



รายงานวิจัย

“การประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2554”



รายงานวิจัยเรื่อง

“การประเมินการพัฒนานโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้ การดำเนินงานของคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2554”

ผู้วิจัย

1) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส

ดร.ภญ.ศิตาพร ยังกง

ดร.อินทิรา ยมาภัย

น.ส.จอมขวัญ โยธาสมุทร

ภญ.พิศพรรณ วีระยิ่งยง

นายทรงยศ พิลาสันต์

ภญ.ธนพร บุษบาวิไล

2) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

3) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง

ดร.ณัฐณิย์ มีมนต์

ดร.ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร

นางสาวสลักจิต ชื่นชม

สนับสนุนโดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สิงหาคม 2556

คำนำ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะที่เป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการดังกล่าว ได้ดำเนินงานตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ การพัฒนา นโยบายเพื่อสุขภาพผ่านกลไกต่างๆ โดยมีหลักการสำคัญคือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งข้อมูลข่าวสาร ความรู้และประสบการณ์ การผลักดันนโยบายและติดตามผลการดำเนินงาน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 โดยรายงานฉบับนี้นำเสนอตั้งแต่ที่มาและแนวคิดของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับนานาชาติ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย เชื่อมโยงไปถึงการจัดตั้งกลไกต่างๆ ที่ใช้ในการพัฒนานโยบาย กรอบแนวคิดของการประเมิน วิธีการศึกษา การพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินนี้ และผลการประเมินการพัฒนานโยบาย รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะต่อ คสช. และ สช. เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานในเรื่องนี้ต่อไป

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการกำกับทิศของการศึกษานี้ ประกอบด้วย ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และ ศ.ดร. ปิยะวัตติ บุญหลง ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำต่อการประเมินมาตั้งแต่วางแผนการศึกษา ขอขอบคุณ นพ. อ่ำพล จินดาวัฒน์ และ บุคลากรของ สช. สำหรับความร่วมมือ การสนับสนุนข้อมูลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่างๆ ตลอดจนการดำเนินงานที่ผ่านมา ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้การอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษา และขอขอบคุณ สช. และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับทุนสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

คณะผู้วิจัยหวังว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อ คสช. สช. และผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการดำเนินงานเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่อไปในอนาคต

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
บทสรุปผู้บริหาร	
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและแนวคิดของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	1
1.2 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย	2
1.3 กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช.	4
1.4 การประเมินที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้ คสช. ที่ผ่านมา	14
1.5 นัยสำคัญของการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพครั้งนี้	19
1.6 กรอบแนวคิดในการประเมิน	20
1.7 วัตถุประสงค์ของการประเมิน	21
บทที่ 2 วิธีการศึกษา	23
2.1 ขอบเขตของการศึกษา	23
2.2 วิธีการศึกษา	24
2.3 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่คัดเลือกมาเป็นกรณีศึกษา	26
บทที่ 3 ผลการศึกษา	35
3.1 ผลการพัฒนาชุดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	35
3.2 ผลการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามตัวชี้วัด	42
3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช.	57
บทที่ 4 อภิปรายผล	61
4.1 การมีส่วนร่วม	62
4.2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันของภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบายบนฐานของความรู้	63
4.3 การประเมินผลสำเร็จของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	64
4.4 ข้อจำกัดของการศึกษา	67
บทที่ 5 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	69
5.1 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การทำงานของ คสช.	69
5.2 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	74
5.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	76

	หน้า
5.4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการพัฒนากลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแต่ละกลไก	79
ความเห็นของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติต่อรายงานการประเมินผล	85
เอกสารอ้างอิง	95
ภาคผนวก	
รายละเอียดการเก็บข้อมูลและสรุปการจัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นในขั้นตอนต่างๆ ของการประเมิน	

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 ความเชื่อมโยงของธรรมเนียมปฏิบัติว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติกับระบบสุขภาพ	5
รูปที่ 2 สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์	7
รูปที่ 3 กรอบแนวคิดในการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	21
รูปที่ 4 ตัวอย่างของ SECI model	78

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่คัดเลือกมาเป็นกรณีศึกษาและเกณฑ์การคัดเลือก	31
ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินตามกรอบการศึกษา	36
ตารางที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการพัฒนากรอบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแต่ละกลไก	79

บทสรุปผู้บริหาร

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) เป็นหนึ่งในหลักการสำคัญเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีแนวคิดของความห่วงใยต่อสุขภาพอย่างชัดเจนในนโยบายสาธารณะทุกนโยบาย รวมถึงความพร้อมในการรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายเหล่านั้น หลักการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้รับการพัฒนามาเป็นระยะเวลายาวนานในระดับนานาชาติ ซึ่งประเทศไทยได้รับเอาหลักการนี้มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นผลลัพธ์สำคัญประการหนึ่งที่ได้จากการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในระดับมหภาค ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นฝ่ายเลขานุการ และเพื่อให้การดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่มีเป้าหมายให้สังคมโดยรวมมีสุขภาพดี ผ่านกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมไว้ 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ 2) สมัชชาสุขภาพ 3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และ 4) กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะในรูปแบบอื่นๆ เช่น คณะกรรมการระดับชาติ หลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กลไกทั้ง 4 ข้างต้นได้มีการจัดทำและดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผล ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ในแง่มุมต่างๆ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาพรวมอย่างรอบด้าน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ระหว่าง พ.ศ. 2550-2554 และจัดทำข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในอนาคต การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังโดยใช้กรณีศึกษาในการประเมิน ซึ่งคณะผู้วิจัยคัดเลือกกรณีศึกษาที่ครอบคลุมกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพทั้ง 4 ของ คสช. แบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการประเมินในแต่ละกรณีศึกษาใช้ชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัย ในการพัฒนาชุดตัวชี้วัด คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนคำจำกัดความและหลักการเกี่ยวกับหรือที่กล่าวถึงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากเอกสารทั้งในและต่างประเทศ เพื่อกรองคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสำหรับใช้ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวชี้วัดในการประเมิน ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมได้นำมาหารือในคณะผู้วิจัยเพื่อคัดเลือกและจัดกลุ่มตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับกรอบการประเมินที่ใช้ในการศึกษานี้ (ดัดแปลงจาก CIPP model) หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในแต่ละกรณีศึกษา โดยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น หนังสือ

นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานการวิจัยและบันทึกการประชุม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลจากภาคส่วนต่างๆ จำนวน 74 ท่าน (โดยนักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์) การสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลจากภาคส่วนต่างๆ จำนวน 191 ท่าน (โดยนักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม) รวมถึงการเข้าร่วมสังเกตการณ์กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับบุคลากรของ สช. รวมถึงคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. จำนวนทั้งสิ้น 29 ท่าน ทั้งนี้ ได้มีการบันทึกเทปการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม รวมถึงการประชุมต่างๆ ไว้ และนำมาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ต่อไป

ชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินครั้งนี้ประกอบด้วยตัวชี้วัดทั้งหมด 15 ตัวชี้วัด และแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 1) ตัวชี้วัดกระบวนการพัฒนานโยบาย (Policy process) ได้แก่ การมีส่วนร่วม (ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัดย่อย ได้แก่ ความเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก การแสดงความคิดเห็นของตัวแทนและช่องทางการเข้าร่วมที่หลากหลาย) การมีข้อมูลที่เท่าเทียมกัน ความเหมาะสมกับเวลา/ฤดูกาลเทศะ การแบ่งปันข้อเท็จจริง การตีความ และการดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกัน
- 2) ตัวชี้วัดเนื้อหาของนโยบาย (Policy content) ได้แก่ การคำนึงถึงเรื่องของคุณภาพและความเท่าเทียมกันอย่างชัดเจน ความรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดจากนโยบายนั้นๆ
- 3) ตัวชี้วัดผลสำเร็จของนโยบาย (Policy achievement) ได้แก่ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นเจ้าของนโยบาย มีการใช้ประโยชน์จากนโยบาย การเคลื่อนไหวในเชิงขัดแย้ง การพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วม การตัดสินใจที่เป็นผลมาจากการลดลงของความเห็นที่แตกต่างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ และการตัดสินใจที่เป็นผลมาจากความรู้ที่เพิ่มขึ้น และ
- 4) ตัวชี้วัดผลกระทบจากนโยบาย (Policy impact) ได้แก่ การทำให้เกิดสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี และการทำให้เกิดความเท่าเทียมด้านสุขภาพ ทั้งนี้ ในส่วนบริบท (context) หรือปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนานโยบายนั้น นักวิจัยได้นำมาวิเคราะห์โดยไม่มีกำหนดตัวชี้วัด เนื่องจากปัจจัยส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่ คสช. และ สช. ไม่สามารถควบคุมหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ผลการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. และ สช. ตามชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น สรุปได้ดังนี้

- **การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ** คสช. และ สช. สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการพัฒนานโยบายสาธารณะโดยอิงหลักการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory democracy) ซึ่งที่ผ่านมา ภาคประชาสังคมและภาคประชาชนส่วนหนึ่งเกิดความตื่นตัวและเข้ามามีบทบาทในการพัฒนานโยบายสาธารณะมากขึ้น ทั้งในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในกรอบธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการสมัชชาสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) แต่เกิดความไม่สมดุลของการมีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าวระหว่างผู้แทนหน่วยงาน/องค์กรในภาคส่วนต่างๆ กับภาคประชาสังคมและภาคประชาชน นอกจากนี้ ภาคประชาสังคมและภาคประชาชนบางกลุ่มมีทัศนคติเชิงลบต่อภาคเอกชนที่แสวงหากำไรและเกี่ยวข้องกับธุรกิจที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่ง

ที่ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญบางกลุ่มไม่เข้าร่วมกระบวนการ สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและคณะกรรมการระดับชาติขึ้นอยู่กับวิธีการคัดเลือกผู้แทนหน่วยงานและกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนโยบายนั้นๆ เข้าร่วมในการประชุม/คณะกรรมการ

ผู้ที่เข้าร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้กรอบธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติในระดับชาติและระดับองค์กรอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อใช้สนับสนุนการแสดงความคิดเห็นมากกว่าการดำเนินงานในระดับพื้นที่ แต่สำหรับผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นบางกลุ่มไม่ได้ข้อมูลและไม่เข้าใจบริบทรวมถึงเนื้อหาของนโยบายสาธารณะที่นำมาพิจารณาเป็นอย่างดี จนมีความสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นในฐานะผู้แทนกลุ่มได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงความคิดเห็นในประเด็นเชิงวิชาการ ในขณะที่การแสดงความคิดเห็นของตัวแทนในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในพื้นที่ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือ HIA ในพื้นที่นั้นพบว่า หากตัวแทนมาจากพื้นที่ที่ประสบกับปัญหาหรือภัยคุกคามส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ของตน และการแสดงความคิดเห็นนั้นเป็นความคิดเห็นที่ผ่านการได้รับข้อมูลความรู้มาก่อน ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ ในพื้นที่ สำหรับคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาตินั้น การแสดงความคิดเห็นของกรรมการแต่ละท่านเกิดจากประสบการณ์และความรู้ที่มีอยู่แล้ว เนื่องจากกรรมการส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ

ช่องทางการเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไกทั้ง 4 ของ คสช. มีหลากหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด ซึ่งการศึกษานี้พบว่า ในหลายจังหวัดมีการเลือกใช้พื้นที่สาธารณะหรือกลไกอื่นในการพัฒนานโยบายสาธารณะมากกว่าสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด

- **การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันของภาคส่วนต่างๆ** คสช. ได้กำหนดให้การใช้ “ปัญญา” ข้อมูล ความรู้ และการทดลองเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเป็นลักษณะที่พึงประสงค์ประการหนึ่งของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การศึกษานี้พบว่า กลไกทั้ง 4 ของ คสช. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนข้อมูลและความเห็นซึ่งกันและกัน แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะภายใต้กรอบธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและการพัฒนานโยบายผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่นั้น มีข้อมูลที่สมดุลกันระหว่างข้อมูลด้านบวกและด้านลบของนโยบาย สำหรับการเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นพบข้อจำกัดของการเข้าถึงข้อมูลทั้งด้านลบและด้านบวกของผู้เข้าร่วมประชุม ในขณะที่ผู้เข้าร่วมในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในบางพื้นที่ที่ HIA เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม จะได้รับข้อมูลทั้งทางบวกและทางลบอย่างเท่าเทียมกันเพื่อประกอบการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทั้งนี้การที่ผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะมีข้อมูลที่ชี้ให้เห็นผลได้และผลเสียของนโยบายเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันเกิดขึ้นอย่างรอบด้าน

อย่างไรก็ตาม กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านกลไกหลักทั้ง 4 ของ คสช. มีข้อจำกัดที่ทำให้กระบวนการดังกล่าวไม่สนับสนุนให้เกิดการถกแถลงอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะก่อให้เกิดฉันทามติอย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การยอมรับและปฏิบัติตามนโยบายนั้น ไม่ว่าจะป็นกรณีการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2552 ที่ไม่ชัดเจนว่า หลังจากผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศแล้ว มีกระบวนการถกแถลงอย่างลึกซึ้งก่อนสรุปเป็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ และในกรณีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่มีการกำหนดระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ซึ่งกลายเป็นข้อจำกัดในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถกแถลงอย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ การได้มาซึ่งข้อสรุปจากการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไกของ คสช. เป็นไปในลักษณะของการเจรจาต่อรอง ประนีประนอมเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่ยอมรับได้หรือไม่มีความเห็นแย้ง (ในขณะนั้น) เท่านั้น สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะในบางพื้นที่ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ พบว่ามีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันในกลุ่มผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบาย แต่ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงการอภิปรายความเห็นที่แตกต่างอย่างลึกซึ้ง ในขณะที่พื้นที่ที่ HIA เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม พบการแบ่งปันข้อเท็จจริงที่เอื้อให้เกิดความเข้าใจระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาตินั้น ส่วนใหญ่มีวาระการประชุมเป็นประเด็นเชิงวิชาการ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการถกแถลงอย่างลึกซึ้งในผู้เข้าร่วมจากภาคประชาชนที่ไม่เข้าใจหรือมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะอภิปรายโต้แย้งกับกรรมการจากหน่วยราชการ ผู้ประกอบวิชาชีพ และนักวิชาการที่มีความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่พิจารณาเป็นอย่างดี

- **การใช้ประโยชน์จากนโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้น** ผ่านกลไกหลักทั้ง 4 ของ คสช. มีลักษณะที่แตกต่างกัน อาจแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การนำมติหรือนโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นไปใช้อ้างอิงเพื่อใช้ในการทำงานประจำของหน่วยงาน/องค์กรที่ดำเนินการอยู่ก่อนแล้ว 2) การนำมติหรือนโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นไปแปลงเป็นแผนงานโครงการที่ตนรับผิดชอบอยู่ 3) การนำมติหรือนโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นไปใช้เจรจาต่อรองทางนโยบาย และ 4) การนำมติหรือนโยบายสาธารณะไปใช้กำหนดยุทธศาสตร์ขององค์กร ทั้งนี้ มติส่วนใหญ่ยังไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมตามมา ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่หน่วยราชการซึ่งเป็นผู้นำนโยบายไปปฏิบัติเข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายในสัดส่วนที่น้อยกว่าภาคส่วนอื่นๆ

- **ผลกระทบจากนโยบาย** ต่อสถานะสุขภาพและความเท่าเทียมด้านสุขภาพยังไม่สามารถประเมินได้จากนโยบายสาธารณะที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษา เนื่องจากนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่นำมาเป็นกรณีศึกษา ยังไม่เคยมีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบมาก่อน ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องการมีอยู่และความสมบูรณ์ของข้อมูล รวมถึงความน่าเชื่อถือของเอกสาร อันเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินผลกระทบจากนโยบายโดยใช้วิธีการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิเป็นหลัก

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและตัวแสดงหลักภายในประเทศที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ อันเป็นที่มาของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สืบเนื่องมาจนถึงการดำเนินการตามกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้ พ.ร.บ.ดังกล่าว ซึ่งอิทธิพลของปัจจัยด้านการเมืองที่เด่นชัดมากที่สุด ได้แก่ ท่าทีและบทบาทของนายกรัฐมนตรีที่ดำรงตำแหน่งเป็นทั้งประธาน คสช. และคณะกรรมการนโยบายอื่นๆ นอกจากนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ สช. อาจส่งผลต่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเช่นกัน ทั้งในเรื่องของระบบบริหารจัดการและกลไกการทำงาน ซึ่งจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับประเด็นนโยบายและบริบท นอกจากนี้ การปฏิบัติงานของ สช. ที่เป็นกลาง เพื่อทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่น่าเชื่อถือก็เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของ สช.

จากการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นนั้น นักวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดเหล่านี้ในภาพรวมมีความเหมาะสม สามารถสะท้อนลักษณะสำคัญ (Key features) ของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ได้ ตั้งแต่เริ่มกระบวนการจนถึงการพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยผู้ใช้ตัวชี้วัดนี้ในการประเมินผลจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในความหมายและวัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด สำหรับตัวชี้วัดในกลุ่ม “กระบวนการพัฒนานโยบาย” มีความจำเป็นที่จะต้องออกแบบกระบวนการเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินในลักษณะของการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective) จึงจะช่วยเพิ่มคุณภาพของการประเมิน

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คสช. และ สช. ได้ทุ่มเทการทำงานอย่างหนัก เพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจำนวนมาก โดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็น และออกแบบนโยบายสาธารณะที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน ทำให้เกิดการตื่นตัวขององค์กรในภาครัฐในการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนกำหนดนโยบาย อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินกรณีศึกษาจากชุดตัวชี้วัดแสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานที่ยังมีข้อจำกัด หากได้รับการแก้ไขและพัฒนาจะทำให้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งข้อค้นพบจากการประเมินนี้ นำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สำคัญ 4 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การทำงานของ คสช. ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะให้ คสช. พิจารณาความเป็นไปได้ของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใต้กลไกภายในองค์กรหรือคณะกรรมการเป็นผู้กำหนดนโยบายเอง (Inside-Out) นอกเหนือจากการผลักดันด้านสุขภาพในการพัฒนานโยบายสาธารณะจากภายนอก (Outside-In) ในมุมมองของผู้กำหนดนโยบายที่อยู่ตามหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดแรงต่อต้านหรือเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของของข้อเสนอแนะจากภาคประชาชน นอกจากนี้ คสช. ควรพิจารณาการรับยุทธศาสตร์ที่ชูเรื่องสุขภาพอย่างเด่นชัดจนทำให้ผู้เกี่ยวข้องสำคัญที่อยู่นอกระบบสุขภาพรู้สึกกดดันและบางครั้งไม่เข้าใจเจตนารมณ์ของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมถึงปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อการปฏิบัติที่เป็นกลาง

คสช. ควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและการแบ่งปันข้อเท็จจริง โดยให้ความสำคัญกับความเป็นตัวแทน การสร้างกระบวนการที่เหมาะสม และการให้ความสำคัญกับหลักฐานทางวิชาการในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำงานของ สช. ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะให้มีการจัดหน่วยจัดการความรู้ในองค์กรที่ดำเนินการจัดการความรู้ของบุคลากรภายใน สช. เอง รวมถึงการจัดการความรู้ให้แก่บุคลากรในองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการจัดการความรู้แก่ประชาชนในสังคม ให้ตระหนัก เข้าใจ และสามารถมีส่วนร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ สช. ควรพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานขององค์กรซึ่งเป็นเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงาน ข้อกำหนดมาตรฐานต่างๆ ตลอดจนรายละเอียดของกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานใน สช. มีแนวทางการปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมถึงการให้นิยามกับถ้อยคำเฉพาะที่นิยมใช้ในกลุ่มและจัดแบ่งประเภทเอกสารขององค์กร รวมถึงการจัดให้มีการติดตามและประเมินผลที่ทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลกระบวนการทำงานของ คสช. สช. และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความสำคัญของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ที่มีบทบาทหรือมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ ซึ่งจะมีส่วนสนับสนุนในการหาแนวทางทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ข้อเสนอแนะเพื่อการบริหารจัดการความรู้ภายในองค์กรอย่างเป็นระบบด้วยทฤษฎีการจัดการความรู้ รวมถึงการศึกษาต้นทุนทางสังคมและการประเมินความคุ้มค่า/ต้นทุนของนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบทางสังคม เพื่อใช้ข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนากลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแต่ละกลไก ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแต่ละกลไกที่นอกเหนือจากข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ในทุกกลไก (Cross-cutting recommendations) ดังที่เสนอในข้อ 1-3 ข้างต้น

บทที่ 1

บทนำ

แนวคิดดั้งเดิมเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนเน้นที่สถานะของการปราศจากโรคหรือความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว ซึ่งแตกต่างจากในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญต่อบัจจัยที่เกี่ยวข้องและการจัดการแบบองค์รวมมากขึ้น กล่าวคือ การเน้นที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of health) ไม่ว่าจะเป็นสถานะทางเศรษฐกิจ พฤติกรรมการบริโภค การเคลื่อนไหวร่างกาย อาชีพ รวมถึงสภาพแวดล้อมทั้งที่เป็นอยู่ตามธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น นอกจากนี้ ยังได้ให้ความสำคัญต่อบัจจัยอื่นๆ ที่เป็นตัวกำหนดบัจจัยเหล่านี้อีกชั้นหนึ่ง ซึ่งเป็นผลจากการกระทำร่วมกัน (Collective action) ในรูปของการเมือง (Politics) และกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public policy) ทั้งในและนอกระบบสุขภาพ หรืออีกนัยหนึ่งคือ สิ่งของรัฐเป็นผู้ผลักดัน กำหนด หรือให้ทางเลือกแก่ประชาชนในการกระทำกิจกรรมใดๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในที่สุด (1) การให้ความสำคัญต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะนี้ ได้นำไปสู่แนวคิดเรื่อง Healthy Public Policy ซึ่งหมายถึงนโยบายสาธารณะที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ หรือ อย่างน้อยที่สุดต้องไม่ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในรายงานนี้จะใช้คำแปลในภาษาไทยว่า “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ตามที่ปรากฏในเอกสารที่ผลิตขึ้นโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

บทแรกของรายงานการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 นี้ นำเสนอที่มาและแนวคิดของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับนานาชาติ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย เชื่อมโยงไปถึงการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และกลไกต่างๆ ที่ใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ความสำคัญของการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมถึงผลการประเมินการดำเนินการตามกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ที่ผ่านมา นอกจากนี้ ยังนำเสนอกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการประเมินในครั้งนี้

1.1 ที่มาและแนวคิดของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนามาเป็นระยะเวลายาวนาน นับตั้งแต่การผลักดันเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ตามคำประกาศแห่ง Alma Ata (Declaration of Alma Ata) ในปี พ.ศ. 2521 ซึ่งระบุว่า สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และการบรรลุซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในสังคม (2) โดยสมัชชาสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 32 ได้มีมติรับรองคำประกาศแห่ง Alma-Ata และประกาศให้สุขภาพดีถ้วนหน้าเป็นยุทธศาสตร์ระดับโลก (Global Strategy) ที่ต้องบรรลุภายในปี พ.ศ. 2543 (3) นอกจากนี้ ในการประชุมวิชาการนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 (The First

International Conference on Health Promotion) ซึ่งจัดขึ้นที่เมือง Ottawa ประเทศแคนาดา ในปี พ.ศ. 2529 ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความเท่าเทียมด้านสุขภาพ โดยการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพต้องประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ¹ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (4) ผ่านการนำประเด็นด้านสุขภาพเข้าสู่วาระของการพัฒนานโยบายในทุกภาคของกิจกรรมในสังคม (Sectors) และในทุกระดับตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับชาติ รวมถึงส่งเสริมให้เพิ่มความตระหนักของผู้กำหนดนโยบายถึงผลกระทบด้านสุขภาพที่เป็นผลมาจากการตัดสินใจของตน และร่วมรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพเหล่านั้น แนวคิดเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพถูกกล่าวถึงอีกครั้งในการประชุมวิชาการนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 ที่เมือง Adelaide ประเทศออสเตรเลีย ในปี พ.ศ. 2531 โดยย้ำว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีพื้นฐานจากความห่วงใยอย่างชัดเจน (Explicit concern) ต่อสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพในทุกนโยบาย ซึ่งมีจุดมุ่งหมายหลักอยู่ที่การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสุขภาพดี (5)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพว่า คือ “นโยบายสาธารณะที่มีความห่วงใยต่อสุขภาพอย่างชัดเจน พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นนโยบายที่มุ่งทำให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี” (6) สำหรับประเทศไทยได้มีผู้ให้คำจำกัดความของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไว้ว่า “แนวทางหรือทิศทางที่สังคมโดยรวมเชื่อว่า เห็นว่า จะนำไปสู่ความอยู่เย็นเป็นสุขหรือการมีสุขภาพที่ดีตั้งอยู่บนพื้นฐานของศีลธรรมอันดี” (7)

จากคำจำกัดความทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะต้องเป็นนโยบายที่มีการคำนึงถึงผลกระทบทางสุขภาพหรือคำนึงถึงผลที่จะเกิดตามมากับสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ เป็นนโยบายที่ไม่ได้จำกัดว่าต้องเป็นผลจากการดำเนินงานของภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ยังต้องเป็นผลจากการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมร่วมและเป็นที่ยอมรับของสังคม ที่มีเป้าหมายเพื่อมุ่งสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคม เป็นนโยบายที่อาจถูกผลักดันจากฝ่ายการเมืองในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคประชาสังคม

1.2 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อแนวคิดเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาเป็นเวลาสองทศวรรษ เริ่มจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่มีบัญญัติการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานโยบายสาธารณะ เช่น มาตรา 59 ที่ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผล จากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ

¹ 5 องค์ประกอบสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ตามที่ระบุใน Ottawa Charter ได้แก่ 1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy) 2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environments) 3. การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน (Strengthen community actions) 4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) และ 5. การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services)

รัฐวิสาหกิจ หรือส่วนราชการท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับตน หรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว...” นอกจากนี้ ยังมีนโยบายที่เกี่ยวข้องของภาครัฐ เช่น นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2520 ที่สอดคล้องกับคำประกาศแห่ง Alma Ata ซึ่งครอบคลุมการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเชื่อมโยงการให้บริการสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลให้ลงไปในระดับหมู่บ้านและครัวเรือน (8)

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการเพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทยพบปัญหาต่างๆ ทั้งเรื่องของความซับซ้อนของการบริหารจัดการกลไกย่อยซึ่งกระจุกกระจายแยกส่วนอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการทำงานอย่างเป็นเอกภาพของภาครัฐ และไม่สามารถทำให้เกิดความยั่งยืนของการประสานภาคส่วนสู่เป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าได้ รวมถึงปัญหาสุขภาพจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องเชิงระบบของกลไกและองค์กรต่างๆ ในระบบสุขภาพ ความไม่เป็นธรรมและการเข้าถึงการรักษาที่สำคัญและจำเป็น จึงทำให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 (9) โดยยึดแนวคิดสำคัญคือ “การสร้างสุขภาพดีผ่านการซ่อมสุขภาพเสีย” หรือ “สร้างนำซ่อม” และในช่วงเวลาเดียวกันได้มีการกำหนดแนวคิดเรื่อง “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ไว้ในแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 พร้อมกับการนำเสนอหลักการ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” โดย นพ.ประเวศ วะสี (10) ซึ่งประกอบด้วยการประสานพลังกันทั้งพลังวิชาการ พลังประชาสังคม และพลังการเมือง มาใช้ในการขับเคลื่อนการปฏิรูป ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นหน่วยบริหารจัดการ สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา คือ พระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) สุขภาพแห่งชาติที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2550 ที่ถูกนำมาใช้เป็นกลไกในการระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติ อย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรม ใจความหลักของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ การสนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน กระบวนการเหล่านี้สอดคล้องกับข้อกำหนดในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 76 ที่ระบุให้รัฐส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายและตัดสินใจทางการเมือง

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการ และเพื่อให้การดำเนินงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ที่มีเป้าหมายให้สังคมโดยรวมมีสุขภาพดี ผ่านกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมไว้ 4 รูปแบบ (11) ได้แก่

- 1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
- 2) สมัชชาสุขภาพ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่
- 3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

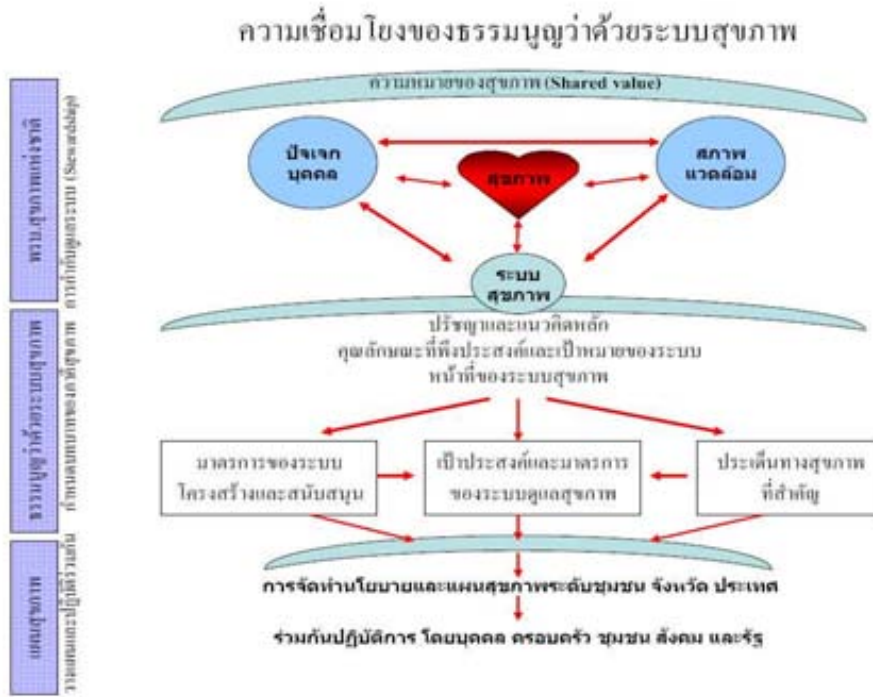
4) กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะในรูปแบบอื่นๆ

กลไกทั้ง 4 ดังกล่าวข้างต้น เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคม (12) ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory democracy) (13) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ปรีกษาหารือหรืออภิปรายประเด็นปัญหาที่หยิบยกมาพิจารณาอย่างกว้างขวาง รวมถึงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสุดท้ายที่เป็นข้อตกลงร่วมกัน เพื่อนำความคิดเห็นดังกล่าวไปประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายของรัฐ แทนที่จะเป็นการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบเดิมคือในแนวตั้งตามแนวทางประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative democracy) (14) ที่มีการเลือกผู้แทนเข้าไปบริหารและตัดสินใจแทนตน

1.3 กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช.

1.3.1 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มีหลักการว่า สุขภาพของประชาชนมีความสัมพันธ์กับส่วนประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ ปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อม และระบบสุขภาพ ทั้งนี้ความเป็นไปของปฏิสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่างๆ จะถูกกำกับด้วยกรอบของธรรมนูญสุขภาพฯ ที่เป็นตัวกำหนดปรัชญาและแนวคิด คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมาย รวมถึงหน้าที่ของระบบสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อไปถึงการจัดทำนโยบายและแผนสุขภาพในระดับต่างๆ ทั้งระดับชุมชน จังหวัด ประเทศ และการดำเนินการของทุกภาคส่วนในสังคม ดังรูปที่ 1 อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติธรรมนูญสุขภาพฯ ได้รับการตีความว่า เป็นกฎหมายที่ว่าด้วยเรื่องสุขภาพเพื่อให้ทุกฝ่ายนำไปใช้เป็นกรอบในการอ้างอิง และมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่ต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน หรือเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนสังคมให้เป็นไปตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์บนหลักการการมีส่วนร่วม รวมถึงเป็นเครื่องมือในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ว่าด้วยเรื่องระบบสุขภาพ (15, 16)



รูปที่ 1 ความเชื่อมโยงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติกับระบบสุขภาพ (17)

เมื่อมีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพฯ ในปี พ.ศ. 2552 คสช. ซึ่งมีหน้าที่ดำเนินการให้ธรรมนูญสุขภาพฯ มีผลในทางปฏิบัติตามบทบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดย คสช. ได้กำหนดแนวทางการผลักดันธรรมนูญสุขภาพฯ สู่การปฏิบัติที่มีเป้าหมาย 3 ประการ (18) ได้แก่ 1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ได้รับความยอมรับและผูกพันเป็นฐานอ้างอิง เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพจากหน่วยงาน องค์การภาคีที่เกี่ยวข้อง 2) เกิดการดำเนินงานทางด้านสุขภาพที่มีทิศทางสอดคล้องกับหลักการของธรรมนูญสุขภาพฯ และ 3) มีองค์ความรู้เพียงพอเพื่อการขับเคลื่อน และ/หรือทบทวน ปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพฯ ฉบับต่อไป พร้อมทั้งกำหนดยุทธศาสตร์ในการผลักดันการใช้ธรรมนูญสุขภาพฯ ไว้ 5 ประการ (19) ได้แก่ 1) ธรรมนูญสุขภาพฯ เป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำแผนทั้งในระดับประเทศ ระดับหน่วยงานและระดับพื้นที่ 2) สร้างกระบวนการขับเคลื่อนสาระที่เป็นประเด็นสำคัญของธรรมนูญสุขภาพฯ ด้วยหลักการตลาดเชิงสังคม 3) การสื่อสารทางสังคม 4) การจัดการความรู้ และ 5) ใช้การติดตามและประเมินผลเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อน

จากการติดตามความคืบหน้าของการนำธรรมนูญสุขภาพฯ ไปใช้โดยคณะกรรมการติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (20, 21) พบว่า ธรรมนูญสุขภาพฯ ได้ถูกใช้ใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับผลผลิต ระดับกระบวนการ และระดับพื้นที่ ในระดับผลผลิต คือมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเนื้อหาของนโยบาย/แผนที่จัดทำขึ้นโดยหน่วยงานต่างๆ เช่น เกิดการปรับปรุงสาระของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (20)

ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ มีองค์ประชุมชน/องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นประมาณ 14 แห่ง ประกาศใช้ ธรรมนูญสุขภาพฯ เป็นต้น สำหรับในระดับกระบวนการ ได้แก่ การสื่อสารให้มีการนำธรรมนูญสุขภาพฯ ไปใช้เป็นกรอบในการพิจารณาจัดทำนโยบาย/แผน เช่น สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการรับฟังความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 11 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมควบคุมโรค รับฟังความเห็นเพื่อยกร่างแผนปฏิบัติการราชการประจำปี พ.ศ. 2555 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และในระดับพื้นที่ มีการยกย่องหรือเตรียมยกย่องธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ใน 30 พื้นที่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จากรายงานความคืบหน้าการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การผลักดันธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 สู่การปฏิบัติ (พ.ศ.2553-2556) (20) เมื่อปี พ.ศ. 2554 ระบุว่า ไม่มีการพัฒนาบรรทัดฐานตามการพัฒนานโยบายสาธารณะภายใต้กรอบธรรมนูญสุขภาพฯ แต่ควรจัดช่องทางให้ประชาชนทั่วไปสามารถรายงานข้อมูลมายัง คสช. ได้ในกรณีที่เกิดการดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องกับทิศทางหรือเจตนารมณ์ของธรรมนูญสุขภาพฯ

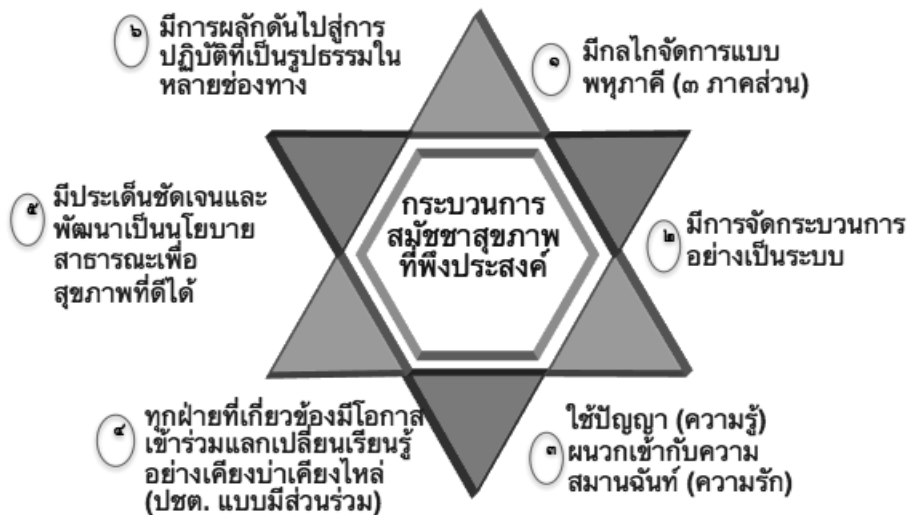
1.3.2 สมัชชาสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้นิยามของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่าหมายถึง “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” ในขณะที่ อัมพล จินดาวัฒนะ (22) กล่าวถึง สมัชชาสุขภาพ ในฐานะที่เป็นเครื่องมือที่เปิด “พื้นที่สาธารณะ” ให้กับภาคส่วนต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็น “ปฏิบัติการทางสังคมขนาดใหญ่” ที่มีเป้าหมายในการสร้างสุขภาพหรือสุขภาพะ โดยการ “ถักเชื่อมทุกภาคส่วนในสังคมทั้งแนวตั้งและแนวนอนเข้าหากัน” (23) นอกจากนี้ ยังเป็น “กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยข้อมูลองค์ความรู้แบบสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่ทางออกร่วมกันอย่างเป็นกัลยาณมิตร” ทั้งนี้ สมัชชาสุขภาพแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ โดยสมัชชาสุขภาพ ทั้ง 3 ประเภท มีความเชื่อมโยงกัน (24) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นหรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายก่อนนำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนมติที่ได้จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติได้

เมื่อพิจารณาการให้นิยามของสมัชชาสุขภาพและการตีความของบุคคลดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับการวิเคราะห์คุณลักษณะของสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือ “เพชร 6 เหลี่ยม” (รูปที่ 2)(23) หลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (12) ตลอดจนหลักเกณฑ์และแนวทางต่างๆ ที่กำหนดโดย คสช. สช. คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) และคณะกรรมการหรือคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการดังกล่าว อาจสรุปหลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสมัชชาสุขภาพได้ดังนี้

1) สมัชชาสุขภาพยึดหลักการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพทุกประเภทควรเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม ‘แลกเปลี่ยนเรียนรู้’ อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่’ เป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Participatory public policy process) ไม่ใช่การกำหนดนโยบายโดยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือมีช่องทางการกำหนดนโยบาย ‘แบบปิด’ แต่ ‘ต้องเชื่อมโยง’ ดึงให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ไม่ใช่มีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี’ (25) โดยคำว่า ‘ทุกฝ่าย’ หรือ ‘ทุกภาคส่วน’ นี้ ในเอกสารของ สช. บางฉบับใช้คำว่า ‘พหุภาคี’ (12) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของบุคคล และผู้แทนเครือข่ายหรือหน่วยงานในสมัชชาสุขภาพมิได้เป็นเพียงการเข้าร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นในการประชุมเท่านั้น แต่ ‘มีความหมายที่กว้าง กินความตั้งแต่การมีส่วนร่วมคิด ร่วมเสนอแนะ ร่วมพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะ ร่วมผลักดัน ร่วมประเมินผล และร่วมพัฒนาต่อเนื่อง’ (26) รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการ ‘จัดการ’ หรือดำเนินกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากองค์ประกอบของ คจ.สช. และ คณะอนุกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้แทนพื้นที่ และผู้แทนภาคส่วนต่างๆ



รูปที่ 2 สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ (23)

2) สมัชชาสุขภาพจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบ มีแบบแผน แต่ยืดหยุ่นได้

คสช. และ สช. ให้ความสำคัญต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นอย่างมาก และมีความพยายามที่จะสร้างความเป็นระบบและมีแบบแผนให้กับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นด้วยการกำหนดโครงสร้าง เช่น การแต่งตั้ง คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการและคณะทำงานคณะต่างๆ ให้ทำหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและติดตามผลการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ คจ.สช. ได้ส่งกรรมการและบุคลากรของ สช. จำนวนหนึ่งไปศึกษาและสังเกตการณ์

การจัดการประชุมสมัชชาอนามัยโลกที่นครเจนีวาหลายครั้ง ทั้งนี้เนื่องจาก 'สมัชชาอนามัยโลกเป็นการประชุมสมัชชาของผู้แทนประเทศสมาชิกทั้งหมด มีระบบการเตรียมระเบียบวาระการประชุมที่ดี มีการทำงานวิชาการล่วงหน้าอย่างมีคุณภาพ และการพิจารณาออกมติในแต่ละเรื่องทำอย่างเป็นระบบ' (23) และได้มีการนำวิธีการจัดสมัชชาอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพ รวมทั้งแนวทางการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และแนวทางหาฉันทามติ แม้จะมีการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและแนวทางต่างๆ เพื่อให้สมัชชาสุขภาพดำเนินไปอย่างเป็นระบบ แต่ก็มีควมยืดหยุ่น ดังที่เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้กล่าวไว้ว่า สมัชชาสุขภาพ 'เป็นเสมือนการเดินทางไกลไปด้วยกัน ... ที่มีเป้าหมายปลายทางอยู่ไกลมาก ... จึงยังต้องร่วมกันเดิน ร่วมกันปฏิบัติ ร่วมกันทดลอง ... ทำไปเรียนรู้ไป ปรับไป พัฒนาไป โดยยึดหลักการ มีความเป็นระบบ มีแบบแผน แต่ยืดหยุ่นได้' เพื่อให้การพัฒนากระบวนการมีความสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป (23)

3) *สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยใช้ปัญญา ด้วยความสมานฉันท์ของทุกภาคส่วน*

ตามหลักการของสมัชชาสุขภาพ การพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านกลไกนี้จะต้อง 'พึ่งพาพลัง 3 ส่วน ที่เชื่อมโยงกัน คือ พลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังแห่งอำนาจรัฐหรืออำนาจทางการเมือง' โดยมีลักษณะที่พึงประสงค์ คือ 'การทำงานบนฐานความรู้ (ใช้ปัญญา) ผสมผสานเข้ากับฐานด้านจิตใจ (ด้วยความรักสมัครสมาน)' กระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ดีต้องมีการทำงานวิชาการเพื่อสร้างปัญญาในการเสนอทางออก ลักษณะที่พึงประสงค์อีกประการหนึ่งของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ได้แก่ การทำงานร่วมกันของบุคคล กลุ่มบุคคล และหน่วยงานอย่างเป็น 'กัลยาณมิตร' ไม่ว่าจะเป็ฝ่ายที่สนับสนุนหรือคัดค้านข้อเสนอนโยบายที่นำเข้าสู่การพิจารณาถกแถลง ซึ่งทำให้สมัชชาสุขภาพ 'ไม่ใช่เวทีโต้แย้งถกเถียงความเห็น หรือการเรียกร้อง หรือโจมตีกัน' (23)

4) *ข้อเสนอแนะนโยบายที่นำเข้าสู่การถกแถลงในสมัชชาสุขภาพควรมีประเด็นชัดเจนและพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี และสอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ*

สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ว่าจะเป็นสมัชชาประเภทใดควรมีคุณลักษณะในเรื่องความชัดเจนของประเด็นการพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี และสอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ได้มี การระบุลักษณะที่พึงประสงค์ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่า 'มีความเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น รวมทั้งกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอื่นๆ' ตลอดจนเน้นการถกแถลงเฉพาะประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับชาติ และระดับสากล หรือประเด็นในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญ นอกจากนี้ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแต่ละปี มีข้อเสนอประเด็นนโยบายเข้าสู่การพิจารณาเป็นจำนวนมาก แต่ระยะเวลาในการถกแถลงระหว่างการประชุมสมัชชา มีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งคุณสมบัติของข้อเสนอก็ยังแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับคัดเลือกข้อเสนอที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ สำหรับคุณสมบัติที่พิจารณาในปี พ.ศ. 2554 ได้แก่

