

โครงการศึกษากระบวนการจัด
สมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
A Study of Health Assembly Procedure in Thailand:
National and Provincial Health Assemblies 2002

โดย

ผ.ศ. ดร. สุวจิ กู๊ด

วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Suvajee.g@chula.ac.th, Suvajee_mahidol@yahoo.com



สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โครงการศึกษากระบวนการจัด
สมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
โดย

ผ.ศ. ดร. สุวจิ ภู็ด
วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Suvajee.g@chula.ac.th, Suvajee_mahidol@yahoo.com

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นความริเริ่มจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ต้องการให้มีการบันทึกปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการศึกษาระบบการปฏิรูปสุขภาพ ผู้วิจัยมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในครั้งนี้ และการศึกษาในครั้งนี้ จะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้หากไม่ได้รับความร่วมมือจาก สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ คณะทำงานและผู้จัดการการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพทุกๆ ท่าน และประชาชนผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชา และผู้ที่ให้สัมภาษณ์แก่ทีมวิจัย

ถึงแม้งานวิจัยครั้งนี้จะเน้นไปที่การศึกษาและบันทึกเหตุการณ์ จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกิดขึ้นในระยะเวลาเพียงสองวัน ระหว่างวันที่ 8 และ 9 สิงหาคม ผู้วิจัยต้องขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องอีกหลายท่าน โดยเฉพาะทีมงานโดยเฉพาะทีมศิษย์เก่า คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งปัจจุบันเป็นทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล อาจารย์และนักวิชาการในหลายหน่วยงาน และบางศึกษาในระดับปริญญาเอก ทั้ง 16 คน ที่สละเวลาและพร้อมเพรียงในการให้ความร่วมมือในการเตรียมการและการศึกษาในครั้งนี้ และขอบคุณสำหรับความสามารถในการบันทึกและรายงานที่เป็นรายละเอียด (thick description) ให้กับผู้วิจัยเพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นภาพรวมในรายงานฉบับนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังขอขอบคุณทีมงานถ่ายทำวิดีโอที่บันทึกภาพเหตุการณ์ทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามที่ผู้วิจัยขอให้ดำเนินการ ทำให้ผู้วิจัยสามารถติดตามที่เกิดขึ้นและดูภาพดังกล่าวได้ซ้ำอีกเพื่อสร้างความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ประกอบกับรายงานของผู้สังเกตการณ์ได้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยต้องขอบคุณบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นพิเศษกับการดำเนินการในครั้งนี้ที่สามารถเอ่ยนามได้ คือ นายแพทย์ ดร. วิพุธ พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้โอกาสผู้วิจัยทำการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมสวรส. คุณเพ็ญศรี สงวนสิงห์ และคุณเรียน เงินลุน. ที่ประสานงานและผลักดันให้ทุกอย่างเกิดขึ้นได้ ทีมงานสปรส. ดร. วณิ ปิ่นประทีป คุณกรรณิการ์ บรรเทียงจิตร และคุณปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา ที่ให้ผู้วิจัยร่วมเดินทางไปสังเกตการณ์ในสมัชชาจังหวัด และช่วยในการประสานงานการทำงานในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และขอบคุณผู้ช่วยวิจัยพิเศษ คุณปวี จำปาทอง ที่เป็นทั้งเพื่อน และผู้ร่วมงาน ในการทบทวนรายละเอียดการดำเนินการจากรายงานและวิดีโอเทป รวมถึงการตั้งข้อสังเกตและวิพากษ์ในหลายกรณี ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากทุกๆ ท่านและหวังว่าการดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องบ้างไม่มากก็น้อย

ผ.ศ. ดร. สุวัจ ภูิด

บทคัดย่อ

การจัดสมัชชาสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ อันเป็นกระบวนการให้ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อนำไปสู่การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นธรรมนูญสุขภาพของประเทศไทยตามแนวคิดและอุดมการณ์ใหม่ของการปฏิรูปสุขภาพที่มีความมุ่งหวังให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ เป็นร่วมกันการวางสิทธิ บทบาทกลไกการทำงานและการกรอบแนวทางการดำเนินการเพื่อสร้างสุขภาพแก่คนในสังคม การศึกษากระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพเป็นเพียงส่วนหนึ่งของโครงการศึกษากระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่พยายามจะบันทึกกระบวนการดำเนินการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการระดมความคิดเห็นเพื่อการร่างและแสดงความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ ทั้งในระดับจังหวัดและในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ งานศึกษาฉบับนี้เป็นการศึกษาโดยใช้การเก็บบันทึกการดำเนินการบนเวทีการจัดสมัชชาทั้งสองระดับ โดยใช้การศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) ซึ่งเป็นการบันทึกรายละเอียดของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในบริบทของการประชุมสมัชชา ประกอบกับการบันทึกวิดีโอเทป (สำหรับสมัชชาแห่งชาติ) การบันทึกรวบรวมข้อมูลดังกล่าวตั้งแต่ในระดับจังหวัดและในระดับชาติเป็นไปเพื่อค้นหารูปแบบที่บังเกิดขึ้น (emerge) จากการจัดสมัชชาดังกล่าว เนื่องจากการจัดรูปแบบการประชุมแบบสมัชชาที่มีความหลากหลายของผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อระดมความคิดเห็น และเป็นเวทีเรียนรู้ร่วมกันระหว่างประชาชนยังไม่ใช่ที่แพร่หลายโดยเฉพาะในการเข้ามามีส่วนในการร่างแนวคิด กรอบอุดมการณ์และการร่างกฎหมายร่วมกัน

จากการศึกษาพบว่า การจัดประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดส่วนใหญ่มีรูปแบบการประชุมแบบเป็นทางการ ที่มีทั้งการประชุมแบบห้องประชุมใหญ่ มีการจัดผู้ดำเนินรายการการอภิปรายรวม และการจัดประชุมกลุ่มย่อย ซึ่งต่างมีข้อได้เปรียบและเสียเปรียบในการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้เข้าร่วมประชุม โดยเฉพาะในกรณีของผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นชาวบ้านในชนบทห่างไกล ไม่คุ้นเคยกับการประชุมแบบเป็นทางการ นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับผู้ดำเนินรายการ ขั้นตอนการดำเนินการและบรรยากาศของการประชุมกับสถานที่ ที่เลือกจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ เนื่องจากประชาชนในแต่ละกลุ่มและภูมิภาค มีวัฒนธรรมของการแสดงความคิดเห็นในทัศนะที่ต่างกัน มีการแสดงออกที่ต่างกัน ซึ่งน่าจะมีงานนำไปศึกษาในรายละเอียดของแต่ละพื้นที่อีกต่อไปเพื่อการจัดการที่เหมาะสมกับสภาพของท้องถิ่น การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของภาคประชาชนในการจัดสมัชชาในระดับท้องถิ่นยังมีข้อจำกัดอยู่ในหลายพื้นที่ แต่ในบางพื้นที่ที่ผู้ดำเนินการและคณะทำงานมีความเชี่ยวชาญและคุ้นเคยกับคนในท้องถิ่น ประกอบกับมีความไวต่อวัฒนธรรมท้องถิ่น การดำเนินการเป็นไปในลักษณะที่มีส่วนร่วมจากภาคประชาชนเป็นอย่างดี พร้อมกับมีความสำเร็จในการสร้างพลังประชาชน เช่นในจังหวัดกาฬสินธุ์และสงขลา

จากความหลากหลายในการจัดเวทีระดับพื้นที่ในจังหวัดต่างๆ รูปแบบบางอย่างของการจัดเวทีได้ถูกนำมาแสดงในเวทีสมัชชาระดับชาติผสมผสานกันระหว่างการแสดงเป็นนิทรรศการ การแสดง การประกอบกิจกรรมที่เป็นพิธีกรรม ที่รวมเป็นลานสมัชชาในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีนี้ มีกระบวนการจัดการที่ซับซ้อนและอยู่ในระดับมหภาคที่ต้องรองรับความหลากหลายของผู้เข้าร่วมประชุมในเวที ประกอบกับมีความหลากหลายในการพิจารณาเนื้อหาสาระในประเด็นต่างๆ ของร่างพระราชบัญญัติ กระบวนการจัดสมัชชาจึงมีลักษณะที่แบ่งออกเป็นสองส่วนคือ ในส่วนของการสร้างพลังประชาชนในเวทีใหญ่และลานสมัชชา และในส่วนของพิจารณาร่างพระราชบัญญัติในแต่ละหมวดและมาตรา ซึ่งแบ่งออกเป็น 8 ห้องย่อย โดยที่แต่ละห้องย่อย

มีกระบวนการจัดการที่ต่างกันอย่างสิ้นเชิงตามการพิจารณาของคณะทำงานที่รับผิดชอบการดำเนินการในแต่ละประเด็น กระบวนการจัดเวทีสมัชชาในห้วงประชุมใหญ่แสดงให้เห็นความพยายามสร้างความเข้าใจร่วมกันในการเข้ามาแสดงความคิดเห็น และการสร้างพลังเพื่อสนับสนุนร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในกระบวนการในห้วงประชุมใหญ่จะเน้นให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วมประชุมที่มีความหลากหลายในสถานภาพ และความหลากหลายทางวัฒนธรรม ดังจะเห็นได้ว่ามีการใช้ภาษาที่สื่อสารเป็นภาษากลางและภาษาท้องถิ่น รวมทั้งภาษามือ การแสดงบนเวทีก็ใช้การผสมผสานวัฒนธรรมต่างๆ ไปด้วยกัน ส่วนการจัดเวทีสมัชชาเฉพาะประเด็นในห้วงย่อยมีกระบวนการจัดการที่ต่างกันอย่างสิ้นเชิง ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของ ผู้ดำเนินรายการ ผู้เข้าร่วมประชุม การจัดสถานที่ การสร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมและเนื้อหาของการพิจารณา ผู้เข้าร่วมสมัชชาสามารถเลือกที่จะร่วมพิจารณาในแต่ละประเด็นตามความสนใจของตนเอง หรือของกลุ่มองค์กรและเครือข่ายที่แต่ละบุคคลเป็นสมาชิก ผู้เข้าร่วมสมัชชาบางกลุ่มบางท่านเข้าร่วมเวทีในหลายประเด็นด้วยกัน การจัดการย่อมมีความลำบากในการรองรับความหลากหลายและพลวัตของการเข้าร่วมประชุม ซึ่งจะเห็นได้ว่า การดำเนินการไปด้วยความเรียบร้อย มีการพิจารณาประเด็นต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ในบางประการ ในขณะที่เดียวกันการจัดการในหลายๆ ห้วงย่อยยังมีปัญหาและอุปสรรคในหลายมิติด้วยกัน ปัญหาอุปสรรคที่เป็นที่น่าห่วงใยในเวทีสมัชชาลักษณะนี้เป็นปัญหาในการทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติได้อย่างเหมาะสม ประเด็นบางประเด็นเป็นเรื่องยากที่ผู้เข้าร่วมเวทีจะสามารถแสดงออกได้ในเวลาจำกัดที่และในบรรยากาศที่เป็นทางการ ประเด็นเหล่านั้นอาจถูกละเลยไปจากการเข้าร่วมเวที

ข้อสังเกตที่พบคือ เวทีของการแสดงความคิดเห็นในลักษณะสมัชชาทั้งระดับจังหวัดและระดับชาติ เน้นไปที่การสื่อสารด้วยการพูด (และการใช้ภาษาพูด) ที่แสดงความคิดเห็น ของผู้เข้าร่วมเวที ซึ่งมีทั้งข้อเด่นและข้อจำกัด ในตัวเอง การแสดงความคิดเห็นโดยการเขียน โดยการติดสติ๊กเกอร์และรูปแบบอื่นๆ ยังได้รับความสนใจหรือเน้นย้ำค่อนข้างน้อย นอกจากนั้นวัตถุประสงค์ของการจัดสมัชชาเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันโดยผ่านเวทีสมัชชาก็ยังเป็นสิ่งที่ท้าทายคณะทำงาน ผู้จัดการดำเนินการ และสำหรับวิทยากรกระบวนการทุกๆ ฝ่าย โดยเฉพาะเมื่อมาสู่เวทีสมัชชาระดับชาติ บางจังหวัดและบางกลุ่มย่อยที่มีการเปิดประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์ของประชาชนต่อระบบสุขภาพ และกระบวนการดูแลสุขภาพและชีวิตของตนเอง พบว่าบรรยากาศของการเรียนรู้ร่วมกันเกิดขึ้น ซึ่งนำไปสู่การสร้างเครือข่ายภาคประชาชนร่วมกันซึ่งนับว่าเป็นอีกบริบทหนึ่งของความสำเร็จที่เกิดจากเวทีสมัชชาในลักษณะดังกล่าว

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ อยู่ที่การไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการตั้งแต่เริ่มแรก และภายหลังการจัดสมัชชา ทำให้ไม่สามารถศึกษาไปถึงเหตุผลของการจัดกระบวนการในลักษณะต่างๆ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับชาติ ผู้วิจัยและทีมผู้สังเกตการณ์สามารถศึกษาและบันทึกได้เพียงแต่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในเวที ประกอบกับการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมเวทีและผู้จัดการเวทีในแต่ละกลุ่มย่อยในวันที่มีการจัดสมัชชาดังกล่าวเท่านั้น นอกจากนั้นการดำเนินการให้มีการศึกษากระบวนการครั้งนี้เกิดขึ้นอย่างกระชั้นชิดกับเวลาที่มีการจัดสมัชชา การศึกษาดังกล่าวจึงเป็นเพียงการบันทึกกระบวนการและฉายภาพที่ปรากฏเป็นเบื้องต้น ประกอบกับมีความพยายามที่จะแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดกระบวนการดังกล่าวสะท้อนแนวคิด ปรัชญาและทฤษฎีที่ต่างกันอย่างสิ้นเชิง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการนำไปพิจารณาในการดำเนินการจัดสมัชชาต่อไป โดยไม่ถือว่ารายงานนี้เป็นผลการประเมินการทำงานของคณะทำงานใดคณะหนึ่ง

Abstract

A Study of Health Assembly Procedure in Thailand: National and Provincial Health Assemblies 2002

Health assembly is one of a mechanism in the process of Thai Health “System” Reform which is an ambitious movement for total change of Thai health system from ideology to practices; from individual, community, and professional levels, to national level. Assembly is a new mechanism for public participation Thailand. This mechanism aims to bring multi-sectoral cooperation to promote new health system that emphasizes prevention rather than curative health where by the term ‘health’ was defined in a broader term included various aspects of well-being which beyond the realm of medicine. First movement of the health system reform is to launch the “National Health Bill,” that will be a new Thai health constitution, a guarantee for new health system to exist and maintain people participation. The National Health Reform Committee and the National Health System Reform Office, thus, form an ad-hoc committee to mobilize and organize health assemblies in almost 500 districts, 75 provinces, and one national assembly. The ideology behind organizing health assembly is to consider these assemblies as “social innovation” for people participation in the policy making and legislation procedure. Therefore, each sub-committee at all level is allowed to create different procedures to make people participated in this law making procedure as much as possible. The procedures are expected to be acceptable to local cultures and settings. The assemblies, thus, need not be formal, or totally informal; whatever types or forms of social gathering for this purpose is achieved there would be lesson learn to other assemblies that followed.

Thus, the provincial health assemblies were organized according to local setting, which in turn gave lesson to the national health assembly. Every procedure is differed depend upon various factors. This study, therefore aims to document and analyze the procedures of the assemblies to see what the primary forces that bringing people participations in different kind of settings. It also aims at understanding the whole

picture of people interaction in different kind of stage arrangements. This report also analyze the procedures of health assemblies as a form of social process that scrutinize, on the one hand, instrumental components of social transaction, environment, and tools for interactions; and expressive components of social transaction, emotional reaction, symbolic representation, and exchange of ideas and knowledge.

The result of this study revealed numbers of factors influencing people participation in the assemblies, particularly the components of multi-sectoral participants which was a challenge to organizers; the nature of moderators and the dynamic of interactions which could enhance or became a barrier for people participation at the same time; the matter of the contents of the discussion which could bring cooperative or protesting atmosphere; and the formats of the meeting which create a pressures or accommodating nature for participation. On the other hand, this research also found that the assembly (particularly national health assembly), reveal a set of political procedure resemble of neo-communitarianism which emphasize on public/civic engagement of an eclectic group of participants. Even though, health is an agreeable subjects that people could easily accepted the ideas of change for the good will of people, health assemblies, emphasize communicative culture of formal talk and discussion with specific set of rules, people who are not familiar with the procedures could found a resistant to some of the subjects discussed by persons of different background. This study is only able to reflect what had happened at the front stage of communication which left the back stage of communication untouched, and to be further study with cooperation of those who organized the assemblies in the future.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ฅ
1. บทนำ: การร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	1
- วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
- วิธีการบันทึกและรวบรวมข้อมูลสำหรับสมัชชาแห่งชาติ	3
- วิธีการศึกษาบันทึกสถานการณ์สมัชชาสุขภาพจังหวัด	5
- ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย	6
- สมัชชาคืออะไร	8
2. ภูมิหลังของการจัดสมัชชาสุขภาพในประเทศไทย	11
3. การจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด	12
3.1 จังหวัดสกลนคร	15
3.2 จังหวัดกาฬสินธุ์	20
3.3 จังหวัดสตูล	24
3.4 จังหวัดสงขลา	27
3.5 จังหวัดปราจีนบุรี	32
3.6 จังหวัดนครปฐม	35
3.7 จังหวัดแม่ฮ่องสอน	38
บทเรียนจากการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด	42
4. กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	44
4.1 การจัดสมัชชาในห้องประชุมใหญ่	48
4.2 การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น 8 กลุ่ม	51
กระบวนการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น	54
- กลุ่มที่ 1 ว่าด้วย “หลักการสิทธิ หน้าที่และความมั่นคงด้านสุขภาพ	54
- กลุ่มที่ 2 ว่าด้วย “กลไกหลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ”	56
- กลุ่มที่ 3 ว่าด้วย “การสร้างเสริมสุขภาพ”	58
- กลุ่มที่ 4 ว่าด้วย “ระบบการบริการสาธารณสุข”	61
- กลุ่มที่ 5 ว่าด้วย “การป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพ”	63

- กลุ่มที่ 6 ว่าด้วย “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ”	66
- กลุ่มที่ 7 ว่าด้วย “การคุ้มครองผู้บริโภค”	69
- กลุ่มที่ 8 ว่าด้วย “องค์ความรู้ กำลังคน การเงินการคลังด้านสุขภาพ”	71
4.3 รูปแบบ กิจกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิด	73
4.4 การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในสมัชชาเฉพาะประเด็น	78
4.5 ความคิดเห็นของคณะทำงาน ผู้ดำเนินรายการ และวิทยากร ต่อการจัดสมัชชา	82
5. บทสรุปและวิเคราะห์กระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและการมีส่วนร่วม ของประชาชน	86
6. แบบแผนทางวัฒนธรรมของการประชุมสมัชชาที่เกิดขึ้นจากการจัดสมัชชา สุขภาพจังหวัดและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	91

ภาคผนวก

- . แนวทางการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด
- . แผนผังลานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- . แผนผังห้องประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น
- . สื่อที่ใช้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

การศึกษากระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดและ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

1. บทนำ: การร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยเริ่มมีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 และได้มีการดำเนินการมาหลายขั้นตอน โดยเริ่มจากการมีกลุ่มคิดร่วมกันเป็นแกนนำ (think tank) การปฏิรูปและก่อตั้งสถาบันปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (ส.ป.ร.ส.) ขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นคือการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นในเรื่องของ "กระบวนทัศน์" (paradigm) ที่ปรับจากการคิดในเรื่องสุขภาพจากมุมมองของชีวภาพการแพทย์ (biomedical model) ซึ่งเน้นสุขภาพในระดับของกาย มาเป็นแบบที่เชื่อมโยงทั้งเรื่องของ จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม (bio-psycho-social and cultural model of health) ที่หมายถึงการขยายขอบเขตทางมิติของสุขภาพกว้างขวางออกไป เป็นเรื่องของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจถือได้ว่า การปรับกระบวนทัศน์นั้นจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ ซึ่งต่างจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างที่อาจกระทำได้โดยเพียงการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของหน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ (หรือโครงสร้างการบริการสาธารณสุข)

การปฏิรูปครั้งนี้เป็นการปฏิรูปในเรื่อง "ระบบ" และไม่ใช่เพียงเรื่องของระบบสาธารณสุข แต่เป็น "ระบบสุขภาพ" ซึ่งหมายถึงรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน ทั้งในเรื่องของการป้องกันและการรักษา ดังที่เห็นในคำขวัญที่ ส.ป.ร.ส. กำหนดให้เป็นการเคลื่อนไหวในเรื่องของ "การสร้างนำซ่อม" ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงต้องอาศัยการดำเนินการแบบ "สามเหลี่ยมเชื้อมนุษย์"¹ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญสามส่วนคือ ปัญญา/องค์ความรู้ กลไกทางสังคม และการขับเคลื่อนทางการเมือง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างการสมานฉันท์และมีการร่วมมือกันจากทุกภาคส่วนในการร่วมเป็นพันธมิตรในการดำเนินการ โดยเฉพาะกับภาคประชาชนที่จะเป็นทั้งผู้ได้รับผลกระทบและได้ประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้ แต่การเปลี่ยนแปลงโดยใช้พลังประชาชนนั้นต้องดำเนินควบคู่ไปกับการองค์ความรู้และความร่วมมือของภาคการเมือง ซึ่งในสามเหลี่ยมดังกล่าวนี้ทุกภาคส่วนควรใช้องค์ความรู้ หรือปัญญาเป็นสิ่งที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และเพื่อให้มีหลักประกันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจึงมีความสำคัญ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็นทั้งกลไก(mean) และจุดหมาย(end) ไปพร้อมๆ กัน คือ พ.ร.บ.ดังกล่าวเป็น หัวใจหรือ อุดมการณ์ของการปฏิรูประบบสุขภาพ หรือ "ธรรมนูญสุขภาพ" ของคนไทยที่จะต้องร่วมกันสร้าง และ พ.ร.บ. ยังเป็นกลไกหรือเครื่องมือ ที่ถูกเรียกว่าเป็น "นวัตกรรมสังคม" ของการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ทั้งประชาชน นักวิชาการ นักวิชาชีพ องค์กรของรัฐและเอกชน และนักการ

¹ ศ. นพ. ประเวศ วสกี "สามเหลี่ยมเชื้อมนุษย์" นี้มีความหมายคล้ายกับ "The Triangle of Solidarity" ที่ประเทศเอกวาดอร์ เสนอในการประชุมการปฏิรูปสุขภาพในระดับโลก

เมื่อ กระบวนการร่างพระราชบัญญัติในรูปแบบนี้จึงเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศ ถึงแม้ว่าจะมีกลไกในลักษณะคล้ายๆ กันเกิดขึ้นก่อนในสมัยที่มีการยกร่างรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ก็ตาม แต่การมีส่วนร่วมในการร่างตัวบทกฎหมายเป็นสิ่งที่อาจเรียกได้ว่ายังไม่เกิดขึ้นในระดับต่างๆ มาก่อน

ในเบื้องต้นจึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นมาหนึ่งชุด ประกอบไปด้วย อนุกรรมการวิชาการ อนุกรรมการภาคประชาชน อนุกรรมการยกร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และ อนุกรรมการสื่อมวลชน โดยที่อนุกรรมการแต่ละชุดมีหน้าที่ต่างกัน คือ อนุกรรมการวิชาการทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ รวบรวมองค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิรูป อนุกรรมการภาคประชาชนทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดและสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมในภาคประชาชน อนุกรรมการฝ่ายสื่อมวลชนทำหน้าที่ในการรณรงค์ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการขับเคลื่อนในการปฏิรูป และสร้างความตระหนักรู้แก่ภาคประชาชน ส่วนในอนุกรรมการสุดท้ายซึ่งเป็นอนุกรรมการที่สำคัญคือ อนุกรรมการร่างพระราชบัญญัติ ที่มีหน้าที่รวบรวมความคิดและข้อเสนอแนะจากสมัชชาในระดับต่างๆ และองค์ความรู้ที่ผ่านการสังเคราะห์มาร่างและนำเสนอพระราชบัญญัติฉบับสมบูรณ์เข้าสู่รัฐสภา ให้ดำเนินการต่อไป

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้ผ่านการคัดกรองหลายขั้นตอน ตั้งแต่การทำร่างกรอบแนวความคิด จนกระทั่งเป็นร่างที่ผ่านการประชุมปรึกษาหารือกับคณะกรรมการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ แล้วจึงมาถึงร่างที่นำสู่สภายุทธศาสตร์ เพื่อการประชาพิจารณ์และร่วมแสดงความคิดเห็น สำคัญของพ.ร.บ. อาจแบ่งได้เป็นส่วนคือ ก) หลักการในเรื่องการสร้างสุขภาพนำซ่อม และหลักการของความหลากหลายมิติทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ข) เรื่องสิทธิ หน้าที่ และความมั่นคงทางสุขภาพ ค) กลไกของนโยบายสุขภาพ โดยการตั้งกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาแห่งชาติ ง) ประเด็นหลักๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวางนโยบายสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพ การประกันและควบคุมคุณภาพการบริการสุขภาพ องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ กำลังคนเพื่อการสาธารณสุข และงบประมาณการเงินการคลัง โดยเน้น ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

ในร่างพระราชบัญญัติเองก็ระบุให้ มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นหลังจากกฎหมายฉบับนี้ผ่าน โดยที่ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจะมีตัวแทนจากภาคประชาชน ถึง 1 ใน 3 ของกรรมการทั้งหมด² ภารกิจที่สำคัญ ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอันหนึ่งคือ การจัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำปีละอย่างน้อยหนึ่งครั้ง และอาจจัดประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือจัดประชุมสมัชชาในระดับพื้นที่ก็ได้ เวทีสมัชชาในระดับพื้นที่ควรเป็นเวทีสะท้อนประเด็นปัญหาที่มีความเชื่อมโยงกับพื้นที่ ที่สามารถนำไปสู่เวทีสมัชชาในระดับประเทศต่อไป ซึ่งหมายความว่า การจัดสมัชชา จะเป็นภารกิจประจำที่ต้องจัดให้มีขึ้นในประเทศไทย โดยหวังว่าสมัชชาจะเป็นเวทีแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำ คิดร่วมกัน และเรียนรู้จากภาคส่วนต่างๆ และในอนาคต สมัชชาจะเป็นกลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในการสอดส่องนโยบายของรัฐว่าสอดคล้องกับหลักการของพ.ร.

² □□ □□□□□□ □□□□ □□□□□□□□ □□□

บ.สุขภาพแห่งชาติ และได้มีการดำเนินการเพื่อการปฏิรูป หรือไม่ รวมทั้งการพิจารณาผลกระทบและสิ่งที่จะต้องดำเนินการต่อไปเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับบุคคล กลุ่มและชุมชน

หากแต่ว่าองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการจัดสมัชชาสุขภาพนั้นยังมีไม่มากนัก โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับ รูปแบบ วิธีการและ กระบวนการในการจัดสมัชชาที่มีประชาชนมีส่วนร่วมจากหลากหลายภูมิหลัง โครงการศึกษาวิจัยชิ้นนี้จึงมีขึ้นเพื่อศึกษากระบวนการสมัชชาที่เกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2545 นี้ ทั้งในระดับ จังหวัดและระดับชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อบันทึกและรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและระดับ จังหวัด
2. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดสมัชชา วิธีการนำเสนอประเด็น และ เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสาร สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสมัชชา
3. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การนำเสนอประเด็นในการขับเคลื่อน ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
4. เพื่อสรุปภาพรวมและวิเคราะห์กลไกของสมัชชาที่จะมีผลในการจัดสมัชชาครั้งต่อไป

พื้นที่สำหรับการศึกษา

- . สมัชชาจังหวัด 7 จังหวัด ได้แก่ สกลนคร กาฬสินธุ์ สตุล สงขลา ปราชินบุรี นครปฐม และ แม่ฮ่องสอน
- . สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์ประชุมและจัดนิทรรศการ อาคารไบเทค บางนา วันที่ 8-9 สิงหาคม 2545

วิธีการบันทึกและรวบรวมข้อมูล (Methodologies) สำหรับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

1. วิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) และ การถ่ายภาพ (Filming)

เพื่อให้เกิดการบันทึกรายละเอียดของกระบวนการสมัชชาแห่งชาติ นักวิจัยได้ใช้วิธีการศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณาและการถ่ายภาพลงบนวีดิทัศน์ เนื่องจากว่าวิธีการแบบชาติพันธุ์วรรณาเป็น กระบวนการบันทึกและอธิบายถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ (setting) หนึ่ง เพื่อดูแบบแผน วัฒนธรรม และการทำงานร่วมกันในกลุ่มสังคม ซึ่งในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด เราพบว่ามีลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมของการประชุมชาวบ้านเกิดขึ้นในหลายรูปแบบ บางครั้งก็ที่จะ เป็นแบบที่มาจากวัฒนธรรมท้องถิ่น การประชุมในบางที่จะเป็นแบบที่พบเห็นได้ทั่วไป และในบางที่อาจ เกิดเป็นวัฒนธรรมใหม่ของการประชุมเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน การศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณาในที่นี้รับเอาแบบที่นำมาใช้ปฏิบัติจากแนวคิดทางสังคมวิทยา ซึ่งต่างจากการศึกษาชาติพันธุ์แบบ มานุษยวิทยา การศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณานอกจากการถ่ายภาพลงบนวีดิทัศน์ จะช่วยให้เราได้ภาพ

รวมในรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาพบนวีดีทัศน์จะเป็นตัวบอกความจริงอย่างที่เป็นอยู่ ในขณะที่การศึกษาชาติพันธุ์จะบรรยายจากสิ่งที่ผู้ศึกษาเห็น แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น การศึกษาวิจัยในลักษณะดังกล่าว เป็นการศึกษารูปแบบ inductive พยายามอธิบายสิ่งต่างๆ จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งต่างจากการทำวิจัยแบบ deductive ที่มีสมมุติฐาน กรอบแนวคิด หรือ ทฤษฎีเป็นตัวตั้ง แล้วทดสอบสมมุติฐานจากสิ่งที่เกิดขึ้น ในกรณีเช่นนี้ ethnography ช่วยในการให้ภาพรวม inclusive detail ของสถานการณ์

เทคนิควิธีที่ใช้ในการศึกษา เชิงชาติพันธุ์วิธีนี้นี้ คือการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participation observation) และการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องที่เป็นแกนหลัก (key informants) โดยเฉพาะการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการวางรูปแบบ การจัดการสมัชชา และการร่วมประชุมสมัชชา เป็นสมาชิกหนึ่งของกระบวนการดังกล่าว เช่นกันกับการเข้าไปศึกษาในชุมชนวัฒนธรรมเฉพาะที่ผู้ศึกษาต้องเข้าไปสัมผัส ใช้ชีวิตอยู่ในนั้น เป็นเวลานาน ในกรณีนี้ ผู้ศึกษาเอง ได้เฝ้าสังเกตและมีการจดบันทึก รวบรวมเอกสารต่างๆ เกี่ยวกับการทำพระราชบัญญัติ กระบวนการวางแผนการทำงานเกี่ยวกับการแสดงความคิดเห็นของภาคประชาชนต่อพ.ร.บ. และกระบวนการสมัชชาอยู่เป็นเวลาสองปี ก่อนที่จะมีการสังเกตกระบวนการสมัชชาที่เกิดขึ้น ในระยะสั้นดังที่ปรากฏ สิ่งที่ได้จากการเข้าไปสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม คือ การเข้าใจกระบวนการดังกล่าวจากมุมมองของคนข้างใน (emic view) ซึ่งจะต่างจากการศึกษาแบบอื่น ที่เป็นการศึกษาจากคนข้างนอก (etic view)

การเก็บข้อมูลจะประกอบไปด้วยการสังเกตการณ์อย่างเป็นระบบและการจดบันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์กับข้อสังเกตของผู้ศึกษา ประกอบกับการสัมภาษณ์และการตีความสิ่งที่เกิดขึ้นจากผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นลักษณะของข้อมูลและสาระสำคัญของการวิจัยจะอยู่ที่การพรรณาปรากฏการณ์ของสังคมหรือกระบวนการทางสังคมและองค์ประกอบทางวัฒนธรรม เช่น การใช้สัญลักษณ์ กระบวนการสื่อสาร และสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น เป็น บันทึกเล่มหนา (Thick description)

ในงานวิจัยชิ้นนี้ ใช้ลักษณะวิธีการศึกษาดังกล่าวที่ปรับเข้ามาสู่สถานการณ์ปัจจุบัน (contemporary setting) ที่อธิบายถึงวัฒนธรรมในความหมายที่กว้างว่า เป็นสิ่งที่ซ่อนอยู่ (embedded) ในกิจกรรมของมนุษย์ในหลายๆ ลักษณะ ที่แสดงออกมาด้วยองค์ประกอบที่เรียกว่าเป็น salient features ได้แก่ องค์ประกอบของสัญลักษณ์ (symbolic composition) แบบแผนที่เป็นระบบ (systematic patterning) การถ่ายทอดการเรียนรู้ (learned transmitted) และรากฐานทางสังคม (societal grounding) ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยในภาคสนามช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเห็นแบบแผนของกระบวนการสมัชชาที่เกิดขึ้น จากการเปรียบเทียบ (comparison) การหาหลักทั่วไป (generalization) และการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ (critical analysis)

2. การสัมภาษณ์ผู้ดำเนินการเกี่ยวข้อง (key informants)

เนื่องจากสมัชชาแห่งชาติมีทั้งการประชุมทั่วไปในห้วงประชุมใหญ่และการประชุมกลุ่มย่อยที่แบ่งออกเป็น 8 กลุ่ม ในเวลาสองวันของการประชุม ผู้วิจัยจึงต้องใช้วิธีการศึกษาที่ต้องมีการสัมภาษณ์ โดยเฉพาะผู้จัดการและ/หรือคณะทำงานกลุ่มย่อย เพื่อทราบถึงการมุมมองของผู้จัดต่อกระบวนการสัมมนาและผลที่ได้รับโดยทั่วไป ซึ่งเป็นอีกหนึ่งใน emic view ของการจัดสมัชชา นอกจากนั้นนักวิจัยยังได้ทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาในแต่ละการประชุมกลุ่มย่อยประกอบ เพื่อดูความพึงพอใจของกระบวนการจัดการในเบื้องต้น ส่วนผู้ดำเนินการในกลุ่มใหญ่นั้น ผู้ศึกษาวิจัยได้ทราบทัศนคติ การประเมินภาพรวมจากการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ ทั้งนี้งานวิจัยชิ้นนี้เน้นไปที่กระบวนการประชุมสมัชชา มิใช่การประเมินผลการประชุมจึงมิได้มีการสัมภาษณ์เพื่อสรุปเป็นรายงานการประเมินผล

วิธีการศึกษานันทิกสถานการณ์สมัชชาระดับจังหวัด

1. การสังเกตการณ์ทั่วไป (general observation)

เนื่องจากการประชุมสมัชชาระดับจังหวัด มีความห่างไกลและผู้วิจัยไม่ได้มีส่วนร่วมในการประชุมเตรียมการหรือจัดการตั้งแต่นั้น การศึกษาเพื่อบันทึกสถานการณ์สมัชชาระดับจังหวัด นั้นเป็นเพียงส่วนประกอบที่จะทำให้เห็นกระบวนการขับเคลื่อนสมัชชาที่เข้ามาสู่ระดับชาติ ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตการณ์ภายนอก ที่เข้าไปร่วมประชุมสมัชชาระดับจังหวัด ในบางจังหวัด การสังเกตการณ์โดยทั่วไปจึงเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นให้ทราบถึงรูปแบบและวิธีการจัดสมัชชาที่เกิดขึ้นในแต่ละจังหวัดเท่านั้น

2. การบันทึกเหตุการณ์ และการรวบรวมจากเอกสารที่เผยแพร่ในงานสมัชชา

การบันทึกอีกด้านหนึ่งที่กระทำในระดับจังหวัดคือ การบันทึกจากเอกสาร และสิ่งที่เผยแพร่ในงานประชุมสมัชชา เพื่อให้เกิดความชัดเจนต่อสาระของกระบวนการที่เกิดขึ้น เนื่องจากในแต่ละพื้นที่ไม่ได้มีการบันทึกลงบนภาพวิทัศน์ กระบวนการหลายอย่างเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน เช่นการประชุมกลุ่มย่อยผู้ศึกษาวิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลทุกๆ ด้านได้ในเวลาเดียวกัน

หมายเหตุ

การศึกษาวิจัยการทำงานของสมัชชาในระดับต่างๆ นั้น ทางทีมงานของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นผู้กระทำโดยมีการศึกษาวิจัยในรายละเอียดและการประเมินผลไปพร้อมๆ กัน การศึกษาวิจัยชิ้นนี้โดยเฉพาะรายงานการทำงานสมัชชาระดับจังหวัดนั้น ผู้วิจัยได้รับมอบหมายให้ทำเป็นรายงานหลังจากได้เข้าไปสังเกตการณ์เพื่อศึกษาหลักไถนด้านสื่อที่ใช้ในสมัชชา และเพื่อความเข้าใจในการขับเคลื่อนของการทำสมัชชาเพื่อนำไปสู่การศึกษากระบวนการสมัชชาแห่งชาติ

กระบวนการในการเก็บข้อมูล สำหรับการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

1. มีการร่วมประชุมการวางแผนการดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติร่วมกับคณะทำงานและทีมผู้จัดการการประชุมกลุ่มย่อยและการประชุมกลุ่มใหญ่
2. มีการฝึกอบรมผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 16 คน ในเรื่องสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ร่างพรบ. และกระบวนการเก็บข้อมูลทางชาติพันธุ์วรรณา การจดบันทึก และเขียน thick description report เพื่อแสดงอธิบายกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยละเอียด พร้อมทั้งการทำแผนผังการดำเนินการของทุกการประชุมกลุ่มย่อย
3. มีการชี้แจงและให้ประเด็นแก่ผู้ดำเนินการถ่ายภาพวิดีโอทัศน์ ในการจับภาพกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งในห้องประชุมใหญ่ และห้องประชุมกลุ่มย่อยทั้ง 8 กลุ่ม
4. ประชุมและสรุปประมวลผลการสังเกตการณ์ ที่เกิดขึ้นทันทีหลังการประชุมแต่ละวัน และภายหลังการประชุมเพื่อรวบรวมภาพกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งหมดโดยเฉพาะจากการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดระหว่างนักวิจัย และตั้งข้อสังเกต ในแต่ละขั้นตอนของแต่ละกลุ่ม
5. การตรวจสอบข้อสังเกต และรายงานกระบวนการต่างๆ ผ่านวิดีโอทัศน์ และเทปบันทึกการสัมภาษณ์ key informants โดยนักวิจัยหลัก เพื่อทำสรุปเป็นรายงานการวิจัย

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

1. กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง และซับซ้อนในเรื่องของการจัดการ ผู้ศึกษาวิจัยจะต้องมีการศึกษาย้อนหลังเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่มาที่ไปและการเกิดขึ้นของรูปแบบการจัดการในแบบต่างๆ ที่ปรากฏ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ข้อมูลหลายอย่างไม่สามารถรวบรวมได้ในขณะทำการวิจัย
2. กระบวนการสมัชชาสุขภาพนั้น ไม่ได้มีรูปแบบวิธีการที่ตายตัว มีความหลากหลายในแนวคิดและวิธีการดำเนินการ ตั้งแต่ในระดับจังหวัดและระดับชาติ ทำให้ผู้ศึกษาวิจัยต้องมีความพร้อมในการเปิดกว้างในการยอมรับความหลากหลายดังกล่าว ในขณะเดียวกันก็เป็นข้อจำกัดในการวิเคราะห์ เนื่องจากแต่ละวิธีการมีบริบททางสังคมที่แตกต่างกันไป การวิจัยขั้นนี้จึงบอกได้เพียงแต่ว่า มีอะไรเกิดขึ้น เหมาะสมกับสถานการณ์ใด แต่ยังไม่สามารถจะระบุ หรือกำหนดลงไปได้ทันทีว่า รูปแบบใดดีที่สุดกับสมัชชา ขึ้นอยู่กับบริบท
3. กระบวนการที่เกิดขึ้น มีระยะเวลาสั้น และมีหลายเหตุการณ์เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ผู้ศึกษาหลักเพียงคนเดียวไม่สามารถทราบรายละเอียดได้ทุกสถานการณ์ย่อมเป็นข้อจำกัด ในการรายงานทุกกรณีศึกษา ต้องอาศัยการรายงานจากผู้ช่วยนักวิจัยและภาพถ่ายวิดีโอทัศน์

4. การสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในเวลาจำกัดและด้วยความร่วมมือของแต่ละบุคคลอันเป็นข้อจำกัดสำหรับนักวิจัยที่อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนในทุกกระบวนการและทุกมุมมอง
5. การศึกษาวิจัยต้องใช้ระยะเวลานานในการรวบรวมรายงาน การดูและอ่านรายละเอียดของการบันทึกข้อมูลเพื่อสังเคราะห์ เป็นอุปสรรคหนึ่งในการ

ตัวอย่างแนวทางการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการอบรมผู้ช่วยนักวิจัย

แนวทางในการเก็บข้อมูลและสังเกต

กระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 8-9 สิงหาคม 2545

(ใช้แนวทางการศึกษาแบบ Ethnography ให้ผู้ศึกษาเข้าไป Immerse ตัวเองกับผู้ร่วมเวที)

สำหรับการประชุมรวมในห้องใหญ่ และ กลุ่มย่อย

- ◆ บันทึกกระบวนการ ขั้นตอนการจัดประชุมและ กิจกรรม
- ◆ บันทึกกระบวนการสร้างบรรยากาศ การมีส่วนร่วม และนำเข้าสู่ประเด็น
- ◆ ประสิทธิภาพของ พิธีกร ผู้ดำเนินรายการ และวิทยากร ในการดำเนินงาน การนำเสนอประเด็น การตีความ การเตรียมงาน การส่งต่อประสานงาน และ ความยุติธรรมในการเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานได้แสดงความคิดเห็น
- ◆ บันทึก และสังเกต การแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม ว่ามี
 - กระบวนการจัดการ อย่างไร ให้ใครพูดได้/ไม่ได้ อย่างไร การจัดเวลา (รวมสัดส่วนของคนที่ได้พูด กับคนที่เข้าร่วม)
 - การจัดการการอำนวยความสะดวกให้ผู้พูด
 - การเปิดประเด็นให้ คนได้แสดงความคิดเห็นหลากหลาย หรือไม่
 - การตีความประเด็นในเนื้อหาพ.ร.บ. พลวัตของการมองพ.ร.บ.
- ◆ บันทึกและให้ข้อสังเกต ท่าที ของผู้จัดงาน ผู้เข้าร่วมประชุม และวิทยากร
- ◆ บันทึกและสังเกต การพูดคุย การแสดงความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมประชุมต่อกระบวนการจัดสมัชชา และ ในเรื่องเกี่ยวกับ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
- ◆ บันทึก ศัพท์ คำพูด และ วาทกรรม ที่ใช้ในงานสมัชชา "ภาคี" "องค์กรวม" "สมานฉันท์" "ความเป็นธรรม" "ความมั่นคง / ความยั่งยืน ทางสุขภาพ"
- ◆ พูดคุย สัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อตรวจสอบความพึงพอใจ และความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการสมัชชาและตัวร่างพ.ร.บ.
- ◆ พูดคุย สัมภาษณ์ กับผู้จัดการการประชุมห้องย่อยทุกห้อง เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ การ

ประชุมในแต่ละกลุ่ม และตรวจสอบการดำเนินงานว่าเป็นไปอย่างที่ตั้งเป้าไว้หรือไม่ มีการเตรียมการที่จะให้ใครขึ้นไปนำเสนอในวันสุดท้ายก่อนปิดงาน การทำงานของฝ่ายเลขานุการ พบความยากลำบากอะไรบ้าง

สมัชชาคืออะไร

สมัชชา แปลมาจากคำภาษาอังกฤษว่า Assembly ซึ่งมีรากศัพท์มาจากคำว่า ecclesia ในภาษากรีกซึ่งแปลว่า การพูดคุยให้ข้อมูลข่าวสาร หรือ to convene ซึ่งในกรีกโบราณคำนี้ หมายถึงการมารวมกันของพลเมือง (an assembly of citizens) ที่มาร่วมพูดคุยกันโดยการนำของผู้ที่เป็นสามัญชนเพื่อการเคลื่อนไหวทางการเมืองหรือเหตุอื่นๆ ที่เมืองหรือรัฐค่านึงถึง (Augusta, Georgia: 1998 www.austachronicle.com/stories/031498/flea_column.shtml)

นอกจากนั้น คำว่า ecclesia ยังหมายถึงการมาประชุมหรือรวมกันด้วยความศรัทธาในพระเจ้า ที่ปัจจุบันเรียกว่า โบสถ์ (church) และการมารวมตัวกันในลักษณะที่เป็นความเชื่อทางศาสนา ที่มีรากฐานมาจากระบบคริสเตียนและระบบยิว ยังมีการเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็น congregation ซึ่งหมายถึงการรวมตัวกันของคนที่มีความคิดเห็นคล้ายๆ กัน ที่ก่อตัวเป็นรูปเป็นร่างและองค์กรขึ้นมา โดยที่การรวมตัวกันนั้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมเลือกที่จะเข้าร่วมเนื่องจากพอใจในสิ่งที่ตนได้ยิน เป็นสิ่งที่เขาค้นเคย และเป็นที่สุดอดคล้องกับสามัญสำนึกของเขา การรวมตัวกันนั้นก็สิ่งส่งผลให้เขาเพิ่มพูนความเชื่อมั่นในตนเอง (personal esteem)

คำว่า assembly จึงมีความหมายตรงกับคำว่า congregation, community, church, และ synagogue ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มกันของคนที่มีความคิดคล้ายๆ กัน หรือ เป้าหมายเดียวกันเพื่อการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่นในการประกอบศาสนกิจ ซึ่งการรวมตัวกันนั้นอยู่ในที่เฉพาะเป็นโบสถ์ คริสต์ (church) หรือ โบสถ์ยิว (synagogue) หรือในสถานที่ที่จัดทำให้เป็นที่ประชุมกัน (<http://www.revelations.org.za/Qahal.htm>)

การประชุมรวมกันของประชาชนในสังคมประชาธิปไตยสมัยใหม่นั้น พบว่า มีรากฐานมาจากการเมืองในสมัยนิยมของ ประธานาธิบดีลินคอล์น (Lincoln) ที่กล่าวไว้ในเกตตีส์เบิร์ก (Gettysburg) ว่า “of the people, by the people, for the people” ซึ่งกลายเป็นคำขวัญสำคัญของการรวมกัน ขององค์ระภาคประชาชน (<http://www.uua.org/ga/ga01/5002.html>)

คำว่า assembly ในสมัยใหม่มีการนำมาใช้ในสองลักษณะใหญ่ๆ คือ ในด้านหนึ่งเป็นการเอาสิ่งของต่างๆ มาประกอบกัน อย่างเช่นการประกอบชิ้นส่วนในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งชิ้นส่วนแต่ละชิ้นจะมีลักษณะเฉพาะ เมื่อนำมาประกอบกันจะเข้ากันได้พอดีและรวมกันเป็นผลิตภัณฑ์ชิ้นหนึ่ง อีกด้านหนึ่งเป็นเรื่องของมนุษย์หรือกลุ่มคนในสังคมที่รวมตัวกันเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ ร่วมกัน ซึ่งเป็นได้ทั้งค่านามที่หมายถึงกลุ่มคน หรือ สถานที่ที่เป็นที่ประชุมพบปะเพื่อถกเถียงพูดคุยกัน หรือ เป็นกิริยาของการรวมตัวกันทางสังคม (social act of assembling) ในกรณีที่มีสมาชิชาหมายถึงสถานที่พบปะสังสรรค์นั้นยังใช้สลับกันได้กับคำว่า ฟอรัม (forum) ที่เป็นการประชุมแบบเปิดเผย (open discussion) แต่ในความหมายที่แคบลงไปในนั้น สมาชิกเป็นการประชุมร่วมกันของกลุ่มคนเพื่อวัตถุประสงค์หลักในการร่างกฎหมาย วางกติกาทางสังคม หรือนโยบายของกลุ่มคนร่วมกัน ดังที่รู้จักเป็นส่วนใหญ่ในลักษณะที่เป็น general assembly, legislative assembly, national assembly, tribunal or judicial assembly ซึ่งใช้กันในการประชุมระดับนานาชาติหรือระหว่างประเทศ เช่นในองค์การสหประชาชาติ คณะกรรมาธิการความมั่นคง หรือ ในการประชุมขององค์การอนามัยโลก เป็นต้น ลักษณะของ social act of assembling มีความหมายลึกไปอีกระดับหนึ่งคือ เป็นการประชุมรวมกันเพื่อเรียกร้องสิทธิบางประการหรือเป็นการแสดงพลังทางสังคม ออกมาในลักษณะของการประชุมที่เป็น convocation, congregation, หรือ convention ที่มักจะมีข้อตกลงบางประการออกมาเป็นข้อเสนอแนะ เช่นปฏิญญา หรือ อนุสัญญา ที่ประชาคมต่างๆ ที่เข้าประชุมมีส่วนร่วมกัน

สำหรับสมาชิกในภาคประชาชน หรือ people's assembly นั้น Lucile Green and Harry Lerner ที่ปรึกษาพิเศษ ของเครือข่ายสมาชิกาประชาชนแห่งสหประชาชาติ (Millennium People's Assembly Network) กล่าวถึงที่มาของ สมาชิกาภาคประชาชนไว้ว่า ความคิดเรื่องการมีสมาชิชาขึ้นเริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1920s ในสมัยแรกเริ่มที่มีการรวมกันของชาติต่างๆ เป็น The League of Nations แต่ถูกปฏิเสธไปจนกระทั่งเมื่อมีการก่อตั้งองค์การสหประชาชาติ (United Nations) Ernest Bevin ได้ถูกขึ้นกล่าวกลางที่ประชุมของ the House of Commons ว่า "There should be a study of a house directly elected by the people of the world to whom the nations are accountable." ถึงกระนั้นก็ตาม สมาชิกาภาคประชาชนก็ไม่ได้เกิดขึ้น แต่ความพยายามก็ไม่จบเพียงแค่นั้น ในระยะเวลา ระหว่าง ปีค.ศ. 1975-1995 มีกลุ่มองค์กรต่างๆ จัดการประชุม สมาชิกาประชาคมพลเมืองโลก (World Citizen Assembly) ถึงสิบครั้งด้วยกัน และในระหว่างนั้นในปี ค.ศ. 1978 สมาชิกาประชาชน (People's Assembly) ถูกจัดขึ้นเป็นเวลาถึง 5 สัปดาห์ คู่ขนานกับการประชุมพิเศษของสหประชาชาติในการปลดอาวุธ (UN Special session on disarmament) และครั้งที่สองในเรื่องเดียวกัน ในปี ค.ศ. 1982 เป็นเวลาถึง 1 เดือน ทำให้ สมาชิกาประชาชน กลายเป็น เครือข่ายนานาชาติเพื่อสมาชิกาที่สองขององค์การสหประชาชาติ (the International Network for a UN Second Assembly – INFUSA)

ในระหว่างปี ค.ศ. 1988-1995 มีการรวมตัวกันของ INFUSA กับ สมาคมเมืองโลก (The Association of World Citizens) สมาชิกาพลเมืองโลกและ CAMDUNs หรือ Conferences on a More

* □ □ □ www.ourvoices.org

Democratic UN ในปี ค.ศ. 1995 จึงมีการรวมตัวของสมัชชาประชาชน (United People's Assembly) ขึ้นเป็นครั้งแรก และมีการขยายตัวไปทั่วโลก โดยมีการประชุมและก่อตั้งประชาคม (civil society) หรือ องค์กรภาคประชาชนเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับประชาชน ซึ่งมีความพยายามของเครือข่ายที่จะให้มีการนำสมัชชาประชาชน (People assembly) เข้าสู่สมัชชาสหประชาชาติ (UN General Assembly) ในปีแห่งสหประชาชาติ ค.ศ. 2000 และเป็นพลังประชาชนที่สำคัญในระดับโลก การรวมกันของสมัชชาดังกล่าวเป็นการสร้างเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง

สำหรับประเทศไทย คำว่าสมัชชาถูกนำไปใช้ในทางลบและมองว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในสังคม ซึ่งแท้จริงแล้วเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนระหว่างกลุ่มคนที่ไม่ได้มีสำนึกร่วมกันต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เช่นระหว่างชนชั้นกลางในเมืองกับคนจนในชนบทที่ถูกละเมิดเรื่องที่ดินทำกิน แต่คำว่าสมัชชานั้นโดยตัวมันเอง ในภาษาไทยตามพจนานุกรม แปลว่า การประชุม หรือ ที่ประชุม หรือ การมีคนหลายกลุ่มหลายพวกมารวมกัน ซึ่งกระทำได้หลายทาง สิ่งที่สังคมไทยขาดไปคือความพยายามเข้าใจต่อเนื้อหา (content) และ บริบท (context) ของปัญหา เราไม่สามารถจะเข้าใจบริบทของสมัชชาได้หากยังมีความติดกับทวนกรรมในทางลบของคำ ที่ถูกนำไปใช้อย่างคลาดเคลื่อน

สมัชชาสุขภาพเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ทำให้เห็นได้ว่าสมัชชานั้นจริงๆ แล้วเป็นเวทีที่รวมกันของกลุ่มคนที่มีความสำนึกในปัญหาของสุขภาพร่วมกัน หรือ ความต้องการมีส่วนร่วมในการกำหนด วางแนวทาง ในการสร้างสุขภาพจะร่วมกัน สมัชชาสุขภาพที่เกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2545 นั้นจึงถือได้ว่าเป็นก้าวหนึ่งของการมีส่วนร่วมทางนโยบายและกฎหมายในภาคประชาชน

2. ภูมิหลังของการจัดสมัชชาสุขภาพในประเทศไทย

เนื่องจากกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเน้นไปที่การมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกระดับ การจัดสมัชชา (Assembly) ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือ หรือเวที หนึ่งที่สำคัญในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ การจัดเวทีสมัชชานั้นที่จริงแล้วได้มีการริเริ่มทำกันมาเกือบสิบกว่าปีก่อนโดยเครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ได้เป็นการจัดเวทีเพื่อการนำไปสู่การปฏิรูป สมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ได้มีการทดลองเป็นการจัดประชุมสาธิต ในปี พ.ศ. 2544 ในงาน ตลาดนัดสุขภาพ ซึ่งเป็นการประชุมประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การสาธิตดังกล่าวเป็นการเปิดให้ประชาคมต่างๆ ได้เข้ามาเสนอความคิดเห็นต่อการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และมีส่วนร่วมในการกำหนด “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ” ในการประชุมครั้งนั้นมีประชาคมต่างๆ มาร่วมในงานกว่า 1,500 ภาคว่ามีผู้เข้าร่วมกว่า 5,000 คน (สปรส., พฤษภาคม 2545) ซึ่งหลังจากการประชุมสมัชชาสาธิตครั้งนั้น ได้มีการนำข้อเสนอและแนวคิดมา บูรณาการกับการวิจัยในเรื่องอื่นๆ และเข้าสู่การประชุมของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสังเคราะห์และร่างเป็น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นต่อไป

ในการจัดสมัชชาในภาคประชาชน เริ่มมีขึ้นตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2545 เมื่อมีการเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างสาระสำคัญของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในระดับอำเภอประมาณ 500 เวทีทั่วประเทศไทย ที่จัดขึ้นในระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน 2545 และมีการดำเนินการต่อไปเพื่อทำเป็น ร่างพ.ร.บ.ฉบับสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเพื่อการทำประชาพิจารณ์/รับฟังความคิดเห็น (ฉบับสี่ฟ้า) และเอกสาร พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ: ธรรมนูญสุขภาพคนไทย ให้อะไรกับประชาชน (ฉบับสีน้ำตาล) ที่นำมาทำประชาพิจารณ์ในสมัชชาระดับจังหวัดและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นลำดับต่อมา

อย่างไรก็ตามการจัดสมัชชาดังกล่าวยังเป็นการจัดประชุมที่ค่อนข้างใหม่สำหรับภาคประชาชน และยังไม่มีการทราบนั่นเองว่าการจัดเวทีแบบใดจะเหมาะสม หรือเป็นรูปแบบที่ดีที่สุดในการจัดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการปฏิรูประบบสุขภาพได้มากที่สุด ซึ่งการปฏิรูปครั้งนี้ประเทศไทยมีจุดมุ่งหมายที่ค่อนข้างจะกว้างกว่าหลายประเทศ และการปฏิรูปในเรื่อง “ระบบ” สุขภาพยังเป็นมากกว่าการปฏิรูปโครงสร้างหรือการจัดองค์กรทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ เริ่มแต่แนวคิด กระบวนทัศน์ ในการมองเรื่องสุขภาพในมิติที่กว้างและครอบคลุมกว่าที่เคยเป็นมา การมองระบบที่รวมเอา “ภาคส่วน” ต่างๆ (sectors) เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนต้องให้การมีส่วนร่วมของบุคคลที่มีความหลากหลายทั้งในเรื่องแนวคิดและวิธีการทำงาน จึงเป็นสิ่งที่ท้าทาย และการที่การปฏิรูปนี้พยายามนำเสนอการเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติและระบบการทำงานของทุกองค์กรที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน องค์กรและบุคลากรของหลายหน่วยงานทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เคยเกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขย่อมต้อง ได้รับผลพวงตามมาหากมีการดำเนินการตามพ.ร.บ.ที่ร่างมานั้นจริง ดังนั้น การทำงานที่ประสานประโยชน์ของทุกฝ่ายจึงเป็นเรื่องที่ท้าทายกับทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดเวทีให้ทุกคนมีส่วนร่วมในเวทีแสดงความคิดเห็นดังกล่าว

สิ่งสำคัญที่ทำให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพ คือ การจัดให้มีพลังขับเคลื่อนในภาคประชาชน อันเป็นรากฐานสำคัญหนึ่ง ในแนวคิดเรื่องสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่เสนอโดยนายแพทย์ประเวศ วสี ดังนั้นจึงมีการวางยุทธศาสตร์ของการจัดประชุมสมัชชาปฏิบัติการสุขภาพ ไว้ว่า “สานเครือข่าย ขยายพันธมิตร ร่วมคิด ร่วมสร้างเส้นทางปฏิรูประบบสุขภาพ” ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการดำเนินงานของกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากสมัชชาสุขภาพทั้งในระดับ อำเภอ จังหวัด และ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสมัชชาเฉพาะด้าน สำหรับคนจน ผู้หญิง ผู้พิการ สมัชชาแพทย์แผนไทย และผู้ติดเชื้อ HIV เป็นต้น

3. การจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด

กระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากจังหวัดต่างๆ ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากสถาบันปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งในเรื่องแนวความคิด วิธีการ เครื่องมือที่จะใช้ในการแสดงความคิดเห็น และการสนับสนุนในเรื่องเงินทุนในการดำเนินการ ทั้งนี้ สปรส. เป็นผู้วางเค้าโครงให้เห็นเรื่องของวิธีการและสรุปปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขการดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดจากจังหวัดที่ดำเนินการไปแล้วเป็นระยะๆ ให้กับจังหวัดที่ยังไม่มีการจัดสมัชชา ทุกจังหวัดในประเทศไทยได้รับการกระตุ้นให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพ โดยผ่านหน่วยงานราชการ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ เครือข่ายองค์กรภาคประชาชน และประชาคมต่างๆ แต่ละจังหวัดสามารถกำหนดวิธีการในรายละเอียด และขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง โดยมีคณะทำงานของสปรส. เป็นที่ปรึกษาและให้การสนับสนุน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าวัตถุประสงค์ของการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด และตัวเวทีสมัชชาเอง มีการระบุวัตถุประสงค์ไว้ในสองลักษณะด้วยกันคือ

. วัตถุประสงค์ของเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด มีดังนี้

1. เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อร่าง พ.ร.บ.
2. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง กระบวนการเรียนรู้ของประชาคมในพื้นที่
3. เพื่อให้ได้บทเรียนและประสบการณ์ และการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในอนาคต
4. เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การจัดกลไกสุขภาพระดับพื้นที่

. วัตถุประสงค์ในการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด มีดังนี้

1. เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่สามารถประมวลและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและประเมินศักยภาพของพื้นที่ได้
2. ได้แนวคิดในการแก้ปัญหา โดยกลไกภาคประชาชนร่วมกับองค์กรท้องถิ่น
3. ใช้พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติเป็นเครื่องมือ (แผนแม่บท) ในการแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่
4. รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอของประชาชนต่อพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
5. เพื่อให้เกิดกระบวนการและกลไกภาคประชาชนในการร่วมกันผลักดันพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ดังนั้นในการพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระดับสมัชชาสุขภาพจังหวัดจึงควรที่จะแยกมุมมองระหว่างเวทีสมัชชาและการจัดสมัชชา ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้ จะเน้นไปที่ในสถานการณ์ในเวทีสมัชชามากกว่าการประเมินการจัดสมัชชา และมีเพียงการสรุปให้ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับการจัดสมัชชาเท่านั้น ในภาพรวมที่ทุกจังหวัดได้รับแนวทางและหมายกำหนดการเรื่องภารกิจต่าง ๆ นั้น พอสรุปได้ดังนี้

แต่ละจังหวัดจะได้รับการประสานงานกับ สปส. โดยมีผู้ประสานงานจังหวัดประสานงานกับองค์กรในพื้นที่ เพื่อร่วมเป็น “คณะทำงานจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด” โดยให้มีองค์ประกอบจาก 6 ส่วนด้วยกันคือ 1) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ อบต. สอ. สสจ. และสจ. 2) ผู้แทนภาคราชการ 3) นักวิชาการ 4) ผู้แทนองค์กรชุมชน 5) เครือข่ายประชาคมในพื้นที่ 6) องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านสุขภาพ รวมจำนวนประมาณ 10-15 คน ทั้งนี้ แต่ละจังหวัดจะสามารถเชิญผู้นำชุมชน หัวหน้าส่วนราชการ หรือผู้เกี่ยวข้องเป็น “ที่ปรึกษา” จำนวนประมาณไม่เกิน 5 คน คณะทำงานดังกล่าวสามารถแต่งตั้งทีมเลขานุการในการดำเนินการจัดเวทีสุขภาพแห่งชาติได้อีก 3 ทีมคือ ทีมจัดการ ทีมวิทยากร และทีมบันทึกข้อมูล แต่ละทีมมีภารกิจต่างกันไป

ทีมจัดการ มีภารกิจหลัก ในการประสานงานกับองค์กรที่จะเข้าร่วมเป็นภาคีจัดสมัชชาสุขภาพ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบถึงการจัดสมัชชาและการสมัครเข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด รวมทั้งเชิญบุคคลต่างๆ เข้าร่วมเวทีให้มีสัดส่วนของประชาชนที่เหมาะสม และการจัดเตรียมสถานที่ประชุมและการอำนวยความสะดวกทั่วไป

ทีมวิทยากร มีภารกิจ สำคัญดังนี้คือ

1. การออกแบบกระบวนการประชุม โดยกำหนดจุดมุ่งหมายสำคัญ ในการหลอมรวมเจตนารมณ์ร่วมกัน ของผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด เพื่อร่วมกันผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
2. รวบรวมกลุ่มคน หรือองค์กรที่สนใจประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
3. เตรียมเนื้อหาและประเด็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่
4. ประสานเพื่อให้เกิดกระบวนการและกลไกภาคประชาชนในการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ และนำไปสู่กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
5. เชื่อมโยง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ กับการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่
6. ดำเนินการประชุมและสรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำเสนอสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป

ทีมบันทึกข้อมูล ทำหน้าที่ในการ บันทึกข้อมูล รายละเอียดบรรยากาศ ตลอดจนการประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ บันทึกรายงานการประชุม บันทึกกระบวนการประชุมและข้อสังเกตหลังเสร็จสิ้นการประชุม และร่วมกับวิทยากร เพื่อสรุปและสังเคราะห์ผลการระดมความคิดเห็น นำเสนอสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ในกรณีการจัดตั้งทีมต่างๆ นั้น ผู้วิจัยไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ว่า ในความเป็นจริงมีการจัดตั้งทีมดังกล่าวในทุกจังหวัดหรือไม่ โดยเฉพาะทีมบันทึกข้อมูล สำหรับข้อสรุปต่างๆ ที่นำเสนอสู่เวทีสมัชชาสุขภาพชาตินั้นจะไปอยู่ในส่วนของทีมวิทยากรและคณะทำงานของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด ที่กำหนดสัดส่วนเป็นการเฉพาะ คือ

1. ภาคราชการและการเมือง กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 15 ของผู้เข้าร่วมสมัชชา ส่วนราชการที่ถือว่าเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ กรมการพัฒนาชุมชน แรงงานและสวัสดิการสังคม เกษตรจังหวัด นักการเมืองท้องถิ่น การศึกษา และกระทรวงสาธารณสุข
2. ภาคนักวิชาการและองค์กรวิชาชีพ กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 15 ของผู้เข้าร่วมสมัชชา
3. ภาคประชาชน กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมสมัชชาจังหวัด

ผู้เข้าร่วมอื่นๆ สามารถแจ้งความจำนงค์ล่วงหน้าในการเข้าร่วมสมัชชา โดยไม่ถือว่าอยู่ในสัดส่วนข้างต้นที่กำหนดให้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพดำเนินการ จึงไม่มีการระบุจำนวนไว้ ซึ่งในทางปฏิบัติจำนวนที่เกินมาจากผู้เข้าร่วมทั่วไปในวันจริง อาจทำให้สัดส่วนของผู้เข้าร่วมแตกต่างไปจากที่ตั้งเป้าหมายไว้ ทั้งนี้ไม่มีข้อจำกัด คณะทำงานของแต่ละจังหวัดเป็นผู้วางแผนการดำเนินการและรองรับกระบวนการรับฟังความคิดเห็นที่เกิดขึ้นต่อไป

จำนวนประชากรเป้าหมายในการเข้าร่วมเวทีในแต่ละพื้นที่ มีการแบ่งตามสัดส่วนประชากรดังนี้

1. กำหนดให้จังหวัดที่มีประชากรน้อยกว่า 5 แสนคน จัดเวทีให้มีผู้เข้าร่วมสมัชชาอย่างน้อย 200 คนต่อเวที ซึ่งเวทีสมัชชานาขนาดดังกล่าวครอบคลุม 28 จังหวัด
2. กำหนดให้จังหวัดที่มีประชากร ระหว่าง 5-9 แสนคน จัดเวทีให้มีผู้เข้าร่วมสมัชชาอย่างน้อย 400 คนต่อเวที ซึ่งครอบคลุมทั้งสิ้น 25 จังหวัด และ
3. กำหนดให้จังหวัดที่มีประชากรมากกว่า 9 แสนคนขึ้นไป จัดเวทีให้มีผู้เข้าร่วมสมัชชาอย่างน้อย 600 คนต่อเวที รวมทั้งสิ้น 21 จังหวัด

หมายเหตุ กรุงเทพมหานคร นั้นไม่มีเวทีระดับจังหวัด ให้ถือเอาเวทีสมัชชาแห่งชาติเป็นเวทีรวมเวทีเดียว

โดยที่การกำหนดสัดส่วนดังกล่าวเป็นไปเพื่อการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจาก สป.ร.ส. หากจังหวัดใดมีความประสงค์จะเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมเวที จังหวัดนั้นสามารถหาการสนับสนุนจากองค์กรภาคีในพื้นที่ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชน ให้มาเป็นเครือข่ายและเจ้าภาพร่วมกันในการปฏิรูประบบสุขภาพได้ ในกรณีเช่นนี้แต่ละจังหวัดจะมีความแตกต่างกันในการแสดงศักยภาพของคณะทำงานในการหาคนเข้าร่วมเวทีและหาผู้ร่วมสนับสนุนเวทีสมัชชา

ขั้นตอนและรูปแบบการจัดเวที ตามที่ได้มีการเสนอแนะไปจาก สป.ร.ส. แต่ละจังหวัดควรมีขั้นตอนในการจัดเวทีอยู่อย่างน้อย 2 ขั้นตอนคือ 1) แต่ละพื้นที่ต้องมีการเตรียมประเด็นปัญหาของพื้นที่ จัดทำเป็นวาระที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของพื้นที่ และ 2) วิเคราะห์ประเด็นปัญหาของชุมชน และตรวจสอบว่ามีมาตราใดในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่ ซึ่งประเด็นที่จะนำเข้าสู่สมัชชาเพื่อเปิดรับฟังความคิดเห็นในภาพรวมระดับจังหวัด ถูกกำหนดให้เป็นในเรื่องของ

- ประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ - กลไกการแก้ปัญหา - การเชื่อมโยงกับพ.ร.บ. และ
- ทิศทาง / หลักการ / สาระในพ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในพื้นที่

รูปแบบการจัดเวที ได้มีการกำหนดขอบเขตกว้างๆ ออกเป็น

1. การจัดรวมเป็นเวทีใหญ่ระดับจังหวัด 1-2 เวทีขึ้นอยู่กับขนาดของจังหวัด
2. ผู้แทนองค์กร / ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ นำเสนอประเด็นปัญหาของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
3. เปิดอภิปราย มาตราต่างๆ ในพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่
4. ผู้แทนองค์กร / ผู้แทนกลุ่มฯ นำเสนอข้อเสนอต่อ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

สำหรับงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัย ได้ลงไปสังเกตการณ์ทั้งหมด 7 จังหวัดด้วยกัน คือ

- ภาคอีสาน ได้แก่ จังหวัดสกลนคร (เวที 600 คน) และจังหวัดกาฬสินธุ์ (เวที 600 คน)
- ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสตูล (เวที 200 คน) และจังหวัดสงขลา (เวที 600 คน)
- ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี (เวที 200 คน) และจังหวัดนครปฐม (เวที 400 คน) และ
- ภาคเหนือ ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน (เวที 200 คน)

3.1 จังหวัดสกลนคร (29 พฤษภาคม 2545)

สมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนคร เป็นแห่งแรกของการจัดเวทีสมัชชา และเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ที่สามารถจัดสมัชชาได้ในอัตรากว่า 600 คน กระบวนการจัดสมัชชาของจังหวัดสกลนครและจังหวัดนำร่องในแต่ละภูมิภาคมักจะเป็นสมัชชาที่มีผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์ คือคณะทำงานจัดสมัชชาในจังหวัดอื่นๆ ใกล้เคียง มาร่วมสมัชชาจำนวนมาก เพื่อดูงานเป็นตัวอย่างก่อนการจัดประชุมจริงของจังหวัดนั้นๆ ผู้ร่วมสังเกตการณ์ของจังหวัดสกลมีจำนวนประมาณ 60-70 คน ดังนั้นในการประชุมจริงจำนวนผู้ร่วมงานจึงมีมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดพอสมควร

การประชาสัมพันธ์สมัชชา พบว่ามีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อหลายรูปแบบ ทั้งทางวิทยุกระจายเสียงท้องถิ่น แผ่นพับ แผ่นป้ายเชิญชวน และ การส่งจดหมายเชิญไปยังหน่วยงานและองค์กรชุมชน เครือข่ายสุขภาพต่างๆ รวมทั้งหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น การประชาสัมพันธ์ของสกลนครใช้ คำขวัญ (motto) จากทางสปรส. คือ “สานเครือข่าย ขยายพันธมิตร ร่วมคิด ร่วมสร้าง เส้น ทางปฏิรูปสุขภาพ” และ คำขวัญของจังหวัดเอง คือ “ผู้มีสุขภาพดี คือผู้ร่ำรวยอย่างแท้จริง”

การประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนคร จัดขึ้น ณ ห้องหนองหารหลวง โรงแรมอิมพีเรียล อ.เมือง จ.สกลนคร ซึ่งเป็นห้องประชุมขนาดใหญ่ (Hall) ที่ประยุกต์มาจากโรงหนังแบบเก่า แต่ที่นั่งและเก้าอี้สามารถจัดได้ในหลายรูปแบบ และมีเวทีขนาดใหญ่เวทีเดียว ผู้ร่วมประชุมจะนั่งตามกลุ่มเครือข่ายตรงกลาง ที่นั่งจัดเป็น block 3 แถวใหญ่ มีไมโครโฟนอยู่ตรงแถวกลางสองด้านตรงกลางและบริเวณด้านหน้าเวที ผู้สังเกตการณ์จะนั่งทางด้านข้างและด้านหลังของ ลานที่นั่งประชุมของชาวจังหวัดสกลนคร ห้องประชุมดังกล่าวสามารถจุคนได้มากกว่า 1000 คน แต่ในวันจริงมีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 600 คน โดยมีกิจกรรมตามกำหนดการดังต่อไปนี้

8.00-9.00	รวมพลังเครือข่าย ณ จุดหมาย - ชมรมคนสร้างสุขภาพสกลนคร ณ ลานรวมน้ำใจไทสกล - เครือข่ายลุ่มน้ำหนองหาร ณ เทศบาลเมืองสกลนคร - เครือข่ายสตรี ณ บริเวณสำนักงานพัฒนาชุมชน จังหวัดสกลนคร - เครือข่ายผู้สูงอายุ ณ ห้องหนองหารหลวง โรงแรมอิมพีเรียล - กลุ่มบุคคลทั่วไป และผู้สังเกตการณ์ ณ ห้องหนองหารหลวง
9.00	ขบวนวีรกรรมวีรชนนัสนนร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (จำนวน 400 คน) ออกจากลานรวมใจไทสกล มุ่งสู่ห้องหนองหารหลวง (ระยะทาง 2 กิโลเมตร)
9.30-9.45	ผู้เข้าร่วมประชุมพร้อมกันที่ห้องหนองหารหลวง
9.45-10.35	พิธีเปิดการประชุม โดย ผู้ว่าราชการจังหวัด นายทวีป เทวิน
10.35-10.45	วาทะทัศน์ “ประชาชนได้อะไรจาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ”
10.45-10.55	เปิดประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัด โดย ผ.ศ. นิพนธ์ อินสิน (อธิการบดีสถาบันราชภัฏสกลนคร) ในฐานะที่ปรึกษาคณะทำงานสมัชชาสุขภาพ
10.55-12.15	<u>ประชุมวาระที่ 1</u> เรื่อง แฉ่งเพื่อทราบ วาระที่ 1.1 เรื่อง รวมพลังความคิดสู่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ วาระที่ 1.1 เรื่อง สังเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จากเวที 9 อำเภอ <u>ประชุมวาระที่ 2</u> เรื่อง นำเสนอภาพรวม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
12.15-13.30	พักรับประทานอาหารกลางวัน ชมการแสดงจากกลุ่มศิลปินเพื่อสุขภาพ
13.30-15.30	<u>ประชุมวาระที่ 3</u> เรื่อง ข้อเสนอของประชาชน “พ.ร.บ.สุขภาพกับการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่”
15.30-15.40	<u>ประชุมวาระที่ 4</u> วาระพิเศษ เรื่อง ข้อเสนอจากแพทย์ด้วยโอกาส
15.40-16.15	<u>ประชุมวาระที่ 5</u> อภิปรายทั่วไป
16.15-16.30	<u>ประชุมวาระที่ 6</u> สรุปข้อเสนอของประชาชนสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พิธีปิด โดยผู้แทนภาคีต่างๆ

เนื้อหา รูปแบบ และกิจกรรม

จากการสังเกตการณ์พบว่า การจัดสมัชชาดังกล่าวใช้การประชุมรวมกับผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมดในเวลาเดียวกัน เนื้อหาสาระที่ถ่ายทอดจะรับทราบในเวลาเดียวกันหมด ประเด็นเนื้อหามีการเตรียมตามวาระมาเป็นอย่างดี ผู้นำเสนอเนื้อหา และกำกับกับการอภิปรายจะเป็นที่มหาวิทยาลัยบวชเวทิตั้งสิ้น การประชุมกลุ่มคนจำนวนมากในห้องประชุมขนาดใหญ่ ทำให้ยากแก่การดึงดูดความสนใจของคนทั้งหมดไว้ในเรื่องเดียวกันได้ ผนวกกับกิจกรรมต่างๆ ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องโดยขาดระยะเวลาพักอย่างพอเหมาะ ความสนใจที่คนส่วนใหญ่จะมีจะปรากฏเป็นช่วงๆ ไม่ต่อเนื่อง บางช่วงไม่ได้รับความสนใจจากประชาชนเท่าที่ควร

กิจกรรมที่มีระยะเวลาต่อเนื่องโดยไม่มีการพักตั้งแต่ช่วงเช้า จะพบว่า หลายกลุ่มที่ร่วมขบวนวิ่งในช่วงเช้า แล้วเข้าประจำที่ประชุมเลย จะมีอาการค่อนข้างเหนื่อยและไม่สามารถให้ความสนใจกับสิ่งที่อยู่บนเวทีได้เท่าที่ควร บรรยายภาคต้นที่เข้าสู่ห้องประชุมคือทุกคนเข้านั่งประจำกลุ่มและผู้แทนนำธงที่วิ่งมามาหลอมรวมเจตนารมณ์ที่หน้าเวทีร่วมกัน แล้วประธาน (ผู้ว่าราชการจังหวัด) เริ่มเปิดพิธี ในขณะที่คณะทำงานเดินแจกน้ำ และถุงผ้าที่บรรจุร่างพระราชบัญญัติสุขภาพไว้ข้างใน ประธานใช้เวลาบรรยายเป็นเวลานานเกือบหนึ่งชั่วโมง ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมที่วิ่งมาเริ่มรู้สึกอึดอัดเนื่องจากยังไม่มีมีการพักเข้าห้องน้ำ หรือเบรกก่อน ดังนั้น ทันทีที่การบรรยายโดยประธานพิธีเปิดจบ คนส่วนใหญ่จะเดินออกจากห้องประชุมไปเข้าห้องน้ำ ในขณะที่กิจกรรมบนเวทียังดำเนินต่อไป

คนส่วนใหญ่มักจะไม่ได้ทันอยู่ดูวีดิทัศน์ ด้วยเหตุผลข้างต้น ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมหลายๆ คนไม่ทราบถึงความสำคัญหรือความเป็นมาของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากวีดิทัศน์เป็นเนื้อหาสาระที่ปูพื้นให้สมาชิกทราบถึงความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว หลังจากคำชี้แจงเรื่องวิธีการดำเนินการประชุมสมาชิกเสร็จสิ้นประชาชนถึงจะกลับเข้าสู่ความสนใจในพ.ร.บ.อีกครั้งหนึ่ง หากแต่ว่าการจัดพูดบนเวทีค่อนข้างเป็นทางการและนำเสนอในลักษณะที่เป็นวิชาการ ดังนั้นการนำเสนอเรื่องการสังเคราะห์ประเด็นค่อนข้างจะเป็นทางการสำหรับผู้ร่วมประชุมส่วนใหญ่ เนื่องจากสังเกตได้ว่าผู้ร่วมประชุมตรงกลางลงมาจนถึงด้านหลัง จะไม่ได้สนใจฟังหรือนั่งหลับเป็นบางส่วน กลุ่มที่อยู่ทางด้านหน้าส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมวิ่งในช่วงเช้า

ทั้งนี้ วิทยากรยังใช้ภาษากลางบรรยายตลอดรายการอีกด้วย และเมื่อมีการแจกกระเป๋ามีร่างพ.ร.บ.สุขภาพบรรจุอยู่ วิทยากรกลับบอกให้ประชาชนเก็บเอาไว้ก่อนไม่ให้เปิดดูในที่ประชุม ประชาชนส่วนใหญ่จึงไม่มีส่วนร่วมในการพิจารณาพ.ร.บ. เนื่องจากในทุกวาระการประชุม ทางฝ่ายคณะทำงานได้มีการจัดกลุ่มบุคคลนำเสนอ และอภิปรายปัญหาท้องถิ่นแต่ละเรื่องไว้เรียบร้อยแล้ว การอภิปรายจึงเป็นการอภิปรายผ่านเครือข่ายและมีการทำงานมาอย่างดี ที่จะเปรียบเทียบทุกปัญหาที่นำเสนอ กับมาตราต่างๆ ในพ.ร.บ. ไว้อย่างละเอียด ผู้นำเสนอได้ถูกจัดให้ออกมาอภิปรายด้านหน้าเวที และอภิปรายตามกำหนดเวลาที่ตั้งไว้ให้ ฝ่ายวิทยากรมีคำตอบ และ slide รูปภาพประกอบการอภิปรายไว้เรียบร้อยแล้ว การที่ฝ่ายวิทยากรพยายามตอบคำถามและเทียบเคียงกับมาตราต่างๆ ในหลายกรณีทำให้อุณหภูมิเหมือนกับการปกป้อง (defense) พ.ร.บ. โดยเฉพาะการชี้แจงว่าทุกอย่างที่เป็นปัญหาและเป็นกังวลนั้น ได้มีการระบุไว้แล้วในพ.ร.บ. และสิ่งเหล่านั้นแก้ไขได้โดยผ่านกลไกที่ปรากฏในพ.ร.บ. ซึ่งเป็นข้อนำสังเกต เนื่องจากคนส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมประชุม ยังไม่มีโอกาสเปิดอ่านพ.ร.บ. และหากมีข้อเสนอแนะที่แตกต่าง อาจไม่กล้าแสดงออกเนื่องจากท่าทีที่ปกป้อง พ.ร.บ.ของวิทยากรบนเวที

ช่วงพักรับประทานอาหาร ผู้วิจัยได้มีโอกาสดูคุยกับผู้ร่วมสมาชิกบางส่วน พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมประชุมไม่ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพมาก่อน และหลายคนมาเพราะกลุ่มของเขาเกณฑ์ให้มา หลายคนบอกว่าไม่เข้าใจเกี่ยวกับงานสมาชิกเลย แต่อยากมาร่วมวิ่งตอนเช้า มาแล้วก็รู้สึกดีที่นานทีจะได้ยินว่ามีกฎหมายที่จะเอื้อประโยชน์ให้ประชาชนบ้าง แต่ส่วนใหญ่ก็ยังไม่ค่อยอยากพูดอยากคุยเกี่ยวกับพ.ร.บ. ส่วนหนึ่งก็พูดแต่ภาษาท้องถิ่น และไม่กล้าพูดในที่ประชุมที่ใช้ภาษากลาง บางส่วนผู้

เข้าร่วมประชุมไม่เข้าใจภาษากลางที่ใช้อย่างเป็นทางการเลย “ฟังแล้วปวดหัว เอาข้าวเหนียวมากินลิด” มีคนเปรยในเรื่องอาหารกลางวันด้วยเช่นกันว่า เป็นอาหารที่เขารับประทานไม่ถูกปาก ดีที่เอาอาหารพวกติดตัวมาด้วย ในช่วงบ่ายหลายคนทยอยออกไปดูนิทรรศการที่มาแสดง เช่น เส้นทางการปฏิรูปสุขภาพสินค้า และผลิตภัณฑ์พื้นบ้าน สมุนไพร การนวดแผนไทย และ การทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย เป็นต้น แต่ในช่วงก่อนการเปิดประชุมภาคบ่ายมีการแสดงจากหมอลำที่มีชื่อเสียงระดับชาติ จากจังหวัดมหาสารคาม ทำให้ผู้คนที่ทยอยกลับมาร่วมประชุมอีกครั้งหนึ่ง

การอภิปรายเป็นไปเช่นเดียวกับการอภิปรายในช่วงเช้า ช่วงแรกที่มีผู้ร่วมประชุมจำนวนมาก ตื่นเต้นกับการพูดของผู้อภิปรายบางท่านที่พูดเป็นภาษาพื้นบ้าน แต่ภายหลังค่อยๆ ทยอยออกจากห้องประชุม หลายคนเริ่มบ่นว่าไม่รู้ให้เรามาฟังอะไร เขามีคนพูดไว้แล้ว บางคนก็บอกไม่รู้ว่าเขาเอาอะไรมาให้เห็นต์ ก็เห็นต์ๆ ไปจะได้กลับบ้าน หลายคนก็เพียงถามว่า มันอะไร ทำไม ใบเห็นต์ที่ชื่อดังกล่าวคือ ใบเห็นต์รับรองพระราชบัญญัติ ที่เป็นแบบฟอร์มที่ทาง สปส. จัดทำ ใบเห็นต์ดังกล่าวไม่ได้มีการชี้แจงในห้องประชุมใหญ่ แต่แจกจ่ายให้แก่ผู้นำเครือข่ายไปแจกจ่ายให้ผู้เข้าร่วมประชุมที่มาจากเครือข่ายของตนเห็นต์ ซึ่งโดยหลักการแล้ววิธีการนี้ไม่เหมาะสม เนื่องจากการเห็นต์ดังกล่าวประชาชนยังไม่ทราบว่า อะไรหลายคนเข้าใจว่าเป็นการเห็นมาร่วมงาน แต่การมาร่วมงาน ไม่ได้บอกได้เสมอไปว่า ประชาชนเหล่านั้นเข้าใจและเห็นด้วยกับหลักการของพ.ร.บ. เหตุการณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นกับอีกหลายจังหวัดที่ได้เข้าไปสังเกตการณ์

ในช่วงการอภิปรายทั่วไปมีผู้เข้าร่วมประชุมเหลือเพียงประมาณ หนึ่งในสามของการประชุมทราบว่า หลายท่านต้องกลับภูมิลำเนา ที่อยู่ห่างไกลจากอำเภอเมืองก่อนเวลาปิดประชุม ผู้ที่ประชุมที่เหลือส่วนใหญ่เป็นคนที่อยู่ในอำเภอเมือง และสังเกตว่า ในการอภิปรายทั่วไปมีผู้อภิปรายจริงๆ เพียงไม่กี่ราย คือเป็นผู้แทนภาคการเมือง ข้าราชการ และผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล

รูปแบบและการดำเนินการดังกล่าวทำให้เห็นว่า การทำสมัชชาในรูปแบบดังกล่าว ในบริบทที่เกิดขึ้นในจังหวัดสกลนคร นั้น ไม่มีพลังประชาชนที่ร่วมการประชุมอย่างแท้จริง และเป็นแบบแผนที่ค่อนข้างเป็นทางการมาก อาจไม่เหมาะกับกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอแนวทางหรือ แสดงความคิดเห็นเห็นทั่วไปกับคนในท้องถิ่นดังกล่าว ถึงแม้จะมีความพยายามใช้สัญลักษณ์และกิจกรรมเข้ามาแสดงการร่วมมือของเครือข่าย และการสนับสนุนพ.ร.บ. พลังดังกล่าวยังไม่ชัดเจนและออกจะเป็นการจัดการที่เป็นทางการ เนื่องจากจะมีความพยายามและตั้งใจเป็นอย่างมากจากคณะทีมงาน และเนื่องจากจังหวัดสกลนครเป็นจังหวัดที่เปิดการทำสมัชชาสุขภาพเป็นจังหวัดแรก การดำเนินการดังกล่าวถือว่าท้าทายคณะทำงานฯ การจัดการดังกล่าวอาจพิจารณาได้ว่า เป็นก้าวแรกของการเปิดประเด็นเรื่องสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการร่างกฎหมายซึ่งประชาชนยังขาดความเข้าใจ

สื่อและเครื่องมือที่ใช้ในการแสดงความคิดเห็น

การแสดงความคิดเห็นในสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนครมีค่อนข้างจำกัด คือ ผ่านไมค์โครโฟน ด้านหน้าของห้องประชุม และมีการกำหนดเวลาให้ไม่เกิน 3 นาที โดยมีไฟเขียว-แดงเป็นสัญญาณเตือน

ให้ทราบ ผู้พูดส่วนใหญ่ได้รับการเตรียมการมาก่อนการประชุม การอภิปรายทั่วไปมีเวลาจำกัด การสื่อสารโดยวิธีอื่นในภาคประชาชนทั่วไปไม่มีปรากฏ วิทยากรก็ไม่ได้ชี้แจงให้ประชาชนทราบว่าเราสามารถส่งความคิดเห็นเพิ่มเติมได้หลังจากการประชุมสมัชชาจังหวัดเสร็จสิ้นแล้วอีกด้วยไม่ว่าจะผ่านคณะกรรมการของจังหวัด หรือโดยตรงกับสถาบันปฏิรูประบบสุขภาพ

การขับไล่อีสาน ที่พูดถึงหลักใหญ่ ของพ.ร.บ. เป็นสื่อพื้นบ้านที่ดีสำหรับการทำความเข้าใจกับประชาชน หากแต่ช่วงเวลาที่แสดง (หลังรับประทานอาหารกลางวัน) เป็นช่วงที่ผู้ร่วมประชุมยังไม่ทันได้ตั้งใจรับรู้เรื่องราวดังกล่าว จึงมีผู้เข้าร่วมสมัชชาไม่กี่ท่านได้ฟัง

สื่อสัญลักษณ์ในการรวมพลังเป็นสื่อที่น่าสนใจ โดยการปักธงร่วมกันระหว่างเครือข่ายต่างๆ ทำให้มีสีสัน

ภาควิชาการร่วมจัดงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนคร ได้แก่

1. สถาบันราชภัฏสกลนคร
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
3. สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดสกลนคร
4. สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดสกลนคร
5. สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย จังหวัดสกลนคร
6. เทศบาลเมืองสกลนคร
7. ศูนย์พลศึกษาและกีฬาจังหวัดสกลนคร
8. ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำจังหวัดสกลนคร
9. มูลนิธิโรตารีจังหวัดสกลนคร
10. หอการค้าจังหวัดสกลนคร

องค์กรภาควิชาการร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนครประกอบด้วย

1. สมาพันธ์ประธานองค์กรบริหารส่วนตำบล จังหวัดสกลนคร
2. ชมรมเทศบาลเมืองสกลนคร
3. ชมรมคณะกรรมการชุมชนเมืองสกลนคร
4. เครือข่ายคนสร้างสุขภาพสกลนคร
5. เครือข่ายชุมชนลำนานองหาร
6. ชมรมคนรักหนองหาร
7. ชมรมพิทักษ์เจตนารมณ์รัฐธรรมนูญ จังหวัดสกลนคร
8. ชมรมผู้นำสตรีท้องถิ่น จังหวัดสกลนคร
9. เครือข่ายอนุรักษ์ลุ่มน้ำสงคราม
10. โครงการนำร่องภูมินิเวศน์เกษตรภูพาน

11. เครือข่ายป่าชุมชนภูพาน
12. เครือข่ายผู้สูงอายุศูนย์สังคมพัฒนา เขตมิสซังท่าแร่ –หนองแสง
13. เครือข่ายพัฒนาสตรีจังหวัดสกลนคร
14. เครือข่ายสมาคมสภาผู้สูงอายุ จังหวัดสกลนคร
15. สภาองค์กรการบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
16. สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดและอำเภอ
17. กลุ่มแม่บ้านอำเภอสว่างแดนดิน
18. เครือข่ายกลุ่มใหญ่ไทสกล
19. เครือข่ายแพทย์แผนไทย
20. เครือข่ายผู้หญิงอีสาน

3.2 จังหวัดกาฬสินธุ์ (30 พฤษภาคม 2545)

สมัชชาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นจังหวัดเริ่มแรกเช่นเดียวกับจังหวัดสกลนคร การจัดงานห่างกันเพียงหนึ่งวัน การดำเนินการของทั้งสองจังหวัดจะเป็นอิสระต่อกันและต่างฝ่ายต่าง ไม่ได้มีการปรึกษาหารือกันมาก่อน รูปแบบจึงแตกต่างกันไปตามแนวคิดของคณะกรรมการเวทีสมัชชาในแต่ละจังหวัดที่จะทำให้สมัชชาเหมาะสมกับบริบทของแต่ละจังหวัดเอง

ผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ มีประมาณ 600 กว่าคน จากทุกสาขาอาชีพ 14 อำเภอ 4 กิ่งอำเภอ โดยส่วนมาจะมีผู้นำ อสม.ของพื้นที่ทั้งระดับอำเภอและกิ่งอำเภอ เป็นผู้ขับเคลื่อนนำพลังประชาชนเข้าสู่สมัชชาและเตรียมประเด็นของพื้นที่ขึ้นมาอภิปรายในการพิจารณา พ.ร.บ.สุขภาพ มีผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์จากจังหวัดอื่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 10 จังหวัด

ก่อนการจัดสมัชชาจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนมาแล้ว 8 เวที มีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 362 คน โดยการดำเนินการของชมรมสื่อสารมวลชนสาธารณสุขกาฬสินธุ์ ในระหว่างวันที่ 9 มีนาคม – 8 เมษายน 2545 โดยมีประชาชนเสนอประเด็นปัญหาและข้อเสนอในการพัฒนาต่อพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 6 เรื่องได้แก่ หลักนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ปัญหาคุณภาพและนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ การบริการใกล้บ้านใกล้ใจ การคุ้มครองผู้บริโภค ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งได้มีการสรุปประเด็นทั้งปัญหา ความต้องการและข้อเสนอแนะ ไว้สำหรับสมัชชาจังหวัดนำไปพิจารณาต่อ

ข้อสังเกตสำหรับคณะกรรมการจัดเวทีสมัชชา คือ การมีประธานการจัดเวทีสมัชชาคือ คุณบุญเรือง ถาวรสวัสดิ์ ซึ่งเป็นประธานชมรมสื่อสารมวลชนสาธารณสุขกาฬสินธุ์ และเป็นผู้สื่อข่าวดีเด่นแห่งประเทศไทย และตำแหน่งอีกมากมาย เป็นบุคคลที่มี charisma ในการจัดงานและนำพลังประชาชน ในขณะที่ผู้อำนวยการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ คือ คุณสม นาสอำนาจ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัด และวิทยากรกระบวนการประชาคม ทั้งสองท่านเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้สมัชชา

ดำเนินไปได้อย่างน่าสนใจและประสบความสำเร็จเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์และใช้สื่อมวลชนเผยแพร่เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพและการจัดเวทีสมัชชา

การประชาสัมพันธ์เวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ 4 ทางด้วยกันคือ

- 1) การออกสื่อวิทยุกระจายเสียงระดับจังหวัด 3 แห่ง ได้แก่สถานีวิทยุกองทัพอากาศที่สอง สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยจังหวัดกาฬสินธุ์ และสถานีวิทยุ อสมท.จังหวัดกาฬสินธุ์
- 2) สื่อวิทยุโทรทัศน์ โดยการแถลงในข่าวโทรทัศน์ช่อง 7 และช่อง 11 ส่วนภูมิภาค และการทำวีดีทัศน์ในวันเปิดเวทีและเผยแพร่ในโทรทัศน์
- 3) สื่อหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น และหนังสือพิมพ์ส่วนกลาง
- 4) สื่อหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

นอกจากนั้นยังมีการเชิญบุคคล หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ให้เข้าร่วมสมัชชาด้วย

การประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการประชุมในห้องประชุมขนาดใหญ่ ณ. โรงแรมริมปาว ที่มีอุปกรณ์การประชุม เครื่องเสียง เครื่องฉายภาพวีดีทัศน์ และสิ่งต่างๆ ตามมาตรฐานการจัดประชุมในระดับชาติ สถานที่ดูจะโอ่โถง ทันสมัยและสะดวกสบาย ซึ่งทราบมาว่า คณะทำงานจัดสมัชชาฯ ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มนักธุรกิจ องค์กรและหน่วยงานในจังหวัดเป็นอย่างดี เนื่องจากทีมงานมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่กว้างขวางกับหน่วยงานหลายหน่วยงาน ทำให้เขาสามารถที่จะจัดสถานที่ได้เป็นอย่างดี ประกอบกับสามารถทำวีดีทัศน์นำเสนอปัญหาท้องถิ่น และประสบการณ์จากเวทีที่ผ่านมาด้วยตนเอง เนื่องจากคณะทำงานอีกเช่นกันที่เป็นนักสื่อสารมวลชนอยู่แล้ว

กระบวนการประชุมทั้งวันจะอยู่ในการประชุมกลุ่มใหญ่ และนำเสนอผ่านวีดีทัศน์เป็นส่วนใหญ่ มีการเปิดอภิปรายทั่วไปเป็นสองช่วงดังที่ปรากฏในกำหนดการข้างล่างนี้

กำหนดการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด ณ. โรงแรมริมปาว จังหวัดกาฬสินธุ์

- | | |
|-------------|--|
| 8.00-9.00 | ลงทะเบียน ชมวีดีทัศน์ชุดถามหาสุขภาพ |
| 9.00-9.15 | กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพ โดยผู้อำนวยการการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ |
| 9.15-9.30 | ชมวีดีทัศน์เรื่อง “ทำไมต้องปฏิรูประบบสุขภาพ” |
| 9.30-10.00 | กล่าวปาถกฐาเปิดโดยประธานการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ |
| 10.15-10.45 | พักรับประทานอาหารว่างและชมวีดีทัศน์ชุดเก็บตกจากศูนย์ประชุมไบเทคชุด “ช่วยกันปฏิรูปจึงสำเร็จ” |
| 10.45-11.40 | นำเสนอประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ และร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เชื่อมโยงกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ (เป็นวีดีทัศน์) |
| 11.40-12.00 | ชมวีดีทัศน์ชุดถามหาสุขภาพเรื่อง “พุทธเกษตร หนีเมืองกรุง ลูกแม่เสียชีวิต” |
| 12.00-13.00 | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| 13.00-13.15 | ชมวีดีทัศน์ชุดร่างกรอบคิดระบบสุขภาพ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กับการปฏิรูประบบสุขภาพ จริงหรือ” |

- 13.15-14.15 ผู้แทนองค์กร/ผู้แทนกลุ่มภาคในพื้นที่ นำเสนอและติดตามประเด็นปัญหาและข้อเสนอที่เกี่ยวข้องกับการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และเปิดอภิปรายทั่วไป ดำเนินรายการโดย คุณสม นาสอ่านและทีมวิทยากร
- 14.15-14.45 พักรับประทานอาหารว่างและชมวีดิทัศน์ชุดถามหาสุขภาพะชุดที่ 1
- 14.45-16.00 อภิปรายร่วม “พ.ร.บ.สุขภาพกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพพื้นที่” โดยตัวแทนกลุ่ม องค์กร และอาชีพ ดำเนินรายการโดย คุณธวัชชัย ไตรทิพย์
- 16.00-16.30 สรุปภาพรวมของเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์และสร้างพันธสัญญา โดยอาจารย์บุญเรือง ถาวรสวัสดิ์

เนื้อหา รูปแบบและกิจกรรม

การประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ค่อนข้างเน้นไปที่การนำเสนอ เนื้อหาสาระ ของพ.ร.บ. ด้วยรูปแบบและวิธีการที่สลับกันระหว่าง วีดิทัศน์และ การอภิปราย ซึ่งมีส่วนใหญ่เป็นการอภิปรายจากกลุ่มผู้อภิปรายบนเวที (panel discussion) แล้วจึงมีการอภิปรายทั่วไปที่เปิดกว้างให้ผู้เข้าร่วมประชุมอภิปรายได้ วิธีการดังกล่าวถึงแม้จะเน้นไปด้วยเนื้อหาแต่บรรยากาศการประชุมอยู่ในเกณฑ์ที่ดีถึงแม้บรรยากาศของการประชุมเป็นการประชุมแบบเป็นทางการ แต่พิธีกรมีความเป็นกันเองและสบายๆ มีการพูดโน้มน้าวให้ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นความสำคัญในบทบาทของตนเองในการมีส่วนร่วมกับการทำงานครั้งสำคัญระดับชาติ คือ การร่วมเป็นผู้แสดงความคิดเห็นต่อร่างกฎหมายพ.ร.บ.สุขภาพที่เป็นกลไกสำคัญต่อการเคลื่อนไหวในการปฏิรูปสุขภาพ พิธีกรมีการชี้แจงสิ่งต่างๆ เป็นระยะๆ และสร้างบรรยากาศในการร่วมประชุม อีกทั้งมีการถ่ายทอดสดผ่านวิทยุกระจายเสียงของจังหวัดในการประชุมครั้งนี้ มีการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้สังเกตการณ์เป็นระยะๆ ด้วย

ผู้เข้าร่วมสมัชชามีความตื่นตัว ในการรับฟังและติดตามประเด็นที่มีการพิจารณากันในขณะนั้น และมีการแสดงออกถึงความพอใจและไม่พอใจในประเด็นที่ผู้ร่วมอภิปรายท่านอื่นซักถามหรือเสนอแนะร่วมด้วย มีการเปิดพลิกหน้าต่างๆ ตามมาตราในร่างพ.ร.บ. ดูเป็นระยะ จะสังเกตว่า แกนนำ อสม.จากทุกอำเภอสามารถมีส่วนร่วมในการอภิปรายค่อนข้างดี โดยไม่แบ่งว่าจะต้องเป็นอสม.ที่อยู่ในเกณฑ์การศึกษาหรืออายุในระดับใด จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมงานท่านหนึ่งที่เป็นอสม. อายุค่อนข้างมาก แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่เขาสนใจได้ดี และสามารถชี้แนะว่าสื่อบางอย่างที่ผลิตเพื่องานสมัชชาสามารถนำไปใช้ในหมู่บ้านได้ซึ่งเขาจะได้ไปคุยต่อกับลูกบ้านคนอื่นๆ แต่บางท่านที่ไม่ได้รับเอกสารหรืออ่านมาก่อนก็จะมีช่วยกันในกลุ่มพลิกดูว่าอะไรอยู่หน้าไหนอย่างไร

เวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์มีภาพที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ร่วมเวทีและผู้จัดเวที “มีความสุข (สนุก) มีสาระและมีส่วนร่วม” ในการพิจารณาร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไปพร้อมๆ กัน ซึ่งประธานคณะทำงานจัดงานมีความตั้งใจให้เป็นเช่นนั้น เนื่องจากเล็งเห็นว่าลักษณะ สาม ส. ดังกล่าวนี เป็นลักษณะการทำงานกับคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้น ในการดำเนินรายการจะเห็นว่าพิธีกรจะใช้ภาษาท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ และสอดแทรกเรื่องเล่า ประสบการณ์ ของท้องถิ่นมากมายให้ผู้เข้าร่วมสมัชชาได้เห็นคล้อยตามเจตนารมณ์ได้ดี

เนื้อหาที่แสดงบนวีดิทัศน์ หลายอย่างเป็นเรื่องที่น่าสนใจ โดยเฉพาะเมื่อเป็นเรื่องใกล้ตัว เช่น การทำเกษตรเชิงพุทธ หรือ การถามหาสุขภาพะ ที่มีชีวิตคนธรรมดา ที่หลากหลาย รวมทั้งคนที่พูดภาษาอีสานด้วย ผู้เข้าร่วมประชุมจะตั้งใจอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายผู้เข้าร่วมประชุมสนใจวีดิทัศน์น้อยลงและอาศัยช่วงปิดไฟพักสายตาเป็นจำนวนมาก

การอภิปรายโดยมีผู้อภิปรายพูดบนเวที บางคนได้รับความสนใจน้อยเนื่องจากเป็นเรื่องที่ยากที่จะเข้าใจ เช่นเรื่องสิทธิ และกลไกสมัชชา ส่วนในเรื่องการแพทย์พื้นบ้านมีผู้ให้ความสนใจมากและสนับสนุนในหลายๆ ด้าน บางประเด็นได้มีการอภิปรายต่อไปอีกในช่วงการเปิดอภิปรายทั่วไป เช่น เรื่องการใช้บัตรสามสิบบาท และการบริการสาธารณสุข

การอภิปรายมาตราต่างๆ โดยผ่านมุมมองของวิชาชีพต่างๆ น่าสนใจ แต่ผู้เข้าร่วมประชุมเริ่มเหนื่อยและอยากแสดงความคิดเห็นบ้าง อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า ตลอดรายการที่มีการประชุมสมัชชาทั้งวันนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมยังคงอยู่ในสมัชชาเต็มจำนวนหรือเกินครึ่งจนกระทั่งปิดการประชุม ที่มีการประกาศพันธสัญญาร่วมกันพร้อมกับการจุดเทียนร้องเพลงสดุดีมหาราชา ซึ่งเป็นพิธีกรรมที่เรียกความมีน้ำหนึ่งใจเดียวกับชาวบ้านได้เป็นอย่างดี

คำประกาศพันธสัญญา

“พวกเราชาวสมัชชาสุขภาพภาคอีสาน ขอประกาศเป็นพันธสัญญาว่า

พวกเราขอร่วมผลักดัน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้บรรลุเจตนารมณ์ที่ว่า

สุขภาพเป็นของประชาชน โดยประชาชน และ เพื่อประชาชน

สื่อและเครื่องมือสำหรับการแสดงความคิดเห็น

การแสดงความคิดเห็นโดยการยกมือแล้วเดินออกมาพูดตามจุดไมโครโฟนที่มีอยู่ประมาณ 6 จุด และมีการแสดงความคิดเห็นโดยเขียนขึ้นบนเวที หรือผ่าน พิธีกร และคณะทำงาน อย่างไรก็ตาม การแสดงความคิดเห็นจากผู้ร่วมสมัชชามีจำนวนน้อยมาก เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการชมวีดิทัศน์ และการรับฟังคำอภิปราย ผู้ร่วมประชุมที่อยากแสดงความคิดเห็นมีจำนวนพอสมควร โดยที่บางคนลุกขึ้นขอพูดในขณะนั้นเลยก็มี บางช่วงมีการถกเถียงค่อนข้างแรง แต่ผู้ร่วมประชุมก็ช่วยกันปรามเอง ผนวกกับคณะทำงานเป็นทีมที่ค่อนข้างมีท่าทีเป็นมิตรและการทูต จึงไม่ถือว่าเป็นเรื่องที่ขุ่นข้องกัน

สื่อที่ใช้บนเวที บางอย่างเช่น การเสนอประเด็นปัญหาพื้นที่ มีความชัดเจนไม่พอ ตัวหนังสือค่อนข้างเล็ก ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมที่อยู่ด้านหลังมองไม่เห็น แต่ผู้ร่วมประชุมมีความตั้งใจต่อการประชุมจึงไม่มีผู้ใดออกจากที่ประชุม พยายามทำความเข้าใจเท่าที่ทำได้

ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับแจ้งให้ทราบว่าสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้โดยส่งไปที่ สปรส. ทำให้หลายคนไม่กังวลกับความพยายามที่จะพูดให้ได้ ณ เวลานั้น ที่สำคัญที่สุดตลอดการจัดเวทีสมัชชาคือการใช้ภาษาพื้นบ้านที่ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการสื่อสารและแสดงความคิดเห็นได้อย่างไม่ขัดเขิน

3.3 จังหวัดสตูล (1 มิถุนายน 2545)

จังหวัดสตูลเป็นจังหวัดที่อยู่เกือบใต้สุดของประเทศไทยมีจำนวนประชากรน้อยกว่าห้าแสนคน ทำให้รับการสนับสนุนให้เวทีจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดด้วยสำหรับคน 200 คน แต่เนื่องจากคณะทำงานมีความสามารถที่จะดึงประชาชนจากหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ในวันจัดสมัชชาจริงๆ จึงมีคนเข้าร่วมถึง 300 กว่าคน การจัดงานส่วนใหญ่ดำเนินการโดยอาจารย์จากวิทยาลัยในท้องถิ่น และเครือข่ายประชาคมบางส่วน ดังนั้นสถานที่จัดงานจึงไปจัดที่อาคารอเนกประสงค์ของวิทยาลัยเทคนิคสตูล ซึ่งมีบรรยากาศแบบชาวบ้าน ห้องประชุมเป็นห้องโถงใหญ่ธรรมดา ไม่มีเครื่องปรับอากาศ หรือเครื่องอำนวยความสะดวกในเรื่องเครื่องเสียงเครื่องถ่ายวิดีโอทัศน์ คณะทำงานใช้วิธีการฉายวิดีโอทัศน์ลงบนจอโทรทัศน์อยู่สี่เครื่อง แต่ก็ไม่ได้ภาพที่ชัดเจน มีปัญหาขัดข้องทางเทคนิคตลอด เป็นที่น่าสังเกตว่าทางภาคใต้การจัดประชุมชาวบ้าน มักจะไม่นิยมไปใช้สถานที่ตามโรงแรมหรือที่ที่จัดเพื่อธุรกิจ การประชุมก็ไม่มีนักธุรกิจเข้ามาเกี่ยวข้อง มักจะเน้นไปที่ตัวชาวบ้าน นักวิชาการและนักการศาสนา และในการประชุมชาวบ้านแต่ละครั้งมักจะมีเด็กและเยาวชนไปด้วยเสมอ

ในการจัดสมัชชาโดยใช้สถานที่ในวิทยาลัยเทคนิค เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มากขึ้น เนื่องจากคณะทำงานสามารถจัดสรรงบประมาณเรื่องสถานที่มาเป็นค่าเดินทางให้ผู้มาจากชุมชนไกลๆ ได้ เนื่องจากชาวบ้านในจังหวัดสตูลส่วนใหญ่ยังค่อนข้างยากจนรายได้ไม่แน่นอน และอาศัยอยู่ตามชายแดนไทย-มาเลเซีย ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายต่างๆ ที่อยู่ใกล้ๆ ตัวเมืองสตูลได้แก่ กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มศาสนา ชมรมคนรักสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุ และเครือข่ายเยาวชน การจัดเวทีของสมัชชาครั้งนี้ไม่มีผู้สังเกตการณ์จากจังหวัดอื่น เนื่องจากเป็นพื้นที่ห่างไกล นอกจากเจ้าหน้าที่ บุคลากรของ สปส. และนักข่าวบางส่วนจากกรุงเทพมหานคร

การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด

การจัดเวทีสมัชชาของจังหวัดสตูล เป็นการผสมผสานการจัดแบบอภิปรายกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย โดยที่ภาคเข้าเน้นไปที่การอภิปรายกลุ่มใหญ่ และจัดอภิปรายกลุ่มย่อยในภาคบ่าย ตามกำหนดการดังต่อไปนี้

กำหนดการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดสตูล ณ วิทยาลัยเทคนิคสตูล

- | | |
|------------|---|
| 8.00-9.00 | ผู้ร่วมสมัชชาพร้อมกันหน้าเทศบาลเมืองสตูล
เดินรณรงค์ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ จากเทศบาลเมืองสตูล ถึงสี่แยกเจ๊ะบิลัง |
| 9.00-9.30 | ลงทะเบียนรับเอกสาร ชี้แจงการประชุม และพิธีเปิด
การแสดงบนเวที สโมสรคนรักสุขภาพ (การเดินแอโรบิค) |
| 9.30-9.40 | ชมวิดีโอทัศน์ “ประชาชนได้อะไรจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” |
| 9.40-11.30 | สรุปประเด็นปัญหาสุขภาพพื้นที่ เครือข่ายองค์กร
- เครือข่ายกลุ่มเยาวชน จังหวัดสตูล (นายอารีย์ หัสการปัญญา)
- กลุ่มรวมพลังผู้บริโภค (นางกัลยาพรรณ ดึงหวัง) |

- ศาสนากับชีวิต (โต๊ะอิหม่ามหมัดโหด ละไบแด)
- เกษตรทางเลือก (อาจารย์ประสิทธิ์ เพชรภาพ)
- สโมสรคนรับสุขภาพ (อาจารย์อำไพ ศิริขันตียกุล)
- ชมรมแพทย์แผนไทย (นายเจริญ พงษ์นุรักษ์)
- ชมรมผู้สูงอายุ (อาจารย์โกศล ดวงพัตรา)

โดยมี อาจารย์ปราโมทย์ สังกาญ ดำเนินการนำเสนอกลุ่มละ 10 นาที

ตั้งประเด็นสังเคราะห์โดย นายแพทย์ชัยรัตน์ ลำโป ผอ.รพ. ท่าแพ (20 นาที)

แลกเปลี่ยนและอภิปราย 20 นาที

- 11.30-12.00 การแสดงบนเวที โดย ชมรมผู้สูงอายุ (การรำไทเก๊ก)
อภิปราย “ประชาชนคาดหวังอะไรจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” โดยตัวแทนองค์กร
ชุมชน
- 12.00-13.00 รับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-15.00 แบ่งกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม เรื่อง “ความเป็นไปได้ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และการสร้าง
สมัชชาสุขภาพจังหวัดสตูล”
- เกษตรทางเลือก (นำโดย อ.ประสิทธิ์ คุณไชนาอำชะ คุณสุพัฒชัย และคุณกิตติโชค)
 - การคุ้มครองผู้บริโภค (นำโดย คุณกัลยวรรณ คุณวราภรณ์ คุณศรารวรรณ)
 - การสร้างสุขภาพ (นำโดย อ.อำไพ คุณอมรรัตน์ คุณสุธา)
 - การสร้างสมัชชาสุขภาพจังหวัดสตูล (โต๊ะอิหม่ามหมัดโหด อ.อภัย และ คุณแฉล้ม)
- 15.00-16.00 การนำเสนอข้อสรุปจากกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 นาที
- 16.00-16.30 อภิปรายทั่วไป สรุปผลการประชุม
ปิดประชุม

เนื้อหา รูปแบบ และกิจกรรม

จากการสังเกตพบว่าบรรยากาศของการจัดประชุมเป็นการจัดประชุมที่ผู้เข้าร่วมประชุมไม่ค่อยมี
การแสดงออก หรือขานรับต่อสิ่งที่นำเสนอ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งผู้วิจัยไม่อาจวิเคราะห์จากเนื้อหาการประชุมได้
เนื่องจากการประชุมทั้งหมดใช้ภาษาท้องถิ่นหรือภาษาใต้ แต่เข้าใจว่าผู้ฟังจำนวนมากใช้ภาษายะวี่ด้วย
ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าไปคุยหรือซักถามกับผู้ร่วมสมัชชาส่วนใหญ่ได้ การพูดคุยบางส่วนกระทำได้กับกลุ่มที่
อยู่ในเมือง เช่นชมรมผู้สูงอายุ และชมรมคนรักสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมสมัชชาส่วนใหญ่ จ้องมองดูเรื่องราวที่เกิดขึ้นบนเวทีด้วยสีหน้าที่ราบเรียบ หรือไม่ก็
แสดงความสนใจต่อลมฟ้าอากาศด้านนอกเวที เนื่องจากห้องประชุมนั้นสามารถมองเห็นทุกอย่างนอก
ห้องประชุมผ่านหน้าต่างกระจกใสได้ การประชุมในช่วงเช้าที่มีการแสดงปรากฏว่า ผู้ร่วมสมัชชาส่วนใหญ่
ดูการออกกำลังกายแบบแอโรบิคด้วยความกังขา แปลกใจไปพร้อมๆ กับสีหน้าที่ไม่น่าเชื่อหรือพอใจ
กับสิ่งที่เกิดขึ้น สังเกตได้ว่า ผู้ที่เป็นชาวบ้าน เป็นชาวมุสลิม ที่ผู้หญิงที่เข้าร่วมประชุมเกือบทั้งหมดมีผ้า

คลุมศีรษะและชุดยาวกรอมเท้า การเต้นแอโรบิคแสดงโดยผู้หญิงทั้งวัยรุ่นและวัยกลางคน ใส่กางเกงรัดรูปถึงแม้จะขยับแบบสามส่วน และมีเสื้อตาข่ายบางๆ ยาวปิดทับเสื้อแอโรบิคที่รัดแนบตัว ท่าทางการเต้นเป็นแบบแอโรบิคทั่วไป และใช้เพลงสากลเต้นประกอบ แต่ทำให้ผู้หญิงที่เป็นผู้ขายชาวมุสลิมมีสีหน้าที่ไม่ชอบใจกับสิ่งที่แสดง ในขณะที่ผู้หญิงมีทั้งเฉย แปลกใจ ชื่นกับท่าทาง และหยอกล้อกันเอง เหตุการณ์ดังกล่าวน่าจะเป็นการเริ่มต้นที่ไม่เหมาะสมกับคนส่วนใหญ่ในที่ประชุม เพราะการส่งเสริมการออกกำลังกายดังกล่าวยังไม่เป็นที่นิยมปฏิบัติในหมู่สตรีมุสลิม นอกจากนั้นหลังการอภิปรายในช่วงเช้ายังมีการแสดงจากชมรมผู้สูงอายุ ด้วยการรำไทเก๊กกับเพลงป๊อปฮิต (คุณลำไย) ซึ่งทำให้ผู้ร่วมประชุมเกิดความงงขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง แต่อย่างน้อยกว่าในช่วงแรกในตอนพิธีเปิด

การอภิปรายแต่ละประเด็นใช้เวลาไม่นาน และผู้ดำเนินรายการเป็นบุคคลคนเดียวตลอดงาน มักมีปัญหาในการควบคุมเวลาในการดำเนินการแต่ละช่วงทำให้ไม่สามารถดำเนินการไปตามที่กำหนดไว้ได้ทั้งหมด การอภิปรายแลกเปลี่ยนจากผู้เข้าร่วมประชุมถูกตัดออกไป รวมทั้งการอภิปรายว่าประชาชนคาดหวังอะไรจากพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติด้วย เสียงของภาคประชาชนถูกขอให้ไปแสดงความคิดเห็นในการประชุมกลุ่มย่อยแทน

การอภิปรายเนื้อหาในประเด็นปัญหาของพื้นที่มีหลายประเด็นที่น่าสนใจ เช่นจากเครือข่ายกลุ่มเยาวชน ที่ขอให้มีการส่งเสริมการกีฬาเพื่อลดยาเสพติดและรักษาสุขภาพของเยาวชน ซึ่งปัจจุบันเยาวชนจัดทำและหาทุนกันเอง ได้มีการเรียนรู้ร่วมกันผ่านกิจกรรม และเยาวชนเองยังมีบทบาทในงานรณรงค์สาธารณะสุขร่วมกับอสม. ในพื้นที่ด้วยเช่นการกำจัดขยะ กลุ่มเยาวชนบอกว่าเขาใช้เพียงจิตสำนึกที่จะทำเพื่อสังคม แม้จะไม่ค่อยมีความรู้เท่าไร เรื่องศาสนากับสุขภาพเองก็เป็นที่น่าสนใจผู้ร่วมประชุมแสดงความสนใจ ต่อประเด็นนี้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะเมื่อเชื่อมโยงเรื่องสุขภาพกายกับใจ และการอยู่ร่วมกันของสรรพสิ่ง รวมทั้งหลักอนามัยตามหลักศาสนาอิสลาม ที่ชาวมุสลิมต้องถือปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว

การประชุมกลุ่มย่อย ค่อนข้างที่จะเป็นการประชุมที่ไม่ตรงประเด็นกับการจัดสัมมนาเพื่อพิจารณาร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากหัวข้อถูกกำหนดโดยคณะทำงานว่า เป็นเรื่อง “ความเป็นไปได้ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติและการสร้างสมัชชาสุขภาพจังหวัดสตูล” แล้วกลุ่มย่อยกลับไปแบ่งต่อออกไปอีกเป็นเรื่อง การเกษตรทางเลือกซึ่งเป็นการประชุมพูดกันถึงเรื่องวิธีการทำการเกษตรดังกล่าวหรือเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค มีปัญหาอะไรและจะแก้ไขได้โดยผ่านขั้นตอนอย่างไรในการร้องเรียน สิทธิผู้บริโภคมีอะไรบ้าง ประเด็นย่อยในเรื่องการสร้างสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมหลายประเด็นและกลุ่มย่อยสุดท้ายในเรื่องการสร้างสมัชชาสุขภาพจังหวัดสตูล ลักษณะการประชุมกลุ่มย่อยเป็นการประชุมแบบระดมสมอง ระดมความคิดมากกว่าเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อร่างพ.ร.บ. หรือการเสนอแนวคิดเพื่อแก้ปัญหบางอย่างในท้องถิ่น

บรรยากาศการประชุมกลุ่มย่อยค่อนข้าง ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้เข้าร่วมประชุม มีคนจำนวนน้อยที่นั่งอยู่แถวหน้าของกลุ่มใกล้กับวิทยากรของทีม แสดงความคิดเห็น แต่ละกลุ่มมีคนกว่า 60-70 คน แต่มีข้อสังเกตว่า บางกลุ่มเป็นผู้หญิงล้วน คือกลุ่มสร้างสุขภาพ (ทีมวิทยากรเป็นหญิงทั้งหมดเช่นกัน วิทยากรหลักคืออาจารย์สอนแอโรบิค) ส่วนกลุ่มการสร้างสมัชชาก็มีแต่ผู้ชาย และมีโต๊ะหาม้าเป็น

วิทยากรนำ การพูดคุยในกลุ่มจับประเด็นไม่ค่อยได้ เนื่องจากไม่สามารถได้ยินเสียงวิทยากรหรือผู้ที่พูดด้านหน้าได้ เสียงพัดลมที่อยู่ข้างกลุ่มแต่ละกลุ่มก็เป็นอุปสรรคในการสื่อสารพูดคุย ทำให้ผู้ร่วมประชุมหลายกลุ่มแยกไปนั่งคุยกันเอง หรือหลบหายไปจากห้องประชุม การประชุมเกี่ยวกับ พ.ร.บ. นั้นไม่เกิดขึ้นจากการจัดเวทีสมัชชาแห่งนี้ ผู้ร่วมประชุมไม่สามารถแสดงให้เห็นพลังของสมัชชาได้

โดยรวมแล้วเวทีสมัชชาจังหวัดสตูลไม่สามารถทำตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ในการเป็นเวทีแลกเปลี่ยนรับฟังความคิดเห็นของประชาชนต่อ พ.ร.บ. และมีข้อจำกัดค่อนข้างมากในการเตรียมประเด็นเนื้อหาการประชุม รูปแบบ และการจัดกิจกรรมที่ไม่สามารถถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนเข้ามาได้ และยังขาดการเตรียมการในภาคประชาชนอีกด้วย หลายคนได้รับเอกสารในวันนั้นเป็นครั้งแรกที่ได้เห็นร่างพ.ร.บ. แต่ก็ไม่ได้อ่าน บางคนทิ้งเอกสารไว้ในห้องประชุม โดยไม่ได้หยิบอ่าน แต่ในขณะเดียวกัน ใบเซ็นชื่อรับรองการสนับสนุนพ.ร.บ. ถูกนำมาใช้ในการเซ็นชื่อเข้าร่วมประชุมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ไม่มีการพูดถึงหรือชี้แจงใดๆ เกี่ยวกับการแสดงความคิดเห็นและการลงชื่อสนับสนุนพ.ร.บ.

3.4 จังหวัดสงขลา (2 มิถุนายน 2545)

จังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดที่ใหญ่ในภาคใต้ ที่มีประชากรมากกว่าเก้าแสนคน ทำให้ได้รับการสนับสนุนให้มีการจัดเวทีสำหรับคน 600 คน ผู้เข้าร่วมสมัชชามีความหลากหลายภูมิหลังและลักษณะประชากรที่หลากหลาย ทั้งเด็ก ผู้สูงอายุ นักวิชาการ นักวิชาชีพ คนไทยเชื้อสายมุสลิม และคนไทยเชื้อสายพุทธทั้งหญิงและชาย เป็นต้น การจัดการจะเห็นได้ว่าเป็นการประสานงานอย่างกว้างขวางกับหลายภาคี ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรประชาชน เครือข่ายต่างๆ ในชุมชนท้องถิ่น คณะทำงานมีความชัดเจนต่อประเด็นปัญหาและวัตถุประสงค์ของการจัดสมัชชา เนื่องจากแกนหลักในการดำเนินงาน คุณพิชัย ศรีใส เป็นบุคคลที่อยู่ในคณะกรรมการในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ในคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ อยู่ร่วมเป็นคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลาด้วย ประธานสมัชชาจังหวัด คือ นายแพทย์อนันต์ บุญโสภณ ซึ่งเป็นนายแพทย์และผู้อำนวยการที่ทำงานให้กับประชาคมสงขลาเป็นเวลานาน และเป็นที่เคารพนับถือโดยบุคคลทั่วไป ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชนในจังหวัดสงขลา ดังนั้นเครือข่ายสมัชชาของจังหวัดสงขลาค่อนข้างกว้างขวางและได้รับการสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน

จะเห็นได้ว่า แม้แต่สถานที่จัดงานยังสามารถใช้สถานที่ ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (มอ.) หาดใหญ่ ทั้งในส่วนกลาง และสถานที่ของคณะแพทย์และพยาบาลเอง ที่เปิดให้ประชาชนเข้าไปใช้เพื่อสาธารณประโยชน์ของจังหวัด

การประชาสัมพันธ์สมัชชา

จังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดที่ใหญ่และเป็นศูนย์กลางของทางภาคใต้ ที่มีประเด็นปัญหาในพื้นที่ที่หลากหลาย และเป็นที่จับตามองของหลายหน่วยงานในการปฏิรูประบบต่างๆ ในประเทศไทย การดำเนินการสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา ได้แรงสนับสนุนจากฝ่ายสถาบันปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยตรงและจากองค์กรเครือข่ายในจังหวัดเป็นจำนวนมาก ทำให้พบว่า การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสมัชชาเป็นไปในวง

กว้าง ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ในระดับชาติมีการออกรายการสดเรื่องการจัดทำสมัชชาระหว่างผู้อำนวยการสถาบันปฏิรูประบบสาธารณสุข ผู้อำนวยการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา (คุณพิชัย ศรีใส) และผู้เกี่ยวข้องทางโทรทัศน์ในภาครองสถานการณ์และรายการภาคค่ำทางสถานีวิทยุและโทรทัศน์หลายแห่ง มีการเชิญชนปราชญ์เข้าร่วมสมัชชาในจังหวัดต่างๆ และในจังหวัดสงขลาด้วย และเมื่อมีการจัดสมัชชาเกิดขึ้นในวันจริงก็มีการทำข่าวรายงานสดและรายงานประจำวันทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งชาติ และสถานีวิทยุโทรทัศน์ระดับประเทศในหลายช่องด้วยกัน

ในระดับจังหวัดเองก็มีการโฆษณาทั้งในส่วนสื่อกระจายเสียงท้องถิ่น หนังสือพิมพ์ และการทำแผ่นป้ายโฆษณา ประกาศการประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพไปทั่วจังหวัดสงขลา และมีการเชิญศิลปินพื้นบ้าน กลุ่ม ชุมชน เครือข่ายเข้ามาร่วมเวที ซึ่งถือว่าการดำเนินงานที่ทุ่มเทลงงานไปจำนวนมากที่ทำให้คนจากหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

การประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัด

เวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลาเป็นเวทีที่ใหญ่ และมีกิจกรรมค่อนข้างมาก มีการแบ่งการประชุมออกเป็นสองช่วงใหญ่ๆ คือ ช่วงสุขภาพแฟร์ หรือตลาดนัดสุขภาพ ที่มีการแสดงนิทรรศการ เล่นเกมส์ความรู้ทางสุขภาพ และร่วมกันออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยได้นักการเมืองและข้าราชการในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมเป็นอย่างดี ช่วงที่สองคือ “ช่วงคนสงขลาสร้างสุข” ซึ่งเน้นไปที่เนื้อหาสาระของพระราชบัญญัติ โดยผ่านกระบวนการประชาพิจารณ์ที่แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม โดยมีทีมวิทยากรที่เน้นประเด็นเนื้อหาสาระที่ชัดเจน และทราบบทบาทของการทำประชาพิจารณ์และแสดงความคิดเห็นต่อร่างพ.ร.บ. เป็นอย่างดี แล้วจึงต่อยอดกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมก่อนที่จะมีการอภิปรายกลุ่มใหญ่ และสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยในการประชุมกลุ่มย่อย ขั้นตอนการจัดประชุมในรายละเอียดเป็นไปตามกำหนดการณ์ข้างล่างนี้

กำหนดการงานสมัชชาสุขภาพสงขลา

ช่วงสุขภาพแฟร์ ณ โรงแรมเนชั่น มอ.หาดใหญ่

- 5.45 ผู้เข้าร่วมสมัชชาลงทะเบียน ณ โรงแรม มอ. (แต่งตัวตามสบาย)
เปิดซุ้มกิจกรรม
ฝ่ายเวที ทักทายผู้ร่วมงาน/เล่นเกมส์
- 6.30 พิธีเปิด ผู้จัดกล่าวรายงาน
- ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา ประธานที่ประชุมกล่าวเปิดงาน
- งานแสดงของโรงเรียนพานิชยการหาดใหญ่
- 7.00 ร่วมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพคนสงขลา (แอโรบิคเพื่อสุขภาพ)

ช่วงคนสงขลาสร้างสุข ณ คณะแพทยศาสตร์ มอ.

- 8.30 ผู้เข้าร่วมเวทีประชาพิจารณ์ ร่าง พ.ร.บ. เดินทางถึงคณะแพทย์
- 9.00 ผู้เข้าร่วมเวที แยกเข้าห้องประชาพิจารณ์ตามประเด็นที่สนใจ

- ประเด็นภูมิปัญญาพื้นบ้านกับสุขภาพ (ห้องทองจันทร์)
 - ประเด็นวิถีมุสลิมกับสุขภาพ (ห้อง M 103)
 - ประเด็นคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภค (ห้อง M 104)
 - ประเด็นเด็ก สตรี คนชรา คนด้อยโอกาส (ห้อง M105)
 - ประเด็นปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ (ห้อง M106)
- 11.30 พักรับประทานอาหาร ด้านล่างห้องเรียนรวมคณะแพทย์
- 12.00 การแสดงศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน (โนรา ลิเกลาฮู ฯลฯ)
- 12.30 พี่น้องมุสลิมทำพิธีละหมาดขอพรพระเจ้า เพื่อสุขภาพของประชาชน ที่ลานคณะ
พยาบาล
- 13.00 ผู้เข้าร่วมประชุม พร้อมกันที่ห้องเรียนรวมคณะแพทย์เพื่ออภิปรายรวม
- 16.00 ประธานสมัชชาสุขภาพสงขลา แลกเปลี่ยนประสบการณ์สุขภาพสงขลาและปิดงาน

เนื้อหา รูปแบบ และกิจกรรม

เนื้อหาของการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา มีลักษณะที่เด่นในเรื่องการตั้งประเด็นในพื้นที่ขึ้นมาทำประชาพิจารณ์ร่วมกับร่างพ.ร.บ. ได้อย่างน่าสนใจ โดยเฉพาะในเรื่องของวิถีมุสลิมกับสุขภาพ ที่ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมสังเกตการณ์ด้วย ประเด็นหลายประเด็นเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงทั้งในเรื่องความเชื่อ วิธีการปฏิบัติทางศาสนาและพื้นบ้าน กับการบริการสาธารณสุขของรัฐ และในวิธีการดูแลรักษาสุขภาพแบบตะวันตกที่ไม่สอดคล้องกับวิถีปฏิบัติของคนมุสลิม ประเด็นสุขภาพสำหรับกลุ่มมุสลิมได้มีการพูดอภิปรายไปถึง สุขภาพจิต และสุขภาพทางจิตวิญญาณไปด้วย ซึ่งเป็นเรื่องที่เขาเห็นด้วยกับมิติใหม่ในพ.ร.บ.ฉบับนี้

เรื่องของปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพมีการพูดถึงประเด็นนโยบายของรัฐบ้างบางส่วน แต่น่าสังเกตว่าไม่มีการนำเรื่องราวที่เป็นปัญหาขัดแย้งในพื้นที่ขึ้นมาอภิปราย เช่นเรื่องโครงการท่อก๊าซไทยมาเลเซียที่ตัดผ่านพื้นที่ในอำเภอจะนะที่มีทั้งผู้คัดค้านและผู้สนับสนุนในจังหวัด แต่การประชุมจะไปเน้นเรื่องการหาความร่วมมือเพื่อชีวิตที่ดีขึ้นของคนสงขลาทั้งหมด

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่งคือ เรื่องสุขภาพที่เกี่ยวกับเด็ก เยาวชน (วัยรุ่น) สตรี ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ซึ่งมีตัวแทนเด็กเล็กๆ และเยาวชนมาร่วมงานและอภิปรายด้วยโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น การที่มีเด็กเล็กมาร่วมงาน นั่นถือว่าเป็นภาพที่ไม่ค่อยได้เห็นในเวทีสาธารณะเท่าไรนัก แต่คนสงขลาเล่าให้ฟังว่า “เด็กๆ ที่นี้ทุกคนเรียนรู้เรื่องชีวิตจริงที่พวกเขาต้องเผชิญในอนาคต และถือเป็นเรื่องปกติสำหรับเขา อย่างกรณีเรื่องการเรียกร้องบางอย่าง ถ้าพ่อแม่ทำไม่สำเร็จในรุ่นเขา รุ่นลูกรุ่นหลานจะได้สานต่อ เขาต้องรับรู้ความจริงซึ่งเป็นเรื่องของเขา เขาจะได้ตัดสินใจเองได้ในอนาคต” (จากการพูดคุยกับผู้ร่วมประชุมที่ทั้งหมดหญิงและชาย) วัยรุ่นเองก็สามารถอภิปรายเรื่องที่เป็นประเด็นปัญหาทางสุขภาพของพวกเขาได้ โดยเฉพาะเรื่องยาเสพติด และเรื่องสิทธิในการศึกษาอย่างน้อยขอให้เด็กมีสิทธิได้เรียนถึงชั้นมัธยม 6 ทุกคน

ในขณะที่เดียวกันประเด็นเรื่องสตรีจะมีการเตรียมประเด็นจากผู้แทนกลุ่มสตรีที่มาพูดคุยชัดเจน และให้ข้อเสนออย่างเป็นทางการในแต่ละมาตราที่เกี่ยวข้องกับสตรีได้อย่างชัดเจน

จากการสังเกต พบว่า กระบวนการประชุมกลุ่มย่อยนั้นประชาชนเข้าร่วมประชุมในทุกกลุ่มเป็นจำนวนมาก และทุกคนแสดงความสนใจและมีส่วนร่วมอย่างมาก กลุ่มที่มีผู้เข้าร่วมน้อยที่สุดเป็นกลุ่มเด็กสตรี ผู้สูงอายุและด้อยโอกาส อย่างไรก็ตามกลุ่มสตรีมุสลิมมีการแสดงออกบ้างเป็นบางช่วง แต่ถ้ามีผู้นำทางศาสนาพูดแล้ว กลุ่มสตรีมุสลิมที่อยากแสดงความคิดเห็นก็จะไม่พูด พอซักถามก็บอกว่า ไต๊ะฮิมา่มพูดเรียบร้อยแล้ว ซึ่งก็เป็นเช่นนั้นจริงเพราะประเด็นผู้หญิงมุสลิม ผู้นำทางศาสนา และผู้ชายที่เข้าร่วมประชุมได้พูดครอบคลุมไว้เรียบร้อยแล้ว

จะเห็นว่า การจัดเวทีกลุ่มย่อยที่มีผู้อภิปรายหลัก 3-4 คนหน้าเวที ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการพูดอภิปรายสำหรับการประชุมของสมัชชาจังหวัดสงขลา ทั้งๆที่ในห้องประชุมกลุ่มย่อยมีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นจำนวนเกือบร้อยคนในบางห้อง ผู้อภิปรายและผู้เข้าร่วมประชุมรักษาเวลาและประเด็นของตนเองได้ค่อนข้างดี และกระชับ ทีมวิทยากรมีความชัดเจนในบทบาทของตนเองและภาระกิจในการวิเคราะห์และเปิดให้ประชาชนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างเหมาะสม และกระบวนการเลือกผู้แทนกลุ่มไปอภิปรายในห้องประชุมใหญ่เป็นไปอย่างเปิดเผย คือมีการเลือก เสนอชื่อในที่ประชุมและออกเสียงกัน ณ เวลานั้น

กิจกรรมระหว่างการประชุมอาหารกลางวันเป็นกิจกรรมที่น่าสนใจ ที่แสดงออกถึงความมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และความสนใจในเรื่องราวเกี่ยวกับพ.ร.บ. เนื่องจากประชาชนกลุ่มเครือข่ายต่างๆ เป็นผู้ทำอาหาร และจัดอาหารเพื่อผู้เข้าร่วมประชุมได้รับทานกันเอง กลุ่มมุสลิมก็มีอาหารที่เตรียมโดยพี่น้องชาวมุสลิม กลุ่มอื่นๆ ก็มีอาหารพื้นเมืองที่กลุ่มประชาคมยกหม้อข้าว หม้อแกง ผัก ผลไม้ น้ำดื่ม มาร่วมงาน กันแบบลงขันช่วยกัน แล้วทุกคนก็ช่วยกันแบ่งปันกัน ฉันทพี่น้อง ในขณะที่รับประทานอาหารก็มีการแสดงพื้นบ้านจากชมรมต่างๆ มีการขับร้องเพลงเรือแบบพื้นบ้านที่เล่าขานเรื่องการปฏิรูปสุขภาพ ที่ผู้ร่วมประชุมให้ความสนใจไม่น้อย แต่ผู้เข้าร่วมประชุมที่ฟังภาษาพื้นบ้านไม่ออกคงจะไม่ทราบอรรถรสของเรื่องราวได้เท่าที่ควร

ก่อนการประชุมในภาคบ่าย มีการแบ่งเวลาให้ผู้เข้าร่วมประชุมชาวมุสลิมได้เข้าพิธีละหมาด และให้ผู้สนใจได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิถีชีวิตของมุสลิมได้โดยตรง แต่ไม่ค่อยมีผู้เข้าร่วมสมัชชาสนใจเท่าใดนักนอกจากนักข่าวและผู้วิจัยที่เข้าไปพูดคุยด้วย

การประชุมในภาคบ่าย ยังมีการแสดงกิจกรรมวัฒนธรรมท้องถิ่นจากสถาบันราชภัฏ และองค์กรต่างๆ อีกหลายรายการก่อนถึงการสรุปรายงานการประชุมกลุ่มย่อย เข้าใจว่าเป็นการให้เวลาสำหรับผู้นำเสนอรายงานไปเตรียมตัวก่อนการนำเสนอจริงๆ เนื่องจากผู้ที่นำเสนอหลายท่านเป็นผู้เข้าร่วมสมัชชาจริงๆ ไม่ใช่วิทยากรจากคณะทำงาน จึงต้องให้เวลาในการเตรียมขณะที่ผู้เข้าร่วมสมัชชาได้รับความเพลิดเพลินไปกับวัฒนธรรมพื้นบ้าน

ประเด็นการสรุปที่กระชับและตรงประเด็นไปในมาตราต่างๆ มีการอภิปรายเพิ่มเติมอีกบางประเด็นเท่านั้น สังเกตได้ว่าผู้เข้าร่วมประชุมยังคงติดตามสมัชชาอย่างตั้งใจ และร่วมพิถีพิถันได้มากกว่า

ครั้งหนึ่งของผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด ในการปิดการประชุมเป็นการนำคำประกาศของสมัชชาสรุปประเด็นต่างๆ ขึ้นมากล่าว โดยมีการนำจากแพทย์หญิงรัชนี้ บุญโสภณ ซึ่งเป็นแพทย์หญิงและผู้อำนวยการที่ชาวเมืองสงขลาให้ความเคารพ พร้อมกับคณะทำงานสมัชชาและผู้เข้าร่วมสมัชชาทั้งหมด (ตามที่แสดงไว้ข้างล่างนี้)

คำประกาศสมัชชาสุขภาพสงขลา

พวกเราประชาชนแห่งจังหวัดสงขลา จากทุกภาคส่วน ทุกศาสนา ทุกพื้นที่ ทุกอาชีพ เพศ วัย และสถานะทางสังคม ในนามของสมัชชาสุขภาพสงขลา ขอร่วมใจกันประกาศ วาระสุขภาพสงขลา ดังนี้

1. สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา ขอยืนยันในหลักการแห่งคุณค่าของมนุษย์ อันทรงเกียรติและมีศักดิ์ศรี ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ทุกคนมีสิทธิที่จะกำหนดสุขภาพอันเป็นสุขภาวะของชีวิต ตามหลักศาสนาธรรม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อของตนโดยไม่มีการกีดกันด้วยวิธีการใดๆ ทั้งสิ้น
2. เด็กและเยาวชน ในฐานะที่เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศต้องเปิดโอกาสให้พวกเขามีส่วนร่วม ในกลไกที่จะกำหนดนโยบายสุขภาพ และการมีส่วนร่วมอื่นๆ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และระดับชาติ อย่างชัดเจน
3. การใช้ความรุนแรงที่เป็นการคุกคามต่อสุขภาพ ต่อเด็ก เยาวชน สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส รัฐต้องมีมาตรการและนโยบายในการแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และระดับชาติ
4. รัฐต้องมีมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างเป็นองค์รวมและรอบด้าน ตั้งแต่ต้นตอของปัญหา กระบวนการผลิตและการดำเนินกิจการ บัณฑิตเวชภัณฑ์ และการเผยแพร่โฆษณาข่าวสาร พร้อมทั้งเปิดเผยข้อมูลอย่างเพียงพอ และรอบด้าน ก่อนการตัดสินใจของผู้บริโภค และรัฐต้องมีนโยบายในการพัฒนา สร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง
5. การบริการด้านสุขภาพและสาธารณสุข ต้องคำนึงถึงจารีตประเพณี ความเชื่อ ตามหลักศาสนา ต่อผู้ใช้บริการอย่างมีศักดิ์ศรี และให้อำนาจการตัดสินใจในการเลือกรับบริการใดๆ ที่เกี่ยวข้อง
6. สมัชชาสุขภาพสงขลา จะร่วมกันปกป้องและสร้างบุคลากรหมอพื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น ให้เกิดการยอมรับในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีและเท่าเทียมกับการแพทย์ด้านอื่นๆ ให้เป็นทางเลือกของประชาชนในการดูแลสุขภาพ
7. รัฐต้องมีมาตรการ ควบคุม กำหนด และออกกฎระเบียบให้มีการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
8. ปัญหาคุกคามต่อสุขภาพ ที่เกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะ หรือ โครงการพัฒนาใดๆ ทั้งที่ดำเนินการโดยรัฐและที่รับอนุญาตให้ดำเนินการ จะต้องมีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ทั้งก่อนการดำเนินการ ระหว่างการดำเนินการ

และหลังการดำเนินการจนเสร็จสิ้น

9. สมัชชาสุขภาพสงขลา จะร่วมกันสร้างสงขลาให้เป็นดินแดนแห่งความสุข ที่บริบูรณ์พร้อมทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

ประกาศ ณ วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๔๕

สมัชชาสุขภาพสงขลา

หมายเหตุ

การจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลาเน้นที่การพูดคุยอภิปราย และการใช้ภาษาท้องถิ่นทั้งหมด ไม่มีการใช้เครื่องมืออื่นๆ หรือ วิดีทัศน์

3.5 จังหวัดปราจีนบุรี (4 มิถุนายน 2545)

สมัชชาสุขภาพจังหวัดปราจีนบุรี เป็นสมัชชาขนาดเล็ก ที่กำหนดให้ผู้เข้าร่วมประชุมอย่างน้อย 200 คน เนื่องจากเป็นจังหวัดที่อยู่ในเกณฑ์ที่มีประชากรน้อยกว่าห้าแสนคน แกนนำหลักในการจัดสมัชชาสุขภาพคือ สาธารณสุขจังหวัด ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายหมอชนาภัย และเครือข่ายประชาชนคนปราจีนบุรี ชมรมแพทย์พื้นบ้าน และมีการสนับสนุนจากกลุ่มผู้ประกอบการและภาคการเมืองท้องถิ่นบ้างในบางส่วน ผู้เข้าร่วมสมัชชาเป็นสมาชิกเครือข่าย และกลุ่มอสม. เป็นส่วนใหญ่

สถานที่การจัดประชุมค่อนข้างจะโอเอียง เนื่องจากจัด ณ ธาราวาดี รีสอร์ท และมีการใช้ห้องประชุมขนาดใหญ่ มีการจัดโต๊ะและสถานที่ค่อนข้างเป็นทางการ มีการใช้เครื่องเสียงและวีดิทัศน์แบบมาตรฐานการประชุมสัมมนาที่เต็มรูปแบบ การดำเนินการของการจัดสมัชชานั้นเน้นไปที่การประชุมในห้องประชุมใหญ่และเป็นการบรรยายรวม มีการผสมผสานการประชุมกลุ่มย่อยตามประเด็นที่มีการเตรียมไว้ตามกรณีศึกษา 11 กรณี ซึ่งทราบภายหลังว่า เป็นการศึกษาเพื่อเวทีสมัชชาโดยเฉพาะและมีการพิมพ์กรณีศึกษาแจกเป็นรูปเล่มสี่สี กรณีศึกษานั้นเป็นเรื่องราวประสบการณ์ของบุคคลและชุมชน 11 เรื่อง หากแต่ว่าประเด็นที่แบ่งกลุ่มย่อยถูกเรียกและจัดกลุ่มใหม่ เป็น 4 เรื่อง ไม่ตรงกับกรณีศึกษา ทำให้การเข้าร่วมประชุมค่อนข้างสับสน โดยเฉพาะเมื่อการจัดประชุมดังกล่าว ไม่มีกำหนดการแสดงให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบ ต้องฟังจากพิธีกรเพียงอย่างเดียว ผู้วิจัยต้องขอทราบกำหนดการจากคณะทำงานโดยตรง

จากที่ปรากฏจริงและตามร่างตารางเวลาของคณะทำงาน สามารถแสดงกำหนดการได้ดังนี้

- | | |
|------------|---|
| 9.00-9.20 | นายแพทย์ สสจ. จังหวัดปราจีนบุรีนำเกี่ยวกับการจัดเวทีสมัชชา |
| 9.20-9.25 | ผู้ว่าราชการจังหวัดกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาและกล่าวเปิดการประชุม |
| 9.25-9.35 | วีดิทัศน์ “ประชาชนจะได้อะไรจาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” |
| 9.35-9.45 | เสนอความเป็นมาและสรุปประเด็นจากเวทีอำเภอ 4 เวที |
| 9.45-10.15 | พักรับประทานอาหารว่าง |

- 10.15-10.30 นำเสนอประเด็น 11 กรณีกระบวนการทางปัญญาที่นำไปสู่การช่วยกันขบคิด ถึง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
- 10.30-12.00 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันขบคิด “ประชาคมรากหญ้า ขบวนการคนกล้า ร่วมสร้างบ้าน วันใหม่ กับพ.ร.บ.สุขภาพ”
- ห้องที่ 1 แสวงหาปรัชญา แนวคิดด้านสุขภาพและการแบ่งปันความสุขแบบพอเพียง
- ห้องที่ 2 คนรักถิ่น พลังแห่งความเพียร ของการสร้างสุขร่วมกัน
- ห้องที่ 3 ร่วมกอบกู้ภาวะคุกคามทางสุขภาพ
- ห้องที่ 4 บริการในฝัน ความสัมพันธ์ของวิถีชุมชนและสุขภาพ
- 12.00-13.00 พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-14.00 วิทยากรประจำกลุ่มนำเสนอ ผลการอภิปรายการประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 15 นาที
- 14.00-14.30 สังเคราะห์เชื่อมโยงภาพรวม ฉายหน้าต่างไปสู่พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติและหัวใจ งานขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัด คืออะไร
- 14.30-15.00 พักรับประทานอาหารว่าง
- 15.00-15.30 นำเสนออนาคตที่คนปราจีนบุรีอยากเห็นบนแผ่นดินนี้
- 15.30-15.45 ธีรยุทธ บุญมี “ร่วมก่อร่างสร้างบ้านสมัชชาฯ”
- 15.45-16.00 ผู้ว่าราชการจังหวัด ประกาศข้อสรุป และทำพิธีปิดด้วยการ จุดเทียน เพื่อหลอมเจตนารมณ์ ด้วยเพลง “ความฝันอันสูงสุด”

เนื้อหา รูปแบบ และกิจกรรม

สมัชชาสุขภาพจังหวัดปราจีนจะเน้นไปที่การบรรยายโดยนายแพทย์ประจำจังหวัดท่านหนึ่ง ซึ่งนำเสนอและบรรยายในลักษณะเหมือนการสอน ถึงแม้จะมีทำที่ที่ดีและน่าสนใจ แต่ขาดการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการอภิปราย หรือ แนะนำให้ผู้ร่วมสมัชชาพิจารณาร่างพ.ร.บ. มักจะเป็นการถามว่าผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจหรือไม่ สงสัยตอนใด คล้ายกับเป็นการอบรมทีม อสม. มากกว่า การทำเวทีสมัชชาเพื่อแสดงความคิดเห็นหรือประชาพิจารณ์ต่อร่างพ.ร.บ. เมื่อมีคำถาม วิทยากรจะมีวิธีการตอบโดยเรียกชื่อผู้ถามอย่างคนที่คุ้นเคยกันมาก่อน เป็นการแสดงตัวว่ารู้จักกันมาก่อน ซึ่งเป็นทั้งข้อดีข้อด้อย เนื่องจากในด้านดี อาจทำให้ผู้ร่วมประชุมที่ถามเกิดความเป็นกันเอง แต่เท่าที่ของการตอบเหมือนกับเป็นครูที่รู้นักเรียนคนนี้เป็นใคร ครูตอบอย่างนี้นักเรียนเข้าใจหรือยัง ทำให้เกิดการขมก้นอยู่ในที่ จึงดูเหมือนเป็นการฝึกอบรม นอกจากนั้น วิทยากรที่บรรยายในห้องบรรยายรวมใช้เวลาบรรยายนานกว่ากำหนด ทำให้กำหนดการประชุมกลุ่มย่อยถูกย่นระยะเวลาลง และเนื่องจากความกระจ่ายของการจัดห้องประชุมกลุ่มย่อยกว่าจะทราบว่ามีกลุ่มไหนประชุมที่ใด ทำให้เสียเวลาการประชุมกลุ่มย่อยไปมาก

เมื่อเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยพบว่า เป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากชีวิตการทำงานในพื้นที่ ของ องค์การบริหารส่วนตำบล การทำงานในสถานีนอนามัย การทำการเกษตร การทำสัจจออมทรัพย์ การทำสมุนไพรเพื่อสุขภาพ การจัดระบบสวัสดิการในชุมชน เป็นต้น แทบจะไม่มีกลุ่มใดได้

พิจารณาเนื้อหาใน พ.ร.บ. ตามวัตถุประสงค์ของการจัดสมัชชาเท่าใดนัก การเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหาร่าง พ.ร.บ. นั้นเป็นภารกิจของวิทยากรประจำกลุ่มซึ่งปรากฏว่า ไม่มีความชัดเจนในตัวเนื้อหา หรือ กระบวนการปฏิรูปเท่าที่ควร มักจะอาศัยผู้ที่อยู่ในกลุ่มตอบเอง บางกลุ่มที่มีแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ ผู้สังเกตการณ์จากจังหวัดอื่น ที่มีประสบการณ์และความชัดเจนในเรื่องของพ.ร.บ. มากกว่าก็จะให้ผู้นั้น เป็นผู้ตอบคำถาม หรือ อธิบายเรื่องราวทั้งหมดแทน

นอกจากนั้น วิทยากรดำเนินการในการประชุมกลุ่มย่อยยังไม่สามารถนำการประชุมและให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้แสดงความคิดเห็นได้ (เนื่องจากวิทยากรเองไม่มีการเตรียมการในรายละเอียดของประเด็น) จึงทำให้การประชุมบางครั้งถูก dominate ด้วยบุคคลเพียงไม่กี่คนในกลุ่ม แต่เป็นที่น่าสังเกตเช่นกันว่า การตั้งหัวข้อประชุมกลุ่มย่อย เป็น 4 หัวข้อย่อย เรื่องการแสวงหาปรัชญา แนวคิดด้านสุขภาพ และการแบ่งปันความสุขแบบพอเพียง เรื่องคนรักถิ่นพลังแห่งความ پاکเพียรของการสร้างชุมชน เรื่อง ร่วมกอบกู้ภาวะคุกคามสุขภาพ และเรื่อง บริการในฝัน ความสัมพันธ์วิถีชุมชนและสุขภาพ ทุกประเด็นที่ตั้งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ วิทยากรดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยและผู้เข้าร่วมประชุม หากดูร่วมในการพูดคุยพิจารณาร่วมกันไม่ได้ หัวข้อให้ขอบเขตกว้างขวางและพูดกันได้จากหลายมุมมอง โดยไม่จำเป็นต้องดูกรณีศึกษาหรือพ.ร.บ. และในขณะเดียวกัน กรณีศึกษาและหัวข้อก็ไม่ได้สื่อความหมายไปในทางเดียวกัน ตัวอย่างเช่น เรื่องการแสวงหาปรัชญาแนวคิด ใช้กรณีศึกษาจาก เรื่องสัจจะอมรินทร์และระบบสวัสดิการคนจนในชุมชน ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมไม่สามารถคิดในเชิงนามธรรมตามที่ตั้งไว้ได้ ทำให้การประชุมกลายเป็นเรื่องคุยกันว่า ถ้าชุมชนอื่นจะทำสัจจะอมรินทร์บ้างจะทำอย่างไร

อย่างไรก็ตาม การสรุปการประชุมกลุ่มย่อยกลับสรุปได้เชื่อมโยงกับเนื้อหาบางเรื่องของ ร่างพ.ร.บ. โดยการสรุปนั้นกระทำโดยทีมวิทยากรกลุ่มย่อยเอง แต่บางประเด็นที่สรุปนั้นยังไม่ชัดเจนว่าเกี่ยวข้องกับพ.ร.บ.มากน้อย อย่างไร และมีการสรุปปิดท้ายที่สังเคราะห์อย่างเป็นระบบจากนายแพทย์ของจังหวัด ท่านเดิมที่บรรยายในช่วงเช้า และใช้เวลานานอีกเช่นกัน ก่อนที่จะมีพิธีกรรมในการปิดสมัชชา

ก่อนการประชุมสมัชชาเสร็จสิ้นได้มีการให้ ผู้เข้าร่วมสมัชชาเขียน “สิ่งที่ฝันและอยากให้ปราจีนเป็น” ใส่กล่องความฝัน มีการอธิบายเรื่องการลงนามสนับสนุนร่างพ.ร.บ. แต่ให้เอาไปคุยกันต่อก่อนที่จะเซ็นต์ มีการสอบถามความคิดเห็น ต่อการเข้ามาร่วมประชุมในวันนั้น ซึ่งมีแกนนำลุกขึ้นมาบอกว่า ดีที่มีการประชุมแบบนี้ อยากให้มีแบบนี้ทุกๆ เดือน จะได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ (เช่นวิธีการทำสมุนไพร การแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อการดำรงชีพ) มีการเสนอให้ผู้ว่าราชการจังหวัดมีการจัดสมัชชาให้เกษตรกรมาพบกับเอกชนธุรกิจเพื่อเปิดช่องทางการเชื่อมโยงสินค้าสู่ภาคอุตสาหกรรม และมีการนำเงินมาสนับสนุนกองทุนทำสมัชชาเช่นนี้ โดยเริ่มจาก ผู้ที่เสนอ และต่อไปเป็นกลุ่มชมรม อสม. จากอำเภอต่างๆ อีกหลายกลุ่ม ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่อาจบอกได้ว่า เป็นเรื่องเกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพหรือไม่

อันที่จริงน่าจะเป็นความคับข้องใจที่ประชาชนจังหวัดปราจีนยังไม่ค่อยมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันแบบนี้มาก่อน ซึ่งก็ถือว่าเป็นนิมิตรที่ดีที่ประชาชนมีความต้องการมีเวทีประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อาจจะต้องคำนึงถึงประเด็นและเป้าหมายการประชุมประกอบด้วย

การปิดประชุมด้วยการจุดเทียนและร้องเพลง “ความฝันอันสูงสุด” (ไม่แน่ใจว่าเป็นการให้สัญลักษณ์ในเชิงบวกหรือลบ เนื่องจากความฝันนั้นเป็นได้ทั้งสองด้าน)

3.6 จังหวัดนครปฐม (22 มิถุนายน 2545)

การประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครปฐม เป็นการประชุมสำหรับเวทีสมัชชา จำนวน 400 คน โดยมีคณะทำงานจัดสมัชชาสุขภาพจาก ศูนย์ประสานงานองค์กรเอกชนประจำจังหวัดนครปฐม (ศอน.) สมัชชาจังหวัดนครปฐม ชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีน ชมรม อสม. นครปฐม ศูนย์สาธิตสมุนไพรปลูกไม้ลาย และประชาคมจังหวัดนครปฐม เป็นผู้ร่วมจัด ซึ่งสมาชิกนั้นมาจากทั้งภาครัฐ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชนและประชาชนทั่วไป เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้จัดงานสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดในหลายๆ จังหวัด จะมีองค์กรจากภาคธุรกิจเอกชนมาร่วมจำนวนไม่มากนัก อย่างไรก็ตามที่จังหวัดนครปฐม เป็นจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมอยู่เป็นจำนวนมาก มีสถาบันการศึกษาระดับประเทศอยู่หลายแห่ง และเป็นกลุ่มชนชั้นกลางที่อยู่ใกล้กรุงเทพมหานคร ประธานคณะทำงานเองเป็นตัวแทนประชาคม ซึ่งเป็นนักธุรกิจและมีการศึกษาระดับปริญญาเอก คือ ดร.วิสุทธิ วิทย์ฐานกรณ์ วิทยากรส่วนใหญ่มาจากชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีน และวิทยากรจากสถาบันการศึกษาในจังหวัดเช่นสถาบันราชภัฏ และวิทยาลัยการบิณพลเรือน ซึ่งมีประสบการณ์ในการจัดกระบวนการและกิจกรรมมาพอสมควร

เวทีนี้เป็นค่อนข้างจะเป็นเวทีสมัชชาสำหรับชนชั้นกลาง การจัดประชุมดำเนินการที่ โรงแรมเวล ที่สร้างบรรยากาศแบบกลางๆ ไม่โอ้อวดมากเท่ากับการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นสมัชชาที่เล็กกว่า ผู้เข้าร่วมสมัชชาส่วนใหญ่แจ้งความจำนงค์มาก่อนล่วงหน้า แต่ก็มีคนจำนวนอีกจำนวนหนึ่งที่ทราบข่าวและสนใจมาร่วมงาน มาลงทะเบียนในวันนั้น

การจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพใช้เวลาผสมผสานระหว่างการจัดกิจกรรม การประชุมเสนอประเด็นในห้องประชุมใหญ่ และมีการประชุมกลุ่มย่อยในช่วงบ่ายจากประเด็นปัญหาที่มีการศึกษามาแล้วจากคณะทำงานว่าเป็นปัญหาในพื้นที่ซึ่งมาจากข้อสรุปเวทีระดับอำเภอ 12 อำเภอ 5 เวที โดยมีประเด็นหลักอยู่ 6 ประเด็นด้วยกัน คือ 1) การจัดตั้ง อบ.ภาคประชาชน 2) โครงการใกล้บ้านใกล้ใจ (การบริการสาธารณสุข) 3) การส่งเสริมแพทย์แผนไทย 4) โครงการพัฒนาของรัฐ 5) ปัญหาขยะ 6) กลไกคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ขั้นตอนการประชุมมีรายละเอียดดังที่ปรากฏในกำหนดการข้างล่างนี้

กำหนดการ การจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครปฐม

8.00-9.00	ลงทะเบียน
9.00-9.20	พิธีเปิด (ดร.วิสุทธิ วิทย์ฐานกรณ์ กล่าวรายงาน ผู้ว่าราชการจังหวัด กล่าวเปิดงาน)
9.20-9.35	คุณโชคชัย อุปพงศ์ นำสาธิตภูมิปัญญาไทย (นวดแผนไทย)
9.35-10.00	นำเสนอ วัตถุประสงค์การประชุม
10.00-10.20	ชี้แจงกระบวนการประชุม กฎ กติกาการประชุม
10.20-10.50	อาหารว่าง เครื่องดื่ม
10.50-11.10	สรุปประเด็น และปัญหาสุขภาพพื้นที่จาก 5 เวที (Power point presentation)

11.10-11.50	ทบทวนและตรวจสอบความสนใจประเด็นปัญหาร่วมกัน อภิปรายในเวทีใหญ่ ยกมือประเด็นสนใจ แจกบัตรสีให้เข้ากลุ่มตามประเด็น
11.50-12.00	วิดิทัศน์ สปรส. “ประชาชนได้อะไรจากพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ”
12.30-13.00	อาหารกลางวัน
13.00-14.00	ประชุม 6 กลุ่ม ตามประเด็น เพื่อระดมความเห็นไปสู่การแก้ปัญหาภาคประชาชน และการใช้พ.ร.บ.
14.30-15.00	อาหารว่าง
15.00-15.30	นำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อยของแต่ละประเด็น (กลุ่มละ 5 นาที)
15.30-15.45	สังเคราะห์ประเด็น และเชื่อมโยงประเด็นเข้ากับ พ.ร.บ.
15.45-16.00	อภิปรายแลกเปลี่ยน
16.00-16.30	พิธีมอบเกียรติบัตรและพิธีปิด (รูปแบบ: รมไม่แห่งสุขภาพ)

เนื้อหา รูปแบบ และกิจกรรม

กระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครปฐม มีการแบ่งเวลาเป็นสามส่วนได้ค่อนข้างเท่าๆ กัน คือ การอภิปรายในห้องประชุมใหญ่ การอภิปรายในห้องประชุมกลุ่มย่อย และการจัดกิจกรรม โดยในช่วงแรก ทีมวิทยากรมีการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสมัชชาเข้าร่วมการประชุมได้อย่างน่าสนใจ ทั้งในเรื่องการชวนพูดคุย ท้าทายและวิธีการบอกกล่าวเรื่องราวของสมัชชาและการปฏิรูปก่อนที่จะเข้าสู่ พิธีการ ผู้ที่ทยอยเข้ามาสามารถรู้สึกความเป็นธรรมชาติเหมือนการจัดลานประชุมชาวบ้าน ที่ดูมีพิธีรีตองไม่มาก เมื่อเทียบกับการจัดสมัชชาในจังหวัดอื่น ห้องไม่กว้างมากนัก แต่ก็ไม่ทำให้รู้สึกอึดอัดสำหรับคน 400 คน

การเปิดงานเป็นไปตามกำหนดการ ในขณะที่การสาธิตภูมิปัญญาไทย ด้วยการนวดแผนไทย ใช้เวลาค่อนข้างมาก เนื่องจากให้ผู้เข้าร่วมสมัชชามีส่วนร่วมในกิจกรรมการนวดตัวเองและผู้เข้าร่วมสมัชชาที่นั่งข้างเคียงด้วย ผู้นำการสาธิตเองค่อนข้างที่จะพยายามบอกกับผู้เข้าร่วมสมัชชา ในการเรียกร้องให้มีการยอมรับเรื่องการส่งเสริมแพทย์แผนไทยและให้ใบประกอบโรคศิลป์กับผู้ผ่านการฝึกอบรมด้วย (ผู้สาธิตเป็นคนหนุ่มรุ่นใหม่) ซึ่งไปสอดแทรกอยู่ในประเด็นการพูดคุยในห้องประชุมกลุ่มย่อยด้วย จะเห็นว่าพิธีกรและวิทยากรทุกคนพยายามพูดเน้นย้ำเรื่องประเด็นการปฏิรูปสุขภาพและพ.ร.บ.สุขภาพอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมชัดเจนกับวัตถุประสงค์ของการทำสมัชชาในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามวิทยากรมีวิธีการพูดที่ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการได้อย่างไม่ขัดเจน

มีการสรุปสาระและประเด็นปัญหาสุขภาพจากพื้นที่ 5 เวที และมีการทำภาพสไลด์มัลติมีเดีย และวิดิทัศน์ประกอบอย่างน่าสนใจ ในการนำประเด็นทั้ง 6 ประเด็นมาเป็นหัวข้อการประชุมกลุ่มย่อยไปด้วยได้แก่

1) การจัดตั้ง อย.ภาคประชาชน เนื่องจากการไม่ได้รับความสะดวกในการรับการรับรองเรื่องการผลิตยาสมุนไพร เป็นข้อเสนอโดยเฉพาะจากชมรมสมุนไพรในจังหวัด

2) โครงการใกล้บ้านใกล้ใจ (การบริการสาธารณสุข) เนื่องจากมีความเห็นว่าปัจจุบันในพื้นที่หลายแห่งยังไม่ได้ได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน การรักษายาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีราคาแพงและเป็นภาระแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

3) การส่งเสริมแพทย์แผนไทย ในพื้นที่ที่มีความเห็นว่าการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยปัจจุบันยังไม่ครอบคลุม หลายคนได้รับการฝึกอบรมจากกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้วก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการหรือในทางปฏิบัติ ผู้ที่เป็นแพทย์พื้นบ้านแต่เดิมหลายชั่วอายุคนมีความรู้และความเชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตามไม่เป็นที่ยอมรับ

4) โครงการพัฒนาของรัฐ เห็นเห็นว่าปัญหาสำหรับคนรักแม่น้ำท่าจีนคือเรื่องการสร้างประตูละบายน้ำที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระยะยาว

5) ปัญหาขยะ เป็นปัญหาร่วมระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนรอบนอกที่พบว่ามีปัญหาการกำจัดขยะ ทั้งจากบ้านเรือนและโรงงาน ซึ่งเป็นผลกระทบต่อแม่น้ำท่าจีนเช่นกัน นอกจากนั้นแล้วยังเป็นปัญหามาจากมลภาวะในชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงด้วย

6) กลไกคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดราชบุรีมีความตื่นตัวในเรื่องกลไกการมีตัวแทนภาคประชาชนในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นตัวแทนจากทุกภาคส่วนจริงๆ ทั้งการแพทย์แผนไทย และกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ด้วย โดยมีข้อเสนอจากพื้นที่ให้ผู้แทนภาคประชาชนเป็น หนึ่งในสามของคณะกรรมการทั้งหมด

รูปแบบการประชุมกลุ่มย่อยจะพบว่าบางกลุ่มวิทยากรมีความเชี่ยวชาญในการนำกลุ่มและกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ประกอบกับการเตรียมประเด็นและเชื่อมโยงเนื้อหากับพ.ร.บ.ไว้แล้ว ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมได้ความรู้ดี แต่ในบางกรณีทำให้เกิดการครอบงำกรอบความคิดของกลุ่มและมีท่าทีที่ปกป้อง พ.ร.บ. ออกมาบ้าง ในขณะที่บางกลุ่มการเตรียมการพูดคุยออกไปนอกประเด็นของพ.ร.บ. แต่เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมเช่น กลุ่มการแพทย์แผนไทย การตั้งอย.ภาคประชาชน ในขณะที่บางกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมเน้นการบอกถึงปัญหาที่เขาประสบและต้องการให้ที่มหาวิทยาลัยตอบปัญหาหรือชี้ทางแก้ไขให้ทันที เช่น การประชุมกลุ่มย่อยของโครงการพัฒนาของรัฐ และปัญหาขยะ

การเสนอผลการประชุมและการสังเคราะห์ประเด็นเป็นการดำเนินการจากที่มหาวิทยาลัยที่มีการเตรียมงานมาเป็นอย่างดี และมีการเปิดอภิปรายให้ซักถามทั่วไปได้อย่างเหมาะสม ผู้เข้าร่วมสมัชชาสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างหลากหลาย รวมทั้งมีการเสนอต่อพ.ร.บ.เป็นกลอนขับร้องอีกด้วย ทำให้บรรยากาศการประชุมเป็นกันเองค่อนข้างมาก ซึ่งทำให้การทำกิจกรรมก่อนปิด คือ การทำ “ร่มไม้แห่งสุขภาพ” โดยที่ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้รับแจกใบไม้คนละหนึ่งใบ เขียนสิ่งที่ตนอยากเห็นในการปฏิรูประบบสุขภาพลงไปในใบไม้แล้วนำไปติดไว้บนต้นไม้ช่วยกันแต่งให้เต็มต้น แล้วต้นไม้ดังกล่าวถูกนำเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป ซึ่งทำให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมมากๆ และต้นไม้นั้นก็ปรากฏในเวทีสมัชชาแห่งชาติดังที่คณะทำงานได้กล่าวไว้

การปิดสมัชชาที่ค่อนข้างแปลก คือ การมอบเกียรติบัตรสำหรับผู้เข้าร่วมงานซึ่งเป็นการสร้างความยอมรับเชื่อกัน (recognition) กับทีมงานหรือประธานซึ่งเป็นผู้มอบและจัดพิมพ์เกียรติบัตรดังกล่าว มีอาจบอกได้ แต่เป็นกิจกรรมที่ไม่ปรากฏในสมัชชาที่ไปพบ ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นเสมือนการผ่านการฝึกอบรม หรือเป็นการหาเสียงของใครบางคน หรือเป็นการมอบเป็นที่ระลึกอย่างไร สรุปไม่ได้แน่ชัด

3.7 จังหวัดแม่ฮ่องสอน (12 กรกฎาคม 2545)

เวทีสมัชชาแม่ฮ่องสอนเป็นเวทีเกือบจะสุดท้ายของการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด และเป็นเวทีที่อยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลไม่มีผู้สังเกตการณ์จากจังหวัดอื่นๆ หรือจากผู้แทนของสปรส. เวทีสมัชชานี้เป็นเวทีขนาดเล็ก ประมาณ 200 คน ที่จัดขึ้นโดย เครือข่ายชุมชนเข้มแข็งจังหวัดแม่ฮ่องสอน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดและเครือข่าย อ.ส.ม.

ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ เกินกว่าครึ่งเป็นกลุ่มคนในเมือง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านสาธารณสุขทั้งในสถานีนอคมัยในชุมชน สสอ. แพทย์ พยาบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น นักวิชาการ และประชาชนทั่วไปในเขตอำเภอเมือง เนื่องจากจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีลักษณะเป็นเขาสูงชัน การเดินทางค่อนข้างลำบาก ถึงแม้ว่าจะมีการเกณฑ์เครือข่ายประชาชนจากอำเภอต่างๆ เข้ามาร่วมประชุมจากทุกอำเภอ อำเภอละประมาณ 20-40 คน จะพบว่าอำเภอที่อยู่ห่างไกลและทุรกันดารมีผู้มาร่วมประชุมเป็นจำนวนน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในเมืองหรือนอกเขตเทศบาลของอำเภอเมือง การเดินทางในเมืองเองก็ยังไม่มียรถประจำทางสาธารณะ คณะผู้จัดสมัชชาต้องมีการเตรียมรถรับส่งผู้เข้าร่วมประชุมด้วย ดังนั้นผู้ที่ไม่อยู่ในเครือข่ายและไม่ใช่คนที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขจึงมาเข้าร่วมสมัชชาได้น้อย

การประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัด

การประชุมจัดในตัวโรงพยาบาลประจำจังหวัด คือ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ โดยใช้ห้องประชุมชั้นสองของโรงพยาบาล ห้องประชุมเป็นห้องโถงใหญ่ จุคนได้มากกว่า 500 คน ผู้ร่วมสมัชชาเพียง 200 กว่า คน จึงพอทำให้ห้องดูกว้างขึ้นอีก มีเวทีดำเนินรายการอยู่ตรงด้านหนึ่งของห้อง ตรงข้ามมีการออกรายการวิทยุกระจายเสียงในท้องถิ่น เป็นการออกรายการสดเกี่ยวกับสมัชชา แต่การเข้าไปยังห้องประชุมต้องเดินผ่านฝ่ายเวชระเบียนและอายุรกรรมขึ้นไป ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลจะมองผู้เข้าร่วมสมัชชาอย่างแปลกใจ โดยไม่ทราบว่าเวทีสมัชชา ผู้เข้าประชุมจึงต้องเป็นผู้ที่มีการเตรียมกันมาประชุมล่วงหน้า หากเป็นพยาบาลหรือแพทย์ของโรงพยาบาลจะมีการเวียนขึ้นมาดูเป็นครั้งคราว จากการพูดคุยถามคนในเมืองตามร้านค้า หลายคนไม่ทราบว่ามีการประชุมอะไร เกี่ยวกับเขาอย่างไร บางคนอาจได้ยินอยู่แต่ไม่ได้สนใจ

การดำเนินการจัดสมัชชาเน้นหนักไปในด้านการประชุมระดมความคิดเห็นผ่านการประชุมกลุ่มย่อย ซึ่งแบ่งเป็น 6 กลุ่ม ที่ประชุมได้รับทราบเกี่ยวกับการจัดสมัชชาและการสรุปประเด็นปัญหาในพื้นที่อำเภอ ซึ่งเรียกเป็น โซน ของจังหวัด จากการอภิปรายในห้องประชุมใหญ่ ซึ่งเป็นห้องเดียวกันกับการประชุมกลุ่มย่อยเพียงแต่แยกมุมคุยกันในช่วงประชุมกลุ่มย่อย ประกอบกับรูปทรงของห้องเป็นโดมหก

เหลื่อม เมื่อมีการประชุมกลุ่มย่อยเสียงค่อนข้างจะดังสะท้อนรบกวนกัน บางกลุ่มถึงกับต้องย้ายที่ประชุมออกไปข้างนอก ทำให้มีอุปสรรคในการพูดคุยอย่างต่อเนื่อง

ทีมวิทยากรส่วนใหญ่เป็นตัวแทนเครือข่ายประชาคมและองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคยผ่านการอบรมเป็นวิทยากรมาก่อน บ้างก็เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากกลุ่มหมออนามัย วิทยากรบางท่านเป็นพยาบาลซึ่งแต่งชุดพยาบาลขึ้นมาเป็นวิทยากรเลย โดยรวมมีการเตรียมงานที่วิทยากรเป็นอย่างดี

กำหนดการการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ณ ห้องประชุมอาคาร ส.ว. โรงพยาบาลศรีสังวาลย์

8.00-9.00	ลงทะเบียนและชมดนตรีพื้นบ้าน
9.00-9.20	พิธีเปิดการประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดแม่ฮ่องสอน
	กล่าวรายงาน โดยอาจารย์สุเทพ นุชทรวง ประธานเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งจังหวัดแม่ฮ่องสอน
	กล่าวเปิดประชุม โดยผู้ว่าราชการจังหวัด
9.20-9.30	วาทิต์ทัศน์ “ประชาชนจะได้อะไรจากพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ”
9.30-9.45	ชี้แจงการประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัด โดยผู้ช่วยเลขาธิการคณะทำงานจัดสมัชชา (คุณโยธิน จากสสจ.)
9.45-10.00	พักรับประทานอาหารว่าง
10.00-10.15	นำเสนอสรุปประเด็นปัญหาสุขภาพของแต่ละโซน โดยผู้แทนของโซน
	ดำเนินการโดย นายพัฒนา ไชยพันธ์ (NGO)
10.15-10.30	สรุปปัญหาสุขภาพในภาพรวมทั้งจังหวัด โดยเลขานุการคณะทำงานจัดสมัชชาสุขภาพ
10.30-11.30	ประชุมกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม เพื่อทบทวนปัญหาสุขภาพให้เชื่อมโยงกับมาตราต่างๆ ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ดำเนินรายการโดย นายโสรัจจ์ ปวงคำคง (สธ.อ.แม่สะเรียง)
12.00-13.00	พักรับประทานอาหารกลางวัน และชมดนตรีพื้นบ้าน
13.00-14.30	ประชุมกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม เพื่อให้ความคิดเห็นต่อร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
14.30-14.45	พักรับประทานอาหารว่าง
14.45-16.00	นำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม
	อภิปรายทั่วไป ดำเนินรายการโดย นายถนัด สินอนันต์วัฒน์ (ประธานประชาคม)
16.00-16.30	พิธีปิดการประชุม โดยอาจารย์สุเทพ นุชทรวง ประธานเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง

เนื้อหา รูปแบบ และกิจกรรม

รูปแบบการประชุมค่อนข้างเป็นทางการ และเน้นที่เนื้อหา ที่หนักไปทางวิชาการซึ่งทีมวิชาการเตรียมการมาเป็นอย่างดี การประชุมค่อนข้างจะดำเนินไปเรื่อย ไม่มีการอภิปรายในกลุ่มใหญ่เท่าที่ควร ส่วนใหญ่เป็นการพูดไปตามขั้นตอนที่วางเอาไว้ตามกำหนดการ พิธีการต่างๆ เป็นไปอย่างสั้นๆ และไม่

ค่อยมีสีสันเท่าไรแม้จะมีการแสดงพื้นบ้านก็ตาม (เป็นไปได้ว่าห้องประชุมใหญ่และเวทีเล็ก) ภาษาที่ใช้สำหรับการประชุมเป็นภาษากลางทั้งหมด ยกเว้นการประชุมกลุ่มย่อยที่บางกลุ่มจะใช้ภาษาท้องถิ่น ส่วนประชากรชาวเขาที่เป็นประชากรส่วนใหญ่ ของจังหวัดไม่ได้มีส่วนร่วมในการประชุมแต่อย่างใด

การพูดถึงประเด็นปัญหาเพื่อการพิจารณาร่างส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข และการจัดการทั้งหมด ดังจะเห็นได้จากการจัดหัวข้อการประชุมกลุ่มย่อย และคุณสมบัติผู้เข้าร่วมประชุมดังตารางต่อไปนี้

ตารางการแบ่งกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม

กลุ่ม	เรื่อง	คุณสมบัติผู้เข้าร่วมประชุม
1	การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพ/สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ	ทีมอำเภอแม่สะเรียง (มีผู้เข้าร่วม 30 คน)
2	การจัดสมัชชาสุขภาพ	ทีมอำเภอแม่ลาน้อย/สบเมย ศัลยแพทย์ รพ.แม่สะเรียง (ผู้เข้าร่วม 44 คน)
3	ระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ	ทีมอำเภอปางมะผ้า/อำเภอปาย (ผู้เข้าร่วม 25 คน)
4	การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ	ทีมอำเภอเมือง ในเขตเทศบาล (ผู้เข้าร่วม 62 คน)
5	การกระจายอำนาจอย่างแท้จริง	เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อบต./นักรการเมือง ทีมอำเภอเมือง นอกเขตเทศบาล (ผู้เข้าร่วม 52 คน)
6	กำลังคนด้านสุขภาพ	ผู้แทนหมออนามัย พยาบาล/นักวิชาการ อบต. ทีมอำเภอขุนยวม แพทย์ (มีผู้เข้าร่วม 34 คน)

แต่ละกลุ่มจะมีใบงาน 2 ใบที่ระบุว่าภารกิจที่จะต้องมีการพิจารณามีอะไรบ้าง ภารกิจที่ทุกกลุ่มมีส่วนร่วมกัน คือการแสดงความคิดเห็นต่อพ.ร.บ. ตามแนวทางที่ สป.รศ. กำหนดไว้ให้เป็นภารกิจเรื่องทิศทางและหลักการสุขภาพแห่งชาติ และประเด็นทั้ง 8 ประเด็น กับสาระสำคัญ กับสิ่งที่ควรปรับปรุงในแต่ละเรื่อง ใบที่สองคือใบงานสำหรับการประชุมกลุ่มย่อยตามหัวข้อเรื่องที่ระบุข้างต้น มีการกำหนดหัวข้อและประเด็นย่อยในแต่ละมาตราไว้โดยละเอียดสำหรับบางกลุ่ม รวมทั้งมีแผ่นป้ายที่เขียนเตรียมให้

พิจารณาและลงคะแนนในแต่ละข้อว่าเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือเสนอปรับปรุงแก้ไขอย่างไรประกอบด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่หนึ่ง ส่วนในกลุ่มที่สองจะพูดถึงมาตราที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของกลุ่มแล้วแสดงความเห็นโดยตรงต่อเรื่องที่แต่ละคนมีทัศนคติต่อเรื่องนั้น เรื่องการกระจายอำนาจนั้นเป็นเรื่องเดียวที่ไม่มีประเด็นระบุอยู่ในพ.ร.บ. มาตราใดมาตราหนึ่ง ทางกลุ่มจึงใช้การยกเอาคำพูดของ นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ที่กล่าวถึง “ขุนพลสร้างสุขภาพตัวจริง” ให้ไปทำงานสร้างสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในเนื้อหาของการอภิปรายจะเห็นได้ว่าผู้ประชุมเกินกว่าครึ่งพยายามพูดในสิ่งที่ตนมีความคิดเห็นและมองว่าหลายประเด็นเป็นเรื่องที่กระทบต่อตัวเขาโดยตรง (เนื่องจากเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) เช่นเรื่องการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ มีการวิพากษ์วิจารณ์อย่างมาก ว่าทางจังหวัดต้องแบกรับประชากรต่างด้าวและชาวเขาที่ไม่ได้มีสัญชาติและการขึ้นทะเบียนราษฎรจำนวนมาก ทำให้งบประมาณทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน การวิพากษ์วิจารณ์นั้นยังเลยไปถึงปัญหาโครงการสามสิบบาท และพยายามขอแก้ไข เพิ่มเติมในพ.ร.บ. อยู่หลายเรื่องด้วยกัน กลุ่มกำลังคนด้านสุขภาพเช่นกัน มีความเห็นค่อนข้างแตกต่างกัน บางคนเห็นดีด้วยที่จะมีกำลังคนที่ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์มาช่วยในการบริการโดยเฉพาะการเสริมและป้องกัน บางคนต่อต้านการระบุว่ากำลังคนด้านสุขภาพหมายรวมเอาอาชีพอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์เข้าไปด้วย กลุ่มกระจายอำนาจจะมีเสียงจากนักการเมืองท้องถิ่นและอบต.อยู่ค่อนข้างมาก เป็นที่น่าสังเกตที่ ผู้พูดส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย แต่ในกลุ่มเรื่องการเงินการคลังและกำลังคนมีทั้งผู้หญิงและชายพูดอภิปรายในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นหญิงอยู่ด้วย

การจัดสมัชชาสุขภาพและการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อนสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม วิทยากรใช้เวลาอธิบายสิ่งที่เตรียมมาค่อนข้างมาก ผู้เข้าร่วมจะแสดงความคิดเห็นตอนลงคะแนนเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ปรับปรุงหรือ แก้ไข ในแต่ละมาตราเป็นส่วนใหญ่

การสรุปผลการประชุมกลุ่มย่อยเป็นหน้าที่ของฝ่ายที่มวิทยากรเช่นกัน คนส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการซักถามหรืออภิปรายในที่ประชุมกลุ่มใหญ่ ไม่ค่อยมีพลังของการประชุมเท่าไรนัก บางคนกลับก่อนที่จะมีการสรุปผลการประชุมกลุ่มย่อยด้วยซ้ำ มีการเพิ่มเติมให้พระขึ้นมากล่าวก่อนการปิดประชุมเนื่องจากคนอภิปรายในที่ประชุมใหญ่น้อย เพียง 2-3 คน การประชุมสมัชชาจึงปิดก่อนกำหนดเวลา ทั้งที่มีความพยายามยืดเวลาออกไปอีกด้วยเนื่องจากฝนตกหนักและผู้เข้าร่วมประชุมยังไม่สามารถเดินทางกลับภูมิลำเนาได้ก่อน จึงกล่าวได้ว่าเวทีสมัชชาจังหวัดแม่ฮ่องสอนมี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขและกลุ่มวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการแสดงความคิดเห็น และย้ำประเด็นปัญหาการแบกรับภาระชนกลุ่มน้อย ผู้พลัดถิ่นและแรงงานข้ามชาติ เป็นส่วนใหญ่

รวมบทเรียนจากการจัดสัมมนาสุขภาพระดับจังหวัด

รูปแบบ	จุดเด่น	อุปสรรค	หมายเหตุ
การจัดประชุมอภิปรายในห้องประชุมกลุ่มใหญ่	- เห็นพลังร่วมกัน - ได้แลกเปลี่ยนในสาระเดียวกัน - ผู้เข้าร่วมประชุมได้ความรู้ในชุดเดียวกัน - มีโอกาสให้ประเด็นอื่นๆ ได้กว้างขวางกว่าที่กำหนด <u>ตัวอย่าง</u> จังหวัดกาฬสินธุ์	- ไม่มีเวลาสำหรับการอภิปรายทั่วไป ยกเว้นผู้ที่เตรียมมาแล้ว - ขาดการอภิปรายในเชิงแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม - ผู้จัดสามารถครอบงำความคิดและปกป้องประเด็นที่ตนเตรียม <u>ตัวอย่าง</u> จังหวัดสกลนคร	อาจมีความเหมาะสมกับบางพื้นที่ที่คนส่วนใหญ่ไม่ชอบแสดงความคิดเห็น
การจัดประชุมกลุ่มย่อย	- คนส่วนใหญ่มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น - สามารถเปิดประเด็นให้ระดมความคิดได้ตรงตามกลุ่ม เป้าหมาย - วิทยากรสามารถเตรียมประเด็นได้ชัดเจนตรงตามวัตถุประสงค์ <u>ตัวอย่าง</u> จังหวัดสงขลา จังหวัดแม่ฮ่องสอน	- คนหนึ่ง ไม่อยู่ต่อ ไม่อยากมีส่วนร่วม - ขึ้นกับความสามารถ ของวิทยากรในการจัดกระบวนการพูดคุยและบันทึกประเด็น - ประเด็นที่พูดคุยไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ <u>ตัวอย่าง</u> จังหวัดสตูล	ทีมวิทยากรประชุมกลุ่มย่อยมีความสำคัญอย่างมากในการจัดเวทีดังกล่าว
การจัดประชุมกลุ่มใหญ่ผสมผสานกับการจัดประชุมกลุ่มย่อย	- ผู้เข้าร่วมประชุมได้ทั้งภาพกว้างและภาพลึกของความคิดเห็นของสมาชิก - ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นทั้งในวงเล็กและย้าได้ในการประชุมกลุ่มใหญ่ - มีพลังร่วมของหลายฝ่าย แต่ขึ้นอยู่กับวิธีการดำเนินการของทีมวิทยากร <u>ตัวอย่าง</u> จังหวัดสงขลา จังหวัดนครปฐม จังหวัดแม่ฮ่องสอน	- ใช้เวลามากแต่ไม่ตรงประเด็น - ไม่ได้พิจารณาเรื่องในพ.ร.บ. - วิทยากรไม่สามารถเชื่อมโยงบริบทที่พูดคุยระหว่างกลุ่มย่อยได้ - มีการเสนอสรุปการประชุมกลุ่มย่อย ตามสิ่งที่เตรียมมาเองก่อนหน้าการประชุม <u>ตัวอย่าง</u> จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดนครปฐม (บางส่วน)	กระบวนการและการจัดลำดับขั้นตอนของการดำเนินการประชุมมีความสำคัญ บางครั้งการเปิดอภิปรายในกลุ่มใหญ่ถูกปิดให้ไปอภิปรายในกลุ่มย่อย พอลอภิปรายในกลุ่มย่อย ถูกขอให้ไปอภิปรายในเวทีใหญ่ และบางครั้งทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมขาดโอกาส

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการแสดงความคิดเห็น

- การประชุมแบบเป็นทางการ
- องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมประชุม กับ การใช้และแสดงอำนาจ จากยศ ตำแหน่ง
- **คณะทำงานและทีมวิทยากร** ทำหน้าที่ของaccommodate และ validate ผู้เข้าร่วมประชุมแค่ไหน
- การสื่อสารและเครื่องมือในการสื่อสาร การใช้ภาษาท้องถิ่น
- การจัดลำดับขั้นตอน และระยะเวลาสำหรับการแสดงความคิดเห็นและพิจารณาสาระสำคัญของร่างพ.ร.บ.
- การมีกิจกรรม/พิธีกรรม ความเหมาะสมและเนื้อหา
- การหาโอกาสจากการประชุมของคนที่ต้องการเล่นการเมืองในท้องถิ่น
- สถานที่ อาหาร การเดินทาง (logistic) ที่ทำให้ผู้ประชุม
- ทูณทางสังคมของแต่ละท้องถิ่น บริบทของความสัมพันธ์ในท้องถิ่น การมีเครือข่ายประชาคม

4. กระบวนการ สัมภาษณ์สุขภาพแห่งชาติ วันที่ 8-9 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพมหานคร

การจัดสัมภาษณ์สุขภาพแห่งชาติ ได้ผ่านกระบวนการเตรียมการในหลายขั้นตอน หลังจากที่ได้มีการประชุมสมัชชาระดับอำเภอและระดับจังหวัดเสร็จเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทั้งในด้านของเนื้อหา รูปแบบ วิธีการดำเนินงาน การจัดการในที่วิทยากร การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการประชุมของประชาชนกว่า 3,000 คน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการประชุม ที่งานหลักในการจัดสัมภาษณ์คือ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และคณะทำงานจัดสัมภาษณ์สุขภาพแห่งชาติ 2545 ซึ่งมีคณะเลขานุการจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) และอาจารย์ไพฑูริย์ วัฒนศิริธรรม รองประธานคณะกรรมการสร้างความรู้ความร่วมมือนทางสังคมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นประธานคณะทำงานในการจัดสัมภาษณ์สุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับหน่วยงาน องค์การประชาคม ภาควิชา เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดทั่วประเทศและสมัชชาสุขภาพเฉพาะอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งคณะจัดงานทั้งหมดนี้ได้มีการประชุมระดมสมองและปรึกษาหารือในเรื่องการจัดงานทั้งในภาพรวม และในภาระกิจเฉพาะของแต่ละกลุ่มงานของตนอีกหลายครั้ง ก่อนจะถึงวันงาน โดยเฉพาะเรื่องการจัดการกระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่อร่างพ.ร.บ.จากเวทิดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วม

การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการจัดสัมภาษณ์มีการเตรียมการอย่างเป็นระบบ ในสื่อมวลชนทุกแขนง และเป็นการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่เริ่มต้นของการจัดสมัชชาระดับท้องถิ่น ทั้งอำเภอและจังหวัด และมีความเข้มข้นมากขึ้นเมื่อใกล้วันงานจริงๆ มีการแถลงข่าว ให้สัมภาษณ์ และออกรายการวิทยุโทรทัศน์ทางสถานีทุกสถานี เครือข่ายวิทยุและสิ่งพิมพ์สื่อสารมวลชน สื่อหนังสือพิมพ์อีกหลายฉบับ รวมทั้งมีการจัดสมัชชาให้ผู้สื่อข่าวแสดงความคิดเห็นต่อพ.ร.บ. ก่อนวันจัดสมัชชาอีกด้วย การแถลงข่าว ให้สัมภาษณ์ และออกรายการต่างๆ นั้น มีทั้งที่มาจากผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยตรง จากประธานและคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่งานเครือข่ายการปฏิรูประบบสุขภาพ คณะกรรมการยกร่าง ร่างพ.ร.บ.อีกหลายท่าน การออกรายการวิทยุและโทรทัศน์เป็นการออกรายการสดให้มีการถามตอบ ตั้งกระทู้ และให้ข้อมูลอีกหลายๆ ด้านที่เกี่ยวกับการปฏิรูปไปพร้อมกับ การแถลงการเรื่องการจัดสัมภาษณ์สุขภาพแห่งชาติ

ผู้เข้าร่วมประชุม มีการแจ้งความจำนงค์ที่จะเข้าร่วมประชุมไว้ล่วงหน้าก่อนวันประชุมถึง 2,877 คน ซึ่งมากกว่าที่กำหนดไว้แต่เดิมเพียง 2,000 คน เป็นผู้ที่มาจากภาคประชาคม 1,411 คน จากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข 347 คน ผู้ที่ระบุว่าเป็นประชาชนอีก 195 คน และอีกหลายกลุ่ม เครือข่ายผู้หญิง ผู้พิการ สมาคมวิชาชีพ นักวิชาการ ประชาชนทั่วไป นักการเมืองและยังมีการเข้าร่วมประชุมสมทบในวันประชุมนั้นอีกจำนวนมาก ทำให้มีผู้เข้าร่วมประชุมในวันแรกมากกว่า 3,000 คน การแจ้งความจำนงค์เข้าร่วมสัมภาษณ์สุขภาพแห่งชาติล่วงหน้า เป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้จัดสัมภาษณ์ เนื่องจากสมัชชานี้เป็นสมัชชาที่เปิดเข้าร่วมประชุมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากแต่การลงทะเบียนหรือแจ้งความ

จำนวนคลังหน้าจะทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับเอกสารและอุปกรณ์ที่แจกให้สำหรับการเข้าร่วมประชุม รวมทั้งคู่มืออาหารกลางวันฟรี ไม่ได้มีผลต่อการออกเสียง หรือร่วมแสดงความคิดเห็น

สัดส่วนผู้เข้าร่วมประชุมที่มีการลงทะเบียนไว้ล่วงหน้า (ตามข้อมูลของสปส.) มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภาคีประชาคมสุขภาพจังหวัด รวมประมาณ 1,400 คน

กลุ่มที่ 2 ภาคีประชาคมกลุ่มเฉพาะจำนวน 13 กลุ่ม รวม 150 คน

กลุ่มที่ 3 คณะกรรมการ สปส. อนุกรรมการ/คณะทำงาน ภายใต้ สปส. รวม 150 คน

กลุ่มที่ 4 นักวิชาการ วิชาชีพ องค์การภาครัฐ องค์การภาคีอื่นๆ และนักการเมือง ประมาณ 500 คน

ส่วนประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ลงทะเบียนไว้ล่วงหน้ามีประมาณ 1,000 คน

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คือ

เพื่อเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่

1. เพื่อประชาสัมพันธ์ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติทั้งฉบับ รวมทั้งพิจารณาความเป็นไปได้หรือตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสังคมไทย
2. เกิดการแลกเปลี่ยนบทเรียน ประสบการณ์สำหรับการพัฒนาการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในอนาคต เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ที่นำไปสู่การจัดกลไกประชาคมสุขภาพในระดับต่างๆ
3. เพื่อเป็นเวทีที่ทุกภาคส่วนได้มีโอกาสแสดงการสนับสนุน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติและการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
4. เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งของกระบวนการเรียนรู้แก่ภาคประชาคม/องค์กรต่างๆ ที่เข้ามา ร่วมกันทำงานเพื่อสุขภาพ

ประเด็นการรับฟังความเห็น ได้แก่

1. ทิศทางและหลักการต่อร่าง พ.ร.บ. ทั้งฉบับ
2. ทิศทางและหลักการว่าด้วย
 - a. หลักการ สิทธิ หน้าที่ และความมั่นคงด้านสุขภาพ (หมวด 1-2)
 - b. กลไกหลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ (หมวด 3,4,5)
 - c. การสร้างสุขภาพ (หมวด 6)
 - d. การบริการสาธารณสุข (หมวด 6)
 - e. การควบคุมปัญหาที่คุกคาม / นโยบายสาธารณะ (หมวด 6)
 - f. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ (หมวด 6)
 - g. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (หมวด 6)
 - h. องค์ความรู้ / กำลังคน / การเงินการคลังด้านสุขภาพ (หมวด 6)
3. สาระสำคัญว่าด้วย 8 ประเด็น ตามข้อ 2

4. สิ่งที่ต้องปรับปรุงในแต่ละเรื่อง
 - ตัด - เติม - เสริม - แต่ง
 - เหตุผลในการตัด เติม เสริม แต่ง

การดำเนินการในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ

- ก. ในภาคเนื้อหาเกี่ยวกับร่าง พ.ร.บ. และการระดมความคิดเห็น ซึ่งจะอยู่ในการประชุมกลุ่มย่อย และการนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย
- ข. ในด้านพิธีการและการแสดงพลังร่วมของสมัชชา ปรากฏอยู่ในการดำเนินการจัดสมัชชาในห้องประชุมใหญ่และบนเวทีรวม
- ค. ด้านกิจกรรมเสริมการเรียนรู้แลกเปลี่ยน และแสดงศักยภาพของชุมชน โดยการแสดงนิทรรศการ การแสดงทางวัฒนธรรม รวมทั้ง การออกบูท ที่อยู่ด้านล่างของอาคารประชุม ที่จัดเป็น “ลานสมัชชา”

เนื้อหาของ “ลานสมัชชา” ประกอบไปด้วยกิจกรรม “รวมพลังสร้างสังคมสุขภาพ –สุขภาพสังคมสร้างสรรค์” ซึ่งมีนิทรรศการชุมชนคนรักสุขภาพ กิจกรรมสาธิตของกลุ่มเครือข่ายเฝ้าระวังสุขภาพ จาก 10 กรณีศึกษา นิทรรศการศิลปะของพลเมืองเด็ก นิทรรศการ “เส้นทางแห่งการปฏิรูประบบสุขภาพ” นิทรรศการผลงานของสมัชชาสุขภาพจังหวัด และที่สำคัญคือบอร์ดใหญ่ภาพต้นไม้แห่งสุขภาพ “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยธรรมนูญสุขภาพคนไทย” ที่ผู้เข้าร่วมสมัชชาสามารถนำสติ๊กเกอร์ที่ได้รับแจกจากคณะทำงาน ไปติดตามประเด็นที่ตนคิดว่าสำคัญ ในแปดประเด็นที่อยู่ในร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พร้อมประเด็นย่อยตามหมวดและมาตราต่างๆ ซึ่งเป็นการพลังและการโหวตเสียงในอีกแบบหนึ่ง

นอกจากนั้นในลานสมัชชายังมีการแสดงวัฒนธรรมจากภาคต่างๆ เป็นการต้อนรับแขกผู้มีเกียรติ โดยเฉพาะท่านนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งนักการเมืองอีกหลายท่านที่มาเป็นประธาน และเป็นเกียรติในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พิธีกรรมที่ใช้ที่สำคัญในการแสดงตนเป็นพวกพ้อง เพื่อร่วมเส้นทางเดียวกัน คือ “การทำบายศรีสู่ขวัญ” จากหมอเมืองทางภาคเหนือ ให้กับท่านนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งผู้มาเยือนที่เข้าร่วมสมัชชา ซึ่งเป็นการใช้สัญลักษณ์เชิงอำนาจผ่านพิธีกรรมให้มีการยอมรับและปฏิบัติตาม ข้อเสนอของกลุ่มประชาคม และเป็นการสร้างพันธสัญญาระหว่างองค์กรที่เข้าร่วม กับภาคการเมืองที่จะทำให้การปฏิรูปนี้ดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นพิธีกรรมที่น่าสนใจและเป็นการผูกใจชาวบ้านไปพร้อมๆ กัน

ในลานสมัชชาเองก็ยังมีเด็กจากโรงเรียนต่างๆ และชมรมพลเมืองเด็ก มาต้อนรับแขกผู้มีเกียรติในวันเปิดสมัชชา และให้เด็กเป็นผู้ถือสารไปให้ท่านนายกรัฐมนตรี เป็นสัญลักษณ์ของการมอบร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้นายกรัฐมนตรีดำเนินการต่อ และให้เด็กเป็นผู้นำขบวนในการสร้างคาราวานเพื่อสุขภาพในวันปิดงานอีกด้วย

กระบวนการจัดงานสมัชชาที่ผู้เข้าร่วมสมัชชาส่วนใหญ่ ได้เข้าไปมีส่วนร่วมคือในกระบวนการประชุมทั้งในการประชุมกลุ่มใหญ่และการประชุมในห้องประชุมกลุ่มย่อย ซึ่งมีขั้นตอนรายการการประชุม

สรุปได้พอสังเขปดังนี้ (หมายเหตุ รายละเอียดของการประชุมในแต่ละส่วนมีการเปลี่ยนแปลงจากกำหนดการเดิมที่ตีพิมพ์ในวันงานจริงบ้างเล็กน้อย)

กำหนดการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ณ ศูนย์การแสดงนิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพมหานคร

	9.00-10.30	10.30-12.00		13.00-14.30	14.45-16.30
8 สิงหาคม	- ประธานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เดินทางมาถึง - เสนอวีดิทัศน์ “ความเคลื่อนไหวงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” - - กิจกรรมหลอมรวมเจตนารมณ์ - ประธานกล่าวเปิดการประชุม - เลขานุการ คปรส.รายงานสรุปการดำเนินงานและสาระสำคัญของร่าง พ.ร.บ. - ประธานคณะทำงานฯ ชี้แจงกระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพ	การประชุมสมัชชาพิจารณาประเด็นในร่างพ.ร.บ. 8 กลุ่ม		การประชุมสมัชชาพิจารณาประเด็นในร่างพ.ร.บ. 8 กลุ่ม	การประชุมสมัชชาพิจารณาประเด็นในร่างพ.ร.บ. 8 กลุ่ม
9 สิงหาคม	แสดงเจตนารมณ์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดย รมต.ว่าการกระทรวงสาธารณสุข สมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย “หลักการ สิทธิหน้าที่ และความมั่นคงด้านสุขภาพ” (สรุปข้อคิดเห็นการประชุมกลุ่ม 1) “กลไกหลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ” (สรุปข้อคิดเห็นการประชุมกลุ่ม 2)	สมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย “การสร้างเสริม สุขภาพ” (สรุปข้อคิดเห็นการประชุมกลุ่ม 3) “การบริการสาธารณสุข” (กลุ่ม 4) “การป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพและนโยบายสาธารณะ” (กลุ่ม 5) “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” (กลุ่ม 6)	L u n c h	สมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย “การคุ้มครองผู้บริโภค” (กลุ่ม 7) “องค์ความรู้/กำลังคน/การเงินการคลังด้านสุขภาพ” (กลุ่ม 8) สรุปผลสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยประธานคณะทำงานจัดสมัชชา ปาฐกถาเรื่อง “ธรรม นุญสุขภาพคนไทย จะเป็นจริงได้อย่างไร” ศ. นพ.ประเวศ วะสี	- พิธีแสดงเจตนารมณ์ร่วมต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ - พิธีปิดการประชุมโดยนายกรัฐมนตรี - การแสดงวัฒนธรรมพื้นบ้าน - การเคลื่อนคาราวานเพื่อสุขภาพออกจากที่ประชุม

4.1 การจัดสัมมนาในห้องประชุมใหญ่

เนื้อหา/กิจกรรม

ในวันที่ 8 สิงหาคม กิจกรรมส่วนใหญ่ เป็นเรื่องพิธีการและกิจกรรมที่สร้างศรัทธาในกระบวนการสัมมนาและควมมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจากประชากรทุกภาคของประเทศ เนื้อหาแรกที่นำเสนอต่อการประชุมในห้องประชุมใหญ่ คือ การแสดงวิทัศน์ เรื่อง “เส้นทางสู่การปฏิรูป” ที่ให้เนื้อหาในเรื่องกระบวนการทัศน์ใหม่ของการคิดและดำเนินการเรื่องสุขภาพให้เป็นองค์รวมทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นให้สุขภาพเป็นศูนย์การพัฒนา ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ นอกจากนั้นยังกล่าวถึงที่มีและการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ อุดมการณ์ของชาติ ศักดิ์ศรีของประชาชน สิทธิตั้งแต่เกิดจนตาย นโยบายสาธารณะที่รับผิดชอบต่อวิถีชีวิต บริการทางการแพทย์ที่ใกล้บ้านใกล้ใจ ไม่แสวงหากำไร มีการคุ้มครองผู้บริโภค ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น และสนองเจตนารมณ์รัฐธรรมนูญให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับภาครัฐ จึงทำให้เกิดมีสัมมนา ที่แลกเปลี่ยนความรู้ ปัญญา อย่างสมานฉันท์ มีภาพจากสัมมนาหลายๆ จังหวัด จากบุคคลในหลายๆ สถานภาพ และหลายภาษาท้องถิ่น ที่เรียกเสียงความมีส่วนร่วมกับผู้เข้าร่วมประชาชนเป็นอย่างมาก และเน้นย้ำว่าพ.ร.บ.ฉบับนี้ทำโดยประชาชน เพื่อประชาชน

การแสดงทางวัฒนธรรม “หนังตะลุง 3 ภาค” เป็นการแสดงที่สร้างความเป็นหนึ่งเดียวกันอีก และให้เนื้อหาสาระประเด็นของพ.ร.บ. วัตถุประสงค์ของการมาสัมมนา กระบวนการมีส่วนร่วมในสัมมนา ได้อย่างน่าสนใจ และเรียกเสียงหัวเราะจากผู้ร่วมประชุมเป็นอย่างมาก มีการสร้างความเป็นกันเองกับผู้มีเกียรติ เป็นการเสริมอุดมการณ์ของความเท่าเทียมกัน

การรายงานการเคลื่อนไหวเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพโดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพและผู้อำนวยการสถาบันปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการรายงานการดำเนินการที่ผ่านมาตลอดเวลา 3 ปีของการขับเคลื่อน อุดมการณ์ ทิศทาง กลไก และประเด็นหลักทั้ง 8 ประเด็น สำหรับการประชุมได้อย่างกระชับ ตรงประเด็นและชัดเจน มีการเน้นย้ำการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในการร่างพ.ร.บ. จากหลายภาคส่วน และหลายเวที โดยมีการแสดงบทบาทฉายบนจอเวทีอย่างชัดเจน (ดูในภาคผนวก) นอกจากนั้น ยังมีการระบุว่า กฎหมายฉบับนี้เป็นกลไกในการสร้างทิศทางของระบบสุขภาพและเป็นเครื่องมือในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างสุขภาพ มิใช่ข้อบังคับหรือเป็นมาตรการที่มีบทลงโทษ การพูดในขั้นนี้ถือว่าการให้ความเชื่อมั่นในเวทีสัมมนาได้เป็นอย่างดี

ท่านประธานคณะทำงานจัดสัมมนา ย้ำความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการจัดและคิดรูปแบบการดำเนินการ เน้นเวทีสัมมนาเป็น “เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ปัญญาและสมานฉันท์” ซึ่งถือว่าเป็นเวทีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และสรุปวิธีการจัดประชุมทั้งสองวัน

กติกาในการประชุมและรักษาเวลาต่างๆ ซึ่งท่านประธานได้ย้ำว่ากระบวนการนั้นควรจะเป็นกระบวนการเพื่อสุขภาพของทุกคนไม่ควรจะเคร่งเครียด (หรือเอาชนะกัน) ทุกประเด็นจะรับไว้พิจารณาและสังเคราะห์ ในอีกหลายขั้นตอนก่อนการนำเสนอพ.ร.บ.สู่สภาผู้แทนราษฎรเพื่อให้ผู้แทนราษฎรได้พิจารณาออก

นกฎหมายต่อไป ผู้เข้าร่วมประชุมยังได้สามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยตรงกับฝ่ายต่างๆ ในการประชุมด้วย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเปิดการประชุม ได้สร้างความมั่นใจกับผู้ร่วมประชุมว่ารัฐบาลเห็นด้วยกับ พ.ร.บ. ฉบับนี้ที่ให้มีการปฏิรูปและสร้างน่าซ่อม พร้อมทั้งแถลงสิ่งที่รัฐบาลได้ดำเนินการเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปด้วย(โดยสังเขป)

ในวันที่ 9 สิงหาคม มีการเปิดประชุมด้วยการทำภาวนาร่วมไปกับแม่ชีคันสนีย์ ผู้เข้าร่วมประชุมทำตามอย่างพร้อมเพรียง มีท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขร่วมด้วยเช่นกัน

การนำเสนอรายงานประชุมกลุ่มย่อยมี ประธานและเลขานุการจากผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านในคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(คปรส.) ได้แก่ รองประธานคปรส. เลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการคปรส. รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิคปรส. ยกเว้นในเรื่องการนำเสนอประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพและการบริการสาธารณสุข มีท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข(ขณะนั้น)เป็นประธานการประชุมและมีผู้ช่วยเลขานุการคปรส.เป็นเลขานุการการประชุม (ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถหาข้อมูลได้ว่าเหตุผลของการใช้ประธานและเลขานุการจากผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวมีหลักการอย่างไร)

ในการนำเสนอของแต่ละกลุ่มมีการสรุปเป็นเอกสารแจกให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้นำเสนอส่วนใหญ่อ่านตามเอกสารที่เตรียมไว้ มีการพูดให้เป็นธรรมชาติและอธิบายเพิ่มเติมเล็กน้อย แต่ละกลุ่มใช้เวลาแนะนำประมาณกลุ่มละ 15 นาที และให้มีการอภิปรายเพิ่มเติมอีก 15 นาทีเพื่อรักษาเวลาบรรยากาศค่อนข้างเป็นทางการและเป็นระเบียบเรียบร้อย ผู้ที่ไม่สามารถอภิปรายได้ในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ดำเนินการมีการขอภัยและให้ส่งข้อเสนอแนะให้คณะทำงานได้ทันที หรือส่งให้สปรส.ภายหลังได้ (ข้อสังเกต ผู้นำเสนอเพิ่มเติมมักจะเป็นผู้แทนเครือข่ายเฉพาะเด็นที่ต้องการย้ำประเด็นของเครือข่ายที่ยังไม่ได้พูดถึงในการประชุมกลุ่มย่อย) ผู้เข้าร่วมสมัชชาหลายส่วนออกมานั่งฟังด้านนอกห้องประชุม ด้านในห้องประชุมใหญ่มีคนบางตา เนื่องจากอากาศค่อนข้างเย็น หลายส่วนมานั่งคุยกันในกลุ่มเครือข่ายของตนเองและเยี่ยมชมกิจกรรมในลานสมัชชา

หลังจากการพักรับประทานอาหารกลางวัน มีการจัดกิจกรรมสัมพันธ์สำหรับผู้เข้าร่วมสมัชชาทั้งหมดโดยที่กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ละลายพฤติกรรมผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด เป็นกิจกรรมที่ใช้ลานห้องประชุมใหญ่โดยเคลื่อนย้ายที่นั่งประชุมออกทั้งหมด ผู้เข้าร่วมประชุมต้องมีการปฏิสัมพันธ์กันและเรียนรู้ที่ทำงานร่วมกัน ด้วยการเล่นเกมและผู้เล่นเกมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ประทับใจผู้ร่วมงานจำนวนมากที่รู้สึกว่าเป็นการหล่อหลอมที่ดี ทำให้ทุกคนเท่ากันไม่เลือกสถานภาพ และมีความสุขสนุกสนาน ผู้ร่วมงานยังต้องร่วมกันผลิตสื่อภาพวาดที่สุขภาพทางสังคมในความฝันหรือความคิดของแต่ละท่านและพูดคุยแลกเปลี่ยนความฝันออกมาวาดลงบนผืนผ้าร่วมกัน จากการแบ่งกลุ่มคนกว่า 10-15 คนและเป็นจำนวนหลายกลุ่มที่ถูกรวมกันเป็นความฝันในฝันเดียวกัน

จากกิจกรรมดังกล่าวทำให้รายการต่อไปดูเป็นมิตรยิ่งขึ้น เมื่อรายการปาฐกถาจากท่านศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี โดยห้องค้ำปาฐกถาเองนั่งบนเก้าอี้โซฟา และผู้รับฟังนั่งกับพื้น ที่ทำให้

ดูเป็นกันเองและอ่อนน้อม ในการรับฟังผู้อาวุโสแห่งชาติ (หมายเหตุ หลังการพักอาหารว่าง ทุกอย่างถูกจัดเข้าที่แบบเป็นทางการแบบเดิม เพื่อทำพิธีปิดการประชุม)

ในช่วงสุดท้ายของการประชุมเป็นการแสดงเจตนารมย์ร่วมกันต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการแสดงจากทุกภาค โดยมีท่านนายกรัฐมนตรีเป็นสักขีพยาน และร่วมแสดงพันธสัญญาที่จะนำการปฏิรูประบบสุขภาพ ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในพ.ร.บ. ที่เสนอต่อท่านนายกรัฐมนตรี พิธีการดังกล่าวเป็นพิธีการที่สร้างความชอบธรรม การยอมรับ และการแสดงการมีส่วนร่วมจากทั้งภาคประชาชน องค์กรเอกชน หน่วยงานภาครัฐและ ภาคการเมือง

บรรยากาศ

ในห้องประชุมใหญ่มีการสร้างบรรยากาศการเป็น “น้ำหนึ่งใจเดียวกัน” พวกเดียวกัน ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม โดยการทำบายศรีสู่ขวัญ ผูกข้อมือ การแสดงบนเวที และใช้การพูดภาษาถิ่นทั้งภาคกลาง ใต้ อีสาน และภาคเหนือ นอกจากนั้นยังมี การแสดงมโนราห์ 4 ภาค ช่วยสร้างความเป็นกันเองกับผู้ที่มีเกียรติ อย่างท่านนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้นำกลุ่มอื่นที่นั่งทางด้านหน้าเวที ที่ให้ความรู้สึกว่าเป็นกันเอง

ผ่านการฉายภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการประชุมทั้งด้านล่างที่เป็นลานสมัชชา การแสดงวัฒนธรรม นิทรรศการ และ การประชุมในห้องประชุมใหญ่สลับไปมา เนื่องจากนอกห้องประชุมใหญ่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นหลายอย่างด้วยกัน ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเดินเข้าออกจากห้องประชุมได้ตลอดเวลา

ในการประชุมวันแรก ในช่วงที่มีการเปิดการประชุมในห้องประชุมใหญ่ มีกลุ่มผู้ที่ต้องการเรียกร้องประเด็นเฉพาะของเครือข่ายตั้งทีมยื่นข้อเสนอต่อท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับเรื่องขอเรียกร้องให้พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพเพื่อคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เน้นที่สิทธิมากกว่าการสงเคราะห์ ซึ่งเป็นพ.ร.บ.ที่กำลังดำเนินการโดยฝ่ายรัฐบาล และคนละฉบับกับพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมด้านนอกเกิดความสงสัย สนใจและตื่นเต้นเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวดังกล่าว มีการแจกใบปลิวเรียกร้องเรื่องการให้ตัดคำว่าจิตวิญญาณจากเครือข่ายพุทธสมาคมต่างๆ ด้วย

การประชุมรวมในห้องประชุมใหญ่ วันที่ 9 สิงหาคม เริ่มต้นด้วยการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและมีสติจากการทำภาวนาร่วมกับแม่ชีศันสนีย์ก่อนการนำเสนอรายงานการประชุมกลุ่มย่อย ที่เรียกใหม่ว่าเป็น “สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น” การทำภาวนาดังกล่าว เป็นการสร้างการยอมรับฟังความเห็นคนอื่น โดยเริ่มจากแต่ละคน ให้มีความเป็นมิตร ไม่มีอคติ คิดร้ายต่อกัน รู้จักแสดงความยินดีกับผู้อื่น รู้จักให้อภัย และมีสติในการดำรงชีพที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพด้วยเช่นกัน เป็นกระบวนการหล่อหลอมที่น่าสนใจที่ดึงเอาศาสนาธรรมเข้ามาในมิติทางสุขภาพ ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างง่าย ๆ ด้วยการเป็นมิตร รู้จักทำดีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น โดยไม่ติดดี เริ่มต้นการประชุมด้วยความสงบ หลังจากการอภิปรายอย่างเข้มข้น ในช่วงการประชุมกลุ่มย่อยและที่กำลังจะเป็น

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้กล่าวแสดง “เจตนารมณ์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อการจัดทำพ.ร.บ. เป็นเวลา 20 กว่าวันที่ เน้นที่ประเด็น “การเป็นภาคี” ของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพในการปฏิรูปอีกค่อนข้างจะเป็นการชี้แจงและแก้ข้อเรียกร้องที่

ได้รับจากเครือข่ายในวันแรกของการประชุม การพูดถึงการปฏิรูปสุขภาพยังเป็นเรื่องของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก มีการเน้นโครงการสร้างสุขภาพของกระทรวงไปพร้อมๆ กัน

บรรยากาศที่เป็นทางการ จะอยู่ในช่วงการนำเสนอจากผลการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็นห้องย่อยต่างๆ ที่ดูจะเคร่งเครียดขึ้นเล็กน้อย ส่วนในภาคบ่ายบรรยากาศเริ่มครื้นเครงด้วยการร่วมกันเล่นเกมสันทนาการกันทำงานจากความร่วมมือของผู้เข้าร่วมประชุม

พิธีปิดค่อนข้างจะเป็นพิธีกรรมที่สร้างความยอมรับในกระบวนการทั้งหมดที่ผ่านมา และการทำพันธสัญญากับภาคการเมืองโดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้รับเรื่องซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกฮือฮาพอสมควร เนื่องจากการแสดงจากทุกภาค การกล่าวรายงานที่มีพลัง และการให้เด็กเป็นผู้นำพาในใส่ ร่างพ.ร.บ.ที่ “ประชาชนร่วมกันร่าง” ขึ้นมาเพื่อรับเข้าสู่การพิจารณาในคณะรัฐมนตรี และเป็นไปตามขั้นตอนทางกฎหมายต่อไป ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านได้รับของที่ระลึกและเดินออกจากห้องประชุมตามท่านนายกรัฐมนตรี โดยให้ทำการชักชวนคนไทยเข้าร่วมรณรงค์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ ตามรอยพระยุคลบาท” ซึ่งทำให้บรรยากาศดูเป็นสมานฉันท์ และเป็นมิตรตลอดการดำเนินการ

ผู้ดำเนินรายการ

ตั้งแต่ตอนต้นรายการของวันที่ 8 สิงหาคม ผู้ดำเนินรายการมีการชักชวนพูดคุยกับผู้เข้าร่วมสมัชชา และชี้แจงเรื่องราวต่างๆ ให้กับที่ประชุมทราบอย่างเป็นกันเองสบายๆ และมีเนื้อหาสาระตลอดรายการ พิธีกรดำเนินรายการเป็นผู้ที่มีทักษะและวิธีการในการดำเนินการอย่างเหมาะสม มีการสร้างความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีการให้ recognition กับผู้ที่มาจากภูมิภาคต่างๆ โดยการเรียกเสียงปรบมือให้ทราบว่ามาจากที่ใดบ้าง

ผู้ดำเนินรายการมีความรู้ และเกร็ดสาระน่ารู้หลายๆ ด้านที่สามารถอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับการประชุมได้อย่างดี เชื่อมโยงรายการแต่ละรายการได้อย่างเหมาะสม เจียบคม และมีการกล่าวรายงานได้อย่างดี ถึงแม้ผู้ดำเนินรายการจะเป็นผู้ทรงคุณวุฒิระดับศาสตราจารย์และแพทย์ หรืออาจารย์จากสถาบัน แต่สามารถปฏิบัติภารกิจได้อย่างเป็นกันเอง

พฤติกรรมผู้เข้าร่วมสมัชชา

ผู้เข้าร่วมสมัชชามีท่าทีต่อการอภิปรายและกิจกรรมบนเวทีในห้องประชุมใหญ่ที่หลากหลาย บางส่วนพอใจและเพลิดเพลินกับการดำเนินงาน บางส่วนรู้สึกได้รับความรู้ หรือข้อมูลที่มีการนั่งจดบันทึกด้วย บางส่วนมีการติวว่ามีพิธีกรรมมากมาย ซึ่งในกลุ่มหลังนี้ค่อนข้างเป็นนักวิชาการที่อยากเห็นเนื้อหาสาระเลย แต่โดยรวมผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความพึงพอใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ยกเว้นแต่อากาศในห้องประชุมค่อนข้างเย็น ผู้เข้าร่วมประชุมหลายท่านต้องออกมานั่งฟังจากจอโทรทัศน์วงจรปิดที่ถ่ายทอดพิธีการต่างๆ ด้านนอกห้องประชุม ผู้เข้าร่วมสมัชชากลุ่มที่มาจากเครือข่ายต่างๆ มักจะนั่งอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เป็นทีมใหญ่

เครื่องมือในการสื่อสารกับสมาชิก ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในห้องประชุมใหญ่มีทั้งการใช้ วีดิทัศน์ การฉายภาพมัลติมีเดีย การใช้โทรทัศน์วงจรปิด การใช้ล่ามภาษามือ และสื่อสิ่งพิมพ์ รวมทั้งการเขียนลงในกระดานดำเพื่อให้เจ้าหน้าที่หรือใส่ในกล่องแสดงความคิดเห็น หรือบอกเป็นวาจาให้เจ้าหน้าที่บันทึกการประชุมรับทราบประกอบด้วย ทำให้มีเครื่องมือในการสื่อสารหลายทาง เป็นการประชุมระดับชาติที่มีความรอบคอบ

4.2 การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น 8 กลุ่ม

การดำเนินการในกระบวนการจัดประชุมกลุ่มย่อย หรือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นทั้งแปดกลุ่มนั้นดำเนินการโดยคณะทำงานที่มีแกนนำหลัก เป็น “ผู้จัดการห้องย่อย” ซึ่งมาจากนักวิชาการเครือข่ายการวิจัยระบบสาธารณสุข คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข และผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้น และมี “ผู้ประสานงาน” ที่มาจากทีมเลขานุการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสธ. โดยที่แต่ละฝ่ายมีภารกิจต่างกัันดังนี้ คือ

บทบาทภารกิจของผู้จัดการห้องย่อย

1. เตรียมออกแบบการดำเนินการห้องย่อย
2. ประสานทีมงาน เตรียมประเด็นสาระ และหัวข้อ ตามเนื้อหาของห้องย่อย
3. ควบคุมดูแลและดำเนินการ การประชุมห้องย่อย
4. เตรียมผู้นำเสนอประเด็นสาระของห้องย่อยในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวันที่ 9 ส.ค.

พร้อมรูปแบบการนำเสนอ

บทบาทภารกิจของผู้ประสานงานห้องย่อย

1. เตรียมข้อมูล จากการสังเคราะห์เวทีอำเภอ จังหวัด และหน่วยงานต่างๆ สนับสนุนห้องย่อย
2. ให้ข้อมูลคนในพื้นที่ ที่สอดคล้องกับประเด็นห้องย่อย
3. ประสานงานทั่วไปประจำห้องย่อยในนามสปสธ.

ผู้จัดการห้องย่อยแต่ละห้องจะเป็นอิสระต่อกันในการบริหารดำเนินการ ในการคิดหารูปแบบการทำงาน และในการวางแผนการดำเนินงาน การเตรียมทีมวิทยากร ทีมจัดการเวที และฝ่ายต่างๆ ของตนเอง ซึ่งแต่ละท่านสามารถนำสมาชิกเครือข่ายของตนเข้าร่วมดำเนินการได้ ตามที่แสดงไว้ในตารางต่อไปนี้

ตาราง แสดงหัวข้อสมัชชาเฉพาะประเด็นในห้องย่อยรายชื่อผู้จัดการ ผู้ประสานงานและเครือข่ายผู้

ดำเนินการ

ห้องย่อยว่าด้วย	ผู้จัดการห้องย่อย	ผู้ประสานงาน	เครือข่ายทีมผู้ดำเนินการ
1 หลักการ สิทธิ หน้าที่ และความมั่นคง	รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล	วณิ ปันประทีป	กลุ่มผู้หญิงและสิทธิมนุษยชน
2 กลไกหลักของระบบสุขภาพ	คุณวิเชียร คุตตวัส	ปิติพร จันทรรักษ์ ญอญ	ประชาคมภาคกลาง
3 การสร้างเสริมสุขภาพ	นพ.พลเดช ปันประทีป	วรรณวิมล แพรสัจเจริญ	วิทยากรกระบวนการ LDI
4 ระบบบริการสุขภาพ	รศ.ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	นิรชรา อัครวิภากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มช.
5 การป้องกันควบคุมปัญหาคุกคาม	อ.เดชรัช สุขกำเนิด	สายพิณ ด้านวัฒนะ	HIA/EIA

6 ภูมิปัญญาท้องถิ่น	นพ.ประพจน์ เกตุธรรมาศ	กรรณิการ์ บรรเทิงจิตร	เครือข่ายสุขภาพวิถีไท
7 คุ่มครองผู้บริโภคร	คุณสารี อ๋องสมหวัง	พลินี เสริมสินศิริ	มูลนิธิคุ่มครองผู้บริโภคร
8 องค์ความรู้/กำลังคน/การเงิน	คุณดวงพร เสงบุญพันธ์	อำนวยพร เอี่ยมพันธ์	เครือข่ายนักวิชาการ สวรส.

กระบวนการในแต่ละห้องจึงมีความแตกต่างกัน บางห้องจะใช้วิธีการประชุมเปิดอภิปรายกลุ่มใหญ่ที่ละมาตรา บางห้องใช้การจัดแบ่งห้องย่อยออกไปอีก ตามความเหมาะสมกับประเด็นและสาระที่ต้องพิจารณา ประกอบกับจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม ดังต่อไปนี้

ตาราง แสดงมาตราและจำนวนมาตราที่สมาชิกเฉพาะประเด็นในห้องประชุมย่อยต้องพิจารณา กับจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม

ห้องย่อยที่	หมวดและมาตราที่ต้องพิจารณา	จำนวนมาตรา	อนุกรรมการร่างพ.ร.บ. ประจำกลุ่ม
1 (250 คน)	หมวดที่ 1-2 มาตรา 1-34	35	น.ส. ศรีสว่าง พ่วงศ์แพทย์ อาจารย์ สัมพันธ์
2 (300 คน)	หมวดที่ 3, หมวดที่ 4, หมวดที่ 5 มาตรา 35-70	36	นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ
3 (300 คน)	หมวด 6 ส่วนที่ 1 มาตรา 71-73	3	นายประเวศ อรรถศุภผล น.พ. สันต์
4 (500 คน)	หมวด 6 ส่วนที่ 2 มาตรา 74-76	3	ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
5 (400 คน)	หมวด 6 ส่วนที่ 3 มาตรา 77-80	4	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
6 (600 คน)	หมวด 6 ส่วนที่ 4 มาตรา 81-83	3	นางวารุณี สุรนิจ
7 (400 คน)	หมวด 6 ส่วนที่ 5 มาตรา 84-86	3	นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์
8 (250 คน)	หมวด 6 ส่วนที่ 6-8 มาตรา 87-94	8	นพ.วิพุธ พูลเจริญ

เป็นที่น่าสังเกตว่าสัดส่วนของการพิจารณาเนื้อหาตามมาตรามีสัดส่วนต่างกันไปมาก ระหว่างห้องย่อย 1,2 และห้องย่อยอื่นๆ ในขณะที่สัดส่วนของผู้เข้าร่วมประชุมแตกต่างกันไปตามเนื้อหาของหัวข้อ เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นได้รับความนิยมมากที่สุด ถัดมาเป็นระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค กับ เรื่องการป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพและนโยบายสาธารณะได้รับการสนใจเท่าๆ กัน จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมดังกล่าวเป็นไปตามการลงทะเบียนล่วงหน้า แต่เมื่อกระบวนการสมัชชาดำเนินไปในแต่ละช่วง พบว่าจำนวนสัดส่วนผู้เข้าร่วมประชุมเปลี่ยนไป

กระบวนการจัดห้องประชุมในช่วงแรกค่อนข้างสับสนเนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงห้องประชุม และหมายเลขไม่ตรงกับที่อยู่ในสูจิบัตรที่ผู้เข้าร่วมสมัชชาได้รับ

กระบวนการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็นในห้องประชุมย่อย 8 ห้อง

กลุ่มที่ 1 ว่าด้วย “หลักการสิทธิ หน้าที่ และความมั่นคงด้านสุขภาพ” ผู้เข้าร่วมประชุม 250 คน

กระบวนการจัดประชุมสมัชชาในห้องประชุมย่อยกลุ่มที่ 1 เป็นการอภิปรายรวม เน้นการพิจารณาเนื้อหามาตราต่างๆ ที่ละประเด็น เนื่องจากมีมาตราที่ต้องพิจารณาจำนวนมากถึง 35 มาตรา กระบวนการนั้นเป็นไปอย่างต่อเนื่องและรักษาเวลาในการดำเนินการเป็นอย่างมาก

การจัดห้องประชุม ห้องประชุมเป็นห้องโถงใหญ่แบ่งเป็นบนเวทีที่ยกสูง มีโต๊ะกลางเวทีสำหรับผู้ดำเนินรายการและวิทยากร โดยที่วิทยากร 2 ท่านนั่งตรงกลาง วิทยากรอีก 2 ท่านนั่งข้างผู้ดำเนินรายการ ชายและสาว ด้านล่างเวทีเป็นส่วนสำหรับผู้เข้าร่วมสมัชชา ซึ่งจัดเป็นบลิ๊อคยาวสองด้าน มีทางเดินตรงกลางให้มีไมโครโฟน 2 ตัวตั้งระหว่างทางด้านหน้าและตรงกลางห้องประชุม มีโต๊ะผู้บันทึกการประชุมอยู่ด้านข้างด้านหนึ่งค่อนข้างไปทางหลังเวที และด้านหลังของห้องประชุม

ในช่วงแรกบรรยากาศยังไม่คึกคัก มีการเปิดวิดีโอทัศน์เรื่อง “สุขภาวะคนไทย” เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบว่าจะมีการเริ่มประชุมแล้ว แต่ในขณะนั้นไม่มีผู้เข้าร่วมประชุมอยู่ในห้องประชุมสักเท่าใด (เนื่องจากในระหว่างการย้ายจากห้องประชุมใหญ่มายังห้องย่อยต่างๆ อยู่ในเวลาที่ผู้เข้าร่วมประชุมพักรับประทานอาหารว่าง และรวบรวมเครือข่ายที่มาด้วยกันก่อนที่จะแยกกันไปตามห้องต่างๆ) กำหนดการประชุมของห้องย่อยที่หนึ่ง เริ่มเวลา 10.00 น. จนกระทั่ง 11.00 น. จึงมีผู้ร่วมสมัชชาห้องย่อยหนึ่งทยอยกันเข้ามาด้วยความกระตือรือร้น สังเกตพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย มีกลุ่มผู้พิการนั่งอยู่แถวหน้า รวมทั้งพระภิกษุสงฆ์ ผู้หญิงมีจำนวนน้อยและมักอยู่แถวหลังของการประชุม การดำเนินรายการเริ่มจริงในเวลา 11.25 น. ซึ่งล่าช้าไปกว่าที่คณะทำงานวางกำหนดการไว้ ทำให้มีการเร่งให้มีการนำเสนอประเด็นในทันทีและให้ผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชารักษาวินัยอย่างเคร่งครัด โดยมีการให้ผู้ที่ต้องการแสดงความคิดเห็นออกมารอที่ไมโครโฟน และให้แสดงความคิดเห็นได้คนละ 3 นาที เมื่อพูดครบสองนาทีจะมีการเคาะระฆังเตือน และผู้เข้าร่วมสมัชชาสามารถแสดงความคิดเห็นได้อีกสองสามรูปแบบคือ เขียนใส่กล่องรับความคิดเห็น หรือส่งให้เจ้าหน้าที่ที่โต๊ะด้านหลัง

เมื่อเริ่มแสดงความคิดเห็น ผู้ร่วมเวทีสมัชชาได้มาต่อแถวรอพูดเป็นเวลานาน ทั้งผู้ที่นั่งในรถเข็น ผู้สูงอายุ และพระภิกษุสงฆ์ ได้รับการปฏิบัติในลักษณะเดียวกัน โดยไม่มีเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกในการจัดไมโครโฟนให้กับผู้พิการที่อยู่ในรถเข็น ผู้ร่วมประชุมต่างช่วยกันเองในการถือไมโครโฟนให้กับผู้พิการ มีผู้เข้าร่วมสมัชชาท่านหนึ่งไม่เห็นด้วยกับวิธีการดำเนินการว่าเป็นภาพที่ไม่เหมาะสมและควรจะมีคนอำนวยความสะดวกให้ผู้พิการและพระอย่างเหมาะสมกว่านี้ แต่การแสดงความคิดเห็นดังกล่าวกลับได้รับการบอกให้ไปต่อแถวเพื่อแสดงความคิดเห็น หากยังไม่ถึงคิวของตนไม่ควรพูดกลางเวที ซึ่งทำให้บรรยากาศการประชุมเริ่มตึงเครียด เนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมท่านอื่นๆ เห็นด้วยกับผู้ที่ถูกท้วงวิธีการดำเนินการ แต่ความหนักแน่นของผู้ดำเนินรายการที่จะดำเนินการตามที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมดำเนินการตามกติกาที่คณะทำงานได้แจ้งให้ทราบ และพิจารณาไปทีละมาตราตามกำหนดการ หากมีคนพูดผิดมาตรา หรือเข้าใจประเด็นผิดจะได้รับการทักท้วงจากผู้ดำเนินรายการในทันที

ภาพที่ออกมาทำให้บรรยากาศการประชุมค่อนข้างเป็นทางการและตึงเครียด จากการพูดคุยกับผู้เข้าร่วมประชุมพบว่า คนเริ่มบ่นว่า ทำไม ไม่เอาไมค์ลอยให้พระสงฆ์และคนพิการ หรือผู้สูงอายุ การให้คนมายืนรอเข้าแถวนานๆ ไม่เหมาะ ผู้พิการทางหูเองก็ไม่ได้รับความสะดวกและทักท้วงให้ผู้ดำเนินรายการพิจารณาวิธีการแสดงความคิดเห็นด้วย เนื่องจากไม่มีสื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมรับทราบเช่นการขึ้นภาพหรือตัวหนังสือให้ผู้พิการทางหูได้อ่านประเด็นที่ผู้อื่นพูด เนื่องจากล่ามภาษามือมีมาน้อยคนและต้องกระจายอยู่ในหลายกลุ่ม ผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านพูดถึงผู้ดำเนินรายการว่า “ดู ใช้เสียงดู และชอบขัดจังหวะเวลาคนกำลังเสนอ ไม่ปล่อยให้เขาพูดจบก่อน อย่างนี้ก็ไม่ไครกล้าพูด” ผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านบอก “เครียด เข้มงวดเกินไป บางทีเรามีประเด็นเดียวกัน ที่คนอื่นพูดนั้นน่าสนใจแต่เราพูดไม่ได้” จากการสังเกตการณ์ พบว่ามีกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นตัวแทนเครือข่ายหลายคน มีการแสดงความไม่พึงพอใจต่อวิธีการดำเนินรายการ โดยพูดคุยกันด้านหลังและเริ่มเดินออก บางคนโทรศัพท์บอกสมาชิกเครือข่ายถึงสถานการณ์ การประชุมในช่วงเช้าปิดในเวลา 13.00 น. โดยให้ผู้ดำเนินรายการอีกท่านกล่าวสรุปประเด็นต่างๆ อีกกว่า 10 นาที ซึ่งเป็นการย่ำประเด็นที่ผู้เข้าร่วมประชุมได้พูดแล้ว

ในช่วงบ่าย เริ่มเวลา 13.50 น. มีการปรับกระบวนการ ให้มีการลุกขึ้นมาพูดทีละสามคนเพื่อลดความไม่สะดวกที่ปรากฏในช่วงแรก มีการสลับผู้ดำเนินรายการ และให้เจ้าหน้าที่ด้านล่างของเวทีเป็นผู้จับเวลาในการพูด มีล่ามภาษามืออยู่ด้วยอีกหนึ่งท่านนั่งแปลการประชุมให้มุมหนึ่งของห้อง เป็นที่น่าสังเกตว่าในช่วงบ่ายมีผู้เข้าประชุมลดน้อยลงกว่าครึ่ง ซึ่งมานั่งอยู่ได้ไม่ถึง 10 นาที หลายท่านก็เดินออกจากที่ประชุม ช่วงหนึ่งของการประชุมมีการส่งสัญญาณหรือเสียงมาจากคณะทำงานท่านหนึ่งที่ขัดจังหวะผู้ที่กำลังเสนอประเด็นทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมหลายคนเริ่มอึดอัดและไม่พอใจกับเสียงดังกล่าว และขอให้แสดงตัวเพื่อความสบายใจของทุกฝ่าย แต่ผู้ดำเนินการบนเวทีไม่ได้ตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าวให้ผู้ที่กำลังเสนอประเด็นพูดต่อไป ในช่วงเวลา 14.45 น. มีผู้เข้าร่วมประชุมเหลือเพียง 70 กว่าคน บรรยากาศของห้องประชุมค่อนข้างเรื่อยๆ โดยพิจารณาไปตามมาตรา ไม่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมและ/หรือวิทยากรเท่าใดนัก ผู้เข้าร่วมประชุม หลายท่านเริ่มหลับ การนำเสนอประเด็นเริ่มมีการวนซ้ำๆ กัน ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมไม่กี่ท่านที่ยังคงอยู่ในที่ประชุม บางคนพูดถึง 4 รอบ

ในขั้นตอนสุดท้ายมีการสรุปประเด็นจากผู้ดำเนินรายการและให้ที่ประชุมร่วมกันโหวตเสนอผู้ที่ จะเข้าไปนำเสนอในที่ประชุมใหญ่ในวันรุ่งขึ้น ในขณะนั้นมีผู้เข้าร่วมประชุมเพียงประมาณ 50 คน และได้ชื่อผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อ 12 ท่าน และให้ผู้เข้าร่วมประชุมโหวตเลือกเหลือสองคน เป็นชายหนึ่ง คือ พ.ท. ต่อพงษ์ (ผู้แทนสมาคมผู้พิการ ที่อยู่ร่วมการประชุมโดยตลอด) และเป็นหญิงอีกท่านหนึ่ง คือ คุณนุปผา วรรณ จึงปิดการประชุม

กลุ่มที่ 2 ว่าด้วย “กลไกหลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ”

ผู้เข้าร่วมประชุม 300 คน

กระบวนการจัดประชุมสมาชิกในห้องย่อยกลุ่มที่สอง ใช้รูปแบบของ การบรรยาย อภิปรายรวม และการแบ่งกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม มีผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมจำนวน 300 คน แต่มีผู้เข้าประชุมจริงๆ ถึง 400 กว่าคน ทั้งนี้ที่มีการแยกย้ายเพื่อเข้าประชุมห้องย่อย มีผู้มาขอเข้าร่วมการประชุมห้องย่อยนี้ ถึง 250 คน ทำให้ทีมงานต้องเริ่มงานก่อนกำหนดเวลาที่วางไว้ (จาก 11.00 น. มาเป็น 10.15 น.) ผู้ดำเนินรายการต้องเริ่มดำเนินรายการไปก่อน การแก้ไขสถานการณ์โดยเอา วิดีทัศน์ “สุขภาพะคนไทย” มาฉายก่อน เกิดอุปสรรคทำให้มีความติดขัดเล็กน้อย ในช่วงเช้ามีการนำเสนอโดยการบรรยายผลการสังเคราะห์ข้อเสนอ และข้อคิดเห็นจากสมาชิกสุขภาพจังหวัดและพื้นที่ในเรื่องของกลไกสุขภาพแห่งชาติ ก่อนที่จะให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ไปรับประทานอาหารแล้วกลับมาประชุมกลุ่มย่อย

การประชุมกลุ่มย่อยแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม พิจารณา 6 เรื่อง ใน 36 มาตรการด้วยกัน คือ 1) เรื่องขององค์ประกอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) 2) กระบวนการสรรหา 3) บทบาทของสำนักงานคสช. และรูปแบบองค์กร 4) บทบาทของสมาชิกพื้นที่และการเชื่อมโยงกับคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ 5) การเชื่อมโยงกลไกสุขภาพแห่งชาติกับปัญหาคุณภาพสุขภาพ 6) การเชื่อมโยงกลไกสุขภาพแห่งชาติกับการบริการสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุมแบ่งเป็นผู้แทนจากสมาชิกสุขภาพจังหวัดจำนวนเกือบ 200 คน เป็นผู้แทนจาก คณะอนุกรรมการ คณะทำงานและองค์กรวิชาชีพ ประมาณ 70 คน และ เป็นสมาชิกทั่วไปประมาณ 30 คน โดยมีผู้หญิงประมาณร้อยละ 30 ของผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด

การจัดห้องประชุม เป็นห้องประชุมขนาดกลางที่เปิดต่อกันสองห้อง ซึ่งจุคนได้ประมาณ 250 คน แต่ผู้เข้าร่วมประชุมในห้องนี้มีมากกว่าที่คาดไว้แต่เดิม (ตอนเตรียมการได้รับแจ้งว่ามีผู้ร่วมประชุม 250 คน แต่ใกล้วันจริงมีผู้แจ้งความจำนงค์เพิ่มเป็น 300 คนและในวันจริงมีคนเพิ่มมาอีกเป็น เกือบ 400 คน) เวทีผู้ดำเนินรายการค่อนข้างเล็กและแคบมากสำหรับการเดินเข้าออกระหว่างหน้าเวทีกับผู้เข้าร่วมประชุม มีไมโครโฟนตั้งอยู่สองจุด หลังจากการชี้แจงและการบรรยายในช่วงเช้าเสร็จ ช่วงบ่ายมีการเพิ่มห้องประชุมเพื่อการประชุมกลุ่มย่อยออกไปอีก เพื่อให้การดำเนินการประชุมทั้ง 6 กลุ่มเป็นไปได้อย่างราบรื่น (แต่ตอนนั้นผู้เข้าร่วมประชุมลดลงเหลือเพียง 250 คน เนื่องจากมีคนไม่ยอมเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อย เพียงแต่อยากมาฟัง ตอนบ่ายเลยไม่อยู่ต่อ) โดยที่การประชุมกลุ่มย่อยจะเป็นแบบเวทีเสวนา ที่ผู้เข้าร่วมประชุมนั่งเป็นวงกลมและมีการเลือกประธาน และเลขานุการการประชุมกลุ่ม โดยมีคณะทำงานเป็นที่เลี้ยงให้ในทุกๆ กลุ่ม เป็นการระดมสมองที่ให้ทุกคนได้แนะนำตัวเองและพูดแสดงความคิดเห็น

บรรยากาศ มีการทำกิจกรรมหลอมรวมเจตนารมณ์ ด้วยการนำการแสดงหมอลำจากศรีสะเกษ มาแสดง แต่ห้องประชุมค่อนข้างแน่นมาก ทำให้ไม่เห็นผู้แสดง และเมื่อการแสดงจบสิ้นก็ไม่มีผู้พูดถึงนักแสดงดังกล่าว จึงทำให้ไม่เห็นการหลอมรวมเจตนารมณ์จริงๆ ผู้ดำเนินรายการค่อนข้างจะมีภาระกิจในการจัดการประกอบไปด้วยจึงติดขัดในหลายขั้นตอน

การประชุมกลุ่มย่อยค่อนข้างเป็นกันเอง ใครมีประเด็นสามารถพูดได้เลย หรือมีข้อสงสัย หรือเห็นด้วยกับผู้เข้าร่วมหรือเห็นต่างในประเด็นใดสามารถถกกันได้ที่ แต่ละกลุ่มจะมีบรรยากาศต่างกัน

ขึ้นอยู่กับสไตล์ของการดำเนินการของผู้ประสานงานกลุ่มแต่ละท่าน และประธานการเสวนาที่เลือกขึ้นมา แต่ละกลุ่มมีคนประชุมประมาณ 30-80 คนแล้วแต่ประเด็นของกลุ่มย่อย มีการสอดแทรกกิจกรรมให้ผู้ร่วมเสวนาได้มีส่วนร่วมเช่น มีการแจกกระดาษให้ทุกคนเติมวลีเด่นในด้านสุขภาพแล้วหาคำตอบในกล่องมหัสจรรย์ ที่เมื่อเปิดมาคือกระจกที่สะท้อนเห็นเงาตนเองและทุกคนจะเข้าใจร่วมกันว่า คำตอบต่อเรื่องสุขภาพอยู่ที่บุคคลแต่ละคนที่จะดูแลตนเองนั่นเอง

ผู้ประสานงานกลุ่มย่อยทุกกลุ่มเปิดโอกาสให้ทุกคนได้อภิปรายได้ดี เป็นกันเอง และให้ความช่วยเหลือ ชี้แจงประเด็นที่สมาชิกกลุ่มไม่เข้าใจได้ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมได้มาก ยกเว้นประธานกลุ่มย่อยบางคน (เพียง 2 กลุ่ม) ที่ถูกเลือกขึ้นมาไม่มีทักษะในการนำกลุ่มทำให้การประชุมดูเคร่งเครียดได้ และไม่ตรงประเด็นสาระของการพิจารณา ทำให้มีผู้ร่วมแสดงความคิดเห็นเพียง 4-5 คน ซึ่งผู้จัดการกลุ่มได้ให้สัมภาษณ์ว่าตระหนักในข้ออ่อนตรงนี้เช่นกัน และเนื่องจากมีประเด็นหนึ่งที่ผู้ร่วมประชุมไม่เห็นด้วยกับการนำเอาเรื่องของการสุภาพพื้นที่มาพูดเนื่องจากไม่มีอยู่ในร่างพ.ร.บ.ฉบับนี้ แต่ผู้ประสานงานค่อนข้างที่จะมีวาทะศิลป์ในการเจรจาทำให้เรื่องดังกล่าวไม่เป็นประเด็นที่ต้องมีการหักล้างกันในที่ประชุม

การแสดงความคิดเห็น พบว่าในการดำเนินการแบบกลุ่มย่อยนี้ผู้เข้าร่วมประชุมกว่าร้อยละ 80 ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อร่างพ.ร.บ. และข้อคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมด้วยกัน ก่อนที่จะมีการสรุปการประชุมกลุ่ม ทำให้หลายๆ กลุ่มได้ข้อสรุปที่เป็น collective ร่วมกันก่อนการนำเสนอในที่ประชุมอภิปรายรวมของห้องย่อยที่สอง และมีการสรุปรวมอีกครั้งต่อหน้าผู้เข้าร่วมสมัชชาในห้องย่อยทั้งหมดก่อนการนำเสนอในสมัชชาแห่งชาติในห้องประชุมใหญ่

ผู้ดำเนินรายการ ค่อนข้างเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและไม่เคร่งครัดต่อเวลามากนัก แต่สามารถควบคุมเวลาให้อยู่ในกำหนดการได้ มีการสรุปที่ดี ตรงประเด็นและชัดเจน อุปสรรคในการดำเนินการอภิปรายรวมของกลุ่มนี้เป็นเรื่องของอุปกรณ์เครื่องเสียง

การเลือกผู้นำเสนอ ใช้วิธีการลงประชามติเห็นชอบจากผู้ร่วมประชุมโดยเลือกผู้แทนจากวัด บ้าน โรงเรียนและชุมชน แต่สุดท้ายเกรงว่าจะไม่มีเวลานำเสนอในกลุ่มใหญ่ได้พอ ผู้จัดการจึงขอเลือกภิกษุสงฆ์เป็นผู้แทนกลุ่ม เนื่องจากมีประสบการณ์ในการร่วมสังเคราะห์ประเด็นสมัชชาสุขภาพจังหวัด

หมายเหตุ มีเอกสารประกอบการประชุม 3 ชุด คือ

- 1) คู่มือสรุปประเด็นร่าง พ.ร.บ.สุขภาพ
- 2) ข้อสรุปจากการจัดสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมา
- 3) แบบสรุปประเด็นที่จะส่งคืนให้กับอนุกรรมการพิจารณาร่างหลังจากการประชุม

กลุ่มที่ 3 ว่าด้วย “การสร้างเสริมสุขภาพ”

ผู้เข้าร่วมประชุม 300 คน

การจัดสมัชชาห้องย่อยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ มีรูปแบบกระบวนการผสมผสานระหว่างการบรรยาย และอภิปรายมาตราในพ.ร.บ. โดยมีกิจกรรมเสริมเพื่อสร้างบรรยากาศประกอบ การประชุมเริ่มด้วยการแสดงวัฒนธรรมพื้นเมืองวงดนตรีโปงลาง และตามด้วยการนั่งทำสมาธิ (5 นาที) มีการฉายวีดีทัศน์ เรื่อง “สุขภาพะคนไทย” (8 นาที) แล้วจึงเปิดการประชุม ด้วยการชี้แจงรายละเอียดวิธีดำเนินการประชุมและเอกสารต่างๆ สำหรับการประชุมและการนำไปสู่การเรียนรู้หลังสมัชชาเช่นเอกสารที่ได้รับในกระเป๋าค่าจากการลงทะเบียนช่วงเช้า มีการนำเสนอผลการสังเคราะห์ภาพรวมและข้อเสนอแนะต่อร่างพ.ร.บ. ที่ผ่านมาในประเด็นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ

มีการเปิดอภิปรายในหัวข้อ “สร้างเสริมสุขภาพที่เป็นอยู่ แน่ใจหรือไม่ใช่” เป็นการวางกรอบทิศทาง หลักการ ของการสร้างเสริมสุขภาพ แล้วจึงแยกย้ายไปพักรับประทานอาหารกลางวัน ก่อนเริ่มการประชุมในภาคบ่ายมีการสาธิตและนำการออกกำลังกาย โดยชมรมคนสร้างสุขภาพสกลนคร

ในภาคบ่ายเป็นการเปิดประเด็นตามมาตราแต่ละมาตรา ซึ่งกลุ่มนี้พิจารณาเพียงสามมาตรา ทำให้มีเวลาพอต่อการอภิปรายพร้อมกับการยกตัวอย่างและตั้งประเด็นถกเถียงซักถาม (ข้อสังเกต ตัวอย่าง “เรื่องกองทุนสวัสดิการชุมชน” จังหวัดตราด โดยพระสุบินปณิโต และตัวอย่าง “การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน” ไม่น่าจะเกี่ยวกับหัวเรื่องเท่าไร) หลังจากนั้นมีการสรุปประเด็นที่จะนำเสนอในที่ประชุมกลุ่มใหญ่ด้วยกันระหว่างสมาชิกที่เข้าร่วมประชุมในกลุ่มที่อยู่ในห้องย่อยนี้ และมีการปล่อยเวลาในช่วงสุดท้ายให้เครือข่ายต่างๆ ที่มาได้ทำความรู้จักกันและหารือร่วมกันในการเคลื่อนไหวเครือข่ายการสร้างสุขภาพต่อจนเลยเวลาไปอีก

การจัดห้องประชุม เป็นห้องประชุมขนาดกลางสองห้องเปิดต่อกัน สำหรับจุคนได้กว่า 300 คน มีการจัดเวทีขนาดเล็กด้านหน้าที่ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้ดำเนินรายการ/บรรยาย ดูไม่ห่างกันมาก มีโต๊ะเจ้าหน้าที่นั่งอยู่ที่มุมด้านหน้าข้างเวที และติดประตูทางเข้าแรก ในขณะที่ห้องประชุมอีกด้านหนึ่งมีบอร์ดผ้าขนาดใหญ่ที่เตรียมไว้เขียนภาพ แสดงmind-map ในประเด็นต่างๆ ที่ถูกเสนอแก้ไข เพิ่มเติมและเปลี่ยนแปลงตามมาตราต่างๆ ในห้องมีไมโครโฟนให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็นสามจุดด้วยกัน คือ ด้านหน้าสองจุดและตรงกลางอีกหนึ่งจุด ห้องประชุมข้างแน่น ผู้เข้าร่วมประชุมมีทั้งสัดส่วนของชายและหญิงในจำนวนเท่าๆ กัน มีเด็กที่มากับผู้ปกครองและกลุ่มหนุ่มสาวมาร่วมเวทีสมัชชาด้วย ผู้แสดงความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในวัยระหว่าง 40-60 ปี

บรรยากาศ กลุ่มย่อยที่สามมีกระบวนการในการสร้างบรรยากาศตั้งแต่ตอนเริ่มเปิดให้มีการเข้าร่วมประชุมโดยมีวงดนตรีโปงลาง “สามัคคีเพื่อสุขภาพดี” จากวิทยาลัยนาฏศิลป์มาแสดงให้ความเพลิดเพลินกับผู้เข้าร่วมสมัชชา และเป็นการหล่อหลอมความรู้สึกให้เข้ามาพูดคุยฉันท์มิตร พิธีกรมีความคล่องแคล่วในการต้อนรับและจัดการสมัชชาให้ทุกคนได้มีสิทธิเข้ามานั่งในห้องประชุม มีความพยายามให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นเพื่อต่อผู้ที่ไม่มีที่นั่ง ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมเองก็สะท้อนตอบความเป็นมิตรและช่วยเหลือผู้เข้าร่วมเวทีด้วยกันเป็นอย่างดี พิธีกรใช้น้ำเสียงพูดที่สบายๆ ชัดเจนไม่เคร่งเครียด

บรรยากาศการประชุมเริ่มต้นด้วยการ “ทำสมาธิ” ร่วมกัน ผู้เข้าร่วมประชุมทำตามอย่างพร้อมเพรียง มีเสียงเพลงเบาในระหว่างทำสมาธิบรรยากาศเปลี่ยนไปเป็นความสงบ และเป็นจุดเริ่มที่จะรวมใจ ผู้เข้าร่วมสมาธิให้ตั้งใจกับการประชุม ซึ่งจากการสังเกตผู้เข้าร่วมเวทีนี้แสดงความสงบ เรียบร้อย และตั้งใจกับการประชุมจริงๆ บรรยากาศที่เกิดขึ้นจากการอภิปรายในรูปแบบของห้องย่อยนี้ผู้ร่วมประชุมสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นที่แต่ละคนขึ้นมาพูดอย่างเป็นธรรมชาติ (spontaneous) ไม่เคร่งครัดในการจัดการเข้าคิวมากนัก แต่วิทยากรจะเป็นผู้ที่สังเกตว่าใครยกมือขึ้นหรือรอพูดที่ไม่ใครโฟกัสในแต่ละจุดบ้างและใช้ไหวพริบในการมองรอบห้องและพยายาม accommodate ทุกๆ ท่านที่อยู่ในที่ประชุม บางประเด็นครอบคลุมทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคและกลไกต่างๆ ผู้ดำเนินรายการสามารถทำให้ผู้ร่วมประชุมไม่รู้สึกว่าตนพูดผิดที่แต่จะช่วยเหลือเชื่อมโยงให้ทุกคนเห็นภาพร่วมกัน

มีการทำกิจกรรมเสริมให้ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นมิตรและพร้อมต่อการประชุมร่วมกันมีอีกครั้งหนึ่งในภาคบ่าย เป็นการทำกิจกรรมแอโรบิค เพื่อคลายความง่วงและความเคร่งเครียดในการคุยเรื่องมาตราต่างๆ ในตอนบ่าย นับว่าเหมาะสมกับเวลาที่จัดเพราะทำให้ผู้ร่วมสมาธิเกิดความตื่นตัวและยังคงประชุมพูดคุยกันจนจบรายการ

การอภิปราย มีการเปิดอภิปรายในหัวข้อ “สร้างเสริมสุขภาพที่เป็นอยู่ แน่ใจหรือว่าใช่” ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการปรับความคิดเรื่องมโนทัศน์และค่านิยมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามมิติต่างๆ ที่ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจก่อนที่จะมีการถกเถียงกันในเรื่องของเนื้อหาในร่างพ.ร.บ. ในการอภิปรายเบื้องต้นนี้ช่วยให้การประชุมกลุ่มย่อยสามารถวางกรอบทิศทาง หลักการ ของการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการอภิปรายเนื้อหาในพ.ร.บ. ซึ่งนับว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เข้าร่วมสมาธิต้องคิดต่อไปว่าสิ่งที่เขาเข้าใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพคืออะไร เมื่อรับฟังการแลกเปลี่ยนทัศนะจากผู้ร่วมประชุมหลายท่านคงได้เรียนรู้และมุมมองใหม่ไปด้วย มีการตั้งประเด็นเรื่องการเดินแอโรบิคว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพหรือยัง ทำอย่างไรให้ปลอดภัย รวมไปถึงการสร้างสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์ทางเลือก และการสร้างสุขภาพในคนพิการ ให้มีสิทธิในการเรียนวิชาพลศึกษาด้วยกัน มีท่านหนึ่งที่เรียกเสียงปรบมือจากผู้เข้าร่วมสมาธิด้วยกันเมื่อพูดถึงอะไหล่มนุษย์จากผู้ที่ไม่เสียชีวิต ให้มีกฎหมายที่ส่งเสริมให้มีการนำอวัยวะผู้ตายมาใช้ให้เป็นประโยชน์กับสาธารณชน ซึ่งเป็นที่น่าแปลกใจที่คนส่วนใหญ่เห็นด้วย

ในการพิจารณาตามมามีความหลากหลายในการแสดงความคิดเห็นอย่างในมาตรา 72 มีผู้พูดในประเด็นต่างๆ ที่เชื่อมโยงเป็นเรื่องหลักๆ ได้กล่าวถึงเรื่องเพื่อเป็นแนวทางหรือมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพ ประเด็นในมาตราที่ 73 มีการตั้งคำถามใน 3 ประเด็นหลักๆ คือเป้าหมาย กลไกและวิธีการดำเนินงานต่างๆ การแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นต่างๆ ในพ.ร.บ. มีผู้อภิปรายรวมถึง 34 คน เป็นชาย 26 คน หญิง 7 คน และภิกษุอีกหนึ่งรูป

การสรุปประเด็นจาก mind-map ของกลุ่มย่อยนี้ เรียกความสนใจกลับมาในการประชุมให้ทุกคนเห็นภาพร่วมกันได้ดี ทุกคนมารวมตัวกันอยู่ใกล้ๆ บอร์ดผ้าเพื่อให้เห็นสิ่งที่เขียนชัดเจนขึ้นและรับรองสิ่งที่เขียนลงไปหลังจากมีการอธิบายเสร็จสิ้น โดยเฉพาะเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับการแต่ง เดิม เสริม ต่อ

มาตราต่างๆ ที่ใช้สัญลักษณ์ที่ต่างกันอย่างเห็นได้ชัดเจน สิ่งใดที่ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอมากก็มีการแสดงความถี่ให้ดูด้วยว่าเรื่องนี้พูดกี่ครั้ง ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับภาพถ่ายเอกสาร mind map นี้ดูร่วมกันอีกทีหนึ่งด้วย ประเด็นไหนที่ไม่อยู่ใน mind map ดังกล่าว จะถูกนำมารวมและนำเสนอในวันรุ่งขึ้น นับว่าวิธีการดังกล่าวเป็นกระบวนการระดมความคิดเห็นที่ ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความเห็นและยอมรับร่วมกัน เป็นการ validate ความคิดร่วมกันอย่างเหมาะสม

การแสดงความคิดเห็น ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นด้วยการออกไปยืนพูดที่ไม่โครโฟน หรือด้วยการเขียนส่งให้เจ้าหน้าที่รับไปถามวิทยากรด้านหน้า หรือส่งความคิดเห็นลงในกล่อง และทุกประเด็นที่พูดในที่ประชุมจะถูกถ่ายทอดลงใน Mind-map ที่ทำให้ทุกคนได้เห็นประเด็นที่ตนพูดไปพร้อมๆ กัน หากมีการจดลง mind-map ไม่ทันผู้ร่วมประชุมจะช่วยบอกให้กับวิทยากรการจัดการสัมมนาที่ทำหน้าที่ในการจดบันทึกลงใน mind-map ฝ่ายเลขานุการของห้องประชุมนี้ยังใช้วิธีการบันทึกประเด็นที่ผู้เสนอพูดลงใน power point แสดงให้เห็นบน screen อีกด้านหนึ่งพร้อมๆ กับ mind-map ที่ดูเหมือนเป็นการ confirm ประเด็นและให้เกิดความสะดวกในการสรุปที่จะนำไปเสนอในที่ประชุมใหญ่ภายหลัง

นอกจากนั้นในห้องย่อยที่สามนี้ สังเกตได้ว่าผู้เข้าร่วมสัมมนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระไม่ถูกปิดกั้นด้วยเนื้อหา ประเด็นที่เสนอ หรือการเคร่งครัดด้วยเวลา มีการเตือนบ้างเป็นช่วงๆ ด้วยท่าทีที่ทำให้ผู้ร่วมประชุมเองรู้สึก เข้าใจในกติกาและสามารถดูแลรักษาเวลาของตนเองได้ระดับหนึ่ง สิ่งที่เกิดขึ้นเกินกว่าการแสดงความคิดเห็นต่อร่าง พ.ร.บ. จากกลุ่มนี้คือ สมาชิกในกลุ่มได้มีการเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนทัศนะ และได้มีการคุยกันหลังการประชุมต่อไปอีกต่อการสร้างเครือข่ายร่วมกันในอนาคต เป็นการทำพันธสัญญาร่วมกัน โดยในที่ประชุมตกลงให้มีกลุ่มต่างๆ จากทั้ง 4 ภาคส่งตัวแทนมาคุยกันต่อ ทำให้ได้ผู้ร่วมประชุมวงเล็กอีก ประมาณ 30 คน ภาคใต้ เกือบ 10 คน ภาคกลาง 10 กว่าคน ภาคเหนือ 6 คน และภาคอีสานเกินกว่า 10 คนมากกว่าภาคอื่นๆ ทุกคนคุยกันฉันท์มิตร และเห็นร่วมกันต่ออุดมการณ์ของ “สุขภาพดีไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องร่วมสร้าง”

การเลือกผู้นำเสนอ สำหรับการประชุมรายงานวันที่ 9 มีการเลือกมาจากตัวแทนทั้ง 4 ภาค ภาคละ 1 คน

หมายเหตุ มีการแจกเอกสารประกอบการบรรยาย การสรุปประเด็นตามมาตรา และไปแสดงความคิดเห็น

กลุ่มที่ 4 ว่าด้วย “การบริการสาธารณสุข”

ผู้เข้าร่วมประชุม 500 คน

การจัดประชุมสมัชชาห้องย่อย ว่าด้วย การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ห้องย่อยที่ 4 นี่เป็นการประชุมในห้องประชุมที่เป็นห้องโถงใหญ่ การประชุมของกลุ่มนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับการประชุมของห้องย่อยที่ 1 คือเน้นที่การรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมประชุมสมัชชาเป็นหลัก ไม่มีกิจกรรม นอกจากมีการฉายวีดิทัศน์ สองเรื่องด้วยกัน คือ “สุขภาพะคนไทยวันนี้” กับ วีดิทัศน์ “ประเด็นจากเวทีสมัชชาจังหวัด มาตราที่พิจารณาทั้งหมดมี 4 มาตรา คือ มาตรา 77, 78, 79, 80 ซึ่งน้อยกว่าการพิจารณาในห้องย่อยที่ 1 เป็นอย่างมาก จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมมีน้อยกว่าที่คาดหมายไว้จาก 500 คน เหลือเพียง 200 กว่าคน

กระบวนการการจัดประชุมเป็นขั้นเป็นตอน และมีระเบียบ ระบบในการจัดการที่ค่อนข้างเรียบง่าย มีการกล่าววัตถุประสงค์ รูปแบบ และวิธีการประชุมเพียงเล็กน้อย นำเสนอวีดิทัศน์ แล้วเสนอประเด็นตามมาตราต่างๆ ทั้งนี้การประชุมเริ่มช้ากว่ากำหนดประมาณครึ่งชั่วโมงแต่ผู้จัดการและผู้ดำเนินการได้รักษาเวลาให้ทุกอย่างกลับมาดำเนินตามตารางเวลาที่กำหนดได้อย่างเหมาะสม การนำเสนอและแต่ละขั้นตอนพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจต่อเนื้อหาในการประชุมและมีความพอใจอยู่ในเกณฑ์ที่ดี เนื่องจากบรรยากาศการประชุมไม่เคร่งเครียด ผู้เข้าร่วมประชุมมีท่าทียิ้มแย้มกับวีดิทัศน์และสิ่งที่ปรากฏบนจอภาพบนเวทีเป็นระยะๆ ผู้ดำเนินรายการมีท่าทีสนับสนุนทุกประเด็นที่ผู้เสนอความคิดเห็นแสดงออก ในช่วงเช้ามีผู้แสดงความคิดเห็นประมาณ 10 คน และมีการแสดงความคิดเห็นใส่กล่องรับความคิดเห็นด้านหลัง และที่บอร์ดอีกจำนวนหนึ่ง สัดส่วนผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นชาย-หญิงประมาณ 4:1

ในช่วงบ่าย มีการประชุมมาตราต่างๆ ที่ละมาตราไปเรื่อยๆ ทำให้มีผู้เข้าประชุมเริ่มง่วงและทะยอยออกเป็นระยะๆ แต่ก็มีมีการเปลี่ยนผู้ดำเนินรายการในทุกมาตรา เมื่อการอภิปรายจบในมาตรา 78 ผู้ดำเนินรายการชุดใหม่ขึ้นมาแทน และมีการกระตุ้นความสนใจผู้เข้าร่วมประชุมด้วยการสาธิตการออกกำลังกายบนเวที ที่ไม่เป็นที่คุ้นเคยกับผู้เข้าร่วมประชุมแต่พิธีกรมีอารมณ์ขันจึงทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมหัวเราะออกมาได้ ต่อจากนั้นนพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ขึ้นปกกล่าวที่มาและเจตนารมณ์ของร่างพ.ร.บ.มาตรา 79 ในฐานะที่เป็นผู้ร่างมาตราดังกล่าว (นอกกำหนดการ) ในขณะนั้นเหลือผู้เข้าประชุมเพียง 89 คน และมีผู้แสดงความคิดเห็นในมาตราดังกล่าว เพียง 2 ท่าน แล้วมีการย้อนกลับไปมาตราอื่นๆ ที่เสนอไปแล้วอีกจึงมีการอภิปรายเพิ่มขึ้นแต่ประปรายจนผู้ดำเนินรายการต้องมีการกล่าวเสริมประเด็นต่างๆ เป็นระยะๆ

เมื่อพิจารณาประเด็นต่างๆ จบ (ก่อนกำหนดเวลา) ผู้จัดการห้องย่อยซึ่งเป็นประธาน ได้กล่าวสรุปเพื่อเสนอให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบก่อนจะให้นำเสนอในที่ประชุมวันรุ่งขึ้น ข้อสรุปดังกล่าวมีการพิมพ์ฉายให้ผู้เข้าร่วมเวทีทราบ และมีสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมเสนอเพิ่มเติมอีกเล็กน้อยจึงปิดประชุมซึ่งเป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมยอมรับสิ่งที่พูดคุยอภิปรายร่วมกัน เพื่อยืนยันความเข้าใจและความถูกต้องของสาระสำคัญก่อนการปิดประชุม

การจัดห้องประชุม ห้องประชุมเป็นห้องโถงใหญ่ มีวิทยากรอยู่บนเวทีด้านหน้าของห้องประชุม บนเวทีมีการจัดความสวยงามและสบายตา ด้วยการประดับเวทีตามจุดต่างๆ ด้วยต้นไม้ และมีจอภาพจอ

ใหญ่ด้านหลังวิทยากร ที่สามารถเปลี่ยนภาพให้มีความสวยงามและบรรยากาศต่างๆ ได้ มีตำแหน่งยืนให้พิธีกรดำเนินรายการ แบบการประชุมอย่างเป็นทางการทั่วไป นอกจากนั้นยังมีจุดควบคุมสื่อ เครื่องเสียง และอุปกรณ์สื่อต่างๆ ณ เวทียกพื้นด้านหลังของห้องประชุม (ตามแผนผังห้องประชุมย่อย ในภาคผนวก)

บรรยากาศ การประชุมของกลุ่มนี้ค่อนข้างสบายๆ มีสีสันบนเวที โดยมีทั้งต้นไม้ สวนหย่อม ลูกโป่งสีหวาน และการจัดเวทีที่เป็นงานเป็นการแบบนิทรรศการ ซึ่งช่วยให้บรรยากาศการแสดงความคิดเห็นไม่ตึงเครียด ด้านหน้าของห้องประชุมมีป้ายชวนเชิญให้ผู้เข้าร่วมสมัชชามาประชุมพิจารณาในห้องย่อยนี้ด้วย นอกจากนั้นยังมีการใช้รูปการ์ตูนที่สื่อการบริการสาธารณสุข คือภาพรถยนต์แบบ “คลินิกเคลื่อนที่” ภายในภาพยังมีพยาบาลแต่งชุดขาวยืนทำายรด มีข้อความว่า “Health Club” มีเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกอยู่ด้านหลังห้องที่คอยช่วยเหลือผู้ต้องการแสดงความคิดเห็นในลักษณะต่างๆ มีการจัดโต๊ะให้เขียนข้อความแสดงความคิดเห็น และมีตระกร้าหยาใส่เครื่องขบเคี้ยวให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้หยิบรับประทานได้ เป็นการแสดงความเอาใจใส่ดูแลผู้ร่วมประชุมจากฝ่ายจัดการ (ข้อสังเกต ลักษณะเด่นของผู้จัดการที่เป็นนักพยาบาลศาสตร์) การประชุมเป็นบรรยากาศเรื่อยๆ ไม่ตึงเครียด นอกจากบางเวลาที่มีการกำชับเวลาบ้างเล็กน้อย

การแสดงความคิดเห็น ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นผ่านไมโครโฟนตามจุดต่างๆ ให้ผู้ที่ต้องการเสนอความคิดเห็น แสดงความคิดเห็นได้ 3 จุดด้วยกันในกรณีที่ต้องการเขียนความคิดเห็นเพิ่มเติม แต่ละท่านสามารถไปติดป้ายข้อคิดเห็นตามมาตราต่างๆ ได้ที่บอร์ดด้านหลัง 4 บอร์ด ผู้แสดงความคิดเห็น ส่วนใหญ่เป็นนายแพทย์และหมออนามัย และเป็นชายเกือบทั้งหมด มีหญิงแสดงความคิดเห็นเพียง 5-6 คนจาก เกือบ 40 คน ในการประชุมตลอดทั้งวัน

เนื้อหาที่แสดงความคิดเห็นส่วนใหญ่เป็นในเรื่องของแบบแผนการบริการที่มองว่ารัฐควรจัดให้มีหลายทางเลือกแต่ต้องมีการควบคุมคุณภาพควบคู่ไปกับการบริการในลักษณะต่างๆ และมีประเด็นที่ยังไม่เชื่อมั่นว่าพ.ร.บ.นี้จะทำให้เกิดการประกันคุณภาพการบริการได้จริง เนื่องจากพ.ร.บ.นี้ไม่มีมาตราที่เป็นข้อบังคับหรือบทลงโทษ ส่วนอีกด้านหนึ่งมีการแย้งในเรื่องของการควบคุมการบริการของภาคเอกชนไม่ให้คำกำไรเกินควรกับการมีอิสระในการให้บริการที่มีคุณภาพในภาคเอกชน เพื่อประโยชน์ในทางสุขภาพของประชาชน มีการหยิบยกประเด็นในเรื่องการให้มีการแพทย์เฉพาะทางสำหรับผู้พิการ เรื่องเทคโนโลยีทางการแพทย์ขึ้นมาพูดในข้อดีและข้อที่ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่คนในสังคม ส่วนใหญ่มีประเด็นที่สลับกันไปมาระหว่างแพทย์และหมออนามัย ผู้ดำเนินรายการจะฟ้อนอินตามผู้แสดงความคิดเห็นและกล่าวเสริมบ้างเล็กน้อย ไม่มีการขัดหรือ แสดงท่าทีต่อการพิจารณาของผู้แสดงความคิดเห็น

ในการประชุมกลุ่มย่อยที่สี่นี้ ไม่พบว่ามีมีการเลือกผู้แทนกลุ่มไปนำเสนอบนเวที แต่มีกระบวนการดำเนินประชุมเพื่อจะนำเสนอในวันรุ่งขึ้น ทีมจัดการและวิทยากรมีการปรึกษาหารือและเตรียมผู้พูดในเวทีเสนอรายงานประชุมไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

กลุ่มที่ 5 ว่าด้วย “การป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ และนโยบายสาธารณะ”

ผู้เข้าร่วมประชุม 400 คน

การจัดสมัชชาเฉพาะประเด็นห้องย่อยที่ 5 นี้ ใช้รูปแบบกระบวนการหลายรูปแบบ ได้แก่การอภิปรายทั่วไปจากผู้เข้าร่วมประชุม การนำเสนอผ่านวีดิทัศน์ที่ให้ข้อมูลและภาพจำลองสถานการณ์ และการนำเสนอจากเวทีด้านล่าง (บางส่วน) ที่เป็นกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นต่างๆ ที่ทีมคณะทำงานของกลุ่มได้ติดต่อให้เป็นผู้นำเสนอประเด็น ผู้เข้าร่วมประชุมในวันจริงมีเพียง 180-200 คน (น้อยกว่าที่กำหนด) และมีผู้แสดงความคิดเห็นจริงเพียง 28 คน ที่ได้ขึ้นอภิปรายในเวที ประมาณ ห้าท่านที่ได้อภิปรายมีท่าทีว่าเป็นผู้ที่ทีมงานได้เตรียมให้มาพูดไว้ล่วงหน้า มาตราที่ได้รับมอบหมายให้อภิปรายมี 4 มาตรา

ขั้นตอนการดำเนินการ มีการกล่าวนำวัตถุประสงค์ วิธีการ รูปแบบและกติกาการประชุม รวมทั้งการสรุปผลการประชุมโดย อ.ยรรยงค์ อินทร์ม่วง และผู้ดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ โดยอ.เดชรัตน์ สุขกำเนิด มีการฉายภาพจำลองสถานการณ์ “เชื่อนปากมุล” และอภิปรายส่งท้ายจากผู้แทนศาสนา (แต่ในกำหนดการมีว่าเป็นเยาวชนและพระ) ขั้นตอนต่างๆ มีการเตรียมรายละเอียดเป็นอย่างดี มีการวางแผนงานและทีมคณะทำงานที่เตรียมโดยละเอียด ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเห็นการเตรียมงานไว้แล้วในทุกด้าน ไม่เป็นธรรมชาติหรือมีกระบวนการที่ spontaneous กับความต้องการของผู้เข้าร่วมประชุม ทำให้มีผู้แสดงความคิดเห็นจากเวทีสมัชชา

การจัดห้องประชุม การประชุมสมัชชาของกลุ่มการควบคุมปัญหาคุกคามสุขภาพและนโยบายสาธารณะนี้เป็นห้องประชุมใหญ่ที่มีการเตรียมการไว้สำหรับผู้ร่วมเวทีจำนวน 400 คน แต่ผู้เข้าประชุมไม่ถึง ทำให้ห้องดูว่าง แสงไฟมีน้อยและสองเฉพาะจุดตรงไมโครโฟน และเวทีด้านหน้า

บรรยากาศ เป็นทางการ มีการจัดระเบียบและควบคุมโดยคณะทำงานที่ประสานงานกันตลอดเวลาทั้งบนเวทีและด้านหน้าเวที ไม่ค่อยเปิดโอกาสในการประชุมให้มีความยืดหยุ่นได้ และผู้ดำเนินรายการทำงานหนึ่งค่อนข้างเฉยเมยต่อผู้เข้าร่วมประชุม ไม่ค่อยมีการมองลงไปเวทีด้านล่างแสดงความตั้งใจในการรับฟังประเด็น (อาจเนื่องมาจากต้องดำเนินการประกอกับการทำข้อมูลในคอมพิวเตอร์ด้วย) มีเสียงโทรศัพท์มือถือดังมาจากทีมจัดการและเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการในห้องประชุมตลอด เจ้าหน้าที่เองก็ใช้เวลาตอบและรับโทรศัพท์ค่อนข้างนานหรือพูดด้วยเสียงที่ดังรบกวนการประชุมอยู่เป็นระยะๆ

การฉายวีดิทัศน์กรณีศึกษามีความน่าสนใจ และผู้เข้าร่วมประชุมที่มาด้วยกันจะมีการพูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น เปรียบเทียบประสบการณ์ของตนให้ฟังกัน แต่ผู้ดำเนินรายการและเจ้าหน้าที่ยังมีความยุ่งกับการจัดการอยู่ตลอดเวลาไม่ได้แสดงความสนใจกับสิ่งที่นำเสนอ และประเด็นจากการฉายวีดิทัศน์ไม่มีการพูดเชื่อมโยงต่อกับพ.ร.บ. รวมทั้งประเด็นที่ถูกอภิปรายจากเวทีด้านล่าง แต่ผู้ดำเนินรายการมีการพูดย้ำหลายครั้งว่า “ชัดเจนมาก” ระหว่างประเด็นที่ผู้นำเสนออภิปราย

การแสดงรายชื่อผู้ที่ขึ้นพูดอภิปรายในเวทีด้านล่างทำให้การจัดระเบียบการพูดเป็นไปได้ดี มีการควบคุมเวลาเหมาะสม แต่ในขณะเดียวกันก็มีผู้ที่มีข้อบ่นจไม่ปรากฏตัวในการนำเสนอเมื่อถึงคิวของตัวเอง และไม่มีการวนกลับไปทีนั้นอีก (สังเกตว่า การรอคิวนั้นนานมาก ผู้ที่ต้องการเสนออาจเปลี่ยน

ใน หรือการให้ชื่อขึ้นไปปรากฏอยู่บนหน้าเวทีทำให้บางท่านไม่กล้าปรากฏตัว) การที่ผู้ดำเนินรายการ (โดยเฉพาะในช่วงบ่าย) มีการพูดแทรกการอภิปรายในช่วงการนำเสนอจากเวทีด้านล่าง ดูเหมือนจะเป็นสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ไม่ให้เครียด แต่ในเวลาเดียวกันทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมที่กำลังเสนอนั้น หยุดชะงักและต่อคำพูดตัวเองไม่ถูก มีผู้ร่วมประชุมเริ่มขึ้นมาที่ไม่โครโฟนโดยไม่รอให้มีชื่อและขอเปิดประเด็น ก็ถูกปฏิเสธ ซ้ำๆ อยู่อย่างนั้น (แสดงว่า กติกาดังกล่าวไม่มีความชัดเจนต่อผู้เข้าร่วมประชุม)

การสรุปในแต่ละขั้นตอนของการอภิปรายจากผู้ดำเนินรายการแสดงถึงกรอบความคิดที่เตรียมจะสรุปไว้ก่อนหน้าการประชุมแล้ว เพียงแต่นำรายละเอียดจากที่ประชุมลงมาใส่ให้ตรงกรอบ มีผู้ดำเนินรายการท่านหนึ่งมีการ ‘แซว’ ผู้นำเสนอด้านล่าง ในประเด็นที่นำเสนอ และบอกผู้เข้าร่วมประชุมว่า ใครสนใจอยากรู้เรื่องนั้น “ที่อาจารย์ท่านว่าไม่ได้เรื่อง ให้ไปติดต่อเชิญอาจารย์ไปพูดได้โดยผ่าน สวรรส.” ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดความสงสัยว่าหมายความว่าอย่างไร เมื่อดูจากเทปบันทึกวีดีโอและทราบความสัมพันธ์ระหว่างผู้พูดและผู้ดำเนินรายการแล้วจึงทราบว่า เป็นการพูดด้วยความชื่นชมต่อกัน

บรรยากาศการประชุมมีความเคลือบแคลง และไม่ชัดเจนในกระบวนการจัดการทั้งหมด แต่เจ้าหน้าที่และทีมงานมีท่าทีที่เป็นมิตรกับผู้เข้าร่วมประชุมมากๆ บรรยากาศเป็นไปอย่างราบเรียบตามขั้นตอน แต่ก็เป็นที่น่าแปลกใจที่มีการเชิญพระมาพูดให้สติในการทำงานร่วมกัน โดยไม่ค่อยตรงกับประเด็นและสาระสำคัญของร่างพ.ร.บ. หรือปัญหาของกลุ่มนี้เท่าใด มีการเชิญให้ผู้เข้าประชุมประชุมต่อหลังการประชุม (คล้ายกลุ่ม 3) เรื่องการพิจารณาผลกระทบในพื้นที่ เรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) จะช่วยอะไรได้บ้าง และจะประสานความร่วมมืออย่างไร แต่ปรากฏว่าเมื่อมีผู้เข้าร่วมประชุมรออยู่ต่อ กลับไม่มีการประชุม และห้องประชุมดังกล่าวถูกรื้อเพื่อเตรียมการประชุมในวันรุ่งขึ้น

การแสดงความคิดเห็น ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับแจ้งว่ามีโอกาสแสดงความคิดเห็น 3 ช่วง และมีไมโครโฟนให้พูดอยู่สามจุด แต่ขอร้องให้มาพูดตรงกลางมากกว่า แต่ผู้เข้าร่วมประชุมต้องกรอกใบสีเหลืองเพื่อขอคิวพูด และใช้เวลา 5 นาที (มีสัญญาณเตือนใน 1 นาทีก่อนพูดจบ) โดยขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอแค่ “ประเด็นคมๆ” เท่านั้น (ผู้ดำเนินรายการกำชับ) เมื่อมีผู้อยากแสดงความคิดเห็นก่อนเล็กน้อย (คุณลุงท่าทางเป็นชาวบ้าน) ก่อนจะเปิดประเด็น ก็ถูกขอให้ไปลงชื่อก่อน และมีเจ้าหน้าที่อีกท่านไปคุยกับบุคคลนั้น (ข้อสังเกต วันประชุมนั้นทั้งวันท่านนั้นไม่มีโอกาสพูดเลยทั้งที่ไปนั่งอยู่ด้านหน้าและสนใจฟังตลอด ท่าทีและวิธีการประชุมดังกล่าวอาจไม่เหมาะสมหรือไม่ sensitive ต่อสถานการณ์ วัฒนธรรม และความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมท่านอื่นตั้งข้อสังเกตต่อการไม่ให้บุคคลทั่วไปได้อภิปราย โดยเฉพาะจากผู้ที่มาจากกลุ่มเครือข่าย ในประเด็นนี้ผู้วิจัยไม่แน่ใจว่าทีมผู้จัดการจะมีความระมัดระวังไม่ให้เกิดความขัดแย้งเกี่ยวกับปัญหาทางการเมืองในท้องถิ่นมากไปหรือไม่) จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมประชุมพบว่า หลายท่านเกิดความไม่แน่ใจว่าเวทีนี้เหมาะสมกับเรื่องที่ต้องการนำเสนอหรือไม่ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น “เราคนบ้านนอกไม่รู้จะพูดให้เขารู้เรื่องได้อย่างไร เขาเตรียมของเขามาแล้ว”

การเปิดอภิปรายในช่วงแรก มีผู้ขึ้นมาพูด 6 ท่าน แต่ละท่าน พูดด้วยเนื้อหาที่เตรียมมาดี และค่อนข้างเป็นขั้นตอน เรื่องราวใน theme การมองปัญหาในแนวที่คล้ายกันทั้ง 5 ท่าน แล้วสรุปด้วยท่านที่

6 คือนพ.ปัทพงษ์ ที่เนื้อหาในการพูดนั้นเป็นการตีกรอบปัญหาทั้งหมด ในระหว่างที่พูดมีเนื้อหาที่พูดสรุปขึ้นจอภาพบนเวทีทันที ซึ่งทั้งหมดนี้คงไม่เป็นที่น่าสังเกต หากเป็นการพูดแบบ panel discussion บนเวที แต่เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ในเวทีด้านล่างสำหรับการเปิดอภิปรายทั่วไป ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเริ่มเห็นการดำเนินการที่ดูเหมือนจะเป็นการจัดฉากที่ค่อนข้างชัดเจน ผู้ที่ไปลงชื่อเอาไว้ยังไม่ได้มีโอกาสให้พูด และไม่มีขั้นตอนบอกว่า จากการลงชื่อนั้นประเด็นของใครจะถูกเลือกขึ้นมาพูดอย่างไร ในเวลาใด เมื่อจบในช่วงแรกผู้เข้าประชุมในช่วงเช้า อาจไม่ได้ประชุมต่อในช่วงบ่าย จากการสังเกตพบว่า มีชาวบ้านที่เป็นเครือข่ายผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายสาธารณะ (จากเสื้อยืดและสัญลักษณ์ที่บุคคลนั้นใส่ และลักษณะของบุคคล) ได้ไปยื่นความจำนงค์ไว้ แต่ไม่เห็นว่าจะได้พูดตามที่ปรากฏ ทั้งๆ ที่บนเวทีมีรายชื่อผู้ที่ จะอภิปราย 13 ชื่อ (ในช่วงสอง) และพิธีกรยังบอกว่าให้ไปแจ้งความจำนงค์แสดงความคิดเห็นได้อีก ในขณะที่ด้วยกันผู้ดำเนินรายการยังกำชับว่า “ห้องนี้เราจะคิดกันแต่เรื่องใหญ่ๆ ถ้าใครคิดว่าอยากช่วยกันทำอะไรให้ลูกหลาน เรื่องนโยบายเป็นเรื่องใหญ่ ต้องมาช่วยกัน” (ข้อสังเกต ในการกำชับดังกล่าว ทำให้ชาวบ้านธรรมดา ที่มีปัญหาที่คุกคามสุขภาพใกล้ๆ ตัวไม่กล้าที่จะพูด เช่นประเด็นเรื่องขยะในชุมชนที่มีผู้พูดมากในสมัยชาจังหวด แต่แทบจะไม่ได้พูดถึงในห้องย่อยนี้)

การเลือกผู้นำเสนอ ไม่ปรากฏว่ามีขั้นตอนการเลือกผู้นำเสนอแต่อย่างใด แต่ในวันนำเสนอรายงานการประชุมประธานคณะทำงานและผู้ดำเนินรายการในห้องย่อยดังกล่าว เป็นผู้สรุปรายงานและกล่าวว่า “ได้รับเลือกเป็นตัวแทนจากสมาชิกสมัชชาห้องย่อยที่ 5” ให้ขึ้นไปพูด และมีการสรุปว่า มีผู้เข้าร่วมประชุม กว่า 350 คน และมีผู้อภิปราย 40 คน ซึ่งอาจเป็นเพียงผู้เข้าชื่ออภิปราย แต่ผู้ที่ลงชื่อหลายท่านที่เข้าร่วมประชุมไม่มีโอกาสขึ้นไปอภิปราย การแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมจากที่ประชุมยังมีในหลายประเด็นที่เป็นเรื่องผลกระทบจากนโยบายสาธารณะที่ไม่ได้นำเสนอในที่ประชุมห้องย่อย และมีผู้อภิปรายบางท่านที่มีความสนใจต่อปัญหาที่ได้รับ ส่วนใหญ่เป็นหญิง มีผู้เสนอท่านหนึ่งแสดงความไม่เชื่อว่า พ.ร.บ.นี้จะแก้ไขปัญหาให้เขาได้ เนื่องจาก “พ.ร.บ.ฉบับนี้เขียนอย่างลอยๆ เหมือนวรรณกรรม”

หมายเหตุ มีการแจกเอกสารการประกอบการประชุมจำนวนหลายชุด

- 1) แผนภูมิภาคกับคนไทยวันนี้
- 2) ใบแสดงความจำนงขอพูด
- 3) ใบแสดงความคิดเห็นของห้องอื่น (แปลว่าอะไร ไม่มีผู้ใดทราบ และให้คำตอบกับผู้เข้าร่วมประชุมได้)

กลุ่มที่ 6 ว่าด้วย “ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ”

ผู้เข้าร่วมประชุม 600 คน

การจัดสมัชชาของห้องย่อยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ มีรูปแบบกระบวนการที่เป็นการประชุม อภิปราย และบรรยาย (ในกำหนดการมีการแบ่งกลุ่มย่อย) มีการแสดงเจตนารมณ์ของร่างพ.ร.บ. ต่อเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นกับพ.ร.บ.สุขภาพ ในช่วงเช้ามีการอภิปรายทั่วไปประมาณ 45 นาที หลังจากการชี้แจงการประชุมในเรื่องต่างๆ ในภาคบ่ายมีการบรรยายเพื่อ “วิเคราะห์ร่างพ.ร.บ.ในสาระสำคัญ” ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญา โดยอาจารย์จากคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 30 นาที และ มีกำหนดการเปิดอภิปรายทั่วไป 2 ชั่วโมง โดยมีอาจารย์จากสถาบันราชภัฏ ดำเนินรายการในสาระมาตรา 81 และ 82 และอาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินรายการในสาระมาตราที่ 83 แต่มีเวลาการอภิปรายจากผู้เข้าร่วมสมัชชาจริงๆ ในช่วงบ่ายน้อยกว่าที่กำหนด ก่อนที่จะมีการสรุปและเพิ่มเติมสาระต่างๆ โดยอาจารย์ที่เข้ามาเป็นพิธีกร (ต่างจากกำหนดการที่ระบุว่าเป็นอาจารย์จากคณะรัฐศาสตร์ท่านเดิม) และประธานคณะทำงานเสนอผลสรุปประเด็นและให้ที่ประชุมรับรองมติ

มีการนำการแสดงวีดิทัศน์เรื่อง “สุขภาพคนไทย” มาเปิดตอนต้นก่อนที่จะมีการประชุม ซึ่งขณะนั้นผู้เข้าร่วมประชุมมีเพียง 40 คน และทยอยเข้ามาภายหลัง วีดิทัศน์ดังกล่าวถูกปิดลงก่อนจะจบ (ความยาวของวีดิทัศน์ 8 นาที) เมื่อเริ่มประชุมมีผู้เข้าประชุมในห้อง 100 คน ซึ่งทยอยเข้ามาภายหลังเป็นกว่า 250 คน และนั่งด้านนอกอีก 30 คน ผู้ประชุมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

การจัดห้องประชุม ห้องประชุมเป็นห้องประชุมขนาดกลางเปิดต่อกันสองห้อง จุนได้ประมาณ 250 ที่ ซึ่งไม่พอกับที่ลงทะเบียนไว้ จึงมีการจัดสำรองที่นั่งให้ด้านนอกห้องประชุมอีก 200 ที่นั่ง พร้อมโทรทัศน์วงจรปิดสองเครื่อง ที่นั่งทุกที่มีเอกสารแจกวางไว้ (สังเกตว่า ผู้ประชุมไม่กล้านั่งเนื่องจากมีเอกสารวางไว้ที่เก้าอี้) ไม่ใคร่โฟนสำหรับการจัดอภิปรายมีสองจุดเฉพาะด้านในห้องประชุม ไม่ทั่วถึง ภายในห้องค่อนข้างแน่น นอกจากนั้นมีการจัดโต๊ะจำหน่ายหนังสือเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยไว้หน้าห้องประชุม มีการนำลูกประคบสมุนไพรสดไปวางตามจุดต่างๆ ให้บรรยากาศในห้องมีกลิ่นสดชื่นแบบไทยๆ

บรรยากาศ การเริ่มต้นของการประชุมค่อนข้างเคร่งเครียด พิธีกรไม่แสดงการทักทาย แต่เริ่มด้วยการแจ้งกำหนดการ และกติกาทันที วิธีการพูดหลายประเด็นค่อนข้างขัดกับหลักการของสมัชชา เช่น การพูดว่า “การมาครั้งนี้ไม่ต้องการให้มาแก้ไขกฎหมาย เช่นมีข้อความ แล้วตกคำว่า ... อย่างนี้ไม่เอา ไม่ต้องการให้มาตรวจรูป ไม่ต้องการ ให้เสนอความเห็นเป็นรูปธรรม ตามเอกสารที่แจกนะ” การใช้ negative sentence บ่อยๆ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดการเกร็งและเครียดตาม แต่ในสถานการณ์ดังกล่าวผู้จัดการห้อง กล่าวต้อนรับเครือข่ายและสมัชชาสุขภาพจังหวัดและภาครวม ทำให้บรรยากาศกลับคืนมาสู่การประชุมสมัชชาอีกครั้งหนึ่ง แต่การกล่าวนำของประธานยังเป็นการตีกรอบ ความแตกต่างในระบบภูมิปัญญาไทยไปในเรื่องเครือข่ายการแพทย์ทางเลือกที่อยู่นอกระบบ ทำให้การแพทย์บางอย่างเป็น “ชายขอบ” และย่ำให้ผู้ที่ต้องการอภิปรายเสนอเฉพาะประเด็นที่ “ยังไม่มีในเอกสาร” ประเด็นที่ “ขัดแย้ง” และ “แนวทางปฏิบัติ” ที่เกิดขึ้นให้เป็นรูปธรรม และขอให้ผู้ที่ขอพูดแสดงตัวรวมทั้งจังหวัดที่มา “ไม่ต้องอารัมภบท”

บรรยากาศในการเปิดอภิปรายในช่วงเช้า มีบรรยากาศที่เป็นกันเองระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมดี มีการเสนอประเด็นจากประสบการณ์ของแต่ละท่าน ทำให้มีผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยและสนุกสนานกับวิธีการพูดของผู้ขึ้นมาอภิปรายจากเวทีด้านล่างแต่ละท่าน ทุกคนมีสำเนียงพื้นบ้านแปร่งแตกต่างกันไปรวมทั้งฝรั่งที่พูดไทยได้ชัดเจนติดไปทางสำเนียงเหนือ ผู้เข้าร่วมประชุมจะสนใจซึ่งกันและกัน มีการเห็นด้วยไม่เห็นด้วยกับทุกประเด็น มีการนำเสนอจากเยาวชน (นักเรียนชาย อายุประมาณ 10 ปี) ที่เรียกเสียงปรบมือได้จากผู้ร่วมประชุมเป็นอย่างมาก เนื่องจากเด็กขอให้มีการบรรจุเนื้อหาความรู้แพทย์แผนไทยไว้ในหลักสูตรการศึกษาและว่า “เด็กอย่างผมอยู่ในท้องถิ่นพอรู้บ้าง แต่เด็กในเมืองไม่ค่อยรู้เรื่อง” หลายประเด็นที่ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอและมีความสนใจร่วมกัน ถูกผู้ดำเนินรายการกล่าวว่า ไม่เกี่ยวกับการประชุมห้องย่อยนี้ เพราะเรื่องนั้นเป็นเรื่ององค์ความรู้บ้าง ไม่เป็นรูปธรรมบ้าง ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นอีกในช่วงการอภิปรายตอนบ่าย

บรรยากาศการอภิปรายในภาคบ่าย มีการบรรยายที่ค่อนข้างยาวและขาดการต่อเนื่องจากที่ผู้เข้าร่วมสมัชชาได้พูดในช่วงเช้า เป็นการพูดไปเรื่อย ๆ และแสดงความคิดเห็นกว้าง ๆ มากกว่าลงไปในเรื่องการวิเคราะห์สาระสำคัญในพ.ร.บ. กับ ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการตั้งข้อสังเกตและความสนใจส่วนตัว นอกจากนั้นยังมีการบรรยายเพิ่มเติมจากผู้ดำเนินรายการในการอภิปรายตามมาตราในแต่ละรอบด้วย มีการฉาย power point ประกอบ ทำให้คนเริ่มหลับ เนื่องจากใช้เวลามาก เมื่อมีการเปิดอภิปรายให้ผู้เข้าร่วมสมัชชาได้พูด จึงมีบรรยากาศที่ตื่นตัวอีกครั้งหนึ่ง มีคนรอฟุดจำนวนมาก เกิดการแซงคิวไมโครโฟน และเมื่อผู้ดำเนินรายการให้สิทธิแก่ผู้ที่แซง ทำให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์และมีความอึดอัดเล็กน้อย บางคนจับกลุ่มกันแสดงความไม่เห็นด้วย แต่ผู้ดำเนินรายการแสดงความเข้าใจคนที่ผิดหวังไม่ได้พูด และเสนอให้ไปเขียนลงกระดาษอีก

ในช่วงที่สองของภาคบ่ายผู้ดำเนินรายการอีกชุดหนึ่งขึ้นมาดำเนินรายการมีท่าที ที่ค่อนข้างแข็ง มีการตัดบทผู้พูดหลายตอน ด้วยท่าทีที่ห้วน ๆ ว่าเข้าใจแล้ว คุณจะให้ทำอย่างนี้ เพิ่มอย่างนี้ใช่หรือไม่ โดยไม่รอให้ผู้อภิปรายพูดจบก่อนเนื่องจากยังมีเวลาให้เขาอยู่ บางคนได้พูดเพียงประโยคเดียว ท่าทีค่อนข้าง defensive สรุปเอาว่าคนที่พูดขณะนั้นขัดแย้งกับคนที่พูดก่อนหน้า และมีการใช้คำที่ปรามาทผู้เข้าร่วมประชุม เช่น “ตรงนี้เสนอขัดแย้งกับคนเมื่อกี้ ว่า ฉันต้องการอิสระ ฉันแน่ เดี่ยวเรามาดูกันว่าสำหรับสังคมไทยอะไรดีที่สุด” แล้วตัดบทให้ผู้อื่นพูดต่อ มีการเสริมจากผู้ประชุมเอง เช่น “ถ้าอย่างนั้นสรุปให้มีภาคีรัฐมากกว่า 10 % ที่เสนอมา” แต่ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอให้มีการเพิ่มกลไกในลักษณะที่เป็นองค์กร ได้แก่ สสจ. สสอ. หรือ ประโยคที่ว่า “ตรงนี้สำคัญอยากให้ช่วยกันถกเรื่องนี้โดยใช้เวลาสัก 5 นาที ว่าอยากให้มีการเมืองหรือไม่มีการเมือง” หรือใช้คำพูดแทรก “อ้อ กำลังพูดในระดับท้องถิ่นหรือ แต่เรากำลังทำงานระดับชาติกันนะน้องเอ๋ย” “เห็นเสนอกันสนุกสนาน เพราะฉะนั้นตรงนี้เสนอให้มีตัวแทนภูมิปัญญาสักกี่คน อย่างน้อยในโลกนี้ก็ต้องมีอยู่ 1 คน ไข่ม้อย หรือจะเอาก็คนละเจ้าคะ (มีเสียงประชดกลั้วว่า 70 คน) พูดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงนะจ๊ะขุนหัว” ทำให้มีการถกเถียงกันระหว่างผู้เข้าร่วมสมัชชาและพิธีกรที่ดูเหมือนจะไม่ได้ทำการบ้านในเรื่องกลไกภาคประชาชน และสิ่งที่เกิดขึ้นในสมัชชาจังหวัดต่างๆ รวมทั้งความเข้าใจในพ.ร.บ. ทั้งฉบับอย่างเชื่อมโยงกัน ทำให้บรรยากาศเริ่มเป็นที่ไม่น่าติดตามสำหรับหลายๆ

คน และออกจะเป็นการประชิดประชัน กันมากขึ้นระหว่างผู้เสนอและผู้ดำเนินรายการและก่อนจะปิดท้าย ยังมีการถามผู้ร่วมสมาชิกอีกว่า “สรุปแล้วเราจะรวมกันอยู่หรือแยกกัน (มีเสียงตอบว่ารวม) ถ้าฉันไ้ใคร ที่มันบอกว่าต้องการอิสระจะเปลี่ยนใจมั๊ย” ทำให้บรรยากาศการทำสมาธิมีความดูแคลนผู้เข้าร่วมประชุมมากขึ้น แต่ผู้ร่วมประชุมเป็นผู้ใหญ่ค่อนข้างอาวุโส ไม่แสดงกิริยาออกมามาก ค่อนข้างใจเย็นกับผู้ดำเนินรายการ บางคนที่ไม่ไหวก็ออกจากห้องไป ผู้จัดการห้องเองก็ไม่ได้สรุปอะไร ให้บรรยากาศจบลงเพียงนั้น

การแสดงความคิดเห็น ผู้เข้าร่วมได้รับเวลาให้พูดในที่ประชุม คนละ 3 นาที โดยที่ผู้ที่ต้องการพูดในเวทีเดินขึ้นไปต่อคิวเพื่อรอพูดทันที ในการแสดงความคิดเห็นค่อนข้างมีปัญหาในการจัดคิว เนื่องจากไม่มีใครโฟนสองจุดที่ตั้งไว้เป็นด้านหน้าและตรงกลาง (ค่อนข้างด้านหลัง) มีคนรอคิวทั้งสองจุด คนที่อยู่แถวหน้าไม่ทราบก็จะแย่งกันพูด เจ้าหน้าที่ต้องคอยสลับบางครั้งก็ทำไม่ได้ มีเสียงผู้เข้าร่วมประชุมแทรกกันอยู่ในแต่ละไมค์ตลอดเวลา ทีมคณะทำงานออกจะให้ความสำคัญมากกับการเขียนใบแสดงความคิดเห็นที่มีการขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมเขียนลงในใบนั้นบ่อยครั้ง ผู้ที่พูดไปแล้วยังถูกขอให้อ่านให้เขียนกำกับด้วย ซึ่งเป็นปัญหาเช่นกัน เนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมไม่เข้าใจในประเด็นนี้ (หรือไม่อยากเขียน) ใบแสดงความคิดเห็นจึงถูกส่งกลับมามากกว่าจำนวนน้อย

จากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้ร่วมสมาชิกห้องย่อยนี้ พบว่า ตลอดทั้งวันมีผู้แสดงความคิดเห็นถึง 66 คน (ในช่วงเช้าถึง 27 คน) ผู้เข้าร่วมประชุมหลายคนให้สัมภาษณ์ว่า “เดินทางมาไกลอยากมาพูดให้คนอื่นรู้เรื่องที่เราทำ” มีผู้เข้าร่วมสมาธิที่มาจากทุกภาค ทั้งหมดที่พื้นบ้าน พระ ผู้พิการ นักเรียน นักศึกษา กระบวนการแสดงความคิดเห็นค่อนข้างขึ้นกับผู้จัดการในแต่ละประเด็นที่เปิดโอกาส หรือ มีการตัดบท แทรกแซงเวลานำเสนอ หรือไม่ ผู้เข้าร่วมสมาธิมีความตื่นตัวและต้องการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างมาก กระบวนการนำเสนอถูกเบียดบังด้วยการบรรยายของวิทยากร และผู้ดำเนินรายการค่อนข้างมาก จะเน้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมเขียนใบแสดงความคิดเห็นมากกว่า

มีความขัดแย้งในการมองประเด็นและแสดงความคิดเห็นระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมสมาชิกและผู้ดำเนินรายการบนเวที มีการโต้ตอบกันและใช้วาจาตีสติจากผู้ดำเนินรายการ โดยที่ผู้เข้าร่วมประชุมพยายามเข้าใจและใจเย็นกับคำปรามาทในหลายโอกาส มีการให้เปิดให้พูดนอกประเด็นจากพ.ร.บ. โดยการเสนอของผู้ดำเนินรายการ ทำให้ผู้ที่ต้องการพูดจำนวนมากที่มาเพื่อประเด็นเกี่ยวกับพ.ร.บ. ไม่ได้พูดและไม่พอใจ จากการสัมภาษณ์ผู้แสดงความคิดเห็น พบว่า บางคนรู้สึก “พอใจที่มีสมาธิ แต่ควรจัดเวทีที่ให้คนแสดงความคิดเห็นได้จริงๆ” ผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านว่า “คนรุ่นเก่าๆ ไม่รู้เรื่องกฎหมาย แต่รู้เรื่องพื้นบ้าน ต้องให้คนรุ่นใหม่พูด” “ไม่อยากแสดงตัว กลัวผิดกฎหมาย เดี่ยวจะโดนข้อหาจับกลุ่ม”

การเลือกผู้นำเสนอ ไม่มีกระบวนการในการเลือกผู้นำเสนอผลการประชุมสมาชิกห้องย่อยนี้ เมื่อสัมภาษณ์ผู้จัดการห้อง ทราบว่าประเด็นที่จะนำเสนอในวันรุ่งขึ้นมาจากใบแสดงความคิดเห็นต่อสาระมาตราต่างๆ (แต่มีผู้ส่งเป็นลายลักษณ์อักษรมาน้อย) ที่ทีมงานจะไปเตรียมเอง เนื่องจากผลการประชุมส่วนใหญ่ไม่ได้ลงลึกในมาตราต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการตีความและโต้แย้งกันในความเข้าใจเรื่องแพทยแผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนโบราณ และเรื่องความหมายของภูมิปัญญาท้องถิ่น ในวันที่นำเสนอ

จริงพบว่า วิทยากร เป็นผู้นำเสนอ และผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมจากที่อภิปรายในห้องย่อย เนื่องจากผู้นำเสนอไม่ได้เสนอประเด็นที่มีผู้ร่วมประชุมเพิ่มเติมและเชื่อมโยงกับมาตราอื่นๆ ที่เกี่ยวกับเรื่องนี้ ได้แก่ประเด็นเรื่องกำลังคน ในมาตราที่ 91 และ เรื่องกลไกหลักของระบบสุขภาพ หมวด 3 หมวด 4 และหมวดที่ 5

หมายเหตุ มีเอกสารประกอบการประชุม 6 ชุดได้แก่

- 1) สรุปร่างพ.ร.บ.เฉพาะมาตรา
- 2) บทสังเคราะห์ประเด็นสมัชชาสุขภาพ “ภูมิปัญญาท้องถิ่น”
- 3) ใบแสดงความคิดเห็นต่อมาตรา 81, มาตรา 82, และ มาตรา 83 อย่างละหนึ่งชุด
- 4) ใบแสดงความคิดเห็นต่อสาระในมาตราอื่นๆ (สี่เหลือง)

กลุ่มที่ 7 ว่าด้วย “การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ”

ผู้เข้าร่วมประชุม 400 คน

การจัดสมัชชาเฉพาะประเด็นย่อยว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ใช้รูปแบบกระบวนการแบบการบรรยาย อภิปรายและการประชุมกลุ่มย่อย โดยมีภารกิจในการพิจารณาทั้งหมด 3 มาตรา และมีการพิจารณามาตราอื่นๆที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกัน โดยที่คณะทำงานได้มีการเตรียมประเด็นไว้บ้าง ผู้เข้าร่วมสมัชชาครั้งนี้ 300 กว่าคนใกล้เคียงจำนวนที่แจ้งมาล่วงหน้า มีความตึงเครียดในเรื่องการจัดสถานที่เล็กน้อยในช่วงแรก มีผู้ดำเนินรายการและพิธีกรที่ค่อนข้างจะประณีตประนอมและขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมประชุมเป็นอย่างดี คือ คุณสารี อ๋องสมหวัง เลขาธิการสหพันธ์องค์กรผู้บริโภค มีการชี้แจงเรื่องของกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคและสรุปให้เห็นถึงความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค ในเรื่องการสร้างความเข้มแข็ง การพิทักษ์สิทธิ การรณรงค์นโยบาย การเผยแพร่ข่าวสารและรูปธรรมในการคุ้มครองผู้บริโภคในท้องถิ่น

มีการฉายวีดิทัศน์เรื่อง “สุขภาพะคนไทยวันนี้” และให้ผู้เข้าร่วมประชุมตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับวิถีชีวิตดังกล่าวด้วย นอกจากนั้น มีการเสนอสรุปปัญหาเกี่ยวกับผู้บริโภค และตัวอย่างจากวีดิทัศน์เรื่อง “ซูเปอร์สแกด” แล้วจึงนำเสนอในเชื่อมโยงเข้าสู่มาตราต่างๆ โดย นพ.ประวิทย์ ลี่สวัสดิการวณิชฯ เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และตามด้วยสรุปประเด็นจากสมัชชาสุขภาพจังหวัด โดยคุณวรรณชัย ประธานชมรมส่งเสริมและคุ้มครองผู้บริโภค จ.สงขลา โดยทั้งหมดใช้เวลาเกือบ 1 ชั่วโมงเต็ม ก่อนมีการเปิดอภิปรายทั่วไปในภาคเช้า

ในภาคบ่ายแบ่งกลุ่มการประชุมออกเป็น 3 กลุ่มตามกำหนดการ แต่ผู้เข้าประชุมขอร้องให้มีการรวมเหลือเพียง 2 กลุ่มย่อย ผู้จัดการห้องเคารพสิ่งที่ผู้ร่วมประชุมเสนอร่วมกันและให้ยุบการประชุมลงเป็นสองห้องย่อย เมื่อเสร็จการประชุมกลุ่มย่อยจึงมาเป็นการประชุมรวมอีกครั้งหนึ่ง มีการให้วิทยกรประจำกลุ่มมาสรุปชี้แจงเมื่อมีข้อสงสัยในรายละเอียดของพ.ร.บ.อยู่ช่วงหนึ่ง

การจัดห้องประชุม สำหรับสมัชชากลุ่มนี้ประชุมในห้องประชุมขนาดกลาง เปิดประตูเชื่อมต่อกับสองห้องเป็นห้องใหญ่ ในการอภิปรายรวมกลุ่มใช้เวทีกลางด้านหนึ่งของห้องมีไมโครโฟนอยู่ตรงกลางห้อง เมื่อมีการแบ่งกลุ่ม กลุ่มแรกใช้วิธีการจัดการประชุมเป็นวงกลมให้ทุกท่านได้เห็นหน้ากัน (ผู้ประชุม

เกือบ 100 คน) ส่วนในกลุ่มที่สองจัดเป็นรูปตัวยู มีการเขียนสิ่งที่อภิปรายลงแผ่นใสและบนที่กลงในคอมพิวเตอร์

บรรยากาศ ผู้ดำเนินรายการ (ผู้จัดการห้อง) มีท่าทีที่เป็นมิตร เคารพสิ่งที่ถูกนำเสนอในที่ประชุม และให้ความเป็นธรรมกับทุกฝ่ายที่ต้องการเสนอประเด็น และมีการแก้ไขปัญหาคณะหน้าได้อย่างเหมาะสม การดำเนินการเป็นไปอย่างเรียบร้อย แม้บางช่วงจะมีการโต้เถียง หรือใช้วาจารุนแรงจากผู้เข้าร่วมประชุม ผู้ดำเนินรายการและวิทยากรต่างช่วยกัน แก้ปัญหาผ่านไปอย่างดี

การบรรยายในช่วงแรกให้บรรยากาศของความดีใจร้อนและตึงเครียดของปัญหา ที่ทำให้มีผู้ร่วมประชุมต่อว่าว่า “มีการขึ้นมากเกินไป ไม่ให้เวลาพูด” เนื่องจากใช้ผู้ดำเนินรายการบนเวทีทั้งสามท่านใช้เวลาในช่วงเข้าค่อนข้างนาน แต่ผู้ดำเนินรายการไม่มีปฏิริยาโต้ตอบผู้ร่วมประชุม มีท่าทีประณีประนอม และให้โอกาสผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นได้อย่างเปิดกว้าง ซึ่งก็ไม่มีกรณีโต้เถียงเกิดขึ้นอีก ผู้ร่วมประชุมส่วนใหญ่ ต้องการแสดงความคิดเห็นและให้ความสนใจต่อมาตราต่างๆ เป็นอย่างมาก ถึงแม้จะมีการชี้แจงเรื่องการควบคุมเวลา แต่ผู้ดำเนินรายการในห้องประชุมรวมมีความยืดหยุ่น และควบคุมเวลาได้อย่างเหมาะสมด้วยความละมุนละม่อม

บรรยากาศการประชุมในกลุ่มย่อยเป็นไปด้วยดี แต่ผู้ดำเนินรายการไม่สามารถควบคุมเวลาได้ บางครั้งขาดความชัดเจนในเรื่องกฎหมาย ต้องให้วิทยากรที่ปรึกษาลงมาช่วยเป็นครั้งคราว

การแสดงความคิดเห็น มีการแสดงท่าทีจากผู้เข้าร่วมประชุมว่าไม่มีโอกาสพูด (ค่อนข้างใจร้อน) ทั้งๆ ที่ ผู้ดำเนินรายการและผู้จัดการต่างชี้แจงประเด็นต่างๆ รอบแรรอบเดียวแล้วไม่มีการพูดซ้ำอีก (รวมใช้เวลาผู้ดำเนินรายการเพียง 1 ชั่วโมงและหลังจากนั้นเป็นการแสดงความคิดเห็นทั้งหมด (สามชั่วโมงครึ่ง) ซึ่งมากกว่าอีกหลายห้อง วิธีการแสดงความคิดเห็นเป็นแบบ spontaneous ให้ผู้เข้าร่วมประชุมมาขึ้นพูดกลางห้องประชุม ณ จุดที่มีไมโครโฟนได้ ส่วนการประชุมกลุ่มย่อยนั้นทุกคนมีโอกาสพูดได้มาก การแสดงความคิดเห็นค่อนข้างชัดเจน เป็นรูปธรรม หลายท่านเมื่อเห็นว่ามี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ นั่งอยู่ในทีมวิทยากรด้วย มีการพูดและฝากประเด็นให้ท่านโดยตรงหลายครั้ง

ประเด็นของการนำเสนอค่อนข้างเป็นเรื่องที่มาจากประสบการณ์ตรงของผู้เข้าร่วมประชุม ที่อยากให้พิจารณาเอาไปบรรจุในพ.ร.บ. ว่าจะเป็นมาตราใหม่ หรือเดิม หรือแก้ไขในมาตราใด ผู้ร่วมประชุมหลายท่านไม่ทราบ ทำให้การพิจารณาประเด็นต่างๆ ค่อนข้างขาดความเชื่อมโยงกับพ.ร.บ. และมาตราที่พิจารณา การแสดงความคิดเห็นเป็นไปตามขั้นตอน ไม่ค่อยมีการจำกัดเวลา และผู้ที่เข้าร่วมประชุมจำนวนมากได้แสดงความคิดเห็น ผู้ดำเนินรายการมักจะรับฟังประเด็นโดยไม่ดัดแปลงหรือ เสริม หรือ เติมนำใดๆ หากเป็นข้อสงสัยจากที่ประชุมที่ถามมาจึงจะตอบให้ทราบสั้นๆ ไม่เสียเวลา

การเลือกผู้นำเสนอ มีการสรุปประเด็นที่เสนอเข้ามาจำนวนมากในตอนท้าย แต่ ผู้เข้าประชุมเหลือจำนวนน้อยลงมาก บรรยากาศไม่ถึงครึ่งห้องและมีการหลับบ้าง ไม่มีการเลือกผู้แทนเข้าประชุมในที่ประชุม แต่ในวันนำเสนอมีผู้แทนขึ้นมาพูดสองท่านได้รับการแนะนำตัวว่าเป็นคณะทำงาน 1 ท่าน และตัวแทนจากภาคประชาชนอีก 1 ท่าน

หมายเหตุ มีเอกสารประกอบการประชุม 2 ชุด คือ 1) เอกสารทางวิชาการจากภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชฯ จุฬาฯ และ 2) ข้อร้องเรียนจากผู้บริโภคในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา

กลุ่มที่ 8 ว่าด้วย “องค์ความรู้ / กำลังคน / การเงินการคลังด้านสุขภาพ” ผู้เข้าร่วมประชุม 250 คน

กระบวนการประชุมของห้องย่อยที่แปดนี้ เน้นไปที่กระบวนการในการประชุมกลุ่มย่อยระดมความคิดเห็น มีการอภิปรายในรวมกัน เพื่อชี้แจงวิธีการประชุม และการนำเสนอรายงานจากสมาชิกสุขภาพจังหวัดโดยใช้ mind map ตามกำหนดการถูกตัดออกไป โดยไม่ทราบสาเหตุ แต่ไม่ได้ทำให้มีเวลาเพิ่มขึ้นสำหรับการอภิปรายจากผู้เข้าร่วมสมาชิก ส่วนที่มีการพิจารณาในกลุ่มย่อย การแสดงความคิดเห็นในการประชุมกลุ่มย่อยแบ่งไปสามกลุ่ม สามประเด็น ในเรื่ององค์ความรู้ เรื่องกำลังคน และการเงินการคลัง โดยมีมาตราให้พิจารณา 8 มาตรา ผู้เข้าร่วมมีจำนวนตามที่ลงทะเบียนไว้ แต่เมื่อมีการประชุมกลุ่มย่อยจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมดูจะบางตาลง จากการสังเกตพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยเป็นผู้ชายมากกว่าหญิง โดยมีภาคีหมอนามัย (ใส่เสื้อเขียว) มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

มีการฉายวิดีโอ “สุขภาวะคนไทย” ก่อนเวลาเริ่มประชุม โดยไม่มีความหมายต่อการประชุม ไม่มีการพูดถึงหรือบอกวัตถุประสงค์ของการเปิดวิดีโอ (ดูเหมือนจะไว้ใช้เรียกคนเข้าห้องประชุม) จอภาพที่ฉายอยู่ในระดับที่เตี้ยทำให้ผู้ที่นั่งด้านหลังจะมองภาพไม่ชัดเจน

การจัดห้องประชุม เป็นการจัดประชุมแบบเรียบง่าย ไม่มีพิธีรีตองหรือการนำเสนอที่เป็นทางการ ทุกกลุ่มมีเวทีไว้ให้ผู้ดำเนินรายการหรือพิธีกรกลุ่มนั้น มีจอฉายแผ่นใสและpower point แต่ปรากฏว่าเวทีดังกล่าวแทบจะไม่ได้ถูกใช้โดยผู้ดำเนินการทั้งสามกลุ่ม มีเพียงท่านเดียวที่ใช้เวทีตลอดการประชุม การดำเนินการโดยที่พิธีกรไม่นั่งบนเวที ทำให้เกิดบรรยากาศที่ไม่เป็นทางการ เป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน การประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มย่อยของกลุ่มองค์ความรู้ใช้การจัดห้องประชุมแบบครึ่งวงกลม กลุ่มย่อยการเงินการคลังและองค์ความรู้ใช้ไมโครโฟนกลางสำหรับการแสดงความคิดเห็น ส่วนกลุ่มเรื่องกำลังคนใช้วิธีการถือไมค์ลอยให้ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นการอำนวยความสะดวก

บรรยากาศ เป็นกันเอง เหมือนการพูดคุยในเวทีชาวบ้าน ค่อนข้างราบเรียบ การประชุมมีความน่าสนใจมากในช่วงอภิปรายรวมตอนสุดท้ายที่มีผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย เป็นผู้มานำเสนอสรุปประเด็นที่ได้พูดในกลุ่มย่อย ทำให้มีสีสันในการอภิปราย เนื่องจากผู้นำเสนอมีความคิดที่สนุกและมีสาระ (เป็นปลัดอบต.หญิงจากสุพรรณบุรี) ทำให้บรรยากาศดี และมีการคุยแลกเปลี่ยนความรู้กันกับจังหวัดอื่นๆ ด้วย หลังจากนั้นมีการพูดจาเย้าแหย่ระหว่างผู้ดำเนินรายการกับผู้เข้าร่วมประชุม ทำให้มีบรรยากาศที่สนุกสนาน เป็นกันเอง ไม่มีใครถือตัว มีการอภิปรายประเด็นอื่นๆ เพิ่มเติมได้เรื่อยๆ

บรรยากาศการสรุปผลการประชุมกลุ่มย่อยการเงินการคลัง (กลุ่มสุดท้าย) เปลี่ยนไปเนื่องจากการนำเสนอเป็นแบบทางการอีกครั้งหนึ่ง (เหลือผู้เข้าร่วมเพียง 50 คน) มีการเสนอผลการประชุมลงใน mind map ในแผ่นใส เมื่อมีการเชิญให้ผู้ได้รับโควตาอภิปรายในช่วงนี้ขึ้นพูดปรากฏว่าผู้อภิปราย 2 ใน 5 ไม่อยู่ในที่ประชุมแล้ว มีผู้เข้าร่วมประชุมท่านอื่นขออภิปรายต่อไปอีกจนหมดเวลา (ได้ผู้อภิปรายในช่วง

นี้ 10 คน มากกว่าที่จัดโควตาไว้) โดยไม่มีการสรุปอีก ประธานจึงขอให้เลือกผู้แทนกลุ่มขึ้นไปพูด (มีผู้เหลือในการประชุมเพียง 30 คน) ค่อนข้างที่จะรีบเร่งในตอนท้าย

การแสดงความคิดเห็น มีรูปแบบการแสดงความคิดเห็นได้หลายทาง ได้แก่ 1. การพูดเสนอในที่ประชุมกลุ่มย่อย 2. การเขียนใส่แบบฟอร์ม 3. การเขียนอิสระไปติดที่บอร์ดรับความคิดเห็นที่เป็นไม้ไผ่แบบพื้นบ้าน 4. การเขียนความคิดลงใน “ไห” 5. การบอกให้เจ้าหน้าที่จัดให้ 6. การติดสติ๊กเกอร์ใน mind map ที่เตรียมไว้ให้ แบ่งเป็นสามสี การพูดผู้ที่พูดไม่จำเป็นต้องบอกชื่อกับผู้เข้าร่วมประชุม เพียงแต่ให้บอกว่า พูดในฐานะประชาชน เครือข่าย องค์กร หรือ นักวิชาการ ข้าราชการ หรือ นักการเมือง

การติดสติ๊กเกอร์แต่ละสีมีความหมายต่อหัวข้อแต่ละหัวข้อ ซึ่งจะต้องติดในประเด็นที่ถูกคณะทำงานแบ่งไว้เรียบร้อยแล้ว แล้วให้ผู้เข้าร่วมสมัชชานำสติ๊กเกอร์ไปติดเพื่อบอกสิ่งที่ตนสนใจ (ตามกรอบที่จัดไว้) ถ้าติดผิดสี ผิดบอร์ดจะไม่นับ

การประชุมในช่วงเช้าไม่มีการเปิดโอกาสให้อภิปรายเนื่องจากการนำเสนอจากผู้ดำเนินการ และ ชี้แจงการประชุม เพื่อการร่วมประชุมในภาคบ่าย ผู้ร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยเข้าประชุมสมัชชาในระดับอำเภอและจังหวัดมาก่อนแล้ว และเป็นตัวแทนภาคีโดยเฉพาะหมอนามัย

หลังจากจบการประชุมกลุ่มย่อยมีการอภิปรายเพิ่มเติมในห้องประชุมรวมห้องย่อยที่ 5 โดยผู้ดำเนินการห้องย่อยจะสุ่มเลือกผู้ที่จะได้ขึ้นอภิปรายเพิ่มเติมจากใบแสดงความจำนงค์ที่แจ้งไว้ล่วงหน้า จากกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5 คน และอภิปรายต่อคนละ 5 นาที วิธีการจัดการโควตานี้ คือให้มีการอภิปรายต่อจากการเสนอสรุปผลการประชุมตามประเด็นของแต่ละกลุ่ม การจัดสรรเวลาให้อภิปรายไม่ตรงกับที่ตกลงกันไว้ เห็นได้ว่าบางคนได้อภิปรายนานถึง 10 นาที ในขณะที่อีกหลายคนได้พูดเพียง 1 นาที แต่ประธานก็ให้โอกาสคนอื่นมาพูดต่อได้อีกหนึ่งคน ในช่วงอภิปรายรวมพบว่า มีอัตราส่วนผู้หญิง 2 ใน 3 ของผู้เข้าร่วมประชุม

การเลือกผู้นำเสนอ มีกระบวนการเลือกผู้นำเสนอสรุปการประชุมจากกลุ่มย่อยมารวมกัน แล้วเลือกจากแต่ละภาคมาเพื่อคุยกับทีมงานและเสนอตัวแทนสองคนขึ้นไปสรุปแผนภูมิ ในเวทีใหญ่วันรุ่งขึ้น หมายเหตุ มีเอกสารประกอบการประชุม เป็นเอกสารสังเคราะห์ประเด็นในแต่ละมาตราจากสมัชชาสุขภาพจังหวัด

4.3 รูปแบบ กิจกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิด

รูปแบบของเวทีสมัชชา ในที่นี้หมายถึง การจัดกระบวนการประชุม และการจัดเวทีการประชุม เนื่องจากในทางทฤษฎีของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมนั้น การจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อการปฏิสัมพันธ์มีความสำคัญเท่าๆ กับ เนื้อหาของการปฏิสัมพันธ์และคุณลักษณะของผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยเฉพาะจากแนวคิดของ Erving Goffman (1959) ในเรื่องทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (symbolic interaction) ที่คนในสังคมใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นพฤติกรรมโดยปกติแล้ว พบว่า เวที (stage)^{*} หรือ พื้นที่ทางสังคม (social setting) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมที่คนแสดงออกต่อหน้าคนอื่น เนื่องจากการคาดการณ์ (project) ต่อสิ่งที่คนอื่นๆ ในพื้นที่ทางสังคมคาดหวังจากการกระทำของเขาเป็นอย่างไร จะให้เขาแสดงอย่างไร โดยเป็นที่รู้กันว่า ใครได้รับบทบาทอะไร มีคิวการแสดงเมื่อไร อย่างไร และในแต่ละพื้นที่แต่ละเวทีทางสังคม มักมีแบบแผนในการจัดคิว และจำแนกบทบาทของทุกคนที่ร่วมแสดงอยู่บนเวที ไม่ว่าจะเป็นบทพูดหรือมีการกระทำ ไม่ทุกคนรู้หน้าที่ของตนโดยปริยาย ตามกติกาของสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์นั้นกำหนด การจัดเวทีสมัชชาเป็นอีกพื้นที่หนึ่งทางสังคม ที่มีแบบแผนบางอย่างกำหนดพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมอยู่ในสถานการณ์ ผู้ที่อ่านคิวตัวเองออก รู้บท (script) ของตน ก็จะแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินเรื่องได้ตามที่คาดไว้

ทฤษฎีดังกล่าวมีวิธีการวิเคราะห์ที่เรียกว่า Dramaturgical approach เป็นการวิเคราะห์กระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์หนึ่งๆ เพื่อให้เห็นแบบแผนของสิ่งที่ซ่อนอยู่ด้านหลังเวทีที่พฤติกรรมนั้นแสดงออกมา สิ่งแวดล้อมและปฏิกริยาที่อยู่บนเวทีและจากผู้ชมทั้งหมดนั้น เป็นส่วนประกอบสำคัญต่อการปฏิสัมพันธ์ เนื่องจากทุกอย่างมีนัยสำคัญทางสัญลักษณ์ของการแสดงออก หรือไม่แสดงออก

กระบวนการจัดการสมัชชาเป็นเสมือน “คิว” สำหรับการปฏิสัมพันธ์ ที่มีผลทางจิตวิทยาและพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมสถานการณ์นั้นๆว่าจะแสดงออกได้อย่างไร ด้วยท่าทีอย่างไร หรือเลือกที่จะไม่แสดงออกได้หรือไม่ ซึ่งประการต่างๆ นั้น มีผลต่อกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในหลายลักษณะ กลุ่มคนบางกลุ่มสามารถแสดงออกได้ดีในสถานการณ์ที่มีการกำหนดขอบเขตไว้ชัดเจน ในขณะที่คนกลุ่มอื่นจะแสดงได้ต่อเมื่อสถานการณ์นั้นเป็นสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ เป็นกันเอง (spontaneous) “คิว” “เนื้อเรื่อง” และ “การเดินเรื่อง” ของคนต่างวัฒนธรรมย่อมทำให้เกิดอุปสรรคในการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเห็นได้จากความหลากหลายในภูมิหลังของที่ประชุมสมัชชา ที่ต้องมาแสดงร่วมกันในเวทีเดียวกัน ทำให้ความยากง่ายของการแสดง

^{*} เวทีนี้มีทั้ง เวทีด้านหน้า (front stage) ที่คนแสดงออกต่อหน้าคนอื่น และในที่สาธารณะ และด้านหลัง (back stage) คือเวทีที่คนแสดงออกหลังคนอื่น หรือในที่ที่เป็นส่วนตัว แบบคนกันเอง ในกรณีศึกษานี้จะใช้เฉพาะเวทีหน้า เนื่องจากไม่มีโอกาสได้ไปศึกษาแบบแผนลึกๆ ของพฤติกรรมผู้เข้าร่วมประชุมได้ทั้งหมด

ต่างกัน กับผู้ร่วมเวทีสมัชชาจากองค์กร และภาคีต่างๆ ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งนี้ งานวิจัยชิ้นนี้เพียงขอเสนอเป็นเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างในกระบวนการจัดเวทีสมัชชาเฉพาะประเด็นห้องย่อยทั้ง 8 ห้อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้จากกระบวนการดำเนินการดังกล่าวเท่านั้น

จากกระบวนการจัดเวทีสมัชชาเฉพาะประเด็นห้องย่อยทั้ง 8 ห้องที่กล่าวไว้ในรายละเอียดตอนต้น พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งรูปแบบของเวที กิจกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิด กล่าวคือ ในเรื่องเวทีการประชุม มีเพียงสามกลุ่มคือ กลุ่ม 1, 4 และ 5 ที่มีการจัดเวทีในห้องโถงใหญ่ มีเวทีสำหรับวิทยากรอยู่ด้านหน้ายกพื้นสูง (เป็นส่วนด้านในสุดของห้อง) ดูน่าเกรงขาม เมื่อผู้เข้าร่วมประชุมเดินเข้าสู่เวทีทั้งสามจะรู้สึกถึงสัญลักษณ์ของอำนาจ ความเหนือกว่าหรือความเป็นคนสำคัญของผู้ที่อยู่บนเวที แล้วผู้เข้าร่วมประชุมเป็นเหมือนผู้ที่ด้อยกว่า เนื่องจากระดับสายตาคงอยู่ด้านล่างที่ต้องเงยหน้าพูดกับผู้ประชุม ซึ่งมีผลทางจิตวิทยาสังคม โดยเฉพาะเมื่อประกอบกับท่าทีของผู้ที่อยู่บนเวที และกระบวนการการประชุม ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมกันเองก็จะพบว่า มีการแบ่งช่วงระยะห่างระหว่างผู้ที่ไม่ได้มาด้วยกัน กลุ่มที่มาด้วยกันจะนั่งติดกัน เนื่องจากห้องค่อนข้างว่าง มีทางเดินเข้าออกสะดวกสบาย

ในขณะที่ กลุ่ม 2, 3, 6, 7, 8 เป็นแบบห้องประชุมขนาดกลางที่เปิดทะลุถึงกัน ขนาดของห้องทำให้การประชุมดูคึกคัก ผู้เข้าร่วมประชุมนั่งใกล้ชิดกันมาก เวทีของผู้อภิปรายอยู่สูงกว่าผู้ประชุมเล็กน้อยและไม่ต่างระดับทางสายตามากนัก ผู้ร่วมประชุมสามารถรู้สึกใกล้ชิดกับผู้ร่วมประชุมอื่นๆ ต้องมีการแบ่งปันที่นั่ง หลีกทางเดินให้ออกไปพูดอภิปราย การเดินเข้าเดินออกไม่สะดวกเหมือนการประชุมในห้องโถงใหญ่ และหากประกอบกับท่าทีของผู้ดำเนินรายการและผู้จัดการในสมัชชานั้นมีความเป็นกันเอง ทำให้โอกาสที่คนจะปฏิสัมพันธ์ด้วยท่าทีที่ดีเป็นมิตรนั้นมีมากกว่า การประชุมในห้องโถงใหญ่ ที่โอกาสการแสดงความเป็นมิตรหรือเป็นกันเองนั้นแทบไม่มี แต่ในกลุ่ม 2, 3, 6, 7, 8 ยังมีความแตกต่างกันไปอีกในเรื่องของการจัดประชุม ที่มีการแยกเป็นการประชุมกลุ่มย่อยลงไปอีก คือห้อง 2, 7, และ 8 ที่แบ่งออกเป็นการประชุมย่อยลงไปเพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์และแสดงความคิดเห็นทั่วถึง (เป็นในเชิงปริมาณ แต่คุณภาพนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ และพลวัตของกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่ม)

บรรยากาศการจัดประชุม เป็นองค์ประกอบสำคัญหนึ่งในการจัด setting ให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เห็นว่า การจัดบรรยากาศมีทั้งแบบที่เป็นทางการ คือมีกติกาเคร่งครัด เป็นระบบ ระเบียบ ได้แก่ กลุ่ม 1, 4, 5 แบบไม่เป็นทางการ คือมีกติกาบ้างแต่ไม่ยึดเป็นตายตัว ได้แก่ ห้อง 2 และ 6 และแบบที่ผสมผสาน เคร่งครัดบ้างในบางช่วง และไม่เป็นทางการในบางช่วง ได้แก่ ห้อง 3, 7, และ 8

บรรยากาศดังกล่าวนี้ เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากการดำเนินรายการของผู้ดำเนินรายการเป็นส่วนใหญ่ จะเห็นได้ว่า ในกลุ่ม ที่เป็นระบบ ระเบียบ มีกติกาเคร่งครัดนั้น หากผู้ดำเนินรายการ มีท่าทีที่เป็นนักการพูด อ่อนโอนตามผู้ฟัง การประชุมเป็นไปอย่างราบเรียบไม่มีข้อขัดแย้งหรือเป็นลบ

ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างที่ตนต้องการ ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งมีท่าทีที่แข็งตรงไปตรงมา (โดยไม่เจตนา) ทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกระบวนการประชุม มีการเดินออกหรือพูดในทางที่ลบต่อการจัดเวที แต่ในขณะเดียวกัน ท่าทีที่เฉยเมยต่อผู้ร่วมประชุม หรือหยอกล้ออย่างไม่ถูกกาลเทศะ ในเวทีประชุมขนาดใหญ่ (ที่คนเข้าใจว่าเป็นแบบทางการ) ก็เป็นอุปสรรคในการสร้างความเชื่อถือในการเข้าร่วมประชุมว่า สิ่งที่ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นออกไปนั้นได้รับการยอมรับ หรือได้มีการให้ความสำคัญ บันทึกลงหรือไม่ และเมื่อไม่มีการแสดงให้เห็นถึงความชัดเจนของกระบวนการแล้ว ผู้เข้าร่วมประชุมย่อมมีความไม่มั่นใจว่าเวทีนั้นเป็นเวทีที่เพื่อรับฟังความคิดเห็นจริงหรือไม่ แต่การมีกติกา และเคร่งครัดกับกติกา มีข้อดีร่วมกันอันหนึ่งคือ ทุกคนที่ได้รับโอกาสในการอภิปรายและปฏิบัติตามกฎกติกา เป็นการสร้างความเป็นธรรมให้กับคนอื่นๆ ที่ยอมรับกติกาดังกล่าว หากเพียงว่าผู้ที่มีอำนาจในการตั้งกติกานั้นเป็นใครและกติกาดังกล่าวได้รับการลงมติยอมรับในกติกาหรือไม่ หากยังไม่มีการกติกาดังกล่าวอาจทำให้เกิดความไม่ชอบธรรมได้เช่นกัน เนื่องจากไม่ถูกกับบริบทของกลุ่มที่ปฏิสัมพันธ์กันอยู่ขณะนั้น

ในส่วนของการประชุมแบบไม่เป็นทางการ พบว่ามีความคล้ายกัน ระหว่างห้องย่อยที่สองและห้องย่อยที่ 6 ว่า มีปัญหาในการควบคุมเวลาที่ใช้ในการอภิปรายของแต่ละบุคคล แต่ผู้จัดการห้องทั้งสองห้องมีความสามารถในการปรับให้เวลากลับเข้ามาอยู่ในสถานการณ์เดิมได้ดี ผู้เข้าร่วมอภิปรายได้รับความพึงพอใจ และอดัดใจผสมผสานกันไป เนื่องจากไม่ได้เวลาในการพูด การประชุมในกลุ่มย่อย ของกลุ่มสอง ช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็นได้อีกทางหนึ่ง แต่กลุ่ม 6 ผู้เข้าร่วมประชุมไม่มีโอกาสดังกล่าว รวมกับการดำเนินรายการขึ้นอยู่กับผู้นำเสนอประเด็นบนเวที ทำให้มีความซับซ้อนใจที่ไม่ได้รับการแก้ไขจากการร่วมประชุมกับกลุ่ม

ส่วนกลุ่ม 3, 7, 8 มีการจัดสรรเวลาที่เป็นเวลาที่เป็นทางการ และการประชุมกึ่งทางการ (ค่อนข้างไม่เป็นทางการ) ได้อย่างเหมาะสม มีความผสมผสานในการให้แสดงความคิดเห็น และการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นระยะๆ โดยที่กลุ่มที่ 3 จะเน้นการดำเนินการเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นต่อกันได้มาก แต่วิทยากรต้องเป็นผู้ที่ sensitive ต่อความต้องการและพลวัตรของกลุ่มในแต่ละช่วงเวลา และสามารถแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ลงตัว ในขณะที่กลุ่ม 7 สามารถ accommodate ประเด็นที่นอกกรอบการพิจารณาได้ แต่ก็ยังมีความขัดกันในมุมมองของปัญหาแต่ใช้วิธีแก้ปัญหามาจากวิทยากรช่วยได้ดี โดยเฉพาะการประชุมกลุ่มย่อย ส่วนกลุ่ม 8 มีการนำเสนอเนื้อหาที่เป็นสาระ และมีความไม่เป็นทางการของการประชุมอยู่ในการประชุมกลุ่มย่อยของวิทยากร ทำให้เกิดความเป็นกันเองแม้เนื้อหาที่พิจารณาเป็นเรื่องที่ต้องโต้กันในเรื่องของการเงิน การคลัง กำลังคน และองค์ความรู้

การจัดลำดับ “คิว” ของการเปิดอภิปราย ประเด็นการจัดคิวของการเปิดอภิปรายตลอดรายการนั้น เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการแสดงความคิดเห็น หรือแสดงออกของผู้เข้าร่วมกระบวนการสมัชชา เนื่องจากจะเป็นปัจจัยกระตุ้นและปิดกั้นความต้องการแสดงความคิดเห็น โดยเฉพาะเมื่อคิวดังกล่าวไม่เป็นไปตามกำหนดการ หรือที่คาดหวังไว้ เมื่อคิวถูกเปลี่ยนหรือถูกเลื่อนออกไป หรือคิวนั้นไม่พอดีกับความพร้อมที่จะแสดง (เช่นเดียวกับนักแสดงละครสดบนเวที ถ้าเป็นนักแสดงหน้าใหม่การจัดคิวโดยไม่ให้เขาเตรียมใจก่อน จะแสดงไม่ได้และหนีเวที หรือ flight ออกจากเวทีได้ แต่ถ้าเป็นนักแสดงที่ชำนาญ

เวที ย่อมจะพร้อมในทุกกรณี) ฉะนั้น การจัดคิว (ทั้งที่อยู่ในกำหนดการ และคิวในการพูดของแต่ละบุคคล) มีข้อดีข้อด้อยในตัวเองโดยเฉพาะเมื่อคิวนั้นไม่ตรงกับความพร้อม (mental readiness) ของผู้เข้าร่วมประชุม แต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันตรงนี้อาจชัดเจน

ในประเด็นหลักคือ การจัดให้มีการอภิปรายตามกำหนดการแล้วไม่เป็นไปตามกำหนดการ (ส่วนใหญ่มาจากการมีการบรรยายเสริม หรือยาวกว่าที่กำหนด) เลื่อนออกไปจนใกล้เวลาพักเที่ยง หรือใกล้ปิดประชุม ทำให้โอกาสในการแสดงความคิดเห็นน้อยลง หรือ ตามหมายกำหนดการเอง มีความไม่ชัดเจนว่าจะให้แสดงความคิดเห็นหรือไม่ เช่นในกลุ่ม 5 จะมีกำหนดการสรุปข้อแก้ไขจำนวนมากกว่า ตารางการอภิปรายข้อคิดเห็นเกี่ยวกับร่าง พ.ร.บ. ทำให้ผู้ที่รออภิปรายไม่ทราบว่าจะอภิปรายอย่างไร เมื่อไร เมื่อถึงคิวผู้ลงชื่อไว้ไม่สามารถอภิปรายได้ กำหนดการตามตารางมีความสำคัญต่อผู้เข้าร่วมประชุมที่ต้องมีการเคลื่อนไปหลายห้องประชุมเพื่อเสนอข้อคิดเห็นของตน เมื่อคิวดังกล่าวไม่เป็นตามเวลาที่กำหนด หรือระบุให้ชัดเจน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการแสดงความคิดเห็น

เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิด กลุ่มที่ใช้เครื่องมือสื่อสารในการแลกเปลี่ยนความคิดได้หลายรูปแบบและมากที่สุด คือ กลุ่ม 3 ที่มีทั้งเนื้อหาของเรื่องการพิจารณาประเด็น มีการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ร่วมกัน ด้วยการนำเสนอโดยผู้จัดการและทีมคณะทำงานของกลุ่ม 3 การใช้คณะทำงานขึ้นไปวาดภาพ mind map และสื่อสารกันด้วยคำพูดกับผู้เข้าร่วมประชุมและระหว่างสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมในห้องย่อยนี้ ทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นพ้องกันในประเด็นที่กำลังพิจารณา การเขียน mind map สดๆ นั้นทำให้มีการทักท้วง แก้ไข เพิ่มเติม ตัดทิ้งไปด้วยกัน ซึ่งเป็นวิธีการ validate, accommodate, และให้ความเคารพในความคิดทุกความคิดที่ออกมาจากการประชุมของกลุ่มสาม แต่การใช้ mind map นั้นไม่เป็นสื่อที่ประโยชน์ได้กับกลุ่ม 8 เนื่องจากไม่มีกระบวนการพูดคุยในประเด็นที่ส่งไปในแต่ละกึ่งก้านของแผนภูมิความคิดนั้น

การใช้ power point ขึ้นจอภาพสรุปประเด็นเป็นอีกวิธีที่ทำให้เห็นข้อสรุปร่วมกัน แต่ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องกัน เนื่องจากผู้สรุปขึ้นจอภาพ เป็นผู้กำหนดคำ และตีกรอบประเด็นเอง โดยที่ผู้ที่อยู่ในที่ประชุมไม่มีส่วนทักท้วงแสดงความคิดเห็น

การใช้ วีดีทัศน์ หากมีการพูดคุยประเด็นที่อยู่ในเนื้อหาสาระของสิ่งที่เสนอในวีดีทัศน์ การแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนความรู้จะเกิดขึ้น แต่ที่ผ่านมาในทุกกลุ่ม การชมวีดีทัศน์ ไม่ได้รับการหยิบยก เป็นประเด็นให้ถกเถียงและสร้างความรู้ร่วมไปกับการพิจารณาประเด็นในพ.ร.บ. วีดีทัศน์ในเรื่องของห้องย่อยมีลักษณะเดียวกันโดยเฉพาะห้อง 5 แต่ห้องที่ 7 การแสดงวีดีทัศน์ เรื่อง ชูบไก่สกัด มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเล็กน้อยแต่ส่วนใหญ่หมดไปกับการตีกรอบของผู้ดำเนินรายการ ทำให้เกิดปัญหาความครอบงำได้

การใช้เอกสารประกอบการประชุม มีความสำคัญในเรื่องการให้ข้อมูล แต่จากที่สังเกตในการประชุม มีผู้เข้าร่วมประชมน้อยมากที่จะอ่านเอกสารประกอบการประชุม หากผู้ดำเนินรายการไม่เสนอให้พิจารณาประกอบ ซึ่งกลุ่ม 3 เป็นกลุ่มเดียวที่ใช้เอกสารประกอบการประชุมได้เหมาะสมและมีการชี้แจงเป็นระยะ ประกอบ กลุ่ม 5 มีเอกสารประกอบมาก แต่ขาดความชัดเจนว่าจะเอาไว้ทำอะไร ส่วนบางกลุ่ม

เช่นกลุ่ม 1 ไม่มีเอกสารประกอบอื่นเลยนอกจาก ตัว ร่างพ.ร.บ. ซึ่งได้ใช้มากที่สุด เช่นเดียวกับอีกหลายๆ กลุ่ม (อันที่จริงเรื่องสิทธิเป็นเรื่องนามธรรม ถ้ามีเอกสารสรุปชี้แจงให้เข้าใจ ก่อนที่จะไปดูตัวกฎหมายจะเป็นการช่วยผู้เข้าร่วมประชุมได้มาก)

สรุปข้อสังเกตรูปแบบและปัจจัยในการดำเนินการกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

รูปแบบกระบวนการ	จุดเด่น	อุปสรรค	หมายเหตุ
การจัดเวที - ห้องประชุมใหญ่ - ห้องประชุมขนาดกลาง - กลุ่มย่อยเล็กๆ	คนอภิปรายได้ตามที่เตรียมมา อภิปรายได้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้ ทุกคนมีโอกาสได้พูด (ต้องพูด)	- สัญลักษณ์เชิงอำนาจ - ไม่มีการแลกเปลี่ยน - คนที่ไม่เตรียมมามองหน้าอภิปรายไม่ได้ - พูดไม่ได้ตามเวลาที่กำหนด มีโอกาสดูกรอบงาน/ชี้แจงจากประธานกลุ่ม	ขึ้นกับท่าทีผู้ดำเนินรายการบนเวที ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบผู้เข้าประชุม ขึ้นอยู่กับทักษะการจัดพลวัตรกลุ่ม
บรรยากาศ - ทางกายภาพ - เข้มงวด - ประณีตประณีต - เฉยเมย - ไม่เป็นทางการ - เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นช่วงๆ	ทำให้เกิดความเป็นธรรมชาติในการแสดงออก (เรื่องเวลา) ---- ผู้ประชุมพูดในสิ่งที่ต้องการได้ ---- - ผู้เข้าร่วมประชุมมีความพึงพอใจที่ได้พูดโดยไม่ถูกขัดจังหวะ - สร้างบรรยากาศ แบบ spontaneous ตอบสนองความต้องการของกลุ่ม - เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนได้อย่างเหมาะสมกับบริบทและช่วงเวลา	คนไม่กล้าแสดงออก - มีความเคลือบแคลงในการให้ความสำคัญต่อประเด็นที่เสนอ - ปัญหาในการจัดสรรเวลาให้ทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ---	การประชุมกลุ่มย่อยช่วยลดอุปสรรค ขึ้นอยู่กับทีมวิทยากรและผู้จัดการกลุ่มในการมองเห็นปัญหาอุปสรรคและแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า
การจัดลำดับการอภิปราย - ตามกำหนดการ - การใช้ระบบคิวในการพูดของแต่ละบุคคล	ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถจัดสรรเวลาเข้าประชุมและอภิปรายในประเด็นที่ตนสนใจได้เหมาะสม สะดวกต่อการจัดการเวลาและประเด็นในการอภิปรายและแสดง	หากลำดับการอภิปรายมีการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีการแจ้งให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบในภาพรวม ผู้ที่เตรียมมาอภิปรายจากเวทีสมัชชาต่างๆ จะเสียโอกาส - คิวที่จัดไม่ตรงกับความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม เนื่องจากรอ	สามารถจัดการด้วยการมีระบบสื่อสารแจ้งการเปลี่ยนแปลงกำหนดการของการประชุมกลุ่มย่อยให้ชัดเจน

	ความคิดเห็น	เวลานาน - ทำให้ผู้ไม่มีประสบการณ์ในการ อภิปรายต่อสาธารณะไม่กล้า แสดงความคิดเห็น	
เครื่องมือสื่อสาร	- ทำให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจ ตรงกัน - ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ การตั้งข้อสังเกต ได้ ณ เวลานั้น - สร้างกระบวนการแสดงความคิดเห็น ที่เป็น consensus ได้ โดยเฉพาะเมื่อ สื่อออนไลน์ถูกสร้างใน กระบวนการระดมความคิดเห็น นั้น	- มีโอกาสครอบงำความคิดผู้เข้าร่วมประชุม - มีโอกาสบิดเบือน หรือละ ประเด็น เนื้อหาที่ผู้อื่นต้องการสื่อ ได้ หากเครื่องมือสื่อสารนั้นไม่ได้ รับการถกกันในที่ประชุม เพื่อหา ข้อตกลงร่วมกัน	- คณะทำงานต้องมีการเตรียมการมาล่วงหน้า - ยังขาดเครื่องมือสื่อสารสำหรับคนพิการ ทุกประเภท - มีการใช้ภาษากลาง ภาษาเดียวในการ ประชุมกลุ่มย่อย
กิจกรรมเสริม	- ทำให้เกิดบรรยากาศการประชุม ที่เป็นทางบวก เป็นมิตร - สร้างความเชื่อถือและการยอมรับ ซึ่งกันและกัน เป็นพวกเดียวกัน - สามารถใช้เป็นการกระตุ้นให้เกิด การมีส่วนร่วม	ใช้เวลา เบียดบังเวลาการนำเสนอเนื้อหา	เหมาะสมกับกลุ่มที่ไม่ ต้องพิจารณาเนื้อหา มาก

4.4 การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในสมัชชาเฉพาะประเด็น

การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในสมัชชาเฉพาะประเด็นนั้น ถึงแม้จะทำได้หลายทาง แต่กระบวนการสมัชชาจะให้ความสำคัญต่อการแสดงความคิดเห็นโดยการพูดอภิปราย มากกว่า วิธีอื่นๆ ซึ่งสามารถเข้าใจได้จากการที่หลายส่วนมีความตั้งใจที่จะมาร่วมเวที มาร่วมอภิปราย โดยเฉพาะกลุ่มจากสมัชชาสุขภาพจังหวัด ถึงแม้จะมีการจัดเวทีสมัชชาไปแล้วก็ตาม การเข้าร่วมประชุม และการแสดงตัวผ่านกระบวนการแสดงความคิดเห็นสำหรับกลุ่มเครือข่าย และผู้แทนจากภาคีต่างๆ เป็นกระบวนการทางการเมือง (*political process*) ที่สำคัญ ต่อการมีส่วนร่วมในพื้นที่สาธารณะ (*public engagement*) ที่ทำให้เกิดกระบวนการสร้างความชอบธรรม (*legitimacy process*) ให้กับกลุ่มผู้เสนอประเด็นที่เสนอ และ เวทีการจัดสมัชชาไปพร้อมๆ กัน กระบวนการดังกล่าวเป็นวิถีทางประชาธิปไตยแบบที่เป็นทางตรง (*direct democracy*) ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งระดับองค์กร เครือข่าย และปัจเจกบุคคล มีส่วนร่วม (*participation*) อย่างเท่าเทียมกัน และเป็นธรรม เป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในการพูดในเวทีอภิปรายทั้งในเวทีสมัชชาเฉพาะในกลุ่ม และในเวทีรวมใหญ่วันที่ 9 ช่วงของการสรุปผลการประชุมห้องย่อย

ลักษณะของผู้เข้าร่วมสมัชชาเฉพาะประเด็นในแต่ละประเด็นมีความสำคัญต่อการแสดงความคิดเห็น หรือมีส่วนร่วม อยู่หลายประการโดยเฉพาะ ผู้เข้าร่วมสมัชชาที่เคยเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพจังหวัด และ/หรือ เป็นคณะทำงานของสมัชชาสุขภาพจังหวัดมาก่อน จะพบว่า กลุ่มคนเหล่านี้ได้เข้ามาเป็นคณะ

ทำงานร่วมกันกับ สปสร. ในการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพระดับชาติด้วย ดังนั้น ลักษณะของคนกลุ่มนี้จะเริ่มมีการแสดงความเป็นสมาชิกของสมัชชา (Members) หรือมีการแสดงความเป็นเจ้าของ (ownership) ต่อกระบวนการจัดสมัชชา และ/หรือ ประเด็นที่เป็นประเด็นเด่นของเครือข่ายหรือกลุ่มสมัชชาของตัวเอง (ไม่ถือว่าเป็นความผิดแต่อย่างใด ที่จริงเป็นปณิธานของ สปสร. ที่อยากให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของพ.ร.บ. ร่วมกัน โดยผ่านสมัชชาหรือไม่อีกประเด็นหนึ่ง) แต่สิ่งที่สร้างความแตกต่างคือ กลุ่มคนที่ไม่เคยมีเวทีของตัวเอง ไม่เคยเข้าร่วมเวทีสมัชชา จะถูกมองว่าไม่ใช่สมาชิก (หรือรู้สึกไปเอง แต่จริงๆ มีผู้เข้าร่วมสมัชชาบางท่านพูดตั้งคำถามเหมือนกันว่า พวกคนจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและพิธีกรพวกนี้เป็นใคร เป็นสมาชิกสมัชชาหรือไม่) การแสดงความเป็นสมาชิกและความเป็นเจ้าของนั้นมีความน่าสนใจในการสร้าง legitimacy แก่ผู้ที่เป็นสมาชิกในการเปิดประเด็นอภิปราย หรือ ได้แย้ง legitimacy ของผู้เข้าร่วมประชุมอื่นๆ ได้ในหลายกรณีที่เกิดจากการสังเกต

ประเด็นและเป้าหมายของการมีส่วนร่วม จากพฤติกรรมและการตั้งประเด็นแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมประชุมสมัชชาห้องย่อยพบว่า ผู้ที่ออกมาแสดงความคิดเห็นมีอยู่ในหลายระดับด้วยกัน คือ

1. กลุ่มที่ต้องการแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุง แก้ไขหรือสนับสนุน พ.ร.บ. จริงๆ
2. กลุ่มที่ต้องการมาเรียกร้อง (demand for) สิทธิและความเป็นธรรม โดยผ่านพ.ร.บ. เช่น คน(ส่วนใหญ่)ที่เข้าประชุมในห้องย่อยเรื่องสิทธิ หน้าที่และความมั่นคง
3. กลุ่มที่ต้องการมาร้องเรียน กับประเด็นที่เขาเสียประโยชน์ หรือไม่ได้รับความเป็นธรรม เช่น คนที่เข้าประชุมในห้องย่อยว่าด้วย การคุ้มครองผู้บริโภค ปัญหานโยบายสาธารณะ และการบริการสาธารณสุข
4. กลุ่มที่ต้องการมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมในห้องย่อยเรื่องการสร้างสุขภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น
5. กลุ่มที่ต้องการมาเพื่อหาแนวทางแก้ไขและ/หรือเข้ามารักษาพื้นที่ทางการเมือง ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มด้าน กลไกระบบสุขภาพ องค์ความรู้ การเงินการคลัง กำลังคน และเรื่องนโยบายสาธารณะ

ทั้งนี้คงจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องกล่าวว่า มีบางกลุ่ม บางคน บางคณะ บางคน เช่นกันที่เป็นพวกนักฉวยโอกาส (opportunism) ที่ต้องการหาประโยชน์ให้กับตนเอง ทั้งในแง่ของผลประโยชน์ทางการเมืองในระยะยาว ประโยชน์ในเรื่องการสร้างฐานอำนาจ ประโยชน์ทางวัตถุและโอกาสต่างๆ ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปที่พบได้ในเวทีทางการเมืองทุกระดับ ถึงแม้เวทีสมัชชาสุขภาพจะหลีกเลี่ยงความเป็นการเมือง และคำนึงถึงประโยชน์ร่วมกันของประเทศก็ตาม แต่กลุ่มคนเหล่านี้ยังใช้เวทีเป็นที่ manipulate สิ่งต่างๆ ที่ตนอยากให้มี ให้เป็น ให้ได้ แก่ตนได้

จากลักษณะดังกล่าวจะพบว่าการมีส่วนร่วมในสมัชชากลุ่มย่อยต่างๆ มีบรรยากาศของการมีส่วนร่วมต่างกัน เนื่องจากเป้าหมายของการเข้าไปมีส่วนร่วมในแต่ละประเด็นค่อนข้างต่างกัน

ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า ในกลุ่มที่ 1 เรื่อง สิทธิ หน้าที่และความมั่นคง นั้น ผู้เข้าร่วมประชุมจะมีความกระตือรือร้นและต้องการเรียกร้องให้มีการเคารพและให้สิทธิคนจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะจะเห็นว่าผู้แทนของกลุ่มผู้พิการที่ต้องการแสดงความคิดเห็นถึง 10 คน มีพระภิกษุสงฆ์ 7 รูปและได้ะอหามหนึ่งท่าน ประเด็นหลักที่พูดถึงจึงเป็นประเด็นในเรื่องของการตีความปัญหาคำว่าสุขภาพ กับความพิการ ซึ่งมีการโต้แย้งชัดเจนว่า ผู้พิการสามารถมีชีวิตที่ดี มีความสุข หรือมีสุขภาพะได้ โดยที่สุขภาพของเขาไม่ได้จำกัดที่กายภาพเท่านั้น ส่วนประเด็นที่แสดงความคิดเห็นมากคือเรื่องของคำว่า “จิตวิญญาณ” ซึ่งมีผู้เรียกร้อง (นอกเหนือจากพระด้วย) ให้ถอน ตัด คำนั้นออก และในประเด็นด้านอื่น ที่เป็นการเรียกร้องให้มีการให้สิทธิในเรื่องต่างๆ อีก เช่นกับกลุ่มผู้หญิง คนจน และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ยังไม่ได้รับการยอมรับในทางการแพทย์ในประเทศไทย คนที่นำเสนอประเด็นอภิปรายมักเป็นเครือข่าย ผู้แทนกลุ่ม มีการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์มือถือเพื่อความแน่ใจว่าประเด็นของตนนั้นได้พูดในห้องประชุมย่อยนี้ สิ่งที่สะท้อนในกระบวนการมีส่วนร่วมในกลุ่มนี้ คือความซับซ้อนใจ mood ของการประชุม ที่เคร่งเครียด ฝ่ายที่มาพร้อมประชุมอยากนำเสนอ ฝ่ายผู้จัดต้องการควบคุมรักษาเวลาเนื่องจากมีเนื้อหาจาก กองคืประกอบหลายๆ ประการจะพบว่า การมีส่วนร่วมในสมัชชากลุ่มหนึ่งนี้ ค่อนข้างมีความไม่ตรงกันระหว่างผู้ร่วมประชุมส่วนหนึ่งกับผู้จัดเวที กลุ่มผู้ที่ยอมรับกติกาได้ก็แสดงความคิดเห็นต่อไป บางคนก็หมดความสนใจในประเด็นของคนอื่น เสนอเสร็จก็ไปต่อในเรื่องของตัวเองเท่านั้น

ในขณะที่กลุ่มที่ 5 เรื่องปัญหาคุณภาพและนโยบายสาธารณะ ผู้เข้าร่วมสมัชชา มีความอดัดใจเป็นอย่างมากที่ไม่ทราบขั้นตอนการเลือกผู้ไปลงชื่อขอพูดอภิปรายเอาไว้ว่าจะเลือกขึ้นมาพูดเมื่อไร อย่างไร อีกทั้งยังไม่ได้ได้รับความสนใจจากผู้ดำเนินรายการ ไม่มีการตั้งใจฟังหรือเมื่อฟังแล้ว มีการหยอกเย้าผู้อภิปราย ทำให้ผู้ร่วมประชุมเกิดความแคลงใจ การจัดการเรื่องเวลาไม่ได้เป็นไปตามกติกาอย่างแท้จริง บางคนได้พูดมากกว่า การจัดการในห้องประชุมเปิดโอกาสให้ผู้อภิปรายน้อยมาก เนื่องจากมีการเสนอมากๆ จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมประชุมพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมหลายรายที่สงสัยกับกระบวนการจัดสมัชชานี้ ว่าเป็นการสร้างภาพหรือไม่ เนื่องจากเปิดโอกาสให้ผู้พูดน้อยมาก และผู้ที่ได้พูดก็น่าจะเป็นคนที่รู้จักกันกับทีมผู้จัด ชาวบ้านธรรมดาไม่ได้พูดต่างๆ ที่รอคิวอยู่ ซึ่งทำให้เกิดข้อสังเกตมาก

การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชา ในกลุ่ม 2, 3 และ 6 นั้น แสดงความคิดเห็นได้หลากหลายรูปแบบ เนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมเองมาจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ และหลากหลายภูมิหลัง ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ได้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็นธรรมชาติ ทั้งในการอภิปรายรวมและกลุ่มย่อย มีความตั้งใจและอยู่ในที่ประชุมตั้งแต่เช้าจนเลิกค่อนข้างพร้อมเพรียง และผู้เข้าร่วมสมัชชามีที่ทำที่มีความรู้สึกร่วมต่อกระบวนการกลุ่มเป็นอย่างดี โดยเฉพาะกลุ่ม 3 เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ผู้เข้าร่วมประชุมมีความสุข มีความเป็นมิตรไมตรีต่อกัน ทั้งๆ ที่มี

ความหลากหลายทั้งวัยวุฒิและคุณวุฒิ จะเห็นได้ว่าผู้แสดงความคิดเห็นมีทั้งผู้สูงอายุ เยาวชน นักเขียน อาจารย์ กสิกร แพทย์และกลุ่มอื่นๆ อีกเกือบ 100 คนที่ได้พูด (จากผู้เข้าร่วมประชุม 300 คน) กลุ่มที่ 2 เรื่องกลไกระบบสุขภาพ ผู้เข้าร่วมประชุมเกือบทุกคนได้แสดงความคิดเห็น มากบ้างน้อยบ้างเนื่องจากการใช้กระบวนการกลุ่มย่อย ซึ่งทั้งนี้มิอาจบอกได้ทั้งหมดว่า คุณภาพของการมีส่วนร่วมนั้นเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับพลวัตของการมีส่วนร่วมในกลุ่มย่อย และผู้นำกลุ่ม กลุ่ม 6 เป็นเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น มีผู้แสดงความคิดเห็นที่มาจากทั้งแพทย์แผนโบราณที่เป็นผู้อาวุโส มีพระ แพทย์สายทางเลือก (ฝรั่ง) หมอนวดแผนไทยที่เป็นคนหนุ่มสาวและผู้พิการ ซึ่งให้ความคิดเห็นอย่างหลากหลายและทั่วถึงมีการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นต่างๆ ทั้งที่เตรียมมาและจากที่ได้ยินได้รับฟังในที่ประชุมอีกด้วย ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสามกลุ่มค่อนข้างจะมีความเป็นกลุ่ม (collectivity) และมีความรู้สึกร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มพอสมควร และอาจจะถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของพ.ร.บ. นี้ร่วมด้วย โดยเฉพาะจากกลุ่มสอง

จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมประชุมของกลุ่ม 4 บางส่วนพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมตระหนักถึงช่องว่างระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม ที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์ กับประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่เพิ่งเข้ามาร่วมสมัชชาเป็นสมัชชาแรก ประเด็นการบริการสาธารณสุขเป็นประเด็นที่สองกลุ่มดังกล่าวมีมุมมองในการเสนอในพ.ร.บ. ต่างกัน ผู้เข้าร่วมประชุมตั้งข้อสังเกตว่า “มีแพทย์เยอะ และพูดกันแต่เรื่องของแพทย์ ทั้งที่ ในวิสัยทัศน์ใหม่เรื่องสุขภาพที่ได้ยินในห้องประชุมใหญ่เขาบอกว่าเปลี่ยนแล้ว” การให้ข้อเสนอแนะและเพิ่มเติมจึงไม่ต่างไปจากการออกแบบคิดเดิมที่ให้เรื่องสาธารณสุขเป็นเรื่องของแพทย์ และไม่ค่อยมีความหลากหลายเนื่องจากผู้เข้าร่วมสมัชชาค่อนข้างเกรง แต่ทุกคนรู้สึกว่าคุณดำเนินรายการให้เวลาอย่างยุติธรรม

กลุ่ม 7 มีกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้เข้าร่วมประชุมค่อนข้างหลากหลายเช่นกัน แต่อันหนึ่งที่น่าสนใจคือ ผู้เข้าร่วมประชุมมีความสามารถขอเปลี่ยนแปลงแผนการประชุมจากที่กำหนดไว้ เช่น ยุบการประชุมกลุ่มย่อยลงจากสามกลุ่ม เป็นสองกลุ่ม และเป็นมิตรร่วมกันในที่ประชุม ซึ่งไม่ปรากฏว่ากลุ่มอื่นๆ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการจัดการและการแก้ไขกติกาการประชุมได้ กลุ่มที่ 8 มีผู้เข้าร่วมประชุมมากและต้องการแสดงความคิดเห็น แต่ไม่มีโอกาสในพูดในช่วงเช้าและห้องประชุมแน่นมากเกินกว่าที่ผู้เข้าร่วมประชุมจะมีสิทธิประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมได้ไปพูดทีเดียวในห้องประชุมย่อยตอนบ่าย ซึ่งทำให้หลายคนหายไปเหลือผู้ประชุมน้อยลง มีผู้เข้าร่วมประชุมบางคนบ่นว่าไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนจากวิทยากรประจำกลุ่ม บางคน เช่น ผู้แทนกลุ่มวิชาชีพสามล้อจากภาคอีสาน รู้สึกว่าวิทยากรไม่ให้โอกาสเขาแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม คิดว่าเขาคงไม่รู้เรื่องการเงินการคลัง แต่ผู้ร่วมประชุมท่านนี้มีแนวคิดอยากนำเสนอแต่ไม่มีโอกาส

จะเห็นได้ว่าการแสดงความคิดเห็นของทุกกลุ่มมีลักษณะใหญ่สองประการ คือ การแสดงความคิดเห็นต่อพ.ร.บ. ในประเด็นที่เตรียมมา หรือ เป็นการแสดงความคิดเห็นร่วมกับกลุ่มและข้อ

เสนอที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งจะมีเพียงกลุ่ม 2, 3, 6 ที่เห็นภาพของการเห็นด้วยกับประเด็นที่มีการเสนอในที่ประชุมกลุ่มและมีการถกเถียงกันก่อนการสรุป ในกลุ่มอื่นๆ มีการแสดงความคิดเห็นแล้วที่ทีมงานสรุป โดยที่ผู้เข้าร่วมประชุมยอมรับโดยไม่ได้มีการคิดหรือร่วมถกประเด็นที่เสนอขึ้นมา

อีกประเด็นคือ การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมสมัชชาค่อนข้างจำกัดอยู่ในกระบวนการแสดงความคิดเห็น แต่อีกด้านหนึ่งของการมีส่วนร่วมในการจัดการ การวางกฎเกณฑ์ การตั้งกติกา การจัดรูปแบบกระบวนการ เป็นการมีส่วนร่วมของกลุ่มคนอีกระดับหนึ่งที่ ได้มีการหล่อหลอมขบวนการทางความคิดและการเตรียมการกับ สปรส. มาแล้วค่อนข้างชัดเจน มีเพียงกลุ่มคณะทำงานเพียงบางกลุ่ม ที่ไม่ได้มาจากกระบวนการจัดการของสปรส.ที่สืบเนื่องมาจากสมัชชาจังหวัด หรือประเด็นอื่นๆ ทีมงานเหล่านั้นแสดงให้เห็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของการจัดทำสมัชชา หรือเจตนารมณ์ของการขับเคลื่อนพ.ร.บ.สุขภาพ ซึ่งมีผลต่อกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในสมัชชาเช่นกัน

4.5 ความคิดเห็นของคณะทำงาน ผู้ดำเนินรายการและวิทยากรในการจัดประชุมสมัชชา

ท่าทีของการจัดการและบุคลิกภาพของผู้ดำเนินรายการ คณะทำงาน และวิทยากร ในการจัดสมัชชาเฉพาะประเด็นมีความต่างกัน เป็นอย่างมาก โดยไม่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาชีพเท่าไร วิทยากรและผู้ดำเนินรายการบางท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญ สาขาอาชีพที่มีตำแหน่งสูง เช่นอดีตนายกรัฐมนตรี กรรมการสิทธิมนุษยชน และกลุ่มอื่นๆ ที่เป็นระดับ ผู้อำนวยการ คณบดี อาจารย์จากมหาวิทยาลัย หลายคนเป็นแกนนำและผู้นำทางความคิดของการจัดสมัชชา ต่างคนต่างมีท่าทีในการดำเนินการของกระบวนการกลุ่มที่ต่างกัน

ทีมคณะทำงานของกลุ่มสิทธิ มีบุคลิกท่าทีที่แข็ง (strong personality) ทั้งที่ทั้งหมดเป็นนักวิชาการทางสายสังคมศาสตร์และเป็นกลุ่มเครือข่ายผู้หญิง ในขณะที่กลุ่ม 3 สร้างเสริมสุขภาพ เป็นแพทย์ผู้ชายส่วนใหญ่ กลับมีท่าทีบุคลิกภาพที่ประนีประนอมและ sensitive ต่อพลวัตรของกลุ่มผู้เข้าร่วม สามารถสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรได้ดี ทั้งนี้สังเกตได้ว่า ทีมคณะทำงานและวิทยากรกลุ่ม สร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำกระบวนการกับชาวบ้านและกลุ่มสมัชชาในพื้นที่มาก่อน ในขณะที่กลุ่ม 2 กลไกระบบสุขภาพ กลุ่ม 4 ระบบบริการสาธารณสุข กลุ่ม และ กลุ่ม 8 องค์ความรู้ การเงินการคลัง มีบุคลิกที่กลางๆ ต่อการจัดประชุมกับสาธารณะ ส่วนในกลุ่มที่ 5 ยังไม่ค่อย sensitive กับผู้เข้าร่วมสมัชชามากนัก 6 ภูมิปัญญาท้องถิ่น และ กลุ่มที่ 8 คุ่มครองผู้บริโภค มีความผสมผสานระหว่างผู้ดำเนินรายการที่แข็ง กับที่อ่อนโยนรับฟังความคิดเห็นได้

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในการทำการประชุมกับสาธารณะ ในลักษณะของสมัชชาสุขภาพนี้ค่อนข้างสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยๆ ที่คุ้นเคยกับบุคลิกภาพที่ไม่แสดงออกถึงความขัดแย้ง

หรือการถกปัญหาอย่างตรงไปตรงมา มีการหลีกเลี่ยงคำพูด (กั้นการเผชิญหน้าและขัดแย้ง) ที่ทำให้หมองใจกัน และใช้แนวทางที่ประนีประนอม ที่ทำให้เป็นที่พอใจกับประชาชนระดับทั่วไป โดยเฉพาะเมื่อพฤติกรรมนั้นมาจากผู้เป็นแพทย์ที่คนทั่วไปนับถืออยู่แล้ว หากผู้ดำเนินรายการกลุ่มใดมีท่าทีที่แข็ง ต้องการให้งานสำเร็จเป็นอย่างเดียว (get to the point) ไม่ค่อยได้รับความชื่นชมจากผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งเป็นบทเรียนที่สำคัญสำหรับผู้ที่จะทำงานกับชุมชนหรือการประชุมกับชาวบ้านว่า บุคลิกที่เป็นแบบ professional และ แบบนักวิชาการตะวันตก ที่จริงจังกับการปฏิบัติหน้าที่ของตน และแสดงออกด้วยท่าทีที่เคร่งเครียดกับงาน อย่างไร ก็ตามมีวิทยากรอีกหลายท่านที่ ถึงแม้จะมีบุคลิกแบบที่กล่าวมา แต่สามารถปรับตัวเข้ากับธรรมชาติและกระบวนการทางวัฒนธรรมของการสื่อสารที่แสดงออกมาจากภาคประชาชนได้

ผู้ดำเนินรายการส่วนใหญ่แสดงบทบาทของตนในการรักษาระเบียบในการมีส่วนร่วม และชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการในสมัชชาได้อย่างเหมาะสม บางครั้งการรักษาระเบียบในเรื่องเวลาจะเป็นประเด็นที่กีดกันทั้งผู้จัดและผู้ที่ต้องแสดงความคิดเห็น แต่ค่อนข้างไม่สมดุลย์เมื่อในบางช่วงของการประชุมไม่มีผู้ร่วมแสดงความคิดเห็นหรือมีส่วนร่วมน้อยมาก ทั้งที่มีการเร่งรีบในการอภิปรายในช่วงแรก ผู้ดำเนินรายการหรือพิธีกรบางคนมีความเชื่อมั่นในตนเองเป็นอย่างมาก บางครั้งแสดงทั้งคำพูดและท่าทีที่ไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่ผู้ร่วมแสดงความคิดเห็นอภิปรายอย่างตรงไปตรงมา และบางท่านก็มีท่าทีที่ไม่อดทนต่อรับฟังผู้เข้าร่วมประชุม (โดยเฉพาะเมื่อเป็นประเด็นที่ซ้ำ) ท่าทีดังกล่าว (ส่วนน้อย) นำไปสู่การอึดอัดคับข้องใจ ผู้จัดการกลุ่มบางกลุ่มมีความพยายามที่จะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นและบางครั้งก็กระตุ้นให้วิพากษ์พ.ร.บ. ทำให้เกิดความสับสนในกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม ในขณะที่กลุ่มหนึ่งมีประสิทธิภาพอย่างมากในการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นได้ดีและเป็นจำนวนมากทั้งที่มีการจัดกิจกรรมอื่นๆ เสริมการพิจารณาประเด็นตามมาตรา ผู้ดำเนินการที่มีความพร้อมในการเตรียมการและการแสดงความร่วมมือ ท่าทีที่เปิดกว้าง การรับฟังความคิดเห็นด้วยท่าทีที่ตั้งใจและให้ความสนใจต่อผู้เข้าร่วมประชุมมีความสำคัญอย่างมากในการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

ความพึงพอใจของผู้จัดการห้องย่อยและผู้ดำเนินรายการ จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบในกลุ่ม 1, 2, 3, 4, 7, และ 8 ว่ามีความคิดเห็นอย่างไรต่อกระบวนการการประชุม พบว่า ส่วนใหญ่จะพอใจกับผลของการประชุมและมีความตระหนักในปัญหาอุปสรรคบางประการ ผู้จัดการห้องกลุ่มสอง และวิทยากรในห้องหนึ่งมีความเห็นคล้ายกันว่า การประชุมค่อนข้างเข้มงวดและเป็นทางการเกินไป ควรจะให้มีความยืดหยุ่นในการดำเนินการที่ผ่านคลายกว่านี้ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมรู้สึกสบายๆ มาพูดคุยกันจะดีกว่า จะเห็นได้ว่าการประชุมแบบเป็นทางการในกลุ่มใหญ่นั้นผู้เข้าร่วมประชุมส่วนหนึ่งจะมานั่งฟังเฉยๆ ไม่ได้แสดงความคิดเห็น เราก็จะไม่ทราบว่าเขาคิดอะไรอยู่ การจัดประชุม

สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมที่ต้องการเสนอประเด็นของตนเองมากๆ ก็คงต้องมีกติกาอย่างที่ทำอยู่เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน การแบ่งเวลาอย่างมีประสิทธิภาพเป็นเรื่องสำคัญ ผู้จัดการห้องอื่นๆ มีความคิดเห็นคล้ายๆ กัน ว่าเราเสียเวลาบางส่วนไปกับการนำเสนอภูมิหลังของการปฏิรูป แต่ก็เห็นว่ามีคามจำเป็น ผู้ดำเนินการในห้องหนึ่ง มีความรู้สึกตื่นเต้นกับการที่ได้เห็นการแสดงความคิดเห็นของภาคประชาชนที่เขาไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะมีความพร้อมเช่นนี้

จากการสัมภาษณ์พบว่า การแบ่งกลุ่มย่อยลงไปอีกในการพูดคุยแบบระดมความเห็นดูจะได้รับความพอใจจากผู้จัดการห้องและผู้ดำเนินรายการมากกว่าการจัดอภิปรายรวมที่ไม่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แต่บางครั้งการจัดประชุมกลุ่มย่อยให้ทุกคนมีส่วนร่วมจริงๆ เป็นอุปสรรคต่อการร่วมประชุมของบุคคลอีกหลายกลุ่มที่ไม่อยากแสดงตัว หรือแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นนั้นอย่างลึกซึ้ง ด้วยทักษะของการเข้าร่วมสังคมของแต่ละคนมีไม่เท่ากัน แต่โดยทั่วไปผู้ดำเนินรายการจะพอใจกับคุณภาพของการเข้าร่วมประชุมของผู้ที่มาร่วมเวทีสมัชชา

ผู้ดำเนินรายการ ผู้จัดการและทีมงานของกลุ่มสามดูจะมีจุดเด่นที่สุดในการเน้นและให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วมสมัชชา จากคำพูดของวิทยากรท่านหนึ่ง “เขาเดินทางกันมาจากจังหวัดไกลๆ เพียงเพื่อมาพูดเพียง สองสามนาที แต่เขาก็มาด้วยความตั้งใจอย่างยิ่ง และเต็มใจที่จะเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูป น่าเห็นใจสำหรับชาวบ้านทั่วไปที่ไม่สามารถพูดตรงประเด็นได้ทันที การตั้งเวลาให้พูดทำให้เขาไม่สามารถแสดงความคิดเห็นได้ เราต้องยืดหยุ่นเวลาบ้าง” แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในพฤติกรรมของประชาชนและมีความเอื้ออาทรต่อผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งสำคัญต่อการประชุมให้ได้เนื้อหาและคุณภาพ (แต่เป็นคนละวิธีการมองแบบการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ efficient โดยให้ได้ปริมาณตามเวลาที่กำหนด) กระบวนการกลุ่มที่เป็นไปอย่างธรรมชาติและตอบสนองสถานการณ์ (spontaneity) ของกลุ่มสามทำให้ผู้เข้าร่วมสมัชชาและทีมงานสามารถดำเนินการไปได้อย่างบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน การได้แลกเปลี่ยนการกระทำและแนวความคิดของผู้เข้าร่วมประชุมเป็นจุดที่ทำให้ทีมงานและผู้จัดการได้รับ “ปิติ” กับการมาร่วมจัดสมัชชาในครั้งนี้ ซึ่งเป็นภาพที่สะท้อนให้เห็นหลังจากการประชุมกลุ่มย่อยเสร็จยังมีการประชุมเครือข่ายร่วมกันอีก ที่ผู้ประชุมจำนวนมากยังมีความตื่นตัวที่จะรู้จักกันต่อไป ผู้จัดการและทีมงานมี “ความประทับใจ” กับศักยภาพของภาคประชาชน และเสียดายที่เวลาสำหรับการทำสมัชชาในลักษณะดังกล่าวมีน้อยไป เพราะขณะที่เขากำลังก่อรูปก่อร่างของการทำงานร่วมกัน (building up solidarity) ในภาคปาย เวลาการประชุมก็ต้องยุติลง อย่างไรก็ตามการประชุมของกลุ่มนี้ค่อนข้างที่จะให้บรรยากาศที่เป็นทางบวก และผลการประชุมที่เป็นในทางบวกด้วยเช่นกัน เนื่องจากการแสดงออกถึงความเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างกัน และให้ความสำคัญกับทุกประเด็นที่ผู้ร่วมประชุม

แสดงออก ผู้ดำเนินการเห็นว่าการใช้เครื่องมือสื่อสาร ด้วยการเขียน mind map ฯลฯ ในขณะนั้น เป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับจากผู้เข้าร่วมประชุมเป็นอย่างดี

ความคิดเห็นของผู้จัดการและทีมงานในกลุ่มสี่ ค่อนข้างที่จะพอใจกับผลการประชุมและคิดว่า ทุกอย่างดำเนินไปอย่างที่คาดหมายไว้ ผู้จัดการห้องคิดว่าทั้งนี้เป็นผลมาจากการเตรียมการที่พร้อมก่อน การประชุม และมีการทำงานอย่างเป็นทีมจากคณะผู้จัด ผู้เข้าร่วมประชุมดูจะมีความพร้อมในการแสดง ความคิดเห็น ไม่มีประเด็นอะไรที่ผู้ดำเนินรายการต้องกังวลหรือชี้แจงมากนัก ประเด็นเรื่องระบบการ บริการสาธารณสุขเป็นเรื่องที่ผู้ดำเนินรายการเข้าใจและมีความถนัดอยู่แล้ว จึงทำให้มีการดำเนินการ อย่างเรียบร้อยดี และผู้ร่วมประชุมเองส่วนใหญ่ก็มาจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขอยู่แล้ว

ผู้จัดการกลุ่มหกมีความคิดว่า การจัดประชุมในลักษณะดังกล่าวทำหายอย่างมาก ถึงแม้ทีมงาน จะมีประสบการณ์การจัดสมัชชาระดับอำเภอและจังหวัดมาก่อนแล้วก็ตาม ความพยายามที่จะรักษา เวลาและให้ความยุติธรรมกับทุกฝ่ายเป็นเรื่องทำหาย ผู้เข้าร่วมประชุมที่ถูกขัดจังหวะในเวลาที่ยกปราย ย่อมไม่พอใจเป็นธรรมดา ในขณะที่เดียวกันผู้จัดการก็ตระหนักถึงความไม่เท่ากันของเวลาในการให้ ยกปรายที่ทำให้ผู้ร่วมประชุมไม่พึงพอใจ แต่โดยทั่วไปผู้จัดการห้องเห็นว่าได้ทำงานบรรลุเป้าหมายของ การจัดสมัชชา และมันมีอะไรที่ต้องทำต่อไปอีกมากและน่าห่วงกว่าในช่วงหลังจากการจัดสมัชชา โดยเฉพาะการไปสังเคราะห์ประเด็นและนำร่างพ.ร.บ.เสนอผ่านขั้นตอนตามกฎหมาย

ผู้จัดการห้องประชุมที่แปด มีประสบการณ์ในการจัดสมัชชาจังหวัดมาก่อนเช่นกันกับอีกหลายๆ ท่าน แสดงความคิดเห็นว่า การจัดสมัชชาในครั้งนี้ประสบความสำเร็จไม่มากนักเนื่องจากผู้ที่ยกปราย เสนอปัญหาไม่ได้มาจากทุกภาคส่วนจริงๆ บางกลุ่มมีตัวแทนบางกลุ่มไม่มี จากการเปรียบเทียบระหว่างการ จัดประชาพิจารณ์รัฐธรรมนูญ และสมัชชาที่ผู้จัดการห้องแปดคิดว่าผู้เข้าร่วมสมัชชากลุ่มนี้มีความ พร้อม มีประสบการณ์ ในการให้ความเห็นในที่สาธารณะมาก่อนและสามารถนำเสนอในที่ประชุมได้ อย่างกว้างขวาง การจัดสรรเวลานั้นพอเหมาะกับเนื้อหาสาระ เขาคิดว่า เรื่องการเงินการคลังและกำลัง คนนั้นเป็นเรื่องที่ซับซ้อน และขัดกันในหลายความคิดยากที่จะบอกได้ว่าระบบใดจะยุติธรรม เขาคิดว่า การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในเรื่องนี้ต้องสร้างความเข้าใจและมีส่วนร่วมมาแต่ต้น “ที่จริงเรื่องนี้ น่าจะเป็นเรื่องที่ผู้รู้ อย่างนักเศรษฐศาสตร์น่าจะเป็นผู้แสดงความคิดเห็นมากกว่า” การแสดงความคิดเห็น โดยเฉพาะเวทีนี้ไม่เหมาะเท่าไร ในขณะที่เดียวกันคิดว่าน่าจะมีวิธีการสื่อสารและเครื่องมือแสดงความคิดเห็น ที่หลากหลายอย่างที่กลุ่มแปดทำ มากกว่าการพูดยกปรายบนเวที ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้จัด

ความคิดเห็นของผู้ดำเนินการและทีมงานค่อนข้างหลากหลาย และต่างกัน approach ของ การทำงานดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยขอสงวนไม่ตีความความคิดของผู้ดำเนินการ ในที่นี้

5. บทสรุปและวิเคราะห์กระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กับการมีส่วนร่วมของประชาชน

จากภาพรวมของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้เห็นว่ามีกระบวนการใหญ่สองกระบวนการ คือ กระบวนการจัดสมัชชา ซึ่งเป็นกระบวนการทางสังคม (social process) ที่มีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นต่อร่างพ.ร.บ.ทางสังคม และ กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ และผู้เข้าร่วมสมัชชา ซึ่งถือว่าเป็น กระบวนการทางการเมือง (political process)

การวิเคราะห์กระบวนการสมัชชาสุขภาพในฐานะที่เป็นกระบวนการทางสังคม แบ่งเป็นการวิเคราะห์ในสององค์ประกอบที่สำคัญคือ

1. วิเคราะห์องค์ประกอบที่เป็นเครื่องมือการดำเนินการแลกเปลี่ยนทางสังคม (instrumental components of social transaction) โดยดูสิ่งแวดล้อมในการปฏิสัมพันธ์ (environment) และเครื่องมือในการปฏิสัมพันธ์ และ
2. วิเคราะห์องค์ประกอบในการแสดงออกของการแลกเปลี่ยนทางสังคม (expressive components of social transaction) การดูภาพสะท้อนของอารมณ์ความรู้สึก (emotional reaction) การเป็นตัวแทนเชิงสัญลักษณ์ (symbolic representation) และกระบวนการแลกเปลี่ยน ถ่ายทอดความรู้ (knowledge)

ซึ่งพบว่าในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีกระบวนการที่เป็นทั้งแบบแผนตายตัวและลักษณะที่ยืดหยุ่นต่อการแลกเปลี่ยนทางสังคม โดยสร้างสภาพแวดล้อมและเวทีในหลายระดับ หลายขั้นตอนให้มีการแสดงความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมเวทีต่อผู้ดำเนินการจัดการเวทีสมัชชา โดยไม่มีการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมและผู้ดำเนินงาน รวมทั้งกระบวนการที่ให้มีการแลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม แต่ค่อนข้างจำกัดอยู่เฉพาะบางกลุ่ม การจัดเวทีในบางเวทีดูเหมือนเป็นการจัดฉากให้มีการแลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ โดยใช้สัญลักษณ์แทนตัวแทนภาคีเครือข่ายที่แท้จริง เช่นการนำวีดิทัศน์เกี่ยวกับเรื่องราวของผู้ที่ถูกคุกคามด้วยนโยบายสาธารณะมาแสดง แต่ไม่ปรากฏว่ามีผู้แทนที่แท้จริงของกลุ่มเครือข่ายได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งเป็นไปได้ที่ตัวแทนที่แท้จริง หรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่แท้จริงไม่สามารถมาร่วมเวทีหรือร่วมแสดงออกในเวทีได้อย่างแท้จริง ซึ่งทำให้ถูกตีความได้ว่าเครื่องมือในเชิงสัญลักษณ์ในหลายรูปแบบเป็นเพียง เครื่องมือของการสร้างความชอบธรรมต่อการแลกเปลี่ยน

การแสดงออกของการแลกเปลี่ยนทางสังคมที่ผ่านกระบวนการสมัชชานั้น สะท้อนอยู่ในอารมณ์ร่วมที่ผู้เข้าร่วมสมัชชามีร่วมกัน ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวนี้เกิดขึ้นในลักษณะที่ประปรายเป็นช่วงๆ และเป็นเฉพาะในบางกลุ่มย่อย การสร้างกระบวนการสมัชชาในการประชุมกลุ่มใหญ่ สร้างความรู้สึกร่วมได้ดี แต่เนื่องจากขาดความต่อเนื่อง ด้วยความที่ต้องมีการประชุมสมัชชากลุ่มย่อยประกอบ ทำให้ไม่สามารถรักษา (maintain) ความรู้สึกร่วมในลักษณะดังกล่าวได้ กระบวนการทางสังคมดังกล่าวจึงเป็นข้อด้อยที่จะ build up พลังของกลุ่มผู้เข้าร่วมสมัชชาให้สานต่อเจตนารมณ์หรือสร้างเป้าหมายของกระบวนการปฏิรูปได้อย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดสถานการณ์แบบ “ไฟไหม้ฟาง” กระบวนการในการสร้างความรู้และการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นกระบวนการทางสังคมที่สำคัญที่จะสร้างศักยภาพของเครือข่ายทางสังคมต่อ

การปฏิรูป กลับพบว่าหายไปในระบบการประชุมสมัชชาแห่งชาติ จากการขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด พบว่ากระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และ แลกเปลี่ยนความรู้นั้นถูกสานต่อมาเป็นอย่างดีในหลายจังหวัด เมื่อมาถึงในระบบการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการเรียนรู้กลับไม่ใช้ประเด็นหลักที่มีการแสดงออกมาในระบบการจัดการทั้งหมด ยกเว้นในระบบการประชุมสมัชชาย่อยของบางกลุ่มเช่น เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค และกลุ่มย่อยเรื่ององค์ความรู้ ที่ยังเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดทางสังคม ไปควบคู่กับการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ

ในภาพรวมของการจัดสมัชชาแห่งชาติ พบว่ากระบวนการแลกเปลี่ยนเพื่อการเรียนรู้ทางสังคม ไม่ได้ถูกเน้นและให้ความสำคัญ เท่ากับการพิจารณาร่างพ.ร.บ. ทั้งที่วัตถุประสงค์ของการจัดสมัชชาในข้อที่สอง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนบทเรียน ประสบการณ์สำหรับการพัฒนาการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในอนาคต เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ที่นำไปสู่กลไกประชาคมสุขภาพในระดับต่างๆ และในวัตถุประสงค์ที่สี่ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของกระบวนการเรียนรู้แก่ภาคประชาคม/องค์กรต่างๆ ที่เข้ามาร่วมกันทำงานเพื่อสุขภาพ ระบุไว้อย่างชัดเจน การจัดเวทีด้านล่างที่เป็นนิทรรศการจากสมัชชาจังหวัด และการแสดงผลงานของเครือข่ายชุมชนคนรักสุขภาพต่างๆ นั้นไม่ได้มีการเน้นหรือพูดถึงเพื่อให้เกิดการกระตุ้นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เท่าที่ควร ผู้ที่มาแสดงนิทรรศการเองก็แทบจะไม่มีส่วนร่วมในการจัดสมัชชา หรือ สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์การทำงานของตัวเองกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในครั้งนี้อย่างน้อย

จากการใช้มุมมองเรื่องแบบแผนของการปฏิสัมพันธ์ หรือ Interactive pattern (Goffman³, 1959) ซึ่งประกอบด้วยการสร้างความรู้สึกร่วม (formation of a common mood) การวางบทบาทของแต่ละกลุ่มคนที่เข้ามาร่วมสถานการณ์ (casting of personnel) กระบวนการให้ความสำคัญกับตัวตน (process of self-recognition) และการจัดการในการสร้างการปฏิสัมพันธ์แบบ spontaneity และแบบที่ใช้การจำกัดควบคุมทางสังคม (social constraints) พบว่า การจัดสมัชชาดังกล่าวมีกระบวนการสร้างความรู้สึกร่วมกันในหลายขั้นตอนโดยเฉพาะพิธีกรรมในห้องใหญ่ แต่ในการประชุมกลุ่มย่อยจะไม่พบการสร้าง common mood เท่าที่ควร อาจจะเป็นเพราะมีการเหมาเอาว่าผู้เข้าร่วมมี mood ร่วมกันอยู่แล้วในการแสดงความคิดเห็น แต่ในลักษณะของประเด็นแต่ละประเด็นในการพิจารณาของทั้ง 8 กลุ่ม ธรรมชาติและเป้าประสงค์ของการเข้าร่วมสมัชชามีต่างกันทำให้เกิดความขัดแย้ง และการไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการได้ เนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจไม่ตรงกันกับผู้จัดประชุมในเชิง approach ของการจัดประชุม บางกลุ่มใช้วิธีแบบเป็นทางการ defensive และมีการตั้งข้อจำกัดควบคุมทางสังคม ที่ออกมาทั้งในวิธีการดำเนินการ คำพูดและลักษณะท่าทีของการดำเนินการ ในขณะที่บางกลุ่มใช้วิธีการที่มีส่วนร่วมและเน้นไปที่การปฏิสัมพันธ์แบบ spontaneous และการมีสมานฉันท์ โดยให้ความสำคัญกับผู้ร่วมแสดงความคิดเห็นในทุกๆ ด้าน อย่างเท่าเทียมกัน

³ Erving Goffman (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Anchor Book, Double Day

จากแนวคิดเชิงทฤษฎีพัฒนาการของการสร้างพฤติกรรมร่วม (development of mass behavior) ของ Blumer (1935⁴, 1951⁵) สามารถนำมาอธิบายกระบวนการทางสังคมที่มุ่งหวังให้เกิดการสร้างพลังประชาชนเพื่อการสนับสนุนร่างพ.ร.บ.และการขับเคลื่อนพลังสังคมเพื่อการปฏิรูปสุขภาพจากกระบวนการในสังคม ซึ่งขั้นตอนการสร้างพฤติกรรมร่วมนั้นประกอบด้วย

- **การปฏิสัมพันธ์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic interaction)** การปฏิสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าวเป็นขั้นต้นของการมารวมกลุ่มกัน เพื่อดูว่าแต่ละกลุ่มมีท่าทีอย่างไร มีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ที่ดำเนินการกลุ่ม และผู้เข้าร่วมกลุ่ม ทำให้เห็นว่ากลุ่มคนหลายกลุ่มที่ลงทะเบียนไว้ในการเข้าสมัชชาย่อยกลุ่มหนึ่ง แต่ไม่ปรากฏตัวในกลุ่มนั้น หรือย้ายกลุ่มไปอยู่กลุ่มอื่นเมื่อเขาเห็นท่าทีของการดำเนินการกลุ่มที่ไม่ตรงกับที่เขาคาดหวัง ผู้จัดการกระบวนการกลุ่มต้องมีความตระหนักในพฤติกรรมของประชาชนด้วยที่จะวางยุทธศาสตร์ ในการ engage ให้คนอยู่ร่วมประชุมในประเด็นที่รับผิดชอบ
- **การรักษาระยะห่างทางสังคม (Preservation of social distance)** เมื่อทำลองหยั่งเชิงกันในช่วงแรกแล้ว ยังมีการรักษาหรือสงวนท่าที เพื่อรักษาระยะห่างทางสังคม ไม่เข้าไปมีส่วนร่วมมากนัก ทำให้กระบวนการจัดกลุ่มหรือการประชุมต้องมีการหลอมละลายพฤติกรรมก่อน เพื่อสร้างพฤติกรรมให้ มีการปฏิสัมพันธ์ต่อไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าในกระบวนการสมัชชาภิยกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นในเฉพาะบางกลุ่มและไม่ได้เกิดตั้งแต่ต้นของกระบวนการสมัชชาแห่งชาติอย่างแท้จริง ท่าทีของผู้เข้าร่วมประชุมที่มีต่อกันยังคงค่อนข้างมีระยะห่างตลอดการประชุม กิจกรรมอย่างการหลอมรวมพฤติกรรมในสมัชชาห้องใหญ่ในวันสุดท้ายนั้นจะเข้าไปสำหรับการสร้างพลังมวลชน แต่ก็เป็นสิ่งทำลายสำหรับการจัดประชุมที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์และพฤติกรรมผู้ร่วมประชุมได้
- **การประสานเครือข่าย (Network of personal contact)** กระบวนการนี้เป็นขั้นตอนที่สร้างความเชื่อมโยงจากประสบการณ์ที่ผู้เข้าร่วมประชุมมีอยู่ และให้เห็นความเป็นพวกพ้องเดียวกัน ซึ่งไม่เกิดขึ้นในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ (ยกเว้นกลุ่มสามและกลุ่มเจ็ด แต่กลุ่มหลังไม่สามารถสานต่อจนจบกระบวนการได้)
- **การจัดการในรู้แบบการจัดการแบบเป็นทางการ (Operation of formal organization)** เป็นขั้นตอนของการเข้าสู่เนื้อหาสาระที่ต้องการได้จากการประชุม มีการจัดการแบบเป็นทางการเป็นระบบระเบียบของการปฏิสัมพันธ์เพื่อจัดกลไกภายในกลุ่ม ซึ่งขั้นตอนนี้มีการปฏิบัติโดยข้ามขั้นตอนอื่นๆ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมยังคงรักษาความเป็น individual ของตน หรือ สถานภาพของเครือข่ายเดิมที่ตนมีอยู่ โดยไม่ได้หลอมรวมเป็นกลุ่มก้อนเดียวกันในระดับชาติ เช่นผู้ที่มาจากสมัชชาระดับจังหวัดก็ยังคงเป็นผู้แทนระดับจังหวัดอยู่ไม่สานเป็นหนึ่งเดียวกันในสมัชชาชาติ (ยกเว้นกลุ่มสามที่มีเคาของการทำให้เป็นกลุ่มเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ)

⁴ Herbert Blumer (1935) "Moulding of Mass Behavior," *Publication of American Sociological Society*, 29:115-27

⁵ Herbert Blumer (1951) *Collective Behavior*. Pp. 167-222 in A.M. Lee (ed) *Principles of Sociology*. New York: Barnes & Noble.

- **การสร้างสภาวะของการมีภาคีภาพในกลุ่ม** (Condition of group solidarity) การสร้างภาคีภาพในสมัชชาแห่งชาตินี้จะไปรวมอยู่ในพิธีกรรมซึ่งไม่สามารถเห็นอารมณ์ความรู้สึกร่วมของผู้ที่เข้าร่วมงานเท่าไร นอกจากเป็นการร่วมประชุมให้ครบขั้นตอน ทำให้การสร้างพลังประชาชนเพื่อการสนับสนุนร่างพ.ร.บ. ดูจะไม่เกิดขึ้นจริง แต่เป็นการสร้างภาพให้เห็นว่ามีภาคีภาพทั้งที่ผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาอาจเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับพ.ร.บ.ทั้งหมด ไม่สามารถเหมารวมได้ว่า จะเกิดภาคีภาพจริง
- **แบบแผนการขับเคลื่อนทางสังคม** (Patterns of social mobility) กรณีนี้ไม่มีกรณีตัวอย่างผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้นก่อนให้เกิดแบบแผนการขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อการปฏิรูปจริงๆ อาจมีบางส่วนของมีองค์กรเครือข่ายอยู่แล้ว ที่สามารถ jump start เข้ามาร่วมการขับเคลื่อนดังกล่าวได้ ทั้งนี้การขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อการปฏิรูปสุขภาพที่แท้จริงจะสามารถพิจารณาได้จากการที่ภาคประชาชนและเครือข่ายไปสานต่อการดำเนินการเพื่อการปฏิรูปสุขภาพของตนเองของครอบครัว ชุมชนและสังคมของตน โดยไม่ต้องรอหน่วยงานอื่นมาสนับสนุน อีกด้านหนึ่งของการขับเคลื่อนทางสังคมที่คาดหวังจากสมัชชาคือ การขับเคลื่อนในการผลักดัน พ.ร.บ. หลังจากการประชุมสมัชชาแล้ว มีใครหรือองค์กร หรือ ภาคสังคมใดหรือไม่ ที่ติดตาม ชักถาม ตั้งคำถาม และพยายามผลักดัน พ.ร.บ.ต่อไป นอกจากสำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุข ประชาชนและสาธารณสุขได้รับรู้และร่วมอยู่ในกระบวนการหรือไม่ ซึ่งจากการประเมินในเบื้องต้นนั้นยังไม่เห็นภาพการขับเคลื่อนทางสังคมในการติดตาม พ.ร.บ. ในที่สาธารณะอีกตลอดระยะเวลา 5 เดือนที่ผ่านมา น่าจะเป็นคำถามต่อไปได้ว่า สมัชชาดังกล่าวทำให้เกิดพลังทางสังคมในการร่างพ.ร.บ. และสนับสนุนพ.ร.บ.จริงหรือไม่

การทำให้เกิดความคิดร่วมกัน (Emergence of Consensus) ตามแนวคิดในหลายทฤษฎี (Cannon 1929, Stratton 1928, Selye 1956, and Turner and Killian 1972) แสดงไว้ว่า การมีฉันทามติร่วมกันทางสังคม เกิดขึ้นเมื่อผู้ที่อยู่ร่วมกันในสถานการณ์มีความรู้สึกร่วม (common mood) ถึงขั้นหนึ่งและตกผลึกจนทุกคนคิดว่าสิ่งที่แสดงอยู่นั้นเป็นสิ่งที่ตกลงร่วมกัน สถานการณ์ดังกล่าวถือว่าเป็นฉันทามติได้ แต่ทั้งนี้ในสถานการณ์ดังกล่าวต้องผ่านจุดสูงสุดของการแสดงอารมณ์ร่วมกัน (when emotional reactions pass a certain threshold of intensity) แล้วคนส่วนใหญ่มุ่งประเด็นไปที่จุดศูนย์รวมร่วมกันทำให้เกิดการคิดสรุปรวบยอด ซึ่งในกรณีเช่นนี้ ดูจะไม่เกิดขึ้นในการทำสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในภาพรวม ถึงแม้จะมีกิจกรรมที่ดึงดูดศูนย์รวมเป็นพิธีกรรมเกิดขึ้น แต่พิธีกรรมดังกล่าวไม่สามารถเชื่อมโยงเนื้อหาสาระของข้อตกลงร่วมกันในประเด็นต่างๆ ได้ การสรุปประเด็นในวันสุดท้ายของการประชุมเป็นภารกิจของผู้ที่ดำเนินการและผู้นำเสนอจำนวนหนึ่งแต่ผู้มีส่วนร่วมประชุมยังให้ความสนใจกับการประชุมน้อย ในส่วนของการจัดสมัชชาเฉพาะประเด็นพิจารณาในกลุ่มย่อย ดูจะมี consensus ในลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นในกลุ่มย่อยที่ 3 มากกว่ากลุ่มอื่นๆ การทำสมัชชาสุขภาพจังหวัดอย่างในจังหวัดกาฬสินธุ์แสดงให้เห็น emotional consensus ได้ดี และมีอยู่บ้างในสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลาแต่ค่อนข้างจะเกิดในลักษณะเดียวกันกับสมัชชาแห่งชาติเนื่องจากผลการประชุมกลุ่มย่อย กับการจัดพิธีกรรม

ร่วมกันยังอ่อนในการเชื่อมโยงในการสร้างความต่อเนื่องของอารมณ์ร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับข้อสรุปที่เกิดขึ้น กระบวนการที่ผ่านมา หลายกลุ่มเป็นกระบวนการแค่มาจับข้อคิดเห็น ไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่มีกระบวนการกระตุ้นให้ผู้คนออกความเห็นที่ชัดเจน

กระบวนการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในฐานะที่เป็นกระบวนการทางการเมือง จากการประชุมสมัชชาทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัดพบว่า เป็นกระบวนการที่เน้นไปในแนวคิดและรูปแบบกระบวนการทางการเมืองในแบบ communitarianism ซึ่งในสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ยังเป็นการดำเนินงานที่สะท้อนแนวคิดความเป็นชุมชนนิยมแบบคลาสสิก ในขณะที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สะท้อนแนวคิดความเป็นชุมชนนิยมแบบใหม่ กล่าวคือ

ในกลุ่มนักคิดความเป็นชุมชนนิยมแบบใหม่ เป็นแนวคิดที่มาจากงานของ Michael Sandel⁶, George Will, Amitai Etzioni, Michael Walzer และ Charles Taylor (ปรากฏใน Watson, 1999)⁷ แสดงให้เห็นความเป็นชุมชนนิยมที่พยายาม เชื่อมโยงความดีงามทางสังคมในแนวทางเสรีนิยม (liberal social goods) ที่เน้นไปที่ ความอดทนได้ต่อความแตกต่าง (tolerance) ความเท่าเทียมกัน (equality) ความเป็นของจริง (authenticity) และการมีส่วนร่วมในกลุ่มสังคม ซึ่งต่างจากแนวความคิดชุมชนนิยมของอริสโตเติลที่เน้นคุณสมบัติของสมาชิกของสังคมที่มี ความกล้าหาญ ความสุภาพ ความพิถีพิถันรอบคอบ มัธยัสถ์ สุขุม และความยุติธรรม ซึ่งอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มแรกเป็นแนวคิดชุมชนนิยมสายเสรีนิยม (Liberal communitarianism) ซึ่งต่างจากกลุ่มแนวคิดแบบคลาสสิก แนวคิดของกลุ่มใหม่เน้นไปที่ spirit of community⁸ หรือจิตวิญญาณของความเป็นชุมชน ไม่ใช่ตัวชุมชนทางกายภาพ การรวมกลุ่มดังกล่าว นั้นเป็นการรวมชุมชนแบบที่มาจากกลุ่มคนที่หลากหลาย (Communitarians are an eclectic group) ซึ่งสะท้อนให้เห็นอยู่ในการร่วมกลุ่มแสดงความคิดเห็นในสมัชชาแห่งชาติ ที่มีความหลากหลาย และพยายามสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมที่เป็นนามธรรม เน้นความเท่าเทียมกัน และการยอมรับความหลากหลายแตกต่างของคนทุกหมู่เหล่า ซึ่งต่างจากการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่แต่ละจังหวัดมีความเป็นกลุ่มเครือข่ายที่ติดอยู่ในความเป็นชุมชนทางกายภาพ เน้นการทำงานเพื่อสังคมที่ต้องสร้างความยุติธรรมให้กับท้องถิ่น ในหลายพื้นที่มีความชัดเจนในประเด็นที่น่าเสนอ ที่ต้องตอบสนองความต้องการของกลุ่ม ไม่เน้นความแตกต่างหลากหลายเหมือนในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การเกี่ยวข้อสัมพันธ์ร่วมกันในที่สาธารณะ (Public/Civic engagement) เป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้เกิด ความคิดชุมชนหรือจิตวิญญาณของความเป็นชุมชนแบบใหม่ ที่นักสังคมวิทยา อย่าง David Riesmann กล่าวไว้ใน *The Lonely Crowd*⁹ หรือ อย่าง Robert Bellah กล่าวไว้ใน *Habits of the Heart*

⁶ Michael Sandel (1996) *Democracy's Discontent*, Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University.

⁷ Bradley Watson, "Liberal Communitarianism as Political Theory," *Perspectives on Political Science* 28, no. 4 (1999)

⁸ Amitai Etzioni (1994) *The Spirit of Community: the Reinvention of American Society*. New York: Touchstone.

⁹ David Riesmann, with Nathan Glazer and Reuel Denney (1950) *The Lonely Crowd: A Study of the Changing Character*. New Haven, CT: Yale University Press.

¹⁰ และในงานเขียนของนักรัฐศาสตร์อย่าง Robert Putnam ในงาน *Bowling Alone*¹¹ ซึ่งการมีการเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ร่วมกันในที่สาธารณะ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมสมัยใหม่ ที่การมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองของบุคคล และกลุ่มบุคคลเป็นการสร้างเครือข่ายและทุนทางสังคมให้แก่บุคคล ผนวกกับกระบวนการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มคนในลักษณะของการเข้าไปเกี่ยวข้องกับการกระบวนการทางการศึกษา กระบวนการในการอบรมเลี้ยงดูเยาวชนจากกลุ่มสมาชิกเครือข่ายเช่นสมาคมผู้ปกครอง หรือ การเข้าไปมีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่เกิดขึ้นในที่สาธารณะ การมีส่วนร่วมโดยผ่านสื่อต่างๆ เหล่านี้ เป็นกระบวนการใหม่ในการสร้างทุนทางสังคมที่นำไปสู่การปฏิรูปทางการเมืองและเศรษฐกิจ โดยใช้วิธีการที่เป็น positive engagement ลักษณะดังกล่าวดูเหมือนจะเป็นลักษณะการมีส่วนร่วมในกระบวนการของสมาชิกสุขภาพแห่งชาติที่เน้นย้ำการมีส่วนร่วมในลักษณะที่ทุกภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง เป็นภาคี มีการสร้างกระบวนการการเป็นเจ้าของ พ.ร.บ. ร่วมกัน เน้นไปที่การร่วมมือที่เป็นไปในทางบวก มากกว่าการสร้าง critical mass แบบที่เป็นมวลชนที่ขึ้นมาทำประชาพิจารณ์

6. แบบแผนทางวัฒนธรรมของการประชุมสมาชิกที่เกิดขึ้น จากการจัดสมาชิกสุขภาพระดับจังหวัดและระดับชาติ

แบบแผนทางวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นจากกระบวนการจัดสมาชิกตั้งแต่ระดับจังหวัดและระดับชาติที่ผ่านมานั้นทำให้เห็นว่า มีวิวัฒนาการจากแนวทางที่สปรส.วางไว้ โดยเฉพาะในเรื่อง “อุดมการณ์ของการสมานฉันท์ การเป็นภาคีเครือข่าย การเป็นพันธมิตร เพื่อร่วมคิดร่วมสร้างระบบสุขภาพใหม่” ที่ดูเหมือนจะเป็นหัวหอกของการทำให้สมาชิกสุขภาพเน้นไปที่การพูดคุย การแลกเปลี่ยนความคิด การเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างพลังทางบวกที่จะไปขับเคลื่อนการปฏิรูป ซึ่งผลปรากฏที่ออกมาจึงทำให้การทำสมาชิกสุขภาพออกมาในรูปของความเป็นระเบียบ เรียบร้อย ไม่เห็นความขัดแย้ง ซึ่งต่างจากการรวมตัวแบบการทำประชาพิจารณ์ ที่มีกระบวนการโต้แย้ง ถกเถียง เอาชนะ ชูประเด็น ต่อรอง ในหลายรูปแบบที่แสดงความเข้มข้นของพลังประชาชนในลักษณะที่ตรงข้ามกับ การปฏิรูประบบสุขภาพ ลักษณะของการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการชูประเด็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงเพื่อประโยชน์ส่วนรวม ของทุกคน มี Goodwill เป็นตัวตั้ง และเน้นไปที่แนวความคิดที่มีอยู่แล้วในสังคม (implementation of already accepted ideals) เช่น “อโรคยาปรมาลาภา การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” สุขภาพเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ นอกจากนั้นแนวความคิดในการปฏิรูปเป็นแนวคิดที่ทำให้คนเห็นพ้องกันได้ (agreeable goal) ว่าไม่มีใครทำให้เราได้เท่ากับเราต้องดูแลตัวเอง ฉะนั้นการทำ model “สร้างนำซ่อม” จึงเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมบางอย่างที่คนส่วนใหญ่พอจะมองเห็นและปฏิบัติได้ จากการสร้างค่านิยม แนวคิดที่เน้นความเป็นบวก (positive) กระบวนการจึงออกมาในแบบแผนที่เป็นบวกเช่นกัน (อาจมีข้อสังเกตว่า เมื่ออะไรก็ตามที่เอนไปด้านใดด้านหนึ่งไม่ว่าลบเกินไป หรือบวกเกินไป ย่อมถูกตั้งข้อสงสัยว่ามันมีอะไรที่คลาดเคลื่อนไปจากปกติ และ

¹⁰ Robert Bellah (1985) *Habits of the Heart: Individualism and Commitment in American Life*. New York: Perennial Library.

¹¹ Robert Putnam (2000) *Bowling Alone: The Collaps and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.

แต่การเคลื่อนไหวทางสังคมไม่อาจใช้แนวทางที่กลางๆ ได้ แต่สามารถปรับจากสุดขั้วหนึ่งให้เป็นกลางๆ ได้โดยอาศัยเวลา และการสร้างสมดุลให้เกิดขึ้นก่อน)

สมัชชาสุขภาพ เป็นสร้างวัฒนธรรมของการแสดงความคิดเห็นในที่สาธารณะ แบบที่เน้นการสื่อสารทางวาทะกับคนกลุ่มใหญ่ (Communicative Culture) ที่มีกระบวนการและรูปแบบที่สอดคล้องกับการจัดประชุมโดยทั่วไปที่พบเห็น สามารถสรุปให้เห็นแบบแผนได้ดังนี้

1. ประชุมอภิปราย บรรยายรวม ผู้ร่วมประชุมเสนอความคิด และบรรยายสรุป
2. กิจกรรม การแสดงวัฒนธรรม ห่อหุ้มพฤติกรรม บรรยายรวม แสดงความคิดเห็นรวม บรรยายสรุป กิจกรรม
3. กิจกรรม บรรยาย แบ่งกลุ่มแสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อย เสนอรายงาน สรุปและพิชิต
4. ชี้แจงกติกา อภิปรายตลอดการประชุม และสรุปรวม (ส่วนน้อยมาก)

รูปแบบของกระบวนการดังกล่าวต่างใช้กติกา ในการอภิปราย ที่ต่างกัน การประชุมกลุ่มใหญ่ จะมีกติกา ในการอภิปราย ที่กลายเป็นบรรทัดฐานของการประชุมกลุ่มใหญ่ (กำหนดโดยคนกลุ่มเล็ก กลุ่มเดียว) และมีกฎของการจัดลำดับการพูดแสดงความคิดเห็นของแต่ละบุคคล มากกว่าการเสนอประเด็นและหาข้อตกลงร่วมกัน ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามบรรทัดฐานนั้นได้ก็ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นของตนได้อย่างเหมาะสม ในการประชุมกลุ่มย่อย ผู้ร่วมประชุมมีโอกาสในการอภิปรายร่วมกัน และแสดงความคิดเห็นต่อกันจนได้แนวคิดร่วมกัน แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิก ท่าที และบรรทัดฐานของการดำเนินการของผู้จัดการหรือประธานการประชุม (การประชุมในหลายรูปแบบ มีความต่างกันอีกด้านหนึ่ง คือ การมีแถลงการณ์ หรือ ปฏิญญาร่วมกัน ซึ่งไม่ปรากฏว่าทุกกลุ่มสามารถทำให้บรรลุถึง resolution เดียวกันได้)

การให้มีการพูดสื่อสารทางวาทะในที่สาธารณะในการดำเนินการอภิปรายนั้น เป็นจุดหนึ่งที่ทำให้เห็นแบบแผนวัฒนธรรมที่ต่างกัน ระหว่างนักวิชาการ คนในเมือง คนที่มีการศึกษาในระบบที่เป็นทางการ กับแบบแผนวัฒนธรรมการสื่อสารแบบชาวบ้าน เนื่องจาก

ก) *ทักษะและความคุ้นเคยในการแสดงออกทางความคิด* ของคนทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน การแสดงออกทางความคิดเป็น mental process ที่ต้องมีการพัฒนา สิ่งให้มีทักษะ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่ลักษณะทักษะที่มีมาแต่กำเนิด ผู้ที่ได้เปรียบกว่ามีทักษะมากกว่าย่อมแสดงออกทางความคิดได้ดีกว่าและชัดเจนกว่า การแสดงออกทางความคิดของคนในวัฒนธรรม “อื่น” ที่ไม่ใช่ชนชั้นกลาง นักคิดนักเขียน สามารถแสดงออกมาเป็นสื่อศิลป วัฒนธรรม การแสดงและการกระทำมากกว่าการพูดตรงๆ แบบวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่เน้นการพูดการสื่อสาร เพื่อแก้ปัญหาและเพื่อสร้างปัญหา (หมายเหตุ ในวัฒนธรรมตะวันออกเราเรียนรู้ผ่านการกระทำ และแก้ปัญหาด้วยการ dissolve ปัญหา ไม่ใช่การ solve ปัญหาด้วยการต่อสู้ ชั่งชั่ง จัดการ ควบคุม) ซึ่งเป็นปรัชญาและวิธีการที่ต่างกัน ถึงแม้ว่าประเทศไทยเป็นสากลเป็นตะวันตกมากขึ้น ชาวบ้านได้เรียนรู้วิธีการสื่อสารแบบเป็นทางการมากแล้วก็ตาม แต่คนส่วนใหญ่ระดับรากหญ้ายังต้องการวิธีการแสดงออกทางความคิดในรูปแบบอื่น ซึ่งจริงใจต่อการทำงานกับประชาชนจริงๆ ควรจะมีการศึกษาเรียนรู้และสร้างโอกาสให้เกิดขึ้นจริง

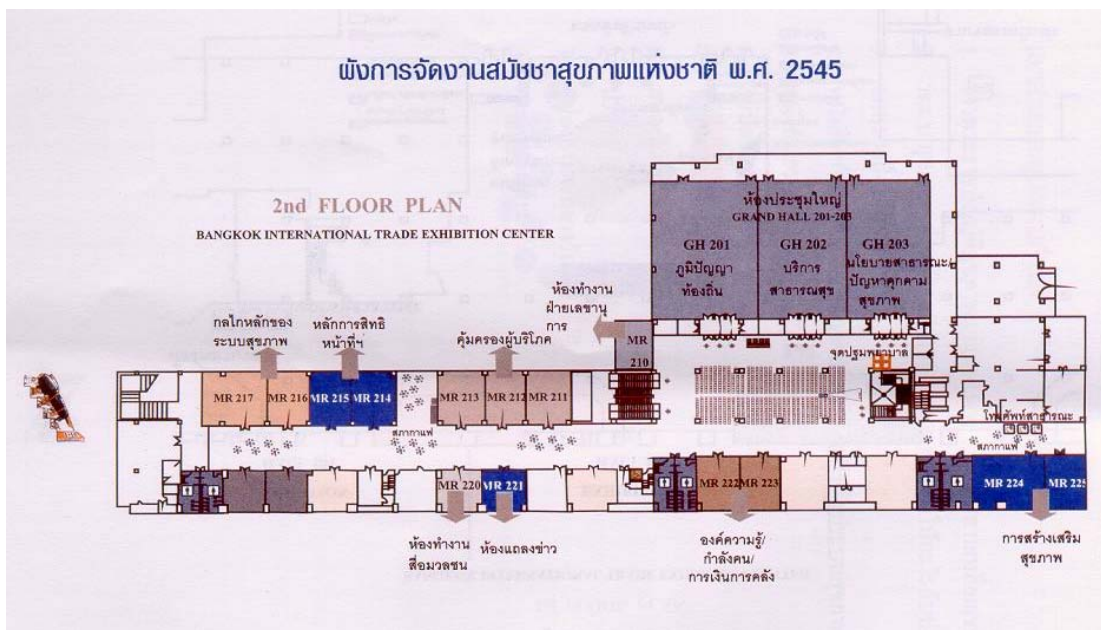
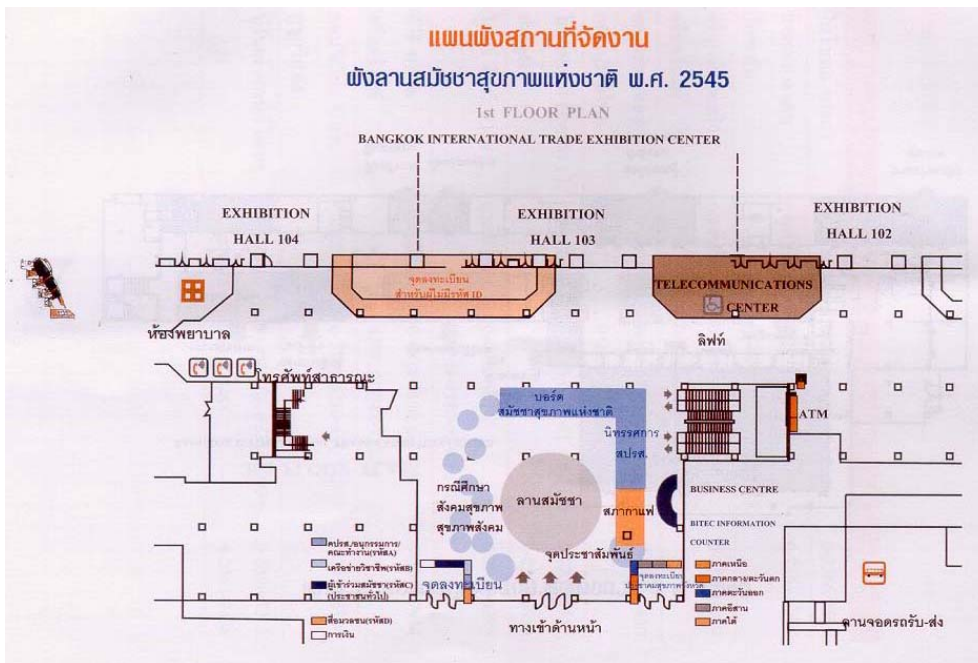
ข) การใช้ภาษา ด้วยการแสดงความคิดผ่านการอภิปราย ภาษาเป็นสื่อสำคัญในการสื่อสาร ว่าภาษานั้นเหมาะสมกับสถานการณ์ และบริบทของผู้เข้าร่วมประชุมหรือไม่ เช่นการใช้ภาษาท้องถิ่น การใช้ภาษาไม่เป็นทางการ หรือ การใช้ภาษาเขียน ในการประชุมร่วมกันกับคนจำนวนมากที่ต้องใช้ภาษาใดภาษาหนึ่ง ผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาที่เป็นทางการและภาษากลางร่วมกับผู้อื่นย่อมไม่สามารถแสดงความคิดของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ยังไม่รวมการใช้ภาษาสำหรับคนเฉพาะกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้พิการ เด็ก และผู้สูงอายุ นอกจากนี้การใช้ภาษาเขียนเสนอประเด็น ซึ่งได้รับการกล่าวอ้างว่าเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดว่าได้มีโอกาสในการแสดงการมีส่วนร่วม เป็นปัญหาและอุปสรรคให้กับกลุ่มคนจำนวนมากที่ไม่มีทักษะการเขียนและไม่กล้าเขียน

ค) การแสดงออกในที่สาธารณะ เป็นทักษะทางสังคม ที่แต่ละกลุ่มคนมีความสามารถต่างกัน คนที่มีโอกาสทางสังคมที่สามารถปฏิสัมพันธ์กับคนที่หลากหลาย คู่สนทนาบ่อยๆ ในการพูดในที่สาธารณะย่อมนำเสนอประเด็นที่น่าสนใจ ชัดเจน เรียกความสนใจ และทำให้ประเด็นนั้นดูมีความสำคัญ สำหรับผู้จัดบันทึกการประชุม ทำให้ประเด็นเหล่านั้นบรรจุอยู่ในข้อเสนอแนะอย่างเป็นทางการ การแสดงออกเรื่องความคิดในที่สาธารณะเป็นเรื่องยากสำหรับคนส่วนใหญ่ ที่จะสรุปขบยอดสิ่งที่ตนพูดให้ผู้อื่นเห็นประเด็น อีกทั้งทักษะในการพูดในที่สาธารณะที่เป็นอุปสรรคสำหรับคนอีกหลายกลุ่ม ทำให้ประเด็นหลายประเด็นถูกละเลยและมองว่าเป็นเพียงการบ่น หรือเรียกร้อง (complain) ที่ไม่มีค่า (unworthy) ต่อการจดบันทึก

ง) บทบาทในการจัดบันทึกประเด็น ดังที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น ความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมในกระบวนการเรียนรู้ของผู้จัดบันทึกการประชุมและผู้พูดอภิปราย เป็นกระบวนการทางอำนาจอย่างหนึ่งที่ผู้จัดบันทึกการประชุมสามารถเลือกจัดประเด็นที่ ตนเห็นว่าสำคัญ (ขึ้นกับภูมิหลังของผู้จัดว่ามีความเข้าใจในประเด็นต่างๆ และประสบการณ์ของคนที่น่าสนใจ และมีความสามารถในการ conceptualize สิ่งที่เขาเสนอได้หรือไม่) กระบวนการดังกล่าวเป็นการทำให้ประเด็นต่างๆ ถูกเลือกสรรในการบันทึก จึงไม่ได้เป็นกระบวนการที่ยืนยันได้ว่าทุกประเด็นถูกรับไว้ตามที่ตั้งปณิธาน

จะเห็นได้ว่าการวางกระบวนการสมัชชานั้น มีกรอบแนวคิดที่ดี มีกระบวนการบางอย่างที่เป็นรูปธรรม แต่ขาดเครื่องมือสำคัญๆ หลายประการดังที่กล่าวมาในการให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เนื่องจากยังมีความแตกต่างกันในเรื่องของภาษาและวัฒนธรรมในการสื่อสารความคิด ซึ่งผู้ดำเนินการและจัดการในหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องกลับไปทบทวนและสรุปทบทวนร่วมกัน โดยมี sensitivity ต่อวัฒนธรรม กระบวนการทางสังคม และกระบวนการทางการเมือง และกลุ่มประชากรในกลุ่มต่างๆ อีกครั้งหนึ่ง จึงจะทราบได้ว่า นวัตกรรมทางสังคม ได้เกิดขึ้นจากสมัชชานี้หรือไม่

ภาคผนวก ข.



ในวันงานจริงมีการเปลี่ยนแปลงห้องเป็น

ห้องประชุมใหญ่ GH 203 เป็นห้องประชุมย่อยที่ 1 สิทธิ หน้าที่และความมั่นคง

ห้องประชุมใหญ่ GH 201 เป็นห้องประชุมย่อยที่ 5 นโยบายสาธารณะและปัญหาความสุขภาพ

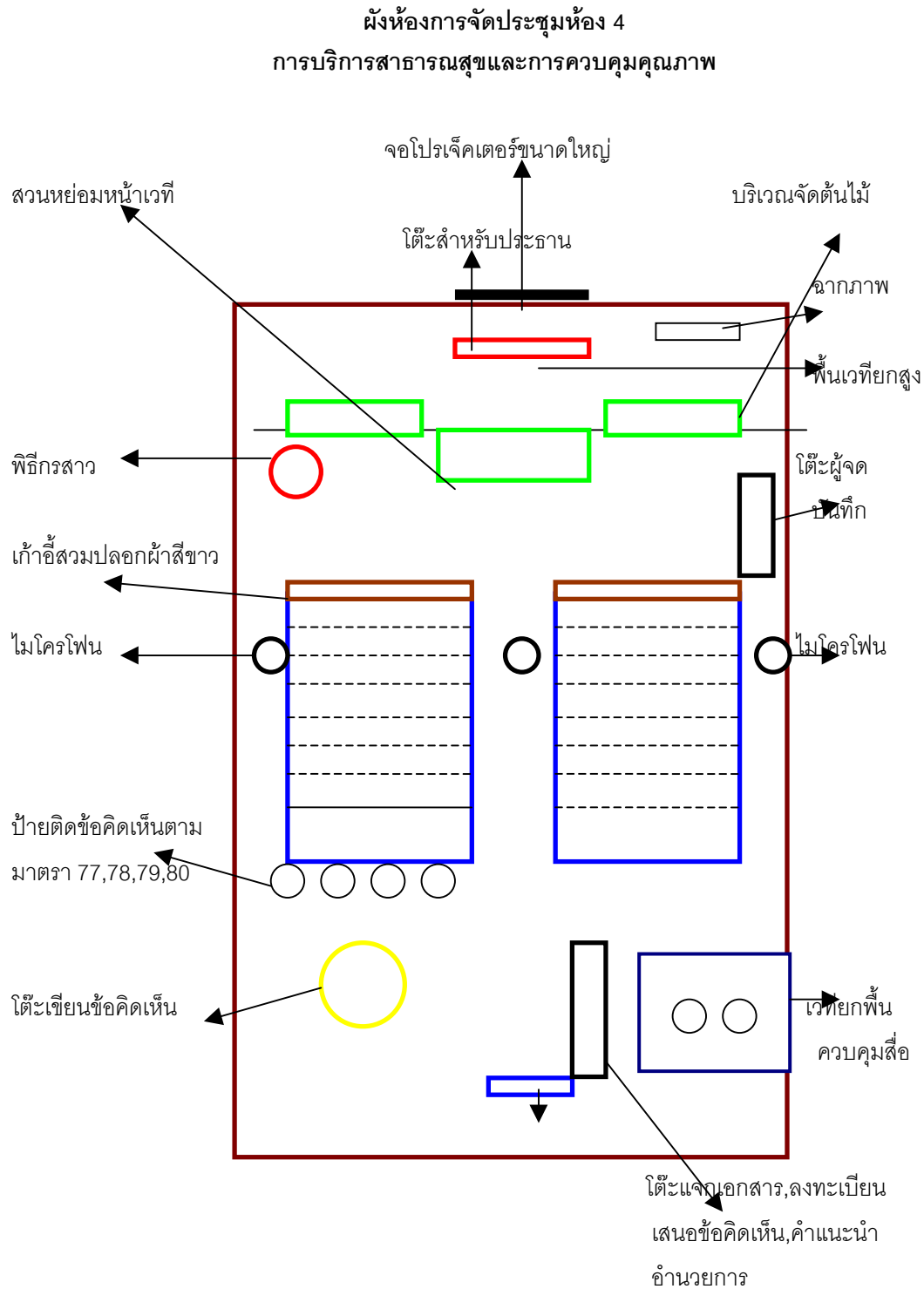
ห้องประชุม MR 211-213 เป็นห้องประชุมย่อยที่ 2 กลไกหลักของระบบสุขภาพ

ห้องประชุม MR 214-215 เป็นห้องประชุมย่อยที่ 7 คัดกรองผู้บริโภคร

ห้องประชุม MR 216-217 เป็นห้องประชุมย่อยที่ 6 ภูมิปัญญาท้องถิ่น

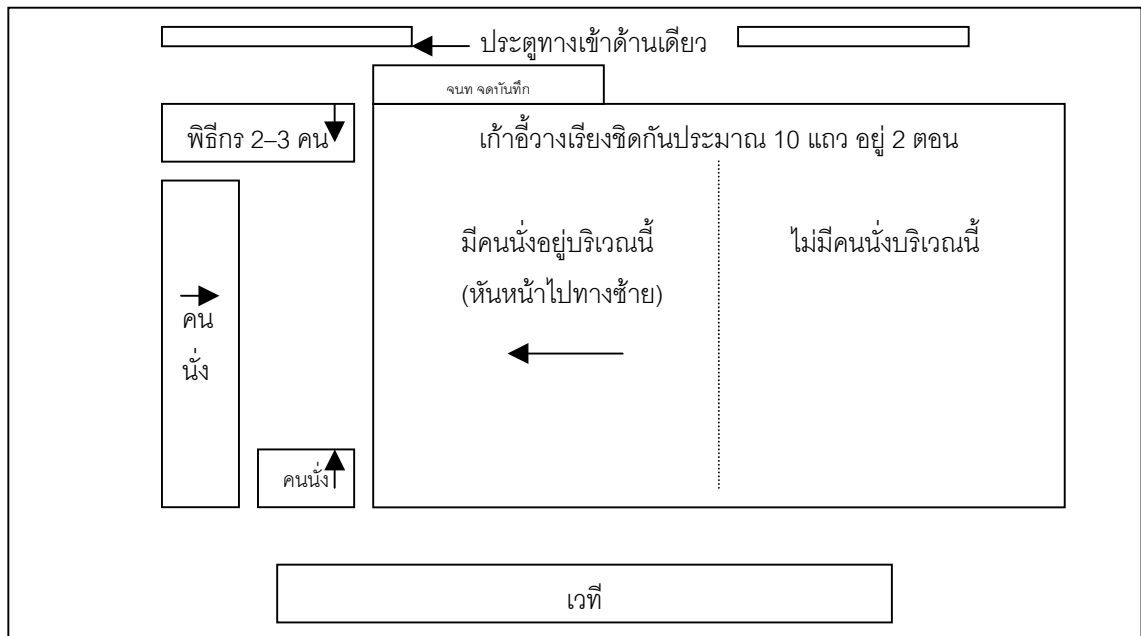
ภาคผนวก ค. แผนผังห้องประชุมสัมมนาเฉพาะประเด็น

ตัวอย่าง 1 แผนผังการประชุมแบบห้องโถงใหญ่



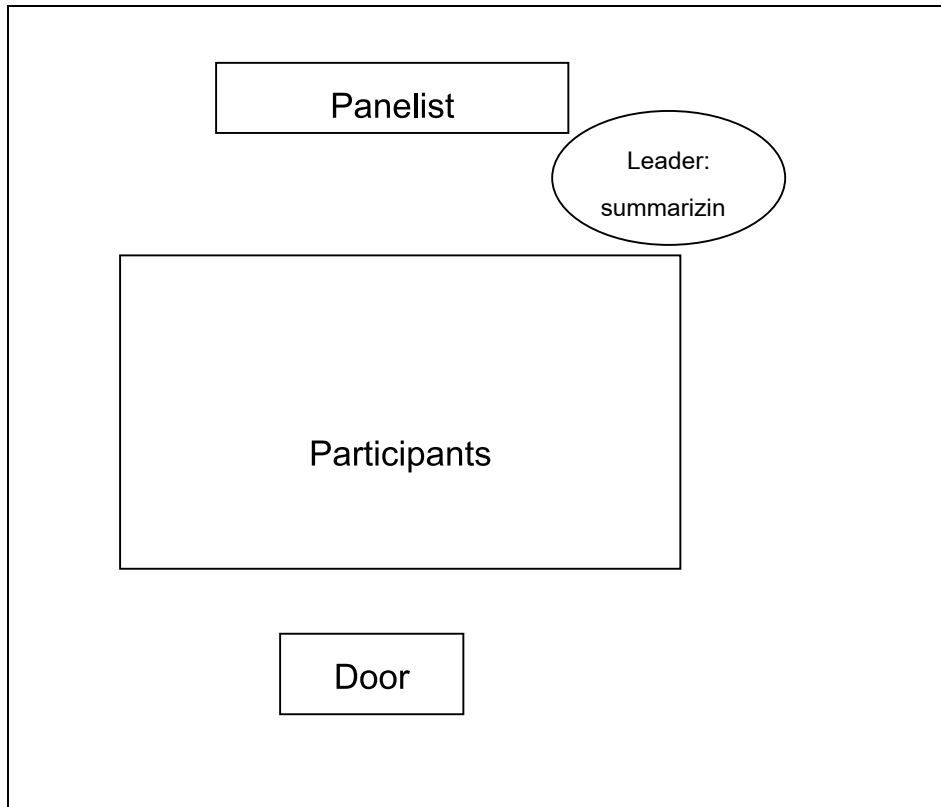
ตัวอย่าง 2 แผนผังการจัดห้องประชุม สำหรับห้องประชุมขนาดกลางที่เปิดต่อกันสองห้อง

แผนผังห้องประชุมกลุ่มย่อยที่ 7 “การคุ้มครองผู้บริโภค”



ตัวอย่าง 3 แผนผังการประชุมกลุ่มย่อยในสมาชิกเฉพาะประเด็น

ห้องย่อยที่ 2 “กลไกระบบสุขภาพ” กลุ่มย่อยที่ 6



แผนผังการประชุมห้องย่อยที่ 8 กลุ่มการเงินการคลัง

