

สานพลัง

สานพลังแก้ปัญหา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ

Premature
Pregnancy

Health

สิ่งแวดล้อม

Pollution

คิกออฟ

กขป. ชุดที่ ๒

กลไกหลอมรวม 'พลังสังคม'

สร้างสุขภาวะประชาชนในวิกฤตสุขภาพ



ปีที่ ๑๒

กันยายน ๒๕๖๔

www.nationalhealth.or.th



เรื่องเด่น ประจำ ฉบับ

๐๒

คุยกับเลขาธิการ คสช.

พระสงฆ์และศาสนสถาน
เสาค้ำยันทางจิตวิญญาณ
หมุนเสริม 'ชุมชน'
สู้ภัยโควิด-19

๐๔

เรื่องจากปก

คิกออฟ กวป. ชุดที่ ๒
กลไกหลอมรวม
'พลังสังคม' สร้างสภาวะ
ประชาชนในวิกฤตสุขภาพ

๑๔

สัมภาษณ์พิเศษ

สำรวจอดีต สอบทาน
ปัจจุบัน ฉายภาพอนาคต
กวป.ชุดที่ ๒ กับการ
ต่อยอด 'ฐานทุนเดิม'

๒๒

เกาะติด คสช.

เกาะติดมติสมัชชาผู้สูงอายุ
ระดับชาติ ยกระดับคุณภาพ
ชีวิตในสังคมสูงวัยสมบูรณ์

๒๖

เรื่องเล่าจากพื้นที่

'กวป. ชุดที่ ๒' ต่อยอด
การทำงานสร้างกลไก
บูรณาการสนับสนุน
สภาวะในเขตพื้นที่

๒๘

แกระรอยโลก

กลยุทธ์ในการโต้วัคซีน
โควิด-19 ของประเทศต่างๆ

๓๐

ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง

HIA กับบทบาทการเป็นเครื่องมือ
ขับเคลื่อนเขตสุขภาพเพื่อ
ประชาชน

๓๒

Right to Health

กวป. ความหวังในการขับเคลื่อน
กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ
ในระดับพื้นที่

๓๔

นโยบายสร้างได้

ก้าวถัดไป สู่สมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔

๓๘

เล่าให้ลึก

ตำนานวัคซีนเอดส์ใน
ประเทศไทย

๔๐

คลิปดีที่ท่องดู

กวป. กลไกเชื่อมร้อย
การทำงานระดับพื้นที่

รายชื่อกองบรรณาธิการ



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง
จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๓๒ ๙๐๐๐
แฟกซ์ ๐ ๒๕๓๒ ๙๐๐๑
อีเมล : nationalhealth@nationalhealth.or.th
เว็บไซต์ : www.nationalhealth.or.th



คุยกับ เลขาธิการ

อยู่กับโควิด-19
เร่งฟื้นฟูประเทศ
เพิ่มคุณภาพชีวิต
ประชาชน
กับการทำงาน
ของ กวป. ชุดที่ ๒



๒

สวัสดิ์ศรีรับพี่น้องภาคีเครือข่ายทุกท่าน ขณะนี้จำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่จะลดต่ำลงมาบ้างแล้ว คาดว่าหลังจากวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๔ ที่รัฐบาลจะเริ่มคิกออฟแจกชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) จำนวน ๘.๕ ล้านชุด ให้กับกลุ่มเสี่ยง จะทำให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจมากขึ้นและมีความเป็นไปได้ว่าตัวเลขการติดเชื้อรายใหม่จะขยับเพิ่มขึ้นอีกครั้ง แต่ถ้ามีการเร่งจัดหาและฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมประชาชนได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งมีการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริการและการเชื่อมระบบส่งต่อการดูแลผู้ติดเชื้อสีเขียวที่บ้านหรือ Home Isolation (HI) และผู้ป่วยสีเขียวอ่อนที่ศูนย์พักคอยในชุมชน หรือ Community Isolation (CI) เชื่อมกับ รพ.สนามและ รพ.หลัก ที่ดูแลผู้ป่วยสีเขียวหรือสีแดงตามลำดับ ถ้าทำได้ก็มั่นใจว่าจำนวนผู้ป่วยหนักจนเกินภาระของระบบบริการและจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ก็จะลดน้อยลงและอยู่ในวิสัยควบคุมสถานการณ์

แม้จะมีข้อกังวลจากสถาบันวิชาการบางแห่งว่าไทยอาจต้องเผชิญหน้ากับโควิด-19 ระลอกที่ ๕ เหมือนประเทศอื่นอันเป็นผลมาจากการคลายล็อกดาวน์และสัดส่วนการฉีดวัคซีนที่ยังน้อยอยู่ รวมทั้งโฆษก ศบค. ได้เตือนเมื่อวันที่ ๖ กันยายน ระบุว่าอยากให้ทุกคนดูแลตัวเองให้ดี การ์ดอย่าตก เพราะหากคุมสถานการณ์ไม่ดี อาจเห็นตัวเลขผู้ติดเชื้อสูงขึ้นในเดือนตุลาคม เป็นวันละ ๓ หมื่นรายได้

พี่น้องภาคีเครือข่ายทุกท่านครับ แม้ว่าไทยยังมีความเสี่ยงกับการระบาดของโควิด-19 อยู่ แต่อีกด้านประเทศก็มีความจำเป็นต้องเปิดเศรษฐกิจเพื่อให้ชีวิตของประชาชนสามารถเดินหน้าต่อไปได้ ด้วยมาตรการการ์ดไม่ตกของประชาชน มาตรการเร่งจัดหาและฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุดและเร็วที่สุดของรัฐบาล รวมทั้งมาตรการที่เกิดจากพลังการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมจากประสบการณ์ที่เราได้ร่วมกันขับเคลื่อนแผนงาน

๓

“รวมพลังพลเมืองตื่นรู้ ช่วยชาติสู้โควิด-19” มาร่วม ๒ ปี ได้เกิดเป็นองค์ความรู้ของประชาชนและรูปธรรมของนวัตกรรมทางสังคมขึ้นมากมายทั่วประเทศหน้าซำยังมีการต่อยอดความสำเร็จและการขยายการมีส่วนร่วมออกไปในทุกระดับอย่างกว้างขวาง นั้นทำให้ผมเชื่อมั่นว่าประเทศไทยของเราจะสามารถปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์จากตั้งรับการระบาดของโควิด-19 เป็น “อยู่กับโควิด-19 เร่งฟื้นฟูประเทศ เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน” ได้ในเร็วๆ นี้เหมือนที่หลายประเทศที่กำลังทำอยู่

มากไปกว่านั้นถือเป็นเรื่องที่น่ายินดีเป็นอย่างยิ่งที่ขณะนี้ในพื้นที่ เรามี “คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน” หรือ กขป. ชุดที่ ๒ ครบทั้ง ๑๓ เขต และมีประธาน กขป. ทุกเขตเรียบร้อยแล้ว โดย กขป. ชุดใหม่นี้จะพัฒนาบทบาทใหม่โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ของกรรมการชุดแรกที่ผ่านมา ปรับให้สอดคล้องกับบริบทและข้อจำกัดที่มีอยู่ในพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกสอดประสานและถักทอการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ รวมทั้งสานพลังทั้งแนวตั้งและแนวราบเพื่อสู้รบกับโควิด-19 ที่อาจระบาดใหญ่อีกครั้ง และคิดค้นขับเคลื่อนมาตรการตามยุทธศาสตร์ “อยู่กับโควิด-19 เร่งฟื้นฟูประเทศ เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน”

กขป.จะเป็นกลไกบูรณาการเป้าหมาย แผนงานการทำงานร่วมของหน่วยงาน ตลอดจนองค์กรภายในเขตพื้นที่ และเป็นกลไกสนับสนุนการสร้างขยาย และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในเขตพื้นที่ ทั้งเครือข่ายหน่วยงานองค์กรและภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นการทำงานในระดับเขตสุขภาพ ที่เชื่อมกับกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่ทำงานอำนวยความสะดวกขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัด และกลไกของอำเภอ ตำบล และชุมชน ที่ทำงานขับเคลื่อนรูปธรรมในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างสุขภาวะของประชาชน

ผมขออวยพรให้ กขป. ชุดที่ ๒ บรรลุภารกิจตามเป้าประสงค์และความมุ่งหวัง นะครับ 🙏

เรื่องจากปก

คิกออฟ กขป. ชุดที่ ๒

กลไกหลอมรวม
‘พลังสังคม’

สร้างสุขภาวะ
ประชาชนใน
วิกฤตสุขภาพ

เป็นเรื่องที่น่ายินดีอย่างมากสำหรับประเทศไทย เมื่อมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ชุดที่ ๒ ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่สื่อเค้าว่าอาจจะเกิดการระบาดใหญ่อีกครั้งในเดือนตุลาคม-ปลายปี ที่บอกว่าเป็นเรื่องที่น่ายินดี เนื่องจากตลอดระยะเวลา ๒ ปีของการแพร่ระบาด พบว่า “พลังทางสังคม” อันเป็นผลมาจากการเชื่อมร้อยประสานการทำงาน ทั้งแนวตั้งและแนวราบจนเกิดเป็น “นวัตกรรมทางสังคม” ขึ้นมามากมายทั่วทั้งประเทศนั้น มีส่วนสำคัญต่อการ “ควบคุมโรค” อย่างยิ่ง



