

รายงานฉบับสมบูรณ์

องค์ความรู้การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม :
การขับเคลื่อนนโยบายจากระดับชาติสู่การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่

จัดทำโดย

สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา

เสนอต่อ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานวิจัยองค์ความรู้การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : การขับเคลื่อนนโยบายจากระดับชาติสู่การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

- ๑) เพื่อประมวลองค์ความรู้การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
- ๒) ถอดบทเรียนการดำเนินการนโยบายสาธารณะสุขภาพ จากกรณีศึกษา
- ๓) จัดทำข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสุขภาพ

แผนงานประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ การทบทวนเอกสารองค์ความรู้ การจัดกระบวนการถอดบทเรียน และการสังเคราะห์องค์ความรู้

กรณีศึกษาที่ทางสช.ได้คัดเลือกมาได้แก่ ๑) การดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของกลุ่มธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ๒) การดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของกลุ่มระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน ๓) การดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของกลุ่มวิกฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดีดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ

เกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษา มีดังนี้ ๑) เป็นกรณีศึกษาที่มีความสำเร็จหรือก้าวหน้าในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย ๒) เป็นกรณีศึกษาที่ สช.มีบทบาทเข้าไปสนับสนุนอย่างจริงจัง ๓) ความน่าสนใจของกรณีศึกษาต่อกระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะ

ผลการศึกษาพบว่า

บทเรียนด้านกลไก ความสำเร็จอยู่ที่การจัดกลไกร่วมระดับพื้นที่ บทบาทประชาสังคมในการขับเคลื่อนการจัดระบบเครือข่ายแบบหลวมๆ การสร้างภาคีนโยบายจากระดับพื้นที่ การพัฒนาแกนนำรุ่นใหม่

บทเรียนด้านการพัฒนาและผลักดันนโยบาย ๑) ประเด็นผลักดันเป็นเป้าหมายร่วมและสอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคม ๒) มีองค์กรรัฐ หรือกลไกเชิงสถาบันเป็นเจ้าภาพดำเนินการขับเคลื่อน ๓) มีกลุ่ม/ขบวนการประชาสังคมดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายอย่างเข้มแข็ง ๔) มีพื้นที่ต้นแบบหรือรูปธรรมดำเนินการเพื่อพัฒนาเป็นนโยบายอย่างบูรณาการ ๕) มีช่องทาง กลไกเชื่อมต่อนโยบายที่หลากหลาย ๖) จัดขั้นตอนการคัดเลือกประเด็น ๗) การวางเป้าหมายการขับเคลื่อนนโยบายผ่านประเด็นร่วม ๘) การทบทวนเพื่อพัฒนาประเด็นนโยบาย ๙) รูปแบบการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่เปิดกว้าง

สิ่งท้าทายในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ๑) การทำให้สังคมเห็นว่าเป็นปัญหาร่วมหรือปัญหาสำคัญ ๒) การมีชุมชน ประชาสังคมเป็นจุดเริ่มต้นและฐานการขับเคลื่อน ๓) การจัดการขัดแย้งของผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการนโยบาย ๔) บทบาทกลไกรัฐเป็นเจ้าภาพนโยบาย ๕) บูรณาการการขับเคลื่อนนโยบาย

ข้อเสนอต่อ สช.ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย ๑) ขับเคลื่อนสร้างกระแสสังคมก่อนเริ่มพัฒนานโยบาย ๒) กระบวนนโยบายเปิดกว้าง ๓) ประเมินความเหมาะสมข้อเสนอแนะนโยบายหลายๆ ด้าน ๔) ออกแบบนโยบายที่สอดคล้องกับประเภทปัญหา ๕) มีบทบาทเชิงรุกในการสร้างกระบวนนโยบายสาธารณะจากฐานล่าง ๖) เชื่อมประสานภาคีเชิงยุทธศาสตร์ร่วมกระบวนนโยบาย ๗) การใช้ระบบฐานข้อมูลที่ถูกต้องรอบด้านในกระบวนนโยบาย ๘) มีการคาดการณ์ความเป็นไปได้อนาคตเพื่อออกแบบนโยบายให้สอดคล้อง ๙) การใช้กลไกนโยบายหลายช่องทาง ๑๐) การออกแบบและขับเคลื่อนในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

สารบัญ

บทที่ ๑ บทนำ	๑
บทที่ ๒ องค์ความรู้ว่าด้วยนโยบายสาธารณะสุขภาพ	๓
บทที่ ๓ ถอดบทเรียนจากกรณีศึกษา	๒๑
บทที่ ๔ สังเคราะห์บทเรียนและข้อเสนอแนะ	๔๓
ภาคผนวก	๕๓

บทที่ ๑

บทนำ

รายงานวิจัยองค์ความรู้การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : การขับเคลื่อนนโยบายจากระดับชาติสู่การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) เพื่อประมวลองค์ความรู้การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
- 2) ถอดบทเรียนการดำเนินการนโยบายสาธารณะสุขภาพ จากกรณีศึกษา
- 3) จัดทำข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสุขภาพ

แผนงานประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ การทบทวนเอกสารองค์ความรู้ การจัดกระบวนการถอดบทเรียน และการสังเคราะห์องค์ความรู้ โดยดำเนินการตามลำดับ มีรายละเอียดดังนี้

๑.๑ การทบทวนเอกสาร

- ประมวลเอกสารองค์ความรู้ทั้งต่างประเทศและในประเทศด้านแนวคิด บทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยเฉพาะด้านสุขภาพจากภาคสังคม
- ประมวลเอกสารบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของ สช. ผ่านธรรมนูญสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ และกลไกนโยบายอื่นๆ ของ สช.
- ประมวลเอกสารการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของกลุ่มธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ, กลุ่มมตรระบบเกษตรและอาหารปลอดภัย, และโรคอุบัติใหม่ เพื่อวิเคราะห์หาจุดอ่อน จุดแข็ง และผลสะท้อน

คำถามสำคัญของการทบทวนเอกสารคือ

- กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายของภาคสังคมที่โดดเด่นมีอะไร มีกี่แบบ มีกระบวนการ ปัจจัยเงื่อนไขอะไร
- การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของ สช.ที่ผ่านมา ผ่านกลไกต่างๆ เช่น ธรรมนูญสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ และอื่นๆ สามารถขับเคลื่อนนโยบายได้มากน้อยเพียงใด ด้วยกระบวนการ ปัจจัยอะไร และส่งผลสะท้อนมากน้อยเพียงใด
- การขับเคลื่อนของกลุ่มธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ เกษตรและอาหารปลอดภัย และเชื้อดื้อยามีกระบวนการอะไร ปัจจัยที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าเป็นอย่างไร และเกิดผลสะท้อนอย่างไร

๑.๒ การถอดบทเรียน ๓ กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ทางสช.ได้คัดเลือกมาได้แก่

- 1) การดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของกลุ่มธรรมาภิบาลพระสงฆ์แห่งชาติ
- 2) การดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของกลุ่มระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน
- 3) การดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของกลุ่มวิกฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ

เกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษา มีดังนี้

- 1) เป็นกรณีศึกษาที่มีความสำเร็จหรือก้าวหน้าในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย
- 2) เป็นกรณีศึกษาที่ สช.มีบทบาทเข้าไปสนับสนุนอย่างจริงจัง
- 3) ความน่าสนใจของกรณีศึกษาต่อกระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคำถามในการถอดบทเรียนสำหรับ ๓ กรณีศึกษา และจัดประชุมถอดบทเรียนกรณีศึกษาที่ละกลุ่ม รวมเป็น ๓ ครั้ง โดยมีข้อมูลนำเข้าจากการทบทวนความรู้ และบทสัมภาษณ์ และแนวคำถามที่ตั้งไว้มาสันทนาเพื่อถอดบทเรียน

คำถามเบื้องต้นในการถอดบทเรียน

- บทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายของกรณีศึกษาก่อนที่จะมาเป็นภาคี สช.คืออะไร ใช้กระบวนการอะไร มีปัจจัยอะไร และส่งผลอย่างไร
- กรณีศึกษาวางเป้าหมาย บทบาทในการร่วมกับสช.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอย่างไร
- กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายในช่วงร่วมมือกับสช.เป็นอย่างไร ทั้งในเรื่องการกำหนดประเด็นทางยุทธศาสตร์ การสร้างวาระทางนโยบาย การระดมภาคีความร่วมมือ การบริหารจัดการกลไกการขับเคลื่อน การสื่อสารสาธารณะ การเชื่อมต่อกับช่องทางนโยบาย การระดมทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ฯลฯ
- อะไรคือความสำเร็จ และความไม่สำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายของกรณีศึกษา
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายคืออะไร และกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ร่วมกับ สช.มีส่วนตรงไหนต่อความสำเร็จดังกล่าว
- ทิศทางการขับเคลื่อนนโยบายก้าวต่อไปเป็นอย่างไร ที่จะก้าวหน้าไปกว่าเดิม

๑.๓ แนวคิดนโยบายสาธารณะ

แนวทฤษฎีการศึกษานโยบายสาธารณะอยู่บนคำถามหลักที่ว่า

1. เราจะเข้าใจสังคมการเมือง (ระบบ ความสัมพันธ์ วัฒนธรรมทางการเมือง) ผ่านการศึกษากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะได้อย่างไร ซึ่งหน่วยการเมืองที่สำคัญก็คือ รัฐ แต่ในระยะต่อมาได้ขยายมาสู่ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม จนเกิดเป็นแนวคิดศึกษาเรื่องเครือข่ายนโยบาย ที่มีทั้งชุมชนนโยบาย เครือข่ายกลุ่มวิชาชีพ เครือข่ายองค์กรรัฐต่างๆ ในแนวระนาบ เครือข่ายกลุ่มธุรกิจ หรือเครือข่ายเชิงประเด็น ซึ่งในการทำความเข้าใจความเป็นการเมืองดังกล่าว พิจารณาจากการที่รัฐหรือกลุ่มขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ ได้เข้ามาต่อสู้ ต่อรอง จัดความสัมพันธ์ ทรัพยากร ผลประโยชน์ในกระบวนการกำหนดและขับเคลื่อนนโยบาย แนวการศึกษาในลักษณะนี้ ท้ายที่สุดจะมุ่งศึกษาภาวะความเป็นการเมือง และข้อเสนอต่อการพัฒนาสังคมการเมือง มากกว่าจะเน้นเทคนิควิธีการที่จะพัฒนานโยบายสาธารณะโดยตัวมันเอง โดยสรุปแล้ว เป็นการเข้าใจสังคมการเมืองผ่านกระบวนการนโยบาย
2. กระบวนการนโยบายเป็นอย่างไรในแต่ละบริบท มีปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผล แนวศึกษาดังกล่าว ไม่ได้ไปไกลถึงการตอบคำถามต่อความเป็นสังคมการเมืองที่ดี แต่มุ่งทำความเข้าใจลักษณะ แบบแผนกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยตัวเอง โดยศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการนโยบายในรูปแบบต่างๆ ว่ามีลักษณะอย่างไร มีใครเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ละสังคมมีกระบวนการอย่างไรในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ หลักๆ จะมุ่งเน้นไปที่การศึกษาขั้นตอนการกำหนดนโยบาย เช่น การนิยามปัญหา นำปัญหาสู่ผู้กำหนดนโยบาย สร้างนโยบาย นำนโยบายมาปฏิบัติ ประเมินผลนโยบาย ซึ่งทั้งหมดนี้ให้ความสำคัญต่อความเป็นการเมือง (ลักษณะความสัมพันธ์อำนาจ) หารือเพียงเทคนิค วิธีขั้นตอนของนโยบาย โดยสรุปแล้วเป็นการเข้าใจกระบวนการนโยบายในบริบทของสังคมการเมือง

ในการศึกษากระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ จะมุ่งตอบคำถามที่ 2 เป็นหลัก โดยผู้เขียนจะขอหยิบงานศึกษาคือ งานเขียนของพัชรี สิริโรส เรื่อง “พลวัตนโยบายสาธารณะ จากรัฐเอกชน สู่ประชาชน” (2555) เนื่องจากสังเคราะห์แนวคิดนโยบายสาธารณะได้รอบด้านที่สุด

พื้นฐานคือ เข้าใจความเป็นการเมืองของการกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ ซึ่งรัฐต่างๆ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาที่เป็นระบบการเมืองแบบปิด กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะถูกครอบงำโดยชนชั้นผู้ปกครอง คนส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายโดยตรง เราจะเห็นได้ว่ากระบวนการกำหนดนโยบายขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่เป็นการเข้าถึง ต่อรอง จัดสรรผลประโยชน์ในกลุ่มชนชั้นนำ

พิจารณาในแต่ละกระบวนการตั้งแต่การนิยามปัญหา สังคมที่หลากหลายจะมีการนิยามปัญหาที่ต่างกันไป ปัญหาอยู่ที่รัฐเข้าใจ ยอมรับปัญหานั้นหรือไม่ หรือเลือกกำหนดว่าอะไรคือปัญหาเสียเอง นั่นจะส่งผลว่าปัญหาใดจะถูกพัฒนาเป็นนโยบาย หรืออันไหนจะถูกปล่อยทิ้ง การกำหนดว่าอะไรเป็นปัญหาจึงเป็น

เป้าหมายสำคัญของการผลักดันนโยบาย ซึ่งกลุ่มต่างๆ ก็มีศักยภาพ ทรัพยากรในการผลักดันให้เกิดการระบุ ปัญหาแตกต่างกัน

เมื่อมาเชื่อมโยงกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะของ สช. บทบาทสำคัญอันดับแรกก็คือ การเข้าใจความเดือดร้อน หรือปัญหาของประชาชน และส่งเสริมศักยภาพประชาชนในการกำหนดปัญหา สาธารณะ (ปัจจัย เช่น จำนวนคนหรืออำนาจของเจ้าของปัญหา การรวมกลุ่ม การเข้าถึง กระบวนนโยบาย) และเปิดให้ประชาชนได้แสดงออกถึงปัญหาสาธารณะ เพราะหากไม่มีกระบวนการดังกล่าว ระบบการเมืองจะ เลือกรูปแบบปัญหาที่ให้ความชอบธรรมกับรัฐ และเพิกเฉยต่อปัญหาที่ขัดแย้งกับรัฐ

ในขั้นตอนต่อมาคือ การนำปัญหาเข้าสู่ผู้กำหนดนโยบาย ที่ผ่านมามีกระทำได้โดยชนชั้นอำนาจ ที่แปรสภาพปัญหาให้กลายเป็นข้อเสนอแนะนโยบาย ซึ่งในกระบวนการนี้ รัฐอาจตัดสินใจเลือกบางปัญหาที่ปลอดภัย (กับรัฐหรือกลุ่มผลประโยชน์ของรัฐ) หรือประสานประโยชน์ไปที่ตัวแทนปัญหาที่เชื่อฟังรัฐให้กลายเป็นเจ้าของ ปัญหา เมื่อมาพิจารณากับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะของ สช. จะพบว่า เป็นการพยายามอุด ช่องว่างดังกล่าว ด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ อย่างทั่วถึง เท่าเทียมในการพัฒนา ข้อเสนอแนะนโยบาย เพื่อไม่ให้เกิดความไม่เป็นธรรม หรือเปลี่ยนประเด็นทางนโยบายที่ไม่สอดคล้องกับประชาชน

ตามด้วยการก่อตัวนโยบาย และข้อเสนอแนะนโยบาย หัวใจของขั้นตอนนี้อยู่ที่ การหาเสียงสนับสนุนจาก กลุ่มที่เกี่ยวข้องนั้นตอนร่างข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อสร้างระบบความชอบธรรม เพราะหากไม่มีฐานเสียงสนับสนุน มากพอ ข้อเสนอแนะนโยบายที่พัฒนาขึ้นอาจไม่มีแรงผลักดันจากสังคมที่มากพอจนรัฐต้องยอมรับข้อเสนอ การ สร้างฐานเสียงสนับสนุนทำได้ทั้งการสื่อสารสาธารณะ การเชื่อมเครือข่ายทางสังคม การสร้างความสัมพันธ์ทั้ง แบบทางการและไม่ทางการกับผู้มีบทบาทกำหนดนโยบาย

อาจารย์พัชรียังชี้ต่อไปอีกว่า ลักษณะโครงสร้างการเมืองของสังคมกำลังพัฒนาจะมีข้อจำกัดในการ ตัดสินใจ เช่น รวมศูนย์อยู่ที่ผู้นำ มุ่งแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ขาดข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มักขึ้นกับผลประโยชน์และ ความอยู่รอดทางการเมือง ทั้งหมดนี้สะท้อนว่าผู้นำชอบทำงานภายใต้โครงสร้างการเมืองแบบปิด เมื่อขาดการ มีส่วนร่วมประชาชน ทำให้นโยบายที่ออกมา “ดูดี” แต่ไม่ส่งผลปฏิบัติจริงมากนัก

มาสู่การนำนโยบายไปปฏิบัติ ประเด็นอยู่ที่ใครจะได้หรือเสียประโยชน์จากนโยบาย ในประเทศพัฒนา แล้ว กลุ่มผลประโยชน์จะมีอิทธิพลสูงในขั้นการก่อตัวนโยบาย แต่สำหรับประเทศกำลังพัฒนา กลุ่ม ผลประโยชน์จะมีอิทธิพลเหนือผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมากกว่าผู้สร้างนโยบาย กระบวนนโยบายของประเทศ กำลังพัฒนาจึงมีลักษณะการเมืองสูง อาศัยผลประโยชน์ ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้กำหนดนโยบายและ ข้าราชการประจำ มากกว่าที่จะใช้ความเป็นระบบ สถาบันการเมืองแบบทางการในการต่อรองทางนโยบาย

ปัจจัยสำคัญต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติได้สำเร็จอยู่ที่ เนื้อหานโยบายว่าขัดแย้งกับโครงสร้าง หรือ ค่านิยม พฤติกรรมสังคมหรือไม่ และบริบทนโยบายว่ามีการแทรกแซงต่อรองจากกลุ่มอำนาจต่างๆ หรือไม่

จากบทวิเคราะห์ดังกล่าว กระบวนนโยบายสาธารณะของ สช.จึงควรให้ความสำคัญกับการนำ นโยบายไปปฏิบัติ ทั้งการทำให้เนื้อหานโยบายมีพลังชอบธรรมต่อสาธารณะ และสร้างบริบทนโยบายโดย กระบวนการสร้างหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมในการปฏิบัติการตามเป้าหมายของนโยบาย

อาจารย์พัชรได้ให้ข้อสังเกตว่า แม้รัฐบาลประเทศโลกที่สามได้ปรับเปลี่ยนมาใช้ในการมีส่วนร่วมมากขึ้น แต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจเดิม เกิดเป็นมายาคติของการมีส่วนร่วม ส่งผลให้นโยบายสาธารณะที่ได้ไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร และยังไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจเดิมที่เป็นปัญหาได้

ประเด็นโครงสร้างอำนาจกับตัวนโยบายสาธารณะ ทำให้เห็นชัดขึ้นว่า การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะจะต้องให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจด้วย เพราะนโยบายที่ดียากจะส่งผลดีได้จริงในโครงสร้างอำนาจที่มีปัญหา การขับเคลื่อนนโยบายจึงไม่ควรมุ่งเฉพาะเนื้อหา นโยบาย โดยละเลยต่อบริบทนโยบาย

ภายใต้กรอบโครงการศึกษากระบวนการนโยบายสาธารณะ การศึกษาเรื่องเครือข่ายนโยบาย (ความเกี่ยวโยงไม่เป็นทางการระหว่างบุคคล กลุ่มต่างๆ ในระบบย่อยของนโยบายหนึ่งๆ) ได้รับความสำคัญมาก เพราะในการเมืองทุกขั้นตอนของกระบวนการนโยบายขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างรัฐ ชนชั้นนำ กับเครือข่ายนโยบาย

เครือข่ายนโยบายมี 5 ประเภท ได้แก่ ชุมชนนโยบาย เครือข่ายกลุ่มวิชาชีพ เครือข่ายองค์กรท้องถิ่น เครือข่ายกลุ่มธุรกิจ และเครือข่ายประเด็น แต่ละประเภทมีความแน่นแฟ้นต่างกัน ชุมชนนโยบายจะมีกลุ่มผลประโยชน์ที่เป็นทางการ เชื่อมโยงแน่นแฟ้นที่สุด มีสมาชิกจำกัด พึ่งพิงแน่วตั้ง ทำให้มีพลังในการต่อรองกลุ่มวิชาชีพ กลุ่มธุรกิจก็จะมีลักษณะคล้ายกัน ขณะที่เครือข่ายองค์กรท้องถิ่น และเครือข่ายประเด็นจะมีความสัมพันธ์หลวมๆ มีความหลากหลาย อิสระ แต่ก็ขาดความเป็นปึกแผ่น ปัจจัยทั้งหมดส่งผลต่ออำนาจต่อรอง กระบวนการมีส่วนร่วม ความเป็นประชาธิปไตยภายในกลุ่ม

ความน่าสนใจของการศึกษาเครือข่ายนโยบายอยู่ที่การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัย บริบทของความสัมพันธ์แต่ละประเภทที่ส่งผลต่อกระบวนการนโยบาย ทำให้เราเห็นว่า การจัดความสัมพันธ์ในเครือข่ายจะมีผลอย่างไรต่อเนื้อหา กระบวนการนโยบาย และบริบททางนโยบาย

๑.๓ กรอบการวิเคราะห์

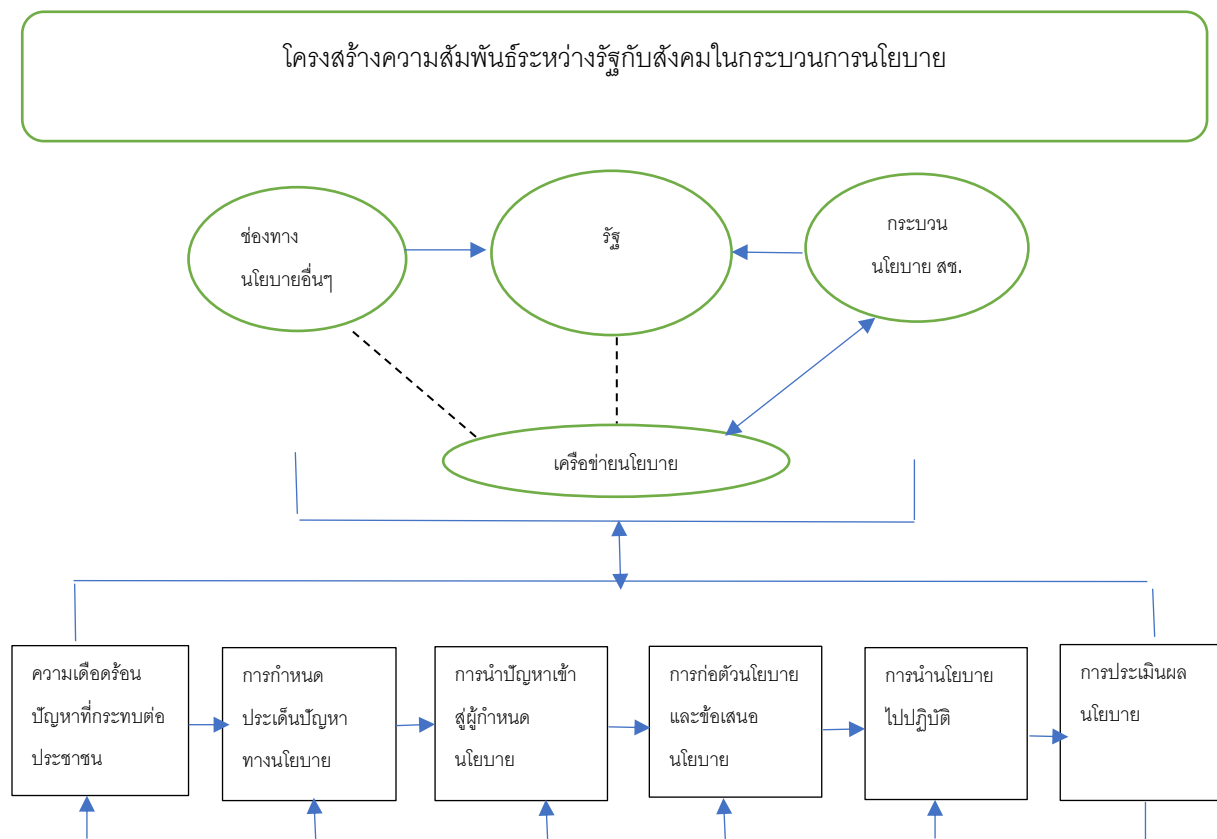
จากลักษณะการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของ สช.ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรรัฐอันได้แก่ สช.และกลไกรัฐต่างๆ กับภาคประชาสังคมที่ขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดนโยบาย เพื่อสร้างช่องทางและกระบวนการนโยบายสาธารณะใหม่ๆ ที่ประชาชนมีส่วนร่วมกับหน่วยงานรัฐมากขึ้น ในภาวะเดิมที่รัฐไทยเป็นระบบรวมศูนย์อำนาจ แม้จะมีการกระจายอำนาจมากขึ้นตั้งแต่รัฐธรรมนูญปี 2540 เป็นต้นมา แต่กล่าวโดยรวมแล้วก็ยังเป็นระบบรวมศูนย์ที่ชนชั้นนำทางการเมืองและเศรษฐกิจมีอิทธิพลในกระบวนการนโยบาย ทำให้ประชาชนคนระดับล่างเข้าไม่ถึงกระบวนการนโยบาย จนเกิดเป็นปัญหาความขัดแย้งระหว่างรัฐกับประชาชน

จากการทบทวนแนวคิดนโยบายสาธารณะเพื่อนำมาปรับใช้กับการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายของ สช. ผู้เขียนเห็นว่า การใช้แนวคิดเรื่องกระบวนการตัดสินใจนโยบาย (Policy making process) ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การนำปัญหาสู่นโยบาย การตัดสินใจนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล โดยผู้เขียนจะนำเอากรณีศึกษา 3 กรณีมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกระบวนการตัดสินใจนโยบายในแต่ละขั้นตอน และบ่งชี้ให้เห็นถึงความเป็นการเมืองที่เกิดการต่อรองฝ่ายต่างๆ ในการเข้าถึงกระบวนการนโยบาย แนวคิด

กระบวนการตัดสินใจนโยบาย และในอีกด้านหนึ่งการวิเคราะห์ 3 กรณีศึกษา ก็จะได้เห็นบทบาทและความสัมพันธ์ของเครือข่ายนโยบายกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะเครือข่ายประเด็นกับการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายผ่านช่องทาง กระบวนการ และการหนุนเสริมของ สช. อีกด้วย

ด้วยการวิเคราะห์กระบวนการตัดสินใจทางนโยบาย และเครือข่ายนโยบาย จากการศึกษาเปรียบเทียบ 3 กรณีศึกษา จะทำให้เราเข้าใจกระบวนการ เจาะลึก และแนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของ สช. ได้อย่างก้าวหน้าและรอบด้าน

กรอบการวิเคราะห์



๑.๔ สังเคราะห์ความรู้

- เขียนร่างรายงานความก้าวหน้า
- พัฒนาปรับปรุงเป็นรายงานสมบูรณ์

ระยะเวลาดำเนินการ ๖ เดือน (พฤษภาคม-ตุลาคม) (ขยายเวลา ๓๐ พฤศจิกายน)

บทที่ ๒

องค์ความรู้ว่าด้วยนโยบายสาธารณะสุขภาพ

๒.๑ หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะ

หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะไม่ได้อยู่ที่คำประกาศหรือข้อเขียนที่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นทางการแต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ของการดำเนินการให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะมากกว่า โดยกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ร่วมกำหนดทิศทางแนวทางของนโยบายสาธารณะร่วมดำเนินการตามนโยบายเหล่านั้น ร่วมติดตามผลและร่วมทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อเนื่อง

ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวไว้ว่า กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดี ควรประกอบด้วยกุศล ๓ ประการ¹ คือ

ก. เป็นกระบวนการทางปัญญา คือ มีการใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการศึกษาวิเคราะห์สังเคราะห์อย่างดีจนเป็นความรู้ที่เรียกว่า เป็นการสร้างนโยบายบนฐานของความรู้ (knowledge – based policy formulation)

ข. เป็นกระบวนการทางสังคม เนื่องจากนโยบายสาธารณะกระทบสังคมทั้งหมดอย่างรุนแรง ดังนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ สังคม ควรได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนด นโยบาย โดยทำเป็นกระบวนการที่เปิดเผย โปร่งใส ทุกฝ่ายเข้าร่วมได้

ค. เป็นกระบวนการทางศีลธรรม นโยบายสาธารณะที่ดีต้องเป็นไปเพื่อความถูกต้องดีงาม และเพื่อประโยชน์สุขของคนทั้งสังคม ไม่แฝงเร้นเพื่อประโยชน์เฉพาะตนหรือเฉพาะกลุ่ม

¹ ประเวศ วะสี, กระบวนการนโยบายสาธารณะ, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, ๒๕๔๗.