ความสำคัญของประเด็นนโยบาย (โดยอาจพิจารณาจาก ความสอดคล้องกับสถานการณ์หรือวิกฤตการณ์ของพื้นที่หรือของสังคม การมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ มีความซับซ้อนของปัญหาที่ต้องอาศัยหลายภาคส่วนในการแก้ปัญหา และมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวในระดับโลก) ความรุนแรงของปัญหา ความสนใจของสาธารณะ และความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายหรือผลต่อเนื่องให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดี (27)

5) ผลจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพควรมีการผลักดันไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในหลายช่องทาง

การที่นโยบายสาธารณะจะมีผลตามจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์อันเป็นที่ต้องการหรือไม่นั้น นอกจากจะถูกกำหนดโดยเนื้อหาของนโยบายนั้นๆ ด้รับการพัฒนามาเป็นอย่างดีเพียงใดแล้ว ยังขึ้นอยู่กับขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้มีการผลักดันมติสมัชชาสุขภาพให้เกิดการปฏิบัติโดยภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง คสช. และอนุกรรมการและคณะทำงานที่ได้รับมอบหมาย นอกจากนี้ สช. ได้กำหนดโครงสร้าง กลไก และแนวทางดำเนินการไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมิติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยเริ่มตั้งแต่หลังการประชุมสมัชชาสุขภาพในปี พ.ศ. 2551 สช. ได้มีการวางระบบเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติรวม 5 ช่องทาง ได้แก่ (1) ผ่าน คสช. ผู้คณะรัฐมนตรีเพื่อส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปปฏิบัติ (2) ประสานงานเชื่อมโยงหน่วยงาน องค์กร ภาคีที่เกี่ยวข้องโดยตรง (3) เชื่อมหน่วยงานองค์กรภาคีเชิงยุทธศาสตร์เป็นการเฉพาะ (4) ผสมผสานกับการทำงานสนับสนุนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และ (5) สื่อสารกับสังคมวงกว้างผ่านช่องทางต่างๆ (23) ต่อมาในปี 2552 คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่วางกลยุทธ์การขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีการดำเนินการมาตั้งแต่ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และได้กลายเป็นข้อผูกพันขึ้นหลังจากที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้ คสช.จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งรับผิดชอบและดำเนินการโดยคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) โดยกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดการที่เป็นระบบ สามารถระบุขั้นตอน ผู้ที่รับผิดชอบ และผู้ที่เกี่ยวข้องไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ ขั้นตอน วิธีการต่างๆ มีความยืดหยุ่นตามความเหมาะสม ให้มีความเชื่อมโยงกับกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอื่นๆ เน้นประเด็นในระดับชาติ หรือประเด็นในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญ (12)

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นแตกต่างจากสมัชชาสุขภาพรูปแบบอื่น คือ จะใช้ประเด็นเป็นตัวตั้งในการดำเนินงาน (28) นั่นคือ จะมีการพัฒนานโยบายสาธารณะจากประเด็นนโยบายใดนโยบายหนึ่งเป็นหลักในสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นแต่ละครั้ง สช. จะให้การสนับสนุนองค์กร/หน่วยงานที่ต้องการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดยอาจเป็นการ

ให้คำปรึกษา หรือการเชื่อมโยงองค์กร/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามาร่วมกันพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งช่วยให้ทุกภาคส่วนได้เป็นเจ้าของและใช้ประโยชน์จากสมัชชาสุขภาพอย่างจริงจัง (29) เช่น การส่งเสริมให้ศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี (พ.ศ. 2555 – 2559) ในปี พ.ศ. 2554 เป็นต้น นอกจากนี้ องค์กร/หน่วยงานที่จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอาจเสนอผลจากการประชุมเป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อรับการพิจารณาพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้อีกด้วย เช่น ประเด็นเชิงนโยบายที่ได้จากการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่อง การเยียวยาพหุวัฒนธรรมชายแดนใต้ ได้รับพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 เป็นต้น

คสช. ประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นในปี พ.ศ. 2550 รวมถึงกำหนดแนวทางสนับสนุนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ในปี พ.ศ. 2553 (30) เพื่อให้กับองค์กร/หน่วยงานที่ต้องการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2554 คสช.ได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น” ขึ้นเพื่อให้ข้อเสนอแนะทิศทางการพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นให้เป็นระบบมากขึ้น

สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ใช้อาณาบริเวณที่แสดงขอบเขตเป็นตัวตั้งในการดำเนินงาน เช่นเดียวกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่มีมาก่อนการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยอยู่ในรูปแบบของการทดลองจัด ไม่มีการกำหนดกลไกทำงานที่ชัดเจน ไม่มีภาคีและบุคคลรับผิดชอบที่แน่นอน ต่อมา คสช. และ สช. ซึ่งมีหน้าที่สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ได้กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางสนับสนุนในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ให้เป็นระบบมากขึ้น โดยใช้หลักเกณฑ์และแนวทางเดียวกันกับการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ทั้งนี้ สช. วางแนวทางการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในด้านต่างๆ ประกอบด้วย ด้านวิชาการ ด้านการพัฒนาศักยภาพ ด้านการสื่อสารทางสังคม ด้านการสนับสนุนงบประมาณ ด้านการขับเคลื่อนและติดตามข้อเสนอเชิงนโยบาย และด้านการประสานความเชื่อมโยงกับภาคีหรือเครือข่ายอื่น ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2554 คสช. ได้สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และทำให้เกิดการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพรวมกว่า 100 เรื่อง ทั้งนี้ กระบวนการสมัชชาสุขภาพในแต่ละพื้นที่มีรูปแบบและแนวทางที่แตกต่างกัน เช่น ในการกำหนดประเด็นที่นำมาพิจารณา หลายจังหวัดมีจุดเริ่มต้นที่ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนเป็นจำนวนมาก (31) บางจังหวัดนอกจากพิจารณาขนาดของปัญหาแล้วยังให้ความสำคัญกับความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด (32) นอกจากนี้ ยังมีรูปแบบการจัดสมัชชาทั้งที่เป็นระบบ โดยประยุกต์มาจากการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการจัดแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นไปในรูปแบบหลังนี้ (23)

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่มีระดับความสำเร็จในการนำไปปฏิบัติที่ต่างกันไป ทั้งในแง่จำนวนนโยบายที่พัฒนาและการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติที่ต่างกันไปด้วย อันเนื่องมาจากความสลับซับซ้อนของพื้นที่ โดยเฉพาะต้นทุนทางสังคม และสภาพปัญหาในพื้นที่ที่ต่างกันไป

1.3.3 การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพหรือ เฮลท์ไอเอ (Health Impact Assessment; HIA) เป็นอีกกลไกที่สำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดย “มุ่งจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม โดยประยุกต์ใช้แนวทางและเครื่องมือที่หลากหลายในการระบุ คาดการณ์และพิจารณาถึงผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วกับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จากข้อเสนอหรือการดำเนินนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอันจะเป็นประโยชน์สำหรับการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม” (33) โดย HIA ถูกคาดหวังให้เป็นกลไกและกระบวนการที่เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกัน โดยให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการหน่วยงานภาครัฐ นักวิชาการ เอกชนผู้ดำเนินโครงการ รวมถึงภาคประชาสังคม มีส่วนร่วมในการพิจารณาหรือคาดการณ์ว่านโยบาย แผนงาน โครงการหรือกิจกรรม อาจมีผลกระทบหรือมีผลกระทบเกิดขึ้นต่อประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอย่างไร ผลกระทบนั้นจะป้องกันหรือบรรเทาได้อย่างไร ซึ่งนำไปสู่การเกิดทางเลือกในเชิงนโยบายที่หลากหลาย

แนวคิดเรื่อง HIA ก่อตัวในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ภายใต้การริเริ่มของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ต่อมาถูกบรรจุเป็นมาตราหนึ่งใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และในรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2550 ภายหลังเมื่อมีการจัดตั้ง สช. จึงเกิดคณะทำงานยกร่างระบบ กลไก หลักเกณฑ์และวิธี HIA ที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ซึ่งร่างฯ ดังกล่าวได้ผ่านความเห็นชอบของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 โดยมีศูนย์ประสานงานการพัฒนา ระบบและกลไก HIA (HIA Coordinating Unit) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้ สช. ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของ คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไก HIA (34, 35)

ปัจจุบัน HIA ในประเทศไทย มีเสาหลัก 4 ประการ (34, 35) คือ

- 1) คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Commission)

เป็นกลไกหลักในการพัฒนาหลักเกณฑ์ ขั้นตอนและวิธีการทำ HIA รวมถึงสนับสนุนภาคส่วนต่างๆ ให้มีการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว มีกระบวนการประเมินผลและปรับปรุงหลักเกณฑ์ HIA ฉบับที่ 2 ส่งเสริม สนับสนุน และผลักดันให้หน่วยงานต่างๆ ใช้ HIA หนุนเสริมการดำเนินงานพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบเป็นกลไกนโยบาย ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติซึ่งสามารถเชื่อมต่อกับคณะรัฐมนตรีได้โดยตรง รวมถึงหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเสนอผลการทำ HIA ประกอบการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจนโยบาย

2) เครือข่ายนักวิชาการเอชไอเอ (HIA Consortium)

เป็นกลไกหลักในการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้าน HIA ของประเทศไทย รวมถึงการสร้างและพัฒนาบุคลากรด้าน HIA ในทุกด้าน โดยดำเนินการในรูปแบบของเครือข่ายนักวิชาการในมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศไทย ด้วยการพัฒนาหลักสูตร HIA ในระดับปริญญาโทและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น เริ่มการจัดตั้งหน่วยวิจัยและพัฒนา HIA ในมหาวิทยาลัย ได้แก่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตลอดจนจัดทำกรณีศึกษา HIA เพื่อพัฒนาระเบียบวิธีวิทยา ด้าน HIA เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพจากการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำเหมืองแร่ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นต้น

3) เครือข่ายการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน

เป็นกลไกหลักในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถทำ HIA ชุมชน และใช้ข้อมูลเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถกแถลงและเจรจาต่อรองในกระบวนการนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจเลือกการพัฒนาที่เป็นผลดีต่อสุขภาพชุมชนมากที่สุด ยก ระดับ HIA ชุมชนจากกรณีศึกษาเป็นพื้นที่เรียนรู้ และสังเคราะห์ความรู้ด้าน HIA ชุมชน

4) เครือข่ายการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในประชาคมอาเซียน

เป็นกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลการทำ HIA ในประชาคมอาเซียนเพื่อรองรับการประเมินผลกระทบข้ามพรมแดน จัดตั้ง ASEAN Focal Point on HIA (AFPHIA) มีการประชุมทำกรอบการทำงาน (TOR) จัดทำแผนปฏิบัติการ และร่วมกันจัดตั้งเครือข่ายนักวิชาการ HIA ในประชาคมอาเซียน โดยการทำกรณีศึกษาร่วมกัน เรื่อง ผลกระทบต่อสุขภาพกรณีการจัดการภัยพิบัติ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายสาธารณะในชุมชน หรือเอชไอเอชุมชน (34)

ในปี พ.ศ. 2551 สช. เริ่มการพัฒนาศักยภาพให้ชุมชนสามารถทำการประเมินผลกระทบได้ด้วยตัวเอง เพื่อให้มีข้อมูลประกอบการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ เรียกว่า การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (Community Health Impact Assessment: CHIA) หรือ HIA ชุมชน ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ออกประกาศหลักเกณฑ์และวิธี HIA โดยแบ่งการทำ HIA ออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การทำ HIA ในระดับโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ซึ่งต้องดำเนินการตามที่ระบุไว้ในมาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 2) การทำ HIA ในระดับนโยบายสาธารณะ และการดำเนินกิจกรรมด้านการวางแผนพัฒนาที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนอย่างรุนแรงในอนาคต ซึ่งเป็นการทำแบบสมัครใจของหน่วยงาน 3) การทำ HIA กรณีที่มีการขอใช้สิทธิตาม มาตรา 11 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และ 4) การทำ HIA ในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม CHIA ถูกจัดอยู่ในรูปแบบที่ 4 คือ เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนท้องถิ่น

เพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมตัดสินใจนโยบาย โครงการ และกิจกรรมการวางแผนพัฒนาในด้านต่างๆ ที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของชุมชน และมีความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ

แนวคิดของ CHIA คือการ “เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ในการพัฒนาชุมชน โดยมุ่งที่การกำหนดอนาคตของชุมชน...แต่ชุมชนจะพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผลกระทบ ออกแบบกระบวนการและทำการประเมินผลกระทบด้วยตัวเอง ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามบริบท วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน ท้องถิ่น” โดยมีความมุ่งหวังให้กระบวนการนี้ทำให้เกิดการสร้างสุขภาพจากฐานราก โดยชุมชนเป็นผู้ร่วมกันสร้างผ่านการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การทำให้ชุมชนเข้มแข็ง การทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ นอกจากนี้ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจะทำให้เกิดการปรับวิถีคิด กระบวนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบองค์รวม ประชาชนมีทักษะในการดูแลสุขภาพ และพึ่งตนเองได้มากขึ้น ส่งผลต่อการลดความเจ็บป่วยและสร้างสุขภาพในท้ายสุด

ในแนวคิดของ สช. เห็นว่า “HIA ควรเป็นพันธะสัญญามากกว่าการบังคับ” ค่อยๆ กลายเป็นวัฒนธรรมของสังคมไทยในกระบวนการนโยบายสาธารณะทุกระดับตั้งแต่ชุมชน โครงการ แผนงาน และนโยบาย ทุกคนเปิดใจ ใฝ่หาใจซึ่งกันและกัน เข้าใจ เข้าถึง และเป็นเจ้าของร่วมกัน เน้นการมีส่วนร่วมและเป็นกระบวนการเรียนรู้ มีการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพโดยถือเป็นภาระหน้าที่ร่วมกันของทุกคนในสังคม ไม่ใช่เป็นของคนภาคสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยกระบวนการทำงาน CHIA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การสร้างเครื่องมือของชุมชน การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชน การผลักดันสู่กระบวนการตัดสินใจ และการติดตามและประเมินผล

1.3.4 กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะในรูปแบบอื่นๆ

นอกจากการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไกของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแล้ว คสช. ยังจัดให้มีกลไกรูปแบบอื่นๆ ในการสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ อาจแบ่งได้ 2 รูปแบบหลัก (36) ได้แก่

- 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติขึ้นมารับผิดชอบเฉพาะเรื่อง เพื่อเป็นกลไกในการดูแลและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในประเด็นต่างๆ โดยระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 มีการจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติภายใต้ คสช. รวม 4 คณะ ได้แก่

- 1.1) คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ (แต่งตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2551) เพื่อให้การดูแลและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559
- 1.2) คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ (แต่งตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2551) ให้การดูแลและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550- 2554

- 1.3) คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ (แต่งตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2552) แต่งตั้งขึ้นตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 เรื่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี
 - 1.4) คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ (แต่งตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2554) เพื่อให้การดูแลและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พ.ศ. 2553-2562
- 2) การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบของเครือข่าย เช่น ประสานความร่วมมือกับมูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย) ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านเกษตรและอาหาร และการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรหรือสถาบันวิชาการในการพัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกัน เช่น ประสานความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้โครงการพัฒนาความร่วมมือเพื่อเสริมสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภาคอีสาน (พสส.)

1.4 การประเมินที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้ คสช. ที่ผ่านมา

การประเมินเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้ทราบถึงความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ผ่านมา เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น คสช. และ สช. ได้สนับสนุนให้มีการศึกษาและการประเมินที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. แบ่งตามกลไกของ คสช. ได้ดังต่อไปนี้

1.4.1 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการสำหรับขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพฯ รวม 2 ชุด หนึ่งในนั้นคือ คณะกรรมการติดตามสนับสนุน และประเมินผลธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่หลักในการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนการติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพฯ รวมถึงสนับสนุนการประเมินการดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพฯ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนที่เข้มแข็ง (37) อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2555 ไม่พบว่ามีประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับการนำธรรมนูญสุขภาพฯ ไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ในขณะที่การจัดการความรู้เกี่ยวกับธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ มักอยู่ในรูปแบบของเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือหนังสือถ่ายทอดประสบการณ์ในการพัฒนาธรรมนูญฯ จึงอาจกล่าวได้ว่าความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการนำธรรมนูญสุขภาพฯ ไปใช้ในทางปฏิบัติมีอยู่อย่างจำกัด อาจไม่เพียงพอที่จะใช้ในการทบทวนธรรมนูญสุขภาพฯ ที่จะขึ้นในปี พ.ศ. 2557

1.4.2 สมัชชาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

นับตั้งแต่การจัดสภาสถิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 จนถึงสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 พบว่ามีการศึกษาหรือการประเมินผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเกือบทุกครั้ง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษารูปแบบและกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ได้ข้อแนะนำสำหรับใช้ในการปรับปรุงการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีต่อไป เช่น การประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2547 โดยวิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ (38) ได้ประเมินกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นทั้งในขั้นตอนการเตรียมงาน และระหว่างการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยประเมิน 4 องค์ประกอบของกระบวนการนโยบาย คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ประกอบด้วยการประเมินภาพรวมของกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการประชุมสมัชชาฯ ครั้งต่อไป และการประเมินตามวัตถุประสงค์การจัดสมัชชาฯ เช่น การสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งพบว่า มีการจัดสรรผู้เข้าร่วมกระบวนการอย่างชัดเจน และกระจายอย่างทั่วถึงตามพื้นที่ กลุ่มอายุ อาชีพ และหน่วยงานต้นสังกัด แต่การเข้าร่วมของกลุ่มนักการเมืองและข้าราชการน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในขณะที่กลุ่มนักวิชาการและวิชาชีพมีจำนวนมากกว่าเป้าหมาย ต่อมา การประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2553 โดย ศุภวัณณ์ พลายน้อยและคณะ (39) กลับพบว่าภาควิชาการและวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมน้อยกว่าเป้าหมาย

หากพิจารณาสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในฐานะกลไกในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลไกนี้ประสบความสำเร็จอย่างชัดเจน ผ่านการจัดกิจกรรมต่างๆ ภายนอกห้องประชุม เช่น เวทีสัมมนาย่อย การจัดนิทรรศการ เป็นต้น ในขณะที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการแสดงความคิดเห็นภายในห้องประชุม ถึงแม้จะมีการเปิดโอกาสในการอภิปราย แต่การประเมินที่ผ่านมาก็ชี้ให้เห็นว่า สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีข้อจำกัดด้านเวลา จึงไม่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เพียงพอระหว่างผู้เข้าร่วมการประชุม โดยพบปัญหานี้ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (38) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ในช่วงเดียวกันที่พบว่า กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไม่ได้เป็นกระบวนการถกแถลง (Deliberative process) อย่างแท้จริง แต่เป็นไปอย่างประนีประนอมซึ่งกันและกัน เพื่อที่จะหาความเห็นที่เป็นเอกฉันท์ ภาพรวมของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในเวทีสมัชชาสุขภาพยังเป็นการรับรู้แบบผิวเผิน (40, 41) รวมถึงบางประเด็นในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นเรื่องซับซ้อนเกินกว่าที่ผู้เข้าร่วมประชุมจะสามารถแสดงความคิดเห็นได้ในเวลาที่จำกัด อีกทั้งการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีลักษณะที่เป็นทางการมีบรรยากาศที่ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนไม่คุ้นเคย เช่น ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประชาชนผู้มีส่วนร่วมในการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นต่อร่าง พ.ร.บ. ได้อย่างเหมาะสม และรูปแบบกระบวนการเป็นเพียงการมารับฟังข้อคิดเห็น ไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่เกิดการถกแถลง ทำให้ไม่เกิดสิ่งที่เรียกว่า “ฉันทามติ” ขึ้นในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในภาพรวม (42)

หากพิจารณาสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในฐานะที่เป็นกระบวนการทางการเมืองและกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะนั้น กลไกนี้ถูกนำมาใช้ในการทำประชาพิจารณ์ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2544 เพื่อเป็นเวทีและ

พื้นที่สาธารณะ เปิดโอกาสให้กับภาคประชาชนในการทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะ ในที่นี้ได้แก่ การยกวาง พ.ร.บ. ดังกล่าวที่รวบรวมเครือข่ายจากหลายภาคส่วนเข้ามาทำงานร่วมกัน (41) อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพสุขภาพส่วนใหญ่เป็นผู้ที่โดยเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพมาหลายครั้ง (43, 44) จึงอาจกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมาเป็นไปในวงจำกัดในแง่ประเภทของผู้มีส่วนร่วม

การประเมินผลสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 โดยศุภวัฑลีย์ พลายน้อยและคณะ (39) มุ่งเน้นการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามลักษณะของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ โดยตั้งกรอบการประเมินและพัฒนาตัวชี้วัดผ่านการประเมินรวม 5 ด้าน ได้แก่ หลักการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ระบบบริหารจัดการภาพรวม การประเมินต้นน้ำ การประเมินกลางน้ำ และการประเมินปลายน้ำ ทั้งนี้ นักวิจัยได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่า มีความสำเร็จในเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวนของมติที่เกิดขึ้นในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แต่ไม่สามารถหาข้อสรุปในด้านความสำเร็จเชิงกระบวนการ เช่น การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และการเรียนรู้อย่างสมานฉันท์

สำหรับการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ โดยเพ็ญแข ลากยั้ง (45) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้มีการนำมติไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การมีแผนยุทธศาสตร์เป็นรูปธรรมสมบูรณ์ มีเครือข่ายดำเนินงานอยู่แล้วเป็นทุนเดิม และมีหน่วยงานราชการระดับชาติรับผิดชอบโดยตรง เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้การประเมินมติที่ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติมากขึ้นเพียงใด และปัจจัยเหล่านี้จะสามารถช่วยในการคัดเลือกประเด็นที่น่าจะนำไปสู่การปฏิบัติได้เข้าสู่กระบวนการมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ที่มีการประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการจัดและสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จนถึงขณะดำเนินการประเมินนี้ ไม่พบว่ามีกรณีการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หากแต่พบการถอดประสบการณ์จากการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ (46) และการรายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติที่ได้จากสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก (47)

สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

ในบางจังหวัดได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดมาเป็นเวลานาน โดยประเด็นที่นำมาอภิปรายในสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดในระยะแรก (พ.ศ. 2541-2550) เป็นประเด็นเกี่ยวกับข้อมูลความเห็นและข้อเสนอแนะด้านนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาการยกวาง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งในปี พ.ศ. 2545 สุวจี กู๊ด (42) ศึกษารูปแบบสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ใน 7 จังหวัด ได้แก่ สกลนคร กาฬสินธุ์ สตูล สงขลา ปรานีบุรี นครปฐม และแม่ฮ่องสอน ครอบคลุมวิธีการนำเสนอประเด็น และเครื่องมือที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการแสดงความคิดเห็น เช่น รูปแบบการประชุม (เป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ) ความเหมาะสมของเนื้อหาในการ

ประชุม เป็นต้น นอกจากนี้ยังวิเคราะห์เชื่อมโยงผลจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่กับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การศึกษานี้พบว่า กระบวนการจัดการสมัชชาที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด โดยผู้จัดให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วมประชุมที่มีความหลากหลาย มีความพยายามสร้างความเข้าใจร่วมกันในการเข้ามาแสดงความคิดเห็น และการสร้างพลังเพื่อสนับสนุนร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าในหลายจังหวัดจะมีการสร้างการเรียนรู้ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิรูประบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในบางจังหวัดเกิดเพียงการรับรู้มากกว่าการเรียนรู้ และยังเข้าไม่ถึงแนวคิดและหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง (44)

ต่อมาเมื่อการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2546 การจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดจึงเปลี่ยนไปเป็นการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนเพิ่มการนำมติที่ได้จากสมัชชาสุขภาพไปสู่การปฏิบัติและขยายไปสู่ประเด็นอื่นๆ อย่างกว้างขวาง (28, 48) ในปี พ.ศ. 2551 วณิ ปิ่นประทีป (49) ประเมินความเหมาะสมของระบบการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ตามหลักเกณฑ์ในปี พ.ศ. 2550 ในพื้นที่เป้าหมาย 16 จังหวัด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน น่าน แพร่ พิจิตร เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ ลพบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม ปราจีนบุรี ตราด ขอนแก่น อุบลราชธานี เลย พัทลุง และสงขลา และพื้นที่ทั่วไป 16 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย กำแพงเพชร อุทัยธานี พิษณุโลก สระบุรี ราชบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว สกลนคร ร้อยเอ็ด หนองคาย อุดรธานี สุรินทร์ นครศรีธรรมราช ชุมพร และภูเก็ต พบว่า แต่ละจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จังหวัดส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลทางวิชาการในการดำเนินงานโดยการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ วิทยากร และที่ปรึกษาจากส่วนกลาง แต่การฝึกอบรมขาดความชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ และพบความล่าช้าในการออกแบบกระบวนการพัฒนานโยบายและการดำเนินงานของพื้นที่อันเป็นผลมาจากการพิจารณาโครงการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เสนอมาจากคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่ล่าช้า ทั้งนี้ จังหวัดส่วนใหญ่สามารถดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพได้ตามแนวทางที่กำหนดไว้ และบางจังหวัดมีข้อจำกัด เช่น การสื่อสารสาธารณะ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น

1.4.3 การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

ในช่วงก่อนประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีการประเมินผลการดำเนินงานของแผนงานวิจัยและพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและระบบ HIA ซึ่งสถาบันวิจัยสาธารณสุขจัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้าน HIA สำหรับประเทศไทย ในการประเมินผลได้วิเคราะห์ปัจจัยหรือเงื่อนไขในการดำเนินงานในด้านนี้ (50) ซึ่งพบว่า การดำเนินงานมีลักษณะทวนกระแสกับแนวนโยบายของรัฐที่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้คำนึงถึงเรื่องของสุขภาพ รวมถึงภัยคุกคามจากฝ่ายเสียประโยชน์ ส่งผลให้มีความยากลำบากในการดำเนินงาน และถึงแม้งานด้าน HIA จะสนองต่อความต้องการของประชาชน แต่การทำงานด้านนี้อยู่ในช่วงของการบุกเบิก เป็นการเรียนรู้ในลักษณะลองผิดลองถูก และยังขาดการทำงานร่วมกันแบบสหวิทยาการ ซึ่งมีผลต่อความน่าเชื่อถือต่อการทำ HIA ส่งผลต่อการนำ HIA ไปใช้ รวมถึงการขาดการประสานความร่วมมือในการทำงานของภาคีต่างๆ ทั้งภาคีด้านสุขภาพของการปฏิรูประบบสุขภาพ และนักวิชาการ เป็นต้น นอกจากนี้ยัง

พบว่า การรับรู้และเรียนรู้ในเรื่องของ HIA เกิดขึ้นจำกัดเฉพาะกับประชาชนที่ประสบปัญหาและเป็นประชาชนกลุ่มที่เห็นว่า HIA จะเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาได้ อย่างไรก็ดีตาม แต่ละพื้นที่มักยุติการดำเนินงาน เมื่อได้ทางเลือกเพื่อการปรับแก้ผลกระทบในระยะเริ่มแรก และส่วนใหญ่ขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานหรือการปรับแก้ผลกระทบอย่างต่อเนื่อง

ในปี พ.ศ. 2553 คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไก HIA สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวางเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาระบบ HIA ประเทศไทยในอีก 5 ปีข้างหน้า (47) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ HIA เป็นเครื่องมือสนับสนุนการพัฒนาให้คนไทยและสังคมไทยมีสุขภาพะ ซึ่งการที่จะบรรลุเป้าหมายได้ ระบบ HIA จะต้องกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมในสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้จากสหสาขาวิชาชีพ และถือว่าเป็นภาระหน้าที่ของทุกคนในสังคม ในการประชุมนี้แนะนำให้จัดระบบติดตามและประเมินผลการนำ HIA ไปใช้ การประเมินผลหลักเกณฑ์และวิธี HIA ที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โดย นฤมล ทับจุมพล และคณะ ในปี พ.ศ. 2554 (51) พบว่า HIA ช่วยแก้ปัญหาความขัดแย้งในอดีตที่เกิดจากการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment; EIA) โดยประสบความสำเร็จในการผลักดันการเชื่อมโยงแนวคิดผลกระทบด้านสุขภาพ เข้าไปในการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้กรอบการมองผลกระทบและพื้นที่การทำงานกว้างขึ้น อย่างไรก็ดี ผู้ประเมินพบว่า หลักเกณฑ์ HIA ยังมีปัญหาและข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติหลายด้าน ทั้งในเชิงหลักการและวิธีการ โดยในเชิงหลักการเรื่องความร่วมมือนั้น HIA เกิดขึ้นในเงื่อนไขทางการเมืองที่ไม่ต่างจาก EIA ที่เป็นเครื่องมือการต่อสู้ต่อรองระหว่างฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายที่ได้รับผลกระทบที่เป็นคู่ขัดแย้งกัน ทำให้การสร้างความร่วมมือระหว่างคู่ขัดแย้งเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ ยังพบปัญหาในเชิงโครงสร้างของการทำ HIA รวมถึงขาดกลไกติดตาม ตรวจสอบการทำ HIA ซึ่งผู้ประเมินเห็นว่า การแก้ปัญหาต้องดำเนินการไปทั้งในระดับการปรับหลักเกณฑ์และการปรับโครงสร้างที่รองรับ HIA เพื่อให้ HIA เป็นทั้งเครื่องมือการเรียนรู้และตรวจสอบโครงการจากมิติสุขภาพะที่ก้าวหน้ารอบด้าน และเป็นเครื่องมือการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการเปลี่ยนลักษณะความขัดแย้งที่เป็นอยู่จากการต่อสู้ด้วยวิธีการอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบในวงกว้าง มาเป็นการต่อสู้ด้วยความรู้อย่างเท่าเทียม อันจะทำให้สังคมไทยเป็นสังคมที่มีคุณภาพะ มีสุขภาพะทางสังคม และมีประชาธิปไตยที่เข้มแข็ง

นอกจากการประเมินดังกล่าวข้างต้น เอกสารเกี่ยวกับ HIA ที่พบส่วนมาก ได้แก่ รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการทำ HIA จากหลายพื้นที่ ซึ่งการสังเคราะห์องค์ความรู้เหล่านั้นจะมีประโยชน์ต่อการดำเนินการ HIA ในพื้นที่ที่มีลักษณะปัญหาใกล้เคียงกัน จึงอาจมีที่ใช้จำกัดเมื่อคำนึงถึงความหลากหลายของสภาพปัญหาระหว่างพื้นที่

1.4.4 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ

สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่น ไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการระดับชาติ หรือ เครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กร เป็นการประเมินคณะกรรมการระดับชาติในฐานะกลไกหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ เช่น การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดย ไพรัช บวรสมพงษ์และคณะ (52) ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งประเมินคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติที่จัดตั้งขึ้นภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ผลการประเมินพบว่า คณะกรรมการฯ ได้มาจากการคัดเลือกผู้ที่มีความเกี่ยวข้องและมีความสำคัญในการพัฒนาประเด็นนโยบายหนึ่งๆ โดยทำงานในลักษณะกลไกพหุภาคี ทั้งนี้ การกำหนดโครงสร้างคณะทำงานย่อยจาก 4 หน่วยงานหลักในฐานะกองเลขานุการซึ่งแต่ละหน่วยงานมีจุดเด่นที่สามารถนำมาใช้เสริมพลังกันได้ เป็นจุดเด่นของคณะกรรมการฯ นี้ อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการฯ มีข้อจำกัดด้านการทำงานอย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมการเกิดผลลัพธ์ในเชิงยุทธศาสตร์ กรรมการแต่ละคนมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์และเป้าหมายไม่ตรงกัน จึงขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

จะเห็นได้ว่า การประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ที่ผ่านมามุ่งเน้นไปที่กระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจในรูปแบบของกระบวนการสมัชชาสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน นอกจากนี้ การประเมินที่เกิดขึ้นเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ก็คือการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงการทำงานของ คสช. และการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีต่อไป ไป ถึงแม้ว่าในขณะนี้ คสช. ได้จัดตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลมติจากที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แต่ก็ยังเป็นเพียงการติดตามมติ ไม่มีการประเมินผล

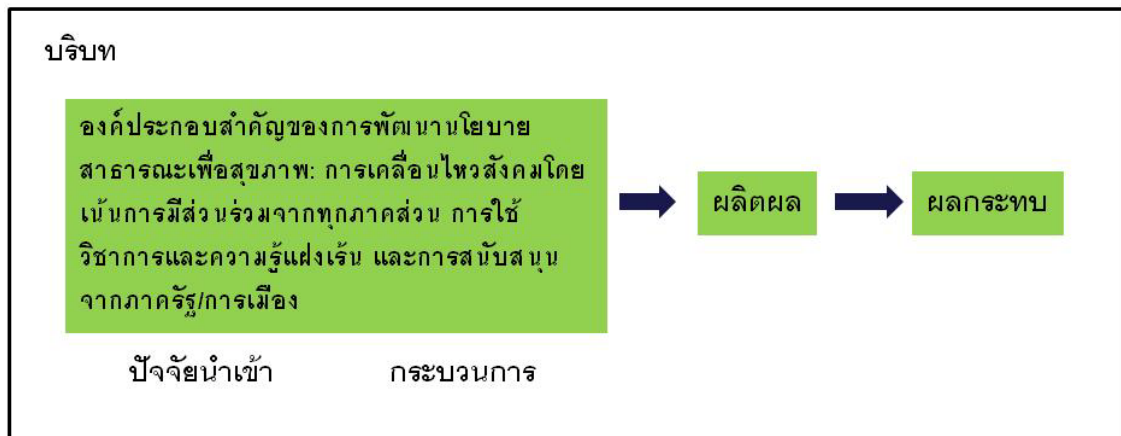
1.5 นัยสำคัญของการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพครั้งนี้

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมได้ถูกผลักดันและมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. โดยครอบคลุมกลไกสำคัญที่ คสช. ใช้ในการพัฒนานโยบาย ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบบ้านสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสาธารณะรูปแบบอื่นๆ ในการศึกษาวิเคราะห์ท่อนี้ให้เห็นผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินการพัฒนานโยบายสาธารณะภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาพรวมอย่างรอบด้าน โดยใช้ตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ ทั้งนี้ การประเมินไม่ได้มุ่งตัดสินการทำงานที่ผ่านมาของ คสช. และ สช. แต่เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในอนาคต

1.6 กรอบแนวคิดในการประเมิน

กรอบแนวคิดในการประเมินของการศึกษานี้ดัดแปลงมาจาก CIPP Model ที่พัฒนาโดย Stufflebeam (53) ที่มีการนำไปใช้ในการประเมินโครงการ หรือการปฏิบัติงานต่างๆ อย่างแพร่หลาย เนื่องจากช่วยให้มีความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และค้นพบสิ่งที่ต้องปรับปรุง ผลการประเมินจะช่วยชี้แนะแนวทางในการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนา นโยบายสาธารณะได้ตรงจุดมากขึ้น (54) โดย CIPP เป็นการประเมินใน 4 ประเด็นหลักคือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลผลิต โดยเมื่อประยุกต์ใช้ในการศึกษานี้ (รูปที่ 3) มีรายละเอียดดังนี้

- 1.6.1 การประเมินบริบท (Context evaluation: C) เป็นการศึกษาค้นคว้าปัจจัยแวดล้อมที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะที่สนใจ เช่น นโยบายด้านอื่นๆ ของรัฐบาล สภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม ศาสนา บรรทัดฐานทางสังคม การเกิดภัยพิบัติ ความก้าวหน้าทางวิชาการ ข้อตกลงระหว่างประเทศ เป็นต้น ซึ่งการประเมินบริบทในการศึกษานี้ไม่อยู่ในกรอบของการประเมินด้วยตัวชี้วัด แต่ผลการประเมินจะปรากฏอยู่ในแต่ละกรณีศึกษา
- 1.6.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation: I) เป็นการศึกษาองค์ประกอบต่างๆ ที่นำมาใช้ในการพัฒนานโยบาย เช่น สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ตลอดจนผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบาย อาจจะพิจารณาถึง เพศ อายุ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ความสามารถ ประสบการณ์ ความรู้ เป็นต้น ในการประเมินปัจจัยนำเข้าและกระบวนการนั้น พิจารณาองค์ประกอบสามส่วนจากยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่ง สช. ใช้เป็นหลักในการดำเนินงานและมีความสำคัญต่อกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ องค์ประกอบทั้งสามได้แก่ การเคลื่อนไหวสังคมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การใช้วิชาการและความรู้แฝงเร้น และการสนับสนุนจากภาครัฐ/ภาคการเมืองซึ่งการประเมินปัจจัยนำเข้าในการศึกษานี้ไม่อยู่ในกรอบของการประเมินด้วยตัวชี้วัด แต่ในขั้นตอนการประเมินกระบวนการและผลผลิตจะมีการวิเคราะห์รวมถึงปัจจัยนำเข้า
- 1.6.3 การประเมินกระบวนการ (Process evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อหาจุดแข็งและข้อควรปรับปรุงของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ศึกษากิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น เวลา ตลอดจนทรัพยากรที่ใช้ ซึ่งมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน เพื่อหาวิธีการพัฒนาหรือปรับปรุงแก้ไขสำหรับการดำเนินงานในอนาคต
- 1.6.4 การประเมินผลผลิต (Product: P) เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโครงการ โดยเฉพาะความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสุดท้ายการประเมินผลกระทบที่เกิดจากนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะพิจารณา สถานะสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ



รูปที่ 3 กรอบแนวคิดในการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

1.7 วัตถุประสงค์ของการประเมิน

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ระหว่าง พ.ศ.
2550-2554

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อทบทวนเนื้อหาของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนา
นโยบายดังกล่าว
- 2) เพื่อพัฒนาชุดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- 3) เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์หรือพันธกิจของ คสช. ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. 2550
- 4) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

บทที่ 2

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ซึ่งมีจุดมุ่งหมายหลักในการพัฒนาสถานะสุขภาพและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชน การที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าว ต้องการการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนข้อมูล ถกแถลง เพื่อแสวงหาทางเลือก การตัดสินใจและดำเนินการไปตามทิศทางหรือแนวทางที่นำไปสู่สุขภาพที่ดีคาดหวังไว้ร่วมกัน ซึ่งเป็นลักษณะอันพึงประสงค์ของกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ คสช. ส่งเสริมให้เกิดขึ้น (36) ในบทนี้กล่าวถึงขอบเขตของการศึกษา วิธีการศึกษาและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่คัดเลือกมาเป็นกรณีศึกษาในการประเมินนี้

2.1 ขอบเขตของการศึกษา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่ในการสนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการ ซึ่งอำนาจหน้าที่ของ คสช. ที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีดังนี้

1. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
2. เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าว พร้อมทั้งเปิดเผยให้สาธารณชนทราบด้วย
3. จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
4. จัดให้มี หรือส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย
5. กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ
6. เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาในการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ หรือการออกกฎกระทรวงตาม พ.ร.บ.นี้
7. กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินการของคณะกรรมการบริหารและสำนักงาน
8. แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ คสช. มอบหมาย

9. วางระเบียบว่าด้วยเบี้ยประชุมที่มีใช้เบี้ยประชุมของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและระเบียบว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตาม พ.ร.บ. นี้

10. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ. นี้หรือกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

จากอำนาจหน้าที่ของ คสช. ข้างต้น จะเห็นได้ว่า คสช. และ สช. สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ผ่านกลไกหลัก 4 กลไก ได้แก่

- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552
- สมัชชาสุขภาพ 3 ประเภท ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่
- การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายสาธารณะ
- การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการระดับชาติ

ดังนั้น การศึกษานี้ทำการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไกหลักทั้ง 4 ของ คสช. แต่ไม่ประเมินอำนาจหน้าที่ของ คสช. ในข้อ 7, 9 และ 10 ข้างต้น

2.2 วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังโดยใช้กรณีศึกษาในการประเมิน และคณะนักวิจัยดำเนินงานภายใต้การกำกับและดูแลโดยคณะกรรมการกำกับทิศ ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสุขภาพ การวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ ทั้งนี้ การดำเนินงานในทุกขั้นตอนของการศึกษาจะมีการประสานงานและมีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับ คสช. และ สช. ผ่านการประชุมรับฟังความเห็นในขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการประเมินครั้งนี้จะมีความสอดคล้องและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อ คสช. สช. และสังคมโดยรวม นอกจากนี้ คณะนักวิจัยมีการประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนในขั้นตอนต่างๆ รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันเป็นประจำทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง (เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2555 จนถึงสิ้นสุดการศึกษา) โดยขั้นตอนการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ทบทวนเอกสารต่างๆ ได้แก่ หนังสือ นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานการวิจัย รวมถึงบทความบนเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่ แนวคิด หลักการและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ ความเป็นมาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย เกณฑ์การคัดเลือกและแนวทางการคัดเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาเป็นกรณีศึกษาการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ผ่านมา และการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับใช้ในการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

2.2.2 คัดเลือกกรณีศึกษาจาก 4 กลไกของ คสช. (รายละเอียดของการคัดเลือกกล่าวต่อไปในบทนี้) ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 นโยบายสาธารณะที่มาจากสมัชชาสุขภาพในแต่ละระดับ การประเมินผล

กระบวนทัศน์สุขภาพระดับชุมชน และการพัฒนานโยบายสาธารณะในรูปแบบคณะกรรมการระดับชาติ ในขั้นตอนนี้ มีการจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และบุคลากรของ สช. เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อนโยบายสาธารณะที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษา

2.2.3 พัฒนาชุดตัวชี้วัดเพื่อการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ทบทวนคำจำกัดความและหลักการเกี่ยวกับหรือกล่าวถึงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากเอกสารทั้งใน และต่างประเทศ โดยอาศัยการสืบค้นจากฐานข้อมูล Google Scholar, ScienceDirect, CINAHL รวมทั้ง อาศัย
 - การสืบค้นแบบ Snowball โดยพิจารณาตามเอกสารอ้างอิงในบทความหรือหนังสือที่สืบค้นได้ในขั้นต้น และมีความเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
 - เอกสารที่ได้รับจาก สช.
- กรองคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อใช้ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ตัวชี้วัดในการประเมิน ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมได้นำมาหารือในคณะผู้วิจัยเพื่อหาข้อสรุป
- คัดเลือกและจัดกลุ่มตัวชี้วัดโดยพิจารณาความสอดคล้องกับรอบการศึกษา
- นำชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นไปทดลองเก็บข้อมูลที่ จ.นครปฐม ในวันที่ 18 เมษายน 2555 โดยการสนทนากลุ่ม กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจำนวน 3 ท่าน รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบาย สาธารณะผ่านกลไกธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ท่าน และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความ สอดคล้องเหมาะสม²
- นำเสนอร่างชุดตัวชี้วัดเพื่อการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่อบุคลากรของ สช. (วันที่ 23 พฤษภาคม 2555) รวมถึงคณะกรรมการกำกับทิศทางของการศึกษานี้ (วันที่ 6 มิถุนายน 2555) เพื่อ ปรับแก้ไขรอบสุดท้ายก่อนนำไปใช้ประเมินในขั้นตอนต่อไป

2.2.4 เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในแต่ละกรณีศึกษา โดยการทบทวนเอกสารที่ เกี่ยวข้อง เช่น หนังสือ นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานการวิจัยและบันทึกการประชุม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลจาก ภาคส่วนต่างๆ จำนวน 74 ท่าน (โดยนักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์) การสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลจากภาคส่วนต่างๆ จำนวน 191 ท่าน (โดยนักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม) รวมถึงการเข้าร่วมสังเกตการณ์กิจกรรมต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง เช่น การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (รายละเอียดการเก็บข้อมูล แสดงในภาคผนวก ตารางที่ 1) นอกจากการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจากภาคส่วนต่างๆ ดังกล่าวแล้ว คณะผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับบุคลากรของ สช. รวมถึงคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบาย

² ผลการนำชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นไปเก็บข้อมูลเบื้องต้น พบว่า ชุดตัวชี้วัดสามารถนำไปใช้ในการประเมินได้ แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าชุดตัวชี้วัดนี้ มีความเหมาะสมหรือไม่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในขั้นตอนนี้มีจำนวนน้อยเกินไป จึงใช้การเก็บข้อมูลในกรณีศึกษาของโครงการวิจัยนี้เป็น การทดสอบความเหมาะสมของตัวชี้วัด

สาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. เช่น คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คป.) เป็นต้น รวมทั้งสิ้น 29 ท่าน เพื่อให้เห็นภาพรวมของการดำเนินงานในแต่ละกลไกนอกเหนือจากกรณีศึกษา ทั้งนี้ ได้มีการบันทึกเทปการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม รวมถึงการประชุมต่างๆ ไว้ และนำมาถอดความแบบคำต่อคำเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ต่อไป

- 2.2.5 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยนำเสนอต่อบุคลากรของ สช. ในการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นและปรึกษาหารือที่จัดขึ้นเป็นระยะๆ (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ตารางที่ 2)
- 2.2.6 จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และนำเสนอผลการประเมินและข้อเสนอแนะต่อบุคลากรของ สช. (วันที่ 9 มกราคม 2556) และต่อคณะกรรมการกำกับทิศของโครงการประเมินนี้ (วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2556) เพื่อรับฟังความคิดเห็น และนำมาปรับปรุงข้อเสนอแนะ
- 2.2.7 จัดทำรายงานการประเมินผลการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 เสนอต่อ คสช. และ สช.

2.3 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่คัดเลือกมาเป็นกรณีศึกษา

ในการประเมินการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. นี้ หากพิจารณา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่พัฒนาผ่านแต่ละกลไกภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายสาธารณะ และคณะกรรมการระดับชาติ มีความแตกต่าง หลากหลายและมีอยู่เป็นจำนวนมาก รวมถึงกระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะของแต่ละกลไกมีรูปแบบ แนวคิด หลักการที่ต่างกันไป และมีความซับซ้อน ดังนั้น จึงได้คัดเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่นำมาเป็นกรณีศึกษาในการประเมิน เพื่อให้การทำความเข้าใจหรืออธิบายเหตุผลที่มาที่ไปของปรากฏการณ์ หรือพฤติกรรมของตัวแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นไปด้วยดี โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกดังต่อไปนี้

- 2.3.1 ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด หลักการและการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยอาศัยกลไกหลักของ คสช. ทั้ง 4 กลไก รวมถึงทบทวนนโยบายสาธารณะที่พัฒนาผ่านกลไกดังกล่าว
- 2.3.2 เลือกกรณีศึกษา ซึ่งในการประเมินนี้เป็นแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์หรือเหตุผลของการคัดเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในแต่ละกลไก เมื่อได้ผลการคัดเลือกกรณีศึกษาแล้ว นักวิจัยจัดประชุม นำเสนอผลการคัดเลือกต่อผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และบุคลากรของ สช. เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษาในการประเมินนี้ ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2555 (55) ซึ่งผลการคัดเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาเป็นกรณีศึกษาในแต่ละกลไก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

คสช. กำหนดเป้าหมายของการนำธรรมนูญสุขภาพฯ ไปใช้เป็นฐานอ้างอิง เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพจากหน่วยงาน องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งในระดับประเทศ ระดับองค์กร และระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแนวคิดและหลักการของธรรมนูญสุขภาพฯ ดังนั้น การเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาเป็นกรณีศึกษาสำหรับการพัฒนานโยบายภายใต้กรอบธรรมนูญสุขภาพฯ นี้ ได้เลือกให้ครอบคลุมการดำเนินการใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับชาติ ระดับองค์กร และระดับพื้นที่ โดยผลการคัดเลือกกรณีศึกษาเป็นดังนี้

- **ระดับประเทศ** - เลือกนโยบายส่งเสริมการลงทุนโดยศึกษาเปรียบเทียบกับ กรณีการขับเคลื่อนธรรมนูญในประเด็น นโยบายการเป็นศูนย์กลางการบริการด้านสุขภาพ (Medical hub) ซึ่งมีสาระคาบเกี่ยวกับกรณีศึกษาของนโยบายส่งเสริมการลงทุนมากแต่ผลการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร (36)
- **ระดับองค์กร** - เลือกแผนยุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2554 – 2559 ในความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเชื่อมโยงกับธรรมนูญสุขภาพฯ ในหมวด 3, 6 และ 12 และ แผนยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2554 – 2558 ในความรับผิดชอบของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งเชื่อมโยงกับธรรมนูญสุขภาพฯ ในหมวด 1 ซึ่งสองกรณีศึกษานี้เป็นความก้าวหน้าระดับองค์กรที่ระบุในรายงานประจำปี พ.ศ. 2553 (36) และมีจุดเด่นที่เป็นองค์กรระดับชาติในสาขาสุขภาพ (Health sector) ที่มีหลักคิดและทิศทางการทำงานสอดคล้องกับเนื้อหาของธรรมนูญสุขภาพฯ อยู่แต่เดิมก่อนมีธรรมนูญสุขภาพฯ ดังจะเห็นได้จากผู้บริหารระดับสูงขององค์กรทั้งสองนี้ดำรงตำแหน่งกรรมการในคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานที่ คสช. แต่งตั้ง
- **ระดับพื้นที่** - เลือกพื้นที่ในบริเวณใกล้เคียงกันของภาคเหนือซึ่งมีจำนวนพื้นที่ดำเนินการซึ่งปรากฏความก้าวหน้าหลากหลายมากกว่าภาคอื่นๆ โดยจำแนกตามความก้าวหน้าของการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ที่แตกต่างกัน 3 ประเภทได้แก่ มีการประกาศใช้แล้ว อยู่ระหว่างการยกร่าง และไม่มี ความก้าวหน้าใดๆ ทั้งนี้ ข้อมูลประกอบการพิจารณาเลือกอาศัยผลการวิเคราะห์การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ตามเอกสารของ คสช. โดยพื้นที่ที่เลือกเป็นกรณีศึกษา มีดังนี้
 - กลุ่มที่ประกาศใช้แล้ว
 - 1) อำเภอสารภี จ.เชียงใหม่
 - 2) อำเภอเมือง จ.ลำพูน
 - 3) อำเภอท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช
 - 4) จ.ฉะเชิงเทรา
 - 5) สมัชชาล้านนา
 - กลุ่มที่กำลังยกร่าง
 - 1) ลุ่มน้ำวัง ได้แก่ พื้นที่ลุ่มน้ำแม่ต๋อย และลุ่มน้ำวังตอนกลาง อบต.พิชัย อ.เมือง จ.ลำปาง

2) กวีานพะเยา จ.พะเยา

○ กลุ่มที่ไม่มีความก้าวหน้า

1) อำเภอดอกคำใต้ จ.พะเยา

2) อำเภอเมืองปาน จ.ลำปาง

สมัชชาสุขภาพ

บทบาทหน้าที่ของสมัชชาสุขภาพที่เห็นได้ชัด คือ การเป็นเวทีสาธารณะที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เน้นถึงการสร้างความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการให้มีความเท่าเทียมกัน ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมประสานระหว่างกลุ่มบุคคล หน่วยงานและองค์กร รวมถึงการสร้างความตระหนักให้ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญของการพัฒนานโยบายสาธารณะ การเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาเป็นกรณีศึกษาในกรณีนี้ จึงเลือกให้ครอบคลุมสมัชชาสุขภาพทั้ง 3 ประเภท คือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

- **สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** - เลือกนโยบายสาธารณะฯ ที่ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเฉพาะในครั้งที่ 1 – 3 เพื่อให้เห็นภาพที่สมบูรณ์ของการพัฒนานโยบายสาธารณะซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 35 ประเด็น โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ขอบเขตของนโยบายสาธารณะที่มีแนวโน้มส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของคนในสังคม และปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ทางสังคม รวมถึงมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผู้ได้และเสียประโยชน์จำนวนมาก จึงทำให้ประเด็นนโยบายสาธารณะดังกล่าวเป็นที่สนใจของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงเป็นที่สนใจของสาธารณะโดยอาจส่งผลให้ประเด็นนโยบายนั้นๆ ผ่านเข้าเป็นวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1-3 มากกว่า 1 ครั้ง (การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม) หรือใช้เวลาพิจารณาเอกสารร่างมติในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติยาวนาน (การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย) ซึ่งใช้เวลาในการพิจารณาเพื่อแก้ไขปรับปรุงเอกสารร่างมติร่วมกันระหว่างนักวิชาการ ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน ผู้แทนสมาคมที่เกี่ยวข้องหรือมีองค์ความรู้เฉพาะในเรื่องนั้นให้ความสนใจเข้าร่วมเพื่อสร้างข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ **แผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยนาโนเทคโนโลยี** เปรียบเทียบกับ **แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ** ซึ่งเป็นประเด็นนโยบายที่มีขอบเขตกว้างกว่า เกี่ยวข้องกับกลุ่มคนหลายภาคส่วน

- **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่** – เลือก 2 จังหวัดในแต่ละภาค เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านสมัชชาสุขภาพในจังหวัด โดยอาศัยเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือก 3 ประการ คือ
 - 1) เป็นจังหวัดที่มีการติดต่อประสานงานกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้สามารถระบุผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) โดยการชี้แนะของ คสช. ได้
 - 2) เป็นจังหวัดที่มีการนำเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 จำนวนหลายประเด็น ซึ่งสะท้อนถึงหลักฐานความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย โดยคัดเลือกภาคละหนึ่งจังหวัด และ
 - 3) เป็นจังหวัดที่มีการนำเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพียงไม่กี่ประเด็น หรือไม่มีการนำเสนอเลย โดยคัดเลือกภาคละหนึ่งจังหวัด จากหลักการดังกล่าว สามารถคัดเลือกพื้นที่จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่
 - ภาคเหนือ: จ.เชียงราย (มีจำนวนประเด็นที่นำเสนอต่อ สช. หลายประเด็น/มีหลักฐานการประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย) และ จ.ลำปาง (มีจำนวนประเด็นที่นำเสนอต่อ สช. น้อย)
 - ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: จ.เลย (มีจำนวนประเด็นที่นำเสนอต่อ สช. หลายประเด็น/มีหลักฐานการประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย) และ จ.หนองคาย (มีจำนวนประเด็นที่นำเสนอต่อ สช. น้อย)
 - ภาคกลาง: จ.สมุทรปราการ (มีจำนวนประเด็นที่นำเสนอต่อ สช. หลายประเด็น/มีหลักฐานการประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย) และ จ. ประจวบคีรีขันธ์ (มีจำนวนประเด็นที่นำเสนอต่อ สช. น้อย)
 - ภาคใต้: จ.นครศรีธรรมราช (มีจำนวนประเด็นที่นำเสนอต่อ สช. หลายประเด็น/มีหลักฐานการประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย) และ จ.กระบี่ (มีจำนวนประเด็นที่นำเสนอต่อ สช. น้อย)

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) เป็นกลไกการพัฒนานโยบายที่มุ่งการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม ในการแสวงหาข้อมูล หลักฐาน เพื่อวิเคราะห์ คาดการณ์ ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการ กิจกรรม แผนงาน และนโยบายสาธารณะต่างๆ นำไปสู่การเกิดทางเลือกในเชิงนโยบายที่หลากหลาย ช่วยในกระบวนการตัดสินใจกำหนดนโยบายในทุกระดับที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพ ทั้งนี้การดำเนินงาน HIA ในระดับจังหวัดหรือพื้นที่ มีทั้งที่เชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพจังหวัดและธรรมนูญสุขภาพในระดับพื้นที่ และที่เป็นการขับเคลื่อนเฉพาะพื้นที่/ เฉพาะกลุ่มปัญหา ที่ไม่เชื่อมโยงชัดเจนกับกลไกนโยบายสาธารณะอื่นๆ ดังนั้น การเลือกกรณีศึกษาในกรณีของ HIA จึงเลือกเป็นพื้นที่ เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของการดำเนินงานระหว่าง HIA และสมัชชาสุขภาพจังหวัด รวมถึงการเลือกใช้กลไกนโยบายที่แตกต่างกันของกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ โดยเลือกพื้นที่ที่ได้รับ

ผลกระทบจากโครงการพัฒนาหรือนโยบายต่อวิถีชีวิตของชุมชน มีประวัติการเคลื่อนไหวเพื่อปกป้องตนเองจากผลกระทบดังกล่าว และตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับกรณีศึกษาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ได้แก่

- ภาคเหนือ: ตำบลแม่ถอด อำเภอเถิน จ. ลำปาง
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: ตำบลนาดินคำ อำเภอเมือง จ. เลย
- ภาคกลาง: ตำบลบ้านกรูด อำเภอบางสะพาน จ. ประจวบคีรีขันธ์
- ภาคใต้: อำเภอท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช

การพัฒนานโยบายสาธารณะรูปแบบอื่น

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่น ภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติ การจัดเครือข่ายโดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน/องค์กรอื่นๆ จะเห็นได้ว่ารูปแบบการจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติ เป็นรูปแบบที่เป็นทางการและเป็นระบบ ดังนั้น การประเมินนี้จึงพิจารณาเลือกกรณีศึกษาจากคณะกรรมการระดับชาติที่ผ่านมา โดยนักวิจัยเลือก **คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ** มาเป็นกรณีศึกษา เนื่องจากเป็นคณะกรรมการระดับชาติที่จัดตั้งในปีแรกๆ หลังจากมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อให้เห็นภาพที่สมบูรณ์ตั้งแต่การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้วยกลไกนี้

ตารางที่ 1 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่คัดเลือกมาเป็นกรณีศึกษาและเกณฑ์การคัดเลือก

กลไกในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษา	เกณฑ์/เหตุผลผลการคัดเลือกกรณีศึกษา
<p>○ ระดับประเทศ</p> <p>○ ระดับองค์กร</p> <p>○ ระดับพื้นที่</p>	<p>ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>นโยบายส่งเสริมการลงทุน</p> <p>นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ</p> <p>แผนยุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2554 – 2559</p> <p>แผนยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2554 – 2558</p> <p>ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่ดังต่อไปนี้</p> <p>- อ.สารภี จ.เชียงใหม่</p> <p>- อ.เมือง จ.ลำพูน</p>	<p>1) ครอบคลุมการดำเนินการใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับชาติ ระดับองค์กร และระดับพื้นที่ที่บ่งชี้ความตั้งใจและสมมติฐาน (Working hypothesis)³ ของ คสช. ในการแปลงแนวคิดและหลักการของธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>2) มีความก้าวหน้าในการผลักดันหรือดำเนินการที่สะท้อนผลจากการปฏิบัติตามความตั้งใจและสมมติฐานในข้อ 1.</p> <p>ทั้งสองนโยบายมีสาระคาบเกี่ยวกันแต่มีความสำเร็จในการดำเนินงานต่างกัน โดยนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติประสบความสำเร็จค่อนข้างน้อย</p> <p>1) ทั้ง 2 กรณีเป็นความสำเร็จของการนำธรรมนูญสุขภาพฯ ไปใช้ในระดับองค์กรที่ระบุในรายงานประจำปี 2553</p> <p>2) องค์กรที่รับผิดชอบทั้ง 2 กรณีมีหลักคิดและทิศทางการทำงานสอดคล้องกับธรรมนูญฯ อยู่แต่เดิมก่อนมีธรรมนูญสุขภาพฯ การศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายทั้งสองจึงอาจช่วยแสดงให้เห็นว่า การผลักดันให้องค์กรทั้งสองมีแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว เพิ่มคุณค่าอะไรแตกต่างไปจากในกรณีที่ไม่มีธรรมนูญสุขภาพฯ ความคืบหน้าที่ปรากฏน่าจะบ่งชี้ความสำเร็จที่เป็นไปได้มากที่สุด (Best case scenario) ในการประเมินผลสัมฤทธิ์การทำงานของคสช.</p> <p>ความหลากหลายในการดำเนินงาน โดยพื้นที่บริเวณภาคเหนือมีจำนวนพื้นที่ซึ่งปรากฏผลงานก้าวหน้าหลากหลายมากกว่าภาคอื่นเมื่อจำแนกตามความก้าวหน้าต่างกัน 3 ประเภท ได้แก่ ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพฯ แล้ว อยู่ระหว่างการยกร่าง และไม่มีควมคืบหน้าใดๆ</p>

³ ตามเอกสารเกี่ยวกับมติทางกฎหมายที่ใช้ประกอบการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ นักวิชาการวิเคราะห์ว่า “แนวทางที่จะทำให้เนื้อหาของธรรมนูญสุขภาพ มีผลผูกพันต่อหน่วยงานของรัฐอย่างจริงจังแน่นอนคือการทำให้สาระสำคัญของธรรมนูญฯ เป็นเครื่องมือในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจะต้องร่วมกับสมัชชาสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพ ในการผลักดันให้ประชาชนใช้สิทธิเสนอร่างพระราชบัญญัติ (ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ) ต่อรัฐสภาตามมาตรา 163 ของรัฐธรรมนูญ จึงจะทำให้พระราชบัญญัตินี้กลายเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพสมดังเจตนารมณ์ของผู้มีส่วนยกร่างกฎหมาย” ...ที่มา ไพศาล ลิ้มสถิตย์ รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ขอบเขตการปฏิบัติงานโครงการสังเคราะห์ความรู้ เรื่อง “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ : มติทางกฎหมาย” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 21 กันยายน 2550

กลไกในการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ	นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษา	เกณฑ์/เหตุผลการคัดเลือกกรณีศึกษา
	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มน้ำวัง จ.ลำปาง - กว๊านพะเยา จ.พะเยา - อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา - อ.เมืองปาน จ.ลำปาง - อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช - จ.ฉะเชิงเทรา - สมัชชาล้านนา 	
สมัชชาสุขภาพ		
<ul style="list-style-type: none"> ● สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 	การแก้ปัญหาภัยรุ่มไทยกับการตั้งครมที่ไม่พร้อม การเข้าถึงยาถั่วเหลืองของประชากรไทย	<ol style="list-style-type: none"> 1) เป็นนโยบายที่มีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อคนในสังคม รวมถึงมีผู้ได้ประโยชน์และผู้เสียประโยชน์อย่างมาก ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประเด็นนโยบายได้รับการบรรจุในวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มากกว่า 1 ครั้ง (<i>การแก้ปัญหาภัยรุ่มไทยกับการตั้งครมที่ไม่พร้อม</i>) หรือใช้เวลาพิจารณาในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติยาวนาน (<i>การเข้าถึงยาถั่วเหลืองของประชากรไทย</i>) 2) การคัดเลือกพิจารณาจากประเด็นนโยบายที่มีมิติสมัชชาฯ ครั้งที่ 1 หรือ 2 หรือ 3 เพื่อให้เห็นภาพที่สมบูรณ์ตั้งแต่การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย
<ul style="list-style-type: none"> ● สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น 	แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี	เป็นประเด็นนโยบายที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้แสดงหลักในขอบเขตที่แตกต่างกัน โดยเป็นประเด็นที่มีขอบเขตแคบ/จำเพาะเจาะจงที่มีกลุ่มคนเพียงบางกลุ่มหรือบางองค์กรที่เกี่ยวข้องหรือมีองค์ความรู้เฉพาะประเด็นนี้ (<i>แผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี</i>) หรือ เป็นประเด็นที่มีขอบเขตกว้าง เกี่ยวข้องกับกลุ่มคนหลายภาคส่วน (<i>แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ● สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ 	นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่ดังต่อไปนี้ ภาคเหนือ: จังหวัดเชียงราย และ จังหวัดลำปาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: จังหวัดเลยและ จังหวัดหนองคาย ภาคกลาง: จังหวัดสมุทรปราการ และ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ภาคใต้: จังหวัดนครศรีธรรมราช และ จังหวัดกระบี่	พิจารณาเลือก 2 จังหวัด ในแต่ละภาค เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในจังหวัดที่มีประเด็นนโยบายที่เสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหลายประเด็น/ความสำเร็จมาก (เชียงราย เลย สมุทรปราการและนครศรีธรรมราช) กับจังหวัดที่มีประเด็นนโยบายที่เสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ/ความสำเร็จน้อยหรือไม่มี (ลำปาง หนองคาย ประจวบคีรีขันธ์และกระบี่)

กลไกในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษา	เกณฑ์/เหตุผลการคัดเลือกกรณีศึกษา
การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ	<p>การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพระดับชุมชนที่ดำเนินการในพื้นที่ดังต่อไปนี้</p> <p>ภาคเหนือ: ต.แม่ถอด อ.เถิน จังหวัดลำปาง</p> <p>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: ต.นาดินดำ อ.เมือง จังหวัดเลย</p> <p>ภาคกลาง: ต.บ้านกรูด อ.บางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์</p> <p>ภาคใต้: อ.ท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) เลือกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพระดับชุมชนเป็นกรณีศึกษา เพื่อให้เห็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในพื้นที่ผ่านกลไกที่ใช้ในพื้นที่ ทั้งสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพระดับชุมชน 2) พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากโครงการพัฒนาหรือนโยบายต่อวิถีชีวิตของชุมชน มีประวัติการเคลื่อนไหวเพื่อปกป้องตนเองจากผลกระทบดังกล่าว
การพัฒนานโยบายสาธารณะรูปแบบอื่น	คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ	<ol style="list-style-type: none"> 1) เลือกการดำเนินการพัฒนานโยบายโดยคณะกรรมการระดับชาติเป็นกรณีศึกษา เนื่องจากเป็นกลไกที่มีรูปแบบเป็นทางการและมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ 2) เลือกคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากเป็นคณะกรรมการระดับชาติที่จัดตั้งในปีแรกๆ หลังจากมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เห็นภาพที่สมบูรณ์ตั้งแต่การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย

บทที่ 3

ผลการศึกษา

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะที่เป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการดังกล่าว ได้ดำเนินงานตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (57) ได้แก่ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไกต่างๆ โดยมีหลักการสำคัญคือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งข้อมูลข่าวสาร ความรู้และประสบการณ์ การผลักดันนโยบายและติดตามผลการดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งประกอบด้วยการใช้ปัญญา การเคลื่อนไหวทางสังคม และการมีส่วนร่วมทางการเมืองในกระบวนการนโยบาย

ในบทนี้ นำเสนอผลการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่

- 3.1) ผลการพัฒนาชุดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- 3.2) ผลการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น
- 3.3) ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช.

3.1 ผลการพัฒนาชุดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ชุดตัวชี้วัดที่จะใช้ในการประเมินครั้งนี้ได้พัฒนาขึ้นตามวิธีการดังที่ได้กล่าวแล้วในบทที่ 2 กล่าวคือนักวิจัยทบทวนหลักการที่เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ปรากฏในเอกสารทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องของหลักการเหล่านั้นกับหลักการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งเอกสารอื่นๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ของ สช. เป็นต้น นอกจากนี้ นักวิจัยยังพิจารณาความสอดคล้องกับกรอบการศึกษา (ดัดแปลงจาก CIPP Model) ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการและผลผลิตของการพัฒนานโยบายทั้งระยะสั้นและระยะยาว นักวิจัยได้คัดเลือกตัวชี้วัดทั้งหมด 17 ตัวชี้วัด แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ 1) ตัวชี้วัดกระบวนการพัฒนานโยบาย (Policy process) 2) ตัวชี้วัดเนื้อหาของนโยบาย (Policy content) 3) ตัวชี้วัดผลสำเร็จของนโยบาย (Policy achievement) และ 4) ตัวชี้วัดผลกระทบจากนโยบาย (Policy impact) ดังแสดงในตารางที่ 2 ส่วนบริบท (Context) หรือปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนานโยบายนั้น นักวิจัยได้นำมาวิเคราะห์โดยไม่มีกำหนดตัวชี้วัด เนื่องจากปัจจัยส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่ คสช. และ สช. ไม่สามารถควบคุมหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินตามกรอบการศึกษา

ชุดตัวชี้วัด

กลุ่มที่ 1 ตัวชี้วัดกระบวนการพัฒนานโยบาย (Policy process)

1.1 การมีส่วนร่วม (Participation)

- ความเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (Representation of key stakeholders)
- การแสดงความคิดเห็นของตัวแทน (Voice)
- ช่องทางการเข้าร่วมที่หลากหลาย (Multiple-channels)

1.2 การมีข้อมูลที่สมดุลกัน (Balanced information)

1.3 ความเหมาะสมกับเวลา/ฤดูกาลเทศะ (Timeliness)

1.4 การแบ่งปันข้อเท็จจริง และการตีความ (Sharing facts and interpretation)

1.5 การดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นเอกฉันท์ (Consensus building)

กลุ่มที่ 2 ตัวชี้วัดเนื้อหาของนโยบาย (Policy content)

2.1 การคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพอย่างชัดเจน (Explicit concern for health and equity)

2.2 ความรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดจากนโยบายนั้นๆ (Accountable for health impact consequences)

กลุ่มที่ 3 ตัวชี้วัดผลสำเร็จของนโยบาย (Policy achievement)

3.1 ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นเจ้าของนโยบาย (Sense of belonging/ownership)

3.2 มีการใช้ประโยชน์จากนโยบาย (Making use)

3.3 การเคลื่อนไหวในเชิงต่อต้าน (Contradictory movement)

3.4 การพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีส่วนร่วม (Capacity building)

3.5 การตัดสินใจที่เกิดจากการลดลงของความเห็นที่แตกต่างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ (Minimized polarization of decision)

3.6 การตัดสินใจที่เป็นผลมาจากความรู้ที่เพิ่มขึ้น (Knowledge gain influence decision)

กลุ่มที่ 4 ตัวชี้วัดผลกระทบจากนโยบาย (Policy impact)

4.1 สุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี (Improving health and well-being)

4.2 ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ (Achieving equity in health)

กลุ่มที่ 1 ตัวชี้วัดกระบวนการพัฒนานโยบาย (Policy process) ครอบคลุมทั้งปัจจัยนำเข้าและลักษณะของกระบวนการพัฒนานโยบายจำนวน 5 ตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

1.1 การมีส่วนร่วม (Participation) สิ่งสำคัญในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามแนวทางที่ระบุใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา นั้น สอดคล้องกับ หลักการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนหรือคัดค้านนโยบายควรเป็นบุคคลหรือตัวแทนของกลุ่มบุคคลที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากนโยบายสาธารณะนั้นๆ (58-60) กรณีที่กลุ่มบุคคลส่งตัวแทนมาเข้าร่วม การคัดเลือกตัวแทนของกลุ่มควรมาจากกระบวนการคัดเลือกที่เป็นระบบ โดยที่ตัวแทนของกลุ่มเป็นผู้ที่มีความตระหนักถึงผลประโยชน์ของกลุ่ม ดำเนินการเคลื่อนไหว อภิปรายแสดงความคิดเห็นเพื่อปกป้องผลประโยชน์หรือทำให้เป็นไปตามความต้องการของกลุ่ม และสามารถสื่อสารเพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจวัตถุประสงค์หรือผลประโยชน์ของกลุ่มที่ตนเองเป็นผู้แทน (59, 61) ตัวชี้วัดที่นักวิจัยคัดเลือกเพื่อแสดงถึงการมีส่วนร่วมประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

1.1.1 ความเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (Representation of key stakeholders)

หลักการและเหตุผล: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญของการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากเป็นผู้ที่จะได้รับผลกระทบจากนโยบาย จึงควรได้เข้าร่วมแสดงจุดยืนและทำที่ นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มที่จะมีความเข้าใจถึงผลกระทบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากกว่าคนกลุ่มอื่นๆ ตลอดจนจะเป็นผู้ที่อาจจะขับเคลื่อนนโยบายต่อไป ดังนั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักทุกกลุ่ม ไม่จำเพาะเจาะจงเพียงกลุ่มที่มีความเห็นไปในแนวเดียวกัน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการได้รับฟังความคิดเห็นและเหตุผลของทุกฝ่ายที่มีวัตถุประสงค์หรือผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน

นิยามของตัวชี้วัด: ตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายประกอบด้วย กลุ่มที่ได้และเสียประโยชน์ ครอบคลุมทั้งผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอแนะนโยบาย นอกจากนั้น ผู้แทนของกลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการสามารถแสดงออกซึ่งความเป็นตัวแทนของกลุ่มนั้นๆ ได้อย่างมีคุณภาพ กล่าวคือ สามารถสื่อสารถึงความต้องการ วัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ ของกลุ่มของตนได้ มิใช่การแสดงความคิดเห็นส่วนบุคคล (59, 61)

1.1.2 การแสดงความคิดเห็นของตัวแทน (Voice)

หลักการและเหตุผล: องค์กรในต่างประเทศที่สนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมให้ความสำคัญต่อการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกระบวนการที่เกิดจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นนโยบายนั้นๆ อย่างครบถ้วนและถูกต้อง (62, 63) เช่น Public Participation Guide ของ Canadian Environmental Assessment Agency ประเทศแคนาดา กล่าวถึงข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมควรจะได้รับก่อนเริ่มกระบวนการ โดยผู้จัดการประชุมอภิปรายหรือหารือต้องเตรียมข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงอย่างรอบด้านทุกแง่มุม เพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงข้อมูลระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ อันเนื่องมาจากการมีพื้นฐานความรู้ที่แตกต่างกัน รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนานโยบาย (63-66)

นิยามของตัวชี้วัด: การแสดงความคิดเห็นหรือทำที่ต่อประเด็นนโยบายของตัวแทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดจากการได้รับข้อมูลความรู้มาก่อนแล้วอย่างดี (Well-informed) (62, 67)

1.1.3 ช่องทางการเข้าร่วมที่หลากหลาย (Multiple-channels)

หลักการและเหตุผล: เพื่อให้เป็นไปตามหลักการประชาธิปไตย แม้มีการจัดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมขึ้นโดยองค์กรใดองค์กรหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นกระบวนการที่ได้รับการรับรองโดยกฎหมาย หรือกฎระเบียบของชุมชน แต่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรมีทางเลือก (Choices) ที่จะผลักดันนโยบายที่ตนสนับสนุนผ่านช่องทางอื่นๆ ที่มีแนวทางการจัดกระบวนการ ผู้จัด ผู้เข้าร่วม และเงื่อนไขต่างๆ ที่กลุ่มของตนพึงพอใจ

นิยามของตัวชี้วัด: ในการพัฒนานโยบายหนึ่งๆ มีช่องทางการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมมากกว่าหนึ่งช่องทาง

1.2 การมีข้อมูลที่สมดุล (Balanced information)

หลักการและเหตุผล: ในการพัฒนานโยบายสาธารณะส่วนใหญ่มักจะมีประเด็นที่ควรพิจารณาที่มีความซับซ้อน อีกทั้งนโยบายเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในหลากหลายแง่มุม ดังนั้น ผู้เข้าไปมีส่วนร่วมควรมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน เพื่อประกอบการแสดงความคิดเห็นต่อข้อดีและข้อเสียของนโยบายทางเลือกที่มีการนำเสนอ จนนำไปสู่การตัดสินใจที่ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายหรือทางเลือกที่ทุกฝ่ายยอมรับได้ (68)

นิยามของตัวชี้วัด: ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายมีความรู้หรือข้อมูลพื้นฐานที่สมดุลกันระหว่างข้อมูลด้านบวกกับด้านลบ ซึ่งชี้ให้เห็นผลได้-ผลเสียของนโยบายอย่างรอบด้าน อันประกอบด้วยความรู้ 2 ประเภท (65, 66) ได้แก่ ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือมีการเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้รับทราบ เช่น ข้อเท็จจริง (Facts) กฎ (Rules) ข้อมูลสถิติ (Statistics) เป็นต้น และความรู้แฝงเร้น (Tacit knowledge) คือ ความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ (Experience) ความคิดเห็น (Thinking) ความเข้าใจของบุคคล (Perception) ซึ่งไม่มีการร้อยเรียงเพื่อบอกเล่าหรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นทราบ

1.3 ความเหมาะสมกับเวลา/ฤดูกาลเทศะ (Timeliness)

หลักการและเหตุผล: การพัฒนานโยบายสาธารณะที่มุ่งหวังให้ประสบความสำเร็จทั้งในแง่ของกระบวนการ เนื้อหาของนโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ควรดำเนินการในช่วงเวลาหรือในเหตุการณ์ที่เหมาะสม Broin (69) ให้มีความสำคัญกับการที่ผู้แทนผู้ที่จะได้รับผลกระทบจากนโยบายมีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะและสามารถแสดงความคิดเห็นและความต้องการของกลุ่มของตนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนโยบายนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี

นิยามของตัวชี้วัด: กระบวนการพัฒนานโยบายเกิดขึ้นในช่วงเวลาหรือในเหตุการณ์ที่เหมาะสม เช่น เป็นเวลาที่คนในชุมชนที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบายมีศักยภาพมากพอที่จะเข้าร่วมกระบวนการนโยบายเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของตนอย่างมีคุณภาพ หรือกระบวนการพัฒนานโยบายนั้นๆ ดำเนินในลักษณะที่สอดคล้องกับบริบททางการเมือง สังคมและวัฒนธรรม (70) ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อสาธารณะในที่สุด

1.4 การแบ่งปันข้อเท็จจริงและการตีความ (Sharing facts and interpretation)

หลักการและเหตุผล: การพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมควรเป็นไปโดยผู้ที่เข้าร่วมในกระบวนการได้อภิปรายแสดงความคิดเห็นในลักษณะของ ‘การถกเถียง’ (Deliberation) กล่าวคือ ได้รับฟัง แบ่งปัน และแลกเปลี่ยนข้อมูลของแต่ละฝ่ายมีอยู่ ตลอดจนได้ตีความ ทำความเข้าใจ และตรวจสอบข้อมูลเหล่านั้นอย่างลึกซึ้ง เพียงพอที่จะนำไปสู่ข้อสรุปในการตัดสินใจที่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน (68, 71)

นิยามของตัวชี้วัด: ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะได้ถกเถียงเพื่อแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละฝ่ายจนเกิดความเข้าใจร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่ข้อสรุปในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เป็นที่ยอมรับ

1.5 การดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นเอกฉันท์ (Consensus building)

หลักการและเหตุผล: ในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่จะมีผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายนั้น เป็นการยากที่จะทำให้ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการละทิ้งจุดยืนดั้งเดิมที่สนับสนุนผลประโยชน์ของกลุ่มของตน ผู้จัดกระบวนการจำเป็นต้องหาวิธีดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกัน ทั้งนี้ บางกลไกที่อยู่ในความรับผิดชอบของ คสช. มีข้อกำหนดว่าต้องการนโยบายที่ได้รับความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ หรือ เกิดจากฉันทามติ ซึ่งหน่วยงานในต่างประเทศได้ให้ความสำคัญต่อกระบวนการที่โปร่งใส ยุติธรรมและให้โอกาสแก่ผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มต่างๆ อย่างเท่าเทียมกัน ด้วยการรับฟังและทำความเข้าใจกับเหตุผลของข้อเสนอที่มีความขัดแย้งกัน รวมทั้งเปิดให้มีการอภิปรายอย่างลึกซึ้งเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกัน (72)

นิยามของตัวชี้วัด: การพิจารณาตัดสินใจเพื่อได้มาซึ่งข้อสรุปในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนานโยบายสาธารณะซึ่งมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มเข้าร่วม เกิดขึ้นจากกระบวนการที่เปิดโอกาสให้มีการอภิปรายแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างอย่างรอบด้าน และอธิบายเหตุผลสนับสนุนความคิดเห็นที่แตกต่างเหล่านั้น จนเกิดการยอมรับในข้อสรุปร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดที่เข้าร่วมในกระบวนการ (73)

กลุ่มที่ 2 ตัวชี้วัดเนื้อหาของนโยบาย (Policy content)

หลักการและเหตุผล: เนื้อหานโยบายสาธารณะเป็นแนวทางในการดำเนินงานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ระบุในนโยบาย ซึ่งรับผิดชอบต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดสำหรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ควรมีเนื้อหาที่สะท้อนความตระหนักและความพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพ และความเป็นธรรมด้านสุขภาพของนโยบายที่พัฒนาขึ้น (1, 6)

นักวิจัยคัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินด้านเนื้อหาของนโยบายจำนวน 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

2.1 การคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพอย่างชัดเจน (Explicit concern for health and equity)

นิยามของตัวชี้วัด: เนื้อหาของนโยบายแสดงถึงความตระหนักต่อผลกระทบที่จะเกิดจากนโยบายนั้นๆ ในประเด็นด้านสถานะทางสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ (6, 74, 75)

2.2 ความรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดจากนโยบายนั้นๆ (Accountable for health impact consequences)

นิยามของตัวชี้วัด: เนื้อหาของนโยบายแสดงถึงความรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมจากนโยบายนั้นๆ (58, 76) ซึ่งอาจจะแสดงออกด้วยการติดตามวัดผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น แล้วรายงานให้หน่วยงานที่รับผิดชอบและประชาชนทุกกลุ่มในสังคมได้รับรู้ รวมทั้งการระดมมาตรการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวไว้ในเนื้อหาของนโยบาย

กลุ่มที่ 3 ตัวชี้วัดผลสำเร็จของนโยบาย (Policy achievement)

หลักการและเหตุผล: สัมฤทธิ์ผลของนโยบายสาธารณะที่เกิดจากกระบวนการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าไปมีส่วนร่วมไม่ควรเน้นไปที่ความสำเร็จในการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายนั้นๆ เมื่อนำไปสู่การปฏิบัติแต่เพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณาผลที่เป็นประโยชน์ข้างเคียง (Spill-over effects) ของกระบวนการพัฒนานโยบายร่วมด้วย ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ การที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มเข้าร่วมการถกแถลง บนพื้นฐานของข้อมูลความรู้ จนเกิดความคิดเห็นร่วมกันและได้นโยบายที่ทุกฝ่ายยอมรับ จากลักษณะของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามแนวทางที่พึงประสงค์ของ คสช. ผู้มีส่วนร่วมควรมีความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบายและร่วมกันผลักดันในขั้นตอนต่างๆ ของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (62, 73) ตลอดจนไม่ควรมีความเห็นขัดแย้งจนเกิดการเคลื่อนไหวต่อต้านนโยบายอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้ที่เกี่ยวข้องกระบวนการพัฒนานโยบายผ่านทางกลไกนั้นๆ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ได้รับข้อมูลความรู้ที่สนับสนุนการตัดสินใจกำหนดนโยบายมาเป็นอย่างดี จนทำให้ความเห็นที่แตกต่างลดลง (77, 78) นอกจากนี้ การได้ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นและการที่ได้รับการแบ่งปันข้อมูลความรู้จากผู้อื่น น่าจะช่วยในการพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าร่วมกระบวนการ ซึ่งสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการทำงานของ สช. ที่ต้องการเพิ่มขีดความสามารถของภาคประชาชน (23)

นักวิจัยคัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินผลสำเร็จของนโยบายจำนวน 6 ตัวชี้วัด ดังนี้

3.1 ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นเจ้าของนโยบาย (Sense of belonging/ownership)

นิยามของตัวชี้วัด: การที่ผู้มีส่วนร่วมแสดงออกในลักษณะของการปกป้องดูแลรักษา สนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามนโยบายนั้นๆ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ได้แก่ การเข้าร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบรวมทั้งเครือข่ายของตนในกิจกรรมที่

เกี่ยวข้อง เช่น การจัดทำแผนปฏิบัติการ การดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับนโยบายการติดตามตรวจสอบ แก้ไขปัญหา อุปสรรค เป็นต้น

3.2 มีการใช้ประโยชน์จากนโยบาย (Making use)

นิยามของตัวชี้วัด: มีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติหรือนำไปใช้จริง ไม่ว่าจะเป็นในระดับใด โดยผู้ที่เข้าร่วม กระบวนการพัฒนานโยบายหรือไม่ได้เข้าร่วมก็ตาม ซึ่งจะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้ระบุในนโยบายสาธารณะนั้นๆ

3.3 การเคลื่อนไหวในเชิงต่อต้าน (Contradictory movement)

นิยามของตัวชี้วัด: การเคลื่อนไหวในเชิงต่อต้านหรือคัดค้านนโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้น ซึ่งอาจมีสาเหตุหลาย ประการ เช่น กลุ่มผู้เสียประโยชน์ไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบาย เนื้อหาของนโยบายไม่ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะไม่เกิดการเคลื่อนไหวในเชิงต่อต้านแต่ไม่ได้หมายความว่านโยบายนั้นได้รับการยอมรับ หรือผ่านการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม

3.4 การพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีส่วนร่วม (Capacity building)

นิยามของตัวชี้วัด: การพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบาย สาธารณะ เช่น ศักยภาพในการเป็นผู้แทนกลุ่ม การรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างเพื่อหาข้อสรุปร่วมกันบนพื้นฐานของ ข้อมูลหลักฐาน การชี้แจงโน้มน้าวให้ผู้อื่นเห็นด้วยกับตนเอง รวมถึงศักยภาพในการดำเนินการตามนโยบายสาธารณะนั้นๆ นอกจากนี้ ควรพิจารณาความสามารถในการเรียนรู้ เช่น ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ที่สั้นลงเนื่องจากการมีประสบการณ์ ในกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในช่วงเวลาที่ผ่านมา

3.5 การตัดสินใจที่เกิดจากการลดลงของความเห็นที่แตกต่างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ (Minimized polarization of decision)

นิยามของตัวชี้วัด: เนื้อหาของนโยบายสาธารณะเป็นผลจากกระบวนการพัฒนานโยบายที่ทำให้ความเห็นที่ แตกต่างของแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียลดลง ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับนโยบายร่วมกัน

3.6 การตัดสินใจที่เป็นผลมาจากความรู้ที่เพิ่มขึ้น (Knowledge gain influence decision)

นิยามของตัวชี้วัด: เนื้อหาของนโยบายสาธารณะเป็นผลจากกระบวนการพัฒนานโยบายที่ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เข้าร่วมมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นหรือการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ดีเพียงพอ (Well-informed) โดยไม่ได้เกิดจากแรงกดดันทางสังคม

กลุ่มที่ 4 ตัวชี้วัดผลกระทบจากนโยบาย (Policy impact)

หลักการและเหตุผล: นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีเนื้อหาที่สะท้อนถึงความตระหนักต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่ อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย และแสดงความรับผิดชอบต่อผลกระทบดังกล่าว โดยอาจมีมาตรการเพื่อป้องกัน บรรเทา หรือ เยียวยาที่เหมาะสม ดังนั้น นโยบายที่พัฒนาขึ้นไม่ควรทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อสถานะทางสุขภาพและความเป็น

ธรรมด้านสุขภาพ หรือหากเกิดขึ้นก็ควรมีการบริหารจัดการโดยใช้มาตรการที่เตรียมไว้อย่างมีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ (79)

นักวิจัยคัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินผลกระทบของนโยบายจำนวน 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

4.1 สุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี (Improving health and well-being)

นิยามของตัวชี้วัด: นโยบายสาธารณะนั้นไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของสาธารณชนหรือประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง รวมทั้งไม่ทำลายสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

4.2 ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ (Achieving equity in health)

นิยามของตัวชี้วัด: นโยบายสาธารณะนั้นไม่เพิ่มความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ เช่น ในด้านการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยไม่ถูกแบ่งแยกหรือกีดกัน และได้รับบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3.2 ผลการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามตัวชี้วัด

ตามที่กล่าวไว้ในบทที่ 1 และ 2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (57) กำหนดให้ คสช. ทำหน้าที่สนับสนุนให้มีกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดย สช. ทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการ ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติหน้าที่ของ คสช. ในการวิจัยนี้เน้นที่การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่าน 4 กลไก ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และคณะกรรมการระดับชาติ โดยใช้ตัวชี้วัดที่นักวิจัยพัฒนาขึ้น นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญต่อบทบาทและอิทธิพลของตัวแสดงและบริบทที่มีต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะดังกล่าว

3.2.1 กระบวนการพัฒนานโยบาย (Policy process)

● การมีส่วนร่วม (Participation)

ความเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (Representation of key stakeholders)

ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไกทั้งสี่ ได้เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนและภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าตามหลักการ ผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการควรประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้แทนจากหน่วยราชการ พรรคการเมือง องค์กรวิชาการ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบธุรกิจเอกชน องค์กรภาคประชาสังคม และเครือข่ายประชาชน แต่พบว่ามีความไม่สมดุลของการมีส่วนร่วมระหว่างผู้แทนหน่วยงาน องค์กรในภาคส่วนต่างๆ โดยในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในกรอบ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมีการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและภาคราชการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค น้อยมาก (ยกเว้นกรณีศึกษาเรื่องนโยบายส่งเสริมการลงทุน) โดยเฉพาะในการพัฒนาธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติฉบับแรกในช่วงปี พ.ศ. 2551 - 2552 ที่ให้ความสำคัญกับภาคประชาชน และภาคประชาสังคมอย่างชัดเจน ในขณะที่ทั้งสองภาคส่วนนี้มีข้อจำกัดในการแสดงความคิดเห็นและจุดยืนของตนเองในฐานะผู้แทนกลุ่มหรือองค์กร สำหรับการพัฒนาธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่นั้น ไม่สามารถสรุปได้ว่า ผู้เข้าร่วมกระบวนการมีตัวแทนจาก ทั้งกลุ่มที่ได้และเสียประโยชน์ครบถ้วนหรือไม่ แต่ลักษณะที่เห็นได้ชัดคือ ภาคเอกชนมักถูกละเลย

ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีผู้แทนหน่วยราชการ พรรคการเมือง นักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพเข้าร่วมการประชุมคิดเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับภาคประชาสังคมและประชาชนทั่วไป ซึ่งเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้งนี้ สช. มีความพยายามในการสร้างกลไกการทำงานร่วมกับภาครัฐ ซึ่งมุ่งหวังให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยจัดให้มีการลงนามความร่วมมือระหว่าง สช. กับกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) (80) เพื่อประกาศเจตนารมณ์ต่อสาธารณะว่า สช. และ สช. จะร่วมมือกันทำงานตามกลไกและเครื่องมือที่ปรากฏอยู่ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติอย่างเต็มที่ ในลักษณะที่ส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติพบว่าข้อจำกัดในการดำเนินการตามข้อตกลงความร่วมมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัฒนธรรมการทำงาน และความคุ้นชินกับการสั่งงานจากข้างบน นอกจากนี้ ข้อตกลงความร่วมมือนี้ไม่มีแผนปฏิบัติการ จึงไม่มีความชัดเจนว่าหน่วยงานใดต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง จากตัวอย่างนี้ สช. อาจจะต้องพิจารณาว่า ควรมีกฎยุทธวิธีอย่างไรในการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งที่เป็นหน่วยงานที่มีรูปแบบแนวคิดที่แตกต่าง และหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันมาโดยตลอด

นอกจากนี้ ภาคประชาสังคมและภาคประชาชนบางกลุ่มยังมีความพยายามกีดกันไม่ให้ภาคเอกชนเข้าไปมีส่วนร่วม (81) อันเนื่องมาจากทัศนคติเชิงลบต่อภาคเอกชนที่แสวงหากำไรและเกี่ยวข้องกับธุรกิจที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ (82) มีผลประโยชน์ทับซ้อน (56) หรือมีแนวโน้มที่จะเสียผลประโยชน์จากนโยบาย เช่น ในกรณีของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (23) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญบางกลุ่มไม่เข้าร่วมการประชุม และไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ในประเด็นนี้ คสช. และ สช. ได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาเพื่อเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะมากขึ้น เช่น ในการเข้าร่วมเป็นกรรมการและอนุกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการเพิ่มจำนวนกลุ่มเครือข่ายภาคธุรกิจเอกชนในกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จากเดิมมีเพียง 2 กลุ่มเครือข่าย เพิ่มเป็น 12 กลุ่มเครือข่ายในปี พ.ศ. 2555 (83) ในเรื่องความเป็นตัวแทนของกลุ่มเครือข่ายนั้น มีข้อจำกัดในกรณีนี้ที่หน่วยราชการมอบหมายให้ข้าราชการชั้นผู้น้อยเข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพ ซึ่งพบว่าในหลายประเด็นที่ผู้แทนเหล่านั้นไม่สามารถตัดสินใจหรือให้ข้อคิดเห็นในฐานะผู้แทนองค์กรได้

สำหรับสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นนั้น มีปัญหาที่วิธีการคัดเลือกผู้แทนหน่วยงานและกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนโยบายนั้นๆ เข้าร่วมในการประชุมสมัชชา ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักและน่าจะมิบทบาทสำคัญในการให้ข้อเสนอแนะต่อเนื้อหา นโยบาย เช่น ในกรณีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผน

ยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี ไม่มีผู้แทนสหภาพแรงงานและผู้ใช้งานในโรงงานที่มีการใช้วัสดุนาโนเป็นวัตถุดิบ หรือโรงงานผลิตผลิตภัณฑ์นาโน ซึ่งได้รับผลกระทบจากนาโนเทคโนโลยี

การมีส่วนร่วมในสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นการรวมตัวของกลุ่มบุคคลเป็นคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ประกอบด้วยตัวแทนจากประชาชนในพื้นที่ สื่อมวลชน ข้าราชการ นักการเมืองท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมูลนิธิต่างๆ โดยได้รับการสนับสนุนจากสถาบันการศึกษา และหน่วยงานราชการโดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โดยภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญที่สุดและเป็นผู้ขับเคลื่อนกระบวนการทั้งหมด คือภาคประชาชน รองลงมาได้แก่ ภาควิชาการ ซึ่งทำหน้าที่รวบรวม เรียบเรียงข้อมูล สร้างองค์ความรู้ และให้การสนับสนุนเชิงวิชาการในการนำเสนอข้อมูล เป็นที่ปรึกษาด้านกฎหมาย กำหนดยุทธศาสตร์ และเขียนโครงร่างข้อเสนอนโยบาย ส่วนภาคราชการที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาการจังหวัด เป็นต้น เป็นภาคส่วนที่มีบทบาทน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบริบทของแต่ละพื้นที่ ทั้งบริบทด้านเศรษฐกิจ การเมือง และปัญหาในพื้นที่มีความแตกต่างกันมาก สมัชชาสุขภาพในแต่ละจังหวัดจึงมีโครงสร้างการดำเนินงาน และลักษณะของผู้มีส่วนได้เสียหลักที่แตกต่างกันไปด้วย พื้นที่ศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์สูง จะมีตัวแทนผู้มีส่วนได้เสียจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และมีการใช้ข้อมูลจากผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่ายมาประกอบการพิจารณา ในขณะที่พื้นที่ศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ต่ำจะขาดโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน และขาดผู้เข้าร่วมขับเคลื่อนกลไกสมัชชาหรือเป็นพื้นที่ที่มีคณะกรรมการเข้มแข็ง แต่ยังไม่มิติศทางในการดำเนินงานเพราะขาดผู้มีส่วนได้เสียทั้งจากภาควิชาการและภาครัฐ

สำหรับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พบว่าในพื้นที่ส่วนใหญ่ที่มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเกิดขึ้น อย่างเป็นรูปธรรม ความเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักเริ่มต้นจากภาคประชาชนในพื้นที่ และภาคประชาชนในพื้นที่เป็นส่วนสำคัญที่ผลักดันความต้องการให้มีการประเมินผลกระทบทางสุขภาพขึ้น โดยภาคประชาชนในพื้นที่ประกอบด้วยเครือข่ายต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบทั้งสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากแผนของการมีโครงการที่จะเข้ามาสร้างผลกระทบต่อพื้นที่ทำกินที่เป็นแหล่งรายได้ของชาวบ้านเป็นสำคัญ การรวมตัวของภาคประชาชนในพื้นที่มีความสามารถในการสื่อสารความสนใจเกี่ยวกับปัญหา และสามารถสื่อสารวัตถุประสงค์ของภาคประชาชนในพื้นที่ในฐานะตัวแทนออกมาได้ ทำให้ภาคประชาชนที่ได้รับผลกระทบขยายตัวออกไปกว้างขวางมากยิ่งขึ้น จากนั้นจึงได้เกาะเกี่ยวกับภาคราชการและภาควิชาการ โดยภาคราชการส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับท้องถิ่น มีบทบาททำให้ข้อเสนอเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของภาคประชาชนในพื้นที่เป็นรูปธรรมและเข้มแข็งมากขึ้น แต่กระนั้นยังพบว่า ในบางพื้นที่ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพยังไม่เกิดเป็นรูปธรรม ยังไม่มีภาคราชการเข้ามาร่วมกับภาคประชาชนอย่างเต็มที่ ส่วนภาควิชาการส่วนใหญ่เป็นสถาบันการศึกษาในพื้นที่ องค์กรพัฒนาเอกชน และนักวิชาการ โดยมีบทบาทช่วยแนะนำ และให้ความรู้เกี่ยวกับประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดยชุมชนเอง รวมทั้งความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ จนกระทั่งประเด็นเกี่ยวกับสิทธิชุมชน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม พบว่าบางพื้นที่การเข้าร่วมของหน่วยงานภาควิชาการบางครั้งเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการภาคประชาชน ทั้งนี้เนื่องจาก

ผลประโยชน์ที่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งบางครั้งเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทับซ้อนร่วมกับกลุ่มทุนที่ต้องการให้โครงการเกิดขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพยังไม่เกิดเป็นรูปธรรม

สำหรับคณะกรรมการแห่งชาติซึ่งเป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เจ้าหน้าที่ของ สช. เป็นผู้คัดเลือกและเสนอแต่งตั้งประธานกรรมการและฝ่ายเลขานุการ รวมทั้งพิจารณาองค์ประกอบของคณะกรรมการจากหน่วยงานในทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นนโยบายที่คณะกรรมการรับผิดชอบเป็นหลัก โดยมีจำนวนคณะละไม่เกิน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นการแต่งตั้งผู้บริหารองค์กรเป็นกรรมการ (โดยตำแหน่ง) แต่เนื่องจากผู้บริหารองค์กรมักติดภารกิจอื่นๆ ทำให้ต้องส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม กรณีคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติแสดงให้เห็นว่า ผู้แทนหน่วยงานเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นกรรมการหรือผู้แทน สามารถแสดงความคิดเห็นและจุดยืนเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของหน่วยงานของตนได้

การแสดงความคิดเห็นของตัวแทน (Voice)

ในการยกย่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้กรอบธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติในระดับชาติและระดับองค์กรดำเนินการโดยอาศัยข้อมูลที่รอบด้านและมีลักษณะเชิงประจักษ์มากกว่าการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นศักยภาพในค้นหารวบรวมข้อมูล และนำมาใช้เพื่อสนับสนุนการแสดงความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าไปมีส่วนร่วม

ในส่วนของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายหลายท่านไม่สามารถแสดงความคิดเห็น ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้และข้อมูลที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นเชิงวิชาการ เช่น ในการพิจารณาร่างมติการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย พบว่าผู้แทนภาคประชาชนมีความสับสนและไม่เข้าใจในความแตกต่างระหว่างยาที่มีสิทธิบัตรกับยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตำรับยา ข้อจำกัดดังกล่าวเกิดขึ้นแม้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ได้จัดให้มีกระบวนการที่เรียกว่า “ฟรี-สมัชชา” โดยใช้เวลาประมาณ 6-8 เดือน นับตั้งแต่ประเด็นนโยบายหนึ่งๆ ได้รับการคัดเลือก โดยช่วงแรกเป็นการทำงานของคณะทำงานวิชาการในการจัดทำเอกสารหลักและร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ร่างแรก) หลังจากนั้น สช. จะส่งเอกสารดังกล่าวไปให้กลุ่มเครือข่ายทั่วประเทศเพื่อขอความคิดเห็น นอกจากนี้ ก่อนการประชุมสมัชชา ตัวแทนกลุ่มเครือข่ายบางท่านได้หาข้อมูลและสอบถามความคิดเห็นจากผู้เพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งเห็นว่า เอกสารร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดส่งให้กลุ่มเครือข่ายก่อนการประชุมมีรูปแบบ วิธีการเขียน และเนื้อหา ที่เข้าใจยาก ทำให้ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นบนพื้นฐานของข้อมูลเหล่านั้นได้

สำหรับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ การแสดงความคิดเห็นของตัวแทนในพื้นที่ที่ประสบกับปัญหาหรือภัยคุกคามมักใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ของตนและข้อมูลเชิงวิชาการที่เป็นสถิติที่ง่ายต่อการนำไปอ้างอิง โดยเฉพาะนำไปใช้ในการรวมกลุ่มเคลื่อนไหวเพื่อจัดการแก้ไขปัญหา ในขณะที่พื้นที่ส่วนใหญ่ การแสดงความคิดเห็นยังจำกัดอยู่เฉพาะที่ตัวแกนนำและผู้ประสานงานกระบวนการสมัชชาสุขภาพเท่านั้น

ในส่วนของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การแสดงความคิดเห็นของตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ที่การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมแล้ว หากเป็นการแสดงความคิดเห็นของภาคประชาชนที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่มาแล้ว จะเป็นความคิดเห็นที่ได้รับข้อมูลความรู่มาก่อน ผ่านกระบวนการจัดเวทีเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลายครั้งอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกจากเป็นการได้ข้อมูลที่ชัดเจนจากพื้นที่แล้ว ยังเป็นกระบวนการปรับเจตนาของภาคประชาชนให้มีแนวทางร่วมกัน นอกจากนี้ การแสดงความคิดเห็นยังอิงอยู่กับการเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นจากภาคราชการและภาควิชาการเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ที่การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพยังไม่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม การแสดงความคิดเห็นในเวทีชุมชนจากภาคราชการและจากกลุ่มทุนที่เป็นภาคธุรกิจไม่เกิดขึ้น

สำหรับคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาตินั้น การแสดงความคิดเห็นของกรรมการแต่ละท่านเกิดจากประสบการณ์และความรู้ที่มีอยู่แล้ว เนื่องจากกรรมการส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ นอกจากนี้ มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นนโยบายที่นำมาพิจารณา โดยฝ่ายเลขานุการจัดส่งเอกสารประกอบการประชุมให้กรรมการก่อนการประชุม เช่นเดียวกับการประชุมคณะกรรมการโดยทั่วไป อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านไม่ได้รับเอกสารจากฝ่ายเลขานุการ หรือบางท่านที่ได้รับก็ไม่ได้ศึกษาข้อมูลก่อนเข้าประชุม

ช่องทางการเข้าร่วมที่หลากหลาย (Multiple-channels)

อาจกล่าวได้ว่า การเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีช่องทางหลักอยู่ 2 ช่องทาง ได้แก่ การพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านกลไกที่ดำเนินงานโดย คสช. ซึ่งแต่ละกลไกมีช่องทางในการมีส่วนร่วมหลากหลายรูปแบบ เช่น กิจกรรมทางสังคม (Social events) การประชุมอย่างเป็นทางการและเวทีสาธารณะสำหรับแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมทั้งการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานต่างๆ ทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีช่องทางอื่นๆ นอกเหนือจากกลไกที่ คสช. รับผิดชอบ เช่น กลไกการพัฒนานโยบายของหน่วยราชการ รวมทั้งรัฐสภา เวทีที่จัดโดยภาคประชาสังคมและสื่อมวลชน หรือกลไกที่ภาคประชาสังคมประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยตรง ทั้งนี้พบว่า ในหลายจังหวัดมีการเลือกใช้พื้นที่สาธารณะหรือกลไกอื่นมากกว่าสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด เช่น โครงการที่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

● **การมีข้อมูลที่สมดุล (Balanced information)**

ในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะภายใต้กรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติทุกระดับไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า ผู้มีส่วนร่วมมีความรู้หรือข้อมูลพื้นฐานที่ชี้ให้เห็นถึงผลได้และผลเสียของนโยบายอย่างรอบด้าน สำหรับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พบว่า แม้ว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมการประชุมจะมีทั้งข้อมูลด้านบวกและด้านลบ แต่เลือกใช้เฉพาะข้อมูลที่จะก่อให้เกิดผลประโยชน์กับกลุ่มของตนเองเป็นสำคัญ เช่น ในกรณีการเข้าถึงยาถ่วง

หน้าของประชากรไทย นอกจากนี้ จากการทบทวนเอกสารหลักและเอกสารร่างมติ ไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับผลดีผลเสียของนโยบายดังกล่าวอย่างรอบด้าน ในขณะที่เอกสารที่ใช้ในการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี ระบุข้อมูลทั้งด้านบวกและด้านลบของนาโนเทคโนโลยี ซึ่งอาจอนุมานได้ว่า จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีข้อมูลอย่างรอบด้านเพื่อใช้ในการแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ภายหลังการประชุมพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านจำได้เฉพาะข้อมูลด้านบวกของผลิตภัณฑ์จากนาโนเทคโนโลยี ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่า การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นมีข้อจำกัดในการทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจและตระหนักถึงความเสี่ยงในการใช้ผลิตภัณฑ์นาโนเทคโนโลยีซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักของการจัดประชุม นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดของการเข้าถึงข้อมูลทั้งด้านบวกและลบของผู้เข้าร่วมประชุมในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย

สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่นั้น ในการประเมินครั้งนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่า ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการมีความรู้หรือข้อมูลพื้นฐานที่สมดุลกันระหว่างผลดี-ผลเสียของนโยบายหรือไม่ แต่ในบางพื้นที่ เช่น คณะทำงานในจังหวัดเลยมีการบอกเล่าและแจ้งข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชนท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ได้รับผลกระทบและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนได้ส่วนเสียเกิดความตื่นตัว รวมถึงมีการใช้ความรู้ชัดแจ้งเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน และมีการประเมินผลได้ผลเสียอันอาจเกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบาย

ในส่วนของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พื้นที่ที่การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม พบการมีองค์ความรู้หรือข้อมูลพื้นฐานที่สมดุลกัน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับทั้งข้อมูลแฝงเร้นและข้อมูลชัดแจ้ง ทั้งด้านลบและด้านบวกอย่างเท่าเทียมเพื่อใช้ประกอบการถกแถลง ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการมีเวทีชุมชนที่จัดขึ้นเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ที่การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม พบว่าการมีข้อมูลที่สมดุลกันนั้น มีความสมดุลกันเฉพาะในหมู่ผู้เข้าร่วมความเคลื่อนไหว แต่ยังไม่มีความสมดุลของข้อมูลระหว่างกลุ่มชาวบ้านในพื้นที่ ภาคราชการ และกลุ่มทุน โดยนายทุนและผู้รับประโยชน์มีเจตนาปิดข้อมูลและข้อเท็จจริงต่อภาคประชาชนในพื้นที่

ประเด็นนโยบายที่นำมาพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่ต้องการความรู้ความสามารถเชิงวิชาการเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบ อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีกรรมการอาจใช้ประสบการณ์ในการแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ที่หน่วยงานของตนรับผิดชอบ

- **ความเหมาะสมกับเวลา/ฤดูกาลเทศะ (Timeliness)**

ประเด็นนโยบายที่มีการพัฒนาผ่านกลไกหลักทั้ง 4 ของ คสช. มีจุดกำเนิดจากการที่มีบุคคล/องค์กรตระหนักถึงปัญหา และคัดเลือกประเด็นนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้นมาพัฒนา แต่ในกรณีการพัฒนานโยบายสาธารณะภายใต้กรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพฯ พบว่าการ

เลือกจังหวัดกว้างครอบคลุมสุขภาพ ไม่มีบันทึกเหตุผลสนับสนุนการตัดสินใจดังกล่าว ซึ่งเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพครั้งสำคัญของประเทศ ที่การตัดสินใจควรต้องให้เหตุผลประกอบ (รวมทั้งเจตนารมณ์) และมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานเพื่อให้คนอ่านทราบและเข้าใจเหตุผลของการตัดสินใจนั้นๆ เช่นเดียวกับการพัฒนาธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่และการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับองค์กรตามกรอบธรรมนูญสุขภาพ ที่ไม่ชัดเจนว่ามีการดำเนินงานที่เหมาะสมกับเวลาหรือไม่

สำหรับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกประเด็นนโยบาย (27) ได้แก่ การพิจารณาความสำคัญของประเด็น (เช่น ความสอดคล้องกับสถานการณ์ผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจและสังคม ความเชื่อมโยงทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ ความต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการแก้ปัญหา เป็นต้น) ความรุนแรงของปัญหา ความสนใจของสาธารณะและความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดี ซึ่งทั้งหมดนี้น่าจะสนับสนุนให้เกิดการพัฒนานโยบายในเวลาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ในการศึกษานี้พบว่าบางประเด็นนโยบายที่เสนอเข้าสู่การพิจารณาและได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ แต่ได้นำไปบรรจุไว้ในวาระการประชุม เนื่องจากได้รับการสนับสนุนหรือผลักดันเป็นพิเศษจากกรรมการบางท่าน โดยอาจจะเป็นความสนใจส่วนตัวของกรรมการท่านนั้น หรือเหตุผลที่ไม่ได้เปิดเผยออกมา ซึ่งอาจส่งผลให้ประเด็นนโยบายที่เลือกนั้นไม่ใช่ประเด็นที่เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างแท้จริง สำหรับการคัดเลือกประเด็นในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นนั้นไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกไว้ จากการสัมภาษณ์บุคลากรของ สช. พบว่า เมื่อมีองค์กร/หน่วยงานเสนอขอจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น สช. จะพิจารณาจากการที่ประเด็นนั้นเป็นเรื่องเร่งด่วนไม่สามารถรอการพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดปีละครั้งได้

ประเด็นนโยบายที่ถูกขับเคลื่อนในสมัชชาสุขภาพจังหวัดเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะโครงสร้างของคณะทำงาน แกนนำ และกระบวนการทำงาน ซึ่งเชื่อมโยงกับจุดกำเนิดและการก่อรูปของสมัชชาสุขภาพ ประเด็นนโยบายที่ถูกหยิบยกขึ้นมาส่วนใหญ่เกิดจากแกนนำมากกว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เช่น กรณีของสมัชชาที่ตำบลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมเฉพาะในกลุ่มคณะทำงานและเครือข่ายที่ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่เท่านั้น หรือประเด็นนโยบายที่ต่อยอดมาจากประเด็นด้านสาธารณสุข เช่น การฆ่าตัวตาย การเกษตรปลอดสารพิษ ในจังหวัดเชียงรายการคัดเลือกประเด็นนโยบายยังเป็นไปตามสถานการณ์ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีอยู่จริงในขณะนั้น รวมทั้งมีข้อพิจารณาเชิงยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน ในกรณีที่มีประเด็นปัญหาหลายประเด็นในเวลาเดียวกัน เช่น กรณีของสมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ ที่มีการเลือก “ประเด็นเย็น” เพื่อลดความขัดแย้งและเพื่อให้เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพทั้งในพื้นที่ที่การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและพื้นที่ที่การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพยังไม่เป็นรูปธรรมเกิดขึ้นในช่วงเวลาหรือเหตุการณ์ที่เหมาะสม โดยมีการเตรียมความพร้อมของภาคประชาชนในพื้นที่ ผ่านการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสร้างความเข้าใจร่วมกันเป็น

ระยะๆ ทำให้ภาคประชาชนสามารถตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างทันท่วงทีก่อนที่โครงการต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจะเกิดขึ้นจนก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนในพื้นที่

สำหรับการดำเนินการของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ไม่มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกประเด็นมาดำเนินการอย่างเป็นระบบ แต่ให้อำนาจประธานกรรมการฯ และฝ่ายเลขานุการเป็นตัดสินใจ โดยฝ่ายเลขานุการมักเลือกประเด็นนโยบายที่สอดคล้องกับสถานการณ์ และต้องการการแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วนในช่วงเวลาหนึ่งๆ โดยไม่มีการกำหนดแผนปฏิบัติการไว้ล่วงหน้า

- **การแบ่งปันข้อเท็จจริงและการตีความ (Sharing facts and interpretation)**

ในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านกลไกหลักทั้ง 4 ของ คสช. แม้จะเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนได้แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น แต่ด้วยข้อจำกัดบางประการ กระบวนการดังกล่าวไม่สนับสนุนให้เกิดการถกแถลงอย่างลึกซึ้ง เช่น ในการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2552 ที่ไม่ชัดเจนว่าหลังจากผ่านกระบวนการรับฟังความเห็นจากหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศแล้ว การวิเคราะห์และตีความในขั้นสุดท้ายก่อนสรุปเป็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาตินั้นเป็นไปโดยมีการถกแถลงระหว่างผู้แทนหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายหรือไม่ เนื่องจากนักวิจัยมีข้อสังเกตว่า มีการตีความสาระในธรรมนูญสุขภาพ ที่แตกต่างกันเมื่อนำเอกสารดังกล่าวมาเป็นกรอบในการพัฒนานโยบายสาธารณะในพื้นที่

สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพนั้น กลุ่มเครือข่ายที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแต่ละประเภทมีพื้นฐานความรู้ที่แตกต่างกันมาก นอกจากนี้ วิธีการบางอย่างในกระบวนการสมัชชาสุขภาพทำให้เกิดข้อจำกัดในการถกแถลงเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความรู้ เช่น ระยะเวลาการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่กำหนดไว้ครั้งละ 3 วัน และ 1-2 วัน ตามลำดับ การจำกัดเวลาให้กลุ่มเครือข่ายในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอภิปรายได้เพียงกลุ่มละ 3 นาที การให้กลุ่มเครือข่ายที่มีประเด็นขัดแย้งกันออกไปอภิปรายต่อใน “ห้องยึดเยื่อ”⁴ ในขณะที่การอภิปรายในห้องประชุมใหญ่ในประเด็นนโยบายอื่นๆ ก็ยังดำเนินต่อไป เป็นต้น ผนวกกับความเข้าใจของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่ว่า ผู้จัดต้องการให้ทุกมติของสมัชชาเกิดจากฉันทมติของผู้เข้าร่วมประชุม กลับกลายเป็นข้อจำกัดที่ไม่ทำให้เกิดการถกแถลงจนกระทั่งทุกฝ่ายเกิดความเข้าใจร่วมกันในข้อเสนอแนะนโยบายที่ตนสนับสนุนหรือคัดค้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นประชาชนทั่วไปเข้าใจประเด็นเชิงวิชาการ แม้จะยังมีข้อสงสัยต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม ก็อาจจะมีบางท่านรู้สึกเกรงใจผู้อื่นและไม่ต้องการทำให้เกิดความล่าช้า นอกจากนี้ มีผู้เข้าร่วมประชุมส่วนหนึ่งไม่มีความรู้และข้อมูลที่จะสามารถนำมาแลกเปลี่ยนได้ ถึงแม้ว่าก่อนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพในหลายพื้นที่ได้จัดการประชุมเพื่อพิจารณาร่างมติและหาข้อตกลงร่วม

⁴ใช้เรียกห้องที่จัดให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้เสียเข้าไปอภิปรายแสดงความคิดเห็นจนกระทั่งทุกฝ่ายเกิดความเข้าใจและมีข้อตกลงร่วมกันในกรณีประเด็นนโยบายที่ไม่สามารถตกลงกันในห้องประชุมใหญ่ได้ ในระยะเวลาที่สมควร

ของพื้นที่ในช่วง ฟรี-สมัชชา แต่การที่เอกสารประกอบการประชุมมีรูปแบบและเนื้อหาที่เข้าใจยาก ความแตกต่างของพื้นฐานความรู้ของผู้เข้าร่วม ส่งผลให้กลุ่มเครือข่ายไม่เข้าใจเนื้อหาสาระในร่างมติได้ดีพอ

สำหรับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่พบการอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหาและนโยบายอยู่บ้างนั้น มีการนำเสนอข้อมูลโดยใช้สื่อที่หลากหลาย เช่น สิ่งพิมพ์ และวีดิทัศน์ ตลอดจนมีการเผยแพร่ผลการวิจัยออกไปสู่สาธารณะ ซึ่งถือได้ว่าการแบ่งปันข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย เช่นที่พบในกรณีของกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่จังหวัดเลยและจังหวัดสมุทรปราการ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในหลายพื้นที่ยังไม่พบว่ามีการแบ่งปันข้อมูลมากนัก เพราะข้อมูลเกิดจากการรับรู้ของกลุ่มหลักๆ ที่มีบทบาทนำในเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้รับจากภาครัฐอีกทอดหนึ่ง นอกจากนี้ ประเด็นที่ถูกนำมาพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะในหลายพื้นที่มักเกิดจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ แต่ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการอภิปรายความเห็นที่แตกต่างอย่างลึกซึ้ง

ในส่วนของกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พื้นที่ที่การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมพบการแบ่งปันข้อเท็จจริงผ่านกระบวนการที่เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จนเกิดความเข้าใจระหว่างกันทั้งในส่วนของภาคประชาชน ภาคราชการ และภาควิชาการ โดยผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จัดขึ้นอยู่อย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ที่การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม การแบ่งปันข้อเท็จจริงและการตีความยังจำกัดเฉพาะส่วนของฝ่ายคัดค้านและฝ่ายสนับสนุนในพื้นที่

การพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่มีวาระการประชุมเป็นประเด็นเชิงวิชาการ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมโดยเฉพาะที่มาจากภาคประชาชนเกิดความไม่เข้าใจหรือไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำมาอภิปรายโต้แย้งกับกรรมการจากหน่วยราชการ ผู้ประกอบวิชาชีพ และนักวิชาการที่มีความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่พิจารณาเป็นอย่างดี การแบ่งปันข้อเท็จจริงภายในคณะกรรมการจึงมีข้อจำกัดในบางภาคส่วน

- **การดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นเอกฉันท์ (Consensus building)**

ในการประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่นั้น ไม่สามารถสรุปได้ว่า มีการถกเถียงอย่างกว้างขวางจนเกิดความรับรู้และความเข้าใจร่วมกัน ในทำนองเดียวกัน ก็ไม่สามารถกล่าวได้ว่า มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเกิดจากการได้รับการสนับสนุนหรือได้รับการรับรองจากผู้เข้าร่วมอย่างเป็นเอกฉันท์ หรือเป็นมติที่ไม่มีผู้แสดงความเห็นแย้ง (ด้วยความเกรงใจผู้อื่น หรือไม่มีความรู้/ข้อมูลเพียงพอ) หรือเกิดจากการประนีประนอมยอมความ เช่น ในกรณีมติการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย นอกจากนี้ การได้มาซึ่งข้อสรุปอาจเป็นผลมาจากปัจจัยแวดล้อมร่วมด้วย เช่น ในการพิจารณาประเด็นการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย ที่มีสัดส่วนของภาคเอกชนที่เข้าร่วมในห้องยัดเยียดน้อยมาก เมื่อเทียบกับภาคประชาสังคมและภาครัฐ จึงอาจทำให้ได้มติที่มาจากแรงกดดันของคนส่วนมาก จากการสัมภาษณ์ผู้แทน

ภาคประชาสังคมที่เข้าร่วมการประชุมดังกล่าว และกรรมการวิชาการในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามี การต่อรองระหว่างฝ่ายที่มีความเห็นไม่ตรงกันเกิดขึ้นระหว่างการประชุมเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกันภายในเวลาที่กำหนด

ในการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ แกนนำสมัชชาสุขภาพพยายามหลีกเลี่ยง การพัฒนานโยบายในประเด็นที่เป็นความขัดแย้ง ณ ช่วงเวลานั้น หรืออาจจะทำให้เกิดความขัดแย้งในเวลาต่อมา จึงทำให้ มติหรือนโยบายที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมกระบวนการ นอกจากนี้ ในบางพื้นที่มีการใช้ กระบวนการสมัชชาในการคัดเลือกประเด็นนโยบายที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เรียนรู้ร่วมกัน มีการรับฟังความคิดเห็น จากกลุ่มเครือข่ายและมีกระบวนการแสวงหาฉันทามติที่โปร่งใส

การดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกันในส่วนของกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเกิดจากการอภิปราย ความเห็นที่แตกต่างจนเกิดฉันทามติระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยเฉพาะในชุมชน ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จัดขึ้นอยู่ อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ที่การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ยังไม่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมนั้น ยังไม่สามารถ ข้อสรุปได้ว่ามีการดำเนินงานอย่างไร

สำหรับกลไกหรือรูปแบบของการประชุมคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาตินั้น แม้ว่าการแบ่งปัน ข้อเท็จจริงระหว่างกันจะมีข้อจำกัดที่เกิดจากผู้แทนจากบางภาคส่วนมีข้อมูลหรือความรู้ไม่เพียงพอ ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว แต่ข้อสรุปของประธานการประชุมถือได้ว่าเป็นมติของคณะกรรมการ แม้ในบางประเด็นจะหาข้อสรุปที่เป็นฉันทามติไม่ได้ ประธานก็มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการต่อ

3.2.2 เนื้อหาของนโยบาย (Policy content): คำนิยามผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพอย่างชัดเจน และรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดจากนโยบายนั้น ๆ

การประเมินครั้งนี้พบว่า นโยบายที่นำมาเป็นกรณีศึกษามีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและให้ ความสำคัญกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพ นอกจากนี้ สาระนโยบายที่พัฒนาผ่านกลไกธรรมนูญสุขภาพฯ มีการ กำหนดให้ผู้ดำเนินนโยบายรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับนโยบายที่ พัฒนาผ่านสมัชชาสุขภาพหรือคณะกรรมการแห่งชาติที่เป็นกรณีศึกษานั้น ไม่พบเนื้อหาที่ระบุความรับผิดชอบต่อ ผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในกรณีของการประเมินผลกระทบด้าน สุขภาพโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมจนกระทั่งเกิดข้อตกลงร่วมกันเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปของธรรมนูญสุขภาพตำบล เช่น กรณีของธรรมนูญสุขภาพตำบลแม่ถอด จ.ลำปาง มีการระบุเรื่องการ คำนิยามผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ รวมทั้งความรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพ ทั้งนี้ใน ธรรมนูญสุขภาพตำบลดังกล่าวระบุไว้อย่างชัดเจนถึงความจำเป็นในการทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ รวมทั้งมี การระบุถึงความรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพ แต่ในบางพื้นที่ถึงแม้มีข้อตกลงและได้ข้อสรุปร่วมกันเป็นลายลักษณ์

อักษร เช่น กรณีข้อบัญญัติชุมชน อบต.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช มีการระบุเน้นไปที่ประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมมากกว่า ประเด็นทางสุขภาพ

นักวิจัยเห็นว่าประเด็นตามตัวชี้วัดนี้เหมาะกับการนำไปใช้ประเมินนโยบายในภาคอื่นๆ ที่ไม่ใช่ภาคสุขภาพ (Non-health sector) เช่น นโยบายส่งเสริมการลงทุนที่พัฒนาโดยใช้กรอบธรรมณูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และการตัดสินใจกำหนดนโยบายโดยชุมชน หรือต่อต้านนโยบายขององค์กรปกครองท้องถิ่นหรือรัฐบาลกลางบนพื้นฐานของข้อมูลจากการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) เป็นต้น เนื่องจากนโยบายเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดประโยชน์ในด้านอื่น เช่น เศรษฐกิจ การค้า และอุตสาหกรรม จนอาจจะเลยผลกระทบด้านสุขภาพ จึงควรมีเนื้อหาที่ชัดเจนว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องจะรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพและความเป็นธรรม ส่วนนโยบายในภาคสุขภาพ (Health sector) ย่อมมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนาสถานะทางสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพอยู่แล้ว ตัวชี้วัดนี้จึงไม่มีประโยชน์เท่าที่ควรในการชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างนโยบายด้านสุขภาพด้วยกันเอง

3.2.3 ผลสำเร็จของนโยบาย (Policy achievement)

- **ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นเจ้าของนโยบาย (Sense of belonging/ownership)**

การที่จะมีการนำนโยบายที่พัฒนาผ่านกลไกของ คสช. ไปใช้ในทางปฏิบัติอย่างจริงจังหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการมีความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม อันเนื่องมาจากการมีความรู้ความเข้าใจร่วมกันจนเกิดฉันทามติเห็นชอบต่อนโยบายนั้นๆ ในกรณีของธรรมณูญว่าด้วยระบบสุขภาพระดับพื้นที่ มีหลักฐานว่าภายหลังจากประกาศใช้ธรรมณูญดังกล่าว ประชาชนไม่เข้าใจเนื้อหาสาระของธรรมณูญ แม้จะมีความพยายามใช้สื่อต่างๆ ในการอธิบาย จึงอนุมานได้ว่าจะมีข้อจำกัดอย่างมากที่ประชาชนจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของจนเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามหรือผลักดันให้มีการใช้ธรรมณูญเป็นกรอบในการพัฒนานโยบายสาธารณะในพื้นที่

กรณีศึกษาในการประเมินครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบายส่วนใหญ่เกิดกับภาคส่วนที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายนั้นๆ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยเห็นว่ากลไกต่างๆ ของ คสช. เป็นโอกาสที่กลุ่มของตนจะมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายตามที่ตนต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เป็นกลุ่มเครือข่ายที่ดำเนินงานในประเด็นนี้มาก่อนแล้ว ในขณะที่บางกรณีศึกษาแสดงว่าการที่หน่วยราชการดำเนินงานตามนโยบายที่พัฒนาผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการที่มติได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ จึงเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามนโยบาย ไม่ใช่เพราะความรู้สึกเป็นเจ้าของแต่อย่างใด สำหรับผู้เข้าร่วมในคณะทำงานสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ส่วนใหญ่แสดงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นเจ้าของนโยบายอย่างชัดเจน และมีความภูมิใจที่ได้ร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะ แต่ในบางพื้นที่ ผู้เข้าร่วมกระบวนการไม่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบาย เนื่องจากทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกระบวนการยังอยู่ในขั้นตอนของการทำความเข้าใจกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เช่น ในกรณีของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

กรณีของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในพื้นที่ที่การดำเนินงาน HIA เป็นรูปธรรมและมีข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร ภาคประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันมาตั้งแต่ต้น แสดงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นเจ้าของนโยบาย ภาคประชาชนมีการแสดงออกอย่างชัดเจนโดยการปกป้องคุ้มครอง ดูแลรักษา และสนับสนุนการดำเนินการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนเอง

- **มีการใช้ประโยชน์จากนโยบาย (Making use)**

การใช้ประโยชน์จากนโยบายสาธารณะที่พัฒนาผ่านกลไกหลักทั้ง 4 กลไกมีลักษณะที่แตกต่างกัน ในการประเมินนี้อาจแบ่งลักษณะของการใช้ประโยชน์ได้เป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การนำมติหรือนโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นไปใช้อ้างอิง เพื่อใช้ในการทำงานประจำของหน่วยงาน/องค์กรที่ดำเนินการอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งพบลักษณะนี้เป็นส่วนใหญ่ในการใช้ประโยชน์จากนโยบายสาธารณะที่พัฒนาผ่านกลไกของ คสช. 2) การนำมติหรือนโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นไปแปลงเป็นแผนงานโครงการที่ตนรับผิดชอบอยู่ 3) การนำมติหรือนโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นไปใช้เจรจาต่อรองทางนโยบาย และ 4) การนำมติหรือนโยบายสาธารณะไปใช้กำหนดยุทธศาสตร์ขององค์กร สำหรับการพัฒนานโยบายภายใต้กรอบธรรมนูญสุขภาพแห่งชาตินั้นทำให้ได้มาซึ่งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเนื้อหาเฉพาะเรื่อง และมีการนำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ไปขับเคลื่อนให้เกิดผลในทางปฏิบัติในบางพื้นที่ เช่น มีการนำเอาธรรมนูญมาใช้ร่วมกับกระบวนการ CHIA ในการต่อสู้ทางนโยบายเพื่อรักษาทรัพยากรสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น ในกรณีการใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลแม่ถอด จังหวัดลำปาง (84, 85) ส่วนการพัฒนานโยบายในระดับองค์กร โดยอาศัยกรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เกิดขึ้นในหน่วยงานเดียวคือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่กำหนดยุทธศาสตร์ขององค์กรให้สอดคล้องกับกรอบของธรรมนูญ

สำหรับการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นไปใช้ประโยชน์ก็อยู่ในลักษณะของการอ้างอิงเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่มีกลุ่มเครือข่ายดำเนินงานอยู่ก่อนแล้ว เช่น กรณีภาคประชาสังคมกล่าวอ้างถึงยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาที่จัดทำขึ้นตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อพบว่าคณะรัฐมนตรี (ครม.) ให้ความเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพแห่งชาติของกระทรวงพาณิชย์ ซึ่งมีเนื้อหาขัดแย้งกับยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาที่ ครม. ได้ให้ความเห็นชอบไปก่อนหน้านี้ จนทำให้เกิดข้อตกลงที่จะจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยยาและเวชภัณฑ์ขึ้นเป็นการเฉพาะ รวมถึงการนำแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาฯ ไปใช้สนับสนุนให้กระบวนการพัฒนานโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติดำเนินไปได้เร็วขึ้น และมติสมัชชาฯ เรื่องการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ที่ได้ช่วยเน้นย้ำความสำคัญของกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ก่อนแล้ว นอกจากนี้ บางหน่วยงานได้นำมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นไปอ้างอิงในการพัฒนานโยบายที่อยู่ในความรับผิดชอบของตน เช่น แผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยีที่ถูกลำนำไปใช้โดยหน่วยงานของรัฐแห่งหนึ่งในการกำหนดแนวทางการให้ข้อมูลข่าวสารด้านนาโนเทคโนโลยีกับประชาชนทั่วไป เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาตินั้น พบว่ามติส่วนใหญ่ยังไม่มีเปลี่ยนแปลงหรือผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมตามมา โดยเฉพาะมติสมัชชาสุขภาพหลายมติที่แม้ว่าจะผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการรัฐมนตรี แต่มีหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องเพียงบางหน่วยงานนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง ดังเช่นในกรณีแผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี ที่มีศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติรับผิดชอบการขับเคลื่อนนโยบาย โดยดำเนินงานร่วมกับหน่วยราชการอื่นๆ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในขณะที่มติของคณะกรรมการแห่งชาติส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้อ้างอิงสำหรับการพัฒนานโยบายที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานที่มีผู้แทนเป็นกรรมการ เช่น การนำมติเรื่องการทำสัญญาใช้ทุนของแพทย์ไปดัดแปลงเพื่อใช้ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการผลิตแพทย์ของหน่วยราชการแห่งหนึ่ง

สำหรับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ มีการใช้ประโยชน์จากนโยบายและมีผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินนโยบายหลายระดับ ได้แก่ การนำนโยบายไปดำเนินการจนเกิดผลสัมฤทธิ์ เช่น กรณีของจังหวัดสมุทรปราการที่มีนโยบายด้านการบำบัดน้ำเสียอย่างครบวงจร หรือการส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ในเรื่องอาหารและพฤติกรรมกรรมการบริโภคทุกรวมทั้งมีการก่อสร้างสนามกีฬาเพื่อลดปัญหาการมั่วสุมเสพยาเสพติดและติดเกมส์ เป็นต้น การขยายผลการดำเนินงานไปสู่ท้องถิ่น เช่น โครงการสุขใจ..ไม่คิดสั้นของจังหวัดเชียงราย ที่เป็นต้นแบบของการดำเนินการในระดับประเทศ และการนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินนโยบายในอดีตมาอ้างอิงประกอบกิจกรรม เช่น ในกรณีของจังหวัดหนองคาย ที่นำประเด็นความสุขมวลรวมมาใช้เพื่อการจัดประชุมเครือข่ายเยาวชนและจัดค่ายเยาวชน อย่างไรก็ตาม ในหลายจังหวัด ไม่พบว่าการนำนโยบายสาธารณะที่เป็นมติของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่นั้นๆ ไปใช้ประโยชน์ เป็นเพียงการพัฒนาประเด็นนโยบายเพื่อเสนอไปยังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังไม่มีการต่อยอดและบังคับใช้

ในขณะที่การประเมินผลกระทบสุขภาพในชุมชน (CHIA) ในเกือบทุกพื้นที่ สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการเจรจา ต่อรอง หรือผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีประสิทธิผลในประเด็นที่สำคัญหลายประเด็น ซึ่ง CHIA เป็นทั้งกระบวนการพัฒนานโยบายและเป็นเครื่องมือของชุมชนที่มีอำนาจแบบที่เรียกว่า 'Soft Power' อย่างชัดเจน เช่นในกรณี CHIA ของชุมชนตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

- **การเคลื่อนไหวในเชิงต่อต้าน (Contradictory movement)**

ไม่พบการเคลื่อนไหวในเชิงต่อต้านหรือขัดแย้งต่อนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่พัฒนาผ่านกลไกต่างๆ ในระดับพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพระดับพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ แต่ก็ไม่สามารถสรุปได้ว่า การที่ไม่มีผู้ไม่เห็นด้วยกับนโยบายที่พัฒนาขึ้นเป็นการแสดงความยอมรับในเนื้อหาของนโยบายเหล่านั้น ดังตัวอย่างในกรณีของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ผู้เกี่ยวข้องอาจจะไม่เห็นด้วยหรือธรรมนูญสุขภาพฯ จะทำให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อตัวเองหรือองค์กร หรืออาจเกิดจากความไม่เข้าใจเนื้อหาของธรรมนูญสุขภาพฯ นอกจากนี้ กรณีนโยบายส่งเสริมการลงทุนเป็นกรณีที่เกี่ยวข้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ผู้บริหารของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนแสดงจุดยืนอย่างชัดเจนว่าไม่ยอมรับกระบวนการพัฒนานโยบายของ คสช.

จึงนำไปสู่การจัดประชาพิจารณ์ขึ้นเอง อย่างไรก็ตาม ในส่วนของ HIA นั้น แม้ว่าบางพื้นที่มีการระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในธรรมนูญสุขภาพตำบลเกี่ยวกับการดำเนินงาน HIA เช่น ในกรณีของตำบลแม่ถอดก็ตาม ยังพบการเคลื่อนไหวเชิงต่อต้านจากประชาชนบางกลุ่มในชุมชนที่มีผลประโยชน์แตกต่างกันระหว่างฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายคัดค้านที่ระบุว่าเกิดจากความไม่เข้าใจและไม่ยอมรับในสิ่งที่บัญญัติขึ้นร่วมกัน เช่น กรณีการขอสัมปทานเหมืองแร่เหล็ก นอกจากนี้ ในส่วนของพื้นที่ที่ยังไม่เกิดการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม มีความเคลื่อนไหวจากกลุ่มทุนและรัฐ ซึ่งยังคงพยายามผลักดันให้มีการให้สัมปทานเหมืองแร่ในพื้นที่ โดยการให้นักวิชาการเข้าไปทำ EIA หรือการจัดทำเวทีประชาคม แต่จำกัดการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งความเคลื่อนไหวดังกล่าวอาจตีความได้ว่าเป็นการต่อต้านโดยอ้อม เช่น ในกรณีของ ต.นาดินดำ อ.เมือง จ.เลย

สำหรับนโยบายสาธารณะที่เป็นมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีเนื้อหาสาระที่อาจมีผลกระทบต่อผลประโยชน์ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่ม แม้ว่าในการประชุมครั้งนั้นๆ ไม่มีผู้แทนภาคีเครือข่ายใดที่เป็นสมาชิกคัดค้านมติที่ได้ แต่ภายหลังเกิดการเคลื่อนไหวในเชิงขัดแย้งในลักษณะต่างๆ ตามมา เช่น การที่กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศไม่ปฏิบัติตามมติในเรื่องการเข้าถึงยา นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวในเชิงขัดแย้งยังเกิดขึ้นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบาย เช่น กรณีของนักศึกษาแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับมติของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติในเรื่องการใช้ทุนของแพทย์ในโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ในปี พ.ศ. 2552 (86) รวมถึงการประท้วงของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเรียกร้องให้ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ในปี พ.ศ. 2556 (87) โดยรูปแบบการเคลื่อนไหวในเชิงขัดแย้งในกรณีเหล่านี้ อาจสะท้อนถึงการทำงานของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งหากคณะกรรมการฯ สามารถหยิบยกปัญหาที่เกิดขึ้นกับแต่ละวิชาชีพด้านสุขภาพมาพิจารณาแก้ไขได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ การเคลื่อนไหวเหล่านี้ก็จะไม่เกิดขึ้น

- **การพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีส่วนร่วม (Capacity building)**

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไกในระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรและวิชาการจากหลายหน่วยงาน รวมถึง สช. เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ที่เข้าไปมีส่วนร่วมโดยเฉพาะแกนนำในพื้นที่ ผู้นำกลุ่มเยาวชน และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ ให้มีความรู้ความสามารถและทักษะที่จำเป็น เช่น ทักษะการติดต่อสื่อสารและประสานงานกับภาคส่วนต่างๆ และทักษะการเชื่อมโยงปัญหาสังคมเข้ากับปัญหาสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้ด้วยการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการประชุมให้เป็นระบบ รวมทั้งเปิดช่องทางให้ตัวแทนจากภาคประชาชนในแต่ละพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทำให้ภาคประชาชนรู้จักใช้ข้อมูลในการเจรจาต่อรอง และรู้เท่าทันผู้ที่เข้ามาหาผลประโยชน์ในพื้นที่ เช่น ในกรณีสมัชชาสุขภาพจังหวัดเลย ในขณะเดียวกัน การพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีส่วนร่วมในงาน HIA เกิดขึ้นค่อนข้างชัดเจน เช่น ในกรณีชุมชนตำบลท่าศาลา และกรณีตำบลแม่ถอด ซึ่งการสนับสนุนของ สช. ภาคราชการและภาควิชาการ ได้ช่วยเสริมภาวะผู้นำและเพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่อยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ และในกรณี ต.นาดินดำ อ.เมือง จ.เลย ที่เริ่มต้นจากการที่ชาวบ้านขาดความรู้และไม่มีช่องทางในการต่อรอง

แต่หลังจากได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกรัฐสภาสุขภาพจังหวัด นักวิจัย และองค์กรพัฒนาเอกชน ทำให้ชาวบ้านสามารถพัฒนาศักยภาพในการคิดเชิงระบบ สืบค้นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม และรู้จักใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการต่อรองกับการคุกคามจากภายนอกได้

สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับชาตินั้น พบว่าได้ช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้เข้าร่วมกระบวนการในรูปแบบของการยอมรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง การสร้างเครือข่ายกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นนโยบายเดียวกัน นอกจากนี้ เป็นการเรียนรู้วิธีการจัดการประชุมอย่างเป็นระบบ และวิธีปรับปรุงการดำเนินงานของคณะทำงาน ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ อย่างไรก็ตาม ในประเด็นตามตัวชี้วัดนี้ ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินศักยภาพของผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ โดยครอบคลุมแง่มุมต่างๆ อย่างรอบด้าน

- การตัดสินใจที่เกิดจากการลดลงของความเห็นที่แตกต่างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ (Minimized polarization of decision)

ในการประเมินครั้งนี้ ไม่สามารถสรุปได้ว่า นโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นเป็นผลจากการลดลงของความคิดเห็นที่แตกต่างของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมกระบวนการ ดังที่ได้กล่าวแล้วในตัวชี้วัดที่ผ่านมา แม้มติหรือนโยบายส่วนใหญ่จะได้มาจากการแสวงหา ‘ฉันทามติ’ แต่นักวิจัยมีข้อสังเกตว่าผู้ที่เข้าไปมีส่วนร่วมอาจจะไม่ได้เห็นด้วยหรือยอมรับนโยบายเหล่านั้นอย่างแท้จริง โดยเฉพาะในประเด็นที่มีผู้ได้และเสียประโยชน์อย่างชัดเจน การโน้มน้าวให้เกิดฉันทามติในที่ประชุมซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของแต่ละฝ่ายที่แตกต่างกันนั้นเป็นไปได้ยาก ข้อมูลจากบางกรณีศึกษาชี้ว่า ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายยังคงมีจุดยืนหรือท่าทีเดิมแม้จะมีมติของที่ประชุมออกมาแล้ว

อย่างไรก็ตาม แม้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะยังคงมีความเห็นที่แตกต่างต่อนโยบาย แต่การใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมอาจช่วยลดผลกระทบจากการที่ผู้เสียประโยชน์ไม่เห็นด้วยกับนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการนานโยบายนั้นๆ ไปสู่การปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากกรณีของสมาชิกรัฐสภาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ ที่กำหนดนโยบายเพื่อลดผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจากกิจกรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่อุตสาหกรรม ซึ่งทำให้ผู้ประกอบการธุรกิจในภาคอุตสาหกรรมต้องมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น คณะกรรมการสมาชิกรัฐสภาได้เจรจาสร้างความเข้าใจกับผู้ประกอบการและให้เวลาสำหรับการปรับตัว โดยไม่ให้มีการปะทะหรือเกิดข้อขัดแย้งระหว่างประชาชนและภาคธุรกิจ ส่วนกรณี HIA นั้น พบการตัดสินใจที่เกิดจากการลดลงของความเห็นที่แตกต่างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นจากการสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องระหว่างเครือข่ายต่างๆ ในภาคประชาชนเพื่อลดความเห็นที่แตกต่างลง มีการแสวงหาเจตนารมณ์ร่วมกันในการกำหนดอนาคตของชุมชนเอง

- การตัดสินใจที่เป็นผลมาจากความรู้ที่เพิ่มขึ้น (Knowledge gain influence decision)

ในการประเมินครั้งนี้ พบว่าการมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการทดลองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีผลต่อการตัดสินใจ สนับสนุนหรือคัดค้านนโยบายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมกระบวนการอยู่บ้าง แต่ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า ความรู้ที่แต่ละกลุ่มเครือข่ายได้รับมีอิทธิพลมากน้อยเพียงใด เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดท่าทีของภาคส่วนต่างๆ ต่อประเด็นนโยบายที่อยู่ระหว่างกระบวนการพัฒนาจนได้ข้อสรุป

3.2.4 ผลกระทบจากนโยบาย (Policy impact): ผลต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีและความเท่าเทียมด้านสุขภาพ

เนื่องจากนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่นำมาเป็นกรณีศึกษาอย่างไม่เคยมีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นทางการมาก่อน จึงไม่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการประเมินผลกระทบต่อสถานะสุขภาพและความเท่าเทียมด้านสุขภาพได้ นอกจากนี้ นโยบายส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพหรืออาจทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อน และถูกกำหนดโดยหลากหลายปัจจัย เช่น มาตรการแก้ไขปัญหา (การแก้ปัญหายั่งยืนไทยกับการตั้งครกรทที่ไม่พร้อม) การประเมินผลกระทบจากนโยบายดังกล่าวจึงทำได้ยาก ต้องดำเนินการในลักษณะของการศึกษาวิจัยขนาดใหญ่ และเลือกใช้วิธีการวิจัยแบบสหสาขาวิชาที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประเมินผลกระทบตามตัวชี้วัดนี้ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการนำไปใช้เป็นกรอบอ้างอิง ไม่ใช่ตัวนโยบายโดยตรง

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช.

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของบริบททางการเมืองและตัวแสดงหลักภายในประเทศ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ อันเป็นที่มาของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สืบเนื่องมาจนถึงการดำเนินการตามกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้ พ.ร.บ. ดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และ 2550 สนับสนุนสิทธิของพลเมืองในการได้รับบริการขั้นพื้นฐานจากรัฐ และการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทยมีลักษณะเป็นสังคมเปิดมากขึ้น ในขณะที่ยวกันภาคประชาสังคมและภาคประชาชนส่วนหนึ่งเกิดความตื่นตัวและเข้ามามีบทบาทในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมาเป็นเวลายาวนานได้สร้างความเคยชินและยอมรับต่อการกำหนดนโยบายจากภาครัฐ ทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในขอบเขตที่จำกัดทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และภาคราชการยังคงเป็นภาคส่วนที่มีความเข้มแข็งมากที่สุดในการขึ้นำกำหนด และนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งอาจจะทำให้ไม่เห็นความจำเป็นของการเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามกลไกหรือช่องทางที่ คสช. รับผิดชอบ

อิทธิพลของปัจจัยด้านการเมืองที่ชัดเจนมากที่สุด ได้แก่ ท่าทีและบทบาทของนายกรัฐมนตรีที่ดำรงตำแหน่งเป็นทั้งประธาน คสช. และคณะกรรมการนโยบายอื่นๆ ทั้งที่อยู่ในภาคสุขภาพ (Health sector) และนอกภาคสุขภาพ (Non-health sectors) ตลอดจนการขาดความต่อเนื่องของฝ่ายบริหารที่มาจาก การเลือกตั้ง ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงในรัฐบาลที่มีผลต่อนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน และการยุบเลิกคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ แม้ คสช. ในสมัยรัฐบาลที่ผ่านมาเคยผลักดันและให้การรับรองไว้ เป็นต้น นอกจากนี้ หากนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีกระทรวงต่างๆ ซึ่งบางกระทรวงเป็นกรรมการใน คสช. ได้ให้ความสำคัญต่อประเด็นนโยบายที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ก็จะช่วยสนับสนุนการนำมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสั่งการมอบหมายหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง และการกำกับติดตามประเมินผลมติสมัชชาที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ ผลการประเมินตามตัวชี้วัด ‘ความเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก’ และ ‘การใช้ประโยชน์จากนโยบาย’ ซึ่งพบว่า การที่หน่วยราชการเข้าร่วมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในสัดส่วนที่น้อยกว่าภาคส่วนอื่นๆ และการที่มติสมัชชาสุขภาพระดับประเทศส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง เป็นตัวอย่างที่สะท้อนอิทธิพลของปัจจัยด้านตัวแสดงในข้อนี้

ตัวแสดงอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่ สช. ซึ่งรับผิดชอบการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการทำหน้าที่ของ คสช. ตามที่ระบุใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรวมทั้งการดำเนินกิจกรรมภายใต้กลไกทั้งสี่ ให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ หลักการ และแนวทางที่พึงประสงค์ที่มีการกำหนดไว้ เช่น การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน การเคลื่อนไหวสังคม การทำงานร่วมกับฝ่ายการเมือง และการใช้ข้อมูลทางวิชาการควบคู่ไปกับความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์หรือบทเรียนในอดีตในการกำหนดนโยบาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้การประเมินครั้งนี้จะช่วยระบุช่องว่างตามประเด็นของแต่ละตัวชี้วัด แต่ก็ไม่สามารถแสดงบทบาทของ สช. ในประเด็นนั้นๆ ได้โดยตรง เว้นแต่กรณีที่ สช. ร่วมผลักดันการใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในประเด็นนโยบายการส่งเสริมการลงทุนในระบบบริการสุขภาพ แต่ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องชี้ว่า กลยุทธ์และการปฏิบัติงานของ สช. สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตลอดจนความสำเร็จหรือล้มเหลวในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ อาทิเช่น การคัดเลือกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการ การวิเคราะห์บริบททางการเมืองและสังคมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนโยบายหนึ่งๆ การพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเครือข่ายเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในนโยบายอย่างมีคุณภาพ การจัดการความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ของทุกภาคส่วนรวมทั้งบุคลากรของ สช. เอง การจัดสรรกำลังคนให้กับภารกิจด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม และการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของ สช. องค์กรที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มเครือข่าย เป็นต้น

กรณีศึกษาในการวิจัยนี้ได้แสดงให้เห็นบทบาทที่แตกต่างกันของทั้งตัวแสดงจากแต่ละภาคส่วน โดยพบว่าในภาพรวมนักวิชาการและหน่วยราชการมีบทบาทนำในการพัฒนานโยบายผ่านสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น สมัชชาสุขภาพในบางพื้นที่ และคณะกรรมการแห่งชาติ แต่เป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนในบางขั้นตอนของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ส่วนผู้ประกอบการภาคเอกชนมีบทบาทอย่างชัดเจนในกรณีที่กิจการของตนจะเสียผลประโยชน์จากนโยบายไม่ว่าจะเป็น

การพัฒนานโยบายผ่านกลไกระดับประเทศหรือระดับพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันก็ถูกต่อต้านหรือถูกกีดกันไม่ให้มีส่วนร่วมในกระบวนการหากภาคส่วนอื่นๆ เห็นว่าจะมีผลประโยชน์ทับซ้อนที่ยอมรับไม่ได้ หรือในบางครั้งก็ถูกละเลย เช่นในกรณีการพัฒนาธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ ส่วนภาคประชาสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรพัฒนาเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรมีบทบาทอย่างชัดเจนในกระบวนการพัฒนานโยบายผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และมีบทบาทในการผลักดันนโยบายอย่างต่อเนื่องผ่านหลากหลายช่องทางทั้งก่อนและหลังการประชุมสมัชชา โดยส่วนใหญ่เป็นการเคลื่อนไหวในระดับประเทศ ดังจะเห็นได้จากประเด็นนโยบายการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย และการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ซึ่งแตกต่างจากภาคประชาชนที่มีบทบาทอย่างมากในกระบวนการนโยบายเพื่อปกป้องผลประโยชน์ในพื้นที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชน ในขณะเดียวกัน แม้กลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนจะให้ความสำคัญและเข้าร่วมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในอัตราที่สูงมากทุกปี การประเมินในประเด็นการมีส่วนร่วมของตัวแสดงกลุ่มนี้กลับชี้ไปในทิศทางที่ว่า เป็นการมีส่วนร่วมที่มีข้อจำกัดด้านคุณภาพและน่าจะมีอิทธิพลต่อการพัฒนานโยบายและการนโยบายนโยบายไปสู่การปฏิบัติไม่มากเท่าที่ควร

อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมของตัวแสดงในแต่ละภาคส่วนในกระบวนการนโยบายในประเด็นหนึ่งๆ มีลักษณะที่แตกต่างกันไป ซึ่งส่วนหนึ่งถูกกำหนดด้วยประสบการณ์ที่บุคคล หน่วยงาน หรือชุมชนได้รับ เช่น การที่นโยบายที่พัฒนาขึ้นผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับการมีช่องทางอื่นๆ ในการผลักดันนโยบาย ทำให้ผู้แทนหน่วยราชการส่วนหนึ่งไม่ให้ความสำคัญและกลุ่มเครือข่ายบางท่านตัดสินใจที่จะไม่เข้าร่วมการประชุมสมัชชาและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่อไป เป็นต้น นอกจากนี้ ปัจจัยเชิงบริบทก็มีความสำคัญต่อลักษณะการมีส่วนร่วมของตัวแสดง ซึ่งส่งผลต่อนโยบายทั้งในด้านเนื้อหาและกระบวนการ โดยเฉพาะบริบททางการเมืองระดับประเทศดังที่ได้กล่าวข้างต้น สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับพื้นที่ การประเมินครั้งนี้พบว่า การกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของบริบทให้เอื้ออำนวยต่อการต่อต้านการคุกคามวิถีชีวิตของชุมชน เช่นกรณีชุมชนประมงในอำเภอท่าศาลา นครศรีธรรมราช กลายเป็นผู้แสดงหลักในการขับเคลื่อนเทศบัญญัติเพื่อปกป้องสิทธิการทำประมงชายฝั่งของตน และต่อต้านการสร้างท่าเรือน้ำลึกที่สืบเนื่องมาจากนโยบายส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมในภาคใต้ ในขณะที่ชุมชนในท้องถิ่นอื่นๆ ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์หรือไม่ได้อาศัยบทเรียนจากการดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดที่มีความเข้มข้นเหมือนชุมชนประมงท่าศาลา และชุมชนลุ่มน้ำพะวง ปราชินบุรี จึงไม่มีจุดเน้นหนัก (Focus) และไม่มี การเตรียมการที่พร้อมรับความท้าทายเหมือนชุมชนทั้งสอง ซึ่งมีความต่อเนื่อง จริงจังและมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ของตนให้สอดคล้องกับภัยคุกคามในช่วงเวลาต่างๆ

การประเมินครั้งนี้ยังพบอีกว่า การดำเนินการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่ตามกลไกหนึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินการในอีกกลไกหนึ่ง เช่น บางอำเภอหรือจังหวัดมีการจัดสมัชชาสุขภาพที่ดำเนินการต่อเนื่องมาจากการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของภาคส่วนต่างๆ ในช่วงการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งยังมีความเข้มแข็งในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพระดับชุมชน (CHIA) โดยที่กิจกรรมเหล่านี้มีการเชื่อมโยงซึ่งกันและกันทั้งในแง่ของแกนนำ คณะทำงาน การแลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์ และระบบบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้น

เพียงในบางพื้นที่ ซึ่งควรศึกษาต่อไปถึงพัฒนาการและปัจจัยสนับสนุนในเชิงลึก เช่น ภาวะผู้นำและความสนใจส่วนบุคคล เครือข่ายทางสังคมหรือความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการดำเนินกิจกรรมเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีมาแต่เดิม ผล สืบเนื่อง (Spill-over effects) มาจากโครงการอื่นๆ เช่น โครงการที่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

การที่ คสช. กำหนดให้การใช้ ‘ปัญญา’ ข้อมูล ความรู้ และการทดลองเพื่อแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ร่วมกันเป็น ลักษณะที่พึงประสงค์ของกระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้น เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการตีความว่า ความรู้หมายถึงความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ที่ได้มาจากหลักฐานเชิง ประจักษ์เป็นหลัก โดยไม่มีวิธีการสร้างความสมดุลกับการใช้ความรู้อีกกลุ่มหนึ่ง คือ ความรู้แฝงเร้น (Tacit knowledge) กรณีศึกษาในการประเมินครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การที่เป็นเช่นนี้ได้ทำให้การทดลองที่ทำให้เกิดชนวนตามตัวอย่างแท้จริง อัน จะนำไปสู่การยอมรับและปฏิบัติตามนโยบายนั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้แทนภาคประชาชนส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคย และไม่สามารถอภิปรายแสดงความคิดเห็นบนฐานของความรู้ชัดแจ้ง และเป็นไปได้ยากที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในช่วงเวลา สั้นๆ ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้กลุ่มที่มีศักยภาพในการผลิตและใช้ความรู้ประเภทนี้มากกว่า เช่น ข้าราชการ นักวิชาการ ผู้ ประกอบวิชาชีพ (ซึ่งส่วนหนึ่งปฏิบัติงานในฐานะองค์กรภาคประชาสังคม) เป็นตัวแสดงนำ นับตั้งแต่การจัดเตรียมเอกสาร ยกร่างมติ และการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการ นอกจากนี้ การจัดเตรียมนำเสนอข้อมูล เพียงด้านใดด้านหนึ่งก็อาจเกิดขึ้น โดยที่ภาคประชาชนที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในประเด็นนโยบายนั้นๆ ไม่ สามารถตรวจสอบและทักท้วงได้ เช่น กรณีที่นโยบายด้านการค้าจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อภาคการเกษตรและ อุตสาหกรรมต่อเนื่อง ซึ่งประชาชนจำนวนหนึ่งเป็นผู้มี ‘ส่วนได้’ แต่นโยบายดังกล่าวก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อ การเข้าถึง ยาบางรายการ ซึ่งประชาชนอีกจำนวนหนึ่งเป็นผู้มี ‘ส่วนเสีย’ ในกรณีเช่นนี้ หากนักวิชาการที่ทำงานร่วมกับ สช. วิเคราะห์ และนำเสนอแต่เฉพาะข้อมูลผลเสียต่อสุขภาพ ก็จะทำให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการตัดสินใจโดยมีอคติ นอกจากนี้ การไม่มีอยู่ ของข้อมูลหลักฐานที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับบางประเด็นของนโยบายในประเทศไทยก็เป็นปัจจัยเชิงบริบทอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็น อุปสรรคต่อการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการดำเนินงานของ คสช.

การให้ความสำคัญต่อ ‘ผลกระทบต่อสุขภาพ’ มากกว่าประโยชน์ด้านอื่นๆ จากประเด็นนโยบายที่นำมาพิจารณา กล่าวคือ มีการวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลผลได้ผลเสียที่ไม่รอบด้าน ประกอบกับการกล่าวอ้างว่าข้อมูลจากสมาชิก สุขภาพแห่งชาติทุกประเด็นเป็นฉันทามติของ ‘ทุกภาคส่วน’ หรือของผู้เข้าประชุมซึ่งมีเป็นจำนวนมาก อาจทำให้หน่วย ราชการที่รับผิดชอบการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาเหล่านั้น และผู้ประกอบธุรกิจเอกชนรู้สึกว่าคุณกดดันและไม่ต้องการเข้า ร่วมกระบวนการ รวมทั้งยังเกิดอคติต่อสมาชิกสุขภาพที่มีภาพลักษณ์เป็นการพัฒนาโยบายด้านสุขภาพและถูกชี้นำโดย องค์กรภาคประชาสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นการสร้างข้อจำกัดให้แก่ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่จำเป็นต้องทำงาน ร่วมกันต่อไปในอนาคต

บทที่ 4

อภิปรายผล

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมิใช่เรื่องใหม่ในสังคมไทย ในอดีตผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพ ได้พยายามพัฒนานโยบายที่คำนึงถึงประโยชน์และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่เป็นไปตามหลักการการมีส่วนร่วมจากประชาชน รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ โดยกำหนดให้ใช้วิธีการตกลงเจตนารมณ์ซึ่งนโยบายอันเป็นฉันทามติ ซึ่งรับผิดชอบโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ดังปรากฏในรายงานการประเมินฉบับนี้ นับได้ว่าเป็นเรื่องใหม่และท้าทาย ถึงแม้ว่าเมื่อประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา จะมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามหลักการดังกล่าวมาแล้ว เช่น นโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ (88) แต่ก็นับได้ว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามที่เป็นอยู่ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ได้รับการขับเคลื่อนและผลักดันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมุ่งหวังให้เป็นช่องทางที่สำคัญช่องทางหนึ่งของสังคมไทยในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ให้คุณค่าต่อสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ควบคู่ไปกับการพัฒนาประเทศในด้านอื่นๆ

ในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา คสช. และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ทุ่มเททำงานอย่างหนัก ซึ่งผลการประเมินชี้ว่า ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลายกลุ่มได้มีโอกาสใช้กลไกต่างๆ ที่กำหนดขึ้นโดย คสช. ในการพัฒนาข้อเสนอและนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพจำนวนมาก รวมทั้งได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ นอกจากนี้ ยังเกิดความตื่นตัวขององค์กรในภาครัฐในการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนกำหนดนโยบาย ดังเช่น ในกรณีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยสุขภาพทางเพศ: การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครกที่ไม่พร้อม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้บริหารหน่วยราชการที่รับผิดชอบประเด็นนโยบายเหล่านี้มีความต้องการที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นต่อร่างนโยบาย อีกทั้งมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่างๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในอนาคต

ผลการประเมินครั้งนี้สอดคล้องกับการประเมินที่ผ่านมาที่พบว่า คสช. และ สช. ได้เปิด “พื้นที่” เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอแนวคิด แนวทางในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (39, 41, 49) เสริมสร้างพลังอำนาจและช่วยพัฒนาศักยภาพภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างสร้างสรรค์ มีกติกากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ชัดเจน เป็นระบบ บริหารจัดการประชุมให้เป็นไปตามกติกาและมีการใช้ข้อมูลวิชาการโดยคณะกรรมการวิชาการเพื่อเสริมคุณภาพของเอกสารหลักและเอกสารร่างมติที่ใช้ในการประชุม (39, 49) นอกจากนี้ คสช. และ สช. ส่งเสริมการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ที่เกิดจากนโยบายสาธารณะซึ่งสนองต่อความต้องการของประชาชน (50)

อย่างไรก็ตาม การประเมินในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาการทำงานของ คสช. และ สช. ทั้งด้าน ยุทธศาสตร์และโครงสร้าง เพื่อให้สามารถทำงานได้ดียิ่งขึ้นในอนาคตดังจะได้อภิปรายต่อไป สำหรับในส่วนนี้ นักวิจัย ต้องการเน้นประเด็นด้านยุทธศาสตร์ของการทำงานของ คสช. และ สช. 3 ประการ ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันของภาคส่วนต่างๆ และผลสำเร็จของการพัฒนานโยบายสาธารณะ เนื่องจากเป็นประเด็นที่ สช. ให้ความสำคัญ ตามที่ปรากฏในเอกสารจำนวนมากรวมทั้งในคำให้สัมภาษณ์ผู้บริหารของ สช. กรณีศึกษาหลายกรณี ในการประเมินนี้แสดงให้เห็นว่า ประเด็นด้านยุทธศาสตร์เหล่านี้ยังไม่สามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติได้ดี มีข้อจำกัดบาง ประการ และควรนำมาอภิปรายอย่างลึกซึ้งก่อนที่จะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในบทต่อไป

4.1 การมีส่วนร่วม

การประเมินครั้งนี้พบข้อจำกัดในด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะภาครัฐ ภาค วิชาการ/วิชาชีพ และภาคเอกชน เช่น การที่หน่วยราชการมอบหมายให้ข้าราชการชั้นผู้น้อยที่ไม่สามารถตัดสินใจหรือให้ ข้อคิดเห็นในฐานะผู้แทนองค์กรเข้าร่วมการประชุมและกิจกรรมอื่นๆ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาชี้ว่า ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้น อย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน (38, 39) โดยได้มีผู้วิเคราะห์ปัจจัยอันเป็นสาเหตุไว้หลายประการ ได้แก่ การที่ภาครัฐ ภาค วิชาการ/วิชาชีพ และภาคเอกชน มีโอกาสเข้าถึงการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านช่องทางอื่น ทำให้ไม่สนใจ ขาดความ กระตือรือร้น รวมทั้งการที่ประชาชนรู้สึกว่าเป็นเรื่องไกลตัวและไม่เชื่อมั่นว่ากลไกที่ดำเนินการโดย คสช. จะมี ประสิทธิภาพในการพัฒนานโยบายสาธารณะให้เป็นไปตามที่กลุ่มของตนต้องการ (39) การประเมินครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า สช. มีความพยายามสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนเหล่านี้มากขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การจัดช่องทาง สำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้ได้เข้าร่วมประชุมสมัชชาฯ ในฐานะผู้สังเกตการณ์ และการลงนาม ในข้อตกลงความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ในปี พ.ศ. 2552 (89) ที่กำหนดให้หน่วยงานทั้งสองมีการประชุม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ สร้างช่องทางติดต่อสื่อสารระหว่างกันให้ทั่วถึงและรวดเร็ว รวมถึง สร้างกลไกการทำงานร่วมกันทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ อย่างไรก็ตาม ปรากฏว่า จนถึงปัจจุบันกิจกรรมที่ระบุใน ข้อตกลงความร่วมมือดังกล่าวไม่ถูกนำไปปฏิบัติ นอกจากนี้ องค์ประกอบของ คสช. ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมี กรรมการที่มาจากหลายกระทรวง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะของประเทศ แต่ระบบการทำงาน ลักษณะนี้ไม่ทำให้เกิดเอกภาพในการช่วยให้เกิดการนำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่พัฒนาไปสู่การปฏิบัติ เนื่องจาก หน่วยงานราชการต่างๆ ไม่เข้าไปมีส่วนร่วมอย่างจริงจังตั้งแต่การพัฒนานโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงอาจ กล่าวได้ว่า การดำเนินงานของ คสช. ไม่ต่างจากคณะกรรมการแห่งชาติหลายคณะที่ไม่สามารถเป็นองค์กรประสานความ ร่วมมือจากทุกภาคส่วนได้จริง

นักวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในกลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่ที่ดำเนินการโดย คสช. อยู่เพียง ระดับการได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ (Participation) แต่ยังไม่สามารถเสริมสมรรถนะ (Empowerment) ผู้เข้าร่วม กระบวนการให้สามารถตัดสินใจในเรื่องที่ตนเองเกี่ยวข้องได้ ตามตัวแบบ (Model) ที่เสนอโดย Scott Davidson (90)

ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ที่มีส่วนร่วมไม่ได้รับข้อมูลจนเกิดความเข้าใจในบริบทและเนื้อหาของนโยบายสาธารณะที่ตนเข้าไปร่วมพัฒนาเป็นข้อดี จนมีความสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นในฐานะผู้แทนของกลุ่ม ซึ่งจะทำให้การมีส่วนร่วมดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการประเมินของ สุวจี กู๊ด (40) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ที่พบว่าผู้เข้าร่วมในภาคส่วนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับนโยบาย ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นต่อนโยบายนั้นๆ ได้ เป็นเพียงการเข้าร่วมแบบมารับรู้เท่านั้น และการประเมินของ สุภาวัลย์ พลายน้อยและคณะ (39) ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไม่มีการเตรียมตัวที่ดีพอก่อนการประชุม รวมถึงไม่เข้าใจเนื้อหาในเอกสารร่างมติ ทำให้ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นได้

4.2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันของภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบายบนฐานของความรู้

การประเมินครั้งนี้พบว่า กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของ คสช. ยังไม่สามารถสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จนทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลอย่างรอบด้าน โดยมีความสมดุลระหว่างข้อมูลด้านบวกและด้านลบของทางเลือกเชิงนโยบายในประเด็นที่นำมาพิจารณา เนื่องจากผู้เข้าร่วมในการพัฒนานโยบายส่วนหนึ่งขาดความรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดความรู้และขาดทักษะในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินกลไกสมัชชาสุขภาพตั้งแต่ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ของ สุวจี กู๊ด (40) ที่พบว่า “โดยภาพรวมการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในเวทีสมัชชาสุขภาพยังอยู่ในระดับขั้นของการรับรู้แบบผิวเผิน (Surface) คือต่างฝ่ายต่างได้มารู้เรื่องราวที่ถูกนำเสนอหรือถ่ายทอดในเวทีเป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถประเมินได้ว่า การรับรู้เหล่านี้ จะนำไปสู่ความเข้าใจและการปฏิบัติในขั้นต่อไปหรือไม่”

Wade (91) ระบุว่าสภาวะแวดล้อมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้เกิดการถกแถลงจนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกระบวนการนโยบาย ถึงแม้ว่าการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีระบบและแบบแผนคล้ายกับการจัดสมัชชาอนามัยโลก แต่ความเป็นระบบ ยึดถือระเบียบกฎเกณฑ์ทำให้ขาดความยืดหยุ่นและกลายเป็นข้อจำกัดในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถกแถลงอย่างลึกซึ้ง (43, 92) โดยการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 ในมติที่ 11 ซึ่งเป็นมติเกี่ยวกับกลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ (93) ได้เน้นย้ำให้เห็นข้อจำกัดนี้ นักวิจัยได้พบปัญหาเดียวกันในสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่บางแห่งที่มีการนำรูปแบบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปปฏิบัติในทางตรงกันข้าม Boyko และคณะ (94) เสนอว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะที่มีความซับซ้อนควรมีกระบวนการที่ยืดหยุ่นเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถกแถลงจนนำมาซึ่งข้อสรุปร่วมกัน นอกจากนี้ ประสพการณ์ในหลายประเทศเช่น ออสเตรเลีย ชี้ว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยใช้การถกแถลง ส่วนใหญ่ได้ผลดีในระดับชุมชน (95) เพราะมีจำนวนผู้เข้าร่วมน้อยและกระบวนการมีความยืดหยุ่นสูง

4.3 การประเมินผลการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

เมื่อมีการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพขึ้น จำเป็นต้องมีการประเมินผลนโยบายนั้นๆ เพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการหาทางแก้ไขปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความเหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตาม นักวิจัยไม่พบว่า คสช. และ สช. มีระบบติดตามและประเมินผลที่ดีและเป็นระบบของนโยบายสาธารณะที่พัฒนาผ่านกลไกของ คสช. แม้ว่า สช. จะมีการบันทึกบทเรียนและประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตลอด แต่รูปแบบดังกล่าวไม่ใช้การติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะ ทำให้ขาดหลักฐานที่จะสนับสนุนให้เห็นถึงผลสำเร็จของกลไกการทำงานของตนเอง ดังตัวอย่างของการติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะในเมือง Quebec ประเทศแคนาดา (96) ที่ดำเนินการโดยนักวิจัยมืออาชีพร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงผลสำเร็จของนโยบายสาธารณะรวมถึงผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์ในการนำนโยบายสาธารณะนั้นๆ ไปใช้ในทางปฏิบัติ

นักวิจัยพบว่า คสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 แต่เนื่องจากงานติดตามและประเมินผลในรูปแบบของคณะกรรมการต้องอาศัยกลยุทธ์ที่เหมาะสมและการดำเนินงานที่มีความต่อเนื่อง เป็นระบบ ซึ่งทำให้เกิดภาระงานจำนวนมาก ดังเช่นกรณีศึกษาใน Quebec ที่แสดงให้เห็นว่าการติดตามและประเมินผลดำเนินการที่ต่อเนื่องและเป็นระบบโดยนักวิจัยมืออาชีพร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะ และคณะกรรมการติดตามและประเมินผลสามารถเป็นผู้ให้แนวทางและข้อเสนอแนะกับทีมวิจัยในภาพรวม มีส่วนช่วยให้การติดตามและประเมินผลสามารถสะท้อนการทำงานและสามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการได้ ถึงแม้ว่า สช. ได้ให้นักวิจัยมืออาชีพประเมินผลการดำเนินงานแต่ยังไม่มีกระบวนการประเมินผลนโยบายสาธารณะ ทั้งนี้การประเมินผลอย่างหลังมีความยุ่งยากและสลับซับซ้อนต้องวางแผนและใช้ระยะเวลาในการประเมินยาวนาน (อาจใช้เวลาหลายปี) แต่นักวิจัยเห็นว่าเหตุการณ์สมควรที่จะดำเนินการ โดย สช. ควรมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการติดตามและประเมินผลอย่างจริงจัง

จะเห็นได้ว่า ประเด็นด้านยุทธศาสตร์ทั้ง 3 มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันและเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกที่นอกเหนือการควบคุมของ คสช. และ สช. นอกจากนี้ หลายปัจจัยเป็นผลอันเนื่องมาจากบริบทของสังคมอันยาวนาน เช่น กลไกอำนาจในสังคมไทยที่มีความเหลื่อมล้ำและไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางสังคม (97) โดยรัฐเป็นผู้ชี้แนะและประชาชนเป็นผู้ปฏิบัติตาม หรือกระแสโลกาภิวัตน์ที่สร้างแรงกดดันจากภายนอกประเทศให้รัฐต้องปฏิบัติตามข้อตกลงพันธสัญญา กฎระเบียบที่กำหนดขึ้นจากภายนอกประเทศ โดยที่ประชาชนมีโอกาสน้อยมากในการเข้าไปมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม นักวิจัยพิจารณาว่า หาก คสช. และ สช. สามารถทำความเข้าใจกับข้อจำกัดภายนอกเหล่านี้ได้อย่างดีเยี่ยม สามารถปรับปรุงยุทธศาสตร์และกลไกการทำงานให้สอดคล้องกับข้อจำกัดเหล่านี้ ดังเช่นข้อเสนอของ วิพุธ พูลเจริญและคณะ (41) ที่ระบุว่า การหาฉันทมติอาจจะไม่เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นได้ยากในสังคมไทย เนื่องจากลักษณะคนไทยที่หัวอ่อนและมีแนวโน้มจะคล้อยตามผู้อื่นได้ง่าย ทำให้ข้อสรุปที่ได้การถกแถลงเกิดจากการยอมรับโดยปริยาย ไม่ได้เกิดจากการ

อภิปรายความเห็นต่างอย่างลึกซึ้งและความเข้าใจอย่างถ่องแท้ จึงควรค้นหาหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม ในการได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะที่เป็นที่ยอมรับของคนส่วนใหญ่ในสังคมไทย

ในประเด็นของตัวชี้วัดที่ใช้ในการศึกษานี้ นักวิจัยพบว่ามีความคล้ายคลึงกับตัวชี้วัดที่ใช้ในการศึกษาของ ศุภวัลย์ พลายน้อยและคณะ (39) ซึ่งประเมินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการประเมินดังกล่าว เน้นที่การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเท่านั้นจึงไม่ได้มีตัวชี้วัดด้านผลกระทบ แต่มีตัวชี้วัดเรื่องการบริหารจัดการแทน นอกจากนี้ ศุภวัลย์ พลายน้อยและคณะ ไม่ได้อภิปรายความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมของตัวชี้วัดแต่ละตัว และการใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการประเมินสมัชชาสุขภาพ นักวิจัยพบว่าตัวชี้วัดเหล่านี้ในภาพรวมมีความเหมาะสม สามารถสะท้อนลักษณะสำคัญ (Key features) ของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ได้ แต่เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดแต่ละตัว นักวิจัยมีข้อสังเกตดังนี้

- การใช้ตัวชี้วัดในการประเมินผลอาจทำให้การประเมินเน้นเพียงบางขั้นตอนหรือผลลัพธ์บางประการของการดำเนินงานในแต่ละกลไก ทั้งนี้กลไกต่างๆ เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ อาจมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน หากผู้ใช้ตัวชี้วัดมิได้ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้อาจสรุปผลการประเมินอย่างไม่ถูกต้อง
- เนื่องจากปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรที่ใช้ในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ (Inputs ตาม CIPP model) ไม่อยู่ในกรอบการประเมินด้วยตัวชี้วัด คณะผู้วิจัยจึงไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ส่วนหนึ่งของปัจจัยนำเข้าได้ถูกนำมาวิเคราะห์หรืออยู่บ้าง ในขณะที่ประเมินประเด็นตามตัวชี้วัดอื่นๆ และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. (หัวข้อ 3.3 ในบทที่ 3) ตัวอย่างของปัจจัยนำเข้าเหล่านี้ ได้แก่ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการถกแถลง (สำหรับประเด็นนโยบายที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน) เวลา งบประมาณ กำลังคน และอุปกรณ์/เครื่องมือของ สช. ที่จัดสรรให้กับการพัฒนานโยบายในแต่ละกรณีศึกษา รวมทั้งเวลา งบประมาณ กำลังคน และอุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้สำหรับการพัฒนานโยบายในแต่ละกรณีศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในส่วนกลางและระดับพื้นที่ เป็นต้น การที่สามารถประเมินปัจจัยนำเข้าได้ จะช่วยในการทำความเข้าใจเรื่องประสิทธิภาพของกระบวนการ
- การประเมินประเด็นตามตัวชี้วัด “กระบวนการพัฒนานโยบาย” ทุกตัวชี้วัดย่อย ต้องการการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective) โดยนักวิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์ในกิจกรรมต่างๆ ตลอดกระบวนการที่กำหนดสำหรับแต่ละกลไก จึงจะช่วยเพิ่มคุณภาพของการประเมิน
- ตัวชี้วัด “เนื้อหาของนโยบาย” เน้นการประเมินเฉพาะเนื้อหาที่เป็นคุณลักษณะของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในขณะที่เนื้อหาของนโยบายอาจสะท้อนความเป็นไปได้ของการนำนโยบายนั้นไปสู่การปฏิบัติ เช่น ไม่มีระบบบริหารจัดการที่รองรับ ต้องการงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถจัดหาได้

ต้องการหน่วยปฏิบัติหลายหน่วยอยู่ในสายการบังคับบัญชาที่ซับซ้อนหรืออยู่ต่างสายการบังคับบัญชา มีแนวโน้มที่จะมีอุปสรรครวมทั้งการคัดค้านอย่างรุนแรง เป็นต้น

- ตัวชี้วัดบางตัวไม่เหมาะสมหรือมีความใกล้เคียงกันซึ่งสามารถรวมให้เหลือเป็นตัวชี้วัดกันได้ ในการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้การทำงานของ คสช. ตัวชี้วัดเหล่านี้ ได้แก่
 - ตัวชี้วัด “การมีช่องทางการเข้าร่วมที่หลากหลาย” ไม่มีความจำเพาะเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เนื่องจากประเด็นตามตัวชี้วัดนี้เป็นลักษณะที่พึงประสงค์ของการพัฒนานโยบายในระบอบประชาธิปไตยโดยทั่วไป
 - ตัวชี้วัดบางตัวมีความเชื่อมโยง และสามารถรวมเข้าด้วยกันเป็นตัวชี้วัดเพียงตัวเดียว เช่น ตัวชี้วัดเรื่องการได้มาซึ่งข้อตกลงร่วมกัน ครอบคลุมตัวชี้วัดอื่นๆ หลายตัวในกลุ่ม การพัฒนานโยบาย เช่น การแสดงความคิดเห็นของตัวแทน การมีข้อมูลที่สมดุลกัน การแบ่งปันข้อเท็จจริงและการตีความ อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดย่อยๆ เหล่านี้สามารถบอกถึงขั้นตอนของการพัฒนาหรือเหตุการณ์สำคัญเพื่อนำไปสู่การได้มาซึ่งข้อตกลงร่วมกันได้เป็นอย่างดี
 - ประเด็นตามตัวชี้วัด “เนื้อหาของนโยบาย” เหมาะกับการนำไปใช้ประเมินนโยบายในภาคอื่นๆ ที่ไม่ใช่ภาคสุขภาพ (Non-health sector) เช่น นโยบายส่งเสริมการลงทุนที่พัฒนาโดยใช้กรอบธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และการตัดสินใจกำหนดนโยบายโดยชุมชน หรือต่อต้านนโยบายขององค์กรปกครองท้องถิ่นหรือรัฐบาลกลางบนพื้นฐานของข้อมูลจากการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) เป็นต้น เนื่องจากนโยบายเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดประโยชน์ในด้านอื่น เช่น เศรษฐกิจ การค้าและอุตสาหกรรม จนอาจจะเลยผลกระทบด้านสุขภาพ จึงควรมีเนื้อหาที่ชัดเจนว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องจะรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ ส่วนนโยบายในภาคสุขภาพ (Health sector) ย่อมมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนาสถานะทางสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพอยู่แล้ว ตัวชี้วัดนี้จึงไม่มีประโยชน์เท่าที่ควรในการชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างนโยบายด้านสุขภาพด้วยกันเอง
- นโยบายส่วนใหญ่ที่นำมาเป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพหรืออาจทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อน และถูกกำหนดโดยหลากหลายปัจจัย เช่น การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การประเมินตัวชี้วัด “ผลกระทบจากนโยบาย” จึงทำได้ยาก ต้องดำเนินการในลักษณะของการศึกษาวิจัยขนาดใหญ่ และเลือกใช้วิธีการวิจัยแบบสหสาขาวิชาที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประเมินผลกระทบตามตัวชี้วัดนี้ของธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการนำไปใช้เป็นกรอบอ้างอิง ไม่ใช่ตัวนโยบายโดยตรง

4.4 ข้อจำกัดของการศึกษา

แม้ว่าการศึกษานี้ต้องการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดำเนินการโดย คสช. โดยมุ่งศึกษาตั้งแต่การก่อรูปนโยบายก่อนที่จะเข้าสู่กลไกของ คสช. การพัฒนานโยบาย ไปจนถึงผลกระทบของนโยบาย อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของเวลาในการศึกษา ทำให้นักวิจัยไม่สามารถเลือกวิธีเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าตั้งแต่การก่อรูป จนถึงประเมินผลกระทบ แต่นักวิจัยเลือกที่จะศึกษานโยบายที่ได้ผ่านกลไกของ คสช. ไปแล้ว และใช้วิธีการศึกษาแบบย้อนหลังด้วยวิธีการทบทวนเอกสาร การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตจนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้ไม่ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนในบางประเด็นที่สำคัญ อันเนื่องมาจาก 1) เอกสารที่ค้นพบไม่ได้รองรับประเด็นสำคัญอย่างครบถ้วนและส่วนใหญ่เป็นเอกสารที่ไม่ได้เกิดจากกระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ และ 2) การที่ไม่สามารถติดต่อสัมภาษณ์ผู้มีส่วนพาทสำคัญกับนโยบายบางคนได้เพราะเสียชีวิต ย้ายถิ่น หรือถอนตัวออกจากคณะทำงาน รวมถึงข้อจำกัดในเรื่องความจำอันจำกัดของผู้ถูกสัมภาษณ์ อย่างไรก็ตาม นักวิจัยพบว่า ข้อมูลที่เก็บได้มีความเพียงพอที่จะวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในขั้นกระบวนการ และสามารถนำผลการวิเคราะห์ในการจัดทำข้อเสนอแนะแก่ คสช. และ สช.

จากประสบการณ์ของนักวิจัยในการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับกลไกการทำงานของ คสช. และ สช. ในหลายประเด็นนโยบาย หลายกิจกรรม ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลและความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องนโยบายที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทัศนคติ หรือประสบการณ์อาจไม่เจาะจงกับกรณีศึกษาใดกรณีศึกษาหนึ่งโดยตรง อย่างไรก็ตาม ในกรณีนี้มีข้อดีที่นักวิจัยสามารถตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลายๆ ท่านว่าตรงหรือสัมพันธ์กันหรือไม่ ดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

นักวิจัยพบว่า ถึงแม้ สช. จะมีการจัดเก็บข้อมูล บันทึกบทเรียนและประสบการณ์การทำงานไว้มากพอสมควรเนื่องจาก คสช. และ สช. ได้ทำกิจกรรมจำนวนมากร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนับหลายพันคน จึงมีภาระด้านการจัดเก็บเอกสารหลักฐานของกิจกรรม ทำให้ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลสำคัญบางอย่างได้ หรือไม่ได้จัดเก็บข้อมูลเหล่านั้น ตัวอย่างของข้อมูลเหล่านี้ เช่น เอกสารเกี่ยวกับการประเมินการทำงานของ สช. ครั้งที่ผ่านมา รายชื่อผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ บันทึกเสียงของการประชุมสมัชชาสุขภาพ นอกจากนี้ เนื่องจากกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายภายใต้กลไก คสช. อาจไม่ได้จัดโดย สช. เท่านั้น ในบางกรณีจัดโดยหน่วยงานหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งก็ทำให้ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลได้เช่นกัน

บทที่ 5

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

อาจกล่าวได้ว่า พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2550 เป็นหลักฐานและก้าวสำคัญของประเทศไทยในการสนับสนุนการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ข้อค้นพบจากการประเมินกระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่มีหน้าที่สนับสนุนให้บรรลุวัตถุประสงค์ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติจึงมีความสำคัญยิ่ง และนำไปสู่ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาเรื่องต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ ข้อเสนอแนะที่ระบุในบทนี้ยังสามารถใช้พิจารณาสำหรับองค์กรอื่นๆ ที่ต้องการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ก็วิจัยสรุปข้อเสนอแนะเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- 5.1) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การทำงานของ คสช.
- 5.2) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อสามารถสนับสนุนการทำงานของ คสช. และหน้าที่อื่นๆ ที่ระบุใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
- 5.3) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- 5.4) ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนากลไกการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแต่ละกลไก

5.1 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การทำงานของ คสช.

5.1.1 คสช. ควรพิจารณาความเป็นไปได้ของการส่งเสริมการพัฒนาโยบายสาธารณะแบบ Inside-Out นอกเหนือจาก Outside-In ที่มีอยู่แล้ว

ทั้งนี้การดำเนินงานที่ผ่านมาของ คสช. ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไกธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายสาธารณะ และการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการระดับชาติ จะเห็นได้ว่ากลไกทั้งหมดนี้อยู่ในระบบหรือนอกกระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะที่มีอยู่เดิม ซึ่งส่วนใหญ่ยึดโยงภายใต้ระบบราชการทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น จึงอาจกล่าวได้ว่ากลไกการทำงานของ คสช. ทั้งหมดเป็นการผลักดันประเด็นด้านสุขภาพในการพัฒนาโยบายสาธารณะจากภายนอก (Outside In) ในมุมมองของผู้กำหนดนโยบายที่อยู่ตามหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อความรู้สึกต่อต้านหรือไม่เห็นความจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมกับกลไกต่างๆ เหล่านี้ อย่างไรก็ตาม กระบวนการดังเห็นได้จากข้อค้นพบก่อนหน้านี้ที่หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับนโยบายสาธารณะเหล่านั้นมักไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมที่เป็นกลไกของ คสช. หรือไม่ยอมรับมติไปปฏิบัติทั้งที่บางมติได้ผ่านการอนุมัติเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแล้ว

เมื่อเปรียบเทียบกับบทเรียนในต่างประเทศ ที่มักพบการพัฒนา นโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของประชาชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดขึ้นภายใต้กลไกภายในองค์กรหรือคณะกรรมการซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายเอง (Inside Out) เช่น Citizen juries ในสหรัฐอเมริกา (98) Citizen council ในอังกฤษ (99) หรือ Planning cells ในเยอรมนี (98) ที่หน่วยงานผู้ กำหนดนโยบายสาธารณะด้านการเกษตรและทรัพยากรธรรมชาติ (กรณีของสหรัฐอเมริกา) สุขภาพ (กรณีของอังกฤษ) และพลังงาน เทคโนโลยีและการสื่อสาร (กรณีของเยอรมนี) เป็นผู้คัดเลือกตัวแทนภาคประชาชนแบบสุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 12-25 คน เพื่อมาเรียนรู้ แบ่งปันข้อเท็จจริงและถกเถียงนโยบายที่อยู่ระหว่างการพัฒนาขึ้น โดยใช้ข้อมูลจาก ตัวแทนประชาชนประกอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะของหน่วยงานเหล่านั้นเอง วิธีการดังกล่าวย่อมลดแรงต่อต้าน หรือเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของข้อเสนอนั้นจากภาคประชาชน อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าวิธีการดังกล่าวอาจมีข้อจำกัดใน เรื่องของความสม่ำเสมอ (Consistency) รวมถึงกระบวนการและเนื้อหาในข้อเสนอแนะของประชาชน เพราะตัวแทนภาค ประชาชนในแต่ละกลุ่มถูกคัดเลือกและมีส่วนร่วมในการพัฒนา นโยบายอย่างอิสระต่อกัน

ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ของการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา นโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วน ได้เสียชนิด Inside Out ในบริบทของประเทศไทย เพราะในปัจจุบันองค์กรผู้กำหนดนโยบายสาธารณะบางแห่งเริ่มมี ผู้แทนภาคประชาชนเข้าไปมีตำแหน่งอย่างถาวร เช่น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการ กิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ ซึ่ง พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้องกำหนดให้มีผู้แทนจากภาค ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วม (100) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงจำนวนและวิธีการคัดเลือกผู้แทน รวมถึงกระบวนการ ดำเนินงาน ยังไม่อาจกล่าวได้ว่าคณะกรรมการเหล่านี้ได้ดำเนินการจนบรรลุวัตถุประสงค์ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ซึ่ง ให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะที่ “จัดอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนและ หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ”

ในการดำเนินงานดังกล่าว คสช. ควรทำหน้าที่กระตุ้นและสนับสนุนให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียเข้าไปมีส่วน เกี่ยวข้องกับกลไกการพัฒนา นโยบายสาธารณะในระบบเดิมที่เป็นกลไกกำหนดนโยบายสาธารณะหลักของสังคม โดยอาจ เข้าไปให้ข้อชี้แนะในด้านกระบวนการ ส่งเสริมและยกย่องหน่วยงานที่ดำเนินการตามหลักการใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ที่ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ (หมวดที่ 1) ทั้งนี้อาจประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในสังคมได้รับทราบ หรืออาจทำ หน้าที่ในการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาวิธีการคัดเลือกผู้แทน การจัดเตรียมข้อมูล การถกเถียง หรือผลลัพธ์ของการ พัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อนำองค์ความรู้เหล่านั้นกลับมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการทำงานของทุกฝ่าย ร่วมกัน

5.1.2 คสช. ควรพิจารณาปรับยุทธศาสตร์ที่ชูธงเรื่องสุขภาพอย่างเด่นชัดและควรปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์นับเป็นส่วนประกอบของธรรมาภิบาลที่ดีและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล หลักการเหล่านี้ใช้อย่างแพร่หลายทั้งในและนอกระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ด้วยความตระหนักและกระตือรือร้นของผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพทำให้เกิด พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านสุขภาพ ซึ่งถือได้ว่ามีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน จากการประเมินนี้พบว่า ในบางกรณีประชาชนหรือผู้กำหนดนโยบายอาจให้น้ำหนักหรือความสำคัญกับประเด็นอื่นๆ มากกว่าประเด็นด้านสุขภาพ เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นต่อต้านกลไกการทำงานของ คสช. ที่ชูธงประเด็นด้านสุขภาพเป็นสำคัญเหนือประเด็นอื่นๆ ทั้งนี้ นักวิจัยมิได้เห็นด้วยทั้งหมดกับการให้ความสำคัญในประเด็นอื่นๆ มากกว่าประเด็นด้านสุขภาพ เพียงแต่พิจารณาว่าความถูกต้อง (Legitimacy) และเหมาะสมของนโยบายสาธารณะควรตัดสินบนความต้องการของประชาชนในสังคม ซึ่งบางกรณีความต้องการของประชาชนอาจมิได้วางอยู่บนหลักการด้านสุขภาพเสมอไป อย่างไรก็ตาม รัฐบาลต้องมีหน้าที่ในการปกป้องและขจัดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นกับคนบางกลุ่มในขณะที่ประชาชนกลุ่มอื่นได้ประโยชน์มากกว่า

ผลการประเมินในครั้งนี้แสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่ากลไกการทำงานของ คสช. ตั้งแต่รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องสำคัญซึ่งอยู่นอกระบบสุขภาพ ต่างรู้สึกถูกกีดกันและบางครั้งไม่เข้าใจในเจตนารมณ์ของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ดังตัวอย่างของการอภิปรายในกรณีนโยบายการส่งเสริมการลงทุนของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) ในประเด็นรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 6 ข้อ 43 ที่ระบุว่า “ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ราคาไม่แพง ระบบบริการนี้ต้องสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และรัฐควรสนับสนุนระบบที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลักโดยไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ” ซึ่ง “การบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ” หมายความว่า “การบริการสาธารณสุขในลักษณะที่มุ่งหวังทำกำไรสูงสุดตามกลไกตลาดเพื่อนำกำไรมาแบ่งกันในกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจเช่นเดียวกับการประกอบธุรกิจทั่วไป” ที่มีหลายฝ่ายไม่เห็นด้วยกับการไม่สนับสนุนการลงทุนส่งเสริมการลงทุนของระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ ส่งผลให้ที่สุดข้อเสนอจากการทำงานร่วมกันระหว่างบีโอไอและ คสช. ไม่ได้ถูกนำไปปฏิบัติ

ดังนั้น เพื่อลดความรู้สึกดังกล่าว คสช. และ คสช. อาจต้องพิจารณาหาจุดสมดุลในการทำงานร่วมกับหน่วยงานเหล่านั้น ให้เกิดความรู้สึกว่าการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นของทุกคน สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกประเภทของนโยบายและไม่ขัดกับพันธกิจหลักของหน่วยงานนั้นๆ ทั้งนี้ประเด็นด้านสุขภาพควรพิจารณาเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งร่วมกับประเด็นอื่นๆ ตามแต่บริบทของนโยบาย โดย คสช. และ คสช. ยินดีและพร้อมที่จะสนับสนุนให้มีการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม การใช้ข้อมูลและเหตุผลจากการถกแถลง ให้ได้ฉันทามติที่เป็นที่ต้องการของทุกฝ่าย ไม่ว่าจะผลลัพธ์นโยบายสุดท้ายจะให้น้ำหนักประเด็นด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด (ตราบที่ยังมีมาตรการที่ดีในการปกป้องและ

ขาดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นกับคนบางกลุ่ม) ทั้งนี้ประเด็นดังกล่าวยังเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของ สช. ที่ถูกระบุว่ามีแนวโน้มให้การสนับสนุนตัวแทนจากภาคประชาสังคมหรือกลุ่มคนที่ชูประเด็นด้านสุขภาพเป็นสำคัญ คสช. และ สช. จึงควรสุขภาพลักษณะที่เป็นกลาง ให้การสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของทุกฝ่าย

5.1.3 คสช. ควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและการแบ่งปันข้อเท็จจริงและการตีความในกลไกต่างๆ

จากรายงานผลการประเมินในครั้งนี้จะเห็นได้ว่ากลไกสมัชชาสุขภาพประสบกับข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก และการแบ่งปันข้อเท็จจริงและการตีความ ทั้งนี้ข้อจำกัดดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์การทำงานของ คสช. โดยตรง เพราะมีผลต่อความถูกต้องเหมาะสมของนโยบาย โดยการแบ่งปันข้อเท็จจริงและการตีความมีผลสำคัญต่อการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ดังที่ระบุใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จากผลการประเมินนำไปสู่ข้อเสนอแนะทั้งเชิงยุทธศาสตร์และแนวทางปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการแบ่งปันข้อเท็จจริงและการตีความดังต่อไปนี้

ก. ให้ความสำคัญกับความเป็นตัวแทน

โดยนิยามที่ใช้ในการประเมินครั้งนี้ ตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามาร่วมในกระบวนการนั้น นอกจากเป็นตัวแทนของกลุ่มต่างๆ ทั้งที่ได้และเสียประโยชน์ เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ในสัดส่วนที่เหมาะสมแล้ว ยังต้องสามารถแสดงออกซึ่งความเป็นตัวแทนของกลุ่มนั้นๆ ได้อย่างมีคุณภาพ สามารถสื่อสารผลประโยชน์ของกลุ่ม และ/หรือวัตถุประสงค์ของกลุ่มของตนออกมาได้ มิใช่แสดงออกในฐานะของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Renn (101) และ Webler (102) ที่เน้นย้ำว่าการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความสามารถในการใช้ความรู้ ทำความเข้าใจ แปรผลและสื่อสารต่อตัวแทนกลุ่มอื่นๆ ในการถกแถลง มิฉะนั้นก็ไม่อาจกล่าวได้ว่าข้อสรุปที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากฉันทามติอย่างแท้จริง เอกสารที่เป็นบทเรียนในหลายประเทศอภิปรายถึงวิธีการคัดเลือกและจำนวนตัวแทนที่เหมาะสม ถึงแม้ไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนแต่ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการคัดเลือกตัวแทนแบบสุ่มมากกว่าตามความสมัครใจหรือเจาะจง และเสนอว่าขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมสำหรับการอภิปรายถกแถลงคือ 20-30 คน (94)

Lavis และคณะ (103) ยังได้เสนอให้ใช้เครื่องมือที่เรียกว่า ‘Stakeholder mapping’ หรือ ‘Political mapping’ ซึ่งเป็นเครื่องมือวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาใช้ในการกำหนดกลุ่มคนที่ควรเข้าร่วมในสมัชชาสุขภาพ จากนั้นให้คัดเลือกบุคคลที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตามความสามารถที่จะแสดงออกถึงมุมมองหรือประสบการณ์ของคนในกลุ่มนั้นๆ และสามารถที่จะไปสื่อสารหรือดำเนินกิจกรรมกับคนในกลุ่มของตนในภายหลัง

ข. สร้างกระบวนการที่เหมาะสม

Renn (101) และ Webler (102) ได้ระบุถึงความสำคัญของ 'กระบวนการที่เหมาะสม' (Appropriate procedure) ในการสนับสนุน ช่วยเหลือให้ตัวแทนทุกกลุ่มมีความสามารถในการพัฒนานโยบายสาธารณะได้อย่างใกล้เคียงกัน เช่น การสนับสนุนข้อมูลสำคัญที่เอื้อให้อยู่ในภาษาและรูปแบบที่เหมาะสมกับคนทุกกลุ่มก่อนสัมภาษณ์ การสร้างบรรยากาศในสัมภาษณ์ กระตุ้นให้ทุกคนสามารถพูดในประเด็นที่คิดว่าสำคัญโดยไม่ถูกจำกัด (Free-range discussion) การรักษาความลับ การให้เวลาและโอกาสอย่างทั่วถึง รวมถึงการมีกฎสำหรับการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม (Rules of engagement) โดยกฎดังกล่าวควรส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมเห็นความสำคัญของการฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจ ให้เกียรติและความเสมอภาคกับตัวแทนของทุกกลุ่ม ไม่อภิปรายในประเด็นซ้ำ ทั้งนี้ Wade (91) และ Lavis และคณะ (103) พบว่ากฎเหล่านี้มีความสำคัญมากในกรณีประเด็นที่มีความซับซ้อน มีผลประโยชน์เดิมพันสูง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้สึกปลอดภัย มีความเชื่อมั่นต่อกระบวนการและตัวแทนผู้เข้าร่วมประชุมท่านอื่นๆ

Pratchett (104) และ Crosby (105) กล่าวถึงเวลาที่ใช้ในการถกแถลงที่ควรจัดให้เพียงพอเพียงเพราะมีส่วนสำคัญมากต่อการแบ่งปันข้อเท็จจริง การมีข้อมูลที่เท่าเทียมกัน การพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วม การลดลงของความเห็นที่แตกต่างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ และการตัดสินใจที่เป็นผลมาจากความรู้ที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้กระบวนการที่เหมาะสมต้องให้โอกาสแก่ตัวแทนทุกกลุ่มในการโต้แย้งข้อมูลที่ให้แก่ผู้เข้าร่วมก่อนการประชุมสัมมนา หรือข้อมูลที่ระบุถึงในระหว่างการประชุมสัมมนา และทั้งสองยังเสนอแนะว่า ทีมวิชาการหรือคนกลางผู้ดำเนินรายการควรใช้ข้อมูลจากการรับฟังจากการถกแถลงมากกว่าข้อมูลที่ให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

ค. ให้ความสำคัญกับหลักฐานทางวิชาการในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

Carcasson (106) ระบุว่า การถกแถลงคือกระบวนการเรียนรู้ การถกแถลงจะมีนัยยะที่สำคัญก็ต่อเมื่อการถกแถลงเริ่มต้นและดำเนินไปบนหลักฐานของข้อเท็จจริงที่เป็นกลางมากที่สุด ในการนี้หลักฐานจากงานวิจัยนับได้ว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่มีความเชื่อถือและสามารถพิจารณาตรวจสอบได้อย่างกว้างขวาง ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพัฒนานโยบายสาธารณะควรมีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลวิจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างไม่มีข้อจำกัด สามารถสังเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ อย่างเป็นระบบ และสามารถสื่อสารกับตัวแทนกลุ่มต่างๆ ให้เข้าใจเนื้อหา ข้อเท็จจริงก่อนการถกแถลง เพื่อลดช่องว่างของความรู้และทำให้การถกแถลงเป็นไปอย่างเสมอภาคในตัวแทนทุกกลุ่ม ไม่ถูกโน้มนำโดยตัวแทนจากกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จากการประเมินครั้งนี้พบว่า สช. ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงนักวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักวิชาการที่มีข้อมูลที่ขัดแย้งกับนักวิชาการกลุ่มหลักที่สนับสนุน สช. มาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีผลต่อภาพลักษณ์เรื่องความเป็นกลาง และยังไม่มีการจัดทำข้อมูลสนับสนุนก่อนการถกแถลงอย่างเป็นทางการและสม่ำเสมอ นักวิจัยจึงเสนอให้ สช. มีนโยบายและจัดทำแนวทางที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกับนักวิชาการกลุ่มต่างๆ รวมถึงรวบรวมข้อมูลนักวิชาการที่มีความเห็นแตกต่างกันในแต่ละประเด็น แนวทางการเลือกใช้อ้างอิงข้อมูลตามความน่าเชื่อถือ (Hierarchy of evidence) และแนวทางสื่อสารก่อนการถกแถลง

5.2 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำงานของ สช.

5.2.1 จัดให้มีหน่วยจัดการความรู้ในองค์กร (In-house knowledge management unit)

ดังที่กล่าวในส่วนที่แล้วว่าการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมผ่านวิธีการถกแถลงคือกระบวนการเรียนรู้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สช. มีความจำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อทำหน้าที่รวบรวมความรู้ที่กระจัดกระจายอยู่ตามแหล่งต่างๆ หรือความรู้แฝงเร้น (Tacit knowledge) ที่อยู่ในตัวบุคคลในองค์กรหรือเครือข่ายให้กลายเป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) เพื่อเหมาะสมกับการถ่ายทอด ซึ่งการจัดการความรู้จะช่วยยกระดับความรู้เหล่านั้นให้รอบด้านและแม่นยำยิ่งขึ้น สะดวกต่อการประยุกต์ใช้ในอนาคต การจัดการความรู้มีประโยชน์หลายประการ อาทิ ทำให้องค์กรสามารถรักษาความเชี่ยวชาญ ความชำนาญ และความรู้ที่อาจสูญหายไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจ ทำให้การตัดสินใจเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ ช่วยให้ปฏิบัติงานสามารถปรับตัวและเพิ่มความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานมากขึ้น เป็นต้น

การจัดการความรู้ของ สช. ควรดำเนินการใน 3 ส่วน คือ 1) การจัดการความรู้ของบุคลากรภายใน สช. เองให้มีความสามารถในการใช้องค์ความรู้ทั้งของ สช. และองค์ความรู้ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการสนับสนุนการทำงานตามกลไกต่างๆ ของ คสช. สรุปบทเรียนและวางแผนการทำงานในอนาคต 2) การจัดการความรู้ให้แก่บุคลากรในองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานโยบายสาธารณะ ตั้งแต่หน่วยงานกำหนดนโยบาย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ให้สามารถรวบรวมและทำความเข้าใจกับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้นๆ 3) การจัดการความรู้แก่ประชาชนในสังคม ให้ตระหนัก เข้าใจ และสามารถมีส่วนร่วมในนโยบายได้อย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่าการจัดการความรู้ในแต่ละส่วนมีวัตถุประสงค์และวิธีการที่แตกต่างกัน

ประเด็นย่อยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ซึ่งนักวิจัยประสบในระหว่างการประชุมคือ การจัดเก็บข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร นักวิจัยเสนอให้มีการจัดเก็บในรูปแบบของฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และมีการเก็บรายละเอียดในการประชุมในลักษณะของการถอดเทปบันทึกการประชุม (Verbatim) ที่สำคัญอย่างละเอียด เช่น การประชุมสมัชชาสุขภาพ และการประชุมคณะกรรมการระดับชาติต่างๆ ทั้งนี้ นอกเหนือจะเป็นหลักฐานที่สำคัญหากต้องการตรวจสอบจากทุกฝ่ายแล้ว ยังช่วยให้นักวิชาการและนักวิจัยสามารถนำมาใช้วิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจบริบทและบทบาทของผู้แสดงแต่ละกลุ่ม อย่างไรก็ตาม ประเด็นนี้ควรพิจารณาร่วมกับความเป็นส่วนบุคคลและการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมประชุมดังที่ได้กล่าวในช่วงต้น นักวิจัยเสนอให้มีการเซ็นชื่อยินยอมรับทราบหากต้องการเผยแพร่ข้อมูลเหล่านี้ในฐานข้อมูลสาธารณะ (อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสำคัญเหล่านี้ควรมีการจดบันทึกไว้ ถึงแม้จะไม่เปิดเผยก็ตาม)

5.2.2 พัฒนาคู่มือการปฏิบัติงาน (Working manual) ขององค์กร

คู่มือการปฏิบัติงานเป็นเอกสารที่ระบุถึงแนวทางการทำงาน ข้อกำหนดมาตรฐานต่างๆ ตลอดจนขั้นตอนและรายละเอียดของกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน (107) คู่มือการปฏิบัติงานเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้น และสิ้นสุดของกระบวนการ คู่มือการปฏิบัติงานมีความเหมาะสมกับงานของ สช. ที่มีกระบวนการทำงานที่ซับซ้อน หลายขั้นตอนและเกี่ยวข้องกับคนหลากหลายกลุ่ม คู่มือการปฏิบัติงานจะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทราบว่าตนเองสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะได้อย่างไร เมื่อใด หรือการทำงานร่วมกับกลุ่มธุรกิจเอกชนที่อาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนจะมีแนวทางการปฏิบัติอย่างไร การมีคู่มือการปฏิบัติงานยังช่วยส่งเสริมให้มีการตรวจสอบและพัฒนาวิธีการทำงานให้ดีขึ้นในอนาคต เพราะเมื่อมีการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรย่อมง่ายต่อการตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเมื่อพบว่าคู่มือปฏิบัติงานยังไม่เหมาะสม

คู่มือการปฏิบัติงานสามารถพัฒนาได้หลายรูปแบบ เช่น ระเบียบปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติงาน รูปภาพ หรือแบบฟอร์ม ซึ่งควรพิจารณาตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าคู่มือการปฏิบัติงานสามารถนำไปปฏิบัติได้และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานนั้นๆ ในการพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานมีขั้นตอนที่สำคัญตั้งแต่ศึกษารายละเอียดของงานจากเอกสารหรือประสบการณ์ สังเกตการปฏิบัติงานจริง จัดทำ Work Flow ง่ายๆ และทำรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน จัดประชุมรับฟังความคิดเห็นจากภาคส่วนต่างๆ ต่อร่างรายละเอียดในคู่มือและปรับแก้ไขทดสอบคู่มือโดยให้ทั้งผู้ปฏิบัติและผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติพิจารณา เผยแพร่และฝึกอบรมรวมทั้งทดสอบความเข้าใจของผู้ใช้งาน และรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคู่มือให้เกิดการนำไปใช้และประสิทธิผลของคู่มือ (108)

5.2.3 ให้นิยามกับถ้อยคำเฉพาะที่นิยมใช้ในกลุ่มและจัดแบ่งประเภทของเอกสารขององค์กร

จากการประเมินครั้งนี้นักวิจัยพบถ้อยคำจำนวนมากทั้งภาษาไทยและอังกฤษที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมสมัชชาสุขภาพ ถ้อยคำเหล่านี้ เช่น ลมใต้ปีก หัวตัวจืด ห้องยึดเยื่อ ฉันทามติ การถกแถลงและอำนาจอ่อน (Soft power) ซึ่งจากการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายภายใต้การทำงานของ คสช. ในการประเมินครั้งนี้พบว่า ถึงแม้ถ้อยคำเหล่านี้จะใช้อย่างทั่วไปแต่มีความเข้าใจในความหมายของถ้อยคำที่แตกต่างกัน และในบางครั้งอาจสร้างความเข้าใจผิดหรือเกิดปัญหาในการสื่อสารภายในและระหว่างกลุ่ม เช่น การใช้ Soft power ในการพัฒนานโยบายสาธารณะ คือการพยายามสรุปประเด็นการสนทนาด้วยความประนีประนอม หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง เป็นต้น ดังนั้น นักวิจัยเสนอให้ สช. พิจารณาว่าถ้อยคำใดที่มีความจำเป็นที่ใช้สำหรับสื่อสาร ควรมีการนิยามถ้อยคำเหล่านี้อย่างเป็นทางการเพื่อป้องกันความเข้าใจผิด การตีความที่หลากหลาย ซึ่งบางครั้งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการแลกเปลี่ยนความรู้หรือการถกแถลง

นอกเหนือจากประเด็นเรื่องถ้อยคำที่ใช้อย่างไม่เป็นทางการแล้ว นักวิจัยยังเสนอให้ สช. พิจารณาจัดประเภทของเอกสารที่ผลิตและเผยแพร่ในนามของ สช. ให้ผู้อ่านได้ทราบว่าเอกสารใดที่เผยแพร่อย่างเป็นทางการ ผ่านการรับรองจาก คสช. เอกสารใดเป็นผลสรุปอย่างเป็นทางการ (มีการรับรองรายงาน) จากการประชุมต่างๆ ที่ คสช. หรือ สช. จัดขึ้น

เอกสารใดเป็นบันทึก การถอดบทเรียนของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ สช. การจัดแยกและให้ข้อมูลถึงประเภทของเอกสาร แก่ผู้อ่านจะช่วยให้ผู้อ่านตระหนักและเลือกใช้เอกสารเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมตามกาลเทศะ

5.2.4 จัดให้มีหน่วยติดตามและประเมินผล (Monitoring and evaluation unit)

สช. ควรจัดให้มีการติดตามและประเมินผลทั้งภายใน (โดยบุคคลากรของ สช.เอง) และภายนอกอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ทั้งการติดตามและประเมินผลกระบวนการทำงานของ คสช. สช. และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบาย และติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่พัฒนาผ่านกลไกต่างๆ ทั้งนี้ควรดำเนินการเก็บข้อมูลประเมินผลไปข้างหน้า (Prospective approach) เพื่อลดข้อจำกัดเกี่ยวกับการเชื่อมโยงความสำคัญ ความเป็นเหตุเป็นผล และข้อจำกัดเรื่องความทรงจำของผู้ให้ข้อมูลหรือการมีอยู่ของข้อมูล ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาการนำประชาธิปไตยแบบถกแถลงไปใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะ ณ เมือง Zeguo ประเทศจีน (109) ซึ่งระหว่างการถกแถลง นักวิจัยได้ทำการประเมินในด้านต่างๆ เช่น ความเป็นตัวแทน การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ/ความคิดเห็นต่อนโยบายอันเป็นผลจากการถกแถลง เป็นต้น ผ่านการทำโพลล์เสวนา (Deliberative polling) ทำให้ได้ข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ และเห็นผลกระทบที่เกิดจากการถกแถลงต่อความคิดเห็นของผู้คนที่มิต่อนโยบายสาธารณะได้อย่างชัดเจน

ในบางกรณี สช. ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อให้ทราบถึงวิธีการ ช่องทางของการสร้างการมีส่วนร่วม การถกแถลง เช่น ในการศึกษาของ Abelson และคณะ (68) ที่ทดลองการหาฉันทามติผ่านการสำรวจ การถกแถลงทางโทรศัพท์ และการถกแถลงแบบเผชิญหน้า ซึ่งให้ข้อสรุปว่าการถกแถลงแบบหลังสุดมีประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้ควรนำมาใช้ปรับปรุงแผนและกิจกรรมการทำงานขององค์กรอย่างเป็นระบบต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

5.3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Political mapping)

ในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการผลักดันให้เกิดการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ต้องการการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีผู้แสดงหลัก (Key actors) ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้มีอิทธิพลต่อการพัฒนา และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ มีลักษณะที่แตกต่างกันทั้งในแต่ละพื้นที่และในส่วนกลาง ซึ่งความแตกต่างนี้จะแปรเปลี่ยนตามบริบทของประเด็นนโยบาย การเมือง และวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนโยบายต่างมีข้อเด่นและข้อด้อยที่แตกต่างกัน แต่สามารถทำงานเสริมกันได้ ดังนั้น ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหนึ่งๆ ควรมีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Political mapping) ซึ่งเป็นการประเมินความสำคัญของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ที่มีบทบาทหรือมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ รวมถึงประเมินผลกระทบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านี้ที่อาจจะมีต่อผลลัพธ์ที่ต้องการ (110) เพื่อประเมินบริบทเชิง

อำนาจที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย ทั้งนี้การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder analysis) เป็นส่วนหนึ่งของ Political mapping (111) ที่สามารถวิเคราะห์หาผู้แสดงหลัก และศักยภาพของผู้แสดงหลัก ที่จะมีส่วนต่อผลลัพธ์ของนโยบาย รวมถึงรูปแบบของความเชื่อมโยงว่าอยู่ในลักษณะของการเสริมพลังหรือขัดแย้งกัน Political mapping จึงเป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยการทำให้ Political mapping จะใช้เครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาและวิเคราะห์ เช่น การทบทวนวรรณกรรม (การทบทวนเอกสารทางราชการ หรือข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์) การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก การทำสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ในการทำ Political mapping จำเป็นต้องทำอย่างสม่ำเสมอ เพราะการเมืองหรือนโยบายต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นการทำ Political mapping อาจจะต้องทำทุกปีเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง (112) และเพื่อให้แนวทางการทำงานร่วมกับผู้แสดงหลักของ สช. เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะมากที่สุด ตัวอย่างการทำ Political mapping ของประเทศไทย เช่น การผลักดันนโยบายและมาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งการทำ Political mapping อาจจะเริ่มทำตั้งแต่การพัฒนานโยบายสาธารณะในแต่ละประเด็น (113)

5.3.2 การจัดการความรู้

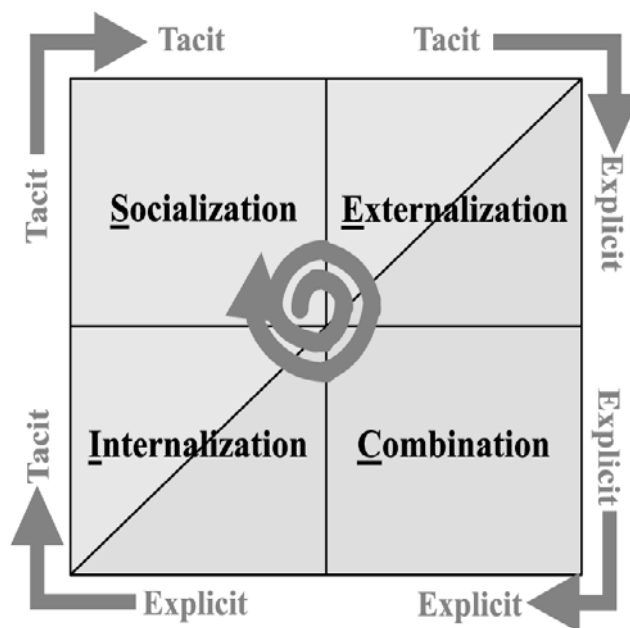
หากต้องการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ จำเป็นจะต้องบริหารจัดการความรู้ภายในองค์กรให้เป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงสามารถถ่ายทอด และแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่น เครื่องมือหลากหลายประเภทถูกสร้างขึ้นเพื่อใช้ในแต่ละกระบวนการหลักของการจัดการความรู้ ได้แก่ การค้นหาความรู้ การสร้างความรู้ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลผลและกักเก็บความรู้ และการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน (114) ทั้งนี้รูปแบบการจัดการความรู้นั้นมีหลายรูปแบบด้วยกัน โดยส่วนใหญ่มีการดำเนินกิจกรรมใน 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

- ก. การก่อความรู้ (Knowledge construction)
- ข. การทำให้ความรู้เป็นรูปธรรม (Knowledge embodiment)
- ค. การเผยแพร่ความรู้ (Knowledge disseminate)
- ง. การประยุกต์ใช้ความรู้ (The application of knowledge)

ซึ่ง สช. อาจหารูปแบบการจัดการความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรและเลือกไปเป็นแบบตั้งต้นในการจัดการความรู้ขององค์กรและระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ในที่นี้นักวิจัยขอเสนอตัวอย่างรูปแบบของการจัดการความรู้ โมเดล SECI ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งสำหรับจัดการความรู้ทั้งภายในและระหว่างองค์กรในสังคม

โมเดล SECI (Socialization-Externalization-Combination-Internalization model พัฒนาโดย ศ.อิจิโระ โนซากะ (รูปที่ 4) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อแนวคิดด้านการจัดการความรู้ของประเทศญี่ปุ่น (115) ได้ให้ความสำคัญต่อการสร้างความรู้ผ่านการเปลี่ยนรูปแบบระหว่างกันของความรู้แฝงเร้น (Tacit knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

- ก. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) – กระบวนการถ่ายโอนความรู้โดยตรงระหว่างกลุ่มคนหรือบุคคล เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความเชื่อ ข้อคิดเห็นระหว่างกัน
- ข. การสกัดความรู้จากตัวคน (Externalization) – เป็นขั้นตอนสำคัญในการเปลี่ยนความรู้แฝงเร้น ให้เป็นความรู้ชัดแจ้ง จะเกิดขึ้นต่อเมื่อความรู้แฝงเร้นถูกนำออกมาเปิดเผยจนกลายเป็นความรู้ชัดแจ้งใหม่
- ค. การผนวกความรู้ (Combination) – เป็นการรวบรวมความรู้ชัดแจ้งมากมาย หลากหลายมาจัดกลุ่ม จัดหมวดหมู่ ได้เป็นความรู้ชัดแจ้งที่ยกระดับขึ้นและอยู่ในรูปแบบที่พร้อมจะเผยแพร่
- ง. การผนึกความรู้ (Internalization) – การนำความรู้ที่ได้ยกระดับแล้วไปปฏิบัติ ผ่านการประยุกต์เป็นผลิตภัณฑ์ กระบวนการทำงาน วิธีการใหม่ หรือปรับปรุงของเก่า เกิดคุณค่าและมูลค่า และในกระบวนการนี้เอง บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ ซึ่งความรู้นั้นก็กลายเป็นความรู้แฝงเร้นที่ยกระดับขึ้นไปอีก



รูปที่ 4 ตัวอย่างของ SECI model (116)

กระบวนการทั้ง 4 เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องก็จะทำให้ความรู้ที่มีถูกนำไปใช้ประโยชน์ ถูกยกระดับและฝังลึกในตัวบุคคล นอกจากนี้ สิ่งสำคัญที่ช่วยให้การจัดการความรู้โดยเฉพาะในเรื่องของการพัฒนานโยบายสาธารณะมีประสิทธิภาพนั้น คือ การระบอบุคลากรสำคัญที่อาจเป็นปัญหาต่อการถ่ายทอดความรู้ เช่น ความแตกต่างด้านภาษา การศึกษา กายภาพ วัฒนธรรม เพศ รวมถึงค่านึงถึงทรัพยากรและเวลาที่จะใช้ในการจัดการความรู้ในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม (61)

5.3.3 การศึกษาต้นทุนทางสังคมและการประเมินความคุ้มค่า/ต้นทุนของนโยบายสาธารณะ

ในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ข้อมูลที่เกี่ยวกับผลกระทบทางสังคม เช่น ต้นทุนทางสังคม ความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจ มักมีประสิทธิผลในการสื่อสารประเด็นปัญหาที่มีความเฉพาะหรือซับซ้อนให้เข้าใจง่าย เช่นในประเทศอังกฤษมีการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (117) ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถนน โดยใช้ข้อมูลต้นทุนทางสังคมของแต่ละวิธีการเดินทางเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนานโยบายกระตุ้นให้ประชาชนเลือกใช้บริการขนส่งสาธารณะเป็นพาหนะในการเดินทางมากขึ้น ทั้งนี้การศึกษาต้นทุนทางสังคมสามารถใช้ประกอบในการพิจารณาความคุ้มค่าของมาตรการทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาอื่นๆ ได้อีกด้วย (118, 119) เช่น การเสนอข้อมูลประสิทธิผลและความคุ้มค่าของการเลือกนโยบายต่างๆ เพื่อลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (120) การประเมินความคุ้มค่า/ต้นทุนการลดการใช้สารตะกั่วในสีทาบ้าน น้ำมันและอาหาร (121) และการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการให้ทารกดื่มนมแม่ว่ามีความคุ้มค่าในการป้องกันท้องเสียในทารก รวมถึงการตายของทารกในช่วงแรกเกิด (122)

5.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแต่ละกลไก

ข้อเสนอแนะในข้อ 5.1 – 5.3 เป็นข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาพรวม ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ได้ในทุกกลไก (Cross-cutting recommendations) นอกเหนือจากข้อเสนอแนะดังกล่าว คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการพัฒนาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแต่ละกลไก ดังนี้

ตารางที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการพัฒนาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแต่ละกลไก

กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	ข้อเสนอแนะ
<p>ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) สช. ควรกำหนดขอบเขตและนิยามของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพให้รัดกุมชัดเจน เพื่อให้เห็นความแตกต่างจากแนวคิดหรือหลักการอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ควรตั้งต้นจากประเด็นเฉพาะที่ประชาชน (Active citizen) ในพื้นที่สนใจและมีความพยายามจัดการชัดเจน ตัวอย่างเช่น ชุมชนลุ่มน้ำพระปรอง จ.ปราจีนบุรี หรือ ชุมชนประมงท่าศาลา 3) ปรับกลไกภายใน สช. และงบประมาณสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ ให้มีความชัดเจนและเพียงพอแก่ขอบเขตความรับผิดชอบ มิฉะนั้นก็ให้ถือว่าการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยอาศัยกระบวนการสมัชชาสุขภาพหรือ HIA เพียงพอในตัวเองแล้ว ไม่จำเป็นต้องมีงานขับเคลื่อนธรรมนูญแยกออกมาต่างหาก

<p>กลไกการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ</p>	<p>ข้อเสนอแนะ</p>
	<p>4) ไม่ว่าจะเลือกแนวทางใด สิ่งที่สำคัญคือ การยกระดับขีดความสามารถในการระดมพลังทางวิชาการโดยเฉพาะระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุนกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมถึงการวางแผนการกำกับติดตามและประเมินผลให้เป็นไปอย่างรอบด้านเป็นระบบ โดยอาจพิจารณาใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลนี้ร่วมกับการทำแผนที่ยุทธศาสตร์พื้นที่ อันจะช่วยให้เห็นประเด็นสำคัญและตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง สามารถระดมองค์ความรู้ไว้เปรียบเทียบข้ามพื้นที่และเวลาได้เป็นระบบ</p> <p>5) การขับเคลื่อนระดับพื้นที่ควร</p> <p>5.1) ผสมผสานแนวทางการทำงานจากบนลงล่างเพื่อหนุนเสริมการทำงานจากล่างขึ้นบนที่ผ่านมา กล่าวคือ ควรพยายามบูรณาการการขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสามปีขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และแผนพัฒนาจังหวัด ตามกรอบนโยบายของกระทรวงมหาดไทย เนื่องจากไม่ได้มีความขัดแย้งในหลักการกับสาระสำคัญของธรรมนูญฯ และยังมีงบประมาณรองรับชัดเจน</p> <p>5.2) ให้ความสำคัญมากขึ้นกับการฝึกอบรมตัวแทนภาคประชาชนให้เข้าใจกฎหมายโครงสร้างการให้บริการ ตระหนักถึงสิทธิอันชอบธรรมและมีทักษะที่จะให้ความเห็น/คำชี้แนะต่อการทำงานของกลไกรัฐ และเข้าใจหลักการบริหารงบประมาณ</p> <p>6) สช. ควรคิดค้นกลยุทธ์ในการระดมการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชน เช่น ค้นหาประเด็นร่วมของทุกภาคส่วนในแต่ละพื้นที่เป็นจุดตั้งต้นในการขับเคลื่อนก็อาจจะได้รับความร่วมมือจากภาคเอกชน ดังตัวอย่างชุมชนลุ่มน้ำพระปรง จ.ปราจีนบุรี</p>
<p>สมัชชาสุขภาพ</p>	
<p>● สมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ</p>	<p>1) สช. ควรมีระบบจัดการให้เกิดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วนให้ได้มากที่สุด โดยจัดให้มีการวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของกับประเด็นนโยบายแต่ละประเด็น และพัฒนากลยุทธ์เชิงรุกในการชักชวนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเหล่านั้นเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>2) เนื่องจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีรูปแบบที่ไม่ยืดหยุ่น ไม่เอื้อให้เกิดการถกแถลงและแบ่งปันความรู้ในภาคส่วนต่างๆ อย่างแท้จริง สช. จึงควรปรับปรุงโดยเน้นที่กระบวนการก่อนสมัชชาฯ ให้มีเวลาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนการเรียนรู้ สร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับประเด็นนโยบายและร่างมติให้กับสมาชิกเครือข่ายสมัชชาสุขภาพให้มากขึ้น รวมถึงลดจำนวนประเด็นนโยบายที่นำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปี เพื่อให้มีเวลาแบ่งปันและถกแถลงได้รอบด้านและลึกซึ้งมากขึ้น</p> <p>3) ข้อเสนอที่ยังไม่ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย ไม่จำเป็นที่จะต้องทำให้ได้มติ/ข้อสรุป</p>

กลไกการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ	ข้อเสนอแนะ
	<p>นโยบายสาธารณะจากการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งเดียว แต่ควรจัดให้มีกระบวนการหลังจากนั้นเพื่อให้ได้มาซึ่งฉันทามติอย่างแท้จริง</p> <p>4) ควรมีระบบติดตามการดำเนินงานมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเชิงรุกอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการตามมติ</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น 	<ol style="list-style-type: none"> 1) การคัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุมควรใช้การทำ Stakeholder analysis เพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบหลักทั้งผู้ที่ได้และเสียประโยชน์เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ ซึ่งจะส่งผลให้มติที่ได้จากกระบวนการสมัชชาเฉพาะประเด็นได้รับการยอมรับ 2) การจัดเก็บเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเป็นเรื่องที่จำเป็น และควรทำให้เป็นระบบ เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ซึ่งจะช่วยให้สะดวกต่อการค้นหา รวมทั้งเป็นประโยชน์ในการประเมินการจัดกระบวนการสมัชชา และโดยเฉพาะการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นในบางกรณีที่มีหน่วยงานนอก สช. เป็นผู้ดำเนินการ 3) ควรมีการประชาสัมพันธ์ในหลากหลายรูปแบบให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อดึงดูดให้กลุ่มเป้าหมายสนใจ ควรทำสื่อที่ทำให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย 4) แม้ว่าสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นจะมีช่วงเวลาให้อภิปรายมากกว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แต่หลายภาคส่วนเห็นว่าควรใช้เวลาในการพิจารณาและอภิปรายมากกว่านี้ 5) ควรมีการบันทึกกระบวนการในการจัดสมัชชาเฉพาะประเด็น เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้ทราบเหตุการณ์โดยละเอียดว่ามีใครเสนอประเด็นอะไร มีการอภิปรายกันในประเด็นใด และในที่สุดมีมติอย่างไร ตลอดจนกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อกระบวนการเรียนรู้ของ สช. 6) ควรมีเอกสารข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติตนหรือสิ่งที่อยากจะทำให้ผู้เข้าร่วมไปปฏิบัติต่อไป และมีการรายงานความก้าวหน้าให้กับผู้เข้าประชุมทราบ
<ul style="list-style-type: none"> ● สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) สช. ควรทำงานเชิงรุก ที่จะทำให้นวนคิดว่า “สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่เป็นพื้นที่สาธารณะในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย เป็นที่รับรู้ เข้าใจ ในฐานะพื้นที่ทางสังคมที่เป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาและพัฒนาในพื้นที่ อย่างสมานฉันท์และมีประโยชน์กับทุกฝ่าย” ควรเน้นการทำงานเชิงแนวคิดและอุดมการณ์ที่ทำให้กลไกสมัชชาสุขภาพกลายเป็นบรรทัดฐานและคุณค่าที่ยอมรับมากขึ้น โดยเฉพาะกับกลไกภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาควิชาการในพื้นที่ 2) ความซับซ้อนและหลากหลายของพื้นที่ เป็นเงื่อนไขเชิงบริบทสำคัญที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายเชิงอุดมคติของสมัชชาพื้นที่ ทั้งในแง่การได้มาซึ่งประเด็นนโยบายและการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ (โดยเฉพาะผู้ขาดอำนาจต่อรอง) รวมถึงตลอดถึงผลกระทบของนโยบาย สช. ควรให้ความสำคัญกับการมีกลไกและเครื่องมือในการ

<p>กลไกการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ</p>	<p>ข้อเสนอแนะ</p>
	<p>วิเคราะห์ ทำความเข้าใจกับความซับซ้อน ให้เวลากับการเรียนรู้ มีระบบสนับสนุนทาง ทรัพยากรและวิชาการ ที่เหมาะสมและพอเพียง</p> <p>3) บนพื้นฐานข้อพิจารณาเรื่องความซับซ้อนและหลากหลายในข้อสอง การปรับทิศทางให้ กลไกหลักของการประสานการขับเคลื่อนไปอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควร ได้รับการประเมินอย่างจริงจังว่าจะเป็นคำตอบให้กับปัญหาการขับเคลื่อนสมัชชา สุขภาพเฉพาะพื้นที่ในหลายๆ จังหวัด จริงหรือไม่ สข. ควรเปิดทางเลือกให้กลไกการ ประสานการขับเคลื่อนเวทีสมัชชามีความหลากหลาย เพื่อให้สอดคล้องกับซับซ้อนของ พื้นที่ แทนการวางน้ำหนักไว้ที่กลไกภาครัฐ โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เท่านั้น</p> <p>4) สข. ควรให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่กับสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ทั้งในแง่ข้างขึ้นและข้างลง โดยเฉพาะการให้ประเด็นนโยบายในสมัชชา สุขภาพแห่งชาติมาจากประสบการณ์ที่เป็นการสะสมและตกผลึกในพื้นที่ในระดับหนึ่ง ชัดเจน เพื่อให้ประเด็นนโยบายที่ผ่านเวทีระดับชาติ สามารถมีพื้นที่ปฏิบัติการที่เป็น รูปธรรมและเห็นผลได้จริงในตอนกลาง</p> <p>5) สข. ควรเปิดพื้นที่ที่หลากหลายและยืดหยุ่นมากขึ้น ดังนั้นคำว่าสมัชชาสุขภาพเฉพาะ พื้นที่ไม่จำเป็นต้องเป็นระดับจังหวัด ควรสนับสนุนให้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือ พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายในระดับกลุ่มหรือข้ามพื้นที่/จังหวัด หรือเฉพาะประเด็น (โดยเฉพาะการเชื่อมโยงกับกลไกประเมินผลกระทบทางสุขภาพชุมชน)</p>
<p>การประเมินผลกระทบด้าน สุขภาพ</p>	<p>แม้ในแง่หลักการ กระบวนการและเป้าหมาย การประเมินผลกระทบทางสุขภาพทั้งใน ภาพระดับชาติ (HIA) และในระดับชุมชน (CHIA) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาสู่การเกิดการ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ทั้งหมดยังต้องใช้ เวลาการเรียนรู้และเติบโต เฉพาะในส่วน CHIA ที่มักจะมีธรรมชาติของประเด็นนโยบายที่ เป็นประเด็นร้อน และในบริบทที่อำนาจต่อรองในด้านทรัพยากร ความรู้ อำนาจทาง การเมือง ฯลฯ ระหว่างชุมชนกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ยังแตกต่างกันมาก สข. อาจต้องให้ ความสำคัญกับการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ การใช้ CHIA เป็นพื้นที่การมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมและสร้างความหวังในฐานะทางเลือกให้กับ ฝ่ายต่างๆ โดยเฉพาะชุมชนอย่างแท้จริงมากขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการเชื่อมโยง HIA เข้ากับ การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (EIA) เพื่อให้การตัดสินใจในนโยบายสาธารณะมี การพิจารณาอย่างรอบด้านมากยิ่งขึ้น</p>
<p>คณะกรรมการระดับชาติ</p>	<p>1) คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติควรวิเคราะห์และกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วน เสียเพื่อหมุนเวียนเข้ามาร่วมกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายหนึ่งๆ เป็นการ เฉพาะประเด็นไป โดยคณะกรรมการกำลังคนฯ ทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการบริหาร จัดการและเชื่อมประสานการทำงานในภาพรวม</p>

กลไกการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ	ข้อเสนอแนะ
	<p>2) การออกแบบให้ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการทำงานเป็นทีมที่ประกอบด้วยหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการทำงานของคณะกรรมการฯ เป็นแนวคิดที่น่าสนใจ แต่ในทางปฏิบัติ การทำงานของฝ่ายเลขานุการฯ จะต้องมีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบ และมีกลไกการทำงานเชื่อมประสานกับกรรมการท่านอื่นๆ เพื่อให้เกิดเอกภาพในการทำงานมากยิ่งขึ้น</p> <p>3) แม้ว่าคณะกรรมการกำลังคนฯ ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจและสั่งการใดๆ แต่คณะกรรมการฯ ประกอบด้วยหน่วยงานที่มีอำนาจที่จะสามารถนำไปดำเนินการต่อได้ ดังนั้น ฝ่ายเลขานุการฯ ควรวิเคราะห์ผู้ที่เกี่ยวข้องและวางแผนกลยุทธ์ในการเข้าถึงคนเหล่านี้ (รวมถึงวิธีในการขอความร่วมมือในการดำเนินงาน) ในแต่ละประเด็นก่อนการประชุมทุกครั้ง เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงานและให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบรรลุแผนการทำงานร่วมกัน</p> <p>4) ควรมีกลไกการทำงานเชื่อมประสานกันระหว่างคณะกรรมการกำลังคนฯ และคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานที่แต่งตั้งขึ้นภายใต้คณะกรรมการกำลังคนฯ ซึ่งอาจจะเป็นในรูปแบบการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และหาแนวทางการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้ ควรมีระบบติดตามและทำงานร่วมกันของคณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน เหล่านี้</p> <p>5) การนำมติจากที่ประชุมคณะกรรมการกำลังคนฯ ไปดำเนินการต่อยังไม่มีความชัดเจนมากนัก นอกจากนี้ยังขาดการติดตามและประเมินผลจากมติของคณะกรรมการฯ ควรมีระบบในการติดตามและรายงานผลทั้งในเรื่องการนำมติไปดำเนินการต่อรวมถึงการประเมินผลแผนปฏิบัติการเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อพิจารณาผลกระทบที่เกิดจากการนำมติไปปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น</p>

ความเห็นของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติต่อรายงานการประเมินผล

“ที่องค์กรแห่งหนึ่ง มีการติดตั้งกระจกเงาไว้ 3 บาน เมื่อส่องกระจกบานที่ 1 จะเห็นภาพที่อ้วนเกินตัวจริงมาก เมื่อส่องกระจกบานที่ 2 จะเห็นภาพที่ผอมเกินตัวจริงมาก แต่เมื่อส่องกระจกเงาบานที่ 3 มองเห็นภาพตัวเองใกล้เคียงตัวจริง

การประเมินผล ก็เหมือนการทำหน้าที่เป็นกระจกเงา ส่องเรื่องที่ประเมินนั้นๆ ให้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด ส่องแล้วไม่เป็นเหมือนกระจกเงาบานที่ 1 หรือบานที่ 2

สิ่งที่ผู้ถูกประเมินอยากได้และอยากเห็น คือการส่องกระจกบานที่ 3 ซึ่งให้ภาพใกล้เคียงความเป็นจริง ไม่บวมเกิน หรือลบเกิน

ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ถูกประเมินอยากเห็นการมองถึงคุณค่า ความงามและความมีชีวิต แม้ความงามนั้นจะน้อยหรือมากก็ตาม เพื่อสร้างให้เกิดความภูมิใจและเป็นกำลังใจให้พากันก้าวเดินขึ้นที่สูงต่อไป”

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยประเมินผลภายนอกจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการทำงานชิ้นนี้ และขอขอบคุณคณะผู้วิจัยประเมินผลฯ ที่ได้ให้ สช. มีส่วนร่วมแสดงข้อสังเกตและความเห็นไว้ในรายงานฉบับนี้ด้วย

สช. ขอแสดงข้อสังเกตและความเห็นไว้ 4 ประการ ดังต่อไปนี้

หนึ่ง กระบวนการประเมินผลกับการทำงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

เป็นการดีที่การทำงานวิจัยประเมินผลชิ้นนี้ เป็นการทำงานร่วมของนักวิจัยจากหลายสถาบัน และจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ สช. เป็นระยะๆ หากแต่ในช่วงเริ่มต้น มีนักวิชาการร่วมจาก 4 องค์กร โดยมีนักวิชาการจากต่างประเทศเข้าร่วมด้วย มีการประชุมผ่าน Teleconference ร่วมกันครั้งหนึ่ง แต่หลังจากนั้นได้เงียบหายไป เหลือผู้ทำงานจาก 3 องค์กร

สช. ได้ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลและความเห็นกับคณะผู้วิจัยเป็นระยะๆ หลายครั้ง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2554 จนถึงเดือนพฤษภาคม 2556 โดยแต่ละครั้ง สช. ได้รับข้อมูลเฉพาะที่เป็น Power point และ/หรือเอกสารสรุปสั้นๆ ไม่มีร่างเอกสารการวิจัยให้ศึกษา ดังเช่นการประชุมวันที่ 9 มกราคม 2556 สช. ได้เห็นเฉพาะ Power point สรุปข้อค้นพบหลักๆ และข้อเสนอแนะภาพรวม จนกระทั่งเดือนมีนาคม 2556 จึงได้มีโอกาสเห็นร่างรายงานการวิจัยเป็นครั้งแรก เพื่อเตรียมประชุมร่วมกันในวันที่ 7 พฤษภาคม 2556

ในการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2556 ซึ่งมีการนำเสนอความคืบหน้าการประเมินผลภายนอก ปี 2554 และ 2555 (จากผู้วิจัยประเมินผล คนละทีมกัน) มีกรรมการอาวุโส

บางท่าน ได้กล่าวถึงจุดอ่อนของงานวิจัยประเมินผลในประเทศไทยโดยทั่ว ๆ ไปว่า “มักจะลงทุนน้อยต่อการสร้างเครื่องมือ และเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม จึงมักเป็นการประเมินที่ผิวเผินมากกว่าการประเมินที่ลึกซึ้ง และผู้ประเมินผลมักทำงานหลายๆ เรื่องในเวลาเดียวกัน” นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงการวิจัยที่ดีว่า “ปกติแล้วการใช้ผลการสัมภาษณ์บุคคล จะใช้เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องของการวิจัยเอกสารหรือทำความเข้าใจเรื่องราวประกอบเท่านั้น ไม่ใช่เป็น Finding สำหรับการวิเคราะห์หรือนำมาสรุปผล เพราะผู้ให้สัมภาษณ์ต้องใช้ความเข้าใจ ความจำ มีความรู้สึกและทัศนคติต่างๆ ประปนด้วยเสมอ การวิจัยเชิงคุณภาพที่ดีจึงต้องมีระเบียบวิธีวิจัยที่ลดจุดอ่อนเหล่านั้นได้อย่างเป็นระบบและมีหลักวิชาการที่ดี ซึ่งหากมีการนำความเห็นจากผู้ให้สัมภาษณ์มาเป็น Finding หลัก ก็อาจทำให้งานวิจัยประเมินผลขาดความน่าเชื่อถือลงไปได้”

โดยทั่วไป หัวใจหรือหลักการสำคัญของการประเมินผล และความคาดหวังของผู้ใช้ผลการประเมิน นอกจากเป็นการพิสูจน์ (Proof) ในสิ่งที่ดำเนินการไปแล้วเพื่อหาจุดอ่อน หรือสิ่งที่ยังทำไม่สำเร็จหรือทำไม่ได้ไม่ผิด เพื่อวิเคราะห์หาประเด็นที่เป็นช่องว่างของการพัฒนา (Gap analysis) สิ่งที่เราให้ความสำคัญควบคู่กันไปกับก็คือ ประเด็นที่เป็นจุดแข็งหรือสิ่งที่ทำสำเร็จหรือทำได้ดี ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งสองส่วนนี้ควรสะท้อนให้เห็นควบคู่กันไป อันจะนำมาซึ่งผลการประเมินที่นำไปใช้ประโยชน์เพื่อการปรับปรุง พัฒนาและต่อยอดการทำงาน (แก้ไขจุดอ่อน ส่งเสริมจุดแข็ง) ตลอดจนการสะท้อนให้มองเห็นถึงปัจจัยเชิงสาเหตุ หรือกลไกการทำงานที่จะนำมาอธิบายแนวทางหรือวิธีการทำงานที่จะช่วยในการปรับปรุง พัฒนาและต่อยอดการทำงานให้บรรลุเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น (Improve)

เนื่องจากการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นงานในลักษณะนวัตกรรมทางสังคม ที่ไม่ใช่การดำเนินงานตามระบบงานเดิมๆ ไม่ใช่การทำงานด้วยวัฒนธรรมปกติธรรมดาทั่วไป การวิจัยประเมินผล จึงควรให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจเรื่องเหล่านี้อย่างลึกซึ้ง และการนำเสนอผล ควรได้รับการถ่วงน้ำหนักอย่างลึกซึ้งเช่นเดียวกัน เพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นความจริงและถูกต้องแน่นอนหรือค่อนข้างแน่นอน หากมีข้อจำกัดของการวิจัยทำให้ข้อค้นพบไม่กระจ่างชัด ก็ควรเสนอผลด้วยการมองในหลาย ๆ มุม มากกว่าการฟันธงแบบตายตัว

การทำงานตามพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ยังไม่มีองค์ความรู้เฉพาะ ไม่มีสูตรสำเร็จ ไม่มีผู้เชี่ยวชาญที่เคยทำกันมาก่อน จึงต้องอาศัยการทำไป เรียนรู้ไป ปรับปรุงพัฒนาไปเรื่อยๆ แบบที่เรียกว่า “เรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ” (Interactive Learning Through Action) ที่ต้องเผชิญความท้าทายหลายประการ ได้แก่

- การให้ความหมายสุขภาพอย่างกว้าง ว่าเป็นเรื่องสุขภาพะทั้งทางกาย ใจ ปัญญาและสังคม เป็นการทำให้ขอบเขตของระบบสุขภาพกว้างขึ้นมาก ซึ่งประเทศไทยนับเป็นประเทศแรกๆ ในโลกที่ทำเช่นนี้ ทำให้ต้องใช้ความพยายามอย่างสูงในการสร้างความเข้าใจกับคนในสังคม ไม่ว่าผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพเดิมหรือในสาขาอื่นที่มักจะคุ้นเคยกับสุขภาพในมุมมองที่แคบ ว่าเป็นเรื่องหมอพยาบาลหรือการแพทย์และสาธารณสุข
- เครื่องมือและกลไกต่างๆ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ถือเป็น “นวัตกรรมทางสังคม” การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จึงไม่ใช่การพัฒนา นโยบายสาธารณะตามกรอบคิดเดิมๆ ที่มองภาครัฐเป็น

ตัวตั้ง แต่ต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคม จึงต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันแบบค่อยเป็นค่อยไป จะหวังผลเลิศในเวลาสั้นไม่ได้ ดังนั้น ความสำเร็จเพียงเล็กน้อย ควรสร้างให้เป็นกำลังใจสำหรับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนางานต่อยอดขึ้นไปอีก

- เป้าหมายสำคัญของการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะ นอกจากการมุ่งเน้นให้ได้มาซึ่งข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกันแล้ว ยังหวังให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อสร้างความเข้าใจของสังคม (Social understanding) เป็นคุณค่าของสังคม (Social value) เป็นการปฏิบัติโดยสังคม (Social practice) ซึ่ง “ความเข้าใจ – คุณค่า – การปฏิบัติ” โดยสังคมจนเป็นปกติวิสัย คือ การปรับเปลี่ยนตัวเองทางสังคม (Social transformation) ซึ่งเท่ากับการได้ผลของนโยบายสาธารณะไปพร้อมๆ กันแล้ว⁵ ซึ่งหมายความว่า เป็นการทำงานขับเคลื่อนสังคมควบคู่ไปกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ จนกล่าวเป็นกรอบการทำงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไว้ว่า “*แกนชวาทขับเคลื่อนนโยบาย แขนงซ้ายขับเคลื่อนสังคม*” ซึ่งนับเป็นเรื่องที่ยากทวิคูณ เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่เรียนรู้ร่วมกันน้อย เพราะติดอยู่ในอารมณ์ความรู้สึกและทิฐิมานะต่างๆ ของตน ดังนั้น การวิจัยประเมินผลที่เหมาะสมกับงานในลักษณะนี้ จึงควรใช้วิธีการมองและใช้เครื่องมือที่ให้ความสำคัญและครอบคลุมลักษณะงานทั้ง 2 ด้านอย่างสมดุล

สอง มุมมองต่อการวิเคราะห์และการสรุปผลการวิจัยบางประการ

โดยภาพรวม สช. เห็นว่าคณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์และสรุปผลการวิจัยได้ถูกต้อง เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ หลายเรื่องที่ สช. ให้ความเห็นเพิ่มเติมแก่คณะผู้วิจัยในการประชุมร่วมกันวันที่ 7 พฤษภาคม 2556 คณะผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบและพิจารณาปรับปรุงตามดุลยพินิจ ซึ่ง สช.ขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย อย่างไรก็ตาม สช.ยังมีข้อสังเกตบางประการ ขอบันทึกไว้เพียงบางส่วน ดังต่อไปนี้

- ในกรอบการวิจัยประเมินผลตามโครงการนี้ กำหนดการศึกษาไว้ครอบคลุมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไก 4 รูปแบบ คือ (1) ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ (2) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และ (4) กลไกนโยบายสาธารณะรูปแบบอื่นๆ แต่จากการศึกษาวิจัยจริงที่มีการนำเสนอผลในรายงานฉบับนี้ พบว่า **มีการวิจัยประเมินผลเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพมีน้อยมาก** โดยศึกษาเฉพาะกรณีศึกษาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพพระตำบมชุมชน (เอชไอเอชชชช) เพียงบางกรณีเท่านั้น ทั้งๆ ที่การดำเนินงานด้านนี้ตาม พ.ร.บ.สุขภาพฯ มีขอบเขตการทำงานกว้างกว่านี้มาก ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนา ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบฯ และการสนับสนุนการดำเนินการตามระบบ การสนับสนุนการใช้สิทธิ ตามมาตรา 11 การสร้างเครือข่ายการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Consortium) การพัฒนางานในระดับอาเซียนและนานาชาติ และการจัดการความรู้ เป็นต้น ทำให้การวิจัยประเมินไม่ครอบคลุมงานทั้งหมด ซึ่ง

⁵ ประเวศ วะสี. 2547, กระบวนการนโยบายสาธารณะ, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร.

เป็นงานสำคัญอย่างหนึ่งตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และที่ผ่านมามีการดำเนินการก้าวหน้าไปอย่างมาก มีการจัดทำเอกสารเผยแพร่ทั้งในรูปแบบเล่มและใน web site เป็นจำนวนมาก ไม่ยากต่อการศึกษาวิจัยหรือสืบค้นใดๆ

ดังนั้น จึงอาจทำให้ที่มิจัยเสียโอกาสในการเห็นและเข้าใจงานทั้งหมดตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ อย่างเป็นทางการ ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์สรุปผลในภาพรวมตามตัวชี้วัดต่างๆ ได้อย่างครอบคลุมและเที่ยงตรง

- ตัวชี้วัดที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้ อาจยังไม่สะท้อนต่อคุณค่างานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในอีกด้านหนึ่งของเหรียญ คือ มิติด้านการทำให้สังคมเกิดการเคลื่อนไหว (Social movement) ซึ่งเป็นงานการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ที่ละเอียดอ่อนและค่อยเป็นค่อยไป ตัวชี้วัดจึงควรเป็นตัวชี้วัดระดับการพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเหล่านั้น เช่น ในกรณีของสัดส่วนการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและภาคราชการที่น้อยกว่าภาคประชาชน มีปัจจัยทางสังคมและปัจจัยเชิงระบบอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย ตัวชี้วัดที่ดีจึงไม่ใช่การวัดเชิงปริมาณ แต่ควรเป็นการวัดเชิงคุณภาพที่สะท้อนให้เห็นถึงระดับการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าในทิศทางที่ควรจะเป็น เป็นต้น
- สข.เห็นว่า การวิเคราะห์ผลการวิจัยบางประการ อาจเป็นไปได้ในลักษณะการด่วนสรุปด้วยฐานคติบางอย่างหรือไม่ จึงสมควรถกเถียงในเชิงวิชาการ เช่น

1) ในการสรุปข้อวิเคราะห์การประเมินผลตามตัวชี้วัดด้านการมีข้อมูลที่สมดุล (Balanced information) เป็นการวิเคราะห์เอกสารที่นำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี กล่าวถึงการสัมภาษณ์ผู้เคยเข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่องนี้ ที่ผ่านการเข้าร่วมประชุมมาเป็นเวลานานแล้ว (เพียง 1 คน) ว่าจำได้เฉพาะข้อมูลด้านบวกของผลิตภัณฑ์จากนาโนเทคโนโลยี ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่าการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นมีข้อจำกัดในการทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจและตระหนักถึงความเสี่ยงในการใช้ผลิตภัณฑ์นาโนเทคโนโลยี

ต่อการสรุปผลการวิเคราะห์ทำนองนี้ สข. มีความเห็นว่า เป็นเรื่องที่น่าเห็นใจคณะผู้วิจัย ที่ต้องทำงานย้อนหลังเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว แต่การนำความเห็นจากการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องเพียงคนเดียวมาเขียนสรุปในเอกสารรายงานหลัก เวลาที่ผ่านมาเนิ่นนานแล้วอาจทำให้ความเห็นที่ต้องอาศัยความจำคลาดเคลื่อนไปได้ทั้งมากหรือน้อย อีกทั้งไม่ปรากฏว่ามีการสอบถามด้วยหลักการวิจัยเชิงคุณภาพที่น่าเชื่อถือใดๆ จึงอาจทำให้การสรุปผลมีน้ำหนักที่อ่อน หรือ มีความเบี่ยงเบนไปได้หรือไม่

ที่จริงแล้ว การศึกษาเอกสารนำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพต่างๆที่มีการจัดเป็นจำนวนมาก ก็อาจจะทำให้ได้ข้อค้นพบที่ชัดเจนกว่าหรือไม่ ทั้งนี้ สข. ไม่ได้มีประเด็นติดใจว่าข้อค้นพบจะออกมาบวกหรือลบ

อนึ่ง การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี เป็นความประสงค์ของศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และ

เทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ที่ต้องการนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปทดลองใช้เป็นกระบวนการที่เปิดให้ภาคส่วนอื่นๆ เข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกัน แทนที่จะพัฒนานโยบายกันเองในระบบราชการแนวตั้งเช่นที่หน่วยงานของรัฐทำกันเป็นปกติธรรมดา ซึ่งเป็นความคิดริเริ่มที่น่าชื่นชมโดย สช. มีหน้าที่เข้าไปร่วมสนับสนุนตามสมควร (ซึ่งในห้วงเวลานั้น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเพิ่งเริ่มใช้มานาน) จนทำให้ได้นโยบายสาธารณะที่มีหลายฝ่ายเข้าไปมีส่วนร่วมเสนอสู่ระดับรัฐบาลให้ความเห็นชอบ ซึ่งเรื่องนี้ ควรถือเป็นเรื่องที่ควรหยิบยกขึ้นวิเคราะห์ประเมิน เพื่อเสริมสร้างจุดแข็งอันเป็นพลังด้านบวกของกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เริ่มมาได้ไม่นาน

แต่น่าเสียดายที่คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ประเมินผลเป็นเรื่องราวๆ ตามตัวชี้วัดที่จัดทำขึ้น จึงอาจทำให้มองข้ามภาพรวม หรืออาจมองไม่เห็นคุณค่าหรือพลังด้านบวกของการทำงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไปโดยไม่ตั้งใจก็เป็นได้

ทั้งนี้ ศาสตราจารย์ประเวศ วะสี เคยกล่าวไว้ว่า “นักวิชาการส่วนมากชอบการวิเคราะห์เพื่อฆ่าและเรื่องต่างๆ ออกเป็นท่อนๆ คล้ายฆ่าและเนื้อโค-กระบือ ทำให้มองไม่เห็นชีวิตที่มีความงามกว่านั้นมาก”

- 2) ในการสรุปข้อวิเคราะห์การประเมินผลตามตัวชี้วัดด้านความเหมาะสมกับเวลา/ฤดูกาลเทศะ (Timeliness) มีการระบุว่า การเลือกจังหวะยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (หลังพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้) ไม่มีบันทึกเหตุผลสนับสนุนการตัดสินใจดังกล่าว ซึ่งเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพครั้งสำคัญของประเทศ ที่การตัดสินใจควรต้องให้เหตุผลประกอบและมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐาน... เช่นเดียวกับการพัฒนาธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของพื้นที่...ที่ไม่ชัดเจนว่ามีการดำเนินการที่เหมาะสมกับเวลาหรือไม่

ต่อการสรุปผลการวิเคราะห์ประเด็นนี้ สช. มีความเห็นต่าง ซึ่งประเด็นนี้อาจเกิดจากมุมมองที่แตกต่างกันระหว่างคณะผู้วิจัยกับผู้รับผิดชอบการดำเนินงานฯ หรืออาจเกิดจากการใช้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการสรุปผล เนื่องจากเมื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้เป็นกฎหมาย ในมาตรา 56 กำหนดให้ “คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบ..” จึงเป็นเรื่องที่ คสช. และ สช. พึงให้ความสำคัญและลงมือดำเนินการโดยไม่ชักช้า เพราะร่างกฎหมายฉบับนี้ผลักดันกันมานานเป็นเวลาถึง 7 ปีกว่าที่จะสำเร็จออกมาเป็นกฎหมาย ซึ่งการเริ่มกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพฯโดยเร็ว จึงเป็นการทำงานที่เหมาะสมกับเวลาและกาลเทศะแล้ว และการดำเนินการทุกขั้นตอนมีการบันทึกข้อมูลไว้ทั้งหมด (ปรากฏอยู่ท้ายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่ สช. พิมพ์เผยแพร่อย่างกว้างขวาง)

ในทางตรงกันข้าม หาก คสช. และ สช. ถ่วงเวลา หรือไม่เร่งดำเนินการ น่าจะถูกตั้งคำถามว่าการดำเนินการอาจไม่เหมาะสมกับเวลาและกาลเทศะมากกว่าหรือไม่?

อนึ่ง ต่อประเด็นนี้ ทีมงาน สช. ได้ให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยแล้วในการประชุมร่วมกันเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2556 แต่คณะผู้วิจัยได้ยืนยันการวิเคราะห์และนำเสนอตั้งปรากฏในรายงาน ดังนั้น สช. ใ้ขอให้นำเสนอลำดับการจัดทำธรรมนูญสุขภาพฯ บันทึกไว้โดยสังเขปอีกครั้งหนึ่ง ดังนี้

“เมื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ได้ประกาศใช้เป็นกฎหมาย สช. พิจารณาเห็นว่ากระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ ต้องใช้เวลาอีกนานกว่าจะสำเร็จตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย เนื่องจากต้องมีการทำงานหลายขั้นตอน

สช. จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นเตรียมพัฒนาระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ (หลังจากที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้แล้ว 5 เดือน เมื่อ สช. จัดระบบการทำงานตั้งหลักได้แล้ว) หลังจากนั้นมีการจัด “เวทีขับเคลื่อนและร่วมเรียนรู้กระบวนการจัดทำธรรมนูญฯ” เมื่อวันที่ 1-2 พฤศจิกายน 2550 มีผู้เข้าร่วมประชุมจากทุกภาคส่วนประมาณ 1,000 คน เพื่อระดมความคิดเห็นต่อการวางระบบและจัดกลไกการจัดทำธรรมนูญสุขภาพฯ

ต่อมาวันที่ 23 พฤศจิกายน 2550 มีการประชุม คสช. ที่ประชุมเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญสุขภาพฯ และเห็นชอบแผนการทำงานเรื่องนี้ หลังจากนั้นก็มี การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ และมีการดำเนินงานตามแผน จนกระทั่งธรรมนูญสุขภาพฯ สำเร็จอย่างเป็นทางการในเดือนธันวาคม 2552 โดยใช้เวลาทำงานทั้งหมดประมาณ 2 ปีเศษ”

อนึ่ง คณะผู้วิจัยได้ตั้งคำถามต่อการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ (ที่ริเริ่มและจัดทำโดยคนในชุมชนต่างๆ ตามความสมัครใจ) ว่า “ไม่มีความชัดเจนว่ามีการดำเนินการที่เหมาะสมกับเวลาหรือไม่” ต่อประเด็นนี้ สช. ไม่เข้าใจว่า คณะผู้วิจัยตั้งคำถามเพื่อวัตถุประสงค์ใด และเวลาที่เหมาะสมในความหมายของ คณะผู้วิจัยจะพิจารณาอย่างไร เพราะการดำเนินงานเหล่านั้นขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความพร้อมของคนในพื้นที่นั้นๆ เอง

- 3) ในการสรุปข้อวิเคราะห์การประเมินผลตามตัวชี้วัดด้านการเคลื่อนไหวในเชิงต่อต้าน (Contradictory movement) นั้น มี 2 ประเด็น คือ

(3.1) คณะผู้วิจัยวิเคราะห์สรุปนำเสนอว่า “ไม่พบการเคลื่อนไหวในเชิงต่อต้านหรือขัดแย้งต่อนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่พัฒนาผ่านกลไกต่างๆ ในระดับพื้นที่..... แต่ก็ไม่สามารถสรุปได้ว่ากรณีที่ไม่มีผู้ไม่เห็นด้วยกับนโยบายที่พัฒนาขึ้นเป็นการแสดงความยอมรับในเนื้อหาสาระของนโยบายเหล่านั้น.... นอกจากนี้ กรณีนโยบายส่งเสริมการลงทุน เป็นกรณีที่เกี่ยวข้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ผู้บริหารของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนแสดงจุดยืนอย่างชัดเจนว่าไม่ยอมรับกระบวนการพัฒนานโยบายของ คสช. จึงนำไปสู่การจัดประชาพิจารณ์ขึ้นเอง” นั้น

ต่อประเด็นนี้ สช. มีความเห็นแตกต่างกับคณะผู้วิจัย เพราะในความเป็นจริงของเรื่องนี้ สช. ได้กำหนดท่าทีและวางบทบาท (Positioning) ของตนเองไว้ตั้งแต่ต้นว่าจะแสดงบทบาทเป็นฝ่ายสนับสนุน ไม่ออกหน้ามาก เพราะการพัฒนานโยบายนี้เป็นงานหลักของบีโอไอ จึงควรให้บีโอไอออกหน้าและเป็นกลไกหลักในการทำงาน ซึ่งทีมผู้บริหารของ สช. และบีโอไอ เห็นตรงกัน มีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดและเข้าใจกันเป็นอย่างดี ไม่เคยมีท่าทีแสดงการไม่ยอมรับกระบวนการพัฒนานโยบายของ คสช. แต่ประการใด และ สช. ก็ไม่เคยยึดเยียดให้ใครๆ ต้องใช้กระบวนการพัฒนานโยบายตามพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ การไม่จัดตั้งกลไกทำงานร่วมกันแบบเป็นทางการ หรือการไม่ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ หรือกระบวนการอื่นๆ ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ สำหรับกรณีนี้ ก็ไม่ได้เกิดจากการไม่ยอมรับใดๆ แต่เป็นเพราะทั้ง 2 ฝ่ายไม่เห็นความจำเป็นว่าจะต้องใช้เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งเป็นการจำเพาะ

ในขณะเดียวกัน ในภาคสุขภาพ สช. ก็ไม่ดำเนินการเพียงลำพัง ได้เชิญผู้เกี่ยวข้องจากกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมทำงานวิชาการกับทางบีโอไออย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการ ทำงานร่วมกันใช้เวลาหลายเดือน และในขั้นตอนการรับฟังความเห็นต่อข้อเสนอทางนโยบายที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น ซึ่งบีโอไอเป็นผู้จัดนั้น บีโอไอก็เชิญที่ปรึกษา สช. เป็นประธานร่วม ซึ่งเป็นการแสดงถึงการยอมรับ ไว้วางใจและให้เกียรติในการทำงานร่วมกัน จึงเป็นเหตุผลที่ สช. เห็นว่าการวิเคราะห์สรุปผลของคณะผู้วิจัยอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ซึ่ง สช. เคยทักท้วงแล้วในการประชุมร่วมกันเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2556

(3.2) มีการกล่าวถึงและวิเคราะห์การทำงานของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติในตอนท้ายของรายงานตามตัวชี้วัดนี้ว่า *“การประท้วงของนักศึกษาแพทย์ไม่เห็นด้วยกับมติเกี่ยวกับข้อเสนอโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท และการประท้วงของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเรียกร้องให้บรรจุเป็นข้าราชการ ว่าโดยรูปแบบการเคลื่อนไหวในเชิงขัดแย้งเหล่านี้ อาจสะท้อนถึงการทำงานของคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งหากคณะกรรมการฯ สามารถหยิบยกปัญหาที่เกิดขึ้นกับแต่ละวิชาชีพด้านสุขภาพมาพิจารณาแก้ไขได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ การเคลื่อนไหวเหล่านี้ก็จะไม่เกิดขึ้น”*

สช. มีความเห็นว่า เรื่องดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน เช่น กพ. กพร. และกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งการดำเนินการทั้งหลายเป็นอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานเหล่านั้น จึงเป็นไปได้ที่จะเรียกร้องให้คณะกรรมการกำลังคนที่มีหน้าที่ประสานการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพจะต้องเข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือรับผิดชอบไปเสียทั้งหมดทุกเรื่อง และเป็นไปไม่ได้ที่คณะกรรมการจะหยิบยกปัญหาทุกปัญหาขึ้นมาแก้ไข เพราะหากทำเช่นนั้นก็จะกลายเป็นกลไกที่เข้าไปก้าวก่ายและแย่งงานหน่วยงานของรัฐอื่นๆ ทำเสียหมด

การสรุปในเชิงสะท้อนว่าเป็นจุดอ่อนของคณะกรรมการดังกล่าว จึงอาจจะไม่สอดคล้องกับแนวคิดการทำงานตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

อนึ่ง การเคลื่อนไหวเชิงต่อต้านนโยบายสาธารณะ เป็นเรื่องปกติธรรมดาของสังคมในระบอบประชาธิปไตย ซึ่งไม่ว่าจะเป็นนโยบายสาธารณะเรื่องใด ต่อให้มีการทำด้วยกระบวนการหรือเครื่องมือที่ดีสักเพียงใด ก็เป็นไปได้ที่ทุกคนทุก

ฝ่ายจะเห็นด้วยอย่างสมบูรณ์ (Absolute) จนไม่มีการต่อต้านใดๆ ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการพัฒนาและการดำเนินการตามนโยบายโดยสิ้นเชิง ดังนั้น การใช้ตัวชี้วัดนี้ในการประเมินกระบวนการนโยบายสาธารณะใดๆ ต้องคำนึงถึงความจริงข้อนี้ ต้องใช้อย่างระมัดระวัง ไม่ยึดถืออย่างตายตัว เพราะไม่มีกระบวนการหรือเครื่องมือนโยบายใดๆ ที่จะก้าวพ้นความจริงข้อนี้ไปได้

สาม การนำผลการประเมินไปใช้ให้เป็นประโยชน์

ในภาพรวม สช. เห็นว่ารายงานการวิจัยประเมินผลฉบับนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อเสนอแนะ ในบทที่ 5 มีประโยชน์ต่อการพัฒนาการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติเป็นอย่างมาก ซึ่งจะได้มีกระบวนการพิจารณาเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ให้ได้มากที่สุดต่อไป

การพัฒนาชุดตัวชี้วัด 4 มิติที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และนำมาทดลองใช้ในการประเมินผลครั้งนี้ สามารถนำมาประยุกต์หรือพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อใช้ประโยชน์ในระบบการติดตามและประเมินผลกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพฯ ได้ โดยอาจนำไปพัฒนาชุดตัวชี้วัดเป็นรายเครื่องมือ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินผลได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งผลการประเมินภายใต้ชุดตัวชี้วัดเหล่านี้จะสะท้อนถึงข้อจำกัดหรือจุดอ่อนต่างๆ และจุดแข็งหรือข้อดีต่างๆ ที่นำไปสู่การปรับปรุง พัฒนาและต่อยอดงานให้ดียิ่งขึ้นต่อไปได้

สำหรับตัวชี้วัดเกี่ยวกับมิติงานเสริมสร้างให้สังคมเกิดความเคลื่อนไหวซึ่งเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญ อาจต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติมให้ชัดเจนยิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

อนึ่ง ต่อข้อเสนอบางเรื่อง เช่น การเสนอให้พิจารณาความเป็นไปได้ของการส่งเสริมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบ Inside-out นอกเหนือจาก Outside-in ที่มีอยู่แล้ว ที่เสนอให้ คสช. พิจารณาความเป็นไปได้ของการส่งเสริมการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบ Inside-out เพื่อสร้างความร่วมมือจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับนโยบายสาธารณะนั้นๆ เพื่อลดแรงต่อต้านหรือเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบายเหล่านั้น มีกรมบริหารอาวุโสบางท่านให้ความเห็นไว้ว่า เป็นเรื่องที่พึงระวังไว้ด้วย เนื่องจากหลักการสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ดี ต้องพยายามสร้างความสมดุลของศักยภาพและอำนาจต่อรองของภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของภาคประชาชน เพื่อสร้างให้เกิดการคานอำนาจหน่วยงานของรัฐที่มีบทบาทสูงในการกำหนดนโยบายสาธารณะตามกลไกต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว สช. จึงควรยึดหลักการสร้างพลังอำนาจภาคสังคม (Social empowerment) ให้มีพลังทัดเทียมกับภาคส่วนอื่นๆ ในการกำหนดหรือคัดค้านนโยบายสาธารณะที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพฯ ไม่ควรไปเติมน้ำหนักให้กับภาคส่วนที่มีความเข้มแข็งและยึดกุมกลไกต่างๆ อยู่แล้ว ทั้งนี้ การพัฒนาการทำงานเพื่อเสริมสร้างการยอมรับจากภาครัฐ ควรทำให้เห็นว่า (1) ประเด็นที่หยิบยกขึ้นมาพิจารณาในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมนี้ เป็นประเด็นที่มาจากพื้นที่และเป็นที่ต้องการของคนส่วนใหญ่ (2) มีการพัฒนานโยบายสาธารณะบนฐานของความรู้ที่ชัดเจนและเปิดให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น และ (3) เป็นประเด็นที่ภาคประชาชนพร้อมที่จะขับเคลื่อนไปกับภาคส่วนอื่นอย่างมีพลัง

ต่อข้อเสนอแนะให้ คสช. ปรึบยุทธศาสตร์การขูงเรื่องสุขภาพเด่นชัดเกินไปและควรสุขภาพความเป็นกลางโดยให้ ความสำคัญกับความคิดของทุกฝ่าย ก็เป็นข้อเสนอแนะที่ดี หากแต่ควรคำนึงถึงความจริงในสังคมอย่างน้อย 2 ประการคือ

1) ทิศทางการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา มุ่งเน้นที่การพัฒนาทางเศรษฐกิจเป็นหลัก ให้ความสำคัญกับการพัฒนา ทางสังคมน้อยอยู่แล้ว การพัฒนาที่ผ่านมา มาจึงมักจะส่งผลกระทบต่อสังคม คุณภาพชีวิตและสุขภาวะของ ประชาชนคนเล็กคนน้อยเป็นอย่างมาก ดังนั้น การที่ คสช. ซึ่งเป็นกลไกหลักภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่มีเจตนารมณ์ ในการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม ดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาวะ จึงควรวางยุทธศาสตร์ ดำเนินการไปในทิศทางนี้ต่อไปหรือไม่

2) หากวิเคราะห์สังคมไทยในเชิงอำนาจ จะพบว่าอำนาจในสังคมไม่สมดุล กล่าวคือ อำนาจภาครัฐมีสูงมาก เช่นเดียวกับอำนาจภาคธุรกิจ ในขณะที่อำนาจภาคประชาชนมีต่ำมาก ดังนั้น การสุขภาพความเป็นกลางจึงไม่ได้ หมายความว่าทำทุกอย่างกับทุกภาคส่วนแบบที่เหมือนกันและเท่ากันทุกเรื่อง ทุกกรณี เพราะเจตนารมณ์ที่สำคัญประการ หนึ่งของการมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ก็คือการเพิ่มพลังอำนาจภาคประชาชนให้ทัดเทียมหรือใกล้เคียงกับพลังอำนาจของ ภาคส่วนอื่นๆ เพื่อสร้างความสมดุลของพลังอำนาจต่างๆ ในสังคมให้มากขึ้นด้วย

สี่ คุณค่างานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ในบทความนี้ สข. ขอถือโอกาสกล่าวถึงคุณค่าและความภูมิใจในการดำเนินงานที่ผ่านมาไว้โดยสังเขป รวม 4 ประการ คือ

1) กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นความพยายามชักชวนผู้คน จากทุกภาคส่วน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน ให้เข้ามาเรียนรู้ ปรึกษาหารือ และร่วมกันกำหนดทางออกของปัญหาผ่าน การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งผลการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี 2554 ได้ชี้ให้เห็นว่า สมัชชาสุขภาพนำไปสู่ (1) การสร้างผู้อำนวยการเรียนรู้ในกระบวนการนโยบาย (Policy facilitator) หรือผู้นำการ เปลี่ยนแปลง (Change agent) (2) การขยายความร่วมมือระหว่างเครือข่ายที่ขับเคลื่อนประเด็นเดียวกัน (Bonding network) ที่อยู่ต่างพื้นที่กัน (3) การขยายเครือข่ายความร่วมมือระหว่างเครือข่ายที่ขับเคลื่อนต่างประเด็น (Bridging network) และ (4) การพัฒนาความสัมพันธ์และความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างภาคีเครือข่าย⁶

2) กระบวนการทำงานก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ (Interactive learning through action) คือการ เรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริง ทำไปเรียนรู้และพัฒนาไป ไม่มีสูตรสำเร็จตายตัว ซึ่งการเรียนรู้ร่วมกันในทางปฏิบัตินี้ ถือเป็นหัวใจของความสำเร็จในเรื่องต่างๆ⁷ ดังตัวอย่างจากการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เริ่มต้นจาก การประยุกต์ใช้รูปแบบและแนวทางจากสมัชชาอนามัยโลก แต่เมื่อได้ทำการถอดบทเรียนภายหลังการจัดสมัชชาสุขภาพ

⁶ ศุภวัณย์ พลายน้อย และคณะ , 2555. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยการประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554. มปป.

