

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. 2550¹

จตุรงค์ ศรีสุธรรม

อาจารย์ สาขาวรรณประชาสันศาสตร์ ศูนย์การศึกษาบึงกอก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

บทคัดย่อ

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประมวลเครื่องมือในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และนำเสนอกระบวนการสนับสนุนการดำเนินการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ผ่านกรณีตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย โดยอาศัยเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ผ่านกรณีตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย โดยอาศัยการวิจัยเชิงเอกสาร และการสนทนากลุ่มย่อย ผลการศึกษา พบว่า เครื่องมือสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย สมัชชา สุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และนักงานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและพัฒนาสังคมสุขภาวะ หรือ นักงานพลังฯ สำหรับกระบวนการสนับสนุน การกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ จากกรณีตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของไทย โดยอาศัยเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบด้วย สมัชชาสุขภาพจังหวัด การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยมีนักงานพลังฯ เป็นเสมือน “ก้าว” ในการเชื่อมร้อยภาคีภาคส่วนต่างๆ

คำสำคัญ: กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

¹ ปรับปรุงจากบทความที่นำเสนอใน การประชุมวิชาการระดับชาติด้านการบริหารกิจการสาธารณสุข ครั้งที่ 3 “การเปลี่ยนผ่าน และการปฏิรูปการบริหาร สู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน” วันศุกร์ที่ 19 สิงหาคม 2559 ณ วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

“นโยบายสาธารณะ” ในบริบทประเทศไทยหมายทศวรรษที่ผ่านมา ดังอยู่บนพื้นฐานของนิยามที่เชื่อโดยสนิทใจของคนส่วนใหญ่ว่า นโยบายสาธารณะคือ การตัดสินใจ หรือกิจกรรมที่ภาครัฐเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ (Dye, 1992) โดยคำนึงถึงคุณค่าและผลกระทบ (ทั้งบวกและลบ) ต่อประชาชนหรือสังคมส่วนรวมเป็นหลัก ขณะที่ การตัดสินใจดังกล่าวก็ต้องพิจารณาอยู่บนพื้นฐานของการประเมินและวิเคราะห์ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยพิจารณาทำให้ทุกอย่างเป็นเรื่องของขั้นตอน วิธีการ และเรื่องเชิงปริมาณ ส่งผลให้นโยบายสาธารณะนักจากเป็นการตัดสินใจและกิจกรรมของภาครัฐแล้ว ยังถือเป็นเรื่องของนักเทคโนโลยีเชี่ยวชาญ ทางนโยบายและแผน กระทิ่งมองว่าเรื่องเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องที่ชาวบ้านที่ไม่ใช่ผู้รู้เรื่องหรือเข้ามาเกี่ยวข้อง และสร้างการกีดกันการมีส่วนร่วมของผู้คนที่ไม่ประกอบจากเรื่องของนโยบายสาธารณะ

ทว่า “การมีส่วนร่วม” ในทางนโยบายสาธารณะก็เริ่มถูกพูดถึงในรัฐสังคมที่ผ่านมา และกลายเป็นแพล็ตฟอร์มที่มีการเรียนการสอน การจัดหลักสูตรฝึกอบรม และงานวิจัยจำนวนมาก ซึ่งงานที่สร้างความตื่นตัว และจุดประกายให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ คือ หนังสือเล่มเล็กของประเทศ วะสี (2547) ที่เสนอว่า นโยบายที่ดีควรมีกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Participatory Public Policy Process : PPPP) ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมเรียนรู้ของทุกฝ่ายอย่างกว้างขวาง เพื่อให้เกิดเป็นความเข้าใจของสังคม เป็นคุณค่าของสังคม และการปฏิบัติตามสังคม รวมถึงเพื่อให้นโยบายสาธารณะเป็นกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากสาธารณะอย่างแท้จริง โดยเฉพาะมิติของสุขภาพที่ต้องมุ่งสู่ความถูกต้องเป็นธรรม และประโยชน์สุข ของมนุษย์

ก่อนหน้านี้ในเวลาใกล้เคียงกัน ได้มีงานขึ้นว่า “การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ” โดยอภิพล จินดาวัฒน์ (2546) ซึ่งถือว่ามีอิทธิพลต่อการสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพในสังคมไทย (คู่ข่านกับงานชั้นแรก) เป็นอย่างมาก และในปี 2549 ได้ปรากฏงานอีกชิ้นขึ้นว่า “กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม: ปรากฏการณ์ใหม่ของสังคมไทย” โดยมูลนิธิสาธารณะสุข แห่งชาติ (2549) ที่ได้รับอิทธิพลจากการทั้งสองชิ้นข้างต้น โดยมุ่งนำเสนอการสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่ดีว่าควรเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ไม่ใช่การกำหนดนโยบายสาธารณะจากฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียว หรือซึ่งทางการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบปิด คู่ข่านกับหลักการภาคส่วนในสังคมได้ผลักดัน และยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยหวังให้เป็นกฎหมายแม่บทหรือรัฐธรรมนูญด้านสุขภาพ ของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม

ต่อมาในปี 2550 จึงได้มีการประกาศบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณเพื่อวางแผนและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงาน ด้านสุขภาพของประเทศไทย รวมทั้งการกำหนดองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายอันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยอภิพล จินดาวัฒน์ (2546) สะท้อนว่า ครอบแนวคิดเรื่องสุขภาพไม่ได้วางอยู่บนพื้นฐานที่ว่าด้วยเรื่องของโรคเช่นในอดีต หากแต่ขยับตัวไปทางอยู่บนพื้นฐานที่ว่าด้วยเรื่องสุขภาวะ อันประกอบด้วย มิติทางกาย ทางใจ ทางปัญญา และทางสังคม (ซึ่งปรากฏในหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) ด้วยเหตุนี้ สุขภาพจึงมีความหมายกว้างกว่าเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บ แบบเดิมๆ และสุขภาพก็มีผลกระทบจากหลายปัจจัย ไม่ใช่แค่จากเชื้อโรคเท่านั้น

ดังนั้น การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงมีเป้าหมายสูงสุดคือ การมี “สังคมสุขภาวะ” ซึ่งใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเชื่อมโยงเข้าเป็นหลัก โดยการเชื่อมโยงสามพัง ให้แก่ พลังสังคม พลังปัญญา และพลังรัฐ เข้าทำงานร่วมกันภายใต้หลักการ “การสานพลัง” เพื่อประสาน ส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนได้ใช้เครื่องมือและกลไกต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการพัฒนาและ

ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่มุ่งเน้นการสร้างนำซ้อม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

อย่างไรก็ตี การผลักดันเรื่องข้างต้นในทางปฏิบัติ ซึ่งต้องการให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันใช้เครื่องมือและกลไกต่างๆ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมนั้น ได้สร้างความสับสนและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนแก่ภาคีภาคส่วนที่เข้ามาร่วมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับเครื่องมือการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม รวมถึงการรับรู้ของคนโดยทั่วไปต่อการมืออยู่ของเครื่องมือดังกล่าว กระทั้ง เกิดคำถามในท่านองที่ว่า “ชาวบ้าน หรือประชาชนที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่ว่านี้ได้จริงหรือไม่ อย่างไร?” ด้วยเหตุนี้ บทความเขียนนี้จึงพัฒนาขึ้นด้วยเห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประมวลเครื่องมือในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และกระบวนการสนับสนุนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยเครื่องมือพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ผ่านกรณีตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ด้วยเป็นภูมิภาคที่มีการกระบวนการสนับสนุนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยเครื่องมือพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อย่างจริงจังและต่อเนื่องครอบคลุมทุกจังหวัด โดยเชื่อว่าสามารถสะท้อนและมุ่งที่สำคัญๆ ในการเป็นแนวทางหรือแนวปฏิบัติแก่พื้นที่ในภูมิภาคอื่นๆ ได้

วัตถุประสงค์

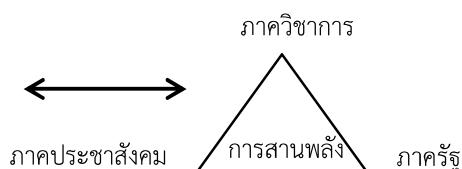
1. เพื่อประมวลเครื่องมือในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2. เพื่อนำเสนอกระบวนการสนับสนุนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยเครื่องมือในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ผ่านกรณีตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

กรอบแนวคิดการศึกษา

บทความนี้อ้างอิงแนวคิดการสอนพัฒนาการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดเครื่องมือที่ปิดให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมเรียนรู้ของทุกฝ่ายอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเชี้ยวอนภูเขาเป็นหลัก โดยการเชื่อมโยงสามพลัง ได้แก่ พลังสังคม พลังปัญญา และพลังรัฐ เข้าทำงานร่วมกันภายใต้หลักการ “การสอนพัฒนา” เพื่อประสาน ส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนได้ใช้เครื่องมือและกลไกต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ใน การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ดังแผนภาพที่ 1

เครื่องมือการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ
ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550



ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้เขียนอาศัยระเบียบวิธีการวิจัยเชิงเอกสาร ประกอบกับประสบการณ์ตรงในการเข้าร่วมประชุมและสนทนากลุ่มห้องย่อยในการประชุมวิชาการ “การพัฒนาและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 22 – 23 มิถุนายน 2559 ณ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอแก้กันทร์วิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งกำหนดขอบเขตของการศึกษาครั้งนี้ไว้เพียงการประเมินเครื่องมือในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 รวมถึงเครื่องมืออื่นๆ กรอบกฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้อง และการนำเสนอกระบวนการสนับสนุนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ผ่านกรณีตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น ซึ่งจะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์ เพื่อที่จะได้มาร่วมกันหาคำตอบและตอบคุณามว่า “ชาวบ้าน หรือประชาชนทั่วไปจะสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่ว่านี้ได้จริงหรือไม่ อย่างไร?”

นโยบายสารสนเทศภัยวิกฤตสุขภาพ : เครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ (Health) ว่าเป็นเรื่องของสุขภาวะ (well-being) 4 มิติ ประกอบด้วย กาย ใจ ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล สุขภาพจึงมีความหมายที่กว้างกว่าเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บแบบเดิมๆ และสุขภาพก็มีผลกระทบจากหลายปัจจัย ไม่ใช่แค่จากเชื้อโรคเท่านั้น ดังนั้น นโยบายสาธารณะ (Public Policy) ในเรื่องต่างๆ ที่ปรารถนาขึ้นในสังคม จึงนับเป็นเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญ เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งด้านบวกและด้านลบ การให้ความสำคัญต่อการสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ จึงมีความสำคัญไม่ใช่หยาบคาย ในการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะแบบที่ค้นเคยกันในอดีต (อภัพ, 2546)

ทั้งนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 'ได้กำหนดให้มีกลไกและเครื่องมือที่เปิดให้ทุกภาคส่วนร่วมกันพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวกับสุขภาพ (ซึ่งกว้างกว่าเรื่องนโยบายด้านสาธารณสุขที่มีกระทรวงสาธารณสุขแล้วเป็นหลักอยู่แล้ว) โดยมีกลไกในระดับชาติ คือ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ดำเนินงานในการสนับสนุนทุกภาคส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมทำ ร่วมขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง เพื่อกำหนดให้การสร้างเสริมสุขภาพและการเป็นสังคมสุขภาวะ

อนึ่ง การจะบรรลุเป้าหมายสู่การเป็นสังคมสุขภาวะนั้น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดเครื่องมือที่เปิดให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ ไว้ใน 3 ลักษณะ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และธรรมาภูมิว่าด้วยระบบสุขภาพ ขณะเดียวกัน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2559) ที่ได้มีการริเริ่มโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนักงานพัลส์ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (nn.S.) ซึ่งทำหน้าที่เป็น “กาว” เชื่อมตัวแสดงจากภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยการเรียนรู้ร่วมกันผ่านเครื่องมือ สำคัญทั้ง 3 ลักษณะ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) สมัชชาสุขภาพ : เครื่องมือพัฒนากระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะ

“สมัชชาสุขภาพ” คือ เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม ที่ปรึกษา ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถือเป็นแนวทางใหม่ของการพัฒนากระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะตามระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งถูกนิยามไว้ในมาตรา 3 ว่า “กระบวนการที่ให้ประชาชน และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ 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 (ภาคประชาชนสังคม/เอกชน) และพลังรัฐ/การเมือง (ภาครัฐ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ซึ่งการเขื่อมโยงดังทุกฝ่ายเข้าร่วมคิดร่วมทำjob เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม จะนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ

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

2) เครื่องมือประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

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

ขณะนี้ ที่ผ่านมาเรื่องนี้ยังคงถือเป็นเรื่องใหม่และไม่ค่อยได้รับความสนใจในสังคมไทย จะมีก็เฉพาะประเด็นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากนโยบายสาธารณะมากกว่า จนนำไปสู่การตรากฎหมายกำหนดเกี่ยวกับเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment : EIA) ของมาบังคับใช้ (วิสุทธิ และนิรชา, 2555) และที่เกิดตามกันมากคือ การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (Environmental Health Impact Assessment : EHIA) แต่ก็ถูเหมือนว่าจะยังไม่สามารถรับมือกับการพัฒนาที่ก้าวกระโดดของปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และความท่วงกังวลของชุมชนได้ดีพอ

อย่างไรก็ตาม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการพัฒนาเครื่องมือนี้สำหรับการนำไปใช้ในชุมชน เรียกว่า การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพประจำชุมชน (Community Health Impact Assessment: CHIA) หรือเรียกว่าฯ ว่า CHIA เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของคนในแต่ละชุมชน (ลำพล, 2553) โดยเป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้คนในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างชุมชนสุขภาวะที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่ยั่งยืน และใช้เป็นหลักในการพิจารณาทางเลือกการพัฒนาต่างๆ หรือประกอบการพิจารณา

หรือการตัดสินใจ เกี่ยวกับนโยบายหรือโครงการต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อชุมชน และครอบคลุมไปถึงสุขภาวะ แบบองค์รวมของชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานเชิงบวก ไม่ใช่ทำเพื่อนำผลไปใช้เพื่อการอนุญาต-ไม่อนุญาตเรื่องต่างๆ และไม่ใช่เครื่องมือในเชิงอำนาจหรือเชิงกฎหมาย (วิสุทธิ์ และนิรชา, 2555) แต่เป็นไปเพื่อให้คนและชุมชนมีสุขภาวะที่ดีร่วมกัน

3) ธรรมนูญสุขภาพ : เครื่องมือกำหนดกรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ดี

“ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ” ถือเป็นเครื่องมืออีกชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่นำไปสู่การสร้างสุขภาวะของคนและสังคมร่วมกัน โดยมาตรา 25 กำหนดให้คณานุกรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศไทย เสนอให้คณานุรัตน์ตรีให้ความเห็นชอบตามมาตรา 46 โดยมีกระบวนการที่เน้นสร้างการมีส่วนร่วมในสังคมทุกภาคส่วน และภาคส่วนต่างๆ สามารถนำไปอ้างอิงประกอบการจัดทำแผนนโยบายในระดับต่างๆ และกติการ่วมกันของชุมชนได้

อนึ่ง ตามมาตรา 48 บัญญัติว่า เมื่อคณานุรัตน์ตรีให้ความเห็นชอบกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแล้ว ให้ผู้พันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก ได้ประกาศให้อย่างเป็นทางการเมื่อปี 2552 ขณะเดียวกัน บทบัญญัติมาตรา 46 วรคสี่ กำหนดให้ต้องมีการบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุก 5 ปี ดังนั้น ปัจจุบัน (พ.ศ. 2559) จึงอยู่ระหว่างการบทวน (ร่าง) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ ในคำบรรยายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ในระบุในตอนหนึ่งว่า ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่สามารถจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ของตน โดยต้องไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติได้ ในเวลาต่อมาทำบล擅自แล้ว จังหวัดสงขลา ได้นำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับบัญญัติมาตรา 46 วรคสี่ กำหนดให้ต้องมีการบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุก 5 ปี ดังนั้น ปัจจุบัน (พ.ศ. 2559) จึงอยู่ระหว่างการบทวน (ร่าง) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

4) นักงานพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

นอกจากเครื่องมือตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้งสามชนิดข้างต้นแล้ว ในปี 2555 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพนักพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เป็นครั้งแรก ในชื่อ “โปรแกรมพัฒนาศักยภาพนักพัฒนา ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” (ปัจจุบันได้เพิ่มคำว่า “และพัฒนาสังคมสุขภาวะ” ต่อท้ายด้วย) ซึ่งเรียกชื่อโดยย่อว่า “นักงานพัฒนา หรือ นนส.”

โดยโปรแกรมนักงานพัฒนา มีเนื้อหาสาระหลักมุ่งเน้นไปที่กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านเครื่องมือสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ โดยคาดหวังให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และใกล้เคียงกัน (Right-understanding) ทัศนคติที่ดีร่วมกัน (Right-attitude) และสมรรถนะในการเป็นผู้ร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ดี ไปจนถึงการเป็นผู้อี้อานวยกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ (Policy facilitator) (เครือข่ายสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ ประจำเดือน, 2559)

อนึ่ง “นักงานพัลส์” ในที่นี้จึงไม่ใช่นักงานพัลส์ทั่วๆไป หรือเพื่ออะไรก็ได้ แต่คือนักงานพัลส์เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมเรียนจากแคนนันเคเรือข่ายในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม รวมถึงที่เป็นแกนคนทำงานในกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดเป็นหลักจากทั่วประเทศ ซึ่งปัจจุบันมีการจัดโปรแกรมนักงานพัลส์ฯ ทั้งส่วนกลาง (ทุกภูมิภาคทั่วประเทศ) และทั้งส่วนภูมิภาค (ผู้เขียนได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมโปรแกรมนักงานพัลส์ฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประจำปี 2559)

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

จากเครื่องมือสู่กระบวนการ : กรณีตัวอย่างกระบวนการสถานพัลส์ในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพ โดยอาศัยเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การหาคำตอบให้กับคำถามที่ว่า “ชาบัน หรือประชาชนที่ไว้จะสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่วันนี้ได้จริงหรือไม่ อย่างไร?” จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการปฏิบัติ จริงผ่านเครื่องมือสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผล กระบวนการทางสุขภาพ และธรรมาภูมิสุขภาพ โดยมีนักงานพลังฯ เป็นตัว “กาว” ในการเชื่อมร้อยภาคส่วนต่างๆ ให้มาทำงานร่วมกัน

สำหรับภาคเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้มีการพัฒนาและกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ โดยอาศัยเครื่องมือดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ ผู้เขียนได้วิเคราะห์และสรุปจากการประชุมและสนทนากลุ่มห้องย่อยในการประชุมวิชาการ “การพัฒนาและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 22 – 23 มิถุนายน 2559 ณ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอ กันทรลิขชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งด้วยย่างที่จะยินยอมมาแลกเปลี่ยนนี้ แม้มีความสามารถครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 20 จังหวัด แต่ก็สามารถขยายห้องแม่muที่สำคัญ ในการเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อื่นได้ ดังนี้

1) สมัชชาสขภาพจังหวัด

สมัชชาสุขภาพจังหวัด คือ กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบโดยใช้พื้นที่จังหวัดเป็นขอบเขตดำเนินการ โดยจะขอให้บยกสมัชชาสุขภาพจังหวัด มุกดาหารที่ขับเคลื่อนในประเด็นเขตเศรษฐกิจพิเศษและทั่วพยการธรรมชาติ และสมัชชาสุขภาพจังหวัด อบลราชธานีที่ขับเคลื่อนประเด็นความมั่นคงทางอาหาร (เกษตรอินทรีย์) มาเป็นแนวทางในการเรียนรู้ร่วมกัน

1.1) สมัชชาสหภาพจังหวัดมகดาหาร : การจัดการพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนมகดาหาร

ภายหลังคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (กนพ.) เสนอให้มีการตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษ ระยะแรกของไทย ใน 5 จังหวัดชายแดน ประกอบด้วย จังหวัดตาก จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดสระแก้ว จังหวัดตราด และจังหวัดสงขลา ได้สร้างกระแสการตื่นตัวต่อชาวจังหวัดมุกดาหารเป็นอย่างมาก ด้วยเห็นว่านโยบายการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนมุกดาหารของรัฐบาลมีผลกระทบต่อชาวจังหวัดมุกดาหารทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยกระบวนการรองรับสถานการณ์การจัดการพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและทรัพยากรธรรมชาติ จังหวัดมุกดาหาร ได้กล่าวเป็นประเดิมในการขับเคลื่อนของภาคประชาสัมคมจังหวัด

มุกดาหาร และรวมมองค์กรชุมชน ผ่านเครือข่ายขบวนองค์กรชุมชนจังหวัดมุกดาหาร จนเกิดเป็นกลไกการขับเคลื่อนแบบพหุภาคีจากภาคส่วนต่างๆ

ทั้งนี้ กลไกแบบพหุภาคีกับการมีส่วนร่วมจัดการพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและทรัพยากรธรรมชาติก่อร่างจากกลไก-คณานุคคลสภากองค์กรชุมชน และเป็นรูปเป็นร่างขัดเจนขึ้นเมื่อกิจกรรมสัมมชากาฬจังหวัดมุกดาหาร ในปี 2555 และมีภาคีเครือข่ายขับเคลื่อน ประกอบด้วย สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ศูนย์ประสานงานภาคีการพัฒนาจังหวัด (ศปจ.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด (พช.) สำนักงานเกษตรจังหวัด กรมพัฒนาที่ดิน สหกรณ์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และวิทยาลัยชุมชนมุกดาหาร โดยการขับเคลื่อน เริ่มต้นจากการแสวงหา “คนที่มีใจ” ที่มีบทบาทในการทำงานพัฒนาชุมชนในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร และสร้างเครือข่ายคนที่มีใจระ潔ยตัวในทุกพื้นที่ (อำเภอ) แล้วเริ่มการพูดคุย เปิดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมทั้งเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น จนเกิดความคิดร่วมของแกนนำที่จะกำหนดเป้าหมายการทำงานของภาคประชาสังคม/สัมมชากาฬจังหวัด/สภากองค์กรชุมชน/ภาคประชาชนจังหวัดมุกดาหาร ที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงและการขยายผลต่อไป

ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ คือ เครือข่ายองค์กรภาคประชาชนสังคม ได้ดำเนินการจัดตั้งองค์กรเพื่อทำงานด้านการพัฒนาของภาคประชาชนในนาม “สภាទัณฑ์องค์กรเครือข่ายชุมชนจังหวัดมุกดาหาร” พร้อมทั้งจัดตั้งกลไกในระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อดำเนินการประสานการทำงาน ภายใต้แนวคิดสำคัญคือ “รัฐ ร่วม ราษฎร์” ในการสร้างความร่วมมือกันของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรประชาชน/หน่วยงานภาครัฐระดับพื้นที่และจังหวัด จนสุดท้ายหลอมรวมกันเป็นสภាទัณฑ์เมืองมุกดาหาร ภายใต้ชื่อ “สภากาฬชุมชน โอมแหง ย่างแพงมุกดาหาร” ในปี พ.ศ. 2556 พร้อมกับการขยายแนวคิด “คนมุกดาหาร จัดการตนเอง”

บทเรียนสำคัญ คือ การขยายแนวคิด “คนมุกดาหาร จัดการตนเอง” ผ่านแกนนำในระดับตำบล (สภากองค์กรชุมชนตำบล) แกนนำสัมมชากาฬจังหวัด และภาคีภาคส่วนต่างๆ โดยมีกลไกภาคประชาชนสังคมจังหวัดสนับสนุน (สภាទัณฑ์เมืองมุกดาหาร) และเป็นแกนหลักในการดำเนินการ ทำให้มีการกำหนดทิศทางและแนวทางการจัดการพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและทรัพยากรธรรมชาติ จังหวัดมุกดาหาร ที่มีความขัดเจนมากขึ้น และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง อันถือเป็นการ “ระเบิดจากภายใน” อย่างแท้จริง ซึ่งภายหลังได้มีการต่อยอดไปสู่การจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ บนฐานคิด “เกษตรอินทรีย์บนวิถีพอย่างในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ สู่ธรรมนูญชีวิตเมืองสามธรรม” (ธรรมะ ธรรมชาติ วัฒนธรรม)

ข้อเสนอแนะ ฐานข้อมูล/ข้อมูลวิชาการ เช่น การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ตลอดจนจัดทำข้อมูลสุขภาวะในทุกด้านทุกมิติของจังหวัดมุกดาหาร สำหรับการนำมาใช้สนับสนุน หรือประกอบการตัดสินใจมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งการยอมรับและนำมติสัมมชากาฬจังหวัดไปสู่การปฏิบัติ และทั้งการสื่อสารสาระรณรงค์ การประชาสัมพันธ์ รวมถึงการรายงานผลการปฏิบัติงานภาคีเครือข่ายทราบเป็นระยะ เพื่อการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์จังหวัดมุกดาหารต่อไป

1.2) สัมมชากาฬจังหวัดอุบลราชธานี : อุบลราชธานีเมืองเกษตรอินทรีย์

จังหวัดอุบลราชธานีมีความหมายสมทางสภากุมธิศาสตร์ กอปรกับมีขนาดพื้นที่ประมาณ 10.6 ล้านไร่ (พื้นที่ใหญ่เป็นอันดับที่ 5 ของไทย) จึงมีพื้นที่ในการเพาะปลูกมากถึง 5.5 ล้านไร่ (กึ่งหนึ่งของพื้นที่ทั้งหมด) จึงถือเป็น “เมืองสิ่งแวดล้อม” โดยปริยาย แต่เกษตรกรส่วนใหญ่ล้วนแต่ใช้สารเคมีในกิจกรรมการเพาะปลูกและป้องกันผลการผลิต (อาหาร) สู่ตลาดทั้งภายในประเทศและส่งออกนอกราชการ อย่างไรก็ตี คนอุบลราชธานีส่วนหนึ่งก็ไม่ได้นอนใจ และลูกชิ้นมาใช้ช่วงเครือข่ายให้ทันมาตรฐานให้ความสำคัญต่อปัญหาเรื่องการใช้สารเคมีในแปลงเกษตร เพื่อนำไปสู่การลด ละ เลิกการใช้สารเคมี จนเกิดพื้นที่ “เกษตรอินทรีย์” กว่า 2.2 หมื่นไร่ ที่ถือ

เป็นพื้นที่กิจกรรมมีรั้งสารเคมี ควบคู่กับการใช้เครื่องมือสมัชชาสุขภาพผลักดันให้เกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อปี 2556 เพื่อให้มุ่งสู่การเป็น “ราชธานีแห่งเกษตรอินทรีย์”

ทั้งนี้ ภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมขับเคลื่อนประเด็นเกษตรอินทรีย์ ประกอบไปด้วย 3 ภาคส่วน คือ 1) ภาค วิชาการ ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และสถาบันอุดมศึกษาในพื้นที่ ดำเนินงาน 2) ภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานเกษตรจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงาน พาณิชย์จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสระบุรีประเสริฐ เป็นต้น และ 3) ภาคประชาชน ได้แก่ สื่อสร้างสุข อุบลราชธานี และมูลนิธิประชาสัมคมอุบลราชธานี เป็นต้น

การขับเคลื่อนงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด ทั้งสมมภาคส่วนได้ร่วมกันลักษณะด้วยความเกื้อกูลกัน และ ความร่วมมือร่วมใจกันของภาคีเครือข่าย ซึ่งไม่ได้มีกฎข้อกำหนดหรือข้อบังคับให้ทำ การดำเนินจังหวัดเป็นไปใน ลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป และที่ผ่านมากระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดได้นำพัฒนาที่มีความแตกต่างใน เส้นทาง แต่เมื่อปัจจุบันมา ร่วมกันสร้างสังคมเกษตรอินทรีย์ในจังหวัดอุบลราชธานี

ด้านปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ ประเด็น “เกษตรอินทรีย์” ก่อตัวในจังหวะและโอกาสที่เหมาะสม เนื่องจาก ภาคีเครือข่ายแต่ละภาคส่วนให้ความสำคัญ และหนุนเสริมงาน้านพลังกันเป็นอย่างดี และเมื่อทุกองค์กรภาคี เครือข่ายได้มาร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ที่ทำให้ทุกคนเกิดความตระหนักรว่างการทำงานใหญ่ใจต้องมุ่งมั่น ซึ่งต้องมี “เพื่อน” ร่วมอุดมการณ์งานจังหวัดสามารถเดินหน้าได้อย่างคล่องตัว และใช้เวลาที่สมัชชาสุขภาพเป็นพื้นที่กลางในการเปิดโอกาสให้คนเข้ามาร่วมกันกำหนดนโยบาย รวมถึงการสอดรับกับนโยบายของจังหวัด

สำหรับบทเรียนสำคัญ คือ การผลักดันมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดสู่ภาระของจังหวัด จำเป็นต้องมีข้อมูล เชิงประจักษ์รองรับ ชุมชนท้องถิ่นเห็นความสำคัญร่วมของปัญหา มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจน มีการออกแบบแผนการดำเนินงานที่ครบวงจรของเกษตรอินทรีย์ ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ของหน่วยงานนั้นๆ มีองค์กรเจ้าภาพ หรือมีการจัดตั้งกลไกเฉพาะเพื่อประสานความร่วมมือ ตลอดจนการสื่อสารณะ เช่น การเล่าผ่านสื่อต่างๆ ช่องทางเบบิลทีวี การทำเป็นเอกสารวิชาการสร้างความเข้าใจง่าย การประชุมอย่างต่อเนื่องเป็นแบบแผน และการสรุปบทเรียนเป็นระยะ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ จุดดังต้นต้องทำให้คนหลายภาคส่วน เข้าใจ เห็นความสำคัญ ตระหนักร่วม และต้องทำให้ ทุกคนเกิดความเชื่อในสิ่งที่ทำว่าถูกต้อง เพื่อสร้าง “เพื่อนร่วมอุดมการณ์” โดยอาศัยการสื่อสารสารณะเป็น ตัวกลางในการเกี้ยวเชื่อมร้อยผู้คน และต้องมีการคิดค้นรูปแบบสื่อที่เข้าถึงประชาชนได้ง่าย รวมถึง การผลักดันเข้าสู่ (ผู้) ราชภัฏจังหวัด ภาคีเป็นวาระหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด อันจะนำไปสู่การลงนาม แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน และการประกาศผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด เพื่อให้ประชาชนรับทราบ ร่วมกัน และร่วมติดตามประเมินผลให้เกิดการปฏิบัติจริง ภายใต้วาระจังหวัด

กล่าวโดยสรุป สมัชชาสุขภาพจังหวัด คือ กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสารณะเกี่ยวกับ สุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่ใช้พื้นที่จังหวัดเป็นขอบเขตดำเนินการ ซึ่งเปิดให้กลุ่มเครือข่ายทุกภาคส่วนในจังหวัด ทั้งภาคประชาชน/เอกชน ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคราชการ/การเมือง ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยเริ่มครั้งแรกเมื่อปี 2555 ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (โปรดพิจารณาเพิ่มเติม อัชรรณ วงศ์ปรีดี, 2558)

2) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน

ดังที่ได้กล่าวในตอนต้นว่า การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพระดับชุมชน หรืออย่างง่ายว่า CHIA ถือเป็น กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในแต่ละชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานเชิงบวก ไม่ใช่ทำเพื่อนำผลไปใช้เพื่อการ อนุญาต-ไม่อนุญาตเรื่องต่างๆ และไม่ใช่เครื่องมือในเชิงอำนาจหรือเชิงกฎหมาย ในที่นี้จึงจะยกตัวอย่าง การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดหนองคาย ที่มีการขับเคลื่อนเกี่ยวกับ ประเด็นการจัดการขยะและโรงไฟฟ้าขยะ มาเป็นแนวทางในการเรียนรู้ร่วมกัน

2.1) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลคอโโค อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

จังหวัดสุรินทร์มีปริมาณขยะมูลฝอยประมาณ 428 ตันต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามการเติบโตของเมืองและการกระจายตัวของประชากร เมื่อปี 2555 องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์จึงมีแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างโรงไฟฟ้าขยะชุมชนและได้มีการประกาศกำหนดการรับฟังความคิดของประชาชน โดยเลือกพื้นที่ป่าโโคโโค ในเขตองค์กรบริหารส่วนตำบลคอโโค เป็นพื้นที่ในการสร้างโรงไฟฟ้าขยะชุมชน ทว่า พื้นที่ดังกล่าวมีประชาชนได้เข้าไปอาศัยทำมาหากินและมีข้อพิพาทระหว่างประชาชนบ้านตาแสงกับองค์การบริหารส่วนตำบลคอโโคอยู่ก่อนแล้ว ส่งผลให้โครงการดังกล่าวถูกประชานในพื้นที่คัดค้านอย่างรุนแรง

ต่อมา องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์ จึงได้เลือกบริโภคพื้นที่ของจังหวัดทหารบกสุรินทร์ในการเป็นสถานที่สร้างโรงไฟฟ้าขยะชุมชนแห่งใหม่และเปิดรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน แต่กลับถูกประชาชนในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์และพื้นที่ใกล้เคียงคัดค้านอย่างรุนแรงอีกครั้ง กระทั้ง ดำเนินการส่งหนังสือคัดค้านไปยังคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และเสนอให้ยุติการก่อสร้างโรงไฟฟ้าขยะไว้ชั่วคราว เพื่อดำเนินการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและทางเลือกในการบริหารจัดการขยะในจังหวัดสุรินทร์ในรูปแบบวิธีการต่างๆ สำหรับกระบวนการการทำความเข้าใจเรื่อง CHIA กับแกนนำชุมชนนั้น สมชชาสุขภาพจังหวัดสุรินทร์ ร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ และเครือข่ายประชาชนสนับสนุนการจัดการขยะอย่างยั่งยืน ดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจากโรงไฟฟ้าขยะ ทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยใช้โรงไฟฟ้าขยะ จังหวัดภูเก็ตเป็นกรณีศึกษา รวมถึงการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการขยะของจังหวัดสุรินทร์

ขณะที่ กระบวนการศึกษาและประเมินผลกระทบทางสุขภาพ คณะกรรมการดำเนินการข้างต้นได้กำหนดขอบเขตของ การศึกษา ประกอบด้วย 1) สถานการณ์ปัญหาขยะในจังหวัดสุรินทร์ 2)นโยบายและแผนงานที่เกี่ยวข้อง 3)การศึกษาต้นแบบจากโรงไฟฟ้าขยะ จังหวัดภูเก็ต 4)การศึกษาทางเลือกที่เป็นรูปธรรมของการจัดการขยะในจังหวัด เช่น การจัดการขยะแบบครบรวงจรของเทศบาลตำบลสำโรงทاب จังหวัดสุรินทร์ การจัดการขยะเปียก-ขยะอินทรีย์ กรณีโครงการขยะรีไซค์ โดยมูลนิธิชุมชนเกษตรนิเวศน์และรูปธรรมของเครือข่ายภาคประชาชนและชุมชน การจัดการขยะเชิงบูรณาการในรูปแบบ “บาร์” การทำบ่อหมักก้าวชีวภาพระดับชุมชน การแปรรูปผลิตภัณฑ์เป็นน้ำมัน และธุรกิจเชิงคีเคมีในจังหวัดสุรินทร์ เป็นต้น 5)ทัศนะของประชาชนต่อการจัดการขยะในจังหวัดสุรินทร์ และ 6) ข้อเสนอแนะต่อการจัดการขยะในจังหวัดสุรินทร์

กระบวนการนำเสนอผลการศึกษาและทางเลือกในการตัดสินใจ (การผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ) สมชชาสุขภาพจังหวัดสุรินทร์ จึงกำหนดประเด็นการจัดการขยะให้เป็นวาระสำคัญของคนสุรินทร์ที่จะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาและหาทางออกของการจัดการขยะร่วมกัน โดยสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในจังหวัดสุรินทร์ ผ่าน 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การจัดเวทีสาธารณะ “ทางเลือกการจัดการขยะจังหวัดสุรินทร์” ซึ่งให้ผู้ประกอบการที่จะสร้างโรงไฟฟ้าขยะให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับกระบวนการการทำงานของระบบโรงไฟฟ้าขยะ ควบคู่กับการระดมแนวทางการจัดการขยะที่แต่ละพื้นที่ดำเนินการ และ 2)การสัมภาษณ์ เพื่อสำรวจทัศนคติและความเห็นของประชาชนต่อการจัดการขยะในจังหวัดสุรินทร์ 以便จะต่อยอดสู่กระบวนการติดตามและประเมินผล อาทิ การออกแบบแนวทางและคณฑ์ทำงานในการติดตามตรวจสอบ การกำหนดขอบเขต/ประเด็นการติดตามตรวจสอบ และรายงานผลต่อสาธารณะต่อไป

2.2) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลโพนสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

จุดเริ่มต้น เกิดขึ้นเมื่อปี 2557 โดยได้มีการริบบทเอกสารได้มีการเตรียมพื้นที่สำหรับการก่อสร้างโรงไฟฟ้า จำกัด ขนาด 4.9 เมกะวัตต์ ที่ตำบลโพนสว่าง โดยผู้ประกอบการได้ให้ข้อมูลว่า “โรงไฟฟ้าจำกัดที่กำลังเตรียมก่อสร้างนี้ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมายอย่างถูกต้อง ซึ่งผ่านกระบวนการที่ประชุมและความเห็นชอบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว” ทว่า ชาวบ้านในพื้นที่กลับไม่ทราบมาก่อน ส่งผลให้เกิดความ

กังวลถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน เนื่องจากสภาพพื้นที่เป็นแนวลาดเอียง และที่ดังของโรงไฟฟ้าจากขยายอยู่เหนือชุมชน จนนำไปสู่การประท้วง ต่อต้าน จากแกนนำประชาชนในพื้นที่ และกล่าวเป็นความขัดแย้งภายในชุมชน ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มที่สนับสนุนและกลุ่มที่ต่อต้าน

พื้นนี้ กระบวนการทำความเข้าใจเรื่อง CHIA กับแกนนำชุมชนนั้น คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัดหนองคาย ร่วมกับเครือข่ายนักงานพลังฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และชุมชนตำบลโพนสว่างได้จัดเวทีสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการขยะและผลกระทบจากโรงไฟฟ้าขยะ โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการณ์การขับเคลื่อนโดยใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลคลองโข อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ส่งผลให้ผู้คนในชุมชนตำบลโพนสว่างได้รู้จักเครื่องมือ CHIA และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มากขึ้น

กระทั้ง ชุมชนตำบลโพนสว่างได้ดำเนินการยื่นขอใช้สิทธิให้มีการศึกษาและการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากโรงไฟฟ้าขยะ ตามมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ส่งผลให้ได้รับความร่วมมือจากนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคมจากภายนอก รวมถึงสถานีความ ในการร่วมกันศึกษาและประเมินผลกระทบทางสุขภาพดังกล่าว ซึ่งจะเห็นว่ากระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลโพนสว่างมีจิตริมต์นักจากในชุมชน จนขยายสู่การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายภายนอกที่เข้ามาเติมเต็ม

อย่างไรก็ตี กระบวนการศึกษาและประเมินผลกรบทางสุขภาพ กรณีของพื้นที่ตำบลโพนสว่างในปัจจุบัน (พ.ศ. 2559) ยังถือว่าอยู่ในระหว่างขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ไขปัญหาให้กับชุมชน หรือ ภัยหลังที่มีคุณทำางานในการศึกษาและประเมินผลกรบทางสุขภาพข้างต้น ส่งผลให้ผู้ว่าราชการจังหวัดหน้องคามีคำสั่งให้มีการบทวนนโยบายและมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพื้นที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ ซึ่งทางผู้ของผู้ประกอบการก็ได้ชี้ลือการก่อสร้างโรงไฟฟ้ายังในพื้นที่ไว้ก่อน ขณะเดียวกัน แกนนำในชุมชนตำบลโพนสว่างเองก็ได้ขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อลดแรงประเทศไทยและความขัดแย้งภายในชุมชน อาทิ การจัดกิจกรรมขัดแย้งขยะ การตั้งกลุ่มออมทรัพย์ขยะ การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสามัคคี และการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น จึงอาจกล่าวได้ว่า “ชุมชนตำบลโพนสว่างกำลังพลิกวิกฤตจากโรงไฟฟ้าขยะสู่օการแห่งการจัดการขยะ”

กล่าวโดยสรุป การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน หรือมีการเรียกอย่างง่ายว่า CHIA (Community Health Impact Assessment) คือ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่ การสร้างทางเลือกที่ดีและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมตัดสินใจนโยบาย โครงการ และกิจกรรมการวางแผน พัฒนาด้านต่างๆ ที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของชุมชน อันจะนำไปสู่การสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ และยังเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาชุมชนสุขภาวะที่แท้จริงชุมชนสามารถพัฒนาขึ้นมาได้ดีเอง

3) กรรมนภสอาภาพพื้นที่

๓) ความรู้ด้านสุขภาพที่ดี สำหรับเด็ก ในจังหวัดส่งขลาที่ได้นำแนวคิดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ไปประยุกต์ใช้จนเกิดเป็น “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่แห่งแรก” ของประเทศไทย ทำบลเด็กฯ แห่งนี้ ได้ก่อรายเป็นแรงบันดาลใจในการเรียนรู้และลองทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่อีกหลายแห่งทั่วประเทศไทย ซึ่งทำบลที่ว่าเนี้คือ ทำบลจะดี อำเภอสิงหนคร จังหวัดส่งขลา โดยในที่นี้จะยกตัวอย่างการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ (ซึ่งได้มีการไปศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพทำบลจะดี โดยตรง) และจังหวัดเลย (ซึ่งได้มีการไปศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพทำบลจะดีและพื้นที่อื่น) มาเป็นแนวทางในการเรียนรู้การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน

3.1) ธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย อำเภอสืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ

ตำบลเปือย จังหวัดอำนาจเจริญ ถือเป็นตำบลแรกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เริ่มกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ มีจุดเด่นที่ต้นจากในช่วงกลางปี พ.ศ. 2553 นายรุ่งโรจน์ โภมรักษ์ นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลเปือย ซึ่งเป็นอดีตประธาน อสม. ของจังหวัดอำนาจเจริญ และ อสม. ดีเด่น ระดับเขต ผู้ที่มีแนวทางเรื่องการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในพื้นที่อยู่แล้ว ได้ร่วมเดินทางกับคณะกรรมการสุขจังหวัดอำนาจเจริญไปศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพตำบลละแล้ว อำเภอสิงหนคร จังหวัดสิงขลา และเกิดความประทับใจในแนวคิดและความร่วมมือของชาวบ้านในตำบลละแล้ว ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชนและผู้นำชุมชน ที่มีต่อการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งเป็นเสมือนข้อตกลงของคนในชุมชนที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงแต่เรื่องสุขภาพทางกายอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของชุมชนด้วย เช่น เรื่องสิ่งแวดล้อม เรื่องวัฒนธรรม และวิถีชีวิต เป็นต้น นายรุ่งโรจน์ โภมรักษ์ จึงนำเอาแนวคิดธรรมนูญสุขภาพดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ และประกาศว่าจะสร้างธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือยให้สำเร็จ

สำหรับกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย ได้เริ่มขึ้นภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษาดูงานดังกล่าว โดยนายกเทศมนตรีตำบลเปือยได้จัดประชุมฝ่ายบริหารและฝ่ายเจ้าหน้าที่ของเทศบาล เพื่อหารือแนวทางในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ และเข้าร่วมการประชุมครุอุดมโพธิ์กิจ พระนักพัฒนาและเจ้าอาวาสวัดโพธิ์ศิลา ซึ่งเป็นเสมือนผู้นำทางจิตวิญญาณของชาวบ้านตำบลเปือย กระที่ได้ข้อสรุปร่วมกันว่าทุกคนจะร่วมมือกัน ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย และได้มีการจัดการประชุมอีกครั้ง โดยเชิญชวนผู้นำชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล และตัวแทนภาคต่างๆ ในชุมชน เข้ามาร่วมกันรับฟังเรื่องราวการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ โดยมีขั้นตอนในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย ทั้งสิ้น 8 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ทั้งสิ้น 4 ฝ่าย ได้แก่ คณะกรรมการฝ่ายรับฟังความคิดเห็น คณะกรรมการฝ่ายยกร่างธรรมนูญสุขภาพ คณะกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์ และคณะกรรมการฝ่ายการติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 2 เปิดตัวธรรมนูญสุขภาพ โดยเลือกวันที่ 11 พฤศจิกายน 2553 ซึ่งเป็นการประชุมครั้งใหญ่ เพื่อถกทอเครือข่ายและเปิดตัวคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญสุขภาพทั้ง 4 ฝ่าย

ขั้นตอนที่ 3 จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นครั้งที่ 1 โดยแบ่งเวทีประชาคมออกเป็น 4 พื้นที่ และอาศัยพื้นที่ ศala การเปรียญของวัดต่างๆ เป็นพื้นที่ในการจัดเวที

ขั้นตอนที่ 4 ประชุมยกร่างธรรมนูญสุขภาพ ครั้งที่ 1 โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคณะกรรมการ เพื่อสะท้อน ภาพความคิดเห็นที่ได้จากการติดตามและประเมินผล การรับฟังความคิดเห็นแบบเจาะลึกร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 5 ประชุมยกร่างธรรมนูญสุขภาพ ครั้งที่ 2 ซึ่งมีการจัดทำคำนิยามศัพท์และกำหนด ปรัชญา แนวคิดของระบบสุขภาพตำบลเปือย จนตกลงได้ปรัชญาและแนวคิดของธรรมนูญสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ทางกาย ใจ สังคมและปัญญา ที่ว่า “คนตำบลเปือย อยู่ดีมีแข็ง ยั่งแย่แบ่งปัน สร้างสรรค์ยั่งยืน สุข ถ้วนหน้า ภายในปี 2559”

ขั้นตอนที่ 6 เวทีรับฟังความคิดเห็นประชาชนครั้งที่ 2 โดยจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทั้ง 4 พื้นที่ เนื่องจากความต้องการที่ต้องการรับฟังความคิดเห็นครั้งที่ 1

ขั้นตอนที่ 7 ประชุมยกร่างธรรมนูญสุขภาพ ครั้งที่ 3 (ปรับปรุงร่างฯ) ซึ่งสมบูรณ์และพร้อมสำหรับการนำไปใช้ ประชุมในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2553 ซึ่งมีการนำเสนอต่อ ประชาชนในเวทีประชาคมที่ในลำดับสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 8 จัดเวทีประชาคมร่างฯ และประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ เพื่อขอความเห็นชอบจากสภาเทศบาลตำบลเปือย และสุขภาพจากประชาชนตำบลเปือยทั้งตำบล จากนั้นจึงได้มีการขอความเห็นชอบจากสภาเทศบาลตำบลเปือย และ

ได้ถือโอกาสที่เทศบาลตำบลเปือยได้มีการจัดงานรณรงค์ให้คนไทยในเทศบาลสังกรานต์ ในวันที่ 13 เมษายน 2554 เป็นวันประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพอย่างเป็นทางการ

ซึ่งรวมระยะเวลา 6 เดือน จึงเกิดธรรมนูญสุขภาพตำบลเปือย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2554 “เปือยรุ่งโรจน์” มาใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในพื้นที่

สำหรับการขับเคลื่อนสุขภาพปัจจุบัน จะอาศัยกลไกการขับเคลื่อนผ่านทางโครงการต่างๆ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยมีทุกภาคส่วนเป็นผู้ขับเคลื่อน โดยเฉพาะเทศบาล ตำบลเปือย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาทิ การนำไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำเทศบัญญัติและงบประมาณรายจ่ายประจำปีของเทศบาล และนำไปใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการขอรับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกชุมชน เช่น การเสนอของงบประมาณจากกรมพลศึกษา เพื่อนำมาจัดทำสำเนาเกี่ยวกับในตำบล เปือย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการขับเคลื่อนที่เกิดขึ้นคือ ชุมชนยังมีข้อจำกัดในการจัดเวลาที่ยอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหมวดต่างๆ ของธรรมนูญสุขภาพ เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคหลังจากการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ และการติดตามประเมินถึงผลลัพธ์จากธรรมนูญสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนทิศทางและแนวทางในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในอนาคตด้วย

3.2) ธรรมนูญสุขภาพตำบลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย

ตำบลเอราวัณ จังหวัดเลย ถือเป็นชุมชนที่กำลังก้าวไปเป็นเมือง โดยมีการขยายตัวของชุมชน และโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวัน และปัญหาด้านต่างๆ เช่น สุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมตามมา เทศบาลตำบลเอราวัณ และภาครيءีเครือข่ายประชาชนตำบลเอราวัณ โดยมีจุดเริ่มต้นพนักงานเทศบาลตำบลเอราวัณบางท่านได้เข้าไปร่วมเป็นคณะกรรมการจังหวัดเลย ซึ่งได้ไปศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ต้นแบบ คือ ตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสระบุรี และนำเสนอแนวคิดดังกล่าวต่อเทศบาลตำบลเอราวัณ และแกนนำชุมชน

จากนั้นปัจจุบันเทศบาลและพนักงานเทศบาลต่างเอราวัณส่วนหนึ่งได้มีโอกาสเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 8 อุตราชานี จึงได้ไปศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ต้องการบริหารส่วนตำบลดงมูลเหล็ก จังหวัดเพชรบูรณ์ และเทศบาลตำบลหนองหิน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้เรียนรู้และเห็นผลสำเร็จจากกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพดังนี้แล้วแต่เริ่มต้นจนถึงการประกาศใช้ ซึ่งล้วนแล้วแต่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งสิ้น และเห็นว่าธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือที่ทำให้ทุกภาคส่วนมาร่วมกันคิดและแก้ปัญหาร่วมกันด้วยเหตุผล จนตกผลึกลายเป็นข้อตกลงร่วมกันอย่างมีความสุข จึงได้นำร่องดังกล่าวมาพูดคุยให้ผู้บริหารเทศบาลได้รับทราบและเห็นว่าเป็นประโยชน์ จึงได้นำเข้าเสนอในเวทีการประชุมตำบลเอราวัณ

สำหรับกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเอราวัณ ได้มีการจัดประชุมทุกภาคส่วนทั้งท้องถิ่น ท้องที่ และส่วนราชการในตำบลเอราวัณ ซึ่งที่ประชุมมีมติให้มีการไปศึกษาดูงานร่วมกันที่องค์การบริหารส่วนตำบลดงมูลเหล็ก จังหวัดเพชรบูรณ์ จนมีความมั่นใจว่าจะดำเนินการในพื้นที่ตำบลเอราวัณได้ หลังจากกลับมา จึงได้มีการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดขั้นตอนในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเอราวัณ โดยมีทั้งสิ้น 11 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการที่มีใจรักและเสียสละ

ขั้นตอนที่ 2 ยอดบทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบที่ไปศึกษาดูงาน

ขั้นตอนที่ 3 การหาปัญหาหรือความต้องการของประชาชน หรือภาษาอีสานเรียกว่า “ความอุกจั่ง”

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งต้องดำเนินการจัดทำหมวดหมู่

ขั้นตอนที่ 5 การคืนข้อมูล ที่วิเคราะห์และแยกหมวดหมู่เสร็จแล้ว พร้อมกับรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 6 คณะกรรมการกลั่นกรองข้อมูล เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขั้นตอนที่ 7 ยกร่างธรรมนูญ โดยเขียนให้อ่านและเข้าใจง่าย ไม่เข้มข้น น่าสนใจและเป็นไปได้

ขั้นตอนที่ 8 จัดเดทรับฟังความคิดเห็น โดยได้จัดเดทที่ประชาพิจารณ์ในสถานที่ที่มีความชัด น่าเชื่อถือ เป็นศูนย์รวมจิตใจของทุกคน คือ ศala การเปรียญ วัดป่าท่าสาย

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

ขั้นตอนที่ 10 ออกทำความเข้าใจกับประชาชนทุกหมู่บ้าน พร้อมทั้งทำการแจกเล่มธรรมนูญให้ทุกหลังคาเรือน โดยแจกให้หลังคาเรือนละ 1 เล่ม

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

การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสู่การปฏิบัตินี้ ในเบื้องต้น ตำบลเอราวัณได้เลือกเอาประเด็นปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญหรือสนใจเป็นพิเศษและกระทบกับชุมชนมาขับเคลื่อนก่อน ซึ่งการเอาประเด็นปัญหาดังกล่าวมาเข้มแข็งกับธรรมนูญสุขภาพที่ประกาศใช้แล้วจะสามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติได้ง่าย โดยพื้นที่ตำบลเอราวัณนั้น มีอยู่ 2 ประเด็น คือ 1) การบริหารจัดการขยะ ได้มีการตัดแยกและขยายขยะตั้งแต่ต้นทาง และนำเงินส่วนต่างที่ขายได้มาเป็นสวัสดิการชุมชน ปัจจุบันมีหมู่บ้านเข้าร่วมโครงการจำนวน 10 หมู่บ้าน ซึ่งทุกหมู่บ้านให้ความสนใจและจะดำเนินการให้เต็มพื้นที่ทั้ง 16 หมู่บ้านภายในปี 2559 และ 2) สิ่งแวดล้อม (อนุรักษ์พันธุ์ป่า) เนื่องจากในปีที่ซึ่งที่ผ่านมามีการจับปลาที่ผิดวิธี ในฝายโพนเลา และลำนาสัว จนทำให้จำนวนสัตว์น้ำ เช่น กุ้ง หอย ปู ปลา มีปริมาณลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยมีชาวบ้านวังเลา หมู่ที่ 1 ซึ่งได้รับผลกระทบมากที่สุด เป็นพื้นที่ที่น้ำร่อง และนำไปสู่การกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมร่วมกันของตำบลเอราวัณ

ข้อเสนอแนะของการนำความรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเอราวัณไปปรับใช้ จำเป็นต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับความพร้อมของภาคีเครือข่าย และความพร้อมของพื้นที่ การดำเนินการในแต่ละขั้นตอนจึงไม่ควรรีบร้อน ขณะเดียวกัน การทำงานย่อมมีปัญหาที่ต้องแก้ไขและทำความใจร่วมกันอยู่ตลอดเวลา

กล่าวโดยสรุป ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ คือ ข้อตกลง หรือ กรอบกติกา หรือทิศทางที่พึงประสงค์ ที่คุณในชุมชนห้องถิ่นใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะในระดับพื้นที่ โดยหัวใจสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ห้องถิ่นในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และการทบทวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน ซึ่งต่อยอดจากแนวคิดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

บทสรุป

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีเจตนากรมที่ร่วมกับครอบครัวและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศไทย ไปสู่การเป็น “สังคมสุขภาวะ” อันประกอบด้วย มิติทางกาย ทางใจ ทางปัญญา และทางสังคม โดยใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขี้ยวอนภูเขาที่ต้องเชื่อมโยงสามพังง ได้แก่ พลังสังคม พลังปัญญา และพลังรัฐ เช้าทำงานร่วมกันภายใต้หลักการ “การสานพลัง” โดยอาศัยเครื่องมือที่สำคัญใน 3 ลักษณะ ประกอบด้วย

1) สมัชชาสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการพัฒนาและกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม โดยเปิดให้กลุ่มเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาคราชการ/เอกชน ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาครัฐ/การเมือง ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้าง ดังกรณีตัวอย่าง สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสมัชชาสุขภาพ เอพาทีพน์ที่มีจังหวัดเป็นขอบเขตดำเนินการ อาทิ สมัชชาสุขภาพจังหวัดมุกดาหารที่ให้ความสำคัญกับการจัดการพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนมุกดาหาร และสมัชชาสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานีที่ให้ความสำคัญกับการเมือง เกษตรอินทรีย์

2) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินและคาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น และวิธีป้องกันผลกระทบดังกล่าวจากนโยบายสาธารณะ ครอบคลุมตั้งแต่ระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ (โครงการหรือกิจกรรม) ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการนำไปใช้ในชุมชน เรียกว่า การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพโดยชุมชน หรือเรียกอย่างง่ายว่า CHIA เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันในการสร้างทางเลือกที่ดีและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมตัดสินใจนโยบายของคนในชุมชนแต่ละพื้นที่ ดังกรณี ตัวอย่าง การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลคลองโถ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนตำบลโพนสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ซึ่งทั้งสองกรณีตัวอย่างให้ความสำคัญ เกี่ยวกับการสร้างโรงไฟฟ้ายาชุมชนในพื้นที่

3) ธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยในระดับประเทศเรียกว่า “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” และได้มีการดำเนินการต่อยอดประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่ เรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่” ซึ่งเป็น ข้อตกลง หรือ กรอบกติกา หรือทิศทางที่พึงประสงค์ ที่คนในชุมชนห้องถีนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะในระดับพื้นที่ ดังกรณีตัวอย่าง ธรรมนูญสุขภาพตำบลเปียง อำเภออ่อนจันเจริญ ซึ่งให้ความสำคัญ กับการอยู่ดี กินดี อยู่เย็นเป็นสุขของคนในพื้นที่ และธรรมนูญสุขภาพตำบลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ซึ่งให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการขยะ และการอนุรักษ์พันธุ์ปลาเป็นหลัก

นอกจากนี้ นักงานพัฒนาชั้บคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและพัฒนาสังคมสุขภาวะ หรือ นักงานพัฒนา หรือเรียกโดยย่อว่า นนส. ยังถือเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่เปรียบเสมือน “กาว” ในการเชื่อมร้อย ตัวแสดงจากภาคส่วนต่างๆ ให้มาทำงานร่วมกัน โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และการประสานความร่วมมือกัน ของทุกภาคส่วน ให้เกิดการพัฒนาและกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนา ศักยภาพคนทำงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องร่วมกันผ่านเครื่องมือทั้ง 3 ลักษณะดังกล่าว

สุดท้ายนี้ เราย่อมได้คำตอบร่วมกันว่า “ชาบ้าน หรือประชาชนทั่วไปก็สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการ กำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพได้จริง” โดยอาศัยกลไกและเครื่องมือสำคัญ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ จังหวัด การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ซึ่งเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่าย ภาคราชการ/เอกชนเข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง (ในเหลี่ยมของพัฒนาสังคม) ดังกรณีตัวอย่างกระบวนการสานพลัง ในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยเครื่องมือตามพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ซึ่งได้หยิบยกมาเป็นแนวทางในการเรียนรู้ ร่วมกันครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

เครือข่ายสมัชชาสุขภาพเอพาทีพน์ที่/ประเด็น. (2559). โครงการพัฒนาศักยภาพนักงานพัฒนาชั้บคลื่อนนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาสังคมสุขภาวะ. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2559, จาก <http://www.samatcha.org/areahpp/archives/3251>.

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

ประเทศไทย. (2547). กระบวนการนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณะสุขแห่งชาติ (มสช.).

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

มูลนิธิสาธารณะสุขแห่งชาติ. (2549). กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม: ปรากฏการณ์ใหม่ของสังคมไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณะสุขแห่งชาติ (มสช.).

วิสุทธิ บุญญะเสถีรัตน์ และนิรชา อัศวีรากุล. (2555). นโยบายสาธารณะ: เครื่องมือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน. การประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2 (หน้า 3-24). นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.).

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลระบบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ. นนทบุรี: วินิตาการพิมพ์.

_____. (2556). หนังสือชุดก่อ-ร่าง-สร้าง-เคลื่อน บทเรียนธรรมนูญสุขภาพ 6 พื้นที่. นนทบุรี: อมรินทร์พรินท์ดิจิทัลพับลิชชิ่ง.

_____. (2559). รู้จักและเข้าใจสมัยชาวสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

อัชกรณ์ วงศ์ปรีดี. (2558). ความพิรุณของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพ กรณีศึกษาของคุรุபักร่องส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนในประเทศไทย. วารสารการบริหารท้องถิ่น, 8(1), 1 – 15.

สำพლ จิตดาวัณน์. (2546). การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: มิติใหม่ของการสร้างสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.).

_____. (2553). เอชไอเอ. หนุนหรืออุดกการพัฒนา. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

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