

รายงานขั้นต้น

การประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554

โดย

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

31 กรกฎาคม 2555

คำนำ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) หมายถึง “นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้” โดยให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะตามหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

แม้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะได้ถูกผลักดันและมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เคยมีการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) โดยครอบคลุมกลไกสำคัญที่ คสช. ใช้ในการพัฒนานโยบาย ดังนั้นการประเมินครั้งนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงที่มาที่ไปของแนวคิด หลักการโดยความเชื่อมโยงกับกลไกหลักภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานของ คสช. รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอแนวคิดการประเมิน หลักการต่างๆ ที่ใช้ การได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่คัดเลือกมาเป็นกรณีศึกษาสำหรับการประเมินและการพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่จะใช้ในการประเมินนี้ เพื่อให้ได้มาซึ่งผลการประเมินต่อไป

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
บทที่ 1 บทนำว่าด้วยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	1
บทที่ 2 การประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	17
บทที่ 3 การคัดเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาเป็นกรณีศึกษาในการประเมิน	30
บทที่ 4 ตัวชี้วัดในการประเมิน	50
ภาคผนวก	

บทที่ 1

บทนำว่าด้วยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

กระบวนการที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันได้ก้าวพ้นแนวคิดแบบเดิมที่ให้บทบาทหลักแก่บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชน ไปสู่แนวคิดแบบองค์รวมที่มุ่งมองไปถึงปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถกำหนดสุขภาพ (determinants of health) ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านความมั่งคั่ง บริโภคนิสัย กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย อาชีพ รวมถึงสภาพแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น แต่ที่สำคัญยิ่งไปกว่านั้น คือการตั้งคำถามถึงสิ่งที่เป็นตัวกำหนดปัจจัยเหล่านี้อีกชั้นหนึ่ง เพราะปัจจัยแวดล้อมอันส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนย่อมเป็นผลมาจากการกระทำร่วม (collective action) ในรูปของการเมือง (politics) และการดำเนินนโยบายสาธารณะ (public policy) หรืออีกนัยหนึ่งคือ สิ่งที่ รัฐ ได้เป็นผู้ผลักดัน กำหนด หรือให้ทางเลือกแก่ประชาชนในการกระทำกิจกรรมใดๆ ทั้งในระดับปัจเจกและในระดับกลุ่ม ซึ่งในที่สุดแล้วจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเอง [1] บทนำว่าด้วยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนี้เป็นการทบทวนที่มาของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นิยามความหมาย แนวคิด หลักการ ตลอดจนภาพรวมของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อเชื่อมโยงไปถึงการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสมัชชาสุขภาพในระดับท้องถิ่น ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

นโยบายสาธารณะ มีนิยามที่หลากหลาย Birkland [2] ได้ทบทวนและรวบรวมเอาส่วนที่สอดคล้องกันของนิยามอันหลากหลายนั้นมานำเสนอว่า นโยบายสาธารณะ คือ ถ้อยแถลง (statement) ของรัฐบาล ในระดับใดๆ ก็ตาม ถึงสิ่งที่รัฐบาลต้องการจะดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาของสาธารณะ ถ้อยแถลงดังกล่าวอาจอยู่ในรูปของรัฐธรรมนูญ บทบัญญัติระเบียบกฎเกณฑ์ การตัดสินใจหรือการชี้แนะของหน่วยงาน หรือแม้กระทั่งความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่รัฐในทุกระดับ ยกตัวอย่างเช่น กฎหมายที่ระบุว่าบุคคลที่ขับรถขณะมีเมามาจะถูกจำคุกไม่เกินหนึ่งปี ถือเป็นนโยบายสาธารณะที่ลงโทษบุคคลที่เมาแล้วขับ เป็นต้น

นอกจากนี้ นโยบายสาธารณะ ยังถูกนิยามไว้ว่าเป็น “ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นหรือเชื่อว่าควรจะทำในทิศทางนั้น” [3] นโยบายสาธารณะนี้เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาไม่จำกัดเฉพาะนโยบายจากรัฐบาล นโยบายทางการเมืองของพรรคการเมืองต่างๆ นโยบายในแผนพัฒนาชาติ รวมทั้งนโยบายของกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานต่างๆ และนโยบายที่เกิดขึ้นจากภาคประชาสังคมและชุมชนด้วย นโยบายสาธารณะจะประกอบด้วยแง่มุมต่างๆ เพื่อมุ่งไปสู่การพัฒนา เช่น ด้านเศรษฐกิจและสังคม นโยบายทางเศรษฐกิจ อาจประกอบด้วย นโยบายควบคุมอัตราเงินเฟ้อ อัตราค่าจ้าง นโยบายการเติบโตทางเศรษฐกิจด้วยการส่งออก นโยบายการพัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกให้เป็นพื้นที่อุตสาหกรรม เป็นต้น ส่วนนโยบายทางสังคม อาจเน้นไปที่นโยบายการจัดที่อยู่อาศัย การพัฒนาชุมชนโดยเน้นการอยู่ร่วมกันโดยสันติ นโยบายเหล่านี้อาจส่งผลต่อความมั่งคั่ง คุณภาพของน้ำและอากาศ การสัญจรในชุมชน การอ่านออกเขียนได้ ตลอดจน

ระดับการศึกษา และสุขภาพของผู้คน ฉะนั้น ภาควิชาสาธารณสุข จึงมีความพยายามผลักดันให้ผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย จัดทำนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงผลกระทบต่อด้านสุขภาพของประชาชน และนำไปสู่แนวคิดเรื่อง “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” (healthy public policy) ซึ่งในปัจจุบันมีหลายประเทศที่ยึดแนวคิดนี้เป็นหลักในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพคืออะไร

หลังจากความเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ของสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly) ในปี ค.ศ.1977 และ คำประกาศแห่ง Alma Ata (Declaration of AlmaAta) ในปี ค.ศ.1978 ซึ่งยืนยันว่าสุขภาพนั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และการบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนเป็นเป้าหมายสำคัญของโลก ซึ่งการทำให้บรรลุเป้าประสงค์นั้น ไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากการดำเนินงานของภาควิชาสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่จะต้องรวมถึงภาคสังคมและเศรษฐกิจด้วย [4] ความเคลื่อนไหวด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนได้กลายเป็นวาระสำคัญในระดับนานาชาติ ในการประชุมวิชาการนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ The Ottawa Charter for Health Promotion ที่จัดขึ้นเป็นครั้งแรกที่เมือง Ottawa ประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ.1986 มีการเสนอให้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Action) เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) และองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ ให้การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศต่างๆ โดยก้าวข้ามการส่งเสริมสุขภาพแบบเดิมที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพไปสู่การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นการสอดใส่ประเด็นด้านสุขภาพเข้าไปเป็นวาระสำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและในทุกระดับ เพื่อสร้างความตระหนักถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพอันเป็นผลมาจากการตัดสินใจด้านนโยบาย และเน้นย้ำให้ผู้กำหนดนโยบายยอมรับว่าตนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน [5]

ในการประชุมวิชาการนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งถัดมาที่เมือง Adelaide ประเทศออสเตรเลียในปี ค.ศ.1988 ได้มีการกล่าวถึงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอีกครั้ง โดยมองว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้น ถูกกำหนดโดยความสนใจอันเป็นรูปธรรม (explicit concern) เกี่ยวกับสุขภาพและความเท่าเทียม ในทุกขอบข่ายของนโยบาย และโดยความรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพ เป้าหมายหลักของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสุขภาพดี นโยบายดังกล่าวจะสร้างทางเลือกด้านสุขภาพให้มีความเป็นไปได้ หรือเป็นสิ่งที่ง่ายขึ้นสำหรับประชาชน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะทำให้สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมมีลักษณะที่ส่งเสริมสุขภาพ การจะไปสู่เป้าหมายของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้นั้น หน่วยงานภาครัฐ ที่ดูแลด้านการเกษตร การค้า การศึกษา การอุตสาหกรรม และการสื่อสาร จะต้องพิจารณาให้สุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนานโยบาย หน่วยงานเหล่านี้ควรแสดงความรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายที่พวกเขากำหนดขึ้น และให้ความสำคัญกับสุขภาพให้เทียบเท่ากับเศรษฐกิจ [5]

คำจำกัดความของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ให้ไว้โดยองค์การอนามัยโลก ได้แก่ “นโยบายสาธารณะที่มีความหวังใจอย่างชัดเจนด้านสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นนโยบายที่มุ่งทำให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี” [6]

สำหรับประเทศไทยได้มีการระบุคำจำกัดความเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าเป็น “แนวทางการพัฒนาที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพ” เห็นได้ว่านโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีความหมายที่กว้างและเกี่ยวข้องกับครอบคลุมแทบทุกประเด็นในสังคมที่ส่งเสริมสุขภาวะ (well-being) และสุขภาพ (health) ของประชาชน เป็นนโยบายสาธารณะที่มุ่งเน้นเพื่อให้บรรลุผลต่อสุขภาวะและสุขภาพของประชาชนสามารถเรียกได้ว่าเป็น “นโยบายสาธารณะที่ดี” หรือ “นโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นมาอย่างมีส่วนร่วม โปร่งใส และเอื้อต่อสุขภาวะ” [3, 7]

Milio [8] ได้ให้คำนิยามของนโยบายสาธารณะไว้ว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นนโยบายเพื่อมุ่งปรับปรุงความเป็นอยู่ของประชาชน ในด้านการส่งเสริมให้มีความมั่นคง ปลอดภัย และมีวิถีการดำเนินชีวิต ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน โดยหมายรวมถึง ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การคมนาคมขนส่ง และการบริการด้านสังคมและสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านต่างๆ ดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

Farfard [1] ได้ให้คำนิยามไว้อย่างกว้างๆ เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กล่าวคือคือ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็น “นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่อยู่นอกเหนือระบบการให้บริการสุขภาพที่เป็นทางการ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การศึกษา การคมนาคมขนส่ง และนโยบายการคลัง”

Mohindra [9] กล่าวถึงนิยามของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพว่าเป็นกลยุทธ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพหลัก โดยมีเป้าหมายเพื่อนำประเด็นด้านสุขภาพเข้าสู่วาระของผู้กำหนดนโยบายด้านต่างๆ และในระดับต่างๆ ของรัฐบาล นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมุ่งเน้นความเท่าเทียมโดยเฉพาะในประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ผ่านภาคีความร่วมมือและกิจกรรมระหว่างภาคส่วนต่างๆ

อย่างไรก็ตาม Joffe และ Mindell [10] เห็นว่า นิยามของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีความหมายกว้างขวางครอบคลุมนโยบายประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อีกทั้งรัฐบาลของประเทศต่างๆ ยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเป็นระบบ

จะเห็นได้ว่า นิยามเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีความใกล้เคียงกันในแง่ของการพัฒนานโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม คำนิยามส่วนใหญ่จะตั้งอยู่บนนิยามของ “นโยบายสาธารณะ” ในรูปแบบเดิม (conventional) โดยมีการเพิ่มมิติด้านผลกระทบทางสุขภาพ หรือการกำหนดว่านโยบายสาธารณะจะต้องส่งผลลัพธ์ต่อสุขภาพ หรือการเน้นย้ำการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการพิจารณานโยบายที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง แต่ไม่ได้กล่าวถึงการสร้างบรรทัดฐานใหม่ในคตินิยมของผู้กำหนดนโยบายสาธารณะ ในขณะที่นิยามขององค์การอนามัย

โลก ให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้มีอำนาจกำหนดนโยบาย ถึงความรับผิดชอบในกรณีที่มีนโยบายที่กำหนดอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพและสุขภาวะของประชาชน โดยไม่ได้สร้างข้อผูกมัดว่าทุกนโยบายจะต้องมุ่งให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพเสมอ เพราะบางนโยบายอาจไม่ได้เกี่ยวข้องหรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงหรือทางอ้อมอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังไม่ได้กำหนดเกณฑ์ว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จะต้องมาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนเท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจว่าสถานการณ์และปัจจัยทางการเมืองมีความซับซ้อนหลากหลาย โดยเฉพาะในบางกรณี เช่น เมื่อมีสถานการณ์ฉุกเฉิน รัฐบาลอาจประกาศนโยบายโดยไม่ผ่านการหารือในวงกว้างก็ได้ จะเห็นได้ว่า นิยามและหลักการที่เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีทั้งที่ต่างและเหมือนกัน ฉะนั้น โครงการนี้จึงรวบรวมนิยามและหลักการที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทยต่อไป

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็นระดับต่างๆ 4 ระดับ ได้แก่ ระดับรัฐบาลและประเทศ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับหน่วยงานหรือองค์กร และระดับชุมชน [3] ตัวอย่างเช่น ในระดับรัฐบาลและประเทศ ได้แก่ นโยบายการใช้พลังงานทางเลือกที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การควบคุมการสูบบุหรี่และสุรา การส่งเสริมการเกษตรปลอดสารพิษ โครงการเมาไม่ขับ เป็นต้น ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ การเพิ่มพื้นที่สีเขียวและสวนสาธารณะ การจัดการกีฬาและลานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เช่น การเดินแอโรบิค การส่งเสริมเครือข่ายเกษตรปลอดสารพิษในหมู่เกษตรกร เป็นต้น ในระดับหน่วยงานหรือองค์กร ได้แก่ การจัดทำโครงการลด-ละ-เลิกเหล้าและบุหรี่ในสถานประกอบการ การจัดสถานที่และส่งเสริมบรรยากาศให้พนักงานได้ออกกำลังกาย เป็นต้น และในระดับชุมชน เช่น การรวมตัวกันจัดการดูแลความปลอดภัยในชุมชน การรวมตัวกันดูแลป่าและทรัพยากรภายในชุมชนโดยการพึ่งพาอาศัยธรรมชาติ เป็นต้น จากตัวอย่างดังกล่าวล้วนเห็นได้ว่าเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพที่ดีทั้งสิ้น

ความสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

จากที่กล่าวมาแล้ว นโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นจากภาครัฐในรูปแบบต่างๆ ล้วนส่งผลกระทบต่อปัจเจกบุคคล กลุ่มคน สภาพแวดล้อม ตลอดจนสุขภาวะและสุขภาพของประชาชนทั้งสิ้น ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม ยกตัวอย่างเช่น นโยบายอัตราค่าจ้าง นโยบายกระจายรายได้ นโยบายประกันสังคม และนโยบายสุขภาพถ้วนหน้า ล้วนก่อให้เกิดการส่งเสริมให้ประชาชนมีรายได้เพียงพอที่จะนำไปใช้จ่ายสำหรับสินค้าและบริการที่จำเป็นในการครองชีพ ซึ่งรวมทั้งการรักษาพยาบาล รวมทั้งการได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลในฐานะที่เป็นสวัสดิการสังคมตามความจำเป็น นโยบายด้านการคมนาคมขนส่งที่เน้นความสำคัญเรื่องความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ใช้รถใช้ถนน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและอุบัติเหตุบนท้องถนน นโยบายด้านที่อยู่อาศัยที่เน้นความควบคุมความปลอดภัยในการก่อสร้าง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุการพังถล่ม ซึ่งก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิต นอกจากนี้ นโยบายการส่งเสริมเกษตรกรรมที่ปลอดสารพิษโดยการควบคุมการใช้สารเคมีในผลิตภัณฑ์การเกษตรเพื่อการบริโภค นโยบายการส่งเสริมอุตสาหกรรมที่เน้นการ

ควบคุมมลพิษ รวมทั้ง นโยบายการจัดการด้านพลังงานที่เน้นการใช้พลังงานสะอาดและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ล้วนเป็นนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้หลักประกันกับประชาชนโดยการสร้างสุขภาวะที่ดีและไม่ให้เสียสุขภาพโดยปราศจากเหตุอันควร

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมา การจัดทำนโยบายสาธารณะในประเทศไทยยังขาดการพิจารณาผลกระทบอันอาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชน และประเด็นด้านผลร้ายต่อสุขภาพของประชาชนนี้มักจะถูกหยิบยกขึ้นมากล่าวถึงหลังจากที่มีการดำเนินนโยบาย และนโยบายนั้นส่งผลเสียไปแล้ว โดยการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุดังกล่าว นอกจากจะมีผลกระทบด้านลบในระดับปัจเจกและระดับชุมชนแล้ว ยังมีผลสะท้อนกลับไปยังรัฐบาลที่จะต้องปรับปรุงหรือถอนนโยบาย หรือจัดทำนโยบายใหม่เพื่อมาแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมและเยียวยาสุขภาพด้วย ซึ่งทำให้ประเทศต้องเสียงบประมาณในการจัดการปัญหาอันเกิดจากนโยบายของรัฐบาลเอง ปัญหาเหล่านี้เกิดได้ทั้งจากการดำเนินนโยบายโดยตรง การทำร้ายสิ่งแวดล้อมจนกระทบต่อสุขภาพ การบั่นทอนโอกาสทางการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม ที่จำกัดทางเลือกของประชาชนจนกระทบต่อสุขภาพ

กรณีศึกษาที่เห็นได้ชัดจากนโยบายที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการพิจารณาผลกระทบทางสุขภาพในกระบวนการพัฒนานโยบายที่จัดทำขึ้นโดยภาคส่วนที่ไม่ได้ทำงานด้านสุขภาพโดยตรง (non-health sector) ได้แก่ การพัฒนาพื้นที่เขตอุตสาหกรรมมาบตาพุด ซึ่งมีจุดเริ่มต้นมาจากแนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีเป้าหมายที่จะกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคทั้งในด้านแรงงาน รายได้ของประชากร และการสร้างพื้นที่การลงทุนทางเศรษฐกิจใหม่ในแถบชายฝั่งทะเลตะวันออก การพัฒนาพื้นที่ดังกล่าวกระทำควบคู่ไปกับการสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐาน การพัฒนาการศึกษา และการพัฒนาการสาธารณสุขเพื่อรองรับแรงงานและครอบครัวที่จะเข้ามาอาศัยอยู่ แต่การขยายตัวของพื้นที่อุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง กลับส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมแก่คนท้องถิ่นอย่างรุนแรง โดยเฉพาะปัญหามลภาวะทางอากาศ สภาพแวดล้อมเสื่อมโทรม อุบัติภัยสารเคมี ซึ่งทำให้ชุมชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบต้องย้ายที่อยู่อาศัย หรือมีปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ [11] ทั้งนี้ หน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐเองก็มีภาระเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ทั้งที่เป็นประชาชนในพื้นที่และประชากรแฝงที่เข้ามาอยู่อาศัยเพื่อทำงานในเขตโรงงานอุตสาหกรรม [12]

จากบทเรียนดังกล่าว จึงมีการรวมกลุ่มของประชาชน เพื่อเรียกร้องขอให้สิทธิตามที่ถูกรับรองไว้ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ 1) สิทธิในการมีชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 2) สิทธิในการขอให้มีการประเมินผลกระทบและมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบสุขภาพ และ 3) สิทธิขอให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาผลกระทบสุขภาพจากการขยายโครงการปิโตรเคมีระยะที่ 3 [11] ความเคลื่อนไหวดังกล่าวก่อให้เกิดการริเริ่มดำเนินการแก้ไขปัญหามลกระทบต่อสุขภาพ และสร้างความตื่นตัวในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในประเทศไทย

แนวคิด หลักการ และการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

แนวคิดและหลักการพัฒนานโยบายตลอด 200 ปีที่ผ่านมา เป็นไปเพื่อความมั่งคั่ง จึงสร้างผลกระทบทางลบมหาดศาลต่อสิ่งแวดล้อม สังคม และสุขภาพ ความเครียดและความยั่งยืนของการพัฒนาในรูปของวิกฤตด้านภูมิอากาศ ทรัพยากร (น้ำ อาหาร) พลังงานเศรษฐกิจ สังคม (ความรุนแรงรวมถึงสงครามอนุภูมิภาค)

ความตระหนักต่อข้อจำกัดของแนวคิดและหลักการพัฒนาดังกล่าว จึงปรากฏในรูปความเคลื่อนไหวทางความคิด(เช่น งานวิจัยและงานวิชาการ ได้แก่ Black Report, La Londe Report, Report on Social Determinants of Health) กระบวนการผลักดันนโยบายในนามของสมัชชาสุขภาพโลกในการประชุมนานาชาติ (เช่นที่ Alma Ata, Ottawa, Jakarta เป็นต้น) โดยมีความหมายเชิงสัญลักษณ์แตกต่างไปจากเดิมที่มุ่งเน้นความมั่งคั่งเท่านั้น ความหมายใหม่ที่พยายามเข้าแทนที่คือ การพัฒนาอย่างสมดุล บนฐานการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง มุ่งหมายเพื่อการกระจายโอกาสและผลประโยชน์ โดยตัดเทียมกัน และเกิดผลลัพธ์ในรูปของธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก โดยประเทศสมาชิกได้ให้สัตยาบันร่วมกัน

ในทางปฏิบัติ ความเคลื่อนไหวระดับโลกดังกล่าว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับภูมิภาค อนุภูมิภาคหรือประเทศแตกต่างกัน ดูเหมือนผลลัพธ์ระดับสูงสุดที่พอมีหลักฐานยืนยันคือ การไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000 ตามที่องค์การอนามัยโลกคาดหวัง แต่ก็มีบางกรณีที่มีแนวโน้มใกล้เคียงกับความสำเร็จ เช่น ประเทศและท้องถิ่นที่ปรากฏในรายงานเรื่อง “‘Good Health at Low Cost’ 25 Years on What Makes an Effective Health Systems?” [13]

กล่าวเฉพาะประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา บ่งชี้ไปในทิศทางที่สอดคล้องกับความพยายามระดับโลกดังกล่าว เช่น นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทิศทางของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 ที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม วิกฤตซ้ำซากในลักษณะต่างๆ ก็ยังวนเวียนกลับมาและมีแนวโน้มที่จะเกิดบ่อยขึ้น รุนแรงและกว้างขวางมากขึ้น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ และกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นหนึ่งในความพยายามร่วมสมัยเพื่อหาทางออกให้แก่การพัฒนาประเทศอย่างสมดุลและยั่งยืน

ความครอบคลุมของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพถึงประเด็นด้านสุขภาพและสุขภาพดังกล่าวไม่ว่าจะเกิดจากนโยบายสาธารณะที่เน้นเศรษฐกิจหรือสังคม ทำให้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไม่จำกัดเฉพาะนโยบายสาธารณสุข (public health policy) เท่านั้น เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วนโยบายสาธารณสุขเป็นนโยบายเพื่อการดำเนินงานสาธารณสุข อาทิ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน นโยบายขยายและกระจายบริการสาธารณสุข นโยบายการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ รวมไปถึงนโยบายส่งเสริมและพัฒนากาแพทย์แผนไทย นโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา ซึ่งนโยบายเหล่านี้ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและยังไม่เพียงพอต่อการป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพอันเกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการให้บริการทางสาธารณสุข ดังนั้นจึงเป็นการสำคัญที่ภาครัฐและภาคประชาสังคมต้องคำนึงถึงการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอันเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสุขภาพของประชาชนที่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกว่าการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอีกด้วย ตัวอย่างเช่น

