

สานพลัง

๑๓๐

สานพลังปัญญา สร้างสรรค์

นโยบายนวัตกรรม

โรงพยาบาลศิริราช
AMBULANCE

HOSPITAL

โควิด-19
ภาพสะท้อน
ความเปราะบาง
'ระบบสุขภาพ
เขตเมือง'



ปี ๑๓

กรกฎาคม ๒๕๖๕

www.nationalhealth.or.th



เรื่องเด่น ประจำ ฉบับ

๐๒

คุยกับเลขาธิการ คสช.
โควิด-19 ภาพสะท้อน
ความเปราะบางระบบ
สุขภาพพหุเมือง (กทม.)

๐๔

เรื่องจากปก
'ระบบสุขภาพพหุเมือง'
บนความเปราะบางกับ
การเกิดขึ้นของ
Community Isolation
สิ่งที่ใช้ในสถานการณ์
ที่จำเป็น !!?

๑๖

สัมภาษณ์พิเศษ
แก้สมการความเปราะบาง
ของระบบสุขภาพพหุเมือง
กับ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

๒๔

เกาะติด คสช.
คสช.เห็นชอบแผน
'ตัดวงจรระบาด' โควิด-19
มอบ สช. ประสานภาคี
จัดระบบ 'หนุนช่วย'
ชุมชนใน กทม.-หัวประเทศ

๒๘

เรื่องเล่าจากพื้นที่
ห้าชุมชนให้ปลอดภัย
พาราควอตด้วย
'ธรรมนูญชุมชน'

๓๒

แกระรอยโลก
"ความรุนแรงต่อเด็ก"
ในสมัยชานาเมียวโลก

๓๔

ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ
แห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ครอบคลุม
ทิศทางระบบสุขภาพไทยที่
ตอบโจทย์การพัฒนาอย่างยั่งยืน

๓๖

Right to Health
'สิทธิด้านสุขภาพ' กับ
ธรรมนูญว่าด้วยระบบ
สุขภาพแห่งชาติ

๓๘

นโยบายสร้างได้
เริ่มแล้ว! กระบวนการสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔
ปีแห่งการ 'ขยายการมีส่วนร่วม'
ทุกภาคส่วนในสังคม

๔๒

เล่าให้ลึก
เซนจลโร ยาสีดะ, โยโกะ โอนะ
และจอนัน เสนอนอน

๔๔

คลิปดีที่ต้องดู
บทบาทชุมชนกับการรับมือโควิด-19
รายชื่อกองบรรณาธิการ



STAY HOME STAY SAFE

S O C I A L D I S T A N C I N G

สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง
จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐
แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑
อีเมล : nationalhealth@nationalhealth.or.th
เว็บไซต์ : www.nationalhealth.or.th

คุยกับ เลขาธิการ

โควิด-19 ภาพสะท้อนความเปราะบาง ระบบสุขภาพในเมือง (กทม.)



๒

๓

สวัสดิ์ศรีรับพี่น้องภาคีเครือข่ายทุกท่าน ไทยถึงจุดนี้แล้วจริงๆ เมื่อการระบาดของโควิด-19 เข้าสู่ระลอกที่สี่จากไวรัสสายพันธุ์เดลตา (พบที่อินเดียประเทศแรก) ผู้ติดเชื้อรายใหม่กำลังไต่ระดับใกล้หลักหมื่นคนต่อวัน ผู้เสียชีวิตอาจมากกว่าวันละหนึ่งร้อยคนในอีกไม่นาน เต็มรับโควิดของ รพ. ในกรุงเทพฯ เต็มแล้ว และในเมืองใหญ่คงทยอยเต็มในเร็วๆ นี้ ทางออกที่ประชาชนได้รับการสื่อสารขณะนี้คือทุกคนต้องระวังดูแลสุขภาพทั้งตัวเองและครอบครัว ระบบบริการสาธารณสุขจะกระจายให้ผู้ติดเชื้อกลุ่มที่ไม่มีอาการ (สีเขียว) เข้าสู่ระบบดูแลที่บ้าน (Home Isolation) และผู้ว่ากรุงเทพฯ ได้สั่งการแล้วให้ ๕๐ เขตของกทม. ตั้งศูนย์พักคอยในชุมชน (Community Isolation) ตามแบบศูนย์พักคอยวัดสะพานของชุมชนคลองเตย แม้ต้นเดือนกรกฎาคมเป็นช่วงที่ระบาดรุนแรงมาก แต่ช่วงปลายกรกฎาคม ถึง สิงหาคม นักวิชาการบอกว่าจะเป็น peak จริงๆ

ขณะที่ไทยเข้าสู่มาตรการล็อกดาวน์อีกครั้งหนึ่ง ประชาชนถูกห้ามออกนอกบ้านยกเว้นมีเหตุจำเป็น ห้ามเดินทางข้ามจังหวัด ปิดสถานที่ไม่จำเป็นต่อการใช้ชีวิต และยังสับสนกับเรื่องวัคซีนมีไม่พอและไม่มาตามนัด แต่ที่สังคมไปรู้ผู้นำเขากำลังเตรียมสื่อสารให้ประชาชนพร้อมรับกับนโยบายและระบบใหม่ “อยู่ร่วมกับไวรัสชนิดนี้ให้ได้” โดยคาดหวังว่าโควิด-19 จะกลายเป็นโรคประจำถิ่นในอีกไม่นานหลังจากมีการให้วัคซีนครอบคลุมได้มากพอ

ขณะที่ระบบสาธารณสุขของกรุงเทพฯ กำลังบอบช้ำแสนสาหัส จำนวนเตียง ห้องไอซียูไม่เพียงพอต่อความต้องการ และประชาชนกำลังขวัญกระเจิง เช่นเดียวกับบุคลากรด้านสุขภาพที่อ่อนล้าโรยแรง แม้การสั่งปิดแคมป์คนงานจะทำให้แรงงานไทยและผู้ติดเชื้อได้เคลื่อนย้ายกลับบ้านสู่ชุมชน และมีหลายพื้นที่ประกาศต้อนรับพี่น้องให้คืนถิ่น จะกลายเป็นมาตรการธรรมชาติที่ช่วยลดภาระของกรุงเทพฯ ได้บ้าง แต่ข้อจำกัดของระบบสาธารณสุขและความยากลำบากของประชาชนในเมืองใหญ่ ยังเป็นปัญหาใหญ่

ที่ผ่านมา เรามีตัวอย่างของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการรับมือกับโควิด-19 มาแล้วมากมาย ทั้งการเกิดขึ้นของมาตรการสู้ภัยโควิด-19 ของประชาชนทั่วประเทศรับมือกับการระบาดระลอกแรก หรือการตื่นรู้ไม่แบ่งแยกตีตราแรงงานข้ามชาติ ทำให้พื้นที่หลายจังหวัดที่เสี่ยงภัยจากการระบาดระลอกที่สองสถานการณ์ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว และการระบาดระลอกที่สามจากเชื้อสายพันธุ์แอลฟา (อังกฤษ) ที่ระบาดอย่างรวดเร็วในกรุงเทพฯ จังหวัดปริมณฑลและเมืองใหญ่ทั่วประเทศซึ่งขณะนี้ยังเป็นปัญหาใหญ่ ตามมาด้วยการระบาดระลอกสี่จากสายพันธุ์เดลตา (อินเดีย) เป็นวิกฤตใหญ่ของประเทศที่พวกเราจากทุกภาคส่วนต้องจับมือกัน สร้างระบบ สร้างการมีส่วนร่วม สร้างบทบาทและมาตรการของประชาชนในพื้นที่ทั่วประเทศ ให้ตื่นรู้ลุกขึ้นมาอีกครั้งหนึ่งหนุนเสริมมาตรการหลักของรัฐ

เป้าหมายและกลยุทธ์รับมือโควิด-19 ระลอกสี่ จะอยู่ที่ตำบลและชุมชนทั่วประเทศ โดยเน้นให้มีมาตรการหรือข้อตกลงร่วมของประชาชนหรือธรรมนูญสู้ภัยโควิด พื้นที่พหุวัฒนธรรม และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทั่วประเทศผ่านเครือข่ายสมัชชาจังหวัด สภาองค์กรชุมชน กองทุนสุขภาพในพื้นที่และอื่นๆ วิธีการเน้นการสานพลังเพื่อปลุกพลังชุมชนให้ตื่นรู้สู้ภัยโควิด-19 อีกครั้ง ให้ชุมชนมีความรู้ป้องกันตัวเองและพร้อมสนับสนุน Home Isolation หรือ Community Isolation ขณะที่บทบาทของวัดและพระสงฆ์ภายใต้การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ มีความสำคัญมากในการเป็นผู้นำชุมชนรับมือกับวิกฤตโควิด ระลอกสี่นี้ที่มีผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยหนักและเสียชีวิตจำนวนมากกระจายอยู่ในพื้นที่ ด้วยการช่วยฟื้นฟูขวัญกำลังใจของประชาชน การให้คุณค่าผู้เสียชีวิตและให้กำลังใจครอบครัวผ่านการจัดพิธีศพแนวใหม่ที่สอดคล้องกับความรู้ทางระบาดวิทยาของไวรัสและวิถีชีวิตใหม่ของประชาชน

พี่น้องภาคีเครือข่ายทุกท่านครับ ท่ามกลางสถานการณ์ผันตลบของการแพร่ระบาดและเชื้อกลายพันธุ์ ในมุมหนึ่งทำให้เรามองเห็น “ความเปราะบาง” ของระบบสาธารณสุขในพื้นที่เขตเมืองได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครที่มีความซับซ้อนสูง ทั้งในแง่ประชากร พฤติกรรม วิถีชีวิต ช่องว่างของเศรษฐกิจ ตลอดจนโอกาสทางสังคม ซึ่งหมายถึงโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพด้วยและหลังจากโควิด-19 แพร่ระบาด ทุกภาคส่วนต่างเห็นตรงกันว่าเรื่องสุขภาพสัมพันธ์กับมิติเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ อย่างเป็นเนื้อเดียวกัน

เรื่องระบบสุขภาพเขตเมืองเป็นประเด็นที่สช. นักวิชาการ และภาคสังคมได้ให้ความสำคัญและหารือร่วมกันมาโดยตลอด เพื่อนำเอาประสบการณ์จากความสำเร็จเสียยากลำบากที่คนกรุงเทพฯ ทุกกลุ่ม ทุกอาชีพ ทุกรายได้ได้รับจากวิกฤตครั้งนี้ มาสรุปเป็นข้อเรียนรู้ นำไปสู่การสร้างเวทีความฝันถึงระบบสาธารณสุขที่พึงประสงค์ใกล้บ้านใกล้ใจหลากหลายทางเลือก และมีประสิทธิภาพรองรับสถานการณ์วิกฤตต่างๆ ได้ จากความฝันร่วมนำไปสู่การหาฉันทมติของคนกรุงเทพฯ เป็นแผนและเป้าหมายเชิงปฏิบัติการ และสร้างเครื่องมือขับเคลื่อนเป้าหมายและแผนร่วมของชาวกรุงเทพฯ ไม่ว่าจะกองทุนสนับสนุนการขับเคลื่อน กลไกขับเคลื่อนของประชาชน เพื่อขับเคลื่อนแผนและเป้าหมายผ่านทางกลไกภาครัฐ เอกชน ประชาสังคมและอื่นๆ โดยมีความต้องการของประชาชนเป็นศูนย์กลาง และทั้งหมดนี้จะถูกเสนอผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๒ ที่จะจัดขึ้นในวันที่ ๒๕ พฤศจิกายนนี้

พี่น้องภาคีเครือข่ายทุกท่านครับ ผมเชื่อมั่นเป็นอย่างยิ่งว่า ดอกผลที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งในกรุงเทพฯ และพื้นที่ทั่วประเทศในการต่อสู้รับมือกับวิกฤตโควิด-19 ที่รุนแรงมากที่สุดนี้ จะช่วยยกระดับและสร้างความมั่นคงให้กับระบบสุขภาพของไทยในอนาคตอันใกล้ได้มากขึ้นอย่างแน่นอนครับ

เรื่องจากปก

'ระบบสุขภาพเขตเมือง'

บนความเปราะบาง
กับการเกิดขึ้นของ

COMMUNITY ISOLATION

สิ่งที่ใช้
ในสถานการณ์
ที่จำเป็น !!?

วิกฤตการณ์โควิด-19 ที่เกิดขึ้นกับกรุงเทพมหานคร (กทม.) และปริมณฑล คือหนึ่งในภาพสะท้อน "ความเปราะบาง" ของระบบสุขภาพในเขตเมืองได้เป็นอย่างดี

ความซับซ้อนและความหลากหลายที่ดำรงตนอยู่ในพื้นที่ กทม. และชุมชนเมืองนั้น ไม่ว่าจะเป็นวิถีชีวิตของผู้คนที่แตกต่าง สภาพแวดล้อม เศรษฐฐานะ โครงสร้างการปกครอง ฯลฯ ล้วนแล้วแต่สัมพันธ์กับ "ระบบสุขภาพ-ระบบบริการสุขภาพ" แทบทั้งสิ้น

กล่าวกันว่า หากคลัสเตอร์การระบาดใหญ่ไม่ได้เกิดขึ้นที่ใจกลางเมืองหลวงอย่าง กทม. แต่เริ่มต้นที่ส่วนภูมิภาค-ต่างจังหวัด สถานการณ์โดยภาพรวมของประเทศไทยคงไม่บอบช้ำถึงเพียงนี้ ... คุณเห็นด้วยหรือไม่ !!?



โควิด-19 ทำให้เรามองเห็นข้อเท็จจริงประการหนึ่งว่า ชุมชนเมือง-ระบบสุขภาพเขตเมือง กำลังต้องการการปฏิรูปครั้งใหญ่ ซึ่งประเด็นนี้มีการขับเคลื่อนงานมาโดยตลอดตั้งแต่อดีต

เมื่อปี ๒๕๕๘ ในงานสัมมนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ สมาชิกสภาฯ ได้ให้ฉันทมติในระเบียบวาระ “ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม” จนกลายเป็นมติสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ ที่คณะรัฐมนตรี (ครม.) ให้การรับรอง

มติดังกล่าว มุ่งเน้นไปที่การให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มากกว่าการผูกขาดจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว พร้อมกันนี้ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมา 1 ชุดทำหน้าที่จัดทำ “ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๗๐)” เพื่อใช้เป็นกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง

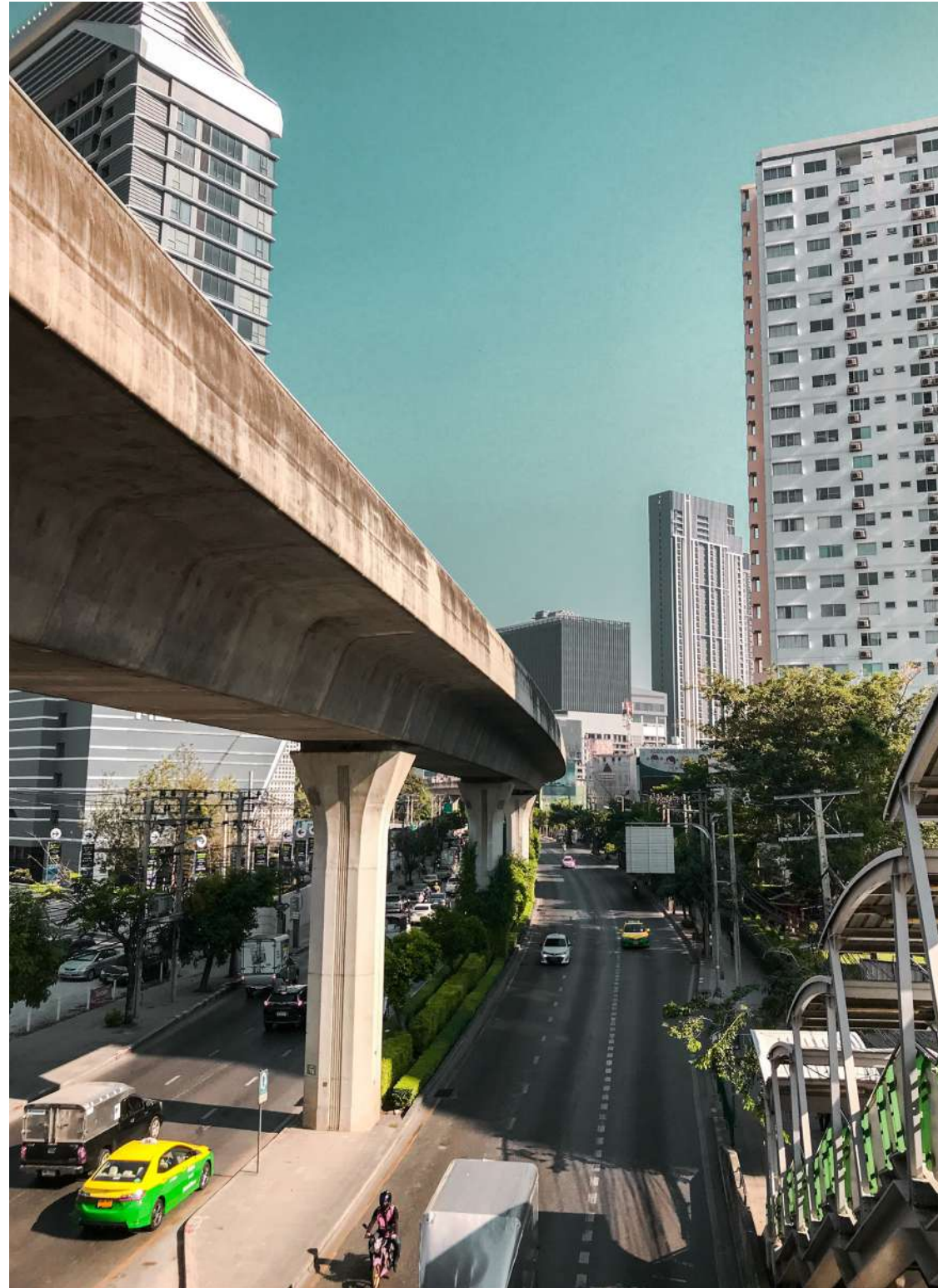
ทว่า ด้วยจำนวนตัวเลขผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่ที่ทะลุ ๗,๐๐๐ รายต่อวัน และมีแนวโน้มจะถึงหลักหมื่นคนในไม่ช้า ตลอดจนการเกิดคลัสเตอร์การระบาดที่มีความจำเพาะ เช่น ชุมชนแออัด แคมป์ก่อสร้าง ฯลฯ ประกอบกับสถานการณ์เตียงผู้ป่วยสีเหลือง-แดง ไอซียูไม่เพียงพอต่อความต้องการ จนต้องมีการส่งผู้ป่วยบางส่วนออกสู่ชุมชนท-ภูมิภาค

นิตยสารสารพลังฉบับเดือนกรกฎาคม จึงขอใช้พื้นที่แห่งนี้ชักชวนท่านผู้อ่านกลับมาทบทวนและแสวงหาทางออกร่วมกัน เพื่อออกแบบ-จัดทำข้อเสนอปฏิรูประบบสุขภาพเขตเมือง ควบคู่ไปกับการจัดทำมาตรการรับมือการระบาดเฉพาะหน้า

‘เขตเมือง’ กับการพัฒนาที่แยกส่วน

เอกสารหลักของมติสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๘.๓ ระบบสุขภาพเขตเมือง : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ได้ฉายภาพสถานการณ์ระบบสุขภาพเขตเมืองและ กทม. ไว้ว่าเป็นระบบ

“การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง และกรุงเทพมหานคร อย่างมีส่วนร่วม มีข้อจำกัดจากเหตุหลายประการ เช่น





ความแตกต่างของนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ อันหมายรวมถึงกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งเรื่องปริมาณ คุณภาพ และมาตรฐานวิชาชีพ ความพร้อมเชิงทรัพยากรต่างๆ เช่น ระบบข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการส่งต่อ และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การบริหารจัดการและการเบิกจ่ายงบประมาณด้านสุขภาพ ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ทั้งในและต่างภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ไม่มีเจ้าภาพหลักของระบบบริการสุขภาพเขตเมืองโดยรวม แม้จะมีการแบ่งแยกพื้นที่ปกครองเชิงอำนาจตามกฎหมายก็ตาม ฯลฯ”

เอกสารหลัก ขมวดประเด็นว่า **ทั้งหมดนี้ทำให้ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองได้รับการพัฒนาแบบแยกส่วน และไร้ทิศทางที่ชัดเจน ภาพรวมส่งผลให้ประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเมืองนั้นมีความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก**

ด้วยข้อจำกัดของเขตเมืองในข้างต้น ทำให้เมื่อสถานการณ์โควิด-19 แพร่ระบาดรุนแรงขึ้น จึงปรากฏ

ร่องรอยความเว้าแหว่งในการประสานการทำงาน ทั้งในแง่ของการควบคุมและป้องกันโรค

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร เลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน อธิบายว่าความเป็นเมืองเป็นภาวะอันซับซ้อนของกลุ่มคน-พื้นที่มีความหลากหลาย ขณะที่ระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองก็อยู่ในหลายมือของหลายหน่วยงานบริการอย่างไร กทม. ก็ชัดเจนว่าไม่ได้อยู่ในมือของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และยังมีโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้มหาวิทยาลัย-โรงเรียนแพทย์ และองค์กรที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย

เมื่อมีหลายมือก็เกิดปัญหาเรื่องการประสานงานและการจัดบริการต่างๆ ฉะนั้นก็จะเห็นได้ว่าระบบบริการในชุมชนเมืองมีปัญหาแยกส่วน ในขณะที่ประชากรก็ลำบาก เมื่อมาเจอวิกฤตโควิด-19 ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ต้องการความเป็นเอกภาพ-การเชื่อมต่อกัน

สุดท้ายปัญหาตามจุดต่างๆ ตรงนี้ก็ทำให้เห็นเป็นปัญหาที่ชัดเจนมากขึ้น เช่น การบูรณาการไม่ได้หรือการที่คนบางกลุ่มเข้าไม่ถึงระบบด้วยเหตุนี้เองจึงทำให้เห็นทั้งความไม่พอดี-ช่องว่างของบริการ หรือจุดอ่อนของความเหลื่อมล้ำบางอย่างอยู่มากทีเดียว

พญ.สุพัตรา กล่าวต่อไปว่า ถ้าฟังบริการในเขตเมือง แม้จะเป็นผู้ที่มิรายได้ก็เชื่อว่าเข้าถึงบริการได้ง่าย จำเป็นต้องมีเครือข่ายและความเข้าใจบางอย่างด้วย ซึ่งตรงนี้เป็นความยาก และยังเมื่อกลับไปพูดถึงชุมชนชนบท จะเห็นได้ว่าทั้งเรื่องการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การจัดการในชุมชน จะไม่ค่อยมีปัญหาและสามารถจัดการได้ค่อนข้างดี

“ในเขตเมืองนั้นค่อนข้างจะมีปัญหาในทุกระบบ ตั้งแต่คัดกรองโรคไปจนถึงการเข้าถึงการรักษา เนื่องจากมีประชากรเยอะ แต่หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care) กลับกระจุกกระจายและไม่ได้ถูกพัฒนาสุดท้ายแล้วก็ไม่พอ แตกต่างกับชนบทที่มีโครงสร้างบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีผู้ดูแลที่ต่อเนื่อง ไม่ได้มีหลายหน่วยงาน เป็นผลให้การแก้ปัญหาเป็นไปได้ง่าย” พญ.สุพัตรา ระบุ



ชุมชนแออัด-แคมป์คนงาน

สองคลื่นเตอร์ใหญ่ที่สร้างจุดเปลี่ยนในเหตุการณ์ การแพร่ระบาดโควิด-19 ในกทม. คือชุมชนแออัด และแคมป์คนงานก่อสร้าง หลังเกิดการระบาดใหญ่ขึ้นในชุมชนแออัดคลองเตย กทม. **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** ได้ชักชวนภาคีเครือข่ายเข้าไปสนับสนุนการทำงาน ตลอดจนร่วมจัดกระบวนการการมีส่วนร่วมที่นำไปสู่การตั้ง “ศูนย์พักคอยใกล้บ้านใกล้ใจ” ขึ้นเป็นแห่งแรกใน กทม.

ความสำเร็จจากการตัดวงจรการระบาดอย่างรวดเร็ว การแยกผู้ติดเชื้อ-ผู้เสี่ยงสัมผัสสูงออกมาให้การดูแลเป็นการเฉพาะ และการจัดระบบติดตาม-เฝ้าระวัง-ส่งต่อโดยชุมชน ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นองค์ความรู้สาธารณะที่ได้รับการสังเคราะห์และสรุปเป็น “คู่มือ” เพื่อให้ชุมชนแออัดทั่วประเทศนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

แน่นอนว่า การดำเนินงานของ สช. และภาคีเครือข่ายภายใต้แผนงาน **“รวมพลังเมืองตื่นรู้ ช่วยชาติสู้ภัยโควิด-19”** มีส่วนช่วยคลี่คลายความขมขื่นเกลียวของสถานการณ์เฉพาะหน้า และยังเป็นต้นแบบในการจัดตั้ง “Community Isolation” ในปัจจุบันด้วย

สถานการณ์ชุมชนแออัดคลองเตยคลี่คลายลงได้ด้วยความร่วมมือไม่ร่วมมือ การประสานงาน-สานพลังระหว่างหน่วยงานอย่างไร้รอยต่อ หากแต่เมื่อมองไปยังชุมชนแออัดอื่นๆ ยังพบความเปราะบางเรื่องการเชื่อมร้อยการทำงานอยู่ไม่น้อย

“การทำศูนย์พักคอยก็ต้องมีสัมพันธภาพพื้นฐานความศรัทธา เนื่องจากคนในชุมชนและคนที่เข้าไปร่วมไม่เคยรู้จักกันมาก่อน จำเป็นต้องอาศัยตัวเชื่อม ฉะนั้นถ้ามีจังหวะที่สามารถหาตัวเชื่อมได้ก็จะเป็นส่วนที่สำคัญ แต่ถ้าไม่มีคนที่เข้ามาเชื่อมต่อกับชุมชน

หรือไม่สามารถทำให้ชุมชนมาร่วมกันได้ ก็อาจจะไม่ให้ความร่วมมือ” พญ.สุภัทรา ระบุ

ในมุมมองของเธอแล้ว ชุมชนแออัดมีสารพัดรูปแบบ เช่น คลองเตยก็จะเป็นแบบหนึ่ง ดินแดงก็เป็นอีกแบบหนึ่ง ซึ่งภายใต้ชุมชนแออัดก็เป็นชุมชนใหญ่ มีความหลากหลายอยู่ในนั้น มีทั้งผู้ที่มีทะเบียนบ้านและไม่ทะเบียนบ้าน มีบัตรประชาชนและไม่บัตรประชาชน รวมไปถึงแรงงานอพยพ โดยเฉพาะกลุ่มคนด้อยโอกาสที่จะเข้ามาอยู่รวมกันในพื้นที่สำหรับระบบบริการสุขภาพในชุมชนแออัด แม้จะมีศูนย์บริการสาธารณสุขดูแลแต่ด้วยจำนวนประชากรที่เยอะมาก ไม่สอดคล้องกับปริมาณของหน่วยบริการ จึงทำให้เกิดปัญหาหลากหลายปนเปกัน

เช่นเดียวกับปัญหาคลื่นเตอร์แคมป์คนงาน-แรงงานข้ามชาติ ที่คนกลุ่มนี้ไม่ได้ถูกยอมรับอย่างเป็นทางการจากหน่วยบริการที่รับผิดชอบ และยังขาดผู้ดูแล-ผู้รับผิดชอบไม่เจอ

เมื่อเป็นเช่นนั้นก็ไม่มีการดำเนินการเกิดการตกหล่นกลุ่มคนเหล่านี้จึงยังคงเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้น้อย-ช้า บางรายก็ไม่ว่าจะว่าจะสามารถเข้าถึงได้หรือไม่เนื่องจากไม่มีฐานข้อมูลเช่นกรณีของแรงงานเคลื่อนย้ายผู้ไม่มีสิทธิ-ไม่มีบัตรประชาชน แรงงานข้ามชาติ หรือกลุ่มที่ไม่ได้ลงทะเบียนด้วยระบบปกติ

“เมื่อไม่มีผู้รับผิดชอบ ไม่มีคนที่จะต้องตอบสนอง และไม่มีคนติดตาม จึงส่งผลให้ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการชัดเจนขึ้น ซึ่งก็เป็นเรื่องระบบฐานข้อมูล (Data) รวมไปถึงหน่วยงานที่ต้องเข้ามารับผิดชอบแน่นอนว่าระบบฐานข้อมูลก็เป็นส่วนหนึ่ง แต่ภายใต้ฐานข้อมูลนั้นก็ต้องดูว่ามีฝ่ายใดที่รับผิดชอบประชากรกลุ่มนี้อยู่ และเป็นบทบาทของใคร และเมื่อไม่มีก็ทำให้เกิดเป็นช่องว่าง”



Community Isolation ในชุมชนบนความท้าทาย

ด้วยสถานการณ์เตียงในพื้นที่ กทม. และปริมาณลดกำลังประสพปัญหาความไม่เพียงพอ ทำให้ภาครัฐเร่งขยายศักยภาพหน่วยบริการและจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นควบคู่ไปกับการที่ กรมการแพทย์ ออกแนวทางการจัดทำ Home Isolation และ Community Isolation ซึ่งจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการแบ่งเบาภาระของเตียงของหน่วยบริการ

ข้อมูล ณ วันที่ ๘ ก.ค. ๒๕๖๔ พบว่า กทม. เตรียมจัดตั้ง Community Isolation จำนวน ๑๗ แห่ง พร้อมประกาศขยายเพิ่ม ส่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จับมือโรงพยาบาลปิยะเวท และภาคประชาชน จัดตั้ง Community Isolation ขึ้นในชุมชนอีก ๒๓ แห่ง

นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สธ. บอกว่า Community isolation เป็นสิ่งจำเป็น และเป็นสิ่งที่ดี เพราะขณะนี้โรงพยาบาลควรจะเป็นที่สำหรับรักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ หากมองว่าโควิด-19 เป็นเหมือนโรคประจำถิ่น เหมือนอย่างที่เราเคยพบ คือคล้ายๆ กับไข้หวัดใหญ่ที่จะมีคนจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้มีอาการรุนแรง ฉะนั้นการที่เราสามารถจัดพื้นที่ให้คนกลุ่มนี้อยู่ใกล้บ้าน หรือชุมชน และมีการดูแลที่มีมาตรฐานพอที่จะช่วยให้ลดภาระทั้งโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ได้

“การทำ Community isolation ของพื้นที่ กทม. อาจเรียกได้ว่าเป็นครั้งแรก คำว่า Community isolation เป็นการเอามาตรฐานทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้าไปจัดระบบให้กับสิ่งที่ชาวบ้านทำอยู่แล้วด้วยสถานการณ์ที่บังคับ” นพ.วิรุฬ ระบุ

นพ.วิรุฬ เล่าว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการทำ Community isolation น่าจะเกิดในด้านที่ดีถ้าสามารถทำได้ก็จะทำให้ชุมชนมีสถานที่ให้ผู้ติดเชื้ออยู่ในชุมชน และแยกตัวออกจากบ้านได้เร็วขึ้น ซึ่งตรงกันกับแนวคิดการสร้างศูนย์พักคอยรอการส่งต่อที่วัดสะพาน ชุมชนคลองเตย เนื่องจากชุมชนลักษณะแบบนี้ไม่มีทางที่จะทำ home isolation หรือแยกกักตัวที่บ้านได้

“หลักการสำคัญหนึ่งคือการตัดวงจรระบาด อีกส่วนหนึ่งคือลดอัตราการป่วยหนัก ซึ่ง Community isolation ก็จะมีการให้ยาที่จะลดอาการได้รวดเร็วเข้าถึงการรักษาที่มีมาตรฐานได้รวดเร็วขึ้น อีกส่วนหนึ่งคือการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ที่เข้าไปในระบบโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลมีศักยภาพพอที่จะมาขยายในส่วนของการดูแลผู้ป่วยอาการหนัก” นพ.วิรุฬ ระบุ

นพ.วิรุฬ เล่าต่อว่า ด้วยความซับซ้อนใน กทม. จึงเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากในการจัดพื้นที่ในชุมชนเพื่อทำเป็นศูนย์ที่มีผู้ติดเชื้ออยู่ โดยในขณะนี้ต้องการความเข้าใจ ความเข้าใจ การทำงานร่วมกัน จึงจำเป็นต้องทำงานร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ Community isolation ตามนิยามของกรมการแพทย์ก็คือโรงพยาบาลสนามที่รับเฉพาะคนไข้ที่อยู่ในชุมชนนั้น ก็เหมือนกับเรามีโรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน ฉะนั้นการสื่อสารตรงนี้สำคัญมากควรทำตั้งแต่ก่อนเริ่มที่จะตั้ง หรือไม่ก็ถ้าตั้งไปแล้วจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง สื่อสารกับชุมชนให้เข้าใจมากขึ้น

สำหรับการสื่อสาร จะพบว่าในชุมชนต่างจังหวัด จะทำได้ยากกว่า เพราะด้วยความเป็นชุมชนที่ไม่ซับซ้อนมาก ในขณะที่เดียวกันพื้นที่ กทม. ที่ชุมชนมีความซับซ้อนสูงมาก เรียกว่าแยกส่วนๆ ไม่ใช่แค่ระบบบริการอย่างเดียว แต่รวมไปถึงสังคมของผู้คนที่อยู่รวมกันด้วย

“ใน กทม. จะมีการแยกเป็นเลี้ยวส่วน ทั้งกลุ่มเป็นชั้นของฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ หรือแม้แต่ในชุมชนแออัดก็มีรูปแบบนี้เช่นเดียวกัน เพราะว่าคนที่อยู่ในเมืองก็จะถูกผลักดันด้วยการดำรงชีพในทางเศรษฐกิจเป็นหลัก ฉะนั้นแรงผลักดันทางเศรษฐกิจทำให้โอกาสที่ในการจะมาพูดคุยกัน มีเวลาด้วยกันให้คุ้นเคยเหมือนในต่างจังหวัดก็น้อย รวมไปถึงอาสาสมัครในเขตเมืองก็หายากกว่าในต่างจังหวัด” นพ.วิรุฬ ระบุ

‘มาตรการ’ ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วม

นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขต สธ. บอกว่า ขณะนี้ประชาชนอยู่กับภาวะวิกฤตมาปีกว่า เกิดความอ่อนล้าจากโรคระบาด (Pandemic fatigue) ประชาชน-เจ้าหน้าที่





เมื่อหน่วย เริ่มไม่เชื่อรัฐ ซึ่งตรงนี้เป็นปรากฏการณ์ทางด้านสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชนเมือง เช่น กทม. ปริมณฑล และเคยเกิดขึ้นในยุโรปมาแล้ว

ทั้งนี้ เมื่อโรคดำเนินต่อไป จิตใจก็ได้รับผลกระทบจากเศรษฐกิจ สังคม ประชาชนไม่สามารถออกมาปฏิสัมพันธ์กันได้ รวมไปถึงการปิดสถานที่บางแห่งที่ไม่ควรจะปิด ซึ่งก็มีการทบทวนมาจากสถานการณ์ในยุโรป เนื่องจากยุโรปนั้นพบเจอสถานการณ์ที่รุนแรงมาก่อน แต่ก็ไม่ได้มีการปิดสวนสาธารณะ เพราะรู้ว่ามนุษย์ยังต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน เพียงแต่ลดกิจกรรมบางอย่าง ปล่อยให้ประชาชนดำเนินกิจกรรมที่มีความเสี่ยงน้อยๆ เปิดสวนให้เดิน หรือพักผ่อนได้

“ด้วยเหตุนี้ การที่รัฐจะทำอะไรก็จำเป็นจะต้องคุยกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในคณะกรรมการที่ดูแลเรื่องโควิด-19 ของยุโรปก็ไม่ได้มีแต่นักวิชาการที่เป็นแพทย์ แต่ยังมีนักวิชาการมีสายสังคม หรือสายมานุษยวิทยาเพื่อให้การออกมาตรการมีความสมดุล เพื่อไม่ให้มีผลกระทบกับวิถีชีวิตคนจนเกินไปจนเสียสมดุล และเป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด

“ต่างประเทศเวลาออกมาตรการจะต้องให้เกิดการมีส่วนร่วม ซึ่งจะตรงกับหลักการของ สุข. คือต้องให้เขามาร่วมออกแบบให้เข้าใจสถานการณ์ให้โจทย์ชุมชน หรือประชาชนว่าถ้าต้องการลดความเสี่ยงจะเลือกวิธีปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด ตอบโจทย์ว่าชุมชนจะออกแบบมาตรการอย่างไรที่พอจะทำได้ในสถานการณ์แบบนี้ ไม่ใช่คิดแค่คนกลุ่มเดียว” นพ.เกษม ระบุ

นพ.เกษม กล่าวถึงการจัดตั้ง Community isolation ว่า แม้จะเป็นเครื่องมือช่วยแก้ปัญหาชุมชน แต่ถ้าจัดการไม่ดีก็อาจจะส่งผลกระทบต่อชุมชน โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพ อย่างน้อยก็กระทบต่อความรู้สึก เพราะการนำคนป่วยมาไว้ในชุมชน อาจทำให้คนในชุมชนรู้สึกว่าจะไม่ปลอดภัย แต่ในความเป็นจริงแล้ว เรื่องเหล่านี้สามารถจัดการได้

สำหรับข้อกังวลเหล่านี้ภาครัฐก็จะเข้าไปช่วย เช่น กรมอนามัยก็มีการดูแลในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม มีการจัดทำคู่มือสำหรับกรักตัวในบ้านหรือชุมชน เพื่อจะทำให้คนที่เข้ามาจัดการมีความรู้เรื่องน้ำเสีย ชยะ รวมไปถึงพฤติกรรม

เมื่ออยู่ในบ้าน หรือชุมชนเพื่อลดความเสี่ยง และป้องกันไม่ให้สิ่งเหล่านี้กระทบต่อสุขภาพในชุมชน

“ในแง่การปฏิบัติถ้าคนที่เข้ามาจัดการ Community isolation ตรงนี้ก็ต้องการคนที่มีความรู้มาช่วยจัดการ ทำให้ปลอดภัยทั้งตัวเองและชุมชนที่อยู่รอบนอก ทั้งเรื่องของการจัดการขยะติดเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย หรือ ห้องน้ำที่ผู้ป่วยสัมผัส เป็นต้น” นพ.เกษม กล่าว

ปฏิรูประบบสุขภาพเขตเมือง ด้วยเครื่องมือ สุข.

นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่า สถานการณ์โควิด-19 ทำให้เรามองเห็นความเปราะบางของระบบสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองได้อย่างชัดเจน ซึ่งในอดีตผู้ที่สนใจเรื่องระบบสุขภาพเขตเมืองอาจจำกัดอยู่แค่ในกลุ่มของหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเท่านั้น แต่หลังจากโควิด-19 แพร่ระบาด ทุกภาคส่วนต่างเห็นตรงกันว่าเรื่องสุขภาพสัมพันธ์กับมิติเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ อย่างเป็นเนื้อเดียวกัน

แน่นอนว่า เรื่องระบบสุขภาพเขตเมืองเป็นประเด็นที่ สุข. และนักวิชาการกลุ่มหนึ่งให้ความสำคัญและหารือร่วมกันมาโดยตลอด ซึ่งในระยะเวลาอันใกล้นี้จะมีกรจัด “เวทีอนาคตประเทศไทย” ขึ้น เพื่อแสวงหาข้อเสนอทางนโยบายที่เป็นรูปธรรมในการยกระดับระบบสุขภาพเขตเมือง ที่จะนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพเขตเมืองในหลายประเด็น

นพ.ประทีป กล่าวอีกว่า นอกจากนี้จะใช้เครื่องมือภายใต้พร.บ.สุขภาพแห่งชาติพ.ศ.๒๕๕๐ มาสนับสนุนการปฏิรูปดังกล่าว โดยจะจัดเวทีการมีส่วนร่วมระดับชาติในกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ในเขตเมือง ซึ่งจะพัฒนาไปสู่การจัดทำระเบียบวาระเข้าสู่การพิจารณาในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ ที่จะจัดขึ้นในเดือน พ.ย. นี้ด้วย

เชื่อมั่นเป็นอย่างยิ่งว่า ดอกผลที่เกิดจากความร่วมมือไม่ร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน จะช่วยยกระดับและสร้างความมั่นคงให้กับระบบสุขภาพเขตเมือง และระบบสุขภาพ กทม. ได้อย่างแน่นอน 🍎

สัมภาษณ์พิเศษ

ช่วงสัปดาห์ที่สองของเดือนก.ค.๒๕๖๔สถานการณ์โควิด-19 ยังคงทวีความรุนแรงและน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง

ข้อมูล ณ วันอาทิตย์ที่ ๑๑ ก.ค. ๒๕๖๓ ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทะลุวันละ ๙,๕๐๐ คนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมเพิ่มขึ้นเป็นกว่า ๓.๓ แสนราย และเชื่อว่าตัวเลขจะเพิ่มสูงขึ้นทะลุหลักหมื่นคนในไม่ช้า

มาตรการจำนวนมากถูกเข็นออกมาใช้ห้ามเลือดแบบเฉพาะหน้า การกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ในกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว หรือการจัดตั้ง Community Isolation ขึ้นในชุมชน ก็เป็นไปเพื่อช่วยชะลอสถานการณ์วิกฤตเพียง แม้แต่การปล่อยผู้ป่วยจากเมืองหลวงไปรักษาต่อในต่างจังหวัดก็มีให้เห็นเพิ่มมากขึ้น

ท่ามกลางสถานการณ์ผู้พลบของการแพร่ระบาดและเชื้อกลายพันธุ์ ในมุมหนึ่งจึงทำให้เรามองเห็น “ความเปราะบาง” ของระบบสาธารณสุขในพื้นที่เขตเมืองได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร (กทม.) ที่มีความซับซ้อนสูง ทั้งในแง่ประชากร พฤติกรรม วิถีชีวิต เศรษฐฐานะ ตลอดจนโอกาสทางสังคม ซึ่งหมายถึงโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย

กองบรรณาธิการนิตยสารสถานพลัง ได้รับเกียรติเป็นอย่างสูงจาก “**นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์**” เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) และอดีตรมช.สาธารณสุข (สธ.) ในการพูดคุยถึงประเด็นความเปราะบางของระบบสาธารณสุขในพื้นที่เขตเมืองอย่างเป็นระบบ

