



นโยบายสาธารณะ :
เครื่องมือการขับเคลื่อน
ระบบสุขภาพชุมชน



การประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2
จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จักจบ
วันที่ 19 มกราคม 2555 เวลา 13.30 - 17.00 น. ห้อง Sapphire 4



คำนำ

เอกสาร นโยบายสาธารณะ (Public Policy): เครื่องมือการขับเคลื่อน
สุขภาพชุมชน เป้าหมายเพื่อเป็นเอกสารประกอบเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในประเด็นของ
กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในงานประชุมมหกรรมสุขภาพ
ชุมชน ครั้งที่ 2

“จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จบ” ณ อาคารอิมแพ็ค
ฟอรัม เมืองทองธานี

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

มกราคม 2555



นโยบายสาธารณะ : เครื่องมือการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชน

วิสุทธิ บุญญะโสภิต
นิรชา อัครวีระกุล

บทนำ

มีคำอยู่ 2 คำที่ต้องทำความเข้าใจในความหมายเสียก่อน นั่นคือคำว่า “นโยบายสาธารณะ” กับคำว่า “สุขภาพชุมชน” และเมื่อเข้าใจในความหมายแล้วจึงจะได้กล่าวให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของคำ 2 คำนี้ในลำดับถัดไปว่า นโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนอย่างไร

คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่า “นโยบายสาธารณะ” หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ¹ หรือกิจกรรมที่รัฐกระทำเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเจตนาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม เช่น ความยากจน การผูกขาด เป็นต้น² หรือ กิจกรรมที่กระทำโดยรัฐบาล การตัดสินใจเลือกที่จะกระทำของรัฐบาลต้องคำนึงถึงคุณค่าของสังคมเป็นเกณฑ์โดยมุ่งที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชนเป็นหลัก³

อย่างไรก็ตามมีนักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งเห็นว่าในแต่ละสังคม มีนโยบายสาธารณะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ไม่เฉพาะที่เป็นนโยบายทางการเมืองของพรรคการเมืองต่าง ๆ นโยบายของรัฐบาล นโยบายในแผนพัฒนาของชาติ หรือนโยบายของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ เท่านั้น แต่นโยบายสาธารณะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาจากภาคประชาชน ภาคเอกชน ชุมชน และสังคมด้วย จึงให้ความหมายของคำว่า “นโยบายสาธารณะ” ว่าหมายถึง “ทิศทางการ

¹ โทมัส อาร์ ดายส์, 1984 อ้างถึงในปิยะนุช เงินคล้าย. ม.ป.ป. นโยบายสาธารณะ. เอกสารหมายเลข 161 กรุงเทพฯ: ศูนย์เอกสารทางวิชาการ คณะรัฐศาสตร์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

² เจมส์ อี แอนเดอร์สัน, 1975 อ้างถึงในปิยะนุช เงินคล้าย. (อ้างแล้ว)

³ สมบัติ อารังธัญวงศ์, อ้างถึงในปิยะนุช เงินคล้าย. (อ้างแล้ว)

หรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่า ควรจะดำเนินการไปในทิศทางนั้น⁴ ซึ่งในบทความชิ้นนี้ จะมุ่งเน้นไปที่นโยบายสาธารณะในความหมายหลังนี้

สำหรับคำว่า “สุขภาพชุมชน” อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า อนามัยชุมชน หมายถึง ภาวะแห่งการรวมเอา สุขภาพของบุคคลต่างๆ ในชุมชนเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคลจะดีได้ ก็ย่อมขึ้นกับสภาพสิ่งแวดล้อมด้วย⁵ โดยการจะนำไปสู่ภาวะดังกล่าวได้ จำเป็นต้องมีระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง ที่หมายถึงชุมชนสามารถดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองมากที่สุด สามารถควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพ มีระบบบริการที่สามารถให้บริการที่จำเป็นแก่ประชากรทั้งหมดในชุมชนท้องถิ่นได้⁶

ฉะนั้น ในบทความนี้ จึงมุ่งเน้นไปที่ การพัฒนานโยบายสาธารณะที่หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่า ควรจะดำเนินการไปในทิศทางนั้น เพื่อนำไปสู่ความมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน

นโยบายสาธารณะ : กับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

(1) หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะ

หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะไม่ได้อยู่ที่คำประกาศหรือข้อเขียนที่ออกมา เป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นทางการแต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ของการดำเนินการให้ได้มา ซึ่งนโยบายสาธารณะมากกว่า โดยกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ร่วมกำหนดทิศทางแนวทางของนโยบายสาธารณะ ร่วมดำเนินการตามนโยบายเหล่านั้น ร่วมติดตามผลและร่วมทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาต่อเนื่อง

⁴ อ่ำพล จินดาวัฒนะ, การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ, (พิมพ์ครั้งที่ 3) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2551

⁵ <http://www2.udru.ac.th/~sci102/Data/Unit2/Unit2-9.htm>

⁶ ประเวศ วะสี, กระบวนทรรศน์ใหม่ในการพัฒนาประเทศไทย : ท้องถิ่นเข้มแข็ง, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2522

ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวไว้ว่า กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดี ควรประกอบด้วย 3 ประการ⁷ คือ

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

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

ค. เป็นกระบวนการทางศีลธรรม นโยบายสาธารณะที่ดีต้องเป็นไปเพื่อความถูกต้องดีงาม และเพื่อประโยชน์สุขของคนทั้งสังคม ไม่แฝงเร้นเพื่อประโยชน์เฉพาะตนหรือเฉพาะกลุ่ม

(2) จุดอ่อนของนโยบายสาธารณะในสังคมไทย

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าสังคมไทยมีจุดอ่อนของนโยบายสาธารณะ⁸

ก. ประชาชนเข้าไม่ถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะ เรื่องนี้กลายเป็นเรื่องเฉพาะของฝ่ายการเมือง ฝ่ายรัฐบาล และฝ่ายราชการไปเสียส่วนใหญ่ ประชาชนอาจได้เข้าร่วมบ้างให้ดูพอเป็นพิธีเท่านั้น

การแก้จุดอ่อนนี้ รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 ได้เขียนไว้ชัดเจน ตัวอย่างในมาตรา 76 ก็ระบุไว้ว่า “รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายการตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ” และในรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2550 ก็มีเขียนไว้ในมาตรา 87 (1) ว่า “รัฐต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น” แต่ในทางปฏิบัติยังไม่ค่อยเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญสักเท่าใด

⁷ ประเวศ วะสี, กระบวนการนโยบายสาธารณะ, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2547

⁸ อ่ำพล จินดาวัฒนะ (อ้างแล้ว)

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

ค. **การสร้างนโยบายสาธารณะ ขาดข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีน้ำหนักเพียงพอ** สร้างนโยบายขึ้นจากผลประโยชน์ของคนบางกลุ่มบางหมู่ ขาดการคำนึงถึงผลกระทบต่อชาวบ้านอย่างเพียงพอ เช่น นโยบายการพัฒนาภาคอุตสาหกรรม นโยบายการพัฒนาพลังงาน เป็นต้น

ง. **ขาดกระบวนการประเมินผลกระทบและการกำหนดทางเลือกที่หลากหลาย** เมื่อกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะและลงมือดำเนินการไปแล้ว ไม่มีกลไกวิธีการในการประเมินผลกระทบด้านต่าง ๆ และขาดการคิดทางเลือกที่หลากหลาย ที่สำคัญคือประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมเลือกทางเลือกเหล่านั้น เช่น นโยบายพัฒนาพลังงานไปสู่การพัฒนาพลังงานกระแสหลักที่มุ่งรับใช้การพัฒนาธุรกิจอุตสาหกรรม การพัฒนาที่ดิน การจัดการเมืองที่มุ่งไปในทางรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ มากกว่ารองรับการอยู่ร่วมกันอย่างผสมกลมกลืนกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีสุขภาพดี เป็นต้น

จ. **ขาดระบบการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและได้ลงมือดำเนินการไปแล้ว** ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะต่าง ๆ จึงสะสมพอกพูน เป็นปัญหารุนแรงและเรื้อรังไม่ได้รับการแก้ไข หรือปรับเปลี่ยนนโยบายเท่าที่ควร

(3) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

การดำเนินการตามนโยบายสาธารณะต่างๆ มีผลกระทบต่อบุคคลและสภาพแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ/สุขภาพ ทั้งทางบวกและทางลบ และทางตรงและทางอ้อม เช่น นโยบายการกระจายรายได้ อัตราค่าจ้าง การจัดการที่อยู่อาศัย การคมนาคมขนส่ง การสื่อสารมวลชน การพัฒนาการเกษตรและอุตสาหกรรม การใช้ที่ดิน การจัดการผังเมือง การให้สัมปทานเหมืองแร่ การจัดการเรื่องพลังงาน เป็นต้น การดำเนินนโยบาย

สาธารณสุขต่างๆ ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ/สุขภาวะ จึงเรียกว่าเป็น“นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ” หรือ “นโยบายสาธารณสุขที่ดี” (Healthy Public Policy) เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างหนึ่ง เช่น นโยบายสาธารณสุขด้านการคมนาคม ที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนน มุ่งดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อลดการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน นโยบายส่งเสริมเกษตรกรรมปลอดสารพิษ นโยบายควบคุมเพื่อลดการใช้สารเคมีในการเกษตร นโยบายส่งเสริมให้ประชาชนทำงานใกล้บ้านหรือทำงานอยู่ในชุมชนท้องถิ่นของตนเอง เป็นต้น เหล่านี้คือตัวอย่างของนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งก็เป็นหลักประกันให้กับมหาชนได้ว่าจะมีสุขภาวะหรือไม่เสียสุขภาพอย่างไม่สมควร

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อสุขภาพไว้ว่าคือ “นโยบายสาธารณสุขที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้”

การจะทำให้รัฐบาล ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และสังคมภาคส่วนต่างๆ สร้างนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดสิ่งต่างๆ ได้แก่

(1) ต้องช่วยกันสร้างความตระหนักในคุณค่าของสุขภาพที่มีความหมายกว้างว่าเป็นเรื่องของสุขภาวะ เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่ายในสังคม ไม่ใช่เป็นเรื่องแค่การป่วย-ไม่ป่วย และการได้รับบริการสาธารณสุขเพียงเท่านั้น ซึ่งตรงนี้ต้องอาศัยกระบวนการทำงานร่วมกับกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด

(2) ฝ่ายที่ทำงานทางวิชาการต้องสนับสนุนข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพจากการดำเนินการนโยบายสาธารณสุขต่างๆ โดยนำเสนอข้อมูลต่างๆ ต่อสาธารณสุข เพื่อชวนทุกฝ่ายในสังคมเข้ามาร่วมคิดร่วมทำ ฝ่ายรัฐเองก็ต้องสนับสนุนให้ฝ่ายวิชาการได้ศึกษาวิจัยพัฒนาองค์ความรู้เหล่านี้้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

⁹ อ้างถึงในอำพล จินดาวัฒน์ (อ้างแล้ว)

(3) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกัน การสื่อสารเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสาธารณะ เพื่อร่วมรับผิดชอบสังคมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพ/สุขภาวะร่วมกัน ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีบรรยากาศเช่นนี้ค่อนข้างดี

(4) ช่วยกันนำเสนอทางเลือกของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ให้มากขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่ายในสังคมช่วยกันคิดต่อ ช่วยกันผลักดันต่อให้ประสบผลสำเร็จ โดยไม่รอให้ฝ่ายรัฐ ฝ่ายราชการ ฝ่ายทุนคิดเท่านั้น เช่น นโยบายสร้างเส้นทางการคมนาคม สำหรับรถจักรยาน ซึ่งทำให้ไม่ต้องพึ่งพลังงานกระแสหลัก เป็นมิตรกับธรรมชาติและเกิดการสร้างเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี เป็นต้น

(5) เข้าร่วมกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อให้ได้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี โดยทุกฝ่ายในสังคมต้องช่วยกันพัฒนาจิตสำนึกเข้าสู่การเป็นพลเมืองที่สนใจเรื่องของส่วนรวม และกระตือรือร้นเข้าร่วมคิดร่วมสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนาสังคม สุขภาวะร่วมกัน

เครื่องมือสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งการกำหนดองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁰ ได้กำหนดเครื่องมือสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ไว้ใน 3 ลักษณะ คือ

(1) เครื่องมือพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Policy Formulation Process)

ส่วนใหญ่ในขั้นตอนกำหนดนโยบายต่างๆ ที่ใช้กันโดยทั่วไปที่ผ่านมา สังคมเรายังไม่ค่อยได้ใช้กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างเป็นขั้นตอนตามหลักวิชาการ นโยบายสาธารณะหลายอย่างจึงเกิดขึ้นจากสามัญสำนึกจากฝ่ายที่มีอำนาจ มีผลประโยชน์ และเกิดจากความเชื่อของผู้กำหนดนโยบายมากกว่าข้อมูลตามกระบวนการทางวิชาการ

¹⁰ปรากฏในหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในสังคมไทย จำเป็นต้องชวนกันหันมาสร้างกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ
อย่างเป็นระบบและมีหลักวิชาการมากขึ้น

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีควรเป็น “กระบวนการนโยบาย
สาธารณะแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Public Policy Process : PPPP) ไม่ใช่
การกำหนดนโยบายสาธารณะจากฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียว หรือช่องทางการกำหนดนโยบาย
สาธารณะแบบปิด

การเริ่มต้นของกระบวนการจะเริ่มจากด้านใดก็ได้ แต่ต้องเชื่อมโยง ดึงให้ทุกฝ่าย
เข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ไม่ใช่มีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี กระบวนการกำหนดนโยบาย
สาธารณะอาจริเริ่มโดย อบต. เทศบาล หรือหน่วยราชการก็ได้ หรือโดยเครือข่ายประชาชน
หรือกลุ่มประชาคมในชุมชนท้องถิ่นก็ได้ หรือเริ่มจากฝ่ายนักวิชาการนักวิชาชีพต่างๆ ก็ได้
เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการใช้รถใช้ถนนในจังหวัดขอนแก่น ริเริ่มจากฝ่าย
วิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุขเห็นปัญหา มีข้อมูลองค์ความรู้แล้วชักชวนฝ่ายราชการ
และฝ่ายประชาชนเข้าร่วมคิดร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมผลักดันจนเกิดเป็นนโยบาย
สาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม การสร้างนโยบายการเกษตร
ที่เอื้อต่อสุขภาพที่ริเริ่มโดยเครือข่ายเกษตรกรและนักพัฒนาเอกชนภาคเหนือ การสร้าง
นโยบายสาธารณะในการลดปริมาณขยะที่อำเภอตำบลขุนทดที่ริเริ่มโดยเทศบาลตำบลแล้วมี
การเชื่อมโยงดึงทุกฝ่ายเข้าร่วมคิดร่วมทำจนเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม เป็นต้น

เครื่องมือหนึ่งที่มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อ
สุขภาพที่ปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือ “สมัชชาสุขภาพ” โดย
ได้ให้คำนิยามว่าหมายถึง “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้
ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบาย
สาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็น
ระบบและอย่างมีส่วนร่วม¹¹” โดยในหมวด 4 ได้กำหนดให้มีสมัชชาสุขภาพไว้ 3 ประเภท
คือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ

¹¹มาตรา 3 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2554

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาครบ 1 ทศวรรษ สามารถสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ได้เป็น 2 กลุ่ม¹² คือ

ก. แบ่งตามรูปแบบการเคลื่อนไหวเชิงกระบวนการ

(1) แบบค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไข เป็นรูปแบบพื้นฐาน เน้นการค้นหาประเด็นปัญหาสาธารณะ แล้วจึงร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขหรือหาทางออกร่วมกันในเชิงนโยบาย ซึ่งส่วนใหญ่หลายจังหวัดจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพรูปแบบนี้ เช่น การใช้สมัชชาสุขภาพเพื่อการเฝ้าระวังปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของตำบลขอนแก่น จังหวัดลพบุรี (ดูรายละเอียดในล้อมกรอบ 1)

(2) แบบสร้างภาพฝัน แล้วพัฒนาตาม เป็นการสร้างภาพในอนาคตหรือฉากทัศน์ร่วมกัน กำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม แล้วจึงมีการวางแผนหรือค้นหาแนวทางการเดินไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ เช่น การใช้สมัชชาสุขภาพพัฒนาธรรมนุญสุขภาพอำเภอสูงเม่น จังหวัดน่าน เป็นต้น

(3) แบบสร้างแบบอย่างที่ดี แล้วขยายสู่นโยบาย เป็นการเริ่มต้นการพัฒนาให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ หรือการถอดบทเรียนจากรูปธรรมความสำเร็จ แล้วจึงขยายผลต่อให้เกิดเป็นนโยบาย เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดฉะเชิงเทราที่เริ่มจากการพัฒนาสุขภาพพระดัด ตำบลจนเกิดเป็นพื้นที่ต้นแบบ แล้วพยายามขยายผลสู่สาธารณะที่กว้างขึ้น เป็นต้น

(4) แบบเฝ้าระวังเตือนภัยให้สังคม เป็นกระบวนการที่สร้างกลไกขึ้นมาเฝ้าระวังผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับชุมชนและสังคม โดยสื่อสารกับสังคมได้รู้เท่าทันทั้งเชิงข้อมูลและความรู้ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประเด็นการจัดการลุ่มน้ำที่จะพัฒนากลุ่มองค์กรเครือข่ายขึ้นมาเป็นกลไกเฝ้าระวังเตือนภัยให้กับชาวแม่ฮ่องสอน เป็นต้น

(5) แบบการพัฒนาและติดตามผลนโยบาย เป็นการประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบายส่วนต่างๆ และวางแผนยุทธศาสตร์ที่จะขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติตามช่องทางต่างๆ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช ขับเคลื่อนจนเกิดข้อบัญญัติ อบต. ท่าศาลา ในการอนุรักษ์ทรัพยากรชายฝั่ง สมัชชาสุขภาพ

¹²อำพล จินดาวัฒน์, เหลียวหลัง แลหน้าสู่สมัชชาสุขภาพทศวรรษที่ 2, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ 1 ทศวรรษสมัชชาสุขภาพ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554

จังหวัดสงขลาขับเคลื่อนคำประกาศสมิหลาสู่การจัดการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในระดับ
อปท. (ดูรายละเอียดในล้อมกรอบ 2) และสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนครขับเคลื่อน
ข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นเกษตรเอื้อสุขภาพและอาหารปลอดภัยสู่การทำแผนพัฒนา
ระดับท้องถิ่นและจังหวัด เป็นต้น

ข. แบ่งตามลักษณะการพัฒนากระบวนการหรือการสร้างพื้นที่สาธารณะ

(1) การประยุกต์กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาใช้ เป็นการ
จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เป็นระบบและมีแบบแผนมากขึ้น ตั้งแต่การจัด
องค์ประกอบคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพ การได้มาซึ่งประเด็น การพัฒนาประเด็น
และกระบวนการประชุมเพื่อหาฉันทามติข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยการประยุกต์แนวคิด
มาจากกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ
และสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงราย เป็นต้น

(2) การขับเคลื่อนนโยบายด้วยกระบวนการถกแถลง กระบวนสมัชชา
สุขภาพแบบนี้เป็นแบบที่ไม่เป็นทางการ ค่อนข้างเป็นธรรมชาติ ให้ความสำคัญกับความ
แตกต่างหลากหลายในเชิงแนวคิด อุดมการณ์ โดยเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้
ร่วมกัน ถกแถลงอย่างอิสระ และหาข้อสรุปร่วมกัน โดยพยายามแฝงกระบวนการเหล่านี้ใน
การประชุมหรือในเวทีทุกระดับ ซึ่งกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นไป
ในรูปแบบนี้ และปัจจุบันมีหน่วยงานและพื้นที่ได้นำแนวคิดของสมัชชาสุขภาพไปประยุกต์

ล้อมกรอบ 1

การเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร บทเรียนจากตำบลขอนแก่น สมบูรณ์ จังหวัด
ลพบุรี

จากการทบทวนข้อมูลทุกภาวะของแกนสมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี เมื่อปี
2552 พบอัตราการตายที่คลอดบุตร ก่อนอายุ 20 ปี 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2550 - 2552) มี
อัตราสูง ร้อยละ 18.1, 18.3 และ 17.5 ตามลำดับ และพบว่าทุกอำเภอมีแนวโน้มสูงขึ้นโดย
เฉพาะอำเภอพัฒนานิคม อำเภอท่าม่วง และอำเภอหนองม่วง สูงเกินร้อยละ 30 โดยสูงสุด
ได้แก่ อำเภอหนองม่วง (ร้อยละ 33.3) จึงได้จัดทำโครงการ ในพื้นที่นำร่อง โดยเลือกตำบล
ขอนแก่น อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี เป็นพื้นที่ดำเนินการ โดยมีพระครูใบฎีกาทรงพล
ชยนิท โจ้วอวาสวัดศรีรัตนาราม ผู้นำภาคประชาสังคมของตำบลขอนแก่น ซึ่งเป็น
แกนนำในการพัฒนาในด้านต่างๆ มากกว่า 20 ปี เป็นผู้ประสานการดำเนินการ

กระบวนการที่นำมาใช้คือ “สมัชชาสุขภาพ” มาเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยได้ดำเนินการ

(1) **หาเพื่อน** โดยเริ่มจากการมองหาภาคีสำคัญ (key actors) ตามกรอบสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา และจัดวางหรือร่วมกันเพื่อมาร่วมกันพิจารณาโลกใฝ่ระว่างการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และร่วมกันวิเคราะห์ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในพื้นที่ และเชิญชวนมาร่วมดำเนินการ โดยมีสถาบันนายารายณ์เพื่อการพัฒนาจังหวัดลพบุรี เป็นที่ปรึกษา

(2) **รวมใจ/รับรู้ทุกซ์** โดยใช้ลานโพธิ์ของวัดศรีรัตนารามเป็นเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จนเกิดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันที่ทุกฝ่ายพร้อมที่จะกำหนดเป็นข้อตกลงเพื่อร่วมกันหาทางออกให้กับเยาวชน ให้คนทำซึ่งเป็นผู้ปกครอง ครอบครัวของเด็ก ตัวเด็กและเยาวชนนำไปปฏิบัติ

(3) **การออกแบบจังหวะการขับเคลื่อน** โดยเริ่มต้นจากจุดเล็ก ๆ มีพระครูใบฎีกาทรงพล ชยน์โท คอยประสานเชื่อมโยงภาคีภาคส่วนดังกล่าวเข้ามาเรียนรู้ร่วมกัน สร้างสรรค์กิจกรรมดีดี แก่เด็ก เยาวชน โดยเฉพาะการขับเคลื่อนประเด็น “เด็กดี ศรีขอนแก่น” ด้วยยุทธศาสตร์การเปิดพื้นที่ดีดี สร้างสรรค์ให้เกิดมีเวทีการแสดงออก การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

(4) **จัดกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง** โดยเน้นการทำงานจากคุณค่าแห่งกัลยาณมิตรที่เชื่อมโยงทุกฝ่ายเข้าด้วยกัน เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่สามารถนำไปสู่การสร้างสรรค์ แรงบันดาลใจ เด็กเยาวชนมองเห็นเป้าหมายในชีวิตข้างหน้าฝันถึงอนาคตที่อยากมีอาชีพ การพึ่งตนเองได้ เพื่อกลับมาดูแลพ่อแม่มีความมุ่งมั่นและเสนอความคิดเห็นที่จะไปสู่ฝันด้วยการเป็นเด็กดี เชื่อฟังพ่อแม่ ช่วยเหลืองานบ้าน ที่สำคัญคือตั้งใจเรียน การผลักดันข้อเสนอของเด็กให้กลุ่มผู้ใหญ่เป็นไปในรูปแบบสนทนาแลกเปลี่ยนกัน ใช้พลังแห่งการตั้งคำถาม มีประเด็นให้ร่วมกันคิด เป็นการเปิดโอกาสให้เด็กแสดงออก “เด็กนำ ผู้ใหญ่หนุน” การผลักดันและกำหนดแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เยาวชน และครอบครัวมีหน่วยงานระดับอำเภอเข้าร่วมรับฟังข้อเสนอ มีการสนับสนุนงบประมาณ แผนงานและจัดทำโครงการร่วมกันเกิดเวทีระดับอำเภอเพื่อสื่อสารสู่สาธารณะและเครือข่ายสุขภาพตำบลต่างๆ ของอำเภอหนองม่วง นอกจากนี้ข้อเสนอที่เกิดขึ้นนำไปสู่การสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่เวทีสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดซึ่งจัดปีละ 1 ครั้ง

ปัจจุบันนี้ แนวทางการดำเนินงานของตำบลขอนแก่นได้ถูกขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ โดยมีการจัดสมัชชาสุขภาพอำเภอหนองม่วง และนำไปดำเนินการในตำบลดงดินแดง ขอนสารเดช บ่อทอง ยางโทน และตำบลหนองม่วง และที่สำคัญได้นำข้อค้นพบไปจัดทำยุทธศาสตร์ด้านสังคมของจังหวัดลพบุรีในการใฝ่ระว่างการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 สร้าง 1 พัฒนาเป็นนโยบายที่จังหวัดลพบุรีมุ่งหวังเพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในที่สุด

ล้อมกรอบ 2

สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สู่ “สงขลาพอเพียง”

จังหวัดสงขลาได้นำ “กระบวนการสมัชชาสุขภาพ” ไปใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนการพัฒนาสุขภาพของจังหวัด ผ่านการจัดทำแผนสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2549 จนถึงปี 2553 ได้ยกระดับขึ้นมาเป็นยุทธศาสตร์ “สงขลาพอเพียง”

จุดเริ่มต้นเกิดจากคนกลุ่มหนึ่งได้ปรึกษาร่วมกันถึงแนวทางการพัฒนาจังหวัด และเห็นสอดคล้องกันว่าจะต้องพยายามเชื่อมโยงประสานเครือข่ายภาคพลเมืองหลักๆ ในจังหวัดให้เข้ามาร่วมกันขับเคลื่อนสงขลาให้เกิดสุขภาวะ มีการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นเครื่องมือหนึ่งในการเชื่อมผู้คนทุกภาคส่วนเข้ามาคิดและทำงานร่วมกันจนได้เป็น “แผนสุขภาพจังหวัด” และขยายแนวคิดเป็นการจัดทำ “แผนสุขภาพตำบล” ใน 22 ตำบล มีการร่วมกันจัดทำ “คำประกาศสมิหลา” เพื่อแสดงทิศทาง การพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบล และมีการบูรณาการข้อเสนอเชิงนโยบาย และดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่หลากหลาย ทั้งเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่

ในปี 2553 เครือข่ายสร้างสุขภาพจังหวัดสงขลา ได้ใช้สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้ร่วมกันประกาศ “วาระสงขลาพอเพียง” เพื่อดำเนินงานสร้างสุขภาวะของคนสงขลา ภายใต้ปรัชญานำทาง คือ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” ใช้แนวคิด “เศรษฐกิจพอเพียง” และรากฐานธรรมะในทุกศาสนา ภายใต้บริบทที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของพื้นที่ โดยมียุทธศาสตร์ร่วม 5 ประการ คือ การสร้างค่านิยมร่วมสร้างชุมชนเข้มแข็ง พัฒนา คนและสร้างความรู้ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และสนับสนุนและการจัดการ มีข้อเสนอเชิงนโยบายรวม 15 ประเด็น

สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา เป็นตัวอย่างหนึ่งของกระบวนการทางสังคมที่หนุนเสริมการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมและหนุนเสริมการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม และมีความก้าวหน้าไปตามลำดับ

ล้อมกรอบ 3

บัวใหญ่ : ชุมชนจัดการตนเอง

ข้อเสนอสำคัญของสมัชชาเครือข่ายองค์กรชุมชนเพื่อการปฏิรูป เมื่อเดือนมีนาคม 2554 คือ “ปฏิรูปประเทศไทย ให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง” ซึ่งสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 และมติสมัชชาปฏิรูปประเทศไทย ครั้งที่ 1 ที่มีฉันทามติให้ทุกภาคส่วนเร่งรัด “นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเอง” เพื่อให้ชุมชนท้องถิ่นทุกแห่งมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่โดยใช้ทุนที่มีอยู่โดยอาศัยทุนจากภายนอกน้อยที่สุด

ความคิดดังกล่าว หากฟังดูแล้วบางคนอาจคิดว่าเป็นไปไม่ได้ แต่ในความเป็นจริง มีชุมชนหลายแห่งกำลังพัฒนาไปสู่จุดนั้น ซึ่งตัวอย่างหนึ่งในหลายหลายกรณีเกิดขึ้นที่ตำบล บัวใหญ่ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน

รูปธรรมหนึ่งที่บัวใหญ่นำมาใช้คือ การจัดให้มีแผนแม่บทชุมชนเพื่อใช้เป็นกรอบ การทำงานขององค์กร หน่วยงานและประชาชนในตำบล โดยชาวบ้านที่นั่นเรียกแผนที่เขา ช่วยกันจัดทำขึ้นมาว่า “แผนพัฒนาสังคมเศรษฐกิจทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมตำบล บัวใหญ่” ฟังดูเข้าท่าทีเดียว

ตำบลบัวใหญ่ ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติ ฉะนั้น ปัญหาหลักของที่นี่ คือความไม่มั่นคงในที่ดินทำกิน เพราะมีแปลงที่ดินทำกินกว่าหนึ่งในห้าตั้งอยู่ในเขตป่าสงวน แห่งชาติ อาชีพที่ทำก็เป็นเกษตรเชิงเดี่ยวที่ปลูกข้าวโพดเป็นหลักทำให้น้ำ ป่าเสื่อมโทรม

กระบวนการฟื้นฟูชุมชนท้องถิ่นของตำบลบัวใหญ่เริ่มต้นอย่างจริงจัง หลัง จากมีการนำระบบข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์ หรือ GIS มาใช้จัดทำฐานข้อมูลทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากรธรรมชาติ ของตำบลอย่างละเอียด แล้วเชิญชวน ผู้นำชุมชนมาร่วมเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน โดยกลไกหลักที่เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงใหญ่ ก็คือ สภาองค์กรชุมชนตำบลบัวใหญ่ จนในที่สุดก็ได้แผนแม่บทชุมชนที่เกิดจากการมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

พิชัยพร กองสอน ในฐานะประธานสภาองค์กรชุมชนตำบลบัวใหญ่ เล่าให้ ผมฟังว่า กว่าจะออกมาเป็นแผนฉบับนี้ ได้เพียรพยายามมาปีเศษ โดยเริ่มที่การรวมคน ที่สนใจแล้วมาสร้างความเข้าใจจนเกิดทีมทำงาน ช่วยกันวิเคราะห์ทุนในพื้นที่รวมทั้ง จุดอ่อนจุดแข็งของตำบล รวมทั้งรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ในทุกมิติ จัดเวทีแลกเปลี่ยน กับชาวบ้านในทุกหมู่บ้าน แล้วนำปัญหาและความต้องการมายกร่างเป็นแผน แล้ว จัดสมัชชาเชิญชวนคนทั้งภาครัฐ ภาควิชาการและแกนนำชุมชนมาร่วมกันพิจารณา ให้ความเห็นชอบต่อแผน แล้วจึงประกาศใช้แผน

“โครงสร้างพื้นฐานดี วิถีชีวิตพอเพียง มีเงินออม ใส่ใจวัฒนธรรมและการ ศึกษา ร่วมสร้างสุขภาวะและสิ่งแวดล้อม” คือวิสัยทัศน์ที่ปรากฏอยู่ในแผน มี 6 ยุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่ ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ฟื้นฟูวัฒนธรรม ประเพณี พัฒนาเศรษฐกิจ พัฒนาคน พัฒนาและปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน และส่งเสริม การสร้างสุข มีกลไกขับเคลื่อนแผนคือ บวรส. หรือ บ้าน (ท้องที่ ท้องถิ่น สภาและ ประชาชน) วัด (พระสงฆ์) โรงเรียน (ครู นักเรียน) และหน่วยงานสาธารณสุข (หมอ อสม.)

