

รายงานวิจัยเรื่อง

สมัชชาสุขภาพกับกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม:
บทเรียนจากนโยบายสาธารณะด้านยา มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายพิษ
และนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

โดย

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ

ทุนสนับสนุนการวิจัยโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

วันที่ ๒๑ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๗

รายงานวิจัยเรื่อง สมัชชาสุขภาพกับกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม:

บทเรียนจากนโยบายสาธารณะด้านยา มาตรการทำให้สังคมไทยไร้เรื้อรไยหิน

และนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

ผู้เขียน

นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ผศ.ดร.วิบูลย์ วัฒนนามกุล

พญ.ดร.ฉันทนา ผดุงทศ

นพ.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล

มธุรส ศิริสถิตย์กุล

สุภณัย ประเสริฐสุข

จำปี วงศ์นาค

นุชนารถ นาคขำ

วลัยกัญญา พลาศรัย

คณะกรรมการ

วีรวรรณ เสถียรกาล

คณิศร เต็งรัง

ปารณัฐ สุขสุทธิ

มธุรส ศิริสถิตย์กุล

สนับสนุนการวิจัยโดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ดำเนินงานโดย

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)

อาคารคลังพัสดุ ชั้น ๓ ซอยสาธารณสุข ๖ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๑๓๕๒, ๐๒-๕๙๐-๑๔๗๘

Website: www.shi.or.th

สารบัญ

บทนำ	ปัญหาการมีส่วนร่วม: ร่วมมือ ร่วมทำ หรือร่วมคิด โดย นพ.ดร.โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์	๑-๕
บทที่ ๑	ทบทวนแนวคิด พัฒนาการ และรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะ โดย นพ.ดร.โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์ และ มธุรส ศิริสถิตย์กุล	๖-๒๖
บทที่ ๒	กรณีศึกษานโยบายสาธารณะด้านยา: การเข้าถึงยาของประชาชนและการยุติ การส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม โดย ผศ.ดร.วิบูลย์ วัฒนนามกุล สุภณีย์ ประเสริฐสุข และจำปี วงศ์นาค	๒๗-๘๒
	ภาคผนวก ๑	๘๓-๘๘
บทที่ ๓	กรณีศึกษามาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหนี โดย พญ.ดร.ฉันทนา ผดุงทศ วลัยกัญญา พลาศรัย และนุชนารถ นาคขำ	๘๙-๑๒๓
	ภาคผนวก ๒	๑๒๔-๑๒๕
บทที่ ๔	กรณีศึกษานโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดย นพ.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล	๑๒๖-๑๘๑
	ภาคผนวก ๓	๑๘๒-๑๘๓
บทที่ ๕	บทสรุป โดย นพ.ดร.โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์ และมธุรส ศิริสถิตย์กุล	๑๘๔-๒๑๕
	ภาคผนวก ๔	๒๑๖-๒๑๘

สมัชชาสุขภาพกับกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม:
บทเรียนจากนโยบายยา แร่ใยหิน และศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์^๑

บทที่ ๑ บทนำ

ปัญหาการมีส่วนร่วม: ร่วมมือ ร่วมทำ หรือร่วมคิด

๑. หลักการและเหตุผล

ในแวดวงสุขภาพและการสาธารณสุข แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมก่อกำเนิดขึ้นในช่วงปี ค.ศ. ๑๙๗๘ พร้อมๆ กับนโยบายสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก โดยที่มาของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานนั้นเกิดจากการผลักดันของกลุ่มประเทศสังคมนิยม (ได้แก่ จีน คิวบา และรัสเซีย) ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาสุขภาพให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงในหมู่มวลชนที่กว้างขวาง เป็นการพัฒนาสุขภาพโดยเน้นความเป็นธรรมและทั่วถึง ไม่ใช่สุขภาพที่เป็นไปเพื่อคนเพียงบางส่วน (Health for all, not for some) นโยบายดังกล่าวนอกจากจะให้น้ำหนักกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการพึ่งตนเองแล้ว ยังให้ความสำคัญกับ “การมีส่วนร่วม” ผ่านรูปแบบการจัดตั้งองค์กรชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยถือเป็นเสาหลักที่สำคัญประการหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน

ในยุค ค.ศ. ๑๙๗๘ การมีสิทธิมีเสียงและมีส่วนร่วมในทางการเมืองเป็นไปอย่างจำกัด แนวคิดที่เปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพชุมชนนี้ถือได้ว่าเป็นนโยบายที่ก้าวหน้าอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม งานศึกษาหลายชิ้นที่ประเมินผลการดำเนินนโยบายมักมีข้อค้นพบที่คล้ายคลึงกันว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาเฉพาะในการดำเนินโครงการที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้วเท่านั้น แต่มักไม่มีส่วนร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนา แผนงานและโครงการต่างๆ ที่อาสาสมัครและองค์กรชุมชนเหล่านี้มีส่วนร่วมดำเนินการนั้นมักถูกวางแผนจากศูนย์กลางในลักษณะที่มีมาตรฐานเดียว และมีรูปแบบตายตัวที่นำมาจากคู่มืองานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้อยู่ทั่วโลก^๒ แม้กระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนในนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนและเสริมศักยภาพในการดูแลรักษาความเจ็บป่วย รวมทั้งการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังเป็นการมีส่วนร่วมในระดับวิธีทำ โดยปราศจากการมีส่วนร่วมในการถกเถียงหรือในระดับวิธีคิดและตัดสินใจในกระบวนการกำหนดนโยบาย (Implementation without deliberation)

การเปลี่ยนผ่านทางการเมืองหลังสงครามเย็นสิ้นสุดลงในตอนต้นทศวรรษ ๑๙๙๐ ได้ทำให้บรรยากาศการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเปลี่ยนแปลงไปทั่วโลก องค์กรภาคสังคมหรือที่เรียกกันว่า องค์กรประชาสังคม (Civil

^๑ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ผู้เขียนขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาอ่านให้ความเห็นการปรับแก้บทความนี้ และขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินการมาโดยตลอด.

^๒ Thavitong Hongvivatana, et al., *Alternatives to Primary Health Care Volunteers in Thailand*. (Nakornpathom Thailand: Center for Health Policy Studies, Mahidol University, ๑๙๙๓); Morgan, L. *Community participation in health, The politics of primary care in Costa Rica*. (Cambridge UK: Cambridge University Press, 1988).

society organizations หรือ CSOs) ขยายตัวทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ประชาธิปไตยถูกตีความให้กว้างขวางออกไปจากแนวคิดดั้งเดิมที่เน้นการเลือกตัวแทนไปใช้สิทธิใช้เสียงแทนตน มาเป็นประชาธิปไตยหลากหลายรูปแบบ ทั้งประชาธิปไตยทางตรง (Direct democracy) ประชาธิปไตยแบบที่เน้นกิจกรรมทางการเมืองผ่านการรวมกลุ่ม (Associative democracy)^๓ และที่สำคัญก็คือ ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy)^๔ ซึ่งเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนมุมมอง ข้อมูล ความรู้สึกนึกคิดระหว่างจุดยืนที่แตกต่างกัน เพื่อสร้างข้อตกลง หาข้อยุติหรือฉันทมติในเชิงนโยบาย

แนวคิดประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองนี้เน้นหนักที่กระบวนการ “ถกเถียง” (Deliberation) ที่เปิดโอกาสให้กลุ่มผู้มีความคิดเห็น จุดยืนทางการเมืองหรือผลประโยชน์แตกต่างกัน ได้เข้าสู่กระบวนการพูดคุยชี้แจง เหตุผลและอธิบายสิ่งที่ตนคิดตนเชื่อให้ฝ่ายอื่นๆ ได้รับรู้ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนและไตร่ตรองร่วมกัน เป้าหมายสำคัญของกระบวนการร่วมไตร่ตรอง (Deliberation) นี้ กัทแมนและทอมสัน (Gutmann & Thompson) ได้รวบรวมไว้ว่ามีอยู่ด้วยกัน ๔ ประการคือ^๕

๑. เพื่อให้กระบวนการกำหนดนโยบายเป็นธรรม หรือมี “ความชอบธรรม” เพราะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายได้เข้าร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ (Participation) ทำให้เกิดความกล้ารับผิดชอบ (Accountability) ร่วมกันของทุกฝ่ายที่ได้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายนั้นๆ
๒. เพื่อส่งเสริมให้เกิดนโยบายที่มีรากฐานจากจิตสำนึกสาธารณะ (Public-spirited perspective on policy issues) อันจะช่วยกระตุ้นความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินกิจการเพื่อส่วนรวม
๓. เพื่อส่งเสริมการยอมรับและการเคารพซึ่งกันและกันของผู้เกี่ยวข้อง แม้จะมีความคิดเห็นผลประโยชน์ หรือจุดยืนทางการเมืองที่แตกต่างก็ตาม
๔. เพื่อยกระดับคุณภาพการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายโดยการมีกระบวนการถกเถียง (Debate) ที่เข้มข้นและมีการใช้ความรู้และข้อมูลที่เป็นจริงรองรับ

ความตื่นตัวต่อกระบวนการประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองนี้ไม่ได้เป็นแค่ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากข้อจำกัดของประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative democracy) และไม่ได้เป็นไปเพื่อต่อต้านการเลือกตั้งหรือการเมืองแบบตัวแทน แต่เป็นกระบวนการที่เสริมการเมืองภาคทางการเมืองและประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่เน้นการโหวตและการนับคะแนนเสียง (Vote-centric) ให้มีความเข้มแข็ง ชอบธรรมและมีคุณภาพยิ่งขึ้นในการตอบสนองต่อความต้องการของสาธารณะ โดยหันมาเน้นการพูดคุยสนทนา (Talk-centric) เพื่อการแลกเปลี่ยนและถกเถียง แสดงเหตุผลต่อกันก่อนที่จะมีการลงคะแนนเสียง แนวคิดเรื่อง Deliberative democracy นี้ถูกนำไปทดลอง

^๓ Hirst, P. Associative democracy: new forms of economic and social governance. John Wiley & Sons. (2013) และ Cohen, Joshua, and Joel Rodgers, Associative Democracy. In P. Bardham and J. Roemer, eds. *Market Socialism: The Current Debate*. (New York: Oxford University Press, 1993), pp. 236-252.

^๔ Dryzek, John, *Deliberative Democracy and Beyond*. (Oxford: Oxford University Press, 2000), Elster, J., (ed.). *Deliberative Democracy*. (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998).

^๕ Gutmann, Amy and Dennis Thompson. Deliberating about bioethics. *Hastings Cent. Rep.* 27 (3, 1997), pp. 38-48.

ปฏิบัติและพัฒนาวิธีการการดำเนินการในรูปแบบต่างๆ กัน เช่น citizen jury, citizen conference, citizen panels, deliberative opinion polls เป็นต้น^๖

ประเทศไทยได้ริเริ่มกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่านรูปแบบการร่วมไตร่ตรองแลกเปลี่ยนกันอย่างเป็นรูปธรรมในกระบวนการ “สมัชชาสุขภาพ” (Health assembly) ซึ่งเป็นผลพวงมาจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่เป็นกลไกหลักเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และปัญญาโดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่เลขานุการของ คสช. และ โดยเน้นการ “สานพลังสร้างสุขภาวะ” เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ (Participatory Process for Public Policy) จากทุกภาคส่วน เครื่องมือใหม่ๆ ที่สำคัญในการดำเนินการดังกล่าว นอกจากการสร้างธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health impact assessment; HIA) แล้ว สมัชชาสุขภาพทั้งระดับชาติ ระดับพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นก็เป็นรูปแบบสำคัญของกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาและนโยบายสาธารณะ

ตลอดระยะเวลาเกือบ ๖ ปีของการดำเนินงานดังกล่าว สมัชชาสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็นเวทีกลางเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรมและได้ก่อให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายอันเป็นผลจากฉันทมติของสมัชชากว่า ๔๐ เรื่อง ข้อเสนอดังกล่าวถูกนำเข้าสู่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีทั้งเพื่อทราบ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และเพื่อให้เกิดการประสานงานโดยตรงกับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง มีการจัดเวทีหารือเครือข่ายในบางประเด็นอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งกลไกเฉพาะเพื่อการขับเคลื่อนหรือจัดทำแผนปฏิบัติการในบางประเด็น และมีการขับเคลื่อนมติไปสู่การปฏิบัติโดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เหล่านี้ล้วนเป็นผลจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหว ปฏิกริยา ความคาดหวัง ความสำเร็จ ความล้มเหลว รวมทั้งความร่วมมือและความขัดแย้งของผู้ที่มีเจตคติและผลประโยชน์แตกต่างกัน ซึ่งย่อมเกิดขึ้นเป็นธรรมดาในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ

อาจกล่าวได้ว่า สมัชชาสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เน้นการมีส่วนร่วมนี้ยังเป็นเรื่องใหม่และมีพัฒนาการอยู่ในระยะเริ่มต้น กระบวนการทำงานนับแต่การเริ่มเสนอประเด็นนโยบายเพื่อพิจารณานำเข้าสู่สมัชชา กระบวนการพัฒนาและยกร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย รวมทั้งการร่วมไตร่ตรองและแสวงหาฉันทมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนกระบวนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพให้เกิดผลทางปฏิบัติยังจำเป็นต้องพัฒนา การถอดบทเรียนและวิเคราะห์บทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาจึงมีความสำคัญ บทเรียนและประสบการณ์ดังกล่าวนอกจากจะสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนานโยบายแล้ว ยังจะช่วยประเมินจุดแข็งจุดอ่อนของกลไก กระบวนการและเครื่องมือใหม่ๆ ที่มีการใช้ในกระบวนการสมัชชา อันจะเป็นประโยชน์ในการปรับกลยุทธ์การทำงานให้สอดคล้องกับหลักการและสถานการณ์ที่เป็นจริงต่อไป

ในบรรดานโยบายสาธารณะที่ถูกนำเข้าสู่กระบวนการสมัชชานั้น มีประเด็นนโยบาย ๓ เรื่องที่มีความซับซ้อนโยงใยกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก มีความแตกต่างกันในเชิงแนวความคิด ทิศทางการพัฒนา และมีภาคเอกชนที่แสวงผลกำไรในแวดวงธุรกิจเกี่ยวข้อง นอกจากนั้นยังมีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทที่แตกต่างหลากหลายซึ่งจำเป็นต้องชี้แจง ถกเถียงและร่วมไตร่ตรองหาข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งทำให้กระบวนการ

^๖ Chambers, Simone., *Deliberative Democratic Theory. Annu. Rev. Polit. Sci.* (6, 2003), pp. 307-26.

สมัชชามีความซับซ้อนมากกว่าประเด็นนโยบายอื่นๆ และแม้จะมีข้อตกลงร่วมกันระดับหนึ่งแล้ว การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติก็มีความยุ่งยากเป็นอย่างยิ่ง นโยบายทั้งสามนี้ได้แก่

(๑) การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย และยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

(๒) มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน และ

(๓) นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

การศึกษาชิ้นนี้ทำการวิเคราะห์กระบวนการสมัชชาและการพัฒนานโยบายสาธารณะของทั้งสามประเด็นดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

๒.วัตถุประสงค์

๑) เพื่อประมวลและบันทึกกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย และยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน และนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

๒) เพื่อศึกษาบทเรียน และเรียนรู้บทบาทของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยใช้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย และยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน และนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เป็นกรณีศึกษา

๓) เพื่อทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ทั้งในส่วนที่ สช. สามารถจัดการได้ และในส่วนที่เป็นบทบาทของภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดกระบวนการร่วมไตร่ตรองแลกเปลี่ยนความเห็น (Deliberate) ที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และนำสู่ข้อเสนอแนะนโยบายที่มีคุณภาพสามารถนำมาสู่การขับเคลื่อนได้

๓.ขอบเขตการดำเนินงาน

๑) ศึกษาบทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนานโยบาย อิทธิพลและปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้อง ในกระบวนการพัฒนานโยบาย แนวคิดและเครื่องมือพัฒนานโยบายภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

๒) ทบทวน ประมวลและวิเคราะห์กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้อง ผ่านกรณีศึกษาทั้งสามเรื่อง ตั้งแต่กระบวนการดำเนินงานก่อนการนำเข้าพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการระหว่างการนำเข้าพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และกระบวนการขับเคลื่อนภายหลังมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๓) จัดกระบวนการศึกษาและวิเคราะห์ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จากบทเรียนของกรณีศึกษาทั้งสาม

๔.การนำเสนอผลการศึกษา

ผลการศึกษาในครั้งนี้นำเสนอแบ่งออกเป็น ๓ ส่วนได้แก่

ส่วนที่ ๑ เป็นการทบทวนแนวคิด พัฒนาการและรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะทั้งที่ปรากฏในสังคมไทยและจากประสบการณ์นานาชาติ เพื่อเป็นพื้นให้กับการวิเคราะห์กรณีศึกษา

ส่วนที่ ๒ นำเสนอกรณีศึกษาทั้งสามกรณี โดยทบทวน ประมวลและวิเคราะห์เป็นรายกรณี ซึ่งจะนำเสนอภาพใหญ่ที่สะท้อนพัฒนาการในเชิงประวัติศาสตร์ของแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งวิเคราะห์ให้เห็นถึง “ตัวละคร” หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตลอดจนบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนที่จะวิเคราะห์ถึงกระบวนการก่อรูปและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะผ่าน “สมัชชาสุขภาพ” เพื่อหาบทเรียนการทำงานในขั้นตอนการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยในแต่ละกรณีศึกษาจะมีข้อเสนอแนะเฉพาะกรณีที่สังเคราะห์จากแต่ละประเด็นนโยบาย

ส่วนที่ ๓ จะเป็นการนำเสนอบทสังเคราะห์รวมในส่วน of ข้อเสนอเพื่อการปรับกระบวนการสมัชชา และยังนำเสนอข้อเสนอแนะที่ได้จากแนวคิดการมองภาพสมัชชาในฐานะส่วนหนึ่งของกระบวนการประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy) ด้วย

ส่วนที่ ๑

ทบทวนแนวคิด พัฒนาการและรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะ

นพ.ดร.โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์

มธุรส ศิริสถิตย์กุล^๗

๑. พัฒนาการสมัชชาและกระบวนการนโยบายสาธารณะในประเทศไทย

ประเทศไทยได้นำ “สมัชชาสุขภาพ” มาใช้เป็นเครื่องมือในการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ โดยรัฐบาลได้จัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นเพื่อดำเนินกระบวนการตรากฎหมายแม่บทสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นการสร้างระบบสุขภาพในกระบวนการทัศน์ใหม่ที่มองสุขภาพกว้างกว่าการรักษาโรคและครอบคลุมทั้งสุขภาพในมิติทางกาย ใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ) กระบวนการตรากฎหมายนี้คาดหวังว่าจะสำเร็จลุล่วงได้ภายในเวลา ๓ ปี^๘ นับตั้งแต่แรกเริ่ม สปรส. ได้สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อกำหนด “ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์” ผ่านเวทีสะท้อนความคิดเห็นควบคู่ไปกับการทำงานวิชาการเพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพในมิติต่างๆ และการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ในกระบวนการดังกล่าวนี้เองที่ “สมัชชาสุขภาพ” ได้รับการนำเสนอและถูกทดลองใช้เพื่อเป็นเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนาที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพไทย

อาจกล่าวได้ว่า กระแสความตื่นตัวเรื่องการปฏิรูปสุขภาพในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๓ นั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิรูปทางการเมืองและการร่างรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่เกิดการหมุนเวียนกันทางความคิดนำไปสู่กระบวนการปฏิรูปที่เกิดขึ้นในแวดวงต่างๆ การปฏิรูปการเมืองในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ จึงกลายเป็นสัญลักษณ์ของการเปลี่ยนผ่านจากการเมืองที่ถูกผูกขาดโดยนักการเมืองมาสู่การเมืองสาธารณะที่ภาคส่วนต่างๆ สามารถมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งยิ่งกว่ายุคสมัยที่ผ่านมา ระบบการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปสู่ “การอภิบาลในระบอบประชาธิปไตย” (democratic governance) นี้มีหัวใจสำคัญอยู่ที่การตระหนักถึงข้อจำกัดของระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่พลเมืองมีสิทธิมีเสียงแต่เฉพาะช่วงเวลาไม่กี่นาทีของการเข้าคูหาลงคะแนนเสียงเลือกตั้งเท่านั้น การปฏิรูปการเมืองต้องการสร้างสรรค์การเมืองภาคประชาชนที่เข้มแข็งและเป็นรากฐานให้กับการเมืองแบบตัวแทน โดยการเมืองใหม่นี้เป็นการเมืองที่ทุกคนมีส่วนเป็นเจ้าของและสามารถแสดงบทบาททางการเมืองของตนได้โดยตรง โดยไม่จำเป็นต้องผ่านตัวแทนเท่านั้น

เป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือการขับเคลื่อนพลเมืองทุกภาคส่วนให้มีความกระตือรือร้น มีส่วนร่วมในการคิดกำหนดระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ และสร้างเจตนารมณ์ร่วมกันที่จะทำให้ระบบสุขภาพสอดคล้องกับความคาดหวังของสาธารณชน โดยการระดมความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ อาทิ สมาคมวิชาชีพ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ สถาบัน

^๗ นักวิจัยประจำสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

^๘ Komatra Chuengsatiansup, *Deliberative Action: Civil Society and Health Systems Reform in Thailand* (Nonthaburi: National Health Commission Office, 2008), pp. 9.

วิชาการ ตลอดจนกลุ่มบุคคลที่หลากหลายมาเข้าร่วมประชุมถกเถียงและสัมมนาในรูปแบบต่างๆ^๙ การเกิดขึ้นของ “พื้นที่” สำหรับการถกเถียงและแสดงความคิดเห็นต่อระบบสุขภาพอย่างกว้างขวางนั้นเป็นรูปธรรมของการสร้างกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory democracy) และการร่วมไตร่ตรอง (Deliberation) อันเป็นรากฐานสำคัญของกระบวนการอภิบาลในระบอบประชาธิปไตย

กล่าวได้ว่า ในช่วงกระแสสูงของการปฏิรูประหว่างทศวรรษ ๒๕๔๐ นั้น การขับเคลื่อนของภาคประชาสังคมเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมนั้นดำเนินไปภายใต้ความตึงเครียดทางการเมือง (Political tension) สำคัญ ๓ ประการ คือ (๑) ระบบการเมืองแบบรัฐราชการ (Bureaucratic Polity)^{๑๐} อันเป็นระบบดั้งเดิมที่ดำรงมาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่การสถาปนาประเทศไทยสมัยใหม่ขึ้น (๒) ประชาธิปไตยในรูปแบบตัวแทน (Representative democracy) หรือการเมืองแบบเลือกตั้งที่เกิดขึ้นในระยะต่อมา และ (๓) กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Participatory Process for Public Policy) แนวความคิดทั้งสามนี้นำไปสู่ปฏิบัติการทางการเมืองและพลวัตของอำนาจที่กลายเป็นบริบทสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจไว้เป็นเบื้องต้นเสียก่อน

เฟรด ดับบลิว ริกส์ (Fred W. Riggs) อดีตอาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยแห่งรัฐฮาวายได้บัญญัติคำศัพท์ Bureaucratic polity ขึ้นในงานศึกษาระบบการเมืองไทยที่พิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. ๒๕๐๙ ริกส์ใช้คำนี้เพื่ออธิบายสถานการณ์ของระบบการเมืองไทยเป็นการเฉพาะ ซึ่งเขาเห็นว่าการเมืองการปกครองของไทยสมัยนั้นมีศูนย์กลางอำนาจอยู่ที่ระบบราชการเป็นสำคัญ^{๑๑} รัฐไทยสมัยใหม่นั้นเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ความท้าทายของความทันสมัยและการเผชิญกับจักรวรรดินิยมตะวันตกทำให้ราชสำนักไทยต้องปรับตัวด้วยการสร้างระบบราชการที่เข้มแข็งเพื่อการปกครองประเทศ ระบบราชการนี้เองที่เป็นฐานให้กับคนกลุ่มใหม่คือ ข้าราชการได้เติบโตและมีอำนาจมากขึ้น ในขณะที่ราชสำนักกลับค่อยๆ เสื่อมอำนาจลง และต่อมา กลุ่มคนในระบบราชการนี้ก็ยึดครองอำนาจของระบบการเมืองการปกครองไว้ ริกส์เรียกระบบการเมืองหลังยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์นี้ว่า “Bureaucratic polity” หรือการเมืองแบบรัฐราชการ

การเมืองแบบรัฐราชการดำรงมาอย่างต่อเนื่อง แม้ประเทศไทยจะมีการเลือกตั้งและมีรัฐสภาอันมีผู้แทนราษฎรที่ได้รับเลือกจากประชาชน แต่ระบบราชการโดยเฉพาะอำนาจของข้าราชการประจำและทหารก็ยังคงเป็นปัจจัยชี้ขาดทางการเมืองเรื่อยมา ในขณะที่นักการเมืองที่ได้รับการเลือกตั้งมานั้นมักจะต้องสมยอมกับอำนาจในภาคราชการเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ หากกล่าวโดยสรุปแล้ว อำนาจที่แท้จริงใน “ระบบการเมืองแบบรัฐราชการ” นั้นอยู่ที่กลไกของระบบราชการ ซึ่งเป็นผู้กำหนดทิศทาง แผนการพัฒนาและการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ทั้งในระดับมหภาคตลอดไปจนถึงการจัดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับประชาชนในระดับรากหญ้าก็มีรากฐานมาจากความสัมพันธ์ระหว่างราชการกับหมู่บ้านเป็นสำคัญ กระบวนการเชิงนโยบายที่ผ่านมาจึงเป็นไปในลักษณะที่รัฐราชการสั่งการหรือบังคับบัญชาให้ชุมชนหมู่บ้านดำเนินการตามที่รัฐเห็นว่าเหมาะสม

^๙ ibid., 10.

^{๑๐} Riggs, Fred W., *Thailand: The Modernization of a Bureaucratic Polity*. (Honolulu: East-West Center Press, 1966).

^{๑๑} คำว่า Bureaucratic polity นี้มีบางกรณีถูกแปลเป็น อำมาตยาธิปไตย หรืออำมาตยาธิปไตย ซึ่งอาจไม่ตรงกับ ความหมายที่ริกส์ใช้เท่าใดนัก โดยเฉพาะในความหมายของคำว่า “อำมาตย์” ที่ใช้หลังการรัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๔๙.

ลักษณะดังกล่าวปรากฏเด่นชัดในช่วงระหว่างปี พ.ศ.๒๕๐๐-๒๕๒๔ หน่วยงานราชการแต่ละกระทรวง ทบวง กรม เข้าไปสัมพันธ์กับชุมชนในลักษณะของการนำนโยบายไปสั่งการให้เกิดการปฏิบัติ อรรถาธิบาย ศิริผล และ สุธสม กฤษณะจุฑะ เรียบเรียงผลงานการศึกษาของศุภชัย เจริญวงศ์ ที่วิเคราะห์ว่าทฤษฎีการพัฒนาจากรัฐสู่ หมู่บ้านว่าในกระบวนการพัฒนาว่า ข้าราชการจะใช้วิธีเลือกตีความ “การพัฒนา” เพื่อรับใช้ผู้บังคับบัญชาใกล้ชิดตัว มากกว่าที่จะดำเนินโครงการให้ตอบสนองประโยชน์ของชุมชน การใช้วิธีคิดแบบราชการเป็นศูนย์กลางโดยไม่ คำนึงถึงประโยชน์ของชุมชนนั้นดำรงอยู่อย่างแน่นหนาในกระบวนการพัฒนาชนบท แต่หากจะทุเลาเบาบางลงไป บ้างก็เป็นเพราะปัจจัยส่วนบุคคล คือเมื่อข้าราชการเริ่มมีความผูกพันกับชุมชนหรือเป็นคนในชุมชน การปฏิบัติงาน “การพัฒนา” จะคำนึงถึงประโยชน์ของชุมชนมากยิ่งขึ้น รูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าวมานี้แสดงถึงความสัมพันธ์ ระหว่างรัฐกับชุมชนที่ราชการเป็นผู้กำหนดรูปแบบความสัมพันธ์และการพัฒนามิได้เป็นอะไรมากไปกว่าวาท กรรมความทันสมัยที่ผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจและระบบอุปถัมภ์ของรัฐบาลราชการ^{๑๒}

โรเบิร์ต เอฟ ซิมเมอร์แมน (Robert F. Zimmerman) ตั้งข้อสังเกตว่าการลุกฮือขึ้นขับไล่เผด็จการของ ขบวนการนิสิต นักศึกษา ประชาชนในเหตุการณ์เดือนตุลาคม ๒๕๑๖ อาจเป็นสัญญาณแรกๆ ของการสิ้นสุดลง ของการเมืองแบบรัฐราชการ^{๑๓} หลังการขับไล่และโค่นล้มเผด็จการทหารในปี พ.ศ. ๒๕๑๖ การเลือกตั้งในปี พ.ศ. ๒๕๑๗ ส่งผลให้ ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี และเป็นที่มาของนโยบายต่างๆ ที่ส่งผล อย่างกว้างขวางต่อพัฒนาการทางการเมืองไทย ไม่ว่าจะเป็นนโยบายเรื่องเงินผัน การรักษาพยาบาลฟรี และ นโยบายด้านการศึกษา เป็นต้น และถึงแม้ประชาธิปไตยและรัฐบาลจากการเลือกตั้งจะล้มลุกคลุกคลานต่อมาอีก ระยะเวลาหนึ่ง แต่ก็อาจถือได้ว่า ยุคสมัยของประชาธิปไตยแบบตัวแทน ที่ผู้แทนราษฎรที่ได้รับการเลือกตั้งมีบทบาท สำคัญในการเมืองการปกครองไทยได้เริ่มต้นขึ้นแล้ว

หากจะนับตั้งแต่การเลือกตั้งครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๔๗๖ ประเทศไทยได้ผ่านการเลือกตั้งที่ล้มลุกคลุกคลาน มามาก แต่ประชาธิปไตยก็มีความแตกต่างจากการปกครองแบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ (Absolute Monarchy) คณาธิปไตย (Oligarchy) อภิชนาธิปไตยหรือมาตยธิปไตย (Aristocracy) หรือธนธิปไตย (Plutocracy) คือ ประชาธิปไตยเน้นสิทธิในการรวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือการร่วมไตร่ตรองชี้แจงเหตุผล (Deliberation) เพื่อตัดสินใจหรือกระทำการบางอย่างร่วมกัน แตกต่างจากระบบอื่นๆ ที่กล่าวมาซึ่งล้วนแล้วแต่ เป็นการปกครองโดยอภิสิทธิ์ชนคนกลุ่มน้อยที่อาศัยอำนาจ ไม่ว่าจะเป็นอำนาจในทางจารีตประเพณี อำนาจจาก การใช้กำลัง อำนาจจากตำแหน่งหน้าที่ทางราชการ หรืออำนาจเงินเป็นใหญ่ โดยไม่จำเป็นต้องเคารพความคิดเห็น ของประชาชน^{๑๔}

^{๑๒} อรรถาธิบาย ศิริผล และสุธสม กฤษณะจุฑะ. (บรรณาธิการ), *ถอดรหัสการพัฒนา*. (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ร่วมด้วยช่วยกัน, ๒๕๔๔), น. ๑๔๓.

^{๑๓} Zimmerman, Robert F, Student "Revolution" in Thailand: The End of the Thai Bureaucratic Polity? (*Asian Survey*, 14 (6) (Jun., 1974), pp. 509-529.[online] Available : URL: <http://www.jstor.org/stable/2642680>. [2013, September 20]

^{๑๔} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, *สมัชชาสุขภาพ ประชาชน แนวคิดและจิตวิญญาณ* (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ, ๒๕๕๕), น. ๒๓.

แต่กระนั้น ข้อจำกัดประการหนึ่งของประชาธิปไตยแบบเน้นการเลือกตั้ง หรือ “ประชาธิปไตยแบบตัวแทน” ก็คือการใช้สิทธิแสดงออกทางการเมืองอย่างจำกัด อำนาจหลักใหญ่จะอยู่ที่ “ผู้แทน” ที่ได้รับการเลือกตั้งเข้ามาปฏิบัติงานในรัฐสภา ในขณะที่ความน่าเชื่อถือของกระบวนการเลือกตั้งยังเป็นที่กังขาของคนส่วนใหญ่ การเลือกตั้งที่มีการซื้อเสียง การโกงการเลือกตั้ง การผูกขาดทางการเมืองด้วยห้วคณะแนจัดตั้ง การใช้อำนาจรัฐหรืออิทธิพลท้องถิ่น รวมทั้งผลประโยชน์แลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้รับการเลือกตั้งเป็นสิ่งที่พบเห็นและรับรู้กันโดยทั่วไป จนความพยายามที่จะทำให้กระบวนการเลือกตั้งมีความโปร่งใส สุจริตและยุติธรรมกลายเป็นประเด็นสำคัญในประเทศไทยทุกยุคทุกสมัยและในระบอบประชาธิปไตยในทุกประเทศทั่วโลก

ในช่วงหลังทศวรรษที่ ๒๕๓๐ เป็นต้นมา การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชน มูลนิธิ สมาคมและกลุ่มพลเมืองต่างๆ รวมทั้งภาคธุรกิจที่ให้ความสนใจกับปัญหาสังคมและการเมืองกลายเป็นกระแสทางสังคม องค์กรและบุคคลนอกภาครัฐ (Non-state actors) มีบทบาทในการร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนาและร่วมดำเนินการแก้ปัญหาสาธารณะต่างๆ มีเวทีประชาคม ลานเสวนา รวมทั้งสื่อสาธารณะที่เปิดพื้นที่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดนโยบาย รวมทั้งตรวจสอบอำนาจทางการเมืองเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง รูปธรรมที่สำคัญประการหนึ่งได้แก่เวทีประชาคมเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๘ ซึ่งมีการตั้งเวทีเพื่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและกำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาของประเทศนับร้อยเวที ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจถือได้ว่าเป็นการร่วมกำหนดทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างเป็นรูปธรรมครั้งแรกของภาคประชาชน

กระแสความความตื่นตัวของภาคประชาชนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจอันนำมาสู่การปฏิรูปทางการเมืองในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ มีการร่างรัฐธรรมนูญใหม่ที่ขยายมิติการมีส่วนร่วมทางการเมืองของภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง จนกล่าวได้ว่าการปฏิรูปทางการเมืองในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ นั้นเป็นหมุดหมายสำคัญที่แสดงถึงการเปลี่ยนผ่านจากการเมืองแบบประชาธิปไตยตัวแทนมาสู่การเมืองแบบมีส่วนร่วม เป็นระบอบอภิบาลแบบประชาธิปไตย (Democratic governance) ที่ผู้คนสามารถมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางและนโยบายสาธารณะต่างๆ แทนที่จะปล่อยให้เป็นเรื่องของ “การเมืองที่เป็นทางการ” หรือเป็นหน้าที่ของ “ผู้แทน” เท่านั้น การปฏิรูประบบสุขภาพก็อยู่ในกระแสการเปลี่ยนแปลงเดียวกันนี้ และ “สมัชชาสุขภาพ” ก็กลายเป็นตัวอย่างรูปธรรมอันหนึ่งของ “กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” ที่ภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ทั้งรัฐ ภาคเอกชน และภาคสังคมได้มาร่วมกันถกเถียง อภิปรายและกำหนดแนวนโยบายสาธารณะร่วมกัน

ในยุคแรกเริ่มของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) นั้น มีความพยายามที่จะแสวงหาวิธีการที่จะแลกเปลี่ยนและระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย แนวคิดหนึ่งที่มีการเสนอขึ้นในช่วงนั้นก็คือ การจัดเวทีในรูปแบบของการประชุมสมัชชาขึ้น และโดยแนวคิดเรื่อง “สมัชชา” นี้ก็ไม่ได้มีรูปแบบที่ชัดเจนหรือตายตัว สปรส. ในขณะนั้นจึงได้จัด “การประชุมสาคิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้นก่อนในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ โดยในการประชุมครั้งนั้นมีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมนำเสนอความคิดเห็นในที่ประชุมสมัชชา เป็นการทดลองใช้เวทีสมัชชาเพื่อการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นครั้งแรก กระบวนการสมัชชาสุขภาพฉบับทดลองนี้มีรูปแบบคล้ายคลึงกับการประชุมสมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในส่วนที่ตัวแทนจากนานาประเทศได้ขึ้นกล่าวสุนทรพจน์ในประเด็นปัญหาและทิศทางการพัฒนาสุขภาพที่แต่ละประเทศให้ความสำคัญ

แต่หากจะนับย้อนไปให้ไกลกว่านั้น ก็พบว่าในปี พ.ศ.๒๕๓๑ คือ ๑๒ ปีก่อนการประชุมสัทธิสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดประชุมระดับชาติที่เรียกว่า “สมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ” ขึ้นเมื่อวันที่ ๑๒-๑๕ กันยายน ๒๕๓๑ ที่โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ การประชุมในครั้งนั้นมีนัยที่แสดงถึงความพยายามที่จะทำให้ประเด็นสุขภาพเป็นเรื่องของกระทรวงต่างๆ นอกเหนือไปจากกระทรวงสาธารณสุข การประชุมสมัชชาสาธารณสุขในครั้งนั้นจึงมี “รัฐบาลไทย” เป็นเจ้าภาพ มีรัฐมนตรีและผู้แทนจากหลากหลายกระทรวงเข้าร่วมกัน แสดงความคิดเห็นและหาข้อสรุปเพื่อหาแนวทางการพัฒนาสาธารณสุข^{๑๕} แต่การประชุมสัทธิสมัชชาสุขภาพในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ แตกต่างไปจากสมัชชาสาธารณสุขก่อนหน้านี้เป็นอย่างมาก เพราะผู้ที่เข้าร่วมสมัชชาสัทธิในครั้งนั้นกลับไม่ได้เป็นตัวแทนขององค์กรภาครัฐหรือกระทรวง ทบวง กรม เท่ากับเป็นเครือข่ายภาคประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรประชาสังคม ตัวแทนชุมชนและองค์กรวิชาชีพต่างๆ

จากปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นต้นมา สมัชชาสุขภาพที่ถูกจัดขึ้นเป็นเวทีประจำปีถูกปรับให้มีรูปแบบทางวัฒนธรรมที่หลากหลายทั้งลานสมัชชา ตลาดนัดสุขภาพ และการแสดงออกทางศิลปวัฒนธรรมที่กลุ่มและองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างเรียบง่าย^{๑๖} สมัชชาสุขภาพที่ถูกจัดขึ้นทุกปีต่อเนื่องกันตั้งแต่การสัทธิสมัชชาสุขภาพในปี พ.ศ.๒๕๔๓ และการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ.๒๕๔๔-๒๕๔๙ สะท้อนความหมายของสมัชชาในยุคแห่งการแสวงหาความหมายและจิตวิญญาณที่แท้จริงของกระบวนการนโยบายแบบมีส่วนร่วม กระบวนการสมัชชาไม่ได้มุ่งที่จะพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเท่ากับการมุ่งสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน การฟื้นฟูภูมิปัญญาพื้นบ้าน วัฒนธรรมท้องถิ่น การแสวงหาเรื่องเล่าความเป็นมาในรูปแบบของประวัติศาสตร์ท้องถิ่น รวมทั้งการศึกษา “สิ่งดีๆ” ที่มีอยู่เพื่อสร้างความภาคภูมิใจร่วมกัน เป็นการขับเคลื่อนจากสมัชชาที่เน้นวาระนโยบายที่ริเริ่มได้ด้วยศักยภาพของท้องถิ่น

การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพของ สปปรส. นั้นแม้จะได้รับการสนับสนุนจากภาคการเมืองในระดับหนึ่ง แต่การผลักดันจนเกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะเป็นฐานรากในทางกฎหมายก็ได้เป็นไปตามความคาดหวังของเครือข่ายปฏิรูประบบสุขภาพ จากระยะเวลา ๓ ปีที่กำหนดไว้เบื้องต้นว่าการขับเคลื่อนเพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจกับสังคมจะนำไปสู่การปฏิรูปในระดับชาติ ด้วยการมีกฎหมายรองรับอย่างเป็นทางการ แต่รัฐบาล พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตรก็มิได้ให้ความสำคัญมากนักกับการผลักดันกฎหมายฉบับนี้ แต่ได้ขยายกรอบเวลาการทำงานของ สปปรส. ออกไปเป็นเวลาอีก ๓ ปี และก่อนที่จะสิ้นสุดระยะเวลา ๓ ปีก็เกิดการรัฐประหาร ๑๙ กันยายน ๒๕๔๙ ขึ้นพร้อมกับการจัดตั้งสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ซึ่งได้พิจารณาเห็นชอบผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พร้อมๆ กับการปรับเปลี่ยนสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปปรส.) มาเป็น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยมี “สมัชชาสุขภาพ” เป็นเครื่องมือสำคัญในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่พึงประสงค์

^{๑๕} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, *สมัชชาสุขภาพ ปรัชญา แนวคิดและจิตวิญญาณ* (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๕), น. ๔๕.

^{๑๖} เรื่องเดียวกัน, น. ๖๘.

๒. ระบบอภิบาลสุขภาพกับกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Health Governance & Public Policy Process)

ภายใต้ระบบการเมืองแบบรัฐราชการที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ระบบอภิบาลสุขภาพจึงดำรงอยู่ภายใต้อำนาจของภาคราชการ กระบวนการเชิงนโยบายเน้นการดำเนินการผ่านกลไกราชการเป็นสำคัญ ดังจะเห็นได้ว่าการกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย รวมทั้งการร่างหรือผลักดันกฎหมายต่างๆ นั้นจะต้องมี “หน่วยราชการ” เป็นเจ้าของเรื่อง กระบวนการนโยบายที่มีราชการเป็นศูนย์กลางนี้ทำให้เรื่องสุขภาพกลายเป็นเรื่องของราชการและการตัดสินใจเรื่องใดก็ตามจำกัดวงอยู่แต่เฉพาะในคนกลุ่มเล็กๆ ถึงแม้ว่าในช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐-๔๐ จะมีองค์กรภาคประชาชนเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก และมีบทบาทในการพัฒนาการสาธารณสุขและทำงานด้านสุขภาพ แต่บทบาทขององค์กรเหล่านี้ในการที่จะขับเคลื่อนนโยบายหรือผลักดันเปลี่ยนแปลงในระดับมหภาคหรือทิศทางการพัฒนาประเทศเพื่อสอดคล้องและเกื้อกูลต่อสุขภาพมากขึ้นนั้นก็ยังไม่อย่างจำกัด ระบบราชการสาธารณสุขไทยมีลักษณะที่โดดเด่นของการรวมศูนย์ตัดสินใจผ่านการวางแผนในระดับชาติ โดยชุมชนและองค์กรภาคประชาสังคมจะถูกคาดหวังให้มีบทบาทหน้าที่เพียงแค่ว่าให้ความร่วมมือกับแผนนโยบายหรือโครงการที่ได้ตัดสินใจมาจากราชการส่วนกลางเรียบร้อยแล้ว แม้แต่ในยุคที่การสาธารณสุขมูลฐานกำลังเฟื่องฟูอย่างถึงขีดสุด ทิศนะต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ก็ดูเหมือนจะเน้นที่การให้ความร่วมมือของภาคประชาชนต่อกิจกรรมที่ทางราชการได้กำหนดไว้แล้ว มากกว่าที่จะเน้นบทบาทของภาคประชาชนในกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการกำหนดนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหา

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นจากการตระหนักถึงข้อจำกัดของกลไกนโยบายที่เป็นทางการ (Official policy process) ที่ผูกขาดบทบาทหน้าที่ในด้านการพัฒนานโยบายไว้แต่เฉพาะในระบบราชการ เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ประการหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพจึงมุ่งที่การสร้างกลไกการกำหนดนโยบายที่ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมได้ “สมัชชาสุขภาพ” ถูกออกแบบให้ทำหน้าที่เป็น “เวทีการอภิปรายถกแถลงเพื่อการอภิบาลระบบสุขภาพ” (Deliberative function of health system governance) ในขณะเดียวกันก็ทำหน้าที่เป็นเวทีเพื่อการเรียนรู้กระบวนการทัศน์ใหม่ร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ผ่านประเด็นทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ เป็นการเปิดพื้นที่เพื่อการมีส่วนร่วมโดยตรงของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Participatory Public Policy Process) อันเป็นรูปธรรมสำคัญของความพยายามที่จะก้าวพ้นกระบวนการทัศน์ทางการแพทย์ที่คับแคบและก้าวข้ามข้อจำกัดของประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative democracy)^{๑๗}

๒.๑. กระบวนการนโยบายสาธารณะ: ทบทวนแนวคิดและประสบการณ์จากต่างประเทศ

นัตบีมและแฮร์ริส (Nutbeam, D. & Elizabeth Harris)^{๑๘} กล่าวถึงกรอบคิดในการพัฒนานโยบายสาธารณะว่าเป็นกระบวนการตัดสินใจสาธารณะที่สัมพันธ์เชื่อมโยงอยู่กับกระบวนการทางสังคมและการเมือง ใน

^{๑๗} โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, *ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ*. (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๘), น. ๑๖๑-๑๖๒.

^{๑๘} Nutbeam, D. and Elizabeth Harris, *Theory in a Nutshell: A practical guide to health promotion theories*. (2nd ed. Australia: McGraw-Hill, 2013), pp.61.

กระบวนการสร้างนโยบายนั้นมีความสลับซับซ้อน ไม่มีกฎเกณฑ์ชัดเจนและไม่มีขั้นตอนตายตัว แต่เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ๔ ประเภทคือ

- ๑) ผู้กำหนดนโยบาย (Policy makers) โดยมากมักจะเป็นนักการเมืองและข้าราชการ
- ๒) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อนโยบาย (Policy influencers) หมายถึงผู้ที่สามารถสร้างแรงกดดันซึ่งอาจมีอยู่ทั้งในภาครัฐและนอกภาครัฐ
- ๓) ภาคสาธารณะ (the public) หมายถึง ผู้ชม ลูกค้า ผู้เสียภาษี และผู้ลงคะแนนเสียง ซึ่งความเห็นของพวกเขาในที่สุดก็ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายและ
- ๔) สื่อมวลชน ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีอิทธิพลทั้งกับผู้กำหนดนโยบายและความเข้าใจของสาธารณชน และทัศนคติที่มีต่อประเด็นนั้นๆ^{๑๙}

ในทางปฏิบัติแล้ว กระบวนการเชิงนโยบายที่มีความซับซ้อนก็อาจมีตัวละครที่เกี่ยวข้องที่สามารถจำแนกแยกแยะได้แตกต่างไปจากที่นักทฤษฎีและแฮร์ริสเสนอ ผู้ทรงอิทธิพลต่อนโยบายก็มีความหลากหลายเกินกว่าที่จะมองแบบรวมๆ ได้และผู้เกี่ยวข้องทั้งสี่ส่วนก็อาจมีผลซึ่งกันและกันมากบ้างน้อยบ้างขึ้นกับบริบทและแตกต่างกันไปในแต่ละกรณี โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสุขภาพซึ่งมีวิชาการที่ซับซ้อน การมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางหรือนโยบายสาธารณะก็มักได้รับอิทธิพลจากกลุ่ม “ผู้เชี่ยวชาญ” แม้ว่าผลกระทบนั้นอาจเกิดขึ้นกับสามัญชนคนธรรมดาก็ตาม นโยบายด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมในอังกฤษเป็นตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับสามัญชนได้อย่างชัดเจน งานศึกษาแสดงให้เห็นว่าแม้ระบอบการปกครองของอังกฤษจะถือได้ว่าเป็นแม่แบบประชาธิปไตยของโลก แต่การจัดการรูปแบบการมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะก็เชื่อว่าจะมีความเท่าเทียมกันเสมอไป โดยเฉพาะเมื่อนโยบายสาธารณะนั้นต้องอาศัยความรู้ที่ซับซ้อนทางเทคนิคของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อำนาจในการร่วมตัดสินใจที่ไม่เท่าเทียมกันนั้นมียุทธศาสตร์มาจากปัญหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับสามัญชนคนธรรมดา^{๒๐}

การสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางและนโยบายสาธารณะจึงเป็นกระบวนการที่ต้องมีสมดุลทั้งในมิติของผู้เชี่ยวชาญที่เน้นข้อมูล ข้อเท็จจริง และความรู้ ในมิติของสามัญชนที่ต้องมีส่วนร่วมคิด สะท้อนมุมมอง คุณค่า อารมณ์ความรู้สึกและความห่วงใยของสาธารณะ แมททิว ฮาร์วีย์ (Matthew Harvey) ได้กล่าวถึงมิติที่หายไปในการมีส่วนร่วมของสาธารณะว่า เวทีการถกเถียงหรือพูดคุยแลกเปลี่ยนในด้านนโยบายสาธารณะมักถูกจำกัดด้วยรูปแบบการพูดคุยที่เป็นทางการ เน้นการพูดถึงหลักฐานทางวิชาการที่เป็นภาวะวิสัยจนทำให้การแสดงออกซึ่งความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของสามัญชนกลายเป็นสิ่งที่ถูกมองว่าไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ ฮาร์วีย์ได้

^{๑๙} ibid., pp. 61.

^{๒๐} Chilvers, Jason, *Deliberating Competence: Theoretical and Practitioner Perspectives on Effective Participatory Appraisal Practice. Science, Technology, & Human Values*, 33 (2 March, 2008), pp.155-185
Published by: Sage Publication, Inc. [Online] Available: <http://www.jstor.org/stable/29734030>, [2013, February 19].

กล่าวถึงการขาดพื้นที่สำหรับการแสดงออกของอารมณ์ความรู้สึกในพื้นที่สาธารณะ ว่ามีเหตุผลสำคัญ ๒ ประการ คือ^{๒๑}

ประการแรก การมีส่วนร่วมในเวทีสาธารณะต่างๆ มักให้ความสำคัญกับผลลัพธ์และเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้ว อย่างตายตัวมากกว่าที่จะให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วมในฐานะมนุษย์ที่มีประสบการณ์ มีความรู้สึกนึกคิดและจิตใจ การประชุมที่มีลักษณะกลไกนี้ได้ละเลยมิติของประสบการณ์ที่มีอารมณ์ความรู้สึกออกไปจนหมดสิ้น

ประการที่สอง กระบวนการร่วมไตร่ตรองหรืออภิปรายในเวทีต่างๆ ที่เป็นอยู่ มีแนวโน้มที่จะละเลย ข้อเท็จจริงที่ว่าพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเวที (รวมทั้งพฤติกรรมของประธานและกระบวนการ) ล้วนมีผล ต่อการดำเนินไปของกระบวนการและผลลัพธ์ (proceeding and outcome) การไม่ให้ความสนใจกับปฏิสัมพันธ์ ที่ซับซ้อนนี้ ทำให้มติและข้อถกเถียงมักถูกรายงานราวกับเป็นข้อเท็จจริงมากกว่าที่จะสะท้อนพลวัตการต่อรองและ ปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนผ่านการแสดงบทบาทที่มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้คนที่เข้าร่วม

ข้อเสนอของฮาร์วีย์ในบทความชิ้นนี้คือ เวทีสำหรับการมีส่วนร่วมของสาธารณะนั้นจำเป็นต้องมีลักษณะ การสนทนาที่เน้นอารมณ์ความรู้สึก (dramaturgical) สนับสนุนให้มีการวิเคราะห์วาทกรรมและบทสนทนา (discourse and conversation analysis) รวมทั้งส่งเสริมการศึกษาแบบชาติพันธุ์นิพนธ์ (ethnography) และ ปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อให้เข้าใจกระบวนการสร้างและนิยามความหมาย และเพื่อประเมิน การมีส่วนร่วมในภาคปฏิบัติการให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับ เจสัน ชิลเวอร์ส (Jason Chilvers) ที่ชี้ให้เห็น ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างพลเมืองกับผู้เชี่ยวชาญในการถกเถียงและไตร่ตรองร่วมกัน และเสนอให้มีกลไกที่ ป้องกันไม่ให้ผู้มีอำนาจวิชาการต่างๆ มีอำนาจเหนือกว่าคนอื่น เพราะมีเช่นนั้นแล้ว การถกเถียงเพื่อมีส่วนร่วม ในทางสาธารณะก็ไม่อาจจะเปิดกว้างให้กับความหลากหลายและความแตกต่างได้ ซึ่งนอกจากจะทำให้ผลที่ได้ ถูกกำหนดโดยผู้มีส่วนได้เสียเพียงบางกลุ่มแล้ว ยังอาจจะทำให้เกิดความขัดแย้งและเป็นปฏิปักษ์ต่อกันที่ยากต่อ การเยียวยาอีกด้วย^{๒๒}

ทางออกของการมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข ก็คือ การทำความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์เหล่านี้ให้เปิดเผยสู่สาธารณชนมาก ยิ่งขึ้น การนำเอามุมมองทางสังคมศาสตร์เข้ามาช่วยวิเคราะห์ทั้งในเชิงคุณค่าและความหมาย นอกจากนั้น รูปแบบเดิมของการแลกเปลี่ยนใน “เวทีวิชาการ” ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้ความรู้ สามัญชนคนธรรมดาเป็นผู้รับฟัง เท่านั้นอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องผนวกรวมกระบวนการในลักษณะอื่นๆ อาทิ การประชุมเพื่อหามติเอกฉันท์ (Consensus conference) เวทีพลเมือง (citizens’ panel) และการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อนำเอามิติ คุณค่าและความหมายทางสังคม รวมทั้งประสบการณ์และอารมณ์ความรู้สึกของสามัญชนเข้ามาประกอบการคิดให้

^{๒๑} Harvey, M., Drama, Talk, and Emotion: Omitted Aspects of Public Participation. *Science, Technology & Human Values*, 34 (2 Mar., 2009), pp. 139-161.

^{๒๒} Chilvers, Jason, Deliberating Competence: Theoretical and Practitioner Perspectives on Effective Participatory Appraisal Practice. *Science, Technology, & Human Values*, 33 (2 March, 2008), pp.155-185 Published by: Sage Publication, Inc. [Online] Available: <http://www.jstor.org/stable/29734030>. [2013, February 19].

เกิดทั้งการวิเคราะห์และการไตร่ตรองถกแถลงควบคู่กัน (analytic-deliberative approach) ในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น^{๒๓}

กระบวนการร่วมไตร่ตรองหรือสนทนาแบบพลเมืองนี้สามารถสร้างพันธะสัญญาสาธารณะร่วมกันได้ ตัวอย่างรูปธรรมที่น่าสนใจได้แก่ กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองเกี่ยวกับนาโนเทคโนโลยี (Citizen Engagement About Nanotechnology) โดยการจัดให้มีการถกสนทนาระหว่างบุคคลในลักษณะที่ตื่นตัวมีชีวิตชีวาและไม่เป็นทางการมากนัก (Active dialogue) ที่ทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างกันและความเข้าใจประเด็นความห่วงใยต่อผลกระทบสาธารณะของนาโนเทคโนโลยีได้เป็นอย่างดี^{๒๔} ในกระบวนการดังกล่าวเครื่องมือที่สำคัญในการต่อรองประการหนึ่งก็คือความรู้หรืองานวิจัยที่มีข้อมูลหรือหลักฐานอ้างอิงชัดเจน ซึ่งหลักฐานทางวิชาการเหล่านี้อาจถูกนำมาใช้เพื่อการสนับสนุนนโยบายได้ในหลายลักษณะ แครอล ไวส์ (Carol Weiss) ได้แจกแจงรูปแบบการนำเอาหลักฐานทางวิชาการมาใช้ในการขึ้นนำกระบวนการเชิงนโยบายว่ามีหลายลักษณะ ได้แก่

๑. รูปแบบที่ใช้ความรู้ในการขับเคลื่อน (The knowledge-driven model) ถือว่าการเกิดขึ้นของความรู้สามารถนำไปสู่การพัฒนา นโยบายสาธารณะแบบใหม่ได้ เช่น เมื่อมีการพัฒนาวัคซีนใหม่ขึ้น ความรู้ด้านการควบคุมโรคนี้จะกดดันให้ผู้เกี่ยวข้องต้องหาทางนำไปใช้และทำให้เกิดการพัฒนาสาธารณสุขที่ดีขึ้นกว่าเดิม

๒. รูปแบบที่ใช้การแก้ไขปัญหา (The problem-solving model) แนวทางนี้ถือว่าปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นของการตัดสินใจเชิงนโยบาย เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลักฐานต่างๆ จึงถูกนำมาพิจารณาร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบายที่สมเหตุสมผล มีที่มาที่ไปและเหตุผลที่ชัดเจน

๓. รูปแบบที่อาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (The interactive model) ความรู้ในงานวิจัยถูกนำมาใช้ควบคู่ไปกับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง ผ่านปฏิสัมพันธ์ของคนกลุ่มต่างๆ ซึ่งมีทั้งความขัดแย้ง และแรงกดดันทางสังคมที่ดำรงอยู่ภายในความสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านั้น

๔. รูปแบบทางการเมือง (The political model) กรณีนี้หลักฐานทางวิชาการถูกนำไปใช้เพื่อสร้างความชอบธรรมและให้เหตุผลแก่นโยบายที่ถูกตัดสินใจมาแล้ว โดยฝ่ายการเมืองจะคัดเลือกและนำเสนอข้อมูลที่พึงพอใจและสามารถตีความรับใช้เหตุการณ์ได้พอเหมาะพอดี วิธีการที่เห็นกันอยู่ทั่วไปคือ การรณรงค์ทางสื่อมวลชน

๕. รูปแบบกลยุทธ์ (The tactical model) ในรูปแบบนี้ หลักฐานถูกนำมาใช้ในเชิงกลยุทธ์ เช่น เพื่อเลื่อนการตัดสินใจหรือหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบในกรณีที่ต้องมีการตัดสินใจในเรื่องที่ไม่เป็นที่นิยม เพราะ “หลักฐานยังไม่เพียงพอ” หรือในบางกรณี หลักฐานอาจถูกนำมาใช้เพื่อยืนยันความชอบธรรมในการตัดสินใจ แม้ว่าหลักฐานนั้นจะค่อนข้างอ่อนแอก็ตาม^{๒๕}

จากบทเรียนและการทบทวนแนวคิดทฤษฎีจากต่างประเทศ จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์การทำงานเรื่องสมัชชาสุขภาพของไทยเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจ เพราะเป็นรูปธรรมหนึ่งของกระบวนการมีส่วนร่วมที่ผสมผสาน

^{๒๓} ibid., p. 155.

^{๒๔} Besley, John C., et al., Interpersonal Discussion Following Citizen Engagement About Nanotechnology: What, If Anything, Do They Say? *Science Communication*. 30 (209, 2008) [online] Available : <http://www.scx.sagepub.com/content/30/2/2229>. [2013, June 19].

^{๒๕} Nutbeam, D. and Elizabeth Harris, *Theory in a Nutshell: A practical guide to health promotion theories*. (2nd ed. Australia: McGraw-Hill Australia Pty Ltd., 2013), pp. 64-65.

วิธีการถกแถลงและไตร่ตรองร่วมกัน (Deliberation) ซึ่งมีพัฒนาการจากวิถีวัฒนธรรมทางการเมืองที่เปลี่ยนผ่านจากการเมืองแบบรัฐราชการมาสู่การเคลื่อนไหวต่อสู้ของภาคประชาชน โดยมีแนวคิด แนวปฏิบัติและรูปธรรมที่หลากหลายก่อนที่จะกลายมาเป็นสมัชชาสุขภาพ

๓. สมัชชาสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง:

จากการเมืองบนท้องถนนถึงสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

ความพยายามในการต่อสู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายโดยภาคประชาชนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่างๆ ทั้งการต่อสู้ ต่อรอง และต่อต้านนโยบายรัฐที่ไม่ถูกต้องชอบธรรม รวมทั้งความพยายามผลักดันให้เกิดมาตรการการแก้ปัญหาที่ตอบสนองความต้องการของภาคประชาชน อย่างไรก็ตาม การต่อสู้ของภาคประชาชนในช่วงที่ผ่านมามักเป็นการตอบโต้กับนโยบายหรือโครงการของรัฐที่ส่งผลกระทบทางลบต่อชีวิตของผู้คนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นประเด็นนโยบายสิ่งแวดล้อม การประกาศพื้นที่ป่าสงวนทับที่ทำกิน การสร้างเขื่อน หรือการเรียกร้องเกี่ยวกับราคาสินค้าเกษตรในแต่ละฤดูการผลิต โดยมีรูปแบบหลักได้แก่การชุมนุมเพื่อยื่นข้อเรียกร้องและเจรจาต่อรองกับรัฐบาล หากพิจารณาจากผลลัพธ์ในแง่การได้รับการตอบสนองจากภาครัฐแล้ว อาจกล่าวได้ว่าการเคลื่อนไหวที่ผ่านมาดังกล่าวประสบความสำเร็จอย่างจำกัด อย่างไรก็ตาม กระบวนการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นก็ได้ทำให้ภาคประชาชนมีการจัดตั้งด้วยตนเองที่เข้มแข็งขึ้นตามลำดับ

รูปธรรมของการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนในประเทศไทยที่ได้รับการกล่าวขวัญถึงกันมากที่สุด คือกรณีสมัชชาคนจน ซึ่งประภาส ปิ่นตบแต่งได้ประมวลไว้ในงานเขียนเรื่อง “กรณีการเมืองบนท้องถนน: ๙๙ วันสมัชชาคนจน และประวัติศาสตร์การเดินขบวนชุมนุมประท้วงในสังคมไทย” ว่าเป็นการต่อสู้ของประชาชน เพื่อประชาชน โดยมีประชาชนคนจนเจ้าของปัญหาเป็นผู้ขับเคลื่อนขบวนการ จุดเริ่มต้นของการเคลื่อนไหวนี้เกิดจากการรวมตัวกันต่อสู้ในประเด็นปัญหาผลกระทบที่เกิดจากโครงการต่างๆ ของรัฐบาลในภาคอีสาน นับตั้งแต่ปัญหาดินเค็มกรณีลำน้ำเสียว จังหวัดมหาสารคาม ปัญหาป่าไม้ที่ดินในช่วงก่อนโครงการ คจก. อันได้แก่ ปัญหาสวนป่ายูคาลิปตัสทับที่ทำกิน ปัญหา “วัวพลาสติก” รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นกับโครงการด้านการเกษตรอื่นๆ เช่น มะม่วงหิมพานต์ และหม่อนไหม เป็นต้น

ต่อมา ในช่วงรัฐบาลชวน หลีกภัย (พ.ศ. ๒๕๓๕-๓๘) จึงได้เกิดการรวมตัวกันเป็น “สมัชชาเกษตรกรรายย่อยภาคอีสาน (สกย.อ.)” ในขณะที่ในภาคอื่นๆ ก็มีเครือข่ายในลักษณะเดียวกันเกิดขึ้น เช่น ในภาคเหนือ เกิดเครือข่ายป่าชุมชนซึ่งเป็นผลพวงมาจากการคัดค้านสัมปทานป่า และการต่อสู้ของชาวบ้านกรณีป่าห้วยแก้ว ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นเครือข่ายที่กว้างขวางมากขึ้นคือ เครือข่ายเกษตรกรภาคเหนือ (คนน.) ที่รวมปัญหาเขตป่าอุทยานทับพื้นที่ทำกินเข้ามาไว้ด้วย ในภาคใต้ได้เกิดเครือข่ายที่สำคัญคือ สมาพันธ์ประมงพื้นบ้านภาคใต้ ๑๓ จังหวัด เครือข่ายเหล่านี้ได้ขยายตัวออกไปอย่างกว้างขวางในช่วงรัฐบาลชวน ๑ ต่อเนื่องไปถึงสมัยรัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา และได้รวมตัวกันจนกลายเป็น “สมัชชาคนจน” ในที่สุด

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

สาธารณชนเข้าใจได้ นอกจากนั้น นักวิชาการและนักพัฒนาองค์กรเอกชน ซึ่งมีประสบการณ์ในการต่อรอง เรียกร้องจากรัฐยังได้ช่วยให้ชาวบ้านและชุมชนซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์กับการต่อสู้เชิงนโยบายมาก่อนเห็นวิธีการ และช่องทางว่าควรเคลื่อนไหวก้าวไปในลักษณะใด^{๒๖}

การเคลื่อนไหวดังกล่าวเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนว่า ระบบการเมืองแบบตัวแทนที่ดำรงอยู่ไม่สามารถทำหน้าที่ เป็นปากเป็นเสียงให้กับคนจนได้ การเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นจึงเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมโดยตรงผ่านการชุมนุมทาง การเมืองที่ยืดเยื้อยาวนาน การเคลื่อนไหวของกลุ่มสมัชชาคนจนนี้มีการจัดตั้งและเชื่อมประสานเพื่อที่จะเป็น เครือข่ายในระยะยาวในการเคลื่อนไหวต่อสู้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง^{๒๗} และที่สำคัญก็คือมี กระบวนการเรียนรู้บทเรียนที่เกิดจากปฏิบัติการ มีการจัดเวทีสัมมนา การพาชาวบ้านดูงาน แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ระหว่างพื้นที่ เช่น มีการนำชาวบ้านในพื้นที่ลุ่มน้ำสงคราม เขื่อนรับร่อ เขื่อนแก่งเสือเต้น ซึ่งกำลังจะ มีการสร้างเขื่อนไปแลกเปลี่ยนกับพื้นที่เขื่อนราษีไศลและเขื่อนปากมูล ฯลฯ พาชาวบ้านจากจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่ง จะมีการสร้างโรงงานเยื่อกระดาษมาแลกเปลี่ยนกับชาวบ้านที่ได้ผลกระทบจากโรงงานฟีนิกซ์กรณีน้ำพองน้ำ ฯลฯ มีการพาชาวบ้านไปสัมมนาในเวทีต่างๆ ที่เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) นักศึกษา หรือนักวิชาการจัดขึ้น เพื่อให้ได้รับรู้ข้อมูลเชิงนโยบาย

กระบวนการดังกล่าวทำให้ชาวบ้านได้ถ่ายทอดความเจ็บปวดและได้รับรู้ความทุกข์ยากของกันและกัน เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงถึงความจำเป็นที่จะต้องรวมตัวเพื่อร่วมต่อสู้ ทำให้เกิดเครือข่ายและการขยาย เครือข่ายพันธมิตรที่กว้างขวางออกไป กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้เข้าร่วมขบวนการเกิดความตระหนักถึงอำนาจ ของตนเอง เห็นถึงข้อจำกัดของการเมืองในระบบตัวแทน และเข้าใจร่วมกันว่าวิธีการต่อสู้ที่จะได้มาซึ่งสิ่งที่คนจน เรียกร้องต้องการก็คือ การปักหลักชุมนุม การเดินขบวน การยื่นข้อเสนอมหาเพื่อการต่อรอง ควบคู่ไปกับการ เคลื่อนไหวที่ใช้สัญลักษณ์ และพิธีกรรมต่างๆ โดยมีเป้าหมายในแต่ละครั้งคือ การทำให้เกิด “การเจรจาแบบเสมอ หน้า” ซึ่งเปรียบเสมือน “ประตูบานใหม่” ที่เปิดให้ผู้ไร้อำนาจสามารถนำเสนอปัญหาและความต้องการของตนเข้า สู่กระบวนการต่อรองทางการเมืองได้^{๒๘} หรือเป็นการทำให้ปัญหาของคนที่ระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนไม่ สามารถเป็นปากเป็นเสียงให้เขาได้มีสิทธิมีเสียงขึ้นมาได้นั่นเอง

ความตื่นตัวทางการเมืองที่เกิดขึ้น เมื่อผนวกเข้ากับการเปิดโปงความฉ้อฉลและความไร้ประสิทธิภาพของ รัฐบาลทำให้เกิดเสียงเรียกร้องการปฏิรูปการเมืองอย่างกว้างขวาง การขับเคลื่นและกดดันเพื่อการปฏิรูปการเมือง ปรากฏผลเป็นรูปธรรมเมื่อมีการประกาศยุบสภาและมีการเลือกตั้งในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ รัฐบาลได้จัดตั้ง คณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.) นำโดย ศ. นพ.ประเวศ วะสี พร้อมกันนั้นก็มีการตั้งคณะกรรมการการ แก้ไขรัฐธรรมนูญ โดยมีนายอุทัย พิมพ์ใจชน มาเป็นประธานคณะกรรมการแก้ไขรัฐธรรมนูญมาตรา ๒๑๑ เพื่อ เปิดทางให้กับการปฏิรูปการเมือง โดยการตั้งสภาร่างรัฐธรรมนูญ ซึ่งนายอุทัย พิมพ์ใจชนก็ได้มาทำหน้าที่เป็น ประธานสภาร่างรัฐธรรมนูญ และมีนายอานันท์ ปันยารชุนเป็นประธานอนุกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ โดยมีพิมพ์ ใจชนจาก คพป.ควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวอย่างกว้างขวางในภาคประชาชน เป็นเหตุให้สภาผู้แทนราษฎรยอม

^{๒๖} ประกาศ ปินตกแต่ง, ๙๙ วันสมัชชาคนจนและประวัติศาสตร์การเดินขบวนชุมนุมประท้วงในประเทศไทย (กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก, ๒๕๔๑), น. ๖๓.

^{๒๗} เรื่องเดียวกัน, น. ๑๐๙-๑๑๐.

^{๒๘} เรื่องเดียวกัน, น. ๑๘๑.

ผ่านร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๕๐ ออกมา รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมทางการเมืองโดยตรงได้มากขึ้นกว่าที่เป็นมาก่อน เช่น การเข้าชื่อเพื่อเสนอกฎหมาย การเข้าชื่อเพื่อเสนอให้วุฒิสภาลดถอนนักการเมือง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสร้างกลไกองค์กรอิสระต่างๆ ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ติดตาม และดำเนินการตามกฎหมายต่อนักการเมืองที่ประพฤติมิชอบได้อีกหลายช่องทาง

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการปฏิรูปการเมืองครั้งนั้น ได้เสนอแนวคิดสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดการปฏิรูปได้ คือ แนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” โดยได้อธิบายความหมายไว้ว่า

“พลังอำนาจในสังคมมี ๓ อย่างคือ พลังอำนาจรัฐ พลังอำนาจทุน และพลังอำนาจทางสังคม พลังอำนาจทั้ง ๓ ต้องได้ดุลเป็นสังคมสมานภาพ จึงจะเกิดความเป็นธรรม แต่ที่ผ่านมาพลังอำนาจทางสังคมมีน้อยมาก เมื่อเทียบกับพลังอำนาจรัฐและพลังอำนาจทุน สังคมจึงเสียดุลอย่างรุนแรงและไม่ยั่งยืน”^{๒๙}

แนวคิดเดียวกันนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีการประสานพลังการขับเคลื่อนด้วยการสร้างองค์ความรู้ควบคู่ไปกับการสร้างเครือข่ายทางสังคม และการผลักดันในเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการตรากฎหมายใหม่ คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการดังกล่าวมาประสบความสำเร็จหลังการรัฐประหารในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ และมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้น ซึ่งมีแนวคิดสำคัญคือ การสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง ผ่านเครื่องมือสำคัญได้แก่ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของนโยบาย แผนงานหรือโครงการขนาดใหญ่ของภาครัฐและเอกชน (Health impact assessment) และการจัด “สมัชชาสุขภาพ” ซึ่งมีทั้งสมัชชาระดับชาติ สมัชชาระดับพื้นที่ และสมัชชาเฉพาะประเด็น ทั้งนี้ มติจากสมัชชาสุขภาพ หากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติก็สามารถนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้เห็นชอบและสั่งการให้หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการต่อไป

กล่าวได้ว่า “สมัชชาสุขภาพ” คือรูปธรรมที่ชัดเจนที่สุดของการสร้างกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยการนำแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” มาใช้ในทางปฏิบัติ โดยประกอบด้วยสามยุทธศาสตร์หลัก คือ การสร้างองค์ความรู้ การขับเคลื่อนภาคสังคม และการมีส่วนร่วมทางการเมือง การประเมินการจัดสมัชชาสุขภาพในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งเป็นช่วงแรกๆ ของการเคลื่อนไหวผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพแสดงให้เห็นว่า สมัชชาสุขภาพเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการทบทวนองค์ความรู้หลากหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ เชื่อมโยงกับกลุ่มก้อนองค์กร ภาควิชาและเครือข่ายต่างๆ ที่เข้ามาร่วมไตร่ตรอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และแสวงหาข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ยิ่งในระยะเวลาหลังจากที่มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และมีระเบียบกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดสมัชชา รวมทั้งมีสถานภาพในทางกฎหมายที่ทำให้มติสมัชชาเมื่อได้รับรองจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน สามารถนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านการเห็นชอบจากกระทรวงสาธารณสุขหรือรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข สมัชชาสุขภาพก็กลายเป็นช่องทางที่สำคัญที่จะผลักดันนโยบาย ที่ภาควิชาการและภาคประชาชนสามารถเข้ามาใช้ได้อย่างเปิดกว้างและมีความหมายมากกว่าเดิม

สมัชชาเป็นชื่อที่ถูกใช้ในความหมายต่างๆ กัน “สมัชชาคนจน” กับ “สมัชชาสุขภาพ” นั้น แม้จะใช้ชื่อเรียกว่าเป็น “สมัชชา” เช่นเดียวกัน แต่หากเปรียบเทียบรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองก็จะเห็นได้อย่าง

^{๒๙} whitethunder lucio, (นามแฝง) ศ.นพ.ประเวศนำทัพสมัชชาปฏิรูป เพิ่มพลังพลเมือง สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ [online] แหล่งที่มา : www.qlf.or.th/Home/Details?contentid=308. ๒ เมษายน ๒๕๕๕. [๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๖].

ชัดเจนว่า “สมัชชาคนจน” เป็นรูปแบบการเคลื่อนไหวทางการเมือง (Political activism) ในขณะที่ “สมัชชาสุขภาพ” เป็นรูปแบบการถกแถลงเพื่อหาทางออกในเชิงนโยบาย (Deliberation) ทั้งสองต่างมีจุดเด่นและข้อด้อยที่แตกต่างกัน ไอร์ริส ยัง (Iris Young) ได้เขียนบทความเปรียบเทียบรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองระหว่างสิ่งที่เขาเรียกว่า Political activism หรือการเคลื่อนไหวชุมนุมทางการเมือง กับ Deliberative democracy หรือประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง^{๓๐} และได้ชี้ถึงจุดอ่อนของ Deliberative democracy ว่ามักไม่สามารถทำในลักษณะเปิดกว้างได้อย่างแท้จริง และประเด็นที่นำมาถกเถียงกันก็มักจะต้องจำกัดอยู่ในกรอบของสถาบันทางสังคมที่เป็นอยู่ ซึ่งมักจะมีความไม่เป็นธรรมดำรงอยู่ก่อนหน้าแล้ว ข้อประเด็นและทางเลือกต่างๆ จึงมีข้อจำกัดที่ทำให้การถกแถลงร่วมไตร่ตรองเป็นเพียงการสืบทอดโครงสร้างแห่งความไม่เป็นธรรมนั้นและเป็นไปไม่ได้ที่จะทำลายความไม่เป็นธรรมนั้นได้จากข้อจำกัดเหล่านี้

ในขณะเดียวกัน การเคลื่อนไหวชุมนุมทางการเมืองนั้นสามารถกระทำได้โดยไม่ถูกจำกัดในกรอบและสามารถกระตุ้นให้สังคมเกิดความตื่นตัวและรับรู้ประเด็นปัญหาได้อย่างกว้างขวางมากกว่าการถกแถลงในห้องประชุม แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเช่นกัน เพราะเป็นรูปแบบการเคลื่อนไหวทางการเมืองที่ขึ้นกับแกนนำในการกำหนดประเด็นการเคลื่อนไหวต่อรอง และมักไม่มีการอภิปรายรับฟังความคิดเห็นหรือฟังเหตุผลของผู้ที่เห็นต่าง

ไอร์ริส ยังสรุปว่า รูปแบบทั้งสองต่างก็มีจุดแข็งจุดอ่อนที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีจุดคล้ายและจุดต่างระหว่างกัน ในแง่หนึ่งการชุมนุมประท้วงก็อาจถือได้ว่าเป็นการเจรจาอย่างหนึ่ง เป็นช่องทางที่จะนำเสนอประเด็นที่อาจนำเสนอได้ยากในรูปแบบของการถกแถลงหรือประชุมอภิปรายไตร่ตรองร่วมกัน การเคลื่อนไหวทางการเมืองต่างๆ มักไม่ได้เลือกใช้รูปแบบใดรูปแบบเดียว นักเคลื่อนไหวต่างๆ ล้วนแต่ต้องเลือกรับปรับใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองที่แตกต่างกันนี้ตามเงื่อนไขและสถานการณ์ที่เหมาะสม ไอร์ริส ยัง ยังได้เสนอให้ปรับรูปแบบให้การร่วมไตร่ตรองถกแถลงเป็นอิสระจากโครงสร้างอำนาจที่ดำรงอยู่และเน้นให้มีการรับฟังความเห็นที่แสดงออกในรูปแบบอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการชุมนุมประท้วง ที่อาจดูรุนแรงไร้ระเบียบและไม่มีการเสนอข้อมูลและทางออกที่ชัดเจนตั้งแต่ต้น รูปแบบทั้งสองจึงอาจถือว่าเป็นความแตกต่างบนแถบสเปกตรัมของการมีส่วนร่วมทางการเมืองที่ส่งเสริมซึ่งกันและกันได้หากมีการเลือกใช้และผสมผสานกันให้เหมาะสม

๔. วิวัฒนาการของสมัชชาสุขภาพ: จากสมัชชาสาธิต สู่สมัชชาเต็มรูปแบบ

การปฏิรูปการเมืองและการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๐ เกิดขึ้นในบริบทของวิกฤตทางการเมือง “ต้มยำกุ้ง” ที่ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างกว้างขวาง กระแสการปฏิรูปเพื่อแสวงหาแนวทางใหม่ๆ เกิดขึ้นในแวดวงต่างๆ อย่างกว้างขวาง สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพหรือ สปรส. ได้ถูกก่อตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่ผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ ระดมสมองในเรื่อง “ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์” และเริ่มผลักดันให้เกิดกระแสในวงกว้างขึ้นจากการจัดงาน “ตลาดนัดสุขภาพ” โดยมีการนำแนวคิดเรื่องสมัชชาสุขภาพมาทดลองดำเนินการเป็น “สมัชชาสาธิต” ขึ้นในระหว่างวันที่ ๓-๕ กันยายน ๒๕๔๓ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นตัวแทนจากภาคประชาชน และพลเมืองที่มีบทบาทในองค์กรเอกชน

^{๓๐} Young, Iris Marion. Activist Challenges to Deliberative Democracy. *Political Theory*. 29 (5, Oct. 2001), pp. 670-690.

และประชาคมสุขภาพต่างๆ ทั้งผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในองค์กรชุมชนระดับรากหญ้า องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาชีพ มูลนิธิ องค์กรสาธารณประโยชน์ และองค์การภาคประชาสังคมอื่นๆ ที่มาประชุมร่วมกันนำเสนอ ปัญหา แนวคิด และรูปธรรมความคิดริเริ่มต่างๆ ในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

นับตั้งแต่การประชุมสภาิิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นต้นมา สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติหรือ สปรส. ได้ร่วมกับเครือข่ายประชาคมสุขภาพต่างๆ จัดประชุม “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น ต่อเนื่องกันมารวม ๗ ครั้งก่อนที่จะมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และมีการจัด สมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ทำให้การประชุมครั้งนั้นถูกนับเป็น “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑” และมีการจัดต่อเนื่องมาทุกปี โดยนอกจากสมัชชาสุขภาพในระดับชาติแล้ว พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติยังได้ระบุให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นควบคู่ไปด้วย

หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ รูปแบบสมัชชาสุขภาพได้เกิดการปรับเปลี่ยนครั้งสำคัญอีกครั้งหนึ่ง คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้ง คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สข.) ขึ้น โดยมี นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้คุ้นเคยและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกเป็นอย่างดีเป็นประธานกรรมการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ได้ประยุกต์เอากระบวนการประชุมของสมัชชาองค์การอนามัยโลกมาใช้ แม้ว่ารูปแบบและระเบียบการประชุมจะคล้ายคลึงกับสมัชชาองค์การอนามัยโลก แต่จุดที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิงก็คือระบบโครงสร้างทั้งหมดของสมัชชา ทั้งสถานภาพและศักยภาพของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็แตกต่างไปจากคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ที่สำคัญสมัชชาองค์การอนามัยโลกเป็นการประชุมสมัชชาของผู้แทนประเทศสมาชิกทั้งหมด ในขณะที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยมีผู้เข้าร่วมทั้งที่เป็นตัวแทนจากกลุ่มเครือข่ายภูมิภาคจาก ๗๖ จังหวัด และจาก ๓ ภาคส่วนหลัก คือ ภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในรูปแบบที่เป็นทางการนี้ถูกจัดต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบ มีการจัดกลุ่มองค์กรที่จะเชิญเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพฯ ในรูปกลุ่มเครือข่าย (Constituency) และเปิดให้องค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ เสนอประเด็นต่อ คจ.สข. เพื่อคัดเลือกและจัดเป็นระเบียบวาระของการประชุมสมัชชาฯ มีการทำงานทางวิชาการเพื่อพัฒนาข้อเสนอรายประเด็น ส่งกลับไปให้องค์กรภาคีต่างๆ ให้ความเห็นเพิ่มเติม แล้วจัดเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการประชุมรวมทั้งเอกสารของระเบียบวาระมีทีมวิชาการเฉพาะประเด็นเป็นผู้จัดเตรียมร่างที่หนึ่งของเอกสารหลัก (Main document จำนวนไม่เกิน ๖ หน้า) และเอกสารร่างมติ (Draft resolution จำนวนไม่เกิน ๒ หน้า) เพื่อให้ภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพทั้งหมดได้พิจารณาและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นทีมวิชาการเฉพาะประเด็นจะทำการปรับปรุงเป็นร่างที่สองเพื่อจัดส่งให้ภาคีเครือข่ายอีกครั้ง พร้อมทั้งนำเข้าที่พิจารณาในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อหาฉันทามติจากที่ประชุมให้ได้เป็นเอกสารมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (Resolution) รายละเอียดกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑^{๓๑}

^{๓๑} สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๑. (นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด).

ในทางปฏิบัติ รูปแบบการจัดสมัชชาที่เป็นทางการ มีระบบระเบียบ เอกสารการประชุมที่มีรูปแบบเฉพาะ สถานที่จัดประชุม คืออาคารสหประชาชาติที่มีการรักษาความปลอดภัยอย่างหนาแน่น รวมทั้งการมีบุคคลสำคัญระดับชาติและผู้แทนจากองค์กรต่างประเทศเข้าร่วมประชุม ได้ทำให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีความขลัง อลังการ และเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับการประชุมเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม รายงานการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในรูปแบบที่ประยุกต์มาจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ๒ ครั้งแรกได้สะท้อนถึงจุดอ่อนสำคัญๆ ที่จำเป็นต้องพิจารณาปรับปรุง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องรูปแบบกระบวนการประชุม ความสมดุลเท่าเทียมกันของภาคส่วนต่างๆ ในการคัดเลือกประเด็น กำหนดเนื้อหาและรูปแบบสมัชชา ศักยภาพทางวิชาการของภาคีเครือข่าย ความเป็นตัวแทนของสมาชิกสมัชชา ปัญหาหน่วยงานภาครัฐไม่มีส่วนร่วมและไม่ให้ความสำคัญทั้งในการเข้าร่วมประชุม สมัชชาและการผลักดันหรือนำมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งมีข้อเสนอแนะให้แสวงหารูปแบบการประชุมที่จะเสริมเติมพลังชีวิตและพลังการเรียนรู้ให้แก่สมัชชาสุขภาพ

การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่นั้นมีการผสมผสานรูปแบบและกระบวนการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการได้อย่างยืดหยุ่น ภาคส่วนต่างๆ และภาคประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมได้มากกว่า สมัชชาระดับชาติ องค์กรประชาสังคมในระดับพื้นที่สามารถใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการจัดตั้ง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสวงหาความร่วมมือ ประสานงาน และจัดการกับปัญหาในระดับพื้นที่ได้ดี หลายแห่งได้รับความยอมรับและความร่วมมือจากองค์กรรัฐในพื้นที่ ส่วนปัญหาที่พบเป็นเรื่องกลไกการจัดการที่ส่วนใหญ่อาศัย บุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก บุคลากรเหล่านี้มาทำหน้าที่ประสานงานสมัชชาด้วยใจรัก แต่มักถูกมองว่างานสมัชชาเป็นงานนอกหน้าที่ ซึ่งทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานและผู้บริหาร นอกจากนี้ยังพบปัญหาในพื้นที่ที่ทำงานในประเด็นที่อ่อนไหวทางการเมือง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยศักยภาพทางวิชาการที่เข้มแข็งเพื่อผลักดันประเด็น และข้อเสนอของสมัชชาให้เป็นที่ยอมรับ

ในส่วนของสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นนั้นเป็นช่องทางที่ถูกใช้โดยองค์กรต่างๆ ทั้งในภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน มีความคล่องตัวและยืดหยุ่นสูง ดำเนินกระบวนการได้หลากหลายรูปแบบ สามารถระดมผู้มีส่วนได้เสียเข้าร่วมในกระบวนการได้ดี มีข้อจำกัดในเรื่องเวลาน้อยกว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทำให้มีโอกาที่จะอภิปรายถกเถียงกันได้อย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง ซึ่งทำให้มีรูปแบบที่ใกล้เคียงกับการถกแถลงและไตร่ตรองร่วมกัน (Deliberation) มากที่สุด จึงอาจเหมาะสำหรับใช้รองรับประเด็นที่มีลักษณะยืดเยื้อ (แทนที่จะนำเสนอในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีเวลาค่อนข้างจำกัด) สามารถรับรองประกอบให้เหมาะสมและมีความเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้เสียได้ง่าย การที่สมัชชาเฉพาะประเด็นเป็นเรื่องที่มีนักวิชาการให้ความสนใจ ทำให้มติของสมัชชามีโอกาสผลักดันเป็นนโยบายผ่านมติคณะรัฐมนตรีหรือช่องทางอื่นๆ ได้ดี แม้จะยังมีปัญหาการผลักดันไปสู่การปฏิบัติก็ตาม

๕. ทำไมศึกษาเรย์ทิน นโยบายเข้าถึงยา และการกลายเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

การจัดสมัชชาสุขภาพ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๑ เป็นต้นไป กล่าวได้ว่า เป็นการเริ่มต้นใหม่กระบวนการสมัชชาสุขภาพใหม่อย่างมีกฎเกณฑ์ กระบวนการ และรูปแบบที่ชัดเจน และมติของสมัชชามีผลตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยใช้คำว่า “มติสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑” และมติครั้งที่ ๒, ๓, ๔, ๕ ในปีต่อๆ ไปในการอ้างอิงถึงประเด็นต่างๆ ที่ “นำเข้า” และ ออกจากสมัชชาในฐานะ “มติ” เพื่อ

นำเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาเสนอต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป การทำงานสมัชชาสุขภาพดังกล่าวจึงมีสองขั้นตอนหรือสองกระบวนการ คือ กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายเพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชา (ซึ่งมักเรียกในหมู่คนทำงานสมัชชาว่า “ขาขึ้น”) และกระบวนการเมื่อมีมติสมัชชาสุขภาพออกมาแล้ว ซึ่งจะต้องขับเคลื่อนมติต่างๆ เหล่านั้นให้เกิดผลในทางปฏิบัติ (ซึ่งเคยเรียกกันว่า “ขาลง” และต่อมาเปลี่ยนมาใช้คำที่มีความหมายดีกว่าว่า “ขาเคลื่อน”) ในระยะเวลา ๗ ปีที่ผ่านมา มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ๖ ครั้ง มีมติสมัชชาแห่งชาติแล้วทั้งสิ้น ๕๙ มติ และได้มีการเสนอให้คณะรัฐมนตรีเพื่อทราบจำนวน ๑๓ มติ และเพื่อให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ ๑๖ มติ

กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินับตั้งแต่ “ขาขึ้น” ไปจนถึง “ขาเคลื่อน” นั้นมีความสลับซับซ้อนและหลายกรณีมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน การสร้างกระบวนการทั้งขาขึ้นและขาเคลื่อนให้ตอบสนองต่อแนวคิดเรื่องการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมนั้นเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนและยุ่งยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเด็นสมัชชาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอำนาจและผลประโยชน์ต่างๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน ในการวิเคราะห์บทเรียน “กระบวนการสมัชชาสุขภาพกับการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” นี้ได้เลือกวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง ๓ กรณีศึกษาที่มีความน่าสนใจและมีพลวัตการขับเคลื่อนที่แตกต่างกันดังนี้คือ

มติสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ เรื่องการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยและครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ เรื่องการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย มติทั้งสองนี้มาจากวาระที่เสนอโดยภาคนักวิชาการและองค์การพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้อง การพิจารณาประเด็นเรื่องการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยในสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินับเป็นระเบียบวาระแรกของการพิจารณาที่ถูกนำไปเสนอให้พิจารณาในห้องยัดเยื่อ เนื่องจากไม่สามารถหาข้อยุติได้ โดยมีผู้แทนจากสมาคมธุรกิจเอกชนที่เกี่ยวข้องกับเภสัชภัณฑ์ และองค์กรพัฒนาเอกชนผู้เสนอระเบียบวาระต่างอภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นใช้เวลาในห้องยัดเยื่อยาวนานกว่า ๘ ชั่วโมงจึงได้ฉันทมติ และนับเป็นจุดเริ่มบทบาทของภาคีภาคธุรกิจเอกชนในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในระยะต่อมา

ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ มีการพิจารณาประเด็น การยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เพื่อลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประเด็นสืบเนื่องมาจากสมัชชาสุขภาพครั้งที่ ๑ ทั้งมติเรื่องเรื่องการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยและเรื่องการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สข. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยขึ้น และเสนอแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าวต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ต่อมาคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ขึ้นเพื่อนำเอาแผนปฏิบัติการฯ ไปพิจารณาและพัฒนาให้เกิดเป็น “นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ” ที่ผ่านการเห็นชอบจาก ครม. และมียุทธศาสตร์ด้านต่างๆ ที่ครอบคลุมประเด็นเรื่องการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย และการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเข้าไว้ด้วย ปัจจุบันคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งอยู่ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมจริยธรรมผู้ส่งยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่

ขาดจริยธรรม รวมทั้งมีการดำเนินการเพื่อจัดทำ “ร่างเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศ ไทย” ขึ้น

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๓ เรื่อง มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายเหิน นำเสนอเข้าสู่ สมัชชาสุขภาพโดยภาควิชาการด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ที่เกาะติดประเด็นดังกล่าวมาก่อน หลังจาก สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติและรับรองยุทธศาสตร์เรื่องการทำให้สังคมไทยไร้รายเหินแล้ว สุข.ได้นำมติสมัชชา สุขภาพฯ และยุทธศาสตร์ดังกล่าว เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรีตามลำดับ แม้ว่า คณะรัฐมนตรีจะให้ความเห็นชอบแต่ก็มีเงื่อนไขภายใต้มติที่มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาอยู่หลาย ประการ กระบวนการขับเคลื่อนหลังจากนั้น พบว่าภาคธุรกิจที่มีผลประโยชน์เกี่ยวข้องทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย พยายามเข้ามาบีบบังคับในเวทีต่างๆ และพยายามหาโอกาสชี้แจงกับประธานการประชุม ในภาควิชาการมี ความเห็นที่แตกต่างกันอย่างสุดขั้ว และต่างพยายามแสดงบทบาทเป็นฐานความรู้สู่การตัดสินใจทางนโยบาย ขณะที่ในกระบวนการนอกสมัชชาสุขภาพก็มีความพยายามของนักธุรกิจและนักวิชาการที่จะเข้ามาช่วยสนับสนุน การดำเนินการตามนโยบาย ในขณะที่ฝ่ายนักธุรกิจที่ไม่เห็นด้วยก็ทำการเผยแพร่ข้อมูลและรณรงค์ผ่านสื่อเพื่อ คัดค้านการดำเนินการตามมติสมัชชาด้วย นอกจากนี้ ยังมีความพยายามของประเทศที่เป็นแหล่งผลิตรายเหินที่ ส่งเข้ามาจำหน่ายในประเทศไทยก็ได้เข้ามาบีบบังคับในการกำหนดนโยบายด้วย

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ เรื่อง นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ประเด็นที่เสนอ เข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติโดยภาควิชาการธุรกิจเอกชน โดยเริ่มจากความต้องการเพียงเพื่อใช้กระบวนการ สมัชชาเป็นช่องทางในการเผยแพร่ให้สาธารณชนได้รู้จักและเข้าใจนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเท่านั้น แต่ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สุข.) เห็นเป็นโอกาสในการสร้างแนวร่วมภาคธุรกิจเอกชนใน กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในขั้นตอนการเสนอแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการ เฉพาะประเด็นก็มีความพยายามทั้งจากภาคธุรกิจและภาคองค์กรพัฒนาเอกชนที่จะเสนอรายชื่อประธานและ คณะทำงาน ในกระบวนการพัฒนาเอกสาร และการประชุมคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น ประธาน คณะทำงานได้มีการกำหนดหลักการร่วมโดยเน้นการใช้หลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่เชื่อถือได้ เป็นที่ยอมรับอย่าง เพียงพอ นอกจากนี้คณะทำงานวิชาการฯ ได้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นอย่างเป็นระบบมาก ในระหว่างการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีการหารือรอบในระเบียบวาระดังกล่าว แม้จะไม่ถึงกับเป็นห้องยัดเยียด จนในที่สุดมี มติเกี่ยวกับนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติออกมา

มติจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้อ้างอิง “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เป็นพื้นฐาน ในการกำหนดเป็นข้อมติอย่างชัดเจน โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๖ ข้อ ๔๓ ระบุว่า “ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ราคาไม่แพง ระบบ บริการนี้ต้องสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และรัฐควรสนับสนุนระบบที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่ มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลักโดยไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ” ต่อมา มติสมัชชาสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพในส่วนดังกล่าวได้เป็นส่วนอ้างอิงที่ทำให้เกิดการระงับมติของ คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) ที่มีการส่งเสริมธุรกิจทางการแพทย์ที่ไม่สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพ จนเกิดการทำงานร่วมของสำนักงานบีโอไอและภาควิชาการเพื่อยกร่างกรอบการส่งเสริมการลงทุนด้านสุขภาพที่

สอดคล้องกับธรรมนูญฯ ซึ่งในระหว่างกรรมาการร่างสมาคมธุรกิจบริการสุขภาพมีความเคลื่อนไหวเพื่อพยายาม
คัดค้านกระบวนการดังกล่าวตลอดมา

จนถึงปัจจุบัน ประเด็นนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติยังเป็นนโยบายสำคัญที่ถูกผลักดันในทาง
ปฏิบัติจากทุกรัฐบาล ดังที่ปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ ๑๑ และการเกิดขึ้นของศูนย์ความเป็น
เลิศทางการแพทย์ในโรงเรียนแพทย์ ภายใต้นโยบาย Medical Hub ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประเด็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติจึงเป็นนโยบายที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และภาคีหลายภาค
ส่วนต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

ใน ๓ บทต่อจากนี้ไป จะเป็นการนำเสนอรูปธรรมการขับเคลื่อนของแต่ละประเด็น ตั้งแต่ “ขาขึ้น” จนถึง
“ขาเคลื่อน” ว่า แนวคิด “สมัชชาสุขภาพ” ที่ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบ
มีส่วนร่วมนี้ถูกแปลเป็นรูปธรรมในทางปฏิบัติอย่างไร มีจุดเด่นจุดด้อย ศักยภาพและอุปสรรคอะไรบ้าง สามารถ
สร้างการมีส่วนร่วมได้หรือไม่ได้ในแง่ใดบ้าง เพื่อที่จะเป็นบทเรียนสำหรับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่นับวัน
ยังมีความสลับซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับผู้คนและผลประโยชน์ที่หลากหลายมากขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในส่วนที่เป็นเอกสาร

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๘). *ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๕๕). *สมัชชาสุขภาพ ปรัชญา แนวคิดและจิตวิญญาณ*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (๒๕๔๖). รายงานผลการศึกษา การประเมินสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: บทวิเคราะห์จากมุมมองความเคลื่อนไหวภาคพลเมือง, ทูสนับสนุนโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. อุดรธานี.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (๒๕๔๒). *วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกสิทธิ์ และความเป็นอื่น*. กรุงเทพฯ: วิชาษา.
- นวลน้อย ตริรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ. (๒๕๕๕). *การเมืองคุณอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประภาส ปันตกแต่ง. (๒๕๔๑). ๙๙ วันสมัชชาคนจนและประวัติศาสตร์การเดินขบวนชุมนุมประท้วงในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก.
- สายศิริ ด่านวัฒนะ. (บรรณาธิการ). (๒๕๔๘ ก). *ผลึกแห่งการเรียนรู้ ๔ ปี สมัชชาสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๗: แนวคิดและประสบการณ์การสร้างเสริมระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมผ่านพื้นที่สาธารณะและขบวนการประชาสังคมโดยใช้ “สุขภาพ” เป็นประเด็นขับเคลื่อน*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- สายศิริ ด่านวัฒนะ. (บรรณาธิการ). (๒๕๔๘ ข). *ถักทอสายใย: บันทึกความทรงจำเมื่อครั้งภาคีปฏิรูประบบสุขภาพ ร่วมกันจุดพลุสร้างนำซ่อมในงาน “ตลาดนัดปฏิรูป (ระบบ) สุขภาพ”* กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- สุนีย์ สุขสว่าง. (บรรณาธิการ). (๒๕๕๐). *แกะรอยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๙ “อยู่เย็นเป็นสุขทุกชีวิตด้วยหลักเศรษฐกิจพอเพียง”* (เรียบเรียงโดย วิวัฒน์ วรรังสิกุล) นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- อรัญญา ศิริผล และสุรสม กฤษณะจุฑะ. (บรรณาธิการ). (๒๕๔๔). *ถอดรหัสการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการเมือง.
- Bader, Veit and Paul Hirst. (2001). *Associative Democracy: The real third way*. London: Frank Cass Publisher.
- Bourdieu, Pierre. (1999). Rethinking the State: Genesis and Structure of the Bureaucratic Field. In George Steinmetz. (ed.) *State/Culture, State-Formation after the Cultural Turn*. Ithaca and London: Cornell University Press.
- Catt, H. (1999). *Democracy in Practice*. London: Routledge.
- Chambers, Simone. (2003). Deliberative Democratic Theory. *Annu. Rev. Polit. Sci.*, 6. pp. 307-326.

- Cheema, G. Shabbir. (2005). *Building Democratic Institutions, Governance Reform in Developing Countries*. Connecticut, USA: Kumarian Press.
- Cohen, Joshua, and Joel Rodgers. (1993). Associative Democracy. In P. Bardham and J. Roemer, (eds.) *Market Socialism: The Current Debate*. New York: Oxford University Press.
- Dryzek, John. (2000). *Deliberative Democracy and Beyond*. Oxford: Oxford University Press.
- Elster, J. (ed.). *Deliberative Democracy*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fauconnier, Gilles and Mark Turner. (2002). *The Way We Think: Conceptual blending and the mind's hidden complexities*. New York: Basic Books.
- Fearon, James D. (1998). Deliberation as Discussion. In J. Elster (ed.) *Deliberative Democracy*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gunsteren, H. Van. (1998). *Theory of Citizenship: Organizing Plurality in Contemporary Democracies*. Boulder: Westview Press.
- Gutmann, Amy and Dennis Thompson.(1997). Deliberating about bioethics. *Hastings Cen. Rep.* 27(3).
- Habermas, Jurgen. (1975). *Legitimation Crisis*. Cambridge, MA: Beacon.
- Harvey, M. (2009). Drama, Talk, and Emotion: Omitted Aspects of Public Participation. *Science, Technology & Human Values*. 34: 2 Mar.
- Hirst, P. (2013). Associative democracy: new forms of economic and social governance. John Wiley & Sons.
- Komatra Chuengsatansup. (2008). *Deliberative Action: Civil Society and Health Systems Reform in Thailand*. Nonthaburi: National Health Commission Office.
- McCoy, Martha L. and Patrick L.Scully. (2002). Deliberative Dialogue to Expand Civic Engagement: What Kind of Talk Does Democracy Need? *National Civic Review*, 91(2).
- Morgan, L. (1988). *Community participation in health, The politics of primary care in Costa Rica*. Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Nutbeam, D. and Elizabeth Harris. (2013). *Theory in a Nutshell: A practical guide to health Promotion theory*. 2nd ed. Australia: McGraw-Hill Australia Pty Ltd.,.
- Parkinson, John. (2003). Legitimacy Problems in Deliberative Democracy. *Political Studies*, 51
- 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.
- Thavitong Hongvivatana et al. (1993). *Alternatives to Primary CareVolunteers in Thailand*. Nakhonpathom, Thailand: Center for Health Policy Studies, Mahidol University.

Young, Iris Marion. (2001). Activist Challenges to Deliberative Democracy. *Political Theory*. 29 (5): 670-690.

เอกสารอ้างอิงส่วนที่เป็นเว็บไซต์

ไม่ระบุผู้เขียน. [online] แหล่งที่มา : [www.nha2009.samatcha.org home/เส้นทางสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ](http://www.nha2009.samatcha.org/home/เส้นทางสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ)
[๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๖].

Besley, John C., et al., (2008). Interpersonal Discussion Following Citizen Engagement About Nanotechnology: What, If Anything, Do They Say?. *Science Communication*. 30 (209)
[Online] Available : <http://scx.sagepub.com/content/30/2/2229>. [2013, June 19].

Chilvers, Jason. (2008). Deliberating Competence: Theoretical and Practitioner Perspectives on Effective Participatory Appraisal Practice. *Science, Technology, & Human Value*, 33 (2) March, 2008): 155-185. [Online] available at <http://www.jstor.org/stable/29734030>. [2013, February 19].

whitethunder lucio (นามแฝง). ศ.นพ.ประเวศน์ำทัพสมัชชาปฏิรูป เพิ่มพลังพลเมือง สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ เขียนโดย ๒ เมษายน ๒๕๕๕ [online] แหล่งที่มา : www.qlf.or.th/Home/Details?contentid=308. [๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๖].

Zimmerman, Robert F. Student "Revolution" in Thailand: The End of the Thai Bureaucratic Polity? (*Asian Survey*, 14 (6) (Jun., 1974): 509-529. [Online] available <http://www.jstor.org/stable/2642680>. [2013, May 19].

บทที่ ๒

กรณีศึกษานโยบายสาธารณะด้านยา: การเข้าถึงยาของประชาชนและการยุติการส่งเสริม การขายยาที่ขาดจริยธรรม

ผศ.ดร.วิบูลย์ วัฒนนามกุล^๑
สุภณัย ประเสริฐสุข^๒
จำปี วงศ์นาค^๓

๑. ความสำคัญของปัญหา

ท่ามกลางการพัฒนาทางเทคโนโลยีการแพทย์ ยาถือเป็นผลผลิตทางเทคโนโลยีที่โดดเด่นของมนุษยชาติ และนับวันยิ่งมีบทบาทสำคัญมากขึ้นในกระบวนการรักษาโรค แม้ว่าจะมียาใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพถูกคิดค้นขึ้นเป็นจำนวนมาก แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าประชาชนและผู้ป่วยทั่วโลกจะสามารถเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากยาใหม่ๆ เหล่านี้ การเข้าถึงไม่ถึงยายังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้คนจำนวนมาก ในระดับโลกมีการประมาณการกันว่าประชากรโลกราว ๒ พันล้านคน (หนึ่งในสามของประชากรโลกทั้งหมด) เข้าไม่ถึงยาจำเป็น^๔ สำหรับประเทศไทยค่าใช้จ่ายด้านยาในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีมูลค่า ๖๔,๑๐๓ ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น ๑๗๒,๐๑๙ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ หากคิดเป็นอัตราส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศพบว่ารายจ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑.๐๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นร้อยละ ๒.๐๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐^๕ จากค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้การเรียกร้องค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นปัญหาที่สำคัญ

ในขณะที่ปัญหาการเรียกร้องค่าใช้จ่ายด้านยากำลังเพิ่มมากขึ้น บริษัทยากลับมีการใช้งบประมาณจำนวนมากในการส่งเสริมการขายและการโฆษณา ยา จนหลายกรณีเกิดข้อสงสัยต่อจริยธรรมในกระบวนการขายยา เช่น การให้ของขวัญ การแจกตัวอย่างยา การเลี้ยงอาหาร การให้เงินสนับสนุนการเดินทางหรือที่พักในการเข้าร่วมประชุมวิชาการ การให้เงินสนับสนุนการทำวิจัยหรือการนำเสนอผลงานวิชาการ^๖ ค่าใช้จ่ายด้านการตลาด ทั้งการส่งเสริมการขายและการโฆษณายานี้กลายเป็นต้นทุนที่บริษัทยาต้องบวกเพิ่มเข้าไปในราคายา เป็นผลให้ยามีราคาที่สูงขึ้นและยิ่งทำให้การเข้าถึงยามีปัญหามากขึ้นไปอีก วงจรดังกล่าวได้ทำให้การแก้ปัญหาการเข้าถึงยากับปัญหาการส่งเสริมการขายยาเป็นเรื่องที่ไม่อาจแยกขาดออกจากกันได้

ตามหลักการแล้วการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์เป็นการปฏิบัติตามความรู้ ความชำนาญที่ได้รู้ เรียนมา การตัดสินใจสั่งจ่ายยาจะต้องมีมาตรฐานมาจากพื้นฐานความรู้ทางการแพทย์ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าแพทย์ที่ได้รับเงินจากบริษัทยาเพื่อการทำวิจัย เป็นวิทยากร หรือให้การสนับสนุนในการประชุมวิชาการก็

^๑ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

^๒ เภสัชกรประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.

^๓ เภสัชกรประจำกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.

^๔ Mok, A. Emily, International assistance and cooperation for access to essential medicines. *Health and Human Rights*, 12 (1, 2010) pp. 73-81.

^๕ นุศราพร เกษสมบุรณ์, ค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องสวนกระแสเศรษฐกิจ ใน ยุพดี ศิริสินสุข อรรถวรรณ เกตุเจริญ. (บรรณาธิการ). *รายงานสถานการณ์ระบบยา ประจำปี ๒๕๕๒*. (กรุงเทพฯ: แผนงานเฝ้าระวังและพัฒนา ระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๓).

^๖ Wazana, Ashley, Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA*, 283 (3, 2000), pp. 373-380.

มักจะนำเสนอให้มีการจัดหายาของยาบริษัทนั้นเข้าสู่บัญชียาโรงพยาบาล” ในขณะที่การทำงานของผู้แทนยา ซึ่งมีหน้าที่ให้ข้อมูลด้านยาแก่แพทย์ แต่จากการศึกษากลับพบว่าสิ่งที่เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้แพทย์สั่งยาของ บริษัทนั้นไม่ได้อยู่ที่การให้ข้อมูล แต่อยู่ที่การสร้างความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างผู้แทนยากับแพทย์^๔ ซึ่ง กลายเป็นปัญหาที่มีความหมิ่นเหม่ในเชิงจริยธรรมและบั่นทอนความน่าเชื่อถือของวิชาชีพแพทย์

แม้ที่ผ่านมาจะมีความพยายามในการแก้ปัญหาการเข้าถึงยาและจริยธรรมในการส่งเสริมการขายยา อยู่เป็นระยะ แต่สถานการณ์ก็ไม่ได้คลี่คลายลงไปอย่างน่าพึงพอใจ ในราว ๔-๕ ปีที่ผ่านมาจึงมีการเสนอวาระ เข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวาระเรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยในการประชุม สมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ และในปีต่อมา สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติให้ยุติการส่งเสริมการขาย ยาที่ขาดจริยธรรม เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วยในการประชุมสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ ต่อมาคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบกับมติของการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ดังกล่าว และได้ถูกกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติต่อมา

นโยบายการเข้าถึงยาและปัญหาจริยธรรมในการส่งเสริมการขายยาเป็นนโยบายสาธารณะที่ส่งผล กระทบกว้างขวางต่อสุขภาพของประชาชน กระบวนการกำหนดนโยบายดังกล่าวมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็น จำนวนมากและมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องมหาศาล ทั้งยังเป็นปัญหาที่ต้องการความรู้ความเข้าใจในทาง การแพทย์และเภสัชศาสตร์มาประกอบในการกำหนดนโยบาย บทเรียนของกระบวนการสมัชชาในเรื่อง นโยบายการเข้าถึงยาของประชาชนและการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ผิดจริยธรรมที่ผ่านมา มีทั้งศักยภาพ และข้อจำกัดที่ควรมีการวิเคราะห์ให้ชัดเจน เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ที่ต่อไปในอนาคต

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาต่างๆ ตั้งแต่อดีต ในเรื่องการเข้าถึงยาของประชากรไทย
๒. เพื่อศึกษาแนวคิดพื้นฐานต่างๆ ที่สำคัญต่อกระบวนการขายยาของบริษัทยา
๓. เพื่อศึกษากระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในเรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย และการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
๔. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการสมัชชาเรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยและการยุติการ ส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

๓. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับแนวคิด หลักการ กระบวนการและขั้นตอนของสมัชชาสุขภาพ ตลอดจนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการขายยาของธุรกิจยา ความเป็นวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งถือเป็นบริบทที่มี

^๔ Chren, Mary-Magaret, Landefeld, Seth., Physicians' Behavior and Their Interactions with Drug Companies: A Controlled Study of Physicians Who Requested Additions to a Hospital Drug Formulary. JAMA, 271 (9, 1994), pp. 684-689.

^๕ วิบูลย์ วัฒนนามกุล, ของกำนัลและความซี. *การเดินทางของสินค้าสมัยใหม่*. (กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, ๒๕๕๐).

ความจำเพาะในการขายยา นอกจากนี้ยังได้ทำการศึกษาเอกสารต่างๆ ที่เชื่อมโยงไปสู่ผู้คน หรือหน่วยงานที่มีบทบาททั้งเห็นด้วยและเห็นต่าง ในประเด็นการเข้าถึงยาและจริยธรรมในการขายยา

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและสร้างประเด็นหลักที่จะศึกษาเพิ่มเติมหรือเพื่อตรวจสอบ และนำประเด็นเหล่านี้ไปสัมภาษณ์เจาะลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่อไป

จากข้อมูลที่ได้ทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เจาะลึก ทีมวิจัยได้ทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ โดยอาศัยวิธีการ Thematic analysis^๔ ผลการศึกษาที่ได้มีการนำเสนอเป็นระยะๆ ต่อทีมวิจัยชุดใหญ่ และต่อที่ประชุมที่มีผู้เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ของสำนักงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อวิจารณ์ และนำมาปรับปรุงการศึกษา

๔. การนำเสนอผลการศึกษา

ผลการศึกษาในครั้งนี้นำเสนอแบ่งออกเป็น ๔ ส่วนได้แก่

ส่วนที่ ๑ ลำดับเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะการเข้าถึงยาของประชาชนไทย โดยแบ่งลำดับเหตุการณ์ตามพัฒนาการออกเป็น ๑๐ ช่วงเวลา ในแต่ละช่วงมีเหตุการณ์สำคัญต่างๆ ที่จะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการเข้าถึงยาของประชากรไทยและจริยธรรมในการขายยา

ส่วนที่ ๒ การส่งเสริมการขายยา นำเสนอบทวิเคราะห์เรื่อง ความเป็นเหตุเป็นผลทางการแพทย์และอิทธิพลของธุรกิจยา และการกำกับดูแลตนเองของวิชาชีพแพทย์ ซึ่งยังมีปัญหาในเชิงปฏิบัติอยู่ไม่น้อย การกระทำที่หมิ่นเหม่ต่อจริยธรรมยังคงดำรงอยู่ เช่น การรักษาที่เกินจำเป็นและการจ่ายยาที่คล้อยไปตามการนำเสนอของผู้แทน

ส่วนที่ ๓ ถอดบทเรียนกระบวนการสมัชชา เรียงลำดับตั้งแต่การกำหนดประเด็นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย กระบวนการผลักดันข้อเสนอเพื่อรับการรับรอง และขับเคลื่อนมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติว่า มีความเป็นมาและเป็นไปอย่างไร

ส่วนที่ ๔ บทวิเคราะห์กระบวนการสมัชชา การผลักดัน ตีรอง และสร้างเครือข่ายภายในวงสมัชชาสุขภาพ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจริงในกระบวนการสมัชชาว่ามีศักยภาพและข้อจำกัดอย่างไร

ส่วนที่ ๕ บทวิเคราะห์เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา เป็นการสรุปและให้ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะผ่านสมัชชาสุขภาพ

^๔ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ ตรวจสอบหารูปแบบ (pattern) หรือ theme ที่มีอยู่ในข้อมูลซึ่งสะท้อนออกมาจากคำ วลี ประโยค หรือความหมายสำคัญที่ได้มาจากข้อมูล.

ส่วนที่ ๑ การเข้าถึงยาของสังคมไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยและเรื่องการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ถูกนำเสนอในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ และครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ ตามลำดับ โดยทั้งสองเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบมติและถูกกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติในเวลาต่อมา ในการผลักดันนโยบายดังกล่าวมีกลุ่มผู้เกี่ยวข้องหลากหลาย ทั้งกลุ่มนักวิชาการที่ทำงานเกี่ยวกับนโยบายด้านยา ผู้แทนจากสมาคมธุรกิจเอกชนที่เกี่ยวข้องกับเภสัชภัณฑ์และองค์กรพัฒนาเอกชนผู้เสนอระเบียบวาระ ได้มาร่วมกันไตร่ตรองแลกเปลี่ยนความเห็น และพิจารณาหาข้อตกลงร่วมกันในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่กว้างขวางเกิดขึ้นในสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นรูปแบบการกำหนดนโยบายที่แตกต่างอย่างสิ้นเชิงจากกระบวนการนโยบายที่เคยเป็นมาในอดีต

ในอดีตกระบวนการนโยบายมักถูกกำหนดโดยกลไกในระบบราชการเป็นหลัก นโยบายต่างๆ ที่จะนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้มีมติรับรองนั้นเป็นเรื่องที่จะต้องริเริ่มโดยหน่วยราชการเป็นต้นเรื่อง และจัดทำความเห็นผ่านรัฐมนตรีเพื่อเสนอเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี กระบวนการดังกล่าวมักขาดการมีส่วนร่วมของภาคสังคมและภาควิชาการ โดยเฉพาะนโยบายสาธารณะที่มีกลุ่มผู้ได้เสียในทางผลประโยชน์ กลุ่มผู้ที่ได้ประโยชน์และผลักดันนโยบายสาธารณะมักจะเป็นคนละกลุ่มกับผู้เสียประโยชน์ ซึ่งมักจะนำไปสู่ความขัดแย้ง และยากที่จะหาข้อยุติได้ การผลักดันนโยบายลักษณะนี้จึงมักเป็นไปในลักษณะปิดลับหรือกีดกันไม่ให้ผู้ที่มีความเห็นต่างได้เข้าไปมีส่วนร่วม มักจะนำมาซึ่งความขัดแย้งที่รุนแรงและยากที่จะจัดการได้ การเปิดพื้นที่เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูล สร้างความเข้าใจร่วมกันด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจึงเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างฉันทมติและหาทางออกให้กับปัญหาที่เต็มไปด้วยผลประโยชน์ซับซ้อนได้

เพื่อให้การทำความเข้าใจกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านยาอย่างสัมพันธ์กับบริบททางประวัติศาสตร์ การนำเสนอผลการศึกษานี้จะเริ่มในส่วนแรกด้วยการทบทวนพัฒนาการของนโยบายแห่งชาติด้านยา โดยจะชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละยุคสมัย โดยจะลำดับให้เห็นเป็น ๑๐ ช่วงตอนของการเปลี่ยนแปลงคือ

๑. ยุคการเข้ามาของยาฝรั่ง
๒. ยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒
๓. WHO กับการพัฒนานโยบายยาแห่งชาติ
๔. การเข้าถึงยาจำเป็นเริ่มถูกให้ความสำคัญ
๕. การต่อสู้เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาชน: กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี
๖. วิฤตทางการเงินปี พ.ศ. ๒๕๔๐
๗. การปฏิรูปทางการเมืองและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
๘. พัฒนาการภาคประชาชนเพื่อการเข้าถึงยาจำเป็น
๙. สิทธิบัตรยา อุปสรรคต่อการเข้าถึงยา
๑๐. สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา จุดประกายเพื่อการเข้าถึงยาจำเป็น

๑. ยุคการเข้ามาของยาฝรั่ง

“ยาฝรั่ง” ได้รับการเผยแพร่ให้กับประชาชนผ่านบทบาทของคณะมิชชันนารีที่เข้ามาเผยแผ่ศาสนาในประเทศไทย ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระองค์ทรงเห็นว่าการแพทย์ฝรั่งเหนือกว่าการแพทย์ของไทย จึงมีพระบรมราชานุญาตให้ขยายกิจการของมิชชันนารีออกไปยังต่างจังหวัดได้^{๑๐} แต่การเข้าถึงยาฝรั่งผ่านทางมิชชันนารีก็เป็นไปอย่างจำกัด จนเมื่อมีการตั้งร้านขายยาของรัฐชื่อว่า โอสธศาลา ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด เมื่อ พ.ศ. ๒๔๔๕ มีตำรับยาฝรั่งคือ ยาแก้ไอ (ควินิน) ยาถ่าย ยาแก้ท้อง ยาแก้โรคไส้เดือน ยาแก้โรคบิด ยาบำรุงโลหิต ยาแก้คุดทะราดและเข้าข้อ และยาแก้จุกเสียด จำหน่ายให้กับประชาชนในราคาถูก แต่กระนั้นความนิยม “ยาฝรั่ง” โดยเฉพาะในต่างจังหวัดก็ยังมีไม่มาก ต้องมีตำรับยาไทยโบราณออกจำหน่ายร่วมด้วย^{๑๑} แม้แต่ที่โรงพยาบาลศิริราชเองในยุคแรกต้องใช้วิธีการต่างๆ หลายวิธีเพื่อชักจูงให้คนไทยมารับบริการด้วยยาแผนปัจจุบัน

รัฐเริ่มมีบทบาทในการควบคุมหรือจัดระบบยาเมื่อยาฝรั่งเริ่มเป็นที่แพร่หลายในระดับหนึ่งแล้ว โดยในปี พ.ศ. ๒๔๕๑ ได้มีการตรากฎหมายลักษณะอาญาขึ้นห้ามมิให้มีการผลิตยาปลอม ต่อมาอีกเกือบ ๓ ทศวรรษ จึงมี พ.ร.บ. ควบคุมการขายยา พ.ศ. ๒๔๗๙ ขึ้น^{๑๒} ซึ่งมีเนื้อหาเน้นความสำคัญในการควบคุมสถานที่ผลิต นำเข้า ส่งออกและขายยา มีข้อกำหนดด้านความปลอดภัย คุณภาพ และประสิทธิภาพของยาเป็นหลัก หลังจากนั้นมีการยกเลิกและออก พ.ร.บ. ฉบับใหม่ และมีการปรับปรุงแก้ไขหลายครั้งให้มีความเหมาะสมกับปัญหาการใช้ยาในสมัยนั้น ซึ่งปรากฏปัญหาทั้งในด้านการเข้าไม่ถึงยาจำเป็นของพื้นที่ห่างไกลความเจริญ ในขณะเดียวกันก็มียาอันตรายแพร่หลายไปในพื้นที่ชนบทอย่างขาดการควบคุม

๒. ยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒

จุดหักเหสำคัญที่ทำให้ยาแผนปัจจุบันถูกนำออกสู่พื้นที่ชนบทเกิดขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ เนื่องจากในช่วงสงครามได้เกิดภาวะขาดแคลนยาอย่างรุนแรง ทำให้รัฐบาลมีนโยบายที่จะพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนปัจจุบันขึ้น โดยการเชิญชวนให้ต่างชาติเข้ามาตั้งโรงงานผลิตยาในประเทศและสนับสนุนให้มีการนำเข้ายามากขึ้น รวมทั้งมีการตั้งโรงงานผลิตยาของรัฐ ผลที่ตามมาทำให้มียาแผนปัจจุบันจำนวนมากทั้งจากยุโรป อเมริกา ญี่ปุ่นและไต้หวันกระจายอยู่ในร้านยากว่า ๘,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศ^{๑๓} ทำให้ยาแผนปัจจุบันกระจายไปสู่ประชาชนในพื้นที่ชนบทอย่างแทบไม่มีการควบคุม คันนิงแฮม (Cunningham) นักมานุษยวิทยาที่ได้เข้ามาศึกษาหมอฉีดยาในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๐๗-๒๕๑๐ พบว่ามีการใช้บริการหมอฉีดยาอย่างกว้างขวาง มากกว่าการไปใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขถึงร้อยละ ๒๑^{๑๔}

^{๑๐} อวย เกตุสิงห์, การแพทย์ไทยกับการแพทย์ตะวันตก. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. ๑ (๒, ๒๕๒๑), น ๑๒.

^{๑๑} ดุราละเอียดจาก รุจินาถ อรรถสิษฐ์, ปัญหาและแนวทางการพัฒนาเวชกรรมไทย. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ). การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง. (โครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๓๐).

^{๑๒} ดุราละเอียดจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ลือชัย ศรีเงินยวง และวิจิต เปานิล, ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม. (นันทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๐).

^{๑๓} Cunningham, Clerk E., Thai ‘injection doctors’: Antibiotic mediators. *Soc Sci Med.* 4 (1, 1970), 3.

^{๑๔} Cunningham, Clerk E., Thai ‘injection doctors’: Antibiotic mediators. (*Soc Sci Med*, 4 (1, 1970), 8.

หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ประเทศไทยเริ่มขยายบริการสุขภาพออกไปสู่ชนบทมากขึ้น มีการสร้างสถานพยาบาลทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ในขณะที่ผลพวงของการพัฒนาได้ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจสังคมมากขึ้น ในยุคสงครามเย็นที่ติดตามมาหลังจากสงครามโลกสิ้นสุดลงนั้นถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่คนไทยขาดหลักประกันสุขภาพอย่างรุนแรง มีความเสี่ยงทางการเงินสูงมากเมื่อต้องประสบกับสภาวะความเจ็บป่วยทั้งของตนเองและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว^{๓๔} บางครัวเรือนนั้นถึงขั้นล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการไปใช้บริการทางด้านสุขภาพ

สำหรับการใช้ยาของคนไทยช่วงนี้เป็นไปในลักษณะจำกัด พื้นที่ชนบทห่างไกลขาดแคลนยาแผนปัจจุบันที่จำเป็นพื้นฐาน ยาส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่เมืองซึ่งเป็นปัญหาหลักในช่วงเวลาดังกล่าวที่กลไกการกระจายยาของประเทศยังไม่เกิดขึ้น ขณะที่ภาพรวมของระบบยาประเทศไทยนั้นไม่สามารถพึ่งพาตนเองด้านยาได้ จำเป็นต้องสั่งและนำเข้ายาแผนปัจจุบันและวัตถุดิบจากต่างประเทศเป็นหลัก ดังนั้นระบบการบริหารจัดการด้านยา การกระจายยาและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลนั้น จึงเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งของระบบยาประเทศไทยในขณะนั้น

ปัญหาต่างๆ ในระบบยาของประเทศไทย เช่น ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ปัญหาสเตียรอยด์ ยาที่ต่างประเทศเลิกใช้แล้วแต่ยังคงนำเข้ามายาขายในประเทศไทย ได้รับการให้ความสนใจนำมาศึกษาอย่างเป็นระบบมากขึ้น ภายหลังการเกิดกลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) ขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ ซึ่ง กศย. นี้เองต่อมาได้กลายเป็นฟันเฟืองสำคัญที่ผลักดันให้เกิดนโยบายแห่งชาติด้านยาและความเปลี่ยนแปลงหลายเรื่องของระบบยาประเทศไทย

๓. WHO กับการพัฒนานโยบายแห่งชาติด้านยา

ในสถานการณ์ที่ประเทศต่างๆ ประสบปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงยาที่เป็นของประชาชนและมีการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผล เช่น ยาอันตรายและยาที่ควรมีการควบคุม ในปี พ.ศ. ๒๕๒๒ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้เสนอให้ประเทศสมาชิกในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๓๑ (World Health Assembly: WHA) กำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยาขึ้นในประเทศของตนเพื่อพัฒนาระบบยาของประเทศและให้ประชาชนได้เข้าถึงยาจำเป็นได้อย่างทั่วถึง เพียงพอและเหมาะสม มติจากที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกนี้ถือเป็นตัวเร่งสำคัญที่ทำให้การพัฒนาระบบยาในประเทศไทยที่เริ่มก่อรูปมาบ้างแล้วนั้น ได้รับการสานต่อจนเกิดเป็นนโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับแรกขึ้น พร้อมๆ กันนั้นบัญชียา (จำเป็น) แห่งชาติฉบับแรกก็ได้ถือกำเนิดขึ้นมาภายหลังที่นโยบายแห่งชาติด้านยาได้ถูกนำมาใช้ไม่นาน

การแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำนโยบายแห่งชาติด้านยาเกิดขึ้น ในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ โดยรัฐบาลในขณะนั้น ได้ทำให้เกิดองค์กรถาวรระดับประเทศในด้านการควบคุมกำกับการใช้ยาตามนโยบายแห่งชาติด้านยาที่เกิดขึ้น ซึ่งมุ่งเน้นที่จะแก้ไขปัญหาการจัดหายาพื้นฐานที่จำเป็น ให้พร้อมและเพียงพอแก่ประชาชนแม้จะอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ควบคู่ไปกับการควบคุมคุณภาพยาให้มีความปลอดภัยในการใช้และเตรียมความพร้อมในเรื่องความมั่นคงทางยา ให้ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้โดยให้มีการพัฒนาระบบอุตสาหกรรมยาในประเทศ รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดการค้าและวิจัยเพื่อการพัฒนาด้วย

^{๓๔} ดูรายละเอียดจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก ๒๕๔๔-๒๕๕๓. (นนทบุรี: ดีเอ็มเบอรี่, ๒๕๕๕).

ช่วงเวลาของการเกิดนโยบายแห่งชาติด้านยานั้นถือว่าเป็นจังหวะที่สิ่งแวดล้อมทางนโยบายเอื้อต่อการดำเนินการ เนื่องจากเป็นช่วงที่เกิดนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Policy) ที่มุ่งการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ด้วยการพัฒนาสาธารณสุขแบบบูรณาการ แผนนโยบายดังกล่าวซึ่งปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๔ โดยมีการตั้งเป้าให้สังคมไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ (Health for all by the year ๒๐๐๐) ส่งผลให้นโยบายต่างๆ ทางด้านสาธารณสุขดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน

๔. การเข้าถึงยาจำเป็นเริ่มถูกให้ความสำคัญ

การประกาศใช้นโยบายแห่งชาติด้านยานฉบับที่ ๑ มีผลให้ปัญหาการเข้าถึงยาจำเป็นบางส่วนได้รับการแก้ไข กลไกการกระจายยาจำเป็นสู่พื้นที่ห่างไกลเริ่มมีผล การใช้ยาอย่างสมเหตุผลภายใต้ข้อกำหนดของบัญชียาจำเป็นแห่งชาติก็ได้ออกเป็นรูปธรรมมากขึ้น แม้จะมีข้อจำกัดที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมครบถ้วนและยังคงปรากฏมีการใช้ยาเกินจำเป็นอยู่ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับแรกได้ถูกประกาศใช้ เพื่อเป็นมาตรการที่ช่วยให้การใช้ยาเป็นไปอย่างสมเหตุผล บัญชียาหลักแห่งชาติที่ถูกนำไปใช้กับสถานพยาบาลระดับต่างๆ ทั่วประเทศนั้นแม้จะได้ผลระดับหนึ่ง แต่ก็ปรากฏข้อขัดข้องที่ไม่สามารถนำไปใช้อย่างครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก จึงได้มีการปรับปรุง แก้ไข พร้อมด้วยการแต่งตั้งคณะกรรมการแห่งชาติด้านยาใน ปี พ.ศ. ๒๕๒๕ ซึ่งนับเป็นกลไกสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการกำกับ ติดตามและดำเนินการต่างๆ ในเกือบทุกมิติของนโยบายแห่งชาติด้านยา

มาตรการที่จะทำให้การใช้ยาเป็นไปอย่างสมเหตุผลมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๒๖ มีการประกาศระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องการซื้อยาของสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขหรือการซื้อยาด้วยเงินงบประมาณของหน่วยงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหลังจากนั้นก็ประกาศให้สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งต้องซื้อยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติตามที่ระเบียบกำหนด ในปี พ.ศ. ๒๕๒๘ และได้มีการปรับแก้ระเบียบว่าด้วยจัดซื้อจัดหายาอยู่อีกหลายครั้ง ซึ่งได้ทำให้ยาพื้นฐานที่จำเป็นถูกกระจาย นำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม มีหลักเกณฑ์การใช้และเป็นแบบแผนเดียวกันมากยิ่งขึ้น

นโยบายแห่งชาติด้านยานฉบับที่ ๒ ถูกประกาศใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ โดยมีการปรับแก้ในหลายประเด็น แต่ก็ยังคงไว้ซึ่งการให้ความสำคัญกับการเข้าถึงยาถ้วนหน้า การใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการพัฒนาเพื่อความมั่นคงทางยาเหมือนในฉบับที่ ๑ และได้เพิ่มความเข้มข้นในเรื่องเกี่ยวกับการบริหารจัดการ ระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อให้การกระจายยาให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น มาตรการต่างๆ ที่มีการนำมาใช้นี้มีผลในทางปฏิบัติในการจัดซื้อยา โดยมีการกำหนดราคากลางยา ซึ่งทำให้การใช้ทรัพยากรและงบประมาณด้านยามีประสิทธิภาพมากขึ้นและช่วยให้การกระจายยาไปสู่ประชาชนดีขึ้นไปด้วย อย่างไรก็ตามกระบวนการพัฒนานโยบายด้านยาดังกล่าวเป็นผลมาจากการผลักดันของกลไกภาครัฐเป็นด้านหลัก ภาคประชาชนยังแทบไม่มีส่วนร่วมในนโยบายดังกล่าว การเข้าถึงยาของประชาชนเป็นผลลัพธ์จากการขยายตัวของโรงพยาบาลและสถานอนามัย ซึ่งรัฐบาลพยายามสร้างกระจายไปในทุกพื้นที่ โดยรัฐบาลเป็นผู้กำหนดสิทธิและสวัสดิการที่ประชาชนจะได้รับการสงเคราะห์

สำหรับกลุ่มแรงงานภาคเอกชนนั้น มีสวัสดิการรักษายาตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ โดยใน ๓ ปีแรกกฎหมายฉบับนี้บังคับใช้กับกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๒๐ คนขึ้นไป หลังจากนั้นจึงบังคับ

ใช้กับกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๑๐ คนขึ้นไป ต่อมาในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๕ กองทุนประกันสังคมก็ได้ขยายความครอบคลุมไปยังภาคเอกชนที่มีลูกจ้าง ๑ คนขึ้นไป

แม้จะมีการจัดสวัสดิการรักษายาบาลเพื่อให้ครอบคลุมมากที่สุด ทั้งการดำเนินการประกันสุขภาพแบบบังคับและแบบสมัครใจ แต่ก็ยังครอบคลุมจำนวนประชากรเพียง ๒ ใน ๓ ของประชากรไทยทั้งหมดในปี พ.ศ. ๒๕๔๔^{๑๖} ก่อนที่จะมีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๕. การต่อสู้เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาชน: กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โรคเอดส์ที่ระบาดอย่างกว้างขวางในช่วงหลังของทศวรรษ ๒๕๒๐ ชะตากรรมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีได้ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อรวมตัวเพื่อช่วยเหลือกัน เมื่อมีയാต้านไวรัสที่สามารถใช้รักษาต่ออายุผู้ติดเชื้อได้ กลุ่มผู้ติดเชื้อ องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการและองค์กรรัฐบางส่วนได้ต่อสู้เพื่อการเข้าถึงยาต้านไวรัส การต่อสู้ดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อการเข้าถึงยาที่จำเป็นสำหรับชีวิตและส่งผลกระทบต่อเนื่องจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าครั้งสำคัญ

แม้จะมีความตื่นตัวในทางนโยบายต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นับตั้งแต่เริ่มปรากฏปัญหาขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ หลังการพบผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย โดยมีกองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อเป็นกลไกสำคัญในช่วงแรกของการดำเนินนโยบายด้านเอดส์ แต่เมื่อปรากฏว่าไม่สามารถควบคุมการแพร่ของเชื้อเอชไอวีอย่างได้ผล จึงมีการปรับเปลี่ยนกลไกเพื่อแก้ไขปัญหา โดยการตั้งกองโรคเอดส์ขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ และในอีก ๑ ปีถัดมาได้แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติขึ้น โดยคณะกรรมการชุดนี้ประกอบไปด้วยหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ซึ่งช่วยทำให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทยมีระบบมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในระยะแรกของการดำเนินนโยบายนั้น จุดเน้นสำคัญยังอยู่ที่การควบคุมการแพร่ระบาดและการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ส่วนด้านการรักษาการติดเชื้อนั้นยังไม่มี การค้นพบยาที่รักษาโรคเอดส์ได้ จนต่อมาเมื่อเริ่มมีการศึกษาวิจัยและคิดค้นเกี่ยวกับยาจนสามารถคิดสูตรยาต้านไวรัสขึ้น ผู้ติดเชื้อที่เคยรอวันตายโดยไม่มียารักษาจึงเกิดความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ แต่ปัญหาก็คือ ยาต้านไวรัสนั้นมีอยู่อย่างจำกัดและมีราคาแพงเนื่องจากติดปัญหาเรื่องสิทธิบัตรยา ปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างเท่าเทียม ได้กลายมาเป็นปัญหาใหญ่ของกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ในงานประชุมเอดส์เอเชียแปซิฟิก ภาคประชาชนและกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ในประเทศไทยได้เริ่มมีการเคลื่อนไหวเพื่อการเข้าถึงยาได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึงในนาม “กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย” โดยได้ชี้ให้เห็นว่าการไม่สามารถเข้าถึงยาจำเป็นนั้นเกิดจากยาต้านไวรัสเอชไอวีนั้นมีการผูกขาดและติดสิทธิบัตรของบริษัทยาข้ามชาติ การต่อสู้เรื่องสิทธิบัตรยานี้ต่อมากลายเป็นประเด็นสำคัญในการผลักดันนโยบายเพื่อการเข้าถึงยาจำเป็นได้ถ้วนหน้า

^{๑๖} สุรจิต สุนทรธรรม, สัมฤทธิ์ ศรีธีารังสวัสดิ์, จิรณม ศรีรัตนบัลล์และคณะ, *ระบบประกันสุขภาพไทย*. (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, ๒๕๕๕).

๖. วิกฤตทางการเงินปี พ.ศ. ๒๕๔๐

ก่อนที่เศรษฐกิจไทยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๐ ประเทศไทยมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสูงและต่อเนื่องมากกว่าหนึ่งทศวรรษ แต่เมื่อเข้าสู่ครึ่งปีหลัง พ.ศ. ๒๕๔๐ สภาพเศรษฐกิจของประเทศได้ทรุดตัวลงอย่างรุนแรง วิกฤตทางการเงินนี้ไม่เพียงแต่ทำให้รัฐบาลต้องประกาศเปลี่ยนระบบอัตราแลกเปลี่ยนจากระบบตะกร้าเงิน (Basket of currencies) ที่ผูกติดกับดอลลาร์สหรัฐอเมริกาเป็นส่วนใหญ่มาลอยตัวภายใต้การจัดการ (Managed float) แต่ยังต้องอาศัยเงินกู้จากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) และธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (ADB) เพื่อกู้เศรษฐกิจที่ขาดสภาพคล่องในระบบอย่างรุนแรง สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างมากและทำให้เกิดนโยบายสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบการบริหารยาและเวชภัณฑ์ใหม่ โดยเพิ่มสัดส่วนรายการยาสามัญ (generic drug) ที่ผลิตภายในประเทศเข้าไปในบัญชียาของโรงพยาบาล เกิดมาตรการลดปริมาณยาคงคลังและรูปแบบการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์เพื่อลดรายจ่าย รวมไปถึงการกระชับสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มข้าราชการ ในขณะที่ผู้ประกอบการเกี่ยวกับยาทั้งผู้ผลิต นำเข้า และผู้แทนจำหน่ายต้องปรับตัวเพื่อให้ธุรกิจอยู่รอด เช่น การลดต้นทุนการผลิตและปรับเปลี่ยนราคาขาย ในขณะที่ผู้ผลิตยาในประเทศหลายรายก็ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากเหตุการณ์นี้กระทั่งต้องยอมปิดโรงงานผลิตลง

อย่างไรก็ตาม วิกฤตทางการเงินครั้งนี้นับได้ว่าเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนานโยบายยา เพราะได้ทำให้เกิดการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขครั้งสำคัญ ทั้งด้านการคุมปริมาณยาคงคลัง การจัดซื้อยาสำรองไว้ในปริมาณเท่าที่จำเป็น มีการใช้ยาสามัญกันมากขึ้น รวมทั้งยังทำให้เกิดการพัฒนาระบบการตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพยาและระบบข้อมูลด้านคุณภาพและราคาขายขึ้นอีกด้วย

๗. การปฏิรูปการเมืองและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ถูกผลักดันมาตั้งแต่ช่วงทศวรรษ ๒๕๓๐ ถึงต้นทศวรรษ ๒๕๔๐ โดยปี พ.ศ. ๒๕๓๖ มีการประชุมระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปี พ.ศ. ๒๕๓๙ เป็นการระดมความเห็นจากนักวิชาการนานาชาติเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... ฉบับแรกได้ผ่านความเห็นชอบของกรรมาธิการสาธารณสุขของรัฐสภา แต่ไม่สามารถออกเป็นกฎหมายได้ในขณะนั้น เนื่องจากเกิดการยุบสภาขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๓๙

วิกฤตทางการเงินในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ กลายเป็นกระแสนุ้ให้เกิดการปฏิรูปการเมืองซึ่งนำมาสู่การประกาศใช้รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ในรัฐธรรมนูญฉบับนี้มีการบัญญัติเรื่องสิทธิที่ทุกคนมีเท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้ต้องมีสิทธิในการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยรัฐต้องจัดและส่งเสริมให้ได้รับบริการอย่างทั่วถึง^{๑๗} แผนพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๘ (ปี พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔) ก็ได้กำหนดเป้าหมายในการให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพร้อยละ ๑๐๐ ต่อมาองค์กรเอกชนและเครือข่ายองค์กรภาคประชาชนได้ร่วมกันผลักดันนโยบายหลักประกัน

^{๑๗} ราชกิจจานุเบกษา, รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ (ฉบับถ้อยแถลง). (๒๕๔๐ เล่ม ๑๔ ตอนที่ ๕๕ก วันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๐).

สุขภาพถ้วนหน้าโดยการรวบรวมรายชื่อประชาชน ๖๐,๐๐๐ คนเพื่อผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของภาคประชาชนขึ้น

ในขณะเดียวกัน พรรคไทยรักไทยภายใต้การนำของทักษิณ ชินวัตรได้นำเอาแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปใช้หาเสียงภายใต้ “โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค” และได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งทั่วไปเมื่อปี พ.ศ.๒๕๔๔ ในปีต่อมา รัฐสภาได้ผ่านพระราชบัญญัติว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ออกมาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕ การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการเข้าถึงยาของประชาชนไทย โดยเฉพาะการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้การนำของ นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เลขาธิการคนแรก ที่เปิดโอกาสให้องค์กรเอกชนและเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายบริการสุขภาพอย่างชัดเจน

การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำให้ความครอบคลุมของการมีประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นมาก กล่าวคือ ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมร้อยละ ๖๙ และปี พ.ศ. ๒๕๔๖ หลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมถึงร้อยละ ๙๕ เมื่อพิจารณา rayจ่ายสุขภาพรวมของประเทศ ก็พบว่า rayจ่ายมีมูลค่าสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะในภาครัฐมีอัตราการเพิ่มมากกว่า rayจ่ายของภาคเอกชน และเมื่อเทียบ rayจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐกับ rayจ่ายภาครัฐทั้งหมด พบว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๕ ช่วงก่อนมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นร้อยละ ๒๐ หลังมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง^{๑๔} ทั้งนี้ตั้งแต่มีระบบหลักประกันถ้วนหน้าและมีหลักประกันในการเข้าถึงยารักษาโรคเอดส์และการบำบัดโรคไตวายระยะสุดท้าย แนวโน้มสัดส่วนค่าใช้จ่ายในภาครัฐก็เพิ่มขึ้นสูงมาก นอกจากนี้หากพิจารณา rayจ่ายด้านยาของประเทศไทย ก็พบว่ามีส่วนที่สูงขึ้นต่อ rayจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ rayจ่ายด้านยามีสูงถึงร้อยละ ๔๖.๔ เมื่อเทียบกับ rayจ่ายด้านสุขภาพ^{๑๕}

๘. พัฒนาการภาคประชาชนเพื่อการเข้าถึงยาจำเป็น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ นั้น แม้จะมีแนวคิดให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึง แต่กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีกลับพบว่าไม่สามารถเข้าถึงยาจำเป็นได้ ด้วยปรากฏว่าชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดพื้นฐานของนโยบายนี้อย่างมาก กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ได้พยายามดันรนเพื่อให้ได้มาซึ่งยาต้านไวรัสโดยการรวมตัวกันในรูปของ Buyer's Club (เครือข่ายร่วมกันซื้อยาต้านไวรัสเอชไอวี) ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๘ เพื่อจัดหาหายจากต่างประเทศที่มีราคาถูกกว่ามาใช้รักษาตนเอง ต่อมาจึงมีการเคลื่อนไหวและเรียกร้องรัฐบาล จนในที่สุดกระทรวงสาธารณสุขก็รับหลักการให้นำยาต้านไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ องค์การเภสัชกรรมได้ผลิตยาต้านไวรัสสูตรรวมตัวยา ๓ ชนิดไว้ด้วยกัน (GPO-Vir) ทำให้มีราคาถูกลงกว่าเดิมมาก และในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ รัฐบาลก็ประกาศโครงการยาต้านไวรัส (ARV) เข้าสู่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นทางการและในวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ ก็ได้ประกาศให้ยา

^{๑๔} สุรจิต สุนทรธรรม, สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ, ระบบประกันสุขภาพไทย. (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, ๒๕๕๕).

^{๑๕} สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ.๒๕๕๑ - ๒๕๕๓. (กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔).

ต้านไวรัสเอชไอวีเป็นสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วประเทศ

๙. สิทธิบัตรยา อุปสรรคต่อการเข้าถึงยา

ระบบสิทธิบัตรเป็นการให้ประโยชน์สำหรับการประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่แก่ผู้คิดค้น ป้องกันมิให้ผู้อื่นมาละเมิดหรือยึดเอาเป็นของตนเอง ประเทศไทยมี พ.ร.บ. สิทธิบัตรฉบับแรกในปี พ.ศ. ๒๕๒๒ โดยผลิตภัณฑ์ยาได้รับการคุ้มครองเฉพาะกระบวนการผลิต (process patent) เท่านั้น ไม่ได้ให้การคุ้มครองผลิตภัณฑ์ (product patent) จึงทำให้โรงงานผลิตยาในประเทศสามารถผลิตยาสามัญ (generic drug) ออกมาขายแข่งกับยาต้นแบบ (original drug) ได้เพียงแค่ใช้วิธีการผลิตที่ต่างไปเท่านั้น โดยที่ยาสามัญเหล่านี้มีราคาถูกกว่ายาต้นแบบมาก

ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้มีการแก้กฎหมายสิทธิบัตรเนื่องจากถูกกดดันจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่ต้องการให้ไทยคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอย่างเข้มงวด โดยเฉพาะในอุตสาหกรรมยาที่มีมูลค่ามหาศาล รัฐบาลสหรัฐอเมริกาได้ข่มขู่และกดดันรัฐบาลไทยในหลายช่องทางโดยเฉพาะการขู่ตัดสิทธิพิเศษทางการค้าและศุลกากร จนรัฐบาลไทยต้องยอมแก้กฎหมายสิทธิบัตรให้ขยายความคุ้มครองสิทธิบัตรไปถึงการคุ้มครองตัวผลิตภัณฑ์ด้วย อีกทั้งยังให้ขยายอายุสิทธิบัตรออกไปจากเดิมคุ้มครอง ๑๕ ปีให้เป็น ๒๐ ปี ซึ่งทำให้บริษัทยาในประเทศไม่สามารถผลิตยาสามัญออกมาแข่งกับยาต้นแบบได้ในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เป็นผลให้เกิดการผูกขาดการผลิตและทำให้ราคายาแพงขึ้น และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศพัฒนาได้น้อยลง

๑๐. สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา จุดประกายเพื่อการเข้าถึงยาจำเป็น

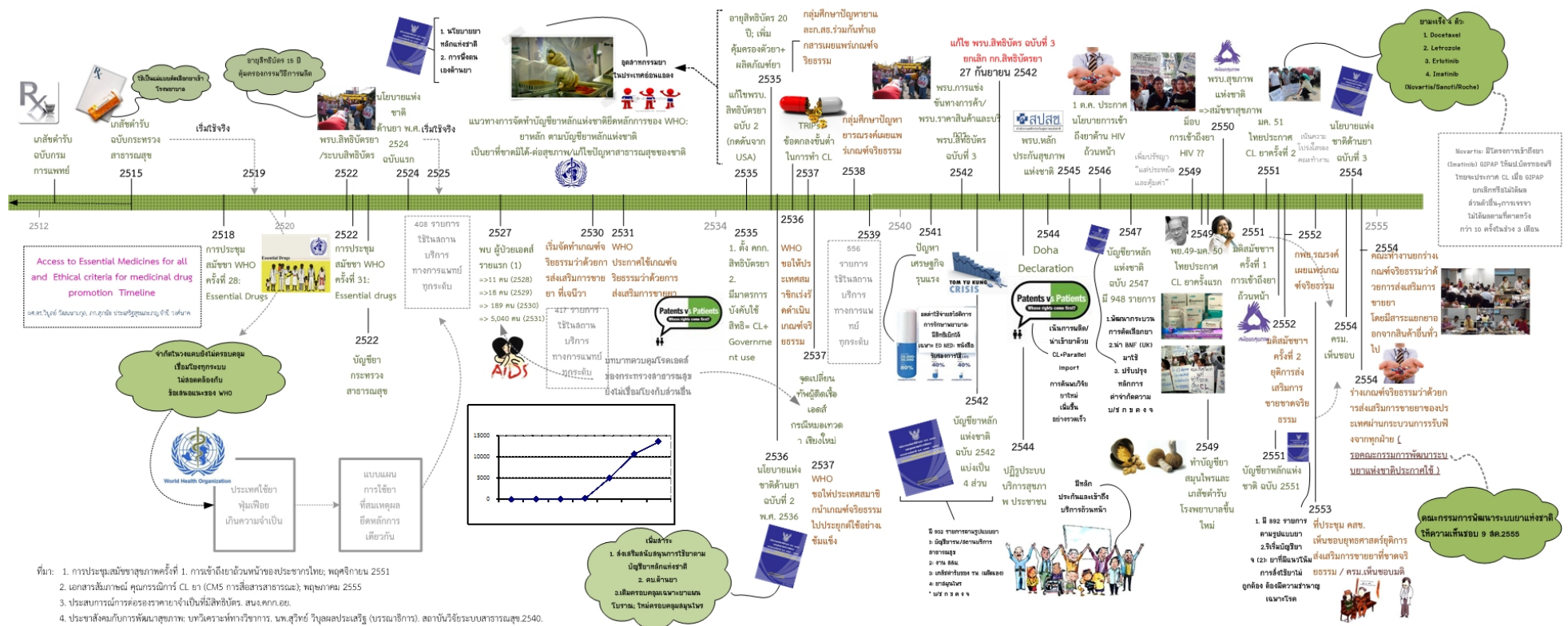
สิทธิบัตรเป็นอุปสรรคสำคัญในการขัดขวางการเข้าถึงยาจำเป็นของประชาชน โดยเฉพาะยาใหม่ ซึ่งมักจะติดสิทธิบัตรอยู่เสมอเช่น ยาต้านไวรัสเอชไอวีสำหรับผู้ติดเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นยาชั้นที่สูงขึ้น (second line drug) ไม่ใช่ยาสูตรพื้นฐานที่ถูกนำเข้าไปในหลักประกันสุขภาพ ยาโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาสำหรับมะเร็งเพื่อรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งทางเดินอาหาร โดยปัญหาสำคัญก็คือยาเหล่านี้มีราคาสูงมาก อย่างไรก็ตาม พ.ร.บ. สิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ แก้ไขเพิ่มเติมโดย พ.ร.บ. สิทธิบัตร (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้กำหนดมาตรการเพื่อป้องกันการเอาเปรียบของผู้ถือครองสิทธิ ในการผูกขาดการค้าหรือตั้งราคาสินค้าสูงมากเกินไป หรือแก้ปัญหาขาดแคลน หรือเพื่อรักษาผลประโยชน์สาธารณะอื่นๆ ไว้ในมาตรการ ๔๖ ที่กำหนดให้มีการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing) โดยมาตรา ๕๑ ระบุว่ารัฐสามารถใช้สิทธินี้ได้ (government use) หรือรัฐอาจมอบให้บุคคลอื่นใช้สิทธินั้นก็ได้

แม้ว่าการต่อสู้ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อสามารถเข้ารับบริการและเข้าถึงยาจำเป็นพื้นฐานสำหรับการรักษาโรคเอดส์ได้ แต่ต่อมาการดื้อยาสูตรพื้นฐานเริ่มปรากฏให้เห็นชัดเจนมากขึ้น หรือผู้ป่วยบางรายได้รับผลข้างเคียงของยารุนแรง ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนสูตรยาใหม่ ในขณะที่ชุดสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพนั้นครอบคลุมเฉพาะยาสูตรพื้นฐานเท่านั้น ปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสนอกสูตรพื้นฐานได้กลายมาเป็นปัญหาใหญ่อีกครั้ง เนื่องจากยาสสูตรดังกล่าวยังติดสิทธิบัตร ทำให้มีราคาที่แพงมาก เครือข่ายผู้ติดเชื้อและองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ จึงได้ร่วมกันผลักดันให้รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขทบทวนมาตรการการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (compulsory licensing: CL) ในยา ๓ กลุ่มหลัก โดย ๒ กลุ่มหลักเป็นยาต้านไวรัสเอชไอวี คือ Efavirenz (Stocrin® ของ

บริษัท Merck Sharp & Dohme) และ Lopinavir+Ritonavir (Kaletra® ของบริษัท Abbott Laboratories) กระทั่งพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๙ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร ยา Efavirenz และในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๐ ก็มีการประกาศ CL กับยา Lopinavir+Ritonavir ทำให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่มนอกสูตรพื้นฐานสำหรับผู้ติดเชื้อยามีราคาลดลงในทันที^{๒๐}

กระนั้นก็ดี ความสำเร็จของการใช้มาตรการ CL ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงยาได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น และรัฐสามารถประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านยาได้ ซึ่งงบประมาณในส่วนนี้ก็นำไปใช้ในการขยายโอกาสเพื่อการเข้าถึงยาสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพได้ แต่ทั้งนี้มาตรการ CL ยังไม่ใช่สูตรสำเร็จและไม่ได้เป็นเส้นทางหลักเพียงเส้นทางเดียวที่จะนำมาใช้เพื่อให้คนไทยสามารถเข้าถึงยาถ่วงหน้าได้อย่างแท้จริง จำเป็นที่สังคมและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกับขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะนี้ต่อไปในหลากหลายมิติ เช่น การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล การพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศ การพัฒนากลไกควบคุมราคายา เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงยาอย่างเป็นระบบและมีความยั่งยืน

^{๒๐} ยาสูตรสำหรับผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อยาหรือ Second line drug เป็นยาสูตรสำรองที่ใช้สำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่กินยาสูตรพื้นฐานแล้วคือยา คือ Lopinavir+Ritonavir (Kaletra®) ซึ่งต้องกินต่อเนื่องทุกวันโดยมีราคาต่อเดือน ๑๑,๕๘๐ บาท ขณะที่เมื่อมีการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา ทำให้ราคายาลดลงเหลือ ประมาณ ๔,๐๐๐ บาทต่อเดือน.



ภาพที่ ๑ แสดงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงยาของประชาชนไทย และการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม



ส่วนที่ ๒ การส่งเสริมการขายยา

ภายใต้ระบบการค้าเสรีในปัจจุบัน โครงสร้างของธุรกิจที่ขับเคลื่อนด้วยทุนมีเป้าหมายที่แน่นอนก็คือ กำไรสูงสุด เช่นเดียวกับสินค้าและบริการอื่นๆ ยาได้กลายเป็นสินค้าที่อยู่ในระบบการค้าเสรี ผูกติดกับผลกำไรสูงสุด แต่ในขณะเดียวกัน ยาก็มีสถานะของการเป็นสินค้าคุณธรรม (merit goods) ที่ต้องคำนึงถึงความจำเป็นพื้นฐานที่จะช่วยเหลือชีวิตมนุษย์มาก่อนผลกำไร การส่งเสริมการขายยาจึงจำเป็นต้องมีลักษณะพิเศษเฉพาะ ไม่สามารถเป็นไปเพื่อผลตอบแทนสูงสุดตามระบบตลาดเสรี แต่ในทางปฏิบัติ อุตสาหกรรมยาที่ยังมุ่งเน้นผลกำไร มักใช้มาตรการส่งเสริมการขายกับบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทในการสั่งใช้และกระจายยา เช่น แพทย์ เภสัชกร ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของบริษัทยาที่จะต้องเข้าแทรกแซงการตัดสินใจใช้ยาให้ได้มากที่สุด เพื่อเป้าหมายคือกำไรสูงสุดดังกล่าว ธุรกิจยาจะใช้มาตรการต่างๆ เช่น การส่งผู้แทนยาเข้าพบแพทย์ การสร้างแรงจูงใจให้ใช้ยาต่างๆ ในระบบที่เป็นทุนนิยมเต็มที่ เช่น ในสหรัฐอเมริกา ธุรกิจยาสามารถจ้างลอบบี้สตีฟมากกว่า ๑,๐๐๐ คน ให้ทำงานกับรัฐสภาสหรัฐอเมริกา^{๒๑}

เพื่อที่จะเข้าใจการส่งเสริมการขายยาให้ชัดเจนขึ้น จำเป็นที่จะต้องทบทวนให้เห็นถึงกลวิธีและกระบวนการตัดสินใจใช้ยาของแพทย์

๑. ความเป็นเหตุเป็นผลทางการแพทย์และอิทธิพลของธุรกิจยา

การผลิตแพทย์เป็นกระบวนการที่ถูกออกแบบและมีขั้นตอนที่ต้องใช้เวลาหลายปีกว่าจะผลิตแพทย์ออกมาได้ เริ่มตั้งแต่การสอบคัดเลือกเพื่อเข้าเรียนในคณะแพทย์ การเรียนวิชาความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ การเรียนวิชาต่างๆ เกี่ยวกับร่างกาย วิชาที่เกี่ยวกับยาและการรักษา การฝึกปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย เมื่อจบกระบวนการเรียนการสอน ก่อนจะเป็นแพทย์จริงได้ ก็ต้องผ่านการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพก่อน กระบวนการผลิตแพทย์เป็นกระบวนการที่มีการควบคุมกำกับทั้งจากแพทยสภา สถาบันการศึกษา การประกอบวิชาชีพ ในการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะการใช้ยา จึงน่าจะเป็นไปอย่างสมเหตุสมผลคือ มีหลักปฏิบัติที่มาจากองค์ความรู้ และทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมา และหากเป็นเช่นนี้ อิทธิพลของบริษัทยาที่พยายามเพิ่มยอดขายการใช้ยาของตนเองก็ไม่น่าจะเข้ามามีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์ได้ แต่ในความเป็นจริง ทั้งในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ กลับพบว่าการใช้ยาของแพทย์ไม่ได้เป็นไปตามทฤษฎีหรือเป็นเหตุเป็นผลไปเสียทั้งหมด

๑.๑ รหัสความรู้และอำนาจทางการแพทย์

เฟรดสัน (Freidson)^{๒๒} ได้ศึกษาถึงความรู้และอำนาจทางการแพทย์ โดยเขาแยกความรู้ทางการแพทย์ออกเป็นความรู้ที่เป็นทางการ (formal knowledge) และความรู้จากการปฏิบัติงาน (working knowledge) โดยให้ความหมายของความรู้ที่เป็นทางการว่าเป็นความรู้พิเศษที่มีลักษณะเฉพาะทาง (specialized knowledge) ซึ่งได้รับการพัฒนาและดำรงอยู่ในสถาบันการศึกษาชั้นสูง ถูกจัดกลุ่มเป็นสาขาวิชา (disciplines) และถูกกระทำตามกระบวนการการทำให้เป็นเหตุผล (rationalization) ส่วน

^{๒๑} กรณิการ์ กิจดิเวชกุล และอวยพร แต่ชุตระกุล (บรรณาธิการ), *อีกก้าวที่กล้า...ของหมอซีม่าแกลบ: นายแพทย์มงคล ณ สงขลา กับการทำ CL ในประเทศไทย*. (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๐).

^{๒๒} Freidson, Eliot, *Professional Power: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. (Chicago: The University of Chicago Press, 1986), pp.225.

working knowledge หมายถึงความรู้ที่มีการปฏิบัติจริงในการทำงานประจำวัน เฟรดสัน เห็นว่าความรู้โดยตัวของมันเองนั้นไม่ได้เป็นอำนาจ (power) แต่เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการชี้นำ (guiding) และเอื้ออำนวย (facilitating) ในการใช้อำนาจ ความรู้ที่เป็นทางการ (formal knowledge) แม้จะดูเหมือนเป็นระบบแต่มันก็ไม่ได้เป็นระเบียบ (untidiness) หรือมีความแน่นอนตายตัว (indeterminacy) ดังเห็นว่า ความรู้ด้านต่างๆ มักจะไม่มีตำราหรือคู่มือแบบเดียว แต่จะมีความคิดเห็นต่างๆ ที่หลากหลายและแสดงออกเป็นทางเลือก (alternative opinions or theories) ที่ไม่ได้เป็นกฎหรือความจริงที่ตายตัว ความรู้ที่เป็นทางการจึงถูกนำไปประยุกต์ใช้ด้วยการที่บุคคลผู้กระทำการนั้นตัดสินใจเลือกทำตามความรู้แบบใดแบบหนึ่ง

ผู้ปฏิบัติงาน (practitioner) ในฐานะที่ต้องเป็นผู้เผชิญกับปัญหาเฉพาะหน้าซึ่งมีความหลากหลายจึงจำเป็นต้องตัดสินใจตามสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ขณะเดียวกันก็ต้องตัดสินใจภายใต้เงื่อนไขทางกฎหมายร่วมกับผู้ปฏิบัติงานจึงต้องคำนึงถึงกฎเกณฑ์และความรู้ที่เป็นทางการที่ได้เรียนมาเพื่อนำมาแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ และภายใต้บริบทนี้ทำให้ความรู้ที่เป็นทางการบางส่วนถูกละเลยหรือแม้กระทั่งขัดแย้งกันกับทางเลือกที่มีอยู่ ภายใต้สภาพดังกล่าวนี้เองที่ เฟรดสัน เสนอว่าความรู้ที่เป็นทางการถูกนำมาใช้อย่างไม่คงเส้นคงวาและไม่เป็นทางการ (informally) ความรู้มักถูกส่งผ่าน (transported) และถูกดัดแปลงไปเป็นความรู้ในการทำงาน (working knowledge) หรือความรู้ในเชิงปฏิบัติ (practical knowledge)

๑.๒ ถอดรหัสปริศนาการ “ยิง” ยา

คนทั่วไปมักมองว่าความรู้ที่เป็นทางการที่วิชาชีพผลิตขึ้นถูกส่งผ่านไปสู่การปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์ แต่ในความเป็นจริงข้อมูลจากการศึกษาการทำงานของผู้แทนยาให้ภาพอย่างชัดเจนว่า อิทธิพลของผู้แทนยานั้นมีอย่างมากมายมหาศาลต่อการตัดสินใจในเวชปฏิบัติประจำวันของแพทย์ ความรู้ที่เป็นทางการถูก “ผู้แทนยา” นำไปใช้จริงแต่เพียงบางส่วน และมีเจตนามุ่งหวังที่จะผลักดันการปฏิบัติของแพทย์ให้ไปในทิศทางที่เป็นประโยชน์ต่อตัวผู้แทนยาและธุรกิจยาเป็นหลัก ความรู้ที่เป็นทางการที่ได้ร่ำเรียนมาในโรงเรียนแพทย์ เมื่อออกมาปฏิบัติจริงความรู้ที่ถูกใช้กลับเปลี่ยนกลายเป็นความรู้ในเชิงปฏิบัติ (practical knowledge) หากพิจารณาปัจจัยจากบริษัทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแล้ว ก็ยิ่งเข้าใจได้ว่าการใช้ยาของแพทย์ไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามหลักเหตุผลของการประกอบวิชาชีพที่มีพื้นฐานอยู่บนความรู้แบบวิทยาศาสตร์และทักษะวิชาชีพเสมอไป

บริษัทยาพยายามทุกวิถีทางเพื่อที่จะทำให้ยอดขายของตนเองสูงขึ้น เริ่มตั้งแต่ในโรงเรียนแพทย์ ผู้แทนบริษัทยาพยายามเข้าพบแพทย์และยังคงพยายามแทรกซึมอย่างต่อเนื่องเรื่อยไป มีการศึกษาที่ทำในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดาและนิวซีแลนด์ที่แสดงให้เห็นว่าแพทย์ส่วนใหญ่พบผู้แทนบริษัทยาประมาณ ๔ ครั้งต่อเดือน^{๒๓} ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้แทนบริษัทยา เช่น แพทย์ที่รับเงินจากบริษัทยาในการเป็นวิทยากรหรือเข้าร่วมประชุมวิชาการ หรือเพื่อทำการวิจัย มีความสัมพันธ์อย่างมากต่อการที่แพทย์ผู้นั้นจะนำยาเข้าสู่บัญชียาโรงพยาบาล^{๒๔} นอกจากนี้ปฏิสัมพันธ์กับผู้แทนบริษัทยายังมีผลกระทบต่อการสั่งจ่ายยาของแพทย์และแพทย์

^{๒๓} Wazana, Ashley, Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA*.283 (3, 2000), pp. 373-380.

^{๒๔} Chren, Mary-Magaret, Landefeld, Seth., Physicians' Behavior and Their Interactions With Drug Companies: A Controlled Study of Physicians Who Requested Additions to a Hospital Drug Formulary. *JAMA*. 271 (9, 1994), pp. 684-689.

ประจำบ้าน (residents) ในด้านค่าใช้จ่าย การจ่ายยาไม่สมเหตุผล ความตระหนัก ความชอบและการจ่ายยาใหม่อย่างรวดเร็ว การจ่ายยาสามัญ (generic drugs) ลดลง^{๒๕} และการใช้การรักษาแบบใหม่ในผู้ป่วยโรคจิต^{๒๖}

การศึกษายังชี้ให้เห็นว่าบริษัทยาใช้กลวิธีหลายๆ อย่างเพื่อการตลาด เช่น การให้ของขวัญ การแจกตัวอย่างยา การเลี้ยงอาหาร การให้เงินสนับสนุนการเดินทางหรือค่าที่พักในการร่วมประชุมวิชาการ การเชิญไปเป็นวิทยากรโดยผู้แทนบริษัทยา การให้เงินสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง (continuing medical education, CME) การให้เงินสนับสนุนการทำวิจัยหรือการนำเสนอผลงานวิชาการ และมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้แทนบริษัทยาส่งผลให้เกิดการที่แพทย์จ่ายยาของบริษัทที่เป็นผู้สนับสนุน CME มากขึ้น แพทย์จ่ายยาของบริษัทที่เป็นผู้สนับสนุนการเดินทางไปประชุมวิชาการมากขึ้น แพทย์จ่ายยาที่ไม่สมเหตุผลของบริษัทที่สนับสนุนมากขึ้นหลังจากการฟังการบรรยายของแพทย์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนบริษัทยา และยังพบความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของแพทย์กับบริษัทยาและทัศนคติที่ดีต่อผู้แทนบริษัทยา

นอกจากนี้ยังพบว่าบริษัทยาให้การให้งบประมาณแก่องค์กรทางด้านการแพทย์เช่น การจ่ายค่าโฆษณาในวารสารทางการแพทย์ จากการศึกษา ๖ องค์กรทางการแพทย์ที่ไม่แสวงหากำไรในสหรัฐอเมริกาพบว่ารายได้จากการโฆษณาจากบริษัทยามีตั้งแต่ ๗๑๕,๐๐๐ – ๑๘,๖๓๐,๐๐๐ เหรียญสหรัฐต่อปี รายได้จากส่วนนี้มีมูลค่ามากกว่าร้อยละ ๑๐ ของรายได้ทั้งหมดของ ๕ ใน ๖ องค์กรที่ทำการศึกษา และในจำนวนนี้มี ๔ องค์กรที่ถือว่ารายได้จากการโฆษณามากกว่าหรือเท่ากับรายได้จากสมาชิก ผู้วิจัยเสนอแนะว่ารายได้จากค่าโฆษณาจากบริษัทยานี้อาจก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ได้^{๒๗}

จากผลประโยชน์มหาศาลในธุรกิจยาและยุทธวิธีดังกล่าวที่ได้ผลจึงทำให้บริษัทยาทุ่มเงินจำนวนมหาศาลไปกับทางด้านการตลาดและผู้แทนยา ในสหรัฐอเมริกามีผู้แทนบริษัทยาหนึ่งคนต่อแพทย์ ๑๐-๑๕ คน และบริษัทยาต้องจ่ายให้กับผู้แทนบริษัทยาถึงประมาณปีละ ๕ พันล้านเหรียญสหรัฐ จากจำนวนเงิน ๑๓ พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปีที่ใช้ไปในการส่งเสริมการขาย^{๒๘} หรือประมาณ ๘,๐๐๐ – ๑๓,๐๐๐ เหรียญสหรัฐต่อปีต่อแพทย์ ๑ คน^{๒๙}

^{๒๕} Wazana, Ashley., Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA*. 283 (3, 2000), pp. 373-380.

^{๒๖} *ibid*, pp. 373-380.

^{๒๗} Schwartz, Thomas L. et al., Newly Admitted Psychiatric Patient Prescriptions and Pharmaceutical Sales Visits. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13 (3, 2001), pp. 159-162.

^{๒๘} Fisher, Morris A., Physicians and the Pharmaceuticals Industry: A dysfunctional relationship. *Perspectives in Biology and Medicine*. *Spring*. 46 (2), pp. 254-272.

^{๒๙} Drake, D. and Uhlman, M. , Making Medicine, Making Money. Kansas City, MO: Andrews and McMeel. Ref In. Fisher, Morris A., Physicians and the Pharmaceuticals Industry: A dysfunctional relationship. *Perspectives in Biology and Medicine*. *Spring*. 46 (2, 2003), pp. 254-272.

๒. การส่งเสริมการขายในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยพบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่บริษัทฯ ใช้กับผู้แทนบริษัทมีรายงานอยู่น้อยมาก ทั้งนี้เพราะบริษัทมักถือว่าข้อมูลค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการขายด้วยวิธีต่างๆ เป็นข้อมูลที่ไม่เปิดเผย^{๓๐} และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทยก็มีอยู่น้อยมาก คณะกรรมการดำเนินการวิจัยราคาขายได้ศึกษาถึงโครงสร้างราคาขาย และจากการสัมภาษณ์พบว่าบรรษัทฯ ข้ามชาติมีค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการขาย (promotion expense) อยู่ในช่วงร้อยละ ๘-๔๕ ของยอดขาย ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการขายนี้ประกอบด้วยค่าโฆษณา การทำของแจกเล็กๆ น้อยๆ (gimmick) เอกสารวิชาการ การทำยาตัวอย่าง การสนับสนุนการประชุมสัมมนาต่างๆ เงินตอบแทนในรูปเงินสวัสดิการ เป็นต้น แต่ไม่รวมค่าใช้จ่ายสำหรับผู้จัดการฝ่ายการตลาด ผู้จัดการฝ่ายขาย ผู้จัดการฝ่ายผลิตภัณฑ์ ซุปเปอร์ไวเซอร์ ผู้แทนบริษัทฯ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้บอกรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ในการวิจัยนี้^{๓๑}

มีการศึกษาอีกชิ้นหนึ่งที่ให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากกว่า คือ การวิเคราะห์ทางการเงินของธุรกิจยา โดยดวงทิพย์ หงส์สมุทร^{๓๒} ซึ่งทำการศึกษาโดยอาศัยงบการเงิน (financial statement) ประจำปี พ.ศ.๒๕๓๘ ที่นิติบุคคลต้องรายงานต่อกระทรวงพาณิชย์ การศึกษาชิ้นนี้ระบุว่าค่าใช้จ่ายในการขายและบริหารจัดการเฉลี่ยจาก ๑๙๕ นิติบุคคล สูงร้อยละ ๓๘.๖ จากยอดขาย โดยผู้วิจัยบอกว่าค่าใช้จ่ายในการขายและบริหารจัดการโดยมากจะเป็นค่าใช้จ่ายของการตลาด เช่น ค่าตอบแทนเป็นรางวัลพนักงานขาย ค่าโฆษณา ค่าส่งเสริมการขายต่างๆ เป็นต้น และหากพิจารณาในส่วนของค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการขายของ ๕ อันดับแรกที่มีค่าใช้จ่ายในการขายสูงสุดพบว่าเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายรวมแล้วอยู่ระหว่างร้อยละ ๖.๒-๓๖.๖ และถ้าเทียบกับรายได้จะอยู่ระหว่างร้อยละ ๕.๖-๓๒.๙ อย่างไรก็ตามมีนิติบุคคลที่ให้รายละเอียดของค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการขายเพียง ๕๑ จาก ๑๕๙ นิติบุคคลเท่านั้น และการศึกษาที่ใช้ข้อมูลเพียงปี พ.ศ.๒๕๓๘ เพียงปีเดียวเท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการขายจะแตกต่างกันไป ขึ้นกับว่าเป็นช่วงใดของยาในตลาด ในช่วงแรกที่นำยาเข้าสู่ตลาดจะเป็นช่วงที่มีค่าใช้จ่ายทางด้านนี้สูงมากเมื่อเทียบกับช่วงที่ยาติดตลาดแล้ว นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งของงานวิจัยชิ้นนี้ก็คือ ผู้วิจัยใช้แหล่งข้อมูลที่เป็นรายงานการเงิน ซึ่งค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการขายมักมิได้แสดงตัวเลขที่เป็นจริงในบัญชี^{๓๓} จึงอาจทำให้ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการขายดูต่ำกว่าความเป็นจริง

๓. ความแนบเนียนทางการตลาดของบริษัทฯ

ภายใต้บริบทที่นักเรียนแพทย์ผ่านกระบวนการผลิตแพทย์ นักเรียนแพทย์ถูกหล่อหลอม ตอกย้ำความเป็นเหตุเป็นผลแบบทางการ (formal rationality) ซึ่งคำนึงถึงวิธีการที่นำไปสู่เป้าหมาย (means-end) นั่นคือวิธีคิดเกี่ยวกับการกระทำเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เช่น เชื้อโรคทำให้ป่วย การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม

^{๓๐} คณะกรรมการดำเนินการวิจัยราคาขาย, กลุ่มศึกษาปัญหาฯ, มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา, คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, นโยบายและกลยุทธ์ในการควบคุมราคาขาย. (กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๐).

^{๓๑} อ้างแล้ว.

^{๓๒} ดวงทิพย์ หงส์สมุทร, การวิเคราะห์ทางการเงินของธุรกิจยา. (นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๒).

^{๓๓} คณะกรรมการดำเนินการวิจัยราคาขาย, กลุ่มศึกษาปัญหาฯ, มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา, คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. นโยบายและกลยุทธ์ในการควบคุมราคาขาย. (กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๐).

สามารถกำจัดเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคได้ ผู้ป่วยก็จะหายป่วย นอกจากนี้แล้วเหตุผลที่ถูกยอมรับยังต้องเป็นเหตุผลที่สามารถอธิบายได้แบบวิทยาศาสตร์ ดังนั้นการประกอบวิชาชีพแพทย์จึงถูกออกแบบให้มาจากพื้นฐานความรู้และทักษะที่ถูกสอนมา กระบวนการตอกย้ำซ้ำๆ เป็นเวลาหลายปีทำให้แพทย์ยอมรับสิ่งที่เป็นวิชาการ สิ่งที่เป็นวิชาการคือสิ่งที่เป็นเหตุเป็นผลแบบวิทยาศาสตร์ เป็นสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม บริษัทฯเองตระหนักถึงสิ่งนี้ดี และพยายามนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในเชิงธุรกิจ การจะเอาใจแพทย์ด้วยการแลกเปลี่ยนทางสังคม (social exchange) จึงต้องคำนึงถึงกระบวนการที่คนไข้ที่ครอบงำแพทย์อยู่ด้วย เช่น หากผู้แทนยานำเงินไปให้แพทย์ คงทำให้แพทย์รู้สึกไม่ดี อาจมองว่ากำลังถูกซื้ออีกก็ได้ แต่หากให้การสนับสนุนไปประชุมวิชาการ ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย ให้ทุนสนับสนุนการจัดประชุมวิชาการ หรือซื้อตำราวิชาการให้ พฤติกรรมการให้ การเอาใจแบบนี้ยอมรับได้ ดูดี ดูเหมาะสม เนื่องจากเป็นการให้ที่สอดคล้องกับกระบวนการหลักที่แพทย์มีอยู่

พฤติกรรมแบบนี้อาจเรียกว่า “การตลาดที่แนบเนียน” ซึ่งได้ส่งผ่านพลังอำนาจบางอย่างโดยแนบไปกับการให้บางสิ่ง ซึ่งสิ่งนั้นถูกยอมรับกันจนดูไม่ออกว่าสิ่งนี้ที่ผู้แทนยาทำนั้นเป็นกระบวนการทางการตลาดที่ต้องการจะสร้างความสนิทสนมหรือความ “ชู้” ขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้แทนยา การตลาดที่แนบติดไปกับการสนับสนุนทางวิชาการเป็นประเด็นที่ทั่วไปยังได้รับความสนใจไม่มากนักในด้านที่จะควบคุมกำกับ จะมีก็เป็นไปในลักษณะที่ป้องกันไม่ให้เป็นการงานวิชาการหลอกลวงๆ เช่น บริษัทฯจัดประชุมวิชาการโดยใช้เวลากับงานวิชาการเพียงเล็กน้อย แต่ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการท่องเที่ยว

๓.๑ ผู้แทนยากับแพทย์: กระบวนการสร้างความชู้

ความ “ชู้” หรือความสัมพันธ์แบบสนิทสนมระหว่างผู้แทนยาและแพทย์ เป็นหัวใจสำคัญในการทำงานที่ประสบความสำเร็จของผู้แทนยา

กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ดังกล่าว ผู้แทนยาจะใช้การแลกเปลี่ยนทางสังคม (social exchange) เพื่อปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์จากความสัมพันธ์ที่ผิวเผิน เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ซื้อ-ผู้ขาย มาเป็นความสัมพันธ์แบบพี่น้อง ลูกศิษย์/ อาจารย์ หรือแบบเพื่อน ความสัมพันธ์แบบสนิทสนมนี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อการโน้มน้าวให้แพทย์มาช่วยใช้ยาให้กับผู้แทนยา กระบวนการสร้างความชู้ขึ้นนี้ประกอบด้วยการหาช่องทางในการใช้การแลกเปลี่ยนทางสังคมให้ได้ผล ซึ่งแพทย์แต่ละคนก็อาจมีช่องทางนี้แตกต่างกันไป ผู้แทนยาจะต้องทะลุทะลวงในการเข้าถึงตัวแพทย์เพื่อที่จะสามารถใช้การแลกเปลี่ยนทางสังคมให้ได้ผล การเพิ่มความถี่หรือความเข้มข้นในการใช้การแลกเปลี่ยนทางสังคมเพื่อเพิ่มและตอกย้ำให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ที่ต้องการ และกระบวนการที่ผู้แทนยาใช้อีกอย่างคือ ผู้แทนยาจะต้องปรับตัวตนของตัวเองให้เข้ากับแพทย์แต่ละคนซึ่งเป็นการพยายามนำเสนอสิ่งที่แพทย์ต้องการไม่ใช่แนะนำเสนอสิ่งที่ตัวเองมี^{๓๔}

ความชู้ที่ผู้แทนยาสร้างขึ้นนี้เป็นความสัมพันธ์ที่ผู้แทนยาจงใจให้เกิด เพราะตระหนักดีว่าจะส่งผลดีต่อการโน้มน้าวให้แพทย์ใช้ยาของตนเอง ความสัมพันธ์นี้ไม่ได้เกิดจากการที่ผู้แทนยาได้เข้าไปพบปะแพทย์บ่อยๆ แล้วเกิดความสนิทสนมขึ้น งานวิจัยชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าผู้แทนยาได้คิดไตร่ตรองและวางแผนก่อนว่าผู้แทนยาควรจะทำอะไรกับแพทย์แต่ละรายเพื่อทำให้การทำงานได้ผล พบว่าผู้แทนยาอาศัยการแลกเปลี่ยนทางสังคมเป็นหลัก ซึ่งมีทั้งการให้สิ่งของ คำพูด คำชม การสนับสนุนการประชุมวิชาการ ฯลฯ ซึ่งต่างไปจากที่บางคนมัก

^{๓๔} วิบูลย์ วัฒนนามกุล, ของกำนัลและความชู้, ใน *การเดินทางของสินค้าสมัยใหม่*. (กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, ๒๕๕๐).

คิดว่าผู้แทนยามีหน้าที่หลักในการให้ข้อมูลรายละเอียดยาของตน จริงๆ แล้วการให้ข้อมูลยาถือว่าเป็นกิจกรรมเพียงส่วนน้อยในการทำงานทั้งหมดของผู้แทนยา

๓.๒ จรรยาบรรณของการส่งเสริมการขาย

ในขณะที่มีการถกเถียงถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและค่ายาที่สูง และบริษัทยามักอ้างถึงต้นทุนที่ต้องใช้จ่ายไปกับการวิจัยและพัฒนาใหม่ๆ แต่ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ บริษัทยา ๑๑ บริษัทจาก ฟอร์ตูน ๕๐๐ (Fortune 500) ใช้งบประมาณถึงร้อยละ ๓๐ ไปกับการตลาดและการบริหาร แต่กลับใช้กับการวิจัยและพัฒนาเพียงร้อยละ ๑๒ เท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้นตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๘๒ เป็นต้นมา บริษัทยาที่ถูกจัดอยู่ในฟอร์ตูน ๕๐๐ มีผลตอบแทนสูงจากการลงทุน และกำลังเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับบริษัทประเภทอื่น หากพิจารณาสัดส่วนของกำไรบริษัทยา ๑๑ บริษัทในฟอร์ตูน ๕๐๐ มีกำไรร้อยละ ๑๘.๖ ขณะที่ค่าเฉลี่ยของบริษัทอื่นๆ ในฟอร์ตูน ๕๐๐ มีเพียงร้อยละ ๔.๙^{๓๕} อธิบายถึงตลาดยาในประเทศไทยโดยใช้ข้อมูลจาก IMS ว่าในระยะเวลาระหว่างกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๒ ถึงมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๔๓ ตลาดยาของประเทศไทยมีมูลค่า ๓๑,๒๖๐ ล้านบาท มีอัตราการเติบโตร้อยละ ๑๘.๗ แบ่งเป็นตลาดยาโรงพยาบาล ๒๐,๘๗๒ ล้านบาท (ร้อยละ ๖๗) มีอัตราการเติบโตร้อยละ ๒๓.๒ และตลาดยาร้านยา ๑๐,๓๘๘ ล้านบาท (ร้อยละ ๓๓) และมีอัตราการเติบโตร้อยละ ๑๐.๖ หากพิจารณาในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ถึง พ.ศ. ๒๕๔๒ ตลาดยาในประเทศไทยมีอัตราการเติบโตร้อยละ ๑๐, ๒๑, ๑๒, -๑๔ และ ๒๐ ตามลำดับ^{๓๖} พ.ศ. ๒๕๔๑ ตลาดยามีขนาดลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากระบบเศรษฐกิจและการเงินการคลังของประเทศ

จากทรัพยากรที่บริษัทยาทุ่มให้กับผู้แทนบริษัทยา การตลาด การส่งเสริมการขาย แต่ข้อมูลที่ยังไปยังแพทย์กลับเป็นสิ่งที่น่าสงสัย ลา เรอูว์ เฟรสเคอร์ (La revue Prescrire) ซึ่งเป็นวารสารยาของฝรั่งเศส ได้ทำการตรวจสอบการนำเสนอโดยผู้แทนบริษัทยา ในช่วง ค.ศ. ๑๙๙๑ – ๑๙๙๘ และพบว่าผู้แทนบริษัทยาส่วนใหญ่กล่าวถึงข้อบ่งชี้ (indications) ชื่อการค้าและชื่อสามัญ แต่มักไม่พูดถึงข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย เช่น อาการข้างเคียง ข้อห้ามใช้ และข้อมูลหลายอย่างมีความผิดพลาด^{๓๗}

อลิซาเบธ เอช เซเยอร์ (Elizabeth H. Creyer) และ ไอลาร์ เฮซิสโตดูลาคิส (Ilias Hrsistodoulakis)^{๓๘} ทำการศึกษาผู้แทนบริษัทยาที่มีผลต่อความประทับใจของแพทย์ต่ออุตสาหกรรมยา ผลการสำรวจพบว่าแพทย์

^{๓๕} Public Citizen Congress Watch, Drug Industry Most Profitable Again: New Fortune ๕๐๐ Report Confirms “Druggernaut” Tops Other Industries In Profitability Last Year. [Online]. Available: <http://www.citizen.org>. [2013, April 20].

^{๓๖} อธิระ ฌกานโรดม, ตลาดยาเชิงยุทธ์. (กรุงเทพฯ: ทิปป์ พอยท์, ๒๕๔๕).

^{๓๗} ALMAR Ltd., Thailand-Healthcare market. [Online]. Available: <http://www.thai-health.com/thaimarket.html>. [2014, May 20].

^{๓๘} Becel B., Bardelay D., Hoen E., A French physician's network monitoring medical representatives. La revue Prescrire, Bardelay D., Becel D., Visits medical representatives: fine principles, poor practice. Prescrire International, 4 (18): 120-122. Ref In. Mintzes, B., *Blurring the Boundaries: New Trends in Drug Promotion*. (Amsterdam: HAI, 1998)

^{๓๙} Creyer, Elizabeth H. and Ilias Hrsistodoulakis, Marketing Pharmaceutical Products to Physicians, *Marketing Health Services*, Summer, 18 (2, 1998), pp. 34-38.

ส่วนใหญ่เชื่อผู้แทนบริษัทว่าได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แต่แพทย์น้อยกว่าครึ่งที่ไว้วางใจผู้แทนบริษัท และแพทย์ส่วนใหญ่เชื่อว่าบริษัทจะทำเพื่อผลประโยชน์ของบริษัทมากกว่าผลประโยชน์ของผู้บริโภค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสตรังก์และคณะ (Strang et al.)^{๔๐} และยังเชื่อว่าผู้แทนบริษัทมีแนวโน้มที่ใช้วิธีการที่ผิดจรรยาบรรณด้วย^{๔๑}

เห็นได้ว่าบริษัทให้ความสำคัญอย่างมากต่อการส่งเสริมการขาย ไม่ว่าจะเป็นทางตัวแทนบริษัท อุปกรณ์สิ่งของต่างๆ ที่ใช้ในการส่งเสริมการขาย ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอย่างมากมายส่งผลต่อราคายาให้สูงขึ้นตามไปด้วย ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ของผู้แทนบริษัทและแพทย์ที่เกิดขึ้นก็มีอิทธิพลต่อการจ่ายยาของแพทย์และอาจทำให้การจ่ายยาไม่เหมาะสมมีมากขึ้น

๔. กลไกการกำกับดูแลการส่งเสริมการขายยา

อาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่มีความพิเศษหลายอย่างเมื่อเทียบกับอาชีพทั่วไป ผู้ที่จะเป็นแพทย์ได้จะต้องผ่านการเรียนและการฝึกฝนจากสถาบันที่ได้รับการยอมรับ มีการใช้ความรู้ความชำนาญเฉพาะในการทำงานจะต้องได้รับใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพจากองค์กรที่มีอำนาจในการให้หรือถอดถอนใบอนุญาตดังกล่าวสำหรับประเทศไทยก็คือ แพทยสภา การควบคุมดูแลการทำงานของแพทย์จะมีลักษณะควบคุมตนเองและมีความเป็นอิสระในการทำงาน (autonomy)

๔.๑ ความเป็นอิสระในวิชาชีพ (autonomy)

อาชีพแพทย์ถูกถือได้ว่าเป็นวิชาชีพ (profession) ในความหมายที่ว่าเป็นอาชีพที่มีพื้นฐานบนความรู้ที่ก้าวหน้าหรือซับซ้อนหรืออยู่ในวงจำกัดหรือลับ^{๔๒} หรือวิชาชีพเป็นอาชีพที่มีลักษณะเป็นการฝึกอบรมที่นานและพิเศษของความรู้ที่เป็นนามธรรม (ทฤษฎี) และมีพื้นฐานการให้บริการ^{๔๓} เป็นความหมายของวิชาชีพที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะสำคัญอันหนึ่งของการแพทย์ที่สัมพันธ์กับความรู้และทักษะของการแพทย์ ถูกปลูกฝังสะสมจากการเรียนและฝึกอบรมและการปฏิบัติงาน รูปแบบที่เป็นทางการได้แก่ การเรียนและการฝึกปฏิบัติในโรงเรียนแพทย์ต่างๆ การเป็นแพทย์ประจำบ้าน (resident) เพื่อฝึกหัดเป็นแพทย์ชำนาญเฉพาะทาง

จากความรู้และทักษะเฉพาะที่แพทย์มี ภายใต้ภารกิจการรักษาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความตาย ทำให้การแพทย์สามารถอ้างสิทธิพิเศษในการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ และจากข้ออ้างเดียวกันทำให้เกิดการกีดกันผู้อื่นไม่ให้เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งการปฏิบัติงานรักษาผู้ป่วยและการเข้าไปประเมิน ตรวจสอบการทำงาน การที่แพทย์มีความเป็นอิสระในวิชาชีพที่ขอบธรรมในการทำงานและการประเมินตรวจสอบงาน มีข้อดีทำให้แพทย์สามารถทำงานตามความรู้และทักษะที่มี โดยไม่ต้องทำตามอิทธิพลของผู้อื่น เช่น เจ้าของโรงพยาบาลเอกชนที่

^{๔๐} Strang D. et al., National Survey of the Attitudes of Canadian Physicians Toward Drug-detailing by Pharmaceutical Representatives. *Ann R Coll Physicians Surg Can*, 29: 474-478. Ref In. Wazana, Ashley. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA*. 283 (3, 1996), pp. 373-380.

^{๔๑} Ibid.,

^{๔๒} Macdonald, Keith M. .*The Sociology of the Professions*. (London: Sage, 1995).

^{๔๓} Goode, William J. Encroachment, Charlatanism, and the Emerging of Profession: Psychology, Medicine, and Sociology. *American Sociological Review*. xxv, 902-914. Ref In. Freidson, E., *Profession of Medicine*. (New York: Dodd, Mead, 1970).

ต้องการกำไรมากๆ อาจสั่งให้แพทย์เลือกการรักษาที่จะทำกำไรได้สูงสุด หรือโน้มน้าวให้แพทย์สั่งยาให้มาก เพื่อที่โรงพยาบาลจะได้มีกำไรจากค่ายามากไปด้วย เป็นต้น ในทางตรงกันข้ามความเป็นอิสระในวิชาชีพอาจทำให้เกิดผลเสียได้เช่นกัน เมื่อแพทย์มีอิสระมากในการตัดสินใจ แต่หากขาดการพิจารณาให้รอบคอบ ขาดมุมมองในภาพรวม เข้าไปมีผลประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย ถูกชักจูงโน้มน้าวจากคนที่มีส่วนได้เสียกับการตัดสินใจของแพทย์ หรือขาดจรรยาบรรณ การกระทำของแพทย์ภายใต้ความอิสระก็ส่งผลเสียได้อย่างง่ายดาย เช่น แพทย์เลือกการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสมกับผู้ป่วย แพทย์แนะนำให้คลอดด้วยการผ่าตัด เพราะรายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการผ่าตัดคลอด ผู้แทนบริษัทยาอาจเข้ามาชักจูงให้แพทย์สั่งยาบริษัทของตน แพทย์ก็อาจจะสั่งยาบริษัทดังกล่าวโดยไม่ต้องเกรงการตรวจสอบ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม จากการที่วิชาชีพแพทย์อ้างเพื่อให้ได้ความอิสระในการตรวจสอบภายในกันเอง กลับพบว่าไม่ได้เป็นไปตามสิ่งที่ควรจะเป็น ในปี ค.ศ. ๑๙๖๗ แมคเนอรี่ (McNerrey) พบว่าโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาที่ผ่านการประเมิน (accredited) มีเพียงร้อยละ ๖๖ แสดงว่าประมาณ ๑ ใน ๓ ของโรงพยาบาลไม่ผ่านมาตรฐานขั้นต่ำที่ตั้งไว้ และนี่แสดงให้เห็นว่ากลไกในการกำกับดูแลตัวเองไม่ได้ทำงานเท่าที่ควร กฎระเบียบในองค์กรการแพทย์ก็ไม่ได้มีผลต่อการทำงานของแพทย์ และไม่พบว่ามีกฎระเบียบใดที่เกี่ยวข้องกับการประเมินหรือตรวจสอบการตรวจ การวินิจฉัย สั่งยาและการรักษา^{๔๔}

ในประเทศไทยมีหลักฐานหลายชิ้นที่สะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของการตรวจสอบตนเองของการแพทย์ เช่น จำนวนการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยที่มีสูงกว่าอัตราส่วนโดยเฉลี่ยของประเทศอื่นๆ และสูงกว่าจำนวนผู้คลอดที่มีข้อบ่งชี้ว่าควรคลอดด้วยการผ่าตัด ซึ่งการคลอดด้วยการผ่าตัดนี้ แพทย์และ/หรือโรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการผ่าตัด และแพทย์เองก็สามารถกำหนดเวลาผ่าตัดได้ ไม่ต้องถูกตามมาทำคลอดถ้าเกิดคลอดในเวลาที่ไม่อยู่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การคลอดด้วยการผ่าตัดนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการของผู้คลอดหรือญาติของผู้คลอดเอง เช่น เพื่อลดการเจ็บปวด เพื่อกำหนดเวลาคลอดได้ เป็นต้น

เมื่อเป็นไปตามนี้ บริบทของวิชาชีพก็อาจเป็นปัจจัยเอื้อให้แพทย์มีอิสระที่จะตอบสนองต่อกลยุทธ์ที่ผู้แทนบริษัทยาใช้ในการเข้าพบแพทย์ได้ เพราะในบริบทเช่นนี้ตัวแพทย์เองซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจเลือกรูปแบบการรักษาและถ้าเป็นการรักษาที่ต้องใช้ยา แพทย์ก็จะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะใช้ยาตัวไหน จำนวนเท่าไรกับผู้ป่วย ความเป็นอิสระที่มีอยู่จึงอาจถูกโน้มน้าวจากการกระทำของผู้แทนบริษัทยาทั้งโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัวได้ และในบริบทนี้ หากการตั้งกฎเกณฑ์เพื่อดูแลกันเอง (self-regulation) โดยสมาชิกในวิชาชีพด้วยตนเองไม่ได้ทำหน้าที่อย่างเข้มแข็งเพียงพอ ก็จะทำให้บริษัทยาสามารถใช้ผู้แทนบริษัทยาเป็นเครื่องมือในการเพิ่มยอดขายของผลิตภัณฑ์ของตนเองได้เป็นอย่างดี

การทำงานของผู้แทนยา โดยทั่วไปเป็นการติดต่อโดยตรงระหว่างตัวผู้แทนยาและแพทย์ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งสองฝ่ายต่างได้รับความพึงพอใจ ผู้แทนยาได้ทำงานและได้รับผลตอบแทนเป็นรางวัลจากการขาย ขณะที่แพทย์ก็มีคนเอาใจ ได้รับของแจกหรือสิ่งอื่นๆ ค่าใช้จ่ายมหาศาลที่ธุรกิจยาทุ่มเทให้กับการตลาดก็คือต้นทุนของยา แต่คู่ปฏิสัมพันธ์ต่างพึงพอใจ เกณฑ์ต่างๆ ที่ออกมาจึงยากที่จะเข้ามาแทรกแซง กำกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การขายยามีจริยธรรมมากขึ้นและการใช้ยามีความเหมาะสม มาตรการที่จะเข้ามาควบคุมกำกับก็จำเป็นต้องพิจารณาถึงการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้แทนยาด้วย

^{๔๔} Freidson, Eliot, *Profession of Medicine*. (New York: Dodd, Mead, 1970).

๔.๒ การกำกับดูแลการส่งเสริมการขายยาของสังคมไทย

การกำกับดูแลการส่งเสริมการขายยาในประเทศไทย เริ่มต้นเกิดจากการผลักดันแนวคิดอย่างเป็นรูปธรรมโดยกลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) ในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ โดยได้จัดทำหลักเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาขององค์การอนามัยโลก ซึ่งตีพิมพ์และเผยแพร่ในฉบับภาษาไทย แม้ว่าก่อนหน้านี้ประเทศไทยจะมีหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลจริยธรรมการสั่งใช้ยาสอดแทรกอยู่ในข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๖ และสภาเภสัชกรรมว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรมใน พ.ศ. ๒๕๓๗ แต่ก็ไม่ได้ชี้ชัดในประเด็นจริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายให้เห็นอย่างชัดเจน

กระทั่งได้มีการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานทางจริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายเภสัชภัณฑ์ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ แต่ก็ยังไม่เคยประกาศใช้ และต่อมาเมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลในคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา ได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมาเพื่อดำเนินการทำแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทยา แต่เมื่อแล้วเสร็จก็ไม่ได้มีการนำไปบังคับใช้ เนื่องจากคณะกรรมการแห่งชาติด้านยาหมดวาระลง ในขณะที่หลักเกณฑ์และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลยาในปัจจุบัน ไม่มีบทบัญญัติใดที่มีสาระเกี่ยวกับการควบคุมการส่งเสริมการขายยา พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ มีบทบัญญัติกำกับดูแลเฉพาะเรื่องของสื่อโฆษณา แต่การนำเสนอโดยผู้แทนยาแก่แพทย์ เภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุขนั้น สามารถดำเนินการได้อย่างอิสระไร้การกำกับดูแลที่ชัดเจน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการกำกับดูแลการส่งเสริมการขายยาในประเทศไทยนั้น เป็นไปในลักษณะปล่อยให้วิชาชีพมีความเป็นอิสระในการควบคุมกำกับกันเอง หลักเกณฑ์ต่างๆ ที่พยายามร่างและผลักดันขึ้นมายังมีอุปสรรคในแง่ของการยอมรับและบังคับใช้ในวงกว้าง ประเด็นที่สำคัญในนโยบายการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม คือ ทำอย่างไรที่นโยบายจะส่งผลได้จริงในทางปฏิบัติ ไม่ได้มีอยู่แต่ในตัวหนังสือแต่ไม่มีผลในทางปฏิบัติเหมือนกับเกณฑ์จริยธรรมของหน่วยงานต่างๆ ดังที่ผ่านมา

ส่วนที่ ๓ ถอดบทเรียนกระบวนการสมัชชา

การประกาศนโยบายหลักสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคเป็นหลักในการดำเนินการตามนโยบาย ได้ทำให้เกิดการสร้างหลักประกันทางด้านสุขภาพสำหรับทุกคนในทุกระดับอย่างครอบคลุมที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประเทศไทย จุดเปลี่ยนสำคัญต่อการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชาชนไทยอยู่ที่การประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ และการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ ๒ ครั้ง ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ และ พ.ศ. ๒๕๕๑ มีความพยายามในการประสานการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อผลักดันให้มั่นนโยบายสาธารณะเพื่อการเข้าถึงยาถ้วนหน้าอย่างเป็นระบบและมียุทธศาสตร์ มาตรการและยุทธศาสตร์ที่สำคัญประการหนึ่งคือการผลักดันนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ให้ความหมายของคำว่า *สมัชชาสุขภาพ* ว่าเป็นกระบวนการที่ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพดีของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม ทั้งนี้หลักการสำคัญที่เป็นพื้นฐานของสมัชชาสุขภาพ คือการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เนื้อหาในบทนี้จะกล่าวถึงกระบวนการสมัชชาสุขภาพเรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย และเรื่องยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม โดยจะวิเคราะห์ถึงจุดแข็ง จุดอ่อนและบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านยาทั้งในส่วนของการขับเคลื่อนและขับเคลื่อนในทั้ง ๒ มิติ

๑. การกำหนดประเด็นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

การมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ทำให้รัฐบาลต้องดำเนินนโยบายให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า การดำเนินนโยบายดังกล่าวมีผลต่อการเข้าถึงยาจำเป็นพื้นฐานอย่างถ้วนหน้าด้วย โดยเฉพาะยาต้านไวรัสซึ่งเดิมเคยมีราคาแพงจนผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงได้ การรณรงค์ขององค์กรและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ผลักดันสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับในอดีต กระนั้นก็เกิดการเข้าถึงยาของประชาชนก็ยังมีอุปสรรค มีผู้ป่วยบางกลุ่มในบางโรคที่ยังไม่สามารถเข้าถึงยาได้ โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาและการรักษาที่สูง ซึ่งสาเหตุที่สำคัญคือ ยาจำเป็นพื้นฐานหลายรายการติดสิทธิบัตร

กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคมและภาคปฏิบัติการ^{๔๔} จึงได้ร่วมกันจัดทำร่างยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยา โดยมีผู้เข้าร่วมทั้งจากหน่วยงานของรัฐ กลุ่มอุตสาหกรรมยาในประเทศไทย และองค์กรพัฒนาเอกชนด้าน

^{๔๔} สภาเภสัชกรรม กลุ่มศึกษาปัญหายา (กศย.) มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (แอคเซส) มูลนิธิเอดส์ชนบท (มภช.) เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย (คอท.) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คคส.) หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (วจภส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มูลนิธิสาธารณสุขเพื่อการพัฒนา (มสพ.) มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคองค์กรหมอไร้พรมแดน เบลเยี่ยม(ประเทศไทย) และอ็อกซ์เฟม สหราชอาณาจักร.

คุ้มครองผู้บริโภคจำนวน ๔๐ คน ในวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๐^{๔๖} ส่งผลให้เกิด “ยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคม” โดยประกอบไปด้วย ๗ ยุทธศาสตร์^{๔๗} มีการนำยุทธศาสตร์ที่เครือข่ายภาคประชาสังคมร่วมกันจัดทำนำเสนอและส่งต่อให้พรรคการเมืองต่างๆ เพื่อแสดงวิสัยทัศน์ก่อนการเลือกตั้ง ปลายปี พ.ศ. ๒๕๕๐^{๔๘} และถูกนำไปเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในที่ประชุม International Conference on Compulsory Licensing: Innovation and Access for All จากผู้เข้าร่วม ๑๔ ประเทศเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะในระหว่างวันที่ ๒๑-๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๐

ท้ายที่สุดยุทธศาสตร์นี้ได้ถูกจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยในที่ประชุมเตรียมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเสนอเป็นประเด็นที่จะเข้าสู่การพิจารณาในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๑-๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๑ เพื่อเป้าหมายในการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง อีกหนึ่งช่องทางในการดำเนินการของเครือข่าย

กรณีข้อเสนอยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เกิดขึ้นเมื่อกลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) ได้ตีพิมพ์และเผยแพร่หลักเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทยออกมาแล้ว ก็ได้มีความพยายามสร้างกระแสในสังคมอย่างต่อเนื่อง ทั้งการพยายามผลักดันให้สาระของการส่งเสริมการขายยาและการโฆษณาแยกหมวดหมู่ออกมาเฉพาะ ในร่างพระราชบัญญัติยาฉบับประชาชน^{๔๙} การจัดให้มีการประชุมว่าด้วยแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทยา เมื่อวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๒ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายยุติขบวนการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม การเข้าไปมีส่วนร่วมในการร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข) โดยมีการเสนอให้มีการควบคุมการส่งเสริมการขายยา อย่างไรก็ตามข้อเสนอที่ได้รับการยอมรับมากเป็นการจัดทำโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลในคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา เมื่อ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑ แต่ด้วยอุบัติเหตุทางการเมืองทำให้คณะกรรมการชุดดังกล่าวหมดวาระลงไปพร้อมกับรัฐบาลยุคนั้น

^{๔๖} แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.). *Consumer Dialogue: บทเรียนและบันทึกการต่อรองเพื่อสิทธิผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑*. (กรุงเทพฯ: แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.). คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย), มปป.

^{๔๗} ๑) ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงการรักษา ๒) ยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ ๓) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมราคาขายในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน ๔) ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ ๕) ยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย ๖) ยุทธศาสตร์การใช้อย่างเหมาะสม ๗) ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาใหม่.

^{๔๘} มี ๔ พรรคการเมืองเข้าร่วมแสดงวิสัยทัศน์ได้แก่ ประชาธิปัตย์ พลังประชาชน ชชาติไทยและมหาชน โดยพรรคประชาธิปัตย์ ระบุว่าจะสนับสนุนยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคม หากได้เป็นรัฐบาล.

^{๔๙} ต่อมาในวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๕๕ ที่รัฐสภา เครือข่ายภาคประชาชนได้แก่ แผนงานพัฒนาโลกเฝ้าระวังระบบยา มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิเภสัชชนบท กลุ่มศึกษาปัญหา ยา หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและชมรมเภสัชชนบท กว่า ๒๐ คนเดินทางเข้ายื่นรายชื่อผู้เสนอร่างพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ยา พ.ศ.... จำนวน ๑๐,๕๖๕ รายชื่อ ต่อ นายเจริญ จรรย์โกมล รองประธานรัฐสภา เพื่อพิจารณาตราเป็นกฎหมาย โดยมีบทบัญญัติว่าด้วยเรื่องกลไกในการกำกับดูแลการส่งเสริมการขายยาและการโฆษณาที่เหมาะสม ที่แยกออกมาเฉพาะ.

วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒ แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ได้ทำหนังสือถึงประธานคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ เพื่อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสำหรับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยเสนอทั้งหมด ๔ ประเด็น หนึ่งในนั้นคือ ปฏิบัติการคืบคลานจรรยาบรรณ จริยธรรมและธรรมาภิบาลสู่ระบบสุขภาพไทย: ร่วมกันยุติขบวนการส่งเสริมการขายยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพและการส่งเสริมการขายบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเครือข่ายแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (มสพ.) เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ (คสพ.) ชมรมเภสัชชนบท (ชภช.) เครือข่ายเภสัชกรภาคกลาง^{๕๐}

๒. กระบวนการผลักดันข้อเสนอเพื่อรับการรับรอง

การนำยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคม เสนอผ่านการประชุมเตรียมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้ถือเป็นประเด็นในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่มีทั้งในเรื่องความจำเป็น ความสำคัญและมีคู่ขัดแย้ง ซึ่งในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็ได้พิจารณามติอย่างเข้มข้น มีการพิจารณากันอย่างยืดเยื้อนานถึง ๑๗ ชั่วโมง^{๕๑}

การเปิดโอกาสให้มีการถก เพื่อหาข้อสรุปในห้องยัดเยียดเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้มีการถกเถียงกันอย่างเต็มที่ ซึ่งรายงานการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า

กระบวนการหาฉันทมติในห้องยัดเยียดเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ สร้างการมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ทั้งผู้เสนอประเด็น ผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมเสนอความคิดเห็นและตัดสินใจอย่างเสมอภาคกัน สมานฉันท์ เน้นการใช้หลักฐานข้อเท็จจริงและวิชาการเป็นเครื่องพิสูจน์ แต่ทั้งนี้ต้องมีประธานที่ดำเนินการอย่างเป็นธรรม สามารถสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนอย่างสันติ และเข้าใจในบริบทของประเด็นที่พิจารณาอย่างลึกซึ้ง^{๕๒}

ในประเด็นเรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชาชนนี้ มีการถกเถียงและแสดงความคิดเห็นที่หลากหลายในวงกว้าง หลายครั้งประธานในห้องยัดเยียดหาทางออกโดยให้ทุกฝ่ายอภิปรายและร่วมเสนอข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง มีข้อมูลวิชาการสนับสนุน กรณีที่ไม่มีข้อเท็จจริงรับรองให้ตัดออก เมื่อสามารถหาข้อสรุปตามข้อเท็จจริงได้ตรงกันแล้ว จึงมีการปรับแก้ไขถ้อยคำเพื่อความเหมาะสม ให้ชัดเจนตรงประเด็นมากขึ้น^{๕๓}

^{๕๐} แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.). (๒๕๕๒, ๑๕ พฤษภาคม) หนังสือเรื่องข้อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ที่ กพย. ๓๗/๒๕๕๒).

^{๕๑} อัมพล จินดาวัฒนะ, เหลียวหลัง แลหน้า สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒ (พิมพ์ครั้งที่ ๒, นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๕).

^{๕๒} แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.). *Consumer Dialogue: บทเรียนและบันทึกการต่อรองเพื่อสิทธิผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑*. (กรุงเทพฯ: แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.). คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มปป.).

^{๕๓} เช่นกรณีที่มีการขอแก้ไขข้อความ “เพื่อการเข้าถึงการรักษา” เป็น “เข้าถึงยา” แก้ไขข้อความ “มีความกังวล” เป็น “มีข้อเท็จจริงว่า” หรือกรณีที่ผู้เสนอให้เพิ่มเติมคำว่า “ขึ้นกับข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ อย่างสมเหตุสมผลฯ” ในยุทธศาสตร์ ๓.๑ แต่ที่ประชุมในห้องได้พิจารณาตัดข้อเสนอและแก้ไขเป็น “อย่างสมเหตุสมผลและโปร่งใส”.

นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดภาวะไร้ทางออก ที่ประชุมได้ใช้วิธีการประนีประนอมเพื่อหาทางออกให้กับความขัดแย้งนั้น อย่างเช่นกรณีการขึ้นทะเบียนยาใหม่ที่ต้องมีข้อมูลต้นทุนและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ^{๕๔}

หลังจากได้ข้อสรุปจากห้องยึดเยื่อแล้วจึงได้นำเข้าสู่การพิจารณาของที่ประชุมใหญ่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้รับการรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย และเสนอให้คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เสนอต่อรัฐบาลให้ประกาศเป็นนโยบายต่อไป

สำหรับข้อเสนอยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ซึ่งถูกนำเสนอโดยแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) และคณะ ประเด็นนี้ได้รับการรับรองจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยใช้ชื่อว่า ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งต่อมาวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้เห็นชอบให้นำเสนอมติต่อคณะรัฐมนตรี และวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓ คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบต่อมติฯ ตามที่ คสช. เสนอและมอบคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง จัดตั้งคณะทำงานที่มาจากทุกภาคส่วน ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับธุรกิจยาทั้งในและต่างประเทศ เพื่อทำหน้าที่พัฒนาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาให้เป็นเกณฑ์กลางของประเทศมาบังคับใช้ในกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางเพื่อให้ทุกภาคส่วนรับทราบและนำหลักเกณฑ์จริยธรรมไปประยุกต์ใช้หรือขยายเพิ่มเติมเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง^{๕๕}

๓. ขับเคลื่อนมติสมัชชาไปสู่การปฏิบัติ

การขับเคลื่อนมติที่ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติอาจจะกระทำผ่านช่องทางต่างๆ ดังนี้^{๕๖}

๑. เสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
๒. ทำงานร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายที่มีพันธกิจตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติโดยตรง
๓. กรณีมติที่ยังไม่มีเจ้าภาพที่ชัดเจน หรือเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน อาจทำงานด้วยกระบวนการพิเศษ เช่น การจัดเวทีให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดแนวทางการทำงานและมอบหมายงานรับผิดชอบร่วมกัน

^{๕๔} เช่น ในการพิจารณายุทธศาสตร์ที่ ๔.๗ ซึ่งมีข้อขัดแย้ง ๓ ข้อ ในการขึ้นทะเบียนยาใหม่ ที่ต้องมีข้อมูลประกอบเรื่องสถานะสิทธิบัตรยาใหม่ ข้อมูลต้นทุนและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และข้อมูลโครงสร้างราคา โดยทาง PREMA เสนอให้ตัดทิ้ง ในขณะที่มีผู้เสนอให้ใช้การปรับข้อความที่ประชุมได้ใช้วิธีการประนีประนอมในเนื้อหาข้อ ๖.๗ (๒) โดยใช้ข้อความว่า “ให้มีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน” เพิ่มเติมในการที่ต้องมีข้อมูลประกอบการขึ้นทะเบียนยาใหม่ที่ต้องมีข้อมูลต้นทุนและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ.

^{๕๕} แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.). หนังสือเรื่องข้อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. ที่ กพย. ๓๗/๒๕๕๒. (๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒).

^{๕๖} อ่ำพล จินดาวัฒน์, เหลียวหลัง แลหน้า สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒ (พิมพ์ครั้งที่ ๒ นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๕).

๔. ประสานกับกระบวนการสมัชชาเฉพาะพื้นที่และหน่วยงานระดับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับทั่วประเทศ
๕. ขับเคลื่อนผ่านช่องทางสาธารณะ เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจของสาธารณะ โดยหวังให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และติดตามการทำงานขององค์กรหรือหน่วยงานที่มีพันธกิจสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้นๆ

นอกจากนี้คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสม.) ขึ้นเมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๒ ในการประชุมคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๒^{๕๗} โดยมีหน้าที่วางกลยุทธ์การขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม แสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน ติดตามผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นระยะๆ ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาต่อคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อบรรจุเป็นระเบียบวาระในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ^{๕๘}

สำหรับมติการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยและมติยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม . หลักๆ จะอาศัยการขับเคลื่อนโดยผ่านการเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการเป็นหลัก โดยภายหลังที่ประชุมใหญ่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้รับการรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยและเสนอให้ คสช. เสนอต่อรัฐบาลให้ประกาศเป็นนโยบาย ต่อมาในวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๒ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยโดยมีนายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เป็นประธานกรรมการ^{๕๙} ซึ่งต่อมาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้นำเสนอร่างแผนปฏิบัติการนี้ต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เพื่อให้การรับรองและนำไปบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ยาแห่งชาติด้านยา^{๖๐} โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้มอบให้คณะทำงานร่างนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ จัดทำร่างนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ คณะทำงานร่างแผนยุทธศาสตร์ชุดนี้ได้้นำแผนปฏิบัติการที่

^{๕๗} คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, *มติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๒*. (๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๒).

^{๕๘} อ่ำพล จินดาวัฒน์, *เหลียวหลัง แลหน้า สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒* (พิมพ์ครั้งที่ ๒ นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๕).

^{๕๙} สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. *คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๑๒/๒๕๕๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย*. (๒ มิถุนายน ๒๕๕๒).

^{๖๐} อ่ำพล จินดาวัฒน์, *เหลียวหลัง แลหน้า สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒* (พิมพ์ครั้งที่ ๒ นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๕).

คณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยจัดทำขึ้น มาศึกษา และขยายผลให้ครอบคลุมการพัฒนาาระบบยาด้านอื่นๆ ด้วย นอกจากนี้ยังนำมติยุติการส่งเสริมการขายยาที่ ขาดจริยธรรม ซึ่งผ่านการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ เข้ามาร่วมเป็นนโยบาย แห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติด้วย^{๖๑}

วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๒ คณะรัฐมนตรีสมัยนายกฯ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้ให้ความเห็นชอบต่อ ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนปฏิบัติ การที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โดยให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เป็นกลไกหลักในการจัดทำ แผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วม พร้อมทั้งประสานและติดตามผลการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์^{๖๒}

ในส่วนประเด็นยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เมื่อได้รับการรับรองจากการประชุมสมัชชา สุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ ในเดือนธันวาคม ๒๕๕๒ โดยใช้ชื่อว่า ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ถูกแต่ง ตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีนายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ นายกรัฐมนตรีลงนามเมื่อวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๑^{๖๓} และคณะกรรมการชุดนี้ได้เห็นชอบต่อนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๓^{๖๔} ซึ่งต่อมาคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบต่อ นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔^{๖๕}

มติการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยที่ผ่านการรับรองจากการประชุมสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ ๑ ประกอบด้วย ๗ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา
๒. ยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้เข้าถึงยา และมีส่วนร่วมดูแล สร้างเสริมสุขภาพ
๓. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมราคาขายในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน
๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพยาภายในประเทศ
๕. ยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย
๖. ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม
๗. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาใหม่

^{๖๑} ศิริวัณน์ ทิพย์ธราดล และคณะ (บก.), แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย (พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘). (กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส., ๒๕๕๕).

^{๖๒} สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเข้าถึงยา ทั่วหน้าของประชากรไทย. (ที่ นร ๐๕๐๖/๐๕๖๘. ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๒).

^{๖๓} ราชกิจจานุเบกษา, ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑, (เล่ม ๑๒๕ ตอนพิเศษ ๑๙๒ ง วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๑).

^{๖๔} คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ, รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๓. (๒ กันยายน ๒๕๕๓).

^{๖๕} คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ, รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๓. (๒๘ เมษายน ๒๕๕๔ก).

ส่วนมติดูแลการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ ๕ ด้าน รายละเอียดดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์ ด้านกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการส่งเสริมการขายยา
๒. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายสถาบันการศึกษาและสถานพยาบาลเพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
๓. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
๔. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือของภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจยา เพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
๕. ยุทธศาสตร์ภาคประชาสังคมเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. ๒๕๕๕ และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ด้านที่ ๑ การเข้าถึงยา

ยุทธศาสตร์ด้านที่ ๒ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ยุทธศาสตร์ด้านที่ ๓ การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยา ชีววัตถุ และสมุนไพร เพื่อการพึ่งพาตนเอง

ยุทธศาสตร์ด้านที่ ๔ การพัฒนาระบบการควบคุมยาเพื่อประกันคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา

ทั้งนี้สาระของมติดูแลการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยที่ผ่านการรับรองจากการประชุมสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ ๑ ได้กระจายอยู่ในทั้ง ๔ ด้านของยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ส่วนมติดูแลการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย ที่ได้รับการรับรองจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ ได้อยู่ในยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๗ ส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ของยุทธศาสตร์ด้านที่ ๒ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ โดยมีหน้าที่ส่วนหนึ่งคือ พัฒนาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาให้เป็นเกณฑ์กลางของประเทศ ทั้งในส่วนของการส่งเสริมการขายยา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาและธรรมาภิบาล ความโปร่งใส ผลประโยชน์ทับซ้อนในระบบยาที่เกี่ยวข้อง ศึกษากระบวนการนำเกณฑ์จริยธรรมที่เป็นเกณฑ์กลางของประเทศมาบังคับใช้ในรูปกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งระบบบริหารกฎหมายที่เข้มแข็ง มีผลบังคับใช้ได้ ศึกษาแนวทางจัดตั้งองค์กรที่ทำงานอย่างอิสระ เพื่อรับผิดชอบจัดทำกลไกติดตามตรวจสอบ รวบรวมและรายงานสถานการณ์การส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

คณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมได้จัดกระบวนการรับฟังความเห็นต่อร่างหลักเกณฑ์จริยธรรมฯ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม ๒๕๕๔ โดยแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์และให้ดาวน์โหลดทางเว็บไซต์ ซึ่งมีการตอบกลับร้อยละ ๑๖.๐๔ และพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ ๘๐ เห็นด้วยกับร่างเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริม

การขยายดังกล่าว^{๖๖} และได้เสนอร่างหลักเกณฑ์จริยธรรมฯ ต่อคณะกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลและคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติตามลำดับ ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้ให้การรับรองวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๕ เกณฑ์จริยธรรมฯ นี้ ประกอบด้วยเนื้อหา ๗ หมวด คือ หมวดที่ ๑ คำนิยาม หมวดที่ ๒ ผู้ส่งใช้ยา หมวดที่ ๓ ผู้บริหาร หรือผู้มีอำนาจ หมวดที่ ๔ เกสเซอร์ หมวดที่ ๕ บริษัทฯ และผู้แทนยา หมวดที่ ๖ สถานพยาบาล สถานบริการเภสัชกรรมหรือหน่วยงาน และหมวดที่ ๗ สถานศึกษา

หลังจากที่มีการรับรองเกณฑ์จริยธรรมฯ นี้ คณะทำงานมีโครงการศึกษารูปแบบการนำเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาไปสู่การปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการนำเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทยไปสู่การปฏิบัติในสถานพยาบาลนำร่อง เพื่อพัฒนาการเฝ้าระวัง ติดตามการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทยในสถานพยาบาลนำร่อง และเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการนำเกณฑ์จริยธรรมฯ ไปสู่การปฏิบัติ

โครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ประกอบด้วยคณะกรรมการ ๔ คณะ คือ ๑) คณะอนุกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนเป็น คณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผลตามนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาแห่งชาติ ในการประชุม คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติครั้งที่ ๒/๒๕๕๕ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ ๒) คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ๓) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล และ ๔) คณะอนุกรรมการพิจารณากำหนดราคากลางยา และภายใต้คณะกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล มีคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมจริยธรรมผู้ส่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ที่เป็นคณะทำงานหลักในการขับเคลื่อนเรื่องจริยธรรมผู้ส่งใช้ยาและแก้ไขปัญหาการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

๔. บทวิเคราะห์กระบวนการสมัชชา: การผลักดัน ต่อรองและสร้างเครือข่ายภายในวงสมัชชาสุขภาพ

หากพิจารณาโดยรวมในกระบวนการสร้างและผลักดันนโยบายสาธารณะผ่านกระบวนการสมัชชาของมติการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยและมติยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ถือว่าเป็นมติที่มีความก้าวหน้าและถูกนำไปสู่การปฏิบัติ มีการผลักดันจนเกิดแผนปฏิบัติการ ทั้งนี้หากพิจารณาในรายละเอียดของนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. ๒๕๕๕ และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ก็พบว่าสาระตามยุทธศาสตร์ของมติทั้ง ๒ ที่ผ่านการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติถูกผนวกรวมอยู่ในนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติดังกล่าว ซึ่งมีรายละเอียดของกลยุทธ์ กิจกรรม ตัวชี้วัด เป้าหมาย และหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างละเอียดชัดเจน ทพญ. เพ็ญแข ลาภยิ่ง^{๖๗} ได้ทำการประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ โดยได้พัฒนาเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินการนำไปปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย ๒ กลุ่มคือ การเป็นนโยบายที่ดี และความง่ายในการปฏิบัติ เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปประเมินมติต่างๆ ที่ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑-๓ รวม ๓๔ มติ พบว่ามติการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย และมติยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเป็นมติที่ได้ค่าคะแนนสูงเมื่อเทียบกับมติอื่นๆ

^{๖๖} คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ, เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๔. (๑๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔).

^{๖๗} เพ็ญแข ลาภยิ่ง, รายงานการประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ: ความก้าวหน้าและเกณฑ์การคัดเลือกมติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย. (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๕).

หากพิจารณาตามพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ให้ความหมายของคำว่าสมัชชาสุขภาพว่าเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม ก็อาจกล่าวได้ว่าหลักการสำคัญที่เป็นพื้นฐานของสมัชชาสุขภาพ คือการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการถกแถลงเพื่อนำไปสู่ฉันทมติร่วมกัน หากนำหลักการดังกล่าวมาพิจารณาประสพการณ์การขับเคลื่อนนโยบายการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยและมติดุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมก็จะเห็นถึงข้อจำกัดหลายประการด้วยกัน

ประการแรก เป็นเรื่องความรู้และทัศนคติต่อสมัชชาของผู้เข้าร่วม สมัชชาสุขภาพเปรียบเหมือนเป็นเครื่องมือที่เปิดปริณทลสาธารณะ (public sphere) เพื่อให้ผู้คนทั่วไปมาพูดคุย แลกเปลี่ยน ถกเถียงเพื่อทำความเข้าใจและหาข้อยุติในเรื่องราวต่างๆ ทั้งนี้หากผู้คนพูดคุยกันด้วยเหตุผล ปริณทลสาธารณะนี้ก็จะทำให้เกิดข้อยุติที่สมานฉันท์ได้ กระบวนการสมัชชาฯยังนับได้ว่าเป็นเรื่องใหม่ที่ทุกฝ่ายต้องเรียนรู้ที่จะมาใช้ประโยชน์จากพื้นที่ที่เปิดนี้ ทัศนคติและการรับรู้จึงเป็นเรื่องสำคัญ ผู้เข้าร่วมสมัชชาสะท้อนความเห็นว่าการมีทัศนคติเชิงบวกจะช่วยให้การเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาฯจะช่วยให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ

รัฐกับเอกชนต้องช่วยกันทำงาน เข้าใจว่าแต่ละภาคส่วนมีข้อดี-ข้อเสียอยู่ แต่ว่าทำไมเราไม่ใช้ข้อดีของอีกฝ่ายหนึ่งมาช่วยกัน เราฟังได้แต่ไม่ต้องเชื่อทุกอย่างก็ได้ แต่อย่างน้อยเราต้องฟัง แล้วการที่ภาครัฐมี attitude ไม่ไว้วางใจเอกชน คิดว่าประเทศชาติเสียประโยชน์อย่างมาก การไม่ใช้ส่วนดีของคนในสังคมช่วยกัน^{๖๘}

ในขณะเดียวกัน การเข้าร่วมในพื้นที่การถกแถลงก็จำเป็นที่ทุกฝ่ายต้องปรับตัว เนื่องจากในพื้นที่สมัชชาเปิดโอกาสให้กับทุกคนเสมอกัน บทบาท อำนาจ ตำแหน่งหรือความรู้ความชำนาญเดิมอาจทำให้ผู้เข้าร่วมบางส่วนรู้สึกอึดอัดเพราะไม่ได้รับการปฏิบัติเหมือนที่เคยได้รับตามสถานภาพพิเศษของตน ทำให้ผู้คนมาแลกเปลี่ยนและถกเถียงกันด้วยเหตุผลอาจจะยังทำได้จำกัด

ในที่ประชุมแพทย์ผู้ใหญ่มากมายท่านไม่ค่อยอยากมีส่วนร่วม ไม่อยากมาเสียเวลา มีความรู้สึกที่ว่าเอาท่านไปเหมือนตราประทับ พูดอะไรไปก็ไม่ได้รับการบันทึกในที่ประชุม ประสพการณ์ที่ท่านสั่งสมมาเยอะมากนั้น ถูกให้เท่ากับใครสักคนที่เดินเข้ามาในห้องแล้วก็พูดเพราะเค้าถือว่าเท่ากัน^{๖๙}

ความรู้ ความเข้าใจในหลักการ รวมทั้งทัศนคติของผู้เข้าร่วมในสมัชชาจึงเป็นเรื่องสำคัญประการแรกที่จำเป็นต้องเน้นย้ำให้เห็นว่า พื้นที่สมัชชาสุขภาพนั้นวางอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อมั่นว่าการร่วมมือกันเป็นทางออกที่ดีกว่าการเป็นปฏิปักษ์กัน และความร่วมมือกันจะเกิดได้จากทัศนคติที่เปิดโอกาสให้กับการถกแถลงแลกเปลี่ยนที่ผู้คนมีความเท่าเทียมกัน

ประการที่สอง ความขัดแย้งและการไม่ยอมประนีประนอม ในกรณีที่มีความคิดเห็นขัดแย้งกันหรือคู่ถกเถียงตั้งเป้าหมายเอาไว้ล่วงหน้าแล้วและไม่ได้เปิดกว้างพอที่จะรับฟังข้อมูลหรือเหตุผลของผู้อื่น การถกเถียงด้วยเหตุผลจะเกิดขึ้นได้ยาก เพราะรู้ดีว่าหากผ่อนปรนในบางเรื่องถึงแม้ว่าจะก่อให้เกิดผลดีต่อภาพรวมแต่ส่วนตัวเสียผลประโยชน์ก็ยากที่จะใช้เหตุผลเพื่อหาฉันทมติ

^{๖๘} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

^{๖๙} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

ปัญหาเรากับ อย. คือ อย. ต้องการแค่นี้ ฉันก็ยืนยัน [ว่า] ฉันจะเอาแค่นี้ ขนาดที่เราคุยกัน มันก็ขยับขึ้นไปอีกหน่อยเดียว ถ้าเขาบอกว่าเขาหนึ่งเสียง [เรา] ไม่ฟัง แต่เวลาเราค้าน คุณก็ไม่ฟังเรา แล้วคุณก็เปลี่ยนประธาน... ซึ่ง... กลายเป็นเรื่องเอาชนะกันซึ่งกันและกัน^{๗๐}

สิ่งที่เกิดขึ้นเขาจะใช้วิธีการลอบบี้ [ถ้า] คุณเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม คุณก็มาร่วมกันสิ ถ้าเหตุผลของคุณสามารถคอนวินซ์เราได้ เราก็ยอม ถ้าเหตุผลของคุณไม่มี เหตุผลของเราดีกว่าคุณก็ต้องยอมเรา แต่ว่าสิ่งที่เขาทำ ไม่ เขามีธงของเขาแล้วก็ไปลอบบี้ ซึ่งศักยภาพการลอบบี้ของเขา มันก็แน่นมากกว่าเราอยู่แล้ว^{๗๑}

ประการที่สาม กระบวนการที่สร้างความรู้สึกถึงความเป็นธรรมและเท่าเทียม ผู้ให้ข้อมูลทั้งสองฝ่ายที่ขัดแย้งกัน ต่างก็รู้สึกว่าคุณไม่ได้ได้รับการปฏิบัติต่ออย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมในกระบวนการสมัชชา ยิ่งมีการพูดคุยถกแถลงกัน เหมือนยิ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและแยกตัวกันมากขึ้น มีการสนทนากันเฉพาะในกลุ่มของตนเอง

ดิฉันมีความรู้สึกเหมือนว่าถูกรุม เพราะว่ากรรมการทั้งหมด เขาทำงานกันมาแล้ว ๓ เดือน ดิฉันพูดอะไร เขาก็หัวเราะแล้วก็พยักพยิดกัน เขาเป็นกลุ่มเดียวกันหมด เราเป็นคนใหม่แล้วหลายอย่างเขาบอกว่าไม่ได้ อันนี้เขามีฉันทมติกันมาแล้ว^{๗๒}

การใช้สมัชชาเป็นที่ผลักดัน มันคือมือบ๊องแอโร่ เป็น pressure group ขณะที่หน่วยงานที่เป็นเจ้าของงาน เขารู้เรื่องนี้มาตลอดชีวิต ส่วนอีกคนอ่านหนังสือแล้ว อึ้งเดียวยาแพง แล้วเอามาตีสมัชชามา interfere บทบาทหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง^{๗๓}

ประการที่สี่ การมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นตลอดกระบวนการ ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนได้รับทราบเรื่องการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจากผู้อื่นและไม่ได้มีโอกาสเข้าร่วมจริงๆ ที่อยู่ในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับบริษัทฯ โดยตรง ที่นั่งที่จัดสรรไว้ถูกกระจายไปทางหอการค้าและกลุ่มบริษัทอีกกลุ่มหนึ่ง อย่างไรก็ตามจากการติดต่อโดยตรงกับผู้ที่มีบทบาทในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในที่สุดผู้ให้ข้อมูลหลักนี้ก็เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่ได้มีส่วนร่วมในเวทีสมัชชาท้องถิ่นหรือสมัชชาเฉพาะเรื่อง

ในบางกรณี ตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรู้สึกว่าคุณไม่ได้ร่วมกระบวนการมาตั้งแต่ต้น เมื่อมีมติหรือออกมาเป็นนโยบายก็จะมีปัญหาได้

ถ้าออกมาเป็นนโยบาย มี impact ในกลาง ขาชั้นก็ต้องสู้กันหน่อย อย่างเรื่องเข้าถึงยา ถ้าไม่มีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ขาลงก็มาเตะเรา ดังนั้นเราก็อยากมีส่วนตั้งแต่เริ่มต้น^{๗๔}

^{๗๐} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๕.

^{๗๑} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๑ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๕.

^{๗๒} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

^{๗๓} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

^{๗๔} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

ได้ทราบข่าวว่าสมัชชา จะมีเรื่องการเข้าถึงยาประมาณกลางปี แล้วก็ไม่ได้รับเชิญแต่รับข่าวมาว่าจะมีการคุยกันเรื่องการเข้าถึงยา ก็แปลกใจว่าทำไมไม่ได้รับเชิญ^{๗๕}

สมาคมเราดำเนินการเกี่ยวกับตรงนี้ เลยเขียนจดหมายไปถาม ตอนแรกโทรไปถามที่สมัชชา ก่อน เค้าก็บอกว่าเค้าตั้งคณะทำงานเรียบร้อยแล้วไม่สามารถจะเข้าได้ และเมื่อถามว่าเข้าฟังได้มั้ย เค้าบอกว่าไม่ได้ คณะทำงานเป็นกลุ่มพิเศษของเค้า เลยเขียนจดหมายไปถึงประธานคณะกรรมการจัดงาน เขียน e-mail ไปถามว่า ถ้าเป็นเรื่องการเข้าถึงยา เราเป็นสมาคมน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องด้วย หลังจากตอบ e-mail กันสัก ๒-๓ วันก็โอเค ที่แรกบอกว่าให้โควตาหอการค้าไปแล้ว ให้หอการค้าไป ๓ ที่ หอการค้าก็ไปมอบให้สมาคม TPMA ซึ่งเป็นสมาคม local คือพูดง่ายๆ สมาคม local กับ generic ไป แล้วทาง generic ก็ไปมอบให้อีก ๒ คนซึ่งอยู่ในพวกเค้าซึ่งก็คือร้านขายยา สรุปก็คือ ๓ ที่ไม่มีเรา ดังนั้นก็เลยขอเพิ่ม ผลสุดท้ายก็กรุณาให้เข้าไปในวันสุดท้าย ที่เค้าประชุมกันที่สหประชาชาติ ประชุมใหญ่วันนั้นเลย^{๗๖}

ในเรื่องการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นตลอดกระบวนการนี้ มีบทเรียนสำคัญในแง่การทำงานเป็นเครือข่ายที่จำเป็นต้องมีการประสานกันในกลุ่มองค์กรที่ทำงานในเรื่องเดียวกัน เพื่อที่จะได้ไม่เกิดความซ้ำซ้อนขึ้น ตัวอย่างในกรณีนี้คือ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เครือข่ายเภสัชศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม (วจส.) มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (มสพ.) มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย องค์การหมอไร้พรมแดนต่างก็ทำงานในประเด็นการเข้าถึงยาอยู่แล้ว โดยหลายหน่วยต่างคนต่างเสนอประเด็นที่เชื่อมโยงกับเรื่องที่ตนสนใจ

CL เป็นแต่เพียงหนึ่งในการแก้ปัญหา เพื่อให้คำอธิบายของเราชัดเจนขึ้น เราก็ก่อร่างร่วมกันทำยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาภาคประชาสังคม เรื่องนี้จะกะ ตอนที่ทำขึ้นมา เรียกว่าประชุมกันหลายรอบ ในส่วนของพวกเราเอง และหลังจากนั้น พอมีการจัดประชุม international conference on compulsory licensing (CCL) เราก็ก็นำเพื่อนๆ ที่มาจากต่างประเทศด้วย ที่มาประชุม international ได้มาช่วยกันดูว่า มันขาดตรงไหนไม่ครบหรือเปล่า^{๗๗}

เหตุที่ไม่ได้นัดหมายกัน คือ คคส. เขาก็ส่งยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านยาเหมือนกัน แล้วก็เครือข่ายผู้ติดเชื้อก็ส่งยุทธศาสตร์นโยบายแห่งชาติด้านยา แล้วทั้งสองทีมก็ส่ง[...]เนื้อหาในเล่มเข้าไป นั่นแหละค่ะว่า มันควรเป็น มติหนึ่งของ สช. คจ.สช. ก็เลยรวบรวมเป็นประเด็นเดียวกัน^{๗๘}

ในแง่นี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทสำคัญในการสร้างวาระร่วมที่จะเชื่อมความต้องการและประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกันเพื่อรวบให้เป็นประเด็นเดียวกัน อย่างไรก็ตามการประชุมวาระการเข้าถึงยาของประชาชนไทยเป็นการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรกที่ทีมงานผู้จัดอาจจะยังไม่มีประสบการณ์หรืออาจจะเป็นข้อปัญหาที่เกิดขึ้นทางเทคนิคก็ได้ ในการกำหนดตัวผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

^{๗๕} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๓ เมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

^{๗๖} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๓ เมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

^{๗๗} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๑ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๕.

^{๗๘} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๕.

ประการที่ห้า บทบาทของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในขณะเดียวกัน ความเข้าใจและความคาดหวังต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ก็เป็นไปอย่างหลากหลาย หน่วยงานบางแห่งรู้สึกว่าการ สช. กำลังก้าวทำงานของตน ในขณะที่บางองค์กรรู้สึกว่า สช. ยังจำกัดบทบาทหน้าที่ของตนและทำหน้าที่เชิงรุกและผลักดันมติให้มีผลในการบังคับใช้น้อยเกินไป รวมทั้งมีปัญหาเรื่องการวางตัวเป็นกลาง

เขายกเขาไม่ได้มีหน้าที่ เพราะว่าในมติไม่ได้เขียนไว้ว่าเขาต้องทำ แล้วมันมีตัวอย่างอื่นๆ ด้วยว่า คนทำเองก็ต้องเป็นคนไปกระเสือกกระสนเคลื่อนไหวเอง พุดง่าย ๆ เขาก็ support บางจังหวะ แต่ว่าเขาไม่ได้มาเป็นคนจัดฝั่งใหญ่^{๗๙}

บทบาทของ สช. เอง ถ้าคุณจะเป็น organizer คุณก็ต้องปล่อยวางในบางเรื่อง แล้วคุณก็พยายามจะยืนหยัดโดยหลักการว่า ต้องร้อยเปอร์เซ็นต์ ซึ่งมันไม่มีในโลกนี้ จะลบหนึ่งลบสองมันไม่เสียหายอะไร เพราะฉะนั้น NGOs หลายส่วน ก็รู้สึกไม่ happy [ขอ]วิจารณ์ตรงๆ ว่า ถ้าอย่างนั้นคุณก็ทำคุณไปก็แล้วกัน ฉันมีเวทีอื่นตั้งเยอะ และเขาก็ไม่เข้ามาร่วมเลยก็มีจำนวนหนึ่ง เพราะฉะนั้นการทำความเข้าใจและการแลกเปลี่ยน และอยู่ในขาข้างไหน ที่คุณบอกว่าจะเป็นกลาง แต่พอถึงเวลา ถูกเปลี่ยน เปลี่ยนประธานกลางคัน^{๘๐}

ประการที่หก กระบวนการความรู้ การใช้ความรู้เพื่อขับเคลื่อนนโยบายเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการสมัชชา อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ก็พบว่า “กระบวนการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้” ยังมีข้อจำกัดทำให้เหมือนกับว่าผู้เข้าไปร่วมสมัชชา เข้าไปเพื่อที่จะเอียงให้ได้สิ่งที่ตนเองตั้งเป้าไว้แล้ว

การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นสิ่งที่ดี แต่ว่า... ผู้ซึ่งจะให้ข้อมูล fact บางอย่างมันซับซ้อน มัน sophisticated บางอย่างมัน obvious มันเข้าใจง่าย แต่มันผิดทาง แต่สิ่งที่ถูกมันต้องใช้การทำความเข้าใจ ถ้าทุกคนมีสิทธิ์ที่เท่ากันหมด [และ] มาเจอกันแป๊บเดียว แล้วก็โอเคมาเป็นมติ มันก็อันตราย^{๘๑}

ประการที่เจ็ด เรื่องของเป้าหมาย เวลาและการให้ลำดับความสำคัญ การขับเคลื่อนนโยบายที่มีผลกระทบกว้างขวาง มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก และมีความสลับซับซ้อนสูงเป็นการยากที่จะหาฉันทมติในระยะเวลาสั้นๆ ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนได้สะท้อนถึงเรื่องผลลัพธ์ว่าจำเป็นต้องทบทวนให้ชัดว่ากระบวนการสมัชชา มีเป้าหมายอย่างไร

บทเรียนอย่างหนึ่ง [ก็คือ] ว่านโยบายไม่ใช่คำตอบ การเสนอแค่ content มันไม่ใช่คำตอบ การทำให้ทุกคนมาเห็นพ้องต้องกันแล้วช่วยกันทำเป็นหัวใจสำคัญมากกว่าต่อการที่ให้การทำงานมันเกิดขึ้น เพราะฉะนั้นในกระบวนการขับเคลื่อนให้มันเกิดผลจริงๆ มันต้องบ่มเพาะใช้เวลาเยอะมาก^{๘๒}

^{๗๙} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ เมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๕.

^{๘๐} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๕.

^{๘๑} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

^{๘๒} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๕.

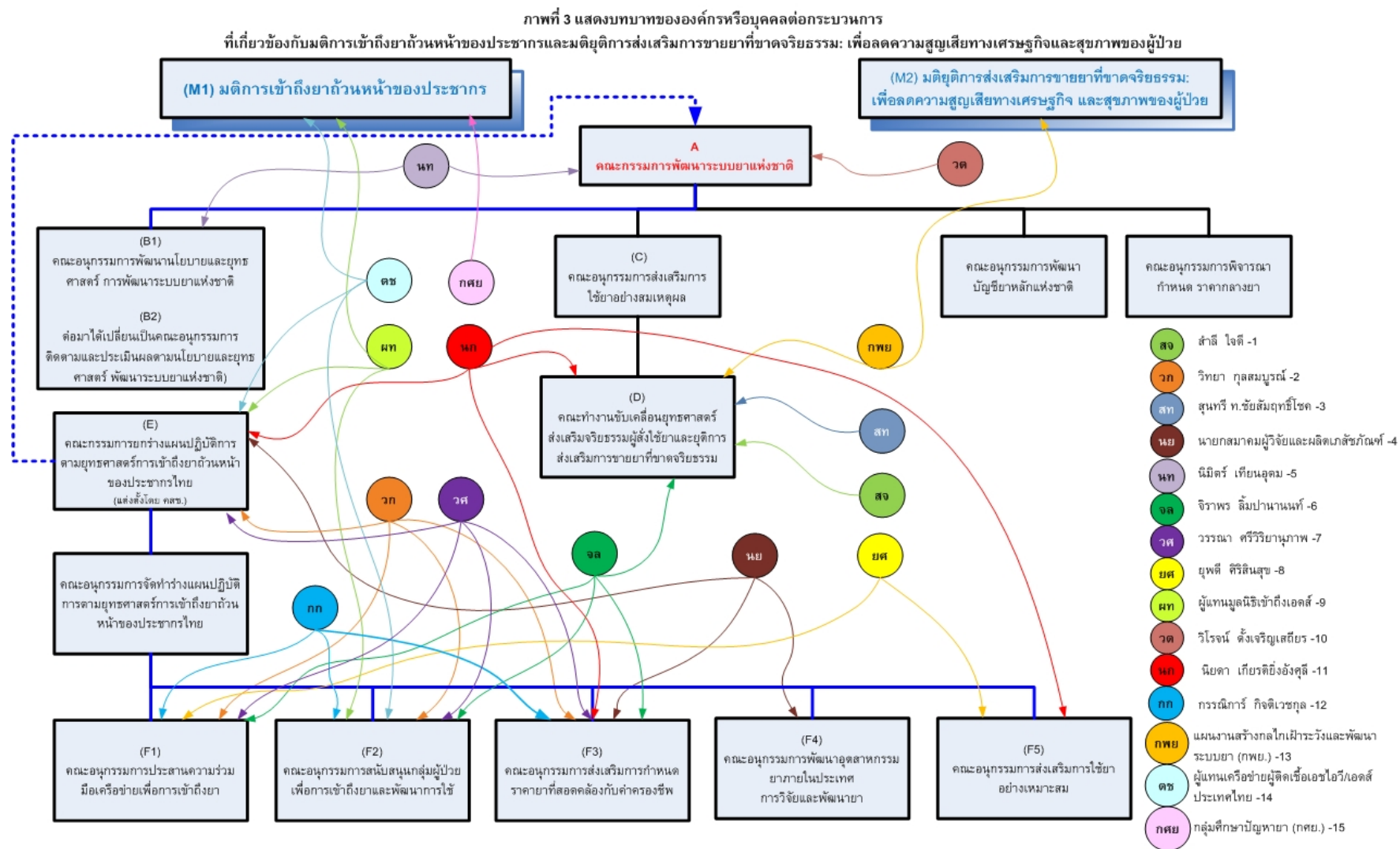
วาระเต็มไปหมดเลย ทุกปี ปีละแปดเรื่องสิบเรื่องเต็มไปหมด มันเคลื่อนไหวไม่ออกบ้าง มันเป็นเรื่องใหญ่มหากาฬ ขบวนการพัฒนานโยบายแห่งชาติด้านยาของออสเตรเลีย เขาบอก[ว่า]เขาใช้เวลามากกับการเอาคนมาประชุม มาแลกเปลี่ยน มาให้มันจูนกัน มาเข้าใจ เยอะมาก เขาบอกว่าสำคัญ^{๘๓}

เมื่อพิจารณาถึงตัวละครต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนในการผลักดันมติการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย และมติยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เราพบว่ากลุ่มก้อนของคนที่มีส่วนผลักดันทั้งข้างขึ้นและขาเคลื่อนของทั้งสองมติ เป็นกลุ่มนักวิชาการ และเอ็นจีโอที่เป็นเครือข่ายกัน ซึ่งได้แก่ กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คคส.) หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (วจภส.) ส่วนองค์กรของผู้ป่วย ได้แก่ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (แอคเซส) เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (คอท.) เข้าไปมีบทบาทก่อกำเนิดการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยเป็นหลัก จะเห็นได้ว่ามติทั้งสองนี้ถูกผลักดันจนมีผลในทางปฏิบัติได้ก็เพราะกลุ่มนี้เข้าไปมีส่วนในการขับเคลื่อนทั้งข้างขึ้นและขาเคลื่อนควบคู่ไปกับการทำงานขององค์กรหรือหน่วยงานของรัฐ

บทบาทของบุคคลเหล่านี้ที่เข้าไปมีส่วนร่วมในคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนโยบายสาธารณะ การเข้าถึงยาและจริยธรรมในการขายยาแสดงได้ตามภาพที่ ๓

เนื้อหาส่วนนี้ได้พยายามสะท้อนให้เห็นภาพรวมของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ซึ่งเป็นกระบวนการผลักดัน ต่อรอง และสร้างเครือข่ายภายในวงสมัชชาสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ สำหรับภาพของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะภายนอกวงสมัชชาสุขภาพนั้นจะขยายความชัดเจนมากขึ้นในบทวิเคราะห์การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชาชนในส่วนถัดไป

^{๘๓} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๕.



ภาพที่ ๓ แสดงบทบาทขององค์กรหรือบุคคลต่อกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับมติดการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรและมติดการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

ส่วนที่ ๔ บทวิเคราะห์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชาชน

กรณีนโยบายสาธารณะเรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชาชน เราพบการถกเถียงจาก ๒ กลุ่มหลัก คือกลุ่มที่สนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยา ซึ่งอาจจะเรียกกลุ่มนี้ได้ว่า “กลุ่มอุดมการณ์สาธารณะ” และ กลุ่มที่ปกป้องผลประโยชน์ทางธุรกิจยา ซึ่งอาจจะเรียกกลุ่มนี้ได้ว่า “กลุ่มอุดมการณ์ปัจเจก” การหาคำตอบว่า กลุ่มใดถูกกลุ่มใดผิด ภายใต้บริบททางสังคมปัจจุบัน คงไม่สามารถชี้ชัดได้ เนื่องจากทั้ง ๒ กลุ่มต่างก็ใช้เหตุผล ตามหลักการคนละอย่าง กล่าวคือกลุ่มที่ผลักดันการเข้าถึงยา ยึดหลักสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ที่มีสิทธิในการ ได้รับการรักษาที่จำเป็น ในขณะที่กลุ่มผลประโยชน์ทางธุรกิจยายึดหลักสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา

สิทธิมนุษยชนตามปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights, UDHR) ซึ่งองค์การสหประชาชาติให้การรับรองเมื่อวันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๔๙๑ ระบุว่าทุกคนมีสิทธิใน มาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับตนเองและครอบครัว รวมทั้ง อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพทางการแพทย์^{๘๔} องค์การอนามัยโลกระบุว่ายาหลักหรือยา จำเป็นพื้นฐาน (essential medicines) คือยาที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้ และยาเหล่านี้ควรมีอยู่ในระบบสุขภาพตลอดเวลา ในปริมาณที่เพียงพอ รูปแบบที่เหมาะสม มีคุณภาพ และ ด้วยราคาที่บุคคลหรือชุมชนสามารถจ่ายได้^{๘๕} ขณะที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ๒๕๕๐ ระบุว่ารัฐต้อง จัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ นั่นคือเมื่อ ประชาชนเจ็บป่วย ประชาชนต้องได้รับบริการสุขภาพ หากความเจ็บป่วยนั้นจำเป็นต้องใช้ยา ประชาชนก็ต้อง ได้รับยาที่จำเป็นนั้น ซึ่งแนวคิดตาม UDHR และรัฐธรรมนูญของไทย สอดคล้องกับทัศนะขององค์การอนามัย โลกที่มองว่าการเข้าถึงยาเป็นสิทธิมนุษยชน

อีกด้านหนึ่งคือ พ.ร.บ. สิทธิบัตร ซึ่งให้อำนาจต่อผู้ทรงสิทธิบัตรหรือผู้ที่เป็นเจ้าของสิทธิบัตร ในกรณี ของยา ก็คือบริษัทยาที่เป็นเจ้าของสิทธิบัตรยาดัชนีๆ อำนาจที่กฎหมายให้ ได้แก่ อำนาจในการผูกขาดการ ขายยาแต่ผู้เดียวจนกระทั่งอายุสิทธิบัตรหมดลง

ทั้งสองฝ่ายต่างก็มีหลักการพื้นฐานและหลักกฎหมายมาอ้าง แต่แนวปฏิบัติตามข้ออ้างของทั้งสองฝ่าย ขัดแย้งกัน (อาจจะไม่ทั้งหมดของหลักการที่อ้างอิง) หากเรายึดถือหลักสิทธิมนุษยชน แนวปฏิบัติในหลักการ เข้าถึงยาก็คจะเป็นอย่างหนึ่ง แต่หากเรายึดหลักทรัพย์สินทางปัญญา แนวปฏิบัติก็จะเป็นอีกแบบหนึ่ง

สิ่งเดียวที่อุตสาหกรรม innovation มีคือ สิทธิบัตร มีอายุสิทธิบัตร ๒๐ ปี ใช้เวลา R&D ๑๓ ปี เหลือเวลาเพียงแค่ ๕-๖ ปีเท่านั้นเอง ยา ๑๐ ตัว กำไร ๒ ตัว ขาดทุน ๘ ตัว ถ้าสมมติว่าเอายา ๒ ตัวนี้เข้าไปนะ [ทำ CL] ซึ่งเป็น best seller [มันก็]คือฆ่ากันเลนนะ^{๘๖}

^{๘๔} คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, ปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights), (กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, ๒๕๕๐).

^{๘๕} WHO., The selection and use of essential medicines. Report of the WHO Expert Committee 2005 including the 14th Model List of Essential Medicines. Geneva: WHO. (WHO Technical Report Series, No.933). [Online] Available : <http://www.who.int/medicines.2006.f2013>, 15 November]

^{๘๖} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

สิทธิบัตรคือโฉนดของ knowledge-based society ถ้าไม่มีสิทธิบัตรที่แข็งแกร่ง ก็เหมือนบ้านเมืองนั้นไม่มีโฉนดที่ดินที่แข็งแกร่ง ไม่มีใครกล้าพัฒนาหรือ innovate ที่ดินปลูกบ้านราคาหลายล้าน หากต้องการลงทุนที่สูงต้อง secure ระบบโฉนดให้เค้าได้คือระบบสิทธิบัตรต้องแข็งแกร่ง^{๘๗}

เรื่องทรัพย์สินทางปัญญาที่มันมาเกี่ยวข้องเรื่องยา เราว่ายังมีความจำเป็นใหญ่เลย เพราะยาเป็นสินค้าคุณธรรม ที่มันสำคัญมันไม่เหมือนกับคือผู้ป่วยไม่มีอำนาจต่อรองอย่างอื่น ไข้ไหม ถ้าคนป่วยมากคุณไม่ไข้ยา มันก็ไม่หาย^{๘๘}

เราไม่ได้ยาเพราะว่าราคาแพง แพงเพราะว่ามีเรื่องของกลไกการค้ายาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา เรื่องการออกสิทธิบัตรยา ทำให้ยาแพง เรารู้ใจเรื่องนี้แล้ว พอปีที่สอง พอเราเริ่มรู้เรื่องนี้ เรารู้ พอเรารู้เราก็คพบว่า นี่คือเหตุใหญ่ที่ทำให้ยาแพง งบประมาณด้านยาแพงมากสูงมาก แล้วพอมันเกิดระบบหลักประกันสุขภาพขึ้นมา อันนี้ก็คือเหตุผล ที่ระบบหลักประกันสุขภาพ ที่เราร่วมผลึกตั้งแต่แรก ตั้งแง่ไว้เลยยังไม่รวมยาเอตส์นะ ยาแพงมากให้ไม่ได้ ยาแพงมาก นั่นก็เป็นอีกโจทย์ ถ้าอย่างนั้นมันก็ต้องจัดการทำให้ยาถูกลงให้ได้ มันก็เลยเกาะติดเรื่องนี้มาโดยตลอดในเชิงการผลึกในเชิงนโยบายว่า ต้องทำให้คนเข้าถึงยาโดยทั่วถึงเท่าเทียม คนจะเข้าถึงได้ยาต้องถูก ถ้ายาถูกลงได้ในแง่กฎหมายเปิดช่องไว้^{๘๙}

หากพิจารณาถึงพื้นฐานที่มาของกฎหมายที่เกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญาก็จะพบว่ามีเจตนารมณ์ต้องการให้มีการนำนวัตกรรม ความรู้ ที่มีคนค้นพบมาเปิดเผยต่อสาธารณะ นำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในวงกว้าง ขณะเดียวกันเพื่อเป็นการจูงใจให้มีการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ มากขึ้นและเป็นการตอบแทนต่อผู้สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ กฎหมายจึงได้ให้สิทธิพิเศษต่อผู้นั้น คือสิทธิผูกขาดต่อทรัพย์สินทางปัญญาดังกล่าว ภายใต้ระบบการค้าเสรีที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นหลัก และระบบการค้าที่มุ่งเน้นเรื่องทุน การสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ ถูกใช้เป็นเครื่องมือเพื่อแสวงหากำไรเป็นหลัก ไม่ใช่เพื่อนำมาเป็นประโยชน์ต่อมนุษย์เท่านั้น ในแวดวงธุรกิจยา เราพบว่ายาที่จำเป็นต่อสุขภาพและชีวิตมนุษย์ แต่ไม่ใช่ว่าที่ทำกำไรได้มาก เช่น ยารักษาโรคที่เกิดกับกลุ่มผู้ป่วยยากจน ก็มักจะไม่ได้รับความสนใจที่จะวิจัยค้นคว้าเท่าที่ควร ซึ่งเราเรียกกลุ่มนี้ว่าเป็นยากำพร้า

บริบททางสังคม เศรษฐกิจปัจจุบันที่แนวคิดการค้าเสรีแพร่หลายไปทั่ว ระบบการสื่อสารที่รวดเร็วทั่วถึง ระบบการขนส่ง คมนาคม สะดวก รวดเร็วกว่าอดีตมาก เส้นแบ่งต่างๆ ที่เคยเป็นอุปสรรคต่อการค้า เช่น เส้นแบ่งของประเทศ ความแตกต่างของสกุลเงินต่างๆ ความแตกต่างของวัฒนธรรม กำแพงภาษี เส้นกีดกันจากกฎระเบียบของประเทศต่างๆ ล้วนเลือนราง ไม่ชัดเจนเหมือนกับในอดีต ดังเห็นได้จากเนื้อหาสาระข้อตกลงขององค์การการค้าโลก หรือเขตประชาคมอาเซียน หรือแม้กระทั่งข้อตกลงทวิภาคีต่างๆ บริบทต่างๆ เหล่านี้ทำให้การค้าข้ามประเทศเกิดขึ้นได้ง่ายและมากขึ้น ขณะเดียวกันระบบการค้า อุตสาหกรรมที่ต้องอาศัยทุนเป็นหลัก ผู้มีทุนน้อยกว่าย่อมเสียเปรียบต่อการแข่งขันทางการค้า หากจะยึดหลักการของอดัม สมิธ (Adam Smith) ที่เชื่อในการแข่งขันเสรี ที่ทุกคนทำเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง ผู้ที่ไม่แข็งแรง ไม่มีประสิทธิภาพในที่สุดก็จะออกจากตลาดไป และภาพรวมของตลาดก็จะมีประสิทธิภาพสูงมากขึ้น แต่ในความเป็นจริง ตลาดไม่มีเสรีแบบอุดมคติที่เป็นพื้นฐานของแนวคิดนี้ และหากผู้ที่จะต้องล้มเลิกกิจการไปเป็นรายย่อย

^{๘๗} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

^{๘๘} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๒ เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๕.

^{๘๙} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๒ เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๕.

ที่กระจุกอยู่บางพื้นที่เท่านั้น เช่น ผู้ค้ารายเล็กที่เป็นคนไทย เหลือแต่ผู้ค้ารายใหญ่ที่เป็นชาวต่างชาติ ผลเสียที่ตามมาคือขาดความสมดุล ขาดความมั่นคง การผูกขาด การละเลยบางสิ่งบางอย่าง หรือละเลยคนบางกลุ่ม

ปัจจุบันเราสามารถพบเห็นผลเสียเหล่านี้ได้ทั่วไป หากเกิดกับธุรกิจบางประเภท เช่น แพชั่น บันเทิง หรือสินค้าที่ไม่ใช่ปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบก็คงพอจะยอมรับได้ แต่หากผลกระทบนี้เกิดขึ้นกับยาซึ่งสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชีวิตและสุขภาพ ผลกระทบเหล่านี้อาจทำให้ผู้คนในสังคมรู้สึกสลดหดหู่ได้ ประเด็นสำคัญของเรื่อง การเข้าถึงยาถ้วนหน้าในสถานการณ์ปัจจุบัน จึงเป็นการหาจุดสมดุลของทั้งสองฝ่ายหรือของทั้งสองแนวคิดดังกล่าว

เราเชื่อในสิทธิการเข้าถึงการรักษาซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ที่อยู่ในหลักระบบสิทธิบัตร มันถูกบิดเบือนเสียจนมันมีปัญหา หัวใจของมัน คือการสร้างสมดุล ระหว่างการรักษาสิทธิของผู้ทรงสิทธิกับรักษาสหสิทธิประโยชน์ของประชาชน^{๙๐}

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าบริบททางสังคมเศรษฐกิจในปัจจุบันเอื้ออำนวยต่อการค้าเสรี การปรับสมดุลให้อิทธิพลของระบบทุนส่งผลเสียน้อยลง จำเป็นต้องให้อีกฝ่ายสามารถสะท้อน ผลักดันแนวปฏิบัติที่เหมาะสมมากกว่าออกมา ไม่ปล่อยให้ผู้ที่อยู่ในฐานะที่ได้เปรียบ ใช้ความได้เปรียบตักตวงผลประโยชน์จากกำไรอย่างเดียว หรือกล่าวอีกอย่างก็คือกลุ่มผลักดันที่มีแนวคิดด้วยทรัพย์สินทางปัญญาที่เป็นหัวหอกสำคัญในการทำกำไรให้กับธุรกิจยา ได้แผ่ขยายพื้นที่ไปเบียดบังหลักคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนมากขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สังคมเสียสมดุลไป

เรื่องทรัพย์สินทางปัญญา มันต้องทำให้เกิด balance สองฝั่ง ระหว่างฝั่งของผู้คิดค้นกับฝั่งของสาธารณะที่จะเป็นคนใช้ประโยชน์จากการคิดค้นนั้นๆ มันต้องมี balance หมายความว่า การเคารพสิทธิของคนก็คิดค้นก็เป็นเรื่องสำคัญ แต่ว่าการมีสิทธินั้น ต้องไม่ไปสร้างผลกระทบที่รับไม่ได้กับประชาชนทั่วไป balance อันนี้ คือหน้าที่ของรัฐ เพราะรัฐเป็นคนใช้กฎหมาย ในกฎหมายนี้มันก็ให้สิทธิรัฐที่จะทำให้เกิด balance มาตรา ๕๐ มาตรา ๕๑ ไล่เรียงลงมา ว่าถ้ามันมีเหตุวิกฤต เหตุวิกฤตนั้นมันจะแก้ได้ด้วยของซึ่งทรงสิทธิ มีทรัพย์สินทางปัญญา รัฐก็ทำได้^{๙๑}

ภาวะสมดุลที่เสียไปนี้สะท้อนออกมาอย่างชัดเจนในปรากฏการณ์การทำ CL (Compulsory Licensing, การใช้สิทธิโดยรัฐต่อสิทธิบัตร) ของประเทศไทย ถึงแม้ว่าจริงๆ แล้วการเข้าถึงยาของประชาชนมีปัจจัยหลายอย่างมาเกี่ยวข้อง เช่น ระบบบริการพื้นฐานด้านสุขภาพ นโยบายของรัฐที่เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ การบริหารคลังของประเทศ เป็นต้น

CL ถือเป็น emergency exit ที่ใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เหตุการณ์ไม่ปกติ แต่การใช้ emergency exit โดยไม่จำเป็น ก็เหมือนกับเรามีประตูหนีไฟแต่เราเปิดคาทิ้งเอาไว้ตลอดเวลา การใช้ CL โดยที่ไม่มีความจำเป็นจริงๆ เป็นการขัดต่อหลัก discipline ของสากล เหตุผลที่เราใช้ CL ไม่ justified เรายังไม่มีสถานการณ์ที่ unique พิเศษ แต่เราใช้ CL เพื่อประหยังบประมาณของรัฐเอง ภาษาสากลเรียกว่าน่ารังเกียจ น่าอาย^{๙๒}

^{๙๐} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๒ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๕.

^{๙๑} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๒ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๕.

^{๙๒} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

ตอนนั้นที่ประเทศไทยทำ CL จะมีเสียงด่าเยอะมาก ผู้ที่ไม่เห็นด้วยเขอาจังว่าไม่ต่างจากขโมยของ ไม่มีปัญหาทำอะไรเอง ใช้วิธีนี้แก้ปัญหาแบบง่าย ๆ ซึ่งสิ่งที่เราพยายามเปลี่ยนมาตลอดคือว่า CL เป็นแค่หนทางอย่างหนึ่งในการเข้าถึงยาเท่านั้น มันไม่ใช่ทุกอย่าง เพื่อ CL แต่เป็นเพียงหนึ่งในการแก้ปัญหา^{๙๓}

CL เปรียบเสมือนรอยปริแตกของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นของสองแนวคิดที่สะสมปัญหา สะสมความไม่ลงรอยมาเรื่อยๆ จนถึงจุดที่เหมาะสมรอยแยกนี้ก็ปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัด การศึกษาปรากฏการณ์ CL ซึ่งเป็นกรณีศึกษาสำคัญต่อการทำความเข้าใจนโยบายสาธารณะการถึงยาของประชาชน ทำให้เราเห็นการขับเคลื่อนของฝ่ายที่คิดแตกต่างกัน ทำให้เห็นถึงลักษณะที่สำคัญของการปรับสมดุลระหว่างแนวคิดสิทธิมนุษยชนกับการค้าเสรีโดยอาศัยสิทธิบัตร และจากการศึกษาปรากฏการณ์ CL นี้เอง ทำให้เราเรียนรู้ถึงนโยบายสาธารณะการเข้าถึงยาได้ด้วย

เป้าหมายอันแตกต่าง: พลังในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

การทบทวนเอกสารและการเข้าไปสัมภาษณ์ตัวบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงยาล้วนหน้าของประชาชนโดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปรากฏการณ์ CL พบว่าตัวละครซึ่งเป็นคนหรือองค์กรที่เข้ามามีบทบาทมากในเรื่องนี้ที่อาจแบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม คือกลุ่มอุดมการณ์สาธารณะและกลุ่มอุดมการณ์ปัจเจก อย่างไรก็ตาม การแบ่งดังกล่าวมิได้มีเจตนาจะบอกว่าผู้ที่เกี่ยวข้องมีเฉพาะ ๒ กลุ่มนี้เท่านั้น หรือผู้ที่เกี่ยวข้องต้องอยู่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง บุคคลที่เกี่ยวข้องอาจมีลักษณะผสมผสานของลักษณะ ๒ แบบนี้ก็ได้ แต่เนื่องจาก ๒ กลุ่มดังกล่าวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบายการเข้าถึงยา และเพื่อให้เห็นภาพได้ชัดเจนจึงได้นำลักษณะเด่นของ ๒ กลุ่มนี้มาอธิบายเพื่อให้เข้าใจถึงการขับเคลื่อนนโยบายนี้

“กลุ่มอุดมการณ์สาธารณะ” เป็นกลุ่มที่ยึดถือประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลัก กลุ่มคนเหล่านี้อาจมีอาชีพที่แตกต่างกันเช่น เป็นข้าราชการ นักวิชาการ คนทำงาน NGO ฯลฯ แต่สิ่งที่พบเหมือนกันในคนกลุ่มนี้คือสิ่งที่คนกลุ่มนี้พยายามผลักดันเป็นผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับคนกลุ่มใหญ่ทั่วไป เช่น ประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้ป่วย ไม่ได้ขับเคลื่อนในฐานะคนที่มาปกป้องผลประโยชน์ของตนเองหรือองค์กรของตนเอง พลังงานขับเคลื่อนคนในฝ่ายสาธารณะ คือ “อุดมการณ์สาธารณะ” คนกลุ่มนี้ผลักดันเรื่องที่ไม่ได้ส่งผลประโยชน์โดยตรงต่อตัวเอง หรือต่อองค์กรของพวกเขาในรูปของเงินหรือวัตถุ

สิ่งที่คนในกลุ่มนี้พยายามผลักดันมีลักษณะสอดคล้องกัน คือเป็นสิ่งที่มี “อุดมการณ์สาธารณะ” อยู่เบื้องหลัง ไม่ว่าจะเป็นเรียกร้องให้ลดราคาเพื่อนอกจากยาแก้ปวดในอดีต การพยายามทำให้การขายยาามีจริยธรรมมากขึ้น การผลักดันให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม การคัดค้านเงื่อนไขบางอย่างในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่ส่งผลให้บริษัทยาสามารถผูกขาดการขายยาได้นานขึ้น (เช่น การเจรจาข้อตกลงการค้าระหว่างสหภาพยุโรปกับไทย) การเรียกร้องให้ลดนยาบางรายการที่ต่างประเทศไม่ใช้แล้ว “อุดมการณ์สาธารณะ” เป็นสิ่งที่มีความจำเพาะกับบุคคลมากกว่าสิ่งที่เป็นเงินตราหรือผลประโยชน์ทางวัตถุ ที่ขับเคลื่อนให้คนมุ่งมั่นทำบางสิ่งบางอย่าง

นอกจากนี้ภายใต้ระบบการค้าเสรีในปัจจุบัน โครงสร้างของธุรกิจที่ขับเคลื่อนด้วยทุนและมีแนวคิดแบบอิงระบบราชการ (Bureaucracy) เป็นพื้นฐาน ซึ่งเป็นระบบการบริหารจัดการองค์กรมีกฎระเบียบรองรับตั้งแต่การคัดเลือกที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับงาน มีการกำหนดขั้นตอนการทำงานที่คิดว่ามีประสิทธิภาพ ยึด

^{๙๓} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๑ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๕.

หลักเหตุผล และองค์การดำเนินงานตามเป้าหมายที่แน่นอนซึ่งในกรณีธุรกิจ เป้าหมายก็คือกำไรสูงสุด ทำให้โครงสร้างดังกล่าวนี้เอื้อต่อการที่ธุรกิจจะผลักดันสิ่งที่ตนเองต้องการได้ ไม่ว่าจะเป็นการส่งคนเข้ามาดำเนินการต่างๆ หากจำนวนคนไม่พอ หรือมีคนลาออก การหาคนมาดำเนินการก็สามารถทำได้สิ้นเปลืองมากกว่า ที่จะต้องหาคนที่มียุทธศาสตร์เฉพาะแบบเท่านั้น

คนในกลุ่มอุดมการณ์สาธารณะนี้มีพื้นฐานของการทำงานที่หลากหลาย บางคนทำงานเป็นนักวิชาการ บางคนไม่ได้ทำงานอยู่ในฐานะที่จะไปผลักดันนโยบายระดับชาติ แต่บางคนอยู่ในฐานะที่มีอำนาจโดยตรงที่จะผลักดันนโยบายระดับชาติ (เช่น นพ.มงคล ณ สงขลา ซึ่งเป็นรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขในช่วงที่มีการทำ CL) บางคนเป็นพนักงานลักษณะอิสระ (freelance) ในขณะที่บางคนทำงานในนามตัวแทนของกลุ่มผู้ป่วย (คุณนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์) บางคนในกลุ่มนี้แต่เดิมไม่มีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับยาหรือโรคมามาก่อน แต่จุดร่วมหรือเป้าหมายของคนในกลุ่มนี้เป็นสิ่งเดียวกันคือ การพยายามผลักดันให้เกิดผลประโยชน์สาธารณะ ทั้งๆ ที่ในกรณี CL เป็นเรื่องที่มีอุปสรรคหลากหลาย และจากการที่ต้องฝ่าฟันอุปสรรคของคนกลุ่มนี้ แสดงให้เห็นว่าอุดมการณ์การที่ยึดถือผลประโยชน์สาธารณะเป็นสิ่งที่ค่อนข้างจำเพาะกับตัวบุคคล ถึงแม้ว่าแต่ละคนมีประสบการณ์ต่างกัน

นพ. มงคล ณ สงขลา เป็นแพทย์ที่เคยทำงานตั้งแต่ระดับเล็กสุดของสถานบริการสุขภาพที่มีแพทย์อยู่เป็นสาธารณสุขจังหวัด อธิบดี เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ ผศ. นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี หรือ รศ. จิราพร ลิ้มปานานนท์ ต่างก็เป็นนักวิชาการที่เคลื่อนไหวในการแก้ปัญหาเรื่องยาและสุขภาพมาตลอด ส่วนคนอื่นๆ ก็จะมีประสบการณ์หรือภูมิหลังต่างกันไป จากข้อจำกัดเรื่องเวลาและการเข้าถึงข้อมูล เราไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเป็นเหตุปัจจัยหลักที่ทำให้คนกลุ่มนี้มีลักษณะยึดผลประโยชน์สาธารณะเป็นหลักร่วมกันได้ และออกมาแสดงบทบาทในการต่อสู้ ผลักดันเรื่อง CL และการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชาชน

อีกคุณสมบัติหนึ่งของคนกลุ่มนี้ที่เราพบก็คือ การมีความมุ่งมั่นสู่เป้าหมายสูง เนื่องจากการผลักดันให้ประชาชนเข้าถึงยาได้โดยการทำให้ CL ยา ถือว่าเป็นการกระทำทวนกระแส (ถึงแม้ว่าจะจะเป็นไปตามข้อตกลงทางการค้าว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาที่สามารถทำได้ก็ตาม) ทำให้กระบวนการผลักดันไม่ใช่เรื่องง่าย คนในกลุ่มนี้ต้องศึกษาและทำความเข้าใจเรื่องต่างๆ ที่จำเป็นอย่างจริงจัง ตั้งแต่เรื่องยา กฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินทางปัญญา และที่สำคัญการหาหรือสร้างช่องทางที่สามารถขับเคลื่อนเรื่องนี้ได้

ใช้ต้องทำเลย มีช่องไหนที่ทำได้ก็ทำ โดยไม่ต้องรอสั่ง แต่พอมาอยู่ที่นี้สักพักหนึ่ง ก็เห็นว่าบางเรื่องนั้นมันอาศัยการเข้าไปคุยกับผู้บริหาร ซึ่งตอนหลังถึงแม้ว่าไม่ได้คุยโดยตรง ก็ใช้วิธี e-mail คนข้างเขา ให้เขาช่วยสะท้อน มันก็พอมีผลที่เกิดขึ้นตามมา^{๙๔}

ความมุ่งมั่นนี้ สะท้อนออกมาในการพยายามสร้างเครือข่ายการทำให้เครือข่ายมีความเข้มแข็ง เช่น ถ้าเครือข่ายไม่มีความรู้ในเรื่องนั้น ก็ต้องหาวิธีทำให้เครือข่ายมีความรู้ การพยายามหาโอกาสที่มีอยู่ที่จะผลักดันเรื่องนั้น ซึ่งโอกาสในการที่จะผลักดันการเข้าถึงยาของประชาชนไม่ได้มีช่องทางผ่านสมัชชาสุขภาพเท่านั้น หากแต่การผลักดันผ่านสมัชชาสุขภาพเป็นเพียงช่องทางหนึ่งในหลายๆ ช่องทาง คนในกลุ่มนี้จึงพยายามผลักดันทุกช่องทางที่มี และในบางกรณีหากไม่มีโอกาส คนกลุ่มนี้ก็จะพยายามสร้างโอกาสให้เกิดขึ้นด้วย

^{๙๔} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๓ เมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๕๕.

พวกเราใช้ทุกช่องทางเท่าที่มี คือ เราไม่เคยเลือกว่าช่องนี้จะเล็ก ช่องนี้จะใหญ่ คือขอให้มันหน้าไหนมา เรารู้มันๆ หน่อยๆ เราเอาหมด ทุกอย่าง คือ ขอให้มันมีช่องแล้วกัน^{๔๕}

กระบวนการผลักดันเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาได้มากขึ้นหรือการขยายอย่างมีจริยธรรม ไม่ได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น แท้ที่จริงแล้ว สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการผลักดัน ขับเคลื่อน ต่อรอง ทัก ráง ถกเถียง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามนโยบายสาธารณะดังกล่าว ด้วยการทำงานอย่างหนักหน่วงของทีมงาน สร้างความเข้มแข็งร่วมกัน ความสำเร็จที่เห็นจึงไม่ใช่เรื่องบังเอิญ

ขณะที่ กลุ่มอุดมการณ์ปัจเจกของธุรกิจยา เป็นการรวมตัวกันของกลุ่มบริษัทที่เกี่ยวข้องกับการผลิตจำหน่าย วิจัยและพัฒนาที่มีจำหน่ายในประเทศไทย กลุ่มนี้ประกอบไปด้วยบุคลากรในกลุ่มการแพทย์ เภสัชภัณฑ์ นักธุรกิจด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ทั้งบริษัทท้องถิ่นและบริษัทข้ามชาติ โดยกลุ่มหลักที่มีบทบาทในการผลักดัน ขับเคลื่อนในกระบวนการสมัชชาคือ กลุ่ม PReMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers Association) หรือ สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ นอกเหนือจากนี้ยังมีกลุ่มสมาคมอุตสาหกรรมไทยผู้ผลิตยาแผนปัจจุบัน (TPMA: Thai Pharmaceutical Manufacturers Association) ที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนด้วย

บุคลากรในคนกลุ่มผลประโยชน์ธุรกิจยา นี้ ถูกขับเคลื่อนด้วยผลประโยชน์ทางธุรกิจเป็นสำคัญ โดยมีแนวคิดพื้นฐานการแลกเปลี่ยน (exchange) ที่เชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล และยอมใช้เหตุผลในการหาผลประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง หรืออีกนัยคือการขับเคลื่อนด้วยอุดมการณ์เฉกเช่นเดียวกับกลุ่มอุดมการณ์สาธารณะ แต่เป็นอุดมการณ์เฉพาะของกลุ่มที่หล่อเลี้ยงด้วยฐานคิดเพื่อประโยชน์สูงสุดเดียวกัน

คนที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนในกลุ่มนี้ เป็นคนที่มีความมุ่งมั่นสูง เด็ดขาดและยึดมั่นในแนวคิดประโยชน์ทางธุรกิจขององค์กรเป็นสำคัญ การเข้าสู่กระบวนการเป็นการคัดเลือกและเติบโตขึ้นมาปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบและความสามารถ ซึ่งระบบได้ออกแบบและจัดการคัดเลือกมาอยู่แล้ว ดังนั้นจึงจะพบคนในกลุ่มนี้มีบุคลิกลักษณะที่มีอุดมการณ์และฐานคิดที่แรงกล้าตามระบบทางธุรกิจซึ่งได้สร้างขึ้นมา และถือเป็นสิ่งสำคัญมากที่ทำให้กลุ่มผลประโยชน์มีบทบาทในการแปรเปลี่ยนเป็นกลุ่มผลักดัน (pressure group) ต่อไป

การเคลื่อนไหวของกลุ่มผลประโยชน์ต่อกระบวนการสมัชชา พบว่ามีการเคลื่อนไหว กดดันและเข้าไปมีส่วนร่วมในหลากหลายรูปแบบ ในหลายครั้งจะพบวาทกรรมที่เกี่ยวกับความเท่าเทียมและการเรียกร้องสิทธิที่เท่าเทียมในการเข้าไปอยู่ในปริณทณของการผลักดันมติสมัชชาสุขภาพการเข้าถึงยา ขณะเดียวกันก็พบปรากฏการณ์ความย้อนแย้งของวิถีคิดของกลุ่มอุดมการณ์ปัจเจกเรื่องความเท่าเทียม เมื่อพูดถึงเรื่องสิทธิในการแสดงความคิดเห็นในมติต่างๆ ว่าน่าจะต้องไม่เท่ากันระหว่างผู้ที่มีความรู้มากกับผู้ที่จะไม่มีความรู้ (เสียงของผู้มีความรู้สูง น่าจะสำคัญและมีพลังมากกว่าเสียงของคนที่จะไม่มีความรู้ที่เพียงพอ)

การเคลื่อนไหวต่อการดำเนินการเข้าถึงยามีมาก่อนที่รัฐบาลไทยจะทำการประกาศ CL ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนไหวในการเจรจาต่อข้อตกลงเขตการค้าเสรีหรือ FTA ระหว่างไทยกับสหรัฐอเมริกาหรือการเรียกร้องของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๒ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข ๑๖ องค์กร ได้รวมตัวเรียกร้องให้ใช้มาตรการ CL ต่อยาดีทีโอ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๙ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเรียกร้องให้ยับยั้งการให้สิทธิบัตรกับยาคอมบิโด (Combido) โดยอ้างว่ายานี้ไม่ใช่ยาใหม่และไม่มีขั้นตอนการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น และหากยับยั้งไม่ได้ก็ขอให้

^{๔๕} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๕.

ประกาศใช้ CL กับยานี้ และเมื่อมีการประกาศใช้ CL ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นต้นมา การเคลื่อนไหวของทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการทำ CL ก็เกิดขึ้นเป็นลำดับ และเกือบทั้งหมดเกิดอยู่นอกขอบเขตของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เช่น นายกสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PreMA) ประณามการทำ CL ของไทยว่าเป็นการยึดเอาทรัพย์สินของเอกชน^{๙๖}

ธีระ ฉากจนโรดม นายกสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PreMA) ให้สัมภาษณ์ว่าการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ทางการค้าสากล โดยเฉพาะยาที่ให้ผลในการรักษาโรคหัวใจ การทำ CL ส่งผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการวิจัยยาชนิดใหม่ๆ และยังไม่มีความจำเป็น เพราะสถานการณ์ยังอยู่ในวิสัยที่จะเจรจาได้^{๙๗} บริษัทยาข้ามชาติใช้วิธีการลอบบี้ทั้งดำเนินการด้วยตัวเองและโดยชุดของแต่ละประเทศ, บริษัทยาแอบบอตต่อต้านการทำ CL โดยการยื่นหนังสือถึง อัย. เพิกถอนคำขอขึ้นทะเบียนยาใหม่ในประเทศไทย, ส.ส. บางส่วนของพรรคริพับลิกัน สหรัฐอเมริกาและลอบบี้สตีจิมตประเทศไทยและขอให้รัฐบาลสหรัฐตอบโต้ประเทศไทย, USA for Innovation ชื่อนักโฆษณาของสื่อต่างประเทศและของประเทศไทย ระบุว่ารัฐบาลไทยที่มาจากพรรคการเมืองกำลังทำให้ประเทศไทยให้เป็นพม่า ด้วยการทำให้ CL และยังทำหนังสือถึงสมาชิกรัฐสภาสหรัฐและรัฐบาลสหรัฐให้ตอบโต้ประเทศไทย^{๙๘}

ขณะที่ฝ่ายที่เห็นด้วยกับการทำ CL ก็มีการเคลื่อนไหว เช่น การให้สัมภาษณ์ผ่านสื่อต่างๆ เอ็นจีโอหลายกลุ่มในประเทศไทยประกาศสนับสนุนการทำ CL อย่างเต็มที่^{๙๙} การทำหนังสือชี้แจงข้อมูลและรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับ CL การเดินสายชี้แจง อาจารย์จอน อึ้งภากรณ์ เลขาธิการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และนายวิรัตน์ ภูระหงษ์ ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ได้รับมอบฉันทะจากผู้ถือหุ้นกลุ่มศาสนาให้เข้าไปร่วมประชุมผู้ถือหุ้นของบริษัทแอบบอตที่สหรัฐ และตั้งคำถามถึงพฤติกรรมที่ไร้คุณธรรมของแอบบอต^{๑๐๐}

ที่กล่าวมาเป็นเพียงบางส่วนของ การตอบโต้ เคลื่อนไหว ต่อรอง การสร้างวาทกรรมหรือการนำวาทกรรมบางอย่างมาใช้เพื่อให้ฝ่ายตนเองมีความชอบธรรม หากมองในมุมกว้างก็จะเห็นได้ชัดเจนว่ากระบวนการของสมัชชาสุขภาพ เป็นเพียงบางส่วนของปริณทลการสร้างนโยบายสาธารณะ ดังนั้นหากต้องการให้นโยบายสาธารณะมีผลในทางปฏิบัติจริง สังคมต้องไม่พึ่งพาแต่เฉพาะกระบวนการทางสมัชชาสุขภาพเท่านั้น

จากการศึกษาข้อมูลทั้งเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งมีทั้งผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มอุดมการณ์สาธารณะและกลุ่มอุดมการณ์ปัจเจก ไม่พบว่ามีกรณีการถกเถียงในลักษณะที่ผู้ที่เกี่ยวข้องเปิดใจยอมรับข้อมูลใหม่ ความคิดใหม่ หรือเหตุผลใหม่ และพร้อมจะปรับความคิดตนเองเมื่อได้ตรองข้อมูลและเหตุผลทั้งหมด สิ่งที่พบ

^{๙๖} กรรณิการ์ กิจติเวชกุล และอวยพร แต่ชุตระกุล (บรรณาธิการ), *อีกก้าวที่กล้า...ของหมอซีม่าเกลบ: นายแพทย์มงคล ณ สงขลา กับการทำ CL ในประเทศไทย*. (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๐).

^{๙๗} สุเจน กรรพฤทธิ์, *มาตรการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา (Compulsory Licensing) “ช่องทางเข้าถึงยา” หรือ “ระเบิดเวลา” ของระบบสุขภาพไทย?* [Online] แหล่งที่มา : <http://www4.eduzones.com/haloha123/992>. [๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

^{๙๘} กรรณิการ์ กิจติเวชกุล และอวยพร แต่ชุตระกุล (บรรณาธิการ), *อีกก้าวที่กล้า...ของหมอซีม่าเกลบ: นายแพทย์มงคล ณ สงขลา กับการทำ CL ในประเทศไทย*. (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๐).

^{๙๙} มุทตา เชื้อซัง, *สิทธิ (ชีวิต) เหนือสิทธิบัตรยา: ซีแอลของคนไทย*. (กรุงเทพฯ: แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๑).

^{๑๐๐} กรรณิการ์ กิจติเวชกุล และอวยพร แต่ชุตระกุล (บรรณาธิการ), *อีกก้าวที่กล้า...ของหมอซีม่าเกลบ: นายแพทย์มงคล ณ สงขลา กับการทำ CL ในประเทศไทย*. (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๐).

เป็นลักษณะของการมาถกเถียงเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ฝ่ายตนคิดไว้ล่วงหน้าแล้ว แต่ละฝ่ายที่มีความคิดเห็นต่างกัน ก็ยึดเหตุผลที่สนับสนุนความคิดของตนเอง ลักษณะที่เกิดขึ้นนี้ ไม่ใช่รูปแบบที่ทุกฝ่ายได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างใช้ปัญญาและสมานฉันท์ ตามที่กระบวนการสมัชชาสุขภาพคาดหวังไว้

อย่างไรก็ตาม ในกรณีนโยบายการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยนี้ เป็นการนัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นปีแรก คู่ถกเถียงที่สำคัญคือ สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PReMA) ไม่ได้เข้าร่วมในการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นตั้งแต่ต้น การประชุม ๒ อย่างหลังนี้มีความยืดหยุ่นสูงกว่า ทั้งในด้านจำนวนคนเข้าร่วมและเวลาในการประชุม ซึ่งสามารถเอื้อให้เกิดการถกแถลงแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น หรือเหตุผลได้มากกว่าการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ ๕ บทวิเคราะห์เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา

ในฐานะที่ยาเป็นสินค้าคุณธรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพ ขณะเดียวกันผู้ที่อยู่ในกระบวนการที่ทำให้ยาถูกใช้ก็เป็นผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งได้แก่ แพทย์ เภสัชกร ฯลฯ ดังนั้นกระบวนการขายจึงมีกฎเกณฑ์กติกามาเกี่ยวข้องแตกต่างไปจากสินค้าทั่วไป

เมื่อได้ศึกษาบททวนก็จะพบว่าเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการขายยามีมากมายหลายฉบับ ทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชนหรือเป็นองค์กรวิชาชีพต่างๆ เช่น เกณฑ์ทางจริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาขององค์การอนามัยโลก^{๑๐๑} ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๙^{๑๐๒} ข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๖^{๑๐๓} International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA) Code of Practice ๒๐๑๒^{๑๐๔} เกณฑ์จริยธรรม ฉบับที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๕ ของสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PReMA)^{๑๐๕} The Code of Practice for the Pharmaceutical Industry Second ๒๐๑๒ Edition, Code on Interactions With Healthcare Professionals ของ The Pharmaceutical Research and Manufactures of America (PhrMA)^{๑๐๖} และเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่มาจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเรื่องยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เป็นต้น

หากเจาะลึกเข้าไปดูเกณฑ์เหล่านี้ก็จะพบว่ามีความแตกต่างกันไปในรายละเอียด ขึ้นกับบริบทและกฎหมายที่มีอยู่ในประเทศนั้นๆ แต่โดยภาพรวมทิศทางของเกณฑ์ก็ไปในทางเดียวกัน และบางส่วนก็มีรายละเอียดสูงมาก

ถ้าหากผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นฝ่ายธุรกิจยาหรือผู้ประกอบวิชาชีพ ปฏิบัติตามเกณฑ์เหล่านี้ ด้วยความจริงใจ ปัญหาทางด้านจริยธรรมก็ดูไม่น่าจะเป็นปัญหา แต่ในความเป็นจริงปัญหาเหล่านี้ยังคงมีอยู่ ดังปรากฏอยู่ในสื่อหรือในเอกสารวิชาการก็ตาม และการผลักดันให้มีนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับเรื่องนี้ก็สะท้อนได้เป็นอย่างดีว่าเรื่องนี้ยังเป็นปัญหาอยู่

^{๑๐๑} WHO., *Ethical criteria for medicinal drug promotion*. Geneva: World Health Organization. แปลโดย สำลี ใจดี และ ธงชัย สุขเศวต. (๒๕๓๗). *เกณฑ์ทางจริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา*. (กรุงเทพมหานคร: กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.), ๒๕๓๗).

^{๑๐๒} ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๙. [Online] แหล่งที่มา : <http://www.tmc.or.th>. [๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

^{๑๐๓} ข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๖. [Online] แหล่งที่มา : <http://www.pharmacycouncil.org>. [๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

^{๑๐๔} IFPMA., IFPMA Code of Practice 2012. [Online] Available : <http://www.ifpma.org>. [2012, November 14].

^{๑๐๕} สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์. *เกณฑ์จริยธรรม ฉบับที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๕*. (กรุงเทพมหานคร: สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์, ๒๕๕๕).

^{๑๐๖} The Pharmaceutical Research and Manufactures of America (PhrMA), (2009). *Code on Interactions With Healthcare Professionals*. [Online] Available : <http://www.phrma.org>. [2012, November 12].

เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาของเกณฑ์ต่างๆ เหล่านี้ (รวมทั้งเกณฑ์ที่ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วย) พบว่า บางข้อมีลักษณะบังคับแต่บางข้อก็เป็นลักษณะของการแนะนำ ขอความร่วมมือ เป็นการควบคุมตนเอง (self-regulation) ที่สำคัญเกณฑ์จริยธรรมหลายข้อขัดขวางกิจกรรมทางการตลาดที่ธุรกิจยาปฏิบัติอยู่ เช่น การให้ข้อมูลยาที่เป็นกลาง สมดุล ไร้อคติ ในขณะที่การให้ข้อมูลด้านลบของผลิตภัณฑ์ตัวเองทำให้การใช้ยาน้อยลง การขายยาได้น้อยก็ถือว่าเป็นการทำงานที่ไม่ดีและส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้แทนยาตลอด บางเกณฑ์ระบุว่าต้องไม่กำหนดผลตอบแทนของผู้แทนยาโดยขึ้นกับยอดขายยา ในขณะที่การให้รางวัลตามยอดขายเป็นสิ่งกระตุ้นที่มีพลังในการเพิ่มยอดขาย

เกณฑ์จริยธรรมหลายเกณฑ์ ยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพหรือหน่วยงานรับการสนับสนุนการวิจัย รับการสนับสนุนการประชุม สัมมนา อบรม ดูงาน หรือบรรยาย หรือรับสิ่งของได้ในวงเงินจำกัด เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่รับสิ่งของ การบริการ หรือนันทนาการ ที่มีมูลค่าเกินกว่า ๓,๐๐๐ บาท คำถามต่อสาระของเกณฑ์หรือต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงก็คือ บริษัทายอมเสียเงินทำไม ทำไมผู้ประกอบวิชาชีพถึงรับสิ่งเหล่านี้ได้ ทำไมบริษัทายถึงต้องมาให้สิ่งเหล่านี้ การรับของมูลค่าไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท เป็นไปตามเกณฑ์ ดูเหมาะสม แต่ถ้ามากกว่านี้ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์จริยธรรม ถือเป็นสิ่งที่ผิด คำตอบที่พอจะเป็นไปได้ก็คือ พฤติกรรมแบบนี้มีมากมายและรุนแรงมากกว่านี้ การมีเกณฑ์อย่างนี้ก็ยิ่งดีกว่าไม่มีเกณฑ์ หรืออีกคำตอบก็คือ จริยธรรมเป็นสิ่งที่ต้องรอง อะลุ่มอล่วยได้

การวิจัยถึงกระบวนการทำงานของผู้แทนยา ชี้ให้เห็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลในการโน้มน้าว ชักจูงให้แพทย์ใช้ยา ก็คือความสัมพันธ์แบบสนิทสนม ในขณะที่แพทย์เองก็ทราบว่าผู้แทนยาต้องการอะไร และผู้แทนยาก็ทราบว่าแพทย์แต่ละคนลึกๆ แล้วต้องการอะไร กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ของผู้แทนยามีหลายวิธี และหลายครั้งไม่ต้องอาศัยสิ่งของที่มีมูลค่าสูงเสมอไป ไม่ว่าจะเป็นการใช้คำพูด ท้าทาง สิ่งที่เป็นที่แพทย์คนนั้นชอบ หรือสนใจ แพทย์บางคนสนใจวิชาการ การสนับสนุนที่เชื่อมโยงถึงวิชาการ นอกจากจะดูดี ไม่ผิดหลักเกณฑ์จริยธรรมแล้ว ยังมีอิทธิพลในการสร้างความสัมพันธ์สนิทสนมได้ด้วย^{๑๐๗} การเปิดโอกาสให้บริษัทยาใช้ช่องทางการสนับสนุนที่สัมพันธ์กับวิชาการ เป็นการเปิดโอกาสให้บริษัทยาสามารถใช้การแลกเปลี่ยนทางสังคมและ “การตลาดที่แนบเนียน” มาสร้างความ “ซี้” กับตัวแพทย์ได้ เมื่อมองในด้านนี้แล้วเกณฑ์ต่างๆ เหล่านี้ถือว่ายังมีช่องโหว่อยู่ วิธีการที่เป็นไปได้ในการป้องกันการโน้มน้าวจากบริษัทยาก็คือ การสนับสนุนต้องส่งถึงหน่วยงานในภาพรวมเท่านั้น ส่วนการกระจายการสนับสนุนไปสู่ผู้ใด ให้หน่วยงานเป็นผู้ตัดสินใจ

อีกประเด็นหนึ่งที่ทำให้เกณฑ์จริยธรรมการขายยาไม่ได้ผลเท่าที่ควร ทั้งๆ ที่มีเกณฑ์มานาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็มักจะมีเกณฑ์อยู่แล้ว ก็คือ ผู้ที่ใกล้ชิดอยู่จริงใน คือระหว่างผู้ที่ขายยาและผู้ใช้ยา (แพทย์) ต่างได้ประโยชน์ ต่างพอใจกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ผู้เสียหายที่เป็นไปได้คือตัวผู้ป่วยก็ไม่มีโอกาสรับทราบสิ่งเหล่านี้ สังคมที่ได้รับผลเสียก็เป็นส่วนที่อยู่วงนอกและเป็นภาพใหญ่ จนปัจเจกบุคคลแต่ละคนไม่รู้สึกรู้สีก่อนหรือรอนกับสิ่งที่เกิดขึ้น

หรือว่าในโลกของความจริง สิ่งที่เหมาะสมที่สุดก็คือสิ่งที่ยอมรับได้ เป็นสิ่งที่ถูกต้องรองเพื่อให้ได้จุดที่สมดุล ทั้งในแง่เนื้อหาและกระบวนการได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะ

จากกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในเรื่องนี้ พบว่าตัวละครที่เกี่ยวข้องที่มาผลักดัน เรียกร้อง กลับหาได้ยากเมื่อเทียบกับเรื่องอื่นๆ ในเรื่องการเข้าถึงยาเราพบว่ามีตัวบุคคลหรือองค์กรมาขับเคลื่อน มาเรียกร้อง ขณะที่พอเป็นเรื่องจริยธรรมในการขายยาตัวละครกลับแทบไม่มี ทั้งๆ ที่กิจกรรมทางการตลาด

^{๑๐๗} วิบูลย์ วัฒนนามกุล. ของกำนัลและความซี้. ใน *การเดินทางของสินค้าสมัยใหม่*. (กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, ๒๕๕๐).

เหล่านี้มีมานาน เกณฑ์จริยธรรมก็มีมานาน การที่ตัวละครที่จะออกมาขับเคลื่อนเรื่องนี้หายไป จึงเป็นประเด็นสำคัญ เพราะหากเรื่องสำคัญมากขนาดนี้ แต่มีผู้สนใจน้อย สำนักของการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของต่อทรัพยากรส่วนรวม (เช่น งบประมาณค่ายาที่รัฐบาลต้องจ่าย) ก็จะน้อยตามไปด้วย ส่งผลให้การแก้ปัญหาที่น่าจะยากตามไปด้วย

เมื่อศึกษาถึงกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะในเรื่องการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เราพบการต่อรอง ถกเถียง ทั้งในและนอกเวทีสมัชชาสุขภาพ ในเวทีของสมัชชาสุขภาพมีการถกเถียงในหลายประเด็น ที่โดดเด่นคือ คุณสมบัติของคณะกรรมการที่ต้องการให้ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าไปเป็นคณะกรรมการฝ่ายหนึ่งคิดว่า ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับธุรกิจยา ไม่ควรเข้าไปเป็นคณะกรรมการที่จะเป็นผู้พัฒนาเกณฑ์จริยธรรม และนำเกณฑ์ดังกล่าวมาใช้ให้ได้ผลจริง ในขณะที่ฝ่ายธุรกิจยาพยายามแสดงเหตุผลสนับสนุนว่าธุรกิจยาควรเข้าไปมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการด้วย ประเด็นนี้มีการถกเถียงกันยืดเยื้อพอสมควร ในที่สุดมติของที่ประชุมสรุปว่า คณะกรรมการต้องไม่ใช่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับธุรกิจยา

ห้องจริยธรรม ก็คาดว่าจะยืดเยื้อ แต่กลับไม่ยืดเยื้อเท่าที่ควร และคนที่ทำให้ยืดเยื้อ ก็ดูเหมือนไม่ใช่ธุรกิจเท่าไร ธุรกิจก็ตอนที่เราริเริ่มต้นการทำงานเขาเข้ามาแย่งเราเยอะมาก พูดถึงเขาก็พยายามจะเข้ามา คือ นโยบายของ สช. เขาก็มีทุกภาคส่วนเข้ามา เพราะฉะนั้นอุตสาหกรรมก็เข้ามาอยู่ตลอดเวลา ทุกครั้ง และก็คนเป็นประธานก็มีความสำคัญมาก^{๑๐๘}

ในที่สุดเราก็เลยไปได้อาจารย์หมอมงคล เป็นประธานกรรมการตอนจัดการหาขึ้นให้เรา เพราะบาร์มีมีความสำคัญเหมือนกัน อาจารย์เขาก็มีประสบการณ์ในการตัดบท การกระชับ ไม่ใช่ใน discuss ตอนที่เริ่มต้นเตรียมประเด็น ที่จะส่งเรื่องเข้าไป เดิมก็เตรียมห่อหมก อาจารย์ก็พูดประสบการณ์ของอาจารย์เลย มันต้องอย่างนี้ อย่างโน้น มันก็ทำให้บริษัทเขาก็ต้องงีบไป แต่เขาก็จะยืดอยู่เรื่อยๆ ฉะนั้นมีครบแล้ว เธอไม่ต้องมายุ่งกับฉัน เพราะการที่มีหลายๆ ฝ่ายมา ในการเตรียมประเด็น บางทีก็ลำบาก มันไม่ง่ายเท่าไรแต่พอถึงในห้องยืดเยื้อ พอเข้าไปอยู่ในวาระของการประชุมจริงๆ ก็รู้สึกว่าเขาไม่ค่อยเข้ามาแทรกแซงมากนัก ดูเหมือนเขาผ่านไปเลย มันก็เสร็จโดยเร็ว โดยที่ไม่ยืดเยื้อเท่าไร^{๑๐๙}

มติที่ว่า ให้จัดตั้งคณะกรรมการที่ไม่มีส่วนได้เสีย เพราะมันถูกล็อกตัวมันไว้แล้ว เราจึงใจให้เป็นลักษณะนี้^{๑๑๐}

ตั้งกรรมการเข้าไปมีส่วน ๒ คณะ จริงๆ เราอยากเข้าไปมากกว่านี้ แต่เค้าบอกว่าไม่ได้ มี Conflict of Interests ไม่ให้เราเข้า ซึ่งจริงๆ หากเป็นสมัชชาก็ไม่น่าจะมี Conflict of Interests เพราะ สมมตินะ หากเราจะพูดอะไรเข้าข้างตัวเอง หากคนอื่นเค้าไม่เห็นด้วย เค้าก็ไม่เอาอยู่แล้ว^{๑๑๑}

^{๑๐๘} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๕.

^{๑๐๙} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๕.

^{๑๑๐} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๔ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๕.

^{๑๑๑} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

ถึงแม้ว่าการต่อรองในเวทีสมัชชาสุขภาพจะไม่ให้ฝ่ายบริษัทฯ เข้าไปร่วมเป็นคณะทำงานได้ แต่ทีมวิจัยพบว่าองค์กรธุรกิจฯ ได้เข้าไปตามช่องทางของนักการเมืองและได้ทำหนังสือจากนักการเมืองที่มีตำแหน่งในการบริหารหน่วยงานของรัฐมาถึงสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในฐานะที่เป็นหนึ่งในหน่วยงานรับผิดชอบหลักในเรื่องนี้ให้ตัวแทนขององค์กรของธุรกิจฯ เข้าไปมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการต่างๆ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะมีการต่อรอง ขับเคลื่อน ผลักดัน ทั้งเวทีที่เป็นทางการอย่างเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและช่องทางอื่นๆ

ที่เห็นชัดก็คือว่า เรามีหนังสือจากสำนักทรงนายกฯ บอกว่าขอให้พิจารณาว่าอนุกรรมการ ๔ ชุด นี้ ควรจะมี [หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบริษัทฯ] เป็นอนุกรรมการด้วย เขาพูดว่า ถ้าเราไม่ให้เข้าไปอยู่ตรงนี้ มันจะมีการแข่งขันเรื่องการค้าระหว่างประเทศสหรัฐ พูดถึงประมาณนี้ พูดถึงผลกระทบหลายๆ อย่าง^{๑๑๒}

เช่นเดียวกับนโยบายเข้าถึงยาถ่วงหน้า คนเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ประเด็นจริยธรรมการขายยาประสบความสำเร็จ ทั้งนี้คนเข้าไปมีบทบาททั้งในกระบวนการสร้างนโยบายและเนื้อหาของนโยบายก็ต้องให้ความสำคัญต่อคนด้วย ถึงแม้ว่าตัวละครในเรื่องจริยธรรมในการขายยาจะมีน้อยกว่าที่คาด แต่เราก็พบว่ามีคนหรือองค์กรจำนวนหนึ่งที่เห็นว่าเรื่องนี้เป็นปัญหาและพยายามผลักดันเพื่อให้เรื่องนี้เป็นมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และผลักดันให้มติดังกล่าวมีผลในทางปฏิบัติ

พวกนี้มาด้วยใจเลย เขาไวใจเราด้วย เพราะฉะนั้นมีอะไรปั๊บ ส่งสัญญาณกัน เขายินดีออกมา voice แทน แล้วอาจารย์ ออกมาพูดแรงๆ ด้วยนะ ขนาดอาจารย์บอกเลยว่ามีคนให้เงิน แต่ให้ผิดคนมาให้อาจารย์ ซึ่งอาจารย์ไม่เคยรับ แล้วพอให้ไปผิดปั๊บ อาจารย์ก็แย้งเลย ไฉนนั้นก็ตกใจ เพราะว่าเอาเงินไปให้ผิดคนก็แสดงว่ารู้ว่ามีคนให้เงินจริง^{๑๑๓}

อันนั้นมันเป็น self- regulation คือ คุณจัดการกันเอง เรื่องของฉันทคุณอย่ามาแตะ แล้วก็ เป็นเรื่องที่ไม่เปิดเผยสู่สาธารณชนมากนัก สมัยก่อน และตัวกฎหมาย พ.ร.บ. ยาไม่มีเลย ไม่ได้พูดเลย เพราะฉะนั้นแม้ว่าเราเองเคยจะพยายามทำอยู่หลายหน ตรงนี้โดยส่วนตัวว่าเป็นข้อดี ของการที่เราผ่านสมัชชา คือเปิดเรื่องสู่สาธารณชนให้มันมากขึ้น ณ ปัจจุบันนี้ภาคประชาสังคมเข้มแข็งขึ้น เป็นการ educate เขา แล้วก็เขาเองมาเป็นคนมาเรียกร้องแทนด้วย^{๑๑๔}

สิ่งที่น่าสนใจในเนื้อหาของยุทธศาสตร์ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมคือให้มีการศึกษาบทเรียนจากต่างประเทศ ในการออกกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการขายยาและการจัดทำรายงานค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมการขายที่ให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ หรือสถานพยาบาล หรือร้านขายยา เพื่อนำไปสู่การออกกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการขายยาหรือแก้ไขปรับปรุงกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมการขายที่ให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ สถานพยาบาลหรือร้านขายยา เป็นต้น เนื้อหาเช่นนี้ยังไม่เคยมีมาก่อนในประเทศไทย ลักษณะเด่นของยุทธศาสตร์นี้ก็คือ ต้องการ

^{๑๑๒} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๓ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๕๕.

^{๑๑๓} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๕.

^{๑๑๔} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๕.

ให้มีผลบังคับใช้ โดยออกเป็นกฎหมาย ไม่ใช่เป็นเพียงแค่เกณฑ์จริยธรรมที่มีลักษณะการขอความร่วมมือ หรือ บอกว่าอะไรควร อะไรไม่ควร อีกลักษณะเด่นของยุทธศาสตร์นี้ ก็คือ การต้องให้เปิดเผยข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมการขายที่ให้แก่คนและองค์กรต่างๆ ซึ่งเป็นการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ แทนที่จะจำกัดอยู่แต่เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่ภายในเท่านั้น นอกจากนี้การกำหนดให้เปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะยังทำให้ทั้งบริษัทฯ และ ตัวแพทย์เองรู้สึกที่ตัวเองถูกจับจ้องโดยใครบางคนอยู่ การกระทำบางอย่างที่ไม่เหมาะสมก็อาจจะลดน้อยลง อย่างไรก็ตาม จนถึง ณ ปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายดังกล่าวออกมาบังคับใช้

เนื้อหาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย ซึ่งได้รับการเห็นชอบของ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๕ นอกเหนือจากข้อกำหนดที่ระบุว่าจะ ไรควรหรือไม่ควรทำเหมือนกับเกณฑ์อื่นๆ ที่มีมาก่อนหน้านี้แล้ว ยังมีเนื้อหาที่เข้าไปเกี่ยวข้องต่อตัวคนหรือ องค์กรต่างๆ ได้แก่ ผู้ส่งขายยา ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจ เกสซ์กร บริษัทฯและผู้แทนยา สถานพยาบาล สถาน บริการเกสซ์กรรม และสถานศึกษา โดยพยายามให้แต่ละส่วนจัดระบบหรือกำหนดแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องให้ เป็นการเปิดเผย

อย่างไรก็ตามเกณฑ์นี้ยังคงเปิดช่องให้รับการสนับสนุนที่เป็นการวิจัย การเข้าร่วมประชุม สัมมนา อบรม ทุน หรือไปบรรยาย จากบริษัทฯ ได้ และเนื้อหาส่วนใหญ่ยังคงมีลักษณะของการขอความร่วมมือเป็น หลัก

ข้อเสนอแนะ

สมัชชาสุขภาพถือเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญยิ่งที่เกิดขึ้นในประเทศไทย สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่เปิด โอกาสให้ผู้คนทุกระดับได้เข้ามามีส่วนร่วมสร้างนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะกับกลุ่มคนที่ไม่ได้มีอำนาจใน สังคมมากนัก ในขณะที่นโยบายสาธารณะเกือบทั้งหมด (ไม่ใช่เฉพาะของประเทศไทย) ถูกสร้างโดยผู้มีอำนาจ ทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นนักการเมือง ข้าราชการ ขนชั้นสูงของสังคม คนรวย นักวิชาการ เมื่อนโยบายสาธารณะ ถูกสร้างมาจากคนเฉพาะบางกลุ่ม นโยบายเหล่านี้ก็มีแนวโน้มที่จะเอื้อประโยชน์เฉพาะบางกลุ่ม บางปัญหาที่ เกิดกับคนที่ด้อยอำนาจมักจะถูกละเลย ดังนั้น สมัชชาสุขภาพจึงเป็นช่องทางที่สำคัญที่เปิดโอกาสให้คนระดับ ล่าง หรือคนกลุ่มเล็กมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะ อย่างไรก็ตามนโยบายเหล่านี้จะ ไม่มีประโยชน์อะไรเลยหากผลพวงของสมัชชาสุขภาพเป็นเพียงแค่นโยบายที่มีอยู่แต่ในกระดาษ แต่ไม่มีผล ในทางปฏิบัติจริง หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ มีการผลักดันในขาขึ้นจนสามารถสร้างมติสมัชชาสุขภาพออกมาได้ แต่ ไม่มีขาเคลื่อนจนส่งผลในทางปฏิบัติจริง

จากการศึกษากระบวนการสร้างนโยบายการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยและยุติการส่งเสริม การขายยาที่ขาดจริยธรรมทำให้มีข้อเสนอแนะต่อสมัชชาสุขภาพดังนี้

๑) นโยบายสาธารณะที่ดีและมีการผลักดันให้เป็นผลในทางปฏิบัติได้ ล้วนเกิดจากการที่มีคนหรือ องค์กรที่ร่วมผลักดันอย่างจริงจัง ชนิดเกาะติด ทั้งนโยบายการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยและยุติการ ส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมที่มีผลในทางปฏิบัติได้ เพราะมีกลุ่มเครือข่ายที่ร่วมผลักดันตั้งแต่การศึกษา ข้อมูลต่างๆ การทำให้เป็นวาระเข้ามาในสมัชชาสุขภาพ ตลอดจนติดตามผลักดันในขาเคลื่อนเพื่อให้มีผลในทาง ปฏิบัติ หากปราศจากเครือข่ายของคนกลุ่มนี้นโยบายสาธารณะเหล่านี้ย่อมไม่ก่อประโยชน์อะไรได้ ดังนั้น หน้าที่ที่สำคัญยิ่งของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ต้องให้ความสำคัญต่อกลุ่มเครือข่ายนี้ ไม่ว่าจะเป็น การติดต่อประสานงาน การสนับสนุนต่างๆ หรือแม้กระทั่งมองหาคนประเภทที่มีจิตสาธารณะที่จะเกาะติด เรื่องราวต่างๆ เพื่อประโยชน์ต่อสาธารณะเป็นหลัก ทั้งนี้ได้หมายความว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพจะต้อง

ให้อภิสิทธิ์ต่อคนกลุ่มนี้ แต่เป็นการเปิดพื้นที่ให้คนกลุ่มต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะ ไม่ได้สร้างนโยบายสาธารณะตามรูปแบบเดิมๆ ที่ให้อภิสิทธิ์แก่นักการเมือง ข้าราชการ นักวิชาการ และชนชั้นสูง กีดกันประชาชนธรรมดาทั่วไป หรือกลุ่มคนชายขอบบางกลุ่ม การเปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะเครือข่ายของกลุ่ม “อุดมการณ์สาธารณะ” จะเอื้อต่อการกำหนดทิศทางและการผลักดันนโยบายสาธารณะให้เหมาะสมได้ นอกจากนี้ในกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะจะต้องระมัดระวังไม่ทำให้เกิดข้อบกพร่องขึ้น โดยเฉพาะบางประเด็นที่ค่อนข้างอ่อนไหว และอาจทำให้รู้สึกไม่อยากเข้าร่วมกระบวนการ เช่น บางสิ่งที่ทำให้รู้สึกว่ากระบวนการไม่ยุติธรรม รู้สึกว่าสมัชชาสุขภาพไม่สามารถทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

๒) กระบวนการสมัชชาสุขภาพจะต้องเป็นกระบวนการที่ได้รับความไว้วางใจ (trust) ว่าเป็นช่องทางเปิดของสังคมที่คนสามารถใช้ได้ การสร้างนโยบายสาธารณะโดยกระบวนการสมัชชาสุขภาพ มีบางขั้นตอนที่อาจส่งผลกระทบต่อความไว้วางใจในกระบวนการ เช่น การเข้าไปมีส่วนร่วมของคนหรือหน่วยงาน การพิจารณาความเหมาะสมว่าใครหรือองค์กรใดควรเข้าไปมีส่วนร่วม การเปลี่ยนประธานหรือการพิจารณาเรื่องนั้นใหม่ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงข้อสรุปได้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะนี้ต้องการให้ระมัดระวังและละเอียดอ่อนในประเด็นที่อาจกระทบต่อความศรัทธาในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ มิได้มุ่งหวังให้มีกฎเกณฑ์รายละเอียดมากเกินไปจนเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ และขาดความยืดหยุ่น

๓) เพื่อให้นโยบายมีผลดีจริงกับสังคม เมื่อนโยบายถูกสร้างขึ้นแล้วทางสำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติควรมีกลไกที่เหมาะสมในการขับเคลื่อนนโยบาย ที่ผ่านมาบทบาทขาขึ้นของนโยบายไม่ว่าจะเป็นสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทางสำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทมาก แต่ในขาเคลื่อนที่นโยบายถูกส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นๆ หรือการทำให้สังคมตื่นตัวในเรื่องนั้น ทางสำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติยังทำได้จำกัดอยู่ ทั้งนี้จาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๒๕ (๔) ได้รับความอำนาจและหน้าที่ของคสช.ว่า จัดให้มี หรือส่งเสริม สนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย และมาตรา ๒๗ (๒) ระบุว่าสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ แสดงว่าตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้กำหนดอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติไว้กว้าง ไม่ได้จำกัดไว้เฉพาะในด้านขาขึ้นเท่านั้น

๔) หลักการสำคัญอันหนึ่งของสมัชชาสุขภาพ คือ เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การที่ภาคส่วนต่างๆ มีส่วนร่วม ความรู้สึกเป็นเจ้าของก็จะเกิดขึ้น สำหรับกรณีนโยบายสาธารณะเรื่องยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมพบว่าตัวละครต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหายไป ทั้งๆ ที่ปัญหาจริยธรรมการส่งเสริมการขายยาเป็นประเด็นที่สำคัญ มีผลกระทบมากและเกิดกระจายไปตามสถานบริการสุขภาพได้ทั่วไป แต่สังคมกลับละเลย ลักษณะดังกล่าวนี้ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของของภาคส่วนต่างๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นเรื่องที่คนทั่วไปยังไม่มีข้อมูลจำกัด ส่วนคนวงในที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้สั่งใช้ยาและบริษัทยาต่างพอใจกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้ทั้งการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของต่อนโยบายสาธารณะ สำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติควรมีส่วนร่วม หรือประสานกับหน่วยงาน ภาคที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาหากลไกหรือเพิ่มความเข้มข้นในการขับเคลื่อนให้มากขึ้นเพื่อให้มีตัวละครเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น ทำให้สังคมตื่นตัวต่อปัญหานี้ เช่น การสื่อสารผ่านช่องทางสาธารณะเพื่อสร้าง

ความเข้าใจและตื่นตัว ซึ่งจะส่งผลต่อการผลักดันให้นโยบายมีผลในทางปฏิบัติได้มากขึ้น นอกจากนี้การทำให้เกิดตัวละครมากขึ้น ผู้คนรับรู้ข้อเท็จจริงในเรื่องนั้นๆ มากขึ้น ก็จะสร้างความรู้สึกรู้สึกความเป็นเจ้าของต่อประเด็นนโยบายสาธารณะมากขึ้น ซึ่งมีผลดีต่อทั้งในชาขึ้นและชาเคลื่อน

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงส่วนที่เป็นเอกสาร

กรรณิการ์ กิจติเวชกุล และอวยพร แต่ชุตระกุล (บก.). (๒๕๕๐). *อึก้าวที่กล้า...ของหมอซีม่ากลับ*:

นายแพทย์มงคล ณ สงขลา กับการทำ CL ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ลือชัย ศรีเงินยวง และวิจิต เปานิล. (๒๕๕๐). *ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม*.

นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

คณะกรรมการดำเนินการวิจัยราคายา, กลุ่มศึกษาปัญหาฯ, มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา, คณะเภสัช

ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (๒๕๓๐). *นโยบาย*

และกลยุทธ์ในการควบคุมราคา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๒). รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนา

ระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๒.

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (๒ กันยายน ๒๕๕๓). รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบ

ยาแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๓.

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (๒๘ เมษายน ๒๕๕๔ก). รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนา

ระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๔.

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (๑๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔ข). เอกสารประกอบการประชุม

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๔.

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (สิงหาคม ๒๕๕๔). *นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. ๒๕๕๔ และ*

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๒). *มติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ*

ครั้งที่ ๔/๒๕๕๒.

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (๒๕๕๐). *ปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน (Universal*

Declaration of Human Rights). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร. (๒๕๔๒). *การวิเคราะห์การเงินของธุรกิจยา*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ธีระ ฉากจนโรดม. (๒๕๔๕). *ตลาดยาเชิงยุทธ์*. กรุงเทพฯ: ทิปปิง พอยท์.

นุศราพร เกษสมบูรณ์. (๒๕๕๓). *ค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องสวนกระแสเศรษฐกิจ*. ใน.

ยุพดี ศิริสินสุข อรรณณ เกตุเจริญ. (บรรณาธิการ). ๒๕๕๓. *รายงานสถานการณ์ระบบยา ประจำปี*

๒๕๕๒. กรุงเทพฯ: แผนงานเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

บัญชาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๒๔.(๒๕๒๔). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

จำกัด.

บัญชาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๐ (๒๕๓๐). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

จำกัด.

บัญชาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕. (๒๕๓๕). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

จำกัด.

บัญชาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๙.(๒๕๓๙). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก จำกัด.

แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.). (มปป.). *Consumer Dialogue: บทเรียนและบันทึกการต่อรองเพื่อสิทธิผู้บริโภค* พ.ศ. ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ: แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.). คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.). (๒๕๕๒, ๑๕ พฤษภาคม). หนังสือเรื่องข้อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. ที่ กพย. ๓๗/๒๕๕๒.

เพ็ญแข ลากยั้ง. (๒๕๕๕). รายงานการประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ: ความก้าวหน้าและเกณฑ์การคัดเลือกมติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

มูทตา เชื้อขัง. (๒๕๕๑). สิทธิ (ชีวิต) เหนือสิทธิบัตรยา: ซีแอลของคนไทย. กรุงเทพฯ: แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชกิจจานุเบกษา (๒๕๕๑). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑, เล่ม ๑๒๕ ตอนพิเศษ ๑๙๒ ง วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๑.

ราชกิจจานุเบกษา. (๒๕๔๐). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ (ฉบับถ้อยแถลง). ๒๕๔๐. เล่ม ๑๔ ตอนที่ ๕๕ก วันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๐.

รุจิราภรณ์ อรรถสิทธิ์. (๒๕๓๐). ปัญหาและแนวทางการพัฒนาเวชกรรมไทย. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ). *การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง*. โครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.

วิบูลย์ วัฒนนามกุล. (๒๕๕๐). ของกำนัลและความซึ้ง. ใน *การเดินทางของสินค้าสมัยใหม่*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

ศิริวัฒน์ ทิพย์ธาดลและคณะ (บก.). (๒๕๔๔). *แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย* (พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๘). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.).

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (๒๕๕๕). รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (๒๕๔๔-๒๕๕๓). นนทบุรี: ดีเซมเบอร์รี่.

สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์. (๒๕๕๕). *เกณฑ์จริยธรรม ฉบับที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๕*. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. *รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๓*. (กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔).

สุรจิต สุนทรธรรม, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, จิรพัฒน์ ศรีนันทนบัลล์และคณะ. (๒๕๕๕). *ระบบประกันสุขภาพไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) (๒๕๔๐). *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ*. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๒, ๒ มิถุนายน). คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๑๒/๒๕๕๒ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย.

สำนักงานประสานการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. *บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด, สิงหาคม ๒๕๕๒.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (๒๕๕๑). *ประสบการณ์การเจรจาต่อรองราคายาจำเป็นที่มีสิทธิบัตร*. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (๒๕๕๒, ๑๘ มิถุนายน). หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย. ที่ นร ๐๕๐๖/๑๐๕๖๘.

อชิรญา เลิศพรตสมบัติ และสุชาติ จองประเสริฐ (แปล). (๒๕๕๒). *สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญากับการเข้าถึงยา: วรรณคดีของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ต่อประเด็นระดับสากล*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, กระทรวงสาธารณสุข. (แปลจาก WHO. (๒๐๐๑). *Intellectual property rights and access to medicines : a South-East Asia perspective on global issues*).

อวย เกตุสิงห์. (๒๕๒๑). การแพทย์ไทยกับการแพทย์ตะวันตก. *วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์*, (๑: ๒, ๒๕๒๑).

เอกสารการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ ระเบียบวาระที่ ๓.๒. การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย. ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๑.

อำพล จินดาวัฒนะ. (๒๕๕๕). *เหลียวหลัง แลหน้า สุขสัมชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ ๒* (พิมพ์ครั้งที่ ๒). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (สช.).

Chren, Mary-Magaret, Landefeld, Seth. (1994). Physicians' Behavior and Their Interactions With Drug Companies: A Controlled Study of Physicians Who Requested Additions to a Hospital Drug Formulary. *JAMA*, 271(9).

Creyer, EH. and Hrsistodoulakis, Ilias. (1998). Marketing Pharmaceutical Products to Physicians. *Marketing Health Services, Summer*, 18(2).

Cunningham, Clerk E. (1970). Thai 'injection doctors': Antibiotic mediators. *Soc Sci Med*, (4)1

Freidson, Eliot. (1970). *Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead.

Freidson, Eliot. (1986). *Professional Power: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.

Glassman, Peter A. et al., (1999). Pharmaceutical Advertising Revenue and Physician Organizations: How Much is Too Much? *Western Journal of Medicine*, 171(4).

Macdonald, Keith M. (1995). *The Sociology of the Professions*. London: Sage.

Mok, A. Emily. (2010). International assistance and cooperation for access to essential medicines. *Health and Human Rights*, 12 (1).

Wazana, Ashley. (2000). Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA*, 283 (3).

WHO. (1988). Ethical criteria for medicinal drug promotion. Geneva: World Health Organization. แปลโดย สำลี ใจดี และ ชงชัย สุขเสวต. (2537). *เกณฑ์ทางจริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา*. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.).

เอกสารอ้างอิงส่วนที่เป็นเว็บไซต์

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๙. [Online] แหล่งที่มา : <http://www.tmc.or.th>. [๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

ข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๖. [Online] แหล่งที่มา : <http://www.pharmacycouncil.org>. [๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (๒๕๕๕). เภสัชจริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศ ไทย. [Online] แหล่งที่มา : <http://drug.fda.moph.go.th>. [๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

สุเจน กรรพฤทธิ์. (ม.ป.ป.). มาตรการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา (Compulsory Licensing) “ช่องทาง เข้าถึงยา” หรือ “ระเบิดเวลา” ของระบบสุขภาพไทย? [Online] แหล่งที่มา : <http://www.eduzones.com/haloha๑๒๓/๙๙๒>. [๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕].

ALMAR Ltd. (2001). Thailand-Healthcare market. [Online]. Available: <http://www.thai-health.com/thaimarket.html>. [2012, May 20].

IFPMA. (2012). IFPMA Code of Practice 2012. [Online] Available : <http://www.ifpma.org>. [2012, November 14].

Public Citizen Congress Watch. (2001). Drug Industry Most Profitable Again: New Fortune 500 Report Confirms “Druggernaut” Tops Other Industries In Profitability Last Year. [Online] Available : <http://www.citizen.org> [2001, April 11].

The Association of the British Pharmaceutical Industry. (2012). The code of Practice for the Pharmaceutical Industry Second 2012 Edition. [Online] Available : <http://www.abpi.org.uk>. [2012, November 14].

The Pharmaceutical Research and Manufactures of America (PhrMA), (2009). Code on Interactions With Healthcare Professionals. [Online] Available : <http://www.phrma.org>. [2012, November 14].

WHO. (2006). The selection and use of essential medicines. Report of the WHO Expert Committee 2005 including the 14th Model List of Essential Medicines. Geneva: WHO. (WHO Technical Report Series, No.933). [Online] Available : <http://www.who.int/medicines>. [2012, November 12].

ภาคผนวก ๑

คำสั่งคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทย

ที่ ๑/๒๕๕๒

เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทย

๑. คณะกรรมการประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา

๑.๑ องค์ประกอบ

๑.๑.๑ นายศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	ประธานอนุกรรมการ
๑.๑.๒ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา	อนุกรรมการ
๑.๑.๓ นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล	อนุกรรมการ
๑.๑.๔ รศ.จิราพร ลิ้มปานานนท์	อนุกรรมการ
๑.๑.๕ นายปริญญา เปาทอง	อนุกรรมการ
๑.๑.๖ นายพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	อนุกรรมการ
๑.๑.๗ ผศ. ยุพดี ศิริสินสุข	อนุกรรมการ
๑.๑.๘ นายวินิต อัครกิจวีร์	อนุกรรมการ
๑.๑.๙ รศ.วิทยา กุลสมบูรณ์	อนุกรรมการ
๑.๑.๑๐ นางสาวสุกัญญา เจียรพะพงษ์	อนุกรรมการ
๑.๑.๑๑ นางสาวอัญชลี จิตรกันทิ	อนุกรรมการ
๑.๑.๑๒ ผศ.วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑.๑.๑๓ นางสาววรสุตา ยุงทอง	อนุกรรมการและเลขานุการร่วม
๑.๑.๑๔ นางสาวทิพิชา โปษยานนท์	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑.๑๕ นางสาวสรীরโจน์ สุขมลสันต์	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๑.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) ประสาน ประมวล สังเคราะห์ ร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทย โดยพัฒนาระบบ กลไก และกระบวนการที่เกี่ยวข้อง
- (๒) แต่งตั้งคณะทำงานย่อยเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น
- (๓) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทยมอบหมาย

๒. คณะอนุกรรมการสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงยาและพัฒนการใช้กฎหมาย

๒.๑ องค์ประกอบ

๒.๒.๑	รศ.จิราพร ลิ้มปานานนท์	ประธานอนุกรรมการ
๒.๒.๒	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาหรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๒.๒.๓	นายกแพทยสภา หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๒.๒.๔	นายกสภาเภสัชกรรม หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๒.๒.๕	ผู้แทนกรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์	อนุกรรมการ
๒.๒.๖	ผู้แทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี /เอดส์ประเทศไทย	อนุกรรมการ
๒.๒.๗	ผู้แทนเครือข่ายโรคไต	อนุกรรมการ
๒.๒.๘	ผู้แทนมูลนิธิเข้าถึงเอดส์	อนุกรรมการ
๒.๒.๙	ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๒.๒.๑๐	ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ หรือผู้แทน กระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
๒.๒.๑๑	ศ.พิชัยศักดิ์ หรยางกูร	อนุกรรมการ
๒.๒.๑๒	รศ.วิทยา กุลสมบูรณ์	อนุกรรมการ
๒.๒.๑๓	ผศ.วรรณา ศรีวิริยานุภาพ	อนุกรรมการและเลขานุการ
๒.๒.๑๔	นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๒.๑๕	นางสาวสรโรจน์ สุกมลสันต์	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๒. หน้าที่และอำนาจ

- (๑) ศึกษาสถานการณ์เพื่อยกร่างแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้เข้าถึงยา และมีส่วนร่วมดูแล สร้างเสริมสุขภาพและยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย เพื่อมิให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยา โดยให้สอดคล้องตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑
- (๒) จัดทำร่างแผนปฏิบัติการในแต่ละยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทยยุทธศาสตร์ที่ ๒ และ ๕ เสนอต่อคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย
- (๓) แต่งตั้งคณะทำงานย่อยเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

(๔) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้า
ประชากรไทยมอบหมาย

๓. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการกำหนดราคายาที่สอดคล้องกับค่าครองชีพ

๓.๑ องค์ประกอบ

๓.๑.๑ นายศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	ประธานอนุกรรมการ
๓.๑.๒ นายกสมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๓.๑.๓ นายกสมาคมผู้ผลิตยาสมุนไพร หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๓.๑.๔ นายกสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๓.๑.๕ ผู้แทนกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์	อนุกรรมการ
๓.๑.๖ ผู้แทนกรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์	อนุกรรมการ
๓.๑.๗ ผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
๓.๑.๘ ผู้อำนวยการกองควบคุมยา หรือผู้แทน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	อนุกรรมการ
๓.๑.๙ นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล	อนุกรรมการ
๓.๑.๑๐ รศ.จิราพร ลิ้มปานานนท์	อนุกรรมการ
๓.๑.๑๑ รศ.ชะอรสิน สุขศรีวงศ์	อนุกรรมการ
๓.๑.๑๒ ผศ.นิตยา เกียรติยั้งคุลี	อนุกรรมการ
๓.๑.๑๓ รศ.วิทยา กุลสมบูรณ์	อนุกรรมการ
๓.๑.๑๔ นางวันดี โภคะกุล	อนุกรรมการ
๓.๑.๑๕ นางสาวสารี อ๋องสมหวัง	อนุกรรมการ
๓.๑.๑๖ ผศ.วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ	อนุกรรมการและเลขานุการ
๓.๑.๑๗ นางสาวอัญชลี จิตรภักดิ์	อนุกรรมการและเลขานุการร่วม
๓.๑.๑๘ นางสาวจิตรวี จิตรโชค	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๓.๒ หน้าที่และอำนาจ

(๑) ศึกษาสถานการณ์เพื่อยกร่างแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ส่งเสริมการกำหนดราคายาใน
ประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชนโดยให้สอดคล้องตามมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่
ที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑

- (๒) จัดทำร่างแผนปฏิบัติการในแต่ละยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทยยุทธศาสตร์
ที่ ๓ เสนอต่อคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้า
ประชากรไทย
- (๓) แต่งตั้งคณะทำงานย่อยเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น
- (๔) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้า
ประชากรไทยมอบหมาย

๔. คณะอนุกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ การวิจัยและพัฒนา

๔.๑ องค์ประกอบ

๔.๑.๑ ผู้แทนมูลนิธิเภสัชศาสตร์เพื่อสังคม	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๔.๑.๒ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา	ประธานอนุกรรมการ
๔.๑.๓ นายกสมาคมผู้ผลิตยาสมุนไพร หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๔.๑.๔ นายกสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๔.๑.๕ นายกสมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๔.๑.๖ ผู้แทนกระทรวงอุตสาหกรรม	อนุกรรมการ
๔.๑.๗ ผู้แทนกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	อนุกรรมการ
๔.๑.๘ ผู้แทนกรมพัฒนาธุรกิจ กระทรวงพาณิชย์	อนุกรรมการ
๔.๑.๙ ผู้แทนสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๔.๑.๑๐ ผู้แทนสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
๔.๑.๑๑ ผู้แทนสำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	อนุกรรมการ
๔.๑.๑๒ ผู้อำนวยการกองควบคุมยา หรือผู้แทน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	อนุกรรมการ
๔.๑.๑๓ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสมุนไพร หรือผู้แทน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	อนุกรรมการ
๔.๑.๑๔ นายสุชาติ จอแจประดิษฐ์	อนุกรรมการ

๔.๑.๑๕ นางสาวสุภาภรณ์ ปิติพร	อนุกรรมการ
๔.๑.๑๖ นางอัจฉรา เอกแสงศรี	อนุกรรมการ
๔.๑.๑๗ นางสาวสุกัญญา เจียรพงษ์	อนุกรรมการและเลขานุการ
๔.๑.๑๘ นายปรีญา เปาทอง	อนุกรรมการและเลขานุการร่วม
๔.๑.๑๙ นางสาวอชิรญา เลิศพรตสมบัติ	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๔.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) ศึกษาสถานการณ์เพื่อยกร่างแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศและยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาใหม่โดยให้สอดคล้องตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ พ.ศ.๒๕๕๑
- (๒) จัดทำร่างแผนปฏิบัติการในแต่ละยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทยยุทธศาสตร์ที่ ๔ และ ๗ เสนอต่อคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทย
- (๓) แต่งตั้งคณะทำงานย่อยเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น
- (๔) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทยมอบหมาย

๕. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม

๕.๑ องค์ประกอบ

๕.๑.๑ นายพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	ประธานอนุกรรมการ
๕.๑.๒ นายกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๕.๑.๓ นายกสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลหรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๕.๑.๔ ผู้แทนกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	อนุกรรมการ
๕.๑.๕ ผู้แทนกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	อนุกรรมการ
๕.๑.๖ ผู้แทนแพทยสภา	อนุกรรมการ
๕.๑.๗ ผู้แทนมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา	อนุกรรมการ
๕.๑.๘ ผู้แทนศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย	อนุกรรมการ
๕.๑.๙ ผู้แทนสภาเภสัชกรรม	อนุกรรมการ
๕.๑.๑๐ ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ

๕.๑.๑๑ ผู้อำนวยการกองควบคุมยา หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๕.๑.๑๒ ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ หรือผู้แทน	อนุกรรมการ
๕.๑.๑๓ ผศ.นิยดา เกียรติยิ่งสุลี	อนุกรรมการ
๕.๑.๑๔ นางสาวพรพิศ ศิลขุรฑ์	อนุกรรมการ
๕.๑.๑๕ ผศ.พิสนธิ์ จงตระกูล	อนุกรรมการ
๕.๑.๑๖ ศ.วิทยา ศรีดามา	อนุกรรมการ
๕.๑.๑๗ ศ.สยามพร ศิรินาวิน	อนุกรรมการ
๕.๑.๑๘ นางสาวสารี อ๋องสมหวัง	อนุกรรมการ
๕.๑.๑๙ นางสาววรสุตา ยุงทอง	อนุกรรมการและเลขานุการ
๕.๑.๒๐ ผศ.ยุพดี ศิริสินสุข	อนุกรรมการและเลขานุการร่วม
๕.๑.๒๑ นางสาววรรณนิษา เกียรติทวี	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๕.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) ศึกษาสถานการณ์เพื่อยกร่างแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การใช้อย่างเหมาะสม โดยให้สอดคล้องตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ พ.ศ.๒๕๕๑
- (๒) จัดทำร่างแผนปฏิบัติการในแต่ละยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทยยุทธศาสตร์ที่ ๖ เสนอต่อคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทย
- (๓) แต่งตั้งคณะทำงานชุดย่อยเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น
- (๔) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทยมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๕๒

ลงชื่อโดย นายศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล

ประธานคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทย

รับรองสำเนาถูกต้องโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณ ศรีวิริยานุภาพ

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าประชากรไทย

บทที่ ๓
กรณีศึกษามาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน

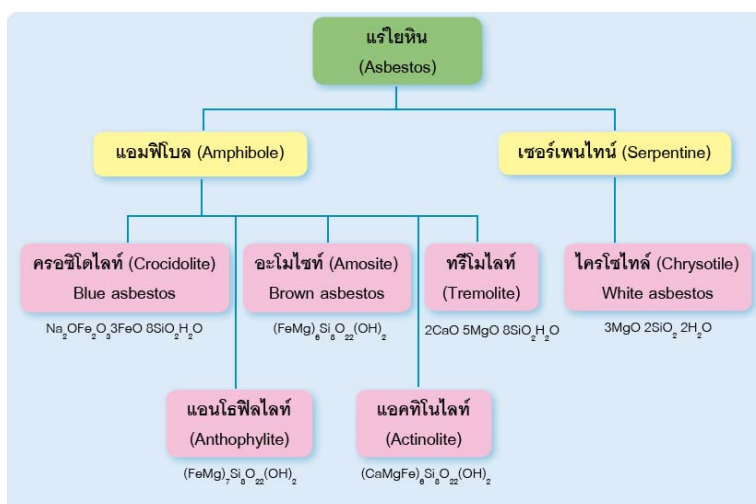
พญ.ดร.ฉันทนา ผดุงทศ^๑
วลัยกัญญา พลาครีย์^๒
นุชนารถ นาคขำ^๓

๑. ความสำคัญของปัญหา

แร่ใยหิน (asbestos) เป็นชื่อทั่วไปของเส้นใยแร่ซิลิเกต (fibrous mineral silicates) ซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีลักษณะเป็นเส้นใยอยู่รวมกันเป็นมัด แร่ใยหินแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม^๔ ดังแผนภาพที่ ๑

แร่ใยหินชนิดแอมฟิโบลมีเส้นใยเป็นเส้นตรงคล้ายเข็ม ขณะที่แร่ใยหินชนิดเซอร์เพนไทน์มีเส้นใยแบบโค้งงอ ซึ่งลักษณะของเส้นใยที่แตกต่างกันนี้ ทำให้แร่ใยหินสองกลุ่มนี้มีการแตกตัวเป็นเส้นใยขนาดเล็กและสั้นลงต่างกัน โดยแร่ใยหินชนิดเซอร์เพนไทน์ มีการแตกตัวเป็นเส้นสั้นมากกว่า ขณะที่แร่ใยหินชนิดแอมฟิโบล มีการสะสมในปอดของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งปอดมากกว่า ทำให้การศึกษาวิจัยด้านคุณสมบัติในการก่อมะเร็งในยุคแรก (พ.ศ. ๒๕๑๓ – ๒๕๒๓) พบว่าแอมฟิโบลทำให้เกิดมะเร็งปอดและเยื่อหุ้มปอดมากกว่าเซอร์เพนไทน์ (โครโซไทล์) นำไปสู่การยกเลิกการใช้แร่ใยหินกลุ่มนี้ก่อนในหลายประเทศ

ในประเทศไทย มีการยกเลิกการนำเข้าแร่ใยหินกลุ่มแอมฟิโบลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๘ (crocidolite) พ.ศ. ๒๕๔๔ (amosite) และ พ.ศ. ๒๕๕๒ (actinolite anthophyllite และ tremolite) ทำให้ในปัจจุบันนี้ มีแต่การนำเข้าแร่ใยหินกลุ่มเซอร์เพนไทน์ (chrysotile) มาใช้ในประเทศโดยต้องขออนุญาตก่อนหรือเป็นวัตถุดิบอันตรายชนิดที่ ๓ ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕



แผนภาพที่ ๑ แสดงชนิดของแร่ใยหิน (asbestos)

^๑ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษระดับ ๘ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

^๒ นักวิชาการอิสระ

^๓ เจ้าหน้าที่ประจำมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

^๔ กลุ่มพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยแรงงาน สำนักความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, รายงานผลการศึกษา สถานการณ์การใช้แร่ใยหิน สภาวะสุขภาพ และสภาพแวดล้อม ในสถานประกอบการที่มีการใช้แร่ใยหิน. (กรุงเทพฯ: บริษัท เรียงสาม กราฟฟิค ดีไซน์ จำกัด, ๒๕๕๓), น. ๑.

เนื่องจากแร่ใยหินมีคุณสมบัติแข็งแรง เหนียว มีความยืดหยุ่นสูง ทนทานต่อแรงดึงได้สูงถึง ๕,๐๐๐ – ๓๑,๐๐๐ กิโลกรัมต่อตารางเซนติเมตร ทนต่อความร้อนได้สูงถึง ๗๐๐ – ๑๐๐๐ องศาเซลเซียส ทนต่อการกัดกร่อนของสารเคมี กรด ด่าง เชื้อจุลินทรีย์ และการทำลายของแมลง ทำให้มีการใช้แร่ใยหินอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในการผลิตผลิตภัณฑ์ที่ต้องการความแข็งแรงดังกล่าว เช่น กระเบื้องใยหิน ท่อซีเมนต์ใยหิน ฝ้าเพดาน ฉนวนหุ้มกันไฟและความร้อน ผ้าเบรก ผ้าคลัตช์ กระเบื้องยางปูพื้น เสื้อป้องกันไฟ เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย มีการนำเข้าแร่ใยหินเป็นจำนวนมากจากประเทศต่างๆ ได้แก่ รัสเซีย บราซิล แคนาดา ชิมบับเว และจีน เป็นจำนวนมาก^๕ ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงสถิติปริมาณ (กิโลกรัม) และมูลค่าการนำเข้าแร่ใยหินของประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ.๒๕๔๐ - ๒๕๕๑

ปี พ.ศ.	ปริมาณนำเข้า (กิโลกรัม)	มูลค่า (บาท)
2540	177,123,729	2,218,312,612
2541	60,092,992	1,055,751,838
2542	100,423,242	1,500,197,468
2543	120,563,168	1,739,966,858
2544	126,915,184	1,784,582,236
2545	181,348,064	2,145,184,221
2546	166,483,431	1,925,153,929
2547	166,074,690	1,799,637,887
2548	175,977,285	2,029,889,440
2549	140,861,289	1,709,802,109
2550	86,525,014	920,729,882
2551	94,144,430	1,071,686,442

สาเหตุที่ต้องมีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในประเด็นการใช้แร่ใยหิน เนื่องจากผู้ที่ต้องเกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน โดยเฉพาะคนทำงานในสถานประกอบการที่ใช้แร่ใยหินเป็นวัตถุดิบ และผู้รื้อถอนอาคารที่มีแร่ใยหินเป็นวัสดุ ไม่ทราบหรือไม่ตระหนักถึงอันตรายของแร่ใยหิน ซึ่งมีคุณสมบัติทำให้เป็นโรคปอดเรื้อรังและก่อมะเร็ง ดังนั้น จึงถือเป็นความรับผิดชอบของภาควิชาการที่จะต้องเตือนภัยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป ได้รับทราบถึงอันตรายของแร่ใยหินและหาทางป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย ขณะเดียวกัน จำเป็นที่จะต้องมีการกำกับดูแลตามกฎหมายให้เจ้าของกิจการที่ใช้แร่ใยหินได้จัดการให้คนทำงานและผู้บริโภคปลอดภัย รวมทั้งการใช้มาตรการยกเลิกการใช้แร่ใยหินเพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชน

ด้วยเหตุนี้ จึงมีการดำเนินการทั้งในระดับนานาชาติ ระดับภูมิภาคและแม้แต่ในประเทศไทยเอง เพื่อยกเลิกการใช้แร่ใยหิน และจากการที่ประเทศไทยยังมีการอนุญาตให้ใช้แร่ใยหินอยู่ ๑ ชนิด แม้องค์การอนามัยโลกจะประกาศชัดเจนว่าแร่ใยหินทุกชนิดเป็นมะเร็ง ทำให้เกิดความเห็นขัดแย้งในวงกว้างว่าควรมีการยกเลิก

^๕ อ้างแล้ว, น. ๓.

การใช้แร่ใยหินในประเทศไทยหรือไม่ โดยฝ่ายที่เห็นด้วย คือ นักวิชาการด้านสุขภาพทั้งจากมหาวิทยาลัยและหน่วยงานภาครัฐ ขณะที่ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยกับการยกเลิก คือ ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมที่ใช้แร่ใยหิน (บางกลุ่ม) และสำหรับหน่วยงานภาครัฐที่ทำหน้าที่กำกับดูแลนั้นเห็นว่าการยกเลิกต้องใช้เวลาและต้องพิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติด้วย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะหน่วยงานนิติบุคคลในกำกับของนายกรัฐมนตรี มีหน้าที่ในการ “ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบายยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ”^๖ จึงได้นำประเด็นข้อขัดแย้งเรื่องการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในประเทศไทย เข้าสู่กลไกการกำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกันของทุกภาคส่วน ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

อนึ่ง สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนั้น ได้มีมติให้ “กระทรวงอุตสาหกรรม ดำเนินการควบคุมแร่ใยหินที่เป็นวัตถุอันตราย (โครโซไทล์) ให้เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ อย่างเร่งด่วน ภายในปี ๒๕๕๕ ซึ่งจะห้ามมิให้มีการผลิต การนำเข้า การส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครอง”^๗ ซึ่งภายหลังจากการมีมติสมัชชาฯ ดังกล่าวจนถึงปัจจุบันนี้ (พ.ศ.๒๕๕๖) ยังไม่ได้มีการกำหนดให้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ แต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม กระบวนการสมัชชาสุขภาพในประเด็นแร่ใยหินนี้ เป็นตัวอย่างกรณีศึกษาที่น่าสนใจว่า กระบวนการสมัชชาสุขภาพมีผลต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะหรือไม่และอย่างไร รวมทั้งมีข้อจำกัดอะไร ดังนั้น จึงเป็นที่มาของโครงการวิจัย เรื่อง “เรียนรู้จากกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐: กรณีศึกษามาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน”

๒. วัตถุประสงค์

๑) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ (Participatory Public Policy Process) ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒) เพื่อประมวลและบันทึก แนวคิด (concept) เนื้อหา (content) ด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสแร่ใยหินและการดำเนินการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว ในระดับนานาชาติและในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓) เพื่อวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholder analysis) และบทบาทของผู้มีส่วนได้เสีย ในการพัฒนานโยบายสาธารณะ “มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน” ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๔) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะสำหรับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓. วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) โดยศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย ๔ กลุ่ม คือ ๑) ผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพในประเด็นมาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน ๒) กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบาย ๓) กลุ่มผู้บริหารและนักวิชาการที่เคลื่อนไหวในประเด็นนี้ และ ๔) กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ

^๖ มาตรา ๒๗ (๒) ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐.

^๗ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๓ มติ ๑ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน ข้อ ๒.๑.๑.

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวทางการสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยคำถามหลักที่แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มประชากรโดยเน้นบทบาทความเกี่ยวข้องและความสนใจของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ โดยเฉพาะครั้งที่ ๓ ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ที่มีมติประเด็นมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน ความคิดเห็นต่อกระบวนการกิจกรรมตั้งแต่การกำหนดประเด็น การร่างข้อเสนอ การรับฟังความคิดเห็น การทำเวทีสมัชชาเพื่อการออกมติสมัชชา ขับเคลื่อนนโยบาย หลังการออกมติ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอันเกี่ยวเนื่องมาจากประเด็นนโยบายมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน

นอกจากนี้ ยังมีการเก็บข้อมูลโดยการรวบรวมและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary review) ประกอบด้วยเอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์ การนำเสนอข่าวของสื่อมวลชน เอกสารประกอบการประชุม สื่อออนไลน์ และเอกสารอื่นๆ โดยสืบค้นผ่านอินเทอร์เน็ต

การวิเคราะห์สังเคราะห์ โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และเชิงประเด็น (Thematic analysis)

๔. ผลการศึกษา

เพื่อให้เห็นถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและพัฒนากการเคลื่อนไหวเรื่องมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน การนำเสนอเนื้อหาการวิเคราะห์นี้จะแยกออกเป็น ๔ ส่วนคือ

ส่วนที่ ๑ เป็นการทบทวนเชิงประวัติศาสตร์ เพื่อให้เห็นพัฒนาการในการเคลื่อนไหวเพื่อยกเลิกการใช้รายหินในระดับนานาชาติและทวีปเอเชีย

ส่วนที่ ๒ เป็นการทบทวนสถานการณ์การยกเลิกการใช้รายหินในประเทศไทย รวมทั้งประเด็นข้อห่วงกังวลที่สำคัญ และการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๓ เป็นการอธิบายการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อยกเลิกการใช้รายหิน ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในระยะ “ขาขึ้น” ก่อนเวทีสมัชชา และ “ขาเคลื่อน” หลังเวทีสมัชชา รวมทั้งการวิเคราะห์ สรุป และให้ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในเรื่องมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์การยกเลิกการใช้แร่ใยหินระดับนานาชาติและภูมิภาค

การกำหนดสารก่อมะเร็ง

โดยทั่วไปแล้ว การที่จะระบุว่าสารหรือสารประกอบใดมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือไม่นั้น ต้องอาศัยวิธีการศึกษาด้านพิษวิทยา (toxicology) ซึ่งเป็นการศึกษาผลไม่พึงประสงค์ของสารเคมีต่อสิ่งมีชีวิต ผ่านกลไกการดูดซึม การกระจายตัว การแปรสภาพ และการขับถ่ายจากร่างกายมนุษย์และสิ่งมีชีวิตต่างๆ ประกอบกับการใช้โมเดลทางคณิตศาสตร์ และวิธีการด้านระบาดวิทยา เพื่อประเมินโอกาสการเกิดพิษของสารต่างๆ

สำหรับสารก่อมะเร็งนั้น International Agency for Research on Cancer (IARC) ซึ่งเป็นหน่วยงานสังกัดองค์การอนามัยโลก ที่จัดตั้งขึ้นเฉพาะ เพื่อทำการศึกษาวิจัยโรคมะเร็งและสารก่อมะเร็งต่างๆ ได้ทำการศึกษาความสามารถในการก่อมะเร็งของแร่ใยหินตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๑๕ (ค.ศ.๑๙๗๒) และมีการเผยแพร่ผลการศึกษอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ.๒๕๑๙ (ค.ศ.๑๙๗๖) พ.ศ.๒๕๓๐ (ค.ศ.๑๙๘๗) และพ.ศ.๒๕๕๓ (ค.ศ. ๒๐๑๐) โดยเอกสารฉบับที่ออกเผยแพร่ในปี พ.ศ.๒๕๕๓^๔ ได้สรุปว่ามีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอ (sufficient) ที่จะสรุปว่าแร่ใยหินทั้ง ๖ ชนิดทำให้เกิดมะเร็งที่ร้ายแรงต่อไปนี้ คือ เยื่อหุ้มปอด (mesothelioma) ปอด กล่องเสียง (larynx) และรังไข่ และมีหลักฐานที่เป็นไปได้ว่าแร่ใยหินก่อมะเร็งคอหอย (pharynx) กระเพาะอาหาร และลำไส้ใหญ่ (colorectum) อีกด้วย ดังนั้น จึงกำหนดให้แร่ใยหินทุกชนิดเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่ม ๑ (group ๑ carcinogen)^๕

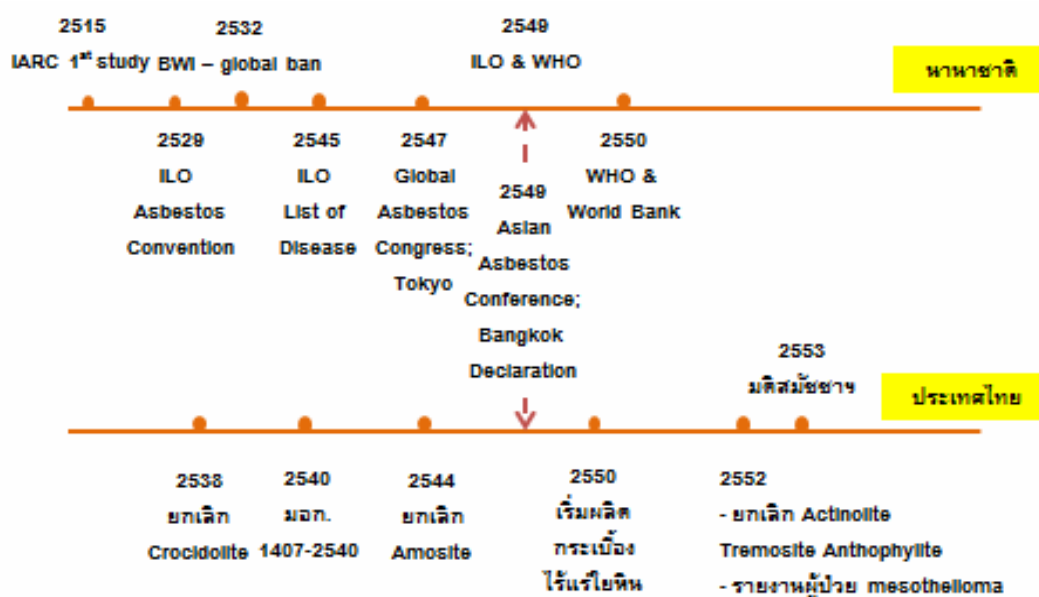
ผลการศึกษาของ IARC ตลอดช่วงปี พ.ศ.๒๕๑๕ – ๒๕๕๓ ดังกล่าวได้ส่งผลให้องค์กรระหว่างประเทศหลายองค์กร ทั้งในระดับนานาชาติและภูมิภาค โดยเฉพาะองค์การแรงงานระหว่างประเทศ และองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศนโยบายสนับสนุนการปกป้องสุขภาพคนทำงานที่ต้องสัมผัสแร่ใยหินขณะทำงานมาอย่างต่อเนื่อง

^๔ Klaassen CD and Eaton DL. Principles of Toxicology. In: Toxicology-The Basic Science of Poisons. 4th Ed. (New York: McGraw-Hill Inc. , 1993), pp. 12 - 50.

^๕ International Agency for Research on Cancer, *Arsenic ,Metals, Fibres, and Dusts Volume 100 C : A Review of Human Carcinogens*. This publication represents the views and expert opinions of an IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, which met in Lyon, 17-24 March 2009 (World Health Organization: Lyon, France 2012), pp 219-309

^๖ IARC จำแนกสาร สารประกอบ ส่วนผสม หรือ การสัมผัสสาร ที่อาจก่อมะเร็งเป็น ๕ กลุ่ม คือ กลุ่ม ๑ มีหลักฐานเพียงพอจากมนุษย์และสัตว์ทดลองว่าก่อมะเร็งในคน กลุ่ม ๒A มีโอกาสสูงที่จะก่อมะเร็งในคน โดยมีหลักฐานเพียงพอว่าก่อมะเร็งในสัตว์ทดลองอย่างน้อย ๒ สายพันธุ์หรือ ๒ การศึกษาที่ไม่เกี่ยวข้องกัน กลุ่ม ๒B น่าจะเป็นสารก่อมะเร็งในคน โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าก่อมะเร็งในสัตว์ทดลอง แต่ยังไม่เพียงพอ กลุ่ม ๓ ไม่สามารถบ่งได้ว่าก่อมะเร็งหรือไม่ และกลุ่ม ๔ ชัดเจนว่าไม่ก่อมะเร็งในคน ทั้งนี้ IARC ทำการทบทวนและปรับเปลี่ยนรายชื่อสารก่อมะเร็งกลุ่มต่างๆ อยู่เสมอ ตามหลักฐานทางวิชาการที่ปรากฏชัดเจน สามารถติดตามข้อมูลได้จาก www.iarc.org

แผนภาพที่ 2 แสดงเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการยกเลิกการใช้แร่ใยหิน



ระดับนานาชาติ

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Office - ILO) ได้เริ่มมีความเคลื่อนไหวที่จะพิทักษ์สุขภาพคนทำงานที่ต้องสัมผัสแร่ใยหินในปี พ.ศ. ๒๕๒๙ (แผนภาพที่ ๒) โดยได้จัดทำอนุสัญญาที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน “ILO Asbestos Convention หมายเลข ๑๖๒” ซึ่งกำหนดให้มีมาตรการป้องกันควบคุมและปกป้องคนทำงานจากภัยสุขภาพที่เกิดจากการสัมผัสแร่ใยหินขณะทำงาน โดยเฉพาะการใช้สารทดแทนแร่ใยหิน การห้ามใช้แร่ใยหินในกระบวนการทำงานบางส่วน การป้องกันฝุ่นแร่ใยหินฟุ้งกระจายในที่ทำงาน และการลดความเข้มข้นของแร่ใยหินในอากาศบริเวณที่ทำงานให้ต่ำที่สุด

ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๒ กลุ่มคนงานก่อสร้างและงานไม้ที่รวมตัวกันเป็น Building and Woodworker International (BWI) ได้ประกาศนโยบายในการประชุมที่ประเทศสิงคโปร์ว่าควรต้องมีการยุติการใช้แร่ใยหินทั่วโลก (global ban on asbestos) และองค์กรนี้อ้างว่าได้ทำการโน้มน้าวให้องค์กรระหว่างประเทศหลายหน่วยงานโดยเฉพาะองค์การแรงงานระหว่างประเทศให้ประกาศนโยบายยกเลิกการใช้แร่ใยหิน

วันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๔๕ องค์การแรงงานระหว่างประเทศได้ประกาศข้อเสนอแนะหมายเลข ๑๙๔ (Recommendation ๑๙๔ : List of Occupational Diseases) ให้ประเทศสมาชิกกำหนดรายชื่อโรคจากการทำงานของแต่ละประเทศ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการป้องกัน (prevention) บันทึกข้อมูล (recording) รายงาน (notification) และจ่ายเงินทดแทน (compensation) โดยกำหนดให้ “โรคมะเร็งที่เกิดจากการสัมผัสแร่ใยหินขณะทำงาน” เป็น “โรคจากการทำงาน” ในรายชื่อโรคฯ ด้วย

ในวันที่ ๑๔ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๔๙ ILO ได้มีมติที่ประชุมให้มีการเลิกการใช้แร่ใยหินในอนาคต (elimination of future use of asbestos) และมีการจัดการที่เหมาะสมกับแร่ใยหินที่ได้ใช้มาแล้วในอดีต (identification and proper management of asbestos currently in place) เพื่อปกป้องคนทำงานจากการสัมผัส การเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตจากแร่ใยหิน และให้ยกเลิกการใช้อย่างปลอดภัยตามที่ได้เคยประกาศในอนุสัญญาหมายเลข ๑๖๒ (ปีพ.ศ.๒๕๒๙) ด้วย โดยเน้นย้ำให้ประเทศสมาชิกให้สัตยาบันและปฏิบัติตามมติที่ประชุมนี้และตามอนุสัญญา ๑๖๒ (Asbestos Convention ๑๙๘๖) และ ๑๓๙ (Occupational Cancer Convention ๑๙๗๔) อย่างเคร่งครัดและเร่งด่วน ทั้งนี้ ILO ระบุเหตุผลของการมีมติดังกล่าวไว้ว่า

- (๑) IARC และ International Programme on Chemical Safety ซึ่งเป็นหน่วยงานร่วมระหว่าง ILO WHO และ United Nations Environment Programme ได้มีคำประกาศที่ชัดเจนว่าแร่ใยหินทุกชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง
- (๒) แต่ละปี มีคนทำงานประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ คนทั่วโลก เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสัมผัสแร่ใยหิน
- (๓) คนทำงานหลายอาชีพยังต้องสัมผัสแร่ใยหินปริมาณมากและมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะผู้รื้อถอนฉนวน ผู้รื้อถอนหรือทุบทิ้งอาคาร ช่างซ่อมตึก ช่างซ่อมเรือ และคนเก็บขยะ
- (๔) ใช้เวลากว่า ๓ ทศวรรษที่จะทำให้หลายประเทศสามารถยกเลิกการใช้แร่ใยหินและใช้วัสดุทดแทน
- (๕) วัตถุประสงค์ของอนุสัญญาด้านอาชีวอนามัย (Occupational Safety and Health Convention ๒๐๐๖) คือ การป้องกันการบาดเจ็บ การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากการทำงาน

องค์การอนามัยโลก

ในปีพ.ศ.๒๕๔๙ องค์การอนามัยโลกได้จัดทำประกาศ (Policy Statement) ชื่อ “Elimination of Asbestos-Related Diseases” โดยมีความเห็นสอดคล้องกับมติที่ประชุมของ ILO และเห็นด้วยกับการยกเลิกการใช้แร่ใยหินทั่วโลก (worldwide ban) โดยให้เหตุผลว่า “สารก่อมะเร็งไม่มีระดับการสัมผัสที่ปลอดภัย (no threshold) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นในกลุ่มคนทำงานที่สัมผัสแร่ใยหินในปริมาณที่ต่ำ ดังนั้น วิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดที่จะกวาดล้างโรคจากแร่ใยหิน คือ การยุติการใช้แร่ใยหินทุกชนิด โดยเฉพาะการใช้ซีเมนต์ผสมแร่ใยหินในอุตสาหกรรมก่อสร้าง เพราะมีจำนวนคนทำงานที่อาจสัมผัสเป็นจำนวนมาก ยากที่จะลดการสัมผัสในกลุ่มคนทำงานเหล่านั้น และแม้จะก่อสร้างเสร็จแล้ว แร่ใยหินก็อาจจะฟุ้งกระจายอีก เมื่อมีการซ่อมแซมหรือรื้ออาคารทิ้ง ที่สำคัญ มีเส้นใยที่สามารถนำมามาทดแทนแร่ใยหินได้แล้ว สำหรับผลิตภัณฑ์บางชนิด ซึ่งจะทำให้มีความเสี่ยงต่อสุขภาพน้อยกว่าหรือไม่มีเลย”

ต่อมาในปี พ.ศ.๒๕๕๐ สมัชชาสุขภาพโลกครั้งที่ ๖๐ ได้มีมติที่ ๖๐.๒๖ มอบให้องค์การอนามัยโลกจัดการรณรงค์ในระดับนานาชาติเพื่อกำจัดโรคที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน โดยเฉพาะในประเทศที่ยังมีการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ รวมทั้งกรณีผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงมีการสัมผัสแร่ใยหินชนิดอื่นๆ ในอดีต องค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์กรอื่นๆ เช่น องค์การแรงงานระหว่างประเทศ จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การกำจัดโรคที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน ดังนี้ คือ

- ๑) การกำจัดโรคกลุ่มนี้ยังมีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การเลิกใช้แร่ใยหินทุกชนิด
- ๒) ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารทดแทนที่ปลอดภัยกว่าแร่ใยหินและต้องร่วมกันพัฒนาเทคโนโลยีและกลไกทางเศรษฐกิจที่จะกระตุ้นการใช้สารทดแทน
- ๓) ควรมีมาตรการในการป้องกันการสัมผัสแร่ใยหินที่อยู่ในอาคารและขณะทำการรื้อถอน

- ๔) ควรปรับปรุงระบบบริการทางการแพทย์เพื่อให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยแต่เนิ่นๆ ให้การรักษา และให้การฟื้นฟูทั้งทางการแพทย์และสังคม รวมทั้งการจัดทำทะเบียนผู้ที่มีประวัติสัมผัสแร่ใยหินทั้งในอดีตและปัจจุบัน

องค์กรนานาชาติอื่นๆ

นอกจาก ILO และ WHO แล้ว ยังมีองค์การระหว่างประเทศและองค์กรพัฒนาเอกชนระดับนานาชาติอีกจำนวนหนึ่งที่สนับสนุนนโยบายสนับสนุนการยกเลิกการใช้แร่ใยหิน เช่น

- ธนาคารโลก (World Bank) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีจัดทำแนวทางการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย โดยระบุว่าอาคารใหม่ควรหลีกเลี่ยงการใช้วัสดุที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ (asbestos containing materials-ACM) และสำหรับอาคารเก่า นั้น ควรมีการระบุแหล่ง ฝ้าระวังสภาพ จัดทำแผนรองรับกรณีที่ต้องรื้อถอน รวมทั้งฝึกอบรมพนักงานที่อาจสัมผัสแร่ใยหินเพื่อลดการสัมผัส และในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ ธนาคารโลกได้จัดทำเอกสารเป็นทางการชื่อ Good Practice Note: Asbestos: Occupational and Community Health Issues เพื่อยืนยันการลดการใช้แร่ใยหินและการปกป้องประชาชนจากการสัมผัสแร่ใยหิน
- *The International Trade Union Confederation* ในเดือนธันวาคม ๒๕๔๗ สหพันธ์หอนการค่านานาชาติซึ่งมีประเทศสมาชิกกว่า ๑๕๖ ประเทศจากทุกทวีป ได้มีการลงมติรับรองมติสมัชชาที่ประชุมประจำปี เพื่อเรียกร้องให้มีการยกเลิกการใช้แร่ใยหินทั่วโลก
- *Collegium Ramazzini* สถาบันวิชาการนานาชาติด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ เพื่อศึกษาวิจัยและเชื่อมโยงความรู้สู่นโยบายด้านสาธารณสุขเพื่อปกป้องประชากร ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ สถาบันได้เรียกร้องให้มีการยกเลิกการใช้แร่ใยหินทั่วโลก
- *International Commission on Occupational Health* สมาคมอาชีวอนามัยนานาชาติซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนระดับนานาชาติ ได้ประกาศบนเว็บไซต์ของสมาคมเรียกร้องให้มีการยกเลิกการใช้แร่ใยหินทั่วโลก พร้อมกับการกำจัดโรคที่เกิดจากแร่ใยหิน

ทวีปเอเชีย

นอกจากความเคลื่อนไหวทางซีกโลกตะวันตกที่กล่าวมาแล้ว สำหรับทวีปเอเชียนั้น ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ มีการจัดประชุม Global Asbestos Congress ที่กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น และผู้จัดการประชุมได้เชิญนักวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมประชุมกับนักวิชาการจากหลายประเทศ ซึ่งที่ประชุมนี้ ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อยกเลิกการใช้แร่ใยหินในทวีปเอเชียและแอฟริกา

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มีการประชุม Asian Asbestos Conference ๒๐๐๖ ที่กรุงเทพมหานคร^{๑๑} โดยความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ The International Ban Asbestos Secretariat (IBAS) และ International Commission on Occupational Health (ICOH) และได้มีการประกาศ “The Bangkok Declaration on Elimination of Asbestos and Asbestos-Related Diseases ๒๐๐๖” โดยมีเนื้อหาสำคัญ คือ การห้ามผลิต ใช้ และนำกลับมาใช้ซ้ำ แร่ใยหิน และผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบในทุกประเทศ และการรื้อถอนหรือกำจัดแร่ใยหิน ต้องดำเนินการภายใต้กฎหมายที่เข้มงวดและมีการคุ้มครองสุขภาพในระดับที่สูงสุด

^{๑๑} หน่วยงานเจ้าภาพ คือ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ส่วนที่ ๒ สถานการณ์การยกเลิกการใช้แร่ใยหินในประเทศไทย

๒.๑ สถานการณ์

กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม ได้อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๓๕ กำหนดให้แร่ใยหินชนิดโครซิโดไลท์และชนิดอะโมไซท์ (แผนภาพที่ ๑) เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔^{๑๒} ในปี พ.ศ.๒๕๓๘ และ พ.ศ.๒๕๔๔ ตามลำดับ และในปี พ.ศ.๒๕๕๒ ได้กำหนดให้แร่ใยหินอีก ๓ ชนิด คือ แอคติโนไลท์ แอนโทรไฟไลต์ และทรีโมไลท์ เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ ทำให้ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๒ เป็นต้นมา ไม่มีการผลิต การนำเข้า การส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครองแร่ใยหิน ๕ ชนิดในประเทศไทย เว้นแต่จะกระทำการโดยฝ่าฝืนกฎหมาย ส่วนแร่ใยหินอีกชนิด (โครโซไทล์) นั้นได้กำหนดให้เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓ ซึ่งการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือ มีไว้ในครอบครอง ต้องรับใบอนุญาตจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม

หน่วยงานอีกหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงอุตสาหกรรมที่มีการดำเนินการเกี่ยวข้องกับแร่ใยหินในประเทศไทย คือ สำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม (สมอ.) โดยในปี พ.ศ.๒๕๔๐ ได้มีการกำหนดมาตรฐานอุตสาหกรรมสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ใช้แร่ใยหินเป็นสารทดแทน หรือ มอก.๑๔๐๗-๒๕๔๐

นอกจากกระทรวงอุตสาหกรรมแล้ว นักวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุขที่ได้เข้าร่วมประชุม Global Asbestos Congress ที่กรุงโตเกียว ในปี พ.ศ.๒๕๔๗ ได้ดำเนินการตามบทบาทภารกิจของหน่วยงาน^{๑๓} ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เพื่อป้องกันตนเองแก่คนทำงานสัมผัสแร่ใยหิน การอบรมเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน (จป.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพคนทำงาน รวมทั้งการวิจัยด้านผลกระทบต่อสุขภาพของแร่ใยหิน เป็นต้น

ขณะเดียวกัน กลุ่มพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยแรงงาน สำนักความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้มีการดำเนินการภายใต้โครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานในสถานประกอบกิจการที่มีการใช้แร่ใยหิน พ.ศ.๒๕๕๑ โดยได้ทำการศึกษา “สถานการณ์การใช้แร่ใยหิน สภาวะสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในสถานประกอบกิจการที่มีการใช้แร่ใยหิน” โดยทำการสำรวจและเก็บข้อมูลในสถานประกอบกิจการจำนวน ๒๖ แห่ง^{๑๔} ข้อมูลประกอบด้วยการสัมภาษณ์พนักงานด้วยแบบสอบถาม การทดสอบสมรรถภาพปอดของพนักงาน จำนวน ๔๑๖ คน และการเก็บตัวอย่างฝุ่นเส้นใยแร่ใยหิน ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างฝุ่นเส้นใยแร่ใยหินส่วนใหญ่มีปริมาณสูงเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยแนะนำของ ACGIH^{๑๕} โดยพบว่าแผนกผสมของกิจการผ้าเบรกมีปริมาณเส้นใยเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ๒.๙๘ เส้นใยต่อลูกบาศก์เซนติเมตร (ค่าสูงสุด ๘.๗๒ เส้นใยต่อลูกบาศก์เซนติเมตร) ขณะเดียวกันผลการทดสอบ

^{๑๒} มาตรา ๑๘ (๑) ของพ.ร.บ.วัตถุอันตรายฯ ได้แบ่งวัตถุอันตรายตามความจำเป็นแก่การควบคุม เป็น ๔ ชนิด คือ ชนิดที่ ๑ การผลิต นำเข้า ส่งออก หรือ มีไว้ในครอบครอง ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด ชนิดที่ ๒ การผลิต นำเข้า ส่งออก หรือ มีไว้ในครอบครอง ต้องแจ้งให้เจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่ทราบก่อน และต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด ชนิดที่ ๓ การผลิต นำเข้า ส่งออก หรือ มีไว้ในครอบครอง ต้องรับใบอนุญาต และชนิดที่ ๔ ห้ามมิให้มีการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือ มีไว้ในครอบครอง.

^{๑๓} สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค.

^{๑๔} ผลิตผ้าเบรก ๑๓ แห่ง ผลิตกระเบื้อง ๑๐ แห่ง ผลิตท่อใยหิน ๒ แห่ง และผลิตกาบติดกระเบื้องยาง ๑ แห่ง.

^{๑๕} American Conference of Governmental Industrial Hygienist (สมาคมนักวิทยาศาสตร์อุตสาหกรรมแห่งสหรัฐอเมริกา) กำหนดค่ามาตรฐานการสัมผัสฝุ่นแร่ใยหินในเวลา ๘ ชั่วโมงต่อวันและ ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ไม่เกิน ๐.๑ เส้นใยต่อลูกบาศก์เซนติเมตรซึ่งเท่ากับค่ามาตรฐานของกระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ขณะที่ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับภาวะแวดล้อม (สารเคมี) ลงวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๒๐ กำหนดค่ามาตรฐานสำหรับการทำงานเฉลี่ย ๘ ชั่วโมงต่อวันไม่เกิน ๕ เส้นใยต่อลูกบาศก์เซนติเมตร.

สมรรถภาพปอดพบว่า พนักงานกลุ่มผ้าเบรกรมีผลผิดปกติร้อยละ ๓๖.๔ และพนักงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๗๑.๔) ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของฝุ่นแร่ใยหิน

นอกจากการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐในสังกัด ๓ กระทรวงแล้ว ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ ได้มีการตีพิมพ์ รายงานผู้ป่วย “มะเร็งเยื่อหุ้มปอดจากการทำงานในประเทศไทย” โดย สุทธิพัฒน์ วงศ์วิทย์วิโชติ และคณะ ใน วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ ๑๘ ฉบับที่ ๓ มีนาคม – เมษายน ๒๕๕๒ ซึ่งกล่าวถึงผู้ป่วย ๑ รายที่มีประวัติ ทำงานแผนกผลิตกระเบื้องมุงหลังคา ทำให้มีการสัมผัสแร่ใยหินช่วงปี พ.ศ.๒๕๐๔ - ๒๕๒๘ และได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเยื่อหุ้มปอดจากการทำงานในเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๐ อย่างไรก็ตาม การค้นพบผู้ป่วย รายนี้ ไม่อาจจะระบุได้ชัดเจนว่ามีการสัมผัสแร่ใยหินชนิดใด

สำหรับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในประเทศไทย เริ่มจากในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ให้ทุนสนับสนุนแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) เพื่อ รวบรวมองค์ความรู้และพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย ซึ่ง นักวิชาการของแผนงานฯ ได้มีโอกาสร่วมงานกับนักวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยหลาย แห่งในระหว่างปี พ.ศ.๒๕๕๑ - ๒๕๕๒ จนได้เห็นพ้องกันว่าควรมีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อยกเลิก การใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ในประเทศไทย อนึ่ง แผนงานฯ ได้ขับเคลื่อนผ่านกิจกรรมดังต่อไปนี้

- วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๓ แผนงานฯ จัดการประชุม “แนวทางการดำเนินงานป้องกัน อันตรายจากแร่ใยหินต่อสุขภาพ” ครั้งที่ ๑ โดยระบุวัตถุประสงค์ว่า “เพื่อร่วมกันจัดทำแนว ทางการดำเนินงานป้องกันอันตรายจากผลิตภัณฑ์ที่ใช้แร่ใยหิน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของ ผู้บริโภค” และนำไปสู่การเสนอหัวข้อเข้าสู่สมัชชาสุขภาพครั้งที่ ๓ ในปี พ.ศ.๒๕๕๓
- วันที่ ๒๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) โดยการ สนับสนุนข้อมูลและวิชาการจากแผนงานฯ ได้ออกประกาศให้ติดฉลากคำเตือนว่าสินค้าที่มีแร่ใย หินเป็นส่วนประกอบ “อาจก่อให้เกิดมะเร็งและโรคปอด” ซึ่งหากผู้ผลิตสินค้าไม่ดำเนินการจะมี โทษปรับ ๑๐๐,๐๐๐ บาท จำคุก ๑ ปีหรือทั้งจำทั้งปรับ ส่วนผู้จำหน่ายสินค้าจะมีโทษปรับ ๕๐,๐๐๐ บาท จำคุก ๑ ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากทำซ้ำต้องรับโทษปรับ ๒ เท่า
- เดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๕๓ แผนงานฯ จัดทำเอกสาร “ความรู้เพื่อผู้บริโภค: เหตุผลที่ต้องยกเลิก การใช้และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับแร่ใยหินชนิดโครโซไทล์” ซึ่งได้ให้ความเห็นต่อการติดฉลากของ สคบ.ว่า “ไม่น่าประสบความสำเร็จในการลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากไม่ มีใครอ่าน และมาตรการนี้ไม่ทำให้ผู้บริโภคเปลี่ยนพฤติกรรมมาเลือกซื้อสินค้าที่ไม่มีแร่ใยหิน เพราะไม่เข้าใจความหมายเพียงพอ” และเสนอให้กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวง อุตสาหกรรม ใช้อำนาจตามพ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ กำหนดให้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ ซึ่งปัจจุบันเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓ เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ ซึ่งห้ามผลิต นำเข้า ส่งออก หรือ มีไว้ในครอบครอง ซึ่งจะทำให้เกิดการยกเลิกทันทีและ “ลดจำนวนผู้เสียชีวิตในอนาคต”

โดยสรุปแล้ว การค้นพบว่าแร่ใยหินสามารถก่อมะเร็งได้ในปี พ.ศ.๒๕๑๕ โดยหน่วยงานสังกัดองค์การ อนามัยโลก ได้ทำให้ประชาคมโลกช็อกตกตะลึงตื้นตัวในการป้องกันการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนทำงานที่ สัมผัสแร่ใยหิน ผ่านการดำเนินการขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ องค์การอนามัยโลกและองค์การ ระหว่างประเทศอื่นๆ อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ขณะเดียวกัน ในทวีปเอเชียเอง ก็เกิดความตระหนักถึง อันตรายต่อสุขภาพจากการใช้แร่ใยหินและเกิดความร่วมมือในการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในเอเชีย และสำหรับ ประเทศไทยนั้น นักวิชาการด้านสุขภาพได้ตระหนักถึงอันตรายของแร่ใยหิน และได้มีการค้นพบผู้ป่วย

โรคมะเร็งเยื่อหุ้มปอดจากการสัมผัสแร่ใยหิน ทำให้บริบทของประเทศไทยในช่วง ๕ ปีก่อนมีมติสมัชชาสุขภาพ (พ.ศ.๒๕๔๗ – ๒๕๕๒) มีความพร้อมสูงในกลุ่มนักวิชาการด้านสุขภาพที่จะยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ในประเทศไทย

๒.๒ ผู้มีส่วนได้เสีย

เอกสารของสถาบันนานาชาติเพื่อสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (International Institute for Environment and Development)^{๑๖} ได้อธิบายว่า “ผู้มีส่วนได้เสีย” คือ ผู้ที่มีสิทธิ (rights) หรือมีความสนใจ (interests) ในระบบหนึ่งๆ หรืออาจจำกัดความหมายให้แคบลงไปอีกว่า คือ ผู้ที่สร้างหรือให้บางอย่างที่สำคัญมากแก่องค์กรและคาดหวังว่าองค์กรจะมีบางอย่างที่สำคัญตอบแทนให้ด้วย ทั้งนี้ ผู้มีส่วนได้เสีย อาจเป็นบุคคล ชุมชน กลุ่มทางสังคมหรือเป็นองค์กรก็ได้ และสถาบันฯ ได้แสดงทัศนะที่น่าสนใจเกี่ยวกับการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียว่า วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียควรเป็นไปเพื่อการพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญแต่ไม่มีโอกาสได้มีส่วนร่วมกับการกำหนดนโยบาย รวมทั้งการพัฒนานโยบายเองด้วย แต่การวิเคราะห์เช่นนี้ มักมีผู้นำไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม โดยวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจว่าควร “จัดการ” หรือ “โน้มน้าว” ผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มใดเพื่อให้ได้ประโยชน์ต่อองค์กรเจ้าของนโยบาย หรือว่ากลุ่มใดองค์กรไม่จำเป็นต้องให้ความสนใจใดๆ

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียยังเป็นขั้นตอนที่สำคัญสำหรับการถอดบทเรียนครั้งนี้ เนื่องจากทำให้ผู้วิเคราะห์สามารถเข้าใจระบบและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบ นำไปสู่การวิเคราะห์ที่ถูกต้องมากที่สุด ซึ่งสถาบันฯ ได้แนะนำ ๖ ขั้นตอนของการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย ดังนี้

๑. กำหนดวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิเคราะห์ เพื่อให้เข้าใจระบบทั้งหมด (Develop purpose and procedures of analysis and initial understanding of the system)

๒. ระบุผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญ (Identify key stakeholders)

๓. ประเมินความสนใจ บุคลิก และสถานการณ์ของผู้มีส่วนได้เสีย (Investigate stakeholders' interests, characteristics and circumstances)

๔. ประเมินรูปแบบและบริบทของปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย (Identify patterns and contexts of interaction between stakeholders)

๕. ประเมินอำนาจและโอกาสที่จะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของผู้มีส่วนได้เสีย (Assess stakeholders' power and potential roles)

๖. เลือกช่องทางการทำงานที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ (Assess options and use the findings to make progress)

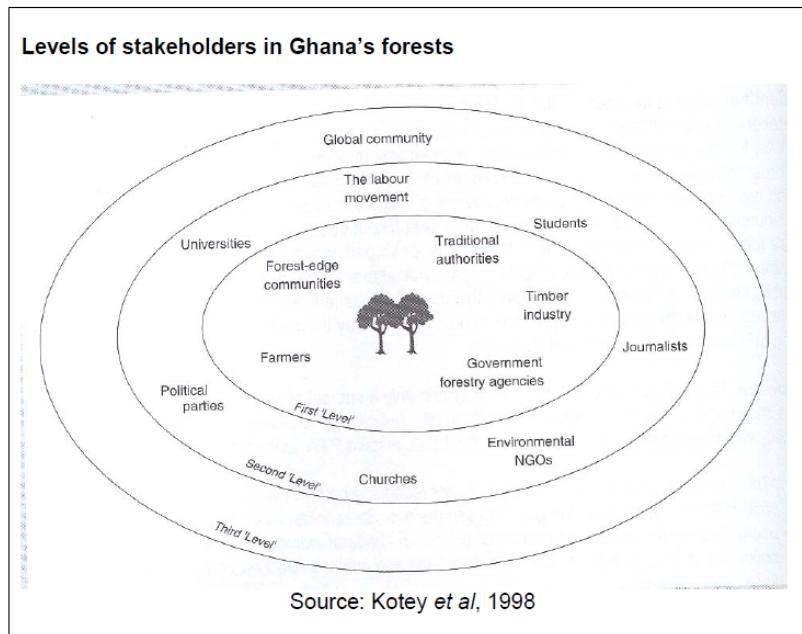
อนึ่ง โดยทั่วไปแล้ว สถาบันฯ แนะนำว่า “ผู้มีส่วนได้เสีย” อาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้หลายแบบ ได้แก่

- แบ่งตามการได้รับผลกระทบ กล่าวคือ ผู้มีส่วนได้เสีย “หลัก” (primary) คือ ผู้ที่ได้รับผลกระทบมาก หรือมีโอกาสที่การคิด ตัดสินใจ หรือกระทำการ ที่จะกระทบระบบได้มากกว่าผู้มีส่วนได้เสีย “รอง” (secondary)
- แบ่งตามโครงสร้างขององค์กร ซึ่งแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่มย่อย คือ

^{๑๖} Stakeholder power analysis. March 2005 [online] Available :

http://pgisk.cta.int/m04/docs/M04U03_stakeholder_power_tool.pdf. [2014, May 15]

๑. ผู้มีส่วนได้เสีย หรือ กลุ่มคนที่รับผิดชอบงานภายในองค์กรเท่านั้น (Internal stakeholders) คือ เช่น ฝ่ายบริหาร เสมียน แม่บ้าน
๒. ผู้มีส่วนได้เสีย หรือ กลุ่มคนที่ทำงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร (Interface stakeholders) เช่น กรรมการบริหารขององค์กร
๓. ผู้มีส่วนเสีย หรือ กลุ่มคนที่อยู่ภายนอกองค์กร (External stakeholders) ซึ่งอาจแบ่งกลุ่มย่อยได้เป็น ๑) กลุ่มที่ถือได้ว่าเป็น “ปัจจัยนำเข้า” ขององค์กร เช่น ลูกค้า ผู้จัดส่งวัตถุดิบ ๒) กลุ่มที่เป็นคู่แข่งกับองค์กร และ ๓) กลุ่มที่กำกับดูแลหรือตรวจสอบการทำงานขององค์กร



แผนภาพข้างบนนี้ เป็นตัวอย่างของการแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียออกเป็นกลุ่ม “หลัก” และกลุ่ม “รอง” ซึ่ง Kotey และคณะ^{๑๗} ใช้ในการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียของการอนุรักษ์ป่าในประเทศกานา โดยกลุ่มที่อยู่วงในที่สุด (first level) คือ ผู้มีแนวโน้มที่จะมีอิทธิพลสูงต่อการกำหนดนโยบายอนุรักษ์หรือจะได้รับผลกระทบมากที่สุดจากนโยบาย เช่น อดสาหกรรมป่าไม้ หน่วยงานภาครัฐด้านป่าไม้ ชุมชนโดยรอบป่า เป็นต้น ขณะที่กลุ่มที่อยู่วงรอบนอกออกมาหนึ่งชั้น (second level) มีอิทธิพลหรือได้รับผลกระทบรองลงมา เช่น องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสิ่งแวดล้อม นักข่าว นักการเมือง เป็นต้น ทั้งนี้ ในแต่ละวงก็อาจมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียกันเอง เช่น กลุ่มชาวบ้านที่อยู่โนงในที่สุด ถ้าเป็นกลุ่มที่ปลูกข้าวใกล้พื้นที่ป่าอาจไม่ได้รับผลกระทบมากเท่ากับกลุ่มที่เข้าไปเก็บของป่าชาย เป็นต้น

อีกประเด็นที่ควรคำนึงถึง คือ บทบาทของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่มอาจไม่ตรงไปตรงมาตามบทบาทหน้าที่ของบุคคลหรือกลุ่มคน เช่น ผู้อำนวยการอาจต้องฟังคำสั่งจากหัวหน้าฝ่ายบริหารตลอดเวลา ไม่สามารถจะบริหารงานด้วยตัวเองได้ เป็นต้น

สำหรับการยกเลิกการใช้แร่ใยหินนั้น โดยทั่วไปแล้ว การยกเลิกการใช้วัตถุใดๆ ในกิจการอุตสาหกรรมทั้งในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ อาจเกิดจากมาตรการบังคับ (involuntary measure) ต่อผู้

^{๑๗} Kotey et.al., Falling into Place. Policies that Work for Forests and People Series no.4, (International Institute for Environment and Development (IIED), London 1998).

ประกอบกิจการ เช่น มาตรการทางกฎหมาย หรือมาตรการแบบสมัครใจ (voluntary measure) เช่น การแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม (corporate social responsibility) การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร (positive image) เป็นต้น

เมื่อพิจารณาถึงบริบทการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ในประเทศไทย พบว่า “มาตรการ” ที่ผู้นำประเด็นเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติต้องการ คือ การประกาศกำหนดให้แร่ใยหินโครโซไทล์เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งถือเป็นการบังคับผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น จากกรอบแนวคิดที่กล่าวมาในเบื้องต้น การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียของนโยบายสาธารณะ พบว่ามีผู้มีส่วนได้เสียที่ได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการยกเลิกหรือไม่ยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ ทั้งผลกระทบทางบวกและทางลบ คือ

๑. เจ้าของกิจการที่นำเข้า ขาย หรือ มีแร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ไว้ในครอบครอง
๒. เจ้าของกิจการที่ผลิตสินค้าโดยใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์เป็นวัตถุดิบ
๓. หน่วยงานที่ออกกฎหมาย ได้แก่ สำนักควบคุมวัตถุอันตราย กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม โดยอาศัยอำนาจตามพ.ร.บ. วัตถุอันตรายแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕
๔. พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่ใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์เป็นวัตถุดิบ เนื่องจากต้องทำงานสัมผัสและมีโอกาสป่วยเป็นโรคมะเร็งจากแร่ใยหิน
๕. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน มีอำนาจบังคับให้ผู้ประกอบการที่ใช้แร่ใยหินในกระบวนการผลิต ต้องจัดให้มีการปรับสภาพแวดล้อมการทำงานเพื่อลดการสัมผัสแร่ใยหินของพนักงาน รวมทั้งการตรวจสุขภาพพนักงานที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหิน เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากแร่ใยหิน ตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔
๖. ผู้ก่อสร้างหรือรื้อถอนอาคาร ผู้ใช้อาคาร หรือเจ้าของบ้าน ที่มีโอกาสสัมผัสแร่ใยหินจากการก่อสร้างหรือการรื้อถอน
๗. หน่วยงานท้องถิ่นที่สามารถออกข้อบัญญัติหรือใช้อำนาจตามกฎหมาย เช่น พ.ร.บ. การสาธารณสุขแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ เป็นต้น เพื่อประกาศให้กิจกรรมการรื้อถอนอาคารที่อาจมีการฟุ้งกระจายของแร่ใยหิน เป็นกิจการอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และควรมีมาตรการในการป้องกันการฟุ้งกระจายขณะรื้อถอนให้รัดกุม

นอกจากผู้มีส่วนได้เสียหลักที่กล่าวมาแล้ว มีกลุ่มคนหรือองค์กรที่ถือได้ว่ามีส่วนในการผลักดันให้เกิดการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ ทั้งทางบวกและทางลบ คือ

๑. นักวิชาการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลอันตรายต่อสุขภาพของแร่ใยหิน
๒. ผู้นำสหภาพแรงงาน ซึ่งอาจเรียกร้องให้ผู้ประกอบการสนใจการปกป้องพนักงานจากการเจ็บป่วยเนื่องจากการสัมผัสแร่ใยหิน
๓. กลุ่มผู้บริโภค มีอิทธิพลในการไม่เลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหิน อันจะทำให้ผู้ประกอบการต้องพิจารณาใช้วัสดุทดแทนแร่ใยหิน
๔. ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ (MTEC) ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการผลิตวัสดุทดแทนแร่ใยหิน
๕. กลุ่มหลังคาและอุปกรณ์ สมาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นผู้แทนของกิจการขนาดใหญ่
๖. สมาหอการค้าจังหวัด ซึ่งเป็นผู้แทนของอุตสาหกรรมขนาดกลางและเล็ก (SME) ในแต่ละจังหวัด
๗. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนแห่งประเทศไทย (BOI) ซึ่งกำหนดทิศทางและสนับสนุนการพัฒนาอุตสาหกรรมในระดับชาติและนานาชาติ

๘. องค์การระหว่างประเทศ โดยเฉพาะองค์การแรงงานระหว่างประเทศ องค์การอนามัยโลก และ The International Ban Asbestos Secretariat (IBAS)

ทั้งนี้ ทีมงานศึกษาวิจัยได้ทำการทบทวนเอกสาร และทำการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้เสียบางกลุ่ม สรุปรวข้อค้นพบได้ดังนี้

๑. เจ้าของกิจการที่ผลิตสินค้าโดยใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์เป็นวัตถุดิบ

ผู้ประกอบการในประเทศไทย ที่นำเข้าและใช้แร่ใยหินในกระบวนการผลิต ร้อยละ ๙๐ คือ ผู้ผลิตกระเบื้องมุงหลังคา ส่วนอีกร้อยละ ๑๐ คือ ผู้ผลิตผ้าเบรกหรือคลัทช์ ซึ่งกลุ่มผู้ผลิตกระเบื้อง มีการรวมตัวกันภายใต้ “กลุ่มหลังคาและอุปกรณ์” ของสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และมีสมาชิก ๔ บริษัท

ในปี พ.ศ.๒๕๔๐ ผู้ผลิตกระเบื้องทั้ง ๔ รายได้ยื่นเรื่องต่อสำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม (สมอ.) เพื่อขอการรับรองคุณภาพผลิตภัณฑ์กระเบื้องที่ไม่ใช้แร่ใยหินในการผลิต ภายใต้มาตรฐานอุตสาหกรรม (มอก.) ๑๔๐๗-๒๕๔๐ ซึ่งสมอ.ได้ให้การรับรองทั้ง ๔ ราย อย่างไรก็ตาม ในช่วงก่อนการจัดสมัชชาสุขภาพครั้งที่ ๓ (ก่อนปีพ.ศ.๒๕๕๓) ผู้ประกอบการในประเทศไทย จำนวน ๒ จาก ๔ รายได้เลิกผลิตกระเบื้องที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบแล้ว ขณะที่อีก ๒ ราย แม้จะผลิตกระเบื้องที่ใช้วัสดุทดแทนแร่ใยหินได้ แต่ยังไม่ทำการผลิต

๒. สำนักควบคุมวัตถุอันตราย กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม

มาตรา ๑๘ วรรคสองของพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๓๕ กำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม โดยความเห็นของคณะกรรมการวัตถุอันตราย มีอำนาจประกาศในราชกิจจานุเบกษา “ระบุชื่อหรือคุณสมบัติของวัตถุอันตราย ชนิดของวัตถุอันตราย กำหนดเวลาการใช้บังคับและหน่วยงานผู้รับผิดชอบในการควบคุมวัตถุอันตรายดังกล่าว”

ทั้งนี้ สำนักควบคุมวัตถุอันตราย เป็นหน่วยงานเลขานุการของคณะกรรมการวัตถุอันตราย โดยมีขั้นตอนการทำงาน คือ หน่วยงานที่รับผิดชอบการควบคุมวัตถุอันตรายโดยตรง เช่น กรมวิชาการเกษตร กรมควบคุมมลพิษ เสนอชื่อวัตถุอันตรายต่อ “คณะกรรมการพิจารณาข้อมูลและกลั่นกรองความเป็นอันตรายของวัตถุอันตราย” ภายใต้คณะกรรมการวัตถุอันตราย ซึ่งคณะกรรมการจะทำการพิจารณาความอันตราย รวมทั้งรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนได้เสีย ก่อนจะเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการวัตถุอันตรายและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม ก่อนจะประกาศ “ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง บัญชีรายชื่อวัตถุอันตราย (ฉบับที่...)” ในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้

ทั้งนี้ ในปัจจุบัน บัญชี ก ห้ายประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง บัญชีรายชื่อวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๔๖^{๑๘} ได้กำหนดให้มีวัตถุอันตรายถึง ๑,๑๙๔ ชนิด และสำหรับกรณีแร่ใยหินนั้น กระทรวงอุตสาหกรรมกำหนดให้แร่ใยหิน ๕ ชนิดเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ แล้ว ขณะที่แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓

๓. นักวิชาการด้านสุขภาพ

ผู้จัดการแผนงานและนักวิชาการของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.)^{๑๙} ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มี “วิสัยทัศน์” ของแผนงานว่า “ผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญและดัชนีชี้วัดการคุ้มครอง” โดยวัตถุประสงค์ของแผนงาน คือ ๑) สร้างความเข้มแข็งและคุณภาพของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยส่งเสริม

^{๑๘} ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง บัญชีรายชื่อวัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๔๖ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับทั่วไป ๑๒๐ ตอนพิเศษ ๑๑๓ ง. ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๖.

^{๑๙} [Online] Available : www.thaihealthconsumer.org. [๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๖].

บทบาทและศักยภาพของภาคประชาสังคม ๒) พัฒนาและขับเคลื่อนให้เกิดนโยบาย มาตรการและแนวทาง ปฏิบัติในการคุ้มครองผู้บริโภคจากสินค้าและบริการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภคในวงกว้าง และ ๓) พัฒนาด้านแบบความร่วมมือในการบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภค

ทั้งนี้ แผนงานฯมีประสบการณ์ในการนำเสนอประเด็นเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ และ ๒ มาแล้ว และได้ร่วมงานกับ “สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม” ซึ่งมีกรรมการและสมาชิก สมาคมเป็นแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัย และนักวิชาการสาธารณสุขทั่วประเทศ ในการร่วม ขับเคลื่อนการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ในประเทศไทยในนามกลุ่ม “T-Ban” อีกด้วย

นอกจากนักวิชาการด้านสุขภาพกลุ่มนี้แล้ว นักวิชาการอีกท่านหนึ่ง ซึ่งมีบทบาทโดดเด่นมาก คือ ศ. นพ.สมชัย บวรกิตติ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอดและระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับ โรคมะเร็งจากแร่ใยหินในประเทศไทย และได้เป็นผู้สนับสนุนข้อมูลวิชาการให้แก่ “ศูนย์ข้อมูลโครโซไทล์” (Chrysotile Information Center หรือ www.chrysotile.co.th) ซึ่งตั้งขึ้นโดยผู้ประกอบการที่ใช้แร่ใยหิน เป็นวัตถุดิบ

๔. กระทรวงแรงงาน

กลุ่มพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยแรงงาน สำนักความปลอดภัยแรงงาน ได้จัดทำ “รายงานผล การศึกษาสถานการณ์การใช้แร่ใยหิน สภาวะสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ในสถานประกอบ กิจการที่มีการใช้แร่ใยหิน” ภายใต้โครงการเฝ้าระวังโรคปอดจากการทำงานในสถานประกอบกิจการที่มีการใช้ แร่ใยหิน ปี พ.ศ.๒๕๕๑

นอกจากการจัดทำเอกสารวิชาการแล้ว กระทรวงแรงงานมีภารกิจสำคัญในการบังคับใช้กฎหมายด้าน ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย เช่น กฎกระทรวงแรงงาน เรื่อง การตรวจสุขภาพลูกจ้างตามความเสี่ยงฯ พ.ศ.๒๕๔๗ เพื่อให้นายจ้างส่งลูกจ้างเข้ารับการตรวจร่างกายก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ภายใน ๓๐ วันหลังเริ่มงาน และตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากงานเป็นระยะๆ เป็นต้น

๕. ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ (MTEC)

ศูนย์ฯ^{๒๐} มีบทบาทสำคัญในการศึกษาวิจัยวัสดุทดแทนแร่ใยหิน เช่น สารประกอบอินทรีย์ Wollastonite รวมทั้งการสร้างนวัตกรรม “ผ้าเบรกไร้ใยหิน” สำเร็จครั้งแรกในประเทศไทย

โดยสรุปแล้ว เมื่อประมวลจากการสัมภาษณ์โดยสื่อมวลชน ข่าว การจัดกิจกรรม และการให้สัมภาษณ์ ภายใต้โครงการนี้ พบว่า “ระดับการมีอิทธิพลต่อผู้กำหนดนโยบาย” และ “ระดับความสนใจที่จะมีอิทธิพล” ของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละกลุ่ม กลุ่มอื่น ดังแสดงในตารางที่ ๒

^{๒๐} [Online] Available : www.mtec.or.th. [๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๖].

ตารางที่ ๒ ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายยกเลิกการใช้แร่ใยหินในประเทศไทย

ผู้มีส่วนได้เสีย (บุคคล กลุ่ม องค์กร)	ได้รับผลกระทบอย่างไรจาก นโยบายฯ	ระดับการมีอิทธิพลต่อผู้ กำหนดนโยบาย* (power)	ระดับความสนใจที่จะ มีอิทธิพล (potential)
เจ้าของกิจการที่นำเข้า ขาย หรือ มีแร่ ใยหินชนิดโครโซไทล์ไว้ในครอบครอง	ขายหรือครอบครองแร่ใยหิน ชนิดโครโซไทล์ไม่ได้ (-)	ปานกลาง	ปานกลาง
เจ้าของกิจการที่ผลิตสินค้าโดยใช้แร่ใย หินชนิดโครโซไทล์เป็นวัตถุดิบ	ต้นทุนการผลิตเพิ่มจากการใช้ วัสดุทดแทนแร่ใยหิน (-)	ปานกลาง	มาก
สำนักควบคุมวัตถุอันตราย กรมโรงงาน อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม	ไม่เปลี่ยนแปลงหรืออาจต้อง ทำงานมากขึ้นในการกำกับ ดูแล (±)	มาก	น้อย
พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่ใช้แร่ใย หินชนิดโครโซไทล์เป็นวัตถุดิบ	มีโอกาสน้อยลงที่จะเจ็บป่วย จากการสัมผัสแร่ใยหิน (+)	น้อย	น้อย
กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน	ไม่เปลี่ยนแปลง (๐)	ปานกลาง	น้อย
ผู้ก่อสร้างหรือรื้อถอนอาคาร ผู้ใช้อาคาร หรือเจ้าของบ้าน ที่มีโอกาสสัมผัสแร่ใย หินจากการก่อสร้างหรือการรื้อถอน	มีโอกาสน้อยลงที่จะเจ็บป่วย จากการสัมผัสแร่ใยหิน (+)	น้อย	น้อย
หน่วยงานท้องถิ่นที่สามารถออก ข้อบัญญัติหรือใช้อำนาจตามกฎหมาย	ไม่ได้รับความนิยมนอกจากเจ้าของ กิจการ (-)	น้อย (มาก - ต่อเจ้าของ กิจการในท้องถิ่น)	น้อย
นักวิชาการด้านสุขภาพ	ไม่เปลี่ยนแปลง (๐)	มาก	น้อย
ผู้นำสหภาพแรงงาน	นำองค์ความรู้ด้านผลกระทบ ต่อสุขภาพมาเป็นข้อเรียกร้อง การปฏิบัติที่ถูกต้องของ นายจ้าง (+)	น้อย	น้อย
กลุ่มผู้บริโภค	เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีแร่ใย หินชนิดโครโซไทล์มากขึ้น (+)	น้อย (มาก - ต่อเจ้าของ กิจการ)	น้อย
ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ (MTEC)	ได้รับงบประมาณสนับสนุน การวิจัยสารทดแทนแร่ใยหิน เพิ่มขึ้น (+)	มาก	น้อย
องค์กรระหว่างประเทศ	ได้ข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพ ของคนไทยเพื่อสนับสนุนการ ยกเลิกทั่วโลก (+)	น้อย	มาก
กลุ่มหลังคาและอุปกรณ์ สภา อุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย	ไม่เปลี่ยนแปลง (๐)	น้อย (มาก - ต่อเจ้าของ กิจการ)	น้อย
สภาหอการค้าจังหวัด	ไม่เปลี่ยนแปลง (๐)	น้อย (มาก - ต่อเจ้าของ กิจการ)	น้อย
สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการ ลงทุนแห่งประเทศไทย (BOI)	ไม่เปลี่ยนแปลง (๐)	น้อย (มาก - ต่อเจ้าของ กิจการ)	น้อย

* ผู้กำหนดนโยบาย ในที่นี้ คือ คณะกรรมการวัตถุอันตรายแห่งชาติ ตามพรบ.วัตถุอันตรายแห่งชาติ พ.ศ.

ทั้งนี้ เป็นที่น่าสนใจว่า กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้ตระหนักถึงสถานการณ์การควบคุมการใช้แร่ใยหิน และผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยกเลิกแร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ในประเทศไทยตามที่ได้กล่าวมาแล้วหรือไม่ และได้มีการวิเคราะห์เพิ่มเติม หรือ กำหนดให้มีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาอย่างไร

ส่วนที่ ๓ การพัฒนานโยบายสาธารณะ: การยกเลิกการใช้แร่ใยหินในประเทศไทย

๓.๑ เรียนรู้จากประวัติศาสตร์

การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในระดับนานาชาติ (ส่วนที่ ๑) มีข้อค้นพบที่น่าสนใจว่า “จุดเริ่มต้น” ของการยกเลิกการใช้แร่ใยหิน คือ องค์ความรู้ด้านผลกระทบต่อสุขภาพของแร่ใยหิน ซึ่งหน่วยงานขององค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาวิจัยและเผยแพร่ข้อมูลตลอดช่วงเวลาเกือบ ๔๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๑๕ – ๒๕๕๓) ขณะเดียวกันองค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ องค์การอนามัยโลกเอง และองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ได้มีการนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปกำหนดนโยบายและมาตรการที่จะพิทักษ์สุขภาพผู้ที่สัมผัสแร่ใยหิน ทั้งนี้ นโยบายและมาตรการ มีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ ตามองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น

ขณะเดียวกัน เห็นได้ว่าแม้้องค์การระหว่างประเทศทั้งสองแห่งจะมีมาตรการพิทักษ์สุขภาพ แต่การยกเลิกการใช้แร่ใยหินทุกชนิด อันเป็นมาตรการขั้นสูงสุดของการพิทักษ์สุขภาพ เกิดจากแรงสนับสนุนของกลุ่มคนทำงานที่มีการสัมผัสแร่ใยหินที่รวมตัวกันเป็นสหภาพหรือองค์กร และของกลุ่มนักวิชาการองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นกระบอกเสียงให้กับกลุ่มคนทำงานจำนวนมากที่ไม่สามารถเรียกร้องการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ ซึ่ง “รูปแบบ” ของการก่อกำเนิดมาตรการขั้นสูงสุดที่ว่่านี้ ได้เกิดขึ้นในประเทศญี่ปุ่นและเกาหลีใต้เช่นกัน และโดยเฉพาะในประเทศญี่ปุ่นนั้น การขับเคลื่อนเพื่อยกเลิกการใช้แร่ใยหิน มีแรงสนับสนุนจากการฟ้องร้องคดีต่อศาลยุติธรรม เพื่อให้เจ้าของกิจการจ่ายเงินชดเชยให้กับพนักงานและประชาชนที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากแร่ใยหินอีกด้วย

๓.๒ จุดเริ่มต้นของประเทศไทย

โดยทั่วไปแล้ว จุดเริ่มต้นของนโยบายและมาตรการการยกเลิกการใช้แร่ใยหินที่มีเป้าหมายเพื่อพิทักษ์สุขภาพผู้สัมผัส น่าจะเกิดจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการกิจในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกมิติ โดยอาจเป็นภารกิจปกติของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งในสังกัดหรือเป็นคณะทำงานร่วม แต่เหตุใดนโยบายดังกล่าวจึงมาผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแทนการดำเนินการตามปกติ

ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขท่านหนึ่ง^{๒๑} ที่มีโอกาสได้เข้าร่วมประชุม Global Asbestos Congress ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่นในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ได้เล่าให้ฟังว่า ในปีพ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งมีการจัดประชุมเรื่องแร่ใยหินในประเทศไทย^{๒๒} ได้มีการประกาศปณิญากรุงเทพ “ลดการใช้แร่ใยหิน” และนพ. มงคล ณ สงขลา ซึ่งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขตอนนั้น ได้เป็นประธานในการกำหนดยุทธศาสตร์ยกเลิกการใช้แร่ใยหินใน ๕ ปี มีทั้งการปกป้องคนทำงาน การให้ความรู้กับสาธารณะ การยกเลิกการใช้แร่ใยหิน การเพิ่มความตระหนักต่อความเสี่ยงจากแร่ใยหิน และการเฝ้าระวังโรค ซึ่งการเฝ้าระวังโรคนี้ ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการร่วมกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ สำนักงานประเทศไทย มีการอบรมพนักงาน เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในโรงงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควบคู่ไปกับการทำวิจัย

^{๒๑} ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๒ เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๕.

^{๒๒} จากการประชุม Asian Asbestos Conference เมื่อวันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๕๔ ที่ประเทศฮ่องกง.

แต่การขับเคลื่อนนโยบายในช่วง ๕ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ จนถึงปี ๒๕๕๕ นั้น ทำงานหน่วยเดียวไม่ได้ ไม่สามารถขับเคลื่อนอะไรได้ ไปไม่รอด บทเรียนที่สำคัญ คือ การขับเคลื่อนด้วยตัวบุคคล จะถูกมองเรื่องผลประโยชน์ กระทรวงสาธารณสุขเองก็บอกให้เบาๆ หน่อย ขณะที่กระทรวงอื่นก็ไม่เข้าใจ จึงจำเป็นต้องทำงานร่วมกันหลายฝ่าย ทั้งฝ่ายกดดันเคลื่อนไหว และฝ่ายวิชาการ

ตอนแรกกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอประเด็นการยกเลิกการใช้แร่ใยหินต่อ สช. ในนามกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตอนนั้นสช.จะไม่รับพิจารณา แต่พอทาง คคส.เสนอ สช.รับ ทำให้เห็นว่าเรื่องแบบนี้ จุดติดได้ด้วย NGO อาจเพราะเขาไปต่อกับสภาที่ปรึกษาและนักการเมืองได้

การจะยกเลิกการใช้แร่ใยหิน หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ด้านวิชาการ ให้ข้อมูลผู้ป่วยมีการรวมตัวกันระหว่างแพทย์ในกระทรวงกับอาจารย์แพทย์จากมหาวิทยาลัย รวมทั้งต้องทำหน้าที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พิษฟู ผู้ป่วยด้วย ส่วนสช.ทำหน้าที่จัดเวทีและเชื่อมประสาน สำหรับการเคลื่อนไหวกดดัน น่าจะเป็น NGO ที่กัดไม่ปล่อย

อนึ่ง คำให้สัมภาษณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การผลักดันให้เกิดนโยบายยกเลิกการใช้แร่ใยหินทุกชนิดในประเทศไทย ต้องอาศัยการขับเคลื่อนจากหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เสนอประเด็นแร่ใยหินเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์^{๒๓} พบว่าเหตุผลที่ คคส.สนใจประเด็นแร่ใยหิน เนื่องจากได้พิจารณาบทวนในช่วงเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๙ – ๒๕๕๒ ซึ่งเป็นช่วงหลังการประชุม Asian Asbestos Conference ในประเทศไทย แล้วพบว่า การดำเนินการเพื่อลดอันตรายต่อสุขภาพจากการใช้แร่ใยหิน โดยหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบโดยตรง ได้แก่

๑) กรมโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานเลขานุการในการประกาศกำหนดให้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตรายแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๓๕

๒) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ในการที่จะกำหนดให้มีการติดตามเตือนว่าผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินโครโซไทล์เป็นส่วนประกอบอาจก่ออันตรายต่อสุขภาพ

๓) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งควรเป็นหน่วยงานที่เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้แร่ใยหินในประเทศไทย และนำไปสนับสนุนนโยบายการยกเลิกการใช้แร่ใยหิน

การดำเนินงานของหน่วยงานดังกล่าวล้วนมี “จุดอ่อน” ทำให้ไม่สามารถเกิดการดำเนินการป้องกันอันตรายให้กับประชาชนไทยได้ในเวลาที่เหมาะสม ทั้งๆ ที่ในเวทีนานาชาติต่างมีการระบุแร่ใยหินทุกชนิดเป็นอันตราย และมีการยกเลิกการใช้ในหลายประเทศแล้ว

คคส.จึงเห็นว่าควรผลักดันนโยบายนี้ผ่านหน่วยงาน “ระหว่างกระทรวง” แทนการผลักดันผ่านกระทรวงเดียว จึงได้นำเสนอประเด็นนี้ผ่านสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม ช่องทางดังกล่าวมีแนวโน้มว่ายังไม่อาจทำให้เกิดนโยบายสาธารณะในประเด็นนี้ได้ ประกอบกับ คคส.ได้เคยมีประสบการณ์ผลักดันนโยบายสาธารณะด้านการคุ้มครองผู้บริโภคผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑

^{๒๓} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ เมื่อวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๕.

(พ.ศ.๒๕๕๑) และครั้งที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๕๒) มาแล้ว จึงคิดว่าการนำประเด็นแร่ใยหินเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะทำให้เกิดมติคณะรัฐมนตรีในที่สุด ซึ่งจะมีผลทางกฎหมายและทำให้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทุก หน่วยงานต้องถือปฏิบัติ จนกระทั่งสามารถยกเลิกการใช้แร่ใยหินในเวลาที่เหมาะสมกว่าปกติ

๓.๓ การกำหนดนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะ เป็นนโยบายที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาในสังคม^{๒๔} โดยอยู่บนฐานของความรู้ นำและ พัฒนาสังคมให้มีคุณธรรม มีจิตสำนึก ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมแก้ปัญหาของสังคม ส่วนใหญ่แล้วนโยบาย สาธารณะจะให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตและคุณค่าของมนุษย์มากกว่ามูลค่าทางวัตถุ และคำนึงถึงทุนทาง สังคมที่มีอยู่ ทั้งผู้รู้ ปราชญ์ องค์กร วัฒนธรรม

การพัฒนานโยบายสาธารณะ อาจใช้วิธีการต่างๆ กัน ซึ่งแผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อ คุณภาพชีวิตที่ดี^{๒๕} (Healthy Public Policy Program) ภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ที่ดำเนินการ ระหว่างปีพ.ศ.๒๕๔๗-๒๕๕๐ ได้เสนอกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม ๔ รูปแบบ คือ

๑) การจัดตั้งทีมนักวิชาการ เพื่อหาข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องสำหรับนำมาใช้ในการจัดทำข้อเสนอ เิงนโยบาย โดยภาคส่วนต่างๆ มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และสังเคราะห์นโยบาย ผ่านการทำงานของ เครือข่ายวิชาการ

๒) การมีส่วนร่วมในการเสนอแนะเชิงนโยบาย ผ่านกระบวนการทำงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เป็น หน่วยงานเจ้าของเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ นักการเมือง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ องค์กรพัฒนาเอกชน

๓) การสร้างเวทีนโยบายสาธารณะที่เปิดโอกาสให้ฝ่ายต่างๆ ในสังคมมาร่วมกันพิจารณาและ เสนอแนะประเด็นเชิงนโยบายต่างๆ ที่ผ่านการทำงานทางวิชาการของผู้รับผิดชอบเวทีมาแล้วในระดับหนึ่ง

๔) การสร้างการมีส่วนร่วมผ่านสื่อมวลชนรูปแบบต่างๆ เพื่อสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมของทุก ฝ่ายในสังคมอย่างกว้างขวาง

อนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับข้อเสนอแนะรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะที่กล่าวมาแล้ว เห็นได้ว่า การจัด “สมัชชาสุขภาพ” ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) คือการสร้างเวทีนโยบาย สาธารณะตามรูปแบบที่ ๓

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของสช.^{๒๖} พบว่าการที่สช.เลือกรูปแบบการสร้างเวทีนโยบายสาธารณะใน การพัฒนานโยบายสาธารณะ เนื่องจากเจ้าหน้าที่จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหลายท่าน มี ประสบการณ์ในการเข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly – WHA)^{๒๗} และเห็นว่าเป็น กระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะการมีคณะทำงานเพื่อจัดทำข้อเสนอ

^{๒๔} ทิพาพร พิมพ์สุทธิ์. นโยบายสาธารณะที่ดีบนฐานเสรีภาพและจริยธรรม. [online] Available : http://๒๐๒.๒๘.๒๕.๑๙/mpa๑๒cmu/tmp/Public_Policy [๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๖].

^{๒๕} ยุวดี คาคการณ์ไกล (บรรณาธิการ), *นโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี: กระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม*. (กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ), น. ๑๐-๒๓.

^{๒๖} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๓ และ ๔ เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๕.

^{๒๗} องค์การอนามัยโลกจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพโลกทุกปีในเดือนพฤษภาคม เพื่อเป็นเวทีให้ประเทศสมาชิกได้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและกำหนดนโยบายด้านสุขภาพระดับนานาชาติร่วมกัน [Online] Available : www.who.int/wha. [๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๖].

มาอย่างดีก่อนการประชุม และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งก่อน ขณะ และหลังการจัดสัมมนา จึงนำมาปรับใช้กับบริบทของประเทศไทย

๓.๔ สัมมนาสุขภาพแห่งชาติ “ขาขึ้น”

กระบวนการเตรียมการก่อนการจัดสัมมนาสุขภาพแห่งชาตินั้น สช.เรียกว่าเป็นกระบวนการ “ขาขึ้น” ประกอบ ด้วยขั้นตอนที่สำคัญ คือ การนำเสนอประเด็นโดยภาคีเครือข่าย การคัดเลือกประเด็น และการร่วมกันจัดทำมติสัมมนาโดยผู้เสนอประเด็นและภาคีเครือข่าย ซึ่งถือว่าการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่มได้มีส่วนร่วมกันวางแผนการขับเคลื่อนประเด็นในระดับชาติ โดยแตกต่างจากขั้นตอนการกำหนดนโยบายตามปกติของหน่วยงานภาครัฐอย่างชัดเจน และสำหรับประเด็นการยกเลิกแร่ใยหินได้ผ่านกระบวนการดังกล่าวนี้ โดยมีข้อสังเกตที่น่าสนใจ คือ

๓.๔.๑ การคัดเลือกประเด็น

สช.^{๒๘} ใช้เกณฑ์ ๕ ข้อ ในการคัดเลือกประเด็นที่ภาคีได้นำเสนอ คือ ๑) ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพคนไทยที่เกี่ยวข้องกับประเด็น ๒) ความสำคัญของประเด็น ๓) ความรุนแรงของผลกระทบ ๔) ความสนใจของสาธารณะ และ ๕) ความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายหรือผลต่อเนื่องให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดี โดยประเด็นแร่ใยหินได้รับการจัดกลุ่มเป็นข้อเสนอ “กลุ่ม A” กล่าวคือ ข้อมูลมีความพร้อมที่จะเป็นประเด็นพิจารณาในสัมมนาสุขภาพแห่งชาติได้ทันที

ผลการพิจารณาข้อเสนอ นั้น คณะอนุกรรมการวิชาการจัดข้อเสนอเป็น ๔ กลุ่ม คือ กลุ่ม A เป็นข้อเสนอที่มีความพร้อม สามารถจัดเป็นระเบียบวาระในเวทีสัมมนาได้ กลุ่ม B ข้อเสนอที่น่าสนใจ แต่ควรไปจัดกระบวนการวิชาการเพิ่ม ซึ่งสช.จะส่งไปเข้าสู่การพิจารณาของ “คณะอนุกรรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้” และจัดเวทีเป็นห้องวิชาการ และอาจพร้อมที่จะเป็นกลุ่ม A ในปีต่อไป กลุ่ม C ข้อเสนอซ้ำกับประเด็นที่เคยมีมติมาแล้ว จะเข้าสู่การพิจารณาของ “คณะอนุกรรมการขับเคลื่อน” เพื่อเชื่อมโยงกับประเด็นเดิม และกลุ่ม D ข้อเสนอยังไม่มีคุณภาพเพียงพอ ต้องพัฒนาเพิ่มเติม

๓.๔.๒ การจัดทำมติสัมมนา

กระบวนการจัดทำมติสัมมนาสุขภาพแห่งชาติสำหรับการประชุมครั้งที่ ๓ ซึ่งเป็นกระบวนการเดียวกับการจัด ๒ ครั้งแรก ประกอบด้วย ๑) การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย ๒) การประชุมร่วมกันระหว่างผู้เสนอประเด็นและผู้มีส่วนได้เสีย และ ๓) การแต่งตั้ง “คณะทำงานวิชาการ” เพื่อพัฒนามติสัมมนาร่วมกับผู้เสนอประเด็นและผู้มีส่วนได้เสีย

โดยทั่วไป มีการจัดกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มขับเคลื่อนเชิงสังคมและประชาชน กลุ่มนักวิชาการ และ กลุ่มหน่วยงานนโยบาย ส่วนการตั้งคณะทำงานวิชาการเพื่อจัดทำมติสัมมนา มีเกณฑ์สำคัญ คือ องค์ประกอบของคณะทำงานต้องครบ ๓ ส่วน คือ รัฐ เอกชน และวิชาการ และเลขานุการของคณะทำงานมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางของประเด็น ดังนั้น ควรเป็นหน่วยงานไม่ใช่ปัจเจก และมีความเป็นกลาง ไม่ใช่สุดขั้ว เพื่อให้มติสัมมนาไม่ลำเอียง

^{๒๘} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๓ และ ๔ เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๕.

สำหรับการจัดทำดัชนีสุขภาพภรณ์แร่ใยหินนั้น คณะอนุกรรมการวิชาการภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ มีคำสั่งที่ ๑/๒๕๕๓ แต่งตั้ง “คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายชุดที่ ๔ (คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นมาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน)” โดยมี รศ.ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ (นักวิชาการอาวุโสด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อดีตหัวหน้าภาควิชาอาชีวอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) เป็นประธาน และผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค เป็นเลขานุการ

คณะทำงานฯ มีกรรมการ ๑๗ คน ประกอบด้วย

- อาจารย์มหาวิทยาลัย ๓ คน (ภาควิชาอาชีวอนามัย มหาวิทยาลัยมหิดล และ คศส/คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
- นักวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข ๔ คน (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค และโรงพยาบาลโรคทรวงอก กรมการแพทย์)
- หน่วยงานภาครัฐ ๕ คน (กรมการค้าต่างประเทศ กรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมควบคุมมลพิษ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักโยธาธิการกม.)
- สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ๒ คน
- องค์กรพัฒนาเอกชน ๒ คน (มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิบูรณะนิเวศ)
- ภาคเอกชน ๑ คน (สมาคมผู้ประกอบการธุรกิจวัตถุดิบทราย)

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบคณะทำงานฯ เห็นได้ว่า กรรมการมีองค์ประกอบครบถ้วนจาก ๓ ฝ่าย คือ รัฐ เอกชน และวิชาการ แต่สัดส่วนของกรรมการ พบว่าเป็นนักวิชาการมากที่สุด (๗ คนหรือร้อยละ ๔๑) และทั้งหมดเป็นนักวิชาการด้านสุขภาพ ขณะที่หน่วยงานภาครัฐคิดเป็นร้อยละ ๓๕ และกรรมการภาคเอกชนมีเพียง ๑ คน ทั้งนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของสช.^{๒๙} พบว่า การกำหนดองค์ประกอบและจำนวนของคณะทำงานวิชาการนี้ เกิดขึ้นจากการระดมความเห็นในเวทีพัฒนาข้อเสนอของภาคีเครือข่าย โดย สช.ไม่ได้เป็นผู้กำหนดเอง

เนื่องจากการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียและการเชิญผู้มีส่วนได้เสียมาร่วมเป็นคณะทำงานฯ น่าจะเป็น “หัวใจ” หรือ “ขั้นตอนสำคัญ” ของสมัชชาสุขภาพ เพราะจะนำไปสู่ “การมีส่วนร่วม” อย่างแท้จริงของทุกภาคีเครือข่าย รวมไปถึงการยอมรับและร่วมมือในเวลาต่อไป แต่เมื่อพิจารณาองค์ประกอบคณะทำงานฯ ที่ได้รับการแต่งตั้ง ประกอบกับการเปรียบเทียบกับวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียในบทที่ ๒ เห็นได้ว่ามีประเด็นที่ชวนให้วิตกกังวลหลายประเด็น กล่าวคือ

๑. แม้จะมีผู้แทนครบจาก ๓ ฝ่าย แต่สัดส่วนของผู้แทนค่อนข้างเอียงไปทางนักวิชาการ หากลดจำนวนลงและเพิ่มจำนวนผู้แทนจากภาคีอื่นๆ อาจทำให้สมัชชามีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น เช่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม เป็นต้น
๒. นักวิชาการที่มาเป็นคณะทำงานฯ เป็นนักวิชาการด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งอาจทำให้ขาดมุมมองของนักวิชาการสาขาอื่น หรือจากหน่วยงานสาขาอื่น เช่น วิศวกร นักเศรษฐศาสตร์ ฝ่ายการตลาดของโรงงาน หรือ MTEC ซึ่งน่าจะเสริมเติมเต็มข้อมูลในด้านการใช้วัสดุทดแทนแร่ใยหิน รวมทั้งความเป็นไปได้ในการยกเลิกการใช้ เพื่อประกอบการจัดทำดัชนีสุขภาพได้สมบูรณ์มากขึ้น

^{๒๙} ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๓ และ ๔ เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๕.

๓. หน่วยงานภาครัฐที่เป็นคณะทำงานฯ บางหน่วยงานไม่ได้เป็นผู้มีส่วนได้เสีย “หลัก” ของการกำหนดนโยบาย เช่น กรมควบคุมมลพิษ กรมการค้าต่างประเทศ เป็นต้น
๔. การพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานภาครัฐเข้าร่วมเป็นคณะทำงานฯ เป็นการคัดเลือกระดับ “กรม” แต่ระดับที่ปฏิบัติการจริง มักเป็นหน่วยงานระดับ “กอง” หรือ “สำนัก” ซึ่งถ้ากรมไม่มอบสำนักที่เกี่ยวข้องโดยตรงเข้าร่วมประชุม ก็จะได้ผู้แทนที่ไม่ทราบบริบท ข้อมูลและขั้นตอนการดำเนินงาน หรืออาจมีการส่งผู้แทนเวียนมาประชุม ทำให้ไม่ต่อเนื่อง เช่น กรณีกรมโรงงานอุตสาหกรรม ไม่ได้ระบุว่า “สำนักควบคุมวัตถุอันตราย” ทำให้ได้ผู้แทนจากหลายหน่วยงานในกรมมาเวียนเข้าประชุม ทำให้ขาดความเชื่อมโยงกับกระบวนการประกาศกำหนดให้แร่ใยหินโครโซไทล์เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ ซึ่งข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้บริหารของสข.^{๓๐} ก็สนับสนุนว่า ควรให้กรมโรงงานอุตสาหกรรมเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาครั้งนี้ด้วย กล่าวคือ

การเสนอประเด็นในปีพ.ศ. ๒๕๕๓ โดย คคส. นั้นขาดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่รับผิดชอบการยกเลิกแร่ใยหิน คือ กรมโรงงานอุตสาหกรรม (กรอ.) ซึ่งในอดีตได้อาศัยอำนาจตามกฎหมาย^{๓๑} ยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดอื่นในประเทศไทยมาแล้ว ทำให้ คคส. และ สข. ซึ่งเป็นฝ่ายเลขานุการของ คจ.สข. ไม่ได้ทราบถึงนโยบาย แผนและแนวทางการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ ของ กรอ. ซึ่งช่วงเวลาจากปี พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๓ นั้น กรอ. กำลังดำเนินการรวบรวมหลักฐานวิชาการว่าแร่ใยหินอันตรายต่อสุขภาพจริงหรือไม่ และกำลังศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้วัสดุทดแทนแร่ใยหินที่จะไม่ทำให้เกิดอันตรายเพิ่มขึ้นหรือทำให้ผู้บริโภคต้องรับ ภาระมากเกินไป โดยกระบวนการทำงานของกรอ. ต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวัตถุอันตราย และการรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนได้เสีย ทั้งผู้ผลิต ผู้บริโภค หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนักวิชาการ ทำให้ต้องอาศัยระยะเวลานานพอสมควรในการพิจารณายกเลิกการใช้แร่ใยหิน

๕. ขาดผู้มีส่วนได้เสียที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงหรือเป็น “ผู้มีส่วนได้เสียหลัก” คือ พนักงานโรงงานที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหิน ช่างรับเหมาก่อสร้าง ช่างรื้อถอนอาคาร เจ้าของกิจการที่ใช้แร่ใยหินเป็นวัตถุดิบ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจริงๆ แล้ว หากพิจารณาให้ผู้มีส่วนได้เสียเหล่านี้มาเข้าร่วมเป็นผู้แทนคณะทำงานฯ อาจทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและยอมรับมติสมัชชามากขึ้น

๓.๕ เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติประเด็นแร่ใยหินในวันที่ ๑๕ - ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๓ ใช้เวลาเพียงครึ่งชั่วโมงเศษก็มีการลงมติ และผู้บริหารสข.^{๓๒} ได้ให้ข้อสังเกตที่น่าสนใจว่า มติสมัชชาประเด็นแร่ใยหินผ่านการพิจารณาในเวลาอันสั้นมากเพราะ สมาชิกสมัชชาที่เข้าร่วมประชุม ซึ่งแบ่งเป็น ๔ กลุ่ม คือ MA-กลุ่มเครือข่ายจากจังหวัด MS-กลุ่มขับเคลื่อนเชิงสังคมและประชาชน MK-กลุ่มนักวิชาการ และ MP-กลุ่มหน่วยงานนโยบาย ในวันนี้ “MA ไม่รู้จักแร่ใยหิน MP ไม่มาเข้าร่วม และ MS ไม่อยู่”

ขณะที่นักวิชาการท่านหนึ่ง^{๓๓} ซึ่งเป็นคณะทำงานวิชาการกรณีแร่ใยหิน และได้เข้าร่วมเวทีสมัชชา กล่าวว่า

^{๓๐} ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๓ และ ๔ เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๕.

^{๓๑} พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕.

^{๓๒} ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๓ และ ๔ เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๕.

^{๓๓} ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๕.

ในเวทีสมัชชาทั้งย่อยและใหญ่ ได้ให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น และรับฟังความเห็นอย่างทั่วถึง แต่คนที่เข้ามาในเวที ไม่ใช่ตัวแทนประชาชนจริงๆ เป็นคนที่ถูกเตรียมการมาแล้วจากฝั่งมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และ สคบ. ซึ่งก็คล้ายกับการมีห้วคณะมาแล้ว ฝั่งของโรงงานอุตสาหกรรมที่ผลิตกระเบื้อง ยังถือเป็นคนกลุ่มน้อยที่มาร่วมในเวที เทียบกับฝั่งภาคประชาชน จึงทำให้ “ไม่เกิดความเห็นต่าง” การใช้ข้อมูลในเวทีสมัชชา ส่วนมากก็เป็น ข้อมูลเดิมๆ พูดกันแต่เรื่องเดิม

หากพิจารณาปรากฏการณ์การมีมติสมัชชาในระยะเวลาอันสั้น จากมุมมองหนึ่งถือว่ามี การเตรียมการที่ดี ทำให้ผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชา มีความเห็นตรงกันในเวลาอันรวดเร็ว แต่หากพิจารณาอีกมุมมองหนึ่ง แสดงให้เห็นว่าเวทีดังกล่าวอาจยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญ ซึ่งอาจทำให้เกิดการขับเคลื่อนนอกเวที และนอกกลไกการขับเคลื่อนนโยบายของ สช. ในเวลาต่อไปได้

๓.๖ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “ขาเคลื่อน”

ภายหลังการมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สช.คาดหวังว่าหน่วยงานที่เป็นเลขานุการคณะทำงานฯ จะทำหน้าที่ขับเคลื่อนมติสมัชชาให้เกิดการปฏิบัติต่อไป โดยขั้นตอนแรกของการมีมติสมัชชา คือ การนำมติสมัชชาฯ เสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๔ เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ คสช.ได้มีมติเห็นชอบกับมติสมัชชาแห่งชาติ “มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน” และให้นำมติสมัชชาดังกล่าวเสนอต่อที่ประชุมคณะรัฐมนตรีต่อไป และที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ ได้มีมติดังนี้^{๓๔}

๑. เห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ มติ ๑ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน ตามมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑/๒๕๕๔ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามมติต่อไป ตามที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ ทั้งนี้ ให้กระทรวงการคลัง กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับความเห็นของกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องด้วย^{๓๕}
๒. เห็นชอบแนวทางที่ ๒^{๓๖} ห้ามนำเข้ารายหินโครโซไทล์ และผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของรายหินโครโซไทล์เฉพาะกรณี และห้ามผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของรายหินโครโซไทล์ ที่ใช้วัตถุดิบหรือใช้ผลิตภัณฑ์อื่นทดแทนได้ โดยใช้อำนาจตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุอันตราย กฎหมายว่าด้วยการส่งออกป็นนอกและการนำเข้าในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า กฎหมายว่าด้วยโรงงานและกฎหมายว่าด้วยมาตรฐาน

^{๓๔} อ้างถึงหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๕๐๕/๙๕๖๖ ลงวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๔.

^{๓๕} ต่อมา มีหนังสือเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุดที่ นร ๐๕๐๕/๗๔๔๒๘ ลงวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๔ ซึ่งแจ้งเพิ่มเติมว่า มติข้อนี้ “คณะรัฐมนตรีเห็นชอบในหลักการที่จะให้สังคมไทยไม่ต้องใช้รายหิน โดยมอบหมายให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่เท่าที่สามารถจะกระทำได้ตามกฎหมาย”.

^{๓๖} (จากคำสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕) ภายหลังจากการมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกรณีรายหิน กระทรวงอุตสาหกรรมได้เสนอทางเลือกในการปฏิบัติตามมติสมัชชาฯ แก่ค.ร.ม. ๓ แนวทาง คือ ๑) ปฏิบัติตามมติสมัชชาฯ อย่างเคร่งครัดให้มีการยกเลิกการใช้รายหินชนิดโครโซไทล์ภายในปี พ.ศ.๒๕๕๕ ๒) ควบคุมการศึกษาวิจัยถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการยกเลิกการใช้รายหินชนิดโครโซไทล์ในประเทศไทย และ ๓) ไม่จำเป็นต้องมีการดำเนินการใดๆ.

ผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ตามความเห็นของกระทรวงอุตสาหกรรม (หนังสือ ออก ด่วนที่สุด ที่ ออก ๐๓๐๕/(๑) ๑๓๑๖ ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๔)

๓. มอบหมายให้กระทรวงอุตสาหกรรมรับไปจัดทำแผนในการยกเลิก การนำเข้า ผลิตและจำหน่ายแร่ใยหิน และผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบทุกชนิด ทั้งนี้ ให้กำหนดกรอบเวลาที่ชัดเจนในการดำเนินการตามแผนด้วย แล้วนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาต่อไป
๔. มอบหมายให้กระทรวงการคลังรับไปตรวจสอบว่า สาเหตุที่สินค้าที่ใช้วัตถุดิบอื่นเป็นส่วนประกอบแทนแร่ใยหินมีราคาสูงขึ้นเนื่องจากต้นทุน หรือ การเพิ่มอัตราภาษี
๕. มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขรับไปศึกษาผลกระทบของแร่ใยหินที่มีต่อสุขภาพของผู้ใช้แรงงานที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหิน และผู้บริโภคที่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหิน โดยให้จัดลำดับความสำคัญ เพื่อจะได้กำหนดมาตรการในการป้องกันผู้ได้รับผลกระทบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการนำเสนอมติสมัชชาต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรีแล้ว หน่วยงานเลขานุการของคณะทำงานฯ ขอส่งภารกิจการขับเคลื่อนมติสมัชชาให้แก่ สช. เนื่องจากไม่สามารถขับเคลื่อนต่อได้เอง ซึ่งประเด็นนี้ ควรมีการทบทวนว่าหากเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้นอีก สช.จะมีวิธีการจัดการอย่างไร เพราะการที่สช.รับเป็นผู้ขับเคลื่อนเองนั้น ข้อดีที่เกิดขึ้น คือ สามารถดำเนินการได้ตามเจตนารมณ์ของมติสมัชชา แต่ก็มีข้อเสียเกิดขึ้น ดังเช่นคำให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารกรมโรงงานอุตสาหกรรมที่ว่า

สช.ไม่เคยทำเรื่องเสนอคณะกรรมการวัตถุอันตรายเลย ข้ามหัวไป (กรม.) เลย ทั้งๆ ที่เป็นเวทีที่น่าสนใจในการยกเลิก ที่สช.ไม่ทำแบบนี้ คงเป็นเพราะ สช.มี core business ของตัวเอง เลยไม่มาคุยกันให้สะเด็ดน้ำ สช.เจตนาดี แต่มา overrule เรา (คณะกก.วัตถุอันตราย) สช.ควรเคารพในหลักการและเหตุผลของเรา (คณะกก.วัตถุอันตราย) ด้วย มีสารอันตรายอีกหลายตัว แต่สช.ไม่สนใจที่จะยกเลิก ทำให้ดูเหมือนว่า สช.ในหลายครั้ง ไม่ได้ยืนอยู่บนหลักฐานวิชาการ

สืบเนื่องจากการที่หน่วยงานเลขานุการของคณะทำงานฯ ไม่ได้ดำเนินการเอง ทำให้เกิดการดำเนินการขับเคลื่อนตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๔ จนถึงปัจจุบัน แบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ การขับเคลื่อนของผู้เสนอประเด็น (คคส.) ซึ่งร่วมดำเนินการกับหน่วยงานเลขานุการคณะทำงานฯและนักวิชาการจากสถาบันการศึกษาต่างๆ และการขับเคลื่อนโดย สช.เอง

หน่วยงานผู้เสนอประเด็น (คคส.) ได้ร่วมกับนักวิชาการด้านอาชีวอนามัย (สมาพันธ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน) และองค์กรพัฒนาเอกชน (สภาเครือข่ายผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย และ สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค) จัดตั้ง “เครือข่ายรณรงค์ยกเลิกการใช้แร่ใยหินแห่งประเทศไทย” หรือ “T-BAN” (Thailand Ban Asbestos Network) ขึ้น

วัตถุประสงค์ของเครือข่าย คือ การนำเสนอข้อมูลวิชาการด้านผลกระทบต่อสุขภาพของแร่ใยหินในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดเวทีวิชาการ การพิมพ์เอกสารวิชาการเผยแพร่ และผลักดันการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ในประเทศไทย รวมทั้งมีการประสานงานกับกลุ่ม “A-BAN” ซึ่งเป็นภาคีการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในทวีปเอเชียอีกด้วย ตัวอย่างกิจกรรมของกลุ่ม T-BAN ได้แก่

- ๑) การยื่นหนังสือถึงนายกรัฐมนตรีในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๕ เพื่อให้เร่งรัดการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในประเทศไทย ทำให้เกิดการประชุมร่วมระหว่างรองเลขาธิการนายกรัฐมนตรี กระทรวงอุตสาหกรรม

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นับเป็น “อย่างก้าว” สำคัญในการขับเคลื่อนหลังเวทีสมัชชา

๒) การจัดประชุมเครือข่ายขับเคลื่อนเพื่อรณรงค์ยกเลิกแร่ใยหิน (T-BAN Conference ๒๐๑๒) ระหว่างวันที่ ๑๙-๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ ที่กรุงเทพฯ เพื่อนำเสนอข้อมูลการเคลื่อนไหวของประเทศเอเชียในการยกเลิกแร่ใยหิน รวมทั้งการกำหนดมาตรการรื้อถอนอาคารที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบและการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งมีนักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน และหน่วยงานภาครัฐ จากประเทศไทยและต่างประเทศเข้าร่วมประชุมด้วย

๓) การทำหนังสือเพื่อขอเข้าพบและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการตามมติ ครม.วันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ มติ ๑ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน ยื่นต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

นอกจากกิจกรรมเหล่านี้แล้ว กลุ่ม T-BAN ยังมีการประชุมหารืออย่างต่อเนื่องทุก ๒ เดือน รวมทั้งการร่วมประชุมและให้ข้อมูลวิชาการด้านความเสี่ยงต่อสุขภาพจากแร่ใยหิน ต่อ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา^{๓๗} และ คณะกรรมการศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากแร่ใยหิน กระทรวงสาธารณสุข^{๓๘} อีกด้วย

สำหรับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) นั้น ดำเนินการขับเคลื่อนในรูปแบบของการเข้าร่วมประชุมและเฝ้าระวังติดตามการดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่คณะรัฐมนตรีได้มอบหมายงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และจัดทำเอกสารความก้าวหน้าเป็นเล่มและเผยแพร่ทางสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เว็บไซต์^{๓๙} ของ สช. ดังนี้

เมื่อวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๖ กระทรวงอุตสาหกรรม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม ได้พิจารณาแผนการยกเลิกใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ของ กรอ.แล้ว และลงนามส่งเรื่องไปที่สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี) สลค. (แล้วเมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๖ ซึ่งหลังจากนี้ สลค.จะสอบถามความเห็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนที่จะจัดวาระเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีโดยจะกำหนดแนวทางยกเลิกใช้แร่ใยหินนี้ใช้กับสินค้า ๕ รายการ โดยแผนดังกล่าวได้กำหนดแนวทางการเลิกใช้แร่ใยหิน ๒ กลุ่มคือ

๑) กระเบื้องแผ่นเรียบและกระเบื้องยางปูพื้นกำหนดให้ยกเลิกใช้แร่ใยหินโครโซไทล์เป็นวัตถุดิบภายใน ๒ ปี ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเตรียมออกกฎหมายบังคับให้ยกเลิกใช้ในช่วงเตรียมตัว ๒ ปี

๒) กระเบื้องมุงหลังคา ฝ้าเบรก และคลัทช์ ท่อซีเมนต์ใยหิน กำหนดให้ยกเลิกใช้แร่ใยหินเป็นวัตถุดิบภายใน ๕ ปี เนื่องจากยังขาดผลการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลกระทบของแร่ใยหินที่มีผลต่อสุขภาพและ

^{๓๗} การประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ ๗/๒๕๕๖ วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๖.

^{๓๘} ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๓๙/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๕ โดยมี ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ) และอธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นรองประธาน รองอธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นกรรมการและเลขานุการ ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ มีหน้าที่รับผิดชอบ คือ ๑) รวบรวม ทบทวน ข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากแร่ใยหิน ๒) จัดทำสรุปรายงาน และให้ข้อเสนอแนะทางนโยบายเกี่ยวกับแร่ใยหินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และ ๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย.

^{๓๙} ติดตามมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๓ มติ ๑ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน “กระทรวงอุตสาหกรรมพิจารณาแผนการยกเลิกการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ของกรอ.” [Online] Available : www.samatcha.org/taxonomy/term/๑๕๑ [๖ กรกฎาคม ๒๕๕๖].

มาตรการป้องกัน รวมทั้งยกเลิกใช้แร่ใยหินในสินค้าดังกล่าว มีผลกระทบวงกว้างต่อผู้บริโภค เศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้หาก กรม.เห็นชอบตามที่กระทรวงอุตสาหกรรมเสนอให้ยกเลิกใช้แร่ใยหินในผลิตภัณฑ์ต่างๆ แล้ว

กรอ.จะต้องออกกฎหมาย เพื่อกำหนดแนวทางในการห้ามใช้แร่ใยหินเป็นวัตถุอันตราย โดยกรอ.จะใช้อำนาจตาม พ.ร.บ.โรงงาน ในการกำหนดชนิด คุณภาพ อัตราส่วนของวัตถุอันตราย แหล่งกำเนิดของวัตถุอันตรายที่จะนำมาใช้ผลิตในโรงงาน ซึ่งสามารถห้ามใช้แร่ใยหินเป็นวัตถุอันตรายในการผลิตในโรงงานได้ ทั้งนี้ มีหลายฝ่ายมีแนวคิดให้ กรอ.เสนอให้คณะกรรมการวัตถุอันตรายกำหนดให้แร่ใยหินเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ ตามพ.ร.บ.วัตถุอันตราย ที่จะห้ามไม่ให้มีการผลิต การนำเข้า การส่งออกหรือการมีไว้ในครอบครอง

โดยปัจจุบันแร่ใยหินเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓ ที่การผลิต การนำเข้า การส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครองต้องรับใบอนุญาต ซึ่ง กรอ.เห็นว่าควรห้ามใช้แร่ใยหินตาม พ.ร.บ.โรงงานมากกว่าการกำหนดให้เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ เพราะยังมีผลิตภัณฑ์บางชนิดที่ไม่สามารถใช้วัตถุอันตรายอื่นทดแทนได้ จึงห้ามนำเข้าไม่ได้

นอกจากการขับเคลื่อนโดย คคส.และสช.แล้ว กลุ่มผู้ประกอบการที่ใช้แร่ใยหินโครโซไทล์เป็นวัตถุดิบได้ร่วมกับนักวิชาการด้านสุขภาพ ทำการคัดค้านมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ดังกิจกรรมต่อไปนี้

๑. จัดตั้งเว็บไซต์ “ศูนย์ข้อมูลโครโซไทล์”^{๔๐} ขึ้น เพื่อเผยแพร่ข้อมูลว่าแร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
๒. จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจกับประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากนโยบายยกเลิกการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ เช่น

เมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๕๖ ที่ผ่านมา เครือข่ายภาคประชาชนกว่า ๕๐๐ คน ร่วมชุมนุม ณ วัดหลักสองราษฎร์บำรุง อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อสนับสนุนการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์อย่างปลอดภัย และจัดสัมมนาสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในชุมชน หวั่นผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชนหากมีการยกเลิกการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ โดยมีนางศรีจันทร์ อุทัยภาส อดีตผู้อำนวยการสำนักควบคุมวัตถุอันตราย และอดีตผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยีน้ำและสิ่งแวดล้อมโรงงาน กรมโรงงานอุตสาหกรรม มาให้ความรู้เกี่ยวกับแร่ใยหินโครโซไทล์ และด้านศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์ สมชัย บวรกิตติ พ.ด.ราชบัณฑิต สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสถาน กล่าวว่าการถกเถียงเรื่องประเด็นสุขภาพและอันตรายที่เกิดจากแร่ใยหินโครโซไทล์นั้น ที่ผ่านมามีการวิจัยและศึกษาถึงผลกระทบมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าตลอดระยะเวลา ๓๐ ปี ที่มีการนำเข้าแร่ใยหินโครโซไทล์ มาใช้ในอุตสาหกรรมในประเทศไทย ยังไม่เคยพบรายงานผู้ป่วยด้วยเหตุแร่ใยหินที่มีหลักฐานทางวิชาการออกมายืนยันแต่อย่างใด

ขณะที่ผู้ประกอบการที่เลิกใช้แร่ใยหินแล้ว ก็มีการให้ข้อมูลสนับสนุนการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ ดังนี้

๑. ผู้ประกอบการรายหนึ่งที่เลิกใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์แล้ว^{๔๑} ให้สัมภาษณ์ว่า

เหตุผลที่บริษัทยกเลิกการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ เป็นผลจากการจัดเวที Asian Asbestos Conference ที่กรุงเทพฯเมื่อปี ๒๕๔๙ ทำให้ผู้บริหารระดับสูงเห็นว่า การใช้แร่ใยหินจะเป็นการขัดนโยบายรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท จึงมอบนโยบายให้หยุดใช้แร่ใยหินในเวลา ๒ ปี เราจึงค่อยๆ

^{๔๐} ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๘ เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๕.

ปรับเปลี่ยนสายการผลิตจนในที่สุดก็ไม่ได้ใช้แร่ใยหินแล้ว เปลี่ยนมาใช้เส้นใยสังเคราะห์ผสม cellulose แทน

ผลิตภัณฑ์ที่ใช้วัสดุทดแทน บริษัทคู่แข่งพยายามโจมตีว่ามันหักง่าย แต่จริงๆ แล้ว การจะหักหรือไม่ขึ้นกับการใช้งาน แร่ใยหินมีความแกร่ง แข็งแรง แต่วัสดุทดแทน ซึ่งเป็นเยื่อกระดาษ เยื่อไม้ สามารถยืดหยุ่นได้ดีกว่า เวลาหักไม้หรือก้อนหินตกกระทบ จะแตกน้อยกว่า

ผู้ประกอบการผลิตกระเบื้องในประเทศไทยทั้ง ๔ ราย ได้รับมอก.^{๔๒} แล้วว่าสามารถผลิตผลิตภัณฑ์ที่ไม่ต้องใช้แร่ใยหินได้ตั้งแต่ปี ๒๕๔๐ แต่ยังไม่เลิกผลิต การที่บริษัทเราเลิกใช้ ทำให้เสียรายได้ไปหลายพันล้าน แต่ได้ตัดสินใจไปแล้วว่าไม่ควร protect ผลประโยชน์ของบริษัท

๒. ‘ตราช้าง-ห้าห่วง’ ร่วมกันจุดพลุเทรนด์ปี ๕๖ สินค้าไทย ‘ไร้...แร่ใยหิน’^{๔๓}

๕ ปีมาแล้วที่บริษัท กระเบื้องกระดาศไทย "ในกลุ่มเอสซีจี ผลิตภัณฑ์ก่อสร้างภายใต้แบรนด์" ตราช้าง "ประกาศตัวเอง สินค้า ๓ กลุ่มหลัก" หลังคา ฝา-ผนัง ไม้สังเคราะห์ ผลิตโดยไร้แร่ใยหินล่าสุด" ภาสกร บุรณะวิทย์" กรรมการผู้จัดการของกระเบื้องกระดาศไทย เปิดห้องประชุมชั้น ๖ สำนักงานใหญ่ เอสซีจี บางซื่อ เพื่อจะตอกย้ำว่า ผลิตภัณฑ์ตราช้างปลอดแร่ใยหิน เดือนมกราคม ๒๕๕๐ เราได้ยกเลิกการใช้แร่ใยหินในการเป็นวัตถุดิบผลิตสินค้าทั้ง ๓ กลุ่มหลัก เพราะจากการติดตามข่าวสารพบว่า ฝุ่นจากแร่ใยหินก่อให้เกิดมะเร็งปอดได้" คำกล่าวอ้างของ" ภาสกร"

ตราช้าง ต้องลงทุนเพิ่มไลน์ผลิตละไม่ต่ำกว่า ๓๐ ล้านบาท เพื่อยกเลิกการใช้แร่ใยหิน ผลคือทำให้ต้นทุนการผลิตเพิ่มขึ้นประมาณ ๓๐% แต่เนื่องจากมีการแข่งขันสูง ดังนั้นสินค้าในกลุ่มประเภทเดียวกันที่ไม่ได้ใช้แร่ใยหิน ตราช้างจะมีราคาแตกต่างหรือสูงกว่าประมาณ ๒-๕%

ความเคลื่อนไหวอีกบริษัท" โอлимпิก กระเบื้องไทย "เจ้าของผลิตภัณฑ์ตรา "ห้าห่วง" ให้สัมภาษณ์ว่า “หลังจากลงทุนปรับปรุงไลน์ผลิต ๒ ปีที่ผ่านมา ล่าสุดคือกระบวนการนำเสนอต่อผู้บริโภคว่า สินค้าห้าห่วง เป็นรายล่าสุดที่ "ไร้แร่ใยหิน "เช่นกัน"ปิยะพร กลันทกพันธุ์ "รองผู้อำนวยการบริหารการตลาดของโอлимпิก กระเบื้องไทย ระบุว่า แผนตลาดเชิงรุกคือการสร้างความเชื่อมั่นและภาพลักษณ์ผลิตภัณฑ์ที่มีจุดขายหลัก คือเป็นสินค้าไร้แร่ใยหิน ภายใต้แคมเปญ "ห้าห่วง ฉลากเขียว ไม่มีฝุ่นใยหิน ปลอดภัย หายห่วง "และได้รับฉลากมอก.๑๔๐๗-๒๕๔๐ เรียบร้อยแล้ว

บริษัทเตรียมใช้งบฯ กว่า ๓๐ ล้านบาท เพื่อสื่อสารให้ผู้บริโภคตระหนักถึงอันตรายของแร่ใยหิน คาดว่ากลยุทธ์การสร้างการรับรู้ของห้าห่วง ฉลากเขียว ในเรื่องกระเบื้องหลังคาที่ปลอดภัย ไม่มีฝุ่นใยหิน จะสามารถสร้างตัวเลขเติบโตของยอดขายขึ้นอีก ๑๐% ในปีนี้

สอดคล้องกับข้อมูลของ "กระเบื้องกระดาศไทย" ระบุว่า บริษัทพบข้อมูลระบุว่าองค์การระดับนานาชาติWHO ได้มีการประกาศเตือน "Asian Asbestos Conference ๒๐๐๖ Protecting People from

^{๔๒} สำนักมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) กำหนดมาตรฐานอุตสาหกรรม (มอก.) ๒ แบบสำหรับผลิตภัณฑ์กระเบื้อง คือ แบบใช้แร่ใยหิน และแบบไม่ใช้แร่ใยหิน (มอก.1407-2540).

^{๔๓} ประชาชาติธุรกิจ ฉบับวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๕๖.

Asbestos" ที่กรุงเทพฯ ว่าฝุ่นแร่ใยหินทุกชนิดเป็นอันตราย แม้กระทั่งฝุ่นจากแร่ใยหินสีขาวหรือโครโซไทล์ ที่เคยเชื่อกันมานานว่าไม่เป็นอันตรายนั้น เมื่อกลายเป็นฝุ่นก็อันตรายได้เช่นกัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งและโรคปอด

๓.๗ ผลการขับเคลื่อนมติสมัชชา

แม้จะมีการขับเคลื่อนของผู้นำเสนอประเด็น (คคส.) สช. และผู้ประกอบการทั้งสองฝ่ายอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ และมติคณะรัฐมนตรี อย่างไรก็ตาม รายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๔^{๔๔} พบว่ามีข้อจำกัดเกิดขึ้นหลายประการจากหน่วยงานของรัฐทั้ง ๗ แห่งที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการยกเลิกการใช้แร่ใยหิน ทำให้ยังไม่สามารถยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ตามกำหนดเวลาปีพ.ศ.๒๕๕๕ ได้

การสัมภาษณ์ผู้บริหารกระทรวงอุตสาหกรรม^{๔๕} ได้ให้ข้อมูลสอดคล้องกับรายงานดังกล่าว คือ

มติสมัชชาฯ ในปี ๕๓ กำหนดให้ทำ total ban ในปี ๕๕ แต่มันเวลาไม่พอ ผู้ประกอบการตั้งหลักไม่ได้ กระทรวงอุตสาหกรรมจึงยืนยันยืนยันครม.ว่าจะ ban แต่จะขอเวลาศึกษาด้วย เช่น ภูมิอากาศการใช้งาน อาจจะต่างกัน ระหว่างประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ และจะไปทำแผน ban ต่อไป แต่ไม่ใช่ในปี ๕๕

พอกำหนดเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ จะมีประเด็นการห้ามครอบครอง จนเกิดการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน เหมือนว่าใครมีแร่ใยหินที่บ้าน ต้องรื้อทิ้ง คนเลยกลัวว่าต้องรื้อ ทิ้งๆ ที่ถ้าเอาแร่ใยหินไปทำเป็นผลิตภัณฑ์แล้วไม่ต้องรื้อ

ตัววัสดุทดแทนก็ยังไม่แข็งแรงพอ มันยังบางได้ไม่เต็มที่ ผู้ประกอบการเล้าหมูมาพบรัฐมนตรีอุตสาหกรรม บอกว่า ใช้กระเบื้องเดิมไม่ต้องเปลี่ยนใน ๒๐ ปี แต่ถ้าเป็นกระเบื้องวัสดุทดแทน แค่ ๑๐ ปีก็ต้องเปลี่ยนแล้ว

ตอนนี้กระทรวงฯ จ้างมสธ.ทำการศึกษาการยกเลิกการใช้ ๕ ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มกระเบื้องลอนเล็ก ผ้าเบรค ท่อ

กรมควบคุมโรคบอกว่าเจอผู้ป่วยแล้ว ๑ คน และกำลังจะเจอคนที่ ๒ แต่ยังไม่ชัดเจนว่าเป็นคนงานในอุตสาหกรรมชนิดไหน ในเมื่ออัตราป่วยไม่ชัด กลุ่มเสี่ยงไม่ชัด กระทรวงอุตสาหกรรมก็เลยไม่รู้จะทำยังไง

ขณะที่ผู้บริหารอีกท่านของกระทรวงอุตสาหกรรม^{๔๖} ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับผลต่อสุขภาพของแร่ใยหินว่า

การที่หมอบอกว่า สูดเข้าไปเส้นใยเดียวแล้วเป็นมะเร็ง พุดแบบนี้ไม่มีจรรยาบรรณ เพราะมันเป็นกรณีเฉพาะรายไป ได้พยายามบอกกระทรวงสาธารณสุขมานานแล้ว ว่าให้ทำข้อมูลการเจ็บป่วย

^{๔๔} ข้อมูลจากการนำเสนอระหว่างการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๔ วันที่ ๒-๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔.

^{๔๕} ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕.

^{๔๖} ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ เมื่อวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕.

แต่ทางหมอบอกว่า ใช้เวลานานทำไม่ได้ ทั้งๆ ที่น่าจะทำได้ (การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพ) ไม่ควรใช้ตัวแปร “consumption per capita” (ของแร่ใยหิน) มาพยากรณ์การเจ็บป่วยของคนไทย หรือถ้าจะใช้ตัวแปรตัวนี้ได้ แต่ละประเทศต้องมีการนำไปใช้เหมือนกัน รวมทั้ง susceptibility ของคนไทยต้องเหมือนกับคนชาติอื่นด้วย

และเมื่อถามถึงการยกเลิกการใช้แร่ใยหิน ๕ ชนิดเปรียบเทียบกับยกเลิกการใช้โครโซไทล์ ผู้บริหารท่านเดียวกันได้ให้ความเห็นว่า

การแบน crocidolite ใช้ พ.ร.บ. วัตถุมีพิษ มาแบนอย่างไม่เป็นทางการ โดยไม่ให้นำเข้า เรียกว่า practical ban แต่หลังจากปี ๓๘ การแบนอีก ๔ ชนิดใช้ พ.ร.บ. วัตถุอันตรายกำหนดเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ เรียกว่า legal ban ตอนที่แบน ๔ ตัวนี้ ใช้ข้อมูลจาก Rotterdam PIC List^{๔๗} แต่แบนไม่พร้อมกัน เพราะต้องใช้ timing ที่เหมาะสมในการแบน แต่โครโซไทล์ไม่ได้อยู่ใน PIC List ของ Rotterdam และการจะยกเลิกต้องดูด้วยว่ามีสารทดแทนหรือไม่ ซึ่งไม่ใช่แค่ได้มอก. แต่ต้องดู lifetime ของผลิตภัณฑ์ด้วย

และเมื่อถามถึงวิธีการในการยกเลิกการใช้แร่ใยหินโดยกำหนดให้เป็นวัตถุอันตรายผ่านคณะกรรมการวัตถุอันตราย ผู้บริหารท่านนี้ได้ให้ความเห็นว่า

สข.ไม่เคยทำเรื่องเสนอคณะกรรมการวัตถุอันตรายเลย ข้ามหัวไป (กรม.) เลย ทั้งๆ ที่เป็นเวทีที่น่าสนใจในการยกเลิก ที่สข.ไม่ทำแบบนี้ คงเป็นเพราะ สข.มี core business ของตัวเอง เลยไม่มาคุยกันให้สะเด็ดน้ำ สข.เจตนาดี แต่มา overrule เรา (คณะกก.วัตถุอันตราย) สข.ควรเคารพในหลักการและเหตุผลของเรา (คณะกก.วัตถุอันตราย) ด้วย มีสารอันตรายอีกหลายตัว แต่สข.ไม่สนใจที่จะยกเลิก ทำให้ดูเหมือนว่า สข.ในหลายครั้ง ไม่ได้ยืนอยู่บนหลักฐานวิชาการ

สุดท้ายเมื่อถามว่ากระบวนการสมัชชามีประโยชน์หรือไม่ต่อการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในประเทศไทย ได้รับคำตอบว่า^{๔๘}

สมัชชา เป็นกลไกที่ใช้ได้ แต่ไม่ใช่มาบังคับหน่วยงานรับผิดชอบให้ทำตามสข. เพราะแต่ละหน่วยงานมีวิสัยทัศน์ พันธกิจต่างๆ กันไป ต่างก็มี core business ของตัวเอง และไม่ใช่ว่า ignore ข้อเสนอของหน่วยงานรับผิดชอบจริงๆ แล้ว มันควรมีการหาสมดุลระหว่าง สข.กับ เรา เพราะถ้าเขาอีดีอี๊ดที่จะเดินตามเรา เราก็อีดีอี๊ดที่จะเดินตามเขา

^{๔๗} อนุสัญญาโรตเตอร์ดัม (The Rotterdam Convention) มีชื่อเต็มว่า The Rotterdam Convention on the Prior Informed Consent Procedure for Certain Hazardous Chemicals and Pesticides in International Trade เป็นอนุสัญญาที่ทำให้การนำเข้าและส่งออกสินค้าที่มีการจำกัดการใช้ เช่น สารกำจัดศัตรูพืชที่มีอันตรายร้ายแรง เป็นไปอย่างปลอดภัยโดยการติดฉลาก และให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนก่อนนำเข้าหรือส่งออก ทั้งนี้ แร่ใยหิน ๕ ชนิดได้รับการกำหนดให้อยู่ใน Annex III ของอนุสัญญาหรือเรียกว่าอยู่ใน PIC list (Prior Informed Consent) นั่นคือเป็นสารที่ต้องดำเนินการตามอนุสัญญานี้ สำหรับโครโซไทล์ แม้จะมี ๑๔๓ ประเทศทั่วโลกต้องการให้กำหนดอยู่ใน list ดังกล่าว แต่มี ๗ ประเทศที่ยังคัดค้าน ทำให้ยังไม่ได้รับการกำหนด (จากการประชุมครั้งล่าสุดที่นครเจนีวา วันที่ ๒๘ เมษายน – ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๖)

^{๔๘} ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ เมื่อวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๖.

ขณะที่ผู้ประกอบการที่เลิกใช้แร่ใยหินแล้ว มีมุมมองต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ ว่าดูเหมือน สข. ไม่มี power ไม่มี authority ได้แต่ขอร้องให้ทำ ทุกคนมาประชุม ให้ความเห็น แต่ไม่มี action การมา รายงานความก้าวหน้า ก็ดูไม่มีผลต่อการขับเคลื่อน

มติกรม. ที่ออกมาไม่ได้ strong อะไร เพราะกระทรวงอุตสาหกรรมก็ยังยืนยันว่ายังต้องใช้ เวลาศึกษาถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการยกเลิกการใช้ ซึ่งจริงๆ ไม่ใช่กรอบเวลาของผู้ประกอบการ แต่เป็นกรอบเวลาของกระทรวงฯ เอง จริงๆ แล้ว ๙๐% ของแร่ใยหินในประเทศไทยใช้ในการผลิต กระเบื้อง ส่วนที่เหลืออีก ๑๐% ใช้ในการผลิตผ้าเบรก คลัชท์ ไม่น่าต้องไปศึกษาวิจัยการยกเลิกการใช้ ในผลิตภัณฑ์อื่นๆ

และ นักวิชาการ^{๔๔} ที่เป็นคณะทำงานจัดทำมติสมัชชาฯ ได้กล่าวสนับสนุนข้อสังเกตของ ผู้ประกอบการ ว่า

ก่อนหน้านี้ สมัยนพ.มงคล ณ สงขลา เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีการ เตรียมการของฝั่งบริษัทผู้ผลิตที่จะใช้สารทดแทนแร่ใยหินอยู่แล้ว การมีมติสมัชชาฯ จึงอาจไม่จำเป็นที่ จะต้องกำหนดว่าจะต้องยกเลิกการใช้แร่ใยหินภายใน ๕ ปี

ผู้ผลิต(ที่ไม่เลิกใช้) มีความเห็นว่า มีสารก่อมะเร็งตั้งมากมายที่ยังใช้อยู่ ทำไมถึงไม่ยกเลิก เหมือนแร่ใยหิน อีกทั้งยังไม่มี การพิสูจน์ที่ชัดเจนในประเทศไทยเรื่องแร่ใยหินกับมะเร็งปอดด้วย

โดยสรุปแล้ว ระยะเวลาเคลื่อนของมติสมัชชาสุขภาพฯ “มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน” มี ข้อสังเกตที่น่าสนใจ คือ

๑. หน่วยงานที่ควรรับผิดชอบในการขับเคลื่อนมอบให้ สข. ทำการขับเคลื่อนแทน มีผลทำให้การ ขับเคลื่อนในบางส่วนมีปัญหา เช่น ทำให้ขาดการประสานข้อมูลหรือการร่วมดำเนินการกับหน่วยงาน ภาครัฐที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการยกเลิกการใช้แร่ใยหิน
๒. การขับเคลื่อนของ สข. ทำให้ผู้มีส่วนได้เสียจากหน่วยงานภาครัฐ คิดว่า สข. มีวาระซ่อนเร้นหรือเลือก ปฏิบัติกับอุตสาหกรรมที่มีการใช้แร่ใยหินเปรียบเทียบกับอุตสาหกรรมที่มีการใช้สารก่อมะเร็งชนิด อื่นๆ ในประเทศไทย
๓. นักวิชาการด้านสุขภาพมีความเห็นที่แตกแยกเป็นอย่างมาก โดยกลุ่มผู้ประกอบการที่ยังใช้แร่ใยหินมี หลักฐานวิชาการสนับสนุนการคัดค้านมาตรการยกเลิกฯ (ว่าแร่ใยหินโครโซไทล์ไม่เป็นอันตราย) ขณะเดียวกันกลุ่มที่สนับสนุนการยกเลิกก็ไม่มีหลักฐานวิชาการด้านสุขภาพมาสนับสนุน (ว่าแร่ใยหิน โครโซไทล์เป็นอันตรายต่อสุขภาพคนไทย) และที่สำคัญไม่มี “คนกลาง” มาจัดระเบียบความคิดเห็นที่ แตกต่างนี้
๔. แรงผลักดันสำคัญที่ทำให้เกิดการยกเลิกการใช้แร่ใยหินของผู้ประกอบการ น่าจะมาจากการประชุม Asian Asbestos Conference ที่จัด ณ กรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มากกว่าการมีมติสมัชชา สุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ นอกจากนี้ การกำหนดให้มีมาตรฐานอุตสาหกรรมสำหรับวัสดุ ก่อสร้างที่ไม่ใช้แร่ใยหิน ก็เป็นแรงจูงใจที่สำคัญอีกประการ โดยช่วยสร้างความมั่นใจให้ผู้บริโภค
๕. ขาดการขับเคลื่อนอย่างจริงจังสำหรับกลุ่มเป้าหมาย “ผู้บริโภค” โดยมูลนิธิผู้บริโภค สคบ. และสมอ. หากทั้งสามหน่วยงานผนึกกำลังกับ คคส. และเข้าหากลุ่มผู้บริโภคโดยตรง น่าจะทำให้เกิดการเลิกใช้

^{๔๔} ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๕.

วัสดุที่ไม่มีแร่ใยหินมากขึ้น ขณะเดียวกัน กลุ่มผู้ประกอบการที่ใช้แร่ใยหินเข้าถึงผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง และสามารถทำให้เกิดการรวมกลุ่มคัดค้านมาตรการได้ เช่น กรณีกลุ่มผู้เลี้ยงสุกรที่ใช้กระเบื้องมุงหลังคา อ้างว่ากระเบื้องที่ไม่มีแร่ใยหินจะผุพังง่าย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม เป็นต้น

๓.๘ ข้อเสนอแนะ

ในภาพรวมแล้ว สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๓ ได้ทำให้มีมติสมัชชาเพื่อยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ในประเทศไทย ซึ่งภายหลังการมีมติดังกล่าว ได้เกิดการขับเคลื่อนทั้งโดยสข.เองและหน่วยงานผู้เสนอประเด็น จนนำไปสู่การมีมติคณะรัฐมนตรีเพื่อสนับสนุนการยกเลิกอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในประเด็นแร่ใยหินนี้ ยังอาจทำให้ประสิทธิภาพมากขึ้นได้ หากมีการดำเนินการดังต่อไปนี้ คือ

๓.๘.๑ ระยะ “ขาขึ้น” ของสมัชชา

๑. หน่วยงานผู้เสนอประเด็นและสข. ควรศึกษากระบวนการกำหนดยุทธศาสตร์ระดับนานาชาติและระดับชาติ ที่เกิดขึ้นจากที่ประชุม Asian Asbestos Conference ในปี พ.ศ.๒๕๔๙ รวมทั้ง ควรมีการทบทวนว่ายุทธศาสตร์หรือมาตรการใดได้ดำเนินการไปแล้ว มาตรการใดบ้างที่ได้ผล ก่อนจะจัดทำมติสมัชชาสุขภาพครั้งใหม่ นอกจากนี้ อาจเลือกขับเคลื่อนด้วย ๑ - ๒ ยุทธศาสตร์แทนการขับเคลื่อนหลายยุทธศาสตร์ตามที่กำหนดในครั้งนี ซึ่งอาจทำให้ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนลดลงกว่าที่ควรเป็น
๒. คณะทำงานฯ มีเวลาจัดทำมติสมัชชาเพียง ๖ เดือน ทำให้มีเวลาน้อยเกินไปสำหรับการรวบรวมข้อมูลและการทำความเข้าใจกับข้อมูล และทำให้ขาดข้อมูลสำคัญที่จะช่วยทำให้มติสมัชชาสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยมากขึ้นโดยเฉพาะข้อมูลต่อไปนี้ ๑) สถานการณ์การใช้แร่ใยหินในประเทศไทย ๒) ความเสี่ยงต่อสุขภาพจากแร่ใยหิน ๓) การวิจัยและพัฒนาวัสดุทดแทนแร่ใยหิน และ ๔) การดำเนินการภายใต้พ.ร.บ. วัตถุอันตรายที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน ส่งผลให้มติสมัชชามีข้อโต้แย้งในภายหลังหรือไม่ถูกขับเคลื่อนตามเวลาที่กำหนด
๓. มติสมัชชาที่จัดทำขึ้นเป็นการมองปัญหาด้านเดียว ทำให้อาจขาดแรงสนับสนุนการขับเคลื่อนในเวลาต่อไป กล่าวคือ อันตรายจากการใช้แร่ใยหินมี ๒ ด้าน คือ การรับสัมผัสจากการทำงาน (occupational exposure) และการรับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อม (environmental exposure) ซึ่งในเวทีระดับนานาชาติ มีการให้ความสำคัญต่อการลดการรับสัมผัสจากการทำงานมากกว่า เนื่องจากมีอันตรายมากกว่าและเกิดขึ้นอย่างแน่นอนมากกว่าการรับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อม แต่สำหรับการขับเคลื่อนครั้งนี้ ให้ความสำคัญกับการสัมผัสของผู้บริโภค ซึ่งอาจไม่ได้รับสัมผัสเลยหากผลิตภัณฑ์ที่ใช้โครโซไทล์เป็นส่วนประกอบไม่มีการแตกหัก แทนที่จะเน้นการสัมผัสของคนทำงาน
๔. การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากต่อเวทีสมัชชา ดังนั้น ควรพิจารณาให้ละเอียดรอบคอบ ว่าควรมีผู้แทนจากกลุ่มใดบ้าง ซึ่งจากข้อสังเกตเกี่ยวกับผู้มีส่วนได้เสียที่กล่าวในหัวข้อ ๓.๔.๒ เห็นได้ว่า ในภาพรวมของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ต้องมีการ “ทบทวน” ว่า

๔.๑ ควรวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียให้รอบคอบมากขึ้น โดยเฉพาะพิจารณาจากบริบทการดำเนินการในประเทศไทย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียอย่างครบถ้วนและเพียงพอ

๔.๒ นอกจากจะกำหนดองค์ประกอบคณะทำงานฯ ให้มีผู้มีส่วนได้เสียครบทุกภาคส่วนแล้ว สิ่งหนึ่งที่ควรกำหนด คือ คุณลักษณะของมติสมัชชา เพื่อจะได้ชัดเจนว่า องค์ประกอบ

คณะทำงานฯควรเป็นอย่างไร เช่น ต้องการมิติสมัชชาสุขภาพที่เป็นเลิศทางวิชาการ ต้องการให้สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย หรือต้องการให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจังทันที เป็นต้น ทั้งนี้ คณะทำงานฯน่าจะเชิญผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มใดเพิ่มเติมในขณะดำเนินการจัดทำมติเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ เช่น การหารือกับกลุ่มผู้ประกอบการ สภาอุตสาหกรรม หรือ แม้แต่สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน เป็นต้น

๔.๓ ผู้มีส่วนได้เสียบางกลุ่มเหมาะที่จะเป็นคณะทำงานอย่างเดียว เนื่องจากมีศักยภาพในการเตรียมประเด็นแต่ไม่ถนัดในการขับเคลื่อน ขณะที่ผู้มีส่วนได้เสียบางกลุ่มเหมาะที่จะเข้าร่วมกระบวนการสมัชชาในฐานะคณะทำงานฯและผู้เข้าร่วมสมัชชา เนื่องจากมีศักยภาพในทางยุทธศาสตร์และดำเนินการขับเคลื่อนได้ด้วย

๕. สช.ควรมีการทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่จะเป็นเลขานุการคณะทำงานฯตั้งแต่นั้น ว่าจะต้องดำเนินการทั้งในช่วงขาขึ้นและขาเคลื่อน เพื่อให้ได้หน่วยงานที่มีความพร้อมในการดำเนินการตั้งแต่ต้นกระบวนการ และหากแม้จะคัดเลือกหน่วยงานที่เหมาะสมแล้ว แต่หน่วยงานดำเนินการไม่ได้ สช.ไม่ควรจะรับทำงานแทน แต่ควรเป็นผู้สนับสนุนให้สามารถทำหน้าที่ได้

๓.๘.๒.ระยะ “ขาเคลื่อน” ของสมัชชา

๑. ยุทธศาสตร์ที่น่าจะไม่สามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ในครั้งนี้ได้ คือ “ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการวินิจฉัยโรค” เนื่องจากนักวิชาการด้านสุขภาพของประเทศไทยใช้ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าแร่ใยหินทุกชนิดก่อมะเร็งเป็นเอกสารสนับสนุนการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ โดยเห็นว่าเป็นข้อมูลที่ทุกประเทศทั่วโลกควรยอมรับ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับแร่ใยหินโครโซไทล์ทั้งหมดในประเทศไทยควรยอมรับด้วย ซึ่งการยืนยันใช้ข้อมูลดังกล่าว โดยไม่ดำเนินการเก็บรวบรวมหรือศึกษาข้อมูลในประเทศไทยให้ชัดเจน ทำให้ฝ่ายที่ไม่ต้องการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ใช้เป็น “จุดแข็ง” ในการคัดค้าน

๒. สื่อมวลชนมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล และกระตุ้นสังคม ให้เห็นถึงอันตรายของแร่ใยหิน และสนับสนุนการยกเลิกการใช้ ซึ่งกระบวนการสมัชชาฯ ควรคำนึงถึงบทบาทของสื่อให้มากขึ้น เพื่อช่วยในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ นอกจากนั้น ต้องคำนึงถึงการที่ผู้มีส่วนได้เสียบางกลุ่มใช้กลยุทธการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อในการชักจูงสังคมให้เห็นด้วยว่าแร่ใยหินยังสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย โดยอ้างถึงงานวิจัยหรือประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญต่างๆ เพื่อจะได้จัดการกับผลกระทบของการที่นักวิชาการมีความเห็นที่แตกแยกกันได้ทัน่วงทีก่อนที่จะสังคมจะเกิดความสับสนลงเลจนเป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

สรุปประสบการณ์สมัชชาสุขภาพ

เจตนารมณ์ของสมัชชาสุขภาพ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียจากการกำหนดนโยบายสาธารณะ ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย เพื่อให้เกิดประโยชน์ส่วนรวมที่มากที่สุดเท่าที่จะได้สำหรับทุกฝ่าย ตามหลักการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

หากแต่ประสบการณ์กรณีการยกเลิกการใช้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ในประเทศไทย สะท้อนให้เห็นว่า แม้สมัชชาสุขภาพจะมีขั้นตอนที่ดี แต่ถ้าขาดการวิเคราะห์บริบทของ “ระบบ” หรือ “ประเด็น” ที่ต้องการขับเคลื่อนให้รอบคอบ ว่าสมัชชาสุขภาพควรเสริมหรือสนับสนุนการดำเนินการส่วนไหน เพื่อเร่งการขับเคลื่อนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียให้ครบถ้วน รวมทั้งการกำหนด “ผู้เล่นหลัก” ที่สามารถดำเนินการได้ต่อเนื่องในลักษณะ “กัดไม่ปล่อย” ก็อาจทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในส่วนที่เป็นเอกสาร

กระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๓๙/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๕ เรื่อง คณะกรรมการศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากแร่ใยหินกระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงอุตสาหกรรม. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง บัญชีรายชื่อวัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๕๖. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับทั่วไป ๑๒๐ ตอนพิเศษ ๑๑๓ ง. วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๖.

กรมโรงงานอุตสาหกรรม. เอกสารประกอบการประชุมเวทีรับฟังความคิดเห็น “การจัดทำแผนการยกเลิกการนำเข้าการผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ” วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๑ อาคารกรมอุตสาหกรรมพื้นฐานและการเหมืองแร่ กระทรวงอุตสาหกรรม.

กลุ่มพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยแรงงาน สำนักความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน. (๒๕๕๓). รายงานผลการศึกษา สถานการณ์การใช้แร่ใยหิน สถานะสุขภาพ และสภาพแวดล้อม ในสถานประกอบการที่มีการใช้แร่ใยหิน. กรุงเทพฯ: บริษัท เรียงสาม กราฟฟิค ดีไซน์ จำกัด.

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. รายงานการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๗/๒๕๕๖ วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๖.

พิชญา พรหมทองสุข. (๒๕๕๓). ๒๕ ถามตอบวิชาการ การเป็นสารก่อมะเร็งของแร่ใยหินโครโซไทล์. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พิมพ์ครั้งที่ ๑.

ยุวดี คาคการณ์ไกล (บรรณาธิการ) (๒๕๕๑). นโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี: กระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๒). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐. พิมพ์ครั้งที่ ๖.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๔). รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๓ “ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ”, พิมพ์ครั้งที่ ๑

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ใน การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๔ วันที่ ๒ – ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๔, พิมพ์ครั้งที่ ๑.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. หนังสือเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๕๐๕/๙๕๖๖ ลงวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๔.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. หนังสือเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุดที่ นร ๐๕๐๕/๗๔๔๒๘ ลงวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๔.

สุทธิพัฒน์ วงศ์วิทย์วิโชติ, วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี และ วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์. (๒๕๕๒). รายงานผู้ป่วย “มะเร็งเยื่อหุ้มปอดจากการทำงานในประเทศไทย” .วารสารวิชาการสาธารณสุข ๑๘: ๓ (มีนาคม – เมษายน).

International Agency Research on Cancer. (2012). Arsenic, Metals, Fibre, and Dusts Volume 100 C.: A Review of Human Carcinogens. World Health Organization: Lyon, France.

Klaassen CD and Eaton DL. (1993). Principles of Toxicology. In: Toxicology-The Basic Science of Poisons. 4th Ed. New York: McGraw-Hill Inc.

Kotey et.al. (1998). Falling into Place. Policies that Work for Forests and People Series no.4, International Institute for Environment and Development (IIED), London.

การอ้างอิงส่วนที่เป็นเว็บไซต์

ทิพาพร พิมพิสุทธิ. นโยบายสาธารณะที่ตีบนฐานเสรีภาพและจริยธรรม.[Online] แหล่งที่มา :

http://202.28.25.19/mpa12cmu/tmp/Public_Policy. [๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๖].

พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๓๕. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๐๙ ตอนที่ ๓๙ หน้า ๒๑ วันที่ ๖ เมษายน ๒๕๓๕. [Online] แหล่งที่มา : www.krisdika.go.th [๖ กรกฎาคม ๒๕๕๖].

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ .[Online] แหล่งที่มา :

www.samatcha.org/taxonomy/term/๑๕๑. [๖ กรกฎาคม ๒๕๕๖].

สำนักมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม. มาตรฐานอุตสาหกรรม ๑๔๐๗-๒๕๔๐ กระเบื้องซีเมนต์เส้นใยแผ่นลอน. [Online] แหล่งที่มา : www.tisi.go.th. [๖ กรกฎาคม ๒๕๕๖].

ศูนย์ข้อมูลโครโซไทล์ (Chrysotile Information Center). เครือข่ายภาคประชาชนสนับสนุนการใช้แร่ใยหินอย่างปลอดภัย” [Online] แหล่งที่มา : www.chrysotile.co.th [๖ กรกฎาคม ๒๕๕๖].

Building and Wood Worker’s International. Asian Asbestos Conference – A Brief Report.

[Online] Available : www.bwint.org/pdfs/AsianAsbestosConferenceReport.pdf. [October 20, 2012]

International Ban Asbestos Secretariat (IBAS). Asbestos Policies of Major International Agencies. [Online] Available :

http://ibasecretariat.org/lka_asb_polic_maj_int_agencies.php. [2012, October 20]

International Institute for Environment and Development. Stakeholder power analysis. March 2005 [Online] Available : [http://pgis-](http://pgis-tk.cta.int/m04/docs/M04U03_stakeholder_power_tool.pdf)

tk.cta.int/m04/docs/M04U03_stakeholder_power_tool.pdf. [2014, May 15].

Rotterdam Convention Secretariat. Rotterdam Convention on the Prior Informed Consent Procedure for Certain Hazardous Chemicals and Pesticides in International Trade. 2005. [Online] Available : www.pic.int. [2014, July 6].

ภาคผนวก ๒

๑. คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายหิน

(๑) รองศาสตราจารย์เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์	ประธานคณะทำงาน
(๒) รองศาสตราจารย์วิทยา กุลสมบูรณ์	รองประธานคณะทำงาน
(๓) ผู้แทนกรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์	ผู้ทำงาน
(๔) เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคหรือผู้แทน	ผู้ทำงาน
(๕) ผู้แทนสมาคมผู้ประกอบการธุรกิจวัตถุดิบอันตราย	ผู้ทำงาน
(๖) นายทรงศิริ จุมพล	ผู้ทำงาน
(๗) นายธีรวัฒน์ จันทร์สมบูรณ์	ผู้ทำงาน
(๘) นางพงษ์ลดา สุพรรณชาติ	ผู้ทำงาน
(๙) รองศาสตราจารย์วันทนี พันธ์ประสิทธิ์	ผู้ทำงาน
(๑๐) นางบงกช กิตติสมพันธ์	ผู้ทำงาน
(๑๑) นางสาวพรพิมล เจริญสง	ผู้ทำงาน
(๑๒) นางมาลี พงษ์โสภณ	ผู้ทำงาน
(๑๓) นางสาววลัยพร มุขสุวรรณ	ผู้ทำงาน
(๑๔) นางสาวสุนนมาลย์ กาญจนะ	ผู้ทำงาน
(๑๕) นางสาวสุวดี ทวีสุข	ผู้ทำงาน
(๑๖) นายสมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ	ผู้ทำงานและเลขานุการ
(๑๗) นางสาวเพลินพิศ สุวรรณอำไพ	ผู้ทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ จัดกระบวนการพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเด็นเฉพาะ โดยใช้ความรู้ทางวิชาการและหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- ๒.๒ จัดทำและเสนอเอกสารและร่างข้อเสนอฯ สู่กระบวนการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดร่วมกับอนุกรรมการวิชาการ โดยใช้รูปแบบและประเภทเอกสารตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ กำหนด
- ๒.๓ ร่วมกระบวนการพัฒนาร่างข้อเสนอจนได้ฉันทมติของภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓
- ๒.๔ แต่งตั้งคณะทำงานย่อย เพื่อดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

๒.๕ อื่นๆ ตามที่คณะอนุกรรมการวิชาการมอบหมาย

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๓

ลงชื่อ นายสุรพจน์ สุวรรณพานิช

รับรองสำเนาถูกต้อง นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา

ประธานอนุกรรมการวิชาการ

เลขานุการอนุกรรมการวิชาการ

บทที่ ๔

กรณีศึกษานโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

นพ.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล^๑

๑. ความสำคัญของปัญหา

นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติหรือที่เรียกกันโดยทั่วไปในประเทศไทยว่า “เมดิคัลฮับ (Medical hub)” เป็นนโยบายของประเทศกำลังพัฒนาที่มุ่งหารายได้เข้าประเทศโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจากประเทศพัฒนามากกว่ามารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศของตน ปรากฏการณ์นี้ถูกเรียกขานกันในต่างประเทศว่า Medical tourism^๒ (หรือการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์) การเติบโตของเมดิคัลฮับถือว่าเป็นปรากฏการณ์ระดับโลก เฉพาะในเอเชีย ประเทศที่มีการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ชัดเจนได้แก่ ประเทศอินเดีย สิงคโปร์ และไทย ส่วนมาเลเซียและฟิลิปปินส์ก็มีการส่งเสริมอยู่บ้าง แต่ไม่มากนัก ประเทศที่มีเป้าหมายมุ่งสู่การเป็นเมดิคัลฮับนั้นนอกจากจะมีลักษณะเด่นคือ มีชื่อเสียงในด้านการรักษาพยาบาล คนท้องถิ่นมีอัตราตายดี มีทักษะในการใช้ภาษาสื่อสารกับชาวต่างชาติได้ มีความปลอดภัย การเมืองสงบ มีมาตรฐานความเป็นอยู่ดี การเดินทางสะดวก และโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ

ในด้านของผู้ป่วยแล้ว การเดินทางมารับการรักษาพยาบาลในต่างประเทศอาจมีเหตุผลหลายประการ เช่น การได้รับบริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องรอนานเหมือนในประเทศของตนเอง การมีโอกาสได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ยังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยหรือยังคงเป็นที่ถกเถียง ซึ่งมักถูกควบคุมไม่ให้มีการใช้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือการเดินทางมารับบริการการรักษาที่ไม่ถูกกฎหมายในประเทศตนเอง เช่นการทำแท้ง นอกจากนี้ การรักษาพยาบาลในประเทศปลายทางมักมีราคาต่ำกว่าในประเทศต้นทางมาก ผู้ป่วยและญาติรวมทั้งนายจ้างและบริษัทประกันสุขภาพที่ต้องการลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล จึงมักเป็นผู้จัดการด้านการเงินและค่าใช้จ่ายโดยมีสำนักงานท่องเที่ยว หรืออาจมีหน่วยงานของรัฐบาลทำหน้าที่ช่วยส่งเสริมและอำนวยความสะดวก^๓

นโยบายเมดิคัลฮับเอื้อต่อภาคธุรกิจการแพทย์ทำให้โรงพยาบาลเอกชนเติบโต และทำให้เกิดปัญหาสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน เนื่องจากค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในระบบเอกชนที่สูงมากดึงดูดแพทย์ให้ออกจากภาครัฐ แต่ภาวะสมองไหลออกนอกประเทศคาดว่าจะลดลง^๔ ในขณะเดียวกัน ประเทศต้นทางของผู้ป่วยก็มีความกังวลใจต่อเรื่องของการติดตามดูแลภายหลังรวมถึงผลกระทบต่อระบบบริการในประเทศต้นทางด้วย^๕ นโยบายเมดิคัลฮับจึงเป็นนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชนในประเทศปลายทางเนื่องจากมีผู้ป่วยจากประเทศที่พัฒนาแล้วเข้ามาแย่งชิงใช้ทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่จำกัด

ในประเทศไทยนั้น นโยบายเมดิคัลฮับเริ่มต้นขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๗ ตามแผนพัฒนาให้ไทยเป็นศูนย์กลาง

^๑ อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

^๒ Horowitz, Michael D., Jeffrey A. Rosensweig, Christopher A. Jones. (2007). Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. *MedGenMed.*, 9 (4, 2012) pp.33-44.

^๓ Michael D. Horowitz, Jeffrey A. Rosensweig, Christopher A. Jones. (2007), เรื่องเดียวกัน.

^๔ Rupa Chinai, Rahul Goswami. (2007) Medical visas mark growth of Indian medical tourism. *Bull World Health Organisation*, 85 (3, 2012), pp.164-165.

^๕ Ian Bogle, BBC News. (2002) Doctors' concern at overseas care plan. [Online]. Available: http://news.bbc.co.uk/2/hi/in_depth/health/2002/bma_conference/2076661.stm [2013, December 3].

สุขภาพของเอเชีย (เมดิคัลฮับ) ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๑ ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้มีการจัดทำ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์เมดิคัลฮับ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗) มุ่งเป้าให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ประกอบด้วยบริการรักษาพยาบาล บริการเพื่อสุขภาพ สปา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในปีเดียวกัน ประเด็นนี้ได้รับการบรรจุเป็นวาระในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ และมติที่ประชุมสมัชชาฯ ซึ่งต่อมาได้ถูกรับรองโดยมติคณะรัฐมนตรี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ กำหนดนโยบายให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ มีกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ โดยให้ดำเนินนโยบายหรือยุทธศาสตร์การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติที่ไม่กระทบต่อการบริการสุขภาพสำหรับประชาชนไทย และต้องพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนานโยบายระดับชาติและแผนปฏิบัติการเพื่อลดผลกระทบทางลบต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับคนไทย

ในขณะที่การขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ ยังไม่มีผลการดำเนินงานที่ชัดเจน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเสนอคณะรัฐมนตรีให้จัดตั้งศูนย์บริการทางการแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางระดับสูงหรือเมดิคัลฮับ (Medical hub) ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยกำหนดงบประมาณทั้งหมด ๔,๐๐๐ ล้านบาท การอนุมัติตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าวนี้ถูกมองว่าขัดกับมติสมัชชาสุขภาพที่รับรองโดยมติคณะรัฐมนตรี จนเครือข่ายผู้บริโภคเรียกร้องนายกรัฐมนตรีให้ตรวจสอบการจัดตั้งเมดิคัลฮับให้เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕^๖ โดยมีประเด็นข้อร้องเรียนคือการไม่เปิดเผยรายละเอียดของโครงการเมดิคัลฮับต่อสาธารณะเพื่อให้เกิดความโปร่งใสของนโยบาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัด ในขณะที่บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล มีความขาดแคลนในภาพรวม และการกระจายตัวทางภูมิศาสตร์ที่ไม่เหมาะสม ผลกระทบจากเมดิคัลฮับจะทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์ และทำให้ค่ารักษาพยาบาลแพงขึ้น เรียกร้องให้คณะรัฐมนตรีทบทวนมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๕ และพิจารณาเรื่องนี้ให้สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

ที่ผ่านมา มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องเมดิคัลฮับถูกจัดอยู่ในกลุ่มมติสมัชชาที่ยังไม่มีรายงานความก้าวหน้าหรือผลักดันให้เป็นผลสัมฤทธิ์^๗ จึงเป็นที่น่าสนใจว่ากระบวนการนโยบายสาธารณะในเรื่องเมดิคัลฮับมีการขับเคลื่อนอย่างไร ยิ่งเมื่อรัฐบาลปัจจุบันมีมติคณะรัฐมนตรี เรื่องการทำเมดิคัลฮับในโรงเรียนแพทย์ที่ขัดกับมติสมัชชาสุขภาพได้รับการรับรองจากคณะรัฐมนตรีก่อนหน้านี้ ก็ยิ่งทำให้กระบวนการนโยบายสาธารณะนี้เป็นกรณีศึกษาที่อาจสะท้อนข้อจำกัดของกลไกและกระบวนการเชิงนโยบายที่ผ่านมา การศึกษานี้จะวิเคราะห์ความเป็นมา พัฒนาการ บทบาทและพฤติกรรมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายเมดิคัลฮับ รวมทั้งวิเคราะห์ถึงกระบวนการสมัชชากับการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งคาดว่าผลการวิเคราะห์นี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากระบวนการสมัชชาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นทั้งขาขึ้นและขาลง หรือทั้งการพัฒนานโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม

^๖ จดหมายเปิดผนึก เรียน นายกรัฐมนตรี (นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร) ลงวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ เรื่อง "ขอให้ตรวจสอบการจัดตั้งศูนย์บริการทางการแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางระดับสูง หรือเมดิคัลฮับ (Medical Hub) ในส่วนกลาง และภูมิภาค ให้เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรี เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ มตินโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔" โดยเครือข่ายภาคีสุขภาพทั้งหมด ๒๒ เครือข่าย.

^๗ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, มติสมัชชาสุขภาพ กับกระบวนการประเมิน ที่มุ่งสู่การปฏิบัติ. *HRSR Forum* ๑ (๒ กรกฎาคม), ๒๕๕๕.

๒. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ โดยใช้กระบวนการพัฒนานโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเป็นกรณีศึกษา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- ๑) เพื่อทบทวนความเป็นมาของนโยบายเมดิคัลฮับในระดับนานาชาติและในประเทศไทย
- ๒) เพื่อวิเคราะห์กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ “นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” ที่ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ๓) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของของภาคีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา “นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” ในกระบวนการพัฒนานโยบาย โดยเฉพาะในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- ๔) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะสำหรับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและภาคีที่เกี่ยวข้อง

๓. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) และการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focused group interview) โดยศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย ๔ กลุ่มคือ (๑) ผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพในประเด็นนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (๒) กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบาย (๓) กลุ่มนักวิชาการและกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคลื่อนไหวนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (๔) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ โดยคัดเลือกประชากรด้วยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive sampling) และวิธี Snowballing โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวทางการสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยคำถามหลักที่แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มประชากรโดยเน้น บทบาทความเกี่ยวข้องและความสนใจของผู้ให้ข้อมูลกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ โดยเฉพาะครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ ที่มีมติประเด็นการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ความคิดเห็นต่อกระบวนการกิจกรรมตั้งแต่การกำหนดประเด็น การร่างข้อเสนอ การรับฟังความคิดเห็น การทำเวทีสมัชชาเพื่อการออกมติสมัชชา ขับเคลื่อนนโยบายหลังการออกมติ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอันเกี่ยวเนื่องมาจากประเด็นนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลทำโดยการรวบรวมและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary review) ประกอบด้วยเอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์ การนำเสนอข่าวของสื่อมวลชน เอกสารประกอบการประชุมสื่อออนไลน์ และเอกสารอื่นๆ โดยสืบค้นผ่านอินเทอร์เน็ต

การวิเคราะห์สังเคราะห์ โดยวิธีการการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และเชิงประเด็น (Thematic analysis)

๔. ผลการศึกษา

การนำเสนอเนื้อหาการวิเคราะห์นี้จะแยกออกเป็น ๓ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ จะกล่าวถึงบริบทในระดับโลกและปัจจัยต่างๆ ในกระแสโลกาภิวัตน์ที่ทำให้แนวคิดเรื่อง Medical Hub และ Medical Tourism กลายเป็นส่วนหนึ่งของการค้าโลกและธุรกิจสุขภาพระหว่างประเทศ รวมทั้งจะกล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคต่อนโยบายการส่งเสริมนโยบายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มีการกล่าวถึงในระดับสากล

ส่วนที่ ๒ จะเป็นการนำเสนอลำดับเหตุการณ์ตั้งแต่แรกเริ่มการเกิดขึ้นของนโยบาย Medical Hub ในประเทศไทยโดยจะสืบสาวให้เห็นถึงที่มาและพัฒนาการของนโยบายดังกล่าว รวมทั้งประเด็นปัญหาและความห่วงใยต่อผลกระทบในประเทศไทยรวมถึงบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องในนโยบายดังกล่าว โดยทำการวิเคราะห์องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในฐานะผู้ดำเนินนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียกับนโยบายดังกล่าว

ส่วนที่ ๓ เป็นการถอดบทเรียนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในเรื่องศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยการวิเคราะห์กระบวนการและขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่การนำเสนอประเด็นเข้าเป็นวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ไปจนถึงการติดตามการปฏิบัติตามมติสมัชชา พร้อมกับข้อเสนอแนะต่อกระบวนการสมัชชาฯ จากบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในเรื่องศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

ส่วนที่ ๑ ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในบริบทโลก

นโยบายส่งเสริมการนำเข้าผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาพยาบาลมักถูกเรียกขานในประเทศปลายทางว่านโยบาย Medical Hub หรือ ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ แทนที่จะใช้คำว่า Medical tourism หรือการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เหมือนอย่างในประเทศต้นทางมักนิยมใช้กัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะประเทศปลายทางต้องการเน้นการให้บริการทางการแพทย์มากกว่าที่จะเป็นเรื่องของ การท่องเที่ยว ในขณะที่ประเทศต้นทางนั้นต้องการเชิญชวนให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในต่างประเทศโดยได้ทั้ง “การท่องเที่ยว” และ “การรักษาโรค” ไปพร้อมๆ กัน อย่างไรก็ตาม แนวคิด “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์” หรือ Medical tourism นี้ถือเป็นจุดกำเนิดของรูปแบบกิจกรรมการส่งผู้ป่วยมารับการรักษาในต่างประเทศในหลากหลายลักษณะในระยะต่อมา

๑. การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์: นิยาม ปัจจัยนำและปัจจัยเอื้อ

นิยามของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีความหลากหลายจากแหล่งต่างๆ แต่โดยส่วนใหญ่แล้วจะให้ความหมายว่า^{๘๔} เป็นกิจกรรมของการเดินทางข้ามประเทศที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ซึ่งหมายรวมถึงบริการทันตกรรม การตรวจคัดกรองโรค การตรวจวินิจฉัยโรคและการรับการรักษาพยาบาล โดยองค์กรระหว่างประเทศด้านการพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Cooperation and Development: OECD) ได้แบ่งการท่องเที่ยวส่วนบุคคลออกเป็น ๓ ประเภท คือ ๑) เพื่อสุขภาพ ๒) เพื่อการศึกษา และ ๓) เพื่อกิจกรรมอื่นๆ เช่น การพักผ่อน โดยได้ให้ความหมายของการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพไว้ว่าเป็นสินค้าหรือบริการที่จัดให้สำหรับนักท่องเที่ยวต่างชาติเพื่อเหตุผลทางการแพทย์^{๘๕} นอกจากคำว่า medical tourism แล้วยังมีการใช้คำในภาษาอังกฤษที่แตกต่างกันไปเช่น “health travel”, “medical travel”, “cross-border health care”

ก. ปัจจัยนำของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

แรงกระตุ้นที่ชักนำให้เกิดการเดินทางไปรักษาในต่างประเทศประกอบด้วยปัจจัยหลัก ๓ ประการคือ^{๘๖} คือ ราคาถูก คุณภาพดี มีบริการที่เข้าถึงได้ในประเทศอื่น ในเรื่องราคาจะพบว่าราคาค่าผ่าตัดในสหรัฐอเมริกาสูงกว่าประเทศอื่นๆ ตั้งแต่ประมาณ ๒ เท่าไปจนถึงประมาณ ๑๕ เท่าขึ้นอยู่กับประเภทของการผ่าตัด (ดังตารางที่ ๑) ค่ารักษาพยาบาลที่ถูกกว่าจึงเป็นปัจจัยหลักที่กระตุ้นให้ผู้ป่วย ญาติ รวมทั้งบริษัทประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในประเทศโลกที่หนึ่งที่มีค่ารักษาพยาบาลแพงมากดิ้นรนหาทางให้ผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลใน

^{๘๔} Turner, Leigh and Hodges, Jill R., Introduction: Health Care Goes Global edited by Hodges, Jill R., Leigh Turner, and Ann Marie Kimball., In. *Risks and challenges in medical Tourism: understanding the global market for health services*. (Santa Barbara, Calif: Praeger, 2012), pp.6-7.

^{๘๕} Lunt, Neil, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Horsfall and Russell Mannion, *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping Review*. (OECD, 2011), pp.7.

^{๘๖} OECD, *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. (OECD Publishing, 2011), pp.158

^{๘๗} Hodges, Jill R., Leigh Turner, and Ann Marie Kimball, *Risks and challenges in medical tourism: understanding the global market for health services*. (Santa Barbara, Calif: Praeger, 2012), pp.7-8

ประเทศปลายทางเหล่านี้ นอกจากปัจจัยเรื่องราคาแล้ว ในบางประเทศ เช่น อังกฤษและแคนาดามีปัญหาเรื่องการรอคิวผ่าตัดนาน ทำให้คนไข้บางส่วนหันไปรักษาในโรงพยาบาลเอกชนในต่างประเทศ ซึ่งสามารถเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องรอ นอกจากนั้น ในบางกรณีที่ต้องใช้การรักษาบางประเภทที่ไม่มีอยู่ในรายการของการประกันสุขภาพทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่แพงในประเทศต้นทาง ก็ทำให้ผู้ป่วยดิ้นรนมารับการรักษาในต่างประเทศ

นอกจากนี้การรักษาในต่างประเทศยังสามารถได้รับบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีในประเทศของตนเอง อาจเนื่องจากการรักษาที่ยังไม่ได้รับการรับรอง เช่น ผู้ป่วยโรค Multiple sclerosis, Amyotrophic lateral sclerosis และโรคอื่นๆ ที่เดินทางไปยังประเทศจีน อินเดีย เม็กซิโก รัสเซีย ไทยและยูเครนเพื่อการรักษาโดยสเต็มเซลล์ ซึ่งเป็นการรักษาที่ยังไม่ได้รับการรับรองในประเทศโลกที่หนึ่งทั้งหลาย หรือในบางกรณีก็เป็นการรักษาที่ผิดกฎหมายในบางประเทศ เช่น การเปลี่ยนไตจากการซื้อขายอวัยวะ บางสถานการณ์เป็นการนำญาติจากต่างประเทศมารักษาในประเทศที่มีทรัพยากรมากกว่า และนอกจากนี้อาจเป็นการมารักษาโรคด้วยวิธีการแพทย์ทางเลือกที่มีอยู่เฉพาะในประเทศนั้นๆ ประเทศที่ให้บริการการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในยุโรปตะวันออก ได้แก่ สาธารณรัฐเชค ฮังการี โปแลนด์ ยูเครน ในทวีปอเมริกาเหนือ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก ในทวีปอเมริกาใต้ ได้แก่ อาร์เจนตินา บราซิล เวเนซุเอลา ทะเลแคริบเบียน ได้แก่ บาร์บาโดส คิวบา สาธารณรัฐโดมินิกัน จาไมกา เปอโตริโก ในทวีปเอเชีย ได้แก่ อินเดีย อินโดนีเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไทย ฟิลิปปินส์

ตารางที่ ๑ ราคาค่าผ่าตัดประเภทต่างในบางประเทศ และการเปรียบเทียบราคากับประเทศสหรัฐอเมริกา (แปลงจากเงินดอลลาร์ โดย ๑ ดอลลาร์เท่ากับ ๓๐ บาท)^{๑๒}

ชนิดของการผ่าตัด	อเมริกา	อินเดีย	ประเทศไทย	สิงคโปร์	มาเลเซีย	เม็กซิโก
ผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือดหัวใจ	๓,๓๙๐,๐๐๐	๓๐๐,๐๐๐	๓๙๐,๐๐๐	๖๐๐,๐๐๐	๒๗๐,๐๐๐	๙๗,๕๐๐
ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	๔,๕๐๐,๐๐๐	๒๘๕,๐๐๐	๓๓๐,๐๐๐	๓๙๐,๐๐๐	๒๗๐,๐๐๐	๕๔๐,๐๐๐
ผ่าตัดต่อเส้นเลือด	๑,๔๑๐,๐๐๐	๓๓๐,๐๐๐	๓๐๐,๐๐๐	๓๙๐,๐๐๐	๓๓๐,๐๐๐	๔๕๐,๐๐๐
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพก	๑,๔๑๐,๐๐๐	๒๗๐,๐๐๐	๓๖๐,๐๐๐	๓๓๐,๐๐๐	๓๐๐,๐๐๐	๕๑๙,๐๐๐
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	๑,๔๔๐,๐๐๐	๒๕๕,๐๐๐	๓๐๐,๐๐๐	๓๙๐,๐๐๐	๒๔๐,๐๐๐	๔๓๙,๕๐๐
ผ่าตัดต่อกระเพาะอาหาร	๑,๐๕๐,๐๐๐	๓๓๐,๐๐๐	๔๕๐,๐๐๐	๖๐๐,๐๐๐	๓๙๐,๐๐๐	๒๔๐,๐๐๐
ผ่าตัดครอบข้อสะโพก	๑,๔๑๐,๐๐๐	๒๔๗,๕๐๐	๓๐๐,๐๐๐	๓๖๐,๐๐๐	๓๗๕,๐๐๐	๓๗๕,๐๐๐
ผ่าตัดกระดูกสันหลัง	๑,๒๙๐,๐๐๐	๑๖๕,๐๐๐	๒๑๐,๐๐๐	๒๗๐,๐๐๐	-	๔๕๐,๐๐๐
ผ่าตัดเต้านม	๕๑๐,๐๐๐	๒๒๕,๐๐๐	๒๗๐,๐๐๐	๓๗๒,๐๐๐	-	๒๒๕,๐๐๐
เสริมจมูก	๑๓๕,๐๐๐	๖๐,๐๐๐	๗๕,๐๐๐	๑๓๑,๒๕๐	๖๒,๔๙๐	๙๖,๐๐๐
ผ่าตัดยกกระชับหน้าท้อง	๑๙๒,๐๐๐	๘๗,๐๐๐	๑๐๕,๐๐๐	๑๘๗,๕๐๐	๑๑๗,๐๙๐	๙๐,๐๐๐
ผ่าตัดลดขนาดเต้านม	๑๕๖,๐๐๐	๗๕,๐๐๐	๑๑๒,๕๐๐	๒๔๐,๐๐๐	๑๐๐,๒๙๐	๙๐,๐๐๐
ผ่าตัดเสริมเต้านม	๑๘๐,๐๐๐	๖๖,๐๐๐	๗๘,๐๐๐	๒๔๐,๐๐๐	๙๙,๒๔๐	๗๕,๐๐๐

^{๑๒} Lunt, Neil, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Horsfall and Russell Mannion, *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping Review*. (OECD., 2011), pp.10.

ข. ปัจจัยเอื้อของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้รับการเกื้อหนุนจากระบบต่างๆ ในตลาดโลกอันได้แก่ การมีองค์กรรับรองคุณภาพระดับนานาชาติ การมีบริษัทส่งเสริมกิจการการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยผ่านเว็บไซต์และสื่อต่างๆ เพื่อช่วยด้านบริหารจัดการ รวมทั้งบริการอำนวยความสะดวกให้แก่หน่วยงานรัฐบาลของประเทศที่ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

องค์กรรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับนานาชาติมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมกิจการการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพราะเป็นผู้ให้หลักประกันว่าโรงพยาบาลในประเทศโลกที่สามหรือประเทศปลายทางต่างๆ มีคุณภาพดีพอและได้มาตรฐานทางการแพทย์ในระดับนานาชาติ องค์กรที่กล่าวถึงกันมากคือ Joint Commission International หรือเรียกกันโดยทั่วไปว่า JCI มีฐานที่ตั้งอยู่ที่สหรัฐอเมริกา การได้รับตรารับรองจาก JCI ถือเป็นเครื่องหมายที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการตลาดได้อย่างชัดเจน จึงเป็นที่รู้จักดีในด้านการรับรองคุณภาพโดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องการรับผู้ป่วยนักท่องเที่ยวต่างชาติ แต่ก็ยังมีองค์กรอื่นๆ ที่ทำหน้าที่คล้ายกันได้แก่ Accreditation Canada และ Australian Council in Healthcare Standards

บริษัทประกันสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่างประเทศเพื่อลดรายจ่ายของตนเอง ในการดำเนินการเพื่อส่งผู้ป่วยเหล่านี้มารับบริการ ในขณะที่บุคคลทั่วไปที่จะเดินทางมารับการรักษาพยาบาลเองมักต้องอาศัยองค์กรที่บริหารจัดการการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ช่วยดำเนินการให้ องค์กรเหล่านี้จึงเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญมากต่อการเติบโตในธุรกิจนี้ โดยทำกิจกรรมผ่านเว็บไซต์ เอกสารสิ่งพิมพ์ รวมถึงสื่อโฆษณาต่างๆ ซึ่งแต่ละสำนักงานก็จะมีคามเชี่ยวชาญแตกต่างกันไป โดยทำหน้าที่ให้ข้อมูลกระบวนการบริการทางการแพทย์รวมถึงจัดบริการเรื่องการเดินทางและที่พักตั้งแต่การจองตั๋วเครื่องบิน การจองโรงแรมที่พักทั้งก่อนและหลังการรักษา

ในกระบวนการส่งเสริมด้านการตลาดนั้น การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีกิจกรรมหลายประการที่เสนอให้กับผู้ป่วยในฐานะลูกค้า เช่น การให้สิทธิพิเศษหากมีการรักษามากกว่าหนึ่งกิจกรรม หรือมีการบอกต่อไปยังญาติพี่น้องเพื่อนฝูง บริษัทเหล่านี้สามารถสร้างการขายผ่านการติดต่อทางโทรศัพท์ได้ทันทีด้วยกลวิธีต่างๆ เช่น การลดราคาค่ารักษา การยกระดับบริการ (upgrade) โรงแรมที่พัก การจัดรถรับส่งฟรี การยกระดับที่นั่งในเที่ยวบิน และกิจกรรมในลักษณะที่เป็น "high perceived value, low actual cost" รวมถึงการใช้แนวทางการตลาดมาตรฐานอื่นๆ เพื่อดึงดูดลูกค้า หรืออาจมีตัวแทนจำหน่ายเพื่อช่วยเหลือลูกค้า รวมถึงการบริการแบบเป็นชุด (package) ที่มีบริการครบทุกอย่าง (all-inclusive) ในราคาที่ประหยัดลง

นอกจากนั้น การสนับสนุนจากรัฐบาลยังมีส่วนช่วยกระตุ้นการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นโดยความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับโรงพยาบาลเอกชน (Public Private Partnership, PPP) ซึ่งเป็นการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในรูปของเครือข่ายธุรกิจร่วมกับโรงพยาบาลในภาครัฐด้วยเหตุผลเพื่อการขยายตลาดบริการทางการแพทย์และการท่องเที่ยวซึ่งจะช่วยสร้างรายได้เข้าประเทศและสร้างการจ้างงาน การสนับสนุนจากภาครัฐด้านการส่งเสริมการลงทุนโดยการลดภาษีนำเข้าอุปกรณ์ทางการแพทย์ มาตรการด้านการเงินและการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานเพื่อดึงดูดผู้ป่วยชาวต่างชาติ การอำนวยความสะดวกเป็นพิเศษ เช่น ทำวีซ่าเพื่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งสนับสนุนการจัดงานแสดงสินค้าและบริการ การรณรงค์โฆษณาประชาสัมพันธ์ ก็มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

๒. บริบทโลกและรูปแบบการค้าระหว่างประเทศด้านบริการสุขภาพ

การเพิ่มขึ้นของประชากรและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกที่สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นนั้นได้ทำให้ความจำเป็นต้องการด้านการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากความเสื่อมเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ความคาดหวังที่สูงขึ้นของประชาชนต่อการบริการทางการแพทย์ก็มีเพิ่มมากขึ้นควบคู่ไปกับการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารบริการทางการแพทย์ทั่วโลกได้อย่างง่ายดาย ในขณะที่การเดินทางระหว่างประเทศก็กลายเป็นเรื่องสะดวกสบายมากขึ้น การเดินทางเพื่อไปรับบริการทางการแพทย์ในต่างประเทศจึงกลายเป็นการค้าระหว่างประเทศรูปแบบหนึ่ง เพิ่มเติมขึ้นจากเดิมซึ่งครอบคลุมเพียงสินค้าและบริการทั่วไป

อาจกล่าวได้ว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นผลโดยตรงจากกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) ที่ทำให้ระยะทางระหว่างประเทศและเขตแดนของชาติไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการแลกเปลี่ยนและการค้าอีกต่อไป องค์กรการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund-IMF) ได้อธิบายปรากฏการณ์โลกาภิวัตน์ไว้ว่า^{๑๓} เป็นผลจากนวัตกรรมของมนุษย์และเทคโนโลยีที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันทั่วโลกโดยเฉพาะผ่านการค้าและการเงิน มีการเคลื่อนย้ายของคน แรงงาน และความรู้ข้ามประเทศ ซึ่งส่งผลต่อวัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อมอย่างกว้างขวาง ส่วนองค์กร OECD ได้เน้นความหมายของโลกาภิวัตน์ในแง่ที่ทำให้เศรษฐกิจของประเทศมีความเกี่ยวเนื่องพึ่งพิงกันมากขึ้นเรื่อยๆ การค้าข้ามชาติกลายเป็นจักรกลสำคัญสำหรับกระบวนการโลกาภิวัตน์ ธุรกิจเอกชนกลายเป็นเครือข่ายนานาชาติที่สนองต่อการแข่งขันระหว่างประเทศอย่างรุนแรง ผลผลิตของโลกาภิวัตน์นำไปสู่การค้าระหว่างประเทศ (international trade) การลงทุนโดยตรงข้ามชาติ (foreign direct investment) การดำเนินกิจการของบริษัทข้ามชาติ (activity of multinational firms) การผลิตและการแพร่กระจายของเทคโนโลยี (production and international diffusion of technology)^{๑๔}

เช่นเดียวกับการค้าระหว่างประเทศอื่นๆ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีองค์กรการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) เป็นผู้กำกับดูแลโดยใช้ข้อตกลง GATS (General Agreement on Trade in Services) ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นคือการไม่กีดกันทางการค้า (non-discrimination) ข้อตกลงการค้าโลกหรือ GATS ได้แบ่งการค้าระหว่างประเทศทางด้านบริการสุขภาพเป็นสี่โมเดลคือ^{๑๕}

โมเดลที่ ๑ การบริการแบบการแพทย์ทางไกลผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Cross-border supply of services) อย่าง Telemedicine หรือ tele-consultation เช่น แพทย์ที่อินเดียให้คำแนะนำหลังการผ่าตัดกับผู้ป่วยที่แคนาดาผ่านระบบโทรศัพท์ทางไกล ในรูปแบบนี้มีข้อดีคือทำให้การดูแลผู้ป่วยในที่ห่างไกลสามารถทำได้รวมถึงการเฝ้าระวังโรคทำได้ง่ายขึ้น แต่อาจเกิดปัญหาของการดิ่งทรัพยากรที่จำเป็นของประเทศปลายทางไปใช้

โมเดลที่ ๒ การบริการทางการแพทย์ต่อนักท่องเที่ยวหรือผู้ป่วยชาวต่างชาติ (Consumption of services abroad หรือ movement of consumers) อันได้แก่ Medical tourism เช่นประชาชนชาวออสเตรเลียเดินทางมาผ่าตัดเสริมความงามในประเทศไทย ในกลุ่มนี้เป็นการที่ประชาชนต่างประเทศมารับ

^{๑๓} J. Steven Landefeld and Obie G. Whichardb., The importance of, and pitfalls in, measuring globalization. *Statistical Journal of the United Nations ECE*. (23, 2006), pp.127–142.

^{๑๔} OECD., *Measuring Globalisation: OECD Economic Globalisation Indicators*. (Organisation For Economic Co-Operation And Development, 2010).

^{๑๕} Cattaneo, Olivier. *Trade in Health Services: What's in it for Developing Countries?* (November ๑, ๒๐๐๙). *World Bank Policy*. (Research Working Paper Series No. 5115, 2009).

บริการในประเทศอื่นซึ่งอาจส่งผลกระทบให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรในประเทศปลายทาง

โมเดลที่ ๓ การลงทุนด้านบริการสุขภาพการในประเทศอื่น เช่น การซื้อหุ้นโดยทุนต่างชาติ (*Foreign direct investment in hospital or pharmaceutical industry*) ได้แก่การที่ชาวต่างชาติเข้ามาเป็นเจ้าของโรงพยาบาลเอกชน ยกตัวอย่างเช่นกลุ่มธุรกิจชาวสิงคโปร์จัดบริการรักษาพยาบาลเอกชนขึ้นในสหรัฐอเมริกา ในรูปแบบนี้ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพผ่านการแข่งขัน ซึ่งอาจทำให้เกิดระบบสองมาตรฐานในระบบบริการสุขภาพ

โมเดลที่ ๔ การเคลื่อนย้ายของบุคลากรทางการแพทย์ข้ามประเทศ (*mobilization of health professionals*) เช่น การที่พยาบาลชาวฟิลิปปินส์เดินทางไปทำงานในประเทศซาอุดีอาระเบีย อาจส่งผลต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจโดยการส่งออกบุคลากรไปสู่ประเทศอื่น แต่อาจทำให้เกิดภาวะสมองไหลไปต่างประเทศ นับเป็นความสูญเสียทางด้านการศึกษาในบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

ในกรณีนโยบายเมดิคัลฮับของประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นไปตามโมเดลที่ ๒ คือมีการเดินทางเข้าประเทศของผู้ป่วยต่างชาติ แต่ขณะเดียวกันการค้าระหว่างประเทศในการบริการสุขภาพในประเทศไทยก็มีรูปแบบอื่นๆ ด้วย เช่น การเคลื่อนย้ายของบุคลากรทางการแพทย์เข้าและออกระหว่างประเทศในโมเดลที่ ๔ และมีการลงทุนของโรงพยาบาลเอกชนของไทยในต่างประเทศตามโมเดลที่ ๓

หลักการของข้อตกลงของการค้าระหว่างประเทศห้าประการ^{๑๖} ได้แก่ (๑) การไม่เลือกปฏิบัติ (non-discrimination) (๒) เป็นการค้าเสรี (free trade) คือไม่มีการสร้างเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรค (๓) มีข้อตกลงตามที่กำหนด (predictable) (๔) มีการแข่งขันกันได้ทางการค้า (more competitive) (๕) เอื้ออำนวยประโยชน์ให้แก่ประเทศที่พัฒนาน้อยกว่า (more beneficial for less developed countries) หากพิจารณาเผินๆ อาจเห็นว่าข้อตกลงเหล่านี้เป็นไปเพื่อความเป็นธรรมทางการค้า แต่ในความเป็นจริง ข้อตกลงเหล่านี้ไม่ได้คำนึงถึงความจำกัดของทรัพยากรทางด้านสุขภาพของประเทศที่พัฒนาน้อยกว่า ว่าหากใช้ไปในทางการค้าเพื่อหวังรายได้จนมากเกินไปก็อาจเบียดบังทรัพยากร และส่งผลกระทบต่อประชากรในภาคส่วนที่ขาดแคลนอยู่ โดยเฉพาะเมื่อมีการนำนโยบายเมดิคัลฮับไปผูกโยงกับการเจรจาเขตการค้าระหว่างประเทศ^{๑๗} รวมทั้งประเด็นเรื่องการจำกัดสิทธิการผลิตยาใช้เองด้วยข้อห้ามจากเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา

^{๑๖} World trade Organization. Understanding the WTO 5th Edition: *Principles of the trading system*, (10, 2011). [Online] Available : http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/fact2_e.htm [2013, April,3]

^{๑๗} เช่น ในกรณีข้อตกลงการเจรจาจัดทำความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจไทยญี่ปุ่น (Japan-Thailand Economic Partnership Agreement, JTEPA) มีการใช้การบริการทางการแพทย์ที่เป็นเมดิคัลฮับไปแลกเปลี่ยนกับสิทธิทางการค้าอื่นๆ เช่นการเงินการธนาคาร การลงทุน การบริการ และทรัพย์สินทางปัญญา โดยยินยอมให้คนญี่ปุ่นที่ป่วย มารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยได้โดยสามารถเบิกจ่ายเงินจากกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลตามกฎหมายญี่ปุ่นในอัตราร้อยละ ๗๐ ซึ่งเป็นที่กังวลใจว่าจะเกิดการแย่งทรัพยากรทางด้านบริการสุขภาพจากคนไทย.

๓. ประเทศที่เป็นเมดิคัลฮับยอดนิยมของผู้ป่วยต่างชาติ

จากการรายงานข่าวของสำนักข่าวบลูมเบิร์ก (Bloomberg News) ในซานฟรานซิสโก สหรัฐอเมริกา โดยจอร์แดน โรเบิร์ตสัน (Jordan Robertson) สํารวจโดยอ้างอิงข้อมูลของสำนักงานที่เป็นการประสานข้อมูล การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ <http://www.patientsbeyondborders.com> ซึ่งเป็นสำนักงานด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับพบว่า^{๑๘} ในแต่ละปีมีผู้ป่วยทั่วโลกถึง ๗ ล้านคนที่ต้องการการรักษาในต่างประเทศซึ่งทำให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีมูลค่าปีละถึง ๔๐ พันล้านดอลลาร์ต่อปี (หรือประมาณ ๑.๒ ล้านล้านบาท) ทั่วโลกด้วยเหตุนี้หลายๆ ประเทศทั่วโลกจึงมุ่งเข้าสู่การตลาดทางด้านสุขภาพโดยประเทศที่เป็นที่นิยมของชาวต่างชาติในการรักษาพยาบาลได้แก่

๑. **ไทย** เป็นประเทศที่มีชื่อเสียงด้านการแปลงเพศ ค่ารักษาพยาบาลถูกกว่าในสหรัฐอเมริกาถึง ๕๐-๗๐% มีผู้ป่วยเข้ามารักษาปีละประมาณ ๑.๒ ล้านคนต่อปีทำให้เป็นประเทศที่นิยมเป็นอันดับหนึ่ง
๒. **เม็กซิโก** ขณะนี้ชาวต่างชาตินิยมเข้าไปรักษาที่เม็กซิโกมากกว่าหนึ่งล้านคน ส่วนใหญ่มาจากอเมริกา โดยนิยมไปรักษาทางด้านทันตกรรมและการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก
๓. **สหรัฐอเมริกา** เป็นที่รวมของแพทย์เฉพาะทางที่เก่งระดับโลกมีผู้ป่วยเข้ามารักษาถึงกว่า ๘๐๐,๐๐๐ รายสำหรับโรคที่ซับซ้อนแม้ว่าค่ารักษาจะแพงก็ตาม แต่ด้วยศักยภาพที่สูงจึงทำให้เป็นประเทศที่ผู้ป่วยต้องการไปรักษาเป็นอันดับต้นๆ
๔. **สิงคโปร์** เป็นประเทศหนึ่งที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยขั้นสูงที่สุดในโลกโดยเฉพาะด้านการรักษาโรคมะเร็ง เมื่อปี พ.ศ.๒๕๕๕ มีผู้ป่วยต่างชาติเดินทางเข้ามารับการรักษาได้ถึง ๖๑๐,๐๐๐ รายโดยเฉพาะจากประเทศอินโดนีเซียและพบว่ามีโรงพยาบาลถึง ๒๒ แห่งที่ได้รับการรับรองจาก Joint Commission International (JCI)
๕. **อินเดีย** มีผู้ป่วยถึงสี่แสนรายที่เข้ามารักษาที่อินเดีย โดยการรักษาที่นิยมคือการผ่าตัดที่ยากเช่นการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft surgery) ซึ่งบางครั้งค่ารักษาถูกกว่าในอเมริกาถึง ๙๐%
๖. **บราซิล** บราซิลมีชื่อเสียงด้านศัลยกรรมตกแต่งเนื่องจากมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญศัลยกรรมตกแต่งถึง ๔,๕๐๐ คน โดยมีนักท่องเที่ยวเข้ามารักษาถึง ๑.๘ แสนคนในปี พ.ศ.๒๕๕๕ ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเสริมจมูกถูกกว่าในอเมริกาถึง ๖๐% แม้การผ่าตัดเสริมความงามในสัตว์เลี้ยงก็ยังมีการให้บริการ
๗. **ตุรกี** ประมาณ ๑.๑ แสนรายของชาวต่างชาติที่ไปรักษาที่ประเทศตุรกีในปี พ.ศ.๒๕๕๕ เป็นประเทศที่ได้รับการรับรองด้านการรักษาพยาบาลจากองค์กรในสหรัฐอเมริกามากที่สุดในโลก โดยมีบริการตรวจตาและการผ่าตัดตาที่ไม่แพง และการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีค่าใช้จ่ายเพียง ๖๐% ของสหรัฐอเมริกา
๘. **ไต้หวัน** เป็นประเทศหนึ่งที่มีการบริการทางด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงที่สุดแห่งหนึ่งในโลกปีที่แล้วมีผู้ป่วยเข้ามารักษาถึง ๙ หมื่นรายมีสถานบริการถึง ๒๒ แห่งที่ได้รับการรับรองจาก JCI ซึ่งน้อยกว่าประเทศจีนเพียง ๖ แห่งการรักษาที่เป็นที่นิยมได้แก่ศัลยกรรมยกโหน่งซึ่งมีค่าใช้จ่ายถูกกว่าในอเมริกาถึง ๕๐%

^{๑๘} Robertson, Jordan. Top Travel Destinations for Medical Tourism. [Online] Available : <http://www.bloomberg.com/slideshow/2013-06-25/top-travel-destinations-for-medical-tourism.html#slide1>. [2012, April 20].

อย่างไรก็ตาม การวัดขนาดของอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังเป็นปัญหาในการกำหนดให้ตรงกันเช่นการนับเป็นจำนวนผู้ป่วย จำนวนการเข้าพบแพทย์ หรือจำนวนโรคที่ป่วย และการจำกัดผู้ที่เป็นการเดินทางเพื่อการรักษาพยาบาลเท่านั้นหรือนับรวมผู้ป่วยต่างชาติทั้งหมด

๔. ปัญหาและอุปสรรคของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

ก. จริยธรรมในการตลาด การรักษาความลับ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์

การส่งเสริมการขายและการตลาดในเรื่องการบริการสุขภาพเป็นประเด็นอ่อนไหวทางจริยธรรม โดยเฉพาะเมื่อการแพทย์กลายเป็นการค้าที่มุ่งแสวงหาผลกำไร การมุ่งผลประโยชน์หรือจำนวนการรักษาอาจทำให้การรักษาที่เกินจำเป็นสำหรับผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ บริษัทส่งเสริมการท่องเที่ยวทางการแพทย์ ซึ่งได้ค่าตอบแทนจากการขายก็อาจมุ่งเน้นการตลาด เพื่อทำเป้าหมายมากกว่าการให้ข้อมูลที่เพียงพอเหมาะสมแก่ผู้ป่วย และที่สำคัญการบริการทางการแพทย์เป็นการบริการที่ผู้ให้และผู้รับมีความรู้ที่แตกต่างกันมาก (หรือที่เรียกว่า asymmetry of information) ผู้ป่วยต้องพึ่งพาการตัดสินใจตามคำแนะนำของฝ่ายการแพทย์เพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่ผ่านการได้ข้อมูลที่ครบถ้วนถึงประโยชน์และโทษของการรักษา (informed consent) แต่การแข่งขันทางการค้าจะมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมและมีจริยธรรมมาน้อยเพียงใด เป้าหมายของการขายกับเป้าหมายการช่วยเหลือผู้ป่วยจึงขัดแย้งกันในตัวเอง ดังนั้นการแจ้งผลดีผลเสียอย่างหมดจดจึงเป็นเรื่องที่ต้องศึกษาและเฝ้าระวัง รายงานการวิจัยพบว่าข้อมูลเรื่องประโยชน์และความเสี่ยงมีการให้อย่างไม่สมดุลกัน โดยเฉพาะบนเว็บไซต์^{๑๔}

การขาดองค์การกำกับควบคุมระหว่างประเทศในเรื่องของการบริการสุขภาพระดับโลกรวมถึงการให้ข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดการใช้ประโยชน์จากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของโรงพยาบาลที่รักษา แพทย์ บริษัทส่งเสริมการขายการท่องเที่ยวมากกว่าประโยชน์ของผู้ป่วย ความสัมพันธ์เดิมที่เป็นลักษณะแพทย์กับผู้ป่วย (doctor-patient relationship) ถูกแทนที่ด้วยผู้ส่งเสริมการขายกับนักท่องเที่ยวผู้เป็นว่าที่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ส่งเสริมการขายย่อมไม่สามารถทำแบบฟอร์มขอความยินยอมจากผู้รับบริการ (informed consent) ได้ดีแทนที่ผู้อยู่ในวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข

ข. คุณภาพของการดูแลรักษา ความปลอดภัยของผู้ป่วย และความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ

ในเรื่องของคุณภาพบริการในขณะนี้ยังไม่มีที่ตั้งเกณฑ์เพื่อเทียบวัด (benchmarking) แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา เช่น การต้องผ่าตัดใหม่หรือต้องการดูแลหลังการรักษาเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นเรื่องเฉพาะในโรงพยาบาลที่รักษา คุณภาพการรักษาส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากคุณภาพของการอบรมศึกษาในแต่ละสถาบันที่มีคุณภาพแตกต่างกันไป มาตรฐานของการออกใบประกอบวิชาชีพ รวมไปถึงมาตรฐานของโรงพยาบาล การควบคุมการติดเชื้อ คุณภาพของคลังเลือด อุปกรณ์รักษาพยาบาลและห้องผ่าตัด เช่น ในอินเดียมีปัญหาเรื่องของคุณภาพของโรงเรียนแพทย์เอกชนและความไม่เชื่อถือตรงในแพทย์สภา ความซุกของโรคติดเชื้อในแต่ละประเทศ ถือได้ว่าเป็นความเสี่ยงของผู้ป่วยต่างชาติซึ่งบางครั้งผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงจำเป็นที่มีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือในเรื่องของคุณภาพของสถานบริการ

^{๑๔} Penney, Kali, Jeremy Snyder, Valorie A Crooks and Rory Johnston, Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: A thematic content analysis of Canadian broker websites. *BMC Medical Ethics*. 12 (17, 2011), pp.1-9.

ความเสี่ยงของการรักษาในโรงพยาบาลในต่างประเทศ อันได้แก่การเดินทางอันยาวนานบนเครื่องบินที่มีช่องว่างอันจำกัดเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน (venous thromboembolism) การผ่าตัดก่อนหรือหลังการเดินทางไกลเช่นนี้ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคมายิ่งขึ้นซึ่งโรคนี้ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดในปอด

อุปสรรคอีกประการหนึ่งสำหรับการขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ คือการเดินทางกลับหลังการรักษาทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งของการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการรักษาที่ต้องดูแลระยะยาว เช่น หลังการผ่าตัดอาจจำเป็นต้องรักษาฟื้นฟูอาการ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่องการติดเชื้อโดยเฉพาะการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันมีการแพร่ของเชื้อโรคดื้อยาที่เรียกว่ากันว่า “superbug” จากประเทศกำลังพัฒนาที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะฟุ่มเฟือยไปทั่วโลก เช่นกรณีเชื้อ “New Delhi metallo-beta-lactamase (NDM-๑) Enterobacteriaceae” จากประเทศอินเดีย^{๒๐,๒๑} หรือเรื่องการผ่าตัดไม่สำเร็จจนต้องรับการผ่าตัดใหม่อีกรอบ และบางครั้งก็เป็นภาวะฉุกเฉินซึ่งแพทย์ที่รับช่วงดูแลต่อไม่เต็มใจที่จะดูแลรักษาต่อจากการผ่าตัดครั้งก่อน และบางส่วนกลัวการฟ้องร้องหากมีปัญหาร่วมกับการรักษาที่ผ่านมาถึงแม้ว่าจะมีเทคโนโลยีสื่อสารที่ก้าวหน้า ปัญหาการขาดการรักษาที่ต่อเนื่องก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

ค. ปัญหาด้านกฎหมายทางการแพทย์ระหว่างประเทศ

นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการเซ็นชื่อยินยอมที่จะไม่ฟ้องเรียกร้องค่าเสียหายจากบริษัทจัดการการท่องเที่ยว เนื่องจากทำให้บริษัทเหล่านี้อ้างภาระที่จะต้องหาตัวแทนไปฟ้องร้องเพื่อเอาผิดกับบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป การร้องขอให้ศาลรับคำฟ้อง การหาข้อต่อสู้ทางคดี หากขณะคดีคำชดเชยที่ได้รับอาจไม่คุ้มค่า ในบางกรณีผู้ป่วยถูกเรียกให้เสียเงินค่าใช้จ่ายก่อนผ่านเว็บไซต์ของบริษัทที่ส่งเสริมการตลาด เสี่ยงต่อการหลอกลวงซึ่งกรณีนี้ยังไม่มีใครเก็บสถิติขนาดของปัญหาว่ามีมากน้อยเพียงใด แต่ที่มีรายงานแล้วเช่น คดีการหลอกให้จ่ายเงินค่าผ่าตัดเปลี่ยนตับและไต แต่ไม่สามารถจัดการรักษาให้ได้ หรือบางบริษัทปิดกิจการหนีไปโดยไม่จ่ายค่ารักษาให้กับโรงพยาบาลที่ดำเนินการรักษาแล้ว ในบางครั้งการหลอกลวงอาจส่งผลให้ถึงกับชีวิตได้ เช่นกรณีที่เป็นการรักษาที่เร่งด่วน หากเดินทางไปแล้วไม่สามารถรับการรักษาได้ตามที่ได้จ่ายเงินไป บางครั้งการหลอกลวงเกิดจากโรงพยาบาลเรียกเก็บเงินในรายการที่ไม่มีการรักษาจริง มีบางคนเสนอให้มีการทำประกันความเสียหายแต่จำเป็นที่จะต้องมีระบบการกำกับดูแลระบบประกันในเรื่องนี้เช่นกัน การรักษาพยาบาลในต่างประเทศยังมีความเสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ซึ่งกฎหมายในประเทศอาจบังคับไปไม่ถึง

^{๒๐} Tsang KY, Luk S, Lo JY, Tsang TY, Lai ST, Ng TK. (2012). Hong Kong experiences the 'Ultimate superbug': NDM-๑ Enterobacteriaceae. *Hong Kong Med J.* 18 (5, 2012), pp.439-41.

^{๒๑} Pittalis S, Ferarro F, Puro V. (2011). NDM-1: the superbug?. *Infez Med.* 19/4:224-34.

ผลกระทบเชิงบวก

- การสร้างรายได้เข้าประเทศ
- การส่งผ่านเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนา
- การพัฒนาคุณภาพลงไป (Trickle down)
- ภาวะสมองไหลกลับคืนของบุคลากรทางการแพทย์

ปัจจัยเอื้อ

- ราคา
- คุณภาพ
- เข้าถึงบริการ

ผลกระทบเชิงลบ

- ความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพของประเทศปลายทาง
- การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระบบ
- ปัญหาจริยธรรมของการให้บริการทางการแพทย์

อุปสรรค

- การได้รับข้อมูลไม่หมดของผู้ป่วยจากบริษัทส่งเสริมการขาย
- คุณภาพบริการทางการแพทย์
- ความปลอดภัยของผู้ป่วย
- โรคติดต่อระหว่างประเทศ
- การรักษาไม่ต่อเนื่อง
- การไม่ได้รับการคุ้มครองความเสียหายตามกฎหมาย
- การหลอกลวง
- การรักษาความลับผู้ป่วย
- การกระทบระบบสุขภาพของประเทศต้นทาง: ความเสียหายจากการรักษาต่อมา โรคติดเชื้อที่ติดมาด้วย

ปัจจัยนำ

- การมีบริการที่ล้นเกินของภาคเอกชน
- ประชาชนมีรายได้เพียงพอที่สามารถจ่ายได้
- สังคมผู้สูงอายุต้องการบริการการแพทย์มากขึ้น
- การสื่อสารทางไกลสะดวกขึ้น
- โลกาภิวัตน์ของสินค้าบริการและแรงงาน

ปัจจัยพื้นฐาน

- องค์กรนานาชาติรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่น Joint Commission International (JCI)
- บริษัทร่วมทุนระหว่างประเทศเพื่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
- การสนับสนุนจากรัฐบาลเพื่อสร้างรายได้เข้าประเทศ

ภาพที่ ๑ ภาพรวมของพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ประมวลจากประเด็นข้างต้น

ส่วนที่ ๒ นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติในประเทศไทย: พัฒนาการและข้อวิตกกังวล

ในส่วนนี้จะได้นำเสนอและอภิปรายประเด็นการก่อกำเนิดของนโยบายเมดิคัลฮับในประเทศไทยดังที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ มีพัฒนาการมากกว่าหนึ่งทศวรรษด้วยการริเริ่มของภาคเอกชนและการส่งเสริมของรัฐบาลและภาคการเมือง ภาคประชาสังคมแสดงความวิตกกังวลถึงผลกระทบของนโยบายนี้ผ่านสื่อและวงสนทนาต่างๆ จนนำไปสู่การถกเถียงกันในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายเมดิคัลฮับมีองค์กรผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก ในตอนนี้จะนำเสนอประเด็นต่างๆ ที่กลายมาเป็นข้อถกเถียงอย่างรอบด้าน

๑. จุดกำเนิดนโยบายเมดิคัลฮับในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์ของคณะทำงานที่มีศาสตราจารย์ไมเคิล อี พอตเตอร์ (Michael E. Porter) ของมหาวิทยาลัยฮาร์เวิร์ด (Harvard University) เป็นที่ปรึกษา ซึ่งเป็นนักวิชาการด้านยุทธศาสตร์^{๒๒} เศรษฐกิจของประเทศพัฒนาขึ้นจากรายได้ประชากรที่สูงขึ้น มีความต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้นทำให้เกิดการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากเพื่อรองรับความต้องการดังกล่าวภายในเวลา ๖ ปี เพียงในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มเป็นสองเท่าจนถึงเกือบสี่หมื่นเตียง นับว่าเป็นศักยภาพที่โรงพยาบาลเอกชนที่เคยสร้างไว้สูงมากก่อนปี พ.ศ.๒๕๔๐ ช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศกำลังขยายตัวก่อนจะเกิดภาวะฟองสบู่

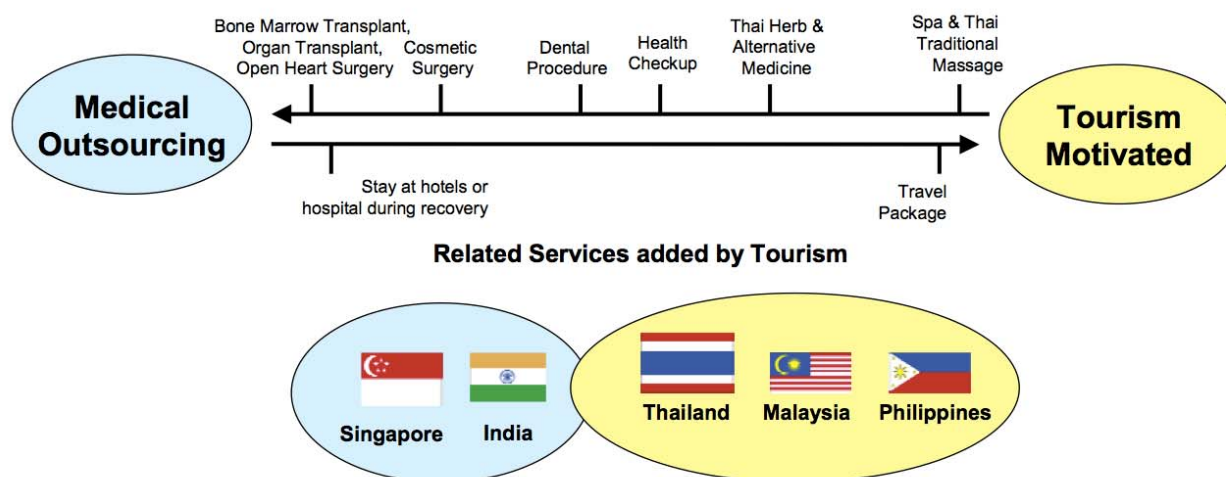
แต่ภายหลังภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ.๒๕๔๐ ผู้ป่วยภายในประเทศมีกำลังซื้อลดลง โรงพยาบาลเอกชนเหล่านั้นจึงได้เปลี่ยนเป้าหมายไปสู่ผู้ป่วยต่างชาติ เพื่อชดเชยแทนที่ผู้ป่วยที่หายไปโดยการประชาสัมพันธ์ในต่างประเทศ ประกอบกับการลดค่าเงินบาทและการมีต้นทุนค่าแรงต่ำเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลของประเทศไทยน้อยกว่าค่ารักษาในต่างประเทศเป็นอย่างมาก เช่น เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาแล้วค่าใช้จ่ายถูกกว่าครึ่งหนึ่ง แม้จะรวมค่าเดินทางและที่พักแล้ว โรงพยาบาลเอกชนพยายามส่งเสริมการตลาด ซึ่งขณะนั้นยังไม่ได้ดำเนินการจริงจังมีเพียงบางโรงพยาบาลเท่านั้นที่มีการขับเคลื่อนประจวบเหมาะกับช่วงเวลานั้นประเทศไทยกำลังสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งก็มีประเด็นว่าจะทำอย่างไรให้มีความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในมาตรการที่เหมาะสม เพราะต้องประคับประคองซึ่งกันและกัน โรงพยาบาลเอกชนส่วนหนึ่งมีความสามารถในการทำการตลาดเองโดยการตระเวนไปยังประเทศในตะวันออกกลาง ยุโรป และประเทศจีน ที่เหลือนอกเหนือจากนี้ก็ขอให้รัฐช่วยสนับสนุน หรือบางแห่งปรับปรุงการบริหารจัดการอย่างโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ในช่วงที่รายได้ตกต่ำลงมีการปรับการบริหารใหม่จนได้รับการรับรองคุณภาพจาก JCI เป็นแห่งแรกของกลุ่มประเทศอาเซียนและเป็นผู้นำทางด้านธุรกิจทางการแพทย์

ขณะนั้น พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ได้มุ่งเน้นในการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ โดยอาศัยศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนที่เคยให้บริการต่างชาติมาก่อนนี้ โดยการมอบให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงพาณิชย์ โดยมอบหมายให้กระทรวงพาณิชย์ดูแลเรื่องการค้าและการต่างประเทศ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงแรกได้มอบหมายให้สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) เป็นผู้ดูแล (ต่อมาเปลี่ยนผู้รับผิดชอบมาเป็น สำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ ภายใต้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ๒๕๕๓-๒๕๕๗) นโยบาย "เมดิคัลฮับ" ถูกกำหนดใน

^{๒๒} Monica Harryono, Yu-Feng (Tom) Huang, Koichi Miyazawa, Vijak Sethaput. Thailand Medical Tourism Cluster. Harvard Business School Microeconomics of Competitiveness. (May 5, 2006).[Online] Available : www.thailandmedicalhub.net/file/INF_RESEARCH/Thailand_Medical_Tourism_2013-03-18-08-14-28_7050.pdf. [2014, July 15].

คณะรัฐมนตรีครั้งแรกในยุครัฐบาลทักษิณโดยใช้ชื่อนโยบาย "ศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย" ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ในสมัยนั้นนโยบายทางด้านสังคมและเศรษฐกิจในสมัยรัฐบาลทักษิณถูกมองว่าเป็นนโยบายสองด้าน (dual track policy) คือการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจในประเทศขณะเดียวกันก็สร้างความสัมพันธ์กับต่างประเทศโดยการลงทุนการค้าและการเงิน แม้นโยบายทางด้านสุขภาพก็อาจถูกมองว่าเป็นนโยบายสองด้าน กล่าวคือด้านหนึ่งออกนโยบายสามสิบบาทรักษาทุกโรคหรือโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อีกด้านหนึ่งคือการพัฒนาระบบการแพทย์สำหรับผู้ป่วยชาติเพื่อสร้างรายได้เข้าประเทศ ซึ่งในขณะนั้นประเทศไทยคาดว่าจะมีรายได้ถึง ๑๘,๘๒๖ ล้านบาทจากผู้ป่วยชาวต่างชาติประมาณ ๗๓๐,๐๐๐ คนในปี พ.ศ.๒๕๔๖

ในขณะนั้นประเมินได้ว่าประเทศไทยเป็นที่นิยมของนักท่องเที่ยวต่างชาติ ด้วยปัจจัยหลายประการ เช่น อากาศไม่หนาวมากซึ่งเหมาะแก่การรักษาพยาบาลและพักผ่อน มีความปลอดภัยและประชาชนมีอัธยาศัยดี นอกจากนี้ประเทศไทยมีศักยภาพทางด้านการท่องเที่ยวเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ควรมีการเสริมด้วยจุดแข็งด้านการแพทย์ จึงมีการพัฒนาจากด้านการท่องเที่ยวที่ขยายมาสู่ด้านการแพทย์มากขึ้นเรื่อยๆ (ดูภาพที่ ๓) ซึ่งเป็นส่วนทางขวามือของภาพ ขณะนี้กำลังพัฒนามาด้านซ้ายมากขึ้นเรื่อยๆ



ภาพที่ ๓ สเปกตรัมของกลุ่มบริการทางการแพทย์และการบริการทางการท่องเที่ยว (ภาพคัดลอกจากรายงาน Thailand Medical Tourism Cluster)^{๒๓}

ในยุคเริ่มต้นของการพัฒนานโยบายเมดิคัลฮับมีรายงานการวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์ของนโยบายเมดิคัลฮับไว้ตามตารางโดยใช้ แบบจำลองเพชรที่สมบูรณ์ (Diamond Model) ซึ่งพัฒนาโดยไมเคิล อี พอตเตอร์ (Michael E. Porter) นักวิชาการเชิงยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University) ซึ่งนายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตรเชิญมาปาฐกถาเรื่อง "Thailand's Competitiveness" เมื่อวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๔๖ ซึ่งทีมนักวิชาการของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้เสนอไว้ดังตารางที่ ๒ ได้มีการให้คำแนะนำในเรื่องของการพัฒนานโยบายเมดิคัลฮับไว้ดังนี้คือ ส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการได้รับการรับรองคุณภาพในระดับนานาชาติ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพของวิชาชีพแพทย์ เช่นการส่งแพทย์ไปศึกษาอบรมต่อในต่างประเทศ ผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์พื้นบ้านเพื่อสร้างเอกลักษณ์ในระดับนานาชาติ มีการประเมินสถานการณ์โดย

^{๒๓} Ibid.,

เปรียบเทียบกับคู่แข่งในระดับนานาชาติ ขยายเครือข่ายไปยังหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาล บริษัทประกันชีวิตเชิงรุก สร้างความร่วมมือระหว่างคลัสเตอร์ทางการแพทย์และคลัสเตอร์ทางการท่องเที่ยว พัฒนาระบบการติดตามดูแลหลังการรักษาและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

สถานการณ์การแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชนพบว่า การเข้ามาของคู่แข่งรายใหม่ทำได้ยากเพราะมีต้นทุนเริ่มแรกสูงมากทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และระบบจัดการภายใน รวมทั้งโรงพยาบาลที่เปิดใหม่ต้องใช้เวลารสร้างชื่อเสียงให้เป็นที่ยอมรับ นอกจากนี้ การเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีชื่อเสียงทำให้ง่ายต่อการยอมรับจากลูกค้าและผู้เกี่ยวข้อง แต่การต่อรองของลูกค้าสูงขึ้นเนื่องจากราคาเป็นแรงดึงดูดลูกค้าให้เข้ามาใช้บริการ แต่อย่างไรก็ตามมีการเกิดใหม่หรือขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน จึงต้องพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพและความรวดเร็วเพื่อการแข่งขัน

ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์ศักยภาพการแข่งขันของยุทธศาสตร์เมดิคัลฮับตามวิธีการ Diamond Model ของ Michael E. Porter^{๒๔}

มิติการวิเคราะห์	ปัจจัยบวก	ปัจจัยลบ
ด้านบริบทการแข่งขันและกลยุทธ์ทางธุรกิจ	มีการแข่งขันที่สูงของโรงพยาบาลและการท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ	การแข่งขันในตลาดโลกยังขาดลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์พึงพากลไกรคามากเกินไป
ด้านเงื่อนไขปัจจัยการผลิต	- มีภูมิอากาศที่ดี - มีสถานที่ท่องเที่ยวที่ได้รับการพัฒนา - อธยาศัยไม่ตรีตี - ระบบโครงสร้างพื้นฐานทางด้านกายภาพดีทั้งโรงพยาบาล ศูนย์วิจัย การท่องเที่ยว การเดินทาง - เป็นประตูสู่ประเทศอาเซียน	- ประเทศยังขาดแคลนแพทย์ - การออกไปประกอบวิชาชีวะเวชกรรมของแพทย์สภามีความยุ่งยาก - ขาดระบบประกันเมื่อมีการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน - บุคลากรขาดทักษะด้านภาษาอังกฤษและภาษาต่างชาติ
ด้านอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง โยง และสนับสนุน	ธุรกิจการท่องเที่ยวส่วนอื่น ๆ ได้พัฒนาแล้วเป็นอย่างดี	- มีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองระดับนานาชาติจำนวนน้อย - ขาดองค์กรที่ประสานงานระหว่างด้านการรักษาพยาบาลกับการท่องเที่ยว - ขาดล่ามผู้แปลภาษา
ด้านเงื่อนไขด้านอุปสงค์	- มีจำนวนชาวต่างชาติที่ทำงานหรือเดิมทางมาประเทศไทยที่ต้องการการรักษาที่มีมาตรฐานกับบ้านตนเองจำนวนมาก - มีสถานที่ท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียง - มีการใช้สมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านจำนวนมาก - มีความต้องการสูงด้านสัลยกรรมความงามภายในประเทศ	

นอกจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยใช้โรงพยาบาลเอกชนเป็นฐานแล้ว ยังได้มีการพัฒนาบริการด้านอื่นๆ เพื่อสร้างรายได้ เช่น สปาและการนวด มีการขอแก้ไขกฎหมายโดยให้มาใช้กฎหมาย พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ส่วนเรื่องของสมุนไพรมีการนำไปเดินสายแสดงในต่างประเทศ และยังมีบัตรอิทธิการด์ (Elite Card) จำหน่ายใบละล้านบาท โดยเจ้าของบัตรนี้จะได้สิทธิพิเศษจำนวนมาก เช่นการทำวีซ่าที่สนามบินประเทศไทยได้เลย มีบริการรถรับส่งถึงโรงแรม บริการสนามกอล์ฟ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ช่วยส่งเสริม

^{๒๔} Ibid.,

การท่องเที่ยวให้ชาวต่างชาติมาใช้จ่ายเงินในประเทศไทย ทั้งยังมีการส่งเสริมการท่องเที่ยวแบบพำนักระยะยาว หรือลองสเตย์ซึ่งมีกระทรวงพาณิชย์เป็นผู้สนับสนุน แต่ทั้งนี้ถือว่าการตลาดและการพำนักรูปแบบลองสเตย์ต่างประสบปัญหาด้านการบริหารจัดการ

๒. ลำดับเหตุการณ์การผลักดันเมดิคัลฮับในประเทศไทย

ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ มีการเร่งรัดการพัฒนาการแพทย์แผนไทยการเพิ่มประเภทการนวดไทยในสาขาการแพทย์แผนไทย มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการตลาด ขณะเดียวกันก็พัฒนามาตรฐาน โดยการขึ้นทะเบียนผู้มีความรู้ความสามารถ

ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ มีการออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ให้อยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๕ และยังมีการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทการนวดไทยรุ่นแรก

ในปีนี้มีมีการดำเนินการของทบวงมหาวิทยาลัยในการส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการอุดมศึกษาในกลุ่มประเทศเพื่อนบ้าน หรือเรียกกันว่า Education Hub และมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เพื่อให้คนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการ

ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ มีการจัดตั้งบริษัทไทยแลนด์พรีเมียมการ์ด จำกัด ดำเนินธุรกิจขายบัตรที่เรียกว่า อีลิทการ์ด (Thailand Elite Card) ให้คนต่างชาติที่ไม่มีถิ่นพำนักถาวรในประเทศไทย บัตรละหนึ่งล้านบาทมีอายุตลอดชีวิตสมาชิกผู้ถือบัตรอีลิทและคู่สมรสจะได้สิทธิพิเศษ หรืออภิสิทธิ์ในเรื่องการเข้าออกประเทศ มีวีซ่าเข้าออกประเทศชนิด multiple entry visa การผ่านด่านตรวจหนังสือเดินทางที่สนามบินมีช่องผ่านด่วนระหว่างสนามบินกับที่พัก (บ้านหรือโรงแรม) มีรถรับส่ง บริการชั้นดีต่างๆ ได้รับส่วนลดจากการบินไทยถึงร้อยละ ๒๐ การใช้สนามกอล์ฟ สปา ความสะดวกในการติดต่อเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการอย่างรวดเร็ว ในการขออนุญาตการทำงาน ใบขับขี่ และการตรวจสุขภาพ สมาชิกได้สิทธิตรวจสุขภาพประจำปีฟรีปีละครั้งได้สิทธิในการรักษาโรค โดยได้รับส่วนลดพิเศษ รวมถึงการถือครองหรือการมีกรรมสิทธิ์ที่ดินในไทย ซึ่งมีเนื้อที่ถึง ๑๐ ไร่ ในปีนี้มีมีการออกประกาศกระทรวงให้ กิจการสปาเพื่อสุขภาพ การประกอบกิจการ อาบ อบ นวด การประกอบกิจการสถานที่อาบน้ำ อบไอน้ำ เข้าอยู่ในกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ คณะรัฐมนตรีอนุมัติแผนฮับสุขภาพแห่งเอเชีย เน้นกลุ่มหลักคือ ๑) การเป็นศูนย์กลางในการรักษาโรคเฉพาะทาง ๒) การนวดแผนโบราณแบบไทยและสปา ๓) ผลิตภัณฑ์สุขภาพสมุนไพรไทย โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวกำหนดระยะเวลาดำเนินการ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๑) ทั้งนี้ คาดว่าจะนำรายได้เข้าประเทศกว่าสองแสนล้านบาท โดยแบ่งออกเป็นธุรกิจรักษาพยาบาล ๑.๔ แสนล้านบาท ธุรกิจด้านสปานวดไทยกว่า ๕ หมื่นล้านบาท และผลิตภัณฑ์สุขภาพเกือบ ๒ หมื่นล้านบาท โดยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพเอเชีย ใช้วงเงินงบประมาณ ๕๖๐ ล้านบาท จัดเป็นงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗ จำนวน ๔๔.๕ ล้านบาท เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลและสถาบันทางการแพทย์ต่างๆ เปิดให้บริการในลักษณะนานาชาติมากยิ่งขึ้น สนับสนุนส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยให้แพร่หลายกำหนดธุรกิจให้บริการสปาให้ชัดเจนครอบคลุมถึงการให้บริการแบบทางเลือก

นอกจากการออกนโยบายเมดิคัลฮับแล้วในปีนี้มีมีการเกิดขึ้นของส่วนต่างๆ ที่สนับสนุนนโยบายนี้คือ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย มาตรฐานของสถานที่ การบริการ ผู้ให้บริการ หลักเกณฑ์ และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรองให้เป็นไปตามมาตรฐานสำหรับสถานที่เพื่อสุขภาพซึ่งถูกมองว่าเป็นไม่เป็นการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยอย่างแท้จริงแต่เป็นการมุ่งเน้นเชิงธุรกิจมากกว่า

การจัดตั้งสมาพันธ์สปาทั่วประเทศ ประมาณ ๔๐๐ แห่ง เพื่อพัฒนาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ และให้จัดตั้งสภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวจังหวัดในบางจังหวัดที่เหมาะสม ยังมีการจัดงานเพื่อส่งเสริมการนวดและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยเรียกว่า งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติครั้งที่ ๑ โดยมีสินค้าเด่นคือ ครีมบำรุงผิวจีพีโอเคอร์มิน ซึ่งผลิตจากสมุนไพรชั้นเพื่อชะลอรอยเหี่ยวย่น รวมถึง กวาวเครือ และกระชายดำ การออกกฎหมายกระทรวงเพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขา การแพทย์แผนไทย ประเภทการนวดไทยรุ่นแรก จำนวน ๘๑ คน

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีแนวทางการพัฒนามาตรฐานสปาเพื่อประโยชน์ในเชิงพาณิชย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้มีการปรับปรุง กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย ส่วนการส่งเสริมให้มีการศึกษาแพทย์แผนไทยและบริการสปาในสถานศึกษานั้น ขณะนี้สถาบันการศึกษาต่างๆ ได้เปิดหลักสูตรระดับปริญญาตรีแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสปา หรือเป็นวิชาเลือกในระดับปริญญาตรีในสถานศึกษา

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการโครงการพัฒนาศิริราชสู่สถาบันการแพทย์ชั้นนำในเอเชียอาคเนย์ วงเงินรวม ๘.๗ พันล้านบาท นอกจากนี้รัฐบาลยังได้ให้ Harvard Business School โดยทีมงานของศาสตราจารย์ไมเคิล อี พอตเตอร์ (Prof. Michael E. Porter) ให้ศึกษาวิจัยเรื่อง Thailand Medical Tourism Cluster เป็นการริเริ่มให้มีคลัสเตอร์ของผู้ประกอบการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยเปรียบให้ Medical Tourism Cluster เป็นเสมือนหัวรถจักรที่จะนำพาเศรษฐกิจไปสู่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดการการท่องเที่ยว การโรงแรม การขนส่ง คลินิกในส่วนภูมิภาค ร้านค้าสำหรับการจำหน่ายสินค้า ซึ่งในภาคส่วนอื่นๆ เหล่านี้มีขนาดธุรกิจที่ใหญ่มาก

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ หลังการยึดอำนาจโดย รสช. มีการเปลี่ยนรัฐบาลโดยคณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติ โดยมี พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีไม่มีการดำเนินการในนโยบายเมดิคัลฮับ

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ นายสมัคร สุนทรเวช และนายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี แม้ว่าจะเป็นคนในพรรคการเมืองเดิมที่เป็นเจ้าของนโยบายเมดิคัลฮับ แต่ก็ไม่มีการดำเนินการที่เป็นทางการเกี่ยวกับนโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเชีย เนื่องจากดำรงตำแหน่งในระยะเวลาไม่นานนัก จนกระทั่งรัฐบาลนำโดยพรรคประชาธิปัตย์โดยมีนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรีในปีถัดมา

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ คณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบตามที่สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษา เรื่อง แนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย (Thailand Medical Hub) ซึ่งเปลี่ยนชื่อไปจากเดิมที่เป็น "ศูนย์กลางสุขภาพเอเชีย"

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีการนำเรื่องนโยบายเมดิคัลฮับเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สาม โดยรายคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้บรรจุ “นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” เข้าสู่วาระการประชุมสมัชชา (๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๓) โดยการเสนอของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน และเครือข่ายของหอการค้าไทย ทำให้มีการตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ต่อมา มีกระแสคัดค้านนโยบายเมดิคัลฮับจากแพทย์ชนบทและเครือข่ายประชาสังคมและผู้บริโภคด้วยความกังวลว่าจะเกิดภาวะสมองไหล (๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๓) ต่อมาคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) มีนโยบายส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมสุขภาพ ให้กิจการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลได้รับสิทธิประโยชน์ยกเว้นอากรขาเข้าเครื่องจักรทุกชนิด ยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล ๑๐๐% (เมื่อวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๓) ในปลายปีนั้นมีการควมรวมกิจการระหว่างเครือโรงพยาบาลพญาไท และเครือโรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียลกับเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ โดยการขายและโอนกิจการทั้งหมดให้แก่บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) หรือ BGH เจ้าของโรงพยาบาลกรุงเทพ (๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๓) ในปลายปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีการรับรอง

มติสมัชชาจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่อง “นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” โดยมีขอบเขตของการบริการทางการแพทย์เท่านั้น (๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๓)

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ กระทรวงสาธารณสุขได้เน้นย้ำนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติโดยมีเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ สปา นวด แพทย์แผนไทยและสมุนไพร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ยังได้จัดทำประชาพิจารณ์แผนการพัฒนาระบบเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ จากผลของมติสมัชชาทำให้คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) ได้มีมติให้ชะลอการส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมสุขภาพไว้ชั่วคราว (๓๑ มีนาคม ๒๕๕๔) ซึ่งการชะลอการส่งเสริมการลงทุนกล่าวถึงว่าเป็นผลของมติสมัชชาสุขภาพฯ ที่รวดเร็วและสำคัญมากจะเห็นได้ว่าดำเนินการก่อนที่จะมีการออกมติรัฐมนตรีว่าจะได้รับรองมติสมัชชา (๑๒ เมษายน ๒๕๕๔) อีกด้วย มติสมัชชาฯ ที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติได้กำหนดให้คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนพิจารณาดำเนินการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อ ๕๑ คือ ไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน หรือบีโอไอเป็นหน่วยราชการสังกัดกระทรวงอุตสาหกรรมที่มีหน้าที่ส่งเสริมให้เกิดการลงทุน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและอำนวยความสะดวกด้านการลงทุน ด้วยการให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีอากรที่จูงใจและสามารถแข่งขันกับประเทศอื่นๆ ได้ ประสานความร่วมมือกับกลุ่มนักธุรกิจต่างชาติและหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ นอกจากนี้ บีโอไอยังทำหน้าที่ด้านการตลาดในการประชาสัมพันธ์ประเทศไทยในฐานะแหล่งรองรับการลงทุนที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของภูมิภาคเอเชีย

ด้วยอำนาจหน้าที่ของบีโอไอที่สามารถให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีอากรที่จูงใจได้ โรงพยาบาลเอกชนจึงใช้ช่องทางนี้เพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขันให้กับประเทศในธุรกิจการรักษายาบาล แต่ด้วยมติสมัชชาสุขภาพในเรื่องเมดิคัลฮับจึงทำให้มีการระงับการให้สิทธิทางภาษี โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ ประมาณเกือบหนึ่งเดือนก่อนการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน หรือบีโอไอ เมื่อวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๓) มีนโยบายที่จะส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมสุขภาพ โดยให้กิจการที่เกี่ยวข้องกับการรักษายาบาลได้รับสิทธิประโยชน์พิเศษทางด้านภาษี โดยมีรองนายกรัฐมนตรีทำหน้าที่ประธานการประชุม และไม่มีการนำประเด็นในธรรมนูญสุขภาพไปพิจารณาด้วยจึงมีมติที่ขัดต่อธรรมนูญสุขภาพ แต่เมื่อมีมติสมัชชาสุขภาพออกมาแล้วนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีได้สั่งการให้ยับยั้งมตินั้นทันที บีโอไอจึงได้มีมติ เมื่อวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ ให้ชะลอการดำเนินการส่งเสริมการลงทุนประเภทกิจการโรงพยาบาลชั่วคราว ภายหลังการชะลอการส่งเสริมดังกล่าวสมาคมโรงพยาบาลเอกชนก็ได้มีหนังสือขอพบนายกรัฐมนตรีเพื่อขอความชัดเจนในนโยบายของรัฐต่ออุตสาหกรรมสุขภาพภาคเอกชน โดยอ้างว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาตินั้น มีความขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ทำให้บีโอไอและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตั้งคณะกรรมการร่วมชุดเดิมดำเนินการศึกษาอย่างกว้าง ข้อเสนอกรอบการส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๔ ซึ่งความพยายามในการแก้ไขระเบียบข้อบังคับเพื่อส่งเสริมธุรกิจอุตสาหกรรมสุขภาพยังคงดำเนินอยู่โดยอาศัยข้ออ้างเรื่องศักยภาพในการแข่งขันของประเทศ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๕

การระงับสิทธิทางภาษีกับธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเป็นประเด็นที่สำคัญอันหนึ่งที่ทำให้ภาคธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนรู้สึกผิดหวังกับมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเรื่องนี้ เนื่องจากเป้าหมายของการนำประเด็นเมดิคัลฮับเข้าสู่สมัชชาสุขภาพก็เพื่อให้เกิดการยอมรับในสังคม แต่กลับได้รับผลที่กระทบต่อเรื่องกำไรจากการละเว้นภาษีนำเข้าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้ภาคธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไม่พอใจต่อมติสมัชชาฯ และไม่พอใจต่อการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มองว่าไม่เป็นกลางในกระบวนการต่างๆ ความไม่พอใจส่งผลให้ต้องการแก้ไขธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษาตั้งแต่วันที่ ๒

ธันวาคม ๒๕๕๒ โดยอาศัยข้อที่ว่าให้มีการทบทวนเป็นระยะๆ อย่างน้อยทุก ๕ ปีที่ปรากฏอยู่ในคำปรารภ

ภาคเอกชนได้แสดงความเห็นต่อธรรมนูญสุขภาพในข้อ ๕๑ ที่ว่า “รัฐไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ” ว่าเป็นเสมือนระเบิดกระแทกไปทุกภาคส่วนในภาคเอกชนโดยให้เหตุผลว่าโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งมุ่งทำประโยชน์ต่อสังคมด้วยนอกเหนือจากการทำธุรกิจ เช่นการสนับสนุนการบริการสุขภาพในระบบประกันสังคม ดังนั้นการใช้มาตรการนี้จึงส่งผลกระทบต่อกิจการที่สร้างประโยชน์ต่อสังคม

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ในปีนี้รัฐบาลยังได้ดำเนินการขยายเวลาการพำนักในราชอาณาจักรสำหรับกรณีการเดินทางเพื่อการรักษาพยาบาลเป็น ๙๐ วัน เมื่อกลางปี พ.ศ.๒๕๕๕ นี้สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจัดสัมมนารับฟังความคิดเห็นสำหรับนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีและกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำยุทธศาสตร์ ๕ ปีพัฒนาให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ โดยการพัฒนาทั้งสี่สาขาคือการรักษาพยาบาล แพทย์แผนไทย สปา และผลิตภัณฑ์สมุนไพร พร้อมทั้งพัฒนาโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานนานาชาติ JCI

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมีบทบาทอยู่เบื้องหลังในการกำหนดนโยบายเมดิคัลฮับซึ่งมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้หน่วยงานนี้ให้คำปรึกษาต่อหน่วยงานอื่นๆ และให้เร่งหามาตรการเพิ่มค่าตอบแทนของบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐ เพื่อลดปัญหาการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน และการกำหนดให้ภาคเอกชนผู้ได้รับผลประโยชน์จากนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติชดเชยผู้ได้รับผลกระทบอย่างเหมาะสม อาทิ การจัดตั้งกองทุนผลิตแพทย์เพิ่มโดยใช้รายได้จากภาษีที่เก็บได้จากการประกอบการของสถานบริการสาธารณสุขในภาคเอกชน เป็นต้น และข้อสังเกตของคณะรัฐมนตรีที่เห็นว่าการแก้ไขปัญหาคาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่ขาดแคลน อาจพิจารณาเปิดโอกาสให้แพทย์จากต่างประเทศเข้ามาทดแทนหรือสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยของภาคเอกชนที่มีความพร้อมในการเปิดสอนสาขาทางการแพทย์เพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ประกอบการพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

จะเห็นว่าบทบาทของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาคาดแคลนที่ถูกกำหนดไว้ค่อนข้างเป็นรูปธรรม เช่น การหามาตรการเพิ่มค่าตอบแทน การชดเชยจากภาคเอกชน หรือการตั้งกองทุนผลิตแพทย์และการเปิดโอกาสให้นำเข้าแพทย์จากต่างประเทศและเปิดโรงเรียนแพทย์ในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นเพื่อแก้ปัญหา แต่บทบาทของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นเพียงการจัดทำข้อเสนอแนะผ่านการจัดสัมมนารับฟังความคิดเห็น เช่นมีการประชุมระดมสมองสัมมนารับฟังความคิดเห็นเรื่อง “นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” ในวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๕๕ นโยบายการเป็นศูนย์กลางการแพทย์นานาชาติ ณ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ แจ้งวัฒนะในงานนี้ ดร.เชอเม พัทธี นักวิจัยด้านการค้าทางสุขภาพระหว่างประเทศจากสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) เสนอให้พัฒนาเมดิคัลฮับให้สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓ ซึ่งต้องมีกลไกร่วมระหว่างรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด ขณะที่รัฐบาลต้องจัดสรรรายได้ของเมดิคัลฮับไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ มาผลิตบุคลากรและพัฒนาระบบสุขภาพในชนบทและสร้างแรงจูงใจทางการเงินให้บุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะระดับท้องถิ่น ซึ่งทุกคนต้องเข้าถึงการรับบริการอย่างเท่าเทียม แต่ทั้งนี้ยังไม่มีกรอบแนวทางหรือมาตรการที่เป็นกฎระเบียบออกมาอย่างเป็นรูปธรรม

เมื่อต้นปีในการประชุมคณะรัฐมนตรีสัญจรที่จังหวัดเชียงใหม่มีการอนุมัติงบประมาณ ๒ พันล้านบาทเพื่อพัฒนาเมดิคัลฮับในภาคเหนือ ตามข้อเสนอของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๖

มกราคม ๒๕๕๕ และการประชุมคณะรัฐมนตรีสัญจรในเดือนต่อมาที่จังหวัดขอนแก่นมีการเสนอพัฒนาพัฒนา ศูนย์เมดิคัลฮับที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้งบประมาณสี่พันล้านบาท เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ ในวันรุ่งขึ้นเครือข่ายผู้ป่วยผู้บริโภภาคประชาสังคมจำนวน ๒๒ เครือข่ายได้ทำหนังสือเปิดผนึกถึงนายกรัฐมนตรี เพื่อให้ตรวจสอบการจัดตั้งศูนย์บริการทางการแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางระดับสูงหรือเมดิคัลฮับให้เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ ถัดมาอีกหนึ่งวันโรงพยาบาลศิริราชออกข่าวเปิดเมดิคัลฮับแห่งแรกในประเทศไทยภายใต้ชื่อ “โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์” ขนาด ๓๐๐ เตียงโดยใช้งบประมาณ ๗ พันล้านบาทในเดือนเมษายน ๒๕๕๕

โรงเรียนแพทย์ได้เข้าสู่กระแสของการเป็นเมดิคัลฮับจนเป็นที่รับรู้ของสังคมเริ่มต้นมาตั้งแต่ คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๙ เห็นชอบในหลักการโครงการพัฒนาศิริราชสู่สถาบันการแพทย์ชั้นนำใน เอเชียอาคเนย์วงเงินรวม ๘,๗๓๘.๐๒ ล้านบาท ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของสำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่กำหนดให้คำนึงถึงการสร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลเอกชนโดยเฉพาะ โรงพยาบาลที่จัดบริการชั้นนำ (World Class) ในงานบริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้ครุภัณฑ์ที่มีค่าลงทุนสูง เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการลงทุน รวมทั้งนำองค์ความรู้ของภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในทางการแพทย์ ต่อมาปี ๒๕๕๓ คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติดำเนินโครงการพัฒนารามาธิบดีสู่คณะแพทยศาสตร์ชั้นนำในเอเชีย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลโดยมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ให้ใช้จ่ายจากเงิน งบประมาณภายในวงเงิน ๓,๑๒๗.๖๕ ล้านบาท และต้นปี พ.ศ.๒๕๕๕ คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติโครงการจัดตั้ง ศูนย์บริการทางการแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางระดับสูง หรือเมดิคัลฮับ ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น จนเป็น เหตุการณ์ที่ทำให้ภาคประชาสังคมเครือข่ายสุขภาพ ๒๒ เครือข่ายทำจดหมายเปิดผนึกให้นายกรัฐมนตรีได้ ทบทวนมติดังกล่าวแต่ก็ไม่ได้เป็นผล เพราะขณะเวลาใกล้เคียงกันโรงพยาบาลศิริราชได้แถลงข่าวเปิดตัว โรงพยาบาลศิริราชปียมหาราชการุณย์ หนึ่งในโครงการพัฒนาศิริราชสู่สถาบันการแพทย์ชั้นนำในเอเชีย อาคเนย์ และยังมีการลงนามความร่วมมือการให้บริการทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลหัวเฉียว (ในสังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง) ซึ่งโรงพยาบาลรามาธิบดีการพัฒนา ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ โดยมีวิสัยทัศน์ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยชั้นนำในภูมิภาคเอเชียและ เป็นที่พึ่งของผู้ป่วยด้านการรักษาพยาบาลโรคซับซ้อน

จะเห็นว่ามีพัฒนาการในการพัฒนาโรงเรียนแพทย์ให้เป็นเมดิคัลฮับ ขณะที่โรงเรียนแพทย์เองก็ปฏิเสธ ที่จะบอกว่าตนเองเป็นเมดิคัลฮับ โดยบอกว่าต้องการพัฒนาความเป็นเลิศด้านวิชาการและการวิจัยมากกว่าและ ต้องการนำรายได้ส่วนที่ได้มาจากการบริการพิเศษมาปรับปรุงการบริการผู้ป่วยทั่วไปและไม่ได้มุ่งที่คนใช้ ต่างชาติ เพียงแต่หากเดินเข้ามารักษาก็ไม่สามารถปฏิเสธได้ ขณะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยถูกมอบหมายให้ ส่งเสริมการเข้าร่วมเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติด้านขีดความสามารถทางวิชาการทางการแพทย์ โดยให้มี ระบบการติดตามและประเมินผลกระทบที่จะเกิดกับระบบสาธารณสุขไทย และให้สร้างหลักประกันการเข้าถึง การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพของประชาชนไทย แต่การดำเนินงานกลับมีส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ออกข่าว แสดงความเป็นโรงพยาบาลเมดิคัลฮับอย่างชัดเจน

จากพัฒนาการที่รวดเร็วนี้หากย้อนไปดูในกระบวนการยกร่างประเด็นเมดิคัลฮับโดยคณะทำงาน วิชาการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ตัวแทนของโรงเรียนแพทย์ที่มานั่งในคณะกรรมการมี เพียงท่านเดียว คือผู้แทนกองทุนพัฒนาระบบงานหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราช และการพัฒนาเมดิ คัลฮับในโรงเรียนแพทย์ไม่ได้มีการพูดคุยกันในเวทีสมัชชาสุขภาพอย่างชัดเจน จึงเป็นที่มาของการทักท้วงของ ภาคประชาสังคมที่กล่าวในข้างต้นและมีการวิพากษ์วิจารณ์แสดงความกังวลใจในสื่อต่างๆ จำนวนมากที่จะ กล่าวต่อไป จากการที่รัฐบาลพยายามใช้ความเป็นเลิศทางด้านวิชาการเป็นจุดขายให้กับโครงการเมดิคัลฮับ ซึ่ง

จะเห็นได้จากงานในปี พ.ศ.๒๕๕๖ ที่นายกรัฐมนตรีเป็นประธานการประชุมร่วมกับคณบดีคณะแพทยศาสตร์ทั่วประเทศเพื่อให้โรงเรียนแพทย์พัฒนางาน Academic Hub ซึ่งสอดคล้องกับการให้นโยบายว่าประเทศไทยจะเป็น Education Hub โดยเทียบเคียงว่าจะให้เป็น Harvard of Asia และด้าน Service Hub คือการบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ นายกรัฐมนตรี เป็นประธานการประชุมเชิงนโยบายเรื่องการพัฒนาศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพ (Medical Hub) ร่วมกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยมีคณบดีโรงเรียนแพทย์เข้าร่วมประชุมด้วย (๙ พฤษภาคม ๒๕๕๖) มีการกำหนดแนวทางการพัฒนา Medical Hub เป็น ๔ ด้านคือ ๑) เป็นศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือ Wellness Hub ที่เป็นการบริการอย่างครบวงจร ๒) เป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ หรือ Medical Service Hub ที่ต่อยอดกับระบบสปาระบบการทำงานเพื่อสร้างสุขภาพ รวมถึงการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ซึ่งถือเป็นจุดแข็งของประเทศไทยและเป็นจุดหนึ่งที่หลายประเทศเข้ามาใช้บริการ ๓) เป็นศูนย์กลางการศึกษาวิชาการและงานวิจัย หรือ Academic Hub ที่เกี่ยวกับสุขภาพ และ ๔) เป็นศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือ Product Hub และได้นำเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพ (Medical Hub) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการปรับปรุงกรอบแผนยุทธศาสตร์การเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพ รองรับยุทธศาสตร์ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑ ในส่วนของข้อเสนอการพัฒนาศูนย์กลางการศึกษา วิชาการและงานวิจัย (Academic Hub) ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนนโยบายรัฐบาล เรื่อง Medical Hub และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จะมีการตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณารายละเอียดตามนโยบายและหลักการ โดยมี กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสำนักงานงบประมาณ ร่วมเป็นคณะทำงานพิจารณารายละเอียด รวมถึงให้โรงเรียนแพทย์เป็นหลักในการการพัฒนา Service Hub ด้วย

จะเห็นได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขถูกกำหนดเป็นผู้ผลักดันนโยบายเมดิคัลฮับอย่างเต็มตัวโดยมีรัฐมนตรีเป็นผู้นำดำเนินนโยบายโดยเฉพาะรัฐมนตรีในยุคของรัฐบาลพรรคเพื่อไทยที่ผลักดันนโยบายนี้เป็นพิเศษซึ่งได้แก่นายวิทยา บุรณศิริ และนพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ ทำงานเป็นทีมร่วมกับรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงตั้งแต่ นายต่อพงษ์ ไชยสาส์น นพ.สุรวิทย์ คนสมบูรณ์ และต่อมาเป็นนพ.ชลน่าน ศรีแก้ว จะเห็นได้จากการเสนอข่าวของรัฐมนตรีช่วยสองท่านสมัยนายวิทยา บุรณศิริได้แถลงข่าวที่จะเสนอคณะรัฐมนตรีให้เห็นชอบในหลักการและอนุมัติงบประมาณการจัดตั้งศูนย์บริการทางการแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางระดับสูง หรือเมดิคัลฮับ (Medical Hub) โรงเรียนแพทย์ต่างๆ ในภาคเหนือและภาคอีสานตามลำดับ หรือการที่นพ.ชลน่าน ศรีแก้วเป็นประธานในการรับฟังความเห็นต่อดำเนินการโครงการเมดิคัลฮับการทำงานเป็นทีมงานของรัฐมนตรีทั้งกระทรวงแสดงถึงนโยบายเมดิคัลฮับมีการจัดการอย่างมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนซึ่งเชื่อมโยงมาจากยุคก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ซึ่งมีสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นผู้ดำเนินการและต่อมาโอนงานให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้บริหารโครงการนี้ จะเห็นได้ว่าบทบาทในปัจจุบันไม่ได้เป็นไปตามมติสมัชชาสุขภาพฯ ที่กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการสนับสนุนข้อมูลแก่คณะกรรมการสนับสนุนนโยบายสุขภาพเพื่อสนับสนุนการศึกษาในประเด็นผลกระทบทั้งด้านบวก และด้านลบจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการใช้ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและแนวทางให้ภาคเอกชนที่ดำเนินการนโยบายนี้คืนกำไรให้กับสังคมโดยยึดหลักความเป็นธรรมต่อทุกภาคส่วน

นอกจากนี้ โครงการเมดิคัลฮับโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรายได้เข้าประเทศ มีคำวิจารณ์ว่าอาจเป็นพันธกิจที่ดูจะขัดกับพันธกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและรักษาโรคมากกว่าจะมาทำเรื่องกิจการการค้าขายทางสุขภาพเช่นนี้ และคำวิจารณ์ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของกระทรวง

สาธารณสุขต่อโครงการเมดิคัลฮับคือ กระทรวงสาธารณสุขควรทำหน้าที่เป็นผู้คุ้มครองผู้บริโภคที่ได้รับการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเมดิคัลฮับอย่างไม่ต้องเหมาะสม และควรมีการกำหนดคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลในโครงการเมดิคัลฮับให้มีคุณภาพในระดับสากล อีกทั้งควรได้มีการดำเนินการป้องกันแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นกับนโยบายนี้ตามมติสมัชชาฯ ซึ่งผลงานที่เป็นพันธกิจเหล่านี้ไม่ได้ทำอย่างจริงจัง แต่กระทรวงสาธารณสุขกลับเป็นฝ่ายดำเนินการขับเคลื่อนการหารายได้จากบริการทางการแพทย์ที่มีเสียเอง ขณะที่ปัญหาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศยังมีอยู่อีกมากที่รอการแก้ไข

กระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินนโยบายเมดิคัลฮับซึ่งมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มอบหมายให้ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการเฉพาะกิจของนายกรัฐมนตรีเพื่อพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติที่ไม่กระทบต่อบริการสุขภาพสำหรับประชาชน และพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดและพัฒนานโยบายดังกล่าวทั้งนโยบายระดับชาติและแผนปฏิบัติการเพื่อลดผลกระทบในทางลบต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับคนไทย

ขณะที่การดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ผ่านมาจะเป็นเรื่องของการทำกิจกรรมส่งเสริม เช่นเป็นเจ้าภาพการจัดงานไทยแลนด์ เมดิคัลฮับ เอ็กซ์โป ๒๐๑๒ (๓๐ สิงหาคม - ๒ กันยายน ๒๕๕๕) เพื่อแสดงความพร้อมรองรับการก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและการเปิดเสรีทางการค้า ภายใต้แนวคิดประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางของการดูแลสุขภาพในระดับโลก (Thailand as World Class Health Care Destination) เป็นการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของสถานประกอบการธุรกิจบริการสุขภาพในประเทศไทยให้มีคุณภาพและมาตรฐานในระดับสูงขึ้นไป นอกจากนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพยังเป็นเจ้าภาพหลักตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ในปี พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙ โดยให้เพื่อเป็นกรอบในการกำหนดรูปแบบแนวทางการดำเนินงานของศูนย์บริการสุขภาพทั่วประเทศ และเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจไทยอีกด้านหนึ่งด้วย มีเป้าหมายหลัก ๔ เรื่อง ได้แก่ ๑) การรักษาพยาบาล เช่นทันตกรรม การรักษาโรคเฉพาะทาง การฟั่นกระษัยยาว ๒) การส่งเสริมสุขภาพ เช่น สปา นวดเพื่อสุขภาพ ๓) ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐานจีเอซีพี (GACP) ขององค์การอนามัยโลก ๔) การเพิ่มผลผลิตด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ส่งเสริมให้จัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือกทุกภูมิภาค ให้โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนเปิดคลินิกแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ส่วนแผนปฏิบัติการเพื่อลดผลกระทบในทางลบต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับคนไทยยังไม่มีออกมาเป็นรูปธรรม

ขณะที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเร่งรัดการขับเคลื่อนนโยบายเมดิคัลฮับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานวิชาการที่ได้รับการคาดหวังจากมติสมัชชาสุขภาพให้เป็นหน่วยงานหลักในการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลที่มีศักยภาพในการจัดการข้อมูลและให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับคุณภาพการบริการรักษาพยาบาลและสาธารณสุข เพื่อป้องกันผลกระทบจากธุรกิจการแพทย์ และลดผลกระทบด้านลบจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติแต่ภายหลังการมีมติสมัชชาสุขภาพ บทบาทของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขยังไม่มีชัดเจนในเรื่องการจัดการข้อมูลและให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันผลกระทบด้านลบจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

นอกเหนือจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแล้ว ยังมีคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของนโยบายเมดิคัลฮับทางด้านการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ได้รับมอบหมายให้เป็นกลไกหลักร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงภาคเอกชน ดำเนินการร่วมกับคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษา และติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ จัดทำแผนการผลิต การจัดการ มาตรการธำรงรักษาบุคลากร

ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เหมาะสมเพื่อทดแทนการสูญเสียบุคลากรจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ รวมไปถึงการสนับสนุนการพัฒนากระบวนการข้อมูล อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น เพื่อการกำกับติดตามการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ และการกำหนดแนวทางให้ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยเฉพาะสาขาที่ขาดแคลน และสนับสนุนให้เกิดกลไกการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนด้านการบริหารงานบุคคลและการดำเนินงานในโรงพยาบาล เพื่อให้มีการนำไปปรับระบบบริการให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติถูกตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยการอนุมัติของคณะรัฐมนตรีพร้อมด้วยแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๙ ปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๕๗) มี นพ.มงคล ณ สงขลา เป็นประธาน ในงานสัมมนารับฟังความคิดเห็น “นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” เมื่อวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๕๕ จัดโดยสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นพ.มงคล ณ สงขลา ประธานคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่า “รัฐบาลสนับสนุนให้ไทยเป็นศูนย์กลางเมดิคัลฮับในอาเซียน ซึ่งต้องแข่งขันกับสิงคโปร์ที่ประกาศตัวเป็นผู้นำด้านการแพทย์ในภูมิภาค ทำให้สถาบันการแพทย์และการศึกษาของไทยต้องเร่งพัฒนางานวิจัยและบุคลากรให้มากขึ้น ภายหลังหลายฝ่ายกังวลว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขจะไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยไทย เนื่องจากต้องดึงไปรักษาผู้ป่วยต่างชาติ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่มีน้อยและใช้เวลาในการผลิตนาน บุคลากรการแพทย์เข้ามากระจุกตัวในเมืองใหญ่ ทำให้ชนบทขาดแคลนแพทย์

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทมีมานาน แม้ภาครัฐจะพยายามผลิตแพทย์ชนบท แต่ไม่สามารถจูงใจให้อยู่ในท้องถิ่นได้นานตามสัญญาใช้ทุนเรียน ถึงจะออกมาตรึงค่าปรับแต่กลับถูกคัดค้านจากหลายฝ่าย ดังนั้นหากจัดตั้งเมดิคัลฮับสมบูรณ์ในอนาคต อาจเกิดปัญหาการดึงบุคลากรจากโรงพยาบาลศูนย์และมหาวิทยาลัยทางการแพทย์ “สมองไหล” ไปรองรับบริการศูนย์กลางการแพทย์นานาชาติ โดยเฉพาะเอกชนซึ่งมีระบบเมดิคัลฮับรองรับอยู่แล้ว รัฐบาลต้องทุ่มงบในการวิจัยเพื่อหาวิธีดึงแพทย์กระจายตัวในท้องถิ่นให้ได้ โดยเพิ่มค่าตอบแทน สวัสดิการ และสิทธิพิเศษอื่น เพื่อแก้ปัญหการขาดแคลน และสร้างความมั่นใจแก่แพทย์ชนบทที่จับใหม่ แม้หลายฝ่ายหวังเกรงว่าโครงการผลิตดังกล่าวจะสิ้นสุดลงเพียงปี พ.ศ.๒๕๕๖ แต่ในส่วนของการดำเนินงานยังมีความต่อเนื่อง มีการตอบสนองต่อสถานการณ์บางครั้ง เช่น การประชุมเพื่อหาทางออกกรณีการขอบรรจุพยาบาลตำแหน่งพนักงานแต่ก็ยังไม่มีทางออกที่ชัดเจน

ส่วนคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ ได้รับการจัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๒ โดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการฯ มีองค์ประกอบจากทั้งภาครัฐ ภาควิชาการวิชาชีพ และภาคประชาชน/เอกชน มีนางศิรินา ปวรโพธิ์วิทยา โชควัฒนา เป็นประธาน มีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นกรรมการและเลขานุการ และ รศ.ดร.ชินัญญ์ กาญจนะจิตรา เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการชุดนี้ มีหน้าที่และอำนาจในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งเชิงบวกและลบ ทั้งก่อนการเจรจา การทำความตกลง และหลังจากความตกลงมีผลบังคับใช้แล้ว โดยการประสานสนับสนุนการทำงานกับกลไกเจรจาการค้าระหว่างประเทศของรัฐบาล รวมทั้งพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายหรือให้ข้อเสนอแนะหรือคำปรึกษาตาม คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และกลไกเจรจาการค้าระหว่างประเทศของรัฐบาลเพื่อให้มีแนวทางป้องกัน ลด หรือเยียวยาผลกระทบด้านลบ

คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและการติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ ได้ดำเนินการสนับสนุนกลไกที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งขึ้น โดยได้จัดประชุมซึ่งได้มีตัวแทนจากทุกภาคส่วนเข้าร่วมเป็นกรรมการ มีการประชุมไปแล้ว ๒ ครั้ง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญกับผลกระทบจากการเจรจาการค้าระหว่างประเทศและได้รับความร่วมมืออย่างดีในการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการฯ ได้มีการพิจารณาดังนี้คือการศึกษาผลกระทบและมาตรการรองรับกรณีการเจรจาการค้าระหว่างประเทศกลุ่มประเด็นการค้าบริการ การลงทุน การเปิดตลาดบริการภายใต้อาเซียน สาขาสุขภาพ ได้มีมติว่า การดำเนินการใดๆ ให้ยึดหลักการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๖ ข้อ ๔๓ ววรรค ๒ ที่บัญญัติว่า "การบริการสาธารณสุขต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และรัฐบาลควรสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลักโดยไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ" และมีมติให้มีการศึกษาวิจัยผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดจากการเจรจาการค้าระหว่างประเทศภายใต้กรอบอาเซียน ในประเด็นการค้าบริการ และการลงทุนอย่างรอบด้าน รวมทั้งการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องแนวทางหรือมาตรการที่เหมาะสมในการกระจายผลประโยชน์ที่ได้จากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติสู่ประชาชนไทยอย่างเป็นรูปธรรม

คณะกรรมการทั้งสองชุดยังไม่ได้นำเสนอแผนที่ชัดเจนในเรื่องที่กำหนดไว้ในมติสมัชชา เช่น แผนการผลิต การจัดการและมาตรการธำรงรักษาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อทดแทนการสูญเสียบุคลากรจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ รวมถึงการสนับสนุนการพัฒนาาระบบข้อมูล และอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็น เพื่อการกำกับติดตามการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อีกทั้งแนวทางให้ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยเฉพาะสาขาที่ขาดแคลน และสนับสนุนให้เกิดกลไกการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนด้านการบริหารงานบุคคลและการดำเนินงานในโรงพยาบาล เพื่อให้มีการนำไปปรับระบบบริการให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

๓. ประเด็นความห่วงกังวลต่อผลกระทบและข้อวิพากษ์ต่อนโยบายเมดิคัลฮับในประเทศไทย

ประเด็นทางจริยธรรมที่มีผลกระทบจากนโยบายเมดิคัลฮับ เป็นสิ่งที่ได้รับการกล่าวถึงกันมากจากผู้เกี่ยวข้อง การทำให้บริการสุขภาพกลายเป็นสินค้าซึ่งเชื่อมโยงไปสู่การซื้อขายหุ้นของโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์และการโฆษณาที่ขาดจริยธรรม กระบวนการสร้างบัณฑิตแพทย์ที่มีคุณธรรมจริยธรรมในโรงเรียนแพทย์ที่ดำเนินนโยบายเมดิคัลฮับ การบริการสองมาตรฐานในระบบบริการ ภาวะสมองไหลของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญจากรัฐสู่เอกชนและจากประเทศยากจนสู่ประเทศร่ำรวย พันธกิจของโรงเรียนแพทย์และกระทรวงสาธารณสุขที่ถูกบิดเบือนไป และความท้าทายต่อความเป็นธรรมาภิบาลของนโยบายและการดำเนินนโยบาย

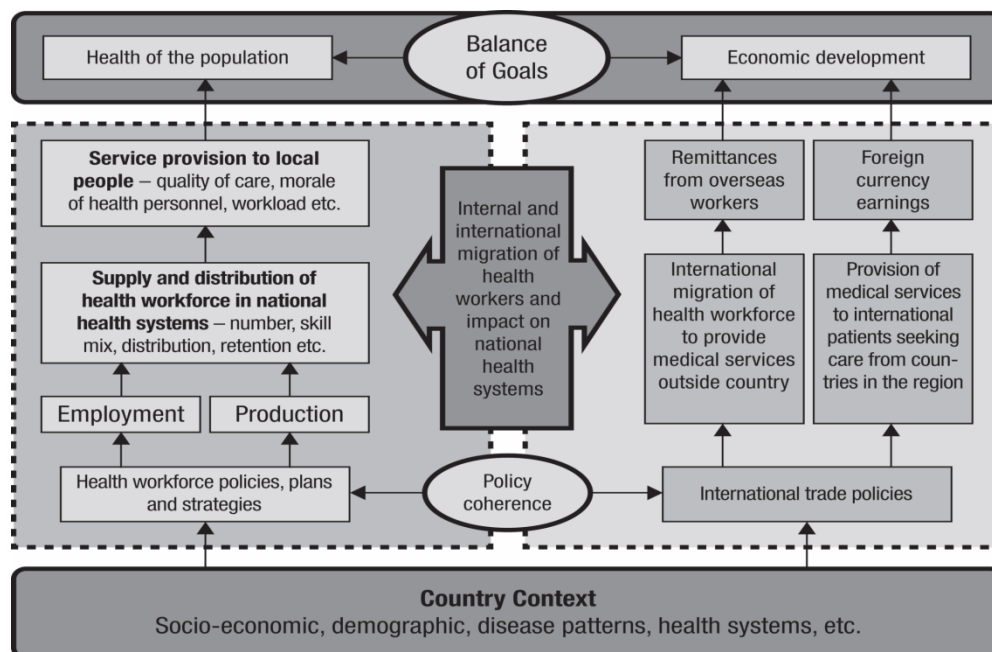
ก. ความสมดุลระหว่างผลกระทบต่อระบบสุขภาพกับประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

ด้านหนึ่งของนโยบายเมดิคัลฮับช่วยทำให้เกิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจโดยการสร้างรายได้จากการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยต่างชาติ แล้วแรงงานด้านการแพทย์เหล่านั้นก็ส่งเงินจากต่างประเทศกลับมา แต่ขณะเดียวกันก็อาจส่งผลให้เกิดการขาดสมดุลการจ้างงานและการผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งในเรื่องจำนวน ความเชี่ยวชาญ การกระจายและการคงเหลือ ซึ่งผลกระทบจะมีต่อประชาชนในท้องถิ่นมากกว่าในเชิงคุณภาพบริการ ขวัญกำลังใจ และกลายเป็นภาระงานหนักของบุคลากรที่เหลืออยู่ให้จำต้องแบกรับ อันเป็นผล

มาจากภาวะสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์ที่มุ่งไปสู่องค์กรที่มีกำลังซื้อสูง โดยรวมแล้วจะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน เนื่องจากนโยบายการแพทย์และการสาธารณสุขที่มุ่งเรื่องเศรษฐกิจมากจนขาดความสมดุลกับคุณภาพชีวิตด้านอื่นของผู้รับบริการ

ดังจะเห็นได้จากภาพที่ ๒ จากการศึกษาของ ศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ ว่าเป็นหน้าที่ของรัฐบาลที่จะต้องสร้างสมดุลของนโยบายทั้งสองด้านคือการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและการดูแลสุขภาพของประชาชนในประเทศ จำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาผลกระทบ การป้องกัน และเมืองค์กรที่จะคอยติดตามและกำกับดูแลการดำเนินงานของนโยบายเหล่านี้อย่างใกล้ชิดโดยอาศัยหลักของธรรมาภิบาลที่ดี

ในมุมมองของนักวิจัยทางด้านการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ^{๒๕} เห็นว่าหากต้องมีการเจรจาการค้าทางด้านสุขภาพเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดสำหรับเศรษฐกิจของประเทศ โดยรัฐบาลจะต้องแน่ใจว่าเกิดการกระจายผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน มีวิธีการสนับสนุนและชดเชยผู้ด้อยโอกาสหรือมีวิธีการนำกำไรจากการค้าเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสังคม การจัดสรรทรัพยากรมากขึ้นเพื่อการสาธารณสุขและการศึกษา ซึ่งการดำเนินนโยบายเรื่องนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้เพื่อการเตรียมการรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ควรเป็นฝ่ายรุกมากกว่าการรอรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นภายหลัง และไม่ควรเข้าไปทำโดยขาดวิสัยทัศน์ แต่ควรมีงานวิจัยเพื่อการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่วนการประสานกับภาคเอกชนควรเป็นไปแบบสร้างสรรค์และโปร่งใส ในส่วนภาคประชาสังคมกระทรวงสาธารณสุขควรมีการเสริมเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ



ภาพที่ ๒ สมดุลระหว่างรายได้ของประเทศจากแหล่งภายนอกประเทศกับการดูแลสุขภาพของคนในประเทศ (คัดลอกภาพจาก Medical Tourism in Southeast Asia: Opportunities and Challenges)^{๒๖}

^{๒๕} Pachanee, C., Wibulpolprasert, S. Policy Coherence between Health Related Trade and Health” Ministry of Public Health, Thailand Paper presented at the Interregional Workshop on Trade and Health, WHO/SEARO, New Delhi, India, (12-13 October 2004).

^{๒๖} Churnrurtai Kanchanachitra Cha-aim Pachanee Manuel M. Dayrit Viroj Tangocharoensathien in

ขณะที่ผู้เกี่ยวข้องในเชิงนโยบายต่อเมดิคัลแอบในบรรยากาศของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เห็นว่า^{๒๗} ขณะที่ส่วนใหญ่ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศของไทย (GDP) มาจากการส่งออกสินค้าและบริการ การท่องเที่ยวซึ่งรวมทั้งท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพทำให้เกิดโอกาสของการนำไปสู่การค้าของระบบสุขภาพมากขึ้น เพื่อการสร้างรายได้ให้กับประเทศซึ่งก็ส่งผลมาจากการเติบโตของความต้องการที่เพิ่มขึ้นสำหรับการให้บริการการดูแลสุขภาพที่มากขึ้น และการค้าในระบบสุขภาพเติบโตไปไกลกว่าที่คาดการณ์ไว้ ขณะที่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งที่ต้องการของประชาชน จึงเกิดการแข่งขันเพื่อการแย่งชิงทรัพยากรที่มีและคาดว่าจะนำไปสู่ภาวะสมองไหลต่อไป ซึ่งที่ผ่านมาตั้งแต่รัฐบาลไทยเริ่มส่งเสริมสุขภาพภาคเอกชนในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ พบว่ากฎระเบียบเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากความไม่เสมอภาคในการให้บริการด้านสุขภาพยังไม่รัดกุมเพียงพอ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะทบทวนนโยบายเหล่านี้เพื่อสร้างกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพและมาตรการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันและมีคุณภาพที่ดี เช่น การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นเพื่อประชากรยากจนและชนบทเมือง การสร้างแรงจูงใจด้านภาษีเฉพาะผู้ให้บริการภาคเอกชนที่ให้ความร่วมมือในการควบคุมราคาค่ารักษาพยาบาล

ข. การเป็นสินค้าของบริการสุขภาพ การเข้าตลาดหุ้นของโรงพยาบาลเอกชน และการโฆษณา

การใช้การตลาดเป็นตัวจัดการการบริการทางสุขภาพ (Commodification)^{๒๘} รวมกับการขยายตัวของเศรษฐกิจเสรีนิยมใหม่ (Neo-liberalism) ที่มุ่งเน้นสนองความต้องการของผู้บริโภคทำให้เกิดการส่งเสริมการขาย เมื่อบริการสุขภาพถูกทำให้เป็นสินค้า ผู้ป่วยก็ถูกจัดวางให้เป็นผู้บริโภคและสูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย นอกจากนี้การเป็นสินค้าของบริการสุขภาพส่งผลให้เกิดการค้าขายบริการสุขภาพในตลาด รวมถึงการซบซื้อหุ้นในตลาดหลักทรัพย์ของบริษัทโรงพยาบาลเอกชน การควบรวมกิจการ การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลในเครือ

กระบวนการทำให้บริการสุขภาพให้เป็นสินค้า^{๒๙} ประกอบด้วย ก) การสร้างมาตรฐานของสินค้า (product standardization) จะเห็นได้จากโรงพยาบาลต่างๆ มีความพยายามเพื่อได้รับการรับรองจาก JCI ด้วยเหตุผลทางตลาดมากกว่าการสร้างการสร้างความศรัทธาบริการ ข) การขยายการตลาด (market expansion) ซึ่งเห็นได้จากการควบรวมและขยายเครือข่ายธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไปสู่สวนภูมิภาคมากขึ้น และ ค) กระบวนการทำการตลาดของบริการสุขภาพ (marketing healthcare to customer) ด้วยวิธีการต่างๆ ที่

Medical Tourism in Southeast Asia: Opportunities and Challenges. In *Risks and Challenges in Medical Tourism*, edited by J.R. Hodges, L. Turner and A.M. Kimball (2012. ISBN-13: 9780313399350 Greenwood Publishing Group page 56).

^{๒๗} Pachanee C, Wibulpolprasert S. (2006). Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. *Health Policy and Planning*. (21: 4, 2006), pp. 310-318.

^{๒๘} Edmund D. Pellegrino. The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic. *Journal of Medicine and Philosophy*. 24 (3, 1999), pp.243-266.

^{๒๙} Penney et al. Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: A thematic content analysis of canadian broker websites. *BMC Medical Ethics*. 12 (17, 2011), pp.1-9.

หลากหลาย เช่น การจัดการแสดงสินค้าและบริการทางการแพทย์การส่งเสริมการขายทางอินเทอร์เน็ตพบว่ามีลักษณะไม่มีการตรวจสอบมาตรฐานของเว็บไซต์การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ ทำให้มีการให้ข้อมูลด้านเดียวที่ดี แต่ขาดการให้ข้อมูลการติดตามการดูแลภายหลังการรักษา^{๓๐,๓๑} พบว่าการโฆษณาไม่ได้มีเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น โรงพยาบาลของรัฐที่มุ่งทำเป็นเมดิคัลฮับก็มีกลยุทธ์ทางการโฆษณาเช่นกันทั้งในทางตรงและทางอ้อม

ค. การบริการสองมาตรฐานในระบบบริการทางการแพทย์

คำถามในเชิงจริยธรรมในการให้บริการที่อาจแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเพิ่มในระบบเมดิคัลฮับกับผู้ป่วยที่ไม่ได้จ่ายค่ารักษาเพิ่ม หรือกรณีที่มีทรัพยากรจำกัด ซึ่งแพทย์จะต้องตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานความจำเป็นทางการแพทย์ (Clinical need) แต่กรณีเป็นผู้ป่วยในเมดิคัลฮับ แพทย์จะยังคงตัดสินใจให้การรักษานบนพื้นฐานของความจำเป็นทางการแพทย์อยู่หรือไม่ ซึ่งในเรื่องเหล่านี้มีเสียงสะท้อนผ่านสื่อได้แก่

ประชาชนกังวลมากในเรื่องการมีสองมาตรฐานในการรักษาพยาบาลและจรรยาบรรณแพทย์ เมื่อมีเมดิคัลฮับแล้ว หากเกิดเหตุฉุกเฉินพร้อมกันระหว่างคนรวยที่มีเงินจ่ายกับประชาชนที่ต้องให้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือประกันสังคม หากจำเป็นต้องผ่าตัด แพทย์จะผ่าตัดให้ใครระหว่างคนมีเงินจ่ายกับคนจน จึงอยากให้ดูเรื่องความเหลื่อมล้ำ และการจัดบริการอย่างไรให้คนจนเข้าถึงบริการและไม่เกิดช่องว่าง

(กมล อุปแก้ว เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย)^{๓๒}

การสร้างเมดิคัลฮับมีแง่ดี แต่ที่สังคมกังวลคือความเหลื่อมล้ำของมาตรฐานการรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ตระหนักในเรื่องของการรักษาคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในเมืองใหญ่ และในชนบท เพราะบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยไม่เพียงพอ และโรงพยาบาลในเมืองใหญ่มีแรงดึงดูดให้คนเข้ามาอยู่แล้ว หากจะต้องมีหลักประกันว่าจะไม่รักษาคนรวยที่มีเงินให้ มากกว่าผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแต่ไม่มีเงิน และทำอย่างไรให้จรรยาบรรณแพทย์มาก่อนการเป็นพ่อค้า เพราะหากยอมให้มีการหากำไรจากการรักษาพยาบาล จะทำให้เกิดข้อกังขาว่าเป็นการทำเพื่อเงินมากกว่าจรรยาบรรณหรือไม่

(น.พ.พิเชษฐ ลีละพันธ์เมธา ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๗ ขอนแก่น)^{๓๓}

กล่าวได้ว่า ภาคประชาสังคมและหน่วยงานที่เป็นฝ่ายจัดหาบริการทางการแพทย์มีความกังวลใจต่อ

^{๓๐} Mason, A., Wright, K. B. Framing medical tourism: An examination of appeal, risk, convalescence, accreditation, and interactivity in medical tourism web sites. *Journal of Health Communication*. (16,2011), pp. 163-177.

^{๓๑} Turner, L. Canadian medical tourism companies that have exited the marketplace: Content analysis of websites used to market transnational medical travel. *Globalization and Health*. (7, 2011), pp. 1-16.

^{๓๒} การเสวนาเรื่อง “เมดิคัลฮับ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน” จัดโดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๕๕. [Online] Available : [\[http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MzYy\]](http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MzYy). [๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕].

^{๓๓} การเสวนาเรื่อง “เมดิคัลฮับ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน [ประชุมเดียวกันกับข้างต้น].

การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่อาจจะทุ่มเทไปเพื่อแนวนโยบายนี้ ซึ่งมีความจำเป็นที่มีมาตรการป้องกันผลกระทบอันเกิดจากความไม่เป็นธรรมเรื่องการใช้ทรัพยากรในภาครัฐเช่น การมีระบบธรรมาภิบาลในการดูแลผู้ป่วย (Clinical governance) หรือการมีคณะบุคคลจากภาคส่วนต่างๆ ได้ช่วยกำกับดูแลการใช้ทรัพยากรให้เป็นธรรม

ง. กระบวนการสร้างบัณฑิตแพทย์ที่มีคุณธรรมจริยธรรมในโรงเรียนแพทย์

โรงเรียนแพทย์เป็นแหล่งผลิตแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กระบวนการเรียนจึงไม่ได้มีเพียงการสอนความรู้เท่านั้นแต่ต้องบ่มเพาะจรรยาบรรณและความเป็นวิชาชีพด้วย โดยผ่านการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยร่วมกับอาจารย์ ส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนจึงเป็นการเลียนแบบอย่างจากอาจารย์ ซึ่งโรงเรียนแพทย์ที่มีบริการเมดิคัลฮับหากเกิดปัญหาการบริการสองมาตรฐาน บัณฑิตแพทย์ที่ได้เรียนรู้จากการเห็นการบริการในระบบนี้เป็นประจำทุกวันๆ จะเรียนจบออกมากลายเป็นแพทย์แบบใด เหล่านี้ยังคงเป็นคำถามที่อยู่ในความสนใจของประชาชน

ขณะที่กระทรวงสาธารณสุข เพิ่งโยนโจทย์ใหม่ในการสนับสนุนให้โรงเรียนแพทย์เป็นฮับ หรือสร้างระบบ ๒ มาตรฐานในโรงพยาบาลโดยไม่มีคำตอบในเรื่องการแก้ไขปัญหากระจายแพทย์ไปยังชนบทหรือ มาตรการแก้ปัญหาการรักษาที่ไม่เท่าเทียมในโรงพยาบาล เพราะนั่นอาจจะหมายถึง คนจนรักษาในโรงพยาบาลของนักเรียนแพทย์ ขณะที่พอมีรายได้หน่อยไปรักษาโรงพยาบาลของอาจารย์แพทย์

(สิรินาถ ศิริสุนทร คอลัมน์นิสต์ หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ)^{๓๔}

ข้อวิตกกังวลในเรื่องสองมาตรฐานทางการแพทย์นี้ ไม่แตกต่างจากความคิดเห็นต่อเมดิคัลฮับของ นพ. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ที่เห็นว่าหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพคือ โรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ผลิตแพทย์ที่ดี มีจริยธรรม ความรับผิดชอบ และมีความเห็นอกเห็นใจในเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน แต่การนำเมดิคัลฮับไปตั้งในโรงเรียนแพทย์ ขัดต่อหลักการนี้ เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะเน้นรักษาคนต่างชาติและคนรวยเป็นสำคัญ

การนำเมดิคัลฮับไปตั้งในโรงเรียนแพทย์ มีแนวโน้มที่จะเน้นรักษาคนต่างชาติและคนรวยเป็นสำคัญ การสังวรจกเป็นจำเป็นเกินมาตรฐานทางการแพทย์เพื่อการหารายได้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งๆ ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เป็นปกติของการแพทย์ที่เห็นสุขภาพเป็นสินค้า การมีสองมาตรฐานในการรักษา รวมทั้งการที่นักศึกษาจะได้เห็นวิถีแห่งแพทย์พาณิชย์ตลอด ๖ ปีในโรงเรียนแพทย์ เช่นนี้แล้วจะสามารถสอนแพทย์ให้มีจริยธรรม มีความมีเหตุมีผล มีความเสียสละ มีอุดมคติในการรับใช้สังคมได้อย่างไร

(นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ชมรมแพทย์ชนบท)^{๓๕}

ความกังวลใจสะท้อนผลกระทบต่อการตั้งเมดิคัลฮับในโรงเรียนแพทย์บางประการ เช่นการผลิตบัณฑิตที่มีคุณธรรมจริยธรรมในวิชาชีพและการมีคุณภาพบริการแบบสองมาตรฐาน ซึ่งจำเป็นต้องมีกระบวนการ

^{๓๔} สิรินาถ ศิริสุนทร. “หนึ่งโรงพยาบาล ๒ ระบบ เมื่อ ร.ร.แพทย์เปิด “เมดิคัลฮับ”” หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕. [Online] แหล่งที่มา : <http://bit.ly/wHuPFE>. [๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๕].

^{๓๕} สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ คอลัมน์ทัศนะจากผู้อ่าน “สู่การแพทย์สองมาตรฐาน บทวิพากษ์ ‘เมดิคัลฮับ’ ในมุมมองวิชาการ” วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕. [Online] แหล่งที่มา: <http://bit.ly/wMOAJW>. [๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๕]

ป้องกันผลกระทบเพื่อยังคงทำหน้าที่ของสถาบันที่หล่อหลอมแพทย์ได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้โรงเรียนแพทย์ยังคงมีข้อท้าทายกับประเด็นการใช้ทรัพยากรเพื่อการหารายได้ของโรงพยาบาล มากกว่าการบริการเพื่อการเรียนการสอนอันเป็นภารกิจหลักของโรงเรียนแพทย์อีกด้วย

จ. พันธกิจของโรงเรียนแพทย์และกระทรวงสาธารณสุขที่ถูกบิดเบือนไป

การเข้ามาทำภารกิจเป็นเมดิคัลฮับของโรงเรียนแพทย์มีการใช้เหตุผลในลักษณะของ “โรบินฮู้ด” ปล้นเงินคนรวยไปช่วยเหลือนคนจน โรงเรียนแพทย์ถูกคาดหวังในแง่พันธกิจการผลิตบัณฑิตและการสร้างความเป็นเลิศทางวิชาการทางการแพทย์ และในกรณีนโยบายเมดิคัลฮับตามมติคณะรัฐมนตรีที่รับรองมติมติสมาชิกได้คาดหวังบทบาทให้มีการส่งเสริมศักยภาพทางวิชาการรวมถึงการให้มีการติดตามและประเมินผลกระทบที่อาจเกิดกับระบบสาธารณสุขไทย และให้สร้างหลักประกันการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพของประชาชนไทย แต่ดูเหมือนว่าพันธกิจหนึ่งที่เด่นชัดขึ้นในการเปิดตัวของโรงเรียนแพทย์ที่ทำเมดิคัลฮับจะเป็นการจะใช้เมดิคัลฮับไปในทางที่สร้างรายได้เข้าองค์กรด้วย และบางครั้งก็ทำอย่างชัดเจนเพื่อแก้ปัญหาการขาดทุนจากการบริการผู้ป่วยในโรงเรียนแพทย์

ความจำเป็นในการเปิดโรงพยาบาลแห่งใหม่ขึ้น เนื่องมาจากแนวคิดของรัฐบาลในการออกนอกระบบ ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๖ ส่งผลให้ได้รับงบประมาณที่ลดลงทุกปี ขณะที่โรงพยาบาลศิริราช ในค่ารักษา ๑๐๐ บาท จะขาดทุนประมาณ ๑๐ บาทต่อราย ดังนั้น โรงพยาบาลต้องหารายได้เพิ่มขึ้นโดยยึดหลักต้องเป็นโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานสากล สามารถรักษาบุคลากรทางการแพทย์ไม่ให้ไหลออกไปโรงพยาบาลเอกชนอื่น และสามารถเลี้ยงตัวเองได้ โดยจะนำรายได้ทั้งหมดกลับคืนสู่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการพัฒนาทั้งทางด้านการแพทย์และการวิจัย

(รศ.นพ. ประดิษฐ์ ปัญจวิณี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ^{๓๖})

เหตุผลที่กล่าวมานี้ มีผู้โต้แย้งในเรื่องที่งบประมาณไม่เพียงพอเพราะต้องนำไปจุนเจือผู้ป่วยแผนกทั่วไปว่า ถ้างบประมาณไม่พอเพียงก็ควรมีการเจรจากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้สามารถทำพันธกิจที่รัฐมอบหมายให้ได้ในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการการแพทย์ขั้นสูงของประเทศและเป้าหมายคือคนไข้ไทย แต่ก็ได้ห้ามรักษาคนไข้ชาวต่างชาติ^{๓๗} นอกจากนี้ยังไม่เห็นความพยายามในการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลกระทบที่จะเกิดกับระบบสาธารณสุขไทย รวมถึงการสร้างหลักประกันการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพของประชาชนไทยอันเกิดจากนโยบายเมดิคัลฮับนี้เลย รวมถึงการทำพันธกิจหารายได้นี้จะกระทบต่อพันธกิจหลักที่เป็นเรื่องการจัดเรียนการสอนด้วยหรือไม่

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขที่รับพันธกิจการดำเนินงานตามนโยบายเมดิคัลฮับซึ่งดูแลโดยสำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ ภายใต้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ การที่กระทรวงสาธารณสุขเข้าไปดำเนินการเองในเรื่องนี้มีข้อกังวลใจว่าจะทำผิดพันธกิจหรือไม่ เพราะกระทรวงสาธารณสุขควรทำหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภคให้กับผู้ป่วยที่รับบริการรักษาจากโรงพยาบาลที่เป็นเมดิคัลฮับ รวมถึงการติดตามผลกระทบที่เกิด

^{๓๖} “ศิริราช” เปิดตัวเมดิคัลฮับแห่งแรกของไทยเริ่มให้บริการ ๒๖ เม.ย.นี้ โดย ASTV ผู้จัดการออนไลน์ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ [Online] แหล่งที่มา :

<http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9550000017393> [๔ มิถุนายน ๒๕๕๕].

^{๓๗} จากการสัมภาษณ์อดีตผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขรายหนึ่ง เมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๖.

จากนโยบายนี้เพื่อปกป้องระบบบริการสุขภาพที่อาจจะได้รับผลกระทบจากแนวนโยบายนี้ นอกจากนั้น ควรทำหน้าทีในกำกับควบคุมให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เป็นเมดิคัลฮับให้ได้คุณภาพมาตรฐาน

ฉ. ธรรมชาติของนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของรัฐบาล

ในบรรยากาศของการขยายตัวของเมดิคัลฮับของประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศที่ถูกจัดอันดับว่าเป็นที่นิยมอันดับหนึ่งของโลก รัฐบาลดำเนินนโยบายนี้นอกเหนือไปจากแนวทางที่ตกลงกันไว้ในสมัชชาสุขภาพและยังไม่เคยมีการนำมาถกแถลงกันอย่างกว้างขวางอีกเลย

แม้ว่านโยบายนี้ถูกปรับไปจากเดิมเป็นแผนเมดิคัลฮับปี พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗ จนปัจจุบันมีแผนปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑ รัฐบาลได้รับการทักท้วงจากเครือข่ายภาคประชาสังคม ๒๒ เครือข่ายเมื่อต้นปี พ.ศ.๒๕๕๕ และสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ทำข้อเสนอเพื่อให้บทวนนโยบายนี้เมื่อปลายปี พ.ศ.๒๕๕๕ แต่จนถึงวันนี้ภาคประชาสังคมก็ยังไม่ได้รับการตอบสนองใดๆ และล่าสุดนายกรัฐมนตรีพร้อมด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการได้เชิญคณบดีโรงเรียนแพทย์ทั่วประเทศเข้าหารือการดำเนินตามแผนเมดิคัลฮับ ซึ่งนโยบายนี้เป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจของประชาสังคมและได้เคยมีการพูดคุยกันมาแล้วดังนั้นการขับเคลื่อนนโยบายนี้ควรได้เปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นระบบ เช่น กระบวนการสมัชชาหรือกระบวนการประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ (Health impact assessment) ก่อน แม้ว่าจะมีกระบวนการประชาพิจารณ์ในส่วนของการสนับสนุนบริการสุขภาพแล้ว แต่กิจกรรมเหล่านั้นยังไม่ได้รับการดำเนินการอย่างเปิดเผยโดยชักชวนภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมถกแถลงอย่างอิสระและเปิดกว้าง

ในส่วน of โรงเรียนแพทย์ที่ทำเมดิคัลฮับที่กล่าวข้างต้นก็มีประเด็นที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์ในลักษณะคล้ายกันคือ การทำเมดิคัลฮับในโรงเรียนแพทย์ยังไม่เคยมีการทำประชาพิจารณ์ในเรื่องนี้มาก่อนเพราะหลายฝ่ายมีความกังวลใจต่อเรื่องนี้มากกว่า การประกาศตัวของโรงเรียนแพทย์มาทำเมดิคัลฮับก็เท่ากับการแปรรูปกิจการของรัฐที่เพื่อสาธารณะไปอย่างแนบเนียนดังที่เห็นกันในสื่อคือ กรณีของโรงพยาบาลศิริราชที่เปิดโรงพยาบาลศิริราชปิยะราชมหาการุณย์ เป็นแบบแผนความสำเร็จและอาจถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการนำเมดิคัลฮับในโรงเรียนแพทย์ทั่วประเทศ

ที่สุดของความแนบเนียน คือ การแถลงเท่ากับการประกาศทำทั้งระบบ เพราะมีการนำเอา คณะแพทย์ของโรงพยาบาลชั้นนำของรัฐทุกภาค เข้าอยู่ในแผนด้วย ซึ่งหากผ่านการต่อต้านจากด้านที่หนึ่งไป ก็จะได้ทั้งระบบโดยง่าย

(ธงชัย สันติวงษ์ คอลัมนิสต์ หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ)^{๓๘}

เป็นที่น่าสังเกตว่าการดำเนินงานเมดิคัลฮับในโรงเรียนแพทย์ได้หลุดออกจากกรอบเดิมของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ ไปค่อนข้างมาก ในฐานะที่โรงเรียนแพทย์เปรียบเสมือนเสาหลักของสังคมเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการในระดับอุดมศึกษา จึงควรที่ได้ดำเนินการในเรื่องนี้ให้ถูกต้อง เช่น ผลักดันให้มีการถกแถลงความกังวลใจและพูดคุยกันอย่างเปิดเผยและอิสระซึ่งอาจใช้เวทีสมัชชาสุขภาพ เพื่อให้หมดข้อครหาว่าพูดกัน

^{๓๘} ธงชัย สันติวงษ์ "การตั้ง “เมดิคัลฮับ” ที่แท้ก็คือ การแปรรูป" กรุงเทพธุรกิจ วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕.

[Online] แหล่งที่มา :

[<http://www.bangkokbiznews.com/home/details/business/ceo-blogs/thongchai/๒๐๑๒๐๒๑๔/๔๓๕๘๗๐/การตั้ง-เมดิคัลฮับ-ที่แท้ก็คือ-การแปรรูป.html>]. [๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๕].

อย่างลับๆ ซึ่งทำให้การดำเนินการขาดความโปร่งใส นอกจากนี้โรงเรียนแพทย์ควรจะได้เป็นผู้นำในการศึกษาวิจัยผลกระทบในเรื่องนี้พร้อมกันไปด้วย เพื่อเป็นการใช้ความรู้ในการผลักดันนโยบาย อีกทั้งควรจะมีระบบการติดตามและประเมินผลกระทบที่เกิดจากความกังวลใจของสาธารณะต่อบทบาทหน้าที่ของโรงเรียนแพทย์เพื่อเป็นแบบอย่างด้านธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ

ความกังวลใจต่อนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในประเทศไทย ในต่างประเทศก็มีการแสดงความกังวลใจเช่นกัน เช่นใน อิสราเอล^{๓๙} ตุรกี^{๔๐} สิงคโปร์^{๔๑} อินเดีย^{๔๒} ดังนั้นนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ จำเป็นต้องมีกระบวนการของการพัฒนานโยบายที่เป็นที่ยอมรับและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจะต้องมีหลักของการดำเนินงานและการติดตาม ทั้งหมดจะต้องอาศัยแนวทางของธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพที่ดี หากในสถานการณ์จริงประเทศไทยยังขาดการอภิปรายพูดคุยกันอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อป้องกันความขัดแย้งในอนาคต โดยเฉพาะการนำเอาโรงพยาบาลของรัฐไปเป็นหน่วยหนึ่งของเมดิคัลฮับ

ด้วยภาวะเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมใหม่ ที่ภาคเอกชนเป็นผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจทำให้แนวโน้มของแหล่งเงินสนับสนุนในกิจการของรัฐ เช่นอุดมศึกษามีสัดส่วนมาจากภาครัฐน้อยลงและจากภาคธุรกิจมากขึ้น จึงทำให้เกิดการค้าขายความรู้ความชำนาญ (commodification of knowledge)^{๔๓} เป็นสิ่งที่ยอมรับและทำกันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะความรู้แพทยศาสตร์ที่ความต่างขององค์ความรู้ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีมากยิ่งขึ้นทำให้มีโอกาสร้าขายได้มากขึ้น^{๔๔} เมื่อผนวกกับการแปลงมหาวิทยาลัยของรัฐให้เป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ส่งผลให้ต้องหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเอง การพัฒนาการแพทย์เพื่อความเป็นเลิศทางด้านเทคโนโลยีที่ตั้งเป้าหมายไว้ตอนแรกจึงอาจกลายมาเป็นการหารายได้ให้กับมหาวิทยาลัย ซึ่งหากองค์กรขาดระบบธรรมาภิบาลในการกำกับดูแล อาจทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างการสร้างความเป็นเลิศกับการหารายได้มากยิ่งขึ้น

การวางแผนและการดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของรัฐบาล ขณะนี้ท้าทายประเด็นเรื่องจริยธรรมวิชาชีพ ความเป็นธรรมในการจัดบริการทางการแพทย์ และการบิดเบือนพันธกิจขององค์กรในภาคการแพทย์ จากความเป็นอิสระขององค์กรหน่วยงานต่างๆ ที่เข้าร่วมกับนโยบายนี้และความอิสระ

^{๓๙} Linder-Ganz, Ronny. Israel weighing major expansion of medical tourism. [Online] Available : <http://www.haaretz.com/business/israel-weighing-major-expansion-of-medical-tourism-1.464861.12012>, May 15]

^{๔๐} Jenna Krajeski for the Pulitzer Center (๒๐๑๒) Emergency Care: Medical Tourism in Kurdish Turkey. [Online] Available : <http://pulitzercenter.org/reporting/turkey-medical-tourism-migration-kurdish-people.12012>, May 18]

^{๔๑} Gilgamole. (๒๐๐๙) The Medical School and the external economy - at what price? [Online] Available : <http://gigomole.blogspot.com/2009/03/medical-school-and-external-economy-at.html.12012>, May 19]

^{๔๒} Indrajit Hazarika., Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health systems in India. *Health Policy Plan.* (25: 3, 2010: 248-251 first published online November 19, 2009).

^{๔๓} Burawoy, Michael, University of Witwatersrand. Deliberative Democracy in a Global Context: A South African Model of Higher Education? [Online] Available : <http://www.isa-sociology.org/universities-in-crisis/?p=437.12012>, May 3]

^{๔๔} Burawoy, Michael, The Public University – A Battleground for Real Utopias. [Online] Available : <http://burawoy.berkeley.edu.12012>, May 4].

ของวิชาชีพแพทย์ที่มีความแตกต่างของความรู้ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างชัดเจน การที่จะสร้างความมั่นใจต่อสาธารณชนว่าการบริการจะเป็นไปเพื่อสังคมส่วนรวมโดยแท้จริงนั้น ต้องอาศัยระบบธรรมาภิบาลเพื่อจัดการภายในหน่วยงานของตนเองและธรรมาภิบาลของการกำกับดูแลนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ให้เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสมดุลของความต้องการทางด้านเศรษฐกิจและความ เป็นอยู่ของประชาชน และการได้ทบทวนนโยบายนี้ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอีกครั้งก็จะเป็นการช่วยให้เกิดความโปร่งใส สร้างความมั่นใจ และคลายความกังวลใจให้กับภาคประชาสังคมที่ได้แสดงความห่วงใยต่อ แนวนโยบายนี้ แต่ที่ผ่านมายังไม่เคยได้รับคำตอบใดๆ เลย

ส่วนที่ ๓ ถอดบทเรียนกระบวนการสมัชชาที่ขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

จากพัฒนาการของนโยบายเมดิคัลฮับและการแสดงความกังวลใจต่อแนวนโยบายนี้จากภาคประชาสังคมจนนำไปสู่การถกแถลงอย่างเป็นทางการในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๓ หากมองย้อน กระบวนการเหล่านี้โดยเชื่อมโยงกับเหตุการณ์และบุคคลที่ผ่านมามองทำให้เข้าใจกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เป็นอยู่และนำข้อมูลเพื่อไปพัฒนากระบวนการสมัชชาในโอกาสต่อไปได้

๑ การกำหนดประเด็นและการบรรจุประเด็นเข้าสู่การศึกษาของคณะทำงาน

นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติถูกเสนอเป็นวาระสมัชชาโดยสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ร่วมกับสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย โดยมีสมาคมแพทย์แผนไทย สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PREMA) เป็นภาคีเครือข่าย โดยมีความมุ่งหมายที่จะทำความเข้าใจกับสังคมว่านโยบายเมดิคัลฮับนั้นไม่ได้แย่งชิงทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีอยู่จำกัดจากภาครัฐให้ไปอยู่ทางภาคเอกชน และต้องการชี้ให้เห็นว่า นโยบายเมดิคัลฮับกับนโยบายการส่งเสริมระบบการบริการสาธารณสุขแห่งชาติสามารถดำเนินคู่ขนานกันไปได้ ไม่จำเป็นต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วทิ้งอีกอย่างหนึ่ง โดยมีหลักคิดว่า

ประการแรก ไม่ว่าจะมีความพร้อมหรือไม่มีความพร้อม บุคลากรมีความขาดแคลนอยู่แล้วเพราะการผลิตบุคลากรไม่เพียงพอเป็นปัญหาเดิมที่มีอยู่ก่อนหน้านี้

ประการที่สอง การมีเมดิคัลฮับจะเป็นการช่วยยกมาตรฐานการบริการทางด้านสุขภาพให้สูงขึ้น

ประการที่สาม เป็นโอกาสที่จะใช้ในการพัฒนาความเป็นเลิศด้านการแพทย์ (Excellence Center) ทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนซึ่งเป็นการบริการเพื่อคนไทยด้วยไม่ใช่บริการคนต่างชาติเท่านั้น และมีระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเอกชนอยู่แล้ว ซึ่งสามารถพูดคุยกันในเรื่องค่าใช้จ่ายได้และบางครั้งโรงพยาบาลรัฐก็มีเตียงไม่เพียงพอรองรับผู้ป่วย

ข้อเสนอประเด็นนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติได้ผ่านที่ประชุมเพื่อกลั่นกรองระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยคณะอนุกรรมการวิชาการ เมื่อวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๓ ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ พร้อมกับข้อเสนออื่นๆ จำนวน ๕๒ ข้อเสนอ จาก ๓๖ ข้อเสนอ ประเด็นการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติถูกจัดอยู่ใน ข้อ ๖.๓ การบริการสุขภาพเฉพาะของหมวด ๖ การบริการสาธารณสุข โดยการควบคุมคุณภาพ จากนั้นข้อเสนอเข้าสู่กระบวนการกลั่นกรองซึ่งมีแนวทางการพิจารณาถ่วงดุลข้อเสนอประกอบด้วย

๑. จัดกลุ่มร่างข้อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

๒. กำหนดเกณฑ์การพิจารณาฯ โดยได้อิงตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓ ข้อ ๗.๑(๓) และใช้ข้อมูลจากการประเมินผลภายนอกในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ผ่านมา ในการกำหนดเป็นเกณฑ์ย่อยๆ ในเกณฑ์แต่ละข้อ
๓. จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการกลั่นกรองข้อเสนอฯ โดยจัดให้ผู้เสนอประเด็นในแต่ละกลุ่มได้ปรึกษาหารือกัน เพื่อให้องค์รภาคี/เครือข่ายที่เสนอประเด็นในหมวดและหัวข้อใกล้เคียงกันได้ร่วมกันพิจารณาเลือกประเด็นเฉพาะในแต่ละกลุ่มนโยบาย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามหลักเกณฑ์การกลั่นกรองข้อเสนอฯด้วยตนเอง (เมื่อวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๓ ภาคเช้า)
๔. คณะอนุกรรมการมีการประชุมครั้งที่๒/๒๕๕๓ เพื่อพิจารณากลั่นกรองข้อเสนอ โดยพิจารณาทั้งข้อเสนอจากแต่ละองค์กร และข้อเสนอร่วมของกลุ่ม รวมถึงพิจารณาความสำคัญของประเด็นฯ ร่วมกับข้อมูลสถานการณ์ระบบสุขภาพ (เมื่อวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๓ ภาคบ่าย)

คณะอนุกรรมการวิชาการได้พิจารณาข้อเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะแล้วแบ่งประเด็นข้อเสนอออกเป็น ๔ กลุ่ม ตามความสำคัญและการดำเนินการ ดังนี้คือ

- กลุ่ม A หมายถึง เห็นควรเสนอคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเป็นระเบียบวาระการประชุม
- กลุ่ม B หมายถึง เห็นควรเสนอจัดเป็นหัวข้อในการจัดประชุมวิชาการ
- กลุ่ม C หมายถึง เห็นควรเสนอต่อไปยังคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา
- กลุ่ม D หมายถึง ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาข้อมูลสถานการณ์ ข้อมูลวิชาการสนับสนุนและข้อเสนอเชิงนโยบายที่ชัดเจนต่อไป โดยอาจพิจารณาเสนอในช่องทางสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหรือช่องทางนโยบายอื่นๆ ได้

ภายหลังการจัดกลุ่มโดยเกณฑ์ข้างต้นประเด็นการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ นี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม B โดยมีเหตุผลว่า เป็นสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่สำคัญและกำลังมีบทบาทมากขึ้น แต่ควรมีการจัดทำข้อมูลทางวิชาการ โดยเฉพาะการประเมินผลกระทบต่อระบบสุขภาพซึ่งต้องใช้เวลา ดังนั้นควรเผยแพร่ต่อสมาชิกสมัชชาฯ และสาธารณะเพื่อให้เกิดความสนใจและเข้าใจก่อนและทำงานวิชาการควบคู่ไป แต่พบว่าหลังจากอนุกรรมการวิชาการเสนอให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พิจารณา ที่ประชุมเห็นว่าประเด็นเมดิคัลฮับเป็นเรื่องสำคัญและเสนอมาจากภาคธุรกิจ ควรตั้งคณะทำงานเพื่อช่วยกันพิจารณาจัดทำข้อเสนอ ในที่สุด คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกำหนดประเด็นเมดิคัลฮับเป็นระเบียบวาระหนึ่ง เท่ากับเป็นการเลื่อนจากกลุ่ม B ขึ้นมาเป็นกลุ่ม A

การเลื่อนลำดับข้อเสนอจากกลุ่ม B มาเป็นกลุ่ม A ในขั้นตอนนี้อาจเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาต่างๆ ในกระบวนการสมัชชาเกิดขึ้นตามมาภายหลัง ซึ่งอาจรวมถึงการที่มตินี้ถูกประเมินว่าไม่มีความก้าวหน้าในการขับเคลื่อน ด้วยความไม่พร้อมในเรื่องการจัดทำข้อมูลทางวิชาการ โดยเฉพาะการประเมินผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ในขณะที่ภาคการเมืองที่ขับเคลื่อนประเด็นนี้มาแต่ต้นคือพรรคเพื่อไทยไม่ได้เข้าร่วมเป็นรัฐบาลในช่วงเวลานั้น รัฐบาลโดยพรรคประชาธิปัตย์ดูแลกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเช่นกัน แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับรัฐบาลพรรคเพื่อไทย นอกจากนี้ขณะที่กำลังบรรจรวาระอยู่นั้นนโยบายเมดิคัลฮับก็ยังไม่เป็นรูปธรรมเพียงพอที่สามารถนำไปศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบต่างๆ ได้อย่างชัดเจน ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่เห็นภาพรวมที่เป็นภาพเดียวกันจากทุกภาคส่วน แต่ละภาคส่วนมีความ

คาดหวังและคาดหวังถึงผลกระทบที่แตกต่างกันไป ส่งผลให้เกิดการปกป้องจุดยืนของตนเอง บรรยายการ ประชุมต่างๆ จึงกลายเป็นสนามต่อสู้ระหว่างผู้ที่เห็นแตกต่างกันเป็นขั้วตรงข้ามและเกิดความไม่ไว้วางใจกัน ตั้งแต่เริ่มต้น โดยพบเป็นรูปธรรมตั้งแต่ความไม่พอใจต่อการกำหนดผู้ทำหน้าที่ประธานคณะทำงานเป็นต้นมา

๒. กระบวนการทำงานของคณะทำงาน

ก. การกำหนดและการทำหน้าที่ของคณะทำงาน

การแต่งตั้งและการทำหน้าที่ของประธาน เลขาและผู้ทำงานในคณะทำงานศึกษาวิชาการ

คณะอนุกรรมการวิชาการภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้แต่งตั้ง คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นการเป็นศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติ โดยมีหน้าที่จัดกระบวนการพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอแนะ โดยใช้ความรู้ทางวิชาการและ หลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเสนอสู่กระบวนการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ ในการแต่งตั้งครั้งนี้มี นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ในขณะนั้น) เป็น ประธานคณะทำงาน และนางสาวชะเอม พัทธิน นักวิจัยเรื่องการคัดค้านสุขภาพระหว่างประเทศจาก IHPP เป็น เลขาฯ มีการมีคณะทำงานอีกจำนวน ๒๐ คนซึ่งประกอบด้วยภาคเอกชนผู้เสนอประเด็นคือ สมาคมแพทย์แผน ไทย สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PReMA) สมาคมโรงพยาบาลเอกชนจำนวน ๓ คน ตัวแทนชมรมแพทย์ ชนบทและชมรมแพทย์โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์จำนวน ๒ คน ตัวแทนคณะแพทยศาสตร์ แพทยสภา ทันตแพทยสภา และสภาการพยาบาลจำนวน ๔ คน ตัวแทนกระทรวง ตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจำนวน ๔ คน ตัวแทนมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ แผนงาน คัดค้านผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน ๓ คน นักกฎหมาย นักวิชาการด้าน เศรษฐศาสตร์ นิติศาสตร์ นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน ๓ คน โดยมี นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นที่ปรึกษา

เมื่อทบทวนย้อนหลังพบว่าองค์ประกอบของคณะทำงานยังขาดภาคการเมือง ซึ่งเป็นผู้ขับเคลื่อนสำคัญ ของนโยบายนี้ ภายหลังจากที่มตินี้ผ่านจากสมัชชาไปสู่คณะรัฐมนตรีในปี พ.ศ.๒๕๕๔ แล้ว ภาคการเมืองมีการ ขับเคลื่อนมติดังกล่าวนั้นโดยไม่คำนึงถึงมติสมัชชาสุขภาพ โดยดำเนินนโยบายนี้ในโรงเรียนแพทย์ โดยในการ ประชุมสมัชชาสุขภาพมีโรงเรียนแพทย์ที่เข้าร่วมเพียงหนึ่งเดียวคือ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การขยายตัวของตัวของนโยบายเมดิคัลฮับในโรงเรียนแพทย์ในช่วงเวลานั้นยังไม่มี การพูดถึงมากเท่าใดนัก

ประเด็นและความขัดแย้งในการแต่งตั้งประธานและผู้ทำงานในคณะทำงาน

การแต่งตั้งประธานคณะทำงานชุดนี้ได้มีความขัดแย้งปรากฏขึ้น ด้วยผู้เสนอประเด็นเข้ามาเห็นว่าผู้ เสนอประเด็นเป็นภาคเอกชนแต่คณะอนุกรรมการวิชาการกลับให้บุคคลในภาครัฐเป็นประธานคณะทำงาน คือ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ในช่วงเวลานั้น) ทางฝ่ายผู้เสนอ ประเด็นจึงท้วงติงมายังคณะอนุกรรมการวิชาการ จากนั้นภาคเอกชนได้มีการเสนอชื่อประธานเพิ่มเติมอีก จำนวน ๓-๔ ท่านส่งมายังสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติให้พิจารณา ต่อมาคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ ได้หารือกับผู้เสนอประเด็นแล้วได้ข้อสรุปว่ายังคงเป็นประธานคนเดิม ฝ่ายผู้เสนอประเด็นยังคงรู้สึก ว่า ชื่อประธานที่เสนอไปไม่ได้รับการตอบสนอง

สำหรับคณะทำงาน ในเบื้องต้นแต่งตั้งเพียงไม่เกิน ๑๕ คนตามข้อกำหนดของการตั้งคณะทำงาน แต่ได้มีการเพิ่มคณะทำงานขึ้นจนจำนวนกรรมการทั้งสิ้นมีรวมเป็น ๒๒ คน เช่นมีการเพิ่มตัวแทนจากสภาพัฒนาเพื่อให้เชื่อมโยงกับฝ่ายนโยบาย โดยมีการทยอยแต่งตั้งคณะกรรมการเริ่มต้นเมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๓ และแต่งตั้งเพิ่มเติมจนสุดครั้งที่ท้ายวันที่ ๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

มองอีกนัยหนึ่ง ความขัดแย้งก่อนการบรรจุประเด็นเข้าสู่การประชุมสมัชชาเป็นความขัดแย้งระหว่างภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ดังนั้นประธานคณะทำงานที่เป็นภาครัฐก็ไม่น่าจะเป็นคู่ขัดแย้งระหว่างกัน แต่การแต่งตั้ง นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุขเป็นประธานก็ได้ทำให้เกิดปัญหาความยอมรับจากภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม เมื่อประธานได้ให้นโยบายการทำงานกับฝ่ายเลขาฯ ว่าจะต้องอดทนรับฟังทั้งสองฝ่ายให้รอบด้านและรักษาความเป็นกลางโดยไม่เอนเอียงไปในฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายคัดค้าน ก็สามารถเป็นที่ยอมรับได้ในที่สุด

ประธานเลือกคนที่เขามองแล้วว่าคนนี้ไม่ฝักใฝ่ฝ่ายใด ขออนุญาตใช้คำนี้มันชัดเจนดี คือไม่ใช่เอ็นจีโอและไม่ใช่ว่ามาจากฝ่ายธุรกิจ ถ้าตรงนี้ได้มันก็เริ่มดีแล้วทุกคนก็อยากจะพูดให้ฟัง^{๔๕}

ในระยะแรกรู้สึกได้ถึงความไม่ค่อยจะยอมรับของฝ่ายภาคเอกชนอยู่เหมือนกัน พอหลังจากประชุมไปสักครั้งสองครั้งแล้วนี้ ผมก็เห็นท่าที่... ของฝ่ายเอกชนว่ายอมรับในการเป็นประธานของผม ผมเองรักษาความเป็นกลางมากจนกระทั่งบางทีเอ็นจีโอที่เป็นเพื่อนกันก็มาเกลียดกัน ก็มาฟ้องร้องกันว่าผมนี้เปลี่ยนสีแล้ว อะไรต่าง ๆ ผมก็บอกว่าผมต้องยึดถือกติกาเป็นที่ตั้งเพราะนั่นกติกาก็คือกติกาแล้วใครก็ตามจะมา violate กติกาไม่ได้ไม่ว่าภาคเอกชนหรือภาคประชาชน^{๔๖}

ต้องถือว่าประธานกับทีมเลขาฯ เตรียมมาดีทีเดียวโดยเฉพาะหลักเกณฑ์ที่...ตั้งไว้ ก็คือว่าอะไรที่จะใส่เข้าไป คือต้องมีหลักฐานยืนยัน ถ้ามีหลักฐานยืนยันทั้งสองฝ่ายก็ต้องเอามาเทียบเคียงกัน^{๔๗}

แม้ว่าการเลือกประธานโดยการกำหนดของคณะกรรมการวิชาการอาจมีข้อสงสัยจากบางฝ่าย แต่การที่ประธานคณะทำงานมีความเป็นกลาง ใช้หลักธรรมาภิบาลในการใช้อำนาจ และการตั้งกฎกติกการทำงานไว้ล่วงหน้าช่วยให้ผู้ร่วมประชุมมีความกล้าแสดงออก ซึ่งทำให้การถกแถลงอย่างอิสระมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถลดความขัดแย้งลงไปได้

ประธานคณะทำงานที่ฟังประสงค์จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมกล้าแสดงความคิดเห็น ไม่ระแวงไม่รู้สึกกดดันเมื่อต้องแสดงความคิดเห็นต่าง จะต้องมีใจเป็นกลางมีจริยธรรม มีธรรมาภิบาลใช้อำนาจจากความมีคุณธรรมไม่ใช่ตำแหน่งหน้าที่ อย่างน้อยทุกคนมองไปแล้วอันนี้ศักดิ์สิทธิ์ ถ้าหากสมัชชาจะเป็นเวทีตัวอย่างคนที่จะนั่งเป็นประธานหรือว่าจะคนที่จะนั่งเป็นผู้นำต้องใจเป็นกลางแล้วต้องมีจริยธรรมและธรรมาภิบาล มี moral authority^{๔๘}

ประธานต้องแข็ง เรื่องของเรื่องไม่ใช่ทุกคนที่ทำได้ประธานนี้สามารถที่จะ mediate เอ็นจีโอ ข้ายสุดหรืออะไรก็ตามทั้งข้ายทั้งขวา^{๔๙}

นอกจากประธานคณะทำงานแล้วการตั้งเลขาฯ คณะทำงานซึ่งมาจากภาควิชาการก็เป็นประเด็นให้เกิด

^{๔๕} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

^{๔๖} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๕.

^{๔๗} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๖.

^{๔๘} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

^{๔๙} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๙ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖

ข้อสงสัยเช่นเดียวกัน ขณะที่เหตุผลฝ่ายผู้เสนอชื่อเลขาฯ ก็เนื่องจากเคยทำวิจัยเรื่องเมตคัลล์มาก่อน จะช่วยในการหาข้อมูลที่สมดุลทั้งสองด้านและค้นคว้าตามประเด็นที่มีการพูดคุยกันและทำงานขยายไปถึงช่วงของการนำข้อสรุปที่ได้จากคณะทำงานไปทำกระบวนการประชาพิจารณ์อีกด้วย ความขัดแย้งในการแต่งตั้งคณะทำงานประเด็นเมตคัลล์ฉบับนี้อาจส่งผลต่อการจัดประชุมสมัชชาในปีถัดมา กล่าวคืออนุกรรมการพัฒนามาตรฐานกระบวนการพิจารณาหาฉันทมติ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๔ ได้กำหนดแนวทางการจัดทำร่างข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อนำเสนอพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งได้กำหนดองค์ประกอบของคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นไว้ดังนี้คือ

๑. จำนวนผู้ทำงานวิชาการประมาณไม่เกิน ๑๕ คน
๒. ประธานคณะทำงานควรเป็นผู้ที่มีประวัติ ประสบการณ์ความรู้ ความเข้าใจในประเด็นนั้นๆ เป็นอย่างดี มีความเป็นกลางเพื่อให้คณะทำงานและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นนั้นๆ ซึ่งมาจากหลายภาคส่วน มีความไว้วางใจในการทำงานร่วมกัน
๓. องค์ประกอบของคณะทำงาน ประกอบด้วยสามภาคส่วนตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ภาควิชาการ/ความรู้ ภาคประชาสังคม/เอกชน และภาครัฐการเมือง) องค์ประกอบหลักคือ (๑) ผู้ทำงานจากองค์กร/เครือข่ายที่ร่วมเสนอประเด็น (๒) ผู้ทำงานจากองค์กรเครือข่ายที่เกี่ยวข้องแม้ไม่ได้เป็นผู้เสนอประเด็นแต่เป็นผู้เกี่ยวข้องอย่างสำคัญในประเด็นนั้นๆ เช่นเป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้รับผลกระทบ ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งนี้ในกรณีภาคเอกชนประประชาชนให้พิจารณาผู้ที่ทำงานที่เป็นผู้แทนสมาคม มูลนิธิ หรือ เครือข่ายไม่ควรเลือกเป็นรายบุคคลหรือเฉพาะบริษัท
๔. ฝ่ายเลขานุการของคณะทำงาน ควรมีภาพลักษณ์ของความเป็นกลางและยินดีรับฟังข้อมูลจากทุกฝ่าย โดยไม่จำเป็นต้องเป็นองค์กรผู้เสนอประเด็นเท่านั้น คุณสมบัตินั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกรณีประเด็น เฉพาะที่มีความอ่อนไหวของความขัดแย้งทางความคิด ฝ่ายเลขานุการควรมีลักษณะเป็นกลุ่มบุคคล (ไม่นับรวมผู้ช่วยเลขานุการในจำนวนผู้ทำงาน) และมาจากหน่วยงานหรือเครือข่าย ที่มีความเกี่ยวข้องอย่างสำคัญกับประเด็นนั้น
๕. ในการขับเคลื่อนหลังได้มติ ฝ่ายเลขานุการจะทำหน้าที่สนับสนุนการจัดประชุม การสรุปความเห็นของคณะทำงาน ยกเว้นเป็นเอกสารหลักและร่างมติ (นอกจากคณะทำงานจะมอบผู้ทำงาน ท่านอื่นที่เหมาะสม) และจัดกระบวนการรับฟังความเห็นเฉพาะประเด็น(ถ้ามี) รวมถึงประสานงานกับอนุกรรมการวิชาการ

การกำหนดคณะทำงานให้ชัดเจนขึ้นในปีถัดมานี้อาจเป็นผลจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แนวทางข้างต้นนี้ทำให้เห็นประเด็นน่าพิจารณาอีกในเรื่องคณะทำงาน

ประการแรกมีการกำหนดให้จำนวนผู้ทำงานวิชาการมีประมาณไม่เกิน ๑๕ คน ในเบื้องต้นคณะทำงานเรื่องนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติมี ๑๕ คนแต่เมื่อทำงานไปก็เพิ่มเติมขึ้นจนกระทั่งเป็น ๒๒ คนในที่สุด ในทางปฏิบัติ การกำหนดจำนวนคณะทำงานวิชาการไม่ควรเป็นกฎเกณฑ์ที่ตายตัว แต่ควรเป็นไปตามความจำเป็นของประเด็นที่กำลังศึกษา เพราะบางเรื่องเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับฝ่ายต่างๆ จำนวนมาก

ประการที่สอง คือของการมีส่วนร่วมของภาคการเมือง จะเห็นจากพัฒนาการในนโยบายนี้ว่าฝ่ายการเมืองเป็นฝ่ายรุกรานเรื่องนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๗ เป็นต้นมา แต่ภาคการเมืองก็ไม่ได้ร่วมเป็นคณะทำงานเพื่อร่วมกันหาคำตอบของนโยบาย ทำให้หลังจากมีมติออกมา ฝ่ายการเมืองไม่ได้ให้ความสำคัญกับมติของสมัชชาเท่าใดนัก ประกอบกับหลักวิธีคิดของฝ่ายการเมืองต่อความสำคัญของกระบวนการสมัชชาที่ฝ่ายการเมืองไม่

จำเป็นต้องปฏิบัติตามดังคำพูดของฝ่ายการเมืองที่ว่า

สมัชชาสุขภาพเสมือนเป็นฝ่ายที่ปรึกษาเขาบังคับเชิงกฎหมาย กฎหมายเขียนก็จริงอยู่แต่ว่าเมื่อสมัชชาทำอะไรก็นำเสนอให้ คณะรัฐมนตรีเพื่อให้คณะรัฐมนตรีนำไปนโยบายไม่ได้บอกว่าให้เป็นมติแล้วคณะรัฐมนตรีต้องรับและดำเนินการ ในข้อกฎหมายขึ้นอยู่กับว่าให้ความสำคัญหรือไม่ เพราะองค์กรคณะรัฐมนตรีเป็นองค์กรบริหารสูงสุดเขาย่อมมีทิศทาง^{๕๐}

ในกระบวนการทำงาน มีประเด็นอ่อนไหวบางอย่างที่ก่อให้เกิดความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายที่ขัดแย้งกัน เช่น การมีบทบาทหลายตำแหน่งของผู้เข้าร่วมประชุม หรือจำนวนผู้ทำงานที่มากน้อยกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง หรือไม่ได้ตัวแทนที่แท้จริงในฝ่ายของตนเอง ความรู้สึกที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ทำให้ผู้เข้าร่วมบางส่วนมุ่งหาเวทีนอกเหนือไปจากเวทีสมัชชาสุขภาพเพื่อผลักดันความคิดของตน

คนไทยเรามีหลายหมวก คนพูดต้องดีแคลร์ว่า คุณพูดในหมวกไหน วันนี้หมวกนี้ วันหน้าหมวกโน้น บางทีเป็นข้าราชการถือหมวกเอ็นจีโอ เดี่ยวเป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่องสุขภาพ เดี่ยวคุ้มครองผู้บริโภค เดี่ยวทรัพยากรสิ่งแวดล้อม^{๕๑}

อยู่ๆ วันหนึ่งเราก็ได้รับแจ้งว่าให้ส่งตัวแทน [...] ไปหนึ่งคน ไปอยู่ในคณะทำงานเราก็ถามว่า [วาระ]นี้ใครส่งมา เขาก็บอกว่าภาคเอกชนส่งมา พอภาคเอกชนส่งมาต้องบอกว่าในตัวคณะทำงานไม่ยุติธรรมภาคประชาชนควรไวยมากกว่าว่าไม่ยุติธรรม^{๕๒}

ส่วนที่ผมติดใจก็คือมีกลุ่มต่างๆ มากมาย คนที่เข้ามาก็น้ำเต็มๆ อยู่ [บาง] สภาคเขาไม่เคยเชิญเลย แต่เขาเชิญสมาพันธ์ซึ่งไม่ได้จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย แต่ก็ไม่ได้ว่าอะไร ที่ว่าก็คือว่าในกลุ่มเขาจะเสนอข้อเข้าไปเพิ่ม ในส่วนที่เราจะทำงานแพทย์แผนไทยแพทย์ทางเลือกเราก็ไม่มีเวทีที่จะแสดงในการที่จะเข้าไปในส่วนนั้น^{๕๓}

เห็นได้ชัดว่าฝ่ายต่างๆ ให้ความสำคัญกับโครงสร้างและที่มาของตัวแทนภาคส่วนต่างๆ เพราะเป็นประเด็นที่มีความขัดแย้งระหว่างกลุ่มต่างๆ การจัดสรรบุคคลผู้ที่จะร่วมเป็นคณะทำงานจึงต้องให้เกิดการยอมรับให้มากที่สุด เพื่อลดความขัดแย้งทั้งก่อนเริ่มและระหว่างการทำงานร่วมกันเพื่อให้ราบรื่นขึ้น

ข. กระบวนการหาข้อยุติและการนำเสนอข้อเท็จจริง

การกำหนดแนวทางทำงานร่วมกัน

ท่ามกลางความแตกต่างทางความคิดที่แต่ละฝ่ายพยายามนำข้อมูลมาหักล้างอีกฝ่ายหนึ่ง การทำหน้าที่ที่เป็นกลางได้ช่วยแก้ปัญหาเรื่องโครงสร้างของคณะทำงานได้ โดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ประธานคณะทำงาน ได้เสนอหลักการและแนวทางการทำงานร่วมกันของคณะทำงานเข้าในระเบียบวาระการประชุมของคณะทำงานในการประชุมวันแรก ไว้สองประการดังนี้คือ

^{๕๐} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

^{๕๑} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๙ เมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๖.

^{๕๒} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

^{๕๓} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๘ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

แนวทางที่ ๑ การพัฒนา “ข้อเสนอ”

ก.) ที่คำนึงถึงประโยชน์โดยรวมของประเทศเป็นสำคัญ และ

ข.) ให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลจากทุกแหล่ง โดยให้น้ำหนักตามลำดับดังนี้

- ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยหรือการทบทวน (review) อย่างเป็นระบบ
- ข้อมูลจากระบบข้อมูล (มากกว่า ๑ แหล่ง) และมีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ
- ข้อมูลจากระบบข้อมูล (แหล่งเดียว) และมีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ
- ความเห็นของกลุ่มบุคคล และบุคคล

แนวทางที่ ๒ การทำงานในลักษณะที่เป็นการ “เรียนรู้” ร่วมกัน โดย

ก.) การให้กรรมการทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและการรับฟังและ

ข.) พยายามเข้าใจความเห็นที่แตกต่าง การสรุปโดยอ้างอิงความเห็น “ส่วนใหญ่” แต่ไม่ละเลย

ความเห็น “ส่วนน้อย” โดยมีทางเลือกคือ...

- บันทึกเป็น “ข้อสรุป” โดยมีแนบท้ายว่า ความเห็นส่วนน้อยที่แตกต่างไปเป็นอย่างไร
- บันทึกโดยระบุว่า ความเห็น “ส่วนใหญ่” และความเห็น “ส่วนน้อย” คืออะไร (ถือว่าไม่มีข้อสรุป)

ตอนที่ประชุมก็เหมือนมาแบบสองฝั่ง เหมือนกับว่ามีธงมาว่าเห็นด้วยและอีกฝั่งไม่เห็นด้วย ก็เห็นความแตกต่างค่อนข้างเยอะ จริงๆ ต้องยกให้เป็นความเก่งของประธานที่สามารถจัดการประชุมให้ทุกฝ่ายให้เสนอความคิดเห็นที่ตัวเองอยากพูดและมีการรับฟัง และมันมีวิธีการอื่นอีกไม่ใช่แค่ในที่ประชุมอย่างเดียว มีการส่งทางอีเมลด้วยซึ่งก็พยายามรวบรวมมาและแชร์กันทุกคน^{๕๔}

จะเห็นว่าการมีหลักการทำงานที่ยอมรับร่วมกันช่วยลดปัญหาความขัดแย้งลงไปได้เป็นอย่างมาก ทำให้กระบวนการที่ตามมาคือการนำมติของคณะทำงานเข้าสู่สมัชชาสุขภาพก็จะเป็นไปด้วยความราบรื่น

ความต้องการได้ข้อมูลหลักฐาน

การอภิปรายถกเถียงกันในเรื่องเมตคัลฮับทำให้ฝ่ายต่างๆ กล่าวอ้างข้อมูลเพื่อต่อสู้กันทางความคิดบนพื้นฐานการความขาดแคลนข้อมูล ทำให้ทั้งแต่ละฝ่ายแสดงความต้องการข้อมูลของอีกฝ่ายหนึ่งที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการอ้างแนวทางการทำงานร่วมกันในเรื่องการแสดงผลหลักฐานทางวิชาการที่ประธานคณะทำงานได้นำเสนอไว้

^{๕๔} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๓ เมื่อวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๕.

ทุกสิ่งทุกอย่างอยากให้มีความรู้หรืองานวิจัยมาเป็นตัวประกอบ หลายเรื่องเท่าที่ดูเหมือนเป็นการพูดแบบเหมือนชาวบ้านมากกว่า ชาวบ้านคิดอย่างนี้พูดอย่างนี้ เราก็ไม่ได้ว่าไม่เคารพความคิดเห็นของชาวบ้าน แต่จริงๆ น่าจะมีหน่วยงานที่เป็นกลางและสามารถชี้แจงแถลงไขเรื่องเหล่านี้เช่น บอกว่าสมองไหลเป็นประเด็นหนึ่งที่ผมว่าสำคัญมาก ไหลจริงไหมผมยังไม่รู้เลย^{๕๕}

แล้ว[เรื่อง]ผลกระทบเคยมีงานวิจัยหรือยัง เคยมีการสำรวจหรือยัง ที่คุณบอกว่าได้[ทำ] อะไรคือหลักฐาน เรื่องของหลักฐานในเชิงวิชาการคุณอ้างอิงมีอะไรขึ้นมาคุณต้องมีหลักฐาน แต่มันไม่มีเงาใช้หรือเปล่า^{๕๖}

แม้ว่าจะมีความพยายามให้หลักฐานทางวิชาการ แต่เมื่อหลักฐานไม่เป็นไปตามความคิดเห็นของฝ่ายหนึ่งก็อาจมีปัญหา “ความไม่เป็นกลาง” ตามมาได้

ไม่เข้าใจว่าภาคเอกชนมีปัญหาอะไร[ที่]บอกว่า ไม่เป็นกลาง เพราะว่ากฎแบบนี้ทุกคนต้องอยู่ภายใต้นี้หมด ใครจะไปหยิบยกอะไรขึ้นมาก็ต้องไปคุยหาว่ามี reference หรือเปล่าต้องมี reference หลายเจ้าหน่อย ถ้ามี reference หลายเจ้าตรงกันแนวเดียวกัน อันนั้นมันก็มีคะแนนในระดับของมัน... เวลาภาคเอกชนบอกว่ามี reverse brain drain [ก็ต้องถาม]ว่ามีเท่าไรกี่คน สามารถให้ข้อมูลได้ไหม อันนี้[เรา]พร้อมเข้าไปเอาข้อมูล ในขณะที่ข้อมูลที่ไหลออกเรามี ก็เลยไม่เข้าใจว่าโดยข้อกำหนดมันกลางมาก เพราะว่าทุกคนก็อยู่ภายใต้ข้อกำหนดนี้เหมือนกัน ถ้าคุณอยากค้าน คุณก็ต้องเอาเหตุผลตามนี้ ในขณะที่คนที่สนับสนุนคุณก็เอาเหตุผลตามหลักนี้เสนอมาทุกคนอยู่ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน^{๕๗}

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอาจสะท้อนถึงการไม่ยอมรับหลักฐานที่ขัดแย้งกับผลประโยชน์ของตนและความไม่พร้อมของหลักฐานวิชาการของฝ่ายตน รูปแบบการหาข้อยุติจึงขึ้นอยู่กับขีดความพร้อมด้านวิชาการของแต่ละฝ่ายและความสามารถในการหาข้อมูลหลักฐานมาใช้อ้างอิงในการทำงาน

การใช้การประนีประนอมเป็นทางออก

ท่ามกลางความขัดแย้งทางความคิดกระบวนการหาข้อยุตินอกจากการใช้เหตุใช้ผลแล้วการประนีประนอมก็เป็นวิธีการหนึ่งด้วย เพราะประเด็นเมตาคิลลอปเป็นเรื่องที่ยังขาดข้อมูลทางวิชาการดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น การหาข้อยุติจึงมีลักษณะของการแสวงจุดร่วม สงวนจุดต่าง หรือบางครั้งก็การใช้คำพูดที่ไม่เจาะจงหรือตัดประเด็นออกเพื่อให้เกิดข้อยุติได้ แต่ผลคือไม่สามารถสร้างทางออกที่เป็นลักษณะที่ได้ประโยชน์ร่วมกันและเป็นที่ยอมรับกันได้อย่างแท้จริง

แล้วเราก็ได้เถียงกันหลายครั้งมากนะ ในที่สุดมันเป็นเรื่องของ การประนีประนอมเพื่อให้สองฝ่ายยอมรับไง ฉะนั้นเนื้อหามันก็จะกว้างๆ ประนีประนอม ให้เป็นการทำการศึกษา ให้ตระหนักห่วงใยอะไรอย่างนั้น หรือว่าโรงเรียนแพทย์ให้ตระหนักถึงพันธกิจอะไรพวกนี้ ประเด็น[เชิงนโยบาย]ก็เลยถูกตัดออกไป^{๕๘}

^{๕๕} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๘ เมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

^{๕๖} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๖.

^{๕๗} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

^{๕๘} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๖ เล่าถึงการขยายเมตาคิลลอปไปสู่ รพ.ของรัฐแล้ว

ขณะเดียวกันก็อาจมองในแง่ดีได้ว่าอย่างน้อยก็มีการพูดคุยกันด้วยข้อมูลทางวิชาการ แม้ไม่เกิดมติใดๆ หรือมาตรการทางนโยบาย

กระบวนการสมัชชาคือการเอาความจริง หรือข้อมูลมาเปิดต่อกัน แต่ไม่ได้นำไปสู่การมีมติร่วมกันก็ได้ แต่คือทำให้กระบวนการทางวิชาการหรือกระบวนการในข้อมูลทั้งสองฝ่ายได้ถูกเปิดออก แล้วก็ได้รับรู้กัน ได้มีเวทีของการพูดคุยกัน อันนี้ใช่ แต่ไม่จำเป็นต้องกระบวนการสมัชชาจะนำไปสู่การมีมติร่วมกัน เช่นมีข้อตกลงร่วมว่าจะต้อง ๑ ๒ ๓ ๔ ๕^{๕๙}

การขาดเจ้าภาพที่แท้จริงในการจัดการต่อเนื่อง

ประเด็นสำคัญที่สะท้อนกระบวนการเชิงนโยบายเรื่องศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติคือการขาดเจ้าภาพที่แท้จริงในการจัดการต่อไป ยิ่งเมื่อสมัชชาสุขภาพมีมติออกมาเรื่อยๆ การติดตามและขับเคลื่อนโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติก็ยิ่งเป็นไปได้น้อยลง

มติมันจะต้องทำต่อเนื่องกว่านั้นนะ หลังจากนั้นมันไม่มีความต่อเนื่อง มีกลไกของการพูดคุยกันอะไรอย่างนี้ หรือการเจรจา จริงๆ มติส่วนใหญ่เป็นมติเชิงกระบวนการ แต่ปัญหาคือไม่สามารถติดตามมติได้ เพราะว่าในแต่ละปีคุณมีมติ ๑๐ เรื่อง ๗ เรื่อง แล้วทุกปีๆ ไปเรื่อยๆ มันเหมือนดินพอกหางหมูไปเรื่อยๆ นะ เพราะว่าตัวสำนักงานของสมัชชาสุขภาพเองก็ไม่ได้มีหน้าที่ที่จะต้องเป็นคนทำ^{๖๐}

กระบวนการที่หลากหลายเพื่อไปสู่การได้ข้อยุติ

หากมองออกนอกกรอบของกระบวนการสมัชชา ในบรรยากาศที่คณะทำงานมีความเห็นคนละซั้ว บางครั้งอาจต้องมองกระบวนการรูปแบบอื่นๆ รวมไปถึงกระบวนการสมัชชาเพื่อร่วมกันหาข้อยุติในประเด็นที่ยังไม่สามารถมีความเห็นร่วมได้ เช่นคำกล่าวที่ว่า

เครื่องมือเดียวไม่สามารถใช้กับทุกๆ เรื่อง ทุกๆ ปัญหาได้ บางเรื่องอาจจะต้องใช้เครื่องมือนี้ บางปัญหาอาจจะใช้ไม่ได้ สมัชชามันไม่ใช่มีแต่แบบรูปแบบเดียว มาทำข้อมติแล้วก็ไล่ๆ ไปจนไปถึงคณะกรรมการ มาถกเถียงกันในประเด็นอะไรอย่างนี้ มันไม่ใช่ใจ สมัชชามันต้องมีหลายรูปแบบ คุณไม่สามารถใช้รูปแบบเดียวกับทุกเนื้อหาของทุกเรื่องราวได้^{๖๑}

การมีสมัชชาสุขภาพอาจทำให้เกิดความคาดหวังว่าจะเป็นเครื่องมือของการแก้ปัญหาในทุกเรื่อง เมื่อไม่สามารถใช้งานได้ก็อาจทำให้เกิดความผิดหวังและเสื่อมศรัทธาลงไป จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครื่องมือทางเลือกที่หลากหลายมากพอสำหรับการสร้างและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในบริบทของสังคมยุคใหม่

กระบวนการนำเสนอข้อเท็จจริง

แม้ว่ากระบวนการของคณะทำงานจะใช้หลักของการประนีประนอมเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปแต่ก็มีการบันทึกความเห็นของทุกฝ่ายทั้งเสียงข้างน้อยและเสียงข้างมากไว้ แต่ก็ยังมีบางกลุ่มที่ต้องการให้

โรงเรียนแพทย์.

^{๕๙} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๔ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๖.

^{๖๐} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๔ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๖.

^{๖๑} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๔ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๖

กระบวนการมีความโปร่งใสชัดเจนมากกว่าที่เป็นอยู่

จริงๆ ตัว resolution ออกมามันค่อนข้างจะ compromise อันไหนที่ขัดแย้งมากๆ ก็ตัดออกไป ก็เห็นว่าภาคประชาสังคมยังรู้สึกว่ายังไม่ค่อยมีอะไร แต่นั่นคือข้อที่ดีที่สุดที่เราได้ขณะนั้น และอีกอย่างความเห็นก็ค่อนข้างโปร่งใสเพราะว่ากรรมการทุกคนเห็นหมด ไม่ว่าจะส่งมาทางอีเมลหรือจากทางที่ประชุมเราก็จะ record ทุกอย่าง แล้วก็เอกสารก็จะทำเป็นเซตทุกคนก็เห็นหมดเลยว่าเสนออะไรมาแล้วทำไมถึงเสนออย่างนี้ ก็คือทุกคนจะรับรู้ข้อมูลเท่ากันว่ามันเป็นมาอย่างไร ทำไมถึงเห็นด้วยไม่เห็นด้วยและเอาแต่ละประเด็นที่ไม่เห็นด้วยเอามาคุยกันเราก็หาข้อสรุปให้ได้^{๖๒}

แต่กังวลใจในความถูกต้องของกระบวนการ เราว่าสมาชิกจัดขึ้นเป็นกลไกทางสังคมที่สำคัญที่จะนำไปสู่ฉันทมติ แต่มีข้อกังวลบางประการคือ ๑) ความไม่สมดุลของผู้แทน เช่น แพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์ไม่มีโอกาสเข้าร่วมมากพอ ทั้งที่เป็นผู้เกี่ยวข้องควรได้รับโอกาส ๒) จัดประชุมสมาชิกแบบมีข้อสรุปอยู่แล้ว แต่ที่เสนอว่ากรณีที่ยังไม่ได้รับฉันทมติ คณะผู้จัดงานควรบันทึกความเห็นรับฟังความเห็นทุกฝ่ายไว้ในวงเล็บ ๓) แต่ก่อน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมักเชิญประชุมด่วน (แต่เดี๋ยวนี้ดีขึ้น) ต้องเชิญประชุมล่วงหน้า ๑ สัปดาห์ ๔) การส่งรายงานการประชุมล่าช้า ต้องส่งผลงานภายใน ๑ สัปดาห์^{๖๓}

จะเห็นได้ว่าความสงสัยกลางแกลงใจต่อกระบวนการของคณะกรรมการวิชาการยังคงอยู่ ทั้งนี้อาจเกิดจากการไม่สามารถบรรลุความต้องการของฝ่ายต่างๆ ได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างกระบวนการที่สมานฉันท์อย่างแท้จริงทั้งก่อนทำ ขณะทำ และภายหลังการทำสมาชิก มากกว่าการเน้นการยก رأยมติเท่านั้น

ค. บรรยากาศของการประชุม

ความไม่ไว้วางใจในคณะทำงาน

การประชุมคณะทำงานได้เริ่มต้นด้วยบรรยากาศของความขัดแย้งโดยมีจุดยืนความแตกต่างทางความคิดเป็นพื้นฐาน ซึ่งอาจจะผสมผสานกับความไม่ไว้วางใจในกระบวนการการทำงาน ความไม่ไว้วางใจยังเกิดจากประเด็นของเรื่องความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับเอกชนที่ภาคประชาชน (Public Private Partnership) ที่ภาคประชาชนเกรงว่าจะเป็นการเอื้อประโยชน์ต่อภาครัฐกิจ เช่น ความสงสัยในบทบาทของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในฐานะหน่วยงานเจ้าภาพของการดำเนินงานตามนโยบายนี้ว่า มีหน้าที่ที่สนับสนุนนโยบายนี้โดยไม่ได้คำนึงถึงบทบาทที่แท้จริง เช่น การกำกับติดตามผลกระทบ การคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงการวางมาตรฐานของการบริการของเมดิคัลฮับ ในส่วนของการป้องกันผลกระทบก็มีการแก้กฎหมายเพื่อเอื้อต่อการเอื้อทรัพยากรภาครัฐไปสนับสนุนภาคเอกชน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพก็บอกว่าเขาอยากให้มีการแก้กฎหมาย รู้สึกว่าเป็นปัญหามากก็คือหนึ่งให้เอายาหรือเครื่องมือแพทย์ที่ยังไม่เคยมีการขึ้นทะเบียนมาใช้ได้ในโรงพยาบาลเมดิคัลฮับ ถ้าคนใช้นั้นใช้อยู่ ซึ่งเราก็บอกอันนี้ปัญหาใหญ่ ประเด็นใหญ่เลย คุณจะมาแบบนี้ได้อย่างไร^{๖๔}

อ้างว่าถ้าเงินมันเข้าโรงพยาบาลรัฐนะมันจะได้ไปช่วยคนจน มันก็จะแบ่ง section

^{๖๒} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๓ เมื่อวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๕

^{๖๓} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๙ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

^{๖๔} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

โรงพยาบาลรัฐก็จะไม่มีรายได้มากขึ้นเพื่อจะไปช่วย section คนที่ไม่มีตังค์ แล้วก็อีกเรื่องหนึ่งคือ โรงพยาบาลรัฐจะมีกฎว่าหมอที่ไม่ทำเอกซเรย์ได้ค่าอะไร [คำตอบแทนการไม่ทำคลินิกหนึ่งหมื่นบาท// ผู้วิจัยเพิ่มเติม] เพิ่ม เวลาไปทำงานโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมันถูกต้องที่ว่าคุณจะได้หนึ่งหมื่น เขาก็ขอว่าให้ยกเลิกกฎนี้ อันนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพพูด แล้วก็อีกเรื่องหนึ่งก็คือว่าขอให้คลินิกพิเศษในเวลาราชการ นั้นแหละ ซึ่งเราก็บอกว่า ถ้าแบบนี้ปัญหามันมากกว่าการดูแลหมออื่นนะ^{๖๕}

บรรยากาศความไม่พึงพอใจขยายสู่การจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การใช้ฐานความรู้ผสมผสานเข้ากับฐานด้านจิตใจเป็นหนึ่งในหกข้อของหลักการสำคัญและคุณลักษณะของสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์^{๖๖} กล่าวคือสมัชชาสุขภาพถูกคาดหวังให้เป็นกระบวนการที่ฝ่ายต่างๆ สามารถใช้เป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างสันติวิธี โดยใช้วิชาการเป็นที่ตั้งและผสมผสานกับความสมานฉันท์ ซึ่งต้องอาศัยความประณีตในการออกแบบกระบวนการ ความคาดหวังที่สูงเหล่านี้อาจไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรในกระบวนการศึกษาของคณะทำงานเรื่องเมดิคัลล๊اب กล่าวคือไม่สามารถสร้างกระบวนการเรียนรู้และการใช้หลักสมานฉันท์ระหว่างกลุ่มต่างๆ ได้ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างทางความคิดของฝ่ายต่างๆ ที่เข้าร่วมเวทีที่ต้องการปกป้องจุดยืนของตนเองและกระบวนการกลุ่มที่ไม่สามารถทำให้เกิดกระบวนการสมานฉันท์และสันติวิธีได้ ผลของความไม่สามารถสร้างบรรยากาศของการพูดจากันฉันท์มิตรทำให้กระทบต่อความมั่นใจในองค์กรของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเองด้วยอีกทอดหนึ่ง รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมัชชาในปีต่อๆ มาทั้งภาคประชาสังคมและภาคเอกชน

มาถึงขั้นเข้าสู่สมัชชาแล้วมันไม่เป็นมตียังได้เลย ถูกคว่ำไปก็ได้ ถ้ามันไม่ได้ผ่านกระบวนการมามากพอ คุณกันมามากพอมันก็ไม่สมควรเข้าเป็นมติเร่งด่วนแต่เพราะว่าคุณก็เห็นแก่...ด้วยกัน คุณก็ล๊อบบี้กันให้เข้ามาได้ ใช่หรือเปล่า จนมันมีปัญหาแล้วหาว่าภาคประชาสังคมเป็นตัวป่วนสมัชชา ซึ่งเรารู้สึกว่าข้อกล่าวหานี้รุนแรงมากทำให้เรารู้ว่าบาตรไม่เคยไปร่วมกระบวนการสมัชชาอีกเลย หลังจากครั้งที่ ๓^{๖๗}

พบว่าความไม่พึงพอใจในกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมาเกิดขึ้นในคู่ขัดแย้งทั้งสองฝ่าย แม้ว่าคณะผู้จัดการสมัชชาจะเห็นว่าตนเองได้ทำดีที่สุดแล้วและความไม่พึงพอใจนี้ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประชุมอื่นๆ ที่ติดตามมาซึ่งถือว่าเป็นประเด็นสำคัญเพราะบุคคลเหล่านี้หลายคนเป็นแกนนำในฝ่ายต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความคิดความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพได้

๓ การพิจารณามติในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ก. ความเป็นตัวแทนที่มีที่นั้งวันประชุมสมัชชาสุขภาพ

กระบวนการประชุมสมัชชาได้ถอดแบบมาจากการประชุมสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly หรือเรียกย่อๆ ว่า WHA) ที่ให้เวลาแต่ละประเทศได้พูดประเทศละเท่าๆ กัน ซึ่งอาจมองได้ว่าแต่ละประเทศมีศักดิ์ศรีความเป็นประเทศเท่ากัน แต่เมื่อนำมาใช้กับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติพบว่าการให้องค์กรภาคีภาคส่วนต่างๆ ในเวลาที่เท่ากันคือ สามนาทีได้อภิปราย แต่ขณะที่บางองค์กรที่เข้าร่วมเห็นว่าตนเอง

^{๖๕} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๖.

^{๖๖} [Online] Available : [http://www.samatcha.org/หลักการสำคัญและคุณลักษณะของสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์. \[๘ พฤษภาคม ๒๐๑๒\]](http://www.samatcha.org/หลักการสำคัญและคุณลักษณะของสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์. [๘ พฤษภาคม ๒๐๑๒])

^{๖๗} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น และมีข้อมูลมากกว่าแต่ได้เวลาเท่ากับคนที่เกี่ยวข้องน้อยจึงเป็นการไม่เหมาะสม และด้วยคนที่ไม่ได้มีสถานะของการเป็นตัวแทนเหมือนการเป็นตัวแทนประเทศอย่างในการประชุมสมัชชาโลกที่ต้องรับผิดชอบต่อผลที่จะเกิดกับประเทศของตนเองและต้องรับผิดชอบในการนำติดกลับไปปฏิบัติอย่างชัดเจน

คือผู้ร่วมอภิปรายไม่บาลานซ์ ทุกคนให้ไปสามนาที่หมด แต่ดิฉันก็ได้ยินท่านผู้ใหญ่ท่านหนึ่งบอกว่าท่านนี้เรพรีเซ้นต่องค์กรใหญ่มีคนตั้งเยอะแยะก็ให้สามนาที่ คนหนึ่งมาจากไหนไม่รู้ต่างจังหวัด คุณก็ให้สามนาที่เท่ากัน อย่างเราจะทำอะไรพูดอะไร เราต้องเตรียมข้อมูลมาแบคอัพ แต่บางคนเขามาโดยไม่มีข้อมูล เขามาแสดงความเห็นและความเห็นนั้นมันเยอะ และมันก็มีแบบนี้ประชุมๆ อยู่แล้วมีคนเดินเข้ามา ก็มีอีกความเห็นหนึ่ง เปลี่ยนไปเรื่อย ขนาดที่ว่าประชุมในสมัชชาไปเข้าห้องน้ำไม่ได้เลย กลับเข้ามาไม่รู้ว่าคุณถึงเรื่องอะไรอยู่เพราะมันกลายเป็นคนละเรื่อง^{๖๘}

ถ้าเรา [เป็นตัวแทนของประเทศหนึ่ง] เราต้องทำการบ้านมาอย่างดีถูกไหมเราพูดอะไรไปเราต้องรับผิดชอบ accountable แต่ในสมัชชาใครก็ไม่รู้เข้ามาและก็มาพูดอะไรก็ได้เขาไม่ต้อง accountable ในสิ่งที่เค้าพูดแต่ถ้าสมมติน้องทำราชการมาเจ็ดแปดปีให้เวลาเท่ากับคนอื่นคนหนึ่งซึ่งเดินมายังไม่รู้ใคร^{๖๙}

ก็ถึงบอกว่าเขาไม่ได้จัดการกับตัวเครื่องมือให้ชัดเจนไง แล้วก็วิธีการด้วย เพราะว่าเวลาเขียนว่าให้ใครทำอะไรใน WHA มันทำได้ เพราะว่าคุณมาในฐานะของผู้แทนรัฐ เมื่อมีมติร่วมกันคุณก็ต้องกลับไปปฏิบัติในฐานะของผู้แทนรัฐอีกทีหนึ่งใช่ไหม^{๗๐}

ข. สมัชชาถูกมองว่าเป็นการประชุมเพื่อแก้คำผิด

หลายครั้งที่ผู้เข้าร่วมประชุมมุ่งเน้นไปที่รูปแบบของเอกสารเช่นการเน้นที่ข้อความว่าสะกดถูกต้องหรือไม่มากกว่าความหมายและเป้าประสงค์ของมติทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นการประชุมที่ไม่มีประสิทธิภาพและยิ่งกว่านั้นพบว่าการแก้ไขบางอย่างทำให้ความหมายผิดเพี้ยนไปจากเดิม ซึ่งการมุ่งแก้คำผิดไม่ค่อยพบในการประชุมในระดับนานาชาติ

ถามว่าเราชอบไหม เราก็ไม่ได้ชอบกับกระบวนการนี้ เพราะว่าบางครั้งมันทำให้ไปเน้นเรื่องคำมากกว่า ซึ่งมันก็ตลก บางทีแก้ไปแก้มาเพี้ยน เพราะว่ากว่าจะมาเป็นมติ เขาทำงานวิชาการมีอะไรรองรับ ร่างกันมาเกือบปี คือนั่นไปเอาวิธีการแบบ WHA ซึ่งแต่ละคนเป็นรัฐ เป็นผู้แทนรัฐซึ่งมีข้อมูลใช้ใหม่ละ ฉะนั้นมันจะไม่มาแก้ a, an, the หรือ^{๗๑}

ค. ความรู้สึกที่ได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เสมอภาคในการตอบสนอง

ภาคเอกชนมีความรู้สึกที่ถูกมองเป็นผู้ร้ายและเกิดการรับรู้ถึงความไม่เป็นธรรมในการแสดงออก ขณะที่ภาคประชาสังคมได้รับการตอบรับดีกว่า รับฟังมากกว่าและตอบสนองดีกว่า แม้ว่าจะได้รับเวลาในการพูดที่เท่ากันก็ตาม

^{๖๘} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๙ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

^{๖๙} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๙ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

^{๗๐} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๔ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๖.

^{๗๑} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๔ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๖.

เขามีความรู้สึกว่าเสียงเขามันไม่ถูกได้ยินเพราะสวมเสื้อเอกชน เขามีความรู้สึกว่าพอเอ็นจีโอส่งเสียงดังกว่าเสียงเขา พอมันดังกว่าเสียงเขาก็ไร้ประโยชน์ มันไม่ใช่เสียงต่อเสียงมันเป็นปฏิกิริยาของการรับรู้ ตอบรับไม่เหมือนกัน^{๗๒}

โดยทั่วไป ภาคเอกชนมักถูกมองว่ามุ่งหวังผลประโยชน์ส่วนตัว อย่างไรก็ตามความเป็นภาคเอกชนก็มีระดับของการกระทำเพื่อประโยชน์ต่อสังคมที่มากน้อยแตกต่างกันไป การแสดงท่าทีที่เป็นกลาง เป็นมิตรและให้ความเป็นธรรมต่อกันน่าจะช่วยให้เกิดความร่วมมือตามมาภายหลังได้ง่ายขึ้น

ง. กระบวนการแก้ไขร่างมติในการประชุมสมัชชาและการใช้คำว่าฉันทมติ

การแก้ไขร่างมติที่ได้มาจากคณะทำงานบางครั้งขาดการบันทึกความเห็นที่ต่างไว้อย่างชัดเจน ในหลายครั้งมีความเห็นที่แตกต่างมากแต่กระบวนการสมัชชานิยมใช้คำว่าฉันทมติซึ่งทำให้ดูเหมือนว่าทุกคนในที่ประชุมทั้งหมดมีความเห็นพ้องต้องกันด้วย เมื่อคำว่าฉันทมติได้ถูกนำไปใช้ในร่างของมตินำสู่ที่ประชุม คณะรัฐมนตรีทำให้ผู้ที่คิดเห็นแตกต่างรู้สึกว่ามันนั้นๆ ไม่ใช่ฉันทมติในความหมายที่แท้จริง

ผมคิดว่าการร่างมติสมัชชาควรจะสรุปร่างประเด็นมาก่อน ก่อนที่จะเข้าไปสู่ประชุมแล้ว เพราะถ้าเป็นมติแล้วแก้ไขยาก ต้องเถียงข้ามวันข้ามคืนเพื่อจะแก้คำพูดสองคำพูด ต้องมองดูว่าสร้างประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของการตัดสินใจการปฏิบัติการตัดสินใจและการดำเนินนโยบายซึ่งมีผลกระทบต่อทุกคนไหม แล้วการตั้งคณะทำงานหลังจากมีมติแล้ว ความเห็นซึ่งมีความแตกต่างควรจะได้รับการบันทึกไว้ด้วย คำนี้ที่ได้ยินนี้บ่อยตามที่สมัชชาสุขภาพกล่าวอ้างถึง

ที่ว่าฉันทมตินี้ คนฟังแล้วเหมือนกับว่าทุกอย่างมันเอกฉันท์ เห็นด้วยสอดคล้อง จริงๆ แล้วมันไม่ใช่ มันมีข้อโต้แย้งข้อถกเถียงแต่มันไม่ได้รับการบันทึก ซึ่งมันเป็นแบบนี้คำว่าฉันทมติมันมีความศักดิ์สิทธิ์ขึ้นมาทันทีเลยเมื่อนวกกับเป็นองค์กรสมัชชาสุขภาพมีธรรมนูญของตัวเองด้วย แล้วประชุมอยู่ที่ตึกสหประชาชาติก็เลยยังลังเลเข้าไปใหญ่ใช้ไหม ก็ถูกหยิบมากล่าวอ้างมาโดยตลอดแล้วเนื่องจากว่าพอสรุปเสร็จแล้วก็เอาฉันทมติก็ไปบีบคอ คณะรัฐมนตรีบอกว่าเป็นฉันทมติของประชาชน^{๗๓}

การใช้ภาษาคำว่า “ฉันทมติ” น่าจะเป็นคำที่แสดงถึงความเห็นพ้องต้องกัน แต่ไม่ได้หมายถึงเต็มร้อยเปอร์เซ็นต์ ซึ่งเป็นคำที่น่าจะสร้างพลังให้กับมติที่เกิดขึ้น แต่ก็สามารถสร้างความกังวลใจสำหรับผู้ที่ไม่เห็นด้วย จึงอาจจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจกับคำที่ใช้หรือสรรหาคำที่ใช้ได้ตรงและเหมาะสมกว่านี้ ส่วนในเรื่องของประสิทธิภาพของกระบวนการยกร่างมติสมัชชาของคณะทำงาน อาจต้องเพิ่มกระบวนการที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้ามามีส่วนร่วมในการยกร่างครั้งสุดท้ายอย่างจริงจังและมีการปรับแก้ไขที่สามารถทำได้ก่อนการสรุปเพื่อจะได้ใช้เวลาในกระบวนการสมัชชาที่มีคนจำนวนมากให้มีประสิทธิภาพและทำการขัดเกลาทางภาษาและไวยากรณ์อีกด้วย

จ. การใช้กระบวนการถกแถลงจนถึงที่สุด

การที่จะได้มาซึ่งฉันทมติได้จะต้องมีการถกแถลงกันจนถึงที่สุด แต่การประชุมสมัชชาสุขภาพประจำปี

^{๗๒} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

^{๗๓} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ถูกลองว่าให้เวลาสามนาทีก่อนของแต่ละองค์กรไม่สามารถทำให้เกิดการถกแถลงกันจนถึงที่สุดได้ แต่ขณะเดียวกันจะต้องมีคณะทำงานไปร่างมติคู่ขนานกันไปสดๆ ซึ่งคณะทำงานฝ่ายเลขาคณะทำงานมีความสำคัญมากในการจัดบันทึกและมีประธานช่วยกรองข้อความก่อนให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ดู

กระบวนการ (ที่เราศึกษามาจากต่างประเทศ// ผู้วิจัยเพิ่มเติม) ต้องยกมาให้หมด ไม่ใช่ยกมาครึ่งๆ กระท่อนกระแท่นแล้วใช้วิธีพวกมากลากไปเพราะบางคนเหนื่อย จริงๆ บางทีปีแรกประชุมถึงสี่ทุ่มไม่ยอมปล่อยกลับบ้านจะเอาให้ได้ตามความเห็นเขา เราก็บอกไม่เอา มีข้อจำกัดอย่างนี้มีข้อแม้ อย่างนี้ เขาก็จะพยายามแสดงจนกระทั่งมันล้า^{๗๔}

การที่กระบวนการมีความยืดหยุ่นอาจเป็นเพราะยังขาดการปรึกษาหารือกันในระดับการเตรียมกร่าง ทำให้ประเด็นขัดแย้งมีมาก ประกอบกับเวลาที่จำกัดในการประชุมสมัชชาสุขภาพจึงจำเป็นต้องใช้เวลาออกซึ่งดำเนินไปบนความไม่ไว้วางใจกันต่างฝ่ายต่างต้องคอยจับตาทำให้บรรยากาศการประชุมไม่สามารถสร้างความสมานฉันท์ได้

ฉ. ประเมินผลและทางเลือกเสริมของกระบวนการสมัชชา

การทำงานของสมัชชาสุขภาพที่มีมติในเรื่องต่างๆ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ทำให้มีการตั้งคำถามถึงผลการทำงานในฐานะที่เป็นเวทีถกแถลงเรื่องสำคัญระดับชาตินี้ว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ซึ่งนอกเหนือจากข้อเสนอเรื่องการประเมินผลแล้ว ยังมีการเสนอให้มองหากลไกกระบวนการอื่นๆ เพื่อใช้เสริมไปกับกระบวนการสมัชชา

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีเครื่องมือหลายอย่างเพื่อให้ได้มาซึ่งกระบวนการนโยบายสาธารณะ นอกเหนือจากกระบวนการประชุมสมัชชา เช่น HIA และ ธรรมนูญสุขภาพ แต่เครื่องมือเหล่านี้สังคมยังไม่ได้รับรู้เท่าที่ควร คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงควรที่จะพัฒนาและทำให้เครื่องมือเหล่านั้นเป็นที่ยอมรับของสังคม เพื่อให้เสริมกับกระบวนการสมัชชา

กฎหมายไม่ได้ล็อกคุณนี้ว่าคุณต้องจัดได้แค่รูปแบบเดียว เพียงแต่ว่า OK ปีเริ่มต้นก็ยืมของคนอื่นมาใช้ปรับให้มันลดกลืนมนเนยลงไปแต่มันก็ไม่ใช่ คุณก็ยังยึดหลักอันเดียว^{๗๕}

การพัฒนาเครื่องมือใหม่ๆ ในการสร้างนโยบายสาธารณะจะช่วยให้มีทางเลือกในการสร้างการมีส่วนร่วมได้ ข้อจำกัดของสมัชชาสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความเป็นทางการ ระยะเวลาการประชุมที่จำกัด การขาดปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมที่มีความเห็นขัดแย้งกัน อาจแก้ไขได้จากรูปแบบการปรึกษาหารือหรือการถกแถลงลักษณะอื่นๆ การพัฒนาเครื่องมือทางเลือกใหม่ๆ จึงมีความจำเป็น

๔ การติดตามผลของมติสมัชชา

ก. ปัญหาการติดตามมติ

มติสมัชชาในเรื่องศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเป็นนโยบายสาธารณะหนึ่งจากมติสมัชชาสุขภาพที่ถูกประเมินว่ามีการขับเคลื่อนได้น้อย พบว่าปัญหาของการติดตามมติสมัชชาประกอบด้วย การขาดการมอบหมายที่ชัดเจนว่าหน่วยงานต่างๆ ต้องทำอะไรในเชิงกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม รวมไปถึงการเห็นถึงศักยภาพเชิงวิชาการ

^{๗๔} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๕ เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

^{๗๕} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๔ เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๖.

ในความสามารถที่จะขับเคลื่อนประเด็นนั้น ซึ่งต้องอาศัยทรัพยากรที่เพียงพอ การเรียกหน่วยงานมาเพื่อการรายงานต่อคณะกรรมการติดตามเป็นเพียงการรายงานให้ผ่านๆ ไปหรือได้มีการช่วยเหลือและประสานเพื่อให้เกิดการสร้างกลไกของการติดตามร่วมไปด้วยเพราะหน่วยงานต่างๆ มีเข็มมุ่งของงานแต่ละช่วงเวลาของตนเองด้วย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้ติดตามกลไกสมัชชา แต่ไม่มีการมอบหมายอะไรต่อเนื้ออย่างชัดเจน สมัชชาเวลามอบอะไรใคร ต้องมีกลไกสนับสนุน และกรรมการตามมติสมัชชาคอยติดตามว่าทำได้หรือไม่ ไม่ได้ทำเพราะอะไร หลายครั้งวิธีมือนีเตอร์ ไม่เคลียร์ว่าใครเป็นเจ้าภาพต่อมติสมัชชา เรียกเขามารายงาน เขาก็งงๆ ว่าเขารายงานในฐานะอะไร จะให้เขาทำอะไร ได้พูดว่า ให้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทำอย่างนั้นอย่างนี้ ไม่ได้ถามเขาว่า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจะรับได้มั้ย ไม่มีกลไกติดตาม รับทราบแต่ไม่มีใครมาจี้ให้ทำ เรามีเรื่องอื่นให้ทำเยอะแยะไปหมด^{๗๖}

การที่มติสมัชชาสุขภาพระบุไว้อย่างชัดเจนว่าเป็นหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ที่จะต้องรับผิดชอบต่อมติเหล่านั้น แต่ความคาดหวังของหน่วยงานต่างๆ ที่ถูกระบุไว้นั้นไม่ได้คิดว่าตนเองจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ ขณะที่ภาคประชาสังคมกลับคาดหวังกับหน่วยงานต่างๆ รวมถึงสมัชชาสุขภาพที่จะต้องรับผิดชอบต่อมติที่ถูกสร้างขึ้นมา จึงกลายเป็นสุญญากาศของความรับผิดชอบ

ข. ความคาดหวังของภาคประชาสังคมต่อ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการติดตามมติ

ขณะที่ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติถูกออกแบบมาให้เป็นองค์กรมีหน้าที่ประสานและส่งเสริมผลักดันให้เกิดมากกว่าเป็นผู้มีหน้าที่ทำงานในประเด็นต่างๆ ประกอบกับมติสมัชชาสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่สะสมมากขึ้นทุกปี ในขณะที่ภาคส่วนต่างๆ ก็ยังคาดหวังที่จะเห็นการขับเคลื่อนจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นเจ้าภาพอย่างจริงจัง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงเกิดความผิดหวังและเสื่อมศรัทธา

[คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ] ก็ต้องไปสนับสนุนคนที่เขาติดตาม ใช้หรือเปล่า แต่คุณไม่รับลูกเขาไง เขาขอให้แค่คุณก็ไปบอกหน่วยงาน ไปยืนยันมติกับหน่วยงานเท่านั้นเอง คุณก็ไม่ทำ จริงๆ แล้วมันไม่ได้อาศัยกระบวนการมากมายเลยนะ พอรัฐบาลมีมติคณะรัฐมนตรี [ให้]ทำเมดิคัลฮับในมหาวิทยาลัยแพทย์ที่เชียงใหม่ ขอนแก่น อะไรพวกนั้นนะ พอเราส่งหนังสือไปถึง ร้องคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แล้วเขาไม่ทำอะไร ฉะนั้นตั้งแต่ตอนนั้นก็จบเกมกันที่ หลังจากนั้นเราก็เปลี่ยนเลย เราก็ไปทำกับสภาที่ปรึกษา เพราะเรารู้สึกว่าคาดหวังกับหนทางนี้ไม่ได้ เราก็ไปพึ่งหนทางอื่น คุณเชิญชวนคนให้มาทำมติเพื่ออะไรละ พอรู้สึกว่ามันออกมาแล้วเราก็มีความรู้สึกความเป็นเจ้าของใช้ไหม แต่คุณก็แบบไม่ take action ไม่ตอบไม่อะไร^{๗๗}

ค. ความคาดหวังต่อหน่วยงานของรัฐตามมติสมัชชา

ด้วยนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเป็นการขับเคลื่อนของภาคเอกชนและภาคการเมืองตั้งแต่ตอนต้น แต่ขาดการมีส่วนร่วมของภาคการเมืองจึงขาดพันธะสัญญาต่อการปฏิบัติตามมติ นอกจากนี้พบว่าฝ่าย

^{๗๖} จากการผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๕.

^{๗๗} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๖ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๖.

การเมื่อมองเห็นว่ามติคณะรัฐมนตรีมีอำนาจสูงสุดและอยู่เหนือมติของสมาชิกสภาสุขภาพ การดำเนินงานในนโยบายเมตคัลฮับจึงดำเนินไปตามมติคณะรัฐมนตรีเป็นหลัก ดังจะเห็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของบทบาทของโรงเรียนแพทย์มีหลายประเด็นที่เกิดเป็นคำถามที่สะท้อนกลับไปยังโรงเรียนแพทย์ที่ว่า การออกนอกระบบของโรงเรียนแพทย์ อาจส่งผลให้คนในระบบหลักประกันสุขภาพมาใช้ประโยชน์ไม่ได้ และคนต่างชาติคือเป้าหมายหลักในการทำงานบริการสุขภาพใช้หรือไม่

เรื่องภารกิจของรัฐ โรงพยาบาลในสังกัดหน่วยงานต่างๆ เป้าหมายสำคัญคือ การดูแลสุขภาพของคนไทย เมตคัลฮับไม่ใช่ภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข รัฐไม่ควรเข้าไปมีบทบาทในการดูแลหรือทำตัวเองเป็นเมตคัลฮับ กระทรวงไม่ได้มีหน้าที่หลักที่เราจะไปสนับสนุน เราทำเฉยๆ ก็ได้ กระทรวงต้องเข้าใจว่ามีหน้าที่อะไรกันแน่ กลายเป็นคนกลับไปกลับมา สับสนในบทบาท เราหารายได้อย่างเดียว มองข้ามสิทธิมนุษยชน สนใจแต่คนรวย ไม่ใส่ใจคนจน เราเคยเสนอเรื่องแรงงานต่างชาติ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขบอกว่า ไม่ใช่หน้าที่ของเรา^{๗๔}

โรงเรียนแพทย์เป็นเมตคัลฮับหรือไม่ หรือเป็น excellent center เฉยๆ และการขอยื่นออกระบบ คนอยู่ในระบบประกันสุขภาพก็มาใช้ไม่ได้ เพราะเขาเลี้ยงตัวเองในระบบประกันสุขภาพไม่ได้ ผมโต้แย้งไปว่า ถ้าเงินไม่พอ ต้องไปคุยกับหน่วยงานประกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) เพราะประกันต้องหาเงินมาจ่ายให้คุณ สิ่งที่คุณรัฐมนตรีอนุวัติตอน คณะรัฐมนตรีสัญญา สภาพัฒนาต้องให้เห็น ทำเป็น national plan ผ่านตามระบบ ตอนแรกเราเชิญมาคุย โรงพยาบาลเตรียมข้อมูลมา Defend เต็มที่ เพื่อคุยว่าจะทำเรื่องนี้ให้ดีขึ้นอย่างไร เหมือนต่างคนต่างทำต่างคนต่างขอ ตอนคณะรัฐมนตรีสัญญาจริงๆ ต้องมีคนมองภาพใหญ่ ผมเลี้ยงใช้ excellent center แทนเมตคัลฮับคือ เป้าหมายสุดท้ายมุ่งความเป็นเลิศทางวิชาการ ไม่ใช่การหารายได้ ควรคุยกับรัฐบาลให้ชัด ไม่ใช่ทำไปแล้วทำให้บริการกลายเป็นสองมาตรฐาน^{๗๕}

การที่บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและโรงเรียนแพทย์ออกมาตอบสนองต่อความต้องการทางการเมือง ส่วนหนึ่งเกิดจากความปรารถนาที่จะพัฒนาหน่วยงานของตนเอง ซึ่งการรจัดสรรด้วยเงินงบประมาณตามปกติเป็นไปได้ช้า เมื่อเป็นโอกาสเช่นนี้หน่วยงานต่างๆ จึงสนองตอบได้ง่าย ซึ่งการกระทำเช่นนี้เป็นการขัดกับมติสมาชิกสภาสุขภาพที่มีอยู่แล้ว แต่ฝ่ายการเมืองไม่ได้ให้ความสำคัญกันเท่าใดนัก ส่วนหนึ่งอธิบายได้ว่า กระบวนการสมาชิกในเรื่องเมตคัลฮับไม่ได้เชิญฝ่ายการเมืองเข้ามาร่วมแต่แรก ถึงกระนั้นก็อาจมีข้อคิดเห็นที่ต่างไปได้ว่า แม้ฝ่ายการเมืองจะมาร่วมด้วย ก็มิได้เป็นหลักประกันว่าจะมีพันธสัญญาใดๆ ที่จะดำเนินตามมติสมาชิก รวมถึงการเสนอให้มีตัวแทนฝ่ายการเมืองเข้ามาในคณะทำงานฯ มีปัญหาคือจะเลือกใครมาเป็นผู้แทนฝ่ายการเมือง เพราะมีทั้งฝ่ายพรรครัฐบาลและพรรคฝ่ายค้าน และกระบวนการพัฒนานโยบายพรรคการเมืองก็มีความซับซ้อน

ง. การติดตามผลกระทบของนโยบาย

การติดตามประเด็นผลกระทบของมติสมาชิกในเรื่องการระมัดระวังเรื่องแพทย์ออกนอกระบบ หรือการตั้งกองทุน พบว่ามติเหล่านี้ไม่ถูกนำไปปฏิบัติด้วยขาดความชัดเจนในมิติ ยกตัวอย่างกรณีการให้เอกชนร่วมผลิตแพทย์ยังมีประเด็นที่ต้องทำรายละเอียดให้ปรากฏอย่างเป็นรูปธรรม

^{๗๔} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๕.

^{๗๕} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๕.

ฝ่ายเอกชนเสนอเรื่องการผลิตแพทย์ โดยใช้กลไกของภาคเอกชน มีการพูดกันว่าอนุญาตให้เขาผลิตสิ เราไม่ถึงขนาดแย้งชัดเจน แต่ภาพโดยรวมรายละเอียดเขาจะผลิตอย่างไร โดยไม่อิงภาครัฐเป็นเบสิค (พื้นฐาน) หรือเรลลิเดนท์เทรนนิ่ง (ฝึกแพทย์เฉพาะทาง) ผู้ป่วยที่จะมาให้แพทย์เรียนรู้ใช้ใครก็ตกอยู่ที่คนไทยเป็นเหยื่อนั่นเอง ในการให้โอกาสเรียนรู้ของแพทย์ แพทย์เก่งเสร็จเขาไปดูแลคนต่างชาติ การผลิตโดยเอกชน โดยรัฐไม่ต้องเก้อหนุนเลย จึงไม่ชัดเจน^{๘๐}

ถึงกระนั้นการสร้างความสะดวกให้กับมติของสมัชชาไม่ได้มีการกำหนดไว้ในกระบวนการสมัชชาว่าต้องมีกระบวนการอย่างไรบ้างเพื่อที่จะตีโจทย์ของมติสมัชชาแจ่มออกเป็นข้อๆ ที่แสดงถึงขั้นตอนของการปฏิบัติที่ชัดเจน ขั้นตอนนี้จึงเป็นความยากของทุกฝ่ายของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอันเกิดจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จ. ผลกระทบตามหลังของมติสมัชชา

แม้การติดตามในระยะหลังขาดความชัดเจนแต่ในระยะแรกที่มีมติสมัชชาออกมาโดยเฉพาะที่อ้างอิงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ในข้อที่ ๕๑ ที่ว่า "รัฐไม่พึงสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ" ทำให้มีการยกเลิกการอนุมัติการส่งเสริมทางธุรกิจของ บีโอไอที่เพิ่งอนุมัติไปหนึ่งเดือนก่อนหน้าที่มีมติออกมา อาจถือเป็นการขับเคลื่อนจากมติสมัชชาที่เป็นผลมากที่สุดอย่างหนึ่งและเป็นจุดที่เกิดความไม่พอใจอย่างแรงในภาคเอกชนจึงเกิดข่าวของความพยายามที่จะขอคืนการสนับสนุนทางธุรกิจโดยอ้างการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศและพยายามชี้ให้เห็นว่าได้ส่งผลกระทบไปทั้งหมดต่อธุรกิจโรงพยาบาลทุกประเภทไม่แยกแยะ ขณะที่บางโรงพยาบาลอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับเมดิคัลฮับแต่ต้องการบริการผู้ป่วยประกันสังคม ทำให้ขาดโอกาสการพัฒนา นอกจากนี้ภาคเอกชนที่ได้รับผลกระทบนี้มีความพยายามในการแก้ไขธรรมนูญสุขภาพนี้โดยการอ้างว่าเมื่อใช้มา ๕ ปีแล้วควรได้รับการปรับปรุงตามที่เขียนไว้

ตอนนั้น เรายังไม่ได้รับรู้เรื่อง BOI ชัดเจน แต่ตอนนั้นมีข่าว BOI จะสนับสนุนโรงพยาบาลเอกชน ทำให้เห็นว่ายังพูดไม่จบเลย ภาครัฐมีท่าทีสนับสนุนเมดิคัลฮับชัดเจน เคยเข้าประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นายกฯ อยู่ด้วยเป็นประธาน BOI ด้วย นายกรัฐมนตรีบอกไว้ก่อนให้ BOI ทำงานร่วมกับวงวิชาการเพื่อดูนโยบายการส่งเสริมการลงทุนควรเป็นอย่างไร ภาคสาธารณสุขต้องสนับสนุนนโยบายสุขภาพด้วย คือ มีการสนับสนุนบริการในระดับปฐมภูมิ ตอนนั้น เราเขียนหลักเกณฑ์สนับสนุนการลงทุนใน Primary Care Center [ระบบบริการปฐมภูมิในชุมชน] ตอนนั้น ได้ออกมาเป็นข้อสรุป แต่เรื่องหายไป เพราะไม่มีใครสนใจอีก^{๘๑}

ดูเหมือนว่าการระงับให้สิทธิพิเศษบีโอไอกับโรงพยาบาลเอกชนจะเป็นผลจากสมัชชาสุขภาพที่มีความรวดเร็วและเป็นรูปธรรมมากที่สุด ส่วนหนึ่งจากการที่รัฐบาลในยุคนั้นรับลูกการทำงาน เมื่อรัฐบาลเปลี่ยนคณะก็มีแนวโน้มที่จะยกเลิกการระงับและคืนสิทธิพิเศษที่เคยอนุมัติให้ไปด้วยเหตุผลของการสร้างศักยภาพการแข่งขันกับต่างประเทศโดยผ่านนโยบายเมดิคัลฮับ ซึ่งปัญหานั้นเกี่ยวข้องกับภาคการเมืองเป็นสิ่งที่คาดเดาได้

^{๘๐} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๕.

^{๘๑} จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๕.

ยากมีความแปรเปลี่ยนไปตามบรรยากาศทางการเมืองในเวลานั้น

๕ ข้อเสนอแนะ

ก. ขั้นตอนการกลั่นกรองบรรจุประเด็นเข้าสู่วาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- ๑) ข้อมูลวิชาการเพื่อการตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานที่มีความสำคัญมาก คณะกรรมการวิชาการและคณะกรรมการจัดงานสมัชชาควรใช้เป็นเกณฑ์ที่เคร่งครัดในการคัดเลือกเรื่องที่จะบรรจุเข้าเป็นประเด็นสำหรับเป็นวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การขาดหลักฐานทางวิชาการที่เพียงพอทำให้การถกแถลงตั้งอยู่บนข้อคิดเห็นและความรู้สึกมากกว่าข้อเท็จจริง และทำให้เกิดการนำจุดยืนที่แตกต่างกันมาเป็นฐานในการต่อสู้ระหว่างฝ่ายที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย นอกจากจะไม่อยู่พบฐานของการเรียนรู้แล้วยังทำให้เสียหายต่อบรรยากาศการประชุมอีกด้วย ส่งผลให้การหาข้อยุติสุดท้ายใช้การประนีประนอมหรือไม่ก็ตัดประเด็นขัดแย้งนั้นออกไปเลยเพื่อลดความขัดแย้ง ซึ่งเป็นการหาข้อสรุปเพื่อยุติประเด็นที่ไม่ได้ช่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุดของส่วนรวม
- ๒) นโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเป็นประเด็นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพในวงกว้าง จึงควรมีกติกาข้อกำหนดร่วมกันเบื้องต้นเพื่อให้เกิดการยอมรับและสามารถมาถกแถลงกันเพื่อหามาตรการป้องกันผลกระทบได้ ซึ่งในกรณีนี้ยังไม่เคยมีการมาพูดคุยกันว่า จะวางระบบการแพทย์นานาชาติของประเทศให้เป็นอย่างไร การขาดเป้าหมายปลายทางของการพัฒนาทำให้การถกแถลงไม่เชื่อมโยงกับภาพรวมและเป็นการพูดกันที่ไม่สามารถหาข้อยุติได้ ประเด็นของการนำเรื่องเข้าสู่สมัชชาสุขภาพจึงควรเป็นการพัฒนาระบบเมดิคัลฮับที่พึงประสงค์และสอดคล้องกับประเทศไทยมากกว่าที่จะมาพูดถึงผลกระทบเพราะหากสามารถออกแบบระบบบริการเมดิคัลฮับที่ไม่มีผลกระทบมากนักก็ไม่จำเป็นต้องมาอภิปรายกันเรื่องนี้
- ๓) ประเด็นเรื่องศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติมีลักษณะที่ต่างจากนโยบายที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนที่มีผลกระทบอย่างแน่นอนชัดเจน เช่น ผลของความอ้วนทำให้เกิดโรคที่ทำการรักษาไว้แล้ว แร่ใยหินทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดอย่างชัดเจน ขณะที่ผลกระทบอันเกิดจากการพัฒนาระบบหนึ่งๆ มีลักษณะที่ไม่แน่นอนตายตัวขึ้นกับการออกแบบและการจัดการระบบ ดังนั้นหากมีการนำประเด็นที่เป็นการพัฒนาเชิงระบบบริการ ควรมีการกำหนดภาพอนาคตร่วมกันก่อนที่จะถกเถียงกันในประเด็นผลกระทบ

ข. ขั้นตอนการตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น

- ๑) ประเด็นที่มีความขัดแย้งสูงอาจต้องการการจัดการที่ประณีตละเอียดอ่อนมากกว่าปกติ เช่นการคัดเลือกประธานและเลขาธิการซึ่งในปีการจัดสมัชชาสุขภาพในปีต่อมา พ.ศ. ๒๕๕๔ ก็ได้มีการสร้างแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมในการเลือกคณะทำงานให้มีการปรึกษาเพื่อขอความเห็นจากฝ่ายต่างๆ ในการคัดเลือกประธานและฝ่ายเลขาธิการงาน นอกจากความขัดแย้งระหว่างประธานกับคณะทำงานแล้วควรมีความตระหนักที่จะบรรเทาความขัดแย้งระหว่างคณะทำงานด้วยกันเองเพื่อให้การทำงานตลอดจนการขับเคลื่อนมีความราบรื่น โดยอาจจำเป็นต้องมีกระบวนการใหม่ๆ เข้ามาเสริม
- ๒) การทำแนวข้อตกลงร่วมกันเบื้องต้นในช่วงแรกของการทำงานของคณะทำงานเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งมีการจัดทำในคณะทำงานเฉพาะประเด็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเช่นการใช้หลักฐาน การหาข้อยุติ การกำหนดเป้าหมายของการถกแถลง จึงน่าจะนำแนวทางนี้ไปพัฒนาให้สมบูรณ์แล้วใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในคณะทำงานกลุ่มต่างๆ เพื่อสร้างข้อตกลงของการทำงานร่วมกัน

ค. ขั้นตอนการประชุมสมัชชาสุขภาพ

- ๑) การประชุมสมัชชาควรทำให้เกิดบรรยากาศของการถกแถลงให้ถึงที่สุดเพื่อให้เกิดฉันทมติ โดยจัดเตรียมเอกสารให้พร้อมในเรื่องภาษาเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้เวทีเป็นที่แก้คำผิด ขณะเดียวกันก็ต้องสร้างสมดุลของความยากง่ายของการแก้ไขร่างมติขยายความ คือหากแก้ไขไม่ได้เลยทำให้ถูกมองว่าการประชุมเป็นแค่ตรายางรับรองร่างมติ ส่วนการแก้ไขได้โดยง่ายก็ทำให้เห็นว่าการถกเถียงของคณะทำงานขาดประสิทธิภาพในการศึกษากันกรองประเด็น อาจให้มีกระบวนการฟังความคิดเห็นที่เข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจริงๆ เพื่อให้เกิดฉันทมติมากที่สุดเพื่อลดปัญหาความยืดเยื้อหรือระงับระหว่างการประชุม
- ๒) ควรสร้างบรรยากาศของการรับฟังภาคส่วนต่างๆ อย่างเสมอภาค การที่บางภาคส่วนถูกมองในลักษณะ "ผู้ร้าย" ทำให้เกิดการปกป้องและต่อสู้มากกว่าบรรยากาศของความสมานฉันท์ ท่ามกลางความเสมอภาคบางภาคส่วนมีข้อมูลและประเด็นของการนำเสนอเชิงลึกมากกว่าแต่ได้รับเวลาของการนำเสนอเท่ากันกับภาคส่วนที่แค่แสดงความเห็นทั่วไป จึงเป็นโจทย์ของผู้จัดสมัชชาที่จะสร้างสมดุลของการให้โอกาสในการนำเสนอที่มีความเสมอภาคและความลึกซึ้งของเนื้อหา ซึ่งปัญหานี้ อาจแก้ไขได้ในขั้นตอนก่อนเข้าสู่สมัชชาและการสร้างบรรยากาศของความสมานฉันท์ระหว่างทางของคณะทำงานและการมีท่าทีต่อกันที่เป็นกลางและทำในเชิงบวก

ง. ขั้นตอนการขับเคลื่อนติดตาม

- ๑) ควรมีการพัฒนาการขับเคลื่อนไปพร้อมกับตั้งประเด็นที่นำเข้าสู่การศึกษาตามหลักของการมีส่วนร่วมที่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นแรกเพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการออกแบบการขับเคลื่อนตั้งแต่ต้น รวมไปถึงการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสให้ความเห็นชอบก่อนที่การยกร่างจะเสร็จสิ้นลง รวมทั้งตั้งโจทย์ของมติข้อต่างๆ ให้ออกมาเป็นรูปธรรมที่เห็นแนวทางปฏิบัติได้อย่างชัดเจน
- ๒) การขับเคลื่อนประเด็นเป็นผลมาจากการรับรู้และการมีส่วนร่วมในระดับคณะทำงาน ดังนั้นการกำหนดคณะทำงานจึงมีประเด็นที่ควรมีการพัฒนาดังนี้คือ ๑) การกำหนดจำนวนคณะทำงาน เดิมที่มีการกำหนดคร่าวๆ ว่าประมาณไม่เกิน ๑๕ คน เห็นว่าไม่ควรกำหนดให้มีจำนวนที่ตายตัวแต่ควรยืดหยุ่นตามจำนวนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนั้นๆ ๒) คณะทำงานควรครอบคลุมภาคส่วนที่สำคัญ เช่น กรณียกของนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติเป็นประเด็นที่ขับเคลื่อนมาจากฝ่ายการเมืองเป็นหลักก็ควรนำฝ่ายการเมืองเข้ากระบวนการของคณะทำงานด้วย ๓) คณะทำงานควรเป็นผู้ที่รับผิดชอบในงานนั้นจริงๆ หรือเป็นบุคคลที่คณะผู้บริหารหน่วยงานส่งมาเป็นตัวแทนอย่างเป็นทางการและควรมีการสื่อสารกลับไปยังหน่วยงานอย่างเป็นทางการถึงของการทำงานเพื่อให้เกิดพันธะผูกพันต่อการทำงานในขาเคลื่อนต่อไป เพราะการทำงานลักษณะเป็นปัจเจกบุคคลที่มาจากหน่วยงานต่างๆ เมื่อถึงขั้นตอนของการขับเคลื่อนผู้บริหารหน่วยงานอาจปิดความรับผิดชอบได้
- ๓) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติควรมีความชัดเจนต่อยุทธศาสตร์และความเป็นเจ้าภาพในการทำงาน การขับเคลื่อนที่เกิดผลได้จริง ปัจจุบัน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมี "คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.)" และคณะกรรมการชุดนี้ได้ได้แต่งตั้ง "คณะทำงานจัดทำแผนการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ" ให้เป็นกลไกในการติดตามผลและจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอีกทอดหนึ่งซึ่ง

คณะกรรมการและทำงานชุดนี้ต้องทำงานติดตามมติทั้งหมดตลอดการประชุมสมัชชาทั้ง ๕ ครั้งรวมเป็น ๕๑ มติ มีเนื้อหาจำนวนมาก คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติควรมีความชัดเจนว่า บทบาทของคณะกรรมการมีมากน้อยเพียงใดต่อการสร้างการขับเคลื่อน ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงการทบทวนการออกแบบองค์ของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติว่าต้องการให้รองรับการติดตามมติสมัชชามากน้อยเพียงใด ซึ่งหากให้มีการติดตามอย่างใกล้ชิดมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องการคณะกรรมการทำงานเชิงรุกที่สามารถสร้างการขับเคลื่อนในผู้ที่เกี่ยวข้องได้จริงมากกว่าการติดตามเป็นฤดูกาล และในกรณีที่มีผู้เกี่ยวข้องที่ต้องการร่วมติดตามมติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีการกำหนดบทบาทและที่ที่เพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือและการทำงานที่ต่อเนื่อง

- ๔) ควรมีการทบทวนรูปแบบของกระบวนการสมัชชานอกเหนือจากกระบวนการที่ทำอยู่ขณะนี้เพื่อให้เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้และอาจใช้เวลามากกว่าปกติ ไม่จำเป็นต้องเร่งรัดเพื่อให้สามารถบรรจุเข้าสู่วาระ ถ้าประเด็นนั้นๆ ยังไม่ได้ข้อยุติที่ดีหรือเป็นที่ยอมรับเพียงพอ เช่นอาจมีกระบวนการทำงานในพื้นที่ร่วมด้วย กระบวนการศึกษาวิจัยระยะสั้นร่วมไปพร้อมกับการประชุม การสื่อสารสาธารณะเพื่อให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ติดตามและร่วมตัดสินใจด้วยโดยช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น โซเชียลมีเดีย นอกเหนือจากคณะทำงานจำนวน ๒๒ คนซึ่งก็ยังไม่ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ควรพัฒนาเครื่องมือสร้างนโยบายสาธารณะใหม่ๆ ขึ้นมาเพื่อใช้เป็นทางเลือกให้เหมาะกับประเด็นที่มีบริบทของการจัดการเพื่อการพัฒนาที่แตกต่างกันไป

ฉ. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลในการกำกับติดตามนโยบาย

- ๑) ในสภาวะที่รัฐบาลขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติไปไกลเกินจากมติสมัชชาสุขภาพนั้น การสร้างเกราะป้องกันการผลกระทบในระดับปฏิบัติการน่าจะมีความสำคัญเพื่อการปกป้องระบบบริการสุขภาพเพื่อประชาชนของประเทศไม่ได้รับผลกระทบจากนโยบายนี้โดยการ ๑) พัฒนาความเข้มแข็งของระบบธรรมาภิบาลในระบบบริการสุขภาพในทุกระดับและทุกภาคส่วนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ๒) เสริมสร้างกลไกเพื่อให้ทุกภาคส่วนของสังคมได้ตระหนักถึงประโยชน์และผลกระทบของนโยบายนี้เพื่อให้เกิดการร่วมติดตามเป็นกิจกรรมสาธารณะ
- ๒) คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาฯ ควรได้มีทำงานอย่างใกล้ชิดกับ "สำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ" เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ขับเคลื่อนนโยบายโดยรวมกันจัดกระบวนการสมัชชาเพื่อเป็นเวทีในการพัฒนานโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใสชัดเจนมากกว่าการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นเพียงอย่างเดียว
- ๓) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติควรมีการทบทวนการทำงานของภาคีที่ขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างชัดเจนรวมถึงคณะทำงานที่รับไปดำเนินการหรือศึกษาวิจัยอย่างเร่งด่วน เนื่องจากขณะนี้รัฐบาลได้เร่งเครื่องเดินหน้านโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติไปอย่างมากและอย่างต่อเนื่องโดยมิได้ยึดโยงกับมติสมัชชาแต่ประการใด ขณะที่ภาคเอกชนได้รับผลกระทบจากการถอนการสนับสนุนการลงทุนภายหลังการออกมติประเด็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติทำให้รู้สึกผิดหวังในการใช้ช่องทางสมัชชาสุขภาพเพื่อการขับเคลื่อนเรื่องเมดิคัลฮับ และไม่ประสงค์ที่จะใช้เป็นช่องทางอีก จึงหันไปใช้ช่องทางร่วมมือกับรัฐบาลในการผ่อนปรนข้อห้ามการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนโดยอาศัยเรื่องของศักยภาพการแข่งขันของประเทศเป็นปัจจัยผลักดัน และมุ่งที่จะแก้ไขธรรมนูญสุขภาพในข้อนี้ ฝ่ายโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้รับอานิสงส์จากนโยบายนี้คือรัฐบาลสัญญาว่าจะให้งบประมาณให้พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้นในที่ต่างๆ ขณะที่ภาคประชาสังคมรู้สึกว่าการ

เรียกร้องให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อการที่รัฐบาลปัจจุบัน
ขับเคลื่อนนโยบายเมดิคัลฮับไม่ได้รับการตอบสนอง เมื่อเปลี่ยนไปใช้ช่องทางสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติเพื่อยื่นข้อเรียกร้องแต่ก็ไม่มีผลประการใด

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในส่วนที่เป็นเอกสาร

- Cattaneo, Olivier (2009). Trade in Health Services: What's in it for Developing Countries?. *Policy. Research Working Paper Series No. 5115*. (World Bank).
- Chinai, R. and Goswami, R. (2007). Medical visas mark growth of Indian medical tourism. *Bull World Health Organ* 85 (3).
- Harryono, Monica, et al. (2006). Thailand Medical Tourism Cluster *Harvard Business School Microeconomics of Competitiveness*. Harvard Business School.
- Hazarika, I. (2010). Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health systems in India. *Health Policy Plan* 25 (3).
- Hodges, Jill R., Turner, Leigh, and Kimball, Ann Marie (2012). *Risks and challenges in medical tourism: understanding the global market for health services*. Santa Barbara, Calif, Greenwood Publishing Group.
- Horowitz, M. D., Rosensweig, J. A., and Jones, C. A. (2007). Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *MedGenMed*. 9 (4).
- Kanchanachitra, Churnrurtai, et al. (1999). "The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic." *Journal of Medicine and Philosophy*. 3 (24).
- Kanchanachitra, Churnrurtai, et al. (2012). Medical Tourism in Southeast Asia: Opportunities and Challenges. in Hodges, Jill R., Leigh Turner, and Ann Marie Kimball (eds.), *Risks and challenges in medical tourism: understanding the global market for health services*. Santa Barbara, Calif: Greenwood Publishing Group.
- Landefeld, J. Steven and Whichard, Obie G. (2006). The importance of, and pitfalls in measuring globalization. *Statistical Journal of the United Nations*. 23.
- Mason, A. and Wright, K. B. (2011). Framing medical tourism: an examination of appeal, risk, convalescence, accreditation, and interactivity in medical tourism web sites. *J Health Commun*. 16 (2).
- Pachanee, C and Wibulpolprasert, S. (2004). Policy Coherence between Health Related Trade and Health” Ministry of Public Health, Thailand. paper given at The Interregional Workshop on Trade and Health, New Delhi, India, 12-13 October 2004.
- Pachanee, C. A. and Wibulpolprasert, S. (2006). Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. *Health Policy Plan* 21 (4).
- Pellegrino, E. D. (1999). The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic. *J Med Philos* 24 (3).

- Penney, K., et al. (2011). Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: a thematic content analysis of Canadian broker websites. *BMC Med Ethics* 12 (17).
- Pittalis, S., Ferarro, F., and Puro, V. (2011). [NDM-1: the superbug?]. *Infez Med* 19 (4): 224-34.
- Tsang, K. Y., et al. (2012). Hong Kong experiences the 'Ultimate superbug': NDM-1 Enterobacteriaceae. *Hong Kong Med J*. 18 (5).
- Turner, L. (2010). Medical tourism and the global marketplace in health services: U.S. patients, international hospitals, and the search for affordable health care. *Int J Health Serv.* 40 (3).
- Turner, L. (2011). Canadian medical tourism companies that have exited the marketplace: Content analysis of websites used to market transnational medical travel. *Global Health.* 7 (40).
- Turner, Leigh and Hodges, Jill R. (2012). Introduction: Health Care Goes Global". in Hodges, Jill R., Leigh Turner, and Ann Marie Kimball (eds.), *Risks and challenges in medical tourism: understanding the global market for health services*. Santa Barbara, Calif: Greenwood Publishing Group.
- World Trade Organization (2011). Understanding the WTO. 5th Edition (World Trade Organization).

การอ้างอิงที่เป็นเว็บไซต์

- ธงชัย สันติวงษ์ "การตั้ง “เมดิคัลฮับ” ที่แท้ก็คือ การแปรรูป" กรุงเทพธุรกิจ วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕
[Online] แหล่งที่มา : <http://www.bangkokbiznews.com/home/details/business/ceo-blogs/thongchai/20120214/435870/การตั้ง-เมดิคัลฮับ-ที่แท้ก็คือ-การแปรรูป.html>]. [๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๕].
- กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน (๒๕๔๘). คำถามฝากนายกไปญี่ปุ่น. FTA Watch [Online] แหล่งที่มา : Newsletter. <http://www.ftawatch.org/all/editor/17964>. [๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕].
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(๒๕๕๕) การเสวนาเรื่อง “เมดิคัลฮับ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน” จัดโดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๕๕. [Online] แหล่งที่มา: <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MzYy>. [๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๕].
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (๒๕๕๕) “สู่การแพทย์สองมาตรฐาน บทวิพากษ์ "เมดิคัลฮับ" ในมุมมองวิชาการ” วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕. [Online] แหล่งที่มา: <http://bit.ly/wMOAJW>. [๒๔ พฤษภาคม ๒๕๕๕]
- สิรินาถ ศิริสุนทร (๒๕๕๕) หนึ่งโรงพยาบาล ๒ ระบบ เมื่อ ร.ร.แพทย์เปิด "เมดิคัลฮับ"” หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕. [Online] แหล่งที่มา: <http://bit.ly/wHuPfE>. [๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๕].

- Burawoy, Michael. (2010) University of Witwatersrand. Deliberative Democracy in a Global Context: A South African Model of Higher Education? [Online] Available : <http://www.isa-sociology.org/universities-in-crisis/?p=437>. [2012, May 3].
- Burawoy, Michael. (2012) The Public University – A Battleground for Real Utopias. [Online] Available : <http://burawoy.berkeley.edu> [2012, May 4].
- Gilgamole. (2009). The Medical School and the external economy - at what price? [Online] Available : <http://gigomole.blogspot.com/2009/03/medical-school-and-external-economy-at.html>. [2012, May 19].
- Ian Bogle, BBC News. (2002) Doctors' concern at overseas care plan. [Online] Available : http://news.bbc.co.uk/2/hi/in_depth/health/2002/bma_conference/2076661.stm [2009, December 3].
- Linder-Ganz, Ronny (2012) Israel weighing major expansion of medical tourism [Online] Available : <http://www.haaretz.com/business/israel-weighing-major-expansion-of-medical-tourism-1.464861>. [2012, May 15].
- Jenna Krajeski, for the Pulitzer Center (2012) Emergency Care: Medical Tourism in Kurdish Turkey [Online] Available : <http://pulitzercenter.org/reporting/turkey-medical-tourism-migration-kurdish-people>. [2012, May 18]
- Robertson, Jordan. Top Travel Destinations for Medical Tourism. [Online] Available : <http://www.bloomberg.com/slideshow/2013-06-25/top-travel-destinations-for-medical-tourism.html#slide1>. [2012, April 20].

คำสั่งคณะกรรมการวิชาการ
ภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓
ที่ ๓ /๒๕๕๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเพิ่มเติม

.....

ตามคำสั่ง ที่ ๑/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๓ และคำสั่งที่ ๒/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๓ คณะกรรมการวิชาการได้แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายตามร่างระเบียบวาระการประชุมเชิงประเด็นในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๖ คณะ แล้วนั้น

เพื่อให้การพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นอื่นๆ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามรูปแบบและกำหนดเวลาที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓ กำหนด อาศัยอำนาจของคณะกรรมการวิชาการ ตามคำสั่งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓ ที่ ๕/๒๕๕๓ เมื่อวันที่ ๑๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ จึงแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเพิ่มเติม ในประเด็นนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | |
|---|----------------|
| (๑) นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | ที่ปรึกษา |
| (๒) นายพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | ประธานคณะทำงาน |
| (๓) ผู้แทนกองทุนพัฒนาระบบงานหัวใจและหลอดเลือด
โรงพยาบาลศิริราช | ผู้ทำงาน |
| (๔) นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล | ผู้ทำงาน |
| (๕) นางกฤษดา แสงวงศ์ | ผู้ทำงาน |
| (๖) นางกิติมา ยุทธวงศ์ | ผู้ทำงาน |
| (๗) นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ | ผู้ทำงาน |
| (๘) ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทจิรา เอี่ยมมยุรา | ผู้ทำงาน |
| (๙) นางสาวทิพิชา โปษยานนท์ | ผู้ทำงาน |
| (๑๐) นายธนาธิป ศุภประดิษฐ์ | ผู้ทำงาน |

๒/(๑๑)...

- | | |
|---|----------|
| (๑๑) นายธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ | ผู้ทำงาน |
| (๑๒) นางสาวนลินี โหมาศวิน | ผู้ทำงาน |
| (๑๓) นายนิมิตร เทียนอุดม | ผู้ทำงาน |
| (๑๔) นางสาววรรณ พลิกามิน | ผู้ทำงาน |
| (๑๕) รองศาสตราจารย์วิทยา กุลสมบูรณ์ | ผู้ทำงาน |
| (๑๖) นายวีระพงษ์ เฟ่งวานิชย์ | ผู้ทำงาน |
| (๑๗) รองศาสตราจารย์ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ | ผู้ทำงาน |
| (๑๘) นายสัมพันธ์ คมฤทธิ | ผู้ทำงาน |
| (๑๙) นายสุวรรณ ตั้งจิตเรเจริญ | ผู้ทำงาน |

(๒๐) นายอดิเรก ศรีวัฒนวงศา	ผู้ทำงาน
(๒๑) รองศาสตราจารย์อัญญา ณ ระนอง	ผู้ทำงาน
(๒๒) นางสาวชะเอม พัทธี	ผู้ทำงานและเลขานุการ
(๒๓) นางสาวชุติมา อรรถสิทธิ์	ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๔) นางสาวนงลักษณ์ พาโกยะ	ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๕) นางสาวธัญรัตน์ องค์กรเกียรติ	ผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๖) ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ	ผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ จัดกระบวนการพัฒนาเอกสารและร่างข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
ในประเด็นเฉพาะ โดยใช้ความรู้ทางวิชาการและหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- ๒.๒ จัดทำและเสนอเอกสารและร่างข้อเสนอสู่กระบวนการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
๒๕๕๓ ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดร่วมกับอนุกรรมการวิชาการ โดยใช้รูปแบบและประเภท
เอกสารตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓ กำหนด
- ๒.๓ ร่วมกระบวนการพัฒนาร่างข้อเสนอจนได้ฉันทามติของภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
๒๕๕๓
- ๒.๔ แต่งตั้งคณะทำงานย่อย เพื่อดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

๓/๒.๕...

- ๒.๕ อื่นๆตามที่คณะกรรมการวิชาการมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

(นายสุรพจน์ สุวรรณพานิช)
ประธานอนุกรรมการวิชาการ

บทที่ ๕

บทสรุป: สมัชชาสุขภาพ การถกแถลงกับประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง

นพ. ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

มธุรส ศิริสถิตย์กุล

กล่าวได้ว่า งานศึกษาทั้ง ๓ กรณีศึกษานี้เป็นตัวอย่างของการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการผลักดันนโยบายสาธารณะ โดยกระบวนการสมัชชานั้นถือได้ว่ามีหัวใจสำคัญอยู่ที่การส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของสังคมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Participatory processes for public policy) และแนวคิดเรื่องประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy) แนวคิดดังกล่าวให้ความสำคัญกับ “พื้นที่เปิด” ที่เชื่อเชิญผู้คนให้ร่วมอภิปราย ถกแถลงและชี้แจงเหตุผลเพื่อการตัดสินใจร่วมกันในประเด็นที่เกี่ยวกับชีวิตสาธารณะของผู้คนในสังคม การอภิปรายถกแถลงอย่างเพียงพอ ต่อความเข้าใจในแง่มุมต่างๆ ของปัญหา และร่วมกันตัดสินใจด้วยเหตุผลที่ได้ไตร่ตรองร่วมกันมานี้เป็นสิ่งที่ขาดหายไปจากระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพราะระบบตัวแทนนี้ ประชาชนจะมีสิทธิแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเฉพาะการเลือกตั้งผู้แทนราษฎร (๔ ปีต่อครั้ง ในสถานการณ์การเมืองปกติ) โดยหลังจากออกจากคุหาเลือกตั้งแล้ว อำนาจการตัดสินใจต่างๆ ก็ถูกถ่ายโอนให้กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา ให้ทำหน้าที่แก้ไขปัญหามืองและกำหนดนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อชีวิตประชาชนได้ โดยที่ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมได้อย่างจำกัด

บทที่ ๕ นี้จะเป็นการสรุปบทเรียนสำคัญของกระบวนการเรียนรู้นโยบายสาธารณะใน ๓ กรณีศึกษา โดยจะทำการวิเคราะห์ผ่านแนวคิดการมีส่วนร่วมและประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy) โดยไล่ลำดับจากปัญหาและข้อจำกัดของระบบ “ประชาธิปไตย” ในโลกยุคปัจจุบัน จากนั้นจะได้อภิปรายบทเรียนจาก ๓ กรณีศึกษา มาถึงการขับเคลื่อนตามติดมติสมัชชา: ข้อเรียกร้องและความคาดหวัง และสรุปตอนท้ายด้วยข้อเสนอแนะและทิศทางในอนาคตของสมัชชาสุขภาพ

ส่วนที่ ๑ ปัญหาและข้อจำกัดของระบบประชาธิปไตยร่วมสมัย

๑. วิฤตประชาธิปไตย

หลังยุคสงครามเย็น อุดมการณ์คู่ตรงข้าม คือทุนนิยมเสรี และสังคมนิยมคอมมิวนิสต์ ที่เคยเป็นเส้นแบ่งทางการเมืองได้ล่มสลายไป อุดมการณ์แบบเสรีนิยมประชาธิปไตยได้กลายเป็นหลักเกณฑ์สากลที่ใช้วัดความคิดวิไลของสังคมทั่วโลก สังคมที่ไม่เป็นประชาธิปไตย (ซึ่งนิยามขั้นต่ำสุดก็คือ สังคมที่ไม่มีการเลือกตั้ง) กลายเป็นสังคมที่ล้าหลัง ไร้อารยธรรม แต่ระบบประชาธิปไตยที่ได้กลายเป็นอุดมคติสากลทางการเมืองไปแล้วนั้น ก็มีได้เป็นระบบที่สมบูรณ์และนับวันยิ่งจะมีปัญหาในทางปฏิบัติ แม้จะมีหลักการที่ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติ รูปแบบของการปกครองแบบประชาธิปไตยที่ใช้การเลือกตั้งเพื่อสรรหาตัวแทนเข้าไปบริหารประเทศก็ยังคงเผชิญกับวิฤตและความท้าทายหลายลักษณะ

ในหนังสือชื่อ อนาคตประชาธิปไตยแบบตัวแทน^๑ หรือ The Future of Representative Democracy อลอนโซ ซอนยา จอห์น คีน และวูล์ฟแกง เมอร์เคลได้วิเคราะห์ถึงรากเหง้าทางประวัติศาสตร์ของระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนว่าเป็นผลลัพธ์ของพัฒนาการทางการเมืองในยุโรปที่ใช้เวลากว่า ๗๐๐ ปี ผ่านการต่อสู้เรียกร้องสิทธิ การกบฏ การปฏิวัติ และการลุกฮือขึ้นล้มล้างรัฐบาลมากมายหลายครั้ง รัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งจะกลายเป็นรูปแบบการปกครองที่ได้รับการยอมรับ รูปแบบทางสถาบันรวมทั้งกฎเกณฑ์ต่างๆ ของรัฐประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่เกิดขึ้นนั้นถูกสร้างขึ้นบนโครงสร้างของระบบเดิม และต้องอาศัยชิ้นส่วนต่างๆ ของระบบเดิม ซึ่งมีได้เป็นประชาธิปไตยนักมาเป็นส่วนประกอบ จนกลายมาเป็นระบบที่มีการแบ่งอำนาจการปกครองออกเป็น ๓ ด้าน ได้แก่ บริหาร นิติบัญญัติ และตุลาการ โดยมีการเลือกตั้งเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้ได้ “ผู้แทน” ไปทำหน้าที่ปกครองและบริหารแทนสาธารณชน

การเลือกตั้งได้กลายเป็นมาตรวัดความเป็นประชาธิปไตย แต่ในทางปฏิบัติ ระบบการปกครองผ่านการเลือกตัวแทนก็ได้ราบรื่นอย่างที่กำหนดไว้ในหลักการ แม้แต่แนวคิดของ “การเป็นผู้แทน” ก็มีปัญหว่า “ผู้แทน” จะสามารถตัดสินใจแทนผู้ที่เลือกเขาได้ในเรื่องใดบ้าง และเมื่อผู้แทนไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่เลือกเขาเข้าไป ประชาชนจะสามารถทำอะไรได้บ้างหรือไม่ นอกจากการรอกการเลือกตั้งครั้งต่อไป แม้แต่ในสังคมสหรัฐอเมริกาที่ได้ชื่อว่าเป็นต้นแบบของความเป็นประชาธิปไตย จอห์น แกสทิล (John Gastil) ได้ทำการศึกษวิจัยพบว่า พลเมืองชาวสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่คิดว่า ผู้แทนที่พวกเขาเลือกเข้าไปนั้น ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นปากเป็นเสียงและปกป้องผลประโยชน์ให้พวกเขาเลย^๒ เหตุผลก็เพราะระบบการเลือกตั้งที่เป็นอยู่ต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก นักการเมืองจึงต้องตอบแทนนายทุนที่ให้การสนับสนุนทางการเงิน รวมทั้งการแบ่งข้างของพรรคการเมืองก็ทำให้นักการเมืองตัดสินใจโดยคำนึงถึงชั่วคราวความขัดแย้งมากกว่าผลประโยชน์ของสาธารณชนที่ตนเป็นผู้แทน

ในยุโรป พัฒนาการทางการเมืองหลังยุคสงครามเย็นได้ทำให้ประชาชนถอยห่างจากการเมือง การศึกษาของอลอนโซ ซอนยา จอห์น คีน และวูล์ฟแกง เมอร์เคล พบว่าศรัทธาของผู้คนต่อระบบประชาธิปไตยมีการเสื่อมถอยลง จำนวนประชากรในยุโรปที่สนใจสมัครเป็นสมาชิกพรรคการเมืองลดน้อยลงอย่างมาก ผู้คนเกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจและไม่มีความเชื่อถือในนักการเมือง คิดว่าการเมืองมีการแทรกแซงของนายทุนและนักธุรกิจที่เข้ากอบโกยและบิดเบือนนโยบายเพื่อผลประโยชน์ของตน การเลือกตั้งก็ไม่ได้เสนอตัวเลือกที่ดีพอ นอกจากนั้น พฤติกรรมการเลือกตั้งที่ตัดสินใจลงคะแนนให้กับผู้แทนด้วยการมองแคบๆ เฉพาะนโยบายที่เป็นผลประโยชน์ของตน ประเด็นเหล่านี้ทำให้ซอนยา คีน และเมอร์เคลเสนอว่าเราจำเป็นต้องตั้งคำถามและแสวงหาทางออกอย่างจริงจังให้กับระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทน

ข้อเสนอดังกล่าวสอดคล้องกับความคิดของศาสตราจารย์อาร์คอน ฟัง (Archon Fung) และอีริก ไรท์ (Erick Olin Wright) ทั้งสองได้เขียนและบรรณาธิการหนังสือชื่อ Deepening Democracy: Institutional Innovations and Empowered Participatory Governance^๓ และชี้ให้เห็นว่ารูปแบบของ

^๑Alonso, Sonia, John Keane, and Wolfgang Merkel, (eds.). *The Future of Representative Democracy*. (New York: Cambridge University Press, 2011).

^๒ Gastil, John. *By Popular Demand: Revitalizing Representative Democracy through Deliberative Elections*. (Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2000).

^๓ Fung, Archon, and Erik Olin Wright (eds.), *Deepening Democracy: Institutional Innovations in Empowered Participatory Governance*. (London: Verso, 2003).

สถาบันการเมืองของระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่เราใช้กันอยู่นั้น เป็นผลผลิตของวิธีคิดและเงื่อนไขทางสังคมการเมืองของศตวรรษที่ ๑๙ ซึ่งไม่เหมาะสมและไม่สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ทางสังคมการเมืองของศตวรรษที่ ๒๑ ได้อีกต่อไปแล้ว เราต้องการนวัตกรรมและการออกแบบสถาบันการเมืองแบบใหม่เพื่อให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง และด้วยนวัตกรรมเชิงสถาบันเราจะสามารถสร้างระบบธรรมาภิบาลที่มีพลังแห่งการมีส่วนร่วม ที่ฟังและไรท์เรียกว่า Empowered participatory governance ได้

ฟังและไรท์ได้นำเสนอตัวอย่างของนวัตกรรมที่ใช้แนวคิดประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy) มาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมแบบประชาธิปไตยที่ลุ่มลึกขึ้น (Deepening democracy) เช่น การจัดสรรงบประมาณของรัฐแบบมีส่วนร่วมโดยตรง (Participatory budgeting) ซึ่งเกิดขึ้นที่เมือง Porto Alegre ที่ประเทศบราซิลในปี ค.ศ. ๑๙๘๘ ระบบดังกล่าวเปิดโอกาสให้พลเมืองกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข อภิปรายแนวทางการแก้ปัญหา และจัดสรรงบประมาณตามลำดับความสำคัญของโครงการที่จะแก้ปัญหาตามที่ประชาชนต้องการ หรือตัวอย่างการสร้างระบบการปกครองท้องถิ่นที่ชุมชนท้องถิ่นสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาของตนเองได้อย่างแท้จริงผ่านเวทีการถกแถลงและการไตร่ตรองร่วมกันที่รัฐเคราลา (Kerala) ในประเทศอินเดีย เป็นต้น^๔

ความตื่นตัวเรื่องการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะนั้น เป็นผลพวงจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจการเมืองในระดับประเทศ การเกิดขึ้นของพื้นที่สาธารณะและชนชั้นกลางที่ตื่นตัวต่อสิทธิ พร้อมๆ กับการเกิดขึ้นของภาคประชาสังคมที่มีการเชื่อมโยงกันทั้งในระดับประเทศและเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกันในระดับโลกผ่านระบบการสื่อสารสมัยใหม่ ในขณะเดียวกัน บทบาทของรัฐบาลสมัยใหม่ที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่สอง ทั้งในด้านการควบคุมกำกับประชาชนผ่านนโยบายและกลไกของรัฐและในด้านการสร้างสวัสดิการให้กับพลเมือง จนกลายเป็นระบบราชการที่ซับซ้อนและขาดประสิทธิภาพ ความขัดแย้งในด้านต่างๆ ทั้งในการแย่งชิงทรัพยากร ความเหลื่อมล้ำ ความขัดแย้งในเรื่องอัตลักษณ์และชาติพันธุ์ก็มีมากและรุนแรงขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ทำให้มีการเรียกร้องทวงถามถึงสิทธิการมีส่วนร่วมกำหนดอนาคตทางการเมืองของภาคประชาชนมากขึ้น ในขณะเดียวกัน ข้อจำกัดของระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนก็ปรากฏเด่นชัดขึ้น ควบคู่ไปกับความตื่นตัวในการแสวงหารูปแบบประชาธิปไตยที่เป็นทางเลือกหรือทางออกใหม่ๆ

๒. ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy)

กระแสความตื่นตัวในเรื่องประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองที่เกิดขึ้นในราวสองทศวรรษที่ผ่านมา เป็นความพยายามที่จะก้าวพ้นข้อจำกัดของประชาธิปไตยแบบตัวแทนและข้อจำกัดของกระบวนการเชิงนโยบายที่เป็นอยู่ ๒ ประการ คือ

ข้อจำกัดประการแรก ประชาธิปไตยแบบตัวแทนในระบบรัฐสภาในปัจจุบันนั้น ได้กลายเป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจด้วยคะแนนโหวต (หรือที่เรียกว่า Vote-centric) คือใช้การลงคะแนนเสียงเป็นวิธีชี้ขาดหรือลงมติต่างๆ^๕ การเมืองจึงกลายเป็นเรื่องที่ใครระดมคะแนนเสียงได้มากกว่าเป็นฝ่ายชนะ (หรือเรียกกันว่า Aggregative model) เป็นการเน้นวัดกันที่ "ปริมาณ" การลงคะแนนที่วุ่นวายไม่ได้จำกัดอยู่ที่

^๔ ibid.

^๕ Chambers, Simone, "Deliberative Democratic Theory". *Annu. Rev. Polit. Sci.* 6, (2003), pp. 307-

การเลือกตั้งเท่านั้น แต่การเมืองเชิงปริมาณนี้มีอยู่ทั้งในการลงประชามติหรือการรวบรวมรายชื่อเพื่อริเริ่มกระบวนการสอบสวนหรือถอดถอน หรือเพื่อการเสนอกฎหมาย การลงคะแนนเสียงนี้แม้จะเป็นวิธีการที่ผู้มีสิทธิได้ออกเสียงโดยตรง ซึ่งถือได้ว่าเป็นประชาธิปไตยทางตรง (Direct democracy) อย่างหนึ่ง แต่ก็ยังเป็นวิธีการที่มีจุดอ่อนหลายประการ

จอห์น แกสทิลและโรเบิร์ต ริชาร์ดส์ (John Gastil and Robert Richards) ได้วิเคราะห์ถึงข้อจำกัดของประชาธิปไตยทางตรงดังกล่าวและชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดว่า ในกระบวนการตัดสินใจลงคะแนนเสียง ไม่ว่าจะเป็นการเลือกผู้แทนหรือการลงประชามตินั้น ผู้ลงคะแนนเสียงมักจะไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ข้อมูลที่ได้รับก็มักถูกบิดเบือนจากการรณรงค์หรือการใช้สื่อโฆษณา นอกจากนี้ ยังมีการอ้างคะแนเสียงเพื่อไปกระทำการอันเกินเลยต่อขอบเขตอำนาจที่พึงมี จนก่อให้เกิดผลเสียต่อส่วนรวมอื่นๆ การชนะกันด้วยคะแนเสียงยังมีโอกาสเกิดเผด็จการเสียงข้างมากที่ไม่ใส่ใจใยดีกับผลกระทบต่อเสียงส่วนน้อย นอกจากนี้ การนับคะแนเสียงเพื่อกำหนดนโยบายหรือตัดสินปัญหายังง่ายที่จะถูกแทรกแซงด้วยอิทธิพลของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ อีกด้วย^๖

แกสทิลและริชาร์ดส์ ยังได้ชี้ถึงข้อจำกัดที่มักเกิดขึ้นในการลงมติว่ามักเป็นไปอย่างขาดกระบวนการที่จะอธิบายและอภิปรายของแต่ละฝ่ายให้เกิดการแลกเปลี่ยนความเห็นและมุมมองที่ต่างกันอย่างเพียงพอ ซึ่งทำให้การตัดสินใจขาดการไตร่ตรองอย่างรอบด้าน การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการโน้มน้าวกันด้วยหลักฐานที่ดีไม่เพียงแต่ทำให้การตัดสินใจมีเหตุมีผลเท่านั้น แต่ยังทำให้การมีชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมเป็นไปอย่างเข้าอกเข้าใจได้มากขึ้นอีกด้วย ในเรื่องนี้มีตัวอย่างการทดลองที่ทำขึ้นตามทฤษฎีเกม ซึ่งผู้ร่วมการทดลองถูกแบ่งเป็นสองฝ่าย ต่างฝ่ายต่างต้องเลือกตัดสินใจโดยมีตัวเลือกที่อาจทำให้ทั้งสองฝ่ายที่ชิงลงมือก่อนจะได้เปรียบ และจะเกิดความเสียหายแก่อีกฝ่ายทันที ผลของการทดลองพบว่า หากมีเวลาให้คู่แข่งได้ อภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับตัวเลือกและผลที่จะเกิดอย่างเพียงพอ คู่แข่งขันก็มักจะเลือกตัวเลือกที่ทำให้ทั้งสองฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกันเสมอ ต่างจากการเลือกโดยไม่มีการพูดคุยกันเลย ที่ผู้แข่งขันมักจะเลือกแบบเห็นแก่ตัวมากกว่า^๗

ข้อจำกัดประการที่สอง กระบวนการเชิงนโยบายที่ผ่านมานั้น มักถูกขึ้นากำหนดจากผู้เชี่ยวชาญ (หรือที่เรียกว่า Expert-centric) การวิเคราะห์นโยบายและกำหนดนโยบายเป็นเรื่องของผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญที่ต้องได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของแผนงานโครงการหรือนโยบายต่างๆ ก็ต้องจัดทำโดยนักวิชาการหรือนักวิจัย ยิ่งปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีก็ยิ่งทำให้ประเด็นเชิงนโยบายมีความซับซ้อนในเชิงเทคนิคมากขึ้น และยิ่งทำให้ประชาชนคนสามัญธรรมดามีส่วนร่วมได้ยากยิ่งขึ้นในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องเหล่านี้

ผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการเหล่านี้มักจะไม่ได้รับการเลือกตั้งหรือไม่ผ่านการเห็นชอบจากมติมหาชน แต่ก็มียุทธศาสตร์มากขึ้นในสังคมสมัยใหม่ แฟรงค์ ไวเบิร์ต (Frank Vibert) ผู้อำนวยการของ European Policy Forum ได้เขียนถึงปรากฏการณ์การเรืองอำนาจของผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ผ่านการเลือกตั้งไว้ในหนังสือชื่อ *The Rise of the Unelected*^๘ โดยเขาได้ให้ความเห็นว่า สังคมสมัยใหม่ในปัจจุบันมีองค์กรผู้เชี่ยวชาญ

^๖ Gastil, John, and Robert Richards, Making Direct Democracy Deliberative through Random Assemblies. *Politics & Society* 4 (12 June, 2013), pp. 253-281.

^๗ Dryzek, John, *Rational Ecology: Environment and Political Economy*. (Oxford: Blackwell, 1987).

^๘ Vibert, Frank, *The Rise of the Unelected: Democracy and the New Separation of Powers*. (New

เกิดขึ้นมากมาย องค์กรเหล่านี้ทำหน้าที่หลายอย่างเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ ทั้งตัดสินใจเชิงนโยบาย แก้ปัญหาความขัดแย้งทางผลประโยชน์ โกล่เกลี่ย และหาทางออกให้กับปัญหาการแย่งชิงทรัพยากร รวมทั้งมีบทบาทในการตัดสินใจในปัญหาที่มีความอ่อนไหวอีกด้วย ไวเบิร์ตเห็นว่า หากอำนาจของผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ไม่ถูกจัดการให้เหมาะสมด้วยการแยกและถ่วงดุลอำนาจให้ชัดเจน ก็จะเป็นภัยคุกคามต่อประชาธิปไตยได้

เจสัน ซิลเวอร์ (Jason Chilvers) ได้ศึกษาทัศนะและปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักวิทยาศาสตร์กับพลเมือง ในกระบวนการประเมินแผนงานด้านวิทยาศาสตร์และสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมในอังกฤษ ในการทำงานร่วมกัน ทั้งสองฝ่ายต้องมีการวิเคราะห์และอภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกัน ซิลเวอร์เชื่อว่า การทำงานร่วมกันของนักวิทยาศาสตร์กับประชาชนที่ไม่มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์อย่างรับฟังความเห็นซึ่งกันและกันจะเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน การศึกษาของซิลเวอร์แสดงให้เห็นถึงการแลกเปลี่ยนที่ไม่เท่าเทียมกัน นักวิทยาศาสตร์มีแนวโน้มที่จะมองปัญหาแบบตายตัว ปฏิเสธมุมมองที่แตกต่าง และมักไม่มีการสะท้อนย้อนคิดเพื่อหามุมมองและความเป็นไปได้ใหม่ๆ ซิลเวอร์เสนอแนะให้กระบวนการประเมินแบบมีส่วนร่วมนี้มีกลไกที่จะป้องกันอำนาจของผู้เชี่ยวชาญโดยการเปิดโอกาสให้กับความหลากหลาย มุมมองที่แตกต่าง ความขัดแย้ง และความไม่แน่นอนมากขึ้น เพื่อให้เกิดการถกเถียงและการสนทนาแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง^๙

แนวคิด “ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง” หรือ Deliberative democracy ถูกนำเสนอเป็นทางออกข้อจำกัดของ Vote-centric และ Expert-centric โดยเป็นวิธีคิดที่เน้นการปรึกษาหารือ การถกเถียงชี้แจงด้วยเหตุผล การเปิดเผยข้อมูล และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อการตัดสินใจร่วมกัน จอห์น ดรายเซ็ค (John Dryzek) ซึ่งเป็นผู้นำทางความคิดเรื่อง Deliberative democracy ได้แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติตามแนวทางประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองนี้ทำให้การตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบนิเวศและปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสลับซับซ้อนในเชิงเทคนิคสูง มีความเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น^{๑๐} ปัญหาที่สำคัญก็คือรูปแบบการจัดการเพื่อให้กระบวนการถกเถียงเป็นไปอย่างเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกันนั้นจะต้องดำเนินการอย่างไร มีกระบวนการขั้นตอนอย่างไรจึงเหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทย

สมัชชาสุขภาพที่มีการดำเนินการในรูปแบบใหม่หลังการมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจของการพยายามสร้างกระบวนการตัดสินใจและทำข้อเสนอเชิงนโยบายผ่านการพูดคุยด้วยการใช้สติปัญญาท่ามกลางความแตกต่างทางความคิดของทุกภาคส่วน มีการเปิดพื้นที่เพื่อการมีส่วนร่วมจากหลากหลายภาคส่วน มีการขับเคลื่อนด้วยข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการ ทั้งยังมีความเชื่อมโยงกับกลไกเชิงนโยบายที่เป็นทางการของภาคการเมือง บทเรียนที่ผ่านมาแม้จะประสบความสำเร็จในเรื่องการสร้างกระบวนการที่มีหลักเกณฑ์เป็นระบบและต่อเนื่อง แต่ก็มีปัญหาและกำลังเผชิญกับความท้าทายและคำถามว่า สมัชชาสุขภาพจะเป็นทางเลือกหนึ่งของการสร้างกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้จริงหรือ และจะเป็นตัวอย่างของกระบวนการสร้างสรรค์ประชาธิปไตยใหม่ที่ผู้มีส่วนได้เสีย

York: Cambridge University Press, 2007).

^๙ Chilvers, Jason, *Deliberating Competence: Theoretical and Practitioner Perspectives on Effective Participatory Appraisal Practice*. *Science, Technology & Human Values*. 33, 2 (March, 2008), pp. 155-185.

^{๑๐} Dryzek, John., op. cit.

สามารถถกแถลงและหาทางออกร่วมกันตามแนวคิดประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy) ได้มากหรือน้อยเพียงใด

ส่วนที่ ๒ บทเรียนกระบวนการนํานโยบายสาธารณะเข้าสู่สมัชชาจาก ๓ กรณีศึกษา

เมื่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอก เนื่องจากถูกคาดหวังให้เป็นเวทีการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรมและให้ผลที่จับต้องได้ บทเรียน ๓ กรณีศึกษา คือ ๑. นโยบายการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้าของประเทศไทย (๒๕๕๑) และการยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม (๒๕๕๒) ๒. กรณีสังคมไทยไร้รอยเหิน (๒๕๕๓) และ ๓. นโยบายการกลายเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (๒๕๕๓) ซึ่งมีกระบวนการทำงานในรูปแบบเดียวกันคือ เริ่มจากการลำดับเวลา เพื่อเชื่อมโยงสถานการณ์ความเคลื่อนไหว ค้นหาเหตุการณ์ที่เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ (critical event) จากนั้นได้วิเคราะห์ตัวละครสำคัญ การวิเคราะห์กระบวนการและปฏิสัมพันธ์ของตัวละครที่เกี่ยวข้องทำให้เห็นถึงพลวัต ความขัดแย้ง จุดเด่นและข้อจำกัดต่างๆ ในหลายแง่มุม ในส่วนนี้จะนำเสนอบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ทั้งที่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในพื้นที่สมัชชาสุขภาพและที่เกิดขึ้นนอกกระบวนการสมัชชา โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

๒.๑ สมัชชาภิกระบวนการถกแถลง

จากกรณีศึกษาทั้งสามจะเห็นได้ชัดเจนว่า กระบวนการสมัชชานั้นต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ในการจัดการ ขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการถกแถลง (Deliberation) มีความละเอียดอ่อนและส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้ ในส่วนต่อจากนี้จะเป็นการสังเคราะห์ประสบการณ์การนํานโยบายสาธารณะเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจากทั้งสามกรณี โดยพิจารณาผ่านแนวคิดการถกแถลง (Deliberation) และประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง (Deliberative democracy) เพื่อให้เห็นถึงแง่มุมที่จะนำไปสู่ข้อเสนอแนะในส่วนสุดท้าย

๒.๑.๑ การถกแถลงกับความครบถ้วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

Deliberation and Participatory Inclusivity

มีคำกล่าวเป็นคติเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมว่า “When take off and landing, everyone should be onboard” เป็นคำกล่าวที่เปรียบโครงการเหมือนเครื่องบิน เมื่อโครงการกำลังเริ่มต้นและในตอนสรุปปิดโครงการ (เหมือนเครื่องกำลังขึ้นและกำลังลงจอด) ผู้เกี่ยวข้องทุกคนต้องอยู่พร้อมเพรียงกันบนเครื่อง เพราะสำหรับแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องการการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายแล้ว หากในตอนเริ่มต้นและตอนปิดงานมีคนใดคนหนึ่งไม่ได้อยู่ร่วมด้วยก็จะเกิดปัญหาได้มาก

กระบวนการสมัชชาสุขภาพก็เช่นเดียวกัน จุดที่สำคัญที่สุดก็คือจุดเริ่มและจุดสรุป (ซึ่งการสรุปอาจมีหลายช่วง เช่น สรุปประเด็น สรุปว่าวาระที่กำหนดไว้ในสมัชชาใช้คำพูดว่าอย่างไร สรุปว่ามติที่ต้องการขอการรับรองเป็นอย่างไร) ในแต่ละขั้นที่ต้องเริ่มการสนทนาและต้องหาข้อสรุปนั้นจำเป็นต้องวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ให้ครบถ้วน ถูกคนและจัดกระบวนการให้มีบทบาทที่เหมาะสม ในกรณีของนโยบายยาและกรณีไร้รอยเหิน ปัญหาเริ่มเกิดตั้งแต่เริ่มกระบวนการที่ผู้มีส่วนได้เสียบางกลุ่มไม่ได้เข้าร่วมตั้งแต่ต้นและเกิดความรู้สึกว่าคุณก็ดักกัน

เรื่องการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยและมติดูแลการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม กลุ่มที่เข้ามามีบทบาทหลัก คือ กลุ่มนักวิชาการและกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คคส.) หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (วจภส.) ตัวบุคคลที่มีบทบาทหลักในองค์กรเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการจากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการประชุมสมัชชาแห่งชาติ สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (Pharmaceutical Research and Manufactures Association; PReMA) ไม่มีชื่อเป็นผู้เข้าร่วมประชุม แต่เมื่อได้ติดต่อสอบถามจึงได้เข้าร่วมประชุม ซึ่งทางพรีมาคิดว่าตนเองเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ควรได้เข้าร่วมประชุมตั้งแต่แรก

ในประเด็นสังคมไทยไร้รอยต่อ องค์ประกอบของคณะทำงานวิชาการ มีความครบถ้วนทั้งจากภาครัฐ เอกชน วิชาการและองค์กรพัฒนาเอกชน โดยมี รศ.ดร. เณรมชัย ชัยกิตติกรณ์ นักวิชาการอาวุโสด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เป็นประธาน และผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค เป็นเลขานุการ มีกรรมการ ๑๗ คน ประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัย ๓ คน หน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข ๔ คน หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ๕ คน สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ๒ คน องค์กรพัฒนาเอกชน ๒ คน และภาคเอกชน ๑ คน แต่มีข้อสังเกตว่า นักวิชาการจะมีจำนวนมากที่สุดคือ ๗ คน ขณะที่ภาคเอกชนเพียง ๑ คน และมาจากหน่วยงานที่แทบไม่เกี่ยวข้องกับกลุ่มธุรกิจที่ใช้แร่ใยหินในการผลิต (ผู้แทนสมาคมผู้ประกอบการธุรกิจอันตราย) ซึ่งข้อจำกัดนี้เกิดจากการระดมความเห็นในเวทีพัฒนาข้อเสนอของภาคีเครือข่าย ในขณะที่การระบุสถานะ “ผู้แทน” หน่วยงานในคณะทำงานวิชาการฯ เรื่องมาตรการแร่ใยหินทำให้มีการหมุนเวียนเปลี่ยนผู้แทนเข้าร่วมประชุม โดยเฉพาะในส่วนของกรมโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคและเอกชน ซึ่งล้วนเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักของการกำหนดนโยบาย ทำให้เกิดผลกระทบจากความไม่ต่อเนื่องและไม่มีส่วนร่วมในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้ เมื่อมีกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับมติสมัชชาฯ ปรากฏขึ้น กลุ่มเหล่านี้ก็ไม่ได้เข้าร่วมในเวทีสมัชชา ทำให้มีการออกไปขับเคลื่อนนอกเวที/นอกกลไกการขับเคลื่อนนโยบายของ สช. เช่น การที่กลุ่มผู้ประกอบการใช้แร่ใยหินส่วนหนึ่งไปจัดเวทีวิชาการแถลงโต้กับมติสมัชชา การให้ข่าวสารทางสื่อมวลชนว่าแร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ เป็นต้น

ประเด็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติมีจุดอ่อนอยู่ที่องค์ประกอบของคณะทำงานยังขาดภาคส่วนของพรรคการเมือง ทั้งที่ภาคการเมืองเป็นผู้ขับเคลื่อนเรื่องนี้ต่อจากภาคเอกชน โดยมีปัญหาความขัดแย้งภายในเรื่องการหาบุคคลมาเป็นประธานคณะทำงาน ทางฝ่ายผู้เสนอประเด็นคือ สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ และสมาคมโรงพยาบาลเอกชนได้ท้วงติงและเสนอชื่อประธานเพิ่มเติมอีกจำนวน ๓-๔ ท่าน ส่งมายังสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติให้พิจารณา ต่อมาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้หารือกับผู้เสนอประเด็นแล้วได้ข้อสรุปว่ายังคงเป็นประธานคนเดิม ทำให้ฝ่ายผู้เสนอประเด็นยังคงรู้สึกว่าการเสนอชื่อที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

อย่างไรก็ตาม ทั้ง ๓ ประเด็นดังกล่าว จุดเริ่มต้นในการคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เข้าร่วมในฐานะต่างๆ ทั้งคณะทำงานวิชาการหรือในฐานะอื่นๆ ประเด็นการคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกประเด็นมีการชั่งชั่งและต่อต้านขัดขืน และเห็นการแตกขั้วทางความคิดอย่างชัดเจน ปัญหาดังกล่าวอาจพบไม่มากนักในสมัชชาพื้นที่ แต่เมื่อเป็นสมัชชาระดับชาติแล้ว ผู้แทนของฝ่ายต่างๆ ที่ต้องคำนึงถึงก็มีมากและหลากหลาย

ทางความคิดเห็นมากขึ้น แธมี โปเกรบินสกี (Thamy Pogrebinschi) ได้เสนอในบทความเรื่องการขยายกระบวนการถกแถลงจากระดับท้องถิ่นที่มีผู้ร่วมไม่มากนักมาสู่การถกแถลงในระดับชาติ โดยได้ศึกษาเรื่องสมัชชาประชาชนในบราซิล เขาชี้ให้เห็นว่าหากการถกแถลงในเวทีขนาดใหญ่ในระดับชาติจะเป็นไปได้ จำเป็นต้องมีทั้งผู้ผลักดันนโยบาย (เจ้าของประเด็น) ผู้ได้รับผลกระทบ และผู้ที่จะต้องนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ร่วมกันและได้ปรับเปลี่ยนความคิดเห็นในกระบวนการถกแถลง นับเป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จของสมัชชาในระดับชาติ^{๑๑}

๒.๑.๒ ประเด็นตั้งต้นและผลต่อเนื่องในทิศทางการอภิปราย

(Path Dependence and The Sequential Affect of Deliberative Course)

ในเวทีการถกแถลงต่างๆ กระบวนการอภิปรายโต้แย้งหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เกิดขึ้นมีลักษณะเฉพาะที่มักพบเห็นได้เสมอๆ ซึ่งเรียกกันว่า Path dependence หมายความว่า ทิศทางที่การสนทนาแลกเปลี่ยนจะดำเนินไปนั้นมักถูกกำหนดจากบทสนทนาที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ โรเบิร์ต กูดิน (Robert Goodin) นักปรัชญาการเมืองได้ให้ความเห็นว่า การถกแถลง (Deliberation) เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ข้อมูลหรือความคิดใหม่ๆ ถูกนำมาต่อเติมเพิ่มขยายในการแลกเปลี่ยนสนทนากัน ด้วยเหตุนี้จึงขึ้นกับเส้นทางการดำเนินไปของการสนทนาหรือที่เรียกว่า Path dependence ผลของการสนทนาขึ้นอยู่กับลำดับก่อนหลังของการนำเสนอประเด็นการสนทนา โดยประเด็นสนทนาที่ถูกหยิบยกขึ้นมาแนะนำเสนอก่อนจะมีส่วนทำให้การสนทนานั้นเคลื่อนไปในทิศทางหนึ่งแทนที่จะเป็นไปในทิศทางอื่นๆ^{๑๒} ลักษณะเช่นนี้ทำให้ผู้เสนอก่อนอยู่ในสถานะได้เปรียบในการกำหนดทิศทางของประเด็นสนทนา โรเบิร์ต กูดินยังได้อธิบายถึงลักษณะ ๔ ประการของการสนทนาที่ควรเข้าใจในกระบวนการประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง คือ

๑. Unpredictability การสนทนาที่มีลักษณะเท่าเทียมกันและเปิดกว้างจะไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ล่วงหน้าได้ เพราะสิ่งที่สนทนาแลกเปลี่ยนกันก่อนมีผลต่อบทสนทนาที่จะตามมา แต่ก็ไม่สามารถกำกับให้บทสนทนาที่เกิดขึ้นภายหลังเป็นไปในทางใดทางหนึ่งที่บางคนปรารถนาได้เสมอไป

๒. Inflexibility การไม่ยืดหยุ่น เมื่อการสนทนาดำเนินไปเรื่อยๆ การเปลี่ยนหัวข้อหรือประเด็นการสนทนาให้ดำเนินไปในทิศทางอื่นก็จะยิ่งยากขึ้นตามลำดับ หมายความว่า หากกระบวนการสมัชชาดำเนินไปถึงขั้นท้ายๆ แล้ว จะกลับมาปรับเปลี่ยน “มติ” ก็จะเป็นเรื่องที่ยากมาก

๓. Nonergodicity การพลิกผัน การสนทนาอาจเกิด “อุบัติเหตุ” ที่ทำให้บทสนทนาต้องเปลี่ยนหรือต้องยุติลง สิ่งรบกวนที่เกิดขึ้นมีผลต่อการสนทนาโดยที่เราไม่สามารถตัดทิ้งไปเหมือนไม่เกิดอะไรขึ้นได้

๔. Potential path inefficiency การไม่ได้ผลที่สมบูรณ์ กระบวนการถกแถลงอาจไม่ได้นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดหรือมีประสิทธิภาพที่สุดในการแก้ปัญหาเสมอไป การสนทนาอาจทำให้ทางออกที่มีการนำเสนอและได้รับการตอบรับเบื้องต้นกลายเป็นทางออกเดียวที่ได้รับความสนใจ ทั้งที่อาจมีทางเลือกอื่นที่

^{๑๑} Pogrebinschi, Thamy. *The Squared Circle of Participatory Democracy: Scaling-up Deliberation to the National Level*, Vol. 2014. Rio de Janeiro: Institute of Social and Political Studies, State University of Rio de Janeiro, 2014. [Online] Available : http://www.psa.ac.uk/sites/default/files/261_121.pdf. [2014, November 12].

^{๑๒} Goodin, Robert E., *Innovating Democracy: Democratic Theory and Practice After the Deliberative Turn*. (Oxford: Oxford University Press, 2008), pp. 114.

ดีกว่า^{๑๓}

ในกรณีศึกษาทั้งสามกรณี จะเห็นได้ว่าการกำหนดประเด็นมีส่วนสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนแต่ละนโยบายมีพลวัตแตกต่างกัน โดยหลักการแล้ว กระบวนการสมัชชาจะตั้งต้นด้วยข้อมูลทางวิชาการ การใช้วิชาการนำร่องนั้นมีทั้งศักยภาพและข้อจำกัดในตัวเอง ในแง่หนึ่งวิชาการเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในการเริ่มต้นศึกษาและหารือร่วมไตร่ตรองในทุกประเด็น แต่อีกด้านหนึ่ง ประเด็นที่ถูกนำเสนอโดยฝ่ายปฏิบัติการหรือนักเคลื่อนไหวทางสังคมที่ขาด “ผู้ช่วย” ทางวิชาการก็มักจะมีข้อจำกัดในการผลักดันประเด็นเข้าสู่กระบวนการสมัชชา พื้นที่ “สมัชชา” (โดยเฉพาะหลังจากมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบมาเป็นสมัชชาตามแบบอย่างของสมัชชาอนามัยโลกในปี พ.ศ. ๒๕๕๑) กลายเป็นพื้นที่ของนักวิชาการที่จะผลักดันประเด็นที่ตนสนใจ และประเด็นตั้งต้นที่ถูกกำหนดโดยนักวิชาการก็ทำให้การถกแถลงรวมทั้งทิศทางการขับเคลื่อนถูกกำกับ ไม่สามารถดำเนินไปนอกเหนือจากทิศทางที่ถูกกำหนดไว้ในตอนต้นด้วย

กรณีที่ได้เด่นชัดได้แก่ เรื่องมาตรการสังคมไทยไร้รอยต่อ ซึ่งหากพิจารณาจากประสบการณ์การเคลื่อนไหวในประเทศต่างๆ แล้ว ประเด็นที่สามารถเสนอเป็นทางออกเพื่อลดความเสี่ยงหรืออันตรายจากแร่ใยหินก็อาจไม่จำเป็นต้อง “Total ban” หรือห้ามใช้อย่างสิ้นเชิงในระยะเวลานั้น ทางเลือกอื่น เช่น เสนอมาตรการคุ้มครองแรงงานที่ต้องทำงานสัมผัสกับแร่ใยหินเป็นขั้นตอนเบื้องต้นก่อนก็อาจเป็นไปได้ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้น แนวร่วมที่จะช่วยผลักดันก็อาจเปลี่ยนไปจากเดิม สหภาพแรงงานและองค์กรระหว่างประเทศด้านการคุ้มครองแรงงานอาจมีบทบาทที่สำคัญมากขึ้น และอาจมีการขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและคุ้มครองผู้บริโภคตามมา การกำหนดประเด็นตั้งต้นจึงควรพิจารณาทางเลือกหลายทาง เพราะประเด็นตั้งต้นจะมีความสำคัญต่อกระบวนการถกแถลงที่ติดตามมา และมีผลต่อพลวัตการขับเคลื่อนตลอดกระบวนการเป็นอย่างมากอีกด้วย

กรณีศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติมีลักษณะที่น่าสนใจตรงที่การเสนอประเด็นตั้งต้นนั้น ผู้เสนอต้องการเพียงเพื่อทำความเข้าใจกับนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับประโยชน์ของการที่ประเทศไทยจะพัฒนาไปสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ แต่เมื่อมีการนำเสนอเข้าสู่กระบวนการสมัชชากลับมีการปรับเปลี่ยนประเด็น ซึ่งหากการปรับเปลี่ยนดังกล่าวเป็นผลจากการถกแถลงของผู้เกี่ยวข้องอย่างรอบด้านก็จะเป็นกรณีที่น่าสนใจ ในขณะที่เมื่อกระบวนการสมัชชาดำเนินไประยะหนึ่งกลับไม่สามารถกำหนดเป้าหมายของการร่วมไตร่ตรอง จนทำให้บรรยากาศของการพูดคุยขาดทิศทางและไม่สามารถหาข้อยุติได้ ในขณะเดียวกัน ความไม่ยอมรับและการมีข้อกังขาตั้งแต่การเริ่มตั้งคณะกรรมการวิชาการก็ทำให้ขาดความไว้วางใจกัน มีการใช้อารมณ์ความรู้สึกมากกว่าข้อเท็จจริง ส่งผลให้การหาข้อยุติสุดท้ายใช้การประนีประนอมและตัดประเด็นที่ขัดแย้งออกเพื่อหาข้อยุติ ทำให้ได้ข้อสรุปที่ไม่เป็นประโยชน์เท่าที่ควร

๒.๑.๓ การถกแถลง ปฏิบัติการสื่อสารกับความสามารถเชิงวาทกรรม

(Deliberation, Communicative Action and Discursive Competency)

กระบวนการถกแถลงนอกจากข้อมูลหรือข้อเท็จจริงทางวิชาการแล้ว การใช้โวหารและวาทศิลป์ก็มีส่วนสำคัญในการโน้มน้าวหรือทำให้คู่ขัดแย้งเสียเปรียบ ซึ่งก็อาจกล่าวได้ว่า ไม่แตกต่างไปจากการเจรจาต่อรอง การประชุมปรึกษาหารือ หรือการว่าความในศาล รูปแบบสมัชชาที่จำเป็นต้องมีกฎ กติกา มารยาทในการพูดทำให้ผู้ที่คุ้นเคยกับรูปแบบดังกล่าวสามารถใช้ประโยชน์จากเวทีได้เต็มที่มากกว่าผู้ที่ไม่คุ้นเคย อย่างไรก็ตาม หากปราศจากการสนทนาเพื่อแสวงหาข้อตกลงร่วมกันแล้ว การบรรลุซึ่งเจตนาร่วมกันของสาธารณะก็

^{๑๓} Ibid., pp. 112.

เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ ซึ่งโดยพื้นฐานแล้ว ประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองนี้มีรากฐานมาจากการส่งเสริมให้เกิด “การใช้เหตุผลของสาธารณะ หรือ Public use of reason” โดยการสร้างพื้นที่ที่เปิดโอกาสให้ผู้คนนำเอาปัญหาทางการเมืองมาอภิปรายถกเถียงกันและหาทางออกที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันผ่านเวทีการรวมตัวกันของพลเมือง (Civic assembly)

เจอร์เกน ฮาเบอร์มาส (Jürgen Habermas) นักปรัชญาการเมืองคนสำคัญที่ได้วางรากฐานแนวคิดเรื่องการใช้เหตุผลในพื้นที่สาธารณะได้เสนอแนวคิดที่ว่า การมีพื้นที่อิสระที่ผู้คนมารวมตัวกัน พูดคุยทำความเข้าใจและถกเถียงเพื่อหาข้อยุติต่างๆ นี่เป็นรากฐานของประชาธิปไตยที่แท้จริง^{๑๔} เป็นระบบที่วางอยู่บนรากฐานที่เชื่อการใช้เหตุใช้ผลของมนุษย์ และการใช้เหตุใช้ผลร่วมกันจะเกิดขึ้นจาก “ปฏิบัติการสื่อสาร” (Communicative action) อันเป็นกระบวนการถกเถียงที่สามารถท้าทายข้ออ้างและความชอบธรรมที่เคยดำรงอยู่อย่างไม่เคยถูกตั้งคำถามได้

อย่างไรก็ตามการสื่อสารดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ (Ideal speech act) จะต้องอาศัยเงื่อนไขสำคัญคือการปลอดพ้นจากการถูกบังคับขู่เข็ญด้วยกำลังอำนาจ ความประสงค์ร่วมกันในการแสวงหาความเข้าใจระหว่างกัน และพลังของการสร้างข้อถกเถียงที่ดี^{๑๕} แม้จะมีข้อโต้แย้งว่าภาวะอุดมคติของทางการสื่อสารนั้นจะไม่มีอยู่จริง แต่แม้ว่าการสื่อสารจะมีข้อจำกัดและไม่มีทางที่จะสมบูรณ์แบบได้ แต่ก็อาจทำให้สมบูรณ์พอที่มนุษย์จะใช้เหตุผลร่วมกัน เพราะหากไม่เชื่อว่ามนุษย์สามารถใช้เหตุผลร่วมกันในการแก้ปัญหาแล้ว ประชาธิปไตยก็เป็นแค่ความฝันลมๆ แล้งๆ เท่านั้น

แนวคิดเรื่องปฏิบัติการสื่อสาร (Communicative action) นี้ หากพิจารณาจากความเป็นจริงของพื้นที่สาธารณะและเวทีการถกเถียง (Deliberation) กันด้วยเหตุผล ก็จะได้เห็นว่ายังมีคำถามหลายข้อที่ต้องพิจารณาหาคำตอบ เช่น ภาวะในอุดมคติของการพูดจา (Ideal speech act) ที่การถกเถียงกันด้วยเหตุผลจะไม่ถูกข่มขู่คุกคามจากอำนาจใดๆ เลยนั้นมีอยู่จริงหรือ หรือแท้ที่จริงภาวะของการไม่ถูกข่มขู่ในพื้นที่การพูดคุยบางประเภทนั้นเป็นไปอย่างสัมพันธ์กับการข่มขู่ในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งก็เท่ากับว่าเป็นการสร้างพื้นที่อุดมคติมากขึ้น แทนที่จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ในทางอุดมคติอย่างสมบูรณ์ แนวคิดนี้เป็นแนวคิดแบบสัมพัทธคตินิยม (Pragmatism) ซึ่งถือเอาความเป็นจริงในขั้นของการปฏิบัติการ (pragmatic) สำคัญกว่าทฤษฎี (หรือพวกคัมภีร์นิยม Dogmatic) ที่เน้นเงื่อนไขแบบอุดมคติ (Idealistic)

ประเด็นปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือเรื่องของ “ภาษา” และความสามารถในการถกเถียง (Deliberation) และการสร้างข้อถกเถียง (Argumentation) ซึ่งเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่แต่ละชนชั้นทางสังคมมีสะสมอยู่ไม่เท่ากัน การเรียนรู้ที่จะถกเถียงได้อย่างน่าเชื่อถือจำเป็นต้องมีทักษะทั้งในด้านภาษาและการรู้จักกระบวนการขั้นตอน (Procedure and protocol) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทางชนชั้นที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันขึ้นได้ ยิ่งในพื้นที่ที่มีความเป็นทางการสูง กระบวนการต่างๆ ก็ยิ่งมีระเบียบการมากขึ้น บรรยายการแลกเปลี่ยนกันก็มักมีเงื่อนไขในเรื่องเวลา ประธานกลายเป็นผู้มีอำนาจเพราะมีสิทธิที่จะอนุญาตให้ใครอภิปรายและสามารถควบคุมให้การอภิปรายเป็นไปตามกำหนดเวลา ลำดับขั้นตอนต่างๆ ที่หากทำไม่ถูกต้องก็อาจกลายเป็น “ตัวตลก” ในที่ประชุมได้ รวมทั้งเอกสารต่างๆ ที่ต้องถูกเตรียมขึ้นมาก่อน

^{๑๔} Habermas, Jürgen, *Discourse Ethics: Notes on a Program of Justification*. In *Moral Consciousness and Communicative Action*. (Cambridge, MA: MIT Press, 1990), pp. 89-90.

^{๑๕} Habermas, Jürgen, *Legitimation Crisis*. (Cambridge, MA: Beacon, 1975); Dryzek, John, *Deliberative Democracy and Beyond*. (Oxford: Oxford University Press, 2000).

ล้วนแต่เป็นประเด็นที่ทำให้ Ideal speech act เป็นไปตามอุดมคติได้น้อยลง

รูปธรรมในกรณีมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายเหิน นักวิชาการท่านเดียวกันยกตัวอย่างว่า คนที่เข้าร่วมมีโอกาสและมีความสามารถในการพูดมักจะเป็นคนที่ถูกเตรียมมาแล้วจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ทำให้เกิดการได้เปรียบเสียเปรียบกันขึ้น นักวิชาการที่คุ้นเคยกับการนำเสนอความคิดเห็น ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคยต่อรองในเวทีต่างๆ มาก่อน หรือภาคธุรกิจที่สามารถจัดหาบุคลากรที่มาทำหน้าที่โน้มน้าวชี้แจงในเวทีเหล่านี้ได้ก็จะช่วงชิงแสดงบทบาทในการถกแถลงอย่างเต็มที่ ในขณะที่ตัวแทนจากพื้นที่มักไม่มีความสามารถในการโต้แย้งหรือแสดงความคิดเห็นของตนเองมากนัก ทำให้เสียงของ “ผู้ได้รับผลกระทบ” หรือเสียงสะท้อนจากมุมมองของคนธรรมดาแผ่วเบา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวทีสมัชชาระดับประเทศ

ในบทความชื่อ Against Deliberation นักเขียน ลินน์ แซนเดอร์ส (Lynn Sanders) ได้ชี้ให้เห็นถึงจุดอ่อนของกระบวนการถกแถลงหรือ Deliberation ว่ามีลักษณะโน้มเอียงหรืออคติต่อรูปแบบอื่นของการแสดงออกซึ่งความเห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งของผู้หญิงและชนกลุ่มน้อย ทั้งนี้เพราะการถกแถลงนั้นเป็นรูปแบบการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมและชนชั้นทางสังคม การถกแถลงที่เน้นการโน้มน้าวกันด้วยข้อมูล ความรู้และเหตุผลนั้น ผู้ชาย ชนชั้นกลาง คนขาว และพวกเขามีสถานะทางการศึกษาที่สูงกว่ามักจะผูกขาดการแสดงความคิดเห็น เพราะมีทักษะในการจับประเด็น เลือกหลักฐานที่น่าเชื่อถือตามหลักวิชาการสามารถนำเสนอเหตุผลเป็นขั้นเป็นตอนอย่างน่าเชื่อถือ รูปแบบดังกล่าวจึงไม่เพียงแต่มีอคติต่อกลุ่มคนที่เสียเปรียบทางสังคม เช่น ผู้หญิง ชนกลุ่มน้อย หรือคนดำ แต่ยังเป็นกระบวนการที่มุ่งแสวงหาความเห็นร่วม (Common voice) ที่ทำให้ความเห็นต่าง (Critical voice) ถูกกีดกันออกไปอีกด้วย^{๑๖}

อย่างไรก็ตาม หากเราติดตามการคลี่คลายของสมัชชาสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เราก็อาจจะเห็นถึงพัฒนาการของภาคส่วนต่างๆ ที่มีการยกระดับความสามารถในการถกแถลงและโต้แย้งกันด้วยข้อมูลและเหตุผลมากขึ้น การเรียนรู้ “วัฒนธรรมของการถกแถลง” เรียนรู้สื่อ ภาษา วาทกรรม รวมทั้งกฎ กติกา มารยาทต่างๆ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่จำเป็นต้องให้เวลากับทุกฝ่ายในการเรียนรู้ ในขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องจัดรูปแบบเวทีที่เหมาะสมกับทักษะการสื่อสารที่อาจมีหลายวิธีการ นักวิชาการอาจนึกถึงที่จะนำเสนอในลักษณะที่เป็นนามธรรมหรือเป็นหลักการ แต่สำหรับชาวบ้าน การนำเสนอผ่านเรื่องราวชีวิตของผู้คนอาจเป็นวิธีการที่ได้ผลมากกว่า เพราะนั่นหมายถึงการเปิดพื้นที่การแสดงออกด้วยอารมณ์ความรู้สึกซึ่งเคยถูกมองว่า ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ และถูกละเลยตลอดมาในเวทีสาธารณะต่างๆ หากแต่การสนทนาที่เน้นอารมณ์ความรู้สึก มีส่วนในการปรับความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนคนทั่วไปกับผู้เชี่ยวชาญให้เกิดสมดุล

และมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น^{๑๗} ตัวอย่างหนึ่งที่มีการทำกันในต่างประเทศก็คือ กรณีการรณรงค์ให้เลิกใช้รายเหิน มีการนำผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวจากพยาธิสภาพเรื้อรังในปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่มาบอกเล่าความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น การนำเรื่องเล่าหรือประสบการณ์จริงเข้ามาในกระบวนการถกแถลงเป็นตัวอย่างของการสร้างรูปแบบการสื่อสารที่สามารถรองรับทักษะการนำเสนอที่หลากหลายแตกต่างกัน^{๑๘}

^{๑๖} Sanders, Lynn M. Against deliberation. *Political Theory*. 25 (3, 1997), pp. 347-377.

^{๑๗} Harvey, M., Drama, Talk and Emotion: Omitted Aspects of Public Participation. *Science, Technology & Human Values*, 34 (2 Mar., 2009), pp.139-161.

^{๑๘} Perrin, Andrew J., *Citizen Speak, The Democratic Imagination in American Life*. (Chicago and

บทเรียนกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพก่อนปี พ.ศ. ๒๕๕๑ มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลาย ทั้งเวทีเล็กใหญ่ ตลาดนัดแลกเปลี่ยนทัศนะและมุมมอง รวมทั้งการแสดงออกทางวัฒนธรรม ทำให้การสื่อสารมีความหลากหลายไปตามความถนัดของแต่ละกลุ่มบุคคลและองค์กร แต่ก็ในรูปแบบที่มีข้อจำกัดในแง่ที่จะให้เกิดมิตรร่วมกัน การปรับรูปแบบสมัชชาสุขภาพตามแบบอย่างการประชุมสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly) ทำให้ขั้นตอนต่างๆ เป็นระเบียบแบบแผนมากขึ้น มีข้อมูลทางวิชาการ มีการกำหนดวาระและมติที่ต้องมีการหาฉันทมติที่ชัดเจน แต่เนื่องจากการประชุมสมัชชาระดับชาติมีสมาชิกสมัชชาเป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถอภิปรายในรูปแบบการถกแถลงได้อย่างเพียงพอ ทั้งในเชิงปริมาณก็มีการกำหนดให้องค์กรภาคีภาคส่วนต่างๆ ใช้เวลาเพียง ๓ นาทีเท่านั้น และให้พูดได้เพียงครั้งเดียว ซึ่งเป็นรูปแบบที่แทบไม่มีการถกแถลงกันอย่างแท้จริงเลย

ในเชิงคุณภาพ การอภิปรายถกแถลงถูกประเมินจากผู้เข้าร่วมว่า ผู้แทนจากบางหน่วยงานมีเพียงความคิดเห็นมากกว่าข้อมูลทางวิชาการ บางครั้งผู้พูดก็ไม่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบในประเด็นที่พูด จากกรณีศึกษาพบประเด็นร่วมกันว่า ผู้ที่เคยร่วมสมัชชาเกิดความรู้สึกขาดความกระตือรือร้นที่จะเข้าร่วม ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการประชุมสมัชชาไม่มีบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนถกแถลงหรือร่วมไตร่ตรองที่สามารถเปลี่ยนความคิดที่ขัดแย้งกันให้เห็นร่วมกันได้ การหาข้อตกลงมักกลายเป็นการประนีประนอมเฉพาะหน้า เช่น ในการประชุมห้องยึดเยื่อของมติการเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนัก หรือกรณีการขับเคลื่อนมาตรการการสังคมไทยไร้รายหินที่มีปัญหาเรื่องท่าทีที่ไม่ไว้วางใจกัน ทั้งระหว่างหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ภาครัฐกิจ ภาควิชาการ และทางสข. เอง ทำให้มีข้อจำกัดอย่างมากในการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ

๒.๑.๔ การแบ่งแยกแตกขั้วกับความสุดโต่ง

(Group Polarization and Going Extremes)

ศาสตราจารย์แคส ซันสไตน์ (Cass Sunstein) แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดได้ศึกษาพฤติกรรมของกลุ่มคนที่มีความเห็นขัดแย้งแตกต่างกันเมื่อมารวมประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เขาพบว่า ในกลุ่มจะยิ่งมีความเห็นแตกต่างมากขึ้น โดยสมาชิกแต่ละคนจากที่มีความเห็นโน้มเอียงไปด้านหนึ่งอยู่ก่อนแล้ว จะยิ่งมีความเห็นที่ สุดโต่งไปในทางนั้นมากขึ้น แคส ซันสไตน์เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า Group polarization หรือการแบ่งแยกแตกขั้วของกลุ่มย่อยในเวทีการถกแถลง ปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ถูกศึกษาและทดลองในสถานการณ์ต่างๆ ในหลายลักษณะและหลายประเทศ ศาสตราจารย์ซันสไตน์อธิบายกลไกการเกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวว่ามีคำอธิบายอยู่สองทฤษฎี^{๑๙}

ทฤษฎีแรก การเกิดความแตกต่างเป็นสองขั้วความคิด ได้ทำให้สมาชิกที่มีความโน้มเอียงที่จะคิดไปในทางขั้วใดขั้วหนึ่งอยู่แล้ว ต้องการการยอมรับจากเพื่อนๆ ที่คิดเหมือนกันในกลุ่ม จึงแสดงออกซึ่งความคิดเห็นที่ สุดโต่งมากขึ้น เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างและทำให้เส้นที่แบ่งกันออกเป็นสองพวกชัดเจนและไม่กำกวม ทฤษฎีที่สองนั้นอธิบายว่าปรากฏการณ์นี้เกิดจากข้อโต้แย้งที่มีอยู่จำกัดนั้นผลักดันให้คนต้องเลือกข้างใดข้างหนึ่ง เพราะเหตุผลที่มีการโต้แย้งกันมักจะโน้มน้าวไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งอยู่แล้ว (ข้อโต้แย้งที่เสนอแบบกลางๆ มักไม่ถูกนับเป็นข้อโต้แย้ง) ยิ่งการตอบโต้กันยืดเยื้อออกไปก็จะมีปัจจัยในเรื่องอัตตาและ

London: University of Chicago Press, 2006), pp. 68-79.

^{๑๙} Sunstein, Cass R., The law of group polarization. *Journal of Political Philosophy*. (10: 2, 2002), pp. 175-195.

หน้าตาที่จะทำให้การเปลี่ยนจุดยืนหรือการประนีประนอมยากขึ้นตามลำดับ การศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าตัวเลือกแบบกลางๆ ไม่ค่อยมีคนเลือกเท่าไรนัก แต่มีแนวโน้มทางสถิติที่ชัดเจนว่า ความคิดเห็นจะยิ่งแตกต่างเมื่อมีการโต้แย้งกัน

ในกรณีศึกษา เราจะเห็นได้ชัดว่าปรากฏการณ์ Group polarization เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในประเด็นนโยบายยา จนเป็นเหตุให้ต้องนำเข้าไปพิจารณาในห้องยัดเยื่อ และยังอภิปรายกันก็ยังมีท่าทีแข็งกร้าวต่อกันมากขึ้น จนถึงขั้นไม่อาจประนีประนอมกันได้ หรือในกรณีของมาตรการสังคมไทยไร้รอยเหิน ภาวะที่เกิดการแบ่งแยกแตกขั้วก็ปรากฏชัดในกระบวนการสมัชชาที่ทำให้ฝ่ายหนึ่งปฏิเสธที่จะเจรจาหรือ แต่หันไปใช้การรณรงค์นอกเวทีสมัชชาแทน ซึ่งการหันกลับไป “สนทนากันเอง” ภายในกลุ่มของตนนี้ยิ่งจะทำให้เกิดภาวะสุดโต่งมากขึ้น ในหนังสือชื่อ *Going to Extremes: How Like Minds Unite and Divide*^{๒๐} ของผู้เขียนเดียวกัน ศาสตราจารย์ชันสไตน์ทำการศึกษานำคนที่มีคิดเหมือนกันมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน เขาพบว่าเมื่อคนเหล่านี้พูดคุยในสิ่งที่ตนคิดเห็นเหมือนกัน เช่น คนผิวขาวที่เกลียดคนผิวสี พอรวมกลุ่มคุยกันสักพักก็จะแสดงความรังเกียจเดียดฉันท์มากขึ้น ในขณะที่ผู้ที่ไม่มีทัศนคติรังเกียจคนผิวสี เมื่อคุยกับคนที่เห็นแบบเดียวกัน ความรังเกียจเดียดฉันท์ยิ่งลดน้อย

ปรากฏการณ์ Group polarization จึงเกิดได้ในทุกเวที ทั้งในกลุ่มที่หลากหลายและในกลุ่มที่มีแต่คนคิดเห็นเหมือนกัน แต่จะเกิดได้มากและเร็วขึ้นเมื่อคนที่คิดเห็นเหมือนกันถูกแยกหรือกันตัวเองออกจากคนที่คิดแบบอื่น ในแง่นี้ สมัชชาสุขภาพซึ่งโดยการออกแบบเน้นที่จะให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายมาถกแถลงกัน หากมีการจัดการที่ดี ไม่ทำให้เกิดการแยกกลุ่มคุยกันเองมากเกินไป ก็อาจแก้ปัญหาเรื่อง Group polarization ได้ เช่น ในการศึกษากระบวนการ Deliberative Opinion Polling ศาสตราจารย์ชันสไตน์ไม่พบว่าปรากฏการณ์ Group polarization เกิดขึ้น^{๒๑}

ในขณะที่ จอห์น ไดรเซ็ค (John Dryzek) ได้แสดงให้เห็นในทางตรงข้ามว่า กระบวนการถกแถลงที่ดีนั้น ไม่เพียงแต่จะไม่ทำให้เกิดการแตกแยกแบ่งขั้ว แต่ยังสามารถทำให้เกิดการก้าวพ้นเหตุผลเฉพาะตัว (Bounded rationality) ซึ่งเกิดจากการที่แต่ละบุคคลมีขีดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การคิดวิเคราะห์ และการประมวลความคิดแตกต่างกันตามเงื่อนไขทางสังคมที่ตนมีชีวิตอยู่ เขาอ้างอิงถึงงานวิจัยอีกชิ้นของเฟียร์รอน (Fearon) ที่เสนอว่า กระบวนการถกแถลงจะนำไปสู่การตัดสินใจที่รอบคอบและเป็นผลดีต่อส่วนรวมเนื่องจากมุมมองที่หลากหลายได้ “เพิ่ม” ข้อมูลที่แต่ละคนมีเข้าไปในกระบวนการตัดสินใจ และได้ “ทวิคูณ” ทางเลือกใหม่ๆ ที่เป็นไปได้ให้กับการสนทนา^{๒๒} ซึ่งทั้งหมดนี้เกิดจากปัจจัยสำคัญคือ การไหลเวียนอย่างทั่วถึงกันของข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็น รวมทั้งเสียงของผู้ที่ได้รับผลกระทบจริงจากนโยบายหรือแผนงานที่กำลังเป็นปัญหาในขณะนั้น และจะต้องจัดรูปแบบการแลกเปลี่ยนที่ไม่ให้ “ผู้เชี่ยวชาญ” มีสิทธิมีเสียงมากเกินไป เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แลกเปลี่ยนกับประสบการณ์ชีวิตของผู้คนที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายนั้นๆ อย่างเท่าเทียม ทั้งหมดนี้เป็นความท้าทายในการออกแบบรูปแบบเชิงสถาบันที่จะทำให้การหารือแบบ

^{๒๐} Sunstein, Cass R., *Going to Extremes: How Like Minds Unite and Devide*. (Oxford: Oxford University Press, 2009).

^{๒๑} Sunstein, Cass R., The Law of Group Polarization. *Journal of Political Philosophy*. 10 (2, 2002), pp. 175-195.

^{๒๒} Fearon, James D., Deliberation as Discussion. In J. Elster (ed.), *Deliberative Democracy*. (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998), pp. 44-68.

๒.๒ กระบวนการนอกพื้นที่สมัชชาสุขภาพ

หากพิจารณาในแง่พื้นที่ของวาทกรรม (Discursive space) สมัชชาก็เป็นพื้นที่สาธารณะแบบหนึ่งสำหรับการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พื้นที่ที่เรียกว่า “สมัชชา” นี้มีกฎ กติกา มารยาท และดำเนินการอยู่ภายใต้โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจชุดหนึ่ง ซึ่งย่อมาหมายความว่า “สมัชชา” มีกาลเทศะที่เหมาะสมสำหรับปฏิบัติการด้านการสื่อสารบางลักษณะ และอาจไม่เหมาะกับการสื่อสารแบบอื่นๆ ปรากฏการณ์ที่พบจากกรณีศึกษาก็คือ การสื่อความหมายและปฏิบัติการสื่อสาร (Communicative action) นั้นไม่ได้ถูกจำกัดไว้แต่เฉพาะในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง แต่มันกระจายและไหลเวียนอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นพื้นที่สื่อ การโฆษณา ข่าว คณะกรรมการต่างๆ ที่หน่วยงานจัดตั้ง เวทีเสวนาทั้งในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ และในทางนโยบายต่างๆ สมัชชาจึงเป็นเพียงพื้นที่หนึ่งในหลากหลายพื้นที่ที่มีการสื่อสารเกิดขึ้น ปัญหาที่ควรพิจารณาก็คือ พื้นที่ “สมัชชา” นี้แตกต่างจากพื้นที่แบบอื่นอย่างไร มีจุดแข็งจุดอ่อนอะไร และควรจะจัดความสัมพันธ์กับพื้นที่อื่นๆ อย่างไร

ตัวอย่างที่น่าสนใจในกรณีศึกษาของเราก็คือ กรณีมาตรการสั่งคมไทยไร้แร่ใยหิน ซึ่งเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี แต่กระบวนการหลังจากนั้น พบว่าภาคธุรกิจที่มีผลประโยชน์เกี่ยวข้องมีทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับมาตรการเหล่านั้น มีความพยายามที่จะเข้าร่วมในเวทีต่างๆ ในขณะเดียวกัน กระบวนการนอกสมัชชาสุขภาพก็มีความพยายามของนักธุรกิจที่ทำการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่สาธารณะจากมุมมองของตนเอง เช่น บริษัทผลิตกระเบื้องที่ไม่เห็นด้วยกับมาตรการดังกล่าวได้ออกมารณรงค์เผยแพร่คำขวัญผ่านทางสื่อมวลชนว่า “ไม้จิ้มฟันอันตรายกว่าแร่ใยหิน” และมีการสร้างความเข้าใจผิดๆ ที่ว่า หากมาตรการดังกล่าวถูกนำมาบังคับใช้ ผู้บริโภคที่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินอยู่แล้วก็ต้องรื้อผลิตภัณฑ์เหล่านั้นออกทิ้งไป โดยมีการระดมกลุ่มคนเลี้ยงสุกรที่จังหวัดแห่งหนึ่งออกมาประท้วงว่าหากต้องรื้อหลังคาเล้าหมูที่ได้มุงไว้ด้วยกระเบื้องที่มีแร่ใยหินอยู่ก่อนแล้ว ก็จะเป็นภาระและก่อให้เกิดผลกระทบต่อการเลี้ยงหมูของกลุ่มตน ทั้งที่ในมาตรการที่ประกาศใช้นั้นไม่ได้มีการกำหนดให้รื้อถอนผลิตภัณฑ์แร่ใยหินที่ใช้อยู่แล้วออกแต่อย่างใด

จะเห็นได้ชัดจากกรณีดังกล่าวว่า ในการรณรงค์และในพื้นที่สื่อมวลชนที่ภาคธุรกิจสามารถจัดกิจกรรมเผยแพร่หรือรณรงค์ผ่านสื่อ นั้น รูปแบบการสื่อสารจะเป็นลักษณะสื่อสารทางเดียวและเน้นการให้ข้อมูลที่ “ดราม่า” เช่น “ไม้จิ้มฟันอันตรายกว่าแร่ใยหิน” ยิ่งในระบบงานของสื่อที่มีการแยกผู้สื่อข่าวออกเป็นสายต่างๆ เช่น สายกระทรวงพาณิชย์ สายทำเนียบ และสายสาธารณสุข ผู้สื่อข่าวแต่ละสายก็อาจไม่มีข้อมูลจากสายงานอื่น เช่น ผู้สื่อข่าวสายกระทรวงพาณิชย์ก็อาจไม่เคยทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับมาตรการควบคุมการใช้แร่ใยหินและโทษของแร่ใยหินที่มีมากกว่าไม้จิ้มฟัน รวมทั้งไม่ได้มีมาตรการรื้อถอนวัสดุก่อสร้างที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหิน เช่น กระเบื้องมุงหลังคาเล้าสุกร เพราะสำหรับการรื้อถอนแล้วมาตรการควบคุมอันตรายจากแร่ใยหินที่ใช้กันทั่วโลกก็คือ การไม่ให้รื้อถอนวัสดุที่ใช้อยู่แล้วโดยไม่มีมาตรการที่รัดกุมจะเพราะจะทำให้ฝุ่นแร่ใยหินฟุ้งกระจายเป็นอันตรายต่อผู้รื้อถอนและผู้อยู่อาศัย ข้อเสนอในการรื้อถอนก็คือ ให้ทำการรื้อถอนเมื่อต้องการปรับปรุงอาคารและให้รื้อถอนด้วยวิธีการที่ปลอดภัยต่อผู้รื้อและผู้

^{๒๓} Smith, Graham, Taking Deliberation Seriously: Institutional Design and Green Politics. *Environmental Politics*. 10, 3 (Autumn 2001), pp. 72-93.

อาศัยในบริเวณนั้น

ในกรณีศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินั้น แม้มติสมัชชาจะได้รับการรับรองจากมติคณะรัฐมนตรี แต่ก็ยังมีการขับเคลื่อนเพื่อผลักดันนโยบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งกลไก สร้างระบบสนับสนุน รวมทั้งมีการนำเสนอแนวคิดการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติผ่านสื่ออย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญ การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การผลักดันประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินั้น เป็นผลจากการผลักดันของภาคทุนผ่านกลไกทางการเมืองที่ดำเนินไปโดยไม่สนใจมติสมัชชาและมติคณะรัฐมนตรี เป็นกระบวนการกำหนดนโยบายโดยภาคการเมืองที่เอื้อประโยชน์แก่ภาคธุรกิจโดยไม่มีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นของภาคสังคมอื่นใด จึงเห็นได้ชัดเจนว่า กลไกการกำหนดนโยบายที่มีอยู่หลายกลไกต่างก็ดำเนินไปอย่างเป็นอิสระต่อกัน ไม่มีการแลกเปลี่ยนหรือหารือกัน ไม่ต้องเคารพมติสมัชชาและมติคณะรัฐมนตรี รวมทั้งไม่สามารถตรวจสอบซึ่งกันและกันได้

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

กล่าวโดยสรุป กระบวนการนอกสมัชชาเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ เพราะสมัชชาไม่ได้เป็นพื้นที่สาธารณะเดียวที่การถกแถลง การต่อรอง และการโน้มน้าวให้นโยบายสาธารณะเกิดขึ้น การที่กระบวนการสมัชชามีจุดเด่นในแง่การใช้หลักฐานและข้อมูลความรู้ในการพัฒนานโยบายและเป็นเวทีที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีที่หลากหลายน่าจะช่วยให้การสื่อสารและการสนทนาในเวทีหรือในแวดวงอื่นๆ มีคุณภาพที่สูงขึ้นและมองได้รอบด้านมากขึ้น ในแง่นี้ โจทย์สำคัญสำหรับสมัชชาสุขภาพที่จะต้องขบคิดก็คือ ทำอย่างไรจึงจะทำให้ “สมัชชา” มีความหมายสำหรับวงการสนทนาหรือเวทีการสื่อสารอื่นๆ ทำอย่างไรจึงจะทำให้สิ่งที่มีการไตร่ตรองร่วมกันของภาคีต่างๆ ในสมัชชาไม่ถูกละเลยหรือเพิกเฉยราวกับไม่มีอยู่

แนวทางที่สำคัญก็คือ การทำให้สมัชชามีสถานะภาพเป็น “จุดอ้างอิง” (Point of reference) ที่วงสนทนาหรือเวทีการสื่อสารอื่นๆ สามารถอ้างอิงถึงได้อย่างมั่นใจ ซึ่งจะทำให้เกิดการสนทนาข้ามวงและทำให้ “ตัวบท” ของการสื่อสารในหลากหลายพื้นที่นั้นมีการสนทนายว้างกว้างกันมากกว่าที่จะต่างคนต่างพูดโดยไม่สนใจว่าคนอื่นจะเคยพูดอะไรอย่างอื่นหรือเคยตกลงอะไรกันไปในเวทีอื่นๆ มาแล้วบ้าง ซึ่งในแง่นี้ กระบวนการสมัชชาเองก็จำเป็นต้องสนทนากับ “วงสนทนา” อื่นๆ ด้วย จุดเด่นของการทำงานวิชาการอย่างเข้มข้นและการมีภาคีตัวแทนจากหลายภาคส่วน จะทำให้สมัชชาสามารถเป็นจุดอ้างอิงได้ไม่ยากนัก นี่เป็นทิศทางที่ สช. และภาคีเครือข่ายจะต้องแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ได้ผล

ข้อเท็จจริงที่ว่า พื้นที่การสื่อสารที่มีมากและหลากหลายในปัจจุบัน ทำให้ปฏิบัติการสื่อสารไม่สามารถจำกัดอยู่เฉพาะในรูปแบบใดรูปแบบใดเป็นหลัก แต่เป็นการผสมผสานหลายรูปแบบในระดับต่างๆ เพื่อนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมทางการเมืองใหม่ที่อาศัยการเสวนาและการสนทนากันเป็นเครื่องมือสำหรับการเปลี่ยนแปลงสังคมของพลเมือง ในแง่นี้ ทอม แอตลี (Tom Attlee) ผู้ผลักดันรูปแบบการสื่อสารที่เรียกว่า

Community dialogue and deliberation^{๒๔} เสนอความเห็นเห็นว่า เนื่องจากประเด็นปัญหาทางสังคมนั้นมีหลากหลายแง่มุมและหลายระดับ ผู้คนที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับปัญหาก็แตกต่างกัน ทั้งในแง่ของจำนวนและในแง่ของความกระตือรือร้นในการร่วมแก้ไขปัญหา ปัญหาทั่วไปอาจมีพลเมืองจำนวนมากสามารถเข้าร่วมได้ แต่สำหรับปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนและต้องการความรู้ความเข้าใจมากก็อาจเป็นเรื่องที่พลเมืองกลุ่มเล็กๆ เป็นผู้ทำความเข้าใจและทำการสื่อสารกับพลเมืองและสาธารณชนกลุ่มอื่นๆ ในขณะเดียวกัน ความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้นก็มีหลายลักษณะ บางเรื่องต้องอาศัยนักการเมือง ผู้บริหารหรือองค์กรที่มีอำนาจ ในขณะที่บางเรื่องเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ในระดับเล็กๆ หรือบางเรื่องอาจไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอะไรเลย

ทอม แอตลี เสนอให้มองระบอบประชาธิปไตยเป็นเหมือนระบบนิเวศวิทยา ที่ประกอบสร้างขึ้นมาจากกิจกรรมการเสวนา สนทนา ถกเถียง แลกเปลี่ยน และการอภิปรายในพื้นที่ทางสังคมต่างๆ และเช่นเดียวกับระบบนิเวศที่ต้องมีความหลากหลาย การสนทนาประชาธิปไตยก็ต้องมีความหลากหลายด้วยการสนทนาเน้นให้พลเมืองจำนวนมากสามารถเข้าร่วมได้ การสนทนาจึงอาจไม่สามารถลงลึกได้ ข้อเสนอที่ได้ อาจจะเป็นความเห็นมากกว่าเป็นความรู้ แต่หากเน้นกลุ่มผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญ ก็อาจกลายเป็นการสร้างชนชั้นนำที่ทำหน้าที่ตัดสินแทนคนอื่นมากเกินไป เป้าหมายของกระบวนการที่เราผลักดันอยู่ คือ Citizen Dialogue and Deliberation ก็คือการสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนพูดคุยที่หลากหลาย ตั้งแต่การสนทนาที่ไม่เป็นทางการ ร้านกาแฟ ลานบ้าน เวทีชุมชน ไปจนถึงการเสวนาและสมัชชาแบบต่างๆ โดยต้องสร้างให้เกิดความสมดุลระหว่างการสนทนาระหว่างมวลชนสาธารณะและกลุ่มตัวแทนที่รู้ลึกอย่างต่อเนื่อง

แนวคิด Citizen Dialogue and Deliberation นี้ จำแนกการสนทนาที่เอื้อต่อการสร้างระบบนิเวศประชาธิปไตยออกเป็นระดับจากที่เรียบง่ายและแพร่หลายได้มากที่สุด ไปจนถึงรูปแบบที่ต้องอาศัยความเข้าใจในประเด็นปัญหาและการจัดการเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ไขปัญหารวม ๗ ระดับโดยที่ระดับที่ ๗ เป็นการเกิดขึ้นของวัฒนธรรมประชาธิปไตยในขอบเขตที่กว้าง ทั้ง ๗ ระดับมีดังนี้ คือ

๑. รูปแบบการแลกเปลี่ยนพูดคุยกันของพลเมืองทุกชนิด เช่น การสนทนา ร้านกาแฟ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีข้อสรุปหรือความเห็นร่วมกัน
๒. การเสวนาหรือถกเถียงของพลเมืองที่มีผลสรุปหรือความเห็นร่วม เช่น รายงานการพูดคุย หรือผลการสำรวจความเห็นจาก Deliberative Opinion Polling
๓. การเสวนาและถกเถียงที่มีผลสรุปและมีความเชื่อมโยงหรือมุ่งให้มีผลต่อการกำหนดนโยบายหรือการตัดสินใจ
๔. เหมือนกับข้อที่ ๓ แต่มีการออกแบบกระบวนการให้สะท้อนความเป็นตัวแทนของความหลากหลายในชุมชน เช่น สมัชชาชุมชน
๕. เหมือนข้อที่ ๔ แต่มีขั้นตอนและกระบวนการที่เป็นทางการและมีความเป็นสถาบัน เช่น การสำรวจประชามติ
๖. เหมือนข้อ ๕ แต่มีกระบวนการขับเคลื่อนให้เกิดผลทางการปฏิบัติ เช่น สมัชชาพลเมือง หรือสมัชชาสุขภาพ

^{๒๔} Tom Atlee, The Co-Intelligence Institute, [Online]. Available : www.co-intelligence.org. [2014, January 13].

๗. ระบบการเมืองการปกครองที่มีรากฐานมากจากรูปแบบต่างๆ ในข้อ ๑-๖ ที่มีปฏิสัมพันธ์อยู่กับการเมืองรูปแบบอื่นๆ เช่น การลอบปลง การเลือกตั้ง การลงคะแนนเสียง ฯลฯ

จุดเด่นของแนวคิดนี้คือการเสนอให้เห็นว่า รูปแบบในระดับที่สูงขึ้นจะอยู่ไม่ได้หากไม่มีรูปแบบที่เรียบง่ายกว่ามารองรับ การสร้างระบอบประชาธิปไตยจึงแยกไม่ออกจากการสร้างประชาธิปไตยในปฏิสัมพันธ์และการสนทนาในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะต้องเรียนรู้การรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น พอๆ กับที่ต้องมีความคิดเห็นเป็นของตนเอง นอกจากนั้น การอภิปรายในวงสนทนาหรือเวทีการถกแถลงต่างๆ ยังมีรูปแบบทางการเมืองอื่นๆ ที่อาจนำมาใช้เพื่อหาข้อยุติทางการเมือง มาตรการเหล่านี้อาจถูกใช้เพื่อเสริมประสิทธิภาพหรือเพื่อหักล้างกับการอภิปรายถกแถลงก็เป็นได้ ซึ่งความเป็นจริงในทางการเมืองแล้ว ไม่มีปฏิบัติการทางการเมืองใดที่ใช้มาตรการอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว

ไมเคิล วอลเซอร์ (Michael Walzer) นักปรัชญาการเมืองคนสำคัญได้เสนอทางเลือกสำหรับปฏิบัติการทางการเมืองในระบบประชาธิปไตยว่า หากเราเลือกที่จะไม่ปรึกษาหารือหรือไตร่ตรองร่วมกันแล้ว ในทางการเมืองเรายังจะสามารถทำอะไรอย่างอื่นได้อีกหรือไม่ ในบทความที่ชื่อ *Deliberation, and What Else?* มีทางเลือกอื่นๆ ที่เขาได้รวบรวมกิจกรรมที่มีผลต่อการเมืองมาได้รวม ๑๔ ประการด้วยกันคือ

๑. Political education คือ การให้การศึกษาทางการเมือง อาจถือเป็นขั้นตอนแรกๆ และเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ขาดไม่ได้ในกิจกรรมทางการเมืองต่างๆ การตื่นตัวทางการเมืองเป็นขั้นตอนสำคัญที่ประชาชนจะลุกขึ้นมาทวงถามสิทธิทางการเมืองและตรวจสอบความถูกต้องชอบธรรมของอำนาจ
๒. Organization คือ การจัดตั้งทางการเมือง เป็นปฏิบัติการทางการเมืองที่สำคัญที่สุดและส่งผลระยะยาวมากที่สุด เพราะอุดมการณ์ทางการเมืองที่ปราศจากการจัดตั้งก็เป็นแค่ความฝันลมๆ แล้งๆ การมีองค์กรจัดตั้งทำให้ความคิดทางการเมืองถูกแปลเป็นปฏิบัติการทางการเมืองได้
๓. Mobilization คือ การระดมมวลชน เป็นปฏิบัติการทางการเมืองสำคัญที่ถูกใช้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรการอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการระดมมวลชนเพื่อการชุมนุมประท้วง ลงประชามติ หรือลงชื่อเสนอกฎหมาย
๔. Demonstration คือ การชุมนุมประท้วง เป็นการแสดงพลังแห่งเจตนารมณ์ร่วมกันของกลุ่มคนที่มีได้หลากหลายรูปแบบ อาจเป็นการรวมพลังของกลุ่มคนจำนวนมากเพื่อกดดัน หรือเป็นการแสดงออกทางสัญลักษณ์ เช่น การชุมนุมด้วยการไต่ ที่ผู้คนมารณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ด้วยการมายืนไต่จตุรัสแห่งหนึ่งในกรุงอัมสเตอร์ดัม เป็นต้น
๕. Statement คือ การออกแถลงการณ์ทางการเมือง ไม่ว่าจะเป็นคำประกาศ (Declaration) แถลงการณ์ทางการเมือง (Political statement) หรือคำประกาศเจตนารมณ์ (Manifesto) ซึ่งเป็นการแสดงเจตจำนงผ่านการสื่อสารแบบหนึ่ง ซึ่งมักเป็นการสื่อสารทางเดียว ในบางกรณี คำประกาศเจตนารมณ์ก็มีพลังที่จะขับเคลื่อนและระดมแนวร่วมได้อย่างกว้างขวางและมีผลต่อเนื่องหลายทศวรรษ เช่น คำประกาศเจตนารมณ์คอมมิวนิสต์ (Communist manifesto) เป็นต้น
๖. Debate คือ การโต้แย้ง โต้เถียงทางการเมือง เป็นรูปแบบการถกแถลงด้วยเหตุผลแบบหนึ่ง ซึ่งมักเป็นการโต้แย้งระหว่างสองแนวความคิดที่แตกต่างกัน มักไม่ได้เป็นไปเพื่อหาข้อสรุป แต่เพื่อให้สาธารณชนที่รับฟังข้อโต้แย้งนำไปพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเองว่า จะเห็นด้วยกับฝ่าย

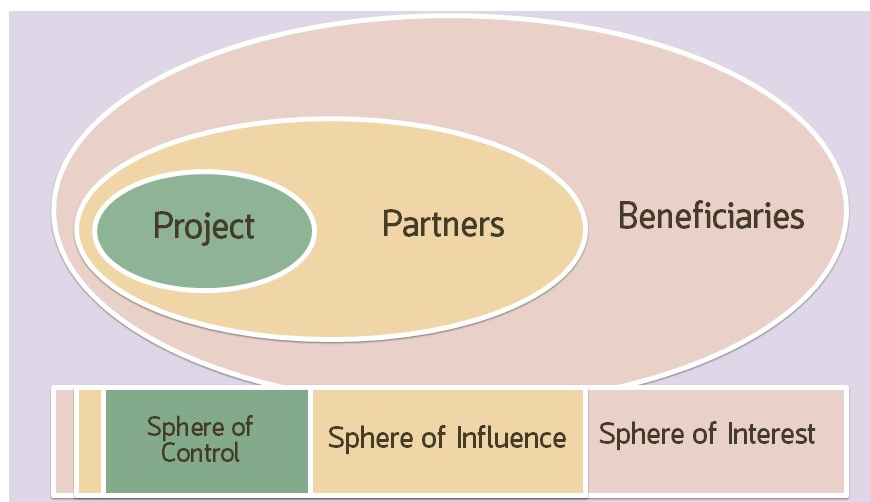
หนึ่งฝ่ายใดหรือไม่

๗. Bargaining คือ การเจรจาต่อรอง เป้าหมายส่วนหนึ่งของปฏิบัติการทางการเมืองต่างๆ เช่น การระดมมวลชน การชุมนุมประท้วง ก็คือการผลักดันให้เกิดการเจรจากันขึ้น การสร้างกลไกและช่องทางเพื่อให้คู่กรณีที่ดีที่จะนำความขัดแย้งขึ้นสู่โต๊ะเจรจา นับเป็นขั้นตอนสำคัญของการแก้ปัญหาทางการเมือง
๘. Lobbying คือ การล็อบบี้ เป็นกิจกรรมทางการเมืองที่ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ แต่เป็นเครื่องมือที่ทรงพลังมากที่สุดในบรรดาปฏิบัติการทางการเมืองทั้งหลาย กลุ่มผลประโยชน์และบริษัทข้ามชาติจึงใช้การล็อบบี้โดยที่มักล็อบบี้และบริษัทที่รับจ้างทำงานล็อบบี้อย่างเป็นระบบ
๙. Campaigning การรณรงค์ เป็นรูปแบบการปฏิบัติการทางการเมืองที่พบเห็นได้บ่อยในประเทศไทย ซึ่งมีการรณรงค์กันตลอดปี เช่น รณรงค์ไปใช้สิทธิเลือกตั้ง รณรงค์ต่อต้านคอร์รัปชัน ฯลฯ ส่วนใหญ่เป็นการรณรงค์ที่มุ่งสร้างจิตสำนึกหรือเปลี่ยนพฤติกรรมของปัจเจก แตกต่างจากในหลายประเทศที่การรณรงค์มักมุ่งที่การเปลี่ยนโครงสร้างหรือกฎหมาย
๑๐. Voting การลงคะแนนเสียง เป็นประชาธิปไตยทางตรง ซึ่งอาจมีหลากหลายรูปแบบและหลายระดับ เช่น การเลือกตั้งทั่วไป การเลือกตั้งท้องถิ่น การลงประชามติ เป็นต้น
๑๑. Fund-raising การระดมทุน เป็นกิจกรรมทางการเมืองที่ไม่เพียงแต่ระดมให้ได้มาซึ่งทรัพยากรแต่ยังสามารถสร้างความเป็นเจ้าของ การมีส่วนร่วมและขยายฐานทางการเมืองได้อีกด้วย
๑๒. Corruption การฉ้อฉล เป็นปฏิบัติการทางการเมืองที่มีผลกระทบสูง โดยเฉพาะต่อการจัดการทรัพยากรและการจัดสรรผลประโยชน์ ในแง่ไม่ได้หมายความว่า ปฏิบัติการทางการเมืองจะต้องใช้การฉ้อฉลให้เกิดผลสำเร็จ แต่เราไม่สามารถปฏิเสธได้ในแวดวงการเมืองว่า การฉ้อฉลเป็นปฏิบัติการทางการเมืองที่แฝงตัวอยู่อย่างสำคัญ
๑๓. Scut work การทำงานรุกรการหรืองานจิปาละเพื่อให้กิจกรรมทางการเมืองอื่นๆ สามารถดำเนินไปได้ งานเหล่านี้ (เช่น การถ่ายเอกสาร การปิดโปสเตอร์ การแจกแผ่นพับ จัดหาหรือจัดเตรียมอาหารสำหรับคนทำงาน) อาจไม่มีเนื้อหาทางการเมืองมากนัก แต่ก็จำเป็นในการทำให้ปฏิบัติการทางการเมืองต่างๆ ได้ผล
๑๔. Ruling การใช้อำนาจปกครอง^{๒๕}

ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ ที่ผ่านมา แม้ว่าการจัดกระบวนการสมัชชาอาจมีกิจกรรมหรือปฏิบัติการทางการเมืองทั้ง ๑๔ ประเภทตามที่ ไมเคิล วอลเซอร์ ได้ประมวลไว้ แต่ก็ไม่ได้มีการสร้างให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนถึงแนวทางหรือวิธีการที่จะผสมผสานรูปแบบการขับเคลื่อนทางการเมืองที่หลากหลายเหล่านี้ให้หนุนเสริมกันได้อย่างได้ผล ซึ่งในเรื่องนี้อาจไม่ได้หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จะต้องมึบทบาทในปฏิบัติการทางการเมืองเพื่อผลักดันมติสมัชชาด้วยมาตรการทางการเมืองที่กล่าวมา บทบาทเหล่านี้อาจเป็นของเจ้าของประเด็นหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ แต่ สช. เองก็จำเป็นต้องให้ความสนใจกับปฏิบัติการทางการเมืองของตัวละครที่เกี่ยวข้องกับประเด็น และต้องสามารถสร้างการเสริมพลัง (Synergy) ให้เกิดขึ้น ทั้งนี้โดยอาศัยกระบวนการสมัชชาซึ่งเป็นพื้นที่สำหรับการถกเถียงและเป็นเวทีสาธารณะของการใช้เหตุใช้ผลเป็นจุดอ้างอิงสำหรับปฏิบัติการทางการเมืองอื่นๆ ได้ด้วย

^{๒๕} Walzer, Michael, Deliberation, and What Else? In S. Macedo (ed.), *Deliberative Politics: Essays on Democracy and Disagreement*. (New York: Oxford University Press, 1999), pp. 58-69.

ในกรณีศึกษาทั้งสามกรณี จะเห็นได้ชัดว่า มีปฏิบัติการทางการเมืองหลากหลายรูปแบบที่ถูกใช้ ประกอบการขับเคลื่อนของฝ่ายต่างๆ ซึ่งตัวละครเหล่านี้ต่างขับเคลื่อนอย่างเป็นเอกเทศและเป็นอิสระต่อกัน การสร้างภาวะ “เสริมพลัง” จึงไม่ได้เกิดขึ้นได้เองและไม่สามารถวางแผนให้เกิดขึ้นเหมือนเครื่องจักรกลได้ ในแง่หนึ่ง การขับเคลื่อนเพื่อเสริมพลังอาจต้องอาศัยแนวทางการจัดการที่เน้นความยืดหยุ่นและเป็นเอกเทศของ ตัวละคร ที่แม้ไม่อาจถูกควบคุมได้ (ไม่ได้อยู่ใน Sphere of control) แต่ก็อาจสามารถส่งอิทธิพลและ เหนี่ยวนำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (Sphere of influence) ซึ่งแนวคิดที่น่าสนใจแนวคิดหนึ่งก็คือ แนวคิด Outcome Mapping ซึ่งเน้นการทำงานกับภาคีหุ้นส่วน (Boundary partners) ดังที่แสดงใน แผนภาพต่อไปนี้



จะเห็นได้ว่า ในระบบที่ต้องทำงานกับตัวละคร คือ องค์กรและบุคคลต่างๆ พื้นที่ที่เรามีอิทธิพล โดยตรงจะมีอยู่แต่เฉพาะภายในองค์กรหรือภายใต้โครงการใดโครงการหนึ่งของเราเท่านั้น ซึ่งพื้นที่นี้เรียกว่า เป็น Sphere of control เพราะเราสามารถควบคุมได้ระดับหนึ่ง ส่วนพื้นที่ถัดออกไปคือ พื้นที่ที่ตัวละคร อื่นๆ ล้วนแต่มีผลต่อความสำเร็จในโครงการร่วมกันทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นเจ้าของประเด็น นักวิชาการ หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ภาครัฐกิจ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ องค์กรและกลุ่มบุคคลในพื้นที่เหล่านี้ อาจมีบทบาทหน้าที่และศักยภาพแตกต่างกัน และไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของเราโดยตรง แต่ก็อยู่ใน Sphere of Influence คือเราสามารถสื่อสาร หรือสร้างกิจกรรมร่วมกันเพื่อโน้มน้าวหรือปรับเปลี่ยนให้ องค์กรเหล่านี้มีบทบาทที่เสริมกับเราได้ องค์กรในพื้นที่ Sphere of Influence นี้เรียกว่า ภาคีหุ้นส่วน หรือ Boundary partners

ภาคีหุ้นส่วนเหล่านี้อาจไม่ได้เข้าร่วมในเวทีสมัชชาโดยตรง และอาจมีปฏิบัติการอยู่นอกเวทีสมัชชา ซึ่งอาจเป็นปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างดังที่ไม่เคลิ วอลเชอร์เสนอไว้ก็ได้ ทั้งนี้กระบวนการ Outcome mapping ทั้ง ๗ ขั้นตอนอาจพอสรุปเป็นแผนภาพสังเขปได้ดังนี้^{๒๖}

^{๒๖} รายละเอียดการใช้ Outcome mapping สามารถศึกษาได้จาก ชารา เอล, เฟรด คาร์เด็น, และ เทอรี สมุ ไทโล. *แผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) การสร้างการเรียนรู้และการสะท้อนกลับในแผนงานพัฒนา*. แปลโดย พ. สิทธิ ประเสริฐกุล และ ว. วิสารทสกุล. (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา, ๒๕๔๗).



ส่วนที่ ๓ การขับเคลื่อนตามติดมติสมัชชา: ข้อเรียกร้องและความคาดหวัง

กล่าวได้ว่า ทั้ง ๓ กรณีศึกษาต่างมีปัญหาค่คล้ายคลึงกันในด้านหนึ่งคือ การขยับขับเคลื่อนเพื่อให้มติสมัชชาได้รับการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากทิศทางของนโยบายสาธารณะย่อมมีผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับต่างๆ กล่าวได้ว่า นโยบายแห่งชาติด้านการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยได้กลายเป็นมติที่มีความก้าวหน้าในทางปฏิบัติมากที่สุดหากเทียบกับสองมติที่ติดตามมาในปี พ.ศ.๒๕๕๓ คือ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายเหิน และนโยบายการกลายเป็นศูนย์สุขภพานาชาติ

ความเคลื่อนไหวของมติการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนคือ ภายหลังที่ประชุมใหญ่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้รับการรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยและเสนอให้ คสช. นำเสนอต่อรัฐบาลให้ประกาศเป็นนโยบาย มีการยกร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย ซึ่งต่อมาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้นำเสนอร่างแผนปฏิบัติการนี้ต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ นอกจากนี้ยังนำมติยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ซึ่งผ่านการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ.๒๕๕๒ เข้ามาร่วมเป็นนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่า ทั้งสองนโยบายนี้ได้รับการผลักดันจนเกิดแผนปฏิบัติการ เนื่องจากมีรายละเอียดของกลยุทธ์ กิจกรรม ตัวชี้วัด เป้าหมาย และหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างละเอียดชัดเจน

กระนั้นก็ตาม ไม่อาจกล่าวได้ว่าความต่อเนื่องของนโยบายนี้เป็นเพราะได้ถูกนำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพียงเท่านั้น แต่การเกาะติดปัญหาของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงทั้งการทำงานก่อนสมัชชาสุขภาพ และหลังการเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้นถือได้ว่าเป็นปัจจัยชี้ขาดที่สำคัญ กลุ่มนักวิชาการและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านนี้มาอย่างต่อเนื่อง เคยผลักดันนโยบายที่สำคัญๆ ร่วมกับองค์กรภาครัฐจนกลายเป็นเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็งและมีเครดิตในการผลักดันนโยบายแบบกัดไม่ปล่อย ทำให้การผลักดันเรื่องนโยบายเป็นไปอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ส่วนมติการทำให้สังคมไทยไร้รายเหินนั้นเป็นการผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับภาคอุตสาหกรรมและภาคพาณิชย์กรรม องค์กรวิชาการที่ผลักดันมีการทำงานด้านวิชาการที่เข้มแข็ง แต่การผลักดันนโยบายที่อยู่นอกขอบเขตของการสาธารณสุขยัง

ขาดเครือข่ายหนุนเสริมจากหน่วยงานนโยบายด้านอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมในภาครัฐที่เห็นด้วยกับนโยบายนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายได้นั้นก็มีความสลับซับซ้อนมากกว่าเมื่อเจ้าของกิจการที่ผลิตสินค้าโดยใช้รายได้นั้นบางรายไม่ยอมเลิกผลิตกระเบื้องที่มีรายได้นั้นเป็นส่วนประกอบหรือบางรายแม้จะสามารถผลิตกระเบื้องที่ใช้วัสดุทดแทนรายได้นั้นได้ แต่ก็ยังไม่ทำการผลิต ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะมีเส้นสายสัมพันธ์กับพรรคการเมืองที่กุมอำนาจอยู่ด้วย

สำนักควบคุมวัตถุอันตราย กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม ซึ่งมีอำนาจหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการของคณะกรรมการวัตถุอันตราย มีขั้นตอนการทำงาน (ตามที่ระบุไว้ในบทที่ ๓) กลับเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขไม่ทำข้อมูลการเจ็บป่วย และการทำงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นการข้ามขั้นตอนการทำงานของสำนักควบคุมวัตถุอันตราย เนื่องจากไม่เข้าใจว่า สช. ไม่มีอำนาจสั่งการ แต่เป็นเพียงผู้ประสานงานในการผลักดันมติเท่านั้น ช่องว่างในการทำงานเช่นนี้ทำให้เกิดขึ้นกับนโยบายการกลายเป็นศูนย์สุขภาพแห่งชาติด้วยเช่นเดียวกัน การขับเคลื่อนไม่ได้เป็นไปตามมติสมัชชา และมติ ครม. เนื่องจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีหน้าที่ทำตามนโยบายของรัฐบาลในยุคนั้นที่มีความชัดเจนว่า นโยบายของพรรคสำคัญกว่ามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเน้นการศึกษาผลกระทบของนโยบายก่อนที่จะเดินหน้าผลักดันนโยบายนี้อย่างเต็มที่

ปรากฏการณ์ที่สะท้อนออกมาจากกรณีศึกษาทำให้เกิดคำถามว่า การนำใช้กระบวนการสมัชชาเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะนั้นมีความเหมาะสมหรือไม่ ในเงื่อนไขแบบใด นโยบายบางเรื่องอาจไม่เหมาะสมกับการนำเข้าสู่กระบวนการสมัชชาหรือไม่ โดยหลักการแล้ว สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกระบวนการของการถกเถียงแลกเปลี่ยนความคิดโดยใช้วิชาการเป็นเครื่องนำทาง มีการเปิดพื้นที่เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมถกแถลงเพื่อหาฉันทมติ ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่ถูกต้องและมีความชอบธรรม ถ้าจะมีเหตุให้กระบวนการนโยบายดังกล่าวไปไม่สุดทาง เหตุผลสำคัญมีทั้งจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในได้แก่การเตรียมการในขั้นตอนต่างๆ ที่ไม่รัดกุมรอบด้านเพียงพอ ทั้งการเตรียมการด้านวิชาการ การคัดเลือกผู้เข้าร่วมทุกขั้นตอน การเป็นเจ้าข้าวเจ้าของนโยบายจนอีกฝ่ายรู้สึกถูกกีดกันในกรณีนโยบายสาธารณะเรื่องยา หรือกรณีที่ขยับขับเคลื่อนต่อไปได้อย่างยากลำบากเพราะกลุ่มผู้ได้เสียที่จะรับผิดชอบทำงานเคลื่อนมติต่อไปไม่ชัดเจน เช่นมติมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายได้นั้น และนโยบายการกลายเป็นศูนย์สุขภาพนานาชาติ ตลอดจนข้อจำกัดของรูปแบบสมัชชาที่มีความเป็นทางการมากขึ้น ในขณะที่ปัจจัยภายนอก ได้แก่ระบบธรรมาภิบาลของรัฐและระบบราชการไทยที่ยังขาดความโปร่งใสและกล่ารับผิด (Accountability) ซึ่งทำให้นโยบายและข้อเสนอต่างๆ แม้จะได้รับการรับรองจนเป็นมติคณะรัฐมนตรี แต่ก็ยังไม่สามารถบังคับใช้ให้เกิดผลอย่างแท้จริงได้

กระนั้นก็ตาม ประสบการณ์การใช้กระบวนการสมัชชาเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่ยกมาเป็นกรณีศึกษาก็เป็นบทเรียนที่ทำให้ต้องแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ ของการถกแถลง แสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับคนจำนวนมากร่วมกัน ในตอนต่อไปจะกล่าวถึงข้อเสนอแนะให้การปรับคุณภาพของ “กระบวนการสมัชชา” เพื่อการสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการถกแถลงและการสร้างประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองให้เป็นคุณภาพใหม่ของสมัชชาสุขภาพ

ส่วนที่ ๔ ข้อเสนอแนะ: ทิศทางอนาคต

กระบวนการสมัชชาสุขภาพมีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป จากรูปแบบที่เคยยืดหยุ่น ไม่เป็นทางการ ภาครัฐมีส่วนร่วมสูง แต่ไร้ประสิทธิภาพในการผลักดันให้เกิดมิติ มาเป็นรูปแบบที่มีความเป็นทางการ มีกฎ กติกา มารยาท และขั้นตอนที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพในการทำให้เกิดมิติและสามารถเสนอให้คณะรัฐมนตรีรับทราบหรือเห็นชอบในหลายมิติที่สำคัญๆ แต่กรณีศึกษาทั้งสามในงานวิจัยนี้ เป็นกรณีที่มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่มีอุปสรรค ความท้าทาย และความซับซ้อนมากกว่าประเด็นอื่นๆ ทำให้เห็นถึงจุดแข็งจุดอ่อนได้ชัดเจน จากกรณีศึกษาทั้งสามและจากการวิเคราะห์ผ่านมุมมองเรื่องการถกแถลงและประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมไตร่ตรองทำให้เราเห็นถึงแนวทางที่จะปรับปรุงกระบวนการสมัชชาหลายประการ ซึ่งในข้อเสนอนี้จะแบ่งกลุ่มออกเป็น ๔ กลุ่มคือ (๑) การปรับปรุงภาพของกระบวนการ (๒) การสร้างความหลากหลายของรูปแบบการมีส่วนร่วมและการถกแถลง (๓) การเชื่อมการสนทนาระหว่างระดับต่างๆ และ (๔) การเชื่อมกระบวนการสมัชชาเข้ากับโครงสร้างเชิงสถาบันอื่นๆ โดยจะเสนอให้เห็นภาพรวมที่เชื่อมโยงกันทั้ง ๔ กลุ่ม ดังนี้

การปรับปรุงภาพของกระบวนการสมัชชา

● สร้างการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการสมัชชา

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าทุกขั้นตอนของกระบวนการสมัชชามีความละเอียดอ่อน ตั้งแต่

(๑) การพิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหา ซึ่งต้องการการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์อย่างรอบด้าน การเริ่มกระบวนการโดยมีทุกภาคส่วนมาร่วมโดยพร้อมเพรียงกันเป็นจุดตั้งต้นที่สำคัญ

(๒) การกำหนดประเด็นนโยบาย ปัญหาที่จะถูกนำเข้าสู่กระบวนการสมัชชาอาจสามารถกำหนดประเด็นนโยบายได้หลายลักษณะ การกำหนดประเด็นนโยบายที่กว้างหรือแคบก็จะทำให้มีผู้มีส่วนได้เสียแตกต่างกัน และประเด็นที่ต่างกันจะทำให้การถกแถลงและกระบวนการสมัชชามีทิศทางแตกต่างกันไปตามประเด็นด้วย

(๓) การกำหนดเป้าหมาย หากเป้าหมายเป็นการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ กระบวนการก็อาจไม่ต้องการมติ แต่หากเป้าหมายเปลี่ยนแปลงไป (เช่น ในกรณีศูนย์สุขภาพนานาชาติ) ก็จำเป็นต้องมีการหารือกันให้ได้ข้อยุติก่อนดำเนินกระบวนการต่อไปด้วย

(๔) การพิจารณากรอบ เช่น กรอบเวลา กรอบเนื้อหา

(๕) การกำหนดรูปแบบวิธีการนำเสนอ เข้าห้องไหน เสนออะไรก่อนหลัง เป็นไปได้หรือไม่ที่จะมีรูปแบบอื่นๆ ประกอบการนำเสนอ เช่น เรื่องเล่า ศิลปะ หรือการแสดงออกทางวัฒนธรรม รวมทั้งกฎ กติกา มารยาทต่างๆ

ตัวอย่างที่น่าสนใจอันหนึ่งนั่นก็คือข้อเสนอของกาสติลกับริชาร์ดส์ (John Gastil & Robert Richards)^{๒๗} เป็นข้อเสนอที่ต้องการปรับรูปแบบให้มีการถกแถลงแบบการมีส่วนร่วมมากขึ้นในกระบวนการประชาธิปไตยโดยตรง ซึ่งรูปแบบประชาธิปไตยโดยตรงในโลกปัจจุบันนั้นแตกต่างไปจากประชาธิปไตยแบบนครรัฐเอเธนส์ ที่ผู้คนมีบทบาทเข้าไปร่วมในการถกแถลงแสดงความคิดเห็นในสภาได้โดยตรง ปัจจุบันประชาธิปไตยโดยตรงจำกัดอยู่ที่การเลือกตั้ง (Election) การลงประชามติ (Referendum) และการลงชื่อ

^{๒๗} Gastil, John, and Robert Richards, "Making Direct Democracy Deliberative through Random Assemblies". *Politics & Society*. 41, 2 (June 2013), pp. 253-281.

เพื่อสนับสนุนกระบวนการทางกฎหมาย (Initiatives) ซึ่งกาสติลและริชาร์ดส์เห็นว่าเป็นระบบที่ไม่เปิดโอกาสให้มีการถกแถลงหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดในลักษณะที่เป็นสาธารณะเลย หรือถ้ามีก็มักฉาบฉวย ให้ข้อมูลแบบหมกเม็ดหรือบิดเบือน ทั้งสองเสนอว่า หนทางหนึ่งที่จะทำให้ประชาธิปไตยโดยตรงที่นับวันยิ่งฉาบฉวยมากขึ้น คือ การหาทางทำให้เกิดกระบวนการถกแถลงขึ้นควบคู่กัน แต่การจัดการให้พลเมืองทุกคนหรือคนหนุ่มมากมีส่วนร่วมในการถกแถลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ แนวคิดที่กาสติลกับริชาร์ดส์เสนออีกคือ ออกแบบสมัชชาแบบสุ่มตัวแทน โดยให้มีหลายเวทีและให้ตัวแทนที่มาทำหน้าที่ในสมัชชาเป็นได้เพียงวาระเดียว เขาแบ่งกระบวนการและรูปแบบสมัชชาเป็น ๕ ขั้นตอนคือ

๑. Priority conference เป็นสภาที่ทำหน้าที่วางวาระ เลือกประเด็นที่จะมีการลงประชามติ สภานี้ประกอบด้วยพลเมือง ๔๐๐ คน มาร่วมประชุมเพื่อตัดสินใจว่ามีประเด็นนโยบายอะไรที่สำคัญ ข้อเสนอของสภานี้อาจนำไปสู่กระบวนการร่างกฎหมายโดยตรงหรือนำไปสู่การจัดสมัชชาพลเมืองก็ได้
๒. Design panel ประกอบด้วยพลเมือง ๒๔ คนทำงานร่วมกันเป็นเวลา ๕ วันเพื่อออกแบบและประเมินกระบวนการเข้าชื่อของประชาชนในการเสนอให้มีการลงประชามติ ข้อเสนอที่ผ่านกระบวนการนี้จะสามารถลดจำนวนคนที่ต้องเข้าชื่อเพื่อทำข้อเสนอทางกฎหมายได้
๓. Citizen's Assembly ทำหน้าที่ยกร่างคำถามเชิงนโยบายที่เฉพาะเจาะจงที่จะใช้ในการลงประชามติ สมัชชานี้จะประกอบด้วยผู้มีสิทธิออกเสียงเลือกตั้ง ๑๕๐ คน ทำหน้าที่พิจารณาเป็นระยะเวลา ๘ ครั้ง (ในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์)
๔. Citizen's Initiative Review ทบทวนประเด็นการลงประชามติและจัดทำเอกสารสรุปหนึ่งหน้าเพื่อแนบในคู่มือการลงคะแนนเสียงประชามติ
๕. Policy jury ทำหน้าที่เป็นคณะลูกขุนที่จะพิจารณาให้ความเห็นหรือตัดสินว่ากฎหมายหรือประชามติที่ได้จะดำเนินการอย่างไร โดยรัฐสภาอาจขอให้คณะลูกขุน ซึ่งประกอบด้วยพลเมือง ๕๐ คน ทำหน้าที่ถกแถลงและฟังคำให้การของผู้เกี่ยวข้องเป็นเวลา ๒ อาทิตย์ก่อนที่จะมีความเห็น ซึ่งอาจส่งให้คณะกรรมการกฤษฎีกาให้ความเห็นต่อหรือเสนอต่อสภาให้ออกเป็นกฎหมายก็ได้^{๒๘}

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

^{๒๘} รายละเอียดศึกษาได้จาก Gastil, John and Robert Richards, Making Direct Democracy Deliberative through Random Assemblies. *Politics & Society*. 41, 2 (June 2013), pp. 253-281.

● สร้างคุณภาพใหม่ของการถกแถลง

หัวใจสำคัญของประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองคือการถกแถลง ซิโมน แคมเบอร์ส (Simone Chambers) ได้ให้ความหมายของการถกแถลงไว้ ซึ่งอาจนำมาใช้ประเมินคุณภาพของการถกแถลงได้ว่า

“การถกแถลงหมายถึงการโต้แย้งและการอภิปรายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งความคิดเห็นที่มีเหตุผลและใช้ข้อมูลครบถ้วนในการพิจารณา โดยในกระบวนการนี้ ผู้เข้าร่วมมีความยินยอมพร้อมใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเมื่อได้ฟังข้อคิดใหม่ ข้อมูลใหม่ หรือข้ออ้างของผู้เข้าร่วมอื่น แม้การบรรลุซึ่งฉันทมติจะไม่จำเป็นต้องเป็นเป้าหมายสูงสุดของการถกแถลงเสมอไป”^{๒๙}

มีการศึกษาวิจัยหลายชิ้นที่วิเคราะห์ให้เห็นถึงปัจจัยที่ทำให้กระบวนการถกแถลงมีคุณภาพสูงขึ้น ข้อเสนอเหล่านั้นครอบคลุมตั้งแต่การสร้างบรรยากาศที่ไม่คุกคามต่อกัน การเปิดช่องให้สามารถเสนอความคิดเห็นแบบไม่แสดงตัวตนได้^{๓๐} การจัดการสนทนาในห้องปิดในบางกรณี การจัดให้มีการสนทนาแบบตัวบุคคล (Face to face) การทำให้กฎ กติกาต่างๆ เรียบง่ายและโปร่งใส แต่ประเด็นที่น่าสนใจที่สุดก็คือ กระบวนการถกแถลงที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมก้าวพ้นจาก “เหตุผลเฉพาะ” (Bounded rationality) โดยที่ยอมรับฟังและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเองตามข้อมูลหรือทัศนะใหม่ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนในกระบวนการถกแถลง ในแง่นี้ องค์การที่ชื่อว่า The National Coalition for Dialogue & Deliberation (NCDD) ได้เสนอแนวคิดของการนำเอา “การสนทนา” มาใช้ร่วมกับการถกแถลง โดยดึงเอาจุดเด่นของทั้งสองวิธีการมาใช้

ทอม แอตลี ผู้ผลักดันแนวคิดเรื่อง Community Dialogue and Deliberation ได้นิยาม “การสนทนา” ว่าเป็นการสำรวจร่วมกันของกลุ่มสนทนาเพื่อความเข้าใจที่ดีขึ้นระหว่างกัน เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น และเพื่อให้มีความเป็นไปได้อื่นๆ”^{๓๑} ส่วนแอโรลด์ ซอนเดอร์ส ให้ความหมายของการสนทนาว่า

“เป็นกระบวนการปฏิบัติสัมพันธ์อย่างจริงจังที่มนุษย์รับฟังซึ่งกันและกันด้วยความลุ่มลึกพอที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ได้เรียนรู้ เป็นการสนทนาที่ต่างฝ่ายต่างพยายามที่จะรับฟังและน้อมนำข้อห่วงใยหรือปัญหาของอีกฝ่ายเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในความรับรู้ของตน แม้ว่าจะยังมีความไม่เห็นด้วยกันอยู่ก็ตาม แต่ต่างฝ่ายต่างก็ยอมรับในความชอบธรรมของความเห็นของอีกฝ่ายหนึ่ง และต่างฝ่ายก็จะปฏิบัติต่อกันแตกต่างไปจากเดิมก่อนที่จะสนทนากัน”^{๓๒}

^{๒๙} “[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.” Chambers, Simone, *Deliberative Democratic Theory*. *Annu. Rev. Polit. Sci.* (6, 2003), pp. 309.

^{๓๐} Dryzek, John, *Discursive Democracy: Politics, Policy and Political Science*. (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1990).

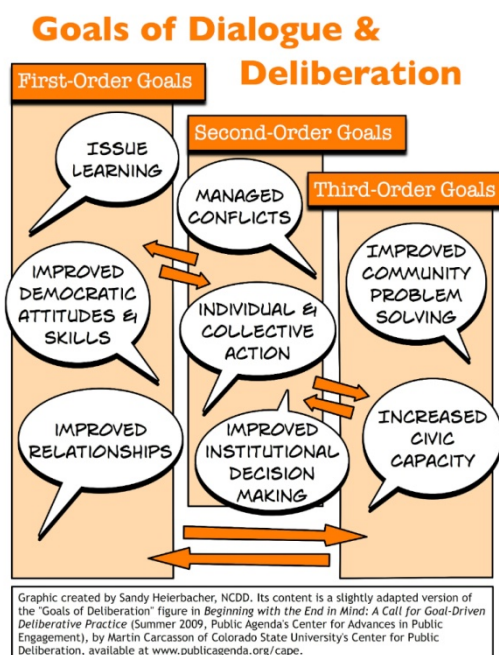
^{๓๑} Tom Atlee, The Co-Intelligence Institute, [online] Available : www.co-intelligence.org. [2012, November 12].

^{๓๒} “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

ในขณะที่การถกแถลงไม่ใช่แค่การสนทนากันเพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการเพื่อการตัดสินใจร่วมกันว่า จะมีท่าทีและจะต้องทำอย่างไรกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ผู้เข้าร่วมต้องตัดสินใจบนความแตกต่างทางความคิด บนข้อจำกัดของทางเลือก มีการเสียเปรียบได้เปรียบกันในแต่ละทางเลือกที่ต้องร่วมกันหาทางออก และต้องก้าวข้ามข้อขัดแย้งทั้งหลายเพื่อให้ได้ข้อสรุปหรือข้อตกลงร่วมกัน (การตกลงกันว่ายังไม่สามารถหาข้อตกลงร่วมกันได้ ก็ถือเป็นการตกลงกันได้อย่างหนึ่ง)

NCDD ได้มีข้อเสนอในการผสมผสานสองลักษณะของการแลกเปลี่ยนพูดคุยไว้อย่างเป็นขั้นเป็นตอน โดยเสนอให้ใช้การสนทนา (หรืออาจเรียกว่า สนทนาสนทนา ตามที่มีการแปลความหมายมาใช้ในสังคมไทย)^{๓๓} มาเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการ สมาชิกจำนวนไม่มากเกินไปที่เข้าร่วมจะแบ่งปันเล่าเรื่องราวส่วนตัวและประสบการณ์ชีวิตผ่านการดำเนินการสนทนาโดยกระบวนการที่มีทักษะ จากนั้นจึงค่อยสำรวจความหลากหลายของแนวคิดที่มี วางกรอบประเด็น ขึ้นตอน กติกาการพูดคุย การสนทนาจะนำไปสู่ข้อสรุปที่แต่ละคนจะนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง หรือจะเกิดความร่วมมือกันในกลุ่มก็ได้

เมื่อประเด็นมีความชัดเจนแล้วก็อาจทำกระบวนการให้กว้างขึ้น เช่น จัดสมัชชาที่มีการถกแถลงกัน ในประเด็นที่ได้หารือกันในวงสนทนามาก่อน กลุ่มผู้เข้าร่วมสมัชชาซึ่งมีจำนวนมากก็จะผ่านการพูดคุยสนทนาในกลุ่มเล็กก่อนเช่นกัน เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ รู้จัก และเข้าใจกันก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการถกแถลง วิธีการเช่นนี้จะทำให้เกิดการรับฟังความคิดเห็นและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันมากขึ้น กระบวนการทั้งสองส่วนจึงช่วยเสริมกัน ดังแผนภาพที่ NCDD ได้จัดทำและเผยแพร่ไว้ในเว็บไซต์ <http://ncdd.org/rc/what-are-dd> นี้^{๓๔}



จากแผนภาพจะเห็นว่าแนวทางที่ NCDD เสนอนี้แบ่งเป้าหมายของการพูดคุยออกเป็น ๓ ระดับ

ระดับที่ ๑ มีเป้าหมายอยู่ที่การเรียนรู้ความคิดเห็น มุมมองที่แตกต่างกันของผู้ร่วมสนทนา ควบคู่ไปกับการสร้างทักษะและทักษะเชิงประชาธิปไตยและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

ระดับที่ ๒ มีเป้าหมายที่การจัดการหรือคลี่คลายความขัดแย้ง การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันเพื่อปฏิบัติการทางสังคมร่วมกัน และเป็นการปรับปรุงกระบวนการตัดสินใจในระดับองค์กรให้มีเหตุผล มีส่วนร่วม และมีทางออกที่ดีกว่าการตัดสินใจแบบไม่ปรึกษาหารือกัน

ระดับที่ ๓ มีเป้าหมายที่การแก้ปัญหาร่วมกันของ

differently toward the other.” Saunders, Harold, A Public Peace Process. [online] Available : www.colorado.edu/conflict/peace/example/saun7270.htm [2014, January 13]

^{๓๓} วิศิษฐ์ วังวิญญู, *สุนทรีสนทนา*. (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สวนเงินมีมา, ๒๕๕๒).

^{๓๔} [Online] Available :

http://www.ncdd.org/main/wp-content/uploads/2009/07/ddgoals_graphic_full.jpg [2014,

January 12].

ชุมชน หมายถึงการมีข้อตกลงที่เห็นชอบด้วยกันว่าปัญหาเป็นอย่างไรและจะร่วมกันแก้ไขด้วยวิธีใด นอกจากนั้น ในระดับที่ ๓ นี้ยังเป็นการสร้างศักยภาพให้กับประชาสังคมอีกด้วย อย่างไรก็ตาม กระบวนการทั้งสามระดับนี้จะมีการปรับหรือขยับขึ้นลงและส่งผลซึ่งกันและกันด้วย

จะเห็นได้ว่าในระดับที่ ๑ นั้น การสนทนาแลกเปลี่ยนกันจะเน้นไปที่การรับฟังเพื่อความเข้าใจและการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้เข้าร่วม ส่วนระดับที่ ๓ จะเน้นไปที่การตัดสินใจ ซึ่งการถกเถียงในกระบวนการสมัชชานั้น หากสามารถผสมผสานระหว่างการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative-based dialogue) เข้ากับการถกเถียงเพื่อการขับเคลื่อนมติ (Resolution-impelled deliberation) ให้ผสมกลมกลืนกันได้ก็จะเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนากระบวนการสมัชชาอย่างแท้จริงได้ ในทางปฏิบัติหลายประเทศที่มีจารีตประเพณีไทยที่เข้มแข็ง จะมีการพัฒนาสถาบันและหลักสูตรฝึกอบรมด้านกระบวนการถกเถียง การอภิปรายและการใช้ตรรกะที่สมเหตุสมผลในการโต้แย้ง ซึ่งควรจะมีการสนับสนุนให้ริเริ่มจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบเช่นนี้ขึ้นในประเทศไทย

นอกจากการผสมผสานระหว่างการสนทนา (หรือสุนทรีสนทนา) กับการถกเถียงแล้ว การแสวงหาวิธีการนำเสนอมาใช้ในเวทีสมัชชาก็อาจช่วยให้การระดมความคิดเห็นและการจินตนาการร่วมกันถึงทางออกมีพลังมากขึ้นได้ ทั้งการนำเรื่องเล่า คำให้การของผู้ที่ได้รับผลกระทบ การแสดงทางวัฒนธรรมที่เสริมสร้างความมั่นใจและความภาคภูมิใจของกลุ่มชายขอบหรือชนกลุ่มน้อย เหล่านี้ก็เป็นแนวทางที่มีการเสนอให้นำมาใช้ประกอบการถกเถียงได้

กรณีตัวอย่างที่มีการนำเอาเรื่องราวชีวิตของคนมาเป็นแรงบันดาลใจในการประชุมสมัชชาที่เคยเกิดขึ้นคือ สมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงราย ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๔ ที่มีการเชิญผู้ที่เคยประสบชะตากรรมที่เลวร้ายจนถึงกับพยายามฆ่าตัวตายถึงสามครั้งและผู้ที่ต้องสูญเสียลูกชายไป มาเล่าเรื่องการสร้างกำลังใจเพื่อดูแลตนเองจนมีพลังที่จะทำงานอาสาสมัครช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ได้ ผู้ที่เข้าร่วมสมัชชาในครั้งนั้นได้รับแรงบันดาลใจโดยตรงและเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ความรู้สึกอย่างรุนแรงและทำให้มองปัญหาเปลี่ยนไป มีความหวังมากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็น Transformative-based dialogue ที่ได้ผล และหากมีการออกแบบกระบวนการที่ต่อเนื่องก็ไม่แน่ว่าจะเป็นเรื่องที่ยากที่จะทำให้ได้ข้อตกลงหรือมติรูปธรรมในการทำงานด้านสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในชุมชน

● เพิ่มรูปแบบที่หลากหลายในกระบวนการถกเถียงและการมีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ถูกพัฒนาให้มีรูปแบบที่ชัดเจน มีกฎเกณฑ์ กติกา และมารยาทที่ถูกกำหนดให้ทุกคนปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นการออกแบบเชิงสถาบันเพื่อให้เกิดการเสริมพลังระหว่างภาควิชาการ ภาคสังคมและภาคการเมือง และสามารถผลักดันให้มีมติสมัชชาได้ตามวาระที่กำหนด การจัดการในระดับประเทศที่มีตัวแทนจากภาคส่วนที่หลากหลายทำให้ต้องมีความเป็นทางการสูง มีระเบียบวาระและขั้นตอนที่เคร่งครัด ในขณะที่สมัชชาเฉพาะประเด็นและสมัชชาพื้นที่อาจมีรูปแบบที่ไม่เป็นทางการและยืดหยุ่นกว่า การถกเถียงก็ไม่ถูกจำกัดเวลาเหมือนในเวทีสมัชชาชาติ การออกแบบให้มีสมัชชาถึง ๓ ลักษณะนี้ถือว่าเป็นจุดเด่นของกระบวนการสมัชชาสุขภาพไทย แต่ที่ผ่านมาสมัชชาในระดับชาติถูกให้ความสำคัญสูงโดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีศักยภาพสูงเป็นองค์กรดำเนินการ ส่วนสมัชชาพื้นที่นั้น ไม่ได้ถูกให้ความสำคัญอย่างเพียงพอ ทั้งที่สมัชชาพื้นที่สามารถเป็นเวทีสำหรับการถกเถียงได้ดีและไม่ถูกจำกัดด้วยเงื่อนไขของเวลา

จากกรณีศึกษาของเราทำให้เห็นได้ชัดว่า เวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนและขับเคลื่อนนโยบาย

สาธารณะนั้นไม่ได้ถูกจำกัดไว้เฉพาะในเวทีสมัชชา และที่สำคัญ รูปแบบของเวทีสมัชชาสุขภาพระดับชาติก็มีข้อจำกัดค่อนข้างมาก การแสวงหารูปแบบอื่นๆ มาประกอบให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณา แกรแฮม สมิธ (Graham Smith) ในบทความชื่อ Taking Deliberation Seriously: Institutional Design and Green Politics ได้ศึกษาการเมืองแบบมีส่วนร่วมในนโยบายสิ่งแวดล้อมและพบว่า แม้แนวคิดเรื่องประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองจะมีการกล่าวถึงกันมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ให้ได้ผล ทั้งนี้เป็นเพราะยังขาดการออกแบบเชิงสถาบัน (Institutional design) ที่จะเอื้อให้การมีส่วนร่วมเป็นไปได้อย่างเป็นระบบ^{๓๕}

แกรแฮม สมิธได้เสนอรูปแบบ (Model) สำหรับทางเลือกในการประยุกต์แนวคิดประชาธิปไตยแบบถกแถลงมาใช้ในการทำงานด้านสิ่งแวดล้อม โดยเขาเสนอว่าการออกแบบเชิงสถาบันที่ต้องมีหลากหลายเพื่อตอบโจทย์ที่ซับซ้อนแตกต่างกันนี้ อย่างน้อยจะต้องมีหลักการสำคัญ ๓ ประการคือ

๑. ความเท่าเทียมกันของสิทธิเสียงในการแสดงความเห็น การแสดงออกจะต้องไม่ถูกทำให้เหลื่อมล้ำด้วยความแตกต่างทางเศรษฐกิจหรือทางสังคมอื่นๆ
๒. เปิดโอกาสให้กับการถกแถลงอย่างเป็นประชาธิปไตย โดยต้องออกแบบกระบวนการให้ป้องกันการแทรกแซงและเล่ห์เหลี่ยมแอบแฝงของกลุ่มอิทธิพลผลประโยชน์
๓. เป็นรูปแบบที่ละเอียดอ่อนและเข้าใจถึงขอบเขต เนื้อหา และความซับซ้อนของประเด็นปัญหา

โมเดลที่แกรแฮม สมิธเสนอไว้มี ๓ แบบได้แก่

(๑) การไกล่เกลี่ยโดยคนกลางและผู้มีส่วนได้เสีย Mediation and Stakeholders Group Engagement ซึ่งเป็นรูปแบบการแก้ปัญหาความขัดแย้งผ่านการถกแถลงของผู้เกี่ยวข้องโดยมีคนกลางทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยหาทางออก รูปแบบนี้ช่วยให้คนที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อมมีโอกาสนำเสนอข้อมูล ความคิดเห็นของตนได้อย่างเท่าเทียมกับตัวแทนองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ

(๒) เวทีพลเมือง Citizen Forums เป็นรูปแบบรวมๆ ของเวทีหลายลักษณะ เช่น การทำโพลล์ที่มีการถกแถลง Deliberative Opinion Polls, ลูกขุนพลเมือง (Citizen juries) และเวทีเพื่อสร้างฉันทมติแบบต่างๆ ซึ่งทั้งสามแบบย่อยนี้ก็มีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน

(๓) การเข้าชื่อและการลงประชามติ (Citizen Initiative and Referendum) ซึ่งเป็นการออกเสียงลงคะแนนเพื่อการตัดสินใจทางการเมืองโดยตรงของพลเมือง แต่สมิธเห็นว่าการเข้าชื่อหรือการลงประชามติที่ดี เป็นโอกาสที่พลเมืองจะได้ถกเถียงและหาเหตุผลสนับสนุนการตัดสินใจของพวกเขา ทำให้เกิดการอภิปรายถกแถลงกันอย่างกว้างขวางได้ ซึ่งในแง่นี้ หากนำข้อเสนอของแกสติลและริชาร์ดส์ที่ได้เสนอกลไกที่จะทำให้การออกเสียงโดยตรงในการทำประชามติมีมิติของการมีส่วนร่วมและการถกแถลงผ่านสมัชชาที่เรียกว่า

Random assemblies^{๓๖} ก็จะทำให้กระบวนการถกแถลงมีความสมบูรณ์ขึ้นอีกขั้นหนึ่ง

รูปแบบอื่นๆ ที่มีการทดลองใช้อย่างได้ผลและมีการนำไปขยายผลในพื้นที่ต่างๆ ทั้งที่ใช้จำนวน

^{๓๕} Smith, Graham., Taking Deliberation Seriously: Institutional Design and Green Politics. *Environmental Politics*. 10, (Autumn 2001), pp. 72-93.

^{๓๖} Gastil, John, and Robert Richards, Making Direct Democracy Deliberative through Random Assemblies. *Politics & Society*. 41, 2 (June 2013), pp. 253-281.

ผู้เข้าร่วมไม่มากนัก เช่น คณะลูกขุนพลเมือง (Citizen Juries)^{๓๗} หรือรูปแบบที่สามารถเชิญชวนผู้คนเข้าร่วมได้เป็นจำนวนมากๆ โดยดำเนินการไปพร้อมๆ กันในหลายพื้นที่ เช่น Deliberative Opinion Polling ที่เสนอโดยเจมส์ ฟิชกิน (James Fishkin) แห่ง Center for Deliberative Democracy มหาวิทยาลัยแสตนฟอร์ด^{๓๘} ตลอดจนรูปแบบการมีส่วนร่วมตัดสินใจในรายละเอียดนโยบายการจัดสรรทรัพยากร หรือ Participatory budgeting เช่น สมัชชาประชาชนที่ประเทศบราซิล ที่เริ่มดำเนินการทุกปีในเดือนกุมภาพันธ์ และมีระเบียบขั้นตอนการคัดเลือกตัวแทนภาคประชาชนและการถกแถลงอภิปรายข้อเสนอต่างๆ จนกระทั่งมีมติที่กำหนดการจัดสรรงบประมาณการบริหารประเทศ

นอกจากนั้น ข้อปฏิบัติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เน้นการสร้างฉันทมติโดยไม่เน้นการลงคะแนนเสียง ก็อาจจำเป็นต้องหาทางเลือกในกรณีที่ไม่สามารถหาฉันทมติได้จริง ศาสตราจารย์โรเบิร์ต กูดิน (Robert Goodin) ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนแนวคิดเรื่องการถกแถลงและประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองคนสำคัญ ได้เสนอแนวคิดในบทความชื่อ Talk First, Then Vote หรือคุยกันก่อนแล้วค่อยลงคะแนนเสียงว่า การพูดคุยถกแถลงนั้นเป็นกระบวนการที่ดีของการสำรวจความเป็นไปได้ให้กว้างขวาง ทำให้เห็นจุดแข็งจุดอ่อนต่างๆ โดยเฉพาะหากกระบวนการถกแถลงได้ดำเนินไปโดยลดปัญหาเรื่อง Path dependence และมีหลักประกันให้ทุกคนมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความเห็นอย่างเท่าเทียมกันแล้ว ในหลายกรณีการลงท้ายด้วยการลงมติก็ไม่ได้เป็นเรื่องเสียหายอะไร แต่อาจมีผลดีในแง่ที่ทำให้ได้มาตรการที่ชัดเจนในที่สุดได้

บทส่งท้าย

แนวคิดประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรองให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้มีความคิดเห็นจุดยืนทางการเมืองหรือผลประโยชน์แตกต่างกัน ได้เข้าสู่กระบวนการพูดคุย ชี้แจงเหตุผล และอธิบายสิ่งที่ตนคิดตนเชื่อให้ฝ่ายอื่นๆ ได้รับรู้ ให้มีโอกาสได้ร่วมแลกเปลี่ยนและได้ไตร่ตรองร่วมกัน เจอร์เกน ฮาเบอร์มาส (Jurgen Habermas) นักปรัชญาการเมืองคนสำคัญได้ชี้ให้เห็นว่า ในระบบประชาธิปไตยนั้น สิ่งที่เป็นเจตนารมณ์ร่วมและผลประโยชน์ของส่วนรวมนั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่กล่าวอ้างกันได้อย่างเลื่อนลอย แต่เป็นเจตนารมณ์ร่วมและผลประโยชน์ส่วนรวมที่รัฐหรืออำนาจใดๆ จะกล่าวอ้างนั้นจะต้องผูกโยงกับสิ่งที่เรียกว่า “ความชอบธรรม” เสมอ^{๓๙} และความชอบธรรมที่ว่านี้แยกไม่ออกจากกระบวนการถกแถลงในพื้นที่สาธารณะที่ผู้คนเข้ามาโน้มน้าวเอาชนะกันด้วยการใช้เหตุใช้ผล ในแง่นี้จึงสอดคล้องกับสิ่งที่กัตแมนและทอมสัน (Gutmann & Thompson) ได้เสนอไว้ว่ากระบวนการถกแถลง (Deliberation) มีความสำคัญต่ออารีตแห่งความเป็นประชาธิปไตยอย่างน้อย ๔ ประการคือ^{๔๐}

^{๓๗} Wakeford, T., Citizens Juries: a radical alternative for social research”. (2002). [Online] Available : <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU37.html>. [2013, July 3]

^{๓๘} Fishkin, James, *Deliberative Polling®: Toward a Better-Informed Democracy* Vol. 2011. (Stanford: Center for Deliberative Democracy, nd.)

^{๓๙} Habermas, Jurgen, *Between Facts and Norms: Contribution to a Discourse Theory of Law and Democracy*. W. Rehg, transl. (Cambridge, MA: MIT Press, 1996).

^{๔๐} Gutmann, A, and D Thompson, *Deliberating about bioethics*. *Hastings Cent. Rep.* 27 (3,1997), pp 38-48.

๑. เพื่อให้กระบวนการกำหนดนโยบายเป็นธรรม หรือมี “ความชอบธรรม” เพราะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายได้เข้าร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ (Participation) ทำให้เกิดความกล้ารับผิดชอบ (Accountability) ร่วมกันของทุกฝ่ายที่ได้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายนั้นๆ
๒. เพื่อส่งเสริมให้เกิดนโยบายที่มีรากฐานจากจิตสำนึกสาธารณะ (Public-spirited perspective on policy issues) อันจะช่วยกระตุ้นความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินกิจการเพื่อส่วนรวม
๓. เพื่อส่งเสริมการยอมรับและการเคารพซึ่งกันและกันของผู้เกี่ยวข้อง แม้จะมีความคิดเห็นผลประโยชน์ หรือจุดยืนทางการเมืองที่แตกต่างกันก็ตาม
๔. เพื่อยกระดับคุณภาพการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายโดยการมีกระบวนการถกเถียง (Debate) ที่เข้มข้นและมีการใช้ความรู้และข้อมูลที่เป็นจริงรองรับ

พื้นที่สำหรับการถกเถียงมีความสำคัญต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะต่างๆ สำหรับฮาเบอร์มาสแล้ว การเกิดขึ้นของ “ปริณิถนสาธารณะ” ได้เปิดเงื่อนไขให้กับการใช้เหตุผลของสาธารณะ หรือ Public use of reason ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นสังคมประชาธิปไตยในยุโรปพร้อมๆ กับการเกิดขึ้นของการรวมตัวกันของพลเมืองที่เรียกว่า Civic assembly พื้นที่อิสระสาธารณะที่ทำให้ผู้คนมารวมตัวกัน พูดคุยทำความเข้าใจและถกเถียงเพื่อหาข้อยุติต่างๆ นี่เป็นรากฐานของประชาธิปไตยที่อำนาจรัฐผูกโยงอยู่กับความชอบธรรมที่เกิดจากการใช้เหตุผลร่วมกันของสาธารณะ เหตุผลที่ฮาเบอร์มาสกล่าวถึงนี้ไม่ใช่เหตุผลแบบที่อ้างเพื่อเป็นเครื่องมือไปสู่ผลสัมฤทธิ์อื่น (หรือที่เรียกว่า Instrumental rationality) แต่เป็นเหตุผลที่เกิดจากการได้สื่อสารพูดคุยกัน (Communicative rationality) ซึ่งเหตุผลนี้เองเป็นรากฐานแห่งความชอบธรรมของอำนาจรัฐในฐานะองค์อธิปัตย์

หัวใจสำคัญของประชาธิปไตยจึงอยู่ที่การสื่อสารและปฏิบัติการทางการเมืองที่สำคัญก็คือปฏิบัติการสื่อสาร (Communicative action) ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีเจตนาที่จะแลกเปลี่ยนกันด้วยการสื่อสาร แทนที่จะแลกเปลี่ยนกันด้วย “ตัวกลางอื่น” ในข้อเสนอของฮาเบอร์มาสนี้เขามองโลกและชีวิตสาธารณะออกเป็นสองส่วนได้แก่ “ระบบ” (System) และ “ชีวิต” (Lifeworld) ซึ่งแต่ละส่วนมี “ตัวกลาง” (Media) ที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนเพื่อบรรลุผลลัพธ์ทางสังคมแตกต่างกัน ตัวกลางของระบบ (System media) ได้แก่ อำนาจและเงิน ซึ่งใช้ในการแลกเปลี่ยนเพื่อบรรลุข้อตกลงระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วน Lifeworld media หรือตัวกลางในการแลกเปลี่ยนเพื่อการใช้ชีวิตร่วมกันนั้น อาศัย “การสื่อสาร” เป็นตัวกลางสำคัญในการบรรลุข้อตกลงที่ดีที่สุด เป็นความชอบธรรมจากการสื่อสารหาข้อตกลงกันโดยปราศจากการใช้อำนาจหรือเงินเป็นเครื่องแลกเปลี่ยน

แต่สังคมประชาธิปไตยก็ไม่สามารถดำรงอยู่โดยการแยกกันระหว่างโลกของระบบและโลกของชีวิตได้ ที่สำคัญในสังคมประชาธิปไตยนั้นโลกของชีวิตที่ผู้คนสื่อสารทำความเข้าใจกันและหาข้อตกลงกันด้วยเหตุผล ควรจะมีอำนาจเหนือโลกของระบบที่ใช้อำนาจและเงินในการบรรลุเป้าหมาย ในแง่นี้ฮาเบอร์มาสเสนอว่า โลกของชีวิตสาธารณะใช้ “รหัส” คือปฏิบัติการสื่อสารเป็นพื้นฐานของอำนาจแห่งความเข้าใจ ในขณะที่โลกของระบบใช้ “รหัสพิเศษ” คืออำนาจและเงินเป็นตัวควบคุมกำกับให้อยู่ภายใต้กติกาแห่งประสิทธิภาพและผลประโยชน์ ในสถานการณ์ปัจจุบันของโลกสมัยใหม่ ระบบรัฐและทุนได้แทรกตัวเข้ามาเบียดขับพื้นที่ของโลกแห่งการมีชีวิตอยู่ร่วมกันของมนุษย์ ปฏิบัติการสื่อสารถูกทดแทนด้วยปฏิบัติการแห่งอำนาจและทุน

สิ่งที่จะต้องทำเพื่อให้เกิดประชาธิปไตยที่แท้จริงคือ การสร้างกลไกที่จะประสานระหว่างความเข้าใจ

ผ่านการสื่อสารกับโครงสร้างของระบบรัฐและทุน และการที่จะขับเคลื่อนให้อำนาจแห่งข้อตกลงร่วมกันเข้าไปมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของรัฐและทุน เราจำเป็นต้อง “แปลง” พลังแห่งปฏิบัติการสื่อสารให้อยู่ในรูปของ “รหัส” ที่สื่อสารแลกเปลี่ยนกับอำนาจและทุนได้ การแปลงพลังดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้โดยการแปลงเจตนารมณ์ร่วมให้กลายเป็นกฎหมาย เพราะ “กฎหมาย” ไม่เพียงแต่เป็นพื้นที่เปิดที่พลเมืองจะสามารถเข้าไปร่วมกำหนดผ่านปฏิบัติการสื่อสารในพื้นที่สาธารณะต่างๆ แต่มันยังเป็นรหัสที่สามารถเข้าไปกำกับ ขับเคลื่อน หรือควบคุมทิศทางการใช้อำนาจและทุนของระบบอีกด้วย^{๔๑}

กระบวนการสมัชชาซึ่งทำหน้าที่แปลเจตนารมณ์ร่วมของพลเมืองที่มาถกแถลง ชี้แจงและอธิบายปัญหาและหาทางออกร่วมกันให้กลายเป็นมติคณะรัฐมนตรี หรือเป็นมาตรการและกฎระเบียบอื่นๆ ในทางกฎหมาย แม้จะเป็นเพียงกลไกที่ทำงานเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ก็มีสถานภาพที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างระบบประชาธิปไตย ผ่านกระบวนการถกแถลงที่พลเมืองสามารถมีส่วนร่วมได้ ข้อจำกัดต่างๆ ที่เกิดจากการออกแบบเชิงสถาบัน รวมทั้งจุดอ่อนและข้อพึงระวังที่ได้นำเสนอในบทความนี้จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาและค่อยๆ แสวงหาหนทางปรับแก้ แต่งเติม และผสมผสานรูปแบบที่หลากหลายของกระบวนการถกแถลง เพื่อให้พื้นที่สมัชชาสุขภาพไม่ได้จำกัดตัวเองอยู่บนเวทีหรือในหอประชุมสมัชชาประจำปี แต่เป็นพื้นที่หลากหลายที่พลเมืองมาเรียนรู้ที่จะคิดร่วมกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน และมาแสวงหาหนทางที่จะสร้างสังคมที่ดีขึ้นด้วยวิธีการที่ไม่มีใครสามารถทำได้ตามลำพัง

^{๔๑} Flynn, Jeffrey, Communicative Power in Habermas' Theory of Democracy. *European Journal of Political Theory*. 3 (4, 2004), pp. 433-454.

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงที่เป็นเอกสาร

- ซารา เอล, เฟรด คาร์เต็น, และ เทอรี สมุโทโล. (2547). *แผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) การสร้างการเรียนรู้และการสะท้อนกลับในแผนงานพัฒนา*. (แปลโดย พ. สิทธิประเสริฐกุล และ ว. วิสารทสกุล). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- วิศิษฐ์ วัชรวิญญู. (2552). *สุนทรียสนทนา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สวนเงินมีมา.
- Alonso, Sonia, John Keane and Wolfgang Merkel, (eds.). (2011). *The Future of Representative Democracy*. New York: Cambridge University Press.
- Chambers, Simone. (2003). Deliberative Democratic Theory. *Annu. Rev. Polit. Sci.* 6.
- Chilvers, Jason. (2008). Deliberating Competence: Theoretical and Practitioner Perspectives on Effective Participatory Appraisal Practice. *Science, Technology & Human Values*. 33, 2 (March, 2008).
- Dryzek, John. (1987). *Rational Ecology: Environment and Political Economy*. Oxford: Blackwell.
- Dryzek, John. (1990). *Discursive Democracy: Politics, Policy and Political Science*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Dryzek, John. (2000). *Deliberative Democracy and Beyond*. Oxford: Oxford University Press.
- Fearon, James D. (1998). Deliberation as Discussion. In J. Elster (ed.), *Deliberative Democracy*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fishkin, James. (2011). *Deliberative Polling®: Toward a Better-Informed Democracy Vol. 2011*. Standford: Center for Deliberative Democracy.
- Flynn, Jeffrey. (2004). Communicative Power in Habermas' Theory of Democracy. *European Journal of Political Theory*. 3 (4).
- 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*. 4 (12 June).
- Goodin, Robert E. (2008). *Innovating Democracy: Democratic Theory and Practice After the Deliberative Turn*. Oxford: Oxford University Press.
- Gutmann, A, and D Thompson. (1997). Deliberating about bioethics. *Hastings Cent. Rep.* 27(3).
- Habermas, Jurgen. (1975). *Legitimation Crisis*. Cambridge, MA: Beacon.
- Habermas, Jurgen. (1990). Discourse Ethics: Notes on a Program of Justification. *Moral Consciousness and Communicative Action*. Cambridge, MA: MIT Press.

- Habermas, Jurgen.(1996). *Between Facts and Norms: Contribution to a Discourse Theory of Law and Democracy*. (W. Rehg, transl.) Cambridge, MA: MIT Press.
- Harvey, M. (2009). Drama, Talk, and Emotion: Omitted Aspects of Public Participation. *Science, Technology & Human Values*. 34: 2 Mar.
- Perrin, Andrew J. (2006). *Citizen Speak, The Democratic Imagination in American Life*. Chicago and London: University of Chicago Press.
- Pogrebinschi, Thamy. (2014). The Squared Circle of Participatory Democracy: Scaling-up Deliberation to the National Level, Vol. 2014. Rio de Janeiro: Institute of Social and Political Studies, State University of Rio de Janeiro.
- Sanders, Lynn M. (1997). Against deliberation. *Political Theory*. 25 (3).
- Smith, Graham. (2001).Taking Deliberation Seriously: Institutional Design and Green Politics. *Environmental Politics*. 10, 3 (Autumn 2001).
- Sunstein, Cass R. (2002). The law of group polarization. *Journal of Political Philosophy*. 10 (2).
- Sunstein, Cass R. (2009). *Going to Extremes: How Like Minds Unite and Devide*. Oxford: Oxford University Press.
- Vibert, Frank. (2007). *The Rise of the Unelected: Democracy and the New Separation of Powers*. New York: Cambridge University Press.
- Walzer, Michael. (1999). Deliberation, and What Else? In S. Macedo (ed.). *Deliberative Politics: Essays on Democracy and Disagreement*. New York: Oxford University Press.

แหล่งสืบค้นออนไลน์

- Atlee, Tom. The Co-Intelligence Institute. [Online].Available : www.co-intelligence.org [2014, January 13].
- http://www.ncdd.org/main/wp-content/uploads/2009/07/ddgoals_graphic_full.jpg. [2014, January 12].
- Saunders, Harold. A Public Peace Process. [Online] Available : www.colorado.edu/conflict/peace/example/saun7270.htm. [2014, January 11].
- Wakeford, T. (2002). Citizens Juries: a radical alternative for social research. [Online] Available : <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU37.html>. [2013,July 13].

ภาคผนวก ๔

การชี้แจงการแก้ไข

การแก้ไขบทที่ ๑ บทนำ

๑. หน้า ๙ บรรทัดที่ ๖ เดิมคำว่า Absolute หน้า Monarchy
๒. หน้า ๙ ข้อความท้ายย่อหน้าที่ ๒ ตัดข้อความท้ายย่อหน้า “และนำมาซึ่งกระแสการปฏิรูปในวงการต่างๆ รวมทั้งวงการสาธารณสุข” ออกแล้ว เนื่องจากผู้วิพากษ์ท้วงติงมาว่า ข้อความนี้ไม่ถูกต้องเนื่องจาก ๑) การปฏิรูปในวงการสาธารณสุขเกิดมานานก่อนหน้านั้น ๒) วงการอื่นๆ แทบไม่มีการปฏิรูปเลย
๓. หน้า ๙ ย่อหน้าล่าง บรรทัดที่ ๓-๕ ได้ตัดข้อความ “คนชั้นกลาง...เป็นกำลังสำคัญของภาคประชาสังคมซึ่งก่อตัวและมีบทบาททางสังคมและการเมืองในช่วงหลังทศวรรษ ๒๕๓๐” เนื่องจากผู้วิพากษ์ท้วงติงมาว่า “คนชั้นกลาง” มีบทบาทในสังคมไทยมานานก่อนหน้านั้น เหมือนในสังคมต่างๆ ในหลายประเทศ
๔. หน้า ๑๒ ย่อหน้า ๒ บรรทัดที่ ๑ ได้เติมข้อความ “พร้อมกันนั้น ได้มีการปฏิรูปอื่นๆ ที่สำคัญไม่น้อยกว่าการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นในห้วงเวลาเดียวกัน เช่น การเกิดขึ้นขององค์กรต่างๆ ในตระกูล ส.ทั้งที่เกิดขึ้นในระดับพระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา ระเบียบ ข้อบังคับ และมูลนิธิต่างๆ”
๕. หน้า ๑๔ บรรทัดที่ ๕ อธิบายคำว่า Active Dialogue เป็น การถกสนทนาระหว่างบุคคลในลักษณะที่ต้นตอมีชีวิตชีวาและไม่เป็นทางการมากนัก

การแก้ไขบทที่ ๒ นโยบายสาธารณะด้านยา

๑. หน้า ๕๔ เพิ่มข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติผ่านช่องทางต่างๆ และแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสม.) ขึ้นเมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๒ ในการประชุมคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๒^๑ โดยมีหน้าที่วางกลยุทธ์การขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม แสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน ติดตามผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นระยะๆ ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาต่อคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย
๒. หน้า ๕๗ ในข้อ ๔ บทวิเคราะห์กระบวนการสมัชชามีการเน้นย้ำว่า นโยบายสาธารณะด้านยาเป็นมิติที่มีความก้าวหน้ามากที่สุดมิติหนึ่ง เนื่องจากมีรายละเอียดของกลยุทธ์ กิจกรรม ตัวชี้วัด เป้าหมาย และหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างละเอียด ชัดเจน
๓. หน้า ๗๗ ในส่วนข้อเสนอแนะเพิ่มบทบาทของ สช. และความเป็นไปได้ในการเพิ่มช่องทางสื่อสารสาธารณะ

^๑ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, มติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๒. (๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๒).

บทที่ ๓ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายไยหิน

๑. ในส่วนที่สอง เรื่องการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย ได้เพิ่มเติมกรอบการวิเคราะห์โดยมีประเด็นสำคัญคือ ปัญหาการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งในกรณีนี้คือ กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียบางกลุ่มไม่ได้เป็นผู้มีส่วนกำหนดนโยบาย รวมถึงขั้นตอนในการกำหนดกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียโดยหลักการ ๖ ข้อของสถาบันนานาชาติ เพื่อสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาและตัวอย่างกรณีศึกษาของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียกรณีการอนุรักษ์ป่าในประเทศกานา มาเปรียบเทียบกับกรณีศึกษานโยบายมาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายไยหินของไทย (น.๑๐๐) และมีการนำเสนอตารางเปรียบเทียบผู้มีส่วนได้เสียของการขับเคลื่อนนโยบายการใช้รายไยหินในประเทศไทย (น. ๑๐๔)
๒. คำถามของงานวิจัยมีความชัดเจนและแหลมคมมากยิ่งขึ้น คือ เหตุใดจึงเกิดการขับเคลื่อนในประเทศไทย เพื่อให้เกิดการยกเลิกการใช้รายไยหินทุกชนิด อันเป็นมาตรการขั้นสูงสุดของการพิทักษ์สุขภาพผู้สัมผัสรายไยหิน และเหตุใดจึงเลือกกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อให้เกิดมาตรการดังกล่าว (แทนกระบวนการปกติของการทำงานในหน่วยงานราชการ)
๓. คำตอบของคำถามในงานวิจัยคือ การที่ คคส. (แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ) ซึ่งทำงานด้านการรณรงค์เรื่องนี้มาก่อนตัดสินใจดำเนินการนำมตินี้เข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากมองว่าการทำงานข้ามกระทรวงระหว่างหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรม มีปัญหาเรื่องการทำงานข้ามกระทรวง ดังนั้น กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการทำงานร่วมกัน แต่กระนั้น ผลที่เกิดขึ้นก็ไม่สำเร็จดังคาดการณ์ไว้ เพราะไม่สามารถทำให้เกิดการยกเลิกการใช้รายไยหินทุกชนิดในปี พ.ศ.๒๕๕๕ ได้

บทที่ ๔ นโยบายการกลายเป็นศูนย์สุขภาพนานาชาติ

๑. หน้า ๑๔๑ ในตารางที่ ๒ แกะไขจาก “ความยุ่งยากในกลไกราชการ” เป็น “การออกไปประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์สภามีความยุ่งยาก” เนื่องจากผู้วิพากษ์ท้วงติงมาว่า แพทย์สภามีข้าราชการ และปัญหาก็มิใช่เกิดจาก “กลไก” แต่เป็นความจงใจสร้างเครื่องกีดขวาง
๒. หน้า ๑๔๓ เพิ่มข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนมติ BOI และการยับยั้งมติโดยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี (ในช่วงเวลานั้น)
๓. หน้า ๑๔๙ เพิ่มรายละเอียดเกี่ยวกับคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติว่า จัดตั้งขึ้นตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ
๔. เพิ่มการวิเคราะห์ “น้ำเสียง” และ “นัยความหมาย” ของผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ
๕. หน้า ๕๙-๖๓ ขยายความข้อเสนอแนะให้มีรายละเอียดมากยิ่งขึ้น

บทที่ ๕ บทสรุป

๑. หน้า ๑๙๕ นำวรรณกรรมที่ทบทวนไว้ในบทที่ ๑ มาอภิปรายเพิ่มเติมในประเด็นรูปแบบการสื่อสารที่ไม่เน้นเฉพาะวิชาการ แต่เน้นการสนทนาที่ใช้อารมณ์ความรู้สึก เรื่องราวชีวิตของผู้คนมาประกอบกันด้วย
๒. น. ๒๐๓-๒๐๕ การขับเคลื่อนตามติตมติสมัชชา: ข้อเรียกร้องและความคาดหวัง เพิ่มรายละเอียดของเหตุที่นโยบายสาธารณะไปได้ไม่สุดทาง เพื่อเชื่อมต่อการปรับคุณภาพตามมติสมัชชาในส่วนต่อไป