

## **Public Policy Process based on the National Health Act, B.E. 2550 (2007)**

Chaturong Srisutham

Lecturer of Public Administration Program, Udon Thani Rajabhat University,  
Bueng Kan Campus

### **Abstract**

This article is created under the objectives of the collection and investigation of instruments regarding the procedure creating public policy on the National Health Act, B.E. 2550 (2007) (hereinafter refers to as “Act”), together with the presentation of the collective efforts of related agencies in the creating of the Act in accordance with the study case in Northeastern Region of Thailand. Results from the documentary research and focused group discussion show that the aforementioned instruments comprise the Health Assembly, Health Impact Assessment, Statute of Health, and the Synergy Facilitators of Public Policy in Participatory Healthcare Procedure. In addition, the Act comprises the instruments of Provincial Health Assembly, Community-Based Health Impact Assessment, Local Statute on Health, as well as the Synergy Facilitators who foster the collaboration between other related agencies.

**Key Words:** Public Policy Process on Health, the National Health Act, B.E. 2550 (2007)

### กระบวนการนโยบายสาธารณะตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550<sup>1</sup>

จตุรงค์ ศรีสุรธรรม

อาจารย์ สาขารัฐประศาสนศาสตร์ ศูนย์การศึกษาบึงกาฬ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

#### บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมวลเครื่องมือในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และนำเสนอกระบวนการสานพลังในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ผ่านกรณีตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย โดยอาศัยการวิจัยเชิงเอกสาร และการสนทนากลุ่มย่อย ผลการศึกษา พบว่า เครื่องมือสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และนักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและพัฒนาสังคมสุขภาวะ หรือ นักสานพลังฯ สำหรับกระบวนการสานพลังในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ จากกรณีตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย โดยอาศัยเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบด้วย สมัชชาสุขภาพจังหวัด การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยมีนักสานพลังฯ เป็นเสมือน “กาว” ในการเชื่อมร้อยภาคีภาคส่วนต่าง ๆ

**คำสำคัญ:** กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

<sup>1</sup> ปรับปรุงจากบทความที่นำเสนอในการประชุมวิชาการระดับชาติด้านการบริหารกิจการสาธารณะ ครั้งที่ 3 “การเปลี่ยนผ่าน และการปฏิรูปการบริหาร สู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน” วันศุกร์ที่ 19 สิงหาคม 2559 ณ วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทนำ

“นโยบายสาธารณะ” ในบริบทประเทศไทยหลายทศวรรษที่ผ่านมา ตั้งอยู่บนพื้นฐานของนิยามที่เชื่อโดยสนิทใจของคนส่วนใหญ่ว่า นโยบายสาธารณะคือ การตัดสินใจ หรือกิจกรรมที่ภาครัฐเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ (Dye, 1992) โดยคำนึงถึงคุณค่าและผลกระทบ (ทั้งบวกและลบ) ต่อประชาชนหรือสังคมส่วนรวมเป็นหลัก ขณะที่ การตัดสินใจดังกล่าวก็ต้องพิจารณาอยู่บนพื้นฐานของการประเมินและวิเคราะห์ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยพยายามทำให้ทุกอย่างเป็นเรื่องของขั้นตอน วิธีการ และเรื่องเชิงปริมาณ ส่งผลให้นโยบายสาธารณะนอกจากเป็นการตัดสินใจและกิจกรรมของภาครัฐแล้ว ยังถือเป็นเรื่องของนักเทคนิคหรือผู้เชี่ยวชาญทางนโยบายและแผน กระทั่งมองว่าเรื่องเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องที่ชาวบ้านทั่วไปจะรู้เรื่องหรือเข้ามาเกี่ยวข้อง และสร้างการกีดกันการมีส่วนร่วมของผู้คนทั่วไปออกจากเรื่องของนโยบายสาธารณะ

ทว่า “การมีส่วนร่วม” ในทางนโยบายสาธารณะก็เริ่มถูกพูดถึงในราวสองทศวรรษที่ผ่านมา และกลายเป็นแฟชั่นที่มีการเรียนการสอน การจัดหลักสูตรฝึกอบรม และงานวิจัยจำนวนมาก ซึ่งงานที่สร้างความตื่นตัวและจุดประกายให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ คือ หนังสือเล่มเล็กของประเวศ วะสี (2547) ที่เสนอว่า นโยบายที่ดีควรมีกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Participatory Public Policy Process : PPPP) ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมเรียนรู้ของทุกฝ่ายอย่างกว้างขวาง เพื่อให้เกิดเป็นความเข้าใจของสังคม เป็นคุณค่าของสังคม และการปฏิบัติโดยสังคม รวมถึงเพื่อให้นโยบายสาธารณะเป็นกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากสาธารณะอย่างแท้จริง โดยเฉพาะมิติของสุขภาพที่ต้องมุ่งสู่ความถูกต้องเป็นธรรม และประโยชน์สุขของมหาชน

ก่อนหน้านี้ในเวลาใกล้เคียงกัน ก็ได้มีงานชื่อว่า “การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ” โดยอำพล จินดาวัฒนะ (2546) ซึ่งถือว่ามีอิทธิพลต่อการสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพในสังคมไทย (คู่ขนานกับงานชิ้นแรก) เป็นอย่างมาก และในปี 2549 ได้ปรากฏงานอีกชิ้นชื่อว่า “กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม: ปรากฏการณ์ใหม่ของสังคมไทย” โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2549) ที่ได้รับอิทธิพลจากงานทั้งสองชิ้นข้างต้น โดยมุ่งนำเสนอการสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่ดีว่าควรเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ไม่ใช่การกำหนดนโยบายสาธารณะจากฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียว หรือช่องทางการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบปิด คู่ขนานกับหลายภาคส่วนในสังคมได้ผลักดันและยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยหวังให้เป็นกฎหมายแม่บทหรือธรรมนูญด้านสุขภาพของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม

ต่อมาในปี 2550 จึงได้มีการประกาศบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งการกำหนดองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายอันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยอำพล จินดาวัฒนะ (2546) สะท้อนว่ากรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพไม่ได้วางอยู่บนฐานที่ว่าด้วยเรื่องของโรคเช่นในอดีต หากแต่ขยายตัวไปวางอยู่บนฐานที่ว่าด้วยเรื่องสุขภาพะ อันประกอบด้วย มิติทางกาย ทางใจ ทางปัญญา และทางสังคม (ซึ่งปรากฏในหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) ด้วยเหตุนี้ สุขภาพจึงมีความหมายกว้างกว่าเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บแบบเดิมๆ และสุขภาพก็มีความหมายมาจากหลายปัจจัย ไม่ใช่แค่จากเชื้อโรคเท่านั้น

ดังนั้น การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงมีเป้าหมายสูงสุดคือ การมี “สังคมสุขภาวะ” ซึ่งใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเป็นหลัก โดยการเชื่อมโยงสามพลัง ได้แก่ พลังสังคม พลังปัญญา และพลังรัฐ เข้าทำงานร่วมกันภายใต้หลักการ “การสานพลัง” เพื่อประสาน ส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนได้ใช้เครื่องมือและกลไกต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการพัฒนาและ

ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่มุ่งเน้นการสร้างนำซ่อม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

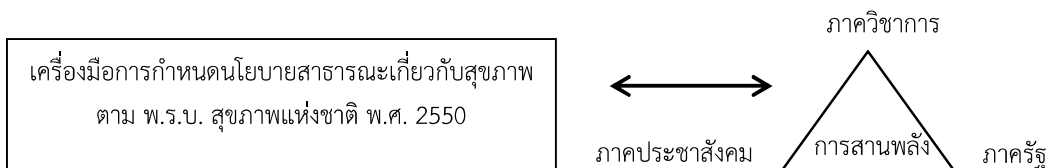
อย่างไรก็ดี การผลักดันเรื่องข้างต้นในทางปฏิบัติ ซึ่งต้องการให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันใช้เครื่องมือและกลไกต่างๆ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม นั้น ได้สร้างความสับสนและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนแก่ภาคีภาคส่วนที่เข้ามาร่วมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับเครื่องมือการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม รวมถึงการรับรู้ของคนโดยทั่วไปต่อการมีอยู่ของเครื่องมือดังกล่าว กระทั่ง เกิดคำถามในทำนองที่ว่า “ชาวบ้าน หรือประชาชนทั่วไปจะสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่ว่ามีได้จริงหรือไม่ อย่างไร?” ด้วยเหตุนี้ บทความชิ้นนี้จึงพัฒนาขึ้นด้วยเห็นว่ามีคามจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประมวลเครื่องมือในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และกระบวนการสานพลังในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยเครื่องมือพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ผ่านกรณีตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ด้วยเป็นภูมิภาคที่มีการกระบวนการสานพลังในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยเครื่องมือพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อย่างจริงจังและต่อเนื่องครอบคลุมทุกจังหวัด โดยเชื่อว่าสามารถสะท้อนแง่มุมที่สำคัญ ในการเป็นแนวทางหรือแนวปฏิบัติแก่พื้นที่ในภูมิภาคอื่นๆ ได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประมวลเครื่องมือในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
2. เพื่อนำเสนอกระบวนการสานพลังในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยเครื่องมือในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ผ่านกรณีตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

### กรอบแนวคิดการศึกษา

บทความนี้อาศัยแนวคิดการสานพลังในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดเครื่องมือที่เปิดให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมเรียนรู้ของทุกฝ่ายอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเป็นหลัก โดยการเชื่อมโยงสามพลัง ได้แก่ พลังสังคม พลังปัญญา และพลังรัฐ เข้าทำงานร่วมกันภายใต้หลักการ “การสานพลัง” เพื่อประสาน ส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนได้ใช้เครื่องมือและกลไกต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา



### ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้เขียนอาศัยระเบียบวิธีการวิจัยเชิงเอกสาร ประกอบกับประสบการณ์ตรงในการเข้าร่วมประชุมและสนทนากลุ่มห้องย่อยในการประชุมวิชาการ “การพัฒนาและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 22 – 23 มิถุนายน 2559 ณ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งกำหนดขอบเขตของการศึกษานี้ไว้เพียงการประมวลเครื่องมือในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 รวมถึงเครื่องมืออื่นๆ กรอบกฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้อง และการนำเสนอกระบวนการสานพลังในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ผ่านกรณีตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น ซึ่งจะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์ เพื่อที่เราจะได้มาร่วมกันหาคำตอบและตอบคำถามว่า “ชาวบ้าน หรือประชาชนทั่วไปจะสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่ว่ามันได้จริงหรือไม่ อย่างไร?”

### นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ : เครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ (Health) ว่าเป็นเรื่องของสุขภาพะ (well-being) 4 มิติ ประกอบด้วย กาย ใจ ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล สุขภาพจึงมีความหมายที่กว้างกว่าเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บแบบเดิมๆ และสุขภาพก็มีผลกระทบมาจากหลายปัจจัย ไม่ใช่แค่จากเชื้อโรคเท่านั้น ดังนั้น นโยบายสาธารณะ (Public Policy) ในเรื่องต่างๆ ที่ปรากฏขึ้นในสังคมจึงนับเป็นเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญ เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งด้านบวกและด้านลบ การให้ความสำคัญต่อการสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ จึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะสุขแบบที่คุ้นเคยกันในอดีต (อำพล, 2546)

ทั้งนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้มีกลไกและเครื่องมือที่เปิดให้ทุกภาคส่วนร่วมกันพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ (ซึ่งกว้างกว่าเรื่องนโยบายด้านสาธารณสุขที่มีกระทรวงสาธารณสุขดูแลเป็นหลักอยู่แล้ว) โดยมีกลไกในระดับชาติ คือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ดำเนินงานในการสานพลังทุกภาคส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมทำ ร่วมขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและการเป็นสังคมสุขภาวะ

อนึ่ง การจะบรรลุเป้าหมายสู่การเป็นสังคมสุขภาวนั้น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดเครื่องมือที่เปิดให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ไว้ใน 3 ลักษณะ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ขณะเดียวกัน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2559) ก็ได้มีการริเริ่มโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (นส.) ซึ่งทำหน้าที่เป็น “กาว” เชื่อมตัวแสดงจากภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยการเรียนรู้ร่วมกันผ่านเครื่องมือสำคัญทั้ง 3 ลักษณะ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1) สมัชชาสุขภาพ : เครื่องมือพัฒนากระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะ

“สมัชชาสุขภาพ” คือ เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม ที่ปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถือเป็นแนวทางใหม่ของการพัฒนากระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะตามระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งถูกนิยามไว้ในมาตรา 3 ว่า “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็น

ระบบและอย่างมีส่วนร่วม” โดยในหมวดที่ 4 มาตรา 40 และมาตรา 41 ได้กำหนดให้มีสมัชชาสุขภาพไว้ 3 ประเภท ประกอบด้วย สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (มาตรา 41) และสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เพื่อเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคม โดยอาศัยพลังจาก 3 ภาคส่วนที่เชื่อมโยงกัน คือ พลังทางปัญญา (ภาควิชาการ/สถาบันการศึกษา) พลังทางสังคม (ภาคประชาสังคม/เอกชน) และพลังรัฐ/การเมือง (ภาครัฐ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ซึ่งการเชื่อมโยงดังกล่าวย่อมเข้ามามีส่วนร่วมทำให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม จะนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ

โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีการจัดอย่างเป็นทางการครั้งแรก พ.ศ. 2551 และจัดเป็นประจำทุกปี ต่อเนื่องเรื่อยมาจนถึง พ.ศ. 2558 รวม 8 ครั้ง ซึ่งได้ข้อเสนอเชิงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและมีการผลักดันไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในระดับชาติ ระดับกระทรวง กรม ระดับจังหวัด และระดับชุมชนท้องถิ่น และพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมมากขึ้นเป็นลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559) นอกจากนี้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังได้สนับสนุนให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นๆ ทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง และมีการต่อยอดไปสู่การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Health Assembly : PHA) โดยใช้พื้นที่จังหวัดเป็นขอบเขตดำเนินการ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2555 ต่อยอดเรื่อยมาจนกระทั่งปัจจุบัน (พ.ศ. 2559) ครอบคลุมทุกจังหวัด

## 2) เอชไอเอ (HIA) : เครื่องมือประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

“การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ” (Health Impact Assessment : HIA) ถือเป็นเครื่องมืออีกหนึ่งชนิดตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งคำนึงถึงสิทธิของชุมชนท้องถิ่นบนฐานการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง คือ สิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (มาตรา 5) สิทธิในการได้รับข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น และวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว (มาตรา 10) สิทธิร้องขอให้มีการประเมินและสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรม (มาตรา 11) และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ (มาตรา 25 (5)) และได้มีการประกาศใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน 2552 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

กระนั้น ที่ผ่านมามีเรื่องนี้อยู่ยังคงถือเป็นเรื่องใหม่และไม่ค่อยได้รับความสนใจในสังคมไทย จะมีก็เฉพาะประเด็นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากนโยบายสาธารณะมากกว่า จนนำไปสู่การตรากฎหมายกำหนดเกี่ยวกับเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment : EIA) ออกมาบังคับใช้ (วิสุทธิ และนิรชา, 2555) และที่เกิดตามกันมาก็คือ การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (Environmental Health Impact Assessment : EHIA) แต่ก็ดูเหมือนว่าจะยังไม่สามารถรับมือกับการพัฒนาที่ก้าวกระโดดของปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และความหวังกังวลของชุมชนได้เพียงพอ

อย่างไรก็ตาม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการพัฒนาเครื่องมือนี้สำหรับการนำไปใช้ในชุมชน เรียกว่า การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพระดับชุมชน (Community Health Impact Assessment: CHIA) หรือเรียกง่ายๆ ว่า CHIA เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของคนในแต่ละชุมชน (อำพล, 2553) โดยเป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้คนในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างชุมชนสุขภาวะที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่ยั่งยืน และใช้เป็นหลักในการพิจารณาทางเลือกการพัฒนาต่างๆ หรือประกอบการพิจารณา

หรือการตัดสินใจ เกี่ยวกับนโยบายหรือโครงการต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อชุมชน และครอบคลุมไปถึงสุขภาวะแบบองค์รวมของชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานเชิงบวก ไม่ใช่ทำเพื่อนำผลไปใช้เพื่อการอนุญาต-ไม่อนุญาตเรื่องต่างๆ และไม่ใช่เครื่องมือในเชิงอำนาจหรือเชิงกฎหมาย (วิสุทธิ และนิรชา, 2555) แต่เป็นไปเพื่อให้คนและชุมชนมีสุขภาวะที่ดีร่วมกัน

### 3) ธรรมนูญสุขภาพ : เครื่องมือกำหนดกรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ดี

“ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ” ถือเป็นเครื่องมืออีกชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่นำไปสู่การสร้างสุขภาวะของคนและสังคมร่วมกัน โดยมาตรา 25 กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เสนอให้คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบตามมาตรา 46 โดยมีกระบวนการที่เน้นสร้างการมีส่วนร่วมในสังคมทุกภาคส่วน และภาคส่วนต่างๆ สามารถนำไปอ้างอิงประกอบการจัดทำแผน นโยบายในระดับต่างๆ และกติการ่วมกันของชุมชนได้

อนึ่ง ตามมาตรา 48 บัญญัติว่า เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแล้ว ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก ได้ประกาศใช้อย่างเป็นทางการเมื่อปี 2552 ขณะเดียวกัน บทบัญญัติมาตรา 46 วรรคสี่ กำหนดให้ต้องมีการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุก 5 ปี ดังนั้น ปัจจุบัน (พ.ศ. 2559) จึงอยู่ระหว่างการทบทวน (ร่าง) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ ในคำปรารภของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ในระบุในตอนหนึ่งว่า ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่สามารถจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ของตน โดยต้องไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติได้ ในเวลาต่อมาตำบลชะแล้ จังหวัดสงขลา ได้นำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้จนเกิดเป็นธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่+แห่งแรกของประเทศไทย และกลายเป็นแรงบันดาลใจให้กับพื้นที่อื่นๆ ไปดำเนินการจัดทำธรรมนูญสุขภาพในระดับพื้นที่อีกหลายแห่งทั่วประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

### 4) นักสานพลังฯ : เครื่องมือพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

นอกจากเครื่องมือตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้งสามชนิดข้างต้นแล้ว ในปี 2555 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ริเริ่มการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพนักพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เป็นครั้งแรก ในชื่อ “โปรแกรมพัฒนาศักยภาพนักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” (ปัจจุบันได้เพิ่มคำว่า “และพัฒนาสังคมสุขภาวะ” ต่อท้ายด้วย) ซึ่งเรียกชื่อโดยย่อว่า “นักสานพลังฯ หรือ นนส.”

โดยโปรแกรมนักสานพลังฯ มีเนื้อหาสาระหลักมุ่งเน้นไปที่กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านเครื่องมือสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ โดยคาดหวังให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและใกล้เคียงกัน (Right-understanding) ทักษะที่ดีร่วมกัน (Right-attitude) และสมรรถนะในการเป็นผู้ร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ดี ไปจนถึงการเป็นผู้เอื้ออำนวยกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ (Policy facilitator) (เครือข่ายสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ประเด็น, 2559)

อนึ่ง “นักรสานพลัง” ในที่นี้จึงไม่ใช่รสานพลังทั่วไป หรือเพื่ออะไรก็ได้ แต่คือนักรสานพลังเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมเรียนจากแกนนำเครือข่ายในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม รวมถึงที่เป็นแกนคนทำงานในกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดเป็นหลักจากทั่วประเทศ ซึ่งปัจจุบันมีการจัดโปรแกรมรสานพลังฯ ทั้งส่วนกลาง (ทุกภูมิภาคทั่วประเทศ) และทั้งส่วนภูมิภาค (ผู้เขียนได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมโปรแกรมรสานพลังฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2559)

ดังนั้น นักรสานพลังฯ หรือ นนส. จึงถือเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่เปรียบเสมือน “กาว” ในการเชื่อมร้อยภาคส่วนต่างๆ ให้มาทำงานร่วมกัน โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และการประสานความร่วมมือกันของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะบุคลากรในภาคส่วนราชการ/การเมือง สถาบันวิชาการ/การศึกษา เครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ เครือข่ายสื่อมวลชน ตลอดจนภาคประชาสังคมต่างๆ เพื่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพคนทำงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุด

**จากเครื่องมือสู่กระบวนการ : กรณีตัวอย่างกระบวนการรสานพลังในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ โดยอาศัยเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**

การหาคำตอบให้กับคำถามที่ว่า “ชาวบ้าน หรือประชาชนทั่วไปจะสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่วันนี้ได้จริงหรือไม่ อย่างไร?” จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการปฏิบัติจริงผ่านเครื่องมือสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และธรรมนูญสุขภาพ โดยมีนักรสานพลังฯ เป็นดั่ง “กาว” ในการเชื่อมร้อยภาคส่วนต่างๆ ให้มาทำงานร่วมกัน

สำหรับภาคีเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้มีการพัฒนาและกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ โดยอาศัยเครื่องมือดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ ผู้เขียนได้วิเคราะห์และสรุปจากการประชุมและสนทนากลุ่มห้องย่อยในการประชุมวิชาการ “การพัฒนาและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 22 – 23 มิถุนายน 2559 ณ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งตัวอย่างที่จะหยิบยกมาแลกเปลี่ยนนี้ แม้ไม่สามารถครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 20 จังหวัด แต่ก็สามารถสะท้อนแง่มุมที่สำคัญๆ ในการเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อื่นได้ ดังนี้

### 1) สมัชชาสุขภาพจังหวัด

สมัชชาสุขภาพจังหวัด คือ กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบโดยใช้พื้นที่จังหวัดเป็นขอบเขตดำเนินการ โดยจะขอหยิบยกสมัชชาสุขภาพจังหวัดมุกดาหารที่ขับเคลื่อนในประเด็นเขตเศรษฐกิจพิเศษและทรัพยากรธรรมชาติ และสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีที่ขับเคลื่อนประเด็นความมั่นคงทางอาหาร (เกษตรอินทรีย์) มาเป็นแนวทางในการเรียนรู้ร่วมกัน

#### 1.1) สมัชชาสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร : การจัดการพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนมุกดาหาร

ภายหลังคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (กนพ.) เสนอให้มีการตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษระยะแรกของไทย ใน 5 จังหวัดชายแดน ประกอบด้วย จังหวัดตาก จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดสระแก้ว จังหวัดตราด และจังหวัดสงขลา ได้สร้างกระแสการตื่นตัวของชาวจังหวัดมุกดาหารเป็นอย่างมาก ด้วยเห็นวามนโยบายการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนมุกดาหารของรัฐบาลมีผลกระทบต่อชาวจังหวัดมุกดาหารทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยกระบวนการรองรับสถานการณ์การจัดการพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและทรัพยากรธรรมชาติ จังหวัดมุกดาหาร ได้กลายเป็นประเด็นในการขับเคลื่อนของภาคประชาสังคมจังหวัด

มุกดาหาร และรวบรวมองค์กรชุมชน ผ่านเครือข่ายขบวนองค์กรชุมชนจังหวัดมุกดาหาร จนเกิดเป็นกลไกการขับเคลื่อนแบบพหุภาคีจากภาคส่วนต่างๆ