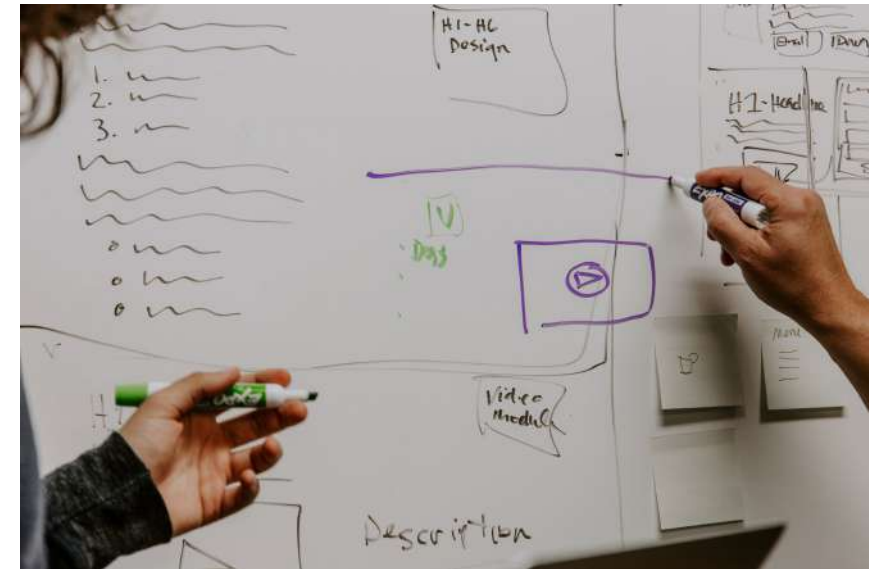
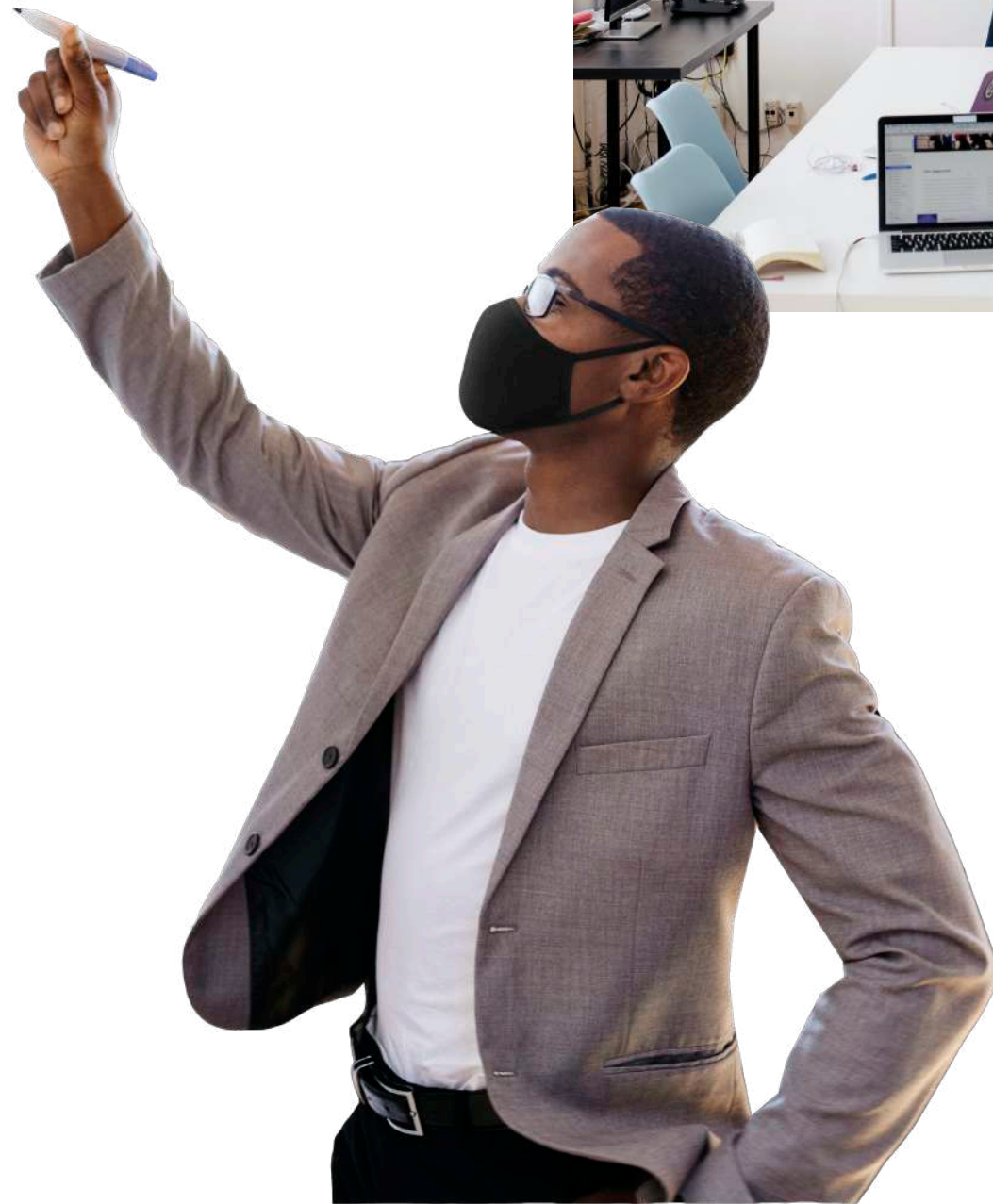
ภาพของการจัดตั้งศูนย์พักคอยใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อรอการส่งต่อ จาก “คลองเตยโมเดล” ถูกขยายผลสู่ “นครปฐมโมเดล” และได้รับการต่อยอดไปยัง “นครชัยบุรินทร์” หรือ ๔ จังหวัดใหญ่ทางภาคอีสาน อันได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ คือรูปแบบที่ชัดเจนที่สุดของความร่วมไม้ร่วมมือจากทุกภาคส่วน

ตั้งแต่ระดับนโยบายลงมาถึงระดับปฏิบัติในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และที่เข้ามา มีบทบาทสำคัญในการหนุนเสริมทรัพยากรในการสู้โควิด-19 ก็คือภาคเอกชน

ตัวอย่างเหล่านี้ ล้วนแต่ตั้งต้นมาจากการสอดประสาน-ถักทอการทำงาน และสานพลังการมีส่วนร่วมทั้งสิ้น ซึ่งนั่นก็คือบทบาทหลักของ กขป. ที่ตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ นั่นเอง

นั่นหมายความว่า แม้โควิด-19 จะยังแพร่ระบาดต่อไป หากแต่ประเทศไทยก็มี “กลไกการทำงานแบบบูรณาการ” ที่เข้มแข็งรองรับมากไปกว่านั้น กขป. ชุดที่ ๒ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งเมื่อวันที่ ๑๒ ก.ค. ๒๕๖๔ ยังจะสานต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะบนฐานของการสรุปทเรียนการดำเนินงานจาก กขป. ชุดที่ ๑ ที่ปฏิบัติภารกิจมาถึง ๔ ปี

“กลไกนี้จะทำให้ทุกภาคส่วนได้มีโอกาสเข้ามาทำงานร่วมกันในแนวราบ ที่จะช่วยสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในพื้นที่ อันเป็นพื้นฐานสำคัญต่อระบบสุขภาพของประเทศต่อไป โดยเฉพาะในช่วงที่เราต้องรับมือกับวิกฤตการณ์โควิด จุดแข็งของ กขป. ที่ให้ทุกภาคส่วนมาร่วมเป็นพันธมิตรเสริมพลัง ขับเคลื่อนการแก้ปัญหาพร้อมกัน ในที่สุดเราก็จะสามารถฝ่าวิกฤตนี้ไปได้ด้วยกันอย่างแน่นอน” อนุทิน ชาญวีรกูล ประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระบุในการประชุม Kick Off กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ชุดที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๑ ส.ค. ที่ผ่านมา



กลไกหลอมรวม ‘พลังทางสังคม’

“ศ.นพ.ประเวศ วะสี พูดไว้บ่อยๆ ว่าจะต้องดำเนินการในลักษณะสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ยอดของสามเหลี่ยมเป็นองค์ความรู้ ฐานสามเหลี่ยมทั้งสองมุมเป็นภาคประชาสังคม และภาคนโยบาย โดยแนวคิดดังกล่าวถูกแตกออกมาเป็นองค์ประกอบของ กขป.”

ดร.นพ.อิทธิพล สูงแข็ง รองประธาน กขป.เขต ๔ ระบุว่า ผ่านมา อาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่า กขป. เป็นคณะกรรมการที่มีบทบาทและหน้าที่ในการ “ลงมือทำ” ทว่าแท้จริงแล้ว กขป. เป็นกลไกหนุนเสริมประสานงานและเป็นเพียงผู้กำหนดประเด็นร่วมในการทำงานร่วมกัน หรือเป็นกลไกหลอมรวมพลังทางสังคม

เมื่อได้ประเด็นร่วมตามบริบทของแต่ละพื้นที่แล้ว ก็เป็นหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานที่จะต้องนำไปปฏิบัติตามบทบาทของตัวเอง โดยมี กขป. ช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นนั้นๆ เพื่อให้หน่วยงานปกติทำงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

ฉะนั้นอาจพูดได้ว่า ความสำเร็จของ กขป. ก็คือความสำเร็จของภาคีเครือข่ายทั้งหมด

ดร.นพ.อิทธิพล อธิบายว่า กขป. ในแต่ละเขตจะประกอบด้วยกรรมการสมาชิก ที่มาจากภาคราชการ เช่นกระทรวงที่เกี่ยวข้อง องค์กรตระกูล ส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ และ ความเกี่ยวข้องกับการเมือง เพราะสุขภาพที่ดีจะต้องเกี่ยวข้องกับการเมือง และการเมืองยังเป็นส่วนที่กำหนดงบประมาณให้ส่วนต่างๆ ได้นำไปใช้อีกด้วย

นอกจากนี้ ยังมีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ และวิชาชีพในสาขาต่างๆ ที่มีองค์ความรู้ในการทำงานให้คนมีสุขภาพดี รวมถึงกรรมการภาคเอกชน และประชาสังคมที่เป็นตัวแทนของกลุ่มต่างๆ เช่น ตัวแทนชนกลุ่มน้อย ตัวแทนผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

“การทำงานจะมาจาก ๓ ส่วนเพื่อให้เกิดความหลากหลาย โดยเฉพาะการประสานแนวราบ เนื่องจากการทำงานระบบราชการนั้นเป็นแนวตั้ง ดังนั้น กขป. จะดูปัญหาจากพื้นที่การทำงาน ซึ่งจะเป็นการประสานในแนวราบ” รองประธาน กขป.เขต ๔ อธิบาย

สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร ผู้อำนวยการสำนักขับเคลื่อนนโยบายระดับพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการ

สุขภาพแห่งชาติ (สช.) เทียบเคียงให้เห็นภาพว่า หากเทียบภารกิจของแต่ละหน่วยงานเหมือนกับเส้นด้ายในแนวตั้ง การทำงานของ กขป. ก็เปรียบเสมือนเส้นด้ายในแนวนอน ที่จะไปถักทอและสอดประสานกับแนวตั้งให้เกิดเป็นผืนผ้าที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

“เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน จึงอยากให้ทุกภาคส่วน ทุกหน่วยงาน ทุกองค์กร เข้ามาร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างการดูแล และร่วมกันกำหนดทิศทางสร้างระบบสุขภาพด้วยตัวเอง” สมเกียรติ ระบุ

กขป. ชุดที่ ๑ บูรณสร้างสุขภาพ:

การทำงานของ กขป. ชุดที่ ๑ ไม่ต่างไปจากการ “วางอิฐก้อนแรก” เพื่อสร้างจากฐานที่มั่นคงในระดับพื้นที่ โดยตลอดระยะเวลา ๔ ปี ของการขับเคลื่อนงานตามบริบทของแต่ละกลุ่มจังหวัด พบว่ามีรูปธรรมจำนวนไม่น้อย ที่พร้อมจะได้รับการต่อยอดเพื่อยกระดับไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

สำหรับตัวอย่างรูปธรรมของการขับเคลื่อนประเด็นสาธารณสุขในแต่ละเขตนั้น เริ่มจาก กขป.เขต ๑ พื้นที่ภาคเหนือ เกิดความชัดเจนเรื่องของการจัดการหมอกควัน ไฟป่า ซึ่งขยายมาสู่การแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM 2.5) โดย กขป. ทำหน้าที่ประสานแต่ละภาคส่วนเข้ามาหารือและกำหนดมาตรการ นำไปสู่การสร้างความร่วมมือลดการเผา จนสามารถลดจุดความร้อน (hotspot) ในพื้นที่ได้

ต่อด้วยตัวอย่างการทำงานจากกขป.เขต ๔ ภาคกลาง พบปัญหาาร่วมคือการจราจรบนเส้นทางสายหลัก นั่นคือถนนสายเอเชียที่มักเกิดอุบัติเหตุอยู่บ่อยครั้ง จึงมีการเข้าไปศึกษาในจุดเกิดเหตุ ค้นหาปัจจัยเสี่ยง นำมาสู่การออกแบบถนน แก้ปัญหาเรื่องจุดตัดข้ามทางแยกต่างๆ จนปัจจุบันสามารถช่วยลดปริมาณอุบัติเหตุลงไปได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยแนวคิดเหล่านี้จะถูกนำไปขยายการทำงานในพื้นที่อื่นๆ เพิ่มเติม

ในส่วนของภาคอีสาน กขป. เขต ๑๐ มีการจัดการกับโรคอุบัติใหม่อย่างโควิด-19 ด้วยการประสานความร่วมมือทั้งจากสำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) คณะแพทยศาสตร์ของ





ภาพ : <http://beesjourney.com/>

“การทำงานที่ประกอบด้วยคนจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม โดยการทำงานที่จะทำให้เกิดความเข้าใจนั้น สิ่งที่เป็นคือต้องรับฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย และแสวงหาฉันทามติในการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและพื้นที่”

มหาวิทยาลัย ตลอดจนถึงกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทำให้เกิดการจัดทำธรรมนูญสุขภาพโควิดในพื้นที่อำเภอ รวมถึงตำบลต่างๆ จนสามารถจัดการกับการแพร่ระบาดของโรคได้มากขึ้น

ขณะที่ภาคใต้ ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ กขป. เขต ๑๒ มีการจัดการปัญหาด้านสุขภาวะของกลุ่มชาติพันธุ์ และกลุ่มเปราะบางต่างๆ โดยร่วมมือกับกรมการปกครอง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เพื่อทำการเก็บข้อมูล ทำกระบวนการสืบค้นและการรับรองต่างๆ ที่ถูกต้อง จนสุดท้ายนำมาสู่การรับรองสถานะ และสามารถออกบัตรประชาชนให้กับกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ได้ ทำให้กลุ่มเหล่านี้ได้เข้าถึงระบบบริการหลักประกันสุขภาพ รวมไปถึงระบบการศึกษา

จากตัวอย่างทั้ง ๔ ภูมิภาคนี้ จะเห็นได้ว่ามีมาตรการแก้ปัญหาด้านสุขภาวะที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละพื้นที่ ด้วยปัจจัยจากการมีข้อมูลทั่วถึง ช่วยเชื่อมต่อการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ได้ ที่สำคัญคือเมื่อประเด็นถูกกำหนดมาจากปัญหาเฉพาะของพื้นที่ ก็ยังได้รับความร่วมมือมากขึ้น

ถอดบทเรียนสู่การส่งต่อความสำเร็จ

อย่างที่กล่าวไปในข้างต้นว่า การทำงานของ กขป. ชุดที่ ๑ ไม่ต่างไปจาก “การวางอิฐก้อนแรก” ฉะนั้นโดยภาพรวมอาจยังมีรายละเอียดระหว่างบรรทัดที่เป็นข้อจำกัด

ก่อนการส่งไม้ต่อให้กับ กขป. ชุดที่ ๒ จึงมีการถอดบทเรียนครั้งใหญ่ ผ่านการประเมินผลการทำงานตลอด ๔ ปีที่ผ่านมา โดย **ผศ.วีรบูรณ์ วิสารทสกุล** มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (มธ.) ที่ซึ่งประเด็นความท้าทายไว้ ๔ ด้าน

ประกอบด้วย ๑. ด้านกลไกการดำเนินงาน เป็นโครงสร้างเชิงยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาของเขต แต่ผู้แทนเขตไม่ได้เป็นเครือข่ายที่มีโครงสร้างโดยตรง ทำให้การกำหนดนโยบาย-ประสานการขับเคลื่อนติดขัด ๒. ด้านกระบวนการ ยังพบปัญหาการไม่ยึดโยงโครงสร้างกลไกการบริหารของพื้นที่

๓. ด้านการขับเคลื่อนภารกิจ โดยพบว่าประเด็นที่กำหนดไว้ ๔๐-๕๐% สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ ๔. ด้านผลลัพธ์ของการทำงานแต่ละพื้นที่ เบื้องต้นประสบความสำเร็จ แต่ในภาพรวมเขตนังมีคำถามว่าความสำเร็จคืออะไร ประชาชนได้รับประโยชน์อะไร

จาก ๔ ประเด็นความท้าทายข้างต้น นำไปสู่การออกแบบ “ปัจจัยการกำหนดความสำเร็จ” ของ กขป. ชุดที่ ๒ ใน ๔ ด้าน

ได้แก่ ๑. การเข้าใจบทบาทหน้าที่ของกรรมการแต่ละคนใน กขป. ๒. องค์ประกอบและการมีส่วนร่วมของ กขป. โดยเฉพาะหน่วยงานราชการในพื้นที่ ๓. ช่องว่างการทำงานร่วมกันของทีมเลขานุการ ๔ หน่วยงาน คือ สธ., สช., สปสช. และ สสส. ๔. ระบบข้อมูลและการใช้ชุดความรู้เพื่อสนับสนุนการทำงานของ กขป.

นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ ประธาน กขป. เขตพื้นที่ ๑๐ บอกว่า โจทย์สำคัญในปัจจุบันและอนาคต คือการรับมือกับโควิด-19 ที่แพร่ระบาดทั่วประเทศและทั่วโลก ฉะนั้นหากมีการทบทวนถึงคุณค่าและผลักดันให้เกิดโครงสร้าง-แนวทางการทำงานโดยมี กขป. เข้ามายกระดับ ก็จะหลอมรวมเป็นการทำงานที่จริงจังและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

“จุดแข็งของ กขป. ที่ถูกพูดถึงตรงกันคือ การทำงานที่ประกอบด้วยคนจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม โดยการทำงานที่จะทำให้เกิดความเข้าใจนั้น สิ่งที่เป็นคือต้องรับฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย และแสวงหาฉันทามติในการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและพื้นที่

“อย่างไรก็ตาม ต้องยอมรับว่าสังคมไทยเคยชินกับระบบรวมศูนย์อำนาจ ทำให้การทำงานในชุมชนท้องถิ่นไม่ค่อยมีส่วนร่วม โดย กขป. จะเป็นกลไกการทำงานร่วมกับภาคประชาชน ฉะนั้นหากสามารถใช้เสียงของประชาชน ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทำงาน และทำงานร่วมกับภาครัฐและเอกชน ก็จะทำให้เกิดขุมพลังใหญ่ในการสร้างความสำเร็จระดับชุมชนท้องถิ่น”

นพ.นิรันดร์ กล่าว

ก้าวต่อไปของ กบป.ชุดที่ ๒

ดร.ปรเมษฐ์ จินา กบป. ชุด ๑๑ บอกว่า ภาพที่อยากเห็นในอีก ๔ ปีข้างหน้า นอกจากประเด็นร่วมของแต่ละเขตแล้ว สิ่งที่เราควรเพิ่มเติมคือเรื่องข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสารสาธารณะ โดยเสนอให้มีคณะทำงานที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ ควบคู่ไปกับการทำงานของคณะทำงานชุดย่อย และคณะทำงานยุทธศาสตร์

“อีกส่วนสำคัญที่อยากเห็นคือการสร้างความเข้มแข็งชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองได้ในทุกเรื่อง โดยเชื่อมต่อกับ กบป. เข้ากับเครื่องมือทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในระดับชาติ สมัชชาจังหวัดในระดับจังหวัด-อำเภอ รวมถึงธรรมนูญพื้นที่ในระดับตำบล-ชุมชน” ดร.ปรเมษฐ์ ระบุ

สำหรับก้าวต่อไปของ กบป. **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** ได้จัดทำข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาการดำเนินงานใน ๓ ประเด็น ได้แก่ ๑. พัฒนาการประกอบของ กบป. ให้ได้ผู้มีคุณสมบัติและศักยภาพ ๒. สนับสนุนและเสริมบทบาทการเป็นพื้นที่ประสานนโยบายและความร่วมมือระดับเขต ๓. เสริมแนวทางการทำงานลักษณะกลไกบูรณาการ

พร้อมกันนี้ สช. ยังจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาของ กบป. ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาและใช้ระบบข้อมูลร่วม การมุ่งเน้นการบูรณาการทรัพยากรในเขตพื้นที่ ตลอดจนการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจต่อบทบาทของ กบป. ให้มากขึ้น

นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระบุถึงบทบาทและแนวทางการทำงานของ กบป. ชุดที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๘ ว่า กบป.จะเป็นทั้ง “กลไกบูรณาการ” และ “กลไกสนับสนุน”

สำหรับกลไกบูรณาการ จะเป็นการบูรณาการเป้าหมาย แผนงาน การทำงานร่วมของหน่วยงาน ตลอดจนองค์กรภายในเขตพื้นที่ ส่วนการเป็นกลไกสนับสนุน คือการสร้าง ขยาย และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในเขตพื้นที่ ทั้งเครือข่ายหน่วยงาน องค์กร และภาคประชาสังคม

“เป็นการทำงานในระดับเขตสุขภาพ ที่เชื่อมกับกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่ทำงานในระดับจังหวัด และกลไกของอำเภอ ตำบล ชุมชน ที่ทำงานในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างสุขภาวะของประชาชน” นพ.ประทีป ระบุ



Health

สิ่งแวดล้อม



Pollution

ประธาน กบป. ทั้ง ๑๓ เขต

เขต ๑

ศ.เกียรติคุณ พญ.สยามพร ศิรินาวิน

เขต ๒

ผศ.ดร.สมตระกูล ราศิริ

เขต ๓

พล.ต.อ.สมศักดิ์ จันทะพิงค์

เขต ๔

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

เขต ๕

นพ.พินิจ หิรัญโชติ

เขต ๖

นายประชา เตรีตน์

เขต ๗

นายสุทธินันท์ บุญมี

เขต ๘

นายณรงค์ พลละเอียด

เขต ๙

นพ.สำเร็จ แหียงกระโทก

เขต ๑๐

นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชร

เขต ๑๑

พญ.อุทุมพร กำภู ณ อยุธยา

เขต ๑๒

นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

เขต ๑๓

ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

สำรวจอดีต สอบทานปัจจุบัน ฉายภาพอนาคต

กับ กขป.ชุดที่ ๒ การต่อยอด 'ฐานทุนเดิม'

นพ. สำเร็จ แหียงกระโทก อดีตผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำกระทรวงสาธารณสุข นับเป็นหนึ่งในผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและยังมีประสบการณ์ตรงทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่

ในสถานการณ์โควิด-19 แพร์ระบาด "นพ. สำเร็จ" คนเดียวกันนี้ ยังได้เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญในการสานพลังก่อตั้งศูนย์ประสานงานภาคประชาชนสู้ภัยโควิด-19 ประจำ จ.นครราชสีมา ขึ้น ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงานและทำงานร่วมกับภาครัฐ ซึ่งกลายมาเป็น "ต้นแบบ" ที่กระจายออกไปสู่ทุกจังหวัด

นับตั้งแต่วันที่ ๑๒ ก.ค. ๒๕๖๔ ที่ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ชุดที่ ๒ ได้รับ

การแต่งตั้งจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) อย่างเป็นทางการ ชื่อของ "นพ. สำเร็จ" ก็ปรากฏอยู่ในฐานะประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ ๙ ซึ่งครอบคลุม ๔ จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์

กองบรรณาธิการนิตยสารสานพลัง ฉบับเดือน ก.ย. ๒๕๖๔ ได้รับเกียรติจาก "นพ. สำเร็จ" ที่ช่วยพาเราไปสำรวจอดีต สอบทานปัจจุบัน ตลอดจนฉายภาพการขับเคลื่อนงานของ กขป. ในอนาคต

ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทสัมภาษณ์ชิ้นนี้ไปด้วยกัน

นพ. สำเร็จ แหียงกระโทก
อดีตผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำ
กระทรวงสาธารณสุข

“แต่เมื่อมี กขป. ก็ได้ทำให้
เกิดการไขว่กันในแนวราบ
อย่างน้อยทำให้แต่ละภาคส่วน
แต่ละหน่วยงานมีการพูดคุยกัน
เริ่มมีการศึกษางานซึ่งกันและกัน
แล้วเอาเป้าหมายรวมของทุกส่วน
มานั่งคิดร่วมกัน จึงเริ่มเกิด
เป็นการบูรณาการทำงาน
ที่ไม่ใช่การทำงานจากการฟัง
ผู้บังคับบัญชาเพียงอย่างเดียว”

๑๖



เมื่อ ‘กขป.’ มาใหม่ อุปสรรคคือความเข้าใจ

ในฐานะผู้ที่มีความเข้าใจดีกับกลไกของ กขป. หมอสำเร็จ เริ่มต้นอธิบายให้เราเข้าใจก่อนว่า การทำงานด้านสุขภาพของประเทศไทยอยู่ภายใต้การดำเนินงานหลักๆ ขององค์กร ๔ ส. ประกอบด้วย “สธ.” หรือกระทรวงสาธารณสุข ดูแลในด้านกำลังคน การบริการ “สปสช.” หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดูแลด้านงบประมาณที่จะให้เกิดการทำงาน “สสส.” หรือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลด้านการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ หรือนวัตกรรมการทำงานที่เป็นสิ่งใหม่

