บทที่ 7

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

7.1 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

7.1.1 ความหมาย แนวคิดและพัฒนาการของนโยบายสาธารณะ

แนวคิดในการให้ความหมายของ "นโยบายสาธารณะ" อาจจำแนกออกเป็น 2 แนวคิด คือ แนวคิดแบบดั้งเดิม ซึ่งมีที่มาจากฐานคิดทางรัฐศาสตร์และการปกครอง ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึงนโยบายของรัฐที่จะกระทำหรือไม่กระทำการใดๆ และแนวคิดที่สอง ซึ่งมาจากฐานคิดทางสังคมที่มองถึงพลังอำนาจที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นนอกเหนือจากภาครัฐในการร่วมเข้ามาร่วมขับเคลื่อนสังคม เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมาสังคมโดยทั่วไปยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะในรูปแบบของการประกาศนโยบายจากรัฐบาลหรือจากหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งกระบวนการนโยบายสาธารณะในแนวคิดนี้ จะมีรูปแบบเป็นเส้นตรงจากบนลงล่าง (top-down policy) ซึ่งหลายกรณีที่มีการเกิดกระแสความขัดแย้งในการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาต่างๆ ของรัฐในประเทศไทย ส่วนหนึ่งก็เกิดจากกระบวนการกำหนดนโยบายซึ่งทำโดยภาคการเมืองและภาคราชการ ขาดการเข้ามามีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่นของสังคม เช่น ภาคประชาชน นักวิชาการ เป็นต้น รวมทั้งส่วนใหญ่ยังขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐด้วยกันเอง ดังนั้นการทำกิจกรรมต่างๆ ในพื้นที่ จึงยังเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ทำให้ขาดการเรียนรู้ร่วมกันในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบถึงคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ในด้านต่างๆ ในขณะที่บริบทของสังคมโลกาภิวัตน์ในปัจจุบัน รัฐสมัยใหม่มีสภาพไร้พรมแดนและสังคมมีความซับซ้อนแยกย่อยแต่ละกลุ่มผู้คนมีความแตกต่างหลากหลายในการเลือกแนวทางการใช้ชีวิต ปัญหาที่เผชิญ ค่านิยมใหม่ๆ และอัตลักษณ์ของกลุ่มคนซึ่งมีความจำเพาะกับบริบทของพื้นที่ในท้องถิ่นต่างๆ ทำให้บทบาทของรัฐในการจัดการชีวิตทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมที่หลากหลายของผู้คนในสังคมไม่ครอบคลุมเพียงพอ อีกทั้งในช่วงหลังทศวรรษที่ 2530 เป็นต้นมา การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชน มูลนิธิ สมาคมและกลุ่มพลเมืองต่างๆ รวมทั้งภาคธุรกิจที่ให้ความสนใจกับปัญหาสังคมและการเมืองกลายเป็นกระแสทางสังคม องค์กรและบุคคลนอกภาครัฐ (Non-state actors) มีบทบาทมากขึ้นในการร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนาและร่วมดำเนินการแก้ปัญหาสาธารณะต่างๆ มีเวทีประชาคม ลานเสวนา รวมทั้งสื่อสาธารณะที่เปิดพื้นที่ให้เกิดการอภิปรายถกแถลง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผลักดันและร่วมกำหนดนโยบาย รวมทั้งการตรวจสอบอำนาจทางการเมือง เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง[1] หลายพื้นที่มีชุมชนที่สามารถลุกขึ้นมาช่วยกันวางระบบการจัดการตนเองเพื่อสุขภาวะของชุมชน ดังนั้นระบบการเมืองแบบดั้งเดิมที่กระบวนการนโยบายสาธารณะมีจุดเน้นอยู่ที่รัฐและสถาบันบนกระบวนการทางการเมืองที่เป็นทางการ บนการตัดสินใจแบบรวมศูนย์อำนาจ บนการวิเคราะห์หาทางเลือกนโยบายที่ดี รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ของนโยบายโดยผู้รู้และนักเทคนิคการวิเคราะห์

นโยบายไม่เพียงพอที่จะจัดการการดำเนินชีวิตของผู้คนที่เปลี่ยนแปลงและซับซ้อนมากขึ้นอย่างในสังคมไทยปัจจุบัน ทำให้แนวคิดของนโยบายสาธารณะสมัยใหม่ได้ขยับพัฒนาไปเป็นแนวคิดแบบที่สอง คือ นโยบายสาธารณะที่หมายถึง "ทิศทาง แนวทางที่สังคมต้องการและมุ่งหวังที่จะดำเนินการไปในทิศทางนั้น" เป็นแนวคิดนโยบายสาธารณะอีกแบบหนึ่งหรือเรียกว่านโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ซึ่งให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่จะส่งผลกระทบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคมนั้นๆ รวมทั้งการใช้องค์ความรู้เป็นตัวนำการขับเคลื่อนในมิติของนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมนี้ได้เปลี่ยนนิยามความหมายของนโยบายสาธารณะจากที่เป็นคำประกาศของรัฐมาสู่การกำหนดแนวทางการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมเอง ดังนั้นในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ จึงมีลักษณะเป็นกระบวนการปรึกษาหารือหรือถกแถลงของผู้คนในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่องราวในชีวิตของตัวเอง ภายใต้ความมุ่งหวังต้องการแสวงหาสังคมและชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นพลวัตของกระบวนการเรียนรู้ภายในพื้นที่สาธารณะ นโยบายสาธารณะในมิตินี้แสดงให้เห็นถึงความเคลื่อนไหวของคนในชุมชนท้องถิ่น ที่ต้องการสร้างวิถีชีวิตทางสังคมและการจัดการวิถีชีวิตด้วยกันเองในสังคมไทย ซึ่งเป็นการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะที่เป็นทางเลือกใหม่ของสังคม ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนด้วยกันเอง

กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในสังคม ซึ่งทำให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักถึงปัญหาสาธารณะของชุมชนและนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและแนวทางการทำงานร่วมกัน นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและติดตามประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเชื่อมโยงกับแนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจและทรัพยากรต่างๆ และเป็นการที่คนทุกกลุ่มมีอำนาจในการตัดสินใจ โดยอำนาจควรได้รับการจัดสรรในระหว่างประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้ทุกๆ คน ได้มีโอกาสที่จะมีอิทธิพลต่อกิจกรรมส่วนรวม ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญในการสร้างประชาธิปไตยอย่างยั่งยืนและส่งเสริมธรรมาภิบาล ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงทัศนะและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่จะมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเอง(2)