ทั้งนี้ กลไกแบบพหุภาคีกับการมีส่วนร่วมจัดการพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและทรัพยากรธรรมชาติก่อร่างจากกลไก-คณะบุคคลสภาองค์กรชุมชน และเป็นรูปเป็นร่างชัดเจนขึ้นเมื่อเกิดสมัชชาสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ในปี 2555 และมีภาคีเครือข่ายขับเคลื่อน ประกอบด้วย สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ศูนย์ประสานงานภาคีการพัฒนาจังหวัด (ศปจ.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด (พช.) สำนักงานเกษตรจังหวัด กรมพัฒนาที่ดิน สหกรณ์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และวิทยาลัยชุมชนมุกดาหาร โดยการขับเคลื่อน เริ่มต้นจากการแสวงหา “คนที่มีใจ” ที่มีบทบาทในการทำงานพัฒนาชุมชนในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร และสร้างเครือข่ายคนที่มีใจกระจายตัวในทุกพื้นที่ (อำเภอ) แล้วเริ่มการพูดคุย เปิดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมทั้งเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น จนเกิดความคิดร่วมของแกนนำที่จะกำหนดเป้าหมายการทำงานของภาคประชาสังคม/สมัชชาสุขภาพจังหวัด/สภาองค์กรชุมชน/ภาคประชาชนจังหวัดมุกดาหาร ที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงและการขยายผลต่อไป

ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ คือ เครือข่ายองค์กรภาคประชาสังคม ได้ดำเนินการจัดตั้งองค์กรเพื่อทำงานด้านการพัฒนาของภาคประชาชนในนาม “สภาพัฒนาองค์กรเครือข่ายชุมชนจังหวัดมุกดาหาร” พร้อมทั้งจัดตั้งกลไกในระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อดำเนินการประสานการทำงาน ภายใต้แนวคิดสำคัญคือ “รัฐ ร่วม ราษฎร์” ในการสร้างความร่วมมือกันของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรประชาชน/หน่วยงานภาครัฐระดับพื้นที่และจังหวัด จนสุดท้ายหลอมรวมกันเป็นสภาพลเมืองมุกดาหาร ภายใต้ชื่อ “สภา อ่วมฮัก โหมแอ่ง อ่วมแพงมุกดาหาร” ในปี พ.ศ. 2556 พร้อมกับการขยายแนวคิด “คนมุกดาหาร จัดการตนเอง”

บทเรียนสำคัญ คือ การขยายแนวคิด “คนมุกดาหาร จัดการตนเอง” ผ่านแกนนำในระดับตำบล (สภาองค์กรชุมชนตำบล) แกนนำสมัชชาสุขภาพจังหวัด และภาคีภาคส่วนต่างๆ โดยมีกลไกภาคประชาสังคมจังหวัดสนับสนุน (สภาพลเมืองมุกดาหาร) และเป็นแกนหลักในการดำเนินการ ทำให้มีการกำหนดทิศทางและแนวทางการจัดการพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและทรัพยากรธรรมชาติ จังหวัดมุกดาหาร ที่มีความชัดเจนมากขึ้น และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง อันถือเป็นการ “ระเบิดจากภายใน” อย่างแท้จริง ซึ่งภายหลังได้มีการต่อยอดไปสู่การจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ บนฐานคิด “เกษตรอินทรีย์บนวิถีพอเพียงในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ สู่อรรถมนูชีวิตรวมเมืองสามธรรม” (ธรรมะ ธรรมชาติ วัฒนธรรม)

ข้อเสนอแนะ ฐานข้อมูล/ข้อมูลวิชาการ เช่น การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ตลอดจนจัดทำข้อมูลสุขภาพในทุกด้านทุกมิติของจังหวัดมุกดาหาร สำหรับการนำมาใช้สนับสนุนหรือประกอบการตัดสินใจมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งการยอมรับและนำมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดไปสู่การปฏิบัติ และทั้งการสื่อสารสาธารณะ การประชาสัมพันธ์ รวมถึงการรายงานผลการปฏิบัติงานภาคีเครือข่ายทราบเป็นระยะ เพื่อกำหนดเป็นยุทธศาสตร์จังหวัดมุกดาหารต่อไป

## 1.2) สมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี : อุบลราชธานีเมืองเกษตรอินทรีย์

จังหวัดอุบลราชธานีมีความเหมาะสมทางสภาพภูมิศาสตร์ กอปรกับมีขนาดพื้นที่ประมาณ 10.6 ล้านไร่ (พื้นที่ใหญ่เป็นอันดับที่ 5 ของไทย) จึงมีพื้นที่ในการเพาะปลูกมากถึง 5.5 ล้านไร่ (กึ่งหนึ่งของพื้นที่ทั้งหมด) จึงถือเป็น “เมืองกสิกรรม” โดยปริยาย แต่เกษตรกรส่วนใหญ่ล้วนแต่ใช้สารเคมีในกิจกรรมการเพาะปลูกและป้อนผลการผลิต (อาหาร) สู่ตลาดทั้งภายในประเทศและส่งออกนอกประเทศ อย่างไรก็ตาม คนอุบลราชธานีส่วนหนึ่งก็ไม่ได้นิ่งนอนใจ และลุกขึ้นมาเชิญชวนเครือข่ายให้หันมาตระหนักและให้ความสำคัญต่อปัญหาเรื่องการใช้สารเคมีในแปลงเกษตร เพื่อนำไปสู่การลด ละ เลิกการใช้สารเคมี จนเกิดพื้นที่ “เกษตรอินทรีย์” กว่า 2.2 หมื่นไร่ ที่ถือ

เป็นพื้นที่กิจกรรมไร้สารเคมี ควบคู่กับการใช้เครื่องมือสมัชชาสุขภาพผลักดันให้เกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อปี 2556 เพื่อให้มุ่งสู่การเป็น “ราชธานีแห่งเกษตรอินทรีย์”

ทั้งนี้ ภาควิชาการที่เข้าร่วมขับเคลื่อนประเด็นเกษตรอินทรีย์ ประกอบไปด้วย 3 ภาคส่วน คือ 1) ภาควิชาการ ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และสถาบันอุดมศึกษาในพื้นที่ ดาเนินงาน 2) ภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานเกษตรจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานพาณิชย์จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นต้น และ 3) ภาคประชาชน ได้แก่ สื่อสร้างสุขอุบลราชธานี และมูลนิธิประชาสังคมอุบลราชธานี เป็นต้น

การขับเคลื่อนงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด ทั้งสามภาคส่วนได้ร่วมกันถักทองานด้วยความเกื้อกูลกัน และความร่วมมือร่วมใจกันของภาควิชาการ ซึ่งไม่ได้มีกฎข้อกำหนดหรือข้อบังคับให้ทำ การดำเนินจึงมักเป็นไปในลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป และที่ผ่านมามีกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดได้นำพาผู้คนที่มีความแตกต่างในเส้นทาง แต่มีเป้าหมายเดียวกัน มาร่วมกันสร้างสังคมเกษตรอินทรีย์ในจังหวัดอุบลราชธานี

ด้านปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ ประเด็น “เกษตรอินทรีย์” ก่อตัวในจังหวะและโอกาสที่เหมาะสม เนื่องจากภาควิชาการแต่ละภาคส่วนให้ความสำคัญ และหนุนเสริมงานสานพลังกันเป็นอย่างดี และเมื่อทุกองค์กรภาควิชาการได้มาร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ก็ทำให้ทุกคนเกิดความตระหนักว่าการทำงานใหญ่ใจต้องมุ่งมั่น ซึ่งต้องมี “เพื่อน” ร่วมอุดมการณ์งานจึงจะสามารถเดินไปด้วยคล่องตัว และใช้เวทีสมัชชาสุขภาพเป็นพื้นที่กลางในการเปิดโอกาสให้คนเข้ามาร่วมกันกำหนดนโยบาย รวมถึงการสอดรับกับนโยบายของจังหวัด

สำหรับบทเรียนสำคัญ คือ การผลักดันมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดสู่วาระของจังหวัด จำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์รองรับ ชุมชนท้องถิ่นเห็นความสำคัญร่วมของปัญหา มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจน มีการออกแบบแผนการดำเนินงานที่ครอบคลุมของเกษตรอินทรีย์ ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหน่วยงานนั้นๆ มีองค์กรเจ้าภาพ หรือมีการจัดตั้งกลไกเฉพาะเพื่อประสานความร่วมมือ ตลอดจนการสื่อสารสาธารณะ เช่น การเล่าผ่านสื่อวีดิทัศน์ ช่องทางเคเบิลทีวี การทำเป็นเอกสารวิชาการสร้างความเข้าใจง่าย การประชุมอย่างต่อเนื่องเป็นแบบแผน และการสรุปบทเรียนเป็นระยะ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ จุดตั้งต้นต้องทำให้คนหลายภาคส่วน เข้าใจ เห็นความสำคัญ ตระหนักร่วม และต้องทำให้ทุกคนเกิดความเชื่อในสิ่งที่ทำว่าถูกต้อง เพื่อสร้าง “เพื่อนร่วมอุดมการณ์” โดยอาศัยการสื่อสารสาธารณะเป็นตัวกลางในการเกาะเกี่ยวเชื่อมร้อยผู้คน และต้องมีการคิดค้นรูปแบบสื่อที่เข้าถึงประชาชนได้ง่าย รวมถึงการผลักดันเข้าสู่ (ผู้ว่าราชการจังหวัด) ประกาศเป็นวาระหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด อันจะนำไปสู่การลงนามแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน และการประกาศผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด เพื่อให้ประชาชนรับทราบร่วมกัน และร่วมติดตามประเมินผลให้เกิดการปฏิบัติจริง ภายใต้วาระจังหวัด

กล่าวโดยสรุป สมัชชาสุขภาพจังหวัด คือ กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่ใช้พื้นที่จังหวัดเป็นขอบเขตดำเนินการ ซึ่งเปิดให้กลุ่มเครือข่ายทุกภาคส่วนในจังหวัด ทั้งภาคประชาสังคม/เอกชน ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคราชการ/การเมือง ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยเริ่มครั้งแรกเมื่อปี 2555 ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (โปรดพิจารณาเพิ่มเติม อัครณัฐ วงศ์ปรีดี, 2558)

## 2) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน

ดังที่ได้กล่าวในตอนต้นว่า การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพระดับชุมชน หรืออย่างง่ายว่า CHIA ถือเป็นการกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในแต่ละชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานเชิงบวก ไม่ใช่ทำเพื่อนำผลไปใช้เพื่อการอนุญาติ-ไม่อนุญาติเรื่องต่างๆ และไม่ใช้เครื่องมือในเชิงอำนาจหรือเชิงกฎหมาย ในที่นี้จึงจะยกตัวอย่างการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดหนองคาย ที่มีการขับเคลื่อนเกี่ยวกับการจัดการขยะและโรงไฟฟ้าขยะ มาเป็นแนวทางในการเรียนรู้ร่วมกัน

## 2.1) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลคอโค อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

จังหวัดสุรินทร์มีปริมาณขยะมูลฝอยประมาณ 428 ตันต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามการเติบโตของเมืองและการกระจายตัวของประชากร เมื่อปี 2555 องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์จึงมีแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างโรงไฟฟ้าขยะชุมชนและได้มีการประกาศกำหนดการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน โดยเลือกพื้นที่ป่าโคโคโค ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลคอโค เป็นพื้นที่ในการสร้างโรงไฟฟ้าขยะชุมชน ทว่า พื้นที่ดังกล่าวมีประชาชนได้เข้าไปอาศัยทำมาหากินและมีข้อพิพาทระหว่างประชาชนบ้านตาแสงกับองค์การบริหารส่วนตำบลคอโคอยู่ก่อนแล้ว ส่งผลให้โครงการดังกล่าวถูกประชาชนในพื้นที่คัดค้านอย่างรุนแรง

ต่อมา องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์ จึงได้เลือกบริเวณพื้นที่ของจังหวัดทหารบกสุรินทร์ในการเป็นสถานที่สร้างโรงไฟฟ้าขยะชุมชนแห่งใหม่และเปิดรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน แต่กลับถูกประชาชนในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์และพื้นที่ใกล้เคียงคัดค้านอย่างรุนแรงอีกครั้ง กระทั่ง ดำเนินการส่งหนังสือคัดค้านไปยังคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และเสนอให้ยุติการก่อสร้างโรงไฟฟ้าขยะไว้ชั่วคราว เพื่อดำเนินการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและทางเลือกในการบริหารจัดการขยะในจังหวัดสุรินทร์ในรูปแบบวิธีการต่างๆ สำหรับกระบวนการทำความเข้าใจเรื่อง CHIA กับแกนนำชุมชนนั้น สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุรินทร์ ร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ และเครือข่ายประชาชนสนับสนุนการจัดการขยะอย่างยั่งยืน ดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจากโรงไฟฟ้าขยะ ทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยใช้โรงไฟฟ้าขยะ จังหวัดภูเก็ตเป็นกรณีศึกษา รวมถึงการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการขยะของจังหวัดสุรินทร์

ขณะที่ กระบวนการศึกษาและประเมินผลกระทบทางสุขภาพ คณะทำงานข้างต้นได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา ประกอบด้วย 1) สถานการณ์ปัญหาขยะในจังหวัดสุรินทร์ 2) นโยบายและแผนงานที่เกี่ยวข้อง 3) การศึกษาต้นแบบจากโรงไฟฟ้าขยะ จังหวัดภูเก็ต 4) การศึกษาทางเลือกที่เป็นรูปธรรมของการจัดการขยะในจังหวัด เช่น การจัดการขยะแบบครบวงจรของเทศบาลตำบลสำโรงท่า จังหวัดสุรินทร์ การจัดการขยะเปียก-ขยะอินทรีย์ กรณีโครงการขยะยืม โดยมูลนิธิชุมชนเกษตรอินทรีย์และรูปธรรมของเครือข่ายภาคประชาชนและชุมชนการจัดการขยะเชิงบูรณาการในรูปแบบ “บวร” การทำบ่อหมักก๊าซชีวภาพระดับชุมชน การแปรรูปพลาสติกเป็นน้ำมัน และธุรกิจรีไซเคิลในจังหวัดสุรินทร์ เป็นต้น 5) ทัศนคติของประชาชนต่อการจัดการขยะในจังหวัดสุรินทร์ และ 6) ข้อเสนอแนะต่อการจัดการขยะในจังหวัดสุรินทร์

กระบวนการนำเสนอผลการศึกษาและทางเลือกในการตัดสินใจ (การผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ) สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุรินทร์ จึงกำหนดประเด็นการจัดการขยะให้เป็นวาระสำคัญของคนสุรินทร์ที่จะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาและหาทางออกการจัดการขยะร่วมกัน โดยสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในจังหวัดสุรินทร์ ผ่าน 2 ช่องทาง ได้แก่ 1) การจัดเวทีสาธารณะ “ทางเลือกการจัดการขยะจังหวัดสุรินทร์” ซึ่งให้ผู้ประกอบการที่จะสร้างโรงไฟฟ้าขยะให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทำงานของระบบโรงไฟฟ้าขยะ ควบคู่กับการระดมแนวทางการจัดการขยะที่แต่ละพื้นที่ดำเนินการ และ 2) การสัมภาษณ์ เพื่อสำรวจทัศนคติและความเห็นของประชาชนต่อการจัดการขยะในจังหวัดสุรินทร์ อันจะต่อยอดสู่กระบวนการติดตามและประเมินผล อาทิ การออกแบบแนวทางและคณะทำงานในการติดตามตรวจสอบ การกำหนดขอบเขต/ประเด็นการติดตามตรวจสอบ และรายงานผลต่อสาธารณะต่อไป

## 2.2) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลโพนสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

จุดเริ่มต้น เกิดขึ้นเมื่อปี 2557 โดยได้มีบริษัทเอกชนได้มีการเตรียมพื้นที่สำหรับการก่อสร้างโรงไฟฟ้าจากขยะ ขนาด 4.9 เมกะวัตต์ ที่ตำบลโพนสว่าง โดยผู้ประกอบการได้ให้ข้อมูลว่า “โรงไฟฟ้าจากขยะที่กำลังเตรียมก่อสร้างนี้ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมายอย่างถูกต้อง ซึ่งผ่านกระบวนการทำประชาคมและความเห็นชอบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว” ทว่า ชาวบ้านในพื้นที่กลับไม่ทราบมาก่อน ส่งผลให้เกิดความ

กังวลถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในชุมชน เนื่องจากสภาพพื้นที่เป็นแนวลาดเอียง และที่ตั้งของโรงไฟฟ้าจากขยะ อยู่เหนือชุมชน จนนำไปสู่การประท้วงต่อต้าน จากแกนนำประชาชนในพื้นที่ และกลายเป็นความขัดแย้งภายในชุมชน ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มที่สนับสนุนและกลุ่มที่ต่อต้าน

ทั้งนี้ กระบวนการทำความเข้าใจเรื่อง CHIA กับแกนนำชุมชนนั้น คณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดหนองคาย ร่วมกับเครือข่ายนักสานพลังฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และชุมชนตำบลโพนสว่างได้จัดเวทีสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการขยะและผลกระทบจากโรงไฟฟ้าขยะ โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการณีการขับเคลื่อนโดยใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลคอคอด อำเภอมือง จังหวัดสุรินทร์ ส่งผลให้ผู้คนในชุมชนตำบลโพนสว่างได้รู้จักเครื่องมือ CHIA และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มากขึ้น

กระทั่ง ชุมชนตำบลโพนสว่างได้ดำเนินการยื่นขอใช้สิทธิให้มีการศึกษาและการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากโรงไฟฟ้าขยะ ตามมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ส่งผลให้ได้รับความร่วมมือจากนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคมจากภายนอก รวมถึงสภานายความ ในการร่วมกันศึกษาและประเมินผลกระทบทางสุขภาพดังกล่าว ซึ่งจะเห็นว่ากระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลโพนสว่างมีจุดเริ่มต้นจากคนในชุมชน จนขยายสู่การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายภายนอกที่เข้ามาเติมเต็ม

อย่างไรก็ดี กระบวนการศึกษาและประเมินผลกระทบทางสุขภาพ กรณีของพื้นที่ตำบลโพนสว่างในปัจจุบัน (พ.ศ. 2559) ยังถือว่าอยู่ในระหว่างขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ไขปัญหาให้กับชุมชน ทว่า ภายหลังที่มีคณะทำงานในการศึกษาและประเมินผลกระทบทางสุขภาพข้างต้น ส่งผลให้ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคายมีคำสั่งให้มีการทบทวนนโยบายและมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ ซึ่งทางฝั่งของผู้ประกอบการก็ได้เสนอการก่อสร้างโรงไฟฟ้าขยะในพื้นที่ไว้ก่อน ขณะเดียวกัน แกนนำในชุมชนตำบลโพนสว่างเองก็ได้ขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อลดแรงปะทะและความขัดแย้งภายในชุมชน อาทิ การจัดกิจกรรมชดเชยขยะ การตั้งกลุ่มออมทรัพย์ขยะ การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสามัคคี และการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น จึงอาจกล่าวได้ว่า “ชุมชนตำบลโพนสว่างกำลังพลิกวิกฤตจากโรงไฟฟ้าขยะสู่โอกาสแห่งการจัดการขยะ”

กล่าวโดยสรุป การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน หรือมีการเรียกอย่างง่ายว่า CHIA (Community Health Impact Assessment) คือ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่การสร้างทางเลือกที่ดีและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมตัดสินใจนโยบาย โครงการ และกิจกรรมการวางแผนพัฒนาต่างๆ ที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของชุมชน อันจะนำไปสู่การสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ และยังเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาชุมชนสุขภาพที่แต่ละชุมชนสามารถพัฒนาขึ้นมาได้เอง

### 3) ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ มีจุดเริ่มต้นจากตำบลเล็กๆ ในจังหวัดสงขลาที่ได้นำแนวคิดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ไปประยุกต์ใช้จนเกิดเป็น “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่แห่งแรก” ของประเทศไทย ตำบลเล็กๆ แห่งนี้ ได้กลายเป็นแรงบันดาลใจในการเรียนรู้และลงทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่อีกหลายแห่งทั่วประเทศ ซึ่งตำบลที่ว่านี้คือ ตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา โดยในที่นี้จะขอยกตัวอย่างการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ (ซึ่งได้มีการไปศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแลโดยตรง) และจังหวัดเลย (ซึ่งได้มีการไปศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแลและพื้นที่อื่น) มาเป็นแนวทางในการเรียนรู้การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน



### 3.1) ธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย อำเภอสิเกาอำเภ จังหวัดอำนาจเจริญ

ตำบลเปือย จังหวัดอำนาจเจริญ ถือเป็นตำบลแรกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ริเริ่มกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ มีจุดเริ่มต้นจากในช่วงกลางปี พ.ศ. 2553 นายรุ่งโรจน์ โฉมรักษ์ นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลเปือย ซึ่งเป็นอดีตประธาน อสม. ของจังหวัดอำนาจเจริญ และ อสม. ดีเด่น ระดับเขต ผู้ที่มีแนวทางเรื่องการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในพื้นที่อยู่แล้ว ได้ร่วมเดินทางกับคณะสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญไปศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล อำเภอลือพนม จังหวัดสงขลา และเกิดความประทับใจในแนวคิดและความร่วมมือของชาวบ้านในตำบลชะแล ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชนและผู้นำชุมชน ที่มีต่อการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งเป็นเสมือนข้อตกลงของคนในชุมชนที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงแต่เรื่องสุขภาพทางกายอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนด้วย เช่น เรื่องสิ่งแวดล้อม เรื่องวัฒนธรรม และวิถีชีวิต เป็นต้น นายรุ่งโรจน์ โฉมรักษ์ จึงนำเอาแนวคิดธรรมนูญสุขภาพดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ และประกาศว่าจะสร้างธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือยให้สำเร็จ

สำหรับกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย ได้เริ่มขึ้นภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษาดูงานดังกล่าว โดยนายกเทศมนตรีตำบลเปือยได้จัดประชุมฝ่ายบริหารและฝ่ายเจ้าหน้าที่ของเทศบาล เพื่อหาหรือแนวทางในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ และเข้าปรึกษาพระครูอุดมโพธิกิจ พระนักพัฒนาและเจ้าอาวาสวัดโพธิ์ศิลา ซึ่งเป็นเสมือนผู้นำทางจิตวิญญาณของชาวบ้านตำบลเปือย กระทั่งได้ข้อสรุปร่วมกันว่าทุกคนจะร่วมมือกันขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย และได้มีการจัดการประชุมอีกครั้ง โดยเชิญชวนผู้นำชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล และตัวแทนภาคต่างๆ ในชุมชน เข้ามาร่วมกันรับฟังเรื่องราวการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ โดยมีขั้นตอนในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย ทั้งสิ้น 8 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดตั้งคณะทำงานธรรมนูญสุขภาพ ทั้งสิ้น 4 ฝ่าย ได้แก่ คณะทำงานฝ่ายรับฟังความคิดเห็น คณะทำงานฝ่ายยกร่างธรรมนูญสุขภาพ คณะทำงานฝ่ายประชาสัมพันธ์ และคณะทำงานฝ่ายการติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 2 เปิดตัวธรรมนูญสุขภาพ โดยเลือกวันที่ 11 พฤศจิกายน 2553 ซึ่งเป็นการประชุมครั้งใหญ่เพื่อชักชวนเครือข่ายและเปิดตัวคณะทำงานธรรมนูญสุขภาพทั้ง 4 ฝ่าย

ขั้นตอนที่ 3 จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นครั้งที่ 1 โดยแบ่งเวทีประชาคมออกเป็น 4 พื้นที่ และอาศัยพื้นที่ศาลาการเปรียญของวัดต่างๆ เป็นพื้นที่ในการจัดเวที

ขั้นตอนที่ 4 ประชุมยกร่างธรรมนูญสุขภาพ ครั้งที่ 1 โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคณะทำงาน เพื่อสะท้อนภาพความคิดเห็นที่ได้จากเวทีประชาคม และประมวลผลการรับฟังความคิดเห็นแบบเจาะลึกร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 5 ประชุมยกร่างธรรมนูญสุขภาพ ครั้งที่ 2 ซึ่งมีการจัดทำคำนิยามศัพท์และกำหนด ปรัชญาแนวคิดของระบบสุขภาพตำบลเปือย จนตกผลึกได้ปรัชญาและแนวคิดของธรรมนูญสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ทางกาย ใจ สังคมและปัญญา ที่ว่า “คนตำบลเปือย อยู่ดีมีแฮง อักแพงแบ่งปัน สร้างสรรค์เขียนสู้ อยู่เย็นเป็นสุข ถ้วนหน้า ภายในปี 2559”

ขั้นตอนที่ 6 เวทีรับฟังความคิดเห็นประชาชนครั้งที่ 2 โดยจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทั้ง 4 พื้นที่ เช่นเดียวกับเวทีรับฟังความคิดเห็นครั้งที่ 1

ขั้นตอนที่ 7 ประชุมยกร่างธรรมนูญสุขภาพ ครั้งที่ 3 (ปรับปรุงร่างฯ) ซึ่งสมบูรณ์และพร้อมสำหรับกรนำไปเสนอต่อ ประชาชนในเวทีประชาคมที่ในลำดับสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 8 จัดเวทีประชาคมร่างฯ และประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ เพื่อขอความเห็นชอบร่างธรรมนูญสุขภาพจากประชาชนตำบลเปือยทั้งตำบล จากนั้นจึงได้มีการขอความเห็นชอบจากสภาเทศบาลตำบลเปือย และ

ได้ถือโอกาสที่เทศบาลตำบลเปือยได้มีการจัดงานรณรงค์น้ำใหญ่ในเทศกาลสงกรานต์ ในวันที่ 13 เมษายน 2554 เป็นวันประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพอย่างเป็นทางการ

ซึ่งรวมระยะเวลาราว 6 เดือน จึงเกิดธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2554 “เปือยรุ่งโรจน์” มาใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในพื้นที่

สำหรับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ จะอาศัยกลไกการขับเคลื่อนผ่านทางโครงการต่างๆ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยมีทุกภาคส่วนเป็นผู้ขับเคลื่อน โดยเฉพาะเทศบาลตำบลเปือย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาทิ การนำไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำเทศบัญญัติและงบประมาณรายจ่ายประจำปีของเทศบาล และนำไปใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการขอรับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกชุมชน เช่น การเสนอขอของบประมาณจากกรมพลศึกษา เพื่อนำมาจัดทำสนามกีฬาในตำบลเปือย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการขับเคลื่อนที่เกิดขึ้นคือ ชุมชนยังมีข้อจำกัดในการจัดเวทีถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหมวดต่างๆ ของธรรมนูญสุขภาพ เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคหลังจากการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ และการติดตามประเมินถึงผลลัพธ์จากธรรมนูญสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนทิศทางและแนวทางในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในอนาคตด้วย

### 3.2) ธรรมนูญสุขภาพตำบลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย

ตำบลเอราวัณ จังหวัดเลย ถือเป็นชุมชนที่กำลังกลายเป็นเมือง โดยมีการขยายตัวของชุมชน และโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวัน และปัญหาด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมตามมา เทศบาลตำบลเอราวัณ และภาคีเครือข่ายประชาชนตำบลเอราวัณ โดยมีจุดเริ่มต้นพนักงานเทศบาลตำบลเอราวัณบางท่านได้เข้าไปร่วมเป็นคณะทำงานในสมัชชาสุขภาพจังหวัดเลย ซึ่งได้ไปศึกษาฐานธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ต้นแบบ คือ ตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา และนำเสนอแนวคิดดังกล่าวต่อเทศบาลตำบลเอราวัณ และแกนนำชุมชน

จากนั้นปลัดเทศบาลและพนักงานเทศบาลตำบลเอราวัณส่วนหนึ่งได้มีโอกาสเข้าร่วมเป็นคณะทำงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 8 อุดรธานี จึงได้ไปศึกษาฐานธรรมนูญสุขภาพต้นแบบที่องค์การบริหารส่วนตำบลดงมูลเหล็ก จังหวัดเพชรบูรณ์ และเทศบาลตำบลหนองหิน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้เรียนรู้และเห็นผลสำเร็จจากกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการประกาศใช้ ซึ่งล้วนแล้วแต่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งสิ้น และเห็นว่าธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือที่ทำให้ทุกภาคส่วนมาร่วมกันคิดและแก้ปัญหาพร้อมกันด้วยเหตุและผล จนตกผลึกกลายเป็นข้อตกลงร่วมกันอย่างมีความสุข จึงได้นำเรื่องดังกล่าวมาพูดคุยให้ผู้บริหารเทศบาลได้รับทราบและเห็นว่าเป็นประโยชน์ จึงได้นำข้อเสนอในเวทีการประชุมตำบลเอราวัณ

สำหรับกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเอราวัณ ได้มีการจัดประชุมทุกภาคส่วนทั้งท้องถิ่น ท้องที่ และส่วนราชการในตำบลเอราวัณ ซึ่งที่ประชุมมีมติให้มีการไปศึกษาฐานร่วมกันที่องค์การบริหารส่วนตำบลดงมูลเหล็ก จังหวัดเพชรบูรณ์ จนมีความมั่นใจว่าจะดำเนินการในพื้นที่ตำบลเอราวัณได้ หลังจากกลับมาจึงได้มีการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดขั้นตอนในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเอราวัณ โดยมีทั้งสิ้น 11 ขั้นตอนประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 แต่งตั้งคณะทำงานที่มีใจรักและเสียสละ

ขั้นตอนที่ 2 ถอดบทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบที่ไปศึกษาดูงาน

ขั้นตอนที่ 3 การหาปัญหาหรือความต้องการของประชาชน หรือภาษาอีสานเรียกว่า “ความอูกอ้ง”

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งต้องดำเนินการจัดหมวดหมู่

ขั้นตอนที่ 5 การคืนข้อมูล ที่วิเคราะห์และแยกหมวดหมู่เสร็จแล้ว พร้อมกับรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 6 คณะอนุกรรมการกลั่นกรองข้อมูล เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขั้นตอนที่ 7 ยกร่างธรรมนูญ โดยเขียนให้อ่านและเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน น่าสนใจและเป็นไปได้

ขั้นตอนที่ 8 จัดเวทีรับฟังความคิดเห็น โดยได้จัดเวทีประชาพิจารณ์ในสถานที่ที่มีความ خل่ง น่าเชื่อถือ เป็นศูนย์รวมจิตใจของทุกคน คือ ศาลาการเปรียญ วัดป่าท่าสวย

ขั้นตอนที่ 9 สภาเทศบาลรับรองร่างธรรมนูญ และเพื่อความเป็นสิริมงคลกับธรรมนูญสุขภาพฉบับดังกล่าว จึงได้ทำการประกาศให้มี “ธรรมนูญสุขภาพสู่ตำบลสุขภาวะของประชาชนตำบลเอราวัณ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2558” ในวันที่ 12 สิงหาคม 2558

ขั้นตอนที่ 10 ออกทำความเข้าใจกับประชาชนทุกหมู่บ้าน พร้อมทั้งทำการแจกเล่มธรรมนูญให้ทุกหลังคาเรือน โดยแจกให้หลังคาเรือนละ 1 เล่ม

ขั้นตอนที่ 11 ประกาศใช้ธรรมนูญ เพื่อการเริ่มต้นที่ดี มีความพร้อมและเป็นสิริมงคลที่สุดของประชาชนตำบลเอราวัณ จึงได้กำหนดให้วันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2558 เป็นวันกระทำพิธีประกาศใช้ “ธรรมนูญสุขภาพสู่ตำบลสุขภาวะของประชาชนตำบลเอราวัณ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2558”

การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสู่การปฏิบัติ นั้น ในเบื้องต้น ตำบลเอราวัณได้เลือกเอาประเด็นปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญหรือสนใจเป็นพิเศษและกระทบกับชุมชนมาขับเคลื่อนก่อน ซึ่งการเอาประเด็นปัญหาดังกล่าวมาเชื่อมโยงกับธรรมนูญสุขภาพที่ประกาศใช้แล้วจะสามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติได้ง่าย โดยพื้นที่ตำบลเอราวัณนั้นมีอยู่ 2 ประเด็น คือ 1)การบริหารจัดการขยะ ได้มีการคัดแยกและขายขยะตั้งแต่ต้นทาง และนำเงินส่วนต่างที่ขายได้มาเป็นสวัสดิการชุมชน ปัจจุบันมีหมู่บ้านเข้าร่วมโครงการจำนวน 10 หมู่บ้าน ซึ่งทุกหมู่บ้านให้ความสนใจและจะดำเนินการให้เต็มพื้นที่ทั้ง 16 หมู่บ้านภายในปี 2559 และ 2)สิ่งแวดล้อม (อนุรักษ์พันธุ์ปลา) เนื่องจากในปีที่ช่วงที่ผ่านมา มีการจับปลาที่ผิดวิธี ในฝ่ายโพนเลา และลำน้ำสวย จนทำให้จำนวนสัตว์น้ำ เช่น กุ้ง หอย ปู ปลา มีปริมาณลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยมีชาวบ้านวังเลา หมู่ที่ 1 ซึ่งได้รับผลกระทบมากที่สุด เป็นพื้นที่นำร่อง และนำไปสู่การกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติและกติการ่วมกันของตำบลเอราวัณ

ข้อเสนอแนะของการนำความรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเอราวัณไปปรับใช้ จำเป็นต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับความพร้อมของภาคีเครือข่าย และความพร้อมของพื้นที่ การดำเนินการในแต่ละขั้นตอนจึงไม่ควรรีบร้อน ขณะเดียวกัน การทำงานย่อมมีปัญหที่ต้องแก้ไขและทำความเข้าใจร่วมกันอยู่ตลอดเวลา

กล่าวโดยสรุป ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ คือ ข้อตกลง หรือ กรอบกติกา หรือทิศทางที่พึงประสงค์ ที่คนในชุมชนท้องถิ่นใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะในระดับพื้นที่ โดยหัวใจสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และการทบทวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน ซึ่งต่อยอดจากแนวคิดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

## บทสรุป

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ไปสู่การเป็น “สังคมสุขภาวะ” อันประกอบด้วย มิติทางกาย ทางใจ ทางปัญญา และทางสังคม โดยใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ต้องเชื่อมโยงสามพลัง ได้แก่ พลังสังคม พลังปัญญา และพลังรัฐ เข้าทำงานร่วมกันภายใต้หลักการ “การสานพลัง” โดยอาศัยเครื่องมือที่สำคัญใน 3 ลักษณะ ประกอบด้วย

1) สมัชชาสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการพัฒนาและกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม โดยเปิดให้กลุ่มเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาสังคม/เอกชน ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาครัฐ/การเมือง ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้าง ดังกรณีตัวอย่าง สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่มีจังหวัดเป็นขอบเขตดำเนินการ อาทิ สมัชชาสุขภาพจังหวัดมุกดาหารที่ให้ความสำคัญกับการจัดการพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนมุกดาหาร และสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีที่ให้ความสำคัญกับเมืองเกษตรอินทรีย์

2) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินและคาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น และวิธีป้องกันผลกระทบดังกล่าวจากนโยบายสาธารณะ คลอบคลุมตั้งแต่ระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ (โครงการหรือกิจกรรม) ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือนี้สำหรับการนำไปใช้ในชุมชน เรียกว่า การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพโดยชุมชน หรือเรียกอย่างง่ายว่า CHIA เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันในการสร้างทางเลือกที่ดีและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมตัดสินใจนโยบายของคนในชุมชนแต่ละพื้นที่ ดังกรณีตัวอย่าง การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลโคก อำเภอมือง จังหวัดสุรินทร์ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลโนนสว่าง อำเภอมือง จังหวัดหนองคาย ซึ่งทั้งสองกรณีตัวอย่างให้ความสำคัญเกี่ยวกับการสร้างโรงไฟฟ้าขยะชุมชนในพื้นที่

3) ธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยในระดับประเทศเรียกว่า “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” และได้มีการดำเนินการต่อยอดประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่ เรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่” ซึ่งเป็นข้อตกลง หรือ กรอบกติกา หรือทิศทางที่พึงประสงค์ ที่คนในชุมชนท้องถิ่นใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ดังกรณีตัวอย่าง ธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งให้ความสำคัญกับการอยู่ดี กินดี อยู่เย็นเป็นสุขของคนในพื้นที่ และธรรมนูญสุขภาพตำบลเอราวัณ อำเภอรือไร จังหวัดเลย ซึ่งให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการขยะ และการอนุรักษ์พันธุปาลาเป็นหลัก

นอกจากนี้ นักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและพัฒนาสังคมสุขภาวะ หรือ นักสานพลังฯ หรือเรียกโดยย่อว่า นนส. ยังถือเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่เปรียบเสมือน “ก้าว” ในการเชื่อมร้อยตัวแสดงจากภาคส่วนต่างๆ ให้มาทำงานร่วมกัน โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และการประสานความร่วมมือกันของทุกภาคส่วน ให้เกิดการพัฒนาและกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพคนทำงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องร่วมกันผ่านเครื่องมือทั้ง 3 ลักษณะดังกล่าว

สุดท้ายนี้ เราย่อมได้คำตอบร่วมกันว่า “ชาวบ้าน หรือประชาชนทั่วไปก็สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพได้จริง” โดยอาศัยกลไกและเครื่องมือสำคัญ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพจังหวัด การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ซึ่งเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม/เอกชนเข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง (ในเหลี่ยมของพลังสังคม) ดังกรณีตัวอย่างกระบวนการสานพลังในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ซึ่งได้หยิบยกมาเป็นแนวทางในการเรียนรู้ร่วมกันครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

เครือข่ายสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ประเด็น. (2559). *โครงการพัฒนาศักยภาพนักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาสังคมสุขภาวะ*. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2559, จาก <http://www.samatcha.org/areahpp/archives/3251>.

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552*. นนทบุรี:

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

ประเวศ วะสี. (2547). *กระบวนการนโยบายสาธารณะ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.).

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). *ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฎหมายีกา*, เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก 1-18.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2549). *กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม: ปรากฏการณ์ใหม่ของ*

*สังคมไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.).

วิสุทธิ บุญญะโสภิต และนิรชา อัครธีรกุล. (2555). นโยบายสาธารณะ: เครื่องมือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน. *การประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2 (หน้า 3-24)*. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ*. นนทบุรี: วนิดาการพิมพ์.

\_\_\_\_\_. (2556). *หนังสือชุดก่อ-ร่าง-สร้าง-เคลื่อน บทเรียนธรรมนูญสุขภาพ 6 พื้นที่*. นนทบุรี: อมรินทร์พริ้นท์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

\_\_\_\_\_. (2559). *รู้จักและเข้าใจสมัชชาสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

อัชกรณ วังศ์ปรีดี. (2558). ความพร้อมของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพ กรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนในประเทศไทย. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 8(1), 1 – 15.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2546). *การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.).

\_\_\_\_\_. (2553). *เอชไอเอ. ทุนหรืออุปสรรคการพัฒนา*. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

Dye, T. R. (1992). *Understanding Public Policy*. (10<sup>th</sup> eds). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.