ส่วนสุดท้ายคือ “สข.” หรือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดูแลในด้านของภาคประชาชน ซึ่งในส่วนของ ส.สุดท้ายที่ก้าวเข้ามาทีหลังนี้ ก็ได้มาพร้อมกับกลไกการตั้งคณะกรรมการในระดับเขตสุขภาพ ทั้ง ๑๓ เขตคือ “กขป.” ขึ้นเพื่อให้ภาคประชาชนได้เข้ามามีสิทธิมีส่วนร่วมในงานด้านสาธารณสุข พร้อมกับแนวคิดบูรณาการทำงานเชื่อมประสานร่วมกับอีก ๓ ส.ที่เหลือ และส่วนราชการอื่นๆ ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ที่จะเข้ามาดำเนินงานด้วยกัน

เมื่อแนวทางเป็นเช่นนี้จึงมีการกำหนดสัดส่วนกขป. เพื่อนำภาคส่วนต่างๆ ทั้งหน่วยงานราชการ ท้องถิ่น ภาคธุรกิจเอกชน ภาควิชาการ รวมถึงภาคประชาชน เข้ามารวมอยู่ภายใต้คณะกรรมการที่มีจำนวนถึง ๒๕ คน มาร่วมกันคิดทิศทางวางนโยบายสาธารณะ ตลอดจนแก้ไขปัญหภายในเขตของตน ที่ในแต่ละเขตนั้นอาจมีตั้งแต่ ๔-๕ จังหวัด ไปจนถึง ๑๐ จังหวัด บนพื้นฐานการทำงานที่ไม่ได้มีงบประมาณ แต่มีหลักการที่เรียกว่า 4PW เป็นแนวคิดหลัก

สำหรับ 4PW หมายถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา ซึ่งย่อมาจาก

“Participatory Public Policy Process based on Wisdom” หรือการที่ให้ทุกคนในสังคมร่วมกำหนดทิศทาง นโยบาย และร่วมกันลงมือทำด้วยตัวเอง

อย่างไรก็ตาม ประธาน กขป. เขตพื้นที่ ๙ ยอมรับว่าเมื่อนี้เป็นงานที่เกิดขึ้นมาใหม่ จึงนับว่ามีความยากโดยตัวมันเอง และกลายมาเป็นจุดอ่อนหลักของ กขป. ชุดแรก

“ในพื้นที่เรามีปัญหามากมายสารพัด ไม่ว่าจะเรื่องสังคม ความเป็นอยู่ ความเหลื่อมล้ำอะไรต่างๆ แต่ต่างกันก็ต่างคิด อยากทำประเด็นนั้นประเด็นนั้นก็เสนอกันขึ้นมา ใครคิดจะทำอะไรก็ทำ แต่ไม่ได้มองไปถึงสุดยอดของปัญหาที่แท้จริง ว่าทำจากจุดไหน จะกระทบไปถึงจุดไหน แล้วจึงจะแก้อะไรได้ กับอีกส่วนคือภาคราชการที่มักต้องการงบประมาณในการทำงาน พอไม่มีงบก็เลยยังทำงานยากเข้าไปใหญ่ เราเลยมีตัวแทนภาคราชการที่ส่วนใหญ่ตัวมาได้ แต่ใจไม่ได้มาด้วย ไม่รู้จัก กขป. ไม่ได้ศึกษาว่าเป็นอย่างไร”

หมอสำเร็จ สรุปว่า เมื่อการคิดประเด็นการแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้องกับพื้นที่ คนทำเองก็ไม่มีความรู้ งบประมาณไม่มีความรู้ จึงไม่เกิดผลงานที่ชัดเจน เมื่อไม่มีผลงานชัดเจนนั้นการเกิดขึ้นของ กขป. ในปีแรกจึงนับว่ามีความยากลำบากในการทำงาน

ขณะเดียวกันอีกกลไกหนึ่งของ สข. คือ “สมัชชาสุขภาพ” ที่มีทั้งในระดับชาติ และในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นกระบวนการเพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะเช่นเดียวกัน แต่ในบางครั้งกลไกของ กขป. กับสมัชชาสุขภาพจังหวัดก็ไม่ได้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งที่พูดคุยถึงปัญหาเรื่องเดียวกันภายในจังหวัด หรือแม้แต่ทำงานทับซ้อนกัน เป็นต้น

๑๗



รูปธรรมของงาน คือบูรณาการ ส่วนร่วมจากทุกคน

อย่างไรก็ตาม หมอสำเร็จมองว่า ส่วนที่ดีของ กขป. ก็คือการที่เริ่มพูดถึงประชาชน และนับเข้ามาเป็นสมการในระบบนโยบายสุขภาพมากยิ่งขึ้น จากเดิมที่หน่วยงานแต่ละ ส. อยากที่จะทำอะไร ก็จะไปทำตามหน้าที่ที่ทราบเท่าที่กฎหมายหรือระเบียบระบุไว้ แต่เมื่อมี กขป. ก็ทำให้ภาคประชาชนได้เข้ามามีสิทธิเสียง มีส่วนร่วมในการกำหนดการทำงานเหล่านี้มากยิ่งขึ้น ซึ่งสิ่งนี้เองสอดคล้องกับ “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หรือ “ระบบสาธารณสุขมูลฐาน” ที่ต้องการให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วม

ขณะเดียวกันอีกส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นคือการ “บูรณาการการทำงาน” เนื่องจากระบบการปกครองของประเทศไทยที่มีลักษณะเป็นแนวดิ่งสั่งลงมาจากส่วนกลางจากแต่ละ

หน่วยงาน เมื่อเป็นคำสั่งของใครของมัน ต่างคนต่างสั่ง บางทีคำสั่งจึงซ้ำซ้อนกัน หรือแม้แต่แย้งกันทำ

“แต่เมื่อมีกขป. ก็ได้ทำให้เกิดการไขว่กันไปในแนวราบ อย่างน้อยทำให้แต่ละภาคส่วน แต่ละหน่วยงานมีการพูดคุยกัน เริ่มมีการศึกษางานซึ่งกันและกัน แล้วเอาเป้าหมายรวมของทุกส่วนมานั่งคิดร่วมกัน จึงเริ่มเกิดเป็นการบูรณาการการทำงาน ที่ไม่ใช่การทำงานจากการฟังผู้บังคับบัญชาเพียงอย่างเดียว” นพ.สำเร็จ ระบุ

สำหรับรูปธรรมของงานก็ได้เกิดขึ้นกระจายไปในแต่ละจุดตามเขตต่างๆ โดยหมอสำเร็จได้ยกตัวอย่างรูปธรรมที่เด่นชัดของเขตสุขภาพที่ ๙ คืองานด้านพระสงฆ์ ที่เกิดการส่งเสริมสุขภาพของพระขึ้นอย่างกว้างขวาง สอดคล้องไปกับการมีธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

ด้วยความร่วมมือจากหน่วยงานหลากหลายภาคส่วนในเขต ๙ รวมถึงเจ้าคณะจังหวัด เกิดการขับเคลื่อนพระคิลานุปัฏฐาก หรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) รวมไปถึงการแก้ไขด้านสิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ที่เคยเป็นปัญหา จนทำให้พระสามารถกลับมาเข้าถึงสิทธิได้ ๘๐-๙๐ % เทียบเท่าฆราวาสทั่วไป

ขณะที่ประเด็นงานอื่นๆ เช่น การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพตนเองแบบบูรณาการ (ตจบ.) ที่ได้เสริมความเข้มแข็งด้านสุขภาพให้กับพื้นที่กว่า ๘๐ ตำบลภายในเขต หรือการต่อยอดจนเกิดนวัตกรรมเรื่องของร้านขายยาภายในพื้นที่ ที่ได้มีความพยายามที่จะทำให้อาจารย์กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ คล้ายกับการมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ตั้งหลักชุด ๒ เปิดมุมมองกรรมการ-งานต้องชัด

เมื่อเข้าสู่ศรवारวาระของคณะกรรมการชุดที่ ๒ ชื่อของ นพ.สำเร็จ ก็ได้รับการเสนอให้อยู่บนตำแหน่งประธาน กขป. เขตพื้นที่ ๙ อีกครั้ง จากความไว้วางใจในการขับเคลื่อนงานต่างๆ ซึ่งแน่นอนว่าครั้งนี้หมอสำเร็จเองก็ไม่พลาดที่จะนำบทเรียน และ



ประสบการณ์จากการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อปรับใช้ให้กลไก กขป.หลังจากนี้เป็นไปตามเป้าประสงค์มากยิ่งขึ้น

สิ่งแรกที่ประธานรายนี้ให้ความสำคัญคือการเริ่มต้นแก้ไขภัย เพื่อที่จะทำให้อาจารย์กรรมการทั้ง 25 คนจากหลากหลายภาคส่วนเหล่านี้เข้ามาร่วมกันด้วยใจ โดยเฉพาะการทำให้เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ และความสำคัญ ของ กขป. เพื่อให้รับรู้โดยจิตสำนึกได้ว่าการขับเคลื่อนงานนี้จะทำให้เกิดประโยชน์ได้อย่างไร

“ไม่ใช่ว่าอยู่ๆ เราจะเดินหน้าทำงานเลย ไม่อย่างนั้น ก็จะเป็นเหมือนปีแรก ที่บางคนมาแต่ตัว ประชุมเสร็จก็ไป เพราะคนใหม่ที่เข้ามาเกินครึ่ง เราต้องทำความเข้าใจกับกรรมการให้ชัดเจนก่อน ให้เขารับรู้และเข้าใจว่าจะเกิดประโยชน์อย่างไร อย่างน้อยเมื่อเขารู้และมีความตั้งใจแล้ว ก็จะกลับไปเล่าและดึงเอาหน่วยงานของเขาให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นได้ ทำให้เขาเห็นว่าการทำงานแนวราบ หรือ 4PW นี้ปฏิบัติอย่างไร” นพ.สำเร็จ ระบุ

หลักการถัดมาของหมอสำเร็จ คือจะต้องไม่คิดงานมากในเชิงปริมาณ แต่จะคิดงานเพียงไม่กี่อย่าง โดยจับเอาประเด็นที่เห็นเด่นชัดมาเป็นตัวดำเนินเรื่อง นำมาทำความเข้าใจภายในคณะกรรมการเพื่อให้เห็นภาพร่วมกัน โดยตัวอย่างที่เห็นเด่นชัดมากที่สุดขณะนี้คือเรื่องของโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งมิติเชิงสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา และทุกส่วนเห็นปัญหาร่วมกันทั้งหมด

นอกจากนี้ยังจะเป็นการเน้นย้ำไปที่ความสำคัญของภาคประชาชน ที่จะให้เข้ามามีส่วนร่วมในระบบสาธารณสุขมูลฐาน เรื่องของนโยบาย ๓ หมอ รวมไปถึงการต่อยอดงานของเก่าที่ดำเนินมาอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นงานด้านพระสงฆ์ ประเด็นเรื่องขยะ อาหาร ผู้สูงอายุ ภัยพิบัติ เหล่านี้เป็นต้น ตลอดจนการสานต่องานนวัตกรรม อย่างการให้ร้านขายยาเข้ามาเป็นบทบาทเป็นส่วนหนึ่งในระบบปฐมภูมิ ซึ่งหากปล่อยให้เฉยๆ อาจไม่เกิดขึ้นต่อ ดังนั้นจึงอาจเริ่มต้นทำในบางจังหวัดที่มีความสนใจก่อนเป็นการนำร่อง

หมอสำเร็จได้สรุปว่าหลักการพื้นฐานในการทำงานของ กขป.ชุดที่ ๒ นี้ จึงประกอบด้วย ๑. คณะกรรมการเองจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ ๒. เน้นงานที่เป็นปัญหา

ร่วมของทุกคน ๓. ไม่ต้องคิดงานเยอะ แต่เน้นที่เด่นชัด หรือต่อยอดของเดิม ๔. เลือกทำงานที่อยู่ในความสนใจของคณะกรรมการ และมีความสอดคล้องกับพื้นที่ ซึ่ง บางอย่างอาจเป็นเรื่องเฉพาะบางจังหวัด ไม่ต้องทำแบบเดียวกันทั้งเขต

“สุดท้ายเราต้องเลือกงานที่จะทำให้เกิดรูปธรรมชัดๆ และสามารถวัดผลได้เอาไวด้วย อย่างของเขตสุขภาพที่ ๙ อันหนึ่งที่มีการคิดกันคืองาน ตจบ. หรือตำบลจัดการสุขภาพตนเองที่เกิดขึ้นมาแล้ว ซึ่งงานนี้อาจเฉพาะเรื่องของสาธารณสุข แต่เราอาจทำให้เป็นในลักษณะตำบลสีเขียว หรือตำบลในฝัน ที่จะเป็งานร่วมกันของทุกหน่วยงานได้ ซึ่งจะสามารถต่อยอดไปสู่การดูแลผู้สูงอายุ ดูแลโควิด-19 หรือดูแลงานอื่นๆ ได้อีก” ประธาน กขป.เขต ๙ ให้ภาพ

ใช้ตำบลเป็นฐาน เดินหน้าด้วยโครงสร้างที่มี

ในแง่ของพื้นที่ยุทธศาสตร์การทำงาน แม้เป้าหมายคือการลงไปถึงในระดับตำบล แต่จากเขตจะลงไปทำในตำบลเลยไม่ได้ ดังนั้นหมอลำจึงเน้นย้ำถึงหลักคิดการทำงานของ กขป. ที่จะต้องผ่านโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ โดยเฉพาะระบบการปกครองส่วนภูมิภาคที่จะต้องถูกส่งผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด (ผวจ.)

