



## บทที่ 10

# การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมและธรรมาภิบาลด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติ

### 1. ความหมายและพัฒนาการของนโยบายสาธารณะ

ในอดีต “นโยบาย” ถูกทำให้เข้าใจว่าเป็นเรื่องของรัฐบาลและหน่วยราชการเท่านั้น ทั้งที่ในแต่ละสังคมมี “นโยบาย” เกิดขึ้นตลอดเวลา และทุกนโยบายที่ถูกกำหนดขึ้นล้วนมีผลกระทบต่อผู้คนและประชาชนจำนวนมาก นโยบายจึงเป็นเรื่องของทุกคน เพราะโลกได้มีพัฒนาการไปมาก ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่สื่อสารข้ามพรมแดน และสังคมที่สลับซับซ้อนทำให้ผู้คนเริ่มแสดงความต้องการที่จะมีและใช้สิทธิเลือกกฎกติกา รวมถึงนโยบายที่อาจมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของตนหรือชุมชน บทบาทของรัฐส่วนกลางจึงเริ่มลดความสำคัญลง นโยบายจึงไม่ถูกขีดขอบเขตไว้เพียงเป็นนโยบายทางการเมืองของพรรคการเมืองต่างๆ ของรัฐบาล ของกระทรวง ทบวง กรมเท่านั้น แต่นโยบายสามารถเกิดได้จากภาคประชาชน เอกชน ชุมชนและสังคมด้วย นโยบายในลักษณะเช่นนี้ จึงควรเรียกว่า “นโยบายสาธารณะ” ซึ่งหมายถึง “ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นพ้องหรือเชื่อว่าควรจะดำเนินไปในทิศทางนั้น” โดยไม่จำเป็นต้องให้รัฐบาลหรือหน่วยราชการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น

หากวิเคราะห์นโยบายสาธารณะในสังคมไทยที่ผ่านมา มักพบจุดอ่อนในกระบวนการที่เกิดจาก

**1.1 ประชาชนเข้าไม่ถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะ:** ประชาชนถูกกีดกันออกไปจากกระบวนการหรือมีโอกาสเพียงได้รับรู้พอเป็นพิธี ซึ่งในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้พยายามปิดจุดอ่อนนี้ โดยเขียนไว้ในมาตรา 87(1) ว่า “รัฐต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและในระดับท้องถิ่น”

**1.2 การให้ความสำคัญของคุณค่าและมิติต่างๆอย่างไม่สมดุล** โดยมักมุ่งให้ความสำคัญกับมิติทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ จนเกิดการให้โอกาสแก่คนบางกลุ่ม ในขณะที่คนส่วนใหญ่เสียโอกาสและเสียเปรียบ เช่น นโยบายการพัฒนานิคมอุตสาหกรรม “มาบตาพุด” ที่นักลงทุนต่างพื้นที่ได้รับประโยชน์ ขณะที่คนในพื้นที่ต้องเผชิญกับผลกระทบทางสุขภาพจากมลพิษ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และสภาพสังคมจากการไหลบ่าของวัฒนธรรมต่างถิ่น จนก่อปัญหาคุณภาพชีวิตเด็กเยาวชนและครอบครัว

**1.3 การสร้างนโยบายสาธารณะ: ขาดข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีน้ำหนักเพียงพอ** โดยเฉพาะเป็นการกำหนดนโยบายโดยใช้ข้อมูลจากคนบางกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์ แต่ขาดการคำนึงถึงผลกระทบที่รอบด้านเพียงพอ เช่น นโยบายด้านพลังงาน การตั้งโรงไฟฟ้าในพื้นที่ เป็นต้น



#### 1.4 มาตรการบูรณาการประเมินผลกระทบและการกำหนดทางเลือกที่หลากหลาย

ทั้งไม่มีกลไกและวิธีการประเมินผลกระทบด้านต่างๆและขาดทางเลือกที่หลากหลาย ที่สำคัญคือประชาชนขาดการมีส่วนร่วม เช่น นโยบายจัดการน้ำที่มุ่งสนับสนุนภาคอุตสาหกรรม จนก่อปัญหาแย่งชิงน้ำจากชุมชนและพื้นที่เกษตร แทนที่จะช่วยกันจัดการให้แบ่งปัน และใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดร่วมกัน

**1.5 มาตรการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลนโยบายสาธารณะต่างๆที่เกิดขึ้นและได้ลงมือดำเนินการไปแล้ว** จนทำให้ผลกระทบด้านลบที่เกิดจากนโยบายสาธารณะต่างๆสะสมพอกพูนเป็นปัญหารุนแรงและเรื้อรังไม่ได้รับการแก้ไข หรือมีการปรับเปลี่ยนนโยบายให้เหมาะสมขึ้น

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี กล่าวถึงอนุศก 3 ประการ ที่มีประกอบอยู่ในนโยบายสาธารณะจนก่อให้เกิด “คอร์รัปชั่นเชิงนโยบาย” ได้แก่

- 1) **ขาดฐานความรู้** เกิดจากการคิดเอาเอง มีผลประโยชน์แฝงเร้น ขาดข้อมูลหลักฐานและไม่ผ่านวิจารณ์ญาณที่ตีพอ
- 2) **ขาดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง** การกำหนดนโยบายเกิดจากคนเพียงไม่กี่คน ปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างกว้างขวาง แต่นโยบายนั้นมีผลกระทบต่อคนทั้งประเทศ
- 3) **ขาดศีลธรรม** ขาดอุดมคติเพื่อความถูกต้องดีงามและประโยชน์ของคนทั้งหมด แต่เป็นไปเพื่อประโยชน์แฝงเร้นของคนบางคนหรือบางกลุ่ม

ในทางตรงข้าม นโยบายสาธารณะที่ดีจึงควรประกอบด้วยอนุศก 3 ประการ คือ

- 1) **เป็นกระบวนการทางปัญญา** ใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการวิเคราะห์จนเป็น “ความรู้” ที่เรียกว่า เป็นการสร้างนโยบายที่อยู่บนฐานความรู้ (Knowledge-based policy formulation)
- 2) **เป็นกระบวนการทางสังคม** เนื่องจากนโยบายมีผลกระทบต่อคนในสังคม ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้เสีย ดังนั้นสังคมจึงควรมีบทบาทร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนดนโยบาย ด้วยกระบวนการที่เปิดเผยโปร่งใส
- 3) **เป็นกระบวนการทางศีลธรรม** กระบวนการนโยบายสาธารณะควรมีอุดมคติเพื่อความถูกต้องดีงามและประโยชน์สูงของคนทั้งหมดในสังคม ไม่แฝงเร้นประโยชน์เฉพาะบางกลุ่ม

หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะอยู่ที่ “กระบวนการ” ตลอดเส้นทางของนโยบายสาธารณะนั้นๆ กล่าวคือ กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ร่วมกำหนดทิศทางแนวทางของนโยบายสาธารณะ ร่วมดำเนินการตามนโยบาย ร่วมติดตามผลและทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ต้องยอมรับว่าการเคลื่อนตัวอย่างมีพัฒนาการของกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย เกิดจากภาวะความตื่นตัวและแรงขับของภาคประชาชนอย่างแท้จริง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดย “ภาคประชาสังคม” ในฐานะองค์กรนอกภาครัฐ ที่เข้ามามีบทบาทในกระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างกว้างขวางมาก สามารถก่อผลสะท้อนต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะ ไปจนถึงการติดตาม ตรวจสอบนโยบายสาธารณะที่แต่เดิมอยู่ใต้การผูกขาดของรัฐ และสะท้อนภาพที่คนในสังคมจำนวนหนึ่งเริ่มเห็นความสำคัญของเรื่อง “สาธารณะ” มากขึ้นกว่าเรื่องส่วนตัว ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ปัจจัยเร่งความเข้มแข็งของกระบวนการภาคประชาสังคมที่เข้าร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะกับรัฐมากขึ้นคือ การเกิดขึ้นของรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนในปี 2540 ซึ่งนับเป็นรัฐธรรมนูญที่มีหลักการประชาธิปไตยมากที่สุดฉบับหนึ่ง เกิดจากการรวมพลังเคลื่อนไหวของภาคประชาชนและนักวิชาการ เพื่อผลักดันการปฏิรูปการเมืองให้เป็นระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ตั้งแต่ พ.ศ.2535 รัฐธรรมนูญฉบับนี้จึงมีบทบาทอย่างสำคัญที่กระตุ้นให้สังคมไทยเริ่มให้ความสำคัญ และรับรองสิทธิพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ที่บัญญัติไว้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นโอกาสต่อการสร้างความเข้มแข็งของประชาสังคมกลุ่มต่างๆด้วย



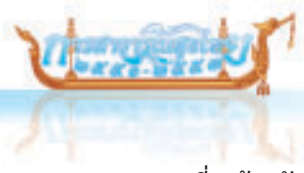
## 2. พัฒนาการนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ปี พ.ศ. 2521 การได้รับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) จากคำประกาศอัลมา อัลตาเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (the Alma Alta Declaration of Health for all by the year 2000) นับเป็นจุดเริ่มก่อให้เกิดการปรับตัวครั้งใหญ่ จากระบบสุขภาพซึ่งเคยมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจ และสั่งการโดยรัฐ โดยได้เกิดการขยายตัวของโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย การมีอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้าน รวมทั้งการรณรงค์ครั้งใหญ่ เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยเป็นการดำเนินงานร่วมกันของหลายภาคส่วน ทั้งรัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน นักวิชาการและนักกฎหมาย รูปแบบการรณรงค์มีความหลากหลายทั้งการชักชวน ทำความเข้าใจกับสื่อมวลชน นักเขียน นักกฎหมาย ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมในการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ และกระทรวงสาธารณสุขยังได้แสดงบทบาทเป็นองค์กรนำที่สำคัญในการรณรงค์การบริโภคยาสูบ จนสามารถตรากฎหมายสำคัญ 2 ฉบับคือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 นอกจากนี้ก็มีการขับเคลื่อนนโยบายเมืองน่าอยู่ โรงเรียนน่าอยู่ และสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงาน เป็นอาทิ สิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวของระบบสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2521 - พ.ศ. 2539 คือการเริ่มเปิดพื้นที่ให้คนในภาคส่วนอื่นที่ไม่ใช่รัฐและไม่ใช่งานสาธารณสุขได้เข้ามามีส่วนร่วมในงานด้านสุขภาพ และสุขภาพได้ขยายความไปกว้างกว่าเรื่องของ “โรค”

การดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะต่างๆล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพ/สุขภาพะทั้งทางบวกและลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น นโยบายการพัฒนาการเกษตร ที่เร่งสร้างผลผลิตจนเกิดการใช้สารเคมีเร่งการเติบโตและป้องกันกำจัดศัตรูพืชอย่างกว้างขวาง แม้จะได้ผลผลิตมาก สร้างรายได้สูง แต่ก็ก่อผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงแก่เกษตรกร และเกิดผลผลิตที่มีการปนเปื้อนและไม่ปลอดภัยสู่ผู้บริโภค รวมถึงก่อมลพิษตกค้างในสิ่งแวดล้อม จนมีการกล่าวถึงขนาดว่าเป็น “แผ่นดินอาบยาพิษ” ในทางตรงข้ามการดำเนินงานนโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ/สุขภาพะเรียกว่า “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” หรือ “นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ” เป็น “นโยบายสาธารณะที่ดี” (Healthy Public Policy) สร้างหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ เช่น นโยบายสาธารณะด้านคมนาคมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ใช้ถนน นโยบายส่งเสริมเกษตรกรกรมปลอดสารพิษ เป็นต้น

**“นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นหรือเชื่อว่าควรจะดำเนินการไปในทิศทางที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้”**