การที่รัฐดำเนินนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยให้สิทธิการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างเสมอภาค ซึ่งสามารถจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนเมื่อเกิดความจำเป็นได้ในระดับหนึ่ง หากแต่ประชาชนยังต้องเสียชีวิต หรือบาดเจ็บพิการจากอุบัติเหตุ หรือสภาวะการณ์ต่างๆ เช่น อุบัติเหตุจากท้องถนน อุบัติเหตุจากการขาดมาตรฐานในการก่อสร้าง สารเคมีที่ตกค้างในสินค้าเกษตรและอุปโภค สารพิษที่เกิดจากมลภาวะในอุตสาหกรรม เป็นต้น นโยบายสาธารณะที่จะสามารถสร้างสุขภาวะและส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี จึงไม่อาจจำกัดอยู่เพียงนโยบายสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่เป็นนโยบายสาธารณะทั้งหมดที่นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ทางสุขภาพได้ ดังนั้นนโยบายสาธารณะเหล่านี้จึงนับได้ว่าเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ [3] อย่างไรก็ตามเมื่อมองจากภาพกว้างของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแล้ว เราสามารถนำนโยบายสาธารณสุขเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้ เนื่องจากนโยบายสาธารณสุขก็เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมสุขภาวะและสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนเช่นกัน

การพัฒนาของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเริ่มจากความตื่นตัวด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการนิยามว่าสุขภาพนั้น ไม่ใช่เป็นเพียงภาวะทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงภาวะทางจิตใจและสังคมด้วย โดยการกำหนดให้ภาคส่วนอื่นๆ ที่นอกเหนือจากภาคสาธารณสุขมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน ตามคำประกาศแห่ง Alma Ata ซึ่งนำมาสู่ข้อสรุป “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ของสมัชชาองค์การอนามัยโลกใน ปี ค.ศ.1977 อย่างไรก็ตามปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน และปัญหาด้านคุณภาพชีวิตก็ยังคงอยู่ ซึ่งนัยหนึ่งอาจจะเกิดจากปัญหาการนำเอาแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในแต่ละประเทศที่มีพื้นฐานทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่แตกต่างกัน องค์การอนามัยโลกจึงได้พยายามขับเคลื่อนแนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นครั้งแรกในกฎบัตรออกอตตาวา (Ottawa Charter) เมื่อ ปี ค.ศ. 1986 ซึ่งเป็นกฎบัตรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ที่เน้นการพัฒนาสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือการให้บริการสุขภาพอย่างเป็นทางการ ซึ่งเป็นการเปิดพื้นที่ให้ภาคส่วนต่างๆ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการรอบประเด็นต่างๆ โดยให้การทำงานร่วมกันนั้นมีความโปร่งใส หลังจากนั้นได้มีการจัดประชุมเกี่ยวกับการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพในระดับนานาชาติหลายครั้ง ซึ่งเป็นการเน้นความร่วมมือกันจากทั้งรัฐบาลและประชาสังคม โดยอาศัยการสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาสังคมและชุมชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นการเปิดมุมมองใหม่ในเรื่องการสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเพื่อนำไปสู่ “การสาธารณสุขแบบใหม่” (new public health) [6, 14]

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ในระดับนานาชาติโดย เดชรัตน์ สุขกำเนิด และ วิพุธ พูลเจริญ [15] พบว่าการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอาจเกิดจากเงื่อนไขและสาเหตุหลายประการ ได้แก่

- 1) วิถีชีวิตของชาติหรือวิถีชีวิตของสังคม เช่น จากการศึกษาที่ประเทศประสบบภาวะยากลำบาก เช่น สงคราม หรือวิถีชีวิตเศรษฐกิจซึ่งทำให้เกิดความจำเป็นอันแปรเป็นความจำเป็นในการสร้างทางเลือกใหม่ในการพัฒนาและส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับสังคมในด้านสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีและการมีสุขภาพดีให้กับประชาชน

- 5) การสร้างภาคีเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นการอาศัยความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในองค์กรระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น รวมทั้งความรับผิดชอบของประชาชนด้านสุขภาพ ซึ่งจะเป็นตัวจักรสำคัญที่จะทำให้นโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพเกิดประสิทธิผล
- 6) การมีพันธะที่จะรับผิดชอบต่อ โดยรัฐบาลและองค์กรต่างๆที่มีหน้าที่ควบคุมทรัพยากรต้องมีความรับผิดชอบต่อ ประชาชนจากผลพวงอันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบายต่างๆ หรือการขาดการดำเนินนโยบายใดนโยบายหนึ่ง และรัฐบาลต้องมีพันธะในการวัดผลกระทบด้านสุขภาพอันเกิดจากการดำเนินนโยบายต่างๆของรัฐบาลเอง รวมทั้งต้องรายงานต่อประชาชน

ในด้านการอาศัยส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมนั้น อัมพล จินดาวัฒนะ [3] กล่าวว่า การที่จะทำให้รัฐบาล องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ชุมชนและสังคมภาคส่วนต่างๆ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกัน จำเป็นต้องมีการส่งเสริมและ สนับสนุนให้เกิดประเด็นต่างๆ ได้แก่

- 1) การช่วยกันสร้างความตระหนักในคุณค่าของสุขภาพ กล่าวคือ ต้องเป็นการสร้างด้วยความรู้สึกรับผิดชอบต่อ ทุกฝ่ายในสังคม ที่ไม่จำกัดเฉพาะเรื่องการป้องกันโรคเจ็บป่วยหรือการได้รับบริการสาธารณสุขอย่างเพียงพอ เท่านั้น ซึ่งความตระหนักนี้สามารถสร้างขึ้นได้จากกระบวนการทำงานร่วมกัน และกระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
- 2) ฝ่ายวิชาการต้องสนับสนุนข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพจากการดำเนินนโยบายสาธารณะ ต่างๆ โดยต้องนำเสนอข้อมูลต่อประชาชนเพื่อชักชวนทุกฝ่ายให้ร่วมกันคิดร่วมกันทำ โดยรัฐบาลต้องสนับสนุน ฝ่ายวิชาการด้านการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง
- 3) การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันโดยอาศัยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการ ร่วมรับผิดชอบต่อสังคมในการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาวะและสุขภาพที่ดีร่วมกัน
- 4) การช่วยกันนำเสนอทางเลือกของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อให้ทุกฝ่ายในสังคมโดยเฉพาะจากภาค ประชาสังคมช่วยกันรณรงค์และผลักดันให้เกิดประสิทธิผล โดยมีต้องรอให้รัฐบาลและฝ่ายราชการเป็นผู้ นำเสนอเท่านั้น
- 5) การเข้าร่วมกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยทุกฝ่ายในสังคมต้องช่วยกันพัฒนาจิตสำนึก ของการเป็นพลเมืองที่สนใจส่วนรวมและมีความกระตือรือร้นร่วมกัน

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศสามารถแบ่งได้เป็นนโยบายที่เกิดจากการผลักดันจากรัฐบาล กลาง รัฐบาลท้องถิ่น และชุมชน [6] การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกิดจากรัฐบาลกลาง ตัวอย่างเช่น

ประเทศแคนาดาเริ่มมีความริเริ่มในการทำให้ประเด็นด้านสุขภาพเป็นประเด็นทางการเมืองและประเด็นสาธารณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1974 โดยมีพื้นฐานมาจากการเน้นการให้บริการรักษาพยาบาล มีการนำเสนอเอกสารชื่อ "A New Perspective on the Health of the Canadians" หรือ "รายงานลาองเด" (La Londe Report) ตามชื่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการในสมัยนั้น นอกจากนั้นยังมีกฎบัตรรอดตาและเอกสารเรื่อง "การบรรลุสุขภาพที่ดีวหน้า: กรอบแนวคิดแห่งการส่งเสริมสุขภาพ" ซึ่งเรียกร้องความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นให้หันมาปรับปรุงการให้บริการสาธารณสุข โดยปรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดั้งเดิมที่เน้นการเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลมาให้ความสำคัญต่อสภาพความเป็นอยู่ การทำงาน และปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

ในสกอตแลนด์ มีการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วยการจัดทำนโยบายสาธารณะแบบองค์รวมของสกอตแลนด์ (The Possible Scot: A Healthier Scotland) เมื่อปี ค.ศ.1998 โดยการจัดทำสมุดปกเขียว เรื่อง "Working Together for a Healthier Scotland" กล่าวถึงนโยบายสุขภาพแบบองค์รวมที่อยู่นอกเหนือขอบเขตของกระทรวงสาธารณสุขว่า ปัญหาสาธารณสุขในสกอตแลนด์ในขณะนั้นเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสภาพสังคมที่ย่ำแย่ การขาดทักษะการดำเนินชีวิตที่ดี ความไม่เท่าเทียมกันในด้านรายได้ และการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและพฤติกรรมส่วนบุคคล ดังนั้นในการปรับปรุงความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน รัฐสภาสกอตแลนด์และมูลนิธิรัฐสภาสกอตแลนด์ได้ริเริ่มมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพโดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์แบบองค์รวมทั้งระหว่างหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานภายนอกรัฐบาลมากขึ้น ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงนโยบายในระดับรัฐและท้องถิ่นเข้าด้วยกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการมีสุขภาพและสุขภาพที่ดีของประชาชน นอกจากนั้นยังมีการกำหนดตัวชี้วัดแบบองค์รวมที่เรียกว่า A Scotland Index ซึ่งครอบคลุมปัจจัยที่กำหนดการมีสุขภาพดี ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง กายภาพ และจิตวิญญาณ และมีการกำหนดดัชนีชี้วัด เรียกว่า The Possible Scot ที่อยู่บนพื้นฐานของการที่ชาวสกอตทุกคนมีโอกาสทราบถึงเป้าประสงค์ชีวิตและการอุทิศชีวิตเพื่อสังคม

ประเทศออสเตรเลีย มีการสร้างกลไกและองค์ระดับชาติเพื่อนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านการรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ที่รวมเข้ากับการรายงานการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Impact Assessment: EIA) โดยให้ความสำคัญกับประเด็นด้านสุขภาพของประชาชนมากพอๆ กับประเด็นทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

นอกจากนั้น ยังมีการจัดตั้งกองทุนเพื่ออุดหนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพโดยรัฐบาลในระดับรัฐ เช่น กองทุนส่งเสริมสุขภาพรัฐวิกตอเรีย (Victoria Health Promotion Foundation หรือ VicHealth) จัดตั้งเมื่อปี ค.ศ.1987 โดยมีโครงสร้างการบริหารที่คล่องตัวแบบภาคเอกชน แต่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐในรูปแบบของคณะกรรมการ มีหน้าที่หลักในการวางแผนสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนที่ครอบคลุมโครงการทุกด้าน มีการใช้กระบวนการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) ผ่านการโฆษณาเพื่อสุขภาพ โดยอาศัยกีฬาและศิลปะเป็นสื่อ และมีการกำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ เช่น สุขภาพของชนเผ่าพื้นเมือง สุขภาพของสตรี ยุทธศาสตร์อนามัยชนบท เป็นต้น

สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกิดจากรัฐบาลท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น การสร้างคู่มือและโครงสร้าง สำหรับผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในมณฑลบริติชโคลัมเบียของแคนาดา โดยเป็นการสร้างกระบวนการ เชื่อมโยงการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีการจัดทำคู่มือประเมินผลกระทบด้าน สุขภาพ โครงการส่งเสริมอนามัยชุมชน และโครงการชุมชนสุขภาพดี นอกจากนี้ในมณฑลยูคอน มีการพัฒนาโครงการ สุขภาพในระดับมณฑลและเขตปกครองให้เข้มแข็งโดยกลวิธีผสมผสานด้วยการปฏิบัติการตามฐานชุมชน (setting approach) เช่น การออกพระราชบัญญัติสุขภาพของมณฑลยูคอน โครงการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การแก้ไข ปัญหายาเสพติด บุหรี่ อุบัติเหตุจากการจราจร และเอดส์ โครงการป้องกันโรคหัวใจ การส่งเสริมโภชนาการ การส่งเสริม การออกกำลังกาย เป็นต้น

ส่วนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกิดจากชุมชนนั้นมีความสำคัญไม่น้อยกว่าในระดับรัฐบาลกลางและระดับ ท้องถิ่น เช่น ในรัฐออซเตรเลียใต้ มีการรณรงค์การออกเสียงเลือกตั้งเพื่อสุขภาพที่เรียกว่า "Vote for Health" ในการ เลือกตั้งรัฐบาลระดับท้องถิ่น ที่ชุมชนสามารถผลักดันให้มีการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านทางสื่อมวลชน ด้วยการเขียนจดหมายถึงบรรณาธิการและขึ้น่าประเด็นด้านสุขภาพเพื่อให้สื่อต่างๆ ให้ข้อมูลแก่ประชาชนว่าควรเลือก ผู้บริหารท้องถิ่นอย่างไร และมีการวิพากษ์บทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ตลอดจนให้ข้อมูลว่าผู้สมัครรับเลือกตั้งมีทัศนคติเรื่องสุขภาพอย่างไร [6]

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในบริบทของประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการดำเนินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาช้านาน ดังเช่นในรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ที่มี บทบัญญัติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมดังกล่าว ซึ่งสามารถนำมาใช้เพื่อการพัฒนาสาธารณะได้ ได้แก่ มาตรา 59 ที่ระบุว่า "...บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผล จากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือส่วนราชการท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับตน หรือชุมชนท้องถิ่น และมี สิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว..." นอกจากนี้ยังมีการระบุนิติของประชาชนที่มีผลทำให้รัฐบาลและ องค์กรต่างๆปรับเปลี่ยนนโยบายและวิธีการทำงานเพื่อสุขภาพและสุขภาพของประชาชน ดังที่กำหนดไว้ในมาตรา 52, 53, 54, 55, 57, 82, 86 และ 100 อีกด้วย ในรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2550 ที่ใช้ในปัจจุบัน ยังระบุถึงประเด็นดังกล่าวไว้ใน มาตรา 57 ด้วยใจความเดียวกับมาตรา 59 ของรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540

จากพื้นฐานของคำประกาศขององค์การอนามัยโลกเพื่อส่งเสริมการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสิทธิทางสุขภาพของ ประชาชนที่ Alma Ata รัฐบาลไทยได้ปรับแนวคิดนี้ให้เป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นในภาครัฐเรื่องการสร้างและขยาย โรงพยาบาล รวมทั้งสถานพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยเฉพาะการสร้างเครือข่าย สาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เพื่อเชื่อมโยงลงไปถึงการให้บริการสุขภาพในระดับหมู่บ้านและกลุ่มครัวเรือน โดยมี จุดมุ่งหมายทำให้การจัดบริการสาธารณสุขกระจายลงไปทุกชุมชนอย่างทั่วถึงภายใน พ.ศ.2543

อย่างไรก็ตามนโยบายดังกล่าวมีต้นกำเนิดมาจากภาครัฐแต่เพียงอย่างเดียว ตั้งแต่ พ.ศ.2540 เป็นต้นมา ได้เริ่มมีการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน และเน้นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่กว้างขวางขึ้น ดังจะเห็นได้จากการริเริ่มการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Impact Assessment: EIA) ซึ่งในขณะนั้นยังถือว่าเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย [3] แนวคิดนี้ถือว่าสิ่งแวดล้อมมิใช่เป็นสิ่งที่ของคนใดคนหนึ่งแต่เป็นของทุกคน ดังนั้นทุกคนจึงมีหน้าที่ปกป้องรักษาสภาพแวดล้อมไม่ให้เสียไป และไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงการเรียกร้องมิให้ผู้ใดมาทำลายสิ่งแวดล้อม [6] ซึ่งเป็นการนำบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมมาประยุกต์ใช้ เช่น มาตรา 79 ที่ระบุว่า "...รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการสงวน บำรุงรักษาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุลรวมทั้งมีส่วนร่วมในการส่งเสริมบำรุงรักษาและคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดภาวะมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน..."

นอกจากนี้ ยังพบความซับซ้อนของการบริหารจัดการกลไกย่อยซึ่งกระจายแยกส่วนอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการร่วมมือกันจัดการกับปัญหาสุขภาพต่างๆ ให้เป็นเอกภาพ และไม่สามารถทำให้เกิดความยั่งยืนของการประสานภาคส่วนสู่เป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าได้ นอกจากนี้การตายและการป่วยจากสาเหตุที่ป้องกันได้ในหลายๆ ประเทศ เช่น โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทยทั้งๆ ที่พบว่า คนไทยมีค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพสูงถึงกว่าแสนล้านบาทต่อปี ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความบกพร่องเชิงระบบของกลไกและองค์กรต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของระบบสุขภาพ จึงมีความจำเป็นในการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนทั้งกระบวนการของสังคมไทยต่อระบบสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 [16] โดยยึดแนวคิดสำคัญ คือ "การสร้างสุขภาพดีนำการซ่อมสุขภาพเสีย" หรือ "สร้างนำซ่อม" และในเวลาเดียวกันได้มีการกำหนดแนวคิดเรื่อง "การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ" ไว้ในแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองได้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 โดยระบุว่าภารกิจด้านการสาธารณสุขจะต้องมีการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศ [17] ร่วมกับการนำหลักการ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" [18] ที่เสนอโดย นพ.ประเวศ วะสี ซึ่งประกอบด้วยการประสานพลังกันของฝ่ายวิชาการ ภาคประชาสังคม และฝ่ายการเมือง มาใช้เป็นแนวคิดในการขับเคลื่อนการปฏิรูป ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรศ.) เป็นหน่วยบริหารจัดการ

หลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาให้ความสำคัญของสามภาคส่วน กล่าวคือ วิชาการ ซึ่งเป็นส่วนที่สร้างและสนับสนุนองค์ความรู้ที่มีความเข้มแข็งที่สามารถสนับสนุนกระบวนการขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดกระบวนการ ตั้งแต่การคัดเลือกประเด็นในการขับเคลื่อน การสนับสนุนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจในทุกๆ ระดับ นอกจากนั้นยังมีความสำคัญในการวางระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อนำไปสู่การวางแผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ การขับเคลื่อนนโยบายโดยภาคประชาสังคม เป็นพลังสำคัญในการผลักดันนโยบายซึ่งกระบวนการดังกล่าว

จะประสบความสำเร็จได้นั้นต้องมีการดำเนินงานโดยเน้นหลักการการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนตั้งแต่เริ่มต้นวางแผนกระบวนการดำเนินงาน ประเมินผล และรับทราบผลของการขับเคลื่อนร่วมกัน และส่วนสุดท้ายที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในระบบก็คือ ฝ่ายการเมือง ซึ่งเป็นผู้ใช้อำนาจรัฐ บริหารการใช้ทรัพยากรของรัฐ และเป็นผู้ออกกฎหมาย เพื่อผลักดันให้เกิดการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยทั้งสามภาคส่วนจะต้องมีการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกันในการขับเคลื่อนการปฏิรูป

ผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา คือพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งใช้เป็นกลไกในการระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม โดยใจความหลักของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือการสนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน กระบวนการเหล่านี้สอดคล้องกับข้อกำหนดในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 76 ที่ระบุให้รัฐส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายและตัดสินใจทางการเมือง

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่หลักในการสนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการ และเพื่อให้การดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่มีเป้าหมายให้สังคมโดยรวมมีสุขภาวะที่ดี ผ่านการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม นั้น คสช. และ สช. รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันออกแบบกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมไว้หลายรูปแบบที่สำคัญ [19] ได้แก่

- 1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมถึงเป็นเจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม
- 2) กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้ให้นิยามของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่าหมายถึง “... กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม...” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างพื้นที่สาธารณะในสังคมอย่างกว้างขวางและหลากหลาย เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้มีพื้นที่ในการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยน และเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการผลักดันไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาวะและสุขภาพที่ดีของประชาชน [3, 14] สมัชชาสุขภาพจำแนกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (สมัชชาสุขภาพที่ใช้ประเด็นสาธารณะเป็นฐานดำเนินการ) และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (สมัชชาสุขภาพที่ใช้อาณาเขตพื้นที่เป็นฐานดำเนินการ เป็นได้ทั้งในระดับชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล รวมทั้งในระดับภูมิภาค)

- 3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพซึ่งเป็นกลไกสำคัญอันหนึ่งในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยได้มีการกล่าวถึงในหมวด 1 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าบุคคลหรือคณะบุคคลต่างมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะรวมถึงหน่วยงานของรัฐมีหน้าที่ชี้แจงข้อมูล และเหตุผลให้บุคคลและชุมชนที่อาจได้รับผลกระทบจากกิจกรรมที่กำลังดำเนินการทราบบ
- 4) การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยรูปแบบอื่นๆเช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติขึ้นมาเพื่อเป็นกลไกในการสนับสนุนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของรัฐบาล มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อนและผลักดันแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กร หรือสถาบันวิชาการต่างๆ ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบเครือข่าย

จาก 4 กลไกหลักดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นกลไกที่มีการพัฒนาอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนการมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จากการทดลองจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในช่วง พ.ศ. 2544 – 2549 โดย สปสส. เพื่อพิจารณา “ร่างกรอบสาระสำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งร่างที่ผ่านความเห็นชอบนี้ได้ถูกนำไปยกร่างขึ้นเป็น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติและหลังจากการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นประจำทุกปีโดยมีตัวชี้วัดสำคัญด้านการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่จะต้องผ่านฉันทามติจากสมาชิกสมัชชาสุขภาพ ซึ่งข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นจะต้องนำไปสู่ “การมีสุขภาพหรือความมีสุขภาพดีของประชาชน” และต้องมีการขับเคลื่อนข้อเสนออื่นๆ ไปสู่การปฏิบัติ มีการติดตามและผลักดันข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชุมชน ท้องถิ่น ประชาคม องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง จนถึงระดับประเทศ [20]

ในการส่งเสริมให้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เป็นกระบวนการที่คำนึงถึงความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย และการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในทุกมิติ สำหรับการประเมินครั้งนี้ กรอบแนวคิดการประเมินและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งวิธีการประเมิน จะกล่าวถึงในบทต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Fafard P. Evidence and healthy public policy: insights from health and political sciences. Ottawa: Canadian Policy Research Networks; 2008.
2. Birkland TA. An introduction to the policy process: theories, concepts, and models for public policy makings. Armonk (NY): M.E. Shape; 2010.
3. อัมพล จินดาวัฒน์. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2551.
4. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [Internet]. [cited 2012 May 31]. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf/
5. World Health Organization. Milestones in health promotion: statements from global conferences. Geneva: World Health Organization; 2009.
6. บัณฑิต เกษสมบุญ, อนุพงษ์ สุจริยากุล. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สมัชชาสุขภาพ: เครื่องมือใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
8. Milio N. Glossary: healthy public policy. J Epidemiol Community Health 2001; 55: 622-23.
9. Mohindra KS. Healthy public policy in poor countries: Tackling macro-economic policies. Health Promot Int 2007; 22: 163-69.
10. Joffe M, Mindell J. A tentative step toward healthy public policy. J Epidemiol Community Health 2004; 58: 966-68.
11. ขนิษฐา แซ่เอี้ยว, ตะวัน พงศ์แพทย์, พันธกานต์ ตงจิน, สมพร เพ็งคำ. ฟ้าหลังพายุฝน ชีวิตคนมาตาพุด ไปต่ออย่างไร. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
12. ภาณุกร พนมตรง, ฉันทนา ผดุงทศ. หมอมาตาพุด (1). หมอชาวบ้าน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 พ.ค. 2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.doctor.or.th/node/7358/>
13. 'Good health at low cost' 25 years on what makes an effective health systems? [Internet]. [cited 2012 May 31]. Available from: <http://ghlc.lshtm.ac.uk/files/2011/10/Good-health-at-low-cost-25-years-on-Policy-Briefing-4P-HR2.pdf/>
14. วิพุทธ พูลเจริญ. นโยบายสาธารณะกับกระบวนการเรียนรู้. ใน: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, บรรณาธิการ. เรียนรู้โลก ห่วงไกลโรค กรณีศึกษาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2552. หน้า 8-21.

15. เดชรัตน์ สุขกำเนิด, วิพุล พูลเจริญ. เรียนรู้โลก ห่วงไกลโรค: บทสังเคราะห์กรณีศึกษานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ. ใน: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, บรรณาธิการ. เรียนรู้โลก ห่วงไกลโรค กรณีศึกษาการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2552. หน้า152-63.
16. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ขอบเขตการปฏิบัติงานโครงการสังเคราะห์ความรู้ เรื่อง “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: มิติทางกฎหมาย”. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
17. สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม. สรุปบทเรียนความสำเร็จ กระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ.
18. ระเบียบวาระที่ 3.11 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1; 7 ตุลาคม 2551; กรุงเทพฯ.
19. แผนหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองรับการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ฉบับที่ 2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2559. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
20. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.

บทที่ 2

การประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การประเมินที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ผ่านมา

การประเมินเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงให้การดำเนินงานนั้นมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็เช่นเดียวกัน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการประเมิน เพื่อให้เกิดการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปสู่เป้าหมายของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งก็คือการมีสุขภาพที่ดี และมีการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยมากขึ้น

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ อาจกล่าวได้ว่า ธรรมนูญฯ ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ อีกทั้งยังกำหนดให้มีการทบทวนธรรมนูญฯ ทุก 5 ปี เป็นอย่างน้อย ซึ่งสอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ฉบับที่ 2 ที่วางแผนให้มีการขับเคลื่อน ติดตาม และปรับปรุงธรรมนูญฯ ให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปของประเทศภายหลังการประกาศใช้ธรรมนูญฯ ในปี พ.ศ. 2552 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้จัดตั้งคณะกรรมการสำหรับขับเคลื่อน ธรรมนูญฯ รวม 2 ชุด ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ คณะกรรมการติดตาม สนับสนุน และประเมินผลธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่หลักในการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนการติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานตาม ธรรมนูญฯ รวมถึงสนับสนุนการประเมินการดำเนินงานตามธรรมนูญฯ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนที่เข้มแข็ง [1] นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่ในการให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อ คสช. และกลไกที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนและปรับปรุงธรรมนูญฯ ใดๆ ก็ตาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนถึงขณะดำเนินการประเมินนี้ ยังไม่พบว่ามีผลการประเมินผลกรรณธรรมนูญฯ ไปสู่การปฏิบัติ อย่างจริงจังและเป็นระบบ รวมถึงไม่พบว่ามีผลการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดจากการประกาศใช้ธรรมนูญฯ ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยผลผลิตจากการจัดการความรู้ที่เกี่ยวกับธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ มักอยู่ในรูปแบบของ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือหนังสือถ่ายทอดประสบการณ์ในการพัฒนาธรรมนูญฯ จึงอาจกล่าวได้ว่ายังมีความรู้จำกัดมาก สำหรับรองรับการทบทวนธรรมนูญฯ ที่จะมีขึ้นในปี พ.ศ. 2557

สมัชชาสุขภาพ

ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 1 ว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และอาจกล่าวได้ว่าสมัชชาสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีหน้าที่และบทบาทอย่างเด่นชัดในการเป็นเวทีสำหรับการอภิปรายเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยอยู่บนพื้นฐานของเหตุผล การมีส่วนร่วม และฉันทามติ [2] นับตั้งแต่การจัดสภาสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 จนถึงสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 ประจำปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีการศึกษาหรือการประเมินผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเกือบทุกครั้ง รวมไปถึงการศึกษา สรุปบทเรียน หรือสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ [3, 4] ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษารูปแบบและกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แต่เป็นการศึกษาแบบแยกส่วนกันและแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการศึกษา ทั้งนี้หากนำผลการศึกษาที่ผ่านมาสรุปรูปตามหลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา [5] ที่ถูกนำมาใช้เป็นพื้นฐานสำคัญในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ จะเป็นดังนี้

- 1) สมัชชาสุขภาพในฐานะที่เป็นกลไกแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ จากการศึกษา/ประเมินที่ผ่านมามีพบว่า แม้ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพส่วนหนึ่งจะตระหนักและรับรู้ถึงความสำคัญในด้านนี้ของสมัชชาสุขภาพ [6] แต่ยังมีพบว่าภาพรวมของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในเวทีสมัชชาสุขภาพยังอยู่ขั้นของการรับรู้แบบผิวเผินคือไม่สามารถประเมินได้ว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกิดขึ้นนั้นจะสามารถนำไปสู่ความเข้าใจได้หรือไม่ ทั้งนี้การแลกเปลี่ยนในสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น ไม่ได้เป็นกระบวนการถกแถลง (deliberative process) ที่เข้มข้น หากเทียบกับการประชุมวิชาการทั่วไป โดยการแลกเปลี่ยนจะเป็นไปอย่างประนีประนอมซึ่งกันและกันเพื่อที่จะหาความเห็นที่เป็นเอกฉันท์ [6, 7] อีกทั้งยังพบว่าผู้เข้าร่วมสมัชชาจากภาควิชาการและวิชาชีพ ยังมีส่วนร่วมน้อย [8]
- 2) สมัชชาสุขภาพในฐานะที่เป็นกระบวนการทางการเมืองและกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ทำหน้าที่นี้มาตั้งแต่เริ่มการสภาสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 ในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและทำประชาพิจารณ์ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติรวมถึงถูกมองว่าเป็นภาพตัวแทนของการ "ปฏิรูประบบสุขภาพ"ตามแนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพหลายประการ [7] ที่ปรากฏอยู่ใน ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (หรือในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ) เช่น การเคารพในความเท่าเทียมกันของมนุษย์ในสังคม ผ่านการถกแถลงกันในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือการมองว่าสุขภาพเป็นเรื่องที่มากกว่าการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ดังจะเห็นได้จากความหลากหลายของมติที่ถูกพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมสมัชชาส่วนหนึ่งมองว่าสมัชชาสุขภาพไม่ใช่กลไกโดยตรงที่ใช้กำหนดนโยบาย เป็นเพียงกระบวนการหนึ่งในการขอมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายเท่านั้น คืออาจอยู่ในรูปของกลไกที่ใช้ต่อรองและผลักดัน แต่ไม่ใช่เครื่องมือในการกำหนดและควบคุม [6] นอกจากนี้ จากการสังเกตการณ์ของทีมประเมินผลนี้ในสมัชชาสุขภาพปีล่าสุด (พ.ศ. 2554) พบตัวแทนจากฝ่ายการเมืองเข้าร่วมสมัชชาน้อยมาก หากเทียบกับอีกสองฝ่ายที่เหลือ

- 3) สมัชชาสุขภาพในฐานะที่เป็นกระบวนการทางสังคม เป็นเวทีและพื้นที่สาธารณะที่ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหลายรายมองว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นพื้นที่สาธารณะสำหรับใช้ในการแสดงตัวตนต่อสังคม เป็นโอกาสให้กับภาคประชาชนในการทำงาน รวมถึงเป็นเวทีในการรวบรวมเครือข่ายและผู้คนจากหลายภาคส่วนเข้ามาทำงานร่วมกัน ซึ่งถือว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประสบความสำเร็จในดำเนินนี้ [6] อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าตัวแทนจากจังหวัดต่างๆ ที่เป็นตัวแทนที่กระตือรือร้นและมีส่วนร่วมมากกับงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มักเป็นผู้ที่เคยมีส่วนร่วมกับการสมัชชาในปีก่อนๆ มาแล้ว [9] จึงบ่งชี้ว่า การขยายจำนวนและ/หรือประเภทผู้มีส่วนร่วมอาจจะจำกัด นอกเหนือจากประเด็นที่กล่าวข้างต้นแล้ว ก็ไม่ได้มีการศึกษาที่สามารถยืนยันถึงการขับเคลื่อนทางสังคมที่เป็นผลมาจากหรือดำเนินการร่วมกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ ยังพบการประเมินผลภายนอกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 โดยศุภวัณณ์ พลายน้อย และคณะ [8] โดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตามเป้าหมายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ การประเมินครั้งนี้ได้มีการตั้งกรอบการประเมินและพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมิน มีตัวชี้วัดทั้งหมด 76 ตัวชี้วัด ผ่านการประเมินใน 5 ด้านของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หลักกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ระบบบริหารจัดการภาพรวม การประเมินต้นน้ำ การประเมินกลางน้ำ และการประเมินปลายน้ำ เน้นการวัดค่าเชิงประมาณ ซึ่งใช้แบบสอบถามความคิดเห็นในการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมสมัชชา และข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยสนับสนุนทั้งนี้ ผู้ประเมินได้ตั้งข้อสังเกตประการหนึ่งถึงสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่ามีความสำเร็จในแง่เชิงปริมาณ ในเรื่องของจำนวนของมติที่เกิดขึ้นในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ. 2551-2553 แต่ในด้านความสำเร็จเชิงกระบวนการ เช่น การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และการเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ ยังไม่เห็นภาพความสำเร็จนั้น

ทั้งนี้การประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมาส่วนใหญ่นำมาดำเนินการก่อนการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และเป็นการประเมินผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกิดขึ้นในแต่ละปี เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีต่อไป

นอกจากนี้ในบางจังหวัดได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดมาเป็นเวลานานตั้งแต่ก่อนการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยประเด็นที่นำมาอภิปรายในสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดในระยะแรก (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา) เป็นประเด็นเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูล ความเห็นและข้อเสนอแนะด้านนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในช่วงเวลานั้น มีการศึกษารูปแบบสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ใน 7 จังหวัด (พ.ศ. 2545) ได้แก่ สกลนคร กาฬสินธุ์ สตุล สงขลา ปราชินบุรี นครปฐม และแม่ฮ่องสอน [10] รวมถึงวิธีการนำเสนอประเด็น และเครื่องมือที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสมัชชาระดับจังหวัด ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการแสดงความคิดเห็น เช่น รูปแบบการประชุม (เป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ) การมีกิจกรรม ความเหมาะสมของเนื้อหา เป็นต้น และ

สมัชชาแห่งชาติที่พึงประสงค์ มีคุณลักษณะที่สำคัญ 6 ประการ ได้แก่ (1) มีกลไกจัดการแบบพหุภาคี (2) มีการจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบ (3) มีการทำงานแบบฐานความรู้ผสมผสานเข้ากับฐานด้านจิตใจ (4) ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีโอกาสเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ (5) มีประเด็นชัดเจนและพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (6) มีการผลักดันไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในหลายช่องทาง

วิเคราะห์เชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กระบวนการจัดการสมัชชาในจังหวัดมีความแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด โดยเน้นให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วมประชุมที่มีความหลากหลาย มีความพยายามสร้างความเข้าใจร่วมกันในการเข้ามาแสดงความคิดเห็น และการสร้างพลังเพื่อสนับสนุนร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้รูปแบบบางอย่างของสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดได้ถูกนำมาแสดงในเวทีสมัชชาระดับชาติ

ต่อมาเมื่อการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแล้วเสร็จประมาณปี พ.ศ. 2546 รูปแบบการจัดการสมัชชาสุขภาพจังหวัดจึงเปลี่ยนไปเป็นการจัดสมัชชาฯ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนเพิ่มการขับเคลื่อนงานของกระบวนการสมัชชาฯ เพื่อนำมติไปสู่การปฏิบัติและขยายไปสู่ประเด็นอื่นๆ อย่างกว้างขวาง [11, 12] ทั้งนี้ภายหลังการมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน ยังไม่พบว่ามีกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ แต่พบว่า สช. ได้มีการสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

1) แบ่งตามรูปแบบการเคลื่อนไหวเชิงกระบวนการ

- แบบค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไข เป็นรูปแบบพื้นฐาน
- แบบสร้างภาพฝันแล้วพัฒนาตาม เป็นการกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม
- แบบสร้างแบบอย่างที่ดีแล้วขยายสู่นโยบาย
- แบบเฝ้าระวังเตือนภัยให้สังคม
- แบบการพัฒนาและติดตามผลนโยบาย

2) แบ่งตามลักษณะการพัฒนาระบบราชการหรือการสร้างพื้นที่สาธารณะ

- การประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาใช้
- การขับเคลื่อนนโยบายด้วยกระบวนการถกแถลง

อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบข้อมูลที่แสดงว่า สช. นำเอารูปแบบของการจัดสมัชชาเฉพาะพื้นที่ที่วิเคราะห์นี้ไปใช้ในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่เพื่อการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแต่อย่างใด

สำหรับสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น พบว่า สช. ได้มีการเรียบเรียงและถอดประสบการณ์สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ [13] เพื่อถ่ายทอดความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นนี้เท่านั้น แต่ยังไม่พบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการดำเนินการหรือติดตามผลที่เกิดจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment, HIA) ได้ถูกพัฒนาขึ้นพร้อมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม ช่วยให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้กำหนดประเด็นปัญหา เสนอทางเลือก และตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหาาร่วมกัน HIA จึงเป็นกลไกทางสังคมที่จะนำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ [14] โดย HIA เป็นข้อกำหนดหนึ่งในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดใน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 67 วรรค 2 ที่กำหนดว่า [15]

"การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพของประชาชนในชุมชน จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อ คุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็น ของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์กรอิสระ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติ หรือสุขภาพ ให้ ความเห็นประกอบการดำเนินงานดังกล่าว"

ในปี พ.ศ. 2553 คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ ได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการถนัดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อวางเป้าหมาย และแนวทางของการพัฒนาระบบ HIA ประเทศไทยในอีก 5 ปี ข้างหน้า โดย HIA ในอีก 5 ปีข้างหน้าจะมีเป้าหมายเพื่อ เป็นเครื่องมือหนุนเสริมการพัฒนาให้คนไทยและสังคมไทยมีสุขภาพะ ซึ่งการที่จะเป็นไปตามเป้าหมายได้ ระบบ HIA จะต้องกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมในสังคมไทยที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้จากสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งให้ถือว่า เป็นภาระหน้าที่ของทุกคนในสังคม ไม่ใช่แต่ภาคสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งแนวทางเบื้องต้นที่ได้จากการระดมสมอง สำหรับการพัฒนาระบบ HIA เป็นไปตามเป้าหมายและระบบดังกล่าว จะต้องประกอบด้วย [16]

- 1) การสร้างความสมดุลระหว่างอำนาจกฎหมายที่รองรับการทำ HIA อำนาจของผู้บริหารองค์กรที่ต้องเข้าใจและมีพันธะสัญญา และอำนาจวิชาการที่ต้องมีนักวิชาการร่วมพัฒนาเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง
- 2) สร้างความเข้าใจและวางแนวปฏิบัติในการทำ HIA ที่ชัดเจน
- 3) จัดศึกษาและสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการทำ HIA
- 4) สร้างเครือข่ายการทำ HIA
- 5) จัดระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำ HIA
- 6) จัดระบบติดตามและประเมินผลการนำ HIA ไปใช้
- 7) จัดระบบการสื่อสารเกี่ยวกับการทำ HIA

อย่างไรก็ตามแม้แนวทางการพัฒนาระบบ HIA ข้อหนึ่งจะแนะนำให้ จัดระบบติดตามและประเมินผลการนำ HIA ไปใช้ แต่ ก็ยังไม่พบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลดังกล่าว รวมถึงไม่พบการประเมิน HIA ในฐานะกลไกการพัฒนา นโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้เอกสารส่วนมากที่เกี่ยวข้องกับ HIA คือการสังเคราะห์องค์ความรู้การทำ HIA จากหลากหลายพื้นที่ ซึ่งการสังเคราะห์องค์ความรู้ดังกล่าว แม้จะมีประโยชน์ต่อการดำเนินการ HIA ในพื้นที่ที่มีลักษณะปัญหาใกล้เคียงกัน แต่ก็ ยังไม่เพียงพอต่อการทราบจุดอ่อน จุดแข็ง รวมถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้น อันจะช่วยพัฒนาระบบ HIA ได้ในอนาคต

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ

สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่น ไม่ว่าจะ เป็นคณะกรรมการระดับชาติ หรือ เครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กร ยังไม่เคยได้รับการประเมินการดำเนินงานในฐานะกลไกหนึ่งในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า การประเมินที่ผ่านมามุ่งเน้นไปที่กระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจในรูปแบบของกระบวนการสมัชชาฯ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน และความเชื่อมโยงของรูปแบบการดำเนินงาน สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่กับสมัชชาสุขภาพระดับชาติ นอกจากนี้การประเมินที่เกิดขึ้นเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ก็คือการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงรูปแบบของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีต่อไป ถึงแม้ว่าในขณะนี้ คสช. ได้จัดตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลมติจากที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แต่ก็เป็นการประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละมติที่ผ่านสมัชชาฯระดับชาติแบบแยกส่วนกัน และโดยผู้ประเมินต่างชุดกัน อีกทั้งยังไม่มี การประเมินกลไกหลักทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่น ในบริบทของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นัยสำคัญของการประเมินครั้งนี้

แม้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจะได้ถูกผลักดันและมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เคยมีการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. โดยครอบคลุมกลไกสำคัญที่ คสช. ใช้ในการพัฒนานโยบาย การประเมินที่ผ่านมาเป็น การประเมินเพียงบางกลไกที่ คสช. ใช้ในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเท่านั้นดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

การประเมินนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงที่มาที่ไปของแนวคิด หลักการโดยความเชื่อมโยงกับกลไก และการดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในภาพรวมอย่างรอบด้าน โดยจะวิเคราะห์กระบวนการรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแสดง (actors) บริบท (context) และกระบวนการ (process) ตั้งแต่เริ่มแรกจนได้มาซึ่งผลของนโยบาย (policy consequences) รวมถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยใช้ตัวชี้วัดที่จะพัฒนาขึ้นในโครงการนี้ ทั้งนี้การประเมินไม่ได้มุ่งตัดสินการทำงานที่ผ่านมาของ

คสช. แต่เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมถึง การพัฒนาการดำเนินงานของ คสช. และ สช.

นอกจากนี้การประเมินจะดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยซึ่งมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในสหสาขาวิชา เช่น สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ ระบาดวิทยา ซึ่งคณะผู้วิจัยจะดำเนินงานภายใต้การกำกับและดูแลโดยคณะกรรมการ กำกับทิศซึ่งประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสุขภาพ การวิจัยนโยบายและ ระบบสุขภาพ ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ทั้งนี้การดำเนินงานในทุกขั้นตอนของการประเมินจะมีการประสานงานและมีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับ คสช. และ สช. เพื่อให้มั่นใจได้ว่า การประเมินครั้งนี้จะมีความสอดคล้องและเกิด ประโยชน์สูงสุดต่อ คสช. สช. และสังคมโดยรวม

วัตถุประสงค์ของการประเมิน

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของ คสช. ระหว่าง พ.ศ. 2550-2554

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อทบทวนเนื้อหาของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนานโยบายดังกล่าว
- 2) เพื่อพัฒนาชุดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- 3) เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์หรือพันธกิจของ คสช. ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- 4) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพฯ

กรอบแนวคิดการประเมินและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การประเมินในครั้งนี้มุ่งประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของคสช. ซึ่งมีจุดมุ่งหมายหลักในการพัฒนาสถานะสุขภาพและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชน [17] การที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าว ต้องการการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบาย และการเสริมพลังอันเป็นลักษณะอันพึงประสงค์ของการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ คสช. ส่งเสริมให้เกิดขึ้น [18] กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ในการประเมินครั้งนี้ประกอบด้วย กรอบการวิเคราะห์นโยบาย และกรอบการประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลได้ และผลกระทบ ซึ่งได้นำมาสร้างเป็นกรอบการประเมินสำหรับการศึกษานี้

กรอบการวิเคราะห์นโยบาย

ในการศึกษานโยบายสาธารณะนั้น มีประเด็นที่ควรพิจารณาที่หลากหลาย Walt and Gilson (1994) [19] เสนอว่า การให้ความสนใจกับเนื้อหาและผลลัพธ์ที่เกิดจากนโยบาย อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาระบบสุขภาพ ดังนั้นนักวิเคราะห์นโยบายควรทำความเข้าใจกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นตัวกำหนดนโยบายและผลลัพธ์เหล่านั้น โดยพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย ดังนี้

- 1) ตัวแสดง (actors) หมายถึง บุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กร ที่ได้รับหรือสูญเสียผลประโยชน์จากการกำหนดนโยบายหนึ่งๆ จึงแสดงบทบาทสนับสนุนหรือคัดค้านนโยบายนั้นๆ เช่น รัฐบาล ผู้บริโภค ผู้ประกอบการธุรกิจ ผู้ประกอบวิชาชีพ องค์กรไม่แสวงหากำไร และในกรณีนี้รวมถึง คสช. และองค์กรที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งขึ้น ซึ่งถือเป็นตัวแสดงที่สำคัญ แม้ว่า คสช. จะมีหน้าที่ตามกฎหมายในการสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน แต่วรรณกรรมเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะชี้ให้เห็นว่า จะมีตัวแสดงเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นที่เข้าร่วมและแสดงบทบาทอย่างชัดเจนในการสนับสนุนหรือคัดค้านนโยบาย [20]
- 2) บริบท (context) หมายถึง ปัจจัยแวดล้อมของกระบวนการนโยบาย เช่น โครงสร้างประชากร ภัยธรรมชาติ ความเชื่อและบรรทัดฐานทางสังคม และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เป็นต้น [21] นอกเหนือจากบริบทโดยทั่วไป ปัจจัยที่สำคัญที่ คสช. ควรให้ความสนใจ ได้แก่ ปัจจัยที่ควบคุมได้หรือบริหารจัดการได้ อาทิเช่น การที่วัฒนธรรมไทยเป็นเหตุให้ประชาชนไม่นิยมมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ การวิเคราะห์บริบทจะช่วยให้เห็นว่าคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ใช้ความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนปัจจัยเหล่านี้ให้เอื้อต่อการทำงานหรือไม่ อย่างไร
- 3) กระบวนการ (process) หมายถึง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะจากจุดเริ่มต้นไปจนถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์และ/หรือผลกระทบ โดยในการศึกษานี้จะเลือกศึกษากระบวนการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกลไกของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายสาธารณะ และกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะในลักษณะอื่นๆ

แม้ว่ากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะจะมีความซับซ้อน แต่เพื่อให้สะดวกต่อการทำความเข้าใจ นักวิเคราะห์นโยบายมักแบ่งกระบวนการนโยบายเป็น 4 ขั้นตอน [22] ได้แก่ การก่อรูปนโยบาย (agenda setting) คือขั้นตอนที่รัฐหรือสังคมตระหนักถึงปัญหาและเห็นความสำคัญของปัญหา จึงพยายามแสวงหาวิธีการแก้ไข การพัฒนานโยบาย (formulation) คือขั้นตอนในการจัดทำรายละเอียดหรือออกแบบนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งอาจเรียกนโยบายที่จัดทำขึ้น

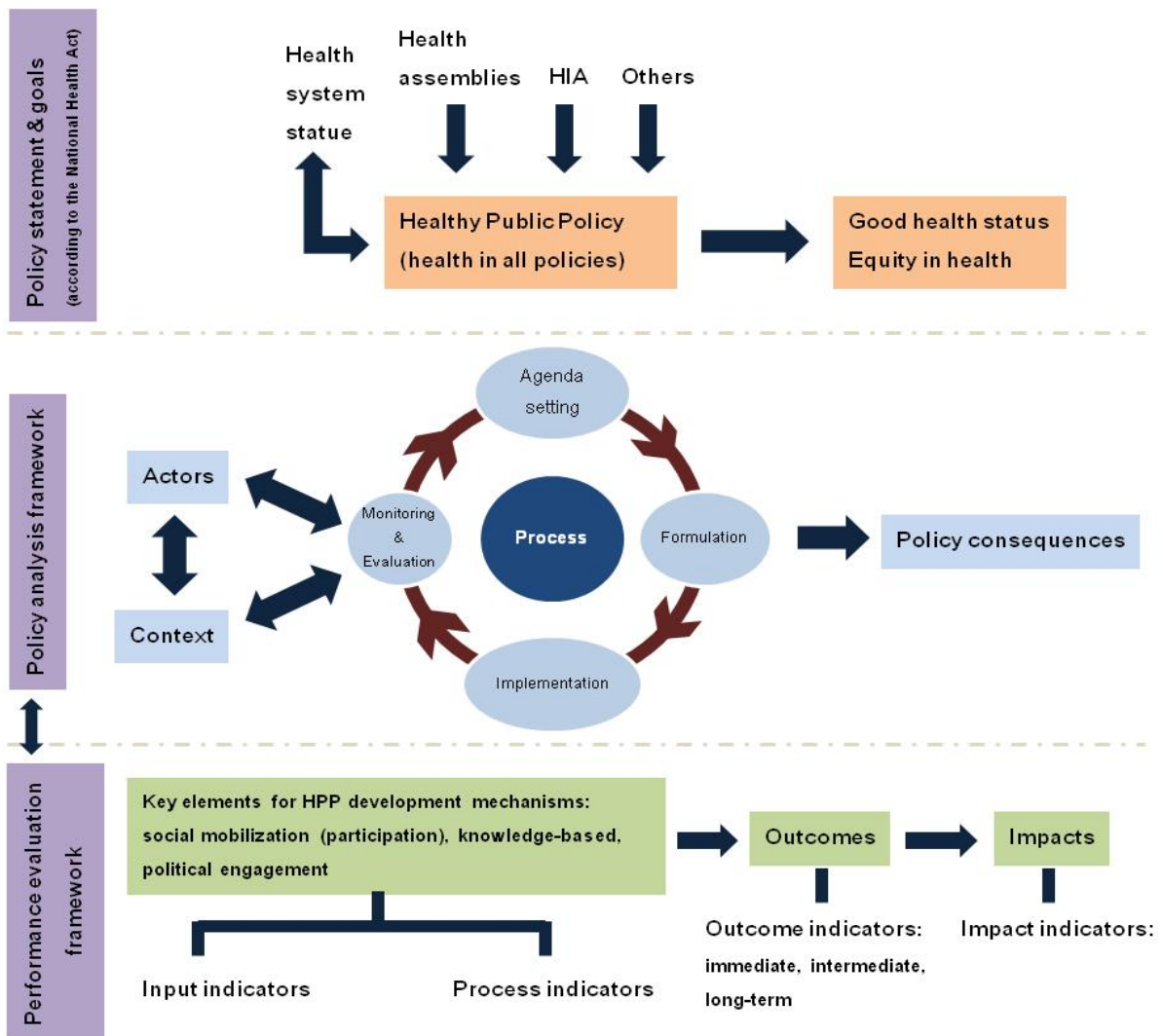
ว่า กฎหมาย มาตรการ โครงการ แผนงาน ฯลฯ ต่อจากนั้นเป็นขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation) ได้แก่ ขั้นตอนในการเชื่อมระหว่างนโยบายกับผลที่ต้องการจากนโยบายที่มีอยู่ โดยมีหน่วยงาน องค์กร หรือบุคคลดำเนินกิจกรรมซึ่งอาจจะเป็นไปตามนโยบายที่กำหนดขึ้นหรือมีการปรับเปลี่ยนนโยบายเพื่อตอบสนองต่อปัญหาอุปสรรคที่มีอยู่ และในขั้นตอนสุดท้าย คือ การติดตามและประเมินนโยบาย (monitoring and evaluation) หมายถึง ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลมาพิจารณาหรือวิเคราะห์เพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์ ผลกระทบ ปัญหา และอุปสรรคของการปฏิบัติตามนโยบาย กระบวนการพัฒนานโยบายหนึ่งๆ อาจประกอบด้วยขั้นตอนเพียงบางขั้นตอนและไม่เรียงตามลำดับอย่างเป็นระเบียบดังที่มีผู้เสนอไว้ [23]

กรอบการประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลได้ และผลกระทบ

นอกจากกรอบการวิเคราะห์นโยบายแล้ว ในการประเมินเพื่อให้เห็นการพัฒนาที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาหนึ่งๆ จึงจำเป็นต้องพิจารณาทั้งกระบวนการ เริ่มตั้งแต่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์จากการพัฒนานโยบาย สาธารณะ ซึ่งพิจารณาทั้งนโยบายในระดับประเทศ และนโยบายในระดับท้องถิ่นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้นๆ ไปดำเนินการ ทั้งหมดนี้จะประเมินเทียบกับชุดตัวชี้วัดในแต่ละกระบวนการซึ่งจะพัฒนาขึ้นภายใต้โครงการประเมินนี้

กรอบการประเมินสำหรับการศึกษานี้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการประเมินมีสามส่วน ดังแสดงในรูปที่ 2.1 ส่วนแรก ได้แก่ กรอบแนวคิดและหลักการของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายหลักในการพัฒนาสถานะสุขภาพและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชน และ คสช. ได้ใช้ 4 กลไกหลักในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ได้แก่ ธรรมนูญสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และกลไกอื่นๆ ส่วนที่สอง ได้แก่ กรอบการวิเคราะห์นโยบายซึ่งจะใช้เป็นกรอบในการพิจารณาโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่เลือกเป็นกรณีศึกษา โดยพิจารณาตั้งแต่จุดเริ่มต้นของประเด็นที่เป็นนโยบาย การก่อรูปของนโยบาย การนำนโยบายไปใช้ และการติดตามประเมินผล นอกจากนั้นยังพิจารณาบริบท และ ตัวแสดงหลักที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดังกล่าว และศึกษาผลสุดท้ายที่เกิดขึ้นจากนโยบายดังกล่าว และส่วนที่สาม ได้แก่ กรอบการประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลได้ และผลกระทบ ซึ่งในการประเมินปัจจัยนำเข้าและกระบวนการนั้นพิจารณาองค์ประกอบสามส่วนจากแนวคิดสามเหลี่ยมเข็มนาฬิกาซึ่ง คสช. ใช้เป็นหลักในการดำเนินงานและมีความสำคัญต่อกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ องค์ประกอบทั้งสามได้แก่ การขับเคลื่อนสังคมโดยเน้นเรื่องการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การใช้วิชาการและองค์ความรู้ และการสนับสนุนจากภาครัฐ สำหรับการประเมินผลได้นั้น ตัวชี้วัดที่พิจารณาแบ่งเป็นสามระยะ ได้แก่ ผลได้ในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว และสุดท้ายการประเมินผลกระทบที่เกิดจากนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะพิจารณาตัวชี้วัดของผลกระทบ ได้แก่ สถานะสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชน



รูปที่ 2.1 กรอบการประเมินการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

วิธีและขั้นตอนการศึกษา

วิธีการศึกษา ประกอบด้วย การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้ 1) การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่ แบบแผนการดำเนินงาน ความเป็นมาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกณฑ์การคัดเลือกและแนวทางการคัดเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาเป็นกรณีศึกษา และกรอบแนวคิดในการประเมินกรณีศึกษา 2) การคัดเลือกกรณีศึกษาจาก 4 กลไกของ สช. ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 นโยบายสาธารณะที่มาจากสมัชชาสุขภาพในแต่ละระดับ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายสาธารณะ และการพัฒนาโยบายสาธารณะในรูปแบบอื่น 3) การประเมินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกรณีศึกษาที่คัดเลือก ทั้งนี้ในขั้นตอนการ

ประเมินเริ่มจากพัฒนาชุดตัวชี้วัด เก็บข้อมูล วิเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นจึงนำเสนอผลแก่คณะกรรมการ
 กำกับทิศของโครงการประเมินนี้ และ 4) จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (รูปที่ 2.2)



รูปที่ 2.2 วิธีการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ 3/2552 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
2. Danwattana S, editor. Birth of Health Assembly: Crystallization of Learning towards Wellbeing. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2008.
3. อัมพล จินดาวัฒนะ. เหลี้ยวหลัง แลหน้า สุขประชาสุขภาพทศวรรษที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสานพลัง 1 รายงานประจำปี พ.ศ. 2551. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
5. ประเวศ วะสี. การปฏิวัติเงียบ : การปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
6. วิพุธ พูลเจริญ, สมบัติ เทศกุล, นาวัน ไสภากูมิ, ศุภกิจ นันทะวรการ, นันทนา ทราบรัมย์. รายงานการศึกษากระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะของสมาชิกสุขภาพ โครงการประเมินผล แผนงานสร้างการเรียนรู้มีส่วนร่วมในสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ; 2548.
7. สุวจี กู๊ด. รายงานการศึกษา การขับเคลื่อนขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยกลไกสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546.
8. ศุภวัลย์ พลายน้อย. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยการประเมินผลภายนอกการจัดสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
9. 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.
10. สุวจี กู๊ด. โครงการศึกษากระบวนการจัดสมาชิกสุขภาพระดับจังหวัดและสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545; 2545.
11. Nilkong W. Stepping stones of Naan Health Assembly. Paper read at One Decade of Health Assemblies-Wisdom Synthesis: Development of Knowledge on Health Assemblies; 2011 July 7-8; Chiangmai. p. 20-4.
12. Rajakij N. Chiangrai Health Assembly. Paper read at One Decade of Health Assemblies-Wisdom Synthesis: Development of Knowledge on Health Assemblies; 2011 July 7-8; Chiangmai. p. 8-11.
13. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รู้จักและเข้าใจสมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็น: กรณีศึกษา สมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
14. ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, ชาย โพธิ์สีตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล, ปาณฉัตร ทิพย์สุข, และคณะ. สุขภาพคนไทย 2554: เอเชียเอ กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.

15. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550.
16. ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ระบบเอชไอเอประเทศไทย ควรเป็นอย่างไรในอีก 5 ปี ข้างหน้า. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
17. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 16ก ลงวันที่ 19 มีนาคม 2550.
18. World Health Organization. Milestones in health promotion: statement from global conference. Geneva: World Health Organization; 2009.
19. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan. 1994; 9(4): 353-70.
20. John P. Analysing public policy. London: Continuum; 2000.
21. Leichter HM. A comparative approach to policy analysis: health care policy in four nations. Cambridge: Cambridge University Press; 1979.
22. Hogwood BW, Gunn LA. Policy analysis for the real world. Oxford: Oxford University Press; 1984.
23. Gordon I, Lewis J, Young K. Perspectives on policy analysis. Public administration bulletin. 1997; 25:26-30.

บทที่ 3

การคัดเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาเป็นกรณีศึกษาในการประเมิน

ในการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานดำเนินการในทางปฏิบัติ นอกจากจะแสดงให้เห็นถึงแบบแผนการดำเนินงานพัฒนานโยบายสาธารณะฯ หรือแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาในภาพรวมแล้ว การวิเคราะห์และทำความเข้าใจอิทธิพลของตัวแสดง บริบท และกระบวนการในขั้นตอนต่างๆ ในการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ นั้นๆ ก็มีความสำคัญในการประเมิน ทั้งนี้หาก พิจารณานโยบายสาธารณะฯ ที่พัฒนาผ่านแต่ละกลไกที่ คสช. และ สช. ใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ พบว่ามี ความแตกต่าง หลากหลายและมีอยู่เป็นจำนวนมาก รวมถึงกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะมีความซับซ้อน ซึ่งไม่ สามารถทำความเข้าใจหรืออธิบายเหตุผลที่มาที่ไปของปรากฏการณ์ หรือพฤติกรรมของตัวแสดงต่างๆ ได้ด้วยข้อมูลเชิง คุณภาพเพียงอย่างเดียว ดังนั้นเพื่อให้การวิเคราะห์และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นไปได้ด้วยดี จึงต้อง มีการคัดเลือกนโยบายสาธารณะฯ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาในการประเมินนี้

การคัดเลือกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาเป็นกรณีศึกษา

กลไกหลักที่ คสช. ใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1) การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552
- 2) สมัชชาสุขภาพ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่
- 3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายสาธารณะ
- 4) กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะในลักษณะอื่นๆ

กรณีศึกษาที่จะใช้ในการประเมินนี้ จะครอบคลุมนโยบายสาธารณะที่พัฒนาผ่านกลไกดังกล่าวข้างต้น โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

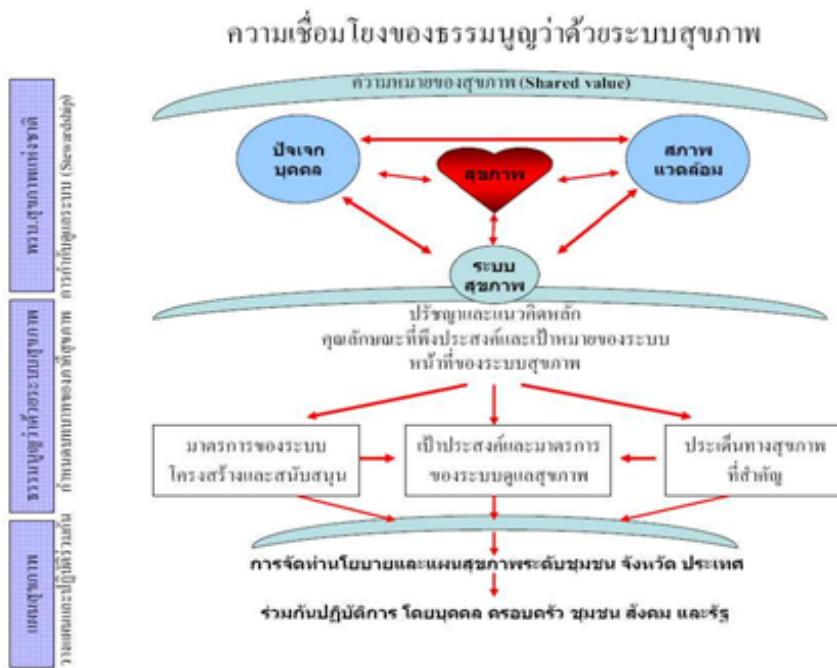
หลายทศวรรษแห่งความพยายามปฏิรูประบบสุขภาพ มีที่มาจากความตระหนักในข้อจำกัดสองประการ ได้แก่ ข้อจำกัด ด้านวิถีคิดทางการแพทย์ (เชื่อว่าสุขภาพคือภาวะไม่มีโรค และโรคเกิดจากความผิดปกติทางชีวภาพเป็นสำคัญ) และ ข้อจำกัดของกระบวนการนโยบายแบบผูกขาดโดยกลไกรัฐราชการ [1]

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามอย่างต่อเนื่องในการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ภายใต้เป้าหมายสุขภาพที่มีกรขยายขอบเขตกว้างขวางจนครอบคลุมประเด็นทางสังคม อันอาจสะท้อนความล้มเหลวของระบบอื่นๆในสังคมไทย โดยผ่านประสบการณ์ของ ศ.อัมมาร์ สยามวาลา [1] ในฐานะนักวิชาการผู้มีความสำคัญต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (ในส่วนของนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ท่านยังให้ความเห็นเพิ่มเติมด้วยว่าสุขภาพได้กลายเป็นพื้นที่ทางการเมืองที่บทบาทของภาคประชาสังคมเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างที่ชัดเจนมากคือการที่ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้ผู้แทนภาคประชาสังคมจำนวน 5 คน ได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บอร์ดหลัก) [2]

การขยายบทบาทภาคประชาสังคมในเวทีการเมืองของสังคมไทย คล้ายคลึงกับการขยายตัวเช่นนี้ในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปซึ่งมีประวัติศาสตร์การต่อสู้ทางการเมืองของสหภาพแรงงาน และกลุ่มผลประโยชน์ระดับรากหญ้าอื่นๆ มายาวนาน จนพัฒนาเป็นกลุ่มการเมืองอันทรงพลัง (จึงเกิดพรรคแรงงานในหลายประเทศ) และเป็นภาคประชาสังคมที่เข้มแข็งขึ้นเรื่อยๆ [3] สะท้อนให้เห็นการปฏิเสธความชอบธรรมของกระบวนการนโยบายชนิดผูกขาดโดยองค์กรทางการเมือง

กระบวนการนโยบายที่ฐานการมีส่วนร่วมกว้างขึ้นเรื่อยๆ นี้ นอกจากจะพัฒนาในเชิงกระบวนการแล้ว ยังพัฒนากรอบนโยบาย (policy framework) เพื่อกำหนดทิศทางหรือเป็นกรอบอ้างอิงสำหรับการผลักดันเครื่องมือทางนโยบายที่จะมีอิทธิพลต่อการใช้อำนาจแทรกแซง (sanction) หรืออำนาจจูงใจ (incentive) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์อีกด้วย [4] ตัวอย่างการพัฒนากรอบแนวคิดในระดับสากล ได้แก่ การประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งแรก เมื่อมิถุนายน พ.ศ. 2491 เป็นตัวอย่างความพยายามในยุคแรกทีอาศัยหลักการมีส่วนร่วมในการผลักดันแนวคิดในธรรมนูญองค์การอนามัยโลก (the WHO constitution) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากประเทศสมาชิก 51 ประเทศเมื่อ พ.ศ. 2489 หลังจากนั้นก็มีกรอบแนวคิดลักษณะนี้เป็นระยะในเวทีสุขภาพระดับโลก เช่น กฎบัตรรอดตาย กฎบัตรอัลมาออตตา เป็นต้น [5] ในประเทศไทย การพัฒนาธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ก็เพื่อจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือให้เป็นกรอบนโยบายสำหรับการผลักดันเครื่องมือทางนโยบายที่จะมีอิทธิพลต่อการใช้อำนาจแทรกแซงหรืออำนาจจูงใจนั่นเอง [6]

หลักคิดเกี่ยวกับ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพมาจากความเชื่อว่า สถานะสุขภาพเป็นผลและเป็นเหตุของเงื่อนไขระดับปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อม และระบบสุขภาพ โดยระบบสุขภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับองค์ประกอบทั้งสามนี้ ผ่านมาตรการโครงสร้าง และการสนับสนุน เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ โดยในทางปฏิบัติ ย่อมเป็นไปตามประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ทั้งนี้ ความเป็นไปของปฏิสัมพันธ์ถูกกำกับด้วยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพอันประกอบด้วย ปรัชญาและแนวคิด อันเป็นกรอบพิจารณาคุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมาย แล้วส่งผลต่อหน้าที่ของระบบสุขภาพอีกชั้นหนึ่ง โดยอาศัยนโยบายและแผนสุขภาพระดับชุมชน จังหวัดและประเทศ (ดูรูปที่ 3.1)



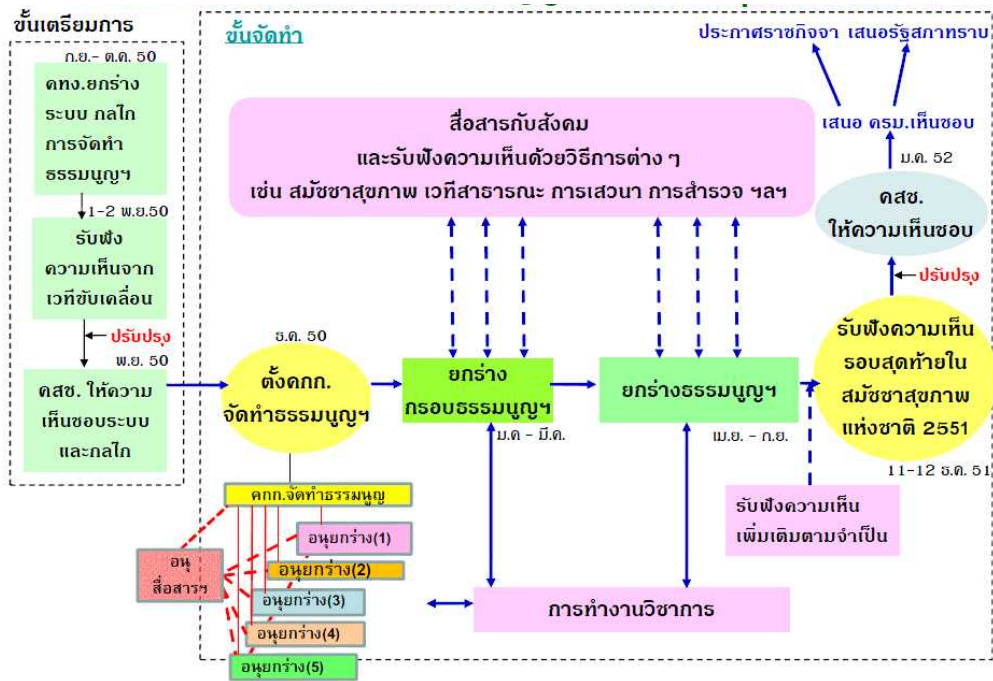
รูปที่ 3.1 ความเชื่อมโยงของธรรมเนียมปฏิบัติด้วยระบบสุขภาพ

ในทางปฏิบัติ ธรรมเนียมปฏิบัติด้วยระบบสุขภาพได้รับการตีความว่า [7, 8]

- 1) เป็นกฎหมายสูงสุดที่ว่าด้วยเรื่องสุขภาพ นั่นคือคาดหวังให้ทุกฝ่ายใช้อำนาจตั้งแต่ระดับชาติไปจนถึงระดับพื้นที่ มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่ต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน ทั้งนี้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 48
- 2) เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนสังคมให้เป็นไปตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ บนหลักการมีส่วนร่วม เพื่อให้ธรรมเนียมปฏิบัติด้วยระบบสุขภาพเป็นที่ยอมรับ โดยคำนึงถึงความจำเป็นและผลประโยชน์ของทุกภาคส่วน
- 3) เป็นเครื่องมือสร้างกระบวนการเรียนรู้ว่าด้วยเรื่องระบบสุขภาพ

เพื่อบรรลุผลตามความหมาย 3 ประการดังกล่าว อย่างน้อย 5 ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนากระบวนการและ กลไกรองรับการขับเคลื่อนธรรมเนียมปฏิบัติด้วยระบบสุขภาพ จนเกิดความก้าวหน้าที่สำคัญดังนี้ [9]

- 1) การจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งตั้งต้นเมื่อปี พ.ศ. 2543
- 2) เมื่อได้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงเกิดการยกย่องธรรมเนียมปฏิบัติ โดยกำหนดให้คณะกรรมการจัดทำ ธรรมเนียมปฏิบัติด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกรับผิดชอบการยกย่อง เมื่อ พ.ศ. 2551 แล้วนำไปสู่ระบบและ กระบวนการดังรูปที่ 3.2 จนได้ธรรมเนียมปฏิบัติ เมื่อ พ.ศ. 2552



รูปที่ 3.2 ระบบและกระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

- 3) เพื่อให้ธรรมนูญฯ มีผลในทางปฏิบัติจริง อันเป็นพันธกิจของ คสช. ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมาตรา 25 คสช.จึงได้กำหนด เป้าหมาย 3 ประการ ได้แก่ 1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ได้รับความยอมรับและผูกพันเป็นฐานอ้างอิง เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพจากหน่วยงาน องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน 2) เกิดการดำเนินงานทางด้านสุขภาพที่มีทิศทางสอดคล้องกับเป้าหมายของธรรมนูญฯ และ 3) มีองค์ความรู้เพียงพอเพื่อการขับเคลื่อนและ/หรือทบทวน ปรับปรุงธรรมนูญฯ ฉบับต่อไป และ ยุทธศาสตร์การผลักดัน 5 ประการ [10] ได้แก่ 1) ธรรมนูญฯ เป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำแผนทุกระดับ (ประเทศ หน่วยงาน พื้นที่) 2) สร้างกระบวนการขับเคลื่อนสาระที่เป็นประเด็นสำคัญของธรรมนูญฯ ด้วยหลักการตลาดเชิงสังคม 3) การสื่อสารทางสังคม 4) การจัดการความรู้ และ 5) ใช้การติดตามและประเมินผลสร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อน
- 4) ผลการติดตามความก้าวหน้า เมื่อปี พ.ศ. 2554 ปรากฏตามรายงานของคณะกรรมการติดตามฯ [11, 12] ดังตัวอย่างต่อไปนี้
 - ในระดับผลผลิต (เกิดการเปลี่ยนแปลงสาระนโยบาย/แผน) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์) นำข้อเสนอประเด็นของระบบสุขภาพที่ สช.ส่งเคราะห์ไปปรับปรุงสาระของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 11 [11] ปัจจุบันแผนนี้มีผลในทางปฏิบัติแล้ว [13] แต่เนื้อหาของแผน 11 สอดคล้องกับข้อเสนอจาก คสช.เพียง 1 ใน 5 ประเด็นเมื่อเทียบกันตรงไปตรงมาตามคำดัชนี องค์กรชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 13-14 แห่ง (ส่วนใหญ่เป็นองค์กรการบริหารส่วนตำบล) ประกาศธรรมนูญฯ แล้ว

- ในระดับกระบวนการ (พยายามสื่อสารธรรมชาติของสุขภาพให้เป็นกรอบพิจารณาจัดทำนโยบาย/แผน) กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ ดำเนินการรับฟังความเห็นเกี่ยวกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 11 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และกรมควบคุมโรค รับฟังเพื่อยกร่างแผนปฏิบัติราชการ กระทรวงพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (พม.) จัดตั้งคณะกรรมการร่วม (พม.- สช.) สำหรับระดับพื้นที่ มีการยกย่องหรือเตรียมยกย่องธรรมนูญฯ ใน 29-33 พื้นที่ กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคด้วยความหนาแน่นของจำนวนพื้นที่ดำเนินการต่างกัน โดยที่ความคืบหน้าหลากหลายคล้ายคลึงและแตกต่างจากการขับเคลื่อนธรรมนูญในระดับชาติและระดับองค์กร ในแง่การเลือกตัวอย่างพื้นที่เพื่อมาเป็นส่วนสำคัญหนึ่งของการตอบวัตถุประสงค์เฉพาะของการประเมินผลครั้งนี้ จะมีความเป็นไปได้มากภายใต้เวลาและทรัพยากรอันจำกัด ถ้าสามารถเลือกภูมิภาคหรือกลุ่มพื้นที่ ซึ่งมีจำนวนพื้นที่ย่อยมากและครอบคลุมความหลากหลายได้ทุกลักษณะ
 - สำหรับการติดตามและประเมินผลสร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนฯ รายงานความคืบหน้าการขับเคลื่อน “ยุทธศาสตร์การผลักดันธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 สู่การปฏิบัติ (พ.ศ. 2553-2556) [11] ระบุว่า ยังไม่มีการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบติดตาม ยกเว้น การจัดช่องทางสะท้อนข้อมูลจากสาธารณะในกรณีที่พบการดำเนินงานที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับทิศทางหรือเจตนารมณ์ของธรรมนูญฯ เชื่อว่า การเลือกกรณีศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำข้อเสนอแนะในประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบติดตาม ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่า น่าจะมีสิ่งนี้อยู่ในส่วนของกรณีศึกษาบางกรณี แม้กรณีที่ไม่ได้อยู่ การได้สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบในแต่ละกรณีศึกษาจะมีประโยชน์ต่อการคิดค้นและประเมินความเป็นไปได้ของทางเลือกต่างๆ สำหรับการพัฒนากระบวนการติดตาม
- 5) ประการสุดท้ายคณะกรรมการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพ เป็นกลไกสนับสนุน ได้ยกร่างแผนการทำงาน แต่ไม่ชัดเจนว่าดำเนินการได้ตามแผนสักเพียงใดนอกเหนือจากการจัดประชุมต่างๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 ซึ่ง 1 ใน 2 กรณีศึกษาระดับองค์กรที่จะกล่าวต่อไป เป็นตัวเลือกที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลครั้งนี้ เพราะองค์กรนี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) ในด้านหนึ่ง มีผู้อำนวยการเป็นกรรมการและเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพ แต่งตั้งโดย คสช.เมื่อ พ.ศ. 2552 [14] และอีกด้านหนึ่ง เป็นองค์กรที่คสช.มีแผนจะผลักดันให้มียุทธศาสตร์สอดคล้องกับธรรมนูญฯ

เกณฑ์เลือกตัวอย่างกรณีศึกษา

เพื่อตอบวัตถุประสงค์เฉพาะของการประเมินผลครั้งนี้โดยคำนึงถึงแนวคิด หลักการ และการนำสู่การปฏิบัติ(สะท้อนวิวัฒนาการด้านความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด/หลักการ ตลอดจนเงื่อนไขแวดล้อมในแต่ละช่วงเวลาของการนำสู่การปฏิบัติ) ดังกล่าวแล้ว เห็นควรเลือกตัวอย่างกรณีศึกษาด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 1) ครอบคลุม 3 ระดับ ได้แก่ ระดับชาติ ระดับองค์กร และระดับพื้นที่ ตามที่ ศช. เสนอรายงานไว้ [15] อันบ่งชี้ความตั้งใจและสมมติฐาน (working hypothesis)ⁱ (ไม่ว่าจะเขียนไว้ชัดเจนหรือไม่ก็ตาม) ของ ศช. ในการแปลงแนวคิด และหลักการไปสู่การปฏิบัติ
- 2) ความก้าวหน้าในการผลักดันดำเนินการเพื่อสะท้อนผลจากการปฏิบัติตามความตั้งใจและสมมติฐานดังกล่าว อันเป็นประโยชน์สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างในระดับความก้าวหน้าว่าสอดคล้องกับความตั้งใจและสมมติฐานของ ศช. สักเพียงใด มีโอกาสพัฒนาอะไรใน ระดับสมมติฐาน และการนำสมมติฐานไปปฏิบัติ
- 3) เพื่อเพิ่มความเป็นไปได้ที่ ศช. จะนำผลการประเมินครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ จึงพิจารณาความเห็นจากการหารือกับคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 [16] เกี่ยวกับเกณฑ์ข้อ 1 และ 2 ข้างต้นⁱⁱ ชี้ดจำกัดของเวลาและงบประมาณดำเนินการประเมินผลครั้งนี้ ตลอดจนความสมัครใจของผู้เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูล

ข้อสังเกต การขับเคลื่อนธรรมนูญ ในทั้งสามระดับดังกล่าว มีการขับเคลื่อนประเด็นในธรรมนูญ ครอบคลุมหมวดที่ 4 ถึง 12 โดยมีระดับความก้าวหน้าจำแนกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) มีระเบียบวาระในสมัชชาฯ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือทำการศึกษาค้นคว้า 2) พัฒนากลไกดำเนินการ และ 3) คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ

อาศัยเกณฑ์ทั้งหมด 4 ข้อ ดังกล่าว ผลการคัดเลือกกรณีศึกษาในกรณีของการพัฒนานโยบายสาธารณะในกรอบแห่งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เป็นดังนี้

- ระดับประเทศ –กรณีนโยบาย “ที่เป็นยุทธศาสตร์” ในความเข้าใจของคณะกรรมการบริหาร ศช. [16] เลือกรับการผลักดันสาระของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 และ “ที่ไม่เป็นยุทธศาสตร์” (ในความเข้าใจของคณะกรรมการบริหาร ศช. อีกเช่นกัน) เลือกรับกรณีศึกษานโยบายส่งเสริมการลงทุนโดยศึกษาเปรียบเทียบกับ กรณีการขับเคลื่อนธรรมนูญในประเด็น **นโยบายการเป็นศูนย์กลางการบริการด้านสุขภาพ (medical hub)** ซึ่งมีสาระคาบเกี่ยวกับกรณีศึกษาของนโยบายส่งเสริมการลงทุนมากแต่ผลการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร [15] จุดเด่นของกรณีแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 11 คือ
 - เป็นกรณีที่ ศช. มีแผนดำเนินการแน่ชัดแต่แรก

ⁱ ในเอกสารวิชาการช่วงกว้างเกี่ยวกับมิติทางกฎหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ นักวิชาการวิเคราะห์ว่า “แนวทางที่จะทำให้อเนื้อหาของธรรมนูญสุขภาพมีผลผูกพันต่อหน่วยงานของรัฐอย่างจริงจังแน่นอนคือการทำให้สาระสำคัญของธรรมนูญฯ เป็นเครื่องมือในการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจะต้องร่วมกับสมัชชาสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพ เพื่อผลักดันให้ประชาชนใช้สิทธิเสนอร่างพระราชบัญญัติต่อรัฐสภาตามมาตรา 163 ของรัฐธรรมนูญ จึงจะทำให้พระราชบัญญัตินี้กลายเป็นกฎหมายแม่บทสุขภาพสมดังเจตนารมณ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง่างกฎหมาย” ...ที่มา ไพศาล ลิ้มสถิตย์ รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ขอบเขตการปฏิบัติงานโครงการสังเคราะห์ความรู้ เรื่อง “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ : มิติทางกฎหมาย” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 21 กันยายน 2550

ⁱⁱ (สาระที่เกี่ยวข้องจากการหารือ ในที่นี้คือ ข้อความต่อไปนี้...”ที่มิวิจัยชี้แจงต่อที่ประชุมว่า กรณีศึกษาที่ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอมานั้น ไม่ว่าจะกรณี BOI หรือ อีกตัวอย่างที่น่าสนใจ คือ นโยบายการเจรจาการค้าเสรี (FTA) เป็นกรณีศึกษาที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาเกี่ยวข้องมาก และเป็นเรื่องที่น่าสนใจ แต่มีความยากในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล อย่างไรก็ตามการเลือกกรณีศึกษาสำหรับธรรมนูญฯ นี้ ที่มิวิจัยจะเลือกกรณีศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องและมีการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน มีความรู้สึกว่าการเป็นเจ้าของร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ และมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานระดับหนึ่ง”...)

- แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 11 เป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาประเทศทุกด้านที่มีมาก่อน ธรรมนูญ มีแนวทางการพัฒนาและขอบเขตของสาระคล้ายกับ ธรรมนูญ โดยดำเนินการพัฒนาและ ผลักดันให้มีผลภายใต้ระบบราชการตามแบบฉบับ
- มีความชัดเจนว่า ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนามาตั้งแต่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 11 [17] สะท้อนปรัชญา และหลักคิดสอดคล้องกับของธรรมนูญ
- เป็นแผนที่ประกาศใช้แล้ว
- ระดับองค์กร – เลือกแผนยุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2554 – 2559 ในความ รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เชื่อมโยงกับธรรมนูญสุขภาพในหมวด 3, 6 และ 12) และ แผนยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2554 – 2558 (เชื่อมโยงกับธรรมนูญ สุขภาพในหมวด 1) สองตัวเลือกนี้เป็นความก้าวหน้าที่ระดับองค์กรทั้งหมดที่ระบุในรายงานประจำปี 2553 (สาน พลัง) [15] สองกรณีนี้ มีจุดเด่นที่เป็นองค์ระดับชาติในสาขาสุขภาพ (health sector) มีหลักคิดและทิศ ทางการทำงานสอดคล้องกับเนื้อหาของธรรมนูญสุขภาพอยู่แต่เดิมก่อนมีธรรมนูญสุขภาพดังจะเห็นได้จาก ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรทั้งสองนี้ดำรงตำแหน่งกรรมการในคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือ คณะทำงานที่คสช. แต่งตั้ง เช่น คณะทำงานการเงินการคลังด้านสุขภาพ (คณะที่ 4) คณะกรรมการพัฒนาการ วิจัยระบบสุขภาพเพื่อสนับสนุนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการพัฒนาการติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น [14, 18] จึง น่าสนใจว่า การผลักดันให้องค์กรทั้งสองมีแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว เพิ่มคุณค่าอะไรแตกต่างไปจากถ้าไม่มี ธรรมนูญฯ ความคืบหน้าที่ปรากฏน่าจะบ่งชี้ ความสำเร็จที่เป็นไปได้มากที่สุด (best case scenario) ในการ ประเมินผลสัมฤทธิ์การทำงานของ คสช. ข้อจำกัดของการเลือกกรณีศึกษาระดับองค์กรเช่นนี้คือ อาจไม่เห็น ความแตกต่างเด่นชัดเมื่อเทียบกับการเลือกองค์กรที่มี หลักคิดและทิศทางการทำงานที่ไม่สอดคล้องกับ ธรรมนูญฯ แต่น่าเสียดายที่การทบทวนวรรณกรรมใช้ขั้นนี้ไม่ปรากฏหลักฐานให้เลือก
- ระดับพื้นที่ – เลือกพื้นที่ในบริเวณใกล้เคียงกันของภาคเหนือซึ่งมีจำนวนพื้นที่ดำเนินการซึ่งปรากฏผลงาน ก้าวหน้าหลากหลายมากกว่าภาคอื่นเมื่อจำแนกตามความคืบหน้าต่างกัน 3 ประเภทได้แก่ ประกาศใช้แล้ว อยู่ ระหว่างการรยกร่าง และไม่คืบหน้าใดๆ ทั้งนี้ข้อมูลประกอบการพิจารณาเลือกอาศัยผลการวิเคราะห์การ ชับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ตามเอกสารของ คสช. พื้นที่ตามทีเลือกไว้ได้แก่ คณะทำงานธรรมนูญฯ ดังนี้
 - กลุ่มที่ประกาศใช้แล้ว
 1. อำเภอสารภี จ. เชียงใหม่
 2. ต. ริมปิง อ. เมืองลำพูน จ. ลำพูน
 - กลุ่มที่กำลังยกร่าง
 1. ลุ่มน้ำวัง ได้แก่ พื้นที่ลุ่มน้ำแม่ตุ๋ย และลุ่มน้ำวังตอนกลาง อบต. พิชัย อ. เมือง จ. ลำปาง

2. กวีานพะเยา จ.พะเยา
 - กลุ่มที่ไม่คืบหน้า
 1. อำเภอดอกคำใต้ จ.พะเยา
 2. ต.หลวงใต้ อำเภอเมืองปาน จ.ลำปาง

สมัชชาสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้นิยามของ 'สมัชชาสุขภาพ' ว่าหมายถึง 'กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม' ในขณะที่ อำเภอ จินดาวัฒนะ [19] เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกล่าวถึง สมัชชาสุขภาพ ในฐานะที่เป็น 'เครื่องมือที่เปิด 'พื้นที่สาธารณะ' ให้กับภาคส่วนต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตั้งแต่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยข้อมูล องค์ความรู้แบบสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่ทางออกร่วมกันอย่างเป็นกัลยาณมิตร โดยอาจกล่าวได้ว่า สช.ในฐานะที่เป็นหน่วยงานดำเนินการในทางปฏิบัติของสมัชชาสุขภาพในประเด็นการมีส่วนร่วมกว้างกว่าที่พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติกำหนดโดยให้ความสำคัญกับ 'ทุกภาคส่วน' แทนคำว่า 'ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง'

บทบาทหน้าที่ของสมัชชาสุขภาพที่เห็นได้ชัด คือ การเป็นเวทีสาธารณะที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการอภิปราย หรือถกแถลงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของเหตุผล และความรู้ รวมถึงการตัดสินใจในเรื่องนั้นๆ ด้วยฉันทามติ [20] ซึ่งเป็นแนวคิดที่ต่างจากการพัฒนานโยบายสาธารณะในรูปแบบเดิม คือ รัฐเป็นผู้กำหนดนโยบายส่วนประชาชนเป็นผู้รับผลจากนโยบายเท่านั้น [21] นอกจากนี้สมัชชาสุขภาพได้เน้นถึงการสร้างความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการให้มีความเท่าเทียมกันส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมประสานระหว่างกลุ่มบุคคล หน่วยงานและองค์กรรวมถึงการสร้างความรู้ความตระหนักให้ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญของการพัฒนานโยบายสาธารณะ ตลอดจนเน้นย้ำอัตลักษณ์ทางการเมืองและท้องถิ่นที่หลากหลายแต่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ความสัมพันธ์แบบเปิดและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาระหว่างภาครัฐกับภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นโอกาสในการสร้างความร่วมมือ หรือการสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจของภาคส่วนต่างๆ เป็นคุณลักษณะที่เด่นชัดประการหนึ่งของสมัชชาสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดเรื่อง พลเมือง (citizen) ที่เป็นส่วนหนึ่งของการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมทำให้เกิดการรวบรวมเอาความเข้มแข็งของกลุ่มและเครือข่ายในชุมชน โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาโครงการของรัฐ

สมัชชาสุขภาพแบ่งเป็น 3 ลักษณะคือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งสมัชชาสุขภาพ ทั้ง 3 ลักษณะ มีความเชื่อมโยงกัน [22] (ดังรูปที่ 3.3) ในประเด็นต่อไปนี้

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับชาติที่มีบทบาทชัดเจนเพื่อเป็นเครื่องมือในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคม [23] ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) หรือประชาธิปไตยแบบถกแถลง (deliberative democracy) ที่นำมาใช้ทดแทนการพัฒนา นโยบายสาธารณะแบบเดิมคือในแนวคิดตามแนวทางประชาธิปไตยแบบตัวแทน (representative democracy) [21] เพื่อให้นโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นเป็นไปตามความต้องการของประชาชนและโดยประชาชนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ว่า “สุขภาพเป็นของทุกคน ทุกภาคส่วนควรจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพในทิศทางสร้างสุขภาพนำซ่อมสุขภาพ” [19] โดยยึดหลักยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่มีการพึ่งพากันระหว่างพลัง 3 ส่วน คือ พลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังแห่งอำนาจรัฐหรืออำนาจทางการเมือง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีการดำเนินการมาตั้งแต่ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 1 และได้กลายเป็นข้อผูกมัดทางกฎหมายขึ้นเมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดให้ คสช.ต้องจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆในสังคมในการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สำคัญ รับผิดชอบและดำเนินการโดยคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ทั้งนี้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติไม่ใช่การจัดเวทีสาธารณะต่างๆ ไป แต่เป็นความพยายามที่จะมีกระบวนการจัดการที่เป็นระบบ (อยู่ภายใต้กฎกติการ่วมกัน) ตั้งแต่ขั้นตอนการกำหนดประเด็นนโยบาย การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และการผลักดันนโยบาย ทั้งนี้กระบวนการ ขั้นตอน วิธีการต่างๆ ยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมโดยให้มีความเชื่อมโยงกับกลไกการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอื่นๆ เน้นประเด็นในระดับชาติ หรือประเด็นในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญ มีการเปิดกว้างให้ทุกภาคส่วนสามารถเข้าถึงสมัชชาสุขภาพได้ มติสามารถนำไปขับเคลื่อนให้เกิดผลได้ในทางปฏิบัติ และเป็นที่ยอมรับของสังคม [23]

เกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษา

การคัดเลือกนโยบายสาธารณะ ที่ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อมาเป็นกรณีศึกษาในการประเมินนี้พิจารณาจากประเด็นนโยบายที่ผ่านเข้าเป็นวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเฉพาะในครั้งที่ 1 – 3 (เพื่อให้เห็นภาพที่สมบูรณ์ของการพัฒนา นโยบายสาธารณะทั้งขาขึ้นและขาลง จึงไม่นับรวมประเด็นนโยบายที่ผ่านเข้าเป็นวาระการประชุมสมัชชาฯ ครั้งที่ 4 ที่เพิ่งผ่านมาเมื่อต้นปี พ.ศ. 2555) จำนวนทั้งสิ้น 35 ประเด็น โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

- 1) มีขอบเขตของงานที่มีแนวโน้มส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของคนในสังคม และปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ทางสังคม รวมถึงมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผู้ได้ประโยชน์หรือผู้เสียประโยชน์จำนวนมาก จึงทำให้ประเด็นนโยบายสาธารณะดังกล่าวเป็นที่สนใจของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงเป็นที่สนใจของสาธารณะโดยอาจส่งผลให้ประเด็นนโยบายนั้นๆ ผ่านเข้าเป็นวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา (ครั้งที่ 1-3) มากกว่า 1 ครั้งหรือใช้เวลาพิจารณาเอกสารร่างมติในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติยาวนาน

- 2) เนื่องจากข้อจำกัดของเวลาและงบประมาณดำเนินการประเมินครั้งนี้ จึงต้องพิจารณาข้อมูลในประเด็นดังกล่าวว่ามีเพียงพอต่อการประเมินหรือไม่

ผลการคัดเลือกกรณีศึกษาในกรณีของนโยบายสาธารณะ ที่พัฒนาผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

- **การตั้งครุฑที่ไมพร้อม** ซึ่งเป็นประเด็นที่ผ่านเข้าสู่การประชุมสมัชชาฯ 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3) แสดงให้เห็นความสนใจของสาธารณะในประเด็นนี้ อีกทั้งมีการดำเนินงานที่ต้องอาศัยหลายภาคส่วน (multi-disciplinary) เข้ามามีส่วนร่วมและเป็นประเด็นที่มีข้อมูลเบื้องต้นเพียงพอต่อการประเมิน
- **การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย** เป็นประเด็นที่มีจุดเด่นจากการใช้เวลาในการพิจารณาเพื่อแก้ไขปรับปรุงเอกสารร่างมติร่วมกันระหว่างนักวิชาการ ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน ผู้แทนสมาคมที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจยา ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2551) ที่ยาวนานมากถึง 18 ชั่วโมง [24] ซึ่งแสดงให้เห็นผลประโยชน์มหาศาล ไม่มีใครยอมใคร และอาจจะสะท้อนถึงความแตกต่างทางความคิดเห็นของตัวแสดงที่แตกต่างกัน ความซับซ้อนของปัญหา และกระบวนการก่อรูปนโยบาย การพัฒนาข้อเสนอ และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (หรืออาจจะเกิดจากการบริหารจัดการประชุมที่ไม่ดีพอก็เป็นได้ ทำให้ใช้เวลายาวนานเป็นพิเศษ)

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นมีเจตนารมณ์ และหลักการเช่นเดียวกับสมัชชาสุขภาพอื่นๆ ทั้งนี้ความแตกต่างระหว่างแนวคิดของกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น กับสมัชชาสุขภาพอื่น คือ ตัวตั้งในการดำเนินการ โดยสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นจะใช้ประเด็นสาธารณะเป็นตัวตั้ง [25]

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นส่วนใหญ่มีการเชื่อมโยงเครือข่ายเข้ามาทำงานร่วมกันเพื่อสร้างข้อเสนอเชิงนโยบาย เป็นการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ประโยชน์สมัชชาสุขภาพอย่างจริงจัง [26] เช่น การส่งเสริมให้ศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติ จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี (พ.ศ. 2555 – 2559) อีกทั้งยังมีการเชื่อมโยงข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเสนอบรรจุเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย เช่น การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่อง การเยียวยาพหุวัฒนธรรมชายแดนใต้ที่พัฒนาไปถึงขั้นก้าวหน้า มีการประสานงานกับศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้ (ศอ.บต.) เพื่อรับข้อเสนอเชิงนโยบายไปปรับเป็นแนวทางในการวางยุทธศาสตร์ รวมทั้งมีการเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 โดยเป็น 1 ใน 14 มติที่ได้มีฉันทามติของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และปัจจุบันยังมีกระบวนการขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง หรือการสนับสนุนสภาเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงาน เพื่อเสนอเข้าเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554

เกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษา

- 1) ขอบเขตของประเด็นสาธารณะที่นำมาจัดสัมมนาสุขภาพเฉพาะประเด็นโดยแบ่งเป็น ประเด็นที่มีขอบเขตที่แคบหรือมีความจำเพาะเจาะจง ที่คาดเดาได้ว่ามีกลุ่มคนเพียงบางกลุ่ม หรือบางองค์กรที่เกี่ยวข้องหรือมีองค์ความรู้เฉพาะในเรื่องนั้นให้ความสนใจเข้าร่วมเพื่อสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายกับประเด็นที่มีขอบเขตของงานที่กว้าง มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มคนหลายภาคส่วน (multi-disciplinary) ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าสนใจเกี่ยวกับการรวมตัวของเครือข่ายที่เข้ามาร่วมกันดำเนินงานพัฒนาและการขับเคลื่อนนโยบายในประเด็นหนึ่งๆ ร่วมกัน
- 2) มีข้อมูลเพียงพอต่อการศึกษาวิจัย
- 3) ความเห็นจากการหารือกับผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึงคณะกรรมการบริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

ผลการคัดเลือกกรณีศึกษาในกรณีของนโยบายสาธารณะ ที่พัฒนาผ่านกลไกสัมมนาสุขภาพเฉพาะประเด็น มีดังนี้

- **สัมมนาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยนาโนเทคโนโลยี** (มีขอบเขตของประเด็นที่มีความจำเพาะเจาะจง)
- **สัมมนาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ** (ขอบเขตของประเด็นที่กว้าง มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลากหลายในวงกว้าง)

สัมมนาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

สัมมนาสุขภาพเฉพาะพื้นที่มีข้อแตกต่างจากสัมมนาสุขภาพอื่นๆ ตรงที่ จะใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งในการดำเนินการ โดยในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2554 คสช. ได้สนับสนุนให้มีการจัดสัมมนาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ทั่วประเทศ ที่ทำให้เกิดการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพรวมกว่า 100 เรื่อง

สำหรับสัมมนาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในการประเมินนี้ พิจารณาพื้นที่ระดับจังหวัด ซึ่งตามที่มีการบันทึกไว้ในเอกสารผลงาน 'วิชาการ' ประกอบการประชุม '1 ทศวรรษสัมมนาสุขภาพ' ในปี พ.ศ. 2554 การจัดสัมมนาสุขภาพระดับจังหวัดมักเริ่มต้นจากการแสวงหาแนวร่วมสร้างเครือข่ายที่มีความสนใจร่วมกันในกลุ่มเล็กๆ จากนั้นจึงขยายไปสู่กลุ่มและหน่วยงานอื่นๆ ในขณะที่กระบวนการนโยบายดำเนินไปตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย การขับเคลื่อนเพื่อผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล

การกำหนดประเด็นที่นำเข้าสู่สัมมนาสุขภาพระดับจังหวัดมีแนวทางที่แตกต่างกัน กระบวนการนโยบายในหลายจังหวัดมีจุดเริ่มต้นที่ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนเป็นจำนวนมาก เช่น 'น่านเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้ดื่มสุราร้อยละ 52.7 มากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย' [27] บางจังหวัดนอกจากจะพิจารณาขนาดของปัญหาแล้วยังให้ความสำคัญกับความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด เช่น การเลือกประเด็นสารเคมีในภาคเกษตรกรรมและหนี้สินของ

เกษตรกรในจังหวัดพิจิตร [28] สำหรับกระบวนการนโยบายเรื่องการป้องกันเด็กและเยาวชนจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน
 สมัชชาสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภูนั้น มีจุดเริ่มต้นจากการที่มีกลุ่มวัยรุ่นที่มีอาการเมินเมาก่อเหตุโยนระเบิดเข้าใส่คู่อริใน
 งานบุญ ทำให้มีคนบาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และ ‘เหตุการณ์นี้ตกเป็นข่าวหน้าหนึ่งของหนังสือพิมพ์เกือบทุก
 ฉบับ’ [29] ในขณะที่แม้ว่าสมัชชาสุขภาพจังหวัดถูกตั้งขึ้นนำข้อมูลเกี่ยวกับเด็กอ่อนในระดับประเทศและภายในพื้นที่มาใช้ในการ
 การรณรงค์เพื่อควบคุมปัญหาดังกล่าว แต่ก็ได้นำเสนอปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการเลือกประเด็นเพื่อผลักดันในสมัชชาฯ ใน
 เิงเปรียบเทียบกับประเด็นอื่นๆ ไปได้ด้วย

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ มีระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนที่
 เคลื่อนที่แตกต่างกัน ทั้งในแง่จำนวนนโยบายที่ถูกพัฒนาและขับเคลื่อน และระดับความสำเร็จของการผลักดันสู่การปฏิบัติ
 ในระดับต่างๆ ของแต่ละนโยบาย ทั้งนี้ ความสลับซับซ้อนของพื้นที่ โดยเฉพาะต้นทุนทางสังคม และสภาพปัญหาในพื้นที่
 ตลอดจนกระบวนการทำงานของ สช. น่าจะเป็นตัวแปรอธิบายที่สำคัญ จากฐานข้อมูลของ สช. จำนวนกิจกรรม/โครงการ
 เพื่อจัดทำหรือขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่แต่ละจังหวัดขอรับการสนับสนุนจาก สช. ในช่วงปี พ.ศ. 2550-
 2554 มีจำนวนทั้งสิ้น 183 โครงการ/กิจกรรม จากทั้งหมด 77 จังหวัด (รวมกรุงเทพมหานคร) โดยมีจังหวัดที่ไม่มีข้อมูลการ
 ดำเนินโครงการทั้งสิ้น 9 จังหวัด (ตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 จำนวนโครงการ/กิจกรรมในแต่ละจังหวัด และจำนวนจังหวัดที่มีโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

จำนวนโครงการ/กิจกรรม ในแต่ละจังหวัด	จำนวนจังหวัด
0	9
1	21
2	14
3	13
4	12
5-8	8

เกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษา

การประเมินการทำงานของสมัชชาสุขภาพจังหวัด จะให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจกับจุดกำเนิด กระบวนการก่อ
 เกิด พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย พร้อมทั้งการวิเคราะห์บริบท ฐานะและบทบาทของสมัชชาสุขภาพในการเป็นพื้นที่
 สาธารณะสำหรับการมีส่วนร่วมเสนอและกำหนดนโยบายของกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการพิจารณาความสำเร็จของการนำ
 นโยบายไปสู่การปฏิบัติ

อย่างไรก็ดี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย มีรายละเอียด และสามารถได้บทสรุปที่หนักแน่นขึ้น การเลือกกรณีศึกษาจะพิจารณาเลือกจังหวัด โดยจะเปรียบเทียบกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในจังหวัดที่มีจำนวนโครงการ/ความสำเร็จมากกับจังหวัดที่มีจำนวนโครงการ/ความสำเร็จน้อยหรือไม่มี ซึ่งจากฐานข้อมูลของ สช. ข้างต้น การเลือกจังหวัดจะเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยแบ่งเป็น 4ภาคๆ ละ 2 จังหวัด ดังนี้

- 1) ภาคเหนือ: จ. เชียงราย (มีจำนวนโครงการมาก/มีหลักฐานการประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย) และ จ. ลำปาง (มีจำนวนโครงการน้อย)
- 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: จ. เลย (มีจำนวนโครงการมาก/มีหลักฐานการประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย) และ จ. หนองคาย (มีจำนวนโครงการน้อย)
- 3) ภาคกลาง: จ. สมุทรปราการ (มีจำนวนโครงการมาก/มีหลักฐานการประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย) และ จ. ประจวบคีรีขันธ์ (มีจำนวนโครงการน้อย)
- 4) ภาคใต้: จ. นครศรีธรรมราช (มีจำนวนโครงการมาก/มีหลักฐานการประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย) และ จ. กระบี่ (มีจำนวนโครงการน้อย)

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพหรือ เฮชไอเอ (Health Impact Assessment; HIA) เป็นอีกเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดย “มุ่งการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม ในการแสวงหาข้อมูล หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับข้อห่วงใยทางด้านสุขภาพ ในมิติที่เป็นองค์รวมเพื่อวิเคราะห์ คาดการณ์ ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการ กิจกรรม แผนงาน และนโยบายสาธารณะต่างๆ” โดยคาดหวังว่า HIA จะเป็นกลไกและกระบวนการที่เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันนำไปสู่การเกิดทางเลือกในเชิงนโยบายที่หลากหลาย ช่วยในกระบวนการตัดสินใจกำหนดนโยบายในทุกระดับที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพ

คสช. ได้ให้ความเห็นชอบต่อแนวทางการพัฒนาระบบ HIA ในประเทศไทย และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพขึ้น รวมทั้งการจัดทำหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ ซึ่งประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2552

จากหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2552 กำหนดให้การดำเนินงาน HIA ครอบคลุม 4 รูปแบบ คือ

- 1) การดำเนินการตามมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2550
- 2) การทำ HIA ในระดับนโยบายสาธารณะ โดยหน่วยงานเจ้าของนโยบายนั้นๆ
- 3) การขอใช้สิทธิตามมาตรา 11 ของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
- 4) การทำ HIA ชุมชน (Community HIA)

เกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษา

เนื่องจาก HIA เป็นกระบวนการขับเคลื่อนที่ซับซ้อน บนฐานการมีส่วนร่วมของหลายฝ่าย และมักต้องผ่านเส้นทางการเผชิญหน้าหรือความขัดแย้ง เป็นกระบวนการที่ใช้เวลา รวมทั้งในฐานข้อมูล สข. ยังพบว่า

- 1) การขับเคลื่อน HIA ในระดับจังหวัดหรือพื้นที่ มีทั้งที่เชื่อมโยงกับ สมัชชาสุขภาพจังหวัดและธรรมนูญพื้นที่ และที่เป็น การขับเคลื่อนเฉพาะพื้นที่/ เฉพาะกลุ่มปัญหา ที่ไม่เชื่อมโยงชัดเจนกับกลไกนโยบายสาธารณะอื่นๆ
- 2) ในปัจจุบัน มีการขับเคลื่อน HIA ชุมชน ในหลายพื้นที่ๆ ยังไม่มีการบันทึกหรือจัดทำเป็นรายงาน อย่างเป็นทางการ

ดังนั้น การเลือกตัวอย่างครั้งนี้ จึงเลือกเป็นพื้นที่ โดยใช้เกณฑ์ คือ เป็นพื้นที่ๆ มีประสบการณ์การขับเคลื่อน HIA และ มีการดำเนินการ HIA ชุมชน รวมถึงพิจารณาพื้นที่ๆ ที่มีการขับเคลื่อนของสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ไปพร้อมกัน หรือแยก จากกัน เพื่อผลในการเห็นความเชื่อมโยงของการเลือกใช้เครื่องมือนโยบายที่แตกต่างกันของกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ จากเกณฑ์ ดังกล่าว ทำให้เลือกพื้นที่ดังนี้

- 1) พื้นที่/โครงการ ที่มีการนำ HIA ไปเป็นกลไกในการแก้ปัญหา หรือหาทางออกในเชิงนโยบาย ในกรณีของ โครงการหรือนโยบายขนาดใหญ่ ซึ่งอาจครอบคลุมการทำ HIA ในรูปแบบที่ 1-3 ดังกล่าวข้างต้น โดยพื้นที่ๆ จะ เลือก ได้แก่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (อุตสาหกรรมเหล็กบางสะพาน)
- 2) พื้นที่หรือกรณีศึกษา ที่เป็นการใช้ HIA ชุมชน และมีการจัดทำรายงานศึกษาไว้ชัดเจน คือจังหวัดเลย (กรณี เหมืองทอง) และจังหวัดนครศรีธรรมราช (กรณีอวนลาก ท่าศาลา)

อย่างไรก็ดี หากว่าพื้นที่/จังหวัดอื่นใดที่ถูกเลือกเป็นพื้นที่ตัวอย่างของการศึกษาสมัชชาสุขภาพจังหวัดมีการดำเนิน โครงการ HIA ทั้งที่ยังอยู่ในระยะก่อเกิดหรือกำลังพัฒนา โครงการเหล่านั้นจะถูกนำรวมเข้ามาเป็นกรณีศึกษาในการ ประเมินนี้ด้วย

การพัฒนานโยบายสาธารณะรูปแบบอื่น

นอกจากการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านกลไกของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติสมัชชาสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแล้ว คสช. ยังจัดให้มีกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะรูปแบบอื่นๆ อีก ที่ผ่าน มาและเห็นรูปแบบชัดเจน อาจแบ่งได้ 2 ประเภทหลัก [15] ได้แก่

- 1) การจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติขึ้นมาดูแลเป็นการเฉพาะเรื่อง เพื่อเป็นกลไกในการสนับสนุนนโยบายและ ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของรัฐบาลไม่ว่าจะเป็นทำให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีโดยตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 มีการจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติทั้งสิ้น 4 คณะกรรมการ ได้แก่

- 1.1) คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ (จัดตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2551) สนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559
 - 1.2) คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ (จัดตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2551) สนับสนุน แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2550– 2554
 - 1.3) คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อ สุขภาพและนโยบายสุขภาพ (จัดตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2552) ได้แต่งตั้งขึ้นตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 เรื่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้า เสรี
 - 1.4) คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ (จัดตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2552) เพื่อให้การดูแลและบริหาร แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พ.ศ. 2553-2562 เป็นไปอย่าง ประสิทธิภาพ
- 2) การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบของเครือข่ายเช่น ประสานความร่วมมือกับมูลนิธิ เกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย) ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านเกษตร และอาหารหรือการ ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรหรือสถาบันวิชาการในการพัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกันเช่น ประสาน ความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้โครงการพัฒนาความร่วมมือเพื่อเสริมสร้างกระบวนการ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภาคอีสาน (พสส.)

เกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษา

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่น ภายใต้การดำเนินงานของ คสช. จะเห็นได้ว่ารูปแบบการจัดตั้ง คณะกรรมการแห่งชาติ เป็นรูปแบบที่เป็นทางการและเป็นระบบ ดังนั้นการประเมินนี้ จึงพิจารณาเลือกกรณีศึกษาจาก คณะกรรมการระดับชาติที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยเลือก **คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ** มาเป็นกรณีศึกษา เนื่องจากเป็นคณะกรรมการระดับชาติที่จัดตั้งในปีแรกๆ หลังจากมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และมีคณะทำงานที่ดำเนินงาน เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพอยู่ก่อนที่จะจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติ รวมถึงมีการพัฒนาหลักฐานเชิงวิชาการเพื่อใช้ สนับสนุนการทำงาน และระบบการเก็บข้อมูลที่สามารถสืบค้นเพื่อใช้ในการประเมินนี้ได้ง่าย

ตารางที่ 3.2 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่คัดเลือกมาเป็นกรณีศึกษาในการประเมินนี้

กลไกในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษา
ธรรมเนียมปฏิบัติด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ	
○ ระดับประเทศ	นโยบายส่งเสริมการลงทุน นโยบายการเป็นศูนย์กลางการบริการด้านสุขภาพ
○ ระดับองค์กร	แผนยุทธศาสตร์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2554 – 2559 แผนยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2554 – 2558
○ ระดับพื้นที่	อ.สารภี จ.เชียงใหม่ อ.เมือง จ.ลำพูน ลุ่มน้ำวัง กว๊านพะเยา จ.พะเยา อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา อ.เมืองปาน จ.ลำปาง
สมัชชาสุขภาพ	
● สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	การตั้งครรภไม่พร้อม การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย
● สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น	สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยนาโนเทคโนโลยี
● สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่	ภาคเหนือ: จังหวัดเชียงราย และ จังหวัดลำปาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: จังหวัดเลยและ จังหวัดหนองคาย ภาคกลาง: จังหวัดสมุทรปราการ และ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ภาคใต้: จังหวัดนครศรีธรรมราช และ จังหวัดกระบี่
การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ*	
	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (อุตสาหกรรมเหล็กบางสะพาน) จังหวัดนครศรีธรรมราช (กรณีอวนลาก ท่าศาลา)
การพัฒนานโยบายสาธารณะรูปแบบอื่น	
	คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ * ถ้าพื้นที่/จังหวัดอื่นใด ที่ถูกเลือกเป็นพื้นที่กรณีศึกษาของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่มีการดำเนินการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ทั้งที่ยังอยู่ในระยะก่อเกิดหรือกำลังพัฒนา โครงการเหล่านั้น จะถูกนำรวมเข้ามา เป็นกรณีศึกษาของการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ผ่านกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. สมัชชาสุขภาพ ปรัชญา แนวคิดและจิตวิญญาณ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
2. สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545; 2545.
3. Sligman A. The idea of civil society. New York: the Free Press; 1992.
4. Leeuw ED. Policies for Health: The Effectiveness of their Development, Adoption, and Implementation. In: McQueen DV, Jones CM, editors. Global perspectives on health promotion effectiveness. New York: Springer science + Business media; 2007. p. 51-66.
5. Irvine L, Elliott L, Wallace H, Crombie LK. A review of major influences on current public health policy in developed countries in the second half of the 20th century. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health 2006; 126: 73.
6. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ขอบเขตการปฏิบัติงานโครงการสังเคราะห์ความรู้ เรื่อง “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: มิติทางกฎหมาย”. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
7. สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม. สรุปบทเรียนความสำเร็จ กระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ.
8. ระเบียบวาระที่ 3.11. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1; 7 ตุลาคม 2551; กรุงเทพฯ.
9. สรุปสาระจากการประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการและอนุกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่1/2551; 9 กุมภาพันธ์ 2551; ศูนย์การประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
10. ยุทธศาสตร์การผลักดันธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2552 สู่การปฏิบัติ (ปี 2553 - 2556). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
11. รายงานความคืบหน้าการขับเคลื่อน “ยุทธศาสตร์การผลักดันธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 สู่การปฏิบัติ (ปี 2553 - 2556)”. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
12. สถานการณ์และเป้าหมายธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ปี 2552-2554. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
13. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2555]. เข้าถึงได้จาก: www.nesdb.go.th/portals/0/news/.../plan1-11.pdf

14. คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ 2/2552 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพเพื่อสนับสนุนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
15. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสานพลัง รายงานประจำปี 2553. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
16. สรุปการประชุมรับฟังความคิดเห็นเรื่อง การคัดเลือกกรณีศึกษาสำหรับโครงการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554; 23 กุมภาพันธ์ 2555; นนทบุรี.
17. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=90>.
18. คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ 3/2552 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
19. Jindawattana A. Preface. Paper read at One Decade of Health Assemblies-Wisdom Synthesis: Development of Knowledge on Health Assemblies; 2011 July 7-8; Chiangmai.
20. Danwattana S. Birth of Health Assembly: Crystallization of Learning towards Wellbeing. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2008.
21. อ่ำพล จินดาวัฒน์. ปฏิรูปสุขภาพ: ปฏิรูปชีวิตและสังคม บันทึกการปฏิรูปสุขภาพเล่ม 3. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
22. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สมัชชาสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.samatcha.org>.
23. วิสุทธิ บุญญะโสภิต. แนวทางการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
24. วรธนา ศรีวิริยานุภาพ. การพัฒนานโยบายเพื่อการเข้าถึงยาของคนไทยผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. ใน: วิสุทธิ บุญญะโสภิต, บรรณาธิการ. สังเคราะห์ปัญญาพัฒนาวิชาสมัชชาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554: หน้า162-7.
25. อภิญญา ตันทวิวงศ์. รู้จักและเข้าใจสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น กรณีศึกษาสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
26. อ่ำพล จินดาวัฒน์. ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม: บันทึกการปฏิรูประบบสุขภาพ เล่ม 4. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2555.

27. Wongwatcharapaibul, P. 2011. Lesson learning on solving alcohol problems with multi-sectoral participation in Naan. Paper read at One Decade of Health Assemblies-Wisdom Synthesis: Development of Knowledge on Health Assemblies, 7-8 July 2011, at Chiangmai.
28. Aim-yu, P. 2011. Model of participatory health policy processes introduced in Phichit Health Assembly. Paper read at One Decade of Health Assemblies-Wisdom Synthesis: Development of Knowledge on Health Assemblies, 7-8 July 2011, at Chiangmai.
29. Charoenchairattana, T, K Porwichitkul, and P Boonsanphaen. 2011. Public policy to protect children and youths from alcohol beverage in Nong Bua Lumphu. Paper read at One Decade of Health Assemblies-Wisdom Synthesis: Development of Knowledge on Health Assemblies, 7-8 July 2011, at Chiangmai.

บทที่ 4

ตัวชี้วัดในการประเมิน

อุปมาอุปมัย “ตาบอดคลำช้าง” สอนว่าคนเรามีขีดจำกัดที่จะรับรู้ความจริงของสรรพสิ่ง ซึ่งมีรายละเอียดมากมาย ซับซ้อนเกินกว่าจะรับรู้แล้วพรรณนาให้หมดจดได้ กระนั้นก็ดี การรับรู้ความจริงเพียงบางส่วนยังมีประโยชน์แก่การพัฒนา สืบสานสังคมมาตราบนานทุกวันนี้

ความท้าทายจึงไม่ใช่การพยายามรับรู้ให้หมดจด แต่คือการเลือกรับรู้อย่างมีความหมายต่อการพัฒนาสืบสานสังคมให้ เจริญรุ่งเรืองอย่างมั่นคง โดยนัยนี้ “ช้าง” จึงเป็นตัวชี้วัดคุณลักษณะบางประการของสิ่งมีชีวิตชนิดหนึ่ง ที่มีความหมาย แปรเปลี่ยนไปตามยุคสมัย/บริบท นั่นเองการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในฐานะกลไก สำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและความเท่าเทียมทางสุขภาพในสังคมไทย (ซึ่งนิยามของ “สุขภาพ” ตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีความหมายกว้างกว่าเพียงแค่ความสมบูรณ์ทางกายเท่านั้น โดยหมาย รวมถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล [1]) ก็หลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะต้องเผชิญกับความท้าทายเช่นนั้น

บทที่ 4 นี้จะนำเสนอหลักการในการพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่จะใช้ในการประเมินนี้ วิธีการได้มาซึ่งองค์ประกอบหรือประเด็นการ ประเมินเพื่อนำไปพัฒนาเป็นตัวชี้วัด แล้วเสนอเพื่อการประยุกต์ใช้ ต่อไป

หลักการในการพัฒนาชุดตัวชี้วัด

การพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่จะใช้ในการประเมินนี้ใช้คำจำกัดความและหลักการที่เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ ปรากฏในระดับนานาชาติ โดยพิจารณาความสอดคล้องของหลักการเหล่านี้กับหลักการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพที่อ้างอิงโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ไม่ว่าจะเป็นหลักการที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติรวมทั้งเอกสารต่างๆ ที่เหมาะสม เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ของ สช. เป็นต้น

วิธีการพัฒนาชุดตัวชี้วัด

1. ทบทวนคำจำกัดความและหลักการที่เกี่ยวข้องกับและมีกรกล่าวถึงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากเอกสารทั้งใน และต่างประเทศโดยอาศัยการสืบค้นจากฐานข้อมูล Google Scholar, ScienceDirect, CINAHL รวมทั้งอาศัย
 - 1.1 การสืบค้นแบบ snowball คือไล่ตามเอกสารอ้างอิงในบทความหรือหนังสือที่สืบค้นได้ในขั้นต้น ซึ่งพบว่ามี ความเกี่ยวข้อง
 - 1.2 เอกสารที่ได้รับจาก สช.

2. กรองคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อใช้ในการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมิน ดังตารางที่

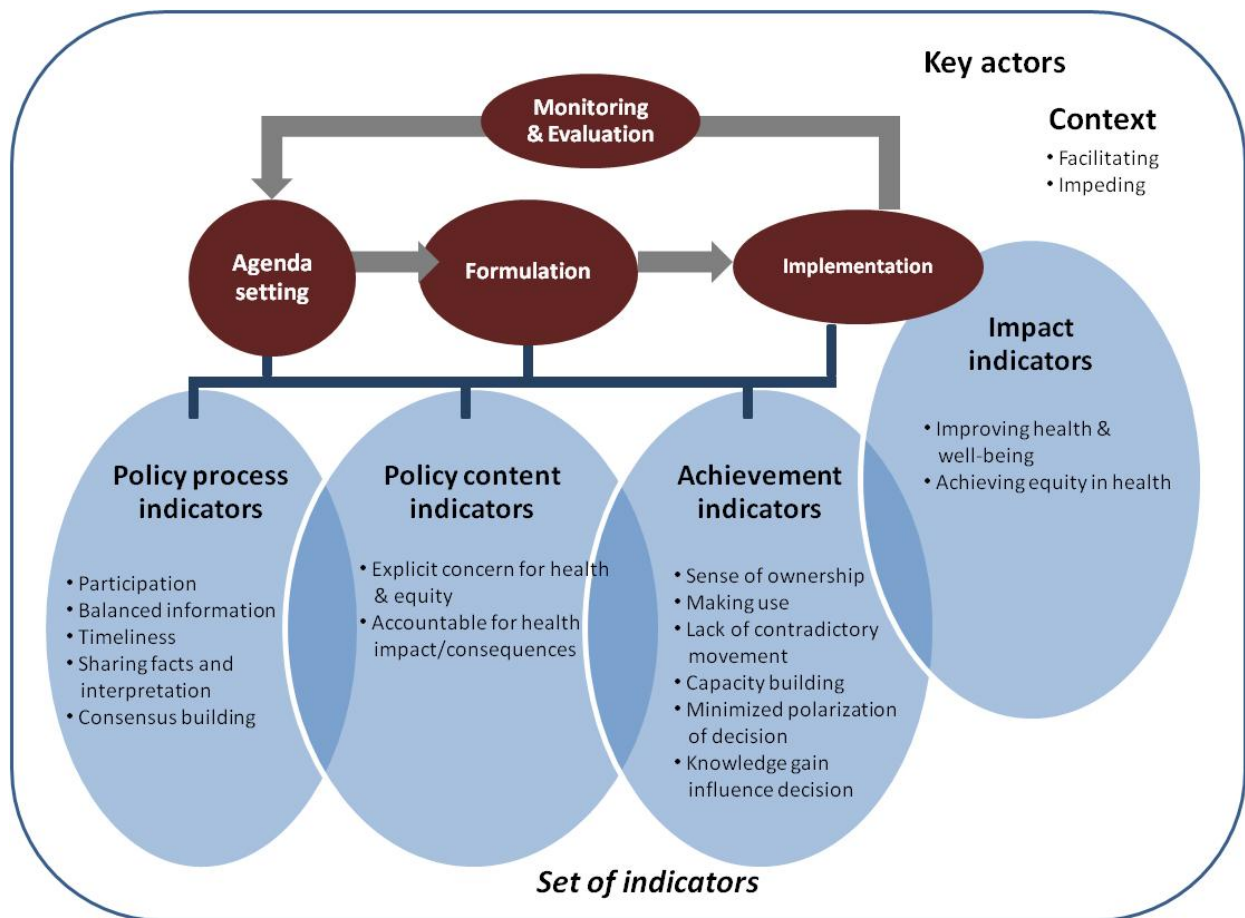
4.1

ตารางที่ 4.1 หลักการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและคำสำคัญ

หลักการ	คำสำคัญ
<ul style="list-style-type: none"> นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนด้านสุขภาพ (explicit concern for health) [2-4] 	<ul style="list-style-type: none"> ความห่วงใยอย่างชัดเจนด้านสุขภาพ การนำประเด็นด้านสุขภาพเข้าสู่วาระของการกำหนดนโยบายต่างๆ (integrating health in all policies)
<ul style="list-style-type: none"> มุ่งเน้นความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพ (explicit concern for equity) [2] Multi-sectoral policies to achieve equity in health [3] 	<ul style="list-style-type: none"> เน้นความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพ
<ul style="list-style-type: none"> รับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดจากนโยบายนั้นๆ (accountable for health impact by the government sectors concerned with agriculture, trade, education, industry, and communications) [2, 4] ตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพที่เป็นผลมาจากนโยบายสาธารณะ (acknowledge a health impact) [5] 	<ul style="list-style-type: none"> รับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (accountable for health impact/ consequences)
<ul style="list-style-type: none"> มุ่งปรับปรุงความเป็นอยู่ของประชาชน ในด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (concerning determinants of health) [4] 	<ul style="list-style-type: none"> การคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ
<ul style="list-style-type: none"> มุ่งหวังที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในนโยบายระดับชาติและนานาชาติ [6] 	<ul style="list-style-type: none"> การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในนโยบายระดับชาติและนานาชาติ
<ul style="list-style-type: none"> การตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าร่วมกระบวนการนโยบายของภาคประชาชน หรือการเข้าร่วมกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะ [3-4, 7] ตัวแทนของภาคส่วนต่างๆ ทำงานร่วมกัน [8] เปิดช่องให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม/ เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมได้/ การมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง [4, 7] 	<ul style="list-style-type: none"> การมีส่วนร่วม (participation) เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมได้
<ul style="list-style-type: none"> การขับเคลื่อนนโยบายโดยทุกฝ่ายในสังคม[7] การแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นพลวัตระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้แสดงอื่นๆ ในนโยบาย[3] 	<ul style="list-style-type: none"> การขับเคลื่อนสังคม (social mobilization) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันของภาคส่วนต่างๆ (dynamic interactions among stakeholders)
<ul style="list-style-type: none"> การสร้างนโยบายบนฐานของความรู้ [7] การสร้างความเข้มแข็งทางด้านวิชาการให้กับสังคม กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะเพื่อร่วมรับผิดชอบต่อสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> นโยบายที่อยู่บนพื้นฐานของความรู้ (knowledge-based policy)
<ul style="list-style-type: none"> การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบาย ความมุ่งหวังในการส่งเสริมสุขภาพ (aiming to promote health) 	<ul style="list-style-type: none"> การมีสุขภาพที่ดีขึ้น และมีสุขภาพะ

3. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวชี้วัด/ประเด็นที่ใช้ในการพัฒนาตัวชี้วัด โดยใช้คำสำคัญดังกล่าวข้างต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรม ได้นำมาหาหรือในทีมผู้วิจัยเพื่อหาข้อยุติ
4. จัดกลุ่มตัวชี้วัด โดยพิจารณาความเชื่อมโยงกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้ผลดังรูปที่ 4.1
5. นำเสนอร่างชุดตัวชี้วัดเพื่อการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ ต่อคณะกรรมการกำกับทิศทางการประเมินผล เพื่อปรับแก้ไขรอบสุดท้ายก่อนนำไปใช้ประเมินต่อไป

ตัวชี้วัดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ



รูปที่ 4.1 ความเชื่อมโยงระหว่างตัวชี้วัดกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะมีลักษณะซับซ้อน แต่เพื่อให้สะดวกต่อการทำความเข้าใจ อาจแบ่งกระบวนการนโยบายออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การก่อรูปนโยบาย (agenda setting) การพัฒนานโยบาย (formulation) การนำไปปฏิบัติ (implementation) และการติดตามและประเมินนโยบาย (monitoring and evaluation) ทั้งนี้กระบวนการพัฒนานโยบายหนึ่งๆ อาจประกอบด้วยขั้นตอนเพียงบางขั้นตอนและไม่เรียงตามลำดับอย่างเป็นระเบียบ และอาจจะมีการซ้อนทับกันของขั้นตอนต่างๆ ดังนั้นการพัฒนาตัวชี้วัดที่จะใช้ในการประเมินกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะควรคำนึงถึงความเชื่อมโยงของตัวชี้วัดกับขั้นตอนต่างๆ นอกจากนี้การประเมินกระบวนการดังกล่าวโดยใช้

ตัวชี้วัดแต่ละตัวจะไม่จำเพาะต่อการประเมินขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งเท่านั้น แต่อาจจะมีการซ้อนทับกันระหว่างกลุ่มตัวชี้วัด ในลักษณะความเป็นเหตุเป็นผลกัน หรือปรากฏการณ์หนึ่งสามารถใช้อธิบายอีกปรากฏการณ์หนึ่งได้ เป็นต้น

การประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นอกจากจะต้องพิจารณากระบวนการดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังต้อง วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแสดง (actors) และบริบท (context) ด้วย โดย

ตัวแสดงในที่นี้จะพิจารณาตัวแสดงหลัก (key actors/ key stakeholders) ซึ่งหมายถึง บุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กร ที่ แสดงบทบาทหลัก ในการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ หนึ่งๆ [9] และส่งผลต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ ไม่ว่าจะ เป็น ในลักษณะที่สนับสนุนหรือต่อต้าน เช่น รัฐบาล ผู้บริโภค ผู้ประกอบธุรกิจ ผู้ประกอบวิชาชีพ องค์กรไม่แสวงหากำไร และใน กรณีนี้รวมถึงคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และองค์กรที่ คสช. จัดตั้งขึ้น (เช่น สช.) ซึ่งถือเป็นตัวแสดงที่มีบทบาท สำคัญ (โดยทั่วไป นโยบายสาธารณะหนึ่งๆ จะมีบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กร ที่ได้รับประโยชน์ หรือ Beneficiary รวมถึง ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการกำหนดนโยบายหนึ่งๆ โดยหลักการและในทางปฏิบัติ แม้จะไม่ได้เป็นผู้แสดงอยู่แล้ว)

บริบทที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยแวดล้อมของกระบวนการนโยบาย เช่น โครงสร้างประชากร ภัยธรรมชาติ ความเชื่อและบรรทัดฐานทางสังคม และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เป็นต้น อาจแบ่ง ออกเป็น [10]

- 1) บริบทที่สนับสนุน (facilitating) ได้แก่ นโยบายสาธารณะฯ/โครงการอื่นๆ (co-interventions)/การ เปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประชากร และสิ่งแวดล้อม เป็นต้นที่มีผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ ในทางบวกหรือเอื้อต่อ/สนับสนุน กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ
- 2) บริบทที่ขัดขวาง (impeding) ได้แก่ นโยบายสาธารณะฯ/โครงการอื่นๆ (co-interventions)/การเปลี่ยนแปลง ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประชากร และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ที่มี ผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ ในทางลบ หรือเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะฯ

นอกเหนือจากบริบทโดยทั่วไป ปัจจัยที่สำคัญที่ คสช. ควรให้ความสนใจ ได้แก่ ปัจจัยที่ควบคุมได้หรือบริหารจัดการได้ อาทิเช่น การที่วัฒนธรรมไทยเป็นเหตุให้ประชาชนไม่นิยมมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ การ วิเคราะห์บริบทจะช่วยให้เห็นว่าที่ผ่านมา คสช. ได้ใช้ความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนปัจจัยเหล่านี้ให้เอื้อต่อการทำงาน หรือไม่ อย่างไร [11]

ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินนี้แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการพัฒนานโยบาย เนื้อหาของนโยบาย ผลลัพธ์ของ นโยบาย และผลกระทบจากนโยบาย โดยมีรายละเอียดในแต่ละกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นการประเมิน	คำจำกัดความ	ตัวอย่างพารามิเตอร์
1. กระบวนการพัฒนานโยบาย (policy process)	กระบวนการตั้งแต่ก่อนนโยบาย พัฒนานโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามและประเมินผลนโยบาย[12]	
1.1 การมีส่วนร่วม (participation)	การเข้าร่วม และ/หรือมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	
1.1.1 ความเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (representation of key stakeholders)	ตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามาอยู่ในกระบวนการนั้น เป็นตัวแทนของกลุ่มต่างๆ อย่างเหมาะสม เช่น มีทั้งกลุ่มที่ได้และเสียประโยชน์ กลุ่มที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย นอกจากนั้นผู้แทนของกลุ่มที่มาร่วมกระบวนการยังต้องแสดงออกซึ่งความเป็นตัวแทนของกลุ่มนั้นๆ ได้อย่างมีคุณภาพ สามารถสื่อสารผลประโยชน์ของกลุ่ม และ/หรือวัตถุประสงค์ของกลุ่มของตนออกมาได้ มิใช่แสดงออกในฐานะของบุคคล	<ul style="list-style-type: none"> - การที่ตัวแทนแสดงบทบาทปกป้องผลประโยชน์ของกลุ่ม - การได้มาซึ่งตัวแทนมาจากการเลือกตั้ง
1.1.2 การแสดงความคิดเห็นของตัวแทน (voice)	การแสดงความคิดเห็นหรือการแสดงออกของตัวแทนนั้นเป็นความคิดเห็นที่มาจาก การได้รับข้อมูลความรู้มาก่อนแล้วอย่างดี (well-informed)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่เป็นตัวแทนของกลุ่มในการเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นหรือการแสดงออกโดยการกระทำในลักษณะต่างๆ (เช่น กิจกรรมที่จัดขึ้น) นั้น ได้รับข้อมูลความรู้มาก่อนเข้าร่วมในกระบวนการ - กระบวนการได้รับข้อมูลนั้นก่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลเพื่อนำไปดำเนินการต่อได้เป็นอย่างดี
1.1.3 ช่องทางการเข้าร่วมที่หลากหลาย (multiple-channels)	ในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ ควรมีช่องทางการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมมากกว่าหนึ่งช่องทาง	<ul style="list-style-type: none"> - มีช่องทางการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ ได้มากกว่าหนึ่งช่องทาง ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง
1.2 การมีข้อมูลที่เท่าเทียมกัน (balanced information)	ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ มีความรู้หรือข้อมูลพื้นฐานที่สมดุลกันระหว่างข้อมูลด้านบวกกับด้านลบ (ที่ชี้ให้เห็นผลได้-ผลเสียของนโยบาย)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักส่วนใหญ่ได้พิจารณาถึงข้อมูลที่เป็นทั้งด้านบวกและลบต่อการ

ประเด็นการประเมิน	คำจำกัดความ	ตัวอย่างพารามิเตอร์
n)	<p>อย่างรอบด้าน) เพื่อให้การพัฒนานโยบายสาธารณะอยู่บนพื้นฐานของความรู้หรือข้อมูลที่มี ทั้งนี้ลักษณะของข้อมูลสามารถแบ่งได้ 2 แบบ[13]ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge)[14] เป็นข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งได้ผ่านการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เช่น ข้อเท็จจริง (facts) กฎ (rules) ข้อมูลสถิติ (statistics) เป็นต้น สนับสนุนข้อมูลนั้นๆ 2) ความรู้แฝงเร้น (tacit knowledge)[14]เป็นข้อมูลที่มาจากประสบการณ์ (experience) ความคิดเห็น (thinking) ความเข้าใจของบุคคล (perception) ซึ่งยังไม่มีคำอธิบายอย่างเป็นระบบ โดยปกติแล้วจะยากต่อการแปลความหรือเขียนออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร 	<p>พัฒนาโยบายสาธารณะนั้นๆ แล้ว โดยข้อมูลเหล่านั้น อาจจะเป็นความรู้ชัดแจ้ง หรือความรู้แฝงเร้น</p>
1.3 ความเหมาะสมกับเวลา/ฤดูกาลเทศะ (timeliness)	<p>กระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะ นั้น เกิดขึ้นในช่วงเวลาหรือในเหตุการณ์ที่เหมาะสม เช่น เป็นช่วงเวลาที่คุณในชุมชนมีความสามารถมากพอที่จะเปลี่ยนมาเป็นผู้แสดงที่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มในกระบวนการนโยบายได้ หรือกระบวนการพัฒนานโยบายนั้นๆ ได้ใช้เวลาอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และบริบท</p>	<p>- กระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะ ใช้เวลาอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และบริบท</p>
1.4 การแบ่งปันข้อเท็จจริง และ การตีความ (sharing facts and interpretation)	<p>ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะ มีการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง ผ่านกระบวนการที่เอื้อให้เกิดการแบ่งปันข้อมูล เกิดการถกแถลงอย่างลึกซึ้ง จนเกิดความเข้าใจระหว่างกัน เข้าใจถึงการตีความข้อเท็จจริงที่แต่ละฝ่ายนำมาแบ่งปัน</p>	<p>- มีการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ</p> <p>- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ส่วนใหญ่เข้าใจข้อเท็จจริงหรือถ้อยแถลงที่มีการแบ่งปันกัน</p>
1.5 การดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกัน (consensus building)	<p>การพิจารณาตัดสินใจเพื่อได้มาซึ่งข้อสรุปในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาโยบายสาธารณะ ที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มเข้าร่วมนั้น ควรเกิดขึ้นจากการอภิปรายความเห็นที่แตกต่างอย่างลึกซึ้งถึง และอธิบายเหตุผลสนับสนุนความคิดเห็นที่แตกต่างทุกความคิดเห็น จนเกิดการยอมรับในข้อสรุปร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p>	<p>- เกิดการอภิปราย ถกแถลง โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ที่เข้าร่วมกระบวนการ</p> <p>- การดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ เกิดจากข้อสรุปร่วมกันของกลุ่ม ซึ่งเป็นผลจากการ</p>

ประเด็นการประเมิน	คำจำกัดความ	ตัวอย่างพารามิเตอร์
	ทั้งหมดที่เข้าร่วมในกระบวนการ	อภิปรายอย่างลึกซึ้ง - กระบวนการได้มาซึ่งข้อสรุป ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ที่เข้าร่วม
2. เนื้อหาของนโยบาย (policy content)	เนื้อหาของนโยบายที่เป็นผลจากการตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ ของการพัฒนานโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ	
2.1 คำนึงถึงเรื่องของ สุขภาพและความเท่า เทียมกันอย่างชัดเจน (explicit concern for health and equity)	ความพยายามหรือตั้งใจที่จะทำให้สถานะด้านสุขภาพ ของประชาชนทุกคนอยู่ในเกณฑ์ที่ดีและรับรองว่า ประชาชนจะสามารถเข้าถึงสิ่งจำเป็นพื้นฐานต่อการมี ชีวิตและสุขภาพที่ดี บนหลักการพื้นฐานของสิทธิ มนุษยชน [15]	- เนื้อหาของนโยบายมุ่งเน้น เพื่อให้เกิดการมีชีวิตและ สุขภาพที่ดีในประชากรทุกกลุ่ม
2.2 รับผิดชอบต่อ ผลกระทบด้านสุขภาพ ที่อาจจะเกิดจาก นโยบายนั้นๆ (accountable for health impact/ consequences)	ผู้ดำเนินนโยบายรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพทั้ง ทางตรงและทางอ้อม อาจจะใช้การวัดผลกระทบ ทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากนโยบายนั้นๆ แล้วรายงาน ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มในสังคมได้รับรู้ด้วยภาษาที่ เข้าใจง่ายและหาแนวทางแก้ไขในกรณีที่เกิดผลกระทบ ทางด้านสุขภาพในด้านลบ	- เนื้อหาของนโยบายมุ่งให้ผู้ ดำเนินนโยบายรับผิดชอบต่อ ผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้น จากนโยบายนั้นๆ ทั้งทางตรง และทางอ้อม
3. ผลลัพธ์ของนโยบาย (achievement)	ผลที่เกิดจากนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่พัฒนาขึ้น	
3.1 ความรู้สึกเป็นส่วน หนึ่งหรือเป็นเจ้าของ นโยบาย (sense of belonging/ ownership)	ความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบายนั้นๆ แสดงออกโดยการ ปกป้องคุ้มครอง ดูแลรักษา ส่งเสริมสนับสนุน โดยสิ่ง สำคัญของการทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบาย คือ “การมีส่วนร่วม” ไม่ว่าจะมีส่วนร่วมรับรู้สถานะ หรือ มี ส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ครอบคลุมทุกขั้นตอนตั้งแต่การ ริเริ่ม การตัดสินใจ วางแผน ลงมือปฏิบัติ ควบคุม (ตรวจสอบ แก้ไข) และ อื่นๆ	- ผู้ที่มีส่วนร่วมใน กระบวนการพัฒนานโยบาย มี การติดตามการดำเนินนโยบาย นั้นๆ อยู่สม่ำเสมอ - ผู้ที่มีส่วนร่วมใน กระบวนการพัฒนานโยบาย ตั้งใจที่จะสานต่อการดำเนิน นโยบายนั้นๆ - ผู้ที่มีส่วนร่วมใน กระบวนการพัฒนานโยบายมี ส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ครอบคลุมทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การริเริ่ม การตัดสินใจ วางแผน ลงมือปฏิบัติ ควบคุม

ประเด็นการประเมิน	คำจำกัดความ	ตัวอย่างพารามิเตอร์
		(ตรวจสอบ แก้ไข) และ อื่นๆ
3.2 มีการใช้ประโยชน์จากนโยบาย (making use)	การนำนโยบายสาธารณะ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ไม่ว่าจะในระดับไหน และใครเป็นผู้นำไปใช้ (อาจจะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมหรือไม่ได้เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ นั้นๆ)	- มีการนำนโยบายไปใช้ประโยชน์จริงๆ
3.3 การเคลื่อนไหวในเชิงต่อต้าน (contradictory movement)	การเคลื่อนไหวในเชิงต่อต้านนโยบายสาธารณะ ที่พัฒนาขึ้น	- ไม่มีการเคลื่อนไหวต่อต้านนโยบายสาธารณะ ที่พัฒนาขึ้น หรือเกิดขึ้นไม่บ่อยครั้ง
3.4 การพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วม (capacity building)	การเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาในนโยบายควรมีผลในการพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วม (บุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กร ทั้งภาครัฐและเอกชน) เช่น ศักยภาพในการเป็นผู้แทนกลุ่ม ศักยภาพในการรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง และพยายามหาข้อสรุปร่วมกันบนพื้นฐานของข้อมูล หลักฐาน ศักยภาพในการชี้แจงโน้มน้าวให้ผู้อื่นเห็นด้วยกับตนเอง รวมถึงศักยภาพในการดำเนินการตามนโยบายสาธารณะ ที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ ควรพิจารณาความสามารถในการเรียนรู้ (เช่น ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้) ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือตัวแสดงต่างๆ ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ที่เป็นผลมาจากการพัฒนาขีดความสามารถในช่วงเวลาที่ผ่านมา	- ความสามารถของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในการสร้างตัวเลือก - ทักษะ (จัดเป็น human assets ซึ่งวัดได้ง่ายกว่า psychological หรือ social assets) ที่เพิ่มขึ้นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก จากการเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ
3.5 การตัดสินใจที่เป็นผลมาจากการลดลงของความเห็นที่แตกต่างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ (minimized polarization of decision)	เนื้อหาที่ปรากฏอยู่ในนโยบายสาธารณะ เป็นผลจากการจัดการความเห็นที่แตกต่างของแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ลดเหลือน้อยที่สุดซึ่งจะนำไปสู่การสุ่มเสี่ยงยอมรับและความเข้าใจร่วมกันของทุกภาคส่วน [16]	- การตัดสินใจเชิงนโยบายเป็นผลมาจากการทำให้หาข้อสรุปร่วมกันของผู้ที่มีความคิดเห็นที่แตกต่าง
3.6 การตัดสินใจที่เป็นผลมาจากความรู้ที่เพิ่มขึ้น (knowledge gain influence)	เนื้อหาที่ปรากฏอยู่ในนโยบายสาธารณะ เป็นผลจากการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายของทุกภาคส่วน โดยใช้ความรู้ที่เพิ่มขึ้นจากกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ อย่างมีส่วนร่วม หรือการได้รับข้อมูล	- ผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับนโยบายเพิ่มขึ้น

ประเด็นการประเมิน	คำจำกัดความ	ตัวอย่างพารามิเตอร์
decision)	ข่าวสารที่ดีเพียงพอ (well-informed) โดยไม่ได้เกิดจากแรงกดดันทางสังคม	- ความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ
4. ผลกระทบจากนโยบาย (impact)	ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปใช้	
4.1 การทำให้เกิดสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (improving health and well-being)	การมีสุขภาพดี มีความรู้สึกเป็นสุข ความสมดุล ความเป็นองค์รวมของ 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณ ที่บูรณาการอยู่ในการพัฒนามนุษย์และสังคม เพื่อสร้างความอยู่เย็นเป็นสุข ในที่นี้หมายถึงรวมถึงการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	- สิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพเอื้อต่อการมีสุขภาพดี - การมีสุขภาพดีของประชาชนทุกคน
4.2 การทำให้เกิดความเสมอภาคด้านสุขภาพ (achieving equity in health)	การลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรมทางสังคมเพื่อนำไปสู่การลดลงหรือหายไปของความแตกต่างของสุขภาพของคนที่สังคม [17] เพราะความไม่เท่าเทียมกันเหล่านี้มีผลกระทบทำให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนเสียสุขภาพ	- มีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงโอกาส/ ทรัพยากรอันส่งผลต่อสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน

การประยุกต์ใช้

อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่งของกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยอาศัยกลไกต่างๆ เช่น ธรรมนูญสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ และการประเมินผลกระทบของนโยบายสาธารณะฯ เป็นกลไกเพราะจะทำให้ฝ่ายต่างๆเกิดความกระตือรือร้น และถูกนำไปใช้ง่ายขึ้นอันจะช่วยให้เข้าใจคุณค่าของตัวชี้วัดตามหลักคิดที่กล่าวไว้ในหัวข้อที่แล้ว นอกจากนี้ ผลที่ตามมาของกระบวนการนโยบายในระดับผลผลิตและผลลัพธ์ก็มีความสำคัญแก่การประเมินตามวัตถุประสงค์ของการประเมินนี้

ในทางปฏิบัติของการประเมินผลนี้ได้จัดตัวชี้วัดเป็นชุดตามกรอบในรูปที่ 4.1 พร้อมคำจำกัดความดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 4.2 โดยชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดแนวคิด (conceptual indicators) และส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ซึ่งจะต้องมีการนำไปสร้างเครื่องมือสำหรับประเมินและทดลองเก็บข้อมูล เพื่อประเมินความสอดคล้องเหมาะสมของชุดตัวชี้วัดดังกล่าว นอกจากนี้ วัตถุประสงค์หนึ่งของการประเมินในโครงการนี้ คือ การพัฒนาชุดตัวชี้วัดเพื่อประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ดังนั้น ชุดตัวชี้วัดที่ปรากฏในตารางที่ 4.2 ยังอาจมีการปรับเปลี่ยนได้เมื่อสิ้นสุดโครงการนี้

อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ชุดตัวชี้วัดนี้ยังมีข้อจำกัดในกรณีที่ไม่มีกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่พัฒนาไปปฏิบัติ หรือนำไปปฏิบัติในเวลาที่ไม่นานพอ จะไม่สามารถประเมินผลกระทบของนโยบายได้

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2550.
2. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion; 1988 April 5-9; Adelaide.
3. Leeuw ED. An exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands [dissertation]. Maastricht: University of Limburg; 1989.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. HPP: นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2555]. เข้าถึงได้จาก:
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.
5. World Health Organization. Health impact Assessment: Glossary of terms used [Internet]. [cited 2012 Feb 16]. Available from: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
6. Fafard P. Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences by National Collaborating Center for Healthy Public Policy; 2008.
7. อัมพล จินดาวัฒนะ. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2551.
8. Public Health Agency of Canada. Common elements of all our work: healthy public policy development [Internet]. [cited 2012 Feb 17]; Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/atlantic/work/e_d-eng.php
9. Rietbergen- McCracken J, Narayan D. Participation and Social Assessment: Tools and techniques. Washington DC: World Bank; 1998.
10. Victora CG, Schellenberg JA, Huicho L, Amaral J, Arifeen SE, Pariyo G, et al. Context matters: interpreting impact findings in child survival evaluations. Health Policy & Planning 2005; 20(suppl 1): i18-31.
11. Leichter HM. A comparative approach to policy analysis: health care policy in four nations. Cambridge: Cambridge University Press; 1979.
12. Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. London: Open University Press; 2005.
13. Wyatt JC. Management of explicit and tacit knowledge. Journal of the Royal Society of Medicine 2001; 94: 6-9.
14. Cortada JW, Woods JA. The knowledge management year book 2000-2001. Massachusetts: Butterworth-Heinemann; 2000.

15. World Health Organization. Milestones in health promotion: statement from global conference; 2009; Geneva: World Health Organization; 2009.
16. Fishkin JS, He B, Luskin RC, Siu A. Deliberative democracy in an unlikely place: Deliberative polling in China. *British Journal of Political Science* 2010. doi:10.1017/S0007123409990330.
17. Macinko JA, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health 1980-2001. *International Journal for Equity in Health* 2002; 1: 1-20.

ภาคผนวก

การทดลองใช้ชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น

ก่อนที่จะได้ชุดตัวชี้วัดดังแสดงไว้ในบทที่ 4 ของรายงานฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ลงสัมภาษณ์บุคคลที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการจัดทำนโยบายหรือยุทธศาสตร์โดยสัมพันธ์กับธรรมนูญสุขภาพตามที่ปรากฏในรายงานสานพลัง ประจำปี พ.ศ. 2553 ได้แก่ ผู้แทนสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์) 3 ท่าน และผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) 2 ท่าน เพื่อทดสอบความเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดเหล่านี้ไม่พบความเห็นขัดแย้งแต่ประการใด(ทุกประเด็นคำถามได้รับคำตอบอย่างราบรื่น ตรงประเด็น) รายละเอียดสรุปการสัมภาษณ์ปรากฏดังตาราง ก ทั้งนี้มีการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบในชุดตัวชี้วัดให้กระชับขึ้น หลังจากการสัมภาษณ์ผู้แทนสภาพัฒน์แล้วหารือกับทีมประเมินผล ก่อนนำไปทดสอบกับผู้แทน สปสช.

ตาราง ก สรุปผลจากการสัมภาษณ์ผู้แทนสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 3 ท่านเกี่ยวกับตัวชี้วัด

Policy process	Policy content	Achievement	Impact
ท่านมีความเห็นประการใดจากประสบการณ์ที่เคยร่วมสมัชชาฯ ระดับต่างๆภายใต้กรอบธรรมนูญสุขภาพ	ท่านมีความเห็นประการใดเกี่ยวกับสาระนโยบายที่ผ่านกระบวนการสมัชชาภายใต้กรอบธรรมนูญสุขภาพ	ท่านมีความเห็นประการใดเกี่ยวกับผลสืบเนื่องจากกระบวนการสมัชชาภายใต้กรอบธรรมนูญสุขภาพ	ท่านมีความเห็นประการใดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่พึงคาดหวังจากกระบวนการสมัชชาภายใต้กรอบธรรมนูญสุขภาพ
เรื่องsouthern seaboardดูเหมือนกระบวนการสมัชชาไม่ฟังความเห็นธุรกิจ	ที่ผ่านมาสภาพัฒน์ก็มององค์รวมอยู่แล้ว	การนำไปใช้ต้องกลั่นกรองอีกชั้นหนึ่งอยู่ดี ไม่ได้รับไปตรงๆ	เห็นด้วยว่า ความมั่งคั่งกับสุขภาพต้องไปด้วยกัน เช่นเดียวกับความมั่นคง
ยังไรทางสภาพัฒน์ก็ต้องตีความและหาความรู้เพิ่มเติม เพราะข้อเสนอของสช.เป็นความเห็นเสียมาก	ในส่วนของสภาพัฒน์พยายามให้เกิดสมดุลการพัฒนาอยู่แล้ว	เห็นด้วยว่า ผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาควรได้ความรู้เพิ่มขึ้นเข้าใจดีขึ้น	“ความเป็นธรรม” คือหลักคิดที่สภาพัฒน์ยึดถืออยู่แต่เดิมแล้ว
เรื่องภัยพิบัติ/มาตาพุด ยังต้องคำนึงถึงมุมมองของภาคการเมือง	ส่วนของสช.เป็นข้อเสนอที่มาจากบางพื้นที่เท่านั้น และเกิดจากความไม่รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง	ถ้ากระบวนการพิจารณานโยบายเหมาะสม ก็ไม่ควรมีความเคลื่อนไหวทวนข้อตกลง นอกห้องประชุมอีก	ความยั่งยืนเป็นหลักยึดของสภาพัฒน์
ถ้าสังเกต จะพบว่าในที่ประชุมสมัชชามีบางฝ่ายไม่มาหรือน้อยมาก	บางข้อเสนอมีลักษณะสุดโต่ง	ควรให้ความรู้สึกเป็นเจ้าของถ้าทำได้ แต่ในความจริงยังไม่ถึงขั้นนี้ เพราะรู้สึกมีข้อเสนออยู่แล้ว(already set agenda, conclusions)	
ขาดความรู้	คนมีส่วนร่วมมาก แต่เสียงไปทางประชาสังคมมาก เลยได้	ควรให้องค์ความรู้จนเข้าใจถ่องแท้แก่มวลสมาชิก แต่ไม่แน่ใจ	

Policy process	Policy content	Achievement	Impact
ท่านมีความเห็นประการใดจาก ประสบการณ์ที่เคยร่วมสมาชิกฯ ระดับต่างๆภายใต้กรอบ ธรรมนูญสุขภาพ	ท่านมีความเห็นประการใด เกี่ยวกับสาระนโยบายที่ผ่าน กระบวนการสมาชิกภายใต้ กรอบธรรมนูญสุขภาพ	ท่านมีความเห็นประการใด เกี่ยวกับผลสืบเนื่องจาก กระบวนการสมาชิกภายใต้กรอบ ธรรมนูญสุขภาพ	ท่านมีความเห็นประการใด เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่พึง คาดหวังจากกระบวนการ สมาชิกภายใต้กรอบธรรมนูญ สุขภาพ
	ข้อเสนอที่ปฏิบัติยาก และทำให้ ภาครัฐไม่ค่อยอยากร่วมในระยะ หลัง	ว่าสข ทำได้เพียงใด	
สข ขอขอบเขตแคบกว่า ควรระวัง ให้อยู่ในขอบเขตสุขภาพเท่านั้น มิฉะนั้นจะสะเปะสะปะ	รู้สึกตนเองเป็นเพียงที่ปรึกษา หลังๆเลยไม่ได้ไป	อันที่จริงผู้ร่วมสมาชิกฯควรเห็น มุมมองและได้ความรู้มากขึ้น แต่ ในความจริงยังไม่ถึงขั้นนี้	สุขภาพและความมั่งคั่งควรไป ด้วยกัน แต่ไม่ใช่เรื่องเดียวกัน
สข คำนึงถึงการปฏิบัติได้น้อยไป พยายามบอกให้รัฐทำ	สข ควรลดความเป็นชั่วคราว เน้น วิชาการ เป็นกลาง	จะได้ความรู้ถ้าให้ข้อมูลที่ถูกต้อง มากกว่านี้	
ในทางปฏิบัติ สภาพพัฒนาไม่ได้ เลือกตัวแทนหมู่บ้านจากแต่ละ ภาค และใช้คำถามกว้างๆ แทน การให้ข้อเท็จจริงเฉพาะ แต่จะ คืน"ข้อมูล"เพื่อสอบถามกับพื้นที่ ที่ว่าตรงกับที่เคยให้ความเห็นไว้ หรือไม่	สิ่งที่สข. อยากเห็นมีปรากฏใน แผน 11 อยู่แล้ว แต่ยอมรับว่า เนื้อหาจะจางตามที่สข. เสนอไม่ ปรากฏ		
ตอนไปร่วมกระบวนการ ธรรมนูญที่จ.สงขลาได้เห็น รูปธรรมกิจกรรมป้องกันโรค	แผนสภาพัฒน์แคชท์ก็ค ไม่มีงบฯ		

สรุปผลการทดลองสัมภาษณ์ ผู้แทน สปสข. เกี่ยวกับชุดตัวชี้วัดสำหรับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุข

Process

1. สาระในธรรมนูญฯ เป็นไปในกรอบแนวทางและทิศทาง ที่พรบ.หลักประกันสุขภาพมีอยู่แล้วและมีมาก่อน ดังนั้น จึงไม่เพิ่ม
คุณค่าให้แก่การกำหนดยุทธศาสตร์ของ สปสข.อย่างเด่นชัด
2. มุ่งหวังให้ภาคประชาสังคมและชุมชนซึ่งยังไม่มีอิทธิพลต่อนโยบายได้มีส่วนร่วมมากๆ เลยอาจทำให้หน่วยงานภาครัฐ
ส่วนใหญ่ไม่เห็นประโยชน์และไม่เข้าร่วม
3. ข้อเสนอจากภาคประชาสังคมในลักษณะกดดันให้ภาครัฐรับผิดชอบเพียงฝ่ายเดียว ก็มีส่วนทำให้หน่วยงานภาครัฐ
ส่วนใหญ่ (เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) ไม่เข้าร่วม
4. ข้อเสนอแนะให้โรงแรมห้าดาวเป็นที่สาธารณะ เป็นตัวอย่างเนื้อหาที่ภาคเอกชนรับไม่ได้ จึงไม่เข้าร่วม
5. มติของสมาชิกฯโดยโยงกับธรรมนูญภายใต้กระบวนการดังกล่าวจึงไม่ได้รับความสนใจจากหน่วยงานภาครัฐหรือ
ภาคเอกชน

6. เชื่อว่าการสนับสนุนจากรัฐบาลอภิสิทธิ์เป็นกรณีเฉพาะที่คาดหวังได้ยากกว่าจะเกิดเมื่อพรรคการเมืองอื่นมาเป็นแกนนำรัฐบาล เช่นเดียวกัน หน่วยงานใหม่ (กลุ่ม"ส"อื่นๆ) ที่สนับสนุนแนวทางสมัชชา/ธรรมนูญก็อาจไม่ยั่งยืนเมื่อเปลี่ยนผู้นำองค์กร
7. เสนอว่า สช. ควรใช้ความอดทนมากขึ้นในการทำงาน เพื่อค่อยๆ สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยคิดค้นกลไก และวิธีทำงานใหม่ๆ เช่น การทำแผนที่ยุทธศาสตร์ภาคีระดับต่างๆ เพื่อเลือกเฟ้นทำงานกับพันธมิตรที่มีศักยภาพ (พันธมิตรเชิงยุทธศาสตร์) อย่างเช่น รพ.ด่านซ้ายและเครือข่ายสำหรับการขับเคลื่อนระดับพื้นที่ สสส.สำหรับระดับชาติ เป็นต้น ทั้งนี้ สช. ในฐานะองค์กรยังน่าจะต้องพัฒนาขีดความสามารถด้านการจัดการให้เพียงพอที่ที่ผ่านมา
8. การผลักดันนโยบายโดยไม่มีอำนาจจัดสรรงบประมาณหรือเงินสนับสนุนเป็นความท้าทายมากสำหรับ สช.
9. การสนับสนุนภาคประชาสังคมให้เคลื่อนไหวนโยบายยังไม่เพียงพอ เพราะยังไม่เกิดมวถวิฤกฤตที่มีแรงกดดันทางการเมืองอย่างเพียงพอ

Content

1. ร่างข้อเสนอสาระนโยบายยังให้ทางเลือกน้อยเกินไป และไม่สอดคล้องกับแนวคิด/ค่านิยมของหน่วยงานรัฐส่วนใหญ่ (ต้องการงบประมาณ หรือกำลังคน ไม่นิยมการกระจายอำนาจ)
2. ตัวอย่างมติสมัชชาในเรื่องการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย คุณภาพบริการ และบริการปฐมภูมิ มีผลน้อยมากต่อการพัฒนายุทธศาสตร์ของ สปสช. เพราะเป็นกรอบกว้างๆ ซึ่ง สปสช.ก็ได้พยายามดำเนินการมาก่อนแล้ว

Achievement/ impact

1. เห็นด้วยว่าการวัดความสำเร็จของการขับเคลื่อนธรรมนูญและสมัชชาฯ โดยชุดตัวชี้วัดที่กล่าวมาเหมาะสม

หมายเหตุ อย่างไรก็ตาม ดังที่กล่าวไว้แล้วในบทที่ 4 ว่าชุดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นนี้มีลักษณะเป็นตัวชี้วัดแนวคิด (conceptual indicators) และส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ซึ่งจะต้องมีการนำไปสร้างเครื่องมือสำหรับประเมินและทดลองเก็บข้อมูล เพื่อประเมินความสอดคล้องเหมาะสมของชุดตัวชี้วัดดังกล่าว นอกจากนี้ วัตถุประสงค์หนึ่งของการประเมินในโครงการนี้ คือ การพัฒนาชุดตัวชี้วัดเพื่อประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ดังนั้น ชุดตัวชี้วัดที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ ยังอาจมีการปรับเปลี่ยนได้เมื่อสิ้นสุดโครงการนี้