



เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549  
27-29 ตุลาคม 2549

# ถอดรหัสสังคมสุขภาพ สู่การพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๙

เศรษฐกิจพอเพียง

สู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุข



## ถอดรหัสสุขภาพสู่การพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม Decoding the Health Assembly towards the Development of Healthy Public Policy

บรรณาธิการ/เรียบเรียง :	สุรศักดิ์ บุญเทียน
ผู้ช่วยบรรณาธิการ :	กรกนก ดันตระกุล
คณะผู้จัดทำ :	วิพุธ พูลเจริญ สมพันธ์ เตชะอธิก พงศ์เทพ สุธีรัฐมิ เดชรัตน์ สุขกำเนิด วิเชียร คุณวัธส ไพศาล เจียนศิริจินดา ภาณุวัฒน์ รักดีวงศ์ อรุณ ชูเกาะทวด สุรศักดิ์ บุญเทียน
จัดพิมพ์โดย :	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)
สนับสนุนโดย :	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข
พิมพ์ครั้งที่ 1 :	ตุลาคม 2549
จำนวนพิมพ์ :	3,500 เล่ม
ออกแบบปกและรูปเล่ม :	ธานินทร์ กุลกาญจน์
พิมพ์ที่ :	
ISBN :	
ภาพปก :	จากการประกวดภาพถ่าย “อยู่ เย็น เป็น สุข”

## คำนำ



### “สมัชชาสุขภาพ”

จะเป็นเครื่องมือในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม  
ภายใต้บริบทของสังคมไทยได้จริงหรือ

คนส่วนใหญ่มักจะเข้าใจว่า “นโยบายสาธารณะคือคำประกาศของรัฐบาล” รัฐจึงเป็นผู้ผูกขาดในการกำหนดนโยบายและเป็นผู้ชี้ชะตาชีวิตของประชาชนทั้งสังคม เราควรปล่อยให้เป็นอย่างนั้นหรือ

5 ปีที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพได้ร่วมกันร่าง ผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้ประกาศใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างสุขภาพของสังคมไทย ในปัจจุบันแม้ว่ากฎหมายฉบับนี้ยังไม่ได้ประกาศใช้ แต่ตลอดเวลาที่ผ่านมามีการกระบวนกรเรียนรู้ พบปะหารือมากมาย โดยเฉพาะ “สมัชชาสุขภาพ” ที่ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ที่ต้องการเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อให้เกิดสุขภาพของชุมชน สังคม

ในอดีตเมื่อเอ่ยคำว่า “สมัชชา” หลายคนเข้าใจว่าเป็นการขบวนการต่อสู้ เรียกร้อง หรือการต่อรองกับภาครัฐ และมีจำนวนไม่น้อยที่มองว่าขบวนการขับเคลื่อนสมัชชาก่อให้เกิดความวุ่นวายและความขัดแย้งขึ้นในสังคม จนถึงวันนี้หลายคนก็ยังมีความเข้าใจเช่นนั้น

ปัจจุบันคำว่า “สมัชชา” ถูกนำไปใช้ในหลายวงการ สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ “สมัชชาสุขภาพ” ถูกบัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีเจตนาให้เป็นพื้นที่สาธารณะที่เชื่อมร้อยผู้คนจากทุกภาคส่วนได้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันสร้างนโยบายที่เป็นของสาธารณะ และเพื่อสาธารณะ

นโยบายสาธารณะใครควรเป็นผู้กำหนด

“สมัชชาสุขภาพ” อาจเป็นคำตอบให้กับสังคมไทย

ด้วยจิตคารวะ

คณะทำงาน

ห้องถอดรหัสสมัชชาสุขภาพฯ



## สารบัญ

บทที่ 1	ที่มา ความสำคัญของสมาชิชาสุขภาพ .....	5
บทที่ 2	หลักการ แนวคิด และทฤษฎีของกระบวนการนโยบายสาธารณะ : สมาชิชาสุขภาพต้องเรียนรู้ และทำความเข้าใจ 1. นโยบายสาธารณะ : นโยบายเพื่อสาธารณะ หรือ นโยบายของสาธารณะ 2. ความสำคัญเชิงอำนาจในกระบวนการนโยบาย 3. บทบาทของกลุ่มต่างๆ ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ 4. วิวัฒนาการของกระบวนการนโยบายสาธารณะ	13
บทที่ 3	ทําปีของการเรียนรู้ : สมาชิชาสุขภาพ.....	30
	1. อะไรคือสมาชิชา 2. ความหมายของสมาชิชาสุขภาพ 3. ประสพการณ์สมาชิชาสุขภาพ 4. บทเรียนสมาชิชาสุขภาพ	
บทที่ 4	ถอดรหัสสมาชิชาสุขภาพสู่การพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม.....	51
	1. ความคาดหวังของสังคมไทยและแนวทางตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : บทบาทของสมาชิชาสุขภาพที่ควรจะเดินไป 2. องค์ประกอบหลักที่สำคัญของสมาชิชาสุขภาพ 3. กลไกเอื้ออํานวยกระบวนการสมาชิชาสุขภาพที่พึงประสงค์ 4. นักอํานวยการนโยบาย ในกระบวนการสมาชิชาสุขภาพ 5. แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะผ่านกลไกสมาชิชาสุขภาพ	
	เอกสารอ้างอิง.....	74

## บทที่ 1

### ที่มา ความสำคัญขอบ สัมผัสสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ว่า “Health is a Stage of Complete Physical, Mental, Social and Spiritual Well-being, not merely absence of disease and infirmity” ประเด็นสำคัญ ไม่ใช่การไม่มีโรคเท่านั้น แต่หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ (Well-being)<sup>1</sup> สุขภาพในมิติใหม่ จึงกว้างขวาง เชื่อมโยงกับเรื่องอื่นๆ มากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “Health is integral in Total Human and Social Development” หรือ “สุขภาพนั้นบูรณาการอยู่ในการพัฒนา มนุษย์และสังคมทั้งหมด”<sup>2</sup> สอดคล้องกับกรอบแนวคิดภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และ 9 ที่มุ่งสร้าง “ความอยู่ดี มีสุข” (well-being) ของคนไทย ซึ่งหมายถึง “การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกายจิตใจ มีความรู้ มีงานทำ ที่ทั่วถึง มีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีพ มีครอบครัวที่อบอุ่นมั่นคง อยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี และอยู่ภายใต้ระบบบริหารจัดการที่ดีของภาครัฐ” โดยมีคนเป็น ศูนย์กลางของการพัฒนา มีขอบเขตครอบคลุมทุกมิติของดำรงชีวิตที่เชื่อมโยงกัน อย่างเป็นองค์รวม<sup>3</sup> สะท้อนให้เห็นว่า สุขภาพเป็นเรื่องใหญ่ ที่ขยับกรอบความคิดไป อยู่บนฐานว่าด้วยเรื่อง “สุขภาวะ” (Well-being) ทั้งมิติทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางปัญญา รวมถึงมิติของคน ครอบครัว ชุมชนและสังคม สุขภาพจึงกว้างกว่า เรื่องของโรคภัยไข้เจ็บแบบเดิมๆ

หลักการสำคัญที่สุดของระบบสุขภาพใหม่ คือ “สร้างนำซ่อม” สร้าง หมายถึง การสร้างเสริมการมีสุขภาพดี (Good Health) ไม่ใช่รอให้สุขภาพเสีย (Ill Health) แล้วจึง

1 ประเวศ วะสี , 2545. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย เครื่องมือ นวัตกรรมทางสังคม. หน้า 9

2 ประเวศ วะสี , 2546. การปฏิวัติเจียบ : การปฏิรูประบบสุขภาพ. หน้า 15

3 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548. เอกสารประกอบการพิจารณาความสามัคคีร่วม ประเทศไทย (GDH), รายงานความอยู่ดี มีสุขของคนไทย, หน้า 1

ค่อยช่อม ระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้เป็นระบบที่ตั้งรับ ก่อให้เกิดความเสียหาย ไม่คุ้มค่า ระบบสุขภาพที่ปฏิรูปใหม่ จึงต้องมุ่งไปที่การสร้างเสริมการมีสุขภาพดีให้มากที่สุด ให้ทุกคนมีสุขภาพดีให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แต่หากเจ็บป่วยก็ต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเป็นธรรมชาติมากที่สุด จึงเรียกว่า “สร้างนำซ่อม”<sup>4</sup> การปฏิรูประบบสุขภาพจึงต้องทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยมีการซ่อมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์เชิงรับที่คอยหนุนเสริม การรุกเพื่อสร้างสุขภาพ จึงเป็นการทำทุกวิถีทางเพื่อไม่ให้ประชาชนเจ็บป่วย และล้มตายโดยไม่จำเป็น มีความสามารถและมีโอกาสในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชนได้จริง ประชาชนจึงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมีศักดิ์ศรีมีคุณค่าและมีความสุขมากขึ้น

ในระดับนานาชาติ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ผลักดันให้เกิดการประชุมเรื่องยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ในทศวรรษที่ 21 เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2529 ณ ประเทศแคนาดา ในนามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)<sup>5</sup> ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ของโลก ที่แตกต่างจากการสาธารณสุขแบบดั้งเดิม โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม (Intersectional) ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน และให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม) ที่ส่งผลต่อสุขภาพ<sup>6</sup> ภายใต้การเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ กระแสการสร้างเสริมสุขภาพยังดำเนินอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2548 องค์การอนามัยโลก (WHO) และประเทศสมาชิกได้ร่วมกันจัดประชุมการสร้างเสริมสุขภาพโลก (Global Conference on Health Promotion) ขึ้นอีกครั้ง ณ ประเทศไทย เพื่อหนุนเสริมกระแสการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ เพิ่มเติมจากกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ทำให้เกิดปฏิญญาร่วม ในนาม กฎบัตรกรุงเทพฯ

4 ประเวศ วะสี, 2546. การปฏิวัติเจียม : การปฏิรูประบบสุขภาพ. หน้า13 (อ้างแล้ว)

5 มีปฏิญญาร่วมกัน 5 ด้านหลัก ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy public policy), การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environments), การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthen community action), การสร้างเสริมศักยภาพของปัจเจกบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Develop personal skills) และ การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services) ดูรายละเอียดใน ยุวดี คาคาการณ์ไกล, 2547. นโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. หน้า 6-8

6 อ่าพล จินดาวัฒน์, 2548. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ. หน้า 32

(Bangkok Charter) <sup>7</sup> ท่ามกลางกระแสการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพแนวใหม่ภายใต้กรอบคิดของสุขภาพะ นโยบายสาธารณะ (Healthy Public Policy) จึงมีบทบาทและเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญยิ่งของการสร้างเสริมสุขภาพในยุคปัจจุบัน

สำหรับประเทศไทย มีการเคลื่อนไหวการในกระแสการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพแนวใหม่ เพื่อให้เกิดสุขภาพดี อย่างหลากหลายและต่อเนื่องเป็นพลวัต ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ส่งผลให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพในหลายส่วน อย่างกว้างขวางบนฐานคิด “สร้างนำซ่อม” ทำให้ กรอบความคิดเรื่องสุขภาพปรับจากกระบวนทัศน์ที่ว่าด้วยโรคมาสู่กระบวนทัศน์ที่ว่าด้วยสุขภาพะมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จากกระแสการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพและพัฒนาการของการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ.2535 ประเทศไทยมีการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ ในปี พ.ศ.2539 มีการจัดตั้งโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform) ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับและสหภาพยุโรป มีหน้าที่รวบรวมและพัฒนางานวิชาการเตรียมการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ปี พ.ศ.2540 ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับใหม่ ภายใต้กรอบคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมควบคู่ไปกับประชาธิปไตยแบบตัวแทน โดยให้ความสำคัญ

7 มีปฏิญญาร่วมกัน 6 ประการ ได้แก่ การขึ้นนำสังคม (Advocacy) เพื่อผลักดันให้สุขภาพเป็นเรื่องของสิทธิมนุษยชน, การลงทุน (Investment) เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และเพื่อการดำเนินงานตลอดจนการจัดโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการกับปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพ (Determinants of Health), การสร้างศักยภาพ (Capacity Building) เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน สร้างภาวะผู้นำ พัฒนากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ การถ่ายทอดความรู้และศึกษาวิจัย ตลอดจนมีความแตกฉานด้านสุขภาพ, การออกระเบียบ กฎ และกฎหมาย (Regulation & Legislation) เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองจากภัยอันตราย และมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมกัน และการสร้างภาคีเครือข่ายพันธมิตร (Partnership) ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคมและองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อร่วมกันทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังได้โดยกำหนดเจตนารมณ์ที่สำคัญ (Commitment) ไว้ 4 ประการ คือ ต้องทำให้การสร้างเสริมสุขภาพปรากฏเป็นสาระหลักของการพัฒนาระดับโลก, ต้องทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาล, ต้องทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายหลักของชุมชนและประชาสังคม และต้องทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญของการบริหารจัดการธุรกิจที่ดี ครอบคลุมใน กระทรวงสาธารณสุข, 2548. กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์. หน้า 4

กับภาคประชาชนมากยิ่งขึ้น และในปี พ.ศ.2542 คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ได้จัดทำรายงานระบบสุขภาพประชาชาติเพื่อให้ข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพตาม เจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ต่อมาในปีพ.ศ.2543 รัฐบาลได้ออกระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดตั้ง คณะกรรมการ ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.)<sup>8</sup> และจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ แห่งชาติ (สปรส.) เป็นหน่วยงานเฉพาะกิจตั้งขึ้นภายใต้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการ เพื่อจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ เป็นกฎหมายแม่บทของระบบสุขภาพแห่งชาติ หรือเป็นธรรมนูญของระบบสุขภาพ แห่งชาติ ให้แล้วเสร็จภายใน 3 ปี นับตั้งแต่พ.ศ.2543 ซึ่งต่อมาได้มีการขยายเวลา การทำงานออกไปจนถึงปัจจุบัน<sup>9</sup>

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และสำนักงานปฏิรูประบบ สุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้พูดถึงทางสุขภาพว่า “สร้างนำซ่อม” โดยใช้การยกย่อง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นเครื่องมือเชิญชวนภาคประชาชน ภาควิชาการ/ วิชาชีพ และภาคการเมือง/ราชการ เข้ามาร่วมกันทำงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไป พร้อมกันตามยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”<sup>10</sup> ภายใต้ ร่างพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ กลไกสำคัญที่จะเกิดขึ้น คือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)<sup>11</sup> ทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

8 คณะกรรมการประกอบด้วย นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน คนที่ 1 รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ที่นายกรัฐมนตรี มอบหมายเป็นรองประธานคนที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็น รองประธานคนที่ 3 มีกรรมการแต่งตั้งโดยตำแหน่ง คือ ปลัดกระทรวงต่างๆ 8 กระทรวง และเลขาธิการคณะ กรรมการกฤษฎีกา เลขาธิการกพ. เลขาธิการสศช. ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ (14 คน) ตั้งแต่ด้านการศึกษา ด้านบริหาร ด้านเศรษฐกิจ ด้านกฎหมาย จนถึงด้านสาธารณสุข โดยมี ผอ.สปรส.เป็น กรรมการและเลขานุการ รวมทั้งสิ้น 31 คน

9 มีการขยายเวลาในการทำงาน 2 ครั้ง ครั้งแรก ในปี พ.ศ.2546 ถึง พ.ศ. 2548 และครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ.2548 จนกว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจะมีผลประกาศใช้เป็นกฎหมาย

10 แนวคิดของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ที่เสนอให้เกิดการประสานพลังของภาคสังคม ประชาชน (เน้นการขับเคลื่อนขบวนการทางสังคม) ภาควิชาการ/วิชาชีพ (เน้นที่การสร้างองค์ความรู้) และภาคการเมือง/ราชการ (เน้น การมีส่วนร่วมของรัฐบาลและราชการ) ร่วมกันในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

11 ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ คือคณะกรรมการที่ได้รับการคัดเลือกมาอย่างเป็นระบบ จำนวน 39 คน



จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อกำหนดเป็นกรอบทิศทางของระบบสุขภาพของประเทศ และสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เป็นกลไกนโยบายสาธารณะของสังคม โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สคส.)<sup>12</sup> ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการ

นอกจากนี้ ยังพบเห็นความเคลื่อนไหวในการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ<sup>13</sup> เช่น มีการรณรงค์ลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุบนท้องถนน มีการออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ การรณรงค์ลดการบริโภคสุรา การตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ การออกกฎหมายเก็บภาษีเหล้าบุหรี่เพื่อตั้งเป็นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมีการกำหนดและประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2545 เพื่อให้คนไทยทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างถ้วนหน้า นอกจากนี้ ในปี พ.ศ.2545 รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย ปีเริ่มต้นของการรวมพลังสร้างสุขภาพตามกรอบการรณรงค์ 5 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และ อโรคยาหรือการลดโรคสำคัญต่างๆ ซึ่งมีกิจกรรมระดับชาติในการรณรงค์ให้ประชาชนหันมา ใส่ใจการสร้างสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยก็สนับสนุนนโยบายด้านการเกษตรที่เน้นการใช้สารเคมี ในช่วงปี 2544- 2547<sup>14</sup> มีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้นผลกระทบที่ตามมาคือ ดินและแม่น้ำสายหลักของประเทรวมถึงพืชผักผลไม้พบสารเคมีตกค้างอยู่ในระดับสูงเกินมาตรฐาน นอกจากนี้ ทิศทางการพัฒนาภาคอุตสาหกรรมของประเทศไทย ได้มีนโยบายพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก (Eastern Seaboard)<sup>15</sup> โดยการพัฒนาให้เกิดนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด เป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมของจังหวัดในเขตพื้นที่ชายฝั่งทะเล

12 ในร่างกฎหมาย จะหน่วยงานที่เป็นองค์กรของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ

13 กระทรวงสาธารณสุข 2548. ปฏิทินสาธารณสุขประจำปี 2548. หน้า1-2

14 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2547. รายงานภาวะสังคมไทยในปี 2547. หน้า 8-9

15 คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2546. วารสารทางสังคมศาสตร์ เรื่อง นโยบายสาธารณะกับสุขภาพคนไทย. หน้า 82-83



ตะวันออก เปลี่ยนระบบเศรษฐกิจแบบเกษตรกรรมไปสู่ระบบเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรมและบริการที่อิงกับอุตสาหกรรม แม้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นการเพิ่มโอกาสทางเศรษฐกิจ แต่กลับมองข้ามผลกระทบที่จะตามมาอีกมากมาย ในปี 2539 ถึง 2543 พบมลพิษทางอากาศและน้ำ เกิดฝนกรด การปนเปื้อนโลหะหนักในแหล่งน้ำและทะเล การลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรม เป็นต้น จากการพัฒนาประเทศไทยดังกล่าวข้างต้น ถือได้ว่าประสบความสำเร็จและมีความก้าวหน้าในระดับหนึ่ง แต่ยังคงต้องเรียนรู้และพัฒนาต่อไป เพื่อให้บรรลุถึงสุขภาวะที่แท้จริงของสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านบวกและด้านลบ ที่เกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องทบทวนแนวทางการดำเนินงานนโยบายสาธารณะในหลายๆ ด้านที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พร้อมทั้งเร่งผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน

กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือใหม่ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process : PHPPP) ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามาเรียนรู้ร่วมกัน ในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยพิจารณาจากความหมาย ตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างใช้ปัญญาและสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาวะของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม”<sup>16</sup> ในขณะที่สังคมไทยมีความคาดหวังให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมการสร้างสุขภาพหรือสุขภาวะ ใน 4 มิติ ในประการแรก ประการที่สอง เป็นเครื่องมือในการเชื่อมร้อยเครือข่ายสุขภาพต่างๆ เข้ามาทำงานสร้างสุขภาวะร่วมกัน ประการที่สาม เป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ต่อยอดจากกิจกรรมและ

16 ความหมายของ สมัชชาสุขภาพ ในมาตรา 3 แห่ง (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกฤษฎีกาและได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2548

รูปธรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และประการสุดท้าย เป็นเครื่องมือในการสร้างกระแสการ  
สร้างเสริมสุขภาพในทิศทางที่เหมาะสม และขยายได้อย่างกว้างขวาง<sup>17</sup>

ปัจจุบัน ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ อยู่ในขั้นตอนของกระบวนการ  
นิติบัญญัติ ยังไม่ได้ประกาศเป็นกฎหมาย แต่ที่ผ่านมา คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ  
แห่งชาติ (คปรส.) ได้สนับสนุนให้เกิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ใน 3 รูปแบบ ได้แก่  
สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ  
นำไปทดลองปฏิบัติจริงในสังคมไทย ตั้งแต่ปี 2544 จนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลา 5 ปี  
ส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วน และเกิดพัฒนากระบวนการ  
สมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ จะเห็นได้ว่า เป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาประเทศ  
ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในฉบับปัจจุบัน คือ ความอยู่ดีมีสุข (Well-  
being) สอดคล้องกับสุขภาพในกรอบกระบวนการทัศน์ใหม่ คือ สุขภาวะ (Well-being)  
การทำให้ประชาชนเข้าถึงสุขภาวะอยู่ภายใต้หลักการการสร้างเสริมสุขภาพที่มีการสร้าง  
นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) เป็นองค์ประกอบหลักที่  
สำคัญ ในความเป็นจริงของกระบวนการนโยบายสาธารณะในสังคมไทย สำนักงาน  
พัฒนานโยบายสาธารณะ สะท้อนข้อเท็จจริงให้เห็นว่า วิวัฒนาการของกระบวนการ  
นโยบายสาธารณะของประเทศไทย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ถือได้ว่า ประเทศไทยยังล้า  
หลังเชิงนโยบายอย่างชัดเจน<sup>18</sup> ส่งผลให้ประเทศไทยตกอยู่ในสภาวะที่เป็นโรคพร่อง  
นโยบายอย่างรุนแรง<sup>19</sup> (Severe Policy Deficiency Syndrome) เนื่องจาก นโยบาย  
สาธารณะยังคงเป็นเรื่องของฝ่ายการเมือง รัฐบาล ฝ่ายราชการ ที่ให้ความสำคัญกับ  
คุณค่าและมิติต่าง ๆ อย่างไม่สมดุล โดยนโยบายสาธารณะส่วนใหญ่มุ่งไปที่เรื่องของ  
เศรษฐกิจ และการได้โอกาสของคนบางกลุ่ม ในขณะที่คนส่วนใหญ่เสียโอกาส  
และเสียเปรียบ จึงเป็นการสร้าง “นโยบายเพื่อสาธารณะ” (Top down Approach)  
ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน ขาดองค์ความรู้และข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่นำ

17 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2549 แนวทางการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ ปี 2549. หน้า 5 และ วิพศ  
พูลเจริญและคณะ, 2548. กระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะของสมัชชาสุขภาพ. หน้า 118 (อ้างแล้ว)

18 สำนักงานพัฒนานโยบายสาธารณะ, 2548. อนาคตนโยบายสาธารณะเพื่อประเทศไทยที่ดีกว่า. หน้า 3

19 ประเวศ วะสี, 2547. กระบวนการนโยบายสาธารณะ. หน้า 11



มาสนับสนุนอย่างพอเพียง และขาดระบบการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผลกระทบที่เกิดจากนโยบายสาธารณะต่างๆ จึงสะสมพอกพูน ไม่ได้รับการแก้ไข หรือปรับเปลี่ยนนโยบายเท่าที่ควร<sup>20</sup> จึงพบเห็นนโยบายสาธารณะที่ละเลยต่อสุขภาพอนามัยประชาชนเป็นจำนวนมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 76 ที่ระบุไว้ว่า “รัฐต้องส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ”<sup>21</sup> สมัชชาสุขภาพ ที่ปรากฏใน ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีบทบาทชัดเจน เพื่อเป็นเครื่องมือในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชน ที่เน้นการสร้าง “นโยบายของสาธารณะ” (Bottom up Approach) ที่สอดคล้องตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2540

ในสถานการณ์ปัจจุบัน สมัชชาสุขภาพยังเป็นเครื่องมือใหม่สำหรับสังคมไทย การดำเนินการภายใต้บริบทของสังคมไทยสามารถพัฒนาได้ระดับหนึ่ง ยังพบประเด็นปัญหา และจุดอ่อนในหลายๆ ด้าน รวมถึง องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก<sup>22</sup> โดยเฉพาะองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับความเข้าใจในความหมายของสมัชชาสุขภาพในสังคมไทย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลไก รูปแบบ วิธีการ และกระบวนการในการจัดสมัชชาสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามาเรียนรู้กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกัน ในประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาต่อยอดจากองค์ความรู้ ประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ พร้อมทั้งยกระดับสมัชชาสุขภาพ เรียนรู้และพัฒนาให้เป็นเครื่องมือในการสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อให้เกิดสุขภาพดี โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทในสังคมไทยเพื่อรองรับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่จะถูกประกาศใช้เป็นกฎหมายในอนาคต และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2540 \*

20 อ่าวพล จินดาวัฒน์, 2547. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. หน้า 6

21 สมัชชาประชาธิปไตยจังหวัดเพชรบูรณ์, 2541. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540. หน้า 18

22 สุจิตต์ กุศล, 2545. โครงการศึกษากระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545, หน้า 3

## บทที่ 2

### หลักการ แนวคิด และทฤษฎีของกระบวนการ นโยบายสาธารณะ : สมัชชาสุขภาพต้องเรียนรู้และ ทำความเข้าใจ

ภายใต้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้ “สมัชชาสุขภาพ” เป็นกลไกนโยบายสาธารณะหรือเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในการสร้างนโยบายสาธารณะของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม การพัฒนายกระดับสมัชชาสุขภาพจึงมีความจำเป็นต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจในเชิงหลักการ แนวคิด และทฤษฎีของกระบวนการนโยบายสาธารณะที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นในสังคมปัจจุบัน

#### 1. นโยบายสาธารณะ : นโยบายเพื่อสาธารณะ หรือ นโยบาย บอบสาธารณะ

วิถีการดำรงชีวิตของประชาชนในสังคมล้วนได้รับผลกระทบจากนโยบายสาธารณะของรัฐบาลทั้งสิ้น ตั้งแต่ต้นนอน อาหารเช้าเราได้รับผลกระทบจากนโยบายเกษตรปลอดสาร อาหารปลอดภัย เจ็บไข้ได้ป่วยก็เข้ารับบริการจากนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ด้านการทำมาหากินก็มีนโยบายกองทุนเงินล้านสำหรับชุมชน ตามมาด้วยนโยบาย SML เป็นหนี้สินก็มีนโยบายพักหนี้เกษตรกร การศึกษาเล่าเรียนของบุตรหลานก็ได้รับสิทธิเรียนฟรี แม้กระทั่งอนาคตทางเศรษฐกิจของประชาชนก็อาจได้รับผลกระทบจากนโยบายการเปิดเสรีทางการค้าของรัฐบาล โดยทั่วไปนโยบายสาธารณะเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางการเมือง และสังคมอย่างกว้างขวาง เพราะนโยบายสาธารณะมาจากรากฐานสภาพปัญหาต่างๆ ที่พบในสังคม อย่างไรก็ตามผู้คนในสังคมจำนวนมากยังไม่เข้าใจถึงความเป็นมาของกระบวนการนโยบายสาธารณะและมักคุ้นเคยกับการประกาศและการดำเนินนโยบายของรัฐบาล เป็นหน้าที่ของรัฐบาลแต่ฝ่ายเดียว และมักสรุปว่า “นโยบายสาธารณะ” หมายถึง คำประกาศที่เป็น



ทางการของรัฐบาล ซึ่งใช้ในการหาเสียงเลือกตั้ง ให้นำเสนอต่อรัฐสภา หรือใช้ในการปฏิบัติราชการแผ่นดิน จึงเป็นนโยบายที่กำหนดให้สาธารณะต้องเดินตาม<sup>23</sup> หรืออาจเรียกว่า “นโยบายเพื่อสาธารณะ” จุดเน้น ในการวิเคราะห์นโยบายจึงอยู่ที่รัฐ การตัดสินใจและการกระทำของของรัฐ<sup>24</sup>ว่าจะทำหรือไม่ทำอะไร และเน้นการสร้างนักเทคนิควิเคราะห์นโยบายในฐานะ “ผู้รู้” โดยหวังว่า “นักเทคนิค” จะวิเคราะห์เพื่อหานโยบายที่ดีที่สุด เมื่อวิเคราะห์เพื่อหานโยบายที่ดีที่สุดได้ ก็จะไปสู่ชีวิตสาธารณะที่ดีของผู้คนในสังคม ฐานคิดนโยบายสาธารณะเช่นนี้ จึงมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจการจัดการอยู่ที่รัฐ สถาบันทางการเมือง และกระบวนการทางการเมืองที่เป็นทางการ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการมอบอำนาจสิทธิขาดในการจัดการชีวิตสาธารณะไว้กับรัฐ และยังคงเป็นฐานคิดทางรัฐประศาสนศาสตร์ที่เป็นกระแสหลักของสังคมไทย

ข้อจำกัดของมุมมองว่า นโยบายสาธารณะ คือ นโยบายเพื่อสาธารณะ ทำให้เนื้อหาของนโยบายสาธารณะแคบลง ขาดมิติที่หลากหลาย เกี่ยวข้องเพียงเรื่องบริการสาธารณะ ความมั่นคงปลอดภัย พิธีกรรม พิธีการ และสัญลักษณ์ของภาคราชการ เพื่ออำนวยการระบบการเมืองการปกครองของรัฐไว้ ไม่ครอบคลุมไปสู่มิติชีวิตสาธารณะที่เป็นชีวิตจริงทางสังคม ที่ผู้คนที่ต้องการแนวทางในการจัดการชีวิตของตนเอง ในขณะที่ชีวิตสาธารณะในสังคมไทยสมัยปัจจุบันมีความหลากหลาย ซับซ้อนเกินกว่าจะมอบอำนาจการจัดการชีวิตให้แก่รัฐอย่างเบ็ดเสร็จ

ในช่วงที่ผ่านมา ฐานความเข้าใจทางรัฐประศาสนศาสตร์กระแสหลักเริ่มลดทอนความสำคัญในการวิเคราะห์นโยบายลงไปมาก ถูกวิพากษ์ว่าเป็นกระบวนการ

23 เดชรัต สุขกำเนิด, 2547. นโยบายสาธารณะกับสุขภาพของคนไทย. หน้า 2

24 สะท้อนให้ทราบผ่านคำนิยามของคำว่า นโยบายสาธารณะ ของนักวิชาการรัฐศาสตร์กระแสหลัก เช่น James Anderson, Thomas Dye, David Easton, Lynton Caldwell, Ira Sharkansky, Harold Lasswell & Abraham Kaplan, William Greenwood Stuart S. Nagel, Charles Jacop, Robert Eyestone ทินพันธุ์ นาคะตะ, อาทิตย์ อุไรรัตน์, สุชาติ จุฑามิตร, อมร รักษาสัตย์, ศุภชัย ยาวะประภาส, ถวัลย์รัฐ วรเทพพุดพิงษ์, ดุราย ละอียด สมบัติ อารังญวงศ์, 2546 นโยบายสาธารณะ แนวคิดและการวิเคราะห์นโยบายหน้า 5, มยุรี อนุমানราชธน, 2547 นโยบายสาธารณะ แนวคิดกระบวนการและการวิเคราะห์. หน้า 5 ถวัลย์รัฐ วรเทพพุดพิงษ์, 2541 การกำหนดและวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ : ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ หน้า 4 ศุภชัย ยาวะประภา 2545. นโยบายสาธารณะ. หน้า 3 และ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, เอกสารการสอน นโยบายสาธารณะและการวางแผน. หน้า 6-9

นโยบายสาธารณะที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงจากบนลงล่าง เพราะจากประสบการณ์สิ่งที่รัฐบาลดำเนินการจริงก็มักไม่ค่อยตรงกับสิ่งที่รัฐบาลได้เคยประกาศไว้ ทั้งในแง่สาระ กระบวนการดำเนินการ และผลลัพธ์ของนโยบาย การมุ่งเน้นที่คำประกาศจึงไม่อาจอธิบายความเป็นจริงของกระบวนการนโยบายทั้งหมดได้ หรือ ผู้คนที่เข้าร่วมก็เพียงเข้ามารับผลประโยชน์จากบริการสาธารณะที่รัฐจัดหาให้ในลักษณะของคำประกาศของนโยบาย<sup>25</sup> เท่านั้น

นอกจากนี้ พัฒนาการของสังคมยังทำให้เราเห็นว่า แท้จริงแล้วฝ่ายต่างๆ ในสังคมได้มีบทบาทที่สำคัญในกระบวนการนโยบายในหลายประเด็นทั้งในแง่การพัฒนา การสร้างสรรค์ การสนับสนุน และการเคลื่อนไหวกดดันรัฐบาลในการพัฒนานโยบายสาธารณะ (เช่น นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค หรือกองทุนหมู่บ้านของพรรคไทยรักไทยก็พัฒนามาจากความเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคม) การศึกษากระบวนการนโยบายโดยมุ่งเน้นเพียงกระบวนการของรัฐบาล จึงไม่เพียงพอที่จะฉายภาพความเคลื่อนไหวของนโยบายอย่างแท้จริงได้

พัฒนาการในอีกด้านหนึ่งมีความพยายามนำเสนอภาพ นโยบายสาธารณะ ในความหมายของ ทิศทางที่สังคมต้องการและความมุ่งหวังของสังคมที่จะดำเนินการไปในทิศทางนั้น และเป็นทิศทางหรือแนวทาง ขั้นตอน กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน เข้าไปมีส่วนร่วม ในระดับต่างๆ เพื่อสร้างข่ายความสัมพันธ์ในการตัดสินใจของภาครัฐ ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน ชุมชนและสังคม”<sup>26</sup> ความพยายามดังกล่าวถือเป็นการ กลับทิศความเข้าใจจากกรอบความคิดที่เน้นรัฐ (State-centered Approach)

25 อ้างอิงจาก วิฑูรย์ พูลเจริญ. 2548. รายงานการศึกษากระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะของสมาชิกสุขภาพ. หน้า 18 (อ้างแล้ว)

26 สะท้อนให้ทราบผ่านคำนิยามของคำว่า นโยบายสาธารณะ ของนักวิชาการในกระแสทางเลือก เช่น เดชรัต สุขกำเนิด, อ่ำพล จินดาวงศ์, สมพันธ์ เดชะอิก, เสรี พงศ์พิศ, ธเนศวร เจริญเมือง, พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ และ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ดูรายละเอียดจาก เดชรัต สุขกำเนิด 2547. นโยบายสาธารณะกับสุขภาพของ คนไทย. หน้า 2, อ่ำพล จินดาวงศ์. 2547. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มิติใหม่แห่ง การสร้างเสริมสุขภาพ. หน้า 7, สมพันธ์ เดชะอิก, 2547. ศัพท์พัฒนาเพื่อชุมชนและสังคม. หน้า 124, เสรี พงศ์พิศ 2547. 100 คำศัพท์ที่ควรรู้. หน้า 85, ธเนศวร เจริญเมือง. 2547. นโยบายสาธารณะกับการสร้างชุมชน เข้มแข็ง. หน้า 2-3, พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ 2547. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. หน้า 7, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 2547. นโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. หน้า 7.

มาเป็นกรอบคิดที่เน้นสังคม (Society-centered Approach) โดยมีรัฐเป็นองค์ประกอบหนึ่งในสังคม และจะต้องสะท้อนความต้องการของสังคมออกมาทางนโยบาย เป็นการให้ความหมายของนโยบายสาธารณะบนฐานความคิดของรัฐประศาสนศาสตร์ในกระแสทางเลือกของสังคมไทย

ในบริบทของสังคมโลกาภิวัตน์ โดยที่รัฐสมัยใหม่มีสภาพไร้พรมแดน และสังคมมีความซับซ้อนแยกย่อย แต่ละกลุ่มผู้คนมีความแตกต่างหลากหลายในการเลือก “วิถี” การใช้ชีวิต ปัญหาที่เผชิญ ความต้องการโลกชีวิต ค่านิยมใหม่ๆ และอัตลักษณ์ของกลุ่มคนเฉพาะที่เฉพาะถิ่น ทำให้บทบาทของรัฐบาลในการจัดการชีวิตทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมที่หลากหลายของผู้คนในสังคมลดความสำคัญลง ระบบการเมืองแบบดั้งเดิมที่กระบวนการนโยบายสาธารณะมีจุดเน้นอยู่ที่รัฐและสถาบันบนกระบวนการทางการเมืองที่เป็นทางการ บนการตัดสินใจแบบรวมศูนย์อำนาจบนการวิเคราะห์ทางเลือกนโยบายที่ดี รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ของนโยบายโดยผู้รู้ นักเทคนิควิเคราะห์นโยบาย จึงไม่เพียงพอที่จะจัดการชีวิตสาธารณะของผู้คนที่เปลี่ยนแปลงและซับซ้อนมากขึ้นอย่างในสังคมไทยปัจจุบัน

ฐานคิดของรัฐประศาสนศาสตร์ทางเลือกนี้ จึงเน้นเรื่องการสร้างทางเลือกและการจัดการชีวิตสาธารณะในระดับท้องถิ่นชุมชนที่ผู้คนมุ่งสร้างชีวิตสาธารณะที่ดีขึ้นด้วยการจัดการชีวิตตัวเอง ด้วยการสถาปนากติกาและชีวิตสาธารณะแบบใหม่ขึ้น ในมิติเช่นนี้ นโยบายสาธารณะจึงไม่ได้เป็นการมุ่งผลักดันให้รัฐทำหรือไม่ทำอะไรเพื่อให้มีชีวิตสาธารณะที่ดี แต่คือการขอมีส่วนร่วมในการกำหนดชีวิตตัวเองในบางด้าน ให้รัฐหันมารับรองวิถีชีวิต ทิศทางของชีวิตสาธารณะที่ผู้คน ในสังคมจัดการกันเองเหล่านั้น บริบททางเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป นำมาสู่การตั้งคำถามและเรียกร้องให้บทวนแนวทางวิเคราะห์นโยบายแบบเส้นตรงหรือบนลงล่างที่แข็งตัว และการวิเคราะห์นโยบายในพื้นที่นอกเหนือจากรัฐ ระบบการเมืองปกติ และกลไกทางการเมืองที่เป็นทางการ

แนวทางข้างต้นนี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นการวิเคราะห์นโยบายแบบถกแถลงปรึกษาหารือ (Deliberative Policy Analysis) ซึ่งเปลี่ยนนิยามความหมายของนโยบายสาธารณะ



จากที่เป็น “ประกาศของรัฐ” มาสู่ “ทิศทางและความมุ่งหวังของชุมชน/สังคม” เสมือนหนึ่งอุดมการณ์ของสังคมที่มาจากสาธารณะเกิดจากการกำหนดแนวทางแห่งชีวิตสาธารณะของผู้คนในสังคมเอง พื้นที่การวิเคราะห์ของนโยบายสาธารณะเช่นนี้ จึงขยายจากพื้นที่ทางการเมืองมาสู่พื้นที่ทางสังคมหรือปริภูมิพลสาธารณะ และในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะและการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงมีลักษณะเป็นกระบวนการสนทนาปรึกษาหารือ หรือถกแถลงของผู้คนในชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่องราวในชีวิตของตนเอง ภายใต้ความมุ่งหวังต้องการแสวงหาสังคมและชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นพลวัตของกระบวนการเรียนรู้ภายในพื้นที่สาธารณะ มากกว่าภาพการกำหนดนโยบายโดยนักเทคนิควิเคราะห์นโยบาย หรือการระดมกลุ่มก้อนของผู้คนเพื่อเข้ามาผลักดันให้รัฐออกคำประกาศนโยบายและนำนโยบายไปปฏิบัติ ภายใต้เหตุผลที่ว่าเพื่อชีวิตสาธารณะที่ดีของผู้คนในสังคม มุมมองของนโยบายสาธารณะในมิตินี้ สะท้อนให้เห็นภาพความเคลื่อนไหวของผู้คนในชุมชนท้องถิ่นที่กำลังสร้างวิถีชีวิตทางสังคมและการจัดการชีวิตสาธารณะกันเองในสังคมไทย ถือได้ว่าเป็นการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะ ที่เสนอให้เป็นทางเลือกใหม่กับสังคมไทย ในการเรียนรู้ และพัฒนาระดับให้เกิด “นโยบายของสาธารณะ” ที่แท้จริง

## 2. ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในกระบวนการนโยบาย

เนื่องจากกระบวนการนโยบายเป็นกระบวนการในการสร้างความหมายของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในสังคม และการผลักดันให้กลายเป็นความเป็นจริงของสังคมในอนาคต ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของการปฏิบัติการต่างๆ และ/หรือ การไม่ (ยอม) ปฏิบัติการต่างๆ กระบวนการนโยบายจึงมีความสัมพันธ์กับมิติเชิงอำนาจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะอำนาจสัมพันธ์กับการกำหนดหรือการตีความหมาย (หรือใครมีอำนาจในการกำหนดความหมาย) และการสร้างความเป็นจริงในอนาคต (หรือใครมีอำนาจในการกำหนดว่าสังคมควรเดินไปข้างหน้าอย่างไร)

เดิมทีเดียวนั้น การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจมักจะเน้นไปที่การวิเคราะห์อำนาจในการตัดสินใจ (Decision-making Power) และการดำเนินการทางนโยบาย



(หรือ Policy in Action) โดยมุ่งไปที่การวิเคราะห์อำนาจที่เป็นทางการ ก่อนที่จะขยายไปสู่การวิเคราะห์อำนาจต่อรองในการตัดสินใจทางนโยบายต่อมานักวิเคราะห์นโยบายจึงเห็นว่า อำนาจที่แท้จริงในกระบวนการนโยบายมิใช่มีเพียงแต่อำนาจในการตัดสินใจเท่านั้น หากแต่อยู่ที่อำนาจในการกำหนดวาระในการตัดสินใจ (หรือ Agenda Setting Power) เป็นสำคัญด้วย เพราะมีประสบการณ์ที่ชัดเจนว่า ผู้มีอำนาจสามารถเลื่อนกรอบเวลาหรือกำหนดกรอบคิดในการตัดสินใจเชิงนโยบายในเรื่องนั้นๆ ได้ จนทำให้ประเด็นเหล่านั้นไม่สามารถขึ้นมาสู่การตัดสินใจได้ (เช่น กรณีการดองร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติไว้ จนภาคประชาชนต้องออกมาเรียกร้องเสนอให้มีรายชื่อต่อรัฐสภาเพราะทนรอรัฐบาลไม่ไหว) หรือหากขึ้นมาสู่การตัดสินใจก็ต้องอยู่ภายใต้กรอบคิดที่สอดคล้องกับผู้กำหนดนโยบายต้องการ ซึ่งนั่นทำให้ประเด็นทางนโยบายจำนวนมากตกอยู่ในภาวะไม่มีการดำเนินการอะไรจริงจากภาครัฐ (หรือ Non-action Policy) แต่การพัฒนาอำนาจสองมิติคือ อำนาจในการตัดสินใจและอำนาจในการกำหนดวาระในการตัดสินใจก็อาจจะอาจจะยังไม่พอเพียง เพราะในสังคมยังมีอำนาจแฝงในบางมิติ ซึ่งสามารถทำให้สังคมมองข้ามความจำเป็นในการที่จะต้องทบทวนหรือจะต้องตัดสินใจในประเด็นนั้นๆ ไปเลยโดยสิ้นเชิงหรือเกือบสิ้นเชิง (หรือกลายเป็น Non-issue Policy) เช่น การขยายตัวของระบบบริโภคนิยมซึ่งจะไม่เคยถูกตั้งคำถามโดยตรงว่าเป็นประโยชน์และเป็นทิศทางที่สังคมต้องการจริงหรือไม่ หรือการสร้างข้อสรุปว่าการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสัมพันธ์กับการเพิ่มผลผลิตและการส่งออกพืชผลการเกษตร โดยไม่เคยพิจารณาความเป็นจริงและทางเลือกอื่นๆ ในสังคมเป็นต้น ซึ่งเราอาจเรียกอำนาจในมิติที่สาม ว่าอำนาจในการครอบงำทางความคิด (Thought Manipulation Power) ซึ่งถือกันว่าเป็นสุดยอดของอำนาจ เพราะสามารถครอบงำจนไม่เกิดประเด็นนั้นขึ้นในสังคม

การมองอำนาจในสามมิติตามแบบของ Steven Lukes (1974)<sup>27</sup> นี้ช่วยขยายกรอบความคิดทางนโยบายของเราจากที่เห็นนโยบายที่ผ่านการตัดสินใจที่เป็นทางการ (Policy in Action) เท่านั้น มาสู่การมองถึงนโยบายหรือทางเลือกเชิงนโยบายที่ถูกกีดกัน

27 อ้างอิงจาก เดชรัตน์ สุขกำเนิด. 2548 ประมวลแนวคิดมุมมองการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ. หน้า 14

มิให้ขึ้นมาสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติการ (Non-Action Policy) ไปจนถึงนโยบายหรือทางเลือกเงินนโยบายที่ถูกครอบงำความคิดไว้ในสังคม (Non-issue Policy) ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติการในกระบวนการนโยบายสามารถเข้าใจถึงสถานการณ์และทิศทางในการเคลื่อนไหวเงินนโยบายได้ดีขึ้น เช่น อาจวางแผนการดำเนินงานเงินนโยบายของตนให้ยกระดับขึ้นจาก Non-issue Policy มาสู่ Policy in Issue (แต่อาจยังเป็น Non-Action policy) มาสู่วาระในการตัดสินใจ และขึ้นมาสู่ Policy in Action ซึ่งรวมถึงการขยายผลในวงกว้างในที่สุด

### 3. บทบาทของกลุ่มต่างๆ ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ:

ในกระบวนการนโยบายสาธารณะจะมีฝ่ายต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ซึ่งในแต่ละประเด็นนโยบาย อาจมีทั้งฝ่ายสนับสนุน ฝ่ายคัดค้าน และฝ่ายอื่นๆ มาร่วมมือหรือรวมตัวเป็นเครือข่ายชุมชนนโยบาย โดยที่จุดยืนของฝ่ายต่างๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของสถานการณ์ต่างๆ ศ.นพ.ประเวศ วะสี<sup>28</sup> ได้เสนอแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” หรือสามพลังเพื่อผลักดันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องที่ยาก ได้แก่

1) พลังทางการเมือง เป็นพลังในระบบประชาธิปไตยที่มีตัวแทนของประชาชนเข้ามาทำหน้าที่นิติบัญญัติและบริหารกลไกของรัฐ มีข้าราชการเป็นผู้บริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบาย จึงเป็นพลังที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางนโยบายงบประมาณ กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนในสภาพการกระจายอำนาจทางการเมืองในปัจจุบัน กลไกการเมืองท้องถิ่นกำลังพัฒนาองค์กรขึ้นมาเป็นพลังทางการเมืองแยกย่อยรับภาระอันเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในแต่ละท้องถิ่น

2) พลังประชาสังคม เป็นพลังพลเมืองที่เริ่มมีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนร่วมในส่วนการริเริ่มผลักดันให้เกิดปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่น และระดับชาติอย่างกว้างขวาง รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันกลายเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเพิ่มและขยายศักยภาพของประชาสังคมให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น กลุ่ม

28 อ้างอิงจาก วิพุธ พูนศิริธร, 2543. สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. หน้า 220-222



ประชาสังคมนี้ ประกอบไปด้วย กลุ่มสนใจ กลุ่มผลประโยชน์ และองค์กรวิชาชีพ ตลอดจนกลุ่มประชาชนที่รวมตัวกันเพื่อประโยชน์ของสาธารณะ ต่างก็พัฒนา ประสพการณ์และขยายเครือข่าย เชื่อมโยงเป็นแนวรวมในประเด็นปัญหาร่วมกัน ได้ดีขึ้น พลังประชาสังคมจึงสามารถสะท้อนปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพ ได้อย่างชัดเจนและเข้มแข็งขึ้นเรื่อย ๆ

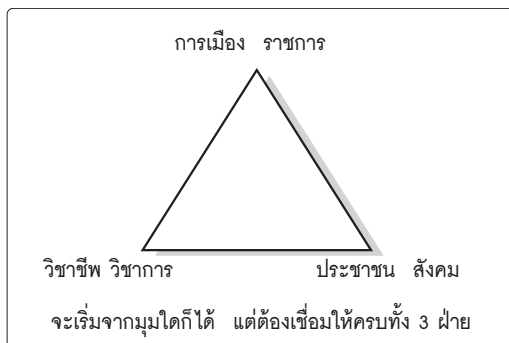
3) พลังวิชาการ เป็นพลังสำคัญอันหนึ่งจะช่วยประสานความเข้าใจระหว่างกลุ่ม พลังการเมือง และพลังประชาสังคม ให้สามารถสร้างเจตนารมณ์ร่วม ที่ชัดเจน สามารถช่วยให้เกิดการรวบรวมประสพการณ์และความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและ ภายนอก มาใช้ประกอบในการตัดสินใจ การผนึกกำลังของกลุ่มวิชาการจากหลายๆ สาขาที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ เพื่อการย่อยข้อมูลและนำเสนอ ต่อสาธารณชนเข้าใจและเรียนรู้ได้อย่างแจ่มแจ้ง รวมทั้งทำการสังเคราะห์ความรู้ ร่วมกับกลุ่มการเมืองและกลุ่มประชาสังคมให้เกิดเป็นปัญญาของสังคมไทย นับได้ว่าเป็นพลังที่สำคัญยิ่ง

การประสานความร่วมมือทั้งสามพลังในกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ มีหลักการสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วม<sup>29</sup> การทำงานเชื่อมโยงกันทั้ง 3 ฝ่าย ทั้งฝ่ายการเมือง (รัฐบาลและราชการ) ฝ่ายวิชาชีพ วิชาการ และฝ่ายประชาชน (ประชาชนและภาคประชาสังคม) เป็นการเปิดช่องทางการสร้างนโยบายสาธารณะ แบบเปิด ที่ต้องเชื่อมโยงกัน ผลักดันให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง โดยอาจ จะเริ่มต้นจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งก่อนก็ได้ เช่น อาจเริ่มต้นจาก อบต. เทศบาล หรือหน่วยงาน ราชการ หรือเริ่มต้นจากภาคประชาชน กลุ่มประชาคมในชุมชนท้องถิ่น หรือเริ่มต้น จากฝ่ายนักวิชาการ นักวิชาชีพต่างๆ ก็ได้ เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการ ใช้รถใช้ถนนในจังหวัดขอนแก่น ตรงนี้เริ่มจากฝ่ายวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุข ที่เห็นปัญหา มีข้อมูลองค์ความรู้แล้ว ชักชวนฝ่ายราชการและฝ่ายประชาชนเข้า ร่วมคิดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และร่วมผลักดันจนเกิดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

29 นพ.อำพล จินดาวัฒนะ. 2546. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มิติใหม่ของการ สร้างเสริมสุขภาพ. หน้า 17 (อ้างแล้ว)

ที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม การสร้างนโยบายสาธารณะเรื่องเกษตรที่เอื้อต่อระบบสุขภาพที่ริเริ่มโดยเครือข่ายเกษตรกรและนักพัฒนาเอกชนภาคเหนือ การสร้างนโยบายสาธารณะในการลดปริมาณขยะที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมาที่ริเริ่มโดยเทศบาลตำบลแล้วเชื่อมโยงทุกฝ่ายเข้าร่วมคิดร่วมทำจนเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมเป็นต้น

แผนภาพที่ 1 แสดงกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม 3 ฝ่าย



สอดคล้องกับแนวคิดของ Hamilton and Bhatti (1996)<sup>30</sup> ได้พัฒนารอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ มาเป็นแบบจำลองสามมิติ ในแบบจำลองนี้คำนึงถึง 3 องค์ประกอบที่สำคัญ ที่มีความสำคัญต่อกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะ ได้แก่

1) ฐานความรู้ เป็นการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำคัญของประเด็นปัญหาและศักยภาพของวิธีการแก้ไขปัญหาเชิงนโยบาย ข้อมูลข่าวสารสำหรับฐานความรู้ อาจจะประกอบด้วย เอกสารวิชาการต่างๆ ข้อมูลระดับชาติ ข้อมูลประชากร และแนวปฏิบัติที่ดี เป็นต้น

30 อ้างอิงจาก ยวดี คาดการณ์ไกล, 2547. นโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. หน้า 19 (อ้างแล้ว)



2) ความตั้งใจทางการเมือง เป็นคำมั่นสัญญาและความปรารถนาของสังคมเพื่อจะติดตามวิถีการแก้ไขปัญหาเชิงนโยบาย ความตั้งใจทางการเมืองของกลุ่มนักกฎหมาย กลุ่มนักบริหาร กลุ่มผลประโยชน์ และประชากรทั้งหมด จะมีอิทธิพลต่อโอกาสการยอมรับในทางเลือกของนโยบายต่าง ๆ

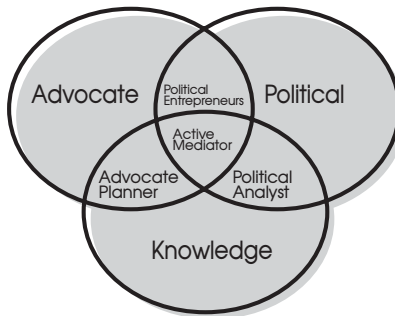
3) ยุทธศาสตร์ทางสังคม เป็นการวางแผนจากสิ่งที่เราได้มีการประยุกต์ฐานความรู้และความตั้งใจทางการเมืองในการที่จะสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมา โดยที่ยุทธศาสตร์ของสังคมจะประกอบด้วย ลำดับ ขั้นตอนของการบริหารจัดการแผน การใช้ทรัพยากร การสื่อสารสาธารณะ และการทบทวนเป็นต้น

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า หลักการที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ พลังทางด้านการเมือง กลุ่มต่าง ๆ ทางการเมืองและราชการที่มีความตั้งใจทางการเมืองในการสร้างนโยบายสาธารณะที่จะแก้ไขปัญหาของสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์ภายในระบบราชการที่ต้องมองบทบาทของ กลุ่มราชการ กลุ่มคณะกรรมการ ที่มีบทบาทในการเมืองระดับชาติ ในทางปฏิบัติจริงในกลุ่มพลังนี้ นอกจากนี้ กลุ่มพลังประชาสังคม อันได้แก่ กลุ่มสนใจ กลุ่มผลประโยชน์ อาจเป็นกลุ่มธุรกิจ เอกชน กลุ่มวิชาชีพ ตลอดจนกลุ่มประชาชนที่รวมตัวกันขึ้น เพื่อสะท้อนออกมาในรูปของความตั้งใจทางการเมืองของภาคประชาสังคม สร้างเป็นยุทธศาสตร์ทางสังคมในการสร้างนโยบายสาธารณะ และพลังสุดท้ายคือ พลังทางวิชาการ กลุ่มองค์กรทางวิชาการ ที่จะเข้ามาเชื่อมประสานวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ มาสร้างเป็นฐานความรู้ มาประกอบในการตัดสินใจ ร่วมกับกลุ่มพลังการเมือง และ กลุ่มพลังของภาคประชาสังคม

ในการวิเคราะห์บทบาทของกลุ่มต่าง ๆ ทั้ง 3 กลุ่ม ของกระบวนการนโยบายสาธารณะ จะช่วยให้ทุกฝ่ายได้เห็นและเข้าใจถึง แบบแผนความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนหรือซ่อนอยู่เบื้องหลังในกระบวนการนโยบายโดยความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจหมายถึงเพียงการติดต่อสัมพันธ์ทางสังคม หรือความสัมพันธ์เชิงบทบาทหน้าที่ หรือความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และความสัมพันธ์เชิงคุณค่าหรือเชิงอุดมการณ์ ซึ่งจะช่วยเป็นฐานทางปัญญาให้กับฝ่ายต่าง ๆ ในการทบทวนบทบาท ท่าที จุดยืนที่เหมาะสมของตนเองในกระบวนการนโยบายสาธารณะ อาจจะเสนอบทบาทของกลุ่มต่าง ๆ ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ

ตามในทัศนะของ Bogelund<sup>31</sup> ดังนี้ การผลักดันนโยบาย (Advocate) การตัดสินใจทางนโยบายของฝ่ายการเมือง (Political) และการให้มุมมองทางวิชาการ (Knowledge) โดยทั้งหมดจะมีผู้ทำหน้าที่หลักในการประสานบทบาททั้งสามเข้าด้วยกันได้

แผนภาพที่ 2 แสดงบทบาทต่างๆ ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ



ผู้วางแผนผลักดันนโยบาย (Advocate Planner) ทำหน้าที่ประสานระหว่างมุมมองทางวิชาการกับการผลักดันเชิงนโยบาย เพื่อให้การผลักดันนโยบายกับสังคมวงกว้างมีการวางแผนอย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

ผู้วิเคราะห์นโยบาย (Policy Analysis) ทำหน้าที่ประสานมุมมองทางวิชาการกับการตัดสินใจทางนโยบายของฝ่ายการเมือง เพื่อให้เข้าใจในกระบวนการตัดสินใจทางการเมือง และสามารถกำหนดบทบาทและช่องทางที่เหมาะสมของตนเองได้

ผู้ปฏิบัติการทางการเมือง (Politician Entrepreneurs) ทำหน้าที่เชื่อมประสานและหาจังหวะเวลาที่เหมาะสมในการผลักดันนโยบายให้ไปสู่การตัดสินใจทางการเมือง

ผู้ประสานภาพรวม (Active Mediator) ทำหน้าที่ประสานภาพรวมของการผลักดันนโยบาย มุมมองทางวิชาการ และการตัดสินใจทางการเมืองเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทางนโยบายไปสู่เป้าหมาย

31 อ้างอิงจาก เดชรัต สุขกำเนิด .2548 ประมวลแนวคิดมุมมองการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ หน้า 15 (อ้างแล้ว)

โดยสรุปแล้ว การประสานบทบาท ความร่วมมือ เชื่อมโยงทั้งสามพลังให้เกิดเป็นพลังร่วม (Synergy) ในการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ให้สามารถแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของประชาชนภายใต้เงื่อนไขของระบบสังคมเศรษฐกิจในยุคโลกาภิวัตน์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั่นเอง

#### 4. วิวัฒนาการของกระบวนการนโยบาย<sup>32</sup>

การศึกษากระบวนการนโยบายและการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายได้พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับสากล และในประเทศไทย วิวัฒนาการทางการเมืองและพลังพลเมืองภายในสังคมไทยปรับตัวไปภายใต้การปรับตัวของโครงสร้างทางสังคมและการเมืองเป็นระยะๆ จึงต้องมองขั้นตอนการพัฒนาของกระบวนการนโยบายที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กับบริบทโครงสร้างทางการเมืองและสังคมอย่างใกล้ชิด ตลอดจนจำต้องปรับใช้เครื่องมือและวิธีการในการวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับเงื่อนไขวัฒนธรรมสังคมไทย กระบวนการนโยบายสาธารณะอาจจำแนกพิจารณาตามกลไกเชิงอำนาจได้ ดังนี้

##### 4.1 กระบวนการนโยบายแบบเส้นตรง (Linear Model of Policy Process)

พัฒนาการนโยบายแบบเส้นตรงมีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับวิวัฒนาการของการบริหารจัดการรัฐสมัยใหม่ที่จำเป็นต้องตัดสินใจและจัดการกิจการสาธารณะภายใต้กรอบกติกาแห่งรัฐ ได้แก่ รัฐธรรมนูญและกฎหมายต่างๆ ทั้งยังต้องแสดงให้เห็นความชอบธรรมในการใช้อำนาจและเหตุผลในการตัดสินใจ กระบวนการนโยบายแบบเส้นตรงจึงต้องกำหนดผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจ กระบวนการ เงื่อนไข และหลักเกณฑ์ต่างๆ ในกระบวนการตัดสินใจไว้อย่างชัดเจน อันเป็นผลจากการพัฒนาศาสตร์ต่างๆ ในการตัดสินใจเข้ามาประกอบ โดยเฉพาะการวางแผนเชิงระบบ การจัดระบบงบประมาณ การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการ การประเมินผลการดำเนินการ

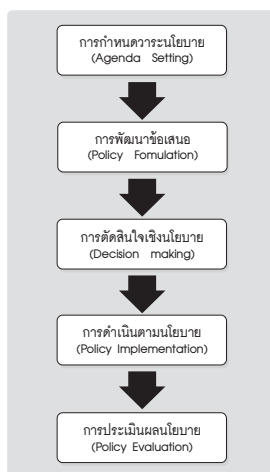
32 อ้างอิงจาก วิฑูรย์ พูลเจริญ, 2548. รายงานการศึกษากระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะของสมาชิกสภาฯ. หน้า 30-33 (อ้างแล้ว)



และการประเมินผลกระทบ ส่งผลให้กระบวนการนโยบายแบบเส้นตรงกลายเป็น กระแสหลักของกระบวนการนโยบายในปัจจุบันและก่อให้เกิดการกีดกันผู้ที่ไม่สามารถใช้ ศาสตร์หรือเทคนิคเฉพาะในการตัดสินใจออกไปจากกระบวนการนโยบาย ทั้งยังมีการใช้ เทคนิคเฉพาะด้านบางอย่างบิดเบือนกระบวนการนโยบายให้เป็นเครื่องมือในการบรรลุ เป้าหมายที่ผู้มีอำนาจกำหนดขึ้นเอง อันเป็นผลจากมีคุณค่านำ หรือ คุณค่าซ่อนเร้น อยู่ในกระบวนการตัดสินใจ ที่ยึดติดกับเครื่องมือทางเทคนิค โดยละเลยคุณค่าที่แท้จริง ที่สังคมต้องการ

การวิเคราะห์กระบวนการนโยบายเส้นตรงเป็นการพิจารณาขั้นตอนเป็นลำดับขั้น ของกระบวนการนโยบายตั้งแต่การกำหนดวาระของนโยบายที่จะยกประเด็นและ รูปแบบในการนำเสนอ นโยบาย แล้วจึงไปถึงขั้นตอนจัดการพัฒนาข้อเสนอแนวทาง และยุทธศาสตร์สำหรับใช้ในนโยบาย จากนั้นจึงให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจในการจัดสรร ทรัพยากร และวางเป้าหมายของพื้นที่ปฏิบัติการ ตลอดจนถ่ายทอดลงไปสู่การดำเนิน ตามนโยบายโดยฝ่ายปฏิบัติการ แล้วจึงมีการประเมินผลเพื่อให้ได้รับรู้ผลสัมฤทธิ์ของ นโยบายที่กำหนดเอาไว้

### แผนภาพที่ 3 แสดงกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบเส้นตรง



ปัญหาสำคัญของการวิเคราะห์นโยบายแบบเส้นตรงมักเกิดขึ้นจากกระบวนการนโยบายมิได้เป็นไปตามข้อกำหนดพื้นฐาน เช่นไม่เป็นไปตามลำดับขั้นตอนหรือเครื่องมือที่ใช้ตัดสินใจ หรือ พัฒนาวิธิดำเนินการตามนโยบายยังไม่มีพร้อมใช้จริงหรือที่มีเป้าหมายซ่อนเร้นในการผลักดันนโยบายและมิได้วิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายอย่างชัดเจน นอกจากนี้ การประเมินผลนโยบายมักไม่เกิดขึ้นจริงเนื่องจากประเด็นเชิงนโยบายมักจะมีเงื่อนไขทางการเมืองประกอบทำให้ไม่สามารถใช้ตรรกะที่เป็นวิทยาศาสตร์อย่างจริงจังมาใช้ในการพัฒนากระบวนการนโยบายเหล่านี้ได้

#### 4.2 กระบวนการนโยบายแบบเจรจาต่อรอง (Negotiation Model of Policy Process)

พัฒนาการของกระบวนการนโยบายแบบเจรจาต่อรองเกิดขึ้นจากความต้องการให้กระบวนการนโยบายเป็นฝ่ายของความสัมพันธ์ของการตัดสินใจของกลุ่มต่างๆ ที่มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องจึงไม่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดที่แน่นอนมีการค้นพบปัญหาแล้วค่อยๆ แก้ไขไปเรื่อยๆ มากกว่าที่จะเชื่อว่าเป็นการตัดสินใจที่ใช้เหตุผลและผลได้อย่างสมบูรณ์แบบได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มกรอบแนวคิดนโยบายแบบเจรจาต่อรองเติบโตขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากพบว่า การตัดสินใจทางนโยบายมักตกอยู่ภายใต้ภาวะที่มีความคลุมเครือและมีความจำกัดของการใช้เหตุผลในการคิดคำนวณ (Bound Rationality) อันอาจเป็นผลจากขาดข้อมูลที่เพียงพอ หรือ มีความแตกต่างในการให้คุณค่าของกลุ่มต่างๆ ในสังคม หรือ เกิดจากความซับซ้อนจนไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้แน่นอน ทำให้ผลลัพธ์ของการตัดสินใจเชิงนโยบายแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับความรู้ การให้เหตุผล และอารมณ์ของสังคม ส่งผลให้จังหวะเวลาในการตัดสินใจ ตลอดถึงการใช้อำนาจและอำนาจต่อรองของฝ่ายต่างๆ มีผลต่อการปรับกระบวนการนโยบาย มากกว่าการใช้เหตุผลจากการคิดคำนวณเพียงอย่างเดียว

การวิเคราะห์กระบวนการนโยบายแบบเจาะชัดตรง ประกอบด้วยการวิเคราะห์ 2 กรอบ ได้แก่

### 1) ทฤษฎีหลายกระแส (Multiple Streams Theory)

เป็นการอธิบายกระบวนการตัดสินใจทางนโยบายในภาวะความคลุมเครือ (Ambiguity) คือ สภาวะที่สังคมมีวิถีของความคิดที่จะอธิบาย ให้เหตุผล และหาทางออก ต่อสถานการณ์ หรือกรณีปัญหา ได้มากกว่าหนึ่งวิถีความคิด เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลหรือความรู้ กรอบแนวคิดนี้อธิบายว่า กระบวนการตัดสินใจทางนโยบาย เกิดขึ้นจากอิทธิพล 3 กระแส ได้แก่ กระแสปัญหา (Problem Stream) กระแสนโยบาย (Policy Stream) และกระแสการเมือง (Political Stream) หากกระแสทั้ง 3 มาบรรจบกัน จะด้วยการเงื่อนไขและกิจกรรมของผู้ผลักดันนโยบาย (Policy Entrepreneur หรือ Advocacy) หรือจะเป็นเพราะเกิดปรากฏการณ์ที่เปิดหน้าต่างทางนโยบาย (Policy Window) ขึ้นในสังคมทำให้เกิดการตัดสินใจ หรือ การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายขึ้น ข้อจำกัดของทฤษฎีนี้อยู่ที่มองกระบวนการนโยบายเฉพาะในช่วงการตัดสินใจเท่านั้น และละเลยการศึกษาเกาะติดพัฒนาการทางนโยบายในระยะยาว

### 2) กรอบแนวคิดเครือข่ายพันธมิตรนโยบาย (Advocacy Coalition Framework)

เป็นความพยายามที่จะเข้าใจและอธิบายบทบาทของการใช้ข้อมูลเชิงวิชาการ ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ตั้งแต่การกำหนดประเด็นปัญหาไปจนถึงการแสวงหาทางออก โดยมุ่งเน้นในการขยายมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะจากหน่วยงานรัฐ หรือผู้ตัดสินใจที่เป็นทางการ ไปสู่ผู้ปฏิบัติการต่างๆ ในสังคมที่กว้างขวางมากขึ้น แต่ลักษณะเฉพาะของแนวคิดนี้ก็คือ มุมมองกระบวนการนโยบายที่เป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนทางความคิดของผู้ตัดสินใจ หรือ ทศนะของสังคมในระยะยาว มิใช่การตัดสินใจในระยะสั้น หรือ เฉพาะในแต่ละเหตุการณ์ ทำให้กรอบแนวคิดเครือข่ายพันธมิตรนโยบายมุ่งมองประเด็น หรือ สาขานโยบายแต่ละด้านเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ มิใช่ใช้เหตุการณ์ หรือ สถานการณ์การตัดสินใจเป็นหน่วยหรือจุดในการวิเคราะห์เหมือนทฤษฎีหลายกระแส นอกจากนั้นยังให้ความสำคัญ

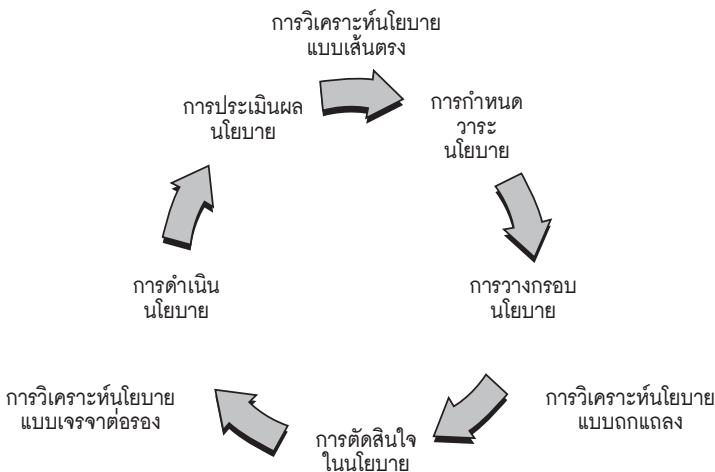
กับแนววิถีการจัดการเครือข่ายพันธมิตรนโยบายการใช้กลยุทธ์ทางนโยบายจากเครือข่ายพันธมิตรมาประกอบในกระบวนการตัดสินใจทางนโยบาย และสร้างการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายอย่างค่อยเป็นค่อยไปในระยะยาว โดยวางพื้นฐานอยู่บนการเรียนรู้เชิงนโยบาย อย่างไรก็ตาม แนวคิดทั้งสองประการยังอยู่บนฐานที่จำต้องเข้าไปเจาะจอตอองกับผู้มีอำนาจตัดสินใจทางนโยบาย จึงมีส่วนที่ต้องเข้าไปเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดกระบวนการนโยบายแบบเส้นตรง การศึกษาการเคลื่อนไหวของประชาคมไทยในระยะหลายทศวรรษที่ผ่านมาชี้ให้เห็นความเข้มแข็งของประชาสังคมกลุ่มต่างๆ ที่พัฒนาสมรรถนะในการใช้กระบวนการนโยบายแบบเจาะจอตอองได้เป็นอย่างดี และเป็นแบบอย่างในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะทั้งในรูปแบบของการดำเนินการระยะสั้น และการติดตามพัวพันต่อเนื่องในระยะยาว

#### 4.3 กระบวนการนโยบายแบบถกแถลง (Deliberative Model of Policy Process)

เป็นวิวัฒนาการของกระบวนการนโยบายที่มุ่งให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์การให้ความหมาย และการให้เหตุผลที่แตกต่างกันในกระบวนการนโยบาย เพื่อให้สามารถรวบรวมแนวคิดที่แตกต่างกัน หรือ เป็นข้อขัดแย้งกันเข้ามาประมวลสำหรับศึกษาและวิเคราะห์ร่วมกันรวมทั้งพยายามที่จะจัดการสื่อสารเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการถกแถลงถึงความหยาบที่แตกต่างกันมุ่งหวังที่จะให้เกิดความเป็นธรรมในกระบวนการนโยบายมากขึ้น และลดการแบ่งขั้วแยกค่ายทางนโยบายลง แนวคิดลักษณะนี้ได้รับความนิยมมากขึ้นโดยเฉพาะในประเทศแถบยุโรปจากสาเหตุสำคัญ 2 ส่วน เนื่องจากสังคมเริ่มตระหนักถึงความล้มเหลวของกระบวนการนโยบายแบบเส้นตรงโดยเฉพาะในการจัดการกับความเสี่ยงในสังคมที่เริ่มมีผู้เล่นใหม่เข้ามาในกระบวนการนโยบายมากขึ้น กับอีกประการหนึ่งคือความตระหนักในความไม่สมบูรณ์ของความรู้และข้อมูล การเจรจาต่อรองอาจมิใช่เครื่องมือหลักที่ช่วยให้สังคมเข้าใจและจัดการกับความเสี่ยงต่างๆ ได้ ดังนั้นการทำความเข้าใจกับวิธีการให้เหตุผล และแนวคิดที่แตกต่างกันของคนในสังคมจึงได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ

ในสังคมไทยมีการให้ความสำคัญกับคนในแต่ละชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายมากขึ้นดังสะท้อนในถ้อยความที่ประกาศไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ตลอดจนมีสัญญาณที่แสดงให้เห็นการขยายตัวของสังคมเครือข่ายในหลายพื้นที่ของประเทศอย่างชัดเจนและกว้างขวางขึ้น อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่ายังมีช่องว่างที่จะใช้เงื่อนไขตามรัฐธรรมนูญสร้างกระบวนการนโยบายแบบถักทอขึ้นในสังคมไทย เนื่องจากยังมิได้มีการสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่จะนำมาใช้ในกระบวนการนโยบายแบบนี้ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและเงื่อนไขเชิงสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย กรอบการวิเคราะห์กระบวนการนโยบาย ในกรณีศึกษาสมัชชาสุขภาพจึงได้ปรับแนวคิดทั้ง 3 ข้อไว้ โดยมุ่งเน้นไปที่หารูปแบบ ทักษะ และประสบการณ์ในการเรียนรู้กระบวนการนโยบายสาธารณะในกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง

**แผนภาพที่ 4** แสดงการผสมผสานกระบวนการนโยบายแบบเส้นตรง แบบเจรจาต่อรอง และแบบถักทอ ในกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ



## บทที่ 3

### ห้าปี ขอบการเรียนรู้ : สัปดาห์สุขภาพ

#### 1. อะไรคือสัปดาห์

สัปดาห์ (Assembly) ซึ่งมีรากศัพท์มาจากคำว่า ecclesia ในภาษากรีกซึ่งแปลว่า การพูดคุยให้ข้อมูลข่าวสารหรือ to convene ซึ่งในกรีกโบราณคำนี้ หมายถึง การมารวมกันของพลเมือง (an assembly of citizens) ที่มาร่วมพูดคุยกันโดยการนำของผู้คนที่เป็นสามัญชนเพื่อการเคลื่อนไหวทางการเมืองหรือเหตุอื่นๆ ที่เมืองหรือรัฐคำนึงถึง<sup>33</sup> คำว่า Assembly มีความหมายตรงกับคำว่า Congregation, Community, Church, และ Synagogue ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มกันของคนที่มีความคิดคล้ายๆ กัน หรือ เป้าหมายเดียวกัน เพื่อการทํากิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งในสถานที่ที่จัดทำให้เป็นที่ประชุมกัน <sup>34</sup>

สุวิ ภูติ <sup>35</sup> ได้ศึกษา และเสนอคำว่า Assembly ที่พบในปัจจุบันว่าเป็นเรื่องของมนุษย์หรือกลุ่มคนในสังคมที่รวมตัวกันเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ ร่วมกันของกลุ่มคนหรือสถานที่ที่เป็นที่ประชุมพบปะเพื่อถกเถียงพูดคุยกันหรือเป็นการรวมตัวกันทางสังคม (Social Act of Assembling) ในกรณีนี้ที่สัปดาห์หมายถึงสถานที่ที่พบปะสังสรรค์นั้นยังใช้สลับกันได้กับคำว่า ฟอรัม (Forum) ที่เป็นการประชุมแบบเปิดเผย (Open Discussion) แต่ในความหมายที่แคบลงไปนั้น สัปดาห์เป็นการประชุมร่วมกันของกลุ่มคนเพื่อวัตถุประสงค์หลักในการร่างกฎหมาย วางกติกาทางสังคม หรือนโยบายของกลุ่มคนร่วมกัน ดังที่รู้จักเป็นส่วนใหญ่ในลักษณะที่เป็น General Assembly, Legislative Assembly, National Assembly, Tribunal or Judicial Assembly ซึ่งใช้กันในการประชุมระดับนานาชาติหรือระหว่างประเทศ เช่น ในองค์การสหประชาชาติ

33 Augusta, Georgia: 1998 [www.austachronicle.com/stories/031498/flea\\_column\\_.shml](http://www.austachronicle.com/stories/031498/flea_column_.shml)

34 <http://www.revelations.org.za/Qahal.htm> สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน๒๕๔๙

35 สุวิ ภูติ.2545.โครงการศึกษาระบบการจัฒัฒษาสุขภาพจังหวัดและสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 หน้า 8-9 (อ้างแล้ว)

คณะกรรมาธิการความมั่นคง หรือ ในการประชุมขององค์การอนามัยโลกเป็นต้น  
 ลักษณะของ Social Act of Assembling มีความหมายลึกไปอีกระดับหนึ่งคือ  
 เป็นการประชุมรวมกันเพื่อเรียกร้องสิทธิบางประการหรือเป็นการแสดงพลังทางสังคม  
 ออกมาในลักษณะของการประชุมที่เป็น Convocation, Congregation, หรือ  
 Convention ที่มักจะมีข้อตกลงบางประการออกมาเป็นข้อเสนอแนะ เช่น ปฏิญญา หรือ  
 อนุสัญญา ที่ประชาคมต่างๆ ที่เข้าประชุมมีร่วมกัน

สำหรับสมัชชาในภาคประชาชน หรือ People's Assembly นั้น Lucile Green  
 and Harry Lerner ที่ปรึกษาพิเศษ ของเครือข่ายสมัชชาประชาชนแห่งสหประชาชาติ<sup>36</sup>  
 (Millennium People's Assembly Network) กล่าวถึงที่มาของ สมัชชาภาคประชาชน  
 ไว้ว่า ความคิดเรื่องการมีสมัชชานั้นเริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1920s ในสมัยแรกเริ่มที่มีการ  
 รวมกันของชาติต่างๆ เป็น The League of Nations แต่ถูกปฏิเสธไป จนกระทั่ง  
 เมื่อมีการก่อตั้งองค์การสหประชาชาติ (United Nations) Ernest Bevin ได้ลุกขึ้น  
 กล่าวกลางที่ประชุมของ the House of Commons ว่า "There should be a study  
 of a house directly elected by the people of the world to whom the  
 nations are accountable." ถึงกระนั้นก็ตาม สมัชชาภาคประชาชนก็ไม่เกิดขึ้น  
 แต่ความพยายามก็ไม่จบเพียงแค่นั้น ในระยะเวลา ระหว่างปี ค.ศ.1975-1995 มีกลุ่ม  
 องค์กรต่างๆ จัดการประชุม สมัชชาประชาคมพลเมืองโลก (World Citizen Assembly)  
 ถึงสิบครั้งด้วยกัน และในระหว่างนั้นในปี ค.ศ.1978 สมัชชาประชาชน (People's  
 Assembly) ถูกจัดขึ้นเป็นเวลาถึง 5 สัปดาห์ คู่ขนานกับการประชุมพิเศษของ  
 สหประชาชาติในการปลดอาวุธ (UN Special Session on Disarmament) และครั้งที่  
 สองในเรื่องเดียวกัน ในปี ค.ศ.1982 เป็นเวลาถึง 1 เดือน ทำให้ สมัชชาประชาชน  
 กลายเป็น เครือข่ายนานาชาติเพื่อสมัชชาที่สองขององค์การสหประชาชาติ (The Inter-  
 national Network for a UN Second Assembly-INFUSA)

ในระหว่างปี ค.ศ.1988-1995 มีการรวมตัวกันของ INFUSA กับ สมาคม  
 เมืองโลก (The Association of World Citizens) สมัชชาพลเมืองโลกและ CAMDUNS

36 [www.ourvoices.org](http://www.ourvoices.org) สืบค้นเมื่อวันที่ 27 กันยายน 2549

หรือ Conferences on a More Democratic UN ในปี ค.ศ.1995 จึงมีการรวมตัวของสมัชชาประชาชน (United People's Assembly) ขึ้นเป็นครั้งแรก และมีการขยายตัวไปทั่วโลก โดยมีการประชุมและก่อตั้งประชาคม (Civil Society) หรือองค์กรภาคประชาชนเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับประชาชน ซึ่งมีความพยายามของเครือข่ายที่จะให้มีการนำสมัชชาประชาชน (People Assembly) เข้าสู่สมัชชาสหประชาชาติ (UN General Assembly) ในปีแห่งสหประชาชาติ ค.ศ.2000 และเป็นพลังประชาชนที่สำคัญในระดับโลกการรวมกันของสมัชชาดังกล่าวเป็นการสร้างเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง

สำหรับประเทศไทย ในช่วงแรก ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยของกลุ่มสมัชชาคนจน คำว่าสมัชชาถูกนำไปใช้ในทางลบและมองว่าเป็นกระบวนการต่อต้านอำนาจรัฐของกลุ่มผลประโยชน์ทางนโยบาย ทำให้เกิดความขัดแย้งในสังคม ซึ่งแท้จริงแล้วเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนระหว่างกลุ่มคนที่ไม่ได้มีสำนึกร่วมกันต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เช่นระหว่างชนชั้นกลางในเมืองกับคนจนในชนบทที่ถูกละเมิดเรื่องที่ดินทำกิน แต่คำว่า สมัชชา ในภาษาไทยตามพจนานุกรม แปลว่า การประชุม หรือ ที่ประชุม หรือ การมีคนหลายกลุ่มหลายพวกมารวมกัน ซึ่งกระทำได้หลายทาง แต่ในช่วงปี 2547-2548 หลังจากที่ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีการทดลองการนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปใช้ในสังคมตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้ ความเข้าใจของคำว่า “สมัชชา” เริ่มถูกมองในภาพที่ดีขึ้น และมีการใช้คำว่า สมัชชาในอีกหลายๆ รูปแบบของสังคม เช่น สมัชชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สมัชชาคุณธรรม รวมถึงด้านการเมือง สมัชชาประชาชน ของพรรคประชาธิปัตย์ เป็นต้น

สมัชชาสุขภาพ เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย ในปี 2531 ในนามการประชุมสมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ<sup>37</sup> เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดเพื่อนำเสนอทิศทางการพัฒนาสุขภาพของประเทศ เป็นประชุมอภิปรายและนำเสนอผลงานวิชาการต่างๆ เช่น

37 กระทรวงสาธารณสุข. 2531. สมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ .



นโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น โดยเชิญผู้บริหารสูงสุดไม่เฉพาะแต่ในกระทรวงสาธารณสุข แต่เชิญหน่วยงานต่างๆ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยต่างๆ กว่า 1,000 คน ถือว่าเป็นความก้าวหน้าในประวัติศาสตร์การพัฒนา นโยบายด้านสุขภาพและเป็นการเปิดมิติใหม่ในการพัฒนาสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิดสุขภาพจะเป็นเรื่องของทุกภาคส่วนไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่การประชุมครั้งนี้ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มข้าราชการและนักวิชาการเป็นส่วนใหญ่ภาคประชาชนยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมดังกล่าว ต่อจากนั้นไม่เกิดการจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพอีกเลย จนถึง ปี พ.ศ.2543 ได้เริ่มต้นการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น และสมัชชาสุขภาพถูกบรรจุให้เป็นกลไกของสังคมในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในปี พ.ศ.2544 มีการทดลองเรียนรู้และพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพ มาจนถึงปัจจุบัน

## 2. ความหมายของสมัชชาสุขภาพ

แนวคิดของสมัชชาสุขภาพเริ่มขึ้นจาก คณะอนุกรรมการวิชาการ การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติได้เสนอแนวคิดด้านกลไกและระบบสุขภาพเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ต่อมาได้มอบหมายให้นักวิจัยได้ศึกษาสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์ของนานาชาติ ได้ข้อสรุปและเสนอให้มีสมัชชาสุขภาพ<sup>38</sup> บรรจุอยู่ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ต่อมา มีการส่งข้อเสนอดังกล่าวข้างต้น ให้ประชาคมต่างๆ ทั่วประเทศได้พิจารณาและประชาพิจารณ์แล้วจึงเสนอกับมาที่คณะอนุกรรมการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้สรุปและให้คำนิยามของสมัชชาสุขภาพไว้ว่า “กระบวนการจัดประชุมที่ให้ทุกฝ่ายได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างใช้ปัญญาและสมานฉันท์ โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบและ

38 เป็นเวทีให้องค์กรภาคประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้มีโอกาสให้ความเห็นต่อแนวนโยบายของรัฐ ตั้งแต่ขั้นตอนกำหนด แนวคิด การเสนอนโยบาย ไปจนถึงการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มี 3 รูปแบบ คือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มีส่วนร่วมเพื่อนไปสู่การมีสุขภาพ<sup>39</sup> ถูกบรรจุอยู่ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เสนอต่อดคณะรัฐมนตรีเมื่อ พ.ศ.2545

ในระยะต่อมา มีการชี้แจงร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกับ คณะกรรมการการก่ำนกรองของคณะรัฐมนตรีได้มีการปรับแก้ความหมายของคำว่า สัมชขาสุขภพในบางส่วนจนผ่านเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา ใน พ.ศ.2547 ตัวแทนภาคประชาชนและคณะทำงานของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ แห่งชาติ (สปรส.) ได้ร่วมชี้แจงรายละเอียด ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และแสดงจุดยืน ความหมายของสัมชขาสุขภพ ในด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างชัดเจน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ทรงคุณวุฒิของคณะกรรมการกฤษฎีกา จนได้มีการปรับ ความหมายของ สัมชขาสุขภพ เป็น “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของ รัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างใช้ปัญญาและสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม<sup>40</sup> ซึ่งเป็นความหมายที่ใช้อยู่ ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับที่อยู่ภายใต้กระบวนการนิติบัญญัติ ในปัจจุบัน

ภายใต้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่สะท้อนความคาดหวังของสังคม มีเจตนารมณ์ที่จะให้ สัมชขาสุขภพ เป็นเวทีหรือกระบวนการที่ฝ่ายต่างๆ ในสังคม เข้ามาทำงานในเรื่องนโยบายสาธารณะและยุทธศาสตร์สุขภาพร่วมกันอย่างเคียงบ่า เคียงไหล่ โดยแต่ละฝ่ายไม่ว่าจะเป็นหน่วยราชการ เอกชน ประชาชน หรือเครือข่าย ภาคีต่างๆ ยังคงอิสระไม่ขึ้นแก่กันและกัน นพ.อำพล จินดาวัฒนะ<sup>41</sup> ให้ทัศนะว่า หมายถึงการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างรัฐ ประชาชน และภาคส่วน ต่างๆ ที่เท่าเทียมกัน กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน กลุ่มองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

39 ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับพ.ศ.2545

40 ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง 2547

41 อำพล จินดาวัฒนะ .2548 ปฏิรูประบบสุขภาพ : ปฏิรูปชีวิตและสังคม . สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่ง ชาติ.

และสังคมโดยรวม ภาพความเป็นสมัชชาสุขภาพ จึงปรากฏเป็นอัตลักษณ์ ที่แสดงลักษณะเด่นชัดสะท้อนผ่านการพัฒนามัชชาสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 จนถึงปัจจุบัน<sup>42</sup> ดังนี้

1) สมัชชาสุขภาพในฐานะที่เป็นพื้นที่สาธารณะ เป็นการให้ความหมายที่ชัดเจนที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า ภาคประชาชนขาดพื้นที่สาธารณะ และมีความต้องการเวทีหรือพื้นที่ในการแสดงตัวต่อสังคม รวมไปถึงความต้องการพื้นที่การเปลี่ยนแปลง ที่รวมคนทั้งจำนวนและความหลากหลาย มีการนำประเด็นมาพูดคุย นำเสนอประสบการณ์ และเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็น ความต้องการ มีลักษณะเป็นกลาง และเป็นมิตร ทั้งนี้ อยู่ภายใต้เงื่อนไขบางอย่าง เช่น การให้ภาครัฐยอมรับ สร้างความเข้มแข็งให้กับชาวบ้านหรือองค์กรชุมชน และการสร้างกระแสเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

2) สมัชชาสุขภาพในฐานะกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้เป็นสิ่งที่ถูกให้ความหมายในเชิงเปรียบเทียบได้ว่าเป็น “หัวใจ” ของสมัชชาสุขภาพ นั่นคือ การเรียนรู้เรื่องสุขภาพะ เรียนรู้สังคม เรียนรู้กระบวนการ เรียนรู้ตนเอง สร้างพลเมืองอิสระ เรียนรู้ที่จะนำความรู้มาแลกเปลี่ยนและนำไปปฏิบัติต่อ เป็นการต่อยอดความรู้โดยชาวบ้านด้วยตนเอง

3) สมัชชาสุขภาพในฐานะเครือข่ายพันธมิตร การให้ความหมายของสมัชชาสุขภาพ ถึงความเป็นเครือข่าย ในแง่ของเครื่องมือในการประสานงาน เชื่อมโยงประเด็นการทำงาน และผู้คนที่หลากหลาย เข้ามาทำงานร่วมกันอย่างเป็นกัลยาณมิตร และอาจขยายความหมายไปถึงการสร้าง ความเข้มแข็งของภาคประชาชน

4) สมัชชาสุขภาพในฐานะกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ภายใต้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ออกแบบให้สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ของทุกฝ่ายในการเข้ามาร่วมกันสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพหรือสุขภาพะของประชาชนทุกคน

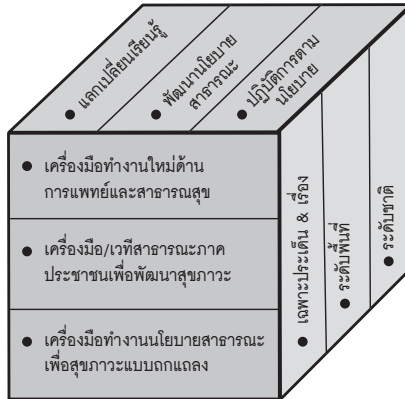
จากประสบการณ์การจัดสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมา นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ได้ให้ความหมายของสมัชชาสุขภาพ ใน 3 มิติดังแผนภาพที่ 5

42 วิพุธ พูลเจริญและคณะ.2548. รายงานการศึกษากระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะของสมัชชาสุขภาพ. หน้า 16-17 (อ้างแล้ว)



## แผนภาพที่ 5 แสดงความหมายของสัปดาห์สุขภาพใน 3 มิติ

### สัปดาห์สุขภาพ 3 มิติ



- มิติที่ 1 สัปดาห์สุขภาพในฐานะเป็น “เครื่องมือ” การทำงานของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม
- 1.1 เครื่องมือทำงานใหม่ด้านการแพทย์และสาธารณสุข
  - 1.2 เครื่องมือ/เวทีสาธารณะภาคประชาชนเพื่อพัฒนาสุขภาพ
  - 1.3 เครื่องมือทำงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบถักถอ
- มิติที่ 2 สัปดาห์สุขภาพในฐานะเป็น “กระบวนการ” ที่นำไปสู่สุขภาพ
- 2.1 แลกเปลี่ยนเรียนรู้
  - 2.2 เชื่อมร้อยเครือข่าย
  - 2.3 พัฒนานโยบายสาธารณะแบบครบวงจร
- มิติที่ 3 สัปดาห์ในฐานะเป็น “พื้นที่สาธารณะ” ของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม
- 3.1 เฉพาะประเด็น & เรื่อง
  - 3.2 ระดับพื้นที่
  - 3.3 ระดับชาติ

นอกจากนี้ สามารถจัดระดับความเข้มของสมัชชาสุขภาพได้ 5 ระดับดังนี้

- 1) เชื่อมโยงภาคี / พันธมิตร / ประชาคมสุขภาพ
- 2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การสร้างสุขภาพ
- 3) มีส่วนริเริ่มนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- 4) ร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- 5) เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพครบวงจร (Policy Cycle)

### 3. ประสบการณ์สมัชชาสุขภาพ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้สนับสนุนให้มีการทดลองใช้สมัชชาสุขภาพในสังคมไทย โดยการจัด “สมัชชาสุขภาพพื้นที่-สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น-สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อเป็นกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ภาคประชาชน ภาควิชาการและภาคการเมืองได้เข้ามาทำงานร่วมกัน โดยมีการสนับสนุนให้เกิดสมัชชาสุขภาพขึ้นอย่างหลากหลายทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2544 ถึงปัจจุบัน ดังแผนภาพที่ 6

แผนภาพที่ 6 แสดงประสบการณ์การจัดสมัชชาสุขภาพตั้งแต่ ปี 2544 ถึง ปัจจุบัน

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

พ.ศ.2544 ระหว่างวันที่ 3-5 กันยายน 2544 มีการทดลองจัดสัมนาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อสาระที่ควรบรรจุในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีผู้เข้าร่วมประมาณ 150,000 คน

พ.ศ.2545 สนับสนุนให้จัดเวทีสัมนาสุขภาพทุกจังหวัดทั่วประเทศ และจัดเวทีสัมนาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำประชาพิจารณ์ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีผู้เข้าร่วมเวทีทั้งหมดรวมกันมากกว่า 44,000 คน

พ.ศ.2546 สนับสนุนการจัดเวทีสัมนาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในระดับภาค 4 ภาค และสัมนาสุขภาพแห่งชาติ โดยการนำสาระตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มากำหนดเป็นประเด็นในการขับเคลื่อนมีผู้เข้าร่วมกระบวนการสัมนาสุขภาพประมาณ 3,000 คน

พ.ศ.2547 มีการสนับสนุนการจัดเวทีสัมนาสุขภาพพื้นที่ในระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ทุกภาคทั่วประเทศ รวมทั้งจัดสัมนาสุขภาพเฉพาะประเด็น ในเรื่องเด็ก เยาวชนและครอบครัว เรื่องคนพิการ เป็นต้น โดยมีการจัดสัมนาสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยเรื่อง “เกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ” (เกษตรปลอดภัย อาหารปลอดภัย ชีวิตปลอดภัย) มีผู้เข้าร่วมกระบวนการสัมนาสุขภาพทุกระดับรวม ประมาณ 32,600 คน

พ.ศ.2548 มีการปรับปรุงแบบ การสนับสนุนสัมนาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เฉพาะประเด็น โดยให้เครือข่ายองค์กรภาคีสุขภาพ หน่วยงานของรัฐและเอกชน เสนอโครงการ มาเพื่อขอรับ การสนับสนุนจาก สปส. ผ่านกระบวนการพิจารณาอย่างเป็นระบบ ทั่วประเทศจำนวน 64 โครงการ และมีการจัดสัมนาสุขภาพแห่งชาติ ในประเด็นหลักเรื่อง “ความอยู่เย็นเป็นสุข” มีผู้เข้าร่วมกระบวนการสัมนาสุขภาพทุกระดับ ประมาณ 29,000 คน

ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2544 ถึง พ.ศ.2548) สามารถแบ่งพัฒนาการของสัมนาสุขภาพเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรก เป็นการทดลอง สานิดเพื่อการเรียนรู้ ในช่วงปี พ.ศ.2544 และ พ.ศ.2545 สัมนาสุขภาพยังเป็นเครื่องมือใหม่สำหรับสังคมไทย จึงจัดให้มีการทดลองสานิดเพื่อการเรียนรู้ ซึ่งยังไม่แน่ว่าจะเรียกว่าเป็นกระบวนการ

สัมมาสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ<sup>43</sup> เนื่องจากมีการกำหนดกรอบการจัดที่ชัดเจนจากส่วนกลาง และประชาชนในพื้นที่เป็นเพียงผู้เข้าร่วมเวทีเพื่อแสดงความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพเท่านั้น ยังไม่ได้มีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างใช้ปัญญาและสมานฉันท์ ในการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างแท้จริง และ ระยะที่สอง เป็นการเรียนรู้ ค้นหารูปแบบสัมมาสุขภาพในช่วงปี พ.ศ.2546 ถึง 2548 มีการปรับรูปแบบการสนับสนุนสัมมาสุขภาพในหลายรูปแบบ เช่น ระดับภาค 4 ภาค ระดับภูมิภาค (กลุ่มจังหวัด) และจังหวัด จนถึงในปี พ.ศ.2548 มีการปรับแนวทางการสนับสนุน โดยให้พื้นที่เสนอโครงการผ่านระบบในการสนับสนุนตามเกณฑ์ของ สปส.

ถึงแม้ว่า การพัฒนากระบวนการสัมมาสุขภาพยังอยู่ในช่วงของการเรียนรู้และพัฒนาโดยเน้นไปที่กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมแล้ว ยังเป็นกระบวนการนำข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพมาแลกเปลี่ยนมาทำงานเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอต่อการดำเนินงานเรื่องสุขภาพตามหลักการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังมีกระบวนการจัดการให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีชีวิตคือ เปิดให้มีการค้นหา สังเคราะห์บทเรียน นำเสนอ แสดง สาธิต กิจกรรม เรื่องราว กรณีศึกษา ภูมิปัญญาต่างๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และปัญญา โดยเน้นเรื่องสุขภาพองค์รวมในระดับชุมชน เพื่อเปิดช่องทางให้ทุกฝ่ายได้ร่วมเรียนรู้จากเรื่องจริงหรือชีวิตจริงของคนในสังคม

#### 4. บทเรียน : สัมมาสุขภาพ

เป้าหมายสำคัญตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ คือการผลักดันให้เกิดสัมมาสุขภาพเป็นกลไกทางสังคมในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ การก่อตัวของสัมมาสุขภาพในทุกจังหวัดก่อให้เกิดเครือข่ายเชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

43 กฤตยา อาชวนิจกุล. 2548. รายงานการสังเคราะห์กระบวนการเรียนรู้ของสัมมาสุขภาพกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ. หน้า 54



ที่ดีของชุมชนสังคม 5 ปีที่ผ่านมา การทำความเข้าใจสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ภายใต้ บทเรียนของพื้นที่ได้ผ่านประสบการณ์จัดสมัชชาสุขภาพมาแล้ว ทั้งในระดับระดับพื้นที่ จังหวัด อนุภาค และระดับภาค พบประเด็นหลักๆ ที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

#### 4.1 การกำหนดประเด็นในการขับเคลื่อน และวัตถุประสงค์ของการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

ในการกำหนดประเด็นและวัตถุประสงค์ในการจัดสมัชชาสุขภาพ อาจแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 (พ.ศ.2544-2545) มีความชัดเจนในเรื่องประเด็นในการขับเคลื่อนหลักวัตถุประสงค์ในการจัดเวที มุ่งไปที่การรวมพลังประชาสังคมจากทั่วประเทศ เพื่อผลักดันร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นธรรมนูญสุขภาพของคนไทย ในขณะที่การจัดสมัชชาสุขภาพ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2546-2548) เน้นการนำกรอบสาระในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไปทดลองขับเคลื่อน<sup>44</sup> ซึ่งแนวคิดเรื่องนี้อย่างใหม่สำหรับสังคมไทย ในขณะนั้น จึงทำให้สมัชชาสุขภาพในช่วง 3 ปีหลังไม่มีความชัดเจนทั้งในเชิงการกำหนดประเด็น และวัตถุประสงค์ในการจัดเวทีในแต่ละปี

ในส่วนของประเด็นขับเคลื่อนหลักในแต่ละปี จะพบว่ามาจาก 3 แนวทางหลักๆ คือ แนวทางแรก มาจากฐานคิดและแนวทางการทำงานของ สปสธ.<sup>45</sup> แนวทางที่สอง เป็นประเด็นที่มาจากรัฐหรือสอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐบาลผ่านทางส่วนราชการต่างๆ<sup>46</sup> แนวทางที่สามเกิดมาจากการเป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่<sup>47</sup>

44 สายศิริ ด่านวัฒนะ. 2548. ผลการเรียนรู้ 4 ปีสมัชชาสุขภาพ พ.ศ.2544-2547

45 ในช่วง 2 ปีแรกเน้นไปที่การผลักดัน ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

46 เช่น ประเด็นเกษตรและอาหารปลอดภัย ในปี 2546-2547

47 เช่น การจัดการน้ำของจังหวัดปราจีนบุรี ภูมิณีเวศลุ่มน้ำของจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นต้น

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนหลักและวัตถุประสงค์การจัดสมัชชาสุขภาพ

การจัดสมัชชาสุขภาพ ในระดับพื้นที่	ระยะที่ 1		ระยะที่ 2		
	2544	2545	2546	2547	2548
ลักษณะเวที	เป็นเวทีระดมความคิดเห็นทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ แต่ยังไม่ถูกเรียกว่า "สมัชชาสุขภาพ"	เป็นเวทีในระดับอำเภอ และเวทีในระดับจังหวัด	สมัชชาสุขภาพในระดับจังหวัด และระดับภาค	สมัชชาสุขภาพในระดับอนุภาค (กลุ่มจังหวัด)	สมัชชาสุขภาพจังหวัด
ประเด็นการขับเคลื่อน	ร่างกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ	ครั้งที่ 1 สารบัญที่ จะบรรจุในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	มีการกำหนดประเด็นเฉพาะไว้ แต่ให้เลือกประเด็นที่สอดคล้องกับกรอบเนื้อหาในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	กำหนดประเด็นไว้กว้างๆ 3 ประการ คือ 1.ประเด็นต่อเนื่องจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546 โดยให้เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์กลุ่มจังหวัด 2.ประเด็นที่พื้นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ (เน้นเด็กเยาวชน) 3.นวัตกรรมสร้างสุขภาพ	มีหลักเกณฑ์ 9 ข้อในการพิจารณาว่าเข้าข่ายสมัชชาสุขภาพหรือไม่
วัตถุประสงค์การจัด	เพื่อระดมความคิดเห็นต่อร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ	ครั้งที่ 1 เพื่อนำร่างสาระสำคัญที่จะบรรจุใน พ.ร.บ. ไปสู่การรับรู้อย่างกว้างขวาง ครั้งที่ 2 เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ	เพื่อนำเนื้อหาในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาทดลองขับเคลื่อน	เน้นการสนับสนุนการทำงานผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	ไม่ได้ระบุไว้ชัดเจน

#### 4.2 รูปแบบการจัดการและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ตั้งแต่ปี 2544 ถึง 2548 มีการกำหนดรูปแบบการจัดการกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ แตกต่างกัน โดยในระยะแรก (2544-2545) เน้นการผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ รูปแบบกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพจึงถูกกำหนดจาก สปรส.และอนุกรรมการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพไว้อย่างชัดเจน ในเรื่องแนวคิดวิธีการ และเครื่องมือที่ใช้แสดงความคิดเห็น<sup>48</sup> ในช่วงระยะ 3 ปีหลัง (2546-2548) รูปแบบและกระบวนการจะขึ้นอยู่กับพื้นที่เป็นหลัก อาจเนื่องจากการจัดสมัชชาสุขภาพตามความหมายที่แท้จริงที่ปรากฏในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่เปิดกว้างให้แต่ละพื้นที่นำสาระในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ไปขับเคลื่อน รูปแบบกระบวนการจึงไม่ชัดเจนเสมือนเป็นระยะของการแสวงหารูปแบบในแต่ละพื้นที่

ตารางที่ 2 สรุปรูปแบบการจัดการกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ในแต่ละปี

การจัดสมัชชาสุขภาพ ในระดับพื้นที่	ระยะที่ 1		ระยะที่ 2		
	2544	2545	2546	2547	2548
การเลือกแกนนำ		สปรส.เป็นผู้ติดต่อและทาบทามคนที่จะมาเป็นแกนนำ	สปรส.เป็นผู้ติดต่อและทาบทามคนที่จะมาเป็นแกนนำ	สปรส.เป็นผู้ติดต่อและทาบทามคนที่จะมาเป็นแกนนำ	เปิดให้เสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุน
การเลือกประเด็นขับเคลื่อนในแต่ละพื้นที่	กำหนดจาก สปรส.และภาคีส่วนกลาง	กำหนดจาก สปรส.และภาคีส่วนกลาง	เปิดกว้างให้แต่ละพื้นที่ร่วมกำหนด	เปิดกว้างให้แต่ละพื้นที่ร่วมกำหนด	ขึ้นกับว่าโครงการใดที่ผ่านการพิจารณา

48 สายศิริ ด้านวัฒนธรรม, 2548. ฝึกการเรียนรู้ 4 สมัชชาสุขภาพ พ.ศ.2544-2547 (อ้างแล้ว)

จะเห็นได้ว่า ในปี 2544-2547 สปส.เป็นผู้ติดต่อและทาบทามคนที่จะมารับเป็นแกนนำในการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ ในแต่ละพื้นที่โดยไม่ได้มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณา แต่เน้นการประสานความร่วมมือไปยังกลุ่มคนที่รู้จักหรือคุ้นเคยในแต่ละพื้นที่ ทำให้เกิดการกรีดกันการเข้าร่วมของกลุ่มอื่นๆ อย่างไม่ได้ตั้งใจ ต่อมาในปี 2548 ได้ปรับเปลี่ยนโดยคำแนะนำจากคณะกรรมการกฤษฎีกา เปิดโอกาสให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่นๆ และบุคคลทั่วไปมีโอกาสในการเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนในการจัดสมัชชาสุขภาพ<sup>49</sup> ทำให้กระบวนการสมัชชาสุขภาพไม่ได้ผูกขาดโดยคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายประชาสังคมกลุ่มใหม่ๆ เข้ามาร่วมเคลื่อนไหวในกระบวนการสมัชชาสุขภาพมากยิ่งขึ้น แต่ก็พบว่าเครือข่ายเดิมบางส่วนไม่ได้รับการสนับสนุน จึงพบเห็นเพื่อใหม่แต่เสียเพื่อนเก่าไปอย่างน่าเสียดาย

#### 4.3 แกนนำและองค์กรประสานการจัดสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่

ในการวิเคราะห์แกนนำและองค์กรประสานการจัดสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ มีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับลักษณะหรือการแบ่งประเภทสมัชชาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ จากการสรุปบทเรียนพบว่าการเกิดของสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ใน 3 ลักษณะ ดังนี้

#### ตารางที่ 3 แสดงลักษณะสำคัญของประเภทสมัชชาสุขภาพที่พบในพื้นที่

49 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2548. รายงานการประชุมคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2548

ประเภทของสมาชิก สุขภาพเฉพาะพื้นที่	กลุ่มหลักของ แกนนำ ผู้ประสานงาน	ประเด็นเนื้อหาใน เวทีสมาชิกสุขภาพ เฉพาะพื้นที่	ฐานะและบทบาท ของสมาชิกสุขภาพ เฉพาะพื้นที่	ตัวอย่างจาก กรณีศึกษา
แบบประชาธิปไตย หรือแบบราชการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แต่งตั้งและกำกับ โดยระบบราชการ</li> <li>- ส่วนใหญ่มาจากการ แต่งตั้งแบบ ระบบราชการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตามกรอบของ ส่วนกลางอย่าง เคร่งครัด</li> <li>- เน้นประเด็นที่ สอดคล้องกับ นโยบายเร่งด่วน ของรัฐบาล, จังหวัด</li> <li>- เน้นประเด็นเย็น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นกลไกของ รัฐ/ระบบราชการ</li> <li>- เป็นเวที การ เสนอแลกเปลี่ยน ปัญหา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยอง</li> <li>- เชียงราย</li> <li>- หนองบัวลำภู</li> <li>- สุพรรณบุรี</li> </ul>
แบบประชาสังคม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มอบเวทีให้กลุ่ม องค์กรประชาสังคม ดำเนินการตาม สถานการณ์ในพื้นที่</li> <li>- ส่วนใหญ่มาจาก องค์กรประชา สังคมในพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จับประเด็นเย็น มากกว่าประเด็น ร้อน</li> <li>- การไม่เลือก ประเด็นร้อน เพราะมีช่องทาง อื่นในการเสนอ ประเด็นร้อนอยู่แล้ว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นกลไกของ สังคม</li> <li>- เป็นเวที และ กลไกการขับเคลื่อน นโยบาย สาธารณะ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พิจิตร</li> <li>- ฉะเชิงเทรา</li> <li>- นครปฐม</li> <li>- อุบลราชธานี</li> <li>- สงขลา</li> </ul>
แบบขบวนการ เคลื่อนไหว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แกนนำหลักผู้ ประสานมาจาก ตัวแทนขบวนการ เคลื่อนไหวในพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นประเด็นร้อน และมองการ เปลี่ยนแปลงเชิง โครงสร้าง แต่ มีวิธีแฝงประเด็น ร้อนไว้ในการ ทำงานตลอดเวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นกลไกหนึ่ง ในกระบวนการ เคลื่อนไหวเพื่อ การเปลี่ยนแปลง สังคม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปราจีนบุรี</li> <li>- สุราษฎร์ธานี</li> </ul>

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของแกนนำและองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการประสานและเป็นกลไกสำคัญในการจัดสมาชิกสุขภาพในแต่ละพื้นที่ พบลักษณะร่วมใน 3 ลักษณะ คือ

1) แกนนำที่เป็นต้นทุนเดิมในพื้นที่ฐานคิดในการเลือกแกนนำหรือองค์กรในพื้นที่คือกลุ่มที่ทำงานเพื่อสังคมชุมชนจึงพบว่าทุกจังหวัดมีประสบการณ์ในการดำเนินโครงการร่วมกับองค์กรสนับสนุนกิจกรรมในชุมชนมาก่อน และพบว่าโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคน



ที่เคยทำงานกับกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม (SIF) บางจังหวัดไม่ใช่กลุ่ม SIF โดยตรง แต่ก็พบว่าเคยทำงานร่วมกับกลุ่มเครือข่าย SIF มาก่อนเช่นกัน ลักษณะการทำงานของกลุ่มคนเหล่านี้ เป็นแบบ “ประชาสังคมแบบชุมชนนิยม” เน้นความสมานฉันท์ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชุมชน เน้นการใช้ปัญญา และองค์ความรู้ในการขับเคลื่อน ไม่นิยมความเคลื่อนไหวที่รุนแรง

2) แกนนำที่มาจากฐานระบบราชการ แกนนำหรือองค์กรกลุ่มนี้ มาจากฐานระบบราชการที่เกิดจากการแต่งตั้งผ่านระบบราชการ (มีคำสั่งที่ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัด) พบมากในช่วงปี 2547 ที่มีรูปแบบการจัดเวทีในระดับอนุภาค (กลุ่มจังหวัดผู้ว่าราชการจังหวัดแบบบูรณาการ) ตามแนวทางของรัฐบาล ในการเลือกประเด็นในการขับเคลื่อนของแกนนำกลุ่มนี้ จึงเน้นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลหรือของผู้ว่า CEO และมักเป็นประเด็นเย็น<sup>50</sup> ที่ไม่นำไปสู่ความขัดแย้ง

3) แกนนำที่เป็นตัวแทนขบวนการเคลื่อนไหวในพื้นที่ ในบางพื้นที่พบเห็นแกนนำหรือองค์กรที่เป็นกลุ่มภาคประชาสังคมที่เข้มแข็งมีการเคลื่อนไหวในเรื่องสิ่งแวดล้อมและการปฏิรูปการเมือง ลักษณะการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพของแกนนำกลุ่มนี้ จึงพบเห็นการขับเคลื่อนในประเด็นร้อน<sup>51</sup> และมองการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง โดยมีการแฝงประเด็นร้อนไว้ในการทำงานตลอดเวลา

จะเห็นได้ว่าบทบาทของแกนนำและกลุ่มองค์กรที่ประสานการจัดสมัชชาสุขภาพเป็นเงื่อนไขที่สำคัญ มีผลต่อการการจัดสมัชชาสุขภาพในแต่ละพื้นที่โดยเฉพาะการเลือก/ไม่เลือกประเด็นปัญหาเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพ

50 ประเด็นเย็น หมายถึง ประเด็นที่สอดคล้องกับหรือไม่ขัดแย้งกับนโยบายของรัฐ มุ่งประนีประนอม ไม่ก่อให้เกิดความแตกแยก หรือขัดแย้ง เช่น ประเด็นเกษตรปลอดสารพิษ และอาหารปลอดภัย และประเด็นเย็น คือ ยุทธวิธีที่สร้างสรรค์ สามารถนำมาใช้ส่งผลกระทบต่อเกิดการเปลี่ยนแปลงประเด็นร้อนได้ เช่น การเลือกประเด็นอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมที่เป็นเรื่องเย็นแต่มีจุดมุ่งหมายจะแก้ไขปัญหามลพิษ เป็นต้น ดูรายละเอียด ใน วิพุด พูลเจริญ และคณะ, 2548.

51 ประเด็นร้อน หมายถึง ประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อสมมติฐานชีวิต เป็นผลจากนโยบายของรัฐ หรือประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของคนในพื้นที่นอกจากนี้ประเด็นร้อนเป็นวิกฤติปัญหาของสาธารณะที่ชุมชนต้องรวมตัวกันแก้ไข ออกมาเคลื่อนไหวร่วมกัน อาจกลายเป็นการต่อสู้หรือคัดค้าน อาจส่งผลให้เกิดการปะทะขัดแย้ง เช่น ปัญหาโรงโม่หิน ในจังหวัดหนองบัวลำภู ประเด็นเขื่อนปากมูล จังหวัดอุบลราชธานี ประเด็นเหมืองแร่โปแตสเซียม จังหวัดอุดรธานี เป็นต้น ดูรายละเอียด ใน วิพุด พูลเจริญ และคณะ, 2548.

#### 4.4 กลุ่มคนที่เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่

ความหลากหลายของคนเข้าร่วมส่วนใหญ่ มีลักษณะสอดคล้องไปตามประเภทของแกนนำสมัชชาสุขภาพในระดับจังหวัด ทั้ง 3 รูปแบบคือ แบบราชการ แบบประชาสังคม และแบบขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ดังที่กล่าวมาแล้ว แกนนำและองค์กรประสานงานส่วนใหญ่ เป็นมาจากฐานคนที่ทำงานฐานเครือข่ายกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม (SIF) การเชื่อมโยงกลุ่มคนเข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพ จึงอยู่ในแวดวงของเครือข่ายประชาสังคมด้านสุขภาพ ประเด็นที่ถูกนำเสนอจึงเป็นประเด็นเย็น ที่ไม่มีลักษณะเผชิญหน้า หรืออาจนำไปสู่ความรุนแรง กลุ่มองค์กรที่ไม่สามารถที่ไม่สามารถเข้าร่วมในเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด จึงเป็นกลุ่มองค์กรที่มีลักษณะทำงานร้อน ที่เป็นความขัดแย้งเชิงนโยบายกับภาครัฐหรือภาคธุรกิจ เหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่ที่เป็นประเด็นปัญหาร่วมของพื้นที่ เช่นกรณีสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งในพื้นที่มีประเด็นปัญหาเขื่อนปากมูลแต่ไม่ได้หยิบยกเข้ามาพูดในเวที หรือกรณีภาคตะวันออกที่ไม่หยิบยกประเด็นผลกระทบของนโยบายพัฒนาอุตสาหกรรมขึ้นมาเป็นประเด็นของสมัชชาสุขภาพ

มีข้อที่น่าสังเกต คือกลุ่มเครือข่ายที่เข้าร่วมน้อย ได้แก่ ตัวแทนของภาคธุรกิจและภาคราชการ การเมือง ซึ่งไม่เข้าร่วมในฐานะตัวแทนองค์กรหรือหน่วยงาน หากแต่เข้าร่วมเป็นการส่วนตัว ทั้งที่ ทั้งสองภาคส่วนเป็นกลุ่มที่มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบาย และมีบทบาทหน้าที่ในการเปลี่ยนแปลงปฏิบัติการเชิงนโยบายสาธารณะ หรือเป็นผู้ที่มีส่วนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพะ ดังนั้น เมื่อกลุ่มดังกล่าวเข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพเป็นส่วนน้อยหรือไม่เลยเวทีสมัชชาสุขภาพจึงเป็นเวทีเสนอปัญหาเพื่อแลกเปลี่ยนกันในหมู่มิตรผู้เผชิญปัญหาสุขภาพะ

#### 4.5 ผลสะท้อนของสมัชชาสุขภาพต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

บทบาทหนึ่งที่สำคัญของสมัชชาสุขภาพคือ การเข้าไปหนุนเสริมเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และการสร้างพื้นที่/เวทีให้องค์กรประชาสังคมได้เข้ามาใช้ นำเสนอและรณรงค์เชิงนโยบาย เมื่อพิจารณาผลสะท้อนของสมัชชาสุขภาพต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ สามารถสรุปให้เห็นภาพได้ดังนี้



1) ผลสะท้อนต่อการสนับสนุนสร้างเสริมกระบวนการนโยบายสาธารณะแนวราบ  
 สมาชิกสุขภาพส่วนใหญ่เน้นการเคลื่อนไหวด้านสุขภาวะในระดับพื้นที่ซึ่งเป็นการริเริ่มที่  
 เกิดขึ้นจากผู้คนในสังคมเป็นหลัก เริ่มจากจุดเล็กจุดน้อย พัฒนาสร้างองค์ความรู้  
 กระบวนการเรียนรู้มาเป็นลำดับ โดยไม่ได้เริ่มต้นจากการหาความสนับสนุนหรือผลักดัน  
 ให้รัฐออกคำประกาศเพื่อไม่ให้ผู้คนในสังคมปฏิบัติตามแนวทางของรัฐ สมาชิกสุขภาพ  
 เข้ามาทำหน้าที่ในการเชื่อมประสานกลุ่มองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานในระดับพื้นที่  
 การแสวงหาทางออกในระดับครัวเรือน ชุมชน และกลุ่มก้อนของเครือข่าย (ที่ยังอาจ  
 ไม่กว้างขวางนัก) ช่วยหนุนเสริมการสร้างทิศทางสังคมที่ดี ชีวิตที่ดีในฐานะเป็นเวที  
 ให้ผู้คนเข้ามาร่วมถกเถียง เป็นสื่อเรียนรู้ เป็นสื่อให้มาพบกัน มีองค์ความรู้มาแลกเปลี่ยน  
 กัน ทำให้นคนไม่รู้จักกันมาพบปะกัน เช่น กรณีเกษตรปลอดสารพิษ มีการเชื่อมโยง  
 ต่อเนื่องจากเวทีสมาชิกสุขภาพจังหวัดกระบวนการนี้เป็นการเข้ามาร่วมช่วยหนุนเสริมให้  
 เกิดการสร้างมิตรภาพเชิงนโยบาย (Partner) หรือเครือข่ายนโยบาย (Policy Network)  
 เพราะสร้างความตระหนักในปัญหาร่วมกัน แล้วนำไปสู่การวางยุทธศาสตร์ร่วมกัน  
 นอกจากนี้สมาชิกสุขภาพยังเป็นกลไกสำคัญให้องค์กรประชาสังคมได้อาศัยเป็น  
 เวทีหนึ่งในการเสนอวาระของตนเองต่อสังคม สร้างพื้นที่สาธารณะให้แก่ตนเอง และสร้าง  
 ความตระหนักแก่สังคมผ่านเวทีสมาชิกสุขภาพ

ผลสะท้อนที่สำคัญ คือการเป็นเวทีหรือพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การ  
 นำเสนอปัญหาสุขภาวะ และการกำหนดวาระร่วมกัน อาจกล่าวได้ว่า มีผลสะท้อนเกิดขึ้น  
 มากกว่าด้านที่เป็นหน้าที่เป็นกลไกทำให้เกิดประเด็นทางนโยบาย (Policy Setting)  
 ประเด็นที่กลายเป็นวาระทางสังคม ดังที่มีการสะท้อนถึงประเด็นในการหยิบยกขึ้นมาว่า  
 ไม่สืบเนื่องและการติดตามประเมินว่าเวทีแต่ละปีจัดให้มีการสรุปบทเรียนจากปีที่ผ่านมา

2) ผลสะท้อนต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การขับเคลื่อนของเครือข่าย  
 องค์กรประชาสังคมด้านสุขภาวะที่เชื่อมต่อสมาชิกสุขภาพมีลักษณะสืบเนื่องมาโดยมี  
 สมาชิกสุขภาพเข้าไปหนุนเสริม ก่อให้เกิดการออกเเงทางนโยบายสาธารณะ (ไม่อาจ  
 พิจารณาแยกเด็ดขาดว่าส่วนใดเกิดจากการขับเคลื่อนโดยประชาสังคมและส่วนใดเกิดขึ้น





จากสมัชชาสุภาพงษ์ เพราะสมัชชาสุภาพงษ์เป็นการเชื่อมเครือข่ายองค์กรประชาสังคมที่เคยทำงานอยู่เดิมในพื้นที่) แต่สามารถสรุปให้เห็นภาพ ได้ดังนี้

ก. ผลสะท้อนในพื้นที่ทางสังคม : องค์กร/เครือข่ายประชาสังคมด้านสุขภาพชุมชน ประเด็นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านเกษตรปลอดภัยและเกษตรอินทรีย์ ทำให้เกิดองค์กรเครือข่ายอย่างกว้างขวางในพื้นที่ การขับเคลื่อนมีความก้าวหน้าที่สำคัญเคลื่อนเข้าไปสู่กลุ่มเยาวชน และนักเรียนในโรงเรียน หลายๆ จังหวัดได้บรรจุหลักสูตรการเรียนการสอนในเครือข่ายโรงเรียน เช่น จังหวัดเชียงราย พิจิตร และนครปฐม เป็นต้น

ข. ผลสะท้อนภายนอก : การขับเคลื่อนสู่นโยบายระดับท้องถิ่น ในบางพื้นที่สามารถผลักดันประเด็นของตนเองไปสู่นโยบายของจังหวัดอย่างได้ผล กล่าวคือเกิดการขับเคลื่อนในระดับองค์กรท้องถิ่น ประสบความสำเร็จในระดับการประสานแผนระดับตำบลสู่ยุทธศาสตร์ของ อบต. รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์จังหวัดในบางพื้นที่ และยังพบความก้าวหน้าที่สำคัญในด้านการเกิดองค์กร/สถาบันด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ เช่น จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน อ.ศรีบุญเรือง จ.หนองบัวลำภู โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากเทศบาลและ อบต. การจัดทำแผนสุขภาพของจังหวัดสงขลาที่เชื่อมประสานการทำงานกับกลไกของภาครัฐได้เป็นอย่างดี องค์กรเครือข่ายเหล่านี้มีลักษณะเชิงสถาบันที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ และมีบทบาทในการจัดทำและผลักดันแผนด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่น

ค. ผลสะท้อนภายนอก : การขับเคลื่อนสู่นโยบายระดับชาติ โดยภาพรวมอาจกล่าวได้ว่า การขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายของสมัชชาสุภาพงษ์ในพื้นที่ไม่เกิดผลการเปลี่ยนแปลงในการกำหนดนโยบายสาธารณะของรัฐในระดับชาติมากนัก กรณีร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุภาพงษ์จังหวัดและเครือข่ายองค์กรประชาคมด้านสุขภาพได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการผลักดันเชิงนโยบายและตัวสมัชชาสุภาพงษ์จังหวัดได้กลายเป็นเครือข่ายนโยบายที่สำคัญ ยังติดตามและผลักดันร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง กรณีของจังหวัดสุพรรณบุรีในการผลักดันที่เกิดมรดกผลมากที่สุด คือประเด็นนโยบายเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ



สมัชชาสุขภาพจังหวัดต่างๆ ได้มีการร่วมกันผลักดันประเด็นในข้อเสนอในเวที เช่น ในกรณีสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงรายได้ยื่นข้อเสนอต่อรัฐบาลให้ส่งเสริมการก่อตั้งกองทุนภาน้ำเข้าสารพิษ ซึ่งเป็นมาตรการทางนโยบายที่สำคัญที่หยิบยกมาจากเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด อย่างไรก็ตาม ผลสะท้อนที่เกิดขึ้นต้องคำนึงถึงผลกระทบในทางกลับกันด้วย เช่นการตรวจสอบคุณภาพปุ๋ยอินทรีย์ทำให้เกษตรกรรายย่อยไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน

3) การผลักดันต่อรัฐบาล หลังจากที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติแต่ละปี จะได้ข้อเสนอของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกระบวนการนำเสนอสู่รัฐบาล ทั้งนี้ทางสปรส.จะเป็นผู้พิจารณาข้อเสนอของสมัชชาสุขภาพแต่ละเรื่องแต่ละประเด็นว่าเรื่องใดมีน้ำหนักและความพร้อมที่จะนำเสนอเข้าสู่วาระการพิจารณาของ คปรส. หากทาง คปรส.พิจารณาแล้วเหมาะสมก็นำเสนอต่อ ครม.หรืออาจมีการดำเนินงานเพิ่มเติมตามคำแนะนำหรือนำกลับมาพิจารณาใหม่ หรือตกไป หลังจากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของ ครม.ต่อไป ทั้งนี้ ข้อเสนอบางส่วน of สมัชชาสุขภาพ อาจไม่ได้ถูกพิจารณาต่อ คปรส.ในบางประเด็น ขึ้นอยู่กับสมัชชาสุขภาพเกี่ยวข้องร่วมอยู่ในประเด็นห้องย่อยใด หรือร่วมอยู่ในกระเด็นหลักของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีนั้นหรือไม่ \*

## บทที่ 4

### ถอดรหัสลัทธิชาลส์บภาพสู่การพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพแบบมีส่วนร่วม

5 ปี ของการเรียนรู้และพัฒนาสมัชชาสุขภาพ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ในฐานะองค์กรที่สนับสนุนผลักดันให้เกิดกลไกสมัชชาสุขภาพ ได้ศึกษาและเรียนรู้ไปพร้อมกับภาคประชาชน ในปี 2549 สปรส.และเครือข่ายสมัชชาสุขภาพได้รวบรวมบทเรียน สักเคราะห์องค์ความรู้จากกรอบทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากบทเรียนต่างประเทศ และถอดบทเรียนจากการดำเนินการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่รวบรวมสรุปเป็นแนวทางการพัฒนาสมัชชาสุขภาพขึ้น การนำเสนอรายละเอียดแนวทางในที่นี้ เป็นความพยายามถอดแนวคิดและบทเรียนในเชิงหลักการ/แนวคิดมาสู่แนวทางในระดับปฏิบัติการโดยคาดหวังให้ผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ได้หยิบยกนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยไม่ต้องเริ่มต้นหรือปฏิบัติในส่วนที่เคยผิดพลาดมาก่อน ทั้งนี้แนวทางการพัฒนาสมัชชาสุขภาพคงเป็นเพียงการรวบรวมองค์ความรู้ส่วนหนึ่งหัวใจสำคัญของความสำเร็จอยู่ที่กระบวนการเรียนรู้ของผู้เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ เพราะการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพมีความหลากหลายและไม่มีคำตอบสำเร็จรูป ดังคำกล่าวที่ว่า “ไม่มีความสำเร็จและความล้มเหลวที่แท้จริงในกระบวนการนโยบายสาธารณะ”

ในการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ หลักการ แนวคิด องค์ประกอบ ปัจจัยต่างๆ ที่ผู้เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ เรียนรู้และทำความเข้าใจ ดังต่อไปนี้

1. ความคาดหวังของสังคมไทยและแนวทางตามร่างพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ : บทบาทของสมัชชาสุขภาพที่จะควรเกิดขึ้น

การพัฒนาสมัชชาสุขภาพให้เกิดการยอมรับจากสังคม (หรือเกิดความเป็นสถาบัน) ความคาดหวังของสังคมที่มีต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญเปรียบเสมือนเป้าประสงค์ (Goal) ของสังคมที่อยากเห็น ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของสมัชชาสุขภาพจึงถูกกำหนดขึ้นจากความคาดหวังของสังคมและแนวปฏิบัติตามร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านมากระบวนการสมัชชาสุขภาพมุ่งให้คนในสังคมได้เข้ามาร่วมเรียนรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการปฏิบัติการ (Learning Through Action) ที่มีรูปธรรมหลากหลายและมุ่งให้เกิดกิจกรรมทางสังคมที่สำคัญร่วมกัน ดังนี้

1) สมัชชาสุขภาพต้องพัฒนาให้เป็นพื้นที่สาธารณะที่ทุกคนร่วมกันใช้ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยจัดให้มีเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วมในการดำเนินการ

2) สมัชชาสุขภาพต้องเป็นเครื่องมือของสังคมในการเชื่อมร้อยภาคส่วนต่างๆ ทั้งการสานเครือข่ายใหม่และหนุนเสริมเครือข่ายเดิมที่ทำงานอยู่แล้วให้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมเคลื่อนไปสู่สังคมสุขภาวะ

3) สมัชชาสุขภาพต้องสร้างกระแสการสร้างเสริมสุขภาพในทิศทางที่เหมาะสมและขยายสู่การปฏิบัติในสังคม

2. องค์ประกอบหลักที่สำคัญของสมัชชาสุขภาพ

ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรศึกษาและให้ความสำคัญเกี่ยวกับองค์ประกอบต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.1 สมัชชาสุขภาพต้องกำหนดทิศทางเป้าหมายในเชิงนโยบายที่ชัดเจน เป็นการปักธงในการทำงานเพื่อความชัดเจน ตั้งแต่การกำหนดประเด็น การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และวางจังหวะก้าวในการดำเนินงานที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์ของพื้นที่ และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ทั้งในมิติด้านเนื้อหา กระบวนการ การจัดการและระยะเวลา

## 2.2 กลไกการทำงาน แกนนำ เครือข่าย และสังคม

1) กลไกการทำงาน ควรกลไกที่หนุนเสริมเอื้ออำนวยต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยทำหน้าที่ นักอำนวยความสะดวกนโยบาย (Policy Facilitator) (จะกล่าวโดยละเอียดต่อไป)

2) การกำหนดประเด็นขับเคลื่อนในสมัชชาสุขภาพ การดำเนินงานที่ผ่านมามีข้อคำถามและข้อท้าทายให้กับผู้เกี่ยวข้องและเครือข่ายสมัชชาสุขภาพทุกจังหวัดว่าประเด็นแบบไหนที่ สมัชชาสุขภาพควรจะหยิบยกขึ้นมาเป็นหลักในการขับเคลื่อนประเด็นเอ็นทีที่หลีกเลี่ยงปัญหาการกระทบกับภาครัฐ หรือประเด็นร้อนที่ต้องทำทนายต่ออำนาจรัฐ ทั้งนี้ประเด็นที่สมัชชาสุขภาพจะหยิบยกขึ้นมายังเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและการทำงานอย่างหนักในการขับเคลื่อน ณ วันนี้อาจยังไม่มีข้อสรุป แต่ในที่นี้ควรมีหลักในการหยิบประเด็นขึ้นมา อาจพิจารณาทุนทางสังคมต่างๆ ที่มีอยู่ เช่น ระบบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องสะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาหรือความต้องการที่แสดงออกมาให้เห็นในรูปแบบต่างๆ องค์ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาประเด็นที่มีอยู่ เครือข่ายพันธมิตรที่มีอุดมการณ์ร่วม และมีเป้าหมายร่วมกัน กระแสของสังคมที่มีต่อประเด็นปัญหานั้น ความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับภาครัฐ รวมถึงระยะเวลาและโอกาสทางนโยบายที่มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ เหล่านี้เป็นเพียงข้อเสนอในเชิงหลักการเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องและเครือข่ายสมัชชาสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการหยิบยกประเด็นขึ้นมาเท่านั้น

3) แกนประสานงานสมัชชาสุขภาพ ที่ผ่านมาเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นอย่างมาก เพราะเกี่ยวข้องกับการกำหนดประเด็น การเชื่อมประสานกับเครือข่าย การออกแบบการทำงานรวมถึงการเข้าร่วมของบุคคล กลุ่ม องค์กรต่างๆ ดังนั้น แกนประสานสมัชชาสุขภาพที่มีประสิทธิภาพควรเป็นบุคคลที่มีแนวคิดในเรื่องประชาสังคม อาจเป็นนักเคลื่อนไหว นักวิชาการ หรือข้าราชการ ควรมีทักษะทางด้านการประสานและการจัดการนโยบายสาธารณะ ควรมีบารมีในพื้นที่ อาจมีบารมีในมิติของการพัฒนา มิติทางวิชาการ หรือ ตำแหน่งหน้าที่ และที่สำคัญได้รับการยอมรับจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการเป็นผู้นำ จากประสบการณ์การพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อ



สุขภาพในพื้นที่ได้ข้อค้นพบว่ากลุ่มแกนนำในพื้นที่มีอยู่ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ นักประสานการจัดการการเคลื่อนไหว (Policy Coordinator) <sup>52</sup> และนักอำนวยความสะดวกนโยบาย (Policy Facilitator) <sup>53</sup>

ข้อแตกต่างของนักประสานการจัดการการเคลื่อนไหว(Policy Coordinator)และนักอำนวยความสะดวกนโยบาย (Policy Facilitator) กฤตยา อาชวนิจกุล <sup>54</sup> เสนอว่า นักประสานการจัดการการเคลื่อนไหว (Policy Coordinator) มีคุณลักษณะและมีความสามารถด้านการเคลื่อนไหวทางสังคม แต่อาจไม่ชัดเจนในเรื่องกระบวนการนโยบายสาธารณะ ดังนั้นในการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพจึงต้องกำหนดบทบาทหน้าที่คุณลักษณะของแกนนำเครือข่าย ยกกระดับให้เป็นนักอำนวยความสะดวกนโยบาย (Policy Facilitator) (จะขอกกล่าวโดยละเอียดต่อไป ในนักอำนวยความสะดวกนโยบายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ)

4) ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) ที่เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรมีความหลากหลายเป็น “พหุภาคี” ทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมกันในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ได้แก่ ภาครัฐ การเมือง ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน ประชาสังคม กลุ่มองค์กร เครือข่ายต่างๆ ภาคธุรกิจเอกชน ภาควิชาการ ภาคสื่อสารสาธารณะ ทั้งนี้ อาจต้องพิจารณาให้ความสำคัญกับบุคคลหรือกลุ่มเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ซึ่งอาจจะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

5) ผู้ปฏิบัติการนโยบาย (Policy Actor) เครือข่ายนโยบาย (Policy Network) และการรับรู้ของสังคม หากพิจารณาจากประสบการณ์ที่ผ่านมา จะพบเครือข่ายและผู้ปฏิบัติการทางนโยบายอย่างหลากหลายแต่ละเครือข่ายก็มีจุดยืนและแต่ละเครือข่ายต่างก็มีอิสระมีแนวทางการดำเนินงานเป็นของตนเอง ในขณะที่กลุ่มคนในสังคมทั่วไปไม่ได้สนใจหรือเกาะติดกับเรื่องนโยบายใดๆ เป็นเรื่องเฉพาะ แต่ในการตัดสินใจทาง

52 สรุปรการประชุมแนวทางการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ วันที่ 11 เมษายน 2549 ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กทม.

53 วิพุธ พูลเจริญ และคณะ 2548.รายงานการศึกษากระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะของสมัชชาสุขภาพ (อ้างแล้ว)

54 กฤตยา อาชวนิจกุล 2548. และคณะ รายงานสังเคราะห์ กระบวนการเรียนรู้ของสมัชชาสุขภาพกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (อ้างแล้ว)

นโยบายเรื่องใดเรื่องหนึ่งอาจมีสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ โดยเฉพาะในประเด็นที่คนในสังคมให้ความสนใจในช่วงที่กำลังมีการตัดสินใจ<sup>55</sup> เช่น การตัดสินใจของภาครัฐในเรื่องบ่อนอก บ้านกรูด ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของภาครัฐไม่เดินหน้าต่อในเรื่องนี้ ประเด็นที่สำคัญในการเชื่อมร้อยเครือข่าย จึงมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงความเชื่อหรือปรัชญาพื้นฐานร่วมและทำความเข้าใจถึงแก่นแท้หรือจุดยืนของแต่ละเครือข่าย รวมถึงการแสดงเจตจำนงในข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกัน ในทางวิชาการเรียกว่า แก่นความคิดและแก่นนโยบาย (Deep Core) ทั้งนี้ผู้ประสานสมัชชาสุขภาพต้องบริหารจัดการเครือข่ายต่างๆ (Secondary Aspect) รวมถึงการสร้างและจัดการความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้น การสร้างอุดมการณ์ร่วม วัตถุประสงค์ร่วม เป้าหมายร่วม มองให้เห็นถึงประโยชน์ร่วมกัน และการบรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกัน กรณีตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน เช่น เครือข่ายพันธมิตรเพื่อประชาธิปไตยที่รวมตัวกันโดยมีจุดหมายร่วมคือการต่อต้านระบอบทักษิณ โดยที่แต่ละเครือข่ายก็มีอิสระเป็นของตนเอง และมีกลไกการจัดการอย่างเป็นระบบ ในการทำงานขับเคลื่อนนโยบายนอกจากจะทำให้เราได้เห็นว่า ใครคือผู้ที่มีบทบาทสำคัญในเครือข่าย (Policy Active Actor) แล้ว ยังทำให้เราเข้าใจถึงการให้เหตุผลที่แตกต่างกันในการมองนโยบายของแต่ละเครือข่าย รวมถึงการสร้างกรอบความคิดของแต่ละฝ่ายใช้สื่อสารกับกลุ่มคนอื่นและสังคม

**2.3 ระบบสมัชชาสุขภาพ** ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพหากเราใช้ทฤษฎีเชิงระบบมาเป็นการรอบในการอธิบาย สามารถอาจทำให้เราทำความเข้าใจ และสามารถที่จะประยุกต์ในการดำเนินการได้ชัดเจนขึ้น

1) *ปัจจัยนำเข้า* ผู้ประสานงานสมัชชาสุขภาพมีความจำเป็นต้องศึกษาวิเคราะห์เพื่อประเมินศักยภาพของตนเอง และพิจารณาว่าอะไรจุดแข็งและอะไรคือจุดอ่อน และอาจพิจารณาว่าจะเริ่มต้นกระบวนการสมัชชาสุขภาพจากจุดใดก่อน ทั้งนี้มีสิ่งที่จะต้องพิจารณาปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญ ดังนี้

55 เดชรัต สุขกำเนิด 2548. แนวคิดและมุมมองในการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายสาธารณะ หน้า 50 (อ้างแล้ว)



◆ ทูทางสังคม ทรัพยากรในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (กองทุน) และ การสนับสนุนจากองค์กรภายนอก เป็นต้น

◆ ระบบข้อมูลข่าวสาร และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสาธารณะ ที่ผ่านมาจุดอ่อนของกระบวนการสมัชชาสุขภาพส่วนหนึ่ง คือขาดระบบข้อมูลข่าวสารที่ ครบถ้วนและเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพใน 4 มิติ หรือ ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและองค์ความรู้ที่มีอยู่เกี่ยวกับประเด็นปัญหานั้นๆ ทั้งนี้ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพอาจต้องพิจารณาเรื่องการจัดการกับระบบข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการสร้างหรือรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นฐานในการดำเนินงานเป็น อันดับต้นๆ

◆ องค์กรเครือข่าย ในลักษณะ พหุภาคี ทั้งเครือข่ายเดิมและขยายเครือข่าย ใหม่ ควรมีกระบวนการวิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย เครือข่ายต่างๆ

◆ ปัจจัยแวดล้อมของนโยบาย อาจแบ่งเป็นปัจจัยแวดล้อมภายนอกเป็นปัจจัย เกี่ยวกับเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยแวดล้อมภายในเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการเมือง ผู้นำ การบริหาร นอกจากนี้อาจต้องพิจารณาปัจจัยกำหนดสุขภาพ <sup>56</sup>

56 หมายถึงปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดำเนินชีวิต และสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวที่มีผลต่อสุขภาพ สำหรับในประเทศไทยมีความพยายามที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนไทย ผ่านร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ สามารถสรุปได้ 9 กลุ่มดังนี้ 1) ปัจจัยด้านสังคม หมายถึง การดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสงบสุข มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันโดยไม่มีการกีดกันแบ่งแยก คนในสังคม 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การมีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต โดยมีปัจจัยพื้นฐานที่พอเพียงในการพึ่งตนเองตลอดช่วงระหว่างคนจนกับคนรวย 3) ปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน หมายถึง การมีระบบการศึกษา ระบบบริการด้านสุขภาพ ระบบการคมนาคมขนส่ง ระบบสาธารณสุขปลอดภัย ระบบสื่อสารโทรคมนาคมเพื่อมวลชน ระบบผังเมืองระบบพลังงาน และอื่นๆ ที่เหมาะสม 4) ปัจจัยด้านทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม หมายถึง การที่มีอนุรักษ์ พัฒนา คุ้มครอง อนุรักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมเพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกันอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน 5) ปัจจัยด้านการเข้าถึงและได้รับการสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต 6) ปัจจัยด้านการเมือง หมายถึง การใช้อำนาจอธิปไตย การกำหนดนโยบาย การบริหารประเทศที่มีความชอบธรรม สุจริต โปร่งใสและตรวจสอบได้ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมรวมทั้งการมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 7) ปัจจัยด้านความยุติธรรม หมายถึง การมีระบบยุติธรรมที่มีประสิทธิภาพรวดเร็ว เพื่อสร้างความเป็นธรรมเสมอกัน 8) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและประยุกต์ใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เป็นการดำเนินการที่ไม่กระทบต่อสุขภาพประชาชน ชุมชน และสังคม มีจริยธรรมและเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ 9) ปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรม หมายถึง การเคารพในความแตกต่างด้านสิทธิ เสรีภาพบุคคลและชุมชนท้องถิ่นที่เกี่ยวกับความเชื่อศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรมต่างๆ



(Determinants of Health) ร่วมกับ เพราะปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะ ที่เครือข่ายสุขภาพต้องเรียนรู้พยายามนำปัจจัยต่าง ๆ มาพัฒนาให้เอื้อประโยชน์ต่อกระบวนการสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรละเลย

- ◆ การสร้างและพัฒนาศักยภาพเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญทั้งนี้องค์กรที่เกี่ยวข้องอาจต้องจัดระบบการพัฒนาศักยภาพให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการในพื้นที่ ทั้งรูปแบบ วิธีการ และเนื้อหา และความต่อเนื่อง เช่น การศึกษาดูงาน การฝึกอบรม ทั้งนี้มีนักวิชาการหลายท่านให้ข้อเสนอถึงการพัฒนาเป็นโรงเรียนหรือศูนย์ฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขภาพ

- ◆ รูปธรรมความสำเร็จที่เป็นแบบอย่าง (Best Practice) ที่ใช้เป็นฐานในการทำงานจากของจริงที่เป็นรูปธรรมในพื้นที่เพื่อสนับสนุนข้อเสนอเชิงนโยบาย การขยายผลและผลักดันสู่ในระดับนโยบาย

- ◆ กลไกเอื้ออำนวยกระบวนการสุขภาพ ที่เหมาะสมกับพื้นที่ (จะกล่าวในรายละเอียดต่อไป)

- ◆ การศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการนโยบายที่เป็นทางการของภาครัฐ เจาะลึกทางนโยบาย เป็นการศึกษาใน แบบแผน กฎระเบียบ รวมถึงตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทางนโยบาย ใครบ้างมีความจำเป็นต้องบริหารรับฟังความคิดเห็น หรือได้รับความเห็นชอบจากใครบ้าง รวมถึงเงื่อนไข เงื่อนไขเวลา ขั้นตอนในการตัดสินใจ และอาจต้องศึกษาถึงวัฒนธรรมองค์กรนั้นๆ ด้วย ทั้งหมดนี้จะช่วยให้สามารถจำแนกกลุ่ม และบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบายในเรื่องนั้นๆ นอกจากนี้ยังทำให้เข้าใจถึงเงื่อนไขด้านเวลาการตัดสินใจ ช่องทางและโอกาสสำคัญในการผลักดันนโยบายมากยิ่งขึ้น และที่สำคัญจะทำให้เราเข้าใจการใช้เหตุผลของภาครัฐในการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนด้วย <sup>57</sup>

57 เดชรัต สุขกำเนิด 2548.แนวคิดและมุมมองในการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายสาธารณะ หน้า 51 (อ้างแล้ว)

2) กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ต้องยึดหลักการการที่สำคัญคือ การเชื่อมร้อยภาคส่วนต่างๆ ทำงานบนฐานของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการมีส่วนร่วม กระบวนการสื่อสารสาธารณะ และการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ มุ่งไปสู่กระบวนการแบบถกแถลง (Deliberative) และ ดำเนินการผลักดันนโยบายสาธารณะแบบ ครบวงจร แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ขั้นตอน<sup>58</sup> ดังนี้

- ขั้นก่อนเวทีสมัชชาสุขภาพ เป็นการเชื่อมร้อย วิเคราะห์ และทำความเข้าใจในเงื่อนไขของภาคส่วนต่างๆ ภาครัฐ ภาควิชาการ องค์กรภาคีเครือข่าย และกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียรวมถึงอารมณ์ของสังคม มีการประเมินสถานการณ์จากระบบข้อมูลองค์ความรู้ (ทุนเดิม) และ กำหนดประเด็นปัญหา/ความต้องการ (ทิศทาง/แนวทางที่สังคมคาดหวัง) ร่วมกัน วิธีการดำเนินการ อาจทำได้ในหลายๆ รูปแบบทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ ตามความเหมาะสม เช่น การเปิดเวทีสาธารณะ การสำรวจรวบรวมข้อมูล การระดมความคิดเห็น เป็นต้น แต่ประเด็นสำคัญอยู่ที่ ความพอเพียง ความครบถ้วน ความน่าเชื่อถือ ส่งผลสู่การยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

- ขั้นเวทีสมัชชาสุขภาพ จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การสร้างสุขภาวะผ่านรูปธรรมความสำเร็จที่เป็นแบบอย่างและเปิดเวทีสาธารณะโดยกระบวนการถกแถลงหรือรูปแบบที่เหมาะสมเพื่อสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกันและประกาศเจตนารมณ์ตามทิศทาง/แนวทางที่ได้กำหนดไว้ร่วมกัน ทั้งนี้อาจไม่จำเป็นต้องจัดเวทีเพียงครั้งเดียว อาจได้ตามความเหมาะสมจน (อาจขึ้นอยู่กับบริบทและปัจจัยสนับสนุนในพื้นที่) หรืออาจกล่าวได้ว่าการเปิดเวทีถกแถลงกันจนได้ข้อสรุปร่วมกัน (ตกผลึกร่วมกัน) จนที่พี่น้องถือว่าเป็นเรื่องยาก (ในบางประเด็นปัญหา) แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะไม่สามารถเป็นไปได้

- ขั้นหลังเวทีสมัชชาสุขภาพ มีความจำเป็นอย่างมากที่นักอำนวยการนโยบายหรือเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจะต้องวิเคราะห์ว่าข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้นั้น อยู่ในระดับใด เช่น ในระดับตำบล อำเภอ หรือจังหวัด ซึ่งอาจเสนอให้กับอบต.เทศบาล องค์กรบริหารส่วนจังหวัดหรือผู้ว่าราชการจังหวัด และหากได้รับการรับรองและสนับสนุนสามารถจัดการกับปัญหาต่างได้แล้ว หรือ ข้อเสนอเชิงนโยบายมีความจำเป็นต้องนำเสนอให้

58 สมพันธ์ เตชะอธิก 2548. รายงานกระบวนการสมัชชาสุขภาพโดย อบต.กับประชาคมท้องถิ่น.



กับหน่วยงานในระดับสูงขึ้นหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจึงจะสามารถผลักดันให้เกิดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ อาจต้องนำเสนอขึ้นมาในเวทีระดับชาติหรือเสนอต่อหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ระดับของนโยบายจึงเป็นเรื่องที่เครือข่ายสมัชชาสุขภาพต้องให้ความสำคัญและดำเนินการได้อย่างถูกที่ถูกทางตัวอย่างที่ชัดเจนที่พบเห็น ได้แก่ ประเด็นการแผนสุขภาพจังหวัดสงขลาที่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีขอบเขตภายในจังหวัดสงขลา แต่บางกรณี เช่นการแก้ไขปัญหาน้ำท่วมจังหวัดเชียงใหม่เป็นประเด็นปัญหาในระดับจังหวัดแต่ในการแก้ไขปัญหานี้ภาคประชาชนไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ภายในจังหวัด(อาจมีนโยบายจากส่วนกลางเข้ามาเกี่ยวข้อง) จึงได้เสนอข้อมูลและข้อเสนอต่างๆ ผ่านทางผู้เกี่ยวข้องสามารถจัดการปัญหาได้ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยหลักการแล้วการดำเนินการอาจแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ภาคีเครือข่ายต่างๆ สามารถทำได้เป็นแนวทางแรก และต้องดำเนินการร่วมกันหรือภาครัฐต้องลงมาดำเนินการในส่วนที่นอกเหนือความสามารถของภาคีเครือข่ายเป็นแนวทางที่สองและสาม ทั้งนี้ต้องร่วมกันผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผล อย่างต่อเนื่อง

3) ผลผลิตและผลที่ตามมาของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เกิดการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรสุขภาพที่หลากหลาย เกิดรูปธรรมความสำเร็จในการสร้างสุขภาวะในมิติต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างสุขภาวะ มีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามทิศทาง/แนวทางที่สังคมคาดหวัง และได้ชุดความรู้การพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพ นำไปสู่การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง (Inter Active Learning Through Action) ของผู้คนในสังคมตามแนวทางสังคมโดยรวมเชื่อว่าควรจะไปในทิศทางนั้นส่งผลให้สังคมเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การมีสุขภาวะได้อย่างสมดุล

4) การสะท้อนกลับของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อทบทวนทิศทาง/แนวทางที่วางไว้ว่าประสบความสำเร็จหรือมีข้อจำกัดใด สามารถนำไปสู่ทิศทาง/แนวทางที่วางไว้หรือไม่ ปรับปรุงแก้ไข เพื่อขับเคลื่อนในกระบวนการสมัชชาสุขภาพต่อไป

ภายใต้กระบวนการทั้งหมดนี้อาจต้องทำความเข้าใจในเบื้องต้นร่วมกันว่า กระบวนการสมัชชาสุขภาพไม่ได้กำหนดให้ต้องดำเนินการแบบหนึ่งปีจัดหนึ่งครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทางเลือกประเด็นปัญหาสาธารณะ การกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบาย การวางจังหวะก้าวในการขับเคลื่อนและผลที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้เป็นตามที่คาดหวังในทุกกรณี เพราะบางประเด็นฯ ต้องใช้เวลาในการถกแถลงอย่างยาวนาน มีกระบวนการโต้แย้ง/ยืนยันกันด้วยข้อมูลหลักฐานที่แต่ละฝ่ายมี และอาจถึงขั้นนำข้อมูลมาหักล้างกัน หรือถึงขั้นนำเสนอทางเลือกใหม่ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าสมัชชาสุขภาพจะยึดติดกับประเด็นปัญหาสาธารณะเพียงประเด็นเดียว เพราะในโลกของความเป็นจริง กระบวนการนโยบายสาธารณะเกิดขึ้นและจบลงอยู่หมุนเวียนอยู่ตลอดเวลา แต่เป็นหยาบยกรกระบวนการสมัชชาสุขภาพเข้ามาใช้เป็นเครื่องมือในการคลี่คลายสถานการณ์หรือสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมและเกิดการยอมรับจากสังคม

**2.4 จังหวะและโอกาสทางนโยบาย (Policy Windows)** ภายใต้แนวคิดของกระบวนการนโยบายแบบเจรจาต่อรอง สะท้อนความจริงให้เห็นว่า การขับเคลื่อนนโยบายใดๆ ของภาคประชาชนไม่ง่ายและไม่มีรูปแบบที่เบ็ดเสร็จ แต่เป็นการช่วงชิงจังหวะและโอกาสในการผลักดันนโยบายของตนเองเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจทางการเมือง โดยการพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 3 กระแสได้แก่ กระแสการเมือง กระแสนโยบาย และกระแสปัญหา ในการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายของสมัชชาสุขภาพ จึงต้องรอคอยจังหวะเวลาที่เหมาะสมเพื่อเชื่อมประสานให้ทั้ง 3 กระแส มาบรรจบกัน หน้าต่างนโยบายจึงจะถูกเปิดออก ทั้งนี้หัวใจสำคัญของการช่วงชิงจังหวะและโอกาสนี้ ผู้ประสานงานสมัชชาสุขภาพหรือนักอำนวยการทางนโยบายจะต้องเป็นบุคคลที่สำคัญในการทำหน้าที่เชื่อมประสานซึ่งเป็นภารกิจที่ต้องทุ่มเท อุตสาหะ และรอจังหวะโอกาสที่เหมาะสม

**2.5 สื่อสารสาธารณะ** ในทางนโยบายการสื่อสารสาธารณะ คือ ข้อต่อที่สำคัญในการเชื่อมโยงผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายให้ก้าวมายืนบนฐานแห่งการรับรู้เดียวกัน ทั้งในเรื่องของสถานการณ์ความเป็นไปที่เปิดเผยหรือถูกซ่อนเร้นเรื่ององค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการคลี่คลายและจัดการปัญหาในแต่ละเรื่องรวมถึงเกาะติดกระบวนการตัดสินใจเพื่อ

กำหนดนโยบายสาธารณะให้เป็นไปอย่างโปร่งใสเป็นธรรมและรวมถึงการทำหน้าที่ตรวจสอบติดตามนโยบายต่างๆ ของภาครัฐแทนประชาชน<sup>59</sup> นำไปสู่ผลลัพธ์ที่สร้างสรรค์เป็นประโยชน์ต่อสังคม กรณีตัวอย่างที่ชัดเจนของการทำงานร่วมกับสื่อสาธารณะ เช่น การแก้ไขปัญหาน้ำท่วมจังหวัดเชียงใหม่ กรณีที่ภาครัฐ (จังหวัดและนโยบายส่วนกลาง) มีนโยบายสร้างพนังกั้นน้ำในเขตเทศบาลซึ่งใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากเพื่อแก้ไขปัญหาน้ำท่วมเชียงใหม่ แต่ถูกคัดค้านจากของเครือข่ายภาคประชาชน กรณีนี้สื่อท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสร้างกระแส หลังจากเครือข่ายภาคประชาชนได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลองค์ความรู้ ศักยภาพเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาน้ำท่วมเชียงใหม่อย่างเป็นระบบแล้ว หนังสือพิมพ์ข่าวเหนือ และสำนักข่าวประชาธรรมได้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะส่งผลให้เกิดการรู้เท่าทันของประชาชนทำให้เกิดแนวร่วมในการคัดค้านการสร้างพนังกั้นน้ำ สื่อกระแสหลักเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาให้เกิดการแก้ไขปัญหาพร้อมกันหลังจากที่เสียงของประชาชนเริ่มดังขึ้นกระแสการคัดค้านการสร้างพนังกั้นน้ำมีเพิ่มมากขึ้น สถานีโทรทัศน์ไอทีวีได้นำประเด็นปัญหาน้ำท่วมเชียงใหม่มาเป็นประเด็นในการพูดคุยทางออกระหว่างรัฐกับประชาชน เสมือนเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาทำให้เกิดการหาทางออกที่รวดเร็วยิ่งขึ้น เพราะภาครัฐมีการประกาศพันธะสัญญาต่อสาธารณะว่าจะลดการสร้างพนังกั้นน้ำคอนกรีตเหลือไว้ในช่วงที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น และรับเอาแนวทางแก้ไขปัญหาน้ำท่วมของภาคประชาชนไปบูรณาการแผนของจังหวัดด้วย ถึงแม้ว่าการขับเคลื่อนนโยบายของภาคประชาชนกรณีปัญหาน้ำท่วมเชียงใหม่ยังต้องดำเนินต่อไป แต่ก็สะท้อนให้ความสำคัญของสื่อสาธารณะที่มีมาซึ่งคุณภาพจำเป็นต้องเรียนรู้และเชื่อมร้อยให้เข้ามาเรียนรู้และทำงานร่วมกัน

59 มูลนิธิสาธารณะสุขแห่งชาติ 2548. หน้า 6

### 3. กลไกเอื้ออำนาจกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์<sup>60</sup>

กลไกเอื้ออำนาจกระบวนการสมัชชาสุขภาพถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งในกระบวนการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะผ่านสมัชชาสุขภาพ มีข้อเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องพิจารณาองค์ประกอบที่สำคัญเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ ดังต่อไปนี้

#### 3.1 ความหมายของกลไกเอื้ออำนาจกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

กลไกเอื้ออำนาจกระบวนการสมัชชาสุขภาพ หมายถึง บุคคล ระบบหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานร่วมกันโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ผ่านการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม นำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพดีของประชาชน

3.2 ประเภทของกลไกเอื้ออำนาจกระบวนการสมัชชาสุขภาพ อาจแบ่งกลไกได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ ตามบทบาทหน้าที่ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ได้แก่กลไกเอื้ออำนาจกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็น“กลไกหลัก” ที่ทำหน้าที่เป็นนักอำนวยการนโยบายแล้ว สมควรมีกลไกเอื้ออำนาจกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เป็นส่วนย่อยที่คอยหนุนเสริมกลไกหลัก หรือเรียกว่า “กลไกหนุนเสริม”

#### 3.3 องค์ประกอบของกลไกเอื้ออำนาจกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1) กลไกเอื้ออำนาจกระบวนการสมัชชาสุขภาพ (กลไกหลัก) ควรจะมีองค์ประกอบแบบพหุภาคี ได้แก่ ภาคประชาสังคม ชุมชน ประชาชน ภาคการเมือง ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคธุรกิจ เอกชน ภาควิชาการ รวมถึง กลุ่มสื่อสารสาธารณะ ควรเป็นองค์กรขนาดเล็ก คล่องตัว มีความเป็นอิสระในการดำเนินงาน เป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร มีความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์

2) กลไกเอื้ออำนาจกระบวนการสมัชชาสุขภาพ (กลไกหนุนเสริม) อาจมีองค์ประกอบเฉพาะกลุ่มหรือหลากหลายโดยจัดตามภารกิจที่มีความจำเป็นต้องสนับสนุน เช่น กลไกวิชาการ ที่โครงสร้างของกลุ่มนักวิชาการต่างๆ ที่มีความสนใจในประเด็น

60 สรุปบทเรียนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม “การพัฒนาสมัชชาสุขภาพพื้นที่เป้าหมายระดับจังหวัด 15 จังหวัด ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 24-25 เมษายน 2549 ณ โรงแรมพินนาเคิลรีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดชลบุรี และ วิบูลย์ และคณะ กระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะของสมัชชาสุขภาพ เอกสารโรเนียว (2548). (อ้างแล้ว) และ สุรศักดิ์ บุญเทียน (2549)

ปัญหานั้นๆ กลไกผลักดันนโยบาย กลไกเฝ้าระวังปัจจัยคุกคามสุขภาพ ของกลุ่มผู้ปฏิบัติการนโยบาย (Policy Octor) หรือกลไกการสื่อสารกับสาธารณะ เป็นต้น ลักษณะของกลไกจึงควรมืองค์กรขนาดเล็ก คล่องตัว มีความเป็นอิสระ ยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม เช่นเดียวกับกลไกหลัก

### 3.4 รูปแบบวิธีการทำงานของกลไกเฝ้าระวังกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1) การจัดการ ไม่ควรทำงานแบบราชการที่มีความยืดหยุ่นน้อย แต่ควรทำงานแบบเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กันในแนวราบสามารถเชื่อมประสานกับภาครัฐได้เป็นอย่างดี มีกระบวนการทำงานที่เน้นการตัดสินใจร่วมกันแบบฉันทามติและพร้อมรับผิดชอบต่อการตัดสินใจ

2) มีการทำงานวิชาการบนพื้นฐานของฐานองค์ความรู้และระบบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง พอเพียง

### 3.5 บทบาทหน้าที่ของกลไกเฝ้าระวังกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1) ทำหน้าที่เป็นองค์กรกลไกเฝ้าระวังกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่สนับสนุนเฝ้าระวังให้กระบวนการนโยบายสาธารณะดำเนินไปอย่างครบวงจร (Policy Cycle)

2) เชื่อมประสานกลุ่มผู้ปฏิบัติการนโยบาย (Policy Actor) และเครือข่ายนโยบาย (Policy Network) ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำจุดแข็งของแต่ละกลุ่มมารวมกันเพื่อให้เกิดการผนึกกำลัง (Synergy) ในการผลักดันนโยบาย

3) สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ หรือรูปธรรมที่มีความสำเร็จจริง

4) สนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับที่เหมาะสม

5) สนับสนุนและพัฒนาไปสู่กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบถกแถลงที่เน้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาทำความเข้าใจร่วมกัน ถกแถลง ปรึกษาหารือเรียนรู้ร่วมกันตลอดกระบวนการ

6) สนับสนุนให้เกิดกระบวนการทำงานในพื้นที่ให้อยู่บนพื้นฐานของระบบข้อมูลข่าวสาร และองค์ความรู้ที่ถูกต้อง เพียงพอ โดยควรมีระบบข้อมูลและองค์ความรู้ที่จำเป็น เช่น เนื้อหาประเด็นปัญหาสาธารณะ (Policy Issue Knowledge) ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Policy process Knowledge) และความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ (Capacity Building) เป็นต้น

ในทางปฏิบัติกลไกเอื้ออำนวยกระบวนการสมัชชาสุขภาพพื้นที่และประเด็นที่เหมาะสมอาจไม่ครอบคลุมองค์ประกอบหมดดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ แต่ไม่ควรมองข้ามหรือละเลยองค์ประกอบไปเสียทั้งหมดเลยทีเดียวเพราะกลไกการทำงานถือได้ว่าเป็นหัวใจของการดำเนินงานในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่จะทำให้ประเด็นปัญหาสาธารณะได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4. นักอำนวยความสะดวกนโยบาย (Policy Facilitator) ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ <sup>61</sup>

นักอำนวยความสะดวกนโยบายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ควรมีคุณลักษณะบทบาทหน้าที่สำคัญ ดังนี้

นักอำนวยความสะดวกนโยบายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นอย่างยิ่งเพราะนักอำนวยความสะดวกนโยบายมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเลือกประเด็น การเชื่อมร้อยเครือข่าย การวางจังหวะก้าวและการเข้าร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนการผลักดันนโยบาย ดังนั้นนักอำนวยความสะดวกนโยบายที่พึงประสงค์ที่จะใช้เป็นการรอบในการพัฒนาระดับจากแกนประสานงานของสมัชชาสุขภาพ จึงควรมีคุณลักษณะบทบาทหน้าที่สำคัญ ดังนี้

61 สรุปบทเรียนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม “การพัฒนาสมัชชาสุขภาพพื้นที่เป้าหมายระดับจังหวัด 15 จังหวัด ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 24-25 เมษายน 2549 ณ โรงแรมพินนาเคิลรีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดชลบุรี และ วิบูลย์ พูนเจริญ และคณะ 2548.กระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะของสมัชชาสุขภาพ เอกสารอัดสำเนา. (อ้างแล้ว)

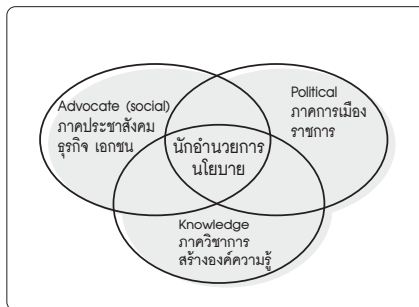


4.1 ความหมาย นักอำนวยการนโยบายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ หมายถึง บุคคล กลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กร ในสถานะในกลไกของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ที่เอื้ออำนวย ประสาน สนับสนุน ติดตาม และเร่งรัด ให้เกิดกระบวนการ เชื่อมร้อยเครือข่าย องค์กรภาคีต่างๆ (Policy Actor) ในฐานะผู้มีส่วนได้เสีย ได้มาร่วมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างหลากหลายเพื่อให้เกิดกระบวนการ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (PHPPP) แบบครบวงจร ตามทิศทางหรือแนวทางที่ชุมชน สังคมนั้นคาดหวังไว้

#### 4.2 บทบาทหน้าที่ของนักอำนวยการนโยบายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1) บทบาทเชิงหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา บทบาทหลักของนักอำนวยการนโยบายทำหน้าที่ประสานภาพรวมของการผลักดันนโยบาย มุมมองทางวิชาการ และการตัดสินใจทางการเมืองเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทางนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริง หรืออาจสรุปได้ว่า คือบทบาทของ ผู้ประสานภาพรวม (Active Mediator) <sup>62</sup> ดังแผนภาพที่ 7

แผนภาพที่ 7 แสดงบทบาทหลักของนักอำนวยการนโยบาย



62 ปรับปรุงจากแนวคิด ศ.นพ.ประเวศ วะสี อ้างอิงจาก อำพลจินดาวัฒนะ (2548) Hamilton and Bhatti (1996) ยุวดี คาดการณ์ไกล (2547) และ Bogelund (2004) อ้างอิงจาก เดชรัตน์ สุขกำเนิด (2548)



## 2) บทบาทเชิงปฏิบัติ

- นักอำนวยการ เป็นผู้เอื้ออำนวยการ สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้
- นักวางแผนเป็นผู้ออกแบบระบบกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
- นักประสานเป็นผู้ประสานงานให้เกิดความเข้าใจที่ดีตรงกันในทุกภาคส่วน
- นักสร้าง/นักเชื่อม เป็นผู้เชื่อมร้อยบุคคล องค์กร เครือข่ายต่าง ๆ รวมถึงการเชื่อมกับระบบของภาคราชการและการเมืองให้เข้ามาเรียนรู้ร่วมกันและการสร้างเครือข่าย
- นักกระตุ้น เป็นผู้ปลุกเร้า กระตุ้นปฏิกิริยาต่าง ในกระบวนการให้สามารถเกิดได้ทันต่อเหตุการณ์
- นักจัดการความรู้ เป็นผู้ค้นหา สร้าง ใช้ และพัฒนาองค์ความรู้ ทั้งหมดเพื่อเป็นฐานในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ
- นักจัดการเชิงยุทธศาสตร์ เป็นผู้วางจังหวะก้าวในกระบวนการทั้งหมด ประเมินสถานการณ์ และจัดการให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

### 4.3 คุณลักษณะของนักอำนวยการนโยบายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

1) พื้นฐาน ควรเป็นผู้มีอุดมการณ์ แนวคิด ด้านประชาสังคม มีภาวะผู้นำได้รับความไว้วางใจได้รับการยอมรับจากบุคคล องค์กรหรือเครือข่ายในพื้นที่ มีบารมีในพื้นที่ในระดับที่เหมาะสมอาจมาจากตำแหน่งหน้าที่ผลงานทางวิชาการหรือจากผลการพัฒนา และต้องเข้าใจบริบทของพื้นที่ประเพณี วัฒนธรรม สังคม การเมือง ที่มีความแตกต่าง

2) องค์ความรู้ควรมีความรู้ความเข้าใจด้านกระบวนการนโยบายสาธารณะ เข้าใจประเด็นปัญหาสาธารณะอย่างชัดเจน รวมถึงด้านการจัดการความรู้ กระบวนการเรียนรู้ และการพัฒนาศักยภาพ เป็นต้น

3) ทักษะในการดำเนินงานที่สำคัญ ควรมีทักษะด้านการถามการจับประเด็น ด้านการประสาน การเชื่อมร้อย การกระตุ้นเร่งปฏิกิริยา ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์

การออกแบบกระบวนการ การติดตามประเมินผล ด้านการใช้เครื่องมือในการทำงาน และสามารถเลือกใช้เครื่องมือได้อย่างเหมาะสม ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์และการคาดการณ์ในอนาคต รวมถึงด้านหลักการสร้างเสริมกำลังใจ ยกย่องชมเชย ให้รางวัล เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์กร

4) ความสามารถ ควรเป็นผู้เรียนรู้ได้เรียนรู้จักการวางตัวได้เหมาะสม สามารถทำงานได้ทุกสถานการณ์ และเป็นผู้มีทักษะที่จำเป็น (ข้างต้น)

4.4 ปัจจัยที่ทำให้นักอำนวยการนโยบายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- 1) บริบทของพื้นที่ สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม เป็นต้น
- 2) ความคาดหวังจาก กลุ่มเครือข่ายต่างๆ (Policy Actor) และสังคม
- 3) ความสามารถเฉพาะตัว หรือเฉพาะกลุ่ม ที่ผสมผสานอย่างลงตัว ขององค์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ
- 4) ความสัมพันธ์ภายในกลุ่มองค์กรเครือข่าย และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

4.5 การค้นหานักอำนวยการนโยบายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

- 1) ใช้หลักการสังคมมิติ (Sociogram) และ Snowball Movement เพื่อให้ได้ตัวบุคคลหรือ กลุ่มที่ได้รับการยอมรับ มีบารมีและคนส่วนใหญ่ มองเห็นว่ามีความรู้ความสามารถ ในการเป็นผู้นำ
- 2) พิจารณาคุณสมบัติ จัดลำดับ
- 3) พุดคุย เจิญชวน
- 4) เรียนรู้การทำงานร่วมกัน

4.6 ระดับของนักอำนวยการนโยบายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

นักอำนวยการนโยบายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของกลไกอำนวยการกระบวนการสมัชชาสุขภาพ อาจแบ่งได้ 2 ระดับที่สำคัญ ได้แก่

1) นักอำนวยการนโยบายส่วนกลาง เช่น สปรส.ก็ทำหน้าที่กลไก ฯ ในบทบาทนักอำนวยการนโยบายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสมัชชาสุขภาพพื้นที่ / ประเด็น สวรส. และ มูลนิธินโยบายสุขภาพฯ ทำหน้าที่เป็นกลไกหนุนเสริมทางด้าน

วิชาการให้กับพื้นที่มีสข.ก็ทำหน้าที่เป็นกลไกหนุนเสริมที่สนับสนุนให้กับกลไกหลักในพื้นที่ ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ รวมถึง สปสช.และสส.ก็เป็กลไกที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และผลักดันให้เกิดการสร้างนโยบายสาธารณะในระดับต่างๆ ในกระแสร่างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2) นักอำนวยการนโยบายในระดับพื้นที่ เช่น กลุ่มนครสวรรค์พธอรั่ม, ประชาคมน่าน มูลนิธิชักเมืองน่าน, ประชาคมสุขภาพแพร่, องค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่, มูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร, สถาบันพัฒนาประชาสังคมสุพรรณบุรี เครือข่ายสัจจะสะสมทรัพย์จังหวัดตราด, สถาบันการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาท้องถิ่นจังหวัดกาญจนบุรี, มูลนิธิรักแม่น้ำท่าจีนจังหวัดนครปฐม, มูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี, ประชาคมสงขลา เป็นต้น องค์กรเหล่านี้มีบทบาทในฐานะกลไกระดับจังหวัด ที่ทำหน้าที่นักอำนวยการนโยบายที่สนับสนุนสมัชชาสุขภาพพื้นที่ หนึ่ง ในระดับพื้นที่มักพบเห็น กลไก ที่ทำหน้าที่ทั้ง นักอำนวยการนโยบาย และ นักปฏิบัติการนโยบาย ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ผสมผสานกันอยู่เช่นกัน

## 5. แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพ <sup>63</sup>

การพัฒนาสมัชชาสุขภาพให้เป็นกลไกหนึ่งในกระบวนการนโยบายสาธารณะมีความจำเป็นต่อพิจารณาและกำหนดวธิิกระบวนการที่จะนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับเงื่อนไขนโยบายสาธารณะแต่ละประเด็นให้ชัดเจนควรจจะวางกรอบและขอบเขตที่ยืดหยุ่นในหลากหลายวิธี เพื่อให้กลไกสมัชชาสุขภาพตอบสนององการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

จากบทเรียนที่รวบรวมได้ในสังคมไทย พบว่ามีวิธีการพัฒนาระบวนการนโยบายสาธารณะอีกหลายรูปแบบซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมของประเด็นนโยบายที่ควรจจะยกขึ้นมาร่วมพิจารณาในหมู่ภาคีสมัชชาสุขภาพ เช่น กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ภาค

63 อ้างอิงจาก วิฑูร พูลเจริญและคณะ 2548.รายงานการศึกษากระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะของสมัชชาสุขภาพ.(อ้างแล้ว)

ประชาสังคมมุ่งหวัง บริบททางสังคมและพื้นที่ บทบาทหน้าที่ของสมาชิกสภาที่จะเข้าไปสนับสนุนการเคลื่อนกระบวนการ บริบททางนโยบายที่เกิดขึ้น เป็นต้น

ข้อเสนอวิธีการพัฒนากลไกสมาชิกสภาในการศึกษารั้งนี้ มุ่งที่จะตอบสนองเป้าประสงค์ในการพัฒนาสมาชิกสภาไปสู่การเป็นพื้นที่สาธารณะในการขับเคลื่อนนโยบายแบบครบวงจรของการเรียนรู้ (Policy Cycle Facilitator) ที่หมายความว่าเวทีสมาชิกสภาสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบไปได้ในหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีกระบวนการขับเคลื่อนและแนวทางการดำเนินงานที่แตกต่างกัน แต่มีพันธกิจร่วมกันในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบถักทอผ่านวงจรการเรียนรู้ในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่มีจุดมุ่งหวังให้เกิดการประสานการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรมทางนโยบายร่วมกัน พัฒนาข้อเสนอไปสู่เป้าประสงค์เดียวกัน เกิดความต่อเนื่องในการผลักดันและการเกาะติดประเด็นเฉพาะ

วิธีการพัฒนาสมาชิกสภาที่ค้นพบจากการรวบรวมวิเคราะห์แนวทางที่ใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในประเทศไทยจากภาคส่วนต่างๆ สรุปได้เป็น 7 วิธี ได้แก่

1) วิธีค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไขเชิงนโยบาย (Problem and Solution) เป็นกระบวนการที่ดำเนินการเป็นส่วนใหญ่ในกลุ่มสมาชิกสภาเฉพาะพื้นที่ เป็นกรอบในการค้นหาปัญหาในแต่ละพื้นที่ มีการรวมกลุ่มเพื่อหยิบยกประเด็นปัญหามาแลกเปลี่ยนเพื่อหาวิธีในการแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่เกิดขึ้นของกระบวนการนโยบายสาธารณะในลักษณะที่เป็นแบบแผน (Conventional) ที่ทุกเครือข่ายประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

2) วิธีให้คำปรึกษาและแนะนำนโยบาย (Policy Consultation) การพัฒนาในรูปแบบนี้เกิดขึ้นในกรณีที่กลุ่มเข้าร่วมสมาชิกสภา หรือกลุ่มกระบวนการนโยบายสาธารณะเกาะเกี่ยวกันเป็นเครือข่ายที่มั่นคงถาวร และเริ่มหาช่องทางทำให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่องค์กรต่างๆ หรือบางส่วนยกระดับขึ้นให้คำชี้แนะในรูปแบบของโครงการกับหน่วยงานในระดับจังหวัดหรือในระดับที่สูงขึ้นไปผ่านการบริหารงานของผู้บริหาร

3) วิธีการสร้างปฏิบัติการที่เป็นแบบอย่าง (Best Practice Towards Policy) กลุ่มประชาคมบางส่วนสามารถรวมตัวกันแล้วพัฒนาภูมิปัญญาให้เป็นแนวคิดเชิงปฏิบัติ



การที่ชัดเจน และสนับสนุนให้ประชาคมกลุ่มอื่นๆ เข้ามาร่วมเรียนรู้ ตลอดจนขยาย แนวร่วมกลายเป็นเครือข่ายเชิงปฏิบัติการ (Community of Practice) ที่มีการพัฒนา ทั้งอุดมการณ์และวิธีปฏิบัติให้เกิดเป็นกลไกเชิงสถาบันที่ชัดเจน เช่น การรวมตัวของ กลุ่มรักทำเงิน ในจังหวัดนครปฐม ชุมชนปฏิบัติการของ วปอ.จังหวัดพิจิตร

4) วิธีการขับเคลื่อนนโยบายด้วยกระบวนการถกแถลง (Policy Proactive Deliberative) การพัฒนาเครือข่ายได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ในประเด็นนโยบายที่ ติดตามศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยจะขยายพันธมิตรได้กว้างขวางขึ้นมีการจัดการภาคีที่ สามารถแสวงหาแนวร่วมสงวนจุดต่างได้ จนเกิดกลุ่มผลักดันนโยบาย (Policy Actors) ถึงแม้จะมีวัตถุประสงค์ของแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกันแต่สามารถเข้ามาร่วมกันขับเคลื่อน นโยบายในแนวทางที่คิดว่าเป็นประเด็นร่วมได้อย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มขับเคลื่อนนโยบาย ในเขตอุตสาหกรรมชายฝั่งตะวันออก ซึ่งมีกลุ่มเกษตรกรที่ประสบปัญหาการแย่งชิงน้ำ กลุ่มองค์กรประชาคมต่อสู้เรื่องมลพิษ กลุ่มชุมชนที่รับผลกระทบจากนิคมอุตสาหกรรม ทุกกลุ่มเข้ามาทำงานร่วมกันจากประเด็นปัญหาเรื่องมลพิษไปสู่ปัญหาการขาดแคลนน้ำ มีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายได้อย่างต่อเนื่อง

5) วิถีพัฒนาและติดตามผลนโยบาย (Policy Development and Follow up) เป็นการประสานงานกับภาคีพันธมิตรที่เป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบายส่วนต่างๆ (Policy Actors) แล้วเลือกส่วนที่เป็นประเด็นที่ไม่มีข้อขัดแย้งมากเข้ามาจัดการในสมัชชาสุขภาพ แต่ส่วนที่จำเป็นต้องขับเคลื่อนในลักษณะการผลักดันนโยบายในสภานิติบัญญัติ หรือ สาธารณชนอย่างต่อเนื่อง เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา แยกเรื่องท่อแก๊สไทย มาเลเซียออกไปแล้วหยิบเรื่องทะเลสาบสงขลาเข้ามาไว้ในสมัชชาสุขภาพ อุบลราชธานี แยกประเด็นเขื่อนปากมูลไปผลักดันแล้วจัดเรื่องอาหารปลอดภัยเข้าไว้ในสมัชชาสุขภาพ

6) วิถีติดตามเตือนภัยนโยบาย (Policy Watching and Warning) กลุ่มหรือ เครือข่าย องค์กร ที่ทำหน้าที่เกาะติดประเด็นนโยบายบางเรื่อง โดยทำการศึกษาร่วม กันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนสานสัมพันธ์กับภาคีเครือข่ายทั้งในและ ต่างประเทศเพื่อให้สามารถทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เชื่อมโยงกับประเด็นนโยบาย และการแทรกแซงของภาครัฐ หรือภาคธุรกิจอย่างจริงจัง จนสามารถเสนอข้อมูลและ

แนวคิดเดือนนัย การปรับแก้เงื่อนไขที่เกี่ยวพันกับประเด็นนโยบายได้ตลอดเวลา เช่น กลุ่มเครือข่ายผู้หญิงกับรัฐธรรมนูญ

7) วิถีถักทอเครือข่ายนโยบาย (Policy Networking) รูปแบบการดำเนินการที่รวบรวมเครือข่ายที่ทำงานในประเด็นเชิงนโยบายเดียวกันในพื้นที่ต่างๆ กัน เข้ามาร่วมดำเนินการเน้นที่จะผลักดันการดำเนินการนโยบายเดียวกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนับสนุนการดำเนินการซึ่งกันและกันของเครือข่ายต่างๆ แต่ไม่ได้หมายความว่า ทุกเครือข่ายจะมีกระบวนการทางนโยบายเดียวกัน เช่น เครือข่ายเกษตรกรรม ที่มีหลากหลายแนวคิด แต่แก่นสารของนโยบายร่วมกัน คือ การพัฒนาเกษตรกรรมแบบยั่งยืน

วิธีการดำเนินงานทั้ง 7 วิธีนี้ ไม่มีความจำเป็นต้องทำเป็นขั้นตอน แต่การเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพจะพัฒนาขึ้นจากวิถีใดวิถีหนึ่งก็ได้ ที่เหมาะสมกับบริบท ช่วงเวลา และเงื่อนไขของพื้นที่เอง อีกทั้งเครือข่ายการทำงานแต่ละเรื่องจะมีจุดยืนและมีการปรับเปลี่ยนวิธีการขับเคลื่อนในแต่ละแบบได้ ตามจังหวะและช่องทางนโยบาย (Policy Windows)

โดยสรุปแล้วแนวทางการพัฒนาสมัชชาสุขภาพที่น่าเสนอมาทั้งหมดนี้เป็นเพียงองค์ความรู้ในบางแง่มุม ที่พยายามนำเสนอเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ใจหทัยที่สำคัญในการพัฒนาสมัชชาสุขภาพ ที่ว่า “จะอย่างไรให้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือของสังคมในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” นั้น เครือข่ายสมัชชาสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องจำเป็นต้องพัฒนาระบวนการเรียนรู้เชิงนโยบายขึ้นมาในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ มีความจำเป็นต้องสร้างกระบวนการเรียนรู้ของสังคมให้เกิดขึ้นอย่างหลากหลายและต่อเนื่อง เพื่อให้สมัชชาสุขภาพฝ่ายต่างๆ รวมถึงสังคมไทยในภาพรวม สามารถติดตามความเป็นมา เป็นไปในกระบวนการนโยบายสาธารณะนั้นๆ ได้อย่างรอบด้าน ลุ่มลึก และเท่าทันมากขึ้น เพราะทั้งหมดนี้อาจเป็นคำตอบให้กับสังคมไทย \*



## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). สมุดบันทึก 2548. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2531). สมาชิกสาธารณสุขแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). กฏบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ. (2548). รายงานสังเคราะห์ กระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกสุขภาพกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา.
- เดชาติ สุขกำเนิด. (2547). นโยบายสาธารณสุขกับสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์.
- เดชาติ สุขกำเนิด. (2548). ประมวลแนวคิดมุมมองในการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา.
- อนันต์ เจริญเมือง. (2547). นโยบายสาธารณสุขกับการสร้างชุมชนเข้มแข็ง. นโยบายสาธารณสุขที่ 1 (8). 2.
- ถวัลย์จรัสเทพพาณิชย์. (2541). การกำหนดและวิเคราะห์นโยบายสาธารณสุข: ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เสมาธรรม.
- ทศพร ศิริสัมพันธ์. (2546). เทคนิควิธี การวิเคราะห์นโยบาย. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2543). พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : ธรรมนูญสุขภาพคนไทย เครื่องมือนวัตกรรมทางสังคม. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- ประเวศ วะสี. (2546). การปฏิบัติเย็บ การปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- ประเวศ วะสี. (2547). กระบวนการนโยบายสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- พงศ์เทพ สุธีรัฐ. (2547). นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มยุรี อนุภานราชธน. (2547). นโยบายสาธารณสุข แนวความคิด กระบวนการและการวิเคราะห์. เชียงใหม่ : คเนจนิการพิมพ์.
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2547). นโยบายสาธารณสุขเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2548). นโยบายสาธารณสุขฉบับชุมชนเข้มแข็ง. กรุงเทพฯ : แอล ที เฟลส.
- ยวดี คาคการณ์ไกล. (2547). นโยบายสาธารณสุขเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- วิพุธ พูลเจริญและคณะ. (2543). คู่มือปฏิรูประบบสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- วิพุธ พูลเจริญและคณะ. (2548). กระบวนการเรียนรู้ในนโยบายสาธารณสุขของสมาชิกสุขภาพ. เอกสารอัดสำเนา.
- ศุภชัย ยาวประภา. (2545). นโยบายสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภัทธรธรรมาราช. มหาวิทยาลัย. (2547). นโยบายสาธารณสุขและการวางแผน. พิมพ์ครั้งที่ 21 นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุภัทธรธรรมาราช.
- สุรศักดิ์ บุญเทียน. (2549). การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่น หลักคิดเพื่อการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ : บริษัท เอส พี เอส ไทยดิ้ง จำกัด.
- สุริย์ กู๊ด. (2545). โครงการศึกษากระบวนการจัดสมาชิกสุขภาพระดับจังหวัดและสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545. เอกสารอัดสำเนา.
- สายศิริ ด้านวัฒนะ. (2548). ผลการเรียนรู้ 4 ปีสมาชิกสุขภาพ พ.ศ.2544-2547. กรุงเทพฯ : บริษัท วิดีโอเรีย อิมเมท จำกัด.
- สมบัติ อารักษ์ภูวงศ์. (2546). นโยบายสาธารณสุข แนวความคิด การวิเคราะห์ และกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เสมาธรรม.
- สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ. (2547). ศัพท์พัฒนาเพื่อชุมชนและสังคม. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ. (2549). รายงานกระบวนการสมาชิกสุขภาพโดย อบต.กับประชาคมท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : สปสร.
- สำนักงานพัฒนาโยบายสาธารณสุข. (2548). อนาคตนโยบายสาธารณสุขเพื่อประเทศไทยที่ดีกว่า. กรุงเทพฯ : เอกสารโรเนียว.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2547). รายงานภาวะสังคมไตรมาสที่ 2 ปี 2547, รายงานภาวะสังคม. 1(3).8-9.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548). เอกสารประกอบการ พิจารณาความสมบูรณ์ของประเทศไทย (GDH). รายงานความอยู่ดี มีสุขของคนไทย. เอกสารโรเนียว.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2549). สรุปบทเรียนจากเวทีพัฒนาระบบการสมาชิกสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมาย 15 จังหวัด. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2549). แนวทางการพัฒนาลักษณะสุขภาพ สรุปการประชุมวันที่ 11 เมษายน 2549 ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์. กทม. เอกสารอัดสำเนา.
- สมาชิกประชาธิปไตย จังหวัดเพชรบูรณ์. (2541). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. เพชรบูรณ์ : ดีดีการพิมพ์.
- เสรี พงศ์พิศ. (2547). 100 คำศัพท์ที่ควรรู้. กรุงเทพฯ : เจริญวิทยการพิมพ์.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2547). การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2547). ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2548). ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : เอกสารโรเนียว.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2549). แนวทางการพัฒนาระบบการสมาชิกสุขภาพ สรุปการประชุมวันที่ 1 มีนาคม 2549 ณ สปสร. เอกสารอัดสำเนา.