สองคำที่อาจก่อให้เกิดความสับสนในหมู่ผู้เกี่ยวข้องคือ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) และนโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy) ทั้งสองคำนี้มีความหมายแตกต่างกันแต่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีความหมายกว้าง เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทุกเรื่องในสังคม ส่วนนโยบายสาธารณสุข คือนโยบายเพื่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข นโยบายสาธารณสุขจึงมีส่วนสำคัญในการพัฒนาสุขภาพประชาชน แต่ยังไม่เพียงพอที่จะป้องกันควบคุมผลกระทบทางสุขภาพ จากนโยบายสาธารณะและปัจจัยคุกคามทางสุขภาพอื่นๆ เช่น รัฐบาลมีนโยบายสาธารณสุขจัดให้คนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงงานเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ มักเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก ผู้ป่วยทุกคนย่อมสามารถรับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลได้ตามนโยบายสาธารณสุขข้างต้น แต่ก็เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ในปัจจุบันจึงมีทั้งรัฐบาล หน่วยงานสาธารณสุขประโยชน์ นักวิชาการ ภาคเอกชนและประชาชนจำนวนมากเรียกร้องรัฐบาลให้สนใจพัฒนานโยบายสาธารณะที่เป็นต้นเหตุของปัญหา ได้แก่ การพัฒนาระบบขนส่งสาธารณะ การปรับสภาพความปลอดภัยของถนน สร้างวินัยผู้ขับขี่รถยนต์ สร้างมาตรการเมาไม่ขับ ควบคุมการโฆษณาและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรืออื่นๆ ซึ่งกว้างไปกว่านโยบายสาธารณสุข แต่มีความสำคัญต่อเรื่องสุขภาพ

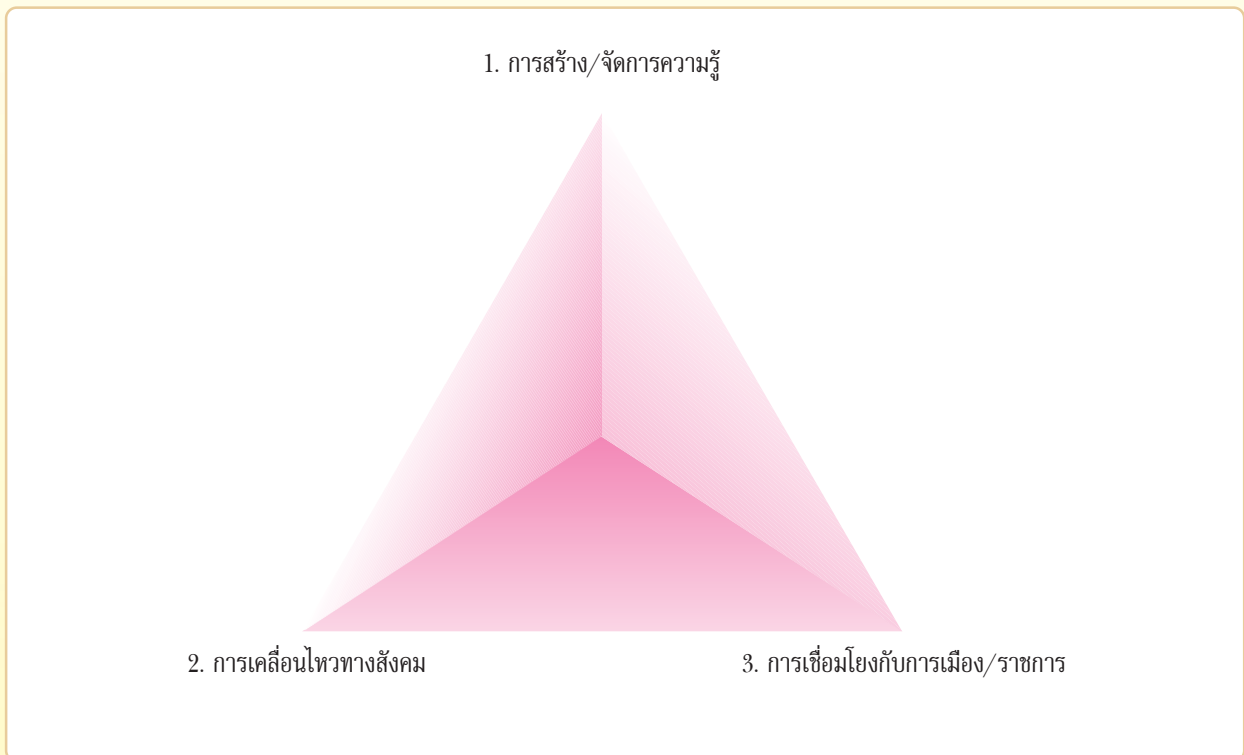


และเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคล หน่วยงานนอกภาคสาธารณสุขจำนวนมาก

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้กล่าวถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะว่า “ไม่ควรเป็นกระบวนการที่รวบรัดให้ได้ข้อเสนอเพื่อเสนอต่อผู้มีอำนาจ แต่ควรเน้นที่การมีส่วนร่วมเรียนรู้ของทุกฝ่ายอย่างกว้างขวางจนเกิดเป็นความเข้าใจของสังคม (Social understanding) เป็นคุณค่าของสังคม (Social Value) เป็นการปฏิบัติโดยสังคม (Social practice) ส่วนข้อเสนอ นั้นเป็นผลพลอยได้หนึ่ง” การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีจึงควรเป็น “กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Public Policy Process: PPPP) จากทุกฝ่าย ซึ่งตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ภาพที่ 10.1) ที่ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นผู้ชี้แนะนั้น อาจแบ่งได้เป็นสามภาคส่วนหลักคือ

- 1) ภาควิชาการ และวิชาชีพ เช่น นักวิชาการ จากสถาบันวิชาการมหาวิทยาลัย และองค์กรสนับสนุนการวิจัยทางนโยบาย เช่น สกว. สวรส. วช. รวมถึงบุคลากรในวิชาชีพด้านสุขภาพและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- 2) ภาคประชาชนและสังคม เช่น กลุ่มประชาสังคม สื่อมวลชน องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มธุรกิจเอกชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มเด็ก เยาวชน กลุ่มคนด้อยโอกาส
- 3) ภาคการเมืองและราชการ เช่น หน่วยงานรัฐ กระทรวง ทบวง กรม ตลอดจนผู้แทนองค์กรอิสระ เช่น สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ รวมถึงฝ่ายการเมือง เช่น รัฐบาล สมาชิกวุฒิสภา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ

ภาพที่ 10.1 ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา



ที่มา: ประเวศ วะสี, 2545



การเริ่มต้นของกระบวนการนโยบายสาธารณะ อาจเริ่มจากมุมใดก่อนก็ได้ แต่ต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่การร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ ร่วมติดตามประเมินผล และตรวจสอบนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เพียงจัดการประชุมแล้วให้ประชาชนมาเข้าร่วมรับฟังเท่านั้น ทั้งนี้ แต่ละภาคส่วนต่างสามารถใช้ความสามารถของตนสนับสนุนการพัฒนา นโยบาย เช่น ภาควิชาการเป็นกำลังสำคัญในการสร้างกระบวนการทางปัญญา สร้างความรู้ เป็นฐานอันมั่นคงไปสู่การสังเคราะห์นโยบายที่มีคุณภาพ ขณะที่ภาคประชาชน เอกชน สื่อมวลชนจะเป็นภาคส่วนสำคัญในการเฝ้าระวังและเตือนให้สังคมโดยรวมได้ทราบว่าจะมีโครงการหรือนโยบายใดๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพเข้ามาในพื้นที่ หรือควรพัฒนานโยบายใหม่ใดๆ แล้วเข้าร่วมอย่างแข็งขันกับภาควิชาการและภาคนโยบายในการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ (Interactive learning through action) ที่ไม่ยึดติดยึดตาย อารมณ์ และทิฐิมานะ หัวใจสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การเคารพและเห็นคุณค่าของความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลแต่ละคน แต่ละฝ่าย ภาคนโยบายต้องจริงจังต่อการให้คุณค่า และความเท่าเทียมกับภาคประชาชนที่เข้าร่วมพัฒนานโยบาย เช่นเดียวกับภาควิชาการต้องเปิดใจรับฟังความเห็นและความรู้ที่ต่าง โดยไม่ถือว่าความรู้ของตนถูกต้องเสมอ ภาคประชาชนเองก็ต้องรับฟังความเห็นที่แตกต่างด้วยการไตร่ตรองวินิจฉัย หากกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเกิดขึ้นท่ามกลางการให้คุณค่าและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เช่นนี้แล้ว ก็จะเกิดเป็นการจัดการความรู้ ที่ก่อให้เกิดนวัตกรรมทางปัญญาที่เป็นทางออก หรือข้อเสนอที่จะพัฒนาไปเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีคุณภาพและเห็นพ้องร่วมกันของทุกฝ่ายได้จริง

### **3. พัฒนาการของกลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจาก “การสาธารณสุขมูลฐาน”**

#### **สู่ “การปฏิรูประบบสุขภาพ” และ “พรบ.สุขภาพแห่งชาติ”**

จุดกำเนิดของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยเกิดจากการก่อตัวของประชาคมสุขภาพ ที่เติบโตพร้อมกับการเมืองภาคพลเมืองหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 เช่น คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอ.ส.) มูลนิธิแพथ์ชนบท มูลนิธิหมอชาวบ้าน มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น ปัจจัยเสริมความเข้มแข็งของประชาคมสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งคือ นโยบายสาธารณสุขมูลฐานใน พ.ศ. 2520 ที่ช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพของภาคประชาชน จนเติบโตเข้มแข็งเป็นเครือข่าย (network) ที่แม้ไม่ใหญ่มากแต่มีความหลากหลาย และขยายรูปแบบไปสู่งานด้านการคุ้มครองสิทธิ ในปี 2529 การประกาศ “กฎบัตรอตตาวา” ในการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งแรก นับเป็นการเปิดหน้าใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) และการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy) อย่างชัดเจน จนกระทั่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2540 ประกาศใช้ การพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในประเทศไทยจึงเริ่มมีการนำสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง ภายใต้ธงการปฏิรูประบบสุขภาพ

ตั้งแต่ พ.ศ.2533 กระแสการปฏิรูปของภาคสุขภาพได้เริ่มเกิดขึ้นทั่วโลก ด้วยหลากหลายสาเหตุ เช่น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น การขาดหลักประกันในการเข้าถึงบริการของประชาชน คุณภาพบริการต่ำ เป็นต้น โดยมุ่งเน้นการปฏิรูประบบทางการแพทย์หรือการบริการ ใช้มาตรการทางการเงินเป็นสำคัญ สำหรับประเทศไทย กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นมีจุดต่างสำคัญที่การปฏิรูปของไทยเน้นการขับเคลื่อนสังคมและการประสานพลัง ทั้งพลังทางวิชาการ ทางสังคมและทางการเมือง ระบบสุขภาพใหม่ที่พึงประสงค์ของไทยจึงเน้นการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ ปรับระบบคิดและระบบโครงสร้างการทำงานให้เป็นแบบองค์รวม กระจายบทบาทและเสริมสร้างศักยภาพให้กับประชาชน ชุมชน และสังคมร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพตั้งแต่ระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล จนถึงการร่วมกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและร่วมบริหารจัดการสุขภาพของชุมชน ท้องถิ่นและประเทศ

ใน พ.ศ. 2543 คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้จัดทำ “รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ” ที่มีข้อ





เสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 นำเสนอภาพพึงประสงค์ของระบบสุขภาพ และเสนออย่างชัดเจนให้พิจารณาจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทสำหรับระบบสุขภาพที่จะเอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระยะยาว นับเป็นครั้งแรกที่คำว่า ระบบสุขภาพ (Health Systems) ถูกใช้อย่างเป็นทางการเพื่อให้ความหมายที่กว้างขวางครอบคลุมมากกว่าคำว่า ระบบสาธารณสุข (Public Health Systems) ที่ใช้กันมาแต่เดิม ผลจากการเสนอรายงานได้ทำให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยก่อเกิดอย่างเป็นทางการ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2543 โดยวางกลไกการทำงานเชื่อมประสานระหว่างสามภาคส่วนที่สำคัญ คือ ประชาชน วิชาการ และการเมือง หรือ “ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน กรรมการมาจากภาคส่วนสำคัญทั้งสามส่วน และจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการ ผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติ โดยการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย

ทิศทางปฏิรูประบบสุขภาพไทย มุ่งที่การ “สร้างนำซ่อม” จึงเน้นปฏิรูปไปถึงวิถีคิดของคนไทยทั้งสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงกระตุ้นให้ตระหนักถึงสิทธิด้านสุขภาพ ตระหนักว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่เรื่องของการรอให้รัฐจัดหาให้ และเป็นเรื่องที่กว้างกว่า “โรค” และ “อวัยวะ” เป็นเรื่องของ “ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมอันสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ” กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพใช้การจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือในการระดมความร่วมมือ และความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน การยกย่องร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... จึงเป็นทั้งกระบวนการ (Process) และเป้าหมาย (Target) ซึ่งแตกต่างจากการยกย่องกฎหมายแต่เดิม ที่ยกย่องกฎหมายเป็นหลัก ในช่วงเวลาเกือบ 8 ปี ของการยกย่องกฎหมายนี้ จึงมีเวทีรับฟังความคิดเห็นกว่า 1,000 เวที มีองค์กรภาคีกว่า 3,000 เครือข่าย มีผู้เข้าร่วมกว่า 100,000 คน โดยมีเครือข่ายประชาคมสุขภาพ หน่วยงานรัฐ และนักวิชาการสุขภาพ เป็นแกนทำงานที่สำคัญ จนในที่สุดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ผ่านการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติในวาระ 3 เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2550 และมีผลบังคับใช้นับแต่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก เมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้รับการกล่าวขานและยอมรับว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทย ที่จัดทำด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากสังคมตลอดระยะเวลา 8 ปี ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสมบูรณ์ และกลายเป็น เครื่องมือใหม่ อีกชิ้นหนึ่งของสังคมที่จัดให้มีกลไกให้ทุกฝ่ายในสังคมมาทำงานเรื่องสุขภาพและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกัน ด้วยรูปแบบและเครื่องมือที่หลากหลายโดยเฉพาะ คือ การกำหนดให้มี “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” (คสช.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและมีกรรมการ 39 คน มาจาก 3 ภาคส่วนๆ ละ 13 คน คือ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาครัฐ/การเมือง / องค์กรอิสระ/อปท. และภาคประชาสังคม/ชุมชน และมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นองค์กรอิสระทำหน้าที่เลขานุการกิจ

การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ก่อให้เกิดเครื่องมือใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมขึ้นอีก อย่างน้อย 4 ชนิด ได้แก่

**3.1 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Statute)** ซึ่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติกำหนดตามมาตรา 25(1) ให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เป็นเครื่องมือฉายภาพอนาคต ทิศทางของระบบสุขภาพที่สังคมเห็นร่วมกัน ทุกหน่วยงานสามารถหยิบใช้ทิศทาง หลักการ เป้า



หมายหรือมาตรการร่วมนี้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยไม่ให้เกิดภาพทิศทางการนโยบายขัดแย้งกันเอง ซึ่งจะ  
ได้เสนอรายละเอียดในหัวข้อ 4 ต่อไป

**3.2 สมัชชาสุขภาพ** พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพ (Health Assembly) เพื่อเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมได้เข้ามาทำงานด้วยกัน ด้วยการใช้ความรู้ทางวิชาการและความสมานฉันท์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อช่วยกันสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี และผลักดันนโยบายเหล่านั้นให้เกิดผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม ไม่ว่าจะผ่านไปให้รัฐบาล หน่วยงานของรัฐ องค์กร ภาคี หรือชุมชนดำเนินการกันเอง

สมัชชาสุขภาพนับเป็นผลผลิตที่เป็นนวัตกรรมของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยอย่างแท้จริง รายงานจากการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนการสร้างนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของ รศ. ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา ได้เสนอให้มี **“สมัชชาสุขภาพ”** เป็นเวทีที่กำหนดให้องค์กรภาคประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้มีโอกาสให้ความเห็นต่อแนวนโยบายของรัฐ ตั้งแต่ขั้นตอนแรกของการกำหนดแนวคิด การเสนอแนวนโยบาย ไปจนถึงการนำแนวนโยบายไปปฏิบัติ พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพดำเนินควบคู่ไปกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ นับแต่ พ.ศ. 2544 ได้มีการจัด “ตลาดนัด(ปฏิรูป)ระบบสุขภาพ” เป็นเวทีในลักษณะสาธิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เริ่มมีการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ อย่างเป็นทางการครั้งแรก มีจุดเน้นที่พยายามทำให้เกิดการรับรู้และมีส่วนร่วมในการร่างกฎหมาย มีเวทีรับฟังความเห็น 4 ภาค จากนั้นจึงนำเข้าสู่เวที “รวมพลังความคิดสู่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” ระดับอำเภออีก 526 เวที ก่อนยกร่างเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับแรก จากนั้นก็มีการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดทั่วประเทศเพื่อร่วมให้ความเห็นต่อร่างกฎหมายสุขภาพ ทั้งนี้ได้เริ่มนำเอาระบบกำหนดสัดส่วนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพมาใช้ นับเป็นความพยายามที่จะนำเอาหลักคิดในเรื่ององค์ประกอบของผู้เข้าร่วมกระบวนการตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา มาแปรเป็นการปฏิบัติ สัดส่วนของผู้ได้รับเชิญเข้าร่วมเวทีจะแบ่งเป็นภาคราชการ การเมือง และภาคนักวิชาการ วิชาชีพมีสัดส่วนเท่ากันคือ ไม่เกินร้อยละ 15 อีกร้อยละ 70 เป็นสัดส่วนของภาคประชาชน

สมัชชาสุขภาพมีพัฒนาการมาโดยต่อเนื่อง จากการเป็นเวทีพันธะสัญญาใน พ.ศ. 2545 ที่ฝ่ายบริหารบ้านเมืองได้ประกาศต่อสาธารณะสนับสนุนร่างกฎหมายสุขภาพ ในวันที่นายกรัฐมนตรีเดินทางมารับร่างพระราชบัญญัติสุขภาพและกล่าวความตอนหนึ่งว่า *“...เมื่อเป็นความปรารถนาของประชาชน อยากจะเห็นการมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะทำให้เรื่องของสุขภาพแห่งชาตินั้นไม่ได้เป็นเรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือเป็นเรื่องของรัฐเท่านั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ในฐานะผมเป็นรัฐบาล มีหน้าที่ที่จะต้องทำตามความปรารถนาของคนส่วนใหญ่เพื่อคนส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้นเรื่องนี้รัฐบาลจะรับเข้าไปสู่กระบวนการบริหารและกระบวนการนิติบัญญัติต่อไป”* สู่พัฒนาการใน พ.ศ. 2546 ที่มีการวางกรอบคิดในรูปคำขวัญว่า *“ใช้ความรู้ และความรัก เพื่อหามรรคร่วมกัน”* สมัชชาสุขภาพปีนั้นเริ่มเน้นการทำงานวิชาการ และสร้างบรรยากาศการพูดคุยแบบกัลยาณมิตรที่ใช้เหตุผล และรับฟังทุกฝ่าย ปีที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติสามารถเสนอข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ที่มีความชัดเจน จนคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ได้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาและมีมติให้ความเห็นชอบ *“ข้อเสนอต่อการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ”* จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คือ ปี 2547 ซึ่งในปีนั้นมีสมัชชาสุขภาพพื้นที่ กว่าร้อยละ 80 ดำเนินงานในประเด็นอาหารและเกษตรเพื่อสุขภาพ และมีการทำงานทางวิชาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2546 มาเป็นประเด็นหลักในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง *“อาหารและเกษตรเพื่อสุขภาพ: ภัยคุกคามจากสารเคมี”* ในปี 2548 - 2549 ประเด็นหลักในสมัชชาสุขภาพได้เริ่มก้าวพ้นขอบเขตเฉพาะเรื่องสาธารณสุข ไปสู่เรื่องความอยู่เย็นเป็นสุข และเศรษฐกิจพอเพียง ขณะที่เริ่มมีการเปิดรับโครงการจากผู้ที่สนใจจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เฉพาะประเด็น เพื่อยืนยันยืนยันความเป็น *“พื้นที่สาธารณะ”* ของสมัชชาสุขภาพที่จะไม่ยึดติดกับแกนเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้ ในมาตรา 3 ได้ระบุความหมายของสมัชชา



สุขภาพไว้ว่า “ **สมัชชาสุขภาพ** หมายความว่า กระบวนการที่ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” โดยแบ่งสมัชชาสุขภาพเป็น 3 ประเภทตามมาตรา 40 - 45 คือ

1) **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่** ยึดพื้นที่หรืออาณาบริเวณที่แสดงขอบเขตเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด สมัชชาสุขภาพภาค สมัชชาสุขภาพลุ่มน้ำ เป็นต้น

2) **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น** ยึดประเด็นสาธารณะเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นสารเคมีทางการเกษตร สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

สมัชชาสุขภาพทั้งสองประเภทนี้ ตามมาตรา 40 ประชาชนและเครือข่ายภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถจัดได้ โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) มีหน้าที่สนับสนุนตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คสช.กำหนด และหากสมัชชาสุขภาพมีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณาประกอบการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กฎหมายยังกำหนดให้นำเสนอต่อ คสช.เพื่อพิจารณาดำเนินการให้บรรลุตามควรด้วย

3) **สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** ตามมาตรา 25(3) คสช.มีหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับชาติหรือระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญเป็นพิเศษ และผลักดันให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยกฎหมายกำหนดให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รับผิดชอบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประชุมที่เป็นระบบ เน้นให้มีการทำงานทางวิชาการที่เพียงพอรองรับ จัดให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และกว้างขวาง เพื่อสร้างให้เกิดการยอมรับของทุกฝ่าย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ซึ่งจัดขึ้น ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 11-13 ธันวาคม พ.ศ. 2551 นับเป็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ครั้งแรก โดย คสช.แต่งตั้งให้ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธานคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ(คจสช.) โดยได้มีความพยายามนำรูปแบบ กระบวนการและระบบการจัดการในสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ซึ่งองค์การอนามัยโลก(WHO) จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2491 มาปรับใช้อย่างยืดหยุ่น และคำนึงถึงการปรับเข้าสู่บริบทไทยอย่างมาก ซึ่งทำให้รูปแบบ กระบวนการมีความแตกต่างไปจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นมาก่อนกฎหมายบังคับใช้อยู่พอสมควร เริ่มจากสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมที่นอกจากจะแบ่งกลุ่มตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเหมือนเดิมแล้ว ยังมีการจัดแบ่งเป็นกลุ่มเครือข่าย (Constituencies) ในปี 2551 มี 178 กลุ่มเครือข่าย และปรับเป็น 180 และ 182 กลุ่มเครือข่ายในปี 2552 และ 2553 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายเท่านั้นที่จะเป็นผู้มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม การแสดงความคิดเห็นของสมาชิกผู้เข้าร่วมจึงนับเป็นการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มเครือข่ายไม่ใช่ความคิดเห็นของตัวบุคคลเหมือนที่ผ่านมามีการจัดระเบียบวาระการประชุมอย่างเป็นระบบ โดยประเด็นที่จะเสนอเข้าพิจารณาเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะจะมีช่วงเวลาและกระบวนการนำเสนอเพื่อให้ คจสช.พิจารณา โดยมีกระบวนการพัฒนาร่างมติ มีหลักเกณฑ์การพิจารณา และวิธีการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นและแสดงฉันทามติเพื่อสรุปเอกสารทางวิชาการเพื่อพัฒนาเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นระบบ

ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 และ 3 ในสองปีต่อมา สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเริ่มได้รับการกล่าวถึงและให้คุณค่าจากสังคม และได้รับความสนใจจากหน่วยงานราชการต่างๆมากขึ้น สังเกตได้จาก การเข้าร่วมเป็น คจสช. การร่วมในกระบวนการพัฒนาร่างมติ และการร่วมแสดงความคิดเห็นในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จุดเน้นที่สำคัญของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คือการมุ่งสร้างกลไกและกระบวนการ ที่ทุกภาคส่วนจะได้มี “ฉันทามติ” ร่วมกันในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ดังนั้นในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงมิได้มีการกำหนดให้มีกลไกการลงคะแนนเสียง (Vote) แต่อย่างใด

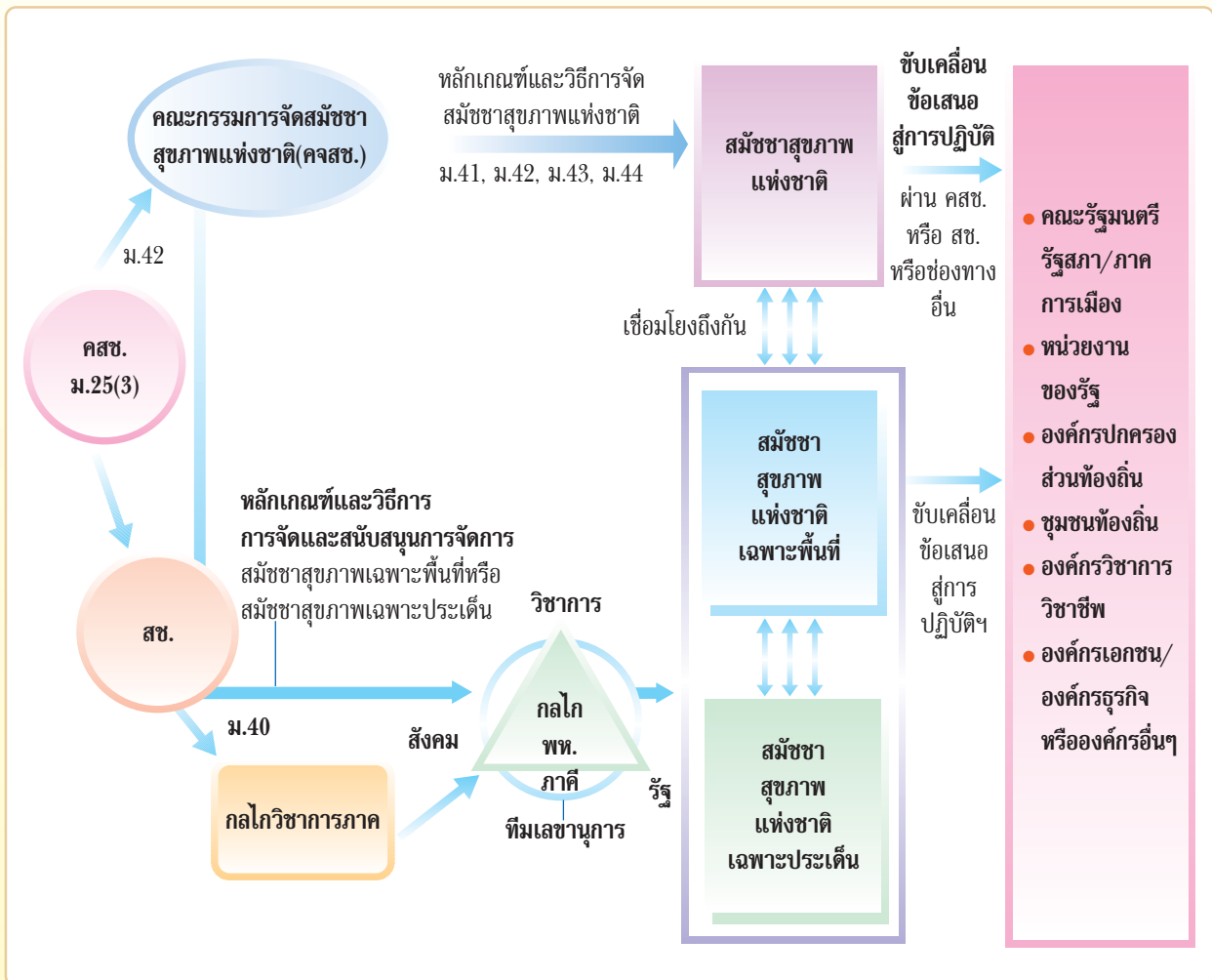




ภาพพึงประสงค์ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นเป้าหมายในอนาคตคือ

- 1) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ มีพลัง มีศรัทธาร่วม มีความเป็นเจ้าของร่วมกัน และเป็นที่ยอมรับของสังคม
- 2) เป็นระบบที่ มีความยืดหยุ่น และมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
- 3) เชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอื่น ๆ
- 4) เน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับชาติ และระดับสากล หรือประเด็นในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญ
- 5) มีมติหรือข้อเสนอ ที่สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลได้

ภาพที่ 10.2 ระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพ



ที่มา: สำนักสมัชชาสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในรูปแบบใหม่ยังเป็นเครื่องมือใหม่ในสังคม ที่ต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในอนาคต บนความท้าทายอย่างน้อย 3 ประการ คือ

- 1) ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีความเป็นผู้แทนกลุ่มเครือข่ายมากน้อยเพียงใด การแสดงความคิดเห็นของผู้แทนเป็นการแสดงความคิดเห็นที่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเครือข่ายเพียงใด
- 2) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะขับเคลื่อนมติต่างๆที่ผ่านฉันทามติ สู่การปฏิบัติจริงได้อย่างไร



3) จะพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างไร ตั้งแต่ขั้นตอนการเสนอประเด็นนโยบาย การพิจารณา ร่างมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการขับเคลื่อนมติไปสู่การปฏิบัติ

การที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้รัฐบาลสนับสนุนให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพทั้งสาม ประเภทอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เป็นเพราะเห็นคุณค่าของกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่จะมีส่วนสำคัญในการพัฒนา ระบบสุขภาพให้เท่าทันสถานการณ์ปัญหา เพราะ

1) สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม  
2) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการทำงานทางสังคมที่ให้คุณค่าแก่ทุกฝ่ายได้เข้ามาทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยกัน ไม่ใช่เป็นการจัดประชุมเป็นครั้งๆ เท่านั้น

3) สมัชชาสุขภาพ เป็นพื้นที่สาธารณะที่ทุกฝ่ายเข้ามาทำงานด้วยกันอย่างสร้างสรรค์ตามหลักประชาธิปไตย แบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy)

ขณะนี้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นนวัตกรรมทางสังคมของประเทศไทยที่มีความก้าวหน้า ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาต่อไปอย่างไม่หยุดนิ่ง

### 3.3 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA)

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายสาธารณะหรือ HIA เป็นเครื่องมือใหม่อีกชิ้นหนึ่งที่ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พัฒนาการของเครื่องมือประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกับขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเช่นกัน จะแตกต่างอยู่บ้างตรงที่ HIA นั้นมีการพัฒนาและนำไปใช้ในต่างประเทศอยู่บ้างแล้ว โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นหน่วยงานเริ่มต้นกระตุ้นและเสนอแนวทางทางเทคนิคให้ประเทศสมาชิก

ใน พ.ศ. 2544 เป็นครั้งแรกที่มีการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากนโยบายสาธารณะ ใน 2 นโยบายคือ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากการทำเกษตรแบบมีพันธะสัญญา และโครงการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก และปรากฏในคำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติก่อนปิดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประการหนึ่งว่า “ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีระบบประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะต่างๆ และต้องมีระบบดูแลผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะอย่างเป็นรูปธรรมด้วย” ใน พ.ศ. 2545 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ขับเคลื่อนประเด็น “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” และ มีข้อเสนอให้มีการจัด “ระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ” (Health Impact Assessment : HIA) เป็นเครื่องมือ โดยเชื่อมโยงกับการมีร่างพระราชบัญญัติสุขภาพว่าจะช่วยป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว หรือกำลังจะเกิดขึ้นอย่างไร มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายประชาคมและองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นแกนจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น โครงการอุตสาหกรรมมาบตาพุด ระยอง โครงการท่อก๊าซสงขลา กรณีน้ำเสียนครนายก เป็นต้น การเปิดประเด็นนี้ในสมัชชาสุขภาพสร้างความร้อนแรงและเป็นเรื่องที่มีความขัดแย้งสูง นับเป็นจุดเริ่มต้นการเรียนรู้ที่ดีของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยเฉพา ความสำคัญและความจำเป็นของการทำข้อมูลวิชาการเพื่อการถกแถลงอย่างเป็นเหตุเป็นผล

จวบจน พ.ศ. 2550 กระบวนการขับเคลื่อนและเรียนรู้ของสังคมไทยได้ส่งผลให้หลายภาคส่วนเริ่มรู้จักและคุ้นเคยมากขึ้นกับคำว่า การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 67 วรรคสองกำหนดไว้ว่า

**“การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพจะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน...”**



เช่นเดียวกับในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ระบุไว้ในมาตรา 10 ว่า

“เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว ต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบโดยเร็วและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว”

และมาตรา 11 ระบุว่า

“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชนและแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว”

นอกจากนี้ ในมาตรา 25 ยังกำหนดให้ คสช.มีหน้าที่ตาม(5) คือ “กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ”

ในช่วง พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2551 คสช.ได้เร่งดำเนินการรองรับเครื่องมือใหม่ดังกล่าว เริ่มจาก สข. ได้แต่งตั้งคณะทำงานที่มี นายแพทย์วิฑูร พูลเจริญ เป็นประธาน ได้ยกร่างระบบ กลไกและหลักเกณฑ์การประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ เสนอผ่านความเห็นชอบของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 จากมติดังกล่าว คสช.ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ที่มีนายแพทย์วิฑูร พูลเจริญ เป็นประธาน พร้อมกันนั้น สข.ได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบ และกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Coordinating Unit: HIA Co-Unit) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไก และได้ทำการยกร่างหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยมีการทบทวนข้อมูลทางวิชาการและการศึกษาบทเรียนจากต่างประเทศประกอบ จัดประชุมปรึกษาและกระบวนการรับฟังความเห็นกับหน่วยงานและผู้มีส่วนได้เสียทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้ประกอบการ นักพัฒนาเอกชน ภาคประชาชนและนักวิชาการ จนในที่สุดได้เสนอให้ คสช.พิจารณาและให้ความเห็นชอบในการเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552

ปัจจุบัน คสช. ได้มีการจัดทำ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ. 2552 แล้วตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 เท่ากับว่า HIA เป็นเครื่องมือที่มีสภาพรับรองตามกฎหมายอย่างเป็นทางการโดยสมบูรณ์แล้ว

ตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะนั้น การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ หมายถึง “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม ในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของประชาชน ที่อาจจะเกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการ หรือกิจกรรม ใดๆใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง หากดำเนินการในช่วงเวลาและพื้นที่เดียวกัน โดยมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายและมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว”