ฉะนั้นในโลก กขป. ที่สามารถตั้งคณะทำงานหรือคณะอนุกรรมการระดับจังหวัด จึงจะต้องมีการเชิญ ผวจ. เข้ามาร่วมนั่งเป็นที่ปรึกษา ร่วมกับเจ้าคณะจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.สสจ.) รวมไปถึงประธานสมัชชาสุขภาพจังหวัด เพื่อให้สามารถนำงาน

เหล่านี้ลงไปขับเคลื่อนในแต่ละจังหวัดนั้นได้และผ่านลงไปสู่อำเภอ โดยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แล้วจึงทำให้ไปเกิดงานอยู่ที่ตำบล

“กลไกทุกอย่างมันมีโครงสร้างไว้ให้อยู่แล้ว มีกฎหมายรองรับ มีงบประมาณให้ส่วนหนึ่ง เหมือนมนุษย์ที่มีโครงกระดูก แต่การจะใส่จิตวิญญาณลงไปได้อย่างไรนั่นคือหน้าที่หรือพันธกิจของกขป. และจิตวิญญาณที่ว่านี่ก็คือการแปลง 4PW ให้เป็นรูปธรรม” ประธาน กขป.เขต ๙ เปรียบเปรย

สำหรับ กขป.เขต ๙ ของหมอลำเจิงชุดนี้ ก็ได้นำเอาประธานสมัชชาสุขภาพจังหวัดทั้ง ๔ จังหวัดเข้ามาเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้ภาพจากที่ประชุม กขป. สามารถนำไปสู่การคิดนโยบายของจังหวัด เช่นเดียวกับการเสริมมุมมองนโยบายสาธารณะจากสมัชชาสุขภาพที่จะเอามาใช้ในการดำเนินงานของ กขป. ได้พร้อมกันนี้ เขายังระบุถึงพลังขับเคลื่อนที่สำคัญ คือบทบาทของหน่วยงานทั้ง ๔ ส. ที่จะต้องนำเข้ามามีส่วนร่วมให้ครบ เพราะในช่วงแรกนั้นบาง ส. ก็อาจไม่ได้เข้ามาร่วมมากนัก

ทั้งนี้ มุมมองส่วนตัวในการทำงาน กขป. ของหมอลำเจิงหลังจากนี้ เขาสรุปว่าอันดับแรกนั้น กขป. จะต้องเป็นศูนย์รวมที่ขยายความคิดการทำงานให้กับคณะกรรมการได้ เพื่อให้ได้มีส่วนร่วมและรู้สึกว่าได้เกิดประโยชน์ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของงานที่จะต้องเข้ามาช่วยกัน ขณะเดียวกันก็จะไม่ใช่การนำความคิดไปใส่ให้ทั้งหมดแต่ก็ต้องเปิดรับความคิดให้เข้ามาเจอกัน เพราะหาก กขป. เองยังรวมกันไม่ติด ส่วนอื่นก็จะไปต่อไม่ได้

ถัดมาคือการใช้โครงสร้างเดิมที่มีอยู่ อย่างกลไกของ ๔ ส. ในระดับเขตเองไม่ว่าจะเป็น กขป. หรือคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) มาเชื่อมโยงเข้าด้วยกันให้ได้ เพราะนี่คือกลไกแนวราบที่ใกล้ชิดกันมากที่สุด พร้อมให้ความสำคัญกับกลไกจังหวัด โดยตั้งอนุกรรมการเพื่อประสานงานในระดับจังหวัด แล้วดึงอำนาจของ ผวจ. เข้ามามีส่วนร่วม พร้อมกับเจ้าคณะจังหวัด นพ.สสจ. รวมถึงประธานสมัชชาฯ เพื่อเคลื่อนงานในจังหวัด

“กลไกทุกอย่างมันมีโครงสร้างไว้ให้อยู่แล้วมีกฎหมายรองรับ มีงบประมาณให้ส่วนหนึ่งเหมือนมนุษย์ที่มีโครงกระดูก แต่การจะใส่จิตวิญญาณลงไปได้อย่างไร นั่นคือหน้าที่หรือพันธกิจของ กขป.”



เมื่อแนวคิดจากจังหวัดเป็นนโยบายที่ลงไปตามคำสั่งของ ผวจ. กลไกของอำเภอก็จะเป็นไปโดยอัตโนมัติผ่าน พชอ. คำสั่งนายอำเภอ และไปเกิดเป็นผลงานขึ้นในระดับตำบล ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นในทุกตำบล แต่ให้มีบางตำบลที่เป็นโมเดลตัวอย่างนำร่อง เป็นแหล่งดูงาน ซึ่งในแต่ละตำบลก็อาจมีจุดเด่นอะไรที่แตกต่างกัน

“ให้ฐานของเจดีย์อยู่ที่ตำบลนี่คือแนวทางการทำงานของผมในชุดนี้ อะไรเดิมที่ดีก็ต่อยอด อะไรที่เยอะเกินไปลดลง ส่วนอะไรที่ยังไม่ดีเราก็ปรับใหม่ โดยใช้โครงสร้างและกลไกที่มีอยู่นี้มาทำให้เกิดบูรณาการ เกิดการเคลื่อนงานและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ท้ายที่สุดแล้วก็จะเกิดประชาชนที่ตระหนักรู้ถึงปัญหา และเป็นฐานที่จะนำไปสู่การรวมพลังของประชาชนในระดับชาติได้ต่อไปในอนาคต” หมอลำเจิง ทิ้งท้าย



เกาะติด คสช.

เกาะติดมติสมัชชาผู้สูงอายุ ระดับชาติ ยกระดับคุณภาพ ชีวิตในสังคมสูงวัยสมบูรณ์

อีกเพียง ๑ ปี หรือในปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ซึ่งขณะนี้ทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล ภาควิชาการ ภาคสังคม ฯลฯ ต่างเดินหน้าเต็มกำลัง เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและกำหนดยุทธศาสตร์ ในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

นอกจากระยะเวลาที่นับใกล้เข้ามาแล้ว สถานการณ์ โควิด-19 ยังเป็นตัวเร่งสำคัญที่ดึงเอาอนาคตในอีก ๑๐ ปี ข้างหน้ามาเป็นปัจจุบัน นั่นยังมีความจำเป็นในการเตรียมการรับมือสังคมสูงวัย และขับเคลื่อนนโยบายเพื่อรองรับ

การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งเปรียบได้กับบอร์ดสุขภาพของประเทศ ที่จะประชุมกัน ในวันที่ ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๔ มีวาระการพิจารณาที่น่าสนใจ จำนวนมาก หนึ่งในนั้นคือการพิจารณา “มติการประชุม สมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี ๒๕๖๔”

มติดังกล่าว เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วม ในการพัฒนานโยบายสาธารณะ “สมัชชาสังคมสูงวัย คนไทยอายุยืนอย่างมีคุณภาพ ในยุค COVID-19” ซึ่ง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับ กรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ดำเนินการ เมื่อวันที่ ๒๐ ส.ค. ๒๕๖๔

หลังจากรับฟังความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมกระบวนการกว่า ๔๐๐ ชีวิต ที่สุดแล้วเกิดเป็น “มติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ” จำนวน ๒ มติ ประกอบด้วย

มติ ๑ การเสริมทักษะอาชีพใหม่หรืออาชีพทางเลือก และรายได้ของผู้สูงอายุในยุค COVID-19

ที่มุ่งเน้นการออกแบบระบบในการพัฒนาทักษะด้านอาชีพ-รายได้ ที่จะต้องออกแบบให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีเงื่อนไขทางร่างกาย ทักษะอาชีพ เงื่อนไขทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

ที่สำคัญต้องพร้อมรับสถานการณ์ความท้าทายในการรักษาและสร้างงานที่มีคุณค่าสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์ที่พลิกโฉมทางเทคโนโลยี (technological disruption) ด้วย

มติ ๒ การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมอย่างบูรณาการและมีคุณภาพ

ที่มุ่งเน้นการบูรณาการบริการสังคมและสุขภาพใน “ระดับนโยบายและบริหาร” ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบการจัดการขององค์กรให้มีการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานและบริการที่แตกต่างกัน และ “ระดับคลินิก” คือการจัดบริการเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการทั้งด้านสุขภาพ สังคม จิตใจ และปัญญาอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดความพึงพอใจและประสิทธิภาพในการให้บริการได้อย่างสูงสุด

นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า การขับเคลื่อนมติสมัชชาฯ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องมีกลไกในการดำเนินการร่วมกันทั้งในระดับชาติและในระดับท้องถิ่นในการเสริมหนุนการทำงานของผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนของการทำงานเดิม การพัฒนาทักษะ-อาชีพ-ตำแหน่งใหม่สำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนการคุ้มครองแรงงานของผู้สูงอายุ และการสร้างงาน-กิจกรรมในเชิงคุณค่าของชีวิต 🌟



เรื่องเล่าจากพื้นที่

‘กvp. ชุดที่ ๒’ ต่อยอด การทำงานสร้างกลไกบูรณา การสนับสนุนสุขภาพะ ในเขตพื้นที่

ปรานอม ไอลสาร



๒๖

๒๗

เมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.)ได้จัดประชุมออนไลน์ Kick Off เขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ชุดที่ ๒ ซึ่งมีกรรมการจากเขตพื้นที่ ๑ ถึงเขตพื้นที่ ๑๓ ที่เป็นผู้แทนส่วนราชการ หน่วยงานรัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิวิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เข้าร่วมกว่า ๖๐๐ คน โดยกรรมการชุดดังกล่าวได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมี นายอนุกวิน ชาญวิฑูรย์ รองนายกรัฐมนตรี และ รว. สาธารณสุข (สธ.) เป็นประธาน

กขป. มีที่มาจากระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนพ.ศ.๒๕๕๙ โดยมีภารกิจสำคัญ คือกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ การดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบ

สุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชนและชุมชนในพื้นที่

ในช่วงก่อนที่กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนแต่ละเขตได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ สช. ได้ประสาน สำนักงานศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชนที่ผ่านมา พบว่า กขป. ในแต่ละเขตยังขาดความเป็นผู้แทนอย่างแท้จริง เนื่องจากไม่มีเครือข่ายหรือโครงสร้างที่จะให้ผู้แทนของหน่วยงานได้สื่อสารประเด็นจากที่ประชุมระดับเขตเข้าสู่โครงสร้างของหน่วยงานตนเองที่อยู่ใน

จังหวัด อำเภอ ตำบลต่างๆ ในเขตนั้น ทำให้การบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ เพื่อปรับปรุงระบบสุขภาพไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ที่เกิดขึ้นได้เพราะความสัมพันธ์ส่วนบุคคลของประธานและเลขานุการร่วม

เมื่อผลประเมินสะท้อนบทเรียนกลไก กขป. ที่ผ่านทำให้คณะกรรมการสรรหาเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยมี นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ เป็นประธานกรรมการสรรหาที่ได้รับการแต่งตั้งจาก คสช. ให้ทำหน้าที่ดำเนินการสรรหาคัดเลือกให้ได้มาซึ่งกขป. แต่เขต ได้ออกแบบกระบวนการคัดเลือกที่ให้ความสำคัญกับความผู้แทนจากหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายมากขึ้น จนกระทั่งได้มาซึ่ง กขป. ชุดที่ ๒ ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในแต่ละเขต

แต่สิ่งที่ท้าทายสำหรับ กขป. ชุดที่ ๒ เพื่อไม่ให้เกิดผลลัพธ์แบบเดิม คงต้องให้ความสำคัญการสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ การอุดช่องว่างการทำงานของเลขานุการร่วม การใช้ระบบฐานข้อมูลและความรู้ การดำเนินงานการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างกรรมการเพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วม เพื่อเป็นกลไกหรือเวทีบูรณาการงานและสานพลังในพื้นที่ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในเขตพื้นที่ต่อไป

ดังนั้นบทบาทและแนวทางการทำงานกขป.ชุดใหม่คือ ๑. กลไกบูรณาการ เป้าหมาย แผนงาน การทำงานร่วมของหน่วยงาน องค์กรภายในเขตพื้นที่มากกว่าเป็นกลไกกำหนดนโยบายหรือขับเคลื่อนประเด็นของตัวเอง ๒. เป็นกลไกสนับสนุนการสร้าง ขยายพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในเขตพื้นที่ ทั้งเครือข่ายหน่วยงาน องค์กร และภาคประชาสังคม

แกะรอยโลก

กลยุทธ์ในการได้ วัคซีนโควิด-19 ของประเทศไทย

ฝรั่งกิมจู

สภาพการณ์แบบมือใครยาวสาวได้สาวเอา หรือ “ใครมีเงินคนนั้นได้วัคซีนโควิด-19 ไปก่อน” ไม่ได้เกิดขึ้นในระดับประเทศเท่านั้น หากแต่มีให้เห็นในระดับโลกด้วยเช่นกัน

มีหลายหน่วยงานคอยจับตาดูการกระจายและเข้าถึงวัคซีนของประเทศต่างๆ อยู่ เช่น Our World in Data, Launch and Scale Speedometer และ Bloomberg's Vaccine Tracker

ข้อมูลจากหน่วยงานเหล่านี้ระบุว่า ประชากรในประเทศที่มีรายได้สูงได้รับการฉีดวัคซีนโควิดเข็มแรกแล้วถึง ๕๑% เมื่อต้นเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา หมายความว่าประชากรในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางระดับสูงคือ ๓๑%

ตามมาด้วยประชากรในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางระดับต่ำ ๑๔% และไม่ต้องคาดเดา ประชากรกลุ่มประเทศรายได้ต่ำที่สุดได้รับวัคซีนเข็มแรกเพียง ๑% ของประชากร

ประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกาเป็นทวีปที่ประชากรได้รับวัคซีนสูงที่สุด สูงกว่าประเทศในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ถึง ๑.๕% และเกือบ ๓ เท่าของกลุ่มประเทศเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก และ ๔ เท่าของของกลุ่มประเทศแปซิฟิกตะวันตก กลุ่มประเทศในแอฟริกาทั้งห้า มีผู้ได้รับวัคซีนน้อยกว่าประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกาถึง ๑๓ เท่า

หากดูที่วันเวลาในการซื้อวัคซีน ประเทศอเมริกาและอังกฤษเป็น ๒ ประเทศแรกที่สั่งซื้อวัคซีน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๓ หลังจากนั้นประเทศรายได้สูงอื่นๆ เช่น ประเทศในยุโรปและแคนาดา ค่อยสั่งซื้อ



วัคซีนตามมา ขณะที่ประเทศรายได้ต่ำ เริ่มทยอยซื้อวัคซีนเมื่อเดือนมกราคมในปีนี้อะไร

ข้อมูลนี้อาจไม่น่าแปลกใจอะไร เพราะ “มือใครยาว สาวได้สาวเอา” มีให้เห็นในทุกวิกฤต

แต่กลยุทธ์อะไรที่แต่ละประเทศใช้ เพื่อครอบครองวัคซีนก่อนใคร เป็นเรื่องที่น่าสนใจ

ประเทศที่มีรายได้สูงย่อมมีกำลังซื้อสูง ใช้กลยุทธ์ทุ่มงบประมาณสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีน

ให้กับบริษัทผลิตวัคซีนที่มีฐานอยู่ในประเทศของตนเอง การลงทุนนี้มาพร้อมกับเงื่อนไขที่ว่า ประเทศตนจะเป็นประเทศแรกที่รับวัคซีนก่อน

สำหรับประเทศที่มีกำลังซื้อจำกัด ใช้กลยุทธ์ที่ต่างออกไปจากประเทศกลุ่มแรก เช่น ประเทศที่มีรายได้ปานกลาง อย่างอินเดียและบราซิล แต่มีศักยภาพในการผลิตวัคซีน ใช้ข้อนี้ในการต่อรองกับบริษัทคิดค้นวัคซีน เพื่อให้ได้โควตา ในการสั่งซื้อวัคซีน โดยออกมาในรูปแบบของข้อตกลงในการผลิตวัคซีนร่วมกัน

ประเทศที่ไม่มีศักยภาพในการคิดค้นและผลิตวัคซีน แต่มีศักยภาพที่จะทำการทดลองทางคลินิกได้ เช่น ประเทศเปรู ก็จะใช้จุดนี้ต่อรองในการสั่งซื้อวัคซีนแทน

ส่วนประเทศที่ไม่มีความก้าวหน้าทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ก็ยังมีรายได้ต่ำจะ “ใช้พลังกลุ่มในการต่อรอง” เพื่อให้มีกำลังซื้อสูงขึ้น เช่น ประเทศในทวีปแอฟริกา ให้สหภาพแอฟริกาซึ่งประกอบด้วยประเทศสมาชิก ๕๕ ประเทศ เป็นผู้ต่อรองราคา กับบริษัทคิดค้นวัคซีน

กลยุทธ์เหล่านี้ เป็นเพียงกลยุทธ์ในการต่อรองในการจัดหาวัคซีนเท่านั้น แต่การได้วัคซีนมาเป็นคนละเรื่องกัน



นั่นเพราะจำนวนการผลิตวัคซีนไม่ทันต่อความต้องการของตลาด และยังพบข้อจำกัดด้านกฎหมายในการส่งออกวัคซีนของบางประเทศ ทำให้ประเทศที่มีรายได้ต่ำยังคงเข้าถึงวัคซีนน้อยที่สุด และภาพรวมการเข้าถึงวัคซีนของทั้งโลกยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การการค้าโลก (WTO) กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) และธนาคารโลก (World Bank) กำหนดไว้ คือ ๔๐% ของประชากรโลกต้องได้รับวัคซีน ภายในสิ้นปี ๒๕๖๔ และขยายเป็น ๖๐% ภายในกลางปี ๒๕๖๕

บางประเทศเริ่มมีนโยบายในการฉีดวัคซีนเข็ม ๓ เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันต้านโควิด-19 แล้ว เช่น ประเทศอเมริกาและอังกฤษ ขณะที่บางประเทศยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเลย

นั่นทำให้ ดร.เทดรอส อาดานอม เกเบเรเยซุส ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก เขียนบทความลงนิตยสาร TIME เมื่อวันที่ ๑๒ ส.ค.ที่ผ่านมา เรียกร้องให้ชะลอการฉีดวัคซีนเข็ม ๓ ไปจนถึงปลายเดือน ก.ย. เพื่อให้ประชากร โดยเฉพาะบุคลากรด้านหน้า อย่างน้อย ๑๐% ของประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้รับวัคซีนก่อน

“จะไม่มีใครรอด จนกว่าทุกคนจะได้รับวัคซีน” ดร.เทดรอส ระบุทิ้งท้ายไว้เช่นนี้

ดร.เทดรอส อาดานอม เกเบเรเยซุส
ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก

ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง

HIA กับบทบาทการเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพเพื่อประชาชน

ทรงพล ตู่ละทา

กลุ่มงานพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

โจทย์ท้าทายของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขช.) นอกเหนือจากบทบาทการประสานเชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆ ให้เกิดการบูรณาการแก้ไขปัญหาสุขภาพของเขตให้เป็นรูปธรรมแล้ว การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับเขตก็เป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) เป็นเครื่องมือหนึ่งภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่สามารถนำมาใช้ในการศึกษาให้เห็นทางเลือกเชิงนโยบายว่าในแต่ละทางเลือกที่จะตัดสินใจนโยบายจะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนอย่างไร และเป็นเครื่องมือที่คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในแต่ละเขตพื้นที่ที่สามารถนำไปใช้ในการขับเคลื่อนงานในเขตของตนได้

ในช่วงที่คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและ สช. กำลังพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพฯ ฉบับที่ ๓ อย่างเข้มข้น แม้ว่าจะอยู่ระหว่างกระบวนการรับฟังความคิดเห็น แต่นโยบายของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพนั้นมีทิศทางอย่างชัดเจนว่า หมายถึง การคาดการณ์หรือประเมินถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย แผนงานและโครงการ ที่มีต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งทางลบทางบวก และความเป็นธรรมจากการได้รับผลกระทบจากนโยบายสาธารณะดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายและมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนและเสนอต่อกลไกที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ภาพลักษณ์ของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่หลายคนเข้าใจมองว่าเป็นกระบวนการทางวิชาการที่ยาก

ใช้ความรู้เชิงเทคนิคสูง มักใช้กับประเด็นร้อนที่อยู่บนฐานความขัดแย้ง ใช้ระยะเวลาในการศึกษาผลกระทบ แต่ในความเป็นจริง การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสามารถนำมาใช้ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพในประเด็นเชิงพัฒนาได้ด้วย

เช่น เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพนโยบายการดูแลผู้สูงอายุของเทศบาลเพื่อนำมาศึกษาทางเลือกในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดเลย ทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพก่อนนโยบายมาตรฐานอาหารปลอดภัยจังหวัดเลยว่า นโยบายมาตรฐานอาหารจังหวัดเลยที่มีการประกาศและดำเนินงานโดยเครือข่ายส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนอย่างไร

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (CHIA) เชียงสร้างสรรค์ ตำบลปงยางคคและเวียงตาล อ.ห้างฉัตร จ.ลำปางเป็นการประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ เชียงสร้างสรรค์ เพื่อรองรับการขยายตัวของเมือง ในพื้นที่ตำบลเวียงตาลและตำบลปงยางคค จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาทางเลือกการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นแล้ว และแนวทางการป้องกันปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

นอกจากเราจะมีกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ในประเด็นเชิงพัฒนา เชียงสร้างสรรค์แล้ว การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพยังมีหลายระดับ ในกรณีที่มีระยะเวลาและทรัพยากรจำกัด เรามีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแบบเร่งด่วน หรือ Rapid HIA ที่มีหลักการ แนวคิด วิธีการไม่ต่างจากการประเมินผลสุขภาพแบบอื่นๆ เพียงแต่ลดขอบเขตกลุ่มเป้าหมายให้อยู่ในกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่จำเป็น และใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว

Rapid HIA เป็นการประเมินผลกระทบที่ใช้ระยะเวลาสั้น เน้นการทบทวนข้อมูลเอกสาร ข้อมูลทุติยภูมิ



หลักฐานที่มีอยู่แล้ว ร่วมกับข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการระบุหรือประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ข้อดีของ Rapid HIA คือใช้ระยะเวลาและทรัพยากรในการดำเนินการน้อย และทำให้ได้ข้อมูลหลักฐานเพื่อเสนอทางเลือก ข้อเสนอแนะ หรือมาตรการรองรับเพื่อการเพิ่มผลกระทบทางบวก และลดผลกระทบทางลบ ช่วยให้การดำเนินงานของโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากคุณลักษณะและความยืดหยุ่นที่เอื้อต่อการใช้เครื่องมือที่กล่าวมา สช. ได้สร้างความร่วมมือ พัฒนาเครือข่ายวิชาการการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในพื้นที่ทั่วประเทศ โดยมีหน่วยประสานอยู่ที่มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมถึงมหาวิทยาลัยและหน่วยงานอื่นๆ ในแต่ละภูมิภาคที่จะเข้ามาช่วยให้อำนาจวิชาการ สนับสนุนวิชาการ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพให้เครือข่ายในแต่ละพื้นที่ด้วย

นอกจากการทำงานด้านนโยบายสาธารณะ การกำหนดนโยบาย หรือพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในเขตพื้นที่

หลายครั้งที่คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนอาจได้เข้าไปมีบทบาทเป็นหน่วยประสานงาน สาขพลังเพื่อคลี่คลายประเด็นความขัดแย้งและหาทางออกร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ/สุขภาวะของประชาชน หากมีการนำเครื่องมือการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพมาใช้ได้อย่างเป็นระบบ มีการดำเนินงานบนฐานความรู้ ข้อมูลเชิงวิชาการอย่างตรงไปตรงมา จะทำให้กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเห็นประโยชน์ ข้อดี ข้อเสีย ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างชัดเจน สามารถสนับสนุนการตัดสินใจผลักดันดำเนินการเรื่องต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพได้

Right to Health

กยป. ความหวังในการขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในระดับพื้นที่

พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน



๑ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๓ บัญญัติว่า "สุขภาพ" หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๕ บัญญัติว่า
- บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวาระหนึ่ง



ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันมีความซับซ้อน อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าของสังคมมนุษย์ จนทำให้เรื่องใดเรื่องหนึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลได้

ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เกิดแนวคิดที่ว่า สุขภาพคือความสัมพันธ์ของปัจจัยทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา) เชื่อมโยงอย่างเป็นองค์รวมและสมดุล ดังจะเห็นได้จากนิยาม^๑ ของคำว่า "สุขภาพ" ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ไม่ใช่เรื่องสุขภาพทางกายอย่างเดียว แต่จะคำนึงถึงปัจจัยทางจิตใจ สังคม วัฒนธรรมด้วย

จากความซับซ้อนดังกล่าว ส่งผลให้เกิดแนวคิดในการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ว่าจะต้องนำหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพเข้ามาร่วมบูรณาการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่

นั่นคือที่มาของแนวคิดในการจัดตั้ง "คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน" หรือ กขป. ขึ้น

คณะกรรมการชุดนี้ทำหน้าที่ดูแล ประสานงาน และสนับสนุนให้บูรณาการในเขตพื้นที่สำหรับดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้เกิดการบูรณาการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมและให้เกิดความสอดคล้องต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชน

ในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยปัจจุบันเราได้คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนชุดใหม่เรียบร้อยแล้ว

กขป. เป็นตั้งความหวังในการขับเคลื่อนและบูรณาการความร่วมมือกันของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากคณะกรรมการ กขป. มาจากภาคส่วนต่างๆ อันได้แก่ กรรมการที่มาจากส่วนราชการ กรรมการที่มาจากภาคการศึกษาในพื้นที่ และกรรมการที่มาจากภาคประชาสังคม

องค์ประกอบของกรรมการเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งมูลเหตุในการก่อตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเกิดจากแนวคิดของการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นเจตนารมณ์ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ต้องการให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนกับรัฐในการจัดการเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี^๒

ผู้เขียนขอให้กำลังใจ กขป. ชุดใหม่ที่ได้รับการความไว้วางใจจากภาคส่วนต่างๆ ให้เข้ามาดำรงตำแหน่ง กขป. ในเขตสุขภาพทั่วประเทศ และขอให้ กขป. ชุดนี้ทำงานประสบความสำเร็จสมดังเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ต่อไป ^๓

นโยบายสร้างได้

ก้าวถัดไป สู่สมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔

วรรณวิมล ขวัญยาใจ



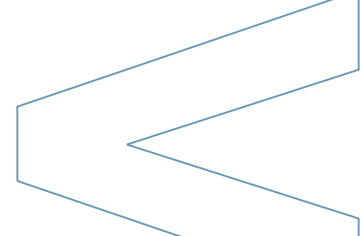
นับถอยหลังกันได้ สำหรับการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ ภายใต้ประเด็นหลัก “พลังพลเมืองตื่นรู้...สู่วิกฤตสุขภาพ” ตามที่ได้แจ้งในสานพลังฉบับที่ผ่านมาว่าจะเล่าความคืบหน้าให้ฟัง

ช่วงเดือนที่ผ่านมา คณะอนุกรรมการวิชาการและคณะอนุกรรมการการมีส่วนร่วมและสร้างการเรียนรู้ของภาคีเครือข่ายได้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในกระบวนการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะและพันธสัญญาต่อทิศทางนโยบายทั้งเวทีชี้แจงเพื่อความเข้าใจ, เวทีรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อชุดเอกสาร #1, เวทีสาธารณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบออนไลน์ และ คลับเฮ้าส์

และได้เปิดรับความคิดเห็นเมื่อวันที่ ๑ ส.ค. ๒๕๖๔ จากนั้นคณะทำงานฯ และคณะอนุกรรมการวิชาการได้ปรับเป็น “ชุดเอกสาร #2” ที่ประกอบด้วย ร่างเอกสารหลัก ร่างมติ และร่างแผนที่ทางเดิน โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ซึ่งมี นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธาน เมื่อวันที่ ๑๙ ส.ค. ที่ผ่านมา และพร้อมให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และภาคีเครือข่ายทั่วประเทศได้ให้ความเห็นอีกครั้ง แล้วจะเปิดรับความเห็นวันที่ ๑๕ พ.ย. ๒๕๖๔ ซึ่งทั้ง ๓ ระเบียบวาระมีทิศทางนโยบาย ดังนี้

**ระเบียบวาระที่ ๑ การสร้างเสริม
สุขภาพสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน
ในวิกฤตโควิด-19** (Promotion
of sustainable healthy
environment in COVID-19
crisis)

วิกฤตโควิด-19ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งทิศทางการพัฒนานโยบาย สาธารณะ ต้องบูรณาการเชิงระบบ โดยใช้องค์ความรู้ และนวัตกรรมด้านการจัดการขยะ และการท่องเที่ยว อย่างยั่งยืน ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนา เศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว การพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างมีสุขภาพ การ สร้างจิตสำนึกและพฤติกรรมใหม่ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม และความรับผิดชอบต่อสังคมของทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดเครือข่ายพลังพลเมือง ในการสร้างเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เพื่อขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน



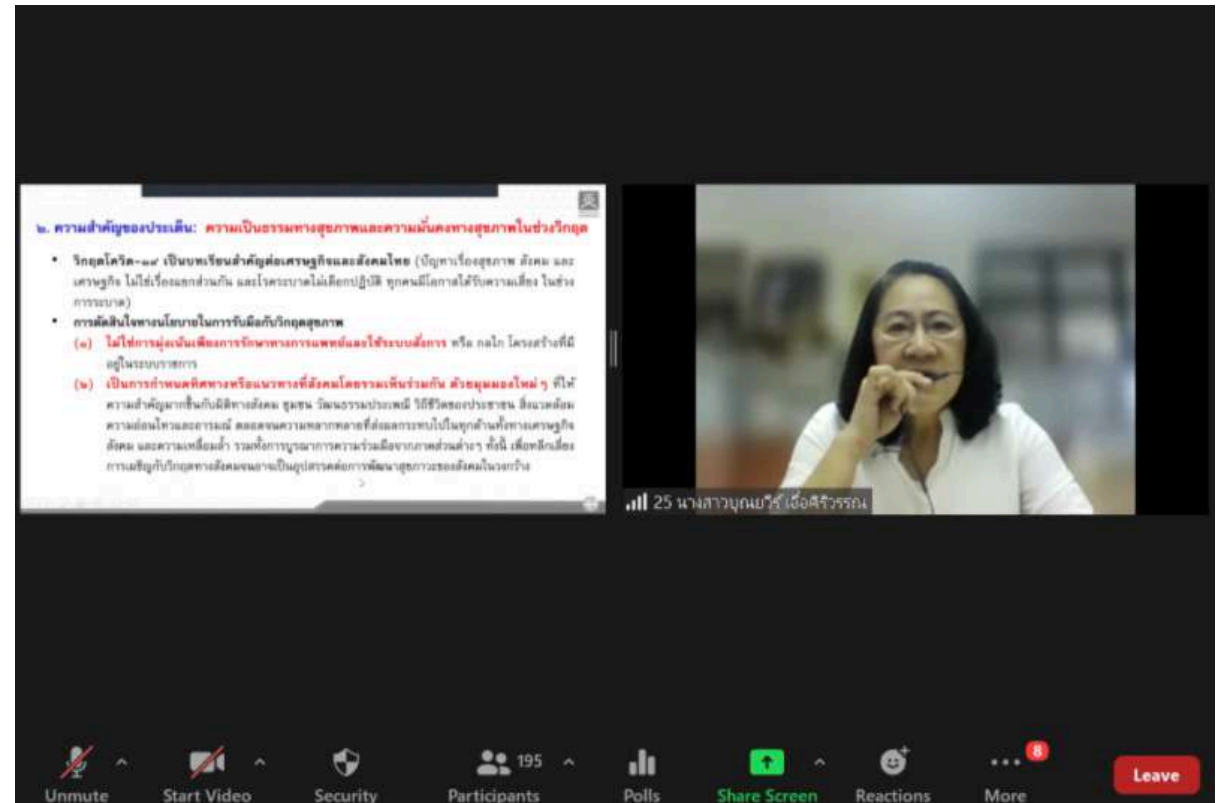
๓๖

**ระเบียบวาระที่ ๒ การคุ้มครองการ
เข้าถึงบริการสุขภาพของ
กลุ่มประชากรเฉพาะ ในภาวะวิกฤต
อย่างเป็นธรรม** (Protection of
Equitable Access to Health
Services by Specific
Populations in Crises)

นโยบายสาธารณะนี้มุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนของ สังคมมีการจัดการร่วมกัน เพื่อสร้างความมั่นใจว่า ประชาชนทุกคนจะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการ เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เท่าเทียม ทั้งถึง อย่างเป็นธรรม ตามหลักการสิทธิมนุษยชน โดยไม่มี การเลือกปฏิบัติ และมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC for all) ไม่ประสพภาวะล้มละลายจากความ เจ็บป่วย ตลอดจนได้รับการเยียวยาตามความจำเป็น และเหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นกลุ่มประชากร เฉพาะ เพื่อความมั่นคงทางด้านสุขภาพของทุกคนบน พื้นแผ่นดินไทย

**ระเบียบวาระที่ ๓ การจัดการการ
สื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤต
สุขภาพ** (Participatory
Communication Management
in Health Crisis)

การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาค ส่วนในวิกฤตสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญที่สอดคล้อง กับยุทธศาสตร์การบริหารจัดการวิกฤตสุขภาพของภาค รัฐ โดยมีแผนการสื่อสารที่เป็นระบบ เพื่อสื่อสารไปยัง ประชาชน อย่างเป็นเอกภาพ โปร่งใส และเหมาะสมกับ ช่วงเวลา และมีศูนย์บัญชาการการสื่อสารที่ประกอบด้วย คณะกรรมการจากทุกภาคส่วน เป็นกลไกในการปฏิบัติ ตามแผน ด้วยความรับผิดชอบต่อ ต่าแห่งหน้าที่ของทุกฝ่าย โดยคำนึงถึงบทบาท และ การมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกมิติ เพื่อก่อให้เกิด ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกัน และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ ประชาชนทุกกลุ่ม ให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย อันจะส่งผลให้สังคมไทยผ่านพ้นวิกฤตสุขภาพ ไปได้โดยเร็วที่สุด



๓๗



ขอเชิญชวนสมาชิกสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ และภาคีเครือข่ายติดตามความคืบหน้า ได้ทาง <https://www.samatcha.org/>

เล่าให้ลึก

ตำนานวัคซีนเอชไอวีในประเทศไทย

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์



ข่าวผลวิจัยวัคซีนเอชไอวีในประเทศไทยได้รับการจัดอันดับ 1 ใน 50 สิ่งประดิษฐ์แห่งปี (The 50 Best Inventions of the Year) ของนิตยสาร TIME ในปี 2552

๓๘

๓๙

ประเทศไทยมีบทบาทสูงมากในการทดสอบวัคซีนเอชไอวี โดยศูนย์ทดสอบวัคซีน คณะเวชศาสตร์เขตร้อนมหาวิทยาลัยมหิดล มีผลงานหลายชิ้นตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับโลก เริ่มจาก พ.ศ. ๒๕๓๕ องค์การอนามัยโลกได้เลือกไทยเป็น ๑ ใน ๔ ประเทศที่จะทำการทดสอบวัคซีนเอชไอวี อีก ๓ ประเทศ คือ ยูกันดา บราซิล และรวันดา ซึ่งไทยมีผลงานโดดเด่นที่สุด โดยมีการจัดตั้งกลุ่มประเมินผลวัคซีนเอชไอวีไทย (Thai AIDS Vaccine Evaluation Group) นำเสนอโดย ศ.นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ

พ.ศ. ๒๕๓๘ เริ่มทดสอบวัคซีนเอชไอวีสายพันธุ์บี/อี ซึ่งระบาดในผู้ขายเสฟติด พบว่าสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ ผลงานนี้ตีพิมพ์ในวารสาร AIDS Res Human Retrovirus ในปี ๒๕๔๓

ต่อมาพบการระบาดของสายพันธุ์บีในประเทศไทย จึงมีการผลักดันให้วิจัยและพัฒนาวัคซีนเอชไอวีสายพันธุ์ บี/อี โดยทดสอบในคนระยะที่ ๑ และระยะที่ ๒ ในกลุ่มผู้ขายเสฟติด เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๑ พบว่ากระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดี นำไปสู่การทดสอบในคนระยะที่ ๓ ในปี ๒๕๔๒ ซึ่งเป็นโครงการวิจัยวัคซีนเอชไอวีขนาดใหญ่อันดับสองรองจากโครงการวิจัยในยุโรปและสหรัฐ โดยเป็นโครงการร่วมมือระหว่างกรุงเทพมหานคร ศูนย์วิจัย คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหิดล และศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐ โดยการสนับสนุนของบริษัทแวกเซเจน ทดสอบในอาสาสมัคร ๒,๕๔๕ คน ศ.นพ.ณัฐ ภัทรประวิติ ผลักดันให้ผู้สนับสนุนสร้างศูนย์เก็บรักษาตัวอย่างเลือดขึ้นที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลสรุปว่าวัคซีนป้องกันเอชไอวีไม่ได้กระตุ้นการเจริญธรรมการวิจัยสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงและอุบัติการณ์ติดเชื้อในกลุ่มผู้ขายเสฟติดลงได้ราว ๓๐% รายงานได้ดีพิมพ์ใน The Journal of Infectious Disease ในปี ๒๕๔๙ เป็นผลงานที่ทำให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับอยู่ในแถวหน้าของการพัฒนาวัคซีนเอชไอวี

ความพยายามต่อมา คือ การวิจัยและพัฒนาวัคซีนเอชไอวีตามแนวคิด (Concept) ใหม่ แบบ “ปูพื้น” และ “กระตุ้นตาม” (Prime-boost) โดยปูพื้นด้วยวัคซีนที่กระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันในระบบน้ำเหลือง (Humoral antibody) และกระตุ้นตามด้วยวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cell-mediated immunity) การวิจัยระยะที่ ๓ ทำที่เดียวในประเทศไทย โดยมีการคัดค้านจากนักวิทยาศาสตร์รางวัลโนเบลจำนวนไม่น้อย แต่ในที่สุดโครงการวิจัยก็เดินหน้าเพื่อพิสูจน์ให้เห็นประจักษ์ว่าวัคซีนจะได้ผลหรือไม่ โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขไทย, คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยแพทย์ทหารบกสหรัฐ ทำการทดสอบในจังหวัดชลบุรีและระยอง ในอาสาสมัคร ๑๖,๔๐๒ คน ใน ๔ ศูนย์ ที่ อ.พานทอง, ศรีราชา, บางละมุง, สัตหีบ, บ้านฉาง, บ้านค่าย, แกลง และ สสจ.ระยอง โครงการนี้มีชื่อรหัสว่า R 144 มีการ

เตรียมการทั้งทางวิชาการ ระบบบริหาร และชุมชน อย่างเป็นระบบ ใช้เวลาทดสอบยาวนานถึง ๗-๘ ปี

อาสาสมัครแต่ละรายต้องฉีดวัคซีนรวม ๔ เข็ม และต้องมารับการติดตามรวม ๒๐ ครั้ง บุคลากรในทีมงานนับร้อยคน ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพราะต้องดูแลอาสาสมัครจำนวนมาก ทั้งการดูแลแบบพยาบาลประจำตัว ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง เตือนนัดหมายทั้งโดยจดหมายและโทรศัพท์ มีการจัดกิจกรรมทั้งการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมด้านวัฒนธรรม อาสาสมัครสัมพันธ์ ให้ความรู้ ทำให้อาสาสมัครคงอยู่ในโครงการระยะยาวรวมปีได้ถึง ๙๕% มีจำนวนเพิ่มข้อมูลที่ต้องกรอกเฉลี่ยเดือนละ ๑๗,๘๐๔±๘,๑๒๗ หน้า มีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงราว ๑๐% ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีนแต่ต้องมีการดำเนินการตามข้อกำหนดทั้งหมด

ระหว่างดำเนินการเกิดปัญหาน้ำท่วมศูนย์ที่บางละมุงและแกลง ช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม ๒๕๔๙ ขึ้นวางเอกสารหักพักเอกสารตักน้ำต้องเก็บขึ้นฝั่งเป่ารีดและเก็บเข้าแฟ้มใหม่ ทำให้ไม่มีข้อมูลศูนย์หายเลย

ผลการวิจัย ได้ประกาศในการประชุมเอชไอวีโลกที่ฝรั่งเศส เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นข่าวใหญ่ไปทั่วโลก แม้ผลจะไม่น่าประทับใจ เนื่องจากสามารถป้องกันการติดเชื้อได้เพียง ๓๑.๒% ขณะที่ยาด้านไวรัสได้มีการพัฒนาไปมาก และการใช้ยาด้านไวรัสแบบคือคเทลสามารถรักษาผู้ป่วยเอชไอวีได้ดี วัคซีนจึงไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรค และในเชิงพาณิชย์ได้

ในปี ๒๕๕๔ มีการศึกษาวิจัยทางคลินิกต่อในโครงการชื่อรหัส RU 305 โดยติดตามอาสาสมัครในโครงการ RV144 จำนวน ๑๖๒ คน หลังจากฉีดวัคซีนครั้งสุดท้าย ๖-๘ ปี และไม่ติดเชื้อ โดยเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีนปูพื้นอัลแว็กซ์-เอชไอวี กระตุ้นด้วยวัคซีนเอชไอวีเข็มบี/อี มีภูมิคุ้มกันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่กระตุ้นด้วยวัคซีนเอชไอวีเข็มบี/อี หรือวัคซีนอัลแว็กซ์-เอชไอวีเพียงอย่างเดียว ต่อมาในปี ๒๕๕๖ มีการศึกษาต่อเนื่องในโครงการรหัส RU306 ศึกษาในอาสาสมัคร ๓๖๐ คน พบว่าการให้วัคซีนร่วมกัน ๒ ชนิด คือ อัลแว็กซ์ + เอชไอวีเข็มกระตุ้นห่างกัน ๑๕ เดือน ทำให้ภูมิคุ้มกันทั้งในเลือดและสารคัดหลั่งสูงกว่ากระตุ้นที่ ๑๒ เดือน หรือ ๑๘ เดือน หลังเข็มแรก รายงานนี้ได้ดีพิมพ์ในวารสาร Lancet HIV ในปี ๒๕๖๓ จะเห็นได้ว่า ในสังคมไทยที่อาศัยพัฒนาในหลายเรื่อง แต่ในวงวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีคนทำงานที่มีผลงานที่ได้รับการยอมรับในระดับโลกปรากฏอยู่ เพียงแต่ถูกลบด้วยข่าวปลอมและข่าวไร้สาระมากมาย จึงจำเป็นต้องนำมา “เล่าให้ลึก” ❁

คลิปที่ต้องดู

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)



กvp. กลไกเชื่อมโยง การทำงานระดับพื้นที่

๔ ปี ของการดำเนินการตามบทบาท กขป. ซึ่งทำหน้าที่โดยมุ่งเน้นการบูรณาการเชิงนโยบาย และประสานการทำงาน ร่วมกับหน่วยงานในเขตพื้นที่ เพื่อแก้ไขหรือพัฒนาสุขภาพะที่มีการกำหนดประเด็นร่วมกัน มีทั้งเรื่องของการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ อาทิเช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมภัยพิบัติ ความมั่นคงทางอาหาร อุบัติเหตุ โรคติดต่อไม่เรื้อรัง รวมทั้งการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น

บทบาทของ กขป. จะเป็นกลไกเชื่อมต่อ-ถักทอการทำงานร่วมกับกลไกอื่นๆ ในประเด็นที่นอกเหนือจากเรื่องสุขภาพได้อย่างไร ติดตามชมคลิปที่ต้องดูคลิปนี้ครับ



วิดิทัศน์แนะนำ คณะกรรมการสุขภาพ เพื่อประชาชน หรือ กvp.

เจ้าของ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ที่ปรึกษา	นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ
บรรณาธิการผู้พิมพ์โฆษณา	พัชรา อุบลสวัสดิ์
บรรณาธิการบริหาร	นพ.ปรีดา แต่อารักษ์
บรรณาธิการ	บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด
กองบรรณาธิการ	ชนิษฐา แซ่เอี้ยว แคทรียา การาม ทรงพล ตูละทา นภินทร ศิริไทย บัณฑิต มั่นคง พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์ สุรชัย กลั่นวารี ชูชาติ ตริวิทย์ยานนท์ พรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์ ชนัญชิตา จันทรหมื่น

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



JAMJAM GROUP CO.,LTD.

"พลังพลเมืองตื่นรู้" สู้วิกฤตสุขภาพ

สมาชิชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 14
15-16 ธันวาคม 2564 ณ หอประชุมใหญ่ ทีไอที
ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

ขอเชิญร่วมลงทะเบียน

เพื่อเข้าร่วมประชุมสมาชิชาสุขภาพแห่งชาติ (15-16 ธันวาคม 2564)

เพราะนโยบายสุขภาพ

ที่คุณอยากได้ยินเริ่มได้จากเสียงของคุณเอง

เพราะการร่วม...คือ **จุดเริ่ม**

ลง
ทะเบียน



ลงทะเบียน
จนถึงวันที่

30
กันยายน
2564



สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ

