

สานพลัง

ปีที่ ๑๒ | ๑๓๗ | กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
www.nationalhealth.or.th

อนาคตเมืองกรุง ในมือ ‘ช่างที่ผู้ว่าฯ กกม.’

BANGKOK

กับเสียงสะท้อน
ที่ไม่อาจไม่รับฟัง



สานพลังปัญหา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ

สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๔๘/๓๙ หมู่ ๕ 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

- ๔ **คุยกับเลขา**
จากสนามเลือกตั้งผู้ว่าฯ กทม. ผู้การต๋อยยอด
สร้าง 'สังคมสุภาพะดี' ทั่วไทย
- ๖ **เรื่องจากปก**
อนาคตเมืองกรุงในมือ 'ว่าที่ผู้ว่าฯ กทม.'
กับเสียงสะท้อนที่ไม่อาจไม่รับฟัง
- ๒๐ **สัมภาษณ์พิเศษ**
๒ เครื่องมือภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐
'สารตั้งต้น-วัตถุดิบชั้นเลิศ' สำหรับว่าที่ 'ผู้ว่าฯ กทม.'

๓๐ **เกาะติด คสช.**
คสช. ถกนัดแรกของปี ๒๕๖๕
คืน ๓ มติสมัชชาสุขภาพฯ เข้าสู่ ครม.

๓๒ **เรื่องเล่าจากพื้นที่**
เขตสุขภาพยิบสมีชชาจังหวัดปริมักศตาม

๓๔ **เกาะรอยโลก**
เมืองใหญ่ กับ Covid-19
อะไรจะทำให้เมืองดีขึ้น !!?

๓๖ **ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง**
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓
กับสุขภาพะชุมชนเมือง

๔๐ **Right to Health**
มาตรฐานการวางแผนการดูแลสุขภาพ
สำหรับประเทศไทย

๔๒ **นโยบายสร้างได้**
คิกออฟ! จับเคลื่อน
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔

๔๔ **เล่าให้ลึก**
ภาพโรคมัยรัชกาลที่ ๕ (๓)

๔๘ **คลิปดีที่ต้องดู**
'Metaverse' ทรนคใหม่ของโลก

จากสมัชชาสุขภาพ กทม. สู่การยกระดับของสมัชชาจังหวัด เพื่อสร้าง ‘สังคมสุขภาพะดี’ ทั่วประเทศ

สวัสดิ์ศรับเพื่ออนาคตคือเราทุกคน ชนชนนี้ประเทศไทยของเรา กำลังอยู่ในบรรยากาศการเลือกตั้งขึ้นอำนาจให้ประชาชนอีกครั้ง นับตั้งแต่มีการเลือกตั้งนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทั่วประเทศ เรื่อยมาจนถึงการเลือกตั้งองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และที่เพิ่งผ่านพ้นไปคือการเลือกตั้งซ่อม ส.ส. จังหวัดชุมพร สงขลา และ ส.ส. เขตหลักสี่-จตุจักร กทม. และบรรยากาศการปฏิรูปพลิกฟื้นเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของประชาชนเพื่อมุ่งสู่สังคมสุขภาพะดี จากวิกฤตการณ์เมืองที่เรื้อรังมาว่า ๘ ปี และวิกฤตจากการระบาดของโควิด 19 ที่ย่างเข้าปีที่ ๓ ตลอดจนบรรยากาศการเตรียมการเปิดประเทศ พื้นฟูเศรษฐกิจ ให้ประชาชนเข้าสู่การใช้ชีวิตแบบปกติใหม่อยู่ร่วมกับโควิดแบบโรคประจำถิ่นหรือโรคประจำฤดูกาลเหมือนไข้หวัดใหญ่ได้

ล่าสุดมีข่าวจะเลือกตั้งใหญ่ทั่วประเทศในเร็วๆ นี้ และรัฐบาลได้ประกาศความชัดเจนว่า ภายในเดือนพฤษภาคมที่จะถึงนี้ จะมีการเลือกตั้ง “ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร” อย่างแน่นอน สอดรับกับการเปิดตัวของ “ว่าที่ผู้สมัครฯ” ทั้งในนามอิสระและสังกัดพรรคการเมืองที่ขณะนี้ได้ลงพื้นที่หาเสียงกันอย่างคึกคัก ซึ่งหากมองภาพกว้าง อาจพูดได้ว่าประเทศไทยกำลังอยู่ใน “ช่วงเปลี่ยนผ่าน” กลับเข้าสู่การเมืองแบบ “ประชาธิปไตย” เหมือนเช่นอารยประเทศอื่นๆ คือประชาชนเป็นผู้เลือกผู้บริหารทั้งระดับประเทศและผู้บริหารท้องถิ่นทุกระดับชุดใหม่เข้ามาร่วมผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Health in All Policies) ถือเป็นเรื่องที่ดีสำหรับพี่น้องประชาชนมากครับ

สำหรับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ปีที่ผ่านมาได้ร่วมกับภาคีพันธมิตรจัดงานสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานครขึ้นเป็นครั้งที่ ๒ โดยมีภาคีเครือข่ายหลากหลายภาคส่วนในกทม. ได้ร่วมกันถกแถลงพิจารณา และให้ข้อเสนอแนะกันอย่างแหลมคม จนที่สุดสามารถบรรลุผลเป็น ๒ มติ สมัชชาฯ กทม. ที่ได้รับฉันทมติจากที่ประชุม ประกอบด้วย ๑. การสานพลังพัฒนาพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพะดีของชุมชน และ ๒. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร เพื่อรองรับภาวะวิกฤติ ขณะเดียวกันยังได้ร่วมกับผู้บริหารของกรุงเทพมหานครในการพัฒนาและขับเคลื่อน “ธรรมนูญสุขภาพระดับเขต พื้นที่ กทม.” ที่จะนำไปใช้แก้ไขปัญหาและคลี่คลายความขัดแย้งในพื้นที่ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยเบื้องต้นเกิดเป็นรูปธรรมแล้วใน ๑๓ เขตนำร่อง

ทั้งมติสมัชชาฯ กทม. และ ธรรมนูญฯ เขตพื้นที่ กทม. นั้นล้วนแต่เป็นเครื่องมือภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมีหัวใจอยู่ที่ “กระบวนการมีส่วนร่วม” ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับ กทม. เมืองที่เต็มไปด้วยความซับซ้อนแตกต่างหลากหลาย และเป็นสิ่งที่ว่าที่พ่อเมืองคนใหม่ควรนำไปปรับใช้ประกอบการจัดทำนโยบาย เพื่อนำพา กทม. ไปสู่การเป็นเมืองสุขภาพะดีอย่างแท้จริง

เพื่อนภาคีเครือข่ายทุกท่านครับ ประสบการณ์ที่ได้จากการจัดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานครทั้ง ๒ ครั้งที่ผ่านมาบวกกับประสบการณ์ของการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ ที่มีความหลากหลายและสะสมเป็นองค์ความรู้มาอย่างต่อเนื่องหลายปี สามารถใช้ยกระดับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่เปิดกว้างให้ทุกภาคส่วน เช่น ส่วนราชการต่างๆ ซึ่งนำโดยผู้ว่าราชการจังหวัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำโดยนายก อบจ. ภาคธุรกิจ เอกชนนำโดยประธานหอการค้าหรือประธานสภาอุตสาหกรรมจังหวัด ภาคส่วนวิชาการจากสถาบันการศึกษาภายในจังหวัด และภาคประชาสังคมนำโดยเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด เข้ามาร่วมกันหยิบเอาประเด็นปัญหาของพื้นที่ เอาทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ และเอาพลังการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ นำไปสู่การมีฉันทมติและการขับเคลื่อนมิตาร่วมกันเพื่อสร้างสังคมสุขภาพะดี ให้กับทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

และสุดท้ายนี้ ผมขอประชาสัมพันธ์ช่องทางสื่อสารใหม่ “Health Station สถานีกลางสุขภาพะดี” ศูนย์ข่าวใหม่ที่ สช. และภาคีเครือข่ายสุขภาพร่วมเป็นเจ้าของ ที่จะทำหน้าที่ “สนับสนุน” กระบวนการมีส่วนร่วม “สานพลังและขับเคลื่อน” นโยบายสาธารณะในทุกระดับและทุกประเด็น เป็นพื้นที่กลางที่เปิดให้ทุกคน ทุกองค์กร และทุกเครือข่ายได้เข้ามา ร่วมสร้าง ร่วมใช้ประโยชน์ และร่วมกันเป็นเจ้าของได้ที่ <https://main.healthstation.in.th> หรือ <https://www.facebook.com/healthStation> และหากเพื่อนภาคีเครือข่ายมีประเด็นในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเพื่อสร้างสุขภาพะดีประชาชน หรือมีโมเดลการทำงานของพื้นที่ที่น่าสนใจเพื่อแลกเปลี่ยนและต่อยอดองค์ความรู้ระหว่างพวกเรา สามารถติดต่อผ่านทาง Inbox แฟนเพจ Facebook “Healthstation สถานีกลางสุขภาพะดี” ได้เลยครับ 📢



เรื่องจากปก

อนาคต**เมืองกรุง**

ในมือ

‘ว่าที่ผู้ว่าฯ กทม.’

BANGKOK

กับ**เสียงสะท้อน**
ที่ไม่อาจไม่รับฟัง

ทหากไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงหรือเกิดอุบัติเหตุทางการเมือง
ในระยะเวลาอันใกล้ คนกรุงเทพฯ จะได้เลือกตั้ง “พ่อเมือง
คนใหม่” ราวๆ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕ ซึ่งเป็นไปตามที่
พ.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ประกาศความ
ชัดเจนแก่สื่อมวลชนอย่างชัดเจนยี่สิบห้า
จนถึงขณะนี้ ณ วันที่ ๑๐ ก.พ. ๒๕๖๕ มีว่าที่ผู้สมัครลง
รับเลือกตั้งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร (ผู้ว่าฯ กทม.) ที่
เปิดตัวอย่างเป็นทางการแล้วอย่างน้อย ๔ ราย โดยมีทั้งผู้ที่
สังกัดพรรคการเมืองใหญ่ และผู้ที่ลงสมัครในนามอิสระ



แม้ว่า กทม. เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายแตกต่างและสลับซับซ้อน หากแต่ กทม. ก็ยังมี “จุดร่วม” กับพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย โดยเฉพาะความเป็น “ชุมชนเขตเมือง” ซึ่งเต็มไปด้วยปัญหา และกระทบต่อสุขภาพของผู้อยู่อาศัย

การเลือกตั้งผู้ว่าฯ กทม. ครั้นนี้ จึงเป็นโอกาสที่ประชาชนนอก กทม. จะได้ร่วมกันรับฟังวิสัยทัศน์ วิสัยทัศน์ ไอเดีย ต่อประเด็นปัญหาในมิติต่างๆ ที่จะนำไปสู่การต่อยอด-ขยายผลในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในทุกพื้นที่-ทุกระดับ

“นิคตยสารสาสน์พลัง” ฉบับประจำเดือน กุมภาพันธ์ รวบรวมประเด็นปัญหาบางช่วงบางตอน โดยบอกเล่าผ่านตัวจริงเสียงจริงในประเด็นนั้นๆ ซึ่งจะช่วยให้ “สารตั้งต้น” ในการทำความเข้าใจปัญหาเพื่อประกอบการจัดทำนโยบายของ “ว่าที่พ่อเมือง กทม.” คนใหม่ และเป็นข้อมูลสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของสังคมไทย

‘ระบบสุขภาพเขตเมือง’ แยกส่วน

ข้อมูลจากยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง พ.ศ. 2561-2570 ซึ่งจัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และองค์กรภาคีเครือข่าย พบว่า “เขตเมือง” กำลังเต็มไปด้วยปัญหาหนักอก

สาระสำคัญในยุทธศาสตร์นี้ได้อธิบายให้เห็นถึงข้อจำกัดหลายประการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองและ กทม. อย่างมีส่วนร่วม อาทิ ความแตกต่างของนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบส่งต่อ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน งบประมาณและการเบิกจ่าย

สอดคล้องกับ เอกสารหลักของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ **มติ ๘.๓ ระบบสุขภาพเขตเมือง : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม** ที่ขมวดประเด็นเอาไว้ว่า ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองได้รับการพัฒนาแบบแยกส่วน และไร้ทิศทางที่ชัดเจน ภาพรวมส่งผลให้ประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตเมืองนั้นมีความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร เลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน บอกว่า ในเขตเมืองค่อนข้างจะมีปัญหาในทุกระบบ ตั้งแต่คิดครองโรคไปจนถึงการเข้าถึงการรักษา เนื่องจากมีประชากรเยอะ แต่หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care) กลับกระจุกกระจายและไม่ได้ถูกพัฒนา สุดท้ายแล้วก็ไม่พอ แตกต่างกับชนบทที่มีโครงสร้างบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีผู้ดูแลต่อเนื่อง ไม่ได้มีหลายหน่วยงาน เป็นผลให้การแก้ปัญหา นั้นเป็นไปได้ง่าย

“ระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองก็อยู่ในหลายมือของหลายหน่วยงานบริการ อย่างใน กทม. ก็ชัดเจนว่าไม่ได้อยู่ในมือของ สธ. และยังไม่มีโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้มหาวิทยาลัย-โรงเรียนแพทย์ และองค์กรที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย เมื่อมีหลายมือก็เกิดปัญหาเรื่องการประสานงาน และการจัดบริการต่างๆ ฉะนั้นก็จะเห็นได้ว่าระบบบริการในชุมชนเมืองมีปัญหาแยกส่วน ในขณะที่ประชากรก็ลำบาก” เธอ ระบุ

สำหรับข้อเสนอซึ่งเป็นประเด็นสำคัญและเร่งด่วนที่ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง พ.ศ. 2561-2570 หยิบยกขึ้นมานำเสนอมีด้วยกัน ๓ ประเด็นใหญ่ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ว่าฯ กทม. คนใหม่ควรให้นำหนักความสำคัญประกอบด้วย

๑. การให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมีความซ้ำซ้อนระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ การกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองไม่ครอบคลุมประชาชนบางส่วนขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพของบริการระดับปฐมภูมิ ทำให้ไปรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น หน่วยบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพในเชิงของการรักษาพยาบาลและการตั้งรับมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรค

๒. การเงินการคลังสุขภาพ ได้แก่ ระบบการซื้อบริการสุขภาพของกองทุนรัฐยังไม่สามารถทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้า



มามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อปท.ที่เข้าร่วมในการจัดบริการสุขภาพไม่สามารถนำเงินที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไปใช้ในการจ้างบุคลากรด้านสุขภาพมาให้บริการประชาชนได้ การจัดบริการสุขภาพในเขตเมืองประสบปัญหาความไม่เพียงพอของงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพ มาตรการทางการเงินการคลังสุขภาพยังไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชากรในเขตเมือง

๓. การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (ภาวะผู้นำและการอภิบาล) ได้แก่ การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการสุขภาพที่อยู่ต่างสังกัดกันนั้น ยังมีอยู่น้อยการวางแผนและการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งด้านบุคลากรสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูงยังมีน้อย

สิ่งแวดล้อมที่ดี เริ่มต้นจากกำจัด ‘ขยะ’

ข้อมูลจากสำนักทะเบียนกลาง กระทรวงมหาดไทย (มท.) ระบุว่า ในปี ๒๕๖๔ กทม.มีประชากร ๕.๕๓ ล้านคน คิดเป็น ๘.๓๕% ของประชากรทั่วประเทศ แต่ในข้อเท็จจริงแล้ว เมืองเทพสร้างแห่งนี้ยังมีประชากรแฝง และผู้ที่เดินทางเข้ามาแสวงหาโอกาสอีกจำนวนมาก

ผู้คนจำนวนมากย่อมหมายถึงการอุปโภคและบริโภคที่เพิ่มขึ้นตาม ซึ่งปลายทางของเรื่องนี้ก็คือปริมาณขยะสิ่งปฏิกูล

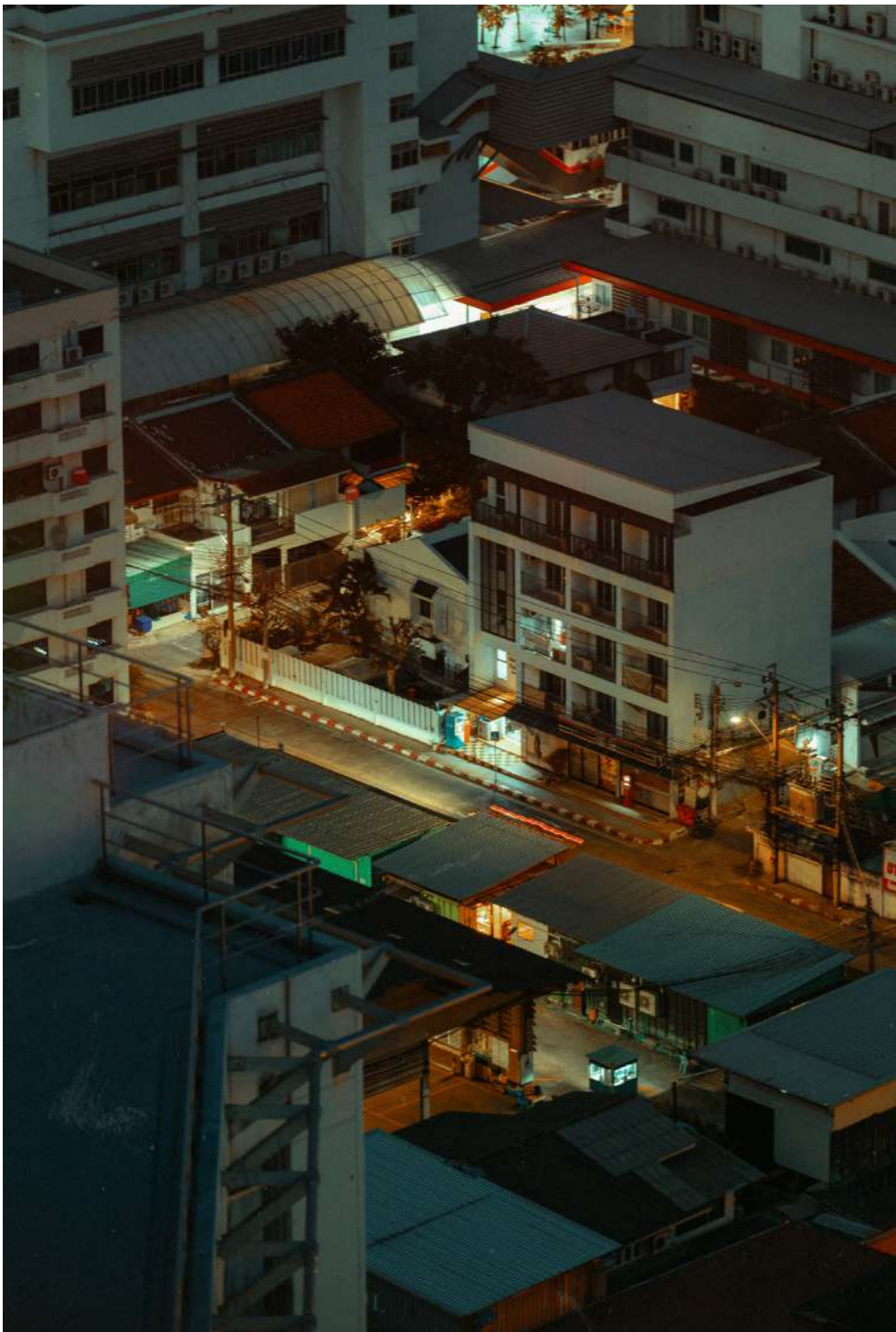
เพ็ญโฉม แซ่ตั้ง ผู้อำนวยการมูลนิธิบูรณะนิเวศ บอกว่า การจะทำให้ กทม. เป็นเมืองน่าอยู่ จำเป็นต้องแก้ไขเรื่องปัญหาขยะ-น้ำเสียในคลอง โดยอยากให้ผู้ว่า กทม. ขับเคลื่อนนโยบายการคัดแยกขยะอย่างจริงจังตั้งแต่ระดับครัวเรือน เพื่อลดปริมาณขยะลงให้ได้มากที่สุด

สำหรับสถานที่กำจัดขยะ ไม่ว่าจะเป็นหลุมฝังกลบหรือโรงไฟฟ้าขยะต่าง อยากให้มีการเพิ่มความเข้มงวดด้านมาตรการการควบคุมมลพิษเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในชุมชน หรือประชาชนที่อาศัยทั้งพื้นที่



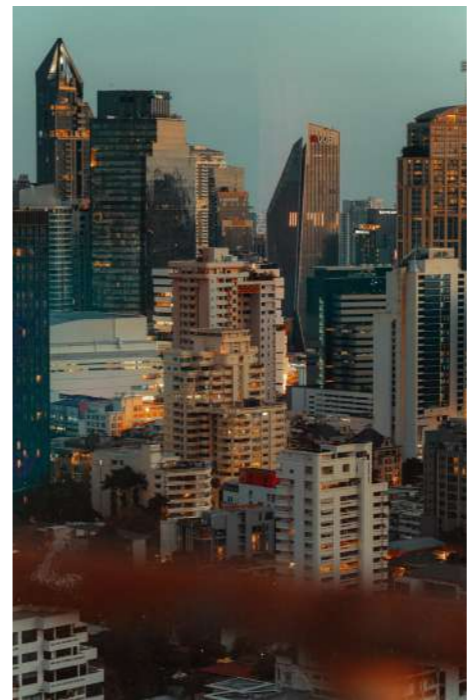
ใกล้เคียงและห่างออกไป เพราะหากไม่มีการจัดการที่ดี ไม่ว่าจะเป็นหลุมฝังกลบหรือโรงไฟฟ้าขยะก็จะเป็นสาเหตุที่ทำให้ กทม. ต้องพบกับปัญหา PM 2.5 ได้

ส่วนเรื่องน้ำเสียในคลองต่างๆ ก็อยากให้ กทม. มีการวางแผนจริงจังให้มีระบบบำบัดน้ำเสียทั้งระบบย่อยและระบบกลางที่มีประสิทธิภาพและสามารถใช้งานได้จริง เพื่อให้คลองทั้งสายหลัก สายรองใน กทม. สะอาดมากขึ้น



“ที่ผ่านมาต้องบอกว่ายังไม่มี การแก้ปัญหา เพราะยังไม่มี การตระหนักถึงความรุนแรงของ ปัญหาที่มีอยู่ ซึ่งก็เป็นเพราะ ยังไม่มีการศึกษาวิจัยอย่างจริงจัง และนำผลการศึกษานั้นมาใช้ พิจารณาได้ว่า กทม. อยู่ ภายใต้อิทธิพลของความเสียหาย และสิ่งแวดล้อมอะไรบ้าง ถ้าหาก มีการศึกษาและนำมาพิจารณา จริงๆ จะเห็นว่าประชาชนที่อาศัย ในเมืองใหญ่ในลักษณะแบบนี้ อยู๋ภายใต้ความเสี่ยงทางด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ รอบตัว”

น.ส.เพ็ญโฉม สະ-ญ



น.ส.เพ็ญโฉม ย้ำว่า อยากให้ผู้สมัครผู้ว่า กทม. ทั้งใน นามพรรคการเมืองหรือส่วนบุคคลให้ความสำคัญกับ ประเด็นเรื่องสิ่งแวดล้อมของ กทม. อย่างจริงจัง และควร หยิบยกเป็นประเด็นอันดับหนึ่งในการใช้หาเสียง ยืนยันว่า สิ่งแวดล้อมที่ดีก็ต้องเริ่มจากการจัดการเรื่องขยะ การส่งเสริมหรือมีมาตรการที่ชัดเจนไม่ว่าเป็นมาตรการ เชิงกลไกหรือบังคับให้คนลดปริมาณ-คัดแยกขยะได้

ผลักดัน 'พื้นที่สาธารณะ' เพื่อคนกรุง

ทุกวันนี้ กทม.มีพื้นที่รกร้างมากถึง ๗.๕ หมื่นไร่ หรือ ราวๆ ๘% ของพื้นที่ทั้งหมด และมีพื้นที่ได้ทางด่วนที่ไม่ได้ ใช้ประโยชน์อีกมากถึง ๗.๒ ล้านตารางเมตร ซึ่งจากการ ศึกษาความคุ้มค่าพบว่า หากรัฐบาลลงทุนที่จะปรับปรุง พื้นที่เหล่านี้เพียงตารางเมตรละ ๑,๕๐๐ บาท จะช่วยลด ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนได้ถึงคนละ ๒ หมื่น บาทต่อปี

คำถามคือ จะดีกว่าไหมหากนำพื้นที่รกร้างเหล่านั้นมา พัฒนาใหม่ เพื่อให้กลายเป็น “พื้นที่สาธารณะ” (Public Space) ที่ทุกคน-ทุกเพศทุกวัย ร่วมกันใช้ประโยชน์ได้

ภรณ์ สวัสดิ์รักษ์ นักวิชาการอิสระด้านผังเมืองใน ฐานะกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนพื้นที่สาธารณะให้ เกิดขึ้นจริง บอกว่า เชื่อว่าผู้สมัครผู้ว่าฯ กทม. ทุกคนมี ความเข้าใจนิยามของพื้นที่สาธารณะอยู่แล้ว แต่ที่อยาก เน้นย้ำก็คือ “นิยามตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ที่ ครอบคลุมถึงพื้นที่ของเมือง ทั้งพื้นที่โล่ง พื้นที่ในอาคาร ทางเท้า เกาะกลางถนน พื้นที่ได้ทางด่วน พื้นที่ริมทาง รถไฟ ฯลฯ ซึ่งเป็นได้ทั้งพื้นที่ของราชการและเอกชน

สำหรับ กทม. ซึ่งเป็นเมืองขนาดใหญ่ มีความหนาแน่น ของผู้คนสูง และที่ดินมีราคาแพง จึงเต็มไปด้วยปัญหา หลากหลาย การมีพื้นที่สาธารณะจะช่วยเสริมสร้างสุขภาวะ ได้ดีอย่างน้อยก็ ๔ ด้าน ได้แก่ ๑. สามารถแก้ไขปัญหา สิ่งแวดล้อม ฝุ่น คิว้น หรือมลพิษได้ ๒. สุขภาวะของผู้คน ในทุกด้านจะดีขึ้น ๓. พื้นที่สาธารณะไม่ได้เป็นเพียงพื้นที่

พบปะของผู้คนเท่านั้น แต่หมายถึงคนได้ใช้ประโยชน์จากพื้นที่ตรงนั้นในด้านต่างๆ เช่น ด้านศิลปะ ด้านวัฒนธรรม และด้านสุขภาพ ๔. มิติด้านเศรษฐกิจ หากมีการส่งเสริมสร้างอาชีพให้ชุมชน มีหน่วยงานต่างๆ ส่งเสริมให้เกิดการหารายได้ก็จะส่งผลดีต่อเศรษฐกิจของเมือง

ภรณ์ บอกอีกว่า จากการสำรวจพบว่า กทม. มีพื้นที่ที่มีศักยภาพพร้อมจะพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อสาธารณะมีปริมาณมาก ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้คนมองข้ามพื้นที่ขนาดเล็กที่ไม่ได้ถูกพัฒนา ซึ่งหากเปลี่ยนพื้นที่เหล่านั้นเป็นพื้นที่สาธารณะ เฟอร์นิเจอร์ของพื้นที่สีเขียวจะเพิ่มขึ้นและที่สำคัญคือสะดวกต่อการให้ “ผู้คนทุกกลุ่ม” เข้าถึงได้สะดวกมากขึ้น

“ต้องบอกว่าการจะผลักดันสร้างพื้นที่สาธารณะต่อจากนี้ไม่ได้เริ่มจากศูนย์ กทม. มีต้นทุนในแง่แนวทางและข้อมูลจากภาคีเครือข่าย หรือหน่วยงานอื่น ภาคเอกชน รวมถึงภาคประชาสังคม พร้อมทั้งจะขับเคลื่อน” ภรณ์ ระบุ

ทั้งนี้ อยากให้ กทม. ที่นำโดยผู้ว่าฯ กทม. เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะเรื่องการสร้างการสนับสนุนกลไกในการทำงานร่วมกัน

๑. สนับสนุนให้เครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงภาคประชาสังคมได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน เพื่อนำไปสู่การจัดตั้งคณะทำงาน ทีมจัดการข้อมูล และทีมงานในการประสานการมีส่วนร่วม นำไปสู่กระบวนการคิดในการวางแผนบริหารจัดการ กลไกต่างๆ ทั้งในเรื่องมาตรการทางการเงินการคลัง การวางผังเมืองโดยสำนักผังเมือง สำนักสิ่งแวดล้อมมาช่วยดูแลจัดการเรื่องสิ่งแวดล้อมและพื้นที่สีเขียว สำนักงานชุมชนสร้างให้ชุมชนมีส่วนร่วมสำนักอนามัยส่งเสริมให้มีกิจกรรมด้านสุขภาพ

๒. ส่งเสริมกระบวนการทั้งในระดับภาครัฐ และระดับเขตที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เพราะว่าตามมติสมัชชาเป้าหมายคือการทำให้เกิดหนึ่งเขตหนึ่งพื้นที่สาธารณะหรือมากกว่านั้นถ้าเป็นไปได้

“กทม. ต้องเป็นเจ้าของในการทำให้เกิดกระบวนการทำงานร่วมกันในด้านต่างๆ เพราะหากต่างคนต่างทำ การพัฒนาจะไม่มีทางมาบรรจบกัน หรือร่วมมือกันได้ การทำงานส่วนนี้ไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่คือหน้าที่ของทุกหน่วยงานในการทำเพื่อประโยชน์ของสาธารณะ” ภรณ์ ระบุ



ผู้ว่าฯ กทม. ต้องเข้าใจ ‘ที่อยู่อาศัย-คนงานเมือง’

อีกหนึ่งปัญหาสุขภาพของเมืองกรุงคือเรื่อง “ที่อยู่อาศัย” โดยเฉพาะในปัจจุบันที่ราคาที่ดินในเมืองค่อนข้างแพง ฉะนั้นเจ้าของที่ดินก็อยากได้ที่ดินที่ชุมชนอาศัยอยู่ไปพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นที่ดินของรัฐหรือเอกชน

วรรณภา แก้วชาติ ผู้ประสานงานโครงการมูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย ฉายภาพว่า ตัวอย่างหนึ่งคือผลกระทบจากที่ดินทางรถไฟ ซึ่งขณะนี้กำลังจะมีการเชื่อมต่อ ๓ สนามบิน ดอนเมือง-สุวรรณภูมิ-อู่ตะเภา โดยชาวบ้านที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนทางรถไฟของ กทม. จำนวน ๑๕ ชุมชน กำลังได้

รับผลกระทบและมีชาวบ้านที่อาศัยในที่ดินถูกไล่ออกเป็นจำนวนมาก ส่วนในที่ดินของเอกชนอื่นๆ ที่รถไฟฟ้าปรับเส้นทางผ่าน หลายชุมชนก็ถูกไล่ออกเช่นกัน

“ถ้าเป็นผู้ว่าฯ กทม. คนใหม่ สิ่งสำคัญอันดับแรกต้องเข้าใจบริบทชุมชน เข้าใจบริบทเมืองและต้องเข้าใจถึงสาเหตุว่าทำไมชุมชนแออัดต้องอยู่ในเมือง คนในเมืองทำมาหากินในเมืองจะให้เขาอยู่ที่อื่นก็คงไม่ได้” วรรณภา ระบุ

น.ส.วรรณภา กล่าวด้วยว่า ผู้ว่าฯ กทม. ควรจะต้องมีการสื่อสาร-วางแผนร่วมกัน หากจะแก้ปัญหาที่อยู่อาศัย



ของคนจนเมืองทั้งหมด ก็จะต้องดูว่าความต้องการจริงๆ ของคนในชุมชนคืออะไร เพราะบางคนก็ไม่ได้ต้องการ บ้านมั่นคง อาจจะต้องการแค่ห้องเช่าราคาถูก หรือที่อยู่อาศัยระยะสั้นเพื่อใช้เป็นที่พักผ่อนในการทำงาน แต่สำหรับคนบางกลุ่มที่ต้องมีการความมั่นคงในที่อยู่อาศัย ส่วนนี้ต้องมาดูว่ารูปแบบที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับรูปแบบ บริบทอาชีพนั้นเป็นอย่างไร

มากไปกว่านั้น ต้องมีวิสัยทัศน์ที่จะต้องทำงานเชิงรุก คิดให้รอบด้าน-รอบครอบว่าจะต้องแก้ไขอย่างไร ทั้งระบบ สาธารณสุข-เด็กและคนชรา-ระบบขนส่ง ควรจะต้องคิด ให้ครบวงจรไม่ใช่คิดทีละเรื่อง แต่นอกเหนือจากการมี วิสัยทัศน์และเข้าใจบริบทของคนแต่ละกลุ่มแล้ว ทีมงาน ของผู้ว่าฯ กทม. เองก็ต้องเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน ข้าราชการประจำก็ต้องเห็นด้วยกับแนวทางที่ผู้ว่าจะ ดำเนินการไม่ใช่ไปกันคนละทาง

สำหรับสิ่งที่อยากเห็นในระยะสั้น คือการแก้ปัญหา เรื่องปากท้อง-รายได้ ทำอย่างไรที่จะสามารถสร้างงานให้ คนในเมืองได้ เพราะส่วนนี้ต้องทำให้คนในชุมชนมีรายได้ ก่อน ดูว่ามีงานตัวใดที่จะสามารถเชื่อมระหว่างเอกชน-รัฐ หรือภาคประชาสังคม-รัฐเข้าไปได้ รวมถึงการรับมือด้าน สุขภาพ มีแผนรับมือชัดเจนและปฏิบัติได้จริง โดยเฉพาะ ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และระบบขนส่ง สาธารณะที่เอื้อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้

“สิ่งสำคัญที่อยากเห็นคือจะพัฒนาชีวิตคนเมือง- คนจนเมืองอย่างไรให้มีความเหลื่อมล้ำน้อยที่สุด หากมี การได้หรือหรือพัฒนาที่อยู่อาศัย รัฐเองก็ต้องมีนโยบาย ที่ชัดเจนในการรองรับ โดยให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมใน การกำหนดว่าถ้ามีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัยชุมชนจะมีข้อเสนออย่างไรเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน” วรรณภา ทิ้งท้าย

เมืองต้องบี 'อาหารที่ดี' ให้คนเข้าถึงได้

ด้วยความหลากหลายของผู้คนทำให้มีคนบางกลุ่มตกสำรวจ สำหรับคนเล็กคนน้อยในเมืองใหญ่แล้ว การเข้าถึง อาหารอาจไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะในสถานการณ์โควิด 19 ที่ผ่านมา เห็นได้ชัดว่า คนเล็กคนน้อยประสบกับปัญหา อย่างชัดเจน

นางคณางค์ นิ่มหัตถา ผู้รับผิดชอบโครงการสวนผักคนเมือง มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน บอกว่า ที่ผ่านมา กทม. ได้รับผลกระทบทางด้านอาหารมาตลอด เพราะวิกฤต หลายๆ ครั้ง ย่อมส่งผลมาถึง กทม. แต่วิกฤตโควิด 19 ได้ สะท้อนภาพของปัญหาที่ชัดเจนที่สุด

สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นใน กทม. แต่ที่ผ่านมามีไม่ถูกให้ ความสำคัญในการวางแผนแก้ไขทั้งในระยะสั้นและระยะ ยาว ได้แก่ ๑. เมื่อเมืองขยายตัวมากขึ้น พื้นที่ของการ ผลิตอาหารจะถูกรุกคืบ การผลิตก็จะลดลง ๒. ปัญหา ด้านความเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่งเป็นสิ่งที่คน มักมองข้ามและขาดการเชื่อมโยงไปถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้น ตามมา เช่น น้ำแข็งละลาย น้ำทะเลหนุนสูง สภาพอากาศ

ผันผวน เหตุการณ์เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อกระบวนการผลิต และความผันผวนของราคาอาหาร

๓. การผูกขาดทางการค้าอาหาร และสินค้าเกษตร ทำให้คนเมืองไม่สามารถควบคุมหรือกำกับดูแลได้

๔. วิกฤตที่จะเกิดขึ้นในอนาคตซึ่งส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจ ทำให้สุขภาพและวิถีการบริโภคของผู้มีรายได้น้อยแย่ลงแน่นอน

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายที่ผู้ว่าฯ กทม. คนใหม่จะต้องทำคือต้องตั้งต้นว่าเมืองจำเป็นต้องมีอาหารที่ดีให้ประชาชนเข้าถึงได้

๑. ควรกำหนดพื้นที่ในเมืองให้เป็นพื้นที่ผลิตอาหารของตัวเองให้ได้ เพื่อบริการให้กับคนในเมืองได้ระดับหนึ่ง หรือเป็นแหล่งผลิตอาหารสำรองในยามวิกฤต

๒. ควรส่งเสริมให้คนเมืองมีความรู้ และทักษะในการเป็นผู้ผลิตอาหาร เช่น การส่งเสริมให้องค์กรหรือหน่วยงานมีการปลูกผักเพื่อสร้างเสริมที่เป็นทั้งพื้นที่เรียนรู้ และการผลิตอาหารอินทรีย์ให้ผู้คนเข้าถึงอาหารที่ปลอดภัยได้

๓. ควรมีการจัดสรรพื้นที่สำหรับซื้อขายอาจจะเป็นในรูปแบบ ตลาดชุมชน ตลาดหน่วยงาน หรือตลาดทางเลือก เพื่อเป็นพื้นที่เชื่อมโยงให้คนที่เพาะปลูก และไม่มีศักยภาพหรือทรัพยากรในการเพาะปลูกได้มาแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน

๔. การจัดทำระบบฐานข้อมูลใน กทม. ซึ่งต้องรวบรวมข้อมูลพื้นที่ผลิตอาหารของเมือง เช่น มีพื้นที่เท่าไร ใครเป็นผู้ผลิต สามารถผลิตให้คนบริโภคได้เท่าไร คนในกทม. มีพฤติกรรมการบริโภคหลากหลายมากขนาดไหน กลุ่มคนเปราะบางมีการขาดแคลนอาหารเท่าไร เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการทำให้ผู้คนรับรู้ถึงกระบวนการผลิตอาหาร และการบริโภคในเมืองของตัวเอง เพื่อพัฒนาไปสู่การพึ่งพาเมืองตัวเองได้ในด้านการผลิตอาหารในอนาคต

“เรื่องอาหารที่ดีควรจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่หน่วยงานรัฐทุกระดับมากำกับดูแลให้กับประชาชนในเมืองเข้าถึงได้ทุกกลุ่ม” วรจกานงค์ กล่าว 🍌

BANGKOK

นพ.ปรีดา
แต่อารักษ์
รองเลขาธิการ
คณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ



สัมภาษณ์พิเศษ

๒ เครื่องมือภายใต้
พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐

‘สารตั้งต้น- วัตถุดิบชั้นเลิศ’

สำหรับว่าที่ ‘ผู้ว่าฯ กทม.’

มติสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๑ และ ๒ รวมถึงเนื้อหาสาระใน
ธรรมนูญสุขภาพระดับเขต ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (กทม.) ไม่ต่างไปจาก “สารตั้งต้น”
หรือ “วัตถุดิบชั้นเลิศ” ที่ผ่านกระบวนการสกัดอย่างเข้มข้น จนตกผลึกเป็นความเห็นร่วมกัน
ของหลากหลายภาคส่วน คือสิ่งที่ “ว่าที่ผู้ว่าฯ กทม.” สามารถหยิบไปต่อยอด หรือ
ขยายผลเป็นนโยบายที่ตรงจุด-ตรงตามความต้องการได้โดยทันที

ทว่าเหนือขึ้นไปจากผลสัมฤทธิ์ที่แสดงออกผ่านมติสมัชชาฯ และเนื้อหาสาระในธรรมนูญฯ
ก็คือ “กระบวนการมีส่วนร่วม” เป็นหัวใจของเครื่องมือภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๐ ทั้งสองชนิด และเป็นหัวใจดวงเดียวกันกับที่ “ว่าที่ผู้สมัครผู้ว่าฯ กทม.” ต้อง
นำมาเป็นหลักใหญ่ใจความในการบริหารจัดการพื้นที่ที่เต็มไปด้วยความซับซ้อนและ
หลากหลายแห่งนี้

“ว่าที่ผู้สมัครฯ สามารถ
เสนอนโยบายได้เลยว่า
เขามีวิสัยทัศน์ต่อหมวดประเด็น
หรือเนื้อหาในธรรมนูญฯ
อย่างไรบ้าง เขาจะทำ
หรือไม่ทำอะไร”

‘ปัญหา’ ที่หยิบไปจัดทำ นโยบายได้ทันที

“นิตยสารสานพลัง” ฉบับเดือนกุมภาพันธ์ พูดคุย
กับ นพ.ปรีดา แต่อาภรณ์ รองเลขาธิการคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ ในฐานะผู้บริหารองค์การสานพลัง
หน่วยงานที่ทำหน้าที่ชักจูงและเชื่อมร้อยกระบวนการ
การมีส่วนร่วมทั้งแนวราบและแนวตั้ง

รองเลขาธิการฯ ผู้นี้ ยังเป็นหนึ่งในกำลังสำคัญต่อการ
ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะดีให้
เกิดขึ้นกับ กทม. อีกด้วย

นพ.ปรีดา บอกว่า หากฝ่ายการเมือง ไม่ว่าจะเป็นผู้
ผู้สมัครฯ หรือสมาชิกสภา กทม. หากมีความเข้าใจและ
มองเห็นถึงความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วม ให้
ความสำคัญกับสิทธิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน
สิทธิในการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีของชุมชน ถ้าตระหนัก
ในเรื่องนี้ ปัญหาต่างๆ ก็จะแก้ไขได้ง่ายขึ้น

นพ.ปรีดา เสนอว่า ว่าที่ผู้สมัครฯ สามารถตั้งต้นนโยบาย
จากประเด็นในธรรมนูญสุขภาพระดับเขตได้เลย โดย
ขณะนี้มีการประกาศใช้ไปแล้วใน ๑๓ เขต กทม. ซึ่งแต่ละ
เขตก็มีความจำเพาะตามบริบทของตัวเอง แต่จุดร่วม
ของทั้ง ๑๓ เขตก็คือ ทั้งหมดนี้ผ่านกระบวนการการมี
ส่วนร่วมของประชาชนอย่างเข้มข้น และประชาชนได้ให้
ฉันทมติร่วมกันว่าประเด็นต่างๆ นั้น คือปัญหาของ
คนในชุมชน

“ว่าที่ผู้สมัครฯ สามารถเสนอนโยบายได้เลยว่า เขา
มีวิสัยทัศน์ต่อหมวดประเด็นหรือเนื้อหาในธรรมนูญฯ
อย่างไรบ้าง เขาจะทำหรือไม่ทำอะไร”

เช่นเดียวกับ มติสมัชชาสุขภาพ กทม. ซึ่งจนถึงขณะนี้
มีการจัดสมัชชาสุขภาพฯ มาแล้ว ๒ ครั้ง และมีมติสมัชชา
สุขภาพ กทม. รวมทั้งสิ้น ๔ มติ

แบ่งเป็น ๑. สมัชชาสุขภาพ กทม. ครั้งที่ ๑ จำนวน ๒ มติ
ได้แก่ ๑.๑ ธรรมนูญสุขภาพกรุงเทพมหานคร และ ๑.๒
การจัดการหาบเร่แผงลอยและการใช้พื้นที่สาธารณะร่วมกัน
ของกรุงเทพมหานคร

๒. สมัชชาสุขภาพ กทม. ครั้งที่ ๒ จำนวน ๒ มติ ได้แก่
๒.๑ การสานพลังพัฒนาพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาวะชุมชน

และ ๒.๒ การพัฒนาระบบสุขภาพบริการปฐมภูมิใน
กรุงเทพมหานครเพื่อรองรับภาวะวิกฤติ

“นี่จะเป็นโอกาสที่ดีของว่าที่ผู้สมัครฯ ที่จะหยิบยกมติ
สมัชชาสุขภาพฯ ไปประยุกต์ใช้กับการจัดทำนโยบายเพื่อ
ให้หาเสียงได้ทันที นั่นเพราะมติสมัชชาสุขภาพฯ เกิดขึ้น
จากปัญหาที่แท้จริงของพี่น้องประชาชน เป็นผลมาจากที่
พี่น้องประชาชนได้พูดคุยปรึกษาหารือกันว่า นี่คือนโยบาย
ที่สำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว โดย
ใช้กระบวนการการมีส่วนร่วม”

นพ.ปรีดา กล่าวต่อไปว่า ฉะนั้นนอกเหนือไปจาก
พื้นที่เพื่อรับฟังปัญหาแล้ว ว่าที่ผู้สมัครฯ ยังสามารถนำ
มติสมัชชาสุขภาพฯ และเนื้อหาในธรรมนูญสุขภาพฯ มาใช้
ทบทวนปัญหาอย่างเป็นระบบและรอบด้าน เพราะสิ่งเหล่านี้
คือความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้นโดยมี
ข้อเท็จจริงและความเป็นวิชาการ ไม่ได้เกิดขึ้นจากความ
รู้สึกของใครคนใดคนหนึ่ง

“ในเมื่อเรื่องคุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งแวดล้อมที่ดี คือความ
ปรารถนาของคนในชุมชน และในเมื่อระบบสุขภาพที่ดี
ระบบสังคมที่ดีที่เอื้อต่อการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีและ



คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ คำถามก็คือแล้ว
ว่าที่ผู้สมัครฯ จะมึนโยบายใดมาตอบใจเหตุเรื่องเหล่านี้บ้าง
“นี่เป็นโอกาสอันดีที่คนในชุมชนจะได้รับฟังพิจารณา
และได้รับความชัดเจนจากนโยบายของว่าที่ผู้สมัครฯ
ว่าใครให้ความสำคัญและใส่ใจกับเรื่องสุขภาพคุณภาพชีวิต
และการมีส่วนร่วมของประชาชน ใครให้ความสำคัญกับ
ปากเสียงประชาชนมากกว่าแค่หวังคะแนนเสียง ตรงนี้
หากมีการแสดงวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน เราก็จะเลือกได้ว่าควร
จะสนับสนุนผู้ใด”

จุดเชื่อมต่อ ของ ๒ เครื่องมือ

นพ.ปรีดา เล่าต่อไปถึงการตั้งไข่ธรรมนูญสุขภาพ
ระดับเขตในพื้นที่ กทม. ซึ่งขณะนี้มีการประกาศใช้ไปแล้ว
๑๓ เขต ได้แก่ ดินแดง วังทองหลาง บางคอแหลม
สายไหม ดอนเมือง ลาดพร้าว บึงกุ่ม ลาดกระบัง ธนบุรี
คลองสาน บางบอน พุ่่งครุ และทวีวัฒนา
“ต้องเริ่มจากสถานการณ์โควิด 19 ซึ่งขณะนั้นสำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย
ขับเคลื่อนแผนงาน “รวมพลังพลเมืองตื่นรู้ ช่วยชาติสู้ภัย
โควิด 19” ซึ่งผลจากการดำเนินงานทำให้เห็นพลังของชุมชน
ใน กทม. และศักยภาพของชุมชนอย่างเด่นชัด
“ระหว่างนั้นเกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันเป็น
จำนวนมากไม่ว่าจะเป็นสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ศูนย์
บริการสาธารณสุข รวมทั้งกทม. และที่สำคัญคือภาค
ประชาชนในระดับพื้นที่

“เมื่อการทำงานเป็นระบบมากขึ้น ในแต่ละพื้นที่ก็มี
การพัฒนาไปสู่การสร้างข้อตกลงชุมชนเพื่อรับมือโควิด 19
ก่อนจะมีการต่อยอดไปเป็นการกำหนดมาตรการชุมชน
หรือธรรมนูญชุมชนสู้ภัยโควิดในหลายพื้นที่

“พลังชุมชนและการมีส่วนร่วมคือจุดตั้งต้น จากนั้นก็
มีการพูดคุยกันว่าเมื่อเราเห็นสิ่งเหล่านี้ร่วมกันแล้วจะ
สามารถยกระดับความร่วมมือกันต่อไปอย่างไรดีให้
มากกว่าเพียงแค่ประเด็นโควิด 19 ที่สุดแล้วจึงมีการขยาย
ขยายมาเป็นธรรมนูญสุขภาพระดับเขต ในพื้นที่ กทม.
เพื่อแสวงหาฉันทมติและกระบวนการมีส่วนร่วมในการ
พัฒนานโยบายสุขภาพ-สุขภาพะคนเมือง”

อาจารย์ปรีดา อธิบายว่า ธรรมนูญสุขภาพระดับเขต
ในพื้นที่ กทม. นับเป็นภาพย่อยในระดับพื้นที่ ซึ่งจะมีการ
ขับเคลื่อนคู่ขนานไปกับภาพใหญ่ นั่นก็คือสมัชชาสุขภาพ
กทม. ซึ่งต้องยอมรับว่าการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพะ กทม.
เป็นสิ่งที่ยากและท้าทาย แต่เมื่อมีการทำงานร่วมกัน เกิด
ความร่วมมือจากโควิด 19 ก็ทำให้พอเห็นเค้าลางที่จะ
ยกระดับได้ จึงพูดคุยกันต่อไปถึงการจัดสมัชชาสุขภาพฯ
กทม. ขึ้น โดยครั้งแรกเกิดในปี ๒๕๖๓ และครั้งที่สองเกิด
ในปี ๒๕๖๔

“ตรงนี้จะมาเชื่อมโยงกันคือในงานสมัชชาสุขภาพ กทม.
ครั้งแรก สมาชิกได้ให้อันตมตีร่วมกันในมติที่ว่าด้วยการ
จัดทำธรรมนูญสุขภาพ กทม. ตรงนี้คือธรรมนูญสุขภาพ
ในภาพใหญ่ โดยมีกลไกติดตามขับเคลื่อนหลักคือคณะ
กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต ๑๓ (กขป. เขต
๑๓ กทม.) และ กทม. เป็นเจ้าภาพ

“ส่วนภาพย่อยก็คือ การทำงานด้วยกระบวนการที่มี
ส่วนร่วมจนเกิดธรรมนูญสุขภาพฯ ระดับเขต ๑๓ เขตซึ่งจะ
เชื่อมต่อกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับ
เขต (พชช.) และมีมหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มรัตนโกสินทร์
จำนวน ๕ แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา มหาวิทยาลัย
ราชภัฏสวนสุนันทา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร และ
มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม เป็นหน่วยงานสนับสนุน
การขับเคลื่อน”



“ในเมื่อเรื่องคุณภาพชีวิตที่ดี
สิ่งแวดล้อมที่ดี คือความปรารถนา
ร่วมของคนในชุมชน”



ว่าด้วยธรรมนูญสุขภาพระดับเขต กทม.

การแก้ปัญหาในพื้นที่คงไม่สามารถให้คนอื่นตัดสินใจแทนได้ คนในพื้นที่ต้องร่วมกันตัดสินใจ ซึ่งกระบวนการแสวงหาฉันทมติบนพื้นฐานของข้อมูลและวิชาการจะช่วยให้เปลี่ยนเรื่องของปัจเจกให้กลายเป็นพลังชุมชน

สำหรับ “ธรรมนูญสุขภาพ” ถือเป็นเครื่องมือสนับสนุนให้เกิดกรอบกติกาหรือสัญญาใจที่นำไปสู่แนวปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆ เช่น บางพื้นที่พูดถึงเรื่องหาบเร่แผงลอยก็อาจมีข้อตกลงร่วมกันเรื่องการให้พื้นที่สาธารณะ หากมีการละเมิดข้อตกลงก็อาจมีบทลงโทษทางสังคมที่ทุกฝ่ายยอมรับร่วมกัน

ในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับเขต กทม. ในครั้งนี้ สช. ทำหน้าที่เชื่อมประสานภาคีเครือข่าย สนับสนุนความรู้ในการพัฒนาและขับเคลื่อน สสส. ให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนพร้อมชุดความรู้ที่สามารถนำไปเผยแพร่ เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่นำร่อง

สสส. สนับสนุนข้อมูลทางสุขภาพของประชาชนเพื่อให้เกิดความตระหนักต่อพฤติกรรมสุขภาพ สปสช. สนับสนุนการใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กทม. สนับสนุนกระบวนการขับเคลื่อนสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่นำร่อง กระบวนการรับฟังความคิดเห็น และประมวลข้อเสนอจากทุกภาคส่วน เพื่อยกร่างธรรมนูญสุขภาพที่ใช้เป็นกรอบแนวทางร่วมกัน

พอช. สนับสนุนเครือข่ายองค์กรชุมชนในเขตพื้นที่นำร่อง ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ ขณะที่มหาวิทยาลัยราชภัฏ ๕ แห่ง เป็นผู้สนับสนุนงานวิชาการโดยการนำข้อมูล มาประมวลสังเคราะห์ และนำเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าใจสภาพปัญหาพื้นที่ต่อไป

นพ.ปริดา เล่าต่อไปว่า ในส่วนของกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับเขต กทม. มีแนวคิดเดียวกับการทำธรรมนูญสุขภาพตำบล แต่จะมีความแตกต่างอยู่ที่ กทม. เป็นเมืองที่ประชาชนมีความเป็นปัจเจกสูงกว่าชุมชนในต่างจังหวัด ดังนั้นการที่จะรวบรวมคนทุกคนเข้ามาอยู่ในกระบวนการจึงเป็นเรื่องยาก

“ความสำคัญและหัวใจของความสำเร็จจึงอยู่ที่ ‘ผู้นำชุมชน’ ที่จะประชาสัมพันธ์ สื่อสาร หรือสร้างการรับรู้-กระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การยินยอมพร้อมใจกันในการรับกติกาชุมชน”

สำหรับขั้นตอนของการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับเขต เริ่มต้นขึ้นจากการแสวงหาองค์ความรู้-ความต้องการที่แท้จริงของประชาชนผ่านการรับฟังความคิดเห็น จากนั้นก็เก็บข้อมูลที่มีอยู่มาสังเคราะห์-วิเคราะห์ และคืนกลับไปยังตัวแทนชุมชนที่เชิญเขาเข้ามาในกระบวนการ

ถัดจากนั้นก็ร่วมกันคัดเลือกประเด็นร่วมที่ทุกคนในพื้นที่ต้องช่วยกันแก้ไข โดยอาศัยตัวอย่างหรือรูปธรรมที่เกิดขึ้นจากธรรมนูญตำบลมาเป็นต้นแบบ มาถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งแน่นอนว่าประเด็นร่วมในแต่ละเขตย่อมมีความแตกต่างไปตามบริบทพื้นที่

“แต่เราก็ยังพบว่าทั้ง ๑๓ เขต มีประเด็นร่วมกันอยู่ เช่น ประเด็นสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิต ตลอดจนประเด็นกลุ่มเปราะบาง หรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งเหล่านี้คือภาพสะท้อนความกังวลและปัญหาของ กทม. ได้อย่างชัดเจน”

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติให้ความคิดเห็นว่า ขณะนี้อยู่ระหว่างพูดคุยกับผู้บริหาร กทม. เพื่อขยายธรรมนูญสุขภาพระดับเขตให้มากขึ้น โดยตั้งเป้าว่าภายใน ๒-๓ ปี จะทำให้ครอบคลุมทั้ง ๕๐ เขต ควบคู่ไปกับการเน้นหนักเรื่องการสื่อสารทางสังคม เพื่อขยายความร่วมมือให้กว้างขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดพลังทางสังคมที่ยิ่งใหญ่ขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีธรรมนูญสุขภาพระดับเขตเกิดขึ้นแล้ว หากแต่ในช่วงแรกอาจยังไม่เห็นผลที่ชัดเจนเท่าใดนัก เพราะหลายเรื่องต้องทำผ่านวิถีชีวิต การประเมินผลจากความเปลี่ยนแปลงจึงจำเป็นต้องใช้เวลา แต่ก็อาจเห็นภาพของความร่วมมือผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น เกิดข้อปฏิบัติในชุมชน การรักษากติกาเรื่องความปลอดภัย การให้ความร่วมมือในการละเว้นอบายมุข ซึ่งถือเป็นความสำเร็จที่จับต้องได้

ในส่วนของกระบวนการประเมินผลนั้น “นพ.ปริดา” มองว่าเบื้องต้นอาจทำได้ใน ๓ มิติ ได้แก่ ๑. สามารถประเมินผลได้ในแง่ความร่วมมือที่ฝ่ายต่างๆ เข้ามาร่วมกัน ทั้งคนเงิน ของ ว่ามีมากน้อยเพียงใด ๒. ในแง่กระบวนการและกิจกรรม ๓. เกิดการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น การไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อบายมุขหรือการพนันในงานเทศกาล ประเพณีต่างๆ รวมทั้งการติดตามดัชนีชี้วัดสุขภาพของประชาชนในภาพรวม เป็นต้น

“ถ้าเราเริ่มต้นด้วยความรู้ความเข้าใจที่ดี กระบวนการมีส่วนร่วม และเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมของคนในชุมชนได้ในระดับหนึ่ง เชื่อว่าในระยะยาวจะมีความยั่งยืนมากขึ้น”

ก้าวต่อไปของ สมัชชาสุขภาพ กทม.

ในส่วนของสมัชชาสุขภาพ กทม. นั้น ในปี ๒๕๖๕ จะมีการจัดขึ้นเป็นครั้งที่ ๓ แต่ก่อนจะไปถึง “นพ.ปรีดา” ได้สรุปบทเรียนจากที่ได้จัดมา ๒ ครั้งก่อนว่า จากงานสมัชชาสุขภาพ กทม. ทั้งสองครั้งทำให้เห็นว่า เราจำเป็นต้องขยายการรับรู้และขยายการมีส่วนร่วมให้มากขึ้นไปอีก เพื่อที่จะให้เห็นประเด็นร่วมกัน และเห็นความสำคัญของการขับเคลื่อนร่วมกันมากขึ้น

“ที่ผ่านมามีความเห็นแล้วว่า สมัชชาสุขภาพเป็นเรื่องที่ดี เป็นเครื่องมือที่น่าหยิบมาใช้ แต่ในกระบวนการขับเคลื่อนต้องอาศัย กทม. เป็นเจ้าภาพหลักที่จะชวนภาคส่วนอื่นๆ เข้ามาร่วมขับเคลื่อน

“เข้าใจว่าเป็นเรื่องท้าทายสำหรับ กทม. เพราะไม่ใช่เรื่องง่ายเลย กทม. มีความซับซ้อนสูงมาก ตัวอย่างแค่เรื่องระบบบริการหรือหน่วยบริการเพียงอย่างเดียวก็พบว่า มีเจ้าของหลากหลาย ทั้ง กทม.เอง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กองทัพ ภาคเอกชน

“กทม. ต้องสานพลังความร่วมมือ และออกแรงขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพที่มีมิติไปแล้วให้บรรลุผล ไม่เช่นนั้นเราก็จะมีแต่มิติ แต่ไม่มีใครหยิบเอาไปเคลื่อนอย่างจริงจัง นั่นก็จะเป็นการเสียโอกาสไป”

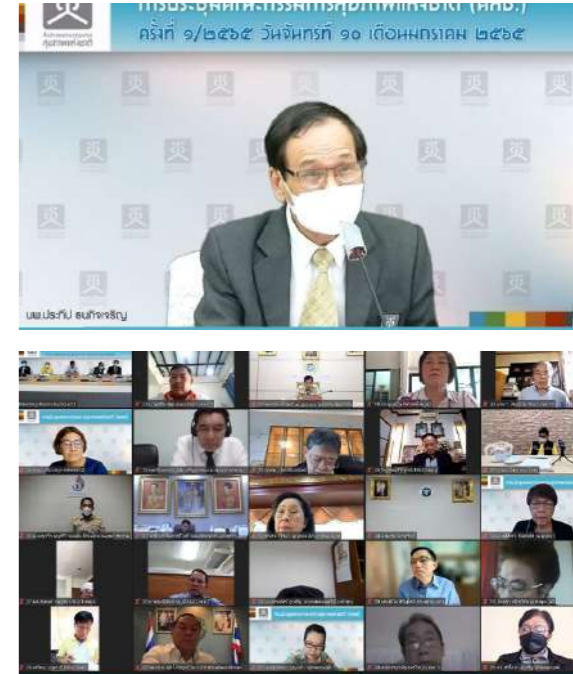
สำหรับการกำหนดประเด็นที่จะเข้าสู่สมัชชาสุขภาพ กทม. ครั้งที่ ๓ “นพ.ปรีดา” บอกว่า คงต้องขึ้นอยู่กับความเห็นของสมาชิกสมัชชาสุขภาพ แต่เราอาจมองได้ว่า การทำงานเชิงระบบเป็นสิ่งสำคัญ จำเป็นต้องอาศัยการสานพลังและการสนับสนุนอย่างดีจากหน่วยงาน โดยเฉพาะหน่วยงานของรัฐในระดับชาติที่จะมีนโยบายหรือกฎกติกาต่างๆ เพื่อเปิดให้หน่วยงานระดับพื้นที่มีอำนาจในการตัดสินใจได้มากขึ้น

“การทำงานเชิงระบบจำเป็นต้องมีการประสานเชิงนโยบายระหว่างภาคียุทธศาสตร์ต่างๆ มากขึ้น ดังนั้นเครื่องมือสมัชชาสุขภาพฯ ก็เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับเรื่องนี้ ควบคู่ไปกับการทำประเด็นย่อยในพื้นที่ที่เป็นความทุกข์หรือเป็นความต้องการของประชาชนคนกรุงที่แท้จริง จะเป็นประเด็นในการสร้างการมีส่วนร่วมในพื้นที่ได้ง่าย และสามารถเชื่อมต่อไปกับการทำงานเชิงระบบใหญ่ได้ ซึ่งแน่นอน เครื่องมือสมัชชาสุขภาพฯ ก็ตอบโจทย์เช่นกัน”
นพ.ปรีดา ระบุ 🗨️



“การทำงานเชิงระบบจำเป็น
ต้องมีการ**ประสานเชิง
นโยบายระหว่างภาคี
ยุทธศาสตร์ต่างๆ** มากขึ้น
ดังนั้น**เครื่องมือสมัชชา
สุขภาพฯ** ก็**เป็นสิ่งที่จะสอดคล้องกับเรื่องนี้** ควบคู่ไปกับการทำประเด็นย่อยในพื้นที่ที่เป็นความทุกข์หรือเป็นความต้องการของประชาชนคนกรุงที่แท้จริง”

คสช. ถกนัดแรกของปี ๒๕๖๕ ดัน ๓ มติสมัชชาสุขภาพฯ เข้าสู่ ครม.



คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) หรือบอร์ดสุขภาพของประเทศ ประเดิมปีชาลด้วยการประชุมนัดแรก ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๐ ม.ค. ที่ผ่านมา โดยมี **ดร.สาธิต ปิตุเตชะ** รมช.สาธารณสุข (สธ.) ในฐานะรองประธาน คสช. เป็นประธาน ซึ่งในเวทีได้มีการหารือและพิจารณาหลากหลายเรื่องด้วยกัน

หนึ่งในวาระที่สำคัญของ คสช. ในครั้งนี้ คือการให้ความเห็นชอบต่อ **“มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕”** ทั้ง ๓ ระเบียบวาระ ที่เป็นผลลัพธ์จากกระบวนการทำงานร่วมกันตลอดทั้งปีของสมาชิกสมัชชาสุขภาพทั่วประเทศ ซึ่งได้มีฉันทมติและแสดงถ้อยแถลงเพื่อขับเคลื่อนร่วมกันไปแล้วเมื่อช่วงวันที่ ๑๕-๑๖ ธ.ค. ที่ผ่านมา

สำหรับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้ง ๓ ประกอบด้วย

1. การสร้างเสริมสุขภาพะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤต

โควิด 19 ๒. การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม ๓. การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ

จากนี้ไปจะเข้าสู่ขั้นตอนของการนำเสนอที่ประชุมคณะรัฐมนตรี (ครม.) เพื่อพิจารณา ก่อนมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ไม่เพียงเฉพาะมติที่เป็นความก้าวหน้าล่าสุดเท่านั้น เพราะอีกวาระที่สำคัญของการประชุมในครั้งนี้ คือการมองไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องถึงการจัด **“สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ๑๖”** ซึ่งเปรียบได้กับวาระสุขภาพของประเทศประจำปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ที่ คสช. และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จะชักชวนภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน

ในส่วนของ คสช. ได้ร่วมให้ความเห็นชอบในครั้งนี้ คือ

กรอบและแนวทางของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕-๑๖ ที่จะจัดขึ้นภายใต้ประเด็นหลัก (Theme) **“ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ความหวังและโอกาสอนาคตประเทศไทย”**

ภายในการประชุมครั้งนี้ คสช. ยังได้รับทราบผลการจัดและมติ **“สมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๔”** ซึ่งมีการจัดขึ้นเมื่อวันที่ ๒๕ พ.ย. ๒๕๖๔ โดยที่ประชุมได้ให้ฉันทมติร่วมกันใน ๒ มติ ได้แก่

๑. การสานพลังพัฒนาพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพะของชุมชน
๒. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครเพื่อรองรับภาวะวิกฤติ พร้อมมอบหมายให้ สช. แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ในอีกด้านหนึ่ง ที่ประชุม คสช. ก็ได้รับทราบถึงความคืบหน้าของการจัดทำ **“ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ**

แห่งชาติ ฉบับที่ ๓” โดย **นายสุวิทย์ เมษินทรีย์** ประธานกรรมการจัดทำธรรมนูญ ฉบับนี้ ได้เน้นย้ำถึงประเด็นสำคัญ คือการนำธรรมนูญ ฉบับนี้ไปเป็นหลักคิดและแนวทางในการขับเคลื่อน ติดตามประเมินผล ทบทวนในหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ

ส่วนแผนการดำเนินงานต่อจากนี้ ในระหว่างเดือน ม.ค.-ก.พ. ๒๕๖๕ จะมีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ เพิ่มเติม เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงให้ได้ร่างฉบับสมบูรณ์ จากนั้นในเดือน มี.ค. ๒๕๖๕ ก็จะมีการเสนอต่อ คสช. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ก่อนที่จะเสนอต่อ ครม. และรัฐสภา เพื่อที่จะประกาศในราชกิจจานุเบกษา ภายในปี ๒๕๖๕ ต่อไป 🌟

เวทีสุขภาพพยับ สมัชชาจังหวัดปทุมธานี

กระแสสังคมยังโฟกัสอยู่ในเรื่องการอยู่ร่วมกับโควิดที่ยังมีการแพร่ระบาดไม่หยุดหย่อน แม้หลายภาคส่วนจะร่วมกันยกระดับเป็นพลังพลเมืองที่ตื่นรู้ช่วยชาติสู้ภัยโควิด แต่ยังมีประเด็นนโยบายสาธารณะอื่นที่เป็นเรื่องร่วมของพื้นที่ เช่น การรับมือกับหมอกควันไฟป่า อากาศสะอาด PM 2.5 เริ่มคุกคามในภาคเหนือ อีสาน ความปลอดภัยจากการใช้รถใช้ถนนก็กลับมาร้อนแรงในสังคม ระบบรองรับสังคมสูงวัยก็เป็นภัยคุกคามทั้งสังคมไทย

ประเด็นร่วมทั้งหลายเหล่านี้ไม่สามารถที่จะแก้ไขด้วยลำพังเพียงหน่วยงาน-องค์กรเดียว การรวมพลังเป็นกลไกเชื่อมประสานในแต่ละระดับจึงสำคัญยิ่ง

เจกเช่น กลไกเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ที่เป็นกลไกบูรณาการความร่วมมือเพื่อร่วมกันวางประเด็นยุทธศาสตร์ที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในเขต ซึ่งในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา มีการจัดเวทีปรึกษาหารือเพื่อร่วมกันวิเคราะห์เกาะติดสถานการณ์และหารือการขับเคลื่อนงานสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อปักธงให้ กขป. เป็นเสมือนเส้นด้ายแฉนวนที่ทำหน้าที่เชื่อมร้อยเส้นด้ายแฉนวนตั้ง คือประสานกับหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายสาธารณะและกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ ตามเจตนารมณ์ที่จัดตั้งจริงๆ

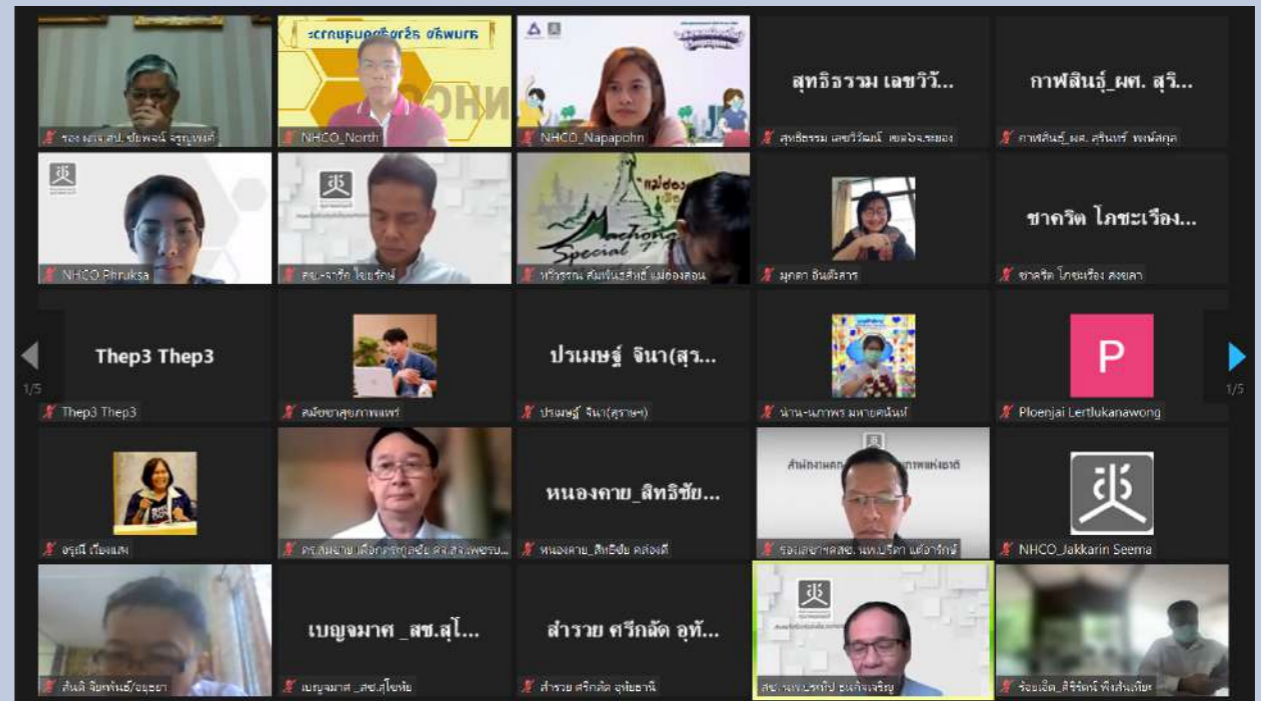
ทั้งนี้ ในที่ประชุมยังมีข้อเสนอสำคัญ เช่น การขยายขับเคลื่อนงานในระดับยุทธศาสตร์ให้มากขึ้น การกำหนดวาระร่วมของทั้ง ๑๓ เขต เช่น การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ การเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพชุมชน อุบัติเหตุ

บนท้องถนน การขับเคลื่อนความปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหาร เป็นต้น เพื่อแลกเปลี่ยนการทำงานสานพลังระหว่างภาครัฐและภาคอื่นๆ เชื่อมโยงและยกระดับเป็นประเด็นร่วมในระดับประเทศที่แท้จริง

ในขณะที่เดียวกันในวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา มีการประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดทั่วประเทศ ว่าด้วยบทบาทที่ท้าทายของการเป็นกลไกและพื้นที่กลางการสร้างสุขภาพของสังคมด้วยกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัด ซึ่งพบว่ามีความจังหวัดที่มีความพร้อมยกระดับจากการสร้างการมีส่วนร่วมให้เป็นหุ้นส่วนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างสุขภาพของคนจังหวัด เช่น สงขลา ลำปาง เพชรบูรณ์ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ ขอนแก่น เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีความเห็นสำคัญต่อการร่วมกันทบทวนทิศทาง เป้าหมายและแผนงานสำคัญของกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การหนุนช่วยชาติสู้ภัยโควิด-19 การวางจังหวัดจัดเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดเพื่อหาฉันทมติและนำเสนออุปสรรคความสำเร็จในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ พร้อมกันทั่วประเทศ

ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพ มีผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ดังนั้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีคงไม่สามารถปล่อยเป็นหน้าที่ของใครหรือหน่วยงานใดเพียงแห่งเดียว จึงต้องร่วมมือกันขับเคลื่อนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชุมชนท้องถิ่น ระดับอำเภอ จังหวัด เขต และระดับประเทศ จึงจะทำให้เกิดการเชื่อมโยง นำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบไปด้วยกัน



เมืองใหญ่ กับ Covid-19 อะไรจะทำให้เมืองดีขึ้น !!?



๑ https://www.who.int/docs/default-source/searo/covid-19-and-the-urban-poor.pdf?sfvrsn=9ad95fe_2
 ๒ <https://www.youtube.com/watch?v=SIF54D8nMIE>
 ๓ https://www.who.int/docs/default-source/searo/covid-19-and-the-urban-poor.pdf?sfvrsn=9ad95fe_2
 ๔ <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/urban-health/covid-19>
 ๕ <https://www.bigcitieshealth.org/about-us/>
 ๖ <https://www.nationalhealth.or.th/th/taxonomy/term/920>
 ๗ <https://www.tcjthai.com/news/2021/11/scoop/12076>



มนุษย์เมืองใหญ่ยุคโควิด-19ครองเมืองใครเสี่ยงสุด?

กว่า ๔,๐๐๐ ล้านคนหรือเกินกว่าครึ่งของคนทั่วโลกอาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ และกว่า ๑,๐๐๐ ล้านคนอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด

เมื่อโควิดครองเมืองและหนึ่งในอาวุธสำคัญที่จะป้องกันโควิดคือการเว้นระยะห่าง ดังนั้นจุดตายของคนเมืองใหญ่คือ “ความหนาแน่น” และคนที่น่าเป็นห่วงที่สุดย่อมหนีไม่พ้น “คนจนในเมือง”

เมื่อมองลึกลงไปก็จะพบว่าในกลุ่มคนจนเมืองนั้น ผู้หญิงและเด็กเป็นกลุ่มที่เสี่ยงมากที่สุดโดยเฉพาะปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การตกงาน ท้องก่อนวัยอันควรหลุดออกจากระบบศึกษา ดังนั้นมือแห่งการช่วยเหลือจึงควรต้องยื่นไปจับคนกลุ่มนี้ให้มากที่สุด

“แผลและยารักษา”ของเมืองใหญ่เป็นอย่างไรบ้าง?

๒ แผลใหญ่ที่สำคัญและเห็นได้ชัดของเมืองใหญ่ คือการเข้าไม่ถึงระบบการรักษาพยาบาลในเมืองใหญ่ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดอย่างหนัก และยอดคนตกงานจำนวนมาก เช่น เมื่อปีที่ผ่านมาประเทศไทยมียอดคนตกงานสูงถึง ๔.๗

แสนคน แชนหน้าวิกฤตแฮมเบอร์เกอร์” เมื่อมีปัญหามนุษย์เราย่อมพยายามแก้ไข ธนาคารโลก (World Bank) ระบุว่าเราควรมียารักษา ๓ ขนาน คือ ระยะสั้น เช่น ระบุพื้นที่เสี่ยงจัดหาวัคซีนให้คนในชุมชนแออัด จัดทำคลินิกเคลื่อนที่ระยะกลาง เช่น กระตุ้นเศรษฐกิจด้วยการลงทุนการจ้างงานสำหรับผู้มีรายได้น้อย พัฒนาที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดระยะยาว เช่น นโยบายส่งเสริมเศรษฐกิจที่เหมาะสมสำหรับทุกคน นโยบายด้านที่อยู่อาศัยที่ทุกคนเข้าถึงได้^๑ ฟากฝั่ง องค์การอนามัยโลก (WHO) ก็มองว่าในวิกฤตนี้เป็นโอกาสที่ “ผู้นำของเมือง” จะปรับปรุงนโยบายที่ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน การมีนโยบายที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วน นโยบายด้านอาหารและการเดินทาง ในขณะที่เดียวกันก็เป็นโอกาสในการสร้าง “มาตรฐานของเมือง” ที่จะลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ มุ่งแก้ไขปัญหาคอขวดเหลื่อมล้ำของสังคม ปัญหาการทำลายสิ่งแวดล้อมเป็นต้น^๒

หากจะรักษาสุขภาพเมืองใหญ่ ... ใครทำได้บ้าง ?

โควิดทำให้มนุษย์เราเรียนรู้เรื่องสำคัญคือการร่วมด้วยช่วยกันเพื่อระดมสมองและทรัพยากร เช่น เครือข่ายสุขภาพเมืองใหญ่ของสหรัฐฯ^๓ เพื่อแลกเปลี่ยนยุทธศาสตร์และระบุปัญหาที่สำคัญร่วมกันเพื่อหาวิธีปกป้องและดูแลสุขภาพของประชากร เครือข่ายจิตอาสาจำนวนมากในประเทศไทยที่ช่วยดูแลผู้ติดเชื้อ อาหารการกิน ไปจนถึงพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยโควิด 19 ร่วมกับภาครัฐ อย่างเครือข่าย Thai.care^๔

ไม่เพียงเท่านั้นคนกรุงเทพมหานครและองค์กรภาคียังมีมติสมัชชาสุขภาพของกรุงเทพมหานคร ที่ต้องการแก้ไขในระดับนโยบาย ๒ เรื่องสำคัญคือ การพัฒนาพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาวะชุมชน และ การพัฒนาระบบสุขภาพบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครเพื่อรองรับภาวะวิกฤติ

ในขณะที่เดียวกัน “ผู้นำเมือง” อย่างเช่น “พ่อเมืองของกทม.” ก็มีความสำคัญที่ช่วยให้มนุษย์เมืองใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พวกเราอาจจะต้องจับตาดูว่าจะมีพ่อเมืองคนไหนสนใจรับเอามติสมัชชาสุขภาพของคน กทม. ที่คน กทม. คิดและเห็นว่าสำคัญไปใช้มากน้อยแค่ไหน 🙏

ธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ กับสุขภาพะชุมชนเมือง

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ระบุถึง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ไว้ในมาตรา ๔๖-๔๘ ว่า ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมีสถานะเป็น กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ และต้องมีการทบทวนอย่างน้อยทุก ๕ ปี เพื่อให้เหมาะสม ทันสมัย และตอบโจทย์ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้อย่างเท่าทัน สถานการณ์

ที่ผ่านมาได้มีการจัดทำและประกาศใช้ธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมาแล้ว ๒ ฉบับ ขณะนี้อยู่ ระหว่างกระบวนการร่างฉบับที่ ๓ โดยเป้าหมายสำคัญ ในระยะ ๕ ปี ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ นี้คือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ตอบสนอง และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

ในช่วงกระบวนการร่างธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ นี้ เป็นช่วงที่ทั่วโลกและประเทศไทยกำลังถูกคุกคามและ กำลังเผชิญวิกฤติร่วมอย่างรุนแรงจากโรคระบาดและ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยเฉพาะการ แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบในทุกมิติ ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม รวมไปถึง ระบบสุขภาพของโลกและทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ ของแต่ละประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สำหรับประเทศไทยการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้เรื่องความเหลื่อมล้ำในด้านต่างๆ ที่จำเป็นต่อ การรักษาโรคและการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มคนมีความจำเป็นด้านสุขภาพกลุ่ม ต่างๆ เห็นชัดเจนขึ้น เช่น เกิดวิกฤติข้อมูลข่าวสารและ การจัดการสื่อสารด้านสุขภาพ ไม่รู้ข้อเท็จจริง ข้อมูลจาก ภาครัฐล่าช้าไม่ทันการณ์ไม่เชื่อข้อมูลจากภาครัฐ ชาวเท็จ จำนวนมากจนไม่รู้ข่าวไหนจริงข่าวไหนเท็จ ประชาชน เกิดความตื่นตระหนก กังวล ความเครียด อันส่งผลกระทบ ต่อสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และ สังคม ในช่วงแรกๆ ยังมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนและ การกระจายการเข้าถึงยา วัคซีน และเวชภัณฑ์ต่างๆ เป็นต้น

ปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมาประเทศไทยเจอกับวิกฤติการแพร่ ระบาดของโรคโควิด 19 สายพันธุ์เดลต้าอย่างหนัก ทำให้ ปัญหาเรื่องการเข้าถึงหรือได้รับบริการสาธารณสุขไม่ เพียงพอ-ทันการณ์ชัดเจนขึ้นมาก โดยเฉพาะในชุมชนเมือง ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง ประชาชนติดเชื้อโควิด 19 จำนวนมาก โรงพยาบาลหลัก และโรงพยาบาลสนาม ไม่เพียงพอรองรับผู้ป่วย

แม้จัดระบบเพื่อดูแลผู้ป่วยระดับต่างๆ ทั้ง Community Isolation (CI) และ Home Isolation (HI) ก็ยังไม่เพียงพอ จนต้องมีการกระจายผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาที่ต่าง จังหวัด-ภูมิภาค และบุคลากรทางการแพทย์จากต่างจังหวัด



เข้ามาช่วยเพื่อดูแลผู้ป่วยในเขตเมืองอย่างกรุงเทพฯ เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาและปรับระดับโครงสร้างระบบสุขภาพในช่วงวิกฤติ

นอกจากนี้ชุมชนเมืองยังเผชิญกับสถานการณ์และความท้าทายอีกหลายเรื่อง เช่น ระบบบริการสุขภาพที่ไม่ตอบสนองกับความต้องการที่หลากหลายและบริบทของสังคมที่ซับซ้อนของวิถีชีวิตคนเมือง ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ขยะ และมลพิษ ที่เป็นผลกระทบจากการขยายพื้นที่ความเป็นเมือง และการขาดการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของร่วมในการบริหารจัดการพื้นที่ ทั้งในระดับองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ภาคประชาสังคม และประชาชน

จากสถานการณ์และความท้าทายดังกล่าว ในการยกร่างธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ เห็นความสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนที่จะต้องมีการวางแผน ทั้งชุมชนชนบทและชุมชนเมือง อีกทั้งในอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นเมือง (urbanization) กระจายไปทั่วทุกพื้นที่ของประเทศ มีเมืองขนาดใหญ่เพิ่มขึ้นมาก

จึงมีการยกร่างเรื่อง “ระบบสุขภาพชุมชนเขตเมือง” เพิ่มขึ้นอีกสาระหมวด โดยมีเป้าหมายเรื่อง ๑. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมของประชาชนกลุ่มเปราะบาง ๒. ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการเฉพาะ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ๓. การมีสภาพแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย และเอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะของผู้คนที่หลากหลาย และ ๔. การมีนโยบายสาธารณะในการบริหารจัดการเมืองที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

พร้อมทั้งได้วางจุดคานงัดหรือมาตรการสำคัญเพื่อแก้ไขปัญหาและความท้าทายเรื่องสุขภาวะชุมชนเมืองไว้ด้วย ได้แก่ ๑. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายและสามารถตอบสนองความต้องการของคนทุกกลุ่มอย่างจำเพาะ โดยมีกลไกการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ ๒. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่สนับสนุนการจัดการสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ๓. การสร้างกลไกและพื้นที่เพื่อให้ประชาชนและทุกภาคส่วนเกิดความร่วมมือและความเป็นเจ้าของในระบบสุขภาพทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น และ ๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนรวมทั้งภาคประชาชนให้

มีความเข้าใจและสมรรถนะการทำงานสร้างสุขภาวะชุมชนในบริบทของความเป็นเมืองได้ เพื่อไปสู่การบรรลุเป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ตอบสนอง และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

สุดท้ายนี้อยากชวนทุกท่านมาติดตามและเข้ามามีส่วนร่วมในการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ เพื่อรับรู้ เข้าใจ เป็นเจ้าของธรรมนูญฯ และขับเคลื่อนร่วมกันต่อไป 🙌



มาตรฐานการวางแผน การดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย

เป็นที่น่ายินดีที่เมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๕ นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (คสช.) ได้ลงนามในร่างประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ. ๒๕๖๕

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)^๑ หมายถึง กระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาศมาชิกครอบครัวหรือปรึกษานักจิตวิทยา

ในทางวิชาการสาระสำคัญของแผนการดูแลล่วงหน้าจะประกอบไปด้วย ๓ ส่วนหลัก^{๒,๓} คือ

๑ Patient preference

คือ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือให้ความสำคัญหรือเป้าหมายในการดูแลรักษาเมื่อวาระสุดท้ายของตนเองมาถึง ซึ่งผู้ป่วยจะรู้ได้เมื่อผู้ป่วยได้รับการแจ้งจากบุคลากรด้านสุขภาพว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร อยู่ในระยะใด มีทางเลือกในการรักษาอย่างไรและผลของแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร เช่น ผู้ป่วยต้องการการรักษาที่ไม่สร้างทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยอยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน

๒ การตัดสินใจในการดูแล ในช่วงท้ายของชีวิต (Advance decisions)

คือ การที่ผู้ป่วยแสดงความต้องการว่าหากตนเองอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเมื่อตนเองไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสารได้แล้วต้องการการดูแลแบบใดและไม่ต้องการการดูแลแบบใด

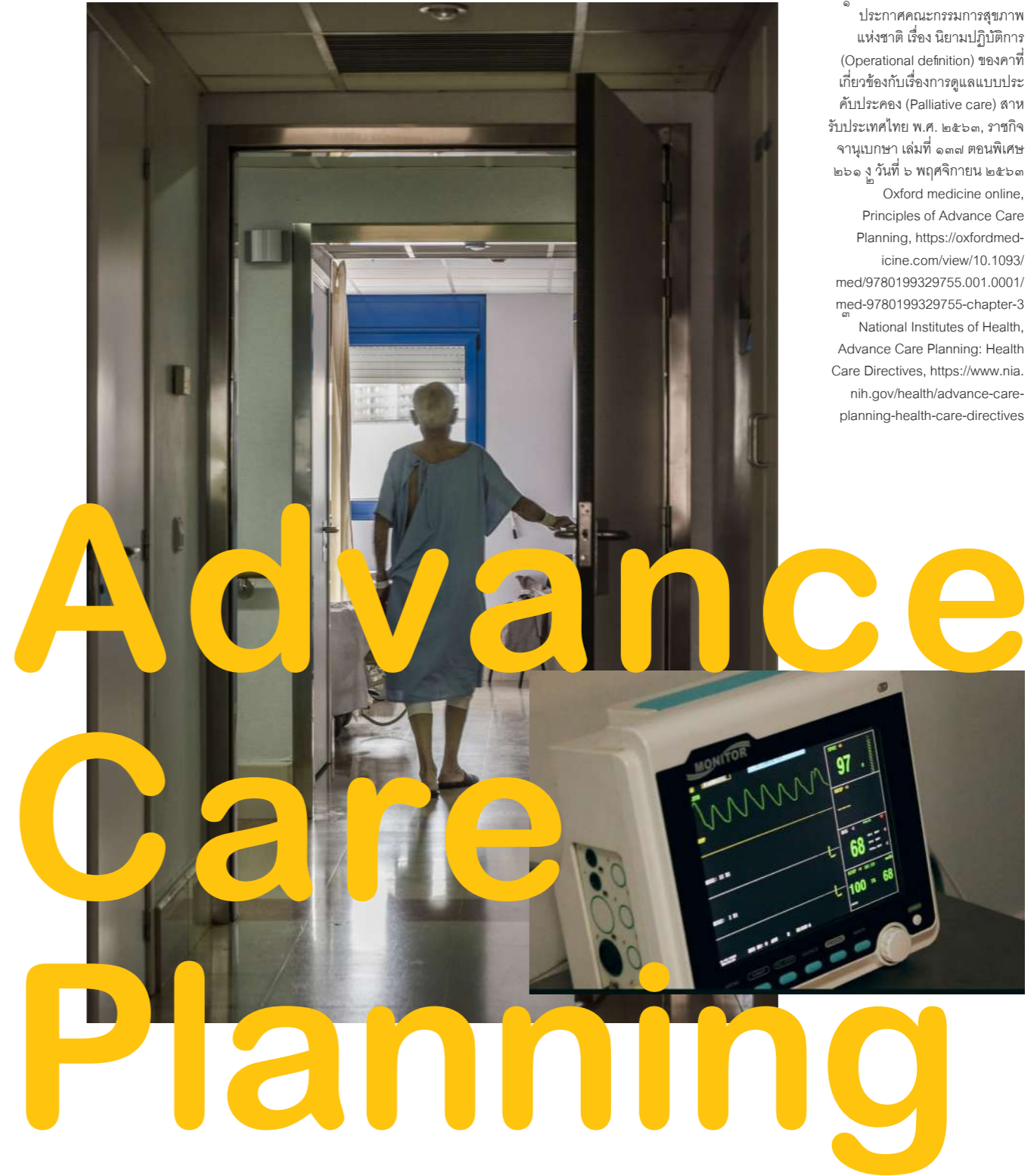
๓ การแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker)

โดยจะต้องมีการแต่งตั้งบุคคลให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยในกรณีที่ต้องตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา โดยผู้ตัดสินใจจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว สำหรับกรณีที่ไม่มีกรมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดและทีมสหสาขาวิชาจะต้องร่วมกันทำหน้าที่แทน

ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวได้นำเอาหลักการทั้งสามนี้มากำหนดอย่างครบถ้วน

ที่ผ่านมาประเทศไทยนำแผนการดูแลล่วงหน้าไปใช้ดูแลผู้ป่วยอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนรวมทั้งสถานที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ยังไม่มีความเป็นมาตรฐานกลางเพื่อให้ทุกหน่วยงานนำไปประยุกต์ใช้ ดังนั้นประกาศคณะกรรมการสุขภาพฉบับนี้จึงจะเป็นการสร้างมาตรฐานในการดำเนินการในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทยต่อไป

นอกจากนั้นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศการขับเคลื่อนมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย ซึ่งมี ศาสตราจารย์คลินิกสุพรรณ ศรีธรรมมา เป็นประธาน โดยกรรมการประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานต่างๆ เพื่อทำหน้าที่ในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในการขับเคลื่อนการดำเนินการในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย ๘



^๑ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สาหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๒๖๑ ง วันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ Oxford medicine online, Principles of Advance Care Planning, [https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med-9780199329755-chapter-3](https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199329755.001.0001/med-9780199329755-chapter-3) National Institutes of Health, Advance Care Planning: Health Care Directives, <https://www.nia.nih.gov/health/advance-care-planning-health-care-directives>

คิกออฟ! จับเคลื่อน มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔



เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ที่ผ่านมา คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔ ทั้ง ๓ เรื่อง ได้แก่ มติ ๑๔.๑ การสร้างเสริมสุขภาพวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19 มติ ๑๔.๒ การจัดการการสื่อสารในวิกฤตสุขภาพ และ มติ ๑๔.๓

การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม ที่ประชุมได้มอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) แจ้งมติให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนของการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม

มติที่เกี่ยวข้องตามที่เห็นสมควร และให้เสนอมติต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) ในลำดับต่อไป

ถัดจากนั้น อนุกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ ขานรับมติ คสช. โดยได้จัดประชุมออนไลน์ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้ง ๓ ประเด็น

เมื่อวันที่ ๒๗ ม.ค. ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา มีการประชุมหารือการขับเคลื่อนดำเนินงานขับเคลื่อนมติ NHA 14 ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนมติ ๑๔.๑ การสร้างเสริมสุขภาพวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19 และมติ ๑๔.๓ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม โดยมี **นางทิพย์รัตน์ นพลดารมย์** ประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาพวะ เป็นประธานการประชุม

พร้อมกันนี้ ยังมีการประชุมหารือร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนมติ ๑๔.๒ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม ในวันที่ ๑ ก.พ. ๒๕๖๕ โดยมี **นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์** ประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข เป็นประธานการประชุม

การประชุมในแต่ละมติดีหน่วยงานที่ให้ความสนใจเข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนถึงบทบาทภารกิจในส่วนที่เกี่ยวข้อง และแสดงเจตจำนงที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน โดยเรื่องใดที่สำคัญเร่งด่วนและอยู่ในการดูแลของหน่วยงานอยู่แล้ว ก็จะดำเนินการไปได้เลย แต่เรื่องใดที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะมีการเชิญประชุมเพื่อปรึกษาหารือร่วมกันอีกครั้ง 🙌

เล่าให้ลึก

ภาพโรคสมัยรัชกาลที่ ๕ (๓)

จดหมายนายอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ที่รายงานกราบทูตหม่อมเจ้าธำรงค์ศิริปลัดมณฑลปราจีนบุรี บรรยายถึงสถานการณ์และการดำเนินการควบคุมป้องกันกาฬโรคในช่วงนั้น มีข้อความต่อไป ดังนี้



เรื่อง นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

ติดตามตอนที่ ๑ และ ๒
ได้ในนิตยสารสารพลังฉบับ ๑๓๔-๑๓๕

หนังสือ นายอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา ถึงปลัดมณฑลปราจีนบุรี

๗ ตั้งแต่วันที่ ๒๗ กรกฎาคม ศก ๑๒๖ ซึ่งเกิดไข้กาฬโรค มาจนถึงวันที่ ๑๓ สิงหาคม ศก ๑๒๖ รวม ๑๘ วัน พลเมืองในท้องที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยวได้ป่วยตายโดยไข้กาฬโรค คือ ชาย ๒๐ คน หญิง ๗ คน รวม ๒๗ คน แจ้งอยู่ในบัญชีซึ่งติดท้ายรายงานนี้ด้วยแล้ว คนที่ตายโดยมากเป็นชาติแขกตาดี และในบ้านหนึ่งมักตายตั้งแต่ ๒-๓ คน ซึ่งทำให้เห็นได้ว่า โรคนี้เป็นโรคที่มีเชื้อโรคติดกันได้

๘ ในที่ซึ่งคนเป็นไข้กาฬโรคนี้มีเหตุตายมาก ไต๊ะหะยิวหวาดได้ชี้แจงแก่ข้าพระพุทธเจ้าว่าได้ไปเยี่ยมหลายนและญาติที่เป็นไข้กาฬโรค เห็นหนูวิ่งมาหลายๆ ตัว และบางตัววิ่งผ่านไปมาตามริมคนป่วย ไต๊ะหะยิวหวาดได้สังเกตเห็นหนูนั่นตัวโตๆ และร้องแล้วตายทันที ที่ไต๊ะหะยิวหวาดเห็นดังนี้ เห็นหลายบ้าน และได้ความตามราษฎรที่ไปซ่อมข้าวในนาว่า เห็นหนูตายอยู่กลางทุ่งนามาก ในที่เกิดไข้กาฬโรคนี้แต่ก่อนเป็นหนูชุม เพราะหนูได้เคยกัดกินต้นข้าวในนาเป็นอาหารเสมอๆ เวลานี้รู้สึกว่หนูน้อยลงเพราะข้าวในนาไม่ค่อยเป็นอันตรายเพราะหนูกัดกินมากเหมือนแต่ก่อน

๙ ราษฎรที่ตั้งบ้านเรือนโรงอยู่ในคลอง ๑๔ ฝั่งตะวันออก และคลอง ๖ ๖ ระหว่างปากคลอง ๑๔ ถึงปากคลอง ๑๕ พาทนต์เห็นเกรงต่อโรคภัยชนิดนี้ต่างคนหนีเข้าไปอยู่หนองจอกแขวงเมืองมินทร์บุรี และเข้ากรุงเทพฯ เป็นอันมาก ส่วนบ้านเรือนบางบ้านมีลาวลูกจ้างอยู่เฝ้าบ้านละคน ๒ คนบ้าง บางบ้านก็ไม่มีคนเฝ้าเลย แต่บางบ้านอพยพไปก็เดียว ประมาณราษฎรในหมู่บ้านเกิดไข้กาฬโรคที่อพยพและหนีไข้กาฬโรคไปประมาณ ๓ ในส่วน ๔ ส่วนสัตว์พาหนะของราษฎรในหมู่บ้านได้ไล่ไปรวมเลี้ยงอยู่ตำบลหนองจอกแขวงเมืองมินทร์ทั้งหมด ราษฎรที่อพยพหรือบ้านไปก็เดี่ยวนั้น โดยมากเป็นที่ไม่มีหลักฐาน อาศัยปลูกโรงเล็กๆ ขายสินค้าแลกเปลี่ยนเล็กๆ น้อยๆ ไม่ได้ตั้งทำนา แต่ราษฎรที่อพยพไปชั่วคราวนั้นเห็นด้วยเกล้าฯ ว่า เมื่อไข้กาฬโรคไม่มีชุกชุมแล้วก็คงกลับมาอีก เพราะบ้านเรือนยังอยู่ และได้ลงทุนลงแรงทำนาไว้ ทั้งต้นข้าวที่ปลูกไว้ในปีนี้ก็ขึ้นงามด้วย

๑๐ ในการที่ข้าพระพุทธเจ้าออกไปตรวจและจัดเรื่องไข้กาฬโรคนี้ได้ตั้งใจรอคอยหมอบุญมีอยู่ ๕ วัน เพื่อรอรับคำแนะนำจัดการป้องกันให้ไข้กาฬโรคสงบ เมื่อนึกหาได้พบหมอบุญมีไม่โดยไม่เห็นหมอบุญมีออกมา ข้าพระพุทธเจ้าจึงนำหนังสือวิธีป้องกันและรักษาพยาบาลไข้กาฬโรค ซึ่งกระทรวงธรรมการพิมพ์จำหน่าย เล่มละ ๒ อัฐนั้น อ่านให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ราษฎรในหมู่บ้านฟัง และชี้แจงให้จัดการป้องกันตามคำอธิบายในสิ่งที่ควรทำได้ และได้แจกหนังสือวิธีป้องกันและรักษาพยาบาลไข้กาฬโรคให้ไว้ด้วยเป็นบางแห่ง และบ้านใดที่มีขะมูลฝอยมาก ได้บังคับให้ชำระเผาไฟ และล้างบ้านเรือนด้วย

๑๑ เมื่อเจ้าพระพุทธรเจ้ายังไม่ทราบเกล้าฯ ว่าวิธีอย่างไรนอกจากคำอธิบายในหนังสือวิธีป้องกันและรักษาพยาบาลไข้กาฬโรคจะเป็นทางที่ดีที่จะจัดการป้องกันกาฬโรคนี้ให้สงบได้ดังนี้ เจ้าพระพุทธรเจ้าได้ประกาศชี้แจงและห้ามราษฎรไว้ดังนี้ คือ

๑. ถ้าบ้านไหนมีคนป่วยเป็นไข้กาฬโรคขึ้น ห้ามไม่ให้ผู้หนึ่งผู้ใดไปมาเยี่ยมเยียนในบ้านนั้น ๑๕ วัน

๒. ห้ามไม่ให้ราษฎรคนใดนำเอาสิ่งของซึ่งเป็นที่รอง และสำหรับรักษาพยาบาลคนที่ป่วยเป็นไข้กาฬโรค หรือตายด้วยไข้กาฬโรค มีเสื้อ มุ้ง ผ้า เป็นต้น ไปทิ้งขว้างในลำน้ำลำคลองเป็นอันขาด

๓. ห้ามไม่ให้ผู้ใดบริโภคน้ำในลำคลอง หรือผักสดซึ่งเกิดแต่ลำคลองนั้น และได้ชี้แจงต่อไปว่าการบริโภคไม่ควรบริโภคน้ำดิบหรือผักดิบ ควรต้มให้สุกเสียก่อน

๑๒ เจ้าพระพุทธรเจ้าได้มีคำสั่งกำนันผู้ใหญ่บ้านไว้ว่า ถ้าผู้ใหญ่บ้านได้ทราบว่าบ้านใด ซึ่งลูกบ้านป่วยเป็นไข้กาฬโรค ให้คอยกำกับตรวจตราห้ามไม่ให้ผู้ใดไปมาเยี่ยมเยียน และห้ามไม่ให้คนในบ้านที่มีคนป่วยเป็นไข้กาฬโรคเข้าออกไปมานอกบ้าน ๑๕ วัน เมื่อมีผู้ใดจะออกไปนอกบ้านก็ตี หรือจะเข้าไปเยี่ยมเยียนก็ตี ให้ผู้ใหญ่บ้านห้ามปรามไว้ ถ้าขัดขืนไม่ฟัง ให้เอาตัวส่งกำนันกำนันส่งอำเภอ อีกประการหนึ่ง ให้ผู้ใหญ่บ้านคอยเป็นธุระดูแลว่า ถ้าคนในบ้านซึ่งมีคนป่วยเป็นไข้กาฬโรคจะต้องการซื้อสิ่งใด มีอาหารเป็นต้นให้ผู้ใหญ่บ้านจัดให้คนไปซื้อหามาให้ เพื่อมิให้เชื้อโรคนั้นติดไปผู้อื่น และได้สั่งต่อไปว่า ถ้าผู้ใดป่วยเป็นกาฬโรคตาย ให้รายงานออกชื่อในวันป่วยวันตายไปโดยเร็ว เพื่อได้บอกณตตามหน้าที่ราชการ

๑๓ ในเวลาที่เจ้าพระพุทธรเจ้าไปตรวจและพักอยู่ในหมู่ที่เกิดไข้กาฬโรค มีคนหลายคนมาหาและแจ้งว่าเขาปวดศีรษะเหมือนจะเป็นไข้ เจ้าพระพุทธรเจ้ามีياسะเต็น ๒ หีบ และตีกลองฝรั่งตีไปด้วย จึงให้ياسะเต็นกับตีกลองฝรั่ง ชี้แจงวิธีใช้ยาให้ไป รุ่งขึ้นคนที่ป่วยปวดศีรษะนั้นกลับมานอกว่าหาย ในภายหลังมีราษฎรมาขอยาอีกหลายคน เจ้าพระพุทธรเจ้าได้แบ่งยาให้จนหมดคยา

๑๔ เจ้าพระพุทธรเจ้าได้ไปราชการครั้งนี้ ได้ไปแต่วันที่ ๘ สิงหาคม กลับถึงที่ว่าการอำเภอวันที่ ๑๓ สิงหาคม ศก ๑๒๖ รวม ๖ วัน ได้จำหน่ายค่าพาหนะไปคือ จ้างนายเดช นายยา แจวเรือวันหนึ่งคนละ ๑ บาท รวม ๖ วัน ๑๒ บาท ค่าเช่าเรือเก๋ง ๒ แจว ๖ วัน ๖ บาท ค่าเบี้ยเลี้ยงในระหว่างทางที่ได้จ่ายไปจริง คิดทั่วกันวันละ ๑ บาท ๓๒ ฤดู ๕ วัน ๗ บาท ๓๒ ฤดู รวมได้จ่ายค่าพาหนะเดินทางไปในราชการครั้งนี้ทั้งสิ้น ๒๕ บาท ๓๒ ฤดู เจ้าพระพุทธรเจ้าขอประทานอนุญาตเบิกเงินรายนี้ด้วย การที่ผิดชอบเหลือเกินประการใดขอพระบารมีเป็นที่พึ่ง ☸

ควรมีควรแล้วแต่จะโปรดเกล้าฯ
เจ้าพระพุทธรเจ้า หลวงชลัมพิลารักษ์ประทีป
ตราประจำตำแหน่งมาเป็นสำคัญ



'Metaverse' เอนด์ใหม่ ของโลก

ยิ่งในยุคของโควิด-19 ผู้คนในปัจจุบันใช้ชีวิตบนโลกออนไลน์กันมากขึ้น ทำให้เทรนด์ใหม่ของโลกเกิดขึ้นเพื่อตอบโจทย์การใช้ชีวิต อย่าง Metaverse สิ่งที่จะมาเปลี่ยนแปลงอนาคตให้คนและเทคโนโลยีเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน

จะน่าสนใจเพียงใด คลิปที่ต๋องดูฉบับนี้ นำ Metaverse เทรนด์ใหม่ของโลก มาฝากทุกท่าน ไปชมกันเลย



'Metaverse'
เอนด์ใหม่ของโลก

ภาพจาก : TNN Online

เจ้าของ
ที่ปรึกษา
บรรณาธิการผู้พิมพ์โฆษณา
บรรณาธิการบริหาร
บรรณาธิการ
กองบรรณาธิการ

EDITORIAL TEAM

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ
พัชรา อุบลสวัสดิ์
นพ.ปรีดา แต่อารักษ์
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด
ชนิษฐา แซ่เอี้ยว
แคทรีเยา การาม
ทรงพล ตูละทา
นภินทร ศิริไทย
บัณฑิต มั่นคง
พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน
ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์
สุรัชชัย กลั่นวารี
ชูชาติ ตริรัตน์ยานนท์
พรมประสิทธิ์ ธรรมภรณ์
ชญัญชิตา จันทร์หมื่น

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
๓๕๓/๔๔๕ หมู่บ้าน The Connect
๗/๑ ถ.เทิดราชัน แขวงสีกัน เขตดอนเมือง
กทม. ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ ๐๘ ๗๑๗๑ ๘๙๔๔





V-U-C-A

4 มาตรการหลักในการป้องกันความเสี่ยงจากโควิด-19



V

Vaccine

ฉีดให้ครบ ลดป่วยหนัก



U

Universal Prevention

ป้องกันตัวตลอดเวลา ห่างไกลจาก COVID



C

COVID Safe Living

ใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย เลี่ยงกิจกรรมเสี่ยง
มีมาตรการป้องกัน COVID



A

ATK (Antigen test kit)

พร้อมตรวจเสมอเมื่อใกล้ชิดคนติดเชื้อ
หรือมีอาการทางเดินหายใจ

ที่มา | กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