นพ.สมศักดิ์ บอกว่า อยากให้การต่อสู้กับโควิด-19 ในครั้งนี้ เกิดเป็นบทเรียนและไอเดียในการสร้างระบบสุขภาพในเขตเมือง โดยเฉพาะเมืองที่ซับซ้อนอย่าง กทม. ให้ดีขึ้นในทุกๆ มิติ

แก้สมการ ความเปราะบาง ของระบบสุขภาพ เขตเมือง กับ **นพ.สมศักดิ์ ชูณหรัศมิ์**

“ระบบย่อยอีกอย่างหนึ่งของการควบคุมโรค คือระบบเฝ้าระวัง จะเห็นเลยว่า รายงานการเฝ้าระวังโรค ใน กทม. นับตั้งแต่ที่เคยทำมานั้นยังอ่อนแอมาก เราไม่รู้เลยว่า มีโรคระบาดที่ไหนบ้างจนกว่าจะมีข่าวออกไปแล้ว”



ชุมชนเมืองควบคุมโรค ยากกว่าชนบท

นพ.สมศักดิ์ ฉายภาพว่า หากมองความเปราะบางในระบบสุขภาพเขตเมือง ผ่านความพยายามในการควบคุมโควิด-19 ซึ่งแบ่งออกเป็น ๓ ภารกิจหลัก คือ ๑. การควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ๒. การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ และ ๓. การฉีดวัคซีนป้องกันโรค ความแตกต่างที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดของเมืองใหญ่เมื่อเทียบกับพื้นที่ชนบท ย่อมเป็นภารกิจแรกนั่นคือ “การควบคุมการแพร่ระบาดของโรค”

แน่นอนว่าเมืองใหญ่ หรืออย่างกรุงเทพมหานคร (กทม.) นั้นควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ยากกว่าพื้นที่ชนบทมาก แม้สาเหตุส่วนหนึ่งเป็นเพราะธรรมชาติของเขตเมืองที่ซับซ้อนกว่า แต่อีกส่วนหนึ่งที่เป็นเรื่องสำคัญยิ่งกว่า คือธรรมชาติของระบบสาธารณสุข ที่มีการจัดโครงสร้างการทำงานที่ไม่เหมือนกัน

อาจารย์สมศักดิ์เจาะจงลงไปถึงกลไกการควบคุมโรคระบาด ซึ่งในพื้นที่ชนบทจะมีสิ่งที่เรียกว่า Surveillance and Rapid Response Team หรือ SRRT เพื่อใช้ในการสอบสวนโรค แต่กลไกนี้อาจจะไม่มีใน กทม. หรือเมืองใหญ่ เพราะเมื่อเมืองขยายตัวพัฒนาขึ้น ความรับผิดชอบในการจัดระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมืองก็จะเริ่มไปอยู่กับท้องถิ่น หรือในกรณีของ กทม. ก็คือเมือง

สำหรับเมืองในจังหวัดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ กทม. อย่างตามเทศบาลหรือท้องถิ่นต่างๆ แม้จะลุกขึ้นมาจัดระบบบริการของตัวเอง แต่ก็ยังได้ประโยชน์จากหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ที่มีอยู่ในเมืองนั้นๆ อย่างไรก็ตามสำหรับ กทม. ที่ สธ. ไม่ได้มีบทบาทหรืออำนาจในการเข้ามาดูแล ระบบสาธารณสุขจึงกลายเป็นหน้าที่หลักของ กทม. ผ่านการทำงานของ 2 สำนัก คือ สำนักการแพทย์ และสำนักอนามัย

“หากเทียบกัน สธ.เคยมีหน่วยบริการของกรมการแพทย์กับของกรมอนามัย อันนี้ดูเรื่องการรักษาอีกอัน ดูเรื่องการป้องกันโรค ซึ่งเมื่อสมัย 40-50 ปีที่แล้ว มองเห็นกันว่าแบบนี้จะทำให้การทำงานไม่ประสานกันจึงมีการยุบเอาหน่วยบริการของทั้งสองกรมมาอยู่ภายใต้

สำนักงานปลัด สธ. และตั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มาบังคับบัญชาโรงพยาบาลเหล่านี้แทน แต่ใน กทม. ซึ่งหน่วยบริการของทั้งสองสำนักแยกกัน จึงอาจมีการทำงานไม่ประสานกันเท่าที่ควร”

เมื่อมองย้อนกลับมาที่กลไก SRRT ซึ่ง กทม.อาจมีน้อย เพราะยังมีอีกหนึ่งประเด็นคือการแบ่งเขตความรับผิดชอบของ กทม. ที่แบ่งการปกครองเป็นเขตต่างๆ และในแต่ละเขตจะมีโรงพยาบาล หรือศูนย์บริการสาธารณสุขไม่เท่ากัน เพราะเครือข่ายโครงสร้างของระบบบริการนี้ ไม่ได้ถูกออกแบบหรือขยายด้วยแนวคิดที่คำนึงถึงความครอบคลุมของประชากร ซึ่งเรื่องนี้ก็ไม่ได้ถูกพูดถึงมานานว่า กทม. ควรจะต้องมีการวางแผนเรื่องเหล่านี้ใหม่

นั่นจึงเป็นเรื่องราวที่แตกต่างกับประวัติศาสตร์ของ สธ. ที่ตลอดช่วง 60-70 ปีที่ผ่านมา ได้ขยายความครอบคลุมของหน่วยบริการไปในอำเภอและตำบล ตามระดับต่างๆ ตั้งแต่ที่มีโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ มาจนถึงสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่อาจกล่าวได้ว่ามีทีมสาธารณสุขเข้าไปยึดพื้นที่และดูแลประชากรได้อย่างทั่วถึง

“ระบบย่อยอีกอย่างหนึ่งของการควบคุมโรค คือระบบเฝ้าระวังจะเห็นเลยว่ารายงานการเฝ้าระวังโรคใน กทม. นับตั้งแต่ที่เคยทำมานั้นยังอ่อนแอมาก เราไม่รู้เลยว่าโรคระบาดที่เฝ้าระวังจนกว่าจะมีข่าวออกไปแล้ว”

โครงสร้างขนาดใหญ่ กลไกระดับชุมชนอ่อนแอ

อย่างไรก็ตาม นพ.สมศักดิ์ มองว่า กทม. มีสิ่งหนึ่ง ที่อาจเรียกว่า “ความวางใจ” เพราะใน กทม. นั้นยังมีภาคเอกชนมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งในความเป็นจริงแล้ว กทม. มีทั้งจำนวนหน่วยบริการและบุคลากรที่มากกว่าในต่างจังหวัด เมื่อเทียบกับสัดส่วนประชากร

“แต่ปัญหาคือไม่มีการจัดโครงสร้างระบบพยาบาลเป็นลำดับ หรือพูดง่ายๆ คือ กทม. มีแต่โรงพยาบาลใหญ่ กับโรงพยาบาลเอกชน เวลาชาวบ้านไม่สบายนิดหน่อยก็ต้องไปโรงพยาบาล พอเกิดโรคระบาดขึ้น

“ปัญหาคือไม่มีการจัด
โครงสร้างระบบพยาบาล
เป็นลำดับ หรือพูดง่ายๆ
คือ กทม. มีแต่โรงพยาบาลใหญ่
กับโรงพยาบาลเอกชน
เวลาชาวบ้านไม่สบายนิดหน่อย
ก็ต้องไปโรงพยาบาล
พอเกิดโรคระบาดขึ้น
โรงพยาบาลต่างๆ
ก็ไม่เคยถูกกำหนดให้มีบทบาท
ในการควบคุมโรค
หรืองานสร้างเสริมสุขภาพ
ป้องกันโรค เพราะโรงพยาบาล
ไม่ใช่โครงสร้างหลัก
ที่จะมาทำงานในด้านนี้”



หากมีผู้ติดเชื้อจาก กทม.
กลับออกไปแพร่เชื้ออยู่ต่างจังหวัด
เชื่อว่าทีมงานในพื้นที่ที่เข้มแข็งมากกว่า
จะสามารถตามไปดับไฟได้ทันที
ไม่เหมือน กทม. ที่ดับไฟได้ช้า
และมีโอกาสลุกลามไปมาก
หรือในอีกกรณีหากมีไซต์งานก่อสร้าง
ขนาดใหญ่ที่มีผู้ติดเชื้อหลายร้อยราย
เกิดขึ้น แต่เป็นในต่างจังหวัดแทน
ก็เชื่อได้เช่นกันว่า
จะสามารถดูแลได้ดีกว่า
ใน กทม. อย่างแน่นอน



โรงพยาบาลต่างๆ ก็ไม่เคยถูกกำหนดให้มีบทบาทในการควบคุมโรค หรืองานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค เพราะโรงพยาบาลไม่ใช่โครงสร้างหลักที่จะมาทำงานในด้านนี้”

เมื่อพูดถึงข้อเสนอในการควบคุมโควิด-19 ของ กทม. ขณะนี้ให้ได้ผลมากขึ้น อาจารย์สมศักดิ์จึงมองว่าน่าจะต้องมีการสร้างทีมที่คล้ายกับ SRRT ขึ้นมาราว ๒๐๐ ทีม ให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรกว่า ๑๐ ล้านคน ซึ่งทีมที่ว่านี้ก็เหมือนๆกับในพื้นที่ชนบท คือมีทั้งฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายปกครอง ในการร่วมกันควบคุมโรคและติดตามเคสที่เกิดขึ้น ร่วมกับการใช้กลไกในระดับชุมชน

ทั้งนี้ ปฏิเสธไม่ได้ว่ากลไกในระดับชุมชนของ กทม. นั้นไม่เข้มแข็งเหมือนกับในต่างจังหวัด ที่แม้ช่วงหลังจะมีการขยายตัวของเมืองไปแล้วก็ตาม แต่โครงสร้างเดิมก็ยังมีอยู่ทั้งอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ยังมีเส้นแบ่งขอบเขตความรับผิดชอบที่ชัดเจน หากมีการเคลื่อนไหวเข้าออก หรือมีบุคคลแปลกปลอมจากภายนอกกำหนด ผู้ใหญ่บ้านก็จะรับรู้สิ่งเหล่านี้

“ใน กทม. กลไกระดับชุมชนเหล่านี้ไปพึ่งเขต ซึ่งเป็นโครงสร้างระดับย่อยที่ใหญ่เกินไป พอจะมองลงไปในระดับชุมชนไม่รู้ว่าจะขอบเขตชุมชนอยู่ตรงไหน ยกตัวอย่างชุมชนคลองเตย ซึ่งเป็นพื้นที่ชุมชนแออัด ที่ผ่านมามีความพยายามจัดตั้งให้เกิดกลไกดูแลกันเองในชุมชนมากขึ้น แต่ความสัมพันธ์และการดูแลกันในชุมชนก็ยังคงค่อนข้างที่จะหลวม ไม่มีทีมที่ดูแลพื้นที่คลองเตย โดยเฉพาะ ไม่นับว่าชุมชนคลองเตยนั้นมีขนาดใหญ่ มีประชากรเป็นแสน ซึ่งใหญ่กว่าอำเภอขนาดใหญ่ในต่างจังหวัดเสียอีก”

“ข้อเสนอให้มี ๒๐๐ ทีมนี้ คือตัวอย่างให้เห็นว่าเราต้องเร่งสร้างศักยภาพทีมเชิงรุก ที่จะมาทำ Early Notification เพราะด้วยระบบชุมชนใน กทม. ที่อ่อนแอ จะรับรู้การเคลื่อนไหวต่างๆ ก็ช้า ถ้าหากคนในชุมชนรู้ว่ามีคนแปลกปลอมเข้ามา หรือมีคนหลบหนีออกไป จะทำอะไร จะบอกใครยังไม่รู้ เรียกว่าแค่แป๊บเดียวก็ขึ้นรถเมล์ข้ามเขตไปแล้ว และไม่ได้ตามตัวได้ง่ายๆ” อาจารย์สมศักดิ์ให้ภาพ

นพ.สมศักดิ์ เชื่อว่า หากมีผู้ติดเชื้อจาก กทม. กลับออกไปแพร่เชื้ออยู่ต่างจังหวัด เชื่อว่าทีมงานในพื้นที่ที่เข้มแข็งมากกว่าจะสามารถตามไปดับไฟได้ทันที ไม่เหมือน กทม. ที่ดับไฟได้ช้าและมีโอกาสลุกลามไปมาก หรือในอีกกรณีหากมีไซต์งานก่อสร้างขนาดใหญ่ที่มีผู้ติดเชื้อหลายร้อยรายเกิดขึ้น แต่เป็นในต่างจังหวัด แทนก็เชื่อได้เช่นกันว่าจะสามารถดูแลได้ดีกว่าใน กทม. อย่างแน่นอน

พร้อมกันนี้ เนื่องด้วยสถานการณ์ใหม่ๆ ที่ต้องมีมาตรการใหม่ๆ เช่น Bubble and Seal ซึ่งเป็นอะไรที่เราไม่เคยมีประสบการณ์ และการทำงานก็ต้องคิดไปทำไป ปรับไป ดังนั้นความยืดหยุ่นเหล่านี้จึงจะเป็นไปได้มากกว่าในพื้นที่ชนบท ที่ทีมมีความใกล้ชิดกัน

ต้องบริหาร กทม. แบบระดมความร่วมมือ

ในส่วนตัวอีก ๒ ภารกิจของโควิด-19 คือ การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนั้น สำหรับพื้นที่ กทม. อาจมีปัญหาน้อยกว่าภารกิจแรก เพราะยังมีโอกาสในการระดมพลเข้ามาช่วยฉีดวัคซีน เข้ามาจัดตั้งหน่วยหรือโรงพยาบาลสนาม ซึ่งสามารถดึงแพทย์และพยาบาลเข้ามาช่วยได้ไม่ยาก เมื่อเทียบกับชนบทที่อาจมีทรัพยากรให้ดึงได้น้อยกว่า

ดังนั้นหากว่ากันตามทฤษฎีแล้ว ระบบการแพทย์ใน กทม. ย่อมได้เปรียบชนบท เพราะมีทรัพยากรให้ระดมได้มากกว่า หากแต่นั้นหมายความว่าผู้บริหาร กทม. เองจะต้องบริหารระบบบริการแบบระดมความร่วมมือด้วย ซึ่งครั้งหนึ่งยังเคยได้มีการพูดคุยกันถึงการนำงบประมาณจ่ายรายหัว ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) มาใช้เพื่อการระดมศักยภาพของระบบบริการใน กทม. หรือพื้นที่เขตเมือง

“รูปธรรมที่คิดตอนนั้นคือเราเอาเงินมาซื้อบริการกับคลินิกได้ไหม แล้วทำคลินิกให้เป็นเหมือนโรงพยาบาลอำเภอ หรือ รพ.สต. ในชนบท แต่เจอปัญหาสองส่วนส่วนหนึ่งคือคลินิกที่เข้าร่วมมีไม่มาก และยังคงครอบคลุมประชากรได้ไม่ดีพอ ในอีกส่วนคือคลินิกยังเป็นได้แค่การรักษาพยาบาล ไม่สามารถเล่นบทบาท รพ.สต. ได้

เพราะไม่มีการทำให้เขาแก่ขึ้น ทั้งวิธีการจ่ายเงิน ทั้งการพัฒนาศักยภาพ”

ทั้งนี้ แม้ในช่วงหลังจะเริ่มพัฒนาศักยภาพระบบ คลินิกอยู่บ้าง หากแต่นั่นก็ช้าเกินไป และไม่เพียงพอที่จะมารับมือกับโควิด-19 ในช่วงเวลานี้ ซึ่ง นพ.สมศักดิ์ เชื่อว่าถ้าคลินิกถูกพัฒนามาก่อนหน้านี้ เหมือนกับที่มี รพ.สต.อาจช่วยให้การป้องกันโควิด-19 ครั้งนี้ทำได้ดีขึ้น ดังนั้นคลินิกใน กทม. จึงเป็นอีกโจทย์ยากที่ทุกคนพยายามหาทางที่จะใช้ศักยภาพให้ได้มากกว่านี้

อย่างไรก็ตาม ภาพหนึ่งที่กำลังปรากฏในขณะนี้คือ การที่มีผู้ป่วยโควิด-19 จำนวนหนึ่งต้องถูกรับตัวออกไป รักษาต่างจังหวัด ซึ่ง นพ.สมศักดิ์ มองว่าถ้าระบบ บริการสาธารณสุขใน กทม. รับไม่ไหวจริงๆ การไปใช้ บริการต่างจังหวัดนับเป็นเรื่องธรรมดา หากแต่คำถาม ตัวโตๆ คือในเมื่อ กทม. มีสัดส่วนของทรัพยากรเหล่านี้ ต่อประชากรสูงที่สุดในประเทศ และตามทฤษฎีต้อง สามารถระดมทรัพยากรเหล่านี้มาใช้ได้ ทั้งเตียง แพทย์ พยาบาล แล้วเหตุใดผู้ป่วยยังต้องออกไปอยู่ที่ ต่างจังหวัดอีก

“ตอนนี้เราได้ระดมและใช้ทรัพยากรใน กทม. ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้แล้วหรือยัง ไม่ใช่เอะอะก็ฟ้อง ถ้ายกคนไข้ให้ออกไปนอกพื้นที่ คิดว่าก่อนจะไปถึงขั้นนั้น มี 2 ส่วนที่จะต้องทำ ส่วนแรกคือจัดระบบอย่างไรเพื่อไม่ให้เตียงคนไข้หนัก หรือไอซียู ที่มีจำนวนน้อยที่สุด มันล้น หลักการคือต้องดูแลคนที่อาการยังไม่หนักให้ดี ที่สุด กับอีกส่วนคือเรื่องของการฉีดวัคซีนให้ผู้ที่เสี่ยงสูง ถ้าเราทำ ๒ ส่วนนี้ได้ อัตราการป่วยหนักก็จะบรรเทาลง คำถามคือขณะนี้เราทำดีพอแล้วหรือยัง”

นพ.สมศักดิ์ ชี้ว่า อยากให้การต่อสู้กับโควิด-19 ในครั้งนี้ ทำให้เราได้บทเรียนและไอเดียในการสร้าง ระบบสุขภาพในเขตเมือง โดยเฉพาะเมืองที่ซับซ้อน อย่าง กทม. ให้ดีขึ้นกับทุกเรื่อง ที่แม้จะได้เปรียบเยอะ ในเรื่องทรัพยากร แต่ก็ยังระดมมาได้บ้าง รวมถึงในแง่ที่ทรัพยากรเหล่านั้นถูกนำไปใช้ทำงานเชิงรุก หรือ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคได้ไม่ดีเท่าที่ควร สิ่งเหล่านี้จึงเป็นหัวใจที่จะมาช่วยกันถอดบทเรียนใน ครั้งนี้เพื่อมาทำให้ระบบมันดีขึ้นให้ได้

‘Home Isolation’ ในเมืองท่ายาก ต้องสร้างความมั่นใจ

อีกหนึ่งประเด็นในช่วงระยะหลังที่มีเรื่องของการ กักตัวที่บ้าน หรือ Home Isolation ซึ่งแนวทางนี้ นพ.สมศักดิ์ มองว่าพื้นที่ชนบทจะทำได้ดีกว่าในเมือง ด้วยเหตุผลหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นความแออัดของ ครอบครัวที่น้อยกว่า หรือความร่วมมือในระดับชุมชน ที่มากกว่า ซึ่งคนชนบทหากต้องแยกกักตัวและไม่ได้ ออกไปทำงาน ก็จะมีกำลังใจได้ว่ามีอาหาร มีคนคอย ดูแล รวมถึงความกังวลในแง่ของรายได้ก็จะน้อยกว่า “ในทางกลับกันหากต้องกักตัวที่บ้านใน กทม. หลายคนก็อาจจะอยู่ไม่ได้ เพราะบ้านหลังนี้คนเดียว แต่มีคนอยู่เยอะแยะ มีคนแก่ด้วย หรือกังวลเรื่องการดูแลต่างๆ จนมีปรากฏการณ์ที่ว่าถ้าถูกกักตัวใน กทม. ขอลกลับไปอยู่บ้านนอกดีกว่า ยิ่งเป็นแรงงาน ชำมาชาติที่ไม่มีบ้านของตัวเอง ไม่มีคนช่วยสนับสนุน ก็จะยิ่งกลัวและไม่ยอมที่จะกักตัวใหญ่”

ดังนั้นแม้ Home Isolation จะเป็นไอเดียที่ดี แต่ ข้อเสนอในเรื่องนี้คือหากจะให้กักตัวอยู่ที่บ้าน ต้องให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยได้ใน ๒ ด้าน คือ ถ้าหากเขาป่วยหนักแล้วจะไม่ถูกทอดทิ้ง จะมีคนมารับไปที่ โรงพยาบาล ขณะเดียวกันถ้าหากเขาไม่มีเงิน ขาด รายได้ ก็เป็นสิ่งที่ต้องหาทางสนับสนุน ซึ่งหากมีการระดมทรัพยากรมาดูแลคนกักตัวที่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ป่วย สีเขียวหรือสีเหลืองได้ดี ก็จะส่งผลในการดูแลไม่ให้เกิดผู้ป่วยสีแดงเยอะตามไปด้วย

“Home Isolation จึงเป็นอะไรที่น่าสนใจมาก เพราะ คิดว่าจะมีคนจำนวนหนึ่งที่ต้องการอยู่บ้านมากกว่าไป อยู่โรงพยาบาล เพียงแต่จะต้องมีระบบสนับสนุนและ ให้ความมั่นใจกับเขา ทำให้เขารู้ว่าทุกคนที่อยู่ Home Isolation คือคนไข้คนหนึ่งของโรงพยาบาล เพียงแต่ โรงพยาบาลยืมบ้านของคุณเป็นที่กักแยก รักษาตัว เท่านั้น แล้วเราก็มีนิตเตอร์คุณแบบเดียวกับคนไข้ ในโรงพยาบาล ก็จะทำให้เกิดเป็นระบบที่ดี” นพ.สมศักดิ์ กล่าวในท้ายที่สุด

หากต้องกักตัวที่บ้านใน กทม. หลายคนก็อาจอยู่ไม่ได้ เพราะบ้านหลังนี้คนเดียว แต่มีคนอยู่เยอะแยะ มีคนแก่ด้วย หรือกังวล เรื่องการดูแลต่างๆ จนมีปรากฏการณ์ที่ว่า ถ้าถูกกักตัวใน กทม. ขอลกลับไปอยู่บ้านนอกดีกว่า ยิ่งเป็นแรงงานข้ามชาติ ที่ไม่มีบ้านของตัวเอง ไม่มีคนช่วยสนับสนุน ก็จะยิ่งกลัวและไม่ยอม ที่จะกักตัวใหญ่



เกาะติด คสช.

คสช.เห็นชอบแผน ‘ตัดวงจรระบาด’ โควิด-19 มอบ สช. ประสานภาคี จัดระบบ ‘หนุนช่วย’ ชุมชนใน กทม.-ทั่วประเทศ



๑ ใช้ศักยภาพของชุมชน ที่มีผู้นำและอาสาสมัครที่เข้าใจบริบทชุมชน รู้จักและเข้าถึงสมาชิกในชุมชน และรู้แนวทางเฉพาะในการควบคุมกำกับคนแต่ละกลุ่ม ในการเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโควิด-19 ของชุมชน

๒ ใช้ต้นทุนการทำงานขององค์กรภาคประชาสังคม ที่เข้าใจชุมชนและประชาชนให้ความไว้วางใจ ในการเป็นผู้สนับสนุนการทำงานของชุมชน ทั้งในด้านการสนับสนุนช่วยเหลือด้านการจัดการ การประสานงานและการระดมทรัพยากรจากภายนอก

๓ เชื่อมประสานการทำงาน ระหว่างชุมชน องค์กรภาคประชาสังคม และหน่วยงานของรัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และอื่นๆ ในการทำงานร่วมกัน

๒๔

สถานการณ์โควิด-19 ตลอดเดือน มิ.ย. ๒๕๖๔ เรียกว่าอยู่ในระดับที่ “สาหัส” โดยจำนวนผู้ป่วยสะสมของประเทศไทยในขณะนี้ทะลุ ๒ แสนรายไปแล้ว ส่วนทรัพยากรที่ใช้สำหรับดูแลรักษาผู้ติดเชื้อก็ร่อยหรอลง โดยเฉพาะ “เตียง - ห้องไอซียู” และ “บุคลากรทางการแพทย์” ที่หลายแห่งไม่เพียงพอต่อความต้องการไปแล้ว อย่างไรก็ตาม เมื่อช่วงกลางเดือน มิ.ย. ๒๕๖๔ มีการจัดประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) หรือบอร์ดสุขภาพของประเทศ โดยมี นายสาธิต ปิตุเตชะ รมช.สาธารณสุข (สธ.) ในฐานะรองประธานบอร์ด คสช.

ทำหน้าที่เป็นประธานแทน นายอนุทิน ชาญวีรกูล ประธาน คสช. ที่ติดภารกิจเร่งด่วน

การประชุมวันดังกล่าว มีระเบียบวาระที่น่าสนใจและสามารถนำไปถอดบทเรียนเพื่อใช้เป็น “ต้นแบบ” ในการรับมือโควิด-19 ณ สถานการณ์ปัจจุบันได้เป็นอย่างดี

นั่นก็คือ การขับเคลื่อนแผนงาน “รวมพลังพลเมืองตื่นรู้ ช่วยชาติสู้ภัยโควิด-19 ระลอกสาม” ซึ่งกำหนดจุดโฟกัสไปที่กรณีประชาชนลุกขึ้นมาจัดตั้ง “ศูนย์พักคอยใกล้บ้านใกล้ใจ” และมาตรการอื่นๆ เพื่อตัดวงจรระบาดในชุมชน

๒๕

ที่ประชุม บอร์ด คสช. ได้ร่วมกันรับฟังข้อมูลและประเมินสถานการณ์ไปในทิศทางเดียวกันว่า แนวโน้มพบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร (กทม.) และ ปริมณฑล ที่มีประชากรหนาแน่น เช่น ชุมชนคลองเตย ซึ่งมีโอกาสสูงที่จะแพร่กระจายทั่วกรุงเทพฯ

การพยากรณ์ดังกล่าว สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนี้อย่างถูกเหลี่ยม กล่าวคือตัวเลขผู้ติดเชื้อใน กทม. ได้พุ่งสูงขึ้นแบบทุบสถิติ ซึ่งการเรียนรู้วิธีการรับมือของ “คลองเตย” จะช่วยให้สามารถ “ภาพเล็ก” ในระดับพื้นที่มาสนับสนุนการวางระบบจัดการใน “ภาพใหญ่” ในระดับประเทศได้ส่วนหนึ่ง

สำหรับแนวคิด “ระบบการปกป้องชุมชนในสถานการณ์โควิด-19” ที่ประมวลผ่านข้อมูลทางวิชาการและประสบการณ์ตรงจากการเข้าไปร่วมจัดระบบ “คลองเตย” ของ ดร.นพ.วิฑูรย์ ลิ้มสวาท ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) หน่วยงานภายใต้สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) จำแนกหลักการสำคัญออกมาเป็น ๓ องค์ประกอบใหญ่ๆ





ทั้งสามองค์ประกอบนี้จะเชื่อมร้อยกันจนเกิดเป็นความเข้มแข็งระดับพื้นที่ในการรับมือวิกฤตการณ์ ซึ่งดอกผลของ“คลองเตย”ที่จับต้องได้ก็คือการจัดตั้ง“ศูนย์พักคอยใกล้บ้านใกล้ใจฯ” ขึ้น ณ วัดสะพาน โดยศูนย์ดังกล่าว ทำหน้าที่เป็นพื้นที่พักคอยเพื่อรอการส่งต่อไปรักษาที่หน่วยบริการ โดยบริหารจัดการโดยคณะกรรมการชุมชน

เมื่อมีศูนย์พักคอยฯ ตั้งอยู่ในชุมชน นั้นหมายความว่า มีพื้นที่เฉพาะสำหรับแยกตัวผู้ป่วยที่อยู่ในครัวเรือนออกมาดูแลเบื้องต้นอย่างถูกวิธี ซึ่งนอกจากจะเป็นการ “ตัดวงจรระบาด” ในชุมชนแล้ว ยังง่ายต่อการจัดการประสานงาน กับองค์กรและภาคีเครือข่ายภายนอกด้วย