⁷ ประเวศ วะสี. 2547, กระบวนการนโยบายสาธารณะ, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร.

แห่งชาติในแต่ละปี ได้มีการทบทวน ปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งยังต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง หยุดนิ่งไม่ได้

3) เครื่องมือและกลไกต่างๆ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนการเป็นผู้กำหนดนโยบายสาธารณะจากเดิมที่การตัดสินใจเชิงนโยบายจะจำกัดอยู่ในวงของหน่วยงาน องค์กรที่อยู่ในภาคการเมืองและภาครัฐเท่านั้น มาเป็นการเปิดให้ผู้คนที่อยู่ภาคส่วนอื่นๆ มีส่วนกำหนดนโยบายสาธารณะชัดเจนมากขึ้นตามลำดับ ดังที่ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้ติดตามศึกษาและรายงานไว้ว่า *"It could be said that National Health Assembly is a platform for policy deliberation with a coherent outcome that not only plugs into policy-making process. This participatory policy process is also fully officialized and institutionalized in such a way that enables civic sectors the opportunity to have a say and to determine the direction of various health related policies."*⁸ นอกจากนี้ ศาสตราจารย์อมตยา เชน ก็ได้กล่าวถึงคุณค่าของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไว้ว่า *"...in which there are open discussions on what problems the public faces in health care and in related fields and also on how they can be removed. This has gone with the progress made in Thailand in introducing universal public health care, and it has been nicely supplemented by feedback from the people with considerable gain in efficiency and reach."*⁹

4) การทำงานตามพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นการทำงานที่หนุนเสริมกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ซึ่งหมายถึงระบอบที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงทัศนะและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ที่จะมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน นอกจากจะช่วยให้การตัดสินใจของผู้เสนอโครงการหรือรัฐบาล มีความรอบคอบ และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนมากยิ่งขึ้นแล้ว ยังเป็นความพยายามควบคุม กำกับการบริหารงานของรัฐบาลให้มีความโปร่งใส (Transparency) ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน (Responsiveness) และมีความรับผิดชอบหรือสามารถตอบคำถามของประชาชนได้ (Accountability) อีกด้วย ทั้งหมดนี้สอดคล้องกับเจตนารมณ์และบทบัญญัติต่างๆ ตามรัฐธรรมนูญฯ ซึ่งที่ผ่านมาก็มีผลการดำเนินงานปรากฏให้เห็นเป็นที่ประจักษ์อยู่ตามสมควร

⁸ Chuengsatiansup K. New Approach in Social Participation: Health Assembly and Deliberative Democracy in Thailand.

⁹ Sen A. The art of medicine: Learning from others. Lancet 2011; 377: 200-201.

เอกสารอ้างอิง

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Fafard P. Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences National Collaborating Center for Healthy Public Policy; 2008.
2. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [cited 31 May 2012]; Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf/.
3. World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981 [cited 31 May 2012]; Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>.
4. World Health Organization, editor. Ottawa Charter for Health Promotion. The first international conference on health promotion 1986; Ottawa.
5. World Health Organization. Milestones in health promotion: statements from global conferences. Geneva: World Health Organization; 2009.
6. World Health Organization. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. [cited 31 May 2012]; Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. การพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่: หลักคิดเพื่อการประยุกต์ใช้. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
8. ชัยณรงค์ สังข์จำง. เหลียวหน้า แลหลัง.. กว่าสองทศวรรษการสาธารณสุขมูลฐานไทย. 2545.
9. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ขอบเขตการปฏิบัติงานโครงการสังเคราะห์ความรู้ เรื่อง “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ : มิติทางกฎหมาย”. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
10. ประเวศ วะสี. ยุทธศาสตร์เขี่ยนสังคมไทยออกจากโครงสร้างมรดก. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
11. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แผนหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรองรับการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (ฉบับที่ 2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2559. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
12. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม พ.ศ. 2554. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
13. Catt H. Participatory democracy. Democracy in practice. London and New York: Routledge; 1999. p. 39-56.
14. อัมพล จินดาวัฒน์. ปฏิรูปสุขภาพ: ปฏิรูปชีวิตและสังคม บันทึกการปฏิรูปสุขภาพเล่ม 3. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2552.

15. สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม. ถอดบทเรียนความสำเร็จ กระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ. "ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550." นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
16. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ระเบียบวาระที่ 3.11 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1; อาคารสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร; 2551.
17. ศิริวรรณ พิชัยรังษุฎและคณะ. รายงานวิจัย การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศเพื่อเป็นองค์ความรู้ในการกำหนดกระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
18. สรุปสาระจากการประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการและอนุกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1/2551. 9 กุมภาพันธ์ 2551; ศูนย์การประชุมสถาบันวิจัยจุฬารักษ์ กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2551.
19. Tizes R, Tizes C. Decline in statewide mobile x-ray programs to detect tuberculosis. Public Health Reports. 1970; 85(10): 901-4.
20. รายงานความคืบหน้าการขับเคลื่อน "ยุทธศาสตร์การผลักดันธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 สู่การปฏิบัติ (ปี 2553 - 2556)". นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
21. Horwitz O, Darrow M. Principles and effects of mass screening: Danish experience in tuberculosis screening. Public Health Reports. 1976; 91(2): 146-53.
22. อัมพล จินดาวัฒน์. คำนำ. สังเคราะห์ปัญญาพัฒนาวิชาสมัชชาสุขภาพ; 7-8 กรกฎาคม 2554; เชียงใหม่: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
23. อัมพล จินดาวัฒน์. เหลียวหลังแลหน้าสู่สมัชชาสุขภาพทศวรรษที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
24. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สมัชชาสุขภาพ. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2555]; เข้าถึงที่: <http://www.samatcha.org>.
25. วิสุทธิ บุญญะโสภิต, นิรชา อัครธีรกุล. นโยบายสาธารณะ: เครื่องมือการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2. การประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2; 12-14 ตุลาคม 2554; นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน; 2555.
26. อัมพล จินดาวัฒน์. สมัชชาสุขภาพ: รูปธรรมหนึ่งของการมีส่วนร่วม. สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ. 2552; 1(7): 12.
27. คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานกระบวนการพิจารณาหาฉันทามติในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการจัดทำร่างข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อนำเสนอพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2555]; เข้าถึงที่: http://nha2011.samatcha.org/sites/default/file/final_HPP_for_NHA_developing_process_0112.pdf.
28. อภิญา ตันทวีวงศ์. รู้จักและเข้าใจสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น: กรณีศึกษา สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.

29. อัมพล จินดาวัฒน์. ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม: บันทึกการปฏิรูประบบสุขภาพ เล่ม 4. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
30. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
31. พงษ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์. ถอดบทเรียนการแก้ปัญหาสุราจังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน. สัปดาห์ปัญหาพัฒนาวิชาสมัชชาสุขภาพ; 7-8 กรกฎาคม 2554; เชียงใหม่: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หน้า 12-19.
32. พนมศักดิ์ เอมอยู่. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่กรณีศึกษาสมัชชาสุขภาพจังหวัดพิจิตร. สัปดาห์ปัญหาพัฒนาวิชาสมัชชาสุขภาพ; 7-8 กรกฎาคม 2554; เชียงใหม่: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หน้า 25-30.
33. เดชรัตน์ สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร, ปัทพงษ์ เกษสมบุรณ์. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: แนวคิด แนวทาง แนวปฏิบัติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
34. สมพร เพ็งคำ. เอกโอเอชชุมชน: การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนในสังคมไทย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
35. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ระบบเอชไอเอประเทศไทย ควรเป็นอย่างไรในอีก ๕ ปีข้างหน้า. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
36. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสานพลัง รายงานประจำปี 2553. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
37. คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ 3/2552 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ. 2552.
38. วิลาวัลย์ เสนาร์ตน์ และคณะ. รายงานการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2547. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2548.
39. ศุภวัลย์ พลายน้อย. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยการประเมินผลภายนอกการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
40. สุวจี กู๊ด. รายงานการศึกษาการขับเคลื่อนขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546.
41. วิพุธ พูลเจริญ, สมบัติ เหลสกุล, นาวัน ไสภามูมิ, ศุภกิจ นันทะวรการ, นันทนา ทราบรัมย์. รายงานการศึกษากระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะของสมัชชาสุขภาพ โครงการประเมินผลแผนงานสร้างการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ; 2548.
42. สุวจี กู๊ด. โครงการศึกษากระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
43. Rasanathan K, Posayanonda T, Birmingham M, Tangcharoensathien V. Innovation and participation for healthy public policy: the first National Health Assembly in Thailand. Health Expect 2012; 15(1): 87-96.

44. เนาวรัตน์ พลายน้อย. กระบวนการก่อตัวและการพัฒนาสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ : ประสบการณ์และบทเรียนจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
45. เพ็ญแข ลากยั้ง. การประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ: ความก้าวหน้าและเกณฑ์การคัดเลือกมติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.
46. ดารณี อ่อนชมจันทร์. กงล้อที่เคลื่อนไป 1 รอบปี: จาก สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก สู่มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 มติ 7. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
47. ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบบ้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ระบบเอชไอเอประเทศไทย ควรเป็นอย่างไรในอีก 5 ปี ข้างหน้า. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
48. งานนิพนธ์ ราชกิจ. เหลียวหลัง...แลหน้า ทศวรรษสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงราย. สังเคราะห์ปัญญาพัฒนาวิชาสมัชชาสุขภาพ; 7-8 กรกฎาคม 2554; เชียงใหม่: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หน้า 8-11.
49. วณีย์ ปิ่นประทีป. โครงการประเมินผลกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็น ปีงบประมาณ 2551. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
50. ปาริชาติ ศิวะรักษ์, สุภรนต์ โรจนไพรวงศ์, สุรพล เหลี่ยมสูงเนิน, วณิดา วัฒนชีวินปกรณ์, เทวธิดา ชันคามโกชก. การประเมินผลการดำเนินงานของแผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HPP-HIA). กรุงเทพฯ: มูลนิธิส่งเสริมนโยบายศึกษา; 2547.
51. นฤมล ทับจุมพล, และคณะ. โครงการประเมินผลหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ (กุมภาพันธ์-กันยายน 2554). 2554.
52. ไพรัช บวรสมพงษ์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ: คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
53. Stufflebeam DL. The CIPP Model for Evaluation. In: Stufflebeam DL, Kellaghan T, editors. International Handbook of Educational Evaluation. Netherlands: Springer; 2003. p. 31-62.
54. Ho WW, Chen WJ, Ho CK, Lee MB, Chen CC, Chou FH. Evaluation of the Suicide Prevention Program in Kaohsiung City, Taiwan, Using the CIPP Evaluation Model. Community Ment Health J. 2011; 47(5): 542-50.
55. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. สรุปการประชุมรับฟังความคิดเห็นเรื่อง การคัดเลือกกรณีศึกษาสำหรับโครงการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554. นนทบุรี 23 กุมภาพันธ์ 2555.
56. วรธนา ศิริวิริยานุภาพ. การพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของประชาชนไทย. สังเคราะห์ปัญญาพัฒนาวิชาสมัชชาสุขภาพ; 7-8 กรกฎาคม 2554; เชียงใหม่: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หน้า 162-167.
57. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก (ลงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550).

58. Frewer L, Rove G. Evaluating public participation exercises: Strategic and practical issues. In: Organisation for Economic Co-Operation and Development, editor. *Evaluating public participation in policy making Paris 2005*. p. 85-107.
59. Spangler B. Stakeholders representatives. 2003 [cited 17 Feb 2012]; Available from: <http://www.beyondintractability.org/bi-essay/stakeholder>.
60. O Broin D. Deliberation for participatory democrats: Lessons from social partnership in Ireland. *Irish Journal of Public Policy*. 2011; 3(1).
61. Riege A, Lindsay N. Knowledge management in the public sector: stakeholder partnerships in the public policy development. *Journal of knowledge management*. 2008; 10(3): 24-39.
62. Yee S. Stakeholder engagement and public participation in environmental flows and river health assessment: Australia-China Environment Development Partnership; 2010.
63. Canadian Environmental Assessment Agency. *Public Participation Guide*. Ottawa: Canadian Environmental Assessment Agency; [cited 12 March 2013]; Available from: <http://www.ceaa-acee.gc.ca/default.asp?lang=En&n=46425CAF-1&offset=1&toc=show>.
64. De Vries R, Staczyk AE, Ryan KA, Kim SYH. A framework for assessing the quality of democratic deliberation: enhancing deliberation as a tool for bioethics. *J Empir Res Hum Res Ethics*. 2011;6(3):3-17.
65. Wyatt JC. Management of explicit and tacit knowledge. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2001; 94:6-9.
66. Cortada JW, Woods JA. *The knowledge management year book 2000-2001*. Massachusetts: Butterworth-Heinemann; 2000.
67. Kessler BL. *Stakeholder participation: a synthesis of current literature: National marine protected areas center*; 2004.
68. Abelson J, Forestb PG, Eylesa J, Smitha P, Martinb E, Gauvin FP. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Soc Sci Med* 2003; 57(2): 239-51.
69. Broin DÓ. *Deliberation for Participatory Democrats: Lessons from Social Partnership in Ireland*. *Irish Journal of Public Policy* 2011;3(1).
70. Smith BL. *Public policy and public participation engaging citizens and community in the development of public policy*: Health Canada; 2003.
71. Gauvin F. *Evaluating Deliberative Processes*. Quebec: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy; 2010.
72. Northwest Cooperative Development Center. *Introduction to consensus decision-making*. 2006 [cited 17 Feb 2012]; Available from: <http://nwc dc.coop/wp-content/uploads/2012/09/CSS08-Intro-to-Consensus-DM.pdf>.

73. Bureau of Land Management. National Natural Resources Policy for Collaborative Stakeholder Engagement and Appropriate Dispute Resolution. 2009 [cited 17 Feb 2012]; Available from: http://www.blm.gov/pgdata/etc/medialib/blm/wo/Planning_and_Renewable_Resources/adr_conflict_prevention.Par.44228.File.dat/ADR.pdf. .
74. Leeuw ED. An exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands [dissertation]. Maastricht: University of Limburg; 1989.
75. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. HPP: นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2555]; เข้าถึงที่: http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=11:how-do-i-upgrade-to-joomla-15&catid=28:current-users&Itemid=119.
76. International Association for public participation. Good public participation results in better decisions. 2011 [cited 20 Apr 2011]; Available from: <http://www.iap2.org>.
77. Bentham J. Political tactics. Oxford: Oxford University Press; 1999.
78. Gutmann A, Dennis T. Democracy and Disagreement. Cambridge, MA: Belknap Press; 1996.
79. Macinko JA, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health 1980-2001. International Journal for Equity in Health 2002;1:1-20.
80. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สห.-สข. ไปไม่ตันเดียวกัน. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
81. ติ๊กแก. เกาะติด คสช. สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ 2552;1(6):2.
82. ทักษพล ธรรมรังสี. "ยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์" จากสมัชชาอนามัยโลก สู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ. 2552;1(7):3.
83. สมัชชาสุขภาพ. กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคม ชุมชน และเอกชน (MS). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2555]; เข้าถึงที่: <http://nha2012.samatcha.org/content/2-การแบ่งกลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคม-ชุมชน-และเอกชน-ms>.
84. ผู้จัดการออนไลน์. คนลำปางฮือด้านทุนทำเหมืองลำปาง จัด "ธรรมนูญตำบล" ลู้. 2554 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2556]; เข้าถึงที่: <http://www2.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9540000058192>.
85. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. ภาพข่าวเรื่อง สสจ.ลำปาง ร่วมกิจกรรม "ตำบลแม่ถอด อยู่ดี มีสุข ธรรมชาติ". 2553 [15 พฤษภาคม 2556]; เข้าถึงที่: http://www.lpho.go.th/lp/pic_news/show_picnews.php?id=238&date=2010-11-19.
86. อุกก็๋ ทำอิลู. สานสิบทิศ. สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ. 2552;1(6):11.
87. พยาบาลลูกจ้างฯ ยึดได้บรรจุ พร้อมเดินหน้าส่งเสริมนโยบายเมดิคัล ฮับ เป็นภารกิจหลักในปี 56. เนชั่นสุดสัปดาห์. 14 มกราคม 2556.
88. ชูชัย ศุภวงศ์. โครงการการศึกษาเรื่อง สองทศวรรษการควบคุมการบริโภคยาสูบของสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2550.

89. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ข้อตกลงความร่วมมือ การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. นนทบุรี. 2550.
90. Davidson S. Spinning the wheel of empowerment. *Planning*. 1998: 14-5.
91. Wade SO. Using intentional, value-based dialogue to engage complex public policy conflicts. *Conflict Resolution Quarterly* 2004; 21: 361-79.
92. Chuengsatiansup K. *Deliberative action*. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2008.
93. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติ 11 กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5; 18-20 ธันวาคม ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ. 2555.
94. Boyko JA, Lavis JN, Abelson J, Dobbins M, Carter N. Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Social Science and Medicine* 2012; 75: 1938-45.
95. Gregory J, Hartz-Karp J, Watson R. Using deliberative techniques to engage the community in policy development. *Australia and New Zealand Health Policy* 2008; 5: 16.
96. St-Pierre L. *Governance tools and framework for health in all policies*. Quebec: National Collaborating Centre for Health Public Policy; 2008.
97. เยาวเรศ หยดพวง. ปลดล็อคความเหลื่อมล้ำ - ไม่เป็นธรรมในสังคมไทย. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน; 2554 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2556]; เข้าถึงที่: http://www.codi.or.th/reform/index.php?option=com_content&view=article&id=1%3A2011-03-07-03-26.
98. Smith G, Wales C. The theory and practice of citizens' juries. *Policy and Politics*. 1999;27(3):295-308.
99. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Citizens council*. London: NICE; 2012 [cited 12 March 2013].
100. สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ. กฎหมายพระราชบัญญัติ ประกาศระเบียบคำสั่ง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน กสทช.; 2556 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2556].
101. Renn O. Risk communication: Towards a rational discourse with the public. *Journal of Hazardous Materials*. 1992;29:465-519.
102. Webler T. "Right" discourse in citizen participation: An evaluative yardstick. In: Renn O, Webler T, Wiedemann P, editors. *Fairness and competence in citizen participation: Evaluating models for environmental discourse*. Dordrecht: Kluwer Academic; 1995.
103. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health policymaking (STP). *Health Research Policy and Systems* 2009;7(Suppl 1): I1.
104. Pratchett L. New fashions in public participation: Towards greater democracy? *Parliamentary Affairs* 1999; 52(4): 617-33.
105. Crosby N. *Creating an authentic voice of the people: Deliberation on democratic theory and practice*. Chicago: Midwest Political Science Association; 1996.

106. Carcasson M. Beginning with the end in mind: A call for goal-driven deliberative practice. Center for advances in public engagement; 2009.
107. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. คู่มือการปฏิบัติงาน กระบวนการบริการ ICT Service Center กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2555.
108. เสถียร คามีศักดิ์. การเขียนคู่มือปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
109. Fishkin JS, He B, Luskin RC, Siu A. Deliberative democracy in an unlikely place: Deliberative polling in China. *British Journal of Political Science*. 2010;40(02):435-48.
110. Political mapping. [cited 2 Jan 2013]; Available from: <http://go.success.com/tonyjeary/worksheets/map.pdf>.
111. Reich M. Political mapping of health policy: A guide for managing the political demensions of health policy. ใน: วินัย ลีสมีทธิ์, สิรินาฏ นิภาพร, อำนวย พิรุณสาร, บรรณารักร. การศึกษานโยบายบริหารจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2552.
112. Macro and micro political mapping. Tools for institutional, political and social analysis: Department for international development; 2005.
113. Global Analysis Project Team. Political economy of tobacco control in low-income and middle-income countries: lessons from Thailand and Zimbabwe. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(7): 913-9.
114. Young R. Knowledge Management:Tools and Techniques Manual. 2010 [cited 2 Jan 2013]; Available from: http://www.apo-tokyo.org/publications/files/ind-43-km_tt-2010.pdf.
115. Nonaka I, Toyama R, Konno N. SECI, Ba, and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation. *Long Range Planning* 2000; 33: 5-34.
116. Senoo D, Watanabe RM, Salmador MP. Workplace reformation, active ba and knowledge creation: From a conceptual to a practical framework. *European Journal of Innovation Management* 2007; 10(3): 296 - 315.
117. British Medical Association. Road transport and health. London: British Medical Association; 1997.
118. The Romania Health Care Reform Program. Policy Toolkit: a guide for the development and implementation of decentralized health sector policies in Romania: USAID; 2007.
119. Bowman S, Unwin N, Critchley J, Capewell S, Husseini A, Maziak W, et al. Use of evidence to support healthy public policy: a policy effectiveness-feasibility loop. *Bulletin of the World Health Organization* 2012; 90: 847-53.
120. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009; 373: 2234-46.
121. Grosse SD, Teutsch SM, Haddix AC. Lessons from cost-effectiveness research for United States Public Health Policy. *Annu Rev Public Health* 2007; 28: 365-91.

122. Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Fiedler J, Perez R, Lutter C, et al. Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health Policy and Planning* 1996; 11(2): 156-68.

חכמתארת

ภาคผนวก

รายละเอียดการเก็บข้อมูล

และ

สรุปการจัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นในขั้นตอนต่างๆ ของการประเมิน

ตารางที่ 1 รายละเอียดการเก็บข้อมูลแยกตามกลไกในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

กลไกในการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ	นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เลือกมาเป็น กรณีศึกษา	วันที่	วิธีการเก็บข้อมูล	จำนวนคน
<i>ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ</i>				
ระดับประเทศ	<ul style="list-style-type: none"> ○ นโยบายส่งเสริมการลงทุน ○ นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ 	-	วิเคราะห์จากบันทึกการประชุมระหว่าง สช.และ BOI ในช่วง พฤศจิกายน 2553-18 มกราคม 2554 และ 3 มีนาคม 2554-12 พฤษภาคม 2554	-
ระดับองค์กร	<ul style="list-style-type: none"> ○ แผนยุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2554 – 2559 ○ แผนยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2554 – 2558 	18 เม.ย.2555 และ 20 เม.ย. 2555 25 ก.ค.2555	สัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์เชิงลึก	2 2
ระดับพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> ○ อ.สารภี จ.เชียงใหม่ ○ อ.ริมปิง จ.ลำพูน ○ สุ่มน้ำวัง ต.แม่ถอด และ อ.เมืองปาน จ.ลำปาง ○ กว๊านพะเยา และ อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา ○ อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช ○ จ.ฉะเชิงเทรา 	28 พ.ค. 2555 28 พ.ค. 2555 29 พ.ค. 2555 29 พ.ค. 2555 10 ส.ค. 2555 13 ก.ย. 2555	สนทนากลุ่ม สนทนากลุ่ม สนทนากลุ่ม สนทนากลุ่ม สนทนากลุ่ม สังเกตการณ์ในเวทีสรุปบทเรียนงานธรรมนูญฯ จ.ฉะเชิงเทรา	11 9 10 15 12 42
<i>สมัชชาสุขภาพ</i>				
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	<ul style="list-style-type: none"> ○ การแก้ไขปัญหายาเสพติดกับการตั้งครอบครัวไม่พร้อม ○ การเข้าถึงยาถั่วเหลืองของประชากรไทย 	ต.ค. 2555-ก.พ.2556 25 ก.ย. 2555-17 ธ.ค.2555	สัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์เชิงลึก	14 15

กลไกในการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ	นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เลือกมาเป็น กรณีศึกษา	วันที่	วิธีการเก็บข้อมูล	จำนวนคน
สมัชชาสุขภาพเฉพาะ ประเด็น	○ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ	ต.ค.2555 – ม.ค.2556	สัมภาษณ์เชิงลึก	16
	○ แผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยและ จริยธรรมนาโนเทคโนโลยี	ก.ย.2555-ต.ค.2555	สัมภาษณ์เชิงลึก	13
สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และการประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพ	○ จ.เชียงราย	16-17 ก.ค. 2555	สนทนากลุ่ม	12
	○ จ.ลำปาง	18-19 ก.ค. 2555	สนทนากลุ่ม	20
	○ จ.ประจวบคีรีขันธ์	23 ส.ค. 2555 และ 21-23 ก.ย. 2555	สังเกตการณ์การประชุมทีมเครือข่ายในจังหวัด สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม	10 4 (สัมภาษณ์เชิง ลึก 1 คน สนทนา กลุ่ม 4 คน)
	○ จ.กระบี่	29-31 ต.ค. 2555	สนทนากลุ่ม	9
	○ จ.สมุทรปราการ	12 พ.ย. 2555	สนทนากลุ่ม	7
	○ จ.หนองคาย	24-25 พ.ย. 2555	สนทนากลุ่ม	2
	○ จ.เลย	24-25 ธ.ค. 2555	สนทนากลุ่ม	25
○ จ.นครศรีธรรมราช	26 ธ.ค. 2555	สนทนากลุ่ม	6	
<i>คณะกรรมการระดับชาติ</i>				
	คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ	5 ก.ย.2555-30 ธ.ค.2555	สัมภาษณ์เชิงลึก	12

รายละเอียดผู้ถูกสัมภาษณ์

ตารางที่ 2 รายละเอียดผู้ถูกสัมภาษณ์กรณีศึกษาสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้กรอบธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	วันสัมภาษณ์
(ระดับองค์กร)---แผนยุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2554-2559		
1	ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	18 เม.ย. 2555
2	ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	20 เม.ย. 2555
(ระดับองค์กร)---แผนยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2554-2558		
1	ผู้บริหารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	25 ก.ค. 2555
2	ผู้บริหารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	25 ก.ค. 2555
(ระดับพื้นที่)---อ.สารภี จ.เชียงใหม่		
1	สมัชชาสุขภาพ อ.สารภี	28 พ.ค. 2555
2	เครือข่ายภูมิปัญญาไทย	28 พ.ค. 2555
3	ผู้บริหารกองสาธารณสุขฯ เทศบาล ต.ท่าวังตาล	28 พ.ค. 2555
4	ผู้บริหาร รพ.สต.ท่าวังตาล	28 พ.ค. 2555
5	ชมรมผู้สูงอายุ อ.สารภี	28 พ.ค. 2555
6	ศูนย์แพทย์แผนไทย	28 พ.ค. 2555
7	เครือข่ายองค์กรชุมชน	28 พ.ค. 2555
8	เจ้าหน้าที่หมู่ 4 ท่าตันกว่า	28 พ.ค. 2555
9	เครือข่ายสภาองค์กรชุมชน อ.สารภี	28 พ.ค. 2555
10	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สารภี	28 พ.ค. 2555
11	ศูนย์ประสานงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพ จ.เชียงใหม่	28 พ.ค. 2555
(ระดับพื้นที่)---อ.ริมปิง จ.ลำพูน		
1	องค์การบริหารส่วนตำบลริมปิง	28 พ.ค. 2555
2	องค์การบริหารส่วนตำบลริมปิง	28 พ.ค. 2555
3	ผู้บริหารกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	28 พ.ค. 2555
4	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ลำพูน	28 พ.ค. 2555
5	ผู้บริหาร รพ.สต.ริมปิง	28 พ.ค. 2555
6	องค์การบริหารส่วนตำบลริมปิง	28 พ.ค. 2555
7	อาสาสมัครสาธารณสุข ต.ริมปิง	28 พ.ค. 2555
8	รองประธานสภาฯ	28 พ.ค. 2555
9	อาสาสมัครสาธารณสุข ต.ริมปิง	28 พ.ค. 2555

	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	วันสัมภาษณ์
(ระดับพื้นที่)--- กลุ่มน้ำวัง ต.แม่ถอด และ อ.เมืองปาน จ.ลำปาง		
1	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.เมืองปาน	29 พ.ค. 2555
2	เครือข่ายลุ่มน้ำแม่สอย	29 พ.ค. 2555
3	สถานีควบคุมไฟฟ้า	29 พ.ค. 2555
4	เครือข่ายคนรักสิ่งแวดล้อม	29 พ.ค. 2555
5	เครือข่ายเครดิตยูเนียนนครลำปาง	29 พ.ค. 2555
6	มหาวิทยาลัยเนชั่นสาขาลำปาง	29 พ.ค. 2555
7	องค์การบริหารส่วนตำบลพิชัย	29 พ.ค. 2555
8	เครือข่ายโหนดที่ดินโดยชุมชน	29 พ.ค. 2555
9	องค์การบริหารส่วนตำบลพิชัย	29 พ.ค. 2555
10	กรรมการลุ่มน้ำวัง	29 พ.ค. 2555
(ระดับพื้นที่)--- กว๊านพะเยา และ อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา		
1	ชลประทานพะเยา	29 พ.ค. 2555
2	สถาบันปวงศญาพายว	29 พ.ค. 2555
3	ขบวนองค์กรชุมชน จ.พะเยา	29 พ.ค. 2555
4	ผู้ประสานงาน สช.ล้านนา	29 พ.ค. 2555
5	คณะกรรมการเครือข่ายป่า	29 พ.ค. 2555
6	ศูนย์สื่อผสมผสานเพื่อชุมชน	29 พ.ค. 2555
7	สพม.จ.พะเยา	29 พ.ค. 2555
8	องค์การบริหารส่วนตำบลคือเวียง	29 พ.ค. 2555
9	องค์การบริหารส่วนตำบลคือเวียง	29 พ.ค. 2555
10	องค์การบริหารส่วนตำบลจำป่าหวาย	29 พ.ค. 2555
11	องค์การบริหารส่วนตำบลจำป่าหวาย	29 พ.ค. 2555
12	ชมรมประมงพื้นบ้าน	29 พ.ค. 2555
13	สถาบันปวงศญาพายว	29 พ.ค. 2555
14	สถาบันปวงศญาพายว	29 พ.ค. 2555
15	มติชน / ข่าวสด	29 พ.ค. 2555
(ระดับพื้นที่)--- อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช		
1	เครือข่ายรักบ้านเกิดท่าศาลา	10 ส.ค.2555
2	เครือข่ายรักบ้านเกิดท่าศาลา	10 ส.ค.2555
3	เครือข่ายรักบ้านเกิดท่าศาลา	10 ส.ค.2555
4	เครือข่ายรักบ้านเกิดท่าศาลา	10 ส.ค.2555
5	เครือข่ายประมงพื้นบ้านอ่าวท่าศาลา	10 ส.ค.2555
6	สมาคมประมงพื้นบ้านอ่าวท่าศาลา	10 ส.ค.2555

	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	วันสัมมนา
7	เครือข่ายรักบ้านเกิดท่าศาลา	10 ส.ค. 2555
8	เครือข่ายปกป้องพื้นที่ผลิตอาหารนครศรีธรรมราช	10 ส.ค. 2555
9	กลุ่มอนุรักษ์ฯ	10 ส.ค. 2555
10	กลุ่มอนุรักษ์ฯ	10 ส.ค. 2555
11	กลุ่มอนุรักษ์ฯ	10 ส.ค. 2555
12	กลุ่มอนุรักษ์ฯ	10 ส.ค. 2555
(ระดับพื้นที่)--- จ.ฉะเชิงเทรา		
	ผู้เข้าร่วมประชุมในเวทีสรุปบทเรียนงานธรรมนูญฯ จ.ฉะเชิงเทรา	13 ก.ย. 2555
เจ้าหน้าที่/ผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนกลาง		
1	สำนักธรรมนูญสุขภาพและนโยบายสาธารณะ สช.	12 มิ.ย. 2555
2	Project Manager	12 มิ.ย. 2555
3	กลุ่มงานยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล สช.	12 มิ.ย. 2555
4	สำนักสมัชชาสุขภาพ สช.	21 มิ.ย. 2555
5	สำนักสนับสนุนปฏิบัติการพื้นที่ สช.	21 มิ.ย. 2555
6	คณะกรรมการพิจารณาและกลั่นกรองฯ	3 ก.ค. 2555
7	คณะกรรมการพิจารณาและกลั่นกรองฯ	4 ก.ค. 2555
8	ที่ปรึกษา สช.	4 ก.ค. 2555
9	คณะกรรมการพิจารณาและกลั่นกรองฯ	6 ก.ค. 2555
10	คณะกรรมการพิจารณาและกลั่นกรองฯ	17 ก.ค. 2555

ตารางที่ 3 รายละเอียดผู้ถูกสัมภาษณ์กรณีศึกษาสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	วันสัมภาษณ์
<i>การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครกที่ไม่พร้อม</i>		
1	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	29 ต.ค. 2555
2	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	2 ต.ค. 2555
3	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	22 ต.ค. 2555
4	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	10 ต.ค. 2555
5	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	20 ต.ค. 2555
6	สำนักกิจการพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ	27 ต.ค. 2555
7	สถาบันพัฒนาประชาสังคมภูมิภาค จ.สุพรรณบุรี	17 ต.ค. 2555
8	สถาบันพัฒนาประชาสังคมภูมิภาค จ.สุพรรณบุรี	17 ต.ค. 2555
9	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี	17 ต.ค. 2555
10	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	9 ต.ค. 2555
11	สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ	26 พ.ย. 2555
12	มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง	3 ธ.ค. 2555
13	เครือข่ายเด็กเยาวชนกับการพัฒนา	1 ก.พ. 2556
14	สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน	4 ก.พ. 2556
<i>การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย</i>		
1	แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	8 ต.ค. 2555
2	หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม	8 ต.ค. 2555
3	นักวิจัยอิสระ	25 ก.ย. 2555
4	แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา	8 ต.ค. 2555
5	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	13 พ.ย. 2555
6	สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PREMA)	6 พ.ย. 2555
7	สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน (TPMA)	19 พ.ย. 2555
8	ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	16 ต.ค. 2555
9	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	2 พ.ย. 2555
10	กระทรวงอุตสาหกรรม	26 พ.ย. 2555
11	องค์การเภสัชกรรม	17 ธ.ค. 2555
12	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร/สภาเภสัชกรรม	8 ธ.ค. 2555
13	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	12 ต.ค. 2555
14	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	24 ต.ค. 2555
15	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	8 พ.ย. 2555

ตารางที่ 4 รายละเอียดผู้ถูกสัมภาษณ์กรณีศึกษาสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	วันสัมภาษณ์
แผนยุทธศาสตร์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแห่งชาติ		
1	สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	10 ส.ค. 2555
2	อดีตเจ้าหน้าที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	24 ส.ค. 2555
3	สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	3 ก.ย. 2555
4	คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ	1 ต.ค. 2555
5	คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ	2 ต.ค. 2555
6	สมัชชาจังหวัดปทุมธานี	24 ต.ค. 2555
7	สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	26 ต.ค. 2555
8	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	1 พ.ย. 2555
9	คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ	5 พ.ย. 2555
10	ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ	5 พ.ย. 2555
11	สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย	6 พ.ย. 2555
12	สมาคมเวชศาสตร์สนทนาศาสตร์ไทย	15 พ.ย. 2555
13	สำนักงานสถิติ	28 ธ.ค. 2555
14	สำนักงานสถิติ	28 ธ.ค. 2555
15	มูลนิธิบูรณานิเวศ	16 ม.ค. 2556
16	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	19 พ.ย. 2555
แผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี		
1	สมัชชาสุขภาพล้านนา	12 ต.ค. 2555
2	คณะทำงาน สมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรสาคร	27 ก.ย. 2555
3	บริษัทแพนราชเทวี	10 ต.ค. 2555
4	มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	6 พ.ย. 2555
5	สำนักความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน	22 ก.ย. 2555
6	ศูนย์พัฒนานโยบายแห่งชาติด้านสารเคมี สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	26 ก.ย. 2555
7	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ	11 ก.ย. 2555
8	ศูนย์ความเป็นเลิศทางด้านนาโน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	10 ต.ค. 2555
9	คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	4 ต.ค. 2555
10	ศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติ	26 ต.ค. 2555
11	ศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติ	29 ส.ค. 2555
12	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	24 ต.ค. 2555
13	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	1 พ.ย. 2555

ตารางที่ 5 รายละเอียดผู้ถูกสัมภาษณ์กรณีศึกษาสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะ
ผ่านสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	วันสัมภาษณ์
สมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงราย		
	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด - ภาคประชาสังคม - เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข (รวม 12 ท่าน) 	17 ก.ค. 2555
สมัชชาสุขภาพจังหวัดลำปาง		
	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด - ภาคประชาสังคม - เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข - สื่อมวลชน (รวม 10 ท่าน) 	19 ก.ค. 2555
สมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ		
	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด/ประชาคม - นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ - เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข (นักวิชาการ สาธารณสุข) - เครือข่ายสิ่งแวดล้อมวัดบางฝ้าย - สภากองศ์กรชุมชน (รวม 7 ท่าน) 	12 พ.ย. 2555
สมัชชาสุขภาพจังหวัดประจวบคีรีขันธ์		
	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด - ภาคประชาสังคม - เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข - สื่อมวลชน (รวม 10 ท่าน) 	23 ส.ค. 2555 21-23 ก.ย. 2555
สมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช		
	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด - ภาคประชาสังคม - นักวิชาการในมหาวิทยาลัย (รวม 6 ท่าน) 	26 ธ.ค. 2555
สมัชชาสุขภาพจังหวัดกระบี่		
	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด 	30 ต.ค. 2555

	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	วันสัมภาษณ์
	<ul style="list-style-type: none"> - ภาคประชาสังคม - เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข - สื่อมวลชน (รวม 9 ท่าน)	
<i>สัมภาษณ์สุขภาพจังหวัดหนองคาย</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานสัมภาษณ์สุขภาพระดับจังหวัด - ภาคประชาสังคม (รวม 2 ท่าน)	24 พ.ย. 2555
<i>สัมภาษณ์สุขภาพจังหวัดเลย</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานสัมภาษณ์สุขภาพระดับจังหวัด - ภาคประชาสังคม - เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข - สื่อมวลชน (รวม 10 ท่าน)	24 ธ.ค. 2555

ตารางที่ 6 รายละเอียดผู้ถูกสัมภาษณ์กรณีศึกษาสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะ
ผ่านการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA)

	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	วันสัมภาษณ์
ต.แม่ถอด อ.เถิน จ.ลำปาง		
	- ภาคประชาสังคมพื้นที่แม่ถอด - เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภายใต้องค์การบริหารส่วนตำบล - พระสงฆ์ (รวมประมาณ 10 ท่าน)	18 ก.ค. 2555
ต.บ้านกรูด อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์		
	- ภาคประชาสังคมพื้นที่บ้านกรูดและบ่อนอก (รวม 4 ท่าน)	21 ก.ย. 2555
อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช		
	- ภาคประชาสังคมชาวบ้านพื้นที่ท่าศาลา (รวม 5 ท่าน)	26 ธ.ค. 2555
ต.นาดินดำ อ.เมือง จ.เลย		
	- ภาคประชาสังคม - ผู้ใหญ่บ้าน และชาวบ้านพื้นที่นาดินดำ (รวมประมาณ 15 ท่าน)	25 ธ.ค. 2555

ตารางที่ 7 รายละเอียดผู้ถูกสัมภาษณ์กรณีศึกษาสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะ
ผ่านคณะกรรมการระดับชาติ

	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	วันสัมภาษณ์
คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ		
1	สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ	5 ก.ย. 2555
2	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	19 พ.ย. 2555
3	ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข	19 ก.ย. 2555
4	ผู้บริหารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	14 พ.ย. 2555
5	ผู้บริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	26 ธ.ค. 55
6	สำนักงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	24 และ 27 ก.ย. 2555
7	สำนักงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	12 ก.ย. 2555
8	สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	28 ธ.ค. 2555
9	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	23 ธ.ค. 2555
10	คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ	18 ต.ค. 2555
11	คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	14 ก.ย. 2555
12	คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	30 ธ.ค. 2555

ตารางที่ 8 รายละเอียดผู้ถูกสัมภาษณ์สำหรับภาพรวมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	วันสัมภาษณ์
1	ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข	19 ก.ย. 2555
2	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	9 ต.ค. 2555
3	สำนักงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	24 และ 27 ก.ย. 2555
4	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	12 ต.ค. 2555
5	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	14 ก.ย. 2555
6	ผู้บริหารบริษัทเอกชน	19 ก.ย. 2555
7	คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	8 ต.ค. 2555
8	คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	29 ต.ค. 2555
9	คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	16 ต.ค. 2555
10	คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	18 ต.ค. 2555
11	คณะกรรมการบริหาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	27 ก.ย. 2555
12	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	26 ธ.ค. 2555
13	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	19 ธ.ค. 2555
14	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	19 ต.ค. 2555
15	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	8 ธ.ค. 2555
16	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	9 ธ.ค. 2555

ตารางที่ 9 สรุปการจัดประชุมเพื่อรับฟังความเห็นในขั้นตอนต่างๆ ของการศึกษานี้

วันที่	สถานที่	ผู้เข้าร่วมประชุม	วัตถุประสงค์การประชุม
21 พ.ย. 2554	HITAP	คณะกรรมการกำกับ ทิศและบุคลากร สช.	รับฟังความเห็นต่อข้อเสนอของโครงการประเมินฯ
30 พ.ย. 2554	HITAP	บุคลากร สช.	กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษาร่วมกัน ระหว่างคณะผู้ประเมินและบุคลากร สช.
12 ม.ค. 2555	สช.	บุคลากร สช.	ตรวจสอบความเข้าใจกับบุคลากร สช. เพื่อเป็น ข้อมูลประกอบการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง
23 ก.พ. 2555	สช.	ผู้ทรงคุณวุฒิ คบ.และ บุคลากร สช.	รับฟังความเห็นต่อการคัดเลือกกรณีศึกษา
23 พ.ค. 2555	HITAP	บุคลากร สช.	รับฟังความเห็นต่อกรอบการประเมิน
6 มิ.ย. 2555	HITAP	คณะกรรมการกำกับ ทิศและบุคลากร สช.	นำเสนอผลการดำเนินงานและรับฟังความเห็นต่อ แนวทางการประเมิน
10 ก.ย. 2555	HITAP	คณะกรรมการกำกับ ทิศและบุคลากร สช.	รับฟังความเห็นต่อความก้าวหน้าของโครงการ และแนวทางการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม
9 ม.ค. 2556	HITAP	บุคลากร สช.	รับฟังความเห็นต่อผลการประเมิน
4 ก.พ. 2556	HITAP	คณะกรรมการกำกับ ทิศและบุคลากร สช.	รับฟังความเห็นต่อผลการประเมิน



โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-590-4549, 02-590-4374-5 โทรสาร 02-590-4369

www.hitap.net E-mail: hitap@hitap.net