

กำเนิดและพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่: กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ระดับพื้นที่

ธีรพัฒน์ อังศุवाल¹
สุภาภรณ์ สงศ์ประชา²

บทคัดย่อ

สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่เริ่มต้นมีมาตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ.2545 ก่อนการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่มาจากการรวมตัวกันของคนในพื้นที่เพื่อจัดกระบวนการสมัชชาเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม บทความชิ้นนี้ต้องศึกษาและวิเคราะห์กำเนิดและพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ซึ่งเป็นกลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของแต่ละจังหวัด โดยมีคำถามสำคัญ คือ กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่มีพัฒนาการและความเป็นมาอย่างไรภายใต้การบริหารจัดการและการดำเนินการของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยใช้วิธีวิทยาการศึกษาเชิงคุณภาพผ่านการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมกลุ่ม และการวิจัยเอกสาร จากผลการศึกษา พบว่าสามารถจำแนกช่วงพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ได้ออกเป็น 5 ยุคสำคัญ ได้แก่ (1) ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (พ.ศ.2530-2549) (2) กำเนิด พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กับการวางระบบการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (พ.ศ.2550-2554) (3) พัฒนาระบบสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่กับการก้าวสู่สมัชชาสุขภาพจังหวัด (พ.ศ.2555-2559) (4) บูรณาการพื้นที่ สังคม และประชาวิสัย (พ.ศ.2559-2562)

¹ อาจารย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
<Email: theerapat.ung@mahidol.ac.th>

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
<Email: su99song@gmail.com>

และ(5) สร้างสมดุลกโลกเก่า-ใหม่ ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับพื้นที่ (พ.ศ.2563-ปัจจุบัน) โดยในแต่ละยุคสมัยนั้นมีการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือกลไกของการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งถือเป็นความพยายามในการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงของสังคมและการแสวงหารูปแบบที่ดียิ่งขึ้นให้แก่ประชาชนเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม ความเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนให้เห็นว่าไม่มีรูปแบบและวิธีการที่ตายตัวในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

คำสำคัญ: สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพจังหวัด นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การพัฒนานโยบายสาธารณะ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

The Origin and The Development of Area-based Health Assembly: A Mechanism for Developing Participatory Healthy Public Policy in Local Areas

Theerapat Ungsuchaval³

Supaporn Songpracha⁴

ABSTRACT

Developed since 2002 before the 2007 National Health Act was promulgated, area-based health assembly is an association of people in certain areas in order to launch health assembly process for developing participatory healthy public policy. This article aims to investigate and analyze the origin and the development of area-based health assembly which is a key policy development mechanism of provinces. The main research question is: what is the origin and the development of area-based health assembly under the administration of the National Health Commission Office (NHCO)? The research uses qualitative research methods, namely in-depth interview, focus group, and documentary research. The finding shows that the development of area-based health assembly can be classified into 5 major periods: (1) prior to the National Health Act, BE 2550 (1987–2006); (2) the origin of the National Health Act, BE 2550 and establishing the system of area-based health assembly (2007–2011); (3) developing the system of area-based health assembly and the move to Provincial Health Assembly (2012–2016); (4) integrating areas, society, and pracharath

³ Lecturer, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University
<Email: theerapat.ung@mahidol.ac.th>

⁴ Assistant professor, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University
<Email: su99song@gmail.com>

(2016–2019); and (5) balancing old and new mechanisms for developing participatory healthy public policy (2020–the present). Each periods show that the area-based health assembly has been differently organized and implemented reflecting alterations needed for making the mechanism better for the people to development participatory policy in the local areas. The alterations suggest that there is no one best way to organize the area-based health assembly.

Keywords: Area-based Health Assembly, Provincial Health Assembly, Participatory Healthy Public Policy, Public Policy Development, National Health Commission Office

บทนำ

สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (area-based health assembly) มาจากการรวมตัวกันของคนในพื้นที่เพื่อจัดกระบวนการสมัชชาเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมนั้นให้ความสำคัญต่อสุขภาพะ ซึ่งไม่ใช่ในนโยบายสาธารณสุขที่จำกัดขอบเขตความสนใจอยู่ที่เพียงประเด็นด้านสุขภาพแบบแข็งทื่อ แต่สนใจประเด็นทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพด้วย (Jindawatthana, 2009; Ungsuchaval, 2021) นโยบายในลักษณะนี้นั้นเน้นสร้างทางเล็อกและสภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี รวมถึงเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Ungsuchaval & Kantamaturapoj, 2021)

โดยทั่วไปแล้วการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่จะมีรูปแบบที่หลากหลาย อาจผสมผสานรูปแบบและกระบวนการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ สมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ที่สามารถสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ดีกว่าสมัชชาสุขภาพระดับชาติ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดตั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความร่วมมือ เพื่อจัดการกับปัญหาในระดับพื้นที่ได้อย่างดี (Chuengsatiansup et al., 2015)

ที่ผ่านมา งานศึกษาพัฒนนาการของสมัชชาสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมมักให้ความสนใจสุขภาพแห่งชาติในระดับประเทศมากกว่าสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (Jindawatthana, 2011) นอกจากนี้ในบรรดางานที่สนใจสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ก็จัดทำมาตั้งแต่ยังไม่มีการบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (Good, 2002; Dulyakasem et al., 2004; Phoolcharoen et al., 2005; Danwattana, 2005) หรือสนใจบางพื้นที่เป็นการเฉพาะ (Siripong, 2010; Jiansirijanda, Khemkang, & Mansuk, 2010; Emyoo, 2010; Thongbai et al., 2010; Chanphuang & Theppan, 2010) หรือไม่ได้ให้นำหนักกับแง่มุมพัฒนนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่เท่าที่ควร (Buntian & Orachai, 2010) จึงกล่าวได้ว่าการศึกษาทางวิชาการเกี่ยวกับพัฒนนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพจังหวัดในภาพรวมเป็นการเฉพาะตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันยังไม่ปรากฏให้เห็นอย่างเป็นระบบมากนัก

วัตถุประสงค์และขอบเขตการวิจัย

บทความชิ้นนี้ต้องการศึกษาและวิเคราะห์กำเนิดและพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ซึ่งเป็นกลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของจังหวัดตั้งแต่ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จนถึงปัจจุบัน โดยมีคำถามสำคัญคือ กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่มีพัฒนาการและความเป็นมาอย่างไรภายใต้การบริหารจัดการและการดำเนินการของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยสำหรับบทความชิ้นนี้ใช้วิธีวิทยาการศึกษาเชิงคุณภาพผ่านการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การประชุมกลุ่ม (focus group) และการวิจัยเอกสาร (documentary research) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 4 คน ซึ่งมีบทบาทสำคัญและมีส่วนรับผิดชอบการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ใน สช. สำหรับการประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยได้เข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลจากคณะทำงานจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดใน 3 พื้นที่ ได้แก่ ขอนแก่น กาญจนบุรี และลำปาง โดยมีผู้ร่วมให้ข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 15 คน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่มได้รับการถอดเทปเป็นบทสัมภาษณ์โดยลงรหัสและปกปิดตัวตนผู้ให้ข้อมูลตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน สำหรับการวิจัยเอกสาร ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารายงานการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด รายงานประจำปีของ สช. ระหว่าง พ.ศ.2550-2564 รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติระหว่าง พ.ศ.2550-2564 ตลอดจนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564 ข้อมูลต่าง ๆ ได้รับการวิเคราะห์และสังเคราะห์โดยจำแนกเป็นรหัสและธีม (thematic analysis) เพื่อค้นหารูปแบบและแนวโน้มของข้อมูลและนำมาสร้างคำอธิบายในเชิงพัฒนาการ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ สามารถจำแนกช่วงพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ได้ออกเป็น 5 ยุคสำคัญ ได้แก่ ยุคที่ 1 ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (พ.ศ.2530-2549) ยุคที่ 2 กำเนิด พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

กับกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เป็นทางการ (พ.ศ.2550–2554) ยุคที่ 3 พัฒนาระบบสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่กับการก้าวสู่สมัชชาสุขภาพจังหวัด (พ.ศ.2555–2559) ยุคที่ 4 บูรณาการพื้นที่ สังคม และประชาชาติ (พ.ศ.2559–2562) และยุคที่ 5 สร้างสมดุลกลไกเก่า–ใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับพื้นที่ (พ.ศ.2563–ปัจจุบัน) โดยแต่ละยุคจะมีจุดเด่นที่แตกต่างกันไป

การจำแนกช่วงพัฒนาการนี้ มาจากจุดเปลี่ยนสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ จุดเปลี่ยนเกี่ยวกับการประกาศกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดโครงสร้างและกลไกของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และจุดเปลี่ยนทางแนวนโยบายที่มาจากการเปลี่ยนผู้บริหารหน่วยงาน สช. อันเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

1. ก่อนมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (พ.ศ.2530–2549)

สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ไม่ได้เป็นเพียงผลผลิตของ สช. ภายใต้อำนาจ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2550 เท่านั้น แต่เป็นผลรวมของความเคลื่อนไหว การผลักดัน และการทดลองทางสังคมของหลายภาคส่วนในสังคมที่มีความต่อเนื่องมาก่อนหน้านานนับทศวรรษ ดังนั้น การทำความเข้าใจจุดกำเนิดและพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่จึงจำเป็นต้องทบทวนพัฒนาการก่อนหน้าการมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2550

1.1 การปฏิรูประบบสุขภาพและเวทีสาธิตสมัชชาสุขภาพครั้งแรกของประเทศ

นับแต่ช่วงต้นทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา ประเทศไทยเริ่มมีความพยายามเชิงนโยบายในการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศโดยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กระแสการปฏิรูปนี้ได้รับการเสริมพลังด้วยรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ที่ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้สังคมไทยพัฒนาโครงสร้าง กลไก และกระบวนการใหม่ ๆ เพื่อพัฒนาประเทศบนการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นจำนวนมาก การปฏิรูประบบสุขภาพถือเป็นประเด็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญประเด็นหนึ่งที่เติบโตขึ้นอย่างแข็งแกร่งด้วยการส่งเสริมของรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว

ใน พ.ศ.2543 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมีประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งคือการตั้ง ‘สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)’ ภายใต้อำนาจบังคับของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อเป็นกลไกเชื่อมประสานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมและผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศพร้อมกับจัดทำกฎหมาย

แม่บทหรือร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (Danwattana, 2005) สปรส. ถือเป็นองค์การเฉพาะกิจที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย (โปรดดู National Health System Reform Office, 2002; Wibulpolprasert, 2005)

ปีต่อมา สวรส. ได้สนับสนุนให้มีการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพระดับประเทศ (Kanchanachitra, 2001) ภายใต้โครงการศึกษาดังกล่าว มีการเสนอถึงการจัดตั้ง ‘สภาสุขภาพระดับจังหวัด’ ในฐานะเป็นกลไกภาคประชาชนที่สำคัญภายใต้ ‘สภาสุขภาพแห่งชาติ’ สภาสุขภาพระดับจังหวัดนี้เป็นการให้ชุมชนมามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของตนเองโดยใช้ประเด็นเรื่องสุขภาพที่ทุกคนมองเห็นเป็นตัวเชื่อมโยง การศึกษาชิ้นนี้ถือเป็นข้อเสนอทางวิชาการที่สำคัญซึ่งสนับสนุนการมีกลไกสมัชชาสุขภาพในเวลาต่อมา

อย่างไรก็ดี จุดกำเนิดของสมัชชาสุขภาพอยู่ช่วง พ.ศ.2544 สปรส. และภาคีเครือข่ายริเริ่มการรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบสุขภาพจากพื้นที่ต่าง ๆ ในระดับจังหวัดและระดับเขตจากทั่วประเทศ ผลของการรับฟังความคิดเห็นได้รับการวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพใน ‘การประชุมสภาิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ’ ภายใต้งาน ‘ตลาดนัดสุขภาพ’ ในเดือนกันยายน พ.ศ.2544 โดยมีภาคีปฏิรูประบบสุขภาพจากทั่วประเทศและบุคคลทั่วไปที่สนใจจำนวนมากมาเข้าร่วมทดลองใช้เวทีสมัชชาสุขภาพเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (ดู Danwattana, 2005; Jindawatthana, 2011) บทเรียนการจัดประชุมสภาิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรกนี้ ถือเป็นก้าวสำคัญของการสนับสนุนให้มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งต่อ ๆ มา รวมไปถึงเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ

1.2 เริ่มทดลองสมัชชาสุขภาพจังหวัดและตั้งไข่คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่

สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่มาเริ่มต้นมีในช่วง พ.ศ.2545 ผ่านเวที ‘สมัชชาสุขภาพจังหวัด’ ที่จัดขึ้นทั่วประเทศเป็นครั้งแรกโดย สปรส.และเครือข่าย สมัชชาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดนี้เริ่มมีรูปแบบของการประชุมที่เป็นแบบแผนและมีระบบ อาทิ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดงานที่ชัดเจน มีการกำหนดองค์ประกอบและรูปแบบของเวที มีการตั้งโจทย์ในการระดมความคิดเห็น และมีโครงสร้าง

การจัดการ เป็นต้น คณะทำงานของสมัชชาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดในช่วงนี้มีสมาชิกมาจากหน่วยงานที่หลากหลาย แต่แกนนำส่วนมากมักมีบุคลากรสาธารณสุขรวมอยู่ด้วย (โปรดดู Danwattana, 2005) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสมัชชาสุขภาพจังหวัดเป็นเรื่องใหม่ ความเข้าใจและการจัดการทางเทคนิคต่อประเด็นสาระสำคัญและกระบวนการจัดสมัชชายังไม่ดีเท่าที่ควร สมัชชาสุขภาพจังหวัดในหลายพื้นที่มีลักษณะเป็นเวทีร้องทุกข์หรือบ่นมากกว่าจะมุ่งสร้างข้อเสนอหรือมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ในกรณีที่มีข้อเสนออีกมักเป็นเรื่องเชิงนามธรรมที่เน้นการปลูกจิตสำนึกมากกว่าการปฏิบัติในเชิงรูปธรรม

การทดลองจัดสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ครั้งต่อมาใน พ.ศ.2546 เริ่มมีการเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและคณะกรรมการจัดงานมากขึ้น พร้อมกับขยายความสัมพันธ์กับหน่วยงานรัฐอื่น ๆ นอกภาคส่วนสาธารณสุขเพิ่มเติม สปรส. ได้ตั้ง ‘คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่’ ขึ้นอย่างเป็นทางการ อันได้รับการยอมรับในแวดวงการปฏิรูประบบสุขภาพให้เป็นกลไกขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ คณะกรรมการในพื้นที่ชุดนี้ถือเป็นความพยายามในการเชื่อมร้อยกลไกทางสังคมเข้ากับกลไกรัฐทางการที่มีอยู่เดิมในพื้นที่เพื่อให้เกิดความร่วมมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในพื้นที่มากยิ่งขึ้น รวมไปถึงเปิดโอกาสให้ข้าราชการและผู้ที่ทำงานในหน่วยงานรัฐ แต่สนใจการทำงานภาคสังคม สามารถใช้คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการนี้เป็นสิ่งอำนวยความสะดวกให้ทำงานสมัชชาสุขภาพได้อย่างราบรื่นยิ่งขึ้น (Danwattana, 2005)

ในปีต่อ ๆ มา สปรส. ต้องการพัฒนาการจัดสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น ในช่วง พ.ศ.2547 จึงเริ่มแจ้งขอความร่วมมือให้ผู้ว่าราชการจังหวัดในฐานะเป็นผู้ที่มีอำนาจทางการปกครองสูงสุดในพื้นที่จังหวัดเป็นผู้แต่งตั้งคณะทำงานจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้ประเด็นสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่สามารถเชื่อมต่อกับยุทธศาสตร์ของจังหวัดและกลุ่มจังหวัดต่าง ๆ ได้ ในยุคนี้ สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่เริ่มพัฒนามากลายเป็นเวทีสาธารณะที่เชื่อมคนที่ทำงานประเด็นอื่น ๆ ในพื้นที่ให้เข้ามาพูดคุยกันมากขึ้น ตลอดจนจะมีการผสมผสานกระบวนการสมัชชาสุขภาพกับกระบวนการอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ กลุ่มเครือข่ายและคณะทำงานในพื้นที่จึงมีชื่อเรียกที่หลากหลาย เช่น ประชาคมสุขภาพ ภาคปฏิรูประบบสุขภาพ และสมัชชาสุขภาพจังหวัด เป็นต้น ดังนั้น ความสำเร็จที่เกิดขึ้นของกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่จึงไม่ได้เป็นเพียงผลลัพธ์จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมาจากการหนุนเสริมของโครงการและกระบวนการอื่น ๆ ที่ได้รับ

การสนับสนุนจากหน่วยงาน เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จนอาจกล่าวได้ว่าพื้นที่จังหวัดที่สามารถขับเคลื่อนงานสมัชชาสุขภาพได้อย่างมีผลกระทบเชิงบวกและวงกว้างนั้นมักพึ่งพางบประมาณสมทบจากโครงการอื่น ๆ ที่มาจาก สสส. (Danwattana, 2005) สภาพการณ์เช่นนี้ยังสามารถพบเห็นได้จนถึงปัจจุบัน

ใน พ.ศ.2548 มีการปรับเปลี่ยนแนวทาง จากแต่เดิมที่ สปรส. ทำการค้นหาและพัฒนาแกนนำในพื้นที่เพื่อเป็นผู้จัดเวทีสมัชชาสุขภาพโดยตรงเพียงอย่างเดียว มาเป็นเพิ่มการออกประกาศแจ้งโดยเปิดให้หน่วยงานที่สนใจทำโครงการขอรับการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพ เพื่อตั้งดูภาคีเครือข่ายหน้าใหม่ให้เข้ามาอยู่ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพมากยิ่งขึ้น แต่การปรับนี้ ก็ทำให้ภาคีเดิมบางส่วนหายไปเช่นกัน (Jindawatthana, 2011) ระบบการเปิดรับยังคงใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน

สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ในช่วงก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้ อาจไม่ได้เน้นการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นระบบมากเท่ากับการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ เพื่อสร้างความเข้มแข็งกับพื้นที่ กิจกรรมต่าง ๆ ผ่านการค้นหาจุดเด่นของพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพท้องถิ่น และการสร้างเครือข่าย (Chuengsatiansup et al., 2015) สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ในช่วงแรกเริ่มนี้จึงเป็นกลไกการพัฒนาที่ริเริ่มด้วยพลังของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศให้มี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ.2550 มากกว่าการพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะ

2. กำเนิด พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กับการวางระบบการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (พ.ศ.2550-2554)

ในช่วงต้น พ.ศ.2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ได้พิจารณาเห็นชอบผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และให้มีการปรับเปลี่ยน สปรส. เป็น ‘สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)’ พร้อมกับตั้ง ‘คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)’ เป็นกลุ่มกำกับทิศทางและบริหารงานนโยบายของหน่วยงาน โดยมี นพ.อำพล จินดาวัฒนะ อดีตผู้อำนวยการ สปรส. รับหน้าที่เป็นเลขาธิการ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้ กำหนดให้ ‘สมัชชาสุขภาพ’ เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยในมาตรา 3 ได้ให้ความหมายของสมัชชาสุขภาพอย่างเป็นทางการไว้ว่า “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” (National Health Commission Office, 2011, p. 1) การจัดสมัชชาสุขภาพ

แห่งชาติตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เริ่มต้นอย่างเป็นทางการใน พ.ศ.2551 ซึ่งการประชุมครั้งดังกล่าว ถูกนับเป็น ‘สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1’ และมีการจัดต่อเนื่องมาทุกปีจนถึงปัจจุบัน

นอกจากสมัชชาสุขภาพในระดับชาติแล้ว มาตรา 40 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ยังได้สนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพโดยระบุให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นควบคู่กันไป เช่นเดียวกับก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในการนี้ การมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาเชิงคุณภาพของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่มากยิ่งขึ้น สช. ได้เน้นขยายพื้นที่และปรับทิศทางสนับสนุนผ่านการพัฒนากลไกพหุภาคีระดับจังหวัด การขยายเครือข่าย และระบบข้อมูลสุขภาพและข้อมูลเครือข่ายในพื้นที่ (Jindawatthana, 2011)

ใน พ.ศ.2552 สช. ได้รุกกลงนามความร่วมมือกับผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อพัฒนากลไกพหุภาคีในจังหวัด และพัฒนา ‘กลไกเสริมพลังความเข้มแข็งกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็น 4 ภาค’ เพื่อเป็นหน่วยดูแลการพัฒนาศักยภาพ กระบวนการ และองค์ความรู้ในพื้นที่ กลไกภาคนี้เชื่อมประสานโดย ‘คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ประเด็น’ ซึ่งมีเลขาธิการ สช. เป็นประธาน (National Health Commission Office, 2009a)

การวางแนวทางและกฎเกณฑ์ที่เป็นระบบและเป็นทางการของการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ปรากฏอย่างเด่นชัดในประกาศ 2 ฉบับสำคัญซึ่งเป็นรากฐานของการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ได้แก่ ‘หลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น พ.ศ. 2550’ และ ‘แนวทางการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น พ.ศ.2551’ โดยประกาศเหล่านี้ถือเป็นเกณฑ์กลางที่ระบุให้ผู้ขอรับการสนับสนุนจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีการที่ระบุไว้ในแนวทางตามที่ สช. กำหนด

ในประกาศฉบับแรก ได้ให้นิยามของ ‘สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่’ ไว้ว่าเป็น “สมัชชาสุขภาพที่ใช้อาณาเขตพื้นที่เป็นฐานในการดำเนินการ” และกำหนดหลักการรวมถึงวัตถุประสงค์สำคัญของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ได้แก่ (1) ต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (2) ต้องมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ และ (3) สมัชชาสุขภาพมีเพื่อนำไปสู่การเสนอและผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพดีของประชาชน นอกจากนี้ สช.

ยังได้กำหนดรูปแบบการสนับสนุนที่ สช. สามารถมีต่อการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ไว้ต่าง ๆ เช่น ข้อมูล องค์ความรู้ การพัฒนาศักยภาพ การสื่อสารสาธารณะงบประมาณ การผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย และการประสานงานเชื่อมโยงเครือข่าย เป็นต้น (National Health Commission Office, 2008)

ในประกาศฉบับที่สอง ได้ระบุประเภทของการจัดตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่อันเป็นการรวมตัวของบุคคลจากหลายหน่วยงานในรูปของคณะกรรมการ อนุกรรมการ หรือคณะทำงานไว้ 2 ประเภท ได้แก่ คณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นเองอันไม่จำเป็นต้องขออนุญาตหรือได้รับการแต่งตั้ง และคณะกรรมการที่แต่งตั้งโดย สช. ประกาศดังกล่าวยังส่งเสริมให้มีคณะกรรมการ 2 ระดับ ควบคู่กันในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพ ซึ่งสามารถแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานตามความจำเป็นได้ ประกาศฉบับนี้ได้เน้นย้ำความสำคัญของการใช้ข้อมูลและองค์ความรู้ทางวิชาการเป็นฐานในการดำเนินการสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้เวทีสมัชชาสุขภาพไม่เป็นเพียงการแสดงความคิดเห็นหรือการบ่นเท่านั้น แต่ต้องสามารถพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายได้ (National Health Commission Office, 2008)

สช. ยังได้แต่งตั้ง ‘คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น’ (คพส.) ในปี 2553 เพื่อให้เป็นคณะทำงานรับผิดชอบพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็นเป็นการเฉพาะ (National Health Commission Office, 2009b, pp. 21–22) คพส. นับว่าเป็นองค์คณะที่มีบทบาทอย่างมากต่อพัฒนาการของกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในเวลาต่อมา

ในปี 2553 มีการประกาศ ‘แนวทางการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น พ.ศ.2553’ ฉบับใหม่อันเป็นการปรับปรุงประกาศฉบับ พ.ศ.2551 ที่ผ่านมาให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ประกาศฉบับนี้ปรับนิยามสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ให้มีความชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น กล่าวคือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่คือ “กระบวนการที่ให้ประชาชน และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพดีของประชาชนโดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม และใช้อาณาบริเวณที่แสดงขอบเขตเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ” (National Health Commission Office, 2010, p. 13)

3. พัฒนาระบบสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่กับการก้าวสู่สมัชชาสุขภาพ จังหวัด (พ.ศ.2555-2559)

พ.ศ.2555 เป็นช่วงที่ สช. เร่งพัฒนาระบบและกลไกการจัดการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่อย่างเข้มข้น เพราะ “ความสำเร็จของการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ อยู่ที่การสนับสนุนให้มีกลไกจัดการกลางที่เป็นพหุภาคีที่เข้มแข็ง” (Jindawatthana, 2011, p. 88) ประกอบกับการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 (พ.ศ.2555) ได้มีมติเรื่อง ‘กลไกและกระบวนการสมัชชาฯ’ โดยมีสาระสำคัญประการหนึ่งคือให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพที่ยึดหลักการและแนวคิดในเรื่องสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์และมีการจัดการอย่างเป็นระบบ (National Health Commission Office, 2012a) นอกจากนี้ การทบทวนบทเรียนโดย สช. (National Health Commission Office, 2009a; Buntian & Orachai, 2010; National Health Commission Office, 2013a) และเสียงสะท้อนจากพื้นที่ก็ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีความชัดเจนในรูปแบบของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และกระบวนการในการติดตามนโยบายสาธารณะในทางปฏิบัติอีกด้วย

ในการชี้ สช. จึงดำเนิน ‘ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (2555-2557)’ ที่พัฒนาโดย คพส. เพื่อเป็นทิศทางการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ยุทธศาสตร์นี้เน้นเรื่องพัฒนาศักยภาพและความผูกพันของแกนนำสมัชชาสุขภาพทุกระดับเป็นอย่างมาก โดยมุ่งเสริมสร้างศักยภาพคนทำงานและความเข้มแข็งของกลไกสมัชชาสุขภาพให้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (National Health Commission Office, 2012b, pp. 15-16) ตัวอย่างเช่น มีการริเริ่มโครงการสร้างเสริมศักยภาพในชื่อ ‘นักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (นนส.)’ ที่นำเอาบุคคลที่เป็นแกนนำเครือข่ายหรือหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ทั่วประเทศมาพัฒนาให้กลายเป็นแกนหลักในการประสานการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติจริง (Sooksawang, 2017) พร้อมกับพัฒนาตัวแบบคุณลักษณะของคณะทำงาน เรียกว่า ‘5 ตัวจี๊ด’ ประกอบด้วย นักประสานงาน นักวิชาการ นักยุทธศาสตร์ นักสื่อสาร และนักจัดการ โดยเชื่อว่างานในพื้นที่จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหากคณะทำงานมีบุคลากรทั้ง 5 ลักษณะดังกล่าว

ภายใต้ยุทธศาสตร์นี้ สช. มีการขยายการเตรียมความพร้อมการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ให้ครอบคลุม 77 จังหวัดทั่วประเทศ และสนับสนุนเครือข่ายและกระบวนการสมัชชาสุขภาพระดับภาคหรือกลุ่มจังหวัด เพื่อสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามจังหวัดและพัฒนาประเด็นร่วมในระดับต่าง ๆ (National Health Commission Office, 2012c)

คพส. ยังเสนอให้มีการปรับปรุงประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ฉบับที่ใช้อยู่ เนื่องจากการจัดและสนับสนุนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่ผ่านมายังมีรูปแบบที่ไม่มีเอกภาพรวมถึงไม่สอดคล้องเหมาะสมกับหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำให้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไม่บรรลุผลสำเร็จ (National Health Commission Office, 2012d, pp. 12-13) ข้อเสนอให้นำมาสู่การประกาศ ‘หลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น พ.ศ.2555’ อันเป็นฉบับใหม่ซึ่งมีปรับนิยามสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ให้กระชับขึ้น เป็น “สมัชชาสุขภาพที่ใช้อาณาบริเวณในเชิงภูมิศาสตร์ ภูมินิเวศน์ ภูมิวัฒนธรรม หรือชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ เป็นขอบเขตการดำเนินงาน” (National Health Commission Office, 2012e, p. 70)

การพัฒนารูปแบบและกลไกการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว ปรากฏผลอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อมีการพัฒนารูปแบบ ‘สมัชชาสุขภาพจังหวัด (Provincial Health Assembly: PHA)’ อย่างเป็นทางการขึ้นครั้งแรก ซึ่งให้ ‘จังหวัด’ เป็นหน่วยงานการทำงานที่ชัดเจนจากแต่ก่อนที่สมัชชาสุขภาพสามารถจัดในอำเภอ ตำบล หรือจังหวัด โดยรูปแบบสมัชชาสุขภาพจังหวัดนี้ดำเนินผ่านกลไกหลัก ได้แก่ หน่วยเลขานุการกิจสมัชชาสุขภาพจังหวัด (นลส.) คณะทำงานบริหารและคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด (คจ.สจ.) แต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัด (National Health Commission Office, 2014)

ในทางปฏิบัติ การจัดกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดมีลักษณะแตกต่างกันไปตามแต่พื้นที่ (Songpracha & Cheumwarasatra, 2016) อย่างไรก็ตาม สช. มีแนวโน้มสนับสนุนให้หน่วยงานรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็น นลส. ในฐานะเป็นรูปแบบการจัดสมัชชาจังหวัดที่พึงประสงค์เพราะจะทำให้เกิดความต่อเนื่องในโครงสร้างการบริหารจัดการของพื้นที่ พิจารณาได้จากสัดส่วนจำนวนของ นลส. ในช่วงระหว่าง พ.ศ.2557-2558 ที่เป็นหน่วยงานภาครัฐมากที่สุด (National Health Commission Office, 2014, 2015) กล่าวได้ว่า การพัฒนา รูปแบบสมัชชาสุขภาพจังหวัด

ถือเป็นความพยายามส่งเสริมการนำรูปแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เป็นทางการไปประยุกต์ใช้กับสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดนั่นเอง

น.พ.กาญจน์ (อดีตผู้บริหาร สช.) ผู้ที่มีส่วนสำคัญในขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศตั้งแต่ยุคแรกเริ่มและร่วมพัฒนารูปแบบสมัชชาสุขภาพจังหวัด กล่าวว่า

...สช. ต้องระมัดระวังการลดทอนสมัชชาสุขภาพให้เป็นงานประจำที่ทำงานใน “ระดับโครงการ”... ที่ได้ได้บูรณาการเข้ากับการอภิบาลสังคมโดยรัฐและโดยตลาดอันเป็นระบบและโครงสร้างจริงที่มีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา... งานที่เกี่ยวกับสุขภาพในมิติด้านการแพทย์และสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิต ควรต้องพยายามบูรณาการเข้ากับระบบและโครงสร้างของระบบเหล่านั้น

(น.พ.กาญจน์, ผู้ให้สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2563)

สำหรับ น.พ.กาญจน์ การทำให้สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่เป็นงานในวงจำกัดเป็นงานประจำ และเป็นงานที่มีเจ้าของ ไม่ว่าจะ เป็น สช. เองหรือภาคประชาสังคม ถือเป็นสิ่งที่คุกคามกระบวนการสมัชชาสุขภาพ สมัชชาสุขภาพจังหวัดจะมีประโยชน์สูงสุดเมื่อถูกนำไปใช้ในการพัฒนาการบริหารราชการแผ่นดินทั้งระดับส่วนกลางภูมิภาค และท้องถิ่นที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วน และมีความต่อเนื่องยั่งยืนภายใต้การบูรณาการกระบวนการสมัชชาสุขภาพกับกลไกหรือโครงสร้างการอภิบาลที่มีอยู่แต่เดิมในพื้นที่

อย่างไรก็ดี มีข้อสังเกตว่ากลไกการจัดการที่อาศัยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เป็นหลักเพื่อขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในพื้นที่นั้น จะประสบกับปัญหาสำคัญ คือ การที่บุคลากรเหล่านี้มาทำหน้าที่ประสานงานและขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพด้วยความสมัครใจ แต่ถูกมองว่าเป็นงานนอกหน้าที่ทำให้ในบางกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาหากมีความไม่เข้าใจกันเกิดขึ้น (Chuengsatiansup et al., 2015) ดังนั้น การสนับสนุนรูปแบบใหม่ของสมัชชาสุขภาพจังหวัดนี้จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาความเข้าใจร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เป็นอย่างมาก

4. บุรณาการพื้นที่ สังคม และประชารัฐ (พ.ศ.2559-2562)

ในปี 2559 ภายใต้ทิศทางแนวนโยบายประชารัฐของรัฐบาล นำโดยพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา สช. ภายใต้การบริหารของ น.พ.พลเดช ปิ่นประทีป เลขานุการ คนใหม่ ได้กำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นบทบาทของการพัฒนาความเข้มแข็งของพื้นที่ โดยชุมชนและประชารัฐมากยิ่งขึ้น ในช่วงนี้มีการเปลี่ยนวิสัยทัศน์การพัฒนานโยบาย ของ สช. จาก ‘นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม’ (Participatory Healthy Public Policy: PHPP) เป็น ‘นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา’ (Participatory Public Policy Process based on Wisdom: 4PW) ที่มีการสานพลังความรู้นโยบาย และสังคม (National Health Commission Office, 2017a, 2017b) อาจกล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงนี้มาจาก 3 เหตุผลหลัก ได้แก่ (1) เพื่อแก้ปัญหาความเข้าใจ คลาดเคลื่อนที่มีต่อการดำเนินงานของ สช. ว่าเป็นงานเฉพาะในด้านสุขภาพหรือ สาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ สช. มีขอบข่ายความสนใจในการพัฒนานโยบายสาธารณะ ที่กว้างขวางกว่านั้นและเกี่ยวข้องกับภาคีเครือข่ายนอกภาคส่วนสุขภาพเป็นจำนวนมาก (2) เพื่อเน้นพื้นฐานของความรู้และปัญญาในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะ และ (3) เพื่อส่งเสริมวิถีคิดเรื่องทุกนโยบายสาธารณะห่วงใยต่อสุขภาพ (Health in All Policies) ในหน่วยงานภาครัฐทุกระดับ ไม่จำเป็นต้องเป็นนโยบายของ ภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น 4 PW ได้เน้นย้ำแนวคิดของสมัชชาสุขภาพว่าเป็นการพัฒนา ‘นโยบายสาธารณะโดยสังคม’ ที่แตกต่างจากนโยบายสาธารณะโดยรัฐ (Pinprathep, 2018)

น.พ.แก้ว (อดีตผู้บริหาร สช.) ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันการจัดสมัชชา สุขภาพระดับพื้นที่และกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ระดับพื้นที่ตั้งแต่ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ตลอดจนการปรับเปลี่ยน แนวคิดการพัฒนานโยบายของ สช. อธิบายว่า

...สมัชชาสุขภาพผลิตนโยบายสาธารณะโดยสังคม มิติสมัชชา สุขภาพไม่ใช่กฎหมาย ไปสั่งราชการไม่ได้ มันเป็นนโยบายโดยสังคม ไม่ใช่โดยรัฐ... หน้าที่ของเราคือการส่งเสริมองค์การนโยบายสาธารณะ แบบมีส่วนร่วม... [ที่]สังคมทำขึ้นเองแล้วก็ใช้กันเอง ขับเคลื่อนกันเอง ส่วนภาครัฐจะมาสสนับสนุนหรือไม่เป็นศิลปะของเราในการทำงาน กับภาครัฐ อยู่ไปคิดว่าถ้าให้ผู้ว่า เป็นประธานแล้วเขาจะเอาไปเป็นแผน ของเขาเลย... พอมีผู้ว่า มาคุม สมัชชาสุขภาพในพื้นที่ [ในฐานะเป็น

กลไกระดับบริหารจัดการในพื้นที่ ไม่ใช่กลไกระดับนโยบาย] จะกลายเป็น
กลไกเชิงอำนาจทันที... การมีส่วนร่วมจริงจะเกิดยาก เพราะฉะนั้น
การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยสังคมต้องขับเคลื่อนโดยปัญญา
โดยพลังทางสังคม ไม่ใช่พลังทางภาครัฐ

(น.พ.แก้ว, ผู้ให้สัมภาษณ์, 21 ธันวาคม 2563)

น.พ.แก้ว เห็นว่ารูปแบบสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่มีแนวโน้มให้ผู้ว่าราชการ
จังหวัดเป็นประธานหรือผู้มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด
และการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็น นสส. เป็นตัวแบบการทำงานที่ไม่ราบรื่น
ในทางปฏิบัติและมีแนวโน้มนำไปสู่ความล้มเหลว เพราะงานสมัชชาสุขภาพจะไม่ได้
รับการขับเคลื่อนอย่างจริงจังเนื่องจากติดปัญหาของความเป็นราชการ การพัฒนารูปแบบ
สมัชชาสุขภาพจังหวัดคือความพยายามทำให้สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่
ที่มีความเป็นทางการมากขึ้นซึ่งนำความเป็นราชการเข้ามาด้วย การพยายามนำเอา
นโยบายสาธารณะโดยสังคมไปอยู่ในขอบเขตอำนาจของภาครัฐเพื่อหวังว่าภาครัฐ
จะให้ความร่วมมือมากยิ่งขึ้นจึงเป็นแนวคิดที่สมควรได้รับการทบทวนและปรับเปลี่ยน

สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะในพื้นที่แล้ว การปรับเปลี่ยนนี้ได้นำมาสู่
การพัฒนาแกนประสาน 4PW คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็น 4PW
คณะทำงานยุทธศาสตร์การสื่อสาร 4PW และนักสื่อสาร 4PW ในพื้นที่จำนวนมาก
ทั่วประเทศ (โปรดดู National Health Commission Office, 2017b, 2019a) ในรูปแบบใหม่
นี้ มีการปรับทิศทางการพัฒนาสมัชชาสุขภาพจังหวัดโดยให้ ‘ศูนย์ประสานงานภาคี
พัฒนาจังหวัด’ (ศปจ.) เป็นกลไกประสานจัดการและเชื่อมงานหลัก กล่าวอีกนัยหนึ่ง
รูปแบบสมัชชาสุขภาพจังหวัด (PHA) ที่พัฒนาขึ้นในยุคก่อนหน้าจึงลดบทบาทลง
และถูกผนวกรวมอยู่ภายใต้กระบวนการ 4PW ที่เน้นสร้างความเข้มแข็งของพื้นที่อย่าง
รอบด้านโดยให้ประชาสังคมเป็นตัวนำ (ดู Pinprathep, 2017)

ช่วงกลางปี 2560 สช. ดำเนิน ‘แผนงานพัฒนาสังคมสุขภาพระดับพื้นที่’
(National Health Commission Office, 2017a) ที่มีเป้าหมายส่งเสริมและสนับสนุนเครือข่าย
องค์กรทุกภาคส่วนในการเป็นหุ้นส่วนการพัฒนาและสนับสนุนให้มีการขับเคลื่อน
นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมโดยบูรณาการพลังทุกภาคส่วนในพื้นที่ทุกจังหวัด
ทั่วประเทศ แผนงานนี้ให้ความสำคัญกับการพัฒนากลไกเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
(กขป.) อย่างมาก ในฐานะเป็นเครื่องมือใหม่ตามแนวทางการเชื่อมโยงนโยบาย

สาธารณสุขระดับชาติ-เขต-พื้นที่ (National Health Commission Office, 2019a) สช. ยังตั้ง ‘ศูนย์พัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม’ ประจำภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ (National Health Commission Office, 2018a) เพื่อการพัฒนากลไกบูรณาการในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมและพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณสุขจังหวัด โดยเชื่อมร้อยกลไกต่าง ๆ ที่มีอยู่ ทั้งที่เกิดใหม่และที่มีอยู่มาแต่เดิมให้สามารถร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขของจังหวัดได้

แนวทางหลักของยุคนี้คือ การให้เครือข่ายชุมชนท้องถิ่นและประชาคมจังหวัดขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายสาธารณสุขโดยใช้เครื่องมือทุกชนิดตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น สมัชชาสุขภาพจังหวัดจึงได้รับการสนับสนุนควบคู่กับเครื่องมืออื่น ๆ และกลายเป็นกิจกรรมหนึ่งของงานพัฒนาสังคมสุขภาวะระดับพื้นที่ที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับกิจกรรมและโครงการที่หลากหลายมากขึ้น

ยุคนี้ยังเป็นยุคที่ สช. ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนากลไกการประสานพัฒนานโยบายสาธารณสุขในพื้นที่ใหม่ ๆ ที่อยู่นอกเหนือจากพันธกิจหลักตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ อีกด้วย (โปรตตุ Pinpratthep, 2017, 2018, 2019) ตัวอย่างที่เด่นชัดคือ ‘โครงการพัฒนากลไกสนับสนุนเครือข่ายจิตอาสาประชารัฐระดับจังหวัดเสริมสร้างสังคมสุขภาวะ พ.ศ.2560-2562’ อันเป็นโครงการพิเศษตามแนวนโยบายของคณะรัฐมนตรีในเดือนเมษายน พ.ศ.2560 (National Health Commission Office, 2017b, 2017d) โครงการนี้เน้นเชื่อมต่อหรือสานพลังให้เครือข่ายในพื้นที่ได้ทำงานร่วมกับภาครัฐมากยิ่งขึ้น (National Health Commission Office, 2017c) และขยายขอบเขตการทำงานของ สช. ให้กว้างขวางกว่าแค่เรื่องการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ แต่ยังครอบคลุมเรื่องการพัฒนาชุมชนและประชาสังคมซึ่งเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญอีกด้วย เครือข่ายจิตอาสาประชารัฐระดับจังหวัดได้กลายเป็นกลไกทางสังคมควบคู่กับโครงสร้างสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่มีอยู่เดิม (National Health Commission Office, 2018b) เพราะการพัฒนาโดยสังคมไม่จำเป็นต้องผ่านสมัชชาสุขภาพเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ในกรณีนี้ จึงมีเสียงสะท้อนจากผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและในพื้นที่ว่าช่วงนี้เป็นช่วงที่เกิดความสับสนในการปฏิบัติหลายเรื่องโดยเฉพาะกลไกที่พัฒนาอยู่เดิมซ้อนกับกลไกใหม่ รวมถึงมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในบางพื้นที่ซึ่งมีคณะทำงานสมัชชาสุขภาพในพื้นที่สองชุด

5. สร้างสมดุลกลไกเก่า-ใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับพื้นที่ (พ.ศ.2563-ปัจจุบัน)

ปลายปี พ.ศ.2562 น.พ.ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการ สช. คนใหม่ มีแนวคิดให้พัฒนากลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นและเน้นการพัฒนากลไกเดิมให้เกิดความเข้มแข็งและเป็นไปตามความพร้อมและความเหมาะสมของแต่ละจังหวัด พร้อมกับพัฒนากลไก (ร่วม) ระหว่างจังหวัดและภาคประชาสังคมร่วมกัน โดยมีประกาศ ศสช. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น พ.ศ.2563 สนับสนุนกลไกในระดับจังหวัดอย่างเป็นระบบและมีองค์ประกอบที่ชัดเจน กล่าวโดยเฉพาะเจาะจง เป้าหมายของยุคนี้คือการแสวงหาความสมดุลของรูปแบบและแนวทางในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในพื้นที่รวมถึงการจัดสมัชชาเฉพาะพื้นที่ที่ สช. พัฒนาและดำเนินการมาตลอดกว่าทศวรรษ ผ่านการสร้างเอกภาพกับเครือข่ายในพื้นที่ที่ค่อนข้างมีรูปแบบการทำงานที่หลากหลายให้สามารถเกาะเกี่ยวกันได้ และสนับสนุนให้เครือข่ายและกลไกพื้นที่มีความมั่นคงในเชิงสถาบันหรือมีความเป็นนิติบุคคล (National Health Commission Office, 2019b) ทั้งนี้ เพื่อให้เครือข่ายในพื้นที่มีสถานะรองรับที่เป็นทางการและลดข้อจำกัดด้านการสนับสนุนจากภาครัฐอันจะทำให้กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในพื้นที่สามารถมีส่วนร่วมสนับสนุนการพัฒนาแผนปฏิบัติการของพื้นที่ เช่น แผนพัฒนาจังหวัด เป็นต้น

พ.ศ.2563 คือปีที่ สช. สรุปรูปทเรียนการดำเนินงานของกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่ผ่านมามีการปรับรูปแบบใน พ.ศ.2555 และพยายามรื้อฟื้นการยกระดับการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดให้เป็นพื้นที่ทำงานกลางร่วมกันของทุกเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอีกครั้งหนึ่งหลังจากที่กลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดได้รับความสำคัญลดลงในยุคที่ผ่านมา (น.พ.น้ำ, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 มกราคม 2564) สช. เห็นว่ากลไกจัดสมัชชาสุขภาพของแต่ละจังหวัดที่มีอยู่อย่างหลากหลายนั้นไม่สามารถพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะที่จะนำไปสู่การบรรจุเป็นแผนงานระดับยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในพื้นที่ได้ตามที่คาดหวัง (National Health Commission Office, 2020c) สช. จึงออกประกาศ ‘หลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น พ.ศ.2563’ ซึ่งถือเป็นแนวทางในการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ฉบับใหม่ นับตั้งแต่ พ.ศ.2555

ในประกาศฉบับใหม่นี้ ให้นิยาม ‘สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่’ ไว้ว่าเป็น “สมัชชาสุขภาพที่ใช้อาณาบริเวณในเชิงภูมิศาสตร์ ภูมินิเวศ ภูมิวัฒนธรรม หรือชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ เป็นขอบเขตในการดำเนินงาน และให้หมายรวมถึงสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร สมัชชาสุขภาพเมืองพัทยา และสมัชชาสุขภาพจังหวัด” ตลอดจนมีการนิยาม ‘สมัชชาสุขภาพจังหวัด’ อย่างเป็นทางการขึ้นครั้งแรก โดยหมายถึง “สมัชชาสุขภาพที่ใช้อาณาบริเวณในเชิงภูมิศาสตร์ ภูมินิเวศ ภูมิวัฒนธรรม ของจังหวัดเป็นขอบเขตในการดำเนินงาน” กล่าวได้ว่า การให้นิยามสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ตามประกาศฉบับใหม่นี้ ให้นิยามที่ครอบคลุมและชัดเจนมากที่สุด พร้อมกับยกตัวอย่างรูปแบบสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในทางปฏิบัติด้วย นอกจากนี้ในประกาศฉบับนี้ยังเพิ่มเติมการระบุสัดส่วนของ คจ.สจ. ให้มีกรรมการที่มาจากภาคประชาชนและเอกชนรวมกันไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่ง รวมถึงให้ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ที่เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดเสนอชื่อ (โดยมักมาจากภาคประชาสังคม) มาเป็นประธานร่วมอีกด้วย นับเป็นการให้ความสำคัญกับบทบาทของภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (National Health Commission Office, 2020d, 2020e)

นอกจากนี้ การรื้อฟื้นรูปแบบสมัชชาสุขภาพจังหวัดมาพร้อมกับทำให้ความสำคัญกับการสนับสนุนของผู้ว่าราชการจังหวัด (เป็นประธาน คจ.สจ.) ในฐานะเป็นตัวแสดงที่สำคัญในการเอื้อให้มีการพัฒนาและขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัด การสัมภาษณ์กลุ่มคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ในหลายจังหวัดยืนยันถึงบทบาทของผู้ว่าราชการจังหวัดกับทิศทางการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดในทำนองเดียวกัน กล่าวคือ หากผู้ว่าราชการจังหวัดคนใดสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ การขับเคลื่อนงานจะราบรื่นและสามารถขยายผลได้เป็นอย่างดี ในทางกลับกัน หากผู้ว่าราชการจังหวัดไม่สนับสนุนหรืออาจจะต่อต้านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ การขับเคลื่อนงานจะพบอุปสรรคเป็นจำนวนมากถึงแม้ว่าจะสามารถจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดได้ก็ตาม ในกรณีนี้ ผลที่ตามมาของสมัชชาสุขภาพจังหวัดก็ไม่อาจขยายผลและต่อยอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการนี้ สช. จึงส่งหนังสือขอความร่วมมือพร้อมกับแนวทางการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดถึงปลัดกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้ประสานไปยังผู้ว่าราชการจังหวัดทุกแห่งให้สนับสนุนให้มีการพัฒนาและขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพประจำจังหวัดใน พ.ศ.2563 ที่ผ่านมา (โปรดดู National Health Commission Office, 2020b) สิ่งที่น่าสนใจในเอกสารฉบับนี้คือ การชี้แจงสถานะของนโยบายสาธารณะที่มาจากสมัชชาสุขภาพ อันมีลักษณะเป็นอำนาจอ่อน

(soft power) ไม่มีอำนาจบังคับ ในการนี้ มติสมัชชาสุขภาพจังหวัดต้องไม่เป็นการคาดหวังให้มีการบังคับใช้ในหน่วยงานและภาคีต่าง ๆ แต่ควรใช้มติสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือชวนกันทำงานร่วมกัน ให้การยกย่องชื่นชมผู้ที่ให้ความสำคัญกับมติสมัชชาสุขภาพ และนำไปดำเนินการเพื่อให้เกิดแรงจูงใจทางบวก การชี้แจงในลักษณะนี้คือการเน้นย้ำวิธีคิดเรื่องนโยบายสาธารณะโดยสังคมที่พยายามผสมผสานกับกลไกภาครัฐราชการ

ในประกาศฉบับใหม่ยังได้เปิดรูปแบบการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยาซึ่งไม่เคยมีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่มาก่อน (National Health Commission Office, 2020d) โดยดำเนินการไปแล้วในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 (โปรดดู Kaewked & Kaoputhai, 2021) ส่วนสมัชชาสุขภาพเมืองพัทยายังคงอยู่ในช่วงเตรียมการ

รูปแบบการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานครถือว่ามีความคล้ายคลึงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติค่อนข้างมากเนื่องจากคณะทำงานได้ปรับใช้กลไกและโครงการการดำเนินงานจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาใช้ โดยมีกลไกประสานสำคัญคือ ‘กขป. เขต 13 กรุงเทพมหานคร’ (National Health Commission Office, 2021) ซึ่งขับเคลื่อนแผนงาน ‘รวมพลังพลเมืองตื่นรู้ ช่วยชาติสู้ภัยโควิด 19’ ร่วมกับ สข. มาก่อนหน้า (National Health Commission Office, 2020a) การร่วมงานกับ กขป. เขต 13 นี้ทำให้ สข. มองการทำงานเชิงยุทธศาสตร์เชิงพื้นที่ในเมืองหลวงมากยิ่งขึ้น (เพิ่มเติมจากการทำงานพื้นที่ต่างจังหวัดและระดับชาติ) และสามารถเชื่อมร้อยเครือข่ายและพื้นที่ใหม่ ๆ เพื่อพัฒนากลไกการทำงานในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร (พิช, ผู้ให้สัมภาษณ์, 8 ธันวาคม 2563) การจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานครจึงนับเป็นก้าวที่สำคัญของการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศอย่างแท้จริง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในฐานะเป็นกลไกการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ซึ่งดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องร่วมสองทศวรรษได้สะท้อนให้เห็นว่า สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่นับเป็นพื้นที่สาธารณะสำหรับภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาโยบายสาธารณะที่ไม่ได้จำกัดขอบเขตอยู่ที่เพียงประเด็นด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ครอบคลุมประเด็นทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีในชีวิตประจำวันของผู้คน อีกด้วย การส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่สามารถมีส่วนร่วมและมีพลังในการพัฒนา

นโยบายสาธารณะของตนเองเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมกระบวนการประชาธิปไตยและกระบวนการปรึกษาหารือในการพัฒนานโยบายสาธารณะ อันจะเสริมหนุนระบบการอภิบาลสังคมและนโยบายสาธารณะของรัฐ

ที่สำคัญ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่นี้ได้รับการยอมรับว่ามีคุณูปการต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในพื้นที่และระบบสุขภาพไทยเป็นอย่างมากพร้อมกับได้รับการสนับสนุนมาอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบและภาคีเครือข่าย การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือกลไกของการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่ผ่านมามีขึ้นถือเป็นความพยายามในการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงของสังคมและการแสวงหารูปแบบที่ดียิ่งขึ้นเรื่อย ๆ ให้แก่ประชาชนเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม

จากพัฒนาการตั้งแต่ก่อนมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่เป็นแนวคิดการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ขับเคลื่อนโดยเครือข่ายและหน่วยงานด้านสุขภาพเป็นหลัก ดังนั้น ความสนใจในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่จึงมักสนใจประเด็นทางสุขภาพ ยุครุ่งเรืองของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่อยู่ระหว่าง พ.ศ.2550-2558 ที่ สช. มีการพัฒนารูปแบบและสนับสนุนกลไกการบริหารจัดการในพื้นที่อย่างเข้มข้น สช. มี คพส. ซึ่งเป็นคณะทำงานเฉพาะเชิงนโยบายเกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน พ.ศ.2555 ที่มีการพัฒนายุทธศาสตร์ 3 ปี และรูปแบบสมัชชาสุขภาพจังหวัด นอกจากนี้การสนับสนุนในแง่นโยบายและการจัดกลไกบริหารจัดการแล้ว สช. ยังมีการส่งเสริมกรอบคิด ความรู้ และงบประมาณเพื่อให้พื้นที่สามารถขับเคลื่อนงานได้

สมัชชาสุขภาพได้รับความนิยมนับเป็นอย่างมากจนกระทั่งช่วง พ.ศ.2559 ที่กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ถูกนำไปเชื่อมโยงภายใต้การพัฒนาลังคมและชุมชนผ่านแผนงานพัฒนาลังคมสุขภาพระดับพื้นที่และโครงการจิตอาสาประชารัฐเพื่อสังคมสุขภาพฯ ซึ่งขยายขอบเขต ประเด็นและวิธีการขับเคลื่อนงานพัฒนานโยบายสาธารณะในพื้นที่ สมัชชาสุขภาพในฐานะเป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจึงเริ่มลดบทบาทและความสำคัญลง กลายเป็นเพียงหนึ่งเครื่องมือในบรรดาเครื่องมืออีกจำนวนมากเพื่อพัฒนาลังคมในพื้นที่ ในช่วงนี้เครื่องมือและกลไกอื่น ๆ ได้รับความนิยมนับมากยิ่งขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง ในช่วงระหว่าง พ.ศ.2559-2562 ที่สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ลดบทบาทลงนี้ ไม่ได้หมายความว่า สช. ไม่ได้สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ อันที่จริง สช. ยังคงสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ แก่สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง แต่กล่าวได้ว่า

สช. ในช่วงเวลานี้ไม่ได้พัฒนาแนวนโยบายเฉพาะเพื่อยกระดับการดำเนินงานของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม รวมถึงยังไม่สามารถจัดการความท้าทายใหม่จากการมีกลไกการพัฒนาประเภทอื่นเข้ามาควบคุมหรือทดแทนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และการพยายามเปลี่ยนแปลงให้สมัชชาสุขภาพกลายเป็นกลไกแกนขาการพัฒนาพื้นที่โดยรัฐมากกว่าที่จะเป็นกลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน แต่การดำเนินการของ สช. กลับเน้นการปรับปรุงกลไกและกิจกรรมการทำงานภายใต้กรอบนโยบายเดิมมากกว่าการพัฒนาเพื่อตอบสนองความท้าทายใหม่

อย่างไรก็ดี พ.ศ.2563 ที่ผ่านมา สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่กลายมาเป็นเครื่องมือที่ สช. พยายามรื้อฟื้นและผลักดันไปสู่ทิศทางใหม่อีกครั้งหนึ่ง ผ่านการพยายามผสานกลไกและเครือข่ายที่หลากหลายอันมีสมัชชาสุขภาพเป็นหนึ่งในนั้น รวมถึงการเปิดพื้นที่และรูปแบบสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในเขตเมือง สิ่งนี้สะท้อนว่าสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ยังคงมีความสำคัญ พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สามารถสรุปได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และลักษณะสำคัญในแต่ละยุคสมัย

นโยบาย	ยุคที่ 1	ยุคที่ 2	ยุคที่ 3	ยุคที่ 4	ยุคที่ 5
1. แนว นโยบาย หลัก	1.1 สมัชชา สุขภาพ คือ เครื่องมือ หรือวิธีการ หนึ่งใน กระบวนการ ปฏิรูประบบ สุขภาพ	1.1 กำเนิด สมัชชา สุขภาพ ที่เป็น ทางการ (รับรองโดย กฎหมาย ระดับ พระราช บัญญัติ)	1.1 พัฒนา ระบบกลไก และ กระบวนการ การจัดการ สมัชชา สุขภาพ เฉพาะพื้นที่ อย่างเข้มข้น	1.1 ตอบสนอง แนวนโยบาย ของรัฐบาล ด้านพระราช รัฐ	1.1 รื้อฟื้น และพัฒนา รูปแบบ 'สมัชชา สุขภาพ จังหวัด'

ตาราง 1 (ต่อ)

นโยบาย	ยุคที่ 1	ยุคที่ 2	ยุคที่ 3	ยุคที่ 4	ยุคที่ 5
	1.2 เริ่มทดลอง สมัชชา สุขภาพ ระดับพื้นที่ (จังหวัด) ปี 2545	1.2 สมัชชา สุขภาพ เฉพาะพื้นที่ เริ่มสนใจ พัฒนา ข้อเสนอ เชิงนโยบาย มากยิ่งขึ้น (นโยบาย สาธารณสุข เพื่อสุขภาพ แบบมี ส่วนร่วม)	1.2 ขยาย พื้นที่ การจัด สมัชชา สุขภาพ เฉพาะพื้นที่ ให้ครอบคลุม ทั่ว ประเทศไทย	1.2 เปลี่ยนจุด เน้นจาก 'นโยบาย สาธารณสุข เพื่อสุขภาพ แบบ มีส่วนร่วม' เป็น 'นโยบาย สาธารณสุข แบบมี ส่วนร่วม บนพื้นฐาน ทางปัญญา' (4PW)	1.2 สร้าง กลไกร่วม ระหว่าง ภาคราชการ และ ประชาสังคม ในจังหวัด
		1.3 เน้น การขยาย พื้นที่ จัดสมัชชา สุขภาพ เฉพาะ พื้นที่	1.3 มีรูปแบบ 'สมัชชา สุขภาพ จังหวัด' ในฐานะ รูปแบบหลัก ของสมัชชา สุขภาพ เฉพาะพื้นที่	1.3 ลด ความสำคัญ ของ รูปแบบ 'สมัชชา จังหวัด'	1.3 ขยาย พื้นที่ การจัด สมัชชา สุขภาพ เฉพาะพื้นที่ ในเขต กรุงเทพ มหานคร

ตาราง 1 (ต่อ)

นโยบาย	ยุคที่ 1	ยุคที่ 2	ยุคที่ 3	ยุคที่ 4	ยุคที่ 5
				1.4 สมัชชา สุขภาพ เฉพาะพื้นที่ ในฐานะ กลไกหนึ่ง ของกาพัฒนา สุขภาพะ ระดับพื้นที่ ร่วมกับกลไก อื่น ๆ ของรัฐ และสังคม เช่น จิตอาสา ประชารัฐ ระดับจังหวัด	
2. กลไก การ บริหาร จัดการ	2.1 คณะ กรรมการ สมัชชา สุขภาพ ระดับพื้นที่ (ตั้งโดย สปรส. ปี 2546)	2.1 คณะ กรรมการ สนับสนุน การพัฒนา สมัชชา สุขภาพ เฉพาะพื้นที่/ ประเด็น (ตั้งโดย สช. ปี 2552 ด้วยความ ร่วมมือกับ ผู้ว่าราชการ จังหวัด)	2.1 หน่วย เลขานุการ กิจสมัชชา สุขภาพ จังหวัด (นลส.) คณะทำงาน บริหาร และคณะ กรรมการ จัดสมัชชา สุขภาพ จังหวัด (คจ.สจ.)	2.1 ศูนย์ ประสานงาน ภาคีพัฒนา จังหวัด (คปจ.)	2.1 หน่วย เลขานุการ กิจสมัชชา สุขภาพ จังหวัด (นลส.) คณะทำงาน บริหาร และคณะ กรรมการ จัดสมัชชา สุขภาพ จังหวัด (คจ.สจ.)

ตาราง 1 (ต่อ)

นโยบาย	ยุคที่ 1	ยุคที่ 2	ยุคที่ 3	ยุคที่ 4	ยุคที่ 5
		2.2 คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (คพส.) (ตั้งโดย สช. ปี 2553)			2.2 ศูนย์ประสานงานภาคีพัฒนาจังหวัด (ศปจ.)
3. บทบาทหลักของ สปรส./ สช.	3.1 สนับสนุนการรวมตัวเป็นเครือข่ายในพื้นที่	3.1 พัฒนาแนวทางหลักเกณฑ์ ตลอดจนวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่	3.1 พัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่เพื่อเป็นทิศทาง การสนับสนุน การขับเคลื่อนงานในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ	3.1 ประสานงานและกลไกของ สช. ให้สอดคล้องและตอบสนองงานของรัฐบาลยิ่งขึ้น	3.1 ประสานความร่วมมือภาคราชการ และประชาสังคมให้นำร่วมจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

ตาราง 1 (ต่อ)

นโยบาย	ยุคที่ 1	ยุคที่ 2	ยุคที่ 3	ยุคที่ 4	ยุคที่ 5
	3.2 ส่งเสริม กลไก การจัดการ สมัชชา สุขภาพ ในพื้นที่	3.2 พัฒนา กลไก พหุภาคี ระดับจังหวัด	3.2 พัฒนา นักรสานพลัง ขับเคลื่อน นโยบาย สาธารณะ เพื่อสุขภาพ แบบมี ส่วนร่วม (นนส.)	3.2 พัฒนา แกนประสาน 4PW	3.2 ทบทวน บทเรียน ที่ผ่านมา เพื่อ แสวงหา จุดสมดุล
	3.3 พัฒนา แกนนำ ในพื้นที่	3.3 ขยาย เครือข่าย และระบบ ข้อมูล สุขภาพ และข้อมูล เครือข่าย ในพื้นที่			
	3.4 ประกาศ รับโครงการ ขอรับ การสนับสนุน การจัด สมัชชา สุขภาพ				

ที่มา: ผู้วิจัย

ข้อจำกัด ข้อเสนอแนะและโจทย์วิจัยในอนาคต

การเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาวิจัยนี้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อันทำให้การเข้าพื้นที่เก็บข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงการสัมภาษณ์เป็นไปอย่างไม่ราบรื่นนัก อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าข้อมูลที่เก็บมาได้สามารถนำมาวิเคราะห์และตีความเพื่อทำความเข้าใจพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ได้

ผู้วิจัยตระหนักในข้อจำกัดว่าบทความชิ้นนี้ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงภายในการดำเนินการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่อันเป็นผลมาจากการดำเนินงานของ สช. เป็นหลัก ผู้วิจัยจึงเสนอว่าการศึกษาในอนาคตควรให้ความสำคัญกับบริบทและสถานการณ์ทางสังคมการเมืองภายนอกที่ส่งผลกระทบกับการทำงานของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในแต่ละยุคคว่าได้เอื้อหรือขัดขวางต่อการพัฒนาสมัชชาสุขภาพเชิงพื้นที่อย่างไรด้วย

อีกทั้งบทความชิ้นนี้มุ่งอธิบายสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในเชิงพัฒนาการเท่านั้น งานศึกษาวិเคราะห์ต่อไปควรสนใจประเด็นต่อยอดเพิ่มเติมเพื่อให้การอธิบายสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่มีมิติและรอบด้านมากยิ่งขึ้น เช่น การศึกษาว่าสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ได้รับการสนับสนุนอย่างไรบ้างในแต่ละยุคสมัย ความเปลี่ยนแปลงในพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ส่งผลต่อกลไกการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่อย่างไร และอุดมการณ์หรือแนวคิดเกี่ยวกับการเมือง สังคม และชุมชนของ สช. ในแต่ละยุคสมัยส่งผลต่อการจัดสมัชชาสุขภาพอย่างไร เป็นต้น

อย่างไรก็ดี การศึกษาพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในบทความชิ้นนี้สะท้อนให้เห็นว่าไม่มีรูปแบบและวิธีการที่ตายตัวในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ โจทย์สำคัญในทางปฏิบัติที่ สช. ที่ต้องพัฒนาต่อไปคือการประสานเชื่อมโยงสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงระหว่างสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อเสริมพลังของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้เข้มแข็งและสร้างความเปลี่ยนแปลงได้มากยิ่งขึ้น และให้ความสำคัญกับอิทธิพลที่มาจากความเปลี่ยนแปลงในแนวทางการบริหารจัดการของ สช. เองที่มีต่อการดำเนินสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยชิ้นนี้พัฒนาขึ้นภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “โครงการประเมินกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่” โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2020/209.1011 ในวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ.2563

References

- Buntian, S., & Orachai, S. (2010). *The development of participatory healthy public policy by area health assembly: Concept for apply*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Chanphuang, W., & Theppan, T. (2010). *Road to driving health assembly process to provincial policy of uthai thani*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Chuengsatiansup, K., Wathananamkul, W., Padungtot, C., Rattanamonhkongkul, S., Sirisathitkul, M., & Others. (2015). *Health reform, democratic reform: public policy, participation and deliberative democracy*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Danwattana, S. (2005). *Crystallizing 4 years of learning from health assembly B.E.2544–2547*. Nonthaburi: National Health System Reform Office. [in Thai].
- Dulyakasem, U., Hwankaeow, S., Somboon, W., & Kaeowphapan, T. (2004). *A study of health system reform missions in the future: Perspectives from local government, civil society, and social capital*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. [in Thai].
- Emyoo, P. (2010). *Almost a decade: Lessons of provincial health assembly of Phichit*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Good, S. (2002). *A study of health assembly procedure in Thailand: National and provincial health assemblies 2002*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. [in Thai].

- Jiansirijanda, P., Khemkang, P., & Mansuk, N. (2010). *10 Years: Lessons of provincial health assembly of Nakhon Sawan*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Jindawatthana, A. (2009). *Developing participatory healthy public policy process* (4th ed.) Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Jindawatthana, A. (2011). *Looking back and moving forward: Towards health assembly in the 2nd decade*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Kaewked, W., & Kaoputhai, S. (2021). Opening space for participation as Bangkok health assembly. *Panyapat*, 40(1), 52–59. [in Thai].
- Kanchanachitra, C. (2001). *Synthesizing knowledge of policy determination process and strategies for developing national health*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2008). *Guidelines on organizing and supporting area-based health assembly or issue-based health assembly*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2009a). *Annual report B.E.2009, Synergy report 2*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2009b, December 28). *Meeting minutes of national health commission 5/2009*. Retrieved December 2, 2021, from https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/dmdocs/report_52_05.pdf [in Thai].
- National Health Commission Office. (2010). *Guidelines on organizing and supporting area-based health assembly or issue-based health assembly*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2011). *Guidelines on constituency engagement in the national health assembly process* (Revised edition B.E.2011). Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2012a). *Mechanism and process of health assembly*. Retrieved December 3, 2021, from <https://main.samatcha.org/node/123> [in Thai].

- National Health Commission Office. (2012b, September 21). *Meeting minutes of national health commission 5/2012*. Retrieved December 2, 2021, from https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/dmdocs/report_55_05.pdf [in Thai].
- National Health Commission Office. (2012c). *Annual report B.E.22012, synergy report 5*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2012d, January 5). *Meeting minutes of national health commission 1/2012*. Retrieved December 2, 2021, from https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/dmdocs/report_55_01.pdf [in Thai].
- National Health Commission Office. (2012e). *How to organize health assembly: Guidelines on organizing area-based health assembly and issue-based health assembly* (Revised edition: August 2012). Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2013a). *Academic conference on the first decade of health assembly: Learning for the past, looking at the future*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2013b). *Annual report B.E.2013, synergy report 6*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2014). *Annual report B.E.2014, synergy report 7*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2015). *Annual Report B.E.2015, synergy report 8*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2017a). *The 3rd master plans of national health commission office (B.E.2017–2021)*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2017b). *Annual report 2017 national health commission office*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].

- National Health Commission Office. (2017c, May 19). *Meeting minutes of national health commission 3/2017*. Retrieved December 5, 2021, from https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/report_60_03.pdf [in Thai].
- National Health Commission Office. (2017d, November 17). *Meeting minutes of national health commission 6/2017*. Retrieved December 5, 2021, from https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/report_60_06.pdf [in Thai].
- National Health Commission Office. (2018a). *Annual report 2018 national health commission office*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2018b, January 19). *Meeting minutes of national health commission 1/2018*. Retrieved December 5, 2021, from https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/report_61_01.pdf [in Thai].
- National Health Commission Office. (2019a). *Annual report 2019 national health commission office*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2019b). *The Revised 3rd master plans of national health commission office (B.E.2020–2022)*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2020a). *Annual report 2020 national health commission office*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2020b). *Guidelines on how to organize the meeting of provincial health assembly*. Retrieved December 5, 2021, from <http://www.ppb.moi.go.th/midev05/upload/0673-2563.pdf> [in Thai].
- National Health Commission Office. (2020c, May 15). *Meeting minutes of national health commission 3/2020*. Retrieved December 5, from https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/report_63_03.pdf [in Thai].

- National Health Commission Office. (2020d, July 17). *Meeting minutes of national health commission 4/2020*. Retrieved December 5, from https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/report_63_04.pdf [in Thai].
- National Health Commission Office. (2020e). *Announcement of the national health commission on guidelines on organizing and supporting area-based health assembly and issue-based health assembly, B.E.2020*. Nonthaburi: National Health System Reform Office. [in Thai].
- National Health Commission Office. (2021, January 11). *Meeting minutes of national health commission 1/2021*. Retrieved December 5, from https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/report_64_01.pdf [in Thai].
- National Health System Reform Office. (2002). *One year reform: The first year of the national health system reform*. Nonthaburi: National Health System Reform Office. [in Thai].
- Phoolcharoen, W., Hasakul, S., Sopabhum, N., Nunthaworakarn, S., & Saprum, N. (2005). *A study of public policy learning process of health assembly*. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation. [in Thai].
- Pinpratthep, P. (2017). *The first year at NHCO: Public report on performance of year 1 (1 July 2016 – 30 June 2017)*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Pinpratthep, P. (2018). *“Growth, strong,” result, development, and status: Public report on performance of year 2 (1 July 2017–30 June 2018)*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Pinpratthep, P. (2019). *“Big world, fun way,” result of synergy action: Public report on performance of year 3*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Siripong, S. (2010). *A decade of provincial health assembly of Kamphaeng Phet: Developing human, building network, expanding process of assembly for quality of life*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].

- Songpracha, S., & Cheumwarasatra, K. (2016). *Report on the development of participatory healthy public policy at provincial levels*. Nakhon Pathom: Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University. [in Thai].
- Sooksawang, S. (Ed.) (2017). *Vocabularies in health system reform*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Thongbai, W., Sutjaritjun, K., Mingkwan, S., Patcha, T., Promthin, P., & Taithamboon, P. (2010). *Notes on good points of provincial health assembly of Phetchabun*. Nonthaburi: National Health Commission Office. [in Thai].
- Ungsuchaval, T. (2021). *Health promotion as a metapolicy of the state*. Retrieved December 1, 2021, from <https://www.the101.world/health-promotion-as-meta-policy/> [in Thai].
- Ungsuchaval, T., & Kantamaturapoj, K. (2021). Developing participatory public policy: A reconceptualization. *Political Science Review*, 7(2), 37–76.
- Wibulpolprasert, S. (Ed.) (2005). *Thailand health profile 2001–2004*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai].