

# “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP) และการทำให้เป็นรูปธรรมผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ธีรพัฒน์ อังศุชวาล\*

จอมขวัญ โยธาสมุทร\*\*

คางคัง คันธมธุรพจน์\*\*\*

ศรวณีย์ อวนศรี\*\*\*\*

อารยา ญาณพิบูลย์\*\*\*\*\*

Received: 9 November 2023

Revised: 15 January 2024

Accepted: 21 February 2024

## บทคัดย่อ

แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” หรือ Health in All Policies (HiAP) ได้ถูกกล่าวถึงในฐานะแนวคิดและหลักการสำคัญของกรอบนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพทั่วโลก บทความชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าแนวคิด HiAP ปรากฏเป็นรูปธรรมในประเทศไทยได้อย่างไร และการปรากฏ

---

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ผู้ประพันธ์  
บรรณกิจ; อีเมล: theerapat.ung@mahidol.ac.th

\*\* นักวิจัย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; อีเมล: jomkwan.y@hphp.thaigov.net

\*\*\* รองศาสตราจารย์, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; อีเมล: kanang.kan  
@mahidol.ac.th

\*\*\*\* ผู้ช่วยวิจัย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

\*\*\*\*\* ผู้ช่วยวิจัย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เป็นรูปธรรมนั้นส่งผลต่อการขับเคลื่อนแนวคิดผ่านกลไกนโยบายในลักษณะใด การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องจำนวน 44 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2565 การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลบนพื้นฐานของการวิเคราะห์แก่นสาระเพื่อค้นหาประเด็นและเรื่องราวที่สำคัญเกี่ยวกับแนวคิด HiAP ในกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่าแนวคิด HiAP ปรากฏขึ้นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมผ่านการประกาศใช้ “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550” ผ่านกลไกขับเคลื่อนใน 3 ลักษณะสำคัญ ได้แก่ (1) การปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพใหม่ ผ่านการขยายนิยามสุขภาพในหมวดสิทธิและการมีธรรมบัญญัติว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (2) การมีส่วนร่วมของสาธารณะ ผ่านกลไกที่เด่น เช่น สัมชชาสุขภาพแห่งชาติ และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และ (3) ความร่วมมือแบบข้ามภาคส่วน โดยรูปธรรมปรากฏอย่างเด่นชัดในเรื่องคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่เชื่อมตัวแทนผู้กำหนดนโยบายจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งในและนอกประเด็นสุขภาพอันทำให้นโยบายที่ตัดสินใจมีความชอบธรรมและสอดคล้องกับทิศทางของสังคม นอกจากนี้ การขับเคลื่อนแนวคิด HiAP ผ่านพระราชบัญญัติฯ ปรากฏความท้าทายในเรื่องการพัฒนาระบบราชการและรูปแบบในการสื่อสารนิยามสุขภาพใหม่ การสร้างการมีส่วนร่วมมีความหมายมากยิ่งขึ้น และการประสานพลังเชิงนโยบายและสร้างผลกระทบควบคู่กัน

**คำสำคัญ :** นโยบายสาธารณะ, นโยบายสุขภาพ, ทุคนโยบายห่วงใยสุขภาพ, การมีส่วนร่วม, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ,

# “Health in All Policies (HiAP)” and Its Actualization through the National Health Act, B.E. 2550

Theerapat Ungsuchaval \*\*\*\*\*

Jomkwan Yothasamut\*\*\*\*\*

Kanang Kantamaturapoj \*\*\*\*\*

Sonvane Uansri\*\*\*\*\*

Araya Yanpiboon \*\*\*\*\*

## Abstract

“Health in All Policies” (HiAP) has been considered as a key concept and principle for healthy public policy development around the world. This article aims to study how the concept of HiAP has been actualized in Thailand and upon what policy mechanisms the actualization of the concept has rested.

---

\*\*\*\*\* Assistant Professor, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University,  
Corresponding author; Email: [theerapat.ung@mahidol.ac.th](mailto:theerapat.ung@mahidol.ac.th)

\*\*\*\*\* Researcher, International Health Policy Program (IHPP); Email: [jomkwan.y@ihpp.taigov.net](mailto:jomkwan.y@ihpp.taigov.net)

\*\*\*\*\* Associate Professor, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University;  
Email: [kanang.kan@mahidol.ac.th](mailto:kanang.kan@mahidol.ac.th)

\*\*\*\*\* Research Assistant, International Health Policy Program (IHPP)

\*\*\*\*\* Research Assistant, International Health Policy Program (IHPP)

The study employed qualitative research methods, namely document research and in-depth interviews with 44 key stakeholders. Data has been collected between May and July 2022. Thematic analysis was used to guide the data analysis.

The finding suggests that the concept of HiAP has emerged through the promulgation of the National Health Act, B.E. 2550 and driven by three key mechanisms: (1) redefining health mechanism mainly expressed through the expansion of the definition of health in the Rights and Duties in Respect of Health of the Act and the 2<sup>nd</sup> Charter on the National Health System; (2) public engagement mechanism significantly manifested through the National Health Assembly and health impact assessment (HIA); and (3) cross-sectoral collaboration mechanism prominently appeared in the National Health Board that connects representatives from different sectors in society, both within and outside the health sector, and helps increase the legitimacy and social relevance of the decision-making. Challenges appear in the driving of the concept such as the process and form of the communication on the re-definition of health, the more meaningful public engagement, and the synergy between policy coordination and impact.

**Keywords:** Public Policy, Health Policy, Health in All Policies (HiAP), Public Participation, National Health Act



นโยบายสาธารณะของประเทศอย่างโปร่งใส รวมถึงเปิดโอกาสให้เกิดการทำงานข้ามภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในสังคมเพื่อสร้างผลประโยชน์ร่วมของสังคมวงกว้าง<sup>2</sup> แดงการณนี้จึงเน้นย้ำว่ารัฐบาลคือหน่วยงานที่มีหน้าที่และความผูกพันต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนโดยตรง

อีกทั้ง แนวคิด HiAP ได้ปรับการคิดเรื่องนโยบายสาธารณะอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ HiAP สนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม<sup>3</sup>อย่างชัดเจน กล่าวคือ แนวคิดนี้ส่งเสริมให้สุขภาพและนโยบายสาธารณะมีความใกล้ชิดกันมากยิ่งขึ้นผ่านการสนับสนุนให้นำประเด็นเรื่องสุขภาพไปใส่อยู่ในทุกวาระทางนโยบายและทุกระดับของรัฐ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะนโยบายนั้นจะเป็นเรื่องสุขภาพหรือไม่ก็ตาม อาจกล่าวได้ว่า HiAP มีสถานะเป็นนโยบายแม่ (meta-policy) ที่ไม่ได้จำกัดอิทธิพลและความสำคัญทางนโยบายของตนเองอยู่แค่ภายในภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น แต่สามารถกำหนดกรอบหรือส่งอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบายสาธารณะในภาคส่วนอื่นๆ ของรัฐ รวมถึงยังเข้าไปปรับเปลี่ยนรูปแบบของนโยบายสาธารณะโดยทั่วไปด้วย HiAP จึงสะท้อนถึงยุทธศาสตร์เชิงนโยบายในภาพรวมเพื่อแก้ปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนจนกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการดำเนินนโยบายแบบผสมผสานและการมีส่วนร่วมแบบข้ามภาคส่วน สุขภาพจึงไม่ใช่และไม่ควรเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญและข้าราชการด้านสุขภาพเท่านั้นอีกต่อไป แต่สุขภาพคือประเด็นบูรณาการร่วมของทุกคนในทุกมิติ<sup>4</sup>

<sup>2</sup> S. Van den Broucke, "Implementing health in all policies post Helsinki 2013: why, what, who and how," *Health Promotion International*, Vol. 28, No. 3 (2013), 281.

<sup>3</sup> ชีรพัฒน์ อังศุขวาล และ คณาจัตน์ คันธมธุรวาจน์, "การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม: การทบทวนกรอบคิดเบื้องต้น," *รัฐศาสตร์นิเทศ*, ปีที่ 7, ฉบับที่ 2 (2564), 37-76.

<sup>4</sup> ชีรพัฒน์ อังศุขวาล, *การสร้างเสริมสุขภาพในฐานะ 'อภิมหานโยบาย' ของรัฐ*, อ่างแล้ว.









คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและเครือข่าย รายงานการประเมินผล เป็นต้น และการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะกลไกสำคัญใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ตามแนวคิดแนวคิด HiAP ความร่วมมือและการดำเนินงานของ คณะกรรมการที่มาจากหน่วยงาน/ภาคส่วนต่างๆ และผลที่เกิดขึ้นจากกลไก คณะกรรมการในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และแนวคิด HiAP มาใช้ในประเทศไทย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติ ให้ดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการ วิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2565 เลขที่ สคม. 022/2565 และเก็บข้อมูลโดย (1) การทบทวนเอกสารนโยบาย อันได้แก่ นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง รายงานผลการดำเนินงานประจำปี และ (2) การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ กระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และการพัฒนา แนวคิด HiAP กับการทำให้เป็นสถาบันในประเทศไทย โดยผู้วิจัยพัฒนาและ ทดสอบแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ตามหลักวิชาการและคัดเลือกผู้ให้ ข้อมูลด้วยวิธีเจาะจง (purposive selection) คือ ผู้บริหารและบุคลากรจาก หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพและกระบวนการ ขับเคลื่อนแนวคิด HiAP ไปปฏิบัติทั้งในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งสิ้น 44 คน (ตารางที่ 1) ระหว่างเดือนพฤษภาคมและกรกฎาคม พ.ศ. 2565 โดยได้มีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและได้รับการยินยอมด้วยความสมัครใจจากผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคน

ภายหลังจากนักวิจัยเก็บข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสารและ การสัมภาษณ์เชิงลึกครบถ้วนแล้ว ข้อมูลทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์ผ่านการ วิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) กล่าวคือ ผู้วิจัยได้นำเทปจาก

การสัมภาษณ์แปลงเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ จากนั้นได้จัดการข้อมูลให้เป็นระบบ โดยกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูล วัน เวลา สถานที่เก็บข้อมูล ชื่อผู้สัมภาษณ์ และผู้จัดบันทึกการสัมภาษณ์ สำหรับการ ทบทวนเอกสาร ผู้วิจัยได้จัดการข้อมูลโดยการบันทึกชื่อเอกสารที่ทบทวน เช่น ชื่อหนังสือ บท เลขหน้า และเลขบรรทัด จากนั้นผู้วิจัยอ่านบทสัมภาษณ์และ เอกสารที่เกี่ยวข้องที่ได้จากการสืบค้นทุกเรื่องเพื่อหาประเด็นหลัก (themes) และประเด็นรอง (subthemes) ตลอดจนข้อยุติที่สามารถหาข้อตกลงร่วมกันได้ เช่น แนวคิด HiAP กับการทำให้เป็นสถาบัน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในฐานะการกลายเป็นสถาบันของแนวคิด HiAP การทำงานร่วมมือ หลายภาคส่วน การมีส่วนร่วมของสาธารณะ และนิยามสุขภาพ เป็นต้น

**ตารางที่ 1** สรุปจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์จำแนกตามบทบาท

ผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามบทบาท	จำนวน (คน)
คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจสช.) (ทั้งในอดีตและปัจจุบัน)	8
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) (ทั้งในอดีตและปัจจุบัน)	9
คณะกรรมการบริหาร/ผู้บริหาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	5
คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัด	2
ผู้บริหาร/บุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐในภาคสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง	8
ผู้บริหาร/บุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐนอกภาคสาธารณสุข	4
นักวิชาการ/ผู้แทนประชาสังคม	8
<b>รวม</b>	<b>44</b>

นักวิจัยสอบทานข้อมูลที่รวบรวมได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ (triangulation) ได้แก่ การทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก รวมถึงจัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งในและนอกภาคนโยบายสุขภาพ ที่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดแนวคิด HiAP เป็นรูปธรรมในประเทศไทยและส่งผลต่อการขับเคลื่อนแนวคิดผ่านกลไกต่างๆ เพื่อปรับปรุงเนื้อหาหรือกระบวนการนโยบายเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวมถึงให้ความเห็นต่อผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 25 คน ต่อจากนั้นคณะผู้วิจัยนำข้อมูลเพิ่มเติมและความคิดเห็นดังกล่าวมาพิจารณาปรับปรุงผลการศึกษา

### 3. แนวคิด HiAP กับการทำให้เป็นสถาบัน

กล่าวได้ว่า แนวคิด HiAP นั้นถือเป็นแนวคิดสำคัญแนวคิดหนึ่งที่อยู่เบื้องหลังการพัฒนาระบบและนโยบายสุขภาพสำหรับประเทศไทยมาโดยตลอด (ไม่ว่าจะโดยชัดแจ้งหรือไม่ก็ตาม) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าแนวคิดนี้ถูกทำให้กลายเป็นสถาบัน (institutionalized) และปรากฏขึ้นอย่างเป็นทางการ มีระบบและเด่นชัดในประเทศไทยจากการประกาศใช้ “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550” ซึ่งเป็นกฎหมายหลักในการวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ รวมถึงการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน กฎหมายนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญเพียงแค่ว่าเรื่องการจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาล แต่ให้ความสำคัญที่การสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นย้ำความเชื่อมโยงของสุขภาพในมิติต่างๆ อย่างกว้างขวางและสมดุลอีกด้วย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาสังคมภาพรวมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพะในฐานะเป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วม โดยกำหนดให้มีกลไก “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” เป็นกลยุทธ์

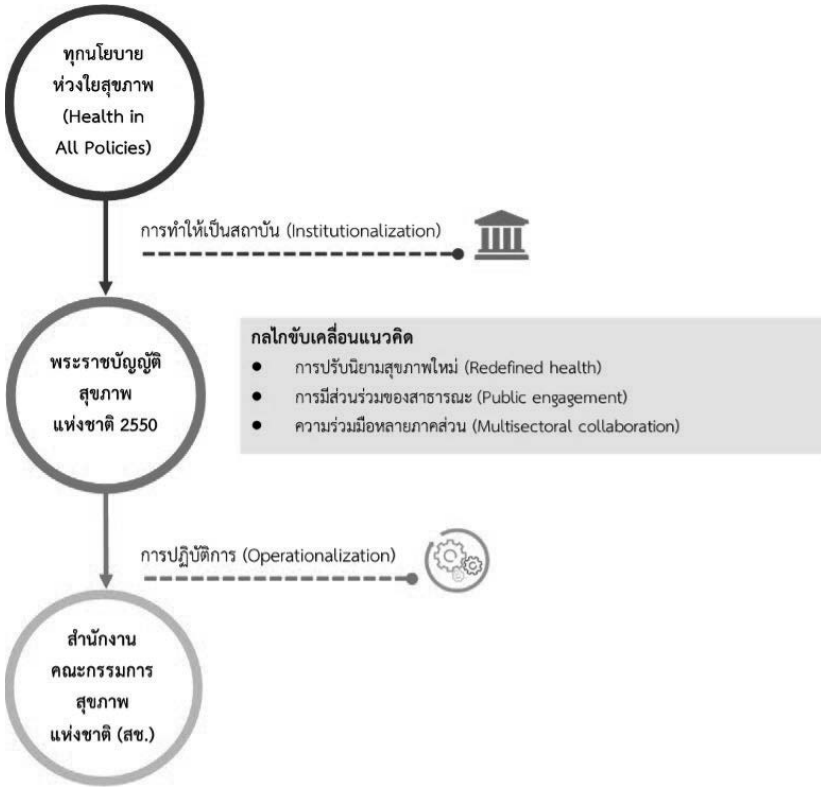
ในการทำงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่สำคัญๆ ด้วยการทำงานแบบเชื่อมประสานและไม่แยกส่วน<sup>14</sup>

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงเป็นรูปธรรมหรือรูปปรากฏเชิงสถาบันของแนวคิดทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ หรือ “institutionalized HiAP” ในประเทศไทย ที่มีกลไกขับเคลื่อนแนวคิด 3 ลักษณะสำคัญ ได้แก่ การปรับนิยามสุขภาพใหม่ (redefined health) การมีส่วนร่วมของสาธารณะ (public engagement) และความร่วมมือหลายภาคส่วน (multi-sectoral collaboration) ในทางปฏิบัติ กลไกเหล่านี้ถูกพัฒนาและนำไปปฏิบัติโดย “สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)” ซึ่งเป็นองค์กรหลักตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการขับเคลื่อนแนวคิด HiAP ในประเทศไทย<sup>15</sup>

ในการนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิด HiAP พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และ สช. สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1

<sup>14</sup> ประเวศ วะสี, พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือการสร้างสังคมสมานฉันท์, (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550).

<sup>15</sup> บทความชิ้นนี้ให้ความสำคัญกับการกลายเป็นสถาบันของแนวคิด HiAP และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นหลัก จึงไม่ได้อภิปรายบทบาทของ สช. ในการขับเคลื่อนแนวคิดนี้ ซึ่งนับเป็นข้อจำกัดของบทความชิ้นนี้



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิด HiAP พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และ สช.

ที่มา: พัฒนาโดยผู้วิจัย

4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในฐานะกรกกลายเป็นสถาบัน (institutionalization) ของแนวคิด HiAP

4.1 การปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพใหม่ (Redefined health)

การปฏิรูประบบสุขภาพในยุคเริ่มแรกผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำเพื่อผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ก่อนประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2550 ได้เปิดพื้นที่ให้สังคมทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับความคิดเรื่อง “สุขภาพ” จากสุขภาพที่ว่าโดยโรคภัยไข้เจ็บ (disease) ไปสู่กรอบความคิดของสุขภาพที่ว่าด้วยสุขภาวะ (well-being)<sup>16</sup> ความสำเร็จในการเปิดพื้นที่เพื่อสร้างความหมายใหม่ของสุขภาพนั้นนับเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จของกฎหมายสุขภาพแห่งชาตินี้ด้วย<sup>17</sup>

หลังจากประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อย่างเป็นทางการ มาตรา 3 ในกฎหมายดังกล่าวก็ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ขยายออกไปกว้างขึ้นจากแต่ก่อนที่สุขภาพมักเป็นเพียงเรื่องของอาการไม่มีโรคหรือไม่เจ็บป่วย มาเป็นเองของภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยภาวะเหล่านี้ล้วนเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล การเปลี่ยนความหมายนี้ถือเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานด้านสุขภาพให้มาสนใจมิติบริบททางสังคมและสุขภาวะ (well-being) มากยิ่งขึ้น<sup>18</sup>

<sup>16</sup> อำพล จินดาวัฒน์ (บ.ก.), *หนึ่งปีปฏิรูป: หนึ่งปีแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*, (นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545).

<sup>17</sup> วรัญญ์ เสนานุ, *เส้นทางกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ: จากรัฐบาลทักษิณถึงรัฐบาลสุรยุทธ์*, (วิทยานิพนธ์, คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559).

<sup>18</sup> กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, *การสาธารณสุขไทย 2559-2560*, (นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562), 183-202.





ปัจจัยสังคมกล่าวถึงนี่คือต้นเหตุของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสังคมในภาพรวม ดังนั้น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พยายามปรับมุมมองด้วยว่าสุขภาพเป็นมากกว่าเรื่องการดูแลตัวเอง แต่เป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างแนบแน่น

นอกจากนี้ ความพยายามในการปรับนิยามสุขภาพใหม่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ยังมีเรื่องของการทำให้ประชาชนเห็นสิทธิของตนเองตามกรอบมุมมองสุขภาพที่กว้างขึ้น แสดงให้เห็นในมาตราต่างๆ เช่น

- มาตรา 5 หมวด 1 สิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ ที่รับรองสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- มาตรา 6 หมวด 1 สร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความแตกต่างและความจำเป็นอย่างสอดคล้องและเหมาะสม
- มาตรา 7-8 หมวด 1 การรับรองสิทธิในการจัดเก็บและการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ
- มาตรา 10-11 หมวด 1 ที่ระบุให้มีการประเมินผล รวมถึงแจ้งให้ประชาชนทราบข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพ

นอกจากนั้น หมวด 5 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 ยังกำหนดให้มี “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นสำคัญต่างๆ อาทิ ประชัญญา แนวคิด คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เป็นต้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติจึงได้เน้นย้ำการปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพใหม่ให้สอดคล้องกับมิติต่างๆ ของสุขภาพที่กว้างขวางยิ่งขึ้น โดย HiAP ปรากฏชัดเจนเป็นครั้งแรกในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ในส่วนหลักการของหมวดต่างๆ อาทิ

- หมวด 2 การสร้างเสริมสุขภาพ และ หมวด 3 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ที่มีเจตนารมณ์เพื่อให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพในการจัดทำนโยบายสาธารณะ และให้ความสำคัญกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยและระบบต่างๆ ที่อาจมีส่วนกำหนดสุขภาพแวดล้อม การจัดการในเรื่องนี้จึงต้องใช้มาตรการเชิงรุกที่เน้นการป้องกันไว้ก่อน และต้องดำเนินการอย่างมีธรรมาภิบาลที่มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้

- หมวด 13 การอภิบาลระบบสุขภาพ ซึ่งกำหนดเจตนารมณ์เพื่อเป็นไปตามหลักการ HiAP ที่ว่าแม้สุขภาพอาจไม่ใช่เป้าหมายหลักของนโยบายทั้งหลายโดยเฉพาะนโยบายนอกภาคสุขภาพผลกระทบต่อสุขภาพมักเกิดจากนโยบายเศรษฐกิจสังคมหรือการพัฒนาเหล่านั้น ดังนั้น ต้องให้ความสำคัญกับการทำงานข้ามภาคส่วน ที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

จากการสัมภาษณ์พบว่า แม้ว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีการกำหนดนิยามสุขภาพที่มีความครอบคลุมในทุกแง่มุม แต่ก็พบว่ายังมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพในมุมมองของภาคส่วนต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพในทางปฏิบัติ ผู้ให้สัมภาษณ์จำนวนมากในการศึกษานี้สะท้อนประเด็นความเข้าใจต่อมิติสุขภาพว่าในภาพรวมช่วงแรกของการดำเนินงานตามเครื่องมือและกลไกตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ผู้เข้าร่วมกระบวนการส่วนใหญ่ยังเข้าใจว่าเรื่องสุขภาพมีเฉพาะมิติทางสุขภาพทางกายและเป็นเรื่องของหน่วยงานด้านสาธารณสุข

สุขภาพในมิติของ พ.ร.บ. สุขภาพนั้นคือสุขภาพสี่มิติ เรา จะเน้นเรื่องของมิติทางกาย มิติสังคม มิติสภาพแวดล้อม มิติเชิงปัญญา ซึ่งหลายๆ หน่วยงานก็อาจจะยังไม่เข้าใจ สุดท้ายพูดเรื่องสุขภาพก็คือเรื่องของกระทรวงสาธารณสุข<sup>22</sup>

แม้ว่าหลายภาคส่วนยังมีมุมมองที่จำกัดต่อนิยามสุขภาพ แต่ก็มี การสะท้อนว่ากระบวนการมีส่วนร่วมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นการเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมจากหลากหลายภาคส่วนเข้ามา แลกเปลี่ยนมุมมองและประสบการณ์ที่มีต่อขอบเขตและค่านิยมของสุขภาพ โดยการแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจต่อนิยามสุขภาพใหม่นั้นต้องอาศัย ทั้งระยะเวลาและกระบวนการมาสนับสนุน

ภาคอื่นเนี่ยเค้าเนี่ยอยากให้นิยามกว้างอยู่แล้วแหละ แต่ ภาคส่วนที่เป็นสุขภาพต่างหาก ที่บอกตัวเองว่าเนี่ยเป็น เรื่องของคุณไม่เกี่ยวมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะฉะนั้นพอมัน [การกำหนดนโยบายสุขภาพแบบมีส่วนร่วม] เข้ามาอยู่ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาตินะ แล้วก็มีคนอื่นเข้ามามันก็ทำให้เกิดการยอมรับกันมากขึ้นนะ พวกหมอกก็เริ่มขยาย [มุมมอง ต่อนิยามคำว่าสุขภาพ] มากขึ้น<sup>23</sup>

การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เกิดขึ้นทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมในกระบวนการระดับชาติอาจดำเนินงานโดยผู้แทนภาคส่วน

<sup>22</sup> กรรมการ คสช. (ผู้ทรงคุณวุฒิ), สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 5 พฤษภาคม 2565.

<sup>23</sup> กรรมการ คสช. (ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข), สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 6 มิถุนายน 2565.

ดังนั้นการปรับนิยามสุขภาพใหม่นั้น ไม่ได้จำกัดอยู่ที่การแลกเปลี่ยนระหว่างภาคส่วน แต่ยังมี การแลกเปลี่ยนและทำความเข้าใจนิยามสุขภาพใหม่ภายในภาคส่วน โดยผู้แทนภาคประชาชนเองก็พบปัญหาในการสื่อสารนิยามสุขภาพ และกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

*เราก็ต้องไปสู้กับวิถีคิดของของภาคีเครือข่ายเราด้วยเหมือนกันว่าเรื่องสุขภาพเกี่ยวอะไรและภาคประชาชนมานำแบบนี้มันจะสามารถทำได้จริงหรือ เพราะว่าเราไม่ใช่หมอเราไม่ใช่พยาบาล เราไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ แต่มาเป็นหัวหอกในการขับเคลื่อน แต่พอเราใช้สมัชชาเป็นเวทีกลางสร้างความเข้าใจทั้งทุกภาคส่วน...ทุกภาคส่วนมาช่วยกันแล้วมาคิดกัน...มันก็จะทำให้เกิดเห็นภาพในการทำงานเพื่อประชาชนเพื่อสุขภาพแล้วก็เรามองหลายมิติไม่ได้มองแค่มิติสุขภาพอย่างเดียว ก็มองเรื่องสิ่งแวดล้อมเรื่องอื่นๆ ด้วย<sup>24</sup>*

ข้อค้นพบจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ยังมีประเด็นที่ควรพัฒนา เพื่อให้การปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพใหม่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางและเกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติฯ มากขึ้น ได้แก่ การพัฒนากระบวนการและรูปแบบในการสื่อสารนิยามสุขภาพใหม่

#### 4.2 การมีส่วนร่วมของสาธารณะ (Public engagement)

การมีส่วนร่วมของสาธารณะหรือของประชาชนถือเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในโครงการ แผนงาน หรือ

<sup>24</sup> คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัด, สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 31 พฤษภาคม 2565.

นโยบายต่างๆ ซึ่งเป็นไปตามหลักการของการบริหารจัดการสาธารณะที่ดีและการพัฒนานโยบายแบบมีส่วนร่วม<sup>25</sup>

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถือเป็นกฎหมายของรัฐอย่างเป็นทางการฉบับแรกที่ระบบถึงการสร้างการมีส่วนร่วมสาธารณะโดยเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปในวงกว้างสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของสาธารณะที่ระบุในกฎหมายนี้ได้แก่ กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกลไกนี้ปรากฏในมาตราต่างๆ ของกฎหมาย เช่น มาตรา 40 สนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และ มาตรา 44 ระบุชัดเจนว่าผู้ใดประสงค์จะเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สามารถสมัครลงทะเบียนสำหรับการประชุมครั้งนั้นต่อเจ้าหน้าที่ที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจสช.) กำหนด

คจสช. เป็นผู้ที่มีอำนาจในการจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเรียกว่า “กลุ่มเครือข่าย (constituencies)” ในประกาศเรื่อง “หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564” ได้ให้นิยามกลุ่มเครือข่ายว่าหมายถึง กลุ่มคน กลุ่มองค์กร กลุ่มหน่วยงาน หรือ เครือข่ายที่ได้จัดรวมเป็นกลุ่มเดียวกัน หรือ ประเภทเดียวกัน หรือ ประเด็นเดียวกัน หรือ พื้นที่เดียวกัน เข้าร่วมเป็นสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้การจัดกลุ่มเครือข่ายพิจารณาที่วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และกิจกรรมที่ดำเนินการไปในแนวทางเดียวกัน และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน กลุ่มเครือข่ายดังกล่าวได้รับการจำแนกเป็น 5 กลุ่มตามพื้นที่ พื้นที่ และประเด็น ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายพื้นที่ (Member from areas: MA)

---

<sup>25</sup> J. L. Creighton, *The Public Participation Handbook: Making Better Decisions through Citizen Involvement*, (San Francisco: Jossey-Bass, 2005).; พัชรี สิริโรตล, *พลวัตนโยบายสาธารณะ: จากรัฐ เอกชน สู่ประชาชน*, (กรุงเทพฯ: คบไฟ, 2556).; วีรพัฒน์ อังศุขवाल และ คณางค์ คันธมธุรพจน์, *การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม*, อ้างแล้ว.

กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคมชุมชนและเอกชน (Member from social sector: MS) กลุ่มเครือข่ายภาควิชาการวิชาชีพ (Member from knowledge sector: MK) กลุ่มเครือข่ายภาครัฐการเมือง (Member from political sector: MP) และ กลุ่มเครือข่ายเฉพาะประเด็น (Member from Issues: MI)<sup>26</sup>

การศึกษานี้พบว่า กลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทำให้เกิดคุณค่าของการมีส่วนร่วมหลายประเด็น เช่น การยกระดับการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย และการเรียนรู้ร่วมกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### *การยกระดับการมีส่วนร่วม*

เดิมที่การมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะมักเป็นเพียงการที่ภาครัฐให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย กิจกรรมหรือโครงการพัฒนา กับประชาชน โดยที่นโยบายได้ถูกคิดริเริ่มโดยรัฐแล้ว ประชาชนมีสิทธิเพียงรับทราบข้อมูลเท่านั้นแต่ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นใดๆ เกี่ยวกับนโยบายหรือการตัดสินใจนั้นๆ ได้ การรับรู้ข้อมูลนี้ถือเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีระดับต่ำที่สุดตามแนวคิดระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนในนโยบายสาธารณะ<sup>27</sup> และประชาชนไม่ได้มีบทบาทเชิงรุกใดๆ ในกระบวนการนโยบาย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะ ซึ่งเป็นกรยกระดับการมีส่วนร่วมจากเพียงการให้ข้อมูล

<sup>26</sup> สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, *หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564*, (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563).

<sup>27</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, *การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม: เทคนิควิธีและการนำไปสู่การปฏิบัติ*, (กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2560), 14-15.; จุฑารัตน์ ชมพันธ์, “การวิเคราะห์หลัก “การมีส่วนร่วมของประชาชน” ใน “The Public Participation Handbook: Making Better Decisions through Citizen Involvement” ในบริบทประเทศไทย,” *วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม*, ปีที่ 8, ฉบับที่ 1 (2555), 123-141.

ไปสู่การสร้างความร่วมมือและวางแผนร่วมกันเป็นอย่างน้อย กล่าวคือให้ทุกคนมาคิดและพัฒนานโยบายร่วมกัน เป็นการมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้มีการสื่อสารแบบสองทาง มีขอบเขตการมีส่วนร่วมที่กว้างขวางโดยเปิดโอกาสให้มีการวางแผนร่วมกันในขั้นการเตรียมการหรือการดำเนินโครงการ โดยเฉพาะความคิดเห็นที่นำไปสู่การลดปัญหาความขัดแย้ง

นอกจากนี้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติยังสะท้อนการพัฒนาโดยปสาธาณณะตามแนวทางทการวิเคราะห์นโยบายแบบปรึกษาหารือ (deliberative policy analysis) ที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานวิชาการและงานกระบวนการมีส่วนร่วมในการผลิตข้อเสนอเชิงนโยบาย<sup>28</sup> ผ่านการทำงานของคณะทำงานพัฒนาประเด็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติชุดต่างๆ ที่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างภาควิชาการ ภาครัฐ ภาคสังคม/ชุมชน และ สช. ตั้งแต่การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การกำหนดกรอบและแนวทางในการปรึกษาหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดสมัชชาฯ ตลอดจนการผลิตมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในฐานะข้อเสนอเชิงนโยบาย

กล่าวอีกนัยหนึ่ง สมัชชาสุขภาพแห่งชาติยกระดับการมีส่วนร่วมสาธาณณะในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธาณณะ จากการที่ประชาชนเป็นผู้รับนโยบาย มาเป็นผู้ร่วมคิด พัฒนาและรับรองข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีจากฐานของงานวิชาการและการปรึกษาหารือ อย่างไรก็ตาม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นเพียงกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเท่านั้น ผู้มีอำนาจตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่าจะรับเอาข้อเสนอขึ้นไปดำเนินการหรือไม่ยังคงเป็นหน่วยงานภาคีรัฐ

<sup>28</sup> Y. Li, “Deliberative policy analysis: towards a methodological orientation,” *Policy Studies*, Vol. 40, No. 5 (2019), 437-455.

### *การสร้างเครือข่าย*

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่ากลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงแต่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวนมากระบุตรงกันว่าตลอดกระบวนการสมัชชาสุขภาพนั้นทำให้ผู้เข้าร่วมมีการสร้างเครือข่ายด้วย เป็นการร่วมมือกันของเครือข่ายที่มีทุนทางสังคม ทุนทางปัญญา และทุนทางการเมืองต่างๆ และสมาชิกในเครือข่ายสามารถใช้ประโยชน์จากต้นทุนของแต่ละคน ส่งผลให้มีการพัฒนาศักยภาพของแต่ละองค์กรจากต้นทุนที่ต่างกันของแต่ละคน การเกิดขึ้นของเครือข่ายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นี้สอดคล้องกับงานวิชาการที่เสนอว่าการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายทำให้มีการขยายต้นทุนของแต่ละคนออกไป ซึ่งกระบวนการนี้จะทำให้สมาชิกในเครือข่ายมีความรู้ มีความสามารถ และมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงสังคมได้<sup>29</sup>

*พลังของสมัชชาฯ มันไม่ใช่เฉพาะเชิงนโยบายอย่างเดียวแต่ว่ามันเป็นโอกาสในการถักทอเครือข่ายด้วย... คุณค่ามันมีหลายรูปแบบ มันมีคู่นานระหว่างทางด้วย มีกระบวนการที่ได้ระหว่างทางด้วย แล้วก็เป็นการสร้างพื้นฐานทางสังคมในระยะยาวในการทำเครือข่ายโยงโยงกัน<sup>30</sup>*

<sup>29</sup> P. Healey, "Institutionalist analysis, communicative planning, and shaping places," *Journal of Planning Education and Research*, Vol. 9, No. 2 (1999), 111-121.; J. E. Innes, and D. E. Booher, "Reframing public participation: strategies for the 21<sup>st</sup> century," *Planning Theory and Practice*, Vol. 5, No. 4 (2004), 419-436.

<sup>30</sup> คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัด, สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 29 พฤษภาคม 2565.

















นโยบาย และไม่สามารถเชื่อมโยงนโยบายเข้ากับพื้นที่ได้ ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณสมบัติของผู้ที่มาเป็น คสช. ภาคสังคมให้สะท้อนปัญหาและเชื่อมโยงนโยบายกับพื้นที่ให้มากขึ้น

*คสช. จะต้องเป็นคนที่ทำงานจริงในพื้นที่รู้ปัญหาในพื้นที่ ขณะเดียวกันต้องเป็นคนที่สามารถนำเสนอความคิดในที่ประชุมได้ สามารถบอกได้ว่าสิ่งไหนที่เขาเห็นด้วยไม่เห็นด้วย มีความสามารถในการสื่อสารแต่ต้องมีข้อมูลในพื้นที่ด้วย แล้วควรจะทำงานในพื้นที่ด้วย คือไม่ใช่ว่าเป็น คสช. ตื่นลอย ไม่รู้ปัญหาในพื้นที่เลยแต่ต้องหาจุดปัญหาด้วย<sup>39</sup>*

#### *การมีอำนาจในการตัดสินใจ*

ผู้ให้ข้อมูลหลักหลายคนให้ข้อมูลตรงกันว่า คสช. ที่มาจากภาครัฐไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการร่วมประชุม คสช. และมักส่งตัวแทนที่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจมาเข้าร่วมประชุมแทนทำให้การเข้าประชุมไม่มีความต่อเนื่อง นอกจากตัวแทนหน่วยงานจะไม่มีอำนาจตัดสินใจในที่ประชุมแล้ว ยังไม่นำนโยบายหรือมติในที่ประชุมไปขับเคลื่อนด้วย แม้ องค์ประกอบของ คสช. จะถูกออกแบบมาอย่างดี แต่การที่ไม่มีตัวแทนที่แท้จริงของภาครัฐเข้าร่วม ทำให้ในทางปฏิบัติ กลไก คสช. จึงไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

*คสช. เองเวลาประชุมเนี่ย มันก็ไม่ใช่ตัวจริงเสียงจริงนะคะ ก็จะเป็นตัวแทนแล้วก็หมุนเวียนเปลี่ยนไปโดยเฉพาะหน่วยงานของรัฐนะคะ ก็จะหมุนเวียนเปลี่ยนไปตลอด เพราะฉะนั้น*

<sup>39</sup> กรมการ คสช. (ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร), สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 2 พฤษภาคม 2565.



การที่ [ตัวแทนภาครัฐ] มา นั่ง นั้น เขา นั่ง โดยที่ เขา รู้ ใหม่ ว่า เขากำลังทำอะไร บทบาทหน้าที่เขา คืออะไร... ถ้าในเมื่อเขาไม่เข้าใจมิติเรื่อง คำว่า สุขภาพ ไม่เข้าใจเรื่อง HiAP เนี่ย การที่เขาจะหยิบเรื่องนี้ไปกำหนดนโยบายต่างๆ มันก็เลยไม่ได้อยู่บนความเข้าใจเรื่องนี้<sup>40</sup>

การมีคณะกรรมการทางนโยบายชุดเล็กในด้านต่างๆ

ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นกรรมการ คสช. ให้ข้อมูลว่า คสช. มีการประชุมทุกสองเดือน ซึ่งอาจทำให้การพิจารณาเรื่องเร่งด่วนมีความล่าช้า และทำให้กลไก คสช. ไม่สามารถสร้างผลกระทบในทางปฏิบัติได้ทัน่วงทีในการนี้ คสช. จึงควรแต่งตั้งคณะกรรมการชุดเล็กเพื่อทำงานและกระจายอำนาจในการตัดสินใจให้คณะกรรมการชุดเล็กในบางประเด็น เพื่อให้การดำเนินงานมีความกระชับและรวดเร็วมากขึ้น โดยต้องมีตัวแทนของ คสช. อยู่ในคณะกรรมการชุดเล็กด้วย เพื่อให้การดำเนินงานไปในทางทิศทางเดียวกับ คสช.

แทนที่จะไปรอประชุม คสช. สองครั้ง ก็ควรจะ มีชุดเล็กของบอร์ด คสช. นี้คุยกัน ประเด็นนี้ที่คุยกัน ในวาระประชุมนี้แหละ เหมือนกับเป็น เรื่อง สืบเนื่อง เอาประเด็นนี้ไปขับเคลื่อน<sup>41</sup>

<sup>40</sup> กรรมการ คสช. (ผู้ทรงคุณวุฒิ), สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 5 พฤษภาคม 2565.

<sup>41</sup> กรรมการ คสช. (ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร), สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 2 พฤษภาคม 2565

## 5. อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

### 5.1 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และ “ช่องว่าง” ของการขับเคลื่อนแนวคิด HiAP

นับแต่มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สช. เลือกลงมือทำหลายๆ ที่กล่าวไปข้างต้นเพื่อขับเคลื่อนแนวคิด HiAP ให้เกิดผลในทางปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่อง กลไกต่างๆ เหล่านี้ยังได้รับการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้การขับเคลื่อนแนวคิด HiAP สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนานโยบายได้

ใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้น กล่าวได้ว่าแนวคิด HiAP ยังปรากฏเป็นรูปธรรมในลักษณะของกลไกการขับเคลื่อนแนวคิดที่กล่าวไปแล้ว อย่างไรก็ดี หากพิจารณาในระดับของการดำเนินการอย่างละเอียด จะพบช่องว่างที่สำคัญ คือแนวคิดทุก HiAP นั้นไม่ได้ปรากฏเป็น “เป้าหมาย” (ends) อย่างเป็นทางการของ สช. หากแต่มีปรากฏในลักษณะเป็นเพียงแนวทาง เครื่องมือหรือวิธีการ (means) เท่านั้น<sup>42</sup>

ตัวอย่างที่ชัดเจนเห็นได้จากวิสัยทัศน์ของ สช. ที่ต้องการให้มีระบบสุขภาพที่พัฒนาจากกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา ซึ่งกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมดังกล่าว อันที่จริงมีลักษณะของการเป็นวิธีการมากกว่าเป้าหมาย นอกจากนี้ ระบบสุขภาพที่มาจากวิธีการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องนำไปสู่สภาพการณ์ทุกนโยบายห่วงใย

<sup>42</sup> ดูได้จาก N. Mathurapote, T. Posayanonda, S. Pitakkamornporn, W. Saengtim, K. Sae-iew, and W. Putthasri, “Thailand’s National Health Assembly – a means to Health in All Policies,” in V. Lin, and I. Kickbusch (eds.), *Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world*, (Geneva: World Health Organization, 2017), 52-50.



## 5.2 การทำให้การมีส่วนร่วมมีความหมาย

การศึกษานี้พบว่า ยังคงมีประเด็นที่ควรพัฒนาเพื่อให้การมีส่วนร่วมผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความหมายมากยิ่งขึ้น ได้แก่ ความเป็นตัวแทนของผู้เข้าร่วมในกระบวนการ และการใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อพัฒนาประเด็นในช่วงขาขึ้นให้มีความเข้มข้นมากขึ้น ความท้าทายที่สำคัญมากของการจัดกลุ่มเครือข่ายในรูปแบบเดิมของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคือขาดการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียอย่างเป็นระบบ การรวมตัวเป็นเครือข่ายในสังคมปัจจุบันไม่ได้ยึดโยงกับพื้นที่แต่มีการยึดโยงกันตามค่านิยมและอุดมคติดั้งเดิม<sup>44</sup> ดังนั้น การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียของแต่ละประเด็นอย่างเป็นทางการจึงมีความสำคัญเพื่อให้ได้ตัวแทนที่แท้จริงในแต่ละประเด็นเข้าร่วมในแต่ละวาระ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย จัดเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ได้มาซึ่งข้อมูลและความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ที่มีส่วนเชื่อมโยงกับโครงการในแง่ของพฤติกรรม เจตนา ปฏิสัมพันธ์ และ ความสนใจหรือส่วนได้เสียของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด<sup>45</sup> ดังนั้น การศึกษานี้จึงเสนอให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจสช.) วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับมันนั้นๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นและสะท้อนความเป็นตัวแทนในเชิงประเด็นมากยิ่งขึ้น โดยอาจประยุกต์ใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียที่มีอยู่แล้ว เช่น Power/Interest Grid คือการแบ่งผู้มีส่วนได้เสียเป็น 4 กลุ่มตามอำนาจและระดับความสนใจในประเด็น ได้แก่ คนทั่วไป (Crowds): ผู้กำหนดบริบท (Context Setters) ผู้สนับสนุน (Subjects) และ

<sup>44</sup> R. Colvin, G. B. Witt, and J. Lacey, "Power, perspective, and privilege: the challenge of translating stakeholder theory from business management to environmental and natural resource management," *Journal of Environmental Management*, Vol. 271, No. 1 (2020), 110974.

<sup>45</sup> R. Brugha, and Z. Varvasovszky, "Stakeholder analysis: a review," *Health Policy and Planning*, Vol. 15, No. 3 (2000), 239-246.

ผู้เล่นหลัก (Key Player)<sup>46</sup> เครื่องมือนี้จะทำให้ผู้วิเคราะห์สามารถระบุผู้เล่นหลักในแต่ละประเด็น ซึ่งเป็นกลุ่มที่ คจสช. ต้องให้ความสำคัญมากที่สุดในการกำหนดนโยบาย<sup>47</sup> ทั้งนี้ ผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่มมีความสนใจต่อนโยบายต่างกัน ดังนั้น คจสช. จึงควรกำหนดกลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่มต่างกันด้วย

สำหรับการพัฒนาประเด็นในช่วงขาขึ้นให้มีความเข้มข้นมากขึ้นนั้น ผู้วิจัยเสนอให้ คจสช. ใช้วิธีการมีส่วนร่วมที่หลากหลายกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นในช่วงขาขึ้นของมติเพื่อเป็นให้พลังที่เพียงพอของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนและปฏิบัติตามมติ ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียอย่างเป็นระบบแล้ว มีความจำเป็นต้องกำหนดระดับการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม และเมื่อกำหนดระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่มแล้ว จึงวางแผนว่าจะใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมใดที่เหมาะสมกับลักษณะและบริบทของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ผู้ที่ผู้เล่นหลักในแต่ละประเด็นควรเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การพัฒนาเอกสารมติด้อย่างเข้มข้นร่วมกับนักวิชาการผ่านรูปแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของประเด็นตั้งแต่ขั้นเริ่มต้น การจะเลือกจะใช้วิธีการมีส่วนร่วมใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับการมีส่วนร่วม ประเภทของผู้มีส่วนได้เสีย วัฒนธรรมท้องถิ่น บรรทัดฐานทางสังคม ระยะเวลาและงบประมาณในการจัดรับฟังความเห็น และทักษะของผู้จัดกระบวนการมีส่วนร่วม<sup>48</sup>

<sup>46</sup> ชีรพัฒน์ อังศุชวล และ คนางค์ คันธมธุรพจน์, *การพัฒนากรอบนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม*, อ้างแล้ว.

<sup>47</sup> J. M. Bryson, "What to do when stakeholders matter: Stakeholder identification and analysis techniques," *Public Management Review*, Vol. 6, No. 1 (2004), 21-53.

<sup>48</sup> V. Luyet, R. Schlaepfer, M. B. Parlange, and A. Buttler, "A framework to implement stakeholder participation in environmental projects," *Journal of Environmental Management*, Vol. 111 (2012), 213-219.

นอกจากนี้ ควรให้ผู้มีส่วนได้เสียร่วมออกแบบว่าจะใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบใดจึงจะเหมาะสมกับผู้มีส่วนได้เสียที่มาเข้าร่วม เพื่อให้ผู้เข้ามามีส่วนร่วมรู้สึกสบายใจที่จะแสดงความคิดเห็นในประเด็นนั้นอย่างเข้มข้น<sup>49</sup> พร้อมทั้งควรนำบริบททางวัฒนธรรมมาพิจารณาในการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมด้วย ยกตัวอย่างเช่น วิธีการมีส่วนร่วมที่เป็นการอภิปรายแบบเปิดเผย จะมีประสิทธิภาพมากในประเทศที่มีความเป็นปัจเจกสูง ในทางกลับกัน หากใช้วิธีการอภิปรายแบบเปิดในประเทศที่มีวัฒนธรรมการรวมกลุ่มสูงอาจเป็นการทำลายความสามัคคีของคนในสังคมและเป็นอุปสรรคต่อการจัดการความขัดแย้ง<sup>50</sup> ดังนั้น คจสช. จึงควรพิจารณาเลือกใช้รูปแบบวิธีการมีส่วนร่วมที่ยืดหยุ่นและหลากหลาย โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับกลุ่มผู้เข้าร่วมและความรุนแรงของประเด็นด้วย

### 5.3 การสื่อสารนิยามสุขภาพใหม่

นิยามสุขภาพใหม่คือการรวมมิติต่างๆ ของสุขภาพที่มากกว่าความเจ็บป่วยทางกาย ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และขยายมุมมองให้ครอบคลุมปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดประเด็นเหล่านี้ไว้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในเรื่องการสร้างเครื่องมือและกระบวนการมารองรับ

<sup>49</sup> T. Gunton, M. Rutherford, and M. Dickinson, "Stakeholder analysis in marine planning," *Environments: A Journal of Interdisciplinary Studies*, Vol. 37, No. 3 (2010), 95-110.

<sup>50</sup> G. Hofstede, "Empirical models of cultural differences," in N. Bleichrodt, and P. J. D. Drenth (eds.), *Contemporary Issues in Cross-cultural Psychology*, (Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1991), 4-20.; K. Kantamaturapoj, C. Chanchitpricha, P. Hongsuwan, P. Suebsing, S. Thaweesuk, and S. Wibulpolprasert, "Contextual attributes associated with public participation in environmental impact assessments in Thailand: Perspectives obtained from authorities and academics," *Heliyon*, Vol. 9, No. 11 (2023), e21786.

การนำนิยามสุขภาพใหม่ไปสื่อสารและสร้างความเข้าใจทั้งภายในองค์กร และต่อกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน เช่น หน่วยงานรัฐ ธุรกิจเอกชน และประชาชน เพื่อให้การปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพใหม่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางและเกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มากขึ้น ทั้งนี้ความซับซ้อนเฉพาะสำหรับประเทศไทยคือ สุขภาพทางปัญญา ซึ่งถือเป็นมิติสุขภาพที่เพิ่มเติมออกมาจากค่านิยมขององค์การอนามัยโลก นอกจากนั้น การสร้างค่านิยมหรือความหมายใหม่ของสุขภาพยังเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังสมประสบการณ์ ทั้งส่วนตัวและในกระบวนการนโยบาย โดย สช. อาจพิจารณาใช้เครื่องมือที่กำหนดในพระราชบัญญัติฯ เช่น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) เพื่อสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้แลกเปลี่ยนนิยามสุขภาพใหม่<sup>51</sup> แม้ประเทศไทยจะก้าวหน้าในเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย แต่ในภาพรวมเรื่องการสร้างความเข้าใจในกรอบนิยามสุขภาพในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ<sup>52</sup>

เมื่อพิจารณาเนื้อหาที่กำหนดในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2559 ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็น ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ รวมถึงสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับปัจจัยสังคม

<sup>51</sup> M. M. Barry, "Transformative health promotion: what is needed to advance progress?," *Global Health Promotion*, Vol. 28, No. 4 (2021), 8-16.

<sup>52</sup> A. Mukhopadhyay, and N. Kaur, "Redefining health promotion to reach the unreached: opportunities for transformative change in South and South-East Asia," *Global Health Promotion*, Vol. 28, No. 4 (2021), 104-108.

กำหนดสุขภาพอย่างครอบคลุม หากพิจารณาเนื้อหาหมติ พบว่าแม้จะเป็นมติที่ถูกผลักดันและขับเคลื่อนผ่านกลไกสาธารณสุข แต่ก็ขยายขอบเขตหน่วยงานความร่วมมือครอบคลุมนอกภาคสาธารณสุข รวมถึงพิจารณาแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับชุมชนและสังคมมากกว่าการมองเฉพาะเรื่องโรคและการเจ็บป่วยในระดับบุคคลซึ่งถือเป็นความสำเร็จขั้นต้นของการปรับนิยามสุขภาพให้ครอบคลุมเรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในขั้นตอนการพัฒนาวาระนโยบาย อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการนำนโยบายเหล่านั้นไปปฏิบัติอันมาจากข้อจำกัดในปัจจัยสำคัญของการขับเคลื่อน ได้แก่ ศักยภาพและคุณภาพของแกนขับเคลื่อนและเครือข่าย กลไกหรือระบบสนับสนุนการสื่อสาร รวมถึงเงื่อนไขและข้อจำกัดของระบบราชการ<sup>53</sup>

#### 5.4 สข. กับการไปสู่บทบาทของ “ผู้อำนวยการอภิบาล” ในระบบสุขภาพ

อันที่จริง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกลไกต่างๆ ในการขับเคลื่อนแนวคิด HiAP ที่ถูกระบุไว้ในกฎหมายดังกล่าวถือว่าได้สร้างระบบและรูปแบบของการอภิบาลสุขภาพ (health governance) ที่มีความหลากหลายและความยืดหยุ่นขึ้นในสังคมไทย กระนั้น การจะทำให้เกิดความร่วมมือหลายภาคส่วนและให้การอภิบาลสุขภาพนำไปสู่สภาพการณ์ที่ทุกนโยบายคำนึงถึงสุขภาพได้นั้น สข. ในฐานะองค์กรขับเคลื่อนแนวคิด HiAP ที่สำคัญในระดับการปฏิบัติการไม่จำกัดตัวเองเป็นเพียงแค่ผู้เล่นหนึ่งในระบบการอภิบาลที่เกิดขึ้นเท่านั้น แต่ควรแสดงบทบาทเป็น “ผู้อำนวยการอภิบาล

---

<sup>53</sup> เพ็ญแข ลากยั้ง, เสกสรรค์ พวกอินแสง และ กัญญา บุญธรรม, *การประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติระยะที่ 2: กรณีศึกษา 6 มติ*, (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556).



(metagovernor)<sup>54</sup> ในฐานะหน่วยงานสาธารณะที่เป็นอิสระ (autonomous public organization) ที่ทำหน้าที่วางกรอบและอำนวยความสะดวกให้การอภิบาลสุขภาพ (metagovernance for health) ในทุกระดับและรูปแบบ เช่น เชื่อมประสาน นโยบายและการอภิบาลใน “แนวระนาบ” ระหว่างหน่วยงานและกลไกแบบข้ามภาคส่วน และใน “แนวตั้ง” ระหว่างหน่วยงานและกลไกระดับชาติ ภูมิภาค ท้องถิ่น ตลอดจนถึงนานาชาติ

บทบาทของการเป็นผู้อำนวยความสะดวกการอภิบาลนี้ไม่ได้สนใจที่การควบคุม ระบบสุขภาพและตัวแสดงต่างๆ โดยตรงดังเช่นกลไกราชการ แต่สนใจออกแบบ และกำกับ “สภาพแวดล้อมหรือเงื่อนไข”<sup>55</sup> ของการอภิบาลสุขภาพที่ไปจัดการ ระบบสุขภาพและตัวแสดงต่างๆ อีกทีหนึ่ง การอำนวยความสะดวกการอภิบาลแบบนี้ จึงเป็นการอภิบาลชั้นสูง (higher-order governance) ที่มีกลยุทธ์เฉพาะตัว ให้เลือกใช้อย่างหลากหลาย<sup>56</sup> ดังที่ ศช. ได้มีการดำเนินการมาอยู่บ้างแล้ว เช่น กลยุทธ์แบบไม่ก้าวก่า (hands-off) ที่เน้นกำหนดหรือวางกรอบกติกาของ กระบวนการ ผ่านการออกแบบและกำหนดครม. อนุญาตด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และกลยุทธ์แบบก้าวก่า (hands-on) ที่เน้นแสดงบทบาทเป็นผู้เล่นใน

<sup>54</sup> T. Ungsuchaval, *NGOs and Civil Society in Thailand: Metagovernance and the Politics of NGO Funding*, (London: Routledge, 2023).; L. Meuleman, *Public Management and the Metagovernance of Hierarchies, Networks and Markets: The Feasibility of Designing and Managing Governance Style Combinations*, (Heidelberg: Springer, 2008).; E. Sørensen, “Metagovernance: The changing role of politicians in processes of democratic governance,” *The American Review of Public Administration*, Vol. 36, No. 1 (2006), 98-114.

<sup>55</sup> G. B. Peters, “Meta-governance and public management,” in S. P. Osborne (ed.), *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*, (London: Routledge, 2010), 52-67.

<sup>56</sup> วีรพัฒน์ อังศุชาวล, *Governance 101: ความหมายและรูปแบบที่หลากหลาย*, พิมพ์ครั้งที่ 2, (กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์, 2566), 107-119.



แนวคิด HiAP ถูกทำให้กลายเป็นสถาบันหรือปรากฏขึ้นอย่างเป็นทางการ วัตถุประสงค์ที่เป็นระบบและเด่นชัดในประเทศไทยจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยที่กฎหมายนี้มีกลไกขับเคลื่อนแนวคิด HiAP ใน 3 ลักษณะสำคัญ ได้แก่ การปรับนิยามสุขภาพใหม่ การมีส่วนร่วมของสาธารณะ และความร่วมมือหลายภาคส่วน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีเนื้อหาที่ครอบคลุมและสนับสนุนการดำเนินงานตามแนวคิด HiAP แต่ยังคงมีความท้าทายในเรื่องการพัฒนาระบบการและรูปแบบในการสื่อสารนิยามสุขภาพใหม่ การมีส่วนร่วมมีความหมายมากยิ่งขึ้นและการประสานพลังเชิงนโยบายและสร้างผลกระทบควบคู่กัน

บทความชิ้นนี้มีข้อเสนอแนะสำหรับโจทย์วิจัยในอนาคตในประเด็นที่เกี่ยวข้อง อาทิ การศึกษาพัฒนาระบบของแนวคิด HiAP ในแง่ของการขับเคลื่อนและการขยายการทำงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไปยังหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ รวมถึงการขยายขอบเขตการดำเนินงานไปสู่ภาคนอกสาธารณสุขทั้งในเรื่องกระบวนการและผลลัพธ์ หรือการศึกษาติดตามเพื่อทราบความสนใจและมุมมองต่อนิยาม “สุขภาพ” ของภาคส่วนอื่นๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาชน และราชการ เช่น กระทรวงการต่างประเทศ หรือกระทรวงพาณิชย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มาร่วมกระบวนการและกลไกต่างๆ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นต้น ทั้งนี้ เนื่องจากว่า การพัฒนาและขับเคลื่อนแนวคิด HiAP ต้องไม่จำกัดอยู่ที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หรือการปฏิบัติการของเครื่องมือและกลไกใดในภาคส่วนสุขภาพเป็นการเฉพาะ แต่ต้องสนใจภาพรวมของการพัฒนานโยบายสุขภาพที่สัมพันธ์กับนโยบายด้านอื่นๆ อย่างเป็นระบบที่มีความสัมพันธ์หลายทิศทางและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างองค์ประกอบทุกภาคส่วนในสังคมและกลไกต่างๆ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

## กิตติกรรมประกาศ

บทความชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการประเมินการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และการนำแนวคิดทฤษฎีบทนโยบายห่วงใยสุขภาพมาใช้ในประเทศไทย” ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาแนวคำถามสัมภาษณ์ ผลการศึกษาและการดำเนินโครงการ และขอขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่านจากทุกภาคส่วน ได้แก่ ภาควิชาการ การเมือง และประชาสังคม รวมถึงหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภารกิจระบบสุขภาพ ตลอดจนหน่วยงานในระบบสุขภาพอื่น ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยและการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

## บรรณานุกรม

### หนังสือ

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, การสาธารณสุขไทย 2559-2560, (นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562).
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วิบูลย์วัฒนนามกุล, ฉันทนา ผดุงทศ, สุธีร์รัตน์ะมวงคกุล, มธุรส ศิริสถิตกุล และ คณະ, ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาธิปไตย: นโยบายสาธารณะ การมีส่วนร่วม กับประชาธิปไตยแบบร่วมได้โดยตรง, (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558).
- ธีรพัฒน์ อังศุขवाल, *Governance 101: ความหมายและรูปแบบที่หลากหลาย* (พิมพ์ครั้งที่ 2), (กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์, 2566).
- ธีรพัฒน์ อังศุขवाल และ คณະ, รายงานผลการศึกษาทบทวนแนวคิดการมีส่วนร่วมและการจัด “กลุ่มเครือข่าย” ในกระบวนการสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ, (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564).
- ประเวศ วะสี, พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือการสร้างสังคมสมานฉันท์, (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550).
- พัชรี สีโรรส, พลวัตนโยบายสาธารณะ: จากรัฐ เอกชน สู่ประชาชน, (กรุงเทพฯ: คบไฟ, 2556).
- เพ็ญแข ลาภยিং, เสกสรรค์ พวกอินแสง และ กันยา บุญธรรม, การประเมินกระบวนการนำมติสมาชิกสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติระยะที่ 2: กรณีศึกษา 6 มติ, (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556).
- ภานุเบศร์ มหาเรือนขวัญ, การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ รากฐานการจัดวางอิฐก้อนแรกของระบบสุขภาพพึงประสงค์, (นนทบุรี: บริษัท มาตา จำกัด, 2557).

- ลือชัย ศรีเงินยวง และ คณะ, รายงานงานวิจัยโครงการวิจัยการประเมินผล การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6,7 (2556-2557), (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557).
- วรัญญา เสนาสุ, *เส้นทางกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ: จากรัฐบาลทักษิณถึงรัฐบาล สุรนันทน์*, (วิทยานิพนธ์, คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, *การบริหารราชการแบบมี ส่วนร่วม: เทคนิควิธีและการนำไปสู่การปฏิบัติ*, (กรุงเทพฯ: สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2560).
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, *หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2564*, (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ, 2563).
- สุภาภรณ์ สงค์ประชา และ กฤษณี รักชาติเจริญ, *การศึกษาคำแนะนำของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ*, (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557).
- อำพล จินดาวัฒน์ (บก.), *หนึ่งปีปฏิรูป: หนึ่งปีแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพ แห่งชาติ*, (นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545).
- G. B. Peters, "Meta-governance and public management," in S. P. Osborne (ed.), *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*, (London: Routledge, 2010), 52-67.
- G. Dahlgren, and M. Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, (Stockholm: Stockholm Institute for Further Studies, 1991).

- G. Hofstede, "Empirical models of cultural differences," in N. Bleichrodt, and P. J. D. Drenth (eds.), *Contemporary Issues in Cross-cultural Psychology*, (Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1991), 4-20.
- Government of South Australia, and World Health Organization, *Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world*, (Adelaide: Government of South Australia, 2017).
- J. L. Creighton, *The Public Participation Handbook: Making Better Decisions through Citizen Involvement*, (San Francisco: Jossey-Bass, 2005).
- J. Naidoo, and J. Wills, *Foundations for Health Promotion* (4<sup>th</sup> ed), (London: Elsevier, 2016).
- K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismarand S. Cook (eds.), *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*, (Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013).
- K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismarand S. Cook, *Health in All Policies*, Cited; P. Cairney, E. S. Denny, H. Mitchell, "How Can Policy Theory Help to Address the Expectations Gap in Preventive Public Health and 'Health in All Policies'?", in P. Fafard, A. Cassola, and E. de Leeuw (eds.), *Integrating Science and Politics for Public Health*, (Cham: Palgrave Macmillan, 2022), 239-265.
- L. Meuleman, *Public Management and the Metagovernance of Hierarchies, Networks and Markets: The Feasibility of Designing and Managing Governance Style Combinations*, (Heidelberg: Springer, 2008).
- M. Marmot (ed.), *Fair Society Healthy Lives*, (London: The Marmot Review, 2010).

- N. Mathurapote, T. Posayanonda, S. Pitakkamonporn, W. Saengtim, K. Sae-iew, and W. Putthasri, "Thailand's National Health Assembly – a means to Health in All Policies," in V. Lin, and I. Kickbusch (eds.), *Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world*, (Geneva: World Health Organization, 2017), 52-50.
- National Health Commission Office, *NHCO Master Plan No.3 (edition) (2020-2022)*, (Nonthaburi: National Health Commission Office, 2019).
- T. Ungsuchaval, *NGOs and Civil Society in Thailand: Metagovernance and the Politics of NGO Funding*, (London: Routledge, 2023).
- W. Phoolcharoen, *Quantum Leap: The Reform of Thailand's Health System*, (Nonthaburi, Health Systems Research Institute, 2004).
- World Health Organization, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*, (Geneva: WHO, 2008).
- World Health Organization, *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action*, (Geneva: WHO, 2014).
- World Health Organization, *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*, (Geneva: WHO, 2009).
- World Health Organization, *The Kingdom of Thailand Health System Review*, (WHO Regional Office for the Western Pacific, 2015).



## บทความ

จุฑารัตน์ ชมพันธ์, “การวิเคราะห์หลัก “การมีส่วนร่วมของประชาชน” ใน “The Public Participation Handbook: Making Better Decisions through Citizen Involvement” ในบริบทประเทศไทย,” *วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม*, ปีที่ 8, ฉบับที่ 1 (2555), 123-141.

ฉวีชัย เคหะบาล และ นิตยา เคหะบาล. “การพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์,” *Journal of Roi Kaensarn Academi*, ปีที่ 7, ฉบับที่ 3 (2565), 275-292.

ธีรพัฒน์ อังศุชวาล, “การสร้างเสริมสุขภาพในฐานะ ‘อภิมหานโยบาย’ ของรัฐ,” *The101.World* (เว็บไซต์), <https://www.the101.world/health-promotion-as-meta-policy/> (สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2566).

ธีรพัฒน์ อังศุชวาล และ คนางค์ คันทมธูรพจน์, “การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม: การทบทวนกรอบคิดเบื้องต้น,” *รัฐศาสตร์นิเทศ*, ปีที่ 7, ฉบับที่ 2 (2564), 37-76.

ธีรพัฒน์ อังศุชวาล และ สุภาภรณ์ สงค์ประชา, “กำเนิดและพัฒนาการของสัมชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่: กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับพื้นที่,” *วารสารสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*, ปีที่ 18, ฉบับที่ 2 (2565), 197-230.

วิชัย โชควิวัฒน์, “การศึกษาว่าด้วยมิติทั้ง 4 ของสุขภาพ,” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, ปีที่ 3, ฉบับที่ 3 (2552), 323-335.

วิรุฬ ลิ้มสวาท, “การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550: กรอบแนวคิดพัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา,” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, ปีที่ 3, ฉบับที่ 3 (2552), 419-433.



- J. J. Bos, R. R. Brown, and M. A. Farrelly, "A design framework for creating social learning situations," *Global Environmental Change*, Vol. 23, No. 2, (2013), 398-412.
- J. M. Bryson, "What to do when stakeholders matter: Stakeholder identification and analysis techniques," *Public Management Review*, Vol. 6, No. 1 (2004), 21-53.
- K. Kantamaturapoj, C. Chanchitpricha, P. Hongsuwan, P. Suebsing, S. Thaweasuk, and S. Wibulpolprasert, "Contextual attributes associated with public participation in environmental impact assessments in Thailand: Perspectives obtained from authorities and academics," *Heliyon*, Vol. 9, No. 11 (2023), e21786.
- K. Rasanathan, T. Posayanonda, M. Birmingham, and V. Tangcharoensathien, "Innovation and participation for healthy public policy: The first National Health Assembly in Thailand," *Health Expectations*, Vol. 15, No. 1 (2012), 87-96.
- K. Shankardass, C. Muntaner, L. Kokkinen, L., F. Vahid Shahidi, A. Freiler, G. Oneka, A. M. Bayoumi, and P. O'Campo, "The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action," *Health Research Policy and Systems*, Vol. 16, No. 26 (2018), <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0295-z>.
- M. M. Barry, "Transformative health promotion: what is needed to advance progress?," *Global Health Promotion*, Vol. 28, No. 4 (2021), 8-16.

- P. Healey, "Institutionalist analysis, communicative planning, and shaping places," *Journal of Planning Education and Research*, Vol. 9, No. 2 (1999), 111-121.
- R. Brugha, and Z. Varvasovszky, "Stakeholder analysis: a review," *Health Policy and Planning*, Vol. 15, No.3 (2000), 239-246.
- R. Colvin, G. B. Witt, and J. Lacey, "Power, perspective, and privilege: the challenge of translating stakeholder theory from business management to environmental and natural resource management," *Journal of Environmental Management*, Vol. 271, No. 1 (2020), 110974.
- S. Van den Broucke, "Implementing health in all policies post Helsinki 2013: why, what, who and how," *Health Promotion International*, Vol. 28, No. 3 (2013), 281-284.
- T. Gunton, M. Rutherford, and M. Dickinson, "Stakeholder analysis in marine planning," *Environments: A Journal of Interdisciplinary Studies*, Vol. 37, No. 3 (2010), 95-110.
- T. Ståhl, "Health in All Policies: From rhetoric to implementation and evaluation—the Finnish experience," *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 46, No. 20 (suppl) (2018), 38-46.
- V. Luyet, R. Schlaepfer, M. B. Parlange, and A. Buttler, "A framework to implement stakeholder participation in environmental projects," *Journal of Environmental Management*, Vol. 111 (2012), 213-219.
- Y. Li, "Deliberative policy analysis: towards a methodological orientation," *Policy Studies*, Vol. 40, No. 5 (2019), 437-455.

## สัมภาษณ์

- กรรมการ คสช. (ผู้ทรงคุณวุฒิ), สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 5 พฤษภาคม 2565.
- กรรมการ คสช. (ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร), สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 2 พฤษภาคม 2565.
- กรรมการ คสช. (ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข), สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 6 มิถุนายน 2565.
- คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 26 พฤษภาคม 2565.
- คณะกรรมการบริหาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 10 พฤษภาคม 2565.
- คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัด, สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 29 พฤษภาคม 2565.
- คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัด, สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 31 พฤษภาคม 2565.
- ผู้บริหาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย, 26 พฤษภาคม 2565.