ภายใต้ยุทธศาสตร์แต่ละด้าน จะมีรายละเอียดกิจกรรมโครงการรองรับ ซึ่งมีโครงการที่ดำเนินในทุกด้านรวมทั้งสิ้น 113 โครงการ และได้จำแนกแยกแยะไว้อย่างชัดเจนว่าแต่ละโครงการมีใครบ้างที่รับผิดชอบ

และเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2554 ที่ผ่านมา ได้จัดให้มีเวทีประกาศใช้แผนอย่างเป็นทางการท่ามกลางสายฝนโปรยปราย ในวันนั้นมีผู้ว่าราชการจังหวัดนำ มาเป็นประธาน และที่สำคัญก็คือมีผู้คนที่ทำงานในตำบลจากทุกหน่วยทุกภาคมาร่วมในงานอย่างคับคั่งและรับว่าจะจะนำแผนนั้นไปปฏิบัติตามภารกิจของตน และยังทราบอีกว่า ยังมีตำบลอีกอย่างน้อย 152 ตำบล จากทุกจังหวัด อาสาลุกขึ้นมาดำเนินการตามแบบที่ชาวบ้านใหญ่กำลังดำเนินการอยู่

(2) เครื่องมือประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA)

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) หมายถึง การประมาณการณ์ผลกระทบของการกระทำใดการกระทำหนึ่งที่มีต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง¹³ ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจครอบคลุมตั้งแต่ระดับโครงการ ระดับแผนงานและระดับนโยบาย โดยคาดการณ์ไปข้างหน้าก่อนที่จะดำเนินการตามแผนที่วางไว้

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี ที่ผ่านมาเรื่องนี้ยังเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย จะมีก็เป็นความสนใจเกี่ยวกับผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากนโยบายสาธารณะมากกว่า จนมีกฎหมายกำหนดเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment : EIA) ออกมาใช้บังคับ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็น “กระบวนการทางปัญญา” มากกว่ากระบวนการทางกฎหมายหรือการใช้อำนาจ เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ร่วมกันทางวิชาการและทางสังคม เป็นกระบวนการประเมินผลกระทบที่จะเกิดกับสุขภาพของประชาชนและชุมชนจากนโยบายสาธารณะที่เกิดจากรัฐ เอกชน ท้องถิ่น และเกิดจากชุมชนเอง นำไปสู่การกำหนดทางเลือก การตัดสินใจเลือกทางเลือก การหาทางลดผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากทางเลือกนโยบายต่างๆ เพื่อให้คนและชุมชนมีสุขภาพร่วมกัน

¹³Scott-Samual, 1988 อ้างในเดชมรัตน์ สุขกำเนิด, นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : การวิเคราะห์ระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคม ใช้วิทยาการแบบสหสาขา เป็นการทำงานในขอบเขตที่กว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข ครอบคลุมไปถึงสุขภาวะอย่างองค์รวม เป็นการทำงานเชิงบวกไม่ใช่ทำเพื่อนำผลไปใช้เพื่อการอนุญาต-ไม่อนุญาตเรื่องต่างๆ ไม่ใช่เครื่องมือเชิงอำนาจหรือเชิงกฎหมาย

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติเรื่องนี้ไว้ใน

มาตรา 10 ระบุว่า “เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว ต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชน

ทราบและจัดทำข้อมูลให้โดยเร็ว การเปิดเผยข้อมูลตามวรรคหนึ่งต้องไม่มีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลใดเป็นการเฉพาะ”

และมาตรา 11 ระบุว่า “บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะบุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว”

นอกจากนี้ในมาตรา 25 กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่ประการหนึ่งคือ “กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ” ซึ่งขณะนี้ คสช. ได้มีการประกาศใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะแล้ว¹⁴

อย่างไรก็ตาม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการพัฒนาเครื่องมือนี้สำหรับการนำไปใช้ในชุมชน เรียกว่า การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพระดับชุมชน หรือ

¹⁴ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ. 2552 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2552

Community Health Impact Assessment เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของคนในแต่ละชุมชน¹⁵ เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้คนในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างชุมชน สุขภาวะ ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยไม่ได้รอคอยการพัฒนาจากภาครัฐ หรือฝากความหวังไว้ที่ใครคนใดคนหนึ่ง หากแต่เป็นสิ่งที่ชุมชนร่วมกันทำ ร่วมกันกำหนด ที่การพัฒนาในระบบใหญ่จะต้องให้ความสำคัญ ในการนี้ชุมชนจะเป็นผู้กำหนดภาพชุมชน สุขภาวะ ร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นหลักในการพิจารณาทางเลือกการ พัฒนาต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับภาพสุขภาพที่ชุมชนร่วมกันกำหนดขึ้น และที่สำคัญร่วมกัน พัฒนาเครื่องมือประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่เป็นของชุมชนเอง และใช้ในการประเมิน หากต้องการข้อมูลประกอบการพิจารณาหรือการตัดสินใจ เกี่ยวกับนโยบายหรือโครงการ ต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อชุมชน¹⁶

ในปัจจุบันมีชุมชนที่สนใจจะเรียนรู้แนวคิดการทำการประเมินผลกระทบทาง สุขภาพในระดับชุมชนและประยุกต์ใช้ในชุมชนของตน อาทิ (1) กรณีการพัฒนาชุมชน อย่างยั่งยืนภายใต้ระบบนิเวศน์ 3 น้ำ แม่กลอง จังหวัดสมุทรสงคราม (2) กรณีเมือง ทองคำ จังหวัดเลย (3) กรณีปุ๋ยเคมี ในพื้นที่ อบต.ห้วยสามพาด กิ่งอำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี (4) กรณีโครงการเซาเทนซิเบอร์ด์ - นิคมอุตสาหกรรมขนอม จังหวัด นครศรีธรรมราช (5) กรณีเขื่อนลามา จังหวัดนครศรีธรรมราช (6) กรณีท่าเรือสงขลา จังหวัด สงขลา (7) กรณีโรงไฟฟ้าจะนะและท่อส่งก๊าซไทย - มาเลเซีย จังหวัดสงขลา (8) กรณีนิคม อุตสาหกรรมฮาลาล จังหวัดปัตตานี (9) กรณีนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดตรัง (10) กรณี ท่าเรือมารีน่าและการบุกรุกที่ดินในเขตป่าสงวนทำรีสอร์ทของบริษัท นาราชา จำกัด บ้านย่านฮี บนเกาะยาวใหญ่ จังหวัดพังงา (11) กรณีโครงการไมล์มารีน่า อ่าวฉลอง จังหวัดภูเก็ต (12) กรณีผังเมือง ชุมชนวัดเกตุ จังหวัดเชียงใหม่ (13) กรณีนิคมอุตสาหกรรมบ้านฉางและ ฆาตพาต จังหวัดระยอง (14) กรณีตำบลกลาย อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช (ดูรายละเอียดในลั๊อมกรอบ 4)

¹⁵ อัมพล จินดาวัฒน์, เอชไอเอ. หนุนหรืออุดการพัฒนา, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553

¹⁶ สมพร เฟ่งคำ และจริญญา วงศ์พรหม, HIA ชุมชน เพื่อสุขภาวะชุมชน, ในเอกสารประกอบการประชุม เชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 การพัฒนาแนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับชุมชน เมื่อ วันที่ 7-9 เมษายน 2551 ณ ชลพฤกษ์ รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

ล้อมกรอบ 4

การประเมินผลกระทบสุขภาพพระตำบลดงอ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช
จุดริเริ่มเกิดขึ้นบนโต๊ะกาแฟที่นักพัฒนาองค์กรเอกชน หมอและ อสม. กลุ่มหนึ่ง
ได้พูดคุยกันถึงเรื่องอนาคตของตำบลดงอ และสุดท้ายเห็นว่าน่าจะนำเครื่องมือ CHIA
มาดำเนินการในพื้นที่ จึงเริ่มไปปรึกษาหารือกับแกนนำคนสำคัญในชุมชนจนเห็นด้วย
ต่อแนวคิดข้างต้น การทำงานได้มีแผนการดำเนินงานไว้ 4 ระดับ คือ การทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับ CHIA กับแกนนำชุมชน การออกแบบการทำงานของกลุ่มแกนนำชาวบ้าน
การศึกษาข้อมูลผลกระทบสุขภาพ และการประเมินผลและการสร้างทางเลือกการพัฒนา

กระบวนการทำความเข้าใจเรื่อง CHIA กับแกนนำชุมชน ที่ประกอบด้วย แกนนำ
ชาวบ้าน ข้าราชการ อบต. สถานีอนามัยโดยชี้ให้เห็นว่าเป็นเครื่องมือสำหรับให้ชุมชนเข้าถึง
ความรู้เพื่อนำไปสู่การกำหนดทิศทางด้านสุขภาพและการกำหนดท่าทีต่อปัจจัยคุกคาม
ที่เข้ามาในชุมชนว่าจะจัดการอย่างไร โดยไม่ใช่เป็นไปเพื่อการคัดค้านโครงการพัฒนา
ในพื้นที่ สำหรับกระบวนการออกแบบการทำงาน ก็เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำ
ชาวบ้านในการกำหนดแผนการทำงานและกลไกทำงานชุดต่าง ๆ ร่วมกัน

ในกระบวนการศึกษาข้อมูลผลกระทบสุขภาพ ได้มีการศึกษาข้อมูล โดยแบ่งเป็น
5 ช่วงที่สำคัญคือ การทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมทั่วไปของชุมชน การศึกษาข้อมูล
พื้นฐานด้วยการวิจัยแบบง่าย การศึกษาข้อมูลเชิงลึก การนำข้อมูลมาวิเคราะห์จัดทำแผน
พัฒนาระดับตำบล และการสื่อสารข้อมูลสู่สาธารณะ

ในท้ายที่สุดของกระบวนการคือการประเมินผลและการสร้างทางเลือกการพัฒนา
ภายใต้ทางเลือกการพัฒนาที่ชุมชนต้องการให้เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งภายในและ
ภายนอก จากการที่มีการกำหนดให้พื้นที่ตำบลดงอเป็นทางเลือกของการพัฒนานิคม
อุตสาหกรรมปิโตรเคมีนั้น สมาชิกในตำบลดงอส่วนใหญ่มีความเห็นคัดค้านการสร้าง
นิคมอุตสาหกรรมปิโตรเคมีเนื่องจากไม่เกิดผลดีต่อชุมชนไม่ว่าด้านใด ๆ

จากกรณีศึกษาจึงถือว่า CHIA เป็นกระบวนการสร้างทางเลือกการพัฒนา
ชุมชนตำบลดงอ ที่ไม่เพียงแต่ชุมชนเท่านั้นที่จะได้รับประโยชน์ แต่เป็นกระบวนการ
สื่อสารต่อสาธารณะที่จะบอกว่าชุมชนสามารถสร้างทางเลือกการพัฒนาได้ ภายใต้เงื่อนไข
ภัยคุกคามที่จะเข้ามาเยือน

3) เครื่องมือกำหนดกรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ดี

เครื่องมืออีกชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่นำไปสู่การมีสุขภาพของชนและสังคม คือ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ” ซึ่งได้ถูกบัญญัติไว้ในกฎหมายให้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งปัจจุบันได้มีการประกาศใช้ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552¹⁷” แล้ว โดยมีเนื้อหาสาระสำคัญใน 12 เรื่องคือ (1) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ (2) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ (3) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ (4) การสร้างเสริมสุขภาพ (5) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (6) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ (7) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ (8) การคุ้มครองผู้บริโภค (9) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ (10) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (11) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข และ (12) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตามในคำปรารภของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ได้บัญญัติไว้ตอนหนึ่งว่า “ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ที่สามารถจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ของตน โดยต้องไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 175ง วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2552” ได้ จึงมีพื้นที่หลายพื้นที่ได้ดำเนินการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระดัดพื้นที่ โดยขณะนี้ ได้มีการประกาศใช้ไปแล้ว จำนวน 14 พื้นที่ คือ (1) ตำบลชะแล้ จังหวัดสงขลา (2) อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ (3) ตำบลเหมืองหม้อ จังหวัดแพร่ (4) ตำบลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก (5) ตำบลแม่ถอด จังหวัดลำปาง (6) ตำบลริมปิง จังหวัดลำพูน (7) ตำบลพิจิตร จังหวัดสงขลา (8) ตำบลดงมูลเหล็ก จังหวัดเพชรบูรณ์ (รายละเอียดในล้อมกรอบ 5) (9) ตำบลไผ่ จังหวัดสุรินทร์ (10) ตำบลเปือย จังหวัดอำนาจเจริญ (11) อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ (12) ตำบลโป่งงาม จังหวัดเชียงราย (13) ลุ่มน้ำภูมี จังหวัดสงขลา และ (14) ตำบลม่วงคำ จังหวัดเชียงราย และอยู่ระหว่างดำเนินการมากกว่า 50 พื้นที่¹⁸

¹⁷ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 175ง วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2552

¹⁸ เอกสารรายงานผลการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพพระดัดพื้นที่ ของสำนักธรรมนูญสุขภาพและนโยบายสาธารณะ, 2554

ล้อมกรอบ 5

ธรรมนูญสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก จังหวัดเพชรบูรณ์

ตำบลงมูลเหล็กตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ มีพื้นที่ประมาณ 117 ตารางกิโลเมตร มีประชากร 9,917 คน 2,383 ครัวเรือน แบ่งเป็น 11 หมู่บ้าน อยู่ห่างจากตัวจังหวัดเพชรบูรณ์เพียง 5 กิโลเมตร จึงทำให้มีบริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบท นายไฉน ก้อนทอง นายก อบต. งมูลเหล็ก ซึ่งเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในตำบลด้านการศึกษาและสุขภาพของประชาชนเป็นพิเศษ และเมื่อเข้าร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดเพชรบูรณ์ เมื่อปี พ.ศ. 2549 ได้เข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และร่วมศึกษาดูงานการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งแรกของประเทศไทย ทำให้เกิดแนวคิดที่จะจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลงมูลเหล็กขึ้น เพื่อเป็นกรอบและทิศทางดำเนินงานเพื่อสร้างสุขภาวะของชุมชนและเป็นต้นแบบในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพจังหวัด

กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก เริ่มต้นด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับตำบลที่มีองค์ประกอบจากทั้ง 3 ภาคส่วนคือ ตัวแทนภาคประชาชน ภาคราชการ การเมือง ภาควิชาการ จำนวน 20 คน ร่วมประชุมเพื่อกำหนดภาพที่พึงประสงค์ของการเป็นตำบลสุขภาวะ ร่วมกับการสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถามแล้ว จึงยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลประกอบด้วย ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม จัดเวทีประชาคม รับฟังข้อเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชน ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน แล้วนำข้อมูลมาปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล จัดการประชาสัมพันธ์ โดยใช้รถประกาศ และหอกระจายข่าว และในวันที่ 26 พฤศจิกายน 2553 จัดสมัชชาสุขภาพเพื่อหาฉันทามติต่อธรรมนูญสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก มีแกนนำเข้าร่วมกว่า 730 คน

หลังจากนั้น ได้นำไปกำหนดเป็นข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบลงมูลเหล็ก โดยให้สภาองค์การบริหารส่วนตำบลงมูลเหล็กรับรองจัดทำเป็นแผนพัฒนา 5 ปีให้เป็นไปตามตามกรอบและแนวทางของธรรมนูญสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก (พ.ศ. 2555 – 2559) ในการกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลงมูลเหล็ก

ผลการดำเนินในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ได้ก่อให้เกิดศูนย์การเรียนรู้สุขภาวะของตำบลงมูลเหล็กที่มีความหลากหลายอันเกิดจากการสืบค้นกันภายในตำบลที่ครอบคลุมในหมู่บ้านเป็นศึกษาดูงานกันเองภายในตำบลงมูลเหล็กและพื้นที่อื่น ๆ ทั้งในและนอกจังหวัดเพชรบูรณ์ ตลอดทั้งมีการสร้างงานและกิจกรรมที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ ร่วมสร้างสุขภาวะของคนในตำบลสู่ความยั่งยืนอีกด้วย

บทสรุป

จากคำนิยามของคำว่า “สุขภาพชุมชน” ที่หมายถึง ภาวะแห่งการรวมเอาสุขภาพของบุคคลต่างๆ ในชุมชนเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคลจะดีได้ ก็ย่อมขึ้นกับสภาพสิ่งแวดล้อมด้วยและการจะนำไปสู่ภาวะดังกล่าวได้ จำเป็นต้องมีระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง ที่หมายถึงชุมชนสามารถดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองมากที่สุด สามารถควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพ มีระบบบริการที่สามารถให้บริการที่จำเป็นแก่ประชากรทั้งหมดในชุมชนท้องถิ่นได้ และเครื่องมือหนึ่งที่มีผลต่อการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนคือการมีนโยบายสาธารณะที่ดี ซึ่งบทบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. 2550 มาตรา 87 (1) ไว้ว่า **“รัฐต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น**

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งการกำหนดองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁹ ได้กำหนดเครื่องมือสร้างนโยบายสาธารณะที่หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่า ควรจะดำเนินการไปในทิศทางนั้นเพื่อนำไปสู่ความมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน ไว้ใน 3 ลักษณะ คือ (1) เครื่องมือสำหรับการพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบาย ซึ่งเรียกว่า “สมัชชาสุขภาพ” ที่หมายถึง “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” โดยในหมวด 4 ได้กำหนดให้มีสมัชชาสุขภาพไว้ 3 ประเภท คือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (2) เครื่องมือประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ หรือการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เรียกย่อ ๆ ว่า HIA ที่หมายถึง การประมาณการณ์ผลกระทบของการกระทำใด การกระทำหนึ่งที่มีต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจครอบคลุมตั้งแต่ระดับโครงการ ระดับแผนงานและระดับนโยบาย โดยคาดการณ์ไป

¹⁹ ปรากฏในหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ข้างหน้าก่อนที่จะดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ปัจจุบันเครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปใช้ในการพัฒนากระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระดับชุมชน หรือ CHIA แล้วหลายพื้นที่ และ (3) เครื่องมือกำหนดกรอบการพัฒนาทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีการดำเนินงานในรูปของ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ” และมีการดำเนินการทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้ง 3 ลักษณะเป็นเครื่องมือที่มุ่งเน้นไปสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยเป็นนโยบายที่ยึดกุศล 3 ประการคือ กุศลด้านปัญญา กุศลด้านสังคมและกุศลด้านศีลธรรม และปัจจุบันได้มีหน่วยงาน พื้นที่ หลากหลายมีการนำเอาเครื่องมือทั้ง 3 ชนิดไปดำเนินการ เพื่อสร้างควมมีสุขภาวะที่ดีของคนในแต่ละชุมชนที่หลากหลย จึงอาจกล่าวได้ว่า หากมีการพัฒนานโยบายสาธารณะให้เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจะเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนนั่นเอง