๒.๒ จุดอ่อนของนโยบายสาธารณะในสังคมไทย

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าสังคมไทยมีจุดอ่อนของนโยบายสาธารณะ

ก. ประชาชนเข้าไม่ถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะ เรื่องนี้กลายเป็นเรื่องเฉพาะของฝ่ายการเมือง ฝ่ายรัฐบาล และฝ่ายราชการไปเสียส่วนใหญ่ ประชาชนอาจได้เข้าร่วมบ้างให้ดูพอเป็นพิธีเท่านั้น

การแก้จุดอ่อนนี้ รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้เขียนไว้ชัดเจน ตัวอย่างในมาตรา ๗๖ ก็ระบุไว้ว่า “รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายการตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ” และในรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ก็มีเขียนไว้ในมาตรา ๘๗ (๑) ว่า “รัฐต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น” แต่ในทางปฏิบัติยังไม่ค่อยเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญสักเท่าใด

ข. ให้ความสำคัญของคุณค่าและมิติต่างๆ อย่างไม่สมดุล โดยนโยบายสาธารณะส่วนใหญ่ มุ่งไปที่เรื่องของเศรษฐกิจเป็นสำคัญเสมอ และการให้โอกาสแก่คนบางกลุ่ม ในขณะที่คนส่วนใหญ่เสียโอกาสและเสียเปรียบ เช่น นโยบายสาธารณะในการพัฒนาเส้นทางคมนาคมขนส่งที่มุ่งที่การขยายตัวทางเศรษฐกิจและความสะดวกสบายของคนที่มีโอกาสใช้รถใช้ถนนมากกว่า ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในชุมชน และกระทบต่อสุขภาพของมหาชน เป็นต้น

ค. การสร้างนโยบายสาธารณะ ขาดข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีน้ำหนักเพียงพอ สร้างนโยบายขึ้นจากผลประโยชน์ของคนบางกลุ่มบางหมู่ ขาดการคำนึงถึงผลกระทบที่รอบด้านอย่างเพียงพอ เช่น นโยบายการพัฒนาภาคอุตสาหกรรม นโยบายการพัฒนาพลังงาน เป็นต้น

ง. ขาดกระบวนการประเมินผลกระทบและการกำหนดทางเลือกที่หลากหลายเมื่อกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะและลงมือดำเนินการไปแล้ว ไม่มีกลไกวิธีการในการประเมินผลกระทบด้านต่าง ๆ และขาดการคิดทางเลือกที่หลากหลาย ที่สำคัญ คือ ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมเลือกทางเลือกเหล่านั้น เช่น นโยบายพัฒนาพลังงานไปสู่การพัฒนาพลังงานกระแสหลักที่มุ่งรับใช้การพัฒนาธุรกิจอุตสาหกรรม การพัฒนาที่ดิน การจัดเมืองที่มุ่งไปในทางรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ มากกว่ารองรับการอยู่ร่วมกันอย่างผสมกลมกลืนกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีสุขภาพดี เป็นต้น

จ. ขาดระบบการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและได้ลงมือดำเนินการไปแล้ว ผลกระทบที่เกิดจากนโยบายสาธารณะต่างๆ จึงสะสมพอกพูน เป็นปัญหารุนแรงและเรื้อรัง ไม่ได้รับการแก้ไข หรือปรับเปลี่ยนนโยบายเท่าที่ควร

๒.๓ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Policy) เป็นแนวคิดที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้การดำเนินงานแสดงถึงความห่วงใยและรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนมุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมให้อีกต่อการมีสุขภาพที่ดีและให้ประชาชนมีทางเลือกที่จะก่อให้เกิดสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีต้องการอนามัยโลก ให้ความหมายของ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ว่า “นโยบายที่แสดงถึงความห่วงใยอย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพ และพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพที่อาจเกิดจากนโยบายนั้นเป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นนโยบายที่มุ่งทำให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี”

สำหรับประเทศไทย ให้ความหมายนโยบายสาธารณะว่าเป็นทิศทางหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนที่ชุมชนหรือท้องถิ่นนั้นๆ เห็นพ้องต้องกันว่าควรดำเนินไปในทิศทางนั้นบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐาน ข้อเท็จจริงที่ทุกฝ่ายยอมรับและเชื่อว่่านำไปสู่ชุมชนสุขภาวะและสามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ สภาพปัญหาหรือความต้องการของสังคมหรือชุมชนนั้นๆ ที่ผ่านมานโยบายสาธารณะในสังคมไทยได้ขับเคลื่อนไปได้อย่างช้าๆ เนื่องจากประชาชนเข้าไม่ถึงกระบวนการ ขาดความสมดุลและการประเมินผลกระทบ ส่วนใหญ่เป็นนโยบายที่กำหนดมาจากรัฐบาลหรือภาคการเมืองซึ่งมักออกมาจากปัญหาในภาพรวมที่อาจไม่ใช่ปัญหาและไม่เหมาะสมกับบริบทของบางพื้นที่จึงไม่นำไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้บางพื้นที่สามารถขับเคลื่อนได้สำเร็จความร่วมมือของภาคประชาสังคมและการสนับสนุนที่ดีจากภาครัฐและการเมือง ซึ่งถ้าหากนโยบายสาธารณะนั้นถูกกำหนดร่วมกันโดยคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่จะถูกนำไปสู่การปฏิบัติได้ดีนำไปสู่สุขภาวะของสังคมได้

การดำเนินการตามนโยบายสาธารณะต่างๆ มีผลกระทบต่อบุคคลและสภาพแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ/สุขภาวะ ทั้งทางบวกและทางลบ และทางตรงและทางอ้อม เช่น นโยบายการกระจายรายได้ อัตราค่าจ้าง การจัดการที่อยู่อาศัย การคมนาคมขนส่ง การสื่อสารมวลชน การพัฒนาการเกษตรและอุตสาหกรรม การใช้ที่ดิน การจัดการผังเมือง การให้สัมปทานเหมืองแร่ การจัดการเรื่องพลังงาน เป็นต้น การดำเนินนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ/สุขภาวะ จึงเรียกว่าเป็น “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” หรือ

“นโยบายสาธารณะที่ดี” (Healthy Public Policy) เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างหนึ่ง เช่น นโยบายสาธารณะด้านการคมนาคมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนน มุ่งดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อลดการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน นโยบายส่งเสริมเกษตรกรรมปลอดสารพิษ นโยบายควบคุมเพื่อลดการใช้สารเคมีในการเกษตร นโยบายส่งเสริมให้ประชาชนทำงานใกล้บ้านหรือทำงานอยู่ในชุมชนท้องถิ่นของตนเอง เป็นต้น เหล่านี้คือตัวอย่างของนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งก็เป็นหลักประกันให้กับมหาชนได้ว่าจะมีสุขภาวะหรือไม่เสียสุขภาพอย่างไม่สมควร

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพไว้ว่า คือ “นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้²” การจะทำให้รัฐบาล ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และสังคมภาคส่วนต่างๆ สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดสิ่งต่างๆ ได้แก่

(๑) ต้องช่วยกันสร้างความตระหนักในคุณค่าของสุขภาพที่มีความหมายกว้างว่าเป็นเรื่องของสุขภาวะ เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ด้วยความรับผิดชอบของทุกฝ่ายในสังคม ไม่ใช่เป็นเรื่องแค่การป่วย-ไม่ป่วย และการได้รับบริการสาธารณสุขเพียงเท่านั้น ซึ่งตรงนี้ต้องอาศัยกระบวนการทำงานร่วมกับกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด

(๒) ฝ่ายที่ทำงานทางวิชาการต้องสนับสนุนข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพจากการดำเนินการนโยบายสาธารณะต่างๆ โดยนำเสนอข้อมูลต่างๆ ต่อสาธารณะ เพื่อชวนทุกฝ่ายในสังคมเข้ามาร่วมคิดร่วมทำ ฝ่ายรัฐเองก็ต้องสนับสนุนให้ฝ่ายวิชาการได้ศึกษาวิจัยพัฒนาองค์ความรู้เหล่านี้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

(๓) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกัน การสื่อสารเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสาธารณะเพื่อร่วมรับผิดชอบสังคมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพ/สุขภาวะร่วมกัน ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีบรรยากาศเช่นนี้ค่อนข้างดี

2 อัมพล จินดาวัฒนะ, การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ, (พิมพ์ครั้งที่

๓) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๑.

(๔) ช่วยกันนำเสนอทางเลือกของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ให้มากขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่ายในสังคมช่วยกันคิดต่อ ช่วยกันผลักดันต่อให้ประสบผลสำเร็จ โดยไม่รอให้ฝ่ายรัฐ ฝ่ายราชการ ฝ่ายทุน คิดเท่านั้น เช่น นโยบายสร้างเส้นทางการคมนาคมสำหรับรถจักรยาน ซึ่งทำให้ไม่ต้องพึ่งพลังงานกระแสหลัก เป็นมิตรกับธรรมชาติและเกิดการสร้างเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี เป็นต้น

(๕) เข้าร่วมกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อให้ได้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี โดยทุกฝ่ายในสังคมต้องช่วยกันพัฒนาจิตสำนึกเข้าสู่การเป็นพลเมืองที่สนใจเรื่องของส่วนรวม และกระตือรือร้นเข้าร่วมคิดร่วมสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนาสังคมสุขภาวะร่วมกัน

๒.๔ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศสามารถแบ่งได้เป็นนโยบายที่เกิดจากการผลักดันจากรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และชุมชน³ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกิดจากรัฐบาลกลาง ตัวอย่างเช่น

ประเทศแคนาดามีความริเริ่มในการทำให้ประเด็นด้านสุขภาพเป็นประเด็นทางการเมืองและประเด็นสาธารณะ ตั้งแต่ ปี ค.ศ.๑๙๗๔ โดยมีพื้นฐานมาจากการเน้นการให้บริการรักษาพยาบาล มีการนำเสนอเอกสารชื่อ “A New Perspective on the Health of the Canadians” หรือ “รายงานลาดองเด” (La Londe Report) ตามชื่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการในสมัยนั้น นอกจากนั้น ยังมีกฎบัตรรอดตาว่าและเอกสารเรื่อง “การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า: กรอบแนวคิดแห่งการส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งเรียกร้องความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นให้หันมาปรับปรุงการให้บริการสาธารณสุข โดยปรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดั้งเดิมที่เน้นการเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลมาให้ความสำคัญต่อสภาพความเป็นอยู่ การทำงาน และปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

ในสกอตแลนด์ มีการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วยการจัดทำนโยบายสาธารณะแบบองค์รวมของสกอตแลนด์ (The Possible Scot: A Healthier Scotland) เมื่อ ปี ค.ศ.๑๙๙๘ โดยการจัดทำสมุดปกเขียว เรื่อง “Working Together for a Healthier Scotland” กล่าวถึงนโยบายสุขภาพแบบองค์รวมที่อยู่นอกเหนือขอบเขตของกระทรวงสาธารณสุขว่า ปัญหาสาธารณสุขในสกอตแลนด์ในขณะนั้น

³ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, อนุพงษ์ สุจริยากุล. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๓.

เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสภาพสังคมที่ย่ำแย่ การขาดทักษะการดำเนินชีวิตที่ดี ความไม่เท่าเทียมกันในด้านรายได้ และการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและพฤติกรรมส่วนบุคคล ดังนั้น ในการปรับปรุงความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน รัฐสภาสกอตแลนด์และมูลนิธิรัฐสภาสกอตแลนด์ได้ริเริ่มมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพโดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์แบบองค์รวมทั้งระหว่างหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานภายนอกรัฐบาลมากขึ้น ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงนโยบายในระดับรัฐและท้องถิ่นเข้าด้วยกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการมีสุขภาวะและสุขภาพที่ดีของประชาชน นอกจากนั้น ยังมีการกำหนดตัวชี้วัดแบบองค์รวมที่ เรียกว่า **A Scotland Index** ซึ่งครอบคลุมปัจจัยที่กำหนดการมีสุขภาพดี ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง กายภาพ และจิตวิญญาณ และมีการกำหนดวิสัยทัศน์ เรียกว่า **The Possible Scot** ที่อยู่บนพื้นฐานของการที่ชาวสกอตแลนด์ทุกคนมีโอกาสทราบถึงเป้าประสงค์ชีวิตและการอุทิศชีวิตเพื่อสังคม

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

นอกจากนั้น ยังมีการจัดตั้ง กองทุนเพื่ออุดหนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพโดยรัฐบาลในระดับรัฐ เช่น กองทุนส่งเสริมสุขภาพรัฐวิกตอเรีย (**Victoria Health Promotion Foundation หรือ VicHealth**) จัดตั้งเมื่อ ปี ค.ศ. ๑๙๘๗ โดยมีโครงสร้างการบริหารที่คล่องตัวแบบภาคเอกชน แต่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ ในรูปของคณะกรรมการ มีหน้าที่หลักในการวางแผนสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ครอบคลุมโครงการทุกด้าน มีการใช้กระบวนการตลาดเพื่อสังคม (**social marketing**) ผ่านการโฆษณาเพื่อสุขภาพ โดยอาศัยกีฬาและศิลปะเป็นสื่อ และมีการกำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ เช่น สุขภาพของชนเผ่าพื้นเมือง สุขภาพของสตรี ยุทธศาสตร์อนามัยชุมชน เป็นต้น

สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกิดจากรัฐบาลท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น การสร้างคู่มือและโครงสร้าง สำหรับผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในมณฑลบริติชโคลัมเบียของแคนาดา โดยเป็นการสร้างกระบวนการเชื่อมโยงการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีการจัดทำคู่มือประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โครงการส่งเสริมอนามัยชุมชน และโครงการชุมชนสุขภาพดี นอกจากนั้น ในมณฑลยูคอน มีการพัฒนาโครงการสุขภาพในระดับมณฑลและเขตปกครองให้เข้มแข็งโดย

กลวิธีผสมผสานด้วยการปฏิบัติการตามฐานชุมชน (setting approach) เช่น การออกพระราชบัญญัติสุขภาพของมณฑลยูคอน โครงการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติด บุหรี่ อุบัติเหตุจากการจราจร และเอดส์ โครงการป้องกันโรคหัวใจ การส่งเสริมโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น

ส่วนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกิดจากชุมชนนั้น มีความสำคัญไม่น้อยกว่าในระดับรัฐบาลกลางและระดับท้องถิ่น เช่น ในรัฐออสเตรเลียใต้ มีการรณรงค์การออกเสียงเลือกตั้งเพื่อสุขภาพที่เรียกว่า “Vote for Health” ในการเลือกตั้งรัฐบาลระดับท้องถิ่น ที่ชุมชนสามารถผลักดันให้มีการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านทางสื่อมวลชนด้วยการเขียนจดหมายถึงบรรณาธิการและขึ้นนำประเด็นด้านสุขภาพเพื่อให้สื่อต่างๆ ให้ข้อมูลแก่ประชาชนว่าควรเลือกผู้บริหารท้องถิ่นอย่างไร และมีการวิพากษ์บทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนตลอดจนให้ข้อมูลว่าผู้สมัครรับเลือกตั้งมีทัศนคติเรื่องสุขภาพอย่างไร⁴

จากประสบการณ์การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในบางรัฐของออสเตรเลีย สามารถสรุปขั้นตอนดำเนินการไว้เป็น 9 ขั้นตอน คือ

- (1) ริเริ่มประเด็น อาจริเริ่มโดยปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนหรือจากองค์กรก็ได้
- (2) แยกแยะประเด็น วิเคราะห์แยกประเด็นให้ชัดเจนสำหรับการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือเพื่อการปรับนโยบายเดิมๆ
- (3) ระดมการสนับสนุนจากฝ่ายต่างๆ ดึงความร่วมมือฝ่ายต่างๆ ในชุมชนเข้ามารวมคิดรวมผลผลักดันซึ่งอาจใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ (เวทีนโยบายสาธารณะ) โดยต้องคำนึงถึงทั้งฝ่ายนักวิชาการ นักวิชาชีพ ผู้บริโภคราชการสวนกลางและท้องถิ่น และประชาชนที่มีจิตสาธารณะ แม้กระทั่งฝ่ายผู้ไม่เห็นด้วยก็ดึงเข้าร่วมด้วย
- (4) ทำการประเมินสภาพจริงของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ โดยการรวมกันทำงานวิชาการ โดยคำนึงถึงข้อมูลต่างๆ เข้ามาประกอบกัน เช่น ข้อมูลประชากร การจ้างงาน สภาพเศรษฐกิจและสังคม การดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาพ การบริการอื่นๆในชุมชน การเคหะ การสื่อสารสาธารณะในชุมชน ฯลฯ

⁴ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, อนุพงษ์ สุจริยากุล. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๓.

(5) พัฒนาแผนปฏิบัติการ ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ที่กำหนดเพื่อให้มองเห็นถึงวิธีการปฏิบัติที่เป
นรูปธรรม

(6) ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง เป็นการทำงานขยายผลต่อเนื่องจาก
ขั้นตอนที่ 3

(7) เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่สาธารณะอย่างรอบด้านและมากพอด้วยช่องทางการสื่อสารทุกช่องทางที่
มีอยู่ในชุมชน

(8) ลงมือปฏิบัติตามนโยบายและแผน โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

(9) ดูแล ติดตามผล ประเมินผล และปรับปรุงนโยบายแผนงานปฏิบัติการ โดยกลไกแบบมีส่วนร่วมที่
ได้รวมงานกันมาตั้งแต่ต้น

ตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จจากการร่วมกันสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่

- การเสนอกฎหมายส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self-help group) สำหรับกลุ่มคนที่ประสบภาวะวิกฤตในชีวิต
- การจัดทำโครงการสถานที่ทำงานที่มีสุขภาพดี โดยกลุ่มพนักงานในสถานที่นั่นเอง

ชุมชนจัดกระบวนการวิพากษ์วิจารณ์นโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ จนนำไปสู่การ
ปรับปรุงนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพมากขึ้น เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสามารถริเริ่มได้จากหลายทาง ด้วยวิธีการและช
องทางที่แตกต่างกัน ซึ่งในสังคมไทยยังทำกันน้อยมาก สอนใหญ่ยกให้เป็นเรื่องของฝ่ายการเมือง ฝ่ายราชการ
จนกลายเป็นความเคยชิน จุดนี้ควรมีการปรับเปลี่ยนตามเจตนารมณ์ที่ปรากฏอยู่ในรัฐธรรมนูญ 2550 ซึ่งฝ่าย
ประชาชน ฝ่ายวิชาการ ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นล้วนมีบทบาทเป็นฝ่ายริเริ่ม หรือเป็นเจ้าของได้
ทั้งสิ้น แล้วดึงฝ่ายการเมือง ฝ่ายราชการเขาร่วมกันอย่างสร้างสรรค์

๒.๕ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในบริบทของประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการดำเนินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาช้านาน ดังเช่นในรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมดังกล่าว ซึ่งสามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะได้ได้แก่ มาตรา ๕๙ ที่ระบุว่า “...บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผล จากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือส่วนราชการท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับตน หรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว...” นอกจากนั้น ยังมีการระบุนิติของประชาชนที่มีผลทำให้รัฐบาลและองค์กรต่างๆปรับเปลี่ยนนโยบายและวิธีการทำงานเพื่อสุขภาพและสุขภาพของประชาชน ดังที่กำหนดไว้ในมาตรา ๕๒, ๕๓, ๕๔, ๕๕, ๕๗, ๘๒, ๘๖ และ ๑๐๐ อีกด้วย ในรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ใช้ในปัจจุบัน ยังระบุถึงประเด็นดังกล่าวไว้ในมาตรา ๕๗ ด้วยใจความเดียวกันกับมาตรา ๕๙ ของรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๐

จากพื้นฐานของคำประกาศขององค์การอนามัยโลกเพื่อส่งเสริมการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสิทธิทางสุขภาพของประชาชนที่ Alma Ata รัฐบาลไทยได้ปรับแนวคิดนี้ให้เป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นในภาครัฐ เรื่องการสร้างและขยายโรงพยาบาล รวมทั้งสถานพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เพื่อเชื่อมโยงลงไปถึงการให้บริการสุขภาพในระดับหมู่บ้านและกลุ่มครัวเรือน โดยมีจุดมุ่งหมายทำให้การจัดบริการสาธารณสุขกระจายลงไปทุกชุมชนอย่างทั่วถึงภายใน พ.ศ. ๒๕๔๓

อย่างไรก็ตามนโยบายดังกล่าวมีต้นกำเนิดมาจากภาครัฐแต่เพียงอย่างเดียว ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๐ เป็นต้นมา ได้เริ่มมีการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน และเน้นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่กว้างขวางขึ้น ดังจะเห็นได้จากการริเริ่มการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Impact Assessment: EIA) ซึ่งในขณะนั้นยังถือว่าเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย⁵ แนวคิดนี้ถือว่าสิ่งแวดล้อมมิใช่เป็นสิ่งที่ของคนใดคนหนึ่งแต่เป็นของทุกคน ดังนั้นทุกคนจึงมีหน้าที่ปกป้องรักษาสภาพแวดล้อมไม่ให้เสียไป และไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงการเรียกร้องมิให้ผู้ใดมาทำลาย

⁵ อำพล จินดาวัฒนะ. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๓. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๑.

สิ่งแวดล้อม⁶ ซึ่งเป็นการนำบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมมาประยุกต์ใช้ เช่น มาตรา ๗๔ ที่ระบุว่า “...รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการ สงวน บำรุงรักษาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุลรวมทั้ง มีส่วนร่วมในการส่งเสริมบำรุงรักษาและคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการการพัฒนาที่ยั่งยืนตลอดจน ควบคุมและกำจัดการมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน...”

นอกจากนี้ ยังพบความซับซ้อนของการบริหารจัดการกลไกย่อยซึ่งกระจัดกระจายแยกส่วนอยู่ตาม หน่วยงานต่างๆ ของรัฐเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการร่วมมือกันจัดการกับปัญหาสุขภาพต่างๆ ให้เป็นเอกภาพ และไม่สามารถทำให้เกิดความยั่งยืนของการประสานภาคส่วนสู่เป้าหมายเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ นอกจากนี้ การตายและการป่วยจากสาเหตุที่ป้องกันได้ในหลายๆ ประเทศ เช่น โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ กลายเป็น ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทยทั้ง ๆ ที่พบว่า คนไทยมีค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพสูงถึงกว่าแสนล้านบาทต่อปี ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความบกพร่องเชิงระบบของกลไกและองค์กรต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของระบบสุขภาพ จึงมีความจำเป็นในการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนทั้งกระบวนทัศน์ของสังคมไทยต่อระบบสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓⁷ โดยยึดแนวคิดสำคัญ คือ “การสร้างสุขภาพดีนำการซ่อมสุขภาพเสีย” หรือ “สร้างนำ ซ่อม” และในเวลาเดียวกันได้มีการกำหนดแนวคิดเรื่อง “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ไว้ในแผนการ กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบายเกี่ยวกับการ กระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองได้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยระบุว่าภารกิจ ด้านการสาธารณสุขจะต้องมีการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการปฏิรูป ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศ⁸ ร่วมกับการนำหลักการ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ที่เสนอโดย นพ.ประเวศ วะสี ซึ่งประกอบด้วย การประสานพลังกันของฝ่ายวิชาการ ภาคประชาสังคม และฝ่ายการเมือง

⁶ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, อนุพงษ์ สุจริยากุล. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๓.

⁷ ไพศาล ลิ้มสถิตย์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ขอบเขตการปฏิบัติงานโครงการสังเคราะห์ความรู้ เรื่อง “ธรรมนูญว่าด้วยระบบ สุขภาพแห่งชาติ: มิติทางกฎหมาย”. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๐.

⁸ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม. สรุปบทเรียนความสำเร็จ กระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ.

มาใช้เป็นแนวคิดในการขับเคลื่อนการปฏิรูป ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นหน่วยบริหารจัดการ

หลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาให้ความสำคัญของสามภาคส่วน กล่าวคือ วิชาการ ซึ่งเป็นส่วนที่สร้างและสนับสนุนองค์ความรู้ที่มีความเข้มแข็งที่สามารถสนับสนุนกระบวนการขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดกระบวนการ ตั้งแต่การคัดเลือกประเด็นในการขับเคลื่อน การสนับสนุนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจในทุกๆระดับ นอกจากนั้นยังมีความสำคัญในการวางระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อนำไปสู่การวางแผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ การขับเคลื่อนนโยบายโดยภาคประชาสังคม เป็นพลังสำคัญในการผลักดันนโยบายซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะประสบความสำเร็จได้นั้นต้องมีการดำเนินงานโดยเน้นหลักการการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนตั้งแต่เริ่มต้นวางแผนกระบวนการ ดำเนินงาน ประเมินผล และรับทราบผลของการขับเคลื่อนร่วมกัน และส่วนสุดท้ายที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในระบบก็คือ ฝ่ายการเมือง ซึ่งเป็นผู้ใช้อำนาจอธิปไตย บริหารการใช้ทรัพยากรของรัฐ และเป็นผู้ออกกฎหมาย เพื่อผลักดันให้เกิดการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยทั้งสามภาคส่วนจะต้องมีการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกันในการขับเคลื่อนการปฏิรูป

ผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา คือพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งใช้เป็นกลไกในการระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม โดยใจความหลักของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ คือการสนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน กระบวนการเหล่านี้สอดคล้องกับข้อกำหนดในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ มาตรา ๗๖ ที่ระบุให้รัฐส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายและตัดสินใจทางการเมือง

๒.๖ เครื่องมือสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งการกำหนดองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้กำหนดเครื่องมือสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ไว้ใน ๓ ลักษณะ คือ

(๑) เครื่องมือพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Policy Formulation Process)

ส่วนใหญ่ในขั้นตอนกำหนดนโยบายต่างๆ ที่ใช้กันโดยทั่วไปที่ผ่านมา สังคมเรายังไม่ค่อยได้ใช้กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างเป็นขั้นตอนตามหลักวิชาการนโยบายสาธารณะหลายอย่างจึงเกิดขึ้นจากสามัญสำนึกจากฝ่ายที่มีอำนาจ มีผลประโยชน์และเกิดจากความเชื่อของผู้กำหนดนโยบายมากกว่าข้อมูลตามกระบวนการทางวิชาการในสังคมไทย จำเป็นต้องชวนกันหันมาสร้างกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างเป็นระบบและมีหลักวิชาการมากขึ้น

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีควรเป็น “กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Public Policy Process : PPPP) ไม่ใช้การกำหนดนโยบายสาธารณะจากฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียว หรือช่องทางการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบปิด

การเริ่มต้นของกระบวนการจะเริ่มจากด้านใดก็ได้ แต่ต้องเชื่อมโยง ดึงให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ไม่ใช่มีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะอาจริเริ่มโดย อบต. เทศบาล หรือหน่วยราชการก็ได้ หรือโดยเครือข่ายประชาชนหรือกลุ่มประชาคมในชุมชนท้องถิ่นก็ได้ หรือเริ่มจากฝ่ายนักวิชาการนักวิชาชีพต่างๆ ก็ได้ เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการใช้รถใช้ถนนในจังหวัดขอนแก่น ริเริ่มจากฝ่ายวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุขเห็นปัญหา มีข้อมูลองค์ความรู้แล้วชักชวนฝ่ายราชการและฝ่ายประชาชนเข้าร่วมคิดร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมผลักดันจนเกิดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม การสร้างนโยบายการเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพที่ริเริ่มโดยเครือข่ายเกษตรกรและนักพัฒนาเอกชนภาคเหนือ การสร้างนโยบายสาธารณะในการลดปริมาณขยะที่อำเภอด่านขุนทดที่ริเริ่มโดยเทศบาลตำบลแล้วมีการเชื่อมโยงดึงทุกฝ่ายเข้าร่วมคิดร่วมทำจนเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม เป็นต้น

เครื่องมือหนึ่งที่มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ คือ “สมัชชาสุขภาพ” โดยได้ให้คำนิยามว่าหมายถึง “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัด

ให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม๑๑” โดยในหมวด ๔ ได้กำหนดให้มีสมัชชาสุขภาพไว้ ๓ ประเภทคือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาครบ ๑ ทศวรรษ สามารถสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ได้เป็น ๒ กลุ่ม๑๒ คือ

ก. แบ่งตามรูปแบบการเคลื่อนไหวเชิงกระบวนการ

(๑) แบบค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไข เป็นรูปแบบพื้นฐาน เน้นการค้นหาประเด็นปัญหา สาธารณะ แล้วจึงร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขหรือหาทางออกร่วมกันในเชิงนโยบาย ซึ่งส่วนใหญ่หลายจังหวัด จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพรูปแบบนี้ เช่น การใช้สมัชชาสุขภาพเพื่อการเฝ้าระวังปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของตำบลขอนแก่นจังหวัดลพบุรี เป็นต้น

(๒) แบบสร้างภาพฝัน แล้วพัฒนาตาม เป็นการสร้างภาพในอุดมคติหรือฉาทัศน์ร่วมกัน กำหนด วิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม แล้วจึงมีการวางแผนหรือค้นหาแนวทางการเดินไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ เช่น การใช้สมัชชาสุขภาพพัฒนาธรรมนุญสุขภาพอำเภอสูงเม่น จังหวัดน่าน เป็นต้น

(๓) แบบสร้างแบบอย่างที่ดี แล้วขยายสู่นโยบาย เป็นการเริ่มต้นการพัฒนาให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ หรือ การถอดบทเรียนจากรูปธรรมความสำเร็จ แล้วจึงขยายผลต่อให้เกิดเป็นนโยบาย เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด ฉะเชิงเทราที่เริ่มจากการพัฒนาสุขภาพระดับตำบลจนเกิดเป็นพื้นที่ต้นแบบ แล้วพยายามขยายผลสู่สาธารณะ ที่กว้างขึ้น เป็นต้น

(๔) แบบเฝ้าระวังเตือนภัยให้สังคม เป็นกระบวนการที่สร้างกลไกขึ้นมาเฝ้าระวังผลกระทบต่างๆ ที่จะ เกิดขึ้นกับชุมชนและสังคม โดยสื่อสารกับสังคมได้รู้เท่าทันทั้งเชิงข้อมูลและความรู้ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด แม่ฮ่องสอน ประเด็นการจัดการลุ่มน้ำที่จะพัฒนากลุ่มองค์กรเครือข่ายขึ้นมาเป็นกลไกเฝ้าระวังเตือนภัยให้กับ ชาวแม่ฮ่องสอน เป็นต้น

(๕) แบบการพัฒนาและติดตามผลนโยบาย เป็นการประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้ขับเคลื่อน นโยบายส่วนต่างๆ และวางแผนยุทธศาสตร์ที่จะขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติตามช่องทางต่างๆ เช่น สมัชชา สุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ขับเคลื่อนจนเกิดข้อบัญญัติ อบต. ท่าศาลา ในการอนุรักษ์ทรัพยากรชายฝั่ง สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลาขับเคลื่อนคำประกาศสมิหลาสู่การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับ อบท.

และสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนครขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นเกษตรเอื้อสุขภาพและอาหารปลอดภัยสู่การทำแผนพัฒนาระดับท้องถิ่นและจังหวัด เป็นต้น

ข. แบ่งตามลักษณะการพัฒนาระบบการหรือการสร้างพื้นที่สาธารณะ

(๑) การประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาใช้ เป็นการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เป็นระบบและมีแบบแผนมากขึ้น ตั้งแต่การจัดองค์ประกอบคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพ การได้มาซึ่งประเด็น การพัฒนาประเด็นและกระบวนการประชุมเพื่อหาฉันทมติข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยการประยุกต์แนวคิดมาจากกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการและสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงราย เป็นต้น

(๒) การขับเคลื่อนนโยบายด้วยกระบวนการถกแถลง กระบวนสมัชชาสุขภาพแบบนี้เป็นแบบที่ไม่เป็นทางการ ค่อนข้างเป็นธรรมชาติ ให้ความสำคัญกับความแตกต่างหลากหลายในเชิงแนวคิด อุดมการณ์ โดยเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ถกแถลงอย่างอิสระ และหาข้อสรุปร่วมกัน โดยพยายามแฝงกระบวนการเหล่านี้ในการประชุมหรือในเวทีทุกระดับ ซึ่งกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นไปในรูปแบบนี้ และปัจจุบันมีหน่วยงานและพื้นที่ได้นำแนวคิดของสมัชชาสุขภาพไปประยุกต์

(๒) เครื่องมือประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA)

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) หมายถึง การประมาณการณ์ผลกระทบของการกระทำใดการกระทำหนึ่งที่มีต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง⁹ ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจครอบคลุมตั้งแต่ระดับโครงการ ระดับแผนงาน และระดับนโยบาย โดยคาดการณ์ไปข้างหน้าก่อนที่จะดำเนินการตามแผนที่วางไว้

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถนำไปสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี ที่ผ่านมามีเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย จะมีก็เป็น

⁹ Scott-Samual, ๑๙๘๘ อังในเดชรินทร์ สุขกำเนิด, นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: การวิเคราะห์ระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๔.

ความสนใจเกี่ยวกับผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากนโยบายสาธารณะมากกว่า จนมีกฎหมายกำหนดเรื่อง การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment : EIA) ออกมาใช้บังคับ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็น “กระบวนการทางปัญญา” มากกว่ากระบวนการทาง กฎหมายหรือการใช้อำนาจ เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ร่วมกันทางวิชาการและทางสังคม เป็นกระบวนการ ประเมินผลกระทบที่จะเกิดกับสุขภาพของประชาชนและชุมชนจากนโยบายสาธารณะที่เกิดจากรัฐ เอกชน ท้องถิ่น และเกิดจากชุมชนเอง นำไปสู่การกำหนดทางเลือก การตัดสินใจเลือกทางเลือก การหาทางลด ผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากทางเลือกนโยบายต่างๆ เพื่อให้คนและชุมชนมีสุขภาพะร่วมกัน

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคม ใช้วิทยาการ แบบสหสาขา เป็นการทำงานในขอบเขตที่กว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข ครอบคลุมไปถึงสุขภาพ ะอย่างองค์รวม เป็นการทำงานเชิงบวกไม่ใช่ทำเพื่อนำผลไปใช้เพื่อการอนุญาต-ไม่อนุญาตเรื่องต่างๆ ไม่ใช่ เครื่องมือเชิงอำนาจหรือเชิงกฎหมาย

(๓) เครื่องมือกำหนดกรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ดี

เครื่องมืออีกชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่นำไปสู่การมีสุขภาพ ะของคนและสังคม คือ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ” ซึ่งได้ถูกบัญญัติไว้ในกฎหมายให้เป็นกรอบและ แนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งปัจจุบันได้มีการ ประกาศใช้ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒”¹⁰ แล้ว โดยมีเนื้อหาสาระสำคัญใน ๑๒ เรื่อง คือ (๑) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ (๒) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบ สุขภาพ (๓) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ (๔) การสร้างเสริมสุขภาพ (๕) การ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (๖) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ (๗) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์ พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ (๘) การคุ้มครองผู้บริโภค (๙) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้าน

¹⁰ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๖ ตอนพิเศษ ๑๗๕ ง วันที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒.

สุขภาพ (๑๐) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (๑๑) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข และ (๑๒) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตามในคำปรารภของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้บัญญัติไว้ตอนหนึ่งว่า “ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่สามารถจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ของตน โดยต้องไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๖ ตอนพิเศษ ๑๓๕๖ วันที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒” ได้ จึงมีพื้นที่หลายพื้นที่ได้ดำเนินการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ โดยขณะนี้ได้มีการประกาศใช้ไปแล้ว จำนวน ๑๔ พื้นที่ คือ (๑) ตำบลชะแล้ จังหวัดสงขลา (๒) อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ (๓) ตำบลเหมืองหม้อ จังหวัดแพร่ (๔) ตำบลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก (๕) ตำบลแม่ถอด จังหวัดลำปาง (๖) ตำบลริมปิง จังหวัดลำพูน (๗) ตำบลพิจิตร จังหวัดสงขลา (๘) ตำบลดงมูลเหล็ก จังหวัดเพชรบูรณ์ (รายละเอียดในล้อยกรอบ ๕) (๙) ตำบลไผ่ จังหวัดสุรินทร์ (๑๐) ตำบลเปือย จังหวัดอำนาจเจริญ (๑๑) อำเภอสารภ จังหวัดเชียงใหม่ (๑๒) ตำบลโป่งงาม จังหวัดเชียงราย (๑๓) ลุ่มน้ำภูมี จังหวัดสงขลา และ (๑๔) ตำบลม่วงคำ จังหวัดเชียงราย และอยู่ระหว่างดำเนินการมากกว่า ๕๐ พื้นที่¹¹

กลไกหลักที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นกลไกที่มีการพัฒนาอย่างชัดเจนและต่อเนื่องตั้ง แต่ก่อนการมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จากการทดลองจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๔ – ๒๕๔๙ โดย สปรส. เพื่อพิจารณา “ร่างกรอบสาระสำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งร่างที่ผ่านความเห็นชอบนี้ได้ถูกนำไปยกร่างขึ้น เป็น พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติและหลังจากการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยมีตัวชี้วัดสำคัญด้านการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่จะต้องผ่านฉันทมติจากสมาชิกสมัชชาสุขภาพ ซึ่งข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นจะต้องนำไปสู่ “การมีสุขภาพหรือความมีสุขภาพดีของประชาชน” และต้องมีการขับเคลื่อนข้อเสนอแนะนั้น ๆ ไปสู่การปฏิบัติ มีการติดตามและผลักดันข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชุมชน ท้องถิ่น ประชาคม องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง จนถึงระดับประเทศ¹²

11 เอกสารรายงานผลการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ ของสำนักธรรมนูญสุขภาพและนโยบายสาธารณะ, ๒๕๕๔.

12 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๓.

๒.๘ การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อนโยบายสาธารณะ

ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนได้มีการกำหนดแตกต่างกันตามบริบททางสังคมและการเมือง คณิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม และคณะ (๒๕๔๕ อ้างถึงใน ถวิลวดี บุรีกุล และคณะ, ๒๕๕๒: ๑๗) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation) หมายถึง การกระจายโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง และการบริหารเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ รวมทั้ง การจัดสรรทรัพยากรของชุมชนและของชาติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยการให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำ ปรีกษา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ รวมตลอดจนการควบคุมโดยตรงจากประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิด กล่าวคือ เป็นการสื่อสารสองทาง ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งประกอบไปด้วย การแบ่งสรรข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการเสริมสร้างความสามัคคีในสังคม ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการเพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจ การลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลาเป็นการสร้างฉันทมติ และทำให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ อีกทั้งช่วยหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าใน “กรณีที่น่าจะรุนแรง” ช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือและความชอบธรรม และช่วยให้ทราบความห่วงกังวลของประชาชนและค่านิยมของสาธารณชนรวมทั้งเป็นการพัฒนาความเชี่ยวชาญ และความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณชน

ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับอรรถ ก๊กผล (๒๕๔๖ อ้างถึงใน ถวิลวดี บุรีกุล และคณะ, ๒๕๕๒: ๑๗) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ และแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้-เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกัน ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

ทั้งนี้ บวรศักดิ์ อุวรรณโณ และถวิลวดี บุรีกุล (๒๕๔๘ อ้างถึงใน ถวิลวดี บุรีกุล และคณะ, ๒๕๕๒: ๑๗) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงทัศนะและมีส่วนในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่จะมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเอง นอกจากจะช่วยให้การตัดสินใจของผู้เสนอโครงการหรือรัฐบาลมีความรอบคอบ และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนมากยิ่งขึ้นแล้ว ยังเป็นการควบคุมการบริหารงานของรัฐบาลให้มีความโปร่งใส (transparency) ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน (responsiveness) และมีความรับผิดชอบหรือสามารถตอบคำถามของประชาชนได้ (accountability) อีกด้วย ซึ่งเท่ากับเป็นการส่งเสริมการปกครองระบอบประชาธิปไตยให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นอีกด้วยจากความหมายดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิในกระบวนการนโยบายสาธารณะทั้งในด้านการให้และรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ การร่วมตัดสินใจ ทั้งในขั้นตอนการริเริ่มนโยบาย การจัดทำแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมการจัดการสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ รวมทั้งการปฏิบัติ การติดตามและประเมินผลตามนโยบายแผนงานโครงการหรือกิจกรรมนั้น (ถวิลวดี บุรีกุล และคณะ, ๒๕๕๒: ๑๗-๑๘)

บทที่ ๓

ถอดบทเรียนจากกรณีศึกษา

บทเรียนจากทั้ง 3 กรณีศึกษานี้ได้มาจากการจัดประชุมถอดบทเรียนกรณีศึกษา

๓.๑ การดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของกลุ่มธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ¹³

“ธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ” เริ่มจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ.๒๕๕๕ มีฉันทมติเรื่อง พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และชุมชน พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับพระสงฆ์ให้ทั่วถึง ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงการถวายอาหารที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพพระสงฆ์ สนับสนุนให้พระสงฆ์เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพตนเอง พระสงฆ์ในพื้นที่ และสุขภาวะชุมชน โดยมีแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและสถานการณ์ด้านสุขภาพ และให้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะไว้ในหลักสูตรต่างๆ ของพระสงฆ์

ต่อมาจึงมีการตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” ขึ้น โดยมี พระพรหมบัณฑิต เจ้าอาวาสวัดประยุรวงศาวาสวรวิหาร กรรมการ มส. และนายฐาตุร ดิษฐอำนาจ เป็นที่ปรึกษา นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธานคณะทำงาน ซึ่งวันที่ ๑ มิ.ย. ๒๕๕๙ คณะทำงานฯ มีมติเห็นชอบแผนปฏิบัติการพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ ๕ ด้าน ได้แก่ ๑. ด้านความรู้ ๒. ด้านการบริหาร ข้อมูล ๓. ด้านการพัฒนา ๔. ด้านการบริการสุขภาพและสวัสดิการ และ ๕. ด้านการวิจัยและพัฒนาชุดความรู้

¹³ ประชุมถอดบทเรียนกรณีศึกษาธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๓ ณ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

รูปแบบต่างๆ ซึ่งในด้านการพัฒนา ระบุว่า ให้มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ที่สามารถใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยใช้หลักการสำคัญ คือ “ทางธรรมนำทางโลก”

จากนั้นจึงเกิดการยกร่างธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ... ขึ้น โดยมีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) เป็นองค์กรประสานหลัก พร้อมด้วยภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการยกร่าง ได้แก่ กรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของ มส. มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย (มมร.) สธ. พศ. สปสช. สสส. และ สช. โดยมีนักวิชาการร่วมทำงาน ผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็น ๕ เวที จากเวที ๔ ภาค และคณะสงฆ์ธรรมยุต จากนั้นจึงเสนอต่อคณะกรรมการด้านสาธารณสงเคราะห์ของ มส. ซึ่งมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ ๒๔ พ.ย. ๒๕๖๐ รับเข้าเป็นแผนงานด้านสาธารณสงเคราะห์ของ มส. และนำไปประกาศใช้ในวันที่ ๒๐ ธ.ค. ๒๕๖๐ ในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐ และนำเสนอธรรมนูญฯ ต่อที่ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) เพื่อทราบ

เมื่อวันที่ ๒๐ ธ.ค. ๒๕๖๐ พระพรหมวชิรญาณ ประธานกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม (มส.) จึงได้ประกาศธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๐ ซึ่งกำหนดให้เรื่อง “สุขภาวะพระสงฆ์” เป็นนโยบายสำคัญของประเทศที่ทุกภาคส่วน รวมถึงประชาชน ชุมชน และสังคม จะมาร่วมผลักดันและขับเคลื่อน โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (พศ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ลงนามประกาศเจตนารมณ์ ร่วมกับคณะสงฆ์ หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นับเป็น “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์” ฉบับแรกของประเทศไทย ที่จะมาช่วยกำหนดแนวทางการทำงานสุขภาวะพระสงฆ์อย่างชัดเจน

ทั้งนี้ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ มีหลักปฏิบัติประกอบด้วย ๕ หมวด ๓๗ ข้อ คือ หมวดที่ ๑ ปรัชญาและแนวคิดหลักของธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์แห่งชาติ หมวดที่ ๒ พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองตามหลักพระธรรมวินัย หมวดที่ ๓ ชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย หมวดที่ ๔ บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม และหมวดที่ ๕ การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 มีฉันทมติเรื่อง

“พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพะ”

โดยให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง
ร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ

วันที่ 1 มิ.ย. 2559 คณะทำงานฯ มีมติเห็นชอบแนวทางการดำเนินงาน
ตามแผนปฏิบัติการพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพะ

5
ด้าน

- ◆ ความรู้
- ◆ บริหารข้อมูล
- ◆ พัฒนา
- ◆ บริการสุขภาพและสวัสดิการ
- ◆ วิจัยและพัฒนาชุดความรู้รูปแบบต่างๆ

ใช้หลักการสำคัญ “ทางธรรมนำทางโลก”

โดยมีธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560

มีหลักปฏิบัติประกอบด้วย **5 หมวด 37 ข้อ** เป็นกรอบแนวทาง

หมวดที่ 1
ปรัชญาและแนวคิดหลัก
ธรรมนูญสุขภาพ
ของพระสงฆ์แห่งชาติ

หมวดที่ 2
พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพ
ของตนเองตามหลักพระธรรมวินัย

หมวดที่ 3
ชุมชนและสังคม
กับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์
ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย

หมวดที่ 4
บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำ
ด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม

หมวดที่ 5
การขับเคลื่อนธรรมนูญ
สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ

ทั้งนี้ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๓๑ ธ.ค. ๒๕๖๐
หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจึงเร่งดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อน ซึ่งแนวทางการขับเคลื่อนมีอยู่ ๕
ประเด็นหลัก คือ

๑. การจัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ เพื่อให้ทราบข้อมูลวัดและพระสงฆ์ทั่วประเทศ และเชื่อมโยง
ข้อมูลพระสงฆ์เข้ากับสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ โดยมีการจัดทำบัตรสมรทการสำหรับพระสงฆ์

๒. การจัดให้มีพระคิลาณุปัฏฐากประจำวัด หรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) คอยช่วยเหลือดูแลพระสงฆ์อาพาธ สร้างเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงคุณภาพพระสงฆ์ โดยมีการอบรมทักษะการดูแลสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ ซึ่งจะขยายให้มีครอบคลุมทั่วประเทศ

๓. การดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์และสร้างอนามัยสิ่งแวดล้อมของวัดที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น มีกุฏิสงฆ์อาพาธ การดูแลพระสงฆ์ที่อยู่ภาวะติดเตียง

๔. การถวายเป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของพระสงฆ์ การสื่อสารเกี่ยวกับการอุปัฏฐากพระสงฆ์ให้แก่ประชาชน ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ และ

๕. การดำเนินงานในพื้นที่ให้เห็นเป็นรูปธรรม ที่หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้ง มหาเถรสมาคม มูลนิธิ สังฆเพื่อสังคม สปสช. สสส. มจร. พศ. กรมการแพทย์ กรมอนามัย และ สช. ให้ความสำคัญและเร่งดำเนินการกันอยู่ โดยจะมีกำหนดเป้าหมายร่วมและการบูรณาการการทำงานร่วมกัน

นอกจากการขับเคลื่อนดังกล่าวแล้ว สิ่งสำคัญที่ทำให้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์กลายเป็นเรื่องสำคัญ คือ คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีข้อสั่งการเมื่อวันที่ ๑๒ มิ.ย. ๒๕๖๑ ให้มีการขยายผลขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่ทั่วประเทศรวมถึงในสามจังหวัดชายแดนใต้ และให้ สช. ทารื้อกับกรมการศาสนา เพื่อหาแนวทางการพัฒนาการสร้างสุขภาวะในศาสนาอื่นๆ ด้วย ซึ่งตัวแทนจากศาสนาต่างๆ เห็นว่า เป็นเรื่องดีที่มีธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ขึ้นมา และมีความสนใจที่จะทำงานด้านการสร้างสุขภาวะในศาสนาของตนเอง โดยจะนำเรื่องไปหารือกับผู้นำศาสนา และศาสนิกในแต่ละศาสนา และจะนำมาแจ้งกับกรมการศาสนา เพื่อพัฒนาความร่วมมือกันต่อไป

อย่างไรก็ตาม เพื่อเร่งรัดโครงการต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ให้เกิดเป็นรูปธรรมมากขึ้น พล.อ.ฉัตรชัย สาริกัลยะ รองนายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงสั่งการให้ใช้ฐานงาน ๑ วัด ๑ โรงพยาบาล ในการขับเคลื่อน ซึ่ง สช. ได้กำหนดให้โรงพยาบาลรัฐสังกัด สช.จับคู่ดูแลสุขภาพกับวัดกำหนดเมนูกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งการตรวจคัดกรองสุขภาพ การถวายเป็นรู้สงฆ์ การสร้างอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีภายในวัด รวมถึงการให้ความรู้ประชาชนที่มารักษาที่โรงพยาบาลให้เข้าใจถึงอาหารสุขภาพที่ถวายสงฆ์ ต้องหลีกเลี่ยงหวาน มัน เค็ม เป็นต้น โดย สช.ยังวางแผนขยายไปสู่ ๑ วัด ๑ รพ.สต. และนำทีมสหวิชาชีพพร้อมกับ อสม. ปันจักรยานเยี่ยมวัดในชุมชนต่างๆ เพื่อตรวจสุขภาพพระสงฆ์และถวายเป็นรู้ เช่น การคัดแยกขยะภายในวัด เป็นต้น

นอกจากนี้ เพื่อให้การขับเคลื่อนเกิดผลครบวงจร ที่ประชุมเห็นควรเชื่อมโยงโครงการ ๑ วัด ๑ โรงพยาบาล ร่วมกับ “การขับเคลื่อนชุมชนคุณธรรมโดยพลัง บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) สู่สังคมคุณธรรมที่มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ของกระทรวงวัฒนธรรม โดยกรมการศาสนา ซึ่งสนับสนุนบทบาทพระสงฆ์ในการพัฒนาชุมชน โดยให้ “ศูนย์ศึกษาพุทธศาสนาวันอาทิตย์” (ศอพ.) ที่มีอยู่ ๔,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศ ขยายหน้าที่ไปสู่การส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม รักษาบรรทัดฐานภูมิปัญญาไทย และฝึกอาชีพ ช่วยให้วัดกลับมาเป็นเสาหลักของชุมชน และส่งต่อไปเป็นการเร่งขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์สู่การปฏิบัติในพื้นที่

ปัจจุบัน จากข้อมูลวันที่ ๑๓ ก.ค. ๒๕๖๑ มีวัดในพื้นที่เป้าหมาย ๘๙๔ แห่ง จับคู่กับโรงพยาบาล ๖๘๓ แห่ง และในระยะที่ ๒ มีเป้าหมายขยายการดำเนินการไปยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) หรือ จับคู่ ๑ วัด ๑ รพ.สต. ขณะนี้มีวัด ๙,๗๕๓ แห่ง จับคู่กับ รพ.สต.แล้ว ๖,๓๒๒ แห่ง

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ยังเห็นควรให้มีกิจกรรมการลงพื้นที่เพื่อ “คิกออฟ” การขับเคลื่อน ธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศ ตามรูปแบบ ๑ วัด ๑ โรงพยาบาล/รพ.สต. ประสานโครงการพลัง บวร ในวันที่ ๒๒ ส.ค. ๒๕๖๑ ที่ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) วิทยาเขตขอนแก่น เพื่อสร้างความเข้าใจและสื่อสารการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ให้แก่พระสงฆ์ หน่วยงาน และประชาชนระดับพื้นที่ โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกับขับเคลื่อนระดับพื้นที่ที่บูรณาการระหว่างงาน ๑ วัด ๑ รพ./รพ.สต. วัดส่งเสริมสุขภาพ โครงการพลังบวร การจัดทำฐานข้อมูลพระสงฆ์ และ การพัฒนาพระคิลาณูปัฎฐาก ที่ตั้งเป้าหมายขยายผลไม่น้อยกว่า ๕,๐๐๐ วัดเมื่อสิ้นปี ๒๕๖๒

พัฒนาการจาก มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ‘พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ’ สู่การเป็นธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

เมื่อพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ ได้รับการบรรจุเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๕๕ ได้มีกรอบแนวคิดในการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ ๕ ด้าน คือ พระดูแลกันเอง ชุมชนดูแลพระสงฆ์ พระสงฆ์ดูแลสุขภาพชุมชน จึงมีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมากขึ้น ซึ่งระยะแรก กำหนดแนวคิดการทำงานให้ ‘ทางโลกนำทางธรรม’ ต่อเมื่อเปลี่ยนแนวคิดให้ ‘ทางธรรมนำทางโลก’ ให้การขับเคลื่อน เป็นงานที่ฝ่ายสงฆ์เป็นเจ้าของหลัก กระบวนการออกแบบเพื่อขับเคลื่อนจึงมีการสร้าง ธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติให้เกิดขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงร่วมกันในการขับเคลื่อนงานที่มีพระธรรมวินัยเป็นฐาน ทั้งนี้ สสส. เป็นหน่วยงานที่เข้ามาร่วมสนับสนุนให้เกิด ธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติเป็นเวลายาวนาน ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน

การจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

เมื่อกำหนดให้พระสงฆ์ได้มีบทบาท ดำเนินงานเป็นเจ้าของเรื่อง คณะทำงานขับเคลื่อนฯ จึงเสนอเรื่อง ธรรมนูญสงฆ์พร้อมๆ กับ แนวทางการขับเคลื่อนงาน ๕ ด้านคือ ความรู้ การบริหารข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ และการวิจัยพัฒนาขีดความรู้

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติเป็นสัญลักษณ์ของข้อตกลงร่วมในการทำงานร่วมกันของพระสงฆ์ รวมถึงกับหน่วยงานภายนอก ที่จะเคารพ ยอมรับแนวทาง ที่พระธรรมวินัย เชื่อมร้อยกับสุขภาพทั้ง ๔ มิติ การจัดทำ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติมีกระบวนการประชุมออกแบบร่วมกัน มีการตั้งคณะทำงานขึ้นมา จากพระหลายฝ่ายเพื่อออกแบบกระบวนการร่วมกัน มีการจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็น ๔ - ๕ ภาค เพื่อจัดทำธรรมนูญนี้ซึ่งกรอบของการทำธรรมนูญครอบคลุมเรื่องพระสงฆ์กับการดูแลตนเอง ตามพระวินัย สังคมกับการดูแล อุปฐากพระสงฆ์ที่ต้องตามหลักพระธรรมวินัย และบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพ ในชุมชนและสังคม รวมถึงมีการจัดทำ แผนปฏิบัติการ และ นำถวายผ่านคณะกรรมการมหาเถรสมาคมและแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.)

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติอยู่ภายใต้การรับผิดชอบของงานด้านสาธารณสุขสงเคราะห์ โดยเจ้าพระคุณวัดญาณนาถา สมเด็จพระมหาธีราจารย์ และเป็นการดำเนินการร่วมกันกับเรื่องของการเลื่อนมติสมัชชาไปด้วย ทั้งนี้ การจัดเวทีรับฟัง ไม่ได้จัดเหมือนกันทุกเวที แต่จัดตามบริบท ความแตกต่างของสงฆ์แต่ละฝ่าย มีการจัดทำเอกสารรูปเล่ม ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติและมีการประกาศใช้ ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๐

ข้อสังเกตต่อวิธีขับเคลื่อนธรรมนูญสงฆ์

- มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง พระสงฆ์กับการพัฒนาแตกต่างจากมติอื่นๆ ตรงที่เครื่องมือได้เปลี่ยนเป็น ธรรมนูญพระสงฆ์ โดยไม่ได้เขียนไว้
- ในระยะเริ่มต้นของการขับเคลื่อน ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓ กระบวนการขับเคลื่อนยังขาดพลัง ขาดแรงสนับสนุน ทั้งด้วยกิจกรรมน้อย และบทบาทของ สช. ตามกฎหมาย ที่ยังไม่ชัดเจนว่าจะมีกระบวนการขับเคลื่อนภายหลังจากที่เกิดมติขึ้นแล้วอย่างไร

- แม้เรื่อง สุขภาวะพระสงฆ์จะเข้าสู่เวทีสมัชชาตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ แต่พระสงฆ์กลุ่มที่ขับเคลื่อนยังขาดความหลากหลาย อยู่ในวงแคบ และขาดการมีส่วนร่วมของมหาเถรสมาคมซึ่งเป็นฝ่ายปกครองสงฆ์ งานจึงขาดความคืบหน้า และไม่มีพลัง เพราะขาดภาคส่วนที่สำคัญ ต่อเมื่อสำนักพระพุทธศาสนาได้รับรู้ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพ และคณะทำงานได้เข้าพบ รองผู้อำนวยการสำนักพระพุทธศาสนา ความร่วมมือ การกำหนดยุทธศาสตร์ แนวทางการขับเคลื่อนร่วมกันอย่างเป็นระบบ จึงเกิดขึ้น

- คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสม.) ประกอบด้วยหน่วยงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น สสส. มหาวิทยาลัย Thai PBS มหาดไทย มูลนิธิเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกันขับเคลื่อนทั้งในระดับชาติ ระดับพื้นที่

- การเปลี่ยนแนวคิดการทำงาน จาก ‘โลกนำธรรม’ เป็น ‘ธรรมนำโลก’ เป็นคำแนะนำของ พระพรหมบัณฑิต เจ้าอาวาสที่ วัดประยุรวงศ์ ส่งผลให้เปิดประตูให้ฝ่ายสงฆ์เข้ามามีบทบาทเต็มที่

- หลังจากเปลี่ยนแนวคิดการขับเคลื่อนจึงชูประเด็น เรื่อง ธรรมนำทางโลก งานส่วน กรมอนามัยก็ดำเนินการเรื่องอบรม สร้างพระคิลานุปัฏฐาก

- ความเคลื่อนไหวงานที่มากขึ้นพร้อมพัฒนาของการออกแบบระบบงานของ สช. ที่แยกการบริหารมติสมัชชาเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มมติสาธารณสุขการแพทย์ และกลุ่มงานด้านสังคม และเกิดการตั้งคณะอนุกรรมการชุดเฉพาะที่ขับเคลื่อนเรื่องธรรมนูญพระสงฆ์ ซึ่งมีองค์ประกอบหลากหลาย และนำไปสู่การกำหนดกรอบ ยุทธศาสตร์ พัฒนาเป็นเรื่องของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ กับตัวแผนในเรื่องของการขับเคลื่อนทั้งหลายที่มีมาทั้งหมด

- การเกิดขึ้นของ คณะอนุกรรมการชุดเฉพาะที่ขับเคลื่อนเรื่องธรรมนูญพระสงฆ์ ได้ช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนงานได้อย่างมาก เพราะมีแรงหนุนจากเต็มเปี่ยมจากตัวแทนภาคการเมือง ซึ่งเป็นประธานอนุกรรมการ มีการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการไปถึงอย่างชัดเจน นอกจากนี้ การขับเคลื่อนยังเป็นการปฏิบัติงานโดยตรงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ กรมอนามัย

- การขับเคลื่อนงานเป็นไปอย่างสร้างความสามัคคีของพระจากหลายฝ่าย สร้างบรรยากาศเชิงบวก และทำให้งานเดินหน้าอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ คณะทำงานและหน่วยงานอื่นๆ ยังได้รับความเมตตาจาก พระผู้ใหญ่ที่ช่วยเปิดทาง ให้อำนาจ ซึ่งคณะทำงานสะท้อนว่า ‘เข้าได้ถูกจังหวะ และถูกทาง’ ความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น เกิดจาก จับจุดคลิกได้ และไม่ปล่อยให้โอกาสผ่านไป

- การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น ๔-๕ ภาค พระสงฆ์ได้เข้ามาออกแบบ และเป็นผู้ประสานเชื่อมหลายฝ่ายด้วยตัวเอง รวมถึงกระบวนการร่างธรรมนูญพระสงฆ์ที่ ฝ่ายพระได้ร่วมกันเขียนขึ้นเอง คือ พระมหาประยูร โชติวโร พระครูพิพิธสุตาทร แล้วก็พระเทพเวที ส่งผลเป็นธรรมนูญสงฆ์ที่ได้รับการยอมรับจากสงฆ์ มีความละเอียดละไม สอดคล้องกับพระไตรปิฎก เช่น การเปลี่ยนจากการใช้คำ อาสาสมัครสาธารณสุข เป็น พระคิลานุปัฎฐาก ซึ่งคำว่าคิลานุปัฎฐากเป็นภาษาที่อยู่ในพระไตรปิฎก เปลี่ยนข้อกำหนดจาก ๓๑ เป็น ๓๗ ข้อ ตามหลัก โพธิปักขิยธรรม ใช้คำว่า ‘ฟัง’ แทน ‘ขอให้’ ซึ่งเป็นเชิงบวกและไม่แสดงอำนาจสั่งการกับฝ่ายสงฆ์

- คณะทำงานได้เรียนรู้ว่าการขยายงานธรรมนูญสงฆ์ให้ทั่วทั้งประเทศต้องผนวกพร้อมกับฝ่าย มหาเถรสมาคม สำนักงานพระพุทธศาสนา เพราะเป็นฝ่ายปกครองสงฆ์ มีระบบการสั่งการ มอบหมาย ตั้งแต่ระดับภาค เขต จนถึงพื้นที่จังหวัด ตำบล

- ธรรมนูญพระสงฆ์แห่งชาติ เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ เมื่อนำเสนอเข้าที่ประชุม ครม. สัญจร ทำให้เกิดมติคณะรัฐมนตรี ทำให้งานธรรมนูญสงฆ์กระจายไปยังวัดต่างๆ

- แรงสนับสนุนจากฝ่ายการเมือง เข้มข้นและเป็นเอกภาพ เพราะรองนายกรัฐมนตรี สุวพันธุ์ ตันยุวรรธนะ กำกับดูแลทั้ง สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กองทุนหมู่บ้าน และได้ผลักดันงานธรรมนูญสงฆ์ เข้าสู่หน่วยงานดังกล่าว

- หน่วยงานที่เป็นคณะทำงานร่วมกัน มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานเพื่อขับเคลื่อนร่วมกัน แม้จะไม่ใช้บทบาทหน้าที่โดยตรง เช่น หน่วยกองสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

- สสส. สนับสนุนงานธรรมนูญสุขภาพ ผ่านการรณรงค์ เรื่อง สงฆ์ไทยไกลโรค ตักบาตรให้มีบุญต่างๆ สนับสนุนงบประมาณ ให้กับสงฆ์และพื้นที่ในการสร้างกระบวนการให้เกิดธรรมนูญสงฆ์

- มหาเถรสมาคมเห็นประโยชน์จากกระบวนการสมัชชาว่าสามารถปฏิรูปงานสงฆ์ด้วย

- มีการทำข้อตกลงร่วม MOU โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมี คุณหมอ ประจักษ์วิช เลื่อนาค เห็นประโยชน์และให้การสนับสนุนงบประมาณ และการศึกษาวิจัย ร่วมขับเคลื่อนงานที่มีจุดเน้นด้านธรรมนูญสุขภาพ บูรณาการร่วมกับกองทุนระดับตำบล ทั้ง ๑๓ เขต สปสช.ยังทำ MOU กับ สำนักงานพระพุทธศาสนาเพื่อสำรวจสถานการณ์การเข้าถึงสิทธิของสงฆ์ทั่วประเทศ

- ความต่างเชิงโครงสร้างของการขับเคลื่อนธรรมนูญสงฆ์เมื่อเปรียบเทียบกับมติสมัชชาสุขภาพอื่นๆ คือ มีโครงสร้างงาน ๒ ส่วนที่ชัดเจนคือทางโลกและทางธรรม ซึ่งกลไกของทั้ง ๒ ฝ่ายทำงานอย่างเชื่อมประสานกัน (interactive) ฝ่ายคณะสงฆ์เป็นเจ้าของร่วมเต็มตัว มีระดับการสั่งการที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ ปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันถึงระดับพื้นที่ ขณะที่ฝ่ายฆราวาสยอมรับ เคารพและ ยึดหลักปฏิบัติของฝ่ายสงฆ์ด้วย

- การทำงานด้วยเครือข่าย ทำให้งานดำเนินไปในหลายส่วน อีกทั้งบทบาทของ สปสช. สนับสนุนงานด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ ผลิตคู่มือพระสงฆ์เป็นการเฉพาะเพื่อสนับสนุน รณรงค์การเข้าถึงสิทธิและบริการ โดยแจกจ่ายให้สงฆ์นับแสนเล่ม สนับสนุนงบประมาณให้ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มจร. ทำการศึกษาวิจัย เรื่องการเข้าถึง สิทธิของพระสงฆ์ ภายใต้ธรรมนูญสงฆ์ สปสช. ยังร่วมมือกับ มจร. ดำเนินการให้เกิดศูนย์ประสานงานสุขภาพเชิงพุทธ ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ด้านบทบาทของ สช. เป็นเรื่องการ ส่งเสริม สนับสนุน นโยบายธรรมนูญพระสงฆ์ และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อบรมสร้างพระคิลานุปัฏฐาก

- การจัดเก็บระบบฐานข้อมูลของพระสงฆ์เชื่อมโยงกับเลข ๑๓ หลัก และ สปสช.จากเดิมที่มีฐานข้อมูลพระในระบบเพียง ๒๙,๐๐๐ รูป ปัจจุบันเพิ่มเป็นกว่า ๒๐๐,๐๐๐ รูป พระสงฆ์มีบัตรประจำตัวที่จะทำให้เข้าถึงการบริการ

- การพัฒนานโยบายธรรมนูญสงฆ์ ด้วยกลไกกองทุนสุขภาพตำบล โดยพระสงฆ์เองอาจขอหรือ ฆราวาส หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถขอการสนับสนุน งบประมาณเพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้ เช่น มจร. นครสวรรค์ เขียนโครงการขอการสนับสนุนจากกองทุนตำบลเพื่อดูแลพระนิสิตของ มจร. และปัจจุบัน สสส. สปสช. สช. สนับสนุนงบประมาณประมาณ ๙ ล้านบาท พัฒนาพื้นที่นำร่องให้พระสงฆ์เป็นแกนมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กลไกกองทุนสุขภาพตำบล ประมาณ ๕๔ พื้นที่ โครงการอยู่ในระหว่างการดำเนินการ

- สามารถที่จะรื้อฟื้น หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อปต.) ที่ขาดการสนับสนุน แต่มีบทบาททำหน้าที่เผยแผ่พระพุทธศาสนา แล้วเรื่องการทำให้พระมีบทบาทในชุมชนมากขึ้น

- มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มจร. ผนวกเรื่องนโยบายสุขภาพเข้าไปในหลักสูตร ทำให้พระนิสิตมีแนวความคิดด้านสุขภาพ เมื่อลงปฏิบัติศาสนกิจ

- พระมีความเข้าใจการเข้าถึงระบบสุขภาพ ระบบสิทธิที่พระควรได้รับ เรื่องของการดูแลสุขภาพและเผยแพร่ด้วยการเทศนา การให้ความรู้ อาหารที่ควรแก่ญาติโยม

- ปัจจุบัน พระครูอมรชัยคุณขับเคลื่อนประเด็นของธรรมนูญพระสงฆ์ผ่านคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ โดยได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. ระยะ ๓ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ เพื่อพัฒนาพระ อสว.หรืออasmัควัด และปัจจุบันได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ขยายงานทั่วประเทศ สร้าง พระ อสว.หรืออasmัควัด เข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ

เงื่อนไขที่ทำให้ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติขับเคลื่อนได้อย่างประสบความสำเร็จ

- สช. มีระบบการบริหาร มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยจำแนกการขับเคลื่อนมติ เป็น ๔ กลุ่มคือ กลุ่มบรรลุความสำเร็จ กลุ่มกำลังเดินอยู่ กลุ่มทบทวน และกลุ่มยุติการรายงาน

- การขับเคลื่อนทุกมติสมัชชา สช. ขับเคลื่อนทุกมติด้วยหน้าที่ มีกำหนดยุทธศาสตร์ เป้าหมายของแต่ละมติ และข้อกำหนดท้ายมติที่บอกถึงลำดับที่ต้องกลับมารายงาน ความก้าวหน้า สช. จึงมีบทบาทหน้าที่ กระตุ้น ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนทุกมติสมัชชา

- มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีการขับเคลื่อนรวดเร็ว มาจากปัจจัยการจับจังหวะ กระแสจากภายนอก หรือที่เรียกว่า “หน้าต่างแห่งโอกาส” (window of opportunity) เช่น กรณีข่าวเด็กกินขนมจีนกับน้ำปลา ทำให้ วาระอาหารกลางวันเด็กได้รับความสนใจ กรณีธรรมนูญสงฆ์เกิดจากแรง การเปิดช่อง แรงสนับสนุนจากมหาเถรสมาคม

- ความเป็นเจ้าของ การเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง โดยใช้ สช. สร้างเครือข่าย ซึ่งแต่เดิมมีระดับที่แตกต่างกัน

- สำนักพระพุทธศาสนาตระหนักถึงความสำคัญของงานด้านการพัฒนาสุขภาพ และบทบาทของพระสงฆ์และได้นำไปกำหนดเป็น ๑ ใน ๗ ยุทธศาสตร์ของการปฏิรูปพระสงฆ์แห่งชาติ โดยคณะกรรมการสงเคราะห์

เรียนรู้นโยบายสาธารณะจากกรณีธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะจากกรณีธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติจนประสบความสำเร็จนั้น มีปัจจัยที่ควรเรียนรู้หลายประการดังนี้

๑. ความสำคัญและการตระหนักรู้ปัญหา สถานการณ์ปัญหาของ พระสงฆ์ทั่วประเทศขณะนั้นคือ คาดการณ์ว่ามีพระสงฆ์ราว ๓๐๐,๐๐๐ กว่ารูปแต่มีข้อมูลในระบบเพียง ๒๙,๐๐๐ รูป พระสงฆ์ส่วนใหญ่จึงมีปัญหาการ เข้ารับบริการสุขภาพ ไม่รู้ถึงสิทธิของตนเอง ยิ่งเมื่ออาพาธนอกพื้นที่ ทำให้ไม่ได้รับความสะดวกอย่างมาก
๒. การสร้างต้นแบบนโยบาย หลวงตาแชร์มีประสบการณ์ทำงานเชื่อม กับทาง สปสช. ในเขต ๙ จังหวัด นครราชสีมา โดยพัฒนาโมเดล คือ พระอาสาสมัครวัด หรือ อสว. โดยพัฒนาให้พระเข้ามามีบทบาท จาก ต้นแบบดังกล่าวได้กลายเป็นรูปธรรมของการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ แห่งชาติในเวลาต่อมา
๓. การมีเครือข่ายนโยบายเป็นฐานเดิม หลวงตาแชร์เป็นพระธรรมทายาท สายศิษย์หลวงพ่อบุญญา นันท ฤทธิคุณ หลวงพ่อบุญพุทธาส มีฐานเครือข่ายสำคัญคือ กลุ่มสังฆะเพื่อสังคมซึ่งเป็น พระสงฆ์นักพัฒนามี กระจายอยู่ทั่วประเทศ ซึ่งต่อมา ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ ได้จัดตั้งเป็นมูลนิธิ สังฆะเพื่อสังคม
๔. การบรรจุของข้อเสนอนโยบายรัฐกับประชาชน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอวาระเรื่อง วัดส่งเสริมสุขภาพ อนุฯ วิชาการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงจัดให้มีระบียบวาระที่เกิดจากการบูรณาการ ระหว่างวาระวัดส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย และสุขภาพพระสงฆ์ของหลวงตาแชร์ เป็น วาระ ‘พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ’ เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ทางคณะสงฆ์บูรณา การทำงานร่วมกับกรมอนามัย
๕. การเข้าไปอยู่ในกลไกนโยบาย หลวงตาแชร์ได้นำแนวคิดดังกล่าว ผลักให้เกิดขึ้นเมื่อเสนอเรื่อง สุข ภาวะของพระสงฆ์ในเวทีสมัชชา และในระหว่างปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๕ หลวงตาแชร์ได้เข้ามา เป็น คสช. จึงประสานขับเคลื่อน ประสานขอความร่วมมือจากหลายฝ่าย
๖. ทำให้ข้อเสนอนโยบายมาอยู่ในแนวคิดและบริบทของเจ้าของนโยบายและผู้ได้รับประโยชน์ การ ผลักดันธรรมนุญพระสงฆ์ระยะแรก กำหนดแนวคิดการทำงานให้ ‘ทางโลกนำทางธรรม’ ต่อเมื่อ เปลี่ยนแนวคิดให้ ‘ทางธรรมนำทางโลก’ ให้การขับเคลื่อน เป็นงานที่ฝ่ายสงฆ์เป็นเจ้าของหลัก กระบวนการออกแบบเพื่อขับเคลื่อนจึงมีการสร้าง ธรรมนุญสงฆ์แห่งชาติ ให้เกิดขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลง ร่วมกันในการขับเคลื่อนงานที่มีพระธรรมวินัยเป็นฐาน

๗. กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง การจัดทำธรรมนูญสงฆ์แห่งชาติมีกระบวนการประชุมออกแบบร่วมกัน โดยตั้งคณะทำงานขึ้นมาจากพระหลายฝ่ายเพื่อออกแบบกระบวนการร่วมกัน มีการจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็น ๔ – ๕ ภาค เพื่อจัดทำธรรมนูญนี้ซึ่งกรอบของการทำธรรมนูญครอบคลุมเรื่องพระสงฆ์กับการดูแลตนเอง ตามพระวินัยสังคัมกับการดูแลอุปัชฌาย์พระสงฆ์ที่ต้องตามหลักพระธรรมวินัย และบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาวะ ในชุมชนและสังคัม รวมถึงมีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และนำถวายผ่านคณะกรรมการมหาเถรสมาคมและแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน
๘. องค์กรนโยบายเป็นเจ้าภาพผลักดัน จากแต่เดิมที่การผลักดันธรรมนูญพระสงฆ์อยู่ในวงแคบ จนเมื่อสามารถเชื่อมต่อให้มหาเถรสมาคมซึ่งเป็นฝ่ายปกครองสงฆ์ และสำนักพระพุทธศาสนาได้รับรู้ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพ และคณะทำงานได้เข้าพบ รองผู้อำนวยการสำนักพระพุทธศาสนา ความร่วมมือ การกำหนดยุทธศาสตร์ แนวทางการขับเคลื่อนร่วมกันอย่างเป็นระบบ จึงเกิดขึ้น

๓.๒ การดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของกลุ่มระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน¹⁴

“ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน” มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ เกิดขึ้นจากความร่วมมือ และเห็นถึงความสำคัญ เป็นวาระเร่งด่วนขององค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง ที่ต้องการแก้ไข ปัญหาทุพโภชนาการทั้งขาดและเกินในภาพรวมคุณภาพอาหาร ความปลอดภัย และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ เอื้อต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดีของเด็กและเยาวชน เพราะปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระดับ สติปัญญาต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ และตระหนักร่วมกันว่าการพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน การให้ความสำคัญของรัฐบาลและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการบูรณาการ การดำเนินงานในทุกภาคส่วน มีความสำคัญต่อคุณภาพอาหาร ความปลอดภัย ด้านอาหาร ความมั่นคงด้านอาหาร และอาหารศึกษา ในการกำหนดเชิงนโยบาย สู่การปฏิบัติการในพื้นที่ให้เกิดรูปธรรม

¹⁴ ประชุมถอดบทเรียนกรณีศึกษาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน วันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ณ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้ ยังรวมถึงการดำเนินงาน บริหารจัดการกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริม สนับสนุน โครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา แก้ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กและเยาวชนได้อย่างต่อเนื่อง และสานพลังความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นหน่วยงาน สำคัญ ในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้อง เชื่อมโยงยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ ที่ให้ หมายอาหารสุขภาพจำหน่ายในโรงเรียน ควบคุมให้มีการจำหน่ายและบริการอาหารประเภท ไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงในบริเวณโรงเรียน และกำหนดกฎเกณฑ์ข้อบังคับในการควบคุมกิจกรรมการส่งเสริมการขายอาหาร ประเภทไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงในโรงเรียนเป็นยุทธศาสตร์ที่ควรส่งเสริมในการ พัฒนาระบบการจัดการ อาหารในโรงเรียน

ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับฉันทมติ เมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยกลไกหลักสำคัญร่วมในการขับเคลื่อน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนมติดระบบการ จัดการอาหารในโรงเรียนระดับนโยบายและระดับพื้นที่

จากข้อสั่งการของคณะรัฐมนตรี สช.ร่วมกับภาคีเครือข่ายได้นำเสนอการดำเนินงานระบบการจัดการ อาหารในโรงเรียนจังหวัดสุรินทร์ เป้าหมายการขับเคลื่อน จากข้อสั่งการของคณะรัฐมนตรี ในการติดตามงาน ในพื้นที่กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ๑ สช. ได้ดำเนินงานวางแนวทางการขยายผล ๓ ระดับ ดังนี้

๑) การขับเคลื่อนระดับจังหวัดสุรินทร์

๑.๑ สช. ได้แจ้งข้อสั่งการของคณะรัฐมนตรีไปยังผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการหารือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีที่ร่วมขับเคลื่อนงานในจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งหน่วยงาน จังหวัดอยู่ระหว่างหารือการจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชนจังหวัดสุรินทร์

๑.๒ สช. สนับสนุนภาคีเครือข่ายในจังหวัดสุรินทร์ดำเนินการขยายพื้นที่ระบบการจัดการอาหารใน โรงเรียนและชุมชนให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดสุรินทร์ (๓๒ ตำบล ใน ๑๗ อำเภอ) โดย

(๑) เชื่อมประสานให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนงานระบบการผลิตวัตถุดิบอาหาร ปลอดภัยที่สอดคล้องกับความต้องการของโรงเรียนในพื้นที่ ๓๒ ตำบล

(๒) การพัฒนาศักยภาพ กลไกในระดับจังหวัด แกนนำภาคีเครือข่ายอำเภอและตำบล ให้มีความรู้ในบทบาทที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีบุคลากรที่มีความรู้ด้านโภชนาการ การใช้โปรแกรม Thai School Lunch การประเมินภาวะโภชนาการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ มีบุคลากรที่สามารถเชื่อมโยงวิเคราะห์ชุมชน และเป็นแกนนำในการวางแผนเชื่อมระบบอาหารชุมชนกับโรงเรียน กำกับ ติดตาม และประเมินผลแบบเสริมพลัง เครือข่ายเกษตรกรรมมีความรู้ในเรื่องการทำเกษตรอินทรีย์และการวางแผนการปลูกการจัดการผลผลิต

(๓) หนุนเสริมให้เกิดการจัดทำ พัฒนาข้อมูล รูปแบบระบบการจัดการอาหารโรงเรียนในพื้นที่ที่สามารถยกระดับเป็นศูนย์การเรียนรู้ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชน

(๔) เผยแพร่แนวคิดและผลสำเร็จในระยะแรกเพื่อขยายผลทางสื่อสาธารณะ ได้แก่ จัดทำหนังสือสรุปบทเรียนระบบจัดการอาหารในโรงเรียน จัดสื่อมวลชนสัญจรดูงานในพื้นที่ จัดทำวิดีโอทัศน์รายการ “ลูกปลูก เปลี่ยน” เพื่อเผยแพร่ทางสื่อโทรทัศน์และสื่อสังคมออนไลน์ ผู้บริหาร สข. ให้สัมภาษณ์สื่อทั้งทางโทรทัศน์และวิทยุ

(๕) สรุปบทเรียน และการจัดการความรู้เกี่ยวกับกระบวนการขับเคลื่อนการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชน นำไปสู่การสร้างการเรียนรู้ขยายผล และจัดทำข้อเสนอในทางนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒) การขับเคลื่อนการขยายผลไปยังจังหวัดอื่นๆ สข. จะนำความรู้ การดำเนินงานจัดการอาหารในโรงเรียนของจังหวัดสุรินทร์ ใช้เป็นต้นแบบ ปรับใช้เพื่อขยายผลสู่พื้นที่จังหวัดอื่นๆ ต่อไป ดังนี้

๒.๑ เผยแพร่วิดีโอทัศน์รายการศาสตร์พระราชาสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน เมื่อวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๑ ซึ่งนายกรัฐมนตรี(พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) กล่าวถึงความสำคัญของระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน โดยยกตัวอย่างผลการดำเนินงานในพื้นที่นาร่องจังหวัดสุรินทร์ ที่พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยตามเกณฑ์ และยังส่งเสริมการทำเกษตรอินทรีย์ถึงชุมชนด้วย โดยเผยแพร่ทางสถานีโทรทัศน์และวิทยุออนไลน์ของ สข. (Health Station) และสื่อสังคมออนไลน์

๒.๒ ผ่านกลไกคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) โดยผนวกรวมไปกับการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ที่มี ๑๑ เขตพื้นที่กำหนดประเด็น เกษตร อาหารปลอดภัย โดยจะเริ่มจากเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ กขป.เขตพื้นที่ ๗ เขตพื้นที่ ๘ เขตพื้นที่ ๙ และเขตพื้นที่ ๑๐ โดยมีแผนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะระดับภาค ประเด็นอาหารปลอดภัย แล้วจะขยายไปในเขตอื่นๆ ต่อไป

๒.๓ ผ่านกลไกเครือข่ายนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมฯ ระดับจังหวัด (๔PW) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มีประเด็นร่วมเรื่องเกษตรและอาหารปลอดภัยเป็นฐานการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการบูรณาการทำงานในประเด็นร่วมกัน เช่น ๒๐ จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๒.๔ อยู่ระหว่างการประสานเพื่อประชุมหารือกับ สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ (สทบ.) เพื่อหาแนวทางของกองทุนหมู่บ้านเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการจัดการอาหารในโรงเรียนตามต้นแบบของจังหวัดสุรินทร์ให้ขยายพื้นที่ดำเนินการไปยังพื้นที่อื่นๆทั่วประเทศต่อไปตามข้อสั่งการคณะรัฐมนตรี

๓) การพัฒนาและขับเคลื่อนในระดับนโยบายเชิงระบบ จากการดำเนินงานในระยะแรก สช.ได้จัดเวทีบูรณาการเชิงนโยบายเพื่อหารือแนวทางการขับเคลื่อนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน เมื่อวันที่ ๑๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุขกระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยมีข้อเสนอต่อแนวทางการขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน โดยภาพรวมดังนี้

๓.๑ พัฒนาระบบวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการอาหารกลางวัน โดยสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียนในพื้นที่ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นการเชื่อมโยงจรรยาบรรณในชุมชนกับโครงการอาหารในโรงเรียนโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโรงเรียนเป็นหน่วยจัดการ

๓.๒ พัฒนากฎระเบียบหรือแนวทางที่เอื้อต่อการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียนที่เชื่อมโยงกับชุมชน และเครือข่ายเกษตรกร เช่น การจัดซื้อวัตถุดิบจากเกษตรกรรายย่อย

๓.๓ สนับสนุน ส่งเสริม การเกษตรปลอดภัย เกษตรอินทรีย์ ในพื้นที่ และพัฒนามาตรฐานการจัดการให้ผลผลิตปลอดภัย

จะเห็นได้ว่า กระบวนการขับเคลื่อน ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ “ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน” ที่มีทั้งการผลักดันเชิงนโยบาย การหนุนเสริมและบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนในทุกระดับ เพื่อให้เกิดพื้นที่โรงเรียนต้นแบบ รูปแบบที่จะพัฒนาให้เกิดรูปธรรมในพื้นที่นำร่องจังหวัดสุรินทร์ ทั้งในระดับโรงเรียนและการขับเคลื่อนเชิงนโยบายระดับพื้นที่ตำบล พบว่า กลไก คณะทำงานขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชนจังหวัดสุรินทร์ มีกระบวนการทำงานแบบจิตอาสา

และยังไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่เป็นทางการ มีโครงสร้างบทบาท หน้าที่ที่ชัดเจน รวมทั้งยังไม่มี แผนงานโครงการสนับสนุน หนุนเสริมอย่างชัดเจนต่อเนื่อง กลไก คณะทำงานส่วนใหญ่ จึงต้องทำงานตาม ภารกิจงานเป็นหลัก ขาดการเชื่อมร้อยภาคี แผนงาน คน พุน และข้อมูลที่ชัดเจนในทุกระดับ ยังไม่มีการเชื่อม กลไกอำเภอ กลไกพื้นที่ตำบลไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และการสั่งการ ขาดการเชื่อมร้อยเครือข่ายอย่าง จริงจัง รวมทั้งนโยบายจังหวัด และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง ขาดเจ้าภาพ หลักทั้งในตัวบุคคล หน่วยงาน เนื่องจาก “ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน” เป็นประเด็นงานที่มีความ เกี่ยวข้องในหลายหน่วยงาน และถูกมองว่า เป็นภารกิจของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง(หน่วยงานทางการ ศึกษาและสาธารณสุข) ขาดการมองเป้าหมายร่วม และการให้ความสำคัญ

อย่างไรก็ตาม พบว่ากลไก คณะทำงาน รวมถึงบุคคล หน่วยงานเจ้าภาพหลักดังกล่าว มีความสำคัญใน การขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชนจังหวัดสุรินทร์ให้เกิดขึ้นแบบบูรณาการตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องมีนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน ในการกำหนด บุคคล หน่วยงานเจ้าภาพหลักรับผิดชอบ ทำหน้าที่เป็นแกนกลางเชื่อมประสานเชิงนโยบาย และจังหวัด เพื่อให้ เกิดคำสั่งแต่งตั้งกลไกคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) มีทิศทางและแผนงานสนับสนุนการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนต่อเนื่อง

พื้นที่ ๓๒ ตำบล ๑๗ อำเภอ ในจังหวัดสุรินทร์ที่ได้นำประเด็นการขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหาร ปลอดภัยในโรงเรียนและชุมชนไปขับเคลื่อนในพื้นที่ เกิดแกนกลไก ผู้นำด้านการขับเคลื่อนระบบการจัดการ อาหารปลอดภัยในโรงเรียนและชุมชนจังหวัดสุรินทร์ จำนวน ๔๐๐ คน

เกิดพื้นที่ตำบลต้นแบบ ที่มีบทเรียน ชุดความรู้ประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความรู้ ขยายผลการพัฒนา จำนวน ๑๒ พื้นที่ตำบล และ ๑ เครือข่ายระดับอำเภอ (พขอ.) ที่สามารถทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการ มี ทักษะในการสร้างการเรียนรู้ คิดเชิงระบบ และการวิจัยเพื่อพัฒนา แก้ปัญหา ในการขับเคลื่อนการจัดการ อาหารปลอดภัยในโรงเรียนและชุมชนในพื้นที่ มีการสรุปบทเรียนและจัดการความรู้ นำไปสู่การดำเนินงานที่มี ความต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานตามบันทึกข้อตกลงอำเภอจอมพระ

๑. เกิดกลไกขับเคลื่อนระดับอำเภอแบบเป็นทางการในระดับอำเภอและระดับตำบล ได้รับรู้ มีความเข้าใจรายละเอียดแผนงาน วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัดและแนวทางการขับเคลื่อนแผนงานระบบการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงเรียนและชุมชนร่วมกัน

๒. เกิดแผนปฏิบัติการโครงการ ขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงเรียนและชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๑-๖๒ ในพื้นที่ตำบลเป้าหมายและประสานพลังกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

๓. หน่วยงาน องค์กรผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่รับทราบ และเข้าใจในบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

๔. เกิดกลไกความร่วมมือการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมว่าด้วยระบบการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงเรียนและชุมชนในระดับตำบล สามารถเชื่อมโยงให้เกิดกลไกขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารระดับอำเภอ จังหวัดและเป็นโมเดลตัวอย่างในการสร้างการเรียนรู้เชื่อมโยงการขับเคลื่อนมิติสุขภาพสุภาพแห่งชาติ

๕. มีชุดบทเรียน ประสบการณ์ องค์ความรู้ ทั้งบทเรียนการจัดตั้งกลไกความร่วมมือในระดับตำบล ปฏิบัติการสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้ ขยายผลทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับนโยบาย

๖. เกิดข้อเสนอแนวทางการขับเคลื่อนมิติสุขภาพสุภาพแห่งชาติที่ตอบโจทย์การแก้ไขปัญหากระบวนการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงเรียนและชุมชนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับปฏิบัติการและระดับนโยบายในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย อำเภอจอมพระ และระดับจังหวัด

การเรียนรู้นโยบายสาธารณะจากกรณีระบบอาหารสุภาพในโรงเรียน

กรณีระบบอาหารสุภาพในโรงเรียน มีปัจจัยและกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ควรเรียนรู้ดังนี้

๑. ความตระหนักและความสุงอมของปัญหา ก่อนการเป็นมติในข้อที่ผ่านมา ในปี ๒๕๕๖ เริ่มต้นโดยการทำงานกับภาคีเครือข่าย โดยเริ่มจากงานวิจัยที่พบว่า ๑) โภชนาการในโรงเรียนต่ำกว่ามาตรฐาน และสุขภาพของเด็กที่เป็นโรคอ้วนกันมาก ๒) ฐานข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ และ ๓) หน่วยงานต่างๆ ขาดความร่วมมือ ยังทำงานทับซ้อนกันอยู่ จากสภาดังกล่าวทำให้เห็นว่า การก่อ

เกิดเป็นนโยบายสาธารณะจะต้องมาจากความตระหนักในสภาพปัญหา และกลไกจัดการที่มีอยู่เดิมขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