“คลองเตยโมเดล” จึงไม่ต่างไปจาก “ต้นแบบ” การจัดการวิกฤตการณ์โรคระบาดโดยชุมชน ซึ่งที่ประชุมบอร์ดคสช. ได้เห็นพ้องร่วมกันที่จะมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสาน สธ. กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) กทม. สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สภาอุตสาหกรรม เครือข่ายคณะสงฆ์ และองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง



เพื่อจัดระบบหนุนช่วยชุมชนใน กทม. และทั่วประเทศ ให้มีมาตรการและดำเนินการเพื่อตัดวงจรการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเร็ว

อย่างไรก็ดี ยังมีสิ่งทีคณะกรรมการทำงานต่างๆ ได้เน้นย้ำ นั่นก็คือ การขยายผลไปยังพื้นที่อื่นนั้น ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทแต่ละพื้นที่ ขณะเดียวกัน เนื่องจาก สช. มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนนโยบายตามแนวทาง 4PW และเน้นการสร้างนโยบายใหม่หรือปรับปรุงนโยบายเดิมให้ทันสมัย

สช. จึงควรดำเนินการ ๑. มีการคาดการณ์ปัญหาและเตรียมการล่วงหน้าในเรื่องโควิด-19 โดยมุ่งเน้นไปที่การทำงานนโยบาย (Policy) เป็นหลัก ไม่ใช่การปฏิบัติการ (operation) ๒. การขับเคลื่อนงานของ สช. ต้องใช้ฐานความรู้เพื่อประกอบการตัดสินใจ

ทั้งนี้ ปัจจุบัน สช. ได้สรุปข้อเรียนรู้อของคลองเตยโมเดล และได้จัดทำคู่มือบทบาทของชุมชนในการตัดวงจรการแพร่ระบาดของโควิดด้วยการจัดตั้งศูนย์ใกล้บ้านใกล้ใจของผู้ติดเชื้อโควิดในชุมชน ออกมาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว



การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



เรื่องเล่าจากพื้นที่



ทำชุมชนให้ปลอดภัยด้วย ‘ธรรมนูญชุมชน’

บัณฑิต มั่นคง

หัวใจสำคัญในหมวดที่ ๑๔ ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ วางเจตนารมณ์ให้ทุกชุมชนท้องถิ่นได้ใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นเครื่องมือกำหนดทิศทางหรือแนวทางปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมและทันการณ์

เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดลำพูน จึงเห็นความสำคัญของการจัดทำข้อตกลงร่วมหรือกติกาชุมชน ที่เรียกว่า “ธรรมนูญชุมชน” มาใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในประเด็น “ความมั่นคงด้านอาหารในระบบเกษตรอินทรีย์” ที่ถือว่ามีรูปธรรมความสำเร็จมากมาย ทั้งการเปลี่ยนจังหวัดลำพูนเป็นเมืองเกษตรสีเขียว (Green Agricultural City) ตามยุทธศาสตร์จังหวัดและเป็นเมืองเกษตรปลอดภัย

(Safe Agricultural City) โดยมีเครือข่ายเกษตรกรรมลำพูน ทำหน้าที่เชื่อมโยงและมีพื้นที่รูปธรรมในระดับชุมชน อีกไม่ต่ำกว่า ๓๐ แห่ง ที่นำธรรมนูญชุมชนไปเป็นกรอบการทำงานร่วมกัน

ชุมชนห้วยโป่งสามัคคี ตำบลแม่ตืน อำเภอฝาง คือพื้นที่ต้นแบบของจังหวัดลำพูนที่นำธรรมนูญชุมชนไปสร้างกติกาการแก้ปัญหาเกษตรอินทรีย์

ลดการใช้สารเคมีและสร้างสุขภาพของทุกคนได้อย่างเป็นรูปธรรมที่สุด

เดิมผู้คนในชุมชนนี้ทำการเกษตรแบบเคมีมาโดยตลอด แต่ละครอบครัวใช้เงินถึง ๒๕,๓๐๘ บาทต่อปีเพื่อซื้อสารเคมีทางการเกษตร กระทั่งสภาผู้นำชุมชนร่วมกับ รพ.สต.แม่ตืน ร่วมกันลงตรวจสุขภาพชาวบ้านห้วยโป่งสามัคคี จากการสุ่มตรวจเลือดกลุ่มตัวอย่าง

๑๕๐ คน เป็นนักเรียน ๕๐ คน และชาวบ้าน ๑๐๐ คน

ปรากฏว่าพบสารเคมีตกค้างอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยถึง ๑๔๖ ราย มีผู้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยเพียง ๔ คนเท่านั้นเอง ทั้งที่กลุ่มนักเรียนไม่ใช่กลุ่มที่ต้องสัมผัสสารเคมีโดยตรง แสดงว่าชาวบ้านได้รับสารเคมีผ่านการบริโภคด้วย

สาเหตุหลักมาจากการใช้พาราควอตในการทำเกษตร ถึงแม้พาราควอตจะไม่ทำลายพืชหลักก็จริง แต่ยังมีสารพิษตกค้างอยู่ในพืช ผัก ผลไม้ เมื่อชาวบ้านเก็บเกี่ยวส่วนหนึ่งนำไปขาย อีกส่วนหนึ่งนำมาบริโภคภายในครัวเรือน จึงสะสมอยู่ในร่างกาย ช้ำร้ายสารเคมีบางส่วนยังซึมลงสู่ดินและไหลลงสู่แม่น้ำ

เหตุนี้จึงทำให้ชาวบ้านในชุมชนมีอาการเจ็บป่วยจากพิษของพาราควอตที่สะสมอยู่ในร่างกาย เช่น



สุ่มตรวจ
สารเคมีตกค้างในเลือด
150 คน

มีทั้งเด็กและเยาวชน

๓๐



พบสารเคมีตกค้างในเลือด
(เสี่ยง-ไม่ปลอดภัย)

146 คน
ปลอดภัย

4 คน

ก็มาจากที่เรารับประทานอาหาร พืช ผัก ผลไม้

ไม่สบาย หายใจไม่ออก แน่นหน้าอก คัดตามเนื้อตัว นอนไม่หลับ และเป็นมะเร็งจนถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งพบว่า ชาวบ้านที่อายุประมาณ ๔๐-๕๐ ปี มักจะเสียชีวิต จากโรคมะเร็ง

ด้วยผลกระทบนี้ สภาผู้นำชุมชนจึงปรึกษาหารือ และพูดคุยกันอย่างจริงจังเพื่อ **ห้ามติของคนในชุมชน ในการเลิกใช้สารเคมีพาราควอตในการเกษตร ทั้งระดมความคิดเห็น ร่วมกันหาทางออกและ สร้างการมีส่วนร่วม** ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ สารเคมีและการบริโภคที่ไม่เหมาะสมแก่การดำรง ชีวิตประจำวัน อาทิซื้อตกลงร่วมกันดังนี้

- ๑ ไม่ใช้สารเคมีทางการเกษตรในเขตชุมชน งดใช้สารเคมีในการทำการเกษตรอย่างเด็ดขาด
- ๒ ห้ามตัดป่าไม้โฆษณาสินค้าที่เป็นสารเคมีทางการ เกษตรอย่างเด็ดขาด เจอที่ไหนให้ชาวบ้านฉีกทิ้ง ได้เลย
- ๓ ช่วยหาวิธีให้สารธรรมชาติอื่นทดแทน เช่น ถางหญ้าเอง ทำน้ำหมักฆ่าหญ้าเอง ทำปุ๋ยหมัก ใช้เอง
- ๔ จัดสรรพื้นที่ส่วนรวม ให้ปลูกอยู่ปลูกกิน แบ่งพื้นที่ ส่วนกลางในชุมชน ให้มาร่วมปลูกผักปลอดสารพิษ ใช้กินเอง

๓๑

หลังจากคนในชุมชนมีข้อตกลงร่วมกันและปฏิบัติ ตามอย่างเคร่งครัด และมีการตรวจเลือดซ้ำครั้งที่ ๒ ก็พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ มีผู้อยู่ในเกณฑ์ ปลอดภัยเพิ่มขึ้นเป็น ๔๐ คน (จากเดิม ๔ คน) ชาวบ้าน ก็รู้สึกดีและมีกำลังใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของตัวเองให้ดีขึ้น ทำให้ชุมชนช่วยไปงสามัคคี ได้รับการยกย่องให้เป็นพื้นที่ "ชุมชนธรรมนุญต้น แบบ" ของจังหวัดลำพูนที่โดดเด่นเป็นอย่างยิ่ง 🌟

แกะรอยโลก

“ความรุนแรงต่อเด็ก” ในสมัยชานาามัยโลก

ฝรั่งแซ่อ้อม



ภาพ : <https://www.sos-childrensvillages.org/end-violence-overview>

แหล่งข้อมูล :

1. <https://www.bbc.com/thai/international-55070926>, <https://www.bbc.com/thai/international-52167249>, <https://news.thaipbs.or.th/content/303509>
2. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R17-en.pdf
3. <https://main.samatcha.org/sites/default/files/document/0701-Res-7-1.pdf>
และ <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/1401>

ผู้อ่านหลายท่านที่ได้แวะเวียนมาอ่านพาดหัวนี้อาจจะตกใจกับภาษาที่ผู้เขียนตั้งชื่อบทความ นั่นเป็นเพราะบรรยากาาศในเวทีสมัชชาอนามัยโลกเน้นความเป็นเพื่อน สร้างมิตรภาพ หาทางออกร่วมกัน และฉันหมติเช่นเดียวกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย

ทั้งนี้ผู้เขียนเลือกใช้ภาษาที่กระตุกความสนใจเพื่อกระตุ้นเตือนว่า โลกของเรายังคงต้องแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อเด็กอย่างต่อเนื่อง และมันยังคงเป็นวาระของโลกนี้ที่เราจะลืมเสียมิได้

และไม่ว่าโลกเราจะต้องฝ่าฟันสักกี่ปัญหา ต้องฟังตระหนักว่าการแก้บางปัญหาอาจก่ออีกปัญหาตามมา เช่นเดียวกับสถานการณ์โควิด-19 ที่การแก้ไขปัญหาคความรุนแรงของไวรัสนี้ทำให้ความรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้น

จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ ระบุว่าบางประเทศในโลกมีรายงานความรุนแรงในบ้านเพิ่มขึ้น ๔๐% และในสหราชอาณาจักร มีการโทรศัพท์ไปขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นถึง ๖๕%

สำหรับประเทศไทยเราเองพบว่า ความรุนแรงภายในครอบครัวเพิ่มขึ้นถึงเกือบ ๑๐% จากพื้นที่ตัวอย่าง โดยมีสาเหตุหลักมาจากผลกระทบจากมาตรการของรัฐเพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดและปัญหาเศรษฐกิจ

ทั้งนี้หากมองเฉพาะความรุนแรงในเด็กเพียงอย่างเดียวพบว่าในแต่ละปีมีความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อเด็กทั่วโลกราว ๑ พันล้านคน

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๗๔ ที่จัดประชุมไปเมื่อปลายเดือนพฤษภาคมที่ผ่านมา โดยมีประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่เสนอร่างข้อมติเรื่องการยุติความรุนแรงต่อเด็ก ด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและการทำงานแบบข้ามภาคส่วนเข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพโลกในครั้งนี้ ทั้งนี้ความรุนแรงของมติดสมัชชาอนามัยโลกครั้งนี้กินความถึงความรุนแรงทุกรูปแบบตั้งแต่ กาย ใจ สังคม ครอบครัว เพศสภาพ ตลอดจนการถูกคุกคามในโลกออนไลน์

สาระสำคัญของข้อมติคือ ขอให้ภาคสุขภาพเป็นหัวหอกหลักดูแลการแก้ไขปัญหานี้ ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายและแก้ไขปัญหาคหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดสรรงบประมาณ

เพียงพอ พัฒนานโยบายกลไกและสร้างการเข้าถึงบริการด้านการดูแลคุ้มครองเด็กอย่างทั่วถึง และเรียกร้องให้ผู้อ่านวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกสนับสนุนชาติสมาชิกเรื่องการสร้างองค์ความรู้การอบรมภาคสุขภาพในการรับมือกับเรื่องนี้ ตลอดจนสร้างความร่วมมือกับองค์กรสหประชาชาติอื่นๆ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน เพื่อเร่งแก้ไขเรื่องนี้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดทำรายงานสถานการณ์การแก้ไขปัญหาคความรุนแรงในเด็กในปี ๒๐๒๕ และ ๒๐๓๐^๒

ความน่าสนใจของมตินี้ ที่ไม่เพียงขอให้มีการแก้ไขอย่างเป็นระบบมีผู้รับผิดชอบชัดเจน การส่งเสริมบทบาทเยาวชนในระดับนโยบายเช่นเดียวกับการที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติของไทยที่พยายามเพิ่มเยาวชนคนรุ่นใหม่ ประชากรกลุ่มเฉพาะเข้ามาในกระบวนการเพื่อเพิ่มสิทธิ์และเสียงของคนกลุ่มนี้ ยังรวมถึงการถกเถียงกันเรื่องการจัดการศึกษาเพศวิถีที่เหมาะสมที่ทำให้เกิดความเห็นต่างในเวทีสมัชชาอนามัยโลก เนื่องจากบางกลุ่มประเทศนั้นการจัดการการศึกษาเพศวิถีที่เหมาะสมเป็นเรื่องที่ดำเนินการได้ค่อนข้างยาก และอาจจะขัดต่อบริบทของประเทศหรือระบบการบริหารบ้านเมือง

แต่ทั้งนี้เพื่อรักษาไว้ซึ่งมติดสมัชชาอนามัยโลกที่จะมีประโยชน์กับเด็กทั่วโลก ที่ประชุมจึงมีมติให้ตัดคำที่ขัดแย้งกันออกไป และทั้งนี้สิ่งที่น่าจับตามองต่อไปคือภายหลังจากมีมติดสมัชชาอนามัยโลกแล้ว ความรุนแรงต่อเด็กและเยาวชนจะเป็นอย่างไร

ในพาคฝั่งของประเทศไทยเราเองก็มีการพยายามแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อเด็กมาเกือบ ๒๐ ปี จะเห็นได้จากการมี พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๗ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. ๒๕๕๐ นอกจากนี้ยังมีมติดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหลายมติที่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาคเด็กและเยาวชนในแง่มุมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นมติที่นำด้วยการร่วมมือกันทุกภาคส่วนโดยเฉพาะท้องถิ่นในการปัจจัยเสี่ยงทุกรูปแบบที่มีต่อเด็ก หรือการแก้ไขปัญหาคีสปอร์ตที่ตั้งเป้าให้เกิดมาตรการควบคุมและป้องกันอันตรายต่อเด็กและเยาวชนในการเล่นเกมและอีสปอร์ตของประเทศ ตลอดจนการแก้ไขการคุกคามในโลกออนไลน์ ด้วย^๓

ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ กรอบคิดทิศทางระบบสุขภาพไทย ที่ตอบโจทย์การพัฒนาอย่างยั่งยืน

รัตนา เويبกิ่ง

กระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๓ เริ่มแล้ว... จะทำอย่างไรให้ธรรมนูญฉบับนี้ เป็นกรอบคิดและทิศทางสำหรับระบบสุขภาพไทยที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศและพร้อมรับมือกับสถานการณ์วิกฤตสุขภาพได้จริง

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๖ และ ๔๘ระบุให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรี (ครม.) เพื่อให้ความเห็นชอบ พร้อมทั้งกำหนดให้มีการทบทวนอย่างน้อยทุก ๕ ปี และเมื่อ ครม. เห็นชอบแล้ว ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน

ขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างการร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๓ โดยฉบับนี้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งให้ ดร.สุวิทย์ เมษินทรีย์ เป็นประธานกรรมการจัดทำธรรมนูญฯ มีกลไกคณะอนุกรรมการอีก ๓ คณะ ได้แก่ ๑. คณะอนุกรรมการวิชาการและยกย่องธรรมนูญฯ มี นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ เป็นประธาน ๒. คณะอนุกรรมการมีส่วนร่วมและรับฟังความเห็นฯ มี อ.ชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ เป็นประธาน และ ๓. คณะอนุกรรมการสื่อสารสังคมฯ มี อ.สุวรรณา บุญกล้า เป็นประธาน

คณะกรรมการฯ ได้ประชุมไปแล้ว ๒ ครั้ง และมีการประชุมหารือรอบไปอีกหลายครั้ง ซึ่งที่ประชุมให้ความสำคัญกับการต่อจิ๊กซอว์ของภูมิทัศน์ระบบสุขภาพไทยและความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงประเด็นสำคัญ คือ การร่วมกัน

หา “จินตนาการร่วมของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓”

ในเบื้องต้น ได้แนวคิดและคำสำคัญมากมายที่จะต้องคำนึงถึงหากจะให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีความสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ และเป็นกรอบแนวคิดทิศทางระบบสุขภาพไทยที่ยั่งยืน ที่ทุกคนเห็นพ้องและพร้อมนำไปใช้เพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤตสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้จริง อาทิ “One World One Destiny” หรือ หนึ่งโลกหนึ่งชะตากรรมร่วม คือบริบทของโลกปัจจุบันที่เมื่อมีสุขจะสุขด้วยกัน มีทุกข์ก็จะทุกข์ด้วยกัน

ดังนั้น เราต้องมองบริบทของโลกร่วมด้วยเสมอ “Sustainable livelihoods” หรือ การดำรงชีวิตได้อย่างยั่งยืน และ “Health system governance” หรือ การอภิบาลระบบสุขภาพ ที่ต้องมีการสานพลังภาคีทุกภาคส่วน ดังนั้น กระบวนการรับฟังความเห็นและความต้องการของประชาชนและภาคีจากทุกภาคส่วนนั้นสำคัญอย่างยิ่ง พร้อมกันนี้ ยังมีหลักคิดสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเพื่อระบบสุขภาพที่ยั่งยืน คือ ความมั่นคงใน ๕ มิติ ได้แก่ human security, food security, health security, energy security และ job security

ในการทำงานนั้น ทั้งคณะกรรมการฯ และคณะอนุกรรมการทั้ง ๓ คณะ ต้องมีการวางแผนการทำงานที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกันตลอดทั้งกระบวนการการทำงานในระยะ ๔ เดือนข้างหน้า เพื่อให้ได้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่มาจากทุกคนและร่วมขับเคลื่อนโดยทุกคนได้อย่างแท้จริง

เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย “Health for All, and All for Health by All”

“Health for All, and All for Health by All”

๓๔

๓๕

Right to Health

‘สิทธิด้านสุขภาพ’ กับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน



๓๖

๓๗

สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นป่อเกิดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือตามมาตรา ๕ และมาตรา ๖ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับรองสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของบุคคลไว้ คือ บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และสุขภาพของบุคคลที่มีความจำเพาะ เช่น สุขภาพของหญิง เด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม และบุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ

เพื่อให้การดำเนินการในเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของประชาชนบรรลุเป้าหมาย พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงออกแบบช่องทางในการใช้สิทธิและหน้าที่ของประชาชนหลายช่องทางทั้งการรับรองสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของบุคคล จัดช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วมกับรัฐในการสร้างนโยบายด้านสุขภาพ ได้แก่ ช่องทางสมัชชาสุขภาพ ช่องทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และช่องทางธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ


ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ถูกกำหนดให้เป็นกรอบและแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะหรือสุขภาพอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ซึ่งกฎหมายกำหนดให้มีการทบทวนให้สอดคล้องกับสถานการณ์อย่างน้อยทุก ๕ ปี

ตามมาตรา ๔๘ แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่คณะรัฐมนตรี (ครม.) ให้ความเห็นชอบแล้ว ให้มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน

ในทางปฏิบัติการนำธรรมนูญฯ ไปใช้ไม่เพียงแต่ใช้อ้างอิงในการกำหนดเป็นนโยบายหรือแผนทางสุขภาพ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ หรือแม้แต่การนำเอาระบบสุขภาพ

ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปกำหนดไว้ในแผนบริหารราชการแผ่นดิน แผนปฏิบัติราชการหรือแม้แต่แผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานขององค์กรหลักด้านสุขภาพเท่านั้น

แต่ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือ ในทางสังคม ธรรมนูญฯ เป็นเจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม (Social commitment) ให้สามารถใช้อ้างอิง (reference) สำหรับกำหนดทิศทางและเป้าหมายของระบบสุขภาพในอนาคตกระบวนการจัดทำสาระสำคัญและกระบวนการแปลงธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ จึงมีสถานะเป็นกลไกและกระบวนการทางสังคมที่เชื่อมโยงและขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพบนหลักการมีส่วนร่วม

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ ประกาศใช้เมื่อปี ๒๕๕๒ และฉบับที่ ๒ ประกาศใช้เมื่อปี ๒๕๕๙ โดยปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อยู่ในระหว่างการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๓ 

นโยบายสร้างได้

เริ่มแล้ว! กระบวนการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ ปีแห่งการ 'ขยายการมีส่วนร่วม' ทุกภาคส่วนในสังคม

วิจิตรฐา แก้วเกตุ



กิจกรรม ก่อนวันประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 14 พ.ศ. 2564

ร.ก. 64

- เว็บไซต์หลักสุดออนไลน์ "การเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ"

ต.ก. 64

- เว็บไซต์สาระณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นที่หลากหลาย
- เว็บไซต์เรียนรู้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- กิจกรรมพัฒนาเครือข่ายวิชาการ
- เว็บไซต์สร้างพันธสัญญาการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ส.ก. 64

- เว็บไซต์สาระณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นที่หลากหลาย
- เว็บไซต์เรียนรู้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- กิจกรรมพัฒนาเครือข่ายวิชาการ
- เว็บไซต์สร้างพันธสัญญาการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ม.ย. 64

- เว็บไซต์สาระณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นที่หลากหลาย

พ.ย. 64

- เว็บไซต์สาระณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นที่หลากหลาย
- เว็บไซต์เรียนรู้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- กิจกรรมพัฒนาเครือข่ายวิชาการ
- เว็บไซต์ใช้งานหลักสุดออนไลน์ "การเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ"

ก.ย. 64

- เว็บไซต์สาระณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นที่หลากหลาย
- เว็บไซต์เรียนรู้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- กิจกรรมพัฒนาเครือข่ายวิชาการ
- เว็บไซต์ชี้แจงและรับฟังความคิดเห็นต่อเอกสารข้อเสนอนโยบายสาระณะทั้ง 3 เรื่อง

ก.ก. 64

- เว็บไซต์สาระณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นที่หลากหลาย
- เว็บไซต์เรียนรู้กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- เว็บไซต์ชี้แจงและรับฟังความคิดเห็นต่อเอกสารข้อเสนอโยบายสาระณะทั้ง 3 เรื่อง
- กิจกรรมพัฒนาเครือข่ายวิชาการ



จากเดิมที่ภาคีเครือข่ายมักจะคุ้นเคยกับงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นเป็นประจำในช่วงเดือนธันวาคมของทุกปี โดยจัดงานอยู่ที่ส่วนกลาง (กรุงเทพมหานคร) เป็นหลัก ทว่าในปีที่ผ่านมาการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้ปรับวิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 โดยจัดสมัชชาแบบ "ไฮบริด"

สมัชชาสุขภาพ "ไฮบริด" เป็นการผสมผสานการจัดประชุม ณ สถานที่จัดงานส่วนกลาง เชื่อมต่อการประชุมออนไลน์อยู่ที่จังหวัดทั่วประเทศ และมีกิจกรรมสมัชชาสุขภาพจังหวัดหลายแห่งช่วงเดือนพฤศจิกายนต่อเนื่องมายังสัปดาห์สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดขึ้นมากมาย ยาวมาจนถึงวันประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงกลางเดือนธันวาคม ๒๕๖๓ นั้น ข้อดีของการใช้ระบบเทคโนโลยีสนับสนุนช่วยให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้เปิดกว้างเข้าถึงประชาชน กลุ่ม/เครือข่าย และสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้กว้างขวางขึ้น

ดังนั้นในปีนี้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ ก็ยังคงจะจัดสมัชชาแบบไฮบริดต่อไป มุ่งเน้นการขยายกลุ่มผู้เข้าร่วม และขยายกิจกรรมให้มีความหลากหลาย ทั้งช่วงก่อนวันประชุมและระหว่างวันประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (วันที่ ๑๕-๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔) ภายใต้ประเด็นหลัก "พลังพลเมืองตื่นรู้ สู้วิกฤตสุขภาพ"

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (คจ.สช.) ที่มี นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธาน เล็งเห็นความสำคัญและให้ดำเนินการตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในมาตรา ๔๔ วรรคหนึ่งที่บัญญัติไว้ว่า "ผู้ใดประสงค์จะเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งใด ให้สมัครลงทะเบียนสำหรับการประชุมครั้งนั้นต่อเจ้าหน้าที่ที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกำหนด ตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกำหนด"

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔ จึงเปิดรับสมัครผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ ตามมาตรา ๔๔ วรรคหนึ่ง ซึ่งหมายถึง "ประชาชน หรือตัวแทนกลุ่มประชาชนที่ได้ลงทะเบียนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๔๔ วรรคหนึ่ง ทั้งเข้าร่วมกิจกรรมอื่นๆ และ/หรือร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในประเภทสมาชิก หรือประเภทผู้สังเกตการณ์" โดยเปิดรับสมัครลงทะเบียนเข้าร่วม ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ (รายละเอียดเพิ่มเติมและสมัครลงทะเบียน: www.samatcha.org)

ในช่วงเดือนมิถุนายน จนถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๖๔ เป็นช่วงเปิดรับฟังความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอนโยบาย หรือที่เรียกว่า "ร่างระเบียบวาระการประชุมในการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ พ.ศ. ๒๕๖๔" ในขั้นตอนนี้ เป็นร่างเอกสารชุด ๑ ประกอบด้วยร่างเอกสารหลัก และร่างมติ มีจำนวน ๓ ระเบียบวาระ ได้แก่

การสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน ในวิกฤตโควิด-19

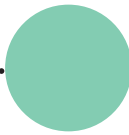
ซึ่งมีกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) คือ “วิกฤตโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งทิศทางการพัฒนานโยบายสาธารณะ ต้องบูรณาการเชิงระบบ โดยใช้องค์ความรู้และนวัตกรรมด้านการจัดการขยะ และการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว การพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างมีสุขภาวะ การปรับเปลี่ยนวิถีคิดและพฤติกรรมใหม่ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อสังคมของทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดเครือข่ายพลังพลเมือง ในการสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อม เพื่อขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน”



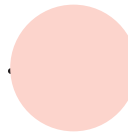
การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม ในวิกฤตสุขภาพ

ซึ่งมีกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) คือ “การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในวิกฤตสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์การสื่อสารที่เป็นระบบอย่างเป็นเอกภาพ โปร่งใส และเหมาะสมกับช่วงเวลา ด้วยความรับผิดชอบ และด้วยภาวะรับผิดชอบต่อตำแหน่งหน้าที่ของทุกฝ่าย มีความสำคัญอย่างยิ่งในอันที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนทุกกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง อันจะส่งผลให้สังคมไทยผ่านพ้นวิกฤตสุขภาพไปได้โดยเร็วที่สุด”

กิจกรรมสำคัญช่วงเดือนนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงขอเชิญชวนประชาชน กลุ่ม/เครือข่าย และสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ร่วมแสดงความคิดเห็นต่อข้อเสนอแนะทั้ง ๓ เรื่องนี้ ซึ่งเป็นเรื่องที่อยู่ใกล้ตัวของทุกคน โดยส่งความเห็นผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ทาง Google Form ที่อยู่บนเว็บไซต์ www.samatcha.org



การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ ในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม ซึ่งมีกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) คือ “นโยบายสาธารณะนี้มุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนของสังคม มีการจัดการร่วมกัน เพื่อสร้างความมั่นใจว่าในทุกภาวะวิกฤติ ประชาชนทุกคนจะได้รับ การคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เท่าเทียม ทั่วถึง อย่างเป็นธรรมตามหลักการสิทธิมนุษยชน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ และมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่ประสบภาวะล้มละลายจากความเจ็บป่วย ตลอดจนได้รับการเยียวยาตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อความมั่นคงทางด้านสุขภาพของทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย”



