
3. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ. BOD: ระบบข้อมูลภาระโรค [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 28 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hiso.or.th/bodproject/>
5. แผนงานการพัฒนาตึ้นภาระทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2561.
6. สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2560.
7. World Health Organization. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva: World Health Organization; 2008.
8. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
9. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor, 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
10. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor, 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
11. สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. นนทบุรี: กระทรวง-สาธารณสุข; 2553.
12. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ทิศทางเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (2555-2564). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.
13. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
14. ศิริวรรณ ทิพย์รังษฤษฎ์, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs: kick off to the goals. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2559.

15. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 109, ตอนที่ 38 (ลงวันที่ 5 เมษายน 2535).
16. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 109, ตอนที่ 40 (ลงวันที่ 7 เมษายน 2535).
17. กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2559-2562. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2559.
18. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134, ตอนที่ 39 ก (ลงวันที่ 5 เมษายน 2560).
19. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125, ตอนที่ 33 ก (ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2551).
20. กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2559.
21. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
22. กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2568. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านตึก; 2559.
23. พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134, ตอนที่ 72 ก (ลงวันที่ 10 กรกฎาคม 2560).
24. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 388 พ.ศ. 2561 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนที่ 166 ง (ลงวันที่ 13 กรกฎาคม 2561).
25. กรมอนามัย. แผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561.
26. พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134, ตอนที่ 32 ก (ลงวันที่ 20 มีนาคม 2560).
27. World Health Organization. Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity (follow-up of the 8th Global Conference on Health Promotion): report of the Secretariat. (Provisional agenda item 14.5, A68/17, 18 May 2015) [Internet]. [cited 2020 Apr 18]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_17-en.pdf
28. World Health Organization. Approaches to establishing country-level, multisectoral coordination mechanisms for the prevention and control of noncommunicable diseases. New Delhi: World Health Organization – Regional Office for South-East Asia; 2015.
29. Ramaboot S, Ungchusak K, Rousseau S, Shuey D. Final evaluation of WHO country cooperation strategy, Thailand 2012-2016. Nonthaburi: World Health Organization Thailand; 2016.
30. Joint Mission of the United Nations Interagency Task Force on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, Thailand, 20-30 August 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
31. Bechervaise C. 5 reasons why vision is important in leadership [Internet]. [cited 2020 Apr 17]. Available from: <https://takeitpersonally.com/2013/10/14/5-reasons-why-vision-is-important-in-leadership/>
32. Heathfield SM. Leadership vision: you can't be a real leader who people want to follow without vision [Internet]. [cited 2020 Apr 17]. Available from: <https://www.thebalancecareers.com/leadership-vision-1918616>
33. Abrell-Vogel C, Rowold J. Leaders' commitment to change and their effectiveness in change – a multilevel investigation. *Journal of Organizational Change Management* 2014;27(6):900-21.
34. สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. ทำเนียบนายกรัฐมนตรี. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaigov.go.th/aboutus/history/index>
35. วิกีพีเดีย. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://th.wikipedia.org/wiki/รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของไทย>
36. Wilson R. Collective leadership – the what, why, and how [Internet]. [cited 2020 Apr 19]. Available from: [762](https://growingorganisations.com/wp-content/up-

</div>
<div data-bbox=)

- loads/2018/08/blog-collective-leadership-the-what-why-and-how.pdf
37. Friedrich TL, Vessey WB, Schuelke MJ, Ruark GA, Mumford MD. A framework for understanding collective leadership: the selective utilization of leader and team expertise within networks. *Leadership Quarterly* 2009; 20(6):933-58.
38. Friedrich TL, Griffith JA, Mumford MD. Collective leadership behaviors: evaluating the leader, team network, and problem situation characteristics that influence their use. *Leadership Quarterly* 2016;27(2):312-33.
39. Bono ED. *Teach your child how to think*. London: Penguin Books; 1994.
40. MGR Online. เครือข่ายจดเหล่า-ผู้หญิง จัคมนาคม สังกศยนารถไฟห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปิดช่องซีเมาก่อเหตุ [อินเทอร์เน็ต]. 9 กรกฎาคม 2557 [สืบค้นเมื่อ 29 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://m.mgronline.com/qol/detail/9570000077484>
41. ปารีชาติ ศิวะรักษ์. กำเนิดกองทุน สสส. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2556.
42. Covey SR. *The 7 habits of highly effective people*. Coral Gables, FL: Mango Media Inc; 2015.
43. Wasi P. *Triangle that moves the mountain and health systems reform movement in Thailand*. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2000.

Abstract: 4-Quadrant Multisectoral Collaboration Model for the Prevention and Control of NCDs

Bundit Sornpaisarn, M.D., FRCPsy-Thailand, M.P.H., Ph.D.*,,***; Yongyud Wongpiromsarn, M.D., FRCPsy-Thailand****; Kumnuan Ungchusak, M.D., M.P.H.*****; Somsak Chunharas, M.D., M.P.H.*****; Pairoj Saonuam, M.D., Ph.D.*****; Jürgen Rehm, Ph.D.*,**,*******

** Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health, Canada; ** Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada; *** Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand; **** Advisor, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand; ***** Advisor, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand; ***** Chairman, National Health Foundation, Thailand; ***** Thai Health Promotion Foundation, Thailand; ***** Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy & Center for Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies, Technische Universität Dresden, Germany*

Journal of Health Science 2020;29(4):747-64.

Noncommunicable diseases (NCDs), defined by the World Health Organization as cardiovascular diseases, cancers, diabetes mellitus, and chronic pulmonary diseases; and their main risk factors, which include tobacco smoking, alcohol drinking, unhealthy diet, and inadequate physical activity levels, contribute significantly to the burden of disease in Thailand, and globally. The prevention and control of NCDs and their risk factors in Thailand cannot solely rely on the efforts of the Ministry of Public Health – it urgently requires multisectoral collaborative actions. The authors propose the 4-Quadrant (4QM) Model and five strategies to enhance multisectoral action for the prevention and control of NCDs. The 4QM model involves stakeholders from the Ministry of Public Health, the broader government, and the public. According to this model, there are four major parties: (1) the Formal System-Implementation Group, (2) the Informal System-Implementation Group, (3) the Formal System-Improvement Group, and (4) the Informal System-Improvement Group. The Formal System-Implementation Group includes the Ministry of Public Health and all governmental organizations. The Informal System-Implementation Group covers all individuals and organizations that are not governmental agencies. The Formal System-Improvement Group is comprised of funding agencies and international organizations. The Informal System-Improvement Group consists of networks of academicians. The 4QM will be able to inclusively enroll all stakeholders and unleash their potential in the prevention and control of NCDs. The five strategies proposed to enhance the multisectoral collaborative action include: (1) the Collective Leadership Strategy, (2) the Knowledge Management Strategy, (3) the Networking and Advocacy Strategy, (4) the Professional Central Management Strategy, and (5) the Top-leader Advocacy Strategy. Thailand can achieve its SDGs accordingly if its stakeholders employ the proposed model and strategies.

Keywords: noncommunicable disease, model, multisectoral, network, prevention and control, Thailand