

**ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาธิปไตย :**  
นโยบายสาธารณสุข การมีส่วนร่วม  
กับประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วิบูลย์ วัฒนนามกุล, ฉันทนา ผดุงทศ,  
สุธีร์ รัตน์มงคลกุล, มธุรส ศิริสถิตย์กุล และคณะ

ชื่อหนังสือ	ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาธิปไตย : นโยบายสาธารณะ การมีส่วนร่วมกับประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง Health Reform, Democratic Reform: Public Policy, Participation and Deliberative Democracy
ผู้เขียน	โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วิบูลย์ วัฒนนามกุล, ฉันทนา ผดุงทศ, สุธีร์ รัตนมงคลกุล, มธุรส ศิริสถิตย์กุล และคณะ
เรียบเรียงจากรายงานวิจัยเรื่อง	สมัชชาสุขภาพกับกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม : บทเรียนจากนโยบายสาธารณะด้านยา มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน และนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ นำเสนอต่อ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดย โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วิบูลย์ วัฒนนามกุล, ฉันทนา ผดุงทศ, สุธีร์ รัตนมงคลกุล, มธุรส ศิริสถิตย์กุล, สุภานัย ประเสริฐสุข, จำปี วงศ์นาค, นุชนารถ นาคขำ และ วลัยกัญญา พลาศรัย
ที่ปรึกษา	วิชัย โชควิวัฒน์, อำพล จินตวัฒน์, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ถวิลวดี บุรีกุล, อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา
ประสานงานวิชาการ	ทิพิชา โปษยานนท์, ชลาลัย จันทวดี
จัดพิมพ์โดย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ 88/39 หมู่ 4 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2832 9000 โทรสาร 0 2832 9001 www.nationalhealth.or.th
ISBN	ISBN 978-616-92329-2-6
พิมพ์ครั้งแรก	มิถุนายน 2558
จำนวน	2,000 เล่ม
พิมพ์ที่	บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด
ออกแบบโดย	แสงไทย นิติไกรนนท์

### ข้อมูลบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

#### National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาธิปไตย : นโยบายสาธารณะ การมีส่วนร่วมกับประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง--  
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สุขภาพแห่งชาติ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.), 2558.

208 หน้า.

1. สุขภาพ--ไทย. 2. สาธารณสุข. I. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. II. ชื่อเรื่อง.

613

ISBN 978-616-92329-2-6

**ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาติปไตย :**

นโยบายนสาธารณะ การมืส่วนร่วม  
กับประชาติปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง

# คำนำ

“ประชาชนคนไทยมีหน้าที่ในฐานะพลเมืองที่จะต้องแสดงบทบาทต่อการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ โดยนอกจากจะต้องเลือกปฏิบัติตนให้มีวิถีชีวิตที่เกื้อกูลต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมแล้ว ยังต้องมีหน้าที่ในการตรวจสอบ ร้องเรียน เมื่อพบปัญหา รวมทั้งมีหน้าที่ในการทวงถามสิทธิที่จะร่วมในกลไกการตัดสินใจและการบริหารระบบสุขภาพในทุกระดับ” หนึ่งในคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพที่ปรากฏอยู่ใน “รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ” ปฐมบทของข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ถูกเสนอโดยคณะกรรมการธิการ การสาธารณสุข วุฒิสภา เมื่อปี 2543 สะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการเปิดพื้นที่การทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนเพื่อการขับเคลื่อนสุขภาพของคน ชุมชน และสังคม อันนำไปสู่สุขภาพของคนในสังคม

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่เป็นผลสำเร็จแรกของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพตามข้อเสนอข้างต้น ได้ยกระดับระบบสุขภาพให้เป็นความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งถูกแปลความว่าเป็นภาวะความสมบูรณ์ของมนุษย์ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ผ่านเครื่องมือต่างๆ ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และการสนับสนุนสิทธิทางสุขภาพตามที่กฎหมายสุขภาพบัญญัติ

ท่ามกลางการดำเนินการกว่า 8 ปี สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นพื้นที่ที่เปิดและเป็นกระบวนการที่สังคมรู้จัก เห็นความเคลื่อนไหว และหลายภาคส่วนได้เข้าร่วมในบทบาทต่างๆ กันไป นับเป็นนวัตกรรมของกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองที่มีคุณค่าของสังคมไทย สอดรับกับทิศทางการพัฒนาประชาธิปไตย และ

ควรค่าแก่การเรียนรู้ในปี 2557 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้สนับสนุนให้ ดร. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคม และสุขภาพ และคณะ หยิบเอาสามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เป็นที่กล่าวถึงกันมาก มาศึกษา วิเคราะห์ผ่านแนวคิดประชาธิปไตยแบบร่วมได้ตรงตรง สรุปเป็นรายงานวิจัยเรื่อง “สมัชชาสุขภาพกับกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม : บทเรียนจากนโยบายสาธารณะด้านยา มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายไยหิน และนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ”

ในงานประชุมวิชาการ “ปฏิรูประบบสุขภาพและชีวิต ปฏิรูปจิตสำนึกประชาธิปไตย ในโอกาส ๙ ปี สช.” ระหว่าง 10-12 มิถุนายน 2558 นี้ สช. จึงได้จัดพิมพ์ผลการวิจัยนี้เผยแพร่ต่อสาธารณะ โดย ดร. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้ช่วยขัดเกลารายงานดังกล่าวให้สื่อสารให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น โดย สช. หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้ที่เกี่ยวข้องจะสามารถนำข้อค้นพบและข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ ไปใช้ประโยชน์เพื่อยกระดับกระบวนการสมัชชาสุขภาพและกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอื่นๆ ให้สามารถเสริมสร้างจิตสำนึกประชาธิปไตย และเอื้อให้เกิดกระบวนการถกแถลงแลกเปลี่ยนความเห็นที่ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง อันเป็นฐานรากของการสร้างความเข้มแข็งของภาคพลเมืองในยุคปฏิรูปประเทศไทย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ  
มิถุนายน 2558

# คำนำและกิตติกรรมประกาศ

ความผกผันและบรรยากาศความขัดแย้งทางการเมืองไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาอาจทำให้ผู้คนเครียด เหนื่อยหน่าย และสิ้นหวังได้ง่ายๆ ตลอดเวลากว่า 10 ปีของความขัดแย้งที่ยืดเยื้อเรื้อรังและทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งเกิดรัฐประหารในปี พ.ศ. 2557 การแสดงออกทางการเมืองส่วนใหญ่เป็นการชุมนุมทางการเมือง (Demonstration) มากกว่าการอภิปรายถกแถลง (Deliberation) เพื่อหาทางออกร่วมกัน ส่วนหนึ่งเป็นเพราะโครงสร้างของระบบการเมืองไทยได้ทำให้เกิดการแบ่งแยกแตกขั้วทางการเมืองอย่างรุนแรง ปัญหาความขัดแย้งทางสังคมทวีความรุนแรงมากขึ้นจนทำให้การหาทางออกด้วยการอภิปราย ถกแถลงหรือแลกเปลี่ยนกันด้วยเหตุและผลเป็นไปได้

ระบบรัฐสภากลายเป็นกลไกที่เอาชนะคะคานกันด้วยจำนวนคะแนนโหวตมากกว่าที่จะเอาชนะกันด้วยเหตุผลหรือข้อเสนอดีกว่า การแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างคนที่เห็นต่างในพื้นที่สาธารณะอื่นๆ ก็แทบจะไม่เหลือพื้นที่สำหรับสติปัญญาและการไตร่ตรองร่วมกัน พื้นที่สื่อเต็มไปด้วยความรุนแรง มีการด่าทอ ประจาน เสียดสี ใช้ข้อความอันเป็นเท็จหรือใส่ความกันซึ่งๆ หน้า ยิ่งความขัดแย้งทวีมากขึ้น คู่กรณีก็ยิ่งทวีความเกลียดชังซึ่งกันและกัน หลายกรณีรุนแรงลุกลามเกินกว่า “ประทุษวาจา” ไปถึงขั้นทำร้ายร่างกายและทรัพย์สิน บางรายลุกลามไปถึงขั้นตามไปคุกคามครอบครัว หรือญาติพี่น้องของคู่ขัดแย้ง การพุดคุยสนทนากันเกิดการแบ่งขั้วกันโดยปริยาย ต่างฝ่ายต่างคุยกันภายในกลุ่มที่คิดเห็นเหมือนๆ กัน คนที่คิดเห็นต่าง หากไม่ทำตัวเงียบลงหรือไม่ปลีกตัวออกจากวงสนทนานั้นเสีย ก็อาจถูกขับไล่ไปเสียจากวงสนทนา

ถ้าจะถือว่า ระบบประชาธิปไตยเป็นระบอบที่มีรากฐานมาจากการรับฟังความคิดเห็นของกันและกัน การสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างคนที่มี

ความคิดเห็นแตกต่างกันจึงเป็นหัวใจสำคัญของระบอบประชาธิปไตย ที่ผ่านมาระบอบประชาธิปไตยที่ใช้ในสังคมไทยให้ความสำคัญกับอำนาจหน้าที่ของผู้แทนที่ประชาชนเลือกเข้าไปทำหน้าที่ในรัฐสภา ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญที่ขาดไม่ได้ในระบอบประชาธิปไตย แต่กระบวนการตัดสินใจต่างๆ ในด้านนโยบายหรือทิศทางการพัฒนาประเทศนั้น มีมากกว่าการเดินเข้ามาในห้องประชุมแล้วยกมือเพือนับคะแนนเสียง การใช้สติปัญญาพิจารณาข้อมูล การถกแถลงชี้แจงให้เห็นถึงมุมมองหรือความคิดเห็นที่แตกต่างเพื่อการไตร่ตรองร่วมกันให้ได้คำตอบหรือทางออกของปัญหาที่ดีที่สุดเป็นอีกหัวใจสำคัญของระบอบประชาธิปไตย

เราอาจเรียกประชาธิปไตยที่เน้นกระบวนการปรึกษาหารือร่วมกันนี้ว่า “ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง” เป็นประชาธิปไตยที่เน้นให้ทุกฝ่ายที่มีความเห็นต่างกันได้มาถกแถลง ชี้แจงเหตุผล อภิปรายทางออก และโน้มน้าวกันด้วยข้อเท็จจริงและข้อมูลความรู้ทางวิชาการ เพื่อที่จะได้ร่วมกันไตร่ตรองหาทางออกที่ดีที่สุดร่วมกัน

ที่ผ่านมา แนวคิดเรื่องประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองจะยังไม่ค่อยมีปรากฏให้เห็นเป็นรูปธรรมในประเทศไทยมากนัก แต่ในต่างประเทศ สถาบันหลายแห่งมีการนำแนวคิดดังกล่าวไปทดลองใช้ออกแบบสถาบันทางการเมืองและออกแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้อย่างน่าสนใจ ในประเทศไทย การปฏิรูประบบสุขภาพได้มีความพยายามสร้างพื้นที่สำหรับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะมาแล้วระยะหนึ่ง โดยเฉพาะการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ที่ล้วนแต่เน้นการเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาอภิปรายแลกเปลี่ยนและหาข้อตกลงร่วมกัน แม้ว่าประเด็นส่วนใหญ่จะเป็นเรื่อง

ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แต่รูปแบบและกระบวนการที่ใช้ก็อาจเป็นตัวอย่างของ ความพยายามที่จะสร้างพื้นที่ทางการเมืองที่เน้นการถกแถลงและการร่วม ไตร่ตรองของภาคส่วนต่างๆ ตามแนวคิดเรื่องประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง จึงอาจเป็นบทเรียนที่มีคุณค่าพอสมควรสำหรับการสร้างสรรค์ประชาธิปไตยใน ยุคปฏิรูปในปัจจุบัน

งานศึกษาชิ้นนี้จะสำเร็จไม่ได้หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยเฉพาะคุณทิพิชา โปษยานนท์ และทีมงาน สช. ทุกท่านที่มีความอดทน อ่อนน้อม และพร้อมให้ความช่วยเหลือในทุกๆ เรื่อง จนทำให้งานชิ้นนี้สำเร็จลงได้ ขอขอบคุณ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ให้ โอกาสในการทำงานวิชาการอย่างเต็มที่ ขอขอบคุณทีมนักวิจัยโครงการทุกคนที่ หุ่นเทและอดทนกับการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และแก้ไขงานเขียนรอบแล้วรอบ เล่าจนกลายเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้อ่านและให้ความ เห็นเพื่อการปรับแก้งานวิจัย ขอขอบคุณทีมงานที่สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ โดยเฉพาะคุณมธุรส ศิริสถิตย์กุล ผู้ประสานงานโครงการ คุณสุภาพร พรหมกุล ที่ช่วยดูแลต้นฉบับและการจัดพิมพ์ คุณภาวิณี สวัสดิमानนท์ และฝ่ายบริหารที่ อำนวยความสะดวกในทุกๆ เรื่อง และขอขอบคุณทีมงานที่สำนักวิจัยสังคมและ สุขภาพทุกท่านที่ให้การสนับสนุนทั้งทางตรงและทางอ้อมจนงานเขียนชิ้นนี้เสร็จ สิ้นได้ตามกำหนด

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ  
มิถุนายน 2558



# สารบัญ

บทสรุปสังเขป.....	10
บทนำ.....	16
บทที่ 1 ปฏิรูปสุขภาพ การมีส่วนร่วมและ.....	22
นโยบายสาธารณสุข	
บทที่ 2 ทบทวนองค์ความรู้ นโยบายสาธารณสุข.....	32
การเมืองของการมีส่วนร่วมกับสมาชิก	
บทที่ 3 สมาชิกสุขภาพ : พัฒนาการและกระบวนการ.....	62
บทที่ 4 กรณีศึกษาสมาชิกสุขภาพ ประเด็นการเข้าถึงยา แร่ใยหิน.....	72
และศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ	
บทที่ 5 บทวิเคราะห์-สังเคราะห์ : สมาชิกสุขภาพ การถกแถลงกับ.....	118
ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง	
บทที่ 6 ทิศทางอนาคต ปฏิรูปสุขภาพ.....	166
สู่ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง	
บทส่งท้าย.....	190
บรรณานุกรม.....	194

# บทสรุปสังเขป

## ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาธิปไตย

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นปฏิบัติการทางการเมืองอย่างหนึ่งที่เปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมของภาคพลเมือง ซึ่งหากเปรียบเทียบระหว่างการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแวดวงสาธารณสุขกับวงการอื่นๆ แล้ว จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การปฏิรูประบบสุขภาพที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและมีความเข้มข้นมากขึ้นนับตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและการอภิบาลระบบสุขภาพ (Health system governance) อย่างมีวิวัฒนาการ การเมืองในระบบสุขภาพที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงการต่อสู้ของอุดมการณ์ทางการเมืองที่มุ่งสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม อุดมการณ์ที่ก้าวหน้าในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพ (Health reform) นี้ได้ขยายกรอบวิธีคิดแบบชีวการแพทย์ (Biomedicine) ไปสู่การมองสุขภาพที่เชื่อมโยงกันทั้งมิติทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง อุดมการณ์ดังกล่าวถูกแปลงออกเป็นแนวคิดและรูปธรรมการปฏิบัติที่แตกต่างกันไปในแต่ละยุคสมัย ไม่ว่าจะเป็นการขยายบริการสุขภาพออกสู่ชนบทที่ขาดแคลน การขับเคลื่อนสังคม

เพื่อการสร้างสุขภาพผ่านการรณรงค์ต่างๆ การต่อต้านทุจริตคอร์รัปชันในแวดวงสาธารณสุข รวมถึงการปฏิรูปในเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพจนมีผลให้เกิดองค์กรสุขภาพใหม่ๆ ที่มีระบบการอภิบาล (Governance) ที่แตกต่างไปจากระบบราชการแบบเดิมๆ ระบบสุขภาพจึงเป็นพื้นที่ทางสังคมการเมืองที่แนวคิดใหม่ๆ ถูกนำมาแปลงเป็นปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง

การเกิดขึ้นของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นอีกนวัตกรรมหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินั้น นอกเหนือจากการขยายกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพให้เชื่อมโยงกันทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ (หรือปัญญา) โดยมุ่งการทำงานสุขภาพเชิงรุกที่เน้น “การสร้าง” ให้สังคมสุขภาพมากกว่า “การซ่อม” คือการรักษาโรคเมื่อปัจเจกบุคคลเกิดการเจ็บป่วยแล้ว การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังเน้น “การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน” ในความหมายที่แตกต่างออกไปจากเดิม ที่ความหมายของการมีส่วนร่วมมุ่งให้ประชาชนให้ความร่วมมือกับนโยบาย แผนงานหรือกิจกรรมที่ภาครัฐกำหนดขึ้น แนวคิดใหม่หันมาให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองที่จะร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะและทิศทางการพัฒนาาร่วมกัน โดยผ่านกลไกและกระบวนการต่างๆ ที่ถูกออกแบบขึ้นมาใหม่ เช่น การยกร่างธรรมนูญสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศและในระดับชุมชน เพื่อให้ภาคส่วนต่างๆ มาร่วมกันกำหนดข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของแผนงานโครงการขนาดใหญ่ (Health impact assessment) ที่ช่วยให้ภาคส่วนต่างๆ และชุมชนมีช่องทางที่จะนำเสนอปัญหาความเดือดร้อนและความวิตกกังวลจากภัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบาย แผนงานหรือโครงการต่างๆ นอกจากนั้น ยังมีกระบวนการสมัชชาสุขภาพ (Health assembly) ที่นอกจากจะเป็นเวทีที่ภาคประชาชนสามารถเข้ามามี

ส่วนร่วมให้ความคิดเห็นและร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะแล้ว ยังเป็นพื้นที่สำคัญของการเรียนรู้ความเป็นพลเมืองและการอดทนอดกลั้นทางการเมืองผ่านการถกแถลง และไตร่ตรองร่วมกัน (Deliberation) เพื่อแสวงหาข้อตกลงร่วมในท่ามกลางความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

การยกย่องธรรมนูญสุขภาพ กระบวนการประเมินผลกระทบต่อด้านสุขภาพ และสมัชชาสุขภาพ ถือได้ว่าเป็น “นวัตกรรมทางการเมืองมีส่วนร่วมของพลเมือง” ที่เป็นรูปธรรมที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง ประสบการณ์จากรูปธรรมทั้งสามนี้เป็นบทเรียนสำคัญต่อการสร้างสรรค์วัฒนธรรมการเมืองที่เปิดกว้างให้ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคพลเมืองเข้ามาร่วมคิด ร่วมตรวจสอบ ร่วมทำ และร่วมกำหนดอนาคตของระบบสุขภาพ ทั้งการยกย่องธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและสมัชชาสุขภาพจึงเป็นพื้นที่สำหรับการนำแนวความคิด ข้อมูล ปัญหา รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างหลากหลายมาแลกเปลี่ยน ถกแถลง อภิปราย ต่อรอง โน้มน้าวและหาข้อตกลงต่างๆ ร่วมกัน พื้นที่เหล่านี้เองที่หล่อเลี้ยงให้สำนึกความเป็นพลเมืองเติบโตและงอกงาม

เวทีของการแลกเปลี่ยนถกเถียงเหล่านี้เป็นรูปธรรมหนึ่งที่สะท้อนแนวคิดเรื่อง “ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง หรือ Deliberative democracy” ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการชี้แจงและอภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นเพื่อหาข้อยุติร่วมกันในฐานะพลเมืองที่เท่าเทียม แม้ว่ากระบวนการที่ภาคส่วนต่างๆ ต้องมาถกแถลง (Deliberation) กันจะเป็นส่วนที่ขาดเสียไม่ได้ทั้งในกระบวนการยกย่องธรรมนูญสุขภาพและการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ แต่เราจะพบเห็นรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองในกระบวนการถกแถลงที่เด่นชัดและมีพลวัตได้จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ถูกออกแบบมาเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองในการกำหนดนโยบายสาธารณะ

แนวคิดประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาส

ให้กลุ่มผู้มีความคิดเห็น จุดยืนทางการเมืองหรือผลประโยชน์แตกต่างกันได้เข้าสู่กระบวนการพูดคุย ชี้แจงเหตุผลและอธิบายสิ่งที่ตนคิดตนเชื่อให้ฝ่ายอื่นๆ ได้รับรู้ ให้มีโอกาสร่วมแลกเปลี่ยนและได้ไตร่ตรองร่วมกัน พื้นที่สำหรับการถกแถลงมีความสำคัญต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะต่างๆ ในระบอบประชาธิปไตย หัวใจสำคัญของประชาธิปไตยจึงอยู่ที่การสื่อสาร ปฏิบัติการสื่อสาร (Communicative action) จึงเป็นปฏิบัติการทางการเมืองที่สำคัญที่สุด ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีเจตนาที่จะแลกเปลี่ยนกันด้วยการสื่อสาร แทนที่จะแลกเปลี่ยนกันด้วย “ตัวกลางอื่น” ในขณะที่ระบบรัฐและระบบตลาดอาศัยตัวกลางคือ “อำนาจและเงิน” ในการบรรลุผลลัพธ์ทางการเมืองและทางเศรษฐกิจ ชีวิตสาธารณะที่อาศัยตัวกลางคือ การสื่อสารเพื่อบรรลุเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ร่วมกัน เป็นการบรรลุเป้าหมายที่มีรากฐานความชอบธรรมจากการสื่อสารหาข้อตกลงกันโดยปราศจากการใช้อำนาจหรือเงินเป็นเครื่องแลกเปลี่ยน ในสังคมประชาธิปไตยนั้นการสื่อสารทำความเข้าใจกันและหาข้อตกลงร่วมกันด้วยเหตุผล จึงควรมีอำนาจเหนือการใช้อำนาจและเงินในการบรรลุเป้าหมาย ในสถานการณ์ปัจจุบันของโลกสมัยใหม่ ระบบรัฐและทุนได้แทรกตัวเข้ามาเบียดขับพื้นที่ของโลกแห่งการมีชีวิตอยู่ร่วมกันของมนุษย์ ปฏิบัติการสื่อสารถูกทดแทนด้วยปฏิบัติการแห่งอำนาจและทุน สิ่งที่จะต้องทำเพื่อให้เกิดประชาธิปไตยที่แท้จริงคือ การสร้างกลไกที่จะถ่ายทอดปฏิบัติการสื่อสารเพื่อความเข้าใจเข้าไปสู่โครงสร้างของระบบรัฐและทุน เพื่อที่จะให้มนุษย์ใช้ข้อตกลงร่วมกันที่เป็นผลจากการสื่อสารในการต่อรองกับอำนาจของรัฐและทุนได้ และการที่จะขับเคลื่อนให้ความเข้าใจและข้อตกลงร่วมกันเข้าไปมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของรัฐและทุนนั้น เราจำเป็นต้อง “แปลง” พลังแห่งปฏิบัติการสื่อสารให้อยู่ในรูปของ “รหัส” ที่จะสัมพันธ์แลกเปลี่ยนและต่อรองกับอำนาจและทุนได้ ฮาเบอร์มาสเสนอว่า การแปลงพลัง

ดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้โดยการแปลงเจตนารมณ์ร่วมให้กลายเป็น “กฎหมาย” เพราะ “กฎหมาย” ไม่เพียงแต่เป็นพื้นที่เปิดที่พลเมืองจะสามารถเข้าไปร่วมกำหนดผ่านปฏิบัติการสื่อสารในพื้นที่สาธารณะต่างๆ แต่มันยังเป็นรหัสที่สามารถเข้าไปกำกับ ขับเคลื่อน หรือควบคุมทิศทางการใช้อำนาจและทุนของระบบอีกด้วย

กระบวนการสมัชชาซึ่งทำหน้าที่แปลเจตนารมณ์ร่วมของพลเมืองที่มากก แดง ชี้แจงและอธิบายปัญหาและหาทางออกร่วมกันให้กลายเป็นมติคณะรัฐมนตรี หรือเป็นมาตรการและกฎระเบียบอื่นๆ ในทางกฎหมาย แม้จะเป็นเพียงกลไกที่ทำงานเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ก็มีสถานะภาพที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างระบบประชาธิปไตย ผ่านกระบวนการถกแถลงที่พลเมืองสามารถมีส่วนร่วมได้ ข้อจำกัดต่างๆ ที่เกิดจากการออกแบบเชิงสถาบัน จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาและค่อยๆ แสวงหาหนทางปรับแก้ แต่งเติมและผสมผสานรูปแบบที่หลากหลายของกระบวนการถกแถลง เพื่อให้พื้นที่สมัชชาสุขภาพไม่ได้จำกัดตัวเองอยู่บนเวทีหรือในห้องประชุมสมัชชาประจำปี แต่เป็นพื้นที่หลากหลายที่พลเมืองมาเรียนรู้ที่จะคิดร่วมกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน และมาแสวงหาหนทางที่จะสร้างสังคมที่ดีขึ้นด้วยวิธีการที่ไม่มีใครสามารถทำได้ตามลำพัง



# บทนำ

## ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาธิปไตย : นโยบายสาธารณะ การมีส่วนร่วม กับประชาธิปไตยแบบร่วมไต่ร่ตรง

การศึกษาวิเคราะห์การปฏิรูประบบสุขภาพในฐานะปฏิบัติการทางการเมืองที่เปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมของภาคพลเมือง ซึ่งหากเปรียบเทียบระหว่างการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแวดวงสาธารณสุขกับวงการอื่นๆ แล้ว จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า การปฏิรูประบบสุขภาพที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและมีความเข้มข้นมากขึ้นนับตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและการอภิบาลระบบสุขภาพ (Health system governance) อย่างมีวิวัฒนาการ ขบวนการปฏิรูปสุขภาพ (Health reform) ได้ขยายกรอบวิธีคิดสุขภาพจากมุมมองแบบชีวการแพทย์ (Biomedicine) ที่มองสุขภาพเป็นเรื่องความผิดปกติทางชีววิทยาของอวัยวะในร่างกายของปัจเจก ไปสู่การมองสุขภาพที่เชื่อมโยงกันทั้งมิติทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง การต่อสู้เพื่อเปลี่ยนแปลงและปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมาเป็นเสมือนพื้นที่การแสดงออกของอุดมการณ์ทางการเมืองที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและขยายการมีส่วนร่วมของภาคพลเมือง อุดมการณ์ดังกล่าวถูก



แปลงออกเป็นแนวคิดและรูปธรรมการปฏิบัติที่แตกต่างกันไปในแต่ละยุคสมัย ไม่ว่าจะเป็นการขยายบริการสุขภาพออกสู่ชนบทที่ขาดแคลน การขับเคลื่อนสังคมเพื่อการสร้างสุขภาพผ่านการรณรงค์ต่างๆ การต่อต้านทุจริตคอร์รัปชันในแวดวงสาธารณสุข รวมถึงการปฏิรูปในเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพจนมีผลให้เกิดองค์กรสุขภาพใหม่ๆ ที่มีระบบการอภิบาล (Governance) ที่แตกต่างไปจากระบบราชการแบบเดิมๆ (ระชา ฤชชงค์, นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, และ โภโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2556) ระบบสุขภาพจึงเป็นพื้นที่ทางสังคมการเมืองที่แนวคิดใหม่ๆ ถูกนำมาแปลงเป็นปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างไม่หยุดนิ่ง

การเกิดขึ้นของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นอีกนวัตกรรมหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ยุทธศาสตร์การทำงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินั้น นอกเหนือจากการขยายกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพให้เชื่อมโยงกันทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ (หรือปัญญา) โดยมุ่งการทำงานสุขภาพเชิงรุกที่เน้น “การสร้าง” ให้สังคมสุขภาพดีมากกว่า “การซ่อม” คือการรักษาโรคเมื่อปัจเจกบุคคลเกิดการเจ็บป่วยแล้ว การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังเน้น “การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน” ในความหมายที่แตกต่างออกไปจากเดิมที่ความหมายของการมีส่วนร่วมมุ่งให้ประชาชนให้ความร่วมมือกับนโยบาย แผนงาน หรือกิจกรรมที่ภาครัฐกำหนดขึ้น (โภโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2548) แนวคิดใหม่หันมาให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองที่จะร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะและทิศทางการพัฒนาร่วมกัน โดยผ่านกลไกและกระบวนการต่างๆ ที่ถูกออกแบบขึ้นมาใหม่ เช่น การจัดทำ**ธรรมนูญสุขภาพ**ทั้งในระดับประเทศ (ธรรมนูญสุขภาพว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ) และในระดับชุมชน (ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่) เพื่อให้ภาคส่วนต่างๆ มากำหนดข้อตกลงหรือกติการ่วมกัน

ในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพ หรือกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของแผนงานโครงการขนาดใหญ่ (Health impact assessment หรือ HIA) ที่ช่วยให้ภาคส่วนต่างๆ และชุมชนมีช่องทางที่จะนำเสนอปัญหาความเดือดร้อนและความวิตกกังวลจากภัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบาย แผนงาน หรือโครงการพัฒนาต่างๆ นอกจากนั้น ยังมีกระบวนการ**สมัชชาสุขภาพ** (Health assembly) ที่ไม่เพียงเป็นเวทีที่ภาคประชาชนสามารถเข้ามีส่วนร่วมให้ความคิดเห็นและร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ แต่ยังเป็นพื้นที่สำคัญของการเรียนรู้ ความเป็นพลเมือง เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันด้วยความอดทนอดกลั้นทางการเมืองท่ามกลางความคิดเห็นที่แตกต่าง เรียนรู้กระบวนการหาข้อตกลงร่วมผ่านการถกแถลง และไตร่ตรองร่วมกัน (Deliberation) เพื่อแสวงหาทางออกของปัญหาท่ามกลางความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

การจัดทำธรรมนูญสุขภาพ กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และสมัชชาสุขภาพถือได้ว่าเป็น “นวัตกรรมทางการเมืองมีส่วนร่วมของพลเมือง” ที่เป็นรูปธรรมและมีการดำเนินงานต่อเนื่องมาแล้วระยะหนึ่ง ประสบการณ์จากรูปธรรมทั้งสามนี้เป็นบทเรียนสำคัญต่อการสร้างสรรค์วัฒนธรรมการเมืองที่เปิดกว้างให้ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคพลเมืองเข้ามาร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ และร่วมกำหนดอนาคตของระบบสุขภาพ ทั้งการยกร่างธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบสุขภาพ และสมัชชาสุขภาพจึงเป็นพื้นที่สำหรับการนำแนวความคิด ข้อมูล ปัญหา รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างหลากหลายมาแลกเปลี่ยน ถกแถลง อภิปราย ต่อรอง โน้มน้าวและหาข้อตกลงต่างๆ ร่วมกัน พื้นที่เหล่านี้เองที่ทำหน้าที่เป็น “ปริภูมิพลสาธารณะ” (Public sphere) ที่หล่อหลอมอัตลักษณ์ทางการเมืองและหล่อเลี้ยงให้สำนึกความเป็นพลเมืองเติบโตและงอกงาม เพราะเป็นพื้นที่ที่ปัจเจกบุคคลแสดงออกซึ่งอำนาจในตนเองที่จะร่วมรับผิดชอบต่อส่วนรวมผ่านการใช้เหตุผลร่วมกัน (Habermas 1989)

เวทีของการแลกเปลี่ยนถกเถียงเหล่านี้เป็นรูปธรรมหนึ่งที่สะท้อนแนวคิดเรื่อง “ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง<sup>1</sup>” หรือ Deliberative democracy” ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการชี้แจงและอภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นเพื่อหาข้อยุติร่วมกันในฐานะพลเมืองที่เท่าเทียม แม้ว่ากระบวนการที่ภาคส่วนต่างๆ ต้องมาถกแถลง (Deliberation) กันจะเป็นส่วนที่ขาดเสียไม่ได้ทั้งในกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพและการประเมินผลกระทบสุขภาพ แต่เราจะพบเห็นรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองในกระบวนการถกแถลงที่เด่นชัดและมีพลวัตได้จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ถูกออกแบบมาเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองในการกำหนดนโยบายสาธารณะ การศึกษาขึ้นนี้จะทำการวิเคราะห์สมัชชาสุขภาพผ่านแนวคิดเรื่องประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อยกระดับกระบวนการสมัชชาสุขภาพให้สามารถช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับพลังพลเมืองและสร้างสรรค์วัฒนธรรมทางการเมืองที่เอื้อต่อการพัฒนาประชาธิปไตยทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติด้วยความหวังว่า การปฏิรูประบบสุขภาพจะมีส่วนในการปฏิรูปให้ระบอบประชาธิปไตยของไทยก้าวหน้าไปอย่างมีคุณภาพ

การศึกษาขึ้นนี้แบ่งการนำเสนอเป็น 5 บทด้วยกัน ในบทแรก จะกล่าวถึงความเป็มาและบริบททางสังคมการเมืองของการปฏิรูประบบสุขภาพ และการเกิดขึ้นของรูปธรรมการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการร่วมกำหนด

<sup>1</sup> คำว่า Deliberative democracy ถูกแปลเป็นภาษาไทยแตกต่างกันโดยนักเขียนหลายคน มีการใช้คำว่า ประชาธิปไตยแบบปรึกษาหารือ ประชาธิปไตยแบบร่วมปรึกษาหารือ ประชาธิปไตยที่ใช้วิจรรณญาณ ประชาธิปไตยแบบปรึกษาหารือไตร่ตรองร่วมกัน ประชาธิปไตยพลเมือง ประชาธิปไตยแบบถกแถลง และสนทนาปรึกษาหารือ สำหรับคำว่า ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง ที่ใช้ในงานเขียนชิ้นนี้อ้างอิงตามสารานุกรมปรัชญาออนไลน์ <http://www.philospedia.net/index.html> ซึ่งจัดทำโดยโครงการปรัชญาสู่สังคมไทย ภายใต้ชุดโครงการเวทีวิจัยมนุษยศาสตร์ไทย ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

นโยบายและทิศทางการพัฒนา ซึ่งมีสมัชชาสุขภาพเป็นนวัตกรรมสำคัญอันหนึ่ง บทที่สองจะเป็นการทบทวนความรู้และสถานการณ์โดยสังเขปเกี่ยวกับการเมืองของการมีส่วนร่วม โดยทำการทบทวนใน 3 ประเด็นคือ (1) แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ (2) การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองของการมีส่วนร่วม และ (3) ปรัชญาแนวคิดเกี่ยวกับสมัชชาและประชาธิปไตย บทที่ 3 นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ถูกออกแบบให้เป็นกลไกเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการกำหนดนโยบาย ซึ่งจะเป็พื้นฐานสำหรับการทำความเข้าใจปธรรมกรณีศึกษา 3 กรณีในบทต่อไป บทที่ 4 นำเสนอกรณีศึกษาการกำหนดนโยบายสาธารณะ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) ประเด็นการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยและการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย (2) ประเด็นมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหนี และ (3) ประเด็นการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เพื่อวิเคราะห์ให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของการนำแนวคิดมาแปรเป็นการปฏิบัติ บทที่ 5 จะเป็นการวิเคราะห์และเปรียบเทียบกระบวนการสมัชชาสุขภาพผ่านแนวคิดและรูปธรรมของประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy) และบทที่ 6 จะเสนอแนวทางในการยกระดับกระบวนการสมัชชาสุขภาพให้สามารถเสริมสร้างจิตสำนึกพลเมืองและสร้างสรรค์วัฒนธรรมประชาธิปไตยทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ



# บทที่ 1

## ปฏิรูปสุขภาพ การมีส่วนร่วมและนโยบายสาธารณะ

### 1. ปฏิรูปสุขภาพ : บริบททางการเมืองกับพัฒนาการการมีส่วนร่วม

ประเทศไทยได้นำ “สมัชชาสุขภาพ” มาใช้เป็นเครื่องมือในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อการสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public policy process) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยรัฐบาลได้จัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นเพื่อดำเนินกระบวนการตรากฎหมายแม่บทสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ การปฏิรูปดังกล่าวมุ่งเน้นการสร้างระบบสุขภาพในกระบวนการที่คนใหม่ที่มีมองสุขภาพกว้างกว่าการรักษาโรคและครอบคลุมทั้งสุขภาพในมิติทางกาย ใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2548) นับตั้งแต่แรกเริ่ม สปรส. ได้สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อกำหนด “ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์” ผ่านเวทีสะท้อนความคิดเห็นควบคู่ไปกับการทำงานวิชาการเพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพในมิติต่างๆ และการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ในกระบวนการดังกล่าวนี้เองที่ “สมัชชาสุขภาพ” ได้รับ

การนำเสนอและถูกนำมาทดลองใช้เพื่อเป็นเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนาที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพไทย

อาจกล่าวได้ว่า กระแสความตื่นตัวเรื่องการปฏิรูปสุขภาพในช่วงปี พ.ศ. 2543 นั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิรูปทางการเมืองและการร่างรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ที่ก่อให้เกิดกระแสทางสังคมและนำไปสู่กระบวนการปฏิรูปที่เกิดขึ้นในแวดวงต่างๆ การปฏิรูปการเมืองในปี พ.ศ. 2540 จึงกลายเป็นสัญลักษณ์ของการเปลี่ยนผ่านจาก “การเมืองที่ถูกผูกขาดโดยนักการเมือง” มาสู่ “การเมืองสาธารณะ” ที่ภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะภาคพลเมือง สามารถมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งยิ่งกว่ายุคสมัยที่ผ่านมา ระบบการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปสู่ “การอภิบาลในระบบประชาธิปไตย” (democratic governance) แบบใหม่นี้มีสาระสำคัญอยู่ที่การตระหนักถึงข้อจำกัดของระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่พลเมืองมีสิทธิมีเสียงแต่เฉพาะช่วงเวลาไม่กี่นาทีของการเข้าคูหาลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง การปฏิรูปการเมืองต้องการสร้างสรรค์การเมืองภาคพลเมืองที่เข้มแข็งและเป็นรากฐานให้กับการเมืองแบบตัวแทน โดยการเมืองใหม่นี้เป็นการเมืองที่ทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและสามารถแสดงบทบาททางการเมืองของตนได้โดยตรง โดยไม่จำเป็นต้องผ่านตัวแทนที่มาจากเลือกตั้งเท่านั้น

เป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การขับเคลื่อนพลเมืองทุกภาคส่วนให้มีความกระตือรือร้น มีส่วนร่วมในการคิดกำหนดระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ และสร้างเจตนารมณ์ร่วมกันที่จะทำให้ระบบสุขภาพสอดคล้องกับความคาดหวังของสาธารณชน โดยการระดมความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ อาทิ สมาคมวิชาชีพ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ สถาบันวิชาการ ตลอดจนกลุ่มบุคคลที่หลากหลายมาเข้าร่วมประชุมถกเถียงและสัมมนาในรูปแบบต่างๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2548: 127-135) การเกิดขึ้นของ “พื้นที่” สำหรับการ

ถกแถลงและแสดงความคิดเห็นต่อระบบสุขภาพอย่างกว้างขวางนั้นเป็นรูปธรรมของการสร้างกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory democracy) และการอภิปรายถกแถลง (Deliberation) เพื่อร่วมกันไตร่ตรองหาทางออกของปัญหา อันเป็นรากฐานสำคัญของกระบวนการอภิบาลในระบอบประชาธิปไตย

กล่าวได้ว่า ในช่วงกระแสสูงของการปฏิรูประหว่างทศวรรษ 2540 นั้น การขับเคลื่อนของภาคประชาสังคมเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมนั้นดำเนินไปภายใต้ความตึงเครียดทางการเมือง (Political tension) ที่เกิดจากแรงปะทะทางการเมืองระหว่าง (1) รัฐราชการ (Bureaucratic Polity) อันเป็นระบบดั้งเดิมที่ดำรงมาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่การสถาปนารัฐไทยสมัยใหม่ขึ้น<sup>2</sup> (2) ประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative democracy) หรือการเมืองแบบเลือกตั้งที่เกิดขึ้นในระยะต่อมา และ (3) การเมืองภาคพลเมือง ที่มุ่งผลักดันให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Participatory Process for Public Policy) แรงปะทะทางการเมืองทั้งสามนี้นำไปสู่ปฏิบัติการทางการเมืองและพลวัตของอำนาจที่กลายเป็นบริบทสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจไว้เป็นเบื้องต้นเสียก่อน

### 1.1 รัฐราชการ (Bureaucratic Polity)

เฟรด ดับบลิว ริกส์ (Fred W. Riggs) อดีตอาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยแห่งรัฐฮาวายได้บัญญัติคำศัพท์ Bureaucratic polity ขึ้นในงานศึกษาระบบการเมืองไทยที่พิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2509 (Riggs 1966) ริกส์ใช้คำนี้เพื่ออธิบายสถานการณ์ของระบบการเมืองไทยเป็นการเฉพาะ ซึ่งเขาเห็นว่าการเมืองการ

<sup>2</sup> คำว่า Bureaucratic polity มีนักเขียนบางท่านแปลว่า อำมาตยาธิปไตย หรืออมาตยาธิปไตย.



ปกครองของไทยสมัยนั้นมีศูนย์กลางอำนาจอยู่ที่ระบบราชการเป็นสำคัญ รัฐไทยสมัยใหม่นั้นเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากระบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ความท้าทายของความทันสมัยและการเผชิญกับจักรวรรดินิยมตะวันตกทำให้ราชสำนักไทยต้องปรับตัวด้วยการสร้างระบบราชการที่เข้มแข็งเพื่อการปกครองประเทศ ระบบราชการนี้เองที่เป็นฐานให้กับคนกลุ่มใหม่คือ ข้าราชการได้เติบโตและมีอำนาจมากขึ้น ในขณะที่ราชสำนักกลับค่อยๆ เสื่อมอำนาจลง และต่อมากลุ่มคนในระบบราชการนี้ก็ได้อิทธิพลอำนาจของระบบการเมืองการปกครองไว้ ริคส์เรียกระบบการเมืองหลังยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์นี้ว่า “Bureaucratic polity” หรือการเมืองแบบรัฐราชการ

การเมืองแบบรัฐราชการดำรงมาอย่างต่อเนื่อง แม้ประเทศไทยจะมีการเลือกตั้งและมีรัฐสภาอันประกอบด้วยผู้แทนราษฎรที่ได้รับเลือกจากประชาชน แต่ระบบราชการโดยเฉพาะอำนาจของข้าราชการประจำและทหารก็ยังคงเป็นปัจจัยชี้ขาดทางการเมืองเรื่อยมา ในขณะที่นักการเมืองที่ได้รับการเลือกตั้งมานั้นมักจะต้องสมยอมกับอำนาจในภาคราชการเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ อาจกล่าวได้ว่า ในการเมืองไทยในยุคก่อนรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 นั้น อำนาจที่แท้จริงใน “ระบบการเมืองแบบรัฐราชการ” ถูกรวมศูนย์อยู่ที่กลไกของระบบราชการ ซึ่งเป็นผู้กำหนดทิศทางและแผนการพัฒนา รวมทั้งจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ในระดับมหภาค ตลอดไปจนถึงการจัดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับประชาชนในระดับรากหญ้าก็มีรากฐานมาจากระบบความสัมพันธ์ระหว่างราชการกับหมู่บ้านเป็นสำคัญ กระบวนการเชิงนโยบายที่ผ่านมาจึงเป็นไปในลักษณะที่รัฐราชการสั่งการหรือบังคับบัญชาให้ชุมชนหมู่บ้านดำเนินการตามที่รัฐเห็นว่าเหมาะสม

ลักษณะของการเมืองแบบรัฐราชการดังกล่าวปรากฏเด่นชัดในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2500-2524 หน่วยงานราชการแต่ละกระทรวง ทบวง กรม เข้าไปสัมพันธ์

กับชุมชนในลักษณะของการนำนโยบายไปสู่การให้เกิดการปฏิบัติ อรรถวิมล ศิริผล และสุรสม กฤษณะจุฑะ เรียบเรียงผลงานการศึกษาของศุภชัย เจริญวงศ์ ที่วิเคราะห์ว่าทฤษฎีการพัฒนาจากรัฐสู่หมู่บ้านว่าในกระบวนการพัฒนาข้าราชการจะใช้วิธีเลือกดีความ “การพัฒนา” เพื่อรับใช้ผู้บังคับบัญชาใกล้ชิดมากกว่าที่จะดำเนินโครงการให้ตอบสนองประโยชน์ของชุมชน การใช้วิธีคิดแบบราชการเป็นศูนย์กลางโดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ของชุมชนนั้นดำรงอยู่อย่างแน่นอนในกระบวนการพัฒนาชนบท แต่หากจะทุเลาเบาบางลงไปบ้างก็เป็นเพราะปัจจัยส่วนบุคคล คือเมื่อข้าราชการเริ่มมีความผูกพันกับชุมชนหรือเป็นคนในชุมชน การปฏิบัติงาน “การพัฒนา” จะคำนึงถึงประโยชน์ของชุมชนมากขึ้น รูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับชุมชนที่ราชการเป็นผู้กำหนดและการพัฒนาที่ไม่ได้เป็นอะไรมากไปกว่าวาทกรรมความทันสมัยที่ผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจและระบบอุปถัมภ์ของรัฐบาลราชการ (อรรถวิมล ศิริผล และ สุรสม กฤษณะจุฑะ 2544)

## 1.2 ประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative democracy)

โรเบิร์ต เอฟ ซิมเมอร์แมน (Robert F. Zimmerman) ตั้งข้อสังเกตว่าการลุกฮือขึ้นขับไล่เผด็จการของขบวนการนิสิต นักศึกษา ประชาชนในเหตุการณ์เดือนตุลาคม 2516 อาจเป็นสัญญาณแรกๆ ของการสิ้นสุดลงของการเมืองแบบรัฐราชการ (Zimmerman 1974) หลังการขับไล่และโค่นล้มเผด็จการทหารในปี พ.ศ. 2516 การเลือกตั้งในปี พ.ศ. 2517 ส่งผลให้ ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี และเป็นที่มาของนโยบายต่างๆ ที่ส่งผลอย่างกว้างขวางต่อพัฒนาการทางการเมืองไทย ไม่ว่าจะเป็นนโยบายเรื่องเงินผัน การรักษาพยาบาลฟรี และนโยบายด้านการศึกษา เป็นต้น นับเป็นยุคแรกที่นโยบายจากฝ่ายการเมืองที่มาจากการเลือกตั้งมีผลอย่างกว้างขวางต่อการกำหนดทิศทางการ

พัฒนา และถึงแม้ว่าหลังจากนั้นประชาธิปไตยและรัฐบาลจากการเลือกตั้งจะล้มลุกคลุกคลานต่อมาอีกระยะหนึ่ง แต่ก็อาจถือได้ว่า ยุคสมัยของประชาธิปไตยแบบตัวแทน ที่ผู้แทนราษฎรที่ได้รับการเลือกตั้งมีบทบาทสำคัญในการเมืองการปกครองไทยได้เริ่มต้นขึ้นแล้ว

หากจะนับตั้งแต่การเลือกตั้งครั้งแรกในปี พ.ศ. 2476 ประเทศไทยได้ผ่านการเลือกตั้งที่ล้มลุกคลุกคลานมามาก แต่ประชาธิปไตยก็มีความแตกต่างจากการปกครองแบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ (Absolute Monarchy) คณาธิปไตย (Oligarchy) อภิชนาธิปไตยหรือมาตยธิปไตย (Aristocracy) หรือธนาธิปไตย (Plutocracy) ตรงที่ ประชาธิปไตยเน้นสิทธิในการรวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือการร่วมไตร่ตรอง ถกแถลงและการชี้แจงเหตุผล (Deliberation) เพื่อตัดสินใจหรือกระทำการบางอย่างร่วมกัน แตกต่างจากระบบอื่นๆ ที่กล่าวมา ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นการปกครองด้วยอภิสิทธิ์ชนคนกลุ่มน้อยที่อาศัยอำนาจไม่ว่าจะเป็นอำนาจในทางจารีตประเพณี อำนาจจากการใช้กำลัง อำนาจจากตำแหน่งหน้าที่ทางราชการ หรืออำนาจเงินเป็นใหญ่ โดยไม่จำเป็นต้องเคารพความคิดเห็นของประชาชน

แต่กระนั้น ข้อจำกัดประการหนึ่งของประชาธิปไตยแบบเน้นการเลือกตั้ง หรือ “ประชาธิปไตยแบบตัวแทน” ก็คือสิทธิในการแสดงออกและการมีส่วนร่วมโดยตรงในทางการเมืองของประชาชนที่มีอยู่อย่างจำกัด อำนาจหลักใหญ่จะอยู่ที่ “ผู้แทน” ที่ได้รับการเลือกตั้งเข้ามาปฏิบัติงานในรัฐสภา ในขณะที่ความน่าเชื่อถือของกระบวนการเลือกตั้งยังเป็นที่กังขา การเลือกตั้งที่มีการซื้อเสียง การโกงผลการเลือกตั้ง การผูกขาดทางการเมืองด้วยห้วคณะแนจัดตั้ง การใช้อำนาจรัฐหรืออิทธิพลท้องถิ่น รวมทั้งผลประโยชน์แลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้รับการเลือกตั้ง เป็นสิ่งที่พบเห็นและรับรู้กันโดยทั่วไป จนความพยายามที่จะทำให้กระบวนการ

เลือกตั้งมีความโปร่งใส สุจริตและยุติธรรมกลายเป็นประเด็นสำคัญในประเทศไทยทุกยุคทุกสมัยและในระบอบประชาธิปไตยในทุกประเทศทั่วโลก

### 1.3 การเมืองภาคพลเมือง (Citizen politics)

ในช่วงหลังทศวรรษที่ 2530 เป็นต้นมา การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชน มูลนิธิ สมาคมและกลุ่มพลเมืองต่างๆ รวมทั้งภาคธุรกิจที่ให้ความสนใจกับปัญหาสังคมและการเมืองกลายเป็นกระแสทางสังคม องค์กรและบุคคลนอกภาครัฐ (Non-state actors) มีบทบาทมากขึ้นในการร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนาและร่วมดำเนินการแก้ปัญหาสาธารณะต่างๆ มีเวทีประชาคม ลานเสวนา รวมทั้งสื่อสาธารณะที่เปิดพื้นที่ให้เกิดการอภิปรายถกแถลง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผลักดันและร่วมกำหนดนโยบาย รวมทั้งการตรวจสอบอำนาจทางการเมืองเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง รูปธรรมที่สำคัญประการหนึ่ง ได้แก่ เวทีประชาคมเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งมีการตั้งเวทีเพื่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและกำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาของประเทศฉบับร้อยเวที ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจถือได้ว่าเป็นการร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างเป็นทางการครั้งแรกของภาคประชาชน

กระแสความความตื่นตัวของภาคประชาชนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจอันนำมาสู่การปฏิรูปทางการเมืองในปี พ.ศ. 2540 มีการร่างรัฐธรรมนูญใหม่ที่ขยายมิติการมีส่วนร่วมทางการเมืองของภาคพลเมืองออกไปอย่างกว้างขวาง จนกล่าวได้ว่าการปฏิรูปทางการเมืองในปี พ.ศ. 2540 นั้นเป็นหมุดหมายสำคัญที่แสดงถึงการเปลี่ยนผ่านจากการเมืองแบบประชาธิปไตยตัวแทนมาสู่การเมืองแบบมีส่วนร่วมของภาคพลเมือง เป็นระบอบอภิบาลแบบประชาธิปไตย (Democratic governance) ที่ผู้คนสามารถมีส่วนร่วมกำหนด

ทิศทางและนโยบายสาธารณะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การให้ประชาชนมีสิทธิในการเข้าชื่อร้องขอให้ถอดถอนนักการเมือง การเข้าชื่อเพื่อเสนอกฎหมาย รวมทั้งการทำประชามติ แทนที่จะปล่อยให้การเมืองเป็นเรื่องของ “ผู้แทน” ที่ผ่านการเลือกตั้งเท่านั้น

การปฏิรูประบบสุขภาพก็อยู่ในกระแสการเปลี่ยนแปลงเดียวกันนี้ ในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ มีการเสนอแนวคิดและรูปธรรมที่เด่นชัดของ “กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” ที่ภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ทั้งรัฐ ภาคเอกชน และภาคสังคมสามารถร่วมกันถกเถียง อภิปรายและกำหนดแนวนโยบายสาธารณะร่วมกันคือ แนวคิดการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health impact assessment หรือ HIA) และแนวคิดเรื่องสมัชชาสุขภาพ

## 2. ปฏิรูปสุขภาพกับบูรณาการมีส่วนร่วม

ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น การจัดทำธรรมนูญสุขภาพถูกเสนอขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการสร้างเจตนารมณ์ทางสังคมร่วมกัน โดยกำหนดลักษณะอันพึงประสงค์ของระบบสุขภาพเพื่อเป็นข้อตกลงร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ การจัดทำธรรมนูญสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่ผู้คนที่มีความคิดเห็นและประสบการณ์ที่แตกต่างกันมาพูดคุย อภิปรายแลกเปลี่ยนกันเพื่อให้ได้ความร่วมมือที่ทุกคนมีส่วนร่วมกำหนด แม้ธรรมนูญสุขภาพจะไม่ได้มีผลบังคับในทางกฎหมาย แต่กระบวนการที่เปิดกว้างให้ทุกฝ่ายร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจนได้เป็นข้อตกลงร่วมกันก็ทำให้ธรรมนูญสุขภาพเป็นเสมือน “วิสัยทัศน์ร่วม” ที่ผู้เกี่ยวข้องมีความเป็นเจ้าของและมีความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน (ภานุเบศร์ มหาเรือนสวรรค์ 2557) ในขณะที่การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายหรือโครงการต่างๆ นั้นมีที่มาจากผลกระทบด้านลบที่เกิดจากแผนงาน

โครงการพัฒนาขนาดใหญ่ เช่น โครงการสร้างเขื่อน หรือการสร้างเขตอุตสาหกรรม ซึ่งที่ผ่านมา แม้จะมีกฎหมายให้ต้องทำการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม แต่ก็ไม่ได้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ชัดเจน แนวคิดการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพนั้นเน้นไปที่กระบวนการที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วมมากกว่าที่จะให้นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินแต่เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งเป็นไปตามปรัชญาแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (อำพล จินดาวัฒนะ 2553)

ทั้งการจัดทำธรรมนูญสุขภาพและการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพได้เปิดพื้นที่สำหรับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาและนโยบายสาธารณะ แม้ว่าการมีส่วนร่วมทั้งสองรูปแบบดังกล่าวจะแตกต่างกันโดยวิธีการและเป้าหมาย แต่ก็มีหลักการพื้นฐานร่วมกันตรงที่เน้นการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาพูดคุย ปรึกษาหารือ อภิปรายถกเถียงเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันหรือเพื่อให้ได้ทางออกสำหรับข้อขัดแย้งที่เป็นปัญหา ลักษณะร่วมดังกล่าวถือว่าเป็นรูปแบบของการถกเถียงหรือการไตร่ตรองร่วมกัน (Deliberation) ซึ่งเป็นรากฐานของระบอบประชาธิปไตยอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในกระบวนการสมัชชาที่มีการทดลองและปรับปรุงมาใช้เป็น “สมัชชาสุขภาพ” ด้วยแล้ว หลักการเรื่องการถกเถียงและการอภิปรายหาทางออกเป็นองค์คุณถูกนำมาแปลงเป็นรูปธรรมการปฏิบัติที่ชัดเจนที่สุด กระบวนการสมัชชาเพื่อร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะนี้จึงอาจถือได้ว่าเป็นรูปธรรมหนึ่งของประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy)



## บทที่ ๒

### ทบทวนองค์ความรู้

### นโยบายสาธารณะการเมือง

### ของการมีส่วนร่วมกับสมาชิก

ภายใต้ระบบการเมืองแบบรัฐราชการไทยที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเชิงนโยบายเน้นการดำเนินการภายใต้กลไกรัฐราชการเป็นสำคัญ ดังจะเห็นได้ว่าการกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย รวมทั้งการร่างหรือผลักดันกฎหมายต่างๆ นั้นจะต้องมี “หน่วยราชการ” เป็นเจ้าของเรื่อง กระบวนการนโยบายที่มีราชการเป็นศูนย์กลางนี้ทำให้เรื่องสุขภาพกลายเป็นเรื่องของราชการ และการตัดสินใจเรื่องใดก็ตามจำกัดวงอยู่แต่เฉพาะในคนกลุ่มเล็กๆ ถึงแม้ว่าในช่วงทศวรรษ 2530-40 จะมืองค์กรภาคประชาชนเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก และมีบทบาทในการพัฒนาการสาธารณสุขและทำงานด้านสุขภาพ แต่บทบาทขององค์กรเหล่านี้ในการขับเคลื่อนนโยบายหรือผลักดันให้เกิดเปลี่ยนแปลงในระดับมหภาคหรือกำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศให้เกื้อกูลต่อสุขภาพก็มีอยู่อย่างจำกัด ระบบราชการสาธารณสุขไทยมีลักษณะที่โดดเด่นของการรวมศูนย์ตัดสินใจผ่านการวางแผนในระดับชาติ โดยชุมชนและองค์กรภาคประชาสังคมจะถูกคาดหวังให้มีบทบาทหน้าที่เพียงแค่นี้ให้ความร่วมมือกับแผนนโยบายหรือโครงการ



ที่ได้ตัดสินใจมาจากราชการส่วนกลางแล้ว แม้แต่ในยุคที่การสาธารณสุขมูลฐานเฟื่องฟู ทักษะต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนก็มีลักษณะที่เน้นการให้ความร่วมมือของภาคประชาชนต่อกิจกรรมที่ทางราชการได้กำหนดไว้แล้วมากกว่าที่จะเน้นบทบาทของภาคประชาชนในกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการกำหนดนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหา (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ 2530)

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นจากการตระหนักถึงข้อจำกัดของกลไกนโยบายที่เป็นทางการ (Official policy process) ที่ผูกขาดบทบาทหน้าที่ในด้านการพัฒนานโยบายไว้แต่เฉพาะในระบอบราชการนี้ เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ประการหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพจึงมุ่งที่การสร้างกลไกที่ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายได้ “สมัชชาสุขภาพ” ถูกออกแบบให้ทำหน้าที่เป็น “เวทีการอภิปรายถกแถลงเพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพ” (Deliberative function of health system governance) ในขณะที่เดียวกันก็ทำหน้าที่เป็นเวทีเพื่อการเรียนรู้สุขภาพในกระบวนการที่คนใหม่ร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ผ่านประเด็นทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ เป็นการเปิดพื้นที่เพื่อการมีส่วนร่วมโดยตรงของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Participatory Public Policy Process) อันเป็นรูปธรรมสำคัญของความพยายามที่จะก้าวพ้นข้อจำกัดของการเมืองแบบรัฐราชการและประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative democracy) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2548: 161-162)

ในส่วนที่ 2 นี้จะเป็นการทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะและการเมืองของการมีส่วนร่วม โดยจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ (1) การทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ (2) การทบทวนการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองของการมีส่วนร่วม และ (3) การทบทวนปรัชญาแนวคิดเรื่องสมัชชากับประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับ

การทำความเข้าใจความหมายและนัยของสมัชชาสุขภาพในลำดับต่อไป

## 1. ทบทวนความรู้ : การพัฒนานโยบายสาธารณะ

จำเป็นต้องเข้าใจเป็นเบื้องต้นก่อนว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะนั้น นอกจากจะเป็นกระบวนการตัดสินใจสาธารณะที่สัมพันธ์เชื่อมโยงอยู่กับกระบวนการทางสังคมและการเมืองแล้ว นโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพยังเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ สาธารณสุขและวิชาการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นเรื่องทางเทคนิคที่ซับซ้อน การมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นไปอีก ในทางทฤษฎีแล้ว กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะไม่มีสูตร กฎเกณฑ์ หรือขั้นตอนที่ตายตัว แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์อันเป็นพลวัตที่เกิดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 ประเภท คือ (Nutbeam and Harris 2013)

- 1) ผู้กำหนดนโยบาย (Policy makers) ซึ่งโดยมากมักจะเป็นนักการเมือง และข้าราชการ
- 2) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อนโยบาย (Policy influencers) หมายถึงผู้ที่สามารถสร้างแรงกดดันซึ่งอาจมีอยู่ทั้งในภาครัฐและนอกภาครัฐ
- 3) ภาคสาธารณะ (The public) หมายถึง สาธารณชน ผู้เสียภาษี และผู้ลงคะแนนเสียง ซึ่งความเห็นของพวกเขามีผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบาย และ
- 4) สื่อมวลชน ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีอิทธิพลทั้งต่อผู้กำหนดนโยบายและความเข้าใจและทัศนคติของสาธารณชนที่มีต่อประเด็นนั้นๆ (Nutbeam and Harris 2013: 61)

ในทางปฏิบัติแล้ว กระบวนการเชิงนโยบายที่มีความซับซ้อนก็อาจมีตัวละครที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันไป ผู้ที่มีอิทธิพลต่อนโยบายก็มีความหลากหลายเกิน

กว่าที่จะมองแบบรวมๆ ได้และผู้เกี่ยวข้องทั้งสี่ส่วนก็อาจมีผลซึ่งกันและกันมาก บ้างน้อยบ้างขึ้นกับบริบทและแตกต่างกันไปในแต่ละกรณี โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสุขภาพซึ่งมีเนื้อหาทางวิชาการที่ซับซ้อน การมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางหรือนโยบายสาธารณะก็มักได้รับอิทธิพลจากกลุ่ม “ผู้เชี่ยวชาญ” แม้ว่าผลกระทบอาจเกิดขึ้นกับสามัญชนคนธรรมดาก็ตาม นโยบายด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมในอังกฤษเป็นตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับสามัญชนได้อย่างชัดเจน งานศึกษาแสดงให้เห็นว่าแม้ระบอบการปกครองของอังกฤษจะถือได้ว่าเป็นแม่แบบประชาธิปไตยของโลก แต่การจัดการรูปแบบการมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะก็เชื่อว่าจะมีความเท่าเทียมกันเสมอไป โดยเฉพาะเหมือนนโยบายสาธารณะนั้นต้องอาศัยความรู้ที่ซับซ้อนทางเทคนิคของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อำนาจในการร่วมตัดสินใจที่ไม่เท่าเทียมกันนั้นมีรากฐานมาจากปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับสามัญชนคนธรรมดา (Chilvers 2008)

การสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางและนโยบายสาธารณะจึงเป็นกระบวนการที่ต้องมีสมดุลทั้งในมิติของผู้เชี่ยวชาญที่เน้นข้อมูล ข้อเท็จจริงและความรู้ ในมิติของสามัญชนที่ต้องมีส่วนร่วมคิด สะท้อนมุมมอง คุณค่า อารมณ์ความรู้สึกและความห่วงใยของสาธารณะ แมททิว ฮาร์วีย์ (Matthew Harvey) ได้กล่าวถึงมิติที่หายไปในการบวนการมีส่วนร่วมของสาธารณะว่า เวทีการถกเถียงหรือพูดคุยแลกเปลี่ยนในด้านนโยบายสาธารณะมักถูกจำกัดด้วยรูปแบบการพูดคุยที่เป็นทางการ เน้นการพูดถึงหลักฐานทางวิชาการที่เป็นภาวะวิสัยจนทำให้การแสดงออกซึ่งความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของสามัญชนกลายเป็นสิ่งที่ถูกมองว่าไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ ฮาร์วีย์ได้กล่าวถึงการขาดพื้นที่สำหรับการแสดงออกของอารมณ์ความรู้สึกในพื้นที่สาธารณะ ว่ามีเหตุผลสำคัญ 2 ประการคือ (Harvey 2009)

ประการแรก การมีส่วนร่วมในเวทีสาธารณะต่างๆ มักให้ความสำคัญกับผลลัพธ์และเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้วอย่างตายตัวมากกว่าที่จะให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วมในฐานะมนุษย์ที่มีประสบการณ์ มีความรู้สึกนึกคิดและจิตใจ การประชุมที่มีลักษณะกลไกนี้ได้ละเลยมิติของประสบการณ์ที่มีอารมณ์ความรู้สึกออกไปจนหมดสิ้น

ประการที่สอง กระบวนการร่วมไตร่ตรองหรืออภิปรายในเวทีต่างๆ ที่เป็นอยู่ มีแนวโน้มที่จะละเลยข้อเท็จจริงที่ว่าพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเวที (รวมทั้งพฤติกรรมของประธานและกระบวนการ) ล้วนมีผลต่อการดำเนินไปของกระบวนการและผลลัพธ์ (Proceeding and outcome) การไม่ให้ความสนใจกับปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนนี้ ทำให้มิติและข้อถกเถียงมักถูกรายงานราวกับเป็นข้อเท็จจริงมากกว่าที่จะสะท้อนพลวัตการต่อรองและปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนผ่านการแสดงบทบาทที่มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้คนที่เข้าร่วม

ข้อเสนอของฮาร์วีย์ในบทความชิ้นนี้คือ เวทีสำหรับการมีส่วนร่วมของสาธารณะนั้นจำเป็นต้องมีลักษณะการสนทนาที่เน้นอารมณ์ความรู้สึก (dramaturgical) ควบคู่ไปด้วย นอกจากนี้ ยังต้องทำการวิเคราะห์วาทกรรมและบทสนทนา (discourse and conversation analysis) รวมทั้งส่งเสริมการศึกษาแบบชาติพันธุ์นิพนธ์ (ethnography) และปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อให้เข้าใจกระบวนการสร้างและนิยามความหมาย และเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมในภาคปฏิบัติการให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับ เจสัน ซิลเวอร์ส (Jason Chilvers) ที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างพลเมืองกับผู้เชี่ยวชาญในการถกเถียงและไตร่ตรองร่วมกัน และเสนอให้มีกลไกที่ป้องกันไม่ให้ผู้มีอำนาจวิชาการต่างๆ มีอำนาจเหนือกว่าคนอื่น เพราะมีเช่นนั้นแล้ว การถกเถียงเพื่อมีส่วนร่วมในทางสาธารณะก็ไม่อาจจะเปิดกว้างให้กับความหลากหลายและความแตกต่างได้ ซึ่งนอกจากจะทำให้ผลที่ได้ถูกกำหนดโดยผู้มีส่วนได้เสียเพียง

บางกลุ่มแล้ว ยังอาจจะทำให้เกิดความขัดแย้งและเป็นปฏิปักษ์ต่อกันที่ยากต่อการเยียวยาอีกด้วย (Chilvers 2008)

ทางออกของการมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข ก็คือ การทำความรู้ทางวิทยาศาสตร์เหล่านี้ให้เปิดเผยสู่สาธารณชนมากยิ่งขึ้น การนำเอามุมมองทางสังคมศาสตร์เข้ามาช่วยวิเคราะห์ทั้งในเชิงคุณค่าและความหมาย นอกจากนั้น รูปแบบเดิมของการแลกเปลี่ยนใน “เวทีวิชาการ” ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้ความรู้ สามัญชนคนธรรมดาเป็นผู้รับฟังเท่านั้นอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องผนวกรวมกระบวนการในลักษณะอื่นๆ อาทิ การประชุมเพื่อหาฉันทมติ (Consensus conference) เวทีพลเมือง (citizens' panel) และการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อนำเอามิติคุณค่าและความหมายทางสังคม รวมทั้งประสบการณ์และอารมณ์ความรู้สึกของสามัญชนเข้ามาประกอบการพิจารณา เพื่อให้เกิดทั้งการวิเคราะห์และการไตร่ตรองแลกเปลี่ยน (analytic-deliberative approach) ในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น (Chilvers 2008: 155) ในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมนั้น กระบวนการถกแถลงและร่วมไตร่ตรอง (Deliberation) หรือสนทนาแบบพลเมืองนี้สามารถสร้างพันธะสัญญาสาธารณะร่วมกันได้ ตัวอย่างรูปธรรมที่น่าสนใจได้แก่ กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองเกี่ยวกับนาโนเทคโนโลยี (Citizen Engagement About Nanotechnology) โดยการจัดให้มีการถกสนทนาในลักษณะที่กระตือรือร้นและไม่เป็นทางการมากนัก (Active dialogue) ผลของกระบวนการสนทนาทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างกันและความเข้าใจต่อประเด็นความห่วงใยในผลกระทบสาธารณะของนาโนเทคโนโลยีได้เป็นอย่างดี (Besley et al. 2008) ในกระบวนการดังกล่าวเครื่องมือที่สำคัญในการต่อรองประการหนึ่งก็คือความรู้หรืองานวิจัยที่มีข้อมูลหรือหลักฐานอ้างอิงชัดเจน ซึ่งหลักฐานทางวิชาการเหล่านี้

อาจถูกนำมาใช้เพื่อการสนับสนุนนโยบายได้ในหลายลักษณะ ได้แก่

1. รูปแบบที่ใช้ความรู้ในการขับเคลื่อน (The knowledge-driven model) ถือว่าการเกิดขึ้นของความรู้สามารถนำไปสู่การพัฒนา นโยบายสาธารณะแบบใหม่ได้ เช่น เมื่อมีการพัฒนาวัคซีนใหม่ขึ้น ความรู้ด้านการควบคุมโรคนี้จะกดดันให้ผู้เกี่ยวข้องต้องหาทางนำไปใช้และทำให้เกิดการพัฒนาสาธารณสุขที่ดีขึ้นกว่าเดิม
  2. รูปแบบที่ใช้การแก้ไขปัญหา (The problem-solving model) แนวทางนี้ถือว่าปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นของการตัดสินใจเชิงนโยบาย เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หลักฐานต่างๆ จึงถูกนำมาพิจารณาร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบายที่สมเหตุสมผล มีที่มาที่ไปและเหตุผลที่ชัดเจน
  3. รูปแบบที่อาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (The interactive model) ความรู้ในงานวิจัยถูกนำมาใช้ควบคู่ไปกับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง ผ่านปฏิสัมพันธ์ของคนกลุ่มต่างๆ ซึ่งมีทั้งความขัดแย้ง และแรงกดดันทางสังคมที่ดำรงอยู่ภายในความสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านั้น
  4. รูปแบบทางการเมือง (The political model) กรณีนี้หลักฐานทางวิชาการถูกนำไปใช้เพื่อการสร้างความชอบธรรมและให้เหตุผลแก่นโยบายที่ถูกตัดสินใจมาแล้ว โดยฝ่ายการเมืองจะคัดเลือกและนำเสนอข้อมูลที่พึงพอใจและสามารถตีความรับใช้เหตุการณ์ได้พอเหมาะสมพอดี วิธีการที่เห็นกันอยู่ทั่วไปคือการรณรงค์ทางสื่อมวลชน
  5. รูปแบบกลยุทธ์ (The tactical model) ในรูปแบบนี้ หลักฐานถูกนำมาใช้ในเชิงกลยุทธ์ เช่น เพื่อเลื่อนการตัดสินใจหรือหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบในกรณีที่ต้องมีการตัดสินใจในเรื่องที่ไม่เป็นที่นิยม เพราะ “หลักฐานยังไม่เพียงพอ” หรือในบางกรณี หลักฐานอาจถูกนำมาใช้เพื่อยืนยันความชอบธรรมในการตัดสินใจ แม้ว่าหลักฐานนั้นจะค่อนข้างอ่อนกว่าตามที่ (Nutbeam and Harris 2013: 64-65)
- จากบทเรียนและการทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนานโยบาย

สาธารณะจากต่างประเทศ จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์การทำงานเรื่องสมัชชาสุขภาพของไทยเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจ เพราะเป็นรูปธรรมหนึ่งของกระบวนการมีส่วนร่วมที่ผสมผสานวิธีการถกแถลงและไตร่ตรองร่วมกัน (Deliberation) เข้ามาใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

## 2. การเมืองของการมีส่วนร่วม :

### จากการเมืองมหอองหนถึงสมัชชาสุขภาพ

ในประวัติศาสตร์การเมืองภาคพลเมือง ความพยายามในการต่อสู้เพื่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงนโยบายโดยภาคประชาชนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่างๆ ทั้งการต่อสู้ ต่อรอง และต่อต้านนโยบายรัฐที่ไม่ถูกต้องชอบธรรม รวมทั้งความพยายามผลักดันให้เกิดมาตรการการแก้ปัญหาที่ตอบสนองความต้องการของภาคประชาชน อย่างไรก็ตาม การต่อสู้ของภาคประชาชนในช่วงที่ผ่านมามักเป็นการตอบโต้กับนโยบายหรือโครงการของรัฐที่ส่งผลกระทบทางลบต่อชีวิตของผู้คนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นประเด็นนโยบายสิ่งแวดล้อม การประกาศพื้นที่ป่าสงวนทับที่ทำกิน การสร้างเขื่อน หรือการเรียกร้องเกี่ยวกับราคาผลผลิตการเกษตรในแต่ละฤดูการผลิต โดยมีรูปแบบหลักได้แก่ การชุมนุมเพื่อยื่นข้อเรียกร้องและเจรจาท่อรองกับรัฐบาล หากพิจารณาจากผลลัพธ์ในแง่การได้รับการตอบสนองจากภาครัฐแล้ว อาจกล่าวได้ว่าการเคลื่อนไหวที่ผ่านมาดังกล่าวประสบความสำเร็จอย่างจำกัด อย่างไรก็ตาม กระบวนการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นก็ได้ทำให้ภาคประชาชนมีการจัดตั้งด้วยตนเองที่เข้มแข็งขึ้นตามลำดับ

รูปธรรมของการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนในประเทศไทยที่ได้รับการกล่าวขวัญถึงกันมากที่สุด คือ กรณีสมัชชาคนจน ซึ่งประกาศ ปันตบแต่ง ได้ประมวลไว้ในงานเขียนเรื่อง “กรณีการเมืองบนท้องถนน: 99 วันสมัชชาคนจน

และประวัติศาสตร์การเดินขบวนชุมนุมประท้วงในสังคมไทย” (ประกาศ ปีงบประมาณ 2541) ว่าเป็นการต่อสู้ของประชาชน เพื่อประชาชน โดยมีประชาชนคนจนเจ้าของปัญหาเป็นผู้ขับเคลื่อนขบวนการ จุดเริ่มต้นของการเคลื่อนไหวนี้เกิดจากการรวมตัวกันต่อสู้ในประเด็นปัญหาผลกระทบที่เกิดจากโครงการต่างๆ ของรัฐบาลในภาคอีสาน นับตั้งแต่ปัญหาดินเค็มกรณีลำน้ำเสีย จังหวัดมหาสารคาม ปัญหาป่าไม้ที่ดินในช่วงก่อนโครงการ คจก. อันได้แก่ ปัญหาสวนป่ายุคลิปตัสทับที่ทำกิน ปัญหา “วัชพลาสติก” รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นกับโครงการด้านการเกษตรอื่นๆ เช่น มะม่วงหิมพานต์ และหม่อนไหม เป็นต้น

ต่อมาในช่วงรัฐบาลชวน หลีกภัย (พ.ศ. 2535-38) จึงได้เกิดการรวมตัวกันเป็น “สมัชชาเกษตรกรรายย่อยภาคอีสาน (สกย.อ.)” ในขณะที่ในภาคอื่นๆ ก็มีเครือข่ายในลักษณะเดียวกันเกิดขึ้น เช่น ในภาคเหนือ เกิดเครือข่ายป่าชุมชนซึ่งเป็นผลพวงมาจากการคัดค้านสัมปทานป่า และการต่อสู้ของชาวบ้านกรณีป่าห้วยแก้ว ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นเครือข่ายที่กว้างขวางมากขึ้นคือ เครือข่ายเกษตรกรภาคเหนือ (คกน.) ที่รวมปัญหาเขตป่าอุทยานทับพื้นที่ทำกินเข้ามาไว้ด้วย ในภาคใต้ได้เกิดเครือข่ายที่สำคัญคือ สมาพันธ์ประมงพื้นบ้านภาคใต้ 13 จังหวัด เครือข่ายเหล่านี้ได้ขยายตัวออกไปอย่างกว้างขวางในช่วงรัฐบาลชวน 1 ต่อเนื่องไปถึงสมัยรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา และได้รวมตัวกันจนกลายเป็น “สมัชชาคนจน” ในที่สุด

ลักษณะสำคัญของเครือข่ายนี้คือ เป็นเครือข่ายชุมชนชาวบ้านจากท้องถิ่นต่างๆ ที่มีพันธมิตรสำคัญเป็นชนชั้นกลางในเมือง คือ เจ้าหน้าที่จากองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) นักอนุรักษ์ นักวิชาการ ฯลฯ โดยที่นักวิชาการและ NGO มีบทบาทสำคัญในฐานะเป็นตัวกลางในการนำเอาประเด็นปัญหาจากชีวิตจริงของชาวบ้านไปสู่การถกเถียงในวงสาธารณะและวงวิชาการ รวมทั้งแปลปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตผู้คนในระดับรากหญ้าให้เป็นภาษาที่สาธารณชนเข้าใจได้ นอกจาก



นั้น นักวิชาการและนักพัฒนาองค์กรเอกชน ซึ่งมีประสบการณ์ในการต่อรองเรียกร้องจากรัฐยังได้ช่วยให้ชาวบ้านและชุมชนซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์กับการต่อสู้เชิงนโยบายมาก่อนเห็นวิธีการและช่องทางว่าควรจะไปไหนไปไหนในลักษณะใด การเคลื่อนไหวดังกล่าวเป็นตัวอย่างเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนว่า ระบบการเมืองแบบตัวแทนที่ดำรงอยู่ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นปากเป็นเสียงให้กับคนจนได้ การเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นจึงเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมโดยตรงผ่านการชุมนุมทางการเมืองที่ยืดเยื้อยาวนาน การเคลื่อนไหวของกลุ่มสมัชชาคนจนนี้มีการจัดตั้งและเชื่อมประสานเพื่อที่จะเป็นเครือข่ายในระยะยาวในการเคลื่อนไหวต่อสู้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง (ประภาส ปิ่นตบแต่ง 2541: 109-110) และที่สำคัญก็คือมีกระบวนการเรียนรู้บทเรียนที่เกิดจากปฏิบัติการ มีการจัดเวทีสัมมนา การพาชาวบ้านดูงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพื้นที่ เช่น มีการนำชาวบ้านในพื้นที่ลุ่มน้ำสาคราม เขื่อนรับร่อ เขื่อนแก่งเสือเต้น ซึ่งกำลังจะมีการสร้างเขื่อนไปแลกเปลี่ยนกับพื้นที่เขื่อนราษีไศลและเขื่อนปากมูล ฯลฯ พาชาวบ้านจากจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งจะมีการสร้างโรงงานเยื่อกระดาษมาแลกเปลี่ยนกับชาวบ้านที่ได้ผลกระทบจากโรงงานฟีนิกซ์กรณีน้ำพองเนา ฯลฯ มีการพาชาวบ้านไปสัมมนาในเวทีต่างๆ ที่เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) นักศึกษา หรือนักวิชาการจัดขึ้น เพื่อให้ได้รับรู้ข้อมูลเชิงนโยบาย

กระบวนการดังกล่าวทำให้ชาวบ้านได้ถ่ายทอดความเจ็บปวดและได้รับรู้ความทุกข์ยากของกันและกัน เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงถึงความจำเป็นที่จะต้องรวมตัวเพื่อร่วมต่อสู้ ทำให้เกิดเครือข่ายและการขยายเครือข่ายพันธมิตรที่กว้างขวางออกไป กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้เข้าร่วมขบวนการเกิดความตระหนักถึงอำนาจของตนเอง เห็นถึงข้อจำกัดของการเมืองในระบบตัวแทน และเข้าใจร่วมกันว่าวิธีการต่อสู้ที่จะได้มาซึ่งสิ่งที่คนจนเรียกร้องต้องการก็คือ

การปักหลักชุมชน การเดินขบวน การยื่นข้อเสนอเพื่อการต่อรอง ควบคุมไปกับการเคลื่อนไหวที่ใช้สัญลักษณ์ และพิธีกรรมต่างๆ โดยมีเป้าหมายในแต่ละครั้ง คือ การทำให้เกิด “การเจรจาแบบเสมอหน้า” ซึ่งเปรียบเสมือน “ประตูบานใหม่” ที่เปิดให้ผู้ไร้อำนาจสามารถนำเสนอปัญหาและความต้องการของตนเข้าสู่กระบวนการต่อรองทางการเมืองได้ (ประภาส ปิ่นตบแต่ง 2541: 181) หรือเป็นการทำให้ปัญหาของคนที่ระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนไม่สามารถเป็นปากเป็นเสียงให้เขาได้มีสิทธิมีเสียงขึ้นมาได้นั่นเอง

ความตื่นตัวทางการเมืองที่เกิดขึ้นผนวกการเปิดโปงความฉ้อฉลและความไร้ประสิทธิภาพของรัฐบาลทำให้เกิดเสียงเรียกร้องการปฏิรูปการเมืองอย่างกว้างขวาง การขับเคลื่นและกดดันเพื่อการปฏิรูปการเมืองปรากฏผลเป็นรูปธรรมเมื่อมีการประกาศยุบสภาและมีการเลือกตั้งในปี พ.ศ. 2538 รัฐบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.) นำโดย ศ. นพ.ประเวศ วะสี พร้อมกันนั้นก็มีการตั้งคณะกรรมการแก้ไขรัฐธรรมนูญ โดยมีนายอุทัย พิมพ์ใจชน มาเป็นประธานคณะกรรมการแก้ไขรัฐธรรมนูญมาตรา 211 เพื่อเปิดทางให้กับการปฏิรูปการเมือง โดยการตั้งสภาร่างรัฐธรรมนูญ ซึ่งนายอุทัย พิมพ์ใจชน ก็ได้มาทำหน้าที่เป็นประธานสภาร่างรัฐธรรมนูญ และมีนายอานันท์ ปันยารชุนเป็นประธานอนุกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ โดยมีพิมพ์เขียวจาก คพป. ควบคุมไปกับการเคลื่อนไหวอย่างกว้างขวางในภาคประชาชน เป็นเหตุให้สภาผู้แทนราษฎรยอมผ่านร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ออกมา รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมทางการเมืองโดยตรงได้มากขึ้นกว่าที่เป็นมาก่อน เช่น การเข้าชื่อเพื่อเสนอกฎหมาย การเข้าชื่อเพื่อเสนอให้วุฒิสภาคัดถอนนักการเมือง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสร้างกลไกองค์กรอิสระต่างๆ ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ติดตาม และดำเนินการตามกฎหมายต่อนักการเมืองที่ประพฤติมิชอบได้อีกหลายช่องทาง

ศ. นพ.ประเวศ วะสี ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการปฏิรูปการเมืองครั้งนั้น ได้เสนอแนวคิดสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดการปฏิรูปได้ คือ แนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” โดยได้อธิบายความหมายไว้ว่า “พลังอำนาจในสังคมมี 3 อย่างคือ พลังอำนาจรัฐ พลังอำนาจทุน และพลังอำนาจทางสังคม พลังอำนาจทั้ง 3 ต้องได้ดุลเป็นสังคมสมานภาพ จึงจะเกิดความเป็นธรรม แต่ที่ผ่านมาพลังอำนาจทางสังคมมีน้อยมาก เมื่อเทียบกับพลังอำนาจรัฐและพลังอำนาจทุน สังคมจึงเสียดุลอย่างรุนแรงและไม่ยั่งยืน” (whitethunder lucio 2555)

แนวคิดเดียวกันนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีการประสานพลังการขับเคลื่อนด้วยการสร้างองค์ความรู้ควบคู่ไปกับการสร้างเครือข่ายทางสังคม และการผลักดันในเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการตรากฎหมายใหม่ คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการดังกล่าวมาประสบความสำเร็จหลังการรัฐประหารในปี พ.ศ. 2549 และมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้น ซึ่งมีแนวคิดสำคัญคือ การสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง ผ่านเครื่องมือสำคัญได้แก่ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของนโยบาย แผนงานหรือโครงการขนาดใหญ่ของภาครัฐและเอกชน (Health impact assessment) และการจัด “สมัชชาสุขภาพ” ซึ่งมีทั้งสมัชชาระดับชาติ สมัชชาระดับพื้นที่ และสมัชชาเฉพาะประเด็น ทั้งนี้ มติจากสมัชชาสุขภาพ หากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติก็สามารถนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้เห็นชอบและสั่งการให้หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการต่อได้

กล่าวได้ว่า “สมัชชาสุขภาพ” คือรูปธรรมที่ชัดเจนที่สุดของการสร้างกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยการนำแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” มาใช้ในทางปฏิบัติ โดยประกอบด้วยสามยุทธศาสตร์หลัก คือ การสร้างองค์ความรู้ การขับเคลื่อนภาคสังคม และการมีส่วนร่วมทางการเมือง การประเมินการจัดสมัชชาสุขภาพในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นช่วง

แรกๆ ของการเคลื่อนไหวผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพแสดงให้เห็นว่า สมัชชาสุขภาพเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการทบทวนองค์ความรู้หลากหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ เชื่อมโยงกับกลุ่มก้อนองค์กร ภาคีและเครือข่ายต่างๆ ที่เข้ามาร่วมไตร่ตรอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และแสวงหาข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ยิ่งในระยะหลังจากที่มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และมีระเบียบกฎหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดสมัชชา รวมทั้งมีสถานภาพในทางกฎหมายที่ทำให้มติสมัชชาเมื่อได้รับรองจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน สามารถนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านการเห็นชอบจากกระทรวงสาธารณสุข หรือรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข สมัชชาสุขภาพก็กลายเป็นช่องทางสำคัญที่จะผลักดันนโยบาย ที่ภาควิชาการ และภาคประชาชนสามารถเข้ามาใช้ได้อย่างเปิดกว้างและมีความหมายมากกว่าเดิม

### 3. สมัชชากับประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองในระบอบประชาธิปไตยนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามปรัชญาทางการเมืองและบริบททางสังคมที่แตกต่างกันไปในแต่ละยุคสมัย แต่สาระสำคัญหรือ “อุดมคติประชาธิปไตย” (Democratic ideal) (Machan 2002) ก็คือการมีส่วนร่วมในการบริหารบ้านเมืองและการมีสิทธิมีเสียงที่จะแสดงออกซึ่งความคิดเห็นและความต้องการของตน “สมัชชา” ถือได้ว่าเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมสำคัญในวิถีทางประชาธิปไตยที่ปรากฏในจารีตทางความคิดและปรัชญาทางการเมืองที่หลากหลายจากอดีตจนถึงปัจจุบัน “สมัชชา” เป็นคำไทยที่ถูกใช้ในความหมายของคำภาษาอังกฤษหลายคำ เช่น คำว่า Assembly, Congress, และ Council ทั้งถูกใช้เรียกองค์กรและรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองที่แตกต่างกัน ตั้งแต่องค์กรระดับโลก เช่น สมัชชา

ใหญ่สหประชาชาติ (General Assembly of United Nations) และสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ไปจนถึงสมัชชาชุมชน (Neighborhood Assembly) ทั้งในโลกคอมมิวนิสต์ อย่างเช่น สมัชชาใหญ่พรรคคอมมิวนิสต์จีน (National Congress of the Communist Party of China) ไปจนถึงองค์กรศาสนา เช่น มหาสมัชชวาติกัน (Vatican Council) โดยมีความหมายโดยรวมที่หมายถึงการรวมตัวกันเพื่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถกแถลงชี้แจงเหตุผล (Deliberation) เพื่อตัดสินใจหรือกระทำการบางอย่างร่วมกัน (Collective decision-making and action)

สิทธิในการรวมตัวกันเพื่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือการถกแถลงชี้แจงเหตุผล (Deliberation) เพื่อตัดสินใจหรือกระทำการบางอย่างร่วมกันนี้ ถือเป็นสาระสำคัญประการหนึ่งของปรัชญาการเมืองของระบอบประชาธิปไตย ที่ถือว่าอำนาจอธิปไตยเป็นของประชาชนและประชาชนย่อมมีสิทธิมีเสียงในการร่วมกำหนดทิศทางบ้านทางเมืองได้ ซึ่งแตกต่างออกไปจากการปกครองแบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ (Monarchy) คณาธิปไตย (Oligarchy) อภิชนาธิปไตย หรืออมาตยธิปไตย (Aristocracy) หรือธนาธิปไตย (Plutocracy) ซึ่งล้วนแต่เป็นการปกครองด้วยอภิสิทธิ์ชนคนกลุ่มน้อยที่อาศัยอำนาจไม่ว่าจะเป็นอำนาจในทางจารีตประเพณี อำนาจจากการใช้กำลัง อำนาจจากตำแหน่งหน้าที่ทางราชการ หรืออำนาจเงินเป็นใหญ่ โดยไม่เคารพต่อความคิดเห็นของประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจต่อความหมายของ “สมัชชาสุขภาพ” บทความนี้จะเริ่มด้วยการทบทวนแนวคิดและวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับรูปแบบการแสดงออกทางการเมืองในที่สาธารณะในจารีตทางการเมืองในอดีต รวมทั้งทบทวนพัฒนาการของแนวคิดประชาธิปไตยในระยะหลังที่กระแสดูความคิดเรื่องประชาธิปไตยที่เน้นการถกแถลงและไตร่ตรองร่วมกันด้วยปัญญา (Deliberative democracy) กำลังได้รับความสนใจ

### 3.1 จารีตประชาธิปไตยในตะวันตก

รูปแบบการปกครองที่เรียกกันว่าประชาธิปไตยนั้น อาจกล่าวได้ว่ามีต้นแบบมาจากการปกครองของนคร-รัฐเอเธนส์ ในกรีซ คำว่าประชาธิปไตยในภาษาอังกฤษ (Democracy) ก็มีรากศัพท์มาจากคำว่า δημοκρατία ซึ่งรวมเอาคำว่า demos (δημος, หมายถึงประชาชน) กับคำว่า kratos (κράτος, ซึ่งหมายถึง “อำนาจ”) ระบบประชาธิปไตยแบบเอเธนส์ (Athenian democracy) นี้มีรูปแบบที่ซับซ้อน มีการจัดสรรบทบาทอำนาจหน้าที่ในการปกครองอย่างระบบ และที่สำคัญคือ เป็นระบบที่เรียกว่า “ประชาธิปไตยโดยตรง” (Direct democracy) คือประชาชนเข้าร่วมในการตัดสินใจทางการเมืองในการประชุมสมัชชา (The Assembly) ด้วยตนเองโดยไม่มีทางเลือกตัวแทน (Raaflaub 2001)

อย่างไรก็ตาม ประชาธิปไตยโดยตรงนี้ก็มิได้หมายความว่าประชากรทุกคนในกรุงเอเธนส์และเขตการปกครองที่เรียกว่า เอตติกา (Attica) ซึ่งมีประชากรอยู่ราว 250,000-300,000 คนจะมีส่วนร่วมทั้งหมด โดยความเป็นจริงแล้ว ผู้มีสิทธิเข้าร่วมในสมัชชาคือพลเมืองตามกฎหมายของเอเธนส์นั้นเป็นเพียงส่วนน้อย (ราว 30,000 คนเท่านั้น) ประชากรส่วนใหญ่ประกอบด้วยคนต่างด้าว (Resident foreigner หรือที่เรียกว่า medics) และประชากรทาสจำนวนมาก นอกจากนั้น ผู้หญิง เด็ก และผู้ที่ยังไม่ผ่านการเป็นทหาร (ซึ่งหมายความรวมถึงผู้พิการ) ล้วนแต่เป็นผู้ไม่มีสิทธิ ส่วนผู้ชายนั้นจะต้องบรรลุนิติภาวะ และผ่านการฝึกทหารแล้ว จึงจะมีสิทธิเข้าร่วมในสมัชชาเพื่อกำหนดนโยบายและการบริหารงานของนครรัฐได้

สิ่งที่น่าทึ่งของประชาธิปไตยในนครรัฐเอเธนส์ก็คือการที่พลเมืองเอเธนส์จำนวนมากเข้าร่วมในการประชุมสมัชชา ซึ่งทำหน้าที่เป็นทั้งฝ่ายบริหาร เช่น ออกกฤษฎีกา การให้สิทธิพลเมืองแก่คนต่างด้าว รวมทั้งการประกาศสงคราม การแต่งตั้งผู้บริหารนครรัฐ ฝ่ายนิติบัญญัติ เช่น การออกกฎหมายต่างๆ และฝ่าย

ตุลาการ เช่น การพิจารณาคดีทางการเมือง โดยที่กระบวนการสมัชชาแห่งนครรัฐเอเธนส์นั้นเชื่อเชิญให้พลเมืองเป็นผู้ริเริ่มนำเสนอประเด็นปัญหาหรือความต้องการ พลเมืองผู้ริเริ่ม (หรือ Citizen-initiator) นี้ถือเป็นหัวใจของระบบประชาธิปไตยเพราะเป็นผู้ลุกขึ้นยืนต่อหน้าสมัชชาและเสนอสิ่งที่ต้องการให้สมัชชาพิจารณาตัดสิน

แม้ว่าประชาธิปไตยในเอเธนส์จะเป็นระบบที่พลเมืองมีสิทธิมีเสียงในการปกครองมากที่สุด แต่ก็มิได้เป็นระบบที่สมบูรณ์แบบ กรณีการตัดสินประหารชีวิตโสเครตีสด้วยข้อหา “ประพฤติน้อฉลต่อเยาวยชนและเชื่อในพระเจ้าที่แปลกประหลาด” เป็นตัวอย่างที่สะท้อนจุดอ่อนของการตัดสินใจด้วยประชาธิปไตยแบบเสียงข้างมาก (Majoritarianism) ในขณะที่การกีดกันผู้หญิงและทาสจากการมีสิทธิเสียงก็เป็นประเด็นที่ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ โดยเฉพาะเรื่องทาสนั้น มีการกล่าวว่า ประชาธิปไตยแบบเอเธนส์นั้นเป็นไปได้เพราะการมีทาส พลเมืองเอเธนส์ที่มีทาสสัก 2-3 คนก็เพียงพอที่จะทำให้เขามีเวลาว่างพอที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมทางการเมืองได้ อย่างไรก็ตาม ในนครรัฐอื่นๆ ของกรีกที่มีทาสเป็นจำนวนมากก็ไม่พบว่ามีการพัฒนากระบวนการเมืองที่เป็นประชาธิปไตยเช่นเดียวกับที่นครรัฐเอเธนส์แต่อย่างใด (Wikipedia 2011)

มีการตั้งข้อสังเกตว่ารูปแบบการปกครองของนครรัฐอาจไม่เกี่ยวข้องกับการมีทาส หากแต่เป็นผลโดยตรงจากโครงสร้างอำนาจทางการเมือง ในบทความของ David Graeber ได้อ้างถึงงานเขียนเรื่อง Politics ของอริสโตเติลที่ได้เสนอไว้ว่า รูปแบบการปกครองของนครรัฐกรีกแต่ละแห่งที่แตกต่างกันนั้นเป็นผลลัพธ์มาจากโครงสร้างอำนาจของกองทัพเป็นสำคัญ หากนครรัฐมีกองทัพเป็นทหารม้า นครรัฐนั้นก็จะปกครองแบบอภิชนาธิปไตย เพราะจะมีกึ่งแต่อภิชน (Aristocrat) เท่านั้นที่ครอบครองเป็นเจ้าของม้าซึ่งมีราคาแพงได้ และ

หากกองทัพเป็นหน่วยทหารราบติดอาวุธหนัก นครรัฐนั้นจะปกครองแบบ  
 คณาธิปไตย (Oligarchy) ทั้งนี้เพราะมีคนเพียงกลุ่มเดียวที่สามารถมีอาวุธ  
 หนักและได้รับการฝึกฝน หากอำนาจของนครรัฐตั้งอยู่บนกองทัพเรือหรือ  
 กองทหารราบติดอาวุธเบา เราก็คาดหมายได้ว่านครรัฐนั้นจะปกครองด้วย  
 ระบบประชาธิปไตย ทั้งนี้เพราะประชาชนคนไหนก็สามารถพายเรือหรือ  
 ใช้สลิงยิงได้ กล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ หากคนคนหนึ่งมีอาวุธ เราก็ต้องรับฟัง  
 ความคิดเห็นของเขา (Graeber 2004)<sup>3</sup>

กล่าวอีกนัยหนึ่ง นครรัฐที่ปกครองแบบประชาธิปไตยจะเป็นนครรัฐที่  
 รูปแบบกองกำลังทางทหารมีโครงสร้างอำนาจที่ไม่เหลื่อมล้ำหรือมีความเท่า  
 เทียมกัน อย่างไรก็ดี ยังมีคำถามในเชิงเหตุและผลที่สำคัญว่า ประชาธิปไตยเป็น  
 ปัจจัยนำไปสู่ความเท่าเทียมกัน หรือเป็นผลลัพธ์ของโครงสร้างอำนาจที่เท่าเทียม  
 กันกันแน่ ในนครรัฐเอเธนส์เอง ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมและชนชั้นนำก็ต่อ  
 ด้านแนวคิดประชาธิปไตยโดยตรง เพราะไม่เชื่อว่าพลเมืองที่ด้อยการศึกษาควร  
 จะมีสิทธิในการตัดสินใจในเรื่องของส่วนรวม มีการปฏิวัติเกิดขึ้นหลายครั้ง แต่ละ  
 ครั้งล้วนมีจุดมุ่งหมายเพื่อจำกัดสมาชิกของสมัชชาให้น้อยลงและให้มีคุณสมบัติ  
 ที่เป็นผู้ถือครองทรัพย์สินมากขึ้น ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมโดยตรงในเอเธนส์  
 ปรับตัวและดำรงอยู่ได้หลายร้อยปี แต่ก็ล่มสลายไปเมื่อกกรีกตกอยู่ภายใต้การ  
 ปกครองของโรมัน ซึ่งใช้ระบบตัวแทนคือการเลือกตั้งวุฒิสภา

ปรัชญาการเมืองตะวันตกมีวิวัฒนาการมาเป็นประชาธิปไตยแบบตัวแทน  
 มากขึ้นตามลำดับ และแม้ว่ารูปแบบประชาธิปไตยโดยตรงตามแบบเอเธนส์จะ  
 ไม่เคยมีการนำมาปฏิบัติได้อีกในระดับประเทศ แต่ตัวอย่างของนครรัฐเอเธนส์ก็

<sup>3</sup> ส่วนวนการแปลของ ภัควดี วีระภาสพงษ์ แหล่งที่มา <http://v1.midnightuniv.org/midnighttext/000941.doc>



แสดงให้เห็นถึงประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมโดยไม่ผ่านตัวแทนที่เป็นไปได้ในขอบเขตพื้นที่และขนาดประชากรที่ใหญ่เกินไปนัก รวมทั้งไม่มีความเหลื่อมล้ำหรือข้อจำกัดมากนักที่จะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมได้อย่างเท่าเทียมกันของประชาชน ที่สำคัญ หลักฐานต่างๆ ทางประวัติศาสตร์แสดงให้เห็นว่าประชาธิปไตยแบบเอเธนส์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้คนแห่งนครรัฐนี้

### 3.2 ประชาธรรม รัฐธรรม และพุทธธรรม

อมาตยา เช่น ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าร่วม “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ที่ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553 ได้กล่าวไว้ในปาฐกถาของท่าน เกี่ยวกับกระบวนการที่เกิดขึ้นในระบบสังคมต่างๆ ในการหาข้อยุติเกี่ยวกับความขัดแย้งทางความคิดของผู้คนในสังคมว่า...

*การประชุมเปิดทั่วไปที่เก่าแก่ที่สุดหลายครั้งจัดขึ้นเพื่อหาข้อยุติเกี่ยวกับความขัดแย้งทางความคิด ในประเด็นสังคมและศาสนา เกิดในอินเดียในรูปของ “ประชุมสังคายนา” แบบพุทธ ซึ่งให้คนที่มองต่างมุมได้มารวมตัวกันเพื่อถกเถียงหาข้อยุติ ตั้งแต่ทศวรรษปีก่อนคริสต์ศักราช...*

พระเจ้าอโศกทรงเป็นเจ้าของการจัดประชุมสังคายนาที่ใหญ่ที่สุด สามร้อยปีก่อนคริสต์ศักราช ในเมืองปัตนะ (สมัยนั้นชื่อเมืองปาฏลีบุตร) ซึ่งเป็นเมืองหลวงแห่งราชอาณาจักรอินเดียของพระองค์ พระเจ้าอโศกทรงพยายามเขียนและเผยแพร่กฎเกณฑ์ซึ่งเป็นกฎที่เก่าแก่ที่สุดในโลกชุดหนึ่งเกี่ยวกับการอภิปรายสาธารณะ (เทียบเคียงได้กับรูปแบบแรกๆ ของ “กฎแห่งระเบียบของโรเบิร์ต” สมัยศตวรรษที่ 19) อีกตัวอย่างหนึ่งจากประวัติศาสตร์คือ ในญี่ปุ่นยุคต้นศตวรรษที่ 7 เจ้าชายโซโตกุ ซึ่งเป็นผู้สำเร็จราชการแทนพระมารดา คือพระนางเจ้าซุยกะ ได้จัดพิมพ์ “รัฐธรรมนูญ

ลิปเจ็ดมาตรา” ในปี ค.ศ. 604 รัฐธรรมนูญฉบับนี้ยืนยันหยกร้อยปีก่อน  
แม็กนา คาร์ตา จะถูกลงนามในปี 1215 ว่า “การตัดสินใจในประเด็น  
สำคัญๆ ไม่ควรทำโดยบุคคลผู้หนึ่งผู้ใดโดยลำพัง แต่ควรอภิปรายกันหลาย  
คน...” รัฐธรรมนูญลิปเจ็ดมาตรายืนยันต่อไปว่า “เราไม่พึงขุ่นเคืองใจเมื่อ  
คนอื่นแตกต่างจากเรา เนื่องจากมนุษย์ทั้งมวลมีหัวใจ และหัวใจแต่ละดวง  
ย่อมเอนเอียงเป็นส่วนตัว สิ่งที่ถูกสำหรับพวกเขาอาจเป็นสิ่งที่ผิดสำหรับ  
พวกเรา และสิ่งที่ถูกสำหรับพวกเราอาจเป็นสิ่งที่ผิดสำหรับพวกเขา”

(อมตยา เซน 2553)<sup>4</sup>

ในหนังสือชื่อ รัฐธรรมในอดีต วีระ สมบูรณ์ ได้วิเคราะห์เนื้อความในพระ  
สูตรของพุทธศาสนาหลายบทเพื่อศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการปกครองและทัศนะ  
เกี่ยวกับรัฐ (วีระ สมบูรณ์ 2532) ในอัครคัมภีร์สูตร มีการกล่าวถึงกำเนิดโลก กำเนิด  
มนุษย์และประวัติศาสตร์สังคมและการเมืองอย่างละเอียด แม้พระสูตรนี้ดูเหมือน  
จะมีเจตนาเพื่อหักล้างเหตุผลที่พวกพราหมณ์อ้างสิทธิและอำนาจของตนเหนือ  
วรรณะอื่นโดยแจ่มแจ้งให้เห็นถึงที่มาของระเบียบกฎเกณฑ์ทางสังคมอันดำเนิน  
ต่อเนื่องมาตั้งแต่ครั้งที่จักรวาลยังไม่มีทั้งกาลและเทศะ สัตว์ทั้งหลายก็ไม่มีเพศ  
จนกระทั่งเกิด “รสปฐวี” ที่มีรสอร่อย เมื่อมีคนเอานิวซ์ซอมมาลองชิมก็ติดใจใน  
รส จากนั้นก็เริ่มปั้นกินเป็นคำ ด้วยง้วนดินที่กินเป็นอาหาร สัตว์เหล่านั้นก็เริ่ม  
เปลี่ยนแปลงไป มีร่างกายแข็งกล้าขึ้นทุกที ผิวพรรณก็แตกต่างกัน และเริ่มมีการ  
บัญญัติว่าผิวพรรณงามหรือไม่งาม ดีหรือเลว จึงมีการดูหมิ่นกันด้วยการ “ปรารภ  
ผิวพรรณเป็นปัจจัย” (วีระ สมบูรณ์ 2532: 27)

เมื่อง้วนดินหรือรสปฐวีหมดไปก็เกิดเครื่องดินขึ้นเป็นอาหารของสัตว์เหล่านั้น  
นั้น เมื่อเครื่องดินหมดไปก็เกิดข้าวสาสีที่มีกลิ่นหอม มีเมล็ดเป็นข้าวสาร ไม่มี

<sup>4</sup> สำนวนแปลของสฤณี อาชวานันทกุล

เปลือก เก็บกินไปเท่าไรในตอนเช้าก็จะมีเมล็ดสุกงอกขึ้นแทนที่ในตอนเย็น ครั้นมีสัตว์ส่วนหนึ่งเกิดโลกาไปเก็บข้าวสาลีมาสะสมก็มีผู้ทำตามอย่าง ข้าวสาลีที่เคยอุดมสมบูรณ์ก็เปลี่ยนไป ไม่มีเมล็ดสุกงอกขึ้นมาแทน เมื่อสัตว์เหล่านั้นมาจับกลุ่มปรับทุกข์กันก็เกิดความคิดที่จะแบ่งข้าวสาลีและปักปันเขตแดน ทรัพย์สินเอกชนจึงเริ่มเกิดขึ้น แต่ก็มีบุคคลบางกลุ่มเกิดความคิดจะไปเก็บเอาข้าวสาลีของคนอื่น จึงมาตกลงกันว่า “พวกเราจักสมมติสัตว์ผู้หนึ่งให้เป็นผู้ว่ากล่าวผู้ที่ควรว่ากล่าวได้โดยชอบ ให้เป็นผู้ติเตียนผู้ที่ควรติเตียนได้โดยชอบ ให้เป็นผู้ขับไล่ผู้ที่ควรขับไล่ได้โดยชอบ ส่วนพวกเราจักแบ่งส่วนข้าวสาลีให้แก่ผู้นั้น” (วีระ สมบูรณ์ 2532: 33) ด้วยเหตุนี้เอง ชนชั้นปกครองจึงเกิดขึ้น

เป็นที่น่าสังเกตว่า “กำเนิดรัฐ” ตามคติของพุทธศาสนาดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดสัญญาประชาคม (Social contract theory) ในปรัชญาการเมืองตะวันตก คือเป็น “มหาชนสมมติ” นั้นเอง และเมื่อได้รับการสมมติขึ้นมาแล้ว ผู้ปกครองก็จำเป็นต้องมีหลักปฏิบัติซึ่ง “จักกวัตติสูตร” ได้อธิบายข้อปฏิบัติของผู้ปกครองเพื่อความสงบสุขของสังคมด้วยการคุ้มครองชนกลุ่มต่างๆ อย่างเสมอกัน ดูแลไม่ให้เกิดการอธรรม สงเคราะห์ผู้ที่ไม่มีทรัพย์ และหมั่นปรึกษาผู้รู้ที่ตั้งมั่นในคุณธรรมว่าอะไรคือกุศล อะไรคืออกุศล ซึ่งหากผู้ปกครองละเลยก็จะนำมาซึ่งความเสื่อม ดังเช่น พระราชาองค์หนึ่งที่ปกครองตามมติของพระองค์เอง ไม่ปฏิบัติตามธรรมโดยนัยแห่งจักรวรรดิวัตร

*บรรดาประชาราษฎร์กลุ่มต่างๆ นับแต่คณะอำมาตย์ ข้าราชการบริวาร นายกองช่าง นายกองม้า ไปจนถึงคนรักษาประตู และ “คนเลี้ยงชีพด้วยปัญญา” ก็ชุมนุมกันเรียกร้องให้พระราชาประพุดิจักรวรรดิวัตร โดยเสนอด้วยว่า พระราชาสามารถตรัสถามประชาชนได้ว่า จักรวรรดิวัตรนั้นมีอะไรบ้าง (วีระ สมบูรณ์ 2532: 45-46)*

แม้ว่าพระสุตตรจะไม่ได้กล่าวถึงหลักประชาธิปไตยอย่างที่เรารู้จักกันในสังคมสมัยใหม่ แต่ข้อความในพระสุตตรก็แสดงให้เห็นว่า “สิทธิในการรวมตัวกัน” (Right to assembly) และการชุมนุมเรียกร้องก็เป็นช่องทางหนึ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปกครองได้

รูปแบบการปกครองของแคว้นต่างๆ ในอินเดียก็อาจคล้ายกับการปกครองของนครรัฐต่างๆ ในกรีก คือมีระบบการปกครองที่แตกต่างหลากหลาย บ้างก็ปกครองแบบราชาอาณาจักรมีพระเจ้าแผ่นดินปกครอง เช่น แคว้นมคธที่มีพระเจ้าพิมพิสารปกครอง บ้างก็มีกลุ่ม “เจ้า” สกุลต่างๆ ร่วมกันปกครอง บ้างก็ปกครองกันโดย “ไม่มีพระเจ้าแผ่นดิน กล่าวคือ ไม่มีใครมีสิทธิ์ขาด แต่จะต้องประชุมปรึกษากันในหมู่ผู้ปกครองหลายๆ คน” (วีระ สมบูรณ์ 2532: 57-58) เช่น แคว้นสักกะ แคว้นวัชชี และแคว้นมัลละ ซึ่งสมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรสทรงเรียกการปกครองแบบนี้ว่า “สามัคคีธรรม”

หลัก อปริหานิยธรรม 7 ประการเป็นหลักธรรมที่พระพุทธเจ้าบอกเล่าแก่เจ้าลิจฉวีซึ่งปกครองแคว้นวัชชีว่าหากชาววัชชีปฏิบัติได้ก็ “พึงหวังความเจริญได้แน่นอน ไม่พึงหวังความเสื่อมเลย” หลักอปริหานิยธรรมประการแรกคือ การหมั่นประชุมกันสม่ำเสมอและพร้อมเพรียงกันประชุมปรึกษาและกระทำกิจต่างๆ ที่ควรทำ วีระตั้งข้อสังเกตว่า การที่พระพุทธเจ้าทรงใช้คำว่า “ชาววัชชี” โดยตลอด ไม่ได้ระบุเพียงเจ้าลิจฉวี นี่ย่อมแสดงว่าระบบสามัคคีธรรมของแคว้นวัชชีนั้นเป็นวิถีปฏิบัติของผู้คนที่มีส่วนร่วมในการปกครอง โดยที่เจ้าลิจฉวีคงจะเป็นเสมือนอภิชน (Aristocrat) ที่มีอิทธิพลในด้านต่างๆ มากกว่าสามัญชน ในแง่นี้เราอาจสรุปได้ว่า แคว้นวัชชีเป็นสาธารณรัฐที่มีการปกครองในลักษณะ “ประชาธิปไตย” ในรูปแบบหนึ่ง

ธรรมเกี่ยวกับการปกครองที่พระพุทธเจ้าได้ทรงแสดง ทั้งอัครคัมภีร์สุตตร ที่แสดงถึงประวัติศาสตร์สังคมการเมืองและกำเนิดรัฐ จักกวัตติสุตตร ที่แสดงวัตร

ปฏิบัติของผู้ปกครอง และสามัคคีธรรม ที่แสดงถึงธรรมของการอยู่ร่วมกันตามหลัก “อปริหานิยธรรม” นี้ชี้ให้เห็นว่า การตัดสินใจแบบง่าย ๆ ว่าปัญหาสังคมเกิดขึ้นจากคนเห็นแก่ตัว และทางออกก็คือการส่งเสริมให้ผู้คนมีศีลธรรมนั้นอาจเป็นคำตอบที่ไม่เพียงพอ เพราะนอกเหนือจากธรรมของปัจเจกบุคคลแล้ว พระสูตรต่างๆ เหล่านี้ยังได้แสดงให้เห็นถึง “รัฐธรรม” และ “ประชากรธรรม” ที่ผู้ปกครองและสาธารณชนจะต้องมี คือนอกเหนือจากธรรมะในระดับปัจเจกบุคคลแล้ว ยังต้องมีการจัดระเบียบสังคมให้ถูกต้องอีกด้วย ซึ่งหากเปรียบเทียบกับชุมชนสงฆ์ก็คือ นอกเหนือจากไตรสิกขา หรืออริยมรรคแล้วยังต้องมีวินัยแห่งสังฆะเพื่อจัดระเบียบสังคมในการอยู่ร่วมกันอีกด้วย ซึ่ง “ภิกขุสูตร” ที่พระพุทธเจ้าตรัสเทศนาแก่พระภิกษุก็มีเนื้อหาคล้ายคลึงกับหลักอปริหานิยธรรมนั่นเอง

การที่ชุมชนสงฆ์ใช้หลัก “สามัคคีธรรม” และ “อปริหานิยธรรม” นี้ วิเคราะห์สมบูรณเห็นว่าไม่ใช่เรื่องแปลก “เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่า พระพุทธเจ้าไม่ได้ทรงมอบให้ผู้ใดเป็นใหญ่และให้ถือเอามติของสงฆ์เป็นหลักในการตัดสินใจสิ่งต่างๆ” หากเราพิจารณาว่ากฎระเบียบในชุมชนสงฆ์ ซึ่งถือได้ว่าเป็นชุมชนอุดมคติที่พระพุทธเจ้าสร้างขึ้นให้เป็นแบบอย่างนี้ เน้นที่รูปแบบการอยู่ร่วมกันด้วยการประชุมปรึกษาหารือกันมากกว่าการใช้อำนาจ ก็อาจกล่าวได้ว่า หลัก “สามัคคีธรรม” อันเป็นรากฐานของระบบสังคมการเมืองของชุมชนสงฆ์นี้ก็คือหลักการของการอยู่ร่วมกันในอุดมคติ

แม้ถ้อยคำและศัพท์แสงจะแตกต่างไปจากที่ใช้ในปรัชญาการเมืองสมัยใหม่ แต่เราคงปฏิเสธไม่ได้ว่า หัวใจของการอยู่ร่วมกันในชุมชนสงฆ์หรือหลักการอันเป็นรากฐานของสังคมอุดมคติที่เรียกว่า “สังฆะ” นั้นให้ถือเอามติของคณะสงฆ์เป็นหลักในการตัดสินใจสิ่งต่างๆ และกำหนดให้พระสงฆ์ต้องหมั่นประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ พร้อมเพรียงกันในการประชุมและในการกระทำกิจการต่างๆ เช่นเดียวกับที่ปรากฏในอปริหานิยธรรม หลักการเหล่านี้คล้ายคลึงกับระบบการ

ปกครองที่ใช้ความเห็นส่วนรวมในการตัดสินใจและเน้นการประชุมปรึกษาหารือกัน ซึ่งก็คือหลักการสำคัญของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมนั่นเอง

### 3.3 สัญญาประชาคม ประชาสังคม และพื้นที่สาธารณะ

ปรัชญาการเมืองตะวันตกมีจุดเปลี่ยนสำคัญคือการแยกจากกันของอาณาจักรและศาสนจักร เมื่ออำนาจแห่งราชอาณาจักรถูกแยกขาดจากศาสนจักร ความชอบธรรมจากอำนาจเทวสิทธิ์ (Divine right) ของกษัตริย์ก็หมดไป นักคิดเช่น Thomas Hobb และ John Locke อธิบายความชอบธรรมใหม่โดยอ้างที่มาของอำนาจรัฐว่าเกิดจากการยินยอมพร้อมใจกันของผู้คนในสังคมที่จะจัดระเบียบความเป็นอยู่ร่วมกันด้วยการมอบอำนาจให้กับผู้นำให้ทำหน้าที่แทนตนในนามของส่วนรวม ซึ่งเรียกว่า ทฤษฎีสัญญาประชาคม (Social Contract Theory) ทฤษฎีนี้ต่อมาได้กลายเป็นรากฐานของการปฏิวัติประชาธิปไตยในยุโรปและเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของประชาธิปไตยแบบตัวแทน

ช่วงปลายศตวรรษที่ 18 จวบจนถึงช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 การมีส่วนร่วมของประชาชนในทางการเมืองขยายตัวมากขึ้นพร้อมๆ กับการเติบโตขององค์กรภาคประชาสังคม (Saligman 1992: 15-18) การค้าและพานิชยกรรมระหว่างประเทศที่เจริญก้าวหน้าได้ก่อให้เกิดกลุ่มพ่อค้าวานิชย์ที่มั่งคั่งขึ้น สถานที่สาธารณะกลายเป็นที่พบปะชุมนุมกันของชนชั้นกลางใหม่ที่มาจับกลุ่มพูดคุยเรื่องราวเกี่ยวกับสังคมและความเป็นอยู่ของพวกเขา ใน “ปริมนทลสาธารณะ” หรือ Public sphere นี้เองที่ประชาสังคม (Civil society) ได้ก่อตัวขึ้นในยุโรปตะวันตก (Habermas 1989) การกำเนิดขึ้นของพื้นที่สาธารณะและชนชั้นกลางที่มีความตื่นตัวทางการเมืองนั้นได้เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและปัจเจกชน พลเมืองมีสิทธิที่จะใช้ความคิดอิสระของตนวิพากษ์หรือแสดงความคิดเห็นต่อกิจการสาธารณะและทวงถามหรือท้าทายอำนาจรัฐได้

งานศึกษาการก่อกำเนิดของ “ปริมณฑลสาธารณะ” ของฮาเบอร์มาสนี้เป็นความพยายามที่จะทำความเข้าใจการใช้เหตุผลของสาธารณะ หรือ Public use of reason ซึ่งฮาเบอร์มาสถี้อธิบายว่าเป็นจุดกำเนิดของระบอบประชาธิปไตยในยุโรป เพราะการเกิดขึ้นของพื้นที่สาธารณะได้เปิดโอกาสให้สามัญชนนำเอาปัญหาทางการเมืองมาอภิปรายถกแถลงกันและหาทางออกที่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน แทนที่จะยอมรับอำนาจของชนชั้นปกครองอย่างเชื่องๆ อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในประวัติศาสตร์ยุโรป อย่างไรก็ตาม ฮาเบอร์มาสเห็นว่าในปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 วิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นทั่วโลกได้ทำให้รัฐขยายบทบาทเข้าแทรกแซงเศรษฐกิจ และขยายกลไกระบบราชการเข้าครอบคลุมทุกมิติของชีวิตทางสังคมของพลเมือง จนทำให้พื้นที่สาธารณะหดหายและขาดความเป็นอิสระ

กระแสความสนใจในแนวคิดเรื่องประชาสังคมในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในยุโรปตะวันออก ยุโรปตะวันออกในยุคสงครามเย็นนั้นมีระบอบการเมืองที่รวมศูนย์แบบเผด็จการ ระบอบดังกล่าวถูกท้าทายโดยการรวมตัวกันของพลเมืองเป็นกลุ่มขนาดเล็ก ที่เคลื่อนไหวต่อสู้เพื่อฟื้นฟูชีวิตและสิทธิทางการเมืองของตน กลุ่มเล็กๆ เหล่านี้ ซึ่งกระจัดกระจายและดำรงอยู่อย่างอิสระ ได้ก่อตัวขึ้นกลายเป็นเครือข่ายที่มีความเชื่อมโยงกันจนกลายเป็นภาคประชาสังคมที่เข้มแข็ง กระบวนการเคลื่อนไหวในภาคประชาสังคมดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการปลดปล่อยยุโรปตะวันออกและเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบอบที่เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น ส่วนในโลกเสรีนิยมนั้น การเกิดขึ้นขององค์กรประชาสังคมต่างๆ ได้ทำให้บทบาทขององค์กรนอกภาครัฐเด่นชัดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวคิดประชาสังคมนี้ปฏิเสธการผูกขาดความชอบธรรมของระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทน โดยเน้นให้ประชาชนหรือพลเมืองมีการรวมตัวกัน (Civic assembly) เพื่อมีบทบาททางการเมืองโดยตรง ไม่ใช่เฉพาะในช่วงลงคะแนนเสียงเลือกตั้งเท่านั้น

ฮาเบอร์มาสเชื่อว่าพื้นที่อิสระสาธารณะที่ผู้คนมารวมตัวกัน พูดคุยทำความเข้าใจและถกเถียงเพื่อหาข้อยุติต่างๆ นี้เป็นรากฐานของการเมืองที่ดีงาม (Habermas 1990) ที่วางอยู่บนรากฐานที่เชื่อในศักยภาพในการใช้เหตุใช้ผลของมนุษย์ การรู้จักใช้เหตุใช้ผลของมนุษย์นี้เกิดขึ้นจาก “ปฏิบัติการสื่อสาร” (Communicative action) อันเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการถกเถียงที่สามารถท้าทายข้ออ้างและความชอบธรรมที่ดำรงอยู่อย่างไม่เคยถูกตั้งคำถามได้ อย่างไรก็ตามการสื่อสารดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ (Ideal speech act) จะต้องมีเงื่อนไขสำคัญคือการปลดพ้นจากการถูกบังคับขู่เข็ญด้วยกำลังอำนาจ ความประสงค์ร่วมกันในการแสวงหาความเข้าใจระหว่างกัน และพลังของการสร้างข้อถกเถียงที่ดี (Habermas 1975) แม้จะมีข้อโต้แย้งว่าภาวะอุดมคติของทางการสื่อสารนั้นจะไม่มีอยู่จริง แต่การสื่อสารก็ไม่จำเป็นต้องสมบูรณ์แบบ แนวคิดเรื่อง communicative action ของฮาเบอร์มาสได้ทำให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่มนุษย์จะสื่อสารกันด้วยความเคารพในเหตุผลที่แตกต่าง เพราะหากชีวิตทางการเมืองเริ่มต้นจากการไม่เชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพที่จะใช้เหตุผลและมีวิจารณ์ญาณแล้ว ระบอบประชาธิปไตยก็เป็นแค่ความฝันลมๆ แล้งๆ ที่ไม่มีทางเกิดขึ้นได้จริง

ปฏิบัติการสื่อสารจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีเจตนาที่จะแลกเปลี่ยนกันด้วยสื่อสาร แทนที่จะแลกเปลี่ยนกันด้วย “ตัวกลางอื่น” ในข้อเสนอนี้ของฮาเบอร์มาส เขามองโลกและชีวิตสาธารณะออกเป็นสองส่วนได้แก่ “ระบบ” (System) คือ ระบบรัฐและตลาด กับ “ชีวิต” (Lifeworld) คือโลกของการใช้ชีวิตสาธารณะร่วมกัน ซึ่งแต่ละส่วนมี “ตัวกลาง” (Media) ที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนเพื่อบรรลุผลลัพธ์ทางสังคมแตกต่างกัน ตัวกลางของระบบ (System media) ได้แก่ อำนาจและเงิน ซึ่งใช้ในการแลกเปลี่ยนเพื่อบรรลุข้อตกลงระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในทางการเมืองและเศรษฐกิจ ส่วน Lifeworld media หรือ



ตัวกลางในการแลกเปลี่ยนเพื่อการใช้ชีวิตร่วมกันนั้นอาศัย “การสื่อสาร” เป็นตัวกลางสำคัญในการบรรลุข้อตกลงที่ดีที่สุด

ข้อสังเกตนี้อาจเหมาะสมกับสถานการณ์ทางการเมืองไทยที่ระบบการเมืองที่เป็นทางการนั้นไม่สนใจที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับพลเมืองในฐานะคนที่คิดได้และใช้เหตุผลเป็น แต่จะอาศัย “ตัวกลางของระบบ” เช่น การเสนอนโยบายที่จะให้ผลประโยชน์ (เงินหรือสวัสดิการอย่างอื่น) ผ่านนโยบายแบบประชานิยมที่ลูกกลมไปทั่ว หรืออาศัย “อำนาจ” ทั้งในระบบและนอกระบบในการทำให้ประชาชนสยบยอม (ไม่ว่าจะเป็นการสยบยอมแบบเชิงอ้อมๆ หรือสยบยอมเพราะหมดทางสู้) พื้นที่สำหรับการถกแถลงในระบบการเมืองที่เป็นทางการ เช่น รัฐสภา หรือสภาผู้แทนราษฎร กลายเป็นพื้นที่สำหรับยืนยันความคิดที่ตัดสินใจไปแล้วล่วงหน้า เป็น “ระบบนโยบายปลายปิด” ที่ไม่เปิดโอกาสให้ความเป็นไปได้ใหม่ๆ ที่แตกต่างไปจากสิ่งที่คิดไว้เบ็ดเสร็จล่วงหน้าแล้วเกิดขึ้นได้เลย

แนวคิดเรื่อง Communicative action นี้ หากพิจารณาจากความเป็นจริงของพื้นที่สาธารณะและเวทีการถกแถลงชี้แจงด้วยเหตุผล (Deliberation) ก็จะได้เห็นว่ายังมีคำถามหลายข้อที่ต้องพิจารณาหาคำตอบ เช่น ภาวะในอุดมคติของการพูดจากัน (Ideal speech act) ที่การถกแถลงกันด้วยเหตุผลจะไม่ถูกข่มขู่คุกคามจากอำนาจใดๆ เลยนั้นมีอยู่จริงหรือ หรือแท้ที่จริงภาวะการณ์ไม่ถูกข่มขู่ในพื้นที่การพูดคุยบางประเภทนั้นเป็นไปอย่างสัมพันธ์กับการข่มขู่ในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งก็เท่ากับว่าเป็นการสร้างพื้นที่ที่มีความเป็นอุดมคติมากขึ้นโดยสัมพันธ์แทนที่จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ในทางอุดมคติอย่างสมบูรณ์ก็เป็นประโยชน์เพียงพอสำหรับการเปลี่ยนแปลงหรือปฏิรูปประชาธิปไตย

### 3.4 การเมืองหลังสมัยใหม่กับ Deliberative Democracy

กระบวนทัศน์กระแสหลักในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา กำลังถูกท้าทายอย่าง

หนักจากแนวคิดหลังสมัยใหม่ (Postmodernism) ที่มุ่งถอดรื้อรากฐานความคิดของความคิดทันสมัย (Modernity) ปรัชญาสมัยใหม่และแนวคิดแบบทันสมัยมีรากฐานมาจากนักคิดคนสำคัญคือ Francis Bacon และ Rene Decartes เป็นแนวคิดที่แยกกายและจิตออกจากกัน เน้นความเป็นเหตุเป็นผล ความมีประสิทธิภาพ และความเป็นระเบียบแบบแผน แนวคิดดังกล่าวกลายเป็นที่มาของการจัดการแบบรวมศูนย์ การยึดความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งการเน้นมิติเชิงปริมาณที่ตรวจวัดได้ เช่น อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจหรือตัวชี้วัดอื่นๆ แม้วิธีคิดดังกล่าวจะได้สร้างวิทยาการใหม่ๆ ที่ก่อให้เกิดคุณูปการมากมาย แต่ความคิดทันสมัยก็ได้ก่อให้เกิดปัญหาความแปลกแยกกันในสังคมสมัยใหม่ ทั้งในแง่การจัดการที่รวมศูนย์ที่คนตัวเล็กตัวน้อยและคนชายขอบต่างๆ ถูกกีดกันออก และในแง่ที่ความเป็นเหตุเป็นผลแบบประจักษ์นิยมนั้นแยกขาดออกจากประสบการณ์ชีวิตและความสุขทุกข์ของผู้คนที่ยากจะวัดออกเป็นตัวเลขเชิงปริมาณได้

ในมิติทางการเมือง การหันกลับมาหาตัวตนและความเป็นมนุษย์ที่มีรู้สึกนึกคิดได้ ทำให้แนวคิดหลังสมัยใหม่ให้ความสำคัญกับการเมืองที่ทุกคนสามารถมีบทบาทได้ (Politics on a human-scale) เป็นการเมืองที่ปฏิเสธการจำแนกแบ่งกลุ่มแบบสำเร็จรูปที่อัตลักษณ์และตัวตนของปัจเจกถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า (Identity politics) โดยหันมาแสวงหาการนิยามอัตลักษณ์ของตนเองผ่านความรู้สึกนึกคิด ผัสสะและประสบการณ์ (sensory experience) เรือนร่าง (body) และประวัติศาสตร์เฉพาะของตน (historicity) เพื่อทวงคืนการมีอยู่-เป็นอยู่ของตน การเมืองหลังสมัยใหม่จึงให้ความสำคัญกับความหลากหลายและการท้าทายและรื้อความคิดกระแสหลักที่ผลักดันให้ผู้คนที่ยากจะให้อำนาจต่อตรง

แนวคิดแบบหลังสมัยใหม่ได้ท้าทายวิธีคิดเกี่ยวกับอำนาจแบบเดิมโดยได้ชี้ให้เห็นถึงปฏิบัติการของอำนาจที่ปรากฏในหลายรูปแบบ ทั้งอำนาจของวาท

กรรม อำนาจแห่งสัญญา และอำนาจที่แฝงตัวอยู่ในพื้นที่ ในเรือนร่าง ในภาษา และอำนาจที่แยกไม่ออกจากความรู้ที่แทรกซึมอยู่ในทุกองูของการมีชีวิตประจำวัน แม้แนวคิดแบบหลังสมัยใหม่ก็ไม่ได้มองอำนาจว่าเป็นสิ่งที่เลวร้ายเสมอไป แต่ก็เป็นแนวคิดที่มีความอ่อนไหวและระแวงระวังเกี่ยวกับอำนาจของโครงความคิดหลักที่ครอบงำสังคม สตีเวน ไวท์ (Steven White) ได้ประมวลลักษณะสำคัญของการเมืองหลังสมัยใหม่ไว้ 4 ประการ (White 1991) คือ

- การปฏิเสธ โครงความคิดหลักที่ครอบงำและให้ความหมายสำเร็จรูปต่อการดำรงอยู่และการเปลี่ยนแปลงที่ควรจะเป็น
- ความระแวงสงสัยต่อกระบวนการที่เน้นหลักการและเหตุผลแบบครอบจักรวาล
- การให้ความสำคัญต่ออิทธิพลของเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารที่มีต่อจิตสำนึกของมนุษย์
- การต่อต้านชัดเจนอำนาจที่ล้นเกินผ่านกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ (New Social Movement)

ประชาธิปไตยแบบเลือกตั้งเป็นตัวอย่งที่ชัดเจนของแนวคิดสมัยใหม่ที่คนชายขอบและเสียงของคนส่วนน้อยถูกละเลยได้โดยง่าย ทั้งรูปแบบประชาธิปไตยแบบ Vote-centric ที่เน้นการเอาชนะกันด้วยการนับคะแนนเสียงและ Expert-centric ที่ให้ความสำคัญกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและปฏิเสธการตีความอย่างมีอิสรภาพของปัจเจกบุคคล ในจุดนี้เองที่การเมืองสมัยใหม่มีความพ้องกับประชาธิปไตยแบบ Deliberative democracy ที่เน้นการเมืองในสเกลที่เหมาะสมและการเปิดพื้นที่ทางการเมืองเพื่อการแลกเปลี่ยนพูดคุยและไตร่ตรองร่วมกัน โดยเฉพาะในบริบทหลังสงครามเย็น (Post Cold War) ที่ชั่วอุมการณ์หลักที่เคยกำหนดอัตลักษณ์ทางการเมืองของผู้คนออกเป็นฝ่ายซ้ายและฝ่ายขวาล้ม

สลายไป คู่ขัดแย้งใหม่ๆ เกิดขึ้นพร้อมกับอัตลักษณ์ใหม่ๆ ไม่ว่าจะป็นอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ ทางเพศ หรืออัตลักษณ์ทางการเมืองอื่นๆ ก็ตาม

Deliberative democracy ดูจะเป็นคำตอบที่ดีที่สุดสำหรับปัญหานี้ เพราะการเกิดขึ้นของอัตลักษณ์นั้นต้องการพื้นที่เพื่อการแสดงออกและต่อรองกันอย่างน้อยก็พอๆ กับพื้นที่เพื่อการลงคะแนนเสียง ดังที่ ซิโมน แชมเบอร์ส (Simone Chambers) ได้อธิบายว่า การเมืองแบบเดิมที่เน้นการลงคะแนนเสียงนั้นเห็นประชาธิปไตยเป็นเวทีที่ความคิดเห็นและผลประโยชน์ที่ตายตัวมาต่อสู้กันเพื่อรวบรวมตัวเลขการลงคะแนนเสียงที่มากกว่า ด้วยการแบ่งพวกเขาพวกเขาที่ชัดเจน ส่วนใน Deliberative democracy นั้นอนุญาตให้มีการแสวงหาทางออกร่วมกันผ่านความเข้าใจข้อแตกต่างและการต่อรองที่คู่กรณีมีโอกาสชี้แจงและอธิบาย (Talk-centric) ผ่านการถกแถลงและไตร่ตรองร่วมกัน (Deliberation) โดยถือว่าการลงคะแนนเสียง (Voting) เป็นเพียงวิธีการหนึ่งของการหาข้อยุติเท่านั้น (Chambers 2003)

ในเชิงนโยบายสาธารณะนั้น ช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ศาสตร์ว่าด้วยการพัฒนานโยบายสาธารณะได้ปรับเปลี่ยนจากการเน้นวิธีการแบบ Expert-centered policy มาเน้นการมีส่วนร่วมของภาคพลเมือง (Fischer and J 1993) โดยเฉพาะการใช้กระบวนการถกแถลงและไตร่ตรองร่วมกัน (Deliberation) ที่พบเห็นได้ทั้งในด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับนิเวศวิทยาและสิ่งแวดล้อม (Dryzek 1987) นโยบายด้านสุขภาพ (Maxwell et al. 2002) ด้านการศึกษา (Winton 2010) และนโยบายด้านเกษตร รวมทั้งเน้นความคิดเห็นของประชาชนต่อประเด็นปัญหาใหม่ๆ ที่ซับซ้อนเช่น ชีวจริยศาสตร์ พิษตัดต่อพันธุกรรม (PEALS 2003) หรือเรื่องความเป็นธรรมในระบบการค้าโลก โดยมีรูปแบบการจัดการที่หลากหลาย เช่น ประชาเสวนา (Citizen dialogue, civic assembly, citizen conference) ลูกขุนพลเมือง (Citizen Jury) การสำรวจความเห็นก่อนและหลัง

การอภิปรายไตร่ตรอง (Deliberative polling) เป็นต้น

ในช่วงหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา “สมัชชาสุขภาพ” นับเป็นเครื่องมือสำคัญในฐานะ Deliberative forum ในการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะของภาคพลเมือง ทั้งยังเป็นกลไกในการระดมความร่วมมือเพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ และเป็นพื้นที่ในการก่อบทบาทของภาคประชาสังคมที่ช่วยสร้างความสมดุลระหว่างอำนาจรัฐ ทูน และอำนาจทางสังคม พื้นที่เหล่านี้เองที่ทำหน้าที่เป็น “ปริมนณฑลสาธารณะ” (Public sphere) ที่หล่อหลอมอัตลักษณ์ทางการเมืองและหล่อเลี้ยงให้สำนึกความเป็นพลเมืองเติบโตและงอกงาม เพราะเป็นพื้นที่ที่ปัจเจกบุคคลแสดงออกซึ่งอำนาจในตนเองที่จะร่วมรับผิดชอบต่อส่วนรวมผ่านการใช้เหตุผลร่วมกัน (Habermas 1989) แต่สมัชชาสุขภาพที่ผ่านมาก็มีข้อจำกัดที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนและมีบทเรียนสำคัญที่ต้องทบทวน

## บทที่ 3

### สมัชชาสุขภาพ : พัฒนาการและกระบวนการ

การปฏิรูปการเมืองและการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 เกิดขึ้นในบริบทของวิกฤตทางการเงิน “ต้มยำกุ้ง” ได้กระตุ้นให้เกิดกระแสการปฏิรูปเพื่อแสวงหาแนวทางใหม่ๆ เกิดขึ้นในแวดวงต่างๆ อย่างกว้างขวาง สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพหรือ สปปรส. ได้ถูกก่อตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่ผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ ระดมสมองในเรื่อง “ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์” ในยุคแรกเริ่มของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปปรส.) นั้น มีความพยายามในการแสวงหาวิธีการเพื่อระดมความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย แนวคิดเรื่องสมัชชาที่ถูกเสนอขึ้นเป็นรูปธรรมหนึ่งของการระดมการมีส่วนร่วม เนื่องจากในระยะแรกนั้น แนวคิดเรื่องสมัชชายังไม่มีรูปแบบในทางปฏิบัติที่ชัดเจน สปปรส. ในขณะนั้นจึงได้จัด “การประชุมชาติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้นในระหว่างวันที่ 3-5 กันยายน 2543 ในงาน “ตลาดนัดสุขภาพ” เป็นการทดลองใช้เวทีสมัชชาเพื่อการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบสุขภาพที่พึง

ประสงค์เป็นครั้งแรก

ผู้เข้าร่วมการประชุมสมัชชาสุขภาพพลครั้งแรกนี้ส่วนใหญ่เป็นตัวแทนจากภาคประชาชน และพลเมืองที่มีบทบาทในองค์กรเอกชนและประชาคมสุขภาพต่างๆ ทั้งผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในองค์กรชุมชนระดับรากหญ้า องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาชีพ มูลนิธิ องค์กรสาธารณประโยชน์ และองค์กรภาคประชาสังคมอื่นๆ ที่มาร่วมประชุมและนำเสนอปัญหา แนวคิด และรูปธรรมความคิดริเริ่มต่างๆ ในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ กระบวนการสมัชชาสุขภาพฉบับทดลองนี้มีรูปแบบคล้ายคลึงกับการประชุมสมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในส่วนที่ตัวแทนจากนานาประเทศได้ขึ้นกล่าวสุนทรพจน์ในประเด็นปัญหาและทิศทางการพัฒนาสุขภาพที่แต่ละประเทศให้ความสำคัญ แม้ว่ารูปแบบสมัชชาในตอนแรกเริ่มนี้จะได้ไม่มีจุดเด่นที่กระบวนการถกแถลงหรืออภิปรายแลกเปลี่ยนกัน แต่ก็ถือได้ว่าเป็นการเปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะภาคประชาชนให้เข้ามามีบทบาทในเวทีนโยบายระดับชาติ

จุดเด่นของการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ จะเห็นได้อย่างชัดเจนหากพิจารณาเปรียบเทียบกับ “สมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ” ซึ่งเกิดขึ้น 12 ปีก่อนการประชุมสาธิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คือปี พ.ศ. 2531 ในปีดังกล่าว มีการจัดประชุมระดับชาติที่เรียกว่า “สมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ” ขึ้นเมื่อวันที่ 12-15 กันยายน 2531 ที่โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ การประชุมในครั้งนั้น ซึ่งมี “รัฐบาลไทย” เป็นเจ้าภาพ (แทนที่จะเป็นกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ) สะท้อนความพยายามที่จะทำให้ประเด็นสุขภาพเป็นเรื่องของกระทรวงต่างๆ นอกเหนือไปจากกระทรวงสาธารณสุข การประชุมสมัชชาสาธารณสุขในครั้งนั้น จึงมีรัฐมนตรีและผู้แทนจากหลากหลายกระทรวงเข้าร่วมกันแสดงความคิดเห็น และหาข้อสรุปเพื่อหาแนวทางการพัฒนาสาธารณสุข (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2555: 45) แต่การประชุมสาธิตสมัชชาสุขภาพในปี พ.ศ. 2543 แตกต่างไปจาก

สมัชชาสาธารณสุขก่อนหน้านั้นอย่างสิ้นเชิง เพราะผู้ที่เข้าร่วมสมัชชาชาติในครั้งนั้นกลับไม่ได้เป็นตัวแทนขององค์กรภาครัฐหรือกระทรวง ทบวง กรม เท่ากับเป็นเครือข่ายภาคประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรประชาสังคม ตัวแทนชุมชนและองค์กรวิชาชีพต่างๆ

จากปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา สมัชชาสุขภาพที่ถูกจัดขึ้นเป็นเวทีประจำปี ถูกปรับให้มีรูปแบบทางวัฒนธรรมที่หลากหลายทั้งลานสมัชชา ตลาดนัดสุขภาพ และการแสดงออกทางศิลปวัฒนธรรมที่กลุ่มและองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างเรียบง่าย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2555: 68) สมัชชาสุขภาพที่ถูกจัดขึ้นทุกปีต่อเนื่องกันตั้งแต่การชาติสมัชชาสุขภาพในปี พ.ศ. 2543 และการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544-2549 ไม่ได้เน้นที่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเท่ากับการเน้นกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชน กิจกรรมในสมัชชาสุขภาพในยุคแรกนี้จึงมุ่งไปที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการฟื้นฟูภูมิปัญญาพื้นบ้าน วัฒนธรรมท้องถิ่น ผ่านเรื่องเล่าและประสบการณ์การพัฒนาจากพื้นที่ รวมทั้งการค้นหา “สิ่งดีๆ” ที่มีอยู่เพื่อสร้างความภาคภูมิใจร่วมกัน สมัชชาจึงเป็นกลไกการขับเคลื่อนที่เน้นทิศทางการพัฒนาที่ริเริ่มได้ด้วยศักยภาพของท้องถิ่น

การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพของ สป.ร.ส. นั้นแม้จะได้รับการสนับสนุนจากภาคการเมืองในระดับหนึ่ง แต่การผลักดันจนเกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะเป็นฐานรากทางกฎหมายเพื่อการสร้างสรรค์ระบบสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ก็ไม่ได้เป็นไปตามความคาดหวังของเครือข่ายปฏิรูประบบสุขภาพ จากระยะเวลา 3 ปีที่กำหนดไว้เบื้องต้นเพื่อการขับเคลื่อนเพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจกับสังคมอันจะนำไปสู่การปฏิรูปในระดับชาติ ด้วยการมีกฎหมายรองรับอย่างเป็นทางการ แต่รัฐบาลในขณะนั้น คือรัฐบาลของ



พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ก็มีได้ให้ความสำคัญมากนั้กับการผลักดันกฎหมายฉบับนี้ แต่ได้ขยายกรอบเวลาการทำงานของ สปรส. ออกไปเป็นเวลาอีก 3 ปี และก่อนที่จะสิ้นสุดระยะเวลา 3 ปีก็เกิดการรัฐประหาร 19 กันยายน 2549 ขึ้นพร้อมกับการจัดตั้งสถานีวิทยุแห่งชาติ (สนช.) ซึ่งได้พิจารณาเห็นชอบผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 พร้อมๆ กับการปรับเปลี่ยนสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) มาเป็น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยมี “ธรรมนูญสุขภาพ” การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ หรือ Health impact assessment (HIA) และ “สมัชชาสุขภาพ” เป็นเครื่องมือสำคัญในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่พึงประสงค์ ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ที่มีการยกร่างขึ้นในปี พ.ศ. 2544 ได้ให้ความหมายว่า “สมัชชาสุขภาพ” หมายถึง “กระบวนการจัดประชุมที่ให้ทุกฝ่ายได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างใช้ปัญญา และสมานฉันท์ โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพะ” และเมื่อมีการประกาศใช้เป็น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ความหมายของ “สมัชชาสุขภาพ” ถูกกำหนดไว้ในมาตรา 3 และมาตรา 40-45 ว่าหมายถึง “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้ อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือ ความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2550) แม้ความหมายอย่างตรงไปตรงมา (Denotative meaning) ในทางกฎหมายจะระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน แต่หากจะเข้าใจว่า “สมัชชาสุขภาพ” มีนัยแห่งความหมาย (Connotative meaning) กว้างออกไปอย่างไรบ้าง เราอาจจำเป็นต้องย้อนกลับไปหาบริบททางประวัติศาสตร์ของ “สมัชชาสุขภาพ” ซึ่งก็คือ การปฏิรูประบบสุขภาพที่เริ่มต้นขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2542 นั้นเอง

ความเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นจากการตระหนักถึงข้อจำกัดของกระบวนการตัดสินใจของระบบสุขภาพเดิมอย่างน้อย 2 ประการคือ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2548)

(1) ข้อจำกัดของวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพจากทัศนะทางการแพทย์ที่ถือว่าสุขภาพดีคือการมีร่างกายที่ปราศจากโรคหรือภาวะผิดปกติทางชีววิทยา ทัศนะดังกล่าวทำให้เกิดระบบสุขภาพแบบตั้งรับที่เน้นการ “ซ่อมสุขภาพ” มากกว่า “สร้างสุขภาพ” การปรับกระบวนการสู่การ “สร้างนำซ่อม” และการขยายกรอบนิยามของสุขภาพให้เชื่อมโยงไปทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และปัญญา จึงเป็นภารกิจสำคัญ โดยมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ประการแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพคือ การขยายกรอบนิยามสุขภาพไปสู่การมี “สุขภาวะ”

(2) ข้อจำกัดของกลไกนโยบายที่เป็นทางการ (Official policy process) ระบบนโยบายสุขภาพแบบเดิมนั้นผูกขาดบทบาทหน้าที่ในด้านการพัฒนานโยบายไว้แต่เฉพาะในองค์กรที่เป็นทางการ เช่น หน่วยงานราชการต่างๆ เท่านั้น ประชาชนและภาคประชาสังคมไม่มีบทบาทและไม่สามารถเข้าร่วมกำหนดนโยบายต่างๆ ของภาครัฐได้ เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ประการที่สองของการปฏิรูประบบสุขภาพจึงมุ่งที่การสร้างกลไกการกำหนดนโยบายที่ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมได้

การเกิดขึ้นของ “สมัชชาสุขภาพ” จึงทำหน้าที่เป็นเวทีที่เปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่างๆ ได้มาอภิปรายถกแถลงถึงปัญหาสังคมเพื่อการกำหนดนโยบายสุขภาพ (Deliberative function of health system governance) ในขณะเดียวกันก็ทำหน้าที่เป็นเวทีเพื่อการเรียนรู้กระบวนการตัดสินใจใหม่ร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ผ่านประเด็นทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ เป็นการเปิดพื้นที่เพื่อการมีส่วนร่วมโดยตรงของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Participatory Public Policy Process) อันเป็นรูปธรรมสำคัญของ

ความพยายามที่จะก้าวพ้นกระบวนทัศน์ทางการแพทย์ที่คับแคบและก้าวข้ามข้อจำกัดของประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative democracy) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2548: 161-162)

นับตั้งแต่การประชุมสภาิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติหรือ สป.ร.ส. ได้ร่วมกับเครือข่ายประชาคมสุขภาพต่างๆ จัดประชุม “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้นต่อเนื่องกันมารวม 7 ครั้งก่อนที่จะมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และมีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2551 ทำให้การประชุมครั้งนั้นถูกนับเป็น “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1” และมีการจัดต่อเนื่องมาทุกปี โดยนอกจากสมัชชาสุขภาพในระดับชาติแล้ว พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติยังได้ระบุให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นควบคู่ไปด้วย

หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ รูปแบบสมัชชาสุขภาพได้เกิดการปรับเปลี่ยนครั้งสำคัญอีกครั้งหนึ่ง คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้ง คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ขึ้นโดยมี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้คุ้นเคยและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกเป็นอย่างดีเป็นประธานกรรมการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ได้ประยุกต์เอากระบวนการประชุมของสมัชชาขององค์การอนามัยโลกมาใช้ แม้ว่ารูปแบบและระเบียบการประชุมจะคล้ายคลึงกับสมัชชาขององค์การอนามัยโลก แต่จุดที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิงก็คือระบบโครงสร้างทั้งหมดของสมัชชา ทั้งสถานภาพและศักยภาพของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็แตกต่างไปจากคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ที่สำคัญสมัชชาขององค์การอนามัยโลกเป็นการประชุมสมัชชาของผู้แทนประเทศสมาชิกทั้งหมด ในขณะที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยมีผู้เข้า

รวมทั้งที่เป็นตัวแทนจากกลุ่มเครือข่ายภูมิภาคจาก 76 จังหวัด และจาก 3 ภาค ส่วนหลัก คือ ภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในรูปแบบที่เป็นทางการนี้ถูกจัดต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบ มีการจัดกลุ่มองค์กรที่จะเชิญเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพฯ ในรูปกลุ่มเครือข่าย (Constituency) และเปิดให้องค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ เสนอประเด็นต่อ คจ.สช. เพื่อคัดเลือกและจัดเป็นระเบียบวาระของการประชุมสมัชชาฯ มีการทำงานทางวิชาการเพื่อพัฒนาข้อเสนอรายประเด็น ส่งกลับไปให้องค์กรภาคีต่างๆ ให้ความเห็นเพิ่มเติม แล้วจัดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการประชุมรวมทั้งเอกสารของระเบียบวาระมีที่มิวิชาการเฉพาะประเด็นเป็นผู้จัดเตรียมร่างที่หนึ่งของเอกสารหลัก (Main document จำนวนไม่เกิน 6 หน้า) และเอกสารร่างมติ (Draft resolution จำนวนไม่เกิน 2 หน้า) เพื่อให้ภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพฯ ทั้งหมดได้พิจารณาและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นที่มิวิชาการเฉพาะประเด็นจะทำการปรับปรุงเป็นร่างที่สองเพื่อจัดส่งให้ภาคีเครือข่ายอีกครั้ง พร้อมทั้งนำเข้าพิจารณาในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อหาฉันทามติจากที่ประชุมให้ได้เป็นเอกสารมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (Resolution) รายละเอียดกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2551)

ในทางปฏิบัติ รูปแบบการจัดสมัชชาที่เป็นทางการ มีระบบระเบียบ เอกสารการประชุมที่มีรูปแบบเฉพาะ สถานที่จัดประชุม คืออาคารสหประชาชาติที่มีการรักษาความปลอดภัยอย่างหนาแน่น รวมทั้งการมีบุคคลสำคัญระดับชาติและผู้แทนจากองค์กรต่างประเทศเข้าร่วมประชุม ได้ทำให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความขลัง อลังการ และเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับการประชุมเป็นอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม รายงานการประเมินผลสัมฤทธิ์ของชุมชนสุขภาพแห่งชาติในรูปแบบที่ประยุกต์มาจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก 2 ครั้งแรกได้สะท้อนถึงจุดอ่อนสำคัญที่จำเป็นต้องพิจารณาปรับปรุง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องรูปแบบกระบวนการประชุม ความสมดุลเท่าเทียมกันของภาคส่วนต่างๆ ในการคัดเลือกประเด็น กำหนดเนื้อหาและรูปแบบสมัชชา ศักยภาพทางวิชาการของภาคีเครือข่าย ความเป็นตัวแทนของสมาชิกสมัชชา ปัญหาหน่วยงานภาครัฐไม่มีส่วนร่วมและไม่ให้ความสำคัญทั้งในการเข้าร่วมประชุมสมัชชาและการผลักดันหรือนำมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งมีข้อเสนอแนะให้แสวงหารูปแบบการประชุมที่จะเสริมเติมพลังชีวิตและพลังการเรียนรู้ให้แก่สมัชชาสุขภาพ

การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่นั้นมีการผสมผสานรูปแบบและกระบวนการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการได้อย่างยืดหยุ่น ภาคส่วนต่างๆ และภาคประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมได้มากกว่าสมัชชาระดับชาติ องค์กรประชาสังคมในระดับพื้นที่ที่สามารถใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการจัดตั้ง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสวงหาความร่วมมือ ประสานงาน และจัดการกับปัญหาในระดับพื้นที่ได้ดี หลายแห่งได้รับความยอมรับและความร่วมมือจากองค์กรรัฐในพื้นที่ ส่วนปัญหาที่พบเป็นเรื่องกลไกการจัดการที่ส่วนใหญ่อาศัยบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก บุคลากรเหล่านี้มาทำหน้าที่ประสานงานสมัชชาด้วยใจรัก แต่มักถูกมองว่างานสมัชชาเป็นงานนอกหน้าที่ ซึ่งทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับร่วมงานและผู้บริหาร นอกจากนั้นยังพบปัญหาในพื้นที่ที่ทำงานในประเด็นที่อ่อนไหวทางการเมือง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยศักยภาพทางวิชาการที่เข้มแข็งเพื่อผลักดันประเด็นและข้อเสนอของสมัชชาให้เป็นที่ยอมรับ

ในส่วนของสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นนั้นเป็นช่องทางที่ถูกใช้โดยองค์กรต่างๆ ทั้งในภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน มีความคล่องตัวและยืดหยุ่นสูง ดำเนินกระบวนการได้หลากหลายรูปแบบ สามารถระดมผู้มีส่วนได้เสียเข้า

ร่วมในกระบวนการได้ดี มีข้อจำกัดในเรื่องเวลาน้อยกว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทำให้มีโอกาสที่จะอภิปรายถกเถียงกันได้อย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง ซึ่งทำให้มีรูปแบบที่ใกล้เคียงกับการถกแถลงและไตร่ตรองร่วมกัน (Deliberation) มากที่สุด จึงอาจเหมาะสำหรับใช้รองรับประเด็นที่มีลักษณะยืดเยื้อ (แทนที่จะนำเสนอในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีเวลาค่อนข้างจำกัด) สามารถปรับองค์ประกอบให้เหมาะสมและมีความเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้เสียได้ง่าย การที่สมัชชาเฉพาะประเด็นเป็นเรื่องที่มีนักวิชาการให้ความสนใจ ทำให้มติของสมัชชามีโอกาสผลักดันเป็นนโยบายผ่านมติคณะรัฐมนตรีหรือช่องทางอื่นๆ ได้ดี แม้จะยังมีปัญหาการผลักดันไปสู่การปฏิบัติก็ตาม

ในบทที่ 4 ต่อจากนี้ จะนำเสนอตัวอย่างรูปธรรมของสมัชชาสุขภาพในระดับปฏิบัติ แม้จะมีความพยายามในการออกแบบกระบวนการไว้อย่างเป็นระบบและมีหลักการที่ชัดเจน แต่เมื่อนำหลักการมาแปลงเป็นการปฏิบัติก็อาจมีปัญหาให้ต้องปรับเปลี่ยนแก้ไข กรณีศึกษาที่จะใช้เป็นตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ ได้แก่

- (1) สมัชชาสุขภาพในประเด็นการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยและการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย
- (2) สมัชชาสุขภาพในประเด็นมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายเียน และ
- (3) สมัชชาสุขภาพในประเด็นนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ



## บทที่ 4

### กรณีศึกษาสมัชชาสุขภาพ ประเด็นการเข้าถึงยา ไร้ยาหิน และศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

การจัดสมัชชาสุขภาพในปี พ.ศ. 2551 นับเป็นการเริ่มต้นกระบวนการสมัชชาสุขภาพแบบใหม่ที่เป็นไปอย่างมีหลักการ กฎเกณฑ์ กระบวนการ และรูปแบบที่ชัดเจน และมติของสมัชชามีผลตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมติจากสมัชชาจะต้องถูกนำเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาเสนอต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป การทำงานสมัชชาสุขภาพดังกล่าวมีสองขั้นตอนหรือสองกระบวนการ คือ กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายเพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชา (ซึ่งมักเรียกในหมู่คนทำงานสมัชชาว่า “ขาขึ้น”) และกระบวนการเมื่อมีมติสมัชชาสุขภาพออกมาแล้ว ซึ่งจะต้องขับเคลื่อนมติต่างๆ เหล่านั้นให้เกิดผลในทางปฏิบัติ (ซึ่งเคยเรียกกันว่า “ขาลง” และต่อมาเปลี่ยนมาใช้คำที่มีความหมายดีกว่าว่า “ขาเคลื่อน”)

ในระยะเวลา 7 ปีที่ผ่านมา มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 6 ครั้ง มีมติสมัชชาแห่งชาติแล้วทั้งสิ้น 59 มติ และได้มีการเสนอให้คณะรัฐมนตรีเพื่อทราบจำนวน 13 มติ และเพื่อให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ 16 มติ



กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินับตั้งแต่ “ขาขึ้น” ไปจนถึง “ขาเคลื่อน” นั้นมีความสลับซับซ้อนและหลายกรณีมีความเกี่ยวข้องกับหลายองค์กรและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน การสร้างกระบวนการทั้งขาขึ้นและขาเคลื่อนให้ตอบสนองต่อแนวคิดเรื่องการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมนั้นเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนและยุ่งยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กับประเด็นสมัชชาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอำนาจและผลประโยชน์ต่างๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน ในการวิเคราะห์บทเรียน “กระบวนการสมัชชาสุขภาพกับการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” นี้ได้เลือกวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง 3 กรณีศึกษาที่มีความน่าสนใจและมีพลวัตการขับเคลื่อนที่แตกต่างกัน ดังนี้คือ

มติสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 เรื่องการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยและครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 เรื่องการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย มติทั้งสองนี้มาจากวาระที่เสนอเข้าสู่การพิจารณาโดยภาคินักวิชาการและองค์การพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับปัญหา นโยบายยามายาวนาน การพิจารณาประเด็นเรื่องการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยในสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินับเป็นระเบียบวาระแรกของการพิจารณาที่ถูกลำไปเสนอให้พิจารณาใน “ห้องยึดเยื่อ” เนื่องจากไม่สามารถหาข้อยุติในการถกเถียงในระยะเวลาที่กำหนดให้ได้ โดยมีผู้แทนจากสมาคมธุรกิจเอกชนที่เกี่ยวข้องกับเภสัชภัณฑ์ และองค์การพัฒนาเอกชนผู้เสนอระเบียบวาระต่างอภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็น ใช้เวลาในห้องยึดเยื่อยาวนานกว่า 8 ชั่วโมงจึงได้ฉันทมติ และนับเป็นจุดเริ่มบทบาทของภาคีภาคธุรกิจเอกชนในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในระยะต่อมา

ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 มีการพิจารณาประเด็น การยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เพื่อลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพ

ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประเด็นสืบเนื่องมาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ทั้งหมด เรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยและเรื่องการศึกษาการส่งเสริม การขายยาที่ขาดจริยธรรมได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และสำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการร่างแผน ปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยขึ้น และเสนอ แผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าวต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ต่อมาคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ขึ้นเพื่อนำเอาแผนปฏิบัติการฯ ไปพิจารณาและพัฒนาให้เกิดเป็น “นโยบายแห่งชาติ ด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ” ที่ผ่านการเห็นชอบจาก ครม. และมียุทธศาสตร์ด้านต่างๆ ที่ครอบคลุมประเด็นเรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยและการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเข้าไว้ด้วย ปัจจุบันคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งอยู่ภายใต้ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ส่งเสริมจริยธรรมผู้ส่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาด จริยธรรม รวมทั้งมีการดำเนินการเพื่อจัดทำ “ร่างเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย” ขึ้น

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 เรื่อง มาตรการทำให้สังคม ไทยไร้แร่ใยหิน นำเสนอเข้าสู่สมัชชาสุขภาพโดยภาคีภาควิชาการด้านการ คัดกรองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ที่เกาะติดประเด็นดังกล่าวมาก่อน หลังจากสมัชชา สุขภาพแห่งชาติมีมติและรับรองยุทธศาสตร์เรื่องการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน แล้ว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้นำมติสมัชชาสุขภาพฯ และ ยุทธศาสตร์ดังกล่าว เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรี ตามลำดับ แม้ว่า คณะรัฐมนตรีจะมีมติความเห็นชอบแต่ก็มีเงื่อนไขโดยมอบ หมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาอยู่หลายประการ กระบวนการขับเคลื่อน

หลังจากนั้น พบว่าภาคธุรกิจที่มีผลประโยชน์เกี่ยวข้องทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพยายามเข้ามาบีบบทบาทในเวทีต่างๆ และพยายามหาโอกาสชี้แจงกับประชาชน ในภาควิชาการมีความเห็นที่แตกต่างกันอย่างสุดขั้ว และต่างพยายามแสดงบทบาทเพื่อมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทางนโยบาย ขณะที่ในกระบวนการนอกสมัชชาสุขภาพก็มีความพยายามของนักธุรกิจและนักวิชาการฝ่ายที่เห็นด้วยที่เข้ามาช่วยสนับสนุนการดำเนินการตามนโยบาย ในขณะที่ฝ่ายนักธุรกิจที่ไม่เห็นด้วยก็ทำการเผยแพร่ข้อมูลและรณรงค์ผ่านสื่อเพื่อคัดค้านการดำเนินการตามมติสมัชชาอย่างเข้มข้นไม่แพ้กัน นอกจากนี้ ยังมีความพยายามของประเทศที่เป็นแหล่งผลิตแร่ใยหินที่ส่งเข้ามาจำหน่ายในประเทศไทยที่จะเข้ามาบีบบทบาทในการยับยั้งมาตรการสังคมไทยไร้แร่ใยหินอีกด้วย

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 เรื่อง นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ประเด็นที่เสนอเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติโดยภาคีเครือข่ายธุรกิจเอกชน โดยเริ่มจากความต้องการเพียงเพื่อใช้กระบวนการสมัชชาเป็นช่องทางในการเผยแพร่ให้สาธารณชนได้รู้จักและเข้าใจนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเท่านั้น แต่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) เห็นเป็นโอกาสในการสร้างแนวร่วมภาคธุรกิจเอกชนในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในขั้นตอนการเสนอแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นมีความพยายามทั้งจากภาคีธุรกิจและภาคีองค์กรพัฒนาเอกชนที่จะเสนอรายชื่อประธานและคณะทำงาน ในกระบวนการพัฒนาเอกสาร และการประชุมคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น ประธานคณะทำงานได้มีการกำหนดหลักการร่วมโดยเน้นการใช้หลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่เชื่อถือได้ เป็นที่ยอมรับอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ คณะทำงานวิชาการฯ ได้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นอย่างเป็นทางการ ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีการหารือรอบในระเบียบวาระดังกล่าว แม้จะไม่ถึงกับเป็นห้องยัดเยื่อ จนในที่สุดมติดีเกี่ยวกับ

นโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติออกมา

มติจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินี้อ้างอิง “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เป็นพื้นฐานในการกำหนดเป็นข้อต่ออย่างชัดเจน โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 6 ข้อ 43 ระบุว่า “ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ราคาไม่แพง ระบบบริการนี้ต้องสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และรัฐควรสนับสนุนระบบที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลักโดยไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ” ต่อมา มติสมัชชาสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพดังกล่าวได้ทำให้เกิดการระงับมติของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) ที่มีการส่งเสริมธุรกิจทางการแพทย์ที่ไม่สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพ จนเกิดการทำงานร่วมของสำนักงานบีโอไอและภาคีสุขภาพเพื่อยกร่างกรอบการส่งเสริมการลงทุนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับธรรมนูญฯ ซึ่งในระหว่างการยกร่างสมาคมธุรกิจบริการสุขภาพมีความเคลื่อนไหวเพื่อพยายามคัดค้านกระบวนการดังกล่าวตลอดมา

จนถึงปัจจุบัน ประเด็นนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติยังเป็นนโยบายสำคัญที่ถูกผลักดันในทางปฏิบัติจากทุกรัฐบาล ดังที่ปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 11 และการเกิดขึ้นของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ในโรงเรียนแพทย์ ภายใต้นโยบาย Medical Hub ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติจึงเป็นนโยบายที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และภาคีหลายภาคส่วนต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

ในการวิเคราะห์ 3 กรณีศึกษาที่จะนำเสนอต่อจากนี้ จะเป็นการนำเสนอรูปธรรมการขับเคลื่อนของแต่ละประเด็น ตั้งแต่ “ขาขึ้น” จนถึง “ขาเคลื่อน”

ว่า แนวคิด “สมัชชาสุขภาพ” ที่ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมนี้ถูกแปลงเป็นรูปธรรมในทางปฏิบัติอย่างไร มี จุดเด่นจุดด้อย ศักยภาพและอุปสรรคอะไรบ้าง สามารถสร้างการมีส่วนร่วมได้ หรือไม่ได้ในแง่ใดบ้าง เพื่อที่จะเป็นบทเรียนสำหรับการขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะที่นับวันยิ่งมีความสลับซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับผู้คนและผลประโยชน์ ที่หลากหลายมากขึ้นในอนาคต

#### 4.1 กรณีศึกษาสมัชชาสุขภาพที่ 1 :

##### นโยบายการเข้าถึงยาและจริยธรรมในการส่งเสริมการขายยา<sup>5</sup>

###### ความสำคัญและความเป็นมา

แม้ปัญหาการเข้าถึงยาและจริยธรรมในการส่งเสริมการขายยาจะเป็น ปัญหาในระดับโลกและมีความพยายามของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่จะแก้ไขอยู่ ตลอดมา แต่สถานการณ์ก็ไม่ได้คลี่คลายไปอย่างน่าพึงพอใจ ในระดับโลกมีการ ประมาณการว่าประชากรราว 2 พันล้านคน (หนึ่งในสามของประชากรโลก ทั้งหมด) เข้าไม่ถึงยาจำเป็น (Mok 2010) สำหรับประเทศไทยค่าใช้จ่ายด้านยา ในปี พ.ศ. 2543 มีมูลค่า 64,103 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 172,019 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2550 หากคิดเป็นอัตราส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พบว่ารายจ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.06 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 2.03 ในปี พ.ศ. 2550 (นุศราพร เกษสมบุรณ์ 2553) และถึงแม้ประเทศไทยจะมีค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังพบว่าประชาชนหรือผู้ป่วย

<sup>5</sup> เนื้อหาส่วนนี้เรียบเรียงมาจาก “บทที่ 2 กรณีศึกษา นโยบายสาธารณะด้านยา : การเข้าถึง ยาของประชาชนและการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม” โดย วิบูลย์ วัฒนนามกุล, สุกัญญา ประเสริฐสุข และจำปี วงศ์นาค ใน โภมาตกร จิงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2557)

จำนวนมากยังเข้าไม่ถึงยาจำเป็น เนื่องจากยาเหล่านี้ที่มีการผูกขาดโดยสิทธิบัตร และมีราคาแพงเกินกำลังซื้อของประชาชนส่วนใหญ่ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2551)

ในขณะที่ปัญหาแพงและการเข้าถึงยาที่จำเป็นยังเป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไข บริษัทยากลับมีการใช้งบประมาณจำนวนมหาศาลในการส่งเสริมการขายและการโฆษณา ยา อีกทั้งรูปแบบการส่งเสริมการขายยา ก็ทำให้เกิดข้อสงสัยต่อจริยธรรมในกระบวนการขายยา ไม่ว่าจะเป็น การให้ของขวัญ ของฝาก การแจกตัวอย่างยา การจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ การให้เงินสนับสนุนการเดินทางหรือที่พักในการเดินทางไปต่างประเทศ ทั้งการศึกษาดูงาน และการไปประชุมวิชาการต่างๆ รวมทั้ง การให้เงินสนับสนุนการทำวิจัยหรือการนำเสนอผลงานวิชาการ (Wazana 2000) ค่าใช้จ่ายด้านการตลาด ทั้งการส่งเสริมการขายและการโฆษณายานี้กลายเป็นต้นทุนที่บริษัทยาต้องบวกเพิ่มเข้าไปในต้นทุนราคายา เป็นผลให้ยามีราคาที่สูงขึ้นและยังทำให้การเข้าถึงยามีปัญหามากขึ้นไปอีก วงจรดังกล่าวได้ทำให้การแก้ปัญหาการเข้าถึงยากับปัญหาการส่งเสริมการขายยาเป็นเรื่องที่ไม่อาจแยกขาดออกจากกันได้

การประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2545 ได้ทำให้เกิดหลักประกันทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนในทุกระดับอย่างครอบคลุมที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประวัติศาสตร์ไทย และถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญต่อการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชาชนไทย การปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ 2 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551 ก็มีผลต่อระบบยาและทำให้การเข้าถึงยาก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะโครงการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีการผลักดันให้เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับในอดีต กระนั้นก็ดี การเข้าถึงยาของประชาชนก็ยังมีอุปสรรค มีเพียงผู้ป่วยบางกลุ่มในบางโรค

เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงยาจำเป็นได้ ขณะที่ในภาพรวมพบว่าประชาชนโดยทั่วไป ยังไม่สามารถเข้าถึงยา อีกทั้งภาครัฐไม่สามารถจัดสรรงบประมาณซึ่งมีอย่าง จำกัดให้การขยายชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพให้ทั่วถึง ประชากรทุกกลุ่มได้ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาและการรักษาที่สูง ซึ่ง สาเหตุที่สำคัญคือ ยาจำเป็นพื้นฐานหลายรายการติดสิทธิบัตร

ในราว 4-5 ปีที่ผ่านมาจึงมีการเสนอวาระเรื่องการเข้าถึงยาด่วนหน้าของ ประชากรไทยเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 และ ในปีต่อมา สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติให้ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาด จริยธรรม เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วยในการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 ต่อมาคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบกับ มติของการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวและได้ถูกกำหนดเป็น ยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ในการผลักดันนโยบาย ดังกล่าว มีกลุ่มผู้เกี่ยวข้องหลากหลาย ทั้งกลุ่มนักวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับ นโยบายด้านยา ผู้แทนจากสมาคมธุรกิจเอกชนที่เกี่ยวข้องกับเภสัชภัณฑ์และ องค์กรพัฒนาเอกชนผู้เสนอระเบียบวาระ กลุ่มบุคคลและตัวแทนองค์กรที่มีความ คิดเห็นแตกต่างกันได้มาร่วมกันไตร่ตรองแลกเปลี่ยนความเห็น และพิจารณาหา ข้อตกลงร่วมกันในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ อย่างมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่กว้างขวางเกิดขึ้นในสมัชชาสุขภาพแห่ง ชาตินี้เป็นรูปแบบการกำหนดนโยบายที่แตกต่างอย่างสิ้นเชิงจากกระบวนการ นโยบายที่เคยเป็นมาในอดีต

### **จุดเริ่มต้นของกระบวนการสมัชชา :**

#### **การกำหนดประเด็นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย**

ปัญหาการเข้าถึงยาเป็นปัญหาที่มีองค์กรภาคประชาสังคมและนักวิชาการ

ทำการศึกษาติดตามและเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องมาระยะหนึ่งแล้ว ในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคม ภาควิชาการและหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งประกอบด้วยสภาเภสัชกรรม กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (แอกเซส) มูลนิธิเภสัชชนบท (มภช.) เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (คอท.) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คคส.) หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (วจภส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มูลนิธิสาธารณสุขเพื่อการพัฒนา (มสพ.) มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคองค์กรหมอไร้พรมแดน เบลเยียม (ประเทศไทย) และอ็อกซ์เฟม สหราชอาณาจักร ได้ร่วมกันจัดทำร่างยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยา โดยมีผู้เข้าร่วมทั้งจากหน่วยงานของรัฐ กลุ่มอุตสาหกรรมยาในประเทศไทย และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านคุ้มครองผู้บริโภคจำนวน 40 คน (แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ nd) ส่งผลให้เกิด “ยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคม” โดยประกอบไปด้วย 7 ยุทธศาสตร์ คือ

- 1) ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงการรักษา
- 2) ยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมราคายาในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน
- 4) ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ
- 5) ยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย
- 6) ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม
- 7) ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนายาใหม่



ยุทธศาสตร์ที่เครือข่ายภาคประชาสังคมร่วมกันจัดทำนี้ถูกนำเสนอและส่งต่อให้พรรคการเมืองต่างๆ เพื่อให้แสดงวิสัยทัศน์ก่อนการเลือกตั้ง ปลายปี พ.ศ. 2550 มี 4 พรรคการเมืองเข้าร่วมแสดงวิสัยทัศน์ ได้แก่ ประชาธิปัตย์ พลังประชาชนชาติไทย และมหาชน โดยพรรคประชาธิปัตย์ ระบุว่าจะสนับสนุนยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคม หากได้เป็นรัฐบาล ยุทธศาสตร์ดังกล่าวยังถูกนำไปเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในที่ประชุม International Conference on Compulsory Licensing: Innovation and Access for All จากผู้เข้าร่วม 14 ประเทศเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะในระหว่างวันที่ 21-23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 อีกด้วย ในปี พ.ศ. 2551 กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคมและภาคปฏิบัติการที่ได้ดำเนินการผลักดันยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้จัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยในที่ประชุมเตรียมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเสนอเป็นประเด็นที่จะเข้าสู่การพิจารณาในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 11-13 ธันวาคม พ.ศ. 2551 โดยมีเป้าหมายเพื่อผลักดันยุทธศาสตร์ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง

สำหรับประเด็นข้อเสนอยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เกิดขึ้นเมื่อกลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) ได้ตีพิมพ์และเผยแพร่หลักเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทยและมีความพยายามสร้างกระแสในสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการผลักดันให้สาระของการส่งเสริมการขายยาและการโฆษณาแยกหมวดหมู่ออกมาเฉพาะในร่างพระราชบัญญัติยาฉบับประชาชน โดยในวันที่ 19 มกราคม 2555 ที่รัฐสภา เครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ แผนงานพัฒนาไกลเฝ้าระวังระบบยา มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิเกสัชชนบท กลุ่มศึกษาปัญหา หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และชมรม

เกสัชชนบท กว่า 20 คน เดินทางเข้ายื่นรายชื่อผู้เสนอร่างพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ยา พ.ศ.... จำนวน 10,565 รายชื่อ ต่อนายเจริญ จรรย์โกมล รองประธานรัฐสภา เพื่อพิจารณาตราเป็นกฎหมาย โดยมีบทบัญญัติว่าด้วยเรื่องกลไกในการกำกับดูแลการส่งเสริมการขายยาและการโฆษณาที่เหมาะสม ที่แยกออกมาเฉพาะ

ต่อมา เมื่อวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2552 มีการจัดประชุมว่าด้วยแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทยา เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายยุติขบวนการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม นอกจากนั้น ยังได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข) โดยเสนอให้มีการควบคุมการส่งเสริมการขายยา แม้จะมีการผลักดันในหลายช่องทางเพื่อแก้ปัญหา แต่ข้อเสนอของกลุ่มผลักดันได้รับการยอมรับมากที่สุดจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลในคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา เมื่อ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 ซึ่งได้นำเอาข้อเสนอของกลุ่มไปพิจารณา แต่ด้วยอุบัติเหตุทางการเมืองทำให้คณะกรรมการชุดดังกล่าวหมดวาระลงไปพร้อมกับรัฐบาลยุคนั้น

วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนา ระบบยา (กพย.) ได้ทำหนังสือถึงประธานคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เพื่อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสำหรับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 โดยเสนอทั้งหมด 4 ประเด็น หนึ่งในนั้นคือ ปฏิบัติการคืนคุณธรรม จริยธรรมและธรรมาภิบาลสู่ระบบสุขภาพไทย : ร่วมกันยุติขบวนการส่งเสริมการขายยา สมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพและการส่งเสริมการขายบริการ สุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยมีองค์กรที่ร่วมกันผลักดันเคลื่อนไหว ได้แก่ แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (มสพ.) เครือข่ายผู้

เสียหายทางการแพทย์ (คสพ.) ชมรมเภสัชชนบท (ชภช.) และเครือข่ายเภสัชกรภาคกลาง (แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา 2552)

จะเห็นได้ว่า ทั้งกรณีประเด็นนโยบายการเข้าถึงยาและประเด็นจริยธรรมในการส่งเสริมการขายยา จุดเริ่มต้นของกระบวนการนำเสนอประเด็นเข้าสู่สมัชชาสุขภาพเกิดจากเครือข่ายภาคประชาสังคมและนักวิชาการที่มีความกระตือรือร้น ให้ความสนใจติดตามศึกษาและผลักดันนโยบายด้านนี้มาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีข้อมูลทางวิชาการ และมีเครือข่ายที่ร่วมปฏิบัติการผลักดันนโยบายอย่างเข้มแข็ง แต่ในขณะเดียวกัน การริเริ่มของเครือข่ายภาคประชาสังคมก็ทำให้อาสาสมัครที่เป็นผู้สูญเสียผลประโยชน์รู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมในกระบวนการผลักดันเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพตั้งแต่ต้นจนกลายเป็นข้อคับข้องใจ ผู้เข้าร่วมสมัชชาจากภาคธุรกิจเอกชนรายหนึ่งสะท้อนว่า การเข้าร่วมประชุมสมัชชาท่ามกลางกลุ่มองค์กรที่มีการรวมตัวกันได้ร่วมมือกันมาก่อนทำให้เกิดรู้สึกเหมือนว่า “ถูกรุม” เนื่องจากกรรมการทั้งหมดมีการทำงานด้วยกันมาและรู้จักคุ้นเคยกันก่อนหน้านี้แล้ว เมื่อเสนอความคิดเห็นอะไร กรรมการท่านอื่นๆ ก็มักทำท่าทางพยักพืดกัน เหมือนเป็นคนกลุ่มเดียวกันหมด ส่วนคนที่เข้าไปใหม่เมื่อนำเสนออะไรก็มักจะได้รับการบอกกล่าวว่าทำไม่ได้ เหมือนกับว่ากรรมการท่านอื่นๆ มีข้อตกลงกันอยู่แล้ว

เป็นความจริงที่ว่า การนำเสนอประเด็นนโยบายมักจะต้องเกิดจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งที่เห็นถึงปัญหาเป็นผู้ริเริ่มกระบวนการสมัชชาขึ้น ด้วยความร่วมมือจากเครือข่ายหรือองค์กรที่ร่วมทำงานด้วยกันมาก่อน จึงเป็นไปได้ยากที่การมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์โดยทุกภาคส่วนริเริ่มพร้อมกัน ปัญหาจึงอยู่ที่การจัดกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการถกแถลง ให้ข้อมูล และชี้แจงเหตุผลเพื่อโน้มน้าวให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชายอมรับ ซึ่งทั้งหมดนี้ขึ้นอยู่กับขั้นตอนการทำงานของกระบวนการสมัชชา

## กระบวนการถกแถลง :

### การผลักดันข้อเสนอเพื่อรับการรับรอง

นโยบายการเข้าถึงยาเป็นนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อภาคธุรกิจเอกชน เมื่อได้รับการบรรจุเป็นวาระในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 จึงถือเป็นประเด็นในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีความสำคัญและมีความขัดแย้งสูง ซึ่งในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็ได้พิจารณามตินี้อย่างเข้มข้น มีการถกแถลงอภิปรายและพิจารณากันอย่างยืดเยื้อยาวนานถึง 17 ชั่วโมง (อำพล จินดาวัฒนะ 2554) แตกต่างไปจากมติสมัชชาในเรื่องอื่นที่ไม่มีความขัดแย้งมากนัก ซึ่งมักจบลงในระยะเวลายาวไม่นาน แต่สำหรับประเด็นที่หาข้อยุติร่วมกันได้ยาก จะมีการเปิด “ห้องยืดเยื้อ” เพื่อให้ทุกฝ่ายได้พูดคุยถกเถียงกันได้อย่างเต็มที่ ซึ่งรายงานการประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า

*กระบวนการหาฉันทามติในห้องยืดเยื้อเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ สร้างการมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ทั้งผู้เสนอประเด็น ผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมเสนอความคิดเห็นและตัดสินใจอย่างเสมอภาคกัน สมานฉันท์ เน้นการใช้หลักฐานข้อเท็จจริงและวิชาการเป็นเครื่องพิสูจน์ แต่ทั้งนี้ต้องมีประธานที่ดำเนินการอย่างเป็นธรรม สามารถสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนอย่างสันติ และเข้าใจในบริบทของประเด็นที่พิจารณาอย่างลึกซึ้ง (แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ nd)*

ในประเด็นเรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชาชนนี้ มีการถกและแสดงความคิดเห็นที่หลากหลายในวงกว้าง หลายครั้งประธานในห้องยืดเยื้อหาทางออกโดยให้ทุกฝ่ายอภิปรายและร่วมเสนอข้อมูลที่ เป็นข้อเท็จจริง มีข้อมูลวิชาการสนับสนุน ข้อคิดความเห็นที่ไม่มีข้อเท็จจริงรับรองให้ตัดออกเสีย เมื่อสามารถหาข้อสรุปตามข้อเท็จจริงได้ตรงกัน หรือสามารถประนีประนอมกันจนได้ข้อสรุปพร้อมกันแล้ว จึงมีการปรับแก้ไขถ้อยคำและข้อความเพื่อความเหมาะสม

สมให้ชัดเจนตรงประเด็นมากขึ้น แม้ว่าจะมีการใช้เวลาไปกับการแก้ไขถ้อยคำ และภาษาไม่น้อย แต่ก็มีความจำเป็นเพื่อให้ได้มาซึ่งมติหรือข้อสรุปที่เป็นทางการ ที่ทุกฝ่ายยอมรับได้

ในกรณีที่เกิดสถานะขัดแย้งที่ไม่สามารถหาทางออกได้ก็จำเป็นต้องมีการ ต่อรองกันในลักษณะที่บางฝ่ายต้องยอมลดหย่อนข้อเรียกร้องหรือความคาดหวัง ลงไปบ้าง เพื่อให้ได้มาซึ่งมติของที่ประชุม ดังเช่นกรณีการกำหนดให้การขึ้น ทะเบียนยาใหม่ต้องมีข้อมูลประกอบ 3 เรื่อง คือ (1) สถานะสิทธิบัตรยาใหม่ (2) ข้อมูลต้นทุนและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และ (3) ข้อมูลโครงสร้าง ราคาขาย ซึ่งข้อเสนอนี้ถูกคัดค้านโดยภาคธุรกิจเอกชนโดยเสนอให้ตัดทิ้ง ในขณะที่ มีผู้สนับสนุนเสนอให้มีการปรับข้อความเพื่อการประนีประนอม โดยใช้ข้อความ ว่า “ให้มีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน” แทน ซึ่งการตัดข้อกำหนดทั้ง สามออกไป แม้จะทำให้ที่ประชุมมีข้อตกลงร่วมกันได้ แต่ประเด็นดังกล่าวก็กลายเป็น ประเด็นที่แต่ละฝ่ายต้องไปขัดแย้งกันในการพิจารณาเรื่องนี้ในเวทีอื่นๆ ต่อ ไปอีก ในแง่นี้ การประนีประนอมกันในลักษณะนี้เท่ากับว่ากระบวนการสมัชชา ไม่ได้ช่วยให้เกิดทางออกของปัญหา เป็นแค่เพียงการผัดผ่อนให้ประเด็นความขัดแย้งเคลื่อนที่ไปสู่กระบวนการต่อรองถกเถียงกันในกลไกอย่างอื่นต่อไปเท่านั้น

หลังจากได้ข้อสรุปจากห้องยึดเยื่อแล้วจึงได้นำเข้าสู่การพิจารณาของที่ ประชุมใหญ่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้รับการรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึง ยาถ้วนหน้าของประชากรไทย และเสนอให้คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เสนอต่อรัฐบาลให้ประกาศเป็นนโยบายต่อไป

สำหรับข้อเสนอยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ซึ่งถูกนำเสนอ โดยแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) และคณะ ต่อมา ประเด็นนี้ได้รับการรับรองจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ใน เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 โดยใช้ชื่อว่า “ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาด

จริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย” ซึ่งต่อมาวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้เห็นชอบให้นำเสนอมติต่อคณะรัฐมนตรี และวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 ครม. ได้เห็นชอบต่อมติฯ ตามที่ คสช. เสนอและมอบคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง จัดตั้งคณะทำงานที่มาจากทุกภาคส่วน ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับธุรกิจยาทั้งในและต่างประเทศ เพื่อทำหน้าที่พัฒนาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาให้เป็นเกณฑ์กลางของประเทศมาบังคับใช้ในรูปกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางเพื่อให้ทุกภาคส่วนรับทราบและนำหลักเกณฑ์จริยธรรมไปประยุกต์ใช้หรือขยายเพิ่มเติมเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง (แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา 2552)

### ผลของสมัชชา : จากมติสู่การปฏิบัติ

ภายหลังที่ประชุมใหญ่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้รับการรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยและเสนอให้ คสช. เสนอต่อรัฐบาลให้ประกาศเป็นนโยบาย ต่อมาในวันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2552 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยโดยมีนายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เป็นประธานกรรมการ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2552) ซึ่งต่อมาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้นำเสนอร่างแผนปฏิบัติการนี้ต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เพื่อให้การรับรองและนำไปบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ยาแห่งชาติด้านยา (อำพล จินดาวัฒน์ 2554) โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้มอบให้คณะทำงานร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ

พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ นอกจากนี้ยังนำมติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ซึ่งผ่านการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 เข้ามาร่วมเป็นนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติด้วย (ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล และคณะ 2554)

วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2552 คณะรัฐมนตรีสมัยนายกฯ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้ให้ความเห็นชอบต่อยุทธศาสตร์การเข้าถึงยารักษาโรคของประชากรไทยและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โดยให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เป็นกลไกหลักในการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วม พร้อมทั้งประสานและติดตามผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี 2552)

ในส่วนประเด็นยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เมื่อได้รับการรับรองจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 โดยใช้ชื่อว่า “ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว” คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้เห็นชอบต่อนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เมื่อวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2553 (คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 2553) ซึ่งต่อมาคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบต่อนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2554 ก (คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 2554ก)

นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2555 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ด้านที่ 1 การเข้าถึงยา ยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ยุทธศาสตร์ด้านที่ 3 การพัฒนา

อุตสาหกรรมผลิตยา ชีววัตถุ และสมุนไพร เพื่อการพึ่งพาตนเอง และยุทธศาสตร์  
 ด้านที่ 4 การพัฒนาระบบการควบคุมยาเพื่อประกันคุณภาพ ประสิทธิภาพและ  
 ความปลอดภัยของยา ทั้งนี้ มติการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยที่ผ่าน  
 การรับรองจากการประชุมสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 1 ได้อยู่ในยุทธศาสตร์ด้านที่ 1  
 การเข้าถึงยา ส่วนมติยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความ  
 สูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย ที่ได้รับการรับรองจากการประชุม  
 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ได้อยู่ในยุทธศาสตร์ย่อยที่ 7 ส่งเสริมจริยธรรม  
 ผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ของยุทธศาสตร์ด้าน  
 ที่ 2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะ  
 ทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริม  
 การขายยาที่ขาดจริยธรรม เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 โดยมีหน้าที่ส่วน  
 หนึ่งคือ พัฒนาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาให้เป็นเกณฑ์กลาง  
 ของประเทศ ทั้งในส่วนของการส่งเสริมการขายยา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง  
 กับอุตสาหกรรมยาและธรรมาภิบาล ความโปร่งใส ผลประโยชน์ทับซ้อนในระบบ  
 ยาที่เกี่ยวข้อง ศึกษากระบวนการนำเกณฑ์จริยธรรมที่เป็นเกณฑ์กลางของประเทศ  
 มาบังคับใช้ในรูปกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งระบบบริหารกฎหมายที่  
 เข้มแข็ง มีผลบังคับใช้ได้ ศึกษาแนวทางจัดตั้งองค์กรที่ทำงานอย่างอิสระ เพื่อรับ  
 ผิดชอบจัดทำกลไกติดตามตรวจสอบ รวบรวมและรายงานสถานการณ์การส่งเสริม  
 การขายยาที่ขาดจริยธรรม

คณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการ  
 ส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมได้จัดกระบวนการรับฟังความเห็นต่อร่างหลัก  
 เกณฑ์จริยธรรมฯ ระหว่าง พฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2554 โดยแบบสอบถาม  
 ที่ส่งทางไปรษณีย์และให้ดาวนโหลดทางเว็บไซต์ ซึ่งมีการตอบกลับร้อยละ 16.04



พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยกับร่างเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาดังกล่าว (คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 2554ข) และได้เสนอร่างหลักเกณฑ์จริยธรรมฯ ต่อคณะกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลและคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติตามลำดับ ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้ให้การรับรองวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2555 หลังจากที่มีการรับรองเกณฑ์จริยธรรมฯ นี้ คณะทำงานมีโครงการศึกษารูปแบบการนำเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาไปสู่การปฏิบัติโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการนำเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทยไปสู่การปฏิบัติในสถานพยาบาลนร่อง เพื่อพัฒนากลไกการเฝ้าระวัง ติดตามการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทยในสถานพยาบาลนร่อง และเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการนำเกณฑ์จริยธรรมฯ ไปสู่การปฏิบัติ

### จุดเด่นและข้อจำกัด

ในอดีตกระบวนการพัฒนานโยบายมักถูกกำหนดโดยกลไกในระบบราชการเป็นหลัก นโยบายต่างๆ ที่จะนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้มีมติรับรองนั้นเป็นเรื่องที่จะต้องริเริ่มโดยหน่วยราชการเป็นต้นเรื่อง และจัดทำความเห็นผ่านรัฐมนตรีเพื่อเสนอเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี กระบวนการดังกล่าวมักขาดการมีส่วนร่วมของภาคสังคมและภาควิชาการ โดยเฉพาะนโยบายสาธารณะที่มีกลุ่มผู้ได้เสียในทางผลประโยชน์ กลุ่มผู้ที่ได้ประโยชน์และผลักดันนโยบายสาธารณะมักจะเป็นคนละกลุ่มกับผู้เสียประโยชน์ ซึ่งมักจะนำไปสู่ความขัดแย้งและยากที่จะหาข้อยุติได้ การผลักดันนโยบายลักษณะนี้จึงมักเป็นไปในลักษณะปิดลับหรือกีดกันไม่ให้ผู้ที่มีความเห็นต่างได้เข้าไปมีส่วนร่วมและมักนำมาซึ่งความขัดแย้งที่รุนแรงและยากที่จะจัดการได้ การเปิดพื้นที่เพื่อการแลกเปลี่ยน

ข้อมูล สร้างความเข้าใจร่วมกันด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจึงเป็นแนวทางสำคัญ ในการสร้างฉันทามติและหาทางออกให้กับปัญหาที่เต็มไปด้วยผลประโยชน์ซับซ้อนได้

หากพิจารณาโดยรวมในกระบวนการสร้างและผลักดันนโยบายสาธารณะ ผ่านกระบวนการสมัชชาของมติการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย ถือว่าเป็นมติที่มีความก้าวหน้าและถูกนำไปสู่การปฏิบัติ เนื่องจากมีการผลักดันจนเกิดแผนปฏิบัติการ เพ็ญแข ลากยิง ได้ทำการประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ โดยได้พัฒนาเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินการนำไปปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ การเป็นนโยบายที่ดี และความยากง่ายในการปฏิบัติ เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปประเมินมติต่างๆ ที่ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1-3 รวม 34 มติ พบว่ามติการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย และมติ ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเป็นมติที่ได้ค่าคะแนนสูงเมื่อเทียบกับมติอื่นๆ (เพ็ญแข ลากยิง 2555) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าเมื่อมีมติสมัชชาสุขภาพ และมีมติคณะรัฐมนตรีรับรองแล้ว ก็ยังไม่มีหลักประกันว่าจะมีผลในทางปฏิบัติ

ในแง่การถกเถียงและการอภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นกันนั้น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของคำว่าสมัชชาสุขภาพว่าเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบ มีการใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ และเป็นไปอย่างมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้หลักการสำคัญที่เป็นพื้นฐานของสมัชชาสุขภาพ คือ การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการของประชาชาติแบบมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ “กระบวนการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้” ก็ยังมีข้อจำกัดทำให้เหมือนกับว่าผู้เข้าไปร่วมสมัชชา เข้าไปเพื่อที่จะ

เถียงให้ได้สิ่งที่ตนเองตั้งเป้าไว้แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากคู่ถกเถียงตั้งเป้าหมายเอาไว้ล่วงหน้าแล้วและไม่ได้เปิดกว้างพอที่จะรับฟังข้อมูลหรือเหตุผลของผู้อื่น ยิ่งเป็นประเด็นนโยบายที่มีฝ่ายที่ต้องสูญเสียผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ การถกเถียงหรือโน้มน้าวกันด้วยเหตุผลจะเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ยาก เพราะรู้ว่าหากผ่อนปรนในบางเรื่องถึงแม้ว่าจะก่อให้เกิดผลดีต่อภาพรวมแต่ส่วนตัวเสียผลประโยชน์ ก็เลยยากที่จะใช้เหตุผลโน้มน้าวกันเพื่อหาฉันทามติ ที่สำคัญ รูปแบบการถกแถลงอย่างเป็นทางการที่ทุกฝ่ายเท่าเทียมกันก็อาจยังเป็นสิ่งที่สมาชิกสมัชชาต้องเรียนรู้ มีความเห็นของผู้เข้าร่วมสมัชชาที่สะท้อนว่าในที่ประชุมสมัชชานั้น “แพทย์ผู้ใหญ่” หลายท่านจะไม่ค่อยอยากมีส่วนร่วม เพราะรู้สึกเสียเวลาและกระบวนการประชุมทำให้มีความรู้สึกเหมือนถูกใช้เป็นตราประทับ เมื่อแสดงความเห็นหรือพูดอะไรไปก็ไม่ได้รับการบันทึกในที่ประชุม ประสบการณ์ที่ “แพทย์ผู้ใหญ่” สังสมมานานั้น ถูกให้ค่าเท่ากับคนอื่นๆ ที่เดินเข้ามาในห้องแล้วก็พูด เพราะในที่ประชุมสมัชชานั้นถือว่าความเห็นทุกคนมีค่าเท่ากัน

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักยังกล่าวถึงปัญหาการมีส่วนร่วมในสมัชชาสุขภาพด้วย เนื่องจากได้รับทราบเรื่องการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวาระการเข้าถึงยาของประชากรไทยจากผู้อื่นและไม่มีโอกาสเข้าร่วมตั้งแต่ต้น ทังๆ ที่อยู่ในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับบริษัทยาโดยตรง เนื่องจากที่นั่งที่จัดสรรไว้สำหรับภาคเอกชนถูกกระจายให้ไปกับทางหอการค้าและกลุ่มบริษัทอีกกลุ่มหนึ่ง อย่างไรก็ตามจากการติดต่อโดยตรงต่อผู้ที่มีบทบาทในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในที่สุดผู้ให้ข้อมูลหลักนี้ก็ได้อำร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การประชุมวาระการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยนี้ ถือเป็นการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรก ที่งานผู้จัดอาจจะยังไม่มีประสบการณ์หรืออาจจะเป็นปัญหาทางเทคนิคในการกำหนดตัวผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก็ได้

## 4.2 กรณีศึกษาสัมมนาสุขภาพที่ 2 ประเมินมาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน<sup>6</sup>

### ความสำคัญและความเป็นมา

แร่ใยหินมีคุณสมบัติแข็งแรง เหนียว มีความยืดหยุ่นสูง ทนทานต่อแรงดึง ได้สูงถึง 5,000-31,000 กิโลกรัมต่อตารางเซนติเมตร ทนต่อความร้อนได้สูงถึง 700-1000 องศาเซลเซียส ทนต่อการกัดกร่อนของสารเคมี กรด ต่าง เชื่อ จุลินทรีย์ และการทำลายของแมลง ทำให้แร่ใยหินมีประโยชน์ใช้สอยอย่างกว้างขวางในแวดวงอุตสาหกรรม โดยเฉพาะในการผลิตผลิตภัณฑ์ที่ต้องการคุณสมบัติความแข็งแรงดังกล่าว เช่น กระเบื้องใยหิน ท่อซีเมนต์ใยหิน ฝ้าเพดาน ฉนวนหุ้มกันไฟและความร้อน ผ้าเบรก ผ้าคลัตช์ กระเบื้องยางปูพื้น เสื้อป้องกันไฟ เป็นต้น ประเทศไทย มีการใช้แร่ใยหินในผลิตภัณฑ์ต่างๆ เป็นจำนวนมากจึงมีการนำเข้าแร่ใยหินจากประเทศต่างๆ ได้แก่ รัสเซีย บราซิล แคนาดา ซิมบับเว และจีน เป็นปริมาณมหาศาลในแต่ละปี ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยนำเข้าแร่ใยหินจำนวนถึง 94,144,430 กิโลกรัม เป็นมูลค่าถึง 1,071,686,442 บาท (กระทรวงแรงงาน 2553)

แร่ใยหินแบ่งออกเป็นสองกลุ่มที่มีคุณสมบัติต่างกัน กลุ่มแรก (กลุ่มแร่ใยหินแอมฟีโบล Amphibole) มีคุณสมบัติที่เมื่อแตกตัวเป็นเส้นใยขนาดเล็กแล้วจะเข้าไปสะสมอยู่ในปอดได้มากกว่า และมีการศึกษาพบว่าทำให้เกิดมะเร็งปอดและเยื่อหุ้มปอดมากกว่า จึงถูกยกเลิกการใช้ในหลายประเทศ ประเทศไทยมีการยกเลิกการนำเข้าแร่ใยหินหลายตัวในกลุ่มแอมฟีโบลมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี

<sup>6</sup> เนื้อหาส่วนนี้เรียบเรียงมาจาก “บทที่ 4 กรณีศึกษามาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน” โดย ฉันทนา บุญแดง, วลัยกัญญา พลาศรีย์ และนุชนารถ นาคขำ ใน โภมาตราชั่งเสถียรทรัพย์ และคณะ (2557)

พ.ศ. 2538-2552 ส่วนแร่ใยหินอีกกลุ่มหนึ่ง คือกลุ่มเซอร์เพนไทน์ (Serpentine) คือ แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ (Chrysotile) ยังสามารถนำเข้ามาใช้ในประเทศได้ โดยต้องขออนุญาตก่อน เพราะถือว่าเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ 3 ตามพระราชบัญญัติ วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535

ปัจจุบัน มีหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่าแร่ใยหินนอกจากจะทำให้เป็นโรคปอดเรื้อรังแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งได้ และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศชัดเจนอย่างเป็นทางการว่าแร่ใยหินทุกชนิดทำให้เกิดมะเร็ง ประเทศต่างๆ จึงมีการดำเนินการยกเลิกการใช้แร่ใยหินกันอย่างกว้างขวาง ในขณะที่ประเทศไทยยังมีการอนุญาตให้ใช้แร่ใยหินอยู่ 1 ชนิด คือ แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ (Chrysotile) โดยที่สังคมส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน เช่น คนทำงานในสถานประกอบการที่ใช้แร่ใยหินเป็นวัตถุดิบ และผู้รื้อถอนอาคารที่มีแร่ใยหินเป็นวัสดุ ยังมิได้ตระหนักถึงภัยอันตรายและความเสี่ยงนี้อย่างเพียงพอ นักวิชาการด้านสาธารณสุขและเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค จึงเห็นว่ามีคามจำเป็นที่จะต้องดำเนินมาตรการยกเลิกการใช้แร่ใยหินเพื่อคุ้มครองและป้องกันภัยอันตรายจากแร่ใยหิน ในขณะที่ ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยกับการยกเลิก คือ ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมที่ใช้แร่ใยหินในการผลิตผลิตภัณฑ์ต่างๆ ส่วนหน่วยงานภาครัฐที่ทำหน้าที่กำกับดูแลนั้น ส่วนหนึ่งเห็นว่าการยกเลิกต้องใช้เวลาและต้องพิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติด้วย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้นำประเด็นข้อขัดแย้ง เรื่องการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในประเทศไทยเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันกำหนดนโยบายเพื่อควบคุมความเสี่ยงจากแร่ใยหิน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนั้นมีมติให้ “กระทรวงอุตสาหกรรม ดำเนินการควบคุมแร่ใยหินที่เป็นวัตถุดิบ (โครโซไทล์) ให้เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ 4 อย่างเร่งด่วน ภายในปี 2555

ซึ่งจะห้ามมิให้มีการผลิต การนำเข้า การส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครอง” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2553) ซึ่งภายหลังจากการมีมติ สมัชชาฯ ดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2558) นับเป็นเวลา 5 ปีเศษ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ยังไม่ได้มีการกำหนดให้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์เป็นวัตถุอันตราย ชนิดที่ 4 แต่อย่างใด

กระบวนการสมัชชาสุขภาพในประเด็นแร่ใยหินนี้ เป็นตัวอย่างกรณีศึกษา ที่น่าสนใจ เพราะทำให้เกิดการตั้งคำถามว่า กระบวนการถกแถลงเพื่อหาทางออก ร่วมกันจะเกิดขึ้นได้ในประเด็นปัญหาที่เป็นผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของภาค ธุรกิจเอกชนได้หรือไม่ กระบวนการสมัชชาสุขภาพมีผลต่อการกำหนดนโยบาย สาธารณะซึ่งมีหน่วยงานราชการหลายหน่วยงานรับผิดชอบได้หรือไม่ อย่างไร และมีข้อจำกัดอะไรบ้าง

### จุดเริ่มต้นของกระบวนการสมัชชา :

#### การกำหนดประเด็นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

กระบวนการ “ขาขึ้น” เพื่อเตรียมการก่อนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ คือ การนำเสนอประเด็นโดยภาคีเครือข่าย การคัดเลือกประเด็น และการร่วมกันจัดทำมติสมัชชาโดยผู้เสนอประเด็นและภาคี เครือข่าย ซึ่งถือว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่มได้มีส่วนร่วมกัน หาข้อตกลงร่วมในการขับเคลื่อนประเด็นในระดับชาติ ซึ่งกระบวนการดังกล่าว แตกต่างจากขั้นตอนการกำหนดนโยบายตามปกติของหน่วยงานภาครัฐอย่าง ชัดเจน โดยมีหลักเกณฑ์ทั่วไปของการคัดเลือกประเด็นที่ภาคีได้นำเสนอเพื่อคัด เลือกเข้าสู่กระบวนการสมัชชาประกอบด้วย การมีข้อมูลแสดงให้เห็นว่าเกี่ยวข้องกับ สถานการณ์สุขภาพคนไทย การเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลกระทบรุนแรง การ เป็นที่สนใจของสาธารณะ และความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายหรือ

ผลักดันให้เกิดผลต่อเนื่องในทางปฏิบัติ โดยประเด็นแรวยุทธินได้รับการจัดกลุ่มเป็นข้อเสนอ “กลุ่ม A” กล่าวคือ ข้อมูลมีความพร้อมที่จะเป็นประเด็นพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ทันที

เมื่อประเด็นได้รับการคัดเลือกก็จะมีกระบวนการจัดทำข้อเสนอเพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการเตรียมการเพื่อการจัดทำข้อเสนอประกอบด้วย

(1) การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย โดยทั่วไป จะมีการจัดกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มขับเคลื่อนเชิงสังคมและประชาชน กลุ่มนักวิชาการ และกลุ่มหน่วยงานนโยบาย

(2) การประชุมร่วมกันระหว่างผู้เสนอประเด็นและผู้มีส่วนได้เสีย และ

(3) การแต่งตั้ง “คณะทำงานวิชาการ” เพื่อพัฒนามติสมัชชาร่วมกับผู้เสนอประเด็นและผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งมีเกณฑ์สำคัญ คือ องค์ประกอบของคณะทำงานต้องครบ 3 ส่วน คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาควิชาการ โดยมีเลขานุการของคณะทำงาน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางของประเด็น ทำหน้าที่ประมวลสังเคราะห์ข้อเสนอที่จะนำเข้าสู่การพิจารณา ซึ่งในการคัดเลือกทีมเลขานุการนี้มีความจำเป็นต้องได้หน่วยงานที่มีความเป็นกลาง เพื่อให้ข้อเสนอที่จะนำเข้าสู่การพิจารณาขอมติจากสมัชชาไม่มีอคติหรือลำเอียง

สำหรับการจัดทำมติสมัชชาสุขภาพกรณีแรวยุทธินั้น คณะอนุกรรมการวิชาการภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 มีคำสั่งที่ 1/2553 แต่งตั้ง “คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายชุดที่ 4 (คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นมาตรการทำให้สังคมไทยไร้แรวยุทธิน)” โดยมี รศ. ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ (นักวิชาการอาวุโสด้านชีวอนามัยและความปลอดภัย อดีตหัวหน้าภาควิชาอาชีวอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) เป็นประธาน และผู้อำนวยการสำนักโรคจากการ

ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค เป็นเลขานุการ

คณะทำงานฯ มีกรรมการ 17 คน ประกอบด้วย

- อาจารย์มหาวิทยาลัย 3 คน (ภาควิชาอาชีวอนามัย มหาวิทยาลัยมหิดล และ คคส/คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
- นักวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข 4 คน (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค และโรงพยาบาลโรคทรวงอก กรมการแพทย์)
- หน่วยงานภาครัฐ 5 คน (กรมการค้าต่างประเทศ กรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมควบคุมมลพิษ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักโยธาธิการ กทม.)
- สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค 2 คน
- องค์กรพัฒนาเอกชน 2 คน (มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิบูรณะนิเวศ)
- ภาคเอกชน 1 คน (สมาคมผู้ประกอบการธุรกิจจิวเวลรี่)

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบคณะทำงานฯ เห็นได้ว่า กรรมการมีองค์ประกอบครบถ้วนจาก 3 ฝ่าย คือ รัฐ เอกชน และวิชาการ แต่สัดส่วนของกรรมการ พบว่าเป็นนักวิชาการมากที่สุด (7 คนหรือร้อยละ 41) และทั้งหมดเป็นนักวิชาการด้านสุขภาพ ขณะที่หน่วยงานภาครัฐคิดเป็นร้อยละ 35 และกรรมการภาคเอกชนมีเพียง 1 คน ในจุดนี้ อาจตั้งข้อสังเกตต่อขั้นตอนการแต่งตั้งคณะทำงานว่า องค์ประกอบของคณะทำงานดังกล่าวอาจขาดผู้มีส่วนได้เสียที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงหรือเป็น “ผู้มีส่วนได้เสียหลัก” ไป คือ พนักงานโรงงานที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหิน ช่างรับเหมาก่อสร้าง ช่างรื้อถอนอาคาร เจ้าของกิจการที่ใช้แร่ใยหินเป็นวัตถุดิบ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งหากมีผู้มีส่วนได้เสียเหล่านี้มาเข้าร่วมเป็นผู้แทนคณะทำงานฯ ก็อาจทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและง่ายต่อการผลักดันมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ



**กระบวนการถกแถลง :****การผลักดันข้อเสนอเพื่อรับการรับรอง**

เมื่อคณะทำงานวิชาการฯ ได้ร่างข้อเสนอและนำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวันที่ 15-16 ธันวาคม 2553 ประเด็นระเบียบวินัยใช้เวลาพิจารณาเพียงครึ่งชั่วโมงเศษก็ได้รับการลงมติรับรอง มีการตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการใช้เวลานั้นๆ ผ่านการรับรองมติสมัชชาว่าเป็นเพราะสมาชิกสมัชชาที่เข้าร่วมประชุมส่วนที่เป็นตัวแทนจากจังหวัดต่างๆ ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาระเบียบวินัยมากนัก ในขณะที่กลุ่มหน่วยงานนโยบายที่อาจมีความเห็นแตกต่างไม่ได้มาร่วมประชุม และในเวทีสมัชชาทั้งย่อยและใหญ่ นั้น แม้ทุกคนจะได้แสดงความคิดเห็น แต่ส่วนมากก็เป็นคนเดิมๆ จากฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภค ในขณะที่ตัวแทนจากโรงงานอุตสาหกรรมที่ผลิตกระเบื้องกลายเป็นคนกลุ่มน้อยที่มาเข้าร่วมในเวทีปรากฏการณ์การมีมติสมัชชาในระยะเวลาอันสั้นนี้อาจหมายความว่ามิฉะนั้นงานฯ มีการเตรียมการที่ดี ทำให้ผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชามีความเห็นตรงกันในเวลาอันรวดเร็ว แต่หากพิจารณาอีกมุมมองหนึ่งก็อาจเป็นไปได้ว่าเวทีสมัชชาดังกล่าวอาจยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียที่มีความเห็นต่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความเห็นต่างนี้ เมื่อไม่สามารถมีบทบาทในสมัชชาสุขภาพได้ก็จะหันไปเคลื่อนไหวนอกเวทีสมัชชา และกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคในการขับเคลื่อนมาตรการสังคมไทยไร้ระเบียบวินัยในระยะต่อมา

**ผลของสมัชชา : จากมติสู่การปฏิบัติ**

ภายหลังการมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีการนำมติสมัชชาฯ เสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งการประชุมครั้งที่ 1/2554 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2554 คสช. ได้มีมติเห็นชอบกับมติสมัชชาแห่งชาติเรื่อง “มาตรการทำให้สังคมไทยไร้ระเบียบวินัย” และให้นำมติสมัชชาดังกล่าวเสนอต่อที่

ประชุมคณะรัฐมนตรีต่อไป และที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2554 ได้มีมติเห็นชอบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามมติต่อไป ทั้งนี้ให้กระทรวงการคลัง กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับความเห็นของกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องด้วย และเห็นชอบให้นำเข้าและห้ามผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหินโครโซไทล์ ที่ใช้วัตถุดิบอื่นหรือใช้ผลิตภัณฑ์อื่นทดแทนได้ และมอบหมายให้กระทรวงอุตสาหกรรมรับไปจัดทำแผนในการยกเลิก การนำเข้า ผลิตและจำหน่ายแร่ใยหิน และผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบทุกชนิด

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการนำเสนอมติสมัชชาต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรีแล้ว คณะเลขานุการของคณะทำงานฯ ไม่สามารถดำเนินการกิจการขับเคลื่อนมติสมัชชาต่อได้ ทำให้ขาดการติดตามเรื่องและการขับเคลื่อนมติสมัชชาให้เกิดผลเป็นไปอย่างจำกัด ในขณะที่หน่วยงานราชการที่รับผิดชอบในการดำเนินมาตรการต่างๆ ก็มีความรู้สึกลัวว่าการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นการก้าวล่วงขอบเขตอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวัตถุอันตราย รวมทั้งยังมีความเห็นโต้แย้งในทางวิชาการอยู่อีกด้วย ทำให้ไม่มีความกระตือรือร้นที่จะผลักดันมาตรการเหล่านี้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ที่สำคัญ เมื่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้รับการรับรองจากคณะรัฐมนตรีพร้อมกับมาตรการต่างๆ ที่ต้องนำไปปฏิบัติ มติและมาตรการต่างๆ กลับไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ประกอบการที่ใช้แร่ใยหินรายหนึ่ง จึงมีการเคลื่อนไหวเพื่อคัดค้านมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เช่น เผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ “ศูนย์ข้อมูลโครโซไทล์” ว่าแร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีการระดมเครือข่ายชาวบ้านมากกว่า 500 คน ร่วมชุมนุม

เพื่อสนับสนุนการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์อย่างปลอดภัย รวมทั้งมีการจัดสัมมนาให้ข้อมูลความรู้ที่ระบุว่า ที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยผลกระทบมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าตลอดระยะเวลา 30 ปี ที่มีการนำเข้าแร่ใยหินโครโซไทล์มาใช้ในอุตสาหกรรมในประเทศไทย ยังไม่เคยพบรายงานผู้ป่วยด้วยเหตุแร่ใยหินที่มีหลักฐานทางวิชาการออกมายืนยันแต่อย่างใด ในขณะเดียวกัน ผู้ประกอบการที่ได้เลิกใช้แร่ใยหินไปแล้ว เช่น บริษัทโอลิมปิก กระเบื้องไทย เจ้าของกระเบื้องตราห้าห่วง และบริษัทกระเบื้องกระต่ายไทย ในเครือเอสซีจี เจ้าของกระเบื้องตราช้าง ก็มีการให้ข้อมูลสนับสนุนการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์แก่สาธารณชนเช่นกัน

เมื่อมติสมัชชาฯ และมติคณะรัฐมนตรีที่รองรับมาตรการสังคมไทยไร้แร่ใยหินไม่มีผลในทางปฏิบัติ เนื่องจากมีบริษัทผลิตกระเบื้องไม่ให้ความร่วมมือ คณะผู้เสนอประเด็นได้ร่วมกับนักวิชาการด้านอาชีวอนามัย (สมาพันธ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน) และองค์กรพัฒนาเอกชน (สภาเครือข่ายผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย และ สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค) จึงได้จัดตั้ง “เครือข่ายรณรงค์ยกเลิกการใช้แร่ใยหินแห่งประเทศไทย” หรือ “T-BAN” (Thailand Ban Asbestos Network) ขึ้นเพื่อเผยแพร่ข้อมูลวิชาการด้านผลกระทบต่อสุขภาพของแร่ใยหินในรูปแบบต่างๆ และเพื่อผลักดันการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ในประเทศไทย รวมทั้งมีการประสานงานกับกลุ่ม “A-BAN” ซึ่งเป็นภาคีการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในทวีปเอเชียอีกด้วย โดยมีการทำกิจกรรมรณรงค์อย่างต่อเนื่อง เช่น การยื่นหนังสือถึงนายกรัฐมนตรีเพื่อให้เร่งรัดการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในประเทศไทย มีการประชุมหารืออย่างต่อเนื่องทุก 2 เดือน รวมทั้งการร่วมประชุมและให้ข้อมูลวิชาการด้านความเสี่ยงต่อสุขภาพจากแร่ใยหิน ต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา 2556) และ คณะกรรมการศึกษาข้อ

เท็จจริงเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากแร่ใยหิน กระทรวงสาธารณสุข<sup>7</sup> อีกด้วย สำหรับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) นั้น ได้ดำเนินการเฝ้าระวังติดตามการดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่คณะรัฐมนตรีได้มอบหมายงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และจัดทำเอกสารความก้าวหน้าเป็นเล่มและเผยแพร่ทางสื่อสังคมออนไลน์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2556) ส่วนการผลักดันให้แร่ใยหินเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ 4 ตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตรายที่จะห้ามไม่ให้มีการผลิต การนำเข้า การส่งออกหรือการมีไว้ในครอบครองนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบยังไม่ได้ดำเนินการ โดยมีข้อโต้แย้งว่า ควรห้ามใช้แร่ใยหินโดยอาศัยอำนาจตาม พ.ร.บ.โรงงานมากกว่าการกำหนดให้เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ 4 เพราะยังมีผลิตภัณฑ์บางชนิดที่ไม่สามารถใช้วัตถุอันตรายทดแทนได้ ปัจจุบันแร่ใยหินจึงยังเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ 3 ที่การผลิต การนำเข้า การส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครองสามารถกระทำได้โดยต้องรับใบอนุญาต

### จุดเด่นและข้อจำกัด

หากพิจารณาจากผลทางการปฏิบัติของมติสมัชชาในประเด็นมาตรการสังคมไทยไร้แร่ใยหินแล้วจะเห็นได้ชัดเจนว่า แม้กระบวนการจัดทำข้อเสนอและมติจะได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากสมัชชาในระยะเวลาอันสั้น และเมื่อเสนอ

---

<sup>7</sup> ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 2039/2555 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2555 โดยมี ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ) และอธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นรองประธาน รองอธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นกรรมการและเลขานุการ ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ มีหน้าที่รับผิดชอบ คือ (1) รวบรวม ทบทวน ข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากแร่ใยหิน (2) จัดทำสรุปรายงาน และให้ข้อเสนอแนะทางนโยบายเกี่ยวกับแร่ใยหินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และ (3) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย.



ในเวทีระดับนานาชาติที่ดำเนินการเกี่ยวกับอันตรายของแร่ใยหินนั้นมักจะให้ความสำคัญต่อการลดการรับสัมผัสจากการทำงานเป็นด้านหลักเนื่องจากมีอันตรายมากกว่าและเกิดขึ้นอย่างแน่นอนกว่าการรับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อมของผู้บริโภค แต่สำหรับการขับเคลื่อนครั้งนี้ให้ความสำคัญกับการสัมผัสของผู้บริโภค แทนที่จะเน้นการสัมผัสของคนทำงาน หากเป้าหมายของการขับเคลื่อนนโยบายมุ่งไปที่ประเด็นการคุ้มครองสุขภาพของแรงงานที่ทำงานสัมผัสกับแร่ใยหินเป็นเบื้องต้นก่อน จากนั้นจึงค่อยมาเคลื่อนเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค ผลลัพธ์ของกระบวนการสมัชชาก็อาจแตกต่างไปจากนี้ ผลการขับเคลื่อนจึงขึ้นกับประเด็นตั้งต้นด้วย

- หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในเรื่องการควบคุมวัตถุมีพิษมีความรู้สึกไม่พอใจเมื่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบายควบคุมการใช้แร่ใยหิน โดยเห็นว่าเป็นการก้าวก้าว และกระทำการโดยไม่ปรึกษาหารือ ทำให้ไม่ยอมรับข้อเสนอหรือมติสมัชชาไปปฏิบัติ
- สำหรับผู้ประกอบการที่เลิกใช้แร่ใยหินแล้ว การที่มติสมัชชาไม่สามารถบังคับใช้ได้แม้จะมีมติคณะรัฐมนตรีรับรอง ทำให้ภาคธุรกิจเหล่านั้นมีมุมมองต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ ว่าไร้หน้ายา ไม่มีอำนาจในการจัดการกับปัญหา ได้แต่ใช้การขอร้องให้ความร่วมมือ

เจตนารมณ์ของสมัชชาสุขภาพ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียจากนโยบายสาธารณะได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย เพื่อให้เกิดประโยชน์ส่วนรวมที่มากที่สุดเท่าที่จะได้สำหรับทุกฝ่าย ตามหลักการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม หากแต่ประสบการณ์การขับเคลื่อนการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ในประเทศไทยผ่านกระบวนการสมัชชาครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า แม้สมัชชา

สุขภาพจะมีขั้นตอนที่ดี แต่สำหรับนโยบายที่มีผลกระทบต่อภาคธุรกิจแล้ว หากขาดการวิเคราะห์ “ประเด็น” ที่ต้องการขับเคลื่อนให้รอบคอบ เพื่อให้การขับเคลื่อนมีความเป็นไปได้ เป็นขั้นเป็นตอนอย่างมียุทธศาสตร์ และขาดการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียให้ครบถ้วนก็อาจทำให้ประเด็นนโยบายที่ต้องการขับเคลื่อนไม่สามารถดำเนินไปได้มากเท่าที่ควร

### 4.3 กรณีศึกษาสมัชชาสุขภาพที่ 3 ประเด็นนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ<sup>8</sup>

#### ความสำคัญและความเป็นมา

นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติหรือที่เรียกกันโดยทั่วไปในประเทศไทยว่า “เมดิคัลฮับ (Medical hub)” เป็นนโยบายของประเทศกำลังพัฒนาที่มุ่งหารายได้เข้าประเทศโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจากประเทศพัฒนา มากกว่ามารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศของตน ปรากฏการณ์นี้ถูกเรียกขานกันในต่างประเทศว่า Medical tourism (หรือการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์) (Horowitz, Rosensweig, and Jones 2007) การเติบโตของเมดิคัลฮับถือว่าเป็นปรากฏการณ์ระดับโลก เฉพาะในเอเชีย ประเทศที่มีการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ชัดเจนได้แก่ ประเทศอินเดีย สิงคโปร์ และไทย ส่วนมาเลเซียและฟิลิปปินส์ก็มีการส่งเสริมอยู่บ้าง แต่ไม่มากนัก ประเทศที่มีเป้าหมายมุ่งสู่การเป็นเมดิคัลฮับนั้นนอกจากจะมีลักษณะเด่นคือ มีชื่อเสียงในด้านการรักษาพยาบาล คนท้องถิ่นมีอัตราค่าดี มีทักษะในการใช้ภาษาสื่อสารกับชาวต่างชาติได้ มีความปลอดภัย การเมืองสงบ มีมาตรฐานความเป็นอยู่ดี การเดิน

<sup>8</sup> เนื้อหาส่วนนี้เรียบเรียงมาจาก “บทที่ 4 กรณีศึกษา นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” โดย นพ.สุธีร์ รัตนมวงคกุล ใน โภมาตโร จิงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2557)

ทางสะดวก และโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ

ในด้านของผู้ป่วยแล้ว การเดินทางมารับการรักษาพยาบาลในต่างประเทศ อาจมีเหตุผลหลายประการ เช่น การได้รับบริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องรอนานเหมือนในประเทศของตนเอง การมีโอกาสได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ยังอยู่ระหว่างการศึกษาวินิจฉัยหรือยังคงเป็นที่ถกเถียง ซึ่งมักถูกควบคุมไม่ให้มีการใช้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือการเดินทางมารับบริการการรักษาที่ไม่ถูกกฎหมายในประเทศตนเอง เช่นการทำแท้ง นอกจากนี้ การรักษาพยาบาลในประเทศปลายทางมักมีราคาต่ำกว่าในประเทศต้นทางมาก ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งนายจ้างและบริษัท ประกันสุขภาพที่ต้องการลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล จึงมักเป็นผู้จัดการด้านการเงินและค่าใช้จ่ายโดยมีสำนักงานท่องเที่ยว หรืออาจมีหน่วยงานของรัฐบาลทำหน้าที่ช่วยส่งเสริมและอำนวยความสะดวก (Horowitz, Rosensweig, and Jones 2007)

นโยบายเมดิคัลฮับเอื้อต่อภาคธุรกิจการแพทย์ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนเติบโต แต่ก็ทำให้เกิดปัญหาหมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากภาคสาธารณสุขมาสู่ภาคเอกชน เนื่องจากค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในระบบเอกชนที่สูงมากดึงดูดแพทย์ให้ออกจากภาครัฐ แต่นโยบายเมดิคัลฮับก็อาจทำให้ภาวะหมองไหลออกนอกประเทศลดลง (Chinai and Goswami 2007) ในขณะเดียวกัน ประเทศต้นทางของผู้ป่วยก็มีความกังวลใจต่อเรื่องของการติดตามดูแลผู้ป่วยภายหลังการรักษา รวมถึงผลกระทบต่อระบบบริการในประเทศต้นทางด้วย (Bogle 2002) นโยบายเมดิคัลฮับจึงเป็นนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชนในประเทศปลายทางเนื่องจากมีผู้ป่วยจากประเทศที่พัฒนาแล้วเข้ามาแย่งชิงใช้ทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่จำกัด



ในประเทศไทยนั้น นโยบายเมดิคัลฮับเริ่มต้นขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2547 ตามแผนพัฒนาให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (เมดิคัลฮับ) ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2547-2551 ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการจัดทำ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์เมดิคัลฮับ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2553-2557) มุ่งเป้าให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ประกอบด้วยบริการรักษาพยาบาล บริการเพื่อสุขภาพ สปา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสมุนไพรไทย บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในปีเดียวกัน ประเด็นนี้ได้รับการบรรจุเป็นวาระในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 และมติที่ประชุมสมัชชาฯ ซึ่งต่อมาได้ถูกรับรองโดยมติคณะรัฐมนตรี ในปี พ.ศ. 2554 กำหนดนโยบายให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ มีกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ โดยให้ดำเนินนโยบายหรือยุทธศาสตร์การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติที่ไม่กระทบต่อบริการสุขภาพสำหรับประชาชนไทย และต้องพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนานโยบายระดับชาติและแผนปฏิบัติการเพื่อลดผลกระทบทางลบต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับคนไทย

ในขณะที่การขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 ยังไม่มีผลการดำเนินงานที่ชัดเจน ในปี พ.ศ. 2555 รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเสนอคณะรัฐมนตรีให้จัดตั้งศูนย์บริการทางการแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางระดับสูงหรือเมดิคัลฮับ (Medical hub) ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยกำหนดงบประมาณทั้งหมด 4,000 ล้านบาท การอนุมัติตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าวนี้ถูกมองว่าขัดกับมติสมัชชาสุขภาพที่รับรองโดยมติคณะรัฐมนตรี จนเครือข่ายผู้บริโภคเรียกร้องนายกรัฐมนตรี้ให้ตรวจสอบการจัดตั้งเมดิคัลฮับให้เป็นไปตามมติ

คณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2555<sup>9</sup> โดยมีประเด็นข้อร้องเรียนคือการไม่เปิดเผยรายละเอียดของโครงการเมดิคัลฮับต่อสาธารณะเพื่อให้เกิดความโปร่งใสของนโยบาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัด ในขณะที่บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลมีความขาดแคลนในภาพรวม และมีปัญหาการกระจายตัวทางภูมิศาสตร์ที่ไม่เหมาะสม ผลกระทบจากเมดิคัลฮับจะทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์ และทำให้ค่ารักษาพยาบาลแพงขึ้น เครือข่ายผู้บริโภคเรียกร้องให้คณะรัฐมนตรีทบทวนมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2555 และพิจารณาเรื่องนี้ให้สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

ที่ผ่านมา มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องเมดิคัลฮับถูกจัดอยู่ในกลุ่มมติสมัชชาที่ยังไม่มีรายงานความก้าวหน้าหรือผลักดันให้เป็นผลสัมฤทธิ์ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2555) จึงเป็นที่น่าสนใจว่ากระบวนการนโยบายสาธารณะในเรื่องเมดิคัลฮับมีการขับเคลื่อนอย่างไร ยิ่งเมื่อรัฐบาลมีมติคณะรัฐมนตรีเรื่องการทำเมดิคัลฮับในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งขัดกับมติสมัชชาสุขภาพที่ได้รับการรับรองจากคณะรัฐมนตรีก่อนหน้านี้ ก็ยิ่งทำให้กระบวนการนโยบายสาธารณะนี้เป็นกรณีศึกษาที่อาจสะท้อนข้อจำกัดของกลไกและกระบวนการเชิงนโยบายที่ผ่านมา การศึกษานี้จะวิเคราะห์ความเป็นมา พัฒนาการ บทบาทและพฤติกรรมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายเมดิคัลฮับ รวมทั้งวิเคราะห์ถึงกระบวนการสมัชชากับการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งคาดว่าผลการวิเคราะห์นี้จะเป็น

<sup>9</sup> จดหมายเปิดผนึก เรียน นายกรัฐมนตรี (นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร) ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2555 เรื่อง “ขอให้ตรวจสอบการจัดตั้งศูนย์บริการทางการแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางระดับสูง หรือเมดิคัลฮับ (Medical Hub) ในส่วนกลางและภูมิภาค ให้เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรี เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 มตินโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เมื่อวันที่ 12 เมษายน 2554” โดยเครือข่ายภาคีสุขภาพทั้งหมด 22 เครือข่าย.

ประโยชน์ต่อการพัฒนากระบวนการสมัชชาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นทั้งขาขึ้นและขาลง หรือทั้งการพัฒนานโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม

### **จุดเริ่มต้นของกระบวนการสมัชชา :**

#### **การกำหนดประเด็นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย**

นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติถูกเสนอเป็นวาระสมัชชาโดยสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ร่วมกับสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย โดยมีสมาคมแพทย์แผนไทย สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PREMA) เป็นภาคีเครือข่าย มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจกับสังคมว่านโยบายเมดิคัลฮับนั้นไม่ได้แย่งชิงทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีอยู่จำกัดจากภาครัฐให้ไปอยู่ทางภาคเอกชน และต้องการชี้ให้เห็นว่านโยบายเมดิคัลฮับกับนโยบายการส่งเสริมระบบการบริการสาธารณสุขแห่งชาติสามารถดำเนินคู่ขนานกันไปได้ ไม่จำเป็นต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วทิ้งอีกอย่างหนึ่ง โดยมีหลักคิดว่า

ประการแรก ไม่ว่าจะมีความพร้อมหรือไม่มีความพร้อม บุคลากรมีความขาดแคลนอยู่แล้วเพราะการผลิตบุคลากรไม่เพียงพอเป็นปัญหาเดิมที่มีอยู่ก่อนหน้านี้

ประการที่สอง การมีเมดิคัลฮับจะเป็นการช่วยยกระดับมาตรฐานการบริการทางด้านสุขภาพให้สูงขึ้น

ประการที่สาม เป็นโอกาสที่จะใช้ในการพัฒนาความเป็นเลิศด้านการแพทย์ (Excellence Center) ทั้งในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเป็นการบริการเพื่อคนไทยด้วย ไม่ใช่บริการเฉพาะคนต่างชาติเท่านั้น นอกจากนี้ยังสามารถจัดให้มีระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเอกชนได้ ทำให้ช่วยให้โรงพยาบาลภาครัฐมีรายได้และอาจช่วยรองรับผู้ป่วยจากภาครัฐที่มีจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยได้จำกัด

ข้อเสนอประเด็นนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติได้ผ่านที่ประชุมเพื่อ  
กลั่นกรองระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553  
โดยคณะอนุกรรมการวิชาการ เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2553 ณ สถาบันวิจัย  
จุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ ประเด็นการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติถูกจัดอยู่ใน  
ข้อ 6.3 การบริการสุขภาพเฉพาะของหมวด 6 การบริการสาธารณสุข โดยการ  
ควบคุมคุณภาพ จากนั้นข้อเสนอถูกนำเข้าสู่กระบวนการกลั่นกรองซึ่งได้จัดให้  
ประเด็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเป็นประเด็นที่ควรจัดให้เป็นหัวข้อการ  
ประชุมวิชาการ โดยมีเหตุผลว่า แม้การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติจะเป็น  
สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่สำคัญและกำลังเกิดขึ้น แต่ควรมี  
การจัดทำข้อมูลทางวิชาการ โดยเฉพาะการประเมินผลกระทบต่อระบบสุขภาพ  
ให้ชัดเจนก่อน ซึ่งจำเป็นต้องใช้เวลาในการดำเนินการ ดังนั้นจึงควรจัดการ  
ประชุมวิชาการเพื่อเผยแพร่ต่อสมาชิกสมัชชาฯ และสาธารณะให้เกิดความสนใจ  
และเข้าใจก่อน โดยให้มีการทำงานวิชาการควบคู่ไป แต่หลังจากอนุกรรมการ  
วิชาการได้เสนอให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณา คณะ  
กรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกลับเห็นว่าประเด็นเมดิคัลฮับเป็นเรื่อง  
สำคัญและเป็นประเด็นที่เสนอมาจากภาคธุรกิจ จึงเห็นควรให้กำหนดประเด็น  
เมดิคัลฮับเป็นระเบียบวาระหนึ่งในการพิจารณาของสมัชชา โดยให้ตั้งคณะ  
ทำงานเพื่อช่วยกันพิจารณาจัดทำข้อเสนอเพื่อขอมติสมัชชาฯ จึงเท่ากับว่า  
ประเด็นการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินี้ได้รับการปรับเลื่อนจากการจัด  
ประชุมเพื่อเผยแพร่ความเข้าใจและพัฒนาริชาการมาเป็นการจัดทำข้อเสนอเพื่อ  
ขอมติจากที่ประชุมสมัชชาฯ

การเปลี่ยนสถานะจากการประชุมวิชาการมาเป็นวาระการพิจารณาของ  
สมัชชาอาจเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาต่างๆ ในกระบวนการสมัชชาเกิดขึ้นตามมา  
ภายหลัง ซึ่งอาจรวมถึงการที่มตินี้ถูกประเมินว่าไม่มีความก้าวหน้าในการขับ

เคลื่อน ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะความไม่พร้อมในเรื่องการจัดทำข้อมูลทางวิชาการ โดยเฉพาะการประเมินผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ในขณะที่ภาคการเมืองก็ยังขับเคลื่อนนโยบายนี้อย่างต่อเนื่องแม้จะมีการเปลี่ยนรัฐบาลจากพรรคเพื่อไทยมาเป็นพรรคประชาธิปัตย์ก็ตาม การขาดข้อมูลที่จะใช้ศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบต่างๆ ให้ชัดเจน ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่เห็นภาพรวมที่เป็นภาพเดียวกันจากทุกภาคส่วน แต่ละภาคส่วนมีความคาดหวังและคาดหวังถึงผลกระทบที่แตกต่างกันไป ส่งผลให้เกิดการปกป้องจุดยืนของตนเอง บรรยากาศการประชุมต่างๆ จึงกลายเป็นสนามต่อสู้ระหว่างผู้ที่เห็นแตกต่างกันเป็นขั้วตรงข้ามและเกิดความไม่ไว้วางใจกันตั้งแต่เริ่มต้น โดยพบเป็นรูปธรรมตั้งแต่ความไม่พอใจต่อการกำหนดผู้ทำหน้าที่ประธานคณะทำงานเป็นต้นมา

### **กระบวนการถกแถลง :**

#### **การผลักดันข้อเสนอเพื่อรับการรับรอง**

กระบวนการนำเสนอเรื่องเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เริ่มต้นที่การแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะเพื่อพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ คณะทำงานวิชาการชุดนี้มี นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ในขณะนั้น) เป็นประธานคณะทำงาน และนางสาวชะเอม พัทธิน นักวิจัยเรื่องการคัดค้านสุขภาพระหว่างประเทศจากแผนงานนโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ หรือ IHPP (International Health Policy Program) เป็นเลขานุการ มีคณะทำงานอีกจำนวน 20 คน ซึ่งประกอบด้วยภาคเอกชนผู้เสนอประเด็นคือ สมาคมแพทย์แผนไทย สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PREMA) สมาคมโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 3 คน ตัวแทนชมรมแพทย์ชนบทและชมรมแพทย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 2 คน ตัวแทนคณะแพทยศาสตร์ แพทยสภา ทันต

แพทยสภา และสภาการพยาบาลจำนวน 4 คน ตัวแทนกระทรวง ตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจำนวน 4 คน ตัวแทนมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน นักกฎหมาย นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ นิติศาสตร์ นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน โดยมี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นที่ปรึกษา

การแต่งตั้งประธานคณะกรรมการชุดนี้มีความขัดแย้งปรากฏขึ้น ด้วยผู้เสนอประเด็นเข้ามาเห็นว่าผู้เสนอประเด็นเป็นภาคเอกชน แต่คณะอนุกรรมการวิชาการกลับให้บุคคลในภาครัฐเป็นประธานคณะกรรมการ คือ นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ในช่วงเวลานั้น) ทางฝ่ายผู้เสนอประเด็นจึงท้วงติงมายังคณะอนุกรรมการวิชาการพร้อมๆ กับการเสนอชื่อประธานเพิ่มเติมอีกจำนวน 3-4 ท่านมายังสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติให้พิจารณา ต่อมาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้หารือกับผู้เสนอประเด็นแล้วได้ยืนยันว่าเป็นประธานคนเดิม ด้วยเหตุผลที่ว่าประธานควรจะเป็นคนกลางมากกว่าที่จะเป็นคนของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เหตุการณ์นี้ทำให้ผู้เสนอประเด็นรู้สึกว่่าชื่อประธานที่เสนอไปไม่ได้รับการตอบสนอง สำหรับคณะกรรมการในเบื้องต้นแต่งตั้งเพียงไม่เกิน 15 คนตามข้อกำหนดของการตั้งคณะกรรมการ แต่ได้มีการเพิ่มคณะกรรมการขึ้นจนจำนวนทั้งสิ้นมีรวมเป็น 22 คน เช่นมีการเพิ่มตัวแทนจากสภาพัฒนาฯ เพื่อให้เชื่อมโยงกับฝ่ายนโยบาย โดยมีการทยอยแต่งตั้งคณะกรรมการเริ่มต้นเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2553 และแต่งตั้งเพิ่มเติมจนครั้งสุดท้ายวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2553

มองในแง่หนึ่ง ความขัดแย้งก่อนการบรรจุประเด็นเข้าสู่การประชุมสมัชชา

เป็นความขัดแย้งระหว่างภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ดังนั้น ประธานคณะทำงานที่เป็นภาครัฐก็อาจมีความเหมาะสม เพราะประธานคณะทำงานไม่ควรจะเป็นส่วนหนึ่งของคู่ขัดแย้ง แต่การแต่งตั้ง นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข เป็นประธานก็ได้ทำให้เกิดปัญหาความยอมรับจากภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม เมื่อการดำเนินการคืบหน้าไป ประธานได้แสดงให้เห็นว่าทำหน้าที่ได้อย่างเป็นกลาง และมีการให้นโยบายการทำงานกับฝ่ายเลขาฯ ว่าจะต้องอดทนรับฟังทั้งสองฝ่ายให้รอบด้านโดยไม่เอนเอียงไปโน่นฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายคัดค้าน ประธานคณะทำงานวิชาการก็สามารถเป็นที่ยอมรับได้ในที่สุด นอกจากนั้น การทำหน้าที่อย่างตรงไปตรงมา การทำข้อกำหนดกฎกติกาการทำงานที่ชัดเจนของประธานและทีมเลขานุการยิ่งช่วยให้ผู้ร่วมประชุมมีความกล้าแสดงออก ซึ่งทำให้การถกแถลงอย่างอิสระมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและสามารถลดความขัดแย้งลงไปได้

นอกจากประธานคณะทำงานแล้ว ยังมีปัญหาความขัดแย้งในประเด็นอื่นๆ อีก เช่น การตั้งเลขาฯ คณะทำงานซึ่งมาจากภาควิชาการ การมีบทบาทหลายตำแหน่งของผู้เข้าร่วมประชุม การที่จำนวนคณะทำงานของฝ่ายหนึ่งที่มีมากหรือน้อยกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง หรือการไม่มีตัวแทนที่แท้จริงในฝ่ายของตนเอง ความไม่ไว้วางใจกันและความรู้สึกที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทำให้ผู้เข้าร่วมบางส่วนมุ่งหาเวทีนอกเหนือไปจากเวทีสมัชชาสุขภาพเพื่อผลักดันความคิดของตน ท่ามกลางความแตกต่างทางความคิดที่แต่ละฝ่ายพยายามนำข้อมูลมาหักล้างอีกฝ่ายหนึ่ง การทำหน้าที่ที่เป็นกลางอย่างมีหลักการได้ช่วยแก้ปัญหาเรื่องโครงสร้างของคณะทำงานได้ โดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ประธานคณะทำงาน ได้เสนอหลักการและแนวทางการทำงานร่วมกันของคณะทำงานเข้าในระเบียบวาระการประชุมของคณะทำงานในการประชุมวันแรก โดยกำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางไว้อย่างชัดเจนสองประการดังนี้ คือ

### แนวทางที่ 1 การพัฒนา “ข้อเสนอ”

- ก) ให้คำนึงถึงประโยชน์โดยรวมของประเทศเป็นสิ่งสำคัญ และ
- ข) ให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลจากทุกแหล่ง โดยให้น้ำหนักตามลำดับ ดังนี้
- ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยหรือการทบทวน (review) อย่างเป็นทางการ
  - ข้อมูลจากระบบข้อมูล (มากกว่า 1 แหล่ง) และมีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ
  - ข้อมูลจากระบบข้อมูล (แหล่งเดียว) และมีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ
  - ความเห็นของกลุ่มบุคคล และบุคคล

### แนวทางที่ 2 การทำงานในลักษณะที่เป็นการ “เรียนรู้” ร่วมกัน โดย

- ก) การให้กรรมการทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและการรับฟัง และ
- ข) พยายามเข้าใจความเห็นที่แตกต่าง การสรุปโดยอ้างอิงความเห็น “ส่วนใหญ่” แต่ไม่ละเลยความเห็น “ส่วนน้อย” โดยมีทางเลือกคือ...
- บันทึกเป็น “ข้อสรุป” โดยมีแนบท้ายว่า ความเห็นส่วนน้อยที่แตกต่างไปเป็นอย่างไร
  - บันทึกโดยระบุว่า ความเห็น “ส่วนใหญ่” และความเห็น “ส่วนน้อย” คืออะไร (ถือว่าไม่มี ข้อสรุป)

การมีหลักการการทำงานที่ยอมรับร่วมกันช่วยลดปัญหาความขัดแย้งลงไปได้เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ความสงสัยกลางแกลงใจต่อคณะทำงานวิชาการยังคงมีอยู่ ทำให้การประชุมคณะทำงานมีบรรยากาศของความขัดแย้งและความไม่ไว้วางใจ ในขณะที่ภาคประชาชนมีความระแวงสงสัยในบทบาทของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในฐานะหน่วยงานเจ้าภาพของนโยบายนี้ ว่ามีท่าทีที่แสดงออกถึงการเอื้อประโยชน์ต่อภาคธุรกิจโดยไม่ได้คำนึงถึงบทบาทหน้าที่ความ



รับผิดชอบที่แท้จริงต่อสาธารณะ ภาคธุรกิจเอกชนก็ไม่ไว้วางใจที่มเลขาณการ และเห็นว่ากรกระทำบางอย่าง เช่น การถามหาหลักฐานทางวิชาการที่มากเกินไปนั้น จำเป็นนั้น แสดงถึงการทำงานที่เป็นไปอย่าง “ไม่เป็นกลาง” ความขัดแย้งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างกระบวนการที่สมานฉันท์อย่างแท้จริง ทั้งก่อนทำ ขณะทำ และภายหลังการทำสมัชชา มากกว่าการทำงานของคณะทำงานวิชาการที่เน้นการยกร้างข้อเสนอหรือมติเท่านั้น

เมื่อข้อเสนอถูกนำเข้าสู่การพิจารณาในเวทีสมัชชาแห่งชาติ ปัญหาความไม่ไว้วางใจแต่เดิมก็ขยายไปสู่ประเด็นความไม่พอใจอื่นๆ อีก เนื่องจากกระบวนการประชุมสมัชชาที่ถอดแบบมาจากการประชุมสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly หรือเรียกย่อๆ ว่า WHA) นั้นใช้เวลาแก้ตัวแทนของแต่ละประเทศได้พูดประเทศละเท่าๆ กัน โดยถือว่าประเทศต่างๆ มีศักดิ์ศรีเท่ากัน แต่เมื่อนำหลักการดังกล่าวมาใช้กับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็พบว่ากรให้องค์กรภาคีภาคส่วนต่างๆ ในเวลาสามนาที่เท่าๆ กันในการอภิปรายกลับเป็นปัญหา บางองค์กรเห็นว่าตนเองเกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นและมีข้อมูลที่ต้องการชี้แจงมากกว่า แต่ได้เวลาเท่ากับคนที่เกี่ยวข้องน้อยและมีข้อมูลต้องชี้แจงน้อย จึงเป็นการไม่เหมาะสม ยิ่งเมื่อที่ประชุมต้องเสียเวลาไปกับการแก้ไขข้อความหรือตัวสะกดมากกว่าความหมายและเป้าประสงค์ของมติ ก็ยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นการประชุมที่ไม่มีประสิทธิภาพ ที่สำคัญ คนที่มาร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้นไม่ได้มีสถานะของการเป็นตัวแทน แตกต่างจากตัวแทนประเทศในการประชุมสมัชชาโลกที่ต้องรับผิดชอบต่อผลที่จะเกิดกับประเทศของตนเองและต้องรับผิดชอบในการนำมติดีกลับไปปฏิบัติอย่างชัดเจน

นอกจากนั้น ในการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเวทีสมัชชานั้น ภาคเอกชนมีความรู้สึกว่ตนมักถูกมองเป็นผู้ร้ายที่มุ่งแต่จะแสวงหาผลประโยชน์ทางธุรกิจ ข้อเสนอต่างๆ ของภาคเอกชนก็มักไม่ได้รับการยอมรับ ในขณะที่ภาค

ประชาสังคมซึ่งไม่มีผลประโยชน์กลับได้รับการตอบรับดีกว่าแม้ว่าจะได้รับเวลาในการพูดที่เท่ากันก็ตาม ความรู้สึกดังกล่าวบวกเข้ากับความไม่ไว้วางใจและการไม่มีโอกาสนำเสนอข้อมูลอย่างเพียงพอมีส่วนสำคัญที่ทำให้ความร่วมมือที่จะต้องมีขึ้นภายหลังการมีมติเป็นไปได้ยากขึ้น ยิ่งเมื่อไม่มีเวลาที่จะถกแถลงกันให้ถึงที่สุดจนได้ข้อตกลง แต่มีการใช้คำว่า “ฉันทมติ” ซึ่งทำให้ดูเหมือนว่าทุกคนในที่ประชุมทั้งหมดมีความเห็นพ้องต้องกัน และเมื่อ “ฉันทมติ” ถูกนำเสนอให้คณะรัฐมนตรีมีมติรับรอง ก็ยิ่งทำให้ผู้ที่คิดเห็นแตกต่างรู้สึกว่ามันนั้นๆ ไม่ได้เป็น “ฉันทมติ” ในความหมายที่แท้จริง ในแง่หนึ่ง การอภิปรายที่ยืดเยื้อและไม่สามารถถกแถลงกันจนถึงที่สุดนั้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะขาดการปรึกษาหารือกันในระดับการเตรียมยกวาง ทำให้การตั้งประเด็นมีข้อขัดแย้งมาก ประกอบกับเวลาที่จำกัดในการประชุมสมัชชาสุขภาพจนต้องใช้เวลานานอกเพื่อหาข้อตกลง ซึ่งดำเนินไปบนความไม่ไว้วางใจกัน ทำให้บรรยากาศการประชุมไม่สามารถสร้างข้อตกลงร่วมบนความสมานฉันท์ได้

### ผลของสมัชชา : จากมติสู่การปฏิบัติ

มติสมัชชาเรื่องการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเป็นนโยบายสาธารณะหนึ่งจากสมัชชาสุขภาพที่ถูกประเมินว่ามีการขับเคลื่อนได้น้อย เนื่องจากในการติดตามมติสมัชชาฯ ยังขาดการมอบหมายที่ชัดเจนว่าหน่วยงานต่างๆ ต้องทำอะไรเพื่อรองรับนโยบายดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ยังมีปัญหาในเรื่องขีดความสามารถทางวิชาการที่จะต้องหาข้อมูลเพื่อใช้ขับเคลื่อนประเด็นการเรียกหน่วยงานมาเพื่อการรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการต่อคณะกรรมการติดตามก็เป็นเพียงการรายงานให้ผ่านไป โดยไม่มีกลไกติดตามตรวจสอบที่ชัดเจน หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก็มีได้ใส่ใจกับมติสมัชชาเพราะมีเรื่องอื่นๆ ที่รับผิดชอบอยู่มากมาย ในขณะที่ภาคประชาสังคมกลับคาดหวังกับหน่วยงาน

ต่างๆ รวมถึงสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นผู้รับผิดชอบ ต่อมติที่มีขึ้น ซึ่งโดยกฎหมายแล้ว คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติถูกออกแบบ มาให้เป็นองค์กรมีหน้าที่ประสานและส่งเสริมผลักดันให้เกิดนโยบายที่หน่วยงาน ต่างๆ ต้องรับไปดำเนินการมากกว่าที่จะเป็นผู้มีหน้าที่ผลักดันให้เกิดผลในทาง ปฏิบัติ นอกจากนั้น มติสมัชชาสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ก็มีสะสมมากขึ้นทุกปี ความ คาดหวังของภาคส่วนต่างๆ ที่จะเห็นการขับเคลื่อนจากคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติเป็นเจ้าภาพอย่างจริงจังจึงเป็นความคาดหวังที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และทำให้เกิดความผิดหวังต่อกระบวนการสมัชชาขึ้นในหมู่ผู้เข้าร่วมสมัชชาบางกลุ่ม

อย่างไรก็ตาม มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเรื่องการเป็นศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติที่มีการอ้างอิงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ในข้อที่ 51 ที่ว่า “รัฐไม่พึงสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับ บริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ” ก็ได้ทำให้มีการยกเลิกการ อนุมัติการส่งเสริมทางธุรกิจของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน หรือ บีโอไอ ที่ ได้อนุมัติการส่งเสริมทางธุรกิจให้กับสถานพยาบาลเอกชน กรณีนี้อาจถือเป็นผล ในทางปฏิบัติที่ชัดเจนของมติสมัชชาที่เป็นรูปธรรมมากที่สุดเรื่องหนึ่งและเป็น จุดที่เกิดความไม่พอใจอย่างแรงในภาคเอกชนจึงเกิดขบวนการพยายามที่จะขอ ให้มีการคืนการสนับสนุนการลงทุนโดยอ้างการเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน ของประเทศและทำให้โรงพยาบาลขาดโอกาสการพัฒนา

### จุดเด่นและข้อจำกัด

สมัชชาสุขภาพถูกคาดหวังให้เป็นกระบวนการที่ฝ่ายต่างๆ สามารถใช้เป็น เวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และหาข้อตกลงร่วมกันอย่างสันติวิธี กระบวนการ ดังกล่าวจะได้ผล นอกจากจะต้องมีการออกแบบขั้นตอนการทำงานเป็นอย่างดี แล้ว ความรู้ความเข้าใจของผู้เข้าร่วม ตลอดจนความพร้อมที่จะรับฟังข้อมูล

ความคิดเห็นที่แตกต่างกัน และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดของตนเองเมื่อได้รับข้อมูลใหม่ๆ ก็เป็นส่วนผสมที่สำคัญสำหรับความสำเร็จของกระบวนการถกแถลง ความคาดหวังที่สูงเหล่านี้อาจไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรในกรณีของคณะทำงานเรื่องนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ กล่าวคือ ไม่สามารถสร้างกระบวนการถกแถลงเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันโดยใช้หลักสมานฉันท์ระหว่างกลุ่มต่างๆ ได้เท่าที่คาดหวัง อุปสรรคส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างทางความคิดของฝ่ายต่างๆ ที่เข้ามาร่วมเวทีที่ต้องการปกป้องจุดยืนและผลประโยชน์ของตนเองและการจัดการกระบวนการกลุ่มที่ยังไม่สามารถทำให้เกิดความไว้วางใจและยอมรับซึ่งกันและกันได้ แม้ว่าประธานคณะทำงานวิชาการและทีมเลขานุการจะพยายามอย่างดีแล้ว การไม่สามารถสร้างบรรยากาศของการพูดจากันฉันท์มิตรทำให้ส่งผลกระทบต่อความมั่นใจที่เครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเองอีกทอดหนึ่งด้วย ซึ่งอาจมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสมัชชาทั้งของภาคประชาสังคมและภาคเอกชนในปีต่อไปก็เป็นได้

อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษานี้ทำให้เห็นว่า กระบวนการที่มีความชัดเจนในเรื่องกฎ กติกา และหลักการต่างๆ รวมทั้งการมีตัวบุคคลที่เหมาะสมในตำแหน่งสำคัญ เช่น การมีประธานคณะทำงานวิชาการที่มีความรู้ความสามารถ มีความเป็นกลางและให้ความเป็นธรรมกับภาคส่วนต่างๆ ได้ มีส่วนสำคัญในการทำให้การทำงานคืบหน้าไปได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนั้น กรณีศึกษานี้ยังทำให้เห็นว่าการถกแถลงและการร่วมกันหาทางออกหรือข้อตกลงร่วมกันอย่างสมานฉันท์นั้น จำเป็นต้องมีการเตรียมการตั้งแต่ขั้นตอนแรก คือ ในขั้นตอนของการกำหนดประเด็นนโยบายนั้นๆ ที่จะบรรจุเป็นวาระสำหรับการประชุมวิชาการเพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นนั้นๆ หรือจะเป็นวาระเพื่อการพิจารณาลงมติในที่ประชุมสมัชชา โดยเฉพาะเมื่อประเด็นนโยบายนั้นๆ มีผู้ขัดแย้งในเชิงผลประโยชน์ที่

ชัดเจน ซึ่งแม้ว่าคณะผู้จัดการสมัชชาจะเห็นว่าตนเองได้ทำดีที่สุดแล้ว ก็ยังอาจเกิดความไม่พึงพอใจที่อาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประชุมอื่นๆ หรือต่อความร่วมมือที่จะต้องเพิ่มขึ้นในระยะต่อมาก็ได้

## บทที่ 5

### บทวิเคราะห์-สังเคราะห์ : สมัชชาสุขภาพ การถกแถลงกับประชาธิปไตย แบบร่วมไตร่ตรอง

กล่าวได้ว่า งานศึกษาทั้ง 3 กรณีศึกษานี้ เป็นตัวอย่างของการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยกระบวนการสมัชชานั้นถือได้ว่ามีหัวใจสำคัญอยู่ที่การส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของสังคมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Participatory processes for public policy) การออกแบบกระบวนการและรูปแบบการถกแถลงยังสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy) ที่ให้ความสำคัญกับ “พื้นที่เปิด” ที่เชื่อเชิญผู้คนให้ร่วมอภิปราย ถกแถลงและชี้แจงเหตุผลเพื่อการตัดสินใจร่วมกันในประเด็นที่เกี่ยวกับชีวิตสาธารณะของผู้คนในสังคม การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายผ่านอภิปรายถกแถลงอย่างเพียงพอเพื่อสร้างความเข้าใจในแง่มุมต่างๆ ของปัญหา และร่วมกันตัดสินใจด้วยเหตุผลที่ได้ไตร่ตรองร่วมกันของสามัญชนคนธรรมดาเป็นสิ่งที่ขาดหายไปจากระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพราะในระบบตัวแทนประชาชนจะมีสิทธิแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเฉพาะการเลือกตั้งผู้แทน

ราษฎร (4 ปีต่อครั้ง ในสถานการณ์การเมืองปกติ) โดยหลังจากคูหาเลือกตั้งแล้ว อานาจารการตัดสินใจต่างๆ ก็ถูกถ่ายโอนให้กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภา ให้ทำหน้าที่แก้ไขปัญหาการเมืองและกำหนดนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อชีวิตประชาชนได้โดยที่ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมได้อย่างจำกัด

บทที่ 5 นี้จะเป็นการสรุปบทเรียนของกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะใน 3 กรณีศึกษาที่กล่าวไปแล้ว โดยจะทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผ่านแนวคิดการมีส่วนร่วมและประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy) โดยไล่ลำดับจากปัญหาและข้อจำกัดของระบบ “ประชาธิปไตย” ในโลกยุคปัจจุบันที่ทำให้เห็นถึงความจำเป็นของการออกแบบเชิงสถาบัน (Institutional design) ที่จะรองรับการปฏิรูปประชาธิปไตยเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมทางการเมืองที่แท้จริงของภาคพลเมือง จากนั้นจะได้อภิปรายบทเรียนจาก 3 กรณีศึกษา ทั้งในประเด็นการออกแบบกระบวนการ การถกแถลง และการใช้เหตุผลร่วมกันในการหาข้อตกลง และการขับเคลื่อนติดตามผลของมติสมัชชา ผ่านแนวคิดประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองที่จะช่วยให้เห็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

## 1. ปัญหาและข้อจำกัดของระบบประชาธิปไตยร่วมสมัย

### 1.1 วิฤตประชาธิปไตย

หลังยุคสงครามเย็น อุดมการณ์คู่ตรงข้าม คือทุนนิยมเสรี และสังคมนิยมคอมมิวนิสต์ ที่เคยเป็นเส้นแบ่งทางการเมืองได้ล่มสลายไป อุดมการณ์แบบเสรีนิยมประชาธิปไตยได้กลายเป็นหลักเกณฑ์สากลที่ใช้วัดความศิวิไลซ์ของสังคมทั่วโลก สังคมที่ไม่เป็นประชาธิปไตย (ซึ่งนิยามขั้นต่ำสุดก็คือ สังคมที่ไม่มีทางเลือกตั้ง) กลายเป็นสังคมที่ล้าหลัง ไร้อารยธรรม แต่ระบบประชาธิปไตยที่ได้

กลายเป็นอุดมคติสากลทางการเมืองไปแล้วนั้น ก็ได้เป็นระบบที่สมบูรณ์และ  
 นับวันยิ่งจะมีปัญหาในทางปฏิบัติ แม้จะมีหลักการที่ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติ รูป  
 แบบของการปกครองแบบประชาธิปไตยที่ใช้การเลือกตั้งเพื่อสรรหาตัวแทน  
 เข้าไปบริหารประเทศก็ยังคงเผชิญกับวิกฤตและความท้าทายหลายลักษณะ

ในหนังสือชื่อ อนาคตประชาธิปไตยแบบตัวแทน หรือ The Future of  
 Representative Democracy อลอนโซ ซอนยา จอห์น คีน และวูล์ฟแกง  
 เมอร์เคล (Alonso, Keane, and Merkel 2011) ได้วิเคราะห์ถึงรากเหง้า  
 ทางประวัติศาสตร์ของระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนว่าเป็นผลลัพธ์ของ  
 พัฒนาการทางการเมืองในยุโรปที่ใช้เวลากว่า 700 ปี ผ่านการต่อสู้เรียกร้องสิทธิ  
 การกบฏ การปฏิวัติ และการลุกฮือขึ้นล้มล้างรัฐบาลมากมายหลายครั้ง กว่า  
 รัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งจะกลายเป็นรูปแบบการปกครองที่ได้รับการยอมรับ  
 รูปแบบทางสถาบันรวมทั้งกฎเกณฑ์ต่างๆ ของรัฐประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่  
 เกิดขึ้นนั้นถูกสร้างขึ้นบนโครงสร้างของระบบเดิม และต้องอาศัยชิ้นส่วนต่างๆ  
 ของระบบเดิม ซึ่งมีได้เป็นประชาธิปไตยนักมาเป็นส่วนประกอบ จนกลายมาเป็น  
 ระบบที่มีการแบ่งอำนาจการปกครองออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ บริหาร นิติบัญญัติ  
 และตุลาการ โดยมีการเลือกตั้งเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้ได้ “ผู้แทน” ไปทำ  
 หน้าที่ปกครองและบริหารแทนสาธารณชน

การเลือกตั้งได้กลายเป็นมาตรฐานวัดความเป็นประชาธิปไตย แต่ในทางปฏิบัติ  
 ระบบการปกครองผ่านการเลือกตัวแทนก็ได้ราบรื่นอย่างที่กำหนดไว้ในหลัก  
 การ แม้แต่แนวคิดของ “การเป็นผู้แทน” ก็มีปัญหาว่า “ผู้แทน” จะสามารถ  
 ตัดสินใจแทนผู้ที่เลือกเขามาได้ในเรื่องใดบ้าง และเมื่อผู้แทนไม่ตอบสนองความ  
 ต้องการของประชาชนที่เลือกเขาเข้าไป ประชาชนจะสามารถทำอะไรได้บ้างหรือไม่  
 นอกจากการรอกเลือกตั้งครั้งต่อไป แม้แต่ในสังคมสหรัฐอเมริกาที่ได้ชื่อว่า  
 เป็นต้นแบบของความเป็นประชาธิปไตย จอห์น แกสตีล (John Gastil) ได้ทำการ



ศึกษาวิจัยพบว่า พลเมืองชาวสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่คิดว่า ผู้แทนที่พวกเขาเลือกเข้าไปนั้นไม่ได้ทำหน้าที่เป็นปากเป็นเสียงและปกป้องผลประโยชน์ให้พวกเขาเลย (Gastil 2000) เหตุผลก็เพราะระบบการเลือกตั้งที่เป็นอยู่ต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก นักการเมืองจึงต้องตอบแทนนายทุนที่ให้การสนับสนุนเงินทุนที่ใช้ในการรณรงค์เลือกตั้ง นอกจากนี้ การแข่งขันของพรรคการเมืองก็ทำให้นักการเมืองตัดสินใจโดยคำนึงถึงชั่วคราวความขัดแย้งมากกว่าผลประโยชน์ของสาธารณชนที่ตนเป็นผู้แทน

ในยุโรป พัฒนาการทางการเมืองหลังยุคสงครามเย็นได้ทำให้ประชาชนถอยห่างจากการเมือง การศึกษาของ อลอนโซ ซอนยา จอห์น คีน และวูล์ฟแกมเมอร์เคล พบว่าศรัทธาของผู้คนต่อระบบประชาธิปไตยมีการเสื่อมถอยลง จำนวนประชากรในยุโรปที่สนใจสมัครเป็นสมาชิกพรรคการเมืองลดน้อยลงอย่างมาก ผู้คนเกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจและไม่มีความเชื่อถือในนักการเมือง คิดว่าการเมืองถูกแทรกแซงโดยนายทุนและนักธุรกิจที่เข้ากอบโกยและบิดเบือนนโยบายเพื่อผลประโยชน์ของตน การเลือกตั้งก็ไม่สามารถเสนอตัวเลือกที่ดีพอ นอกจากนี้ พฤติกรรมการเลือกตั้งที่ตัดสินใจลงคะแนนให้กับผู้แทนด้วยการมองแคบๆ เฉพาะนโยบายที่เป็นผลประโยชน์ของตนก็เป็นปัญหา ประเด็นเหล่านี้ทำให้ซอนยา คีน และเมอร์เคลเสนอว่าเราจำเป็นต้องตั้งคำถามและแสวงหาทางออกอย่างจริงจังให้กับระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทน

ข้อเสนอดังกล่าวสอดคล้องกับความคิดของศาสตราจารย์อาร์คอน ฟัง (Archon Fung) และอีริก ไรท์ (Erick Olin Wright) ทั้งสองได้เขียนและบรรณาธิการหนังสือชื่อ Deepening Democracy: Institutional Innovations and Empowered Participatory Governance (Fung and Wright 2003) และชี้ให้เห็นว่ารูปแบบของสถาบันการเมืองของระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่เราใช้กันอยู่นั้น เป็นผลผลิตของวิถีคิดและเงื่อนไขทางสังคมการเมืองของ

ศตวรรษที่ 19 ซึ่งไม่เหมาะสมและไม่สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ทางสังคม การเมืองของศตวรรษที่ 21 ได้อีกต่อไปแล้ว เราต้องการนวัตกรรมและการ ออกแบบสถาบันการเมืองแบบใหม่เพื่อให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมได้อย่าง แท้จริง และด้วยนวัตกรรมเชิงสถาบันเราจะสามารถสร้างระบบธรรมาภิบาลที่มี พลังแห่งการมีส่วนร่วม ที่ฟังและไรท์เรียกว่า Empowered participatory governance ได้

ฟังและไรท์ได้นำเสนอตัวอย่างของนวัตกรรมที่ใช้แนวคิดประชาธิปไตยแบบ ร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy) มาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมให้ เกิดประชาธิปไตยที่ลุ่มลึกขึ้น (Deepening democracy) เช่น การจัดสรรงบประมาณของรัฐแบบมีส่วนร่วมโดยตรง (Participatory budgeting) ซึ่งมี ตัวอย่างเกิดขึ้นแล้วที่เมือง Porto Alegre ที่ประเทศบราซิลในปี ค.ศ. 1989 ระบบดังกล่าวเปิดโอกาสให้พลเมืองกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข อภิปราย แนวทางการแก้ปัญหา และจัดสรรงบประมาณตามลำดับความสำคัญของ โครงการที่จะแก้ปัญหาตามที่ประชาชนต้องการ หรือตัวอย่างการสร้างระบบการ ปกครองท้องถิ่นที่ชุมชนท้องถิ่นสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาของตนเองได้ อย่างแท้จริงผ่านเวทีการถกแถลงและการไตร่ตรองร่วมกันที่รัฐเคราลา (Kerala) ในประเทศอินเดีย เป็นต้น (Fung and Wright 2003)

ความตื่นตัวเรื่องการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการร่วมกำหนดนโยบาย สาธารณะนั้น เป็นผลพวงจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจการเมืองในระดับ ประเทศ และการเกิดขึ้นของพื้นที่สาธารณะและชนชั้นกลางที่ตื่นตัวต่อสิทธิ พร้อมๆ กับความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมที่มีการเชื่อมโยงกันทั้งในระดับ ประเทศและเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกันในระดับโลกผ่านระบบการสื่อสารสมัย ใหม่ ในขณะเดียวกัน บทบาทของรัฐชาติสมัยใหม่ก็ขยายตัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ สงครามโลกครั้งที่สอง ทั้งในด้านการควบคุมกำกับประชาชนผ่านนโยบายและ

กลไกของรัฐและในด้านการสร้างสวัสดิการให้กับพลเมือง จนกลายเป็นระบบราชการที่ซับซ้อนและขาดประสิทธิภาพ ความขัดแย้งในด้านต่างๆ ทั้งในการแย่งชิงทรัพยากร ความเหลื่อมล้ำ ความขัดแย้งในเรื่องอัตลักษณ์และชาติพันธุ์ก็มีมากและรุนแรงขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ทำให้มีการเรียกร้องทวงถามถึงสิทธิการมีส่วนร่วมกำหนดอนาคตทางการเมืองของภาคประชาชนมากขึ้น ในขณะเดียวกัน ข้อจำกัดของระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนก็ปรากฏเด่นชัดขึ้น ควบคู่ไปกับความตื่นตัวในการแสวงหารูปแบบประชาธิปไตยที่เป็นทางเลือกหรือทางออกใหม่ๆ

## 1.2 ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy)

กระแสความตื่นตัวในเรื่องประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองที่เกิดขึ้นในราวสองทศวรรษที่ผ่านมา เป็นความพยายามที่จะก้าวพ้นข้อจำกัดของประชาธิปไตยแบบตัวแทนและข้อจำกัดของกระบวนการเชิงนโยบายที่เป็นอยู่ 2 ประการ คือ **ข้อจำกัดประการแรก** ประชาธิปไตยแบบตัวแทนในระบบรัฐสภาในปัจจุบันนั้น ได้กลายเป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจด้วยคะแนนโหวต (หรือที่เรียกว่า Vote-centric) คือใช้การลงคะแนนเสียงหรือลงมติต่างๆ เป็นวิธีชี้ขาด (Chambers 2003) การเมืองจึงกลายเป็นเรื่องของผู้ที่ระดมคะแนนเสียงได้มากกว่าเป็นฝ่ายชนะ (หรือเรียกกันว่า Aggregative model) เป็นการเน้นวัดกันที่ “ปริมาณ” มากกว่าคุณภาพ การลงคะแนนที่วันนี้ไม่ได้จำกัดอยู่ที่การเลือกตั้งเท่านั้น แต่การเมืองเชิงปริมาณนี้มีอยู่ทั้งในการลงประชามติหรือการรวบรวมรายชื่อเพื่อริเริ่มกระบวนการสอบสวนหรือถอดถอน หรือเพื่อการเสนอกฎหมาย การลงคะแนนเสียงนี้แม้จะเป็นวิธีการที่ผู้มีสิทธิได้ออกเสียงโดยตรง ซึ่งถือได้ว่าเป็นประชาธิปไตยทางตรง (Direct democracy) อย่างหนึ่ง แต่ก็ เป็นวิธีการที่มีจุดอ่อนหลายประการ

จอห์น แกสตีลและโรเบิร์ต ริชาร์ดส (John Gastil and Robert Richards) ได้วิเคราะห์ถึงจุดอ่อนของประชาธิปไตยทางตรงดังกล่าวและชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดว่า ในกระบวนการตัดสินใจลงคะแนนเสียง ไม่ว่าจะเป็นการเลือกผู้แทนหรือการลงประชามตินั้น ผู้ลงคะแนนเสียงมักจะไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ข้อมูลที่ได้รับก็มักถูกบิดเบือนจากการรณรงค์หรือการใช้สื่อโฆษณา นอกจากนี้ยังมีการอ้างคะแนนเสียงเพื่อไปกระทำการอันเกินเลยต่อขอบเขตอำนาจที่พึงมี จนก่อให้เกิดผลเสียต่อส่วนรวมอื่นๆ การชนกันด้วยคะแนนเสียงยังมีโอกาสเกิดเผด็จการเสียงข้างมากที่ไม่ใส่ใจใยดีกับผลกระทบต่อเสียงส่วนน้อย นอกจากนี้การนับคะแนนเสียงเพื่อกำหนดนโยบายหรือตัดสินปัญหาต่างๆ ที่จะถูกแทรกแซงด้วยอิทธิพลของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ อีกด้วย (Gastil and Richards 2013)

แกสตีลและริชาร์ดส ยังได้ชี้ถึงข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในการลงมติว่ามักเป็นไปอย่างขาดกระบวนการอธิบายและอภิปรายของแต่ละฝ่ายให้เกิดการแลกเปลี่ยนความเห็นและมุมมองที่ต่างกันอย่างเพียงพอ ซึ่งทำให้การตัดสินใจขาดการไตร่ตรองอย่างรอบด้าน การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการโน้มน้าวกันด้วยหลักฐานที่ดีไม่เพียงแต่ทำให้การตัดสินใจมีเหตุมีผลเท่านั้น แต่ยังทำให้การมีชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมที่แตกต่าง เป็นไปได้อย่างเข้าอกเข้าใจกันมากขึ้นอีกด้วย จอห์น ดรายเซ็ค (John Dryzek) นักวิชาการที่สนใจกระบวนการแลกเปลี่ยนในการจัดการความขัดแย้งทางการเมืองได้ยกตัวอย่างการศึกษาทดลองเรื่องนี้ที่จัดทำขึ้นตามทฤษฎีเกม โดยผู้ร่วมการทดลองถูกแบ่งเป็นสองฝ่าย ต่างฝ่ายต่างต้องเลือกตัดสินใจโดยมีตัวเลือกที่ทำให้ฝ่ายที่ชิงลงมือก่อนจะได้เปรียบและจะเกิดความเสียหายแก่อีกฝ่ายทันที ผลของการทดลองพบว่า หากมีเวลาให้คู่แข่งขึ้นได้อภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับตัวเลือกและผลที่จะเกิดอย่างเพียงพอ คู่แข่งขันก็มักจะเลือกตัวเลือกที่ทำให้ทั้งสองฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกันเสมอ

ต่างจากการเลือกโดยไม่มีการพูดคุยกันเลย ที่ผู้แข่งขันมักจะเลือกแบบเห็นแก่ตัวมากกว่า (Dryzek 1987)

**ข้อจำกัดประการที่สอง** กระบวนการเชิงนโยบายที่ผ่านมานั้น มักถูกชี้นำกำหนดจากผู้เชี่ยวชาญ (หรือที่เรียกว่า Expert-centric) การวิเคราะห์และพัฒนานโยบายเป็นเรื่องของผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญที่ต้องได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของแผนงานโครงการหรือนโยบายต่างๆ ก็ต้องจัดทำโดยนักวิชาการหรือนักวิจัย ยิ่งปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เช่น ประเด็นนโยบายทางการแพทย์และสาธารณสุข ก็ยิ่งทำให้ประเด็นเชิงนโยบายมีความซับซ้อนในเชิงเทคนิคมากขึ้น และยังทำให้ประชาชนคนสามัญธรรมดามีส่วนร่วมได้ยากยิ่งขึ้นในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องเหล่านี้

ผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการเหล่านี้มักจะไม่ได้รับการเลือกตั้งหรือไม่ผ่านการเห็นชอบจากมติมหาชน แต่ก็มีบทบาทมากขึ้นในสังคมสมัยใหม่ แฟรงค์ ไวเบิร์ต (Frank Vibert) ผู้อำนวยการของ European Policy Forum ได้เขียนถึงปรากฏการณ์การเรืองอำนาจของผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ผ่านการเลือกตั้งไว้ในหนังสือชื่อ *The Rise of the Unelected* (Vibert 2007) โดยเขาได้ให้ความเห็นว่าสังคมสมัยใหม่ในปัจจุบันมีองค์กรผู้เชี่ยวชาญเกิดขึ้นมากมาย องค์กรเหล่านี้ทำหน้าที่หลายอย่างเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ ทั้งตัดสินใจเชิงนโยบาย แก้ไขปัญหาความขัดแย้งทางผลประโยชน์ โกล่เกลี่ย และหาทางออกให้กับปัญหาการแย่งชิงทรัพยากร รวมทั้งมีบทบาทในการตัดสินใจผิดถูกในปัญหาที่มีความอ่อนไหวอีกด้วย ไวเบิร์ตเห็นว่า หากอำนาจของผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ไม่ถูกจัดการให้เหมาะสมด้วยการแยกและถ่วงดุลอำนาจให้ชัดเจน ก็จะเป็นภัยคุกคามต่อประชาธิปไตยได้

เจสัน ซิลเวอร์ (Jason Chilvers) ได้ศึกษาทัศนคติและปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักวิทยาศาสตร์กับพลเมืองในกระบวนการประเมินแผนงานด้านวิทยาศาสตร์

และสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมในอังกฤษ ในการทำงานร่วมกัน ทั้งสองฝ่ายต้องมีการวิเคราะห์และอภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกัน ซิลเวอร์เชื่อว่าการทำงานร่วมกันของนักวิทยาศาสตร์กับประชาชนที่ไม่มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์อย่างรับฟังความเห็นซึ่งกันและกันจะเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน การศึกษาของซิลเวอร์แสดงให้เห็นถึงการแลกเปลี่ยนที่ไม่เท่าเทียมกัน นักวิทยาศาสตร์มีแนวโน้มที่จะมองปัญหาแบบตายตัว ปฏิเสธมุมมองที่แตกต่าง และมักไม่มีการสะท้อนย้อนคิดเพื่อหามุมมองและความเป็นไปได้ใหม่ๆ ซิลเวอร์เสนอแนะให้กระบวนการประเมินแบบมีส่วนร่วมนี้มีกลไกที่จะป้องกันการใช้อำนาจของผู้เชี่ยวชาญโดยการเปิดโอกาสให้กับความหลากหลาย มุมมองที่แตกต่าง ความขัดแย้ง และความไม่แน่นอนมากขึ้น เพื่อให้เกิดการถกเถียงและการสนทนาแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Chilvers 2008)

แนวคิด “ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง” หรือ Deliberative democracy ถูกนำเสนอเป็นทางเลือกจากข้อจำกัดที่เป็นอยู่ทั้งสอง คือการใช้คะแนนเสียงเป็นศูนย์กลาง (Vote-centric) และการใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นศูนย์กลาง (Expert-centric) ในการตัดสินใจปัญหา โดยแนวคิด “ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง” นี้เน้นการปรึกษาหารือ การถกเถียงชี้แจงด้วยเหตุผล การเปิดเผยข้อมูล และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อการตัดสินใจร่วมกัน จอห์น ดรายเซ็ค (John Dryzek) ซึ่งเป็นผู้นำทางความคิดเรื่อง Deliberative democracy ได้แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติตามแนวทางประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองนี้ทำให้การตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบนิเวศและปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสลับซับซ้อนในเชิงเทคนิคสูง มีความเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น (Dryzek 1987) ปัญหาที่สำคัญก็คือ รูปแบบการจัดการเพื่อให้กระบวนการถกเถียงเป็นไปอย่างเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกันนั้นจะต้องดำเนินการอย่างไร มีกระบวนการขั้นตอนอย่างไรจึงเหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทย

สมัชชาสุขภาพที่มีการดำเนินการในรูปแบบใหม่หลังการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจของการพยายามสร้างกระบวนการตัดสินใจและทำข้อเสนอเชิงนโยบายผ่านการพูดคุยด้วยการใช้สติปัญญาท่ามกลางความแตกต่างทางความคิดของทุกภาคส่วน มีการเปิดพื้นที่เพื่อการมีส่วนร่วมจากหลากหลายภาคส่วน มีการขับเคลื่อนด้วยข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการ ทั้งยังมีความเชื่อมโยงกับกลไกเชิงนโยบายที่เป็นทางการของภาคการเมือง บทเรียนที่ผ่านมาแม้จะประสบความสำเร็จในเรื่องการสร้างกระบวนการที่มีหลักเกณฑ์เป็นระบบและต่อเนื่อง แต่ก็มีปัญหาและกำลังเผชิญกับความท้าทายและคำถามว่า สมัชชาสุขภาพจะเป็นทางเลือกหนึ่งของการสร้างกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้จริงหรือ และจะเป็นตัวอย่างของกระบวนการสร้างสรรค์ประชาธิปไตยใหม่ที่มีผู้มีส่วนได้เสียสามารถถกแถลงและหาทางออกร่วมกันตามแนวคิดประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy) ได้มากหรือน้อยเพียงใด

## 2. สัมผัสห้วงทฤษฎีกระบวนการสมัชชาจาก 3 กรณีศึกษา

เมื่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอก เนื่องจากถูกคาดหวังให้เป็นเวทีการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมและให้ผลที่จับต้องได้ บทเรียนจาก 3 กรณีศึกษาที่ได้นำเสนอในบทที่ผ่านมา คือ (1) นโยบายการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้าของประชากรไทย (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551) และการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552) (2) มาตรการสังคมไทยไร้รายถิ่น (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553) และ (3) นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553) สะท้อนให้เห็นประเด็นความขัดแย้งที่แตกต่างกัน มีบริบทและปฏิสัมพันธ์

ของตัวละครที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เห็นถึงพลวัต ความขัดแย้ง จุดเด่นและข้อจำกัดต่างๆ ในเชิงเทคนิคของกระบวนการสมัชชาที่เกิดขึ้น ในส่วนต่อจากนี้จะนำเสนอบทสังเคราะห์จากกรณีศึกษาทั้งสามรวมกัน โดยจะเน้นไปที่กระบวนการถกแถลงตามแนวคิดประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง

## 2.1 สมัชชาภิกระบวนการถกแถลง

จากกรณีศึกษาทั้งสามจะเห็นได้ชัดเจนว่า กระบวนการสมัชชานั้นต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ในการจัดการ ขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการถกแถลง (Deliberation) มีความละเอียดอ่อนและส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้ ประสบการณ์จากกรณีศึกษาทั้ง 3 ในการนำนโยบายสาธารณะเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติช่วยให้เราเห็นถึงรูปธรรมและปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงของการถกแถลง (Deliberation) ได้หลายประการ คือ

### 2.1.1 การถกแถลงกับความครบถ้วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Deliberation and Participatory Inclusivity)

สุภาจิตแอฟริกันบทหนึ่งกล่าวว่า “If you want to go fast, go alone. If you want to go far, together” ซึ่งแปลเป็นไทยได้ว่า “ถ้าคุณต้องการไปได้เร็ว ให้ไปคนเดียว แต่ถ้าคุณต้องการไปได้ไกล ต้องไปด้วยกัน” สุภาจิตนี้เป็นคำกล่าวที่เปรียบวิธีการทำงานที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน สำหรับงานง่ายๆ ที่สำเร็จได้รวดเร็ว เราอาจสามารถทำได้ด้วยตัวเราเพียงลำพัง แต่สำหรับงานที่ยากนั้น หากปราศจากเพื่อนหรือภาคีเครือข่ายร่วมกันฝ่าฟันแล้ว ความสำเร็จในระยะยาวก็เป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ กระบวนการสมัชชาสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ที่จะไม่สำเร็จไม่ได้หากปราศจากภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่ต้องมาร่วมแรงร่วมใจกัน ที่



สำคัญยิ่งกว่านั้น ประสบการณ์จากกรณีศึกษาทั้งสามกรณีบอกกับเราว่า นอกจากการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการจะมีความหมายต่อผลลัพธ์ของสังคม เป็นอย่างยิ่งแล้ว การเชิญชวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ครบถ้วนที่สุดก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในแต่ละขั้นตอนตั้งแต่เริ่มกระบวนการ จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ให้ครบถ้วน เพื่อให้สามารถเชิญชวนตัวละครหลักได้ถูก คนและจัดกระบวนการให้แต่ละคนมีบทบาทได้อย่างเหมาะสม ในกรณีของนโยบายยาและกรณีแร่ใยหิน ปัญหาของการมีส่วนร่วมเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มกระบวนการที่ผู้มีส่วนได้เสียบางกลุ่มไม่ได้เข้าร่วมตั้งแต่ต้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกกีดกันและเกิดความไม่ไว้วางใจกันขึ้น

ในประเด็นเรื่องการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยและมติยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม กลุ่มที่เข้ามามีบทบาทหลัก คือ กลุ่มนักวิชาการ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คคส.) หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (วจภส.) ตัวบุคคลที่มีบทบาทหลักในองค์กรเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการจากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการประชุมสมัชชาแห่งชาติ ในขณะที่ ในระยะแรกสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (Pharmaceutical Research and Manufacturers Association; PRoMA) ไม่มีชื่อเป็นผู้เข้าร่วมประชุม แต่เมื่อได้ติดต่อสอบถามจึงได้เข้าร่วมการประชุม การที่ PRoMA ซึ่งคิดว่าตนเองเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงไม่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมประชุมตั้งแต่แรกมีส่วนทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจกันขึ้น

ในประเด็นสังคมไทยไร้แร่ใยหิน องค์กรประกอบของคณะทำงานวิชาการ มีความครบถ้วนทั้งจากภาครัฐ เอกชน วิชาการ และองค์กรพัฒนาเอกชน โดยมี

รศ. ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ นักวิชาการอาวุโสด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เป็นประธาน และผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค เป็นเลขานุการ มีกรรมการ 17 คน ประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัย 3 คน หน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข 4 คน หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ 5 คน สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค 2 คน องค์กรพัฒนาเอกชน 2 คน และภาคเอกชน 1 คน แต่มีข้อสังเกตว่า นักวิชาการจะมีจำนวนมากที่สุดคือ 7 คน ขณะที่มีภาคเอกชนเพียง 1 คน และมาจากหน่วยงานที่แทบไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มธุรกิจที่ใช้แร่ใยหินในการผลิต (ผู้แทนสมาคมผู้ประกอบการธุรกิจอันตราย) ซึ่งข้อจำกัดนี้เกิดจากการระดมความเห็นในเวทีพัฒนาข้อเสนอของภาคีเครือข่าย ในขณะที่การระบุสถานะ “ผู้แทน” หน่วยงานในคณะทำงานวิชาการเรื่องมาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหินทำให้มีการหมุนเวียนเปลี่ยนตัวบุคคลมาเข้าร่วมประชุม โดยเฉพาะในส่วนของกรมโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคและเอกชน ซึ่งล้วนเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักของการกำหนดนโยบาย ทำให้เกิดผลกระทบจากความไม่ต่อเนื่อง ไม่มีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของและไม่มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้ ภาคธุรกิจผู้ผลิตกระเบื้องที่ไม่เห็นด้วยกับมติสมัชชาฯ ไม่เพียงไม่ได้เข้าร่วมในเวทีสมัชชา แต่ยังมีการออกไปเคลื่อนไหวนอกเวที นอกกลไกการขับเคลื่อนนโยบายของสมัชชา การที่บริษัทผู้ผลิตกระเบื้องที่ใช้แร่ใยหินไปจัดเวทีวิชาการแถลงโต้ตอบกับมติสมัชชา การระดมมวลชนมากดดันไม่ยอมรับมาตรการสังคมไทยไร้แร่ใยหิน รวมทั้งมีการรณรงค์ให้ข่าวสารทางสื่อมวลชนว่าแร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ เป็นต้น

ประเด็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติมีจุดอ่อนอยู่ที่องค์ประกอบของคณะทำงานยังขาดภาคส่วนของพรรคการเมือง ทั้งที่ภาคการเมืองเป็นผู้ขับเคลื่อนเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น ยังมีปัญหาความขัดแย้งในเรื่องตัวบุคคล

ที่มาทำหน้าที่เป็นประธานคณะทำงานวิชาการ ซึ่งทางฝ่ายผู้เสนอประเด็นคือภาคเอกชนได้ท้วงติงและเสนอชื่อประธานเพิ่มเติมอีกจำนวน 3-4 ท่านมาให้พิจารณา ต่อมาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้หารือกับผู้เสนอประเด็นแล้วได้ข้อสรุปว่ายังคงเป็นประธานคนเดิม ทำให้ฝ่ายผู้เสนอประเด็นยังคงรู้สึกว่ชื่อประธานที่เสนอไปไม่ได้รับการตอบสนอง

อย่างไรก็ตาม ทั้ง 3 ประเด็นดังกล่าว จุดเริ่มต้นในการคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เข้าร่วมในฐานะต่างๆ ทั้งคณะทำงานวิชาการหรือในฐานะอื่นๆ มีผลอย่างยิ่งต่อกระบวนการทำงาน การคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกประเด็นมีการชั่งชั่งและต่อต้านชัดเจนและยังเห็นการแตกขั้วทางความคิดอย่างชัดเจนในประเด็นที่มีผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ปัญหาดังกล่าวอาจพบไม่มากนักในสมัชชาพื้นที่ที่สมาชิกมักเป็นคนในพื้นที่ที่รู้จักคุ้นเคยกัน แต่สำหรับสมัชชาระดับชาติแล้ว ผู้แทนของฝ่ายต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ต้องคำนึงถึงก็มีจำนวนมาก มีความแตกต่างหลากหลายทางความคิด และมีความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ที่ชัดเจนและรุนแรงขึ้น แธมมี โปเกรบินสกี (Thamy Pogrebinschi) ได้เสนอในบทความเรื่องการขยายกระบวนการถกแถลงจากระดับท้องถิ่นที่มีผู้ร่วมไม่มากนักมาสู่การถกแถลงในระดับชาติ โดยได้ศึกษาเรื่องสมัชชาประชาชนในบราซิล เขาชี้ให้เห็นว่าหากการถกแถลงในเวทีขนาดใหญ่ในระดับชาติจะเป็นไปได้ จำเป็นต้องมีองค์ประกอบให้ครบทั้งสามฝ่าย คือ ทั้งผู้ผลักดันนโยบาย (เจ้าของประเด็น) ผู้ได้รับผลกระทบ และผู้ที่จะต้องนำนโยบายไปปฏิบัติ และจะต้องจัดกระบวนการให้ทั้งสามฝ่ายมาอยู่ร่วมกันและมีการแลกเปลี่ยนอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จึงจะเป็นหลักประกันความสำเร็จของสมัชชาระดับชาติ (Pogrebinschi 2013)

สมัชชาสุขภาพในประเทศไทยเพิ่งริเริ่มดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบมาได้เพียง 6 ปี ยังเป็นช่วงเวลาของการเรียนรู้เพื่อการปรับปรุงกระบวนการ หัวใจ

สำคัญอยู่ที่การสร้างควมไว้วางใจให้กับภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมในกระบวนการ  
สมัชชา ควบคู่ไปกับการสร้างวัฒนธรรมการถกแถลงที่นำไปสู่การร่วมคิดร่วม  
ตัดสินใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเท่าเทียมกันในระยะยาว

### 2.1.2 สมัชชาสุขภาพ ความชอบธรรมกับความเป็นตัวแทน

#### (Health Assembly and the Legitimacy of Representative)

สมัชชาสุขภาพเป็นความพยายามที่จะก้าวพ้นข้อจำกัดของประชาธิปไตย  
แบบตัวแทนที่พลเมืองมีสิทธิเพียงการเข้าคูหาเลือกตั้งด้วยการสร้างพื้นที่ที่สามัญ  
ชนมีสิทธิมีเสียงที่จะออกความเห็นและกำหนดนโยบายหรือทิศทาง การพัฒนา  
ได้ แต่สมัชชาก็มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถรองรับประชาชนทุกคนที่ต้องการออกเสียง  
แสดงความเห็นได้ ในทางปฏิบัติจึงอาศัยการเลือกตัวแทนจากกลุ่มเครือข่ายต่างๆ  
ประเด็นเรื่องตัวแทนจึงยังกลับมาเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาอย่างจริงจังเพราะเป็น  
ปัญหาที่เชื่อมโยงกับเรื่องความชอบธรรม (Legitimacy) อย่างใกล้ชิด (Parkinson  
2003) คำถามที่ว่าอะไรคือความเป็นตัวแทนนี้เป็นประเด็นสำคัญทั้งในทางทฤษฎี  
และการปฏิบัติทางการเมือง ทั้งนี้เป็นเพราะ “ความเป็นตัวแทน” อาจถูกตีความ  
หรือจำแนกแยกแยะได้หลากหลายลักษณะด้วยกัน ซึ่งเราอาจพิจารณาได้ทั้งใน  
เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ในเชิงปริมาณ คำถามที่ว่าจำนวนเท่าไรจึงจะเหมาะสมกับความเป็นตัวแทน  
เป็นประเด็นที่ถูกท้าทายมาตั้งแต่ยุคประชาธิปไตยแบบเอเธนส์ การปฏิวัติสอง  
ครั้งที่เกิดขึ้นในนครรัฐเอเธนส์เป็นความพยายามที่จะลดจำนวนสมาชิกสมัชชา  
คือลดขนาดของสมัชชาให้มีจำนวนสมาชิกน้อยลงนั่นเอง การปฏิวัติทั้งสองจึงถูก  
เรียกขานกันด้วยตัวเลขจำนวนสมาชิกสมัชชา คือ การปฏิวัติสี่ร้อย ในปี 411  
ก่อนคริสตกาล และปฏิวัติสามสิบ ในปี 404 ก่อนคริสตกาล การลดจำนวน  
ตัวแทนนี้ก็เพื่อจำกัดให้เหลือเฉพาะพวกที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ถือครองทรัพย์สิน

เท่านั้น แม้จะปฏิวัติได้สำเร็จแต่การปกครองต่อมาก็ล้มเหลวเพราะปัญหาความ  
ฉ้อฉลของผู้ปกครอง ปัญหาว่าด้วยจำนวนที่เหมาะสมของตัวแทน (หรือขนาด  
ของสมัชชา) นี้สัมพันธ์โดยตรงกับความเป็นตัวแทน โดยเฉพาะในสังคมที่มีความ  
หลากหลาย การมีตัวแทนจำนวนมากย่อมมีโอกาสสะท้อนจุดยืนและความเห็น  
ที่หลากหลายของสังคมได้ดีกว่าการจำกัดตัวแทนไว้ไม่กี่คน

ในแง่นี้ สมัชชาสุขภาพในระดับต่างๆ มีวิธีคิดเกี่ยวกับตัวแทนที่แตกต่างกัน  
และมีข้อจำกัดของการมีขนาดสมัชชาที่แตกต่างกันไปด้วย ในระดับชาติ จำนวน  
ผู้แทนแบ่งออกเป็นกลุ่มเครือข่ายพื้นที่ 76 จังหวัด จำนวน 76 กลุ่ม (กลุ่มละ 7 คน)  
และจากกลุ่มเครือข่ายที่มีใช้ผู้แทนจากพื้นที่ 3 ภาคส่วนหลัก 106 กลุ่ม คือ ภาค  
ประชาสังคม ชุมชนและเอกชน ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาครัฐ ที่มาของจำนวน  
สมาชิกและวิธีคิดเรื่องความเป็นตัวแทนในสมัชชาชาตินี้ยังมีเรื่องที่จะต้อง  
พิจารณาไม่น้อย ทั้งในแง่จำนวนที่เหมาะสมที่จะเป็นตัวแทนความหลากหลาย  
ได้อย่างพอเพียงและในแง่ที่ต้องพิจารณาว่า “สมัชชา” ทั้งองค์คณะนี้เป็นตัวแทน  
ของใคร (Stakeholder ผู้มีส่วนได้เสียและ/หรือ Shareholder ผู้มีผลประโยชน์)  
แม้จะมีความชัดเจนตั้งแต่ต้นว่า สมัชชาจะไม่ได้เน้นเฉพาะองค์กรภาครัฐ แต่จะ  
รวมเอาส่วนสาธารณะที่ไม่ใช่รัฐเข้าไว้ด้วย แต่ก็ยังมีปัญหาว่าจะรวมเอาภาคส่วน  
ที่เป็นธุรกิจที่แสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว (Private/Profit making คือนับ  
Shareholder รวมใน Stakeholder) หรือจะรวมเอาเฉพาะภาคสาธารณะประโยชน์  
ที่ไม่แสวงหาผลประโยชน์ทางธุรกิจ (Non-profit sector คือ Stakeholder  
ที่ไม่ใช่ Shareholder) ซึ่งหมายรวมถึงเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร (Private/  
Non-profit) เป็นสำคัญ

ความเป็นตัวแทนขององค์คณะที่แตกต่างกันทำให้ระบบตัวแทนแตกต่างกัน  
ไปด้วย ตัวอย่างที่ชัดเจนในกรณีนี้ก็คือ สมัชชาใหญ่สหประชาชาติ ซึ่งถือว่า

เป็นองค์คณะที่เป็นตัวแทนของรัฐ-ชาติ (Nation-state) โดยผู้แทนจากรัฐชาติที่เป็นสมาชิกทุกประเทศมีสิทธิในการออกเสียงเท่าเทียมกันในการประชุมสมัชชาใหญ่ (ซึ่งความเห็นจากสมัชชาใหญ่นี้อาจถูกระงับด้วยอำนาจวิโต้ของคณะมนตรีความมั่นคง) ในระบบสมัชชาขององค์การสหประชาชาติตัวแทนประเทศถือเป็นหนึ่งเสียงเท่าเทียมกัน แตกต่างไปจากระบบของธนาคารโลกที่เสียงของประเทศที่มีขนาดเศรษฐกิจที่ใหญ่กว่าและบริจาคเงินฝากให้กับธนาคารโลกมากกว่าจะมีสิทธิมีเสียงมากกว่าประเทศที่มีเศรษฐกิจขนาดเล็ก อย่างไรก็ตามระบบดังกล่าวได้รับการปรับแก้ให้เท่าเทียมกันมากขึ้นในปี ค.ศ. 2010 เนื่องจากประเทศกำลังพัฒนา (โดยเฉพาะสาธารณรัฐประชาชนจีน) เริ่มมีบทบาทมากขึ้น รวมทั้งการถือกำเนิดขึ้นของรัฐขนาดเล็กจำนวนมาก ที่หากพิจารณาจากเกณฑ์เดิมแล้ว จะไม่สามารถมีสิทธิมีเสียงในระบบของธนาคารโลก อาจกล่าวได้ว่า หลักการใด ๆ ล้วนแต่มีปัญหาในลักษณะใดลักษณะหนึ่งทั้งสิ้น แต่ประเด็นสำคัญน่าจะอยู่ที่การประเมินและปรับเปลี่ยนระบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น

แม้แต่ระบบขององค์การสหประชาชาติที่เน้น One country one vote ก็อาจมีปัญหา เพราะ “ผู้แทน” แต่ละคนอาจเป็นตัวแทนของสิ่งที่แตกต่างกัน เช่น “ผู้แทน” ของสาธารณรัฐประชาชนจีนถือเป็นตัวแทนของประชากรจีนนับพันล้าน ส่วนผู้แทนของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวนั้นเป็นตัวแทนของประชากรลาวเพียง 5 ล้านคน แนวคิดเรื่อง Proportional representation (หรือตัวแทนแบบสัดส่วน) จึงถูกใช้เพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดของ Equal representation (หรือตัวแทนฝ่ายละเท่าๆ กัน) โดยเฉพาะในบริบทที่มีความแตกต่างระหว่างกันมากๆ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ นอกจากปัญหาเรื่องขนาดและสัดส่วนแล้ว ความเป็นตัวแทนยังมีข้อพิจารณาเรื่องระดับอีกด้วย ตัวแทนระดับพื้นที่ในสมัชชาสุขภาพระดับชาติจะคิดจากระดับจังหวัด (จังหวัดละ 6 คน รวม 456 คน) หรืออาจคิดจากระดับที่ใหญ่กว่า เช่นตัวแทนระดับภูมิภาคหรือตัวแทน

ระดับอำเภอ ซึ่งก็มีจุดแข็งจุดอ่อนแตกต่างกัน

ในเชิงคุณภาพ ตัวแทนอาจมีความหมายหลายประการ เช่น ความหมายของความคล้ายคลึงกัน เช่นการเป็นตัวแทนได้เพราะมีสถานภาพคล้ายคลึงกัน (ผู้ป่วย/แพทย์ ไพร่/อำมาตย์) มีความคิดหรืออุดมการณ์ที่คล้ายกัน (สังคมนิยม ทุนนิยม เสรีนิยม เผด็จการ ประชาธิปไตย) มีขีดความสามารถที่คล้ายคลึงกัน (ระดับการศึกษา อาชีพ) ซึ่งจะมีปัญหาตามมาก็คือจะทำให้ตัวแทนมีความคล้ายคลึงกับฐานเสียง (Constituency) ในแง่ใด เช่น เพศเหมือนกัน เศรษฐฐานะใกล้เคียงกัน กลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน หรือศาสนาเดียวกัน ทางออกสำหรับเรื่องนี้ดูเหมือนจะต้องใช้การพิจารณาเป็นรายกรณีไป ซึ่งเป็นไปไม่ได้สำหรับ “สมัชชาสุขภาพ” โดยเฉพาะในระดับชาติ ในกรณีที่มีการเลือกแบบตัวแทนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมีปัญหาทางออกประการหนึ่งก็คือ การใช้วิธีจับสลากแบบสุ่ม (By lot หรือ lottery) เช่น ในกรณีประชาธิปไตยแบบเอเธนส์

นอกจาก “ตัวแทน” ในความหมายของความคล้ายคลึงแล้ว ยังมีตัวแทนในความหมายของผู้กระทำการแทนอีกด้วย ซึ่งแนวคิดเรื่องความคล้ายคลึงหรือคุณสมบัติแบบเฉลี่ยอาจใช้ไม่ได้เลย เช่น ตัวแทนนางสาวไทยที่จะไปประกวดนางงามโลก ตัวแทนนักเรียนไทยที่จะไปแข่งขันหุ่นยนต์นานาชาติ หรือผู้แทนไทยในเวทีการค้าโลก ซึ่งหากใช้คนที่มีคุณสมบัติเฉลี่ย เช่น สวยเฉลี่ยของประเทศ ฉลาดเฉลี่ยของนักเรียนไทย หรือรู้เรื่องข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศเฉลี่ยเท่าๆ กับคนไทยทั่วไป ก็อาจถือว่าเป็นตัวแทนที่ไม่เหมาะสมเลยก็เป็นได้ “ตัวแทน” ในความหมายนี้จึงหมายถึง Agency คือการเป็นผู้ทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นที่พอใจของผู้เลือกมากที่สุด

แนวคิดเรื่องการทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายนี้ ทำให้เราสามารถแยกผู้แทนออกได้เป็นอย่างน้อย 2 ลักษณะคือ ตัวแทนผู้ได้รับมอบหมาย (Delegate) และ

ตัวแทนผู้ได้รับมอบอำนาจ (Trustee) ตัวแทนผู้ได้รับมอบหมายอาจเป็นเพียงผู้  
ที่มาปรากฏตัวเพื่อเป็นประจักษ์พยานในสิ่งที่เกิดขึ้น หรือมาร่วมแสดงความเห็น  
ในขอบเขตหรือบทบาทที่ได้ถูกกำกับไว้แล้ว แต่จะไม่มีอำนาจเต็มในฐานะตัวแทน  
ที่จะตัดสินใจอะไรนอกเหนือจากที่ได้รับมอบหมายมาให้ ส่วนตัวแทนผู้ได้รับมอบ  
อำนาจสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้โดยยึดเอาความต้องการหรือผล  
ประโยชน์ของผู้ที่ตนทำหน้าที่แทนเป็นหลัก (Catt 1999)

ในเวทีสมัชชานั้น แนวคิดเรื่อง ตัวแทนผู้ได้รับมอบหมาย (Delegate) และ  
ตัวแทนผู้ได้รับมอบอำนาจ (Trustee) ยังมีความลึกล้ำอยู่น้อย ตัวแทนภาค  
รัฐมักมาในฐานะผู้ได้รับมอบหมายและไม่กล้าให้ความเห็นหรือแสดงความรับผิดชอบ  
ชอบเท่าที่ควร ในขณะที่ตัวแทนของภาคประชาชนซึ่งมักจะแสดงบทบาทเป็นผู้  
ได้รับมอบอำนาจก็มีปัญหาเรื่องการเป็นตัวแทนความคิดของประชาชนทั่วไปใน  
กรณีของตัวแทนผู้ได้รับมอบหมายหรือ Delegate นั้นอาจได้รับคำสั่งหรือข้อ  
ตกลงจากผู้เลือกตัวแทนว่าให้มีท่าทีหรือให้ตัดสินใจอย่างไร แต่ในกรณีที่  
ตัวแทนของฐานเสียงที่ผู้เลือกตัวแทนมีความเห็นหลากหลายและความเห็นต่างๆ  
ก็อาจขัดแย้งกัน การมีคำสั่งหรือข้อตกลงก็อาจเป็นไปได้ยาก

### 2.1.3 ประเด็นตั้งต้นและผลต่อเนื่องในทิศทางการอภิปราย

#### (Path Dependence and The Sequential Affect of Deliberative Course)

ในเวทีการถกแถลงต่างๆ กระบวนการอภิปรายโต้แย้งหรือแลกเปลี่ยนความ  
คิดเห็นที่เกิดขึ้นมีลักษณะเฉพาะที่มักพบเห็นได้เสมอๆ ซึ่งเรียกกันว่า Path  
dependence หมายความว่า ทิศทางที่การสนทนาแลกเปลี่ยนจะดำเนินไปนั้น  
มักถูกกำหนดจากบทสนทนาที่เกิดขึ้นก่อนหน้านั้น โรเบิร์ต กูดิน (Robert Goodin)  
นักปรัชญาการเมืองได้ให้ความเห็นว่า การถกแถลง (Deliberation) เป็น



กระบวนการต่อเนื่องที่ข้อมูลหรือความคิดใหม่ๆ ถูกนำมาต่อเติมเพิ่มขยายในการแลกเปลี่ยนสนทนากัน ด้วยเหตุนี้ ทิศทางการสนทนาแลกเปลี่ยนจึงขึ้นเส้นทางการดำเนินไปของการสนทนาก่อนหน้านั้น หรือที่เรียกว่า Path dependence ผลของการสนทนาจะเป็นอย่างไรจึงขึ้นอยู่กับลำดับก่อนหลังของการนำเสนอประเด็นการสนทนาด้วย โดยประเด็นสนทนาที่ถูกหยิบยกขึ้นมานำเสนอก่อนจะมีส่วนทำให้การสนทนานั้นเคลื่อนไปในทิศทางหนึ่งแทนที่จะเป็นไปในทิศทางอื่นๆ (Goodin 2008) ลักษณะเช่นนี้ทำให้ผู้เสนอก่อนอยู่ในสถานะได้เปรียบในการกำหนดทิศทางของประเด็นสนทนา โรเบิร์ต กูติน ยังได้อธิบายถึงลักษณะ 4 ประการของการสนทนาที่ควรเข้าใจในกระบวนการประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง คือ

1. *Unpredictability* การสนทนาที่มีลักษณะเท่าเทียมกันและเปิดกว้าง จะไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ล่วงหน้าได้ เพราะสิ่งที่สนทนาแลกเปลี่ยนกันก่อนมีผลต่อบทสนทนาที่จะตามมา แต่ก็ไม่สามารถกำกับให้บทสนทนาที่เกิดขึ้นภายหลังเป็นไปในทางใดทางหนึ่งที่บางคนปรารถนาได้เสมอไป

2. *Inflexibility* การไม่ยืดหยุ่น เมื่อการสนทนาดำเนินไปเรื่อยๆ การเปลี่ยนหัวข้อหรือประเด็นการสนทนาให้ดำเนินไปในทิศทางอื่นก็จะยิ่งยากขึ้นตามลำดับ หมายความว่า หากกระบวนการสมัชชาดำเนินไปถึงขั้นท้ายๆ แล้ว จะกลับมาปรับเปลี่ยน “มติ” หรือข้อเสนอก็จะเป็นเรื่องที่ยากมากขึ้นไปเรื่อยๆ

3. *Nonergodicity* การพลิกผัน การสนทนาอาจเกิด “อุบัติเหตุ” ที่ทำให้บทสนทนาต้องเปลี่ยนหรือต้องยุติลง สิ่งรบกวนที่เกิดขึ้นมีผลต่อการสนทนา โดยที่เราไม่สามารถตัดทิ้งไปเหมือนไม่เกิดอะไรขึ้นได้

4. *Potential path inefficiency* การไม่ได้ผลที่สมบูรณ์ กระบวนการถกแถลงอาจไม่ได้นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดหรือมีประสิทธิภาพที่สุดในการแก้ปัญหาเสมอไป การสนทนาอาจทำให้ทางออกที่มีการนำเสนอและได้รับการตอบรับ

เบื้องต้นกลายเป็นทางออกเดียวที่ได้รับความสนใจ ทั้งที่อาจมีทางเลือกอื่นที่ดีกว่า (Goodin 2008: 112)

ในกรณีศึกษาทั้งสามกรณี จะเห็นได้ว่าการกำหนดประเด็นมีส่วนสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนแต่ละนโยบายมีพลวัตแตกต่างกัน โดยหลักการแล้วกระบวนการสมัชชาจะตั้งต้นด้วยข้อมูลทางวิชาการ การใช้วิชาการนำร่องนั้นมิทั้งศักยภาพและข้อจำกัดในตัวเอง ในแง่หนึ่งวิชาการเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในการเริ่มต้นศึกษาและหารือร่วมไตร่ตรองในทุกประเด็น แต่อีกด้านหนึ่ง ประเด็นที่ถูกนำเสนอโดยฝ่ายปฏิบัติการหรือนักเคลื่อนไหวทางสังคมที่ขาด “ผู้ช่วย” ทางวิชาการก็มักจะมีข้อจำกัดในการผลักดันประเด็นเข้าสู่กระบวนการสมัชชา พื้นที่ “สมัชชา” (โดยเฉพาะหลังจากมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบมาเป็นสมัชชาตามแบบอย่างของสมัชชาอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2551) กลายเป็นพื้นที่ของนักวิชาการที่จะผลักดันประเด็นที่ตนสนใจ และประเด็นตั้งต้นที่ถูกกำหนดโดยนักวิชาการก็ทำให้การถกแถลงรวมทั้งทิศทางการขับเคลื่อนถูกกำกับ ไม่สามารถดำเนินไปนอกเหนือจากทิศทางที่ถูกกำหนดไว้ในตอนต้นด้วย

กรณีที่เด่นชัดได้แก่ เรื่องมาตรการสังคมไทยไร้แร่ใยหิน ซึ่งหากพิจารณาจากประสบการณ์การเคลื่อนไหวในประเทศต่างๆ แล้ว ประเด็นที่สามารถเสนอเป็นทางออกเพื่อลดความเสี่ยงหรืออันตรายจากแร่ใยหินก็อาจไม่จำเป็นต้อง “Total ban” หรือห้ามใช้อย่างสิ้นเชิงในระยะเวลาสั้น ทางเลือกอื่น เช่น เสนอมาตรการคุ้มครองแรงงานที่ต้องทำงานสัมผัสกับแร่ใยหินเป็นขั้นตอนเบื้องต้น ก่อนก็อาจเป็นไปได้ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้น แนวร่วมที่จะช่วยผลักดันก็อาจเปลี่ยนไปจากเดิม สหภาพแรงงานและองค์กรระหว่างประเทศด้านการคุ้มครองแรงงาน อาจมีบทบาทที่สำคัญมากขึ้น และอาจทำให้การขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและคุ้มครองผู้บริโภคในระยะต่อมาย่างขึ้น การกำหนดประเด็นตั้งต้นจึงควรพิจารณาทางเลือกหลายทาง เพราะประเด็นตั้งต้นจะมีความสำคัญต่อกระบวนการถก

แถลงที่ติดตามมา และมีผลต่อพลวัตการขับเคลื่อนตลอดกระบวนการเป็นอย่างดี มากอีกด้วย

กรณีศูนย์กลางสุภาพนานาชาติมีลักษณะที่น่าสนใจตรงที่การเสนอประเด็นตั้งต้นนั้น ผู้เสนอต้องการเพียงเพื่อทำความเข้าใจกับนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับประโยชน์ของการที่ประเทศไทยจะพัฒนาไปสู่การเป็นศูนย์กลางสุภาพนานาชาติ แต่เมื่อมีการนำเสนอเข้าสู่กระบวนการสมัชชากลับมีการปรับเปลี่ยนประเด็น ซึ่งหากการปรับเปลี่ยนดังกล่าวเป็นผลจากการถกแถลงของผู้เกี่ยวข้องอย่างรอบด้านก็จะเป็นกรณีที่น่าสนใจ ในขณะที่เมื่อกระบวนการสมัชชาดำเนินไประยะหนึ่งกลับไม่สามารถกำหนดเป้าหมายของการร่วมไตร่ตรอง จนทำให้บรรยากาศของการพูดคุยขาดทิศทางและไม่สามารถหาข้อยุติที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายได้ ในขณะเดียวกัน ความไม่ยอมรับและการมีข้อกังขาตั้งแต่การเริ่มตั้งคณะทำงานวิชาการก็ทำให้ขาดความไว้วางใจกัน แม้ในที่สุดจะได้ข้อยุติสุดท้ายด้วยวิธีการประนีประนอมและตัดประเด็นที่ขัดแย้งออก แต่ก็ยังมีผู้เข้าร่วมส่วนหนึ่งเห็นว่าข้อยุติดังกล่าวอาจไม่สามารถเรียกว่าเป็น “ฉันทมติ” ของที่ประชุมสมัชชาได้

#### 2.1.4 การถกแถลง ปฏิบัติการสื่อสารกับความสามารถเชิงวาทกรรม (Deliberation, Communicative Action and Discursive Competency)

กระบวนการถกแถลงนอกจากข้อมูลหรือข้อเท็จจริงทางวิชาการแล้ว การใช้โวหารและวาทศิลป์ก็มีส่วนสำคัญในการโน้มน้าวหรือทำให้คู่ขัดแย้งเสียเปรียบ ซึ่งก็อาจกล่าวได้ว่า ไม่แตกต่างไปจากการเจรจาต่อรอง การประชุมปรึกษาหารือหรือการว่าความในศาล รูปแบบสมัชชาที่มีกฎ กติกา มารยาทในการพูดทำให้ผู้ที่คุ้นเคยกับรูปแบบดังกล่าวสามารถใช้ประโยชน์จากเวทีได้เต็มที่มากกว่าผู้ที่ไม่

คุ้นเคย อย่างไรก็ตาม หากปราศจากกฎ กติกา หรือมารยาทในการสนทนาแลกเปลี่ยนเพื่อแสวงหาข้อตกลงร่วมกันแล้ว การบรรลุซึ่งเจตนาร่วมกันของสาธารณะก็เป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ ซึ่งโดยพื้นฐานแล้ว ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองนี้มีรากฐานมาจากการส่งเสริมให้เกิด “การใช้เหตุผลของสาธารณะ” หรือ Public use of reason โดยการสร้างพื้นที่ที่เปิดโอกาสให้ผู้คนนำเอาปัญหาทางการเมืองมาอภิปรายถกแถลงกันและหาทางออกที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันผ่านเวทีการรวมตัวกันของพลเมือง (Civic assembly)

เจอร์เกน ฮาเบอร์มาส (Jurgen Habermas) นักปรัชญาการเมืองคนสำคัญที่ได้วางรากฐานทางทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้เหตุผลในพื้นที่สาธารณะได้เสนอแนวคิดที่ว่า การมีพื้นที่อิสระที่ผู้คนมารวมตัวกัน พูดคุยทำความเข้าใจและถกเถียงเพื่อหาข้อยุติต่างๆ นี้เป็นรากฐานที่แท้จริงของระบอบประชาธิปไตย (Habermas 1990) เพราะประชาธิปไตยเป็นระบบที่วางอยู่บนพื้นฐานที่เชื่อในการใช้เหตุใช้ผลของมนุษย์ และการใช้เหตุใช้ผลร่วมกันนั้นจะเกิดขึ้นได้จาก “ปฏิบัติการสื่อสาร” (Communicative action) อันเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนสนทนาที่พลเมืองสามารถนำเสนอความคิดเห็นอ่าน ใช้เหตุผลและหลักฐานต่างๆ โนม่น้าวกัน รวมทั้งสามารถท้าทายข้ออ้างและความชอบธรรมที่เคยดำรงอยู่อย่างไม่เคยถูกตั้งคำถามได้ พลังของการสื่อสารจึงเป็นพลังแห่งเหตุผลที่มนุษย์สามารถใช้ในการเปลี่ยนแปลงโลกร่วมกันได้

อย่างไรก็ตาม การสื่อสารดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ (Ideal speech act) จะต้องไม่ถูกคุกคามขู่เข็ญด้วยกำลังอำนาจ ที่สำคัญ ผู้ที่ทำการสื่อสารกันจะต้องมีความประสงค์ร่วมกันในการแสวงหาความเข้าใจระหว่งกัน และต้องมีความสามารถในการสร้างข้อถกเถียงที่ดีด้วย (Habermas 1975) เงื่อนไขเหล่านี้จะเป็นหลักประกันว่าการสื่อสารนั้นเป็นไปตามอุดมคติแห่งความเป็นประชาธิปไตยหรือไม่ ซึ่งมีข้อโต้แย้งว่าภาวะอุดมคติของการสื่อสารที่ว่านี้

เป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้จริง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการสื่อสารจะมีข้อจำกัดและไม่สามารถทำให้สมบูรณ์แบบตามอุดมคติได้ เรายังอาจจะทำให้มันสมบูรณ์พอในระดับที่มนุษย์จะใช้เหตุผลร่วมกันเพื่อหาทางออกร่วมกันได้ แทนที่จะใช้ความคิดเห็นหรืออารมณ์ของตนเองเป็นตัวตัดสินปัญหา ซึ่งจะยิ่งก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งและความรุนแรงตามมาได้

แนวคิดเรื่องปฏิบัติการสื่อสาร (Communicative action) นี้ หากพิจารณาจากความเป็นจริงของพื้นที่สาธารณะและเวทีการถกแถลง (Deliberation) กันด้วยเหตุผล ก็จะสามารถเห็นได้ว่ายังมีคำถามหลายข้อที่ต้องพิจารณาหาคำตอบ เช่น ภาวะในอุดมคติของการพูดจากัน (Ideal speech act) ที่การถกแถลงกันด้วยเหตุผลจะไม่ถูกข่มขู่คุกคามจากอำนาจใดๆ เลยนั้นมีอยู่จริงหรือ หรือแท้ที่จริงภาวะของการไม่ถูกข่มขู่ในพื้นที่การพูดคุยบางประเภทนั้นเป็นไปอย่างสัมพันธ์กับการข่มขู่ในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งก็เท่ากับว่าการสร้างพื้นที่สำหรับการถกแถลงอาจเป็นการสร้างพื้นที่อุดมคติมากขึ้นโดยเปรียบเทียบ แทนที่จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ในทางอุดมคติอย่างสมบูรณ์แบบ แนวคิดนี้เป็นแนวคิดแบบสัมพัทธคตินิยม (Pragmatism) ซึ่งถือว่าความเป็นจริงในขั้นของการปฏิบัติการ (pragmatic) ให้ได้ผลมีความสำคัญกว่าความเป็นไปได้ทางทฤษฎี (หรือพวกคัมภีร์นิยม Dogmatic) ที่เน้นเงื่อนไขแบบอุดมคติ (Idealistic)

ประเด็นปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือเรื่องของ “ภาษา” และทักษะความสามารถในการถกแถลง (Deliberative skills) และการสร้างข้อถกเถียง (Argumentation) ซึ่งเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่แต่ละชนชั้นทางสังคมมีสะสมอยู่ไม่เท่ากัน การเรียนรู้ที่จะถกแถลงได้อย่างน่าเชื่อถือจำเป็นต้องมีทักษะทั้งในด้านภาษาและการรู้จักกระบวนการขั้นตอนหรือพิธีการ (Procedure and protocol) ในเวทีการถกแถลง ซึ่งทักษะและความรู้เหล่านี้มีลักษณะเฉพาะทางชนชั้นที่ทำให้

เกิดความไม่เท่าเทียมกันขึ้นได้ ยิ่งในพื้นที่ที่มีความเป็นทางการสูง กระบวนการต่างๆ ก็ยังมีระเบียบการปฏิบัติและกฎเกณฑ์มากขึ้น บรรยากาศการแลกเปลี่ยนกันก็มักมีความเป็นทางการและมีเงื่อนไขในเรื่องเวลาเข้ามากำหนด ประธานกลายเป็นผู้มีอำนาจเพราะมีสิทธิที่จะอนุญาตให้ใครอภิปรายและสามารถควบคุมให้การอภิปรายเป็นไปตามกำหนดเวลา ลำดับขั้นตอนต่างๆ รวมทั้งเอกสารต่างๆ ที่ต้องถูกเตรียมขึ้นมาก่อน ล้วนแต่เป็นเงื่อนไขหรือข้อจำกัดที่ทำให้ Ideal speech act เป็นไปตามอุดมคติได้น้อยลง

รูปธรรมความแตกต่างของทักษะการสื่อสารมีให้เห็นในกรณีมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายเหยียด ที่คู่ขัดแย้งทั้งสองฝ่ายต่างก็เตรียมผู้พูดที่มีความสามารถในการอภิปรายของตนเองไว้พูดในที่ประชุมเพื่อให้เกิดการโต้เถียงกันขึ้น นักวิชาการที่คุ้นเคยกับการนำเสนอความคิดเห็น ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคยต่อรองในเวทีต่างๆ มาก่อน หรือภาคธุรกิจที่สามารถจัดหาบุคลากรที่มาทำหน้าที่ โนมินาซ์แจ่งในเวทีเหล่านี้ได้ก็จะช่วงชิงแสดงบทบาทในการอภิปรายถกแถลงอย่างเต็มที่ ในขณะที่ตัวแทนจากภาคประชาชนในพื้นที่มักไม่มีความสามารถในการโต้แย้งหรือแสดงความคิดเห็นของตนเองมากนัก ทำให้เสียงของ “ผู้ได้รับผลกระทบ” หรือเสียงสะท้อนจากมุมมองของคนธรรมดาสามัญแผ่วเบาลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวทีสมัชชาในระดับประเทศ

ในบทความชื่อ Against Deliberation นักเขียน ลินน์ แซนเดอร์ส (Lynn Sanders) ได้ชี้ให้เห็นถึงจุดอ่อนของกระบวนการถกแถลงหรือ Deliberation ว่ามีลักษณะโน้มเอียงหรืออคติต่อรูปแบบอื่นของการแสดงออกซึ่งความเห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งของผู้หญิงและชนกลุ่มน้อย ทั้งนี้เพราะการถกแถลงนั้นเป็นรูปแบบการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมและชนชั้นทางสังคม การถกแถลงที่เน้นการโนมน้าวกันด้วยข้อมูล ความรู้และเหตุผลนั้น ผู้ชาย ชนชั้นกลาง คนขาว และพวกมีสถานะทางการศึกษาที่สูงกว่ามักจะผูกขาดการแสดง

ความคิดเห็น เพราะมีทักษะในการจับประเด็น เลือกหลักฐานที่น่าเชื่อถือตามหลักวิชาการ สามารถนำเสนอเหตุผลเป็นขั้นเป็นตอนอย่างน่าเชื่อถือ รูปแบบดังกล่าวจึงไม่เพียงแต่มีอคติต่อกลุ่มคนที่เสียเปรียบทางสังคม เช่น ผู้หญิง ชนกลุ่มน้อย หรือคนดำ แต่ยังเป็นกระบวนการที่มุ่งแสวงหาความเห็นร่วม (Common voice) ที่ทำให้ความเห็นต่าง (Critical voice) ถูกกีดกันออกไปอีกด้วย (Sanders 1997)

อย่างไรก็ตาม หากเราติดตามการคลี่คลายของสมัชชาสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เราก็อาจจะเห็นถึงพัฒนาการของภาคส่วนต่างๆ ที่มีการยกระดับความสามารถในการถกแถลงและโต้แย้งกันด้วยข้อมูลและเหตุผลมากขึ้น การเรียนรู้ “วัฒนธรรมของการถกแถลง” เรียนรู้สื่อ ภาษา วาทกรรม รวมทั้ง กฎ กติกา มารยาทต่างๆ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่จำเป็นต้องใช้เวลากับทุกฝ่ายในการเรียนรู้ ในขณะที่เดียวกันก็จำเป็นต้องจัดรูปแบบเวทีที่เหมาะสมกับทักษะการสื่อสารที่อาจมีหลายวิธีการ นักวิชาการอาจคิดว่าจะนำเสนอในลักษณะที่เป็นนามธรรมหรือเป็นหลักการ แต่สำหรับชาวบ้าน การนำเสนอผ่านเรื่องราวชีวิตของผู้คนอาจเป็นวิธีการที่ได้ผลมากกว่า เพราะนั่นหมายถึงการเปิดพื้นที่การแสดงออกด้วยอารมณ์ความรู้สึกซึ่งเคยถูกมองว่า ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ และถูกละเลยตลอดมาในเวทีสาธารณะต่างๆ หากแต่การสนทนาที่เน้นอารมณ์ความรู้สึก มีส่วนในการปรับความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนคนทั่วไปกับผู้เชี่ยวชาญให้เกิดสมดุลและมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น (Harvey 2009) ตัวอย่างหนึ่งที่มีการทำกันในต่างประเทศก็คือ กรณีการรณรงค์ให้เลิกใช้แร่ใยหิน มีการนำผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวจากพยาธิสภาพเรื้อรังในปอดที่เกิดจากการสูดรับใยหินมาบอกเล่าความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น การนำเรื่องเล่าหรือประสบการณ์จริงเข้ามาในกระบวนการถกแถลงเป็นตัวอย่างของการสร้างรูปแบบการสื่อสารที่สามารถรองรับทักษะหรือความถนัดในการนำเสนอ

ที่หลากหลายแตกต่างของผู้คน (Perrin 2006)

บทเรียนกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพก่อนปี พ.ศ. 2551 มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลาย ทั้งเวทีเล็กใหญ่ ตลาดนัดแลกเปลี่ยนทัศนะและมุมมอง รวมทั้งการแสดงออกทางวัฒนธรรม ทำให้การสื่อสารมีความหลากหลายไปตามความถนัดของแต่ละกลุ่มบุคคลและองค์กร แต่ก็เป็นรูปแบบที่มีข้อจำกัดในแง่ที่จะให้เกิดมิตรร่วมกัน การปรับรูปแบบสมัชชาสุขภาพตามแบบอย่างการประชุมสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly) ทำให้ขั้นตอนต่างๆ เป็นระเบียบแบบแผนมากขึ้น มีข้อมูลทางวิชาการ มีการกำหนดวาระและมติที่ต้องมีการหาฉันทมติที่ชัดเจน แต่เนื่องจากการประชุมสมัชชาระดับชาติมีสมาชิกสมัชชาเป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถอภิปรายในรูปแบบการถกแถลงได้อย่างเพียงพอ ทั้งในเชิงปริมาณก็มีการกำหนดให้องค์กรภาคีภาคส่วนต่างๆ ใช้เวลาเพียง 3 นาทีเท่ากัน และให้พูดได้เพียงครั้งเดียว ซึ่งเป็นรูปแบบที่แทบไม่มีการถกแถลงกันอย่างแท้จริงเลย

ในเชิงคุณภาพ การอภิปรายถกแถลงถูกประเมินจากผู้เข้าร่วมว่า ผู้แทนจากบางหน่วยงานมีเพียงความคิดเห็นมากกว่าข้อมูลทางวิชาการ บางครั้งผู้พูดก็ไม่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบในประเด็นที่พูด จากกรณีศึกษาพบประเด็นร่วมกันว่า ผู้ที่เคยร่วมสมัชชาเกิดความรู้สึกขาดความกระตือรือร้นที่จะเข้าร่วม ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการประชุมสมัชชาไม่มีบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนถกแถลงหรือร่วมไตร่ตรองที่สามารถเปลี่ยนความคิดที่ขัดแย้งกันให้เห็นร่วมกันได้ การหาข้อตกลงมักกลายเป็นการประนีประนอมเฉพาะหน้า เช่น ในการประชุมห้องยึดเยื่อของมติการเข้าถึงยาถ่วงหน้า หรือกรณีการขับเคลื่อนมาตรการสังคมไทยไร้แร่ใยหินที่มีปัญหาเรื่องท่าทีที่ไม่ไว้วางใจกัน ทั้งระหว่างหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ภาคธุรกิจ ภาควิชาการ และทาง สช. เอง ทำให้มีข้อจำกัดอย่างมากในการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ



### 2.1.5 การแบ่งแยกแตกขั้วกับภาวะสุดโต่ง

#### (Group Polarization and Going Extremes)

ศาสตราจารย์แคส ซันสไตน์ (Cass Sunstein) แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้ศึกษาพฤติกรรมของกลุ่มคนที่มีความเห็นขัดแย้งแตกต่างกันเมื่อมาร่วมประชุม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เขาพบว่า ในกลุ่มจะยังมีความคิดเห็นแตกแยกกันมากขึ้น โดยสมาชิกแต่ละคนจากที่มีความคิดเห็นโน้มเอียงไปด้านหนึ่งอยู่ก่อนแล้ว จะยังมีความคิดเห็นที่ สุดโต่งไปในทางนั้นมากขึ้น แคส ซันสไตน์ เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า Group polarization หรือการแบ่งแยกแตกขั้วของกลุ่มย่อย ในเวลาที่แลกเปลี่ยนความเห็น ปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ถูกศึกษาและทดลองในสถานการณ์ต่างๆ ในหลายลักษณะและหลายประเทศ ศาสตราจารย์ซันสไตน์ อธิบายกลไกการเกิดปรากฏการณ์แบ่งแยกแตกขั้วดังกล่าวว่ามีคำอธิบายอยู่สอง ทฤษฎีด้วยกัน (Sunstein 2002: 175-195)

ทฤษฎีแรก การมีความแตกต่างเป็นสองขั้วความคิดในเวทีการแลกเปลี่ยน นั้นทำให้สมาชิกที่มีความโน้มเอียงที่จะคิดไปในทางขั้วใดขั้วหนึ่งอยู่แล้ว ต้องการ การยอมรับจากเพื่อนๆ ที่คิดเหมือนๆ กันในกลุ่ม จึงแสดงออกซึ่งความคิดเห็น ที่สุดโต่งมากขึ้น เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างและทำให้เส้นที่แบ่งกันออกเป็นสอง พวกชัดเจนและไม่กำกวม ทฤษฎีที่สองนั้นอธิบายว่าปรากฏการณ์นี้เกิดจากข้อ ได้แย้งที่มีอยู่จำกัดนั้นผลักดันให้คนต้องเลือกข้างใดข้างหนึ่ง เพราะเหตุผลที่มีการ ได้แย้งกันมักจะมีแนวโน้มไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งอยู่แล้ว (ข้อโต้แย้งที่เสนอ แบบกลางๆ มักไม่ถูกนับเป็นข้อโต้แย้ง) ยิ่งการตอบโต้กันยืดยาวออกไปก็จะยังมี ปัจจัยในเรื่องอึดตาและหน้าตาที่จะทำให้การเปลี่ยนจุดยืนหรือการ ประนีประนอมยากขึ้นตามลำดับ การศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าตัวเลือก แบบกลางๆ ไม่ค่อยมีคนเลือกเท่าไรนัก แต่มีแนวโน้มทางสถิติที่ชัดเจนว่า ความ

คิดต่างจะยิ่งแตกต่างกันเมื่อมีการโต้แย้งกัน

ในกรณีศึกษาของเราทั้งสามกรณี เราจะเห็นได้ชัดว่าปรากฏการณ์แบ่งแยกแตกขั้วความคิดหรือ Group polarization เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในประเด็นนโยบายยา จนเป็นเหตุให้ต้องนำเข้าไปพิจารณาในห้องยึดเยื่อ และยังอภิปรายกันก็ยังมีท่าทีแข็งกร้าวต่อกันมากขึ้น หากการจัดการไม่เหมาะสมก็อาจพัฒนาไปถึงขั้นไม่สามารถประนีประนอมกันได้ หรือในกรณีของมาตรการสังคมไทยไร้เรย์ทิน ภาวะที่เกิดการแบ่งแยกแตกขั้วก็ปรากฏชัดในกระบวนการสมัชชาที่ทำให้ฝ่ายหนึ่งปฏิเสธที่จะเจรจาหรือ แต่หันไปใช้การรณรงค์นอกเวทีสมัชชาแทน ซึ่งการหันกลับไป “สนทนากันเอง” ภายในกลุ่มของตนนี้ยังจะทำให้เกิดภาวะสุดโต่งเพิ่มมากขึ้น ในหนังสือชื่อ Going to Extremes: How Like Minds Unite and Divide ของผู้เขียนเดียวกัน (Sunstein 2009) ศาสตราจารย์ซันสไตน์ทำการศึกษาโดยนำคนที่คิดเหมือนๆ กันมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน เขาพบว่าเมื่อคนเหล่านี้พูดคุยในสิ่งที่คิดเห็นเหมือนๆ กันในกลุ่มคนที่คิดเหมือนๆ กัน เช่น คนผิวขาวที่เกลียดคนผิวสี เมื่อรวมกลุ่มคุยกันสักพักก็จะแสดงความรังเกียจเด็ดฉันทันทีคนผิวสีมากขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีทัศนะรังเกียจคนผิวสี เมื่อคุยกับคนที่เห็นแบบเดียวกัน ความรังเกียจเด็ดฉันทันทียิ่งลดน้อยลงไปอีก

ปรากฏการณ์แบ่งแยกแตกขั้วหรือ Group polarization จึงเกิดได้ในทุกเวที ทั้งในกลุ่มที่หลากหลายและในกลุ่มที่มีแต่เฉพาะคนคิดเห็นเหมือนๆ กัน แต่จะเกิดได้มากและเร็วขึ้นเมื่อคนที่คิดเห็นเหมือนๆ กันถูกแยกหรือกันตัวเองออกจากคนที่คิดแบบอื่น ในแง่นี้ สมัชชาสุขภาพซึ่งโดยการออกแบบนั้นที่จะให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายมาถกแถลงกัน หากมีการจัดการที่ดี ไม่ทำให้เกิดการแยกกลุ่มคุยกันเองมากเกินไป ก็อาจแก้ปัญหาเรื่องการแบ่งแยกแตกขั้วได้ ดังเช่นที่พบในการศึกษากระบวนการ Deliberative Opinion Polling ที่มีการจัดกระบวนการให้เกิดการถกแถลงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่แตกต่างกันของ

ศาสตราจารย์ซันสไตน์ ซึ่งไม่พบว่ามีปรากฏการณ์แบ่งแยกแตกขั้วหรือ Group polarization เกิดขึ้นในวงแต่อย่างใด (Sunstein 2002)

ในขณะที่ จอห์น ไดรเซ็ค (John Dryzek) ได้แสดงให้เห็นกลับกันว่า กระบวนการถกเถียงที่ตีนั้น ไม่เพียงแต่จะไม่ทำให้เกิดการแตกแยกแบ่งขั้ว แต่ยังสามารถทำให้เกิดการก้าวพ้นเหตุผลเฉพาะตัว (Bounded rationality) ซึ่งเกิดจากการที่แต่ละบุคคลมีขีดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การคิดวิเคราะห์ และการประมวลความคิดแตกต่างกันตามเงื่อนไขทางสังคมที่ตนมีชีวิตอยู่ เขาอ้างอิงถึงงานวิจัยอีกชิ้นของเฟียร์อน (Fearon) ที่เสนอว่า กระบวนการถกเถียงจะนำไปสู่การตัดสินใจที่รอบคอบและเป็นผลดีต่อส่วนรวมเนื่องจากมุมมองที่หลากหลายได้ “เพิ่ม” ข้อมูลที่แต่ละคนมีเข้าไปในกระบวนการตัดสินใจ และได้ “ทวิคูณ” ทางเลือกใหม่ๆ ที่เป็นไปได้ให้กับการสนทนา (Fearon 1998) ซึ่งทั้งหมดนี้เกิดจากปัจจัยสำคัญคือ การไหลเวียนอย่างทั่วถึงกันของข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็น รวมทั้งเสียงของผู้ที่ได้รับผลกระทบจริงจากนโยบายหรือแผนงานที่กำลังเป็นปัญหาในขณะนั้น และจะต้องจัดรูปแบบการแลกเปลี่ยนที่ไม่ให้ “ผู้เชี่ยวชาญ” มีสิทธิมีเสียงมากเกินไป เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แลกเปลี่ยนกับประสบการณ์ชีวิตของผู้คนที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายนั้นๆ อย่างเท่าเทียม ทั้งหมดนี้เป็นความท้าทายในการออกแบบรูปแบบเชิงสถาบัน ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้การหารือแบบถกเถียงมีความเป็นประชาธิปไตยและได้ผล (Smith 2001)

## 2.2 กระบวนการนอกพื้นที่สัมชชสุขภาพ

หากพิจารณาในแง่พื้นที่ของวาทกรรม (Discursive space) สัมชชาก็เป็นพื้นที่สาธารณะแบบหนึ่งสำหรับการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พื้นที่ที่เรียกว่า “สัมชชชช” นี้มีกฎ กติกา มารยาท และดำเนินการอยู่ภายใต้โครงสร้างความ

สัมพันธ์เชิงอำนาจชุดหนึ่ง ซึ่งย่อมาหมายความว่า “สมัชชา” มีกาลเทศะที่เหมาะสมสำหรับปฏิบัติการด้านการสื่อสารบางลักษณะ และอาจไม่เหมาะกับการสื่อสารแบบอื่นๆ ปรากฏการณ์ที่พบจากกรณีศึกษาก็คือ การสื่อความหมายและพฤติกรรมการสื่อสาร (Communicative action) นั้นไม่ได้ถูกจำกัดไว้แต่เฉพาะในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง แต่มันกระจายและไหลเวียนอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ไม่ว่าจะจะเป็นพื้นที่สื่อสารโฆษณา ข่าว คณะกรรมการต่างๆ ที่หน่วยงานต่างๆ จัดตั้งขึ้น เวทีเสวนาทั้งในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ และเวทีนโยบายต่างๆ สมัชชาจึงเป็นเพียงพื้นที่หนึ่งในหลากหลายพื้นที่ที่มีการสื่อสารเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเกิดขึ้น ปัญหาที่ควรพิจารณาก็คือ พื้นที่ “สมัชชา” นี้แตกต่างจากพื้นที่แบบอื่นอย่างไร มีจุดแข็งจุดอ่อนอะไร และควรจะจัดความสัมพันธ์กับพื้นที่อื่นๆ อย่างไร

ตัวอย่างที่น่าสนใจในกรณีศึกษาของเราก็คือ กรณีมาตรการสังคมไทยไร้แร่ใยหิน ซึ่งเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี แต่กระบวนการหลังจากนั้น พบว่าภาคธุรกิจที่มีผลประโยชน์เกี่ยวข้องทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับมาตรการดังกล่าวพยายามใช้สื่อและเวทีต่างๆ ในการเผยแพร่ความคิดเห็นของตน กระบวนการสื่อสารที่เกิดขึ้นนอกสมัชชาสุขภาพนั้นเป็นไปอย่างเข้มข้น ภาคธุรกิจทำการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่สาธารณะจากมุมมองของตนเอง เช่น บริษัทผลิตกระเบื้องที่ไม่เห็นด้วยกับมาตรการดังกล่าวได้ออกมารณรงค์เผยแพร่คำขวัญผ่านทางสื่อมวลชนว่า “ไม่จัมฟันอันตรายกว่าแร่ใยหิน” และมีการสร้างความเข้าใจผิดๆ ที่ว่า หากมาตรการดังกล่าวถูกนำมาบังคับใช้ ผู้บริโภคที่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินอยู่แล้วก็จะต้องรื้อผลิตภัณฑ์เหล่านั้นออกทิ้งไป โดยมีกระดมกลุ่มคนเลี้ยงสุกรที่จังหวัดหนึ่งออกมาประท้วงว่าหากต้องรื้อหลังคาเล้าหมูที่ได้มุงไว้ด้วยกระเบื้องที่มีแร่ใยหินอยู่ก่อนแล้ว ก็จะเป็นภาระและก่อให้เกิดผลกระทบต่อการเลี้ยงหมูของกลุ่มตน ทั้งนี้ในมาตรการที่ประกาศใช้นั้นไม่ได้มีการกำหนดให้รื้อ

ถอนผลิตภัณฑ์แร่ใยหินที่ใช้อยู่แล้วออกแต่อย่างใด

จะเห็นได้ชัดจากกรณีดังกล่าวว่า ในการรณรงค์และในพื้นที่สื่อมวลชนที่ภาคธุรกิจสามารถจัดกิจกรรมเผยแพร่หรือรณรงค์ผ่านสื่ออื่น รูปแบบการสื่อสารจะเป็นลักษณะสื่อสารทางเดียวและเน้นการให้ข้อมูลที่ “ดราม่า” เช่น “ไม่จัมพ์ อันตรายกว่าแร่ใยหิน” ยิ่งในระบบงานของสื่อที่มีการแยกผู้สื่อข่าวออกเป็นสายต่างๆ เช่น สายกระทรวงพาณิชย์ สายทำเนียบ และสายสาธารณสุข ผู้สื่อข่าวแต่ละสายก็อาจไม่มีข้อมูลจากสายงานอื่น เช่น ผู้สื่อข่าวกระทรวงสาธารณสุขก็อาจไม่เคยทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับมาตรการควบคุมการใช้แร่ใยหินและโทษของแร่ใยหินที่ทำให้ประเทศต่างๆ ได้ยกเลิกการใช้แร่ใยหิน รวมทั้งมาตรการสังคมไทยไร้แร่ใยหินก็ไม่ได้มีมาตรการที่จะบังคับให้หรือถอนวัสดุก่อสร้างที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหิน เช่น กระเบื้องมุงหลังคาแล้วสุกร เพราะสำหรับการรื้อถอนแล้ว มาตรการควบคุมอันตรายจากแร่ใยหินที่ใช้กันทั่วโลกก็คือ การไม่ให้รื้อถอนวัสดุที่ใช้อยู่แล้วโดยไม่มีมาตรการที่รัดกุม เพราะจะยิ่งทำให้ฝุ่นแร่ใยหินฟุ้งกระจายเป็นอันตรายต่อผู้รื้อถอนและผู้อยู่อาศัย ข้อเสนอในการรื้อถอนก็คือ ให้ทำการรื้อถอนเมื่อต้องการปรับปรุงอาคารและให้รื้อถอนด้วยวิธีการที่ปลอดภัยต่อผู้รื้อและผู้อาศัยในบริเวณนั้น

ในกรณีศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินั้น แม้ติสမ်ชชาจะได้รับการรับรองจากมติคณะรัฐมนตรี แต่ก็ยังมีการขับเคลื่อนเพื่อผลักดันนโยบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งกลไก สร้างระบบสนับสนุน รวมทั้งมีการนำเสนอแนวคิดการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติผ่านสื่อตลอดมา ที่สำคัญ การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การผลักดันประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินั้น เป็นผลจากการผลักดันของภาคทุนผ่านกลไกทางการเมืองที่ดำเนินไปโดยไม่สนใจมติสမ်ชชาและมติคณะรัฐมนตรี เป็นกระบวนการกำหนดนโยบาย

โดยภาคการเมืองที่เอื้อประโยชน์แก่ภาคธุรกิจโดยไม่มีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นของภาคสังคมอื่นใด จึงเห็นได้ชัดเจนว่า กลไกการกำหนดนโยบายที่มีอยู่หลายกลไกต่างก็ดำเนินไปอย่างเป็นอิสระต่อกัน ไม่มีการแลกเปลี่ยนหรือหารือกัน ไม่ต้องเคารพมติสมัชชาและมติคณะรัฐมนตรี รวมทั้งไม่สามารถตรวจสอบซึ่งกันและกันได้

ในกรณีของนโยบายยาและการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ผิดจริยธรรมนั้น แม้นโยบายการเข้าถึงยาถ้วนหน้าซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมติของสมัชชาจะได้รับการตอบรับจากคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา แต่ในเรื่องการส่งเสริมการขายยาที่ผิดจริยธรรมนั้นกลับไม่มีกระแสความสนใจใดๆ จากผู้เกี่ยวข้องเลย ในแง่หนึ่ง “ตัวละคร” ที่ควรจะเป็น “ผู้รับผิดชอบ” ต่อเรื่องนี้ดูจะไม่มีตัวตน หรือหายสาบสูญไปจนไม่รู้ว่าเรื่องการส่งเสริมการขายยานี้ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนหนึ่งของความสับสนที่ว่านี้ เกิดจากการที่ “ผู้เสียหาย” ในเรื่องการส่งเสริมการขายยาที่ไม่รับผิดชอบนั้นไม่มีตัวตนที่ชัดเจนนั่นเอง “ตัวละคร” ส่วนใหญ่เป็นผู้ได้รับผลประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นบริษัทยาที่สามารถเร่งยอดการขายยาได้ แพทย์ที่ได้รับ “สิ่งตอบแทน” จากการจ่ายยา หรือคนไข้ที่ได้รับยาไปใช้ในการรักษา โดยที่อาจจะรู้หรือไม่รู้ถึงปัญหาหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับระบบ

กล่าวโดยสรุป กระบวนการนอกสมัชชาเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ เพราะสมัชชาไม่ได้เป็นพื้นที่สาธารณะเดียวที่การถกแถลง การต่อรอง และการผลักดันให้นโยบายสาธารณะเกิดขึ้น การที่กระบวนการสมัชชามีจุดเด่นในแง่การใช้หลักฐานและข้อมูลความรู้ในการพัฒนานโยบายและเป็นเวทีที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีที่หลากหลายน่าจะช่วยให้การสื่อสารและการสนทนาในเวทีหรือในแวดวงอื่นๆ มีคุณภาพที่สูงขึ้นและมองได้รอบด้านมากขึ้น ในแง่นี้ โจทย์สำคัญสำหรับสมัชชาสุขภาพที่จะต้องขบคิดก็คือ ทำอย่างไรจึงจะทำให้ “สมัชชา” มีความหมายสำหรับวงการสนทนาหรือเวทีการสื่อสารอื่นๆ ทำอย่างไรจึงจะทำให้สิ่งที่

มีการไตร่ตรองร่วมกันของภาคีต่างๆ ในสมัยชาไม่ถูกทะเลเลยหรือเพิกเฉยราวกับไม่มีอยู่

แนวทางที่สำคัญก็คือ การทำให้สมัยชามีสถานะภาพเป็น “จุดอ้างอิง” (Point of reference) ที่วงสนทนาหรือเวทีการสื่อสารอื่นๆ สามารถอ้างอิงถึงได้อย่างมั่นใจ ซึ่งจะทำให้เกิดการสนทนาข้ามวงและทำให้ “ตัวบท” ของการสื่อสารในหลากหลายพื้นที่นั้นมีการสนทนาระหว่างกันมากกว่าที่จะต่างคนต่างพูดโดยไม่สนใจว่าคนอื่นจะเคยพูดอะไรอย่างอื่นหรือเคยตกลงอะไรกันไปในเวทีอื่นๆ มาแล้วบ้าง ซึ่งในแง่นี้ กระบวนการสมัยชาก็จำเป็นต้องสนทนากับ “วงสนทนา” อื่นๆ ด้วย จุดเด่นของการทำงานวิชาการอย่างเข้มข้นและการมีภาคีตัวแทนจากหลายภาคส่วน จะทำให้สมัยชามีจุดอ้างอิงได้ไม่ยากนัก นี่เป็นทิศทางที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและภาคีเครือข่ายจะต้องแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ได้ผล

ข้อเท็จจริงที่ว่า พื้นที่การสื่อสารที่มีมากและหลากหลายในปัจจุบัน ทำให้ปฏิบัติการสื่อสารไม่สามารถจำกัดอยู่เฉพาะในรูปแบบใดรูปแบบใดเป็นหลัก แต่เป็นการผสมผสานหลายรูปแบบในระดับต่างๆ เพื่อนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมทางการเมืองใหม่ที่อาศัยการเสวนาและการสนทนากันเป็นเครื่องมือสำหรับการเปลี่ยนแปลงสังคมของพลเมือง ในแง่นี้ ทอม แอตลี (Tom Attlee) ผู้ผลักดันรูปแบบการสนทนาที่เรียกว่า Citizen Deliberative Council (Co-Intelligence nd) เสนอความเห็นไว้ว่า เนื่องจากประเด็นปัญหาทางสังคมนั้นมีหลากหลายแง่มุมและหลายระดับ ผู้คนที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับปัญหาก็แตกต่างกัน ทั้งในแง่ของจำนวนและในแง่ของความกระตือรือร้นในการร่วมแก้ไขปัญหา ปัญหาทั่วไปอาจมีพลเมืองจำนวนมากสามารถเข้าร่วมได้ แต่สำหรับปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนและต้องการความรู้ความเข้าใจมากก็อาจเป็นเรื่องที่พลเมืองกลุ่มเล็กๆ เป็นผู้ทำความเข้าใจและทำการสื่อสารกับพลเมืองและสาธารณชนกลุ่มอื่นๆ ในขณะที่

เดียวกัน ความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้นก็มีหลายลักษณะ บางเรื่องต้องอาศัยนักการเมือง ผู้บริหารหรือองค์กรที่มีอำนาจ ในขณะที่บางเรื่องเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ในระดับเล็กๆ หรือบางเรื่องอาจไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอะไรเลย

ทอม แอ็ดลี เสนอให้มองระบอบประชาธิปไตยเป็นเหมือนระบบนิเวศวิทยาที่ประกอบสร้างขึ้นมาจากกิจกรรมการเสวนา สนทนา ถกเถียง แลกเปลี่ยน และการอภิปรายในพื้นที่ทางสังคมต่างๆ และเช่นเดียวกับระบบนิเวศที่ต้องมีความหลากหลาย การสนทนาประชาธิปไตยก็ต้องมีความหลากหลายด้วย หากการสนทนาเน้นให้พลเมืองจำนวนมากสามารถเข้าร่วมได้ การสนทนาจึงอาจไม่สามารถถลกได้ ข้อสรุปที่ได้ อาจจะเป็นความเห็นมากกว่าเป็นความรู้ แต่หากเน้นกลุ่มผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญ ก็อาจกลายเป็นการสร้างชนชั้นนำที่ทำหน้าที่ตัดสินแทนคนอื่นมากเกินไป เป้าหมายของกระบวนการที่เขาลักคั่นอยู่ คือ Citizen Dialogue and Deliberation ก็คือการสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนพูดคุยที่หลากหลาย ตั้งแต่การสนทนาที่ไม่เป็นทางการ ร้านกาแฟ ลานบ้าน เวทีชุมชน ไปจนถึงการเสวนาและสมัชชาแบบต่างๆ โดยต้องสร้างให้เกิดความสมดุลระหว่างการสนทนาระหว่างมวลชนสาธารณะและกลุ่มตัวแทนที่รู้จักอย่างต่อเนื่อง

แนวคิด Citizen Dialogue and Deliberation นี้ จำแนกการสนทนาที่เอื้อต่อการสร้างระบบนิเวศประชาธิปไตยออกเป็นระดับจากที่เรียบง่ายและแพร่หลายได้มากที่สุด ไปจนถึงรูปแบบที่ต้องอาศัยความเข้าใจในประเด็นปัญหาและการจัดการเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ไขปัญหารวม 7 ระดับ (P2P Foundation 2006) โดยที่ระดับที่ 7 เป็นการเกิดขึ้นของวัฒนธรรมประชาธิปไตยในขอบเขตที่กว้าง ทั้ง 7 ระดับมีดังนี้ คือ

1. รูปแบบการแลกเปลี่ยนพูดคุยกันของพลเมืองทุกชนิด เช่น การสนทนา ร้านกาแฟ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีข้อสรุปหรือความเห็นร่วมกัน



2. การเสวนาหรือถกแถลงของพลเมืองที่มีผลสรุปหรือความเห็นร่วม เช่น รายงานการพูดคุย หรือผลการสำรวจความเห็นจาก Deliberative Opinion Polling
3. การเสวนาและถกแถลงที่มีผลสรุปและมีความเชื่อมโยงหรือมุ่งให้มีผลต่อการกำหนดนโยบายหรือการตัดสินใจ
4. เหมือนกับข้อที่ 3 แต่มีการออกแบบกระบวนการให้สะท้อนความเป็นตัวแทนของความหลากหลายในชุมชน เช่น สมัชชาชุมชน
5. เหมือนข้อที่ 4 แต่มีขั้นตอนและกระบวนการที่เป็นทางการและมีความเป็นสถาบัน เช่น การสำรวจประชามติ
6. เหมือนข้อ 5 แต่มีกระบวนการขับเคลื่อนให้เกิดผลทางการปฏิบัติ เช่น สมัชชาพลเมือง หรือสมัชชาสุขภาพ
7. ระบบการเมืองการปกครองที่มีรากฐานมาจากรูปแบบต่างๆ ในข้อ 1-6 ที่มีปฏิสัมพันธ์อยู่กับการเมืองรูปแบบอื่นๆ เช่น การลอบบี้ การเลือกตั้ง การลงคะแนนเสียง ฯลฯ

จุดเด่นของแนวคิดนี้คือการเสนอให้เห็นว่า รูปแบบในระดับที่สูงขึ้นจะอยู่ไม่ได้หากไม่มีรูปแบบที่เรียบง่ายกว่ามารองรับ การสร้างระบอบประชาธิปไตย จึงแยกไม่ออกจากการสร้างประชาธิปไตยในปฏิสัมพันธ์และการสนทนาในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะต้องเรียนรู้การรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น พอๆ กับที่ต้องมีความคิดเห็นเป็นของตนเอง นอกจากการอภิปรายในวงสนทนาหรือเวทีการถกแถลงต่างๆ แล้ว ยังมีรูปแบบปฏิบัติการทางการเมืองอื่นๆ ที่อาจนำมาใช้เพื่อหาข้อยุติต่อปัญหาทางการเมือง เช่นการเคลื่อนไหวมวลชน การชุมนุมกดดัน หรือการใช้ปฏิบัติการไร้ความรุนแรงต่างๆ เป็นมาตรการในการต่อรองทางการเมือง มาตรการเหล่านี้อาจถูกใช้เพื่อเสริมประสิทธิภาพหรือเพื่อหักล้างกับการอภิปราย

ถกแถลงก็เป็นที่น่าพอใจ ซึ่งความเป็นจริงในทางการเมืองแล้ว ไม่มีปฏิบัติการทางการเมืองใดที่ใช้มาตรการอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว

มาตรการหรือปฏิบัติการทางการเมืองแบบต่างๆ มีจุดแข็งจุดอ่อนของตัวเอง หากเราเปรียบเทียบรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองที่แตกต่างกันสองรูปแบบ คือ การเคลื่อนไหวทางการเมือง (Political activism) กับการถกแถลงเพื่อหาทางออกในเชิงนโยบาย (Deliberation) ทั้งสองต่างมีจุดเด่นและข้อด้อยที่แตกต่างกัน ไอริส ยัง (Iris Young) ได้เขียนบทความเปรียบเทียบรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองระหว่างสิ่งที่เขาเรียกว่า Political activism หรือการเคลื่อนไหวทางการเมือง กับ Deliberative democracy หรือประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Young 2001) ไอริส ยังได้ชี้ถึงจุดอ่อนของ Deliberative democracy ว่ามักไม่สามารถทำในลักษณะเปิดกว้างให้คนหมู่มากเข้าร่วมได้อย่างแท้จริง และประเด็นที่นำมาถกเถียงกันก็มักจะต้องจำกัดอยู่ในกรอบของสถาบันทางสังคมที่เป็นอยู่ ซึ่งมักจะไม่มีความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เป็นธรรมดำรงอยู่ล่วงหน้าแล้ว ข้อประเด็นและทางเลือกต่างๆ จึงมีข้อจำกัดที่ทำให้การถกแถลงร่วมไตร่ตรองเป็นเพียงการสืบทอดโครงสร้างแห่งความไม่เป็นธรรมนั้นและเป็นไปไม่ได้ที่จะทำลายความไม่เป็นธรรมนั้นได้จากข้อจำกัดเหล่านี้

ในขณะเดียวกัน การเคลื่อนไหวชุมนุมทางการเมืองนั้นสามารถกระทำได้โดยไม่ถูกจำกัดในกรอบและสามารถกระตุ้นให้สังคมเกิดความตื่นตัวและรับรู้ประเด็นปัญหาได้อย่างกว้างขวางมากกว่าการถกแถลงในห้องประชุม แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเช่นกัน เพราะเป็นรูปแบบการเคลื่อนไหวทางการเมืองที่ขึ้นกับแกนนำในการกำหนดประเด็นการเคลื่อนไหวต่อรอง และมักไม่มีการอภิปรายรับฟังความคิดเห็นหรือฟังเหตุผลของผู้ที่เห็นต่าง

ไอริส ยังสรุปว่า รูปแบบทั้งสองต่างก็มีจุดแข็งจุดอ่อนที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีจุดคล้ายและจุดต่างระหว่างกัน ในแง่หนึ่งการชุมนุมประท้วงก็อาจถือได้ว่า

เป็นการเจรจาอย่างหนึ่ง เป็นช่องทางที่จะนำเสนอประเด็นที่อาจนำเสนอได้ยาก ในรูปแบบของการถกแถลงหรือประชุมอภิปรายไตร่ตรองร่วมกัน การเคลื่อนไหวทางการเมืองต่างๆ มักไม่ได้เลือกใช้รูปแบบใดรูปแบบเดียว นักเคลื่อนไหวต่างๆ ล้วนแต่ต้องเลือกรับปรับใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองที่แตกต่างกันนี้ ตามเงื่อนไขและสถานการณ์ที่เหมาะสม ไอริส ยัง ยังได้เสนอให้ปรับรูปแบบให้การร่วมไตร่ตรองถกแถลงเป็นอิสระจากโครงสร้างอำนาจที่ดำรงอยู่และเน้นให้มีการรับฟังความเห็นที่แสดงออกในรูปแบบอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการประชุม ประท้วง ที่อาจดูรุนแรงไร้ระเบียบและไม่มีการเสนอข้อมูลและทางออกที่ชัดเจน ตั้งแต่ต้น รูปแบบทั้งสองจึงอาจถือว่าเป็นความแตกต่างบนแถบสเปกตรัมของการมีส่วนร่วมทางการเมืองที่ส่งเสริมซึ่งกันและกันได้หากมีการเลือกใช้และผสมผสานกันให้เหมาะสม

นอกจากรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองในลักษณะที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปฏิบัติการทางการเมืองอื่นๆ ที่เป็นทางเลือกสำหรับการมีส่วนร่วมทางการเมือง ไมเคิล วอลเซอร์ (Michael Walzer) นักปรัชญาการเมืองคนสำคัญได้ตั้งคำถามเกี่ยวกับทางเลือกสำหรับปฏิบัติการทางการเมืองในระบบประชาธิปไตยว่า หากเราเลือกที่จะไม่ปรึกษาหารือหรือไตร่ตรองร่วมกันแล้ว ในทางการเมืองเรายังสามารถทำอะไรอย่างอื่นได้อีกหรือไม่ ในบทความที่ชื่อ *Deliberation, and What Else?* ไมเคิล วอลเซอร์ได้รวบรวมทางเลือกสำหรับปฏิบัติการทางการเมืองและกิจกรรมที่เขาคิดว่าสามารถส่งผลต่อการเมืองได้รวม 14 ประการด้วยกันคือ

1. Political education คือ การให้การศึกษาทางการเมือง อาจถือเป็นขั้นตอนแรกๆ และเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ขาดไม่ได้ในกิจกรรมทางการเมืองต่างๆ การตื่นตัวทางการเมืองเป็นขั้นตอนสำคัญที่

ประชาชนจะลุกขึ้นมาทวงถามสิทธิทางการเมืองและตรวจสอบความถูกต้องชอบธรรมของอำนาจ

2. Organization คือ การจัดตั้งทางการเมือง เป็นปฏิบัติการทางการเมืองที่สำคัญที่สุดและส่งผลกระทบยาวมากที่สุด เพราะอุดมการณ์ทางการเมืองที่ปราศจากการจัดตั้งก็เป็นแค่ความฝันลมๆ แล้งๆ การมีองค์กรจัดตั้งทำให้ความคิดทางการเมืองถูกแปลเป็นปฏิบัติการทางการเมืองได้
3. Mobilization คือ การระดมมวลชน เป็นปฏิบัติการทางการเมืองสำคัญที่ถูกใช้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรการอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการระดมมวลชนเพื่อการชุมนุมประท้วง ลงประชามติ หรือลงชื่อเสนอกฎหมาย
4. Demonstration คือ การชุมนุมประท้วง เป็นการแสดงพลังแห่งเจตนารมณ์ร่วมกันของกลุ่มคนที่มีได้หลากหลายรูปแบบ อาจเป็นการรวมพลังของกลุ่มคนจำนวนมากเพื่อกดดัน หรือเป็นการแสดงออกทางสัญลักษณ์ เช่น การชุมนุมด้วยการไต่ ผู้คนมารณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ด้วยการมายื่นไอที่จัดรัสแห่งหนึ่งในกรุงอัมสเตอร์ดัม เป็นต้น
5. Statement คือ การออกแถลงการณ์ทางการเมือง ไม่ว่าจะเป็นการประกาศ (Declaration) แถลงการณ์ทางการเมือง (Political statement) หรือคำประกาศเจตนารมณ์ (Manifesto) ซึ่งเป็นการแสดงเจตจำนงผ่านการสื่อสารแบบหนึ่ง ซึ่งมักเป็นการสื่อสารทางเดียว ในบางกรณี คำประกาศเจตนารมณ์ก็มีพลังที่จะขับเคลื่อนและระดมแนวร่วมได้อย่างกว้างขวางและมีผลต่อเนื่องหลายทศวรรษ เช่น คำประกาศเจตนารมณ์คอมมิวนิสต์ (Communist manifesto) เป็นต้น
6. Debate คือ การโต้แย้ง โต้ว่าที่ทางการเมือง เป็นรูปแบบการถกเถียงด้วยเหตุผลแบบหนึ่ง ซึ่งมักเป็นการโต้กันระหว่างสองแนวความคิดที่แตกต่างกัน มักไม่ได้เป็นไปเพื่อหาข้อสรุป แต่เพื่อให้สาธารณชนที่รับ

ฟังข้อโต้แย้งนำไปพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเองว่า จะเห็นด้วยกับฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดหรือไม่

7. Bargaining คือ การเจรจาต่อรอง เป้าหมายส่วนหนึ่งของปฏิบัติการทางการเมืองต่างๆ เช่น การระดมมวลชน การชุมนุมประท้วง ก็คือการผลักดันให้เกิดการเจรจากันขึ้น การสร้างกลไกและช่องทางเพื่อให้คู่กรณียินดีที่จะนำความขัดแย้งขึ้นสู่โต๊ะเจรจา นับเป็นขั้นตอนสำคัญของการแก้ปัญหาทางการเมือง
8. Lobbying คือ การล็อบบี้ เป็นกิจกรรมทางการเมืองที่ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ แต่เป็นเครื่องมือที่ทรงพลังมากที่สุดในบรรดาปฏิบัติการทางการเมืองทั้งหลาย กลุ่มผลประโยชน์และบริษัทข้ามชาติจึงใช้การล็อบบี้โดยที่มินักล็อบบี้และบริษัทที่รับจ้างทำงานล็อบบี้อย่างเป็นระบบ
9. Campaigning การรณรงค์ เป็นรูปแบบการปฏิบัติการทางการเมืองที่พบเห็นได้บ่อยในประเทศไทย ซึ่งมีการรณรงค์กันตลอดปี เช่น รณรงค์ไปใช้สิทธิเลือกตั้ง รณรงค์ต่อต้านคอร์รัปชัน ฯลฯ ส่วนใหญ่เป็นการรณรงค์ที่มุ่งสร้างจิตสำนึกหรือเปลี่ยนพฤติกรรมของปัจเจก แตกต่างจากในหลายประเทศที่การรณรงค์มักมุ่งที่การเปลี่ยนโครงสร้างหรือกฎหมาย
10. Voting การลงคะแนนเสียง เป็นประชาธิปไตยทางตรง ซึ่งอาจมีหลากหลายรูปแบบและหลายระดับ เช่น การเลือกตั้งทั่วไป การเลือกตั้งท้องถิ่น การลงประชามติ เป็นต้น
11. Fund-raising การระดมทุน เป็นกิจกรรมทางการเมืองที่ไม่เพียงแต่ระดมให้ได้มาซึ่งทรัพยากร แต่ยังสามารถสร้างความเป็นเจ้าของ การมีส่วนร่วมและขยายฐานทางการเมืองได้อีกด้วย
12. Corruption การฉ้อฉล เป็นปฏิบัติการทางการเมืองที่มีผลกระทบสูง

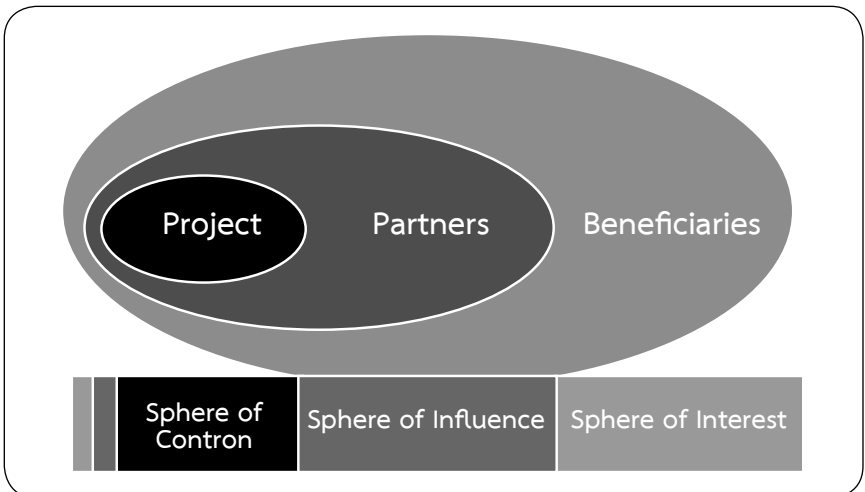
โดยเฉพาะต่อการจัดการทรัพยากรและการจัดสรรผลประโยชน์ ในแง่  
นี้ไม่ได้หมายความว่า ปฏิบัติการทางการเมืองจะต้องใช้การฉ้อฉลเพื่อ  
ให้เกิดผลสำเร็จ แต่เราไม่สามารถปฏิเสธได้ในแวดวงการเมืองว่า การ  
ฉ้อฉลเป็นปฏิบัติการทางการเมืองที่แฝงตัวอยู่อย่างสำคัญ

13. Scut work การทำงานธุรการหรืองานจิพละเพื่อให้กิจกรรมทางการเมืองอื่นๆ สามารถดำเนินไปได้ งานเหล่านี้ (เช่น การถ่ายเอกสาร การปิดโปสเตอร์ การแจกแผ่นพับ จัดหาหรือจัดเตรียมอาหารสำหรับคนทำงาน) อาจไม่มีเนื้อหาทางการเมืองมากนัก แต่ก็จำเป็นในการทำให้ปฏิบัติการทางการเมืองต่างๆ ได้ผล
14. Ruling การใช้อำนาจปกครอง ซึ่งอำนาจดังกล่าวนี้ อาจได้มาด้วยวิธีการต่างๆ กัน (Walzer 1999)

ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ ที่ผ่านมา แม้ว่าการจัดกระบวนการสมัชชาอาจมีกิจกรรมหรือปฏิบัติการทางการเมืองอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างใน 14 ประเภทตามที่ ไมเคิล วอลเซอร์ ได้ประมวลไว้ผสมผสานหรือเกิดขึ้นคู่ขนานไปกับกระบวนการสมัชชา แต่ก็เป็นการผสมผสานที่ไม่ได้มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน และ  
ไม่มีการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนถึงแนวทางหรือวิธีการที่จะผสมผสานรูปแบบการขับเคลื่อนทางการเมืองที่หลากหลายเหล่านี้ให้หนุนเสริมกันได้อย่างได้ผล ซึ่งในเรื่องนี้อาจไม่ได้หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จะต้องมึบทบาทในปฏิบัติการทางการเมืองเพื่อผลักดันมติสมัชชาด้วยมาตรการทางการเมืองที่กล่าวมา บทบาทเหล่านี้ อาจเป็นของเจ้าของประเด็น หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ แต่ สช. เองก็จำเป็นต้องให้ความสนใจกับปฏิบัติการทางการเมืองของตัวเองที่เกี่ยวข้องกับประเด็น และต้องสามารถสร้างการเสริมพลัง (Synergy) ให้เกิดขึ้น ทั้งนี้โดยอาศัยกระบวนการสมัชชาซึ่งเป็นพื้นที่สำหรับ

การถกแถลงและเป็นเวทีสาธารณะของการใช้เหตุใช้ผลเป็นจุดอ้างอิงสำหรับปฏิบัติการทางการเมืองอื่นๆ ได้ด้วย

ในกรณีศึกษาทั้งสามกรณี จะเห็นได้ชัดว่า มีปฏิบัติการทางการเมืองหลากหลายรูปแบบที่ถูกใช้ประกอบการขับเคลื่อนของฝ่ายต่างๆ ซึ่งตัวละครเหล่านี้ต่างขับเคลื่อนอย่างเป็นเอกเทศและเป็นอิสระต่อกัน การสร้างภาวะ “เสริมพลัง” จึงไม่ได้เกิดขึ้นได้เองและไม่สามารถวางแผนให้เกิดขึ้นเหมือนเครื่องจักรกลได้ ในแง่นี้ การขับเคลื่อนเพื่อเสริมพลังอาจต้องอาศัยแนวคิดการจัดการที่เน้นความยืดหยุ่นและเป็นเอกเทศของตัวละครหรือผู้กระทำการต่างๆ ที่แม้ไม่อาจถูกควบคุมได้ แต่ก็อาจสามารถส่งอิทธิพลและเหนี่ยวนำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แนวคิดที่น่าสนใจแนวคิดหนึ่งที่น่านำมาประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะก็คือ แนวคิดแผนที่ผลลัพธ์ หรือ Outcome Mapping ซึ่งเน้นการทำงานกับภาคีหุ้นส่วน (Boundary partners) ดังที่แสดงในแผนภาพต่อไปนี้



แนวคิดดังกล่าวถือว่าในปฏิบัติการหรือการดำเนินโครงการ (Project) ใดๆ ก็ตามที่ต้องทำงานกับผู้กระทำการ ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือองค์กรต่างๆ พื้นที่ปฏิบัติการที่เรามีอิทธิพลโดยตรงจะมีอยู่แต่เฉพาะภายในองค์กรหรือภายใต้โครงการใดโครงการหนึ่งของเราเท่านั้น ซึ่งพื้นที่นี้เรียกว่าเป็น Sphere of control เพราะเราสามารถควบคุมหรือจัดการได้ระดับหนึ่ง ส่วนพื้นที่ถัดออกไปคือพื้นที่ที่มีตัวละครอื่นๆ ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อความสำเร็จในปฏิบัติการหรือการดำเนินโครงการร่วมกันกับเรา (ในกรณีของสมัชชาสุขภาพอาจหมายถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเจ้าของประเด็น นักวิชาการ หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ภาคธุรกิจ หรือภาคประชาชน) องค์กรและกลุ่มบุคคลในพื้นที่เหล่านี้ อาจมีบทบาทหน้าที่และศักยภาพแตกต่างกัน และไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของเราโดยตรง แต่ก็อยู่ในขอบเขตที่เราสามารถส่งอิทธิพลไปถึงได้ (Sphere of Influence) คือเราสามารถสื่อสาร หรือสร้างกิจกรรมร่วมกันเพื่อโน้มน้าวหรือปรับเปลี่ยนให้องค์กรเหล่านี้มีบทบาทที่เสริมกันกับเรา เพื่อให้ส่งผลไปยังสาธารณชนผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiaries) ที่อยู่ในวงถัดออกไป (Sphere of interest) ต่อไปได้ องค์กรในพื้นที่ Sphere of Influence นี้เรียกว่า “ภาคีหุ้นส่วน” หรือ Boundary partners

ภาคีหุ้นส่วนเหล่านี้อาจไม่ได้เข้าร่วมในเวทีสมัชชาโดยตรง และอาจมีปฏิบัติการอยู่นอกเวทีสมัชชา ซึ่งอาจเป็นปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างดังที่ไม่เคลิ วอลเซอร์เสนอไว้ก็ได้ ทั้งนี้ กระบวนการ แผนที่ผลลัพธ์ หรือ Outcome mapping มีรายละเอียดที่ใช้วางแผนเป็นขั้นตอนเพื่อให้สามารถกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ร่วมกันของภาคีหุ้นส่วนต่างๆ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อกระบวนการทำงานของสมัชชาสุขภาพ (รายละเอียดของแนวคิดและวิธีการเกี่ยวกับแผนที่ผลลัพธ์ศึกษาเพิ่มเติมได้จากหนังสือชื่อ แผนที่ผลลัพธ์ การ



สร้างการเรียนรู้และการสะท้อนกลับในแผนงานพัฒนา ของเอล, ซาราล, เฟรด คาร์เต็น, และเทอริ สมุโทโล, 2547)

### 2.3 การขับเคลื่อนหัตถมติดมตติสมัษะ : ข้อเรียกร้องและความคาดหวัง

กล่าวได้ว่า ทั้ง 3 กรณีศึกษาต่างมีปัญหาที่คล้ายคลึงกันประการหนึ่งคือ ปัญหาการขับเคลื่อนเพื่อให้หมตติสมัษะได้รับการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากในทุกกรณี ที่หยิบยกมาพิจารณานั้น ทิศทางของนโยบายสาธารณะที่มีการนำเสนอมีผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับต่างๆ เป็นธรรมดา แต่หากผลกระทบต่อผลประโยชน์ของผู้เกี่ยวข้องก็อาจทำให้มีการต่อต้านขัดขืนเมื่อนำมตติสมัษะหรือนโยบายไปบังคับใช้ ในแง่นี้ นโยบายแห่งชาติด้านการเข้าถึงยาถ้วนนหน้าของประชากรไทยได้กลายเป็นมตติที่มีความก้าวหน้าในทางปฏิบัติมากที่สุด หากเทียบกับสองมตติที่ติดตามมา คือ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้เรื้อยหิน และนโยบายการกลายเป็นศูนย์สุขภาพนานาชาติ

ความเคลื่อนไหวของมตติการเข้าถึงยาถ้วนนหน้าของประชากรไทย มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนคือ ภายหลังจากที่ประชุมใหญ่สมัษะสุขภาพแห่งชาติได้รับการรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนนหน้าของประชากรไทยและเสนอให้ คสช. นำเสนอต่อรัฐบาลให้ประกาศเป็นนโยบาย มีการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนนหน้าของประชากรไทย ซึ่งต่อมาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้นำเสนอร่างแผนปฏิบัติการนี้ต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ นอกจากนี้ยังนำมตติยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ซึ่งผ่านการประชุมสมัษะสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 เข้ามาร่วมเป็นนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่า ทั้งสองนโยบายนี้ได้รับการผลักดันจนเกิดแผนปฏิบัติการเนื่องจากมีรายละเอียดของกลยุทธ์ กิจกรรม ตัวชี้วัด เป้าหมาย และหน่วยงาน

ที่รับผิดชอบอย่างละเอียดชัดเจน

กระนั้นก็ตาม ไม่อาจกล่าวได้ว่าการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดผลอย่างต่อเนื่องของนโยบายนี้เป็นเพราะได้ถูกนำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพียงเท่านั้น แต่ผลที่ได้เกิดจากการเกาะติดปัญหาของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง ที่การทำงานอย่างเข้มข้นทั้งก่อนสมัชชาสุขภาพ และหลังการเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยชี้ขาดที่สำคัญที่สุด กลุ่มนักวิชาการและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านนี้มาอย่างต่อเนื่อง เคยผลักดันนโยบายที่สำคัญๆ ร่วมกับองค์กรภาครัฐจนกลายเป็นเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็งและมีเครดิตในการผลักดันนโยบายแบบกัดไม่ปล่อย ทำให้การผลักดันเรื่องนโยบายเป็นไปอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ส่วนมติการทำให้สังคมไทยไร้รายใยหินนั้นเป็นการผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับภาคอุตสาหกรรมและภาคพาณิชย์กรรม องค์กรวิชาการที่ผลักดันมีการทำงานด้านวิชาการที่เข้มแข็ง แต่การผลักดันนโยบายที่ต้องการความร่วมมือจากหน่วยงานด้านอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมในภาครัฐที่อยู่นอกขอบเขตของการสาธารณสุข ซึ่งยังมีความเห็นต่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายใยหินก็มีความสลับซับซ้อนมากกว่า และมีมิติความสัมพันธ์กับอำนาจทางการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย แม้จะมีมติคณะรัฐมนตรีรับรอง การขับเคลื่อนมาตรการสังคมไทยไร้รายใยหินก็ยังไม่คืบหน้าไปมากนัก แต่อย่างน้อย มติสมัชชาสุขภาพก็ได้มอบความชอบธรรมให้กับผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่เลือกที่จะยุติการนำรายใยหินมาเป็นส่วนประกอบ

แม้มติสมัชชาจะได้รับการรับรองจากคณะรัฐมนตรี แต่ก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่ามาตรการหรือนโยบายเหล่านั้นจะได้รับการนำไปปฏิบัติจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ ข้อนี้สะท้อนวัฒนธรรมราชการ ความไร้ประสิทธิภาพของกลไกรัฐและความไร้น้ำยาของมติคณะรัฐมนตรี ในกรณีของมาตรการสังคมไทยไร้รายใยหิน สำนักควบคุมวัตถุอันตราย กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวง

อุตสาหกรรม ซึ่งมีอำนาจหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการของคณะกรรมการวัตถุอันตราย ไม่มีความกระตือรือร้นที่จะดำเนินการตามขั้นตอนการทำงาน (ตามทีละบุไว้ในบทที่ 4) และเห็นว่าการทำงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นการข้ามขั้นตอนและล่วงเกินขอบเขตการทำงานของสำนักควบคุมวัตถุอันตราย ลักษณะการทำงานที่ปกป้องอาณาจักรของตนยังพบเห็นได้ในแวดวงวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพของแร่ใยหินอีกด้วย ซึ่งทำให้การแก้ปัญหาที่มีความซับซ้อนขึ้นไปอีก

กรณีนโยบายการเป็นศูนย์สุขภาพนานาชาตินั้น แม้จะมีมติสมัชชาและมติคณะรัฐมนตรีรองรับ แต่รัฐบาลทั้งจากพรรคเพื่อไทยและพรรคประชาธิปัตย์ต่างก็เคลื่อนไหวผลักดันให้เกิดศูนย์สุขภาพนานาชาติอย่างต่อเนื่อง ลักษณะดังกล่าวทำให้หน่วยงานที่ต้องทำหน้าที่รับผิดชอบนโยบายด้านนี้ต้องทำงานตอบสนองกับนโยบายรัฐบาลมากกว่าที่จะทำตามมติสมัชชาและมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งเน้นการศึกษาผลกระทบของนโยบายก่อนที่จะเดินหน้าผลักดันนโยบายนี้อย่างเต็มที่ ปრაกฏการณ์ที่สะท้อนออกมาจากกรณีศึกษาเหล่านี้ทำให้เกิดคำถามว่า การใช้กระบวนการสมัชชาเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะนั้นมีความเหมาะสมหรือไม่ในเงื่อนไขแบบใด นโยบายบางเรื่องอาจไม่เหมาะสมกับการนำเข้าสู่กระบวนการสมัชชา ใช่หรือไม่ และหากมติสมัชชาที่แม้จะได้รับการรับรองจากคณะรัฐมนตรี แต่ก็ยังไม่ส่งผลในทางปฏิบัติ มาตรการการขับเคลื่อนนโยบายตามมติสมัชชาควรจำเป็นอย่างไร

โดยหลักการแล้ว สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกระบวนการของการถกเถียงแลกเปลี่ยนความคิดโดยใช้วิชาการเป็นเครื่องนำทาง มีการเปิดพื้นที่เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมถกเถียงเพื่อหาฉันทมติ ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่ถูกต้องและมีความชอบธรรม หากกระบวนการนโยบายดังกล่าวจะไม่บรรลุเป้าหมายในการ

ปฏิบัติก็อาจมีสาเหตุได้ทั้งจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ การเตรียมการในขั้นตอนต่างๆ ที่ไม่รัดกุมรอบด้านเพียงพอ ทั้งการเตรียมการด้านวิชาการ การคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเข้าร่วมกระบวนการ การจัดการเพื่อให้เกิดบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนความเห็นจนได้ข้อสรุป รวมทั้งการมีผู้รับผิดชอบทำงานต่อเนื่องที่ชัดเจน ในขณะที่ปัจจัยภายนอก ซึ่งได้แก่ ระบบธรรมาภิบาลของรัฐและวัฒนธรรมราชการไทยก็มีผลอย่างสำคัญต่อการผลักดันขับเคลื่อนมติสมัชชา การขาดความโปร่งใสและกล้ำกรับผิด (Accountability) ทำให้นโยบายและข้อเสนอต่างๆ แม้จะได้รับการรับรองจนเป็นมติคณะรัฐมนตรี แต่ก็ยังไม่สามารถบังคับใช้ให้เกิดผลอย่างแท้จริงได้ ผลสัมฤทธิ์ของกระบวนการสมัชชาจึงขึ้นกับประสิทธิภาพและธรรมาภิบาลของรัฐและวัฒนธรรมราชการด้วย การคาดหวังกับกระบวนการสมัชชาจึงต้องพิจารณาความเป็นจริงเหล่านี้ประกอบด้วย

กระนั้นก็ตาม ประสบการณ์การใช้กระบวนการสมัชชาเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่ยกมาเป็นกรณีศึกษาก็เป็นบทเรียนที่ทำให้ต้องแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ ของการถกแถลง แสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคนจำนวนมากร่วมกัน ในตอนต่อไปจะกล่าวถึงข้อเสนอแนะให้การปรับคุณภาพของ “กระบวนการสมัชชา” เพื่อการสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการถกแถลงและการสร้างประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองอันจะทำให้การปฏิรูปสุขภาพมีส่วนในการร่วมสร้างสรรค์และปฏิรูปประชาธิปไตยไทย



## บทที่ 6

### ทิศทางอนาคต ปฏิรูปสุขภาพ สู่ประชาธิปไตยแบบร่วมไต่ร่ตรง

กระบวนการสมัชชาสุขภาพมีการปรับตัวมาอย่างต่อเนื่องตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป จากรูปแบบที่เคยยืดหยุ่น ไม่เป็นทางการ ภาควิชาที่มีส่วนร่วมสูง แต่ไร้ประสิทธิภาพในการผลักดันให้เกิดมิติ มาเป็นรูปแบบที่มีความเป็นทางการ มีกฎ กติกา มารยาท มีขั้นตอนที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพในการทำให้เกิดมิติและสามารถเสนอมติสมัชชาให้คณะรัฐมนตรีรับทราบหรือเห็นชอบในหลายมิติที่สำคัญๆ แต่กรณีศึกษาทั้งสามในงานวิจัยนี้ ซึ่งเป็นกรณีที่มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่มีอุปสรรค ความท้าทาย และความซับซ้อนมากกว่าประเด็นอื่นๆ ทำให้เห็นถึงจุดแข็งจุดอ่อนของการจัดการสมัชชาได้ชัดเจน จากกรณีศึกษาทั้งสามและจากการวิเคราะห์ผ่านมุมมองเรื่องการถกแถลงและประชาธิปไตยแบบร่วมไต่ร่ตรงทำให้เราเห็นถึงแนวทางที่จะปรับปรุงกระบวนการสมัชชาหลายประการ ซึ่งในข้อเสนอนี้จะแบ่งกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่มคือ (1) การปรับคุณภาพของกระบวนการ (2) การสร้างความหลากหลายของรูปแบบการมีส่วนร่วมและการถกแถลง (3) การเชื่อมกระบวนการสมัชชาเข้ากับโครงสร้างเชิงสถาบันอื่นๆ

## 1. การปรับคุณภาพของกระบวนการสมัยชัชว

### 1.1 สร้างการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการสมัยชัชว

ตั้งที่ได้กล่าวมาแล้วว่าทุกขั้นตอนของกระบวนการสมัยชัชวมีความละเอียดอ่อน ตั้งแต่

(1) การพิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหา ซึ่งต้องการการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์อย่างรอบด้าน การเริ่มกระบวนการโดยมีทุกภาคส่วนมาร่วม โดยพร้อมเพรียงกันเป็นจุดตั้งต้นที่สำคัญ

(2) การกำหนดประเด็นนโยบาย ปัญหาที่จะถูกนำเข้าสู่กระบวนการสมัยชัชวอาจสามารถกำหนดประเด็นนโยบายได้หลายลักษณะ การกำหนดประเด็นนโยบายที่กว้างหรือแคบก็จะทำให้มีผู้มีส่วนได้เสียแตกต่างกัน และประเด็นที่ต่างกันจะทำให้การถกแถลงและกระบวนการสมัยชัชวามีทิศทางแตกต่างกันไปตามประเด็นด้วย

(3) การกำหนดเป้าหมาย หากเป้าหมายเป็นการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ กระบวนการก็อาจไม่ต้องการมติ แต่หากเป้าหมายเปลี่ยนแปลงไป (เช่น ในกรณีศูนย์สุขภาพนานาชาติ) ก็จำเป็นต้องมีการหารือกันให้ได้อย่างดีก่อนดำเนินกระบวนการต่อไปด้วย

(4) การพิจารณากรอบ เช่น กรอบเวลา กรอบเนื้อหา ให้มีความเหมาะสมกับความซับซ้อนของปัญหา

(5) การกำหนดรูปแบบวิธีการนำเสนอ เข้าห้องไหน เสนออะไรก่อนหลัง เป็นไปได้หรือไม่ที่จะมีรูปแบบอื่นๆ ประกอบการนำเสนอ เช่น เรื่องเล่า ศิลปะ หรือการแสดงออกทางวัฒนธรรม รวมทั้งการทำกฎ กติกา มารยาทต่างๆ ให้ชัดเจนและโปร่งใส

ตัวอย่างที่น่าสนใจอันหนึ่งนั่นก็คือ ข้อเสนอของกาสติลกับริชาร์ดส (John Gastil & Robert Richards) (Gastil and Richards 2013) เป็นข้อเสนอที่

ต้องการปรับรูปแบบให้มีการถกแถลงแบบการมีส่วนร่วมมากขึ้นในกระบวนการประชาธิปไตยโดยตรง ซึ่งรูปแบบประชาธิปไตยโดยตรงในโลกปัจจุบันนั้นแตกต่างไปจากประชาธิปไตยแบบนครรัฐเอเธนส์ ที่ผู้คนมีบทบาทเข้าไปร่วมในการถกแถลงแสดงความคิดเห็นในสภาได้โดยตรง ปัจจุบันประชาธิปไตยโดยตรงจำกัดอยู่ที่การเลือกตั้ง (Election) การลงประชามติ (Referendums) และการลงชื่อเพื่อสนับสนุนกระบวนการทางกฎหมาย (Initiatives) ซึ่งกาสติลและริชาร์ดสเห็นว่าเป็นระบบที่ไม่เปิดโอกาสให้มีการถกแถลงหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นในลักษณะที่เป็นสาธารณะเลย หรือถ้ามีก็มักเป็นไปอย่างฉาบฉวย มีการให้ข้อมูลแบบหมกเม็ดหรือบิดเบือน ทั้งสองเสนอว่า หนทางหนึ่งที่จะทำให้ประชาธิปไตยโดยตรงที่นับวันยิ่งฉาบฉวยมีคุณภาพมากขึ้น คือ การทำให้เกิดกระบวนการถกแถลงควบคู่ไปกับการลงคะแนนเสียงด้วย แต่การจัดการให้พลเมืองทุกคนหรือคนหนุ่มมากมีส่วนร่วมในการถกแถลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ แนวคิดที่กาสติลกับริชาร์ดส์เสนออีกคือ ออกแบบสมัชชาแบบสุ่มตัวแทน โดยให้มีหลายเวทีและให้ตัวแทนที่มาทำหน้าที่ในสมัชชาเป็นได้เพียงวาระเดียว เขาแบ่งกระบวนการและรูปแบบสมัชชาเป็น 5 ชั้นคือ

1. การคัดเลือกและจัดลำดับประเด็น (Priority conference) โดยให้มีสภาที่ทำหน้าที่วางวาระ เลือกประเด็นที่จะมีการลงประชามติ สภานี้ประกอบด้วยพลเมือง 400 คน มาร่วมประชุมเพื่อตัดสินใจว่ามีประเด็นนโยบายอะไรที่สำคัญ ข้อเสนอของสภานี้จะนำไปสู่กระบวนการร่างกฎหมายโดยตรงหรือนำไปสู่การจัดสมัชชาพลเมืองเพื่อการถกแถลงก็ได้
2. การออกแบบกระบวนการ (Design panel) ประกอบด้วยพลเมือง 24 คนทำงานร่วมกันเป็นเวลา 5 วันเพื่อออกแบบและประเมินกระบวนการเข้าชื่อของประชาชนในการเสนอให้มีการลงประชามติ ข้อเสนอที่ผ่านการพิจารณาของกระบวนการนี้จะสามารถลดจำนวนคนที่



ต้องเข้าชื่อเพื่อทำข้อเสนอทางกฎหมายได้

3. สมัชชาพลเมือง (Citizen's Assembly) ทำหน้าที่ยกร่างคำถามเชิงนโยบายที่เฉพาะเจาะจงที่จะใช้ในการลงประชามติ สมัชชานี้จะประกอบด้วยผู้มีสิทธิ์ออกเสียงเลือกตั้ง 150 คน ทำงานให้ได้คำถามโดยมีการพิจารณาร่วมกันเป็นระยะรวม 8 ครั้ง (ในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์)
4. การทบทวนประเด็น (Citizen's Initiative Review) ทำหน้าที่ทบทวนประเด็นการลงประชามติและจัดทำเอกสารสรุปหนึ่งหน้าเพื่อแนบในคู่มือการลงคะแนนเสียงประชามติ
5. กรรมการลูกขุนนโยบาย (Policy jury) ทำหน้าที่เป็นคณะลูกขุนที่จะพิจารณาให้ความเห็นหรือตัดสินว่ากฎหมายหรือประชามติที่ได้จะดำเนินการต่ออย่างไร โดยรัฐสภาอาจขอให้คณะลูกขุน ซึ่งประกอบด้วยพลเมือง 50 คน ทำหน้าที่ถกแถลงและฟังคำให้การของผู้เกี่ยวข้องเป็นเวลา 2 อาทิตย์ก่อนที่จะมีความเห็น ซึ่งอาจส่งให้คณะกรรมการกฤษฎีกาให้ความเห็นต่อหรือเสนอต่อสภาให้ออกเป็นกฎหมายก็ได้

แนวคิดดังกล่าวอาจไม่สามารถใช้ได้กับสมัชชาสุขภาพโดยตรง แต่ความคิดหลักของข้อเสนอดังกล่าวก็คือ แทนที่จะมีแต่รัฐสภาและการลงประชามติ การนำเอารูปแบบสมัชชา (หรือสภาพลเมือง) ที่ได้จากการสุ่มตัวแทน (Random assemblies) มาช่วยเพื่อเปิดพื้นที่ให้พลเมืองมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ของการลงประชามติ ซึ่งแต่เดิมมักไม่มีบทบาทของภาคพลเมืองในการร่วมถกแถลงหรือให้ความเห็นต่อประเด็นสาธารณะเหล่านั้นเลย การใช้วิธีสุ่มเลือกสมาชิกและการกำหนดให้เป็นสมาชิกสมัชชาหรือสภาพลเมืองได้เพียงวาระเดียว นอกจากจะช่วยลดปัญหาเรื่องพรรคพวกเพื่อนพ้อง การแบ่งขั้วแบ่งข้างตามพรรคการเมืองแล้ว ยังลดการยึดติดและแสวงหาประโยชน์จากตำแหน่งหน้าที่ได้อีกด้วย การ

ออกแบบสมัชชาสุขภาพจะสามารถใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมมาใช้ในบางขั้นตอนได้หรือไม่ จึงเป็นโจทย์ที่ควรพิจารณา

## 1.2 สร้างคุณภาพใหม่ของการถกแถลง

หัวใจสำคัญของการปฏิบัติแบบร่วมไตร่ตรองคือการถกแถลง ซิโมน แชมเบอร์ส (Simone Chambers) ได้ให้ความหมายของการถกแถลงไว้ ซึ่งอาจนำมาใช้ประเมินคุณภาพของการถกแถลงได้ว่า “การถกแถลงหมายถึงการโต้แย้งและการอภิปรายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งความคิดเห็นที่มีเหตุมีผลและใช้ข้อมูลครบถ้วนในการพิจารณา โดยในกระบวนการนี้ ผู้เข้าร่วมมีความยินยอมพร้อมใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเมื่อได้ฟังข้อคิดใหม่ ข้อมูลใหม่ หรือข้ออ้างของผู้เข้าร่วมอื่น แม้การบรรลุซึ่งฉันทมติจะไม่จำเป็นต้องเป็นเป้าหมายสูงสุดของการถกแถลงเสมอไป” (Chambers 2003: 309)<sup>10</sup> ซึ่งหากนำข้อคิดดังกล่าวมาพิจารณาประสบการณ์จากกรณีศึกษาทั้งสามก็จะเห็นว่า การถกแถลงในเวทีสมัชชา รวมทั้งในเวทีคณะกรรมการ หรือคณะทำงานวิชาการนั้นยังเต็มไปด้วยข้อจำกัด ทั้งในแง่ปริมาณของเวลาที่มีให้กับการอภิปรายถกแถลง และในแง่คุณภาพการถกแถลงที่จะทำให้เกิด “ความยินยอมพร้อมใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเมื่อได้ฟังข้อคิดใหม่ ข้อมูลใหม่ หรือข้ออ้างของผู้เข้าร่วมอื่น”

มีการศึกษาวิจัยหลายชิ้นที่วิเคราะห์ให้เห็นถึงปัจจัยที่ทำให้กระบวนการถกแถลงมีคุณภาพสูงขึ้น ข้อเสนอเหล่านั้นครอบคลุมตั้งแต่การสร้างบรรยากาศที่ไม่คุกคามต่อกัน การเปิดช่องให้สามารถเสนอความคิดเห็นแบบไม่แสดงตัวตนได้ (Dryzek 1990) การจัดการสนทนาในห้องปิดในบางกรณี การจัดให้มีการสนทนา

<sup>10</sup> “[Deliberation] is debate and discussion aimed at producing reasonable, well-informed opinions in which participants are willing to revise preferences in light of discussion, new information, and claims made by fellow participants.”

แบบตัวบุคคล (Face to face) การทำให้กฎ กติกาต่างๆ เรียบง่ายและโปร่งใส แต่ประเด็นที่น่าสนใจที่สุดก็คือ กระบวนการถกเถียงที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมก้าวพ้นจาก “เหตุผลเฉพาะ” (Bounded rationality) โดยที่ยอมรับฟังและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเองตามข้อมูลหรือทัศนะใหม่ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนในกระบวนการถกเถียง ในแง่นี้ องค์การที่ชื่อว่า The National Coalition for Dialogue & Deliberation (NCDD) ได้เสนอแนวคิดของการนำเอา “การสนทนา” มาใช้ร่วมกับการถกเถียง โดยดึงเอาจุดเด่นของทั้งสองวิธีการมาใช้

ทอม แอตลี ผู้ผลักดันแนวคิดเรื่อง Community Dialogue and Deliberation ได้นิยาม “การสนทนา” ว่าเป็นการสำรวจร่วมกันของกลุ่มสนทนาเพื่อความเข้าใจที่ดีขึ้นระหว่างกัน เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น และเพื่อให้มีความเป็นไปได้ใหม่ๆ (Co-Intelligence nd) ส่วนแฮโรลด์ ซอนเดอร์ส (Saunders nd) ให้ความหมายของการสนทนาว่า

*“เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างจริงจังที่มนุษย์รับฟังซึ่งกันและกันด้วยความลุ่มลึกพอที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ได้เรียนรู้เป็นการสนทนาที่ต่างฝ่ายต่างพยายามที่จะรับฟังและน้อมนำข้อห่วงใยหรือปัญหาของอีกฝ่ายเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในความรับรู้ของตน แม้ว่าจะยังมีความไม่เห็นด้วยกันอยู่ก็ตาม แต่ต่างฝ่ายต่างก็ยอมรับในความชอบธรรมของความเห็นของอีกฝ่ายหนึ่ง และต่างฝ่ายก็จะปฏิบัติต่ออีกฝ่ายแตกต่างไปจากเดิมก่อนที่จะสนทนากัน”<sup>11</sup>*

---

<sup>11</sup> “Dialogue is a process of genuine interaction through which human beings listen to each other deeply enough to be changed by what they learn. Each makes a serious effort to take others’ concerns into her or his own picture, even when disagreement persists. No participant gives up her or his identity, but each recognizes enough of the other’s valid human claims that he or she will act differently toward the other.”

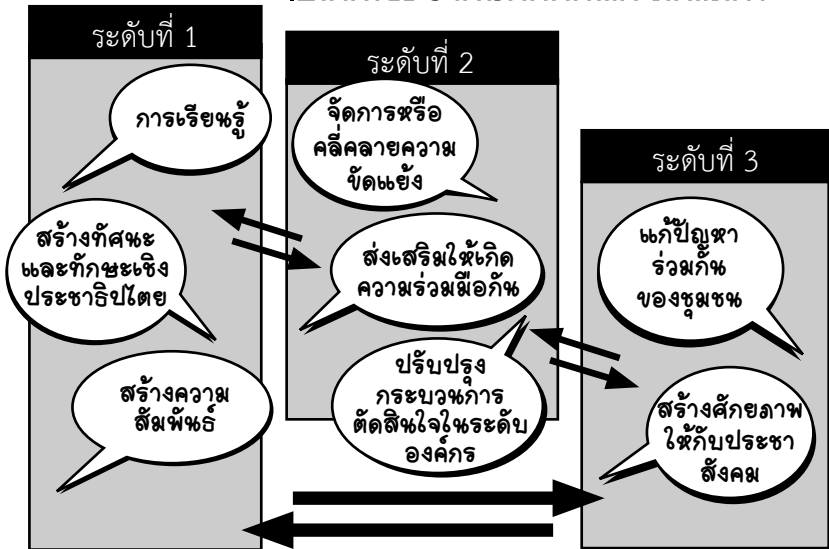
ในขณะที่การถกแถลงไม่ใช่แค่การสนทนากันเพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการเพื่อการตัดสินใจร่วมกันว่า จะมีท่าทีและจะต้องทำอย่างไรกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ผู้เข้าร่วมต้องตัดสินใจบนความแตกต่างทางความคิด บนข้อจำกัดของทางเลือก มีการเสียเปรียบได้เปรียบกันในแต่ละทางเลือกที่ต้องร่วมกันหาทางออก และต้องก้าวข้ามข้อขัดแย้งทั้งหลายเพื่อให้ได้ข้อสรุปหรือข้อตกลงร่วมกัน (การตกลงกันว่ายังไม่สามารถหาข้อตกลงร่วมกันได้ ก็ถือเป็นการตกลงกันได้อย่างหนึ่ง)

NCDD ได้มีข้อเสนอในการผสมผสานสองลักษณะของการแลกเปลี่ยนพูดคุยไว้อย่างเป็นขั้นเป็นตอน โดยเสนอให้ใช้การสนทนา (หรืออาจเรียกว่า สนทนาหรือสนทนา ตามที่มีการแปลความหมายมาใช้ในสังคมไทย) (วิศิษฐ์ วังวิญญู 2009) มาเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการ สมาชิกจำนวนไม่มากเกินไปที่เข้าร่วมจะแบ่งปันเล่าเรื่องราวส่วนตัวและประสบการณ์ชีวิตผ่านการดำเนินการสนทนา โดยกระบวนการที่มีทักษะ จากนั้นจึงค่อยสำรวจความหลากหลายของแนวคิดที่มีวางกรอบประเด็น ขั้นตอน กติกาการพูดคุย การสนทนาจะนำไปสู่ข้อสรุปที่แต่ละคนจะนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง หรือจะเกิดความร่วมมือกันในกลุ่มก็ได้

เมื่อประเด็นมีความชัดเจนแล้วก็อาจทำกระบวนการให้กว้างขึ้น เช่น จัดสมัชชาที่มีการถกแถลงกันในประเด็นที่ได้หารือกันในวงสนทนามาก่อน กลุ่มผู้เข้าร่วมสมัชชาซึ่งมีจำนวนมากก็จะผ่านการพูดคุยสนทนาในกลุ่มเล็กก่อนเช่นกัน เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ รู้จัก และเข้าใจกันก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการถกแถลง วิธีการเช่นนี้จะทำให้เกิดการรับฟังความคิดเห็นและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันมากขึ้น กระบวนการทั้งสองส่วนจึงช่วยเสริมกัน ดังแผนภาพต่อไปนี้<sup>12</sup>

<sup>12</sup> แผนภาพนี้ปรับปรุงมาจากแผนภาพของ NCDD ได้จัดทำและเผยแพร่ไว้ในเว็บไซต์ <http://ncdd.org/rc/item/3636>

## เป้าหมายของการสนทนาและถกแถลง



จากแผนภาพจะเห็นว่าแนวทางที่ NCDD เสนอนี้แบ่งเป้าหมายของการสนทนาและถกแถลงออกเป็น 3 ระดับ

**ระดับที่ 1** มีเป้าหมายอยู่ที่การเรียนรู้ความคิดเห็นมุมมองที่ต่างกันของผู้ร่วมสนทนา ควบคู่ไปกับการสร้างทักษะและทักษะเชิงประชาธิปไตยและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

**ระดับที่ 2** มีเป้าหมายที่การจัดการหรือคลี่คลายความขัดแย้ง การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันเพื่อปฏิบัติการทางสังคมร่วมกัน และเป็นการปรับปรุงกระบวนการตัดสินใจในระดับองค์กรให้มีเหตุผล มีส่วนร่วมและมีทางออกที่ดีกว่าการตัดสินใจแบบไม่ปรึกษาหารือกัน

**ระดับที่ 3** มีเป้าหมายที่การแก้ปัญหาร่วมกันของชุมชน หมายถึงการมีข้อตกลงที่เห็นชอบด้วยกันว่าปัญหาเป็นอย่างไรและจะร่วมกันแก้ไขด้วยวิธีใด นอกจากนั้น ในระดับที่ 3 นี้ยังเป็นการสร้างศักยภาพให้กับประชาสังคมอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม กระบวนการทั้งสามระดับนี้จะมีการปรับหรือขยับขึ้นลงและส่งผลซึ่งกันและกันด้วย

จะเห็นได้ว่าในระดับที่ 1 นั้น การสนทนาแลกเปลี่ยนกันจะเน้นไปที่การรับฟังเพื่อความเข้าใจและการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้เข้าร่วม ส่วนระดับที่ 3 จะเน้นไปที่การตัดสินใจ ซึ่งการถกแถลงในกระบวนการสมัชชาชั้นนี้ หากสามารถผสมผสานระหว่างการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative-based dialogue) เข้ากับการถกแถลงเพื่อการขับเคลื่อนมติ (Resolution-impelled deliberation) ให้ผสมกลมกลืนกันได้ก็จะเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนากระบวนการสมัชชาอย่างแท้จริงได้ ในทางปฏิบัติ หลายประเทศที่มีจารีตประชาติไปโดยที่เข้มแข็ง จะมีการพัฒนาสถาบันและหลักสูตรฝึกอบรมด้านกระบวนการถกแถลง การอภิปรายและการใช้ตรรกะที่สมเหตุสมผลในการโต้แย้ง ซึ่งควรจะมีการสนับสนุนให้ริเริ่มจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบเช่นนี้ขึ้นในประเทศไทย

นอกจากการผสมผสานระหว่างการสนทนา (หรือสุนทรียสนทนา) กับการถกแถลงแล้ว การแสวงหาวิธีการนำเสนอที่สร้างสรรค์มาใช้ในเวทีสมัชชาก็อาจช่วยให้การระดมความคิดเห็นและการจินตนาการร่วมกันถึงทางออกมีพลังมากขึ้นได้ ทั้งการนำเรื่องเล่า คำให้การของผู้ที่ได้รับผลกระทบ การแสดงทางวัฒนธรรมที่เสริมสร้างความมั่นใจและความภาคภูมิใจของกลุ่มชายขอบหรือชนกลุ่มน้อย เหล่านี้ก็เป็นแนวทางที่มีการเสนอให้นำมาใช้ประกอบการถกแถลงได้ กรณีตัวอย่างที่มีการนำเอาเรื่องราวชีวิตของคนมาเป็นแรงบันดาลใจในการประชุมสมัชชาที่เคยเกิดขึ้นคือ สมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงราย ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 22 กรกฎาคม 2554 ที่มีการเชิญผู้ที่เคยประสบชะตากรรมที่เลวร้ายจนถึงกับพยายามฆ่าตัวตายถึงสามครั้งและผู้ที่ต้องสูญเสียลูกชายไป มาเล่าเรื่องการสร้างกำลังใจเพื่อดูแลตนเองจนมีพลังที่จะทำงานอาสาสมัครช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ได้

ผู้ที่เข้าร่วมสมัชชาในครั้งนั้นได้รับแรงบันดาลใจโดยตรงและเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ความรู้สึกอย่างรุนแรงและทำให้มองปัญหาเปลี่ยนไป มีความหวังมากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็น Transformative-based dialogue ที่ได้ผล และหากมีการออกแบบกระบวนการที่ต่อเนื่องก็ไม่น่าจะเป็นเรื่องที่ยากที่จะทำให้ได้ข้อตกลงหรือมติหรือธรรมในการทำงานด้านสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในชุมชน

## 2. การสร้างความหลากหลายของรูปแบบการมีส่วนร่วมและการถกแถลง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถูกพัฒนาให้มีรูปแบบที่ชัดเจน มีกฎเกณฑ์ กติกา และมารยาทที่ถูกกำหนดให้ทุกคนปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นการออกแบบเชิงสถาบันเพื่อให้เกิดการเสริมพลังระหว่างภาควิชาการ ภาคสังคมและภาคการเมือง และสามารถผลักดันให้มีมติสมัชชาได้ตามวาระที่กำหนด การจัดการในระดับประเทศที่มีตัวแทนจากภาคส่วนที่หลากหลายทำให้ต้องมีความเป็นทางการสูง มีระเบียบวาระและขั้นตอนที่เคร่งครัด ในขณะที่สมัชชาเฉพาะประเด็นและสมัชชาพื้นที่อาจมีรูปแบบที่ไม่เป็นทางการและยืดหยุ่นกว่า การถกแถลงก็ไม่ถูกจำกัดเวลาเหมือนในเวทีสมัชชาชาติ การออกแบบให้มีสมัชชาถึง 3 ลักษณะนี้ถือว่าเป็นจุดเด่นของกระบวนการสมัชชาสุขภาพไทย แต่ที่ผ่านมา สมัชชาในระดับชาติถูกให้ความสำคัญสูงโดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีศักยภาพสูงเป็นองค์กรดำเนินการส่วนสมัชชาพื้นที่นั้น ไม่ได้ถูกให้ความสำคัญอย่างเพียงพอ ทั้งที่สมัชชาพื้นที่สามารถเป็นเวทีสำหรับการถกแถลงได้ดีและไม่ถูกจำกัดด้วยเงื่อนไขของเวลา

จากกรณีศึกษาของเราทำให้เห็นได้ชัดว่า เวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะนั้นไม่ได้ถูกจำกัดไว้เฉพาะในเวทีสมัชชา และที่สำคัญ รูปแบบของเวทีสมัชชาสุขภาพระดับชาติก็มีข้อจำกัดค่อนข้างมาก การแสวงหารูปแบบอื่นๆ มาประกอบให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งที่จะต้อง

พิจารณา แกรแฮม สมิธ (Graham Smith) ในบทความชื่อ Taking Deliberation Seriously: Institutional Design and Green Politics ได้ศึกษาการเมืองแบบมีส่วนร่วมในนโยบายสิ่งแวดล้อมและพบว่า แม้แนวคิดเรื่องประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองจะมีการกล่าวถึงกันมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ให้ได้ผล ทั้งนี้เป็นเพราะยังขาดการออกแบบเชิงสถาบัน (Institutional design) ที่จะเอื้อให้การมีส่วนร่วมเป็นไปได้อย่างเป็นระบบ (Smith 2001)

แกรแฮม สมิธได้เสนอรูปแบบ (Model) สำหรับทางเลือกในการประยุกต์แนวคิดประชาธิปไตยแบบถกแถลงมาใช้ในการทำงานด้านสิ่งแวดล้อม โดยเขาเสนอว่าการออกแบบเชิงสถาบันที่ต้องมีหลากหลายเพื่อตอบสนองโจทย์ที่ซับซ้อนแตกต่างกันนี้ อย่างน้อยจะต้องมีหลักการสำคัญ 3 ประการคือ

1. ความเท่าเทียมกันของสิทธิเสียงในการแสดงความเห็น การแสดงออกจะต้องไม่ถูกทำให้เหลื่อมล้ำด้วยความแตกต่างทางเศรษฐกิจหรือทางสังคมอื่นๆ
2. เปิดโอกาสให้กับการถกแถลงอย่างเป็นประชาธิปไตย โดยต้องออกแบบกระบวนการที่สามารถป้องกันการแทรกแซงและเล่ห์เหลี่ยมแอบแฝงของกลุ่มอิทธิพลผลประโยชน์ต่างๆ
3. เป็นรูปแบบที่ละเอียดอ่อนและเข้าใจถึงขอบเขต เนื้อหา และความซับซ้อนของประเด็นปัญหาต่างๆ

### โมเดลที่แกรแฮม สมิธเสนอไว้มี 3 แบบ ได้แก่

(1) การไกล่เกลี่ยโดยคนกลางและผู้มีส่วนได้เสีย (Mediation and stakeholders group engagement) ซึ่งเป็นรูปแบบการแก้ปัญหาความขัดแย้งผ่านการถกแถลงของผู้เกี่ยวข้องโดยมีคนกลางทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยหาทางออก รูปแบบนี้ช่วยให้คนที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อมมีโอกาสสนทนา



เสนอข้อมูล ความคิดเห็นของตนได้อย่างเท่าเทียมกับตัวแทนองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ

(2) เวทีพลเมือง (Citizen forums) เป็นรูปแบบรวบรวมๆ ของเวทีหลายลักษณะ เช่น การทำโพลล์สอบถามความคิดเห็นโดยจัดให้มีการถกแถลงร่วมไปด้วย (Deliberative Opinion Polls), ลูกขุนพลเมือง (Citizen juries) และเวทีเพื่อสร้างฉันทมติแบบต่างๆ ซึ่งทั้งสามแบบย่อยนี้ก็มีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน

(3) การเข้าชื่อและการลงประชามติ (Citizen Initiative and referendum) ซึ่งเป็นการออกเสียงลงคะแนนเพื่อการตัดสินใจทางการเมืองโดยตรงของพลเมือง แกรแฮม สมิธเห็นว่าการเข้าชื่อหรือการลงประชามติเป็นโอกาสที่ดีที่พลเมืองจะได้ถกเถียงและหาเหตุผลสนับสนุนการตัดสินใจของพวกเขา ทำให้เกิดการอภิปรายถกแถลงกันอย่างกว้างขวางได้ ซึ่งในแง่หนึ่ง หากนำข้อเสนอของแกสทิลและริชาร์ดส์ที่ได้เสนอกลไกที่จะทำการออกเสียงโดยตรงในการทำประชามติที่มีมิติของการมีส่วนร่วมและการถกแถลงผ่านสมัชชาที่เรียกว่า Random assemblies (Gastil and Richards 2013) ก็จะทำให้กระบวนการถกแถลงมีความสมบูรณ์ขึ้นอีกขั้นหนึ่ง

นอกจากแนวทางที่กล่าวมาแล้ว ยังมีรูปแบบอื่นๆ ของกระบวนการถกแถลงที่น่าสนใจ แต่ละรูปแบบมีจุดเด่นและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ในที่นี้จะยกตัวอย่างที่อาจเป็นประโยชน์ในการปรับประยุกต์ใช้ หรือจัดทำเพิ่มเติมเพื่อเสริมกับกระบวนการสมัชชารวม 4 รูปแบบ คือ

### 1. คณะลูกขุนพลเมือง Citizen's Jury

กระบวนการที่เรียกว่า ลูกขุนพลเมืองนี้เป็นเครื่องมือที่จะนำเสนอความคิดเห็นที่ผ่านการถกแถลงและไตร่ตรองอย่างถี่ถ้วนของพลเมือง มีจุดเด่นทั้งในแง่ที่ (1) มีการใช้ข้อมูลที่รอบด้านในกระบวนการตัดสินใจ (2) มีการถกแถลงอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความเห็นและใช้ความเป็นเหตุเป็นผลในการโน้มน้าวกันและกัน

ก่อนการตัดสินใจ และ (3) มีความเป็นตัวแทนที่เกิดจากการสุ่มเลือกคณะลูกขุน อย่างเป็นระบบจากสาธารณชน ลูกขุนพลเมืองต่างจากการทำโพล์ตรงที่มีการ ปรึกษาหารือ ถกแถลงชี้แจงข้อมูลและเหตุผลก่อนการตัดสินใจ ในขณะที่เดียวกัน ก็แตกต่างจากการสัมภาษณ์กลุ่มแบบ Focus Group Interview ที่กระบวนการ ลูกขุนพลเมืองมีการเลือกกลุ่มผู้ให้ความเห็นที่มีความเป็นตัวแทนที่หลากหลาย มากกว่า

กระบวนการลูกขุนพลเมืองเริ่มต้นจากการมีประเด็นที่ต้องการความเห็น ของสาธารณชน คณะลูกขุนพลเมืองซึ่งมักประกอบด้วยบุคคล 18-24 คนที่ได้ รับการคัดเลือกจากการสุ่มด้วยวิธีจับสลากจากฐานประชากรที่เกี่ยวข้องมาทำ หน้าที่เป็นผู้พิจารณาให้ความเห็นต่อประเด็นปัญหา คณะลูกขุนจะมีการประชุม กันราว 4-5 วันเพื่อรับฟังข้อมูลจากทุกฝ่ายรวมทั้งความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดย มีการถกแถลงแสดงความเห็นระหว่างคณะลูกขุนเป็นระยะ ในวันสุดท้ายของ การรับฟังและถกแถลง สมาชิกคณะลูกขุนพลเมืองจะนำเสนอข้อสรุปความเห็น ต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจ ต่อสื่อมวลชน และต่อสาธารณชนด้วยช่องทางต่างๆ รูปแบบการนำเสนอความคิดเห็นด้วยวิธีการแบบลูกขุนพลเมืองนี้ได้รับการพัฒนา โดยศูนย์เจฟเฟอสัน (The Jefferson Center) และมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งในสหรัฐอเมริกา อังกฤษ เยอรมัน เดนมาร์ก สเปน ออสเตรเลีย ในประเด็น ที่หลากหลายโดยเฉพาะปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนไม่ว่าจะเป็นการปฏิรูประบบ สาธารณสุข การจัดการงบประมาณ ปัญหาสิ่งแวดล้อม หรือการปฏิรูปการศึกษา (Wakeford 2002)

จุดเด่นที่สำคัญของกระบวนการลูกขุนพลเมืองมีอยู่หลายประการด้วยกันคือ

- การไม่มีอคติในการคัดเลือกตัวแทน สมาชิกของคณะลูกขุนจะได้รับการ เลือกใหม่สำหรับการพิจารณาแต่ละประเด็นปัญหา โดยเลือกแบบจับสลากสุ่ม

อย่างเป็นระบบจากฐานประชากร คณะลูกขุนจึงเป็นตัวแทนของสาธารณะได้  
อย่างไม่มีอคติในการเลือกสรร

- คณะลูกขุนจะได้รับข้อมูลทั้งจากผู้รู้เห็น ผู้ได้รับผลกระทบ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจากทุกฝ่าย รวมทั้งสามารถซักถาม พุดคุยแลกเปลี่ยนจนเป็นที่พึงพอใจได้
- มีความเป็นกลางเพราะคัดเลือกมาอย่างไม่มีอคติ รวมทั้งมีเวลาและโอกาสในการรับฟังความเห็นจากทุกฝ่าย
- มีการถกเถียง อธิบาย ซักถาม แลกเปลี่ยนความเข้าใจและความคิดเห็นเพื่อประมวลและประเมินความคิดก่อนการตัดสินใจ จึงเป็นการตัดสินใจที่มีคุณภาพสูง

องค์ประกอบของกระบวนการลูกขุนพลเมืองนั้น นอกเหนือจากคณะลูกขุนแล้ว ยังต้องมี “คณะกรรมการที่ปรึกษา” และ “ผู้รู้เห็น” โดยคณะกรรมการที่ปรึกษา หรือ Advisory Committee จะเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการอภิปราย การกำหนดประเด็นการพุดคุย รวมทั้งการคัดเลือกผู้ที่จะมาให้ข้อมูลและความเห็น คณะกรรมการที่ปรึกษาจะเป็นตัวกลางที่คอยเฝ้าดูไม่ให้เกิดอคติในขั้นตอนต่างๆ ส่วน “ผู้รู้เห็น” หรือ Witness จะเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากคณะลูกขุน (ผ่านการแนะนำและคำปรึกษาของคณะกรรมการที่ปรึกษา) ที่จะมาให้ข้อมูลหรือให้ปากคำต่อคณะลูกขุน โดยจะมีทั้งผู้มีส่วนได้เสีย ทั้งผู้ที่เห็นชอบและเห็นค้าน รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ

การคัดเลือกคณะลูกขุนจะอาศัยฐานข้อมูลจากการสำรวจประชากรที่มีความสนใจในปัญหาที่เป็นประเด็นการปรึกษาหารือ โดยเน้นการเป็นตัวแทนของภาคส่วนต่างๆ ในสังคมอย่างทั่วถึง ผู้สนใจในกลุ่มประเด็นปัญหาจะถูกประมวลไว้ในระบบฐานข้อมูลและสุ่มเลือกเพื่อเชิญเข้าเป็นคณะลูกขุน เมื่อคณะลูกขุนได้

ร่วมกับคณะกรรมการที่ปรึกษากำหนดประเด็นที่ชัดเจนก็จะมีการเชิญผู้รู้เห็นมา ให้ปากคำ มีการซักถาม แลกเปลี่ยนกับผู้รู้เห็นที่มาให้ข้อมูลจนพอเพียงต่อการตัดสินใจแล้ว คณะลูกขุนพลเมืองก็ทำการอภิปรายถกแถลงเพื่อหาความเห็นร่วมกัน ก่อนที่จะนำเสนอข้อสรุปแก่สาธารณชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง หลังจากจบสิ้นกระบวนการลูกขุนพลเมืองแล้ว คณะลูกขุนทุกคนจะต้องทำการประเมินและแสดงความเห็นต่อกระบวนการที่เกิดขึ้น ความเห็นดังกล่าวจะถูกแนบไว้ในเอกสารรายงานความเห็นของคณะลูกขุนพลเมืองเสมอ เพื่อให้สาธารณชนมั่นใจว่ากระบวนการเป็นไปอย่างไม่มีอคติ

## 2. การให้การผ่านเรื่องเล่า Testimony

ในบทความชื่อ Against Deliberation นักเขียน Lynn Sanders (Sanders 1997) ได้ชี้ให้เห็นถึงจุดอ่อนของกระบวนการถกแถลงซึ่งแจงดด้วยเหตุผลหรือ Deliberation ว่ามีลักษณะโน้มเอียงหรืออคติต่อรูปแบบอื่นของการแสดงออก ซึ่งความเห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงออกของผู้หญิงและชนกลุ่มน้อย ทั้งนี้ เพราะการถกแถลงและการชี้แจงด้วยเหตุผลนั้นเป็นรูปแบบการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมและชนชั้นทางสังคม การถกแถลงที่เน้นการโน้มน้าวกันด้วยข้อมูล ความรู้และเหตุผลนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ชาย ชนชั้นกลาง คนขาว และพวกมีสถานะทางการศึกษาที่สูงกว่ามีความถนัด จึงมักจะผูกขาดการแสดงความคิดเห็น เพราะมีทักษะในการจับประเด็น เลือกลักษณะที่น่าเชื่อถือตามหลักวิชาการ สามารถนำเสนอเหตุผลเป็นขั้นเป็นตอนอย่างน่าเชื่อถือ รูปแบบดังกล่าวจึงไม่เพียงแต่มีอคติต่อกลุ่มคนที่เสียเปรียบทางสังคม เช่น ผู้หญิง ชนกลุ่มน้อย หรือคนผิวสีต่างๆ แต่ยังเป็นกระบวนการที่มุ่งแสวงหาความเห็นร่วม (Common voice) ที่ทำให้ความเห็นต่าง (Critical voice) ถูกกีดกันออกไปอีกด้วย

หากสมัชชาเรามีเป้าหมายที่จะได้ยินและรับฟังเรื่องราวของคนที่ถูกกีดกันออก

จากการมีสิทธิมีเสียงในพื้นที่กระแสหลักทางการเมือง ก็จำเป็นต้องเปิดพื้นที่ให้กับรูปแบบการนำเสนอที่มาจากความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ชีวิตของคนตัวเล็กตัวน้อย แทนที่จะเน้นการนำเสนอที่ยึดข้อมูล หลักวิชาการ เป็นขั้นตอน มีประเด็น และเน้นเหตุผลแต่เพียงอย่างเดียว ควรเปิดโอกาสให้ผู้คนได้บอกกล่าวเรื่องราวผ่านคำให้การ (Testimony) ที่เป็นเรื่องเล่าในแบบที่แต่ละคนถนัด โดยไม่จำเป็นต้องมีรูปแบบที่เป็นทางการอย่างตายตัวเสมอไป การฟังเรื่องราวของผู้คนที่เกี่ยวข้องจะช่วยกระตุ้นสมัชชาให้มีความละเอียดอ่อนต่อประสบการณ์ความทุกข์ยากที่เกิดขึ้นกับคนที่เราไม่เคยได้รู้จักและยังมีความเข้าใจต่อวิถีชีวิตของเขาน้อย เรื่องเล่า (Narrative & Anecdote) จึงเป็นอีกเครื่องมือสำคัญในกระบวนการถกแถลงทางการเมือง (Perrin 2006) เรื่องเล่าทำให้ความหมายของสิ่งที่ถกแถลงชัดเจนขึ้น ทั้งยังช่วยให้ผู้ฟังสามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้นำเสนอได้ตรงและชัดเจนขึ้น

เป็นที่น่าสังเกตว่า การจัดสมัชชาสุขภาพระดับชาติในช่วงก่อนหน้าการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2551 นั้น นอกจากรูปแบบการจัดสมัชชาจะมีความยืดหยุ่นแล้ว ที่ “ลานสมัชชา” ยังมีกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการเกิดขึ้นควบคู่กันไปด้วย แต่เมื่อมีการรับเอารูปแบบสมัชชาอนามัยโลกมาเป็นต้นแบบสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และใช้อาคารสหประชาชาติเป็นสถานที่จัดการประชุม รูปแบบการประชุมก็มีลักษณะมุ่งให้ได้มติสมัชชา (Resolution-driven) จนทำให้สมัชชามีลักษณะที่เป็นทางการ เน้นการตัดสินใจด้วยข้อมูลและเหตุผล ข้อเสนอในการนำเอาเรื่องราวและคำให้การในรูปของเรื่องเล่าหรือการแสดงออกทางวัฒนธรรมอื่นๆ มาผสมผสาน (ไม่ใช่มีเฉพาะช่วงพิธีเปิดที่เป็น “การแสดง” เท่านั้น) อาจเป็นหนทางหนึ่งที่จะทำให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็น “สมัชชาที่มีชีวิต” มากขึ้น ในขณะที่เดียวกัน สมัชชาเฉพาะพื้นที่ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเลียนแบบกระบวนการสมัชชา

ระดับชาติก็อาจแสวงหาจุดเด่นที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเองด้วยการผสมผสาน การนำเสนอเนื้อหาผ่านเรื่องเล่าหรือคำบอกกล่าว (Witness account) ของผู้คนที่ให้มากขึ้น

### 3. การทำโพลล์เสวนา Deliberative Polling

Deliberative Polling หรือการทำโพลล์เสวนา เป็นนวัตกรรมที่ ศาสตราจารย์เจมส์ ฟิชกิน (James Fishkin) แห่ง Center for Deliberative Democracy (CDD) ได้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยเครื่องมือทางสังคมศาสตร์และสื่อ สมัยใหม่เช่นโทรทัศน์และการสำรวจความเห็น (Poll) เพื่อศึกษาความคิดเห็น ของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปต่อประเด็นปัญหาหลังจากที่ได้รับฟังและศึกษา ข้อมูล กระบวนการเริ่มจากการสำรวจความคิดเห็นในกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูล ตั้งต้น จากนั้นสมาชิกที่ถูกสำรวจข้อมูลจำนวนหนึ่งจะได้รับการสุ่มคัดเลือกแบบ ไม่เจาะจงและเชิญมาเข้าร่วมการเสวนาเป็นเวลา 1-2 วัน ข้อมูลและความคิดเห็น จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ถูกจัดเตรียมโดยทีมที่ปรึกษาที่เป็นกลางจะถูกนำเสนอทั้งต่อกลุ่มผู้ร่วมเสวนาและเสนอต่อสาธารณะ ผู้เข้าร่วมจะซักถามและ อภิปรายกับผู้เชี่ยวชาญที่มีความเห็นแตกต่างกันโดยมีผู้ดำเนินการสนทนาที่ได้รับการฝึกมา หลังจากได้ซักถาม อภิปรายและถกเถียงกันแล้วจะมีการสำรวจ ความเห็นด้วยคำถามชุดเดิมอีกครั้ง ผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นถึงข้อสรุปที่แตกต่าง กันหากสาธารณชนได้รับฟังและศึกษาข้อมูลอย่างเข้าใจ (Fishkin nd)

การทำ Deliberative Polling มีการพัฒนารูปแบบการซักถามอภิปราย ทั้งด้วยวิธีเข้าร่วมโดยตรง (Face-to-Face) และการเข้าร่วมผ่านเครือข่าย ออนไลน์ (Online) ในปี ค.ศ. 2005 รายการโทรทัศน์ชื่อ By the People ซึ่ง ถ่ายทอดทางสถานีโทรทัศน์สาธารณะ (National PBS) ในสหรัฐอเมริกาได้ ทดลองทำ Deliberative Polling ในเรื่องการศึกษาและการสาธารณสุขของ

ประเทศพร้อมๆ กันทั้งในรูปแบบเข้าร่วมโดยตรงและแบบออนไลน์ (By the People nd) พลเมืองกว่า 1,000 คนเข้าร่วมในการสำรวจความคิดเห็นและเข้าช้คำถาม อภิปรายทำความเข้าใจ ด้วยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เผยแพร่ทางเครือข่ายออนไลน์ โพสต์ข้อความและความเห็นเพื่อแลกเปลี่ยนกัน เป็นการทดลองที่แสดงให้เห็นว่า Deliberative Polling สามารถทำในคนกลุ่มใหญ่ได้และสามารถขยายขอบเขตการมีส่วนร่วมให้กว้างขวางขึ้นโดยการใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต

Deliberative Polling ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางทั้งในสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และในสาธารณรัฐประชาชนจีน มีจุดเด่นคือสามารถใช้ข้อมูลเชิงสถิติในการคัดเลือกตัวแทนได้ มีการอภิปรายช้คำถามทำให้สามารถสอบถามความเห็นในประเด็นนโยบายสาธารณะที่ซับซ้อนได้ และยังสามารถแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของความคิดเห็นก่อนและหลังการได้ศึกษาและรับฟังข้อมูล (Participation.net nd) ในบทสัมภาษณ์ที่ปรากฏในนิตยสารไทม์ ฉบับเดือนกันยายน 2010 ศาสตราจารย์ฟิชกินกล่าวถึงการทำ Deliberative Polling ว่า *สาธารณชนนั้นมีความชาญฉลาดอย่างยิ่งหากได้รับโอกาสในการตัดสินใจ ถ้าประชาชนเห็นว่าเสียงและความเห็นของเขาเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงแล้ว เขาจะทุ่มเท จะตั้งใจอ่านเอกสาร จะถามผู้เชี่ยวชาญด้วยคำถามที่ฉลาดเฉลียว และเขาจะทำการตัดสินใจในปัญหาที่ยากๆ ได้เป็นอย่างดี ยิ่งถ้าเขาพบว่าความเห็นของผู้เชี่ยวชาญนั้นขัดแย้งกัน เขาจะถูกบังคับให้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง รวบรวมละ 70 พวกที่เข้าร่วมกระบวนการมีความคิดเห็นที่เปลี่ยนแปลงไป (Klein 2010)*

#### 4. ประชาเสวนา Citizen Dialogue & Deliberation

ประชาเสวนา หรือ Citizen dialogue เป็นกระบวนการที่พลเมืองจำนวนหนึ่งได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนเข้าร่วมการเสวนาที่มีการให้ข้อมูลอย่างเพียง

พอเพื่อการตัดสินใจ โดยมีการทำข้อเสนอเป็นทางเลือกไว้จำนวนหนึ่ง ตัวแทนเหล่านี้จะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกต่างๆ พร้อมทั้งข้อดีข้อเสีย แล้วจึงมาถกเถียง แสดงความคิดเห็นร่วมกันในเวทีที่ใช้ “การสานเสวนา” หรือ “พูดคุย” ในลักษณะที่พร้อมที่จะรับฟังซึ่งกันและกัน มีการซักถามและอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันก่อนที่จะมีการลงมติตามทางเลือกที่ได้เสนอไว้ การทำ Citizen Dialogue นี้อาจทำเป็นเวทีหลายเวทีพร้อมๆ กันหรือทำหลายครั้งด้วยกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้เห็นความแตกต่างระหว่างความต้องการของกลุ่มต่างๆ ได้

ปัจจุบัน มีการเสนอแนวทางที่ต่อยอดจาก Citizen Dialogue เรียกว่า Citizen Dialogue and Deliberation ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของพลเมืองที่มีความหลากหลายและเป็นขั้นตอนมากขึ้น โดยผสมผสานการเสวนาระหว่างสาธารณชนทั่วไปและกลุ่มพลเมืองที่ได้รับการคัดเลือกมาศึกษาข้อมูล รับฟังความเห็น และถกเถียงอภิปรายกัน กระบวนการนี้มีความน่าสนใจตรงที่มันไม่ได้มีรูปแบบใดรูปแบบเดียวเป็นหลัก แต่เป็นการผสมผสานหลายรูปแบบในระดับต่างๆ เพื่อนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมทางการเมืองใหม่ที่อาศัยการเสวนาและการสนทนากันเป็นเครื่องมือสำหรับการเปลี่ยนแปลงสังคมของพลเมือง

ทอม แอตลี (Tom Attlee) ผู้ผลักดันรูปแบบการเสวนาและสนทนาดังกล่าวเชื่อว่า ประเด็นปัญหาทางสังคมนั้นมีหลากหลายแง่มุมและหลายระดับ และมีความสลับซับซ้อนแตกต่างกัน ผู้คนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาและสามารถเข้าเกี่ยวข้องกับปัญหาก็แตกต่างกันทั้งในแง่ของจำนวนและในแง่ของความกระตือรือร้นในการร่วมแก้ไขปัญหา ปัญหาทั่วไปที่ไม่สลับซับซ้อนเกินไปอาจมีพลเมืองจำนวนมากสามารถเข้าร่วมได้ แต่สำหรับปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนและต้องการความรู้ความเข้าใจมากก็อาจเป็นเรื่องที่พลเมืองกลุ่มเล็กๆ ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ทำความเข้าใจและทำการสื่อสารกับพลเมืองและสาธารณชนกลุ่ม



อื่นๆ ให้เข้าใจปัญหาเหล่านั้นไปด้วย ในขณะที่เดียวกัน ความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้นก็มีหลายลักษณะ บางเรื่องต้องอาศัยนักการเมือง ผู้บริหาร หรือองค์กรที่มีอำนาจ ในขณะที่บางเรื่องเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ในสเกลเล็กๆ หรือบางเรื่องอาจไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอะไรเลยก็ได้ รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้คนในการจัดการกับปัญหาสังคมจึงจำเป็นต้องมีให้หลากหลายที่สุด

รูปแบบต่างๆ ที่กล่าวมานี้มีการทดลองใช้อย่างได้ผลและมีการนำไปขยายผลในพื้นที่ต่างๆ ทั้งที่ใช้จำนวนผู้เข้าร่วมไม่มากนัก เช่น คณะลูกขุนพลเมือง (Citizen Juries) หรือรูปแบบที่สามารถเชิญชวนผู้คนเข้าร่วมได้เป็นจำนวนมากๆ โดยดำเนินการไปพร้อมๆ กันในหลายพื้นที่ เช่น Deliberative Opinion Polling ตลอดจนรูปแบบการมีส่วนร่วมตัดสินใจในรายละเอียดนโยบายการจัดสรรทรัพยากร หรือ Participatory budgeting เช่น สมัชชาประชาชนที่ประเทศบราซิล ที่เริ่มดำเนินการทุกปีในเดือนกุมภาพันธ์และมีระเบียบขั้นตอนการคัดเลือกตัวแทนภาคประชาชนและการถกแถลงอภิปรายข้อเสนอต่างๆ จนกระทั่งมีมติที่กำหนดการจัดสรรงบประมาณการบริหารประเทศ รูปแบบต่างๆ เหล่านี้อาจสามารถนำมาทดลองและประยุกต์มาใช้เพื่อเสริมกระบวนการสมัชชาให้มีความหลากหลายได้

นอกจากนั้น ข้อปฏิบัติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เน้นการสร้างฉันทมติ โดยไม่เน้นการลงคะแนนเสียง ก็อาจจำเป็นต้องหาทางเลือกในกรณีที่ไม่สามารถหาฉันทมติได้จริง ศาสตราจารย์โรเบิร์ต กูดีน (Robert Goodin) ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนแนวคิดเรื่องการถกแถลงและประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองคนสำคัญ ได้เสนอแนวคิดในบทความชื่อ Talk First, Then Vote หรือคุยกันก่อนแล้วค่อยลงคะแนนเสียงว่า การพูดคุยกถกแถลงนั้นเป็นกระบวนการที่ดีของการสำรวจความเป็นไปได้ให้กว้างขวาง ทำให้เห็นจุดแข็งจุดอ่อนต่างๆ โดยเฉพาะหากกระบวนการถกแถลงดำเนินไปในลักษณะที่ช่วยลดปัญหาเรื่อง Path depen-

dence ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นและมีหลักประกันให้ทุกคนมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกันแล้ว ในหลายกรณีการลงท้ายด้วยการลงมติก็ไม่ได้เป็นเรื่องเสียหายอะไร แต่อาจมีผลดีในแง่ที่ทำให้ได้มาตรการที่ชัดเจนในที่สุดได้ และถึงแม้จะหาข้อยุติใดๆ ไม่ได้เลย การได้มาคุยกันก็ยังทำให้เรารู้ว่าเรายังหาข้อยุติไม่ได้ ต้องหาหนทางอื่นๆ ต่อไป

### 3. การเชื่อมกระบวนการสมัชชาเข้ากับโครงสร้างเชิงสถาบันอื่นๆ

แนวคิดประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้มีความคิดเห็น จุดยืนทางการเมืองหรือผลประโยชน์แตกต่างกัน ได้เข้าสู่กระบวนการพูดคุย ชี้แจงเหตุผล และอธิบายสิ่งที่ตนคิดตนเชื่อให้ฝ่ายอื่นๆ ได้รับรู้ให้มีโอกาสได้ร่วมแลกเปลี่ยนและได้ไตร่ตรองร่วมกัน เจอร์เกน ฮาเบอร์มาส (Jurgen Habermas) นักปรัชญาการเมืองคนสำคัญได้ชี้ให้เห็นว่า ในระบบประชาธิปไตยนั้น สิ่งที่เป็นเจตนารมณ์ร่วมและผลประโยชน์ของส่วนรวมนั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่กล่าวอ้างกันได้อย่างเลื่อนลอย แต่เจตนารมณ์ร่วมและผลประโยชน์ส่วนรวมที่รัฐหรืออำนาจใดๆ จะกล่าวอ้างนั้นจะต้องผูกโยงกับสิ่งที่เรียกว่า “ความชอบธรรม” เสมอ (Habermas 1996) และความชอบธรรมที่วั้นแยกไม่ออกจากกระบวนการถกแถลงในพื้นที่สาธารณะที่ผู้คนเข้ามาโน้มน้าวเอาชนะกันด้วยการใช้เหตุใช้ผล

รากฐานสำคัญของประชาธิปไตยอยู่ที่การสื่อสาร ปฏิบัติการสื่อสาร (Communicative action) จึงเป็นปฏิบัติการทางการเมืองที่สำคัญที่สุด ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีเจตจำนงที่จะใช้ “การสื่อสาร” เป็นตัวกลางสำหรับการสัมพันธ์แลกเปลี่ยนกัน แทนที่จะแลกเปลี่ยนกันด้วย “ตัวกลางอื่น” ในข้อเสนอเกี่ยวกับปฏิบัติการสื่อสารของฮาเบอร์มาสนี้ เขามองโลกและชีวิตสาธารณะของมนุษย์โดยแยกออกเป็นสองส่วนได้แก่โลกของ “ระบบ” (System)

และ โลกของ “ชีวิต” (Lifeworld) ซึ่งแต่ละส่วนมี “ตัวกลาง” (Media) ที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนเพื่อบรรลุผลลัพธ์ทางสังคมแตกต่างกัน ตัวกลางในโลกของระบบ (System media) ได้แก่ “อำนาจและเงิน” ซึ่งใช้ในการแลกเปลี่ยนเพื่อบรรลุข้อตกลงระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง คือในระบบบริวน์นั้น “อำนาจ” เป็นตัวกลางการแลกเปลี่ยนที่จะลดบันดาลให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาได้ ส่วนในระบบตลาดนั้น “เงิน” คือตัวกลางสำหรับการบรรลุความปรารถนา สำหรับโลกของชีวิต (Lifeworld) ซึ่งหมายถึงชีวิตทางสังคมของมนุษย์นั้น ตัวกลางในการแลกเปลี่ยนที่จะทำให้เราสามารถบรรลุเป้าหมายของการใช้ชีวิตร่วมกันก็คือ “การสื่อสาร” นั่นเอง เพราะการสื่อสารเป็นตัวกลางในการบรรลุข้อตกลงที่ดีที่สุดโดยปราศจากการใช้อำนาจหรือเงินเป็นเครื่องแลกเปลี่ยน

การดำรงอยู่ของ “โลกของระบบ” กับ “โลกของชีวิต” มีเป้าหมายและกติกากฎที่แตกต่างกัน ในขณะที่โลกของระบบใช้อำนาจและเงินเป็นตัวควบคุมกำกับให้ระบบดำเนินไปภายใต้กติกาแห่ง **ประสิทธิภาพและผลประโยชน์** โลกของชีวิตสาธารณะใช้ปฏิบัติการสื่อสารเป็นตัวกลางเพื่อให้ชีวิตทางสังคมดำเนินไปบนพื้นฐานของ **ความเข้าใจ** ในความเป็นจริงแล้ว โลกของระบบกับโลก (System) กับโลกของชีวิตสาธารณะ (Lifeworld) ก็ไม่ได้ดำรงอยู่แบบแยกขาดจากกัน ในการสร้างสังคมประชาธิปไตย โลกของชีวิตที่ผู้คนสื่อสารทำความเข้าใจและหาข้อตกลงกันด้วยเหตุผลควรจะมีอำนาจเหนือโลกของระบบที่ใช้อำนาจและเงินในการบรรลุเป้าหมาย ในแง่นี้ฮาเบอร์มาสเห็นว่า ในสถานการณ์ปัจจุบันของโลกสมัยใหม่ ระบบรัฐและทุนมีอำนาจมากเกินไปและได้แทรกตัวเข้ามาเบียดขับพื้นที่ของโลกแห่งการมีชีวิตอยู่ร่วมกันของมนุษย์ ปฏิบัติการสื่อสารถูกเบียดขับและบดบังด้วยปฏิบัติการของอำนาจและทุน

สิ่งที่จะต้องทำเพื่อให้เกิดประชาธิปไตยที่แท้จริงคือ การสร้างกลไกที่จะถ่ายเทพลังปฏิบัติการสื่อสารเพื่อความเข้าใจเข้าไปสู่โครงสร้างของระบบรัฐและ

ทุน เพื่อที่จะให้มนุษย์ใช้ข้อตกลงร่วมกันที่เป็นผลจากการสื่อสารในการต่อรองกับอำนาจของรัฐและทุนได้ และการที่จะขับเคลื่อนให้ความเข้าใจและข้อตกลงร่วมกันเข้าไปมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของรัฐและทุนนั้น เราจำเป็นต้อง “แปลง” พลังแห่งปฏิบัติการสื่อสารให้อยู่ในรูปของ “รหัส” ที่จะสัมพันธ์แลกเปลี่ยนและต่อรองกับอำนาจและทุนได้ ฮาเบอร์มาสเสนอว่า การแปลงพลังดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้โดยการแปลงเจตนารมณ์ร่วมให้กลายเป็น “กฎหมาย” เพราะ “กฎหมาย” ไม่เพียงแต่เป็นพื้นที่เปิดที่พลเมืองจะสามารถเข้าไปร่วมกำหนดผ่านปฏิบัติการสื่อสารในพื้นที่สาธารณะต่างๆ แต่มันยังเป็นรหัสที่สามารถเข้าไปกำกับ ขับเคลื่อน หรือควบคุมทิศทางการใช้อำนาจและทุนของระบบอีกด้วย (Flynn 2004)

กระบวนการสมัชชาซึ่งทำหน้าที่แปลงเจตนารมณ์ร่วมของพลเมืองที่มากก่อกอง ชี้แจงและอธิบายปัญหาและหาทางออกร่วมกันให้กลายเป็นมติคณะรัฐมนตรี หรือเป็นมาตรการและกฎระเบียบอื่นๆ ในทางกฎหมาย แม้จะเป็นเพียงกลไกที่ทำงานเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ก็มีสถานะภาพที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างระบบประชาธิปไตยผ่านกระบวนการถกเถียงที่พลเมืองสามารถมีส่วนร่วมได้ ข้อจำกัดต่างๆ ที่เกิดจากการออกแบบเชิงสถาบัน รวมทั้งจุดอ่อนและข้อพึงระวังที่ได้นำเสนอในบทความนี้จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาและค่อยๆ แสวงหาหนทางปรับแก้ แต่งเติม และผสมผสานรูปแบบที่หลากหลายของกระบวนการถกเถียง เพื่อให้พื้นที่สมัชชาสุขภาพไม่ได้จำกัดตัวเองอยู่บนเวทีหรือในหอประชุมสมัชชาประจำปี แต่เป็นพื้นที่หลากหลายในโลกของชีวิตสาธารณะที่พลเมืองมาเรียนรู้ที่จะคิดร่วมกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน และมาแสวงหาหนทางที่จะสร้างสังคมที่ดีขึ้นด้วยวิธีการที่ไม่มีใครสามารถทำได้ตามลำพัง



# บทส่งท้าย

สมัชชาสุขภาพเป็นนวัตกรรมเพื่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะโดยเน้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาทำการถกแถลง แลกเปลี่ยนสนทนา ชี้แจงเหตุผลและหาข้อตกลงร่วมกันในประเด็นปัญหาทางสังคมต่างๆ สมัชชาสุขภาพจึงเป็นรากฐานส่วนหนึ่งของการสร้างสรรค์วัฒนธรรมประชาธิปไตย กัตแมนและทอมสัน (Gutmann & Thompson) ได้เสนอไว้ว่ากระบวนการถกแถลง (Deliberation) มีผลดีต่อจารีตแห่งความเป็นประชาธิปไตยอย่างน้อย 4 ประการ (Gutmann and Thompson 1997) คือ

1. การถกแถลงทำให้กระบวนการกำหนดนโยบายมี “ความเป็นธรรม” และมี “ความชอบธรรม” เพราะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายได้เข้าร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ (Participation) ทำให้เกิดความกล้ารับผิดชอบ (Accountability) ร่วมกันของทุกฝ่ายที่ได้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายนั้นๆ

2. การถกแถลงเป็นการส่งเสริมให้เกิดนโยบายที่มีรากฐานจากจิตสำนึกสาธารณะ (Public-spirited perspective on policy issues) อันจะช่วยกระตุ้นความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินกิจการเพื่อส่วนรวมตามนโยบายที่ได้
3. การถกแถลงช่วยส่งเสริมความเข้าใจ การยอมรับและการเคารพซึ่งกันและกันของผู้เกี่ยวข้อง แม้จะมีความคิดเห็น ผลประโยชน์ หรือจุดยืนทางการเมืองที่แตกต่างกันก็ตาม
4. การถกแถลงเป็นไปเพื่อยกระดับคุณภาพการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบาย โดยการมีกระบวนการถกเถียง (Debate) ที่เข้มข้นและมีการใช้ความรู้ และข้อมูลที่เป็นจริงรองรับ

พื้นที่สำหรับการถกแถลงมีความสำคัญต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะต่างๆ สำหรับฮาเบอร์มาสแล้ว การเกิดขึ้นของ “ปริณทลสาธารณะ” ได้เปิดเงื่อนไขให้กับการใช้เหตุผลของสาธารณะ หรือ Public use of reason ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติประชาธิปไตยในยุโรปพร้อมๆ กับการเกิดขึ้นของการรวมตัวกันของพลเมืองที่เรียกว่า Civic assembly พื้นที่อิสระสาธารณะที่ทำให้ผู้คนมารวมตัวกัน พูดคุยทำความเข้าใจและถกเถียงเพื่อหาข้อยุติหรือข้อตกลงต่างๆ ร่วมกันนี้เป็นรากฐานของประชาธิปไตย โดยในระบอบประชาธิปไตยแบบนี้ อำนาจอรัฐจะต้องผูกโยงอยู่กับความชอบธรรมที่เกิดจากการใช้ “เหตุผล” ร่วมกันของสาธารณะ “เหตุผล” ที่ฮาเบอร์มาสกล่าวถึงในที่นี้ไม่ใช่เหตุผลที่เป็นข้ออ้างหรือเป็นเครื่องมือไปสู่ผลสัมฤทธิ์อื่น (หรือที่เรียกว่า Instrumental rationality) แต่เป็นเหตุผลที่เกิดจากการได้สื่อสารพูดคุยกัน (Communicative rationality) ซึ่งเหตุผลในลักษณะนี้เองที่จะเป็นรากฐานให้กับความชอบธรรมของอำนาจอรัฐในฐานะองค์อธิปัตย์

พื้นที่อิสระสาธารณะที่เปิดโอกาสให้ผู้คนมีเสรีภาพที่รวมตัวกัน พูดคุยทำความเข้าใจและถกเถียงเพื่อหาข้อยุติต่างๆ ร่วมกันจึงเป็นรากฐานของการเมืองที่ดีงาม (Habermas 1990) เป็นการเมืองที่วางอยู่บนศรัทธาและความเชื่อมั่นในศักยภาพของการใช้เหตุใช้ผลของมนุษย์ การรู้จักใช้เหตุใช้ผลของมนุษย์นี้เกิดขึ้นจาก “ปฏิบัติการสื่อสาร” (Communicative action) อันเป็นกระบวนการพูดคุยถกแถลงระหว่างกันที่สามารถท้าทายข้ออ้างและความชอบธรรมจอมปลอมที่ดำรงอยู่อย่างไม่เคยถูกตั้งคำถามได้ และปฏิบัติการสื่อสารดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ (Ideal speech act) ย่อมจะต้องขึ้นกับเงื่อนไขแวดล้อมต่างๆ จอห์น ดรายเซ็ค (John Dryzek) ได้เสนอความคิดว่า ปฏิบัติการสื่อสารหรือการถกแถลงเพื่อให้เกิดการใช้เหตุผลร่วมกันจะเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์สำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ

- (1) การปลอดภัยจากการถูกบังคับขู่เข็ญด้วยกำลังอำนาจ
- (2) ความประสงค์ร่วมกันในการแสวงหาความเข้าใจระหว่างกัน และ
- (3) พลังของการสร้างข้อถกเถียงที่ดี (Dryzek 2000)

เงื่อนไขทั้ง 3 ข้อนี้เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำให้เกิดมากขึ้นในกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อให้การถกแถลงเข้าใจลึกกับอุดมคติมากขึ้น แม้จะมีข้อโต้แย้งว่าภาวะอุดมคติของทางการสื่อสารนั้นอาจเป็นสิ่งที่ไม่สามารถที่จะบรรลุได้จริง แต่การสื่อสารที่เป็นประโยชน์ก็ไม่จำเป็นต้องสมบูรณ์แบบเสมอไป แนวคิดเรื่อง communicative action ของฮาเบอร์มาสได้ทำให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่มนุษย์จะสื่อสารกันด้วยความเคารพในเหตุผลที่แตกต่าง เป็นกระบวนการใช้เหตุผลแทนที่จะใช้ความคิดเห็นหรืออารมณ์มาเป็นเครื่องตัดสินใจทางการเมือง เพราะหากชีวิตทางการเมืองของเราเริ่มต้นจากการไม่เชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพที่จะใช้เหตุผลและวิจารณ์ญาณแล้ว ประชาธิปไตยก็คงเป็นได้แค่ความฝันลมๆ แล้งๆ เท่านั้น





# ပုဂ္ဂိုလ်ရေး

## အကျဉ်းချုပ်

Alonso, Sonia, John Keane, and Wolfgang Merkel, eds. 2011. *The Future of Representative Democracy*. New York: Cambridge University Press.

Besley, J. C., V. L. Kramer, Q. Yao, and C. P. Toumey. 2008. Interpersonal discussion following citizen engagement on emerging technology. *Science Communication* 30 (4): 209-235.

Bogle, Ian. 2002. Doctors' concern at overseas care plan. *BBC News*. Available: [http://news.bbc.co.uk/2/hi/in\\_depth/health/2002/bma\\_conference/2076661.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/in_depth/health/2002/bma_conference/2076661.stm) (Retrieved on December 3, 2013).

By the People. 2011. *Deliberative Opinion Polling*. National PBS nd Available from [http://www.pbs.org/newshour/btp/articles/about\\_polls.html](http://www.pbs.org/newshour/btp/articles/about_polls.html). (Accessed July 3, 2011).

- Catt, H. 1999. *Democracy in Practice*. London: Routledge.
- Chambers, Simone. 2003. Deliberative Democratic Theory. *Annu. Rev. Polit. Sci.* 6: 307-26.
- Chilvers, Jason. 2008. Deliberating Competence: Theoretical and Practitioner Perspectives on Effective Participatory Appraisal Practice. *Science, Technology & Human Values* 33 (2 March, 2008): 155-185
- Chinai, Rupa, and Rahul Goswami. 2007. Medical visas mark growth of Indian medical tourism. *Bull World Health Organisation* 85 (3): 164-165.
- Co-Intelligence, The. nd. Citizen Deliberative Council. Available at <http://www.co-intelligence.org/P-CDCs.html> (Retrieved on May 23, 2015).
- \_\_\_\_\_. nd. Dialogue. Available at <http://www.co-intelligence.org/P-dialogue.html> (Retrieved on May 23, 2015).
- Dryzek, John. 1987. *Rational Ecology: Environment and Political Economy*. Oxford: Blackwell.
- \_\_\_\_\_. 1990. *Discursive Democracy: Politics, Policy and Political Science*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- \_\_\_\_\_. 2000. *Deliberative Democracy and Beyond*. Oxford: Oxford University Press.
- Fearon, James D. 1998. Deliberation as Discussion. In *Deliberative Democracy*, edited by J. Elster. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Fischer, F, and Forester J. 1993. *The Argumentative Turn in Policy Analysis and Planning*. Durham, NC: Duke University Press.
- Fishkin, James. 2011. *Deliberative Polling®: Toward a Better-Informed Democracy* Center for Deliberative Democracy nd, Available from <http://cdd.stanford.edu/polls/docs/summary/>. (Accessed July 3, 2011).
- Flynn, Jeffrey. 2004. Communicative Power in Habermas' Theory of Democracy. *European Journal of Political Theory* 3 (4): 433-454.
- Fung, Archon, and Erik Olin Wright, eds. 2003. *Deepening Democracy: Institutional Innovations in Empowered Participatory Governance*. London: Verso.
- Gastil, John. 2000. *By Popular Demand: Revitalizing Representative Democracy through Deliberative Elections*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Gastil, John, and Robert Richards. 2013. Making Direct Democracy Deliberative through Random Assemblies. *Politics & Society* 41 (2, June 2013): 253-281.
- Goodin, Robert E. 2008. *Innovating Democracy: Democratic Theory and Practice After the Deliberative Turn*. Oxford: Oxford University Press.
- Graeber, David. 2004. *Fragments of an Anarchist Anthropology*. Chicago: Prickly Paradigm Press.

- Gutmann, A, and D Thompson. 1997. Deliberating about bioethics. *Hastings Cent. Rep.* 27 (3): 38-48.
- Habermas, Jurgen. 1975. *Legitimation Crisis*. Cambridge, MA: Beacon.
- \_\_\_\_\_. 1989. *The Transformation of Public Sphere: An Inquiry into a Category of Bourgeois Society*. Translated by T. Burger. Cambridge, MA: MIT Press.
- \_\_\_\_\_. 1990. Discourse Ethics: Notes on a Program of Justification. In *Moral Consciousness and Communicative Action*. Cambridge, MA: MIT Press.
- \_\_\_\_\_. 1996. *Between Facts and Norms: Contribution to a Discourse Theory of Law and Democracy*. Translated by W. Rehg. Cambridge, MA: MIT Press.
- Harvey, M. 2009. Drama, Talk, and Emotion: Omitted Aspects of Public Participation. *Science, Technology & Human Values* 34 (2 Mar., 2009): 139-161.
- Horowitz, Michael D, Jeffrey A. Rosensweig, and Christopher A. Jones. 2007. Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. *MedGenMed* 9 (4, 2012): 33-44.
- Klein, Joe. 2010. Tough Issues. Time magazine (September 13, 2010): 29.
- Machan, Tibor R. 2002. Introduction, The Democratic Ideal. In *Liberty and Democracy*: Hoover Institute, Stanford University Press.

- Maxwell, Judith, Karen Jackson, Barbara Legowski, Steven Rosell, and Daniel Yankelovich. 2002. Report on Citizens' Dialogue on the Future of Health Care in Canada: Commission of the Future of Health Care in Canada.
- Mok, A. Emily. 2010. International assistance and cooperation for access to essential medicines. *Health and Human Rights* 12 (1): 73-81.
- Nutbeam, Don, and Elizabeth Harris. 2013. *Theory in a Nutshell: A practical guide to health promotion theories (2nd edition)*. New York: McGraw-Hill.
- P2P Foundation. 2006. Citizen Dialogue and Deliberation. Available: [http://p2pfoundation.net/Citizen\\_Dialogue\\_and\\_Deliberation](http://p2pfoundation.net/Citizen_Dialogue_and_Deliberation) (Retrieved on May 23, 2015).
- Parkinson, John. 2003. Legitimacy Problems in Deliberative Democracy. *Political Studies* 51: 180-196.
- Participation.net, People and. 2011. *Deliberative Polling nd*. Available from <http://www.peopleandparticipation.net/display/Methods/Deliberative+Polling>. (Accessed July 3, 2011).
- PEALS. 2003. The People's Report on GM. Newcastle-upon-Tyne, UK: Policy Ethics And Life Sciences Research Institute.
- Perrin, Andrew J. 2006. *Citizen Speak, The Democratic Imagination in American Life*. Chicago and London: University of Chicago Press.

- Pogrebinschi, Thamy. 2013. The squared circle of participatory democracy: Scaling up deliberation to the national level. *Critical Policy Studies* 7 (3): 219-241, DOI: 10.1080/19460171.2013.805156.
- Raaflaub, Kurt A. 2001. Introduction. In *Origin of Democracy in Ancient Greece*. Berkeley: University of California Press.
- Riggs, Fred W. 1966. *Thailand: The Modernization of a Bureaucratic Polity*. Honolulu: East-West Center Press.
- Saligman, Adam. 1992. *The Idea of Civil Society*. New York: The Free Press.
- Sanders, Lynn M. 1997. Against deliberation. *Political Theory* 25 (3): 347-77.
- Saunders, Harold. nd A Public Peace Process. Available: [www.colorado.edu/conflict/peace/example/saun7270.htm](http://www.colorado.edu/conflict/peace/example/saun7270.htm) (Retrieved on January 13, 2014).
- Smith, Graham. 2001. Taking Deliberation Seriously: Institutional Design and Green Politics. *Environmental Politics* 10 (3, Autumn 2001): 72-93.
- Sunstein, Cass R. 2002. The law of group polarization. *Journal of Political Philosophy* 10 (2): 175-95.
- \_\_\_\_\_. 2009. *Going to Extremes: How Like Minds Unite and Divide*. Oxford: Oxford University Press.

- Vibert, Frank. 2007. *The Rise of the Unelected: Democracy and the New Separation of Powers*. New York: Cambridge University Press.
- Wakeford, Tom. 2011. *Citizens Juries: a radical alternative for social research*. Department of Sociology, University of Surrey 2002 Available from <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU37.html>. (Accessed July 3, 2011 2011).
- Walzer, Michael. 1999. Deliberation, and What Else? In *Deliberative Politics: Essays on Democracy and Disagreement*, edited by S. Macedo. New York: Oxford University Press.
- Wazana, Ashley. 2000. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA* 283 (3): 373-380.
- White, Steven. 1991. *Political Theory and Postmodernism, Modern European Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- whitethunder lucio. 2555. ศ. นพ.ประเวศนันทน์พิภพมัจฉาปฏิรูป เพิ่มพลังพลเมือง สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ, แหล่งที่มา : [www.qlf.or.th/Home/Details?contentid=308](http://www.qlf.or.th/Home/Details?contentid=308). 2 เมษายน 2555 (เข้าถึง 10 มิถุนายน 2556).
- Wikipedia. 2011. Athenian Democracy. Place Published: wikipedia. <http://en.wikipedia.org/w/index.php?oldid=431890452> (accessed June 12, 2011).



- Winton, Sue. 2010. Democracy in Education though Community-based Policy Dialogues. *Canadian Journal of Educational Administration and Policy* (114, December 2, 2010): 69-91.
- Young, Iris Marion. 2001. Activist Challenges to Deliberative Democracy. *Political Theory* 29 (5 (Oct. 2001)): 670-690.
- Zimmerman, Robert F. 1974. Student “Revolution” in Thailand: The End of the Thai Bureaucratic Polity? *Asian Survey* 14 (6 (June)): 509-529.

## ภาษาไทย

กระทรวงแรงงาน. 2553. รายงานผลการศึกษา สถานการณ์การใช้แร่ใยหิน สภาวะสุขภาพ และสภาพแวดล้อม ในสถานประกอบการที่มีการใช้แร่ใยหิน. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยแรงงาน สำนักความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2548. ขับเคลื่อนวาระสุขภาพะไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด.

\_\_\_\_\_. 2555. สมัชชาสุขภาพ ปรัชญา แนวคิดและจิตวิญญาณ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณะ. 2557. รายงานวิจัยเรื่อง สมัชชาสุขภาพกับกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม : บทเรียนจากนโยบายสาธารณะด้านยา มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน และนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

- คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. 2553. รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2553. (2 กันยายน 2553).
- \_\_\_\_\_. 2554ก. รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2553 (28 เมษายน 2554).
- \_\_\_\_\_. 2554ข. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2554. (11 พฤษภาคม 2554).
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. 2556. รายงานการประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ 7/2556 วันที่ 19 มีนาคม 2556.
- ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, และคณะ. 2530. ปัญหาและทางออกของ ผสส./อสม. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุศราพร เกษสมบุญรณ์. 2553. ค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สวนกระแสเศรษฐกิจ. ใน รายงานสถานการณ์ระบบยา ประจำปี 2552, ยุพดี ศิริสินสุข และ อรวรรณ เกตุเจริญ, บก. กรุงเทพฯ: แผนงานเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาส ปันตบแต่ง. 2541. 99 วันสมัชชาคนจนและประวัติศาสตร์การเดินขบวนชุมนุมประท้วงในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก.
- แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. nd. Consumer Dialogue: บทเรียนและบันทึกการต่อรองเพื่อสิทธิผู้บริโภค พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.). คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา. 2552. หนังสือเรื่องข้อเสนอ  
ประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. (ที่ กพย. 37/2552 ลงวันที่  
15 พฤษภาคม 2552).
- เพ็ญแข ลากยั้ง. 2555. รายงานการประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพ  
แห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ: ความก้าวหน้าและเกณฑ์การคัดเลือกมติเพื่อ  
การประเมินเชิงนโยบาย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ภานุเบศร์ มหาเรือนสวรรค์. 2557. การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ  
แห่งชาติ: รากฐานการจัดวางอิฐก้อนแรกของระบบสุขภาพที่พึง  
ประสงค์, ทิพิชา โปษยานนท์ และ นงลักษณ์ ยอดมงคล, บก. นนทบุรี:  
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- ระชา ภูชงค์, นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2556.  
แพทย์ชนบท ธรรมชาติกับการเมืองสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัย  
ระบบสาธารณสุข.
- วิศิษฐ์ วัชรวิญญู. 2009. สุนทรียสนทนา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สวนเงินมีมา.
- วีระ สมบูรณ์. 2532. รัฐธรรมในอดีต. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. กรุงเทพฯ: Openbooks.
- ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, และคณะ, ed. 2554. แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การ  
เข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย (พ.ศ. 2554-2558). กรุงเทพฯ:  
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และแผนงานคุ้มครอง  
ผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส).
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555. มติสมัชชาสุขภาพ กับกระบวนการประเมิน  
ที่มุ่งสู่การปฏิบัติ, HRSR Forum 1 (2 กรกฎาคม 2555).

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2550. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. กรุงเทพฯ: สหพัฒนไพศาล.
- \_\_\_\_\_. 2551. หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2551. นนทบุรี: ปียอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- \_\_\_\_\_. 2552. คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ 12/2552 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย. (2 มิถุนายน 2552).
- \_\_\_\_\_. 2553. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 มติ 1 มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน ข้อ 2.1.1.
- \_\_\_\_\_. 2556. ติดตามมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 มติ 1 มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน “กระทรวงอุตสาหกรรมพิจารณาแผนการยกเลิกการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ของกรอ.” แหล่งข้อมูล: [www.samatcha.org/taxonomy/term/151](http://www.samatcha.org/taxonomy/term/151) (เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 6 กรกฎาคม 2556).
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, . . 2551. การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย (เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1, 2551).
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. 2552. หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย. (ที่ นร 0506/10568. ลงวันที่ 18 มิถุนายน 2552).

- อมาตยา เซน. 2553. The Idea of Justice: From Idea to Action. ปาฐกถาพิเศษในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553, ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ 18 ธันวาคม 2553 จัดโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- อรัญญา ศิริผล, และ สุรสม กฤษณะจุฑะ, eds. 2544. ถอดรหัสการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการเมือง.
- อำพล จินดาวัฒน์. 2553. เอช ไอ เอ หนุนหรืออุดการพัฒน. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- \_\_\_\_\_. 2554. เหลียวหลังแลหน้า สมัชชาสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- เอล, ชาราล, เฟรด คาร์เต็น, และ เทอรี สมุ่ไทโล. 2547. แผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) การสร้างการเรียนรู้และการสะท้อนกลับในแผนงานพัฒนา. แปลโดย พิกุล สิทธิประเสริฐกุล และ วีรบูรณ์ วิจารณ์สารทสกุล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.



“สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ  
ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานพัฒนาและ  
ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ  
ควบคู่ไปกับการทำให้ทุกภาคส่วนในสังคม  
ได้ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ  
เพื่อการสร้างสุขภาวะตามวิถีประชาธิปไตย  
แบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy)  
และการอภิบาลแบบเครือข่าย  
(Governance by Network)”