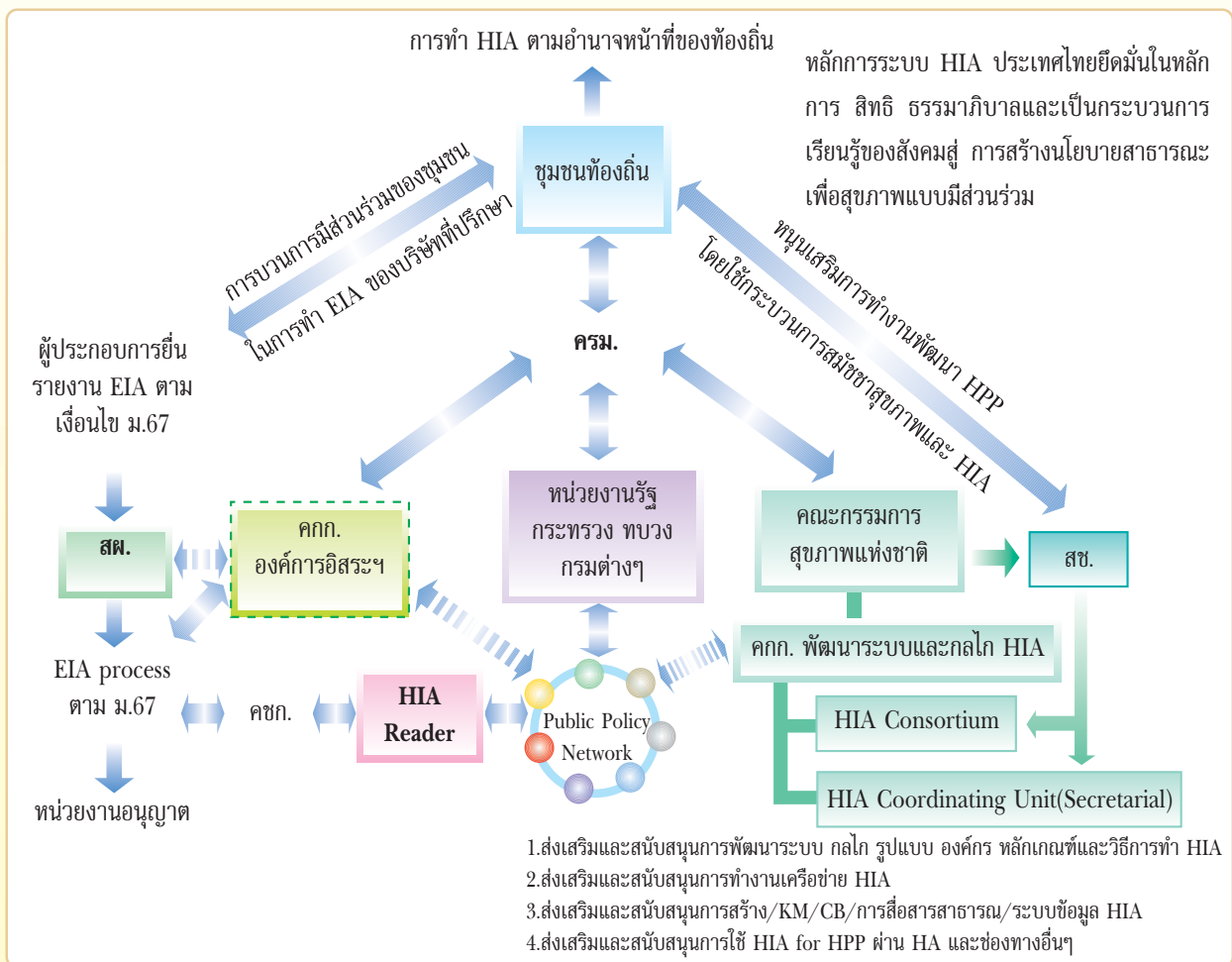
ทั้งนี้ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมวดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจึงควรเป็นไปตามหลักการ 7 ประการ คือ 1) หลักประชาธิปไตย 2) หลักความเป็นธรรม 3) หลักการใช้ข้อมูลหลักฐานอย่างเหมาะสม 4) หลักความเหมาะสมในทางปฏิบัติ 5) หลักความร่วมมือ 6) หลักการสุขภาพของสังคม และ 7) หลักความยั่งยืน

ตามประกาศหลักเกณฑ์ดังกล่าว โครงการและกิจกรรมที่ควรมีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1) โครงการและกิจกรรมที่มีประเภทและขนาดตามประกาศโครงการและกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการตามมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

2) การดำเนินกิจกรรมด้านการวางแผนพัฒนา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนอย่างรุนแรงในอนาคต ดังต่อไปนี้คือ การจัดทำและปรับปรุงผังเมืองที่อาจนำมาสู่โครงการหรือกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงในอนาคต การวางแผนภูมิภาค (เช่น แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาภาค) การจัดทำแผนโครงข่ายการคมนาคม การจัดทำแผนพัฒนากำลังการผลิตไฟฟ้า การจัดทำแผน/ยุทธศาสตร์การพัฒนาแร่/เหมืองแร่ การเพาะปลูก/เพาะเลี้ยงสิ่งมีชีวิตที่ดัดแปลงพันธุกรรม การทำการเกษตรขนาดใหญ่ การดำเนินการเกี่ยวกับวัตถุอันตราย กากของเสีย และสารกัมมันตภาพรังสี การทำข้อตกลง การค้าเสรีหรือข้อตกลงระหว่างประเทศตามมาตรา 190 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และการวางแผนเพื่อดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดในพื้นที่ที่มีคุณค่าทางการอนุรักษ์ เช่น พื้นที่ต้นน้ำลำธาร พื้นที่ลุ่มน้ำชั้น 1 พื้นที่ชุ่มน้ำที่มีความสำคัญระดับชาติและระดับนานาชาติ เป็นต้น

ภาพที่ 10.3 ความเชื่อมโยงระบบและกลไกการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในสังคมไทย



**ที่มา:** ศูนย์ประสานงานพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ  
**หมายเหตุ:** สพ. คือ สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม  
 คชก. คือ คณะกรรมการผู้ชำนาญการ, สช. = สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ในระหว่างการจัดทำประกาศหลักเกณฑ์ฯนี้ สช.ยังได้สนับสนุนชุมชน เครือข่ายวิชาการและรัฐนำเครื่องมือประเมินผลกระทบทางสุขภาพไปใช้กับประสบการณ์จริงในพื้นที่ ในฐานะเครื่องมือหนึ่งของการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ถูกออกแบบให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม โดยทุกฝ่ายได้ร่วมกันพิจารณาถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการประเมินและจัดการผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นด้วย พื้นที่ที่ชุมชนได้ทดลองนำเครื่อง



มือใหม่ไปใช้ได้แก่ พื้นที่อบบางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ ที่ตั้งของโครงการก่อสร้างโรงอุ้งเหล็กแบบครบวงจร การประเมินผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรในปริมาณสูง ที่บ้านบ่อเงิน จ.ปทุมธานี ผลกระทบจากโรงงานหัตถกรรม บ้านถวายเป็น จ.เชียงใหม่ และผลกระทบจากภาวะโลกร้อนที่ทุ่งกุลาร้องไห้

แต่กรณีที่ทำให้เครื่องมือการประเมินผลทางสุขภาพเป็นที่รู้จักของสังคมมากที่สุดคือ กรณีผลกระทบจากการพัฒนาอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุด จ.ระยอง ซึ่งเริ่มขึ้น เมื่อ 9 เมษายน พ.ศ. 2550 เครือข่ายประชาชนภาคตะวันออก ทำหนังสือถึงเลขาธิการ คสช.ขอใช้สิทธิตามมาตรา 5 , 10 และ 11 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยขอให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เพื่อนำไปสู่แก้ไขปัญหา ความขัดแย้ง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะในพื้นที่และนำไปสู่การสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพของคนมาบตาพุดและคนระยอง ซึ่งต่อมา คสช. ได้สนับสนุนมูลนิธินโยบายสุขภาพ(มทส.) ดำเนินโครงการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นดังกล่าว ซึ่งมทส.ใช้เวลาเกือบ 1 ปี ค้นหาข้อมูลทางวิชาการ และจัดกระบวนการรับฟังความเห็นในรูปสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและเวทีย่อยในพื้นที่ จนสามารถนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับทางเลือกการพัฒนาจังหวัดระยองเข้าสู่การพิจารณาของ คสช. ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 รวม 14 ข้อ ซึ่ง คสช. ได้มีมติเห็นชอบให้เสนอเรื่องเข้าพิจารณาในคณะรัฐมนตรี นอกจากนั้น คสช. ยังได้เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการศึกษา สนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานตามข้อเสนอของ คสช. โดยมีท่านผู้บัญชาการตำรวจพิเศษ เสถียรไทย ประธานสถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นประธานด้วย

ในขณะเดียวกัน วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2552 ศาลปกครองจังหวัดระยองได้อ่านคำพิพากษา โดยในข้อความหน้าสุดท้ายระบุว่า “พิพากษาให้ผู้ถูกฟ้องคดี ประกาศให้ท้องที่เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุดทั้งหมด รวมทั้งตำบลเนินพระ ตำบลมาบตาพุดและตำบลทับมา อำเภอเมืองระยอง ทั้งตำบลตลอดจนท้องที่ตำบลบ้านฉาง อำเภอบ้านฉางทั้งตำบล เป็นเขตควบคุมมลพิษ เพื่อดำเนินการควบคุม ลด และขจัดมลพิษตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายต่อไป ทั้งนี้ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในกำหนดหกสิบวันนับแต่วันที่ศาลมีคำพิพากษา” โดยรายละเอียดในการพิจารณาศาลได้อ้างอิงสาระบัญญัติตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่บัญญัติไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ” ด้วย และได้พิจารณาถึงมติ คสช. เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ประกอบด้วย ซึ่งต่อมา คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ มีมติเห็นชอบให้ประกาศกำหนดให้ท้องที่เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด และพื้นที่บริเวณใกล้เคียงเป็นเขตควบคุมมลพิษเมื่อ 30 เมษายน พ.ศ. 2552

สำหรับมติ คสช.ที่เสนอเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีนั้น เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับข้อเสนอทางนโยบายเรื่อง ผลกระทบจากอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุดและจังหวัดระยอง ตามมติ คสช. ที่เสนอใน 3 ข้อ ได้แก่

- 1) ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เปิดเผยข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพจากอุตสาหกรรม รวมถึงเผยแพร่วิธีป้องกันผลกระทบและวิธีการสร้างเสริมคุณภาพในภาวะมลพิษให้ประชาชนทราบอย่างทั่วถึงโดยเร็วและต่อเนื่อง
- 2) ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนและกฎการปฏิบัติการสำหรับป้องกันและบรรเทาอุบัติภัยจากอุตสาหกรรม และการจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาอุบัติภัยสารเคมีระดับจังหวัด
- 3) ให้ คสช. พิจารณาสับสนุนการพัฒนาศักยภาพกลไกกลางในการดำเนินงานและความเข้มแข็งของภาคประชาชน โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

สำหรับข้อเสนออีก 2 ข้อ คือ (1) ให้รัฐบาลทบทวนและปรับแนวทางการพัฒนาจังหวัดระยอง โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ในทุกขั้นตอน และ (2) ให้รัฐบาลชะลอการขยายและก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมใหม่ในพื้นที่มาบตาพุดและบ้านฉาง โดยให้มีการกำหนดแนวทางและกระบวนการตัดสินใจในการให้อนุมัติ/อนุญาต/ให้ความเห็นชอบการขยายโรงงานอุตสาหกรรมใหม่ ให้เป็นไปตามมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย นั้น มอบหมายให้





คณะกรรมการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออก ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรี (นายกรณ์ศักดิ์ สภาวสุ) เป็นประธาน รับผิดชอบไปพิจารณา ซึ่งต่อมาคณะกรรมการดังกล่าวได้พิจารณาและมีมติเห็นชอบและมอบหมายหน่วยงาน/องค์กรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีการดำเนินการใน 5 เรื่อง ดังนี้

- 1) เห็นชอบกรอบแนวคิดการพัฒนาจังหวัดระยองที่ต้องการให้พัฒนาจังหวัดระยองไปสู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน
- 2) ให้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาจังหวัดระยองสู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการพัฒนาจังหวัดระยอง
- 3) ให้มีการจัดระบบบริการขั้นพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมให้มีคุณภาพและทั่วถึง
- 4) ให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อลดและขจัดมลพิษในเขตควบคุมมลพิษ
- 5) การชะลอการขยายและการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมใหม่ในพื้นที่มาบตาพุดและแนวปฏิบัติ ให้เป็นไปตามมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 โดยมอบหมายสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม และสช.เร่งดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 สมาคมต่อต้านภาวะโลกร้อนและประชาชน 43 คนได้รวมตัวกันยื่นฟ้องหน่วยงานรัฐที่มีอำนาจอนุมัติ อนุญาตให้กลุ่มโรงงานใหม่ในพื้นที่ 76 โครงการเดินทางก่อสร้างทั้งที่อาจเป็นโครงการที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนเข้าข่ายมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญฯ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 ศาลปกครองสูงสุดมีคำสั่งระงับ 65 โครงการ ส่วนอีก 11 โครงการอนุญาตให้เดินทาง และหลังการไต่สวนคดีศาลปกครองได้อนุญาตอีก 19 โครงการให้เดินทางต่อได้ จึงเหลืออีก 57 โครงการที่ยังติดคำสั่งศาล

ความขัดแย้งล่าสุดที่ปะทุขึ้นเมื่อคณะกรรมการสี่ฝ่าย ที่นายกรัฐมนตรีแต่งตั้งเพื่อเร่งแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญฯ โดยมีนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นประธาน ได้จัดทำข้อเสนอประเภทโครงการหรือกิจการที่อาจจะมีผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ ทั้งหมด 18 โครงการ แต่ที่สุดแล้วคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติได้ออกประกาศโครงการรุนแรงดังกล่าวเพียง 11โครงการ เมื่อนำประกาศดังกล่าวมาเป็นกรอบพิจารณาโครงการที่ขออนุญาตดำเนินการ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เข้าข่ายเป็นโครงการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ในที่ประชุม คสช.ได้มีการพิจารณาข้อเสนอต่อการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการที่ได้มีการทำการศึกษาทางวิชาการของคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง จนได้มีข้อสรุปเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อมอบหมายคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติและคณะอนุกรรมการวินิจฉัยข้อร้องเรียนสำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจมีผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงเพื่อให้พิจารณาใช้ผลการศึกษาและข้อเสนอข้างต้นในการทบทวนปรับปรุงประกาศต่อไป

จากพัฒนาการและกรณีที่เกิดขึ้นจริงในสังคมจะเห็นได้ว่า การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคม ใช้วิทยาการแบบสหสาขา มีมิติที่กว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข ครอบคลุมสุขภาวะองค์รวม เป็นการทำงานเชิงบวกไม่ใช่ทำเพื่อนำผลไปใช้เพื่อการอนุญาต/ไม่อนุญาตเรื่องต่างๆ และเป็นกระบวนการทางปัญญา มากกว่ามาตรการทางกฎหมายหรือการใช้อำนาจ เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ร่วมกันทางวิชาการและทางสังคม เป็นการประเมินผลกระทบที่จะเกิดกับสุขภาพของประชาชนและชุมชนจากนโยบายสาธารณะที่เกิดจากรัฐ เอกชน ท้องถิ่น และเกิดจากชุมชนเอง นำไปสู่การกำหนดทางเลือก การตัดสินใจทางเลือก การหาทางลดผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากทางเลือกนโยบายต่างๆเพื่อให้คนและชุมชนมีสุขภาวะร่วมกัน

### 3.4 เครื่องมือพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ

เครื่องมือในรูปแบบอื่น นอกเหนือจากที่กำหนดไว้โดยตรงในบทบัญญัติของกฎหมายสุขภาพนั้น มีทั้งการตั้งกลไกเฉพาะของ คสช. และการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายและองค์กรสถาบัน



ในช่วง พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2553 มีกลไกเฉพาะที่คสช.แต่งตั้งมาดูแลการพัฒนา นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพรวม 4 คณะ ได้แก่

1) **คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ** ทำหน้าที่ดูแลขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตาม “แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2559” ที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ประธานกรรมการคนแรกคือ ศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม วัฒนชัย ปัจจุบันประธานกรรมการคือ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา โดยฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนากำลังคน(สวค.) และ ผู้แทน สช.

ผลการดำเนินงานเชิงนโยบายที่สำคัญของคณะกรรมการ ได้แก่ การให้ความเห็นต่อแนวทางการจัดทำแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการลงทุนภาครัฐด้านสาธารณสุข การแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และจัดทำข้อเสนอต่อร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ที่เสนอโดยกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการฯ ยังได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ มี นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา เป็นประธาน

2) **คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ** ทำหน้าที่ดูแลขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตาม “แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2554” ที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ประธานกรรมการคือ นายแพทย์วิรัช โชควิวัฒน์ โดยฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้ ประกอบด้วย รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้อำนวยการ สวรส. ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพวิถีไทย และ ผู้แทน สช.

ผลการดำเนินงานเชิงนโยบายที่สำคัญของคณะกรรมการ ได้แก่ การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการเริ่มก่อตั้งโรงพยาบาลต้นแบบแห่งแรกที่จังหวัดสกลนคร โดยการทำงานร่วมทั้งของฝ่ายสงฆ์ และฆราวาสได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา วิทยาเขตสกลนคร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และใน พ.ศ. 2552 ได้ร่วมเป็นเจ้าภาพผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายอันเป็นเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. 2552 ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่จัดขึ้นในงานมหกรรมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และพัฒนาจนเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง ในระเบียบวาระ “การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน”

3) **คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้า ระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ** เป็นคณะกรรมการที่ คสช. แต่งตั้งขึ้นตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง ในระเบียบวาระ “การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี” ประธานกรรมการคือ นางศิริณา ปวโรฬารวิทยา ซึ่งเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้ทรงคุณวุฒิภาคเอกชน คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศและตรวจสอบผลกระทบทั้งด้านบวกและลบที่เกิดจากความตกลงที่มีผลบังคับใช้ไปแล้ว สำหรับนำไปสู่การเสนอแนะเพื่อพัฒนา ปรับปรุงและเยียวยา โดยเสนอให้กลไกนี้มีอิสระจากกลไกที่ทำหน้าที่ในการเจรจาการค้าที่รัฐบาลมีอยู่แล้ว แต่ให้ทำงานเชื่อมโยง สนับสนุนข้อมูลซึ่งกันและกัน ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้ ประกอบด้วย เลขาธิการ คสช.และรศ.ดร.ชินอุทัย กาญจนะจิตรา รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

4) **คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ** เป็นกรรมการที่อยู่ระหว่างการแต่งตั้ง เพื่อเป็นกลไกดูแลและบริหารแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2562 ตามที่ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ โดยมี นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นประธาน ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้ ประกอบด้วย ผู้ที่ผู้อำนวยการสามหน่วยงานมอบหมาย ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสถิติแห่งชาติ



กลไกระดับชาติเหล่านี้ มีข้อแตกต่างสำคัญจากคณะกรรมการระดับชาติอื่นๆ คือ องค์ประกอบของคณะกรรมการจะต้องมีผู้เกี่ยวข้องทั้ง 3 ภาคส่วน คือฝ่ายรัฐ ฝ่ายวิชาการ/วิชาชีพ และฝ่ายประชาชน/เอกชน มาร่วมคิดร่วมทำงาน โดยใช้ความรู้ทางวิชาการเป็นฐาน ผนึกกับการจัดการกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วม ไม่เน้นความเป็นกลไกตามกฎหมาย และกลไกเชิงอำนาจ และฝ่ายเลขานุการของทุกคณะกรรมการ จะมีลักษณะของความเป็นพหุภาคีที่ประสานร่วมสนับสนุนกันทำงาน และไม่ได้ให้ สข.มีบทบาทหลัก แต่เป็นบทบาทของผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวกของกรรมการเท่านั้น

นอกจากคณะกรรมการระดับชาติดังกล่าวแล้วยังมีเครื่องมือทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะในรูปแบบอื่นๆ ได้แก่

1) การพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านการสนับสนุนการทำงานในรูปแบบเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายนโยบายเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งพัฒนาต่อเนื่องจากเครือข่ายที่ร่วมทำงานมาตั้งแต่ยังอยู่ในกระบวนการร่างกฎหมายสุขภาพ เครือข่ายนี้ประกอบด้วยทั้งผู้แทนหน่วยงานรัฐ นักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชนและประชาคมสุขภาพ ที่ผ่านมาเครือข่ายดังกล่าวสามารถพัฒนาข้อเสนอเข้าสู่การพิจารณาเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่หนึ่งในระบอบวาระ “เกษตรและอาหารในยุควิกฤต” ซึ่งหลังได้รับฉันทามติจากสมัชชาสุขภาพ เครือข่ายยังคงดำเนินการต่อเนื่องในการสร้างความรู้ ประสานเชื่อมโยงหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนมติโดยให้ความสำคัญอย่างมากกับประเด็นความมั่นคงทางอาหาร ระบบเกษตรอินทรีย์ชุมชน และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนระบบเกษตรกรรมยั่งยืน

2) การพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ ซึ่งปัจจุบันมี 2 แห่ง ได้แก่

(2.1) ความร่วมมือทางวิชาการกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น(มข.) ภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง มข. และ สข. ตั้งแต่ปี 2551 มีสถาบันวิจัยวิจัยและพัฒนา มข. เป็นแกนดำเนินการ ที่ผ่านมามีการรวบรวมความรู้ในประเด็นที่มีผลกระทบจากนโยบายรัฐต่อภูมิภาคอีสาน 5 ประเด็น ได้แก่ 1)มหาวิทยาลัยขอนแก่น : ชุมชนแห่งสุขภาพ 2) ขอนแก่น : เมืองแห่งสุขภาพ 3) อีสานกับความมั่นคงด้านอาหาร 4) อีสานกับความมั่นคงของมนุษย์และสังคม และ 5) การจัดการน้ำภาคอีสาน ใน พ.ศ. 2552 ได้มีการพัฒนาข้อเสนอโยบายสาธารณะสู่ชุมชน มข. ในเรื่องพื้นที่ดี และพื้นที่เสี่ยงในมหาวิทยาลัย และร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะกับภาคีเครือข่ายจังหวัดขอนแก่นเพื่อพัฒนาข้อเสนอโยบายสู่เมืองสุขภาพ

(2.2) ความร่วมมือทางวิชาการกับมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นโครงการภายใต้ความร่วมมือเพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่การเป็นปัญญาของแผ่นดินกับมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2552 มีการจัดเวทีสาธารณะเพื่อแลกเปลี่ยนความเห็นในประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่เรียกว่า “ศาลาเสวนา” 4 ครั้ง ได้แก่ 1) ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ซึ่งต่อมาได้พัฒนาข้อเสนอเรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ ร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรฯ และ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เสนอเป็นระเบียบวาระในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2552 จนได้รับฉันทามติและมีการขับเคลื่อนตามมติต่อไป 2) ยาไทยแพงทะลุฟ้า คนไทยเข้าไม่ถึงยาจำเป็น 3) เหลือมุมมองผลกระทบ...ก่อนคิดถึงอนาคต CL 4) อนาคตประเทศไทยหลังวิกฤตโลก : ความร่วมมือในภูมิภาคสู่สังคมความเป็นอยู่ที่ดี ในปี 2553 มีการจัดเวทีศาลาเสวนาอีก 3 ครั้ง คือ 5) Health knowledge Gap to Policy 6) แม่วัยใส...เรื่องใหญ่ต้องร่วมใจหาทางออกและ 7) มหาวิทยาลัยกับการปฏิรูปประเทศไทย นอกจากนี้ยังจัดเวทีเสวนาเรื่อง โรคอ้วน กัยเสี่ยงที่คุกคามเด็กไทยด้วย ผลจากการจัดเวทีได้มีการรายงานสภามหาวิทยาลัยทุกครั้ง ซึ่งได้รับความสนใจมาก

ใน พ.ศ. 2553 ยังเริ่มมีการเชื่อมโยงระหว่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักวิจัยสังคม จุฬาฯและสข. ในการเริ่มต้นจัดตั้งเครือข่ายถาวรช่องว่างทางสังคม(Social Inequity Reduction Network-SIRNET) เพื่อมุ่งสร้างองค์ความรู้ ความตระหนักด้านปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อผลักดันสู่นโยบายที่นำไปสู่การลดช่องว่างทางสุขภาพในสังคม โดยการขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนด้วย



#### 4. เจตนารมณ์และการได้มาซึ่งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

**“ธรรมนูญ”** ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2552 หมายถึงกฎหมายที่จัดระเบียบองค์กร เช่น ธรรมนูญศาลทหารและพระธรรมนูญศาลยุติธรรม จึงสื่อความหมายได้ถึงการเป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน แม้โดยเจตนารมณ์เดิมของการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ....จะตั้งใจให้กฎหมายทั้งฉบับมีสถานะเป็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของประเทศ เหมือนกฎหมายแม่บทของระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนการปรับปรุงกฎหมายชั้นกฤษฎีกา ได้พิจารณาสาระเนื้อหาของ ร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ.... โดยเฉพาะในหมวด 6 แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่มีการกำหนดรายละเอียดระบบสุขภาพย่อยที่พึงประสงค์ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ และระบบอื่น ๆ อีกรวม 8 เรื่อง และเห็นว่าการกำหนดข้อความระบบพึงประสงค์ย่อยเช่นนี้ในกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ อาจเกิดข้อเสียมากกว่าข้อดี เพราะระบบสุขภาพมีความเป็นพลวัตเช่นเดียวกับระบบอื่น ๆ ที่อาจต้องแปรเปลี่ยน ปรับให้เข้ากับบริบทและสถานการณ์ของสังคม ทั้งระดับชุมชน ประเทศและสากล ดังนั้นหากกำหนดไว้อย่างชัดเจน หากจะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขจะทำได้ยาก ในที่สุด เมื่อกฎหมายประกาศใช้ จึงได้มีการยกสาระในหมวด 6 ดังกล่าวออกทั้งหมด แต่ได้บัญญัติให้ คสช.มีหน้าที่จัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ และในมาตรา 47 ยังกำหนดว่าธรรมนูญต้องมีสาระสำคัญอย่างน้อย 12 เรื่อง ตามภาพที่ 10.4

ภาพที่ 10.4 สาระ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550



ที่มา: สำนักธรรมนูญสุขภาพและนโยบายสาธารณะ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



ทั้งนี้ ประเทศไทยนับเป็นประเทศแรกของโลกที่มีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพที่มีความชอบธรรมและการรองรับของตัวบทกฎหมาย

**4.1 สถานะของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ** ในทางกฎหมาย ตามมาตรา 48 ธรรมนูญฯ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่ต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน แต่ที่สำคัญยิ่งกว่าคือ ในทางสังคม ธรรมนูญฯ ถูกคาดหวังให้เป็น **เจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม (Social commitment)** ให้สามารถใช้อ้างอิง (reference) สำหรับกำหนดทิศทางและเป้าหมายของระบบสุขภาพในอนาคตของประเทศ กระบวนการจัดทำ สาระสำคัญและการแปลงธรรมนูญสู่การปฏิบัติ จึงมีสถานะเป็น**กลไกและกระบวนการทางสังคมที่เชื่อมโยงและขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสุขภาพ บนหลักการมีส่วนร่วม** โดยคำนึงถึงความจำเป็นและผลประโยชน์ ของทุกภาคส่วน

**4.2 ขั้นตอนในการจัดทำธรรมนูญฯ** นั้น กฎหมายกำหนดให้ คสช.นำความคิดเห็นและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพ มาประกอบในการจัดทำธรรมนูญฯ และให้นำร่าง ธรรมนูญฯนี้เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา นอกจากนี้ยังกำหนดให้บทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างน้อยทุกห้าปี ซึ่งธรรมนูญฉบับแรกหลังกฎหมายประกาศใช้ได้เริ่มกระบวนการยกร่าง ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 และเสร็จสิ้นใน พ.ศ. 2552 โดยมีขั้นตอนโดยสรุป ดังนี้

1) **พ.ศ. 2550** สช.ได้แต่งตั้ง “คณะทำงานพัฒนาระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ทำหน้าที่ยกร่างระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญฯ โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุด บนความมุ่งหวังที่ต้องการให้ธรรมนูญฯมีความสำคัญ มีคุณค่า ดังนั้นระบบ และกลไกในการจัดทำจึงต้องได้รับการยอมรับจากหน่วยงาน องค์กรภาคีต่างๆตั้งแต่เริ่มต้น โดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วม เปิดช่องทางรับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วน และมีการจัดทำอย่างเป็นระบบ โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการและการจัดการความรู้เป็นฐานสำคัญ ผสานกับการจัดการทางสังคมที่มีประสบการณ์มาจากการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 และคณะทำงานได้เสนอ ร่างระบบและกลไกนี้เข้าสู่เวที “การขับเคลื่อนและร่วมเรียนรู้กระบวนการจัดทำธรรมนูญฯ” ในต้นเดือนพฤศจิกายน ซึ่งเป็นเวทีทดลองแรกของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแบบใหม่ ที่จัด ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ มีผู้เข้าร่วมกว่า 1,000 คน และที่ประชุมเห็นชอบกับระบบและกลไกจัดทำธรรมนูญฯ ที่เสนอ

2) **พ.ศ. 2551** เป็นปีของการกระบวนการยกร่าง ในเดือนมกราคม คสช.ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญฯ ที่มี นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธาน มีเลขาธิการ คสช. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นทีมเลขานุการร่วม ต่อมา คณะกรรมการจึงได้แต่งตั้งอนุกรรมการอีก 6 ชุด มีองค์ประกอบจากบุคคลหลากหลายทั้งจากภาครัฐ วิชาการ/วิชาชีพ /เอกชนและประชาชน/เอกชน และฝ่ายเลขานุการก็มาจากหน่วยงาน ภาคีต่างๆประกอบกันเข้าเพื่อร่วมกันทำงาน เช่น สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สถาบันสุขภาพวิถีไทย แผนงานคุ้มครองผู้บริโภค จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรมอนามัย เป็นต้น

การทำงานยกร่างธรรมนูญฯตลอดปี 2551 เริ่มจากการประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการฯเพื่อกำหนดขอบเขต กระบวนการ สาระสำคัญ และกรอบเวลาของธรรมนูญฯ ซึ่งในที่สุดได้กำหนดเวลาเป้าหมายของธรรมนูญฉบับแรก เป็น**ภาพรวมของระบบสุขภาพในระยะยาวถึง พ.ศ. 2563** จากนั้นอนุกรรมการทุกชุดได้เริ่มทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้สำคัญรายประเด็น และวางแผนรับฟังความเห็น แล้วจึงเริ่มประมวลสรุปเพื่อยกร่างสาระ





สำคัญรายประเด็นในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน และได้เริ่มการเผยแพร่ในสื่อสาธารณะเพื่อให้ประชาชนรู้จักธรรมนูญ ขณะที่ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการและอนุกรรมการครั้งที่สองเพื่อกำหนดปรัชญาแนวคิดหลัก คุณลักษณะพึงประสงค์และเป้าหมายร่วมกัน อันจะเป็นแนวให้เนื้อหาของสารสำคัญรายหมวดเป็นไปในกรอบทิศทางเดียวกัน

ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม อนุกรรมการฯทุกชุดเริ่มยกร่างข้อความในธรรมนูญ รายหมวด และได้จัดเวทีประชาเสวนาอย่างเข้มข้นเพื่อหาฉันทมติต่ออนาคตระบบสุขภาพ 8 เวที นับเป็นนวัตกรรมของรูปแบบการรับฟังความคิดเห็น โดยมีผู้เข้าร่วมประมาณ 400 คน การจัดทำร่างธรรมนูญทั้งฉบับร่างที่หนึ่งและรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง เกิดขึ้นในช่วงเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม มีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นระดับจังหวัด 75 เวที และเวทีรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมายเฉพาะประมาณ 3,000 คน ประมาณว่ามีผู้เข้าร่วมในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นตลอดกระบวนการยกร่างกว่า 10,000 คนจากทั่วประเทศ จากนั้นได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาสาระสำคัญและตรวจสอบปรับปรุงข้อความของธรรมนูญทั้งฉบับให้สอดคล้องกัน เป็นร่างที่สองของธรรมนูญ เสนอเข้าพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 11-13 ธันวาคม พ.ศ. 2551 จนได้มีฉันทมติเห็นชอบสาระสำคัญของร่าง ธรรมนูญที่เสนอ พร้อมมีข้อสังเกตมอบให้คณะกรรมการรับไปพิจารณาปรับปรุงร่าง ธรรมนูญต่อไป

3) พ.ศ. 2552 เป็นปีของความสำเร็จในการจัดทำธรรมนูญฯ หลังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญฯได้พิจารณาปรับปรุงร่าง ธรรมนูญฯรอบสุดท้าย ในเดือนมกราคม และเสนอเข้าสู่การพิจารณาของ คสช. ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 คสช. ได้มีมติเห็นชอบร่างธรรมนูญฯ และเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้ให้ความเห็นชอบธรรมนูญฯ ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2552 โดยไม่มีการแก้ไข และได้เสนอให้สมาชิกวุฒิสภา และสภาผู้แทนราษฎร ทราบเมื่อวันที่ 7 และ 10 กันยายน โดยลำดับ ปัจจุบันธรรมนูญฯด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ได้ประกาศบังคับใช้อย่างสมบูรณ์ในราชกิจจานุเบกษา (เล่ม 126 ตอนพิเศษ 175 ง) เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2552

## 5. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552


ธรรมนูญฯ ฉบับแรก มีเป้าหมายครอบคลุม เป็นภาพรวมของระบบสุขภาพที่มองยาวไปถึง พ.ศ. 2563 ประกอบด้วย 12 หมวด 111 ข้อ ตั้งแต่หมวด 4-12 ซึ่งเป็นระบบย่อยตั้งแต่หมวดการสร้างเสริมสุขภาพจนถึงการเงินการคลังด้านสุขภาพนั้น จะเขียนในรูปแบบเดียวกันคือ กำหนดหลักการ เป้าหมายและมาตรการที่เป็นแนวทางการนำไปใช้ แต่ไม่มีลักษณะการเขียนเชิงผูกมัด หรือกำหนดวิธีดำเนินงานอย่างแข็งตัว เนื่องจากธรรมนูญฯไม่ใช่แผนงาน โครงการ หลักการสำคัญที่ปรากฏในธรรมนูญฯฉบับแรกนี้อีกประการหนึ่งคือ ภาวการณ์ที่สร้างที่สามารจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ของตน โดยต้องไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

### 5.1 สาระสำคัญของเนื้อหาในหมวดต่างๆของธรรมนูญฯได้แก่

**หมวด 1 ปรัชญาและแนวคิดของระบบสุขภาพ** สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม เป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศ ระบบสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันจะนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองของประชาชน และทุกภาคส่วนมีหน้าที่ร่วมกันในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศจากแนวทางบริโภคนิยมไปสู่แนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

**หมวด 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ** ระบบสุขภาพจะต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมภิบาล ความรู้ และปัญญา

**หมวด 3 การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ** จะต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย และครอบคลุมการจัดการปัจจัยทั้งหมดที่กระทบสุขภาพ ไม่จำกัดเฉพาะหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเท่านั้น



**หมวด 4 การสร้างเสริมสุขภาพ** เป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งสังคมมุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย การพิการและการตายที่ไม่สมควร และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ” โดยมีเป้าหมายมุ่งพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เป็นรูปธรรม และส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 80 ของตำบลทั่วประเทศ

**หมวด 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ** มุ่งสร้างเอกภาพของหน่วยงานเกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การนำมาตรการทางภาษีมาใช้ โดยสนับสนุนให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และ สนับสนุนการกระจายอำนาจและเสริมสร้างขีดความสามารถของท้องถิ่นในการดำเนินงาน เช่น บทบาทในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

**หมวด 6 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ** สนับสนุนให้ระบบการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้รับการยอมรับ มีศักดิ์ศรี ได้รับความไว้วางใจและเป็นที่ยึดหลักของประชาชน โดยมีแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขประจำครอบครัว และสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม โดยรัฐไม่พึงสนับสนุนหรือให้สิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

**หมวด 7 การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ** สนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่างๆอย่างเท่าเทียม มีเป้าหมายให้มีรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างน้อย ร้อยละ 10 มีโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ อย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง และให้มีการจัดระบบ กลไก และงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างพอเพียง

**หมวด 8 การคุ้มครองผู้บริโภค** เร่งรัดการจัดตั้งองค์การเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระตามรัฐธรรมนูญฯ จัดให้มีกลไกการเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบสินค้าและบริการ และสนับสนุนให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้รับสินค้าที่มีมาตรฐานคุณภาพ ปลอดภัย และเป็นธรรม ตลอดจนมีระบบการเยียวยาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ซึ่งรวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคจากผลกระทบของการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศและกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามรัฐธรรมนูญฯ ด้วย

**หมวด 9 การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ** นโยบายสาธารณะจะต้องพัฒนาจากฐานความรู้ที่รอบด้าน เพียงพอ เชื่อถือได้ เปิดเผยที่มาของแหล่งความรู้ได้ ดังนั้น รัฐและภาคส่วนต่างๆต้องมีการลงทุนและมีบทบาทในการสร้างจัดการ สื่อสาร และเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

**หมวด 10 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ** ต้องมีความเป็นกลาง เป็นธรรม และรอบด้าน ผ่านช่องทางที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจปรับพฤติกรรมสุขภาพ อันจะนำไปสู่สุขภาพะ โดยประชาชนต้องได้รับการคุ้มครอง เพื่อให้ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอ

**หมวด 11 การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข** รัฐมีหน้าที่กำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การพัฒนา และการกระจายบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ โดยบุคลากรด้านสาธารณสุขมีคุณภาพ จริยธรรม มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม และมีปริมาณเพียงพอ บริการประชาชนร่วมกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ แบบสหวิชาชีพ

**หมวด 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ** มุ่งสร้างความเป็นธรรมในการได้รับประโยชน์จากการบริการสาธารณสุขที่รัฐสนับสนุน มุ่งลดสัดส่วนรายจ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขของประเทศ ลดจำนวนครัวเรือนที่ประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ รวมถึงเพิ่มการจัดเก็บภาษีจากการบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจและสินค้าที่ทำลายสุขภาพ สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน



**5.2 ประโยชน์ที่คนไทยจะได้รับจากการมีธรรมนูญฯ** คือ การมีฐานอ้างอิงทิศทางและเป้าหมายของระบบสุขภาพในอนาคตที่เป็นข้อตกลงร่วมของสังคม ดังนั้น เมื่อจัดทำธรรมนูญและประกาศใช้แล้ว ธรรมนูญจะไม่มีคุณค่าใดๆ หากไม่มีการนำหลักการ แนวคิด เป้าหมาย และสาระที่ปรากฏอยู่ไปผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ซึ่งทุกหน่วยงาน องค์กร สถาบัน ชุมชน ประชาชนทุกพื้นที่ ทุกระดับ ทุกเครือข่าย ทั้งที่เป็นเครือข่ายภาคประชาชน ประชาสังคม ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรและบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ และสถาบันวิชาการ สถาบันการศึกษา หน่วยงานของรัฐระดับกระทรวง กรม กอง ภาคเอกชน ธุรกิจ องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ สามารถนำธรรมนูญฯ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ โดยหากทุกหน่วยงาน/เครือข่ายกำหนดแนวการทำงานตามกรอบของธรรมนูญฯ แล้ว ระบบสุขภาพของประเทศก็จะมีทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจนอย่างเหมาะสมกับช่วงเวลานั้นๆ และก็อาจปรับเปลี่ยนพัฒนาไปหลังมีการทบทวนบริบทต่างๆ ในอย่างน้อยทุกห้าปี กรอบแนวทางตามธรรมนูญฯ จึงไม่ใช่เรื่องตายตัวที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ แต่ในห้วงเวลาหนึ่งๆ ระบบสุขภาพของประเทศย่อมต้องการความชัดเจนของทิศทางการพัฒนาให้เกิดมรรคผล และตอบสนองหลักการ เป้าหมายที่เหมาะสมในห้วงเวลานั้นๆ

**5.3 ตัวอย่างการนำธรรมนูญฯ ไปใช้ประโยชน์** สืบเนื่องจากผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่กฎหมายกำหนด ได้แก่

1) การนำธรรมนูญฯ ไปเป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำแผนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทุกระดับ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนสุขภาพแห่งชาติซึ่งขณะนี้อยู่ในช่วงการจัดทำแผน 11 แล้ว หรือการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2554 - พ.ศ. 2558

2) การแปลงสาระสำคัญและทิศทางเป้าหมายในธรรมนูญฯ ไปกำหนดไว้ในแผนบริหารราชการแผ่นดิน และแผนปฏิบัติราชการ 4 ปีหรือแผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยราชการ รวมถึงใช้สาระในธรรมนูญฯ เป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำนโยบาย แผนงาน/โครงการตลอดจนเสนอของบประมาณสนับสนุน

3) กำหนดเป็นนโยบาย เป้าหมายรูปธรรมในการขับเคลื่อนของรัฐบาล ฝ่ายนโยบาย คณะกรรมการระดับชาติหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละเรื่อง เช่น กำหนดเป็นทิศทางและเป้าหมายของรัฐบาลหรือพรรคการเมือง คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติดำเนินการให้มียาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ส่วนการนำธรรมนูญฯ ไปใช้ประโยชน์ในทางสังคม และพื้นที่ชุมชนนั้น เป็นไปได้ทั้งการนำกรอบคิด หลักการเป้าหมาย และทิศทางของธรรมนูญฯ ใช้ประโยชน์ทั้งฉบับ หรือการนำเป้าหมาย มาตรการเฉพาะบางหมวด บางประเด็นไปใช้เป็นทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของพื้นที่ ดังนี้

1) การนำธรรมนูญฯ ไปเป็นกรอบแนวทางพัฒนาธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ปัจจุบันมีพื้นที่ที่จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งเป็นกรอบข้อตกลงหรือมาตรการทางสังคมเพื่อไปสู่สังคมสุขภาวะร่วมกันของพื้นที่แล้วหกแห่ง คือ **ธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้** อ.สิงหนคร อ.เมือง จ.สงขลา ซึ่งมีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นแกน นับเป็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ฉบับแรกของประเทศ และ**ธรรมนูญอำเภอสูงเม่น** จังหวัดแพร่ ซึ่งมีโรงพยาบาลอำเภอสูงเม่นเป็นแกน เป็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอฉบับแรก ในปี 2553 มีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่เพิ่มอีก 4 แห่งคือ เทศบาลตำบลริมปิง จ.ลำพูน อบต.เหมืองหม้อ จ.แพร่ อบต.แม่ถอด จ.ลำปางและเทศบาลตำบลวัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก



“ชะแล้” ตำบลเล็กๆในอำเภอสิงหนคร สงขลา มีประชากรประมาณ 3,000คน ประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ฉบับแรกของโลก ภายใต้การนำของอดีตนายก อบต. ขุนทอง บุญยประวิตร ที่ถูกจุดประกายด้วยคำถามที่ว่า “ทำอย่างไรจึงจะมีข้อผูกมัดให้ อบต.ชะแล้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง และทำให้ประชาชนชาวชะแล้ปฏิบัติตัวตามสิ่งได้ร่วมกันคิดไว้ในแผน” นับจากนั้นกระบวนการร่างธรรมนูญแบบมีส่วนร่วมก็เกิดขึ้น ใช้ความรู้จากการข้อมูลสุขภาพของทีมนักวิชาการที่สถาบันการศึกษาในพื้นที่ช่วยสนับสนุนอนุกรรมการร่างเนื้อหา ธรรมนูญสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชนชะแล้โดยอนุกรรมการสื่อสาร จัดกระบวนการรับฟังความเห็นโดยอนุกรรมการรับฟังความคิดเห็น และมีอนุกรรมการติดตามประเมินผลซึ่งที่สุดแล้วได้มีการจัดตั้งสำนักธรรมนูญสุขภาพเพื่อเป็นกลไกประสานการทำงานและติดตาม กำกับดูแลการขับเคลื่อนธรรมนูญสู่การปฏิบัติในระยะยาว ธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้ประกาศใช้เมื่อ

สาระสำคัญบางข้อในธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้ พ.ศ.2552

ข้อ 5 โดยมาตรฐานทั่วไปของคนชะแล้ ควรรักษาสิ่งแวดล้อมข้อที่ 5 และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อม 5 ให้ได้อย่างน้อยอีก 1 ข้อ

ข้อ 10 ควบคุมกลิ่น ขยะ สิ่งปฏิกูล น้ำเสีย เสียง ฝุ่นละออง แสง ควัน ความเร็วรถ ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่ร่วมกันกำหนด

ข้อ 23 ให้มีพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทันตภิบาลในสัดส่วน 1 : 5,000 หรือตามเหตุผลความต้องการของชุมชน

ข้อ 45 สนับสนุนการตลาดผลผลิตและผลิตภัณฑ์ของชุมชนคนชะแล้ และ ร่วมกันบริโภคผลผลิตที่เป็นของชาวชะแล้

ข้อ 51 องค์การบริหารส่วนตำบลชะแล้ต้องจัดสรรงบประมาณ ในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไป ตามธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้ฉบับนี้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรายได้รวมทั้งหมดของงบประมาณในแต่ละปี

\*\* นายก อบต. ขุนทอง บุญยประวิตร เสียชีวิตจากการลอบสังหาร เมื่อ 25 พ.ย. พ.ศ. 2552

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่เหล่านี้มีลักษณะเหมือนกันคือ ใช้เพียงหลักการของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ แต่ใช้เป้าหมายรูปธรรมอันปรากฏเป็นสาระ พิจารณาประกอบข้อมูลสถานะสุขภาพและความต้องการจริงของพื้นที่ จัดกระบวนการร่างธรรมนูญที่ประชาชนในพื้นที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมก็สามารถจัดทำภาพ

อนาคตระบบสุขภาพของชุมชนในระยะยาว เพื่อเป็นกรอบนำทาง ที่เชื่อมโยงและช่วยกำหนดแผนงาน กิจกรรมภายใต้แผนพัฒนาพื้นที่ ชุมชน ตำบลให้ไปในทิศทางที่ตกลงร่วมกันไว้ได้

2) การนำสาระ โดยเฉพาะเป้าหมาย มาตรการรายนาม รายประเด็นที่ปรากฏในธรรมนูญไปใช้พัฒนาเป็นแนวทางดำเนินงาน หรือขับเคลื่อนให้เกิดผลทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในกลุ่มองค์กรที่ทำงานเฉพาะประเด็นในเรื่องนั้นๆ เช่น สุขภาพคนชายขอบ การแพทย์แผนไทย สุขภาพผู้หญิง เด็ก เยาวชน ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ เป็นต้น

การขับเคลื่อนและนำสาระที่ปรากฏในธรรมนูญไปใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติของหน่วยงาน องค์กร ภาคเครือข่ายทุกภาคส่วนจะเป็นเรื่องที่ต้องการความร่วมมือ เห็นคุณค่า ความสำคัญจากทุกภาคส่วนยิ่งกว่ากระบวนการจัดทำธรรมนูญตลอดสองปีที่ผ่านมา ปัจจุบัน คสช.ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ 2 ชุด คือ คณะกรรมการติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธาน และคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อสนับสนุนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช เป็นประธาน ทำหน้าที่เป็นกลไกกำกับดูแลการขับเคลื่อนธรรมนูญสู่การปฏิบัติ ทั้งผ่านการจัดการความรู้ การสร้างความรู้ที่จำเป็น และการขับเคลื่อนสังคม รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงานและข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงธรรมนูญในฉบับต่อไปด้วย