๒. การพัฒนาต้นแบบปฏิบัติการทางนโยบาย ขับเคลื่อนงานอาหารโรงเรียนมา ๕ - ๖ ปี โดยแบ่งเป็นสามเฟส เฟสแรกในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ คือ สร้างโมเดลและเรียนรู้จากโมเดล ในปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ เฟสสอง ขยายโมเดลไป ๓๒ พื้นที่ แต่ยังไม่สำเร็จเพราะขาดการบังคับจากภาครัฐ เฟสสาม ทำงานกับ **node flagship** ของสสส. สรุปว่าปัจจัยความสำเร็จคือ ๑) ต้องวางแผนการผลิตอาหารให้แก่โรงเรียนและชุมชน ๒) การจัดการและกระจายผลผลิต และ ๓) และมีกลไกการขับเคลื่อน คือต้องลงไปกำกับติดตามการทำงานเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญ
๓. การขาดหน่วยงานรัฐเป็นเจ้าภาพระดับพื้นที่ แม้ปัจจัยการขับเคลื่อนนโยบายด้านต่างๆ จะเป็นไปด้วยดี แต่ข้อจำกัดที่พบคือ การขาดหน่วยงานรัฐเป็นเจ้าภาพระดับพื้นที่ ทำให้การขยายการดำเนินงานให้กว้างขวางยิ่งขึ้นทำได้จำกัด และขาดการบูรณาการงานระหว่างภาครัฐกับประชาสังคม ดังนั้นหากนโยบายระบบอาหารสุขภาพโรงเรียนจะก้าวหน้าขึ้นไปอีก ต้องผลักดันให้มีกลไกรัฐเป็นเจ้าภาพร่วมกับประชาสังคมดำเนินการอย่างเป็นบูรณาการ

๓.๓ การดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะของกลุ่มเชื้อดื้อยา¹⁵

ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทยอย่างมาก และไม่สามารถแก้ไขโดยหน่วยงานใดลำพังได้ ต้องอาศัยกระบวนการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนจากทั่วประเทศเข้ามา สานพลัง และเปิดพื้นที่ในการหาทางออกร่วมกัน เพื่อนำไปสู่นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ผนึกกำลังกับกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เปิดเวทีรับฟังความเห็นร่าง “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๑” สอดคล้องมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ก่อนนำเข้าสู่คณะรัฐมนตรีในเดือนกรกฎาคมนี้ ผลักดันเป็นวาระแห่งชาติ รวมพลังหยุดปัญหาเชื้อดื้อยาที่ลุกลามรุนแรงมากขึ้น

¹⁵ ประชุมถอดบทเรียนกรณีศึกษาเชื้อดื้อยา วันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ณ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๙ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดเวทีรับฟังความเห็นต่อร่าง “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๑” โดยเป็นความร่วมมือระหว่าง สช. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO)

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๕๘ เรื่อง “วิกฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ” ถือเป็นการสร้างความตระหนักให้กับทุกภาคส่วนในสังคมมาร่วมกันแก้ปัญหาได้อย่างจริงจัง โดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ประกอบด้วย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ภาควิชาการ สมาคมวิชาชีพ และภาคประชาสังคม ร่วมกันตั้ง “คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ” เพื่อทำงานและจัดทำร่าง “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๑” โดยพบว่าการแก้ปัญหานี้จะสำเร็จได้จะต้องอาศัย ๓ องค์ประกอบ คือ หนึ่ง-การนำความรู้มาใช้ในการแก้ปัญหา สอง-การเคลื่อนไหวทางสังคม (social mobilization) ผ่านกระบวนการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และ สุดท้าย-การเมืองหรืออำนาจรัฐ เพื่อสนับสนุนด้านนโยบายและทรัพยากรไปสู่การดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ

โดย สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้มีฉันทมติประเด็น “วิกฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ” เพื่อขับเคลื่อนไปสู่การแก้ปัญหา ส่งผลให้หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม เข้ามาร่วมกันพัฒนา แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๑ เสนอต่อ ครม. และได้รับความเห็นชอบเรียบร้อยแล้ว ปัจจุบัน อยู่ระหว่างการจัดทำแผนปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม มี สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นหน่วยงานดำเนินงานหลัก โดยบทบาทของ สช. ที่เป็นฝ่ายประสาน สนับสนุนการขับเคลื่อน จะทำการติดตามการดำเนินงานตามมติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเผยแพร่ให้สาธารณะได้ทราบต่อไป

ทั้งนี้ ตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้วางเป้าหมายที่จะลดการป่วยจากเชื้อดื้อยาลง ๕๐% ลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพในคน ๒๐% ลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับสัตว์ ๓๐% ขณะที่ประชาชนต้องยกระดับความรู้ที่ถูกต้องและตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยขณะนี้ อย. อยู่ระหว่างเปิดรับ

ฟังความเห็นในการยกเลิกการยาต้านจุลชีพจากการเป็นยาสามัญประจำบ้านเพื่อควบคุมการใช้ และตามแผนยุทธศาสตร์ฯ จะมีการประกาศปรับปรุงประเภทยาต้านจุลชีพ ๑ ฉบับ และประกาศกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เรื่องควบคุมการผลิต ขาย ใช้ยาต้านจุลชีพที่ผสมในอาหารสัตว์อีก ๑ ฉบับ ตามมาด้วย

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีการขับเคลื่อนประเด็นนี้อย่างจริงจังในระดับพื้นที่ โดยมี สมัชชาสุขภาพจังหวัด ทั่วประเทศ และเครือข่ายสมัชชาสุขภาพอีกกว่า ๒๘๐ เครือข่าย หรือ ๘๐๐ องค์กร เป็นกลไกช่วยทำงานในระดับชุมชนร่วมกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งขณะนี้ สธ. มีนโยบายชัดเจนแล้ว อาทิ โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล หรือ RDU Hospital เพื่อปรับลดอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะ ใน ๓ โรคที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ประกอบด้วย โรคหวัด ไอ เจ็บคอจากไวรัส โรคท้องร่วงและอาหารเป็นพิษ และบาดแผลทั่วไป

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๖-๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๒ ผู้แทนจากหลากหลายองค์กรรวมทั้งภาคประชาชนได้นำเสนอและอภิปรายปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสร้างความสูญเสียด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ และได้ให้ความเห็นชอบกับมติเรื่องการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม อันจะนำมาซึ่งการพัฒนาเกณฑ์จริยธรรมของผู้ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ รวมทั้งการสร้างกลไกการนำเกณฑ์จริยธรรมดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘ (พ.ศ.๒๕๕๘) เรื่อง วิถีการกินเชื้อแบคทีเรียดื้อยา และการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ เป็นการสร้างกระแส ทำให้คนเกิดความเข้าใจในวงกว้าง การขับเคลื่อนกับแผนยุทธศาสตร์ดำเนินการไปพร้อมกัน ในเรื่องของการสร้างความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาในประชาชน โดยเน้นการสร้างเครือข่ายภาคประชาสังคม

สำหรับประเด็น วิถีการกินเชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ คมส.เห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบูรณาการการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการการจัดการแบคทีเรียดื้อยาของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี นอกจากนั้นยังได้มีการประสานไปยังกระทรวงการต่างประเทศ เพื่อนำประเด็นเข้าสู่ความร่วมมือในเวทีระดับภูมิภาคและระดับโลก ทั้งในกลุ่มประเทศจี ๗๗ องค์กรสหประชาชาติ (UN) องค์กรอนามัยโลก (WHO) เป็นต้น ซึ่งกลุ่มต่างๆ เหล่านี้มีนโยบายให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าวอยู่แล้ว

ในระดับโครงสร้าง ร่างมติฯ นี้ ได้เสนอให้มีกลไกระดับชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การสนับสนุนชุมชนต้นแบบที่มีระบบการเฝ้าระวังเตือนภัยการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การพัฒนาชุดความรู้การใช้ยาเท่าที่จำเป็น สมเหตุผลและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการและสนับสนุนให้เกิดความตระหนักต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการสุขภาพต่อสาธารณะทุกระดับทุกหน่วยงาน ดำเนินการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมไปถึงการกำหนดให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นกลไกเชิงระบบระดับประเทศเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทุกระดับ

การเรียนรู้นโยบายสาธารณะจากกรณีเชื้อดื้อยา

๑. ความสำคัญของปัญหา เริ่มจริงจังในปีค.ศ. ๒๐๑๔ เมื่อเกิดกระแสความกังวลในเชื้อดื้อยาระดับโลก เพราะเกิดเคสแรกในประเทศพัฒนาจากการติดต่อกับอินเดีย ทำให้เกิดการตระหนักในปัญหาการเสพยาในคน และส่งผลกระทบไปถึงสัตว์และสิ่งแวดล้อมด้วย
๒. กลุ่มประชาสังคมขับเคลื่อนตั้งแต่ต้นอย่างเข้มแข็ง โดยมีกลุ่มประชาสังคมที่ประกอบด้วยนักพัฒนาสังคม นักวิชาการที่รวมตัวกันเป็น “ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.)” นำโดย ผศ.ภญ.ดร.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี ที่ผลักดันเรื่องเชื้อดื้อยาให้เป็นประเด็นทางนโยบาย และเข้าสู่กลไกนโยบายต่างๆ รวมทั้งกลไกนโยบายของ สช.
๓. กระแสนโยบายสากลผลักดันสู่นโยบายระดับชาติ นับตั้งแต่ทั่วโลกตื่นตัวปัญหาเชื้อดื้อยา ในปีค.ศ. ๒๐๑๕ องค์การอนามัยโลกจึงได้สนับสนุนแผนกลยุทธ์ด้านเชื้อดื้อยา ส่งผลให้รัฐบาลไทยเกิดความตื่นตัวที่จะดำเนินการอย่างจริงจัง
๔. ความเห็นพ้องและเชื่อมต่อของกลไกรัฐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ได้แก่ สธ. (สำหรับคน) ปศุสัตว์ และประมง (สำหรับสัตว์) แต่ยังไม่มีการเชื่อมโยงสิ่งแวดล้อม เพราะยังไม่แน่ใจถึงความเกี่ยวข้อง โดยมีกลไกที่รวมศูนย์งานเข้าด้วยกันได้แก่ อย. ดังนั้นกระบวนการนโยบายของ สช.จึงได้เป็นพื้นที่เชื่อมต่อและสร้างกระบวนการนโยบายร่วมของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องให้เกิดเป็นข้อสรุปทางนโยบายร่วมกัน
๕. เกิดกลไกจัดการระดับชาติ โดยการจัดตั้งคณะกก.ต่อต้านเชื้อดื้อยาแห่งชาติที่มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ใช้ Concept เรื่อง one health approach มาใช้ขับเคลื่อน และมีระบบตรวจติดตามผลการดำเนินงาน
๖. ขาดต้นแบบและกลไกปฏิบัติการบูรณาการระดับพื้นที่ แม้มีนโยบายระดับชาติจะไปได้ดี แต่ในการปฏิบัติระดับจังหวัดหรือพื้นที่ก็ยังมีข้อจำกัด เช่น จังหวัดสุโขทัยที่พยายามจะพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบ แต่พื้นที่เป้าหมายสำเร็จเพียง ๑ ใน ๙ อำเภอ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ และความตระหนัก

ของประชาชน และความพร้อมของหน่วยงานรัฐ ทำให้เกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เช่น ชาวบ้านสามารถหาซื้อเองตามร้านขายยาที่เภสัชกรไม่ได้อยู่ดูแลตลอดเวลา ซึ่งอาจสร้างปัญหาซื้อตัวยาคือ

สังเคราะห์โมเดลนโยบายสาธารณะจาก ๓ กรณี

บทเรียนของนโยบายสาธารณะ ทั้ง ๓ กรณีแสดงให้เห็นว่า

๑) การจัดตั้งองค์กร หรือการปรับปรุงองค์กรเป็นเรื่องที่จำเป็น โดยมีกลวิธีที่สอดคล้องกับหลักการการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ที่สนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกัน การประสานงาน ประสานแผน ระหว่างหน่วยงานทุกสาขา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ตลอดจนการสนับสนุนกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในทางปฏิบัติจะมีประเด็นปัญหาในการประสานงาน ประสานแผน และมีปัญหาในวิธีการงบประมาณ

๒) มาตรการนโยบายต่างๆ ที่กำหนดขึ้น จะมีความสอดคล้องและเหมาะสมอย่างไรนั้น ขึ้นกับวิสัยทัศน์และการให้ความสำคัญต่อแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของผู้บริหารหรือผู้นำ และมีการใช้หลักฐานจากองค์ความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้อง และทันสมัยในการกำหนดนโยบาย

๓) การมีกลไกเพื่อการพัฒนากระบวนการข้อมูลข่าวสารสุขภาพ การพัฒนาความรู้ และสร้างองค์ความรู้จากการทำวิจัย และระบบการติดตามตรวจสอบ และประเมินผล เป็นสิ่งที่จำเป็น

๔) การออกกฎหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมีความจำเป็น ในประเทศไทยที่ผ่านมา กฎหมายส่วนใหญ่ถูกใช้เป็นเครื่องมือของกระบวนการยุติธรรม แนวคิดในการใช้กฎหมายในการระดมทุนเพื่อนำมาทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่น การออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพยังมีอยู่น้อย จึงมีความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ใหม่ในการร่างกฎหมาย

๕) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนและประชาชน เป็นหัวใจของการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพ จึงจำต้องสนับสนุนให้มีโครงสร้าง และกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีการให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยการช่วยเหลือจากนักวิชาการ นอกจากนั้น ความตื่นตัวเรื่องสุขภาพขององค์กรเอกชนและประชาชน ยังเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียกร้องให้มีมาตรการนโยบายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ทำให้สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางนโยบายและกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม เสนอความคิดเห็น

ที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหที่สอดคล้องกับความต้องการของทุกฝ่าย และตรวจสอบผลกระทบจากการดำเนินนโยบาย

๖) ภาครัฐมีบทบาทเชื่อมโยง ประสานเพื่อเสริมจุดแข็งและลดจุดอ่อนของภาคีความร่วมมือต่างๆ นอกภาครัฐ โดยแสวงหาความร่วมมือกับองค์กรภาคเอกชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของชุมชน และประชาชน ให้เป็นผู้ริเริ่ม ผู้ตัดสินใจ และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุขภาพและปัญหาสุขภาพของตนเอง

โดยสรุป การพัฒนาระบบนโยบายสาธารณะ จะต้องปรับแนวความคิดของกระบวนการนโยบาย ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในสังคมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบาย จะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจากนโยบายนั้น และแสดงความรับผิดชอบต่อผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น จะต้องสนับสนุนการปรับโครงสร้างองค์กรหรือ การจัดองค์กรใหม่ เพื่อเปิดโอกาสให้องค์กรเอกชน และประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะนโยบายหรือแผนที่เหมาะสม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พร้อมทั้งมีกลไกการติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน

จากกรณีธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ระบบอาหารสุขภาพในโรงเรียน และเชื้อดื้อยา ซึ่งถือได้ว่าเป็นโมเดลสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ สช.ได้เข้าไปมีบทบาทสนับสนุนโดยตรง ทำให้เห็นปัจจัยร่วมของความสำเร็จทางนโยบาย โดยพิจารณาจากตารางดังนี้

ตารางเปรียบเทียบกระบวนการตัดสินใจนโยบายจาก 3 กรณีศึกษา¹⁶

ปัจจัยความสำเร็จ	ธรรมนูญพระสงฆ์	ระบบอาหารสุขภาพโรงเรียน	เชื้อดื้อยา
ความสำคัญและความตระหนักรู้ปัญหา	มีความตระหนักถึงปัญหา	มีความตระหนักถึงปัญหา	มีความตระหนักถึงปัญหา
กลุ่มประชาสังคมขับเคลื่อนเข้มแข็ง	มีกลุ่มประชาสังคมขับเคลื่อน	มีกลุ่มประชาสังคมขับเคลื่อน	มีกลุ่มประชาสังคมขับเคลื่อน

¹⁶ ประยุกต์มาจากแนวคิดกระบวนการตัดสินใจทางนโยบาย (Policy Making Process) และประเด็นสำคัญที่ได้จากบทเรียน 3 กรณีศึกษา

หน่วยงานรัฐมีนโยบายสนับสนุน	หน่วยงานรัฐให้ความสำคัญ	หน่วยงานรัฐให้ความสำคัญ	หน่วยงานรัฐให้ความสำคัญ
มีกลไกกลางระดับชาติขับเคลื่อนบูรณาการ	มีมหาเถรสมาคมขับเคลื่อน	-	มีคณะกรรมการเชิดชูยาเสพติดระดับชาติ
มีโมเดลต้นแบบปฏิบัติการพื้นที่	-	มีโมเดลต้นแบบชัดเจน	-
กระแสนโยบายระดับสากลที่ส่งต่องานนโยบายรัฐ	-	-	มีกระแสนโยบายระดับสากล
มีหน่วยงานรัฐเป็นเจ้าของภาพและเชื่อมโยงกับประชาสังคม ประชาชนในพื้นที่	กลไกของมหาเถรสมาคม	-	-

หมายเหตุ: - หมายถึง ไม่ปรากฏชัด (กล่าวคือ ไม่พบลักษณะดังกล่าวปรากฏชัดในกลุ่มนี้)

จากการเปรียบเทียบทั้ง ๓ กรณี จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยร่วมบางประการที่สำคัญ ซึ่งจะทำให้การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะมีความสมบูรณ์มากขึ้น คือ

- ๑) การมีพื้นที่ต้นแบบปฏิบัติการในระดับพื้นที่ ซึ่งจะเป็ต้นแบบของการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย และปฏิบัติการตามนโยบายให้ก้าวหน้า
- ๒) การมีกลไกรัฐระดับชาติที่มีทำหน้าที่ขับเคลื่อนโดยตรง ทำให้เกิดบูรณาการในการดำเนินการที่ชัดเจน
- ๓) การมีกลไกรัฐร่วมกับประชาสังคมเป็นเจ้าภาพขับเคลื่อนระดับพื้นที่ อันทำให้เกิดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างบูรณาการ

บทที่ ๔

สังเคราะห์บทเรียนและข้อเสนอแนะ

๔.๑ บทเรียนด้านกลไก

๑. กรณีระบบอาหารในโรงเรียนสามารถยกระดับไปสู่ “กลไกและเป็นพื้นที่กลางร่วมกันของทุกขบวนพัฒนาในจังหวัด” ได้จริงบนเงื่อนไขประเด็นนั้นเป็นเรื่องร่วมของคนในจังหวัดจริง ใช้กลุ่มแกนนำและคณะทำงานร่วม มีระบบฐานข้อมูลร่วม วิเคราะห์พื้นที่ทำงาน รูปแบบวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือเป็นเวทีกลางร่วม และร่วมหนุนเสริมทรัพยากรในการทำงาน เช่น การจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียน จังหวัดสุรินทร์ เป็นต้น

๒. ทั้ง ๓ กรณี องค์ประกอบของกลไกทำงานภาคประชาสังคมมีบทบาทนำสูง อาจเนื่องจากประเด็นร่วมเหล่านั้น ส่วนใหญ่เจ้าของประเด็นจะเป็นภาคประชาสังคมที่เป็นผู้ทำข้อเสนอเชิงนโยบายและน่านโยบายไปขับเคลื่อนเอง ทั้งนี้การปรับรูปแบบการสนับสนุนของ สช. ที่มุ่งเน้นไปที่ประชาสังคมก็มีส่วนทำให้ภาคส่วนอื่นลดบทบาทลง

๓. การจัดระบบงานภายในของเครือข่ายส่วนใหญ่จะเป็นแบบหลวมๆ กลไกกลาง (คณะทำงานชุดใหญ่) ของจังหวัดส่วนใหญ่ของจังหวัดจะประชุมเพื่อรับทราบความก้าวหน้าของการทำงาน ส่วนการขับเคลื่อนประเด็นมีคณะทำงานรับผิดชอบดำเนินการ (ทั้งตัวบุคคลและเป็นทีมทำงาน) มีฝ่ายเลขานุการที่ประสานงานและแจ้งความคืบหน้า ใช้ภาวะผู้นำที่เป็นผู้อาวุโสเชื่อมโยงการทำงานกับ กลไกอื่นๆ

๔. การสร้างความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกับภาคีในระดับพื้นที่ (แสวงหาเพื่อนเพิ่ม) วงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันมีความสำคัญมากที่จะทำให้เครือข่ายและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะนั้นมีความเป็นไปได้จริงในการปฏิบัติ

๕. หลายจังหวัดมีการสร้างแกนนำรุ่นใหม่และพัฒนาศักยภาพแกนนำในทุกกระดับ และใช้ทีมวิชาการ (คณะทำงานวิชาการกลางของจังหวัด) มาหนุนงานของแต่ละประเด็น/ภาคีเครือข่าย แต่พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มแกนนำคนทำงานยังไม่หลากหลาย

๔.๒ บทเรียนด้านการพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบาย

๑. ประเด็นผลักดันเป็นเป้าหมายร่วมและสอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคม ทั้งสภาวะที่ดีของพระสงฆ์ การมีระบบอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าสำหรับโรงเรียน และการป้องกันจัดการเชื้อดื้อยา ทั้ง ๓ ประเด็นมีลักษณะเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายในสังคมเห็นพ้องต้องกัน ไม่มีความขัดแย้งทางแนวคิดนโยบายจากฝ่ายต่างๆ ว่าควรจะมีนโยบายสภาวะในด้านต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ และไม่ปรากฏความขัดแย้งผลประโยชน์จากการผลักดันนโยบายเหล่านี้ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้กลไกทางการเมือง กลไกราชการล้วนกันรับข้อเสนอแนะนโยบายเหล่านี้ กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายจึงเป็นไปได้ง่าย เพียงแต่ว่า กระบวนการเริ่มต้นทางนโยบายที่เริ่มจากราชการ มักจะขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน การที่ สช.มีบทบาทและมีเครื่องมือการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เช่น สมัชชาสุขภาพ และธรรมนูญสุขภาพ ทำให้กระบวนการพัฒนานโยบายมาจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งจะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายมาจากฉันทมติร่วมของรัฐและสังคมยิ่งขึ้น

๒. เมืองศรีรัฐ หรือกลไกเชิงสถาบันเป็นเจ้าภาพดำเนินการขับเคลื่อน เห็นชัดในกรณีธรรมนูญพระสงฆ์ ที่แต่เดิมขับเคลื่อนโดยกลุ่มคนทั้งพระและฆราวาสที่สนใจปัญหาดังกล่าว แต่ไม่ได้อยู่ในโครงสร้างของมหาเถรสมาคม จนเมื่อเชื่อมประสานให้ทางมหาเถรฯ รับเป็นเจ้าภาพในการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ และขับเคลื่อนภายใต้โครงข่ายพระสงฆ์ทั้งหมด ทำให้การดำเนินการตามธรรมนูญพระสงฆ์ขยายไปอย่างกว้างขวาง

สำหรับประเด็นเรื่องระบบอาหารปลอดภัยในโรงเรียน และเชื้อดื้อยาอาจไม่ได้มีโครงสร้างดำเนินการที่ชัดเจนเท่าธรรมนูญพระสงฆ์ แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากกระทรวงต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย สสส. ฯลฯ เข้ามาร่วมขับเคลื่อน ทำให้การพัฒนานโยบายเหล่านี้เกิดการยอมรับอย่างกว้างขวาง และสามารถวางแผนปฏิบัติการจากระดับประเทศสู่ท้องถิ่นได้

๓. มีกลุ่ม/ขบวนการประชาสังคมดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายอย่างเข้มแข็ง ปรากฏชัดในการขับเคลื่อนระบบอาหารสุขภาพในโรงเรียนที่มีเครือข่ายประชาสังคมที่ทำงานเรื่องเกษตรกรรมยั่งยืน อาหารปลอดภัยในทุกมิติ และได้พัฒนามาสู่การขับเคลื่อนระบบอาหารปลอดภัยในโรงเรียน หรือแม้แต่กรณีเชื้อดื้อยา ที่ก็มีกลุ่มประชาสังคมขับเคลื่อนด้านสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับเรื่องเชื้อดื้อยาอย่างต่อเนื่อง และได้เป็นกลุ่มที่ผลักดันเข้าสู่สมัชชาสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพเรื่องเชื้อดื้อยา การมีฐานของกลุ่มประชาสังคมขับเคลื่อนแต่เดิมจึงทำให้มีเจ้าภาพที่ติดตามต่อเนื่องและดำเนินการทุกมิติทั้งการผลักดันนโยบาย การสร้างเครือข่าย การพัฒนาความรู้ ภาวะบูรณาการได้เกิดขึ้นตั้งแต่ต้นทาง และเมื่อเนื้อหาเหล่านี้ได้กลายเป็นนโยบาย

สาธารณะ เครือข่ายประชาสังคมก็ได้มีบทบาทติดตาม ตรวจสอบ และขยายผลการดำเนินการให้สร้างผล
สะท้อนมากยิ่งขึ้น

๔. มีพื้นที่ต้นแบบหรือรูปธรรมดำเนินการเพื่อพัฒนาเป็นนโยบายอย่างบูรณาการ และเป็นปฏิบัติการ
ที่ประชาชนมีส่วนร่วม ปรากฏชัดในการขับเคลื่อนระบบอาหารปลอดภัยในโรงเรียน ที่กลุ่มประชาสังคม
ร่วมกับเจ้าหน้าที่รัฐจังหวัดสุรินทร์ได้พัฒนาต้นแบบระบบอาหารปลอดภัยในโรงเรียน โดยเชื่อมโยงกับกลุ่ม
เกษตรกรที่ทำเกษตรอินทรีย์ นักพัฒนาเอกชน พัฒนาตลาดสีเขียว ต่อเชื่อมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เกิดเป็นต้นแบบที่อำเภอจอมพระ และขยายไปอีกหลายพื้นที่ พื้นที่ต้นแบบดังกล่าวนี้เป็นฐานในการพัฒนา
ข้อเสนอนโยบายอย่างบูรณาการ ทั้งการสร้างคามเข้มแข็งชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้อง การสร้าง
จัดการเชิงระบบ การพัฒนาฐานข้อมูลความรู้ การเชื่อมต่อเครือข่าย และการพัฒนากลไกนโยบายระดับ
ท้องถิ่นให้มีบทบาทสนับสนุนโรงเรียนและชุมชน ดังนั้นการสร้างต้นแบบดังกล่าวได้ทำให้อุปสรรคนโยบาย
เกิดขึ้นก่อนที่จะมีนโยบายระดับชาติ ซึ่งช่วยให้การกำหนดนโยบายระดับชาติมีทิศทาง เป้าหมาย จุดเน้นที่
ชัดเจนยิ่งขึ้น

๕. มีช่องทาง กลไกเชื่อมต่อนโยบายที่หลากหลาย คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีบทบาท
สำคัญในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เป็นมิตรกับสุขภาพเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี นอกจากนี้
กรณีธรรมนูญสุขภาพทั้ง ๓ ประเด็นยังมีช่องทางอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพ กรณีธรรมนูญ มหานครสมาคม
และสำนักงานพระพุทธศาสนาเป็นกลไกเชื่อมต่อนโยบายสำคัญไปสู่ระดับคณะรัฐมนตรี กรณีระบบอาหาร
ปลอดภัยในโรงเรียนก็มีกระทรวงศึกษาธิการและหน่วยงานต่างๆ ที่เป็นกลไกผลักดัน หรือกรณีเชื้อดื้อยา
บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขมีส่วนอย่างมากในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ดังนั้นหาก
พิจารณาจาก ๓ กรณีพบว่า การใช้ช่องทางนโยบายหลายทาง ทั้งจากหน่วยงานเจ้าภาพหลัก ช่องทาง คสช.
บวกกับกระแสสังคมที่ได้สร้าง “หน้าต่างนโยบาย” จึงทำให้การขับเคลื่อนนโยบายสู่ระดับบน และการนำ
นโยบายไปปฏิบัติเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

นอกจากระดับชาติแล้ว ช่องทางในการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายระดับท้องถิ่นก็ได้หลายทาง โดย
ส่วนใหญ่จะใช้เวที (มินิ) สมัชชาสุขภาพจังหวัดเป็นช่องทางในการผลักดันนโยบาย นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอ
ผลการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ มีการส่งข้อเสนอที่ได้ให้กับหน่วยงานในจังหวัดโดยตรง และมีการเข้า
พบเพื่อชี้แจงและผลักดันข้อเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด

๖. จัดขั้นตอนการคัดเลือกประเด็นซึ่งมีความสำคัญมาก ถ้ากระบวนการวิเคราะห์ศักยภาพและทุนเดิมของจังหวัดมีข้อมูลประกอบรอบด้าน และเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม จะทำให้การนำไปสู่การวางแผนเป้าหมายร่วม การลงมือทำนโยบายบนฐานทุนร่วมกันได้จริง รวมถึงสามารถนำไปสู่การขับเคลื่อนที่เห็นผลลัพธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงและยกระดับไปสู่งานร่วมกันต่อไป

๗. การวางแผนเป้าหมายการขับเคลื่อนนโยบายผ่านประเด็นร่วม พบว่าหลายจังหวัดทำมากกว่าการผลักดันนโยบายเข้าสู่หน่วยงาน แต่ยกระดับไปถึง “การสร้างชุมชนเข้มแข็ง การกระจายอำนาจ การลดปัจจัยทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม การปรับปรุงพฤติกรรมส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อระบบสุขภาพ รวมถึงการปรับระบบการทำงานร่วมกัน”

๘. การทบทวนเพื่อพัฒนาประเด็นนโยบาย หลายจังหวัดมีการทบทวนประเด็นอยู่เสมอ อาจเนื่องมาจากเป็นประเด็นที่ยังอยู่ในความสนใจของคนเฉพาะกลุ่ม มีความเป็นไปได้น้อยในการปฏิบัติ มีหน่วยงานดำเนินการอยู่แล้ว มีงบประมาณในการขับเคลื่อนมีจำกัดหรือมีความขัดแย้งและไม่สอดคล้องกันในแนวทางการทำงาน การทบทวนนั้นทำตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงข้อเสนอ เปลี่ยนหรือเพิ่มคณะทำงานประเด็น เปลี่ยนวิธีการขับเคลื่อน รวมถึงการยกเลิกการขับเคลื่อนประเด็นดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์หน่วยงานที่เป็น **Key success** ของประเด็นเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนประเด็นให้สำเร็จ

๙. รูปแบบการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่เปิดกว้าง ในปีแรกๆ ยังจัดในสถานที่ปิด เช่นในโรงแรม และในปีหลังๆ เริ่มมีการจัดในสถานที่เปิด เช่น สถาบันการศึกษาในจังหวัด หอประชุมของหน่วยงาน อบจ. ลานวัฒนธรรม ฯลฯ เพื่อให้คนส่วนใหญ่ได้เข้ามามีส่วนร่วม เป็นการสื่อสารต่อสาธารณะและมีการบูรณาการร่วมกับงานของหน่วยงานอื่นๆ เช่น เวทีสภาพลเมือง เวทีของขบวนองค์กรชุมชนและงานของเครือข่าย สสส. เป็นต้น

การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ได้ก่อให้เกิดคุณประโยชน์มากมาย อาทิ การช่วยกันทำนโยบายสาธารณะที่ขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดสังคมสุขภาวะมากถึง ๒๔๗ ประเด็น ที่มีความแตกต่างหลากหลายตามบริบทพื้นที่ สามารถเชื่อมโยงบูรณาการและทำงานร่วมกับหน่วยงานได้ ทั้งภาครัฐ วิชาการ เชื่อมโยงกับเครือข่าย กลไกต่างๆ ในพื้นที่ได้ นอกจากนี้ยังเป็นพลังสำคัญในการรองรับการทำงานที่เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายระดับชาติ และทิศทางการพัฒนาประเทศในอนาคต

บทเรียนเหล่านี้ คือ การขับเคลื่อนการปฏิรูปพื้นที่ของประชาชน โดยประชาชน และเพื่อประชาชน และเป็นทั้งฐานทุนสำหรับการพัฒนาประเทศในระยะยาวและการปฏิรูปพื้นที่ในระยะเปลี่ยนผ่าน รวมทั้งการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้าของประชาชนและชุมชนท้องถิ่น

๔.๓ สิ่งท้าทายในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสุขภาพ

ธรรมนูญสุขภาพทั้ง ๓ ประเด็นประสบความสำเร็จก้าวหน้าทั้งในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย ด้วยเหตุผลเงื่อนไขหลายประการตามที่กล่าวมาแล้ว แต่ก็สะท้อนให้เห็นว่า หากกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะใดที่ขาดเงื่อนไขที่เหมาะสมดังต่อไปนี้ การผลักดันนโยบายฯ จะเป็นสิ่งที่ท้าทายยิ่ง

๑. การทำให้สังคมเห็นว่าเป็นปัญหาร่วมหรือปัญหาสำคัญ ธรรมนูญสุขภาพทั้งกรณีธรรมนูญพระสงฆ์ระบบอาหารในโรงเรียน และเชื้อดื้อยา ล้วนเป็นเรื่องที่สังคม โดยเฉพาะในแวดวงที่เกี่ยวข้องเห็นว่าเป็นปัญหา และเห็นความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการ แม้อาจจะมีแนวทาง วิธีการจัดการที่แตกต่างกันไป แต่การมีความเห็นพ้องว่าเป็นเรื่องสำคัญ ทำให้การผลักดันนโยบายสาธารณะเป็นเรื่องที่มีโอกาสเกิดขึ้นและสำเร็จได้ แต่หากไม่มีพื้นฐานความเข้าใจว่าเรื่องดังกล่าวเป็นปัญหา การยกระดับให้เป็นนโยบายสาธารณะของสังคมจะเป็นไปได้ยาก
๒. การมีชุมชน ประชาสังคมเป็นจุดเริ่มต้นและฐานการขับเคลื่อน กระบวนการนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ดำเนินการอย่างบูรณาการ แก้ปัญหาได้ตรงจุด ประชาชนมีส่วนร่วมดำเนินการและได้รับประโยชน์ มักจากการริเริ่มของชุมชนหรือประชาสังคมที่ประสบความสำเร็จหรือเห็นความสำคัญของปัญหา จากกระบวนการดังกล่าวจึงพัฒนามาสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะทั้งในระดับท้องถิ่น ประเด็น และระดับชาติ ดังปรากฏในกระบวนการสมัชชาสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพ ที่มีภาคประชาชนเป็นเจ้าของเรื่อง ทำให้การผลักดันเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเครื่องมือสมัชชาและธรรมนูญก็ได้มีบทบาทในการทำให้จุดเริ่มต้นดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการนโยบายที่มีภาคีเข้ามาเกี่ยวข้องหลากหลาย และเชื่อมต่อไปถึงกลไกนโยบายระดับชาติ การมีฐานชุมชนหรือประชาสังคมในการริเริ่มและขับเคลื่อนจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ต่างจากการริเริ่มนโยบายที่มาจากส่วนราชการโดยไม่มีชุมชนหรือประชาสังคมเป็นเจ้าภาพ การพัฒนานโยบายอาจสำเร็จ แต่อาจไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ความ

ต้องการของประชาชน และการขับเคลื่อนอาจไม่บรรลุผลเมื่อเปรียบเทียบกับ การขับเคลื่อนที่มีชุมชน หรือประชาสังคมเป็นฐาน ดังกรณีธรรมนูญสุขภาพทั้งสามเรื่องที่มีกลุ่มประชาสังคมขับเคลื่อนและเมื่อผนวกกับกลไกราชการ และการเมืองเปิดรับ จึงทำให้พัฒนาสู่นโยบายสาธารณะได้สำเร็จ

๓. การจัดการขัดแย้งของผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการนโยบาย เครื่องมือนโยบายสมัชชาสุขภาพ และธรรมนูญสุขภาพ ถูกออกแบบเพื่อให้สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคีที่หลากหลาย ดังนั้นความขัดแย้งต่อเป้าหมาย และเนื้อหา นโยบายจึงเป็นเรื่องพื้นฐานที่เข้าใจได้ โดยกระบวนการสมัชชาและธรรมนูญจะสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อหาข้อตกลงที่ยอมรับร่วมกันได้ แต่กระนั้นก็เชื่อว่าทุกความขัดแย้งจะหาข้อสรุปที่ยอมรับร่วมกัน หากเป็นในระดับข้อมูล หรือความแตกต่างทางยุทธศาสตร์ การแบ่งบทบาทหน้าที่ ชนิดของความขัดแย้งดังกล่าวสามารถหาข้อสรุปได้ ดังเช่น ธรรมนูญพระสงฆ์ที่แต่เดิมมีมุมมองแตกต่างระหว่างแนวทางจัดการของกลไกนโยบายปกติกับแนวทางของคณะสงฆ์ แต่เมื่อกระบวนการธรรมนูญได้ทำให้เป็นเรื่องของสงฆ์เป็นหลัก ปัญหาเหล่านี้ก็จัดการได้ แต่หากเป็นปัญหาอื่นๆ ที่มีความขัดแย้งระดับโครงสร้าง อุดมการณ์ และผลประโยชน์ และโดยเฉพาะความขัดแย้งดังกล่าวมีกฎหมาย กลไกกฎหมายเข้ามาเป็นส่วนของความขัดแย้งด้วย ย่อมทำให้การพัฒนาข้อเสนอนโยบายร่วมอาจเป็นไปได้ยาก จึงต้องเริ่มจากเรื่องที่ยอมรับร่วมกันได้
๔. บทบาทกลไกรัฐเป็นเจ้าภาพนโยบาย ธรรมนูญสุขภาพทั้ง ๓ เรื่อง มีหน่วยงานรัฐหรือกลไกทางการเมืองเป็นเจ้าภาพในการขับเคลื่อน ทั้งที่เป็นเจ้าภาพเดี่ยวและเจ้าภาพร่วมหลายภาคี โดยหน่วยงานรัฐอาจมีนโยบายดังกล่าวอยู่แล้วแต่มีปัญหาในการปฏิบัติ หรืออาจไม่ได้มีนโยบายดังกล่าวโดยตรงแต่มีเป้าหมาย เจตนารมณ์ต่อเรื่องดังกล่าว ทำให้การขับเคลื่อนเป็นไปได้ไม่ลำบาก แต่ก็มีหลายกรณีที่แม้กระบวนการ สช.โดยสมัชชาฯ และธรรมนูญฯ จะสามารถพัฒนาข้อเสนอนโยบายได้ แต่หากขาดการขานรับจากหน่วยงานรัฐเป็นเจ้าภาพดำเนินการ ก็ยากที่จะทำให้มติสมัชชา หรือธรรมนูญฯ สามารถดำเนินการให้เกิดผลเชิงรูปธรรม ปมปัญหาสำหรับประเด็นที่ไม่มีหน่วยงานรัฐเป็นเจ้าภาพ คือ ทำอย่างไรที่จะให้หน่วยงานรัฐรับเป็นเจ้าภาพร่วมโดยไม่เปลี่ยนแปลงเป้าหมาย เจตนารมณ์เดิม และไม่ปิดกั้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ด้วยเหตุนี้ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะของ สช.จึงไม่เพียงแต่พัฒนาให้เกิดมติ แต่ต้องมุ่งเน้นการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความร่วมมืออย่างเท่าเทียมระหว่างหน่วยงานรัฐที่เป็นเจ้าภาพหลักกับภาคีที่ขับเคลื่อนมติสมัชชาฯ

๕. บูรณาการการขับเคลื่อนนโยบาย กลไกนโยบายของระบบราชการทำงานแบบแยกส่วน ทั้งแยกส่วนระหว่างหน่วยงานราชการด้วยกัน และแยกส่วนระหว่างราชการส่วนกลางกับท้องถิ่น และระหว่างรัฐกับประชาชน ทำให้แนวนโยบายที่ดีหลายเรื่องแต่ในทางปฏิบัติกลับเกิดปัญหาแยกส่วน ไม่มีเจ้าภาพจัดการเชิงปฏิบัติการ ดังกรณีระบบอาหารสุขภาวะในโรงเรียนที่จังหวัดสุรินทร์ แม้จังหวัดสุรินทร์จะถูกจัดให้เป็นพื้นที่ต้นแบบ มีกระบวนการทำงานเข้มข้นในระดับตำบล อำเภอ มีภาคประชาสังคมทำงานแข่งขัน แม้ราชการส่วนนโยบายจะตื่นตัวให้ความสำคัญต่อการจัดระบบอาหารปลอดภัยในโรงเรียน แต่เมื่อปฏิบัติกลับทำงานแยกส่วน และไม่ไปเสริมพลังการขับเคลื่อนระดับท้องถิ่นเท่าที่ควร ดังนั้นในการขับเคลื่อนนโยบายจำเป็นต้องออกแบบการบูรณาการทั้งเนื้อหาและกลไกไว้ตั้งแต่ต้น

๔.๔ ข้อเสนอต่อ สช. ในการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะสุขภาพที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมและกรณีศึกษาทั้ง ๓ กรณี ผู้เขียนประมวลเป็นข้อเสนอต่อ สช. ในการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมดังต่อไปนี้

๑. ขับเคลื่อนสร้างกระแสสังคมก่อนเริ่มพัฒนานโยบาย แม้ประเด็นที่มีภาคีผลักดันเข้าสู่สมัชชาสุขภาพ และธรรมนูญสุขภาพจะมีความสำคัญ เป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขระดับนโยบาย แต่หากประเด็นนั้นๆ ยังจำกัดวงอยู่ในวงแคบเฉพาะผู้เดือดร้อน แต่สาธารณะยังไม่รับรู้และเห็นความเชื่อมโยงว่าปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องที่สาธารณะจะต้องรับผิดชอบ ดังแนวคิดกระบวนการกำหนดนโยบายในขั้นของการระบุปัญหาหรือทำให้เป็นปัญหาของสาธารณะ ก้าวแรกของการขับเคลื่อนอาจไม่ใช่การยกย่องนโยบาย แต่คือ การสื่อสารและขับเคลื่อนเพื่อสร้างประเด็นสาธารณะเพื่อให้สังคมเห็นว่า ปัญหาดังกล่าวกระทบผู้คนวงกว้างและต้องจัดการด้วยการออกแบบนโยบายที่เหมาะสม ดังนั้น สช.สามารถการสื่อสารทางสังคม และสนับสนุนให้ภาคีมีความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนอย่างแหลมคมเพื่อสร้างกระแสสังคมเพื่อเป็นฐานมาสู่การสร้างนโยบาย
๒. กระบวนการนโยบายเปิดกว้าง เมื่อสังคมตื่นตัวถึงระดับหนึ่ง กระบวนการต่อไปก็คือ การชวนผู้คนที่สนใจมีความรู้ และเกี่ยวข้องเข้าร่วมกระบวนการนโยบาย ซึ่งกระบวนการสมัชชา และธรรมนูญฯ มีข้อเด่นในความเป็นกระบวนการนโยบายที่เปิดกว้าง รองรับความหลากหลายเกิดเป็นทุนทางสังคมที่กว้างขวาง กระบวนการที่เปิดกว้างจะดึงพลังทางสังคมมาร่วมคิด ร่วมออกแบบเนื้อหาและแนวทางการขับเคลื่อน

นโยบายโดยใช้กระบวนการสานเสวนาเพื่อตั้งเป้าประเด็น จุดเน้น เป้าหมาย วิธีคิดต่างๆ ออกมาวางเป็นระบบ (Mapping) และสังเคราะห์ให้เกิดข้อเสนอทางนโยบายที่ก้าวหน้า รอบด้าน ประเด็นสำคัญ อยู่กว้างแค่ไหน อย่างไร และมีข้อสรุปอย่างไร ผู้วิจัยเสนอว่า กระบวนการเปิดกว้างควรคำนึงถึงความเกี่ยวข้องกับประเด็นหรือเนื้อหานโยบาย ซึ่งไม่ใช่เพียงความเกี่ยวข้องในทางตรง แต่สามารถเทียบเคียงเนื้อหาในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ที่มีประเด็นปัญหาและการขับเคลื่อนคล้ายกัน และความเกี่ยวข้องในเชิง**บริบทนโยบาย**และบริบททางสังคมของกลุ่มการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจพิจารณาจากหน่วยความสัมพันธ์ในเชิงพื้นที่ องค์กร หัวใจอยู่ที่การสร้างกระบวนการเรียนรู้เชื่อมโยงข้ามประเด็น เช่น การขับเคลื่อนระบบอาหารสุขภาพกับการขับเคลื่อนสิ่งแวดล้อม ที่มีลักษณะปัญหาเชิงโครงสร้างคล้ายกัน กระบวนการนโยบายที่เปิดกว้างควรไปให้ถึงการได้บทเรียนร่วมกัน และชี้ให้เห็นเงื่อนไขบริบทที่อาจตรงกันหรือแตกต่างกัน อันจะทำให้การนำบทเรียนไปขับเคลื่อนต่อไปได้

๓. ประเมินความเหมาะสมข้อเสนอนโยบายหลายๆ ด้าน ในภาวะการณ์ที่ความหลากหลายดังกล่าวมีความขัดแย้งกัน สิ่งที่ควรดำเนินการต่อไปไม่ใช่การรีบประนีประนอมเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่พอยอมรับร่วมกันได้ แต่เป็นการถกแถลง เสนอด้วยฐานข้อมูล ความรู้ และสร้างทางเลือกนโยบายที่เป็นไปได้หลายๆ แบบ และมีกระบวนการประเมินความเป็นไปได้ เหมาะสม และนำมาสู่การเลือกสรรข้อเสนอ นโยบายที่ตอบปัญหาได้ดีที่สุด ไม่ใช่ยอมรับร่วมกันได้ง่ายที่สุด ในการประเมินความเหมาะสมนั้น ควรที่จะเป็นการสนทนาหลายแนวทาง (approach) ทั้งการวิเคราะห์แบบมหภาคกับจุลภาค มองในเชิงประโยชน์ร่วมของสังคมกับสิทธิของกลุ่มคนชายขอบ หรือสนทนาในเชิงความรู้ระหว่างความรู้วิชาการกับบทเรียนท้องถิ่น โดยหลักสำคัญคือการให้คุณค่าทุกแนวทางเท่าเทียมกัน ในการประเมินความเหมาะสมที่หลากหลายรอบด้าน

๔. ออกแบบนโยบายที่สอดคล้องกับประเภทปัญหา ปัญหาทางสังคมที่หลากหลาย และต้องการประเภทนโยบายที่แตกต่างกัน บางปัญหาเป็นเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น พระสงฆ์กับการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุข แนวนโยบายที่ปรากฏในธรรมนูญพระสงฆ์จึงเป็นเรื่องพัฒนาระบบบริการและให้เหมาะสมกับวิถีพระสงฆ์ บางปัญหาเป็นเรื่องต้องสร้างระบบการจัดการขึ้นมาใหม่ เช่น ธรรมนูญระบบอาหารปลอดภัยในโรงเรียน นโยบายจึงมุ่งเป็นเรื่องสร้างระบบ กลไกการจัดการร่วมระหว่างโรงเรียน ชุมชน องค์กรท้องถิ่น โดยปรับใช้ระบบฐานข้อมูล Thai School Lunch ให้เหมาะสม หรือกรณีเชื้อยา ปัญหาสำคัญเป็นเรื่องความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนและเจ้าหน้าที่วงการสาธารณสุข การออกแบบนโยบายจึงเป็นเรื่องการสร้างตระหนัก

สร้างระบบการกำกับตรวจสอบ ในความแตกต่างตามลักษณะนโยบาย แต่ละลักษณะจะมีความยากง่าย ต้องการพลังการขับเคลื่อนที่ต่างกันซึ่งจะสัมพันธ์กับการจัดระบบสนับสนุนทั้งทรัพยากร การรณรงค์ทางสังคม การใช้ช่องทางนโยบาย และการใช้กลไกปฏิบัติการนโยบายที่ต้องจัดวางให้เหมาะสมกับลักษณะนโยบายนั้นๆ นอกจากนี้ระดับของปัญหาก็เป็นเรื่องสำคัญที่เราต้องออกแบบนโยบายให้เหมาะสม บางปัญหาเป็นปัญหาระดับพฤติกรรม แบบแผนชีวิต การจัดการระบบ ควรออกแบบนโยบายสร้างการเรียนรู้ แรงจูงใจ และการพัฒนาระบบ แต่ปัญหาบางเรื่องเป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง ซึ่งเป็นเรื่องยาก การออกแบบนโยบายต้องมุ่งไปสู่การปรับโครงสร้างใหม่ให้กระจายอำนาจให้มีผู้ร่วมขับเคลื่อนในโครงสร้างที่หลากหลายขึ้น ไม่ใช่กระจุกอำนาจอยู่ในระบบเดิม ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่การออกแบบปัญหาเชิงโครงสร้างต้องเผชิญความขัดแย้ง ความเห็นต่าง สข.จึงต้องสร้างการเรียนรู้ ระดมพลังทางสังคม และต้องใช้เวลายาวนานในการพัฒนานโยบาย ยุทธวิธีเพื่อปรับโครงสร้าง

๕. มีบทบาทเชิงรุกในการสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะจากฐานล่าง โดยพิจารณาว่า มีสถานการณ์ด้านใดที่มีปัญหากระทบต่อสุขภาวะ และสถานการณ์นั้นๆ มีชุมชน ประชาสังคมที่เดือดร้อนให้มีความสำคัญกับปัญหาเหล่านั้นอย่างจริงจัง สข.สามารถมีบทบาทรุกเข้าไปหา ส่งเสริมให้ชุมชน หรือประชาสังคมทั้งในสถานการณ์ที่ชุมชน ประชาสังคมกำลังประสบปัญหาสุขภาวะเร่งด่วนในด้านต่างๆ รวมกลุ่ม สร้างการเรียนรู้ สร้างพื้นที่การเรียนรู้ เจรจาต่อรองทางนโยบายกับหน่วยงานรัฐและเอกชน โดยใช้เป้าหมายเรื่องสุขภาวะ ผ่านเครื่องมืขชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบสุขภาพ สิทธิสุขภาพ และในสถานการณ์ที่ประเด็นปัญหานั้นๆ ในพื้นฐาน กลุ่มเป้าหมายยังขาดพลังความตื่นตัว การจัดตั้ง การสื่อสาร และการขับเคลื่อนนโยบายมากพอ การรุกเข้าไปสร้างพลังความเข้มแข็งของกลุ่มฐานล่างจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จะทำให้กลุ่มเหล่านั้นมีพลังพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายได้
๖. เชื่อมประสานภาคีเชิงยุทธศาสตร์ร่วมกระบวนการนโยบาย ในกระบวนการพัฒนานโยบายผ่านสมัชชาฯ และธรรมนูญ การเชื่อมภาคีร่วมขับเคลื่อนนโยบายทั้งภาคประชาสังคม ราชการ วิชาการ เป็นเรื่องสำคัญ ปัจจัยสำคัญอยู่ที่ ยุทธศาสตร์การเลือกภาคีที่มีเป้าหมายร่วม และมีพลังการขับเคลื่อนบทเรียนจากธรรมนูญพระสงฆ์เริ่มจากพระผู้นำร่วมกับภาคสังคมที่มาต่อเชื่อมกับมหาเถรสมาคม กรณีซื้อตั๋ยาก็มาจากการเชื่อมต่อเครือข่ายประชาสังคมมาร่วมกับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข หรือกรณีระบบอาหารสุขภาวะในโรงเรียนก็เป็นเช่นกัน สข.สามารถใช้ประเด็นทางนโยบายมา

เชื่อมโยงกับภาคยุทธศาสตร์ที่มีเป้าหมายร่วมกัน แต่มีบทบาทคนละด้านตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เช่น ดึงภาควิชาการมาหนุนเสริมภาคชุมชน ดึงภาคนโยบายมาเชื่อมต่อกับภาคสังคม โดยออกแบบให้หนุนเสริมซึ่งกันมากขึ้น เช่น ให้ภาควิชาการมีบทบาทหนุนเสริมวิชาการแก่ชุมชนและประชาสังคมด้วย หรือพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายให้ภาคสังคม พร้อมกันนี้ สช.สามารถออกแบบให้ภาคยุทธศาสตร์ต่างๆ ได้มีบทบาทต่อสาธารณะอย่างมีพลังต่อเนื่อง

๗. การใช้ระบบฐานข้อมูลที่ถูกต้องรอบด้านในกระบวนการนโยบาย ในกระบวนการภาคีเชิงยุทธศาสตร์พัฒนานโยบาย การมีฐานข้อมูลที่เท่าทันสถานการณ์ เชื่อถือได้ และรอบด้านจะเป็นฐานสำคัญในการพัฒนาเนื้อหาของนโยบายสาธารณะให้เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ซึ่งในการประมวลข้อมูลควรต้องมาจากหลายแหล่ง ไม่จำกัดเฉพาะผู้เชี่ยวชาญหรือหน่วยงานวิชาการ แม้แต่ข้อมูลประสบการณ์ของประชาชนก็มีฐานะเป็นข้อมูลรูปธรรมที่นำมาใช้ออกแบบด้วย ด้วยข้อมูลที่เป็นรูปธรรมจะช่วยกำหนดขอบเขตการพัฒนานโยบายโดยไม่ติดกับ "มายาคติ" ที่ไม่ได้รับการตรวจสอบ หรือมาจากข้อมูลที่ไม่รอบด้าน ที่สำคัญสำหรับการพัฒนาและใช้ระบบข้อมูลอยู่ที่เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ที่จะใช้ข้อมูล ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องกำหนดร่วมกันให้ชัดเจนแต่เบื้องต้น จึงจะทำให้การเก็บข้อมูลตอบวัตถุประสงค์พอเหมาะพอควรกับการขับเคลื่อนนโยบาย ไม่เช่นนั้นระบบฐานข้อมูลจะแยกห่างจากการขับเคลื่อนทางสังคม และเป็นการทำงานที่ไม่สิ้นสุด

๘. มีการคาดการณ์ความเป็นไปได้ในอนาคตเพื่อออกแบบนโยบายให้สอดคล้อง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะต้องใช้เวลาอันยาวนาน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางการเมืองและความพร้อมของประชาชน ดังนั้นในการออกแบบนโยบายหากพิจารณาเฉพาะข้อมูลอดีตและปัจจุบัน กว่าที่นโยบายจะออกมาสถานการณ์ทางสังคมในเรื่องนั้นๆ อาจเปลี่ยนไป ดังนั้นในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดีจำเป็นต้องคาดการณ์อนาคตที่เป็นไปได้หลายแบบ และออกแบบนโยบายให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ตัวอย่างเช่น กรณีเชื้อดื้อยา ที่ปัญหาดังกล่าวมีลักษณะเฟื่องฟูขึ้น ทีมขับเคลื่อนได้เห็นแนวโน้มปัญหาที่จะขยายตัวในอนาคตซึ่งกระทบสังคมในวงกว้างและทุกมิติ ทำให้การออกแบบนโยบายจึงสอดคล้องกับสถานการณ์ และหากดำเนินการทันการณ์ก็สามารถที่จะเปลี่ยนอนาคตที่คาดการณ์ไว้ได้ ในการออกแบบอนาคต ความสำคัญอยู่ข้อมูลในการวิเคราะห์และคาดการณ์สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น และกำหนดเป้าหมายอนาคตที่พึงประสงค์ในการจัดการปัญหาเชิงโครงสร้าง และเป็นอนาคตที่แตกต่างไปจากเงื่อนไขปัจจุบัน จึงต้องอาศัยทั้งข้อมูล จินตนาการถึงความเป็นไปได้ใหม่ๆ และแสวงหาทางเลือกหลายแบบ

๙. การใช้กลไกนโยบายหลายช่องทาง สข.มีช่องทางนโยบายหลักคือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) แต่ลำพังช่องทางดังกล่าวอาจไม่เพียงพอ กรณีธรรมนูญพระสงฆ์ กลไกทางนโยบายสำคัญยังมาจากมหาเถรสมาคม กรณีเชื้อดื้อยา ก็มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลัก หรือกรณีระบบอาหารในโรงเรียนก็มีหลายกระทรวงเข้ามาเกี่ยวข้อง การมีกลไกและช่องทางนโยบายที่หลากหลายสะท้อนถึงการมีพลังทางสังคมซับซ้อนหลายฝ่าย เปรียบได้กับลำธารหลายสายที่มาบรรจบรวมกันเป็นแม่น้ำใหญ่ และหากกลไกใดติดขัด ก็ยังมีกลไกอื่นในการขับเคลื่อน สิ่งควรพิจารณาเพิ่มเติม คือ กลไกนโยบายไม่ได้มีเฉพาะกลไกที่เป็นทางการ แต่มีกลไกทางสังคมต่างๆ ทั้งในระดับท้องถิ่น ชุมชน และระหว่างประเทศที่มีบทบาทหรืออิทธิพลการผลักดันนโยบาย การแสวงหากฎใหม่ ๆ จึงเป็นภารกิจที่สำคัญและท้าทายที่จะทดลองสร้างความเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ

๑๐. การออกแบบและขับเคลื่อนในการนำนโยบายไปปฏิบัติ การนำนโยบายไปปฏิบัติหรือ “ขับเคลื่อน” มีความยากและความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการพัฒนานโยบาย “ขาขึ้น” แม้ข้อเสนอแนะนโยบายจะผ่านการอนุมัติจากรัฐ แต่จากกรณีศึกษาธรรมนูญสุขภาพทั้ง ๓ เรื่อง ปัญหาของ “ขับเคลื่อน” มีหลายด้าน เช่น ความเป็นเอกภาพและการมีส่วนร่วมของกลไกในระดับชาติ ความเชื่อมโยงระดับชาติสู่ท้องถิ่น บูรณาการระดับท้องถิ่น การสร้างความพร้อม (ความเข้าใจ ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) ของประชาชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง และการติดตามตรวจสอบ ปรับปรุงนโยบาย ซึ่งทั้งหมดนี้จำเป็นต้องมีการออกแบบกระบวนการขับเคลื่อน ข้อเสนอในการออกแบบคือ ๑) การสร้างเครือข่ายนโยบายจากภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างการเรียนรู้ เข้าใจร่วมกัน มีบทบาทติดตาม ตรวจสอบ และเสนอแนะการนำนโยบายไปปฏิบัติ ๒) การพัฒนากลไกการจัดการร่วมในระดับพื้นที่ หรือใช้กลไกการจัดการระดับพื้นที่ที่มีอยู่มาดำเนินงาน เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และอื่นๆ ๓) การสร้างต้นแบบและพื้นที่ขยายผลอย่างเป็นระบบ และประเมินผลเพื่อนำไปเสนอแนะเพื่อปรับปรุงนโยบาย ข้อสำคัญในการขับเคลื่อนก็คือ ในนโยบายระดับชาติ ต้องมีการกำหนดจัดสรรทรัพยากรให้กับกลไกปฏิบัติการนโยบายให้มีศักยภาพในการดำเนินการได้อย่างเต็มที่ และการขยายผลสู่ประชาชนวงกว้าง จากบทเรียนกระบวนการตัดสินใจทางนโยบายในประเทศกำลังพัฒนา ให้มีความสำคัญกับการขับเคลื่อนอย่างมาก เพราะนโยบายที่ดีหลายประการแต่เมื่ออยู่ในกลไกขับเคลื่อนที่มีข้อจำกัดก็อาจทำให้นโยบายไปถูกปฏิบัติตามที่คาดหวัง ดังนั้นการสร้างกลไกภาคีร่วมที่มีพลังทางความรู้ การสร้างความเข้มแข็งชุมชน การระดมทรัพยากร การผลักดันนโยบาย การสื่อสารสังคม จึงมีความสำคัญยิ่งที่ สข.ควรนำไปพัฒนาให้เกิดเป็นระบบอย่างจริงจัง และอาจพัฒนาให้เกิด

กลไกร่วมกันในหลายประเด็นนโยบายที่มีพื้นฐานปัญหาและเป้าหมายทางนโยบายร่วมกัน อันจะทำให้
เกิดความเป็นสถาบันขับเคลื่อนนโยบายที่ก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป

ภาคผนวก

สรุปประชุมเพื่อถอดบทเรียน ธรรมนูญพระสงฆ์แห่งชาติ

วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุม สุขชน ๑ ชั้น ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล

๑. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
๒. นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต รองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘
๓. นายสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๔. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๕. ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๖. นายณรงค์ กฤติขจรกรกุล
๗. นางสาวรัฐวรรณ เสงสีหาพันธุ์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๘. นางสาวนงลักษณ์ ยอดมงคล สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๙. นางสาวชญาดา เขียววิบูลย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๐. นางสาวปรานอม โอสาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ทีมสำนักวิชาการและนวัตกรรม (สช.)

๑. ดร.ทิพิชา โปษยานนท์
๒. น.ส.นภินทร ศิริไทย
๓. น.ส.กนกวรรณ รั้วพรดี
๔. น.ส.ศิริธร อรไชย
๕. น.ส.รัตนา เอิบกึ่ง

➤ ที่มาของการประชุม

เพื่อถอดบทเรียน จากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่มาสร้างการเรียนรู้และปรับใช้ต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะต่อไป สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหรือ สช. จึงมอบหมายให้ ดร.กฤษฎา บุญชัย และทีมงาน ถอดความรู้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ จากระดับชาติ สู่พื้นที่ผ่าน ๓ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คือ ๑. ธรรมนูญพระสงฆ์ ๒. เกษตรอาหารปลอดภัย และ โรคอุบัติใหม่ (กรณีที่ ๓ รอคอยยืนยันอีกครั้ง) โดยการถอดบทเรียน ความรู้มุ่งสะท้อนให้เห็นสาระสำคัญ ๒ มิติคือ

- แนวคิดและกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ที่ไม่จำกัดเพียงเครื่องมือของ สช. แต่รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสำคัญอื่นๆ เพื่อนำบทเรียนเหล่านั้นมาใช้
- จัดกระบวนการถอดบทเรียน มุ่งเน้นที่บทบาทของ สช. ว่าได้ให้ความสำคัญ การเข้าเกี่ยวข้อง การสนับสนุน เพื่อให้การบูรณาการเชื่อมโยง ตั้งแต่แนวคิด เครื่องมือ และปฏิบัติการในชั้นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

ประเด็นเรื่อง ธรรมนูญพระสงฆ์

➤ จุดเริ่มต้นของการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของสงฆ์และการเคลื่อนเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- ในปี ๒๕๕๑ สช. ได้ดำเนินการจัด สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรกและได้เชิญพระครูอมรชัยคุณ ซึ่งเป็นพระสงฆ์นักพัฒนา และทำงานดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา มาอย่างยาวนาน เข้าร่วม และพระครูอมรชัยคุณ ได้เล่าถึงปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ที่กำลังมีปัญหามากและ สนใจนำเครื่องมือ กระบวนการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาพัฒนา ส่งเสริมงานสุขภาพของพระสงฆ์
- การสะท้อนปัญหา ดังกล่าว สช. จึงแนะนำ พระครูอมรชัยคุณ ให้พัฒนาข้อเสนอเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในปีต่อมา ซึ่งพระครูอมรชัยคุณได้กลับไปทำข้อเสนอ กลับเข้ามาเสนอคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในปี ๒๕๕๓ แต่ยังไม่ผ่านการพิจารณาจาก อนุกรรมการวิชาการ เนื่องจากติดเงื่อนไขด้านความเข้มแข็งของข้อมูล อย่างไรก็ตาม การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี ๒๕๕๓ ได้ให้มีการพูดคุยเรื่องสุขภาพของพระสงฆ์ ในห้องประชุมวิชาการ

- สถานการณ์ปัญหาของ พระสงฆ์ทั้งประเทศขณะนั้นคือ คาดการณ์ว่ามีพระสงฆ์ราว ๓๐๐,๐๐๐ กว่ารูปแต่มีข้อมูลในระบบเพียง ๒๙,๐๐๐ รูป พระสงฆ์ส่วนใหญ่จึงมีปัญหาการ เข้ารับบริการ สุขภาพ ไม่รู้ถึงสิทธิของตนเอง ยิ่งเมื่ออาพาธนอกพื้นที่ ทำให้ไม่ได้รับความสะดวกอย่างมาก
- ในปี ๒๕๕๔ พระครูอมรชัยคุณ ได้พัฒนาปรับปรุงเนื้อหาข้อเสนอ เรื่องสุขภาวะพระสงฆ์ และ เสนอให้ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอีกครั้ง ขณะที่ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ได้เสนอวาระเรื่อง วัดส่งเสริมสุขภาพ อนุฯ วิชาการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงจัด ให้มีระเบียบวาระที่เกิดจากการบูรณาการ ระหว่างวาระ วัดส่งเสริมสุขภาพของ กรมอนามัย และ สุขภาวะพระสงฆ์ของพระครูอมรชัยคุณ เป็นวาระ ‘พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ’ เป็นมติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ทางคณะสงฆ์บูรณาการทำงานร่วมกับกรมอนามัย
- ขอบเขตของมติเรื่อง ‘พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ’ ไม่ได้มองเพียงมิติสุขภาพของพระสงฆ์แต่ รวมบทบาทของพระสงฆ์เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชน และสังคม เป็นผู้นำด้านสุขภาพด้วย
- ก่อนการเสนอวาระเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พระครูอมรชัยคุณมีประสบการณ์ทำงาน เชื่อม กับทาง สปสช ในเขต ๙ จังหวัดนครราชสีมา โดยพัฒนาโมเดล คือ พระอาสาสมัครวัด หรือ อสว. โดยพัฒนาให้พระเข้ามามีบทบาท ในการดูแลสุขภาพและพระครูอมรชัยคุณได้นำแนวคิด ดังกล่าว ผลักให้เกิดขึ้นเมื่อเสนอเรื่อง สุขภาวะของพระสงฆ์ในเวทีสมัชชา และในระหว่างปี ๒๕๕๔- ๒๕๕๕ พระครูอมรชัยคุณ ได้เข้ามา เป็น คสช. จึงประสานขับเคลื่อน ประสานขอความร่วมมือจากหลายฝ่าย
- พระครูอมรชัยคุณ เป็นพระธรรมทายาท สายศิษย์หลวงพ่อบุญญา นันทภิกขุ หลวงพ่อพุทธทาส มีฐานเครือข่ายสำคัญคือ กลุ่มสังฆะเพื่อสังคมซึ่งเป็น พระสงฆ์นักพัฒนามีกระจายอยู่ทั่วประเทศ ซึ่งต่อมา ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ ได้จัดตั้งเป็นมูลนิธิสังฆะเพื่อสังคม
- กรมอนามัยมีภารกิจงานด้านการสร้างวัดส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการบรรลุให้ถึงอยู่แล้ว

➤ ข้อจำกัดและแรงเสียดทานในช่วงพัฒนาเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- กลุ่มบุคคลที่สนใจเรื่อง สุขภาวะของพระสงฆ์ยังอยู่ในวงจำกัด พระสงฆ์ยังมีหลายกลุ่ม พระสงฆ์ ที่มาสนใจงานด้านนี้ ยังค่อนข้างน้อย และที่สำคัญคือ การพัฒนาข้อเสนอยังเป็นกลุ่มสงฆ์สายพระ นักพัฒนา กลุ่มหนึ่งยังไม่ผนวกเข้ากับพระสายอื่นๆ โดยเฉพาะ พระสายปกครอง สำนัก พระพุทธศาสนา การขับเคลื่อนจึงยังมีกำลังน้อย

➤ **การพัฒนาจาก มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ‘พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ’ สู่การเป็นธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ**

- เมื่อ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ บรรจุเป็น มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๕๕ ได้มีกรอบแนวคิดในการพัฒนาสุขภาวะพระสงฆ์ ๕ ด้าน คือ พระดูแลกันเอง ชุมชนดูแลพระสงฆ์ พระสงฆ์ดูแลสุขภาพชุมชน จึงมีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมากขึ้น ซึ่งระยะแรก กำหนดแนวคิดการทำงานให้ ‘ทางโลกนำทางธรรม’ ต่อเมื่อเปลี่ยนแนวคิดให้ ‘ทางธรรมนำทางโลก’ ให้การขับเคลื่อน เป็นงานที่ฝ่ายสงฆ์เป็นเจ้าของหลัก กระบวนการออกแบบเพื่อขับเคลื่อนจึงมีการสร้าง ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติให้เกิดขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงร่วมกันในการขับเคลื่อนงานที่มีพระธรรมวินัยเป็นฐาน
- สสส. เป็นหน่วยงานที่เข้ามาร่วมสนับสนุนให้เกิด ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติเป็นเวลายาวนาน ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน

➤ **การจัดทำ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ**

- เมื่อกำหนดให้พระสงฆ์ได้มีบทบาท ดำเนินงานเป็นเจ้าของเรื่อง คณะทำงานขับเคลื่อนฯ จึงเสนอเรื่อง ธรรมนูญสงฆ์พร้อมๆ กับ แนวทางการขับเคลื่อนงาน ๕ ด้านคือ ความรู้ การบริหารข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ และการวิจัยพัฒนาขีดความรู้
- ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติเป็นสัญลักษณ์ของข้อตกลงร่วมในการทำงานร่วมกันของพระสงฆ์ รวมถึงกับหน่วยงานภายนอก ที่จะเคารพ ยอมรับแนวทาง ที่พระธรรมวินัย เชื่อมร้อยกับสุขภาพทั้ง ๔ มิติ
- การจัดทำ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติมีกระบวนการประชุมออกแบบร่วมกัน มีการตั้งคณะทำงานขึ้นมา จากพระหลายฝ่ายเพื่อออกแบบกระบวนการร่วมกัน มีการจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็น ๔- ๕ ภาค เพื่อจัดทำตัวธรรมนูญนี้ซึ่งกรอบของการทำธรรมนูญครอบคลุมเรื่องพระสงฆ์กับการดูแลตนเอง ตามพระวินัย สังคมกับการดูแล อุปฐากพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย และบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพ ในชุมชนและสังคม รวมถึงมีการจัดทำ แผนปฏิบัติการ และ นำถวายผ่านคณะกรรมการมหาเถรสมาคมและแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.)

- ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติอยู่ภายใต้การรับผิดชอบของงานด้านสาธารณสุขสงเคราะห์ โดยเจ้าพระคุณวัดญาณาวา สมเด็จพระมหาธีรราชจารย์ และเป็นการดำเนินการร่วมกันกับเรื่องของ การเคลื่อนไหวมติสมัชชาไปด้วย
- การจัดเวทีรับฟัง ไม่ได้จัดเหมือนกันทุกเวที แต่จัดตามบริบท ความแตกต่างของสงฆ์แต่ละฝ่าย
- มีการจัดทำเอกสารรูปเล่ม ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ และมีการประกาศใช้ ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๐

➤ ข้อสังเกตต่อวิธีขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

- มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง พระสงฆ์กับการพัฒนาแตกต่างจากมติอื่นๆ ตรงที่เครื่องมือได้เปลี่ยนเป็น ธรรมนูญพระสงฆ์ โดยไม่ได้เขียนไว้
- ในระยะเริ่มต้นของการขับเคลื่อน ปี ๒๕๕๑ – ๒๕๕๓ กระบวนการขับเคลื่อนยังขาดพลัง ขาดขาดแรงสนับสนุน ทั้งด้วยกิจกรรมน้อย และบทบาทของ สช. ตามกฎหมาย ที่ยังไม่ชัดเจนว่าจะมีกระบวนการขับเคลื่อนภายหลังจากที่เกิดมติขึ้นแล้วอย่างไร
- แม้เรื่อง สุขภาวะพระสงฆ์จะเข้าสู่เวทีสมัชชาตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ แต่พระสงฆ์กลุ่มที่ขับเคลื่อนยังขาดความหลากหลาย อยู่ในวงแคบ และขาดการมีส่วนร่วมของ มหาเถรสมาคมซึ่งเป็นฝ่ายปกครองสงฆ์ งานจึงขาดความคืบหน้า และไม่มีพลัง เพราะขาดภาคส่วนที่สำคัญ ต่อเมื่อสำนักพระพุทธศาสนาได้รับรู้ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพ และคณะทำงานได้เข้าพบ รองผู้อำนวยการสำนักพระพุทธศาสนา ความร่วมมือ การกำหนดยุทธศาสตร์ แนวทางการขับเคลื่อนร่วมกันอย่างเป็นระบบ จึงเกิดขึ้น
- คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) ประกอบด้วยหน่วยงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น สสส. มหาวิทยาลัย Thai PBS มหาดไทย มูลนิธิเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้วย ร่วมกันขับเคลื่อนทั้งในระดับชาติ ระดับพื้นที่
- การเปลี่ยนแนวคิดการทำงาน จาก ‘โลกนำธรรม’ เป็น ‘ธรรมนำโลก’ เป็นคำแนะนำของ พระพรหมบัณฑิต เจ้าอาวาสวัดประยุรวงศาวาสวรวิหารส่งผลให้เปิดประตูให้ฝ่ายสงฆ์เข้ามามีบทบาทเต็มที่
- หลังจากเปลี่ยนแนวคิด การขับเคลื่อนจึงชูประเด็น เรื่อง ธรรมนำทางโลก งานส่วน กรมอนามัยก็ดำเนินการเรื่องอบรม สร้าง พระคิลานุปัฏฐาก

- ความเคลื่อนไหวงานที่มากขึ้น เป็นไปพร้อมพัฒนาของการออกแบบระบบงานของ สช. ที่แยกการบริหารมติสมัชชาเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มมติสาธารณสุขการแพทย์ และกลุ่มงานด้านสังคม และเกิดการตั้ง คณะอนุกรรมการชุดเฉพาะที่ขับเคลื่อนเรื่องธรรมนูญพระสงฆ์ ซึ่งมีองค์ประกอบหลากหลาย และนำไปสู่การกำหนดกรอบ ยุทธศาสตร์ พัฒนาเป็นเรื่องของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ กับตัวแผนในเรื่องของการขับเคลื่อนทั้งหลายที่มีมาทั้งหมด
- การเกิดขึ้นของ คณะอนุกรรมการชุดเฉพาะที่ขับเคลื่อนเรื่องธรรมนูญพระสงฆ์ ได้ช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนงานได้อย่างมาก เพราะมีแรงหนุนจากเต็มเปี่ยมจากตัวแทนภาคการเมือง ซึ่งเป็นประธานอนุกรรมการ มีการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการไปถึงอย่างชัดเจน นอกจากนี้ การขับเคลื่อนยังเป็นการดำเนินงานโดยตรงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ กรมอนามัย
- การขับเคลื่อนงานเป็นไปอย่างสร้างความสามัคคีของพระจากหลายฝ่าย สร้างบรรยากาศเชิงบวก และทำให้งานเดินหน้าอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ คณะทำงานและหน่วยงานอื่นๆ ยังได้รับความเมตตาจาก พระผู้ใหญ่ที่ช่วยเปิดทาง ให้คำแนะนำ ซึ่งคณะทำงานสะท้อนว่า ‘เข้าได้ถูกจังหวะและถูกทาง’ ความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น เกิดจาก จับจุดคลิกได้ และไม่ปล่อยให้โอกาสผ่านไป
- การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น ๔-๕ ภาค พระสงฆ์ได้เข้ามาออกแบบ และเป็นผู้ประสานเชื่อมหลายฝ่ายด้วยตัวเอง รวมถึงกระบวนการร่างธรรมนูญพระสงฆ์ที่ ฝ่ายพระได้ร่วมกันเขียนขึ้นเอง คือ พระมหาประยูร โชติวโร พระครูพิพิธสุตาทร แล้วก็พระเทพเวที ส่งผลเป็นธรรมนูญสงฆ์ที่ได้รับการยอมรับจากสงฆ์ มีความละเอียดละไม สอดคล้องกับพระไตรปิฎก เช่น การเปลี่ยนจากการใช้คำ อาสาสมัครสาธารณสุข เป็น พระคิลานุปัฏฐาก ซึ่งคำว่าคิลานุปัฏฐากเป็นภาษาที่อยู่ในพระไตรปิฎก เปลี่ยนข้อกำหนดจาก ๓๑ เป็น ๓๗ ข้อ ตามหลัก โพธิปักขิยธรรม ใช้คำว่า ‘ฟัง’ แทน ‘ขอให้’ ซึ่งเป็นเชิงบวกและไม่แสดงอำนาจสั่งการกับฝ่ายสงฆ์
- คณะทำงานได้เรียนรู้ว่า การขยายงานธรรมนูญสงฆ์ให้ทั่วทั้งประเทศ ต้องผนวกพร้อมกับฝ่ายมหาเถรสมาคม สำนักงานพระพุทธศาสนา เพราะเป็นฝ่ายปกครองสงฆ์ มีระบบการสั่งการ มอบหมาย ตั้งแต่ระดับ ภาค เขต จนถึงพื้นที่จังหวัด ตำบล
- ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ เมื่อนำเสนอเข้าที่ประชุม ครม. สัญจร ทำให้เกิดมติคณะรัฐมนตรี ทำให้งานธรรมนูญสงฆ์กระจายไปยังวัดต่างๆ

- แรงสนับสนุนจากฝ่ายการเมือง เข้มแข็งและเป็นเอกภาพ เพราะรองนายกรัฐมนตรี สุวพันธุ์ ตันยุวรรธนะ กำกับดูแลทั้ง สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กองทุนหมู่บ้าน และได้ผลักดันงานธรรมนูญส่ง เข้าสู่หน่วยงานดังกล่าว
- หน่วยงานที่เป็นคณะทำงานร่วมกัน มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานเพื่อขับเคลื่อนร่วมกัน แม้จะไม่ใช้บทบาทหน้าที่โดยตรง เช่น หน่วยกองสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
- สสส. สนับสนุนงานธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ผ่านการรณรงค์ เรื่อง สงฆ์ไทยไกลโรค ตักบาตรให้มีบุญต่างๆ สนับสนุนงบประมาณ ให้กับสงฆ์และพื้นที่ในการสร้างกระบวนการให้เกิดธรรมนูญสงฆ์
- มหาเถรสมาคมเห็นประโยชน์จากกระบวนการสมัชชาว่าสามารถปฏิบัติงานสงฆ์ด้วย
- มีการทำข้อตกลงร่วม MOU ระหว่าง ๕ องค์กร คือ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดย คุณหมอประจักษ์วิข เลื่อนาค เห็นประโยชน์และให้การสนับสนุนงบประมาณ และการศึกษาวิจัย ร่วมขับเคลื่อนงานที่มีจุดเน้นด้านธรรมนูญสุขภาพ บุรณการ ร่วมกับ กองทุนระดับตำบล ทั้ง ๑๓ เขต สปสช.ยังทำ MOU กับสำนักงานพุทธศาสนาเพื่อสำรวจสถานการณ์การเข้าถึงสิทธิของสงฆ์ทั่วประเทศ
- ความต่างเชิงโครงสร้างของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เมื่อเปรียบเทียบกับสมัชชาสุขภาพอื่นๆ คือ มีโครงสร้างงาน ๒ ส่วนที่ชัดเจนคือทางโลกและทางธรรม ซึ่งกลไกของทั้ง ๒ ฝ่ายทำงานอย่างเชื่อมประสานกัน (interactive) ฝ่ายคณะสงฆ์เป็นเจ้าของร่วมเต็มตัว มีระดับการสั่งการที่ชัดเจน และมีประสิทธิผล ปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันถึงระดับพื้นที่ ขณะที่ฝ่ายฆราวาสยอมรับ เคารพ และยึดหลักปฏิบัติของฝ่ายสงฆ์ด้วย
- ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติเป็นเรื่องเชิงบวก และยังมีความเชื่อเรื่องบุญ หนุนงาน

➤ ระบบที่มีความร่วมมือ ทำให้พระสงฆ์ได้รับการบริการจากระบบตามธรรมนูญมากขึ้นอย่างไร

- การทำงานด้วยเครือข่าย ทำให้งานดำเนินไปในหลายส่วน ส่วนบทบาทของ สปสช. สนับสนุนงานด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ ผลิตคู่มือพระสงฆ์เป็นการเฉพาะเพื่อสนับสนุน รณรงค์การเข้าถึงสิทธิและบริการ โดยแจกจ่ายให้สงฆ์นับแสนเล่ม สนับสนุนงบประมาณให้ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มจร. ทำงานศึกษาวิจัย เรื่องการเข้าถึง สิทธิของพระสงฆ์ ภายใต้ธรรมนูญสงฆ์ สปสช. ยังร่วมมือกับ มจร. ดำเนินการให้เกิดศูนย์ประสานงานสุขภาพเชิงพุทธ ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ด้านบทบาทของ สช. เป็นเรื่องการ ส่งเสริม สนับสนุน นโยบาย

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อบรมสร้าง พระคิลาณ ปัทมธาก

- มีการจัดเก็บระบบฐานข้อมูลของพระสงฆ์เชื่อมโยงกับเลข ๑๓ หลักและสปสช.จากเดิมที่มีฐานข้อมูลพระในระบบเพียง ๒๙,๐๐๐ รูป ปัจจุบันเพิ่มเป็นกว่า ๒๐๐,๐๐๐ รูป พระสงฆ์มีบัตรประจำตัวที่จะทำให้เข้าถึงการบริการ
- มีการพัฒนานโยบายธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ด้วยกลไกกองทุนสุขภาพตำบล โดยพระสงฆ์เองอาจขอหรือขอรวาส หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถขอการสนับสนุน งบประมาณเพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้ เช่น มจร.นครสวรรค์เขียนโครงการขอการสนับสนุนจากกองทุนตำบลเพื่อดูแลพระนิสิต ของ มจร. และปัจจุบัน สสส. สปสช. สช. สนับสนุนงบประมาณประมาณ ๙ ล้านบาท พัฒนาพื้นที่นำร่องให้พระสงฆ์เป็นแกนมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กลไกกองทุนสุขภาพตำบล ประมาณ ๕๔ พื้นที่ โครงการอยู่ในระหว่างการดำเนินการ
- สามารถที่จะรื้อฟื้น หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อปต.) ที่ขาดการสนับสนุน แต่มีบทบาททำหน้าที่เผยแพร่พระพุทธศาสนา แล้วเรื่องการทำให้พระมีบทบาทในชุมชนมากขึ้น
- มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มจร. ผนวกเรื่องนโยบายสุขภาพเข้าไปในหลักสูตร ทำให้พระนิสิตมีแนวความคิดด้านสุขภาพ เมื่อลงปฏิบัติศาสนกิจ
- พระมีความเข้าใจการเข้าถึงระบบสุขภาพ ระบบสิทธิที่พระควรได้รับ เรื่องของการดูแลสุขภาพและเผยแพร่ด้วยการเทศนา การให้ความรู้ อาหารที่ควรแก่ญาติโยม
- ปัจจุบัน พระครูอมรชัยคุณขันธ์เคลื่อนประเด็นของธรรมนูญพระสงฆ์ผ่านคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ โดยได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. ระยะ ๓ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ เพื่อพัฒนาพระ อสว.หรืออาสาสมัครวัด และปัจจุบันได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ขยายงานทั่วประเทศ สร้าง พระ อสว.หรืออาสาสมัครวัดเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ

➤ เงื่อนไขที่ทำให้ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติขับเคลื่อนได้อย่างประสบความสำเร็จ

- สช. มีระบบการบริหาร มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยจำแนกการขับเคลื่อนมติ เป็น ๔ กลุ่มคือ กลุ่มบรรลุ สำเร็จ กลุ่มกำลังเดินอยู่ กลุ่มทบทวน และกลุ่มยุติการรายงาน
- การขับเคลื่อนทุกมติสมัชชา สช. ขับเคลื่อนทุกมติด้วยหน้าที่ มีกำหนดยุทธศาสตร์ เป้าหมายของแต่ละมติ และข้อกำหนดท้ายมติที่บอกถึงลำดับที่ต้องกลับมารายงาน ความก้าวหน้า สช. จึงมีบทบาทหน้าที่กระตุ้น ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนทุกมติสมัชชา

- มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีการขับเคลื่อนรุดหน้า มาจากปัจจัยการจับจังหวะ กระแสจากภายนอก หรือที่เรียกว่า หน้าต่างแห่งโอกาส (window of opportunity) เช่น กรณีข่าวเด็กกินขนมจีนกับน้ำปลา ทำให้ วาระอาหารกลางวันเด็กได้รับความสนใจ กรณีธรรมนูญสงฆ์เกิดจากแรง การเปิดช่อง แรงสนับสนุนจากมหาเถรสมาคม
- ปัจจัยที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายของแต่ละมติ เดินหน้าต่างกันด้วยอีกประการ คือ ความเป็นเจ้าของ การเข้ามามีส่วนร่วมทำอย่างจริงจัง โดยใช้ สช. สร้างเครือข่าย ซึ่งแต่เดิมมีระดับที่แตกต่างกัน
- สำนักพระพุทธศาสนาตระหนักถึงความสำคัญของงานด้านการพัฒนาสุขภาพ และบทบาทของพระสงฆ์และได้นำไปกำหนดเป็น ๑ ใน ๗ ยุทธศาสตร์ของการปฏิรูปพระสงฆ์แห่งชาติ โดยคณะสาธารณสงเคราะห์

➤ สถานการณ์ปัจจุบัน

- ธรรมนูญสงฆ์เป็นทางออกของการปฏิรูปพระสงฆ์แห่งชาติ สังคมเริ่มเปลี่ยนมุมมองในการอุปถัมภ์พระสงฆ์
- ธรรมนูญพระสงฆ์ ช่วยให้การทำงานส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- คณะสงฆ์ในบางพื้นที่ เสนอขอเรียกร้องให้ปรับระบบหลักประกัน ให้สามารถใช้สิทธิสุขภาพหน่วยบริการโดยไม่ต้องย้ายหน่วยบริการ ซึ่งปัจจุบันเริ่มมีหน่วยบริการบางพื้นที่ รับข้อเสนอของคณะสงฆ์ เช่นใน เขต ๘ จังหวัดอุดรธานี
- คณะทำงานได้เรียนรู้จากขับเคลื่อนธรรมนูญสงฆ์ ว่าการขับเคลื่อนต้อง ‘การเข้าให้ถูกทาง’ ด้วยการผนวกมหาเถรสมาคม สำนักพระพุทธศาสนา การปรับมุมมอง แนวคิดที่ช่วยขยายแนวร่วม ‘จากโลกนำธรรม เป็นธรรมนำโลก’ และ การเชื่อมประสานกันของแนวทางการทำงานแนวราบ สานพลัง แบบ สช. ว่าสามารถ เชื่อมประสานกับกลไกแนวดิ่งของฝ่ายพระสงฆ์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ปัจจุบัน สช. จัดกลุ่มธรรมนูญสงฆ์ในกลุ่มมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ประสบความสำเร็จ มีหน่วยงานเจ้าภาพ ดำเนินการคือ สำนักพระพุทธศาสนา จึงยังสนับสนุนแต่ลดบทบาทลง

.....

ประชุมถอดบทเรียน การขับเคลื่อนนโยบายจากระดับชาติสู่พื้นที่ กรณี เชื้อดื้อยา

วันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๓๐-๑๓.๐๐ น.

ห้องประชุมสุขชน ๑ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. ผศ.ภญ.ดร.นิยดา เกียรติยิ่งอังสุลี	ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา
๒. ภญ.ดร.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓. ดร.กฤษฎา บุญชัย	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
๔. นายปิโยรส ปานยงค์	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
๕. นส.วันวิสา แสงทิม	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๖. นายบัณฑิต มั่นคง	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๗. ดร.ทิพิชา โปทยานนท์	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๘. นส.รัตนา เอิบกิ่ง	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๙. นส.กนกวรรณ รับพรดี	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๐. นส.ศิริธร อรไชย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๑. นส.ชลาลัย จันทาวดี	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นเชื้อดื้อยา

- เริ่มต้นการขับเคลื่อน : เริ่มกันมานานแล้วอย่างไม่เป็นทางการตั้งแต่ปีค.ศ. ๒๐๐๗ นับตั้งแต่แคมเปญ smart usage of drug และเริ่มจริงจังในปีค.ศ. ๒๐๑๔ เมื่อเกิดกระแสความกังวลในเชื้อดื้อยาระดับโลกเพราะเกิดเคสแรกในประเทศพัฒนาจากการติดต่อมาจากอินเดีย ทำให้เกิดการตระหนักในปัญหาการเสพยาในคน และส่งผลกระทบไปถึงสัตว์และสิ่งแวดล้อมด้วย พอถึงปีค.ศ. ๒๐๑๕ องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนแผนกลยุทธ์ด้านเชื้อดื้อยา ส่วนในในประเทศไทยนั้นเกิดการดำเนินการอย่างจริงจังในสมัยที่อ.สุริยะเป็นรองปลัดสธ. ทั้งสองทิศทาง ได้แก่จากนโยบายในระดับเบื้องบนลงมาและจากสข.เป็น public policy ขึ้นไป เมื่อถึงปี ๒๐๑๗ จึงเกิดยุทธศาสตร์ด้านการต่อสู้กับเชื้อดื้อยา โดยเฉพาะ ในขณะนั้นความรู้ด้านเชื้อดื้อยายังไม่แพร่หลายในหมู่คนทั่วไป กระแสสังคมก็ยังไม่ค่อยแรง ที่ผ่านมามีการทำงานด้านนี้มานานแล้วในหลายภาคส่วน แต่ขาดการรวมศูนย์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

- ความท้าทายของการผลักดันงานต่อสู้กับเชื้อดื้อยา คือต้องทำให้งานระดับวิชาการให้เป็นนโยบายระดับชาติ ซึ่งเป็นเหตุประจวบเหมาะที่ผลักดันเรื่องนี้โดยอัตโนมัติคือนายกรัฐมนตรีไปประชุมสหประชาชาติและให้คำมั่นกับเวทีโลกในเรื่องการขับเคลื่อนการต่อสู้กับเชื้อดื้อยาไปแล้ว ทำให้กลายเป็นคำสัญญาที่ต้องดำเนินการให้เกิดผล
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ได้แก่ สธ. (สำหรับคน) ปศุสัตว์และประมง (สำหรับสัตว์) แต่ยังไม่มีความเชื่อมโยง เพราะยังไม่แน่ใจถึงความเกี่ยวข้อง โดยมีกลไกที่รวมศูนย์งานเข้าด้วยกันได้แก่ ออย.
- บทบาทของสช. ในเรื่องการต่อสู้กับเชื้อดื้อยาได้แก่การจัดเวทีให้หน่วยงานระดับภูมิภาคและระดับพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมคิดออกแบบ ทำให้นโยบายเข้าถึงประชากรระดับล่างมากขึ้น โดยใช้ยุทธศาสตร์ที่ห้าคือสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชน (อ.นิเป็นตัวเชื่อม ผลักดันให้เป็นมติ)
- การจะขึ้นมตินั้น จะใช้คณะอนุวิชาการและคณะกก.กลั่นกรอง และพัฒนาเนื้อหาทางวิชาการ ขึ้นเป็นนโยบายสาธารณะหรือมติ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเข้าร่วม และจึงส่งต่อให้คณะกก.ขับเคลื่อน
- อุปสรรคของการออกแบบนโยบายขาขึ้น คือต้องประสานประโยชน์ ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ เช่น เศรษฐกิจและสุขภาพ และฐานข้อมูลที่ใช้ในการชี้วัดผลการดำเนินงานไม่เพียงพอ
- เมื่อขจัดอุปสรรคขาขึ้นได้แล้ว ก็จะต้องขับเคลื่อนให้ได้เป็นรูปธรรมให้ได้ โดยการจัดตั้งคณะกก.ต่อต้านเชื้อดื้อยาแห่งชาติที่มีรองนายกฯ เป็นประธาน ใช้ Concept เรื่อง one health approach มาใช้ขับเคลื่อน และมีระบบตรวจติดตามผลการดำเนินงาน (M&E ที่ซึ่งใช้เป็นฐานข้อมูลแรกด้วย) แต่ยังไม่สมบูรณ์เพราะงานมีความซับซ้อนมาก การเก็บข้อมูลก็เพื่อจุดประสงค์ที่ต่างกัน และโดยต่างหน่วยงาน ทำให้นำมาใช้ร่วมกันไม่ได้
- ประเมินการขับเคลื่อนนโยบาย CCSMR : นับว่าไปได้ไกล และตอนนี้สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยามากขึ้น ผ่านทางจังหวัด ในเรื่องนี้สช.ไม่ได้เป็นเจ้าของงาน แต่จะต้องดึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เข้ามาทำงานร่วมกันให้ได้
- ความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน : ไม่มีความขัดแย้งในภาพรวม แต่จะต้องประสานเข้ากันให้ได้ในระหว่างหน่วยงานที่มีวัตถุประสงค์ต่างกัน เช่น สธ. เกษตร เศรษฐกิจ ซึ่งตอนนี้ก็ประสานไปได้มากแล้ว โดยมี ออย. เป็นตัวเชื่อม
- การขับเคลื่อนงานต่อสู้กับเชื้อดื้อยา : ในระดับนโยบายและระดับชาติถือว่าได้ผลดี แต่ระดับจังหวัดลงมานับว่ายังไม่ทั่วถึง เช่นที่สุโขทัย ซึ่งพื้นที่เป้าหมายสำเร็จเพียง ๑ ใน ๙ อำเภอ เพราะถึงแม้ว่าหมอไม่จ่ายปฏิชีวนะให้ แต่ชาวบ้านก็สามารถหาซื้อเองตามร้านขายยาที่เภสัชกรไม่ได้อยู่ดูแลตลอดเวลา และ

คนขายจ่ายยาตามความต้องการของคนซื้อ ไม่มีการควบคุม ประกอบกับมีการโฆษณาทางวิทยุชุมชน ทำให้เปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนยาก นอกจากนี้พื้นที่ทำงานก็เป็นเพียงพื้นที่ต้นแบบจว.ละแค่ ๑ พื้นที่ (ตำบล) ไม่ครอบคลุมทั้งประเทศ

- เมื่อทำการสำรวจ ในโรงพยาบาล พบว่าผลการปฏิบัติงานดีขึ้น แต่นอกโรงพยาบาลไม่มีการเก็บข้อมูล ทำให้วัดไม่ได้จริง แต่บางพื้นที่ก็ทำได้แล้ว คือไม่มียาปฏิชีวนะในพื้นที่ขาย ๑๐๐% เพราะมีผู้ว่าฯที่มีความเข้าใจมาดูแลเอง
- ถ้าต้องการการหนุนเสริมจากส่วนกลาง คนทำงานจะอยากได้อะไร : หนึ่ง ต้องให้ความรู้ประชาชนว่าทำไมถึงห้าม โดยใช้เคสอันตรายรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงมาเป็นตัวอย่าง และต้องใช้ยาอะไรทดแทน สอง ใช้กลไกทางกฎหมายห้ามไปเลยเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูง โดยมีผลวิจัยทางวิชาการสนับสนุน แต่ในปัจจุบันก็ยังมีการทำผิดกันอยู่ เช่นขาย/โฆษณายาที่ห้าม โดยเฉพาะในต่างจังหวัด และฟาร์มเล็กๆ เพราะมีผู้แทนมาเสนอขาย
- การกระทำเช่นนี้ขัดผลประโยชน์กับบริษัทยาไหม? : แน่นอน เช่นกาโน (เตตราไซคลีน) ที่อัดแคมเปญโฆษณาในพื้นที่ต่างจังหวัดอย่างหนัก รวมถึงเภสัชกรก็เชียร์ขายยานี้
- สุดท้ายจึงตั้งเป็นนโยบายเชื่อดื้อยาในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ทำให้เกิดการบูรณาการ และได้เลือกสข.เข้ามานำเพราะทำงานด้วยกันมานาน มีการถูกต้องด้านจากบริษัทยาเอกชนบ้างเพราะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในอุตสาหกรรมยา แต่ก็ใช้วิธีหาคนที่มีความปรารถนาในการเจรจากับบริษัทยามาร่วมงานเพื่อลดการต่อต้าน
- เมื่อเข้าทำงานเรียบร้อยแล้วจึงส่งต่อไปหาเคลื่อนไหว ได้แก่กระทรวงต่างๆเช่น สธ. ปศุสัตว์ ประมง และไปจับมือกับหน่วยงานผู้บริโภคจนสำเร็จ แต่ในระยะยาวค่อนข้างทำงานยากในเรื่องประชาสัมพันธ์ จึงต้องการสสส.เข้าร่วมเพราะมีงบประมาณต่อเนื่อง สุดท้ายจึงได้ความร่วมมือจากสสส.ในปีค.ศ. ๒๐๑๙ ทำให้ขับเคลื่อนได้ดีขึ้น สุดท้ายให้สปสข.ออกตัวชี้วัดบังคับไปที่โรงพยาบาลต่างๆ
- อีก ๒ ปีข้างหน้าจะต้องทำให้ตัวชี้วัดเหล่านี้มั่นคงในระยะยาว เช่นให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขับเคลื่อนต่อ ทำให้เป็นนโยบายติดโรงพยาบาลตลอดไป
- อุปสรรคอีกด้านหนึ่งคือ **antibiotic** ในผักผลไม้ (จากการตกค้างในธรรมชาติ) ยังไม่มีการตรวจวัด และไม่มีมาตรฐานบังคับ

- ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้สำเร็จ : ถ้าแผน ๕ ปีถึงวันสิ้นสุด ขั้นตอนต่อไปข้อแรก ทางรัฐจะต้องดำเนินการต่อห้ามหยุด เพื่อให้มีทรัพยากรในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (แรงกดดันจากเวทีโลกก็มีผลบังคับบงการให้ประเทศไทยต้องดำเนินการอย่างจริงจัง และอาจมีงบประมาณให้บ้างแต่ไม่มากนัก เป็นแค่บวจยเล็กน้อย) สอง จัดทำฐานข้อมูลเดียวให้ครบถ้วนถูกต้อง สาม ต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านมาทดแทนคนเก่าที่กำลังเกษียณไป สี่ ภาคประชาสังคมต้องเข้มแข็งเพื่อให้ทำ health literature ได้ผล โดยอาจใช้งบจากสปสช.
- ผลกระทบของการระบาดของไวรัสโควิดที่มีต่อเชื้อดื้อยา : กำลังพิจารณาว่าจะอาศัยจังหวะนี้แก้ไขการใช้ antibiotic ด้วยการป้องกันการเจ็บป่วย (ใส่หน้ากากอนามัยและล้างมือในช่วงโควิดระบาด รวมถึงเกษตรอินทรีย์) มาทดแทนการรักษาด้วยยา (ป.ล. Antibiotic ที่ปนเปื้อนในอาหารก็ทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาเช่นกันเพราะคนและสัตว์นำกลับมาบริโภค และการส่งออกก็ถูกกีดกันด้วย)
- หลักการของการกำหนดนโยบายขาขึ้น : ตั้งแต่ปี ๒๐๑๗ ประเด็นยุทธศาสตร์ของสช.เอง + ประเด็นสมัชชา ให้อนุยกพิจารณา ๑) ความสำคัญว่าสอดคล้องกับระดับสากลหรือชาติ ๒) ความซับซ้อนและสังคมสนใจ ๓) ผลกระทบในวงกว้าง เช่นศก.และสังคม ๔) ความพร้อมด้านต่างๆเช่นวิชาการและสมัชชาที่จะเข้ามามีส่วน ก่อนจะประกาศเป็นมติ เว้นแต่จะเป็นเรื่องเร่งด่วน
- สช.จะมีโครงสร้างรองรับการทำงานในระดับพื้นที่จังหวัด (กสป.) อย่างไรบ้าง : ไม่มี เพราะได้แค่ชี้แนะ ไม่มีอำนาจตัดสินใจ แล้วแต่ความสนใจของสมาชิกคณะทำงานนั้นๆของจังหวัด แต่ถ้าเข้าทางสมัชชาจังหวัดจะง่ายกว่า *ควรเคลื่อนเป็นระบบจะมีประสิทธิภาพกว่าวิธีคัดเลือกจังหวัดที่เป็นโมเดลมาเป็นตัวอย่าง เพราะการใช้โมเดลมักทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนตอนขยายผล หรืออาจทำไปพร้อมๆกันทั้งสองอย่างก็ได้ หรือรวมเรื่อง antibiotic เข้าไปในวงอาหารปลอดภัย จะได้มีพลังการขับเคลื่อนมากขึ้น

ประชุมถอดบทเรียน การขับเคลื่อนนโยบายจากระดับชาติสู่พื้นที่
กรณี การจัดระบบอาหารในโรงเรียน/โครงการอาหารปลอดภัย
วันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๓๐-๑๓.๐๐ น.
ห้องประชุมสุขชน ๑ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นางสาวจงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี	มูลนิธิสร้างเสริมวิถีบริโภค
๒. ทพญ.จิราพร ชิตดี	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย สธ.
๓. นายชาติพิพัฒน์ บุญสุนทรสวัสดิ์	ประธานกลุ่มสำนักรักบ้านเกิดสุรินทร์
๔. นายสุทธิศักดิ์ แก้วแกมจันทร์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตสุรินทร์
๕. ทพญ.จินดา พรหมทา	ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลจอมพระ
๖. ดร.กฤษฎา บุญชัย	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
๗. นายปิโยรส ปานยงค์	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
๘. นายสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๙. นางนริชา อัครธีรากุล	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๐. นส.ฐิติพร คหัญญา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๑. นางสาวรัฐวรรณ เฮงสีหาพันธ์	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๒. ดร.ทิพิชา โปษยานนท์	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๓. นส.นภินทร ศิริไทย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๔. นส.รัตนา เอิบกั้ง	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๕. นส.กนกวรรณ รับพรดี	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๖. นส.ศิริธร อรไชย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๗. นส.ทัศนันท์ สัตย์ณูชนม์	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๘. นส.ชนัญชิดา จันทร์หมื่น	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๑๙. นส.ชลาลัย จันทวดี	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สรุปสาระ

- งานอาหารโรงเรียนเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจของภาครัฐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสมาชิกต่างๆในพื้นที่ มีการขับเคลื่อนระดับชาติ โดยหลายหน่วยงานร่วมกัน ในพื้นที่นำร่องเช่นจังหวัดสุรินทร์ เชียงใหม่ ตาก น่าน สงขลาและอื่นๆ

- วันนี้จะมาพิจารณาเรื่อง **success factor** และถอดบทเรียนความรู้และประสบการณ์ เพื่อนำไปขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะต่อไป โดยโฟกัสไปที่
 - การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
 - บทบาทของสช. และเครื่องมือเช่นสมัชชา และธรรมนูญ
 - ประเด็น : มีการสร้างความรู้ การสื่อสาร เครือข่าย และนโยบาย อย่างไรบ้าง
- กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายอาหารโรงเรียน :
 - เริ่มจากการมีมติสมัชชาแล้ว ในปี ๕๕-๕๖ จึงกำหนดอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับเด็ก โดยเริ่มสร้างค่านิยมกับผู้ปกครอง ว่าอาหารแบบไหนถึงจะดี แล้วจึงส่งต่อไปยังชุมชนและผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ ระดับจังหวัด และประเทศ ตามลำดับ
 - ในปี ๕๗ มีการประชุมร่วมกับสธ. มหาตไทย กรมอนามัย มหาวิทยาลัยมหิดล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอกุญแจไปผลักดันเรื่องนี้ต่อ และเสนอวาระโดยใช้วันเฉลิมของพระเทพาเป็นโอกาสในการผลักดัน
 - ในปี ๕๘-๕๙ สร้างองค์ความรู้และศักยภาพ
 - พอปี ๖๐ ถึงกระทรวงเกษตรเข้ามาเพื่อนำผลผลิตที่มีคุณภาพเข้าโรงเรียน ขอกุญแจสนับสนุน ๖๐๐ โรงเรียน และติดตามผลงานโดยตรวจสอบคุณภาพอาหารในโรงเรียนเหล่านั้น ต่อมาสร้างศูนย์เรียนรู้เพื่อขยายผลไปทั่วประเทศ โดยเฉพาะสงขลา ได้มอ.มาช่วยจนได้งบประมาณสนับสนุนทุกปี ส่วนจังหวัดอื่นๆก็มีการวิจัยสนับสนุน เช่นสุรินทร์ เชื่อมโยงเกษตรกรชุมชนเข้าอาหารโรงเรียน เชียงใหม่ เปลี่ยนเกษตรกรเคมีเป็นเกษตรกรอินทรีย์ เป็นต้น
- ก่อนการเป็นมติในข้อที่ผ่านมา ในปี ๕๖ เริ่มต้นโดยการทำงานกับภาคีเครือข่าย โดยเริ่มจากงานวิจัยที่พบว่า ๑) โภชนาการในโรงเรียนต่ำกว่ามาตรฐาน และสุขภาพของเด็กที่เป็นโรคอ้วนกันมาก ๒) ฐานข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ และ ๓) ความร่วมมือที่ยังทับซ้อนกันอยู่ ในการขับเคลื่อนนโยบายนั้น IHPP และกรมอนามัยเป็นคนขับเคลื่อนและสนับสนุนโดยสช. เพราะสช.มีช่องทางในการนำเสนอประเด็นอยู่และเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย (รวมคณะกรรมการอาหารแห่งชาติด้วย) แล้วจึงส่งตรงขึ้นไปที่คณะกรรมการ.เลย โดยมีข้อดีคือมีเวทีรับฟังความเห็นจากสาธารณะ กรมอนามัยจึงเลือกช่องทางนี้ทำเรื่องเสนอเข้าไป (เพราะช่องทางอื่นไม่ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน)
- หลักการของการกำหนดนโยบายฯขึ้น : ตั้งแต่ปี ๒๐๑๗ ประเด็นยุทธศาสตร์ของสช.เอง + ประเด็นสมัชชา ให้อนุกก.พิจารณา ๑) ความสำคัญว่าสอดคล้องกับระดับสากลหรือชาติ ๒) ความซับซ้อน

และสังคมสนใจ ๓) ผลกระทบในวงกว้าง เช่น เศรษฐกิจและสังคม ๔) ความพร้อมด้านต่างๆเช่น วิชาการและสมัชชาที่จะเข้ามามีส่วน ก่อนจะประกาศเป็นมติ เว้นแต่จะเป็นเรื่องเร่งด่วน

- การใช้กระบวนการของสช. มีข้อดีคือ ๑) มีสมัชชาพื้นที่ เพราะต้องการทดลองงานอาหารโรงเรียนในพื้นที่ต้นแบบ และใช้ความรู้จากส่วนตัวติดต่อเข้าไป (อ.จินดา) ๒) ได้พัฒนานโยบายจากอุปสรรคในการทำงานของพื้นที่ ๓) ออกแบบการตรวจติดตามผลการดำเนินงาน พอทำไปในพื้นที่สุรินทร์ ร่วมกับสมัชชาสุขภาพ พบอุปสรรคการประสานงานระหว่างหน่วยงานและสมัชชา ค่อนข้างล่าช้า ทำให้การขยายผลไปจังหวัดอื่นล่าช้าไปด้วย
- เป้าหมายเชิงนโยบาย : อยากให้ข้อจำกัดด้านระเบียบและนโยบายหมดไป เพื่อให้เกิด **outcome** ตามต้องการได้แก่เด็กได้รับโภชนาการที่ดี มี **food literature** ที่ถูกต้อง และอยากให้มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน
- การขับเคลื่อน : ขับเคลื่อน ๕๐ จังหวัดทั่วประเทศ พบอุปสรรคได้แก่การที่สปง.เขตไม่สนใจเพราะไม่มีคำสั่งจากกระทรวง ไม่มีวิธีการ งบประมาณ และบุคลากรที่มีความรู้ ถึงแม้ว่ากระทรวงมหาดไทยจะมีพรบ.กระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้องค์กรเหล่านี้มีสำนักอนามัยและนักโภชนาการของตัวเอง แต่ก็ยังมีไม่ครบ มีเพียงประมาณ ๑๐ แห่ง
- กิจกรรมส่งเสริมงานที่เกี่ยวข้องได้ทำหมดแล้ว แต่ยังไม่ต่อเนื่องเป็นงานระยะยาว เพราะยังเป็นงานแบบใช้สม.อยู่ เพราะมีแค่กฎหมาย นโยบาย แต่ยังขาดงบประมาณ และมาตรฐานโภชนาการในโรงเรียน ซึ่งต้องผลักดันจากล่างขึ้นบน
- งบอาหารกลางวันเด็ก ย้ายจากสร.ไปมหาดไทยเพื่อแจกจ่ายงบอาหารกลางวัน ๒๐ บาทไปตามโรงเรียนต่างๆ แต่มหาดไทยกลับแจ้งว่ามีตนเองหน้าที่แค่ออกรับ จะไม่ทำการกำกับดูแล ซึ่งไม่ถูกต้อง
- ประเด็นที่ต้องบังคับเป็นกฎหมาย :
 - คุณภาพและความปลอดภัย (ตอนนี้ยังไม่มีกำกับดูแลผู้ประกอบการนอกโรงเรียนที่ส่งอาหารเข้ามาในโรงเรียน)
 - ความเพียงพอของสารอาหาร และปริมาณการดักเสริม
 - ความมีประสิทธิภาพ งบประมาณ และฐานข้อมูลของการจัดการ
- ครูไม่มีความรู้ทางโภชนาการเลย แม้ครูเป็นคนเลือกอาหารทั้งหมด
- การเชื่อมต่อการจัดการอาหาร :
 - ต้นน้ำ จ่ายงบประมาณล่าช้า ขาดยุทธศาสตร์จังหวัด ไม่เชื่อมโยงเกษตรกรในพื้นที่

- กลางน้ำ ต้องควบคุมคุณภาพและปริมาณอาหาร และพัฒนางานโภชนาการ โรงเรียน/ตำบล
 - ปลายน้ำ ตรวจสอบภาวะโภชนาการในเด็กและผลการเรียน, การเขียน SOP, และการขยายผล
- บทบาทของสข.หลังมีมติ : เป็นตัวกลางในการแลกเปลี่ยนตามข้อมติ มีกลไกชาติในการสนับสนุนงาน และจัดลำดับความสำคัญ เมื่อมีข่าวความรุนแรงของปัญหาการใช้สารเคมีเกษตร และอาหารกลางวัน เด็กนักเรียนถูกคอร์รัปชั่น จึงยกประเด็นนี้ขึ้นมา เพราะทั้งสำคัญ และมีความพร้อมอยู่ (ที่สุรินทร์) และได้ออกแบบระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนในปี ๕๘ มาใช้กับ ๑๒ อำเภอในจังหวัดสุรินทร์ แต่พบว่าน้อยไป จึงขยายผลให้เป็นทั้งจังหวัดในปี ๕๙ และเชิญจังหวัดอื่นที่เป็นโมเดลเข้ามาเรียนรู้
 - การทำงานในระดับพื้นที่ : สุรินทร์ งานอาหารโรงเรียนขยายผลเป็น ๓๒ ตำบลตามความต้องการ ขยายผลทั้งจังหวัด ต่อมา ก็เป็นการประสานงบประมาณจากแหล่งต่างๆ และผลักดันให้เป็นนโยบาย จังหวัด แต่ยังไม่สำเร็จ เพราะ ณ ขณะนี้ยังไม่มีเจ้าของงาน แต่ใช้จิตอาสาเป็นตัวขับเคลื่อน เนื่องจากงานของกระทรวงแตกย่อยมากจนหาเจ้าของงานที่มีการบูรณาการได้ยาก ต้องพึ่งผู้นำเช่นนายอำเภอ เป็นต้น
 - ประชาชนในพื้นที่ไม่ค่อยตื่นตัวเรื่องงานอาหารโรงเรียนถ้าไม่ใช่ประเด็นเศรษฐกิจฐานมาก่อน เช่น ประกันราคา ประกันตลาด กลุ่มอาชีพและเรื่องรายได้เหล่านี้ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนโดยไม่ต้องอาศัยอำนาจรัฐ แต่การประสานงานยังไม่ค่อยดีทำให้มีอุปสรรค
 - กระบวนการมีส่วนร่วมสำคัญมากเพื่อให้งานอาหารโรงเรียนเดินหน้า โดยดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนอกเหนือไปจากโรงเรียน การดำเนินงานช่วงแรกคือปี ๕๘-๖๐ ได้บทเรียนคือต้องขยายผลไปทั้งจังหวัด และเพิ่มคำว่าอาหารปลอดภัยเข้าไปในชื่อโครงการ ทำให้ได้รับความสำคัญมากขึ้น และพบปัญหาเดียวกัน คือไม่มีเจ้าของงานเพราะเปลี่ยนตัวผู้ว่าจังหวัดบ่อย ในปี ๖๑ จึงรวมตัวจิตอาสาเข้าด้วยกันสร้างนโยบายของตัวเอง อุปสรรคข้อที่สองคือบุคลากรไม่พอ เวลาไม่พอ งบประมาณไม่พอ เกิดบทเรียนสามระดับ คือได้แค่ ๖ ตำบล ๔ อำเภอ ไม่ครบทั้ง ๓๒ ตำบล แต่ขยายไม่ได้เพราะขาดงบ แต่ได้การหนุนเสริมมาจากสข.และ? จึงผลักดันต่อไปยังอำเภอต่างๆอีก ๒๐ ตำบลใน ๓ อำเภอที่มีความสนใจ โดยใช้มาตรฐานและการติดตามผล การให้รางวัลและลงโทษเป็นเครื่องมือ เป้าหมายคือต้องมีธรรมนูญในปี ๖๕ ให้ได้
 - ขับเคลื่อนงานอาหารโรงเรียนมา ๕-๖ ปี โดยแบ่งเป็นสามเฟส เฟสแรกในปี ๕๘-๖๐ คือสร้างโมเดล และเรียนรู้จากโมเดล ในปี ๖๑-๖๒ เฟสสอง ขยายโมเดลไป ๓๒ พื้นที่ แต่ยังไม่สำเร็จเพราะขาดการ

บังคับจากภาครัฐ เฟสสาม ทำงานกับ **node flagship** ของสสส. สรุปว่าปัจจัยความสำเร็จคือ ๑) ต้องวางแผนการผลิตอาหารให้แก่โรงเรียนและชุมชน ๒) การจัดการและกระจายผลผลิต และ ๓) และมีกลไกการขับเคลื่อน คือต้องลงไปกำกับติดตามการทำงานเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญ เช่นหน่วยงานและชุมชนร่วมกันสร้างมาตรฐานอาหารขึ้นมา โดยไม่ต้องรอรระดับจังหวัด แต่ใช้ระดับอำเภอที่มีการเปลี่ยนแปลงที่น้อยกว่าเช่น พชอ. และต้องมีการสื่อสารในระดับนโยบายในแนวตั้งลงมาเพื่อให้เกิดการตื่นตัว (ต้องให้สช.ช่วยผลักดัน) โดยจะเป็นกระทรวงอะไรก็ได้ที่เกี่ยวข้องมากที่สุดเช่น ศธ. และตามกำกับดูแลด้วย

- บทเรียนสำคัญของเรื่องนี้คือการเชื่อมโยงและหนุนเสริมระหว่างระดับปฏิบัติการและระดับนโยบาย ทั้งส่วนกลางและจังหวัด การให้ความสำคัญกับเด็ก กลไกบริหารจัดการต่างๆ ยุกระดับอาหารโรงเรียน ให้ออกมาเป็นอาหารชุมชน ทำให้งบประมาณขยายตัวด้วย (๒๐ บาทต่อคนไม่น่าจะเพียงพอ) และให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด
- การผลักดันนโยบายให้สำเร็จต้องใช้การเมือง เช่นใช้กรม.สัญญาเป็นเครื่องมือ ใช้จังหวัดข้าวคอร์ปชั่น เป็นโอกาสผลักดันเรื่องให้ได้ผล
- ต่อมาจึงขยายผลไปพื้นที่อื่นเช่นนครชัยบุรินทร์ ๔ จังหวัด โดยใช้กองทุนหมู่บ้านมาใช้จัดระบบอาหาร ในโรงเรียนและชุมชน
- พอมีทั้งนโยบาย การสั่งการ และการปฏิบัติการแล้ว ต้องทำให้เกิดพลังและขยายผล จะต้องมีการส่งสัญญาณจากเบื้องบนอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้เรื่องหายเงียบ โดยสาเหตุที่หายเงียบไปน่าจะเป็นเพราะประชาชนในพื้นที่ยังเข้าใจผิดว่าเป็นเรื่องของโรงเรียนเพียงส่วนเดียว ไม่ใช่หน้าที่ของชุมชนทั้งหมด
- การส่งสัญญาณยังไม่ชัดเจนว่าจากหน่วยงานไหนเป็นเจ้าของ ๑) ต้องมีการลงพื้นที่ตรวจสอบติดตามผลในระดับจังหวัดโดยหน่วยงานราชการเช่นสช.ด้วย (ไม่ใช่สภาพลเมืองที่ยังมีภาพลักษณ์เป็น NGO อยู่) โดยมีแผนปฏิบัติการประจำปีในระดับจังหวัด (สุรินทร์) ประกอบการพิจารณา โดยสช.เป็นฝ่ายเลขา และต้องมีงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนต่อไปยังชัยบุรีรินทร์ ๒) ขยายเป้าหมายจากเด็กไปชุมชน นำเข้ามามีส่วนร่วมให้หมด ทั้งผู้ผลิต ผู้ปกครอง และผู้ประกอบการ และ ๓) เรื่องการจัดการตนเองโดยประชาชน ในปัจจุบัน ภาคประชาชนยังไม่เข้มแข็ง และขาดการเชื่อมโยงจากภาครัฐ
- ขยายพื้นที่เกษตรอินทรีย์ ทำระบบฐานข้อมูลพื้นที่เกษตรกรรมเพื่อนำมาใช้ในการส่งอาหารเข้าโรงเรียนและชุมชน
- ใช้โครงการ ๑ ตำบล ๑ มหาวิทยาลัย เพื่อหาภาคีการทำงานให้ครบทุกภาคส่วน

- ถ้าเสนอในกรมแล้วยังไม่ได้ผล ก็อาจเสนอกรมศ.เพื่อเข้าคสช.ที่มีรองนายกรัฐมนตรีอยู่ ต่อไป หากประเด็นมีความแรงพอ
- ต้องให้สช.แต่งตั้งทีมในพื้นที่ประกอบด้วยหน่วยงานราชการและสมาชิกประชาชน แล้วมอบหมายให้ตรวจติดตามผลงานอาหารโรงเรียนต่อไป

บรรณานุกรม

เดชรัตน์ สุขกำเนิด. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : การวิเคราะห์ระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๔.

ประเวศ วะสี. กระบวนทรรศน์ใหม่ในการพัฒนาประเทศไทย : ท้องถิ่นเข้มแข็ง. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ,

๒๕๒๒.

ประเวศ วะสี. กระบวนการนโยบายสาธารณะ. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, ๒๕๔๗.

ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์, อนุพงษ์ สุจริยากุล. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข, ๒๕๔๓.

ถวิลวดี บุรีกุล และคณะ. รายงานการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบาย

สาธารณะ. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า, ๒๕๒๒.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. หลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชา

สุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ

แห่งชาติ, ๒๕๕๓.

อำพล จินดาวัฒนะ. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริม

สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ ๓) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๑.