

General Article

บทความทั่วไป

# การวิเคราะห์นโยบายสุขภาพ : แนวคิดพื้นฐาน และประโยชน์จากงานวิจัย

## ศรียุทธ ดันติเวส

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

### บทคัดย่อ

การวิเคราะห์นโยบายสุขภาพอาจแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบใหญ่ ๆ ได้แก่ การวิเคราะห์เพื่อการกำหนดหรือปรับเปลี่ยนนโยบาย (analysis for policy) และการวิเคราะห์นโยบายที่ดำเนินการแล้ว (analysis of policy) การวิเคราะห์นโยบายในรูปแบบที่สองอาจใช้แนวคิดและทฤษฎีทางด้านนโยบายสาธารณะมาช่วยในการอธิบายกระบวนการตัดสินใจและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ บทความนี้นำเสนอแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพในรูปแบบดังกล่าว รวมทั้งประโยชน์จากการวิจัยสาขา

ในการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพ นอกเหนือจากเนื้อหาของนโยบายแล้ว ควรทำความเข้าใจกับตัวแสดงกระบวนการ และบริบทของนโยบายอย่างลึกซึ้ง ทั้งนี้ ประเด็นในการศึกษาตัวแสดง ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือองค์กร ควรครอบคลุมผลประโยชน์ที่ตัวแสดงจะได้รับหรือสูญเสียจากนโยบาย ทำที่ค่อนนโยบาย บทบาทที่ตัวแสดงเข้าไปมีส่วนร่วม และอำนาจที่ตัวแสดงมีอยู่ในเชิงเปรียบเทียบกับตัวแสดงอื่น ๆ ในส่วนของการศึกษากระบวนการนโยบาย นักวิจัยอาจแบ่งการดำเนินนโยบายออกเป็นขั้นตอน เช่น การก่อรูปนโยบาย การกำหนดนโยบาย และการปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะมีตัวแบบหรือทฤษฎีในสาขานโยบายสาธารณะที่หากเลือกใช้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้สามารถอธิบายว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ดำเนินไปอย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการถอดบทเรียนจากประสบการณ์ในอดีตและนโยบายที่มีการปฏิบัติในองค์กรอื่น ๆ

**คำสำคัญ:** นโยบายสุขภาพ, นโยบายสาธารณะ, การวิเคราะห์นโยบาย

### บทนำ

ในการดำเนินชีวิตอยู่ในฐานะสมาชิกของสังคม ประชาชนทุกคนรวมทั้งผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายสุขภาพได้ ทั้งนี้เนื่องจากการอาศัยอยู่ร่วมกันภายใต้การปกครองและระบบบริหารจัดการที่กำหนด

ขึ้นโดยผู้ปกครองหรือ 'รัฐ' นั้น ย่อมทำให้ทุกคนเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายดังกล่าวไม่ทางใดก็ทางหนึ่งในขณะเดียวกันมีคนเป็นจำนวนมากมีบทบาทในการกำหนดนโยบายสุขภาพไม่ว่าจะในทางตรงหรือทางอ้อม โดยไม่รู้ตัวหรือด้วยความตั้งใจก็ตาม นอกจากนี้ บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการ ได้แก่ สถาน

พยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน ตลอดจนองค์กรภาคประชาชนยังได้มีส่วนสำคัญในฐานะที่เป็นผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอีกด้วย

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพ อาจทำได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับประเด็นที่เป็นคำถามวิจัยของนักการเมือง ข้าราชการ หรือนักวิจัย บ้างอาจสนใจการคาดการณ์และประเมินผลที่เกิดขึ้นจากนโยบาย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรค การปรับ-เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพของประชากร ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รับผิดชอบโดยรัฐและครัวเรือน การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ที่มีฐานะยากจน และการประเมินทางเศรษฐศาสตร์เพื่อให้ทราบต้นทุน-ประสิทธิผลของโครงการด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แม้การศึกษาในประเด็นดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการกำหนด ออกแบบ และปรับปรุงนโยบาย แต่ก็ไม่สามารถทำความเข้าใจกับนโยบายสุขภาพในแง่มุมอื่น ๆ การวิเคราะห์นโยบายอีกรูปแบบหนึ่งให้ความสนใจต่อกระบวนการพัฒนานโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติ (analysis of policy) โดยเน้นการค้นหาคำตอบต่อคำถาม ‘อย่างไร’ (how) และ ‘ทำไม’ (why)<sup>(1, 2)</sup> บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะเผยแพร่แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพในรูปแบบที่สอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทางด้านนโยบายสาธารณะ เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนานโยบายและปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ตลอดจนนำเสนอประโยชน์จากการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพซึ่งจะมีต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต

### อะไรคือ ‘นโยบายสุขภาพ’

ผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำจำกัดความคำว่า นโยบาย ไว้แตกต่างกันหลากหลาย แต่สามารถกล่าวโดยสรุปว่า หมายถึง ความตั้งใจ (intention) หรือคำประกาศ (statements) หรือการกระทำหรือละเว้นไม่กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งโดยรัฐบาลหรือผู้ปกครอง<sup>(3)</sup> นโยบายสุขภาพ อาจหมายถึงเฉพาะนโยบายที่มุ่งให้องค์กรที่มีหน้าที่ด้านการ

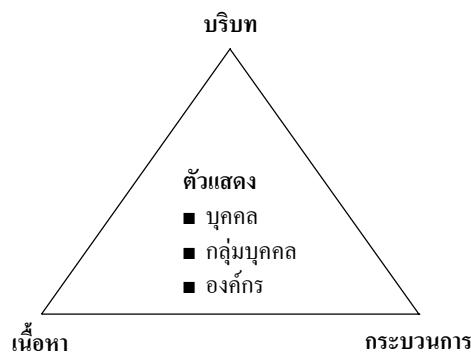
สาธารณสุขและการรักษาพยาบาลนำไปปฏิบัติเท่านั้น ในขณะที่ในความหมายอย่างกว้าง นโยบายสุขภาพ หมายถึง นโยบายใด ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน ไม่ว่าจะ เป็นนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงการ แผนปฏิบัติ-การ กฎหมาย ระเบียบ หลักเกณฑ์ ที่พัฒนาและกำหนดขึ้น โดยหน่วยงานของรัฐทั้งที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการบำบัดรักษา ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ หรือมีภารกิจที่อาจส่งผลต่อสุขภาพในทางอ้อม เช่น การเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตของสุราและบุหรี่อาจช่วยลดการบริโภคสินค้าสองประเภทนี้ลง การทำความตกลงการค้าเสรี (free trade agreement) ที่มีเงื่อนไขให้ขยายความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอาจทำให้การรักษาโรคมีราคาแพงขึ้นและการเข้าถึงยาจำเป็นในหมู่ประชาชนเป็นไปด้วยความยากลำบาก ทั้งอัตราภาษีสรรพสามิตและเงื่อนไขบางประการในข้อตกลงการค้าเสรีจึงอาจจัดเป็นนโยบายสุขภาพตามนิยามข้างต้น

### แนวคิดพื้นฐานในการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพ

การวิเคราะห์นโยบายสุขภาพอาจทำได้โดยอาศัย ทฤษฎีและตัวแบบ (models) จากหลายสาขาวิชา เช่น รัฐศาสตร์ สังคมวิทยา มานุษยวิทยาและการบริหาร<sup>(4)</sup> เนื่องจากนโยบายสุขภาพมีผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง จึงควรศึกษาวิจัย เนื่องจากเป็นนโยบายที่กำหนดโดยภาครัฐ ซึ่งตามคำจำกัดความจัดเป็นนโยบายสาธารณะ ดังนั้น จึงได้มีการนำแนวคิดและทฤษฎีในสาขาวิชาสาธารณะซึ่งมีวิวัฒนาการมาจากวิชา รัฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์นโยบายสุขภาพที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการยังมีจำนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการวิเคราะห์นโยบายด้านอื่น เช่น ด้านการเงินการคลัง ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ สิ่งแวดล้อม อุตุนิยมวิทยา พลังงาน และโทรคมนาคม นอกจากนี้ งานวิจัยด้านการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนานั้นขาดแคลนเป็นอย่างยิ่ง<sup>(5)</sup> และส่วนใหญ่มักดำเนินการโดยนักวิจัยจากประเทศที่พัฒนาแล้ว

การวิเคราะห์นโยบายสุขภาพโดยอาศัยแนวคิดและทฤษฎีในสาขานโยบายสาธารณะเริ่มมีขึ้นในสหรัฐอเมริกาและประเทศในยุโรปประมาณ 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา นักวิจัยเหล่านี้ยังได้ศึกษาวิเคราะห์นโยบายสุขภาพของหลายประเทศในแอฟริกา เอเชีย และละตินอเมริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโครงการและปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กรระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและความยากจน เช่น องค์การอนามัยโลก รวมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ ขององค์การสหประชาชาติ ธนาคารโลก กองทุนระหว่างประเทศและรัฐบาลของประเทศอุตสาหกรรมซึ่งอยู่ในฐานะ “ผู้ให้กู้” (donors) ในระยะแรกงานวิจัยเน้นที่การศึกษากิจกรรมในโครงการและประเมินผลสำเร็จหรือล้มเหลว ซึ่งมีลักษณะเป็นการพรรณนา (descriptive) ไม่สามารถอธิบายได้ว่าอะไรเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์เหล่านั้น นักวิจัยจาก London School of Hygiene and Tropical Medicine ได้แก่ Walt และ Gilson<sup>(6)</sup> จึงเสนอตัวแบบที่เรียกว่า Policy Triangle Model (รูปที่ 1) เพื่อเพิ่มอำนาจการอธิบาย (explanatory power) ซึ่งจะช่วยให้การวิเคราะห์นโยบายมีประโยชน์สูงสุด

นอกเหนือจากเนื้อหาของนโยบายแล้ว ตัวแบบ Policy Triangle ให้ความสำคัญต่อการศึกษาดูแสดงและบริบท ซึ่งจะมีผลต่อกระบวนการนโยบาย อันได้แก่ การพัฒนานโยบายและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ตัวแสดงในที่นี้อาจเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร หรือเครือข่ายขององค์กรที่มีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย ไม่ว่าจะอยู่ในภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม หรือประชาชนทั่วไป โดยที่ตัวแสดงอาจจะมีท่าที และบทบาท ในทางสนับสนุนหรือต่อต้านนโยบายนั้น ๆ ก็ได้ การทำความเข้าใจต่อตัวแสดงในเชิงนโยบายอาจอาศัยการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) ซึ่งนอกจากศึกษาท่าทีและบทบาทแล้ว ผลประโยชน์ (interests) ที่ตัวแสดงจะได้รับหรือสูญเสียหากมีการนำนโยบายหนึ่ง ๆ มาปฏิบัติหรือบังคับใช้ รวมทั้งอำนาจ เมื่อเปรียบเทียบ



ที่มา : Walt and Gilson<sup>(6)</sup>

รูปที่ 1 Policy Triangle model

กับตัวแสดงอื่น ๆ ก็เป็นประเด็นสำคัญ<sup>(7)</sup> ทั้งนี้ เนื่องจากผลประโยชน์จะเป็นตัวกำหนดว่าตัวแสดงจะมีท่าทีส่งเสริม เป็นกลาง หรือคัดค้านนโยบาย และผู้ที่มีอำนาจในระดับที่สูงกว่าผู้อื่นจะมีบทบาทเป็นผู้นำในการตัดสินใจ กล่าวคือมีอิทธิพลต่อกระบวนการนโยบาย มากกว่าตัวแสดงอื่น<sup>(8)</sup> ในขณะเดียวกัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงกับบริบทซึ่งเป็นปัจจัยแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกกระบวนการเมืองที่กระบวนการนโยบายดำเนินอยู่ เช่น สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม ภัยธรรมชาติ ความก้าว-หน้าด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ศาสนา วัฒนธรรม ปทัสถานทางสังคม กฎหมาย สนธิสัญญา และข้อตกลงระหว่างประเทศ อาจมีผลกระทบต่อเนื้อหากระบวนการ และผลที่เกิดจากนโยบายได้เช่นกัน<sup>(9)</sup>

### กรอบแนวคิดในการศึกษากระบวนการนโยบาย

ในการศึกษากระบวนการนโยบาย นักวิจัยมักจะใช้ตัวแบบที่มองการเปลี่ยนแปลงนโยบายเป็นแนวเส้นตรง หรือบางครั้งเรียกว่า Stagist model ซึ่งแบ่งนโยบายตามขั้นตอนของการพัฒนาออกเป็นระยะต่าง ๆ เช่น การก่อรูปนโยบาย (agenda setting) การกำหนดนโยบาย (policy formulation) และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation) ทั้งนี้ เพื่อให้สะดวกในการศึกษา อย่างไรก็ตาม เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า นโยบายส่วนใหญ่มิได้ดำเนินไปเป็นขั้นตอน

อย่างเป็นระเบียบ หากแต่มีความซับซ้อน ยุ่งเหยิง และคาบเกี่ยวกันระหว่างกิจกรรมในขั้นตอนต่าง ๆ<sup>(3)</sup> การกำหนดนโยบายโดยหน่วยงานระดับประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามนโยบายโดยหน่วยงานที่ให้บริการประชาชน เช่น สถานพยาบาลระดับจังหวัดและอำเภอ หากเกิดปัญหาหรือมีข้อขัดข้องทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดขึ้นแล้วได้ ก็จำเป็นต้องทบทวนเพื่อปรับเปลี่ยนหรือร่างและกำหนดนโยบายขึ้นใหม่ การแก้ไขเปลี่ยนแปลงนโยบายนี้อาจเกิดขึ้นที่องค์กรระดับใดก็ได้ แม้แต่ในหน่วยงานที่ควรเป็นผู้ปฏิบัติ ดังนั้น ในความเป็นจริง กระบวนการนโยบายในแต่ละขั้นตอนจึงไม่อาจแบ่งแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด<sup>(10)</sup>

การวิเคราะห์การก่อรูปนโยบายมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาว่านโยบายหนึ่ง ๆ มีความเป็นมาอย่างไร เพราะเหตุใดผู้กำหนดนโยบายซึ่งอาจเป็นนักการเมือง สมาชิกสภาิติบัญญัติ หรือข้าราชการประจำจึงให้ความสนใจเป็นอย่างมากต่อปรากฏการณ์หรือประเด็นปัญหาจนกระทั่งต้องแสวงหากลยุทธ์หรือวิธีการต่างๆ มาแก้ไขหรือป้องกัน ในขณะที่ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อประเด็นอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น เพราะเหตุใดใน พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขจึงหยิบยกประเด็นการใช้สิทธิบัตรโดยรัฐ (government use of patents) ขึ้นมาพิจารณาในฐานะที่เป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหายาจำเป็นที่มีสิทธิบัตรมีราคาแพงมากจนผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึง ทั้ง ๆ ที่ก่อนหน้านี้ไม่มีการนำมาตรการนี้มาปฏิบัติถึงแม้ว่าองค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และนักวิชาการ จะดำเนินการรณรงค์เพื่อให้รัฐบาลแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ตัวแบบที่เสนอโดย Kingdon<sup>(11)</sup> อธิบายว่า การที่ผู้กำหนดนโยบายตระหนักว่าปรากฏการณ์ใดเป็นปัญหาประเด็นเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นจะถูกจัดเข้าเป็นวาระเพื่อพิจารณาซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินการโดยรัฐ จะเห็นได้ว่า ขนาดและความรุนแรงของโรคหรือความผิด

ปรกติที่แสดงออกมาในรูปของอัตราอุบัติการณ์ ความชุกของการสูญเสียอันเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตที่สูงมาก รวมทั้งการแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว จะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้กำหนดนโยบายหันมาสนใจและกำหนดนโยบายป้องกันบำบัดรักษาโรคนั้น ๆ มากกว่าโรคที่มีขนาดและความรุนแรงต่ำ หรือแพร่ระบาดอย่างช้า ๆ อย่างไรก็ตาม บุคคลหรือองค์กรจะมีความคิดเห็นต่อปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ ว่าเป็นปัญหาหรือไม่ หรือที่เรียกว่าการให้คำจำกัดความต่อปัญหาที่แตกต่างกัน เนื่องจากในปรากฏการณ์บางชนิดมิได้มีเกณฑ์มาตรฐานกำหนดไว้ว่าเมื่อใดควรจะจัดว่ามีความรุนแรงมากหรือน้อย ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องจึงตีความไปตามภูมิหลังของตนหรือตามที่ตนเองรับรู้ ในขณะที่ตัวแบบ Punctuated-equilibrium model ของ Baumgartner และ Jones<sup>(12)</sup> เสนอว่า โอกาสที่จะรัฐบาลจะรับนโยบายใหม่ ๆ ที่แตกต่างไปจากนโยบายเดิมอย่างเห็นได้ชัดนั้นมีอยู่น้อยมาก กล่าวคือการที่นโยบายในสาขาหนึ่ง ๆ จะเปลี่ยนแปลงสักครั้งหนึ่งจะใช้เวลานานหลายปีหรือหลายสิบปี ส่วนใหญ่จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงนโยบายเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ Baumgartner และ Jones<sup>(12)</sup> ยังกล่าวไว้ว่า เหตุการณ์หนึ่ง ๆ จะได้รับความสนใจในฐานะที่เป็นปัญหาเชิงนโยบายหากว่าปรากฏการณ์นั้นมีภาพลักษณ์ที่ชี้ให้เห็นความจำเป็นที่รัฐจะต้องเข้ามาดำเนินการแทรกแซง

ตัวแสดงอื่น ๆ นอกเหนือจากรัฐบาลของประเทศนั้น ๆ เช่น บริษัทผู้ผลิตยา สมาคมวิชาชีพ องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน องค์กรระหว่างประเทศ ซึ่งมีผลประโยชน์ที่แตกต่างกันอาจมีบทบาทนำเสนอปัญหาต่อผู้กำหนดนโยบายผ่านการรณรงค์หลากหลายรูปแบบ นอกจากนี้ Kingdon<sup>(11)</sup> พบว่า การเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลในคณะรัฐมนตรี ผู้บริหารระดับสูงหรือคณะกรรมการในสภาิติบัญญัติเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในการพิจารณาปรากฏการณ์ที่เป็นปัญหา ในขณะที่เดียวกันในสังคมที่เป็นประชาธิปไตย หากประชาชนส่วนใหญ่เรียกร้องให้รัฐบาลแก้ไขปัญหาใดก็มักจะได้รับสนองตอบ

ในการวิเคราะห์ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย สิ่งที่น่าสนใจคือ กระบวนการคัดเลือกมาตรการหรือกลวิธีในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่ดำเนินไปอย่างไร มีบุคคลหรือหน่วยงานใดเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง และเพราะเหตุใดมาตรการหนึ่ง ๆ จึงได้รับการคัดเลือกจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในขณะที่มีทางเลือกเชิงนโยบายอื่น ๆ อีกเป็นจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น ทำไม่กระทรวงสาธารณสุขจึงเลือกใช้ยา จีพีโอ-เวียร์ (GPO-Vir) เป็นยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน (first-line regimen) และเลือกใช้จำนวนเซลล์ CD4 ที่ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรเป็นเกณฑ์คัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาในโครงการของกระทรวงฯ ในเรื่องดังกล่าว ตัวแบบการเรียนรู้เชิงนโยบาย หรือการถ่ายทอดนโยบายได้ให้คำอธิบายไว้ว่า เมื่อตระหนักว่ามีปัญหาเกิดขึ้น ผู้กำหนดนโยบายมักจะไม่สามารถหาความรู้ใหม่ เช่น จัดให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อนำผลมาประกอบการตัดสินใจ แต่จะเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตของหน่วยงานของตนหรือบทเรียนจากการนำนโยบายบางนโยบายไปปฏิบัติทั้งภายในองค์กรอื่นหรือประเทศอื่น ว่าสมควรนำมาเป็นต้นแบบหรือเป็นตัวอย่างหรือไม่ และควรมีการปรับปรุงอย่างไร<sup>(13,14)</sup> นอกเหนือจากนักการเมืองและข้าราชการประจำแล้ว ผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนองค์กรภาคประชาสังคม รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วย ผู้ประกอบธุรกิจ สภาวิชาชีพ อาจเข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบายโดยร่วมเป็นคณะทำงานหรือคณะกรรมการของหน่วยราชการ อีกทั้งอาจมีบทบาทสนับสนุนหรือต่อต้านมาตรการที่ตนเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยในเวทีอื่น ๆ เช่น การประชุมสัมมนา การเดินขบวนหรือชุมนุมประท้วง การจัดแถลงข่าว การที่ตัวแสดงหนึ่ง ๆ จะพึงพอใจในนโยบายใดนั้น นอกจากจะเป็นไปเพื่อประโยชน์ส่วนตนหรือกลุ่มของตนแล้ว ยังมีแนวทางพิจารณาที่แตกต่างกัน ผู้ประกอบวิชาชีพอาจตัดสินใจบนหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ผลการศึกษาทางคลินิกหรือข้อมูลทางระบาดวิทยา ในขณะที่ผู้บริหารองค์กรมักคำนึงถึงความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติตามนโยบายหรือดำเนินโครงการที่พิจารณาอยู่

สำหรับนักการเมืองอาจจะพิจารณาผลกระทบต่อความนิยมของประชาชนหรือคะแนนเสียงที่ตนเองจะได้รับหรือทำตามคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้ระหว่างการหาเสียง หรือแม้แต่ผลประโยชน์แอบแฝงอื่น ๆ<sup>(11,15)</sup> ส่วนข้าราชการประจำ มีความเป็นไปได้ว่าอาจนำเอาผลกระทบของนโยบายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง เช่น ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน หรืองบประมาณที่หน่วยงานจะได้รับ มาประกอบการตัดสินใจด้วย<sup>(16)</sup>

สำหรับการวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะทำความเข้าใจสาเหตุที่มาตรการหรือโครงการเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาที่หน่วยงานส่วนกลาง ได้แก่ กระทรวง ทบวง กรม กำหนดขึ้นจึงประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว หรือแปรเปลี่ยนไปจากที่ผู้กำหนดนโยบายคาดหวัง ตัวอย่างเช่น การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในบางพื้นที่ต่ำกว่าเป้าหมาย ในขณะที่หลายพื้นที่สามารถดำเนินการได้ตามที่กำหนด ประเด็นความสนใจจึงมุ่งไปที่หน่วยงานระดับรองลงไป ในสายการบริหารราชการแผ่นดิน เช่น สำนักงานควบคุมป้องกันโรคเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสถานอนามัย โดยอาจศึกษาการถ่ายทอดคำสั่งจากผู้กำหนดนโยบาย การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน หรือพฤติกรรมของข้าราชการและผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานด้วยการติดต่อโดยตรงกับประชาชน ตัวแบบ Street-level bureaucracy ที่เสนอโดย Lipsky<sup>(17)</sup> แสดงให้เห็นว่าข้าราชการที่อยู่ ‘แนวหน้า’ (frontline workers) เหล่านี้อาจปรับเปลี่ยน ดัดแปลง ขยายความนโยบายที่ถูกถ่ายทอด สั่งการ มาจากตัวแสดงที่เป็นนักการเมืองหรือข้าราชการระดับสูง ทั้งนี้ เนื่องมาจากปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เช่น งบประมาณไม่เพียงพอ การขาดแคลนกำลังคน ความไม่ชัดเจนของนโยบายและแนวปฏิบัติ ความบกพร่องในการสื่อสาร ความเครียด หรือเสียงอันตรายจากการปฏิบัติหน้าที่ ในขณะที่เดียวกัน ปัจจัยด้านประชาชนผู้รับบริการ สภาพสังคมและวัฒนธรรม และทรัพยากรที่มีอยู่ภายในท้องถิ่นอาจมีอิทธิพลต่อ

กระบวนการนโยบายในขั้นตอนนี้<sup>(18)</sup> ตัวอย่างงานวิจัยที่มีอยู่ชี้ว่าการคัดค้านหรือความร่วมมือจากตัวแสดงอื่นๆ ที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยปฏิบัติ เช่น นักการเมืองระดับชาติและระดับท้องถิ่น ผู้แทนของหน่วยราชการหลายระดับ ธุรกิจเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม รวมทั้งสมาคมวิชาชีพ ก็อาจมีอิทธิพลต่อรูปแบบความสำเร็จและล้มเหลวของการดำเนินโครงการและมาตรการด้านสุขภาพในภาครัฐ<sup>(19,20)</sup>

นอกเหนือจากตัวแบบที่ได้นำมาเป็นตัวอย่างข้างต้น เช่น คำอธิบายเกี่ยวกับการก่อรูปนโยบายของ Kingdon<sup>(11)</sup> Buamgartner และ Jones<sup>(12)</sup> การเรียนรู้เชิงนโยบายของ Bennett<sup>(13)</sup> และ Rose<sup>(14)</sup> และพฤติกรรมการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยข้าราชการผู้ทำหน้าที่ให้บริการต่อประชาชนของ Lipsky<sup>(17)</sup> แล้วยังมีตัวแบบและทฤษฎีอีกจำนวนมากที่สามารถนำมาใช้อธิบายกระบวนการนโยบายสาธารณะรวมทั้งนโยบายสุขภาพ เช่น ทฤษฎีว่าด้วยชนชั้นนำ (Elitist or Elite theory) ตัวแบบความมีเหตุผลในการตัดสินใจเชิงนโยบาย (rational or synoptic model) ตัวแบบชุมชนนโยบายและเครือข่ายนโยบาย (policy community and network model) และกรอบแนวคิดเรื่องแนวร่วมเพื่อการส่งเสริมสนับสนุนนโยบาย (policy advocacy coalition framework) นอกจากนี้ แนวคิดบางประการและวรรณกรรมในสาขานโยบายสาธารณะยังช่วยในการทำความเข้าใจต่อตัวแสดงบางกลุ่มที่มีบทบาทอยู่ในกระบวนการนโยบายสุขภาพ ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิทยาศาสตร์และองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อสาธารณประโยชน์ เช่น ตัวแบบเกี่ยวกับความเป็นวิชาชีพ (professionalism) ชุมชนนักวิชาการ (epistemic community) และแนวคิดว่าด้วย 'ภาคที่สาม' ได้แก่ ภาคประชาสังคม

### ประโยชน์ของการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพ

ดังที่กล่าวข้างต้น นโยบายสุขภาพไม่ใช่เรื่องไกลตัวสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะทำหน้าที่

ใดหรืออยู่ในองค์กรประเภทใด ถึงแม้ว่าผู้ที่เป็นข้าราชการระดับสูงหรืออยู่ในตำแหน่งด้านการวางแผน การบริหาร จัดการ และติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการอาจมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการนโยบายด้านสุขภาพ มากกว่าบุคลากรในกลุ่มอื่น การศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อกระบวนการนโยบาย รวมทั้งบทบาทและวัตถุประสงค์ของตัวแสดงหลักซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และอิทธิพลของปัจจัยแวดล้อม ย่อมจะเป็นบทเรียนให้กับทุกฝ่ายที่ต้องการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนรับผิดชอบ ประโยชน์ของงานวิจัยในสาขานี้ที่มีต่อการปรับปรุงการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้นค่อนข้างชัดเจน<sup>(1)</sup> เนื่องจากหากวิเคราะห์กระบวนการนโยบายในขั้นตอนนี้ร่วมกับการประเมินโครงการ ผลการวิเคราะห์จะช่วยชี้ให้เห็นปัญหาอุปสรรครวมทั้งปัจจัยที่เป็นจุดแข็งและโอกาส ซึ่งหากข้อขัดข้องอยู่ในระดับหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติหรือชุมชนโดยรอบก็จะแก้ไขจัดอุปสรรคเหล่านี้ให้ถูกจุดได้โดยง่าย เมื่อเปรียบเทียบกับการพัฒนากระบวนการนโยบายที่เกิดขึ้นในระดับชาติเป็นส่วนใหญ่ได้แก่ ขั้นตอนการก่อรูปนโยบายและการกำหนดนโยบาย การที่บุคลากรคนใดคนหนึ่งหรือองค์กรที่มีอำนาจไม่มากนักจะชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวาระของรัฐบาล โดยสร้างความสนใจต่อประเด็นปัญหาหนึ่ง ๆ จนมีการกำหนดนโยบาย ตามที่ตนต้องการนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย แต่ก็ไม่ใช่ว่าเป็นไปได้

ความเข้าใจต่อทัศนคติ ท่าที ผลประโยชน์ บทบาท และอำนาจของตัวแสดง จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้จัดการโครงการ เนื่องจากจะสามารถกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมที่จะป้องกันความเข้าใจผิดหรือการต่อต้านต่อนโยบาย<sup>(7,21)</sup> Roberts และคณะ<sup>(22)</sup> เสนอว่า อาจผลักดันให้เกิดนโยบายสุขภาพใหม่ ๆ รวมทั้งพัฒนาการประกอบวิชาชีพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปได้ โดยการเลือกกลวิธีที่จะช่วยให้ตัวแสดงหลักมีความรู้สึกนึกคิดที่ดีต่อนโยบายนั้น ๆ เช่น การใช้การประชาสัมพันธ์

หรือการตลาดเพื่อสังคม ก็อาจช่วยในการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือมุมมองต่อประเด็นปัญหาและวิธีการแก้ไข ปัญหาของตัวแสดงต่าง ๆ ให้หันมาให้ความช่วยเหลือร่วมมือกับผู้กำหนดนโยบายและบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เช่น เงินทุน ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เทคโนโลยี หรือความเชี่ยวชาญ ซึ่งจะเป็นที่มาของอำนาจให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เห็นด้วยกับนโยบายที่พึงประสงค์<sup>(23)</sup> หรือการดำเนินกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มจำนวนผู้ให้การสนับสนุน และลดจำนวนผู้คัดค้านนโยบาย การสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงานในภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน และชุมชน หรือระหว่างองค์กรภาคประชาสังคมด้วยกันเองเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ทุกฝ่ายที่อยู่ในเครือข่ายบรรลุวัตถุประสงค์ของตนและส่วนรวม<sup>(24)</sup>

นอกจากนี้ ในโลกยุคปัจจุบันซึ่งการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลและองค์กรเป็นไปด้วยความรวดเร็ว เป็นโอกาสให้เกิดการเรียนรู้และถ่ายทอดนโยบายจากหน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหน่วยงานหนึ่ง ทั้งที่อยู่ภายในและนอกประเทศ การที่ผู้กำหนดนโยบาย ผู้จัดการโครงการ และบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพมีความตระหนัก และเข้าใจถึงความสำคัญของบริบทของหน่วยงานที่มาของบทเรียน เพื่อให้สามารถปรับใช้นโยบายหรือมาตรการ นั้น ๆ ในประเทศหรือหน่วยงานของตน จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ กล่าวคือนำผลการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพหรือแม้แต่เพียงแนวคิดมาประกอบการพิจารณาคัดเลือกประสบการณ์ที่จะนำมาเป็นต้นแบบ

#### เอกสารอ้างอิง

1. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Birkshire: Open University Press; 2005.
2. Hill M. The policy process in the modern states. Harlow: Prentice Hall; 1997.
3. Parsons W. Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 1995.

4. Sutton R. The policy process: an overview. London: Overseas Development Institute; 1999.
5. Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007. A paper Presented at the Workshop on Health Policy Analysis, 21-22 May 2007. London: Overseas Development Institute.
6. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Po Plan 1994; 9(4):353-70.
7. Varvasovszky Z, Brugha R. A stakeholder analysis. Health Pol Plan 2000; 15(3):338-45.
8. Walt G. Health policy: an introduction to process and power. London: Zed Books; 1994.
9. Leichter HM. A comparative approach to policy analysis: health care policy in four nations. Cambridge: Cambridge University Press; 1979.
10. Deleon P. The stages approach to the policy process: What has it done? Where is it going? In: Sabatier PA, editor. Theories of the policy process. Oxford: Westview Press; 1999.
11. Kingdon JW. Agendas alternatives and public policy. Boston: Little, Brown; 1984.
12. Baumgartner FR, Jones BD. Agenda dynamics and policy subsystems. J Pol 1991; 53(4):1044-74.
13. Bennett CJ. How states utilize foreign evidence. J Pub Pol 1991; 11(1):31-54.
14. Rose R. What is lesson-drawing. J Pub Pol 1991; 11(1):3-30.
15. Rochefort DA, Cobb RW. Problem definition: an emerging perspective. In: Rochefort DA, Cobb RW, editors. The politics of problem definition: shaping the policy agenda. Lawrence, KS: University Press of Kansas; 1994.
16. Grindle MS, Thomas JW. Public choices and policy changes: the political economy of reform in developing countries. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1991.
17. Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
18. Hill M, Hupe P. Implementing public policy. London: Sage; 2002.
19. Beyer B. The politics of the health district reform in the Republic of Benin. Int J Health Plan Manage 1998; 13:230-43.
20. Kajula PW, Kintu F, Barugahare J, Neema S. Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. Int J Health Plan Manage 2004; 19:S133-S53.

21. Schmeer K. Guidelines for conducting a stakeholder analysis. November 1999. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates; 1999.
22. Robert M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting Health Reform Right. A guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press; 2004.
23. Stone D. Learning lessons, policy transfer and the international diffusion of policy ideas, CSGR Working Paper No. 69/01. Coventry: Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation, University of Warwick; 2001.
24. Marsh D, Rhodes RAW. Policy communities and issue networks: Beyond Typology. In: Marsh D, Rhodes RAW, editors. Policy networks in British Government. Oxford: Oxford University Press; 1992.

**Abstract    Health Policy Analysis: Fundamental Concepts and Research Utilities**  
**Sripen Tantivess**

International Health Policy Program, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health  
*Journal of Health Science* 2008; 17:SII566-73.

Health policy analysis can be categorized into 2 major groups: analysis for policy and analysis of policy. Regarding the latter, the application of public policy models and theories are helpful to shed light on not only the processes of policy decisions and implementation, but also the roles of key actors or stakeholders and influential contextual factors. This article presents fundamental concepts of health policy studies and the utilities of research in this area.

In analyzing a health policy, apart from its content, researchers should put effort to thoroughly understand the policy actors, processes and context. The issues to be addressed when examining particular individuals and organizations comprise their interests, positions, roles and power concerning the policy involvement. To focus the analysis on policy processes, each stage of the policy may be assessed, namely agenda setting, policy formulation and implementation, whereby appropriate public policy models and theories can be employed in order to get insight into how the policy developed and why it evolved in such a way. Empirical evidence derived from health policy research of this type will be beneficial to the health systems through the drawing of lessons from the past experiences as well as policies implemented in other settings.

**Key words:** health policy, public policy, policy analysis