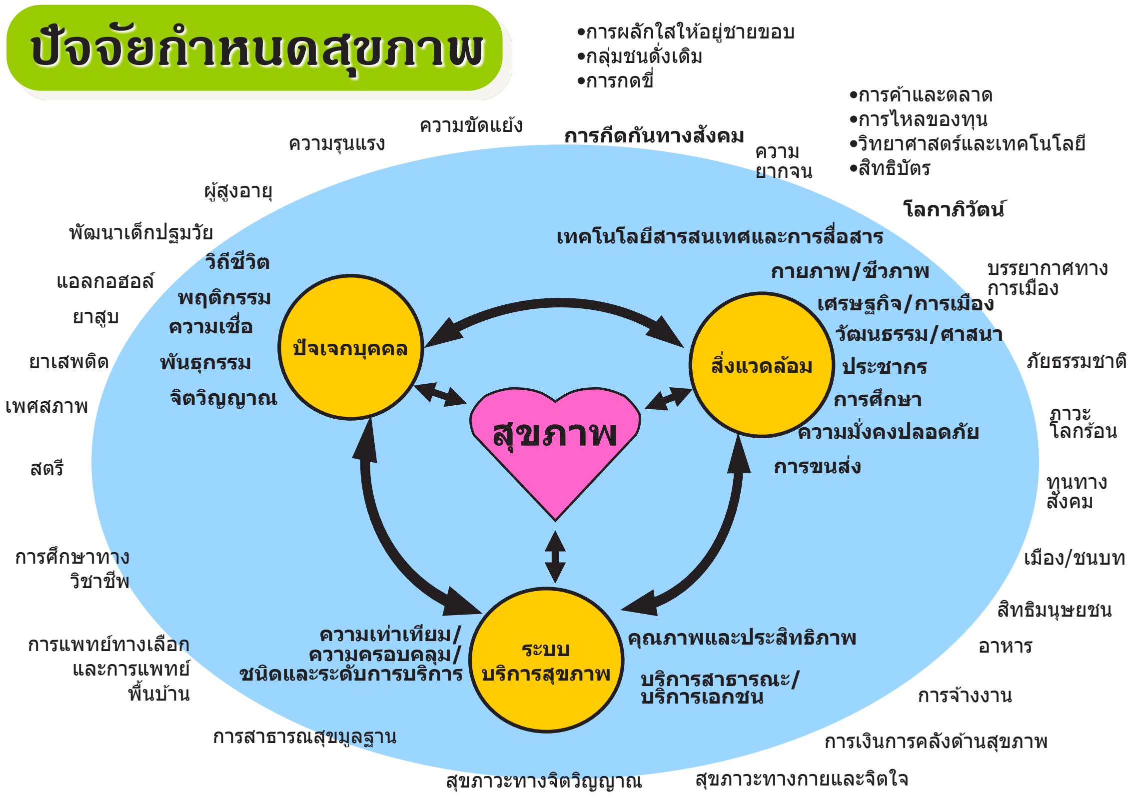
การที่จะเพิ่มบทบาทของพลเมืองในกระบวนการนโยบายสาธารณะให้เพิ่มมากขึ้นนั้น จำเป็นต้องดำเนินการภายใต้หลักการสำคัญ 3 หลักการ คือ (1) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของพลเมืองและองค์กรชุมชน (2) การปรับบทบาทหน้าที่ของรัฐและหน่วยงานราชการและ (3) การส่งเสริมการเข้าร่วมของพลเมืองและองค์กรชุมชน(3) ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญกับการสร้างพื้นที่สาธารณะหรือปริมณฑลสาธารณะ (Public sphere) เพื่อให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นนโยบายหรือพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง ได้มาร่วมกันถกแถลงปรึกษาหารือร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางแก้ไขปัญหาและ/หรือการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา โดยมีนักวิเคราะห์นโยบายหรือหน่วยงานภาครัฐ ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกให้เกิดการสร้างพื้นที่สาธารณะ แต่ไม่ไปครอบงำการตัดสินใจของผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการถกแถลง ดังที่เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ ได้เสนอบทบาทของนักวิเคราะห์นโยบายในการเปิดพื้นที่สาธารณะ คือการใช้ความชำนาญทางเทคนิคช่วยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน และช่วยอำนวยกระบวนการที่เอื้อให้เกิดการนำเสนอความคิดเห็นของกลุ่มต่างๆ อย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่จะนำไปสู่การเสนอแนะเชิงนโยบายหรือการตัดสินใจนโยบาย(4)

7.1.2 จากนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) พัฒนาไปสู่ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ซึ่งหมายถึง "นโยบายที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้" ได้ถูกกำหนดเอาไว้ใน "กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ"เมื่อปี พ.ศ. 2529[5] ถือเป็นจุดเริ่มต้นของ"การสาธารณสุขแนวใหม่ (new public health)" ที่ตระหนักถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆ และเห็นถึงความจำเป็นของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และแนวคิดนี้ได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพครั้งต่อๆ มา ซึ่งมีข้อสรุปว่าปัจจัยสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพคือความรับผิดชอบของรัฐบาลที่มีต่อสุขภาพ ภาครัฐทั้งด้านเกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชย์ การศึกษา และคมนาคม ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพไม่น้อยไปกว่าเศรษฐกิจ และจำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพในการกำหนดและดำเนินนโยบายทุกครั้ง การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงควรมีการประสานและบูรณาการนโยบายทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพให้เป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะผสมกลมกลืน รวมทั้งต้องส่งเสริมบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม เช่น ธุรกิจเอกชน องค์การพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน สหภาพแรงงาน สมาคมวิชาชีพ และผู้นำศาสนา โดยนัยยะข้างต้น การกำหนดนโยบายสาธารณะต่างๆ ย่อมต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อบุคคล และสภาพแวดล้อมที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพหรือสุขภาวะ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางบวกทางลบ หรือโดยตรงโดยอ้อม เช่น นโยบายการคมนาคม นโยบายการเจรจาการค้าเสรี นโยบายการส่งเสริมการลงทุน นโยบายการให้สัมปทานเหมืองแร่ นโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและวัตถุอันตรายต่างๆ นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพจึงเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพทั้งสิ้น[6]

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) (ภาพที่ 7.1) ซึ่งจะทำให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) โดยที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมาย ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ว่าหมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่ รวมถึงปัจจัยและระบบต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย ปัจจัยและระบบต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานในสังคม นโยบายทางสังคม และระบบการเมืองการปกครอง[7] ในปี พ.ศ. 2551 คณะกรรมาธิการปัจจัย-สังคมกำหนดสุขภาพ (Commission on Social Determinants of Health: CSDH) ขององค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายงานชื่อ "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health" พร้อมเสนอแนวทางใหม่ในการพัฒนาว่า การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างเดียวโดยไม่มีนโยบายที่จะทำให้ผลประโยชน์กระจายตัวอย่างเป็นธรรม จะส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาวะและความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่มติของสมัชชาอนามัยโลก ปีที่ 62 ซึ่งเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ผ่านมาสังคมมักให้กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพรับผิดชอบเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชน แต่พบว่าการเจ็บป่วยและภาระโรคเป็นผลมาจากเงื่อนไขทางสังคมและสิ่งแวดล้อม หรือเป็นผลของนโยบายและโครงสร้างทางสังคม การแก้ปัญหาจึงต้องนำทุกสถาบันทุกภาคส่วนของสังคมมาช่วยกันแก้ไข[8]

ภาพที่ 7.1 ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ



ที่มา: อำพล จินดาวัฒนะ2

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 65 ได้มีมติเห็นชอบคำประกาศริโอ (Rio Political Determinants Declaration) เมื่อปี พ.ศ. 2554 ซึ่งเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับประเด็นต่างๆ ในการพัฒนาปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ เพื่อนำไปสู่ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ดังนี้

1. ยอมรับการปรับปรุงการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนา
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบาย และนำนโยบายไปปฏิบัติ
3. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ
4. สร้างความเข้มแข็งของการอภิบาลและการประสานการทำงานในระดับโลก
5. กำกับดูแลและติดตามความก้าวหน้า และเพิ่มความรับผิดชอบร่วม

ต่อมาในการประชุมส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 8 ที่ประเทศฟินแลนด์ เมื่อปี พ.ศ. 2556 ที่ประชุมได้นำหลักการสำคัญจากคำประกาศริโอ เรื่อง ปัจจัยกำหนดสุขภาพและมติสมัชชาสหประชาชาติ ว่าด้วยเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มาพัฒนากำหนดเป็นประเด็นหลักของการประชุม ว่าด้วย Health in All Policies (HiAP) หรือ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ข้อเรียกร้องที่ประเทศสมาชิกมีฉันทมติร่วมตาม The Helsinki Statement on Health in All Policies คือ “ขอให้รัฐบาลของทุกประเทศให้ความมั่นใจว่าการพิจารณาประเด็นด้านสุขภาพนั้น ต้องผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายที่โปร่งใส มีความรับผิดชอบและเปิดโอกาสให้เกิดการทำงานข้ามภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในสังคม เพื่อให้เกิดผลประโยชน์ร่วม (Co-benefit) ที่คำนึงถึงสังคมส่วนรวม” ของทุกภาคส่วน[10] แถลงการณ์ดังกล่าว ระบุว่า รัฐบาลมีหน้าที่และความผูกพันต่อสุขภาพและสุขภาวะของประชาชนและต้องนำไปปฏิบัติให้เป็น

จริง ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยยอมรับในแนวคิด "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" (HiAP) และการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพพร้อมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งให้แก่กระทรวงสาธารณสุข ในการทำงานร่วมกับกระทรวง หน่วยงาน รวมถึงสถาบันอื่นๆ ทั้งบทบาทการนำการสร้างความสัมพันธ์ การกระตุ้นและเป็นสื่อเชื่อมโยงให้เกิดการดำเนินงานที่เกิดผลดีต่อสุขภาพ สิ่งสำคัญคือต้องสร้างความไว้วางใจระหว่างกันผ่านกลไกประเมินผลกระทบทางสุขภาพ(Health Impact Assessment: HIA) ที่โปร่งใสและเชื่อถือได้ของทุกฝ่าย

ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้แนวคิด "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ"อย่างมาก ในปี พ.ศ. 2557 ได้เผยแพร่เอกสารกรอบแผนปฏิบัติงานตามแนวคิด"ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ"ระดับประเทศ (Health in All Policies Framework for Country Action) พร้อมทั้งที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 67 ได้มีฉันทมติในระเบียบวาระ "contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity" โดยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนแนวคิด"ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" ให้เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมกับบริบทของประเทศสมาชิก ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2560 มีการก่อตั้งเครือข่าย the Global Network for Health in All Policies (GNHiAP) เป็นเครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันอย่างหลวมๆ ของประเทศต่างๆ ที่มีความสนใจร่วมกันมีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพและการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยได้เผยแพร่แถลงการณ์ของเครือข่ายในการประชุมวิชาการซึ่งจัดขึ้นในระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 70[11] นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาชุดความรู้ เครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะตามแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพและมีการเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง เช่น เอกสาร Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world[12] ซึ่งประกอบด้วยกรณีศึกษาการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะตามแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ ที่มีการดำเนินการในประเทศต่างๆ รวมทั้งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยซึ่งเป็นกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการขับเคลื่อนแนวคิด "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" ให้ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

การส่งเสริมให้เกิดสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยการทำงานหลายภาคส่วน เพื่อสร้างพฤติกรรมที่มีสุขภาวะ รวมไปถึงการบูรณาการความเป็นธรรมทางสุขภาพ ลงไปในทุกนโยบาย ทุกระบบและทุกโครงการตามแนวคิด "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" ซึ่งเป็นลักษณะของนโยบายสาธารณะข้ามสาขา ที่มีการคำนึงถึงประเด็นด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบในกระบวนการพิจารณาตัดสินใจ แสวงหาการสานพลังและหลีกเลี่ยงผลกระทบที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพหรือการพัฒนาระบบสุขภาพ แนวคิดนี้สะท้อนหลักการของความชอบธรรม ความรับผิดชอบ ความโปร่งใสในการเข้าถึงข้อมูล การมีส่วนร่วม ความยั่งยืน และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐทุกสาขาในทุกระดับ[13] แนวคิด HiAP สอดคล้องกับแนวทางการขับเคลื่อนกลไกต่างๆ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่เน้นการจัดกระบวนการเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม แต่ในทางปฏิบัติยังสามารถขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ไม่มากนัก ซึ่งการที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการทำให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบของผู้กำหนดนโยบายสาธารณะ สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพในทุกระดับของการวางนโยบาย รวมถึงการให้ความสำคัญกับผลกระทบของนโยบายสาธารณะต่อปัจจัยที่กำหนดสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชนซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

7.2. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของไทย

7.2.1 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีจุดกำเนิดมาจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่เริ่มเกิดขึ้นทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ด้วยสาเหตุสำคัญหลายประการ เช่น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น การขาดหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน คุณภาพบริการต่ำ เป็นต้น โดยมุ่งเน้นการปฏิรูประบบทางการแพทย์หรือการบริการใช้มาตรการทางการเงินเป็นสำคัญ สำหรับประเทศไทย กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้น มีจุดต่างสำคัญที่การปฏิรูปของไทย เน้นการขับเคลื่อนและการประสานพลัง ทั้งพลังทางวิชาการทางสังคมและทางการเมือง ระบบสุขภาพใหม่ที่พึงประสงค์ของไทย จึงเน้นการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ ปรับระบบคิดและระบบโครงสร้างการทำงานให้เป็นแบบองค์รวม กระจายบทบาทและเสริมสร้างศักยภาพให้กับประชาชน ชุมชนและสังคมร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพตั้งแต่ระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล จนถึงการร่วมกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและร่วมบริหารจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นและระดับประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2543 คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้จัดทำรายงานระบบสุขภาพประชาติ” ที่มีข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 นำเสนอภาพพึงประสงค์ของระบบสุขภาพ และเสนออย่างชัดเจนให้พิจารณาจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งประชาชาติ เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทสำหรับระบบสุขภาพที่จะเอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระยะยาว นับเป็นครั้งแรกที่คำว่า “ระบบสุขภาพ (health system)” ถูกใช้อย่างเป็นทางการเพื่อให้ความหมายที่กว้างขวางครอบคลุมมากกว่าคำว่า “ระบบสาธารณสุข (public health system)” ที่ใช้กันมาแต่เดิม ผลจากการเสนอรายงานได้ทำให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยก่อเกิดอย่างเป็นทางการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2543 โดยวางกลไกการทำงานเชื่อมประสานระหว่างสามภาคส่วนที่สำคัญ คือ ประชาชน วิชาการ และการเมือง หรือ “ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน กรรมการมาจากภาคส่วนสำคัญทั้งสามส่วน และจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการ ผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติ โดยการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย

ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพไทย มุ่งที่การ “สร้างนำซ่อม” จึงเน้นปฏิรูปไปถึงวิธีคิดของคนไทยทั้งสังคมเกี่ยวกับระบบสุขภาพ รวมถึงกระตุ้นให้ตระหนักถึงสิทธิด้านสุขภาพ ตระหนักว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่เรื่องของการรอให้รัฐจัดหามาให้ และเป็นเรื่องที่กว้างกว่า “โรค” และ “อวัยวะ” เป็นเรื่องของ “ระบบทั้งมวลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมอันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมเศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ” กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ใช้การจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือในการระดมความร่วมมือและความคิดเห็ๆจากทุกภาคส่วน การยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... จึงเป็นทั้งกระบวนการ (process) และเป้าหมาย (target) ซึ่งแตกต่างจากการยกร่างกฎหมายแต่เดิม ที่เน้นการเขียนตัวบทกฎหมายเป็นหลัก ในช่วงเวลาเกือบ 8 ปี ของการยกร่างกฎหมายนี้ จึงมีเวทีรับฟังความคิดเห็นกว่า 1,000 เวที มีองค์กรภาคีกว่า 3,000 เครือข่าย มีผู้เข้าร่วมกว่า 100,000 คน โดยมีเครือข่ายประชาคมสุขภาพ หน่วยงานรัฐ และนักวิชาการสุขภาพ เป็นแกนทำงานที่สำคัญ จนในที่สุดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ผ่านการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติในวาระ 3 เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2550 และมีผลบังคับใช้นับแต่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550[14]

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550[14] ให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพ" ขยายออกไปกว้างขึ้นกว่าเดิม โดยหมายถึง "ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล" การเปลี่ยนแปลงนิยามนี้นับเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานด้านสุขภาพใหม่ ปรับจากบริบททางชีวการแพทย์ (bio-medical model) มาเป็นบริบททางสังคม (bio-social model) ปรับการเน้นการรักษาความเจ็บป่วย (illness) มาเน้นที่การส่งเสริมและรักษาให้มีสุขภาพดี (wellness) และปรับจากการมุ่งยกระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล (individual behavior) ไปเป็นมุ่งสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ (healthy public policy) นอกจากนี้ยังให้การรับรองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนไว้หลายประการ เช่น สิทธิคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต และมีมาตราที่รับรองสิทธิของประชาชนในการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ซึ่งมีการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมในหลายประเด็น เช่น ในเรื่องสิทธิด้านข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ประกาศแนวทางปฏิบัติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ พ.ศ. 2559 เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2559 เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรา 7 แห่ง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดให้ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้น หรือกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย และปัจจุบันมีการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์อย่างแพร่หลายทั้งในเรื่องการทำงานและการดำเนินชีวิต หากบุคลากรด้านสุขภาพใช้ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการสุขภาพได้

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมในการเข้ามาร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะ มีกลไกการขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นกลไกเสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าว ตามมาตรา 25[2] และยังมีหน้าที่ประสานสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในทุกระดับ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีองค์ประกอบตามยุทธศาสตร์ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" คือ การประสานพลังการเมือง ได้แก่ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ รวม 13 คน พลังวิชาการ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนสภาวิชาชีพ รวม 13 คน และพลังสังคม ได้แก่ ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร 13 คนจาก 13 เขตทั่วประเทศ การออกแบบคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติสะท้อนแนวคิดสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน มีผู้เกี่ยวข้องหลากหลาย และสุขภาพเป็นเป้าหมายร่วมของสังคมทั้งมวล (All for Health for Health for All) และให้มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยเลขานุการ ซึ่งมีบทบาทสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านเครื่องมือต่างๆ เช่น การประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ การจัดสมัชชาสุขภาพระดับชาติ สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เป็นต้น โดยมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานในการพัฒนาระบบสุขภาพ

7.2.2 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และขับเคลื่อนแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพในประเทศไทย ดำเนินการผ่านกลไกและเครื่องมือต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ มีกลไกการดำเนินงานที่สำคัญ คือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการ

สุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นสำนักงานเลขานุการดำเนินการผ่านเครื่องมือต่างๆ เช่น การประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ การจัดสมัชชาสุขภาพระดับชาติ สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น การส่งเสริมสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ และคณะกรรมการที่ขับเคลื่อนประเด็นเฉพาะด้านต่างๆ เป็นต้น โดยมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานในการพัฒนาระบบสุขภาพ

1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Statute)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็น “กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ” โดยเสนอผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ก่อนรายงานให้สภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาทราบ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยกำหนดให้ทบทวนสาระอย่างน้อยทุก 5 ปี เพื่อให้ทันการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ในทางปฏิบัติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ เป็นภาพอนาคตพึงประสงค์ของระบบสุขภาพทุกระดับ ทุกหน่วยงาน องค์กร ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำไปใช้อ้างอิงประกอบการจัดทำแผนนโยบายหรือกติการ่วมของชุมชนได้

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2559 หลังจากที่ได้รายงานสภานิติบัญญัติแห่งชาติทราบแล้ว คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ประกาศธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 ได้เสนอภาพรวมของหลักการสำคัญ และเนื้อหาสาระสาระรายหมวด 14 หมวด ซึ่งจะให้ความสำคัญกับสมดุลของการอภิบาลระบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนนำแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAPs) ไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สาระสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559[15] มีดังนี้

1.1) หลักการสำคัญของระบบสุขภาพ ประกอบด้วยสาระสำคัญใน 3 หมวดแรก ได้แก่

• ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคน โดยบุคคลมีความตระหนักรู้และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว บุคคลในความดูแล และชุมชน มิให้เกิดความเสียหายทางสุขภาพ หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยรัฐมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนและคุ้มครอง ทั้งนี้ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและความมั่นคงของประเทศ การกำหนดนโยบายสาธารณะต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพเสมอและระบบสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ

• คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ รัฐและทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและการจัดการกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ รวมทั้งการมีหลักประกันและการคุ้มครองให้เกิดสุขภาพที่จะนำไปสู่สุขภาวะที่มั่นคงและยั่งยืนของทุกกลุ่มวัย การพัฒนาระบบสุขภาพต้องเชื่อมโยงกัน และต้องสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนนำแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies)” ไปใช้ เพื่อให้เกิดนโยบายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในทุกระดับ โดยรัฐและทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญกับหลักการทำงานแบบเครือข่ายและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับ

• การจัดให้มีหลักประกันและการคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ จะต้องครอบคลุมปัจจัยทั้งหลายที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ระบบบริการสาธารณสุขและปัจจัยสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมและนโยบายสาธารณะต่างๆ ครอบคลุมบุคคลทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย อย่างเสมอภาค เท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติ และการสร้างหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม

1.2) สาระสำคัญรายหมวด 14 หมวด

ประกอบด้วย (1) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ (2) การสร้างเสริมสุขภาพ (3) การป้องกัน ควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (4) การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ (5) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น (6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (7) การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (8) การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (9) การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (10) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (11) สุขภาพจิต (12) สุขภาพทางปัญญา (13) การอภิบาลระบบสุขภาพ (14) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพื้นที่

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 นี้ มีการพัฒนาอย่างสำคัญจากฉบับแรกในหลายประการ โดยเฉพาะในส่วนของสาระสำคัญรายหมวดเนื้อหา ซึ่งเพิ่มเติมจากเดิม 12 หมวด เป็น 14 หมวด โดยเพิ่มในหมวดของสิทธิด้านสุขภาพ สุขภาพทางปัญญา และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์จากการประเมินความสำเร็จของการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับแรก โดยเฉพาะการเกิดขึ้นของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ซึ่งเป็นภาพความสำเร็จที่ถูกขยายผลออกไปอย่างรวดเร็ว เพราะจับต้องได้และตอบสนองวิถีชีวิตของชุมชน ทั้งในเชิงประเด็นและในเชิงพื้นที่หลายระดับ เช่น ธรรมนูญสุขภาพตำบล ธรรมนูญลุ่มน้ำ ธรรมนูญสุขภาพจังหวัด ธรรมนูญผีมอญ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ เป็นต้น

โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับองค์กรภาคียุทธศาสตร์ เน้นการประสานเชื่อมโยงการทำงาน เห็นคุณค่าการทำงานร่วมและใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยกำหนดกรอบกติกา แผนและวิธีการทำงานร่วม รวมไปถึงการรับผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตพื้นที่ ซึ่งนำธรรมนูญสุขภาพฯ ไปสนับสนุนการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล มหาเถรสมาคมและสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติที่ได้ร่วมกันจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ฉบับแรกของประเทศไทย เป็นต้น

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560: สร้างเสริมสุขภาวะพระทั่วประเทศ

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2560 ถือเป็นนวัตกรรมทางสังคม ซึ่งถูกพัฒนามาจากผลของการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” และการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ในหมวดที่ 2 ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กรรมการมหาเถรสมาคม มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ร่วมกันขับเคลื่อนส่งผลให้มติพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะถูกบรรจุเข้าในยุทธศาสตร์หลักของมหาเถรสมาคม โดยยึดหลักการสำคัญ คือ การใช้ทางธรรมนำทางโลก และมาตรการสำคัญในการดำเนินการ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ และการวิจัย ที่จะนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาวะพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข ภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2560–2569)

กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ดำเนินการโดยยึดหลักพระธรรมวินัยและข้อมูลทางวิชาการเป็นฐาน ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมและการเปิดช่องทางการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสะท้อนเจตนารมณ์และพันธะร่วมกัน และเป็นจุดอ้างอิงของพระสงฆ์ คณะสงฆ์ ชุมชน สังคม และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ในการกำหนดทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาวะของพระสงฆ์และสังคมในอนาคต

ที่มา: ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560[16]

2) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA)

2.1) หลักการและความสำคัญของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติให้บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ อีกทั้งมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจงและเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว โดยที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ซึ่งเอกสารหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ[17] ได้ให้ความหมายของ HIA ว่า หมายถึง *“กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมเพื่อให้ประชาชน ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาควิชาการ ได้เรียนรู้ร่วมกันในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพ เหตุและปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน ที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการนโยบายสาธารณะทั้งทางลบ ทางบวก และความเป็นธรรมจากการได้รับผลกระทบจากนโยบายสาธารณะดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายและมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว”*

หน่วยงานที่มีบทบาทด้านการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข คือ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย มีพันธะกิจเป็นหน่วยงานหลัก ในการผลิต พัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี รูปแบบ แนวทาง เกณฑ์มาตรฐาน ด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ[18] ปัจจุบันมีหน่วยงานและสถาบันวิชาการจำนวนไม่น้อยที่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่มีการจัดทำโครงการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ กรณีศึกษาผลกระทบจากความตกลงการค้าเสรีไทย-สหภาพยุโรปต่อการเข้าถึงยา ซึ่งนอกจากจะสามารถพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายแล้ว ยังเป็นการสร้างชุดความรู้ที่สนับสนุนความเป็นไปได้ในการนำกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพไปปรับใช้ในกระบวนการเจรจาการค้าอื่นๆ ด้วย รวมถึงสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรคที่ริเริ่มจัดทำแนวทางHIA สำหรับโครงการที่กำหนดให้จัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและผลักดันแนวทาง HIA และดัชนีทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบของรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 นอกจากนี้ ยังมีเครือข่าย

ความร่วมมือทางวิชาการในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA Consortium) ซึ่งเป็นเครือข่ายนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้องจากหลากหลายสถาบันในทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ร่วมกันพัฒนางานวิชาการเพื่อสนับสนุนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ โดย สช. เป็นแกนประสานสนับสนุน

2.2) หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ

บทบัญญัติในมาตรา 25 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ ให้อำนาจหน้าที่ของ คสช.ใน[5] กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ โดยในปี พ.ศ. 2559 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลทางสุขภาพที่เกิดจากจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2559 ซึ่งให้ความสำคัญกับทิศทางที่มุ่งสู่การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม โดยเน้นหลักการเรียนรู้และทำงานร่วมกันอย่างสมานฉันท์ บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูล หลักฐานที่หลากหลายและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน และสามารถปรับใช้กับกระบวนการนโยบายสาธารณะที่มีความแตกต่างกันได้ในแต่ละกรณีได้อย่างยืดหยุ่น โดยมีหลักเกณฑ์การประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพใน 4 ข้อ คือ

- การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเชิงรุก (Proactive HIA)
- การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเมื่อมีการดำเนินงานไปแล้ว (Ongoing HIA)
- การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเมื่อมีข้อร้องเรียนแล้ว (Conflict and Compliant Resolution)
- การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเพื่อความยั่งยืน (Sustainable HIA)

2.3) ความคืบหน้าขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การดำเนินงานของ สช. มุ่งติดตามผลลัพธ์ผลสำเร็จของการขับเคลื่อนงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องในทุกด้าน ทั้งระดับนโยบาย มิติเชิงวิชาการและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยกระบวนการที่ยึดโยงและสอดคล้องกับ (1) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในเป้าหมายที่ 3: เรื่องการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (2) มาตรา 58 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 เรื่องการดำเนินการใดของรัฐหรือที่รัฐจะอนุญาตให้ผู้ใดดำเนินการ ถ้าการนั้นอาจมี ผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ อนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสีย สำคัญอื่นใดของประชาชนหรือชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง (3) การปฏิรูปประเทศด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและด้านสาธารณสุข เรื่อง การปฏิรูประบบและโครงสร้างการจัดทำรายงานประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA) และการการประเมินสิ่งแวดล้อมระดับยุทธศาสตร์ (SEA) (4) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เรื่องการเสริมสร้างระบบสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีส่วนร่วมและขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับองค์กรภาคียุทธศาสตร์และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งเครือข่ายวิชาการ เครือข่ายประชาสังคม และเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายให้การดำเนินงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็นไปในทางสร้างสรรค์และเชิงรุกเพื่อการลดความขัดแย้งและเพื่อเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

(1) การขับเคลื่อนงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องมาตรา 58 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 เกิดเป็นผลลัพธ์ตามข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EHIA: Environment Health Impact Assessment) โดยใช้ประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เป็นแนวทาง ดังนี้

(1.1) หน่วยงานและกลไกที่เกี่ยวข้อง ได้นำข้อเสนอเชิงนโยบายฯ ไปพิจารณาประกอบการดำเนินงาน ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงคมนาคม คณะทำงานปฏิรูปพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย (คปก.) อนุกรรมการบูรณาการและขับเคลื่อนการปฏิรูปเชิงระบบและโครงสร้าง (อบป.) และคณะทำงานปฏิรูประบบการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินตามกรอบการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติและการสร้างความสามัคคีปรองดอง (ป.ย.ป.)

(1.2) สช. ร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ 2 เรื่อง ได้แก่

- พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ระบุไว้ในมาตรา 48 วรรค 3
- แผนปฏิรูปประเทศด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องระบบบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปฏิรูประบบและโครงสร้างการจัดทำรายงานประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (Environmental Impact Assessment: EIA และ Environmental and Health Impact Assessment: EHIA) และระบบการประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาอย่างยั่งยืน (Strategic Environment Assessment: SEA)

(2) การสนับสนุนเครือข่ายวิชาการด้านการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Consortium) ในด้านต่างๆ

(3) การขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระดับภาค โดยการสนับสนุนและเอื้อให้พื้นที่/ชุมชนใช้กระบวนการเอชไอเอ เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกัน และแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างสร้างสรรค์ โดยมีผลการดำเนินการการขับเคลื่อนในหลายพื้นที่ เช่น การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องพลังงานไฟฟ้าอย่างยั่งยืนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และการสนับสนุนและสร้างกระบวนการเอชไอเอเชิงสร้างสรรค์ และหนุนเสริมความรู้ความสามารถให้ประชาชนในพื้นที่/ชุมชน 6 พื้นที่ที่ใช้กระบวนการการประเมินผลกระทบโดยชุมชน

(4) การประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในพื้นที่/ชุมชน (CHIA) อย่างสร้างสรรค์ โดยการเรียนรู้ร่วมกันกับพื้นที่ 6 กรณี คือ กรณีชุมชนบ้านน้ำปลีก จ.อำนาจเจริญ กรณีชุมชนห้วยเสื้อเต้น อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น กรณีเครือข่ายคนรักษ์คอนสาร จ.ชัยภูมิ กรณีชุมชนบ้านหนองนาคำ จ.อุดรธานี กรณีคนรักษ์ปทุมรักษ์ จ.ร้อยเอ็ด และกรณีระบบการขนส่งรถไฟรางเบา จ.ขอนแก่น

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกลไกที่เกี่ยวข้อง ได้สนับสนุนให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระดับต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนของการที่ประชาชนและองค์กรต่างๆ สามารถยื่นขอใช้สิทธิให้ทำ HIA ตามมาตรา 11 ของ พ.ร.บ.สุขภาพฯ และการสนับสนุนกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (Community based Health Impact Assessment: CHIA) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างขีดความสามารถของชุมชนในการทำ HIA ด้วยตนเอง การสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการทำ HIA ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงหลักคิดในการพัฒนาในหลายพื้นที่ ทั้งในส่วนของชุมชนและผู้เกี่ยวข้องภายนอก โดยชุมชนเปลี่ยนตัวเองจาก “ผู้รองรับผลกระทบ” เป็น “นักวิจัยชุมชน” หันมารวมกลุ่มศึกษา เก็บข้อมูล แลกเปลี่ยนและออกแบบอนาคตของชุมชนร่วมกัน รวมทั้งส่งต่อประสบการณ์สู่ชุมชนอื่น

“การจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมสำหรับโครงการหรือกิจการหรือการดำเนินการของรัฐหรือที่รัฐจะอนุญาตให้ผู้ใดดำเนินการที่อาจมีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ อนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดของประชาชนหรือชุมชน หรือสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง ผู้ดำเนินการหรือผู้ขออนุญาตต้องประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียและประชาชนและชุมชนที่เกี่ยวข้อง ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติประกาศกำหนดเป็นการเพิ่มเติมจากที่ต้องดำเนินการตามวรรคสองด้วย”

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนากลไกประสานงาน HIA ในประชาคมอาเซียน เพื่อให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาระบบ HIA ในระดับภูมิภาค โดยสนับสนุนการจัดทำระบบฐานข้อมูล การพัฒนาศักยภาพและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกอย่างต่อเนื่อง

3) สมัชชาสุขภาพ (Health Assembly)

สมัชชาสุขภาพ เป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมที่มีกฎหมายรองรับ โดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ระบุนิยามเอาไว้ว่า สมัชชาสุขภาพ เป็น "กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม" แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดยกำหนดให้จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำทุกปีและให้สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนด อย่างไรก็ตาม องค์กรต่างๆ และประชาชนก็สามารถรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพกันเองโดยไม่ต้องขอการสนับสนุนจาก สช. ก็ได้

3.1) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการที่จัดให้หน่วยงาน/องค์กร/และภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในสังคม ได้มาร่วมแลกเปลี่ยนความรู้และเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

(1) กลไกการจัดการเป็นกลไกพหุภาคี ประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ/ราชการ/การเมือง ภาควิชาชีพ/วิชาการ และภาคประชาชน/ประชาสังคม ร่วมกันออกแบบและวางแผนการดำเนินงาน

(2) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกระบวนการสร้างฉันทมติร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย การกำหนดทางเลือก การตัดสินใจ เพื่อให้ได้มาซึ่งมติหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะขับเคลื่อนเป็นนโยบายสาธารณะและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

(3) ใช้ฐานความรู้ผสมผสานกับฐานด้านจิตใจ ในกระบวกนารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลวิชาการและความรู้ หรือเรียบกว่าได้ใช้ "ปัญญา" เป็นฐานในการเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงยึด "ความรักสมัครสมาน" เป็นกรอบในการพูดคุยหารือ ไม่ใช้อารมณ์ความรู้สึกเป็นที่ตั้ง

(4) เป็นกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) เป็นกระบวนการของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน คำนึงถึงความเท่าเทียมกันของทุกภาคส่วนที่มาร่วมกันทำงานอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

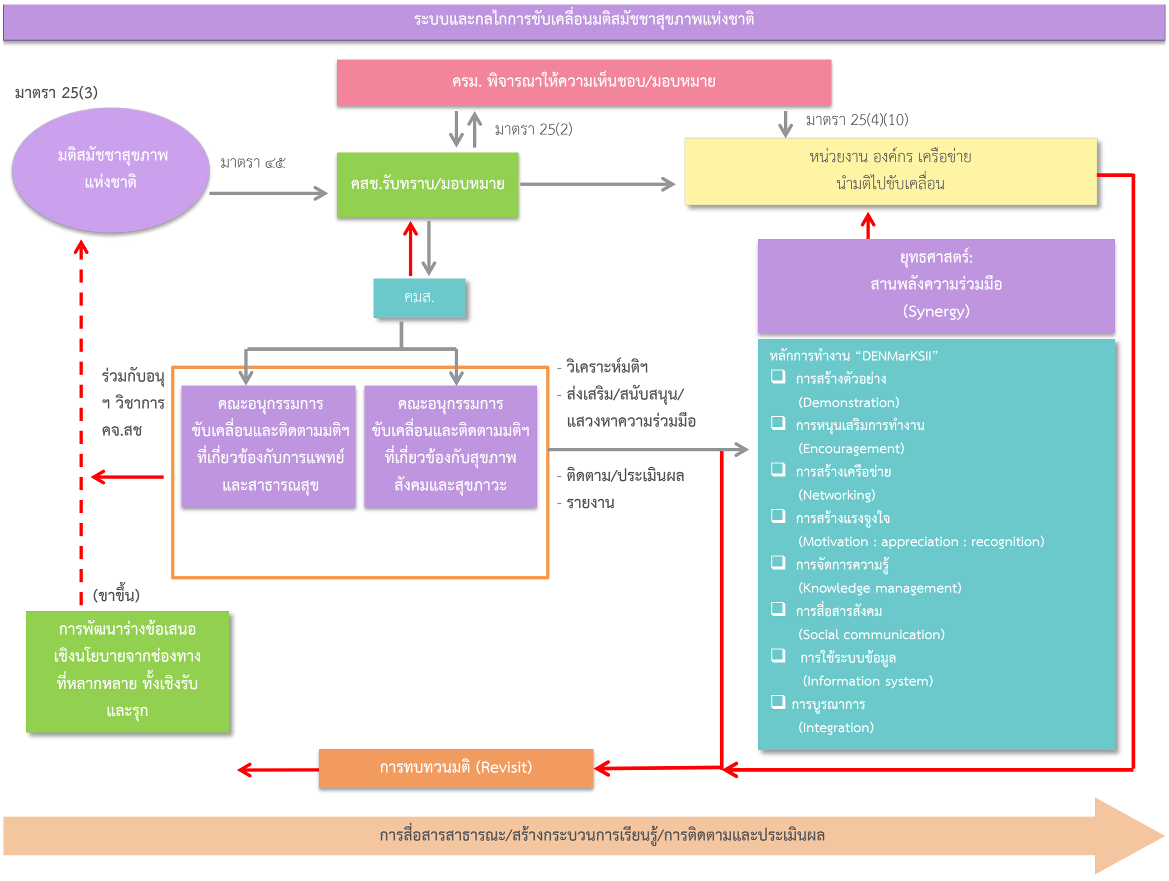
(5) ประเด็นมีความชัดเจน ในกระบวนการกำหนดประเด็นที่จะเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น คณะกรรมการจะเปิดโอกาสให้องค์กร กลุ่มและเครือข่ายต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการเสนอประเด็นเข้ามาสู่กระบวนการพิจารณาคัดเลือก โดยไม่จำเป็นต้องเป็นประเด็นใหญ่ สามารถนำประเด็นหลักๆ ใกล้ตัวมาพัฒนาเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่มีกระบวนการค้นหาทางออกร่วมกัน และพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่อาศัยข้อมูลเชิงวิชาการในการพิจารณาไตร่ตรองจนได้ฉันทมติร่วมกัน

(6) มีโอกาสและสามารถผลักดันไปสู่การปฏิบัติย่างเป็นรูปธรรมในหลายช่องทาง ผลสำเร็จของการสานพลังทุกภาคส่วน นอกจากมีมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายแล้ว ยังรวมถึงการขับเคลื่อนผลักดันมติไปสู่การปฏิบัติในบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหลายด้วย

ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แต่ละปีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) เพื่อเป็นกลไกหลักในการดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีนั้นๆ มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดร่างระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กำหนดรายชื่อกลุ่มเครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และผู้เข้าร่วมการประชุมในกลุ่มอื่นๆ จัดให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเอกสารนำเข้าสู่การประชุม และการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้มาซึ่งฉันทมติของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการดำเนินการเป็นประจำทุกปีๆ ละ 1 ครั้ง ที่ผ่านมาได้จัดมาแล้ว 10 ครั้ง มีมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย รวมทั้งสิ้น 77 มติ/ประเด็น

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมโดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น นอกจากการให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายแล้ว ความสำเร็จที่สำคัญยังอยู่ที่ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและมีพลัง ซึ่งมีกลไกหลัก คือ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) ที่ปัจจุบันมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ดำเนินงานโดยใช้ยุทธศาสตร์สานพลังความร่วมมือเป็นการทำงานแบบเครือข่ายที่เน้นการเสริมพลังทางบวกให้เกิดการต่อยอดงานและสร้างคุณค่าในการทำงานให้ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกัน (ภาพที่ 7.2) มีหลักการทำงาน 8 ข้อ ที่สรุปเป็นคำย่อว่า “DENMarKSII” ประกอบด้วย (1) การสร้างตัวอย่าง (Demonstration) (2) การหนุนเสริมการทำงาน(Encouragement) (3) การสร้างเครือข่าย(Networking) (4) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation: appreciation: recognition) (5) การจัดการความรู้ (Knowledge Management) (6) การสื่อสารสังคม(Social Communication) (7) การใช้ระบบข้อมูล (Information system) (8) การบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วน (Integration)

ภาพที่ 7.2 แผนผังระบบและกลไกการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รอไฟล์ต้นฉบับ



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ[19]

นอกจากนี้ การดำเนินงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) ให้ความสำคัญกับการจัดกลุ่มประเด็นในการขับเคลื่อน เพื่อกำหนดแผนและกลยุทธ์การขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความก้าวหน้าเชิงคุณภาพของผลการขับเคลื่อนที่ผ่านมา โดยจัดกลุ่มมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ประเด็นที่มีการขับเคลื่อนโดยกระบวนการและกลไกนโยบายอื่นๆ (2) ประเด็นที่มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง (3) ประเด็นที่ทำการทบทวนมติ (Revisit) โดยมีการจัดทำเส้นทางการขับเคลื่อน (roadmap) ครบทุกมติ เพื่อให้องค์กรภาคีและเครือข่ายใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานได้สะดวกมากขึ้น และมีการพัฒนารูปแบบการนำเสนองานขับเคลื่อนในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญ เช่น การประชุมคู่ขนานระหว่างการประชุมหาฉันทมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กับการนำเสนอความคืบหน้าการขับเคลื่อนมติที่ผ่านมา และสร้างพื้นที่นำเสนอรูปธรรมการขับเคลื่อนมติที่สำคัญ เป็นต้น[20]

การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ: กรณีการพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน

การพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนให้เป็นวาระแห่งชาติ จังหวัด และพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เป็นการดำเนินงานที่เชื่อมโยงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 มติระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการเชื่อมประสานหน่วยงาน องค์กรภาคีต่างๆ ในการขับเคลื่อนและได้มีการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบที่จังหวัดสุรินทร์ เพื่อพัฒนาไปสู่การขยายผลในระดับต่างๆ ต่อไป เนื่องจากจังหวัดสุรินทร์ เป็นจังหวัดที่มีนโยบายสนับสนุนให้ชุมชนทำเกษตรอินทรีย์ ที่มีต้นทุนด้านผลผลิตทางการเกษตรที่ปลอดภัย ทุนทางสังคม ทุนทางทรัพยากร ตลอดจนทุนทางบุคคล และมีกลไกของสมัชชาสุขภาพจังหวัดสุรินทร์ เป็นทุนทางสังคมในการขับเคลื่อนที่สำคัญ

กลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัด คือ คณะทำงานขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชนจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดสุรินทร์ ภาควิชาการได้แก่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์ ภาคประชาสังคม ได้แก่สมาคมสภาเยาวชนจังหวัดสุรินทร์ อีกทั้งได้มีการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับคณะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชน จำนวน 12 ตำบล ได้แก่ (1) ในพื้นที่อำเภอท่าตูม 1 ตำบล คือ ตำบลเมืองแก (2) ในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี 1 ตำบล คือรัตนบุรี (3) ในพื้นที่อำเภอจอมพระ 3 ตำบล คือ ตำบลเมืองลีง ตำบลหนองสนิท พื้นที่ตำบลลุ่มระวี (4) ในพื้นที่อำเภอศีขรภูมิ 1 ตำบล คือ ตำบลหนองบัว (5) ในพื้นที่อำเภอบัวเชด 2 ตำบล คือ ตำบลสะเดา และตำบลตาวัง (6) ในพื้นที่อำเภอปราสาท 2 ตำบล คือ ตำบลตานี และตำบลเชื้อเพลิง (7) ในพื้นที่อำเภอนารายน์ 1 ตำบล คือตำบลโนนเทพ และ (8) ในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ 1 แห่ง คือ เทศบาลเมืองสุรินทร์

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน เน้นการสานพลังในการสนับสนุนการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ทุกภาคส่วน ในการพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชน โดยมีเป้าหมายและทิศทางการทำงานที่สอดคล้องตามภารกิจขององค์กร หน่วยงาน มีประเด็นยุทธศาสตร์ 3 ประเด็น ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร การบริหารจัดการวัตถุดิบ และการบริหารจัดการงบประมาณ โดยมีกระบวนการและแนวทางการขับเคลื่อน ได้แก่ (1) พัฒนาระบบ กำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการอาหารกลางวัน โดยสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน ท้องถิ่น โรงเรียนในพื้นที่ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2) พัฒนากฎระเบียบหรือแนวทางที่เอื้อต่อการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียนที่เชื่อมโยงกับชุมชน (3) สนับสนุน ส่งเสริม การเกษตรปลอดภัย เกษตรอินทรีย์ ในพื้นที่ และพัฒนามาตรฐานการจัดการให้ผลผลิตปลอดภัย เป็นแนวทางพัฒนาการดำเนินการขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและติดตามผลในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดพื้นที่รูปธรรมเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการจัดการอาหารในโรงเรียน และนำไปสู่การผลักดันนโยบายในระดับท้องถิ่นจังหวัด ได้องค์ความรู้และบทเรียนที่จะนำไปสู่การพัฒนาเชิงระบบด้านการจัดการอาหารในโรงเรียนและเป็นแนวทางสู่การขยายผลในระดับประเทศต่อไป

ที่มา: วิลาวัณย์ เอื้อวงศ์กุล[21]

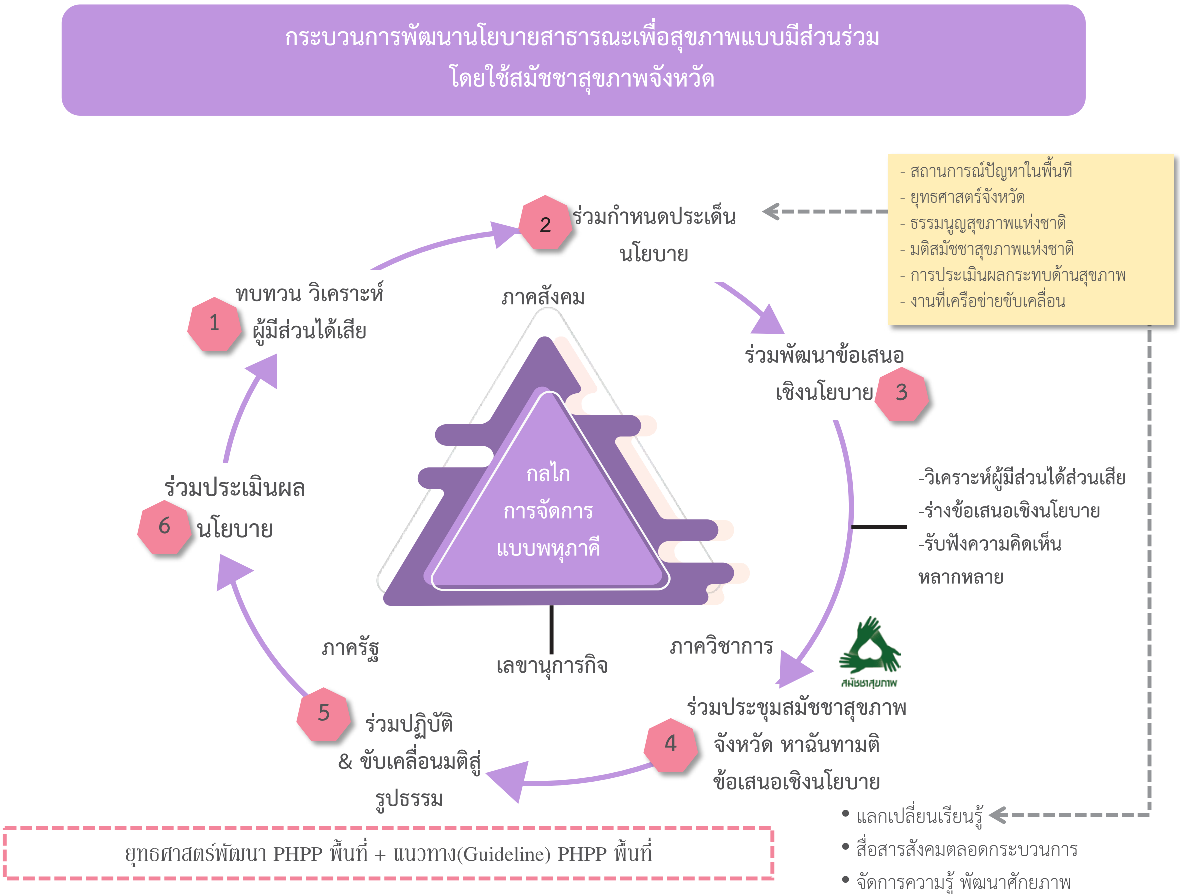
3.2) สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่และการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในระดับจังหวัด

การสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในระดับจังหวัด ในช่วงปี พ.ศ. 2559–2560 ได้มีการพัฒนาต่อยอดมาสู่กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (Participatory Public Policy Process base on Wisdom: 4PW) โดยใช้เครื่องมือภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ อันได้แก่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพพื้นที่ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน โดยกำหนดกรอบการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัดเป็นหลัก จำนวน 76 จังหวัด โดยที่กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น 6 พื้นที่ ดังนั้นรวมเครือข่ายสังคมสุขภาวะจังหวัด จึงประกอบด้วย 82 พื้นที่ ซึ่งมีกระบวนการเริ่มต้นจากการค้นหาและกำหนดประเด็นสาธารณะที่เป็นจุดคานงัด จากนั้นดำเนินการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นขั้นตอน จนครบวงจรอย่างต่อเนื่อง สร้างและสะสมรูปธรรมความสำเร็จตามขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

สมัชชาสุขภาพจังหวัดเป็นกระบวนการและพื้นที่กลาง ที่พัฒนาและยกระดับมาจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในพื้นที่ต่างๆ สู่กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่าน “สมัชชาสุขภาพจังหวัด” โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือสุขภาวะที่ดีของประชาชนในจังหวัด ให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือเชิงกระบวนการที่สำคัญที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อให้เกิดเวทีกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เปิดช่องทางรับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วน ใช้ข้อมูลวิชาการและรวบรวมองค์ความรู้เพื่อใช้เป็นฐานสำคัญในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของการดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาวะของคนในจังหวัด โดยมีขั้นตอนสำคัญๆ ดังนี้ (1) ทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (2) ร่วมกำหนดประเด็นนโยบาย (3) ร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย (4) ร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดเพื่อหาฉันทมติต่อ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย (5) ร่วมปฏิบัติและขับเคลื่อนมติสู่รูปธรรมการปฏิบัติ และ (6) ร่วมประเมินผลนโยบาย โดยมีกลไกการจัดการแบบพหุภาคีเป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน ดังภาพที่ 7.3

ภาพที่ 7.3 กลไกและกระบวนการของสมัชชาสุขภาพจังหวัด



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ[22]

กลไกและช่องทางการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดไปสู่การปฏิบัติ จะมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่และทุนทางสังคม รวมถึงความพร้อมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่

- กลไกการขับเคลื่อนมติไปสู่การปฏิบัติ สามารถสรุปได้ 3 ลักษณะ คือ (1) ใช้กลไกคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่ทำหน้าที่เอื้ออำนวยทั้งการจัดกระบวนการขาขึ้นและขาเคลื่อน โดยมีคณะทำงานเฉพาะประเด็นเป็นผู้รับผิดชอบหลัก (2) แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนและติดตามมติโดยเฉพาะ (3) ใช้กลไกหน่วยงานอื่น เช่นคณะกรรมการจังหวัดของหน่วยงานต่างๆ เครือข่ายสภาองค์กรชุมชน กลไกสภาเด็กและเยาวชน เป็นต้น

- ช่องทางการขับเคลื่อนและติดตามมติ สามารถสรุปได้ 2 รูปแบบ คือ (1) การขับเคลื่อนมติผ่านกลไกที่เป็นทางการ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้การประชุมหัวหน้าส่วนราชการจังหวัดเป็นประธาน การส่งเอกสารมติอย่างเป็นทางการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนในระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น เช่น ยุทธศาสตร์จังหวัดหรืออข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น (2) การขับเคลื่อนมติผ่านกลไกที่ไม่เป็นทางการ เช่น วงประชุมปรึกษาหารือในระดับเครือข่าย การสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย

สู่ปีที่ 2 สมัชชาสุขภาพสระบุรี: สร้างเครือข่าย ขยายพันธมิร ร่วมคิด ร่วมสร้าง บนเส้นทางสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี ได้ถือกำเนิดอย่างเป็นทางการมาตั้งแต่ปี 2556 มีกลไกหลักในการดำเนินงานคือ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด มีองค์ประกอบของกรรมการมาจาก 3 ภาคส่วนตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งประกอบด้วยภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม โดยมีทีมงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการกิจ ด้วยความมุ่งมั่นสร้างการเรียนรู้ ขยายผลการทำงานร่วมกัน เป็นการวางรากฐานของกระบวนการสมัชชาสุขภาพสระบุรีมาอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง

การดำเนินงานในปี 2560 มีขั้นตอนการดำเนินงานและกิจกรรมที่สำคัญ ประกอบด้วย การประชุมคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังวัด หรือ คจ.สจ. เพื่อทบทวนบทเรียน ผลการดำเนินงาน รายชื่อคณะกรรมการและอนุกรรมการเชิงประเด็น สร้างกลไกพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบพหุภาคี จัดประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญาด้านสุขภาวะที่สำคัญของจังหวัด พร้อมจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือก 3 ประเด็น เพื่อนำมาพัฒนาและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงานระยะ 3 ปี เพื่อขับเคลื่อนประเด็นร่วมให้มีความต่อเนื่อง มีการจัดเวทีสัมมนาขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดทั้ง 3 ประเด็น ประกอบด้วย “ขาขึ้น” ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนจากการใช้รถจักรยานยนต์ด้วยการจัดเวทีทบทวนการทำงานและรับฟังความเห็นจากคณะกรรมการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่อำเภอหนองแค การจัดเวทีกลั่นกรองมติร่วมกับเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค 2) การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ด้วยการจัดเวทีถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบหมู่บ้านโปร่งตะแบก ตำบลพุคำจาน อำเภอพระพุทธบาท และนำร่างมติเข้าร่วมพิจารณากลั่นกรองจากคณะกรรมการเตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 4 ส่วนขาเคลื่อน เป็นการผลักดันมติจากการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรีครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2559 ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สู่หน่วยงานภาครัฐ ถาคท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุและคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ หรือ ศพอส. จำนวน 14 ศูนย์ และการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพอำเภอบ้านหมอว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติตามบริบทของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังได้ร่วมกับเครือข่ายภาคประชาสังคมเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งจังหวัดสระบุรี จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขยายเครือข่ยการเรียนรู้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมลงสู่แกนนำทั้ง 13 อำเภอ และ 31 หมู่บ้าน ผ่านโครงการส่งเสริมสุขภาพขนาดเล็กที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยสมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี ครั้งที่ 2 ปี 2560 จัดขึ้นภายใต้ชื่อ “สานพลังคนสระบุรี สร้างชุมชนสะอาด ขับขี่มอเตอร์ไซค์ปลอดภัย” มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อประเด็นปัญหาการจัดการขยะในชุมชน การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนจากการใช้รถจักรยานยนต์ จากทุกภาคส่วน ได้เข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่แบบกัลยาณมิตรต่อร่างมติทั้งสองประเด็น เพื่อปรับปรุงต่อเติมให้สมบูรณ์และสามารถผลักดันไปสู่หน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มต่างๆ ในชุมชนหมู่บ้าน เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาให้เกิดผลเป็นรูปธรรม เพื่อสุขภาวะของคนสระบุรีต่อไป

(เรื่องเล่าจากพื้นที่ หนังสือพิมพ์สานพลัง พฤศจิกายน 2560)

การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยบูรณาการพลังจากทุกภาคส่วนในระดับจังหวัดทั่วประเทศ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสังคมสุขภาวะ การสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ในปี พ.ศ. 2560 ดังนี้

(1) สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ ทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายจากมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดและการขับเคลื่อนในพื้นที่ ดังนี้

- การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย จำนวน 142 ประเด็น
- การขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายและการปฏิบัติ จำนวน 96 ประเด็น
- การทบทวนและประเมินผลนโยบาย จำนวน 9 ประเด็น

(2) การสนับสนุนการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ระดับต่างๆ ในปี 2560 มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล ซึ่งประกาศใช้อย่างเป็นทางการแล้ว จำนวน 182 แห่ง ทั่วประเทศ

3.3) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

ในส่วนของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (Issue-based Health Assembly: IHA) ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในหลายระดับ ขึ้นอยู่กับขอบเขตของประเด็นนั้นๆ โดยสามารถจัดแบ่งได้เป็น 3 ประเภทหลักๆ ดังนี้

ประเภทที่ 1 สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่ครอบคลุมมากกว่าจังหวัด พื้นที่รูปแบบอื่นๆ หรือไม่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ (ประเด็นร่วมระดับประเทศ) เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นแผนยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นต้น

ประเภทที่ 2 สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่ครอบคลุมมากกว่าจังหวัด (ประเด็นร่วมระดับภาค/กลุ่มจังหวัด เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยมะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ในตับภาคอีสาน สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการจัดการลุ่มน้ำขนาดเล็กในเขตภาคเหนือตอนบน เป็นต้น

ประเภทที่ 3 สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเล็กกว่าจังหวัด เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร สมัชาสุขภาพเฉพาะประเด็นการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจังหวัดขอนแก่น เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2560 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จำนวน 6 ประเด็น ได้แก่

(1) ประเด็นสุขภาวะชาติพันธุ์และชนเผ่า พื้นที่ 8 จังหวัดล้านนา

(2) ประเด็นความมั่นคงด้านอาหารปลอดภัย พื้นที่ 10 จังหวัด ภาคเหนือตอนล่าง

(3) ประเด็นชาติพันธุ์มอญสู่การจัดทำธรรมนูญเฉพาะประเด็นผีมอญ

(4) เดินหน้าต่อไปด้วยวิถีไทสร้างสรรค์ตะวันออก พ.ศ. 2560

(5) สมัชชาสันติภาพชายแดนใต้/ปัตตานี 2017

(6) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการบริการสุขภาพด้วยวิถีอิสลาม

7.3. บทสรุป

ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน มีลักษณะเป็นระบบพหุลักษณ์ มีกลไกที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ หน่วยงานที่มีพระราชบัญญัติเฉพาะต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ชุมชนและภาคเอกชน แต่ละภาคส่วนมีการดำเนินงานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งงานด้านการสร้างสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการรักษาฟื้นฟู ดังนั้น ดังนั้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นนโยบายสาธารณะในทุกสาขาที่ให้ความสำคัญต่อมิติด้านสุขภาพ พร้อมที่จะป้องกัน ควบคุม หรือลดผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายเหล่านั้น เช่น นโยบายการจัดการจราจรเพื่อลดอุบัติเหตุบนท้องถนน นโยบายส่งเสริมการเกษตรปลอดภัย นโยบายเกี่ยวกับการจัดระบบการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน นโยบายการเจรจาการค้าเสรีที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นต้น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นการดำเนินงานตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) และแนวคิดขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบัน เรื่องการให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ หรือทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP) การประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นจุดเริ่มต้นของการขยายนิยามของคำว่า “สุขภาพ” เป็น “สุขภาวะ” ที่ครอบคลุมกาย จิต สังคมและปัญญา และทำให้เกิดพื้นที่และเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ที่ช่วยให้แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม

การสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือใดก็ตาม จำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดกลไกและกระบวนการที่สำคัญ ได้แก่

(1) การพัฒนากลไกการทำงานในรูปแบบพหุภาคีเพื่อให้ทุกฝ่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

(2) การทำงานอย่างมียุทธศาสตร์ในการจัดการและการสนับสนุนทางด้านวิชาการที่เข้มแข็ง

(3) ให้ความสำคัญกับการจัดการเครือข่าย ซึ่งรวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานและขยายเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายใหม่ๆ ได้เข้ามาร่วมเรียนรู้และผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกัน

(4) การทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ความไว้วางใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งต้องมีการพัฒนาวัตกรรมของกระบวนการถกแถลงปรึกษาหารือที่มีประสิทธิภาพ

(5) การสื่อสารทางสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายการเรียนรู้ออกไปสู่สังคมวงกว้าง กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เพื่อสนับสนุนการตื่นตัวของ “สำนึก พลเมือง” และ การสร้างความเข้มแข็งของพลังพลเมือง ซึ่งเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy)