

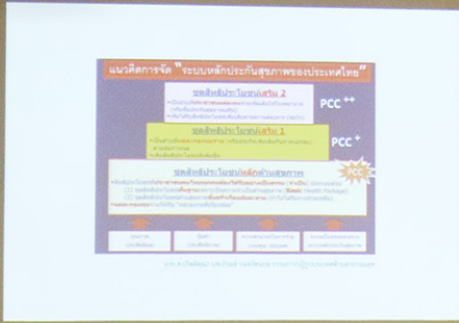
ข่าวสาร 4PW เพื่อ “สานพลังปัญญา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ”
4PW คือ กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนฐานปัญญา: Participatory Public Policy Process based on Wisdom



เกาะติด

4PW

ฉบับที่ ๕
ปี ๒๕๖๑



Health in All Policies สร้างเกราะคุ้มครองสุขภาพเขตเมือง

ปัญหาสาธารณสุขในเขตเมืองไม่ใช่เพียงแค่เรื่องของโรคภัยไข้เจ็บอย่างเดียว หากแต่ยังมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อม ความหนาแน่นของประชากร ลักษณะที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยด้านอาหาร ฯลฯ ซึ่งล้วนแล้วแต่นำมาซึ่งผลกระทบในอีกหลากหลายด้าน

ด้วยความสำคัญและความซับซ้อนของปัญหา มิไม่ต่ำกว่า ๓ ครั้ง ที่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หยิบยกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเขตเมืองขึ้นมาหารือ ก่อนที่จะเห็นชอบเป็นมติเพื่อผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะมากมาย อาทิ มติ ๘.๓ ระบบสุขภาพเขตเมือง : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม มติ ๙.๒ การจัดการและการพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาพะ มติ ๑๐.๓ ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ



ในการประชุมวิชาการประจำปี กรมควบคุมโรค สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย และสมาคมผู้บริหารโรงพยาบาลประเทศไทย “เวชศาสตร์ป้องกันเมือง Preventive Medicine and Urban disease Control UDC” เมื่อวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑ ก็นับเป็นอีกหนึ่งครั้งที่มีการพูดถึงปัญหาสาธารณสุขในเขตเมืองอย่างลงลึกถึงรายละเอียด ในการอภิปรายกลุ่มเรื่อง “วิกฤต โอกาสระบบสุขภาพเขตเมือง สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน” ซึ่งวิทยากรได้ร่วมกันถอดบทเรียนและฉายภาพแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเขตเมืองที่เหมาะสมและพึงมี

อรรถพร ศรีสุขวัฒนา รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ วิทยากรหัวข้อ “สมัชชาสุขภาพเขตเมือง” กล่าวว่า การจัดการสุขภาพในเขตเมืองคงไม่สามารถจัดการเฉพาะเรื่องระบบบริการเพียงอย่างเดียวได้ เพราะระบบบริการเป็นเพียงปลายเหตุ นำมาสู่การปรับใช้แนวคิด “ปัจจัยทางสังคมเป็นตัวกำหนดสุขภาพ” หรือที่องค์กรอนามัยโลกใช้คำว่า ‘Health in All Policies’

การจัดการสุขภาพในเขตเมือง
คงไม่สามารถจัดการเฉพาะเรื่อง
ระบบบริการเพียงอย่างเดียวได้
เพราะระบบบริการเป็นเพียง
ปลายเหตุ นำมาสู่การปรับใช้
แนวคิด ‘ปัจจัยทางสังคมเป็นตัว
กำหนดสุขภาพ’ หรือที่องค์กร
อนามัยโลกใช้คำว่า
‘Health in All Policies’



อรรถพร ศรีสุขวัฒนา

“เราต้องทำให้ทิศทางนโยบายสาธารณะในทุกมิติเชื่อมโยงกับเรื่องสุขภาพ โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน รวมถึงกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนทั้งในระดับนโยบาย ระดับภาคียุทธศาสตร์และระดับประเด็นและพื้นที่ ซึ่งในส่วนนี้ สมาชิกสุขภาพ จะเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเปิดพื้นที่การหารือข้ามหน่วยงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเขตเมือง บูรณาการให้เห็นเป้าหมายร่วมกัน ถอดบทเรียนแบบมีส่วนร่วม

และความสำเร็จที่มาจากความร่วมมือของทุกภาคี” รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระบุ

สำหรับความคิดเห็นอื่นๆ ที่น่าสนใจ เช่น การมองให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของบริบทเขตเมืองที่นอกเหนือไปกว่า กทม. การพัฒนาที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การจัดระบบบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับจำนวนประชากร เป็นต้น

สข. ถ่ายทอดแนวคิด...สิทธิการตายดี เปิดเวทีภาคกลาง ณ โรงพยาบาลราชบุรี

การเสวนา “การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและสิทธิการตายดี ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” ณ โรงพยาบาลราชบุรี เน้นหนักเป็นพิเศษเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขจากเขตสุขภาพที่ ๕ ครอบคลุม ๘ จังหวัด และจังหวัดใกล้เคียงอื่นๆ ในภาคกลางมาร่วมเรียนรู้ เมื่อ ๑๓ มีนาคม ที่ผ่านมา

“มาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ให้ความสำคัญต่อเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ญาติ หรือครอบครัว เป็นผู้ตัดสินใจที่จะปฏิเสธการรักษาเพียงเพื่อยื้อชีวิต ส่วนแพทย์คือผู้ให้บริการ เมื่อมีแนวทางปฏิบัติชัดเจนจึงไม่ต้องกังวลเหมือนที่ผ่านมา” นพ.ทรงพล ขวาลตันพิพัทธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี กล่าว

อรรถพรณ ศรีสุขวัฒนา รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติชี้แจงถึงประเด็นความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นสิ่งที่หลายคนห่วงกังวล โดยยืนยันว่า บทบัญญัติมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ.๒๕๕๐ และกฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ที่บังคับใช้ พ.ศ.๒๕๕๔ ถือว่าชอบด้วยกฎหมาย มีคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดเป็นบรรทัดฐาน ดังนั้นถ้าโรงพยาบาลดำเนินการตามแนวปฏิบัติแล้ว ย่อมได้รับการคุ้มครอง

“สิทธินี้ไม่ได้ห้ามการรักษาผู้ป่วย แต่ให้ถือว่าอยู่ในภาวะต้องดูแลแบบประคับประคองเท่าที่พอเพียงหรือให้ผู้ป่วยอยู่ได้อย่างสมศักดิ์ศรี โดยหลังจากนี้ สข. จะขับเคลื่อนร่วมกับกัลยาณมิตร ขยายแนวคิดไปสู่โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลในสังกัดอื่นๆ พระสงฆ์ และศาสนาต่างๆ ต่อไป”

สอดคล้องกับ **เชาวฤทธิ์ จันทรสนาม อัยการจังหวัดคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือนทางกฎหมายและการบังคับคดี จ.ราชบุรี** ระบุว่า การปฏิบัติตามเจตนารมณ์ผู้ป่วยไม่ยื้อความตาย มิใช่การปล่อยให้เสียชีวิต เจตนาฆ่า หรือการุณยฆาต

“ขอให้มั่นใจว่า ถ้าทำตามเจตนาของผู้ป่วยและเห็นชอบจากผู้มีอำนาจในครอบครัวแล้ว พนักงานอัยการก็คงไม่ฟ้องร้องแน่นอน”

ด้าน ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ แนะนำว่าทุกโรงพยาบาลควรมีสุนัขดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และสร้างทีมสหวิชาชีพเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งห้องแอมบิเอร์สำหรับการปรึกษาหารือกับญาติและครอบครัวผู้ป่วยให้ชัดเจน ขณะที่พยาบาลต้องมีบทบาทเยียวยาทางจิตใจ เช่น คนไข้อยากพบใครคนหนึ่งครั้งสุดท้าย หรือลอบใจญาติที่น้องไม่ให้รู้สึกผิดที่ไม่ยอมด้วยการรักษา เป็นต้น

ขณะที่ **คุณวิไลลักษณ์ ดันติตระกูล รพ.แพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็ง อโรคนาศาล วัดคำประมง** หนึ่งในสถานที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมากกว่า ๑๔ ปี เล่าว่า อโรคนาศาลมีผู้ป่วยทุกศาสนาอยู่ร่วมกัน ทุกคนมีเจตนารักษาแบบประคับประคองวิถีไทย และขอไม่มีเครื่องปั๊มหัวใจยื้อชีวิต และ **พญ.ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์** กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคองสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กล่าวว่า การที่คนไข้จะตายอย่างสงบที่บ้าน ต้องเตรียมองค์ความรู้และความพร้อม ซึ่งโรงพยาบาลควรช่วยเครือข่ายและญาติคนไข้ด้วย

“เมื่อคนไข้ตายดี คนที่รักจะจดจำได้ว่าเค้าจากไปอย่างมีความสุขที่สุด” นี่คือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เรื่อง ‘การตายดี’ จากโรงพยาบาลราชบุรี