สช. จะประมวลความเห็นของทุกคนเผยแพร่ต่อสาธารณะ สามารถติดตามความคืบหน้าของการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายนี้ได้อย่างต่อเนื่อง และเมื่อท่านได้ลงทะเบียนเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ แล้ว ท่านจะได้รับการพิจารณาเชิญให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ก่อนวันประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตามที่ท่านแจ้งความประสงค์ไว้

แล้วพบกันในงานพลังจับหน้า สช. จะมาอัปเดตกิจกรรมความก้าวหน้าของงานในส่วนต่างๆ ให้ทราบกันต่อไป 🙌

เล่าให้ลึก

เชนจิโร ยาสึตะ, โยโกะ โอนะ และจอห์น เลนนอน

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

โยโกะ โอนะ เป็นสตรีญี่ปุ่นที่เคยมีชื่อเสียงโด่งดังไปทั่วโลก, เพราะเป็นภรรยาจอห์น เลนนอน ศิลปินวงดนตรีสี่เต่าทอง (The Beatles) ที่ดังมากในยุคซิกทีส์ กิจกรรมหนึ่งที่สร้างความดังให้แก่ทั้งคู่คือการแสดง “ร่วมเตียงเพื่อสันติภาพ” (Bed-Ins for Peace) ในโรงแรมฮิลตันอัมสเตอร์ดัม เนเทอร์แลนด์เมื่อปี ๑๙๖๙ เพื่อประท้วงสงครามเวียดนามที่เป็นกระแสใหญ่ทั่วโลกเวลานั้น ทั้งคู่เปิดให้กองทัพนักข่าวเข้าไปทำข่าวกิจกรรมของพวกเขาในห้องพัก นอกจากนี้พูดและตอบคำถามนักข่าวบนเตียงนอนแล้ว บางช่วงพวกเขายังเปลือยกายและร่วมรักกันด้วย ตามสโลแกน “ร่วมรัก ไม่เอาสงคราม” (Make Love, Not War) ซึ่งเป็นกระแสหนึ่งของการประท้วงสงครามเวียดนามในช่วงนั้น

โยโกะ โอนะ เกิดเมื่อ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๔๗๖ ในกรุงโตเกียว พ่อเป็นนายธนาคารผู้มั่งคั่ง และเป็นนักเปียโนด้วย ก่อนโยโกะเกิด ๒ สัปดาห์ พ่อย้ายไปทำงานธนาคารที่ซานฟรานซิสโก ครอบครัวย้ายตามไปภายหลัง โยโกะพบหน้าพ่อตอนอายุ ๒ ขวบ ต่อมาพ่อย้ายกลับญี่ปุ่น และกลับไปนิวยอร์ก ต่อมาไปอยู่ซานอโยโกะได้เรียนเปียโนเมื่ออายุ ๔ ขวบ และเข้าเรียนในโรงเรียนของชั้นสูงในโตเกียว

ช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่ ๒ โตเกียวถูกระเบิดถล่มหนัก ครอบครัวโยโกะต้องหลบระเบิดในหลุมหลบภัย และต่อมาต้องอพยพไปอยู่ในรีสอร์ทในชนบทช่วงโตเกียวถูกลบหนัก เกิดภาวะขาดแคลนอาหารอย่างหนัก ครอบครัวโยโกะต้องระหกระเหินและถึงขั้นต้องขออาหารเขากิน โยโกะบอกว่า ช่วงวัย ๑๒ ขวบนั้นเองที่เธอเริ่มมีทัศนคติก้าวร้าว และเข้าใจสภาพของความเป็น “คนนอก” (outsider)

หลังสงคราม โรงเรียนเปิด โยโกะกลับเข้าเรียนในโรงเรียนเดิม ซึ่งตั้งอยู่ใกล้พระราชวังอิมพีเรียล เพื่อนร่วมชั้นของเธอคนหนึ่งคือ เจ้าชาย อากิฮิโตะ ซึ่งต่อมาคือพระจักรพรรดิ หลังจบมัธยมเธอเข้าเรียนมหาวิทยาลัยกาคูซุอิน โดยเป็นสตรีคนแรกที่เรียนวิชาปรัชญาในมหาวิทยาลัยแต่เรียนได้ ๒ ภาคเรียนเธอก็ออก ตามไปอยู่กับครอบครัวในนิวยอร์ก และเข้าเรียนระดับ

มหาวิทยาลัยที่วิทยาลัยซาราห์ลอร์เรนซ์ ที่นั่นเอง โยโกะเริ่มเส้นทางชีวิต “ขบถ” โดยการคบหากับศิลปิน กวี ซึ่งครอบครัวของเธอไม่เห็นด้วย เพราะ “คนพวกนั้น” เป็น “คนละชั้น” กับเธอ

เมื่ออายุได้ ๒๓ ปี โยโกะอยู่กับนักแต่งเพลงชาวญี่ปุ่น อยู่กันได้ราว ๖ ปี ก็หย่ากัน โยโกะกลับมาอยู่กับครอบครัวพร้อมโรคซึมเศร้า จนต้องเข้าอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช แต่ไม่ซำก็แต่งงานกับศิลปินแจ๊สชาวอเมริกัน เมื่อ

๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๐๕ ทั้งคู่มีลูกสาวด้วยกัน ๑ คน อยู่ด้วยกันไม่นานก็แยกกันอยู่ และหย่ากันเมื่อ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๑๒ ซึ่งปีนั้นเอง โยโกะก็แต่งงานกับ จอห์น เลนนอน มีลูกชายกับจอห์น เลนนอน ๑ คน และไม่ได้แต่งงานอีกจนชรา

โยโกะ พบจอห์น เลนนอน ครั้งแรก เมื่อ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๐๙ ในงานจัดแสดงของเธอในแกลเลอรีออดิก้าในกรุงลอนดอน โดยการแนะนำของจอห์น ดันบาร์ เจ้าของแกลเลอรี แรกพบ จอห์น เลนนอน ไม่ประทับใจในการจัดแสดงของโยโกะนัก และดูเหมือนโยโกะก็ยังไม่รู้จักวงเดอะบีตเทิลส์ และไม่รู้ว่าจะจอห์น เลนนอน ดังขนาดไหน แต่หลังจากนั้นทั้งคู่ก็ติดต่อกัน และในเดือนกันยายน ๒๕๑๐ เลนนอนก็สปอนเซอร์งานแสดงศิลปะเดี่ยวของโยโกะ ที่แกลเลอรี ลิสสัน ในกรุงลอนดอน

ต้นปี ๒๕๑๑ เดอะบีตเทิลส์ไปแสดงที่อินเดีย เลนนอนแต่งเพลงจูเลีย (Julia) มีเนื้อพ่อนหนึ่งเสมือนคำรำพึงถึงโยโกะว่า “ลูกแห่งมหาสมุทรเรียกหาฉัน” (Oceanchild calls me) เพราะชื่อโยโกะ แปลว่า “ลูกแห่งมหาสมุทร” ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๑๑ ระหว่างที่ขึ้นเที่ยวภรรยาของเลนนอนไปพักผ่อนที่กรีซ เลนนอนเชิญโยโกะไปเยือน ทำอัลบั้มชื่อ “สองพรหมจารี” (Two Virgins) คืนนั้น ตอนรุ่งสว่างทั้งสองร่วมรักกัน

วันที่ ๒๔-๒๕ กันยายน ๒๕๑๑ เลนนอนแต่งเพลง “ความสุขคือปืนที่อุ่น” (Happiness Is a Warm Gun) ซึ่งกล่าวถึงการร่วมรักกับโยโกะ ตอนนั้นโยโกะตั้งครรภ์และแท้งบุตรชาย เมื่อ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๑๑ สัปดาห์ต่อมา เลนนอนได้รับใบหย่ากับซินเทีย

เลนนอน จดทะเบียนสมรสกับโยโกะที่ยิบรอลตาร์ และ

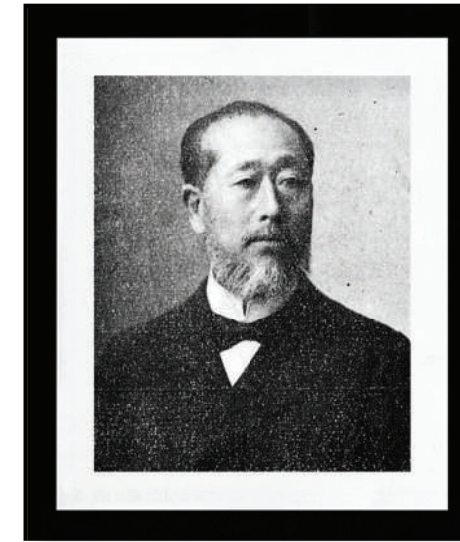
จัดการแสดงประท้วงสงครามเวียดนามครั้งแรก ระหว่างการอันนิมูนที่อัมสเตอร์ดัม เป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์ และเตรียมจัดครั้งที่สองในสหรัฐ แต่ไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าประเทศ จึงไปจัดอีกครั้งที่โรงแรมควีนอลิซาเบธที่มอนทรีลในแคนาดา ที่พวกเขาบันทึกแผ่นเสียงเพลง “ให้โอกาสแก่สันติภาพ” (Give Peace a Chance)

ลูกชายของทั้งคู่เกิดเมื่อ ๙ ตุลาคม ๒๕๑๘ ตรงกับวันเกิดครบอายุ ๓๕ ปี ของเลนนอน โยโกะ อายุ ๔๒

เลนนอนถูกลอบสังหาร

เมื่อปี ๒๕๒๓ โยโกะ มีปัญหาชื่อ เชนจิโร ยาสึตะ เกิดเมื่อ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๓๘๑ ถูกลอบสังหารเสียชีวิตเมื่อ ๒๘ กันยายน ๒๔๖๔ ทวดเชนจิโรเกิดในตระกูลซามูไร ร่ำรวยจากการเป็นนักการเงินการธนาคาร อนุสรณ์สถานสำคัญที่เขาสร้างไว้คือหอประชุมที่มหาวิทยาลัยโตเกียว เป็นอาคารโอบอ้อมงดงามออกแบบโดยแรงบันดาลใจจากซุ้มประตูอาคารมหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ เชนจิโรถูกลอบสังหารโดยนักกฎหมายชาตินิยมเพราะเขาปฏิเสธที่จะบริจาคเงินให้โรงแรมของผู้ใช้แรงงาน

เมื่อจอห์น เลนนอน เห็นรูปถ่ายเชนจิโร ยาสึตะ ครั้งแรก เขาพูดว่า “นั่นมันฉันเมื่อชาติก่อน” ซึ่งโยโกะบอกว่า “อย่าพูดอย่างนั้น เขาถูกลอบสังหารนะ” ❀



๔๒

๔๓

คลิปที่ต้องดู

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

บทบาทชุมชนกับการรับมือโควิด-19

ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 บทบาทของชุมชนไม่จำเป็นจะเป็นการจัดการตนเอง การสร้างมาตรการต่างๆ เพื่อตัดวงจรการระบาด จะเป็นเกราะป้องกันการแพร่กระจายของไวรัสได้เป็นอย่างดี ซึ่งถือเป็นมาตรการที่หนุนเสริมการทำงานภาครัฐให้มีประสิทธิภาพขึ้นด้วย

แต่ชุมชนจะดำเนินการอย่างไร แล้วอะไรคือบทบาทที่แท้จริงของชุมชน แน่นอนว่าคำตอบล้วนแต่ต้องอยู่ที่คนในชุมชนและบริบทของชุมชนเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม “คลิปที่ต้องดู” ฉบับเดือนกรกฎาคมนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านติดตามคลิปตอน “บทบาทชุมชนกับการรับมือโควิด-19” ซึ่งถือเป็นหนึ่งในแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงได้อย่างแน่นอน 🌟

๔๔



บทบาทชุมชนกับการรับมือโควิด-19

เจ้าของที่ปรึกษา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
บรรณาธิการผู้พิมพ์โฆษณา	นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ
บรรณาธิการบริหาร	พัชรา อุบลสวัสดิ์
บรรณาธิการกองบรรณาธิการ	นพ.ปรีดา แต่อารักษ์
	บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด
	ชนิษฐา แซ่เอี้ยว
	แคทรียา การาม
	ทรงพล ตูละทา
	นภินทร ศิริไทย
	บัณฑิต มั่นคง
	พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน
	ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์
	สุรชัย กลั่นวารี
	ชูชาติ ตริวิธานนท์
	พรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์
	ชนัญชิตา จันทร์หมื่น

EDITORIAL TEAM

ที่อยู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
 ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
 ๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔
 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
 โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐ แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑
 อีเมล nationalhealth@nationalhealth.or.th
 เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

ติดต่อกองบรรณาธิการ
 บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด
 ๓๕๓/๔๕๕ หมู่บ้าน The Connect
 ๗/๑ ถ.เทิดราชัน แขวงสีกัน เขตดอนเมือง
 กทม. ๑๐๒๑๐
 โทรศัพท์ ๐๘ ๗๑๗๑ ๘๙๔๔





เสียงของท่านมีความหมายต่อประเทศ

มาร่วมเป็นส่วนหนึ่งของ

สมาชิกสหภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 14 พ.ศ. 2564

**15-16
ธ.ค. 64**

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

**ขอเชิญชวนทุกท่านร่วมพัฒนาโยบายสาธารณะ
โดยให้ความเห็นต่อเอกสารทั้ง 3 เรื่อง**

การสร้างเสริม
สุขภาพ
สิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน
ในวิกฤตโควิด-19



(เอกสารร่าง 1)

การคุ้มครองการเข้าถึง
บริการสุขภาพของ
กลุ่มประชากรเฉพาะ
ในภาวะวิกฤต
อย่างเป็นธรรม



(เอกสารร่าง 1)

การจัดการ
การสื่อสาร
อย่างมีส่วนร่วม
ในวิกฤตสุขภาพ



(เอกสารร่าง 1)



1 ปีรับความเห็น 1 ส.ค. 64

“
นโยบายสุขภาพ
ที่คุณอยากได้ยื่น
เริ่มได้จากเสียงของคุณเอง

”
**เพราะการร่วมคือ
จุดเริ่ม**

**ลง
ทะเบียน
เข้าร่วม**



**สมาชิกสหภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 14 พ.ศ. 2564**

15-16 ส.ค. 2564

